

# 南ユーカーリー便い

平成26年冬発行  
さくらホームクリニック  
第11号

## ヒポクラテスの樹



新年明けましておめでとございます。今年もいつものようにインフルエンザウイルスやノロウイルスがいたるところで蔓延していますので、皆さん感染予防のためには人混みの中ではマスクの着用、外出から戻って来た時には十分な手洗いをお願いします。

少子高齢化がどの国よりも進んでいる日本

では、高齢者の認知症問題はテレビや新聞、インターネットなどで毎日のように話題になっています。私たちが訪問診療で治療しています患者さんたちでまだ認知症を発症していない方々は「何とかしてボケないように頭を使う努力をしています」などと話されますし、すでに認知症状を呈している患者さんのご家

族は「何とかして少しでも認知症の進行を遅らせたいです、何か新しい治療方法は無いでしょうか」と質問されることが多いです。そこで今回の南ユーカーリー便りでは認知症について現在分かっていることを少しまとめてお話をします。

疫学上、病気のことを考える時いつも何が危険因子・リスクファクターなのかというところが問題になります。誰もが知っている代表的な危険因子としては喫煙が有名です。タバコを直接吸っていない喫煙者の近くで煙を吸い込んでしまう間接喫煙・受動喫煙でも、がん、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患などのさまざまな健康障害を引き起こす危険

因子となります。認知症では最大の危険因子は加齢です。70歳未満では認知症の有病率は1.5%程度ですが、年齢が5歳増えるごとに倍に増加し、85歳を超えると30%近くまでになります。現在、65歳以上の高齢者では10%程度(300万人を超えました)が認知症と考えられており、今後は高齢者人口の急増で2020年には400万人以上になると考えられています。タバコなら禁煙するか喫煙者を隔離することで何とか避けることができますが、加齢となるとこればかりは生物としての宿命ですから逃れようもありません。ただ、実年齢よりも若く見える人が認知症になりにくいことは多くの研究結果から認められていますから、今からでも遅くないですから若作りを楽しんで下さ

い。服装、食事、趣味、何でも良いのでこれからは新しいことにトライすることが重要です。先日、NHKのテレビ番組で100歳の日本人女性が水泳の100メートル自由形の世界記録を樹立したとの放送がありました。お肉料理を美味しく食べる姿が臉に残っています。皆さんジャストライで頑張りましょう。

それでは認知症の治療薬は現在どこまで進んでいるでしょうか。



新しい薬物が開発されてから実際の治療薬として患者さんに使用できるまでの期間、ドラッグ・ラグが日本では非常に長いことが問題であると以前より指摘されてきました。認知症の治療薬でも、元々日本で開発されたアリセプト(ドネペジル)が海外で使用されてから3年後の1999年になってやっと認可されました。2011年に新規認知症治療薬として発売が開始された3剤(2枚目に続く)

(ガランタミン、リバスタグミン、メマンチン)も海外では何と10年以上も前から使用されてきたのです。そうした意味では2011年の解禁は、認知症患者やその家族、医療関係者が長く待ちわびていていた瞬間でした。ただ、これら認知症治療薬はその効果がはっきりと分かりにくいストレスフルな薬であることが特徴です。降圧剤ならば血圧測定すればその効果は直ぐに分かりますし、糖尿病の薬では血糖値を測定すればその効果判定は簡単です。認知症の場合は、認知症検査の長谷川式スケールの点数の変化や頭部MRIでの海馬の萎縮進行抑制の効果で判定できると考えられています。実際の臨床の場ではなかなか劇的な改善が認められないケースが多いです。ただ、そうした

弱点を知った上で、それぞれの薬剤の作用機序をしっかりと理解し認知症患者の病態に応じて選択することで、今後の認知症医療をより効果的に行うことが期待されています。先日、私が理事を務める千葉県保険医協会で、「認知症治療の進歩・認知症治療薬の選び方と使い方」をテーマに学術研究会を開催しました。講師として、東京女子医科大学八千代医療センター神経内科講師の大橋先生がごとめ、これまで認知症に対して有効とされる内服薬としてはドネペジル一つしかなかったが、2011年に新たに3剤が追加認可されたことで我が国の認知症治療が大きく変化し、その後2年の使用経験から日本人に適した容量や使い方が次第に明らかとなり、患者の病態に応じた適切な

治療薬の選び方と使い方を紹介してくれました。今後、私たちのクリニックでも患者さんの病態に応じて認知症

## 肺炎球菌ワクチンの定期接種化

### —市中肺炎と誤嚥性肺炎—

1月15日、厚生労働省は、水ぼうそうの小児用ワクチンと、高齢者を対象とした成人用肺炎球菌のワクチンについて、自治体が行う定期予防接種に加えることを決めました。早ければ今年10月から実施される予定です。現在は、任意接種で、自治体によっては費用を部分的に負担してくれています。

肺炎は、これまで日本人の死因の第4位でしたが、2011年には、脳血管障害を抜いて第3位になりました。特に高齢の患者が多いので、肺炎の予防および治療はとても重

要です。肺炎球菌は、市中肺炎の原因菌の中で一番多く(25・40%)、肺炎球菌ワクチンを接種することによって、この細菌による肺炎は減少または軽症化するものと期待されます。市中肺炎とは、通常の社会生活を営んでいる人に見られる肺炎のことです。これに対して、基礎疾患を持ち入院している人に見られる肺炎を、院内肺炎と呼び、その原因菌は市中肺炎とは異なり、緑膿菌、黄色ブドウ球菌(特に多剤耐性黄色ブドウ球菌、MRSA)などが多くいます。

肺炎のなかでも誤嚥性肺炎がよく見られ、これが死因になることもしばしばあります。このタイプの肺炎は、上記の市中肺炎や院内肺炎などとは少し原因が違っています。高齢や脳血管障害または認知症などによって、嚥下機能が低下します。すると、唾液や飲食物が気管に流れ込み、肺炎を引き起こすのです。

この誤嚥性肺炎の原因菌は、口腔内の常在菌、すなわち黄色ブドウ球菌や嫌気性菌などが多くいわれています。肺炎球菌も気管支に常在しており、誤嚥性肺炎の原因となり得ますが、頻度はそれほど高くありません。肺炎球菌ワクチンによって、この誤嚥性肺炎も軽症化するとい

う効果が出るかどうかは、実際に大きな規模でワクチン接種を行って、予後を検討する必要があると、今後の課題となりそうです。

誤嚥性肺炎を予防する他の手段としては、誤嚥が起こりにくいように食後2時間ほど座位を保持したり、食事形態を飲みこみややすく工夫したり、また口腔内の病原菌を減らすために口腔ケアを行う、などがあります。これらの日常的なケアによる予防もとても重要です。

近藤靖子

