

認知症診療にどう取り組んでいるか

在宅

藤田 拓司

はじめに

平成12年の介護保険導入以後、介護認定のために認知症の評価が必要となり、かかりつけ医としての診療所医師が認知症患者に関わりを持つ機会が増えてきている。

それは診断のみではなく、認知症周辺症状（BPSD : behavioral and psychological symptoms of dementia）への対処も必要である。

また図①に示すように、現在の認知症患者は200万人を超えていると推定されており、神経内科医（約3、400名、内診療所医師約300名）・精神科医（約12、500名、内診

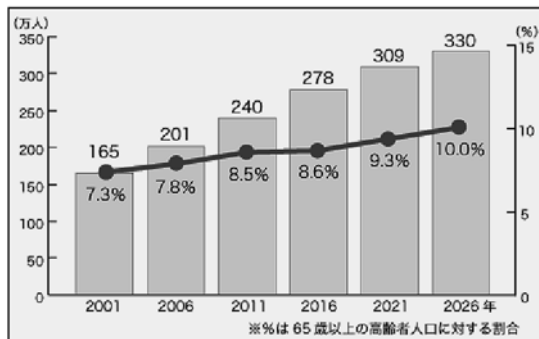
療所医師約2、500名）のみでは量的に対応できないと考えられる（平成18年度医師・歯科医師・薬剤師調査・医療施設従事医師数、主たる診療科別）。

そして今後ますます認知症患者は増加すると予測されており、そのためにアルツハイマー病などの一般的な認知症患者の診療に対するかかりつけ医の役割はますます大きなものになる。

認知症の基本的理解と誤解

認知症とは『脳や身体の疾患を原因として、記憶・判断力などの障害が起こり、普通の社会

①65歳以上の認知症高齢者数の推移



平成9年1月の「日本の将来推計人口」をもとに、平成13年に大塚が推計したもの(大塚俊男:日本における痴呆性老人数の将来推計、平成9年の「日本の将来推計人口」をもとに。日精協誌 20、65~69(2001))

生活がおくれなくなった状態』と定義されている。

認知症の症状は、情報を保存・処理する能力が低下し生じる記憶障害や見当識障害、判断力の低下などの中核症状と、徘徊などの周辺症状

(BPSD)に分けられる。中核症状は全例に認められるが、周辺症状(BPSD)は約6割に認められ、その重症度は中核症状の重症度とは比例しない。周辺症状(BPSD)とは徘徊、攻撃性の亢進、暴言・暴力、介護の抵抗・拒否、収集癖などの行動障害や、興奮、幻覚、妄想、せん妄、不安感、抑鬱状態などの精神症状などの症状を指し、これらの症状が介護上で問題となる。

多くの認知症患者の家族や認知症を専門としない医師は『認知症とは周辺症状(BPSD)である』と考える傾向にあり、認知症の診断が遅れることが少なくない。

かかりつけ医の役割

1) 認知症の診断と診断のシェア

日常生活の中では中核症状が目立たないこともあり、同居している家族は患者の認知症に気づくのに遅れることが多い。

かかりつけ医は要介護認定のための主治医意見書作成時に認知症を評価する必要があり、認知症を最も早期に発見し得る位置にある。認知症症状を認めた場合でも安易に加齢に伴う認知症と診断を確定せずに、慢性硬膜下血腫や甲状腺機能低下症などの治療可能な認知症や市販されている総合感冒薬を含めた薬剤の影響を見逃さないことが重要である。

認知症の診断は家族、他の医師（とくに急性期病院の医師）、ケアマネジャーとシェアする必要がある。しかし家族は患者に周辺症状（BPSD）がない限りは認知症を認めないことが少なからずあり、家族に納得してもらうためにMMSEやHDS-R（Hasegawa Dementia Scale-Revised）など数値化できる検査を実施し、家族に納得してもらう必要がある。

2) アルツハイマー病の薬物療法

認知症の中核症状を根治させる薬剤はないも

の、アルツハイマー病の認知症症状の進行を抑制する「アリセプト[®]」が発売され、処方を受けている患者も多い。本稿ではアリセプト開始に関しては記載しない。

アリセプトの用量は、軽度から中等度には1日5mg、高度には1日10mgとされている。5mg内服中の患者で攻撃性が高くなった場合に中止すると活気が低下し日常生活動作が低下してしまう場合があるので、私はそのような場合には2・5mgや3mgへの減量を検討している。

