

表2-5 認知症のリスクファクター

- ・加齢
- ・頭部外傷
- ・アルツハイマー型認知症(認知症)の家族歴
- ・アルミニウムの摂取
- ・母胎の高齢出産
- ・ダウン症候群
- ・アポリポ蛋白 E4(アポE4)

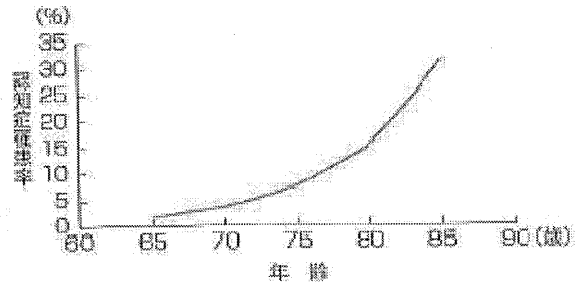


図2-3 加齢にともなう認知症の増加

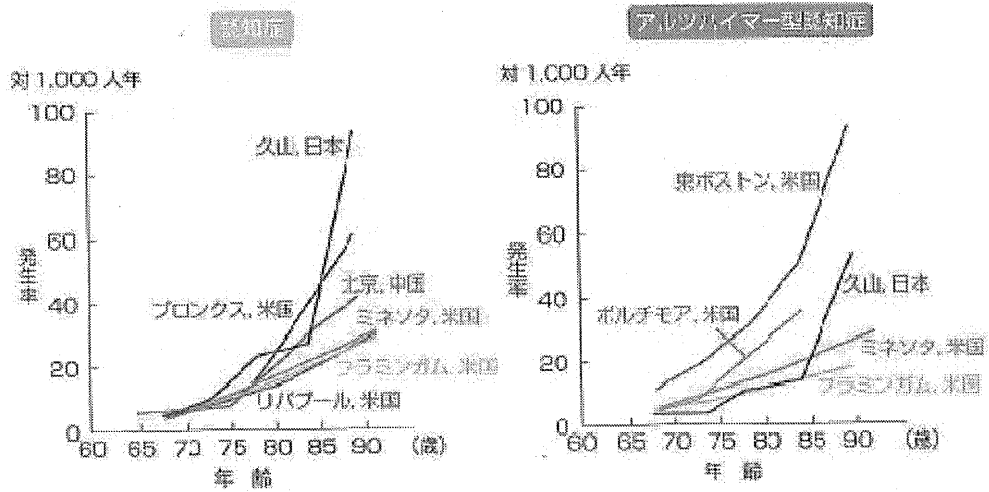


図2-4 年齢階級別認知症発症率の国際比較

(Yoshitake T et al : Neurology 45: 1161-1168, 1995)

より、非喫煙者のほうがADに対して高い危険度があるとする報告がなされた。彼らは、喫煙量が増えるとADの相対危険度が減少し、ニコチンがAD発症に防衛的に働いているのではないかと考えている。

ADの発症・進展の拮抗因子として注目されているものに、エストロゲンと非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) がある。エストロゲンの場合女性のみでの検討であるが、エストロゲンを使用している女性に比して使用していない女性では有意にADの有病率が高いことが示された。いくつかの追試研究によりエストロゲンのADの発症・進展抑制効果が指摘された。

関節リウマチやハンセン病患者にはADが少ないとする疫学調査を受けて NSAIDsの使用の有無についての疫学調査がなされ、NSAIDs常用者にはADが少ないこと、中でも非アスピリン系のNSAIDsのみ統計的に有意な改善を示すことが報告された。

ほかに高血圧症の治療に使われる血圧降下薬により、脳内酸欠による脳細胞の減少により発症する可能性も報告されている。また、動脈硬化の危険因子である高血圧・糖尿病・喫煙・高コレステロール血症などが、VaDやADなどの危険因子となる。



認知症の種類



認知症の分類としては先に挙げた病理学的な機序からの分類が有用であるが、複数の原因が合併していることも多い。以下に認知症を呈する代表的な疾患についてその特徴を記載する。



アルツハイマー型認知症 (AD : Alzheimer's disease)

ADは、神経細胞が通常の老化よりも病的に減少してしまうこと(変性)によって、正常な脳機能を果たせなくなり、認知症になっていく病態である。原因はいまだ解明されていないが、遺伝的な要因に加えて生活環境の影響が重なり発症すると考えられている。青年期以降広い年齢範囲で発病するが、65歳以上で激増する。男女比は1対2で女性に多い。認知症の患者は65歳以上で5%程度とされているが、このうち40～60%がADで、近年徐々にADの割合が増加している。一方で、神経変性のなかではもっとも頻度の高い疾患となっている。

最初に現れる症状としては、人や物の名前がなかなか出てこないというものの忘れである。また何度も同じことを聞く、同じことをいう、大切なもの、たとえば財布などをなくす、しまった場所を忘れる、蛇口を閉め忘れる、トイレの水を流し忘れるなども、もの忘れを示唆するものである。性格的にも、今までと様子が異なり、漠然とした体調の不良を訴えたり、外へ出ることが面倒になったりすることがある。さらに重度になると、経験した内容だけでなく、経験したこと自体も忘れてしまう。さらに進行すると、普段の生活に不都合を生じてくる。

認知症では、新しいことが覚えられない、経験したことを思い出せないという記憶の障害を来すだけでなく、思考や判断力の低下、言葉の異常、行動の異常が出現し、今まで営まれてきた仕事、日常生活が困難になっていく、などの社会的症状も出現してくる。ADでは、脳の変性に基づく中核症状とそれにともなって起きてくる周辺症状に分けて診療・ケアを行う。中核症状は、ADの患者に共通して出現する症状で、記憶力が低下する。時間や場所を認識することができなくなる。判断力が衰えることがある。周辺症状とは患者の個人差があり、脳の障害部位によってさまざまに出現する症状をいう。たとえば物を取られたという妄想を呈したり、混乱状態となったり、徘徊したり、攻撃したり、身なりにかまわなくなったりする。これらの周辺症状は、介護上の大きな問題となることが多い。

ADの診断は、認知症状の特徴、緩徐進行性の経過および画像検査から総合的に行う。ADでは、脳の神経細胞が減るために、脳の萎縮がみられる。とくに、記憶を司る海馬、側頭葉などが初期に萎縮することが多いため、頭部MRIの前額断で脳の萎縮の有無を検索する(図2-5)。しかし、初期にはそれらの変化が目立たないこともあり、脳

