アルツハイマー病の臨床：現状と解決すべき問題点

本間 昭

要約：要介護認定者のほぼ半数が認知症であることによっても示されているように、認知症をめぐる様々な課題は現在のわが国ではきわめて身近な問題となっている。平成19年の通常国会で75歳時の運転免許更新時講習に認知症のスクリーニング検査が導入されることが決まり、平成21年の6月をめどに実施される。認知症の医療・ケアの課題は種々あげることができるが、早期発見・診断・治療が最大の課題である。認知症者の自己決定と尊厳を支える上ではその意義はきわめて大きい。認知症の原因のなかで最も多いアルツハイマー病に関しては現在、抗認知症薬による治療が可能である。そのための地域医療のシステムおよび今後の方向性を示した。

1. 身近な問題である認知症

すでにわが国が高齢者社会であることは論を待たないが、人口の高齢化に伴う最大の課題が認知症高齢者への対応であることにも異論はないであろう。大塚(1)の試算によれば、平成13年では65歳以上の高齢者人口に対する認知症老人の割合は7.3%であったが、36年後の平成48年には割合が最大になり、10.8%まで増加するという。実数では、約360万人になる。現在の65歳以上の高齢者がいる世帯を分母にしてみると、認知症高齢者は7世帯に1人となる、10年後には6世帯に1人である。つまりおおよそ向こう三軒両隣に1人という極めて身近な問題であることがよくわかる。今後の単身者あるいは高齢世帯の増加を考えるとさらに問題は大きくなる。また、介護保険で要介護認定を受けたものの中で、主治医意見書の認知症老人日常生活自立度判定基準を目安にしてみると、II以上を認知症と考えると要介護認定を受けた2人に1人は認知症である可能性が高いことが指摘されている(2)。先の大塚による推計(1)結果から平成18年における65歳以上の高齢者における認知症の年齢階級別の有病率を

筆者が試算した結果が図1である。75歳以上の年代で有病率が等比級数的に増加することがわかるが、75歳以上ではおよそ5人に1人が認知症ということになる。

2. 最近の認知症をめぐる社会的なトピック

平成13年度の道路交通法の改正により、昨年6月より、認知症と診断されると運転免許が取り消しあるいは停止されることとなった(www.npa.go.jp)。診断がアルツハイマー型認知症あるいは血管性認知症であれば運転免許は取り消しである。このことに関連した最近の報道の1例を示す。広島県で認知症の疑いある70代男性が交通死亡事故の加害者として書類送検された。認知症の疑いのある70歳代男性が車を運転中に死亡事故を起こし、広島県警察本部は2月25日に業務上過失致死の疑いで広島地方検察庁に書類送検というものである。同地検は「事故当時、心神喪失だったとしても、認知症の疑いを知りながら運転したなら過失に当たる可能性がある」と述べている。調べによると、男性は昨年秋、軽トラックを運転中、横断歩道を渡っていた主婦をはねて死亡させた疑いがある。男性は赤信号を無視した形になっていた。同男性は事故の1週間前、病院で「認知症の疑いがある」と診断さ

図1 平成18年における認知症高齢者の年齢階級別の有病率
平成18年の人口は総務省統計局人口推計月報平成18年5月確定値を使用。65歳以上：26,021千人、75歳以上：11,885千人
(大塚俊男、2001の推計をもとに作成)

キーワード：認知症，アルツハイマー病，早期診断，早期治療，地域医療
東京都老人総合研究所 認知症介入研究グループ (〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2)
e-mail: ahomma@tmig.or.jp 原稿受領日：2008年1月10日，依頼原稿

Title: Clinical aspects of Alzheimer's disease: current status and future perspectives. Author: Akira Homma

れ事故直後の事情聴取に「なぜここにいるのかわからない」と供述。現場の約 100 メートル手前からの記憶はないとのこと（Yomiuri on Line 2003.2.26 より）。事故の 1 週間前に医療機関で認知症の疑いがあると診断されているが、この診断した医師の善管注意義務および説明報告義務も問われている。さらに、平成 19 年の通常国会で 75 歳時の運転免許更新時講習に認知症のスクリーニング検査が導入されることが決まり、平成 21 年の 6 月をめどに実施される。検査結果で認知症が疑われる場合には医療機関での診断が求められることになる。

