

表2 高齢者医療のポイント

|   |
|---|
| 1. 後期高齢者の生活を重視した医療  |
| 一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どのような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。 |
| 2. 後期高齢者の尊厳に配慮した医療  |
| 自らの意思が明らかでない場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。   |
| 3. 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療   |
| いずれ誰もが迎える死の前に、安らかに充実した生活が送れるように、安心して命を預けられる信頼感のある医療が求められる。  |

手帳を利用しつつ、重複投与を減らすなどして、多剤投与や重複投与による有害事象の予防を目的とした。専門的医療が必要な場合には、臓器別専門家を紹介することができる。高齢者を単なる疾患や臓器だけの診療に留まらず、総合評価をすることで、高齢者の生活機能を理解し、かつ全人的に、かつ包括的に診療することに意義がある。そしていわゆる「かかりつけ医」は高齢者担当医として通常の診察後に診療計画を立案し、診療日誌の作成を行うこととされている。

入院医療においても、また入院した際にも総合機能評価を行うことで、入院計画ならびに退院計画を立案し、退院前に病院の医師、在宅主治医、ケースワーカー、ケアマネジャー、訪問看護などが寄り集まり、カンファレンスを行うことでスムーズな退院支援、在宅移行が可能となる<sup>3)-5)</sup>。

### 高齢者医療の考え方

後期高齢者は前期高齢者と異なり、複数の病気もち多臓器障害をもつリスクが高くなる。当然後期高齢者の診療は成人や前期高齢者とは異なり、認知症などの老年症候群や虚弱高齢者の問題をふくめて、総合的に生活機能を評価し、高齢患者を総合的に診ることが求められる。さらにその人の最期を看取る医療である。すなわちその人の病気の治療に留まらず、その人の生活や医療への希望や死の迎え方を把握することが、患者からも求められている。つまり高齢者担当医により、地域で安心して診療を受け、本人の意思や、本人の意思に基づく事前指定を踏まえて、医療を選択し継続的に診療を受けること(切れ目のない医療の実践)は高齢者にとり有益であり、現実的である<sup>6)7)</sup>。その際、医師は高齢者を総合的に診療することができることが条件である。そして緊急時は病院と連携し、緊急対応できることが望ましい。さらに入院時に高齢者総合機能評価を行い、退院支援計画を立案し、退院前に退院カンファレンスを行うことで、高齢患者に

対してチーム医療を行い、地域で診療を支える医療体制が可能となる。本制度は医師の説明に基づき、患者本人の選択による制度であり、よりインフォームドコンセントや事前指定の考え方になじむ制度となっており、高齢者医療の質の向上に寄与することは間違いがない。本制度の医療ポイントを表2に示した。

高齢者医療の前提に在宅医療があることは言うまでもない<sup>8)</sup>。厚労省のアンケートで住み慣れた家で人生の最期を迎えたいと回答した人の割合が約6割を占めている。現実には病院などで亡くなる人の割合が8割を超えている。こうした背景の中で在宅療養支援診療所の体制が整備されつつあるが、いぜん十分機能していないことは明らかである。どこに在宅を支援してくれる医師がいるかも市民にはわからない。地域に根ざして必要な時に必要な医療を提供することが在宅医療であり、必要な医療を行い、不必要な医療を行わず、本人の意思に基づく全人的医療を行うことが本来の在宅医師の役割である。この趣旨はまさに高齢者担当医の方向と同じものである。

### 後期高齢者医療制度の具体的内容

本制度ではいわゆる主治医として、患者が高齢者担当医を一人選択する。すなわち高齢者担当医とは在宅を中心に、高齢患者の主治の医師となり、総合的に診る医師のことである。高齢者担当医は高齢者を普段からよく観察し、病状を把握し、その生活や考え方を理解した上で、問診や診療を行う。高齢患者に対し原則的に定期的に総合機能評価を行い、その後治療やリハビリなどの介入を行うことが重要である。またカンファレンスなどを通じて多職種と連携することが求められる。カンファレンスでは連携を重視し、情報交換と意思統一を行うことが可能である。歯科医師をはじめ、看護、介護、リハビリや薬剤師、栄養士などと連携をとることがよりよい医療の提供に欠かせない。病気だけでなく、生活や家庭や、本人の気持ちに寄り添うことが必要であり、医療の提供に

