

- ・ マッチやろうそくなどの引火物は患者さんの目に付かないところにしまっておき、ケアする人と一緒の時に使うようにしましょう。

d) 自傷の危険性

認知症の患者さんは自分の体を自分で傷つけてしまうことがあります。包丁やハサミなどの使用を誤る場合のほか、場合によっては、うつ状態や興奮した状態で傷つけてしまうこともあります。

【対応法】

- ・ そのような危険が感じられた場合は、ハサミ、ナイフ、包丁、カミソリなどを患者さんの目の触れないところにしまっておきましょう。

②食事

a) 不食・食事の拒否

食事を食べようとしない理由として、口内炎や入れ歯が合わないなどの口の中のトラブル、環境変化によるストレス、気になることがあるため、何らかへの抗議、抵抗の表現としてなどがあります。またうつ状態や、毒を盛られているといった妄想、幻覚などの精神症状、感染症や胃腸の病気、便秘、腹痛などの内科的疾患や症状によることもあります。一回くらいの拒否は心配ないのですが、何度も続くと体力の低下につながるおそれがあります。

【対応法】

- ・ まず、食べない理由や原因を考えます。コミュニケーションに問題があり、意志疎通が困難な場合には、特にケアをしている人が患者さんの心身の状態を観察する必要があります。
- ・ 食事の時間をずらしてみましよう。
- ・ 患者さんの好きな食べ物を用意してみましよう。
- ・ 食べやすい形、大きさにしてみましよう。
- ・ 皿の配置を換えたり、患者さんの視線が向くところに置いたりしてみましよう。
- ・ 食事中に気が散る患者さんに対しての声かけは最小限にしましよう。
- ・ 体重の減少がないか定期的にチェックしましよう。

b) 過食

記憶障害により食べたことを忘れる、不安や欲求不満のあらわれとして食への執着が強くなる、「満腹中枢」が障害される、など種々の原因により生じます。

【対応法】

- ・ 食器を小さな物にし、おかわりに応じる、食事を小分けにして食事回数を増やす、というように食事を工夫します。またゆっくり時間をかけてよく噛んで食べるように指導します。
- ・ 早く食事を欲しいと患者さんが言った場合は、食事の支度中であることや、次の食事時間を説明します。
- ・ 食べ終わった後の食器をすぐに片付けないようにします。
- ・ どうしても間食がとめられない時にはカロリーが低い食べ物を選びましょう。
- ・ 冷蔵庫には鍵をかけ、身近に食べ物を置かないようにしましょう。
- ・ 散歩や簡単な仕事などで気を紛らわせましょう。
- ・ 体重測定をし、体重増加がないかチェックしましょう。

c) 異食

食べ物以外の物を口にすることを異食と言います。何でも口に入れるという幼児的な傾向があらわれるほか、認知障害のために食べられない物を食べ物と誤ってしまったり、味覚や嗅覚の低下が原因となって生じます。

【対応法】

- ・ 異食のパターンを観察し、洗剤や歯磨き粉など異食の危険のある物を目の届くところに置かないようにしましょう。
- ・ 異物が口の中にあればあわてず、速やかに取り出し、誤嚥の有無を確かめましょう（誤嚥の項参照）。

d) 食事態度の変化

認知症の患者さんは食事中でも容易に注意がそれ、食べることに集中できず時間がかかることがあります。また食べ方がわからないために手でつかんで口に入れたり、行動に抑制がきかず、口に入れたものを飲み込まないうちに次の食べ物をかき込んでしまうこともあります。このような場合は喉を詰めてしまう恐れがあるため注意が必要です。

【対応法】

- ・ 食べることに集中できない場合は、テレビを消したり食卓や周囲に注意散漫の原因になるような物を置かないようにしたりしましょう。
- ・ 食べ物を全部一緒に混ぜるなど食べ物で遊んでしまう時は、家族と同じ大きな皿にもらず、患者さんのものは別に盛りましょう。

- ・ 食べ物を一気に食べてしまう場合は、少しずつ分けて出しましょう。
- ・ 食事の途中で適時に指示をすることが必要な場合があります。
- ・ 食べ物をこぼす、あるいは周囲を汚す場合はエプロンを掛けましょう。
- ・ 箸やスプーンが使えず手づかみで食べようとする場合は、指でつかめるおにぎり、寿司、サンドイッチなどを用意して食べやすいように工夫しましょう。
- ・ 自分の物を食べずに他人の物を食べる時は皿の配置を換えてみましょう。視線が向くところに食べ物を置くとうまく食べられることがあります。

③排泄

(a) 失禁・不潔行為

認知症が進むと尿・便の失禁がしばしば見られますが、自尊心や恥ずかしさの感情は、病気がかなり進んでもあるので、他人にケアされることを嫌がり、自分で何とかしようとして床や壁を汚すというような不潔行為につながることもあります。

