

価尺度で測定するが、家族は、日常生活の些細な変化で「表情が出てきてよくなった」とか「寝てばかりで認知症が進んだ」という表現をする。これに対して、認知機能検査で「維持されていますよ」といっても家族は不満そうな顔をすることが少なくない。基本的日常生活活動度(Basic Activities of Daily Living; BADL)や独居機能(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)を定期的にチェックして、治療効果判定に役立てるとともに、家族からの情報は、軽視せず些細なこともカルテに記載して、多職種への情報提供に活かしたい。

### III チーム医療の入り口、家族指導

認知症は、すぐれて社会的疾患である。家族、社会といったものがなくては疾患の重大性や悲しみは認識の度合いが薄いであろう。この意味で、家族を含めた初期の疾患に対する共通の理解がスタートとなる。

国立長寿医療研究センターや杏林大学もの忘れセンターでは、1回1時間の無料の「もの忘れ教室」を月に数回開催している。家族と患者同時に参加するのが原則である。もの忘れとは何か(認知症の種類と特徴)、もの忘れの予防と治療(薬物、非薬物、生活アドバイス)、介護保険の利用方法、認知症への接し方(特にBPSD)、音楽療法入門、運動療法入門などが基本で、薬物管理やADL補助などが入る月もある。家族指導は、認知症の非薬物療法の中で最も有効で、入院・入所を約1年遅らせる成績が報告されている。

### III 患者・家族のニーズを知る

現病歴を詳細にとり、認知症の中核症状や周辺症状の特徴を捉え、家族の困惑の要点も把握する。専門家でないといふ体系だった解釈が難しいこともあり、また聞き漏らしもよく起きることである。そこでわれわれは「高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)」をベースに認知症に特化した問診票を整備して初診患者に対して「外来クリニカルパス」として用いている。

ニーズとして知りたいことは、

- ・発症の時期(具体的エピソード)
- ・進行の様子(早い、遅い、階段状、動揺性など)
- ・最近の様子(具体的エピソード)

などである。認知症の程度を知るためには最低限スクリーニングとしてMMSEかHDS-Rは必要である。

大体の認知症の程度が判明したならば、それによって起こりうる日常生活上の不便を訊いていくことが家族の介護上のニーズになる。このため、「高齢者総合的機能評価」の中で、BADL(Barthel Index)やIADL(Lawton & Brody, 1969年)を家族に記入してもらう。認知症ではIADLが初期から低下し、特に料理、買物、薬物管理は低下しやすく、栄養管理や服薬管理上も重要な情報である。この程度では介護保険未利用や申請しても要支援に該当していないケースもあり、独居機能をみているため、家族支援の目安になる。

中等度の認知症では、BADLのチェックが欠かせない。まず入浴機能が低下してくる。入浴が嫌いになり、次第に入浴間隔が長く週1回になったりする。さらに進行すると洗身介助になるが、老々介護では入浴サービスやデイサービス時の入浴などを利用しないと共倒れになる。排泄に関しては、HDS-Rで10点が半数が尿失禁を起こす目安である(未発表データ)。

介護ニーズで最も重要なものは「周辺症状」である。われわれは、介護負担はZaritの介護負担インタビュー、周辺症状はDBD scaleを測定している。周辺症状では、初期には記憶力低下に起因する「同じ話を何度も繰り返す」や「ものをなくす」などが多いが、次第に無関心、無気力、拒否的な心理に裏打ちされた行動が増え、常同行動や暴言、興奮などの陽性症状も目立ってくる。

ただし、認知症の種類によって初期から陽性症状が目立つ前頭側頭型認知症や、ラクナ梗塞多発を合併するADでは初期からうつや意欲の低下が前景に立つ。このように病名、病期の診断には最低でもMRI検査を行うことによって、BPSDと病期との関連が判明し正しい治療に結びつく。陽性症状が目立つ前頭側頭型認知症にドネペジルを投与すれば、脳活動の活性化によってさらに「症状の悪化」がもたらされるため、不正確な対応とい

## 第1章 アルツハイマー病をどのように診療するか

わざるをえない。BPSDは介護負担の最大の決定因子である。この意味で、的確なBPSDへの対応は重要である。

### IV 中核症状に対する治療の考え方

ADの中核症状に対しては、わが国ではこのほどようやく欧米と同じように複数の治療薬が使用可能となったが、長い間ドネペジルのみが唯一の治療薬であった。ラクナ梗塞など血管性認知症の要素をもつ対象には、無作為臨床試験での成績がある釣藤散を併用している。ドネペジルの投与量は5mgが基本で、高度に進行してから10mgに増量しても効果があった例は多くない。中等度に進行したときにトライすべきではないかと考えている。また一方で、ドネペジルは長期服薬率が低いことが臨床問題となっており、これまでの調査で1年間で約3分の1が服薬中止となっている<sup>12)</sup>。中止者の多くは消化器症状を訴えている。消化器症状の詳細な聴取と、制酸薬(H<sub>2</sub>ブロッカー、プロトンポンプ阻害薬)の併用により、われわれは90%以上が1年以上ドネペジルの服薬を継続できている(内田, 鳥羽. 日本老年医学会総会, 神戸, 2010)。現在多くの一般医家が5mg未満のドネペジルを処方している。このような現状から、ドネペジル3mgは「原則として」2週間以内と表現が変更され、事実上長期投与も可能になった。少量で効果が出やすい、レビー小体型認知症治療に適した変更であろう。

ドネペジルは、意欲の低下したADに対して、前頭葉血流、帯状回前部の血流改善を伴って、ADL関連の生活意欲を改善する(図1, 2)<sup>3)</sup>。

この効果は、MMSEなどの認知機能検査では改善が明らかでない場合も多く、家族の印象と一致している。この時期には、後述する「非薬物療法」を併用して、相加、相乗の効果を上げたい。こうした取り組みによって、ADは、約2年間MMSEで測定される認知機能が維持される(鳥羽. 認知症の包括的アプローチ, 日本認知症学会, 仙台, 2009)。

ドネペジルが次第に効果を失う例も少なくないため、今後わが国でも使用可能となるガラントミン、リバスチグミン、メマンチンなどの新薬の登場は患者家族にとっ

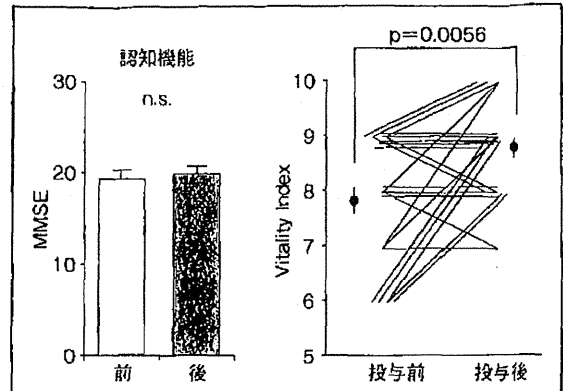


図1 意欲の低下したアルツハイマー病症例(n=23)に対するドネペジル投与前後(6~12ヵ月)の認知機能と意欲(文献3)より引用)

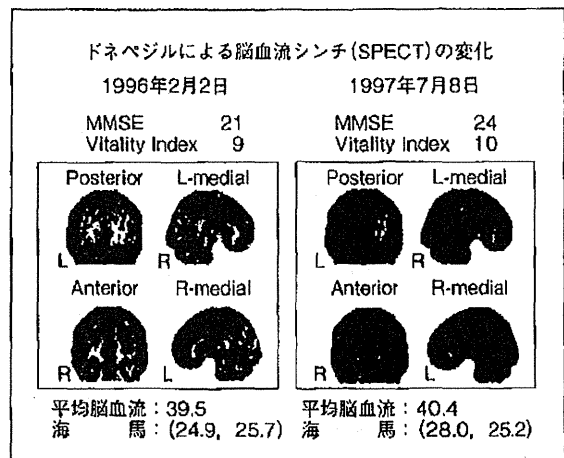


図2 ドネペジルにより認知機能、意欲、脳血流の改善が顕著であったアルツハイマー病の1例

て光明であることは間違いない。

中核症状に対する非薬物療法では、中等度例において、学習療法が前頭葉機能の改善に効果があることが報告されている<sup>4)</sup>。記憶訓練療法の記憶力向上効果に関しては、評価が定まっていない。

### V 周辺症状に対する治療の基本

周辺症状は、家族の介護負担と直結し(図3)、認知症

## 2 アルツハイマー病における中核症状と BPSD の治療の基本

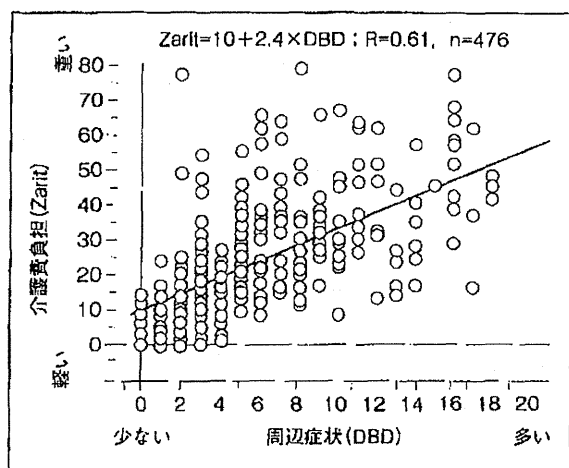


図3 介護負担と周辺症状

治療で最も大切な部分である。

「妄想や幻覚などの周辺症状は速やかに治してほしいが、そうかといって尿失禁や転倒などを起こしてもらっては困る」というのが、介護者の思いであり、特に精神科の医師にとっては難題であろう。