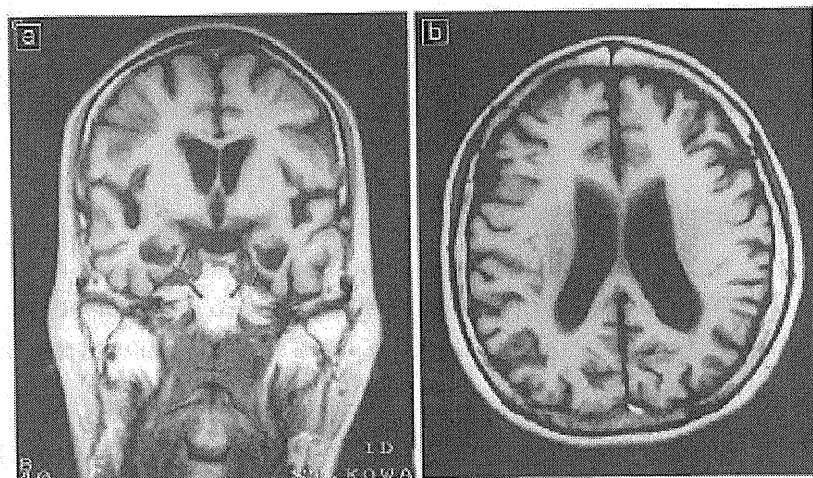


図2-5 AD症例のMRI画像
大脳全体の萎縮を認め、とくに海馬(==)が著明である。

血流シンチグラフィ (SPECT) で、脳血流の評価を行う。ADでは、後頭葉、頭頂葉、側頭葉などで血流の低下パターンを認めることが多い。

2 レビー小体型認知症 (DLB : dementia with Lewy bodies)

レビー小体型認知症は日本人研究者、小坂憲司が1978年、世界で最初に報告した神経変性疾患である。病理学的には、大脳皮質、辺縁系、脳幹にびまん性に神経細胞の変成した病変がみられる。変性した神経細胞中には、レビー小体という α -synucleinというタンパク質を主要成分とする物質が封入体が認められ、レビー小体型認知症 (DLB : dementia with Lewy bodies) と命名された。レビー小体はもともとドイツの病理学者Frederic Heinrich Lewy (1885 ~ 1950) が1914年に発見した病変で、パーキンソン病の際に黒質を含む、脳幹で認められており、パーキンソン病の病因に関連する病理変化として知られていた。

臨床症状の特徴は、①認知症状が変動しやすい、②鮮明で具体的な幻視、③パーキンソン症状の3つが挙げられる(表2-6)。また、②と同様、後頭葉の視覚系の異常のためか、夜間せん妄(レム睡眠行動障害)が効率に出現する。現在ではDLBは認知症全体の約20%を占め、ADに次いで2番目に多い疾患である。典型的な症状を呈する例では診断は早期に可能であるが、しばしばAD、パーキンソン病、うつ病などと紛らわしい症例も存在し、診断まで時間のかかることも多い。MRIやCTなどの画像検査ではADで見られるような側頭葉内側の萎縮が比較的軽度である。SPECTやPETを用いた脳血流パターンは、後頭葉を中心とした大脳のびまん性の血流低下・糖代謝低下を認める。自律神経機能検査の一つであるMIBG心筋シンチグラフィを行うと、パーキンソン病と同様に心筋への集積率の低下が認められる。

DLBの治療は今のところ、ADの治療薬である塩酸ドネペジル(アリセプト[®])や漢方薬の抑肝散を使用し、パーキンソン症状に対しては、L-dopaを含む抗パーキンソ

表2-6 レビー小体病の特徴

- ・認知症状が変動しやすい
- ・鮮明で具体的な幻視
- ・パーキンソン症状

ン病薬が奏功することがある。とくに本疾患では、幻覚、妄想とそれに基づく異常行動が出現することが多く、向精神薬などを処方することも多いが、向精神病薬は副作用としてパーキンソン症状を来しやすく注意が必要である。最近開発された新しいタイプの向精神薬はパーキンソン症状に対する悪影響が極めて少なくなっている。一方で、抗パーキンソン薬も副作用として精神症状発現の危険性がありその処方に注意が必要である。

3 前頭側頭型認知症 (FTD : frontotemporal dementia)

FTDは大脳の前頭葉と側頭葉が特異的に萎縮する病気である。この代表的な疾患がピック病(Pick's disease)である。ピック病は1892年にブラハ大学のアーノルド・ピックが言語障害、記憶障害と意欲低下を示して、死後の解剖で左側頭葉に限局した萎縮を認めた71歳の男性症例を報告したことに始まる。その後アルツハイマーがピック病患者脳の病理学的な研究からピック嗜銀球とピック細胞という特殊な病理所見を発見して、一つの疾患群であることを明らかにした。ピック病は長らく45歳から65歳までの初老期に発症する病気と考えられて、AD、クロイツフェルト・ヤコブ病と合わせて三大初老期痴呆とされてきた。しかし、その後の研究によって必ずしも初老期だけに発症するわけではないこと、また、特徴の一つである嗜銀球という病理変化がないものもあることがわかってきた。現在は認知症のタイプとして、前頭葉と側頭葉が選択的に萎縮するという特徴から前頭側頭型認知症と分類するようになった。

AD、DLBおよびVaDの認知症の主症状、初期症状が記憶障害であるのに対して、FTDの臨床症状は一般に人格障害が顕著である。ADやVaDでは発症初期には人柄、人格の変化はなく、物覚えが悪くなったり、もの忘れが激しくなったりするということと気付かれるのに対して、FTDでは記憶力は保たれているのに人格、性格が極端に変わっていく。騒がしく、軽薄になったり、派手になってやたらに買い物をするようになったり、不潔な行いを平気でするようになったり、店においてある物を取ってその場で食べてしまったりといった非社会的な行動をとるようになって周囲を困らせることなどである。

すなわち、人格障害・情緒障害などが初発症状で、病期前半にはADでよくみられる記憶障害・見当識障害はほとんどみられない。進行にともない自制力低下(粗暴、短絡、相手の話は聞かずに一方的にしゃべる)、感情鈍麻、異常行動(浪費、過食・異食、収集、窃盗、徘徊、他人の家に勝手にあがる)などがはつきりし、人格変化(無欲・無関心)、感情の荒廃が高度になる。人を無視・馬鹿にした態度、診察に対して非協力・不真面目、ひねくれた態度など対人的態度の特異さが目立つ。また、意味も

表2-7 前頭側頭型認知症

初発症状	人格障害・情緒障害
病期前半	記憶障害・見当識障害はほとんどみられない
進行期	<ul style="list-style-type: none"> ・自制力低下(粗暴、短絡、相手の話は聞かずに一方的にしゃべる) ・感情鈍麻、異常行動(浪費、過食・異食、収集、窃盗、徘徊、他人の家に勝手にあがる) ・人格変化(無欲・無関心)、感情の荒廃が高度になる ・对人的態度の変化、人を無視・馬鹿にした態度、診察に対して非協力・不真面目、ひねくれた態度など ・滯続症状、意味もなく同じ内容の言葉を繰り返したり同じ行動を繰り返したりする ・進行性の失語症症状

