

認知症医療とケア 「今すでに」と「これから」

長谷川 和 夫



認知症の診断

1999年ドネペジル塩酸塩がアルツハイマー型認知症の適用薬として登場したことは、認知症診療の構造に著しい変化をもたらした。患者と家族にとつて一つの福音としてとらえられたと思う。以来、過去10年の間に認知症の診断と治療そして予防対応には大きな進展が見られた。ことに診断の領域ではMRIによる形態診断、ならびにPETやSPECTによる機能診断は飛躍的な進歩を示した。これにはコンピュータの導入による画像統計解析手法の開発と普及がその推進役を果たした。最近では Japanese Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (J-ADNI) アルツハイマー型認知症に対する多施設協同研究が進められ、今後の認知症医療に大きな貢献が期待される。

現在、重要なもう一つの画像診断法としてPETによるアミロイドイメージングが2001年開発以来注目されている。アミロイドの脳

皮質等の集積を画像により検出する技法であり、アルツハイマー型認知症の発症例あるいは初期診断に有力な武器になると考えられる。また生化学的診断マーカーとして髄液中リン酸化タウ蛋白が最も信頼度が高いことが確認されているが、さらに血液サンプルでの測定法が検討されている。

認知症の治療および研修

認知症の治療についてはアルツハイマー型認知症の適用薬ドネペジル塩酸塩の登場と普及が進行抑制の限定性効果ではあるが、全く治療薬のなかった過去に比べれば進歩であった。さらに、Aβ産生抑制薬あるいはAβ免疫療法（ワクチン）の開発が進行していて、本邦でも近い将来、臨床に登場することが期待されている。2006年からはかかりつけ医を対象とした認知症対応向上研修と共に指導するサポート医の養成が開始され、2008年度にはかかりつけ医

で研修を受けた医師は14,000名に、またサポート医は約800名に達した。介護の面では、2000年に施行された介護保険制度は従来の措置から契約へと革命的变化を起こした。同時に成年後見制度が施行された。また介護の人材育成、調査・研究そして普及啓発を目的として、高齢者痴呆介護研究・研修センター（現…認知症介護研究・研修センター）が、東京都杉並区、愛知県大府市、宮城県仙台市に設置された。²⁾

研修事業のなかで認知症介護指導者は全国の地方自治体の推薦を受け、約10週間の研修を修了した者で、リーダーや実践介護者の育成を担当する。過去約10年間で全国で約1,300名に達し、多くの優れた人材を輩出した。なお日本痴呆ケア学会（現…日本認知症ケア学会、理事長…本間昭氏）が発足したことも特記されよう。

① 認知症をとりまく過去10年間の状況

1999	アルツハイマー型痴呆適用薬ドネペジル塩酸塩の登場 ゴールドプラン21 痴呆性高齢者支援対策
2000	介護保険制度スタート及び成年後見制度施行 グループホーム 介護保険サービスに 身体拘束ゼロ作戦の推進 高齢者痴呆介護研究・研修センター(現:認知症介護研究・研修センター)創設 日本痴呆ケア学会(現:日本認知症ケア学会)誕生
2001	アミロイドイメージングの開発(発症前診断へ)
2002	ユニットケア新型特養老人ホーム
2003	2015年の高齢者介護 報告書 認知症の人を対象にしたケアマネジメントシート(センター方式)の開発
2004	第20回国際アルツハイマー病協会国際会議(京都) 「痴呆」から「認知症」へと用語の改称
2005	「認知症を知り 地域をつくる10カ年」キャンペーンスタート
2006	地域密着型サービス、小規模多機能居宅サービス、地域包括支援センター 介護保険による新予防給付 高齢者虐待防止法 かかりつけ医の認知症対策向上研修及びサポート医研修開始
2007	認知症地域支援体制構築等推進事業
2008	認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト 認知症ケア高度化推進事業 後期高齢者医療保険施行

(名称は当時)

認知症に対する取り組み

1999年以降、今までですに行われた認知症対策と介護や社会状況についての概要を表①に示した。医療と介護の地域活動を支えるインフラ整備の形で認知症の理解を持つ市民サポートの育成が2005年より地道に進められ、2009年5月末現在で全国総数100万人を超えた。そして、2015年を目標して認知症でもだいたいような町づくり、「認知症を知り地域をつくる10カ年」キャンペーンが全国にわたって進行している。

