

認知症新時代 今こそ開業保険医の出番



●埼玉 クリニックふれあい早稲田

大場 敏明

おおば としあき

千葉大学医学部卒。25年前より認知症医療従事。13年前開業。「町医者」志向で地域医療を担い、認知症グループホームやデーサービス等5介護事業所運営。「その人らしい生活と人生を支える」理念で、介護・福祉と連携した戦略的・複合的な展開を追究。

- 認知症新時代の到来が、声高く叫ばれている。認知症医療に、一般医として関わって25年。今こそまさに開業保険医（町医者）の出番だと、痛感している。
- 認知症新時代を、急増する認知症・認知症医療の進歩・認知症ケアと地域の支えなどから検討し、開業保険医（町医者）の役割の重要性を明らかにしたい。
- 認知症新時代の「時代の要請」に応えるために、一般医院で、もの忘れ外来を取り組むことが重要であろう。今の時代に、各地の開業保険医の診療所で取り組むよう提案する。

一般医として認知症医療に関わり 25年

(1) 人生をあきらめるしかなかった

20世紀末のアルツハイマー病

筆者は、医師になって約40年、認知症医療への関わりは25年位前からである。当時は、有吉佐和子の小説『恍惚の人』（1972年）のイメージが強く残っており、「アルツハイマー病（ADと略）は治らない」「何も解らなくなる」「異常な精神症状が出る」「家族が困り果て、入院しても看護業務が大変」の実態だった。認知症になると地域で暮らす人生は「あきらめるしかない」時代だったと覚えている。当時は、認知症の早期診断などは「夢物語」か研究課題であり、問題行動が出てきて初めて診断された。

筆者が勤務していた老人病棟での一般内科医の役割は、異常な精神症状を早く抑えるために精神科医と協力しての向精神薬の調整だった。認知症の中核症状の改善や、その人らしい人生を考えることなど頭からすっぱりと抜けていた。投薬調整により、病棟管理が少しでも早く円滑に、通常業務が回るように腐心していたのである。どんなに良心的な医療をめざしている病院でも「3つの拘束（身体・薬物・言葉）」が必要悪として横行せざるをえなかった。その結果、その人らしい生活と人生の減退そして喪失へと悲しい終末期が少なくなかった。

(2) 初の治療薬登場と介護保険開始

あきらめないで支える時代

13年前に、日本で初の認知症治療薬ドネペジル（アリセプト）が使えるようになり、介護保険も始まり、「あきらめないで支える」新しい時代に入ったなど期待を持ったものである。当時、筆者は、病棟での認知症医療の限界を感じ、地域でこそ、認知症の人を支える必要があると地域での医療（町医者医療）に飛び込んだ。拘束がなく開放的な理想に近い環境の認知症グループホーム（以下、GH）など介護事業も展望し、内科医院を開業、医療法人を設立していった。そして3年後にGHを開設、同時に完全予約で診察時間を十分とれる「もの忘れ外来」も、隔週でスタートさせた。以来10年、一般内科医として認知症医療・ケアの戦略的・複合的展開を行ってきたことは、本誌2011年5月号にて紹介している。

21世紀になり、期待を膨らませ新薬を使い、介護サービスを活用してきたが、「期待ほどではない」との感想を抱くのに、そう時間はかからなかった。ドネペジルは、初の治療薬で夢の薬だったが、効果が感じられるのは投与患者の半分以下で、効果持続期間も限られ、選択肢が1つだけの状況だった。そこで筆者は、漢方薬の活用も追求した。もの忘れ外来や、往診の中で、ドネペジルと併用して病状緩和のために処方した。一方、GHでの実践から、認知症ケアの効果を実感し、介護保険時代の「光」として、自立生活支援を十分に展開するケアには、薬物治療以上の効果を感じた。その一方で、「影」として病院・施設介護の延長的な「してあげる」ケアは、周辺症状の緩和にはある程度有効だが、中核症状の改善には効果が薄い印象をもってきた。そこで、ケアの質の向上（してあげるケ

アの克服、3つの拘束の追放など）こそが、認知症の治療には有効であり、介護事業所のスタッフ教育に力を注いだ。個別ケアと自立生活支援を努力していけば、あきらめないで支える医療・ケアが追求できると確信した。結局、薬物治療の役割は、認知症医療・介護全体の1～2割でしかなく、あとの7～8割は、ケアと家族の力が大きいとの思いだった。

