8．アルツハイマー病の経過

アルツハイマー病は非常にゆっくりと進行していく病気です。多くの患者さんは記憶障害で病気が始まります。その始まりは、はっきりとしないことが多く、特定することはしばしば困難です。物忘れをする頻度が増えてくると、家計の管理や買い物をきちんとできなくなり、社会生活に支障が出てくるようになります。しかし、服を選んだり、お風呂に入ったり、慣れた場所に行くことなどには支障がなく、初期の段階では日常生活には介助がいりません。この時期から物盗られ妄想がみられることもあります。ある程度病状が進行してくると日常生活に介助が必要となります。季節に合った服を自分で選ぶことができなくなり、入浴を忘れたり、嫌がるようになります。さらに進行すると、ひとりで服をきちんと着ることができなくなり、入浴にも介助が必要となります。尿・便失禁がみられるようにもなります。もちろん個人差はありますが、このような経過を十分に知って、あらかじめ出現してくる症状を予測し、余裕をもって準備しておくことが大切です。

27

コラム　軽度認知障害（MCI）

軽度認知障害（mild cognitive impairment：MCI）とは、加齢の影響では説明のつかない認知機能の低下（記憶障害など）があるものの、認知症のスクリーニング検査などでは正常範囲の成績であり、日常生活の支障も目立たない状態をいいます。MCIの状態にある人は、健常者と比べてアルツハイマー病などの認知症になる危険性が約10倍高いと報告されています。MCIは正常と認知症の境界状態と考えられ、アルツハイマー病を含めた認知症の前段階をかなり多く含んでいるとされます。このため、MCIの段階から治療や働きかけを行うことで、認知症への移行を予防したり、認知症に移行した場合にはその進行を遅らせるなどの可能性が期待されています。一方で、すべてのMCIが認知症になるわけではなく、進行がないまま長期に経過したり、再度検査すると認知機能が正常化している人もいます。こうした認知症に移行しないMCIには、軽い脳卒中やうつ病などが含まれていると考えられています。いずれにしても、MCIの状態にある人は、専門医による定期診察を受けておくことが勧められます。

9．実際の患者さんの例

ここで実際の患者さんの例を紹介します（プライバシーの観点から、実際の患者さんとは内容を改変してあります）。

① Dさん（70代女性）の場合

Dさんは5年前に夫が他界してから娘さんと二人暮らしです。３年前から外出先でバッグを置き忘れてきたり、同じことを何度も尋ねるようになりました。物忘れは少しずつ増え、買ってあることを忘れて同じ品物を買ってきたり、しばしば腕時計や財布をしまってある場所がわからなくなり、「盗られたのかもしれない」と心配するようになりました。元来活動的なDさんはダンスやグランドゴルフによく出掛けていましたが、外出する頻度が減り、昼間ゴロゴロしていることが多くなりました。料理や洗濯など、家庭内のことは大きな問題なくこなせていましたが、時折、鍋を火にかけたまま忘れて焦がしてしまうため、娘さんの判断で電磁調理器に変更しました。

当初Dさんは病院受診を嫌がっていましたが、娘さんに説得され、精神科病院の物忘れ外来を受診しました。医師に「物忘れがありますか？」と尋ねられたDさんは最初「はい」と答えましたが、「ご自分でそう思いますか？それとも周りの方から言われますか？」と尋ねられると、「娘から言われますけど自

分では年のせいだと思います」と答えました。日付けを尋ねると「今日は新聞をみてこなかったから…」と取り繕いました。診察や検査では明らかな記憶障害があり、頭部CT検査では海馬の軽い萎縮を認め、Dさんは初期アルツハイマー病と診断され、アリセプトを飲み始めることになりました。

娘さんは昼間仕事に出ており、Dさんは一人でボーっとテレビを観る生活パターンであったため、医師から介護保険を申請し、デイサービスを利用するよう勧められました。ところが介護認定がおりてもDさんは「あんな老人ばかりの場所には行かない」と通所を拒否しました。それでも娘さんやケアマネージャーの粘り強い説得により、しぶしぶ通所を開始したところ、2ヶ月もすると拒否することなく、楽しそうに参加できるようになりました。さらに、通所のない日には、知り合いの総菜店の簡単な手伝いをするなど活動性が改善しました。

受診から1年後、Dさんは娘さんがお金や通帳を盗ったと言い出すようになりました。娘さんの職場にまで「通帳を返しなさい」と頻回に電話がかかってくる状況が続くので、娘さんは困ってしまい、医師に相談してみました。医師からは妄想を減らすための薬が処方され、その薬を飲み始めて1ヶ月ほどで物を盗られたという言動はなくなりました。Dさんは現在も定期的に週2回のデイサービス、週1回の惣菜店手伝い、2ヶ月に1回の外来受診を続けています。

30

② Bさん（50代男性）の場合

Bさんは会社員でした。3年前から職場でいつもと違う仕事が回ってくると混乱するようになりました。その頃から少しずつ「言葉が出にくい」、「物の置き場所を忘れる」といった症状を認めるようになりました。2年前からは書字や計算が困難になり、仕事を続けることができなくなりました。自動車運転中にセンターラインをはみ出したり、車庫入れでたびたび車体をこするようになったため、認知症の精査と自動車運転中止の説得を奥さんが希望し、大学病院の認知症専門外来を受診しました。

Bさんは言葉の理解が障害されていましたが、記憶の障害は比較的軽度でした。鳩の形の手の真似や立方体の模写がまったくできないなどの視覚構成障害が目立っていました。頭部MRI検査では全般的な軽い脳萎縮があり、SPECTでは側頭葉と頭頂葉の血流低下を認めました。病歴や診察・検査の結果から医師はBさんを言語障害の強い若年性アルツハイマー病と診断しました。

医師から運転中止が強く勧められましたが、Bさんは「生活が不便になるから」と運転継続を望みました。その後も奥さんと主治医が粘り強く説得を続けたところ、初診から3ヶ月後に運転を中止することができました。しかし、それまで続けていた買物や友人宅への訪問ができなくなったため、Bさんは自宅

31

にひきこもるようになってしまいました。そこで、介護保険を申請し、デイサービスを利用する方針としましたが、近所のデイサービスは高齢の利用者が多かったため、Bさんが強い抵抗感を示しました。そこで、自宅からはかなり遠方になりますが、若年性認知症専門のデイケアに通所してみることにしました。Bさんはそこで同じ若年性アルツハイマー病の男性患者さんと意気投合して仲良くなり、週1回ですが、通所を続けています。奥さんは「週1回でもデイケアに参加してくれるだけで、自分の負担や本人の様子が全然違います」と喜んでいます。

また、Bさんが働けなくなって以降、家計を助けるために奥さんはパート勤務を始めましたが、デイケアは送迎範囲外の遠方であるため、パート勤務のかたわら毎週送迎するのは大きな負担となっています。まもなく初診から1年半が経過し、障害年金を申請できるようになるので、現在、その準備を進めています。障害年金が給付されるようになれば、奥さんのパート勤務の日数を減らし、デイケアを増やす予定です。

32

おわりに

適切な治療や介護を行うためには、まず病気の特徴をきちんと把握し、その治療のタイミングや介護の方法、社会資源の内容と利用方法を正確に理解することが大切です。そのためには、すべての基本となる正確な診断がきわめて重要です。また、現在、具体的な介護の方法や社会資源の利用法をまとめた冊子を作成しておりますので、なるべく早くみなさまにお届けし、参考にして頂ければと考えております。

アルツハイマー病の治療法は、本冊子で紹介してきたように、まだ対症療法的なもので、残念ながら根本的な方法は見つかっていません。しかし、対症療法的な治療法も早期から開始すればより効果的であることはわかってきているので、早期発見と早期治療が大切です。

なお、本冊子の内容は、これまで私どもを受診して下さった多くの患者さんとその家族やケアスタッフのみなさんと一緒に試行錯誤を繰り返して得られた知識です。この場を借りて感謝いたします。また、本冊子の作成には、厚生労働省長寿科学総合研究事業ならびに認知症対策総合研究事業、国立長寿医療センター長寿医療研究委託事業の援助をいただきました。

本冊子に対するご意見やご感想、お問い合わせは熊本大学神経精神科（矢田部、池田）までお願いいたします。

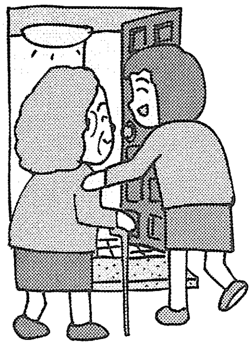
資料 1

監　修：池田　学（熊本大学医学部神経精神科　教授）

編　集：矢田部裕介、橋本　衛
（熊本大学医学部神経精神科）

執筆協力者：熊本大学医学部神経精神科認知症研究
グループ一同
熊本県認知症疾患医療センター（基幹型）

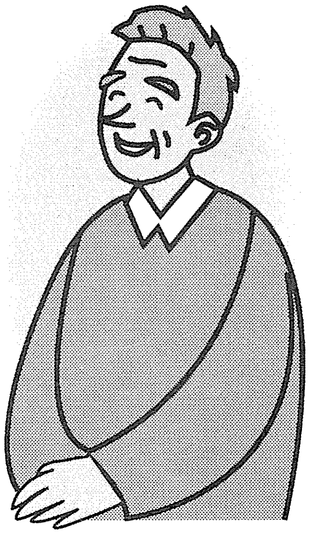
資料 1



発行年月日　平成22年1月
編 集 発 行　熊本大学医学部神経精神科
〒860-8556　熊本市本荘1-1-1
TEL. 096-373-5184

レビー小体型認知症の正しい理解

(しょうたいがたにんちしょう)



熊本大学医学部神経精神科

もくじ

1．はじめに ―――――――――――――――――― 1
2．レビー小体型認知症の頻度 ―――――――――― 2
3．レビー小体型認知症の症状 ―――――――――― 4
4．レビー小体型認知症の診断 ―――――――――― 11
5．レビー小体型認知症の検査 ―――――――――― 13
6．レビー小体型認知症の治療 ―――――――――― 17
7．レビー小体型認知症のケア ―――――――――― 21
8．実際の患者さんの例 ――――――――――――― 25
9．おわりに ―――――――――――――――――― 29

コラム

・レビー小体型認知症の名前の由来 ――――――― 3
・レビー小体型認知症の原因 ―――――――――― 10
・レビー小体型認知症の薬物治療が難しい理由 ―― 20

1．はじめに

レビー小体型認知症という病名は皆様にはなじみが薄いかもしれませんが、実はアルツハイマー病、血管性認知症に次いで3番目に多い認知症です。このように身近な病気にもかかわらずあまり知られていないのは、この病気が正しく診断できるようになったのが比較的最近だからです。実際のところ、認知症専門医以外の医師や、認知症ケアにたずさわる人たちの間でさえ、この病気に対する理解はいまだ不十分です。

レビー小体型認知症の症状は極めて多彩であり、また他の認知症ではほとんどみられないような特徴的な症状も現れるため、適切な治療やケアを行うためには、この病気をよく知り、症状を正しく把握することが大切です。本書を通じてレビー小体型認知症を正しく理解していただき、患者さんや家族、介護者のみなさんの生活の質が少しでも良くなるように役立てていただければと思います。

平成22年　春

2. レビー小体型認知症の頻度

レビー小体型認知症は、全ての認知症の数%から十数%程度を占めるとされています。もしあるグループホームに10人の認知症患者さんが入所していたとすると、その内の1人か2人がレビー小体型認知症であることになり、決して稀な病気ではありません。男女比については、アルツハイマー病が女性に多いのに対して、この病気は男性にやや多い傾向があります。発症年齢についての詳細な報告はありませんが、65歳以下の初老期での発症は少なく、70～80歳代の高齢者に多い病気と考えられています。

病気が進行する速さについては、これまでアルツハイマー病よりも速いと考えられてきましたが、最近の報告では記憶や判断能力などの認知機能が低下する速さはアルツハイマー病と差はないとされています。しかし、病気が発症してから死亡するまでの期間はアルツハイマー病よりも短く、これは、レビー小体型認知症ではパーキンソン症状や自律神経障害などの身体面の症状を伴うことが原因と考えられています。

