

認知症の医療支援に係わる諸課題

— 東京都認知症対策推進会議医療支援部会の議論を踏まえて

首都大学東京 大学院教授

繁田 雅弘



しげた・まさひろ

首都大学東京 健康福祉学部長兼教授。同大学院人間健康科学研究科教授。東京慈恵会医科大学卒業後、同精神医学講座に所属し、付属病院で精神科の診療とともに老年精神医学の研究に従事。1992～1995年、スウェーデン・カロリンスカ研究所客員研究員。2003年より東京都立保健科学大学教授・同大学院教授。2005年、首都大学東京設立により同大健康福祉学部長兼教授、同大学院教授となる。（首都大学東京は都立大学、都立保健科学大学、都立科

学技術大学などを統合して設立）現在、東京都健康長寿医療センターにて、認知症やうつ病、妄想症などを含め老年期の精神障害の診療に従事。

1. 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会の議論

東京都における認知症の医療支援の在り方を検討するために、東京都福祉保健局高齢社会対策部 在宅支援課（村田由佳課長〈当時〉）が、認知症対策推進会議のもと医療支援部会を設置した。この部会には、医療関係者や介護・福祉関係者のみならず医療の利用者である患者家族も参加したことに大きな意義があった。会議に先立って行われた事前の意見聴取も患者家族を含めて行われた。これは医療が抱える課題を利用者の視点からも考えようとしたからであるが、認知症を取り巻く医療・福祉資源の質的・量的な不足のため、利用者からの非難や不満ばかりで、状況の改善を目指した議論にならない危険もあった。しかし、家族会の意見は、いずれも現状の改善を目指した前向きのものであり、すべての委員がかつてなかったほどに、医療現場が抱える課題と直接向き合うことができた。たしかに、いずれの課題も様々の要因が関連し、解決は決して容易なものではない。しかし仮に一部の要因に対して対応を試みるだけでも、程度の差はあれ必ずや事態は好転するものとの結論で会議が締めくくられた。

本稿では、会議でなされた議論から、広く共有すべきと考えられる課題を取り上げて論ずることとした。

2. かかりつけ医と専門医の分担

認知症の医療の窓口をいかなる機関が担うべきかという課題がある。会議においては、中心的役割はやはりかかりつけ医（一般医家）に果たしていただ

く必要があるとの結論に至った。

たしかに、認知症の原因疾患の診断は治療内容を決定するものであり、また介護内容も大きく左右するものであるため、専門医療機関での診察を希望する患者・家族は多い。高度医療機器による検査を受けることで、診断結果に対する安心感も増すに違いない。その心情は十分に理解できるものである。

しかし、その一方で、脳血管障害を伴わないアルツハイマー型認知症や脳卒中に引き続いて起こる脳血管性認知症などで、症状や経過が典型的な症例は、一般医家によって診断し治療を開始することは十分に可能と考えられる。もちろん、治療を開始した後、CTやMRIなどの画像診断や専門医の診察を行っておくことが望ましく、専門医療機関の受診に反対するものではない。しかし専門医の受診は、初診の予約から数カ月間待たされることもあり、早期治療の観点から好ましいものではない。

都道府県医師会による「かかりつけ医認知症対応能力向上研修」なども行われており、そうした研修を受けた医師は、認知症医療の窓口となることを、一般の患者や家族にも広く知っていただく必要があるだろう。

さらに、専門医療機関で診断を受けた後、処方箋を手に入れるためだけに毎回何時間もかけて通院している患者がいる。たしかに、認知症の原因疾患が定まらない場合や、精神症状が目立つ場合、時間がかかっても専門医に通院する価値がある。しかし穏やかな状態が継続しており、処方箋のためだけの長時間の通院は、本人や家族の負担を考えれば好ましいものではなく、また認知症が進行して通院が継続できなくなった後、慣れない医療機関に受診先を変更しなければならなくなる。頻繁な処方変更が必要

なければ、通常はかかりつけの医療機関に通院し、専門医療機関には半年や1年程度の間隔で受診すればよいと考えられる。

3. かかりつけ医と専門医の“専門性”とは

専門医は認知症疾患に関する豊富な知識と高い診療技術を有している。症候の進行程度や脳病変の広がりについて、さらには詳細な認知機能検査の結果について考察することができるだろう。治療薬に関する最新のデータについても把握しており、開発中の新薬に関する質問にも丁寧な解説をすることができるだろう。

しかし、日常診療を通しての患者と家族の心身のサポートについて考えた場合、認知症に関しては、専門医が臨床医として優れているとは必ずしもいえない。例えば、患者の言語能力が低下し、家族との会話が困難になった場合、専門医は失語症状の種別と程度をカルテに記載することができる。しかし、医療として必要なことは、話も通じなくなったと絶望している家族の気持ちを支えることであり、表情や振る舞いから本人の希望や想いを察することができるようにアドバイスすることである。すなわち、変化を症候学としてではなく、症状を生活上の困難として理解し、家族の理解を促しつつ、どのように受け止め、どのように接するべきかアドバイスすることなのである。そして、それをすることができるのは認知症の専門医ではなく、本人や家族の生活について知っているかかりつけ医なのである。専門医療機関といえば大学病院や総合病院が多く、医師も一定期間で交代するものである。またライフスタイルや同居家族の構成などは把握できていない。

専門医は診断や症状のコントロールに関してかかりつけ医に助言をするなどサポートを行い、かかりつけ医は専門医の協力を得て患者本来の生活を継続するための直接の支援をすることが、真の意味でのそれぞれの“専門”といえるのではないか。

