

平成16年度

高齢者認知症介護研究報告書

＜痴呆性高齢者の地域包括ケアシステム推進および
尊厳維持に関する研究事業＞

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

まえがき

長寿社会を迎え、認知症が大きな課題としてとりあげられている。原因の追究、根本治療の開発は勿論であるが、現実に対面する最も重要なことは、介護をめぐる問題であろう。認知症が存在し、増加傾向にある現状の中では、介護は緊急を要する課題で、学際的立場から総力をあげて取り組む必要があろう。

認知症介護研究・研修大府センターでは、設置準備段階からすでにこの問題を取りあげ、多角的な立場から検討を進めてきた。平成 16 年度もこうした一連の研究体制の中で、介護を実践するにあたり、中核となるいくつかの課題について、事業、研究が実施された。

認知症の在宅介護では、地域ぐるみの対応が重要であるとされているが、その内容や具体的な実施面で、まだ一定の見解がない。この点について、介護に関連する様々なグループを統合し、システム作りを模索してのモデル事業は重要で、今後の展開が期待される。認知症は、成因により病態にかなりの差異があり、介護の実践には、このことを念頭に推進する必要が指摘されている。この意味で、レビー小体型痴呆、前頭側頭型痴呆とアルツハイマー型痴呆との比較研究は極めて興味があり、介護に焦点を合わせてのさらなる追求が必要であろう。

認知症介護での何がしかの介入が有効であるかどうかを明確にするためには、客観的指標をとりあげ、説得力あるデータを示すべきである。脳機能画像もその一つで、研究の方法論として、どのように組み込むかが重要とされる。認知症の日常生活行動で最も大切なことは、コミュニケーションの障害であろう。現実には、どのように障害されているのか、どんな点で問題があるのか、など様々なポイントを明らかにすることは、介護の実践の上で極めて重要である。また、認知症では、A D L が具体的に、どのような形で崩壊されているのか、その内容を詳細に分析することは、認知症の実態に迫る重要な一つの側面である。今回の研究で、これらの点についても鋭いメスが入られ、これまでにないすぐれた成果が得られた。

認知症の介護には、検討を迫られている課題は山積みされており、多くの力を結集し有用な成果があげられるよう最大の努力が望まれる。

今回の成果は、その一端にすぎないが、認知症介護の領域で何らかの寄与をしたものと信ずる。これを土台に、さらなる飛躍、発展を期待したい。これらの貴重な事業、研究の推進に協力された多くの方々、大府センターの関係者の方々に深甚の謝意を表する。

平成17年3月

社会福祉法人 仁至会

理事長 祖父江 逸郎

目 次

平成 16 年度研究成果

- 1) 「大都市における認知症（痴呆性）高齢者を地域で支えるシステムづくり
モデル事業」……………1
主任研究者 柴山 漠人（認知症介護研究・研修大府センター）
分担研究者 黒川 豊（名古屋市千種区黒川医院）
研究協力者 中出 泰充（名古屋市千種区医師会）
小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター）
上松 正幸（名古屋市千種区池下やすらぎクリニック）他
- 2) 疾患別痴呆ケアの評価に関する研究事業
・アルツハイマー型痴呆・レビー小体型痴呆のケアに関する研究……………6
主任研究者 小阪憲司（福祉村病院）
分担研究者 藤城弘樹（名古屋大学大学院医学系研究科老年科学）
研究協力者 伊莉弘之（福祉村病院）
磯島大輔（福祉村病院）
・前頭側頭型痴呆のケア方法の確立と評価に関する研究…………… 12
主任研究者 池田学（愛媛大学医学部神経精神医学講座）
研究協力者 野村美千江（愛媛県立医療技術大学看護学科）
品川俊一郎（愛媛大学医学部神経精神医学講座）
松本直美（愛媛大学医学部神経精神医学講座）
繁信和恵（総合病院浅香山病院精神科）
- 3) 痴呆性高齢者に対する介入による変化の客観的指標の検討—主に脳機能画像に
おける変化を中心に—……………17
主任研究者 武田章敬（国立長寿医療センター アルツハイマー型痴呆科）
研究協力者 鷺見幸彦（国立長寿医療センター 外来診療部）
加藤隆司（国立長寿医療センター 長寿脳科学研究部）
伊藤健吾（国立長寿医療センター 脳病態生理研究室）
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
川合圭成（名古屋大学大学院医学研究科神経内科学）
祖父江 元（名古屋大学大学院医学研究科神経内科学）
- 4) 簡易コミュニケーションスケール（軽度痴呆用）作成の試み…………… 21
主任研究者 川合圭成（国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）

分担研究者 武田章敬（国立長寿医療センター アルツハイマー型痴呆科）
 祖父江元（国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）
 小長谷陽子（高齢者認知症介護研究・研修大府センター）
 相原喜子（国立長寿医療センター研究所長寿脳科学研究部）
 桑島 愛（名古屋大学医学部神経内科）

5) 認知症高齢者の Evidence Based Care

－ A D L 崩壊過程とその対応に関する研究－……………29

主任研究者 小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）
 分担研究者 杉村公也（名古屋大学医学部保健学科）
 研究協力者 田川義勝（名古屋大学医学部保健学科）
 渡邊憲子（名古屋大学医学部保健学科）
 白石成明（小山田記念温泉病院）
 小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府）
 川村享平（名古屋大学大学院医学系研究科前期課程）

6) 認知症介護指導者養成研修の評価に関する研究……………51

主任研究者 可知昭江（認知症介護研究・研修大府センター）
 研究協力者 福山 譲（社団邦人中部産業連盟）
 正木勝秋（元人事院総務局参事官）
 前川厚子（名古屋大学医学部保健学科）
 奥宮さだ子（聖隷福祉事業団看護介護研修センター）
 永坂トシエ（社団法人 愛知看護協会）
 柿本 誠（認知症介護研究・研修大府センター）
 藤本 茂（認知症介護研究・研修大府センター）

7) 資料

「大都市における認知症（痴呆性）高齢者を地域で支えるシステムづくり」 モデル事業

主任研究者 柴山 漢人（認知症介護研究・研修大府センター）

分担研究者 黒川 豊（名古屋市千種区黒川医院）

研究協力者 中出 泰充（名古屋市千種区医師会長）

小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

上松 正幸（名古屋市千種区池下やすらぎクリニック）

他、22 名 ＊資料 1. 参照

A 研究目的（事業実施目的）

認知症高齢者を標準とするケア・モデルの構築は、緊急の課題である。その中心には、介護予防、早期発見（原因疾患の診断・治療・ケア）、医療と福祉・介護関連の連携、等であるが、地域でのサポートには、家族・地域住民の理解と協力は不可欠である。また、かかりつけ医、専門医、ケア専門職、行政職、等の専門的人材の育成（レベル・アップ）と共に、家族・地域住民の認知症についての正しい知識と理解、適切な関わり方への啓発活動が必要である。地方都市・町村では、既にこのようなシステムが構築されている地域もあるが、大都市では、未だ構築されていないので、このモデルを是非実現し、全国展開できるように寄与したいと考えている。

B 研究方法（事業実施計画および事業内容）

事業計画としては、全体の総括的評価を行う研究委員会（資料 2.）を設置し、総論的検討を行うと共に、世話人会を設置し、具体的な実施計画を策定し（資料 3.）、検討の上、実施した。

具体的には、医療・看護・介護・社会福祉・在宅介護・家族・住民（民生委員）・行政等の世話人 24 名の協力（資料 1.）、具体的な活動内容を策定し、全体会議（世話人を含む約 40 名）で検討し、その結果を、啓発活動、連携システム構築、等の事業を展開した。

また、当該事業を円滑に実施するため、各上部組織（愛知県、名古屋市、愛知県医師会、名古屋市医師会、等）へ協力依頼をした。即ち、愛知県健康福祉部長、名古屋市健康福祉局長、愛知県医師会長、名古屋市医師会長、等へ面接し、趣旨説明をし、直接協力依頼をした。

活動内容の策定には、他の地域での先行事業の内容を参考とした。（文献参照）

C. 研究結果（事業の結果）

1) 啓発活動

これには、市民向け講演会（資料 4.）6 回、専門職向け講演会（資料 4.）6 回、医師会向け講演会（資料 5.）5 回（4 回は、千種区医師会、1 回は、名古屋市医師会）を実施した。また、市民向けパンフレット「市民のための認知症ガイド」（巻末資料 6.）を作成した。

これとは別に、全体会議（「名古屋市千種区認知症連携の会」）でも、11 回 講演会を実施した。

(資料 7.)

2) 連携システム構築

別紙(資料 8.)の「名古屋市千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポート・ネットワーク・フロー図」のような連携システムを構築するように、かかりつけ医(医師会)と専門機関(資料 9.)へ協力を依頼した。専門機関としては、国立長寿医療センター：総長・院長、名古屋大学病院：神経内科・老年科・精神科の各教授、名古屋市立大学病院：神経内科・精神科の各教授、藤田保健衛生大学：神経内科・精神科の各教授、名古屋市立東市民病院：院長、愛知県立城山病院：院長に面接し、趣旨説明をし、了解と協力を得た。

このシステムとの関連で、「紹介状(医療情報提供書)」のフォーマット(資料 10.)と市民が受診・相談するかかりつけ医リストを作成した。

また、連携システムのもう一つの鍵であるケア・マネージャーの会合でも、このシステムについて 趣旨説明し、協力要請をした。

更に、市民に一番近い民生委員の相談等には、できるだけ協力した。

D.考察(今後の計画も含めて)

この事業は、市民、家族から、医療・介護・保健・行政・法律関連の各専門家まで幅広い方々の協力・連携によるので、短時日では成就し難いものである。時間をかけ、交流を深め、少しずつ信頼関係を築きながら システム構築を目指して、努力、努力の日々であった。何故なら、この事業の終了後も このシステムが持続して機能していかなければ、事実上、事業の成果はなかったということに等しいからである。

そのために、先ず 事業開始の約6ヶ月前から、医師会をはじめ 各分野の方々(約40名)に月1回ボランティアで集まって頂き、どのようなモデル事業を実施するかについて率直に意見交換し、各分野からの意見を集約し、総論的な面は、まとまった段階で、事業に入り、開始早々からは、具体的な内容の検討に着手した。

そして 月1回の集まりでは、前半は 講義(希望のテーマに沿って)で、後半は 啓発活動等の具体的なスケジュールや講演内容、パンフレットの内容、などについて意見交換し、具体案を作成していった。それに従って、9月より 市民向け講演会、専門職向け講演会、医師会向け講演会を実施した。また、パンフレットも作成した。

これらの活動で困難であったのは、市民への広報活動で、なかなか講演会開催などの周知が不十分であった。ただ1回は、区役所講堂で開催時は、自治会を活用したら、多数の参加を得た。そして「もっと参加したかった」などのアンケート結果があり、今後の課題である。専門職へは、ケア・マネージャーを中心に働きかけをした。

A市における要介護者の介護者の調査では、認知症を疑った時の相談先としては、1) かかりつけ医(69.5%)、2) 居宅介護支援事業所(23.4%)、3) 専門医療機関(18.6%)、4) 役所の福祉課窓口(14.4%)、などとなっており、かかりつけ医とケア・マネージャーの役割が大きいと考えられた。(文献参照)

これらの事実も踏まえて、かかりつけ医の認知症に関する知識等のレベル・アップを目指して、医師会会員への講演に力点を置き、地元の医師会を対象に、実際に役立つ内容に工夫をした。一方で、愛知県の方へは、この事業の周知を目的に、愛知県医師会主催の合同講演会で、広報した。（資料 11.）

今年度の市民および専門職講演会は、柴山漠人が、すべて講師を務めたが、今後の講演会の予定としては、この事業の世話人を引き受けてもらっている医師、弁護士、音楽療法士、家族、NPO の方々にも 講演会の講師をお願いし、地域密着のシステムづくりに一層の厚みを増したいと考えている。（資料 12.）

また、市民向けパンフレット「市民のための認知症ガイド」は、外来診療場面での経験を活かし、かなり詳しい知識を要求される市民へも対応できる内容とした。一方、その姉妹編である名古屋市医師会依頼の「認知症（痴呆）の予防と発見、介護について」は、簡略化し、判り易い内容とした。（資料 13.）それぞれの目的に適った使用で、利用されればと念じている。

連携システム構築に関しては、前述の「名古屋市千種区認知症高齢者メディカル・ケア・サポートワーク・フロー図」にあるように、本人・家族にとって、まずは、「かかりつけ医」であり、区役所・保健所の窓口である。かかりつけ医では、相談・受診・専門機関への紹介・フォロー・アップなどであり、区役所・保健所では、相談・要介護認定支援・かかりつけ医への紹介などである。更に、専門機関では、鑑別診断・診療方針決定・専門的医療相談などであり、介護保険サービスでは、デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護などの在宅サービス、特養、老健、グループ・ホームなどの入所サービスがあり、これらの適用については、ご本人にとって、どの対応・サービスが望ましいかの検討が重要である。家族だけで決定するのではなく、多くの職種等の評価も参考にする体制が地域で支える基礎となる。

今後の事業の予定としては、世代間交流、認知症高齢者の「徘徊」への対応、若年高齢者ボランティア組織構築、権利擁護体制の整備、非薬物療法（予防教室）、心理教育などを検討している。

その背景として、世代間交流、「徘徊」への対応、予防教室、権利擁護体制は、全国の中でいくつかの地域で成功している実績があり、心理教育は、精神科領域でかなり機能している実績（統合失調症など）があるからである。（文献参照）

若年高齢者ボランティア組織については、実績不詳であるが、地域の（60～）65～75 歳くらいの定年退職後の心身とも健康な人達を少子高齢社会では、1 つは 仕事を続けてもらう方策も必要であるが、もう 1 つは、認知症の方のケアにボランティアとして参加して頂くのも とても 有意義なことであると考ええる。都合のよい日に、都合のよい時間帯に、参加して頂き、地域で お互いに支え合うという機運を作っていくことは、この事業の趣旨の継続とも関連する。

以上のように、この事業が円滑に進行し、「大都市における認知症高齢者を地域で支えるシステム」の構築が可能であることが実証されれば、これまで困難とされていた大都市において、認知症高齢者が早期に施設へ入所する傾向に歯止めがかかる可能性もあり、これは、本人にとっても、家族にとっても、地域住民にとっても、そして行政にとっても朗報である。

E.参考文献

- 1) 藤本直規、西山順三、越智真一、ほか：かかりつけ医と専門医の連携システムについて。
Gerontology 15：139－146（2003）
- 2) 藤本直規：地域における痴呆の早期発見・早期対応。
日本痴呆ケア学会誌 2：204－215（2003）
- 3) 月岡関夫、鈴木憲一、乾 純和、ほか：もの忘れ検診にみる初期治療の重要性。
日本痴呆ケア学会誌 2：234－243（2003）
- 4) 矢富直美：早期の痴呆あるいは前駆状態を対象とした介入プログラムのあり方。
老年精神医学雑誌 14：20－25（2003）
- 5) 矢富直美：痴呆予防プログラムの考えかた。
総合ケア 13：24－28（2003）
- 6) Stern Y, et al: Different brain networks mediate task performance in normal aging and AD.;
Defining compensation.
Neurology 55: 1291-1297(2000)
- 7) Verghese J : Leisure activities and the risk of dementia in the elderly.
New England J Med 348: 2580-2586(2003)
- 8) 八森 淳：痴呆症の予防・治療・ケアのための地域ネットワークづくり。
日本痴呆ケア学会誌 2：216－225（2003）
- 9) 梅津初子：「地域における早期痴呆症への取り組み」＜保健師の役割＞
日本痴呆ケア学会誌 2：244－249（2003）
- 10) 西村美智代：痴呆性高齢者を支える地域のネットワーク作り。
「痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築」実践報告会
資料 115－121
- 11) 奥村由美子、久世淳子、柴山漠人：要介護認定者の介護者における痴呆症についての認識と
相談・受診の状況。
老年精神医学雑誌 16：229－242（2005）
- 12) 後藤雅博：心理教育の歴史と理論。
臨床精神医学 30：445－450（2001）
- 13) Kavanagi DJ : Recent developments in expressed emotion and schizophrenia.
Brit J Psychiatry 160: 601-620 (1992)
- 14) Leff J, Vaughn C （三野・牛島訳）：分裂病と家族の感情表出。
金剛出版、(1991)
- 15) McFarlane W : Family Therapy in Schizophrenia.
Guilford Press , New York (1983)
- 16) 山口 一：心理教育の実際。
臨床精神医学 30：451－456（2001）

- 17) 松本 一生：痴呆老人と心理教育。
臨床精神医学 30：477－482（2001）
- 18) 伊藤順一郎：心理教育という家族支援。
家族療法研究 13：111－117（1996）

アルツハイマー型痴呆・レビー小体型痴呆のケアに関する研究

主任研究者 小阪 憲司（福祉村病院）

分担研究者 藤城 弘樹（名古屋大学大学院医学系研究科老年科学）

研究協力者 伊苅 弘之（福祉村病院）

磯島 大輔（福祉村病院）

A 研究目的

痴呆性高齢者に対する看護、ケアに関する研究は、数多く報告され、徐々に痴呆性高齢者を取り巻く介護環境は整備されてきている。痴呆をきたす疾患の中で、最も頻度の高いアルツハイマー型痴呆（ATD）では、疾患の知識、精神症状に対する対応法などについて、介護者への適切な教育を行うことによって、介護者負担を軽減させ、患者の施設入所や死亡を遅らせることが報告されている^{1,2,3,4,5}。しかし、2番目に頻度の高いレビー小体型痴呆（DLB）に関する看護、ケアに関する研究はまだない。DLBについての疾患特有の看護、ケアの方法や留意点を整理し、その特徴を医療福祉従事者、介護者が熟知することは、患者のQOLを向上させ、施設入所を遅らせる可能性がある。本研究では、DLBの看護、ケアについての方法や留意点を明らかにすることを目的としている。

1 正確な鑑別診断について

疾患別の看護・ケアを可能とさせるために、まず、正確な鑑別診断が重要となる。DLBの臨床診断基準が発表され、以前よりはその臨床診断も可能となってきているが、現実にはATDなどの他の痴呆性疾患と誤診されていることが多く、特にATDとの誤診例が多い。本研究では、ATDとDLBの鑑別診断に焦点をあて、正確な診断を可能とすることを目的の一つとしている。

2 DLB患者における在宅介護破綻をきたすBPSDについて

施設入所が必要となった在宅介護破綻時のDLB患者のBPSDの特徴を明らかにし、在宅介護継続を困難とさせた原因について検討することも目的の一つとした。

3 DLBとATDのケアの違いについて

1～2を踏まえ、DLBとATDのケアの仕方の違いを検討するが、今年度はまず1に焦点をおく。

B 研究方法

- 1 福祉村病院長寿医学研究所に保存されている剖検脳から、神経病理学的に診断に至ったATD、

DLB 症例において、retrospective に臨床記録を調査し、既存の診断基準の問題点を検討した。その結果を踏まえ、ATD に関する新たな積極的な診断基準を作成した。また、臨床記録とともに文献的検索も加味し、ATD と DLB の主な臨床的鑑別点について検討した。

- 2 福祉村病院長寿医学研究所に保存されている剖検脳から、神経病理学的にレビー小体型痴呆 (DLB) と診断された症例を選び出し、臨床記録より、在宅介護継続破綻として入院時の臨床症状を調べた。発症から入院までの罹患期間、入院前 1 ヶ月以内の外来、あるいは、入院時に施行した GBS スケール (下位項目: 運動機能、知的機能、感情機能、痴呆に共通なその他の症状についてそれぞれ 0-6 の 7 段階で評価) などについて検討した。

C 研究結果

- 1 ATD の臨床診断基準については、DSM - IV や ICD - 10 などの種々の診断基準があるが、最もよく使用されているのは NINCDS-ADRDA⁶ の臨床診断基準である。DSM - IV や ICD - 10 については除外診断にすぎず、最も使用されている NINCDS-ADRDA の臨床診断基準でさえも、ATD の積極的な診断において次の点で不十分であることが明らかとなった。DSM - IV では、ごく初期のもの、例えば、軽度認知機能障害 mild cognitive impairment (MCI) には当てはまらないことなどから、ATD の早期診断が必要な現在では、あまり好ましくないといえる。DSM - IV や ICD - 10 のどちらも除外診断に終始しており、確定診断をつけることは困難である。ATD の確定診断には、病理診断が必要である。NINCDS-ADRDA の診断基準も、積極的な診断には、内容が乏しく、画像診断、生化学的診断の進歩を踏まえ、文献的な検討のうえ^{7,8}、新たな ATD の積極的な診断基準を作成した (表 1)。また、DLB の臨床診断基準⁹として、1996 年に報告された CDLB ガイドラインが国際的に使用されている。しかし、典型例では、この診断基準が適応されうるが、実際には ATD などと誤診されていることが多かったことから¹⁰、今回、ATD と DLB の主な臨床的鑑別点について、文献的考察^{11,12}を加味し、表 2 を作成した。

