

Ⅱ. リハビリテーションに関する知識

小倉リハビリテーション病院 院長 浜村 明徳

1. リハビリテーションの意義

リハビリテーションは、一般に機能回復訓練と同様に理解され、心身に生じた障害を軽くし、手足が動くようになることや言葉が話せるようになることなどを目標とする場合が多い。しかし、それらのことはリハビリテーションの基本ではあるが全てではない。

たとえば、病院で上手に歩けても、段差や階段など障害物の多い日本の家屋では歩きにくい場合もある。歩けないとトイレに行けない。階段があり、2階の自分の部屋に上れないこともある。また、身の回りのことは可能でも、家事や買い物などができないこともある。加えて、障害物の多いわが国では外出が難しく、交通機関も使いにくいいため社会活動も制限されやすい。

したがって、リハビリテーションでは、心身の機能回復だけでなく、ADLの自立や障害を抱える前と同じような家庭生活や社会生活、ごく普通の生活を取り戻していくための援助が重要となる。リハビリテーションの意義は、障害のある人々のQOLの向上とノーマライゼーションの実現¹⁾にあり、「障害のある人々が住み慣れた地域でくらす²⁾」ことや「健康で快適な生活を楽しみ、社会的・文化的にも参加できる²⁾」よう促進することが大切となる。

2. リハビリテーションの流れ

脳血管障害や大腿骨頸部骨折など発症が明らかな疾患におけるリハビリテーションは、発症からの時期によって急性期、回復期、維持期のリハビリテーションとして大きく3つの時期に分けて対処される。しかし、小児疾患、進行性神経疾患、認知症など上記のようなステージに分けることがそぐわない疾患もある。

ここでは脳血管障害など発症が明確な疾患を例に、リハビリテーションの流れに沿って、援助の要点などを整理する。

(1) 急性期リハビリテーションの機能

急性期リハビリテーションは、発症直後の早い時期に行われるリハビリテーションである。急性期病院などで行われるリハビリテーションであり、急性期における適切なリハビリテーションの実施が、回復期・維持期のリハビリテーション内容や期間、ひいては個々の生活の仕方に影響を及ぼすため、極めて重要な意味をもつ。

この時期は全身状態が不安定な場合が多く、リスク管理を徹底しながらリハビリテーションを進めなければ、生命に影響を及ぼしたり、障害の進行、悪化も招きかねない。このようなリスク管理と並行して廃用症候群の予防、基本動作や日常生活活動の自立に向けた訓練が主体となる。

障害が軽度であれば、急性期のリハビリテーションを実施することで家庭復帰、社会復帰が可能となる。また、中等度以上の障害があり、全身状態がほぼ安定すれば、生活機能向上のため、速やかに回復期リハビリテーションへ移行することが大切である。

(2) 回復期リハビリテーションの機能

この時期は生命の危機から脱し、より負荷量の高いリハビリテーションを行うことによって、心身機能や活動の向上が期待できる時期である。

回復期リハビリテーションでは、廃用症候群などの二次的合併症を引き続き予防しながら、障害の内容や程度に応じた多岐にわたる集中的なりハビリテーションが実施される。これらの目的を達成できるリハビリテーションスタッフや設備が整備された医療機関が回復期リハビリテーション（回復期リハビリテーション病棟など）の役割を担う。

必要なリスク管理は回復期リハビリテーションでも当然であるが、心身機能の回復可能性、基本動作能力・日常生活活動能力・在宅生活の能力などについて目標を設定し、いつ頃、どのような生活が可能になるのか、できるだけ具体的なリハビリテーション計画を立て、それに基づいた援助が重要となる。回復期リハビリテーション病棟では、総合的なリハビリテーション実施計画の策定と実践が義務付けられている。

さらに、チーム全体でのカンファレンスなどを通してスタッフ間で目標は共有され、患者や家族にも説明して、リハビリテーションが進められる。実際には、病棟でのADL自立へのアプローチや在宅生活の自信を取り戻すための心理的支援のあり方など課題も少なくない。全国の回復期リハビリテーション病棟の入院期間は、平均80日とされる。³⁾

生活機能が向上し家庭生活に戻れる場合は、適切な時期に外泊訓練を行い、在宅生活の環境整備を行うことも重要な役割となる。生活の自立性や活動の安全性を高め、介護者の介護負担を軽減するため、住宅改修や福祉用具の導入が行われる。

現在、全国の回復期リハビリテーション病棟利用者の約70%が家庭復帰している。³⁾

(3) 維持期リハビリテーションの機能

維持期とは、発症から一定の期間が過ぎ、病状も比較的安定しているいわゆる慢性期である。

維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会では、在宅・施設を問わず、維持期リハビリテーションを、「高齢者の体力や機能の維持もしくは改善、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担軽減などに努め、高齢者の自立生活を支援する事を目的としたリハビリテーション医療サービス」⁴⁾と整理した。

たとえ、回復期のリハビリテーションで自立生活が獲得されていても、家庭生活に移行すると、当初の2～3か月間は生活が不安定になりがちで、この期間をどのように過ごすかがその後の在宅生活にも影響する。健康に対する不安も大きく、障害を抱えた生活への自信もできあがっていない。介助が必要であれば家族の葛藤も大きい。この時期には健康の安定に努めながら、潜在能力を有効に活用しながら生活する方法を学べるよう援助しなくてはなるまい。したがって、この時期のケアプランでは、生活機能の持続的向上や安定を目的に、その支援が可能なサービスが期待される。リハビリテーション専門職のかかわりが可能なサービス(たとえば、外来リハビリテーション、訪問・通所リハビリテーションなど)が求められることが多い。

