

高年齢者の安全な薬物療法 第28回

監修：秋下 雅弘, 葛谷 雅文

臭化ジスチグミン(ウブレチド®)による
コリン作動性クリーゼを来した
高年齢者の1例櫻井 孝^{1,2)} 中田由香子²⁾ 安田 尚史²⁾ 岸上 景子²⁾
矢谷 宏文²⁾ 原 賢太²⁾ 永田 正男²⁾ 横野 浩一²⁾

1) 国立長寿医療研究センター 2) 神戸大学医学部附属病院総合内科

臭化ジスチグミン(ウブレチド®)は、神経因性膀胱などの低緊張性膀胱による排尿障害によく用いられる。臭化ジスチグミンは可逆的・持続的にコリンエステラーゼ(ChE)を阻害するため、下痢、腹痛、発汗、唾液分泌過多、縮瞳、徐脈などを来すことがある。症状が急激に増悪

し、呼吸困難を伴う危険な状態になることもある(コリン作動性クリーゼ)。高齢者では腎機能が潜在性に低下していることが多く、投与開始直後よりコリン作動性クリーゼの初期症状の発現に注意し、早期発見することが重要である。

症例呈示

71歳/女性

主訴：下腹部不快感、眩暈、労作時呼吸困難、浮腫。

既往歴：幼少時に肋膜炎、腹膜炎、結核。30年前より糖尿病。

家族歴：父は脳梗塞で死亡(72歳)、母は腎不全で死亡(49歳)、弟は動脈硬化、妹は横行結腸癌。

現病歴：X年4月に神経因性膀胱による腎盂腎炎にて入院。このとき起立性低血圧、糖尿病性神経障害を指摘されている。X年7月頃より下腹部不快感、眩暈、息切れ、浮腫などの症状が出現し、増悪するため精査加療目的で入院となった。

身体所見

入院時身体所見：意識清明、身長144 cm、体重38.5 kg、血圧124/84 mmHg、脈拍100/分、体温36.5℃、SpO₂はroom airで92%、眼瞼結膜の軽度貧血、両下肺野でcoarse crackle、両下肢の浮腫を認めた。

胸部X線：CTR 60%、CPAは鈍。

血液・尿検査(入院時)：WBC 12,800/ μ L(Neut

84.8%, Eos 0.5%, Ly 10.4%, Mo 4.2%), RBC $389 \times 10^4/\mu$ L, Hb 11.0g/dL, Plt $23.4 \times 10^4/\mu$ L, CRP 8.4 mg/dL, TP 7.8 g/dL, Alb 2.4 g/dL, GOT 14 IU/L, GPT 9 IU/L, LDH 212 IU/L, T-Bil 0.6 mg/dL, γ -GTP 36 IU/L, ChE 187 IU/L, BUN 18 mg/dL, Cr 0.91 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 3.0m Eq/L, Cl 92 mEq/L, T-Chol 188 mg/dL, HDL-C 57 mg/dL, TG 118 mg/dL, Glu 380 mg/dL, HbA_{1c} 12.7%.

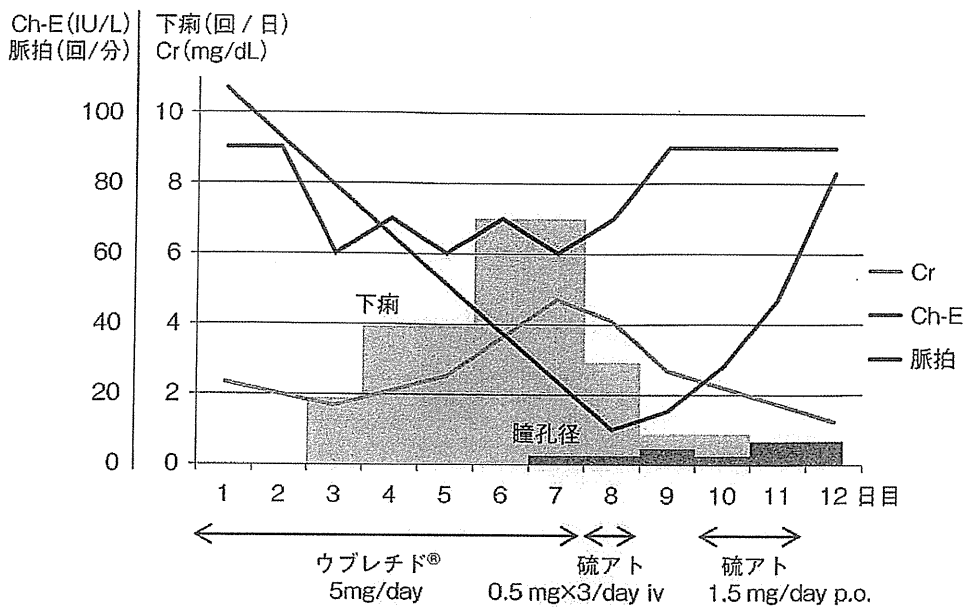


図1 ウブレチド®内服開始後の経過

尿比重 1.015, pH 6.0, 蛋白 2+, 糖 4+, 潜血 2+, 白血球定性 3+, 赤血球 1~4 個/HPF, 白血球 >100 個/HPF, 細菌 2+.

入院後精査により, 尿路感染症, 両側胸水, 右後頭葉亜急性脳梗塞が診断された.

臨床経過

糖尿病に伴う神経因性膀胱により尿閉となっており, 尿道バルーンを留置した. しかし尿路感染症を繰り返したため, 感染の原因となるバルーンを抜去するために, 臭化ジスチグミン(ウブレチド®) 5 mg, ウラピジル 3 mg を投与した. 内服開始 3 日後より水様性下痢, 腹痛, 嘔気が生じた. その後下痢の回数が増加したが, 発熱, 採血データ上炎症所見は認めなかった. また徐脈(60 回/分程度)を認めた. 内服開始 6 日後には, 乏尿, 血圧低下, せん妄, 傾眠傾向となり, pin point pupil を認めた. 血清コリンエステラーゼ(血清 ChE)は 10 IU/L に低下した.

臭化ジスチグミン内服開始後, 下痢, 徐脈, 血圧低下, 縮瞳, 血清 ChE 低下を急速に来したことから, コリン作動性クリーゼと考えた. 血

清クレアチニンも 1.6 mg/dL から 4.6 mg/dL まで上昇した. 呼吸状態は SpO₂ 90% 台後半で維持されていた.

腹部エコーにて下大静脈径は保たれており, 循環血漿量の低下による乏尿, 腎機能低下は明確ではなく, 腎後性の要素も否定的であり, コリン作動性クリーゼによる血圧低下による腎血流低下が, 腎機能障害の原因と考えられた. 臭化ジスチグミン投与 8 日後にウブレチド®を中止し, 瞳孔径を指標に硫酸アトロピンを投与したところ, 臨床症状, データは改善した(図 1).

考察

臭化ジスチグミンは可逆的, 持続的にコリンエステラーゼ(ChE)を阻害するため, 重症筋無力症や手術後および神経因性膀胱などの低緊張性膀胱による排尿障害に用いられる. 臭化ジスチグミンにより ChE が強く阻害されると, 症状が急激に増悪し呼吸困難を伴う危険な状態になることがあり, これをコリン作動性クリーゼという.