### 1. 家族指導

周辺症状に対しては、まず「対応」を含む「非薬物療法」が基本となる。周辺症状は、生活の中の不都合である。生活自立機能の低下に呼応し、本人の落胆や焦りがあると考えてもよいだろう。いらぬものや、同じものを何回も買って来て家族になじられているケースが少なくない。買い物は外出、町の刺激、会話、役割、満足を満たすよい非薬物療法である。軽度のもの忘れでは、買い忘れ、重複買いが多い。メモを常用すること、買い物をする前に家族と点検すること、買い物を頼む場合は5品とか限定することが大切である。また、買い忘れや重複があっても、必ず「ありがとう」という言葉をかけるようにしたい。これによって、本人の不安や自尊心が守られ、また外出したいという意欲が惹起される。女性の場合、料理機能は早期に落ちる1つである。料理の種類が単調になって、「同じものばかりつくる」とか、味覚の変化によって「料理が下手になった、味が落ちた」な

どとわがままをいうご主人も少なくない。作業療法の認知機能維持、意欲の向上、感情の安定は、認知症短期集中リハビリテーションでも認められているところである。料理は毎日可能な作業療法と捉えて、感謝の気持ち、味付けのアドバイス、手助けをするよう指導している。

またこの時期においては、若年者以上にうつ、睡眠障害が多くQOLを妨げている。注意すべきは、興味の喪失によって、夕食後すぐ寝てしまい、深夜に覚醒して、「寝つけない」というケースがしばしばみられることである。アルバムの整理、家族のビデオ、友人の消息、興味がありそうな古い映画など、手をかえ品をかえ、何でもよいので深夜まで寝ない生活習慣を勧めている。息子や娘が同時に来院した場合は、定期的に訪問して、夕食後によもやま話でもするように指導している。成人以上の量の睡眠薬や精神安定薬を必要としていた例で、減薬に成功した例は少なくない。一方、不眠が改善せず、服薬を継続して、転倒骨折して入院し、ADLが低下して寝たきりになった不幸な例もまた多く経験している。

中等度の認知症の場合、社会的にも金銭に関するトラブルが増えてくる。鍋を焦がす、風呂の水が出しっぱなしで水浸しになるなどはよくみられ、家族にしかられてビクビクしているケースも多い。この時期になると、見当識障害から、迷子になったりして大騒ぎになることも多い。BADL (Barthel Index)もQOLの測定と改善指標として役立ち始める。特に、入浴が「促さないと入らない」ため、清潔維持だけでなく、皮膚のかゆみ、湿疹などがみられ、不眠、イライラ、不快の原因にもなってくる。抗ヒスタミン薬が、このような症例には単剤で奏効する場合もある。

### 2. 非薬物療法

非薬物療法の特徴である、穏やかで自立した生活の維持、在宅系への復帰を主眼としている。各種非薬物療法は、それぞれエビデンスのある療法の変法であり、根拠のないものではない(表1)。これらをもとに、筆者を班長とする大規模な非薬物療法の検討が近年なされた。

# 第I章 アルツハイマー病をどのように診療するか

表1 認知機能訓練のエビデンス<sup>3)</sup>

有効性が確立	
介護者の教育：在宅復帰，入所減少	A
行動異常に対する介護者の対処訓練が有効 (BPSD, うつ)	A
運動療法は認知機能低下を抑制	A
記憶訓練は問題行動, うつに有効	B
有効な可能性	
現実見当識訓練は記憶力, 在宅復帰率向上	D
回想法は抑うつに効果 (ROTとの併用有効)	D
無効な可能性大	
Validation	

エビデンスレベルはOxford CenterのEBMガイドラインによるランクづけでA~Dは1~5に相当。

ROT: reality orientation therapy

## VI BPSD に対する対応のシステム化

認知症短期集中リハビリテーションが、中核症状の改善持続、周辺症状の緩和に役立つことが示唆される。平成18年(2006年)度の介護保険法の改正で、老人保健施設では、認知症短期集中リハビリテーション加算が新しく認められた。新入施設から3ヵ月以内の対象に限定され、集団療法ではなく個人療法を、リハビリテーション職種 [PT(physical therapy), OT(occupational therapy), ST(speech therapy)] が週3回、3ヵ月間に限り算定できる。

短期集中リハビリテーションの効果については、平成18年度から調査を行い、平成19年度の成績では、認知機能短期集中リハビリテーションの前で対照群を設け、効果を比較した。結果は以下のとおりである(鳥羽:平成19年度 認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業報告書, 2007)。

- ①開始時の両群間に差はなかった。
- ②臨床的認知症重症度 (NM) はリハビリ群で有意に改善した ( $p < 0.0001$ )。  
下位項目では、記憶力、関心・意欲・見当識が改善した。
- ③認知機能 (HDS-R) はリハビリ群で有意に改善した

( $p = 0.001$ )。

- ④周辺症状 (DBD) はリハビリ群で有意に改善した ( $p = 0.0064$ )。

下位項目では、出現頻度の高い「同じ話しを繰り返す」「物をなくす」「無関心」「昼間寝てばかり」といった症状と、「暴言」などの陽性症状にも改善がみられた。常同行動、徘徊は不変であった。

- ⑤意欲 (Vitality Index) はリハビリ群で有意に改善した ( $p = 0.0004$ )。

- ⑥ADL はリハビリ群で有意に改善した ( $p = 0.0009$ )。

- ⑦活動はリハビリ群で有意に改善した ( $p = 0.0207$ )。

- ⑧抑うつは両群とも不変であった。

認知症短期集中リハビリテーションは、海外の成績を一般多施設で本邦ではじめて裏づけた成績であり、大変価値ある成績と考える。特に、BPSDに対する効果は予想外のものであり、平成21年(2009年)度から、老人保健施設以外に、デイケアにまで広がり、今後家族の介護負担の軽減に資することが期待される。

## VI 薬物療法

周辺症状に対する薬物療法の基本は「少量」「短期間」「単剤」であり、根本的解決にはほど遠いことに留意すべきである。

### 抗精神病薬

625名に対する12週の無作為化対照比較試験でリスベリドンが用量依存的に有意に問題行動の改善を認めている。オランザピンも無作為化対照比較試験でプラセボ(25%)の2倍程度の改善を認めている。チオリダジンはハロペリドールと同等という成績である。

非定型抗精神病薬に関して、9つのコントロールスタディーをメタ解析したCochrane Libraryのレビューによれば、リスベリドンとオランザピンはプラセボに比し有意にBPSDを改善した。しかし脳血管障害、錐体外路症状、転倒を有意に増やし、死亡率も質の高い研究に絞っても1.54倍であったと報告している<sup>3)</sup>。また、2mg以上のリスベリドンや5~10mgのオランザピンでは脱落も有意に多く、認知機能の改善は証明されていない。

## 2 アルツハイマー病における中核症状と BPSD の治療の基本

米国食品医薬品局(FDA)では、死亡率が1.7倍になるデータを引用して、原則的に使用を控えるべきと勧告している。本邦でもADに対する適応は認められておらず、少なくとも長期の投与には、家族の薬物有害作用の理解とそれをもってしてもどうしても投与してほしいときのみ使用は限定されるだろう。

Iwasakiらは、ADLをも改善しながら、NPIで詳細に測定した認知症の周辺症状の有意な改善を報告した<sup>6)</sup>。この効果はレビー小体型認知症のドネペジル抵抗性の幻覚にも有効であるとも報告した。われわれも、関東の多施設で100例以上を対象に無作為化クロスオーバーのトライアルを行い、興奮や幻覚などを中心に、有意な有効性を認めた。今回の新発見では、休薬後も一定期間BPSDの改善を認めており、家族の安らぎが反応性のBPSDの改善効果を延長した可能性がある<sup>7)</sup>。この意味でも、家族指導、家族相談、レスパイトケア、非薬物療法にもっと保険財源を委譲すべき時期がきている。

### 文 献

- 1) 本間昭：アルツハイマー型認知症患者のADLに対するドネペジル塩酸塩の効果および中止例の予後(アリセプト<sup>®</sup>特別調査)。Geriatr Med 47：1047-1059, 2009
- 2) Umegaki H, Itoh A, Suzuki Y, et al：Discontinuation of donepezil for the treatment of Alzheimer's disease in geriatric practice. Int Psychogeriatr 20：800-806, 2008
- 3) 鳥羽研二, 守屋佑貴子, 中居龍平, 他：アルツハイマー型認知症の意欲の低下に対するコリンエステラーゼ阻害薬の効果。日老医誌 46：269-270, 2009
- 4) Kawashima R：Cognitive rehabilitation for Alzheimer disease-The learning therapy. Rinsho Shinkeigaku 45：864-866, 2005
- 5) Ballard C, Waite J, Birks J：Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. The Cochrane Library, 2007
- 6) Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al：A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine *Yi-Gan San* for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. J Clin Psychiatry 66：248-252, 2005
- 7) Mizukami K, Asada T, Kinoshita T, et al：A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kampo), yokukansan, in the treatment of the behavioral and psychological symptoms of dementia. Int J Neuropsychopharmacol 12：191-199, 2009

