

写は不能。頭部MRIでは年齢相応の脳萎縮のみで血管病変は目立たなかった。脳血流SPECTでは頭頂側頭連合野と後頭葉一次視覚野の血流低下がみられた。

引用文献

- 1) McKeith IG, et al : Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB) : report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 47 : 1113-1124, 1996
- 2) McKeith IG, et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65 : 1863-1872, 2005
- 3) Rahkonen T, et al : Dementia with Lewy bodies according to the consensus criteria in a general population aged 75 years or older. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74 : 720-724, 2003
- 4) Perry RH, et al : Senile dementia of Lewy body type. A clinically and neuropathologically distinct form of Lewy body dementia in the elderly. *J Neurol Sci*, 95 : 119-139, 1990
- 5) Spillantini MG, et al : Alpha-synuclein in Lewy bodies. *Nature*, 388 : 839-840, 1997
- 6) Perry EK, et al : Neocortical Cholinergic activities differentiate Lewy body dementia from classical Alzheimer's disease. *Neuroreport*, 5 : 747-749, 1994
- 7) McKeith I, et al : Dementia with Lewy bodies. International Psychogeriatric Association Expert Meeting on DLB. *Lancet Neurol*, 3 : 19-28, 2004
- 8) Shimomura T, et al : Cognitive loss in dementia with Lewy bodies and Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 55 : 1547-1552, 1998
- 9) Ferman TJ, et al : DLB fluctuations: specific features that reliably differentiate DLB from AD and normal aging. *Neurology*, 62 : 181-187, 2004
- 10) 小栗涼子, 他 : Mayo Fluctuations Questionnaire (MFQ) の日本語版によるレビーを伴う痴呆 (Dementia with Lewy Bodies : DLB) 患者の認知機能変動の検討. *神経心理学*, 22 : 130-137, 2006
- 11) Samuels SC, et al : Depression in autopsy-confirmed dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Mt Sinai J Med*, 71 : 55-62, 2004
- 12) Takahashi S, et al : Depression associated with dementia with Lewy bodies (DLB) and the effect of somatotherapy. *Psychogeriatrics*, 9 : 56-61, 2009
- 13) Kosaka K : Diffuse Lewy body disease in Japan. *J Neurol*, 237 : 197-204, 1990
- 14) Iranzo A, et al : Rapid-eye-movement sleep behaviour disorder as an early marker for a neurodegenerative disorder: a descriptive study. *Lancet Neurol*, 5 : 572-577, 2006
- 15) Williams MM, et al : Survival and mortality differences between dementia with Lewy bodies vs Alzheimer disease. *Neurology*, 67 : 1935-1941, 2006
- 16) 下村辰雄 : レビー小体型認知症の認知機能障害. *老年精神医学雑誌*, 22 : 147-154, 2011
- 17) Ishii K, et al : Regional cerebral glucose metabolism in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Neurology*, 51 : 126-130, 1998
- 18) Yoshita M, et al : Value of 123I-MIBG radioactivity in the differential diagnosis of DLB from AD. *Neurology*, 66 : 1850-1854, 2006
- 19) Lippa CF, et al : DLB and PDD boundary issues. Diagnosis, treatment, molecular pathology, and biomarkers. *Neurology*, 68 : 812-819, 2007

4. 前頭側頭型認知症

辻本 昌史, 鷺見 幸彦

TSUJIMOTO Masashi, WASHIMI Yukihiko

Key Point

- ◎ 前頭側頭葉変性症は、前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症性疾患であり、後方型認知症の代表であるアルツハイマー病と区別すべく提唱された。一般に、前頭側頭型認知症 (FTD)、進行性非流暢性失語、意味性認知症に区分される。
- ◎ 主な臨床症状として、病識の欠如、脱抑制、自発性の低下、無気力、無関心、感情・情動の変化、同情・共感の欠如、常同的行動、食行動異常などがあげられる。
- ◎ 自発性の低下、無気力、無関心は最も一般的な初期症状といわれており、落ち着きのなさと共に共存している場合がある。間違っつと診断されることがある。
- ◎ 1998年にNearyらがFTDの診断基準を発表し、今日の基準になっている。また、行動障害を呈するFTD (bvFTD) の診断基準も発表されている。これらの診断基準に基づいた、臨床症状の継続的な聴取と診察が正確な診断のために必須である

はじめに

最近の分子生物学的、病理学的な研究の進歩に加え、MRI、PETといった画像診断技術の発展により、さまざまな認知症疾患の病態が明らかとなってきた。本稿においては、近年、概念の変遷と拡大が著しい前頭側頭葉変性症、なかでも中核的な病態である前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia : FTD) の概念と臨床症状、診断について概説する。

前頭側頭葉変性症の概念

前頭側頭葉変性症は、前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症性疾患である。後方型認知症の代表であるアルツハイマー病とは区別すべく提唱された概念であり、アルツハイマー病を除く雑多な病理学的背景

を呈しうる前方型認知症の総称といえる。今日さまざまな分類が提唱されているが、一般的には①前頭側頭型認知症、②進行性非流暢性失語 (progressive non-fluent aphasia : PA)、③意味性認知症 (semantic dementia : SD) の3亜型に区分されている¹⁾。

概念の変遷 (図1)

20世紀初頭、Arnold Pickが肉眼的に前頭葉・側頭葉に局限する萎縮を呈し、言語症状や特異な精神症状を呈する一連の疾患を記載したことに始まり²⁾、1994年にLund、Manchesterグループが共同でFTDという概念を提唱し臨床および病理概念を発表した³⁾。この概念により、臨床症状として行動障害や感情障害を有し病変部を前方部に有する変性性認知症と、大脳皮質の後方に病変の主座をもつアルツハイマー病を分けて分類するように

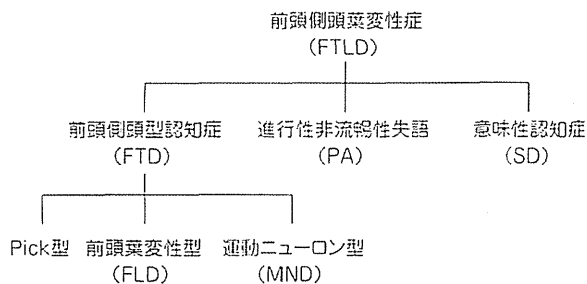


図1 前頭側頭葉の萎縮を呈する変性性認知症の疾患概念

なった。FTDは病理所見から、Pick球を有するPick型、脳萎縮はあまり目立たないが前頭葉機能低下を顕著に示す前頭葉変性型 (frontal lobe degeneration type: FLD)、運動症状を呈する運動ニューロン型 (motor neuron disease type: MND) の3つに分類された。1996年にManchesterのグループが、前頭葉から側頭葉にかけての萎縮を認める例を含め前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD) という概念を提唱し、臨床的に言語症状を有するPA、SDもFTLDに含まれるようになった。その後、2001年に病理学的な観点からタウ陽性封入体を有する疾患群、ユビキチン陽性タウ陰性の疾患群などが分類された⁴⁾。一方、FTDで同定されたTAR-DNA-binding protein of 43kDa (TDP-43) が、他疾患にも発見されてきており、疾患群の分類にはいまだ混乱が生じている。近年の病理学的な研究、蓄積蛋白の解明に伴い新たな分類も検討されはじめており、タウ陽性であるFTLD-Tauに加え、ユビキチン陽性タウ陰性の群をFTLD-TDP、FTLD-FUS、FTLD-UPSの3つに分類し、それぞれをさらに細かく分類するようになってきている⁵⁾。

臨床症状

一般的には、本疾患群はある程度進行するまで基本的な日常生活レベルは保たれている。また、精神症状としては、アルツハイマー病と比較して幻覚、妄想などは少ないといわれている。FTDに一般的にみられる症状について、2011年に提唱された行動変異型の前頭側頭型認

表1 行動変異型前頭側頭型認知症の国際基準

- A. 行動の脱抑制
 - A.1. 社会的に不適切な行動
 - A.2. 礼節の喪失
 - A.3. 衝動的、軽率、不注意な行動
- B. 無気力や無関心
 - B.1. 無気力 (apathy)
 - B.2. 無関心
- C. 同情や共感の欠如
 - C.1. 他者の要求や感情への反応性の減少
 - C.2. 社会的興味、相互関係、人間的暖かさの減少
- D. 保続的、常同的、強迫的/儀式的行動
 - D.1. 単純な反復運動
 - D.2. 複雑な強迫的または儀式的行動
 - D.3. 常同的発話
- E. 口唇傾向および食事の変化
 - E.1. 食物の好みの変化
 - E.2. 過食、嗜好品の消費増加
 - E.3. 食べられない物の口探索
- F. 神経心理学的プロフィール
 - F.1. 遂行課題の障害
 - F.2. エピソード記憶の相対的保存
 - F.3. 視空間技能の相対的保存

大項目3つを満たせば該当。A～Dは発症から3年以内の症状
 (Rascovsky K, et al: Brain, 134: 2456-2477, 2011より引用、改変)

