

# これからの認知症診療



遠藤 英俊

## はじめに

認知症対策は介護保険の改正と並行して行われてきた。医療は政策によって誘導される面があるのは、診療報酬制度で完全に指定されているため当然のことである。そのため医療政策は社会の変化にいち早く対応し、方向性を過たないことが求められる。認知症の課題は早期診断のシステムであり、専門医不足、病院における認知症の合併症の治療が大きな残された課題である。とくに最近では認知症の人と家族が地域で安心して住める地域づくりが行政単位で行われようとしているが、一方地域格差も拡大しているのは事実である。

## 新しい認知症に係る診療報酬

第1に基本的な考え方として、平成19年4月に取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」においては、認知症のステージに合わせた対策が必要とされており、これに沿った高齢者支援

## ①新しい診療報酬のポイント

### 1 鑑別診断につなげるための評価

今後、後期高齢者が増加することに伴い、認知症の早期発見が重要な課題となっていることから、かかりつけ医が認知症の疑われる患者を早期に発見し、専門医療機関に紹介した場合を評価する。

### 2 周辺症状に対する手厚い医療への評価

認知症患者の入院医療については、特に入院早期におけるせん妄等の周辺症状に対して、より手厚い医療が必要とされるため、入院早期の評価を充実する。一方、入院期間が長期にわたる場合には、評価を見直す。

### 3 身体合併症に対する手厚い医療への評価

精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。

対策体制の確立が急務となっている。この中で、医療体制の役割としては、①鑑別診断、②周辺症状への対応、③身体合併症への対応、に関する体制整備が求められていることから、平成20年4月より診療報酬上必要な評価が行われた（表①）。

第2に具体的な内容として、鑑別診断につなげるための評価は認知症の紹介加算であり、認知症が疑われる患者について、医師が専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者またはその家族の同意を得て、専門医療機関に対して、診療状況を示す文章等を添えて患者の紹介を行った場合に、診療情報提供料（ ）を加算する。

### 後期高齢者医療制度

後期高齢者は前期高齢者と異なり、病気が急増し、多臓器障害を持つリスクが高くなる。後期高齢者の診方とは成人や前期高齢者とは異なる

り、認知症や虚弱の問題があり、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。認知症患者もその対象となることは当然であり、その高齢者を切れ目なく、人生の最期までを看取る必要がある（シームレスケア）。

医師は主治医としての覚悟がなければ高齢患者を十分に診察することはできない。日本老年医学会においても高齢者の定義を65歳以上から75歳以上にする考え方をすでに提案している。後期高齢者の診療は高齢者担当医にとり重要な診療対象である。今回後期高齢者医療制度が創設されるにあたり、後期高齢者医療の様々な問題を整理し、より高齢者が安心して医療を受けられる体制ができることを期待している。

### 診療体系の整備

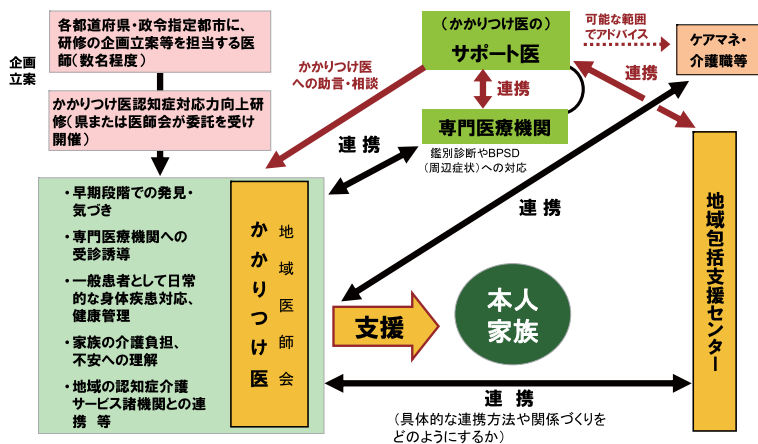
認知症診療において早期発見、早期診断が重要であることはいうまでもない。開業医と専門医の連携も重要であるが、どこに専門医がいる

かなどの情報のある場所が不明である。そのために患者や家族がいつでも、どこでも認知症診療に関わる情報を手でできることが必要である。現在の国のモデル事業で地域支援体制整備等構築事業が行われており、地域資源マップの作成がメインの事業となっている。地域包括支援センターやコーディネータを中心に地域ネットワークづくりを行い、地域の情報発信をすることが強く求められている。

### かかりつけ医、サポート医

認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師はとくに認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。地域医療の最大の担い手として医師はこれでもかかきつけ医として役割を果たしてきた。しかし認知症は専門外として、相談や診療を避けてきた面も一部に見られた。急性期病院においても認知症

## ② 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



の診療に困難をきたし始めている面もある。そこでわれわれは認知症(痴呆症)のクリニカルパスを作成し、病棟での診断・治療・看護の指針を作成した<sup>1)</sup>。さらに大腿骨頸部骨折や脳卒中などの地域連携パスの充実と実施に診療報酬で加算が認められている<sup>2)</sup>。一方地域では厚労省と日本医師会が協力して、国立長寿医療センターが研修を行う認知症サポート医の研修を開始した。サポート医はかかりつけ医研修を支援し、地域での診断や治療をチームでサポートし、認知症になっても安心して地域で生活を継続できるネットワーク体制を構築できることを狙っている。すでにサポート医は約600名を超え、かかりつけ医の研修の企画、運営の他、地域のネットワークづくりが期待されている(図②)。