初期には下痢, 腹痛, 発汗, 唾液分泌過多, 縮瞳, 徐脈, 呼吸困難, 血清 ChE の低下などが認

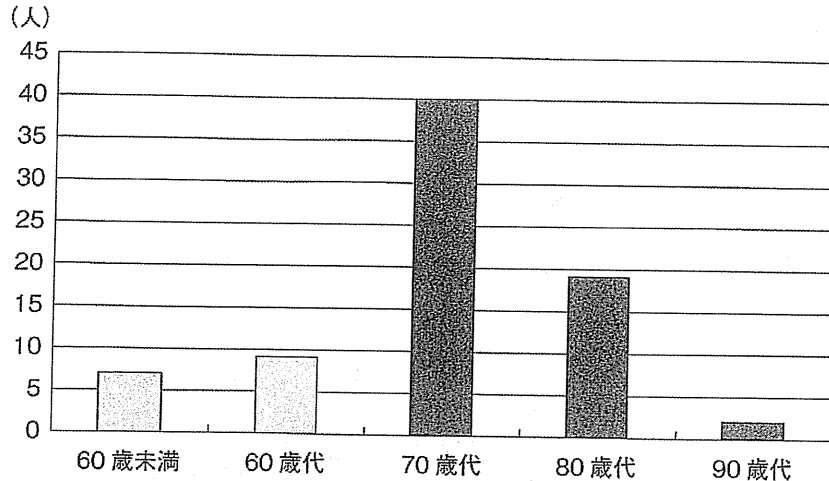


図2 コリン作動性クリーゼの年齢階層別発症
2006年4月～2009年12月に報告された78症例(文献2より引用)

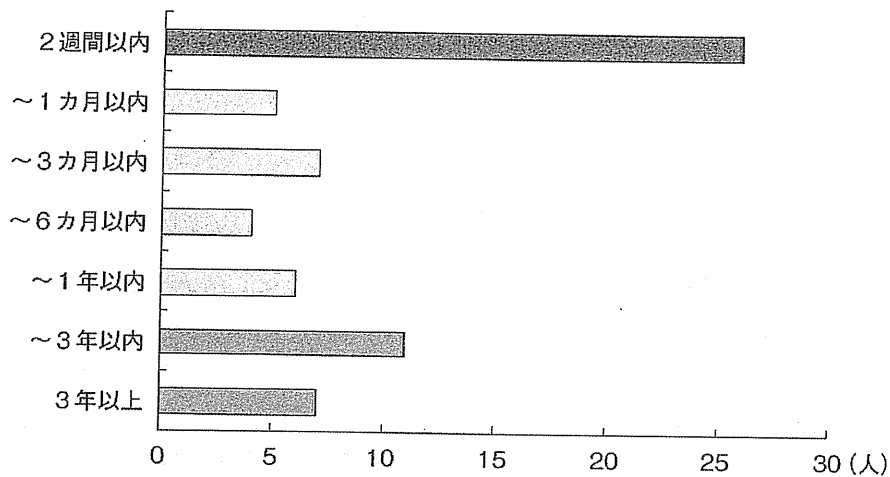


図3 ウブレチド®投与開始から発現までの期間
2006年4月～2009年12月に報告された78症例(文献2より引用)

められ、ただちに投与を中止する。軽症では胃洗浄や下剤投与を行い、硫酸アトロピン皮下注後、経口投与する。縮瞳、線維束攣縮、意識障害、呼吸不全、痙攣のうち症状が1つでも認められる場合は中等症、重症となり、必要に応じて酸素投与、気管挿管、人工呼吸管理などの集中治療管理を行い、硫酸アトロピンの持続静注を行う。本症例では縮瞳、せん妄、傾眠傾向を認めたため中等症と考えられ、臭化ジスチグミンを中止し、硫酸アトロピン静注を施行した。

臭化ジスチグミンによるコリン作動性クリーゼについてはこれまで多くの報告がある^{1,2)}。

販売を行う鳥居薬品からも重大な副作用として情報提供されている²⁾。2006年4月～2009年12月に報告された78症例についてまとめた(図2, 3)。70歳以上の発症が圧倒的に多く、高齢者で高頻度である。また臭化ジスチグミン投与開始からコリン作動性クリーゼ発現までの期間は、症例78例中、2週間以内が26例と最も多かった。長期投与例にも発症がみられ注意を要する。つまり、高齢者で臭化ジスチグミンを投与する場合、1日5mgから始め、投与2週間以内に下痢、腹痛、発汗、唾液分泌過多、縮瞳、徐脈などが生じないか慎重なフォローが必要と

臭化ジスチグミン使用時のポイント

- 臭化ジスチグミンはコリンエステラーゼを阻害するため、下痢、腹痛、発汗、唾液分泌過多、縮瞳、徐脈、呼吸困難などのコリン作動性クリーゼを来すことがある。
- コリン作動性クリーゼは高齢者に多く、投与

後2週間以内に発症することが多い。

- 臭化ジスチグミンを処方では1日5mgから始め、コリン作動性クリーゼの発現に厳重に注意する。

なる。本例では71歳と高齢で、下痢発現は投与後3日(ウプレチド®の投与量は5mg/日)であり、背景に慢性腎障害があった(投与開始時にはCr 2.3 mg/dL, eGFR 20)。臭化ジスチグミンの主な排泄部位は腎であることから、腎機能低下により、臭化ジスチグミンの排泄が遅延し、コリン作動性クリーゼが発現した可能性が考えられた。

コリン作動性クリーゼにより腎機能低下を来した例は2008年3月までに2例であり少ない。本例でコリン作動性クリーゼ発現後もさらなる腎機能低下を認めた理由として、コリン作動性クリーゼによる血圧低下による腎血流低下が一因と考えられた。

まとめ

臭化ジスチグミンによるコリン作動性クリーゼを来した高齢者の1例を提示した。高齢者では、腎機能が低下していることが多く、投与開始直後よりコリン作動性クリーゼの初期症状の発現に注意し、早期発見することが重要であると考えられた。

文 献

- 1) 塚原大輔:臭化ジスチグミン投与中にコリン作動性クリーゼを発症した症例. Geriatr Med 48:1109-1111, 2010.
- 2) 鳥居薬品社内資料(<http://www.torii.co.jp/iyakuDB/index.html>).

糖尿病

国立長寿医療研究センター

櫻井 孝 Sakurai, Takashi

KEY WORD

高齢者糖尿病, 耐糖能障害, 糖尿病管理, 高齢者包括的機能評価 (CGA)

はじめに

糖尿病とは、遺伝的素因のうえに肥満・運動不足・加齢などの環境因子が重なり発症する疾患である。糖尿病の病態はインスリン作用不足による糖質、脂質および蛋白の代謝異常である。インスリン作用不足はインスリン分泌不全またはインスリン抵抗性により出現するが、多くの例では両者が混在している。

今日、糖尿病の慢性合併症として、糖尿病性網膜症・腎症および神経障害といった細小血管症、冠動脈疾患・脳梗塞・下肢閉塞性動脈硬化症といった動脈硬化性疾患に加えて、糖尿病足病変、歯周病、認知症が含まれる¹⁾。高齢者では高血糖、低血糖などの急性代謝失調に加え、慢性の合併症のために生命予後のみならず、生活の質 (QOL) が低下した例をしばしば経験する。本稿では高齢者糖尿病の特徴、血糖コントロール、栄養・食事ケアのポイントについて概説する。

高齢者糖尿病の頻度

2007年の国民健康・栄養調査では、糖尿病が強く疑われる人 (HbA1cの値が6.1%以上、または質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた人) や、可能性を否定できない「予備群」(HbA1cの値が5.6%以上、6.1%未満) が、合わせて2,210万人と推計された。糖尿病が疑われる人は、10年前の1997年と比べ約1.3倍に増え、

増加ペースが加速している²⁾。

年齢階層別にみると、若年層では有病率に変化がみられないのに対して、60歳以降で増加が著しい。70歳以上では男性の22.6%、女性の11.0%で糖尿病が強く疑われる。つまり高齢者で糖尿病が増加している (図1)。

