

表5 高齢者総合機能評価の完全版

機能評価 (ドメイン)	簡易版 CGA/CGS36 (スクリーニング目的)	完全版 CGA (定量化目的)
bADL (ベーシック ADL)	チェックリスト	バーセルインデックス
IADL	チェックリスト	ロートンインデックス/老研式
うつ	チェックリスト	GDS15
認知機能	チェックリスト	MMSE
QOL	チェックリスト	VAS/SF36
視覚・聴覚など	チェックリスト	視覚・聴覚検査
社会機能	チェックリスト	社会機能問診表

表6 高齢者担当医研修プログラム

座学プログラム		ワークショップ研修	
時間	項目		
8:20~8:40	後期高齢者医療制度	9:30~9:40	オリエンテーション
8:40~9:15	高齢者の神経・精神症状とその対策	9:40~11:00	高齢者総合機能評価と診療計画の作成
9:15~9:50	高齢者への口腔ケアの必要性とその方法	11:00~11:15	休憩
9:50~10:25	後期高齢者の生活習慣病対策	11:15~12:45	高齢者薬物療法
10:25~11:00	高齢者の検査値の見方	12:45~13:30	昼食休憩
11:00~11:40	高齢者総合的機能評価	13:30~15:00	事例検討1
13:10~13:45	高齢者の薬物療法の指針	15:00~15:15	休憩
13:45~14:20	高齢者の栄養評価と栄養療法	15:15~16:45	事例検討2
14:20~14:55	高齢者疾患の診断		
14:55~15:30	高齢者の画像診断		
15:30~16:05	高齢者のリハビリテーション		
16:05~16:40	高齢者の在宅医療		
16:40~17:15	高齢者の終末期医療		

食事形態、排泄状況、介護者、必要な介護サービス、緊急時の対応、予後などについての情報交換が必要であるし、継続的な医療、介護情報の交換が必要である¹⁰⁾。

後期高齢者医療制度と老年医学

後期高齢者医療制度は日本老年医学会が経過中、アドバイスや提案したために、老年医学の骨格を支持する内容となっている。表3にその比較を示した。それぞれの項目において本制度と老年医学の相溶性が理解できる。

高齢者医療の柱は包括的かつ全人的医療である。そのためには臓器別専門医療に留まらず、高齢者を総合的に診る医療である。総合的とは臓器や病気のみにとらわれずに患者の意思や生活に配慮し、その苦痛や悩みを解決することであり、家族や介護をふくめた視点で診療にあたることである。これまでの臓器別で単なる救命のための医療とは考え方が大きく異なることはいままでのない。臓器別専門家である医師が老年科医として、ジェネラリストに変わるの容易ではない。高齢者総合機能評価は高齢患者を病気だけでなく、生活や機能を評価し、

医療に反映されるために行われる。図2に高齢者総合機能評価の基本構造を示した。総合機能評価の内容としてはADL、IADL、うつ、認知機能、社会機能、QOLなどを定量的に評価する。まずは初診時や入院時に用いるスクリーニング的な総合機能評価36(長寿医療センター版)を表4に示した。その後、治療や介護サービスなどの介入を図2に示したように検討する。この総合評価36はあくまでも課題(ニーズ)をみつける入り口であり、表4に示したようにスクリーニングテストとして考えている。その後、詳しいGDS15やMMSEなどの評価を行うとよい(表5)。完全版CGAは研究者によっても異なるが、現在最も利用されているCGAの内容を表5に示した。その後総合機能評価を行うだけに留まらず、その結果を利用して、どう診療しどう介入するかがより重要である。すなわちCGAの結果を踏まえてどう診療計画やリハビリテーションや介護サービスの提供をするかを判断し、実行することが重要である。そのためにチーム医療を実践することが求められる。

後期高齢者医療制度において、本来診療報酬加算をと

るための病院医師むけと高齢者担当医むけの研修が義務づけられている。2日間の研修で一日目は8時間の高齢者医療に関する座学であり、二日目は全員参加型の意見交換を行うワークショップ研修である。表6にそのプログラムを紹介した。現在は老年病専門医を中心に地域での生涯学習の一環として全国的に研修を行っている。

おわりに

後期高齢者医療制度は施行されたものの、当初から批判が多々あるのも事実である。特に大村氏による75歳という年齢による差別は好ましくないという議論がある。しかしながら高齢者を総合的に診る観点からは非常に優れた制度となっている。感情的な議論は別として本人の意思に基づき、高齢患者を総合的に評価し、チーム医療を行うこと、入院から在宅医療へのスムーズな移行と連携、在宅医療重視、高齢者担当医の役割、また担当医の切れ目のない医療と終末期医療とすべてが高齢患者をどう支えるかの観点からいえば、高齢者医療における理論に基づく診療報酬が制度に反映されている。医師として、在宅を重視することは原点であるし、医師として患者の一人の主治医となることは自然なことである。事前指定にしても患者の意思に基づいた患者中心の医療を考えれば、誰にも反対はできないであろう。老年科医と

して、時間をかけてでも本制度を支えていきたい。ただ近い将来、本制度は廃止され、65歳以上を対象とした「地域医療保険」として変更される計画である。

参考文献

- 1) 遠藤英俊：高齢総合診療 Q&A, じほう, 東京, 2008.
- 2) 土佐和男：高齢者の医療の確保に関する法律の解説, 法研, 東京, 2007.
- 3) 日本老年医学会編：老年医学テキスト, メジカルビュー社, 東京, 2008.
- 4) ジョン P スローン：プライマリ・ケア老年医学, プリメド社, 東京, 2001.
- 5) 鳥羽研二監修：高齢者総合的機能評価ガイドライン, 厚生科学研究所, 東京, 2003.
- 6) 遠藤英俊, 井形昭弘編著：在宅ホスピス緩和ケア, 日総研, 名古屋, 2007.
- 7) 遠藤英俊, 諏訪免典子：地域連携バス, パル出版, 東京, 2007.
- 8) 廣瀬輝夫：崩壊寸前の医療・介護を救う, 篠原出版新社, 東京, 2006.
- 9) 伊賀立二, 秋下雅弘, 山田安彦ほか：日常診療に生かす老年病ガイドブック2 高齢者の薬の使い方 (大内尉義監修), メジカルビュー社, 東京, 2005.
- 10) 遠藤英俊, 手島陸久, 鷺見尚己, 村嶋幸代ほか：日常診療に生かす老年病ガイドブック, 高齢者の退院支援と在宅医療 (大内尉義監修), メジカルビュー社, 東京, 2006.
- 11) 伊藤周平：後期高齢者医療制度, 平凡社親書, 東京, 2009.
- 12) 大村昭人：医療立国論 III, 民主党政権で医療制度はこう変わる, 日刊工業新聞社, 東京, 2009.

[各論]

認知症

遠藤英俊*, 佐竹昭介*, 三浦久幸*

はじめに

運動はこれまでも疫学調査などを踏まえて、脳機能へのよい影響が報告されてきた。一方高齢者において、運動不足や歩行しない環境、すなわち身体活動を行わないことにより生じる多臓器の機能低下のことは廃用症候群と定義されている。つまり過度の運動不足は認知症やうつとの相関が指摘されている。さらに疫学調査からは身体活動が高いほど認知症の発症率は低いという疫学調査結果がある。またアルツハイマー型認知症の患者に対する運動は、身体面、心理面のいずれも良好な状態を維持する可能性がある。こうした背景、さまざまなエビデンスを踏まえて、運動と認知症の知見を総括する。

運動と認知機能に関する疫学的エビデンス

加齢は、認知機能低下の主要な危険因子である。さらに運動不足も認知機能低下の危険因子とされている。一方以前から、運動や活発な身体活動が認知機能低下の予防となる可能性が数多く報告されている¹⁾。

Laurinら²⁾は、認知症を発症していない高齢者4,615名を対象に5年間フォローした研究結果を報告している。すなわち「カナダにおける健康と加齢に関する前向き調査」の中で、定期的な運動

がアルツハイマー病の発症を抑制すると報告している。運動の強度、頻度に関しては、週3回以上の頻度で歩行より強い運動を行う群を高運動量群、歩行程度の運動を週3回以上行う群を中運動量群、これら以外を低運動量群に分類して比較した。その結果、軽度認知障害(MCI)発症率、アルツハイマー病発症率、全認知症発症率のいずれにおいても、高運動量群は低運動量群よりも有意にリスクが低かったと報告している(図-1)。