【対応法】

- ・ ケアする人が効果的な誘導を行うためにはタイミングが大切です。排泄パターンを観察し誘導時間を決めたり、便意や尿意の徴候をとらえたりすることが重要です。落ち着きがなくなる、徘徊が始まるなど急に行動が変わった時などは、トイレに行きたいのかもしれないという可能性を考えて、トイレに誘ってみましょう。
- ・ 誘導を嫌がる場合には、ケアをしている人がトイレに行く時に一緒に誘ってみましょう。また、どこに行くのかを告げずに「こちらに来ていただけますか」と誘導し、トイレの前でついでのように「トイレに行きませんか」と勧めてみるのもひとつの方法です。
- ・ ケアする人は患者さんの失敗を叱らないようにしましょう。失敗した時は、入浴時などに患者さんが気づかないようにさりげなく対処しましょう。
- ・ 夜間にだけ失敗する時は就寝前に排尿をきちんとして、夕方以降は塩分や水分の摂取を控えましょう。また身体を冷やさないように衣類や寝具に配慮しましょう。
- ・ トイレ動作ができない時には、身振りで伝えるとうまくいくことがあります。
- ・ 衣類を工夫することも重要です。スカートを汚しやすい場合にはズボンに、ズボンの上げ下げがしにくい場合には、ベルトではなくウエストがゴムになったズボンが下げやすいものです。
- ・ できないところだけをケアし、できるところは可能な限り自分でさせましょう。全てをケアすると、自分でできなくなってしまうことがあります。失禁パッド、失禁パンツ、オムツパンツなどは必要に応じて使用しましょう。

- ・ トイレの場所がわからない場合には、見やすい文字で「便所」と貼紙をしたり目印をしたりします。またトイレのドアを開放し、明るくしておくのも良いです。
- ・ トイレと思いこんで玄関、廊下、部屋の隅、風呂場などで排泄（排尿・排便）を行うときがあります。その場合には、その場所にポータブルトイレやトイレ代わりのバケツを置くようにします。
- ・ トイレまで間に合わない場合には、ポータブルトイレを身近に置きましょう。
- ・ 失禁は尿路感染症などの内科的疾患が原因となつていることもあります。急に失禁が始まったり、悪化したり、発熱を伴うなどの場合には医師の診察を受けましょう。

b) 便秘

認知症の患者さんは運動不足のせいもあり、腸の動きが低下しがちです。また食事量の減少や消化のよい物ばかり食べることなども影響して便秘が生じやすくなります。患者さんでは便秘を自ら訴えることが少なく、食事量も変わらない場合も多いためケアをしている人に気付かれにくいことがあります。

【対応法】

- ・ 患者さんに聞いてもはっきりしないことが多いので、頻回にトイレに通ったり、いつになく不機嫌で怒りっぽくなったりしたときには、便秘に注意します。腹部の張り具合も観察します。
- ・ 食事の工夫が一番ですが、お腹のマッサージも効果的です。
- ・ 早朝の冷たい飲み物も効果的です。
- ・ 適度な運動も効果があります。
- ・ 朝や食後など毎日決まった時間にトイレに誘導しゆっくり排泄できるように配慮しましょう。
- ・ 頑固な便秘には下剤の使用が必要な場合もありますので、医師の診察を受けましょう。下剤使用時には下着を交換する時に下痢の有無をチェックしましょう。

④清潔の維持（洗面・歯磨き・手洗い・爪切り・耳掃除）

認知症の患者さんは、身体の清潔さに無頓着になったり、洗面・歯磨きなどの動作ができなくなったり、その方法が理解できなくなったりすることによって、清潔を維持することができなくなります。

【対応法】

- ・ ケアする人が何ができて何ができなくなっているのかを十分に観察し、できない

ところを手助けします。耳、爪の手入れ、指の間なども注意が必要です。声かけ、洗う部位を指さす、触れて示すなどなるべく自分で洗えるように誘導しましょう。

- ・ ケアする人が補助するときには、洗面は洗面所に誘導し、手を先に洗ってから顔を洗うようにケアします。これは手を先に洗うと自然に次は顔を洗う動作に移りやすいためです。
- ・ 食事の後は水やお茶をたっぷり飲ませて口の中の食べかすを取り除きましょう。
- ・ うがいはなかなかむずかしい動作です。飲み込んでしまう場合は歯磨き粉を使わないようにしましょう。「ブクブクして」と言いながらケアする人が一緒におこなってみると患者さんは真似をしやすようです。
- ・ 入れ歯は合っていないと口の中を傷つけたりかみ合わせに障害をおよぼしたりするため、口の中を十分観察して痛みの訴えや、発赤、びらん、潰瘍などがあれば歯科医に診てもらいましょう。食事の時しばしば義歯を外してしまう行動がある患者さんは入れ歯が合っていない可能性があります。
- ・ 洗面、歯磨き、入れ歯の手入れなどの清潔の維持は日課に入れて、決まった時に決まった場所でするようにしましょう。

⑤衣服・着替え・身だしなみ

認知症の患者さんは、身だしなみに無頓着になる、億劫になる、理解力・判断力が低下する、動作ができなくなるなどによって、自分で身だしなみを整えることができなくなります。着る順序がわからない（下着を上着の上に着る、パジャマの上に服を着る）、衣類の選択ができない（冬物、夏物など）、ファスナーやボタンかけなどの複雑な動作ができない、きちんとした髪型や化粧ができないなどの障害によって起こります。

【対応法】

- ・ ケアをしている人が患者さんの衣服や身だしなみに関心を持ち、なぜできないのか、動作がどの程度できるか、どのようなケアが必要かなどを観察し考えることが重要です。
- ・ 患者さんが自分で脱ぎ着しやすい服を選びましょう。
- ・ ケアのしやすさのみを優先した衣服選びをせずに、患者さんの好みを尊重しましょう。常識的な服装でなくても困らなければ良いのではないのでしょうか。
- ・ 順番に服を並べたりケアをしている人が一枚ずつ手渡したりすることにより自分で着ることができるようになる場合もあります。
- ・ 汚れた下着と新しい下着などの区別ができない時は、患者さんが入浴している間