4. 行動心理症状への対応

認知症医療における喫緊の課題として行動心理症状への対応を挙げなければならない。これは介護負担をも著しく左右する難題である。行動心理症状とは、認知障害（記憶障害や理解力、判断力、家事や仕事の処理能力）に対する症状の分類で、そこには、不安感・焦燥感・抑うつ・幻覚・妄想などの精神症状と、多弁・多動・徘徊・暴力・便を弄する、介護への抵抗などの行動症状とが含まれる。この精神症状と行動症状の出現には認知障害が様々に関与するが、直接の原因は、本人を取り巻く状況の変化や人間関係、身体的苦痛や不快感、服用薬物などである。例えば、落ち着きなく歩き回ってしまう状態は徘徊と呼ばれるが、多数の来客のために家の様子が普段と違っていればそれが原因となって落ち着かなくなることもあるし、便秘による下腹部の不快感だけで起こることもある。認知症以外の病気のために服用している薬剤が原因となることもまれでない。

こうした行動心理症状に対して早期の対応が必要となるのは、何より本人の苦痛が大きいからである。それは混乱のこともあれば、不安（ソワソワする）のこともある。焦燥感（イライラする）、怒り、悲しみなどは、本人にとって好ましい感情といえない。こうした症状が本人をさらに不安定にさせ、他の行動心理症状を引き起こしたりする点が重大である。

行動心理症状に早期に対応しなければならない最も重要な理由がここにある。

続く問題点は、介護負担である。これには精神的負担と身体的負担とがある。もの忘れや理解力低下といった認知障害よりも、行動心理症状は、家族・介護者にとって精神的に大きな負荷となり、それが昂じると周囲の反発を助長し、本人の立場になって介護しようとする気持ちを損わせるものである。こうした心的負担に加えて、個々の生活動作を介護する時間が著しく長くなる。これは、混乱や不安や焦燥感などの行動心理症状により、本人が着替えや入浴などの介護に協力できなかつたり、介護を拒否したりすることがあるためである。

さらにこの行動心理症状が問題となるのは、認知症の方が別の身体疾患に罹患した場合である。軽症であれば、従来のかかりつけ医がその治療にあたるが、他の医療機関の治療や入院が必要となる場合は問題も大きい。

一般の医療機関では、医師や看護師などスタッフが認知症の方への対応に慣れていない。認知症であることがわかると入院を断られる場合もある。また入院させてもらっても、夜間に徘徊したり興奮したりすれば退院を迫られる場合もある。一般病院にしてみれば、認知症とは未知の状態で、「本人が何を考えているかわからない」、「どんな行動を起こすか予想できない」というスタッフの不安も重なり、不要な制止や叱咤などによっても本人をさらに不安定にさせてしまうのである。

しかし、一般病院に認知症症状の治療を期待するわけではなく、目的はあくまで身体疾患の治療である。行動心理症状をなんとかその施設の許容範囲に収めつつ、身体疾患の治療を行っていただければ十

分なのである。認知症の最低限の知識を身につけるだけで対応できる患者もいる。必要以上に悪くしないという姿勢で事足りる場合も多い。たしかに、本来の専門に加えて認知症の勉強をすることは容易なことではないが、病院によっては、認知症に対して一定の理解を示し、いたずらに本人を興奮させないようにして治療や入院に対応できるところもある。家族の立場に立てば、認知症であっても認知症でない人と同等の医療を提供できることは極めて意義が大きい。現在の一般病院・一般病棟では認知症の方が認知症でない方と同等の医療を受けられる条件は揃っていないが、今後、一般病院における認知症に対する対応力の向上に期待したい。

そして一般病院で認知症の方を受け入れてもらうために大切なことは、一般病院での対応が困難となった場合に、精神科診療所や認知症の専門医療機関などでその患者を受け入れるという保証がなされていることである。いざというときの保証がなされることで、認知症に対応しようという一般医療機関も増えていくのではないだろうか。

5. 限られた医療資源の有効活用

近年、全国的に小児科医療の崩壊が指摘されている。例えば、核家族化によって増えた相談相手のいない母親が、子供の軽微な体調の変化を理由に夜間・休日に医療機関を受診したり、共働きの親が、昼間に受診する代わりに夜間や休日に頻繁に受診したりするなどして、医療機関の負担が限度を超えて現状のスタッフでは対応しきれなくなってきた。こうした事態に対して、兵庫県丹波市では、地域医療の担い手である県立柏原病院の小児科診療を継続させる

ために、地元の新聞社も協力し市民運動（「柏原病院小児科を守る会」）が起こった。「本当に必要な人が必要な時に診てもらえるように」「コンビニ受診をやめよう」といった運動で、医療の利用者である一般の方々の画期的な意識改革であった。

認知症医療についても上記と似た状況に向かっている。認知症をもつ高齢者が精神的に不安定になって専門医療機関を受診しようと思っても、直近の日に予約を入れることができない。その一方で、専門医療機関においても「外出する目的が他にないので散歩を兼ねて受診している」方や、「主治医の顔を見ると安心する」という方も多く通院している。

限られた医療資源を効果的に利用しようという公共心を、地域の住民がもつということは難しいことではあるが、今後はそうした意識改革に期待せざるを得ないところまでできていると思われる。

6. 結語にかえて

認知症の進行を止める薬剤や永続的に回復させる薬剤の開発が、様々の戦略のもとに積極的になされている。しかし仮に、一定の治療率を示すような薬剤の開発に成功したとしてもそれだけで認知症を克服することはできない。そのような治療薬を手にするよりもむしろ、一般の人々が認知症に対する広い知識を持ち、認知症への初期対応が様々の医療機関の協力のもとになされ、介護サービスや介護に関する豊富な情報が常時提供され、そして、一般の医療機関が専門医療機関と連携して認知症の方の精神・身体疾患への対応を行うことで、はるかに多くの人々の生活の質（QOL）が維持・向上できることを最後に述べておきたい。