

[解説]

糖尿病外来における認知症患者の発見と対応

堀口ハル子¹⁾、松森晴美¹⁾、近藤弘子¹⁾、近藤甲斐夫¹⁾、山本通子¹⁾²⁾

キーワード：糖尿病、認知症、認知機能障害、チーム医療

Screening and management of the patients with dementia in a diabetes clinic

Haruko Horiguchi, R.N., C.D.E., Harumi Matsumori, R.N., C.D.E.,

Hiroko Kondo, M.D., Kaio Kondo, M.D., Michiko Yamamoto, M.D.

Abstract

The number of patients with diabetes mellitus or other life-style related illnesses is increasing continuously. At the same time, as the elderly population grows, greater attention has to be paid to the care of people with dementia. It is reported that currently there are approximately 16,200,000 people with diabetes mellitus and 2,000,000 with dementia in Japan. According to some estimation, the prevalence of diabetes mellitus in people older than 65 years is 1 out of 3 to 4, and that of dementia is 1 out of 10 to 13. Although the exact prevalence of dementia among patients with diabetes mellitus is not known, diabetes mellitus has long been considered a risk factor for the development of vascular dementia and even for Alzheimer's disease. It is conceivable therefore that many elderly people are suffering from both diabetes mellitus and dementia. Health care professionals are challenged by the complex issues involved in caring for a person with dementia and other chronic medical conditions. Among many medical conditions, diabetes mellitus is unique in that self-control of daily life by the patient is essential to the proper management of the disease. However, self-control of daily life becomes a difficult task for a person with dementia due to impairment of cognitive function. Thus a patient with both diabetes mellitus and dementia needs particular attention by health care providers. Understanding of these issues by clinicians and other professional caregivers will improve QOL of the patients and their families. To deal with diabetic patients with dementia, it is important for primary care physicians to detect dementia in its early stage. This paper describes our attempt to detect undiagnosed patients with dementia as well as suspicious borderline cases in our diabetes clinic to which about 1,500 patients were attending regularly. We first reviewed the case records of patients with diabetes mellitus in whom the diagnosis of dementia had been established. As well known, their clinical course revealed that early signs of dementia were easily overlooked unless we suspected possible cognitive impairment in the patients. We found that one of the clues to suspect dementia in patients under insulin treatment was the worsening of diabetic control due to the failure of injecting correct doses of insulin at indicated times with appropriate procedures. This may reflect that insulin self-injection requires a wide range of cognitive abilities including executive functions. We next conducted standard screening tests to assess the cognitive status of the patients who showed behavioral characteristics suggestive of dementia. Of 20 patients tested, more than half were considered to have either Alzheimer's disease or cerebrovascular dementia. However, it is obvious that many people with mild dementia remain undiagnosed. The number of patients with dementia thus detected was much smaller than that calculated from its prevalence. We need more dependable strategies suitable for general practitioner's office to detect early stage of cognitive impairment.

Keyword : Diabetes mellitus, Dementia, Cognitive impairment, Team medical care

1) 医療法人社団糖和会近藤医院

2) 新潟医療福祉大学 医療技術学部 健康栄養学科

山本通子 新潟医療福祉大学 医療技術学部 健康栄養学科

[連絡先] 〒 950-3198 新潟市島見町 1398 番地

TEL/FAX : 025-257-4424

E-mail : yamamoto@nuhw.ac.jp

要旨

糖尿病も認知症も高齢になるほど罹患率が増加する。高齢化社会の進行につれ糖尿病患者の中で認知症を患う人が増え続けると予想される。有効で安全な糖尿病治療のためには患者の理解力や自己コントロール力などが必要で、認知症患者では療養指導が難しくなる。そこで認知症合併糖尿病患者の症例検討を通して、患者に共通する問題点を考察し認知症疑いの患者を発見する方策を検討した。症例検討では、インスリン治療中患者が認知症を発症した場合に糖尿病コントロールが徐々に悪化する特徴がみられた。認知症疑いの患者を全スタッフが列挙する試みにおいては31人の名前があがり、スクリーニング検査を施行した20例の大半が認知症と診断された。研究対象とした糖尿病外来に通院している患者数は約1,500人、罹患率から推定される認知症患者数は60人以上となる点を考慮すると、軽症患者がかなり見逃されていることになる。これをいかに発見して診療に役立てるかが今後の課題である。