また、呆け老人をかかえる家族の会(現:認知症の人と家族の会、代表:高見国生氏)は2

② これからの認知症対策

1	実態の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・有病率や医療・介護サービスの実態について2010年を目途に全国推計を算出 ・要介護認定に用いる「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し
2	研究・開発の促進	<ul style="list-style-type: none"> (1) 発症予防対策 (2) 診断技術の向上 (3) 治療方法の開発 (4) 発症後の対応
3	医療対策	<ul style="list-style-type: none"> (1) 診療ガイドラインの開発 (2) 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 (3) 認知症医療の研修充実
4	適切なケアの普及および本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> (1) 適切なケアの普及 <ul style="list-style-type: none"> ① 認知症ケアの標準化・高度化 ② 認知症の早期発見など医療との連携 (2) 本人・家族支援 <ul style="list-style-type: none"> ① 認知症やその医療、介護、地域における支援施策等についての普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・「認知症を知り 地域をつくる10カ年」構想等の推進 ・小・中学校における認知症教育の推進 ② 誰もが気軽に相談できる体制の整備
5	若年性認知症対策	<ul style="list-style-type: none"> (1) 若年性認知症に係る相談コールセンターの設置 (2) 診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成 (3) 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 (4) 若年性認知症に関する国民への広報啓発

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト(2008年、厚生労働省)」を基に著者がまとめ

004年に国際会議を主催し、1万人を超える会員組織に成長した。ことに国際会議では、私は組織委員長を務めたが、本邦では初めて認知症のご本人が国際会議場のホールで2,000人の参加者にメッセージを発表する機会を持った。2006年、介護保険の見直しが行われ、地域ケアが強く打ち出され、地域包括支援センターなどが全国約5,000カ所に作られ、認知症の人と家族に積極的な支援、相談および予防活動を行うことが進められている。

認知症に対する厚生労働省の取り組み

ところで、超高齢化の進展に伴い認知症に関する課題がさらに深刻化することが予想される中で、厚生労働省は2008年5月より特別委員会を立ち上げ、審議の結果同年7月に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を発表した(表②)。

プロジェクトは5本の柱。認知症の実態把握、研究開発、医療対策、適切なケアの普及と本人家族の支援、そして若年性認知症対策である。

この中で新しい対策は2つの柱、すなわち、第1は2008年より始まった認知症疾患医療センターと2009年度より整備する「認知症連携担当者を配置した地域包括センター」の整備であり、もう一つは若年性認知症対策である。若年性認知症は64歳以下で発症する認知症で、全国で約3〜4万人と推定される。経済支援、職業のあつせん、適切なサービス等、高齢期認知症と異なる支えが必要とされる。なお、2008年度より認知症ケア高度化推進を目的として、認知症ケアの事例を蒐集・分析してパーソンセンタードケアの視点に立つケアを進め、介護の現場にホームページを利用して発信する仕組み、「認知症ケアひもときネット」を創るなど、啓発事業を行っている。この事業の中には、希望のあった事業所に無料で出張し困難事例の

相談を行う訪問事業や海外におけるケアの実情調査も含まれていて、認知症ケアの啓発に向けて情報収集を行っている。

これからの認知症診療に期待したいこと

種々の状況があつて私自身は長く臨床から離れて管理職にあり、私がドネペジル塩酸塩投与の臨床を体験したのはごく最近の2年間にすぎない。私の現役時代、アルツハイマー型認知症と早期診断がなされても適用薬を持っていなかった医師は、患者と家族に申しわけなさというが、無力感、むなしさを体験した。現在ドネペジル塩酸塩投与が可能な臨床にたつて、ご本人や家族と共に考えてゆく手ごたえのある充実感を、そしてかつての無力感との違いを回顧している。そして、これからの認知症診療の本質的なことを考えたい。

認知症のご本人の視点に立つ診療であつてほしい。パーソンセンタードの理念は、病める人

を優先する医の理念と同じであろう。個別性、全人性に配慮する。まず苦しみや悩みをしっかりと聴く診療であってほしい。根拠に基づく医療は基本的な医療理念ではあるが、精緻を極める診断技法を駆使して診断名を得たことで終わりとする傾向はないだろうか。あるいは単に疾患対応の操作的診断とその後続く画一的な治療に流れている傾向はないだろうか。患者は物語をもって来院したのに、診断名だけをもって帰る」という批判が起るのを残念に思う。

患者ご本人の不安や苦悩は健康人には体験し得ないような、自分の存在自体が崩壊してゆく深刻さがあるように思う。またそれを常に暮らしの中で介護してゆく家族の苦しみ、とくにBPSDに対応する苦しみや困難にしっかりと向き合っ
て共に考えてゆく姿勢が大切になる。したがって、初診の時点から治療志向的な対応が欠かせない。

土居健郎氏の「臨床家たるものは、自分の無

知を自覚する駆け出しの気持ちに常に保持しなければならぬ」という言葉に共感を持つ次第である。

そして一人の患者の暮らしを支えるためには、家族はいうまでもなく、多くの職種の人々や、市民とのかわり合い、あるいは緊密な連携が必要になる。私たち認知症診療医はその一人であることを認識したい。

認知症介護研究・研修東京センター

名誉センター長

聖マリアンナ医科大学 名誉教授

文献

- 1) 岩坪 威「認知症根本治療へのアプローチ」クリニシアン56巻、577号、31(2009)
- 2) 長谷川和夫「認知症診療のこれまでとこれから」永井書店、132、2006年
- 3) 土居健郎『臨床精神医学の方法』岩波学術出版、12、2009年