

総説

## 認知症の原因疾患による症状・行動の特徴とケアの方針

西川 隆, 大西久男

大阪府立大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学専攻  
583-8555 羽曳野市はびきの3-7-30

受付: 2009年12月18日, 受理: 2009年12月25日

### Symptomatic and behavioral features in different types of dementia, and the principles of care.

Takashi NISHIKAWA, Hisao OHNISHI

Occupational Therapy, Faculty of Comprehensive Rehabilitation, Osaka Prefecture University  
3-7-30, Habikino, Osaka 538-8555, Japan

Received December 18, 2009; accepted December 25, 2009

**Key words:** 認知症; 原因疾患; BPSD; ケア

#### I. 認知症に対する疾患別ケアの重要性

認知症高齢者の急速な増大と医療費抑制政策のはざままで、在宅および福祉・保健施設におけるケアの重要性が高まっている。患者数に見合うだけの医療・介護施設が確保されていない現状では、患者は可能な限り長く在宅で生活せざるをえず、その期間を少しでも安全・快適に過ごすためには、訪問介護、デイ・サービス、ショート・ステイなどきめこまかなサービスを提供して、家族を援助する必要があるからである。また、早晚必ず訪れることになる認知症の最終段階を時期的に見極め、患者の病状と家族の希望に応じた施設への入院・入所が円滑に行われるかどうか、専門的なケア従事者に委ねられている。

こうした役割を担うためには、患者が今後たどることになる病状の経過についてケア従事者自身が明確な展望をもっておくことが必要である。しかし、認知症の病状と経過はその原因疾患によって大きく異なる。本稿では、まず認知症疾患別のおおまかな見通しを解説したうえで、本人への対応と家族への援助に関する留意点を解説する。

#### II. 疾患別の経過の特徴

認知症の症状は疾患によって異なり、また同じ疾患においても病変の分布や進行速度に個人差がみられる。さらにその病像は、患者の病前性格や生活環境、家族関係、介護者の対応などによって多彩に修飾される。そのため、診断が確定しても患者のその後の経過を精確に予測することは容易ではない。しかし、直接介護する者にとっては、おおよその見通しと、生じる可能性のある問題についてだけでも知っておくことが心の備えとなり、患者への適切なケアや円滑な社会資源の活用につながって、患者に有益な結果をもたらすことになる。

認知症の病像は多様であるとはいえ、各疾患にはある程度の典型的な病像・経過がみられる。以下に、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症の経過の概要についてまとめておく。なお各疾患に関する詳細は著者らの他の文献を参照いただきたい<sup>1,2,3,4,5</sup>。

##### 1. アルツハイマー病

アルツハイマー病 (Alzheimer's disease; AD) の経過の模式図を示し(図1)、各期の症状を表に示す(表1)。ADは認知症の半数を占め、多くは65歳以後の高

<sup>1</sup>連絡著者 Email: nisikawa@rehab.osakafu-u.ac.jp

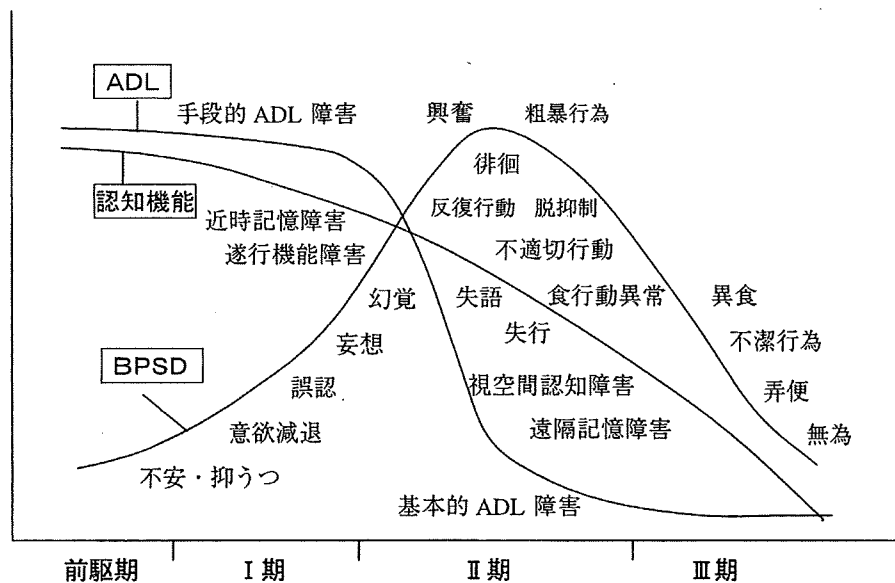


図1 Alzheimer病の経過の概要

表1 Alzheimer病の各病期における症状

前駆期	軽度認知機能障害：ほぼ記憶領域に限定された認知機能低下 精神・身体症状：不安、めまい、頭痛、意欲減退、不定愁訴、神経衰弱状態
第I期（発症後1～3年）	記憶：近時記憶の障害（物忘れ） 認知：地誌的見当識障害、複雑な構成障害 言語：語彙の減少、喚語困難、迂回表現、健忘失語 遂行機能：仕事・家事の段取りの悪さ ADL：手段的ADL（金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など）の障害 BPSD：活動性減退、無関心、悲哀（時に易刺激的、妄想）
第II期（発症後2～10年）	記憶：近時記憶・遠隔記憶の増悪 認知：構成障害、視空間失認、Balint症候群、失算、視覚失認 言語：流暢性失語、失語性失読失書、錯語、新造語、ジャルゴン 行為：観念運動失行、観念失行 ADL：手段的ADLの悪化、基本的ADL（トイレ、食事、着替、入浴等）障害 BPSD：無関心、易刺激性、不安、興奮、被害・誤認妄想、幻視・幻聴 徘徊、無意味行動、脱抑制、食行動異常
第III期（発症後8～12年）	知的機能：重度の障害 言語：反復言語、反響言語、無言 ADL：基本的ADL障害の悪化、寝たきり BPSD：異食、不潔行為、弄便、無為 運動機能：四肢の固縮、屈曲位、歩行障害、ミオクローヌス、把握反射 排泄調節：尿・便失禁

齢期に発症し、女性に多い。緩徐進行性の経過をたどり、生存期間は約10年とされるが個人差が大きい。初老期発症例では進行が速く経過も短い。

ADの経過はI～IIIの3期に分けられる。

認知機能は通常、近時記憶の障害（物忘れ）からは

じまり、次第に遠隔記憶・言語・行為・視空間認知・遂行機能の各領域が全般的に緩徐に低下してゆく。

日常生活活動（activities of daily living; ADL）は、I期では手段的ADL（金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など）が障害されはじめ、認知機能の低下が一定

限度を超えるⅡ期に急速に悪化して、基本的 ADL（トイレや食事、着替、入浴など）にも障害が及ぶ。Ⅲ期にいたって身体的介助が必要となり、末期には寝たきりの状態となる。

行動・心理学的症候（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）は、初期には抑うつ・意欲減退などの陰性症状が比較的多いが、妄想・幻覚などの陽性症状や徘徊・不適切行動など特に問題となる行動異常はⅡ期に目立ち、Ⅲ期には単純な常同行為や弄便などの不潔行為を経て、最終的には無為に陥る。死亡原因は、誤嚥や感染による肺炎、尿路感染症、気道異物による窒息などが多い。

## 2. 血管性認知症

血管性認知症（vascular dementia; VaD）は認知症の約 20～30% を占め AD について多い。年齢は AD よりやや低い 60 歳代に多く、また AD が女性に多いのに対して VaD は男性に多い。原因となる脳血管病変には、①多発性ラクナ梗塞、②Binswanger 病、③粗大な脳血管障害、④重要な部位（視床・尾状核・海馬・帯状回など）の少数の小病変によるものが含まれ、それぞれの病像に違いがある。かつて動脈硬化症と称されていた①および②が VaD の代表である。

VaD では AD との比較で従来、段階的な増悪過程と斑（まだら）認知症が特徴とされてきたが、必ずしもそうとはいえ、Binswanger 病では目立たないことが多い。斑認知症とは認知機能の領域によって重症度に濃淡のあることを指す。また VaD では麻痺や感覚障害、錐体外路症状などの神経症状を伴うことが多く、早期に基本的な ADL が障害される。BPSD では AD よりも抑うつや不安などの気分・感情障害が目立つ。

しかし、VaD に関して臨床上もっとも重要な点は、血圧や糖尿病、脂質異常などの危険因子を管理して血管障害の再発を抑止することができれば、認知症の進

行を阻止できるばかりか症状の改善をも期待できるという点である。

以上の特徴を他の疾患とともに表にまとめておく（表 2）。

## 3. レビー小体型認知症

レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies; DLB）は、かつて AD と診断されていたケースのうち 3～4 分の 1 を占めていたと推定される疾患であるが、今日では AD との鑑別が容易になった（表 2）。臨床症状は AD に類似しているが、AD と比較した DLB の特徴は、注意や意識の動揺を伴う認知障害、具体的内容の反復性の幻視、パーキンソニズムの合併、反復する転倒・失神などであり、徴候としては抗精神病薬への過感受性、頸動脈洞刺激による過大な降圧・徐脈反応などが指摘されている。

