

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

で見られる呼吸困難、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用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つて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。言葉によっ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

言わ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、満腹感をもたらして食べることを止める。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、おかずは大量で盛る（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認する。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の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。うつは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、介護してもらった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めない。

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適応が考えられる。

⑤ 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)	年月	0 1
		日	0 1
		曜日	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秒おいて家ですか？ 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つの言葉をいってみてください。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) 種 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いってください。 (8-8-2, 3-5-2-9を逆にいってもらい、3桁逆唱に失敗したら、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いってみてください。(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教えてください。 (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いってください。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。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		
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±3.60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

(加藤伸司ら：老年精神医学雑誌 27:1339-1347, 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 今の季節は何ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	年	0 1
		曜日	0 1
		月	0 1
		日	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 ここは何郡ですか ここは何地方ですか	病院	0 1
		県	0 1
		市	0 1
		郡 地方	0 1
3 (5点)	物品名3個(桜, 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個すべていうまで繰り返す(8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、力を合わせて綱を引きます」		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
			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

(Folstein MF, 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
中度	30~17点	18~10点
重度	16~0点	9~0点

	5項目				
	家事、身辺整理	関心、意欲、交流	会 話	記録、記憶	見当識
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 ・名前が叫べる	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 ・おしぼ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 ・手洗せば雑談のダラビアなどがある	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、おはようなどが叫べる	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	失見当識証明 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告げる
5点	簡単な買い物も不確か、ごく簡単な家事、整理のみ ・声がけて、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る、気が向けば人に話しかける ・話しかけられれば話がはずむ ・声がけて行事に参加する	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、家母の見分けができる
7点	簡単な買い物可能 留守番、簡単な家事、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する必要な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 ・物をしまい忘れて騒ぐ ・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 ・目的の場所へ行くとうとするが時に迷う
9点	やや不確かだが買い物、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 ・家族や同居者の行動を知っている	日常会話はほぼ正常、複雑な会話がやや困難	最近の出来事をととき忘れる ・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 Ogihira (O) and Hisako Fukawa (F) from the Clinical Dementia Rating (CDR) from the Clinical Dementia Rating (CDR) 1992-2000. Reprinted 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.		病期 ワーワード、14ワード60秒		
年齢 性別 国籍		検査時間 検査場所		
認知機能の程度によって生じた、以前の検査レベルからの低下を伴う。認知機能の喪失は非の要因(身体な障害等)によって生じた障害に由来しない。				
項目	軽しい	軽度	中程度	重症
記憶 <input type="checkbox"/>	・軽微な障害。あるいは、軽微な障害が認められる。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。
見当識 <input type="checkbox"/>	・十分に認識がある。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。
判断力 問題解決 <input type="checkbox"/>	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。
歩行能力 歩行速度 <input type="checkbox"/>	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。
歩行能力 歩行速度 <input type="checkbox"/>	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。
歩行能力 歩行速度 <input type="checkbox"/>	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。	・軽微な障害が認められる。日常生活に支障をきたす。

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はもちろんのこと、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22年度～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

総合研究報告書

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465

Phone 075-251-5874

FAX 075-251-5909

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