知症 (behavioural-variant frontotemporal dementia: bvFTD) (表1) に基づいて説明する。

1. 病識の欠如

本疾患群は、病初期から病識が欠如しており、深刻感はない。アルツハイマー病と比較して社会的規範の知識は保たれているにもかかわらず、道徳的な倫理や共感性が障害されている、すなわち他者の心的状態、思考や感情を推論する機能が障害されているといわれており^{6), 7)}、社会的対人行動障害、自己行動の統制障害、情意鈍麻、病識の欠如の背景となっていると考えられている。

2. 脱抑制

基本的な日常生活そのものには問題のない段階で、病前に認められていた社会的な関係や周囲への配慮がまったくみられなくなり、本能のおもむくままにわが道を行く行動 (going my way behavior) が出現する。公衆の面前で裸になったり、店にあるものを人目を気にすることなく平気で万引きするといった社会的に不適切な行動を平然ととるようになる。また、不適切な場面での笑い・罵り・大声、不愉快な冗談、下品または性的に露骨な発

音といった礼節の喪失を認める場合もある。無謀な運転や見境なく賭博や金銭売買などを行うようになる衝動的かつ不注意な行動を認めるようになる。

3. 自発性の低下, 無気力, 無関心

最も一般的な初期症状といわれており, 落ち着きのなさと共に存在している場合がある。無気力な感じが強くなり, いろいろな物事にも無関心になってしまう。趣味に対する興味が失われたり, 仕事に従事するのを止めてしまい, 何事にも自発性がなくなってしまう。また, 食事や歯磨きといった日常生活動作に対してすら関心がなくなり, ときには行動の開始・終了に指示が必要となり, 会話の開始や継続が困難となる場合もある。そのため, うつと間違っただけで診断されることがある。

4. 感情・情動の変化, 同情・共感の欠如

同情や共感の欠如を呈するようになる。他人が困っていることや深刻なニュースを見ても理解を示す態度の欠如や, 心ない意見や理解不能な態度が出るようになる。また, 親類や親しい友人に対して挨拶をしなくなったりよそよそしい態度になったりして, 人間味のない状態となる場合もある。

5. 常同的行動

保続的, 常同的, ときには強迫的な行動をとるようになる。意味もなく絶えず手をばちばちと叩いたり, 膝を擦り続けるといった単純動作の保続的な反復行動を認める。同一の行動をすることが多くなり, 同じところを回り続ける周遊 (roaming)⁹⁾ や1日の決まった時間に同じものを食べる常同的食行動異常⁹⁾ を呈するようになり, 徘徊をしてランダムな行動をとるアルツハイマー病とはまったく異なる症状である。また, 日常生活においても認められ, 清掃や料理の順番が常同的になる場合もある。これらの行動は時刻表的生活となり, 強迫性を帯びている場合も多い。何を聞いても同じことを答える保続言語, 相手の言葉をそのままおうむ返しに答えること (反響言語) も言語症状として認める。

表2 Nearyらによる前頭側頭型認知症の臨床診断基準

前頭側頭型認知症の臨床診断基準

性格変化と社会的行動の障害が経過を通じて優位な症状。知覚・空間的能力・行為・記憶といった道具的認知機能は正常か, 比較的良好に保たれる。

主要診断特徴

- 1) 潜行性の発症と緩徐な進行 (少なくとも6カ月)
- 2) 早期からの社会的対人行動の障害
- 3) 早期からの自己行動の統制障害
- 4) 早期からの情意鈍麻 (相手で相手の感情を考えない)
- 5) 早期からの病識の欠如

(Neary D. et al: J Neurol Neurosurg Psychiatry, 51: 353-361, 1988より引用, 改変)

6. 食行動異常

食生活や嗜好の変化がしばしば認められる。食欲の増加に伴う過食やアルコールやたばこの極端で強迫的な摂取増加をもたらし得る場合がある。また食べ物の好みにも変化が出現し, ジュースやお菓子といった甘いものを毎日大量に食べるようになることもある。また, 食べられないものを食べてしまったたりする異食症状が出現する場合もある。

7. 言語障害

障害部位によって異なるが, 前述した保続言語, 保続言語を呈する場合がある。FTLDの他のサブタイプであるPA, SDでは失語症状が中心の症状となる。PAでは言葉の意味は保たれるものの音韻性の錯語, 障害を認め, 単語の羅列となることが多いのが特徴である。一方, SDでは言葉の意味が障害される。例えば腕時計を見ても「うでどけい」とは言えず, 「ウデドケイ」という言葉を聞いてもそれが何かわからない。左側頭葉 (優位半球) の萎縮例でこの症状が目立つ。右半球 (劣位半球) の萎縮例では有名人や家族の顔を見ても認識できない相貌失認の症状が出現する場合もある。

診断

1998年にNearyらがFTDの詳細な診断基準を発表し, 今日の基準となっている (表2)。一方で分類の多様化に伴い, 行動障害を呈するFTDに対しては, 前述した2011年にbvFTDの診断基準も提唱されている (表1)。

各種検査においては、脳画像において頭部CT、頭部MRIにて前部帯状回、前頭葉腹内側皮質、前および内側側頭部といった脳前方部の萎縮を認める。MRIにおいてはグリオーシスを反映してT2強調画像とプロトン強調画像において白質信号強度が前頭側頭部で増加するともいわれている¹⁰⁾。SPECTやPETにおいては萎縮部位に対応する、もしくはそれよりも広範囲において血流・代謝の低下が認められる。また、髄液検査によってアルツハイマー病はアミロイド β_{42} の高度低下、アミロイド β_{40} /アミロイド β_{42} 比の増加を示すため、鑑別に使用する場合がある。しかし、これらは補助診断の域を超えず、基本的には表1、表2に提示した診断基準に基づいて、臨床症状の継続的な聴取と診察が正確な診断には必須である。

【自験例】

65歳 女性

既往歴：特になし 内服：特になし

病歴：元来、明るく笑顔が絶えない性格であった。

2年前、大事にしていた庭の植木に水をあげなくなり、すべて枯らしてしまっただが、同居している夫が注意をしても気にとめない感じであった。また、国内旅行に行っても、元来は感情豊かでいろいろなものに関心を示していたのだが、美しい景色を見ても他人事のような感じで反応が乏しくなっていた。

活動性は低下していったものの、日常生活は問題なく行っていた。

1年前、買い物に行っても、お金を払うそぶりもなくそのままレジを通り過ぎて止められることがあった。料理は決まった時間に必ず作るものの、食事の品数が少なくなるとともに、味付けが極端に薄味になり、同じ料理が何日も並ぶようになっていったが、本人はまったく気にとめない様子であった。

指示をしないと自発的には何も行わず、1日中テレビを見るようになってしまい日常生活に支障が出てくるようになったため、本人に自覚はまったくないが家族が希望し受診。

【身体所見および検査所見】

表情：穏やか、検査に協力的

一般身体所見：特記すべき異常なし

神経学的所見：両側性に強制把握あり

認知機能検査：MMSE 18点、FAB 5点

頭部MRI：前頭葉を中心とした軽度の萎縮

（図6）

頭部SPECT：前頭葉を中心とした血流低下

（図7）

【症例のまとめ】

経過2年の間に、無気力、無関心、食行動変化、常同性が出現してきた症例。画像、検査所見を含め、行動変異型のFTDと診断した。

おわりに

従来の^{とぎん}鍍銀法に加え、タウ、 α シヌクレイン、ユビキチンといった各種抗体を用いた病理学的な新知見により、FTLDにおける多様な病理学的特徴が明らかにされてきた^{11)、12)}。FTDは臨床症候群であり、多様な病理学的背景をもつ多様な疾患群から構成されることがわかってきている。また、筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis：ALS）と共通の構成蛋白（TDP-43）も確認されてきており¹³⁾、ALSとの共通の病態をもつ可能性が注目されている。蓄積蛋白による新たな分類および命名法が提唱されているが¹⁴⁾、今後さらなる議論が続くと考えられる。

引用文献

- 1) Neary D. et al: Dementia of frontal lobe type. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 51 : 353-361, 1988
- 2) Pick A : Über die beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. Prag Med Wochenschr. 17 : 165-167, 1892
- 3) The Lund and Manchester Groups: Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 57 : 416-418, 1994
- 4) McKhann GM et al : Work Group on Frontotemporal

- Dementia and Pick's Disease. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Arch Neurol*, 58 : 1803-1809, 2001
- 5) Cairns NJ, et al : FUS: A new actor on the frontotemporal lobar degeneration stage. *Neurology*, 74 : 354-356, 2010
 - 6) Gregory C, et al : Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: theoretical and practical implications. *Brain*, 125 : 752-764, 2002
 - 7) Lough S, et al : Social reasoning, emotion and empathy in frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 44 : 950-958, 2006
 - 8) Mendez MF, et al : 2nd Pick's disease versus Alzheimer's disease: a comparison of clinical characteristics. *Neurology*, 43 : 289-292, 1993
 - 9) Ikeda M, et al : Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 73 : 371-376, 2002
 - 10) Kitagaki H, et al : Alteration of white matter MR signal intensity in frontotemporal dementia. *AJNR Am J Neuroradiol*, 18 : 367-378, 1997
 - 11) 池田研二 : 前方型痴呆 (anterior type dementia) : その概念と病理. *老年精神医学雑誌*, 15 : 1302-1311, 2004
 - 12) 岡本幸一 : ALS-Dとユビキチン陽性封入体を伴う前頭側頭葉変性症 (FTLD-U). *Clin Neurosci*, 26 : 286-288, 2008
 - 13) Neumann M, et al : Ubiquitinated TDP-43 in frontotemporal lobar degeneration and amyotrophic lateral sclerosis. *Science*, 314 : 130-133, 2006
 - 14) Mackenzie IR, et al : Nomenclature and nosology for neuropathologic subtypes of frontotemporal lobar degeneration: an update. *Acta Neuropathol*, 119 : 1-4, 2010