またLarsonら³⁾は認知機能障害のない65歳以上の高齢者1,740人を運動頻度で2群に分け、認知症の発症を前向きに疫学的調査を行った。その結果アルツハイマー型認知症の危険因子とされるアポリポ蛋白E ϵ 4の合併率は両群で同程度であったが、1回に15分以上の運動が週に3回未満の群では、認知症の発症率が1年に1,000人当たり19.7であったのに対し、週に3回以上の群では13.0と有意に低下していた。興味深いことに、こ

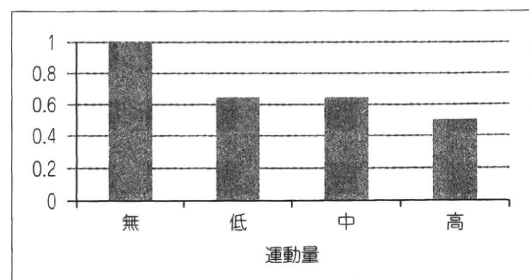


図-1◆運動量とアルツハイマー病リスクの関係

* 国立長寿医療研究センター内科

の予防効果は元々の身体機能が虚弱な群で大きかったと報告している。

一方、Vergheseら⁴⁾は、75歳以上の認知症のない高齢者を前向きに調査したが、散歩や水泳などの身体的活動では認知症予防効果が認められなかったと報告している。ただし、ダンスだけは有意に認知症発症の相対危険度を低下させたと報告している。

運動による人への介入研究におけるエビデンス

Kramerら⁵⁾は、心血管機能を高める有酸素運動が認知機能に有効であるという報告を行っている。彼らの報告によれば、認知症のない高齢者に対し、週に3回のウォーキングを6ヵ月続けた場合、ストレッチのみを行ったコントロール群に比べて、前頭葉あるいは前頭前野の脳機能が改善したという。また、彼らはMRIを使った特殊な画像解析により、6ヵ月間有酸素運動を行った群では、非有酸素運動を行った群に比べて、前頭葉と側頭葉上部の灰白質の容積が有意に増加していることを報告している。

一方、認知機能改善に対するレジスタンストレーニングの効果については、積極的に支持する報告はなく、むしろ乏しいと考えられる⁶⁾。したがってこれらのエビデンスを総括すると、認知機能低下を予防するための運動様式としては、有酸素運動を組み入れた方が効果的であると考えられている。

運動による動物実験におけるエビデンス

運動の高次脳機能へ及ぼす影響は、可塑性を高めることや神経栄養因子を増加し、脳の障害に対する抵抗性を高めることが報告されている。ラットを用いた実験では、神経栄養因子の1つであるbrain-derived neurotrophic factor (BDNF)が、輪回運動により、記憶を司る海馬において発現が増強され、しかもこの効果は数日後から現われて数週間続くことが報告されている。この因子は神経細胞の生存を高めたり、神経突起の進展を促し

たりする作用が確認されている⁷⁾。さらに、この因子は活動度に依存して調節が促進されるため、先に述べたLaurinらの疫学調査結果を支持するものである(図-1)。

認知症に対する介入調査に関するエビデンス

認知症患者は、同世代の認知症のない高齢者と比べ転倒や骨折の危険度が高く、身体活動が急速に悪くなりやすい。また、うつ状態の有病率も高いことから、さまざまな依存性が高まり、介護負担が増大しやすい。認知症のない高齢者に対しては、全身運動がバランス、柔軟性、心血管機能、うつ状態などの改善をもたらすことが報告されている。

認知症患者を対象とした研究はまだ少ないが、近年、アルツハイマー型認知症の患者とその介護者の双方に、家庭で行える運動プログラムを指導し、健康状態や心理面への影響を調査した報告がされている。対象は、55~93歳の153人のアルツハイマー型認知症患者で、認知機能は中等度以上に障害されていた(平均罹病期間は4.3年、MMSE 16.8±7.1)。患者とその介護者に、有酸素運動、ストレッチ、バランス、柔軟性トレーニングを組み合わせた総合的な運動プログラムと問題行動の管理を指導して、健康状態やうつ状態を調査したところ、指導を行った群において身体面、心理面ともにより状態が保たれていることがわかった。また脱落した被検者の理由として、対照群では患者自身の問題行動が第一であったのに対し、運動指導群では介護者側の健康問題によるものであった⁸⁾。この報告では、介護者へ介護指導もされているために家庭型運動そのものの効果を評価してはいないが、介護者とともに行う運動が、介護度の増大を予防しうる可能性を示唆している。

おわりに

さまざまな疫学調査が行われており、運動がいつも認知症の発症率を抑制するものばかりではない。これらの違いは、対象者の背景や素因、行わ

れた運動様式や強度、頻度、持続時間など、調査方法の問題によると考えられる。また運動と知的活動の組み合わせがよいとの報告も存在するが、いずれにしても運動による認知症予防の可能性は強く示唆されており、現在国立長寿医療研究センターにおいても二重盲検試験による運動の認知機能への効果を調査している。これらの成果を待つとして、有酸素運動の効果が期待できる。

文 献

- 1) Yaffe, K. et al. : A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women : Women who walk. Arch. Intern. Med. 161 : 1703-1708, 2001.
- 2) Laurin, D. et al. : Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. Arch. Neurol. 58 : 498-504, 2001.
- 3) Larson, E. B. et al. : Exercise associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. Ann. Intern. Med. 144 : 73-81, 2006.
- 4) Verghese, J. et al. : Leisure activity and the risk of dementia in the elderly. N. Engl. J. Med. 348 : 2508-2516, 2003.
- 5) Kramer, F. et al. : Ageing fitness and neurocognitive function. Nature 400 : 418-419, 1999.
- 6) Tsutsumi, T. et al. : Physical fitness and psychological benefits of strength training in community dwelling older adults. Appl. Human Sci. 16 : 257-266, 1997.
- 7) Cotman, C. W. et al. : Exercise : A behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. Trends Neurosci. 25 : 295-301, 2002.
- 8) Teri, L. et al. : Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. JAMA 290 : 2015-2022, 2003.




**新版 スポーツ外傷・障害の
理学診断・理学療法ガイド**

編集●臨床スポーツ医学編集委員会

❖大好評で完売した月刊『臨床スポーツ医学』2001年(Vo.18)臨時増刊号をさらに充実させて、単行本化したもの、スポーツ外傷・障害を考慮した機能解剖と理学的診断評価手技に重点を置きつつ、疾患別にアスレチックリハビリテーションの実際をわかりやすく解説した1冊。

●B5判・580頁／定価**7,350円**(本体7,000円+税5%) ISBN978-4-8306-5135-9



<http://www.bunkodo.co.jp> 〒113-0033 東京都文京区本郷7-2-7 tel.03-3813-5478/fax.03-3813-7241

特集 認知症治療の今後を予測する

1. 認知症治療の現状と今後

遠藤 英俊*¹⁾・三浦 久幸*²⁾

この10年間、認知症の診断・治療は大きく進歩してきた。アルツハイマー病 (AD) に対する診断技術の進歩もあるが、ドネペジル塩酸塩の登場が認知症の診療に大きな影響を与えた。一方、ほかに有効性のある薬剤が日本で入手できないことが問題となっている。しかしながら世界的に見ても、根本治療薬がまだ存在しない現状がある。現在、新しい薬物療法の開発における中心的な支柱を成しているアミロイド仮説も、さまざまな意見が出てきた。

またBPSD (認知症に伴う行動・心理症状) に対する薬剤治療も行われているが、認知症に適応がない薬剤も多く、現状では課題が多い。今後の認知症治療を考えると、有害事象の少ない根本治療薬の開発が求められるが、薬剤開発研究の積み重ねとヒトでの治験を踏まえ、やがては根本治療薬の開発につながるものと確信している。本稿では認知症に対する治療の現状を総括したい。

1. 認知症治療の現状

認知症治療は、この10年間で確実に進歩してきた。アルツハイマー症 (AD) は老人斑に沈着するβアミロイドが病態形成機序の中核的存在であると考えられてきた。一方、記憶の伝達機構においてアセチルコリンの役割が大きく、アセチルコリン代謝を改善することが治療の第一歩と考えられた。そこでタクリンの開発がなされ、より効果があり有害事象が少ない薬剤が求められた。その結果、日本人の開発からなるドネペジル塩酸塩の登場へと進んだ¹⁾。ドネペジル塩酸塩の有用性と言うまでもないが、ADに対する治療の標準化をもたらした。

しかしながら、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬は根本治療薬ではなく、進行遅延を促す薬剤として位置づけられていることより、新しい薬剤