1. はじめに

厚生労働省の2002年の調査報告によると、国内で糖尿病が「強く疑われる人」は約740万人、「可能性を否定できない人」は約880万人で、合計約1620万人の糖尿病患者がいると推定されている。成人の6人に1人という割合である。罹患率は加齢とともに増加するので、65歳以上の高齢者集団においては3～4人に1人が糖尿病患者という計算になる。患者数の多さに加え、血管合併症が生命予後その他に与える影響が大きいため、糖尿病の予防と治療は医療面だけでなく社会的経済的な課題でもある。

糖尿病治療の基本は、食事療法、運動療法、薬物療法の3つであり、患者に対する療養指導が治療上重要な位置を占める。糖尿病の療養指導には医師、看護師、管理栄養士、薬剤師ら多数の職種がかかわっている。アメリカでのCDE (Certified Diabetes Educator) に相当する糖尿病療養指導士認定制度が始まった2001年以降は、多職種間のチーム医療が施設内の糖尿病診療に力を発揮している。地域の施設間では、病診(病院と診療所)連携や診診(診療所と診療所)連携、さらに介護保険に関連する施設や職種との協力も、チーム医療の一環として機能している。しかし、糖尿病チーム医療の中心となるのは患者本人である。糖尿病の治療を有効かつ安全に継続するためには、患者の側にモチベーション、理解力、自己コントロール力などが備わっている必要がある。知的機能に障害のない患者でも、病気や治療の概要を正しく理解し、モチベーションや自己コントロール力を維持していくのは必ずしも容易でない。理解力などの知的機能や身体的機能に障害のある患者、たとえば高齢認知症患者などでは、療養指導がさらに難しくなる。

認知症罹患率は高齢になるほど増加する。頻度は推計

データによって多少異なるが、65歳以上で7～10%、80歳以上では20%近くが認知症になるといわれている。認知症患者数は現在200万人前後で、高齢化が進む2020年頃には300万人に達すると推計されている。最近では社会全体として認知症についての関心が高まっており、医療の場でも認知症専門外来(物忘れ外来など)が増えてきている。しかし、多くの人に最も身近な一般診療所での認知症に対する取り組みは緒に就いたばかりである。高齢人口が増えるにしたがって糖尿病患者数も認知症患者数も増加すると予想されるので、糖尿病と認知症を合併する高齢患者の増加が避けられない。そこで私たちの外来でも認知症に対する取り組みを昨年からは開始した。第一歩として、これまで経験した認知症合併糖尿病患者の症例検討を行い、多くの患者に共通する問題点を明らかにすることを試みた。次に、進行した認知症患者の病歴を参考に、認知症が疑われる患者を早期発見し早期に対応するためにどうすればよいか考察した。

2. 基礎的事項

1) 認知症とは^{1,2)}

認知症は従来「痴呆」と呼ばれていたが、厚生労働省は2004年末に行政用語としての「痴呆」を「認知症」に呼称変更した。医学分野で用いられる学術用語としての「痴呆」も「認知症」に変更されつつある。認知症とは「獲得した知的機能が脳の器質的障害によって後天的に低下し、記憶障害や判断力低下などの結果、日常の社会生活に支障を来している状態」である。認知症と誤解されやすい症状を呈する意識障害(傾眠や譫妄)が無いことも診断の要件である。認知症の症状は中核症状と周辺症状とに分けられる。中核症状は、記憶障害、見当識障害、判断力低下などで、認知機能障害とも言われる。「認知症」という病名の由来でもある。周辺症状は、不安、抑うつ、妄想、興奮、徘徊など多様である。世間一般ではむしろ、周辺症状の方が良く知られているが、認知症の診断はあくまで中核症状をもとに下される。しかし認知症以外の病態でも認知機能障害を示すことがあるので、診断の確定には精神科や神経内科の専門医受診が必要である。