認知症の身体合併症医療はどうあるべきか

鷺見幸彦

抄 録

認知症の人がさまざまな身体合併症を生じて、急性期病院を受診し、入院することが今後増加すると推測されるが、その対応方法に関する検討は少ない。本稿では国立長寿医療研究センターでの、認知症高齢者の精神症状や行動障害にも対応可能で、身体合併症にも対応しうる独立したユニット・病棟の試み、認知症を診療するスタッフを支える認知症患者サポートチーム (DST) の試みについて紹介する。

Key words : 認知症, 身体合併症, 認知症患者サポートチーム

はじめに

認知症は、高齢者に多い疾患であると同時に経過の長い疾患であり、その経過中にさまざまな身体疾患や外傷を合併 (身体合併症) する。身体合併症の発症は、短期的には行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) を発現させる要因となり、日常生活動作を低下させる。さらに長期的には生命予後に影響する。また認知症では、自己評価の障害や言語機能の障害から自ら症状を訴えることが困難なことがあり身体合併症の発見が遅れる。入院が必要となることもしばしばであるが、体調の悪化に環境変化によるダメージが加わり、せん妄状態となることがある。さらに回復期には離院や転倒といった医療安全の観点からは望ましくない事象が発生することがあり、入院の継続に難渋することが珍しくない。このような状況下で一般病院 (ことに急性期病院) においていかに認知症患者に対応していくかは重要である。現在の急性期病

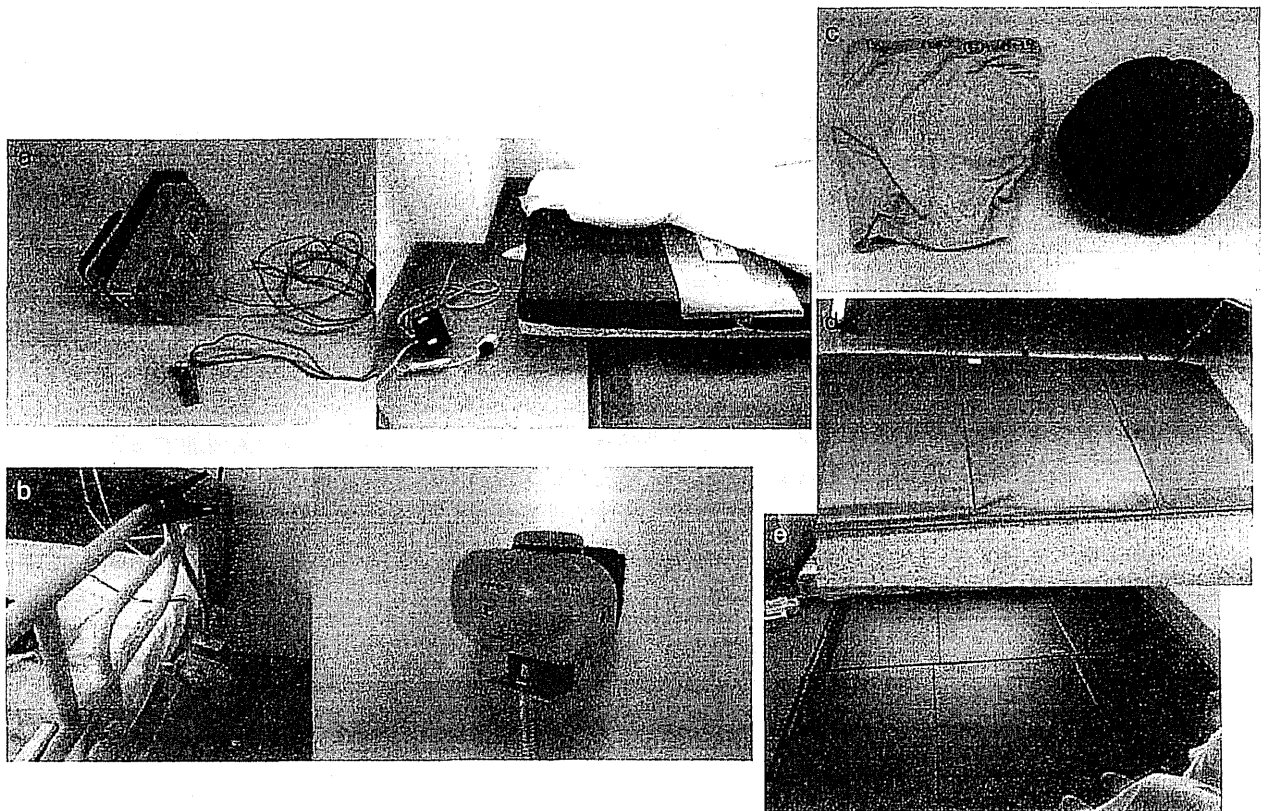
院での認知症への対応状況について述べ、国立長寿医療研究センターでの取組みについて紹介する³⁾。

I. 急性期病院での認知症対応状況

平成20年に愛知県下の臨床研修指定病院81施設にアンケート調査を行った²⁾。結果を表1にまとめた。回答は21施設 (回答率26%)、内訳は大学病院2、名古屋市内の病院9、公的病院2、私立病院7、県内他地域の病院10、公的病院5、私立病院5で、ベッド数は100~1,505床、医師

表1 身体合併症発症時の一般病院での認知症対応、システムの確立 (愛知県におけるアンケート調査)

1. 認知症の専門外来は60%の施設で存在するが、専門病棟を有する施設はない
2. 身体合併症としては内科系では感染症、脳血管障害、外科系では当該科の手術に関連した合併症が多い
3. 対応が困難となる原因は過活動症状 (徘徊、興奮、夜間の不穏) が圧倒的に多い
4. 管理困難な患者に対する治療としては、鎮静薬投与が多い
5. 理想的な診療体制としては、認知症高齢者の精神症状や行動障害にも対応可能で、身体合併症にも対応しうる独立したユニットが求められている



a : クリップセンサー, b : 赤外線センサー, c : ヒッププロテクター (左) と保護帽 (右), d : センサーマット, e : 衝撃吸収マット

図1 転倒, 傷害予防具

数は17~426人であった。認知症を専門としている医師が所属しているかについては、「所属している」12施設、「していない」9施設であり、専門病棟の有無については有している施設はなかった。一方、専門外来は8施設で「あり」という回答であった。専門として対応しているのは、これらの病院ではほとんどが神経内科医であった。救急外来に認知症患者が受診したときの主たる対応では、「身体合併症に対してのみ対応し、認知症症状については対応しない」6施設、「身体合併症に対して対応し、認知症症状については重症度症状に応じて対応する」11施設、「身体合併症と認知症症状についても対応する」3施設であった。

最も困難を感じる点は「診察時に指示が守れないので身体診察および処置ができない」であった。積極的に受け入れていない理由としては、「徘徊や興奮で周囲の患者さんに迷惑がかかる」が多数

を占めたが、「入院するとなかなか退院できず、経営上影響が大きい」という回答もみられた。入院してきた患者に、必要とされている検査や治療を行うことができないときの対応や、入院してきた患者に徘徊や興奮がみられ、周囲に迷惑がかかるときの対応ではいずれも「院内で対応を検討する」がほとんどであった。入院の原因となった身体合併症としては、内科系では感染症、脳血管障害、外科系では当該科の手術に関連した合併症が多かった。管理困難となる理由としては患者本人の身体面で危険が多いこと、患者に時間をとられて他患の看護が不十分となることが挙げられた。対応が困難となる原因は過活動症状（徘徊、興奮、夜間の不穏）が圧倒的に多く、それに対しては鎮静薬投与が多かった。

理想的な診療体制としては認知症高齢者のBPSDにも対応可能で、身体合併症にも対応しう

表2 24時間観察チャート

| 平成 年 月 日 () | | 氏名 (様) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|---------|---|---|-----------------------------|---|---|---|-----------------------------|----|----|----|-----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 時 間 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | |
| VS (時間) | () T P BP SpO ₂ | | | | () T P BP SpO ₂ | | | | () T P BP SpO ₂ | | | | () T P BP SpO ₂ | | | | | | | | | | | | |
| BS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| in (ml/日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 尿 (ml/日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 便 (便処置) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 便の性状・量 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内服 (服用時間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 睡 眠 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症 症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

る独立したユニットが求められていた。また同じ研究で長谷川¹⁾は全国のDPC(診断群分類包括評価)病院700施設に認知症患者への医療提供体制に関するアンケート調査を行った。院内体制の現状と理想についての調査では、「現人数での内部医療スタッフで何とか行う」か、「人員を厚くしたユニットが理想」とする結果を得ている。

