

特集：高齢者在宅医療の新しい展開

各論

2. 高齢者在宅医療の実際  
3) 認知症への対応

服部 英幸

## 特集 | 高齢者在宅医療の新しい展開

## 各論

2. 高齢者在宅医療の実際  
3) 認知症への対応

服部 英幸

## KEY WORD

- 認知症
- せん妄
- 生活機能障害
- 介護保険
- 成年後見制度
- 認知症疾患医療センター

## SUMMARY

■ 認知症診療においてかかりつけ医による在宅医療はますます重要になっているが、認知症特有の問題がある。それについて、認知症の症状と評価、認知症治療とケア、家族への対応、認知症医療に関わる職種と専門医の4点に整理した。認知症の症状と評価ではスクリーニング評価法、鑑別すべき疾患・病体について解説した。認知症治療とケアでは、介護困難な状態としての精神症状・行動異常(BPSD)と生活機能障害の2つがあることを示した。家族への対応では、介護保険、成年後見制度、自動車運転について家族に説明すべき事柄や判断基準を解説した。最後に在宅医療が困難になったときの紹介先としての施設、関連職種、専門医のみつけ方について解説した。

## はじめに

認知症診療においては、通院治療が困難になりやすいことや、高齢者特有の身体合併症の多さなどから、かかりつけ医による在宅医療の存在意義が増してきている<sup>1)</sup>。一方で、認知症患者の在宅医療には困難がつきまとっている。地域で在宅医療を進めている河郷は、在宅医療の困難事例として認知症と悪性腫瘍末期を挙げている<sup>2)</sup>。そこで、認知症に関して在宅医療の現場で悩み、困っていることは何かという点について、整理してみると次のようになる。

1. 認知症の症状と評価(早期に認知症かどうかを見分けるコツがあるのか)
2. 在宅での認知症治療・ケア
3. 家族への対応
4. 認知症医療に関わる職種と専門医(在宅での限界を感じたときに、どのようにすべきか)

以下、これらについて考察する。

## 認知症の症状と評価

高齢者が認知症の症状を示しているかを知ることが案外難しい。その理由は、認知症を示す多くの疾患が慢性に経過するため、加齢変化と区別がつけづらいこと、本人に病識がなく、取り繕いの行動をとろうとすることが多く、家族も当初は本人の変化を否定する心理に傾きがちであるためである。そうはいつても、次第に何かおかしいという印象を周囲に与えるようになってくる。表1は認知症患者の家族が最初に気づいた行動の変化である。これらは、加齢による記憶力低下とは質的に異なった状態を示唆しており、家族の話から認知症を疑うきっかけとなる<sup>3)</sup>。医師が簡易にできる評価法として、OLD(Development and validation of Observation

■はっとり ひでゆき(独立行政法人国立長寿医療研究センター精神科医長)

表2 OLD(Development and validation of Observation List for early signs of Dementia)

	明らかにある	あるかどうか 確かではない	明らかにない	観察評価できない
いつも日にちを忘れている	1	2	3	4
少し前のことをしばしば忘れる	1	2	3	4
最近聞いたことを繰り返すことができない	1	2	3	4
同じことを言うことがしばしばある	1	2	3	4
いつも同じ話を繰り返す	1	2	3	4
特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある	1	2	3	4
話の脈絡をすぐ失う	1	2	3	4
質問を理解していないことが答えからわかる	1	2	3	4
会話を理解することがかなり困難	1	2	3	4
時間の観念がない	1	2	3	4
話のつじつまを合わせようとする	1	2	3	4
家族に依存する様子がある(本人に質問すると家族の方を向くなど)	1	2	3	4

「明らかにある」の項目が4つ以上で認知症を疑う  
(文献4より引用)

表1 家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化

- 同じことを言ったり聞いたりする
- 財布などを盗まれたという
- だらしなくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起きだして騒いだ
- 置忘れやしまい忘れが目立ってきた
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

(文献3より引用)

List for early signs of Dementia)がある(表2)<sup>1)</sup>。しかし、すぐに認知症があると判断することは危険である。

認知症と鑑別すべき病態は症状や経過によく注意しておく。せん妄、失語症は経過が急性である。高齢者のせん妄は、脱水などの身体疾患や薬物を基盤として発生することが多い点に注

意する。失語症の中でも左側頭葉の梗塞、出血によって生じるウェルニッケ失語症では喃語(ジャルゴン)と呼ばれる、支離滅裂な言動を突然始めることがある。梗塞巣が限定的であれば四肢麻痺などのほかの神経症状を示さず、言語症状のみ認められ、周囲からは認知症になったという印象をもたれることがある。2~3日で突然出現したと思われるような行動異常では、薬物服用歴聴取や、血液検査、頭部CTを考慮する。うつ状態では悲しみの表出や自己を過小評価する言動が多く、アルツハイマー型認知症などでみられる自己防衛的な取り繕いと大きな違いがある点に注目する(表3)。

認知症以外の状態を除外できたら、認知機能障害のスクリーニングと重症度の評価を行う。評価方法には質問式と観察式の2種類がある。よく使われる改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)やMinimental State Examination(MMSE)は質問式であり、N式老年者用精神状

表3 認知症と鑑別すべき病態

1. せん妄  
 症状：著しい意欲低下，突然現れる行動異常，物忘れ  
 原因：身体疾患，薬物の影響
2. 失語症  
 症状：言語表出の障害(ブローカ型)，言語理解の障害(ウェルニッケ型)  
 原因：脳血管障害によって起こることが多く，急性の変化を示す
3. うつ状態  
 症状：悲哀感，自己の過小評価  
 原因：心因，環境因が大きい，悪性腫瘍そのほかの重大な身体疾患が誘因になることもある

