

# 老年期痴呆の 進行Stop策戦

---

脳活性化訓練の  
普及にむけて



1996年3月

北海道公衆衛生協会

# 老年期痴呆の進行Stop策戦

脳活性化訓練の普及にむけて

# 目 次

はじめに .....	1
I 老年期痴呆の対策と予防 .....	3
II 痴呆の臨床 .....	8
III 痴呆の画像診断 .....	16
IV 痴呆の作業療法 .....	19
V 痴呆の理学療法 .....	22
VI 増悪予防と脳活性化訓練の効果 .....	24
VII 痴呆性老人とその家族への支援 .....	28
VIII 在宅痴呆性老人の地域看護 .....	30
参考文献 .....	32
索引 .....	33
研究班会議の経過 .....	34

## はじめに

高齢者、とくに痴呆性老人が、心身の自立を保ち、社会、せめて家庭のなかで共同生活をスムーズに送れるように援助することは本人と家族の幸福であるだけでなく、地域社会にとっても重要である。

この小冊子は、地域における老年期痴呆の保健、ケアを実践する主役となる保健婦を主な対象として、老年期痴呆の予防と進行防止をめぐるさまざまな問題をのべたものである。

痴呆を診断するまでのプロセス、治療、とくに非薬物的治療である「脳活性化リハビリテーション」とその有効性、ケースワーキングなど、日常の保健活動にとって大切なことを取り上げた。

老年期痴呆には多くの種類があるが、脳血管性痴呆とアルツハイマー型痴呆が最も大切である。それらの脳病変はまったく異なるが、いづれにも共通して痴呆化を促す要因として、社会的な不活動、運動不活動があげられる。

これらの要因は痴呆化の「非特異的要因」と呼ばれているが、それを有するハイリスク者にグループ心理療法、個別学習等を行うことにより痴呆の進行が抑制される可能性がある。愛全病院（札幌市南区）ではこの考えに基づいて「脳活性化リハビリテーション」を計画し、1990年10月から痴呆の予防事業に着手した。

「脳活性化リハビリテーション」の主な内容としては、

1. レクリエーションによる集団心理療法および感覚統合
2. 趣味、手芸、書画、クイズ等の個別学習
3. 在宅での家族サポート
4. 在宅介護支援資源の活用

であり、この小冊子は、これらの活動の担当者が数年間の実践のエッセンスを簡潔に述べたものであり、数年間の活動でその有効性が確かめられた内容を紹介したものである。

痴呆は21世紀最大の保健問題であるが、それぞれの地域で対応しなければならぬ。平成8年1月、北海道公衆衛生協会は、第5号課題として、北海道保健環境部 伝法公磨部長を委員長として「痴呆老人の早期発見・早期対応」という小冊子を発行したが、それは概念的な内容であったので、のちに第6号課題が追加され、その結果、この小冊子「老年期痴呆の進行 Stop 策戦」が誕生した。本冊子では先駆的な成果をあげているグループの実践内容が紹介され、地域ごとの老年期痴呆への対応に具体的に役立てることとなったものである。

執筆者一同

# I 老年期痴呆の対策と予防

高齢化の進んだ国々では、老年期痴呆は最大の保健課題のひとつでありながら、どんな対策がよいのか、完全な回答はまだ得られていない。その理由のひとつは、対策が狭義の保健問題に限られず、社会のあり方にもかかわることである。

本章ではアルツハイマー病 AD、脳血管性痴呆 VD を中心に疫学に関する最近の知見に触れながら、その予防をめぐる主な問題点を考察する。

## A. 病気の一次予防・二次予防・三次予防

広義の「予防」は、病気の自然史に応じて、予想される増悪を未然に阻止するすべての活動を指し、一般に次の3段階に分けられる(表1)。

一次予防：疾患の成立を阻止する。

二次予防：何らかの方法で検出できる程度に発病した個体を早期発見し、早期治療を行う。

三次予防：疾患のもたらす結果を軽減し、患者のクオリティ・オブ・ライフ(QOL)を増し、社会復帰を促す。治療、リハビリテーション、介護、福祉などがこれにふくまれる。

これらの区別は老年期痴呆にも当てはまるが、患者の介護のたいへんさがまづ強調され、対策の中心は三次予防におかれてきた。三次予防は今後も大切であるが、予防に優る対策はないことも確かであって、一次・二次予防の充実が待たされている。とくに対象者が特定されない一次予防と異なり、二次予防はある程度の症候を呈した人を対

象とするため、保健医療の現場の具体的なテーマとなり得る点で重要である。

## B. 老年期痴呆の頻度と危険要因

### 1. 頻度とその変動

老年期痴呆の頻度は、各国ともまづ対応を強いられた福祉関係者によって最初の調査が行われ、一般に在宅老年人(日本では65歳以上)のなかでのパーセントとして示された。これは疫学的には望ましい指標ではないが、日本では19値が得られ、各地の値はよく近似し、その平均は4.8%であった。また、その地域で発病した痴呆者のうち、何らかの施設に居住する痴呆者は20~30%であり、それを加えて地域老年人に対する割合とすると6.0%となった。

老年期痴呆の2大原因疾患であるADとVDを比べると、日本では平均するとADが約32%、VDが約44%となる。欧米に比べてVDが相対的に多いのは脳卒中が多いことの反映とされているが、欧米各地間のADの頻度差、日本、欧米のVDの成立機序の相異などに問題が残っている。

年次変動についてはよい資料が乏しいが、東京都で1980年と1988年に同一方法で調査が行われ、ADの発生率はほぼ不変であったが、VDは減少し、また、共に臨床的にやや軽症となったことから、日本の老年期痴呆の疫学像も欧米に近づきつつあると示唆された。これは、のちに他地域でもみられ、確実な事実と考えられている。

表1 疾患の予防とその体制

段階	目的	対象	方法
一次予防	発病の阻止	公衆またはハイリスク個体	健康教育,セルフケア,生活介入,一次スクリーニング,健康活動への助成など
二次予防	早期発見・早期治療	検査異常者,早期患者など	患者教室,療養ガイドライン,生活介入,二次スクリーニング,診療など
三次予防	疾患の結果の軽減,QOL増進,社会復帰の促進など	患者	診療,リハビリテーションなど

(近藤と朴, 1991)



現在の VD 患者は、その年齢からみても旧来の日本的生活を長く送った世代に属し、そのままなら 50~60 歳に大発作で死亡するおそれが高かった人々であるが、高血圧管理や、遅ればせながらの生活改善のため、死亡を免れたものの、高齢になって動脈硬化が瀰漫化し、脳虚血の反復・進展によって VD を発現するに至ったと推定される。

つまり、最近までの VD の多発は一過性の「コホート現象」(ある疾患の疫学像が生まれた年代で異なる)であり、将来は減少し、欧米の値に近づくことと推定される。

一方、AD は日本をふくめて各国でほんとうに増しており、分析によると、脳卒中などの主要死因が減じたため、AD になる素因をもつ人々が、それまでは他死因で途中死亡していたのが長く生きて実際に AD に罹るため、と考えられている。

## 2. 危険要因

「危険要因」とは、その保有者が、ある疾患に有意に高率に罹患するような既往事象であり、普通、統計的相関によって定義され、発病との間の因果関係の解明を前提としない。危険要因は、主につぎの 3 点で有用である。

- 1) 原因説明の手がかり
- 2) 発病しやすい「ハイリスク個体」の未然の検知
- 3) 除去できれば、発病の予防

AD の診断は他疾患の除外によるため、初期にはどうしても不正確であり、また、発病前の病態が不明であるため、危険要因の評価には事実上「患者・対照者法」(ケース・コントロール法)のみが利用できる。一方、VD では高血圧など、先行する病態が長年にわたって存在し、それぞれ臨床的にはもちろん、疫学的にも分析・評価が可能である(表 2)。

「患者・対照者法」による AD の研究は約 20 編あるが、AD の危険要因の重要性に配慮し、EC 共同体は WHO と米国老化研究所 NIA と共同で、筆者を含む 11 編の報告書を網羅する「メタ分析」を行った。このグループが確認した 8 要因のうち、純粹の環境要因は頭部外傷とタバコのみで、タバコとは逆相関となる。

表 2 多発梗塞痴呆/ピンスワンガー病の危険要因

- |  |
|--|
| <p>A. 脳の循環障害に関する主な要因</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 高血圧とその進展—既知の諸要因</li> <li>2. 動脈硬化とその進展—同上</li> <li>3. 脳循環動態の障害に影響する短期的要因</li> </ol> <p>B. 大脳白質の瀰漫性病変に関する主要因</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 動脈硬化による脳虚血—動脈の閉塞性機転, 血圧の自動調節低下, 間欠的血圧低下など</li> <li>2. 多発性塞栓形成</li> <li>3. 脳外の要因—不整脈, 心肺異常, 低血糖, 高ヘマトクリット値, 凝固性亢進など</li> </ol> <p>C. 痴呆化に関する主な要因</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 脳病変の成立以前の要因—教育, 性格, 精神社会活動など</li> <li>2. 脳病変の成立以後の要因—基礎疾患の診療, 脳活動, 運動, 社会活動, 家庭生活など</li> </ol> |
|--|

(近藤と朴, 1991)

このメタ分析は、約 1,000 例の大資料を利用でき、多くの専門家の参加を得た反面、分析が複数の報告に共通した事項に限られ、事項の選択が 1980 年代の関心に偏った。

私どもは家族集積性、加齢に伴う増加、諸特徴が老化と類似する、などの点に配慮し、一部の若年発症例を除くと AD、特に 65 歳以降に起きる老年痴呆は、多数の遺伝子と生涯にわたる多数の後天的要因が交絡し、生物の宿命である「老化」とともに成立する、と仮定している。この仮定は直接には検証できないが、現在でも研究できるのは罹患率に差を生ずる多くの要因を具体的に検出して間接的に証明することである。

この方向へのひとつの動きは分子遺伝学で、アポリポタンパクのタイプごとに AD になる確率が異なることが示されるなど、重要な進歩が続いている。一方、後天的要因など、患者の病前特性の評価には疫学が有用である。私どもは前記のメタ分析に加わった外国の諸研究とは立場を変え、患者のライフスタイルを重視し、VD と並行して「患者・対照者法」による研究を進め、つぎの結果を得た(表 3-5)。

- 1) AD, VD とも病前の精神社会的生活が不活発である
- 2) AD, VD とも病前に体動が不活発である

表3 趣味、余暇、交際などのオッズ比（予報）

質問 (一部の長文は省略、回答の選択肢は2～5個)	アルツハイマー病 (n=34)	血管性痴呆 (n=20)
1. 仕事を除き手紙・電話はどのくらいでしたか	25.3***	10.55***
2. 友人・家族・親族を訪ねましたか	4.2**	1.86
3. 団体に入っていましたか（義務的加入を除く）	2.8	高い <sup>1)</sup>
4. バス・電車・車で外出しましたか（仕事を除く）	4.9***	2.54
5. 退職後、なにかやりたいことがありましたか	9.0***	—
6. 新聞・本はよく読みましたか	16.0***	1.75
7. 社交的なほうですか	2.7*	1.61
8. 口数の多いほうですか	2.5	2.44
9. 世話好きのほうですか	2.2	2.27
10. 友人が訪ねてくる回数は多いほうですか	2.9*	0.85

40歳、50歳代を中心に調査し、その行為・行動・傾向の少ないとき「要因保有」とする。各質問の回答の選択肢2～5個をくくって要因保有・不保有としたが、その規約は省略する。

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

1) 「団体」を区別し、個別に質問したので、全体のオッズ比はない。

表4 若年期からの運動・体操のオッズ比

	アルツハイマー病	血管性痴呆
1. 他の人に比べて運動・体操をよくやったほうですか		
小学校卒業まで	4.26*	
小学校卒業から19歳	2.87*	
20～39歳	2.16	11.00***
40歳～	6.29*	2.25*
2. お身体は丈夫でしたか	0.83	—

1の質問への「いいえ」を「要因保有」する

表5 既往疾患のオッズ比

	アルツハイマー病	血管性痴呆
高血圧	1.51	3.50**
脳血管障害の発作	2.04	14.65***
心臓疾患	1.15	1.44
腎臓疾患	1.12	1.37
糖尿病	0.65	5.52**
胃腸疾患	0.7	1.18
習慣性便秘	4.03***	6.00***
リウマチ	2.81	—
頭部外傷	7.26***	2.93*
歯牙喪失	2.89**	1.44

3) VDは高血圧、糖尿病など、脳梗塞と共通の既往疾患と関連するが、ADではこれを認め

ない

これからの成績からみて、3)はVDに個々の脳病変の危険要因であるが、1) 2)は脳病変がなんであれ、その存在を前提として、痴呆化が促進される非特異的な要因であるのかもしれない。この考え方が正しいなら、脳病変の違いを超えて、老年期痴呆全体を対象とする一次予防が可能なこととなる。

### C. 老年期痴呆の一次予防

「呆けたくない」とは誰もが口にするが、知的に正常で、現在活躍中の人々にとってそれが具体的な意義をもつかどうかの疑問もある。

痴呆の一次予防対策に現実的な要請があるとなれば、その対象は国民大衆であり、介入の内容は痴呆が全面に出るのではなく、「心身共に健やかに老いるために何が必要か」という普遍的な課題の一部分として、広く受け入れやすいものとすべきである。

私どもの研究から一次予防に有用な危険要因を10か条の案にまとめると表6ようになる。項目の選択に当たっては相関の強さとともに、生活のなかでの除去しやすさに配慮した。表中の6, 7はADの脳病変, 8～10はVDの脳病変の危険要因であるが、1～5はすでに強調した非特異要因で、6～10が狭義の地域保健の課題であるのと異なり、1～5は人生をどう生きるかという命題そ