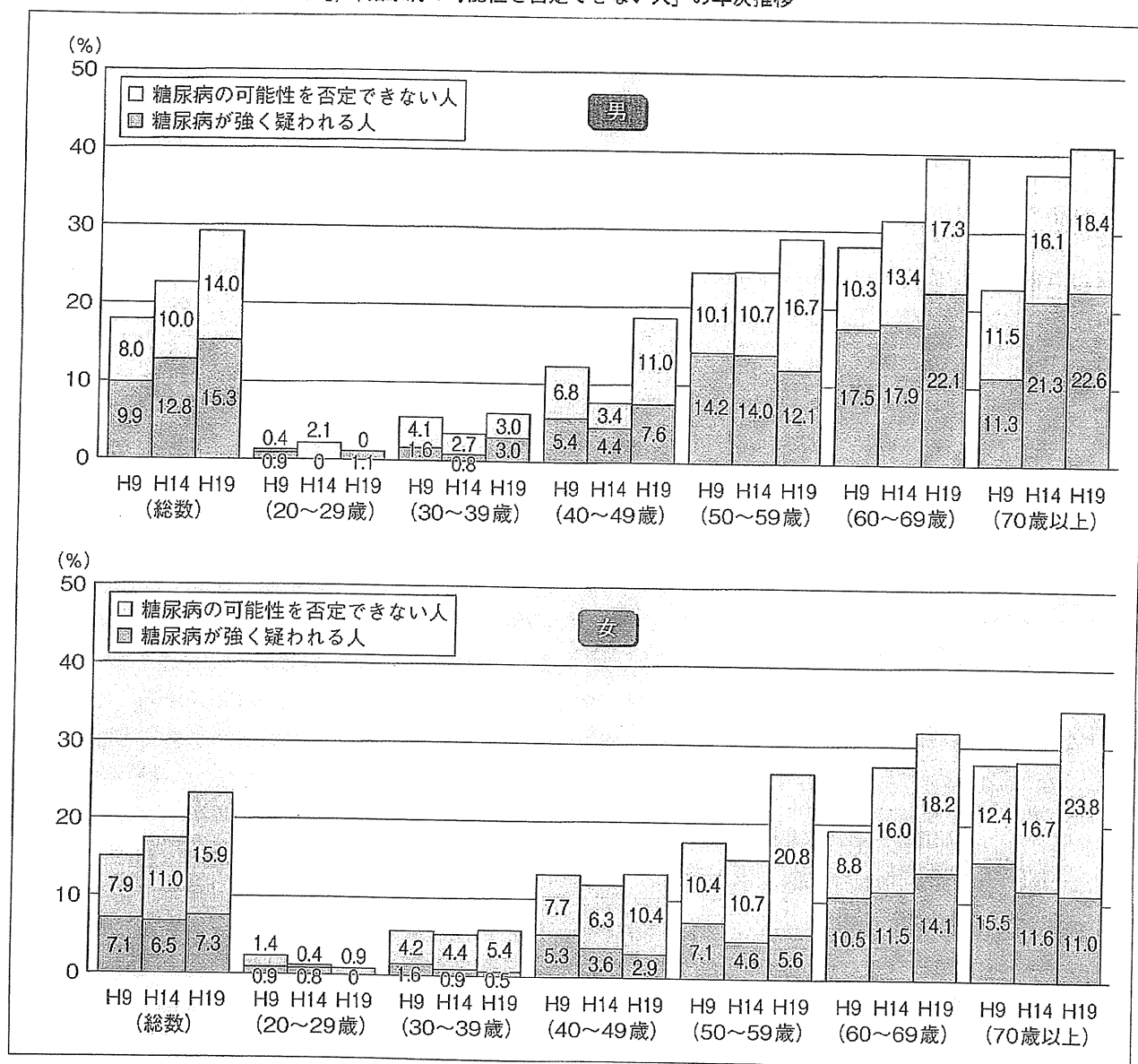
糖尿病の診断基準

高齢者においても糖尿病の診断は若・壮年者と同様の手順、基準値を用いて行う。しかし、高齢者では空腹時血糖値が診断基準値を満たさなくても、糖負荷後2時間の高血糖より糖尿病と診断されるものの頻度が高くなるため、診断は糖負荷試験によることが望ましい³⁾。

2010年に糖尿病診断基準が改訂された。「HbA1c値を補助的な診断項目から格上げして診断項目の1つとして取り上げ、HbA1c 6.1%以上を糖尿病型とする」ことが要点である。新診断基準により、血糖値とHbA1c値の双方が糖尿病型であれば1回の血液検査で糖尿病と診断することが可能となり、より早期からの糖尿病の診断・治療が可能となった。すなわち、血糖値 (空腹時血糖 ≥ 126 mg/dl, 75 g 経口糖負荷試験2時間値 ≥ 200 mg/dl, 随時血糖 ≥ 200 mg/dl のいずれか)、HbA1c $\geq 6.1\%$ を糖尿病型とする。

ここでHbA1c値について言及する。これまでわが国で使用されているJapan Diabetes Society値 (JDS値) は、欧米などで使用されているNational Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) 値と比較して、約0.4%低いことが指摘されていた。そこで今回、「JDS値に0.4を加えたものをNGSP相当値とする」ことが定められた。学会発表や論文発表については、すで

図1 「糖尿病が強く疑われる人」, 「糖尿病の可能性を否定できない人」の年次推移²⁾



にNGSP相当値に移行した。日常臨床での表記については混乱を避けるため、当面は従来通りで変わらず、1年をめぐりにすべての表記を完全に移行させたいと日本糖尿病学会は提唱している。

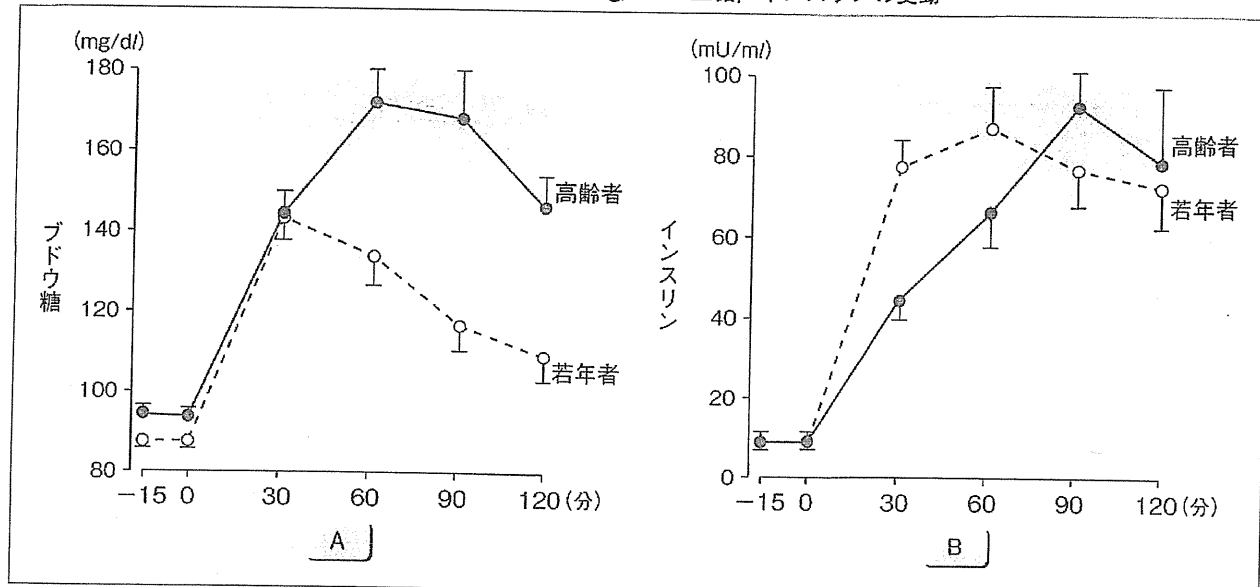
加齢にともなう糖尿病の特徴

高齢者糖尿病は非常に多様である。日常生活動作(ADL)の自立した元気な高齢者から、寝たきり、余命いくばくもない高齢者まで幅が広い。発症時期が重要で、若・壮年期に発症した糖尿病が高齢となった患者、高齢期にはじめて発症した

糖尿病が混在する。高齢期に発症した糖尿病は、空腹時血糖値140mg/dl以下の軽症糖尿病が多い。一方、長期の糖尿病歴を有する患者が高齢化した場合は、高血糖の程度は高齢発症の糖尿病より重症で、糖尿病性細小血管症を合併していることが多い。いずれのタイプの糖尿病であっても、動脈硬化性血管障害の合併率が高く、血管合併症の高いことが高齢者糖尿病の1つの特徴である。

口渇感、多尿などの自覚症状に乏しいこと、尿糖の少ないことなども1つの特徴である。高齢者では低血糖の自覚症状が軽微であり、典型的な低

図2 高齢者、若年者にける経口ブドウ糖負荷試験(100g)での血糖、インスリンの変動



(文献4より)

血糖症状でない場合がある。ふらふらして気が遠くなる感じ、落ち着かない感じ、力が入らない感じ、あるいは錯乱、ときに認知症様症状、うつ様症状など中枢神経症状を主症状として訴える例も少なくない。