表 1 Probable ATD の積極的診断基準

I. 物忘れで始まる、緩徐進行性の皮質性で、後部型の痴呆→全般的痴呆への進展
II. 発病は 40 歳以降であり、65 歳以降に多い。例外的に 40 歳以下
III. アルツハイマーらしさ（もっともらしい、痴呆の割には比較的保たれた対人接触→人格の形骸化、早期からの病識の乏しさ→欠如、進行すると、仮性作業・仮性対話、鏡現象など）
IV. 進行すると、健忘失語、視空間失認、着衣失行などの特定の認知機能の進行性障害が加わる。まれには初期から緩徐進行性失語や失行
V. 初期には神経症状はないが、進行すると両便失禁、動作緩慢、筋固縮、Gegenhalten、ミオクローヌス、まれにけいれんが加わる
VI. 検査所見として、脳波検査での全般的徐波化（初期はごく軽度、進行すると目立つ）。CT や MRI での、早期からの側脳室下角の拡大と進行性のびまん性脳萎縮。SPECT や PET での、早期の後部帯状回や後部連合野の血流低下や代謝低下。進行につれて大脳全般へ拡大。可能であれば、髄液検査での tau 蛋白の高値、Aβ（特に Aβ1-42 蛋白）の低値。
VII. 支持的所見 ・ 家族歴に同様の症状を示した者がいる（病理学的診断がくだされておれば、より可能性が高くなる） ・ 重要な危険因子である apolipo 蛋白 E4 の存在 ・ 一般的な血液検査・髄液検査で著変なし
VIII. 確定診断は神経病理学的診断による
IX. ほかの痴呆を来す疾患の除外ができれば、より可能性は高くなる

表 2 ATD と DLB の主な臨床的鑑別点

	Alzheimer 型痴呆	Lewy 小体型痴呆
発症年齢	初老期・老年期	初老期・老年期、ときにより若年
性別	女性に多い（1 対 2）	男性に多い（2 対 1）
初発症状	物忘れが多い	抑うつや精神病様症状、ときに物忘れ、ときにパーキンソン症状
痴呆症状	皮質性 高度にいたる	皮質性ときに皮質下性 比較的軽いことがしばしば
神経症状	末期に筋固縮や原始反射 まれに、ミオクローヌス、けいれん	比較的早期に筋固縮・寡動 ときに初発症状、痴呆に後発することも少なくない
精神症状	しばしば物盗られ妄想 仮性作業、鏡現象	幻視、被害妄想が多い 抑うつ、REM 睡眠行動異常
認知機能の動揺性	まれ	しばしば
頭頂・後頭症状	しばしば	少ない
経過	緩徐進行性で遅い	進行性で比較的早い

画像	びまん性萎縮，海馬領域の萎縮，側脳室下角 拡大 後部帯状回・後部連合野の血流低下	びまん性脳萎縮だが、比較的軽度，海馬の萎縮も 目立たない， 後頭葉の血流低下
脊髄液所見	リン酸化タウの増加、 $A\beta 1-42$ の減少	特異的なものなし
定型抗精神病薬への過敏性	まれ	しばしば
治療 L-dopa donepezil	無効 有効	しばしば有効 より有効

2 在宅介護継続困難時の Behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD)の評価については、GBS スケールを使用し、入院前 1 ヶ月以内の外来、あるいは、入院時に施行した GBS スケールが記録されていた DLB20 例（男 7 例、女 13 例、平均年齢 81.7 ± 6.0 歳）について検討した。発症から入院までの罹病期間は、平均 $3.6 (\pm 3.2 \text{ S.D.})$ 年、中央値 2.5 年であった。GBS の下位項目で高値を示したものは、運動機能：着脱衣の障害 4.1、個人的衛生管理の障害 3.9、用便の管理不能 3.9、知的機能：時間の見当識障害 4.4、場所の見当識 3.7、集中力の障害 3.4、速い動作の困難 3.4、感情機能：感情鈍麻 3.5、痴呆に共通なその他の症状：錯乱 3.2 であった。

D 考察

DLB の疾患特異的な症状に応じたケアを可能とするため、DLB の鑑別診断を正確にする目的で、ATD との主な臨床的鑑別点を明らかにした。また、最も鑑別を要する ATD の現在の診断基準の問題点について検討し、新たな ATD の積極的な診断基準を作成した。今回検討した症例は、病理診断に基づくものであるため重要であると考えられた。さらに、在宅介護の破綻原因を明らかにするため、在宅介護継続困難時（施設入所時）の BPSD について GBS スケールを用いて検討した。集中力の障害、速い動作の困難、感情鈍麻など、DLB に特有な症状の高値が認められ、今後、他の痴呆性疾患（特に ATD）との比較が必要である。発症から入院までの罹病期間は、平均 $3.6 (\pm 3.2 \text{ S.D.})$ 年、中央値 2.5 年で進行の速さ、早期からの症状の強さなどが示唆された。今後、在宅介護破綻の原因として、介護者側の因子も大きく関与していることが指摘されており、介護者の状態も含め、多角的な視点によるさらなる検討が重要である。

E 結論

DLB に疾患特異的な症状に応じたケアを可能とするため、DLB の鑑別診断を正確にする目的で、ATD との主な臨床的鑑別点を明らかにした。また、最も鑑別を要する ATD の現在の診断基準の問題点について検討し、新たな ATD の積極的な診断基準を作成した。DLB 症例の発症から入院までの罹病期間は、平均 3.6 (±3.2 S.D.) 年、中央値 2.5 年で進行の速さ、早期からの症状の強さなどが示唆されたが、今後、他の痴呆性疾患（特に ATD）との比較が必要である。

F 参考文献

- 1) Anthony-Bergstone CR, Zarit SH, Gartz M: Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychol Aging* 1988; 3: 245-248.
- 2) 井上真由美, 森脇由美子, 大川敏子ほか: 痴呆症患者の主介護者の負担に関する教育介入の効果について, *介護研究*, 1999; 32: 227-234.
- 3) Kahan J, Kemp B, Staples FR, Brummel-Smith K: Decreasing the burden in families caring for a relative with a dementing illness: A controlled study. *J Am Geriatr Soc* 1985; 36: 108-112.
- 4) Brodaty H, McGilchrist C, Harris L, Peters KE: Time until institutionalization and death in patients with dementia: Role of caregiver training and risk factors. *Arch Neurol* 1993; 50: 643-650.
- 5) Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, et al: A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: A randomized controlled trial. *JAMA* 1996; 276: 1725-1731.
- 6) McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease; Reports of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human service task on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
- 7) 小阪憲司: アルツハイマー病の診断基準. *診断と治療* 2003; 91: 231-235.
- 8) 小阪憲司: Alzheimer 型痴呆と Lewy 小体型痴呆. *日本臨床増刊 痴呆症学 (3)* 2004; 62: 159-163.
- 9) McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al: Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Reports of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47: 1113-1124.
- 10) Akatsu H, Takahashi M, Matsukawa N, et al: Subtype analysis of neuropathologically diagnosed patients in a Japanese geriatrics hospital. *J Neurol Sci* 2002; 196: 63-69.
- 11) Horimoto Y, Matsumoto M, Akatsu H, et al: Autonomic dysfunction in dementia with Lewy bodies. *J Neurol* 2003; 250: 530-533.

- 1 2) Ala TA, Hughes LF, Kyrouac GA, et al: The Mini-Mental State Exam may help in the differentiation of dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 503-509.
- 1 3) Ballard CG, Holmes C, McKeith IG, et al: Psychiatric mobility in dementia with Lewy bodies ; A prospective clinical and pathological comparative study with Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 1999; 156: 1039-1045.

G 研究発表

- 2 学会発表 日本老年精神医学会 (2005 年)

前頭側頭型痴呆のケア方法の確立と評価に関する研究

分担研究者 池田 学（愛媛大学医学部神経精神医学講座）

研究協力者 野村美千江（愛媛県立医療技術大学看護学科）

品川俊一郎（愛媛大学医学部神経精神医学講座）

松本直美（愛媛大学医学部神経精神医学講座）

繁信和恵（総合病院浅香山病院精神科）

A 研究目的

1 前方型痴呆（前頭側頭型痴呆 Front-temporal dementia ならびに意味性痴呆 Semantic dementia）のケアに関する啓発用パンフレットを作成する。

2 前方型痴呆のケアに関する介入方法を検討する。

B 研究方法

1 前方型痴呆の行動異常に関する最近の報告¹⁻³⁾と我々の研究グループが実施してきたリハビリテーションやケアの試み（池田と田辺，2004；小森ら，2004）、さらには疫学的なデータ（Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H, 2004）を加えて、啓発用パンフレットを作成した。老年精神医学の専門医2名、保健師1名によって原版を作成し、別の複数の老年精神医学の専門医、臨床心理士、作業療法士、言語聴覚士、前方型痴呆の介護経験の長い2名の家族の意見を集約し、6回の改訂を重ねた。

2 今年度に愛媛大学医学部精神科神経科高次脳機能外来を受診した前方型痴呆患者の中から、在宅介護が何らかの要因で破綻しかけていて、かつ主介護者が在宅介護を希望し、研究への同意の得られた4名を対象とした。主治医による認知機能、精神症状・行動異常、介護負担の評価後、保健師が訪問相談と電話（メール）相談を実施し、前方型痴呆のケアに関する介入方法を検討した。

C 研究結果

1 前方型痴呆は、アルツハイマー型痴呆や脳血管性痴呆と比べても、一般にはほとんど知られていないため、どの程度まで専門用語を使用するかについては、各職種間で議論はあったが、内容については高い評価を得た。

2 別添えのパンフレットにもまとめたように、前方型痴呆のケアのポイントとして、(1) 保たれている記憶機能を利用して、ヘルパーやケアスタッフを固定することにより馴染みの関係を作り、介入の導入を円滑にする。

(2) 保たれている運動技能や知覚技能を用いて、デイサービス・デイケアにおいて作業療法を導入し、集団の中で他者とのコミュニケーションを円滑にする、あるいは生活の中でADLのレベルを維持する。

(3) 行動異常の一つである被影響性の亢進を利用して作業への導入を円滑にしたり、常同行動を利用して個々の患者の生活に適応的な日課を形成したりするなど、特徴的な症状を利用する。

等の指導が有効で、特に訪問相談によって個々の患者の生活環境における危険因子が明らかになり、介入が必要な行動異常を抽出でき、利用可能な社会環境を提示することが可能になった。

4名の対象に対して、在宅訪問を延べ8回、電話（メール）相談を延べ7回、外来での個別相談を1回実施し、全員が現時点で在宅生活を継続できている。

D 考察

本研究で作成した「前方型痴呆の正しい理解」は、我々の知るかぎり、ピック病、前頭側頭型痴呆等のケアに関する世界で初めての前方型痴呆の介護者向けの啓発用パンフレットである。本冊子の内容に沿って具体的な指導を実施すると、介護者の疾患に関する理解が著しく深まるだけでなく、訪問相談や電話相談を通じて、ケアマネージャーやケアスタッフに前方型痴呆の行動特徴やケアのポイントを伝えることも可能になり、在宅ケアを支援することができた。また、訪問相談によって、個々の患者の生活環境における危険因子を把握し、介入のポイントを明らかにすることができた。専門職による訪問指導は、前方型痴呆のケアに関する介入の重要な手法になると思われる。

E 結語

前方型痴呆のケアを指導するための啓発用パンフレットを作成した。訪問相談による介入が、前方型痴呆の在宅ケアを支援する上でたいへん有効であった。次年度はこれらの介入方法を実施した前後での評価システムを開発してみたい。

F 参考文献

- 1) Snowden J, Neary D, Mann DMA. Fronto-Temporal Lobar Degeneration: Fronto-Temporal Dementia, Progressive Aphasia, Semantic Dementia. London: Churchill Livingstone, 1996.
- 2) Bozeat S, Gregory CA, Lambon Ralph MA, Hodges JR. Which neuropsychiatric and behavioural features distinguish frontal and temporal variants of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2000; 69: 178-186.
- 3) Ikeda M, Brown J, Holland AJ, Fukuhara R, Hodges JR. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2002; 73 : 371-376.

G 研究発表

1 論文発表

Nagao M, Sugawara Y, Ikeda M, Fukuhara R, Hokoishi K, Murase K, Mochizuki T, Miki H, Kikuchi T. Heterogeneity of Cerebral Blood Flow in Frontotemporal Lobar Degeneration and Alzheimer's Disease. European journal of nuclear medicine 31 : 162-16, 2004

Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H. Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration (FTLD). Dement Geriatr Cogn Disord 17 : 265-268, 2004

Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H. Dementia-associated mental and behavioral disturbances in community dwelling elderly: findings from the first Nakayama study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 75: 146-148, 2004

Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H. Efficacy of fluvoxamine as a treatment for behavioral symptoms in FTLD patients. Dement Geriatr Cogn Disord 17 : 117-121, 2004

Ikeda M. Early diagnosis and memory clinic for Alzheimer's disease. PSYCHOGERIATRICS 4 : 129-131, 2004

Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, Ikeda M, Mizuno Y. Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration. PSYCHOGERIATRICS (in press)

小森憲治郎, 石川智久, 池田 学, 田辺敬貴, 繁信和恵. Semantic dementia 例に対する語彙再獲得訓練. 認知リハビリテーション 2004 : 86-94, 2004

池田 学, 田辺敬貴. 前頭側頭型痴呆. 老年精神医学講座; 各論 (日本老年精神医学会編). ワールドプランニング, 東京, 51-69, 2004

松本光央, 池田 学, 小森憲治郎. 変性性痴呆性疾患. 高次脳機能障害のリハビリテーション Ver.2 (江藤文夫, 武田克彦, 原 寛美, 坂東充秋, 渡邊 修編). 医歯薬出版株式会社, 東京, 119-123, 2004

松本光央, 池田 学, 銚石和彦, 福原竜治, 田辺敬貴. Alzheimer 型痴呆と前頭側頭型痴呆. 別冊日本臨床 痴呆症学 (3). 日本臨床社 : 147-153, 2004

兵頭隆幸, 池田 学, 田辺敬貴. アルツハイマー病とほかの変性性痴呆性疾患の鑑別. よくわかる

アルツハイマー病—実際にかかわる人のために—（中野今治，水澤英洋編）．永井書店，大阪，106-120，2004

豊田泰孝，銚石和彦，池田 学，田辺敬貴．Pick complex．別冊日本臨床 痴呆症学（2）日本臨床社：175-178，2004

池田 学，石川智久，野村美千江，荒井由美子．地域から見た精神科医療と介護保険．精神医学 46：1063-1069，2004

池田 学．前頭側頭型痴呆における前頭葉機能障害．老年精神医学雑誌 15：700-706，2004

池田 学．前頭側頭型痴呆．CLINICIAN 51：493-500，2004

松本直美，池田 学．前頭葉の病変による痴呆．最新精神医学 10：11-19，2005

福原竜治，池田 学．物忘れ外来．精神科・神経科ナースの疾患別ケアハンドブック（井上新平編）．メディカ出版，大阪，240-243，2005

品川俊一郎，池田 学，銚石和彦，田辺敬貴．前頭側頭型痴呆の前駆状態．CLINICAL NEUROSCIENCE 24：302-304，2005

池田 学，品川俊一郎，編集（田辺敬貴，野村美千江，監修）．前方型痴呆の正しい理解．愛媛大学神経精神医学教室，2005

品川俊一郎，池田 学．前頭側頭型痴呆—前頭葉変性症型を中心に—．老年精神医学雑誌 16（印刷中）

池田 学．前頭側頭型痴呆．現代老年精神医療（武田雅俊，編）．永井書店，大阪（印刷中）

2 学会発表

田辺敬貴，池田 学．教育講演「痴呆性疾患の診断と治療の実際」．第100回日本精神神経学会総会精神医学研修コース，札幌，5月20-22日，2004

池田 学．シンポジウム MCI（軽度認知障害）について．MCIの疫学的研究から；痴呆への移行率を中心に．第19回日本老年精神医学会，松本，6月25-26日，2004

池田 学. シンポジウム 生活の中の認知障害. 日常生活における痴呆患者の食行動. 第 28 回日本神経心理学会総会, 広島, 9 月 17-18 日, 2004

上村直人, 掛田恭子, 井上新平, 池田 学, 北村ゆり, 真田順子. 前頭側頭葉変性症に見られる運転行動上の特徴と危険性について; アルツハイマー型痴呆との比較検討. 第 19 回日本老年精神医学会, 松本, 6 月 25-26 日, 2004

松本光央, 小森憲治郎, 福原竜治, 池田 学, 田辺敬貴. 高齢発症の Semantic Dementia の 2 例. 第 28 回日本神経心理学会総会, 広島, 9 月 17-18 日, 2004

痴呆性高齢者に対する介入による変化の客観的指標の検討
- 主に脳機能画像における変化を中心に -

主任研究者 武田 章敬（国立長寿医療センター アルツハイマー型痴呆科医長）
研究協力者 鷺見 幸彦（国立長寿医療センター 外来診療部長）
加藤 隆司（国立長寿医療センター 長寿脳科学研究部長）
伊藤 健吾（国立長寿医療センター 脳病態生理研究室長）
小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター 研究部長）
川合 圭成（名古屋大学大学院医学研究科神経内科学 医員）
祖父江 元（名古屋大学大学院医学研究科神経内科学 教授）

A 研究目的

これまでアルツハイマー病患者に対して薬物療法、非薬物療法といった様々な介入がなされその効果が報告されて来た。しかし、その効果判定のほとんどが認知機能検査、行動観察、介護負担度などで行われてきたため、ある介入の効果が有りと判定された場合も使用された指標が客観性の点においてどの程度信頼できるものであるか、また脳機能の何をどのように改善させたかが明らかでないものが多かった。そこで本研究では様々な介入の結果、脳機能画像がどのように変化するか、また、認知機能や日常生活動作、行動障害の変化とどんな関係があるのかを明らかにすることを目的とした。

特に本年度の研究においては介入として痴呆性高齢者の行動障害が改善する可能性があることが示されているグループホーム（痴呆対応型共同生活介護）を選択した。

B 研究方法

対象：近隣のグループホームに依頼して、研究の趣旨を説明し、本人および御家族から文書による同意を得られた入所予定のアルツハイマー病患者。対照として国立長寿医療センターもの忘れ外来および神経内科外来通院中で、本人および御家族から文書による同意を得られたグループホーム入所予定のないアルツハイマー病患者。

方法：グループホーム入所時と入所3ヵ月後にMMSE、CDR、日常生活動作尺度（IADLおよびPSMS）、行動障害尺度（DBDおよびNPI）を施行し、並行してFDG-PETを施行する。また、グループホーム入所予定のないアルツハイマー病患者に対しても同様の調査を行うことを計画した。

FDG-PETの方法：患者は、安静、閉眼状態にし、[F-18]FDGを370MBq静注40分後から、20分間かけて撮像した。また、3D-SSP用の正常対照群(NC)として、健常者38名のFDG PETのデータを用いた。

画像処理の方法：FDG PET画像は、核医学脳画像統計処理ソフトiSSP（Minoshima S and Japan MediPhysics）で、解剖学的標準化、3D-SSP、正常対照群に対するZスコア・マッピングを行っ

た。調査時と3ヶ月後の比較はsubtraction画像にても行った。

C 研究結果

グループホーム入所予定のアルツハイマー病痴呆患者 2 名と入所予定のないアルツハイマー病患者 3 名について同意を取得し、調査を開始した。グループホーム入所予定の 2 名のうち 1 名は行動障害が高度になり、単科の精神科の病院に入院となったため、脱落となった。もう 1 名は 1 回目の調査および FDG-PET を終了し、追跡調査を行っている。対照の 3 名については初回および 3 ヶ月後の調査および FDG-PET を完了した。その結果を示す。

症例 1 (58 歳、女性)

記憶障害にて発症後 5 年経過。教育歴 9 年。週に 3 回デイサービスを利用している。塩酸ドネペジル 5mg 内服中。初回調査時、MMS6 点、CDR3、IADL3 点、PSMS2 点、DBD12 点、NPI うつ・不快 4、無為・無関心 4、異常行動 4。FDG-PET (図上段) 後部帯状回、左右の頭頂側頭連合野、前頭葉での糖代謝の低下を認めた。3 ヶ月後調査時、MMS4 点、CDR3、IADL3 点、PSMS2 点、DBD10 点、NPI うつ・不快 4、無為・無関心 4、異常行動 4。FDG-PET (図中段) 初回調査時と変化なし。Subtraction 画像 (図下段) にても有意な変化を認めない。