にケアする人が取り替えましょう。

⑥ケアに対する拒否

認知症の患者さんはケアの働きかけを拒否することがあります。食事のほか、入浴や服薬を拒否したり、時にはケアをしている人自体を拒否したりする場合があります。拒否には大抵は理由がありますが、患者さんはその理由をうまく表現することができないため、ケアする人はそれに対応することが難しくなります。よく患者さんを観察して拒否の理由を推測し、患者さんの思いに添うようにできると拒否は軽減します。

a) 入浴の拒否

入浴を拒否する理由としては、裸になるのが不安、何をするのも億劫、脱いだ服を盗まれないかと気にしている、身体障害のために入浴動作そのものができない、入浴するということ自体が理解できないなどがあります。入浴の拒否が続くと不潔になり、皮膚病や感染症などの原因にもなります。

【対応法】

- ・ 気分の良い時をみはからって、入浴を誘ってみましょう。
- ・ 「温泉に入りましょう」、「一緒に入りましょう。」、「〇〇がありますのでお風呂に入っておきましょう」など誘い方を工夫します。
- ・ 散歩の後で「汗をかいているからお湯をかぶるだけでも」と勧めてみましょう。
- ・ 違う人に勧めてもらおうと受け入れることがあります。
- ・ 入浴のあとに楽しみを用意してみてもどうでしょうか(例えばビールを飲むなど)。
- ・ 入りたがらない日は次に入る日を約束しカレンダーに書きとめ、その日には「今日はお風呂の日ですよ、さあ入りましょう。」と勧めてみましょう。
- ・ 入浴するということが理解できない人には、何も告げずに風呂場に誘導するとうまくいく場合があります。
- ・ 長期にわたって入浴していない時には少し無理をしてでも入浴させた方が良い場合があります。入浴前には強く抵抗した患者さんでもいったん入ってしまうと、入浴後に「気持ちがよかった」と言うことが多いようです。
- ・ どうしても家では入浴できない場合は、デイサービスの入浴サービスや訪問入浴サービスなどを利用しましょう。
- ・ いったん風呂に入ると、今度は風呂から出るのを拒否することもあります。このような場合は、患者さんと一緒に風呂に入ったり、気をひくような言葉をかけ(御

飯ですよ) たり、風呂の栓を抜いてお湯を空にして浴槽から出るよう促したりしてみましよう。

b) 服薬の拒否

内服を拒否する理由としては、自分が病気であるという自覚がないことや毒を盛られているといった妄想などの精神症状によるものなどが考えられます。無理に勧めても吐き出したりします。なぜ拒薬するのかの原因を知って対応することが大切です。

【対応法】

- ・ 「血圧が高いので下げる薬です」、「ビタミン剤です」など納得しやすいような説明を試みましよう。
- ・ 患者さんの飲みやすい形状にするのもひとつの方法です。粉薬はオブラートに包んだり、カプセルに入れたりすると飲み易くなります。
- ・ 周囲の人が薬を飲んでいることを示すと服薬することがあります。
- ・ 拒否が強い場合には、食事の後に好きな食べ物や口当たりの良い食べ物を用意しましよう。またデザートなどに薬を混ぜて飲ませることが必要になる場合もあります。食事のはじめに勧めたり、食事全体に混ぜたりすると食べる気が無くなりやすいので避けましよう。いずれにしても食物に混ぜるのは最終手段です。
- ・ どうしても拒薬する場合には最も大切な薬のみを服薬しましよう。
- ・ 物忘れのためにかかっている病気のことを忘れてしまっている患者さんには憶えている他の病気の薬と説明してみましよう。例えば、1年前の心筋梗塞の出来事は忘れていたためこの薬を拒否する場合には、長年治療のために通っていた歯科の薬として説明して服用してもらいます。

アルツハイマー病と診断された患者さんと
そのご家族、および周囲の皆さんへ

(第3版：平成21年12月1日)

平成21－23年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業

「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連
携クリニカルパス作成に関する研究」研究班編

アルツハイマー病と診断された患者さんと
そのご家族、および周囲の皆さんへ

平成21－23年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業
「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス
作成に関する研究」研究班

主任研究者

大阪大学大学院医学系研究科精神医学分野 数井裕光

分担研究者

大阪大学大学院医学系研究科精神医学分野 武田雅俊、森原剛史

国立長寿センター包括診療部 遠藤英俊

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター 井関栄三

浅香山病院 田伏 薫、釜江(繁信)和恵

さわ病院 澤 温

大阪府立大学総合リハビリテーション学部 西川 隆

大阪市立大学大学院看護学研究科在宅看護学 河野あゆみ

研究協力者

大阪大学大学院医学系研究科精神医学分野 杉山博通、山本大介、木藤友実子、林 紀
行

はじめに

私たちは、認知症患者さんの診療においてはまず認知症の原因となっている病気が何であるかを診断する（してもらう）ことが大切だと思っています。原因となっている病気によって出現しやすい症状や進行の仕方が異なります。従って治療法も異なるし、患者さん自身や周囲の皆さんに注意をお願いするポイントも異なるからです。

この手引き書は、アルツハイマー病患者さんの生活がよりよくなるようにとの願いを込めて、平成21年度から23年度にかけて厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究」のために集まった認知症の専門家が作成しました。この手引き書は、我々が別途作成している「認知症と診断された患者さんとそのご家族、および周囲の皆さんへ」と併用することによって、皆さんの理解がより進むと思います。従って、本手引き書は「認知症と診断された患者さんとそのご家族、および周囲の皆さんへ」をお読みいただいた後に読んでいただきたいと思います。