## 高齢者医療と漢方

- ◎高齢者
- ◎免疫低下
- ◎恒常性維持
- ◎多病
- ◎服薬管理

Author <sup>とばゆんじ</sup> 鳥羽研二\*

\*国立長寿医療研究センター

### Headline

1. 高齢者の特徴は、生理的要点、臨床的要点、福祉的要点にまとめられる。
2. 生理的要点と漢方では、免疫に対する好影響、恒常性維持に関する利点がある。
3. 臨床的観点では、多くの症状に同時に対処可能な漢方の特性がある。
4. 副作用の観点でも有利な点が多いが、漢方独自の副作用に注意する。
5. 服薬管理が自立していない高齢者に対しては漢方製剤は改善の余地が大きい。

### はじめに

高齢者の特徴は生理学的観点、老年医学臨床の観点、介護福祉の観点に大別できる。本稿では、高齢者医療と漢方の観点からこれらを概観してみる。

#### 1. 生理

①生理的老化を基礎にしているため機能が低下してから発見されやすい。

②恒常性機能が低下して、電解質異常を起ししやすい。

③生体防御能、栄養の低下により症候が慢性的となる。

#### 2. 臨床

①多種類の症候を同時に保有する。

②症候の個人差が大きく、しばしば非定型的である。

③薬剤に対する反応が成人と異なる。

#### 3. 福祉

①社会環境の変化に基づく心理学的変化が症候を修飾する。

②急性症候によってADLが低下しやすく、要介護に陥りやすい。

### 生理学的観点

1. 生理的老化を基礎にしているため機能が低下してから発見されやすい

頻尿、尿漏れ、身長短縮、もの忘れなどが代表的である。いずれも年齢のためと思っ  
ているケースが多く、市販薬やサプリメントを購入している場合もある。漢方薬の効能と一致しているからといって疾患の鑑別診断を怠って自己診断や薬局のすすめで飲み続けると、前立腺肥大による尿失禁、圧迫骨折による疼痛、転倒による大腿骨頸部骨折で寝たきり、多発性ラクナ梗塞で生活機能低下などの重大な結末になったケースも少なくない。

2. 薬剤で多い最も原因は利尿薬である

ループ利尿薬だけでなく降圧利尿薬も副作用の頻度は高い。注意すべきは、利尿薬の合剤の新薬が多く発売されたことで、カリウム低下の頻度は軽減されたが、脱水や低ナトリウムは理論的には同じ副作用頻度であり、利尿薬のためと気づかず継続する場合や、利尿薬のみ減量することができないので血圧重視で電解質異常が放置される場合がある。漢方と利尿薬の併用による低カリウム血症の頻度

増加は報告がないが、十分に注意すべきであろう。

### 3. 生体防御能、栄養の低下により症候が慢性的となる

嚥下性肺炎、慢性尿路感染症など低栄養（低アルブミン血症）はリスクとして共通である。加齢による生体防御能低下は、①皮膚粘膜の防御能低下、②リンパ球機能低下が主体である。

①皮膚粘膜の防御能低下はアルブミン低下による皮膚粘膜の脆弱性増加に結石、腫瘍などが悪化因子となる。また、気管支繊毛の動きの低下、残尿の増加などは相対的に異物の残留や細菌の長期滞留をもたらす、悪化要因である。

②リンパ球機能低下はウイルス感染に対する脆弱性や、IL産性能低下は発熱が少ないといった高齢者の特徴も一部説明する。低栄養はこれ以外にリンパ球の抗体産生低下、好中球やマクロファージの機能低下（遊走能、貪食能）をもたらす、細菌感染が遷延しやすい。

多くの漢方薬に免疫賦活作用があり、慢性

感染症の改善、ひいては栄養の改善に効果が期待される。

## 臨床

### 1. 多種類の症候を同時に保有する

高齢者は、入院症例では平均5疾患を有する。老年症候群の数、加齢に伴い指数関数的に増加する（図1）<sup>1)</sup>。これらに対症的に投薬すると、薬剤数は増加し、薬剤起因性疾患となる。実際80歳の高齢者の投薬数は平均7薬剤であり、この場合の有害作用出現率は5人に1人である（図2）<sup>2)</sup>。

### 2. 薬物有害作用の症状発現も症候の個人差が大きく、しばしば非定型的である

しばしば緊急入院の原因となる<sup>2)</sup>。

### 3. 薬剤に対する反応が成人と異なる

この原因は大きく三つの加齢変化に起因する。

①体内水分が減少し、脂肪が増加するため、脂溶性薬剤（睡眠薬など）が残留しやすい。

②アルブミンが低下するため、薬物の非結合性活性型の血中濃度が高くなり、作用が増

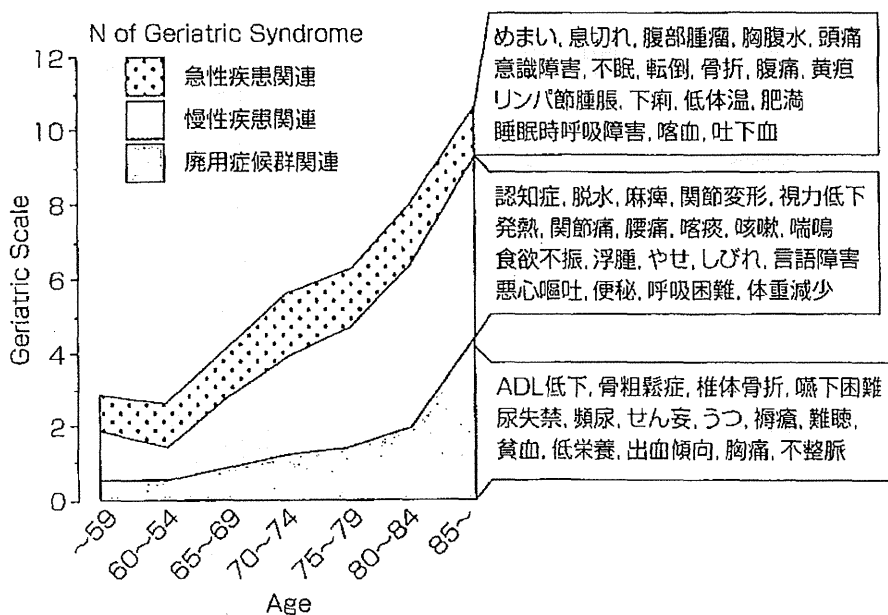


図1 三つの老年症候群（文献1）より

大しやすい。

③腎機能が低下して、半減期 (T1/2) が延長しやすい。

この他、内科疾患以外に潜在性の問題があることが多く、抗コリン薬や抗ヒスタミン薬による尿閉、視力障害などが起きやすい。

このような背景から、非薬物療法の活用や1薬剤で多数の症状に対応する漢方薬は高齢者医療において有力な選択肢となるだろう。加齢に伴い、症状に応じて一科で処方された薬剤がまた新しい症状を起こして他科受診となり、雪だるま式に処方が増えていく場合がある (図3)。症状の原因をすべての疾患だけでなく、すべての薬剤にわたって点検し、副作用の少ない薬剤に変更したり、投薬を中止する判断も必要である。

## 福祉

### 1. 社会環境の変化に基づく心理学的変化が症候を修飾する

認知症医療において家族の対応や、介護施設の対応が患者の周辺症状に大きな影響がある。周辺症状は家族の介護負担を悪化さ

せ<sup>3)</sup>、それがまた家族の精神的対応から余裕を奪って周辺症状を悪化させる悪循環を起こす。抑肝散は短期的に周辺症状を改善するだけでなく<sup>4)</sup>、長期的に介護負担を軽減させる可能性がある<sup>5)</sup>。一方、漢方の欠点は1日1回の服薬がないこと、服薬介助が複雑なことがあげられる。認知症では1日数回服薬させることは家族の負担が大きくなり、また飲みにくい場合に食事に混ぜるなどすることも家族の負担となる。家族が勤務している場合は、1日2回が限度であり、問題が多い。