症例 2 (79 歳、男性)

記憶障害にて発症後 5 年経過。教育歴 8 年。塩酸ドネペジル 5mg を内服中。サービスは利用していない。初回調査時、MMS20 点、CDR2、IADL4 点、PSMS5 点、DBD43 点、NPI 妄想 1、興奮 1、無為・無関心 4、脱抑制 4、易刺激性・不安定性 1、異常行動 1。FDG-PET (図 1) 楔前部、後部帯状回から前部帯状回まで連続する帯状回における糖代謝の低下、左右の頭頂側頭連合野、前頭葉での糖代謝の低下を認めた。3 ヶ月後調査時、MMS13 点、CDR2、IADL4 点、PSMS4 点、DBD49 点、NPI 妄想 1、興奮 1、無為・無関心 4、脱抑制 4、易刺激性・不安定性 1、異常行動 1。FDG-PET 初回調査時と変化なし。Subtraction 画像 (図 2) にても有意な変化を認めない。

症例 3 (76 歳、女性)

記憶障害にて発症後 1 年経過。教育歴 8 年。週に 3 回デイケアを利用している。内服はなし。初回調査時、MMS10 点、CDR2、IADL25 点、PSMS14 点、DBD30 点、NPI 妄想 1、興奮 1、無為・無関心 4、脱抑制 4、易刺激性・不安定性 1、異常行動 1。FDG-PET 後部帯状回、左右の頭頂側頭連合野での糖代謝の低下を認めた。3 ヶ月後調査時、MMS11 点、CDR2、IADL25 点、PSMS14 点、DBD26 点、NPI 妄想 2、興奮 1、うつ・不快 1、不安 1、無為・無関心 4、脱抑制 4、易刺激性・不安定性 1、異常行動 6。FDG-PET 初回調査時と変化なし。Subtraction 画像にても有意な変化を認めない。

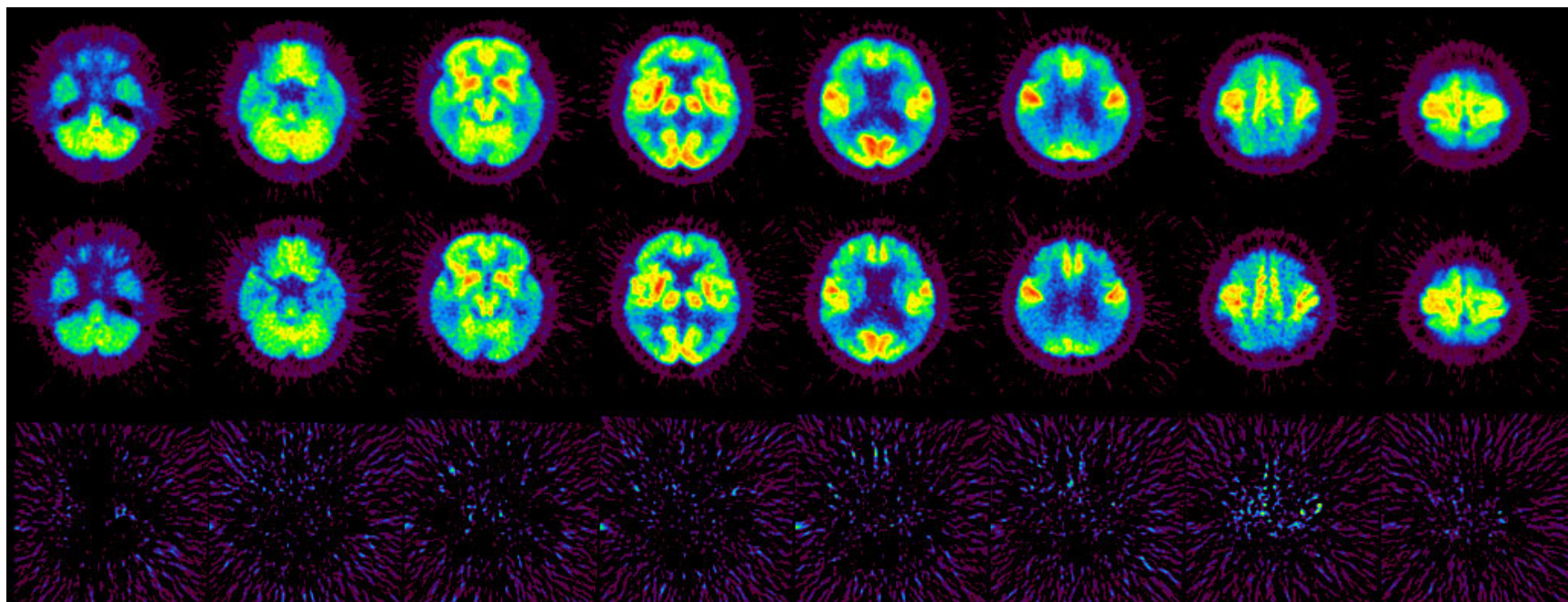
D 考察

今回我々は痴呆性高齢者に対する介入による変化の客観的指標の候補として脳機能画像である FDG-PET を選択し、認知機能検査、日常生活動作、行動障害の尺度と合わせて入所前後に施行し、グループホーム入所による効果を機能画像で確認できるかどうかを調査することを計画した。近隣のグループホーム約 20 施設に対して、本研究の趣旨と方法を説明し、可能な限り協力して頂けるとの御同意を頂いたが、これまでにグループホーム入所予定のアルツハイマー病患者 2 例を登録したにとどまっている。症例の登録が難航した理由は、小規模で長期間にわたる入所が多いグループホームにおいては新規入所がかなりまれであることが第一と考えられる。また、同意を得られなかった症例もみられた。今後、更に精力的に協力して頂ける患者さんを募っていく予定である。

今回、3 ヶ月間の観察期間を終了した、コントロールのアルツハイマー病患者 3 例については臨床的にほとんど変化がなく、FDG-PET も変化していなかった。しかし、この 3 例の中でも、年齢、痴呆の重症度等に大きなばらつきがあり、今後、様々な介入による変化との比較をする際にもコントロール群の適切なデータベースが必要不可欠であり、更なる症例の集積を行っていく予定である。

E 結論

- 1 グループホーム入所予定のアルツハイマー病患者 2 例、入所予定のないアルツハイマー病患者（コントロール）3 例を登録し、3 ヶ月間の観察期間において FDG-PET、認知機能、日常生活動作、行動障害についての調査を行っている。
- 2 コントロールのアルツハイマー病患者では調査が終了し、臨床症状、FDG-PET とも変化がみられなかった。
- 3 今後、グループホーム入所症例、コントロール症例ともに症例の更なる集積をはかる必要がある。



**図．症例1（58歳、女性、アルツハイマー病）のFDG-PET：
初回（上段）、3ヵ月後（中段）、Subtraction画像（下段）**

簡易コミュニケーションスケール（軽度痴呆用）作成の試み

主任研究者 川合 圭成（国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）

研究協力者 武田 章敬（国立長寿医療センター アルツハイマー型痴呆科）

祖父江 元（国立大学法人名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学）

小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

相原 喜子（国立長寿医療センター研究所長寿脳科学研究部）

桑島 愛（名古屋大学医学部神経内科）

A 研究目的

昨年度までの本事業において我々は痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を測定する尺度（簡易コミュニケーションスケール⁴）を作成し、臨床的使用に耐え得る信頼性と妥当性を持つこと、痴呆性高齢者のコミュニケーション能力の継時的評価にも使用可能であることを示した。しかし、本尺度を愛知県内の介護施設へ送付し、アンケート調査を実施したところ、軽度痴呆の方のコミュニケーション能力の評価には適さないという問題点の指摘を受けた。そこで本年度の事業では軽症の痴呆性高齢者のコミュニケーション能力の評価に適した尺度を作成することを目的とした。

B 研究方法

(1) 評価項目の収集

日常的に軽度痴呆性高齢者の臨床に関わる医師 2 名、臨床心理士 1 名、言語聴覚士 1 名による専門家委員会を組織し、ブレインストーミングの手法を用いて「コミュニケーションのために必要な能力」「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を測定するのに適した質問項目」に関して意見を集積した。質問項目を挙げる際には、既存の失語症検査、実用コミュニケーション能力検査などを参考にしたが^{1,2,3}、①対象者に負担感を与えないこと、②短時間で施行できるものにする、③多くの検査道具を必要としないこと、に配慮した。

(2) 評価項目の選定

抽出された質問項目に関して専門家委員会のメンバーそれぞれが予備調査を施行し、各質問項目を、「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」、「実施しやすさ」について 1～5 の 5 段階で評価した。それぞれについて 3.5 点以上である項目を抽出し、その結果を研究協力者にフィードバックし、再度、議論を重ね、質問項目に偏りがでないように、16 項目を抽出した。各質問項目は 4 段階評価(0,1,2,3)とし、抽出した 16 項目の対象者の解答を分析し、評価が 0,1,2,3 と均等に散らばるように評価基準を決定し、簡易コミュニケーションスケール（軽度痴呆用）試案を作成した。

C 研究結果

(1) 評価項目の収集

専門家委員会における2回のブレインストーミングを通して、「コミュニケーションのために必要な能力」について、言語の理解能力、言語の表出能力、書字能力、読みの能力などの言語的コミュニケーション能力や、視線を合わせる、相槌、表情、ジェスチャーのような非言語的コミュニケーション能力、だけでなく、発動性、情緒的統制、パーソナリティなどの心理的要素、また聴覚、視覚といった知覚の要素、環境、生活経験、教育歴などの文化的背景などが、関連する要素として挙げられた。この結果を踏まえて、「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を測定するのに適した質問項目」に関する意見が収集され、57の質問項目が集積された。それらには、「ことわざの空欄を埋める」のように、質問項目の大枠のみで、具体的内容(どうしたことわざにするか)について確定していない項目を認めたため、その後専門家委員会のメンバーで組織されたメーリングリストを通して議論を重ね、57項目の具体的内容について確定した。

(2) 評価項目の選定

収集された57項目に関して、実際に軽度痴呆性高齢者、健常高齢者を対象に予備調査を行い、それをもとに専門家委員会のメンバーそれぞれが「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」、「実施しやすさ」の2点に関する評価を行った。その結果、57項目中11項目が「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」、「実施しやすさ」の両方において、3.5以上と評価され、9項目が「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」のみ3.5以上と、10項目が「実施しやすさ」のみ3.5以上と、27項目が「軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力評価への適切性」、「実施しやすさ」の両方において、3.5未満と評価された。

両方で3.5以上であった項目は、全て試案に入れた。評価の一方のみが3.5未満とされた項目については、議論を重ね、修正が必要なものは修正した上で採用した。抽出された16項目を資料1に示す。現在、簡易コミュニケーションスケール(軽度痴呆用)試案を多数の軽度痴呆性高齢者に施行し、他の既存の評価尺度も同時に行い、各質問項目の妥当性・信頼性について検討を行っている。

D 考察

今回我々は軽度痴呆性高齢者のコミュニケーション能力を評価する質問項目を収集・選定し、簡易コミュニケーションスケール(軽度痴呆用)試案を作成した。57項目が集積され、その中から16項目を選択した。現在、各質問項目についてその妥当性・信頼性に関する調査を行っており、その結果、いくつかの項目が削除される可能性がある。また、専門家委員会が4名と少ないため、コミュニケーションにおいて重要な項目が収集されていない可能性がある。今後、妥当性・信頼性の検討と並行して、多数の専門家に施行して頂き、そのご意見・ご批判を参考に、質問項目の更なる取捨選択を行っていく予定である。

E 結論

軽度痴呆高齢者のコミュニケーション能力を測定するのに適した質問項目を抽出し、予備調査にて、その項目の適切性、実行しやすさを検討し、16項目からなる簡易コミュニケーションスケール(軽度痴呆用)試案を作成した。

F 参考文献

1. 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 他: 実用コミュニケーション能力検査の開発と標準化. リハビリテーション医学, 1987; 24(2): 103-112
2. 町田綾子, 馬場 幸, 平田 文, 他: 痴呆性高齢者の認知・言語コミュニケーション能力を短時間で測定する「ミニコミュニケーションテスト-MCT」の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, 2003; 40(3): 274-281
3. 坊岡峰子, 綿森淑子, 相楽多恵子, 他: 高齢者用コミュニケーション機能スクリーニング検査(CFSE)の開発. 広島県立保健福祉大学誌, 2004; 4(1): 61-74
4. 武田章敬, 川合圭成, 服部陽子, 渡辺由己, 水野 裕, 田畑 治, 川村陽一, 柴山漠人, 祖父江 元: 痴呆性高齢者に対する簡易コミュニケーションスケール作成の試み. 日本老年医学会雑誌, 2004; 41(4): 402-407

資料1. 簡易コミュニケーションスケール(軽度痴呆用)試案

1. おじぎをして『こんにちは』などのあいさつに対して

- 0：無反応
- 1：視線を向けるのみ，あるいはあいさつとは無関係な反応
- 2：うなづき，おじぎ，微笑みの反応はある
- 3：言葉によるあいさつをする

2. 『お名前をおっしゃって下さい』『どこにお住まいですか?』に対して

(姓あるいは名の場合，『苗字あるいは名前もお願いします』と言う)

(住所を答えられない場合，『××にお住まいでしたね? (わざと間違える)』)

- 0：無反応
- 1：反応はあるが発語はない
- 2：発語はあるが正確に自分の氏名・住所を言えない(旧姓や配偶者の名前，姓あるいは名の一方のみ，以前の住所，間違った住所を否定はできる)
- 3：正しく自分の氏名，住所を言える

3. 『桜の花はいつ咲きますか?』に対して

(答えられなければ，『春夏秋冬のいつですか?』と聞く)

- 0：無反応
- 1：間違った回答，無関係な回答
- 2：春夏秋冬からは選べる
- 3：自発的に正しい回答が言える

4. 『桃太郎の話をしてください。』に対して

(答えられない，要点を得ない回答の場合，『誰をお供に連れて行きましたか?』『ご褒美は何でしたか?』とヒントを出す)

- 0：無反応
- 1：要点を得ない説明，無関係な説明
- 2：ヒントにより，うまく説明できる
- 3：まとめて説明ができる

5. 『家を出てからスーパーで買い物して帰るまでの行動を言葉で説明してください。』に対して

- 0：無反応
- 1：不十分な説明

- 2：内容の確認を要するような説明
- 3：分かりやすく，順序立てて説明できる

6.『今どういう状態ですか？，体の調子はいかがですか？』に対して

- 0：無反応
- 1：意味を成さない回答，無関係な回答
- 2：状態を十分説明できない
- 3：適切な説明できる

7.『デパートへ行き，400 円のみかんと 200 円の牛乳を買い，1000 円を払ったら，300 円返ってきました．どうしますか？』に対して

- 0：無反応
- 1：計算の間違いに気づかない
- 2：計算の間違いには気づくが，対応が説明できない
- 3：計算の間違いを指摘し，正しくおつりをもらう

8.『今晚すき焼きをしようと思い，スーパーに買い物にきました．何を買いますか？』に対して

- 0：無反応
- 1：何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない
- 2：5つ未満の材料しか言えない，またはすき焼きの材料でないものを言う
- 3：5つ以上の材料が言える

9.『ご出身はどちらですか？』『その名物が有名なものを教えてください。』に対して

- 0：無反応
- 1：何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない
- 2：出身はいえるが，名物を言えない
- 3：出身，名物の両方を説明できる

10.『新聞紙は，その内容を読むという使い方をしますが，それ以外の考えられる使い道を挙げてください。』に対して

同様に『レンガは，家を建てる時に使いますが，それ以外の考えられる使い道を挙げてください。』に対して

- 0：無反応
- 1：何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない
- 2：新聞，レンガの一方で1つ以上の使い道を言える

3：新聞，レンガの両方で1つ以上の使い道を言える

1 1. カット場面の絵をみせて，人物の噴出しの中の言葉を入れてもらう。
(電車の中で杖をついたお年寄りが立っている．前に座っている人に吹き出しがついている．)

0：無反応

1：書こうとするが，字にならない

2：状況にそぐわない言葉

3：適切な言葉

1 2. 『今の季節は何ですか?』『その季節で何を思い浮かべますか?』『あなたの好きな季節は何ですか』『どうしてですか?』に対して

0：無反応

1：何らかの反応はあるが，質問に対する答えになっていない

2：どれか一つに不適切な説明

3：全てに正しい説明

1 3. 『少し疲れませんか?少し首を回してみましよう．次に肩を回してみましよう.』に対して

0：無反応

1：反応はあるが適切な動作はみられない

2：言葉の指示だけでは正しくできないが，検者がやって見せれば正しくできる

3：言葉の指示だけで正しくできる

1 4. 『今ここで大地震が来たらどうされますか?』に対して

(逃げるなど，簡潔すぎる回答の場合，『もう少し詳しく説明してください』という)

0：無反応

1：反応はあるが，答えにならない．

2：詳しく説明できない．

3：手順をおって説明できる

1 5. 検査の開始時に患者の前に時計（ペンでも可）を置き，『検査を終わります』と言ったら，この時計を私に渡してください.』と言い，検査終了時，『これで検査を終わります.』と言い，反応をみる．

反応がない場合，「何かお願いしていませんでしたか?」と聞く．

0：ヒントでも全く思い出せない．

- 1：ヒントでも，何か約束していたことは覚えているが，何か分からない．
- 2：ヒントで，時計を渡すことを思い出す
- 3：すぐに時計を渡す．

16．『名前，住所，電話番号，生年月日をこちらに記入していただけますか？』と検査用紙の記入欄を指さしながら言う．これに対して

- 0：無反応
- 1：間違ったまま記入し，指摘される
- 2：正しく記入できるが，聞きなおしが，3回以上
- 3：正しく記入できる，または，聞き落としたところを確認できる．

氏名				
住所	都道 府県	市区 群	町	
電話番号	()	-		
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日

認知症高齢者の Evidence Based Care —ADL崩壊過程とその対応に関する研究—

主任研究者：小長谷陽子（認知症介護研究・研修センター）

分担研究者：杉村 公也（名古屋大学医学部保健学科）

研究協力者：田川 義勝（名古屋大学医学部保健学科）

渡邊 憲子（名古屋大学医学部保健学科）

白石 成明（小山田記念温泉病院）

小酒部聡江（介護老人保健施設ルミナス大府）

川村 享平（名古屋大学大学院医学系研究科前期課程）

A 研究目的

認知症高齢者では食事、排泄、言語コミュニケーションなどの基本的ADLが、病状の進行とともに次第に崩壊していくことはよく知られている¹。在宅介護や施設介護では、こうしたADL障害に対する介護が介護全体の中で大きな比重を占めている²。しかし、重要な介護にもかかわらず、どのような介護が適切な介護であるのか、介護によっては症状の進行を助長したり、反対に抑制したりすることはないのかなどという点はほとんど明らかになっていない。ただ経験的にそれぞれの介護者や施設が現状において適切と思う方法で介護しているにすぎない³。そのため過剰介護になったり、介護不足になったり、さらには虐待的介護さえ生じかねない状況があるといわれている^{4, 5}。こうした状況を避けるためには **evidence** に基づいた適切な介護を検討し、介護指針として示していく必要がある。

さらに **evidence** にもとづいた適切な介護を考える上で重要なことは ADL 崩壊過程には痴呆の重症度に従ったある程度の崩壊順位があることである⁶。そこでこのことを利用してそれぞれの時点で今後出現する崩壊状況を予測し予防的対応をすれば、崩壊の進行を遅らせるといった介護を創造していくことが可能ではないかと思われる。

本研究では、認知症高齢者に ADL 崩壊過程に応じた最適のケアを行うことで崩壊の進行を遅延させたり停止させることができるのではないかという考え方をもとに最適のケアを創造しようとするものである。今回はその最初の段階として、食事、排泄、言語コミュニケーションの崩壊過程とそれに対する介護対応の実状について調査を行った。

B 研究方法

（1）研究対象

本研究の研究グループを構成する研究協力者が勤務する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型病棟、医療保険療養型病床に入所ないし入院中の認知症高齢者で、本人ないし家族の了承を得られた者である。限定した施設からの症例であるので施設評価とならないように、また障害者の特定が可能とならないように匿名化を徹底した。

対象の条件は① 65歳以上の認知症高齢者で、性別、疾患の診断名は問わない、②研究協力者が実際に観察確認可能な症例、③入院ないし入所後3ヶ月以上経過している症例である。