予後に関する報告は見当たらないが、経験的には合併するパーキンソニズムによって身体機能の低下が進み、AD より早く寝たきり状態になるようである。

## 4. 前頭側頭葉変性症

前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration; FTLD）は前頭葉および側頭葉に変性が目立つ認知症疾患の総称であり、前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia; FTD）・意味性認知症（semantic dementia: SD）・進行性非流暢性失語（progressive non-fluent aphasia: PA）を含んでいる。AD より若い 50～60 歳代に発症することが多く、予後は AD よりやや短く 8 年前後といわれる。

FTD は前頭葉優位型 Pick 病を中心とする類型で、病識に乏しく、「性格変化」と称されてきた逸脱行動や常同行動、被影響性の亢進、情性欠如などの人格や行動の変化が前景に立つが、他の認知機能は比較的保たれている。SD は側頭葉優位型 Pick 病を中心とする

表 2 AD と比較した他の認知症の病像の特徴

VaD	血管障害がコントロールできれば進行が阻止できる 段階的増悪過程と斑（まだら）認知症 麻痺や感覚障害、錐体外路症状などによる基本的 ADL の障害 BPSD では抑うつや不安などの気分・感情障害が目立つ
DLB	注意や意識の動揺、幻視、パーキンソニズム、転倒・失神 抗精神病薬への過感受性、頸動脈洞刺激による過大な降圧・徐脈反応
FTLD	FTD では性格変化と称される逸脱行動・常同行動・被影響性亢進・無関心 SD では語義失語、熟知相貌の意味記憶障害 他の認知機能は比較的保たれる

類型で、語義失語や熟知相貌の意味記憶障害が目立つが、進行すればFTDと同様の行動異常がみられる。PAは進行性の非流暢性失語のみが目立つ類型である。

FTDでは逸脱行動のためにしばしば警察に保護され、主治医に連絡が入ることがある。多くは被影響性の亢進によって、電車内で隣に座った女性の膝に手を置く、デパートで目を引いた品物を持ち去る、無銭飲食などの問題行動を起こすためである。

### Ⅲ. 患者本人へのケア

患者本人への対応は疾患や病期に応じて変えなければならないが、一貫して適用すべき基本原則といえるものがある。

#### 1. 知性でなく感情に働きかける

多くの認知症では、自覚的なエピソード記憶は残らなくても、より基層の快・不快や喜怒哀楽・嫌悪・驚きなどの体験に関する情動記憶は残存する<sup>6</sup>。患者が治療・介護の場面や人物に対していったん好感や反感を抱けば、その影響は思いもよらぬほど尾を引くことになる。採血など痛みをともなう手技や苦手な認知機能検査を患者に強いて反発を招くと、次の面接でも同様の反応を繰り返すことが多い。

面接する際にも、患者は会話内容を理解していないとしても、話し手の表情や雰囲気は鋭敏に受けとめていると考えておかねばならない。真剣なまなざしは家族には信頼感を与えるかもしれないが、患者には緊張感をもたらす。笑顔と柔和な態度を心がけるべきである。

#### 2. 自尊心・羞恥心・人間的尊厳への配慮

上記とも関連するが、患者はかなり病状が進行しても自尊心・羞恥心を保持している。診察場面で衣服を脱ぐことや日常生活での失敗に対する叱責・非難は患者に屈辱感を与えるものである。家族から患者の家庭での行動を聴取する場合や、家族に病状の見通しを説明する際には、患者と別室で行うよう配慮すべきである。患者に対しては、発病するまで家庭と社会を支えてきた功労者としての敬意を払うべきであり、たとえ寝たきり状態におちいったとしても人間的尊厳は守られねばならない。

#### 3. 行動習慣の容認

それぞれの患者には長年身につけてきた行動習慣

や生活上の流儀というものがあり、行動を自己制御する能力が低下するとそのような行動習慣が強調されてあらわれる場合がある<sup>7</sup>。患者にとっては習慣にもとづいて生活することが最も容易で混乱が少ない。FTDの常同行動や他の認知症の一見無意味と思える反復行動の多くは患者にとって自然な活動なのであり、危険や周囲への多大な迷惑が及ばない限り容認すべきである。これらの行動の阻止や制限はしばしば患者の強い反発を招くので対応に注意せねばならない。

#### 4. 行動異常の誘因に対する推察

徘徊や反復行動など一見無意味に見える患者の行動には種々の誘因がある<sup>8,9</sup>。たとえば徘徊の場合、患者は自分の家や部屋がほかの場所であると誤認し、そこに帰ろうとして歩き回る場合もあれば、台所やトイレを探している場合がある。また、空腹や尿意による生理的な不快感を本人自身が理解できず、やみくもに行動している場合がある。さらに、漠然とした行動欲求を満たすためにただ歩きまわっている場合もある。これらの誘因を介護者が推察し、もし生理的な不快感によるものならばそれを解消することが有効である。漠然とした行動欲求にもとづく徘徊は一定の時間同伴して歩いたうえで自室に誘導すれば多くはおさまる。また、誤認にもとづく徘徊に対しては、同伴して少し歩いたうえで、「今日は遅いからここに泊ってあした帰りましょう」などと理由を述べることで患者が納得することも多い。

#### 5. 在宅介護の状況、虐待の有無のチェック

専門的ケア従事者は家族による在宅介護の状況を把握しておく必要がある。ADLの各領域に関して適切な介護が行われ患者が安全・快適に生活できているか、家族関係が良好に保たれているか、常に目を配るべきである。

ことに患者に対する虐待には注意を要する。身体的虐待、心理的虐待、経済的虐待、性的虐待、介護放棄など、高齢者に対する虐待は全国で年間5000件近い報告があり、約10%に生命の危険があるとされる。被害者のうち認知症が約60%を占め、加害者は息子、嫁、配偶者の順に多い。その20%が医療機関で発見されているという<sup>10</sup>。患者の訴え・身体的外傷・精神状態・身なり・清潔さ・家族の態度から虐待の可能性を検討し、疑われた場合には地域包括支援センターに通告する。

## 6. 身体合併症のチェック

認知症の患者は苦痛に対する感受性が低下している場合があり、また身体の不調を表現する能力も制限されているので、合併症がかなり悪化するまで見過ごされることも多い。客観的所見にもとづく一般的な医学的管理を怠らないよう注意する。

## 7. 適切な薬物使用

認知症の患者には高齢者が多いので一般的に薬物の代謝機能は低下している。ことにBPSDに対して処方される抗不安薬・睡眠導入剤・抗うつ剤・抗精神病薬は、脱力や過鎮静・せん妄・興奮などを招きやすく、疾患本来に起因するADLの障害やBPSDの発現と誤られる場合があるので注意を要する。興奮や粗暴行為・妄想・睡眠障害などは介護者の対応や生活指導によって落ち着くことも多いので、まずは対応法を工夫し、薬物治療は最小限にとどめるべきである<sup>11,12</sup>。また合併症に対して処方される降圧剤などの一般的薬剤も過量投与となりやすい。

## 8. 運転免許の制限

2002年に道路交通法が改正され、認知症患者には運転免許が停止もしくは取り消されることになった。患者が運転する危険性を治療者が認識していたにもかかわらず、十分な説明と対応を怠って患者が事故を起こした場合、治療者の民事責任が問われることがある。車のキーは家族が管理するよう指導せねばならない。

## III. 家族への援助

認知症の治療において専門的ケア従事者が働きかける対象は、患者本人よりも家族の比重が大きい。このことは患者の介護を担う家族に助言するというだけでなく、認知症のADL障害とBPSDが家族の心身の健康をも損なうからである。在宅要介護者の家族の困難感は、精神的負担64%、介護期間の見通しが立たない52%、肉体的負担41%の順に訴えが多い<sup>13</sup>。認知症の治療の半分は家族への治療であると考えなければならない。

平成12年度から介護保険制度が導入されたが、いまでもその大半を家族が支えている。原因疾患のうち介護度3以上の重症は脳血管障害について認知症が多く約20%を占める。主たる介護者は、同居家族66%、別居家族9%、事業者14%であり、同居介護者の続柄

は、配偶者25%、子の配偶者20%、子供19%である。介護者の75%が女性で、半数以上が60歳以上のいわゆる老老介護である<sup>14</sup>。

家族に対して専門的なケア従事者が行うべき援助の要点を以下にあげる。

### 1. 経過の見通しに関する専門的知識の提供

まず原因疾患に応じた経過の見通しと予測されるADL障害・BPSDを家族に説明することが必要である。ただし、主治医や他の専門職の説明と矛盾がないように、あらかじめ見解を統一しておかねばならない。

前述したように認知症の経過は個人差が大きい、大雑把な説明でも家族にとっては心構えの助けになる。認知症に限らないが、家族への説明は正確・簡潔でありながら、家族が受ける衝撃に配慮したものでなければならない。曖昧な説明は家族の混乱や治療への不信をまねくが、一方、冷厳な悲観的事実だけを説明することは家族の希望を奪ってしまう。病状の不可逆的な進行、全経過が10年近くに及ぶ、根治的治療が確立されていない、介護はいわば後退戦であり負担は大きい成果は少ない、途中で何らかの問題行動が起きることは避けられない、などは事実であるとしても、家族への説明においてはそうした否定的側面だけでなく、希望をつなぐことのできる肯定的な情報や、生じうる問題への明確な対応法、利用できる援助を提供するよう配慮が必要である。

肯定的な情報とはたとえば以下のようなものである。

①認知症全般に関しては、疾患に応じて認知機能やBPSDを少しでも改善できる薬剤がある。病期の段階と患者の症状に応じて適宜、デイサービス、ショートステイ、各種介護・医療施設への入所などの社会資源を利用することができる。②変性性認知症に関しては、ADではアミロイド生成阻害物質やワクチン療法、万能細胞による細胞工学的治療など有望な根治療法の開発が進められている。③血管性認知症に関しては、高血圧・糖尿病・脂質異常など危険因子のコントロールによって進行を阻止できる、などである。医学や保健・福祉に関する新しい情報を常に仕入れてケアに反映されるよう努力していただきたい。

### 2. ADL障害への介助法とBPSDへの対応法の指導

ADL障害への介助法の詳細は成書を参照いただきたい。患者への対応法は、上に述べた患者本人に対応

する際の基本原則を家族にも指導する。患者の感情や自尊心の尊重、行動異常や精神症状に対する寛容な対応は患者に身近な家族にこそ一層求められるものである。

不安・興奮や攻撃性・粗暴行為などのBPSDは、介護者の叱責や行動制限により反応的に触発されることが少なくない。徘徊や無目的な行動などは患者の危険や周囲に多大な迷惑が生じないかぎり放置あるいは観察にとどめることが肝要である。妄想は家族の関係を反映していることが多い。被害的妄想において犯人扱いされる対象は多くの場合、嫁や娘などの身近な家族であり、その人物と引き離すなどの指導が奏功する場合がある。

### 3. 家族への精神的支持

認知症の場合、他の疾患に比べて家族の負担の程度と期間がきわめて大きく長い。多くの家族は介護の負担がいつまで続くかという不安と、その負担が病気の回復という形では決して報われないというニヒリズムに苛まれている。一方、自分たちは十分な介護を患者に与えていないのではないかという罪悪感や、自分自身の老後を患者の姿に投影して恐怖を抱く家族もある。そうした不安や不満が介護者の疲弊やうつ状態の発症、心中事件、患者への虐待となってあらわれる場合がある。治療者は家族の苦勞に共感し、精神的に支持するよう心がけねばならない。

認知症とは患者が赤ん坊に帰っていく過程であり、介護とは介護者による親の世代への恩返しであるという説明や、衰えていく人に寄り添うことは人倫的で崇高な行為であるとの称賛が家族を支えることがある。認知症の家族は介護という行為の意義づけを求めているのである。

### 4. 家族の状況とニーズを把握する

家族に過大な負担がかからないよう援助するためには、家族構成・経済状態・人間関係・家族の人柄を把握しておく必要がある。とりわけ配偶者が健在であるか、常時介護しうる家族がいるか、幼い孫が同居しているかなどは重要な情報である。

それぞれの家族には何十年にも及ぶ歴史があるのでその心情はさまざまである。最期まで患者と残された時間を共有したいと願う人もいれば、早くから施設への入所を希望する家族もある。治療者の道義感を投影して家族に反感を覚えることもあるが、患者には決して

よい結果を招かない。家族の身体的・精神的状態を把握し、家族のニーズを軸にその時々での患者の状態を踏まえた介護のあり方を助言すべきである。

### 5. 社会資源の利用に関する援助

在宅介護の困難さは社会資源の利用によって大きく軽減することができる。それらの利用に関する専門的ケア従事者の役割は重要である。生活支援システムの内実は各自治体によって異なっており、構造が把握しにくい面もあるが、一応の知識は蓄えておかねばならない。市町村の福祉担当窓口、社会福祉協議会との連絡を確保しておくことが円滑な対応につながる。

公的サービスの利用についてはまず介護認定を受けることが第一歩であり、主治医への各種の診断書・意見書等の作成

在宅介護におけるホームヘルパー、デイ・サービス、ショート・ステイの利用や、認知症や合併症によって在宅療養が困難になった場合に、老健施設、福祉施設、総合病院、精神病院、認知症病棟などへのスムーズな入院・入所が可能になるよう、地理的条件や患者の病状に応じた病院・施設との連絡を確保しておくことが必要である。

### 文献

- 1) 西川隆 (2006) 認知症 (痴呆). (In「高次脳機能障害 その概念と画像診断」, 武田克彦, 波多野和夫編), 中外医学社, 212-249.
- 2) 西川隆, 池尻義隆, 中川賀嗣, 他 (2000) アルツハイマー病の鑑別診断; 脳形態・機能画像. 老年精神医学雑誌 11: 859-866.
- 3) 武田雅俊, 篠崎和弘, 西川隆, 柏木雄次郎 (1999) 痴呆性疾患の診断・治療・ケア. Modern Physician 19: 712-714.
- 4) 武田雅俊, 西川隆, 篠崎和弘, 他 (1999) 老年期痴呆を来す疾患—治療可能な痴呆を含めて—. 精神科治療学 14: 22-27.
- 5) 田辺敬貴, 西川隆, 中川賀嗣 (1996) 痴呆の神経心理学—記憶障害の観点から—. 老年期痴呆研究会誌 9 (別冊): 18-25.
- 6) 西川隆, 池尻義隆, 武田雅俊 (2001) 老化と記憶. 老年精神医学雑誌 12: 1246-1252.
- 7) 西川隆, 水田一郎, 武田雅俊 (2001) 高齢者と痴呆老人の行為障害—強迫行為とその周辺—. 老年精神医学雑誌 12: 903-908.

- 8) 武田雅俊, 西川隆, 徳永博正, 他 (2001) 痴呆患者の問題行動・精神症状とその解釈. 老年期痴呆研究会誌 12: 124-129.
- 9) 武田雅俊, 篠崎和弘, 西川隆, 田中稔久 (2003) 痴呆に伴う感情・行動・認知障害. 診断と治療 91: 249- 253.
- 10) 厚生労働省医療経済研究機構調査検討委員会 (2004) 家庭内における高齢者虐待に関する調査. 平成 15 年度老人保険健康増進等事業.
- 11) 池尻義隆, 篠崎和弘, 西川隆, 武田雅俊 (2001) アルツハイマー病の初期の薬物治療. 精神科治療学 16: 429-432.
- 12) 池尻義隆, 西川隆, 徳永博正, 武田雅俊 (2002) アルツハイマー病の行動・精神症状に対する薬物療法の実際と問題点. 分子精神医学 2: 297-299.
- 13) 長寿社会開発センター介護支援専門員テキスト編集委員会 (2006) 介護保険制度と介護支援. 改訂介護支援専門員基本テキスト第 1 巻.
- 14) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2006) 平成 16 年国民生活基礎調査第 2 巻全国編. 厚生統計協会.

# 認知症疾患別の予後の見通しと本人への対応， 家族への援助

大阪府立大学総合リハビリテーション学部教授 西川 隆

## 認知症における プライマリー・ケアの重要性

認知症高齢者の急速な増大と医療費抑制政策のはざまに、プライマリー・ケアの重要性が高まっている。患者数に見合うだけの医療・介護施設が確保されていない現状では、患者は可能な限り長く在宅で生活せざるをえず、その期間を少しでも安全・快適に過ごすためには、地域に密着した治療者がきめこまかな医療を提供し、家族を援助する必要があるからである。また在宅療養が困難となる時期を見極め、患者の病状と家族の希望に応じた施設への入院・入所が円滑に行われるかどうかも主治医に委ねられている。

こうした役割を担うためには、患者が今後たどるであろう経過について主治医自身が明確な展望をもっておくことが必要である。本稿では、まず認知症疾患別のおおまかな見通しを解説したうえで、本人への対応と家族への援助に関する留意点を解説する。

## 疾患別の経過の特徴

認知症の症状は疾患によって異なり、また同じ疾患においても病変の分布や進行速度に個人差がみられる。さらにその病像は、患者の病前性格や生活環境、家族関係、介護者の対応など

により多彩に修飾される。そのため、診断が確定しても患者のその後の経過を正確に予測することは容易ではない。しかし、直接介護する者にとっては、おおよその見通しと、生じる可能性のある問題についてだけでも知っておくことが心の備えとなり、患者への適切なケアや円滑な社会資源の活用につながって、患者に有益な結果をもたらすことになる。

認知症の病像は多様であるとはいえ、各疾患にはある程度の典型的な病像・経過がみられる。以下に、アルツ

ハイマー病(Alzheimer's disease; AD)、血管性認知症(vascular dementia; VaD)、レビー小体型認知症(dementia with Lewy bodies; DLB)、前頭側頭葉変性症(frontotemporal lobar degeneration; FTLD)の経過の概要についてまとめておく。

