

はじめに

高齢化社会の到来と共に痴呆症が大きな社会問題となっており、1995年には126万人であった痴呆性老人の数が、2035年には336万人に達すると推計されている。これに伴い、痴呆によって日常生活が困難となり、介護を要する人の割合も増加している。これを踏まえて2000年より導入された介護保険制度は、高齢化・核家族化・女性の社会進出などを背景に、介護を必要とする人々を社会全体で支え、能力に応じた自立生活を営むのに必要な医療や福祉サービスを提供するものである。老人保健施設や特別養護老人ホームはこれらの要介護高齢者に対する保険福祉サービスの中心的役割を担っているが、軽症の痴呆性老人が施設入所を続けることは、生活能力を喪失するばかりか、Quality of Life を考える上でも大きな問題となる。一方、在宅で主に家族の介護を受けている痴呆性老人に対しては、在宅サービスが提供される。すなわち、訪問看護や訪問介護などの訪問サービス、デイサービスなどの通所サービスを組み合わせて活用することにより介護人の負担を減らして痴呆性老人のケアを行うことができる。

さて、このような社会的背景において、医学的には痴呆の予防・早期診断・治療の必要性が論じられるものの、確立された方法や系統的な治療・ケアがなされておらず、生活習慣や活動度についての論拠に乏しい。

本研究では、基幹病院において「もの忘れ外来」を受診した患者の中から、在宅でフォローされている痴呆症を抽出し、これらの患者の社会的背景、痴呆症のタイプ、重症度、神経心理学的検査、治療、ケアとそれらの問題点について検討した。

対象と方法

「もの忘れ」を主訴とし、国保日高総合病院「もの忘れ外来」を受診した304名を対象とした。男性141名、女性163名で、年齢は45~90歳(平均 70.9 ± 8.5 歳)であった。教育年数は3~16年(平均 9.8 ± 3.0 年)で、「もの忘れ」を気付いてからの期間は平均 23.9 ± 22.9 か月(1~120か月)であった。

1. 痴呆症の診断

「もの忘れ外来」では通常、患者の病歴や家族歴を聴取し、神経学的検査や、MRI、MRAを行うとともに後述する神経心理学的検査や心理検査を施行している。痴呆症の診断はDSM-IVを用い、両者の鑑別がつかない場合はHachinskiの虚血点数をもとに、変性性痴呆(4点以下)、血管性痴呆(7点以上)および混合型痴呆(5~6点)に分類した。

2. 神経心理学的検査・心理検査

Mini-Mental state (MMS)、かなひろいテスト、Word fluency test (WFT)、Auditory-Verbal learning test (AVLT)、Raven's colored progressive matrices (RCPM)、Self-rating

depression scale (SDS)、State-trate anxiety inventory (STAI)を施行した。ここで用いたMMSは見当識、記銘、注意と計算、再生、言語の項目からなる認知機能のスクリーニングテストで、30点満点で表される。かなひろいテストは仮名で書かれた文章を読みながら、「あ、い、う、え、お」の5文字を拾い上げていく検査で、2分間に拾い上げた数を算出した。WFTは斎藤らの方法に準じて、カテゴリーによるWFT (CWFT)と頭文字によるWFT (LWFT)を施行した。いずれも検査時間は1分間で、想起できる動物、果物、乗り物の数の合計 (CWFT)と、「し」「い」「れ」から始まる語の想起数の合計(LWFT)を算出した。AVLTIは15語よりなるリストを聴覚的に呈示し、すぐに再生させる課題(即時再生)と30分後に再生させる課題(遅延再生: AVLTI-DR)である。即時再生は5回繰り返し、その合計数を算出した (AVLTI-IR)。RCPMは大きな図柄の中の空白部分に相当する図柄を6枚の選択肢から推察する視覚認知課題である。SDS、STAIはいずれも患者自身が記入する心理検査で、SDSはうつ状態を、STAIは状態不安と特性不安を尺度評価できる。

3. 神経学的検査・神経放射線学的検査

一般神経学的診察に加え、CTまたはMRI/MRA検査を施行した。MRIによる脳病変は、その部位と数によるAwadら(1986)の方法で分類した。すなわち、Grade 0: 無症候性脳梗塞なし、Grade I: 1つの脳葉または後頭蓋窩に局限した無症候性脳梗塞を認める、Grade II: 2つ以上の脳葉または後頭蓋窩に及ぶ無症候性脳梗塞を認める、Grade III: 側脳室周囲の癒合性病変あり、の4段階に分けた。また、脳室周囲高信号域(periventricular hyperintensity:PVH)をKobayashiら(1991)の方法で評価した。PVHがほとんどないものを0度、前角にのみ薄いキャップ状に高信号域を認めるものを1度、側脳室周囲全体に薄く高信号域を認めるものを2度、それが厚いもの、あるいは前角、後角で大きいものを3度、脳室周囲から白質にび慢性に病変を認めることを4度とした。

また、このうちの50例には、Single photon emission CT (SPECT)を用いて局所脳血流の定量的評価を行った。この際、Takeuchi et al.(2002)によって開発された、3次元定位関心領域テンプレート(three-dimensional stereotaxic ROI template; 3DSRT)を用いた。これは、脳内に置かれた左右636個の関心領域から得られた左右12区域の局所脳血流の定量的評価法である。

4. 社会的背景・生活習慣

家族構成や日中の活動度、趣味や家族の中での役割を検討した。また、Frenchay activities index (FAI)を用いて、ライフスタイルを検討した。