認知症の原因となる疾患は多数ある。すなわち認知症は症状や状態を示す概念で、一種の症候群といえる。原因として最も多いのは神経変性疾患であるアルツハイマー病(アルツハイマー型認知症)で、次が脳血管性認知症である。脳血管性認知症は、大きな脳卒中発作(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)の後遺症としてみられる場合と³⁾、明らかな脳卒中発作がないまま認知症が現れる場合の2つがある。後者は小さな脳梗塞を繰り返すなかで認知症が顕在化していくと考えられる。この他、頭部外傷後の慢性硬膜下血腫による認知症もある。いずれも加齢がリスクファクターになる病気なので、高齢になるほど認知症患者は増加

する。

2) 初期認知症と紛らわしい状態:「年齢相応の記憶障害」と「軽度認知障害」

認知症の大部分は発症時期が特定できないような形で潜行性に始まり、徐々に症状が重くなる。アルツハイマー病は進行段階に応じて、初期、中期、末期と大まかに病期が分類されている²⁾。診断が難しいのは、初期認知症である。初期認知症と診断されるのは、認知症の定義・概念から規定されるように日常生活に支障を来す何らかの認知機能障害が認められる状態である。しかし日常生活の支障が突然に生じるわけではない。それまで「年のせい」と解釈され見過ごされていた症状や行動が、年のせいでは片付けられない、やはり変だと、周囲から認識される時期といえる。

年のせい、すなわち加齢に伴う記憶力減退は多くの人が経験する。これは「年齢相応の記憶障害」または「良性健忘」とよばれる。認知症による記憶障害（悪性健忘）と異なり、日常の社会生活に大きな支障をきたさず、進行も非常に緩やかである。また記憶障害以外の認知機能障害を示さない。記憶テストの結果が健常若年成人の1標準偏差以内の成績という客観的定義もある。

生理的な「年齢相応の記憶障害」と、認知症による病的記憶障害の中間に位置する病態として「軽度認知障害」という概念がある¹⁾。症状は「年齢相応の記憶障害」の範囲内または少し重い程度である。すなわち全般的な認知機能障害を示さず、日常生活に大きな支障はない。この概念が重要でつかいなのは、「軽度認知障害」から認知症に移行する割合が年間10～15%にのぼるということである。事後的に言えば初期認知症の前駆状態とみなせる。初期認知症疑いの状態ともいえる。

3) 糖尿病と認知症の関係

糖尿病は認知症のリスクファクターになる⁴⁶⁾。糖尿病患者は動脈硬化性の脳血管障害を発症しやすいので、脳血管性認知症が多いことは当然予想される結果である。アルツハイマー病に関しても、2型糖尿病患者における発症率が一般人口における発症率より高いという報告が多数ある。逆の視点から、糖尿病の発症率をアルツハイマー病患者と認知機能正常者で比較すると、前者の発症率がより高いというデータもある⁷⁾。これらの所見から、アルツハイマー病と糖尿病に共通した病因として遺伝および生活環境因子の存在が推定されている。また糖尿病患者では低血糖や高血糖時、高血糖による脱水状態などで、認知機能障害の症状が出やすいといわれている⁸⁾。糖尿病患者の中でもインスリン治療中の者に認知症のリスクが高いという報告もある。

3. 症例の検討と考察

1) 症例1

80歳代男性。現在介護保険要介護3の認定を受けている。昭和45年に糖尿病を発見され、他院で昭和46年から経口薬治療、50年からインスリン治療を開始した。平成12年に当院へ転医したが、この時既に専門病院でアルツハイマー病と診断されていた。平成13年、「インスリン注射量がわからない。」と本人から電話があった。注射手技の確認を行ったところ誤った手技が目立ったので、再指導を行った。内服薬については妻が服薬確認をしており、問題なかった。平成15年、本人単独でのインスリン注射継続は無理と判断した。しかし、家族がインスリン注射に関与することを本人が受け入れないため、内服薬での治療を試みた。その後データが悪化したため、訪問看護師によるインスリン治療を再開した。

