

# 認知症疾患 医療センターと 地域連携

山口晴保

群馬大学大学院保健学研究科

今回は、筆者が体験した認知症グループホーム入居者の事例をもとに、介護困難をきたす前頭葉症状での地域医療連携について紹介します。

## 暴言がひどくても GHでケアができる前頭側頭型認知症

脱抑制、易怒性、施設からの脱出などの前頭葉症状がひどくて紹介された前頭側頭型認知症のケースです。筆者が外来を行っている認知症疾患医療センターに認知症グループホームの提携かかりつけ医から紹介されて連携しました。この例はアルツハイマー病の診断でアリセプトが処方されていました。アリセプトを中止し、抑肝散を処方、抗精神病薬のセロクエルを少量使い、さらにメモリーを使うことで、前頭葉症状が半減し、認知症グループホームでの生活が継続できています。

前頭側頭型認知症は認知症全体の1割以下とまれなタイプですが、これまでに診た症例の大部分でアリセプトが処方されていました。アリセプトは「元気系：賦活系」の薬剤で、記憶などの認知機能を高めて意欲を向上させます。しかし、易怒性などの前頭葉症状は悪化させることが多いので、暴言や暴力などの行動・心理症状(BPSD)で困ったら、アリセプトやレミニール、イクセロン/リバスタッチといったアセチルコリンを増やす薬剤は中止して様子を見ましょう。抗うつ剤(SSRIのジェイゾロフトなど)は前頭葉症状、特に常同

行為(こだわり、繰り返し)の軽減に有効です。

後日、研修会でこの施設の提携かかりつけ医にお会いしたら、「おかげで前頭側頭型認知症への処方のコツがわかりました」と感謝されました。毎回の受診時に認知症グループホームでの生活状況を記したメモを持参してもらい、投薬を調節、提携医にも連絡しました。成功例の影には失敗例もありますが、認知症グループホームの提携かかりつけ医と認知症疾患医療センターなどの専門医との連携で、前頭側頭型認知症でもグループホームでケアしていくことが不可能ではありません。

## 認知症の医療は対症療法

現在使える抗認知症薬は、アルツハイマー病のみを適応としています。しかし、投薬の基本は対症療法なので、前頭葉症状を見極めて投薬することが大切です。そこでまず、前頭葉症状(前頭葉が損傷して出現する症状)について説明します。

前頭葉の前半分を前頭前野といいます。眼球の上に乗っている部分の脳をイメージしてください。つまり、大脳全体を縦に前・中・後と3分割した前の部分に当たります。この前頭前野は、さらに外側面、内側面、眼窩面(底面)の3つに分けられ、壊れた部位によって症状が異なります。

外側面が壊れるとワーキングメモリー(作業記憶)が低下、作業を遂行したり、注意を分散・集中したりすることが困難になり、調理などの作業ができなくなります。意欲も低下します。内側面が壊れると、他人の気持ちを読み取って同情や共感する能力が低下します。眼窩面が壊れると、介護困難となる脱抑制や常同の症状(立ち去り、こだわり、易怒性、暴言、暴力)が出現します。

## 暴力で精神科病院と連携した 介護困難事例

次に、アルツハイマー病を発症して2年、認知

やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防～読めば納得！脳を守るライフスタイルの秘訣』（ともに協同医書出版）。日本認知症学会副理事長。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事。



症グループホームに入居して半年のケースを紹介いたします。アリセプト5mgなどで治療されていましたが、症状の進行が早く、暴言や暴行、徘徊・周回が悪化したので精神科病院を受診、アリセプト10mgやリスパダールが処方されました。しかし、症状は治まらなかったため、認知症グループホームの提携かかりつけ医（内科）が抗精神病薬を多量に処方しましたが治まらず、筆者の外来へ紹介されました。

初診時、「近くにあるものを握って離さない」「暴力をふるう」「会話は成り立たない」「視線を合わせられない」など、せん妄状態が疑われ、「アカシジア（じっとしてられない）」という抗精神病薬の副作用と思われる症状もみられました。「この状態になるまでよく介護できたな」と、この認知症グループホームのつきっきり介護に敬服しつつ、「この状態では認知症グループホームでの生活は無理」と判断、認知症疾患医療センターである精神科病院を紹介しました。院長に無理を言って翌日診察していただき保護室（個室）に入院することができました。入院後は抗精神病薬を減らし、適切な介護を行うことで暴力は消失しました。入院から3カ月経った現在も徘徊は続いていますが、リハ（作業療法）にも乗るようになり、老健施設へ移れることになりました。

認知症の人の暴力に対して「原因を探り、それを取り除く対応をすれば治まる」という理論は、前頭葉機能が低下している症例には通じません。このケースは前頭葉症状が著しく、通常のアルツハイマー病とは異なっていました。このケースのようにアルツハイマー病と診断されていても、脱抑制（がまんできない、切れる）を主体とする前頭葉症状が中心の症例が時々あります。このような場合、「アルツハイマー病だからアリセプト」というマニュアル医療ではなく、介護困難を引き起こしている前頭葉症状を和らげて穏やかにする薬剤が必要です。

昨年発売されたメモリーは、このような前頭葉

症状を示すケースで興奮を鎮める効果があります。アリセプトではなくメモリーと抑肝散を早めに使っていればBPSDがこれほどひどくならなかったかもしれません。また、内科医が抗精神病薬を多量に処方したために、却ってアカシジアが出現した可能性があります。直ちに入院治療が必要なほどに重症化する前に相談に来てもらえたら、入院しなくて外来で治療ができたかもしれません。BPSDは、何より予防（重度化させない対応）が重要です。

## 認知症疾患医療センターと地域連携

群馬県前橋市には筆者が外来を担当している一般病院と、BPSD対応で入院をお願いできる精神科病院が、ともに地域型の認知症疾患医療センターに指定されています。さらに同市には、群馬大学附属病院が中核型センターに指定されていて、3センターで認知症地域連携体制の整備を進めています。地域包括支援センターや地区医師会、施設団体、家族会などとも連携し、研修会や事例検討会の活動を始めています。



BPSDは早めに対応して重度化させないこと、BPSDに対応してくれる医療施設を探しておくこと、そして日頃から医療機関と関係を持つことが施設介護を継続するコツです。たとえば、群馬県では認知症疾患医療センター10カ所やコールセンターが整備され、困難事例が生じたら相談することが可能です。

“BPSDは適切な介護で解決できる”と、どんなにがんばって介護をしても、前頭葉症状の場合は限界があります。介護者が燃え尽きないように、薬剤で症状を調節することが必要です。アルツハイマー病でも前頭葉症状が強いことがあるので、病名にとらわれずに症状に応じて対応しましょう。