加齢にともなう 耐糖能障害をきたす原因

加齢にともなう糖代謝異常について、経口ブドウ糖負荷試験の結果を示した(図2)。ブドウ糖負荷試験の結果は、血糖ホメオスタシスに關与する多くの代謝機構の総和として反映される。ここでは肥満のない健常高齢者と若年者での100gブドウ糖負荷試験を示した。空腹時血糖値は、健常高齢者では若年者と比べて若干高値であったが、その差違は明確でない。しかし糖負荷後の120分値は高齢者群では明らかに高値が続き、定常状態への戻りが遅延していた。Davidsonらの報告によると、30歳以降の空腹時血糖の上昇は1~2mg/dl/10年であるのに対して、食後血糖値の上昇は15mg/dl/10年であるという⁴⁾。相澤らによる日本人での調査でも、30歳の加齢に關連して空腹時血糖は4mg/dl上昇し、75g OGTT 2時間値は21mg/dl上昇するという⁵⁾。いずれ

にしても加齢にともなう血糖上昇は、空腹時より食後において顕著である。

一方、経口からの糖負荷試験では、血中インスリン値は空腹時では両群とも同程度であるのに対して、高齢者群で30分値、60分値は低値を示し、120分後では両群に差を認めなかった。高齢者では負荷後のインスリン曲線が若年者に比べて遅れて上昇し、インスリンのブドウ糖に対する追加分泌が遅延していることが示唆される。加齢にともなう耐糖能障害の機序として、①加齢にともなうインスリン初期分泌の遅延、②加齢におけるインスリン感受性の低下(肝臓における糖新生の抑制不全、骨格筋における糖取り込みの遅延)、③加齢にともなう体組成の変化(骨格筋の減少、脂肪組織の増加)、④食事内容の変化(糖質過剰)、⑤身体活動量の低下、が指摘されている。

高齢者における 糖尿病管理の目標値

高血糖は高齢者においても糖尿病細小血管症あるいは大血管症の危険因子である。2003年の厚生白書によると、65歳時の平均余命は男性で18年、女性で23年、75歳時では男性11年、女性15年と報告されており、この期間は血管障害が

進展するのに十分である。高齢者の平均余命が延長している現在、高齢発症の糖尿病といえども高血糖の是正を図るべきであると考えられる。

血糖管理目標値については、わが国における高齢者糖尿病の前向きあるいは後向き追跡調査の成績を集積した井藤らの報告がある。空腹時血糖値 140 mg/dl, HbA1c 7%以上、糖負荷後 2 時間血糖値 250 mg/dl, あるいは糖尿病網膜症、微量アルブミン尿症を認める例では、糖尿病網膜症あるいは糖尿病腎症の発症・進展頻度が高く、高齢者であっても厳格な治療対象とすべきと提言されている³⁾。

血糖コントロールの目標として、高齢者においても血糖の正常化を図ることが望ましいが、種々の条件からその達成が困難と判断される場合も少

なくない。前出長寿科学総合研究班の報告を考慮すると、そのような場合は空腹時血糖値 140 mg/dl, HbA1c 7%を目標とした治療を行うとよいと考えられる。ある程度の血糖コントロールが達成できれば、良好に血糖をコントロールしえた例とほぼ同様の生命予後が期待できるという。しかし高齢者糖尿病の血糖コントロール目標値に関しては、血管合併症の予防のみならず多角的な視点からの検討が必要であろう。

高齢者糖尿病でも血糖管理のみではなく、他の危険因子の管理も重要である。血圧、脂質異常などの危険因子の治療目標値と留意点を表 1 にまとめた。

表 1 高齢者糖尿病における危険因子の治療目標値と留意点

【体重】

治療目標値：BMI = 22

留意点：高齢者において若・壮年者と同様に BMI 22 が最も疾病が少ないというエビデンスは十分でない。また BMI 22 を目指した減量の有効性を明らかにした RCT はない。しかし肥満は高齢者において、耐糖能低下、大血管症あるいは ADL 低下などの危険因子となることから BMI 22 を目標として体重を管理することが妥当であると考えられる。

【血糖】

治療目標値：正常化をはかることが望ましい。

留意点：血糖は正常化をはかることが望ましいが、高齢者では種々の条件からその達成が難しいことがある。そのような場合でも、空腹時血糖値 140 mg/dl 未満、HbA1c 7% 未満を目標とする。十分な血糖コントロールが維持できない場合は、種々の合併症の発症・進展の有無を定期的に検索することが必要である。

【血清脂質】

治療目標値：①血清総コレステロール 冠動脈疾患がない場合：200 mg/dl 未満
冠動脈疾患がある場合：180 mg/dl 未満
②血清 LDL コレステロール 冠動脈疾患がない場合：120 mg/dl 未満
冠動脈疾患がある場合：100 mg/dl 未満
③血清中性脂肪：150 mg/dl 未満
④血清 HDL コレステロール：40 mg/dl 以上

留意点：日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン 2002 年版」では、少なくとも 70 歳までは上記の若・壮年者と同様の脂質管理を行うべきとしている。しかし 75 歳以上の例に関しては十分エビデンスのないことから、個々の患者の医学的・社会的背景を考慮して主治医の判断で対応すべきとしている。なお上記冠動脈疾患とは、確定診断された心筋梗塞、狭心症である。

【血圧】

治療目標値：収縮期血圧：130 mmHg 未満，拡張期血圧：80 mmHg 未満

留意点：日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン (JSH 2009)」では、前期高齢 (65 ~ 74 歳)・後期高齢 (75 歳以上) でも 140/90 mmHg 未満を最終降圧目標としている。しかし後期高齢で収縮期血圧 160 mmHg 以上の中等度・重症高血圧の場合は、まず 150/90 mmHg 未満を暫定的降圧目標とし、慎重に降圧する。一方、血管合併症の多発する糖尿病では年齢にかかわらず 130/80 mmHg 未満を降圧目標とすることとしている。臓器血流障害、自動調節能力障害による徴候 (めまい、立ちくらみなどの脳虚血兆候や狭心症症状など) の有無に注意しつつ緩徐な降圧を心掛けることが必要である。

(文献 3 より)

高齢者糖尿病に特有な視点

高齢者糖尿病では、さまざまな糖尿病性血管障害、認知障害やうつなどの精神症状、さらに骨・関節疾患など糖尿病以外の疾患を合併することで、ADLが低下し、認知症や低栄養のために自立した生活が困難となる例が多い。なかでも認知障害・認知症は高齢者医療における最大の問題である。糖尿病に認知症が合併すると、その管理は困難をきわめる。糖尿病が認知機能低下の危険因子であること、糖尿病では認知症の発症頻度の高いことが明らかになってきた⁶⁾。糖尿病における脳血管障害、高血糖、低血糖あるいは高インスリン血症などが認知機能低下の原因になると考えられている⁶⁾。

高齢者糖尿病ではQOLの低下は脳卒中の危険因子となり、うつ状態は入院や死亡の危険因子である。また尿失禁は高齢者のQOLを低下させる大きな要因であるが、糖尿病は高齢者女性の尿失禁の危険因子である。さらに最近、糖尿病は転倒のリスクであることも明らかになってきた。高齢者における転倒・骨折は、ADLを著しく低下させ、骨折がなくても転倒恐怖が活動性を制限する。栄養障害からの視点では、健常な生活を営んでいる高齢者でも、次第に食が細くなり、体重が減り、筋力の衰え、体力が低下する。高齢者にお

ける筋肉減少症（サルコペニア）は、ADLとQOLを決める重要な要因であり、インスリン抵抗性の関連も指摘される。栄養障害、サルコペニアは高齢者糖尿病でも見逃せないポイントである。

高齢者包括的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment : CGA) の活用

高齢者糖尿病では前出のように、多様な視点から包括的に病態を把握することが必要である（表2）。評価方法としてCGAが推奨される。患者の身体機能、生活機能（基本的ADL、手段的ADL）、QOL、精神機能（認知機能、うつ傾向、意欲）、社会的・経済的状況などの項目を、それぞれの指標やアセスメントツールを組み合わせて評価する（表2）⁷⁾。