表6 健康教育：呆けないための10か条（案）

1. 生涯教育
2. 広い関心・興味と創造的な活動
3. 趣味
4. 多くの人と交わる
5. スポーツ・運動
6. 頭のケガを避ける
7. 歯を守る
8. 高血圧の予防・管理
9. 脳卒中の予防・再発予防
10. 糖尿病の予防・管理

のものである。共にそれを支援する社会の仕組みが大切となる。

いずれにせよ、老年期痴呆の一次予防は、一層健康な老年期に向けて、さらに何が必要かという国民的課題のひとつであることは明らかである。

## D. 老年期痴呆の二次予防

これはその疾患の早期発見が前提となるが、ADはもともと病理学的概念であり、II章でくわしくのべられるように、臨床診断基準は他疾患の除外を前提とするため、ある程度に進展した症例にしか適用できない。したがって、なるべく他覚的方法によってADを病前または早期に診断することはきわめて重要である。これは発展が期待される分野であるが、まだ実用の域に達してはいない。

一方、VDは半生をかけて表2のA, B, Cの段階を経て、Aの一部がB, Bの一部がCに至って最終的に成立するもので、各段階が臨床的・疫学的に接近できる点でADとは事情が全く異なっている。

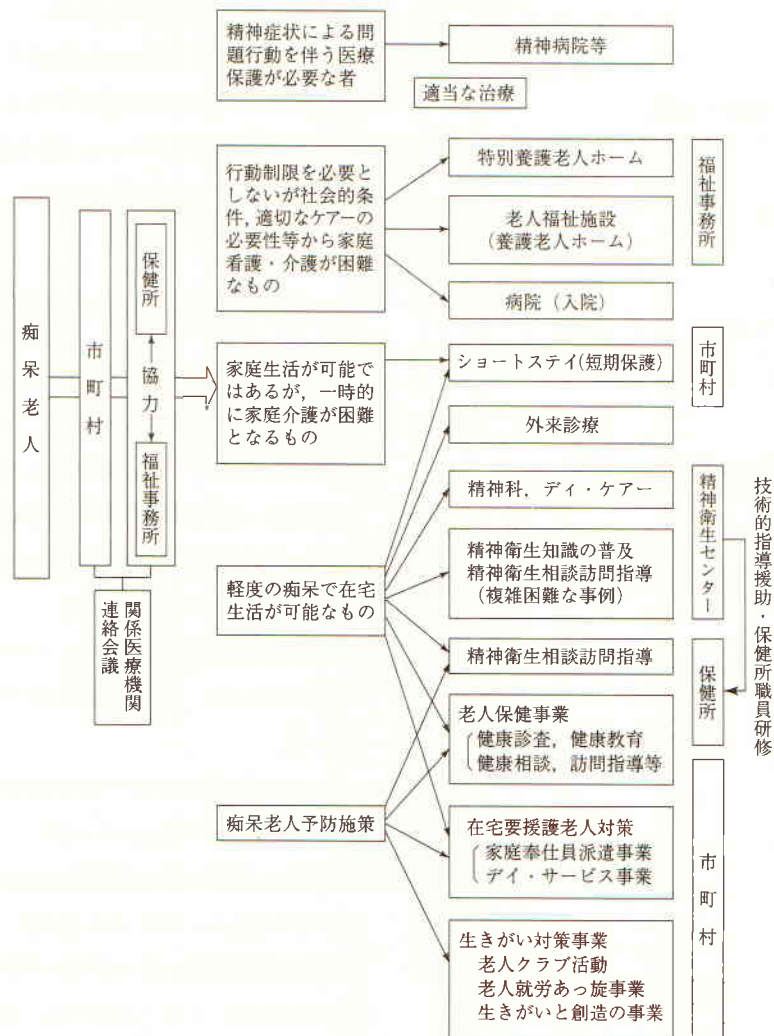


図1 痴呆性老人対策施策のフローチャート (我が国の精神衛生, 1984年度版)



老年期痴呆の二次予防は21世紀における大きな保健課題であり、誰に（ハイリスク群検出の社会的枠組み）、誰が（地域保健のマンパワーと施設）、どのように（介入の体制）働きかけるかが問題であり、もしできればその効果を評価する仕組みも必要である。当面、具体性があるのはADよりむしろVDであり、一部の地域では、すでに発生した痴呆へのケアの体制を予防するまでに拡大する試みがある。

それらは脳循環代謝改善薬、VDなら抗血小板薬などに加えて、それぞれに開発された演劇療法、音楽療法、グループ心理療法などの「脳活性化訓練」である。

しかし、これらを通じて次のような問題点が残っている。

- 1) 対象患者の早期診断は必ずしも確実でなく、予後の異なる種々の疾患、特に進行性の乏しい単純性ぼけが混入しているかもしれない。
- 2) 効果判定の方法、手順が統計的に妥当でなく、脳波、脳循環、画像診断所見などによる他覚的裏付けが十分でない。
- 3) 3～4か月の観察で寛解がみられても、自然経過の変動との区別が十分でなく、また、その「介入」を続けた場合、長期的予後に好影響があるかどうか不明確である。

これらの点を満足させて二次予防の有効性を確

立するには、多分野の協同研究を要するが、世界的にみてその方向への努力はまだ乏しい。

## E. 老年期痴呆の三次予防

医療・介護がこれに当たる。

### 1. 薬剤による治療

II章にその一部をのべたように、痴呆の中核心状には効果が乏しく、当面は周辺症状が対象となる。ただ、

### 2. 介護・福祉

すでに起きてしまった老年期痴呆への福祉的対策である。有吉佐和子の「恍惚の人」（昭和 ）は潜在的に深刻化していたこの問題を一挙に表面に表わした。

この分野は日本ではかなり充実し、日本の国民生活・感情に配慮した対策がつくられつつある（図1）。

## 文 献

- 1) 柄澤昭秀：老年期痴呆の疫学；最近の知見。老年期痴呆 1991；5(1)：39-46。
- 2) 近藤喜代太郎，朴 明：老年期痴呆の予防に向けて。老年期痴呆 1991；5(3) 41-49。
- 3) 近藤喜代太郎：どんな人がアルツハイマー病になるか。からだの科学 1989；149：43-47。

(近藤 喜代太郎)

## II 痴呆の臨床

### A よいモノ忘れとわるいモノ忘れ

痴呆を心配する外来患者は「モノ忘れ」を心配して受診する例が最も多い。

老年期に入ると誰でも「忘れっぽさ」が目立ち、健常人でも「最近もの覚えが悪くなった」とか、「人の名前がとっさに思い出せない」など、いわゆる短期記憶の低下や想起障害を自覚することが多い。

このような、健常人にもみられる「モノ忘れ」では理解力、判断力、計算力などの知的機能の障害はなく、「老化」のひとつの現れとも考えられ、いわば「よいモノ忘れ」である。しかし、同じ「モノ忘れ」でも何回も同じ事をきいたり、数分前の出来事も忘れていたりして日常生活に支障をきたすようになると、「異常健忘」と呼ばれ、痴呆の初期か、脳障害の現れかもしれないという懸念が高まる。

ごく初期の軽度痴呆の場合、それが老化による生理的なものか、病的なものか判断し難いことが多い。痴呆の診断は長い経過をみて判断しなければならないので、決して急ぐべきではなく、痴呆であるか否かを記憶力だけでなく、知能、判断力、意欲、人格変化などを総合的に判断する。また、それが痴呆であるとしても、その原因は何かなどを含めて判断しなければならない。従って、主に記憶障害のみみられるだけの段階で痴呆か否かを見極めることは困難なことである。

### B 痴呆患者の診断のすすめ方

痴呆の診断は特別なものでなく、内科、神経内科、精神科の診断と変わることはない。本人、家族がボケを主訴として来院しても他の疾患を含めて診療を進める。

痴呆の診断は知的機能の評価に併行して一般内科診断を進めながら、病歴の聴取に合わせて、患者の応答、態度をみる問診から始まり、視診、聴打診、触診などの理学所見、腱反射、知覚検査などの神経学的所見の他、検尿、血液検査、心電図、X線検査などの補助診断を併せて行う。

例えば脳梗塞患者の心電図に心房細動があったとすれば心房細動が原因になって脳血栓をおこしたと推定される。この場合、心電図は有力な補助診断といえる。

補助診断により痴呆の原因が推測されることが少なくないので、補助診断を適切に組み合わせることが必要である。

さらに神経学的補助診断としてX線コンピュータ断層撮影(X線CT)、核磁気共鳴装置(MRI)、単一光子コンピュータ断層撮影(SPECT)などの画像診断(III章を参照せよ)を進め、必要によっては脳波検査も行う。

このようにして診断を進め、痴呆が疑われれば知的機能評価、いわゆる「痴呆スケール」により痴呆の程度を判定し、その上で痴呆の原因を調べ、病名診断を進め、治療の段階に入る。

### C 問診

痴呆の診断上、問診は患者の全体像を把握する上で重要な関門である。

先ず、患者が診察室に入ってくるときから、態度、行動、挨拶、身だしなみ、歩行状態などを観察する。

痴呆がごく軽い場合、患者本人から情報を得ることも可能であるが、進んでいる場合は生活を共にしている家族、介護者から患者の病歴や客観的情報を得なければならない。

#### 1. 本人からの情報

本人に対する問診は世間話の形で進め、年齢、出生地、学歴、職歴、現住所、家族構成など身近なことを織りまぜてたずね、その機会に記憶、見当識、判断力など大まかな知的障害の有無についても把握する。

#### 2. 家族からの情報

家族からは次の事項について客観的事実をきく。

### a. 主訴と経過

いつ頃から、どのような変化がおこり、どう進行したかについて、経時的に話してもらう。

### b. 既往歴、現在症

- 1) いつ、どんな病気にかかり、また、どんな手術をしたか。
- 2) どの病院（医院）にかかったか。
- 3) 現在、どんな病気で治療しているか。
- 4) 現在どんなクスリを服用しているか。

服用中のクスリを知ることはかかっている病気について知るだけでなく、見かけの痴呆（仮性痴呆）の鑑別のためにも必要である。クスリによっては痴呆様の症状をおこしたり、既に軽くおきている痴呆を悪化させる場合も少なくないからである。向精神薬、パーキンソン病治療薬、睡眠剤などは勿論、抗胃潰瘍剤であるH<sub>2</sub>ブロッカーや抗不整脈剤でも精神症状、痴呆症状が出現することがある。

### c. 家族歴

近親者に痴呆患者、精神病者の他、高血圧症、糖尿病、高脂血症、心臓病など脳血管障害となる原因疾患患者がいるか否かを検討する。

### d. 本人を取り巻く環境、家族との関係など

家族関係は円満であるか、患者が疎外されていないか、環境変化などのストレスの有無など検討する。このようなことはすぐには判らないこともあるので、家族との関係が築かれてからたずねることも必要である。

## D 診 察

専門的になるが、痴呆とは、正常に発達した知能が器質的脳病変によって、永続的に低下して、社会生活や家庭生活に支障をきたすようになった状態と定義されている。どこで痴呆と考えるか、診察する場合、この点に配慮し、痴呆にまぎらわしい状態は慎重に鑑別しなければならない。

知能低下の中心になるのが記憶力や見当識の低下であるが、それに伴い行動や人格の変化も現れて来る。

痴呆の診断は、これらの変化を評価するのであるが、診察にあたっては、良性健忘、仮性痴呆、せん妄、心因反応などと鑑別しなければならない。

### 1. 良性健忘

記憶のプロセスとしての記銘→保持→想起のうち想起のみの障害であり、他の知能低下はない。

年をとれば多くの人がこれを経験する。「最近ど忘れ、モノ忘れが多くなった」と訴えるのはその例である。

### 2. 仮性痴呆（老人性うつ症状など）

知能は正常だが気分が落ち込み、精神運動も抑制されるので、後に述べる知的評価検査では痴呆と同じ結果の出ることが多い。

痴呆の初期にも抑うつ症状が出ることも多いので、鑑別に苦しむこともあるが、老人性うつ症状では、急性に発症し病識があり必要以上に知能障害を意識する。

### 3. せん妄

意識の濁濁があり、見当識の障害、幻覚などの知覚障害のため恐怖、不安感が出て急にわけのわからない発語や行動がみられる状態である。老年者は脱水、発熱などでも、これに近い状態になることがある。

痴呆との鑑別としては、せん妄は波状的で夜間に多く不安、恐怖、興奮を現し、基礎となる疾患の経過で変化するが、痴呆は固定的で感情は鈍麻する。

## E 知的評価検査（痴呆スケール）

これは大別して質問式と観察式に分かれている。

何れも一長一短があるので出来るだけ両方のテストを行うことが望ましい。以下のように痴呆評価スケールはいくつもあるが、何れも痴呆の評価のためであり、これにより例えばアルツハイマー病、脳血管性痴呆などのような診断とはならない。

### 1. 質問式認知機能検査

これは一定の課題を質問のかたちで与えて、ど

の程度正しく答えられるかによって障害の程度を判定するもので、WAIS (IQ テスト) の簡略形である。

この方法の長所は検者によるバラツキの少ないことであるが、患者の協力がどうしても必要なので、テストであるという意識を与えないように、自然の会話を装って質問をするなど、工夫を要する。また、知識を前提とする質問は、その人の生きざまや境遇の影響を受けることがあるので、その点にも注意しなければならない。

わが国でよく用いられているものに「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」(HDS-R) や Mini-Mental-State (MMS) がある。その他、国立精神研式痴呆スクリーニングテスト、N式精神機能検査、最近話題になっている「かな拾いテスト」等があるが、これらは痴呆程度を判定するほか、早期発見に役立つともいわれている。

