

かかりつけ医のための認知症講座 ～早期診断から治療・予防に向けて～

鳥取大学医学部保健学科
生体制御学講座・環境保健学分野 教授
浦上 克哉

認知症は高齢者が最もなりたくない病気とされており、医療ニーズの高い病気である。また、認知症は65歳以上の高齢者の15%の頻度で見られる“ありふれた病気”である。このような頻度で見られる病気は、専門医だけでは到底対応することができない。そこで、かかりつけ医による認知症診療が期待されている。しかし、認知症は発見が難しく、日常診療の中で見逃してしまう。

認知症の見つけ方としては、①家族や介護者などから情報を得る②メディカルスタッフから情報を得る仕組みを作っておく③診察室では、振り向き動作、取り繕い現象などの特有な症状に着目する、などがあげられる。次のステップとしては、記憶力の簡易スクリーニング検査をする。我々の開発した、もの忘れスクリーニング検査は遅延再生、時間の見当識、立方体の模写の課題で3分以内に施行でき、かかりつけ医向けである(図1) [1]。さらに、これをタッチパネル式コンピューターを用いることにより、検者と被検者の負担をともに減らすことの可能な物忘れ相談プログラムも作成している(図2) [2]。

アルツハイマー型認知症の診

断においては、楽天的な雰囲気、もの忘れがゆっくりと悪くなる、運動障害がない、などの特徴を的確にとらえ、血液検査で甲状腺機能低下症などを除外し、さらに可能であればCT/MRIなどで除外診断を進めていく。VSRADができれば海馬の委縮を定量化することができる。

アルツハイマー型認知症の典型例を診断できれば、ぜひ薬物治療を開始して欲しい。アリセプトは約5割に改善効果を示すが、そのうち2割が著効例である。残り3割の改善例は、通常5mg錠投与後の来院時本人も家族も「特に変わりありませんでした」と言われる。そこで、「そうですね、変わりありませんか」で終わってしまうと、不変例という扱いになってしまう。「忘れて何回も聞き返す頻度が減ったということはありませんか?」「自発的に何かをしようということがありませんでしたか?」など具体例を2～3あげて尋ねると「そういえば…」と言って改善した症状に気づかれることが多くあるので、ぜひ訊ねて頂きたい。

また、高度認知症例に10mg錠の使用が可能となっているが、5mgから10mgへの増量のタイミ

ングがよく分らないとの声を耳にする。私の経験では、10mg増量のタイミングが遅いと効果が得にくいので、5mgでの改善時期が過ぎて、悪化傾向を示したあたりが投与の良いタイミングではないかと考える [3]。

認知症治療を行う際、適切な認知機能評価を行うべきと考える。長谷川式スケール、MMSEを用いている例もあるが、これらの検査法はスクリーニング検査であり、本来は治療評価には適切とは言えない。最も適切な評価法はADAS (Alzheimer's disease assessment scale) である。しかし、ADASは臨床心理士等の専門職が行う必要があり、所要時間も1時間かかる。そこで、我々はADASをタッチパネル式コンピューターを用いて行えるTDAS (Touch panel type dementia assessment scale) を開発した(図3)。この機器を用いれば、専門職が不在の施設等でも可能であり、所要時間も20分程度で可能である。TDASがADASとの相関性も高いことを報告している [4]。

2011年から、レミニール、メモリー、リバスタッチパッチの3種類が発売され、治療の選択肢が広がった。薬剤の選択に薬理作用の面から判断することも重要であるが、服薬管理が確実にできる方法を選択すべきと考えている [5]。リバスタッチパッチは、服薬を目で見て確認ができるメリットがある。図4のごとく、診察時に本日の処方薬が適切に貼られているかを確認できる。また、デイサービスの際に、職員の方に確認をしてもらうことも可能である。副作用につい

ては、皮膚炎をおこし中止に至るケースもある。しかし、皮膚炎を起こす症例は、多くは老人性皮膚痒疹症がベースに存在しており、適切な皮膚の治療を事前に、あるいは同時並行で行いながらパッチ剤を使用することを推奨する。

認知症治療で大事なことは、薬を投与するだけでなく家族や介護者に適切なアドバイスをすることである。たとえば家族から「薬を飲みだしてから興奮したり、怒りっぽくなった」と訴えられたら、すぐ薬の副作用と考える傾向にある。家族に「誰に、どのような状況で、興奮したり、怒ったりするのか?」と尋ねると、主介護者に対してであり、また主介護者が怒らせるようなことをその前に言っていることがほとんどである。これは家族の接し方の問題であり、対応の仕方をアドバイスする必要がある。

非薬物療法として、我々はアルツハイマー型認知症に有効なアロマオイルを見出した。昼間はレモンとローズマリーの配合で、夜間はラベンダーとオレンジの配合で投与をしたところ、アルツハイマー型認知症の中核症状に著効を示した [6]。軽度認知障害 (MCI) がアロマセラピーの最も良い適応と考える。

今後の展開としては、来るべき根本治療薬の時代に備えて、より早期の発見への取り組みが期待される。その方法としては、認知症の検診と予防教室が重要である。これを成功させるには医師、行政、ケアスタッフの連携が必要である。

図1 認知症簡易スクリーニングシート



図2 物忘れ相談プログラム：日本光電社製



図3 TDAS (日本光電社製)



図4 貼ってあるのを診察時に確認できる



◆ 参考文献

[1] 浦上克哉：痴呆症の治療意義と適切なケアについて－主治医意見書のポイントを含めて－。癌と化学療法 30:49-53, 2003.
[2] Inoue M, Jinbo D, Nakamura Y, Taniguchi M, Urakami K: Development and evaluation of a computerized test battery for Alzheimer's disease screening in community-based setting. Am J Alzheimer's Dis Other Demen 15 :249-315, 2009.
[3] 浦上克哉：認知症よい対応わるい対応～正しい理解と効果的な予防、日本評論社、2010。
[4] Inoue M, Jimbo D, Taniguchi M, Urakami K: Touch panel-type dementia assessment scale: A new computer-based rating scale for Alzheimer's disease. Psychogeriatrics 11: 28-33, 2011.
[5] 浦上克哉：これでわかる認知症診療～改訂第2版～、南江堂、2012。
[6] Jinbo D, Kimura Y, Taniguchi M, Inoue M, Urakami K: Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics 9: 173-179, 2009