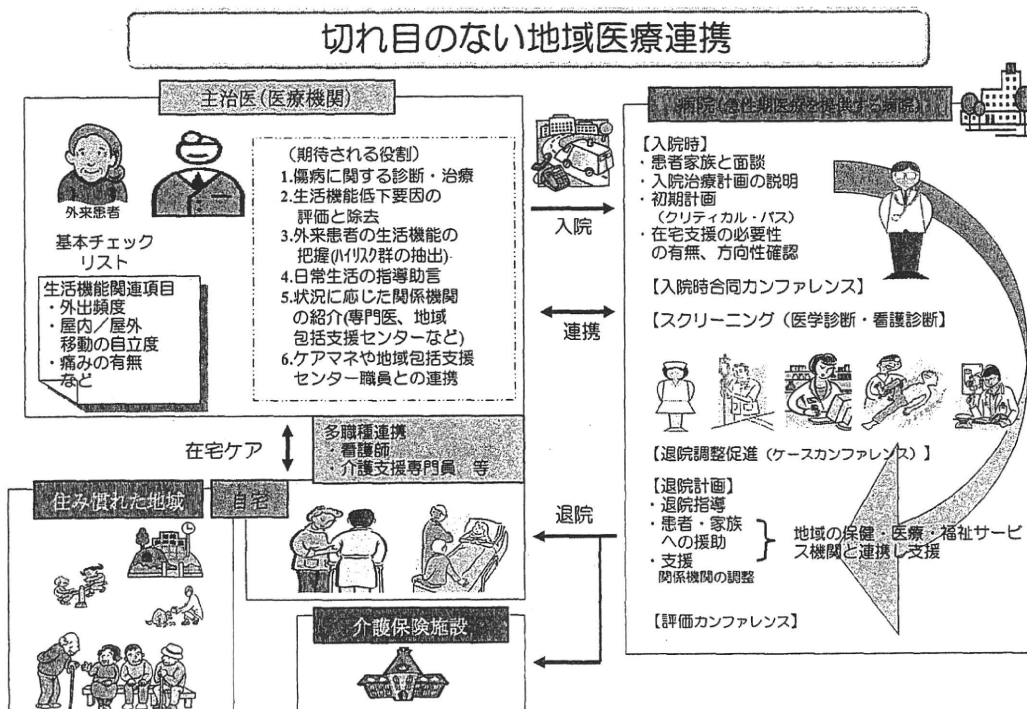


図1 切れ目のない地域医療連携

あたり、地域の資源を活用し、連携した上で生活に配慮した医療の提供が重要である。

後期高齢者医療制度では患者の意思により保険上の主治医を決めることになり、シームレスケアをキーワードに75歳以上では少なくとも一人の高齢者担当医を決めた時から終末期までを一人の主治医がその医療や介護の全般にわたり、責任をもつことが望ましい(図1)。高齢者は複数の病気をもつ、しかしながら専門医はこれまで臓器や疾病の診療を専門とし、高齢者の診療にはなじまない現実があった。その結果老年医学が必要とされた歴史があるし、真の在宅医師は専門医とは異なり、総合医として地域で活躍してきた。

認知症や多臓器障害をもつ高齢患者に定期的に総合評価を行い、薬の適正な処方と管理を行う<sup>9)</sup>。そのために年間の診療計画を立案する。こうした医療管理の延長上に在宅緩和ケアがある。

後期高齢者医療の対象疾患においては、定められた13の慢性疾患のうち1つを1人の患者の「主病」と決め、その「主病」の診療を行っている医療機関のみが算定できる「1患者1医療機関」のルールとなっている。対象疾患の内訳は糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜん息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎である。

診療計画は病気、病態や検査結果に基づき合理的に診療の手立てを計画したものである、当然逸脱はある可能性があるが、計画を立案し、患者の了解を得ることで、診療に対する信頼感や安心感が生まれる。年間計画を立案し、毎回の診療内容の報告も行う。

診療計画の立て方は検査や問診、さらに総合機能評価をもとに治療計画を立案する。またその際本人や家族の意向をきく。また病気の説明を十分に行う必要がある。

次に診療内容の要点を記載し、診療記録を本人に手渡すことで情報開示とインフォームドコンセントの徹底に有用となる。毎月血圧、体温、脈拍、検査、内服状況を示すことで診療内容に対する安心感も生まれる。毎回の診療において手間隙はかかるが、説明と同意が文書で正確に行われることとなる。患者にとりどんな診療をしてもらったのか文書でもらうことは大きな意義がある。