これらは痴呆がかなり進行した場合は経過をみるにも便利である。

また、これらの評価は単に総合点で判断するだけでなく、個々の項目についてもどの項目に誤答がとくに多いかを注意する。それは総合点で同点であっても必ずしも同じ評価にならないこともある。なお、HDS-R では失行、失認は含まれないので別に検査する必要がある。

## 2. 観察式認知機能検査

これは、検者が患者の行動を臨床的に観察し、痴呆の有無、程度を推測するものである。

客観的方法であるが、検者によるバラツキや、家族の情報が誇大であったり過小であったりすることもあるので注意を要する。

わが国で代表的なものに柄沢式「老人のボケの臨床判定基準」、DSM-III, Clinical Dementia Rating (CDR), N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール), Gottries, Brane, Steen (GBS) などがある。このうちのいくつかを紹介する。HDS-R, MMS, CDR, かなひろいテストについては北海道公衆衛生協会第5号課題調査研究委員会編「痴呆老人の早期発見・早期対応」の資料をも参照されたい。

### a. CDR

行動観察や介護者からの情報で知的評価の他、社会適応、家庭状況、介護状況を多面的な観察で評価する。

### b. NM スケール

CDR に似ているが表1に示すように、筆者の経験では CDR より日本人向きのように思われる。

これは精神活動を5項目に分け各領域毎の評価と総合点で重症度を分類するものである。

NM スケールに併せて N-ADL (N 式老年者日常生活動作能力評価尺度) を行うと知的機能、ADL, 辺縁 (周辺) 症状の総合評価が出来るので便利である。

筆者らのグループ中では、表2, 表3のように、さらに具体的項目を入れた形式のものを利用して

### c. GBS

運動機能、知的機能、感情機能、精神機能の4領域から計26項目の設問で構成され痴呆の質的評価、量的評価が得られる。

## F 検査

脳病変の場合、最近ではIII章に述べる画像診断が必須とされている。

他にも、いろいろな検査があるが詳しくは成書にゆずる。

脳以外の異常、例えば貧血、電解質異常などによって痴呆と鑑別すべき病態をおこすことも多く、そのためにも多くの検査が必要である。

## G 痴呆性疾患の診断

痴呆であることの診断については DSM-III-R, その改訂版である DSM-IV, 我が国の厚生省研究班「痴呆の診断基準」(1989) など診断基準があるが、詳細については北海道公衆衛生協会第5号課題調査研究委員会編「痴呆老人の早期発見・早期対応」を参考されたい。

このような手順で痴呆であることの診断がいたら、痴呆の原因を病歴、画像診断、その他の補助診断により決定する。



表1 NM スケール, N-ADL スケール

N 式老年者用精神状態尺度 (NM スケール)

項目	0 点	1 点	3 点	5 点	7 点	9 点	10 点
家事 身辺整理	不 能	ほとんど不能	買い物不能, ごく簡単な家事, 整理も不完全	簡単な買い物も不確か, ごく簡単な家事, 整理のみ可能	簡単な買い物は可能, 留守番, 複雑な家事, 整理は困難	やや不確かだが買い物, 留守番, 家事などを一応任せられる	正常
関心・意欲 交 流	無関心 まったく何もしない	周囲に多少関心あり ぼんやりと無為に過ごすことが多い	自らはほとんど何もしないが, 指示されれば簡単なことはしようとする	習慣的なことはある程度自らする。気がむけば人に話しかける	運動・家事・仕事・趣味などを気がむけばする。必要なことは話しかける	やや積極性の低下がみられるが, ほぼ正常	正常
会 話	呼びかけに無反応	呼びかけに一応反応するが, 自ら話すことはない	ごく簡単な会話のみ可能, つじつまの合わないことが多い	簡単な会話は可能であるが, つじつまの合わないことがある	話し方は, なめらかではないが, 簡単な会話は通じる	日常会話はほぼ正常 複雑な会話がやや困難	正常
記録・記憶	不 能	新しいことはまったく覚えられない 古い記憶がまれにある	最近の記憶はほとんどない。古い記憶多少残存。生年月日不確か	最近の出来事の記憶困難, 古い記憶の部分的脱落 生年月日正答	最近の出来事をよく忘れる 古い記憶はほぼ正常	最近の出来事ときどき忘れる	正常
見 当 識	まったくなし	ほとんどなし 人物の弁別困難	失見当識著明。家族と他人との区別は一応できるが, だれかはわからない	失見当識かなりあり (日時・年齢・場所など不確か, 道に迷う)	ときどき場所を間違えることがある	ときどき日時を間違えることがある	正常

NM スケール評価点

N 式老年者用日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL)

歩行・起坐	寝たきり (座位不能)	寝たきり (座位不能)	寝たきり, 起きたり, 手押し車等の支えがいる	つたい歩き 階段昇降不能	杖歩行 階段昇降困難	短期間の独歩可能	正常
生 活 圏	寝床上 (寝たきり)	寝床周辺	室内	屋内	屋外	近隣	正常
着 脱 衣 浴	前面介助 特殊浴槽入浴	ほぼ全面介助 (指示に多少従える) 全面介助入浴	着衣困難, 脱衣も部分介助を要する 入浴も部分介助を多く要する	脱衣可能, 着衣は部分介助を要する 自分で部分的に洗える	遅くて, 時に不正確 頭髪・足など洗えない	ほぼ自立, やや遅い 体は洗えるが洗髪に介助を要する	正常
摂 食	経口摂食不能	経口全面介助	介助を多く要する (途中でやめる, 全部細かくきざむ必要あり)	部分介助を要する (食べにくいものをきざむ必要あり)	配膳を整えても ろうとほぼ自立	ほぼ自立	正常
排 泄	常時, 大小便失禁 (尿意・便意が認められない)	常時, 大小便失禁 (尿意・便意があり, 失禁後不快感を示す)	失禁することが多い (尿意・便意を伝えること可能, 常時おむつ)	時々失禁する (気を配って介助すればほとんど失禁しない)	ポータブルトイレ・しびん使用 後始末不十分	トイレで可能 後始末は不十分なことがある	正常

N-ADL 評価点

表2 NM スケール

初回評価 平成 年 月 日

項 目							
身 辺 整 理	0 不能 1 おやつやチリ紙が手の届く範囲にあればとれる 3 おしぼりを渡せば顔を拭く。側にあればお茶が飲める。 5 簡単な整理は可能。ベットまわりは声かけ指導で可 7 食器を洗ったり洗面用具の後片付けができる 9 留守番、部屋の掃除、どうにか洗濯機が使える 10 正常						
意 欲 交 流	0 無関心・全く何もしない 1 周囲に多少関心あり。ぼんやりと無為に過ごすことが多い 3 自発性なし。指示されれば簡単なことはしようとする 5 習慣的な事はある程度する。声かけで仕事に参加する 7 運動、家事、仕事、趣味など気が向けばする。必要なことは話しかける 9 やや積極性の低下はみられるがほぼ正常。周囲の人と雑団が出来る 10 正常						
会 話	0 呼びかけに無反応 1 一応反応するが自ら話すことはない（オーム返しに言葉が言える） 3 ごく簡単な会話のみ可能。つじつまの合わない事がある。 ありがとう、ごちそうさま、おはよう等が言える 5 簡単な会話可能であるが、つじつまの合わない事がある 7 簡単な会話は通じる。相手の話しが理解でき、筆談でも可 9 日常会話はほぼ正常。複雑な会話はやや困難 10 正常						
記 銘 記 憶	0 不能 1 新しい事は全く覚えられない。古い記憶はまれにある 3 最近の記憶はほとんど無い。古い記憶は多少残在（生年月日不確か） 5 最近の出来事の記憶困難。古い記憶は部分脱落（生年月日正確） 7 最近の出来事をよく忘れる。古い記憶はほぼ正常 物をしまい忘れて騒ぐ。服薬管理できない 9 時々忘れる（受診日時） 10 正常						
見 当 識	0 全く無し 1 人物の弁別困難 3 失見当著名。自分の年齢をかけ離れた歳で答える 5 日時、場所など不確か。道に迷う（失見当かなり） 7 時々場所を間違える。目的の場所に行こうとするが時に迷う 9 時々日時を間違えることがある 10 正常						
異 常 行 動	1. 徘徊 2. ごそごそ動きまわる 3. 不穏・興奮・攻撃 4. 奇声 5. 衣類シーツを破る 6. 昼夜逆転 7. 夜間に家族を起こす 8. 終日傾眠 9. 感情失禁 10. 抑うつ気分 11. 自殺念慮 12. 異食 13. 拒食 14. 錯覚・幻覚・妄想 15. 独語 16. 作話 17. オムツを外して失禁 18. トイレ以外で排泄 19. つまらない物を集める 20. 危険がわからない						
性 格 変 化	21. 自己中心的 22. 非協力的 23. 猜疑的 24. 頑固	重 症 度 価 点	正常：48～50 点	合 計			
			境界：43～47 軽傷：31～42 中等症：17～30 重症：0～16		評 価 者		

表3 N-ADL スケール

初回評価 平成 年 月 日

身体機能	視力	1. 見えない(右・左)	2. 形はわかる	3. 大きい活字は見える	4. 十分見える						
	聴力	1. 聞こえない(右・左)	2. 補聴器使用	3. 大声で可	4. 聞こえる						
	言語	1. 不能	2. 不明瞭	3. 単語のみ	4. 少し不明瞭	5. 話せる					
	麻痺	1. 無し	2. 有り	・右(上肢・下肢) ・左(上肢・下肢)		/	/	/	/	/	
歩行・起座	0	寝たきり(座位不能)									
	2	寝たきり(介助で座位可)寝返り・腰上げ等少しできる									
摂食	3	自力で寝起き可, 車椅子移乗不可, 駆動可能									
	5	つたい歩き, 歩行器使用, 車椅子移乗可, 駆動可能									
	7	杖歩行階段昇降困難									
	9	短期間の独歩可能, 階段の昇降可能									
	10	安定した歩行ができる									
	0	経口摂取不能									
	1	経口全介助									
	3	介助を多く要する, 途中でやめる									
5	一部介助を要するよくこぼすが最後まで食べられる										
7	配膳を整えてもらうとほぼ自立										
9	ほぼ自立, 膳の持ち運びやお茶汲みができる										
10	食事の準備や後片付けの手伝いができる										
	種類	・普通食		・特別食( )							
排泄	0	常時, 尿意・便意無く失禁状態									
	1	尿意・便意あり失禁後不快感を示す									
	3	失禁多く, 常時オムツ使用。尿意・便意を伝えられる									
	5	気を配っていればほとんど失禁しない。夜間オムツ使用									
	7	トイレ介助。後始末不十分									
	9	自力でトイレで排泄可能。後始末不十分									
10	正常										
入浴	0	全面介助(特浴又は清拭のみ)									
	1	ほぼ全面介助。多少指示に従える(リフト浴)									
	3	浴槽の出入り, 洗体に介助を多く要する									
	5	浴槽の出入りに介助を要するが, 体は部分的に洗える									
	7	遅くて時に不正確, 洗髪, 足等は洗えない									
	9	洗髪に介助必要。危険防止の為, 注意がいる									
10	見守り, 声かけを要するが, ほぼ正常										
着脱	0	全面介助									
	1	ほぼ全面介助。多少指示従える									
	3	着衣困難, 脱衣も部分介助。腰ひもが結べる									
	5	脱衣可能, 着衣は部分介助。靴下がはける									
	7	遅くて時に不正確									
	9	ほぼ自立が時間がかかる									
10	自立, 声かけのみ										
備考									合計		
									評価者		

表4 脳血管性痴呆とアルツハイマー病の比較

	脳血管性痴呆	アルツハイマー病
原因	脳血管障害	変性
発症	急性	慢性
経過	段階的に悪化	直線的に進行
脳卒中の既往 (病歴, CT, MRIより)	あり	なし
脳動脈硬化促進要因 (高血圧, 糖尿病, 心房細動)	多い	少ない
神経症状	あり 片麻痺, 病的反射, 仮性球麻痺	なし 末期にミオクロー ヌス, 口とがらし 反射
人格崩壊	末期まで人格保持	人格崩壊あり

痴呆をおこす疾患は、きわめて多いが、数の上で多いのは循環障害による脳血管性と神経細胞が崩壊する変性疾患で、両者は脳血管性痴呆とアルツハイマー病に代表される(表4)。その他さまざまな原因による痴呆がある。これらの鑑別は神経内科など専門家の役割であるが、硬膜下血腫など手術で治るものもあるので、鑑別が大切である。

### 1. 脳血管性痴呆

高血圧, 糖尿病, 心疾患, 高脂血症などを危険要因として脳動脈硬化が進行し知的機能に大切な部分の障害をおこして痴呆となるものである。

#### a. 多発性脳梗塞性痴呆 (MID)

小梗塞の多発に起因する痴呆で、段階的な経過をとり、抑うつ状態, 情緒不安定, 夜間精神錯乱などがみられるが、人格は比較的保持される。知的障害は全般的でなく、一部の機能が残存する(まだら痴呆)。

臨床症状の他にCT, SPECTなど画像診断の価値が高い。

#### b. ビンスワンガー病 (BD)

進行性の痴呆を示し、大脳皮質よりは白質や基底核の血管病変が強い。50歳代後半から高齢者に多く、思考力低下, 精神活動低下, 人格変化, 構語障害, 失禁, 小歩, すくみ足などのパーキンソンニスムス, 最終的には仮性球麻痺症状が現れる。