3) BPSDの治療

周辺症状（BPSD）は対応の仕方により改善を期待でき、認知症患者は不安の軽減や介護者の負担軽減にもつながる。

周辺症状（BPSD）は患者本人が「不安・苛立ち」を感じている場合には増強し、「安心・安らぎ」を感じている場合には軽減する。

周辺症状（BPSD）は介護者には理解不可

能な行動であっても、本人にとっては意味のある正当な行動であり、注意や説得を行っても、何が悪いのか理解できないので、異常行動の抑止には効果がない

また情動記憶（感情の記憶）は障害されにくく感情や自尊心は残っているので、注意や説得されれば不快感が生じ、それがいつまでも残ることになる。そのため異常行動がおさまることはなく、逆に介護者に対する反抗・敵意・拒絶に繋がり、周辺症状（BPSD）を増悪させる結果に終わることも多い。

認知症患者にとって「納得できない真実」よりも「納得できる嘘」をつくことも状況に応じて必要である。また家族に認知症患者の特性を説明し、症状毎の対応方法を示すことも医師の役割である。

自他傷行為が認められる場合、家族の介護負担が大きい場合に向精神薬を含めた薬物療法を考慮する。しかし、かかりつけ医に自信がない

場合や緊急性が高い場合には精神科受診も必要である。

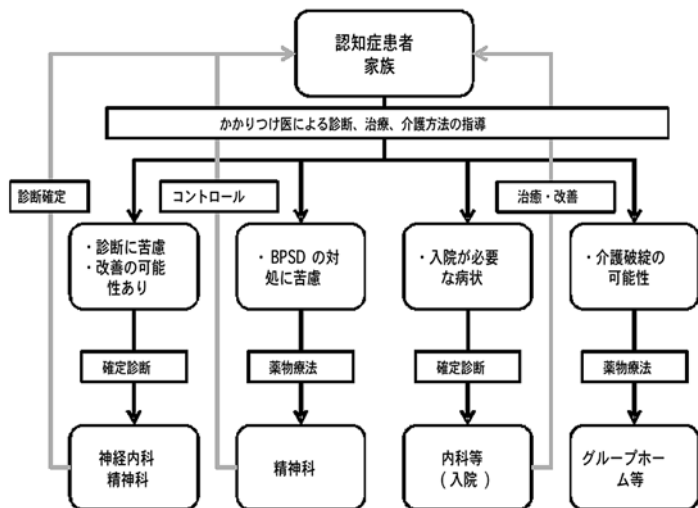
4) かかりつけ医としての役割

最近の医療情勢では、周辺症状（BPSD）のある認知症患者の急性期病院への入院は困難になっている。しかし高齢者では肺炎などの感染症のリスクは高く入院が必要となる場面も少なくない。

例えば肺炎の場合では「活気がなく周辺症状（BPSD）を認めない間は入院し、点滴の自己抜去などが認められるようになった段階で退院、以後の加療は自宅でもかかりつけ医が行う」などのように家族・受け入れ先病院の医師と相談し療養場所を決める必要がある。

また認知症患者の場合、「どこまで医療を受けるか」の決定を本人以外（主に家族）に委ねることになる。日本の文化として「死」を考えることを避ける習慣があるが、終末期にどのよ

コーディネータとしての役割



うな療養を行うかを定期的に話し合う必要がある。これはかかりつけ医の大きな役割である。

また「内服やインスリン皮下注射の確実性」の観点から他の医師（とくに専門病院の医師）へ、ケアプラン作成の観点からケアマネジャーへ診断を伝える必要がある。

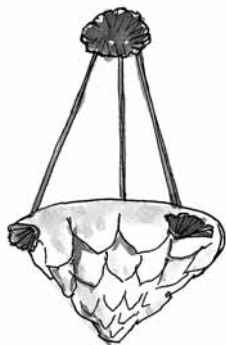
他に認知症患者の権利保護のため成年後見人制度等の導入や、家族の介護負担が大きくなり自宅での療養継続が困難になった場合にグループホーム（認知症対応型共同生活介護）や特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）への入所を勧めることも医師の役割の一つである。

おわりに

在宅医療の現場では、かかりつけ医は自らが認知症患者の診療の全てを行うわけではなく、必要な医療資源を患者・家族が利用できるようなコーディネータ的役割が中心になる（図②）。また同時に自らが行える範囲で診断、加療を行

う必要もある。最近は認知症関連の研修会が数多く開催されており、これまで認知症患者をあまり診療してこなかった医師でも認知症診療を担当することができると考えている。

(医) 拓海会 神経内科クリニック 理事長)



次号・次々号のお知らせ

7月号・8月号(570号・571号)の2号にわたり、先般ご応募くださいました質疑と回答で構成する特集「続 他科医に聞きたいちょっとしたこと」を発刊します。このたびも、たくさんのご応募を頂戴しましたことを厚くお礼申し上げます。

ご応募いただきました中から、各領域代表の先生方に特集の趣旨にあう質疑約40編を選んでいただきました。ご了承くださいますようお願い申し上げます。

(クリニシアン編集部)