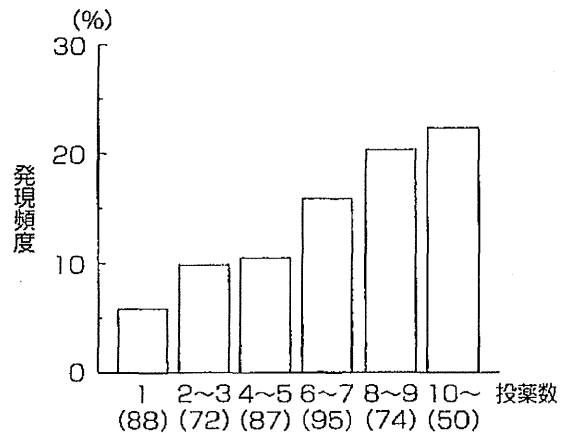


図2 投薬数と薬物有害作用発現頻度 (文献2)より

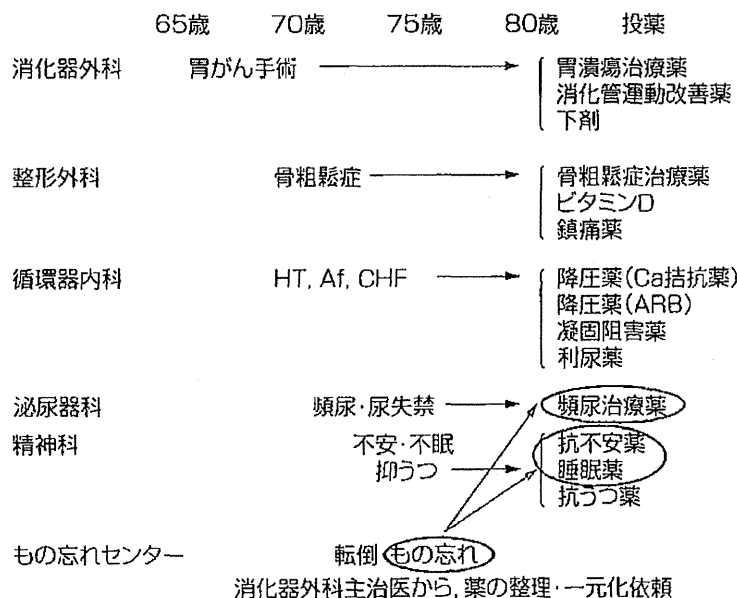


図3 経年的に疾患が増え、他科受診が増え、薬剤性の認知機能が疑われた例



2. 急性症候によってADLが低下しやすく、  
要介護に陥りやすい

急性症候を未然に防ぐ医療が重要である。

漢方には未病という概念があるが、予防効果  
については前向き研究はなく、今後の課題で  
あろう。

- 文献 1) 鳥羽研二：介護保険と高齢者医療：施設介護の問題点。日本老年医学会雑誌 34 (12)：981-986, 1997
- 2) 鳥羽研二，他：老年者の薬物療法：薬剤起因性疾患。日本老年医学会雑誌 36:24-28, 1999
- 3) 鳥羽研二：認知症高齢者に対する医療と介護—問題点と今後の改革の視点—。Geriatric Medicine 45:123-128, 2007
- 4) K Mizukami1, et al.:A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kanpo), yokukansan, in the treatment of the behavioural and psychological symptoms of dementia. The International Journal of Neuropsychopharmacology 12:191-199, 2009
- 5) 町田綾子，他：認知症の周辺症状と介護負担感に対する抑肝散長期投与の効果。日老医誌 47:262-263, 2010

著者連絡先 (〒474-8511) 愛知県大府市森岡町源吾35 国立長寿医療研究センター 鳥羽研二

特集/進歩した認知症の診療

# 重症認知症疾患患者の 合併症と終末期医療

三浦久幸\* 鳥羽研二\*\*

## はじめに

現在、認知症の進行遅延や治療薬の開発が世界中で行われているが、これまでのところ認知症に臨床症状に持続的な可逆的な改善をもたらす薬剤の臨床使用は行われていない。このように認知症の根治的な治療法が開発されていない状況下では、重度あるいは終末期の認知症患者へ、患者本人のQOLを考えたケアが実践できるかどうか重要である。重症認知症の定義の標準化はされていないが、本章では認知機能に関する心理検査(MMSE: Min-Mental State Examination)で10点未満、認知症性老人の日常生活自立度IV~Mで、人格変化、無言・無動、失外套症候群が出現している時期を想定し考察した。

## I. 重度認知症と合併症

認知症はアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、ピック病などの変性性認知症に加え、血管性認知症など原因はそれぞれ異なる。一方、認知症が重度となると認知症の原因にかかわらず、かなり共通した合併症が出現する。認知症が進むと、感染症を合併することが多くなり、終末期になると死因のトップとなる。これまでの海外を中心とする報告ではアルツハイマー型認知症患者の死因の54~59%が気管支肺炎であり、脳血管性認知症患者でも69%が気管支肺炎である<sup>1)2)</sup>。米国のアルツハイマー病研究センターが調査している患者集団の中から174人の死亡診断書を分析すると、直接死因の24%が気管支肺炎であり、間接死因の44%が気管支

肺炎であった。間接死因としてはほかに、尿路感染症が6%、敗血症が5%を占めていた<sup>3)</sup>。最近の研究では、Mitchellら<sup>4)</sup>が重度認知症の臨床経過について、米国の22カ所のナースিংホーム入所中の重度認知症患者323人を対象に18カ月に渡り、生存期間、合併症、その他の症状等を追跡し、報告している(図1~3)。323人の平均年齢は86歳で、認知症の平均罹病期間は6年で、85.4%が女性であった。18カ月の追跡期間に54.8%にあたる177人が死亡している(図1)。死亡者の平均生存期間は478日で、6ヵ月以内に死亡する確率は24.7%であった。この期間に肺炎41.1%、発熱性疾患(肺炎を除く)52.6%、摂食・嚥下障害46.7%であった(図1)。各疾患に初めて罹患した後の6ヵ月の死亡率は肺炎41.1%(図2)、発熱性疾患52.6%、摂食・嚥下障害85.8%(図3)であった。それぞれの疾患に罹患しない人よりも死亡率は高く、この3つの疾患が予後に大きく影響することが

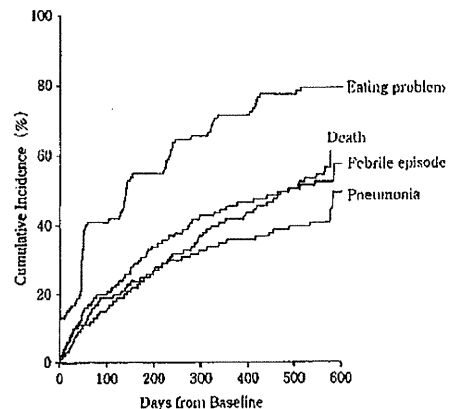


図1 ナースিংホーム入所中の重度認知症患者の総死亡率と肺炎、発熱性疾患、摂食・嚥下障害の累積発症率(文献4)

独立行政法人国立長寿医療研究センター  
\*在宅医療支援診療部長 \*\*病院長

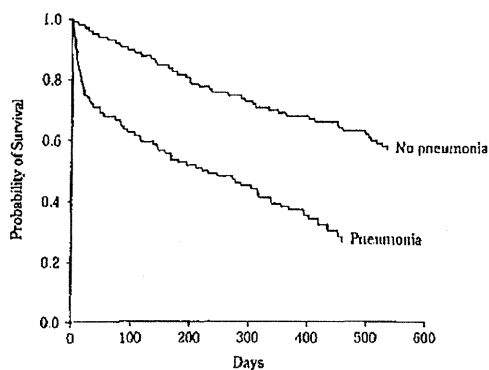


図2 初回肺炎罹患後の生存関数(文献4)

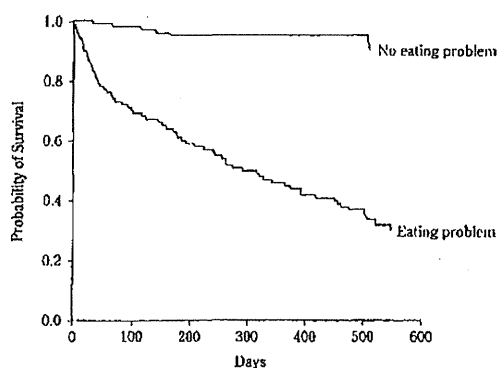


図3 初回摂食・嚥下障害発症後の生存関数(文献4)

示された。

この研究ではさらに苦痛症状についてもまとめており、主なものとして呼吸困難46.0%、疼痛39.1%、Ⅱ度以上の褥瘡38.7%、興奮53.6%、誤嚥40.6%であり(図4)、死期に近づくほどこれらの頻度は高くなっていった。

また、英国の研究<sup>5)</sup>では急性期病院に入院した70歳以上の高齢者617人を対象とする縦断研究が行われているが、入院患者全体の42.4%が認知症を合併していた。認知症患者入院の原因疾患としては尿路感染と肺炎が多く、41.3%が罹患しており、これらの患者の入院中の高い死亡率を示した。高度の認知障害患者の24.0%は入院中に死亡しており、この死亡リスクは4.02(CI 2.24~7.36)であった。このように認知症患者は、急性期病院への入院が多い事が示されている。

国内では同様の研究報告はなされていないが、海外での縦断研究をもとに考えると、重度認知症患者の合併症で重要なのは、肺炎などの感染

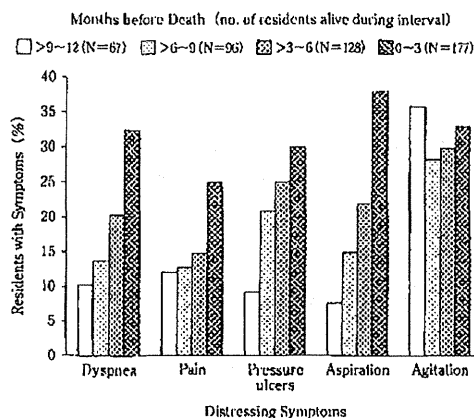


図4 苦痛症状の合併(文献4)

症と摂食嚥下障害であり、これらは生命予後に強く影響するということが示されている。

## Ⅱ. 終末期医療

米国において2001年に認知症高齢者の死亡場所を、悪性腫瘍、認知症、その他の疾患の3つの基礎疾患に別けて検討した結果<sup>6)</sup>、認知症関連で死亡した人の66.9%がナーシングホームで死亡していた。対照的に、がんを基礎疾患とした人は自宅(37.8%)と病院死亡(35.4%)が多かったという結果が出ている。日本国内では認知症と死亡場所に関する同様の調査結果は示されていないが、ここ数年、病院死80%前後、施設死亡7~8%、自宅死亡12%前後と、圧倒的に病院死亡が多い状況となっている。米国で認知症患者のナーシングホームでの死亡が多い一方で、入所者の34.4%に非経口的栄養管理が行われ、また、16.7%が入院、9.6%が救急外来受診、8.0%が経管栄養を行われるなど、死亡までの3ヵ月以内では、40.7%の人が上記一つ以上の医療的行為が行われる状況が報告されている。また、米国ではがんやエイズ以外でも、全ての疾患でホスピス利用ができるが、終末期にナーシングホームの重度認知症患者の22.3%がホスピスを利用したという報告がある<sup>4)</sup>。ホスピスを利用した患者は苦痛に対し、計画的にオピオイドや酸素の投与を受ける事ができ、また、満たされない欲求が残る頻度が少ない事が報告されており、重度認知症患者の終末期におけるホスピス利用の有益性が示されている<sup>7)</sup>。