ほとんどの例に高血圧の既往がある。

## 2. 変性疾患

代表的なのはアルツハイマー病であり、知的機能にかかわる神経細胞の変性による高度の大脳皮質萎縮を生じ、知的機能が全般的に低下し、人格も早期から崩壊する。

アルツハイマー病の病期は3期に分かれる。

### 第1期〔1～3年〕

モノ忘れ, 見当識障害, 自発性低下, 抑うつ的, 易怒性。CTでは変化はみられないがSPECTで頭頂葉の血流低下がみられる(III章参照)。

### 第2期〔2～10年〕

多弁, 多動, 徘徊, 落ち着きのなさ, 無関心。CTで脳溝開大, SPECTで頭頂, 側頭葉の血流低下。

### 第3期〔8～12年〕

無動, 無言, 精神機能高度障害, 四肢硬直, 屈曲姿勢。CTで著明な脳溝開大, 脳室開大。SPECTで頭頂, 側頭, 前頭葉の血流低下。

## H 痴呆に対する治療

薬物療法と非薬物療法に大別されるが、ほかに硬膜下血腫など「治療可能な痴呆」の個別的な治療がある(表5)。

### 1. 薬物療法

痴呆の症状は表6に示すように「中核症状」と「辺縁症状」(周辺症状)に分かれる。

痴呆の本態は中核症状であるが、現在のところ中核症状に有効なクスリは現れていない。

ある種の辺縁症状に対しては薬物療法がある程度奏効する場合もある。また、前項で述べたように原因の判明している脳血管性痴呆や治療可能な可逆性痴呆については薬物療法または手術により効果は期待出来る。

表5 予防・治療面からみた痴呆の分類

- |   |
|---|
| 1. 予防可能な痴呆: 脳血管性痴呆  |
| 2. 治療可能な痴呆: 内分泌疾患, 肺疾患, 肝疾患, 血液疾患, 栄養障害, 薬物中毒に伴う脳疾患, 慢性硬膜下血腫 など |
| 3. 原因不明の痴呆: アルツハイマー病, ピック病 など                                   |



表6 痴呆の中核症状と辺縁症状

中核症状	辺縁症状	
記憶障害 見当識失 計算失 抽象思考低下 人格水準低下	夜間せん妄	意欲低下
	妄想	不潔行為
	幻覚	独語作話
	徘徊	異食
	易怒	拒食
	攻撃的行為	収集癖
	不機嫌	多幸気分
	抑うつ	日内リズム混乱

## 2. 非薬物療法

痴呆治療の目的は、痴呆は治療可能な場合を除いて、すでに起きた痴呆を治癒させることはできないのでたとえ記憶力、見当識、計算力が低下していようと患者が家庭内や施設内で比較的スムーズに共同生活が送れるようにするというところにと考えられる。

そのために、社会性、対人関係の回復、意欲、集中力の向上、不安、抑うつを解消などを重点目標とした集団及び個別の心理療法、レクリエーション、趣味活動などいわゆる脳活性化リハビリテーションが必要であり、その結果、明らかな成

果が得られている。(V章参照)

## 1 痴呆の臨床で大切な点

痴呆症状は潜在的に進行し、軽度の「モノ忘れ」と考えられる程度では年のせいとして見過ごされ、受診することは少ない。そして、日常生活に支障のある「モノ忘れ」、見当識障害、異常行動がみられて、はじめて受診する例が多い。しかし、その時期になると、病期はかなり進行し症状を改善させることは困難である。

筆者らの経験では発症6ヶ月以内なら、痴呆の改善、進行防止にかなりの成果をあげていることから、例えば「おき忘れが目立つ」「同じことを何回もきく」などの微候があれば、世間体を気にせず直ちに受診をすすめるよう家族の協力が必要である。

また、痴呆の予防、治療ケアについても家族の協力の如何で予後を左右するので、患者を医療機関や施設に預けておまかせということではなく、家族と医療・福祉スタッフとの連携が強く要望される。

(松島 達明)

### III 痴呆の画像診断

#### A. 画像診断とその有用性

##### 1. 種々の画像診断法

以前から脳血管撮影, 脳室造影などが脳疾患の診断に用いられていたが, 最近では X 線断層撮影 (CT), 核磁気共鳴映像法 (MRI),  $\gamma$  線放出を利用した単光子断層撮影 (SPECT) などの画像検査が, 脳疾患の診断に不可欠のものとなった。

老年期に入ると生理的にも脳の萎縮がみられるが, 脳血管障害をはじめ脳の病変で萎縮, 出血, 梗塞, 脳室拡大などの形態的变化がおこる。

一方, SPECT では形態は充分には判らないが, 脳のどの部分の血流がどの程度低下しているかを, およそ示すことができる。

そこで, CT, MRI などによってこれら形態変化を調べ, さらに脳血流測定の両面から画像診断を進めることが, 痴呆を含めた脳疾患の早期診断, 病期決定に有力な画像診断法になり得る。

1986年 Rogers らの検討では, 多発性脳梗塞性痴呆 (MID) では痴呆の再現する 2 年前から平均脳血流が減少すると述べ, 痴呆がなくても脳血流が低下している例では, 将来痴呆が発現する可能性のあることを警告している。

なおその他, 陽電子 (ポジトロン) を用いる陽電子 CT (PET) という方法があり局所脳血流量ばかりでなく酸素消費量, ブドウ糖利用率なども測定できるが, 高価な装置であるので, 一般の診察には利用出来ない。

##### 2. CT と SPECT 両面検査の有用性

老年期痴呆の各病期における脳血流 (CBF) の変動を CT と併せて検討したところ梗塞部位, 小梗塞巣部位, 著名な萎縮部位と CBF 低下部位は一致した。

CT では鑑別できないものも SPECT では解明可能な場合がある。

例えば, 痴呆を伴わない多発性脳梗塞 (MI) と, 多発性脳梗塞性痴呆 (MID) の鑑別は CT 所見のみでは不可能であるが,  $^{123}\text{I}$ -IMP-SPECT では多発性脳梗塞 (MI) より MID の方が r-CBF の低下は明らかであるとされている。

その他, 筆者らの経験ではアルツハイマー病 (SDAT) においても CT 上, 頭頂葉, 側頭葉の萎縮がそれほど著明でないか, まだ萎縮がみとめられないうちに CBF 測定で血流の低下が認められた。

また, 新長谷川式知能スケール (HDS-R) と脳血流は, 表 1 に示すようによく相関することがわかった。

アルツハイマー病は MID と異なり, 発症して

表 1 改訂長谷川式スケールと平均脳血流量 (m-CBF) との相関

改訂長谷川式スケール [HDS-R]	m-CBF [ml/100g/min]	痴呆の程度
27~30点	41.7 N=10	正常
21~26点	36.2 N=10	軽度
16~20点	33.8 N=9	中等度
11~15点	30.6 N=11	重度
10点以下	28.5 N=11	超重度

表 2 アルツハイマー病と脳局所血流 (r-CBF) [単位: ml/100 g/min]

r-CBF	RO	LO	RP	LP	RT	LT	RF	LF	m-CBF
第 1 期 N=3	39.3	37.0	35.3	33.7	37.7	35.0	36.3	36.0	36.7
第 2 期 N=5	36.0	36.2	26.6	25.2	32.6	30.4	33.2	31.4	32.2
第 3 期 N=3	28.7	28.0	23.0	23.7	24.7	25.3	26.7	25.7	27.0
対照健常者 N=5	43.2	43.8	42.8	41.6	43.8	43.0	43.0	42.6	42.8

{ R:右 O:後頭葉 T:側頭葉 }  
{ L:左 P:頭頂葉 F:前頭葉 例えば…RO=右後頭葉 }

から CBF が低下するといわれているが、SDAT の各病期の局所脳血流 (r-CBF) を測定した結果、表 2 に示すように痴呆の進行とともに脳血流が低下し、第 1 期では頭頂葉の血流低下が最初におこり、次いで側頭葉の血流低下がおこることが確認された。

## B. 画像診断の実際

### 1. X 線コンピューター断層撮影

CT 装置の基本機能は、X 線管から照射される X 線ビームを、被検体 (患者の頭部) のまわりを回転しながらあてて、その透過の程度をもとにコンピューターにより断層像を再構成し、画面に表示する。

脳 CT の撮影には外眼角と外耳口中央を結んだ OM 線という基準線がしばしば用いられるが、

この線より頭頂側に 1 cm 間隔で輪切りの写真 (断層撮影) を仰臥位状態で撮ってゆき、約 10 分ほどで終了する。(図 2 参照)

### 2. 単一光子放射線コンピューター断層撮影 (RI-SPECT 検査)

RI (ラジオアイソトープ) を用いた画像の検査とは、放射線を含んだ薬品を静注して体内から出る放射線 ( $\gamma$  線) を検出器で受け止め、そのデータをコンピューターで構成し、画面表示や数値による定量などを行っていくものである。

SPECT は、この様な機能をもった RI 検査の一種で、被検体のまわりを検出器が回転し、CT の様な輪切りの画像 (原断層面) の他に、矢状断層面 (前後方向と平行の垂直面)、前額断層面 (左右方向の垂直面と平行) を加え三次元的に画像を捉えることができる。(図 3)

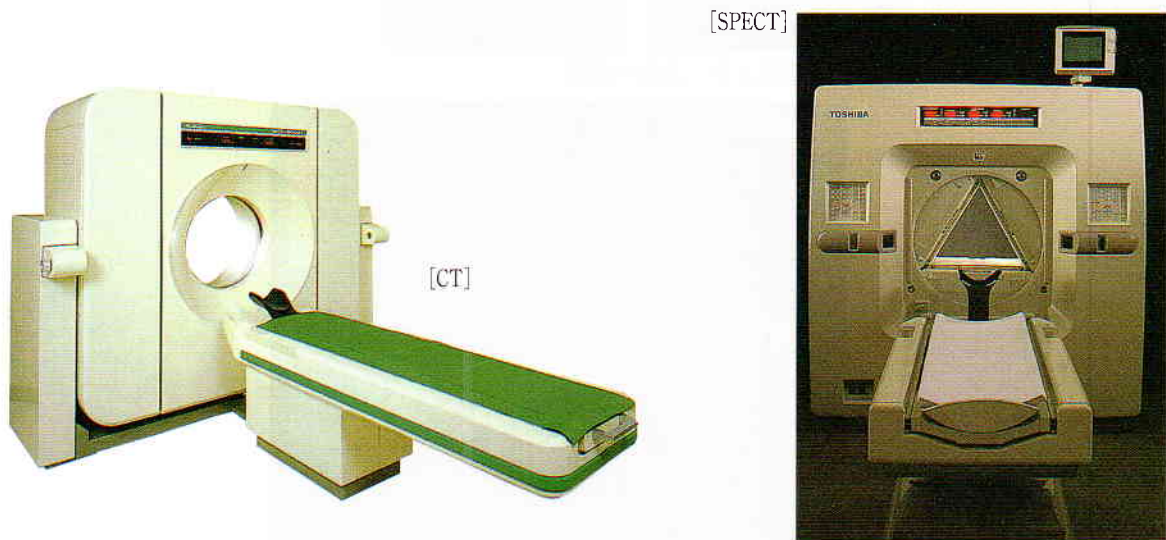


図 1 CT 装置と SPECT 装置

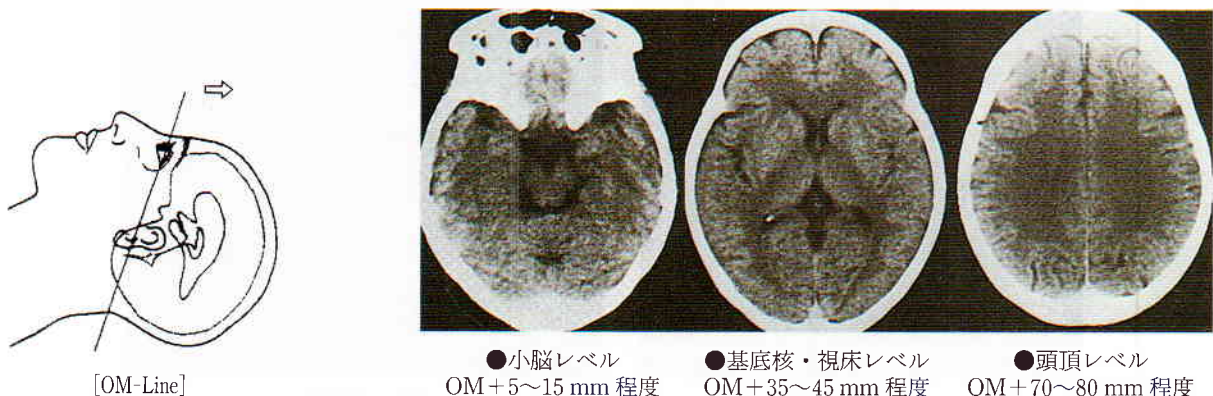


図 2 CT による画像



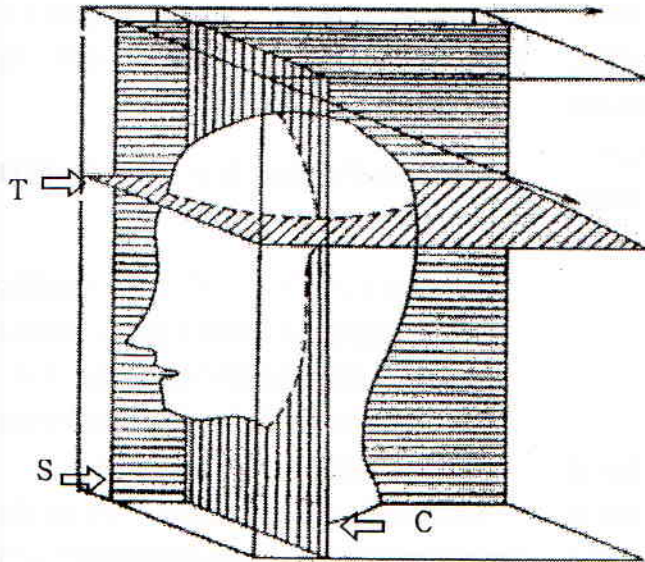


図3 SPECT 検査による3方向の画像

脳の検査では RI 薬品を静注後に動脈血を採血し、各々の解析を行うことにより脳血流量を求めることもできる。

図4, 5に示すように、病態・病期の変化による脳血流量の状態をカラー表示でわかりやすく表すことができる。

これらの検査に使われる RI 薬品は副作用も少なく、また放射線の量も時間とともに速やかに減少してゆき、尿、糞便などにより体外に排泄されるものを選ばれている。

(松島 達明, 石田 亨)

