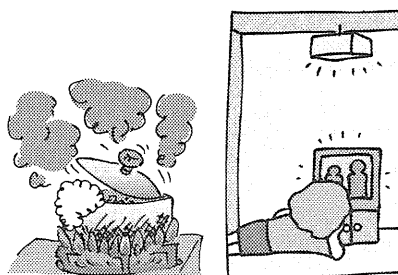


の出来事もまったく覚えておらず、食事をしたばかりなのに、食事をしていないと言って要求することもあります。一方で、病気が起こるずっと以前から覚えていた過去の出来事などはよく覚えており、かなり病気が進行しない限り、家族のことや子供の頃の記憶を忘れてしまうことはありません。



b. 見当識障害

日時や場所、周囲の状況や人物などを正しく認識する能力を見当識といいます。見当識が障害されると、今日が何月何日か、あるいは今何時頃か、自分がどこにいるのか、隣にいる人は誰か、などがわからなくなります。初期には時間に関する見当識障害のみが目立ち、日付けや曜日を間違えることから病気に気づかれる方も少なくありません。

c. 構成障害、視空間認知障害

構成障害があると図形の模写や指パターンの模倣（図1）が難しくなるなど適切な配置でまとまりのある形を作れなく

なります。視空間認知が障害されると空間の位置関係や奥行きなどが正しく理解できなくなります。これらの障害により、服をきちんと着ることができない、トイレにまっすぐ座ることができない、家の外で迷子になるといった症状がみられ、障害が強くなると家の中でも自室やトイレの場所がわからなくなることがあります。

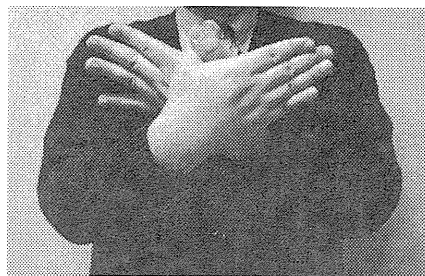


図1 鳩の形

検者の鳩の手の形を患者さんにまねてもらい、構成障害を調べます。

d. 計算障害

計算の能力も初期から低下します。日常生活では、お金の計算が難しくなり、いつもお札で買物をするようになり、財布が小銭でいっぱいになってしまうこともあります。



e. 実行機能障害

実行機能とは、ある目的を達成するために必要ないくつかの行動を、効率的に手順よく行う能力のことです。この能力が障害されると、日常生活において複雑な手順を要する行為がうまくいけなくなり、料理を手際よく作ることができなくなったり、銀行の手続きができなくなったりします。この障害も早い段階からみられます。



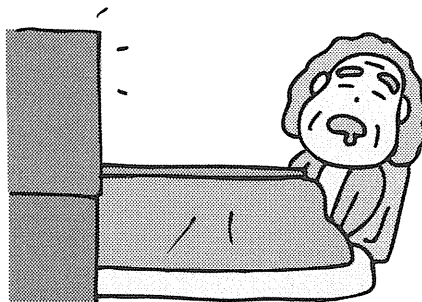
f. 言語障害、書字障害

アルツハイマー病では、しばしば言葉の障害がみられます。話し方は流暢ですが、思っている内容を示す言葉が頭に浮かんでこないため「あれ」「これ」といった指示語が増えます。また、書字も早い段階から障害され、特に仮名より漢字が書きにくくなります。なかには言語障害（失語症）で発症する方もいます。言語障害があると、会話によるコミュニケーションがうまくいけなくなり、社会生活や介護に大きな支障をきたすので、特別な配慮が必要になります。

コラム 廃用症候群

廃用症候群とは、筋肉や脳などを使わないことによって起こる身体機能、認知機能、精神機能の低下のことです。高齢者が肺炎や骨折など長期にベッド上の安静が必要な状況に置かれると起こりやすい病態ですが、認知症の患者さんでは特に廃用をきたしやすく、テレビの前でボーっと座って過ごす状態が続いただけでも廃用症候群が起こってしまいます。