この時期を経て、生活が安定すればケアプランも変更されるべきであり、その後は必要であれば社会的交流や生活支援を目的とするサービスが妥当な場合が多い。

一方、維持期に入っても障害が重く、生活に介助を要する場合も、廃用症候群の予防に努めながら潜在能力を活用した生活が期待される。依存的で介助に頼る生活から能力を活用した生活になる

には、リハビリテーション専門職の能力評価と看護・介護職と一体となったチームケアが欠かせない。

多くの介護保険利用者は慢性期の状態にあり、彼らのリハビリテーションは、維持期リハビリテーションとなる。

3. 介護保険におけるリハビリテーション

実際の家庭生活の仕方や心理的問題まで含めると回復期にそれらの全てが解決しているケースは全くないといっても良い。したがって、在宅サービスが導入される維持期リハビリテーションの最初の時期は、生活機能等の回復や生活の安定が認められる期間であり、そのことを意図した支援が重要である。

また、その人なりに安定した生活が過ごせていれば、健康管理が医療の中心的な課題となるが、合併症、新たな疾患、生活の仕方、家族の介護の仕方などさまざまな要因で、心身機能や生活機能は変化する。関係する医療・リハビリテーション・ケアのスタッフはもたらされる情報を基に、適切な対応が求められる。かかりつけ医・主治医はチームのリーダーとして、新たな対応への方向付けを期待されることも多い。

リハビリテーションの立場からかかりつけ医への期待される役割として、通常の健康管理など医療活動に加えて、介護保険サービスなどの活用による自立生活支援や生活機能低下予防のすすめ方への助言、ケアプラン作成への貢献などがある。とくに、対象者の問題が複雑で関係者間の討議が必要な時、病状の進行や不安定など医療的問題がケアに大きく関与する時、緊急時や重度のリスクがあり迅速な調整が欠かせない時など、かかりつけ医の役割は大きい。

実際には、介護保険施設におけるリハビリテーションと通所・訪問系のリハビリテーションで基本的な考え方が大きく異なるものではないので、共通する要点を表1に紹介する。

参考文献

- 1) 米満弘之：リハビリテーションに関する知識,主治医意見書記入マニュアル, 62-68, 日本公衆衛生協会, 2002.
- 2) ILO UNESCO WHO : Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper, 1994
- 3) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, 2005.
- 4) 維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会：平成9年度維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会報告書概要, 日本公衆衛生協会, 1999.

表1 介護保険におけるリハビリテーションのすすめ方

1) 情報の収集について

かかりつけ医や主治医、本人・家族、ケアマネジャーやケースワーカー、看護・介護など関係するさまざまな立場からの情報が得られれば、課題が整理しやすく、サービスの計画が容易となる。主治医意見書では、疾病に関する諸情報に加え、障害の状況と生活機能の変化が記載されれば、実際のリハビリテーションに有効な情報となる。それらは、リハビリテーションが必要な理由ともなる。

2) 暫定的なりハビリテーション計画とサービスの実施

利用が決定すれば、得られた情報や本人・家族の要望をもとに暫定的なケアプランやリハビリテーション計画(書)に沿ってサービスが開始される。

3) 関連スタッフによるそれぞれの評価

一定の期間をもって、かかわる職種によるアセスメントが行われるが、サービスの種類によってかかわる職種やその数も異なる。ここでは、分野ごとに生活機能の現状、今後の可能性、援助の進め方などが整理される。

チームで実施するリハビリテーションでは、リハビリテーション専門職(PT、OT、ST)による評価だけでなく、看護・介護職による実際の生活に基づいた評価もきわめて重要である。

4) チーム全体のカンファレンス

本人・家族の要望、諸情報、それぞれの分野のアセスメントをもとに、カンファレンスが行われる。たとえば、生活機能が低下した事例の場合、状態像の変化内容とその期間、変化に影響したかもしれない要因、この間のサービスの種類と量、リハビリテーションの有無などの情報は、目標の設定や援助効果を推測する上で欠かせない情報となる。

カンファレンスの際に、医師は病状・リスク、今後の治療方針など、看護・介護は生活場面での摂食嚥下、基本動作や移動動作、ADL、心理・社会面、コミュニケーションなどの状況、現在のケア内容など、支援相談員は入所前の生活状況、本人・家族の要望、家族の関わりなど、栄養士は栄養や食事状況など、リハビリテーション専門職は心身の機能や活動のレベル、改善の可能性と時期などに関するアセスメントが提出される。

カンファレンスによって、具体的な生活の目標と、それがいつごろ可能となるかが整理される。目標となる事柄は、単なる心身の機能レベルではなく、それを踏まえた具体的な生活のあり方でなければならない。