高齢患者が入院した場合には退院カンファレンスが重要である。情報の共有が重要である。高齢患者では入院して1週くらいで病状がある程度落ち着いた時点で総合機能評価を行うことが求められる。その結果をもとに治療方針の立案、退院計画の立案、カンファレンスの実施を行う。カンファレンスは短いほどよいが、必要な情報交換とチームの意思統一が必要である。カンファレンスの際に必要な情報はケースによっても異なるが、病名、症状、患者への説明内容、検査結果、薬剤、必要な処置、

表3 後期高齢者医療制度と老年医学

|           |                  |
|-----------|------------------|
| ・高齢者担当医   | ・老年科医 (総合医)      |
| ・切れ目のない医療 | ・終末期まで           |
| ・高齢者の総合評価 | ・CGA             |
| ・薬歴管理     | ・高齢者の薬物療法        |
| ・診療計画     | ・チーム医療 (カンファレンス) |
| ・認知症診療    | ・認知症診療           |
| ・在宅終末期医療  | ・終末期医療への関与       |

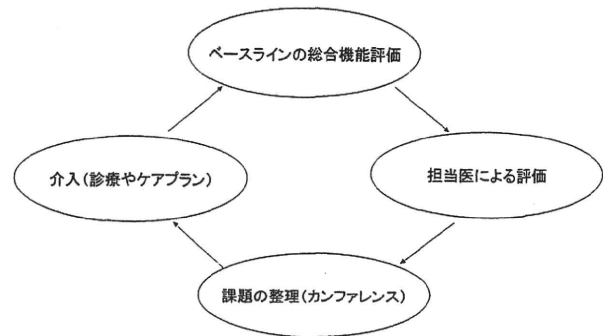


図2 高齢者総合機能評価の基本構造

表4 高齢者総合機能評価36 (長寿医療センター版)

|         |    | はい  | いいえ |
|---------|----|---|-----|
| 基本的 ADL | 1  | 階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか                     |     |
|         | 2  | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか              |     |
|         | 3  | 入浴, お風呂は自分一人で入って, 洗うのも手助けはいりませんか          |     |
|         | 4  | 15分位続けて歩いていますか                            |     |
| IADL    | 5  | 日用品の買い物をしていますか                            |     |
|         | 6  | 預貯金の出し入れをしていますか                           |     |
|         | 7  | 自分で薬の管理はできますか                             |     |
|         | 8  | 自分で電話番号を調べて, 電話をかけることをしていますか              |     |
| 口腔      | 9  | 毎日, 自分で歯をみがいていますか                         |     |
| 閉じこもり   | 10 | 週に1回以上は外出していますか                           |     |
| 意欲      | 11 | 挨拶, 呼び掛けに対して, 返答ができますか                    |     |
| 睡眠・気分   | 12 | 夜, 睡眠は十分とれていますか                           |     |
| 満足感・QOL | 13 | 自分は健康だと感じていますか                            |     |
|         | 14 | 自分は幸せだと感じていますか                            |     |
| 栄養      | 15 | 身長 ( ) cm, 体重 ( ) kg, (BMI = ( ))         |     |
|         | 16 | この6カ月間で, 2~3kgの体重減少がありましたか                |     |
| 感覚器     | 17 | 新聞やテレビの画面が見えにくくなりましたか                     |     |
|         | 18 | 人の話し声が聞こえにくくなりましたか                        |     |
|         | 19 | においがわかりにくくなりましたか                          |     |
| 排尿障害    | 20 | 尿を漏らすことがありますか                             |     |
| 摂食・嚥下   | 21 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか                   |     |
|         | 22 | お茶や汁物等でむせることがありますか                        |     |
| 転倒      | 23 | この1年間に転んだことがありますか                         |     |
|         | 24 | 転倒に対する不安は大きいですか                           |     |
| うつ・気分   | 25 | 自分が無力だと思いますか                              |     |
|         | 26 | いらいらしたり, 逆に落ち込んだりすることはよくありますか             |     |
|         | 27 | これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなりましたか               |     |
| 認知機能    | 28 | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか         |     |
|         | 29 | 今日が何月何日かわからない時はありますか                      |     |
|         | 30 | 自分の名前, 年齢, 出身地がいえませんか                     |     |
| 要薬行動    | 31 | 4種類以上の薬を内服していますか                          |     |
|         | 32 | 複数の診療科を受診していますか                           |     |
| 事前指定    | 33 | 自分が不治で回復不能の病気になった時, 自分の受ける医療についての希望はありますか |     |
| 介護環境    | 34 | 物忘れがあり日常生活に誰かの介護が必要となっていますか               |     |
|         | 35 | もし介護が必要となった場合に誰か介護に専念できる介護者がいますか          |     |
| 経済状況    | 36 | 自分の生活には困らない程度に経済的にゆとりはありますか               |     |