なく同じ内容の言葉を繰り返したり同じ行動を繰り返したりする滯続症状がみられる。さらに、進行性の失語症症状がみられることもある。物はちゃんと使えるのに、その物の名前をしゃべることも意味することもわからなくなる語義性失語症がみられることがある。異常行動がみられるのにDLBのような幻覚はなく、病識もない。本症の鑑別としては、躁鬱病、統合失調症といった精神病が挙げられる。(表2-7)

検査所見としては、MRI上前頭葉と側頭葉に限局した脳の萎縮が認められ、SPECTやPETなどで同部位の血流低下を検出できる。

4 軽度認知障害(MCI: mild cognitive impairment)

正常老化過程で予想されるよりも認知機能が低下しているが、認知症とはいえない状態と定義される。認知症の前段階にあたるが、認知機能低下よりも記憶機能低下が主兆候となる。主観的・客観的に記憶障害を認めるが、一般的な認知機能・日常生活能力はほぼ保たれる。「認知症」の診断ができる程度に進行するまで、通常5～10年、平均で6～7年かかる(図2-6)。

医療機関を受診した軽度認知障害では、年間10～15%が認知症に移行するとされる。さらに、単に軽度の記憶障害のみの例より、ほかの認知障害を合わせて持つ例のほうが、認知症への進行リスクははるかに高い(4年後の認知症への移行率は、記憶障害のみの場合は24%、言語・注意・視空間認知の障害のいずれかの合併例では77%であった)。

MCIと類似した概念として、1993年に国際老年精神医学会の検討委員会が提唱した加齢関連認知低下(AACD: aging-associated cognitive decline) (Levy R, 1994)がある。表2-8の診断基準に示すようにAACDの概念は、記憶・学習、注意、言語、視空間認知、思考の5つの多面的な認知領域の機能の低下を含んでいる。地域の高齢者を対象にした研究では、3年間の認知症への移行率は記憶障害のみで定義したMCIが11.1%であったのに対して、5つの認知領域のいずれか1つ以上に認知障害を持つAACDでは28.6%と、はるかに移行率が高いことが認められた。しかも、MCIの一般地域高齢者に占める割合は3.2%に過ぎず、これに対して、AACDは19.3%であったと報告されている(Ritchie Kら, 2001)。MCIの診断基準としては2003年に国際老年精神医学会の専門委員会が提唱したものがある(Winblad Bら,

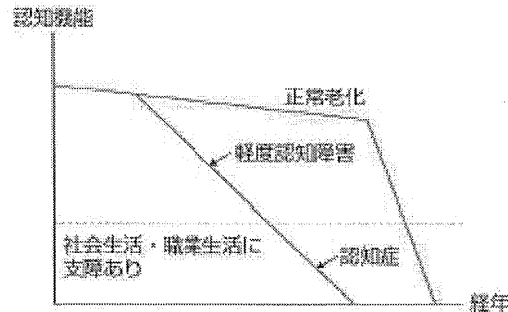


図2-6 軽度認知障害の概念
(東京老人総合研究所：認知予備・支援マニュアル)

表2-8 AACD (加齢関連認知低下)の診断基準

<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人または信頼できる他者から認知的低下が報告されること 2. 始まりが緩徐で(急激でなく)、6ヵ月以上継続していること 3. 認知障害が、以下のいずれかの領域での問題によって特徴づけられること <ul style="list-style-type: none"> (a) 記憶・学習、(b) 注意・集中、(c) 思考(たとえば、問題解決能力)、(d) 言語(たとえば、理解、単語検索)、 (e) 視空間認知 4. 比較的健康的な個人に対して適応可能な年齢と教育水準が作られている量的な認知評価(神経心理学的検査または精神状態評価)において異常があること、検査の成績が適切な集団の平均よりも少なくとも1SD(標準偏差)を下回ること 5. 除外規準 <ul style="list-style-type: none"> 上にあげた異常のいずれもがMCIまたは認知症の診断に十分なほどの程度でないこと 身体的検査や神経学的検査や臨床検査から、脳の機能低下を引き起こすとされる脳の疾患、損傷、機能不全、または全身的な身体疾患を示す客観的な証拠がないこと 6. その他の除外規準 <ul style="list-style-type: none"> (a) 認知的障害を持っていると観察されがちなうつ病、不安症、その他の精神的な疾患 (b) 器質的な健忘症候 (c) せん妄 (d) 脳炎後症候群 (e) 脳震盪後症候群 (f) 向精神薬 薬物の使用や中枢作用性薬物の効果による持続的な認知障害
--

表2-9 MCI(軽度認知障害)の診断基準

<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症または正常のいずれでもないこと 2. 客観的な認知障害があり、同時に客観的な認知機能の経時的低下、または、主観的な低下の自己報告あるいは情報提供者による報告があること 3. 日常生活能力は維持されており、かつ、複雑な手段的機能は正常か、障害があっても最小であること
--

(Winblad B et al, 2004)

2004) (表2-9)。ここではMCIを、記憶障害型と非記憶障害型のサブタイプに大別し、それぞれに認知機能の低下領域として単一領域、複合領域を持つタイプを区別している。

今日、MCIは、単に認知症の前駆状態を表しているのではなく、認知症を引き起こすさまざまな疾患のごく軽微な状態として捉えられるようになってきている。

Ⅳ 中核症状と周辺症状 — 認知症状の特徴と対応・ケア

認知症のおもな症状(中核症状)は記憶障害と認知機能障害(失語・失認・失行・実行機能障害)からなる。これらは神経細胞の脱落によって発生する症状であり、患者全員にみられ、病気の進行とともに徐々に増悪する。

一方で、いわゆる周辺症状(BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia)といわれるものは、幻覚・妄想、徘徊、異常な食行動、睡眠障害、抑うつ、不安・焦燥、暴言・暴力(噛み付く)、性的羞恥心の低下(異性に対する卑猥な発言の頻出など)、時間感覚の失調、などが挙げられる。これらは患者をとりまく状況によって出現する残存神経細胞の異常反応であり、前述の中核症状と違い一定の割合の患者にみられる。出現状況は一般的に5～15年かけて現れるため、患者によっては周辺症状が現れず終末期を迎えるケースもある。その症状は上記のもの以外にも非常に多岐にわたり、多数の周辺症状が同時にみられることも珍しくない。BPSDの特徴としては、軽症から出現が始まるが中等症に進行するに従い頻繁に出現するようになり、患者は日常生活を行う能力を急速に喪失してゆくことにある。このため、備して周辺症状の発現と深刻化によって家族などの介護負担は増大の一途を辿る。(図2-7)