表4 日常生活動作において現れやすい代表的な問題

- ・食事  
 一点集中食い，食事動作や咀嚼・嚥下の遅さ，食べてもすぐそれを忘れる，こぼす，異食，犬食い
- ・排泄  
 失禁，不潔行為(便こね)，放尿，汚れた下着を隠す，便器に詰め物
- ・入浴  
 しようとならない，洗わない，風呂から出てきて着替えない
- ・着脱  
 着脱動作がのろい，しようとならない，着衣失行，重ね着，TPO お構いなしの装い
- ・歩行・移動  
 徘徊，転倒
- ・整容・衛生  
 歯磨きのやり方を忘れた，うがいもできない，ひげを剃らない
- ・1人にしておけない  
 届いた宅急便をしまいこんで報告しない，人からもらったものを報告しない，訪問販売を受け入れる，勝手にどこかへ行ってしまう
- ・安全面  
 火の元(たこ足配線，ガスのつけっ放し，タバコの不始末，仏壇の線香・蠟燭)，運転

(文献5より引用)

態尺度，Clinical Dementia Rating(CDR)は観察式である。質問式評価法は短時間とはいえ，ある程度の手間がかかる点や，本人が拒否的であるとできないなどの弱点がある。観察式は家人，介護者に記入してもらうので手間は省けるが，観察者の主観が入りやすく，同じ患者なのに評価がぶれやすい弱点がある。病院やクリニックでは質問式がよく用いられるが，多忙な在宅医療では観察式が使い勝手がいいかもしれない。

う生活機能障害<sup>5)</sup>である。BPSDは，原因疾患による脳機能障害の反映という側面と残存する機能による環境への適応という側面がある。生活機能障害は脳機能障害の直接的反映と考えられ，BPSDに比して注目されることは少ないが，介護を困難にする重大要素である(表4)。生活機能障害への対応に関しては，朝田らの著作が参考になる<sup>6)</sup>。

在宅診療においては，BPSDへの治療を求められる場面もあると思われる。医学的な常識でいえば，まずきちんとした診断をつけ，それに基づいて治療を決定すべきだが，現実問題として認知症の診断は専門機関が少ないことや，本人・家族が受診したがないなどの理由で，は

## 認知症治療・ケア

認知症在宅介護において問題となるのは，精神症状・行動異常(BPSD)と認知機能低下に伴

表5 認知症に伴う精神症状・行動異常(BPSD)に対する薬物療法

	抗認知症薬	抗精神病薬	抗てんかん薬	抗うつ薬	漢方薬
認知症の症状	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬(ドネペジル)	ブチロフェノン系(ハロペリドール)	フェノチアジン系(クロルプロマジン)	ベンズアミド系(スルピリド, チアプリド)	ペロスピロン(ほか)
				バルプロ酸ナトリウム カルバマゼピン	SSRI(パロキセチン, フルボキサミン, サートラリン)(*1))
					SNRI(ミルナシプラン)(*2))
					抑肝散
中核症状 知的機能低下	○				
		過活動症状			
		せん妄	○	○	○
		幻覚・妄想	○	○	○
		不安・焦燥	○	○	○
BPSD		徘徊・多動	○	○	○
		低活動症状			
		アパシー	○		
		抑うつ	○	○	○

\*1：選択的セロトニン再取り込み阻害薬

\*2：セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬

つきりにつけられないまままで対応を迫られることも多い。表5には症状別での薬物療法を示した。低活動症状と過活動症状に分けて薬物治療を行うのがよい。その中で以下の点に配慮する。

- A. 身体管理と並行して行っていく
- B. 高齢医学の原則に則った薬物使用(3S：簡単な処方(simple), 少量投与(small), 短期間(short))
- C. 患者のQOLを維持することと、介護者

の負担軽減を図ることを目標とする

木之下は、在宅での認知症診療について「認知症になるかもしれない未来の私が満足しないようなケアや医療にはしないことが原則」<sup>7)</sup>であるとしている。心すべき提言であろう。

### 家族への対応

家族介護者は、この先病状の経過がわからな

いことへの不安や、認知症の行動異常や生活機能障害が24時間、365日連続していることからくる疲労感が重なり、身体的にも精神的にも負担感が大きい<sup>8)</sup>。家族への支援は認知症在宅医療を進めていく上で極めて重要である。多くの問題があるが、ここでは以下の3点について考えたい。

### 1. 介護保険など利用できる社会資源、サービスについての知識に乏しい

認知症介護をしている家族の中には、インターネットなどで介護保険、福祉に関する知識を豊富にもっている方たちがいる反面、介護保険の申請の仕方などを知らないで孤軍奮闘しておられる人たちも少なからず存在している。あるいは介護、福祉について知っていても、あえて使いたがらない家族もある。認知症介護は長期戦を覚悟する必要がある。支援は可能な限り利用することが追い詰められないための必須条件であること、介護保険の場合、市役所などの窓口で申請の相談をするだけでよいこと、認定のための調査受け入れをためらわないようにすることなどを、粘り強くわかってもらう努力を行うべきだ<sup>9)</sup>。

### 2. 本人の介護・医療に必要な資金確保および犯罪から守るための成年後見制度について<sup>10)</sup>

医療・介護においても先立つものは銭ということがある。認知症高齢者の財産を守り、本人のために有効に使ってもらう必要がある。さらに詐欺などの犯罪に弱い。特に独居高齢者は標的になりやすいようだ。福祉関係者が訪問すると、家の中に布団が山のように積み上げられていた、本人はどのようにしてこんなに布団を買ったのかよく覚えていないといった事例もある。介護に責任をもてる家族、弁護士などに依頼して金銭管理をしてもらう成年後見制度を有効活用したい。医師も鑑定書の作成などで手間を負わされるが、在宅医療のために必要なものとして取り組んでいただきたい。鑑定書作成に関しては、精神科医あるいは精神保健指定医である必要はない。もちろん、家族の中には財産目当てとい