の開発が強く求められているところである。しかし課題としては、認知症の治験と承認審査に時間がかかりすぎることである。患者家族の立場に立てば、時間がかかりすぎることは許されない。日本ではガランタミン、リバスチグミン、メマンチンが、ほぼ同時期に医薬品機構に申請を終えたところである。是非一日も早く、せめて申請から1年程度で審査を終えて欲しいものである。

2. ドネペジル塩酸塩

日本においてドネペジル塩酸塩は1999年に登場し、認知症診療において絶大な前進があった。治療薬としては「治癒することはないが、進行が遅延する」ことが明らかになった。これはたとえ治癒しなくとも価値があり、その進行を10年遅らせることが可能なのではないかとも言われている。海外においても、ドネペジル塩酸塩はAD治

*国立長寿医療研究センター内科総合診療部 ¹⁾ 部長 (えんどう・ひでとし) ²⁾ (みうら・ひさゆき)

■特集・認知症治療の今後を予測する

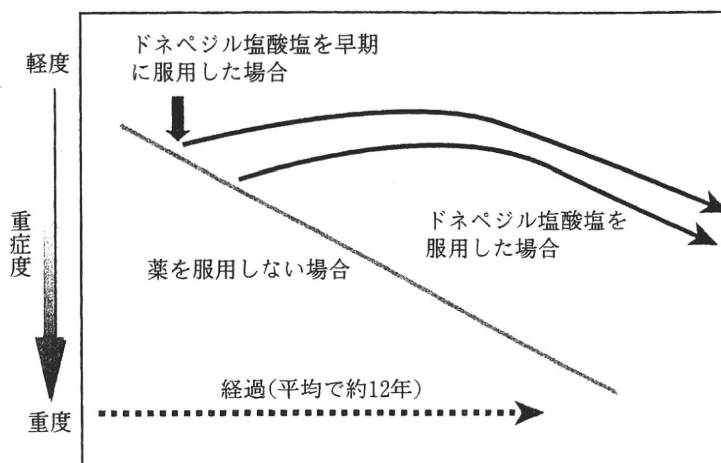


図1 アルツハイマー型認知症へのドネペジル塩酸塩の効果

アルツハイマー病に対し、ドネペジル塩酸塩を早期に服用した方が、有効率が高い。

(筆者ら作成)

療薬の主流である。有害事象はそれなりに観察されるとしても、治療薬としてのメリットは大きい。

最近の治療上のポイントは早期投与が重要であり、早期に開始する方が有用性が高く、また私見ではあるが、高度化した場合の10mg錠への増量においても、より早く投与することでより効果が得られることから、認知機能の低下が観察された時点で投与を開始すると効果が高いものと考えられる。(図1)。

3. ドネペジル塩酸塩以外の薬剤

1) ガランタミン

ガランタミンもドネペジル塩酸塩と同様、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬であり、作用、副作用とも同等である。しかしドネペジル塩酸塩とは異なる作用でニコチン性アセチルコリン受容体の感受性を亢進させることが報告されており、その効果が期待できる。また長期投与した場合にドネペジル塩酸塩より効果があるという報告も存在する。現在、本薬剤は治験・申請を終えたところである。

2) リバスタグミン

ガランタミンもドネペジル塩酸塩と同様、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬であるが、さらにブチリコリンエステラーゼ阻害作用も併せ持ち、

ADの進行を遅延させる。有害事象を回避する目的で、経皮吸収型のパッチ薬として開発されている。有害事象は通常の内服約に比べ3分の1程度と報告されており、期待できる。

3) メマンチン

メマンチンはこれまでの薬剤と作用が異なり、記憶や学習に関与する神経伝達物質であるグルタミン酸の受容体の一つであるNMDA(N-メチル-D-アスパラギン酸)受容体拮抗薬である。メマンチンはグルタミン酸と拮抗し、NMDA受容体に対する興奮を抑制し、記憶の減退や判断能力の低下の遅延効果を示す。これまでの治験での経験や、個人輸入で投与された患者の予後を観察すると、その効果は特にドネペジル塩酸塩との併用効果で非常に期待できる。図2に重度のADに対するドネペジル塩酸塩とメマンチンの併用の効果を示すが、薬剤をそれぞれ単独で使用するよりも併用した方が効果が高いことが分かった。

4) 代替療法

代替療法として、漢方薬をはじめ、さまざまな薬剤が試みられている。近年、認知症のBPSD(認知症に伴う行動・心理症状)に対して、マスコミで放映されたこともあり、抑肝散がよく用いられている。また漢方療法として、もともとADに対していちょうの葉やEPA(エイコサペンタエン

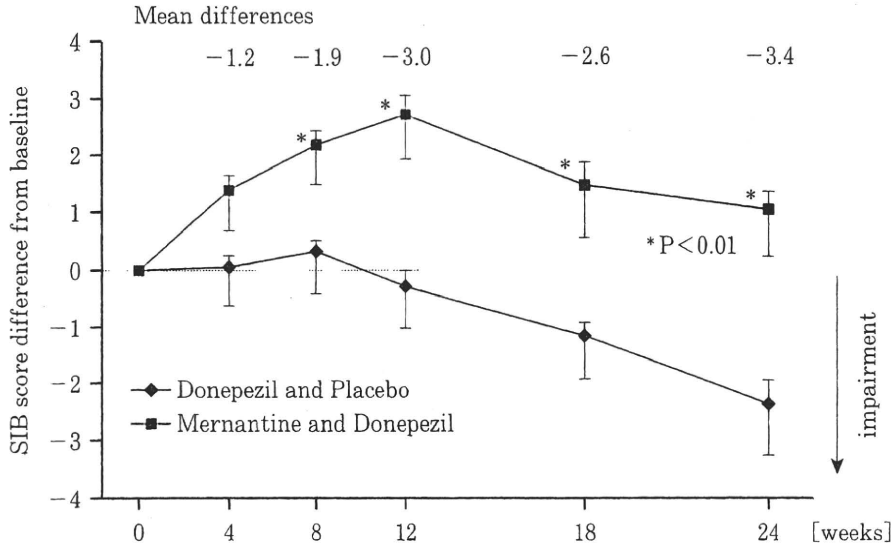


図2 ドネペジル塩酸塩とメマンチンの併用効果

中等症から重度のアルツハイマー病に対してドネペジル塩酸塩単独よりも、メマンチンを併用した方が有用性が高い。

SIB : Combination therapy with donepezil-cognitive domain

(Tariot PN, et al: Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil : a randomized controlled trial. JAMA 291 : 317-324, 2004 より)

酸), DHA (ドコサヘキサエン酸) など, さまざまなサプリメントが試みられている。最近ではフェルラ酸などの新しいサプリメントの効果も報告されている。その結果は慎重に判断する必要があるが, 今後さらにデータを求めていく必要がある。

5) BPSD に対する薬剤

BPSD に対する薬剤の主流は, 漢方薬と非定形型抗精神病薬であろう。これまでもさまざまな薬剤が使用されてきたが, 高齢患者を対象にした場合に多病であること, 体重や腎機能の低下を考慮することが求められる。こうした抗精神病薬の投与背景を考え, 有害事象を少しでも減らすことが重要である。近年では非定形型抗精神病薬や抗うつ薬, 精神安定剤, 睡眠導入剤がよく用いられている。

6) 非薬物療法

非薬物療法の最右翼はサプリメントであるかもしれないが, 基本は運動, 知的活動, コミュニケーションである。進行遅延, MCI (軽度認知機能障害) からのコンバートする率も減少させるという

方向もある。また, 介護老人保健施設における短期集中リハビリテーションも, 一定の効果を示すとされている。その介入方法には課題もあるが, 総合リハビリテーションとしての有効性も考えられる。さらなるエビデンスの追求が求められる。

4. 認知症治療の今後

本稿の目的の一つはアミロイド仮説の検証と検討を議論することが必要である。現在 Aβ (アミロイドβ蛋白質) の過剰産生やクリアランスの低下による蓄積が AD 発症に不可欠であるとされているが, 一義的にアミロイド仮説を前提とした治療薬開発が進んでいる。(表 1)。そのうち, アミロイド凝集阻害薬, γセクレターゼ阻害薬, アミロイドワクチン療法, アミロイド抗体療法がその中心となっている。また他の作用機序を持つ薬剤の開発は必須である。遺伝子治療などのようなアミロイド仮説ではない, 新たな機序を持つ新たな薬剤の開発が必要である。表 1 に現在の認知症に対する臨床治験の現状を示したが, 既に有害事象