「ともに生きる」認知症新時代の到来

（1）医療・ケア・地域の力と家族の発展で「新時代」到来

2011年から、新薬が3種類登場し、ここ数年の早期診断などの発展もあり、認知症医療が格段と進歩してきた。しかも、地域第一線医療の中で、この新薬の使用も、早期診断機能の活用も「手に届く」状況が生まれてきている。その結果、われわれ開業保険医が、一定努力すれば十分対応できる時代になったのである。また「認知症ケア」（ともに歩むケアへの世界的トレンド）や「家族の対応力」なども大きく発展し、サポーターが360万人以上生まれたりと「地域の力」も強くなってきている。「ともに歩む」医療とケア、そして地域で「ともに生きる」可能性が広がった文字通り新しい時代に入ってきたなど感じている。

この中で、2012年6月、厚労省が「地域で暮らし続ける」目標でのオレンジプランを発表した。正式名は、「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」（2013年から2017年度までの計画）だが、在宅での支援を中心とし、認知症施策を根本的に転換し、認知症の早期ケアなど今後の方向性を示し、新時代への政策的リードを打ち出している。認知症になっ

でも個人の意思が尊重され、住み慣れた地域の環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、認知症ケアのこれまでの流れを変えるための施策を7つの視点でまとめた。これを、どう具体化するのか、地域での取り組みが求められているが、ますます生活を診る視点が重要になってきていると思う。

確かに、まだ認知症の根本的治療法はない。しかし、完治できない多くの慢性疾患（高血圧・糖尿病）と同じように、早期に診断し、早期に治療・対処して、疾病と上手に付き合えば、より長く地域で暮らし続けられる可能性が広がりつつあると思う。慢性疾患医療など地域医療の担い手であり、地域と生活も診ているわれわれ開業保険医（町医者）の出番である。この25年間の中で初めてワクワクした気持ちを抱いている。

(2) マスコミで、「新時代」到来の企画など

この新時代について、各分野で企画や特集が組まれているので、紹介しておこう。

マスコミの動きでは、NHKの「福祉フォーラム」が、日本各地で開催されている。読売新聞などとの共催での、フォーラムのテーマ「あきらめない」が、最近、「ともに歩む、新時代」のテーマへと発展してきている。また、毎日新聞との共催での、フォーラム「新時代」が以前より継続されている¹⁾。

朝日新聞は、2013年の元旦から新大型企画「認知症と私たち」「認知症300万人時代を生きる」をスタートさせている。65歳以上の10人に1人という認知症300万人時代。いつか家族や自分が当事者になる……どう生きればいいのかと問いかけている。

(3) 医学・医療誌など「新時代」到来の特集

昨年来、多くの特集が組まれた。筆者が目にしたものを、紹介したい。

『Clinician』（2012年5月号）：巻頭で「認知症新時代への挑戦」として、鳥取大・中島健二教授が、認知症の治療には、薬物療法のみならず、「ケアやりハビリテーション、介護なども含めたトータルの医療が求められる」と指摘。地域に適した、地域による、地域のための地域連携を構築した認知症への対応が重要だとした上で、4種類のAD（アルツハイマー型認知症と同義）治療薬が使用可能となり、「認知症医療は新たな時代に入った」と論じておられる。また、「認知症診療でかかりつけ医に期待する役割」との文章で、岡山大・阿部康二教授が、①超高齢化社会におけるかかりつけ医の重要性、②認知症患者を取り巻く環境の変化、③認知症の種類と症状—中核症状と周辺症状、④認知症の新薬の登場、⑤BPSDの評価-簡易スコア、⑥新しい認知症診療のケアとスタイル。急速に変わりつつある家族関係の中で、かかりつけ医の役割は、今後ますます重要になると、述べている。

『日本医師会雑誌』（2012年6月号）「認知症update」のテーマで特集。巻頭言に「認知症の早期診断と治療の進歩」として東海大学の北川泰久教授が論じられ、「早期診断のために、……画像診断の進歩が著しく……かかりつけ医と専門医の役割分担と連携の重要性がますます高まる」と述べておられる。また、座談会で「認知症診断・治療の進歩と医療連携」を5人の専門医が、①認知症が増加しており、独居の方が半数以上になり、積極的な予防・対応が必要、②認知症と生活習慣病と