結果

「もの忘れ外来」を受診した 304 名中痴呆と診断できたものは 160 名 (52.6%) で、内訳は変性性痴呆 70 名、血管性痴呆 64 名、混合型痴呆 26 名であった。これら痴呆のタイプと年齢、もの忘れの期間に差はみられなかったが、教育年数は変性性痴呆、混合型痴呆で低い傾向がみられた。血管性痴呆は男性に、変性性痴呆は女性に多い傾向を認めた。

神経放射線学的検査

頭部 MRI 検査で偶発病変や PVH を認めたものは脳血管性痴呆および混合型痴呆で多い傾向がみられた。SPECT で測定した局所脳血流量では、健常群にくらべ脳血管性痴呆および変性性痴呆で、左右の上前頭回、左右側頭回、傍脳梁部、および視床で低下を認めた。さらに、変性性痴呆は健常者に比べ、左角回の血流が低下していた。

神経心理学的検査

痴呆群は健常群にくらべ、Mini-Mental state (MMS)、かなひろいテスト、Word fluency test (WFT)、Auditory-Verbal learning test (AVLT)、Raven's colored progressive matrices (RCPM)において、明らかな低下を認めた。Self-rating depression scale (SDS)、State-trait anxiety inventory (STAI)では明らかな差を認めなかった。

生活習慣および日常生活、神経心理学的検査

痴呆のタイプと同居家族人数に明らかな関係はみられなかった。健常群および痴呆群の約半数で、日中に家事または農作業をしていた。仕事（定職）を有したものは健常群の 15.2%、痴呆群の 5.6%であった。昼間の活動が「なし」と答えた人は痴呆群の 22%、健常群の 4.5%であった。昼間家で過ごしている人のうち、「テレビを見ている」と答えた人は痴呆群の 13.0%、健常群の 3.0%で、編物・写経・俳句などの「インドア」で創造的な活動をしている答えた人は痴呆群の 1.9%、健常群の 7.6%であった。すでにデイサービスを活用している人は 2 名いたが、いずれも健常群であった。昼間の過ごし方と神経心理学的検査の関係をみると、MMS、かなひろいテスト、WFT、AVLT、RCPM において差を認めた。すなわち、昼間の活動が「なし」「テレビ」「散歩」と答えた人よりも、「定職（仕事）」「スポーツ」「家事」「インドア」と答えた人の方が、これらの神経心理学的検査で良好であった。

趣味活動を調査したところ、健常群および痴呆群の 20-30%で園芸（含、盆栽など）が挙げられた。趣味に、編み物や生花、俳句などの「創作活動」を挙げた人は健常群の 26.9%、痴呆群の 7.7%であった。趣味を「なし」と答えた人は健常群の 15.4%、痴呆群の 39.6%であった。認知機能との関係をみると、「園芸」、「歌」、「旅行」、「創作活動」などの活動を

している人の方が、「テレビ」「なし」と答えた人に比べ、MMS、CWFT、AVLT-IR、AVLT-DR、RCPM が良好であった。FAI によるライフスタイルを検討したところ、痴呆のタイプ間で差を認めなかったが、健常者に比べ、明らかに低下していた。

生活習慣と神経心理学的検査、FAI の経過

経過を観察し得た症例で神経心理学的検査やFAI の変化を検討したところ、3 か月の間で神経心理学的検査に変化はみられなかったが、昼間の活動とFAI の変化に関係がみられた。すなわち、家事や農作業をしていたものはFAI に改善を認めたが、日中何もしない場合はFAI 値の低下を認めた。

考察

高齢化社会の到来によって、「もの忘れ」は高齢者が抱える悩みとなっている。ひとことで「もの忘れ」と言っても、その病態は様々で、加齢による生理的な健忘もあれば、アルツハイマー病に代表される痴呆症の場合もある。本研究では「もの忘れ」を主訴とする外来患者を対象とするため、自宅で家族による介護が可能な、比較的早期の痴呆症がその大半を占めた。

神経放射線学的検査では、PVH や偶発病変は、健常群や変性性痴呆に比べ、脳血管性痴呆および混合型痴呆で多い傾向がみられたことから、MRI/MRA は両者の鑑別には有用であった。また、SPECT では健常群と痴呆との鑑別には有用であったが、脳血管性痴呆と変性性痴呆に明らかな違いを見出せなかった。この理由として、痴呆がごく初期であったために、脳血流低下に個々ではらつきがあったためと思われるが、変性性痴呆の中にいわゆるアルツハイマー型痴呆以外の前頭側頭型痴呆なども含まれていたためと思われる。

神経心理学的検査でも痴呆群は健常群にくらべ、MMS、かなひろいテスト、Word fluency WFT、Auditory-Verbal learning test AVLT、RCPM において、明らかな低下を認めた。当然のことながら痴呆の診断はMRI などの神経放射線学的検査ではなく、このような神経心理学的検査によって明らかにされた症候であるため、このような検査を組み合わせることは必要である。

さて、昼間の活動や趣味を調査したが、いずれも「なし」「テレビを見ている」など閉じこもりがちな人にくらべ、創作的な活動をされている人の方が神経心理学的検査で高値を示した。痴呆による活動性の低下か、活動性の低下が痴呆を引き起こすのかは明らかではないが、少なくとも在宅高齢者のライフスタイルを調査し、生活改善を行う必要性は十分にあると思われる。