5) リハビリテーション実施計画書とケアプラン

リハビリテーション実施計画書には、カンファレンスで合意された目標にしたがって、基本動作や移動動作やADL、社会的活動などに関する目標と到達時期、リハビリテーション専門職による援助内容、看護・介護などその他の職種による援助内容などが整理される。また、リハビリテーション実施計画書の内容とケアプランが乖離しないよう、目標や援助内容は両者の整合性がとられていなければならない。

計画書をもとに、生活目標や今後の援助の進め方などについて、本人・家族への説明が行われ、本人・家族とチーム全体が共有する目標に従った援助が開始される。

6) サービスの提供

かかわる多くの職種が協働し、可能な限り自立した生活が獲得できるよう期間を定めたりハビリテーションサービスが行われる。

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」には、高齢者リハビリテーションの現状として、①長期間、効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われていること、②リハビリテーションとケアとの境界が不明確、リハビリテーションとケアの混同などがあるとされた。

以上のような手順で計画されたりハビリテーションが実施されることによって、効率的で効果的なものとなる。サービスの提供では、多職種協働のチームアプローチが課題となる。

7) 見直し

サービス提供後の一定期間を経て、その間の状況に応じ、目標や援助内容は見直される。当然、本人・家族の納得を得て新しい目標に基づいた援助が行われる。

これらのことを繰り返す、最終的な目標に到達することとなる。

8) 終了、退院・退所

本人・家族が納得できる生活が獲得されれば、そのサービスは終了することとなる。その後、サービスを利用することなく自立した生活が継続できれば幸いであるが、多くの場合、何らかのサービスを利用する生活となる。したがって、終了後の生活がどのようなものになるかを予測した対応が求められる。

たとえば、入所・入院生活から家庭での生活に移行する場合は、回復期リハビリテーションから家庭復帰する場合と同様の援助が必要となる。外泊訓練、必要な住宅改修、福祉用具の選定、次なるサービス提供者、ケアマネジャーなどへの情報提供などが欠かせない。

Ⅲ. 認知症に関する知識

秋津鴻池病院 理事長 平井基陽

1. 「痴呆」から「認知症」への名称変更

わが国においてはdementia, Demenzを、明治年間に呉秀三、東大教授により「痴呆」と訳出されて以来、徐々に定着し一般化してきた。

近年、「痴呆」に対する正しい知識を広く国民に普及、啓発していく上で、この名称が支障となっているとの問題提起がなされ、これを受けて厚生労働省に「痴呆に替わる用語に関する検討会」が平成16年6月に設置された。検討会では、新用語に関して、①わかりやすく、短いこと、②不快感や侮蔑感がないこと、③痴呆の概念を表現できることなどの方針が決定され、候補として認知症、認知障害、物忘れ症、記憶症、記憶障害、アルツハイマー症の6つが挙げられた。

そこで、厚生労働省がホームページ上で国民の意見を募集した結果、「認知障害」、「認知症」の順に多かったが、「認知障害」はすでに精神医学の用語として広く使われており、痴呆によらない失語、失認、失行を示すため紛らわしいとの指摘があり、「認知症」に決定された。

平成16年12月24日をもって行政用語として「認知症」を使用することが通知され、平成17年6月29日の「介護保険等の一部を改正する法律」の公布に合わせて、法令上の用語の変更がなされた。

2. 認知症の定義

表1 DSM-IVによる認知症の診断基準

- ①多彩な認知欠損。記憶障害以外に、失語、失行、失認、遂行機能障害のうちの1つ以上。
- ②認知欠損は、そのそれぞれが社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準から著しく低下している。
- ③認知欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない。
- ④認知症状が、原因である一般身体疾患の直接的な結果であるという証拠が必要。

(朝田 隆)

認知症とは「いったん、正常に発育した知的機能が持続的に低下し、日常生活に支障を来たすようになった状態」と定義される。

従来は「脳の器質的障害により」が含まれていたが、原因疾患として内分泌・代謝異常、中毒性疾患、臓器不全・全身性疾患も挙げられていることから、近年、脳の器質性障害という項目が外される傾向にある。

今日、認知症の診断基準として、アメリカ精神医学会のDSM-IVが一般的に使用されており、ここでは朝田隆の「DSM-IVによる認知症の診断基準」を引用しておく(表1)。要するに、認知症とは、物忘れがあり、さらに認知障害(言葉のやりとりが困難、場所の見当がつかない、手順をふむ作業ができない、判断ミスなど)が加わって、生活に支障を来たした状態であるといえる。

最近、認知症の早期発見の観点から、正常と認知症の境界に位置するものとして「軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)」なる概念が提唱されている。この診断基準は①記憶障害の主訴があり、②客観的にも記憶障害が認められており、③全般的認知機能は保持されていて認知症ではなく、④日常生活は自立しており、⑤CDR (Clinical Dementia Rating) は0.5(認知症疑い)である、といったものである。

3. 認知症の中核症状と周辺症状

認知症の症状は認知機能障害による中核症状と、それに続発ないし併発するさまざまな精神症状や行動上の障害(周辺症状)に分けられる。その中で、中核症状は認知症の必発症状である(図1)。