の関連が、最近注目されており加齢の問題とともに、ADの発症・促進にかなり影響を与えている、③軽度認知障害(MCI)の診断など、早期診断早期治療の重要性、④認知症治療薬とその使い方として、ADでは、ごく早期の段階から開始することなど、議論が展開された。

『日経メディカル』(2013年1月号)「特集 医師を襲う10の大問題」では、Vol. 3に「認知症が医師の“必須科目”に？」とのテーマで取り上げている。近年、ADが急増し、2006年度には総患者数に占める認知症患者の割合が1.26%だったが、2011年度には5.95%に増加し、認知症の診療に苦手意識を感じる医師は多い。ADや血管性認知症(VaDと略)など認知症と診断された患者数はここ15年で4～5倍に急増し、総患者数に占める割合も上昇し続けている。このため、近年はプライマリケア医も外来で認知症患者を積極的に診ることが求められつつある。「今後はプライマリケア医が中心となって認知症を診ていく必要があるだろう」と論じている。

急増する認知症 300～400万人時代

(1) 認知症急増の実態と、その理由

間違いなく認知症は増加している。その程度についての表現は、いろいろである。「確実に増加」「急速な増加」「急増している」「ものすごい増加」など、医学者・研究者の方々は述べている。

報告書の代表として厚労省の2010年度「認知症の実態把握に向けた総合研究」がある。全国調査では、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数として、2012年に305万人になり、高齢者の10%を超えている

可能性を指摘している。また予測として、2010年には400万人以上に上るとされ、従来の国の推定値289万人の約1.4倍に相当している。

では、なぜ急増してきたのだろうか。認知症急増の中心はADなので、なぜADが急増してきたのか。まず明らかに指摘できるのは、診断技術の進歩から、初期や前段階のADが診断されてきていることや、認知症に関する関心の高まりから、早期診断・早期治療のために、早期受診につながってきていることであろう。同時に、高齢化の進行とともに急増している点と、近年、生活習慣病(脂質症・糖尿病・高血圧)との関連でADが増加してきている可能性を指摘する発表が増えていることも注目に値する。

従来ADの発症に関しては、病理学的特徴から、アミロイド仮説が主流で、そして危険因子として、遺伝的因子・血管性因子、生活習慣や環境因子、年齢因子や頭部外傷などが上げられている。しかし、アミロイド仮説は、そもそも根本原因を解明したのではなく、AD発症過程での中心的機構だとの学説である。そして、血管性関連因子仮説とのどちらが主機構であるかの論議も最近見聞する。AD急増の原因解明の手がかりは、アミロイド仮説より、直接的に血管因子に関わる危険因子の増加の面からの研究結果が、説得力を持っているなど、病因論には素人の町医者である筆者の感想である。そして、今後の認知症急増対策強化の面からも、生活習慣病・環境因子→血管障害説→AD増加と考えることが有用だと思っている。

(2) 高齢化の進行と認知症急増

地域医療で一般医が認知症早期発見を

高齢化の進行により、認知症が増加する関連は、明らかであろう。今、日本社会は、65

歳以上の人口比が21%以上の「超高齢社会」を迎えている。そして、認知症の年齢階級別有病率をみると、2008年の統計で、65～69歳が1.9%で、70～74歳で4.5%、75～79歳が8.8%、80～84歳で18.1%、80代後半以降が34%の比率にのぼっている。まさにありふれた病気・身近な病気なのである。高齢化とともに要介護度も進行し、そこに認知症が重なると、介護の手間がより大変になっていく。周囲に影響が強い、介護困難の進行となりかねない。この面からも、早期発見・早期対策が、より重要になっている。

認知症の予防の点からは、危険因子の制御が重要だが、遺伝的因子と加齢因子は、制御不可能つまり対策不能である。しかし、70代の高齢者で、10人に1人の発症率であり、80代になると5人に1人、後半で3人に1人の割合で発症してくるという目で、地域医療に従事する必要があるだろう。気がついたら周辺症状が出ていて、中期以降の認知症だったとならないように、目の前の外来通院患者や地域の住民に対して、早期発見の構えで地域医療に従事すべきである。

