
アルツハイマー病の クリティカルパス — 診断と治療のために —

Critical Path for diagnosis and treatment of Alzheimer's disease.

順天堂大学医学部精神医学／教授

新井 平伊*

厚生労働省の補助金を受け研究を行った研究班「アルツハイマー病の医療手順に関する総合的調査研究」の研究報告について。

まず高齢者を対象にした精神医療は、精神的疾患だけでなくさまざまな疾患を伴っているため病態からの病名の鑑別が非常に難しい。また認知症では認知機能障害を中心とした中核症状だけでなく、BPSDとよばれる周りの環境や人々との間で示す感覚や気分、行動の異常である随伴症状を見分けて治療を組み立てる必要がある。これらの状況を踏まえ、医療の標準化と効率化を目標としてアルツハイマー病のクリティカルパス作成を試みた。

まず一年目に、現状を把握するために全国で59例のアルツハイマー病で入院した患者の状況を調査した。入院理由では初期診断のための検査が20%、随伴症状が28%、身体疾患が25%という結果が出た。平均の入院日数は施設ごとにばらつきがあるが、初期診断および検査が44日、随伴症状が60日、身体疾患が39日という数字が出ている。次にどういった検査が行われているか調べたところ、初期診断・検査方法は施設によってさまざまであった。また薬物治療については、ドネペジル、代謝改善薬、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬等が多く使われていることがわかっ

た。このことから我が国では認知症全般に抗精神病薬が非常に多く使われているのにも拘らず、保険適応が取れていないという実態が明らかになった。また、この研究では臨床データの他に診療報酬のデータも収集した。そして、さまざまな病態に対応するために、(1) 診断、(2) BPSDの治療、(3) せん妄の治療、この3つを対象を絞った。一入院あたりの入院費、投薬、検査、これを基礎データにパスの適応を試みたところ、やはり診断と同じで、BPSDの治療目的での入院の場合でも施設ごとで診療報酬にかなりのばらつきがあることが判明した。特定機能病院でもこれだけ治療にばらつきがあるということから、治療の基準となるパスの必要性が裏付けられた。現状の調査後、二年目にはパスの基本構想について検討を重ねた。

まず(1) 診断についてはMRI、SPECTのない施設でも可能な診断法をどのように確立するかが焦点となった。その結果、最小限の認知機能の検査、血液検査、ビタミンB₁₂、甲状腺機能検査、そして、ニューロイメージングを行う方向性にまとまった。それに加えてCT・MRI・SPECTの診断ポイントを明記した。例えば、初老期アルツハイマー病の脳萎縮の段階を追ってみていくと、初期の段階はCTで見た時の脳溝の拡大が一番重要な

* Heii Arai: Dept. of Psychiatry Juntendo University School of Medicine

診断ポイントになっている。次にMRIで診断する際、初老期発症型の場合は海馬の萎縮は老年期の患者ほど目立たず、逆に頭頂葉の萎縮が顕著であるといった違いがある。またSPECTだと頭頂葉の血流低下というかたちで、MRIより早く病気の症状が現れるので、初期診断に関してはMRIよりSPECTの方が有効だと言えるだろう。あと、診断における臨床的なマーカーが得られるか、髄液のタウ蛋白や血液のプラズマ、PETの使用を検討したが、現在のところ決定的なマーカーは見つからなかった。

次に(2)BPSDだが、先程の基礎データに基づき3週～4週、正しい対象を選んでパスを導入することが重要である。またBPSDの治療についても基本ガイドラインを作成した。ガイドラインでは最初に起こる脳内病変、中核症状である認知機能障害、それに伴う随伴症状であるBPSD、伝達物質異常、患者を取り巻く環境、介護の仕方、抑うつ状態への対応に処方する薬等、症状、段階にあわせた対応を明確化することを目指した。

最後に(3)せん妄に関するパス。このパスのポイントとしては、せん妄をひきおこす準備因子をきちんと評価し、ノーマルかどうかデータを集めることである。また、睡眠日誌を入れてせん妄の評価スケールも導入した。そして、このパスを医療効率、症状評価を標準化するメディカルモデルとして、チェック項目付きの小冊子にまとめた。またカルテの1号紙のようなものと同じ込み、患者の連絡先などの基礎データ、説明項目や検査項目、薬剤などを書き込んで、1号紙をみれば治療の状況が一目でわかるようにした。

研究班の最後の年である三年目には、このパスの小冊子を各施設で用いて約50症例のデータをとった。その際に近年の精神科を取り巻く医療経済の変化を視野に入れ、厚生労働省の定めた特定

機能病院の診療報酬を比較対象としてデータを検討した。

まず(1)診断にパスを導入した場合、入院日数は30日から11日に大幅に短縮された。総診療報酬は入院日数が減ったために57万から29万に下がるが、一日の診療報酬は導入前の1万8千円から2万5千円に増えた。しかし、一日あたりの診療報酬は増えたのにも関わらず、包括診療で厚生労働省が定めた金額よりも低く、精神科病棟では診療報酬が低いという現実を改めて浮き彫りにする結果となった。

次に(2)BPSD治療にパスを導入した場合、入院日数は43日から34日に短縮された。また、総診療報酬に関しては84万円だったのが53万円になった。だが一日当たりで割ると下がってしまい、平均1万6千円。しかし厚生労働省の設定額は1万7千円なのでほぼ同額になる。また厚生労働省がアルツハイマー病で定めた一日あたりの設定額が3万6千円なので、このパスを導入して7日ぐらいで退院すると3万3千円と、一般病床と同じぐらいの診療報酬が得られることがわかった。やはり医療経済的にもパスの導入はある程度有効であるということが証明されたのではないだろうか。

認知症の臨床では、地域の中での薬物療法中心の治療、ソフトとハードの問題などこの三本柱がうまく成り立ってはじめて確立するが、さらにその上でアルツハイマー病の多様性、多彩な症状、鑑別診断の難しさなど複雑な問題に取り組んで行かなければならないという厳しい現状がある。そのなかでも、このパスはある程度の有効性を示せるのではないかと考えている。

この論文は、平成16年10月16日(土)第15回中部老年期痴呆研究会で発表された内容です。