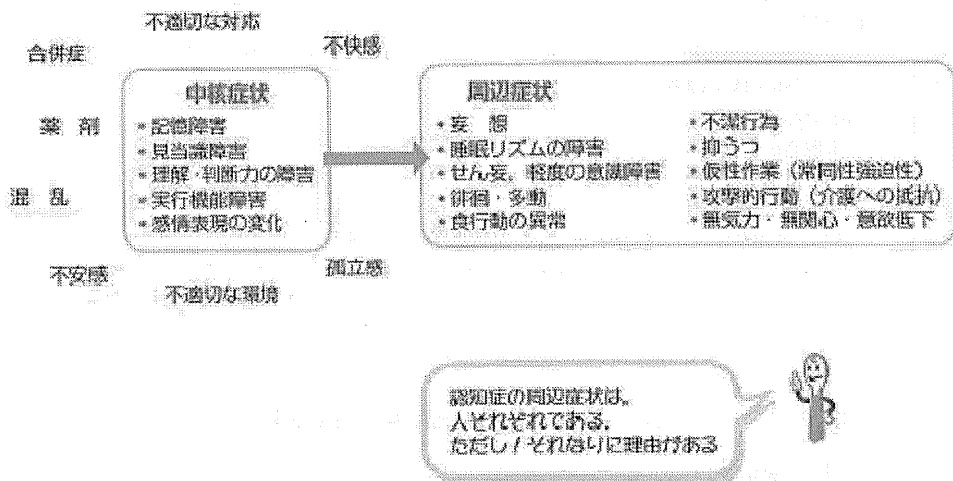


図2-7 中核症状と周辺症状
周辺症状はとりまく状況によって出現する。

中核症状

A. 記憶障害

記憶には、目や耳が捕らえたたくさんの情報のなかから、関心のあるものを一時的に捕らえておく器官である海馬と、重要な情報を長期に保存する記憶の中核がある。いったん記憶の中核に入れば、必要なときに必要な情報を取り出すことができる。しかし、加齢により一度にたくさんの情報を捕まえておくことができなくなり、捕まえても、記憶中核に移すことが困難になる。さらに記憶中核から必要な情報を探し出すことも困難となってくる。年をとってもの覚えが悪くなったり、いわゆる忘れが多くなるのはこのためである。この段階では、同じ情報を二度三度と繰り返し記憶しようとするうち、重要な情報は記憶中核に保存される。認知症になると、海馬機能が低下してしまうため記憶中核に納めることができなくなる。新しいことを記憶できずに、さきほど聞いたことさえ思い出せなくなるのはこのためである。さらに、病気が進行すれば、記憶中核自体も機能低下を始め、覚えていたはずの記憶も失われてゆく。

B. 見当識障害

見当識障害は、記憶障害と並んで早くから現われる障害である。まず、時間や季節感の感覚が薄れることから時間に関する見当識が薄らぐと、長時間待つとか、予定に合わせて準備することができなくなる。何回も念を押しておいた外出の時刻に準備ができなかったりする。さらに進むと、時間感覚だけでなく日付や季節、年次におよび、何回も今日は何日かと質問する、季節感のない服を着る、自分の年がわからないなどが起こる。進行すると、近所で迷子になったり、夜、自宅のトイレの場所がわからなくなるなどの症状が出現する。また、歩いて行けそうにない長距離を歩いて出かけようとする。

人間関係の見当識はかなり進行してから出現し、自分の年齢や人の生死に関する記憶がなくなり周囲の人との関係がわからなくなる。80歳の人が、30歳代以降の記憶が薄れてしまい、50歳の娘に対し、姉さん、叔母さんと呼んでしまうことなどはこの例である。また、すでに亡くなった母親が心配しているからと、遠く離れた郷里の実家に歩いて帰ろうとすることもある。

C. 理解・判断力の障害

認知症になると、ものを考えることにも障害が起こる。具体的な現象では次の変化が起こる。

①考える速さが遅くなる

思考スピードが低下する。ただし、時間をかければ自分なりの結論に至ることができるので、急がせないことが大切である。

②2つ以上のことが重なるとうまく処理できなくなる

一度に処理できる情報の量が減る。お湯を沸かしている間に別のことをしてしまうと、火を使っていることを忘れてしまうなどの例である。複雑な文脈の理

解も困難となり、長い説明で混乱する。必要な話はシンプルに表現することが重要である。

③些細な変化、通常と違うできごとで混乱を来たしやすくなる

日常生活の急激な変化、たとえば配偶者の離別や入院で混乱してしまったことをきっかけに認知症が発覚する場合がある。予想外のことが起こったとき、補い守ってくれる人がいれば日常生活は継続できる。

④観念的な事柄と、現実的、具体的な事柄が結びつかなくなる

糖尿病だから食べ過ぎはいけないということを頭ではわかっているのに、目の前のおまんじゅうをたくさん食べてしまうなどが例である。金銭感覚についても現実感がなくなり、商品詐欺などに巻き込まれるということが起こる。また、目に見えないメカニズムが理解できなくなるので、自動販売機や交通機関の自動改札、銀行のATMなどの機械操作が不得意になってくる。さらに進むと、家庭内の機器、全自動の洗濯機、電子レンジなどもうまく使えなくなる。

D. 実行機能障害

計画をうまく立てることができなくなる。たとえば、スーパーでパンをみて、冷蔵庫にあったバターを塗ってトーストを作ろうとするが、冷蔵庫のバターのことはすっかり忘れて、パンとバターを大量に買ってしまふ。帰宅するとトーストを作ろうとすつかり忘れて、冷蔵庫を開けて目に入った別の食材で食事を作り、冷蔵庫には使用しない食材が大量に入っているなどが例である。認知症の人にとっては、炊事は同時進行で行う作業であり、比較的初期から症状が現れてくる。

保たれている能力を活用する支援でも、認知症の人は献立を考えたり、料理を平行して進めたりすることはうまくできないが、誰かが全体に目を配りつつ、按配をすれば一つひとつの調理の作業は上手にできることが多い。このような援助は根気がいり疲れるが、認知症の人にとっては必要な支援である。こうした手助けをしてくれる人がいれば、その先は自分でできるということがたくさんある。

E. 感情表現の変化

認知症になるとその場の状況が読めない症状が出現する。健常では、自分の感情を表現した場合の周囲のリアクションは想像がつく。われわれが育ってきた文化や環境、周囲の個性を学習して記憶しているからである。さらに、相手が知人であれば、かなり確実に予測できる。認知症では、ときとして周囲の人が予測しない、思いがけない感情の反応を示す。これは認知症による記憶障害や、見当識障害、理解・判断の障害のため、周囲からの刺激や情報に対して正しい解釈ができなくなっているからである。

2 周辺症状 (図2-10)

状況や環境によって申候症状から二次的に出現するさまざまな精神症状や行動異常で、随伴症状、行動異常、BPSD (認知症の行動・心理症状) と呼ばれることもある。個人の立ち振る舞いには、健康状態、個性や人生歴により修飾され、また、環境、心

理状態や取り巻く社会心理状態が影響される、したがって、個人の周辺症状を理解するためにはその人の健康状態、個性、人生歴、環境、心理状態や取り巻く社会心理状態を理解する必要がある。

A. 妄想

高齢者の妄想は脳の障害にともない出現する妄想や、環境因による妄想が多く、その内容は統合失調症にみられるように対象が漠然とした不安に満ちたものとは異なり、現実的で断片的な内容のものが多い。妄想は喪失感と攻撃性の2軸によって生まれると分析した精神科医もいる。物盗られ妄想(しまっておいたお金を嫁が盗んだといっけきかない)、罪業妄想(自分なんかいないほうが良い、最低の人間だと思ううつ状態)、被害妄想(みんなが私の悪口をいっている)、関係妄想(自分に関連した噂話をしている)、心気妄想(自分は大変な病気にかかっている)、コタール症候群(自分の内臓が溶けてなくなってしまった)、血統妄想(自分は皇族の子孫)、誇大妄想、幻覚(誰かが家にいる、子どもがたくさんいる、などの「幻の同居人」幻覚)などがある。

認知症の初期には身近な人間に対して疑い深くなることがある。認知症特有の「物事を正しく判断する能力の欠如」により本人の欲求が満たされないことから短絡的に身近な人を攻撃することで解決しようとする」と解釈できる。猜疑心や妄想は認知症の人の衰退していく自分の能力に対する自己防衛的感情である。もの忘れや判断力の障害により、さまざまな失敗が日常で展開され、周囲に注意されたり非難されたりすることに対する防衛であり、また嫉妬妄想は大切な人から見捨てられるのではないかといった不安を表現したものと見える。

妄想においては薬物療法に比較的反応し、良い効果が得られる場合もある(向精神薬のブチロフェノン系薬物等)。物盗られ妄想にはリスパダール®やセロクエル®という統合失調症に使われる薬を少量使うことで介護負担が減少することもある。妄想のきっかけになる周囲の言動や態度にも注意を払う。

B. 睡眠リズムの障害

睡眠覚醒のリズムが狂いそれらがせん妄や昼夜逆転へと発展し行動障害をともなうこととなる。午後から日没頃になると徘徊や興奮、攻撃、叫び声、介護抵抗など不穏な行動、とんとん叩くシーツをつかむ、体をひっかくなど奇妙な行動がみられる。施設入所した利用者の帰宅願望が強く毎日夕方になると暴力、暴言がみられるようになるなどの夕暮れ症候群、さらには夜間せん妄などがみられる。認知症の進行にともない睡眠覚醒リズムが狂い日中の居眠り、夜間の覚醒が頻繁にみられるようになる。初期症状としては、寝付けない、途中で何度も起きる、夜中に目が覚めてその後眠れない、朝早くに目が覚めるなどがある。

生活リズムを乱す原因として一番多いのは日常生活の心の問題である。たとえば配偶者や友人との死別、定年退職に伴う社会的地位の喪失などの喪失体験、体力の低下や病気に対する不安などがリズムを乱す。これらが原因でうつ病や神経症に発展すると、睡眠障害や日常の活動性低下が著明となり、日中と夜間の活動性が逆転する。また、身体的な病気も生活のリズムを乱す。呼吸器疾患、心疾患、胃腸疾患などの症状

表2-10 生体のリズムを乱す薬剤

• 向精神薬	• ステロイド薬
• 抗パーキンソン病薬	• 抗生物質
• 気管支拡張薬	• インターフェロン
• 降圧薬	• 鎮痛薬
• 抗不整脈薬	• 利尿薬
	• ヒスタミンなど

でみられる呼吸困難、咳、痰、胸痛、胸やけ、腹痛、前立腺肥大や尿路感染症のような排尿障害、皮膚の痒感、などが睡眠を妨げ生活リズムを狂わせる。薬剤としては向精神薬、抗パーキンソン病薬、気管支拡張薬、降圧薬、抗不整脈薬などの心血管系作用薬、ステロイド薬、抗生物質、インターフェロンなどが生体のリズムを乱す薬剤として挙げられる(表2-10)。

対応としては、規則正しい生活、適度な運動、ストレスをためない生活環境、社会活動や趣味などで日常の活動性を高め、疲労物質を十分に脳内にためない、不眠の原因を探り取り除く、専門医への相談は認知症高齢者の生活リズムの障害がせん妄によるものであれば、その原因を特定するために身体疾患や脳の機能障害を確認し、治療を施す、また激しい行動障害に対しては、精神安定薬や睡眠導入薬などの向精神薬が効果を得ることが多い。しかし、たとえば向精神薬の増量から過鎮静の状態となりますます昼夜逆転(日中の傾眠、夜間の不穏、不眠)が助長されては意味がない。

C. せん妄、軽度の意識障害

意識の清明度の低下だけでなく興奮や幻覚などの多彩な症状をともなう。注意の障害、認知障害(記憶・見当識・思考・知覚(幻視)の障害)、精神運動性障害、睡眠・覚醒周期の障害、感情の障害をともない。発症は急激で数時間から数日の経過を呈する。症状は日によって大きく異なり1日のうちでも変動する。興奮の起こる数時間前から徐々に落ち着きをなくし、焦燥感や不安感が生じ注意散漫、同じ話を繰り返す、話のまとまりがなくなっている。とくに夜間に起きるものは夜間せん妄といわれ、夜中に起き出してゴミ箱に向かって話し出すなどのおかしな行動がみられる。見当識がなくなり、おかしなことを話し出すが翌朝は覚えていない。

認知症のほかの原因としては、脳血管障害、パーキンソン病、肺炎などの感染症、糖尿病などの代謝疾患、内分泌疾患(ホルモン異常)、血液疾患、ビタミン欠乏症、手術、アルコール、薬剤性(総合感冒薬やうつ病の治療薬、抗パーキンソン薬、睡眠導入薬)が挙げられる。

治療としては、身体的サイン(不安や心的ストレス)を見逃さず身体疾患の有無、あるいは治療中であれば服用している薬の副作用も考慮する。向精神病薬を使用する。

D. 徘徊・多動

徘徊とは無目的に歩き回る行動であるが、実際は何らかの理由が存在することが多い。しかし本人がその目的を説明できなかつたりあるいは歩き回っているうちに当初の目的を忘れてしまつたりするために、周囲には歩き回る目的が理解されない。見当識障害による徘徊としては、自分の住んでいる場所がわからなくなると自分の家であるにもかかわらず自分の家を探したり、自分の家でもトイレがわからなくなつたりして徘徊をしてしまう。見当識障害から徘徊している場合「昔の家はもうない」などと説明しても納得しない、頭ごなしに否定すると感情的になり徘徊を助長したり別の行動症状を呈したりすることもある。

記憶障害によるものとしては、置いた物や物を置いた場所を忘れ探して歩き回る。記憶障害から自分の持ち物を探して徘徊が生じている場合は探し物をしている本人の気持ちを否定しない、本人と一緒に探してみるのも手である。財布をよく失くすのなら財布は預かっておいて、本人の見つけやすい場所にさりげなく置いておき一緒にみつける。

徘徊は思考・判断力障害により周囲の状況が理解できず、どのように行動して良いか判断がつかないため歩き回ることにより生じる。また初めは目的があつて行動を起こしたにもかかわらず実行機能障害のために手順がわからず混乱し徘徊する。焦らなくて良いことを説明し、周囲が「一緒に協力して」行う態度が大切である。混乱が収まると自分から行動を再開することも多い。失敗することがわかっても無理やり止めさせないでさりげなく手助けする。

感情障害による徘徊は、周囲の状況の変化が刺激となり気分が高揚して生じる。不安・緊張感による徘徊の場合は、自分がしていることに失敗してもその理由がわからない、自分自身の状況について理解できない、身体疾患が生じていて身体的不快感が持続するなどが引き金となる。一人だとさらに不安が強まるので一緒にいてくれる人を求めて徘徊する。

徘徊への対応としては、それ以上の環境の変化を避け、本人が安心を得られるような環境で穏やかに接する必要がある。言葉によつて説明するよりも本人を取り巻く状況を穏やかなものにして時間を待つことが大切である。不安に対しても同様な対応を心がける。拘束や施設は不安感を煽り、徘徊を強める。身体疾患に関してはしっかりと様子観察。必要があれば医師の診断を受ける。

E. 食行動の異常

多食(1度に大量の食べ物を食べる)、頻食(絶えず食べている、食べようとする)、過食(多食と頻食を一括して行う)、盗食(他人の食べ物を盗んで食べる)、異食(食品でないものを口にする)、不食(少量しか口にしない、あるいは食べたり食べなかつたりする)、拒食(食べまいとする)などがある。

認知症の初期には、記憶力や判断力の低下にともなう炊事行為の異常や味覚や嗅覚の変化による好みの変化、食べたことを忘れ何度も食事しようとする行動や逆に拒食がみられる。中期には、食欲が亢進し過食、盗食がみられる。摂食行動もマナーが悪くなり周囲を汚し、また手掴みで食べることもある。進行期には、食べ物の認知が障

害され食物でないものを口にしたりする異食がみられたり食事を全く拒否することもある。

健康者では食事により血糖濃度が増えると、それが脳の視床下部にある満腹中枢を刺激し、満腹感をもたらす食べことを止める。このように摂食に関する生理的制御作用が脳にあるが、ADなどの認知症に冒されるとこの機能が障害され満腹感がなくなり過食が起こる。過食はVaDよりADのほうが多い。エピソード記憶の障害から食べたことを忘れる。

対応としては、おかずは大皿で盛る(他人のおかずに手をつけない)、会話を増やし食事を楽しむ。食事が終わったのにまた食事を要求した場合「はいわかりました」と返事をし、しばらく様子を見る。たまに菓子などを少量皿に盛り「食事までこれを食べていて下さい」と差し出す。アイサービスや施設で盗食がある場合は、食事中は職員が傍にいて話しかけたり一緒に食事をとったりするようにする。頻食には、要求があればできるだけ話をそらし、要求が治まれば少し傍を離れ遠くから様子を観察する。

ADの重度には異食、FTD(ピック病含む)には側頭葉の障害から口唇嚙向(何でも口に入れる)がみられる。食欲低下への対応は、身体疾患の有無を確かめる。うつなどの心理環境的要因も考えられるので家族や介護者の共感、抗うつ薬の活用を行う。

F. 不潔行為

トイレの場所がわからずウロウロ探している間に、間に合わずトイレでない場所で放尿してしまう、ほかの場所と勘違いをしてトイレと思い込み放尿してしまう、弄便(便を弄ぶ)、認知力の低下により水洗トイレの使い方がわからず水で流せないで処理に困り持ち帰るなどがある。対応としては、排便習慣やトイレでの後始末に配慮することで弄便を防げる場合がある。また、トイレの使い方をわかりやすくする工夫をする(水洗レバーを目立たせるなど)。

在宅から施設に移り住んできた高齢者などのように、場所についての見当識障害がある場合には、なかなかトイレの場所を覚えられず、それが失禁や放尿につながることもある。そのときはトイレ誘導、およびトイレの目印を明確にするなどの対応が必要となる。また夜間寝室にポータブルトイレを置き廊下の照明を明るくする対応が必要だが、できるだけ本人の排便排尿の行動をアセスメントし、行動パターンを明確にする必要もある。

G. 抑うつ

高齢者の精神症状でもっとも多い訴えがうつ気分である。軽度のADにうつ症状の頻度が多い。うつ気分や活動性の低下がADの初期症状として出現することも多く、本人がそれを自覚し不安や焦りから余計にうつ気分や気力低下が強まる傾向がある。うつもの4大症状としては、抑うつ気分、意欲の低下(抑制状態)、不安・焦燥、自律神経症状(不眠)がある。

趣味の手芸や庭の手入れを日課のように行っていたのにもかかわらず、それらに興味を示さない、部屋に閉じこもる、あるいは食事の支度や家事などに手をつけない、

など活動性の低下がみられる。またうつ気分は「体調が悪い」と訴え、いつも考え込み、浮かない表情をして気分も晴れず悲哀感や自責感を訴え、なにもせず気分が沈んでしまう状態である。

認知症の場合は、エピソード記憶の障害のために自分が述べたことを忘れてしまい、周囲から非難されたり自責の念にかられ自信を失くしたりすることがきっかけで閉じこもり、活動性が低下し、憂鬱な気分になることがある。

介護者の激励や叱責は逆効果で、かえってうつ病を悪化させ、最悪の場合は自殺に追いやることもある。それゆえ、家族は本人の状況を病気として理解し、共感することが重要であるが、まず専門医を受診することが望ましい。

H. 仮性作業（常同性強迫性）

一見、まとまりのない意味のない悪戯にも見える動作で、認知症が重度化するほど動作は単純になる。物の出し入れをし続けるなど、一見、意味のないような動作を繰り返す。前頭葉症状によって動作の繰り返しが起こることがあり、比較的重症化してから出現することが多い。自覚性を維持し行動を起こすのが前頭葉の働きだが一度起こした行動を止めるのも前頭葉の働きである。無意味なことを繰り返しているという認識が本人にないため、注意しても効果がないばかりか、不当に非難されていると感じている。危険がなければ見守りして自由にさせる。あるいは（危険な場合）ほかのことに注意を向けさせ繰り返し動作を止める方法もある。強迫性など不安感や焦燥感、興奮などをともなっている場合は薬物療法（抗精神薬）も選択肢となる。

I. 攻撃的行動（介護への抵抗）

介護者への暴言、暴力として現れることが多い。環境的原因としては、着衣や入浴介助、型にはめられるのが不満、嫌なことをわかってもらえない、介護してもらう動作内容が予測できずに怖いなどがある。身体的原因として、痛いだけれど訴えられない、便秘で不快感がある、感染症で具合が悪い、不眠、幻覚や妄想、うつなどの精神症状がある。

できないことや不得意なことに取り組ませ、不快感や劣等感を誘発させないようにする。衝動的、攻撃的になる場合は、状況に共通点がないかまず考える。ささいな事がきっかけになっていることもある。きっかけもない状態で攻撃的になる場合は性格の変化が考えられる。特定の人物に攻撃するのなら、その人との接点を減らすべきである。環境の変化がきっかけとなって改善する場合もあるので施設やデイサービスを利用するのも一つの方法である。拒否においては「何をされるかわからない」という恐怖感を持っている場合が多いので簡単な言葉でゆっくりと説明し、それでも不安な様子であったら段階的に試みる。タイミングをずらすなどの工夫を試みる。

介護者、家族の負担が大きい場合は薬物療法（抗精神薬、抗うつ薬）が選択肢となる。

J. 無気力・無関心・意欲低下

判断力の低下が無気力にしたり意欲の低下を引き起こしたりすることが多い。認知症の進行とともに深刻になっていく。消極的な生活のまま放置するとその人の持つて

いる能力も失われる。認知症軽度から中度の人に多く、気力が低下しやる気を失っている。悲観的な言動が多く、できることさえ手をつけようとしない。

対応としては、判断力の低下や失敗を責めないことである。可能な限り本人ができそうなことをみつけて導き、失敗を経験させないようにさりげなく助ける。簡単な家事などを家族や介護者が一緒に取り組む。気分の落ち込みが改善することなく数週間続くようなら薬物療法への対応が考えられる。



認知症のスクリーニング、重症度



認知症のスクリーニングおよび重症度の基準として認知機能障害については、改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) (表2-11)、ミニメンタルステート検査

表2-11 HDS-R

質問内容		配点	
1	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？ (年、月、日、曜日の正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3	私たちがいまいるところはどこですか？ (自発的にできれば2点、5秒以内で家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ のなかから正しい選択をすれば1点)	0 1 2	
4	これからいう3つの言葉を聞いてみてください。後でまた聞きますのでよく覚えておいてください。(以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○をつけておく) 1: a) 樹 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車	0 1 0 1 0 1	
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は？ それからまた7を引くと？ と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る)	0 1 0 1	
6	私がこれからいう数字を逆から聞いてください。 (8-8-2, 3-5-2-9を逆についてもらう。3桁逆順に失敗したら、打ち切る)	0 1 0 1	
7	さきほど覚えてもらった言葉をもう一度聞いてみてください。(自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与えて正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2	
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか聞いてください。 (時計、鏡、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く書いてください。 (書えた野菜の名前を右側に記入する。途中で詰まり、約10秒間待ってもでない場合にはそこで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点		0 1 2
			3 4 5
合計得点			

満点：30点

カットオフポイント：20点以下は認知症の疑いあり

非認知症群：24.45±3.80点 軽度認知症群：17.85±4.00点 中等度認知症群：14.10±2.83点

やや高度認知症群：9.23±4.46点 高度認知症群：4.75±2.85点

(加藤博司ら：老年精神医学雑誌、2：1339-1347、1991)

表2-12 MMSE

設問	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか 今何月何日ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	年 曜日 月 日	0 1 0 1 0 1 0 1
2 (5点)	この病院の名前は何ですか ここは何県ですか ここは何市ですか ここは何町ですか ここは何地区ですか	病院 県 市 町 地区	0 1 0 1 0 1 0 1 0 1
3 (5点)	物品名3個(袋、猫、電車) (1秒間に1個ずついう。その後、被験者に繰り返させる、正答1個につき1点を与える。3回すべていうまで繰り返す(5回まで))		0 1 2 3
4 (5点)	100から順に7を引く(5回まで)		0 1 2 3 4 5
5 (3点)	設問3で提示した物品名を再度復唱させる		0 1 2 3
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか (鉛筆を見せながら)これは何ですか		0 1 0 1
7 (1点)	次の文章を繰り返す 「みんなで、力を合わせて橋を引きます」		0 1
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「それを私に渡してください」		0 1 0 1 0 1
9 (1点)	次の文章を読んで、その指示に従ってください 「右手をあげなさい」		0 1
10 (1点)	何か文章を書いてください		0 1
11 (1点)	右の図形を書いてください 		0 1
得点合計			

(Polstein MP, et al.: J Psychiat Res 12: 189, 1975)

(MMSE: mini mental state examination) (表2-12) などがある。患者がHDS-RあるいはMMSEの質問事項にうまく答えられない場合は、行動から判断するN式老年者用精神状態尺度(NMスケール) (表2-13) を用いることも有用である。

行動面による認知症高齢者の日常生活自立度、臨床認知症評価(CDR: clinical dementia rate) (表2-14)、ADの機能的段階評価(FAST: functional assessment staging)、アルツハイマー型認知症評価スケール(ADAS: Alzheimer's disease assessment scale)、認知症行動障害スケール(dementia behaviour disturbance scale) などがあり、簡便なものとして三宅の分類がある。介護負担度を示す基準として、Zarit 介護負担尺度(ZBI: Zarit caregiver burden interview) も用いられ、日本語版も使用されている。

表 2-13 NMスケール

	5項目を用いた場合	3項目を用いた場合
正常	50~48点	30~28点
境界	47~43点	27~25点
軽度	42~31点	24~19点
中等度	30~17点	18~10点
重度	16~0点	9~0点

	5項目				
	家事、身辺整理		会話		見当識
	家事、身辺整理	関心、意欲、交流	会話	記憶、記憶	
0点	不 能	無関心、全く何もしない	呼びかけに無反応	不 能	全くなし
1点	ほとんど不能 ・手の届く範囲物は取れる	周囲に多少関心あり ・ほんやりと無為に過ごすことが多い	呼びかけに一応反応するが、自ら話すことはない	新しいことは全く覚えられない 古い記憶が稀にある ・名前がいえる	ほとんどなし 人物の弁別困難 ・男女の区別はできる
3点	ごく簡単な家事、整理も不完全 ・おしほりを渡せば顔を拭くことはできる	自らは何もしないが指示されれば簡単なことはしようとする ・手渡せば雑誌のグラビアなどをみる	ごく簡単な会話のみ可能 ・辻つまの合わないことが多い ・有難う、ごちそうさま、おはようなどがいえる	最近の記憶はほとんどない、古い記憶が多少残存 生年月日不確か 出生地を覚えている	失見当識 家族と他人は区別できるが誰であるかわからない ・自分の年齢をかけ離れた歳で答える
5点	簡単な買い物も不確か、ごく簡単な家事、整理のみ ・声かけにて、ベッド周辺の整理ができる	習慣的なことはある程度自らす。気が向けば人に話しかける ・話しかけられれば話がまじむ ・声かけにて行事に参加する	簡単な会話は可能であるが、辻つまが合わないことがある	最近の出来事の記憶困難、古い記憶の部分欠落 ・生年月日正答	失見当がかなりあり(日時、年齢場所など不確か道に迷う) ・看護師、医者、客母の見分けができる
7点	簡単な買い物可能留守番、複雑な家事、整理は困難 ・食器が洗える ・エレベーターの操作が一人で可能	運動、家事、仕事、趣味など気が向けば必要ことは自ら話しかける	話し方はなめらかではないが、簡単な会話は通じる ・相手の話が理解できる	最近の出来事をよく忘れる、古い記憶はほぼ正常 ・物をしまい忘れて置く ・服薬の自己管理が難しい	ときどき場所を間違えることあり ・目的の場所へ行くことが時々に迷う
9点	やや不確実だが買い物、留守番家事などを一応まかせられる ・部屋のそうじ、自分の衣類の整理ができる	やや積極性の低下がみられるがほぼ正常 ・周囲の人と雑談ができる趣味を持っている ・家族や同室者の行跡を知っている	日常会話はほぼ正常、複雑な会話がやや困難	最近の出来事をときどき忘れる ・一人で受診できるが診察日を時に忘れる	ときどき日時を間違えることあり
10点	正 常				
評価					

表2-14 臨床認知症評定法—日本語版CDR

Translated and Adapted by Mariko Sugimura (杉村 真知) and Hiroaki Fukunaga (福田 博明) from the Clinical Dementia Rating (CDR) 1992-95. Reproduced with permission. The Clinical Dementia Rating (CDR) is a copyright © trademark of the Alzheimer's Disease Research Center, Washington University, St. Louis, Missouri, USA. All rights reserved.		頁数 ワードシート...14ページを印刷 印刷枚数 □□ □□			
評価者ID □□□□□□□□	評価者ID(ニックネーム) □□	評価日 □□□□/□□/□□			
※認知機能の評価によって生じた、お顔の遠慮しべらからの家庭ごっこに併せて受ける。認知機能の損失以外の原因(身体や精神等)によって生じた障害に併せて受けない。					
項目	軽しい 0	軽微しい 1	軽微 2	中程度 3	重症 4
記憶 □	・記憶障害がない。あるいは、軽微な記憶障害がある。	・軽微な記憶障害が存在。 ・日常生活の中で記憶障害。 ・「自分」記憶。	・中程度の記憶障害。 ・日常生活の中で記憶障害について、より著しい。	・顕著な記憶障害。 ・十分に学習したことのみ保持。 ・新しいことに関する記憶がもたない。	・顕著な記憶障害。 ・記憶障害が日常生活に著しい。
見当識 □	・十分に見当識がある。	・軽微な見当識障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。	・軽微な見当識障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・見当識障害について、より著しい。	・軽微な見当識障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・見当識障害について、より著しい。	・顕著な見当識障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。
判別能力 認知能力 □	・自分の判別能力は正常。且つ、十分な公衆上の判断力も持っている。	・軽微な判別能力障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。	・軽微な判別能力障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・判別能力障害について、より著しい。	・軽微な判別能力障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・判別能力障害について、より著しい。	・顕著な判別能力障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。
遠慮的な行動 □	・正常。あるいは、軽微な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。	・軽微な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。	・軽微な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・行動障害について、より著しい。	・軽微な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・行動障害について、より著しい。	・顕著な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。
遠慮的な行動 □	・正常。あるいは、軽微な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。	・軽微な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。	・軽微な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・行動障害について、より著しい。	・軽微な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・行動障害について、より著しい。	・顕著な行動障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。
身の周りの整理 □	・身の周りの整理が自分でできることである。	・軽微な身の周りの整理障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。	・軽微な身の周りの整理障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・身の周りの整理障害について、より著しい。	・軽微な身の周りの整理障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。 ・身の周りの整理障害について、より著しい。	・顕著な身の周りの整理障害が存在することを見当識。十分に見当識がある。

認知症の重症度という場合、認知症による認知機能障害や日常生活面での障害の重症度と、介護の困難さの重症度を指すことが多い。このふたつの重症度は必ずしも平行関係にはなく、介護の重症度は認知障害が軽度でも中程度でも重症でもそれぞれの困難さがある。

VI 認知症患者の摂食・嚥下リハビリテーションへ

ひとことで「嚥下障害」といっても、その原因となる疾患・病態によって対応は大きく異なる。認知症患者の嚥下リハに取り組むためには、嚥下リハに詳しくなるのももちろんのこと、認知症自体の病態や症状について知らなければならない。本章では最低限必要な、認知症の概念と原因、日常生活での対応について概説してきた。ここで得た知識をもとに、以降の章を読み進め、「認知症患者の嚥下リハ」を体得して頂きたい。

平成23年度厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

地理情報システム(GIS)を用いた在宅医療・在宅歯科医療
についての実態把握・比較に関する研究

平成23年度 総括・分担研究報告書

事務局

京都府立医科大学大学院医学研究科 総合医療・医学教育学分野

研究代表者 山脇 正永

〒602-8566 京都府京都市上京区梶井町4-6-5

Phone 075-251-5874

FAX 075-251-5909

e-mail myamawaki@koto.kpu-m.ac.jp