この患者を要約すると、長期間インスリン自己注射を行っていたので、アルツハイマー病の診断後もしばらくの間はインスリン治療を継続出来ていた。しかし認知症の進行につれ、本人単独でのインスリン注射が無理な状態になった。この例で一番問題になった点は、インスリン注射の補助を家族にさせないことであった。これはアルツハイマー病のせいというより、もともとの性格的要因のようであった。この問題点については訪問看護師と連携することで解決できた。現在は1人暮らしであるが、生活環境は比較的良好で、日中はデイケア、朝と夕方は家政婦、夜間は近隣居住の子供夫婦3組が交代で面倒を見ている。

2) 考察1：認知症患者におけるインスリン治療

症例1を含めインスリン治療中の患者が潜行性に認知症を発症した場合の特徴として、糖尿病コントロールの悪化が徐々に進行している例が目についた。コントロール悪化の原因となりうる事項を尋ねても特に思い当たることはないと答える。医師が認知症の可能性を疑っていない場合、食事などに関する注意を型通り行いインスリン注射量の増量や内服薬併用を指示する。新しいことを覚えにくくなっているだけでなく、従来は指示通り出来ていた規則的なインスリン注射が行えなくなっている状態に医療者側が気づくまで、この状況が続く。指示が正しく実行されていない可能性を疑ってチェックしてみると、インスリン注射の時刻や量の誤り、注射手技の不確かさ、注射自体を忘れるなどの問題点が明らかになる。これらの問題点を本人から話すことはほとんどない。時々問診で確認し、不審な点があれば注射手技などをチェックする必要がある。認知症とはいえない程度の軽度認知機能低下が疑われる例であっても、インスリン注射の種類や量、注射回数や時刻をできるだけ単純にし、変更は必要最小限にとどめるなどの配慮が必要と思われた。新しいインスリン製剤が増え注射器の種類も多くなっている昨今は、よりよい血糖コントロールを