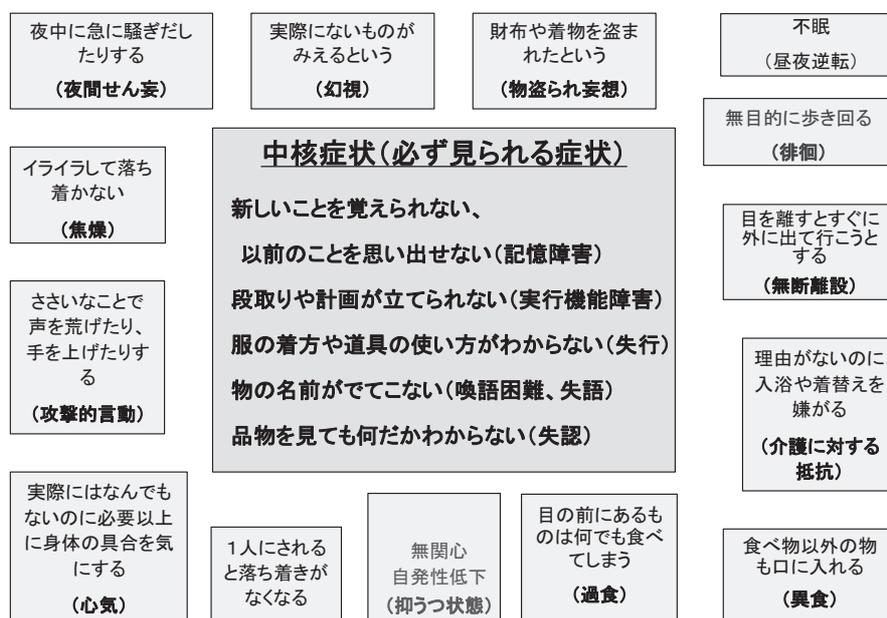


図1 認知症の中核症状と周辺症状

(1) 中核症状は記憶障害(物忘れ)と失語、失認、失行および実行機能の障害などである。

- ① 記憶は生理的には記銘(ものごとを覚える)、保持(覚えたことを脳に保存する)、再生(覚えていることを呼び起こす)の3段階から成り立っている。臨床的には記憶の保持間隔により、即時記憶、近時記憶、遠隔(時)記憶に分類して使用することが多い。即時記憶は刺激呈示後から

再生させるまでに干渉を行わない場合に用いる。数字の反復（順唱、逆唱）物品呈示直後の記憶再生（物品テスト）などがこれに相当する。近時記憶は情報の取り込みから再生に数分以上の間隔があり、その間に会話（あるいは計算や作業）などの干渉があったのち再生されるものを指す。「主治医意見書」の「短期記憶」は、この近時記憶を指している。遠時記憶はいわゆる、過去の出来事に関する記憶である。一般に認知症では、進行に伴ない近い記憶から遠い記憶にさかのぼって失われる。また、アルツハイマー型認知症では近時記憶が即時記憶より先行して障害されることが指摘されており、早期発見の要点である。

さらに、これらの記憶障害により見当識の障害が生じる。見当識には時間、場所、人物（自分との関係）に関するものがあり、通常、認知症ではこの順に進行と共に障害される（図2）。問診において日付（年月日）、曜日が正確に答えられるかを確認することが見当識障害の有無を見分ける第一歩である。

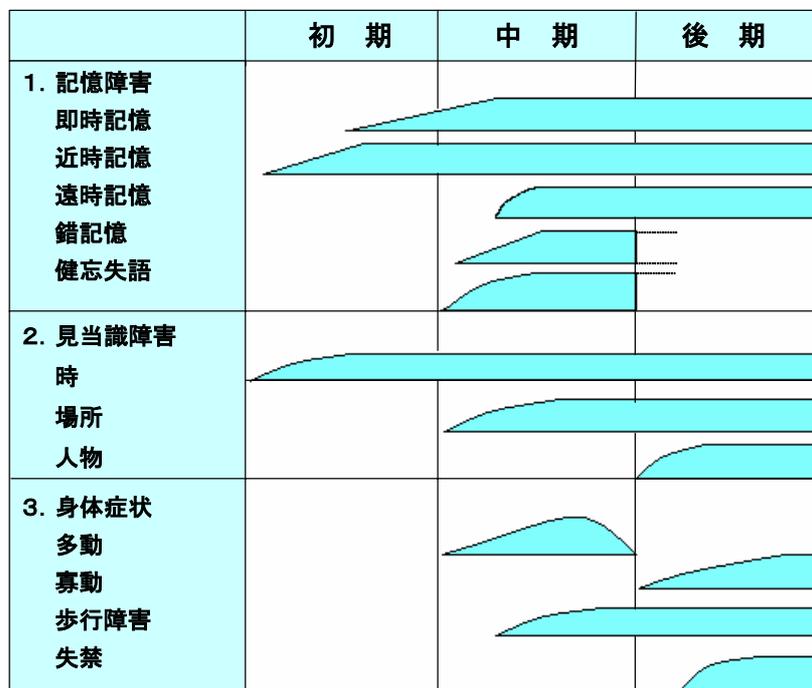


図2 アルツハイマー型認知症の病期と病状 (三好功峰)