MCI : 軽度認知機能障害, Aβ : アミロイドβ蛋白質

■特薬・認知症治療の今後を予測する

表1 認知症に対する臨床試験の状況

アルツハイマー病に対する、国内外の主要な臨床試験の状況(2008年)を示す。

分類	方法	国内			国外		
		第I相試験	第II相試験	第III相試験	第I相試験	第II相試験	第III相試験
① 切斷酵素の調節によりAβの産生をおさえる ② 分解酵素の制御によりAβの分解を促進する ③ Aβに対する抗体によりAβを脳内から排出する	γセクレターゼ阻害薬				GSI-953 (USA)		LY450139 (USA) MPC-7869 (Flurizan) (USA)
	アミロイドに対する受動免疫	PF-04360365			PF-04360365 (Canada) RN1219 (USA)	LY2062430 (USA)	Bapineuzumab (AAB-001) (USA)
	アミロイドに対する能動免疫				CAD106 (Sweden) AFFITOPE AD01, AD02 (Austria)		
その他のAβを標的とした治療	アミロイドの凝集阻害薬				PPI-1019 (APAN) (USA)	Curcumin C3 Complex (USA) PPI-1019 (APAN) (USA) TTP488 (USA)	
	AChE 阻害薬				Galantamine Rivastigmine Memantine		Neramexane (USA)
Aβを標的としない治療	NMDA 受容体阻害薬 免疫療法					Intravenous Immunoglobulin (USA)	
	神経保護薬					Rasagiline (USA) Huperzine A (USA)	
	ニコチン受容体作動薬					GTS-21 (USA)	
	AMPA 受容体活性化薬					CX516 (Ampalex) (USA)	
	選択的エストロゲン受容体修飾薬					raloxifene (USA)	
	神経栄養因子					T-817MA (USA)	
	抗ヒスタミン薬					Dimebon (USA)	

第I相試験：健康成人を対象に薬物動態や安全性を調査する、第II相試験：少数の患者を対象に有効性、安全性、薬物動態を調査する

第III相試験：多数の患者を対象に有効性、安全性を検証する

Aβ：アミロイドβ蛋白質, AChE：アセチルコリンエステラーゼ, NMDA：N-メチル-D-アスパラギン酸

AMPA：α-アミノ-3ヒドロキシ-5-メチル-4-イソキサゾールプロピオン酸 (厚生労働省：認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト 2008 資料より)

があつたり効果が認められないものにおいては、開発が中止されているものもある。

1) ワクチン療法

ワクチン療法は、ADの主要原因がアミロイド仮説に基づいていることをベースにしている。そのメカニズムとしてはA β 抗体がアミロイドに結合し、Fc受容体を介してミクログリアがアミロイドを貪食する結果、老人斑が減少し、新しいアミロイドの沈着も防止されるという仮説に基づいている²⁾。しかしながらヒトでの臨床試験において髄膜脳炎が見られ、その開発が中止され、新たな展開となっている。

2) 抗体療法

ワクチン療法の一定の効果が見られたため、モノクローナル抗体を用いた臨床試験が開催されている。能動免疫によりワクチンは自己免疫性脳炎が起こったために、中止されたが、抗体は脳炎を起こすことはないので、現在数種類の抗体療法が開発されている。ただし繰り返し静脈注射をする必要があること、患者負担が大きいこと、中和抗体ができる可能性があり、血管炎や脳出血の可能性もあることが知られている。

3) タウオパシーに対する薬剤の開発

ADに対するワクチン療法の経験から、アミロイド仮説と関連して進行する病変として、タウのリン酸化がある。タウによる神経原線維化が重要であり、タウのリン酸化に対する薬剤の開発が必要となっている。すなわちタウは神経細胞の変性を促すことから、タウの毒性軽減を目指す治療が必要となる。さらには多面的アプローチとして神経ネットワークの再構築や、神経細胞の再生を促す薬剤の開発が同時に求められるであろう³⁾。

4) 遺伝子治療の可能性

2005年にADに対する神経成長因子を用いた遺伝子治療の結果が報告された。さらに研究が継続されているが、外科的遺伝子導入手技の困難さもあり、結果は限定的である。しかしながら、治療方法の一つとして今後期待される分野である⁴⁾⁵⁾。

5) カクテル療法の可能性

アミロイドに対する薬剤は、より洗練される必要はあるとしても、単独で治癒にいたるのは困難である。タウのリン酸化に対する薬剤の開発が必要とされ、両者を併用する必要がある。さらに神経細胞の再生や神経ネットワークに対する薬剤も同時に必要と思われる。総合的には単一の薬剤で治癒を目指した治療方法は当面困難であり、まずは数年程度発症を遅延させる薬剤、進行を遅延させる薬剤が求められており、さらにはさまざまな作用を持つ薬剤を併用するカクテル療法の開発が望ましいと思われる。

5. おわりに

認知症の新しい薬剤開発はADを中心に開発されてきているが、実際には血管性認知症やレビー小体型認知症に対する薬剤開発も必要である。また本稿で述べたようにアミロイド仮説に基づく開発のみならず、多様な作用に基づく開発戦略も必要であることは言うまでもない。その点では遺伝子治療をも視野に入れた、多様な機序を持つ薬剤の併用療法が、現在考え得る方向性であろう。あきらめずに研究者の奮闘を期待したい。

文 献

- 1) 天野直二: Alzheimer 病 治療 ① 中核症状に使われる薬剤. 神経内科 72 (Suppl. 6): 296-298, 2010.
- 2) 田平 武: Alzheimer 病 治療 ③ 新規の予防・治療薬開発. 神経内科 72 (Suppl. 6): 303-308, 2010.
- 3) 高島明彦: タウのリン酸化とリン酸化調節. 日本臨床 66 (増刊号 1): 95-101, 2008.
- 4) 竹内大亮, 里 直行, 萩原俊男ほか: 遺伝子治療. 日本臨床 66 (増刊号 1): 547-553, 2008.
- 5) Tuszynski MH, et al: A phase I clinical trial of nerve growth factor gene therapy for Alzheimer Disease. Nat Med 11: 551-555, 2005.

特集I.

認知症・BPSDの

かつて、教科書の片隅に記載されていた脳変性を伴う記憶・認知障害は今、「認知症」として医療界のみならず社会にも強い影響を与えながら私たちの前に現出している。

罹患する人の数はこの数十年で増加の一途をたどり、基礎・臨床研究も進歩をとげた。しかし、注目すべきはむしろ、この疾患に対する医療・介護関係者、そして一般社会の意識の変化かもしれない。

もちろん、現われる症状の特異さゆえに、いまだに誤解と無理解がなくなったとはいえない。ただ、医療と介護の手法が個を意識した包括的な方向へと転換する様子は、私たちに人と人との関係性の大切さを改めて感じさせる。その背景にあるのは認知症を持つ人の個を重視し、「尊厳」を守るという視点である。

この特集では、認知症とその周辺症状(BPSD)に対する診療の要点、疾患理解の基本、ケアの考え方と実践、診断と薬物治療の現状について5人の専門家に取材し、認知症対策の今を概観する。



遠藤 英俊
国立長寿医療研究センター 部長



木之下 徹
こだまクリニック 理事長・院長



永田 久美子
認知症介護研究・研修東京センター 研究部副部長

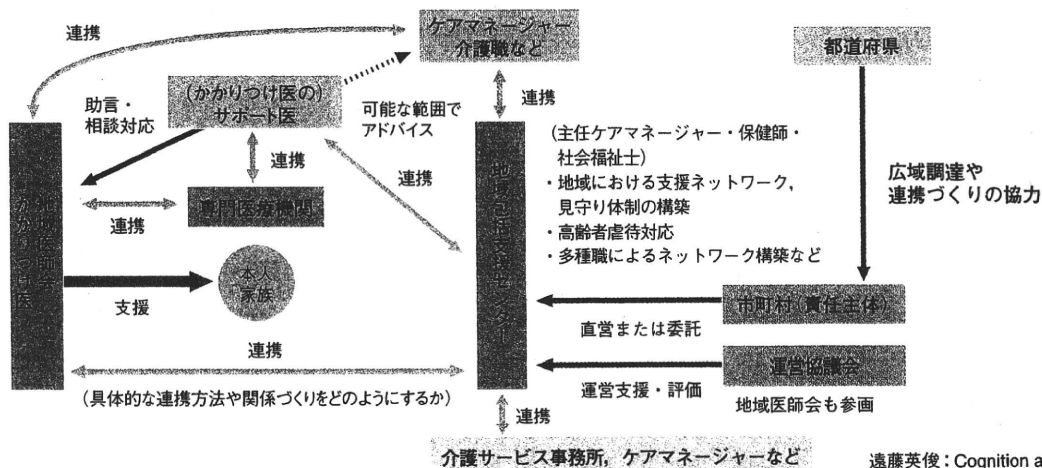


東海林 幹夫
弘前大学大学院医学研究科 脳神経内科学 講座 教授



田口 真源
医療法人静風会大垣病院 院長

認知症治療とケアのための地域連携。これをどう機能させるかが課題だ。



医療とケアの今

「生活」抜きには語れない治療

完治は望めない認知症だが、進行を抑える薬物治療の一般化で治療に1つの方向性が示された。しかし、投薬だけでは解決できない課題もまた見えてきた。医療者に求められる姿勢と考え方を整理しておきたい。