一方、ナーシングホーム入所者の医療代理人が、重度認知症患者の生命予後が悪いことや

起こりうる合併症を理解している場合には、この終末期の医療的行為が行われる頻度が少ないことが報告されている。重度の認知症で死亡した入所者の家族ないし医療代理人へのインタビューで、死亡した入所者のおよそ10%が、経管栄養を受けていたが、入所者の家族ないし医療代理人と医療者との話し合いが十分に行われて経管栄養が導入されたのは半数以下にとどまっていた。さらに胃瘻を含む経管栄養を導入した認知症末期患者では、良好な終末期を迎えられる頻度が少ない (OR=0.42, 95%CI=0.18~0.97) 事が示されている<sup>8)</sup>。

国内では認知症末期における胃瘻導入の是非が現在、社会的問題となっているが、欧米に比べ、認知症終末期ケアに関する評価・介入そのものの報告が少なく、重度認知症患者に対する胃瘻など経管栄養が、終末期ケアの質を高める事ができるかなど、国内でのさらなる客観的データの集積が必要である。

### Ⅲ. 終末期医療・ケアの問題

欧米では上述のように認知症患者の末期でも必要に応じホスピスを利用するなどして、本人の終末期での苦痛の軽減や家族への精神的な支援を積極的に行う体制が整いつつある。認知症の末期そのものの判断は実際難しく、特に死亡時期の予測は、がんと比べ極めて困難であるが、ADEPT<sup>9)</sup>などの予測指標を用いて、余命6ヵ月以内の認知症患者を抽出し、適切な時期にホスピス利用に結びつけようという試みがされている。さらには重度認知症患者への終末期ケアを質的に評価するためのスケール開発が進められている<sup>10)</sup>。ターミナルケアの家族満足度 (SWC-EOLD)、症状管理 (SM-EOLD)、死亡までの1週間の安楽 (CAD-EOLD) など、それぞれを評価する目的で作成されている。このような指標を用いて、終末期における医療行為やケアのアウトカムを評価することにより、今後のケアの質の改善に役立つことが期待される。

### お わ り に

国内の高齢化とともに認知症患者はさらに増加すると予想されているが、認知症診療では早期診断、治療薬の開発が活発に行われている一方で、認知症終末期の症状緩和や終末期ケア、

家族ケアの方法、その効果の評価方法などは、欧米に比べ系統的に行われているとは言い難い状況にある。欧米では、医療経済的なインセンティブの問題はあるにせよ、がんに限らず、認知症でも十分な終末期ケアを行おうという流れにあり、このための評価指標の開発やホスピスを利用した「認知症緩和ケア」が徐々に進められている。国内では胃瘻の問題も含め認知症重症～末期患者のQOLを考えた国内での医療・ケアのあり方の検討が喫緊の課題であると考えられる。

### 参 考 文 献

- 1) Molsa, P. K., Marttila, R. J., Rinne, U. K.: Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Acta Neurol Scand*, 74(2): 103-107, 1986.
- 2) Sulcava, R., Haltia, M., Reder, A. T., Luchins, D., Antel, J. P.: Accuracy of the clinical diagnosis of vascular dementia: a prospective clinical and post-mortem neuropathological study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 51(8): 1037-1044, 1988.
- 3) Olichney, J. M., Hofstetter, C. R., Galasko, D., Thal, L. J., Katzman, R.: Death certificate reporting of dementia and mortality in an Alzheimer's disease research center cohort. *J Am Geriatr Soc*, 43(8): 890-893, 1995.
- 4) Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G. et al.: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*, 361(16): 1529-1538, 2009.
- 5) Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A., King, M.: Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *British Journal of Psychiatry*, 195(1): 61-66, 2009.
- 6) Mitchell, S. L., Teno, J. M., Miller, S. C., Mor, V.: A national study of the location of death for older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 53(2): 299-305, 2005.
- 7) Kiely, D. K., Givens, J. L., Shaffer, M. L., Teno, J. M., Mitchell, S. L.: Hospice use and outcomes in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*, 58(12): 2284-2291, 2010.
- 8) Teno, J. M., Mitchell, S. L., Kuo, S., Gozalo, P., Rhodes, R., Lima, J. et al.: Decision-making and Outcomes of Feeding Tube Insertion: A Five State Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58: 881-886, 2010.
- 9) Mitchell, S. L., Miller, S. C., Teno, J. M., Kiely, D. K., Davis, R. B., Shaffer, M. L.: Prediction of 6-month survival of nursing home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. *Jama*, 304(17): 1929-1935, 2010.
- 10) Kiely, D. K., Volicer, L., Teno, J., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Mitchell, S. L.: The validity and reliability of scales for the evaluation of end-of-life care in advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 20(3): 176-181, 2006.



## 認知症の診断と 非薬物性治療について

鳥羽研二 独立行政法人国立長寿医療研究センター 病院長

### 認知症の中核症状と 周辺症状

ここでは認知症診断の原則を理解してもらいたい。そのための「到達目標」は、第1に、早期発見・早期診断に役立つ重要な初期症状や日常生活上の行動の変化について説明できること、第2に、認知症の診断の方法と手順について説明できることである。

認知症ではコアに「中核症状」がある。これがない場合は認知症とは言えない。また、周りの対応や反応によってその人の病気の流れがよくなったり悪くなったりする「周辺症状」がある。これは中核症状のほうが大事で周辺症状は大事ではないということではない。コアの「中核症状」は認知症の基本に共通してあるもので、「行動と心理的な認知症に伴う症状」(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)である周辺症状はその人により、また、反応・対応によって変わるものと理解してほしい。

中核症状の診断基準としては記憶障害があり、同時に、実行機能障害といった社会生活上の不利がある。そのほか十分に言葉が出ない、洋服を上手に着られない、顔がわからないなどの失語・失行・失認といった症状も重要症状であるが、初期には見当識障害で、時間や場所の混乱、とくに時間の混乱が重要ポイントとなる。

### 「同じことを何度も尋ねる」のが 早期発見のヒント

早期発見のヒントで重要なのは、「同じことを何度も尋ねる」ことだ。最初は1週間に1度ぐらいだったのが、やがて2日に1度になり、毎日2時間おきに繰り返すようになってきて、最終的には5分おきになる。

さらに、家族が最初に気づく認知症のエピソードは、「もの名前が出ない」、「以前あった興味や関心の低下」、「ものしまし忘れ」といったことだ。これを家族に聞くと、「そういえば3、4年前からありましたね」という。その頻度が増えてきて外来に来るが、実は最初にこれらが現れた時点で見落とさないことが大切なのである。

日常生活では、ご飯を食べたり、トイレに行ったりといった基本的な生活の自立は、比較的最後まで残される機能だ。それ以前に失われやすい機能は、社会とのかかわりや、さまざまな手段や道具を用いて行う「手段的ADL」で、日常生活の自立に重要なものだ。「電話」、「買い物」、「料理」、「家事」、「洗濯」、「移動」、「服薬」、「金銭」の8つの項目が比較的スタンダードな項目で、どれか1つが落ちて、独居では非常に不便になる。これは男女共通で差がない。

失われやすい生活自立機能は、加齢とともに落ちてくる項目と認知症で落ちる項目では同一だが、

認知症のほうがより早く落ちやすい。逆に言えば、「年のせいかと思っていたら実は…」であり、「買い物に上手にできない」、「メモがなかったらできない」、あるいは「同じものを買ってしまう」ことがよく見受けられる。

料理も「ワンパターン化してきた」といったことや、ごく初期には「料理の味がまずくなった」など微妙な変化も指摘される。

それから服薬管理で、「どうしても薬があまってしまう」のはまだよいが、「どうも薬が足りなくなる」ことは決定的な脳の変化を示す。こうした買い物・料理・服薬管理の低下は比較的簡単にインタビューで聞くことができる。

### 起こりやすい時間見当識 計算、遅延再生

心理検査は、時間をかけて行うのは非常に大変である。どのような項目が落ちやすいかというのは、MMSE(ミニメンタルステート検査)や改訂長谷川式簡易知能評価スケールでもわかる。一番起こりやすいものは時間見当識、計算と遅延再生だ。「桜」、「猫」、「電車」の絵を見せて後から聞くことをスクリーニングとして行う。これを1回質問しただけで相当なことがわかり、2回行うと軽度認知障害のスクリーニングとなる。

遅延再生の「桜」、「猫」、「電車」ができないと長谷川式の平均値は17.5点で、20点がカットオフポイントなので、これだけである程度、認知症の段階がわかる。「復唱してくださいね」といっても復唱ができないと12.5点なので、これは中等度以降で、もうすぐ尿失禁も始まりそうなところであり、急いでケアプランをつくらなければいけない。