- ② 失語は話す、聞く、読む、書くなどの言語機能の障害を生じ、主治医意見書にある「自分の意思の伝達能力」に深く関わっている。認知症の進行と共に、言語の生成と理解が困難になってくる。
- ③ 失認はアルツハイマー型認知症の場合、初期からみられることが多く、よく知っているはずの場所や道を認知することが出来なくなり、目的の場所に行けなかったり、迷い子になったりする（視空間認識のひとつで地誌的失見当識といわれる）。
- ④ 失行は運動機能が保たれているにもかかわらず、動作をする能力が障害されていることである。図形や絵の模写が出来なかったり（構成失行）、日常的に使う道具が使えなかったり（観念失行）、衣服の着脱が上手く出来ない（着衣失行）など、日常生活に支障をもたらす要因となる。
- ⑤ 実行機能の障害は計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する能力の障害をいう。認

知症では、その結果、行動を開始することが困難になったり、逆に途中で行動を中止できなくなったりして寡動や常同行為、反復行為と呼ばれる行為障害を来す。

これらの中核症状が複合的に組み合わさって、判断能力の低下が起こる。つまり、運動能力が保たれているにもかかわらず生活機能の低下を招く結果になる。したがって、主治医意見書の「日常の意思決定を行うための認知能力」の欄は、中核症状の総合点が反映されなければならない。

(2) 周辺症状は中核症状に続発、ないしは併発する精神症状や行動障害である。以前は介護する上で大きな負担となることから問題行動と一括されていた。近年、これら周辺症状にたいしてBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) なる呼称が使用されるようになった。「認知症の行動心理学的症候」と訳されているが、その定義は「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」となっている。

中核症状は認知症に必発するが、周辺症状はすべての認知症にみられるとは限らない。また、周辺症状と同様の症状ないしは行動異常が認知症の診断根拠にはならない。

認知症に対する好ましいケアマネジメントのあり方として、「その人らしさを大切に」とともに「適切な環境とケアで不安と混乱を最小に導く」ことが提唱されている(図3)。いずれにしろ、介護負担を考える上で、周辺症状の種類、発現頻度は重要な所見である。主治医意見書の「特記すべき事項」欄にどのような介護負担が生じているかも含めて具体的に記述することが求められている。

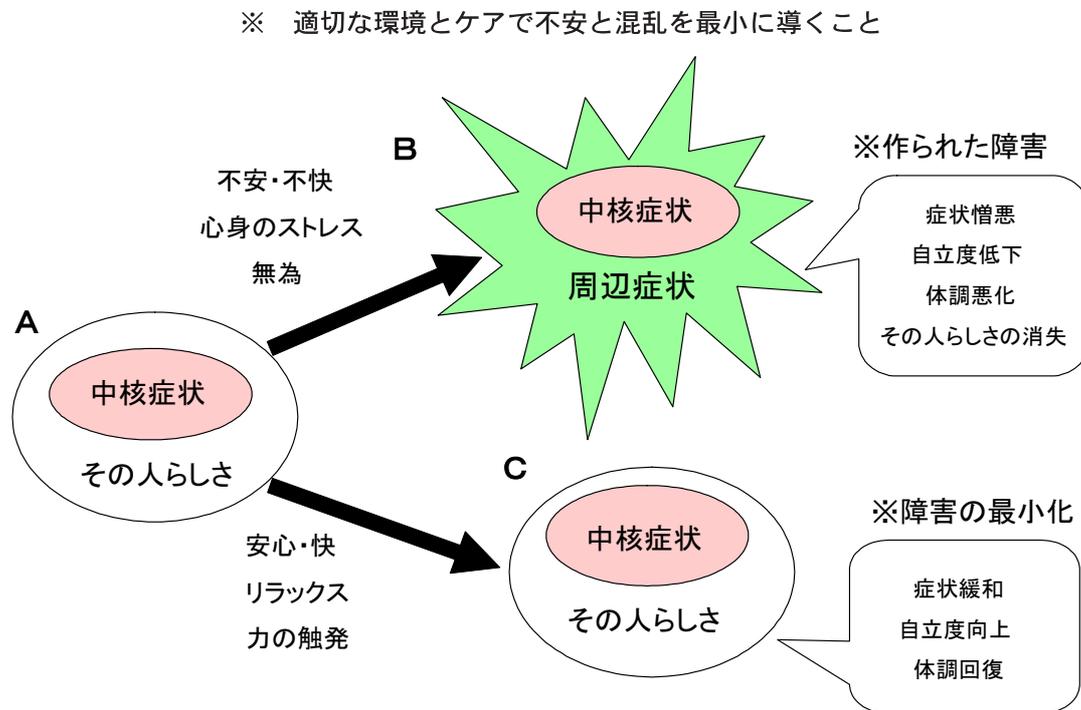


図3 認知症の人の状態の移ろいやすさ

認知症介護研究・研修東京センター 永田久美子主任研究主幹による 厚生労働省資料

4. 認知症の診断にあたって

認知症の診断にあたっては、(1)意識障害の有無、(2)記憶障害(物忘れ)を含む認知障害があるかどうか、(3)認知障害があるとすれば認知症かどうか、(4)認知症とすれば原因疾患は何か、治療可能かどうか、(5)認知症の周辺症状の有無、(6)生活機能はどの程度障害されているのか、(7)生活機能の維持・改善は見込まれるか、のプロセスをたどることになると思われるので、以下に順を追って、その要点と留意点を述べる。