う例もないではない。しかし、現実問題としての金銭がらみの話も避けるべきではないだろう。

### 3. 自動車の運転をさせるべきかについて

平成21年の道路交通法の改正により、免許更新時に高齢者の適正検査が行われることになり、認知症と判明した場合は免許の取り消しもあり得ることになった。認知症を疑う患者が運転している場合に、医師に判断を求められることが多くなっている。公共輸送機関の有無などの地域差、生活背景の違いなどがあり、判断に悩まされる。認知機能低下と運転能力の関連については現在、研究が進められているが、現段階の目安としてはMMSE、CDRなどの評価結果に従って判断することが各国のガイドラインとして示されている(表6)<sup>11, 12)</sup>。

## 認知症医療に関わる職種と専門医

BPSDなどで在宅医療での限界を感じたときに、介護施設や専門医へ紹介したいが、どうしたらいいかわからないという話をよく聞く。認知症は医療、介護、福祉にまたがる広範な背景をもっており、それらに関連する職種の連携によって、患者・家族を支えることが可能になる。医療以外の職種では地域包括支援センター、行政、ケアマネジャー、在宅サービス(ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービス、小規模多機能型居宅介護)、介護施設が関わっており、地域における情報を得ておくことが重要である<sup>13, 14)</sup>。

一方、認知症の医療連携に関しては、老年内科、神経内科、精神科などにまたがっており、それぞれの科においても、すべてのドクターが認知症に詳しいというわけではない。現段階では以下のようなやり方が勧められる。

### 1. 地域連携の中での関係形成

最近では認知症関連の地域連携組織が各地に立ち上げられている。これらの会に積極的に参加していただくことで、「顔のみえる」連携が可

表6 認知症患者の運転に関する指針

1. American Academy of Neurology  
CDR 1以上のAD患者：運転するべきではない。  
CDR 0.5のAD患者：6カ月ごとの実地運転技能評価が必要である。
2. American Psychiatric Association  
CDR 2以上：運転するべきではない。  
CDR 0.5, 1：特に日常生活活動の障害があれば、実地運転技能評価を受け  
るべきである。
3. Canadian Medical Association  
MMSE 24未満：不可逆性なら運転するべきではない。  
MMSE 24以上でも、判断、抽象思考、病識の障害があれば実地運転技能評  
価を受けるべきである(実地運転技能評価に関する記載はない)。
4. Japanese Society of Neurology Guideline  
CDR 1以上：運転するべきではない。  
CDR 0.5：6カ月ごとの認知症の評価が必要である。

(文献12より引用)

能になる。

## 2. 学会専門医の検索

日本老年精神医学会、日本認知症学会ではそれぞれ、専門医制度を設けており、各ホームページに専門医の所在地が示されているので、容易に検索できる。

## 3. 認知症疾患医療センターとの連携

認知症疾患医療センターは平成20年度より、地域における認知症医療の中核として厚生労働省が都道府県、政令都市に呼びかけて設立している。基本的に総合病院であり、認知症の診断、治療、身体合併症の治療を行うことができ、地域の認知症診療の中核となることが期待されている。全国で150カ所の設置を目標としているが、まだ達成できていない。地域による偏在が激しく、熊本県、大阪府では多くの認定施設があるが、全く存在しない地域もある。しかしながら、次々に認定機関が増加している。近辺にあるかどうかについては自治体のホームページを参照するか連絡をとってみてほしい。

認知症患者と家族を取り巻く背景は、身体的、精神的、社会的に複雑である。したがって在宅医療・介護には、様々な職種との協同、専門医との連携が不可欠である。現状はまだ不十分な

ところも多いが、地域連携の発展が認知症在宅医療にとって重要であることは間違いなく、よりよい方向へ進める努力が求められる。

## 文 献

- 1) 苛原 実：病態別・疾患別の在宅医療 認知症. 日医会誌 139(特別号1)：S182-S185, 2010.
- 2) 河郷 忍：在宅医療をすすめるために 地域医療連携を考える 平成19・20年における新規往診依頼の背景と連携について. 山口県医学会誌 44：65-69, 2010.
- 3) 東京都福祉局：高齢者の生活実態および健康に関する調査・専門報告書, 1995.
- 4) Hopman-Rock M et al：Development and validation of the Observation List for early signs of Dementia(OLD). Int J Geriatr Psychiatry 16：406-414, 2001.
- 5) 朝田 隆：認知症で見られる非認知症状とその対応. 神経内科 72(Suppl 6)：138-143, 2010.
- 6) 朝田 隆ほか編著：こうして乗り切る, 切り抜ける認知症ケア, 新興医学出版社, 東京, 2010.
- 7) 木之下徹：BPSD とその対応 在宅患者訪問診察の経験から 認知症の臨床における最近の話題. 精神神経学雑誌 111(8)：954-959, 2009.
- 8) 石踊紳一郎：認知症高齢者の在宅支援の現状と課題. 心と社会 40(3)：38-44, 2009.
- 9) 服部万里子：最新 図解でわかる介護保険のしくみ(改訂4版), 日本実業出版社, 東京,

- 2009.
- 10) 永島賢也：社会的・制度的支援と家族介護  
成年後見制度. 認知症診療マニュアル 神経  
内科特別増刊号 72(Suppl 6) : 222-224, 2010.
  - 11) 井関美咲ほか：社会的・制度的支援と家族介  
護 認知症患者の運転免許. 認知症診療マニ  
ュアル 神経内科特別増刊号 72(Suppl 6) :  
225-228, 2010.
  - 12) 松本光央, 池田 学：認知症患者の自動車運  
転を中止する基準. 精神科 11 : 56-61, 2007.
  - 13) 三宅貴夫：認知症の人と家族を支える(事例篇)  
(12)(最終回). 介護保険情報 10(12) : 42-45,  
2010.
  - 14) 鉾丸俊一：認知症高齢者の地域支援とは  
MSW の立場から医療・福祉機関の連携を考え  
る. 医療ソーシャルワーク 56 : 3-7, 2008.