筆者らは栄養状態のスクリーニングに、簡易栄養状態評価表（Mini Nutritional Assessment : MNA[®]）を利用している。低栄養の疑いのある高齢者には、さらに食事調査、身体計測、血液マーカーの評価を行っている。CGAの結果から、高齢者糖尿病の精神的・社会的・経済的な要因を的確にとらえ、治療にどう反映するかが重要である。

表2 高齢者糖尿病の治療において考慮すべきこと

1. 糖尿病の状態：病型、病態、合併症、血糖コントロールなど
2. 他疾患の管理：他疾患の有無、重症度、生命予後など
3. 栄養状態：簡易栄養状態評価表 など
4. 転倒、身体のバランス・筋力減少症（サルコペニア）
5. 排尿機能
6. 視力
7. 日常生活機能
基本的ADL：食事、排泄、移動、更衣、整容、入浴
集団的ADL：買い物、調理、家事、家計、電話、薬の管理、交通手段、社会活動
5. 精神・心理機能
認知機能：改訂版長谷川識式簡易知能スケール ミニメンタルテストなどで評価
うつ状態：Geriatric depression scaleなどで評価
QOL：フィラデルフィア老年医学センター モラルスケールなどで評価
意欲
6. 社会・経済的環境：家族構成、キーパーソンの有無、住居形態、経済的状態、地域との連携（介護保険の利用状況）などの情報

（文献3と7より）

食事療法の方針

高齢者糖尿病においても食事療法は高血糖、脂質異常あるいは肥満の是正に有用である。しかし高齢者では、若・壮年者と異なる注意すべきポイントがある。まず食事内容は、①たんぱく質が減少して糖質が増加する、②味覚の低下から塩分が過剰となる、③歯が少なく咀嚼能力が低下するため硬い野菜などが食べにくくなる、④従来からの自分の嗜好が変えにくい、などの傾向がある。食事療法の指導にあたっては、基本的には日本糖尿病学会編集の食品交換表を用いるが、その理解が難しい場合は、個々の患者の能力に合わせた指導、具体的な指導が必要となる。たとえば買い物や調理能力が低下している場合には、介護状況の把握と協力依頼・介護サービスの利用、調理しやすい食品や宅配食の利用等を考慮する。味覚や咀嚼能力にも低下がある高齢者では、調味料・調理の方法を具体的に指導する。意欲の低下した高齢者には、見守りや励ましが必要であろう。高齢者はそれぞれが固有の問題を抱えているので、原則的に個別指導が望ましい。

適正エネルギーと栄養バランス

糖尿病の食事療法の基本は、適正な総摂取エネルギーと栄養バランスである。適正な総摂取エネルギーとは適正体重を維持するのに必要なエネルギーである。一般的には、適正体重1kg当たり25～30kcalをかけた値を総摂取エネルギーとする。運動をよくするという高齢者でも実際の運動量は多くはなく、適正体重1kg当たりの摂取エネルギーを30kcal以上とすることは少ない。栄養素バランスは成人と同じく、糖質60%、たんぱく質15～20%、脂質20～25%とする。

高齢者では食後の過血糖や便秘が多く、食物繊維を多く含む食品の摂取を積極的に指導する。ライ麦粉、オートミール、粟、豆類、かんぴょう、切干だいこん、枝豆、ごぼう、オクラ、ぜんまい、芽キャベツ、ブロッコリー、菜花、ほうれん草、きのこ類、ひじき、こんぶ、干柿、あんずな

どの摂取を多くする。目安としては摂取エネルギー1,000kcal当たり10g以上とする。

動脈硬化の進展を防ぐという視点からは、一価不飽和脂肪酸（オリーブ油、なたね油など）および多価不飽和脂肪酸（まぐろ、すじこ、はまち、さば、いわしなどの魚油、サフラワー油、ひまわり油、大豆油などの植物油に多い）の摂取、ビタミンE（かぼちゃ、魚卵、えび、いかなど）、ビタミンC（野菜、果物類など）、あるいはフラボノイド（紅茶、赤ワイン、玉ねぎなど）といった抗酸化物質の積極的な摂取も必要である。また高血圧合併例では塩分制限、糖尿病性腎症合併例ではたんぱく制限も必要となる。

生活上の諸注意

糖尿病の療養においては、規則正しい食事の摂取、運動の励行が重要である。とくに薬物療法を行っている例では、低血糖を避けるため規則正しい生活が必須である。夜食、間食、運動不足、睡眠不足、ストレスを避け、趣味や積極的な社会参加により生きがいのある安定した生活を送るようすすめる。

糖尿病治療薬による重症低血糖は、発熱・下痢・嘔吐・食欲不振をとともなう疾患に罹患した場合に発症することが多い（シックデイ）。逆にシックデイには高血糖になることもある。シックデイ対策は介護者にも十分教育しておくこと、また独居高齢者の場合は、かかりつけ医やコメディカルに相談できる環境を整備しておくことが必要である。

まとめ

高齢者の耐糖能障害が増加している。インスリン分泌、抵抗性、体組成の変化、ライフスタイルの変化がその基盤に存在する。高齢者でも生活習慣の改善を図り、体重・血糖・血清脂質の改善を図ることは、糖尿病の治療の根幹である。栄養指導は糖尿病の療養生活の基本であり、栄養士は糖尿病に関するチーム医療の一員として医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカーと連絡をとり、

総合的な観点から患者の食生活がより適切なものとなるように指導する。患者には理解を促すため簡易な表現で、具体的な指導を心がけることが重要である。一步一步よりよい食事に近づける根気強さが、高齢者糖尿病の栄養指導に当たっては必要であろう。

文献

- 1) 日本糖尿病学会, 編. 糖尿病合併症とその対策 糖尿病治療ガイド2010: 文光堂; 2010. p66-77.
- 2) 平成19年国民健康・栄養調査 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/h1225-5a.html>
- 3) 井藤英喜. 高齢者の糖尿病. In: 日本糖尿病学会, 編. 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 改訂第2版: 南江堂; 2007. p211-9.
- 4) Davidson MB. The effect of aging on carbohydrate metabolism: a review of the English literature and a practical approach to the diagnosis of diabetes mellitus in the elderly. *Metabolism* 1979; 28: 688-705.
- 5) 相澤徹, 駒津光久. 加齢にともなう耐糖能低下のメカニズム. *内分泌・糖尿病科* 2004; 19: 569-79.
- 6) 櫻井孝. 糖尿病と認知障害. *月刊糖尿病 (特集 糖尿病と神経障害)* 2011; 3: 114-23.
- 7) Araki A, Ito H. Diabetes mellitus and geriatric syndromes. *Geriatr Gerontol Int* 2009; 9: 105-14.



糖尿病と認知症の関連はあるか
 — 認知症の予防を考えた糖尿病の治療 —

櫻井 孝

加齢とともに糖尿病と認知症は増加します。七〇歳以上では男性の二三%、女性の一一%に糖尿病が強く疑われます(二〇〇七年国民健康・栄養調査)。一方、認知症は高齢者の約一〇%にみられ、今日、わが国では糖尿病と認知症はともに「ありふれた病気」です。最近、糖尿病と認知症が関連することが明らかに、糖尿病の薬が認知症の治療・予防にも有効であることが示されました。本稿では糖尿病と認知症について、最新の情報を含めて説明します。

糖尿病に認知症は多い??