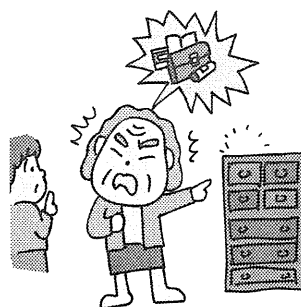
廃用症候群の期間が短い場合には、デイサービスの回数を増やすなど活動性を上げるような環境の調整を行うことで改善します。



2) 精神症状

a. 妄想

財布や通帳などの保管場所を忘れてしまい、自分で見つけ出せないと、誰かに盗まれたと思い込む“物盗られ妄想”がよくみられます。泥棒が盗っていったと訴えることもありますが、日頃から患者さんのお世話をよくしてきた介護者が妄想の対象になりやすい特徴があります。なかには親戚や近所の人に「うちの嫁がお金を盗った」と訴える患者さんもいます。妄想のため、家族との関係が悪くなり、自宅での介護が破綻することもあります。物盗られ妄想は認知症の初期から中期にかけて目立つ症状であり、進行に伴い消失することもしばしばあります。



b. 意欲の低下

社会的であった人が外出しなくなったり、身の回りの整容に無頓着になったりします。意欲の低下は多くの認知症に共通して最もよくみられる症状ですが、アルツハイマー病でも高率にみられます。家の中におとなしく閉じこもりがちにな

りますので、徘徊や妄想などの他の精神症状に比べて、介護者も深刻に感じる事が少ない症状ですが、一日中同じ場所に座っていたり、何もせずに過ごしたりする状態を放置すれば、廃用症候群（コラム参照）という状態をきたし、寝たきりや認知症が急速に進行する原因となりますので注意が必要です。

c. 徘徊

一見目的もなく歩き回っているように見える徘徊も、本人にとっては「家に帰る」「仕事に行く」などの目的が必ずあります。徘徊は病気の進行とともに増えてきますが、先述した意欲の低下が目立ちはじめると自然に減ってきます。天候の悪い日や夜間には道に迷うことが多く、特に、夜間の徘徊は介護者の安眠を妨げ、自宅での介護が破綻する大きな要因となります。



d. その他の精神症状

興奮や不眠、うつ、不安、性行動障害などがみられることがあります。アルツハイマー病で幻覚が起こることは多くありません。特に、幻視を患者さんが訴える場合は、意識障害（せん妄：コラム参照）の合併や他の認知症も疑われます。進行期には、鏡に映った自分に話しかける、息子を亡くなった夫と間違える、テレビの内容が現実に行っていることと勘違いするといった「誤認」がみられることがありますが、これらの症状がアルツハイマー病の早い段階からみられることはまれです。



コラム せん妄

せん妄とは、注意散漫や幻覚、興奮、不安などが急に起こり、これらの症状が時間帯によって出現したり消失したりを繰り返すもので、軽い意識障害によって起こります。特に、認知症の患者さんに合併することが多い病態です。せん妄には必ず原因があり、代表的なものとして身体疾患や内服薬が挙げられます。さらに、入院や転居などの環境変化、昼夜逆転、不安を抱えた心理状態でもせん妄が起こりやすくなります。認知症の患者さんがせん妄を合併すると認知機能障害や精神症状が悪化しますが、認知症の進行と考えられ、見過ごされていることもあります。せん妄が疑われる場合は、血液検査で身体の状態を確認したり、内服薬の見直しをするなどの対応が必要となります。



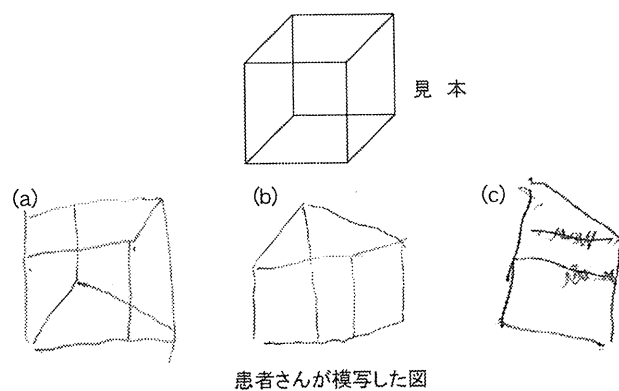
6. アルツハイマー病の診断と検査所見

アルツハイマー病の診断は、上述してきたような特徴的な症状を診察場面で把握し、神経心理検査や画像検査の所見とあわせて総合的に判断することとなります。

1) 神経心理検査

患者さんに質問して答えてもらったり、図形を描いてもらうなどの課題（図2）を行い、どの認知機能がどの程度に障害されているのかを評価します。簡易な神経心理検査として、MMSE（Mini-Mental State Examination）やHDS-R（改訂版長谷川式簡易知能評価スケール）がよく用いられます。

図2 立方体の模写

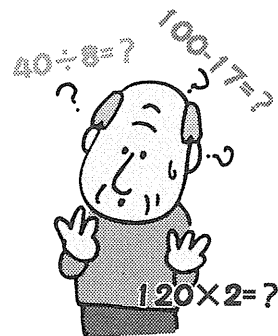


患者さんが模写した図

病気の進行に伴って、(a)→(b)→(c)と立方体の形が崩れていきます。

アルツハイマー病の患者さんでは覚えてもらった3つの単語を数分後に思い出せない（記憶障害）、年月日や場所に関する質問に答えられない（見当識障害）、立方体が書けない（構成障害）、計算ができない（計算障害）といった機能の低下がみられます。また、できないことに対して「注意して聞いてなかったから」や「今日は新聞を読んでこなかったから」と一生懸命言い訳する様子がみられることがよくあります。これを“取り繕い^{つくろ}反応”と呼びますが、アルツハイマー病に特徴的な反応とされます。

また、MMSEやHDS-Rは30点満点の検査ですが、ある点数以上では正常、ある点数以下では認知症というような目安があります。病気のごく初期であったり、高学歴の患者さんでは、これらの検査では結果が良いので認知症ではないとみなされてしまうことがあります。このような場合、より詳しい神経心理検査を行い、診断をすすめていくことになりますが、家族の観察による日常生活上の物忘れのエピソードが最も重要な診断の根拠となります。



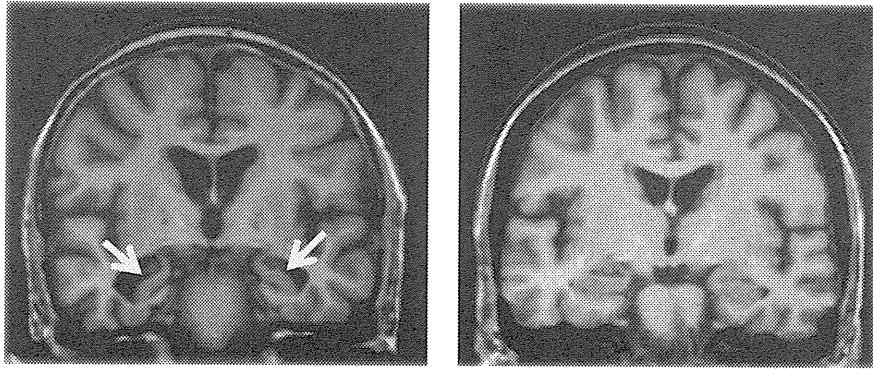
2) 画像検査

脳の画像検査は、アルツハイマー病に特徴的な所見を確認する目的だけでなく、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、脳血管障害などの他の病気を除外するためにも必要となります。

CTやMRIでは病気による脳の萎縮を確認することができます。アルツハイマー病では初期には海馬を中心とした側頭葉の内側が萎縮し（図3）、病気が進行してくると脳全体の萎縮が目立つようになります。特にMRIでは、初期のアルツハイマー病にみられる海馬の軽微な萎縮も確認することが可能です。

SPECTは、脳の血流を測定することで脳の働きをみる検査です。アルツハイマー病では、初期から海馬や頭頂葉、後部帯状回と呼ばれる領域の血流低下がみられ（図4）、病気の進行とともに脳全体の血流低下が目立つようになります。CTやMRIでは脳萎縮がまだみられないごく初期のアルツハイマー病でも、脳の血流低下がすでに起こっている場合があり、SPECTは早期診断に有用な検査です。

図3 アルツハイマー病の頭部MRI画像



アルツハイマー病の患者さん

健常高齢者

向かって左側のアルツハイマー病では、黄色の矢印で示す側頭葉の内側（海馬）の萎縮がみられます。

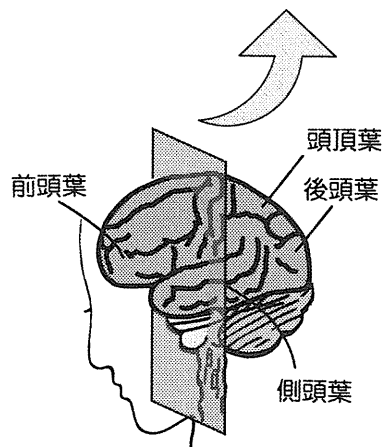
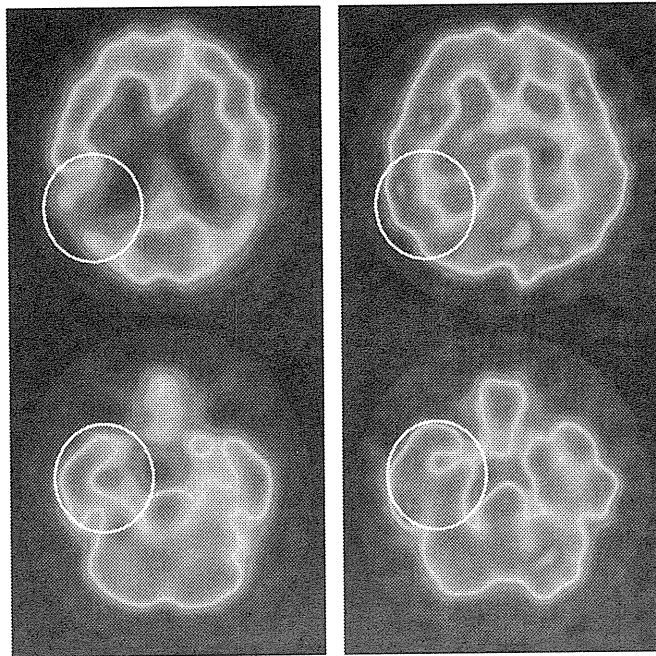
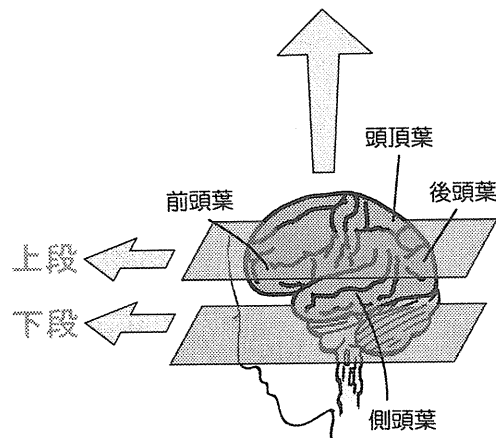


図4 アルツハイマー病のSPECT



右側の健常者の脳血流画像に比べ、左側のアルツハイマー病の患者さんでは、頭頂葉（上段）、側頭葉内側部（下段）を中心に広範な血流低下がみられています。



コラム いろいろな認知症

認知症とは「一度成熟した知的機能が、なんらかの脳の障害によって広汎に持続的に低下した状態」と定義され、病気の名前ではありません。認知症の状態をきたす病気はたくさん知られています。なかには正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫のように手術で治る可能性のある認知症もあります。脳卒中の後遺症として起こる血管性認知症は、高血圧や糖尿病といった脳卒中を引き起こしやすくするようなリスクの管理が適切になされていれば予防が可能です。「治療が可能な認知症」や「予防が可能な認知症」に対して、アルツハイマー病やレビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症などは、現在の医療水準では「治療や予防が困難な認知症」に分類されます。

<治療可能性からみた認知症の分類>

治療が可能な認知症：正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、脳髄膜炎、甲状腺機能低下症、薬剤性認知症、ビタミン欠乏症、廃用症候群など

予防が可能な認知症：血管性認知症など

治療や予防が困難な認知症：アルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺など

7. アルツハイマー病の治療ケア

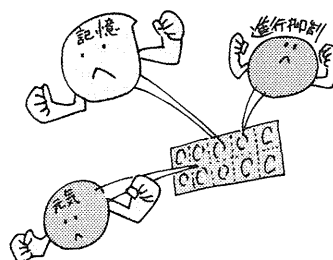
アルツハイマー病を治したり、進行を完全にとめるような治療薬は残念ながらまだありません。とはいえ、上手に対応すれば、その人らしい生活を長期間維持していくことが可能です。また、認知機能改善や進行遅延の効果が示されているアリセプトという薬や、精神症状の改善が期待できる薬も知られるようになってきています。主治医や介護スタッフと相談しながら、治療・ケアを工夫することが肝要です。

1) 認知機能障害への薬物治療

現在（2010年1月）、日本でアルツハイマー病の治療薬として認可されている唯一の薬がアリセプトです。アルツハイマー病の患者さんの脳内では、記憶や学習に関係するとされるアセチルコリンという物質が減少しています。この薬は脳内のアセチルコリンを増やすことで、記憶をはじめとする認知機能の改善をもたらします。しかし、実際にはすべての患者さんに効果がみられるわけではありません。明らかに記憶が良くなったと感じなくても「表情が良くなった」や「自分からすすんで草取りをするようになった」、「繰り返し同じことを尋ねる回数が減った」などの変化がみられることがあります。また、この薬を飲み続けることで、飲んでいない場合と比べて病気の進行が遅く

なったり、精神症状が起こりにくくなるといった報告もあります。

アリセプトの副作用としては、吐き気や下痢、食欲不振などの胃腸症状、頻尿ないしは尿失禁、興奮などが知られています。頻度はそれ程高くなく、飲み始めに一時的に起こるだけのことも多いので、主治医の先生とよく相談しながら服用するようにしましょう。また、心臓に作用して脈を遅くすることがありますので、不整脈の治療を受けている方は、念のため循環器の専門医に心臓の状態を評価してもらってから飲み始めるようにしましょう。



2) 精神症状への薬物治療

アルツハイマー病で見られる精神症状には、病気の経過の一時期だけ起こるものから長く続くもの、程度の軽いものから介護に破綻をきたす程のものまで様々です。さらに、症状によって薬の効きやすいものもあれば、効果がまったくないものもあります（図5）。まずは、個々の症状の性質を見極め、ケアの工夫による症状改善を目指しますが、患者さんの苦痛と家族の介護負担の程度によっては、薬物療法を行うこともあります。

例えば、激しい妄想やそれに伴う興奮などの精神症状を改善する薬として、抗精神病薬が用いられます。特に、物盗られ妄想にはこうした薬が有効であることが示されています。元々は統合失調症という病気の幻覚や妄想を治療するために開発された薬であり、アルツハイマー病の患者さんに使用するときには、副作用が起こらないように極少量を投与します。ただし、これらの薬はアルツハイマー病に対しては医療保険の適応外であり、また抗精神病薬を認知症の患者さんに投薬した場合、死亡率が1.6～1.7倍高くなるとの報告もあります。不眠や不安、うつに対しても薬物療法を行うことがあります。効果と安全性をよく検討したうえで投薬してもらう必要があります。

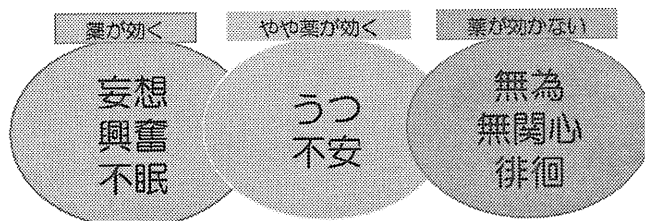
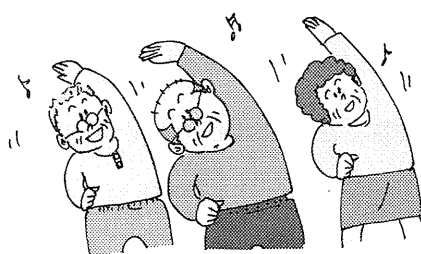


図5 精神症状に対する薬の効果

3) アルツハイマー病への非薬物療法

非薬物療法では、感情や運動機能など保たれている機能を介して患者さんに働きかけることにより、認知機能や身体機能の低下を防いだり、精神的な安定がもたらされます。具体的には、音楽療法、回想法、アロマセラピー、園芸療法、レクリエーションなどが行われていますが、患者さんの状態や性格、職業、趣味などに合わせて選択することが重要です。

こうした非薬物療法は通常デイサービスやデイケアで行われていますので、早い段階から参加し、他の通所者やスタッフと馴染みの関係作りをしておくことで、進行期にも通所を続けることが可能になり、自宅でのケアの負担を軽減することができます。また、昼夜逆転や廃用症候群の治療に、通所サービスの回数を増やしたり、ショートステイを利用することもあります。その場合、施設のスタッフには単なる見守り代行目的ではなく、症状改善が目的であることをはっきりと伝えておく必要があります。



4) アルツハイマー病のケアのポイント

まず家族をはじめとする介護者が、病気であることを認識し、アルツハイマー病の正しい知識を持つことが重要です。そのうえで、患者さんにみられるさまざまな症状に対して適切な対応をとることが必要です。以下に、いくつかのケアのポイントを紹介します。

- 患者さんの言葉や行動を病気の症状として受けとめることが大事です。患者さんは忘れていることを自覚することが困難であり、繰り返し注意や説明をされても、記憶障害に基づく行動であれば改善しないことも多くみられます。逆に、失敗を指摘されたり、否定されたりすることにより、自尊心が傷つき、落ち込んだり、不安になったり、攻撃的になったりします。
- 時間の感覚を保つために、カレンダーや日めくりを目立つところに置き、毎日一緒に印をつけてみましょう。
- 何かを伝える時には簡単な言葉を用い、同時に2つ3つのことを言わないようにします。
- 料理や家事など日常生活での失敗が増えてきますが、誰かが見守っていれば安全に行えることは可能な限りやっってもらえるようにしてください。そうすることで、活動性や日常生活動作が維持されます。
- 介護者が物盗られ妄想の対象となり、介護が難しい場合

には、デイサービスやショートステイなどを利用し、環境を変えてみたり、別の人に対応してもらうことも必要となります。

- 徘徊を減らすために、部屋やトイレの場所がわかるように、入口を目立つように表示します。特に、夜間はトイレや廊下に照明をつけて、明るくわかりやすくします。無理に徘徊を引きとめようとすると、興奮する患者さんもいますが、一旦は一緒に出掛け、しばらくしてから「そろそろ帰りましょうか」など声掛けをするとスムーズに帰宅することもあります。
- 失禁の予防にはトイレ誘導を行います。時間を決めたり、タイミングを見計らって誘導します。例えば、徘徊が始まったり、落ち着きがなくなるといった様子が便意や尿意の徴候であることがあります。
- 早い段階で、安全な生活環境を整備することが重要です。火の元に関してはガス器具から電磁調理器（IH）に変更します。自動車運転は早目に中止し、運転しない生活に慣れていく必要があります。転倒を予防するために自宅内の段差をなくしたり、手すりを設置したりします。これらの環境調整には介護保険が利用できる場合があります。