3. なぜ早期発見なのか

老年期の認知症疾患ではアルツハイマー型認知症が最も頻度が多いが、このような認知症疾患の最大の特徴は家族あるいは介護者が第 2 の疾患の犠牲になることである。このような家族・介護者の心理的負担に加えて社会的な負担も無視することはできない。認知症に伴う徘徊や攻撃的行動などの行動障害に対応するためのサービスを含めた社会的なリソースが必ずしも十分でないことはよく知られている。このような負担を多少とも軽減するためには、予防が第 1 であるが、アルツハイマー型認知症に関しては介入可能な発症危険因子を対象とした発症遅延活動が今まさに各地で始められたばかりであり、実証的な結果はまだ示されていない。この意味で、認知症の早期発見が大きな意味をもつ。事例を 1 つあげる。せん妄を起こしたことが契機で、すでに中等度の認知症であることが判明。高齢世帯で介護者が虚弱であるため在宅での介護は困難。徘徊と攻撃的な言動のためにデイサービスやショートステイなどのサービス利用がスムーズにできない。夫婦の年金だけでは、差額が必要な医療機関に入院させることができない、という決して珍しくない例である。残念ながら、このような例に対する手だてはきわめて乏しいのが現状であろう。この例の最大の問題点は早期に認知症を診断できなかったことかもしれない。例えば、2 世代あるいは 3 世代同居の高齢者に比べて高齢者世帯の方が受診の時期が遅くなりやすいことが指摘されている(3)。この例でも早期に診断ができていれば、このような悲惨な予後を辿らずに済んだかもしれないのである。

4. 早期発見の意義

このように、地域で認知症を支える上で早期発見は重要な役割を果たす。かなり記憶障害が進んでいる場合でも、歳のせいと片づけられてしまうことが多い現状をみると、特に認知症の早期発見を目指した活動が、先に述べた認知症に伴う様々な負担を軽減するために

積極的に進められる意義があろう。ここでは認知症の早期発見の意義を 2 つあげておきたい。まず、治療可能な認知症疾患の鑑別診断の意義があげられよう。わが国の結果ではないが、1000 人の連続メモリークリニック受診例の診断では 18.5% にアルツハイマー型認知症以外の治療可能な原因が示されている(4)。2 つ目の意義は、理解・判断能力がある程度保たれている段階に診断することができれば、本人に認知症についての説明をすることが十分に可能になる。このことは本人の自己決定と尊厳を支援する上できわめて大きな意義があるが、早期に診断できることによって可能になる。最近、筆者の外来で経験された症例であるが、74 歳の内科を開業している医師が診療上の記憶障害から自らアルツハイマー型認知症を疑い受診したことがあった。残念ながら、彼の診断は適切であったが、改めて彼の妻と家族を交えて今後の対応を話し合うことができた。認知症に関する一般的な啓発活動の成果とも言えるが、最近の物忘れ外来では一人で受診しアルツハイマー型認知症と診断される例が以前と比べて増えている状況とも一致している。僅かな健忘が主症状の時期に自宅で自立した生活ができる時から将来に備えている場合と、顕著な物忘れ妄想のために家庭内の人間関係が崩壊しかかってやっと医療機関を受診した例を比べれば違いは明らかであろう。

最近のわが国の疫学結果をみると、65 歳以上の認知症高齢者の半数以上はアルツハイマー型認知症である。アルツハイマー型認知症であれば今は治療薬として抗認知症薬を用いることができる。この効果は 4 つあげることができる。1 つは進行遅延である。軽度の段階で治療を始めることができれば、進行速度を 50% 遅延させることができる。2 つ目はその結果として日常生活動作能力（ADL）の低下を遅延させることができる。3 つ目はいわゆる周辺症状の発現時期を遅延させることができる。そして 4 つ目が、これらの結果として介護時間に対する影響がある。つまり、直接的な身体介護および認知症高齢者の介護に特徴的な見守り時間に対する影響であるが、どちらにおいても、減少することが示されている。介護者の介護負担に直接影響する効果といえる。現時点で最終的な結論は得られていないが、もう 1 つのアルツハイマー型認知症治療薬の重要な効果は医療経済学的な影響である。池田ら(5)はわが国で行われたドネペジルの第 3 相試験結果を基に試算し、軽度と中等度のアルツハイマー型認知症患者に対してドネペジルを用いた方が医療費と介護費用を合わせて年間で平均 165,000 円、用いない場合よりも経費が削減されるという結果を示している。将来の高齢者人口の増大に伴いアルツハイマー型認知症患者も増加することを考えると、このことの意義はき