(2) 研究方法

あらかじめ作成された調査表に基づいて観察調査を行った。調査表は以下のように作成された。(資料)

- ①調査者について：調査は原則研究協力者自身が行うこととし、それ以外の場合も細部は研究協力者自身が責任を持って点検し、合意できるものとした。実際上は研究協力者が介護者から聞き出しながら確認して記入することが多かった。
- ②調査対象者の特定と匿名化：生年月日以外の情報は全て匿名化し、主任研究者、分担研究者への連結を可能化しつつ、最大限の匿名化を実現させた。
- ③対象者の認知症状態に関する一般情報：a：認知症の原因診断名、b：診断根拠、c：発症後または診断後の年数、d：調査施設に入所ないし通所後の経過月数、e：発症後あるいは経過観察できるようになってからの症状の経過について調査を行った。
- ④認知症の重症度：小山田式痴呆（認知症）行動評価表（以下認知スケールと略す）を用いた。本評価表は会話、移動、排泄、摂食、入浴、更衣、整容、二者交流、集団交流、感情表出の10の下位項目からなり、それぞれ、無介護状態での行動をもとに認知症の程度を0点（無言無動に近い最重症）から4点（最軽症）まで5段階に評価する。さらに徘徊、不潔行為、異食、収集行為などの異常行為があった場合は各々につき1点減点する。総合計は-4点から40点までになる。ちなみに10点以下は重症、11~20点は中等症、21~30点は軽症、31~40点是最軽症ないしMC Iレベルの異常とみなされる。40点満点でも本評価表の場合正常ではない。
- ⑤食行動の異常とその対応：16項目について、1：常にまたはほぼ常に見られる、2：時々見られる、3：たまに見られる、4：以前あったが現在は見られない、の4段階で回答を求めた。見られない場合は回答しないこととした。
対応に関しては、1：放置している、2：口頭で注意・指導する、3：介助する、4：1~3以外の方法で対応している、の4項目で回答を求めた。
- ⑥排泄行動の異常とその対応：18項目について食行動異常と同様、1：常にまたはほぼ常に見られる、2：時々見られる、3：たまに見られる、4：以前あったが現在は見られない、の4段階の回答を求めた。見られない場合は回答しないこととした。
対応では、1：放置している、2：口頭で注意する、3：誘導・介助する、4：オムツにする、5：1~4以外の方法で対応している、の5項目で回答を求めた。
- ⑦言語コミュニケーション行動の異常とその対応：14項目について食行動異常、排泄

行動異常と同様に、1：常にまたはほぼ常に見られる、2：時々見られる、3：たまに見られる、4：以前あったが現在は見られない、の4段階の回答を求めた。見られない場合は回答しないこととした。

対応に関しては、1：放置している、2：こちらから呼びかけを続ける、3 言語以外の方法で働きかけるの3項目で回答を求めた。

集計は Excel 2003 を用い、ピボットテーブルでクロス集計し、統計処理は Statcel 2nd ed を用いた。

C 研究結果

(1) 集計数

総計 230 例が収集された。生年月日以外は全て匿名化されていた。施設名も匿名化され7種類の施設が記号化され表示されていた。

認知スケールの中間値は 18 点、平均値は 18.5 点、標準偏差は 10.1 点であった

(2) 食行動の異常とその対応

a) 観察された行動異常：230 例中 168 例で 16 項目のどれかに該当する行動異常が何らかの頻度で観察されていた。該当症例数は項目により異なっており、最高 86 症例（「食べることを中断し、促さないと食べない」）から最低 19 症例（「1 つに混ぜる」）であった。高頻度で観察された異常行動は「食べることを中断させ、促さないと食べない」、「ボーと見ていて手を出さない」といった行動の発動性や持続性の異常に関する項目に高頻度の異常が認められた。出現頻度の低い項目として「食べ物以外を食べる」、「食べた容器で遊ぶ」、「一つに混ぜる」といった、食行動が独立した行動として認識されていないで遊びなどの行為と区別できないばかりか、食物と食物でない物の区別も不確実になる異常行動が見られている（図 1a）。

b) 行動異常と認知スケールとの関係：食行動異常と認知症重症度の関係を《常に見られる》状態の症例で見ると、「箸・スプーンを扱えない」、「食べずに遊ぶ」、「手を出さない」、「空容器をすくう」、「手づかみ」といった項目が認知スケール 8 点以下で、重症者では食事行動の認知自体が崩壊している状況が認められた。「食べずに遊ぶ」、「食事を中断して促さないと食べない」、「ボーとして手をださない」、「こぼしても平気」といった発動性、集中力、社会性や礼儀に関する項目では比較的認知症が軽い症例でも《たまに見られる》と報告されていた。多くの行動異常において《常に見られる》が《時々見られる》や《たまに見られる》よりも認知スケールの平均値は低下していた（一元配置分散分析： $p < 0.001$ ）（図 1b）。

出現頻度の高い項目は概ね認知症の軽い状態の症例から重症例まで広く出現する項目であったが、出現頻度の低い項目は認知症の重症者でもあまり出現しない項目で特に重症者に変異して多いということはなかった。これが食行動の異常では出現頻度の項目別の違いと項目別の認知スケールの平均点数の違いを作り出す要因となっていた。しかし例外的

に「デザートを先に食べる」は出現頻度としては低頻度の項目であったが、認知症が軽度の症例に多く出現していた（図 1 c）。

c) 行動異常と対応方法の違い：食行動では多くの異常に対し口頭で注意することが多く、介助のほうが口頭で注意するよりも多いのは「食べた容器で遊ぶ」、「デザートを先に食べる」、「空容器をすくう」、「食べずに遊ぶ」、「1品をなくなるまで食べる」、「箸・スプーンを扱えない」、「1品、2品しか食べない」の項目のみであった（図 1 d）。

対応の中で介助の%が最も高いのは「箸・スプーンを扱えない」（59%）で、最も低いのは「他人の物を食べる」（13%）であった（表 1）。

d) 行動異常の出現頻度と対応方法の違い：多くの対応は出現頻度が高くなると口頭注意に比して介助することが多くなって来るという傾向であった。「食事を中断させ集中できない」と「空になった容器で遊ぶ」、「手づかみ」はたまに出現する段階から介助を行っていた（図 1 e, f）。

e) 食行動異常に対するそのほかの対処方法：ほとんどの対応が1の放置しているか、2の口頭で注意・指導するか、3の食事介助して（食べさせて）いるであったが、「他人の物を食べようとする」場合には「個室で食べさせる」とか、「空容器をすくう」場合は「すぐ片づける」とか、「一つに混ぜる」場合は「一品ずつ出す」など、環境調整に属する対処法が少数例で行われていた。

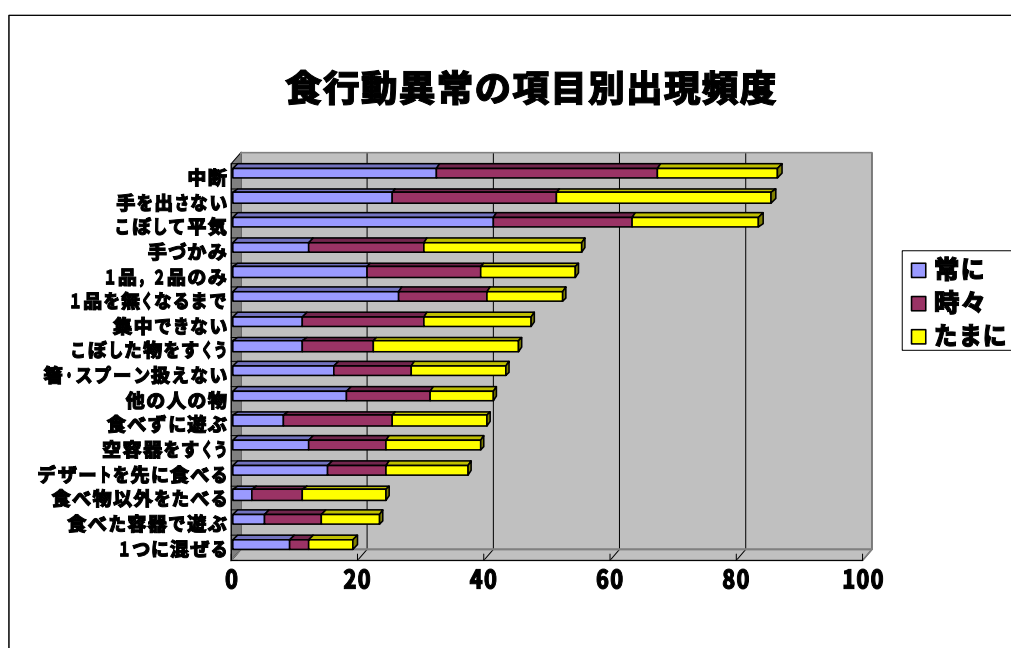
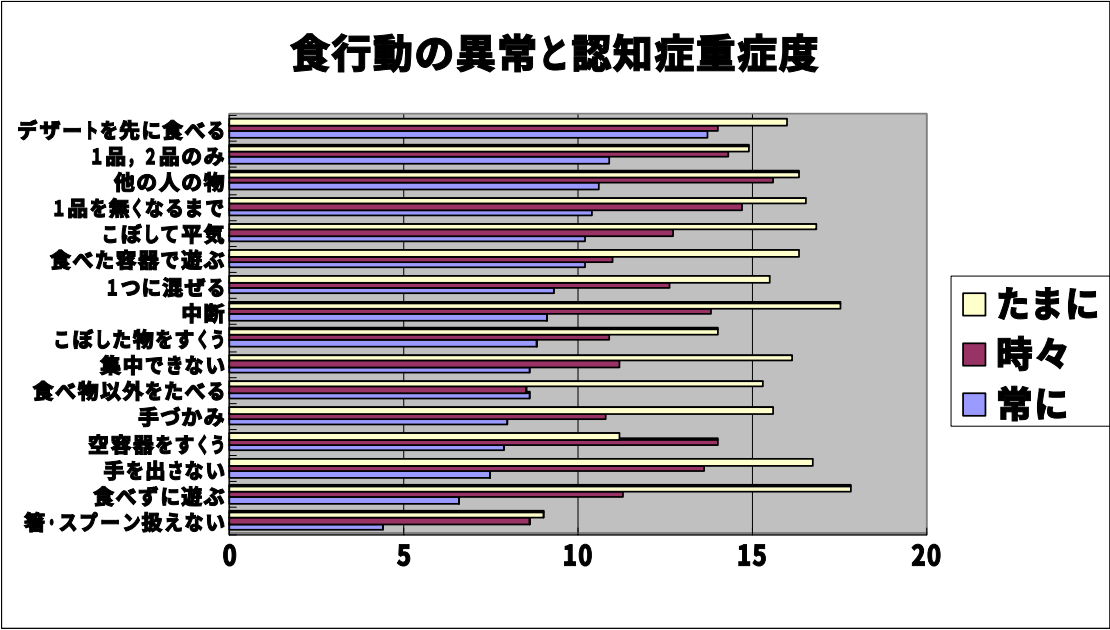


図 1 a：食行動異常の項目別出現頻度

全 230 例中の実出現例数で示した



	データ数	平均値	不偏分散	標準偏差	標準誤差	
常に	16	9.05	4.326667	2.080064	0.520016	
時々	16	12.35	4.454667	2.110608	0.527652	
たまに	16	15.34375	5.221292	2.285015	0.571254	
合計	48	12.24792	11.21659	3.349118	0.483404	
分散分析表						
変動要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F値	P値	F(0.95)
全変動	527.1798	47				
群間変動	317.1404	2	158.5702	33.97296	1.02E-09	3.204317
誤差変動	210.0394	45	4.667542			

図 1 b：食行動の異常とそれら症例の出現頻度毎の平均認知症重症度
 グラフのX軸は認知スケールの平均値. 下の表は出現頻度の違いの有意差を一元配置分散分析で検定した結果である

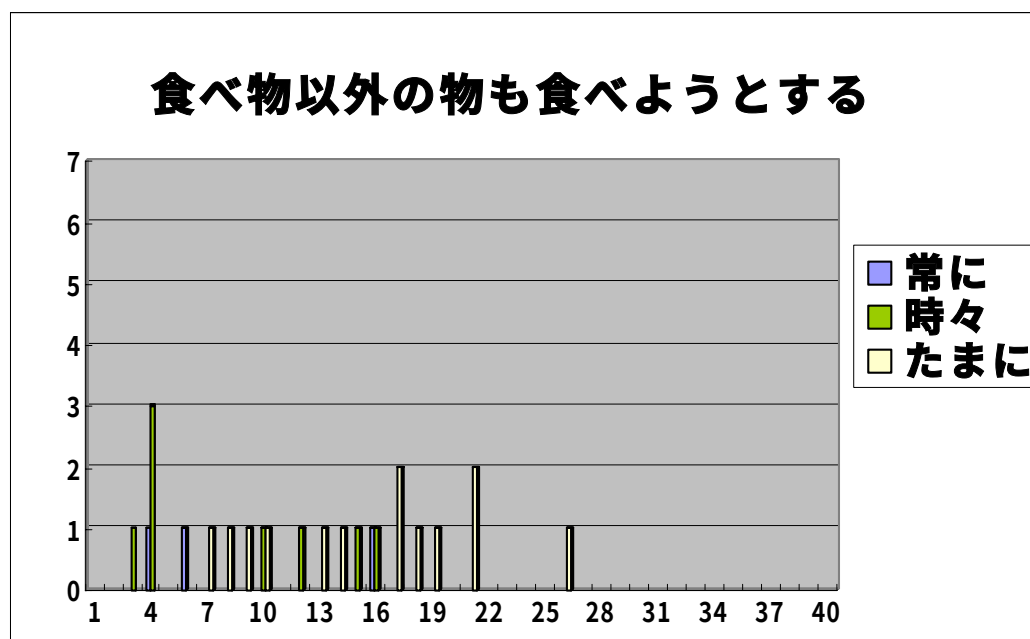
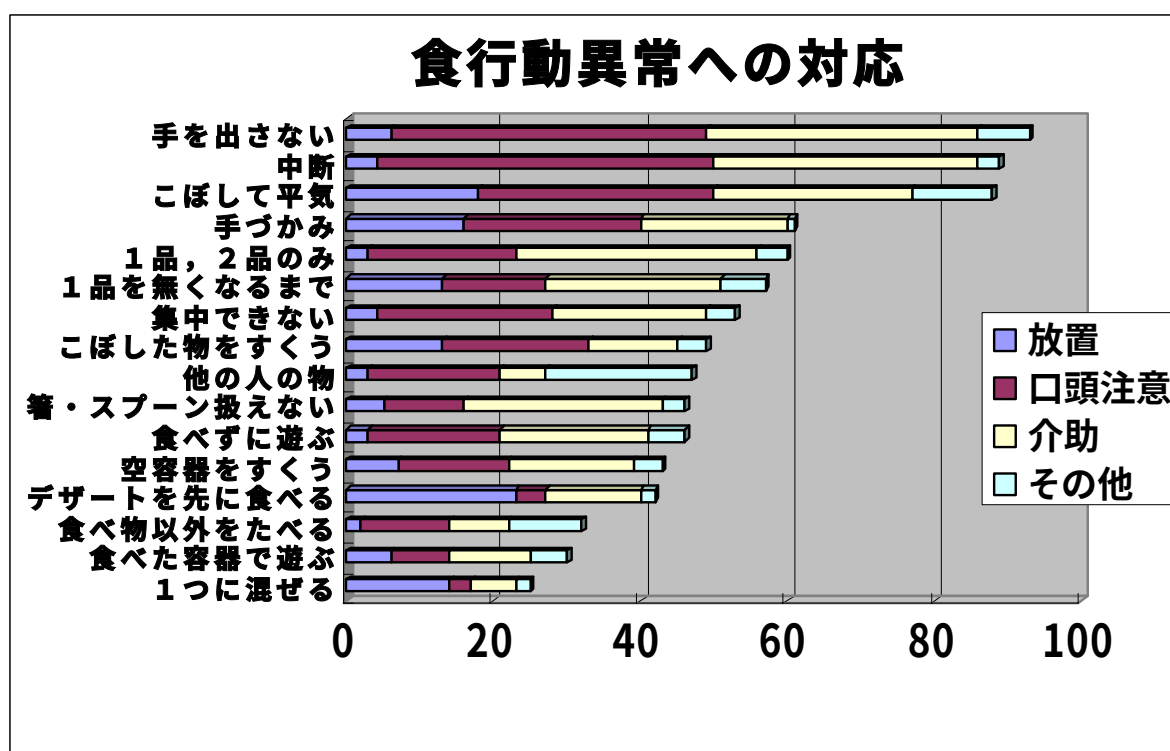


図 1 c：「食べ物以外を食べようとする」行動異常を示した症例の認知スケールの分布
X軸は認知スケールの点数，Y軸は症例数



1 d：食行動異常への対応
食行動異常の項目毎の対応の違いを実症例数で示した

食行動の異常	放置	口頭注意	介助		その他	対応合計	介助 (%)
他の人の物	3	18	6		20	47	13
1つに混ぜる	14	3	6		2	25	24
こぼした物をすくう	13	20	12		4	49	24
食べ物以外をたべる	2	12	8		10	32	25
デザートを先に食べる	23	4	13		2	42	31
こぼして平気	18	32	27		11	88	31
手づかみ	16	24	20		1	61	33
食べた容器で遊ぶ	6	8	11		5	30	37
空容器をすくう	7	15	17		4	43	40
集中できない	4	24	21		4	53	40
手を出さない	6	43	37		7	93	40
中断	4	46	36		3	89	40
1品を無くなるまで	13	14	24		6	57	42
食べずに遊ぶ	3	18	20		5	46	43
1品, 2品のみ	3	20	33		4	60	55
箸・スプーン扱えない	5	11	27		3	46	59

排尿行動の異常	放置	口頭注意	介助誘導	オムツ	その他	対応合計	介助誘導の割合 (%)	オムツ (%)	介助 / オムツ (%)
トイレから出てこない	4	21	6	2	7	40	15	5	300
パッド, オムツ異食	2	1	2	6		11	18	55	33
弄便	1	4	10	9	4	28	36	32	111
便器排尿不能	5	7	38	46	2	98	39	47	83
コミュニケーション不能	7	10	35	29	3	84	42	35	121
誘導拒否, 暴言, 暴行	7	8	24	7	6	52	46	13	343
ズボン脱衣拒否	0	7	18	10	3	38	47	26	180
ズボンを下ろさず便器に座る	0	7	17	8	1	33	52	24	212
手を洗わない	7	31	58	10	4	110	53	9	580
尿意不表出	2	1	74	57	3	137	54	42	130
放尿	1	1	12	8	0	22	55	36	150
脱抑制性排尿	2	2	19	11	0	34	56	32	173
トイレ認識不能	1	2	34	22		59	58	37	155
着座不能	0	3	21	11	1	36	58	31	191
トイレ使用法わからない	2	2	44	22	1	71	62	31	200
水を流さない	5	13	71	10	5	104	68	10	710
ズボン着衣不能	0	3	63	14	5	85	74	16	450
トイレの場所がわからない	2	5	58	11	2	78	74	14	527

言語コミュニケーションの異常	放置	言語反復	言語以外		その他	対応合計	言語反復の割合 (%)
オウム返しのみ言える	26	18	1			45	40
主介護者の名前が言えない	65	55	4		2	126	44
人の話に感動しない	43	45	5			93	48
体調, 気分はに返事なし	6	54	29		14	103	52
物の名が言えない	40	59	6		1	106	56
ほめ言葉に反応なし	21	36	4			61	59
誘いに肯定の意思表示なし	25	56	7			88	64
自分の名を答えられない	14	38	6			58	66
命令に肯定の返事なし	18	60	6			84	71
欲しい物は?に返事なし	15	79	9		7	110	72
呼名に返事なし	8	62	5		5	80	78
おはように返事なし	11	62	5			78	79
命令に拒否の意思表示なし	6	51	7			64	80
話しかけに返事なし	5	59	7			71	83