(1) 意識障害の有無

認知症の診断にあたっては、まず意識障害ではないことを確認する必要がある。診察時にぼんやりしていて、呼びかけに対する返答が無い、あっても遅い場合や病歴から身体合併症が推測される場合には意識障害を疑う必要がある。また、病歴から治療薬を服用しているときや、転倒したことが数か月以内にある場合には、薬物の影響や慢性硬膜下出血による意識障害の可能性も頭に入れておくことが重要である。出来る限り、頭部のCTやMRIなどの画像検査を行って、急性疾患を除外したり、必要があれば脳波検査を実施することが望ましい。

しかしながら、一般医家にとって実際には短時間で意識障害の有無を判断するのは困難なことも多い。多彩な精神症状(周辺症状)がある場合には、せん妄状態も考慮に入れて専門医に相談する方がよいと思われる。

(2) 記憶障害を含む認知障害(認知症の中核症状)の有無

患者の訴えを尋ねた上で、年齢や生年月日、診察時の日付や曜日を聞き、おおよその見当をつける。患者の同意が得られれば、MMSE (Mini-Mental State Examination) やHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) を行う方が手取り早い。どちらの方法でも30点満点の20点以下の場合には認知症の疑いが強くなる。ただし、これらはあくまでも補助診断法であることを忘れてはいけない。

診察に当たって、留意したいことは身近にいる家族から物忘れのエピソードや、記憶以外の認知障害を疑わせる訴えがあるときには、「年のせい」とか「たまたま」と、やり過ごすことは避けたい。そのようなケースでは、中核症状が潜んでいる可能性が高い。

(3) 認知症かどうか

周辺症状のみからは、認知症の診断は下せないことについては先に述べた通りであるが、MMSEやHDS-Rで低い点数が出ても、うつ病やうつ状態でも低い点数が認められることから、意識障害と同様にうつ状態でないことを確認しておかなければならない。

もっとも、寡動、意欲低下、閉じこもり傾向が記憶以外の認知障害の症状として発現することもあり、うつ状態との鑑別が紛らわしいときには専門医に紹介した方がよいと思われる。

(4) 原因疾患の特定

認知症の原因となる疾患は数多くあり、さまざまな分類も行われているが、日常臨床においては治療可能性の観点に立った分類が便利であろう(表2)。

老年期の認知症の多くはアルツハイマー病（アルツハイマー型認知症を含む）と脳血管性認知症であるが、近年、レビー小体病も多くなってきている。アルツハイマー病の診断基準として先に述べたDSM-IVがよく使われている。脳血管性認知症に関しては診断基準によって、ばらつきが多く、アルツハイマー型に比して発症の時期が明確なことや階段状の進行経過、それに画像検査により多発性脳梗塞の存在が確認されることなどに基づいているのが現状であろう。

レビー小体病の臨床診断基準は(i)注意力と覚醒度の低下を伴う動揺性の認知障害、(ii)繰り返す幻視、(iii)パーキンソン症状のうち2つ以上の症状が認められることである。

なお、介護保険制度の第2号被保険者（40歳から65歳未満）に給付が認められる「特定疾病」である「初老期における認知症」に関しては、文字通り65歳未満発症の、いわゆる若年認知症を指していると理解してよいだろう。

表2 認知症の原因となる可能性がある病気

根本的には治療が困難な病気

アルツハイマー病、ピック病、レビー小体病、ハンチントン病
脊髄小脳変性症などの変性疾患

予防が重要な病気

多発性脳梗塞、脳出血、ビンスワンガー病などの血管障害

治療が可能な病気

正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍などの外科的疾患

甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症などの代謝性疾患

脳炎、髄膜炎などの炎症性疾患

廃用性症候群（他の認知症に合併することが多い）

5. 認知症の周辺症状の有無

認知症の周辺症状をBPSDと呼称する傾向にあることは、先に述べた通りである。BPSDは認知症の初期から中期にかけて出現することが多く、本人の生活自立度を低下させるとともに、介護者を心身ともに疲弊させ、在宅介護の継続を困難にしている最大の原因となっている。また、施設介護においても職員の介護負担感を増す大きな要因の1つである。

BPSDは大きく精神症状と行動面の障害に分けられる（表3）。要介護認定において、訪問調査員による調査項目にも、主治医の意見書にも大きなスペースがさかれているが、BPSDによる介護負担あるいは介護の手間が正当に評価されていないのが現状である。

表3 BPSDの症状

・精神症状

幻覚(幻視、幻聴、体感幻覚、幻嗅)

妄想(物盗られ妄想、被害妄想、嫉妬妄想、人物誤認症候群など)

睡眠覚醒障害(不眠、レム睡眠行動異常)

感情面の障害(抑うつ、躁、不安、恐怖、興奮、感情失禁、アパシー、感情鈍麻)

人格面の障害(多幸、脱抑制、易怒性、易刺激性、無関心、依存)

・行動面の障害

攻撃的言動(暴行、暴言)、焦燥、叫声、拒絶

不適切あるいは無目的な言動(仮性作業、火の不始末、不潔行為、性的脱抑制行為、徘徊、繰り返しの質問、つきまとい、収集、独語、独笑など)

食行動の異常(異食、過食、拒食、盗食)

(朝田 隆)