わめて大きい。

5. 早期発見の阻害要因

このように認知症に伴う様々な負担を軽減することを含めて、認知症の早期発見意義は明らかであるが、実態はどうであろうか。多少、古い結果であるが、平成7年に東京都全域を対象として実施された疫学調査結果(6)では、調査時に認知症と診断された対象者の家族で、本人の何らかの日常生活上の変化に家族が気づき専門的な相談機関や医療機関を訪れた家族の割合は1割に満たなかった。最近、著者が首都圏、大阪市、仙台市に在住する20歳以上の無作為抽出された1,115人を対象とした調査結果(7)では、45.6%が認知症は病気ではないと回答している。また、認知症に種類があることの認識を問うた設問では、46.0%が知らないと回答している。アルツハイマー型認知症の具体的な症状を理解している対象者の割合はわずかに6.6%であった。近年、マスコミ等で認知症が話題になることが多いが、一般における認知症に関する認識は極めて低い。同じ調査で、身近な人の認知症症状を最初に相談した相手を質問している項目では、半数以上の65.4%が配偶者、兄弟姉妹、友人、知人を挙げている。半信半疑の時に最初に家族に相談することは当然予想されることであるが、このときに相談された家族が認知症についてどのくらいの認識をもっているかによって相談者の次の行動が決まる。直接、高齢者に接している家族だけではなく、それ以外の家族がどの程度認識しているかによって早期の受診が左右されることになる。むしろ、家族が変だと思っても本人が素直に受診するとは限らないが、家族の意識さえ高ければ本人を伴わずに相談することは可能になる。

このように、早期発見の阻害要因の1つは家族の認識の問題があげられる。もう1つの要因はかかりつけ医の認識である。さきの結果でも、26.6%が最初にかかりつけ医に相談している。家族以外ではもっとも多い相談先である。このときの、かかりつけ医の対応が適切であれば専門医受診やタイムリーで適切なサービス利用につながる可能性がある。しかし、かかりつけ医の認知症に関する認識も必ずしも十分ではない。先の東京都調査では認知症と診断されていても、かかりつけ医によって同様に認知症と認識されていた割合はわずかに4人に1人であった。また、最近の全国サンプルで行われた調査結果(8)では、家族が高齢者の日常生活上の変化に気づいて認知症を疑い、かかりつけ医に受診した時に、28.4%に不適切と思われる対応があった。物忘れがひどくても歳のせいと片づけられてしまう、認知症は治らない病気だからで話を聞いてもらえないなどである。このように、地域で認知症の早

期発見を進めていく上では、まず家族そしてかかりつけ医に対する啓発的な活動が必要となる。これらの、かかりつけ医のおよそ半数の標榜科は内科であった。先の1,115人を対象とした調査結果では、身近な人の認知症症状を相談した相手は、かかりつけ医が26.6%であったことを考えると、相談を受ける家族の認識と同様に、かかりつけ医の認識によっても早期発見が左右される。

6. 認知症における地域医療の方向性

もちろん、早期発見のためのシステムが有効に機能するためには、家族やかかりつけ医に加えて行政、サービス提供機関スタッフ、そして住民側それぞれの役割がある。行政の最大の役割は啓発活動であろうし、サービス提供機関スタッフは認知症を早期に見い出すことができる立場にいて理解する必要があるし、認知症の特徴を理解していれば、一度デイサービスに誘っただけで本人から拒否され諦めてしまうこともなくなるはずである。また、これからは何でもかんでも行政に依存しサービスを求める時代ではない。食事会や配食サービスあるいはミニデイに代表される活動も住民に求められる。このように、早期発見を含めた認知症への対応は地域で関係するすべての職種のスタッフの足並みがそろわないと機能しない。改めてネットワークということを考えなくとも、ふだんから、患者さんである高齢者の家族に会う機会があったときに、こういう変化があったらすぐ相談にきなさい、家族だけでもいいですよ、他の家族にわかってもらえない時には僕からでも説明しましょうというような言葉を家族にかけることができれば、家族や地域の意識を多少とも変える力になるのではないだろうか。家族や地域の無理解のために相談に訪れることができない介護者は多い。