---

(執筆者連絡先) 服部英幸 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 独立行政法人国立長寿医療研究センター精神科





201218005B (別刷その2)

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

(課題番号：H22-認知症-一般-005)

H22-H24年度 総合研究報告書 別刷その2

研究代表者 鳥羽 研二

平成25年(2013) 3月

特集 認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

## 臨床に役立つ Q&A

# 2. 認知症の薬の副作用で 気をつけることを教えてください

遠藤 英俊

### KEY WORD

- アルツハイマー型認知症
- 副作用
- 消化器症状
- BPSD
- 認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版

### SUMMARY

認知症はアルツハイマー型認知症や血管性認知症、レビー小体型認知症など様々な疾患からなり、その鑑別は重要な第一歩である。最近では画像診断や、心理検査を組み合わせる診断することが一般的になってきている。また2010年には認知症疾患治療ガイドラインが発表され、さらに2011年に新しく承認された薬剤を踏まえてそのコンパクト版2012が公表されている。診断やケアにおけるエビデンスが蓄積され、認知症診療の標準化がなされつつある。本稿においては、これに準拠してアルツハイマー型認知症治療薬の副作用に焦点を当てて認知症診療のスタンダードを紹介する。

## — アルツハイマー型認知症の治療 —

認知症は様々な病気の総体であり、多くの疾患からなる。認知症は今やありふれた病気 (common disease) であり、正確な診断と鑑別が必要である。治療には主な4つの治療薬があり、その特徴と副作用について総括する。

認知症は記憶障害のほか、見当識障害などを伴い、生活に支障が出る状態を示すことである。認知機能の評価にはミニメンタルステート検査やADAS-cogなどを用いる。治療においては認知症疾患治療ガイドラインにおける診断のアルゴリズムが参考になる。最新の有病率調査で、認知症患者は現在約300万人を超えて存在すると推測され、そのうちアルツハイマー型認知症は50~60%を占めるといわれている。そのほか、血管性認知症(15%)、レビー小体型認知症(10%)、前頭側頭型認知症(5%)などがある。

認知症疾患治療ガイドラインによれば、アルツハイマー型認知症に対して、承認されている4剤のエビデンスレベルはAである。すなわち中核症状の治療薬としては、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬としてドネペジル(アリセプト®など)、ガランタミン(レミニール®)、リバスチグミン(イクセロン®・リバスタッチ®)があり、これらの薬剤は少量から開始し、副作用の発現を抑え、認知症の進行を遅延させる効果が示されている。主な副作用を表1に示した。ドネペジルの適応は軽度、中等度、高度であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度、中等度である。ドネペジルは早期治療により効果が高く、よい環境やよいケアとの協働が重要である。

1. ドネペジル(アリセプト®など)の副作用  
ドネペジル(アリセプト®など)の主な副作用は消化器症状である。特に初期や増量時には悪

図えんどう ひでとし(国立長寿医療研究センター内科総合診療部長)

表1 アルツハイマー型認知症治療薬でよくみられる副作用

頻度	NMDA 受容体阻害薬		アセチルコリンエステラーゼ阻害薬	
	メマンチン	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン (貼付剤)
>10%	—	下痢, 頭痛, 嘔気	嘔気, 嘔吐	—
1~10%	便秘, めまい, 頭痛, 血圧上昇, 傾眠	腹部障害, 事故, 攻撃的行動, 興奮, 食欲不振, 感冒, めまい, 疲労感, 幻覚, 不眠, 筋痙攣, 痛み, 瘙癢感, 発赤, 失神, 尿失禁, 嘔吐	腹痛, 食欲不振, 無力, 混乱, うつ(ごく稀に自殺企図), 下痢, めまい, 消化不良, 転倒, 疲労感, 発熱, 頭痛, 血圧上昇, 外傷, 不眠, 倦怠感, 鼻炎, 傾眠, 失神, 振戦, 尿路感染症, 体重減少	食欲不振, 不安, 腹痛, 局所症状 [皮膚炎, 紅斑, 刺激, 浮腫, 瘙癢], 無力, 疲労感, 発熱, 体重減少, 発赤, 嘔気, 嘔吐, 下痢, 消化不良, うつ, せん妄, 頭痛, 失神, 尿路感染症

Jones RW : Int J Geriatr Psychiatry 2010 ; 24 : 547-553 より改変引用.

心, 食欲低下, 体重減少などがみられる。また中長期的には易怒性などもみられる。稀ではあるが, 心電図異常や気管支喘息への影響にも注意する。副作用が出たときには早めに中止するか減量し, 他剤への変更も検討する。

## 2. ガランタミン(レミニール<sup>®</sup>)の副作用について

ガランタミンの有効性は高いことが知られているが, 主な副作用はやはり消化器症状である。なかでも嘔気, 嘔吐は頻度がほかの副作用に比べ高い。その際は中止し, 他剤への変更を検討する。