表 1 : 各異常行動について項目別の対応方法の違いを症例数と全対応に占める割合で示した。

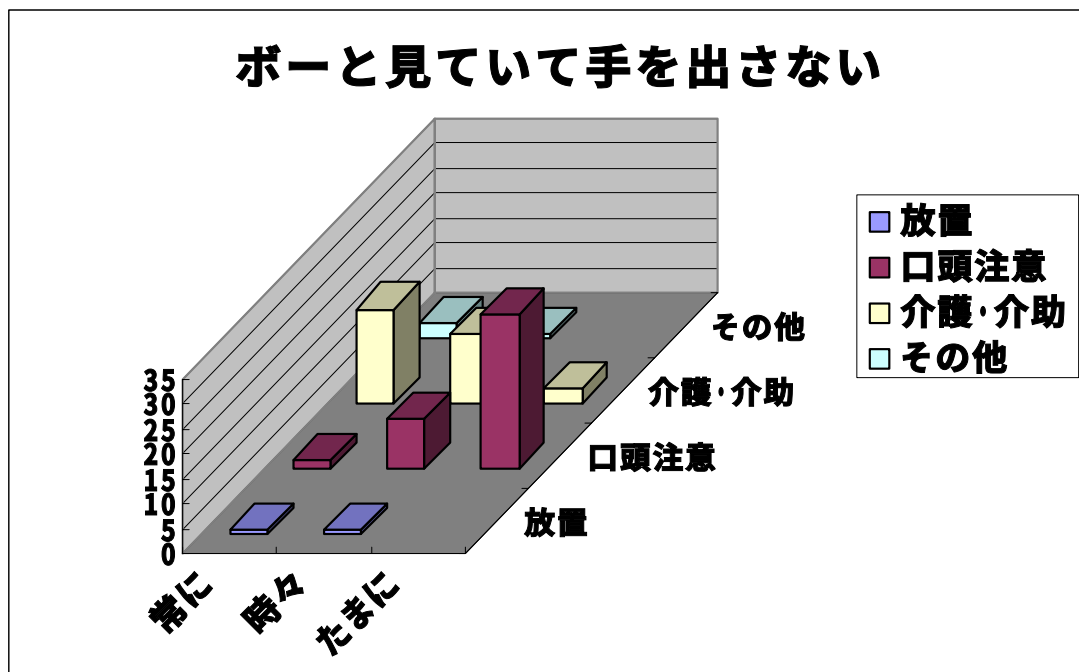


図 1 e : 「ボーとしていて手を出さない」症例の場合の出現頻度と対応の違い
 この場合はたまに出現する時は口頭注意が多く、常に出現するようになると介護・介助が多くなることが明らかである。縦軸は症例数。

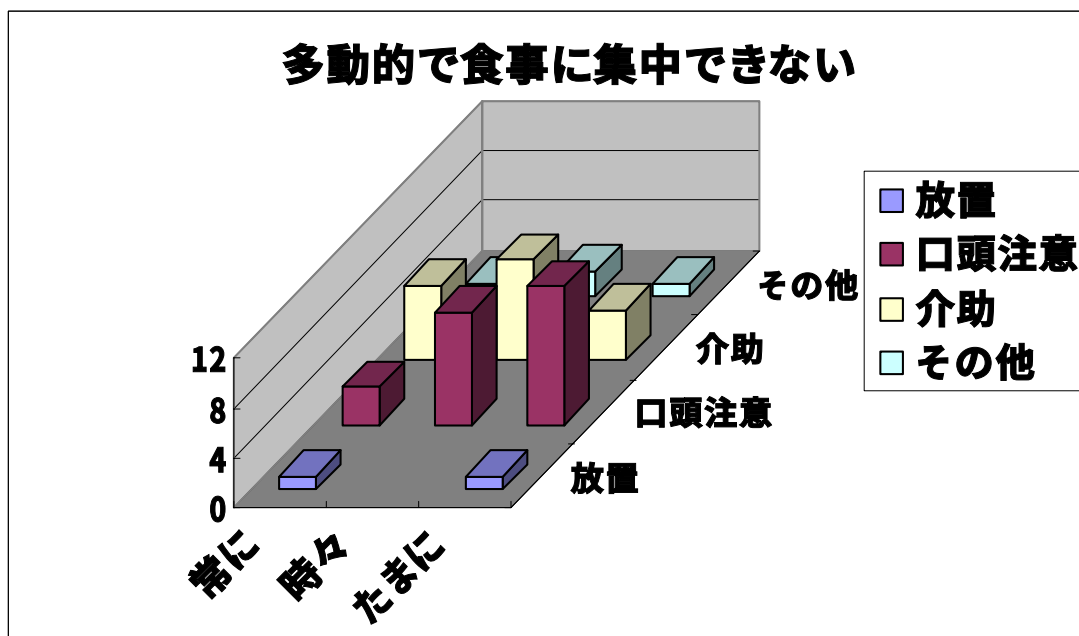


図 1 f : 「他動的で食事に集中できない」の場合の出現頻度と対応の違い
 この場合はたまに出現する場合からかなり介助を行っている。縦軸は症例数。

(3) 排泄行動の異常とその対応

a) 観察された行動異常：230 例中 200 例で 18 項目のいずれかの異常が見られた。最も多くの症例で見られたのは「尿意を表示しない」(145 例)で、最も少数だったのは「パッド、オムツを食べようとする」(3 例)であった(図 2 a)。

b) 行動異常と認知スケール：食行動の場合と同様、多くの行動異常は《常に見られる》が《時々見られる》や《たまに見られる》よりも認知スケールの平均値は低下していた(一元配置分散分析： $p < 0.001$) (図 2 b)。

排泄行動の異常では食行動に比し、認知症が比較的軽い症例でも異常行動が《常に見られる》症例が多く、出現頻度の高い異常行動の項目は異常が《常に見られる》症例の増加によっていた。

また排泄行動の異常の出現頻度と認知機能の高さはかなり良く一致しており、高頻度に出現する項目は認知症の軽症者から重症者まで広く見られ、出現頻度の低い項目は重症者にしか見られない項目であった。出現頻度の高い項目は認知症スケールは高得点で、出現頻度の低い項目は認知スケールが低い傾向であった(図 2 c, d)。

c) 行動異常と対処方法の違い：排尿行動では多くの異常に対して主として誘導や介助が行われていた。最も対応している頻度の高い症例は「尿意を表示しない」(137 例)で 54% が誘導・介助されており、42% がオムツになっていた。最も誘導・介助の比率が高い異常は「ズボンが着られない」と「トイレの場所が分からない」で対応の 74% が誘導・介助となっていた(表 1, 図 2 e)。

d) 行動異常の出現頻度と対処法の違い：排尿行動の異常に対する対応は全般的に出現頻度が高くなるとオムツにするが、《時々みられる》程度では誘導・介助という場合が多い。尿意の異常である「尿意を訴えない」や「尿意を訴えたとすぐ排尿する」は時間誘導を含めてできるだけトイレに誘導していた。その他排尿周辺行動の異常である「水を流せない」、「手を洗えない」、「トイレの場所が分からない」といった行動の異常でも誘導・介助が多くなっている(図 2 f)。便器を排泄の場と認識できないと誘導しても排尿しないためやむを得ずオムツにしている。

e) 排泄行動異常に対するその他の対処法：この場合もほとんどが 1 の放置しているか、2 の口頭で注意・指導するか、3 の誘導・介助するか、4 のオムツを着用するであった。それ以外の特別な対処法は「トイレの印をわかりやすくした」とか、「トイレの蓋を取りはずしたり」、「自動水洗にした」とか、少数例で環境調整が報告された。その他に自由記載欄に「誘導方法やタイミングの工夫」などが報告されていた。「オムツセンサー」もごく一部で試用されていた。

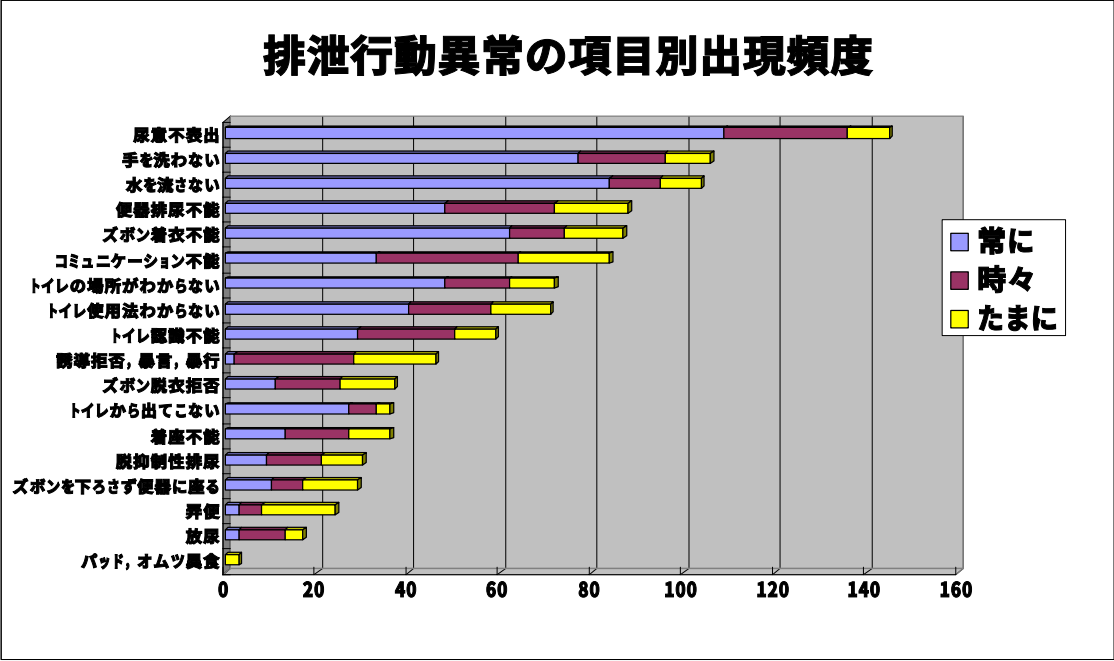
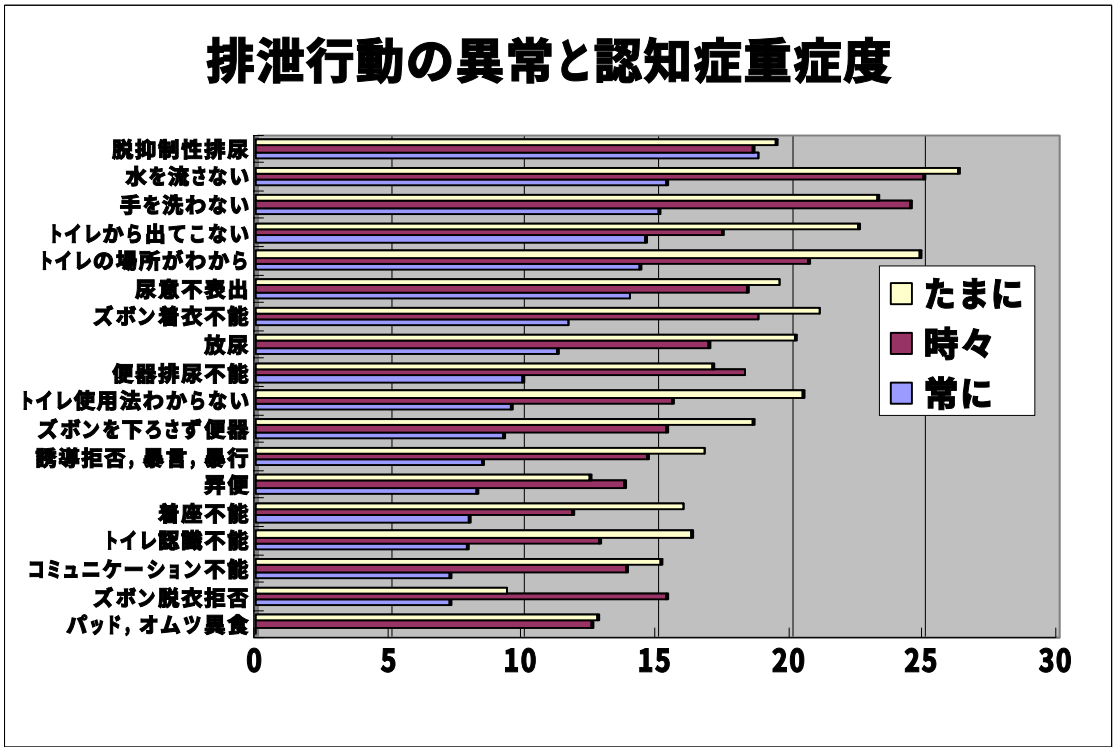


図 2 a：排尿行動異常の項目別出現頻度
全 230 例中の出現頻度数を項目毎に示した。



	データ数	平均値	不偏分散	標準偏差	標準誤差	
常に	18	10.63889	18.53781	4.305556	1.014829	
時々	18	16.94444	13.99908	3.741535	0.881888	
たまに	18	18.48333	19.74382	4.443402	1.04732	
合計	54	15.35556	28.50478	5.338987	0.726544	
分散分析表						
変動要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F値	P値	F(0.95)
全変動	1510.753	53				
群間変動	621.9811	2	310.9906	17.84543	1.33E-06	3.178799
誤差変動	888.7722	51	17.42691			

図 2 b：排尿行動の異常とそれらを示した症例の平均認知症重症度

グラフの認知症重症度は該当症例の認知スケールを平均値で示した。グラフで示した出現頻度の違いを一元配置分散分析で検定した。

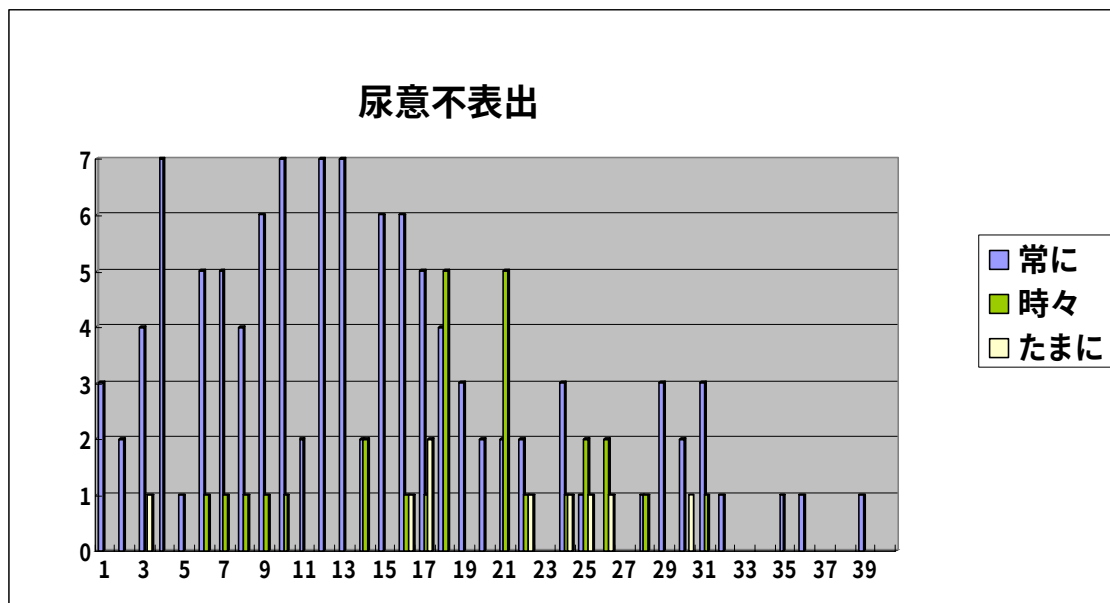


図 2 c：項目毎の症例の認知スケール上の分布

個々では「尿意を表示しない」症例を示した。X軸は認知スケールの値、Y軸はその症例数。

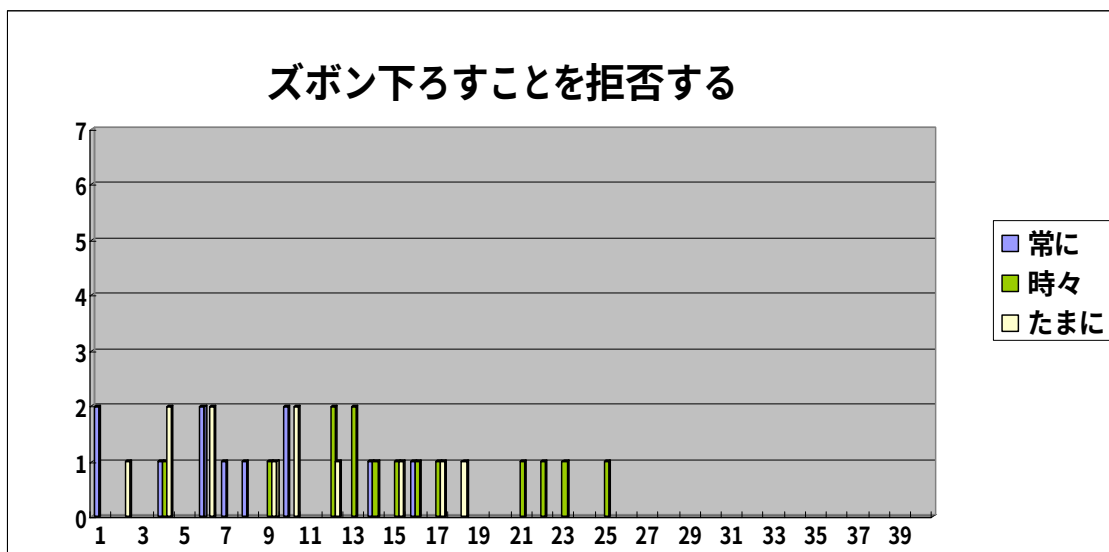


図 2 d：項目毎の症例の認知スケールの分布

ここでは「ズボンを下ろすことを拒否する」症例を示した．X軸は認知スケールの値．Y軸はその症例数

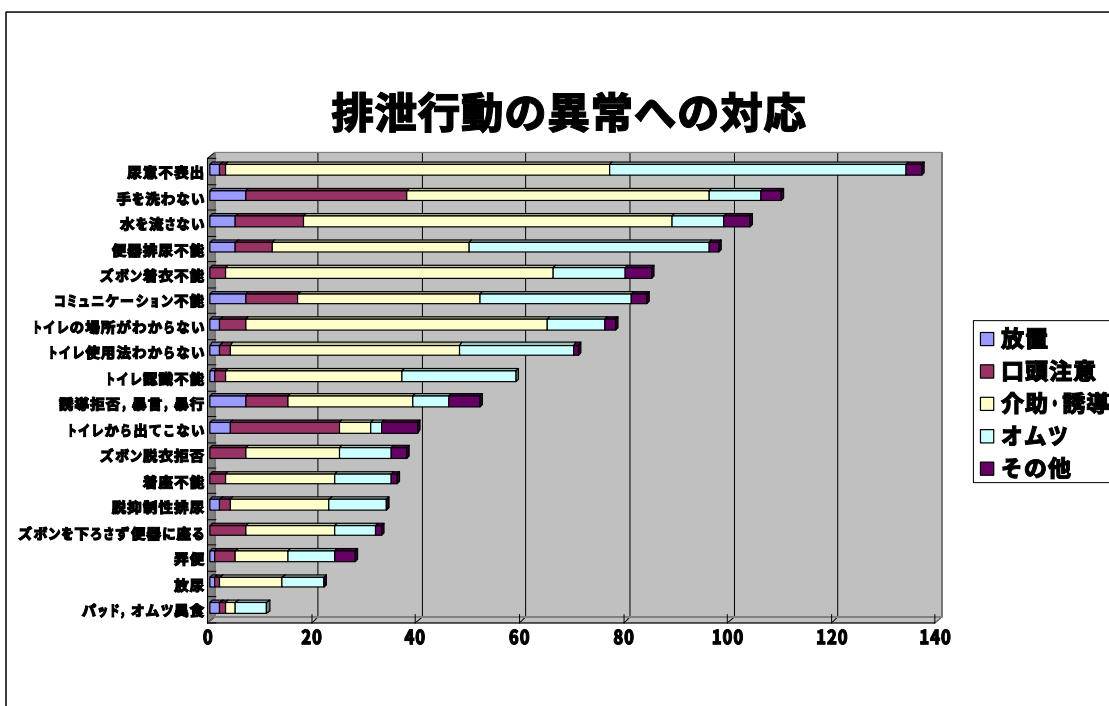


図 2 e：排尿行動異常への対応

項目毎の症例数を対応方法の違いにより示した．横軸は症例の実数

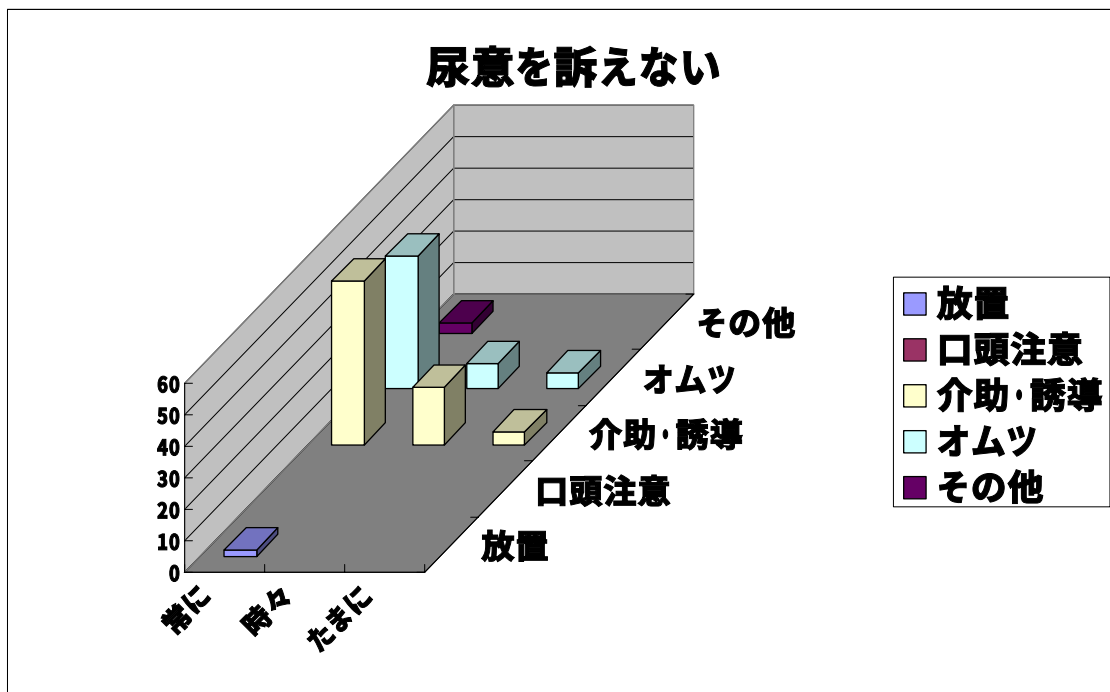


図 2 f: 「尿意を訴えない」場合の出現頻度と対応別症例数

この場合はオムツと介助・誘導がほぼ同数であることがわかる。縦軸は症例の実数

(4) 言語コミュニケーションとその対応

a) 観察された行動異常: 230 例中 190 例で 14 項目のいずれかの異常が見られた。最も多いコミュニケーションの異常は「主介護者の名前を聞いても答えられない」で 230 例中 156 例に認められた。その他「身近な物の名前が言えない」(130 例), 「欲しい物はの問いに答えない」(112 例) 等が多く, 「オウム返しのみが言える」(41 例) が最も少なかった(図 3 a)。

b) 異常行動と認知スケール: 言語コミュニケーションでも食行動や排泄行動と同様に多くの異常行動は《常に見られる》が《時々見られる》や《たまに見られる》よりも認知スケールの平均値は低下していた(一元配置分散分析: $p < 0.001$) (表 1, 図 3 b)。