かかりつけ医と トータルケアマネジメント

わが国の認知症患者数は現在、全体で200万～220万人と考えられている。平成17年の厚生労働省患者調査によると、17年の外来患者数は238,000人で、8年との比較では3.5倍に増えた(図1)。認知症疾患を主な傷病名とする入院患者数も80万人を超え、11年と比べて倍近くに膨れ上がった。この傾向は高齢化の進展とともにさらに進む。かつては「専門医の病気」と考えられていた認知症は、もはや日常診

療でごくふつうに遭遇する疾患となった。

一方、この10年間は、医療・介護の両面で認知症への対応が進んだ時期でもある。病態把握は、記憶障害に認知機能障害を伴った中核症状と、行動・精神・感情などに異変がみられる周辺症状(BPSD)とに整理されて定着した(図2)。中核症状については、ドネペジルの登場で進行遅延への道筋が見出され、BPSDにしても「問題行動」という捉え方は過去のものといえる。深刻さが強調された時代から、治療とケアの効果的な進め方へと議論の方向

は移ってきた。

もっとも、それでもなお基本認識の整理と確認が求められるのがこの疾患の難しさでもある。この点を、国立長寿医療研究センター部長の遠藤英俊氏は次のように指摘する。

「確かに薬物治療という武器を得て、経験もデータも蓄積されてきました。しかし、薬を出すだけで医者として機能したといえるのか。私は違うと思っています」。

ドネペジルは、早期に治療を開始すれば6～7割の人で進行抑制効果が望めると遠藤氏は実感している。これは大きな成果だ。ただ、完治は得られず、いずれ死に至る病であればソフトランディングまでの過程を考えるのが医療者の責任といえる。

「ここでまず考えたいのは“生活をトータルにみる”という視点です。なかでも、かかりつけ医の方々がご本人やご家族の困った課題を包括的、経時的にみていく。そして、ご本人の環境を保ち、適切なケアが与えられるよう配慮する。それによって、BPSDの軽減にもつながっていくと思います」(遠藤氏)。

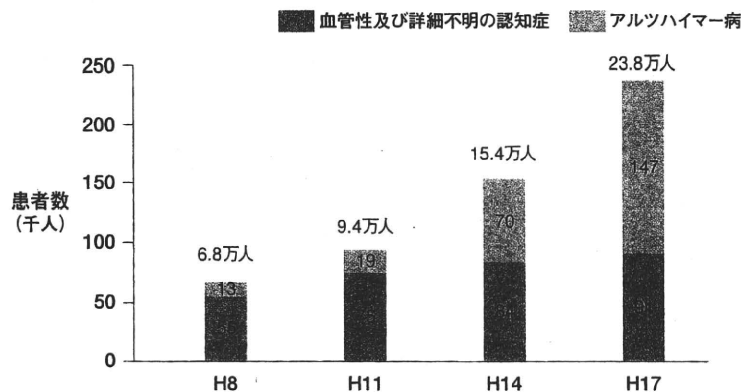


図1 認知症外来患者数の年次推移

平成17年患者調査に基づく厚生労働省資料より

これをトータルケアマネジメントと呼んでもよい。そこでは、ドネペジルという一義的な薬をどう使うかという観点と、生活指導でQOLを高めBPSDを軽減していく観点を持つことが重要となる。もっとも、BPSDは在宅療養を困難にする最大の要因とされ、その対応の難しさは時にかかりつけ医たちを悩ませる。

かかりつけ医がBPSDを管理できれば 認知症診療は広がる

専門医の領域では、BPSDをいかに管理するかが手腕の1つとされるが、遠藤氏によると実はこの治療は個別性が高い。職人芸の一面すら有しているという。

「薬を使う場合にはいかに有害事象を起こさないか。さらに、悲惨な状況を生まないために、ご家族にBPSDを受け入れてもらう説明も重要です。生活をうまく送れるかどうかポイントになることを考えれば、認知症の課題とはBPSDの課題といえるのかもしれませんが」(遠藤氏)。

薬物療法では、非定型抗精神病薬の使い方などはかなり標準化されてきた。しかし、投与量と体重・腎機能・栄養状態などをどう評価するかで副作用の出方は違ってくる。BPSDの治療薬として漢方薬の抑肝散も重要な位置を占めるが、それをいつ、どのように使うか、副作用の考え方などの問題は残る。専門医の手法が一般化され、それをかかりつけ医がまねることで治療の裾野は広がるのだが、BPSDに関してはまだ課題が多い。

また、遠藤氏はパーキンソン症状や悪性症候群、脱水など薬剤がもた思われる有害事象で入院する認知症の例を多く経験している。年齢を考慮せず、症状ごとに薬剤が“加算”されている傾向は否めない。薬物治療の前提として、かかりつけ医が副作用を出さずに症状を緩和する方法を会得することも必要だ。

「かかりつけ医の方々がBPSDを管理できれば、質の高い認知症診療が広まっていくはず。専門医の数など、たかが知れています。薬の使い方と認知症やBPSDの知識を地



遠藤 英俊

国立長寿医療研究センター 部長

1982年滋賀医科大学卒業。87年名古屋大学医学部大学院修了。90年米国国立老化研究所客員研究員。92年市立中津川総合病院内科部長。94年国立療養所中部病院内科医長。2004年現職。

域レベルで持ってもらうことが第一歩ではないでしょうか」(遠藤氏)。

BPSDは軽減できて 付き合っていければよい

では、BPSDにどう対処するか。遠藤氏は「なによりも本人に沿った対応を」と強調する。認知症に慣れた医師や看護師を観察すると、まずコミュニケーションから入っている

特 徴

対 応

中核症状

- 記憶障害
- 見当識障害
- 判断の障害
- 実行機能の障害

- ・すべての患者で病期を通じてみられる
- ・徐々に進行し、改善は見込めない

- ・ドネペジル投与により、進行の遅延が図られる

周辺症状

- 行動障害
徘徊、失禁、自傷・他害
- 感情障害
うつ、不安、焦燥
- 精神症状
幻覚、妄想、作話
- 意欲の障害
意欲低下、意欲亢進

- ・一部の患者に、経過中にみられることがある
- ・出現する症状やその重症度はさまざま

- ・薬物投与等の精神科治療技術や、手厚いマンパワーを要する
- ・適切な治療により、多くは1~3カ月で改善可能

図2 認知症の中核症状と周辺症状

厚生労働省資料より

ことに気づく。怒っていればその原因を考える。徘徊には一緒に歩くという認知症グループホームの方法が参考になる。行動を抑制せずに、まず本人の思い通りにする。

「結局は、お年寄りを好きになれるか、そのメッセージを送れるかどうかです。こちらが嫌だと相手も嫌になる」(遠藤氏)。

薬物療法は、そうした対応に限界が生じた時に少量から行う。それでも効果がなければ精神科に紹介するとよい。困った時に短期間の入院を受け入れてくれる精神科を持っておくことは意外に大事だという。

さらに、BPSDには妄想や興奮など薬物コントロールが可能な症状と、そうでない症状とがあることも踏まえておきたい。その説明も診療

の要点となる。また、専門医とかかりつけ医の薬剤の使い方の違いにはこんな例もある。

「おそらく興奮がみられたためでしょうが、ドネペジルに抗精神病薬が追加されていることが多い。われわれならば、まずドネペジルを減量します」(遠藤氏)。

撤退する勇気を持つことも、時には必要というわけだ。

遠藤氏は、BPSDを完全に解消してしまう必要はなく、軽減できて付き合っていければよいと考えている。むしろなくしてしまおうとすることで、かえって有害事象を呼び起こしてしまう不安のほうが強い。認知機能の改善とBPSD軽減のバランスのととり方が認知症治療のポイントだという。