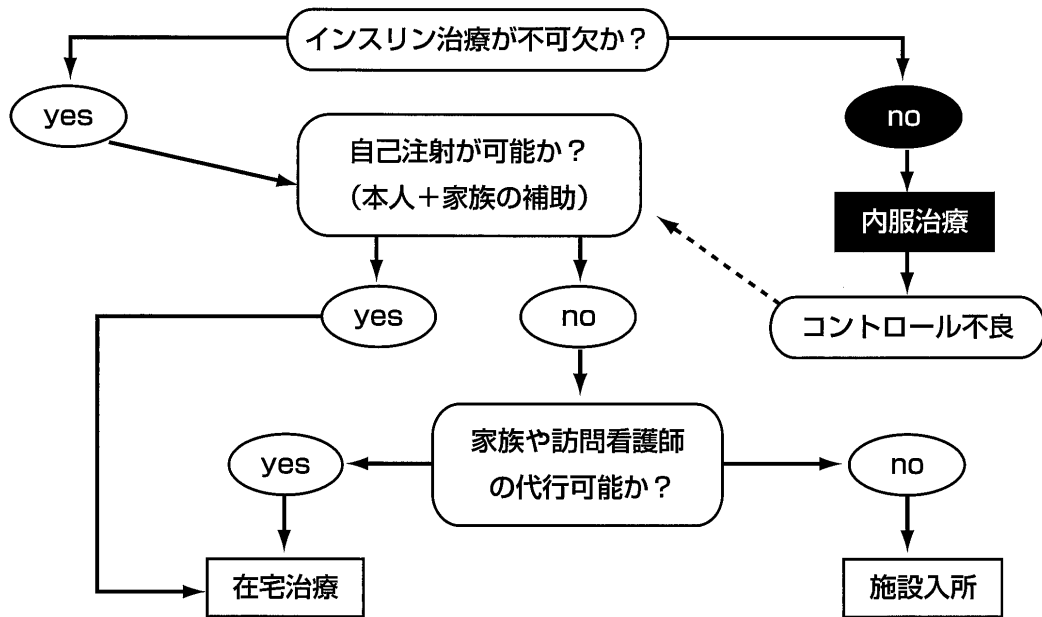


図1. 認知症合併糖尿病患者におけるインスリン治療方針の立て方

めざしてインスリン注射の量や種類を頻繁に変更する傾向がある。認知機能に多少でも問題のありそうな高齢者に対しては慎重を要する。

インスリン治療を続けている患者が認知症になった場合の一般的対処法を図1にまとめて示す。まず第1に、インスリン治療が不可欠か（インスリン治療の絶対的適応であるか）どうかを問う必要がある。インスリン治療が不可欠でない場合は、内服薬治療その他に変更するのが原則である。2型糖尿病である症例1を図1にあてはめると、インスリン治療の絶対的適応ではなかった。そこで内服薬治療を試みたが、徐々にデータが悪化したためインスリン治療を再開する結果になった。

インスリン治療が不可欠と判断された場合は、自己注射継続が可能かどうかを検討する。自己注射が可能であるためには、以下の条件を満足する必要がある。すなわち、インスリン注射の必要性を認識でき、注射の手技、注射時刻と単位を正しく覚えられ、低血糖症状とその対処法を理解していること、医師や看護師との会話が相互に通じることなどである。これらの条件を満足できない場合も、家族の補助・協力や訪問看護師による注射の代行が可能であれば在宅治療を継続できる。しかし、低血糖や高血糖への対処、食事のコントロールなど介護担当者の負担が大きくなるので、きめ細かい指導とフォローアップが必要である。在宅治療が不可能なら施設入所となる。

3) 症例2

70歳代男性。神経内科で認知症と診断された際、一般検査で糖尿病が見つかり糖尿病外来に紹介された。本人は今まで糖尿病を指摘されたことがないと言い、正確な病歴は不明であった。妻に食事療法を指導し服薬管理を依頼し

た。活動性低下が見られ、1人で外に出たがらないし出ると道に迷うとのことで、運動療法は期待できない状態だった。食事療法と内服薬で糖尿病のデータが著明に改善してきた頃、神経内科で認知症の治療薬が開始された。認知機能自体に変化はなかったが、活動性向上などの服薬効果が見られ、会話も増えたと妻は喜んでいて。他方で糖尿病のデータは悪化に転じた。その原因として思いあたることを妻に尋ねると、次のような返事であった。以前は妻が用意する食事量（指示されたカロリー量）で文句も言わなかったが、最近では元気が出て来たせいか足りないと言うようになった。可哀想に思い、食物を多めに与えている。活動性が低下していた時には盗み食いなど決してしなかったが、最近では妻の留守中に自分で菓子などを探し出して食べることもある。食べることが唯一の楽しみのようなので、つい大目みている。認知症治療薬開始後のプラス面を考えると、糖尿病のデータが多少悪くなくても仕方ないと思っている。

4) 考察2：認知症を有する糖尿病患者の治療全般

認知症患者における糖尿病治療の要点と問題点を整理してみる。まず治療目標をどこに置くかについて、患者の家族と一緒に共通認識を作っておくとよい。症例2のように、糖尿病のデータを良好に保つことよりも患者と家族がストレスの少ない平穏な毎日を送ることの方が家族の優先順位である場合も少なくない。一般的な糖尿病治療の目標は慢性合併症の発症を防ぐ、または遅らせることである。そのために出来るだけ正常に近い血糖コントロールをめざして、患者と医療者が協力して頑張る形になる。認知症患者の場合、ある種の妥協点が必要となろう。患者にストレスを与えたり怒らせたりするような状況は避けるべきだし、

家族についても同様である。患者のADLやQOLとともに、家族のQOL維持も重要な療養指導目標である。高齢の患者の場合は長年月を視野に入れた慢性合併症予防ではなく、何時でも生じうる急性合併症の予防が主眼になる。低血糖や著しい高血糖の防止など、最低限の治療目標設定になることもある。