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<br>(スクリーニング目的) | 完全版 CGA<br>(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<sup>10)</sup>。

### 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同性が理解できる。

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うまでもない。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は容易ではない。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, バル出版, 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<sup>1)</sup>。

Laurinら<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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 $\epsilon$ 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

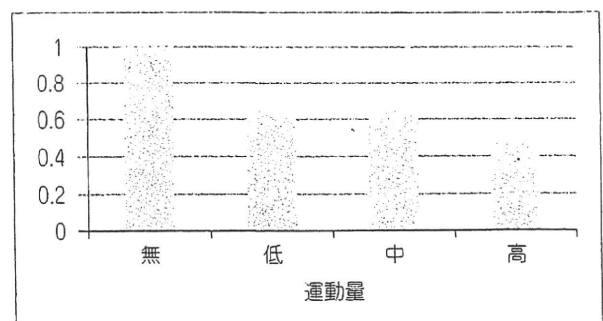


図-1 運動量とアルツハイマー病リスクの関係

\* 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<sup>4)</sup>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ことを報告している。

### 運動による人への介入研究におけるエビデンス

Kramerら<sup>5)</sup>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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。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  $16.8 \pm 7.1$ )。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、心理面ともによい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<sup>8)</sup>。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、疾患別にアスレティ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

文光堂

<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<sup>\*1)</sup>・三浦 久幸<sup>\*2)</sup>

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、根本治療薬は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<sup>1)</sup>。ドネペジル塩酸塩の有用性は言うまでもないが、ADに対する治療の標準化をもたらしした。

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 <sup>1)</sup> 部長 (えんどう・ひでとし) <sup>2)</sup> (みうら・ひさゆき)

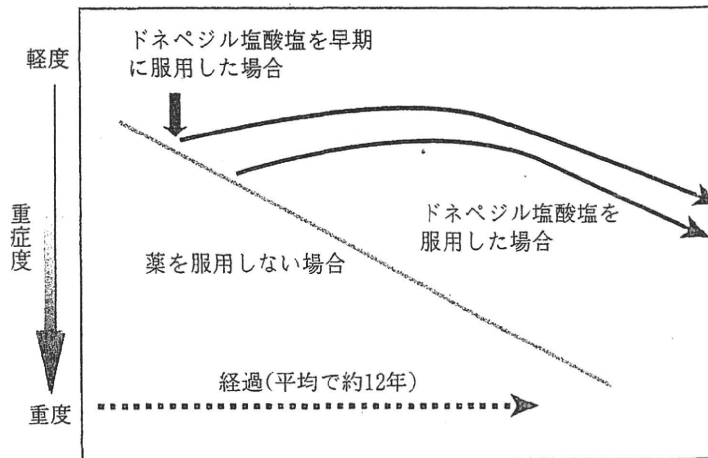


図1 アルツハイマー型認知症へのドネペジル塩酸塩の効果

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薬に比べ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