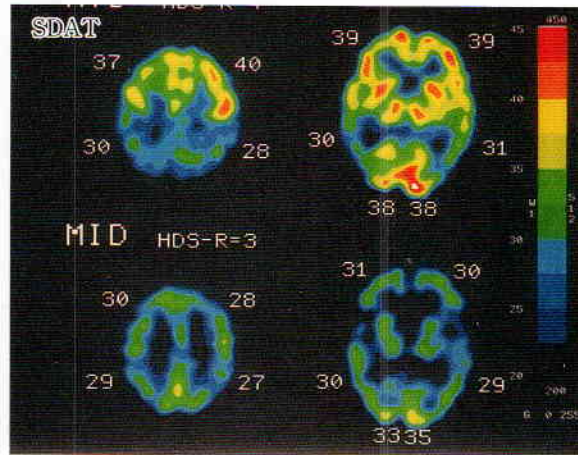
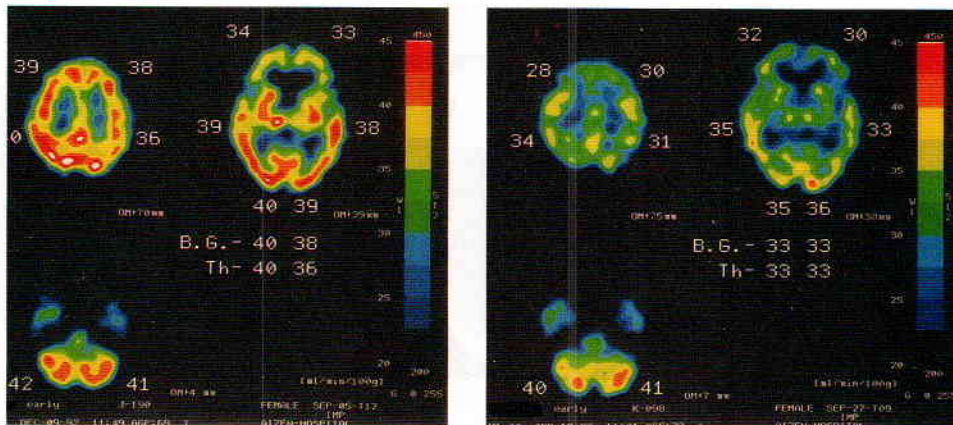


図4 アルツハイマー型痴呆(SDAT)と多発性脳梗塞性痴呆(MID)のSPECT 所見



[MID 軽度]

[MID 中等度]

図5 MID の病期における脳血流分布の違い



## IV 痴呆の作業療法

### A 痴呆における作業療法

痴呆の症状は様々で、知的機能である見当識・記銘力・記憶力の低下だけではなく、感情や情緒・対人交流・コミュニケーション能力・協調性や社会性の面にも障害がでてくる。これらは日常生活の上でも問題となり、家族やその他の周囲の人間の生活にも大きな影響を与えることになる。

痴呆の作業療法では、失われたり、低下した機能はなにであるのか、保たれている機能はなにであるかを見極めながら、個人について、またはグループ単位でいろいろな活動を提供することによって、機能の改善・維持を行うことが大切である。

### B 種目の選択と訓練の到達目標

#### 1 選択の方針

個人の希望するものがあれば、それを第一に優先する。希望がない場合や、二種目めを選ぶ場合はつぎの点を目安にして選択する。

- 1) 過去に経験している種目
- 2) 比較的保持されている機能を主に使う種目
- 3) 低下した機能を使う種目で、その機能が前面に出でない種目
- 4) 身体・知的能力の残存能力を利用することで患者自身が有能感を感じられる種目
- 5) 複数の患者で行うことにより、低下した機能を補いながらできる種目

「個人種目」は患者自身が興味をもって楽しめることがもっとも大切なことである。意欲や興味を失い喪失感のつよい場合には、単純作業の反復でできる創作活動を職員と一緒にしたり、ものを作ることに抵抗を示す患者では、「書き写し」「パズル」「日記」などで作業療法へのスムーズな導入を図る工夫が必要となる。

一方、グループで行う「集団種目」については、対人交流の場であり、ルールに沿って活動しなければならない種目になる。また、他の患者の力を借りて一つのことをするため、自分の能力以上の

満足感や達成感を得られることが多く、それを利用して、個人の種目ではアプローチしにくい、つよく低下した能力にも働きかけるよう心掛ける必要がある。

#### 2 実施準備

ごく初期の痴呆の場合、痴呆であることの自覚に乏しく、訓練や通所それ自体への動機付けがなく、拒否的な態度である患者が多い。このような場合、訓練の中にはやく楽しみを見いだせるよう、適切な種目をさがす職員の努力が大切である。

見当識、記銘力、記憶力の低下によって、自分のおかれている状況や周囲のことが分からなくなって不安・焦燥が強い患者には訓練に入る前にしっかりと説明することが必要になってくる。

説明の内容としてはつぎのような点に注意する。

- 1) 日付
- 2) 場所
- 3) 職員の氏名、役割、患者との関係
- 4) 訓練の目的、内容
- 5) その日のスケジュール

訓練中の患者の混乱に対して職員が介入することは訓練意欲そのものに大きく影響してくる。個人種目・集団種目を問わず、依存心の極端につよい患者への特別な対応を除いては、できないことへの手助けは大いにすべきである。訓練の場ではあるが、あくまで「楽しい」「面白い」という印象が優先され、それが患者の意欲・関心・興味を引き出す大きな要因になる。とくに集団種目においては他の患者と比べて劣等感を抱く状況は避けなければならない。むしろ「大勢の中でもおなじように楽しめる」という有能感を感じられるような介入をする必要がある。

#### 3 スケジュール

訓練の回数は週一回から週三回を目安として、私どもは

- 1) 個別種目：1~3種の種目を選んで、ひとつの種目を30分から1時間30分

2) 集団種目：メンバー、回数、リクエストを考慮し作業療法士が種目を選択してひとつの種目を30分から40分それぞれ行っている。

#### 4 訓練の到達目標

見当識、記銘力、理解力、注意力、集中力、判断力の維持だけではなく、興味、関心、意欲、対人交流などの改善を目的とする。とくに従来活動以外に、加齢とともにあまり行われなくなるような身体的活動、知的活動、精神的活動を組み込んだ種目を加えて、これらの目標を達するように心掛ける。

#### 5 訓練室外でのアプローチ

患者の実際の生活を把握するため、家族の協力を得て患者の自宅での一日の生活を「タイムスケジュール表」にすることが大切である。痴呆の進行を防止するためには、無為に過ごす時間をできるだけ減らすことが必要であるが、このような「タイムスタディ」を行えば、何もしていない時間にできる活動を提供する事ができる。訓練で行っている種目を持ちかえったり、家族としての役割を決めて習慣化することで無為な時間を減らすことが可能である。ただしこれには家族の大きな協力が無くては効果は望めないことが多い。

### C 提供することが望ましい種目

- a 手芸活動：ネット手芸、アンデルセン手芸、刺し子、編み物、文化刺しゅう、スキルギャラリー、革細工、縫い物、貼り絵、ちぎり絵、ペーパーフラワー等過去の経験を問わずに本人の希望するもの
- b 絵画：ぬり絵、写生、鉛筆画、水彩画、クレヨン画、指絵、絵画鑑賞
- c 写文・習字・ペン字・日記・交換日記
- d 読書：黙読、音読、他人に聞かせる、順番に読む、大まかなあらすじを他人に聞かせる、感想を述べる
- e 音楽：つぎのように多彩なメニューがある。

- 1) 聴く（歌謡曲、演歌、民謡、懐メロ、クラシック、リクエスト曲）
- 2) 歌う（カラオケ、合唱、独唱）
- 3) 演奏（オルガン、タンバリン、カステネット、鈴、木琴、ハンドベル；曲にあわせて、単独で、リズムだけで、複数で）

#### f 知的作業をふくむゲーム：

- レベルに合わせてつぎのようなゲームを選ぶ
- 1) ジグソーパズル（2ピース～118ピース）
- 2) トランプ、いろはがるた、百人一首、花札
- 3) オセロゲーム、囲碁、将棋
- 4) 手作りカルタ〔現在社会で起きている事件・流行っていること・天気・季節の話題・生活の知恵・簡単な計算問題（簡単な買い物で必要になる程度の暗算）をクイズ形式のカルタにする。〕
- 5) 言葉遊び。同じカテゴリーの言葉を探すものである。
  - 例1 白いもの…兎、豆腐、雪、……。
  - 例2 丸いもの…ボール、リンゴ、団子、……
  - 例3 「ア」で始まる言葉…鮎、赤ん坊、朝日、あんこ……
  - 例4 「ン」で終わる言葉…座布団、やかん、ミカン……
  - 例5 熱いもの…ストーブ、炎、お湯……
  - 例6 冬に使うもの…こたつ、スキー、手袋……

- 一人一つずつ順番に言いながら4周から5周していく。この時、なるべく重複しないこと、思いつかないときは職員がヒントを与えるようにして、「絶対に言わなければならない」という雰囲気は作らないように気をつけることが大切である。出ない時には次の人にパスすることもできる雰囲気が必要である。また出てきた言葉はボードに書き出しハッキリと視覚に訴えるようにする。
- 6) 間違い探し。

新聞や雑誌にある複雑なものから間違いが一つしかない簡単なものをレベルに合わせて選択する。個人で行っても、複数で行っても良い。間違いを見つけ出すだけでなく、どう違うかを具体的に説明することや

その違いによってどんなことが予測されるかを述べてもらうことも重要である。

この活動では視覚記憶能力とそれに基づいた比較・判断が必要になってくる。また、その事象の説明には時間的な流れや理論的な順序立てが的確に捉えられる能力が求められる。これらの点に注意しながら職員はヒントを与えたり、患者の能力の変化を観察していく必要がある。

例 「リボンが違う」→「女の子の髪の毛のリボンの模様が違う」→「女の子の髪の毛のリボンが、片方は水玉で、もう片方はチェックになっているところが違う」

例 「椅子の足がない」→「椅子の右後ろの足がない」→「椅子の右後ろの足がないから座れない」→「椅子の右後ろの足がないから座ると転んでしまう」

#### g 知覚運動刺激

- 1) 背中に指で字を書いてもらい当てる
- 2) 積木の積み上げ
- 3) 指模倣・身体模倣・逆模倣

リーダー（職員）の手足の動きを模倣する。動きは出来るだけダイナミックで普段の生活の中ではおこなわないものになるようにする。また、前後、左右、上下がリーダーとは逆になるように模倣する事で難易度を換えることが出来る。加齢により低下していきがちな身体図式を再獲得することが目的の一つである。

#### 4) 遅出し逆じゃんけん

リーダーの出したジャンケンより強いものを後から出す。

視覚情報に基付いて自分の動作を出来るだけ早く決定して行動に移す事が要求される。

h テレビ・ラジオ・新聞の感想：時事問題、スポーツ、芸能、ドラマについて好き嫌いや思ったこと、知っていることを話すまたは聞く。

#### i 茶話会

当番を決めてお茶を入れ飲みながら話をする、回想法を取り入れた昔話し、自慢話し、家族の話、趣味の話など。

嘘つき比べ（自分の事や家族のことについて

出来るだけおおげさな作り話をして皆に聞かせ、話し終わったあとに聞いている人はその嘘を言い当てる。最後には嘘の部分の話し手が訂正する。）

#### j 身体機能訓練

身体機能を用いる訓練である。

- 1) 筋力増強訓練、関節可動域維持訓練、耐久性の維持
- 2) 輪投げ、ゲートボール、風船サッカー、玉入れ、ポーリング、ボール投げ
- 3) ダンス、軽体操、散歩
- 4) 風船バレー・風船打ち。風船とネットを用いた一般的なのものに加えて、2個の風船（白と赤）をつなげたものを使い、赤しか触れないチームと白しか触れないチームに分けて行うもの。

円陣を組み、つながた3個の風船の色にそれぞれ対応したことば（例1. 赤-止まれ・黄-注意・青-進め、例2. 赤-リング・黄-レモン・ピンク-桃）を言いながら打つものがある。「打つ」と「言う」の二つの行為を同時に行いながら「色」から予め決められた「言葉」への変換作業を非日常的な作業で積極的に行うことが要求される。

## D 効果と評価

訓練の効果として変化がもっと現れてくるのは対人交流・社会性・興味・関心の面である。痴呆の中核症状と言われる見当識・記憶力の低下には大きな改善は見られることは少なく、痴呆評価スケール上の得点に大きく変化は顕れ難い例が多かった。訓練の要素として患者に影響を与えられるものは、

- 1) 自宅に居るだけの生活に比べより多くの人間とのより深い交流ができること、
- 2) 視聴触覚からの多くの刺激を得られまたその情報を処理する機会が増えること、
- 3) 自宅に居るだけの役割以外に「訓練に通う」役割、訓練場面（小社会）での構成員としての役割ができることである。

なお、これらの点の詳細はⅥ章でのべる。

（小杉 恵美）

## V 痴呆の理学療法

I章で痴呆になりやすいライフスタイルが示された。アルツハイマー病，脳血管性痴呆とも若いときからの運動不足が発生誘因であることが示されている。

毎日の適度な運動が，心身の健康を保つために大切である事はよく知られている。しかし実際には，「言うはやすく行うは難し」で，なかなか思うようにならないことも経験される。