「介護者の苦悩ばかりに気をとられ、薬物療法が過ぎてしまうとご本人が過鎮静になりやすい。会話はできるか、転倒の可能性はないかと注意することが大切で、薬は使い過ぎも使われなさ過ぎもだめです。相手を見る、人間をみることが第一で症状をとることばかりに専念しない。それが包括的医療につながります」(遠藤氏)。

今後、治療とケアの一般化はかかりつけ医の自己研鑽にも影響する。本来は良質なガイドラインの発表が待たれるが、学びやすさも大切になる。身近な手段として遠藤氏は、「認知症フォーラム.com」(www.ninchisho-forum.com)などインターネット情報の活用も薦めている。

見方を変えると方法も変わる

世の中には認知症に対する思い違いがあるのかもしれない。たとえば、認知症の人たちは本当に「こわれてしまった」のか。医師の側からも考えてみたい。いま診療している対象は、単なる「患者」にすぎないのだろうか。

認知症の人は本当に“本人はなにわからない”のか

認知症への対応は、治療とともに本人・家族を生活者として理解する視点が欠かせないことが遠藤氏の指摘からわかる。では、本人・家族は治療になにを期待し、医師はそれにどう向き合うべきなのだろう。

求められているものは、受け取る側の望みから知ることができる。認

知症診療の現場では、その多くは介護者としての家族からもたらされるのがふつうだ。ただ、この構図に疑問を抱く医師は少なくない。

「背景には、“本人はなにわからない”という認知症への偏見があります。しかし、認知症の人は本当になににも語れないのか。むしろ、語らせてこなかったというのが現実ではないでしょうか」

こう話すのは、認知症の訪問診療に取り組むこだまクリニック院長の

木之下 徹氏だ。事実、認知症を持つ人であっても、状況が用意されれば多くの聴衆の前で自らの心情や経験を豊かに語る事ができる。問題なのは、認知症への誤った理解が、本人を深い孤立の闇へと追い込む結果になっていることだ。

「BPSDが出現する理由の1つもそこに求めることができます。本人の存在を無視せずに、家族が深く向き合うことで症状が消えてしまう例もあるのです」(木之下氏)。

木之下氏は、ある家庭で1つの情景を目にしたことがある。認知症の本人は専門外来にも通っていてBPSDは薬剤で抑制されている。その奥さんの病状観察は周到で、記述はよく整理され、あたかも生物学的な考察を聞くかのようなようだった。「つまり、管理は行き届いている。でも、私はどこかがおかしいと感じました。薬で周りが楽になってい

るだけではないのかと」(木之下氏)。

認知症の経過は長い。その年月を薬にゆだね、本人へのわだかまりのなかで暮らすのか。ほかの考え方はないのだろうか。もっといえば、自分ならばこうした介護を受けたいだろうかということだった。

私たちはふつう、家族がともに過ごすという意味を深く考えはしな

い。病者を持つことはそのチャンスともいえる。本人のためにいったいなにができるのか。「せつかく認知症になったのだから」(木之下氏)という見方を奇異と言い切ることはできない。

本人からどこまで話が聞けるか、気持ちをどう引き出せるかは認知症診療とケアの要点であり課題でもある。木之下先生たちの調査(未発表)では“本人の呼びかけに答えようとしない医師”の存在が明らかになっている。家族はひどく傷ついた。本人の心情は推し量るしかない。

「認知症の人を、人としてみるか否かの境目だと思います」(木之下氏)。

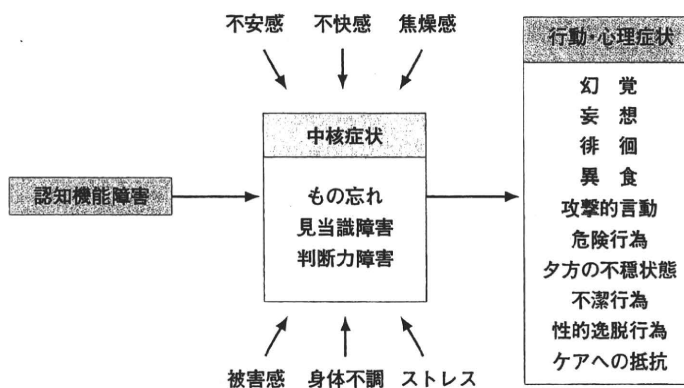


図3 行動・心理症状(BPSD)の出現原因

加藤伸司：痴呆による行動障害(BPSD)の理解と対応、浴風会、東京、2002。より

BPSDが起きている理由を読み解く努力を

もちろん、BPSDの薬物治療が認知症診療の一手段であることに変わりはない。しかし、BPSDのほとんどの場合に理由があるとわかれば(図3, 4), それを解釈せずに薬剤を用いることには疑問がある。木之下氏は、かかりつけ医がこの点を深刻に考える重要性を指摘する。

「症状だけに注目する安易にルール化された薬の使い方ではなく、なぜBPSDが起きているのかという問題を読み解く努力が求められます。私はこれを“腑分け”と呼びますが、見方をかえれば処方も変わってくるはずですよ」(木之下氏)。

それでは、暴力的な症状などで家庭生活が破綻し、行き詰まっている場合はどうか。一般的には薬物療法の適応といえる。家族が落ち着くこ

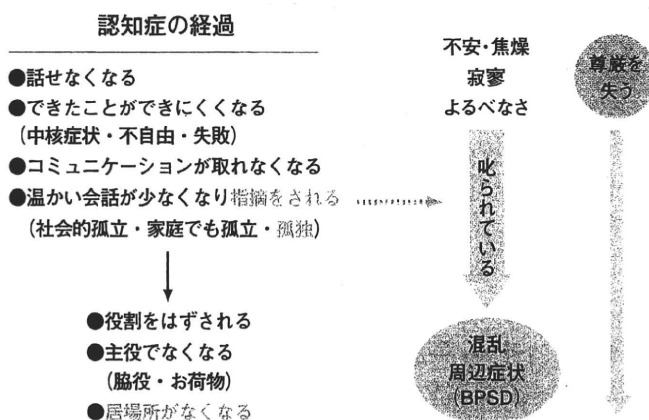


図4 認知症になりゆく経過

認知症本人は社会・家庭のいずれでも孤立する

安部 博：やさしく学ぶ認知症のケア、長谷川和夫編著、永井書店、大阪、2008。より改変

とが本人のため、とする考え方もある。確かに、本人の幸せを常に考えている環境であれば、家族間の利益は一致するから問題はない。しかし、家庭のあり方は一様ではなく、本人の希望を斟酌せずに投棄してしまう可能性は否定できない。これが認知症診療の難しさの1つだ。

「家族の考えや意見を聞いて、その結果として薬を出すというのは、実のところあまり気持ちがいいものではありません。結局、副作用を背負うのはご本人なのです」(木之下氏)。

それでいて、家庭破綻も無視はできない。結局は、本人の声を集める努力と、少なくともその意向が汲み取れたとわかる仕組みがあればと感じる。しかし、誰が代弁者となり得るのか。本当は誰もいないことに木之下氏は気づく。

「答えはありません。それだけに、その場その場で深い思慮が必要。医者は自らの存在をかけて受け止めるしかありません」(木之下氏)。

適切な医療という言葉に異論はない。だが、なにに対しての適切さだろうか。家族の訴えを正しいとしてその改善を適切な介入とするなら

ば、強力な薬物治療を行うことも間違いではない。逆に、本人の立ち位置からみた時には別の価値基準が現われる。定式化されたルールがないなかで医師は選択を迫られる。かかりつけ医にとって、認知症診療の最も大きな問題は技術ではない。

「認知症をみている医者は、おそらくみんな悩んでいるはず。これまで、こうした議論があまりにも少なかったと思いますね」(木之下氏)。

認知症をみながら 人というものを考える

極端な話だが、BPSDがそれほど問題であるのなら「認知症の人を社会から排除する論理が出てきてもおかしくはない」と木之下氏は考える。しかし、そうはならない理由が必ずある。その答えは、認知症をみながら人というものを考える、あるいは自分の生きている意味を見つめなおすという、人間のより本質的な部分につながるのかもしれない。

「パーソン・センタード・ケアという言葉がありますが、その意味を



木之下 徹

こだまクリニック 理事長・院長

1988年東京大学医学系研究科保健学専攻修士課程修了。96年山梨医科大学医学部卒業、山梨医科大学文部教官助手。2000年国立精神神経センター武蔵病院内ミレニアムゲノムプロジェクト(アルツハイマー病・てんかん)に参画。01年現職。