ご本人やご家族の誰かがアルツハイマー病と診断されるということは、とてもショックな出来事だと思います。それはアルツハイマー病を、我々、医療者が現時点ではまだ完全に治すことができないことによると思います。しかし皆さんにアルツハイマー病に対する知識がまだ十分に普及していないために、過剰に不安がおこってしまうという側面もあると思います。実際、認知症患者さんに対する治療法、生活の質（Quality of life: QOL）を改善させるためのケアの仕方、社会制度などは以前と比較するととても進歩しています。そして認知症に対する治療法はとても活発に研究されている領域で、近い将来、有望な薬が使えるようになると思います。従って、現在、皆さんにとって大切なことは、この未来の治療薬が開発されるまでの間、よりよい状態を保ち続けるために適切な治療を受け、適切な生活を送るということです。このためにも皆さんがアルツハイマー病に対する正しい知識を持って、今できることを適切に行うことが大切です。

この手引き書が皆さんのお役に立つことを願っています。またこの手引き書は皆さんと一緒に定期的に改訂していきたいとも思っています。この手引き書に対してのご感想もお知らせください。皆さんと一緒に現状をよりよくするということが我々の願いです。

アルツハイマー病

アルツハイマー病は認知症の原因となる病気の中で最も多い病気です。脳の中の神経細胞が少しずつ壊れていく原因不明の病気です。この神経細胞が減少することによって後でご説明するような色々な症状が出てきます。65歳以降の人に起こることが多いですが、それより若い人、例えば40歳代に起こることもあります。病気のおこり方や進行はゆっくりです。現在、アリセプトという治療薬があります。この薬は進行を遅らせる効果が認められています。症状の改善が認められるのは少数の患者さんにとどまります。その場合は意欲が改善した、少し覚えられることが増えたということを経験する人が多いようです。アルツハイマー病を完治させたり、進行を完全に止めたりする効果はありません。しかしアルツハイマー病に対する新しい治療薬の開発はとても活発に行われています。従って、適切な治療を受け、適切な生活を行うことにより生活の質をよくしておくことが、最も大切な病気です。

(1) アルツハイマー病の患者さんによくみられる症状

まずここではアルツハイマー病の患者さんが経験する症状を認知機能障害、精神行動障害、神経症状、日常生活活動の障害に分けて、この順序で説明したいと思います。

①認知機能障害：認知症の中心的な症状で、脳の神経細胞の機能低下によって出現することがほとんどですから、リハビリテーションや薬物治療によって治療することは困難です。周囲の人が手助けするという対応が必要です。

(i) 物忘れ

物忘れは多くのアルツハイマー病の患者さんが最初に感じる症状で、その後も最も目立つ症状であり続けます。物忘れは脳の中の側頭葉というところの内側部にある海馬、海馬傍回と呼ばれる記憶機能に重要な役割を果たす部位の神経細胞が障害されるためにおこります。アルツハイマー病の患者さんでは、例えば、約束を忘れてたり、財布や眼鏡などの物品を置き忘れてどこにあるかわからなくなったり、ある物を買ったことを忘れて同じものを何回も買ってしまったりします。患者さんはこのように最近の出来事を覚えることが苦手になるのですが、古い出来事は思い出すことができます。健常者でも高齢になってくると物忘れが強くなってきます。しかしアルツハイマー病の患者さんの物忘れは加齢に伴う健常者の物忘れとは異なります。健常高齢者でも、何らかの出来事を自分からは思い出せないことがあります。しかし誰かが答えを教えてくれるとそうだったと思い出せます。また出来事の一部を忘れていても、その出来事があったことを忘れてしまうことは健常者ではおこりません。しかしアルツハイマー病の患者さんでは、

初期でも強い物忘れがおこり、ある出来事があったことを誰かに言われても実感できなくなります。

アルツハイマー病の患者さんの物忘れはゆっくりとおこりますので、いつからはじまったのかをはっきりさせることができないことが多いです。患者さんやご家族に聞くと「1年前からかな」というように年単位、あるいは半年前かなというように半年単位くらいでしょうか。その後、物忘れは徐々に強くなっていくことが多いのですが、その進行の仕方もゆっくりで、1年たって少し悪くなったかなという進行の仕方です。アルツハイマー病の患者さんの初期は、この物忘れだけが目立ちます。その他の障害は目立ちません。

(ii) 見当識障害

アルツハイマー病の患者さんでは病気の進行に伴い、物忘れ以外の症状が徐々に加わってきます。物忘れの次に起こりやすい症状が見当識障害です。見当識とは、時間や場所に関する認識です。例えば、今が何年何月何日で季節はいつか、また時間は何時頃かなど時間に対する認識を「時間の見当識」と呼び、自分が今どこにいるのか、何県、何市、何病院の何階など場所に対する認識を「場所の見当識」と呼びます。正しい見当識を持つためには正常の記憶機能が必要です。従って物忘れがあると見当識が障害されるのですが、初期では物忘れがあっても見当識が保たれますから、物忘れと見当識は別の症状と考えられています。

