

○認知症に関するかかりつけ医の疑問に答える

認知症の診断

診断後のフォローアップについて教えてください

回答者 高橋 智

はじめに

『診断はアルツハイマー型認知症です。』、告知された瞬間から、患者と家族は認知症という長い航海に出ます。大波の台風、暗い夜、小舟に乗った患者、家族を正しい方向に導く水先案内がかかりつけ医の役割です。アルツハイマー型認知症患者がもの忘れて受診してから、天寿を全うし航海を終えるまで、およそ8年から10年、BPSDや介護疲労による家族崩壊、介護

者のうつ、転覆せずに無事、港につけるかは、かかりつけ医にかかっています。

告知と説明

専門医を受診し、診断、告知がなされた患者をフォローアップする場合でも、必ず、かかりつけ医がもう一度、噛み砕いて告知を行います。アルツハイマー型認知症はおよそ10年の経過で進行する疾患であること、中核症状は緩徐に進行するが適切なケアと補助的な薬物療法でBPSDの大部分は制御可能であること、そして、なによりも、これから先、患者、家族が困惑した場面では、いつでもかかりつけ医としてサポートする意思があることを説明します。顔見知りのかかりつけ医から適切な告知を受けることで、「明日にも失禁が始まるのではないか」、「徘徊し始めたらどうしよう」といった患者、介護者の不安が払拭されます。

フォローアップ中の説明は、FASTの病期

アルツハイマー型認知症の臨床経過

(FAST : Functional assessment Stages)

1. 正常 (FAST 1)
認知機能低下なし
2. 年齢相応 (FAST 2)
物の置き忘れ、換図困難
3. 境界状態 (FAST 3)
熟練を要する仕事で支障、初めての場所への旅行が難しい
4. 軽度のアルツハイマー型認知症 (FAST 4)
金銭管理が難しい、買い物に支障がでる
5. 中等度のアルツハイマー型認知症 (FAST 5)
季節に合った服装を選べない、車の運転で事故を起こす
6. やや高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 6)
着衣ができない、尿便失禁
7. 高度のアルツハイマー型認知症 (FAST 7)
会話ができない、歩行障害

Reisberg, B., et al. : Ann. NY. Acad. Sci., 435, 481 ~ 483(1984)
から抜粋

分類(表)を念頭に行きます。家族から、「暑いのに何枚も重ね着するようになった」という訴えがあったら、「そろそろボタンを上手にとめられなくなるかもしれないね」とお知らせし、

「衣服を裏返しに着るようになった」という訴えがあったら、「そろそろ尿失禁するかもしれないよ」とお伝えします。一歩先に起こる病態を予測説明してあげることにより、家族は新しい症状の出現に戸惑うことなく、「かかりつけの先生が言ったとおりだった」と納得します。家族の介護疲労にも注意しながら、介護保険の申請、デイサービスやショートステイの適切な利用もアドバイスします。

定期的なチェック

外来フォローアップでは認知機能の経時的変化と全身状態のアセスメント、経過中に出現する薬物の副作用を含めた神経症状の評価、治療や介護における問題点のチェックがポイントになります。忙しい外来で毎回、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)やMMSEを施行することは困難です。私は4週1回の外来通院を4回分、すなわち16週間を1セットに

してアセスメントしています。重複する項目も多いHDS・RとMMSEを組み合わせて3つ（パート1～3）に区切って、患者と対面でそれぞれの項目を質問します（かかりつけ医の先生はHDS・Rを3つに区切って用いてもよいと思います）。1回目の外来ではパート1と主介護者の情報および現状での問題点のチェック、2回目はパート2に加えて、採血や胸部X線、頭部CT、MRIの画像診断を最近、いつ行ったかのチェック、3回目はパート3に加えて、アルツハイマー型認知症の経過中に出現しやすいパーキンソンニズムと前頭葉症状をチェック、そして4回目には、パート1～3を合計してHDS・RとMMSEを算出し、診断の見直しとその時点でのFASTをチェックするようにしています。

もちろん、研究目的で用いるHDS・RやMMSEは全項目を一度に評価しなければなりません。が、長期的にどの機能が低下してきている

か、認知機能が全体的にどの程度低下しているかを外来の短時間で評価するには分割して評価する方法は有用と考えておりますし、介護保険の意見書には分割して評価したHDS・Rを代用しています。高齢の認知症患者を漫然とフォローアップしていると、糖尿病や貧血、悪性腫瘍などを見逃すことがあり、逆に全身所見に気をとられていると経過中に出現した神経症状や認知症の進行に伴う問題点を見失うことがあり、16週間を1セットにしたアセスメントはこれを防ぐ有用な手立てになっています。

フォロアップ中の薬物療法

ドネペジルの投与開始時には、「記憶が改善する」効果に加えて「やる気がでる」効果があることを介護者に説明します。服薬により記憶機能の改善は目立たなくとも意欲が改善する例が多く、有効性を認識してもらうことで服薬コンプライアンスが改善します。意欲の改善によ

り、デイサービスを含めた非薬物的介入の効果は相乗的にアップします。

平成19年8月23日から高度アルツハイマー型認知症の中核症状の治療にドネペジルの有効性が評価され、効能・効果および用法・用量追加が承認されました。この中核症状に対する効果は、進行したアルツハイマー型認知症のBPSDを上手にコントロールできた場合にのみ、享受できることを肝に銘じなければなりません。

BPSDが前景にある患者では中核症状が改善しても、BPSDにカバーされて改善には気づきませんし、ドネペジルによる意欲の亢進はむしろBPSDに拍車をかけてしまいかねません。これからのかかりつけ医は、「BPSDがでてきたらどう対処するか」ではなく、「BPSDが出現しないように早期に気づいて対処するか」が求められます。介護者に対するケアの啓発に加えて、焦燥などの症状を早期に見出し、抑肝散などのマイルドな効果を持つ薬物、トラ

ゾドンやミアンセリンなど低用量で抗不安効果鎮静作用がある抗うつ薬、気分安定薬としてのバルプロ酸やカルバマゼピンの少量投与など、BPSD出現の防波堤となる治療法をマスターすれば、心強い味方になってくれるでしょう。

(岩手医科大学 准教授 神経内科)

附属病院医療安全推進室長)