出現頻度の高い項目では「主介護者の名前が言えない」などはかなり認知症の軽い症例にも《常に見られ》たが, 一方「物の名前がほとんど言えない」は《常に見られる》状態が認知症の重症な者に限定し, 認知症の軽度な者では《時々》か《たまに見られる》ことがほとんどであった。比較的出現頻度の低い項目は認知症の重症の者に限定して《常に見られる》ことが多く, やや軽い者では《時々》または《たまに見られる》程度のことが多い。このため出現頻度が高い項目に比して出現頻度の低い項目は重症側に偏っていた(図 3 c)。

c) 異常行動と対処方法の違い: 返答ができないか, つじつまの合わない会話しかできな

いので言語コミュニケーションが成立しない場合、対応としてコミュニケーションできないまま、「放置する」か、「繰り返して」コミュニケーションできるようにしようとするか、「言語以外の方法」でコミュニケーションしようとするかであった。ほとんどが「繰り返して」コミュニケーションしようとしていた。「言語以外」の方法でコミュニケーションを取ろうとする例はほとんどが10例以下であった。ただ体調や気分を聞いても返事がない場合のみ、29例が「言語以外の手段で」コミュニケーションを取っており、特異的に多数例であった(図 3 d)。

d) 異常行動の出現頻度と対処法の違い：14項目のほとんどで対話を繰り返してコミュニケーションを成立させようとすることは異常が《たまに》出現するうちだけで、それが《時々》になり、《常にみられる》ようになるとそうした試みは少なくなっている。ただ「欲しい物を聞く」時や、「体調や気分を聞く」場合、「人の話に感激しない」、「物の名前」、「主介護者の名前」などは何とか聞きたそうとしている(図 3 e, f)。

e) その他の言語コミュニケーションの異常に対する対処法：ほとんどが1の放置しているか、2のこちらから呼びかけを続けるであったが、少数で3の言語以外の方法が採られていた。それらは「ジェスチャーや体で表現する」といった方法であった。ごく少数で「紙に絵や文字を書いて知らせる」というものがあった。

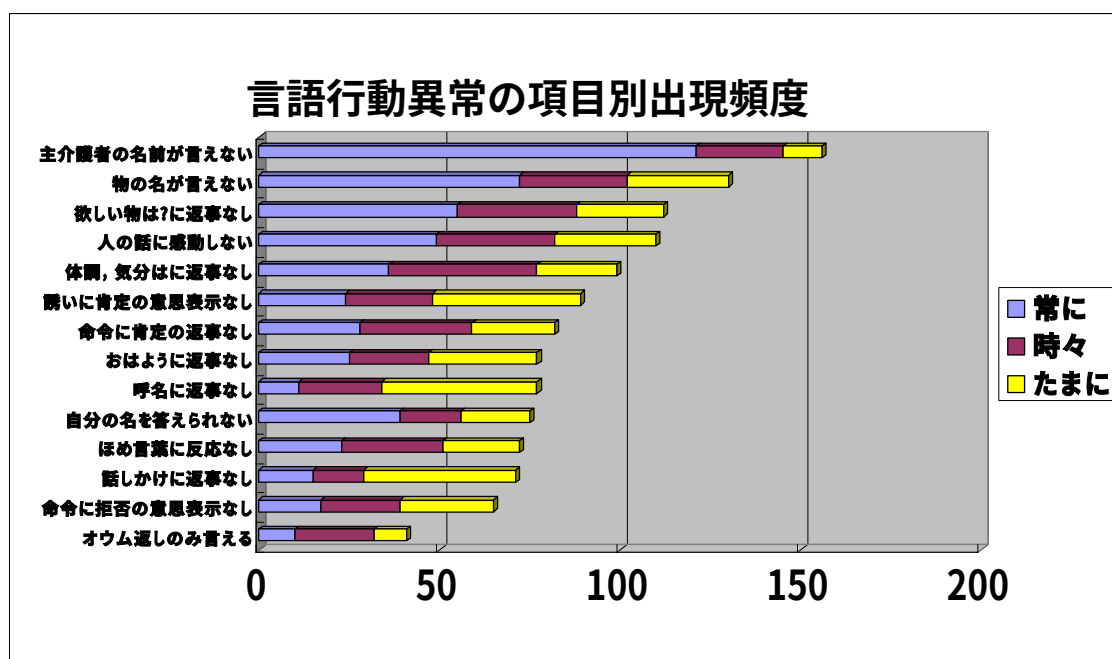
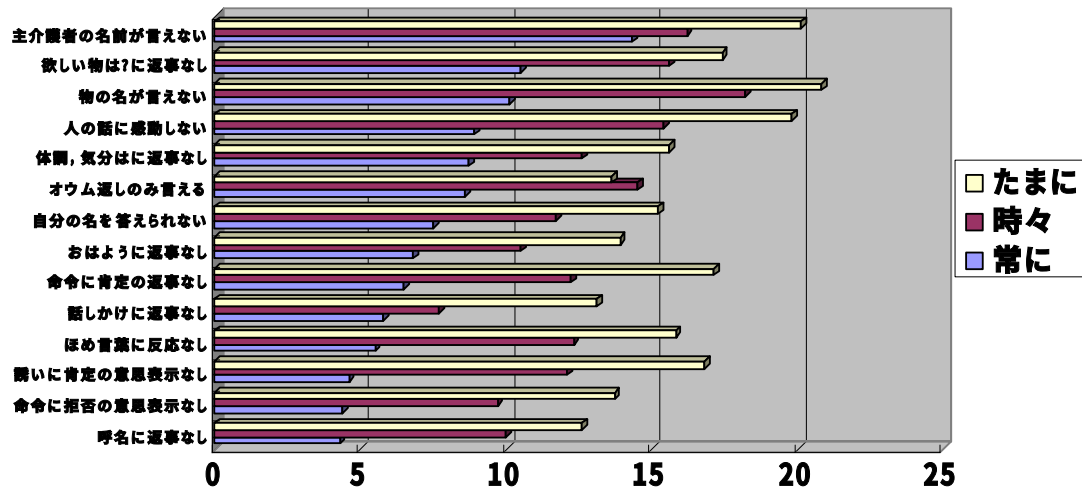


図 3 a：言語コミュニケーション行動の異常の項目別出現頻度
全 230 例中の出現症例数を項目毎に示した。

言語行動の異常と認知症重症度



	データ数	平均値	不偏分散	標準偏差	標準誤差	
常に	18	10.63889	18.53781	4.305556	1.014829	
時々	18	16.94444	13.99908	3.741535	0.881888	
たまに	18	18.48333	19.74382	4.443402	1.04732	
合計	54	15.35556	28.50478	5.338987	0.726544	
分散分析表						
変動要因	偏差平方和	自由度	平均平方	F値	P値	F(0.95)
全変動	1510.753	53				
群間変動	621.9811	2	310.9906	17.84543	1.33E-06	3.178799
誤差変動	888.7722	51	17.42691			

図 3 b：言語コミュニケーション行動の異常とそれを示した症例の平均認知症重症度
 グラフの認知症重症度は該当症例の認知スケールを平均値で示した。グラフで示した出現頻度の違いを一元配置分散分析で検定した。

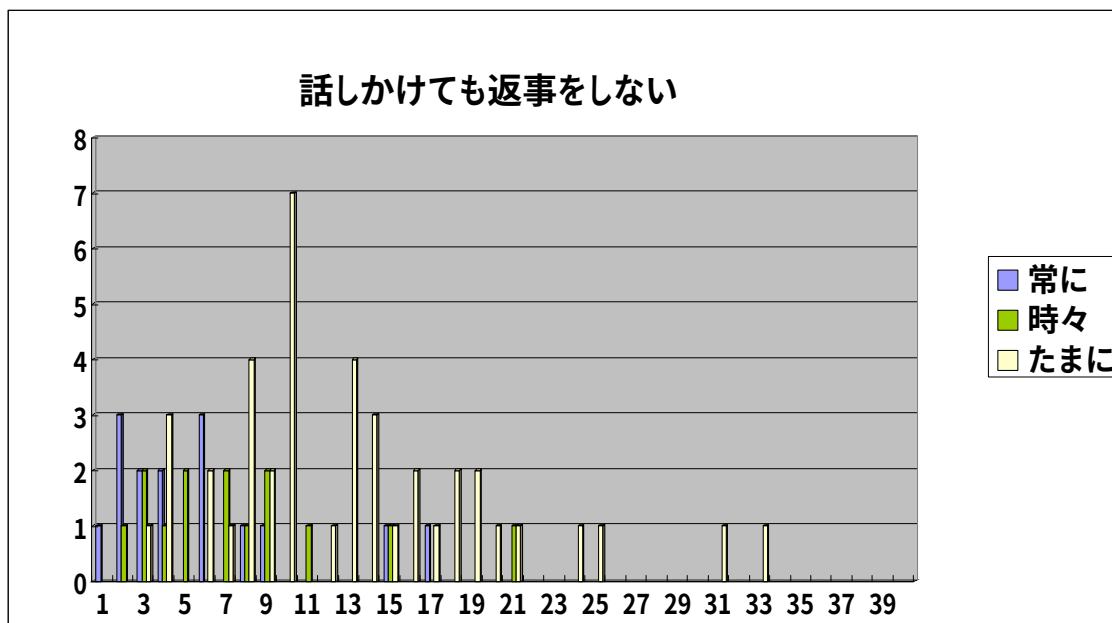


図 3 c：項目毎の症例の認知スケール上の分布
「話しかけても返事をしない」の場合をしめした．X軸は認知スケール値，Y軸は症例数．

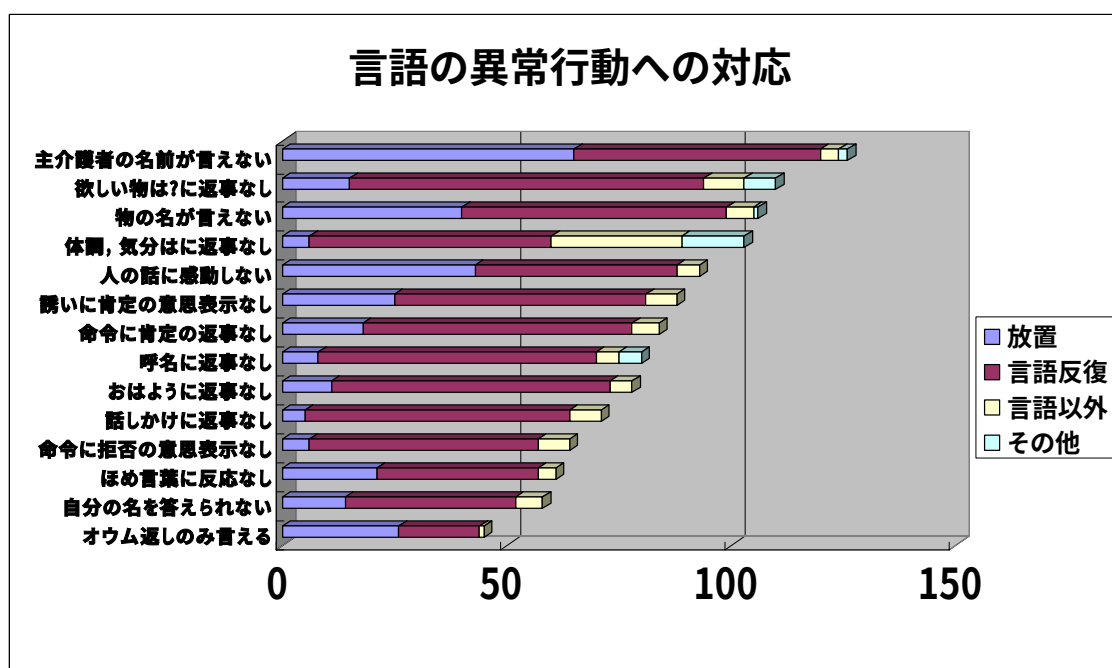


図 3 d：言語コミュニケーション行動異常への対応
項目毎の症例実数を対応方法の違いにより示した．

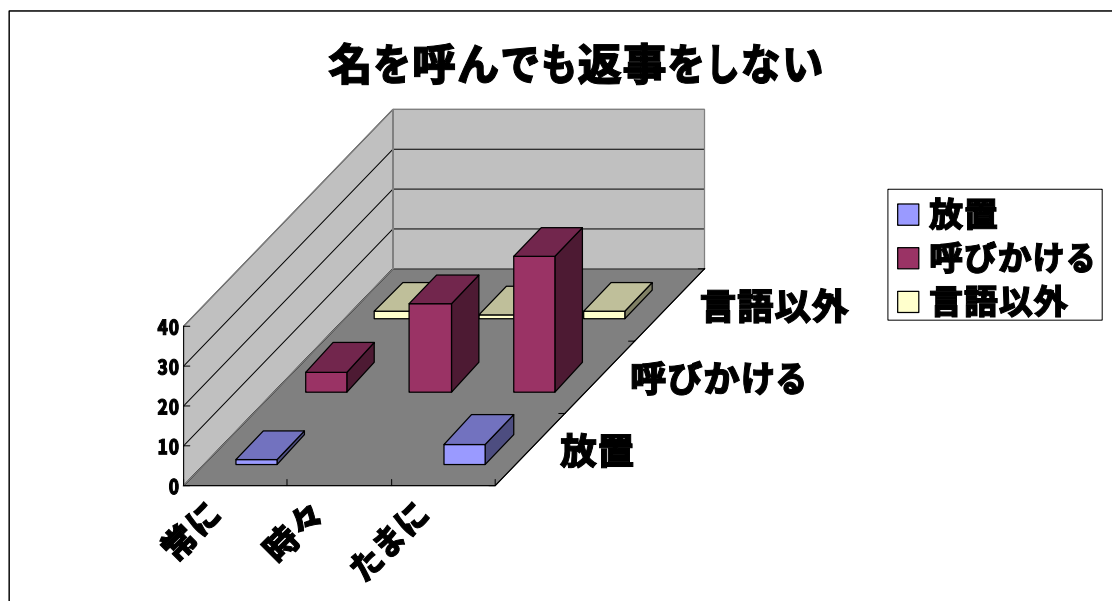


図 3 e :「名を呼んでも返事をしない」の場合の出現頻度と対応別の症例数
この場合はたまに出現する時は呼びかけを続けることがわかる．縦軸は症例の実数

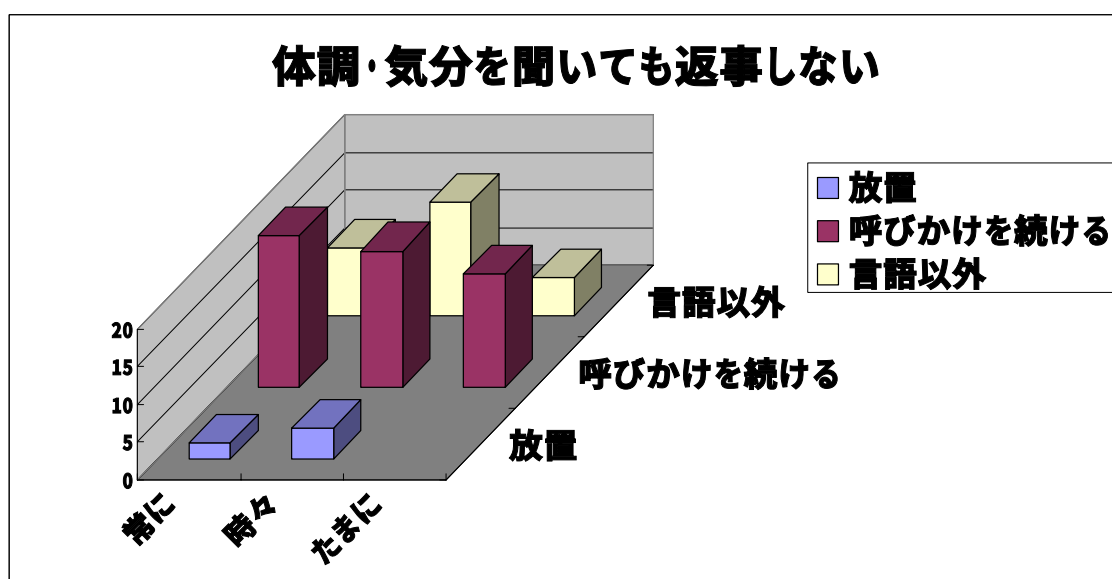


図 3 f :「体調・気分をきいても返事をしない」の場合の出現頻度と対応別症例数
この場合は常に出現する場合や時々出現する場合でも呼びかけを続けていることが多いことがわかる．縦軸は症例の実数

D 考察

(1) 小山田式痴呆（認知症）行動評価表（認知スケール）について

今回われわれは認知症重症度評価に小山田式痴呆（認知症）行動評価表を用いた．この

評価表は最近、菱田らによって、施設内での認知症の行動評価のために種々の行動評価表の問題点を改善し作成されたものである⁷。その特徴は①A D L評価を中心しつつ、会話、二者交流、集団交流、感情表出など多彩な行動を総合評価して認知症の程度を評価する、②N 式A D L評価表などでは買い物の項目のように施設では評価困難な項目があるが、こうした点には留意し施設介護の場で観察可能な項目によって評価する、③多くのA D L評価表が介護度で評価している点を改善し、無介護状態での行動をもとに評価が行えるようにし、入院・入所間もない時期での評価も可能にした、④詳細な記入マニュアルが添付されており評価が行いやすく、評定者間信頼性も高い。⑤他の行動評価表とも良く相関し妥当性も高い、などの点である。このようにこの評価表は信頼性、妥当性も十分検討されており、信頼性と実用性の高い評価表であると思われる。今回の調査でもこの評価表の使用については問題も疑点も報告されておらず、記入漏れもなく使用しやすい評価表であったと思われる。