本章では体を動かす能力の障害（身体障害）と痴呆（知的機能障害）の関係と運動の日常生活の活動（ADL）への影響について述べる。

### A 運動の心身への影響

#### 1 年齢と運動能力

年齢と運動の関係を模式的に示す（図1）。

若い頃より，適度な運動をすることにより運動能力の維持される期間は，しない人に比べてかなりの違いが後半（歳をとってから）に出てくる事が示されている。

一般的には30歳前後に運動能力はピークとなり，以後，毎年歳を重ねてゆく毎に約0.75%ずつ低下すると言われている。いかに運動能力の低下を緩やかにするかは，いわば「若い頃の貯金」が

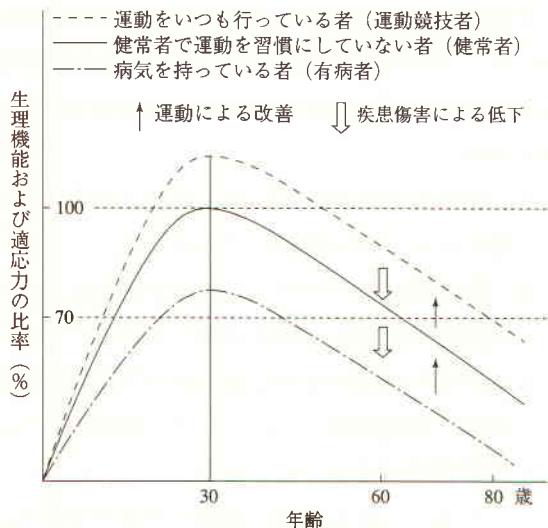


図1 生理機能および適応力と加齢との関係

ものをいうとなる。

#### 2 痴呆患者と運動能力

身体障害はADLを困難にするが，痴呆も進行するとADLを困難にする。

簡単なADL評価表とSPMSQ（簡易精神症状質問紙法）の関連性を図2に示すが，高い関連性が認められている。

身体障害だけではなく，痴呆も基本的な運動能力の困難さを誘発する事が分かり，逆に言えば，運動能力の維持・改善をすれば，痴呆の予防・改善に効果が期待できるかもしれない。

### B 運動をどの様に進めるか

ここからは，その具体的な方法などを述べる。

#### 1 運動の効果

運動することによって，心身には次のような効果がある。

- 1) 体や心の柔軟性の維持・改善
- 2) 骨量の維持（骨粗鬆症の予防）
- 3) 筋力（パワー）の維持・改善
- 4) 呼吸力の維持・改善
- 5) 精神の安静化

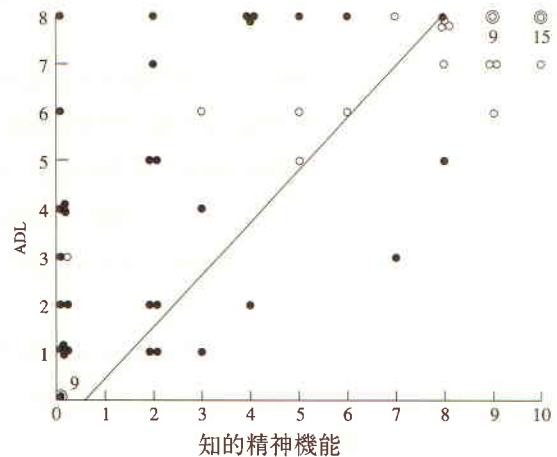


図2 ADLと知的精神機能



## 2 適当な運動

運動の選択は、個人の好みや健康状態に大きく左右される。運動量についても体力検査（簡単な方法で良い）に基づいたものである必要がある。

つまり、まず専門家の評価を受けて、その指導のもとにて進めることが望ましい。

## 3 運動の際の注意点

はじめは、きちんと運動を行っていても次第に多く感じたり少なく感じたりして、自己流になるおそれがあり、怪我のもととなることがある。以下に運動を行う際の注意点を示す。

- 1) 決して無理をしないこと。体調がすぐれない時、おかしいなと思ったときには、必ずひかえるか、専門家に相談する。
- 2) 多くやれば必ず効果が大きいとは限らないこと。逆効果の場合もあるので、指導された内容は必ず守る。

変更したいとき(物足りない、きつすぎる、わからない事)は、必ず、指導者に相談する。

- 3) わからない事等があった場合は、必ず確かめる。

## 4 運動を指導する際の注意点

- 1) 基本的な体操とレクリエーション的な運動とを組み合わせると行うと良い。
- 2) バラエティに富んだものを選ぶ。ゲーム的要素を取り入れると盛り上がる。
- 3) 準備体操で始まり、整理体操で締める。

## 4) かけ声・指導するときの注意点

①リズムカルに各運動毎に、いつも同じやり方で、②同じ順序、同じ方法で。声かけ、ジェスチャー。そして掛けるタイミングに注意する。③運動に正確さを求めないこと  
基本的な体操は毎日同じやり方で示す。毎日決まった時間に運動のスケジュールを設けることによって、大半の人々は身体を動かすようになる。

## 5 歩 行

人は足から弱ると言われている。足に関する諺も少なくない点からみても、足は生活の基盤であるといえる。

歩行は、その時の体調や都合に合わせて、10分～1時間と伸縮自在であり、速さも適宜調整できる便利さがある。ある時には激しく、またある時にはゆっくりと、相手を必要とせず、好きな時、好きな場所を選べる点でも大変便利で合理的である。

運動をする計画を立てたら、積極性とねばりできるとにかく続けることが大切であり、無理をしないで、楽しむという軽い気持ちで行う。

指導者の側からみても、運動を指導するといった構えた姿勢ではなく、一緒に楽しむ、参加するメンバーの1人となり、とけ込む事が大切である。

指導者が、楽しむ、おもしろいと感じる運動・レクリエーションこそが、参加者にも楽しくておもしろいと感じられる。

(富永 淳)

## VI 増悪予防と脳活性化訓練の効果

### A 予防の3段階と老年期痴呆

病気の予防には1次予防(発症の阻止),2次(早期発見と早期治療),3次(成立した患者への諸対策)の3段階がある。老年期痴呆では3次予防は既にかなり充実しており,また1次予防は当面の具体的課題ではない。そこで現状では2次予防の開発がきわめて重要である。

本章では発症の「しくみ」が全く異なるアルツハイマー型老年期痴呆SDATと脳血管性痴呆VDについて,私共が「脳活性化訓練」と呼ぶデイケアを行った介入群と,それを行わなかった非介入群の長期予後を比べ,介入の長期効果を評価し,老年期痴呆の非薬物療法の効果を明らかにする。

### B 脳活性化訓練の試み

老年期痴呆の2次予防には,どんな病気に,どの段階で,どうすれば,どんな長期効果があるか・ないかを知る必要がある。

痴呆の改善に対しては既に多くの試みがあり,短期の効果は臨床医の「手ごたえ」としてでも簡単に知ることができ,SDAT,VDともかなり有効であることが既に判っており,いわゆる「周辺症状」がかなり改善できる。しかし「中核症状」,すなわち知的低下それ自体に対する長期効果の確認は内外とも殆ど行なわれていない。その主な理由は,

- 1) 介入を加えつつ長期の対策を行なう枠組みが容易に作れない,
- 2) 介入効果があるとしても,痴呆性疾患観察が長期になるほど自然経過の変動・進行と紛らわしく,非介入群との厳密な比較が難しい,
- 3) 介入の他にも予後に影響する多くの要因があり,それと独立した介入効果を確認しにくい,
- 4) 介入を行なうことが本人・家族を動機づけ,活動が全般的に活発になり,「介入の2次効果」がおこるため,狭義の介入効果を確認し

にくい。

愛全病院(札幌市南区)は老人病院を中心として種々の老人施設をもち,送迎を伴うデイケアを活発に行なっており,これらの困難がある程度は解決できる。そこで平成2年11月から,多角的な「脳活性化訓練」および多角的な高次機能リハビリテーションのメニューを用意し,家族への「説明と同意」を得て,介入試行が開始された。

しかし,なんらかの理由で途中脱落する事例もあるため,それについても予後調査を行なって,介入のいかんにかかわらず予後が評価される態勢が作られた。

### C 結果

この研究は別に詳しい論文として発表されているので,結果の要点のみ,実用的に大切な点を説明したい。

評価の対象は,SDATでは「介入群」68例,「非介入群」67例,VDでは「介入群」108例,「非介入群」105例であった。介入群では脳活性化訓練の期間は6~35ヵ月(平均11.6ヵ月),回数は1~5回/週(平均2.35)であった。

#### 1. 日常生活動作ADLおよび知的スケールへの効果

脳活性化訓練の効果を介入群と非介入群に分けて評価した。「維持」は有効とした。SDATとVDは進行性疾患であり,相当期間不変であることは望ましいことだからである。

その結果をSDAT,VDに分けて表1にまとめた。星(\*)の数が多きほど「介入群」に高い有意な改善・維持があったことを意味する。

SDATでは,残念ながら日常生活動作,知的機能のいずれも脳活性化訓練前後で殆ど有意な差が認められなかったが,VDでは,多くの項目ではっきり改善し,総合得点が有意に改善した。つぎにこのような効果の程度がどんな要因で変わるのかを説明した。

表1 脳活性化訓練前後のADLおよび知的機能における差の検定

	アルツハイマー型 老年性痴呆	脳血管性痴呆
日常生活動作 ADL 尺度 (Barthel Index) 総合得点	—	***
1. 食 事	—	***
2. 移 乗	—	—
3. 整 容	—	***
4. トイレ動作	*	***
5. 入 浴	—	*
6. 歩 行	*	*
7. 階段昇降	—	*
8. 着 替	—	***
9. 排 便	—	***
10. 排 尿	—	***
知的機能(NM-scale) 総合得点	—	***
1. 家事・身辺整理	—	**
2. 関心・意欲・交流	—	***
3. 会 話	*	***
4. 記憶・記憶	—	***
5. 見当識	—	***

(ウィルコクソンの符号付順位検定)

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001.

## 2. 効果に影響を及ぼす要因とその複合効果

介入前後での変化を、個人別に算出し、以下に示す9要因のなかから影響を及ぼす要因を検出した。

評価した9つの要因は脳活性化訓練(—, +), 痴呆スケール, 年齢(78≤, 78>), 性(男, 女), 危険要因(糖尿病・高血圧・心疾患・高脂血症・心房細動)(+, —), 投薬(—, +), 自主的リハビリテーション(—, +), 家族のサポート(—, +), 疾患別(SDAT か VD かで, SDAT か VD の診断を合わせて分析し, 診断の相違が効果を規定するかを調べた)である。

### 1) 日常生活動作

「脳活性化訓練」「家族のサポート」「自主的リハビリテーション」の3要因が検出された。

### 2) 知的機能:

「脳活性化訓練」「家族のサポート」「VD」の3要因が検出された。つまり、老年期痴呆を長期に追跡した時、その経過に好ましい影響を与えたの

表2 老年期痴呆の知的機能に効果のあった3要因とその複合効果)

脳活介入 $\beta=1.45$	脳血管性痴呆 $\beta=0.81$	家族のサポート		複 合 オッズ比
		$\beta=0.61$	$\beta$	
—	—	—	0	1
—	—	+	0.61	1.83
—	+	—	0.81	2.24
—	+	+	1.42	4.11
+	—	—	1.45	4.29
+	—	+	2.06	7.84
+	+	—	2.26	9.60
+	+	+	2.87	17.59

多変量ロジスティックモデル

は、脳活性化訓練を行い、家族に支えられていること、原因が脳血管性であることの3つであった。

### 3) 要因の複合効果

日常生活動作、知的機能のそれぞれについて、検出された有意な要因が同時に存在した場合の複合効果を評価した。日常生活動作では3要因すべてが存在しなかった場合の効果を1とすると、3要因すべてが存在した場合の「複合オッズ比」は36.00と推定された。同様に知的機能では検出された3要因すべてが存在した場合の複合オッズ比は17.59と推定された(表2)。

表2の見方を説明する。脳活性化訓練の介入および家族のサポートがなく、VDでない(したがって、SDATである)場合の効果を1として、3要因がさまざまな組合せで存在した時の効果が何倍になるかを「複合オッズ比」という尺度で示している。VDであることは、それだけで、SDATに比べて、2.24倍の効果が期待できると予想される。VDで家族が支えれば、介入がなしでも4.11倍だが、介入すれば17.59倍になる。