外来患者の多くは、生活習慣病で通院されている高齢者である。あらためて認知症発症の危険因子であると注目されている高血圧・耐糖能異常・脂質異常などの罹患者は、年齢別有病率に加えて、生活習慣病関連の相対危険度を加えて考える必要がある。例えば、70代の生活習慣病患者さんは、年齢的には、10%くらいの危険率だが、生活習慣病があると相対危険度が約2倍に上がるので、5人に1人位の認知症発症率であるとして診療に当たる必要がある。80代の患者さんでは、何と

2.5人に1人位の発症率である。

(3) 生活習慣病と認知症外来の場で早期発見を

認知症の危険因子としての生活習慣病は、血管性認知症（VaDと略）のみならず最近ADでも注目されている。

VaDについては、加齢以上に生活習慣病の関連が強い。高血圧の相対危険度が3.4倍、耐糖能異常が2.7倍である。また、中年期からの厳格な高血圧管理は、認知症発症の予防に極めて重要だと報告されている。従って、予防としては、生活習慣病の適切な治療（薬物・食事・生活療法）が決定的に重要であり、トータルな生活習慣の是正、すなわちより健康的な生活スタイルの確立が、療養指導の重点である。

ADについては、糖尿病が発症リスクを高めるとの疫学的研究が増えている。日本の久山町研究、欧米でのロッテルダム研究など、最近15年間の大規模疫学研究で、エビデンスが確立されてきている。糖尿病によるAD発症リスクが2倍位、別の報告では2.3倍高めると。最近、ADと糖尿病との関わりは、密接な病理病態学的関連があるとの研究報告も出ている。また治療薬について、インスリン抵抗性改善薬のピオグリタゾンが、認知症障害の進行を遅らせ、抑制するとの研究結果も出ている。一方、高血圧については、今までの所、明らかな関連は見られていないようである。しかし、『認知症疾患治療ガイドライン2010』（GL2010と略）の中では、中年期の高血圧は、高齢期（65歳以降）の認知症ないしは、ADの危険因子だとする研究もあり、積極的に治療すべきとしている。また、肥満については、カロリー摂取量の高い人は、発症リスクが高いとの研究があり、喫煙も危険

因子との研究結果がふえているようである。

以上から、認知症急増の現在、生活習慣病との関連も強い認知症診療の主役は「かかりつけ医」（開業保険医・町医者）であるといえる。何故か。①認知症専門医は数少なく、急増に対応できない。②生活習慣病関連が強く、身近な外来患者からも発生するので、かかりつけ医が早期発見できる。③認知症は、精神科疾患ではなく、脳神経内科疾患であり、地域での中心は一般内科医である、④認知症とともに生きる時代に、生活も診る認知症診療の主役は、われわれ開業保険医である。

進歩してきた認知症医療

第一線臨床で活用可能に

一般医（町医者）の私が、認知症医療の進歩を実感するのは、画像診断などによる早期診断の進歩と、4種類に増えた薬物治療が格段と効果的になった点である。そして6学会合同委員会（日本神経学会・精神神経学会・認知症学会・老年精神医学会・老年医学会・神経治療学会）で作成され発行された『認知症疾患治療ガイドライン2010』および『コンパクト版2012』が、有用なものにまとめられ、第一線臨床の場で活用できる点もある。

(1) 画像診断技術の発達・普及で

早期診断が可能に

認知症の早期診断は、大変重要である。しかしながら、ADの早期診断に迷い、他病と誤診されることも少なくなかった。その原因に、ADの画像診断が不十分だった点がある。つまり早期ADの画像所見が、身近にあるCTやMRIなどでは、「異常なし」になってしまうのであった。自験例では、精神科や神経内科な

どに受診した早期ADの方が、頭部CTなどでは異常がないために、うつ病や不安神経症、更年期障害などと誤診され、効果のない治療を受けていた事例がある。今までも、研究機関や専門医療機関にある脳血流SPECTやPETなどで、側頭・頭頂葉部などの血流低下を確認すれば、早期ADと診断することは可能であった。しかし、数少ない検査装置だったので、筆者の地域では、身近には存在していなかった。どうしても早期ADを疑う場合は、遠方の高度専門病院への紹介が必要だったので、ごく限られた事例でしか紹介することはなかった。