(iii) 言語の障害

アルツハイマー病の患者さんはさらに進行してくると言語の障害も加わってきます。しかしアルツハイマー病の患者さんで生じる言語の障害は、言葉を全く理解できなくなったり、全くしゃべれなくなったりするものではありません。言いたい言葉がすぐに思い出せなくなったり、言われている言葉がすぐに理解できなくなったりするというような、周囲からは言語の障害とは思われにくいようなものです。例えば、会話の中で言いたい言葉がすぐに思い出せず(このような状態を喚語困難と呼びます)、「あれあれ」、「それぞれ」というような指示語が多くなることがあります。また理解の障害については、比較的短い指示を一つずつされると十分理解できますが、いくつかの用事を一度に頼まれるような場面(例えば、〇〇さんに電話をかけて、△△をつたえて、□□の時間を決める)では、一部の用事を誤って理解したり、抜けたりすることがあります。アルツハイマー病の患者さんは一定の情報を頭に留めおくという作業が苦手になることも影響していると思います。

(iv) 視空間認知障害

視空間認知とは難しい言葉です。まずこの言葉の説明をいたします。私たちにとって、外界の状態を把握するために目からはいつてくる視覚情報はとても大切です。この視覚情報は大きく2つに分けられます。それは「その物の形や色はどんなものか」という物体が何であるかを把握するために必要な情報と、「その物がどこにあるか」という位置を知るための情報です。アルツハイマー病の患者さんでは、後者の位置に関する情報の把握がまず苦手になります。従って「ある物（人）とある物（人）との位置関係」や「ある物と患者さんとの位置関係」の把握ができなくなり、これを視空間認知障害と呼びます。我々は道順を覚えるときには、いくつかの目印を頼りにすることが多いです。この目印と目印との位置関係を正しく把握するためには視空間認知の機能が重要です。従って、視空間認知障害が顕著となってくると、道に迷うようになります。ただしあまり知らないところで迷う場合は、道順をよく覚えていないことから起こると考えられます。すなわち記憶障害による可能性が高いと思いますので視空間認知障害による支障と区別する必要があります。一方、よく知っているはずのところ、例えば長年住んでいる家の近所や家の中で迷う、家の中のトイレの場所がわからなくなるなどは視空間認知障害によると考えられます。また患者さん自身と外界の物との位置関係がわからなくなると、シャツやズボンと自分の位置関係が正しく把握できなくなるので、服がうまく着られなくなります。例えばシャツの袖のところに頭を通そうとするような行為はこの障害から生じている可能性があります。

さらに進行すると視空間認知障害だけでなく物体の認識もできなくなります。すなわち見た物が何であるかわからなくなります。シャンプーを見て、きれいな色なのでジュースと間違えて飲んでしまうというようなことが起こります。

(v) 遂行機能（実行機能）障害

ある目的を達成するために必要な複数の行動を効率的な方法、および順序で適切に行う能力のことを遂行機能と呼びます。遂行機能を必要とする日常生活活動の代表的な例としては料理があげられます。料理を作るためにはまず、メニューを決め、そのために必要な材料を調達しなければなりません。どの店で何をかうか決めるためにも遂行機能が必要です。実際の料理の段階では、どの材料をどのように切るのかを考え、実行し、その後も料理に必要な様々な行程をこなしていかななくてはなりません。そのためには複数の行程の順序やタイミングを決めて実行しなければなりません。その間、常に最初の計画通りにできているかをチェックし、うまくいっていない場合にはその時点でとりうる最善の対応策を考え、当初の計画に変更を加えなければなりません。料理は日常生活活動の中でも最も難しい遂行機能で、かつ毎日行わなければならない動作です。従って、料理が1人でうまくできなくなるという症状は、女性の患者さんでは比較的初期に明らかになりやすいです。その他にも我々の生活の中で遂行機能を必要とする行為はたくさんあります。社会生活のほとんど全ての活動に必要と言えるかもしれません。

遂行機能の障害は、「色々なことで要領や段取りが悪くなっていないか」という観点から考えると見つけやすいです。料理をしなくなり店屋物ですましたり、出来合のものを買ってきたりするようになったことで気づかれることもあります。また判断力の低下として気づかれることがあります。

②精神症状・行動障害

精神症状・行動障害には、意欲低下、抑うつ症状、妄想、幻覚などがあります。ここではアルツハイマー病の患者さんで認められやすいものを取り上げて簡単に説明します。多くの精神症状・行動障害には不安感が伴っています。従って対応として重要なことは不安感を和らげるような安心感を与える声かけ、雰囲気などで患者さんに対応することです。また薬物治療が有効な場合があります。

(i) 意欲低下

周囲の人から見るとアルツハイマー病の患者さんは、活動性や意欲、自発性が低下した、あるいは受動的になったと感じられることがあります。社会的であった人が外出をおっくうがるようになったり、お洒落であった人が整容を気にしなくなったりします。以前、興味を持っておこなっていた活動や趣味に興味を持てなくなります。そして病気が進行するとこの傾向が顕著となっていきます。さらに入浴、洗面、更衣などの日常生活活動も自発的には行わなくなり、周囲の人の声かけや促しが必要になってきます。このような意欲の低下は、神経細胞が徐々に減少していくことと関連していると思います。また日常生活の多くの活動が患者さんにとって大変な難作業になるため億劫になることも影響していると思われます。治療法としては、デイケア、デイサービスなどを利用して規則的に出かけるように生活を組み立て、引きこもらないようにすることが大切です。また薬物治療としてアリセプトが有効な場合があります。