II. 国立長寿医療研究センターでの試み

1. 認知症ユニットの創設

この結果に基づいて認知症対応病棟を検討した。45床の病棟のうちの18床を認知症対応病棟とし、看護師長を含め16人の看護師が配置された。これは3交代で夜勤を行う最低の人員配置ではあるが、患者・看護師比では1:1に近い配置である。医師は精神科、神経内科、老年科の入院の際は当該科が、それ以外の科が入院する際には、これらの科のいずれかが副科として診療に当たることと

した。入院患者数は平成21年4月～平成22年2月28日までの11か月間で延べ174人であり、平均年齢は78.76歳であった。入院の理由は、①外来からBPSDのコントロール目的、②他病棟で認知症への対応が困難なことによる転棟、③認知症を有する患者が慢性硬膜下血腫で入院した際の術後の管理の順であった。他病棟で看護が困難であった理由としては、患者が多動で監視困難、離棟のリスクが高い患者、意欲低下、無為の強い患者への活性化が挙げられた。

この病棟では各種センサーを用いて転倒予防に努めた(図1)。転倒自体は月平均8件で他病棟よりも明らかに高かったが、骨折に至った例は11か月間で1例のみであった。

また専用の24時間で1枚のチャートを用い、睡眠時間、BPSDの種類や発生時間を集中的にモニターした(表2)。BPSD治療の入院では、BPSDを引き起こしそうな薬剤をwash outする

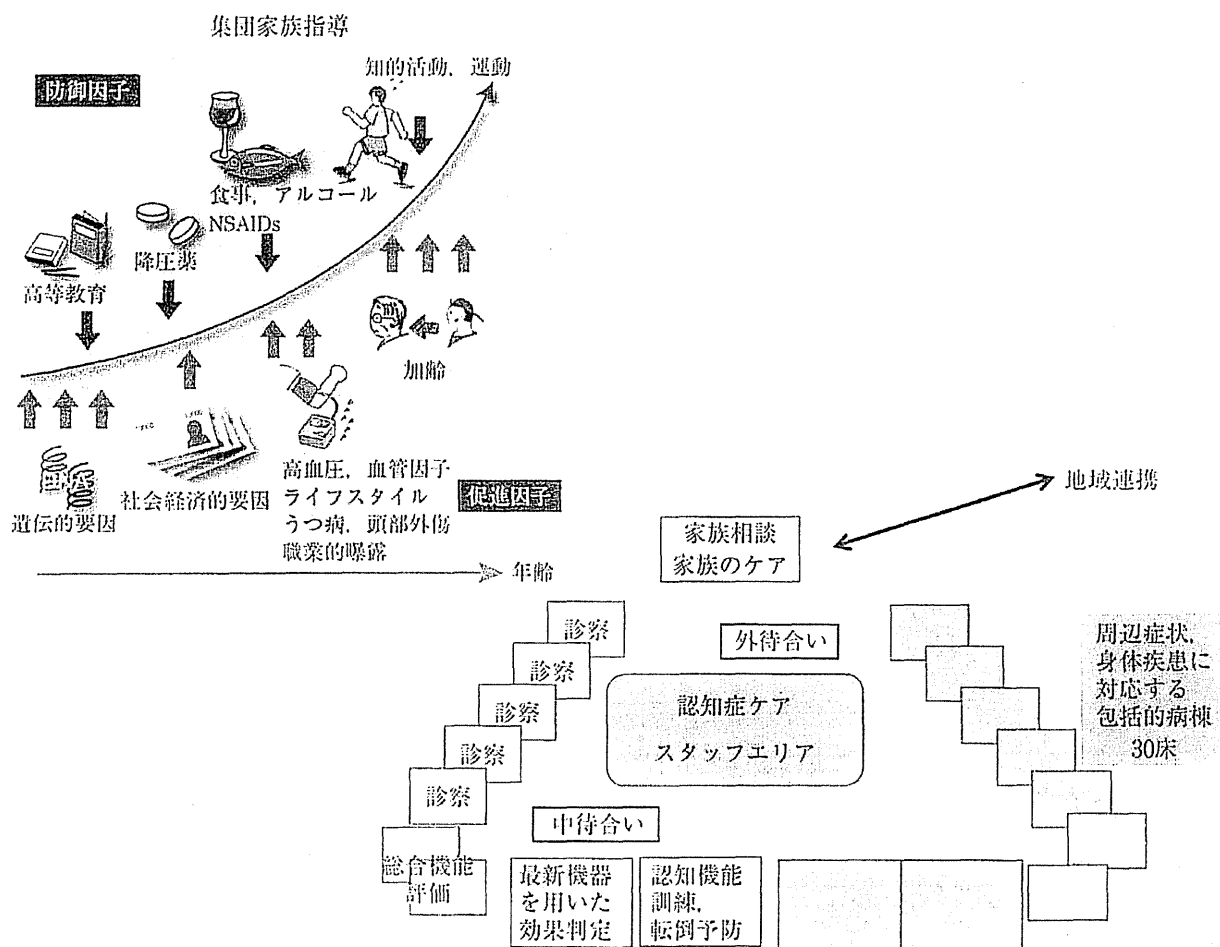


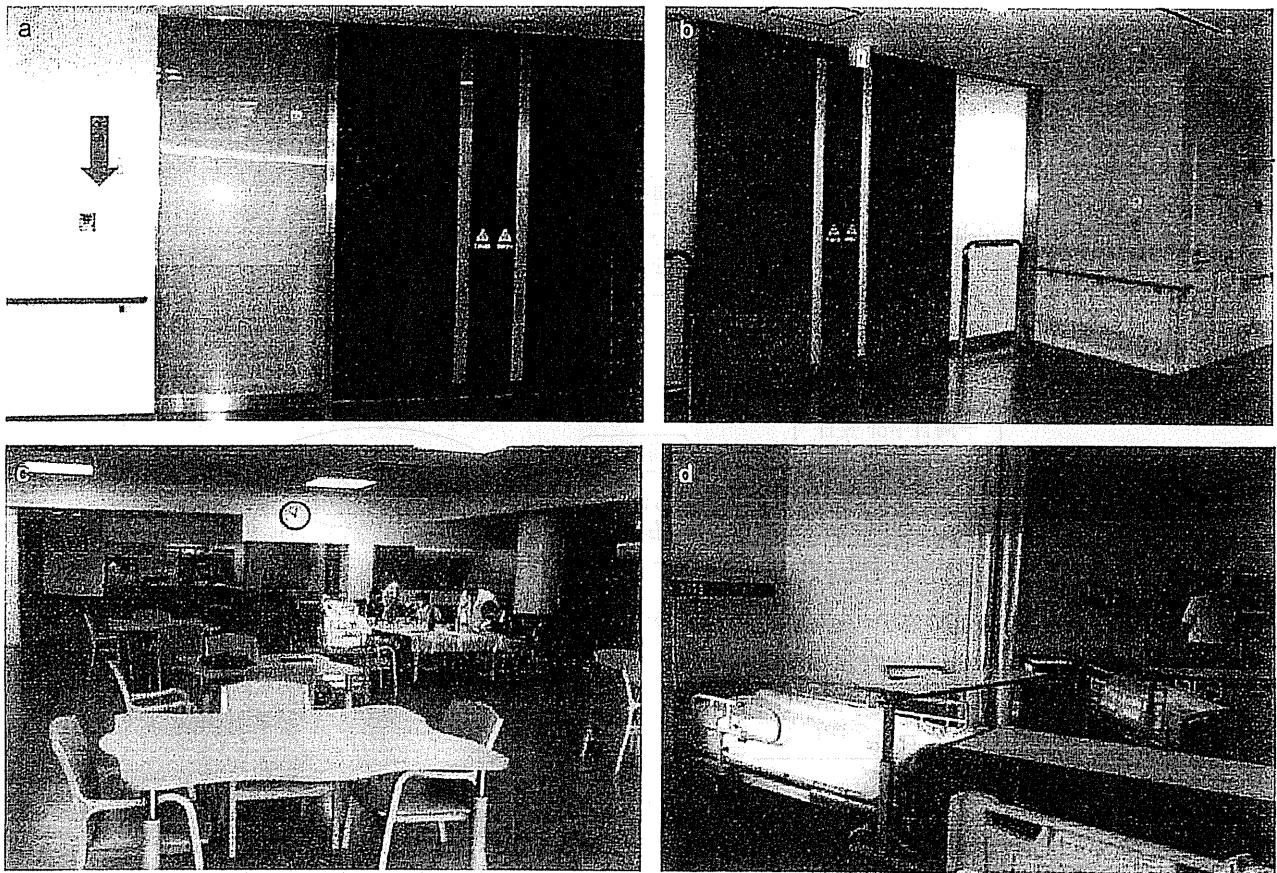
図2 もの忘れセンター

とともに、平均3日間、介入せずこのチャートをつけ徹底的に観察するようにした。その結果はどの時間帯に薬物を含めどのような介入をするのがよいかを考えるうえで大きな役割を果たした。さらにこのチャートを使用することにより、認知症の人と濃密に接し観察する時間が増え、看護師の認知症に対応する能力が格段に向上するという数字には現れない効果が認められた。