## 3. リバスチグミン(イクセロン<sup>®</sup>, リバスタッチパッチ<sup>®</sup>)の副作用について

主な副作用は消化器症状のほか, 接触性皮膚炎である。これを軽減するためには, ヒルドイド軟膏などの保湿剤を使用すると副作用は軽減することができる。

## 4. メマンチンの副作用について

メマンチン(メマリー<sup>®</sup>)は, 興奮性アミノ酸神経受容体の1つであるNMDA受容体に対して選択的な親和性により非競合的拮抗作用を示す中枢神経用剤である。さらに神経細胞の保護作用も認められている。メマンチンはほかの薬

剤と併用されることもあり, 中等度・重度のアルツハイマー型認知症に適応がある。これらの薬剤は開始時期が早いほど治療効果が高く, 認知症の進行を遅延させることが可能とされている。メマンチンの副作用はめまい, 便秘のほか, 傾眠である。日中の眠気が出る場合には10mgに減量するか, 投与時間を朝から夕に変更することもよい方法である。

## 5. 非定型抗精神病薬の副作用について

BPSDの治療には, 非薬物療法(個別対応, 回想療法, 音楽療法など)が第一選択である。BPSDの薬物療法としては, 抗うつ薬, 抗不安薬, 睡眠導入薬, 抗精神病薬, そして漢方薬の抑肝散が用いられる。抗精神病薬ではチアプリド, リスペリドン, スルピリド, クエチアピンなどが用いられる。これら薬剤の副作用の早期発見のため, 患者や家族からの情報が重要となる。BPSDの悪化要因の約38%が薬剤性とのデータもある。抗精神病薬の副作用は傾眠, 過鎮静, 脱力, 転倒, 低血圧, 嚥下障害, 錐体外路障害などの他悪性症候群である。死亡率の上昇も指摘されており, 少量から投与することが重要である。また特にレビー小体病においては, こうした抗精神病薬の過剰反応が起きやすいことも知っておく必要がある。

具体的にはリスペリドンによる錐体外路系の

有害事象，オランザピンやクエチアピンなどによる体重増加，血糖上昇との関連が指摘されている。抗うつ薬では消化器症状として嘔気や軟便が指摘されている。オランザピン内服高齢者では死亡率が高まる傾向にあり，脳血管障害は5倍のリスクがみられたとの報告がある。

またベンゾジアゼピン系薬物である抗不安薬や睡眠導入薬では，転倒，誤嚥，嚥下障害，傾眠，呼吸抑制もみられることがある。

#### 6. 抑肝散の副作用について

低カリウム血症のほか，下腿浮腫，偽性アル

ドステロン症，間質性肺炎も副作用として起こり得る。稀ではあるが，注意が必要である。

#### 文 献

- 1) 日本神経学会編：認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版 2012, 医学書院, 東京, 2012.
- 2) 認知症介護研究・研修東京センター編：認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方, 認知症介護研究・研修東京センター, 東京, 2005.
- 3) 遠藤英俊ほか監修：認知症のスピリチュアルケア, 新興医学出版, 東京, 2009.

---

(執筆者連絡先) 遠藤英俊 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 国立長寿医療研究センター内科総合診療部

特集

認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

## Topics

# 1. 被災と認知症

遠藤 英俊

### KEY WORD

- 被災
- 認知症
- リロケーション  
ンダメージ
- 災害派遣介護  
チーム

### SUMMARY

被災と認知症について、安否確認、避難対策、認知症への影響など、現地での視察と体験談を踏まえて総括する。すなわち高齢者では被災により生活環境の急激な変化を契機として、認知症の悪化がみられることがある。また、認知症の人が仮設住宅や避難先で受けるリロケーションダメージについても説明する。リスクを早期に発見し、その生活指導などへの注意点、なすべき対応について要点をまとめ、医療・介護現場の今後の指針づくりの参考になればと願う。

### 被災と高齢者(写真1)

高齢者にとり、被災は若年者以上に大きな影響を与える。そして被害は想像以上に大きなものとなる。リロケーションダメージもさることながら、避難所生活そのものも大きな負担である。なじみの環境は破壊され、戻れない被災者も多い。

地震直後のライフラインの確保、震災直後の救命の医療も重要であることはいままでもない。しかしながら病院そのものが被害にあい、医療の継続が困難であった地域もある。医師も看護師も被災者であり、患者のために戦った勇士である。震災直後の避難とライフラインと交通の確保が最大の課題である。医療面においては建物の下敷きになるほか、溺死や火災のリスクもある。生活面では寒さや食料の補給の重要なポイントである。また震災後の廃用症候群やエコノミー症候群や、被災後のうつや閉じこもりも大きな問題である。またニュースを通じた被災の悲劇も、認知症高齢者にも大きな動揺を与え、BPSDの増悪を来す場合がある。



写真1

一方で、助け合いの中でたくましく生きる高齢者もみられた。食事の準備やお互いを支え合い、たくましい生き方をされた高齢者が存在した。これまでの経験や知識、先祖からの言い伝えが大いに役立った場合もある。その結果、震災に準備した施設と準備しなかった施設とでは大きな差が出た。ある施設では入所者が80%以上も亡くなり、職員の死者は1名であった(写真1)。一概に比較はできないが、ほかの施設で

園えんどう ひでとし(国立長寿医療研究センター内科総合診療部長)



は死者が0という施設も存在する。その違いはどこにあったのか、要は日ごろからの訓練や震災に対する意識の差である。避難訓練、震災対応はすべての施設での対応が必須である。このことがわれわれに大きな教訓を残している。また、意外に施設入所者はなじみの職員がいることで安定はしていた。問題はデイサービスやショートステイ利用者である。

## 今後の震災対応

予測できない震災にどう対応するかが課題である。普段から震災を想定して訓練を行うことはいうまでもないが、日本老年医学会の1つの取り組みとして高齢者震災カルテを作成し、配布していることが対策として挙げられる。通常の事態であれば、お薬手帳を有効活用することが大切である。その後、医療と介護の連携を目的にITの活用も必要であろう。必要な情報やカルテを二重保存することも必要である。