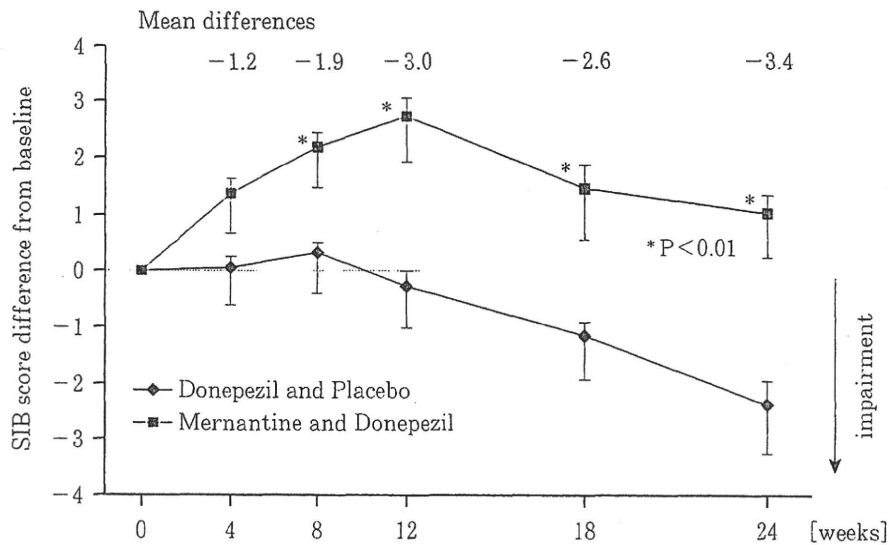


図2 ドネペジル塩酸塩とメマンチンの併用効果

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A $\beta$ (アミロイド $\beta$ 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、 $\gamma$ 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試験の現状を示したが、既に有害事象

—— 特集 ■ 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 切断酵素の調節により Aβ の産生をおさえる    | γ-セクレターゼ阻害薬                    |             |          |           | GSI-953 (USA)  |  | LY450139 (USA)<br>MPC-7869 (Flurizan) (USA)  |
| 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 | アミロイドに対する受動免疫<br>アミロイドに対する能動免疫 | PF-04360365 |          |           | PF-04360365 (Canada)<br>RN1219 (USA)<br>CAD106 (Sweden)<br>AFFITOPE AD01, AD02 (Austria) |  | Bapineuzumab (AAB-001) (USA)   |
| 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)<br>PPI-1019 (APAN) (USA)<br>TTP488 (USA) |  |
| Aβ を標的としない治療                | AChE 阻害薬                       |             |          |           |  | Galantamine<br>Rivastigmine<br>Memantine                           | Neramexane (USA)   |
|                             | NMDA 受容体阻害薬                    |             |          |           |  |  | Intravenous Immunoglobulin (USA)<br>Rasagiline (USA)<br>Huperzine A (USA)<br>GTS-21 (USA)<br>CX516 (Ampalex) (USA) |
|                             | 神経保護薬                          |             |          |           |  |  | raloxifene (USA)   |
|                             | ニコチン受容体作動薬                     |             |          |           |  |  | T-817MA (USA)<br>Dimebon (USA)   |
|                             | AMPA 受容体活性化薬                   |             |          |           |  |  |  |
|                             | 選択的エストロゲン受容体修飾薬                |             |          |           |  |  |  |
|                             | 神経栄養因子                         |             |          |           |  |  |  |
|                             | 抗ヒスタミン薬                        |             |          |           |  |  |  |
|                             |                                |             |          |           |  |  |  |
|                             |                                |             |          |           |  |  |  |

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-β-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)

があっ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 $\beta$ 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<sup>2)</sup>。しかしながらヒトでの臨床治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治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<sup>3)</sup>。

### 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<sup>4)5)</sup>。

## 1. 認知症治療の現状と今後

### 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、単独で治療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療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 clonical trial of nerve growth factor gene therapy for Alzheimer Disease. Nat Med 11: 551-555, 2005.



# 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。

「そ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を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)。

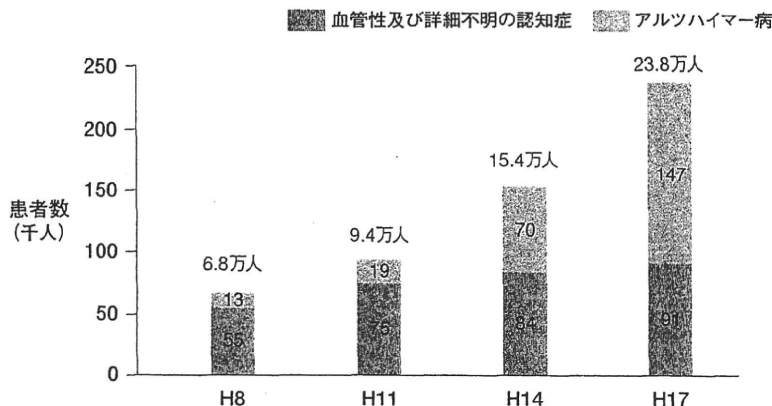


図1 認知症外来患者数の年次推移

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と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ささないか。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、脱水など薬剤がもとと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うおとすることで、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りの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“本人はなにもわからない”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か。

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、“本人はなにもわからなくなっている”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にだった。「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。「せっ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)。

### BPSDが起こっ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が起こっ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」(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