1 つには、BPSDの発現を予防するための行為が1次判定に反映されないことである。具体的に言うと、たとえば住居から無断離出をさせないために施錠をしている場合や、火の不始末を防ぐためにガスの栓を閉めたりすれば、結果として徘徊や火の不始末が生じないことになり、訪問調査員による調査項目では「ない」にチェックされてしまう。さらに、BPSDのために本人の生活がどれほど制限され、介護者や同居家族の日常生活にどの程度の不便が生じているか。

これらについては、調査員、主治医が「特記事項」として取りあげ、具体的に記述しない限り、2次判定の参考資料にもなり得ないし、ケアプランにも反映されないことになる。

また、BPSDに関しては、調査員の調査項目と主治医意見書の「周辺症状」の項目はダブルチェックの構造になっているが、妄想や性的問題行動は主治医意見書にのみ設けられているので、注意を要する。さらに、意見書では「その他」の項目があるので、仮性作業(夜間不眠中にたんすや引き出しから物を出して、あたかも整理しているような行為)、まとわりつき(介護者から、離れない)、常同行為(同じ動作を延々と繰り返す)、多動(落ち着きなく、うごきまわる)などがあれば記載する必要がある。

なお、夜間せん妄、不安、焦燥、自発性の低下、易怒性(以前はみられなかった、ちょっとしたことに対して怒りを爆発させる)、独語などの精神症状があれば、意見書の「その他の精神・神経症状」欄に記載することが必要である。

6. 生活機能はどの程度、障害されているか

生活機能とは近年、ICFで新たな概念として定められたもので、①心身機能、②活動、③参加のすべてを含む。さらに、その背景因子として健康状態、環境因子、個人因子が相互に影響しあうとする考え方である。介護保険制度の運当にも、この考え方が導入されている。

したがって、認知症の重症度を考慮する場合、疾患そのものの重症度とは別に、生活機能障害の観点から分析し、対策を講じることが求められるようになった。生活機能の改善は自立度を高め、QOL(生活の質)の向上につながるといった発想である。

生活機能を測る目安として、主治医意見書では「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」と「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のチェックが必須の要件となっている。

ここでは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」について述べる。自立度は高いものから順に、IからIVの4段階に分類される。この段階分類とは別に「著しい精神症状や重篤な身体疾患のため専門医療を必要とする状態」にあるものはランクMと判断される。したがって、自立度のIからIVは認知症の重症度(進行度)と概ね一致するが、ランクMは必ずしもランクIVより自立度が低いという訳ではない。

この自立度を判定するに当たって、3から4で述べてきた事柄が反映されなければならないが、ランクIIの「一人暮らしは困難な場合がある」、ランクIIIの「一時も目を離せない状態ではない」、ランクIVの「常に目を離すことができない」がキーワードになるであろう。境界で、どちらにするか迷う場合には、情報量の不足を補う意味合いで、自立度の高いランクを選択するほうが無難である。

7. 生活機能の維持・改善は見込まれるか

アルツハイマー型認知症や脳血管性認知症は、一度発症すると根本的な治療は困難であるが、塩酸ドネペジルが初期のアルツハイマー病の進行を遅らせることが可能になっている。

生活機能の面から見ると、たとえ中核症状は改善しなくても、周辺症状を軽減させることにより、介護負担を軽くすることは可能である。せん妄や、妄想、うつ症状に対して薬物療法が有効であることも、よく知られた事実である。

近年、ケアの仕方次第で周辺症状が軽減されるとの知見も集積されつつあり、非薬物療法の1つとして、認知機能に対するリハビリテーションも試行されている。現在のところ、標準的な方法の確立までには至っていないが、今後、おおいに期待される分野である。

【参考資料1】

DSM-III-Rにおける認知症の診断基準

- A. 短期および長期記憶の障害の証拠が明瞭。
- B. 以下のうち少なくとも1項目：
- (1) 抽象的思考の障害
 - (2) 判断の障害
 - (3) その他の高次皮質機能の障害、たとえば失語、失認、構成失行など
 - (4) 人格変化、すなわち病前の性格傾向の変化または強調
- C. AおよびBの障害は、仕事、日常の社会活動、または他者との人間関係を著しく障害している。
- D. せん妄の経過中にのみ起こるものではない。
- E. (1)または(2)
- (1) 病歴、身体的診療、臨床検査から、その障害に病因的関連を有すると判断される特異的器質性因子の証拠が存在する。
 - (2) そのような証拠はないが、その障害がいかなる非器質性精神障害によっても起こっていないならば、器質性因子が病因であると見なすことができる。

【参考資料2】

ICD-10における認知症の診断ガイドライン

- 1) 日常生活と個人的活動を損なうほどに記憶と思考の働きが低下している。
 - ・記憶障害は典型的には新しい情報の記銘、保持および追想の障害であるが、末期には以前に習得したり慣れ親しんだ事柄も失われることがある。
 - ・認知症は記憶障害だけを示すのではない。
 - ・思考と判断力の障害、および思考の流れの停滞も時に認められる。
 - ・入力情報の処理が障害されており、一つ以上の刺激に注意を向けることが難しくなり、また注意の焦点を一つの話から他へと移すことも困難となる。
- 2) 他に認知症以外の疾患がないのであれば、意識は清明である。
- 3) 上記の症状と障害が明らかに少なくとも6ヶ月間は認められなくてはならない。
- 4) 鑑別診断
 - ・うつ病性障害
 - ・せん妄
 - ・軽度あるいは中等度の精神遅滞
 - ・限られた教育しか受けられず、かつひどく劣悪な社会環境に育ったことによると考えられる正常域以下の認知機能を示す状態
 - ・薬物治療による医原性の精神障害