個別の治療法も型どおりの方式でなく、認知症の程度に応じた配慮を要する。運動療法に関しては、散歩途中で道に迷う、自発性低下のために運動しなくなるなどの状況が生じる。誰かが一緒に運動をするなどの対応が必要である。食事療法に関しては、栄養士の話を理解し記憶することができなければ、直接本人に対する栄養指導の適応はない。食事の世話をする家族との情報交換と指導が重要になる。認知症が進行すると、「食べすぎる」、あるいは逆に「食べない」などの状態も生じてくる。これらに対しても、家族や介護者から患者へ働きかけを行ってもらうための指導が重要になる。糖尿病の有無にかかわらず認知症患者全般に共通する食事摂取関連の問題点やその対処法に関しては、実践報告を含め多くの著述があるので参考にするとよい⁹¹⁰。薬物療法の面では服薬が不確実になるので、本人以外の人間による薬の管理や服薬確認が必要である。これも認知症患者全般に共通する問題点で、先行研究などを参考にできる。インスリン治療については既に述べたので省く。

治療上の問題点のいずれも家族・介護者に依存する部分が多い。しかし高齢者の1人暮らしや高齢夫婦のみの所帯も多く、患者の配偶者も健康であるとは限らない。子供と同居していても日中は患者が1人になる家庭環境も多いので、常に適切な対応ができる状況にある例は限られるのが現実である。介護や福祉の社会資源充実とその活用がますます重要になると思われる。

4. 外来における認知症患者の把握

通院中の患者で認知症を把握できている人は少数だったので、外来患者の中に認知症疑いが何人位いるのか検討してみた。

1) 外来の概要

糖尿病外来に定期的に通院している患者総数は約1,500人、1ヶ月の外来患者数は平均約1,300人である。患者の年齢構成はかなり高齢化しており、最近の集計では65歳以上が約55%を占め、75歳以上の後期高齢者に限ると約20%であった。診療日は週5日で、完全予約制をとっている。1日あたり医師2～4人(非常勤医を含め10人が交代)と看護師4～6人(合計7人が交代)で外来を行っている。事務職員3人、検査技師の他、糖尿病教室や個別栄養指導には3人の管理栄養士(非常勤)が関わっている。看護師と管理栄養士の全員が糖尿病療養指導士の資格を有しており、療養指導のため日ごろから患者に接する機会が多く時間も長い。また開院24年を経過しているので通院期間10

年以上の患者が多く、長い時間経過の中で患者の変化を捉えることができる状況にある。

2) 認知症疑い患者のリストアップ

疑わしい患者を見つけるため最初に用いた方法は、スタッフ全員で気になる患者を列挙することであった。明確な基準を決めたわけではないが、気になる理由としては以下のような点があげられた。

- ・同じことを何回も言ったり、たずねたりする。会話がスムーズに通じない。
- ・外来予約日や時間を間違えることが多い。
- ・靴の置き場所を忘れる。他人の靴と間違える。
- ・会計をしないまま帰る。お金の計算に問題がありそう。
- ・以前よりも服装がだらしなくなった。
- ・家族がついて来るようになった。
- ・臭いなどから失禁が疑われる。

3) 認知症の検査と結果

上記の方法で列挙された31人のうち、協力が得られた16人に改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)(表1参照)とMini-Mental State Examination(MMSE)の日本語版を用いた認知症のスクリーニング検査を施行した。両検査とも30点満点で、20点以下を認知症疑いとするのが基準である。21点以上なら正常というわけではなく、23点または24点以下は認知症の可能性を否定できず、経過観察が必要とされている。当院で検査した16人の結果と、他院で同様の検査を受けた4人の結果を、年齢順にまとめて表2に示す。また当院からの紹介により、あるいは家族が自発的に専門病院を受診した例については、画像検査を含めた精査後の診断名も示した。

20例中10例はHDS-RもMMSEも20点以下で、認知症の疑いが強いと判断された。この10例中6例は専門病院を受診し、全例においてアルツハイマー病または認知症の病名がついている。片方の検査のみ20点以下、あるいは両検査とも24点以下で認知症の可能性がかなり高いと思われる6例については専門病院受診が1例だけ(#8)であったが、認知症と診断されていた。HDS-R検査結果のみが24点以下で認知症の可能性を否定できないと判断される2例(#9と#12)は、それぞれアルコール依存症+うつ病とアルツハイマー病の診断を受けていた。検査結果が正常だったのは20例中2例のみであった。そのうち1例(#2)は専門病院で軽度認知症疑いの診断を受けていた。