平成23年9月からはこれまでの外来部門に加えて30床からなる病棟を有するもの忘れセンターが開設された(図2)。この病棟は一般病棟であり精神科病棟ではない。スタッフは看護師20人、看護助手3人からなる。主治医は身体治療科で、入院治療を円滑に行うための支援として老年科、神経内科、脳外科、精神科のいずれかの

医師が副科としてつくことを必須条件とした。入院適応となる病態としては、脱水、急性胃腸炎、肺炎等によりせん妄を起こしている認知症例、内科、皮膚科、耳鼻科等の慢性疾患の管理(BPSDにより、一般病棟では管理困難な症例)、認知症患者で大腿骨頸部骨折等の周術期を過ぎてリハビリ治療を行う時期の症例、さまざまな認知症疾患におけるBPSDの治療(精神科的治療が主となる症例)、診断がつかない認知症例の検査入院等である。激しい徘徊、暴力を示す例は受け入れ不可であり、その場合は連携している近隣の精神科病棟を有する施設に紹介する。

一般病棟であるため出入り口のロックはできないため、離棟、離院対策が問題となったが、押しボタンを押すと開くドアにし、入室時にはただち



a : 病棟入口, b : 病棟出口 (出口では矢印のボタンを押して10秒後に扉が開くようにセットされており、離棟を防いでいる), c : 共用スペース (絵画療法を行っている), d : 4人床 (4人床もそれぞれ窓があり個室に準じた環境である)

図3 もの忘れセンター病棟

に開き、退出時には10秒待たないと開かないシステムにしてほぼ完全に離棟を防いでいる(図3)。

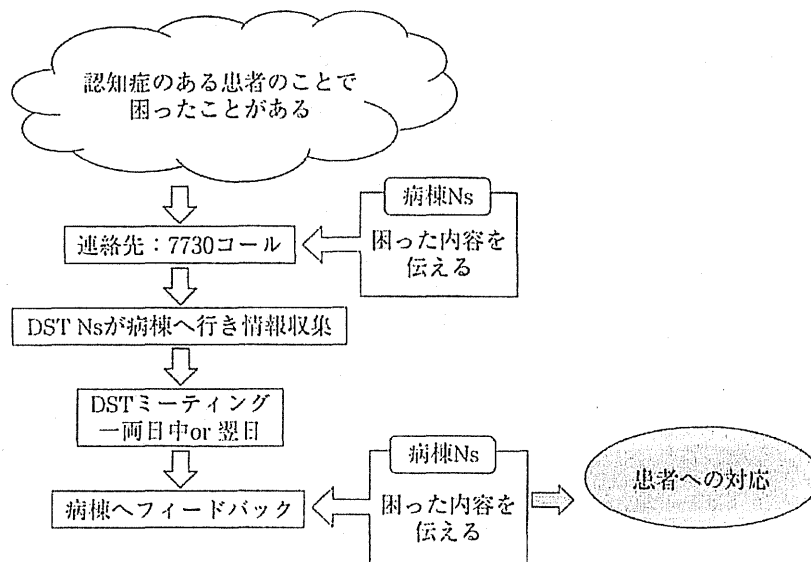
2. 認知症サポートチーム

このようなユニットを運用する試みとともに、認知症専門医や看護師が他の病棟を訪問し、診断や治療、看護の支援を行う認知症サポートチーム(dementia support team ; DST)について検討した。一般病棟から認知症に関する相談や支援の要請があった際に、一両日中にDSTが要請のあった病棟に出向き相談内容を聞きアドバイスを行うもので、認知症の人に接している医療職を支えることが目的である(図4)。ラウンドを行うのは神経内科、精神科、老年科の医師、看護師は認知症看護認定看護師、高齢者看護開発チームのメンバー、認知症病棟の看護師からなる。

このチームを支えるために以下の点について検討した¹⁾。1) DSTに対する需要がどの程度あるかを当センター中3階病棟と中4階病棟を対象に、1か月間調査した。2) 入院時に認知症患者をスクリーニングするための3項目からなる簡易スクリーニングテストを考案した(表3)。3) これまで認知症対応ユニットに勤務した看護師24人にアンケート調査を行い、入院した認知症患者に対してどのような対応上の注意、看護上の工夫をしてきたか調査しKJ法でまとめた。

1) DSTに対する需要の調査

外科の急性期病棟、消化器を中心とする内科の急性期病棟が、一般急性期病院のモデルとして適当であること、各病棟には高齢者看護開発チーム認知症看護のメンバーがいることからこれらの病



Ns：看護師

図4 認知症サポートチーム（DST）ラウンドの流れ

表3 簡単な認知症のスクリーニング検査

| |
|--|
| 1. おいくつになられましたか？ |
| 2. テレビや新聞は見ますか？ 最近のニュースで印象に残っている ニュースがありますか？ |
| 3. ところで今日は何月何日ですか？ 季節は春、夏、秋、冬のどの辺？ |
| 1) 簡単であり、被検者にできる限り認知症の 検査と思わせない。 |
| 2) しかし近時記憶障害と時間の見当識障害が チェックできる。 |

棟を対象とした。各病棟で説明を行い、自発的な依頼がどの程度あるかを調査したが、内科急性期病棟での2件の依頼にとどまった。依頼の内容は看護師に暴言を吐く患者への対応法であった。外科急性期病棟ではDSTへ依頼する前に転棟依頼が出てしまうことが判明した。

予備的に行った看護チームだけによる調査では、需要が存在することは明らかとなったため、活動を開始したが、DSTの活動は受け身に依頼を待つという方法では十分機能しないことが明らかとなった。現在毎週木曜日の午前に定時のラウンドを行い、毎週3~4件の新規相談があるようになった。

2) 簡易スクリーニングテストの考案

被検者が認知症のテストを受けている印象をもちたず日常会話のなかから聞き出せるように工夫したものである。感度、特異度をみるためにもの忘れ外来のアルツハイマー病（AD）患者45人、軽度認知障害（MCI）患者10人を対象に行った予備テストではMini-Mental State Examination（MMSE）との相関は良好で、感度95.6%、特異度80%を示した。また認知症、神経疾患が多く入院する南1病棟で1か月間、回答可能な新入院患者30人での検討では、3問中1問も答えられなかった患者は11人で、そのうち9人が認知症であった。

3) 認知症対応ユニットにおけるアンケート調査

調査結果から、入院環境に関連した項目、コミュニケーションに関連した項目、BPSD出現時の対応、入院患者の活動性を改善するための技術の4つの大項目に分類された。図5に一例として認知症の人に接する技術に関するまとめを示した。病棟のスタッフからの相談に対応するためには、認知症患者看護経験の蓄積が必要かつ有用と考えられる。今回多くの看護技術が集積できた。集積できた技術を今後まとめていけば、他施設で同様

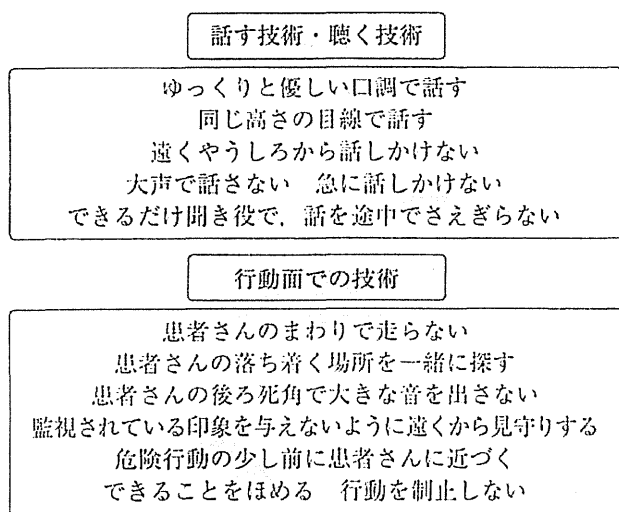


図5 認知症の人に接する技術

の試みを行う際にも有力な情報になると考えられる。

おわりに

前項のようなシステムを動かそうとする場合に最も重要なのは職員の教育、ことに看護師への教育が最重要である。教育がむずかしいのは認知症を専門としない他科の医師である。また当然のことながら、幹部職員の理解も必須である。教育内容としては認知症の特性に対する理解とせん妄に関する知識と対応法が中心となる。後方支援（地域連携室との連携）が重要であり、入院時から、自宅や施設に戻れるかどうかの検討を始めたほうがよい。院内に小さな認知症専用ユニットがあるとよいが、職員数や専門医がいるかどうかなど状況による。

国立長寿医療研究センターでの試みはまだきちんとしたアウトカムが出ているわけではなく、試行錯誤の段階である。一般の病棟で苦勞して認知

症を診ることによる診療点数上の加算があるわけでもない。しかし、認知症の人が増加する今後は、身体合併症を生じた認知症の人に対してどのように対応できるかは、その病院の質を示すことになるであろう。多くの施設で利用可能な対応指針の作成を目指している。認知症の人が身体合併症を生じた際にはさまざまな理由から十分な医療が受けられていない可能性があり、今後医療スタッフの教育、診療報酬といった面からも検討が必要である。