今後の教訓として、すべての介護・医療施設は予想される様々な被災状況に対して、マニュアルを作成し訓練をしておくことである。最近被災した現地の介護施設や全国介護老人保健施設を中心に災害派遣介護チーム(DCAT)を構築し、被災時に全国規模で介護職や看護師による介護支援チームを派遣する体制の構築を始めている。災害派遣介護チーム(DCAT: Disaster Care Assistance Team)の組織化とは、自助、互助、共助、公助の4本の柱を中心に、国・都道府県・全国事業者団体・ケア事業所単位で、社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、看護師などからなる緊急災害派遣介護チームを編成し、それらを重層的に組み合わせて、被災地へ36時間内(DMATは48時間内)に対応できる体制を整備するものである。DCATの4本の柱とは、具体的に、①「自助」…自分の身は自分たちで守るため、施設・事業所単位で職員自らが登録して緊急介護を意識して行動するチーム、②「互助」…地元をよく知る自主防災組織と協力して、避難所や在宅の高齢者を助け合うチーム、③「共助」…全国組織などの県内外のネッ

トワークと連携した広域チーム、④「公助」…国などの行政の救助として、災害対策基本法に位置づけられた緊急派遣介護チーム、のことである。これらが重層的に組織化することで、外部支援によるケア施設・事業所が補強されるだけでなく、被災地のケア専門職が自分たちの地域や避難所へ出向くことが可能になると思われる。まず、財政を確保するために、災害対策基本法の防災計画に位置づけられること、また徹底した登録派遣職員に対する研修、そして地元の自主防災組織との協力が重要であると考えられる。特に、DCATに求められることは、介護全般のスペシャリストとしての任務に加え、サバイバル手法、アクシデントマネジメント(極限の判断)、コミュニケーション力、人間性を高める学びなど、ゼネラリストとしての幅広い研修を重ねることが最も重要である。

さらに地域密着型ケアホーム「平」が避難所として約90名を受け入れたことから、緊急時の備蓄庫を作る計画があり、こうした取り組みが全国に広がることを期待する。

避難生活を強いられている高齢者には新たな苦難が待ち受けている。コミュニティの崩壊や引きこもりになる生活が待ち受けており、認知症の人にとって、普通の高齢者にも大きな負担となつてのしかかっている。すなわち環境の変化によるリロケーションダメージである。震災から1年半がたち、ADLの低下や認知機能の低下を来す高齢者が増加してきている。被災するまでは習慣となつていた畑仕事や家事などの役割をなくし、自宅に引きこもることで、人間関係の喪失など社会との断絶が問題となつている。このようなコミュニケーションの不足があいまって、認知症のリスクを高めている。

高齢者には、長年の経験とこれまでの知恵があり、被災してもたくましく乗り切れることが多いのも事実であるが、一方で、体力、経済力の弱さから、被災によるダメージを大きく受けやすいのも事実である。身体的な機能が低くなつているため、生活環境変化の影響を受けやすい。また、加齢に伴う脳の変化により、うつ状態になったり、認知症を発症したりもしやすい。

さらに運動不足から、老年症候群や廃用症候群という心身の機能低下を起こすこともある。

うつ状態であっても、高齢者の場合、あまり抑うつ気分は強くなく、身体症状、無気力、意欲低下が目立つことが多い。うつ状態に伴い記憶力や思考力が低下し、一見すると認知症のようにみえる“仮性認知症”という状態になることもある。孤独感を和らげるように、昔の楽しかった話をしたり、軽い散歩に誘ったりすることなどが役立つかもしれない。適切な治療により改善する場合もある。また、非難所に入ったり、仮設住宅に入居したりするなど、急激な生活環境の変化があると、突然、幻覚や妄想が出現することがある。これはせん妄状態になっているためであり、このような興奮している人には、声のトーンを落としてゆっくりと話しかけ、今いる場所が安全であること、家族、知人が側にいることを伝えると落ち着いてくる。

避難所生活でのストレスは、認知症の方の症状を悪化させたり、認知症とまではいえないレベルだった人でも、認知症を発症するきっかけになったりすることもある。震災では街の景色も一変してしまっており、避難所も元の自宅から遠く離れた場所になっていることも多く、混乱しやすい。仮設住宅への入居も同様である。今いる場所、日時、この後の予定などを伝えるようにし、必要なことがあれば記録するように

する。避難所の中では、人の出入りの少ないなるべく静かな場所を選ぶ方がよい。散歩に一緒に出るなど、身体を動かす機会をなるべく多く作ることも効果的である。落ち着きがないとき、徘徊するときは、無理に止めずに、話をしながら少し一緒に歩いて元の場所に誘導する。家を探そうとして避難所に戻れなくなる可能性もある。万一、迷い出て戻れなくなってしまった場合に備えて、名前、避難所名、そのほかの連絡先の書かれたものを身につけておいてもらうとよい。また、睡眠リズムが崩れて昼夜逆転していることもあるため、注意する。