しかしながら、これはモデルで複合オッズ比は実体のない相対値で、例えばSDATでも介入と家族のサポートがあれば9.60倍有効であるかは判らない。

## 3. 生命予後の推定

「生命表法」によって生存率を計算すると、症例により観察期間が異なっても、すべての症例のすべての観察期間の結果を使うことが可能である。

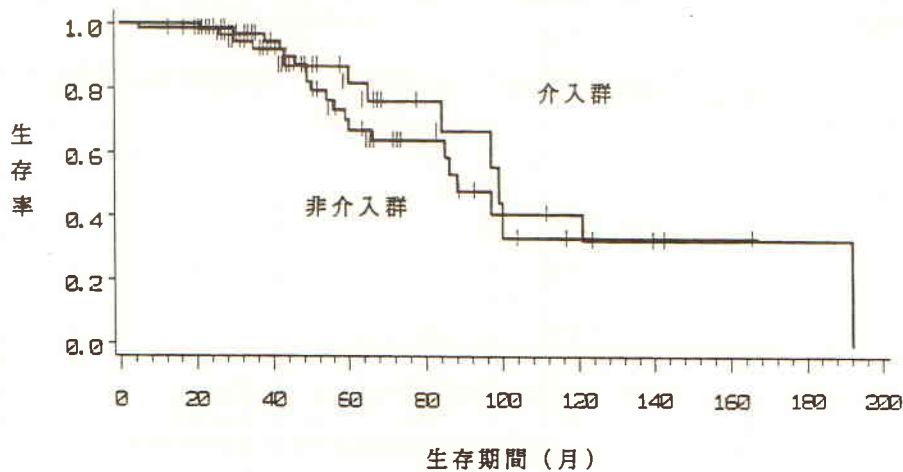


図1 アルツハイマー型老年性痴呆における介入群と非介入群の生存曲線  
P値 Logrank test 0.6405

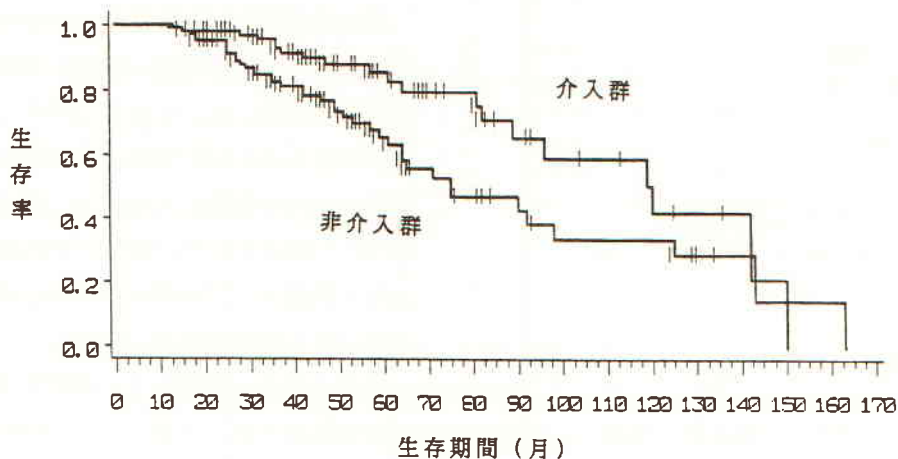


図2 脳血管性痴呆における介入群と非介入群の生存曲線  
P値 Logrank test 0.0118\*\* \*P<0.05, \*\*P<0.01。

SDATとVDに分けて8要因、即ち、脳活性化訓練(-,+),痴呆スケール(HDS-R 13>, 13≤),年齢(78≤, 78>),性(男,女),危険要因(+,-),投薬(-,+),自主的リハビリテーション(-,+),家族のサポート(-,+))別に生命表を作成した。

SDATでは軽症例の予後がよい点のみ有意であったが、VDでは「痴呆スケール」、「年齢」、「家族のサポート」、「自主的リハビリテーション」、「脳活性化訓練」の5要因で有意差が認められた。若年例で有効で、家族の支援、介入、それに動機づけられた自宅での活動増加がそれぞれ独立に患者の生命予後を好転させることが示された。

図1と図2はSDATおよびVDにおける脳活性化訓練の有・無が生命予後に与える効果を示し

たものである。

## D 脳活性化訓練の長期的効果

以上の成果は、次のように要約できる。

- 1) 「脳活性化訓練」は、痴呆の中核症状に対してSDATでは効果が確認できなかったが、VDでは多項目で維持・改善が認められた。
- 2) 生命予後に対して「脳活性化訓練」はSDATでは効果が認められなかったが、VDでは、改善が認められた。
- 3) 「脳活性化訓練」は独立に、すなわち他の要因とは切り離して有効であることが認められた。
- 4) 日常生活動作へは「介入」「家族の支援」「自



主的リハビリ」が、知的機能へは「介入」「家族の支援」「VD」が好影響をもつことが認められた。

5) 生命予後をよくする要因として、介入以外には、SDAT では「痴呆の重症度」のみ、VD では「痴呆の重症度」「年齢」「自主的リハビリテーション」「家族の支援」の5 要因が認められ、この結果からみて、VD では介入がとくに重要であることが示唆された。

6) 生命予後延長に最終的に影響した要因は「介入」「年齢」「痴呆の重症度」「VD」であった。

VD では介入により非介入群と比較して、生命予後が明らかに延長する結果となった。これは、一部の臨床医が経験しているが、他の規定要因と独立の効果として統計学的に対照群と比較したのは、本研究が初めてで、きわめて重要な結果であ

る。介入が廃用による痴呆の2 次的進行を阻止し、デイケアに参加するという意欲が残存機能へ働きかけ、脳循環を改善し、このような結果を導いたとも考えられる。したがって、VD に対しては、介入が痴呆の悪化を緩徐にし、生活の質 Quality of Life (QOL) の維持・向上と生命延長に貢献すると結論づけられた。

最後に、デイケアの立場から大切なのは、デイケアそれ自体への効果が認められただけでなく、それに動機づけられて全般的な活性化が、デイケアの効果としての確立に新たな効果を加える、という事実が示されたことである。

#### 参考文献

渡部由美子 痴呆患者に対する脳活性化訓練の長期的効果と予後 北海道医誌 71 (3), 391-402, 1996。

(渡部由美子)

## Ⅶ 痴呆性老人とその家族への支援

「老い」は誰にでも平等に訪れる。高齢化が進んだ状態では必ずしも健やかで楽しい老後ばかりとは限らない。痴呆症や慢性・難治性の病気を抱え、日常生活に援助なくしては一日たりとも過ごせない高齢者が増えている。最近の傾向として必ずしも子供との同居を望まない高齢者も多くなっており、その理由として住宅事情、嫁と姑の問題、生活環境を変えたくない、子供に迷惑をかけたくない等が挙げられている。

これに伴い老夫婦世帯、一人暮らし老人の割合が高くなってきている。元気なうちは「誰の世話にもならない」で生活できるが、いざ病気になったり痴呆の症状が重くなってくると周囲がそれを許さない場合もある。自らが自覚して相談したり、介護者が早期に適切な手段を講じられれば幸いであるが、殆どの場合にはギリギリになるまで頑張ってしまうため、結果的には共倒れになるケースも少なくない。

誰もが住み慣れた家や地域で、健やかに生き生きと「老い」を迎えられるように、医療・保健・福祉などの様々な分野のサービスが少しずつ整備されつつある。しかし、広報活動が不十分なために、どんなサービスがあるのか、どこに申し込むのか等について一般市民にはよく知らされていないという問題がある。そこで実際のモデルケースを紹介しながら、色々な「老いのかたち」について考えていきたい。

### 〔事例1〕

夫・89歳 脳血管性痴呆 パーキンソン病  
妻・80歳 高血圧症

老夫婦世帯 ひとり息子は東京方面にいて音信不通の状態。

夫婦で米屋をやっていたが、70歳位時よりパーキンソン病が徐々に進行し、入退院を繰り返すようになり廃業した。夫のたつての希望により自宅療養となるが、一年前から完全に寝たきりとなる。近医の往診を受けながら妻が献身的に看てきたが、妻も精神的・肉体的限界を感じ近医に相談し

た。近医から連絡を受けた「在宅介護支援センター」がアセスメントや総合的評価・調整を行う。妻も含めた支援が可能となり、現在は次のようなサービスを受けて自宅療養を継続している。

- ・週3回介護型ホームヘルプサービス（自宅での入浴やリハビリができるようになる）
- ・週1回訪問看護（病状の管理や経過観察）
- ・週1回地域のボランティアによる「話し相手ボランティア」（主に妻の気晴らし）
- ・その他現状を知った隣家の主婦から「買い物や惣菜の差し入れ」等の申し出があり、手伝ってもらえる事となる。

その結果、二人きりの淋しく苦しい状況から脱することができ、妻からは「もっと早くに知っていれば」との声があった。

### 〔事例2〕

夫・65歳 アルツハイマー型痴呆  
妻・59歳 特に病気等はなし

3人の娘がいるがいずれも嫁いだり、就労の為に近くにいない。妻の妹が近所におり、必要時援助あり。夫が停年を目の前にしてアルツハイマー病を発症した。進行が早く、発症から1年程で徘徊等の問題があり目の離せない24時間介護の状態となる。大学病院に定期通院していたが担当医より「改善は見込めない」と説明された。介護に疲れた妻が区役所に相談した。そこで老人保健施設やデイサービスE型（痴呆性老人の為にデイサービス）の活用を進められた。保健所の保健婦にも協力を得て介護の支援体制とケアサービスの調整が調整された。

- ・週3回デイサービスE型
- ・週2回老人保健施設のデイ・ケア
- ・2カ月に1~2週間のショートステイ（特別養護老人ホームと老人保健施設を空床状況で使い分ける）

その結果、病状の進行により在宅生活も長くは無理との医師の話から、妻は逆に少しでも出来るうちは自宅で生活させたいと現在サービスを積極

的に活用した。医療についても大学病院から近くの老人病院へ変更した。

これら2つの事例は、いずれも最終的に在宅可能となったケースであるが、このように様々なサービスを組み合わせて活用するケースが増えている。

従って、サービスを提供する側は1人の利用者に対し複数のサービスが導入される事での利用者側の混乱やトラブルが生じないように、中心となってマネジメントする機関や人を明確にし、申し合わせておく等の配慮が必要である。

また、サービスの導入については、バラバラにサービスを提供するのではなく、「総合的な調整」がカギであり、あくまでも利用者本位のサービスでなければならない。つまり利用者のニーズに合わせて、費用負担の問題や公的・民間のサービスの長を生かしたサービス計画をたてるとともに、関係機関の有機的連携が必須である。

介護者側としては、この事例からもわかるように家族だけでできる事には限界がある為、自分達だけで解決しようとせず早期のうちに相談すべきである。実際の相談窓口としては、市(区)・町・村の高齢者福祉の担当窓口、在宅介護支援センター、保健所、精神保健福祉センター、社会福祉協議会などの他に、各医療機関の医療相談室や地区の民生委員などがある。

在宅介護の中では要介護者への援助も重要であるが、それ以上に重要なのは「家族・介護者」への援助である。今や介護は当事者のみならず社会的な責任においてなされる時期にきている。単に家族機能の代替物を提供するのではなく、むしろ機能の履行において家族を支援するべきだとする考えが多くなってきている。本人はもとよりそれを取り巻く家族をいかに支援していくかによって、介護が大きく変化してくる。

しかし、家族が介護する場合、無償である以上に更に犠牲を払っているケースが大半を占めており、ストレスからくる老人の虐待や共倒れ、家庭崩壊の危機すらある。それには少しでも介護者の負担を軽減し、一日でも長く在宅生活が出来るように周囲からのバックアップが必要である。家族の不安・不満を受けとめたり、専門家によるカウ

ンセリングがいつでも受けられるようなシステムも必要と考える。また、介護する仲間が意見交換や自分達の気持ちを吐露できる場の設定等も重要である。現在も「呆け老人を抱える家族の会」や「介護者の集い」などがあるが今後更に官・民あげて充実したものにしていく必要がある。

介護を受ける本人にとっても介護疲れでやつれ果てた妻や嫁を見るよりは、元気でハツラツとした姿を見る方がはるかに精神的にも安定するはずであるし、「面倒看てもらって……」とか「早くお迎えが来てほしい」などという悲しい声は減少していくであろう。

事例②のケースも妻が「介護者の集い」に参加する数日間、老人保健施設のショートステイを使っていただいたが、帰ってきて開口1番「私だけがつらいのではない事がわかった。また、頑張れると思う。」とすがすがしい顔を見せてくれた。誰からも苦勞をねぎらってもらえず、あたりまえの事としてしか見られない中で「初めてほめてもらって、涙が止まらなかった。」と集いに参加した事で心の安定がはかれたとの明るい知らせであった。

利用者本人としてもデイ・サービスやデイ・ケア、ショートステイを活用し、対人交流やリハビリ、趣味活動を通しての心身の賦活が成され表情が豊かになったり、意欲がでてきたりとスケールでははかりきれない変化がでてくる。

逆に集団適応は困難だが訪問看護婦の来宅を心待ちにしているケースもあり何らかの形で社会とのつながりを継続する事で社会性を保持しているケースもある。

前述にもあるが、ショートステイのような短期間の入所やデイサービスのよう日帰りのサービスも充実してきており、最近では24時間巡回型の介護サービスも登場し、ケアサービスのメニューも広がってきている。これらのサービスを上手に活用することで笑顔で介護できる環境作りも可能になっている。「生活する」という事は単に医療が受けられるとか、食事が充たされていけばよいというものではなく、日々の生活そのものであるから、心身共に健康で心豊かな1日1日となるように支え合いの仕組みを作り上げたい。

(丸山小百合)

## VIII 在宅痴呆性老人の地域看護

### A 訪問看護制度の趣旨

#### 1. 訪問看護

この制度は老人保健法の改正を受けて、平成4年4月に「老人訪問看護」でスタートし、さらに平成6年10月に健康保険法の一部改正により「訪問看護」が新しく加えられた。

要介護老人に対しては、「生活の質」(QOL)の確保を重視し、全体的な日常生活動作能力を維持・回復させるとともに、家族及び外部からの支援によって住み慣れた地域社会や家庭で療養できるようにしていくことが重要である。

老人訪問看護制度は、こうした観点から創設されたものであり、これによって、在宅の寝たきり老人等の訪問看護サービスを受ける機会が拡大し、QOLに配慮した在宅医療の推進がはかれる。

#### 2. 目的

訪問看護は、在宅医療を推進するひとつの方法として、すべての年齢の在宅医療を行っている難病患者、重度障害者、末期がん患者等のQOLを確保し、患者の病状に応じた適切な看護を提供し、家庭において、より安定した療養生活を送れるように支援することを目的としている。