### 1. アルツハイマー病

ADの経過の模式図を示し(図1)、各期の症状を表に示す(表1)。

ADは認知症の半数を占め、多くは65歳以後の高齢期に発症し、女性に多

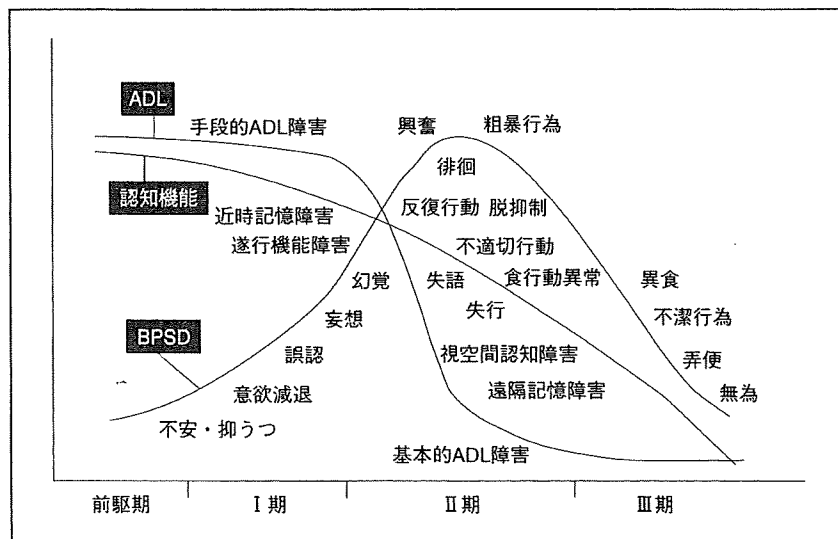


図1 アルツハイマー病の経過の概要  
ADL: activities of daily living, BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia



**表1** アルツハイマー病の各病期における症状

<p>前駆期</p> <p>軽度認知機能障害：ほぼ記憶領域に限定された認知機能低下</p> <p>精神・身体症状：不安、めまい、頭痛、意欲減退、不定愁訴、神経衰弱状態</p>
<p>第Ⅰ期(発症後1～3年)</p> <p>記憶：近時記憶の障害(物忘れ)</p> <p>認知：地誌的見当識障害、複雑な構成障害</p> <p>言語：語彙の減少、喚語困難、迂回表現、健忘失語</p> <p>遂行機能：仕事・家事の段取りの悪さ</p> <p>ADL：手段的ADL(金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など)の障害</p> <p>BPSD：活動性減退、無関心、悲哀(ときに易刺激的、妄想)</p>
<p>第Ⅱ期(発症後2～10年)</p> <p>記憶：近時記憶・遠隔記憶の増悪</p> <p>認知：構成障害、視空間失認、Balint症候群、失算、視覚失認</p> <p>言語：流暢性失語、失語性失読失書、錯語、新造語、ジャルゴン(聴取困難なでたらめな発話)</p> <p>行為：観念運動失行、観念失行</p> <p>ADL：手段的ADLの悪化、基本的ADL(トイレ、食事、着替、入浴など)障害</p> <p>BPSD：無関心、易刺激性、不安、興奮、被害・誤認妄想、幻視・幻聴、徘徊、無意味行動、脱抑制、食行動異常</p>
<p>第Ⅲ期(発症後8～12年)</p> <p>知的機能：重度の障害</p> <p>言語：反復言語、反響言語、無言</p> <p>ADL：基本的ADL障害の悪化、寝たきり</p> <p>BPSD：異食、不潔行為、弄便、無為</p> <p>運動機能：四肢の固縮、屈曲位、歩行障害、ミオクローヌス、把握反射</p> <p>排泄調節：尿・便失禁</p>

い。緩徐進行性の経過をたどり、生存期間は約10年とされるが個人差が大きい。初老期発症例では進行が速く経過も短い。ADの経過はⅠ～Ⅲの3期に分けられる。

認知機能は通常、近時記憶の障害(物忘れ)からはじまり、次第に遠隔記憶、言語、行為、視空間認知、遂行機能の各領域が全般的に緩徐に低下していく。

日常生活活動(activities of daily living; ADL)は、Ⅰ期では手段的ADL(金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など)が障害されはじめ、認知機

能の低下が一定限度を超えるⅡ期に急速に悪化して、基本的ADL(トイレや食事、着替、入浴など)にも障害が及ぶ。Ⅲ期に至って身体的介助が必要となり、末期には寝たきりの状態となる。

行動・心理学的症候(behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)は、初期には抑うつ・意欲減退などの陰性症状が比較的多いが、妄想・幻覚などの陽性症状や徘徊・不適切行動など、特に問題となる行動異常はⅡ期に目立ち、Ⅲ期には単純な常同行為や弄便などの不潔行為を経て、最終的には無為に陥る。死亡原

因は、誤嚥や感染による肺炎、尿路感染症、気道異物による窒息などが多い。

## 2. 血管性認知症

VaDは認知症の約20～30%を占めADに次いで多い。年齢はADよりやや低い60歳代に多く、ADが女性に多いのに対してVaDは男性に多い。原因となる脳血管病変には、①多発性ラクナ梗塞、②ビンスワンガー病、③粗大な脳血管障害、④重要な部位(視床、尾状核、海馬、帯状回など)の少数の小病変によるものが含まれ、それぞれの病像に違いがある。かつて動脈硬化症と称されていた①および②がVaDの代表である。

VaDではADとの比較で従来、段階的な増悪過程と斑(まだら)認知症が特徴とされてきたが、必ずしもそうといえず、ビンスワンガー病では目立たないことが多い。斑認知症とは認知機能の領域によって重症度に濃淡のあることを指す。またVaDでは麻痺や感覚障害、錐体外路症状などの神経症状を伴うことが多く、早期に基本的なADLが障害される。BPSDではADよりも抑うつや不安などの気分・感情障害が目立つ。

しかし、VaDに関して臨床上最も重要な点は、血圧や糖尿病、脂質異常などの危険因子を管理して血管障害の再発を抑止することができれば、認知症の進行を阻止できるばかりか症状の改善をも期待できるという点である。

以上の特徴を他の疾患とともに表にまとめておく(表2)。

**表2** アルツハイマー病と比較した他の認知症の病像の特徴

血管性認知症 (VaD)	血管障害がコントロールできれば進行が阻止できる 段階的増悪過程と斑(まだら)認知症 麻痺や感覚障害、錐体外路症状などによる基本的ADL障害 BPSDでは抑うつや不安などの気分・感情障害が目立つ
レビー小体型認知症 (DLB)	注意や意識の動揺、幻視、パーキンソニズム、転倒・失神 抗精神病薬への過感受性 頸動脈洞刺激による過大な降圧・徐脈反応
前頭側頭葉変性症 (FTLD)	前頭側頭型認知症(FTD)では性格変化と称される逸脱行動、常同行動、被影響性亢進、無関心 意味性認知症(SD)では語義失語、熟知相貌の意味記憶障害 他の認知機能は比較的保たれる

### 3. レビー小体型認知症

DLBは、かつてADと診断されていたケースのうち3～4分の1を占めていたと推定される疾患であるが、今日ではADとの鑑別が容易になった(表2)。臨床症状はADに類似しているが、ADと比較したDLBの特徴は、注意や意識の動揺を伴う認知障害、具体的内容の反復性の幻視、パーキンソニズムの合併、反復する転倒・失神などであり、徴候としては抗精神病薬への過感受性、頸動脈洞刺激による過大な降圧・徐脈反応などが指摘されている。

予後に関する報告は見当たらないが、経験的には合併するパーキンソニズムによって身体機能の低下が進み、ADより早く寝たきり状態に陥る。

### 4. 前頭側頭葉変性症

FTLDは前頭葉および側頭葉に変性が目立つ認知症疾患の総称であり、前頭側頭型認知症(frontotemporal dementia; FTD)、意味性認知症(semantic dementia; SD)、進行性非流暢性失語(progressive non-fluent aphasia;

PA)を含んでいる。ADより若い50～60歳代に発症することが多く、予後はADよりやや短く8年前後といわれる。

FTDは前頭葉優位型ピック病を中心とする類型で、病識に乏しく、「性格変化」と称されてきた逸脱行動や常同行動、被影響性の亢進、情性欠如などの人格や行動の変化が前景に立つが、他の認知機能は比較的保たれている。SDは側頭葉優位型ピック病を中心とする類型で、語義失語や熟知相貌の意味記憶障害が目立つが、進行すればFTDと同様の行動異常がみられる。PAは進行性の非流暢性失語のみが目立つ類型である。

FTDでは逸脱行動のためにしばしば警察に保護され、主治医に連絡が入ることがある。多くは被影響性の亢進によって、電車内で隣に座った女性の膝に手を置く、デパートで目を引いた品物を持ち去る、無銭飲食などの問題行動を起こすためである。