4) 考察

認知症の頻度は65歳以上の高齢者10～13人に1人と推計されている。この数値をあてはめると、通院中患者のうち認知症が60～70人いる計算になる。糖尿病患者にお

表1. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

	質 問 内 容		配点	記入
1	お歳は、いくつですか？ (2歳までの誤差は正解)		0 1	
2	今年、何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？ (年、月、日、曜日が正解で、それぞれ1点)	年 月 日 曜日	0 1 0 1 0 1 0 1	
3	私たちが今いる所はどこですか？ (自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ の中から正しい選択をすれば1点)		0 1 2	
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。 あとでまた聞きますので、よく覚えておいてください。 (以下の系列でいずれか一つで、採用して系列に○印をつけておく) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車		a: 0 1 b: 0 1 c: 0 1	
5	100 から7を順番にひいてください。 (100-7は？ これから7を引くと？ 質問する。) (最初の答えが不正解の場合は、打ち切る。)	93 86	0 1 0 1	
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう) (3回、逆唱に失敗したら打ち切る)	286 9-25-3	0 1 0 1	
7	先ほど覚えてもらった言葉を、もう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え、正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物		a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2	
8	これから5つの品物を見せます。 それを隠しますので、何があったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0 1 2 3 4 5	
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。(答えた野菜の名前を右欄に記入する。 途中で詰まり、約10秒待っても出ない場合には、そこで打ち切る。) 5個まで=0点、 6個=1点、 7個=2点、 8個=3点、 9個=4点、 10個=5点。		0 1 2 3 4 5	

ける認知症罹患率が一般人口よりも高率であろうという点を考慮に入れた場合は、予想患者数がさらに多くなる。しかし、今回スタッフが列挙した患者の数は推定患者数の半分程度の31人であった。このうち認知症のスクリーニング検査を施行した20例(表2)については上述したとおり、大部分が認知症であった。未検査の11例も現在までにケアホームなどの施設に入所した人が多い。最近亡くなられた方もいる。このように今回対象とした患者の大多数は、既に認知症と診断できる程度に進行した人たちであった。認知症を疑う根拠として挙げた項目や、各スタッフがすぐに名前を言える患者のみリストアップした方法を考えると、この結果は当然と思われる。私たちがまだ検出できていない軽症患者が多数存在する可能性が高い。これらの患者をいかに見つけ出して診療に役立てるかが今後の課題である。

現在、31例の患者のカルテを詳細にチェックし、本人の訴え又は医療スタッフのアセスメントとして認知症を疑える記載がいつ頃からあるか、あるいは無いかを調べている。可能な範囲で家族への聞き取りも行い、患者の変化を家族はいつ頃から認識していたか調べている。この他、糖尿病外来で日常的に行う問診や糖尿病手帳の記載事項などを利用して認知機能障害の初期徴候を見つけられないか検討中である。最終的なまとめはまだ行っていないが、看護師はインスリン注射指導の際に患者の理解や要領の悪さに早期から気づくことがあった。栄養指導を定期的に行っていた管理栄養士の観察として、前回の話を覚えていない、食事記録を持って来るのをいつも忘れるなどの記載がかなり以前からみられた例もあった。医師のカルテ記載から認知症の初期徴候を読み取るのは困難であった。患者の行為・行動を観察する機会の多寡、患者と対話する内容や時間の

表2. 認知症のスクリーニング検査施行例のまとめ

症例番号	年齢	性	HDS-R 得点 ¹⁾	MMSE 得点 ²⁾	専門医受診の有無・診断名
1	62	女	0	0	なし
2	64	男	30		あり・軽度認知症疑い
3	65	女	29	30	なし
4	65	女	9	7	あり・重度認知症
5	66	男	5	11	あり・アルツハイマー病
6	67	女	28	18	なし
7	71	女	9	15	なし
8	75	女	23	23	あり・認知症
9	78	女	21	29	あり・アルコール依存症, うつ病
10	79	女	6	13	あり・アルツハイマー病
11	80	男	18	18	なし
12	80	女	24	28	あり・アルツハイマー病
13	81	女	17	20	あり・アルツハイマー病
14	81	男	4	16	あり・アルツハイマー病
15	83	男	17	25	なし
16	83	男	13	22	なし
17	84	女	10	19	なし
18	84	女	13	23	なし
19	85	男	9	16	あり・アルツハイマー病
20	85	女	21	23	なし