さて、実際に家族から事前に聴取する場合、判断・実行機能障害のアセスメントでは、「気候に合った服を着ているか」、「適切に着替えをしている

か」、「雨天時に傘を持っていくか」、「料理の味付けはどうか」などの実行機能の情報を得ることが大切だ。また、本人への質問では、「火事に遭ったらどうするか」、「道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか」、「横断歩道を渡るときにどうするか」という順で聞くことによってわかる。

### 長谷川式とMMSEで 早期発見・早期治療を

アルツハイマーの進行ステージを見ると、MMSEの特点が書いてある(表1)。正常老化では少なくとも24点以上でなければならない。MMSEが10点ぐらい、大体3〜4歳に相当するところで尿失禁・便失禁がある。さらに下位の、言葉が大変少なくなってきて「恍惚の人」になると7aになるが、それは大体1歳児の赤ん坊に相当する。こうした方にどのように対処したらよいかは、やはり先祖返りしていくようなイメージでケアしてくださいと言える。

こうした症状は早期発見・早期治療への非常に重要なメッセージである。アルツハイマーという病気はMMSEが平均1年で3点下がる。19点で見つけると、3年後には10点になり尿失禁になる。しかし、適切な治療をすると、MMSEは2年間で平均1点しか下がらないため、尿失禁になるのがかなり先になる。こうしたメリットを患者や家族にお話すると、「早く見つけて早く治療してください」となる。

認知症は進行性の病気なので、「いずれこういうふうになってしまう」ことを正直にお話しした上で、「できるだけ遅くするにはどうしましょうか」と私たちは考えたい。

MCI(軽度認知機能障害)のスクリーニングでは、3年間のうちに半数以上の人が認知症にな



表1 アルツハイマーの進行ステージ (FAST)

ステージ	臨床診断	特徴	機能獲得年齢	MMSE
1	正常成人	主観的にも客観的にも機能障害なし	成人	24点以上
2	正常老化	もの置き忘れ、もの忘れの訴えあり。換語困難あり。他覚所見なし	若年成人	
3	境界領域	職業上の複雑な仕事ができない。熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所への旅行は困難		
4	軽度AD	パーティーのプランニング、買い物、金銭管理など日常での複雑な仕事ができない	8歳～思春期	20点前後
5	中度AD	介助なしではTPOに合った適切な洋服を選べない 入浴させるために認得することがある	5～7歳	15点前後
6a	やや重度AD	独力では服を正しい順に着られない	5歳	1～10点 前後
b	同上	入浴に介助を要す、入浴を嫌がる	4歳	
c	同上	トイレの水を流し忘れり、拭き忘れり	48か月	
d	同上	尿失禁	36～54か月	
e	同上	便秘様	24～36か月	
7a	重度AD	最大限約6個に限定された言語機能の低下	15か月	
b	同上	理解しうる語彙は「はい」などただ1つの単語となる	12か月	
c	同上	歩行能力の喪失	12か月	
d	同上	坐位保持機能の喪失	24～40週	
e	同上	笑顔の喪失	8～16週	
f	同上	頭部固定不能、最終的には意識喪失(昏迷・昏睡)	4～12週	

認知症の新しい理解と包括的医療・ケアのポイント 山口晴保編著より引用改変 (Reisberg 1986より作成)

り、4つの質問のうち2つ以下しか回答できなかった。①「今日は何曜日ですか」は時間の見当識だ。そして外来で使うのが②「あなたのお孫さんの名前」で、これは非常に自然な質問だ。まず「お孫さんはいますか」と聞き、「お孫さん」というと、「5人います」。では、「ちょっとお名前を教えてください」と聞いていく。

そのほか社会的な交流として、③「卵10個の値段」、④「お米の商品名を2つ挙げてください」などがある。

「質問式」では有名な長谷川式とMMSEを使う。また、本人を直接観察することや家族・介護者からの情報により評価する「観察式」では、重症度FAST (Functional Assessment Staging) がある。長谷川式は、年齢、見当識、それから直接再生と計算、数字の逆唱、遅延再生、5つの物品を覚えておいて言ってもらう。特に優れているのは「言語の流暢性」で、野菜を10個、動物を10個言

ってもらう。

MMSEの項目で優れているのは「図形描写」だ。この図形描写や書字、読字など画像文書、もの忘れ外来では通常MMSEを行っている。

### 原因疾患同定の手順 血圧は必ず測定

原因疾患同定の手順は、「問診→一般身体所見→神経学的所見→血液検査・尿検査→画像診断」となる。大事なことは病歴である。いつごろからどうなっているかを聞く。例えばMCIから戻る人、よくなる人が1割近くいると言われている。長い経過のなかでよくなったり悪くなったり、あるいはあまり変わらないといった「スピード感」が大事だ。ちょっと悪くなるころがあれば、アルツハイマーを考えないといけない。

身体所見で影響を受けるものはたくさんある。神経学的所見でも、最低限パーキンソンの検査と、

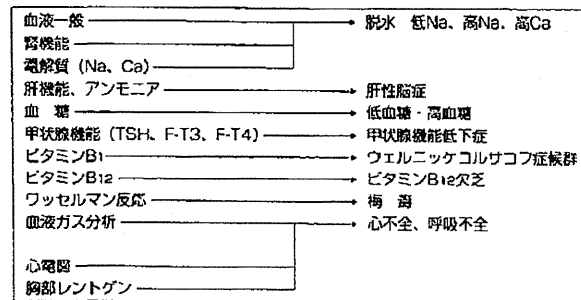


図 鑑別診断 Treatable Dementia せん妄の検査  
血液検査、胸部レントゲン、心電図

歩き方を見ないといけない。慢性硬膜下血腫ではよちよち少く、正常圧水頭症で歩幅が広い歩き方になる。このような基本的なことはぜひ知ってほしい。血液・尿検査でわかる状態によって認知機能が悪化する方があるので、ぜひ画像診断の前にそれらは行ってほしい。

血圧は必ず測定し、問診で起立性低血圧がありそうなら臥位と立位で血圧を測定する。高血圧の人は起立性低血圧が起りやすいからだ。脳血管障害の人はもっとこれが起こりやすい。レビー小体型認知症の人も、自律神経がやられているので起立性低血圧が起こりやすい。この3つが起立性低血圧の大きな病因とわかってきた。さらに貧血の有無をチェックし、体温を測定する。

### 「治る認知症」を見つける

次に「治る認知症」あるいは認知症が悪化している原因、よくなる要素を細かく診る(図)。これから夏場になり、脱水やナトリウムの電解質異常といったものは当然集中力の低下に影響する。朝の血糖値が正常、ヘモグロビンA1cも正常だが、午前3時から4時ごろに低血糖になり、それが認

知機能障害やせん妄を起こしている例が多い。糖尿病の患者や血糖値の変動が多いような方では、一度夜間の血糖を調べることで治療に結びつくことがある。

甲状腺機能低下症は最も見逃されやすい(表2)。認知症と間違われやすい症状になり、注意障害やうつと間違われるが、進行すると心不全を合併したり、あるいはもともと甲状腺機能低下症に心疾患などがある場合がある。

ビタミンの欠乏も結構いる。2,500例見れば、5～6人はビタミン補充で実際に治る人がいる。ビタミン欠乏でMMSE24点の人に、ビタミン補充を半年行ったら30点になった例がある。MBFという全脳の血流量は40単位が標準だが、こうした方は35単位が40単位ぐらいに戻っている。海馬の血流も改善する。

さらに大事なのは、正常圧水頭症である。正常圧水頭症は、専門家は認知症の15%と言うが、そんなにはいない。全例カンファレンスを行っている経験からすると、少なくとも20人に1人、全体の5%以上はいる。尿失禁で泌尿器科に行き、コリン薬をもらってもまったくよくなる。その

表2 可逆性の認知症とその鑑別法

疾患	鑑別のための検査
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定 (TSH, F-T3, F-T4)
ビタミンB1・B12欠乏	ビタミンB1・B12測定
脳炎	髄液検査
正常圧水頭症	CT, MRI, 髄液排除試験
慢性硬膜下血腫	CT, MRI
脳腫瘍	CT, MRI

表3 アルツハイマー型認知症と血管性認知症との主な鑑別点

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症
認知症と関連する脳血管障害病歴	なし	あり
画像所見 (CT, MRI)	なし	あり
Hachinski ischemic Score	4点以下	7点以上
経過	徐々に悪化	階段状に悪化、進行停止
神経症状	なし	あり
脳循環代謝所見 (SPECT, PET)	側頭葉、頭頂葉、後部帯状回で低下	病巣に一致した低下 前頭葉の血流低下

うち歩きがおかしくなって、パーキンソン病と言われて薬をもらってもよくならない。すでに二次的に海馬が委縮したところによりやく正常圧水頭症を疑い、髄液排除をしても、歩行は少しよくなっても認知機能はよくならないという人が山ほどいる。

### 日本人に多い ラクナ梗塞

このほか、脳血管性のものとしては、大きな片麻痺がくるような心原性脳塞栓。頸動脈の硬化症がさまざまな血圧、あるいは炎症などのときに不安定なプラークになってプラーク様状に脳梗塞を起こすアテローム血栓性脳塞栓。そして1本の穿通枝と言われる細いところに脳梗塞や微小の出血を起こすようなラクナ梗塞がある。このうち従来は、日本人は圧倒的にラクナ梗塞が多かったが、食事の西洋化とともに心原性とアテロームの2つが増えている。またラクナ梗塞、白質病変というのは日本人の特徴であり、アルツハイマーにして

