
認知症診療の実際

～紙とペンと賞賛で笑顔の生活をささえる

Medical practice for dementia:
supporting life with a smile by paper, pen and praising

群馬大学大学院保健学研究科

山口晴保*

1. はじめに

2013年に公表された認知症の実態調査に基づいて、2015年には全国で約500万人の認知症者がいて、2025年には700万人程度に増加すると推測されている。このような多数の認知症者を専門医だけで診療することは難しく、かかりつけ医のスキルアップが求められる。そこで、患者の症状をしっかりと見極めて診断・治療を行う実践医療を提案したい。

2. 認知症に気づく

認知症は、認知機能が低下して生活管理が困難になった状態である。認知症は生活管理障害をもたらすので（例えば服薬管理ができなくなる）、生活状況を把握すれば認知症かどうかの判別に役立つ。筆者らの開発した認知症初期症状11項目質問票（SED-11Q）¹⁾で生活状況を把握し、介護者がチェックして3項目以上チェックが付けば認知症が疑われる。用紙は山口晴保研究室のホームページ（<http://orahoo.com/yamaguchi-h/>）からダウンロードできる。

3. 病識低下が本質

認知症では、自己洞察（病識）のような高度な社会的認知機能にも障害がある。この病識低下（病態失認の態度）こそが認知症の本質である。先ほどのSED-11Qを本人と介護者が同時にチェックすると、

その乖離から病識の程度が判明する²⁾。本人のチェック数が少ない方向への乖離が大きいほど、病識が低下している。SED-11Qは認知症のスクリーニングツールとして有用なだけでなく、病識のチェックにも活用できる。残念ながらMMSEやHDS-Rでは病識を測定できない。介護者が病識低下を理解し、本人の気持ちを傷つけないような適切なケアを行うことができれば、行動・心理症状（BPSD）を予防できる。このために、病識の評価は有用である。

4. 山口市キツネハト模倣テスト

認知症では手の形の模倣が初期から障害される。影絵のキツネやハトの形を模倣させるテストが、認知症のスクリーニングとして有用である³⁾。プロトコルは山口晴保研究室のホームページからダウンロードできる。

5. 認知症初期症状質問票による病型分類

認知症の病型は、臨床症状から判別するのが基本である。そのために役立つ介護者記入の病型分類質問票DDQ-43を紹介する⁴⁾。一覧の症状を介護者がチェックしたものを一目見ただけで、どんなタイプの認知症か予測できる。用紙は山口晴保研究室のホームページからダウンロードできる。

* Haruyasu Yamaguchi (Professor): Gunma University Graduate School of Health Sciences
現) 群馬大学 名誉教授

6. 治療のアウトカムと治療薬

認知症医療のアウトカムは、「認知症の人と家族が笑顔で在宅生活を継続すること」としたい。認知機能が徐々に低下し、生活障害が進行するが、適切な医療やリハ・ケアで、穏やかな在宅生活を継続することが可能となる。

現在のエビデンス偏重医療の弊害を指摘したい。エビデンスは平均値である。よって、例えばドネペジルは統計学的に有効性が認められた 5mg が常用量となっているが、ある患者は 3mg が適量で 5mg では効き過ぎ症状が出る。実践医療では、エビデンスが基本ではあるが、目の前の一人ひとりの症状を把握し、適量を見つけることが大切だと考える。

実践医療の基本は、「できる限り正確な診断を求めること」ではなく、「臨床症状を重視し、症状に基づく診断・治療」だと考える。その理由は、高齢になるほど重複病変があり、また、原因が判明しても根本的治療薬が未開発だということにある。現段階では、症状や生活状況を的確に把握して対応することが大切である。正確に診断しても、その後エビデンスに基づいた画一的な処方を行うのでは、うまくいかないケースが出てくる。例えば、前頭葉症状の強いアルツハイマー型認知症では、コリンエステラーゼ阻害薬によって興奮性 BPSD を増悪させる可能性が高い。本人・家族が困っている症状を把握し、それに対して薬物療法・非薬物療法を行う。その時正確な診断があるに超したことはないが、臨床症状に対応するだけでも、本人・家族の満足度が高い治療を行える可能性が高い。

7. 終末期のパーキンソン病治療薬

認知症終末期には嚥下障害の問題が発生するが、パーキンソン病治療薬（ドパミン製剤）でサブスタンス P の分泌が高まり、嚥下機能が回復する可能性がある⁵⁾。筆者は終末期には積極的に投与し、経口摂取期間を延ばすように努力している。

8. 脳活性化リハビリテーション

脳活性化リハの 5 原則は、①快刺激が笑顔を生み意欲を高める、②褒め合うことがやる気を生む、認め合うことで生きがい生まれる、③楽しい会話が安心を生む、④役割や日課が廃用を防いで生きがいを生む、⑤失敗を防ぐ支援で自己効力感を高める、である⁶⁾。認知機能そのものを高めようとするのではなく、「認知症があっても前向きに楽しく生活できること」を目標にするとよい。大切な点は、どんな手

法を用いるかではなく、快刺激、褒め合い、楽しいコミュニケーション、役割、失敗を防ぐ支援の脳活性化リハ 5 原則によって笑顔とやる気を引き出し、穏やかな生活を支えることにある。

9. 認知症初期集中支援チーム

前橋市では、2013 年度の厚生労働省のモデル事業から初期集中支援チームを運用し、筆者がチーム医師として関わっている。本来は医療や介護に結びついていないケースを対象にして、医療や介護に結びつけることがこの事業の目的であるが、前橋では、認知症の本人・介護者の困っているを解決することに重点を置いている（望まなければ結びつけようとしない）。定量的な効果として、Zarit8 でみた介護負担が有意に低減した⁷⁾。医療機関では出会えないような介護困難事例やネグレクトの事例などにしばしば遭遇し、弁護士などと連携することもある。独居の認知症高齢者の支援では日常生活自立支援事業が役立つことが多い。

10. おわりに

詳細は筆者の著書「紙とペンでできる認知症診療術～笑顔の生活を支えよう」（協同医書出版）にイラストや図版を豊富に示してある。ぜひとも読んでいただき、認知症医療の幅を広げることに役立てていただきたい。

文 献

- 1) Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi H: Symptoms of early dementia-11 questionnaire (SED-11Q): A brief informant-operated screening for dementia. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 3(1):131-142, 2013.
- 2) Maki Y, et al: Evaluation of anosognosia in Alzheimer's disease using the symptoms of early dementia-11 questionnaire (SED-11Q). *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 3(1):351-359, 2013.
- 3) Yamaguchi H, et al: Yamaguchi fox-pigeon imitation test (YFPIT) for dementia in clinical practice. *Psychogeriatrics* 11(4):221-226, 2011.
- 4) 山口晴保, 他: 認知症病型分類質問票 41 項目版 (Dementia differentiation questionnaire-41 items: DDQ41) の試み. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 39(1): 29-36, 2016.
- 5) Yamaguchi H, Maki Y: Tube feeding can be discontinued by taking dopamine agonists and angiotensin-converting enzyme inhibitors in the

- advanced stages of dementia. J Am Geriatr Soc 58(10):2035-2036, 2010.
- 6) 山口晴保, 他: 脳活性化リハビリテーション. 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント. 2 版, 2010, p143-217.
- 7) 山口智晴, 他: 前橋市における認知症初期集中支援チームの活動実績と効果の検討. 29(4): 586-595, 2015.

この論文は、平成 28 年 7 月 16 日 (土) 第 21 回近畿老年期認知症研究会で発表された内容です。