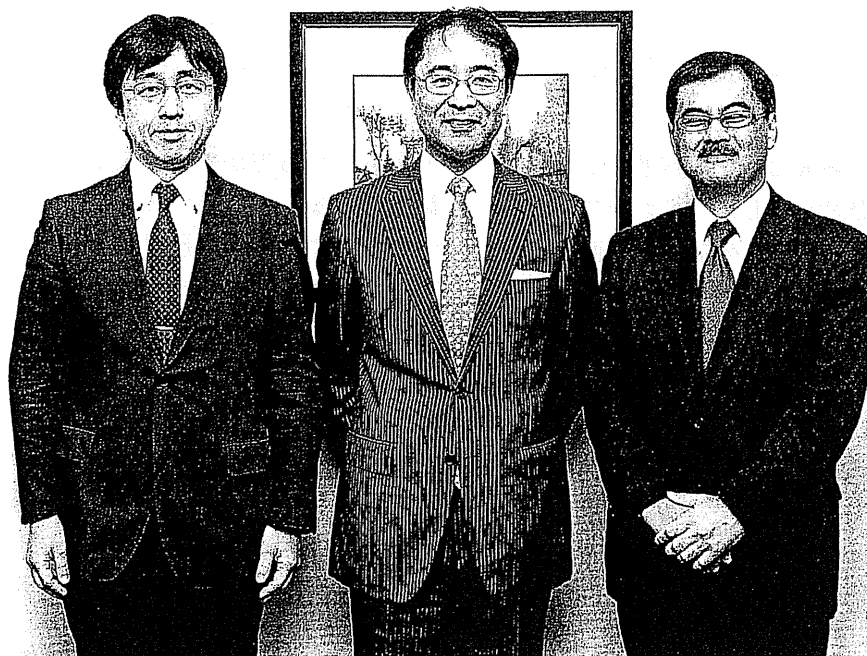
### 被災と認知症の終末期医療

被災時においては認知症の終末期の対応は十分ではない場合も多い。孤立死になるリスクもあり、安否確認や身元確認ができない場合もある。しかし、目の前の高齢者をどう支援するかは重要な課題である。家族、医療スタッフ、介護スタッフが連携して、看取りができるような体制をつくる。医師が不足したため十分な対応ができない地域も存在した。また一方、可能な限りサロンをつくり、サロン活動を通じて見守りの機会を増やす試みが仮設でも行われている。脱水なり肺炎なり心不全を来す場合が多いが、可能な限りの医療やケアをするように配慮する。

(執筆者連絡先) 遠藤英俊 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 国立長寿医療研究センター内科総合診療部



鼎談



# 認知症診療における地域連携と 早期診断・早期対応に向けて —リバスチグミンの有効性と期待を含めて—

出席者 (敬称略, 発言順)

武地 一

京都大学医学部附属病院老年内科診療科長

藤井 昌彦

医療法人東北医療福祉会山形厚生病院理事長

遠藤 英俊(司会)

国立長寿医療研究センター内科総合診療部長

総括 (敬称略)

鳥羽 研二

国立長寿医療研究センター病院長

2012年10月24日 ANA クラウンプラザホテルグランコート名古屋にて収録

## はじめに

遠藤 本日は「認知症診療における地域連携と早期診断・早期対応に向けて一リバスチグミンの有効性と期待を含めて一」と題し、座談会を開催します。

2012年、厚生労働省は、認知症患者が305万人(推定)いると発表しました。これまでの発表に比べ75万人も多く、様々な点で見直しが迫られています。

また「今後の認知症施策の方向性」(表1)も発表しました。この報告によると、認知症では、医療とケア、地域における影響が大きいとされる反面、それに至る過程が不十分だともいわれています。

## 早期診断・早期対応の重要性

遠藤 認知症に対する早期診断・早期対応の重要性について伺います。

家族や患者本人がいかにか早く気づくかということですが、京都ではネットワークで診療につ

なげる取組みが行われていますよね。

武地 2012年2月に「京都式認知症ケアを考えるつどい」という会を開催し、そのときに問題になったのが、入り口問題、要するに認知症の医療やケアにたどり着かない方が多く、ずっと放置され、BPSDが増悪してから、精神科の病院に入院させてほしいなど、認知症医療ケアの介入を求める方が多い点です。家族が十分に認識していない、地域から孤立している、虚弱な老老世帯や高齢者独居世帯の増加などが原因として考えられます。また、かかりつけ医や専門医療機関による適切な診断ができていないという問題もあります。

都市部で問題になっていることは、認知症は誰かが診てくれるだろう、専門の医療機関に行くだろう、という医師が多いことです。

遠藤 ただ、最近では、かかりつけ医に診断後の投薬は任せるということも増えてきているようですね。

武地 処方して下さる先生は増えてきていますが、治療方針を考えたり、介護サービスの利用について家族に助言して下さる先生がまだまだ少ないですね。

表1 今後の認知症施策の方向性について

今後の認知症施策の方向性について  
厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(2012年6月)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
  - ①かかりつけ医の認知症対応力の向上
  - ②「認知症初期集中支援チーム」の設置
  - ③アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
  - ④早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
  - ⑤認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
  - ①「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
  - ②一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
  - ③一般病院での認知症対応力の向上
  - ④精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
  - ⑤精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

遠藤 藤井先生は、この早期診断・早期対応の問題についてどのようにお考えですか。

藤井 われわれの病院は、医療保険対応の認知症治療病棟と介護保険対応の認知症療養病棟があります。地域の医療機関や施設から患者さんが紹介されてきますが、多くの場合、BPSDが増悪した状態で送られてきます。比較的保たれている情動による刺激を加えることによってBPSDを悪化させずに済むという症例も多く見受けられます。早期から家族の対応が大切であるという啓蒙を行うことによって、BPSDを示す症例は少なくできると考えています。

遠藤 先ほど、かかりつけ医があまり認知症患者を診ないというお話がありましたが、一方で、認知症専門医の数が少なく、なかなか増えないという問題があります。われわれ国立長寿医療研究センターでは、サポート医の研修を行っていて、これまでに約2,500名が終了していて、その一部の先生方が大活躍されていると理解しています。かかりつけ医研修としてサポート医が講師役となり35,000名に講習を行いました。最近ではあまり増えていないのが現状です。国から発表されたオレンジプランでは、2017年度末までにサポート医を4,000名、かかりつけ医を50,000名にするという計画ですが、病院や診療側などの受け手側がまだ十分に整備されていないという気がするのですが、いかがですか。