私は、ケアの対象となる人の視点でみることに近づこうとする努力のことだと理解しています。それなくしてタスク・オリエンテーションやマニュアル的なアプローチのみでは、認知症医療はうまくいかない」(木之下氏)。

木之下氏たちはいま、在宅高齢者支援を目的に、専門業種間を横断したNPO法人・地域認知症サポートブリッジ(www.dsbridge.or.jp/)を運営している。隔月1回定期的に開催される「在宅認知症ケア連絡会」では、認知症ケアをめぐる問題点を整理し、解決策も含めて積極的に発信する活動が続く(図5)。

「文句を言うのではなく、具体的に方向性を示せる集団が目標です」(木之下氏)。

ものの見方を変えれば、処方ばかりか、いずれ制度までも変わるかもしれない。

図5 地域認知症サポートブリッジ

本人の思いと力は失われない

認知症対策は社会的サポートの集合によって機能する。その一端を担うケアの現場はいま、認知症への理解と関わり方への意識を転換させながら将来を模索する。医療との連携にも実効のある手法が見えてきた。

「してあげる」から「本人本位」の介護への転換

認知症のケアのあり方は、決して一様であったわけではない、むしろこの40年間、模索を続けながら進化してきたといえる。70年代の「ケアなき時代」の後、80年代に入ると支援側本位の集団管理型介護が主流となる。しかし、問題への対処を基本とする「してあげる」介護は、認知症を持つ人々を置き去りにする結果となった。その反省に立ち、90年代後半に生まれたのが「本人本位」への流れだ。

「そもそも介護を受ける方はどう暮らしたいのか、個々の視点からそれを見きわめ重視する。ご本人にはまだ生活する力が残されているという考え方でした」。

認知症介護研究・研修東京センター研究部副部長の永田久美子氏は、変化の背景をそう説明する。

認知症を持つ人には、脳の器質的変化の他にもさまざまな出来事が起こっている。高血圧、発熱、水分不足、栄養不足、便秘、下痢、不眠、聴力・視力の低下などの身体的問題と、底なしの不安がもたらす自信喪失、失望、意欲の低下。無為の生活は孤立を生

み、空調の音や人のざわめきなどごく普通の環境すらストレスと感じる。

さらに、木之下氏も指摘したように本人はなにもわからないという周囲の決めつけがある。自分を理解してもらえない屈辱は想像以上で、孤独と混乱の毎日が続き生活が狭まって行く。その結果、状態悪化の一途をたどるといった悪循環が起こる。

「現在の認知症ケアの課題は、ご本人の心身のストレスを小さくして、“安心”と“快”を日々作りながら、潜在力を見出して生かしていく。その人らしさが発揮できる時間を少しでも増やそうというものです」(永田氏)。

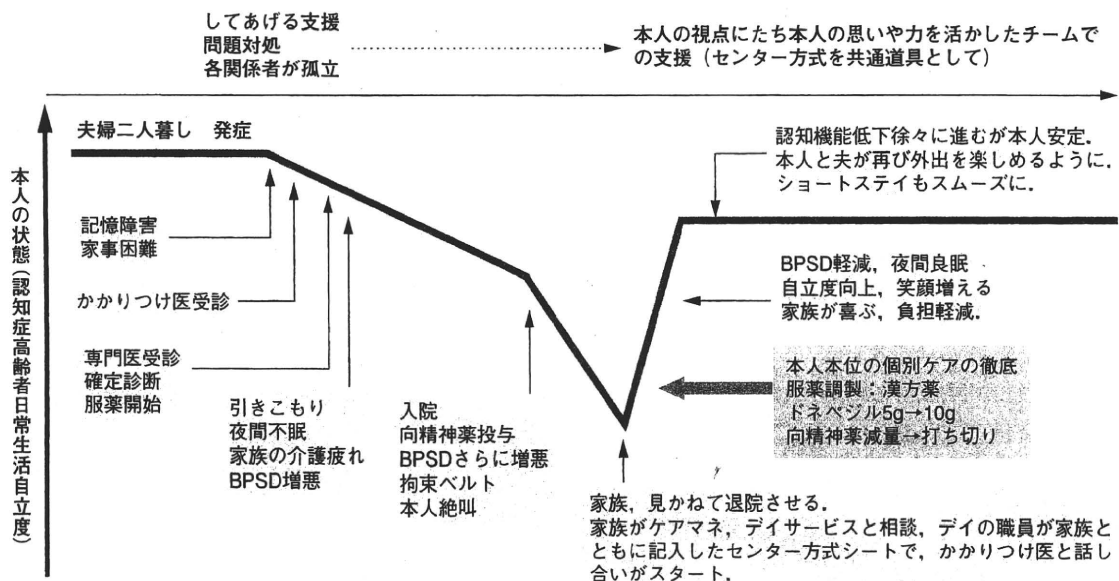


図6 あるアルツハイマー型認知症の女性がたどった経過

永田久美子による

状態が悪化した時期でも介護と医療がチームで一体的に関わったことによって症状の改善が得られたケース。

その理解と支援の有無によって、症状や自立度の経過に大きな差が生じるという。現実には、医療や介護がかかわった時点で症状はすでに進行していることが少なくない。しかし、どの段階であっても本人はなんらかの力を残している。諦めないことが重要と永田氏は強調する(図6)。

「大切なのは小手先の対応ではなく考え方を考えることです。これまでのケアはご本人と向き合ってこなかった。重症の方でも視線を合わせると安心される。本人が発する声のなかには不安と要望が出続けています」(永田氏)。

妄想という言葉でくらずに、ありのままの声や全身のサインを受け止め手がかりを探る。それがこれからのケアの基本だという(図7)。

「センター方式」の活用は医療との連携にも有用

「本人本位」のケアを実践する手法として注目されているのが『認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式』いわゆるセンター方式だ。認

知症の個々の特徴を把握するために考案されたシートによる記録法で、専門職や家族が共通に使える「道具」と考えればわかりやすい。ポイントはその継続性と事実性にある。

ケアに連携は欠かせないが、これまでは本人の情報や個別の支援の工夫が、的確に伝わっているとはいえなかった。センター方式を使うと、生活リズムや状態変化、受診・服薬の状況、自立度の経過などの情報が、初期の段階から本人について歩くことになり、施設を移った時なども同じ説明を何度も繰り返す必要はなくなる。

また、家族の言葉に多い「しよっちゅう動いている」の「しよっちゅう」が本当はどの程度なのか。具体的に確認してみると、「しよっちゅう」の頻度もさまざまだ。本人の言動をありのままにシート記していくと、その人なりのパターンが推測ではなく浮かび上がってくる。

「突然怒り出す、動き出すという行動の背景には、不安や恐怖など本人なりの理由と意味が必ずある。それを思いやりましょうという漠然



永田久美子

認知症介護研究・研修東京センター
研究部副部長

1984年千葉大学大学院看護学研究科修了。学生時代から地域や病院、施設で認知症の人と家族を支援する活動と研究を続ける。東京都老人総合研究所を経て2000年8月現職。

としたレベルではなく、事実情報をこつこつと集めていく。最近では本人が安らぎ、本来の姿を現わすための「鍵を探す」ことを大事にする介護職員が増えてきました」(永田氏)。

経過が一目でわかるため、受療や介護サービスの必要性を示すことができ家族・医師・介護職との方針合わせにも役立つ、現状の捉え方について関係者間のずれも少なくなるなど、検討の素材として有益だという。

さらに、気付いたところから記入でき、書き足しによる積み上げができる手安さもあって、専門職ばかりでなく家族にも使われることが多い。専門職も知らなかった本人の情報が多く出てくるほか、家族が医師や介護職員の前で本人が恥と感じる発言をせずにすみ、本人と家族の関係悪化も防げるといった利点もある。

医療との連携にも良好な作用が生まれた。

「グラフなので経過がひとめで把握でき、受診時に便利です。かか

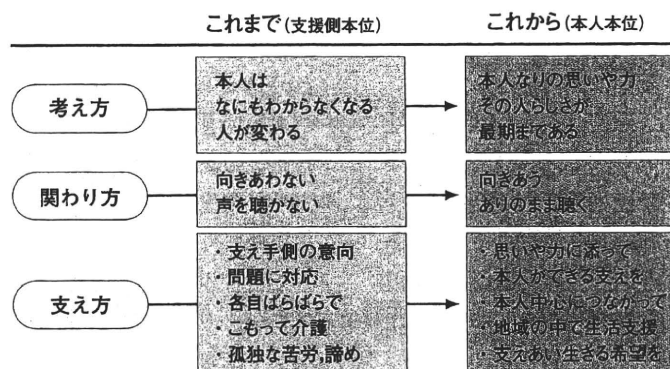


図7 認知症ケアの考え方の方向

本人と向き合い、ありのままを聴く。

永田久美子による

りつけ医の方が外来ではみることのできない普段の様子を知ることができます。服薬調整に欠かせないという医師もおられ、薬の量や服用時間のさじ加減に活用されています」(永田氏)。