(ii) 抑うつ症状

アルツハイマー病の患者さんは病初期には物忘れなどの自分の能力の減退に思い悩みます。また日常生活上の失敗も日常茶飯事となり、周囲の人から注意を受けたり叱られたりすることもしばしばとなり、ますます落ち込みます。このためアルツハイマー病の患者さんは病初期に抑うつ的になることがあります。これまでの研究ではアルツハイマー病の患者さんの10%～30%に抑うつ症状がみられると言われています。しかし典型的なうつ病の患者さんとは少し異なり、アルツハイマー病の患者さんでは、何を見ても聞いても悲しく感じてしまうという抑うつ気分や悲哀感はありません。仮にこのような感情が認められたとしても浮動的で持続しないことが多いようです。また死にたいと訴えたり自殺しようとしたりすることは比較的少ないと言われています。少量の抗うつ薬で治療することがあります。

(iii) 妄想

妄想とは、根拠が薄弱であるにも関わらず非常に強い誤った思いこみのことです。説得や説明等によって訂正不可能であることが多いです。妄想はアルツハイマー病の患者さんで見られる精神症状の中では頻度が高く、40%の患者さんに認められるとされています。妄想の内容としては患者さんが周囲に人からしいたげられている、被害を被っていると思ってしまう被害妄想、その中でも特に「誰かに財布や通帳を盗られた」とか「泥棒が入ってきて大切な物を持っていった」というような物盗られ妄想（ものとられもうそう）が多いのが特徴です。とられると訴える物としては、貯金通帳、財布などお金に関する物が多いです。とる人は家族、なかでも患者さんのケアをしている人であることが多く、あまりに訴えが強いとケアをしている人との関係が悪くなり、在宅ケアが困難となることもあります。ケアをしている人も疲弊し、患者さんのこの症状のためにうつ病になることもあります。物盗られ妄想以外には被毒妄想（例：誰かに毒を入れられる）、見捨てられ妄想（例：家族に見捨てられる）、不義妄想（例：配偶者が浮気をしている）などを認めることがあります。誤認妄想（例：自分の家にいるのに私の家ではないと思う、見知らぬ人が家の中にいる、配偶者が偽物であるなど）を認めることもあります。妄想の内容は概して単純であることが多いです。また内容は現実的で、ある程度了解可能であることが多いです。妄想は初期から中期の患者さんに認められることが多く、進行していくと目立たなくなることがあります。治療としては、短期入院したり、ショートステイを利用したりして物をとるとされている人としばらく離れて過ごすということが有効です。また少量の薬剤を使って治療することもあります。

(iv) 不安

とても不安が強く見られるアルツハイマー病の患者さんが一部におられます。配偶者や家族の誰かがそばにいてくれないと不安で仕方なくなる、目に見えるところに誰もいなくなると探し回る、色々なことを何度も誰かに確認せずにはおられないなどの症状がおこることがあります。頻回にトイレに行くという行動も不安の表れであることがあります。この症状によってケアする人が疲弊してしまうことがあります。従って一時的にケア施設に入所して安心感をとりもどしてもらったり、専門病院に入院して安心感を取り戻してもらって精神療法を行いつつ薬物治療を併用したりする治療を行うことがあります。

(v) 幻覚

幻覚とは、実際には存在しない物が見えたり、音が聞こえたり、嗅いがしたり、味がしたり、身体の中や外の感覚を感じたりする異常です。それぞれ「幻視」、「幻聴」、「幻嗅」、「幻味」、「幻触」と呼びます。アルツハイマー病の患者さんでは、幻覚は妄想より少なく、約3%に認められる程度です。幻覚の種類としては幻視や幻聴が多いという特徴があります。幻視の対象は曖昧なこともあれば明瞭なこともあります。侵入者や

既に亡くなった親族の姿が見えるなどと言うことがあります。幻聴は幻視を伴うことがありますが、内容は雑音のようなはっきりしないものから、人の声でその内容もはっきりとしているものまであります。その他、稀に幻臭や幻触を認めます。

錯覚とは何らかの物や音などを誤って認識することです。例えば、壁紙の模様を見て虫が這っていると思ったり、壁のシミが人の顔に見えたり、ベッドカバーの襷がへびに見えたりします（錯視）。また風の音を人の話す声に間違える（錯聴）こともあります。錯覚では何らかの対象が存在している点が幻覚と異なるところです。

治療としては少量の薬物治療を行うことがありますが、この症状によって患者さんが混乱しておらず、危険な場面におちいりそうになれば経過観察することもあります。

(vi) せん妄

せん妄とは様々な症状が急激に出現し、変動し、場合によっては患者さんが興奮してしまう状態です。アルツハイマー病をはじめとする認知症の患者さんに起こりやすいのですが、夕方頃から夜にかけて出現しやすく、この時間帯におこるせん妄を特に夜間せん妄と呼びます。せん妄の時に認めやすい症状としては、時間と場所の見当識障害があります。患者さんは、今が朝か昼か夜かわからなくなったり、自分が自宅にいるのか病院にいるかわからなくなったりします。活発な幻覚や錯覚（幻視、錯視が多いです）、妄想および不安、恐れ、怒り、イライラなどを伴い、感情的にも不安定になります。ひどい場合は、患者さんの思考に一貫性がなくなり、断片的な内容を取りとめなく話したり、途中で話がそれたりすることもあります。また同じことを繰り返す話すこともあります。行動面でも突然、家を飛び出したり、物を投げたりするというような突発的で滅裂な行動をとることがあります。そして制止しようとするときにさらに興奮し暴言、暴力におよぶことがあります。患者さん自身はとても不安で恐怖を感じて、その恐怖から逃げようとしている場合が多くあります。せん妄は、認知症の症状の一つとして出現することもあります。感染、発熱、脱水、薬物の副作用などの内科的合併症のためにおこっていることも多く注意が必要です。従って、専門の患者さんに対しては専門医の受診を受ける必要があります。もしも認知症の症状として出現している場合には、昼起きて夜寝る生活リズムをつくる、このために昼間は可能な限り戸外に出て太陽の光を浴びる、事故につながらないよう生活環境を安全にする、少量の薬物治療を試みるなどで対応します。