また、住民が安心して認知症症状を相談できる医療機関の整備が求められる。釧路市医師会ではわが国で最初に住民のための認知症(物忘れ)相談医リストを作成し、市民に配布している。そこでは25医療機関が掲載されているが、市民のニーズを適切かつタイムリーに踏まえた活動ではないだろうか。厚生労働省は今後の認知症高齢者の増加を踏まえて、かかりつけ医の認知症の診断スキルを含めた対応力を向上させるための事業を平成18年度から開始している(図2)。一般の外来では認知症が疑われるにしても高齢者が1人で受診することがふつうであろう。家族が一緒であれば、普段の様子を確認する手間はかからないが、1人で受診した場合には、本人との問診で疑いの有無を判断しなければならぬ。従来、長谷川式簡易認知症調査スケールのような簡便なテストが用いられることも

図2 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/dl/s1025-5d.pdf> より)

表1 認知症の医療・ケアをめぐる課題

- ・認知症であっても診断されていない問題
- ・かかりつけ医の役割と専門医との関係
- ・保健・医療・福祉・介護関係者間のコミュニケーション
- ・ターミナル・ケア
- ・周辺症状に対する対応
- ・認知症の身体合併症の問題：特に外科的身体合併症

多かったと思われるが、大勢の外来では時間の制限あるいは突然テストをすることに対する抵抗もある。このため、診察場面での高齢者とのやりとりから、認知症を疑うための手がかりをつかむことを目的とした問診ビデオを筆者らは作成し、平成16～17年度にかかりつけ医を対象として認知症の診断スキルを高めるためのプログラムを開発し全国の地域医師会会員の協力を得てモデル事業を実施し、かかりつけ医による認知症の診断率および介護支援専門員との連携の向上を含む一定の成果を達成することができた(9)が、ここで用いられたプログラムの基本的な考え方がさきの事業では用いられている。

著者プロフィール

本間 昭 (ほんま あきら)

東京都老人総合研究所 認知症介入研究グループ 参事研究員、医学博士。

◇1973年慈恵会医大卒業。デンマークオーフス州立細胞遺伝・疫学研究センター研究員、聖マリアンナ医科大学大学院、同神経精神科講師、東京都老人総合研究所精神医学研究部門部長などを経て2002年より現職。現在、かかりつけ医のための認知症診断技術向上、地域型認知症予防活動などに取り組む。趣味は映画鑑賞。◇「老年期の精神障害」(共著)新興医学出版社1981、「高齢者のための知的機能検査の手引き」ワールドプランニング(編著)1991、「Psychogeriatrics: Bio-medical and Social Advances」(編著)1990 Excerpta Medica、「臨床精神医学講座第12巻老年精神医学」(編著)1998 中山書店、「改訂在宅認知症診療マニュアル」(編著)2006 医事新報など。

表1に現時点における認知症の医療とケアの課題を示した。早期発見・診断・治療はもっとも基本的な課題になるが、最近の医療機関検索データベース(www.e-65.net)の整備や老年精神医学会認定専門医および平成20年から開始される認知症学会認定専門医などによって整いつつある。しかし、認知症高齢者の身体合併症に対する対応、周辺症状治療ガイドライン、認知症ケア手法の確立など現場ではきわめて大きなニーズがまだまだ未解決であり、早急な整備が求められる。

文 献

- 1) 大塚俊男・日精協誌・2001;20:65-69.
- 2) 東京都福祉局・介護保険制度における認知症性高齢者等実態調査(平成12年度東京都内の要介護・要支援高齢者実態調査)。東京都福祉局;2002.
- 3) 本間昭・老年精神医学雑誌・2003;14:573-591.
- 4) Hejl A, et al. JNNP. 2002;73:390-394.
- 5) Ikeda S, et al. Dement Geriatr Cogn Disord. 2002;13:33-39.
- 6) 東京都福祉局・平成7年度高齢者の生活実態及び健康に関する調査専門調査結果報告書。東京都福祉局;1996.
- 7) 本間昭・老年社会科学・2001;23:340-351.
- 8) 鹿野由利子, 他・日本認知症ケア学会誌・2003;2:158-181.
- 9) 本間昭, 他・老人精神医学雑誌・2006;17:483-489.