糖尿病になると脳機能は少し低下し

ます。「集中力が低下する」、「軽いもの忘れがある」などの症状が多く、高血糖が長く続くことが原因の一つと考えられます。しかしこの脳機能の低下は、糖尿病の療養の障害になる程度のものではないため、これまであまり注目されませんでした。

最近、糖尿病に認知症が多いことが明らかに、世界中で大きな関心を集めています。糖尿病には脳卒中が多く、脳血管性認知症を発症するリスクが、非糖尿病より二〜三倍高いことが示されています。また認知症をきたす疾患のなかで最も多いアルツハイマー病も、糖尿病患者では約二倍多いことが明らかになってきました。オランダで行われたロッテルダム研究では、インスリン使用者で認知症がとくに多かったとの報告もあります。

実際、私が糖尿病外来に通院されている患者さん五〇〇人を対象に調査したところ、アルツハイマー病の頻度は約一〇%と推計され、一般高齢者よりも約二倍高い結果でした。

糖尿病に合併する認知症の早期発見

糖尿病に認知症が合併すると、食事療法や運動習慣が守れなくなる、薬やインスリンを正確に使用できなくなる、などの理由から糖尿病の管理は悪化します。認知症が進行すると、自立した糖尿病管理はたいへんむずかしくなり、早期に認知症を発見して治療すること

が肝心です。認知症もがんと同じく、早期に発見して治療を始めるほうが、治療成績も向上する病気なのです。

では、どのようにすれば糖尿病に合併した認知症を早期に発見することができようか。アルツハイマー病では、もの忘れにはじまり、ゆつくりと脳機能が低下していきます。ですから病的な記憶障害がないか見きわめることがたいせつです。「人の名前を思い出せない」、「はさみを取りに来たのに、なにをしに来たか忘れた、でも元の場所に戻ったら思い出した」などというものは、年齢相応の記憶障害であることが多く、心配する必要はありません。しかし「同じことをくりかえして話す」、「置き忘れが多く、探し物ばかりしている」などのように、先ほど自分が行った行動自体を忘れている場合は見のがせません。また日付や曜日がはっきりしなくなることも、早期発見のヒントとなります。

記憶障害が軽度でも、「薬の自己管理ができない」、「交通機関を使った外出が減ってくる」なども、糖尿病患者さんに認知症が合併したときに生じる日常生活の変化として重要です。これらの症状があればぜひ、専門医にご相談ください。

認知症の危険因子

糖尿病に認知症が多い原因として、遺伝的な素因に加えて脳血管障害、高

ロッテルダムはオランダの港湾都市。人口規模はアムステルダムに次ぎ第2位。

血糖に伴う代謝異常、脂質異常、高インスリン血症(インスリン抵抗性)、低血糖などの関与が重要です。これらの要因が組み合わさり、血管性認知症、アルツハイマー病の発症が増えると考えられます。

とくにインスリン抵抗性は、アルツハイマー病発症の根幹にかかわる可能性があります。糖尿病では、筋肉や脂肪細胞、肝臓などでインスリンが十分に働かず、血糖が上昇します。インスリンは脳内でも重要な作用を有しており、記憶や学習に働き、神経細胞の生存にも栄養因子として働きます。

さらにアルツハイマー病ではベータアミロイドやタウという蛋白質が脳内に過剰に蓄積しますが、インスリンはこれらの蛋白質の代謝にも関与します。インスリン抵抗性が高まると脳内のインスリンの作用が減弱し、アルツハイマー病による神経障害が進行すると考えられています。

アルツハイマー病の治療薬として、インスリンの働きを改善する糖尿病薬(インスリン感受性改善薬)が良いことが報告されています。また新しい糖尿病治療薬として注目を集める、インクレチン関連薬にも脳保護作用があり、アメリカではアルツハイマー病に対する治療がすでに始まっています。

低血糖は認知症のリスクとなります。脳はブドウ糖をエネルギー源としていますので、低血糖が遷延すると非

可逆的に脳機能障害をきたします。2型糖尿病患者で、重症の低血糖(救急病院へ搬送される程度の低血糖)の既往が二回以上ある方は、認知症の発症が約二倍高まると報告されています。

このように糖尿病は認知症のリスクを高めます。しかし糖尿病に認知症が合併しても、脳を守る作用を持つ薬を用い、適度な運動、適正な血糖管理が達成できれば、脳機能を長期間維持できると期待できます。

認知症を予防するために(図)

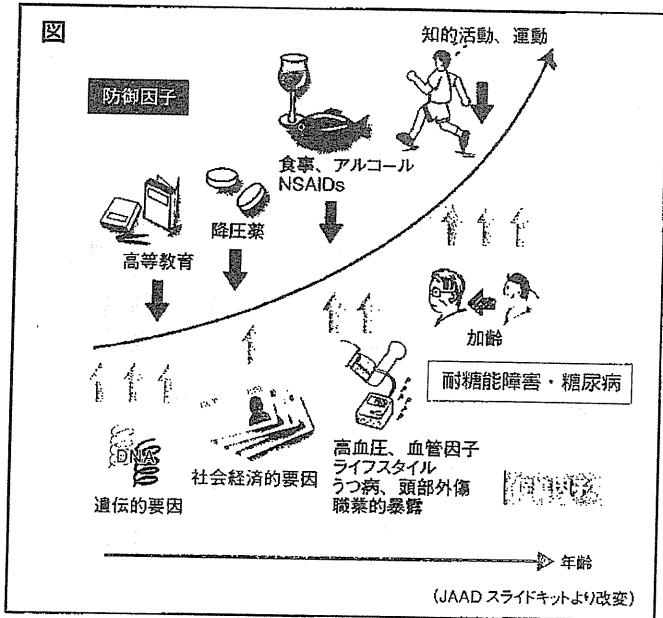
ところでアルツハイマー病はいつから始まるのでしょうか。多くのアルツハイマー病は七〇歳以降に発症しますが、脳内の病理的な変化は発症の二〇〜三〇年前から進行していることが明らかになってきました。

アルツハイマー病の発症には遺伝のほかに三〇〜四〇%は環境要因が関連します。アルツハイマー病は四〇〜五〇歳ころから徐々に始まる息の長い病気であり、発症するまでの期間の過ごし方がたいせつで、肥満、高血圧、糖尿病、運動不足などの生活習慣(病)の偏りが強いと発症のリスクが高まるわけです。生活習慣病のなかでも糖尿病は、最も重大なリスクです。一方、野菜や果物、

魚油など、バランスのとれた食事や、運動習慣は認知症の発症を抑制するとのデータもあります。中壮年期から耐糖能障害・糖尿病を適正に管理して、認知症を予防することは理にかなった戦略です。

認知症は、多くの合併症を切り抜けてきた糖尿病患者が、高齢者になって向き合う最大の合併症です。高齢者糖尿病の脳機能を守るために、高血糖・低血糖の管理、インスリン抵抗性、脳血管病変を抑制することがたいせつです。中壮年期から認知症のリスクを見すえた糖尿病の管理がいま求められています。

(国立長寿医療研究センター・もの忘れセンター部長)



特集

認知症：診断と治療の進歩

座談会

認知症の診断, 治療, ケア : 専門医と開業医との連携ネットワーク

司会 中川 正法 (京都府立医科大学神経内科・老年科)
高橋 智 (岩手医科大学神経内科・老年科)
櫻井 孝 (国立長寿医療研究センター・もの忘れセンター)
田中三津子 (三愛クリニック (福岡市医師会))
堀 匠 (東京医科歯科大学神経内科)

(発言順)

平成 23 年 3 月 10 日 (木) 収録

日本内科学会雑誌 第 100 卷 第 8 号別刷

2011 年 8 月 10 日

座談会

認知症の診断, 治療, ケア：専門医と開業医との連携ネットワーク

司会 中川 正法 (京都府立医科大学神経内科・老年科)
高橋 智 (岩手医科大学神経内科・老年科)
櫻井 孝 (国立長寿医療研究センター・もの忘れセンター)
田中三津子 (三愛クリニック (福岡市医師会))
堀 匠 (東京医科歯科大学神経内科)
(発言順)

平成23年3月10日(木)収録

この座談会は東日本大震災の前日に開催されました。この東日本大震災により、亡くなられた方々のご冥福をお祈り申し上げます。被害を受けられました皆様、そのご家族の方々に対しまして、心よりお見舞い申し上げますとともに、一刻も早い復興をお祈り申し上げます。

中川 本日は、ご多忙のなか、この座談会にご出席いただきましてありがとうございます。ご存じのように、わが国の認知症の患者数は、2035年頃にはだいたい今の2倍ぐらいになるだろうと言われてしています。そうすると、445万人ぐらいという推計がございます。特に都市部での認知症患者数が増えると予想されています。

一方で、認知症の研究もずいぶん進んできて、早期発見、早期治療ということもかなり現実味が出てきましたし、今年からはドネペジルに加えて、メマンチン、ガラントミン、リバ

スチグミンが保険適用になります。それぞれ特徴がございますので、その特徴を活かした使用法が望まれます。わが国における認知症、特にアルツハイマー病の治療は新しい時代に入ったというのが今年だと思えます。

一方で、認知症の患者さんの症状は、その生活環境に大きく左右されますし、患者さんだけでなく、介護者も含めたトータルなケアが必要だということが課題になっています。また、認知症患者さんの終末期医療をどうするかということも、避けて通れない課題だろうと思えます。

Discussion Meeting on the collaboration network between general practitioners and specialists for the diagnosis and management of patients with dementia.