武地 現在、京都では28名のサポート医がいます。サポート医を養成するだけでは問題は解決しないので、京都では「サポート医連絡会」を立ち上げ、京都府下全体のサポート医が年に2回集まっています。その中で、サポート医を2~3年ごとに評価することを義務付けています。サポート医同士のレベルアップとお互いの取組んでいる内容の理解を目的とし、京都府内では、サポート医といえれば一定の基準を満たしているといえる仕組みになっています。

遠藤 こういった内容に対して、京都府も協力しているのですか。

武地 サポート医のフォローアップを兼ね、京都府医師会とタイアップしています。「サポート医連絡会」は、28名のサポート医と京都府内

たけち  
武地  
はじめ  
— 先生



## PROFILE

昭和61年京都大学医学部医学科卒業。同年京都大学医学部附属病院内科研修医、同62年福井赤十字病院内科医員、平成元年京都大学大学院医学研究科博士課程入学、同5年同課程卒業(医学博士)、同年新技術事業団研究員(大阪バイオサイエンス研究所神経科学部門)、同8年ドイツ・ザール大学生理学研究所博士研究員、同11年京都大学医学部附属病院老年科助手(助教)、同22年京都大学医学部附属病院老年内科講師・診療科長、現在に至る。

### 【主な所属学会】

日本老年医学会(指導医、代議員)、日本内科学会(認定内科医、指導医)、日本老年精神医学会(専門医、指導医)、日本認知症学会(専門医、指導医)、日本認知症ケア学会、日本神経学会、日本神経科学学会、認知症サポート医

### 【研究分野・研究テーマ】

高齢者総合的機能評価、認知症の早期診断、地域連携、認知症ケア

の26地域の医師会の認知症あるいは介護担当理事による合同集会です。

遠藤 藤井先生の地域ではいかがですか。

藤井 在宅総合診療を行っている先生方に、認知症に対する理解を深めていただき、実際にグループホームや在宅診療に行った際、患者さんの家族やスタッフに対し接し方を教えてあげるというような、より精度のよいシステムにつなげていきたいと思っております。

遠藤 では、早期発見・早期治療のメリットはどういった点になりますか。

武地 認知症は患者本人と家族の間でいさかかが起こることが多くあるので、認知症を早くみつけることが大事になります。また、正常圧水頭症や甲状腺機能低下症などの治療可能な認知



藤井 昌彦 先生

## PROFILE

昭和58年弘前大学医学部卒業。同62年弘前大学大学院医学研究科卒業(医学博士)。平成8年東北大学医学部大学院研究生(老年内科)。同11年医療法人東北医療福祉会山形厚生病院理事長。同19年東北大学医学部老年科臨床教授。現在に至る。

### 【主な所属学会】

日本老年医学会、日本認知症ケア学会、社団法人非薬物療法研究会会長

### 【研究分野・研究テーマ】

老年医療、認知症、廃用症候群、介護機器開発

を書くなどといったリハビリテーションも大事だと感じています。

**武地** 検査結果が正常範囲内の場合、1～2年後に再検診を必要とする方とそうでない方どのように見分けるのですか。

**遠藤** SPECTやMRIで海馬の萎縮や後部帯状回の血流低下などで見分けています。変性性疾患タイプでない方は来年いっしょいと伝え、変性性疾患が疑われる場合には治療を開始しています。

**武地** MCIを過ぎ、認知症症状がみられた時期を早期とするのか、MCIの段階を早期とし治療を開始するのかという意見がありますが、厚生労働省のいう早期とはどちらを定義しているのですか。

**遠藤** どのレベルの人に積極的に介入していくか否かは、今後の研究班の結果をみてからだと思います。

## 認知症の地域連携と現状の取組み

症が隠れている場合もあるので、認知症症状を疑ったら医療機関に早目に行くことが、その後のQOLを考える意味でもいいと思います。

**遠藤** 藤井先生はいかがですか。

**藤井** 先程申し上げたように認知機能が低下しても情動の部分が残っている方は、周りがきちんとした対応をすることで、症状が悪化しにくいこともあります。こういった場合では、啓蒙を含め早期介入することで、BPSDなく認知症の方が地域で暮らせることが可能なこともあります。

**遠藤** われわれの病院では、遠方から来られる方も多いので、認知症の前段階である軽度認知症障害(MCI)で、MMSEが24～28点の方がもの忘れを心配して早期にいっしょにすることが多いのです。検査結果から認知症が疑わしい場合には、治療するか否かという課題もありますし、診断結果をどのように告知して、治療につなげるかという問題もあります。これまでの経験から、早期に投薬を開始すると、MMSEが低下しにくく、投薬だけではなく、ケアや運動や日記

**遠藤** 武地先生、京都における地域連携プロジェクトについて教えてください。

**武地** 1つは先程申し上げたサポート医レベルでの地域連携を行っています。もう1つは、画像であれば画像専門医療機関へ開業医の先生もオーダーすれば撮影可能ですが、認知機能検査をかかりつけ医が行うことはなかなか難しいので、われわれのもの忘れ外来で認知機能検査だけを行って帰すという連携を行っています。MCIや早期診断になると認知機能検査で押さえるべきところがあります。プロジェクトとしての「地域連携の会」といって、投薬開始半年後、1年後のMMSEや認知機能に効果があるかということデータを表したいと考えています。

**遠藤** 専門検査を大学病院などに依頼するということですね。受け手側の先生たちは何名ぐらいおられるのですか。

**武地** まだ確定はしていませんが、候補者としては100名程度の先生がいっしょにいます。基本的にかかりつけ医の先生にアルツハイマー型