(2) A D L崩壊過程について

これまでわれわれは認知症高齢者のA D L障害が認知症の進行した者ほど多くの種類の障害を示すこと、個々のA D L障害項目にはそれを示す者の認知症の程度にそれぞれある程度の決まった範囲があり、障害項目を重症度毎に順位付けすることができること、しかし個々の認知症高齢者では認知症の経過に伴ってA D L障害が出現する順序は必ずしも一定ではないことを明らかにした^{8, 9}。

今回はこれらの報告を基にさらに多数例でその障害項目毎の出現頻度について検討を行い、さらにそれらの障害に対してどのような対応を行っているのか現状を調査し分析した。

a) その結果、食行動においては比較的重症者にしか出現しないため出現頻度の低い、「箸スプーンが扱えない」、「食べ物以外を食べる」「食べずに遊ぶ」、「空容器をすくう」といった項目と、「1つに混ぜる」、「食べた容器で遊ぶ」、「デザートを先に食べる」などの出現頻度は低いかなり認知症が軽度の者にも見られる項目とがあった。一方出現頻度の高い項目、「中断する」、「手を出さない」、「こぼして平気」などは痴呆症の軽症者から重症者に至るまでにも広く出現することで出現頻度が高くなる項目であった。

食行動の場合、かなり認知症の軽い段階から《たまに》異常行動が見られ、認知症がかなり重症にならないと《常に》異常が見られるようにならない項目が多いことが特徴であった。

b) 排泄行動は《たまに》出現するという状態は少なく、《時々》ないし《常に》出現し、認知症が軽い症例でも出現する項目は認知スケールは高く、重症者にしか出現しない項目は認知スケールは低い傾向があった。ただし「尿意を訴えるとすぐ排尿してしまう」いわゆる脱抑制性排尿は極めて特異的であった。それは《たまに》(平均 18.8 点)、《時々》(平均 18.6 点)、《常に》(平均 19.6 点)の出現する平均認知スケール点数がほぼ一致しており、さらに今回調査の全症例の平均認知度(18.5 点)にほぼ一致しており、認知症によらないで、高齢者に平均して一定頻度(ここでは 13%を示していた)で出現する異常であると考え

えられた。

c) 言語コミュニケーションの項目も《たまに》と《時々》はほぼ一定の比率で出現し、出現頻度の違いは《常に》出現している症例数の多少にほぼ依存していた。そして常に出現する頻度はほぼ認知スケールと相関していた。つまり軽症時から出現する異常は全体に出現数が多く、重症者にしか出現しない異常は全体として数が限られることになっていた。

また、《たまに》出現する者の平均認知スケールは高く、《時々》から《常に》となるに従って認知スケールは低下する、すなわち重症化していた。このことから軽症者では《たまに》出現する障害も、重症化するに従って《時々》出現するようになり、やがてさらに重度化するとついにはほとんど《常に》出現するようになることが明らかであった。

(3) A D L障害に対するケアの対応

認知症が進行増悪するにつれてケアは2つの原則に基づいて対応していることが判明した。

まず第1には障害を示す頻度に従って、障害が《たまに》出現する時期には放置観察しているだけにとどまっている。次に障害が《時々》みられるようになると、口頭で注意したり、指示することを示している。しかし障害が《常に》みられるようになるともはや注意するだけでは対応しきれず積極的に介助・誘導などを行うようになる。

第2に障害の影響を考慮し介護介入の程度が決められている。つまり障害されてもあまり身体的影響のないもので、周囲へも影響の及ばないもの、たとえば食行動では「デザートを先に食べる」、「こぼしても平気」、「手づかみ」など社会的行儀が守れないことなどは放置ないし口頭注意にとどめて置き、直接身体に影響する「食事を中断してしまう」、「食べ物以外を異食する」「ボーとしていて食事に手を出さない」などでは《時々》みられる程度の時期から介助することになっていることである。

E 結論

認知症高齢者のA D L障害の実態とそれに対する対応の現状を 230 症例へのアンケート調査から分析した。

A D L障害は排泄障害と言語コミュニケーションの障害では比較的軽い時期から障害される行動と重症にしかみられない行動まであって、軽い時期からみられるものは重症者から軽症者までそれを示す障害者の数が多く、重症者にしかみられないものは障害者の数は少なかった。食行動の障害は認知症の重症度に関係なく《常に》見られる行動異常と《たまに》見られる障害とがあり、重症者では《常に》見られるが軽症者では《たまに》見られるにすぎないものと認知症の重症度に関係なく《たまに》しか見られない異常行動があった。

こうしたA D L障害に対するケアの対応は障害の出現頻度に影響されて対応を決定していると思われる場合と、障害の影響の重大さに影響されて対応を決定していると思われる場合の2つの要素によって決定されていた。

F 参考文献

1. 横井輝夫, 岡本圭左, 他: 痴呆性高齢者の認知機能障害とA D L障害との関連. 理学療法科学, 2003; 18: 225.
2. 吉田一生: 経済統計から見た国民生活の現状と動向(33). 厚生指標, 2004; 51: 34.
3. 時政昭次, 博野信次: 痴呆症における日常生活活動の評価. OTジャーナル, 1998; 32: 1087.
4. 溝口 環: 痴呆性疾患における介護負担感. J clin reh, 2001; 10: 891.
5. 本間 昭: 痴呆性老人の介護者にはどんな負担があるのか. 老年精神医学, 1999; 10: 790.
6. 大橋美幸: 痴呆性老人の生活関連動作及び身の回り動作一問題の経過と介助が必要になる状況一. 理学療法学, 1999; 26, 53.
7. 菱田 愛, 今井浪加, 他: 小山田式痴呆行動評価表による痴呆の評価. 地域リハビリテーション最前線, 大田仁史監修, 医歯薬出版, 東京, 1999, p53.
8. 小酒部聡江: アルツハイマー型痴呆における排尿行動の経時的変化. 名古屋大学大学院医学系研究科 2004 年度修士論文
9. 中川雅弘: 痴呆高齢者のコミュニケーション残存能力に関する研究. 名古屋大学大学院医学系研究科 2004 年度修士論文

認知症介護指導者養成研修の評価に関する研究

主任研究者 可知昭江（認知症介護研究・研修大府センター）
研究協力者 福山 譲（社団法人 中部産業連盟）
正木勝秋（元人事院総務局参事官）
前川厚子（名古屋大学医学部保健学科）
奥宮さだ子（聖隷福祉事業団看護介護研修センター）
永坂トシエ（社団法人 愛知県看護協会）
柿本 誠（認知症介護研究・研修大府センター）
藤本 茂（認知症介護研究・研修大府センター）

A 研究目的

認知症介護指導者養成研修（以下「指導者研修」）は認知症介護実務者研修を企画し、講義、演習、実習を担当、指導できる能力を身につけるとともに、介護保健施設・事業者等における介護の質の改善について指導することができる者を養成するための研修である。平成13年度より研修を開始し2年が経過している。評価として行われているのは、1）研修受講者の意識の変容、2）カリキュラム、3）各科目について等のアンケート調査である。しかし指導者研修にはいろいろな職種、背景の研修生が参加しその指導者としての資質にばらつきがみられる現状がある。平成15年度において指導者研修生の評価について検討し、方向性が示された。今年度は具体的に内容を明らかにし、指導者研修生に対し評価の実施を目的とする。

B 研究方法

1. 指導者研修生研修、評価に関する研究会を設置する。
2. 評価内容、方法の検討
3. 指導者研修生研修の評価の実施
4. 評価の分析
5. 報告書の作成

C 研究結果

1) 研究会を設置し検討した。認知症介護者指導者養成研修の効果測定の必要として以下のことがあげられた。

（1）大府センターにおける指導者研修の評価の状況はアンケート調査による①研修前後に実施する研修受講者の意識の変容をみるもの ②研修内容、方法、カリキュラムについての評価 ③各科目の評価がある。研修受講者に焦点をあて評価を考えると、指導過程において段階的評価の必要がある。教育評価と結びつけた評価目標を明確に設定

し、効果的な到達度評価を実施するためには、段階を設けて継続的に行う評価が重要である。

(2)研修コースの中にねらいが混在している部分がある。その効果が出てくる時期は、ねらいによって違い、自己能力を開発する、あるいは質だとか態度を変容させていくという時には、効果をだすまでに時間がかかる。また職場の状況によっても違う。

(3)研修受講生は多様性があり、個別対応が非常に大切である。外国人の研修の場合、多様性つまり研修生は置かれている状況が全員違うため外国人の方の研修はかなり個別対応がされている。

(4)多職種ということから、スタート時点での把握が必要である。評価の時期については、研修前後、職場に戻る直前の時の中間地点、研修修了後1年、それ以上では追い難い。

(5)量的な評価は比較的簡単に出来るが、質の評価、行動変容の評価というのは大変難しい。評価というのは、何がしたいのか、どういうところを評価してそれを活用していくかというところをきちんと考えていく必要がある。ある程度一定の期間において本当に職場でそれが認められているか、施設側に対してもとる必要があるのではないか。

2) 指導者研修における自己評価表作成(資料)

(1)指導者研修前期・後期、および研修修了後3ヶ月・6ヶ月・1年後の各期にそれぞれ段階をおって自分の課題を明確にし、目標を設定する。

(2)各期ごとに、課題項目に対しその到達度を、評価基準に基づいて5段階で自己評価を実施する。該当しない項目はGとする。

評価基準	達成度
1. まったくできない	0～19%
2. 少しできる	20～39%
3. まあまあできる	40～59%
4. かなりできる	60～79%
5. 十分できる	80～100%
G	該当なし

(3)研修中は研修部のスタッフと面接、自己評価について振り返ることにより次の課題を明確にし、目標を設定する。

(4)研修修了後は、上司、又は同僚に他者評価を依頼し、コメントを頂く。6ヶ月後、1年後の自己評価については研修部スタッフにメール、FAXにて報告とする。

D 考察

指導者研修前後の評価として科目（知識）の評価が考えられる、足りない知識に気づき、次の学習の動機付けにはなる。しかし指導者研修においては知識はもちろんであるがそれ以上に考え方、自ら学び自ら考える力、技能を身につける研修でもある。むしろそこに重点がおかれている。つまり2ヶ月にわたる指導者研修終了後企画者・講師・指導者として行動変容が期待され、自分自身で問題を解決する態度を身につけさせるものである。自己能力の開発、態度の変容は効果をだすには時間がかかり、また受講者の背景によっても違ってくる。一年後の達成状況、研修を受けたことがどれだけ役立っているのかフィードバックできるような評価として、指導過程において段階的评价と個別の対応が必要と思われる。一般にはすでに行われている知識の評価から段階を設け継続的に研修成果が期待できる形成的評価に考え方を改めていくことが大切である。

さらに自己評価は明示された研修目標に対する自分の到達状況を明らかにすることで到達度評価が可能となり、教育によって行動パターンを変化させ、改善していく過程と考えられる。内的動機付けに基づくものが期待できるが、到達度、課題を明らかにしていく過程でセンターや職場でのかかわりが必要である。

今回これらのことを考慮し自己評価表を作成したが、実施までにはいたらなかった。今後この評価表を活用しその効果を測定していきたい。

E 参考文献

- 1) 田島佳子：看護教育評価の基礎と実際、医学書院
- 2) 阿部芳久、阿部哲也、加藤伸司、大橋美幸、後藤美恵子、矢吹知之：痴呆介護指導者養成研修カリキュラムの開発 研究年報 No2 高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター
- 3) 正木勝秋：教育効果測定の方法を考える、企業と人材
- 4) 平松陽一：教育研修の効果測定と評価の仕方、インターワーク出版

高齢者痴呆介護研究 ～平成16年度報告書～
平成16年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

発行：平成17年5月

編集：社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0031 愛知県大府市半月町三丁目 294 番地

TEL(0562)44-5551 FAX(0562)44-5831

発行所：サカイ印刷株式会社

〒452-0805 愛知県名古屋市西区市場木町 29 番地

TEL(052)501-0754 FAX(052)502-9674

平成16年度

高齢者認知症介護研究報告書

＜痴呆性高齢者の地域包括ケアシステム推進および
尊厳維持に関する研究事業＞

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

資料

**「大都市における認知症（痴呆性）高齢者を地域で支える
システムづくり」モデル事業**

[名古屋市千種区認知症連携の会役員名簿]

＜顧問＞	柴山	漠人（認知症介護研究・研修大府センター・センター長）
＜顧問＞	中出	泰充（名古屋市千種区医師会長）
＜代表世話人＞	黒川	豊（名古屋市千種区黒川医院・副院長）
＜世話人＞	生田	千与子（春岡学区民生委員会長）
	亀井	すま子（田代学区民生委員）
	田中	義子（千種区家族の会）
	山田	広美（音楽療法士）
	熊田	均（名古屋弁護士会）
	大西	優香子（介護福祉士：NPO・ほっとポケット）
	林	由紀子（看護師：訪問看護ステーション）
	金森	美紀代（看護師：訪問看護ステーション）
	木村	やゑ（保健師：千種区役所介護保険課）
	立松	房枝（保健師：千種保健所）
	青柳	公夫（青柳歯科医院・院長）
	村山	尚子（村山内科・院長）
	和田	正敏（和田病院・院長）
	上松	正幸（池下やすらぎクリニック・院長）
	安藤	邦彦（安藤内科・外科医院・副院長）
	殿村	忠彦（県立城山病院・院長）
	舟橋	利彦（仁大病院・院長）
	三輪	勝征（晴和病院・院長）
	福岡	秀和（名古屋市立東市民病院・脳神経外科部長）
	山名	和子（名古屋市立東市民病院・神経内科部長）
	小長谷	陽子（認知症介護研究・研修大府センター・研究部長）
＜会計＞	引地	玲子（認知症介護研究・研修大府センター）
＜記録＞	渡辺	智之（認知症介護研究・研修大府センター）

「大府センター研究委員会委員名簿」

太田 寿城	国立長寿医療センター	院長
祖父江 元	名古屋大学医学部神経内科	教授
前川 厚子	名古屋大学医学部保健学科	教授
杉村 公也	名古屋大学医学部保健学科	教授
小阪 憲司	医療法人さわらび会福祉村 病院	院長
尾之内直美	呆け老人をかかえる家族の会 愛知県支部	代表
柿本 誠	日本福祉大学社会福祉学部	教授

「大都市において認知症高齢者を地域で支えるシステムづくりモデル事業」
—名古屋市千種区での試み—

＜「千種区認知症連携の会」（略称）＞における活動試案

認知症介護研究・研修センター

柴山 漢人

I.介護予防（予防と早期発見）

1) 啓発・普及活動

- ＊ 住民・市民向け研修会
- ＊ 専門職向け研修会
- ＊ 講師養成研修会
- ＊ 啓発用パンフレット

2) 予防

A.アルツハイマー病

#脳を刺激するプログラム

- ・ 記憶機能（特に、エピソード記憶）
- ・ 注意分割機能
- ・ 計画力を含んだ実行機能

以上の機能を刺激する要素を含んだプログラム。

具体的には、

＊旅行・・・計画立案、手順、集団で話し合うこと、などに上記の 3 つの機能を刺激することが可能。

＊料理・・・同じことが期待できる。週 1～2 回、日常的に料理について考え、知的活動を習慣化する。

＊パソコン・・・参加者が学習の主導権を持ち、判らないところを聞き出すというスタイルでないと、効果的活動にならない。

＊学習療法・・・「読み」「書き」「計算（算数）」が基本。

これにより、「前頭前野」（認知能力、コミュニケーション能力、身辺自立能力などの中枢）の機能が活性化。東北大と公文教育研究所との共同研究。

FAB（前頭葉機能テスト）の上昇。

＊その他（疫学研究の結果から）

- ・ 野菜、果物、魚を多く摂る。
- ・ 運動を習慣的に行う。
- ・ 知的行動や対人接触行動の頻度を高くする。

#厚生労働省も 2006 年の改正時、介護保険の財政悪化を防ぐため、要介護度の低い（軽い）場合、介護予防を義務付ける予定。

B.脳血管性痴呆

＊危険因子の回避

＊生活習慣の改善

バランスのよい食事・嗜好・運動

＊脳の活性化

文化的趣味などを楽しむ、適度な仕事（自営業、専門職など）も有効、その他（ボランティア活動、老人クラブ参加、など）

#脳血管性痴呆の危険因子

1. 高血圧
2. 糖尿病
3. 高脂血症
4. 心疾患
5. 肥満（BMI 25 以上）
6. 飲酒習慣
7. 喫煙
8. 薬物乱用
9. その他（頸動脈狭窄、一過性脳虚血発作 TIA など）

3) 早期発見・早期治療（検診など）

＊初期の認知症（痴呆）を早期発見し、早期に治療を開始する目的で、「物忘れ検診」

＊老人健診の基本検診時に、同時に 「物忘れ検診」を実施

＊集団検診と個別検診の 2 種類

＊自治会、民生委員などの地域の協力

＊かかりつけ医と専門医の連携

II.軽度の認知症高齢者に対して

1) 診断を確定し、適切な治療と介護（ケア）

＊かかりつけ医——専門医——かかりつけ医

＊薬物療法と非薬物療法の適切な選択

＊非薬物療法とは、

- A. 認知機能に対して・・・Reality Orientation、記憶訓練、学習療法、など
 - B. 感情機能に対して・・・回想法、Validation（確認）療法、支持的精神療法、など
 - C. 脳への刺激・・・芸術療法（音楽、絵画、コラージュ、バレエなど）、リクリエーション療法（手芸、ペット、ゲーム、社交ダンス、など）、脳活性化訓練、など
- ＊（前述の）予防の項で挙げたプログラムも 有効。

2) 医療機関と福祉・介護機関の連携

- ＊「個別ケア」（その人を中心とした）・・・QOL に配慮した Well-Being を考える。そのための医療と介護。自己決定権を尊重し、地域で支える。
- ＊そのためには、適切なアセスメントとケアプランが必要。
- ＊行政、医師、保健師、ケア・マネージャー、各種支援施設、家族、などの連携（システムが必要）
- ＊権利擁護体制の整備
 - ・ 地域福祉権利擁護事業を有効に活かす。
 - ・ 成年後見制度の補助人、保佐人、後見人は、家族ではなく、社協、司法書士会、精神保健福祉士会、などの信頼できる第3者に依頼するのが最善。
 - ・ そのためには、民生委員、ケア・マネージャーなどとの相互ネットワーク体制づくりが必要。
 - ・ 鑑定書作成可能医療機関のリスト作成

3) 地域との連携

- ＊地域関連としては、自治会、老人会、婦人会、商店街、などとの密接な連携
- ＊行政関連としては、区役所、保健所、社協、などとの連携は、必須。
- ＊医療・福祉関連としては、病院、診療所、老健、特養、GH、DC センター、DS センター、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、などとの連携システム
- ＊家族の会
- ＊学校関連としては、幼稚園、小・中・高校、専門学校（医療、福祉、介護、製菓、演劇、など）、大学（医学、保健、看護、福祉、その他）からのボランティアや可能な連携。
- ＊趣味関連としては、碁会所、カラオケ、図書館、古本屋、写真、社交ダンス、など。
- ＊活動方法としては、
 - ・ ボランティア（可能なら、恒常的ボランティア）
 - ・ 研修受け入れ
 - ・ 出張連続講義
 - ・ 在宅介護の状況調査（プライバシーには留意）

- ・ 自治会、老人会、お寺、教会などの行事に、相互参加。
- ・ 地域の小売店、レストラン、喫茶店、すし屋などとの相互理解。
- ・ 家族の会とは、バザー、講演会、介護教室、などで協力。

4) 心理教育 (Psychoeducation) —本人・家族に対して

＊心理教育とは

＊効果

＊認知症（痴呆）性高齢者の場合

＊具体的方法

III.中等度から重度の認知症高齢者に対して

1) 医療機関と福祉・介護機関との連携

＊「個別ケア」の前提として、既往歴、生活歴（生育環境、教育 歴、など）、職歴、婚姻歴、家族歴、社会的活動、趣味、宗教、家族内人間関係、病前人格、住居、経済状態、法律問題、現在の状態（精神的、身体的）、などのアセスメントが必要。

＊アセスメントに基いて、その人の Well-Being と QOL を配慮した最適の「個別ケア」を選択する。

＊その結果が、家族によるケア、GH、特養、老健、療養型病院などへの入所（入院）によるケアのどれがよいかの選択となる。

＊選択は、家族、医師、保健師、看護師、ケア・マネージャー、行政、福祉サービス関連の各専門職員などの合議によることが望ましい。

2) 地域との連携の重要性

＊いずれの選択によっても、地域との連携は必要であり、重要である。特に、家族によるケアの場合は、地域のサポートなしには、介護は不可能である。

＊介護する家族の 80%は、ストレスを感じるし、50%は、うつ状態になると報告されている。

＊従って、介護者の一時的休息、リクリエーション、様々な所用（例えば、冠婚葬祭出席、買物、など）の時間などを保証する代価的サービスとして、DC、DS、ショート・ステイ、以外に、特に、緊急の場合、ボランティアの必要性があり、これらが地域で機能すれば、より家族によるケアも促進される可能性はある。