(vii) 徘徊

患者さんが目的を持たずに、または他者にその行動の目的が理解しがたい状況で患者さんが歩き回る行動のことです。しかし実際には患者さんなりの理由を持って徘徊していることが多いのです。例えば、見当識障害などのために自宅を会社だと間違ってしまうと、夕方になったから家に帰らないといけないと思い、帰り道を探して徘徊することがありま

す。また家の中のトイレを探しているのですが、視空間認知障害のためにその位置がわからず結果的にさまよってしまうこともあります。あるいは不安や焦燥、時には妄想のためにじっとしていられなくなって徘徊しているように見えることもあります。

(viii) 食行動異常

認知症の患者さんは、意欲の低下、認知機能障害にともない、自分でバランスの良い食事を適切な量摂取できなくなります。そのために栄養不足になり身体の病気を併発しやすくなります。そして身体の病気によって活動的な生活が出来なくなったり、時には入院して寝たきりになったりして、認知症の症状がさらに悪化することがあります。アルツハイマー病の患者さんでは、たくさん食べ過ぎる（過食）、同じ物ばかり食べる（偏食）、食物でない物を食べる（異食）、食べようとする意欲がなくなる、食べることを拒否する（拒食）、食事中に食べることに集中できずに時間がかかる、食事をかき込むように食べるなどの食行動の異常がおこることがあります。過食は記憶障害のために食べたことを忘れる、不安や欲求不満のあらわれとして食への執着が強くなる、「満腹中枢」が障害されるなど種々の原因によっておこると考えられています。異食は側頭葉とよばれる脳部位の障害により生じるほか、認知障害により食べ物を食べ物と認識できなくなる、味覚や嗅覚の低下などによって生じるなどの理由が考えられます。箸やスプーンがうまく使えなくなり手で食べざるをえないこともあります。さらに疾患が進行してくると食べる行為そのものがわかりにくくなったり、食べ方がわからなくなったりするために食事をとらなくなることもあります。この時期でも最初はケアをしている人が口まで食物を持っていくと食べるものがほとんどです。しかし口の中でもぐもぐと噛みつぶけるだけで飲み込まなくなることもあります。さらに病気が進行すると、ケアをしている人が口まで食物を持ってきてもなかなか口を開けなくなり摂取量が不十分になることがあります。この頃になると一回の食事に1時間以上時間がかかる場合もあります。最終的には経口摂取が不可能になり、鼻から胃まで管を入れて、そこから液体の栄養剤を補給したり、点滴をしたりすることが必要になります。

(xi) 排泄行動障害

病気が進行してくると失禁してしまうことがあります。失禁は便、尿が出ることがわかりにくい、風呂や廊下をトイレと間違えてしまう、トイレの場所がわからない、トイレで衣類を脱ぐのに時間がかかるために間に合わない、便器の使い方がわからない、便器と自分の正しい位置関係がわからない、排尿排便後の始末がうまくできないなどの理由によっておこります。体の排尿機自体が障害されることは少なく、このためではないと考えられています。自尊心や恥ずかしさの感情は、病気がかなり進行しても残っていますから、他人に手助けされることは嫌で、自分で何とかしようとする人が多いです。このため汚れた下着を隠そうと思うこともあります。また汚れた下着を始末しよう

と思うのですが、かえって床や壁を汚してしまうという不潔行為につながることもあります。尿や便の失敗がおこりはじめたら膀胱炎や尿道炎などの尿路感染症になっていないかどうか注意することが必要です。

アルツハイマー病の患者さんは便秘になることもしばしばです。運動不足のため腸の動きが悪くなりがちであることや食事の量が減ること消化のよい物ばかり食べることなどが影響していると考えられます。アルツハイマー病の患者さんでは便秘を自ら訴えることが少なくなりますし、食事も変わらない場合が多いためケアをする人が気付きにくいものです。腸閉塞になってしまうこともありますので排便の状態は注意しなければなりません。

(x) 介助に対する拒否

アルツハイマー病の患者さんでは食事や服薬、入浴など日常生活に対するいろいろなケア的な働きかけに対して拒否することがあります。拒否には多くの場合、患者さんなりの理由があります。しかし認知症の患者さんはその理由をうまく説明することができません。だからケアをしている人も困ってしまうのです。

(xi) 危険行為

アルツハイマー病の患者さんは、理解したつもりでも、実は十分に理解ができていなかったり、そのことをすぐに忘れていたり、あるいはわかかっていても行動が伴わなかったりというような理由で危険な場面に陥ることがあります。また自己の障害を正しく認識することに対する障害がおこるため、できると思っけていても、実際にはできないこともあります。さらに、これは高齢者全般にあてはまることですが、周囲の状況に十分な注意を払えなくなります、あるいは一度に十分に注意を払える範囲が狭くなります。精神的に不安や焦燥などが高まっている時には、さらに注意を払える範囲が狭くなります。このようなことから事故に遭遇しやすくなったり、危険を回避できなくなったりします。現実的には失火、詐欺にあう、転倒、転落、交通事故などが多く、このようなことがおこる可能性が高くなるとケアをしている人の観察、適時の指示・誘導以外が重要となります。