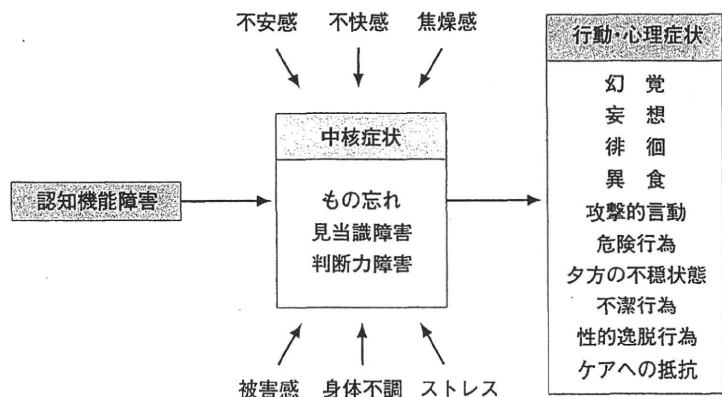


図3 行動・心理症状(BPSD)の出現原因

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

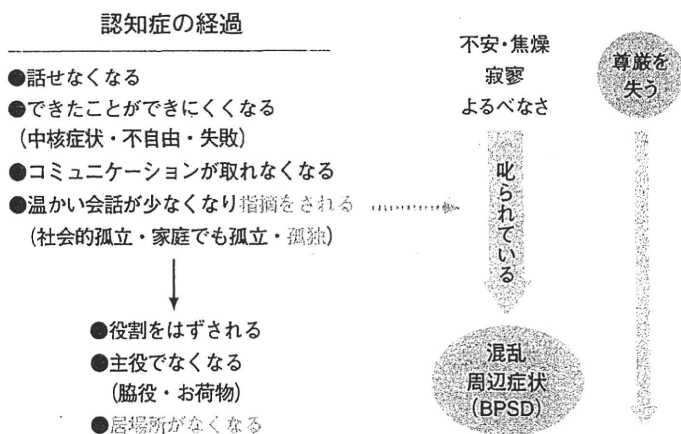


図4 認知症になりゆく経過

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。ここ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。医師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育助手。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、それ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つてよい。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が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う悪循環が起こる。

「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)。

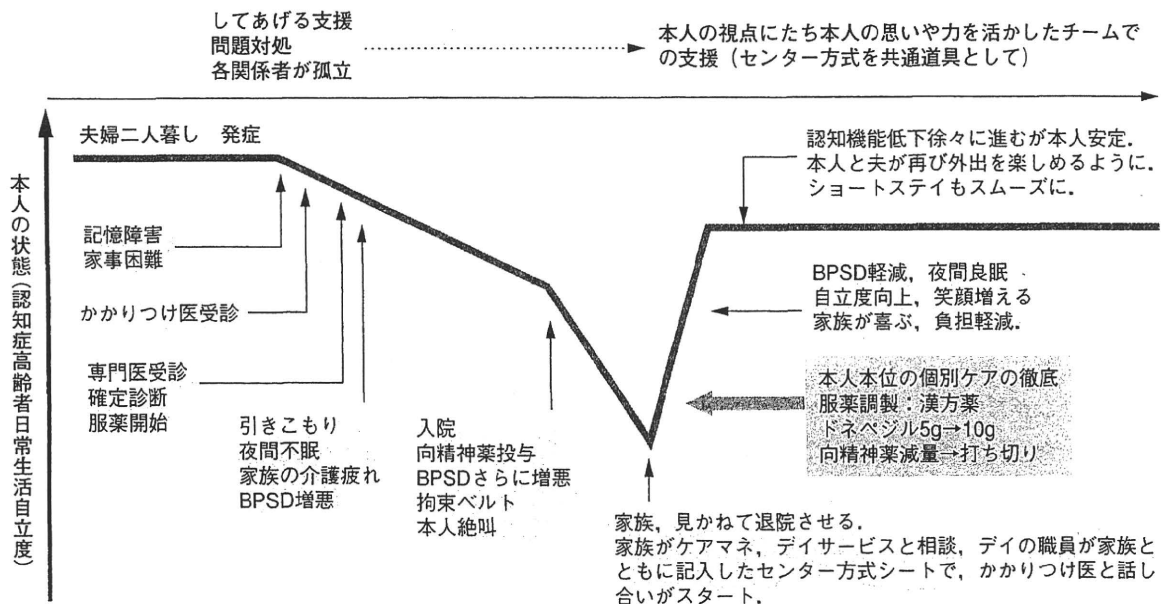


図6 あるアルツハイマー型認知症の女性がたどった経過

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。