本研究の多くは国立長寿医療研究センター行動・心理療法部 服部英幸先生、同看護部 寺西正美看護部長、北村忍副看護部長、絆川まき子看護師長、野竹恵美子看護師長、藤崎あかり認知症看護認定看護師、浅井紫認知症看護認定看護師のデータによる。またこの研究全体を支援していただいた鳥羽研二院長に深謝いたします。

文 献

- 1) 長谷川友紀：認知症患者への医療提供体制に関する研究：DPC対象病院へのアンケート調査から。平成21年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）認知症の総合的な予防・治療・介護の確立に関する研究。研究報告書。155-168（2010）。
- 2) 鷺見幸彦：身体合併症発症時の一般病院での認知症対応システムの確立。平成21年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）認知症の総合的な予防・治療・介護の確立に関する研究。研究報告書。93-95（2010）。
- 3) 鷺見幸彦：認知症の身体合併症；予防。医療。管理。こころの科学。161号：33-37（2011）。
- 4) 鷺見幸彦：身体合併症を有する認知症の管理とケア。平成23年度認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究。研究報告書。61-64（2011）。

認知症の「ひと」に 寄り添うチームケア

認知症の診療機能を有しない医療機関にも期待

1 はじめに

高齢者の増加とともに認知症の人は増加し、いまや common disease といえる。あらゆる医療関係者が認知症の人と遭遇し、認知症診療にかかわる可能性が飛躍的に高まっており、すべての医療関係者が認知症に対する一定の知識と対処法を有することが求められる時代がきている。

このような状況で、どのように早期発見するか、また一般の外来でどのようににかかわるか、地域で連携を行う上でどのような点に留意すべきかのポイントについて述べる。

2 早期発見のポイント 認知症はなぜ気づきにくいのか

1) 中核症状

認知症の中核症状としては記憶障害、見当識障害、実行・遂行障害、自己認識の障害といった高次機能障害が知られている。

初期から出現するのは、近時記憶障害と実行・遂行障害である。

記憶障害に関しては3つの単語を覚えてもらい、時間をおいて再生してもらう「3単語の再生」が最も簡便で異常を見出しやすい。

実行・遂行障害は計画的に段取りよく一連の作業ができるかどうかという機能であり、日常生活では料理、買



独立行政法人
国立長寿医療研究センター
脳機能診療部 部長
もの忘れセンター神経内科部長
在宅医療・地域連携診療部 部長

鷺見 幸彦
Yukihiko Washimi

い物、入浴といった場面で障害が出やすい。

本人はできていると否定するため、診察場面や簡単な認知機能検査で気がつくのは難しく、家族、介護者からの情報が必須である。

表1に認知症の特性を列挙した。記憶障害はあるが、言語機能の障害はないため、短時間の会話では異常に気がつきにくい。能力間の格差が大きいため難解な論文が読めるのに、5分前の出来事を全く覚えていないといった現象が起きうる。

また最も密に接している介護者に対して、認知症の症状がより強くなる傾向がみられる。第三者やたまに訪れる肉親、医療者の前では普段できないことができたり、驚くほど愛想よく振る舞うのに、介護者に対しては不



Contents

TEAM APPROACH

2012 通巻18号

発行日 2012年4月
 発行人 三好 克明
 発行所 第一三共株式会社
 制作 メディカルクオール株式会社
 表紙・デザイン 有限会社 オセロ
 印刷 株式会社 誠文堂

【表1】認知症の主な特性

| | |
|---|--|
| 1 | 一見楽天的にみえたり、症状や現状を強く否認したりするが、基本的には強い不安と自信喪失の中にある。 |
| 2 | 症状の現れ方が相手によって変わる。より身近な介護者に対して、認知症の症状がより強くでる。外来受診やケアスタッフが訪れた際には、一番よい状態をみせている。 |
| 3 | 正常な部分と認知症として理解すべき部分が混在する。初期から末期まで、通してみられる。 |
| 4 | 感情は保たれているという認識が必要。 |
| 5 | 説得や否定はこだわりを深めるのみ。本人が安心できるように配慮することが大切。 |
| 6 | 一見異常に見える行動や症状も、基本的には理解可能として接する。 |

【表2】一般外来で認知症を疑う言動(例)

| | |
|---|---|
| 1 | 最近、血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった。本人に確認しても、薬はきちんと飲んでいるという。 |
| 2 | 予約の日を間違えたり、しばしば連絡なくキャンセルする。 |
| 3 | 不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが、検査しても客観的な異常が見い出せない。 |
| 4 | 検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる。 |
| 5 | 前回行った検査を全く覚えていない。 |
| 6 | 受診のたびに同じ話を繰り返す。 |
| 7 | 入院すると不穏になる。 |
| 8 | 原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある。 |

【図1】簡単な認知症のスクリーニング検査

- 1 おいくつになられましたか？
- 2 TVや新聞はみますか？
最近のニュースで、印象に残っているニュースがありますか？
- 3 ところで今日は何月ですか？
今、季節は春・夏・秋・冬のどこですか？

1は2年以内の誤差で年齢をいれば1点。それ以外は0点
 2は多くの認知症の人は取り繕い反応によってみていると答える。しかし具体的な内容はでてこない。最近のニュースをいければ1点。それ以外は0点
 3は月と季節が合致すれば1点。それ以外は0点
 これらのうち一つでも0点なら、より精密なスクリーニングテストを行う。

【表3】認知症の行動・心理症状(BPSD)

| | | |
|------|-------------|-----------|
| 心理症状 | 1) 妄想 | 4) 抑うつ状態 |
| | 2) 幻覚 | 5) アパシー |
| | 3) 誤認 | 6) 不安 |
| 行動症状 | 1) 徘徊 | 4) 不穏 |
| | 2) 焦燥 | 5) 脱抑制 |
| | 3) 激怒反応(怒り) | 6) 介護への抵抗 |

【表4】認知症の人への支援

- 1 もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
- 2 もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 3 認知症の人の前での家族に対する病状説明は、慎重に行う
- 4 家庭の役割分担、社会参加やデイサービスの利用を勧める
- 5 介護保険の申請
- 6 身体疾患を早めに見つけて治療をする

機嫌で、時には悪口を言ったりすることすらある。もの盗られ妄想の対象が、身内に向けられるのも、その一つの現れと考えられる。

診療やケアをする立場の方は、外来受診やケアスタッフが訪れた際には一番よい状態をみせていると認識する必要がある。

このような特性があるため、認知症は「認知症の可能性」を常に念頭において積極的に診断しないと見逃されやすい。

図1に当センターで用いているスクリーニングテストを示した。表2に一般外来で認知症を疑うきっかけとなる出来事を列挙した。このような状況が見られた際にすべて認知症とは限らないが、認知症を疑ってかかる必要がある。

2)認知症の精神症状

表3に認知症に見られる行動・心理症状を列挙した。

活動が活発になる徘徊や暴言、暴力といった症状は目立ちやすいが、頻度としてはアパシー*や抑うつといった抑制的な症状も多く、見逃されやすい。

意欲がなくなった、ひきこもりがちになったといった症状は、本人も家族も「歳のせい」と考えやすく注意が必要である。

また高齢者のうつは、若年者のうつと比較して悲哀感や自責感が乏しく、心気的な訴えや体の不調感を訴えることが多いため、見逃されやすい。うつが認知症の初発症状であった

り、合併することもあるため、鑑別は容易ではない。

高齢者のうつを診療する際には、認知症の合併を常に注意する必要がある。

外来でのかかわりかた

表1に示したような認知症の人の特性に対する理解が治療者・介護者にないと、治療・介護はきわめて困難なものになる。表4に認知症の人への支援のポイントをまとめた。

*アパシー：apathy 感情鈍麻。無気力、無感動、無関心な心理症状

【表5】

■ 認知症に合併しやすい身体症状

| | |
|-------|--|
| 運動症状 | パーキンソニズム、不随意運動、痙攣、運動麻痺 |
| 廃用症候群 | 筋萎縮、拘縮、心拍出量低下、低血圧、肺活量減少、尿失禁、便秘、誤嚥性肺炎、褥瘡 |
| 老年症候群 | 転倒、骨折、脱水、浮腫、食欲不振、体重減少、肥満、嚥下困難、低栄養、貧血、ADL低下、難聴、視力低下、関節痛、不整脈、睡眠時呼吸障害、排尿障害、便秘、褥瘡、運動麻痺 |
| その他 | 嗅覚障害、慢性硬膜下血腫、悪性症候群 |

■ 認知機能に影響を与えやすい薬剤

| | |
|-------------------------|--------|
| ・抗パーキンソン病薬、抗コリン剤 | ・抗癌剤 |
| ・抗不安薬 抗うつ剤 | ・ステロイド |
| ・循環器用剤：ジギタリス、βブロッカー、利尿剤 | ・総合感冒薬 |
| ・H ₂ ブロッカー | |