Masanori Nakagawa: Research Institute for Neurological Diseases and Geriatrics Department of Neurology and Gerontology, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan.

Satoshi Takahashi: Division of Neurology and Gerontology Department of Internal Medicine, Iwate Medical University, Japan.

Takashi Sakurai: Center for Comprehensive Care and Research, National Center for Geriatrics and Gerontology, Japan.

Mitsuko Tanaka: San-ai Clinic (Director of Fukuoka City Medical Association), Japan.

Takumi Hori: Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Medical and Dental Science, Department of Neurology and Neurological Science, Japan.

本日の座談会では、「認知症の診断、治療、ケア：専門医と開業医との連携ネットワーク」というタイトルで、それぞれの立場から「私は日頃こう考えています」「こんなことがありました」ということも含めて発言していただいて、認知症診療の役に立つ、実りのある座談会にしたいと思います。よろしくお願いいたします。

認知症の診断上のポイントと注意点

中川 それでは、最初に高橋先生から、認知症診断のポイント、特に日常診療の中で、こんな点に気がついたら早期発見ができるのではないかということについて、簡潔にお話ししたいと思います。

高橋 まず、重要なことは、認知症の診断のポイントとなる3点、すなわち、第1が、年のせいを超えたもの忘れがあること、第2が、買い物や家事などの段取りが悪くなるといった実行機能障害など、記憶以外の認知機能の障害があること、そして第3が、そのために日常生活や社会生活に支障が出るという、この3点を満たしていた場合に認知症と診断されるということを理解していただくことが重要だと思います。

おそらくかかりつけ医の先生がいちばん診断に苦慮するのが、年のせいを超えたもの忘れがあるかどうかということだと思いますが、いま盛岡市医師会では、それを、「最近のニュースではどんなことがありましたか」という質問を用いたスクリーニングを始めて、効果を上げています。この質問に対する「最近、ニュースを見ていない」、「忙しくて新聞を読む暇もない」、「あまり、世の中のことは気にしていない」といった回答に注目し、「わからない」、「出てこない」といった回答、さらに、あいまい、やや古いといった回答に加えて、これらの取り繕い応答を、誤りのパターンに加えることで、高率にスクリーニングができます。

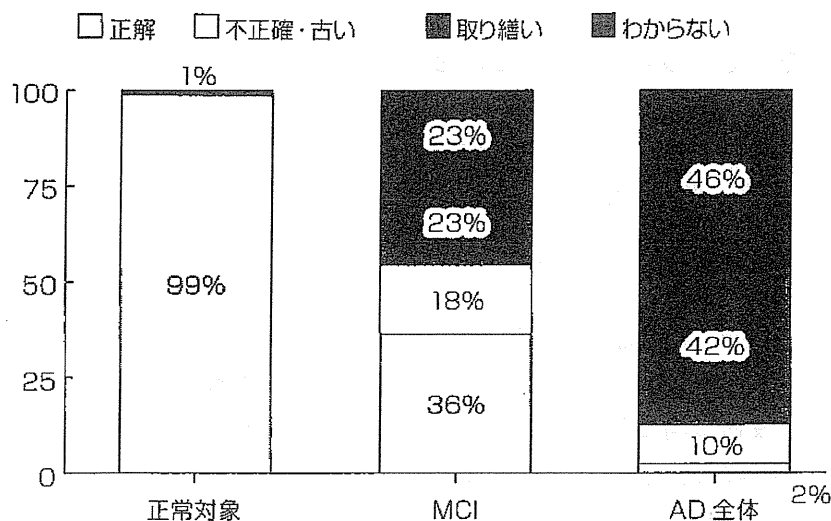
中川 そのスクリーニング法は、文章化されているわけですか。

高橋 はい、盛岡市のもの忘れ健診では、スクリーニングシートという形で用いています。「最近のニュースではどんなことがありましたか」という取り繕い応答に注目することで、アルツハイマー型認知症（AD）の90%、軽度認知症（MCI）の60%程度を把握することが可能です（図1）。

もうひとつ対応に困るのはBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia：認知症の行動・心理症状)周辺症状だと思えますが、怒りっぽいか、うつといった行動心理症状というのは、実は認知症に至っていない、もの忘れだけ、すなわちMCIの時期から始まっているということが重要で、患者さん自身は、周囲が気づかないうちからもの忘れに気づき、不安に思ったり、あるいは焦燥感が募って怒りっぽくなったりしています。従って、BPSDは、認知症が進んでからではなく、もの忘れの時期からあるということ、かかりつけ医の先生にもわかってもらうことが重要だと思います。実は、MCIの時期から、20%ぐらいの方に易刺激性がみられ、うつは25%ぐらいにみられると報告されています。従って、物忘れの早期発見の視点は、BPSDを防ぐことにもつながり、かかりつけ医の先生にも早期から対応していただくと重篤なBPSDに陥る方も減り、患者さん、ご家族の福音となります。

中川 認知症が進んでから来られる方がわりと多いと思うんですね。初診時のMMSE (mini-mental state examination)が12~13点ということもたまにあったりするんですね。そういう点では、いま高橋先生がおっしゃった「怒りっぽくなる」とか「塞ぎ込む」といった症状は、比較的早期から出ていることが多いのではないかなと思います。

『最近のニュースは何ですか?』



MCI : Mild cognitive impairment, 軽度認知症, AD : Alzheimer's dementia, アルツハイマー型認知症

図 1. 「最近のニュースは何ですか」に対する応答パターンの分布

認知症の治療・ケアのポイントと注意点

中川 続いて、認知症の治療とケアという点について、櫻井先生、お願いします。

櫻井 認知症は適切な治療やケアがあると、その予後やQOL(quality of life)は大きく改善し、それにより逆にご家族のQOLも向上します。つまり認知症は治療すべき疾患であるという認識を医療にかかわる者が共有することが重要かと思えます。認知症は早期発見すれば早期からの治療が出来、予後が変わってきます。アルツハイマー病の薬物療法も本年度から幅が広がりました。また最近のデータを見ますと、運動習慣は認知機能の低下を抑制する、あるいは生活習慣病を適正に管理すると認知症の発症や進展を抑制できることが示されています。まさに認知症治療も新たな時代に入ったと言えると思います。

認知症高齢者に併発する身体合併症、あるいはBPSDを有する認知症高齢者の治療につま

でも、認知症だから非認知症の高齢者より医療のレベルが劣っても仕方ないとは言えません。認知症でも積極的に合併疾患を疑い、治療していくことが必要です。勿論、認知症高齢者ならではの対応は必要ですが、認知症患者さんの予後、QOLはまだまだ改善できる余地が残っていると思います。私たちは家族教室を定期的に行っていますが、ご家族に認知症の啓発を行い、将来の見込みをしっかりと説明することで、ご家族のうつ傾向が改善するようです。認知症の治療ケアには、こういった医師と患者・家族とのコミュニケーションが、たいへん重要であると考えています。

中川 ありがとうございます。私たちは、臨床美術の方と、1カ月に1回臨床美術の会を行っています。患者さんもですが、一緒に付き添って来られているご家族がとても明るくなるので、それがまた患者さんにもよい影響をおよぼしているという経験もあります。

櫻井 私たちは、家族教室を月に2回~3回のペースで行っていますが、毎回多くの患者さん・

ご家族が参加されています。今後はもっと個別に、小グループでの教室を行い、その効果をエビデンスとして積み上げていきたいと思っています。

中川 その場合、費用はどうなっていますか。

櫻井 今のところ無料でやっています。個別の相談は有料にしようと考えたことがあり、30分、5,000円でどうでしょうかという話がありました。まだ始めていません。お金が絡むとグッと減るんですね。