レビー小体型認知症にして、それらを前提にした症状を意識し、認知症の治療・ケアをしなければいけない。

さらにピンスワンガーでは広範な白質病変があり、多発性のラクナ梗塞で失調性歩行、頻尿、意欲の低下などをきたし、若年者でも妄想や幻覚などを起こして比較的予後の悪い病気になる。前頭葉の血流低下といったものがこれらの共通点である。

### アルツハイマーと 脳血管性認知症の鑑別

そこで、まずアルツハイマーと脳血管性認知症を見分けるのが第1だ(表3)。脳血管性はうつ、アルツハイマーは同じ語を繰り返すような記憶力の低下がある。うつの場合、「頑張らましよう」というのは比較的禁忌の場合があり、自発性を促すようなことをやらなければいけない。一方、うつがないアルツハイマーの場合には「頑張らましよう」と言っても構わない。このようにケアの方法

1つとっても若干変わってくる。

そのほかアルツハイマーと脳血管性を見分ける場合は、ハチンスキーのスコアで7点以上が脳血管性認知症で、感度はあまり高くないが、特異度は非常に高い。これで7点以上あれば脳血管性認知症で、ほぼ間違いないということだ。

### レビー小体型と アルツハイマーの鑑別

レビー小体型認知症は認知症全体の3%ぐらいしか報告されていないが、ある研究者は認知症のうちの4分の1以上はレビー小体型であり、相当多いとも言う。またアリセプト®が効いて、レビー小体型とわかってくる例も多い。

レビー小体型の特徴は、子どもや坊さんあるいは小動物といった何らかの幻視がある。レビー小体型は全例で幻視が見えるわけではなく、7~9割の人で幻視が見える。アルツハイマーでは進行してくれば幻視が見えるが、せいぜい3割くらいだ。

レビー小体型の幻視は、進行が軽くてまだ記憶力がしっかりしているMCIレベルでも見える。ストーリー性があり、「何言ってるの。そこにいるじゃないの」と、いかにも目の前で見えているような反応が返ってくる。

しかし、しっかりと話をして正常に思える人もいる。長谷川式を行うと、あるときに20点で認知症を疑い、次に行くと28点、その後は18点と変化するような人がいたら、大体レビー小体型だと思って間違いない。

レビー小体型には集中力の低下があり、歩行・転倒は診断の参考事項になってくる。7~8割の人に転倒がある。レビー小体型とアルツハイマーとはMRIでの判断は難しい。脳血流シンチをして血流低下の部位の違いで大体わかる。

同時に、保険診断名の心筋障害でMIBG-心筋シンチをすると、アルツハイマーとレビー小体型の区別もつく。心臓と循環器のシンチを撮ると、アルツハイマーは2単位以上だが、パーキンソンやレビーは1単位以下となり、これが比較的早い診断方法だ。

### 認知症鑑別診断の ポイント

「総合的機能評価 (CGA) を加味した認知症鑑別診断まとめ」(表4)の「あいざつ」ではアルツハイマーは「妄想がよい」、脳血管性認知症は「律儀」、前頭側頭型認知症は「ぶっきらぼう」で、レビー小体型認知症はうつつがあったりして「おっくう」である。「見当識」障害では、前頭側頭型認知症は「場所保持」の見当識が比較的保持されているので、車の運転が大好きで夜中に運転して事故を起こすなどをする。集中力・注意力がないためだ。

「立体図形」はアルツハイマー、レビー小体型で異常がある。「意欲低下」は、初期症状では前頭側頭型認知症では、言葉が荒くなる前に「意欲低下」だけで見つかる人がほとんどだ。そして、「抑うつ」はレビー小体型認知症では強く、ドーパミンとの抑うつが最近話題になっている。「転倒」は脳血管性だけではなく、レビー小体型、正常圧水頭症でも多い。

「排尿障害」は、アルツハイマーの初期にはない。それ比べて正常圧水頭症や脳血管性は比較的初期からあることがある。「幻覚」はレビー小体型に多い。同じ動作を繰り返したり、時刻表的な生活のエピソードといった「常同行動」があれば、前頭側頭型を考える。

中核症状というのは、認知機能障害・失認・失行・失語などの生活機能が落ち、周辺症状として

表4 総合的機能評価 (CGA) を加味した認知症鑑別診断まとめ

	アルツハイマー	脳血管性	前頭側頭型	レビー小体型	うつ
あいざつ	妄想がよい	律儀	ぶつきらぼう	おっくう	律儀
認知低下	不便でない	自覚	不愉快		強く訴える
言い逃れ	あり	なし	転換		わかりません
見当惑	時間↓	保持	場所保持		保持
立体図形	異常			異常	正常
自立低下		強い			強い
意欲低下	軽い	中程度	強い	中程度	中程度
抑うつ	軽い	中程度	中程度	強い	うつ状態
転倒		多い	多い	頻繁	
排尿障害	初期なし	あり		あり	自覚
幻覚				多い	
常同行動	軽い		多い		
パーキンソン	±	+	なし	++	なし
MRI萎縮	海馬	少ない	前頭・側頭葉	後頭葉	前頭葉
SPECT					
血流低下	海馬 後部帯状回 視前部	病変部 白質	前頭葉	楔部	前頭葉
アリセプト反応	+			++	
認知リハ反応	+	++			++
介護負担		身体症状	陽性症状	意欲低下	

は、それまで円満な人の言葉が荒くなったり、逆に言葉が少なくなる。幻視・幻覚といったものが見えたと思えば、意欲がしっかりある人の意欲が低下していく。

認知症の人は、記憶が薄れる不安、あせり、できていたことができないいらだち、羞恥心、自尊心を傷つけられる、周囲の無理解への怒りといったものが心にあることを前提に接していかなければならない。

老健施設は在宅復帰が日課だから家族の視点も重要で、中核症状であれ周辺症状であれ、どのようなことが家族の負担になっているかを理解した上で、一つひとつ解き放っていくようなリハビリやデイケアでの活動が在宅復帰につながると考えている。

### 認知症短期集中リハビリは薬に負けない大きな効果

認知症短期集中リハビリは、薬に決して負けない大変優れたものだ。「回想法」は、道具を使わずとも個人の懐かしいエピソードを引き出す。杏林大学での「音楽療法」では、患者が子どもや孫とも一緒に歌を歌い、その当時の話を「どうでしたか」と聞き、エピソードを確かめる。音楽療法プラス回想法をグループで行うのである。老健施設で行っているのは個別療法だから、もう少しその人に密着したことができる。

大事なものは周辺症状がよくなることだ。「ものをなくす」、「昼間寝てばかりいる」、「介護拒否」、「無関心」、「昼夜逆転」、「徘徊」で有意に差が生じる。これを薬で治すのは大変だ。徘徊が強ければ鎮静剤、無関心は何らかの興奮を刺激する薬など

2~3の薬の処方となるが、認知症短期集中リハビリでは多くの周辺症状に改善がみられる。例えば初期症状の「何度も同じ話を繰り返す」、「暴言」といったものにも効果がある。

平成21年度から、認知症短期集中リハビリはデイケアや療養病棟でも行えるようになり、中・重度の認知症に対しても行えるようになったが、いまだに実施施設は全体の2割にも満たない。これは非常に残念なことである。認知症の患者・家族の要望やニーズは非常に高く、ぜひこれらのサービスの拡充をお願いしたい。

### BPSDの解消による家族の介護負担

以前、「問題行動」と言われていた周辺症状は、現在では「行動と心理的な認知症に伴う症状」(BPSD)という。「気分の障害」、「幻視・幻覚、妄想、誤認」、「行動障害」の3つだ。

「周辺症状と認知症鑑別」を整理すると、アルツハイマー、脳血管性、前頭側頭型認知症、レビー小体型あるいはパーキンソンといろいろ違う。「気分の障害」は、アルツハイマーは軽うつだが、脳血管性はアパシー(意欲障害)あるいはうつだ。前頭側頭型は意欲の低下は強いがうつは伴わないことが多い。レビー小体型はうつも伴う。「意欲の低下」も53%という文献もある。「幻視・幻覚」はレビー小体型で80%、アルツハイマーは35%、パーキンソンが54%で起こるため、レビー小体型とパーキンソン病は最終的には近いものであるということだろう。

また、「妄想」は前頭側頭が多いが、意外にアルツハイマーの妄想も強いので、妄想の頻度だけでは比べられない。

杏林大学で「問題行動の頻度」を調べると、「同じことを何度も聞く」は90%で、「物をなくす、

隠す」と「物とられ妄想」に関しては、まず家族に集まっていたら、「こういうときにはこうしましょうね」と対応を話していくと、「私はやりきれない」と言われる。

家族が負担を感じるのは記憶や身体にかかわることが圧倒的に多く、その次には「陰性症状」だ。「無関心」、「昼間寝てばかり」で、活発にさせるリハビリでよくなりそうなものが上位にある。本当に手をつけられないものの頻度はごく少ない。

大事なことは、周辺症状が強ければ家族の介護負担が直接的に増えるということだ。薬では改善できないものも多い。従って、患者と家族を離すといったレスパイトケアなども組み合わせないと、生活が成り立たないことが多い。それらを組み合わせる作業が老健施設には求められる。

### 隠れた才能を発掘して褒めるケアを

老健施設の認知症の方は人体が進行した人で、長谷川式で10点以下が非常に多く、長谷川式が測れない人もいる。そういう人たちに、どのようなケアをしていくかが重要である。