1) 我々が行うすべての薬物療法や支援は、本人とその家族が安心して暮らせるためにある

認知症の人は自己評価の障害があるために、一見楽天的にみえたり、症状や現状を強く否認したりすることがある。しかし基本的には強い不安と自信喪失の中におり、そのため本人のできなくなっていることを求めたり、新しいことを行うことに対して、拒否的な反応を示すことがある。

初診時には認知症の人は受診することに納得していない場合もあり、しかも緊張状態にある。まずはリラックスできる雰囲気を作り出すことが肝要である。

また認知症の人にとっては、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)やミニメンタルステート検査(MMSE)といった簡易認知機能検査でも、大きな負荷になることを十分意識して行う。

認知機能検査を始めるには、少し時間をかけて会話をした後に、「今からいくつか質問をします。答えにくい質問もあるかもしれませんが、その時はわからないと言ってくださいね」な

どと、予告してから始める。顔を合わせたときに、認知機能検査を始めることは避けるべきである。

2) もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える

認知症の人は、すべての能力が低下しているわけではない。初期からかなり高度に進行した状態でも、この傾向は保たれる。

悪化した能力、できなくなった機能にどうしても目が行くのは家族にとってはやむをえない。しかし我々医療者は認知症の人の残された能力に目を向け、そこを活性化するように持っていくことが重要である。

3) 認知症の人の前での家族に対する病状説明は慎重に行う

どうせ忘れるからと本人を前にして、「治療法はありません、何もかもわからなくなります、最終的には食べられなくなり寝たきりです」などと説明することは論外である。

話の内容は忘れても、その時感じたいやな思いや、怖い思いをしたという記憶は残り、医療者やその場へ連れていった介護者との関係は悪化する。

4) 家庭の役割分担、社会参加やデイサービスの利用を勧める

家族の中には、自分がんばらなければという気持ちから、また時には世間体から認知症の人を自分ひとりでかかえこんでしまうことがある。外へ出たがらない本人が、その傾向をさらに助長する。

しかし前述のように、①認知症の人は他人の中にいるほうが能力を発揮できるし、②ケアには専門性もいるため、③家族だけで頑張らない、ことを指導する。

5) 介護保険の申請

上記①～③のためにも、介護保険の申請は必須である。

6) 身体疾患を早めに見つけて治療をする

様々な身体合併症で認知症は修飾される。表5に起こりやすい身体合併症と認知機能に影響を与え、せん妄を引き起こす原因となる薬剤を列挙した¹⁾。

H₂ブロッカーや総合感冒薬など、中枢神経系とは関係のなさそうな薬剤もあることに注意が必要である。

4 連携のポイント

1) 地域の認知症介護サービス諸機関との連携

かかりつけ医と地域包括支援センターとの連携が必要となるのは、以下のa)～d)が想定される。

a) かかりつけ医が早期の認知症と気づいたが、患者が独居や様々な理由で介護者が存在しない場合

b) 専門医療機関での診断や治療が必要と判断したが、その地域の専

門医療機関の情報がない場合

c) かかりつけ医が介護サービスを活用したほうがよいと判断した場合

d) 逆に地域包括支援センターから住民が認知症ではないかと相談や連絡を受けた場合

地域包括支援センターのケアマネージャーとの連携は認知症診療においてきわめて重要であるが、現状ではこの両者を連携させる具体的なツールが欠けている。

藤本らの「滋賀認知症ケアネットワークを考える会」では毎月、かかりつけ医、専門医、一般病院勤務医、介護スタッフ、ケアマネージャー、行政職などが合同の勉強会を行っており、ひとつの方向性を示している²⁾。

このように大規模な形式以外に、ケアマネージャーや介護スタッフとの小さなミーティングの積み重ねが必要と考えられる。

2) 地域の人たちへの啓蒙活動

厚生労働省は2005年4月に、認知症の人を支え、誰もが暮らしやすい地域を作ることを目標に、「認知症を知り、地域を作る10ヵ年」キャンペーン

を開始した。

「認知症サポーター100万人キャラバン」はその活動のひとつで、国民に認知症への正しい理解と認知症の人に対する支援の機運を高めるために始められた。認知症サポーターとなるためには市町村がコーディネートするためには市町村がコーディネートする認知症サポーター養成講座を受講する。講座の講師を務めるのは、別に養成されたキャラバンメイトである。

講座は60～90分で標準的なテキストとDVDを用いて行われる。当初100万人を目指したが、平成23年12月31日現在3,091,354人に達しており、一般の人たちの認知症への関心の高まりを物語っている。

サポーターはなにか特別な役割を担うわけではなく、認知症の人の理解者であることを認識して、認知症の人や家族を温かい目で見守り、可能な手助けをしたり、適切な窓口へ支援のための橋渡しができることなどが期待されている。

かかりつけ医には、キャラバンメイト養成指導者としての役割が期待される。

【表6】

認知症対応で、医師に期待される役割

- 1) 早期発見
- 2) 専門医療機関との連携
- 3) 一般的な身体的対応、健康管理
- 4) 家族への理解
- 5) 介護との連携
- 6) 啓蒙活動 など

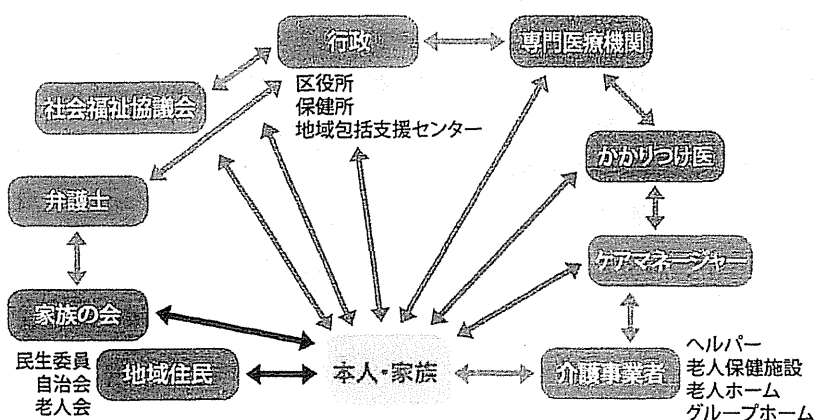
5 まとめ

患者数が多く、経過が長期にわたり、ケアが支援の大きな部分を占める認知症を、一人の医師だけでみていくことは困難である。その中で医師は表6のような役割が期待され、知識・理解の向上が求められている。

今後は図2に示すような認知症の人と家族にかかわる、多くの職種のコーディネーターとしての機能も求められていくようになる。

最初に述べたように認知症は、いまや特別な診療科のまれな疾患ではない。あらゆる診療科の外来で、対応が求められる時代なのである。

【図2】 認知症患者・家族にかかわる多職種のコーディネーター(例)



文献

- 1) 鷲見幸彦. 認知症の身体合併症—予防 医療管理— こころの科学. 161: 33-37, 2011
- 2) 藤本直規, 奥村典子, 望月加奈子. もの忘れクリニックを中心にした認知症ケアネットワークについて: 地域保健・福祉施設と利用適応他. Progress in Medicine. 10: 87-91, 2004

Profile

独立行政法人 国立長寿医療研究センター
脳機能診療部 部長 もの忘れセンター神経内科部長
在宅医療・地域連携診療部 部長

鷲見 幸彦 (わしみ・ゆきひこ)

1987年 信州大学大学院医学系研究科卒業, 1987年 飯田市立病院 内科医長, 1997年 名古屋掖済会病院 神経内科部長, 1999年 国立療養所中部病院神経内科医長, 2004年 国立長寿医療センター外来診療部長 社会復帰支援室長, 2010年 現職に至る
専門領域: 神経内科 認知症の臨床
神経学会専門医 認知症学会専門医、内科学会総合内科専門医

特集

認知症の地域連携を推進するための方法論



かかりつけ医制度の現状と課題

鷺見幸彦

抄録

認知症ケアと医療の地域連携の必要性についてかかりつけ医の視点から述べた。かかりつけ医には①早期段階での発見・気づき、②専門医療機関への受診誘導、③一般患者として日常的な身体疾患対応、健康管理、④家族の介護負担、不安への理解、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携、⑥地域の人たちへの啓発活動などの役割が期待され、知識・理解の向上が求められている。地域連携の構築にはかかりつけ医を支える複数のシステム（認知症サポート医、専門医療機関、医師会の協力、地域包括支援センター）が必要であるが、地域ごとの実態は明らかでなく地域差が大きいことが推測される。

Key words : 認知症, 地域連携, かかりつけ医, サポート医

老年精神医学雑誌 23 : 287-293, 2012

はじめに

この10年間に認知症のケアは個人から地域全体によるケアへと大きく変化しつつある。その背景には介護保険制度の開始による認知症介護に関する議論の高まりや、認知症に対する啓発活動によって、家族だけのケアから社会全体で支えるケアへ、介護サービスを中心に第三者の力を借りる、という方向へ考え方が変化してきていることが挙げられる¹⁾。認知症はいまや特殊な脳の変性疾患ではなく、common diseaseとなってきた。このような状況下で認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築するために、平成20年度から厚生労働省において「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が開始された。このなかで認知症の医療に関する主な課題が以下のとおりまとめられた。