③神経症状

ご家族の中に何人ものアルツハイマー病の患者さんが存在するやや特殊な家族性アルツハイマー病の患者さんを除けば、アルツハイマー病の患者さんでは明らかな神経症状が初期から目立つことは稀です。すなわち、四肢の動き、体の動きは末期まで正常です。しかし終末期には筋肉が固くなったり、筋肉がけいれんしたり、歩行がしにくくなったりすることがあります。

④日常生活活動（Activity of daily living：ADL）の障害

日常生活活動（Activity of daily living：ADL）には、基本的な身の回り活動（トイレや食事、着替、入浴など）と、より高度な手段的ADL（金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など）の2種類があり、認知症の患者さんでは、後者の方が早期から障害されます。アルツハイマー病の患者さんのADLの障害は、認知機能の低下により生じることが多く、体が動きにくくなって行えなくなることは希です。神経細胞の障害のためにADLの障害がおこりますので、治療は困難です。周囲の皆さんが手助けしてあげることが大切です。

（2）アルツハイマー病の患者さんが障害されやすい脳領域

原因はまだよくわかっていませんが、アルツハイマー病は脳の神経細胞が徐々に少なくなっていく病気です。最初に神経細胞が障害される部位は側頭葉内側部という領域です。この領域は我々が記憶をするのに重要な部位です。だからアルツハイマー病の患者さんの最初の症状が物忘れであることが多いのです。その後、徐々に神経細胞の障害はその他の部位に広がっていきます。しかしこのスピードはゆっくりです。また生命を維持するのに重要な部位や体を動かすために重要な部位、冷たさや痛さなどを感じるのに重要な部位の障害はおこりにくいです。そのためアルツハイマー病の患者さんは体の動きや感覚が障害されることは稀です。

アルツハイマー病の患者さんの脳の状態はCT（シーティーと読みます）検査やMRI（エムアールアイと読みます）検査のような脳の形を調べる検査や、脳血流を調べるSPECT（スペクトと読みます）検査で知ることができます。MRI検査ではアルツハイマー病患者さんの障害部位が脳の萎縮として明らかになります。また脳血流SPECT検査では、障害部位が血流の低下として明らかになります。誤解がないように付け加えておきますが、アルツハイマー病の原因は脳の血管障害ではありません。脳には、働きが悪くなった神経細胞に送る血液の量を減らすという自動的な調節機能があります。この自動調節機能によってアルツハイマー病という病気のために神経細胞の数が減った脳領域に、流れる血液量が減るのです。そしてこの様子を脳血流SPECT検査で評価できるのです。一般的にMRI検査で萎縮が明らかになる前に脳血流SPECT検査で血流の低下を明らかにできることが知られていますので、アルツハイマー病の早期診断には脳血流SPECTが有用です。

これらの画像診断はあくまで診断の補助であり、正確な診断には症状をきちんと観察し、捉えることが重要です。

(3) アルツハイマー病の患者さんの症状に対する対応法の実際

①認知機能障害

(i) 記憶障害（物忘れ）

アルツハイマー病で生じる物忘れは、正常な老化による物忘れとは異なり、経験自体を忘れてしまいます。また、忘れたことも忘れてしまい、物忘れをしたことを自覚できないのが特徴です。食事の内容だけでなく、食事をしたこと自体も忘れて食後すぐにも「ご飯はまだ？」と何度も食事を要求したりします。来客があり楽しく話していたのに、客が帰ると名前だけではなく、来客のあったことさえも忘れてしまいます。また財布などを大事にしまい込み、しまった場所を忘れて「なくなった」と大騒ぎします。同じことを何度も何度も聞いたり言ったりして、ケアをしている人が参ってしまうこともあります。

【対応法】

- ・ 患者さんは忘れていることを自覚しにくいいため、いくら注意や説明をしても、記憶障害による行動が改善することは少ないです。かえって失敗を指摘されたり、否定されたりすることにより、自尊心が傷つけられ落ち込んだり、不安になったり、さらには怒ったりします。一旦は患者さんの言葉や行動を受けとめる事が重要です。
- ・ 物の置場所を忘れて探すことに対しては、患者さんが品物をしまう場所が決まっている場合には周囲の皆さんがこの場所を把握して渡してあげましょう。またそうでない場合には、しまう場所を患者さんと一緒に決めましょう。繰り返せば新しい場所を覚えることが出来ることがあります。
- ・ 繰り返される食事要求は、食後すぐに自分の部屋に戻ってしまう患者さんに多いような気がします。だから食後、しばらくは食事をした食器をかたづけないうままにして、その部屋で団らんするようにしましょう。食べた後の様子をしばらく見せることと食後穏やかな気持で楽しい時間を過ごしてもらうことが有効のようです。食べる時に患者さんに自筆でサインをしてもらう決まりをつくって、そのサインを見せることによって食事の要求が減った患者さんもいました。取り入れてみてもいいかもしれません。
- ・ 通帳など貴重品は、患者さんが信用している子供さんなどに預けましょう。
- ・ 繰り返し同じ話をするときには、周囲の皆さんはあえて患者さんに繰り返し丁寧に説明することをやめてみてはどうでしょうか。他の話題に転換したり場所を変えたりして関心をかえることもいいかもしれません。もし患者さんが納得し安心した言葉があればそれを憶えておいて、次の機会にもその言葉で答えましょう。
- ・ 患者さんに伝えるときには短くてわかりやすい表現を使用するように心がけましょう。一度に二つ三つのことは言わないようにしましょう。