#### 3. 対象者

老人訪問看護では疾病、負傷等により、家庭において寝たきり、またはこれに準ずる状態にある老人医療受給者対象であって、かかりつけの医師が必要と認めた者が対象になる。

寝たきりに準ずる状態にある老人の中には、脳卒中後遺症等で寝たきりに陥る恐れのある理学療法や作業療法の対象になる老人や痴呆性老人も含まれる。

訪問看護では疾病、負傷により、居宅において継続して療養を受ける状態にある者であって、かかりつけ医が必要と認めた者が対象になる。(老人

医療受給者を除く)

主な対象者としては、難病患者、重度障害者(筋ジストロフィー、脳性麻痺、脊髄損傷等)、末期がん患者、精神障害者等が考えられている。ただし、一時的に通院困難となった患者は含まれていない。

### B. 運 営

在宅で痴呆老人をかかえている家族介護者の苦労は容易ではない。

それを少しでも軽くし、痴呆性老人にも活力を与えるための在宅ケア3本柱がゴールドプランの中で設定された。

それは、ホームヘルプ、デイケア(サービス)、ショートステイであるが、新ゴールドプランでは、さらに訪問看護が加えられた。

訪問看護は、かかりつけ医師の指示に基いて看護婦などが訪問し、家庭においてよりよい療養生活を送れるように適切な看護を提供するために設けられた制度である。(図1)

具体的内容としては病状観察は勿論のこと清拭、洗髪、入浴、排泄、食事等の介助及び家族に対する介護指導などである。

訪問看護は、かかりつけ医の指示で動くが現場においてはホームヘルパーとの連携も重要であり、その意味で地域に根ざした看護として高く評価されている。

### C. 在宅痴呆性老人の訪問看護事例

訪問看護は対象者の状況、ニーズに合わせて、適切な計画を立てる必要がある。

次に事例を紹介する。

#### (事 例)

I・Mさん、女性、85歳

夫と2人暮らしであったが、夫の入院とともに独居生活となったが、痴呆進行のため食事、服薬(本人は糖尿病のコントロール不良)に確認が必要となり、平成7年5月、訪問看護開始と同時に24



時間巡回介護のホームヘルパーを利用した。

平成7年12月、自宅で転倒し下肢骨折のため入院したが、入院中に夫死亡し帰宅のまま独居在宅療養生活に入った。

在宅療養になってから、次男の嫁が泊まり身の回りの世話をしていたが介護疲労のため、再び訪問看護、24時間巡回看護・介護を希望した。

アセスメントの結果次の点が指摘され、ケアプランが作成された。

- 1) 痴呆の進行により日常生活上の危険性がある。
- 2) 食事、服薬管理が難しい。
- 3) 低・高血糖の危険性がある。

その結果、週1回の訪問看護、毎日、朝・夕2回の24時間巡回看護介護となり、朝食前の簡易血糖検査、服薬確認、生活状況確認、生活指導、安否確認を行っている。

目標としては

- 1) 食事、服薬指導で血糖値の安定化。
- 2) リズム感のある生活。短時間の散歩、集団生活への誘い。
- 3) 環境整備により身体の保清の維持。

などであり、具体的には

- 1) クスリの保管場所の検討。
- 2) デイケアの利用で服薬、入浴を確実にする。
- 3) 本人との関わりをもつ時間の検討。
- 4) 興味あるものを聞き出し趣味活動を活かす援助。
- 5) 身辺整理、整頓。

などのケアプランで訪問看護を実施したが、3ヶ月後の現在、血糖値は次第に安定化しつつあり、生活のリズム感もでてきている。

(中村 公江, 中村 敏子)

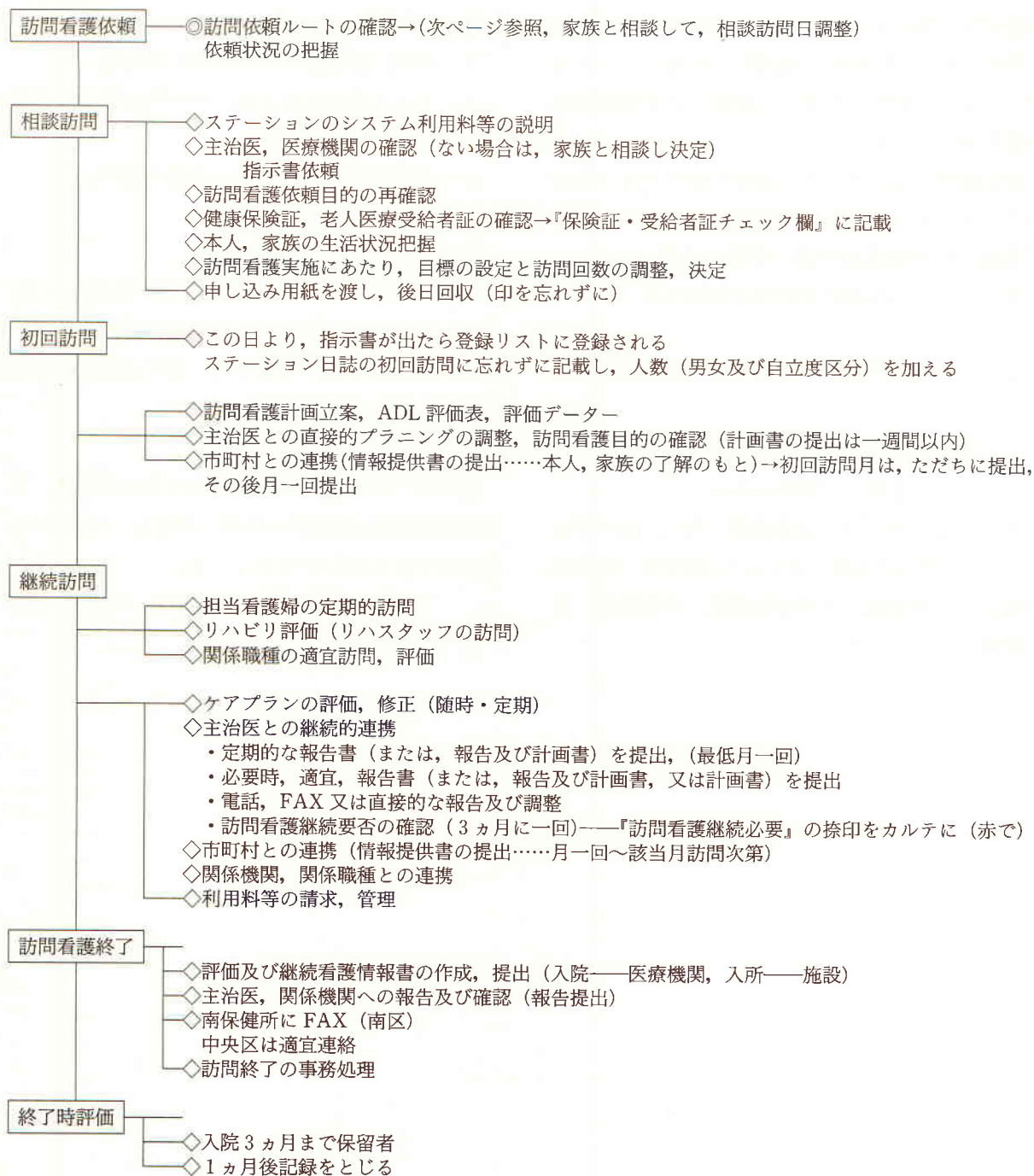


図1 ステーション “みなみ” の訪問看護手順

### 参 考 文 献

1. 長谷川和夫監修 痴呆とケアのマニアル 診療新社 (1995)
2. 鎌田ケイ子 老人看護論 全国老人ケア研究会 (1995)
3. 矢内伸夫 痴呆性老人の理解と介護 ワールドプランニング (1995)
4. 竹内孝二 他 遊びリテーション 医学書院(1990)
5. 中村重信 ぼけの診療室 紀伊国屋書店 (1990)
6. 厚生省保健医療局 精神保健課監修 老人性痴呆疾患診断治療マニュアル 新企画出版社 (1991)
7. 金子満男 老人性痴呆の正しい知識 南江党(1989)
8. 北海道大学放送教育委員会編 高齢化社会をむかえる北海道 北大生協印刷事業部 (1993)

## 索 引

病気の一次予防・二次予防・三次予防	2	NM スケール	11
頻度	2	N-ADL スケール	12
危険要因	3	脳血管性痴呆とアルツハイマー病の比較	13
多発梗塞痴呆／ビンズワンガー病の危険要因	3	脳血管性痴呆	13
老年期痴呆の一次予防	4	多発性脳梗塞性痴呆 (MID)	13
呆けないための 10 か条	5	ビンズワンガー病 (BD)	13
老年期痴呆の二次予防	5	変性疾患	13
痴呆性老人対策施策のフローチャート	5	治療	13
老年期痴呆の三次予防	6	痴呆の分類	13
薬剤による治療	6	非薬物療法	14
介護・福祉	6	痴呆の画像診断	15
痴呆の臨床	7	改訂長谷川式スケールと平均脳血流量	15
モノ忘れ	7	アルツハイマー病と脳局所血流	15
痴呆の診断	7	X線コンピューター断層撮影	16
診察	8	単一光子放射線コンピューター断層撮影	16
良性健忘	8	痴呆の作業療法	19
仮性痴呆症・うつ症状	8	痴呆の理学療法	23
せん妄	8	運動の心身への影響	23
知的評価検査・痴呆スケール	8	年齢と運動能力	23
質問式認知機能検査	8	痴呆患者と運動能力	23
観察式認知機能検査	9	増悪予防・脳活性化訓練の効果	25
CDR	9	脳活性化訓練	25
NM スケール	9	生命予後の推定	26
GBS	9	脳活性化訓練の長期的効果	27
脳病変	9	痴呆の家族への支援	29
NM スケール・N-ADL スケール	10	在宅痴呆の地域看護	31

# 北海道公衆衛生協会第6課題

## 早期老年期痴呆の増悪予防に関する研究

### 《研究班会議の経過》

平成7年3月、北海道公衆衛生協会の第6号議題として「早期老年痴呆の増悪予防に関する研究」が選ばれた。

当研究班では主に医療法人愛全病院で平成3年から開始した痴呆の予防、地域保健事業に従事した各班員が、それぞれの研究体験に基づいて、さまざまな問題研究を簡潔にまとめ小冊子とすることとし、次の経過で会議が進められた。

### 《研究班の構成》

	氏名	所属	職名
班長	松島 達明	医療法人リラコート愛全	診療部長
班員	近藤 喜代太郎	北海道大学医学部公衆衛生学講座	教授
班員	山田 孝	秋田大学医療短期大学部作業療法科	教授
班員	渡部 由美子	元北海道大学医学部 公衆衛生学教室大学院生	医師
班員	富永 淳	医療法人愛全病院理学療法科	科長
班員	小杉 恵美	同上 作業療法科	主任
班員	石田 亨	同上 放射線科	科長
班員	丸山 小百合	同上 相談室	ケースワーカー
顧問	三宅 浩二	札幌医科大学公衆衛生学講座	教授
顧問	千葉 真二	前北海道衛生部長	協会長
事務局	梅原 茂樹	医療法人愛全病院作業療法科	科長

### 《会議の経過》

#### 第1回平成7年5月24日、愛全病院 ADL 会議室

自己紹介の後、班長より1990年より発足した多重介入方式による「脳活性化外来」「脳活性化リハビリテーション」における知見を中心に課題に必要な事項についてそれぞれの立場からわかり易くまとめられた旨の説明があった。次いで近藤班員より北海道公衆衛生協会の概要と関係した研究分野の動向について説明があり、その事業趣旨にそった報告書となるよう班員に協力をお願いした。

次に本研究班で評価すべき諸点が次のようにそれぞれの班員から報告された。

- 1) 老年期痴呆対策の現状と問題点 (近藤)
- 2) 早期老年期痴呆の臨床 (松島)
- 3) 脳活性化リハビリテーションの効果と予後 (渡部)
- 4) 老年期痴呆の早期発見に対する SPECT の応用 (松島・石田)
- 5) 脳活性化訓練の実用的方法 (富永・小杉・梅原)
- 6) 早期老年痴呆のケースワーキング (丸山)



## 第2回 平成7年8月23日 愛全病院 ADL 会議室

三宅顧問の臨席を得て、各班員から各自の研究結果について説明がなされた後、近藤教授より各班員に対する細部のアドバイスがなされ、これをふまえて班長より年末までに予備原稿の持ち寄りが提案され、全員の了承を得た。

## 第3回 平成8年3月4日 愛全病院 ADL 会議室

各班員より提出された予備原稿についての討議がなされ、執筆者および最終内容が協議された。

- 1) 老年期痴呆の一般論 (近藤)
- 2) 痴呆の臨床 (松島)
- 3) 痴呆の画像診断 (石田・松島)
- 4) 脳活性化訓練とその長期効果の判定 (渡部)
- 5) 実務リハビリテーション (小杉・富永)
- 6) ケースワーキング (丸山)
- 7) 地域看護 (中村公・中村敏)

なお7)については、当初の予定にはなかったが、在宅ケアを進める上で新しく設定された地域看護が必要であるとの委員会一致の意見から急きょとり上げたものである。なお、地域看護の章は次の2氏に依頼した。

中 村 公 江 訪問看護ステーション「すみかわ」所長  
中 村 敏 子 訪問看護ステーション「まこまない」所長

## 第4回 平成8年4月8日 愛全病院 ADL 会議室

前回の会議決定に基づき、各班員より提出された原稿についての結果、加筆、訂正箇所の手直し5月中旬に印刷に付することが確認された。

**老年期痴呆の進行 Stop 策戦**  
脳活性化訓練の普及にむけて

---

1996年3月31日

編集 「早期老年期痴呆の増悪予防に関する研究」班

発行 北海道公衆衛生協会  
〒060 札幌市中央区北1条西5丁目  
日赤会館内  
TEL.(011)222-3292

印刷 (株)アイワード

---