処方を変えたことによる影響も次の受診時に具体的に確認できるほか、家族が異常になぜ気づいたかなど基本事項の聴取を限られた診療時間で効率的に行えるという。

地域とのつながりは 本人・家族の孤立を防ぐ

最近の認知症ケアのもう1つの特徴は、支援の理念を「本人本位」をベースに「地域包括ケア」へと進め

る将来像が描かれていることだ。

センター方式には、本人の暮らしを支える人々や場所などを記載する「支援マップ」と呼ばれるシートがある。

「ご本人と地域の関係を自己資源としてみると、多彩なつながりがみえてきます。専門職はある一時点のかかわりに過ぎず、むしろご本人にとって大切なご近所、外食先、商店、友人など、馴染みの関係が切れないようにつなぎ手になるのがケアの役割です」(永田氏)。

地域とのつながりは、生活のペースを作り、症状の安定や活力の増加につながるばかりでなく、本人・家族の孤立を防ぐ点でも重要だ。

最近では、若年性認知症で療養

中の人が、地域の保育園でペンキ塗り、窓ふき、掃除等で活躍したという例もある。認知症であっても地域で暮らす姿をみせることで疾患へのイメージが変わり、地域住民に早期の受診を促すことにもつながるのではないかと永田氏はみる。

「これまで地域支援とは支援する側にとっての地域で、ご本人にとっての意味が薄かった。大人としてのはいあいの場や付き合いがあったはずで、病気を理由にそれを閉じてしまうのではなく、これまでどおりの生活を保てるような支援がこれからの時代、不可欠です」(永田氏)。

ケアのあり方は、本人の個性というミクロな視点から、地域へのダイナミックな展開へと幅を広げつつある。

症状こそ診断と治療の基本

認知症の診断には、かかりつけ医レベルでは対応が困難な部分もある。もっとも、診察の要点に差異はなく、治療では避けるべき手段に留意したい。また、決め手の早期発見ではかかりつけ医の役割が決して小さくない。

自らもの忘れ外来を 受診する人が増えてきた

弘前大学附属病院でもの忘れ外来を担当する東海林幹夫氏(神経内科教授)によると、最近の外来受診者の傾向には、2つのタイプがみられるという。

「1つは家族とともに来られる場合。これらはほぼ認知症です。もう1つは、自ら認知症ではないかと1人で受診されるもので、軽度認知障害(MCI)やうつの方が多ようです」。

前者は、同じ発言の繰り返しやもの盗られ妄想、火の不始末などすでに症状があり、日常生活に支障をきたしている例がほとんど。後者は、企業をリストラとなった人などがもの忘れや自発性低下などを自覚する場合だ。認知機能検査は標準的なMini-mental State Examination(MMSE)を用いるが、おおむね前者20点、後者25~26点という結果だという(24点未満で認知症の疑い)。いずれにせよ、積極的な受診が増えている印象で、認知症に関するマ

スコミ報道等の増加が影響しているとみられる。

「なかには、仕事ぶりがおかしいと会社から勧められて受診する若い人もいます。よく観察し、話を聞いて他の疾患と鑑別することが重要です」(東海林氏)。

初期診断は一般に、簡易テストとして長谷川式簡易認知評価スケール改訂版(HDS-R)、MMSEがあるが、介護者からの聞き取りによって記憶や見当識などの日常活動を評価するClinical Dementia Rating

(CDR)を行うとよい(図8)。80歳以上の高齢者では認知症でなくても計算ができない場合があり、簡易テストのみで診断はできない。ただ、CDRには1時間程度が必要なため外来時間中の実施は難しく、臨床心理士などに依頼することになる。

日常生活の障害の程度こそが認知症の本質

かかりつけ医が診断する場合、東海林氏は実際にみられる症状を大切に扱うことをすすめる。

「症状によって日常生活がどの程度まで障害されているのかを把握する。それが認知症の本質で、早期にしろ、進行状態にしろ、診断において最も重要なポイントです」

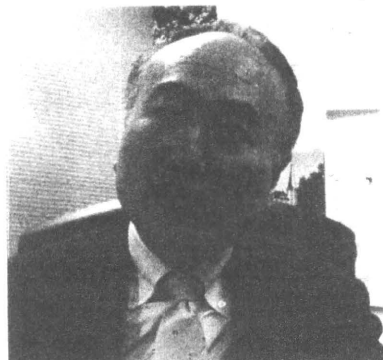
認知症の見きわめ自体は、本人と家族の訴えをよく聞けば比較的容易ともいえる。むしろ、ただちに投薬という手段を避けたい。

通常の血液検査は、甲状腺機能

低下症や肝性脳症などに起因し、原疾患治療で認知症状が治癒可能な例を除外するために軽視できない。大学病院レベルではMRIや脳波検査も診断に用いられる。もっとも、画像診断は病型鑑別に用いられるもので、それによって認知症が確定されるわけではない。

認知症の基礎疾患として最も多いアルツハイマー病(AD)を確定するには、半年から1年の経過観察が必要で、記憶障害だけでなく失語・失行・失認など大脳皮質症状の確認も欠かせない。せん妄との鑑別点は状態が変動することで、急激な発症ならばせん妄を疑ってよい。

AD以外の認知症としては東海林氏の場合、レビー小体型認知症をみる機会が増えている。典型例では意識障害・幻視・ふらつきが組み合わせで現われる。脱抑制を特徴とする前頭側頭型認知症は、実際にはごく稀な疾患で東海林氏もこの20~30年間に50例ほどの経験がある



東海林幹夫

弘前大学大学院医学研究科
脳神経内科学講座 教授

1980年群馬大学医学部卒業。84年群馬大学附属病院助手、90年同講師。91年米国ケースウェスタンリザーブ大学留学。2001年岡山大学神経内科助教授。06年現職。

ただだ。かかりつけ医が、年間を通じて診察する機会はほとんどないはずという。

気をつけたいBPSDへの禁忌

認知症への薬物治療(図9)では、

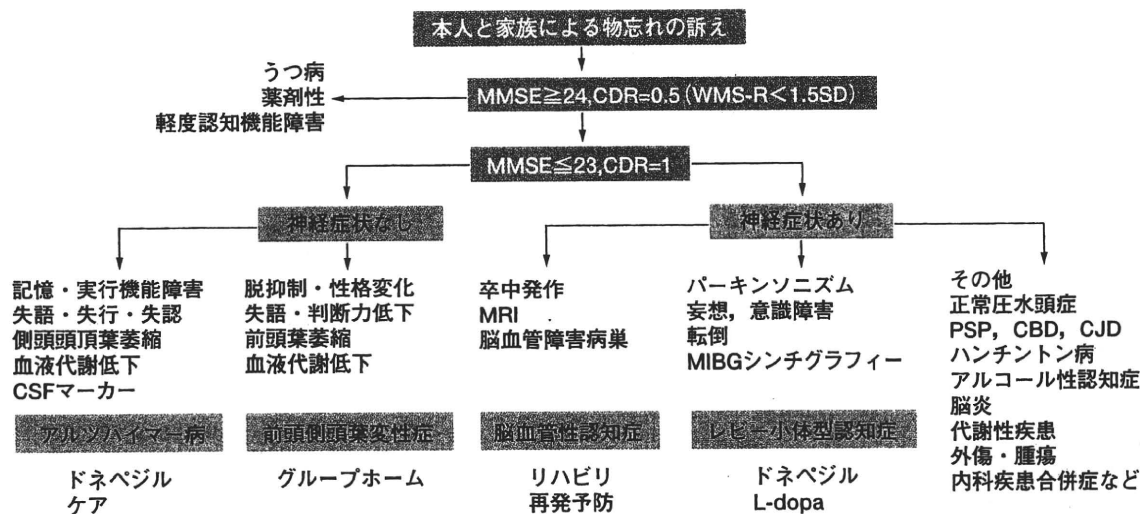


図8 認知症診断の手順とポイント

東海林幹夫：認知症テキストブック、日本認知症学会編、中外医学社、東京、2008。より