### 患者本人への対応

患者本人への対応は疾患や病期に応

**表3** 患者本人への対応のポイント

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 知性でなく感情に働きかける</li> <li>2. 自尊心、羞恥心、人間的尊厳への配慮</li> <li>3. 行動習慣の容認(危険がないかぎり行動を制限しない)</li> <li>4. 在宅介護の状況、虐待のチェック</li> <li>5. 身体合併症のチェック</li> <li>6. 適切な薬物治療(向精神薬の使用は少なく)</li> <li>7. 運転免許の制限(キーは家族に預ける)</li> </ol>
---

じて変えなければならないが、一貫して適用すべき基本原則といえるものがある(表3)。

### 1. 知性でなく感情に働きかける

多くの認知症では、自覚的なエピソード記憶は残らなくても、より基層の快・不快や喜怒哀楽、嫌悪、驚きなどの体験に関する情動記憶は残存する。患者が治療・介護の場面や人物に対していったん好感や反感を抱けば、その影響は思いもよらぬほど尾を引くことになる。採血など痛みを伴う手技や苦手な認知機能検査を強いて患者の反発

を招くと、次の面接でも同様の反応を繰り返すことが多い。

面接する際にも、患者は会話内容は理解していないとしても、話し手の表情や雰囲気は鋭敏に受けとめていると考えておかねばならない。真剣なまなざしは家族には信頼感を与えるかもしれないが、患者には緊張感をもたらす。笑顔と柔らかな態度を心がけるべきである。

## 2. 自尊心, 羞恥心, 人間的尊厳への配慮

上記とも関連するが、患者はかなり病状が進行しても自尊心, 羞恥心を保持している。診察場面で衣服を脱ぐことや日常生活での失敗に対する叱責・非難は患者を辱めるものである。家族から患者の家庭での行動を聴取する場合や、家族に病状の見通しを説明する際には、患者と別室で行うよう配慮すべきである。患者に対しては、発病するまで家庭と社会を支えてきた功労者としての敬意を払うべきであり、たとえ寝たきり状態に陥ったとしても人間的尊厳は守られねばならない。

## 3. 行動習慣の容認

それぞれの患者には長年身につけてきた行動習慣や生活上の流儀というものがあろう。行動を自己制御する能力が低下するとそのような行動習慣が強調されて現れる場合がある。患者にとっては習慣に基づいて生活することが最も容易で混乱が少ない。FTDの常同行動や他の認知症の一見無意味と思える反復行動の多くは患者にとって自然な活動なのであり、危険や周囲への多

大な迷惑が及ばないかぎり容認すべきである。これらの行動の阻止や制限はしばしば患者の強い反発を招くので対応に注意せねばならない。

## 4. 在宅介護の状況, 虐待の有無のチェック

在宅介護の状況をスーパーバイズすることは主治医の役割である。ADLの各領域に関して適切な介護が行われ患者が安全・快適に生活できているか、家族関係が良好に保たれているか、常に目を配るべきである。

ことに患者に対する虐待には注意を要する。身体的虐待, 心理的虐待, 経済的虐待, 性的虐待, 介護放棄など、高齢者に対する虐待は全国で年間5,000件近い報告があり、約10%に生命の危険があるとされる。被害者のうち認知症が約60%を占め、加害者は息子, 嫁, 配偶者の順に多い。その20%が医療機関で発見されている<sup>1)</sup>。患者の訴え, 身体的外傷, 精神状態, 身なり, 清潔さ, 家族の態度から虐待の可能性を検討し、疑われた場合には地域包括支援センターに通告する。

## 5. 身体合併症のチェック

認知症の患者は苦痛に対する感受性が低下している場合があり、また身体の不調を表現する能力も制限されているので、合併症がかなり悪化するまで見過ごされることも多い。客観的所見に基づく一般的な医学的管理を怠らないう注意する。

## 6. 適切な薬物治療

高齢者が多いので薬物の代謝機能は

低下していると考えねばならない。ことにBPSDに対して処方される抗不安薬, 睡眠導入剤, 抗うつ薬, 抗精神病薬は、脱力や過鎮静, せん妄, 興奮などを招きやすく、疾患本来に起因するADLの障害やBPSDの発現と誤られる場合があるので注意を要する。興奮や粗暴行為, 妄想, 睡眠障害などは介護者の対応や生活指導によって落ち着くことも多いので、まずは対応法を工夫し、薬物治療は最小限にとどめるべきである。また合併症に対して処方される降圧剤などの一般的薬剤も過量投与となりやすい。

## 7. 運転免許の制限

2002年に道路交通法が改正され、認知症患者には運転免許が停止もしくは取り消されることになった。患者が運転する危険性を医師が認識していたにもかかわらず、十分な説明と対応を怠って患者が事故を起こした場合、医師の民事責任が問われることがある。車のキーは家族が管理するよう指導せねばならない。

## 家族への援助

認知症の治療において主治医が働きかける対象は、患者本人よりも家族の比重が大きい。このことは患者のケアを担う家族に助言するというだけでなく、認知症のADL障害とBPSDが家族の心身の健康をも損うからである。在宅要介護者の家族の困難感は、精神的負担64%、介護期間の見通しが立たない52%、肉体的負担41%の順に訴えが多い<sup>2)</sup>。認知症の治療の半分は家族への治療であると考えなければなら

い。

平成12年度から介護保険制度が導入されたが、今もその大半を家族が支えている。原因疾患のうち介護度3以上の重症例では脳血管障害に次いで認知症が多く約20%を占める。主たる介護者は、同居家族66%、別居家族9%、事業者14%であり、同居介護者の続柄は、配偶者25%、子の配偶者20%、子供19%である。介護者の75%が女性で、半数以上が60歳以上のいわゆる老老介護である<sup>3)</sup>。

家族に対して主治医が行うべき援助の要点を表にまとめる(表4)。

### 1. 経過の見通しに関する医学的知識の提供

まず原因疾患に応じた経過の見通しと予測されるADL障害、BPSDを家族に説明することが必要である。

前述したように認知症の経過は個人差が大きい、大雑把な説明でも家族にとっては心構えの助けになる。認知症に限らないが、家族への説明は正確・簡潔でありながら、家族が受ける衝撃に配慮したものでなければならない。曖昧な説明は家族の混乱や治療への不信を招くが、一方刑罰を宣告するような冷厳な事実の説明は家族の希望を奪ってしまう。事実とはいっても

なく、病状の不可逆的な進行、全経過が10年近くに及ぶ、根治的治療が確立されていない、介護はいわば後退戦であり負担は大きい、成果は少ない、途中でなんらかの問題行動が起きることは避けられないなどである。家族への説明においては疾患の否定的側面だけでなく、希望をつなぐことのできる肯定的な情報や、生じうる問題への明確な対応法、利用できる援助を提供するよう配慮が必要である。

肯定的な情報の例を表5に挙げておく。医学や保健・福祉に関する新しい情報を常に仕入れて治療に反映されるよう努力していただきたい。

表4 家族への援助のポイント

1. 経過の見通しに関する医学的知識の提供	原因疾患に応じた経過の見通しと予測されるADL障害・BPSDの説明 否定的側面だけでなく肯定的な情報も提供
2. ADL障害の介助法とBPSDの対応法の指導	患者の感情や自尊心の尊重、行動異常や精神症状に対する寛容な対応
3. 家族への精神的支持	家族の苦勞に対する共感と精神的支持、介護の意義づけ
4. 家族の状況とニーズを把握する	家族構成、経済状態、人間関係、家族の人格、家族の身体的・精神的状態の把握 家族のニーズを軸に介護のあり方の助言
5. 社会資源の利用に関する援助	市町村福祉担当窓口、社会福祉協議会との連携、介護認定などの診断書・意見書作成 ホームヘルパー、デイ・サービス、ショート・ステイの利用 介護老人保健施設、福祉施設、総合病院、精神病院、認知症病棟への円滑な入所・入院

### 2. ADL障害への介助法とBPSDへの対応法の指導

ADL障害への介助法は成書を参照いただきたい。患者への対応法は、上に述べた患者本人に対応する際の基本原則を家族にも指導する。患者の感情や自尊心の尊重、行動異常や精神症状に対する寛容な対応は身近な介護者にこそ一層求められるものである。

不安、興奮や攻撃性・粗暴行為などのBPSDは、介護者の叱責や行動制限により反応的に触発されることが少なくない。徘徊や無目的な行動などは

表5 疾患に関する肯定的な情報の例

変性性認知症	アルツハイマー病に関してはアミロイド生成阻害物質やワクチン療法、万能細胞による細胞工学的治療など、有望な根治療法の開発が進められている
血管性認知症	高血圧、糖尿病、脂質異常など危険因子のコントロールにより血管障害の再発が予防できれば進行を阻止できる
認知症全般	疾患に応じて認知機能やBPSDを少しでも改善できる薬剤がある 病期の段階に応じてデイ・サービス、ショート・ステイ、各種介護・医療施設への入所など社会資源を利用することができる

患者の危険や周囲に多大な迷惑が生じないかぎり放置あるいは観察にとどめることが肝要である。妄想は家族の関係を反映していることが多い。被害的妄想において犯人扱いされる対象は多くの場合、嫁や娘などの身近な家族であり、その人物と引き離すなどの指導が奏効する場合がある。各種のBPSDに対する具体的な対応法は次号の本連載(第3回)に譲る。

### 3. 家族への精神的支持

認知症の場合、他の疾患に比べて家族の負担の程度と期間がきわめて大きく長い。多くの家族は介護の負担がいつまで続くかという不安と、その負担が病気の回復というかたちでは決して報われないというニヒリズムに苛まれている。一方、自分たちは十分な介護を患者に与えていないのではないかという罪悪感や、自分自身の老後を患者の姿に投影して恐怖を抱く家族もある。そうした不安や不満が介護者の疲弊やうつ状態の発症、心中事件、患者への虐待となって現れる場合がある。治療者は家族の苦勞に共感し、精神的に支持するよう心がけねばならない。

認知症とは患者が赤ん坊に帰っていく過程であり、介護とは介護者による親の世代への恩返しであるという説明や、衰えていく人に寄り添うことは人倫的で崇高な行為であるとの称賛が家

族を支えることがある。認知症の家族は介護という行為の意義づけを求めているのである。

### 4. 家族の状況とニーズを把握する

家族に過大な負担がかからないよう援助するためには、家族構成、経済状態、人間関係、家族の人柄を把握しておく必要がある。とりわけ配偶者が健在であるか、常時介護する家族がいるか、若い孫が同居しているかなどは重要な情報である。

それぞれの家族には何十年にも及ぶ歴史があるのでその心情はさまざまである。最期まで患者と残された時間を共有したいと願う人もいれば、早くから施設への入所を希望する家族もある。治療者の道義感を投影して家族に反感を覚えることもあるが、患者には決してよい結果を招かない。家族の身体的・精神的状態を把握し、家族のニーズを軸にその時々患者の状態を踏まえた介護のあり方を助言すべきである。

### 5. 社会資源の利用に関する援助

在宅介護の困難さは社会資源の利用によって大きく軽減することができる。それらの利用に関する主治医の役割は重要である。生活支援システムの内実は各自治体によって異なっており、構造が把握しにくい面もあるが、

一応の知識は蓄えておかねばならない。市町村の福祉担当窓口、社会福祉協議会との連絡を確保しておくことが円滑な対応につながる。

公的サービスの利用についてはまず介護認定を受けることが第一歩であり、認定における主治医の診断書の意義は大きい。各種の診断書・意見書などの作成については、次々号の本連載(第4回)に解説が予定されているので参考にされたい。

在宅介護におけるホームヘルパー、デイ・サービス、ショート・ステイの利用や、認知症や合併症によって在宅療養が困難になった場合に、介護老人保健施設、福祉施設、総合病院、精神病院、認知症病棟などへのスムーズな入院・入所が可能になるよう、地理的条件や患者の病状に応じた病院・施設との連絡を確保しておくことが必要である。

### 文 献

- 1) 厚生労働省医療経済研究機構調査検討委員会：家庭内における高齢者虐待に関する調査。平成15年度老人保健健康増進等事業，2004
- 2) 介護支援専門員テキスト編集委員会：改訂介護支援専門員基本テキスト第1巻－介護保険制度と介護支援。東京，長寿社会開発センター，2006
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成16年国民生活基礎調査 第2巻 全国編。東京，厚生統計協会，2006

II. 各論

認知症診療マニュアル

# 1. Alzheimer病

## 4) 症状と臨床経過\*

● 西川 隆\*\*

**Key Words** : Alzheimer's disease, clinical course, cognitive dysfunction, BPSD, ADL

キーセンテンス

- ・ Alzheimer病の臨床像は、脳の病理的变化の分布と進行の差異、病前性格や生活環境の差異により、多様に修飾される。
- ・ 認知機能障害は、典型的病理変化が傍海馬領域から後方連合野に進展することを反映し、健忘から始まってしだいに他の認知障害が現れる。
- ・ BPSDは、初期には不安・抑うつなどの陰性症状が比較的多いが、妄想・幻覚などの陽性症状や徘徊などの行動異常は中期に目立ち、末期には無為に陥る。
- ・ 興奮や攻撃性は、せん妄や脱抑制など疾患自体の要因だけでなく、介護者の叱責や行動制限により反応的に触発されることも少なくない。

### Alzheimer病の臨床経過

1. Alzheimer病の臨床像の多様性その諸要因  
Alzheimer病(AD)の症状と経過は、典型例といえるものが確かにあるとしても、なお多様である。それは、脳の病理学的変化の分布と進行の多様性というこの疾患自体の要因、および患者の病前の性格特性や生活習慣、療養環境の多様

性という疾患外の要因に基づいている(表1)。

病理変化の多様性については、①海馬周辺とともに早期から連合皮質の変化が目立つ例と遅れて波及する例、②左右の大脳半球で病変がほぼ対称的に進行する例と非対称に進行する例、③前頭前野の病変の程度、などが病像の差異をもたらす。それらの差異は主に認知機能障害の多様性をもたらすが、日常生活動作(activity of daily living : ADL)の障害や行動心理学的症候(behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD)にも反映される。

病前の性格特性や生活習慣については、ことに行動・意欲面における積極性・消極性、問題への対処における自立性・依存性、対人関係における協調性・非協調性、内省的態度などが患者の行動を修飾する。また、生活環境については家族、とりわけ介護者との信頼関係や親密さ、退職、家庭での役割の喪失、子供との同居、転居など発病後に生じた生活の変化が認知機能障害と相まって、BPSDの発現やADL障害の推移に影響する。

以下の稿では典型例の症状と経過を中心に解説するが、これらの多様性をもたらす諸要因にも目を配りたい。

### 2. 臨床経過の概要

発症年齢は40~90歳と広いが、多くは65歳以後の高齢期に発症する。発症後の生存期間は8年

\* 1. Alzheimer's disease. 4) Symptoms and clinical course.

\*\* Takashi NISHIKAWA, M.D., Ph.D.: 大阪府立大学総合リハビリテーション学部(☎583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30) ; School of Comprehensive Rehabilitation, Osaka Prefecture University, Habikino, Osaka 583-8555, Japan.

表1 Alzheimer病の病像の多様性をもたらす要因

・ 病理的变化の分布と進行の多様性	
連合皮質への波及の遅速	→ 記憶障害以外の認知機能障害の重症度の差異
左右の大脳半球の非対称性	→ 言語性認知機能と非言語性認知機能の重症度の差異
前頭前野への波及の程度	→ 遂行機能障害, 脱抑制, 病識の重症度の差異
・ 病前の性格特性・生活習慣の多様性	
積極性/消極性	} 行動異常・攻撃性・他罰的思考・妄想・反発 → /抑うつ・依存・無為・自閉
自立性/依存性	
協調性/非協調性	
内省的態度	
・ 生活環境の多様性	
家族・介護者との関係, 周囲の対応	→ 妄想・反発・攻撃性/依存・不安
発病後の生活の変化(退職・役割喪失・ 子供との同居・転居など)	→ 混乱・誤認・行動異常

表2 Alzheimer病の臨床病期分類

前駆期	
MCI	ほぼ記憶領域に限定された認知機能低下
精神・身体症状	不安, めまい, 頭痛, 意欲減退, 不定愁訴, 神経衰弱状態
第I期(発症後1~3年)	
記憶	近時記憶の障害, 軽度の遠隔記憶の障害
認知	地誌的見当識障害, 複雑な構成障害
言語	語彙の減少, 喚語困難, 失名辞, 迂回表現, 健忘失語
精神症状	活動性減退, 無関心, 悲哀, とくに易刺激的, とくに妄想
運動機能	正常
EEG	軽度びまん性の徐波・速波の混入
CT/MRI	側頭葉内側部・下部の萎縮
PET/SPECT	両側側頭葉内側部・下部および両側後部頭頂葉の循環・代謝低下
第II期(発症後2~10年)	
記憶	近時記憶・遠隔記憶の想起障害の増悪
認知	構成障害, 視空間失認, Balint症候群, 失算, 視覚失認
言語	流暢性失語, 失語性失読失書, 錯語, 新造語, ジャルゴン
行為	観念運動失行, 観念失行
精神症状	無関心もしくは易刺激性, 被害・誤認妄想, とくに幻覚
運動機能	落ち着きのなさ, 徘徊
EEG	基礎律動の徐波化を伴うびまん性徐波の混入
CT/MRI	全般的な脳室拡大とびまん性の脳溝開大
PET/SPECT	両側側頭・頭頂葉の循環・代謝低下と前頭葉への波及
第III期(発症後8~12年)	
知的機能	重度の障害
言語	反復言語, 反響言語, 無言
運動機能	四肢の固縮, 屈曲位, 歩行障害, ミオクローヌス, 把握反射
括約筋機能	尿・便失禁
EEG	全汎性徐波, 鋭波の混入
CT/MRI	全般的な脳室拡大と脳溝開大の進行
PET/SPECT	両側側頭・頭頂葉の循環・代謝低下と前頭葉への波及の進行

(Cummingsらの分類を参考に記述を追加・変更して作成)

から12年と長く, 緩徐進行性の経過をたどる。しかし, 個人差が大きく, ことに50歳代までに発症する初老期発症例では進行が速く, 経過期間も短い。

発病後の経過は3期に分類されることが多い<sup>1)</sup>。

前駆期を加えて, 典型例の各病期にみられる症状・所見を表2に示す。

前駆期の症状はADの診断後に病歴を省みて気づかれるものであり, それらの症状が発現した時点では, 高齢者にみられる不定愁訴や, 不安

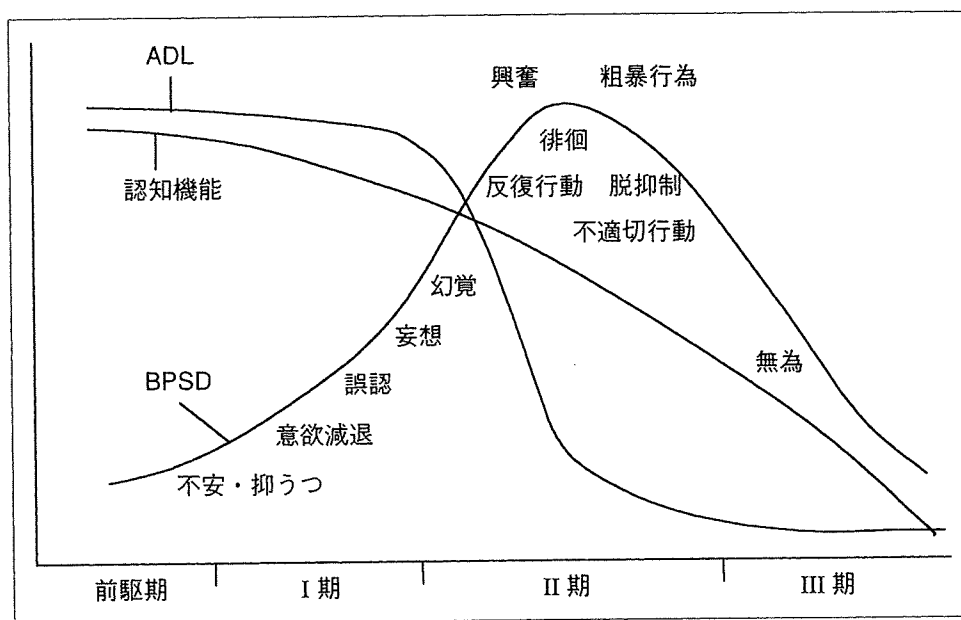


図1 Alzheimer病の経過の概要

や意欲減退を呈する他の精神障害と区別することが難しい。認知機能に関しては障害がほぼ記憶の領域に限定されている時期が認められ、一定期間持続する場合に軽度認知障害(MCI)と称されるが、長期間追跡すれば大半がADに移行する<sup>2)</sup>。病理学的変化は症状の顕在化に先立っており、この前駆期にはすでに一定の病理変化が進行している<sup>3)</sup>。

発病後の経過は病状の全般的な重症化に従って第I期から第III期に分けられるが、各期に明確な境界を画することは困難である。認知機能は緩徐に低下し、ADLは一定程度病状が進行した段階で急速に悪化する。その間に種々のBPSDが発現・消褪して、末期には身体機能の障害が現れて寝たきりの状態に陥ってしまう。BPSDについては、一般的に病状が一定程度進行した中期にもっとも行動異状が目立つが、不安や抑うつ・妄想などの精神症状は早期から認められる(図1)。

次に認知機能障害とBPSDの諸症状に解説を加える。

### 認知機能障害

認知機能の障害は病理変化の分布と程度に対応している。高齢で発症する典型例の病理変化は、嗅内野を中心とする傍海馬皮質から始まり海馬を中心とする辺縁系、やがてしだいに側頭・

頭頂連合野、さらに前頭連合野へと波及していく<sup>3)</sup>。このことから、多くの例で認知機能障害は記憶障害から始まり、しだいに言語・視空間機能・行為・遂行機能の領域における多彩な障害がつけ加わっていくことになる。しかし、一次運動野・一次感覚野は末期まで保たれる。

初老期発症例では、病理変化は初期から連合皮質の変化が目立つために<sup>4)</sup>、病状の進行が速く、記憶以外の認知機能障害も早期に認められることが多い。

#### 1. 記憶の障害(健忘)

傍海馬領域が病理的变化を先導することから、初期の記憶障害の特徴は新しいエピソード記憶を固定することの障害であり、近時記憶が著明に障害される。しかし、記憶の定着を要しない即時記憶とすでに強く固定され貯蔵されている遠隔記憶は比較的後期まで保たれる<sup>5)</sup>。ごく初期を除き、新しい近時記憶の情報は固定されていないので、ヒントを与える手掛り再生や再認によっても想起することができない。エピソード記憶の障害は健忘として現れるだけでなく、前脳基底部や前頭眼窩部の変化に対応して記憶内容の錯誤や作話が目立つことがある。

また、手続き記憶や条件づけに基づく情動記憶は比較的保たれるため、場面に即した反応行動や感情的反応は再現されやすい。たとえば、以前に面接したエピソードを忘れていた患者で



も、診察者や診察場面に親近感を覚えて対応する一方、痛みを伴う採血や長時間の検査などに反発をみせた場合には、以後の診療場面で反発的態度が再現されることも多い。

病変が新皮質に広がるとともに即時記憶の容量が減少し、貯蔵されていた遠隔記憶の内容もしだいに失われてしまう。

## 2. 言語の障害(失語)

左半球の側頭・頭頂連合野への病変の波及を反映して、まず自発話で使用される語彙の減少と喚語困難、およびそれらに伴う代名詞の多用と迂回表現が目立つ健忘失語が出現する。病変が拡大するに従ってしだいに理解障害が加わっていくが、復唱や構音・流暢性・プロソディはいまだ保たれる超皮質性感覚失語に移行することが多い。さらに病変が進めば、語性錯語や新造語を伴う意味性ジャルゴンを呈するWernicke失語様、あるいは前頭葉の病変の進行を反映して発話が減少して混合型超皮質性失語様の症状がみられる<sup>5)</sup>。末期には発話が減少して、反響言語・反復言語が残存する。Broca失語にみられるような構音の異常は、ADの経過中には通常認められない<sup>6)</sup>。これらの口頭言語の障害とともに読字と書字の障害も進行する。

ただし、両半球性の全般的な認知障害を伴うため症状は修飾され、局在病変による失語類型とは異なる印象が強い。ことに、初期から中期の会話では、語単位の言語異常よりも、思考内容の保続や滞続的な話題の繰り返しが目立つ。

## 3. 構成障害、視覚認知障害・空間認知障害(視空間失認)

頭頂連合野に病変が広がるに従い、視覚や体性感覚で知覚される対象と自己身体の空間的定位が障害され、構成障害が目立つようになる。とりわけ着衣に際しては、衣服の上下・左右・裏表を考慮しつつ手を袖通しすることが難しい。診察場面では立方体の模写やキツネ・ハトなどの影絵を手指で作ることが困難である。

構成障害は主として右半球の病変を反映し、言語障害は左半球の病変を反映するので、両者が乖離する例では画像検査で認められる左右の脳萎縮も非対称であることが多い。

Bálint症候群は視覚性注意障害・精神性注視麻

痺・視覚失調を特徴とする症候群であり、同時に複数の対象に注意を払うことができず、また、意図的に対象を注視することが困難で、また、注視できた物体でもそれを把握しようとする手が目標から逸れてしまう。

障害は広範な生活空間の認知にも現れ、家庭内の部屋の間取りや熟知しているはずの街並が認識できなくなってしまう。

眼前に提示された物体や画像の形がわかっていても意味がわからないという連合型の物体失認・画像失認は、視空間認知の障害に覆われ、単独では見出しがたい。

## 4. 行為の障害(失行)

左半球の頭頂連合野への病変の波及を反映して、観念運動失行、観念失行がみられるようになる。観念運動失行は言語や視覚イメージで喚起される意図的な行為の障害であり、慣習的動作(敬礼・バイバイ・ジャンケンなど)や道具使用のパントマイム動作(歯ブラシを持たずに歯を磨く真似をするなど)が障害される。パントマイム動作においては、自分の手や指を道具に見立てる‘body part as object’(BPO)が特徴的に認められることが指摘されている<sup>7)</sup>。観念失行は実際の道具使用の障害を特徴とする。ADでは手続き記憶が比較的保たれるが、構成障害や視空間認知の障害も合併しているため、身近な道具の使用も早晚困難になってしまう。

## 5. 遂行機能障害、抑制機能障害(前頭葉機能障害)

前頭前野への病変の波及に伴って遂行機能の障害が現れる。遂行機能とは、目的のある一連の行動を有効に進めるために必要な機能で、目標の設定、計画の立案、計画の実行、効果に基づく行動の調節などの要素を含む複合的機能である。この機能は、言語、知覚、行為、記憶など他の認知機能の上位に位置して下位の機能を統括・制御するものであり、複数の情報に注意を配分して同時に処理することで成り立っている。複雑な日常生活行動や社会行動は、この機能によらなければ適切に実行することができない。