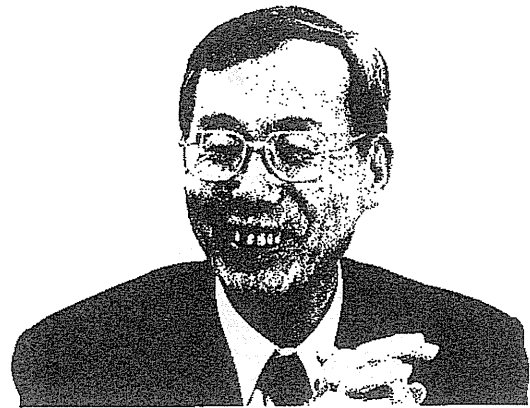
高橋 それは、家族教室の患者さんも一緒にいらっしゃるんですか。

櫻井 いまはご家族のみの参加が多いです。今、家族教室で本当に必要な課題は何であるのか調べているところです。患者さんを含めて、ご家族と一緒に生活リハビリを行うことが本来あるべき姿ですから、有効なプログラムを作りたいと考えています。

高橋 臨床現場で、実際に困るのは、介護者の奥さんもお高齢で、家族会といってもなかなか奥さんだけでいらっしゃることができないという場合が多いと思います。従って、家族会そのものが、時間に余裕がある方が出席する会になってしまい、本当に困っていらっしゃる方は出席できないというジレンマがあります。ご家族も患者さんも一緒に集まれるような、先生のおっしゃったような会はとてもいいですね。

中川 田中先生のところでは、いかがですか。

田中 私は、今日ばかりかかりつけ医として来たわけですが、いまお二人の先生が言われたように、早期発見の重要性が一般のかかりつけ医に周知されていないということが、まずひとつあると思います。それと、ご家族の方にしても「年だからあたりまえ」「もう高齢なんだから」と言うように、家族も認知症と結びつけない、もちろん病院にも連れて行かないし、相談にも来ないという傾向があるように思います。あと一般のかかりつけ医、特に認知症の専門でない先生



中川正法氏

方の中には、認知症を早期に診断をして、お薬や新しい治療を行うことが効果的であるということをご存知でない方がたくさんいらっしゃると思います。せっかくいい治療法が出来てきているのに、家族やかかりつけ医がそれをよくわかっていないといえますか、そこがまず最初の問題だと思っています。

中川 いまだに、「あんなもの、薬を飲んでも効かん」という人もいますからね。確かに、根治的な治療ではないですけども、それなりの効果もあると思います。どうでしょう堀先生、お若い立場から。

堀 経験があまりありませんので、治療、ケアのポイントという点では特に追加できることはないのですが、一般の臨床医の先生方に、認知症が治療するという認識はかなり浸透してきているように思います。患者さんの意識として、治るんじゃないかという期待を持っていらっしゃる人はもちろん多いのですが、医師の側でもだんだん、認知症診療を積極的にやっという先生が増えてきているのかなと思います。

中川 要するに、認知症が専門じゃないから診られないという時代ではなくなってきましたね。お二人の先生から、総論的に認知症診断と

座談会



高橋 智氏

ケアに関するポイントを言っていただきました。これから各論に入っていこうと思います。いままで認知症の診断で困ったこととか、見逃したというようなちょっと苦い思い出とか、このことはぜひ開業医の先生方にも知っておいていただきたいとか、そんなことがございましたらお願いします。

認知症の診断で「困ったこと」、「是非、皆さんに知って頂きたいこと」

田中 私は普段、認知症を診ている立場ではないのですが、ただりハビリをちょっとやっていますので、お年寄りが電気治療などに毎日来られているんですけども、要するに2回来られるんですね。

中川 本来は1日1回なのに、1日に2回来られるわけですね。

田中 ええ、1日に2回とか3回とか、これまでは、毎日、30分くらいの治療を日課のように来られていたんですが、それが午前中に来られた方がまた午後に来られて、「〇〇さん、今日はもう朝終わりましたよ」と言ったら、「えっ?」と言ってまた帰られる。それ以外のことはほと

んど変わらないんですけども、そういう回数がだんだん増えてきて、「先生、あの方ちょっと」とスタッフに言われて気がついて専門の先生のところへ送ったことがあるんです。要するに、眼科とか耳鼻科とか、そういうまったく認知症と関係がないような科でも、お年寄りがたくさん行かれるところでは結構いらっしゃるのではないかなと思うんですね。だから、そこに気づくかどうかということなんです。私自身、そういう患者さんを経験しましたので、うちは認知症とは関係ないからという感じではなくて、全科の先生に周知できるようにしていかなければいけないなと思っています。

中川 非常に貴重なご発言ですね。堀先生は、あまりご経験がないとおっしゃいましたけれども、いかがですか。

堀 自分の失敗例になるのですが、いま田中先生がおっしゃられたことに関しては私も経験があって、確か血管性認知症の方でしたが、過去のカルテをみると、毎日のように来ている時期があるんですよ。総合病院を様々な不定愁訴で毎日のように受診しているけど、誰も認知症という問題を立てられてないんですね。誰も気づこうとしていない。

やはり、そういう目で見ている人のところに来ればすぐ引っ掛かるんですけども、そうでなければ訴えに対して対症的な薬を出されたりとか、抗不安薬を出されたりしてどんどん薬の量が増えていって、最後には要注意人物みたいな感じで、救急のカルテに書かれてしまったりして、すぐ気付かれなくて困る症例は、たいてい独り暮らしだったり、日中見てくれる人がいない人で、そういう方を医療者側が拾っていかないと、どうしようもないというのがあるかなと思いますね。

それからこれも反省症例ですが、特にBPSDについて、どういう人に薬を出せばいいのかというのが良くわからないというのはあります。

アルツハイマー型認知症の診断でみていた、普段は礼儀正しい方が、ちょっと怒りっぽくなったとって、「先生、何か薬はないですか」と家族から言われて、クエチアピンを出したことがあるんですけども、後から考えると、果たしてそのときにすぐ出す必要があったのかとか、どういう場合に薬を出せばいいのかというのは、初学者にとってはわかりにくいんですよね。

中川 その点、高橋先生、いかがでしょう。

高橋 やはり患者さんが怒りっぽくなる場合は、周囲のケアが適切でない場合が多いと思います。特にアルツハイマー病の場合には、もの忘れがある患者さんの不安な気持ちを受け入れてもらってあげることができていない場合がほとんどですよ。ですから、それを受け入れていただくよう、ご家族にケアを説明することが最初にあって、それでだめなときに、グレードを踏んで周辺症状の薬、BPSDの薬を用いていくべきだと思います。ただ、ご家族が介護負担のためににっちもさっちもいかないときには、最初から薬を使うという場合ももちろんあると思います。

中川 櫻井先生、いかがですか。

櫻井 高橋先生がおっしゃった通りだと思います。まずご家族から、精神・行動症状をきたした状況について詳しく情報を得るようにしています。そのあとに薬物療法となります。しかし薬をいざ使うという段になると、様々な問題がでてきます。BPSDの薬は長期投与ができませんので、短時間で刻んで経過を診ないといけません。遠方からの受診、かかりつけ医にフォローをお願いしにくい場合などは本当に困ります。

中川 クエチアピンのような、抗精神病薬を使用する場合は効果と危険性に関する説明が大変だと思いますね。多くは、旦那さんがもの忘れが始まったときに、奥さんなり娘さんなりがけっこうガミガミ言ったりするんですよね。「ほら、また忘れてる」と、それを言われるとカッ



櫻井 孝氏

と来ることが多くなりますね。高橋先生がおっしゃったようにするのが原則ですが、現実的になかなか出来ないこともあるのも事実だと思います。

櫻井先生は、あまり困った苦い思い出はないかもしれませんけれども。

櫻井 たとえば、認知症の患者さんを診ていて、奥さんが横にいつも来られているのに、奥さんにももの忘れがあったことに全く気がつかなかったとかですね。そういう時には、「しまった！」とほんとうに思います。

日常診療における認知症とのかかわり方

櫻井 少し話が戻りますが、先ほど中川先生がご指摘された、「専門医だけでなく医療全体が認知症にかかわるようになるべきである」という点についてですが、私は以前、「認知症の診療をどうされていますか？」というアンケート調査をしたことがあります。「認知症を診ている」とお答えの先生が約75%、「診ていない」との医師が約25%でした。次に「認知症の患者さんはどのくらいおられますか」との質問に、診ていると答えた医師では約10%であったのに対して、