3) 心理教育 (Psychoeducation)

＊（内容は前述の通り）

＊具体的方法（別紙参照）

「グループ分け」

I.A グループ（予防グループ）

- 1) 啓発・普及活動
- 2) 予防教室
- 3) 「物忘れ検診」

II.B グループ（病人グループ）

- 1) 啓発・普及活動
- 2) 診断確定と治療
 - ＊かかりつけ医と専門医との連携システム
- 3) 非薬物療法プログラム
- 4) 医療機関と福祉・介護機関の連携
 - ＊行政、医師、保健師、ケア・マネージャー、各種福祉・介護支援施設、家族、などの連携システムの構築
 - ＊「個別ケア」の前提としての多様な面からのアセスメントとそれに基づいたケア・プランも合議で行う
- 5) 権利擁護体制の整備
 - ＊地域福祉権利擁護事業を有効利用
 - ＊成年後見制度の補助人、保佐人、後見人の選定に第 3 者として、最適な人を推薦できるように助言する関係者による協議
 - ＊鑑定書作成可能医療機関のリスト作成
- 6) 地域との連携
 - ＊地域、行政、などの関連の連携システムの構築
 - ＊ボランティアの募集・養成
 - ＊ボランティアによる家族のサポート
- 7) 心理教育

註

＊家族によるケア、GH、特養、老健、病院などへの入所（入院）のよるケアのどれがよいかの選択も 重要な課題。
この選択も 合議が望ましい。

[千種区研修会スケジュール]

啓発・普及活動

1) 住民・市民向け研修会

＊場所は、原則として 春岡コミュニティ・センター（CC）：

時間は、13:00~15:30

1. 9月22日（水）テーマ「痴呆の方への接し方、コミュニケーションの仕方」 <春岡 CC>
2. 10月30日（土）テーマ「家庭でできるケア：在宅介護」
<春岡 CC>
3. 11月24日（水）テーマ「痴呆とは何か？」 <春岡 CC>
4. 12月22日（水）テーマ「痴呆の早期発見」 <春岡 CC>
5. 1月26日（水）テーマ「痴呆の予防」 <春岡 CC>
6. 2月5日（土） テーマ「痴呆疾患の最新治療法」
<千種区役所講堂>

2) 専門職向け研修会

＊場所は、千種区医師会館 または 春岡 CC：

時間は、18：00～20：00

1. 9月28日（火）テーマ「痴呆の知識」＜千種区医師会館＞
2. 10月19日（火）テーマ「痴呆の早期発見（物忘れ検診）」
＜千種区医師会館＞
3. 11月18日（木）テーマ「痴呆の治療および予防（介護予防・
脳の活性化）」＜春岡 CC＞
4. 12月14日（火）テーマ「痴呆の方への接し方、コミュニケーションの仕方」（最近の考え方）
＜千種区医師会館＞
5. 1月18日（火）テーマ「家族へのアドバイス（介護者のケア）」
＜千種区医師会館＞
6. 2月24日（木）テーマ「介護保険について」＜春岡 CC＞

＜名古屋市千種区医師会および名古屋市医師会講演会＞

[名古屋市千種区医師会講演会]

場所：千種区医師会館（休日診療所）

時間：20：30～22：30

第1回（平成16年11月17日）

演題：「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

＜かかりつけ医の役割＞ （1）

第2回（平成17年1月12日）

演題：「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

＜かかりつけ医の役割＞ （2）

第3回（平成17年3月9日）

演題：「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

＜かかりつけ医の役割＞ （3）

第4回（平成17年3月23日）

演題：「認知症に伴う精神症状と行動障害（BPSD）への対応」

[名古屋市医師会講演会]

平成16年12月18日 14：00～16：00 名古屋市医師会館

演題：「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

「認知症（痴呆）疾患の早期発見と治療、そして予防」

＜かかりつけ医の役割＞

認知症介護研究・研修大府センター 柴山 漢人

＜はじめに＞

今日、日本は超高齢社会を迎えて、「認知症（痴呆）性高齢者」の人口は、現在約 160 万人と推定されている。2015 年には、団塊の世代が高齢期に達して、認知症（痴呆）性高齢者の人口は、250 万人に及ぶと推計されている。

こうした事態を重視して、厚生労働省は、「2015 年の高齢者介護」を取りまとめた。この中で、高齢者介護は、尊厳を支えるケアの確立への方策が必要であり、認知症（痴呆）性高齢者を「標準ケア・モデル」とすると位置づけられている。

そして、かかりつけ医の役割についても 地域で認知症（痴呆）性高齢者を支える重要なキー・パーソンであるとしている。従って、かかりつけ医は、好むと好まざるとは関係なく、認知症（痴呆）性高齢者に関する知識と見識を持つ必要がある。

そこで かかりつけ医の先生方に、少しでも お役に立てばと思い、お話をさせて頂く次第である。

I. 認知症（痴呆）とは

＊資料参照

- 1) 認知症（痴呆）の定義（ICD-10、DSM-III-R, など）
- 2) AAMI, MCI, AACD とは

II. 認知症（痴呆）疾患の診断

＊資料参照

- 1) 認知症（痴呆）疾患の多様さ
- 2) 鑑別診断（各脳器質性疾患の他、うつ病、詐病など）
- 3) 臨床検査

1. 認知機能検査（神経心理学的検査）

WAIS-R, MMSE, HDS-R, ADAS, CERAD, など

2. ルーチン検査

（血液、生化学、検尿、心電図、内分泌＜甲状腺 TSH・fT3・fT4、副甲状腺、下垂体、副腎＞、自己抗体、CSF, TPHA, VitB1、B12、葉酸、ニコチン酸、ウィルス抗体＜HIV, JC, 麻疹＞、脳波＜発作波、TPW, PSD＞、CT, MRI, MRA, など）

3. 詳細検査

（CSF-Tau, A β 40、A β 42、ApoE, Prion, SPECT, PET, 脳血管写、脳 Cysternography, など）

III. 主要な認知症（痴呆）疾患

＊資料参照

- 1) Alzheimer 病
- 2) 脳血管性痴呆

- 3) Lewy 小体型痴呆
- 4) 前頭側頭型痴呆
 1. Pick 病
 2. MND を伴う痴呆 (ALS-D)
 3. 前頭型痴呆
- 5) Creutzfeldt-Jakob 病
- 6) Huntington 病
- 7) Parkinson 病
- 8) HIV 脳症
- 9) 脳外傷後脳症 (高次脳機能障害)
- 10) その他 (NPH, 脳腫瘍、甲状腺機能低下症、VitB1 欠乏症、頭蓋内放射線照射、など)

IV. 治療、および予防

1) Alzheimer 病

- ＊薬物療法
1. コリンエステラーゼ阻害剤 (ドネペジル、ガランタミン、リバスティグミンなど)
 2. 周辺症状に対して (抗うつ剤、抗不安剤、抗精神病薬、抗痙攣剤、睡眠導入剤など)
 3. その他 (アミロイド・ワクチン、抗セクレターゼ剤、抗炎症剤、エストロゲン、など)

＊非薬物療法 1. Reality Orientation, 学習療法

2. 回想法、支持的精神療法、Validation 療法、
3. 脳への刺激・・・音楽・絵画療法、リクリエーション療法 (ゲーム、手芸、ペット、ダンスなど)

＊予防 1. 脳を刺激するプログラム (旅行、料理、パソコンなど) 最近の話題 (学習療法)

2. その他 (疫学研究で有効とされる項目)
 - ・野菜・果物・魚を多く摂る
 - ・運動を習慣的に行う
 - ・知的活動や対人接触行動の頻度を高く
3. 趣味の中で有効な Evidence のあるもの
 - ・読書、楽器演奏、ボード・ゲーム、社交ダンス

2) 脳血管性痴呆

＊基礎疾患に対する治療

(動脈硬化、心疾患、糖尿病、高血圧など)

＊危険因子を回避するような生活指導・食事療法

Cf. 危険因子・・・高血圧、糖尿病、高脂血症、心疾患、肥満 (BMI 25 以上)、飲酒習

慣、喫煙、薬物乱用など

＊精神症状に対して

- 1.薬物療法（抗不安剤、抗うつ剤、抗精神病薬など）
- 2.精神療法
- 3.環境調整

＊予防

- 1.危険因子の回避
- 2.生活習慣の改善・・・バランスのよい食事・嗜好・運動
- 3.脳の活性化（文化的趣味を楽しむ、適度な仕事（自営業・専門職など）、その他：ボランティア活動、老人クラブ参加など

3) その他の疾患 ＊資料参照

V. かかりつけ医の役割

1) 早期発見して専門医療機関への紹介とフォロー・アップ

＊早期発見の意義

- 1.治療可能な疾患の治療
- 2.将来のことを自己決定できる（Advance Directives）
将来の医療・介護・財産管理などに自己の意思の表明
- 3.本人および介護者の QOL を維持できる

＊早期に専門機関へ紹介する

早期に専門機関での鑑別診断を依頼し、治療方針決定後は、フォロー・アップする。
これにより患者・家族との信頼関係は深まる。また 必要に応じて 躊躇なく専門機関へ相談したり、定期的チェックも よい効果。

＊早期の告知をした場合、1.診断の精度、2.告知後の支援、の 2 点の問題が生じる。
このサポートも重要である。

＊フォロー・アップに際しては、患者の心身の総合的健康管理と共に、介護者を含めた家族の健康も配慮する。

＊行動障害（徘徊、興奮、暴力、等）の原因として、器質性要因、素質、心理的・環境的要因などを考慮し、すぐ薬物使用はしない。不明の場合は、メンタル・クリニック等へ相談

2) 市民・住民の啓発・予防活動

＊かかりつけ医は 市民・住民と最も親しい関係にあるので、その活動の効果は絶大である。

＊そのためには、「痴呆疾患および痴呆ケア」に対する自己研鑽が必要。

＊患者本人の利益を守るために、「成年後見制度」の活用も 必要に応じて勧める。

＊筋トレ、口腔ケア、脳活性化などの「介護予防」についての指導的立場。

3) 行政・福祉・介護分野との連携

＊イニシアティブをとることが重要。しかし、独善的態度や自分の価値観を押し付けない。急所は押さえて、しなやかに。

＊「大都市における痴呆性高齢者を地域で支えるシステム」（千種区でのモデル事業）において、連携のモデルを模索。

Cf. 千種区痴呆性高齢者メディカル・ケア・サポートネットワーク・フロー図 参照

＊チーム・アプローチは重要であるが、個人情報の危機を意識する必要がある。

＊他機関への情報提供に際しては、本人または、家族の同意が必要である。

＊情報の管理は重要で、電話での照会には、熟知した専門職（守秘義務のある）以外には、慎重に対応すべきである。

4) 家族への対応

＊医療・介護の活用については、実際に介護する人（主介護者）の意見を反映して方針を決定する。

＊医師の自分の価値観・介護観を押し付けない。レフェリーにならない。

＊専門医の説明を、更に判り易く家族に説明する。

＊一般的原則より 個々の事情を配慮する。

＊世間体・義務感で 無理はしないように助言。

＊専門医とかかりつけ医の2本立てを貫く。

＊介護者の休息や趣味などを確保するように勧める。

＊余裕のある段階で、施設、病院を見学し、将来に備える。

＊家族全員で、主介護者を支えるように助言。

＊患者・家族の意思決定を援助する。家族には、疾患の理解を助ける機会を提供するが、決定は任せる。即ち、医療・介護上の判断には、節度ある介入にとどめる。

＊家族の介護には、余り干渉しない。

＊介護者への精神的サポートは重要。

＊日常生活の介護には、訓練モード、教育モードは、百害あって、一利なし。

4) 介護保険制度における役割

＊介護保険給付対象者を医学的に管理・指導する。

＊要介護認定においては、かかりつけ医の意見書の中で、予後などについて見解を述べ、二次判定に寄与する。

＊要介護認定審査会の委員としても活躍が期待される。

高齢者痴呆介護研究 ～平成16年度報告書～
平成16年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

発 行：平成17年5月

編 集：社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0031 愛知県大府市半月町三丁目 294 番地

TEL(0562)44-5551 FAX(0562)44-5831

発行所：サカイ印刷株式会社

〒452-0805 愛知県名古屋市西区市場木町 29 番地

TEL(052)501-0754 FAX(052)502-9674

平成16年度

高齢者認知症介護研究報告書

＜痴呆性高齢者の地域包括ケアシステム推進および
尊厳維持に関する研究事業＞

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

資料

**「大都市における認知症（痴呆性）高齢者を地域で支える
システムづくり」モデル事業**

<名古屋市千種区認知症連携の会：講義一覧>

- 1) 平成 16 年 4 月 22 日
柴山 漠人：「痴呆とは？早期発見・診断」
- 2) 平成 16 年 5 月 20 日
柴山 漠人：「痴呆疾患の治療」
- 3) 平成 16 年 6 月 10 日
柴山 漠人：「痴呆患者の行動障害」
- 4) 平成 16 年 7 月 22 日
柴山 漠人：「高齢者の虐待について」
- 5) 平成 16 年 8 月 26 日（青柳歯科医院・院長）
青柳 公夫：「高齢者の口腔ケアについて」
- 6) 平成 16 年 9 月 30 日
柴山 漠人：「高齢者医療と成年後見」
- 7) 平成 16 年 10 月 28 日（熊田法律事務所・弁護士）
熊田 均：「高齢者の消費者被害」
- 8) 平成 16 年 12 月 16 日
柴山 漠人：「痴呆」の呼称変更について
- 9) 平成 17 年 1 月 20 日（認定音楽療法士）
山田 広美：「音楽療法について」
- 10) 平成 17 年 2 月 17 日（池下やすらぎクリニック・院長）
上松 正幸：「うつ病と認知症への対処法」
- 11) 平成 17 年 3 月 17 日（特養・極楽苑・主任相談員）
山口 善樹：「痴呆介護の基本理念一人としての暮らしを考える」

＜協力専門機関＞

- 1) 国立長寿医療センター（物忘れ外来）
- 2) 名古屋大学病院（神経内科、老年科、精神科）
- 3) 名古屋市立大学病院（神経内科、心の医療センター）
- 4) 藤田保健衛生大学病院（神経内科、精神科）
- 5) 名古屋市立東市民病院（神経内科、脳外科）
- 6) 愛知県立城山病院（物忘れ専門外来）

＊かかりつけ医からの紹介（依頼）により、

1.鑑別診断、2.診療方針決定、3.専門的医療相談 等に対応。

紹介状（医療情報提供書）：名古屋市千種区認知症連携の会

<医療機関名>御中

年 月 日

<患者氏名>

年 月 日生（男・女）

<住所>

電話 — —

<主介護者氏名>

（続柄）

<連絡先・住所>

<紹介医療機関名>

（住所）

（主治医名）

<暫定診断>

<合併症>

<現症・治療歴・経過>

- ・ 最初、いつ頃、どんな症状で発症したか？
- ・ 現在までの経過（受診歴・治療歴など）
- ・ 発症のきっかけは？

<既往歴>

- ・ 何歳頃、どんな疾患、その治療歴、現在は？

<生活歴>

- ・ 学歴
- ・ 職歴
- ・ 趣味
- ・ 嗜好（飲酒・喫煙）

<家族歴>

<最近の検査結果>

紹介状（医療情報提供書）：名古屋市千種区認知症連携の会

病院御中

年 月 日

<患者氏名> M,T,S,H, 年 月 日生（男・女）

<住所> 電話 — —

<主介護者氏名> (続柄)

<連絡先・住所>

<紹介医療機関名>

(住所)

(主治医名)

<暫定診断>

<合併症>

<現症・治療歴・経過>

<既往歴>

<生活歴>

<家族歴>

<最近の検査結果>

第14回「在宅ケア」に関する講演とシンポジウム

第10回これからの保健・医療・福祉サービスの向上と地域医療に関するシンポジウム

第6回愛知県医師会介護福祉ビジネス研究会

合同講演会

【テーマ 障害者（児）の社会参加への支援と医師会の役割】

とき／平成16年12月4日（土） 午後2時 ところ／愛知県医師会館9階大講堂

総合司会

愛知県医師会理事

牧 靖 典

開 会（14:00）
換 拶

愛知県医師会長

大 輪 次 郎

愛知県健康福祉部長

新 家 正 義

I. 講演会開催の経緯（14:10～14:20）

愛知県医師会副会長

妹 尾 淑 郎

II. 講演（1）支援者の立場から（14:20～15:50）

座長 愛知県医師会副会長

藤 野 明 男

1) 「障害のある人たちに対する医療活動とこれからのあり方」

愛知県心身障害者コロニー総長

長 屋 昌 宏

2) 「認知障害のある高齢者を地域で支えるシステムを考える」

高齢者痴呆介護研究・研修大府センター長

柴 山 漢 人

3) 「社会参加―地域で支える精神保健医療福祉の連携を考える―」

岡崎市保健所長

澁 谷 い づ み

III. 講演（2）利用者の立場から（15:50～17:00）

座長 愛知県医師会副会長

妹 尾 淑 郎

1) 「身体障害者の立場から」

社会福祉法人A J U自立の家常務理事

山 田 昭 義

2) 「地域で暮らしていくために―知的障害者の立場から―」

(社) 豊明福祉会理事長

愛知県知的障害者育成会副会長

三 浦 美 智 子

3) 「住み慣れた身近な地域における生活支援」

愛知県精神保健福祉士協会監事

伊 藤 要

IV. 討論とまとめ（17:00～17:30）

愛知県医師会理事

飯 沼 雅 朗

閉 会（17:30）

主 催 愛知県医師会

後 援 愛知県 名古屋市 愛知県歯科医師会 愛知県薬剤師会

愛知県病院協会 愛知県看護協会 愛知県社会福祉協議会

[2005 年度 市民講演会スケジュール]

場所：春岡コミュニティ・センター（CC）

- 1) 2005 年 4 月 14 日（木） 13：30～
黒川 Dr：「認知症の方の治療について・・・かかりつけ医の役割」
- 2) 5 月 25 日（水） 13：30～
北野さん：「認知症の家族の立場から」
- 3) 6 月 9 日（木） 13：30～
上松 Dr：「認知症とうつ病の家族の対応について」
- 4) 7 月 13 日（水） 13：30～
山田さん：「認知症と音楽」
- 5) 8 月 10 日（水） 13：30～
大西さん：「認知症の方のケア・・・介護専門職の立場から」
- 6) 9 月 7 日（水） 13：30～
柴山：「認知症とは？早期発見にはどうすればよいか？」
- 7) 10 月 12 日（水） 13：30～
柴山：「認知症の治療と予防は？」
- 8) 11 月 16 日（水） 13：30～
- 9) 12 月 14 日（水） 13：30～
- 10) 2006 年 1 月 11 日（水） 13：30～
- 11) 2 月 8 日（水） 13：30～

[2005 年度 専門職講演会スケジュール]

場所：千種区医師会館（休日診療所）

- 1) 2005 年 4 月 14 日（木） 18：00～ ＊春岡 CC
黒川 Dr：「認知症を起こす疾患と対応」
- 2) 5 月 19 日（木） 18：00～ ＊春岡 CC
上松 Dr：「うつ病と認知症の鑑別と対応」
- 3) 6 月 21 日（火） 18：00～
柴山 ：「アルツハイマー病と血管性痴呆」（疾患とその早期発見）
- 4) 7 月 19 日（火） 18：00～
柴山 ：「その他の認知症疾患」（疾患と早期発見）
- 5) 8 月 16 日（火） 18：00～
山田さん：「音楽療法について」
- 6) 9 月 13 日（火） 18：00～
熊田弁護士：「認知症の方に関する法律問題（成年後見、消費者被害、など）」
- 7) 10 月 18 日（火） 18：00～
- 8) 11 月 22 日（火） 18：00～
- 9) 12 月 20 日（火） 18：00～
- 10) 2006 年 1 月 24 日（火） 18：00～
- 11) 2 月 14 日（火） 18：00～

高齢者痴呆介護研究 ～平成16年度報告書～
平成16年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

発行：平成17年5月

編集：社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0031 愛知県大府市半月町三丁目 294 番地

TEL(0562)44-5551 FAX(0562)44-5831

発行所：サカイ印刷株式会社

〒452-0805 愛知県名古屋市西区市場木町 29 番地

TEL(052)501-0754 FAX(052)502-9674