

演題名 「認知症治療これだけで十分」

演者 医療法人のんびり さくらクリニック 阿部 佐倉

抄録

65 歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合（高齢化率）は今後も増加の一途をたどり、認知症高齢者数も増え、2015 年には高齢者の 10 人に 1 人が認知症であると推計されています。記憶障害をはじめとする認知障害が相当進行した段階でも、感情的な機能は保たれる一方、環境の変化に適応することが困難であるなどの認知症高齢者の特徴を踏まえると、日常の暮らしの場面では、「生活そのものをケアとして組み立てる」ことを指向するケアが望まれる。認知症の診断基準は、記憶障害に加えて、それ以外の認知機能障害、つまり判断力の障害や実行機能障害が認められ、それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、病因として器質性病変の存在が確認され、うつ病などが除外されれば認知症ということになる。また、認知症の原因には、頻度は必ずしも多くはないが、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫による認知症であり、これらの疾患の早期発見が重要である。

認知症は、早期発見、早期対応が重要であり、アルツハイマー型認知症であれば、中核症状治療薬としコリンエステラーゼ阻害薬による薬物療法による進行抑制が可能であり、治療開始が早いほど効果も出やすいと言われている。行動・心理症状（BPSD）に対しても、限定されるもののコリンエステラーゼ阻害薬の一定の効果が示されている。また、認知症を早期に発見できれば、病気に関してある程度理解でき、病気の進行による生活への影響にも予めの準備が可能であり、不安も軽減されるであろう。行動・心理症状（BPSD）にもあまり悩まされずに生活が継続できる可能性が高まる。早期発見により、家族も適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能となり、また実際に病気の進行に合わせて、介護保険サービス等も利用し適切にケアできれば、認知症の進行を抑制する可能性が高まり、介護負担も軽減できる。

認知症初期の発見のポイントとして一般外来で認知症を疑うきっかけとなる出来事として 1.最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、本人に確認しても薬はきちんと飲んでいるという。2,予約の日を間違え、しばしば連絡なくキャンセルする。3,不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても客観的な異常が見出せない。4,検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる。5,前回は行った検査を全く覚えていない。このようなことがあった場合、認知症を疑ってかかる必要がある。実際の現場では疑いを持った時点で MMSE や改訂長谷川式簡易認知症評価スケールといった標準的なスクリーニングテスト行うことが望ましい。

薬物療法として、本邦では、3 剤のコリンエステラーゼ阻害薬と NMDA 受容体拮抗薬がアルツハイマー型認知症の適応がある。

コリンエステラーゼ阻害薬は、一時的に症状を改善方向へ変化させて、治療をしない場合よりもよい期間を延長するとされてきた。長期試験の結果ではコリンエステラーゼ阻害薬による進行の遅延が報告されてきている。またコリンエステラーゼ阻害薬は介護者の見守り時間を短縮させたという報告もあり、患者本人のみならず介護負担を減らすといった観点からもメリットになる可能性がある。薬剤の効果判定に関しては、認知症に関する様々な評価尺度があるが、効果判定の大切な一つの基準は、日常生活上の変化である。「何か変化はありましたか？」と家族に尋ねながら効果判定の目安にする。家族が自ら改善を観察すると、服薬に家族が積極的に協力するようになる。また、家族が症状に注意して接することは、介護の質を上げることにもつながる。

認知症患者の心理に配慮した介護を行うことが重要であり、患者本人の葛藤、不安をよく理解する。知的機能低下がある患者でも残存する能力が十分に機能しており、特に喜怒哀楽などの感情は保たれていることが多い。気分をいかに良くさせるかが、ポイントで現実世界に戻して、事実を正しく認識させようと躍起になるより、その方の持っている世界に介護する側が入っていくことが大切である。好ましい接し方としてプライドを傷つけない。失敗の自覚がない、寸前のことも忘れることから、叱責、注意は意味がない。屈辱感から「うつ」「被害感」「攻撃行動」が増す可能性がある。介護者の負の感情が認知症患者に移りやすいと言われており、笑顔での対応が一番重要である。