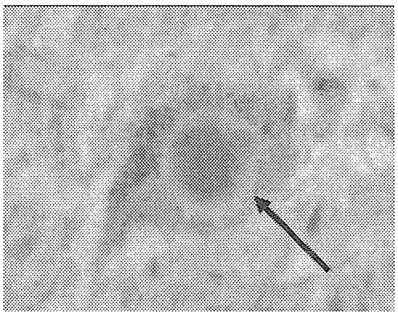
2

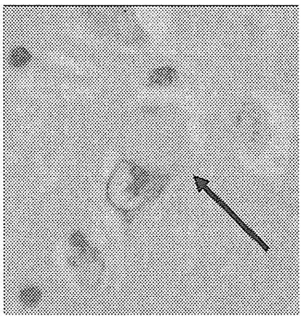
資料 2

コラム　レビー小体型認知症の名前の由来

レビー小体型認知症のレビー（Lewy）は人の名前です。およそ100年前にドイツのフレデリック・レビー先生が、パーキンソン病患者の脳の神経細胞内に特異的にみられる封入体を発見し、以後その封入体は発見者の名前を取ってレビー小体（下図の矢印で示したピンク色の丸い物質がレビー小体です）と呼ばれ、パーキンソン病に特徴的な変化とされました。パーキンソン病は手足の震えや動作の鈍さ、歩行障害などの運動障害が緩徐に進行する病気ですが、基本的には認知症にはならない病気と考えられていました。しかし、1976年にわが国の小坂憲司先生により、レビー小体が認知症患者にもみられることが指摘されて以来、レビー小体型認知症は「レビー小体を持つ認知症」として次第に注目されるようになり、1995年になってようやく診断基準が整えられ、臨床の現場でも診断が可能となりました。

図１　中脳の黒質のレビー小体　　大脳皮質のレビー小体





金沢大学　神経内科　山田正仁：Alzheimer's Disease Slide Kit, 37(2009)

3

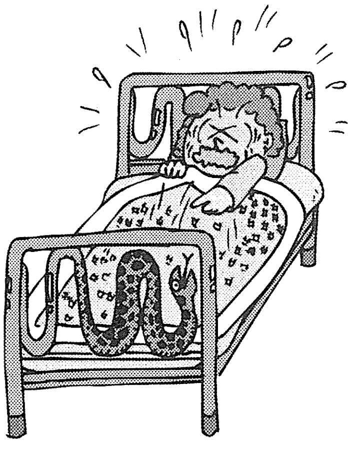
資料 2

3. レビー小体型認知症の症状

レビー小体型認知症では、物忘れに加えて、幻覚・妄想、パーキンソン症状、便秘や低血圧など極めて多彩な症状が現れます。

A) 幻視（げんし）（存在しないものが見えること）

レビー小体型認知症の一番の特徴は幻視です。幻視はレビー小体型認知症患者のおよそ80%にみられるとされています。幻視の内容ですが、人や動物、虫などがありありと鮮明に見えます。「男の人が部屋の隅から黙ってこちらを見ている」「馬が部屋を横切りトイレに入って行った」などその内容はとても具体的です。本人は見えていると訴えなくても、床にいる虫をつまもうとするような動作や、幻に話しかけている姿などで気づかれることもよくあります。錯視（さくし）（見まちがい）も多く、ベッド柵が蛇に見えたり、花瓶の花が犬の顔に見えたり、庭石が人の顔に見えたりします。布団が膨らんでいると中に人がいると思い込むこともよくあります。これらの症状は夕方から夜間の薄暗いときに比較的多く、不安によって強くなる傾向があります。「(周りの人には聞こえない



4

のに）お寺の鐘が鳴っている。お客さんの話し声が聞こえる」といった幻聴（げんちょう）や、「背中に虫が這っている」といった体感幻覚（たいかんげんかく）がみられることもあります。本人はこのような幻覚を実際に起こっているものと確信して家族に訴えますが、診察時に確認するとそれが幻であることを理解していることもよくあります。

B）パーキンソン症状

レビー小体型認知症では、手足の震えや動作の鈍さ、小刻み歩行などの運動障害を初診時から半数近くの人に認めます。総じて患者さんは表情が乏しくなり、前かがみの姿勢でとぼとぼ歩きます。これらはパーキンソン病の患者さんによくみられることから、パーキンソン症状と呼ばれています。パーキンソン症状が初期のアルツハイマー病でみられることはほとんどありません。進行すると転倒事故などの危険性が増加します。パーキンソン症状が認知症より先に出る人もあれば同時に出てくる人、遅れて出てくる人など様々です。

C）症状の変動

昔から認知症では、症状が日によって良くなったり悪くなったりすることはないとされていました。しかしレビー小体型認知症では、むしろ症状に大きな波があることが特徴とされています。たいへんしっかりしていて一見して認知症がないように見える時と、これが同じ人かと目を疑いたくなるほど調子が悪くなる時があります。普通に家族と会話をしていた人が、次の瞬間に家族が誰なのかわからなくなることもあります。普段は何の支障もなく服を着ている人が、調子が悪くなるとパンツを頭からかぶるような間違いをします。一日の中で症状が変動することもあれば（通常昼間よりも夕方から夜中にかけて悪くなります）、「先月に比べて今月は調子が悪いね」といった具合に、月単位で変動することもあります。