- ①専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
 - ②認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
 - ③認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) の治療が未確立
 - ④身体合併症の治療が適切に行われていない
- このプロジェクトにおいては、これらの課題に対して、専門医療体制の強化、専門医とかかりつけ医、介護サービスの連携体制の強化が提言された。本稿では、平成18年度から施行された介護保険制度改革のなかで示されている、地域包括支援センターを拠点とする地域包括支援ケアシステムを念頭におき(図1)、認知症ケアと医療の地域連携の必要性についてかかりつけ医の視点から述べ、地域連携のなかで医師を中心とした医療者の果たすべき役割、問題点と検討課題を提示する。

Yukihiko Washimi : 国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部、脳機能診療部
〒474-8511 愛知県大府市春岡町源吾 35

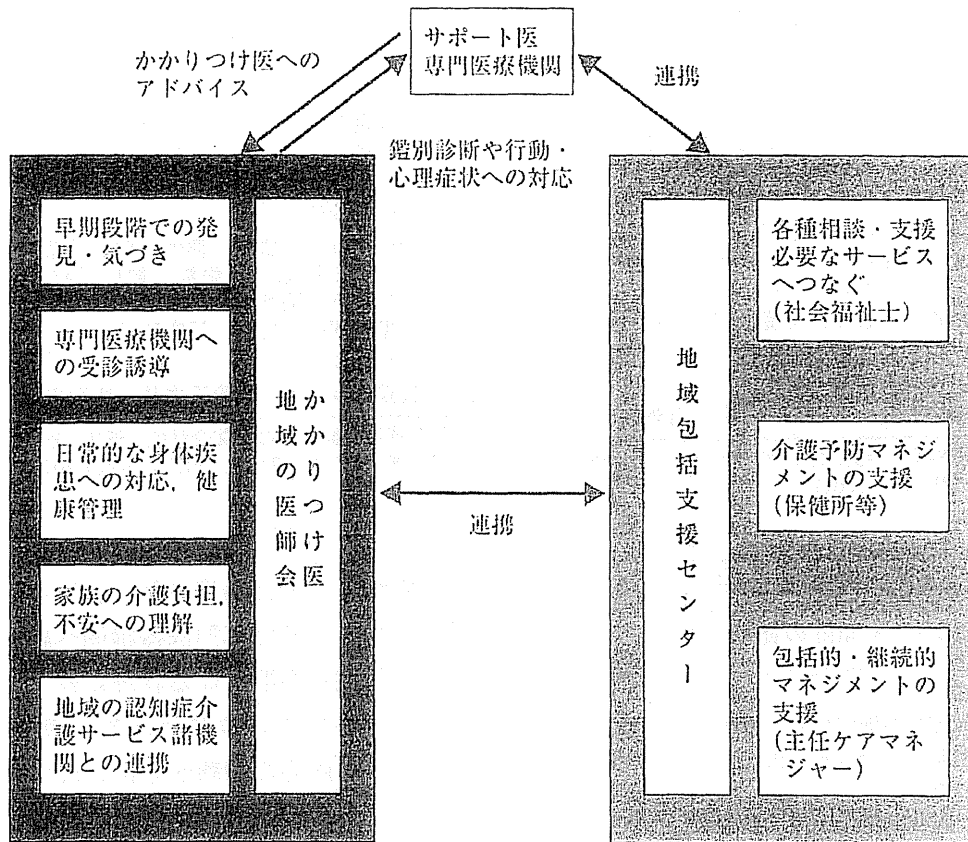


図1 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

1 認知症の地域連携のなかでかかりつけ医に求められるもの

図1に示したように、認知症地域連携ネットワークにおける医師の役割はきわめて重要かつ多様である。地域における認知症対応のネットワークにおいてかかりつけ医には①早期段階での発見・気づき、②専門医療機関への受診誘導、③一般患者として日常的な身体疾患対応、健康管理、④家族の介護負担、不安への理解、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携、⑥地域の人たちへの啓発活動などの役割が期待される。一般にはかかりつけ医という用語の定義に明確なものはないが、認知症地域連携ネットワークにおけるかかりつけ医とは勤務形態（病院か診療所か）や診療科専門性に関係なく、地域において認知症患者の医療を含めた生活全般の相談ができる医師をいう。

1. 早期段階での発見・気づき

認知症を早期に発見することの意義は、①本人および家族の両者に対して、認知症は病気であるという意識と、治療により、進行抑制や改善する認知症があるという希望をもたせることができる。②家族や介護者がBPSDに対する対応方法や公的福祉制度への知識を得ることで、介護が容易になり虐待が減る、③医師は早期診断・早期治療を通じて認知症の症状の改善や進行抑制、日常生活の指導が可能となり、治療意欲が生じる、④行政は医療費の削減が可能となり医療経済効果が期待できる¹⁾ことが挙げられている²⁾。2003年に本間³⁾が行った調査では、家族が相談した際に否定的な対応（家族がもの忘れなどで相談した際に、歳のせいと片づけてしまう、治らないので仕方がないといった対応）が初診時の医師の30%近くにみられていた。また神経内科や脳外科でMRIを撮ってもらったが異常なしと言われたので放置してい

表1 このようなときには背景に認知症がないか疑う

1. 最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、本人に確認しても薬はきちんと飲んでいると言う
2. 予約の日をまちがえたり、しばしば連絡なくキャンセルする
3. 不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても客観的な異常が見いだせない
4. 検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる
5. 前回行った検査をまったく覚えていない
6. 受診のたびに同じ話を繰り返す
7. 入院すると不穏になる
8. 原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある

(鷺見幸彦：一般外来で認知症に気が付けるか。Modern Physician, 31 (7) : 890, 2011)

表2 専門医がかりつけ医に望む認知症の人の情報

- ・施行してあればCTやMRIの貸し出し
- ・抗アルツハイマー病薬を処方していれば、使用開始後の変化の有無
- ・施行してあれば認知機能検査の結果（得失点のプロフィールも重要なのでコピー添付が望ましい）
- ・現在内服中の薬剤
- ・合併している身体疾患についての情報
- ・介護保険申請の有無と介護保険サービス利用状況

(武田章敬：認知症サポート医に求められる役割とフォローアップ研修の目的・方法。認知症サポート医フォローアップ研修資料, 2010)

たという訴えも多い。しかし一般診療のなかで、初期の認知症に気がつくことは必ずしも容易ではなく、技術を要する。表1に外来での早期発見のポイントを示した¹³⁾。また短い診療時間内に外来を受診した高齢者すべてに改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)やミニメンタルテスト(MMSE)を行うことは困難であり妥当ではなく¹⁾、さらには患者によっては以後の受診に拒否的になることすらある。筆者らは入院時の認知症の有無をスクリーニングする目的で3項目の質問を行っており、有用である¹²⁾。高齢者が訪れる機会の多い外来では、認知症の人が受診している可能性を常に意識することが必要であり、受付事務や看護師などからの情報も重要である。

2. 専門医療機関への受診誘導

認知症が疑われた場合にどのような病型なのか

表3 認知症に合併しやすい身体症状

1. 運動症状
パーキンソニズム, 不随意運動, 痙攣, 運動麻痺
2. 廃用症候群
筋萎縮, 拘縮, 心拍出量低下, 低血圧, 肺活量減少, 尿失禁, 便秘, 誤嚥性肺炎, 褥瘡
3. 老年症候群
転倒, 骨折, 脱水, 浮腫, 食欲不振, 体重減少, 肥満, 嚥下困難, 低栄養, 貧血, ADL低下, 難聴, 視力低下, 関節痛, 不整脈, 睡眠時呼吸障害, 排尿障害, 便秘, 褥瘡, 運動麻痺
4. その他
嗅覚障害, 慢性硬膜下血腫, 悪性症候群

(鷺見幸彦：認知症の身体合併症：予防, 医療, 管理。こころの科学, 161号 : 33-37, 2011より改変引用)

を確定することは治療方針、経過を考えるうえで重要である。また専門医療機関へ紹介することによって入院が必要となる状況に対して連携の糸口となる。紹介する際には専門医療機関からは表2⁹⁾のような内容の情報が期待されている。診断面では、専門医療機関が少なく、予約から受診までに時間がかかることが多いことから、CTやMRIが撮像してあると、急を要する脳血管障害や脳腫瘍が機を逸せず除外できる。治療ではすでに抗アルツハイマー病薬を処方していれば、使用開始後の変化の有無の情報が有用である。また施行してあれば認知機能検査の結果（得失点のプロフィールも重要なのでコピー添付が望ましい）は参考になる。身体合併症の情報では、合併している身体疾患と現在内服中の薬剤についての情報は必須である。介護面では介護保険申請の有無と要介護度、介護保険サービス利用状況が伝達できることが望まれる。

3. 一般患者として日常的な身体疾患対応、健康管理

認知症専門外来では日常的な身体疾患対応、健康管理は逆に不十分である。高血圧の管理、糖尿病の管理などいわゆる生活習慣病の管理はかかりつけ医で行う。表3にかかりつけ医が注意すべき身体合併症を挙げた¹⁴⁾。