近年、画像検査は進歩し、第一線臨床での早期診断に有用になってきた。『GL2012』にも記されているように、MRI - VSRAD²⁾とSPECT、PET (FDG - PET など) である。特にMRI - VSRADは、埼玉医大の松田博史教授により2006年に開発され、2012年に改訂され、全国2000施設へ普及している。私の地域の基幹病院で3~4年前に導入され、大いに利用させていただいている。そもそも画像検査は、ADとVaD、慢性硬膜下血腫、水頭症鑑別診断の補助役で、ADの早期診断には無力だったので、MRI - VSRADの第一線臨床での活用は、画期的である。

AD診断手順としては、病歴・現症・身体所見・神経心理検査・血液検査、画像検査等で鑑別診断を行うことだが、早期ADの診断には、「まず疑うこと」である。本人や家族の心配を、しばしば「年のせい」とか他病を疑ったりで否定することから、誤診につながる。生活や仕事に今までと違う支障が出始めて、早期ADを疑ったら、早期診断に有用な画像検査などで確認することである。決して早期診断に無力なCT

やMRI検査だけで判断してはならない。

早期AD診断の意義は、第1に、早期ほどAD治療が有効だということ。第2に、4種類に増えた認知症薬の選択や組み合わせなどで治療効果のより長い持続が期待されること。その結果、第3に、早期の治療開始により、より高いレベルでの認知力の維持を期待できる点である。

(2) 4種類の治療薬 適切な選択を

2011年に、新しい認知症治療薬が3種類認可され、欧米なみに4種類がそろった。これらは、ADやレビー小体病の認知機能の改善につながることを期待され、また認知機能障害の進行抑制に有効だとされている。特にADの早期の段階からの投薬開始は、有効性が期待されるとともに、経過の中での薬剤選択の多様性があり、進行度に応じて、また、周辺症状の有無も加味して治療薬を選択する新時代になっている。

『GL2010』（コンパクト版2012）では、病期別の選択アルゴリズム（手順の意味）が、新掲載されて、実践的指針となっている。軽度・中等度・重度の、3段階に分けて、治療薬の選択を考えるが、使い分けに関するいろいろな研究がさらに進むと思われる。例えば、徐脈の有無で選択するとか、興奮・不穏など周辺症状（BPSD）の有無で判断するとか、睡眠リズムとの関連で選んだり、多様になってきている。

認知症患者の、人生を支える治療戦略のなかでの薬物選択であり、さまざまな組み合わせが可能になって、有効性が高まってきている。また、『GL2010』では、「治療の原則」として「ケア・リハビリとの協力・連携」が、薬物治療開始の前提であるとまで強調され、まさに“車の

両輪”としての展開が重要になっている。さらに、この両輪の上に家族と地域の力を合わせた“トライアングル”での複合的支援は、2008年に大場が定式化した治療戦略の中心であるが、今後ますます重要になっていくと思われる。薬物治療の発展の中で、たとえ認知症が出てきても、早期に診断し、適切な治療と、ケアと地域の力が連携して支えれば、年相応の「その人らしい人生」を地域で送れる時代が到来している。まさに、開業保険医の、地域での力の発揮が期待されているのである。

おわりに

認知症医療・ケア・地域の力で認知症の方がたを支える、「ともに生きる時代」が来ている。「オレンジプラン」でも提起された7つの視点の中で「3. 医療サービスの構築」「4. 介護サービスの構築」「5. 地域での日常生活・家族の支援の強化」と、地域での生活を支える、3課題“トライアングル”が明確にされた。この中心の一角を、われわれ開業保険医・町医者が担い、認知症新時代にふさわしい医療実践という重要な役割を果たすべきである。認知症新時代の「時代の要請」に応えるためには、①一般内科医院でのもの忘れ外来の実践、②訪問診療でも認知症医療を展開することの必要性、そして可能ならば、③認知症デバイの取り組みが必要であることを強調したい。

注

- 1) 認知症フォーラム。 コムのホームページ <http://www.ninchisho-forum.com/index.html>
- 2) MRI—VSRAD：磁気共鳴画像MRIでの画像解析 Voxel—based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease