

中核症状と BPSD 治療の実践的課題 — オレンジプランを視野に入れて —

Practical issues in treatments for cognitive dysfunction and BPSD in relation with the Orange plan

順天堂大学大学院精神行動科学／教授

新井平伊*

はじめに

オレンジプランの中で在宅医療と病病・病診連携が重要となってくる。本稿では認知症治療における精神科的アプローチの重要性を概説するが、その際の治療とは本人だけでなく家族や環境まで配慮することが重要である (図 1)。

1. 画像検査結果の独り歩き

認知症の診断過程は図 2 の如く狭義の認知症の鑑別だけでなく、その前段階にあるさまざまな病態との鑑別が重要である (図 3)。近年、MRI や SPECT 所見に対する画像解析ソフトが開発され、画像検査判定の標準化やレベルアップにつながった。しかし、MRI 画像解析ソフト (VSRAD) では海馬および海馬傍回の萎縮程度が数値で表示されるため、その数字だけで診断や告知に使用される。臨床診断は総合的に判断される必要がある。

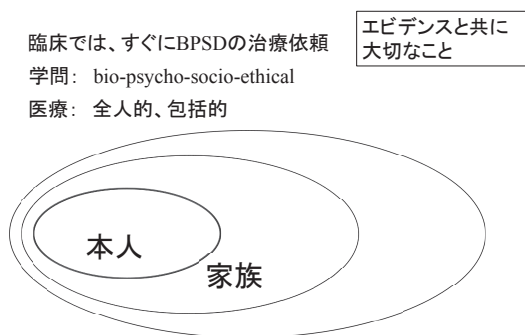


図 1 精神科的アプローチ

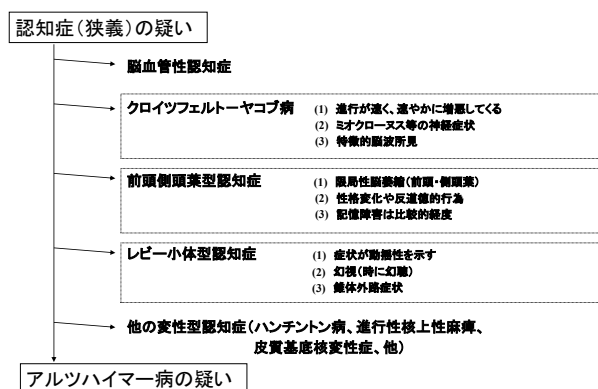


図 2 認知症の鑑別診断 (1)

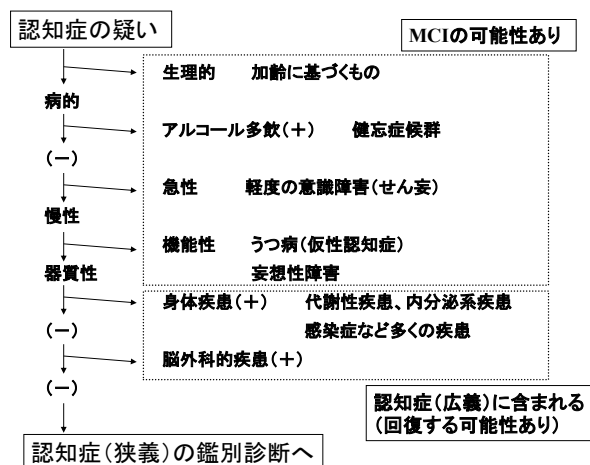


図 3 認知症の鑑別診断 (2)

* Heii Arai MD, Ph.D: Professor, Juntendo University Graduate School of Medicine, Department of Psychiatry and Behavioral Science.

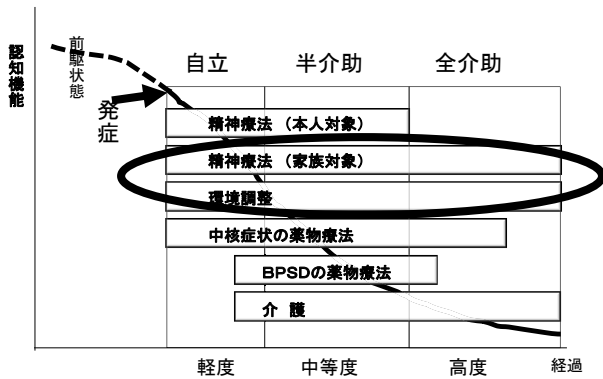


図4 認知症治療

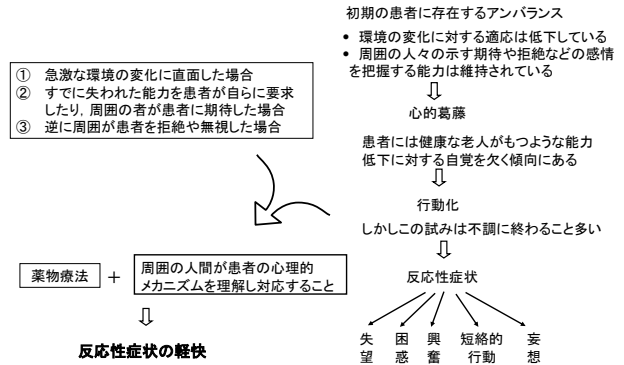


図5 反応性症状の心理的メカニズム

2. 「大丈夫ですよ。」「心配ない。」といえるか？

初診時に異常が認められない際に「大丈夫」などと断言することは避けたい。「現時点では」と加え、「念のため、半年～1年後に再検査」とのコメントが必要であろう。

3. 操作診断の落とし穴

精神症状の出現の特徴として多層構造を理解する必要があるが、ICD-10分類でその構造を正しく理解でき、F0からF5までの外因、内因、心因精神障害に該当するさまざまな症状は、その診断基準でいずれに該当したとしても高齢者の場合にはF0が基盤にないか常に配慮しておく必要がある。

4. AD治療薬：「なにも変わらない」

一方、アルツハイマー病治療において現有するコリンエステラーゼ阻害薬 (ChE-I) の臨床効果については家族への十分な情報提供が必要である。服用開始後にとくに変化がないと家族から質問を受けることが少なくないが、進行性の変性疾患であることを考慮すれば、半年以上変化ない状態が続いていることは効果の証しかもしれない。

5. AD治療薬：効果を引き出すために

以下に述べるBPSD治療薬も含めいかなる優れた薬物療法が開発されたとしても、図4に示すような総合的な支援がなければ薬剤の効果は十分に発揮されない。とくに、家族への支援と環境調整が重要である。

6. BPSD：薬物療法？ 非薬物療法？

BPSDを大別すると、「うつ・アパシー群」「幻覚・妄想群」「興奮性症状 (焦燥、攻撃性、興奮など) 群」となるが、いずれの治療でもまず導入すべきは非薬物療法であることは言を待たない。とくに、その際

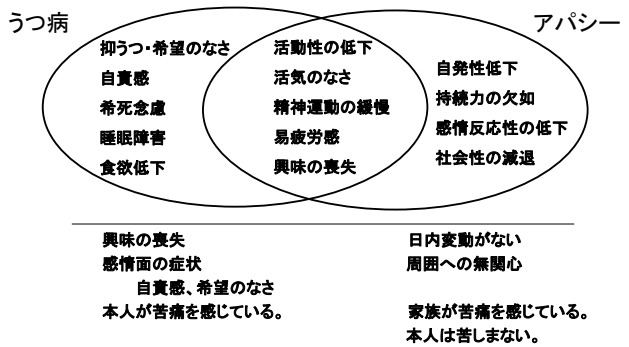


図6 うつ病とアパシー

に重要なことは、認知症患者の心理状態であり、適切な対応によって薬物療法は回避できることもある (図5)。

7. BPSD：抗うつ薬をめぐって

抗うつ薬の投与が必要と判断する際には、うつ状態とアパシーをきちんと鑑別する必要がある (図6)。前者は抗うつ薬の投与により改善することが多いが、後者ではSSRIはむしろ悪化させることもあり、治療としてはChE-Iや非薬物療法が適切である。

8. BPSD：AD治療薬の副作用？

怒りっぽくなったり不安や焦燥が目立つ場合、また逆に消化器症状により普段よりおとなしくなっている場合に、まずはChE-Iによる副作用を一度は疑ってみる必要がある。必要があれば減量や他の薬剤に変更する。

9. BPSD：抗精神病薬は有効？無効？

以上のようなアプローチをとっても、興奮性のBPSDはどうしても軽快しないことも実臨床ではある。このような際には、国内外を問わず抗精神病薬

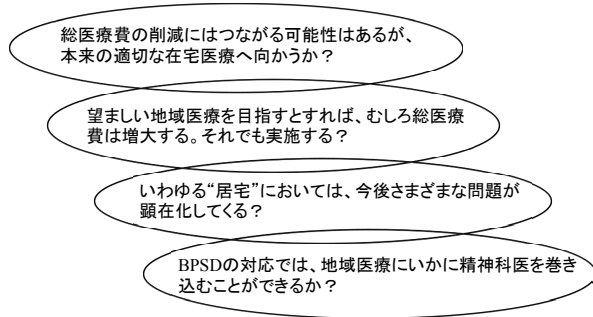


図 7 新しい認知症施策の問題点

が投与されることになる。抗精神病薬の BPSD 治療ではその効果と副作用が相殺されプラセボと差がないとのネガティブエビデンスもあるが、実臨床では用量の調整などで効果をいかに確保するかが専門医の力量であると言えよう。

10. オレンジプランの問題点

昨年に公開された今後の認知症施策であるオレンジプランは在宅医療を目指した方向性を示し評価もできるが、現時点では図 7 に示すような問題点が指摘できる。現状のままでは、むしろ家族と患者へのしわ寄せが大きくなるとの危惧が残る。今後の展開に十分な配慮が必要である。

おわりに

認知症は超高齢社会の中で今後の医学の発展が期待される一方、療養中の認知症の人と家族へもより多くの社会的・医療的支援が必要であろう。

この論文は、平成 25 年 10 月 19 日（土）第 20 回北海道老年期認知症研究会で発表された内容です。