ADの典型例では記憶など下位の認知機能の障害が先行して、遂行機能の障害は覆われてしま

うことが多い。しかし、早期から前頭前野の変化が目立つ例では、遂行機能の障害が仕事や家事の段取りの悪さ、要領の悪さ、柔軟さの欠如として表面化する。

前頭前野の病変がさらに進行すると抑制機能の障害が目立つようになり、行為の意図や運動の保続、興味を惹く刺激への脱抑制的な反応行動が現れる。

## BPSD

認知機能障害の諸症状は、すべて病前に患者が有していた機能の脱落した陰性症状であるのに対し、BPSDでは意欲減退、興味・関心の減退などの陰性症状に加え、幻覚・妄想や異常行動など病前にはなかった陽性症状が発現する。

BPSDの発現の基礎には脳機能の変化があるが、患者の病前の性格や生活環境の影響も大きく、それゆえにケアの工夫によって症状に改善をもたらす余地がある。

初老期発症例では高齢発症例と比較して、認知機能に差を認めない初診時の段階でむしろBPSDが少ないことが報告されている<sup>8)</sup>。

### 1. 感情・気分の障害(不安、抑うつ、感情の易変性、感情の平板化)

ADで多くみられる感情・気分の障害は不安と抑うつである。報告によって発生頻度は大きく異なるが、半数近くの患者がうつ状態を呈すると考えられる<sup>9)10)</sup>。

多くの患者に共通する不安は病初期に自覚される自らの生活能力に関する不安全感と、中期にかけて目立ってくる身近な介護者への依存欲求に基づく反応性の不安であり、状況にそぐわず不合理な、いわゆる神経症性の不安はあまりみられない。患者は一人で物事や対人場面に対処する自信がなく、介護者の姿を追い求め、通院や行事など間近に迫った予定を繰り返し訊ねて介護者を困らせる。

抑うつも早期から見受けられる症状であるが、通常は意欲や発動性の減退が主体であり、絶望感や希死念慮が一定期間持続して、大うつ病と診断されるものは少ない<sup>11)</sup>。悲哀感を伴う場合の多くは自己不安全感に対して反応的に生じるものである。ただし、大うつ病を呈する例では脳幹

の網様体賦活系の器質変化との関連が指摘されている<sup>12)</sup>。

経過の一時期には、ときに感情・気分の易変性がみられ、怒りや悲しみを抑制できない場合があるが、個人差や環境の影響による差が大きい。

病状がより進行すると、一般に感情は深刻味がなくなって平板化し、快・不快などの原初的な反応を示すのみとなってしまう。

### 2. 意欲・関心の障害(意欲減退、興味・関心の減退、無為)

意欲の減退や興味・関心の減退が問題となる時期はさまざまである。初期から意欲の減退が目立って受動的となり無為で自閉的な生活に陥る場合もあれば、相当病期が進行するまでむしろ脱抑制的な行動が活発にみられることもある。しかし、末期にはおしなべて無為の状態に陥ってしまう<sup>13)</sup>。

### 3. 思考の障害(妄想、誤認)

陽性症状としては妄想が多くみられる。これも報告によって大差がみられるが、経過中に半数近い患者が妄想を呈すると考えられる<sup>9)10)14)</sup>。

もっとも多くみられる妄想の主題は物盗られ妄想であり、他人が家庭に紛れ込んでいる(幻の同居人)、家人が他の人物にすり替わっているという替え玉妄想(Capgras症候群)、いま住んでいる家は自分の家ではないと否定するなど種々の誤認妄想のほか、注察妄想、嫉妬妄想などもしばしば認められる。妄想の対象は限定されており、精神病にみられるような体系化をみせることは稀である。

これらの妄想は記憶障害による所有物の紛失や、家族の相貌認知・人物同定の障害(ことに子供と孫の混同、年齢とった子供の相貌を記憶していない)などを基礎として生じる日常生活の問題に対する誤った解釈であり、患者の病前の猜疑的性格や家族との信頼関係の問題が濃厚に反映されている。

### 4. 知覚の障害(幻覚・錯覚、嗅覚・味覚の低下)

幻覚がうかがわれることはさほど多くない。幻視や幻聴がうかがわれる場合でも、患者の陳述は、窓に人影が見えた、さっきここに人が居た、など錯覚や記憶錯誤とも解釈しうる不確実

なものが多い。明瞭な幻視がうかがわれる場合には、Lewy小体型認知症など他の器質性疾患が疑われる。

嗅皮質が最初期の病理変化を生じる部位であるため、ADでは早期から嗅覚が低下することが指摘されている<sup>15)</sup>。味覚についても料理の味つけの粗雑さや調味料の極端な使い方などから、しばしば低下がうかがわれる。

#### 5. 行動異常(徘徊, 反復行動, 不適切行動, 脱抑制)

行動異常は判断力の低下が進行してもいまだ活動性が保たれている中期に目立つ。その行動には、認知機能障害によって二次的にもたらされるものと、不適切な行動欲求が一次的に発現するものが種々の程度に混在している。

徘徊については、空間的見当識の障害のために散歩や外出からの帰宅経路を見失って迷子になる場合、記憶錯誤や誤認妄想によって退職した職場や以前の居宅に帰ろうとするなど誤った目的に基づく場合、あるいは、漠然とした行動欲求や排尿などの生理的欲求が自覚できないために代償的に歩き回る場合がある。

筆筒からの物の出し入れや家事・買い物などを繰り返す反復行動は、記憶障害のほか興味・関心の狭小化、自己の行動のモニタリングの障害など遂行機能の障害を基礎として発現する。

衣服を食器棚にしまう、紙くずを筆筒にしまうなどの不適切な行動も認知機能の障害とともに出現するが、道端の廃品を家に持ち帰る蒐集行動や猥褻な行動など欲求の亢進や脱抑制のためにより積極的に喚起される場合もある。

脱抑制は対人場面にも現れ、家人や同室患者の行動に干渉したり、他人の所持品をもち去るなどの行動がみられる。

病期がさらに進行して活動性が低下するに従い、行動異常は異食や弄便など即物的で断片的なものとなってしまふ。

#### 6. 攻撃性(興奮, 暴言, 粗暴行為)

攻撃的で粗暴な言動の発現には多くの要因が複合的に関与している。病前性格、病状の進行による脱抑制、感情の易変性、妄想の有無、患者と家族や介護者との信頼関係、患者の行動を制限する施錠や叱責など周囲の人々の対応など

により、さまざまな程度や頻度で患者の反発や攻撃性が喚起される。しかし、せん妄状態における興奮や被害妄想・嫉妬妄想などに基づく攻撃性を除けば、周囲の対応を工夫することによって症状の軽減が可能であることが多い。

### 文 献

- 1) Cummings JL, Benson DF. Cortical dementias. In: Cummings JL, Benson DF, editors. *Dementia: a clinical approach*. 2nd ed. Boston: Butter Worths; 1992. p. 45-64.
- 2) Peterson RC, Morris JC. Clinical features. In: Peterson RC, editor. *Mild cognitive impairment*. New York: Oxford University Press; 2003. p. 15-39.
- 3) Braak H, Braak E. Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathol* 1991; 82: 239-59.
- 4) Frizoni GB, Pievani M, Testa C, et al. The topography of gray matter involvement in early and late onset Alzheimer's disease. *Brain* 2007; 130: 720-30.
- 5) Zec RF. Neuropsychological functioning in Alzheimer's disease. In: Parks RW, Zec RF, Wilson RS, editors. *Neuropsychology of Alzheimer's disease and other dementias*. London: Oxford University Press; 1993. p. 3-80.
- 6) Harasty JA, Halliday GM, Kril JJ, et al. Specific temporoparietal gyral atrophy reflects the pattern of language dissolution in Alzheimer's disease. *Brain* 1999; 122(Pt 4): 675-86.
- 7) Rapcsak SZ, Crosswell SC, Rubens AB. Apraxia in Alzheimer's disease. *Neurology* 1989; 39: 664-8.
- 8) Toyota Y, Ikeda M, Shinagawa S, et al. Comparison of behavioral and psychological symptoms in early-onset and late-onset Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 896-901.
- 9) Wraag RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 577-87.
- 10) Hirono N, Mori E, Yasuda M, et al. Factors associated with psychotic symptoms in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 648-

52.

- 11) Weiner MF, Edland SD, Luszczynska H. Prevalence and incidence of major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1994 ; 151 : 1006-9.
- 12) Zubenko GS, Moossy J. Major depression in primary dementia ; Clinical and neuropathologic correlates. *Arch Neurol* 1988 ; 45 : 1182-6.
- 13) Petry S, Cummings JL, Hill MA, et al. Personality alterations in dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1988 ; 45 : 1187-90.
- 14) Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R, et al. Delusions of Japanese patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 ; 18 : 527-32.
- 15) Wilson RS, Arnold SE, Schneider JA, et al. Olfactory impairment in presymptomatic Alzheimer's disease. *Ann N Y Acad Sci* 2009 ; 1170 : 730-5.

\* \* \*