1) HDS-R: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (30点満点)

2) MMSE: ミニメンタルステート検査 (30点満点)

長さなどが、認知機能障害の検出力に影響するのではないかと考えられた。

5. 終わりに

認知症が他の病気と異なる特徴は、何らかの初期症状を主訴に患者自らが受診する例が少ないことである。そのため診断が遅れ、進行するまで放置される結果になる。これは糖尿病で受診中の患者が認知症になった場合にもあてはまる重要な点である。医療機関を定期的に受診しているにもかかわらず、専門外の病気ということで見逃される患者を無くさなければならない。しかし認知症の診断は、特に初期段階において容易でない。種々のスクリーニング検査法が工夫され提案されているが、現実問題としてどれが適当なのか非専門家である私たちは判断できない。また内科の一般診療所において、認知症やその疑いの診断を下してよいのか? という躊躇もある。しかし今年度から行政レベルでの新しい施策として、かかりつけ医認知症対応力向上研修などの「認知症地域支援事業」が始まった。既にモデル事業が行われている地域もある¹¹⁾。糖尿病のような慢性疾患患者を継続的に診ている医師や、患者と接する機会の多い医療スタッフには、認知症早期発見の役割が期待され

ている。認知症に対する地域ぐるみの活動報告などの先進的事例¹²⁾を参考にして、認知症が疑われる患者の早期発見に努め、糖尿病コントロールの悪化防止にもつなげていきたい。

謝辞

本論文の一部は第4回東京CDEフォーラム(H17.7.23、東京)において発表した。発表の機会を与えて下さった東京女子医科大学糖尿病センター長岩本安彦教授に感謝申し上げます。また、認知症全般に関して種々お教えいただいた医療法人静和会浅井病院の浅井邦彦院長とスタッフの皆様、認知症症例のカルテチェックや集計にご協力いただいた近藤医院の全スタッフの皆様様に深謝いたします。

文献

- 1) 小澤勲: 認知症とは何か(岩波新書). 岩波書店. 東京. 2005
- 2) 宇野正威: 「物忘れ」の処方箋(生活人新書). 日本放送出版協会. 東京. 2003
- 3) Ivan CS, Seshadri S, Beiser A, et al: Dementia after stroke: the Framingham Study. Stroke 35:1264-1269,2004

- 4) 羽生春夫：アルツハイマー型痴呆と糖尿病 老年精神医学雑誌, 16:420-426,2005
- 5) 篠原幸人：糖尿病と痴呆, 成人病と生活習慣病, 34:507-511,2004
- 6) Schnaider Beerl M, Goldbourt U, Silverman JM, et al: Diabetes mellitus in midlife and the risk of dementia three decades later. Neurology 63:1902-1907,2004.
- 7) Janson J, Laedtke T, Parisi JE, et al: Increased risk of type 2 diabetes in Alzheimer disease. Diabetes. 53:474-481,2004.
- 8) 川本龍一, 徳永人夫, 岡祐一郎ら：コントロール悪化に伴い一過性に痴呆症状を呈した緩徐進行型1型糖尿病の1例, 糖尿病診療マスター, 1:75-78,2003
- 9) 山田律子：食欲不振・食事拒否時の食事介助, 高齢者ケア 10:22-30,2006
- 10) 佐藤敏子, 植木彰：認知症の食事・栄養管理の実際, 日本認知症ケア学会誌, 4:553-538,2005.
- 11) 本間昭, 栗田主一, 池田学ら：認知症を地域で支えるために—かかりつけ医の認知症診断技術向上に関するモデル事業より—, 老年精神医学雑誌, 17:483-489,2006
- 12) 第7回日本認知症ケア学会シンポジウム特集号 pp.1-23 (Dementia Care Support 2006)