幻視、パーキンソン症状、変動の３つの症状はレビー小体型認知症の中核特徴と呼ばれ、このうちの2つ以上の症状を認めればレビー小体型認知症と診断してよいとされています。

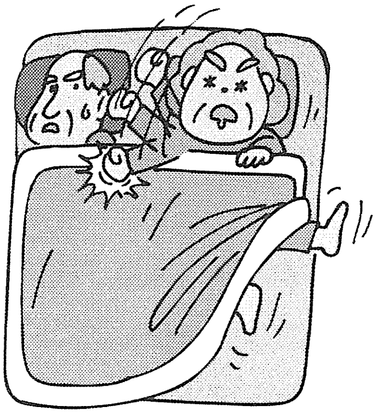
D）レム睡眠行動障害、睡眠障害

レム睡眠行動障害とは睡眠中に寝言を言ったり、体をばたばたと動かしたりする睡眠の障害です。びっくりするほど大きな声で叫んだり、横に寝ている人を叩いたりすることもあるため、家族は寝不足に悩まされます。あくまで睡眠中の行動障害であ

6

るため、目を覚ませば症状は消え、たいていは夢の内容として思い出すことができます。行動もせいぜい立ち上がる程度で、夢遊病のようにあちこち歩き回ることはまれです。認知症が始まる何年も前から、レム睡眠行動障害があらわれることがあり、この障害をもつ人は将来レビー小体型認知症になりやすいと考えられています。

レビー小体型認知症では、この他にもさまざまな睡眠障害が見られます。とりわけ日中の過眠が特徴的で、夜中に十分眠っているはずなのに、昼間にも何時間も眠ってしまいます。



E）一過性の意識障害、失神

失神を繰り返したり、あたかもこん睡のようにいくら刺激しても反応しないような意識障害がみられます。急に意識がなくなると家族や介護者はとても心配になるでしょうが、たいていは一過性であり、長くても数時間で自然に回復します。失神や意識障害は、不整脈などの心臓病や一過性脳虚血発作（いっかせいのうきょけつほっさ）、てんかんのような脳の病気で引き起こされることもありますので、これらを確認する検査は必要です。しかし検査に異常がないにも

7

かかわらず失神を繰り返す場合は、慌てずに安静にした状態で自然に回復するのを待つ方が良いでしょう。

F) 転びやすさ

レビー小体型認知症の人はよく転びます。パーキンソン症状のため足が出にくくなり転倒が増えます。また、視覚認知の障害や症状の変動による注意力の低下、幻視などの精神症状も転倒を引き起こす要因となっています。アルツハイマー病の10倍転びやすいという研究報告もあります。

G) 自律神経障害（じりつしんけいしょうがい）

自律神経は、血圧や体温、内臓の働きなどを調整する神経ですが、レビー小体型認知症では、しばしばこの自律神経の障害を伴います。なかでも、起立性低血圧（寝転んでいたり座っている体勢から立ち上がった際に、急に血圧が下がる症状）による立ちくらみや失神、頑固な便秘、尿失禁などがよくみられる症状です。自律神経障害から病気が始まる人もあります。

H) 誤認妄想（ごにんもうそう）

夫や妻が本物そっくりの偽者（にせもの）である、2人暮しにもかかわらずもう1人住んでいると言って3人分の食事を作る、ここは自分の家ではないからと家を出て行こうとする、テレビの映像を

8

現実の出来事と思いこむなどの人や場所の誤認に基づく妄想が半数以上の方に見られます。妄想が活発になると家を探して出て行こうとする徘徊や、妻を出せと暴力におよぶこともあるため対応が必要となりますが、薬の効果が乏しく対応に苦慮する症状の一つです。

1）うつ症状

気分が沈み悲観的になったり、意欲が低下するなどのうつ症状が高い確率であらわれます。認知症に先立ってうつがみられることもまれではありません。めまいがする、身体がふらつくといった身体の不調を中心に訴える場合もあります。通常のうつ病と比べて抗うつ薬の効果が少なく、副作用も出やすいため専門医による治療が望まれます。

9