【参考資料 3】

Clinical Dementia Rating (CDR)

	健康 (CDR 0)	認知症の疑い (CDR 0.5)	軽度認知症 (CDR 1)	中等度認知症 (CDR 2)	重度認知症 (CDR 3)
記憶	記憶障害なし 時に若干の物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に思い 出す良性健忘	中等度記憶障害、とくに最近 の出来事に対するもの 日常生活に支障	重度記憶障害、高度 に学習した記憶は保 持、新しいものはす ぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ 残存
見当識	見当識障害なし	同左	時間に対しての障害あり、検 査では場所、人物の失見当 なし、しかし、時に地理的失 見当あり	常時、時間の失見当 時に場所の失見当	人物への見当識 のみ保持
判断力と 問題解決	適切な判断力、問題 解決	問題解決能力の障害が 疑われる	複雑な問題解決に関する中 等度の障害 社会的判断力は保持	重度の問題解決能力 の障害 社会的判断力の障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	仕事、買い物、ビジ ネス、金銭の取り扱 い、ボランティアや 社会的グループで 普通の自立した機 能	左記の活動の軽度の障 害もしくはその疑い	左記の活動のいくつかにか かわっていても、自立した機 能が果たせない	家庭外(一般社会)で は独立した機能は果 たせない	同左
家庭状況 および趣 味・関心	家での生活趣味、知的 関心が保持され ている	同左、もしくは若干の障 害	軽度の家庭生活の障害 複雑な家事は障害 高度の趣味・関心の喪失	単純な家事のみ 限定された関心	家庭内不適応
介護状況	セルフケア完全	同左	時々激励が必要	着衣、衛生管理など 身の回りのことに介 助が必要	日常生活に十分 な介護を要する しばしば失禁

【参考資料 4】 Functional Assessment Staging (FAST)

重症度	特 徴	
正常	1	主観的にも客観的にも機能を認めない ・過去(5~10年)の出来事を覚えていない
	2	発語の主観的機能低下 社会的に活動性、実行力の低下を認めない ・物の名、地名、目的を忘れる ・社会的には適応している ・注意深い観察により不安を訴えることが認められる
認知症の疑い	3	社会的場面における客観的機能の低下 ・重要な約束を忘れる ・日常生活(買い物、支払いなど)では障害がない
軽度	4	日常生活の複雑な場面での実行の欠如 ・メニューに適した材料の買い物が困難である ・経済面で混乱やミスを生じることがある ・家庭内での生活(着がえ、入浴など)には障害はない ・精神的に不安定な状態が認められる
中等度	5	日常生活における基礎的な場面での不適切な行動 ・着がえが適切に行えない(援助が必要) ・入浴を忘れる ・車の運転が不正確となる ・感情障害が出現する
高度	6	着がえ、入浴・排便排尿の自立機能の低下 (a)服を正しく着られない (b)入浴を自立して行えない (c)排便排尿の自立の低下 (d)尿失禁 (e)便失禁 ・歩行がしたいに不安定となる(小ささみ、ゆっくり) ・不安・焦燥感が強い ・幻覚・妄想が出現することもある ・パジャマの上に服を重ねて着る ・くつひもが結べない ・入浴の手順が混乱する ・入浴を忘れる ・トイレで水を流さない ・スポンを自分であげない
きわめて高度	7	失語・歩行障害・意識障害 (a)数種の単語しか使用しない (b)意味のある単語は1語のみとなる (c)歩行機能の喪失 (d)着座能力の喪失 (e)笑顔の消失 (f)昏迷および昏睡 ・意味のない単語の羅列は可能 ・「はい」「いいえ」「わかりました」等のみ発語する ・しだいに発語はなくなり、ブツブツと口の中で独り言をつぶやくのみとなる ・歩行不能となる ・歩行不能後、約1年ぐらいで座位姿勢を保てない ・泣いたり笑ったりする表情は存在 ・表情は失われる ・眼球運動は可能 ・嚥下・咀嚼は可能 ・嚥下・咀嚼能力の欠如、経鼻栄養が必要 ・外部よりの刺激に対し発声する

平成17年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） 要介護認定の適正化に関する検証事業

（主治医意見書・特定疾病の適正性に関する検証と新たな様式の検討）

主任事業者	財団法人 日本公衆衛生協会	理事長	北川 定謙
分担事業者	産業医科大学医学部公衆衛生学教室	教授	松田 晋哉
事業協力者	社団法人 日本医師会	常任理事	野中 博
（執筆者）	社団法人 旭川市医師会	副会長	白井 宏之
	霞ヶ関南病院	院長	斉藤 正身
	名古屋大学医学部社会生命科学講座	助教授	西村 秋生
	社団法人 東京都医師会	理事	玉木 一弘
	九州リハビリテーション大学校	教授	橋元 隆
	東京大学医学部附属病院リハビリテーション科	教授	江藤 文夫
	国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部	部長	大川 弥生
	小倉リハビリテーション病院	院長	浜村 明德
	秋津鴻池病院	理事長	平井 基陽