さらにかかりつけ医、サポート医研修の拡充と見直しが必要である。個人の努力や製薬メーカーによる認知症研修も存在するが、本来は大学

教育と日本医師会の生涯教育が重要である。そのために可能な限り全国統一の研修、知識の更新のためのシステムが必要であろう。そのためにはインターネットのeラーニングでもよいし、繰り返し新しい知識を吸収する知識の体系化が求められる。

### 連携体制の構築

病院とかかりつけ医、かかりつけ医と専門医、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の重要性はいうまでもない。名古屋市医師会ではなごや認知症安心安全プロジェクトとして、診療体系を構築している。かかりつけ医の認知症対応力向上研修を修了した医師がもの忘れ相談医として初期診療にあたり、専門医やサポート医と連携すること、さらに紹介できる精神病院や合併症を診てくれる総合病院との連携を保つことで安心した医療体制となる。いずれにしても連携の重要性はいうまでもない。今後は認知症疾

患センターの見直しや、地域で認知症患者を診療できる認知症疾患医療センターが全国で150カ所整備される計画がある。地域で安心して医療が受けられる体制づくりの第一歩となることが期待される。

### 認知症専門医

認知症の専門医の不足はいうまでもない。現在老年精神医学会の専門医に加え、認知症学会が専門医制度を開始した。地域においてかかりつけ医と連携し、紹介され、逆紹介される関係の構築が求められる。いつでもどこでも専門医へのアクセスがよい地域が増えることを期待している、現在ではアルツハイマー病研究会のインターネットのサイトの利用が有用である。

### 検査の進歩

統計解析画像の進歩こそが、早期診断の鍵となっている。脳血流シンチの有用性はいうまで

もないが、さらに今後はPET、PITB、PETの臨床応用が期待されている。病前診断が可能となる可能性がある。またMRIを用いた統計解析画像を用いた海馬萎縮の診断がより精密になるうとしていく。これらの進歩はパソコンのソフトの開発に負うところが大きい。

## 治療の進歩

認知症の診療において重要なことは正しい診断と中核症状ならびにBPSD(行動心理障害)の治療である。かかりつけ医においてもBPSDの治療に取り組むことが必要になってきている。非定型抗精神病薬を副作用に注意しつつ、少量、短期間投与することがポイントである。

認知症の診断と治療の進歩はこれからも続く。世界的には塩酸ドネペジルとメマンチンの併用療法が現在では最も多用されている。日本も早く新しい薬剤が許可されることを切に願っている。とくに治療の進歩は多くの研究のもとに成立し、

なかでもアルツハイマー病のワクチン療法が最も期待される。新しい薬剤の期待は大きい。しかしながらアルツハイマー病の治療には専門医が少ないこともあつて時間がかかり、国に申請しても許可されるのに時間が必要である。このことは早急に解決すべき課題である。

## 認知症ケアの革命

介護保険の創設やグループホームにおけるケアにより認知症のケアは革命が起きたといつても過言ではない。集団ケアから個別ケアへの転換の意義はとくに認知症の人にとって大きい意味を持っている。図③に示すように認知症のケアは尊厳あるケアへ、本人中心のケアの重要性がいわれている。

## 家族指導

医師にとつて、家族指導は診断や治療と同様に重要である。認知症の場合には家族が対応し、

### ③ 認知症ケアの基本的考え方

#### 【認知症高齢者の特徴】

- 高齢者本人
  - ・記憶障害の進行→不安・焦燥感→行動障害(徘徊など)
- 家族
  - ・知識や理解の欠如→発見の遅れ、受容の困難性、虐待



#### ◎ 認知症ケアの基本＝「尊厳の保持」

- 「心のケア」 ← → 「身体のケア」
  - ・生活や行動全般が対象
  - ・本人のペースに合わせた対応
- 「食事、入浴、排泄等が対象」
  - ・一定の生活リズム
- 「関係性」の重視
  - ・「なじみの人間関係」、「なじみの居住空間」
- 「継続性」と「専門性」の重要性
  - ・状態変化に対応した専門的ケア(医療との適時・適切な連携)
- 「権利擁護」の必要性
  - ・高齢者本人の意思の代弁

家族が介護負担をすることが多いことを医師は了解すべきである。認知症を理解し、周辺症状を理解し、適切な対応をとることが在宅を続ける家族には必要である。そのために医師は家族の教育、家族の支援の重要性を理解し実践したい。まずは家族の悩みやトラブルを傾聴し、精神的、身体的負担をねぎらい、それに応えることである。適宜介護サービスの利用を勧め、場合によってはショートステイの利用、入所も介護負担の軽減に有用であることを伝えることである。

#### おわりに

認知症の絶対数の増加はいうまでもない。また認知症の医療とケアは大きく変化している。医師として認知症は common disease であり、基礎的な対応は避けて通れない。診断や BPSD の治療の際には専門医に紹介できる体制を構築することが必要である。地域の格差をなくし、

認知症になっても安心安全な街づくりをしていくことが医師の役割である。

(国立長寿医療センター 包括診療部 部長)

文献

- 1) 遠藤英俊…痴呆性高齢者のクリニカルパス、日総研 2004年
- 2) 遠藤英俊…地域連携パス、パル出版、2007年
- 3) 遠藤英俊…認知症・アルツハイマー病がよくわかる本、主婦の友、2007年