「何か興味を持つことをしてもらおう」のが1つの方法である。長谷川式で0点だが、習字を上手に書ける人には、これに替目して褒めることは大変よい方法だ。はさみをはさみと言えないような意味性認知症が相当に進んだ人でも、例えば切り絵が好きな人なら、はさみを渡すと紙を2つに折って神札のキツネと鳥居などを切る。

老健施設の利用者の、どこにどういった才能が隠れているかはよく発掘しないとわからない。医師だけではなくスタッフも利用者過去のストーリーをよく聞いて、何かの才能や、興味を持つことはないかを発掘するのが、進行した認知症の方に対するケアの作用点ではないかと思っている。



# 老年内科

## 標榜をめざして

鳥羽研二 国立長寿医療研究センター  
病院長

### 4. 老年症候群の考え方と高齢者の寝たきりの原因と対策

#### はじめに

老年症候群は高齢者に多く見られ、医療だけでなく介護、看護が必要な、症状や徴候の総称と定義される。教科書では、少なくとも50以上の老年症候群が挙げられており、その意味、分類、対策など多岐にわたる。

本稿では、老年内科を実地に診療する医師にとっての必須知識に的を絞る。

#### 老年医学の診断学としての老年症候群

老年症候群の特色はまず、頻度が高いこと、複数の症状を併せ持つことである(図1)。なぜ老年医学の知識が必要か?に対する答えは下記のエピソードを読んでいただきたい。

大学で、長年消化器の専門家として、内視鏡専門医として臨床で腕をふるい、教職も務め、「最近どの診療科も高齢者が増え、どの科も老人を診ているので、特に老年内科などという科はいらない」と認識し、公式にも発

言していた人が定年後、老人保健施設の医師になった。入所者から、「先生、腰が痛くてトイレが近く、夜中に起きてしまうから何とかしてください」と言われ、職員から「同じことを何度も聞くし、夕方には不穏になります。食事時にむせることも増えてきました」との追加情報があった。「整形、泌尿器、精神科、耳鼻科など受診したのか?」と職員に聞くと、「退所しなくては受診できません」と言われ、困っていると、入所者に「先生は年寄りのことを何も知らないね」と容赦なくつぶやかれ、胸に堪えた。

このように老年医学の専門医であれば、1人でごく普通に日常診療で複数の老年症候群の診断と治療、生活指導までをこなす必要があることが、専門診療科と異なる特色である。

#### 時間軸を基に理解する

老年症候群は、特に疾患や外傷などなくても誰にでも起きる生理的老化に伴う症状(感音性難聴、暗順応による夕刻の視力低下、夜

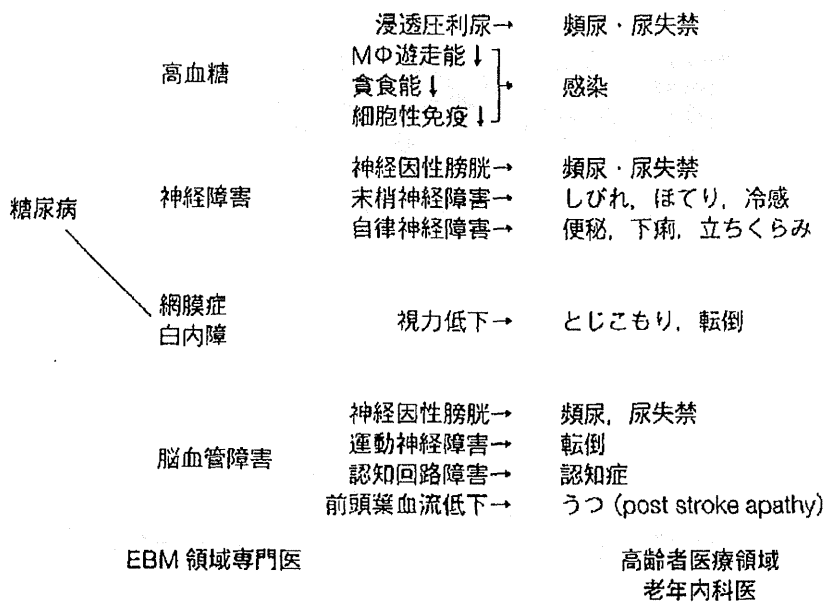


図1 病的老化と老年症候群 (井藤英喜原図)

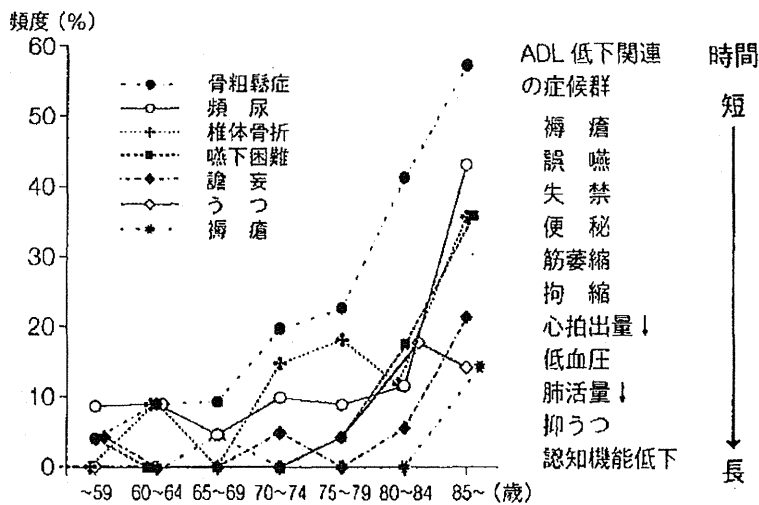


図2 後期高齢者で急増する徴候

間頻尿, 生活に支障のないもの忘れ, 坂道での息切れなど) と, 疾患や外傷によって症状が生じる病的老化に伴う症状があり, 高齢者ではその両者が重複している. 病的老化によるもの, 合併症の症状として考えられるものに加え, 他臓器疾患への影響や, 社会的条件に影響されて出現してくる二次的な症状も含

まれる.

糖尿病を例に挙げると, 臓器障害をエンドポイントにした「糖尿病科」では, 合併症が起きれば専門診療科に任せることも多いはずである. しかし, 「老年内科」ではすべての症状に対応する (図1). 臓器別専門診療科と老年内科の違い, 老年内科の専門性は明らか

表1 死の数カ月～数日前の症状

- ・衰弱
- ・寝たきり
- ・全介助
- ・顔色不良(やつれ、青黒い)
- ・傾眠
- ・注意力障害(呼びかけに答える時間が短くなる)
- ・口を開けての呼びかけにも協力困難
- ・時間、場所の見当識障害
- ・食事、飲水減少(食べること、飲むことが嫌になる)
- ・経口薬物嚥下困難

表2 PVHスコアと老年症候群 (n=190)

	あり	なし	有意差 P
嚥下障害	12.2±4.4	4.5±4.8	0.001
体重減少	6.9±4.1	4.4±5.0	0.012
振戦	9.1±6.5	4.4±4.7	0.003
筋固縮	9.2±4.8	4.5±4.9	0.023
幻覚	8.5±5.9	4.4±4.7	0.004
妄想	7.6±5.2	4.4±4.8	0.01
めまい	6.1±6.5	4.4±4.4	0.062
頻尿	8.0±5.8	3.8±4.2	<0.0001
尿失禁	7.5±5.1	4.3±4.8	0.002
歩行障害	6.7±5.1	4.2±4.7	0.003
つまずき	6.4±4.5	3.9±4.9	0.001
転倒	6.6±4.9	4.3±4.8	0.012

PVH: perivascular hyperintensity

(文献<sup>1)</sup>より)

である。

もう1つの理解の仕方は、救急病態、慢性病態、廃用性病態、終末期病態という臨床の現場においての時間軸による分類である。特に、施設や在宅の長期療養においては、廃用症候群の理解と対策が必要である(図2)。褥瘡や誤嚥、失禁は寝たきりになってすぐに、体圧や体位によって起きてくる。これに対し、筋萎縮、関節拘縮は月単位、認知機能低下は年にわたると器質的变化に繋がる。

終末期に共通に出現する症状は、一部が急性病態や廃用症候群と重なっているため(表1)、次第に症状が悪化していく中で(臨床経過の時間軸)出現してきた、といった情報が肝要であり、経験のある看護師の情報はきわめて役に立つ。

傾眠や見当識障害をはじめ、上記の病態は救急で頻繁に見られる。特に慢性病態でも電解質異常、肺炎などの感染症など、日常診療でありふれた原因であることも多い。治療により可逆的な病態であるかは常に念頭に置いて診療に当たらなくてはならない。

## 老年症候群の一元的な原因を追求する

精力低下、認知判断力の低下、うつ、筋力低下など加齢に伴う原因不明の症状の一部は、老化に伴うホルモン減少との関連が示唆されている。特に男性更年期障害や遅発性の男性ホルモン欠乏(LOH症候群)は注目されており、安全な介入についても臨床試験が始まっている。

一方、若年期に虚弱関連の症状を発症する病態にビンスワンガー型白質脳症があり、50歳代でも尿失禁、認知症、妄想、歩行障害、転倒、誤嚥が出現する。白質の非顕在性のラクナ梗塞や、循環障害は、30歳位から増加するが、個人差も大きい。この白質病変の定量的変化は老年症候群と広く関連する(表2)<sup>1)</sup>。

この成績は、脳梗塞予防治療が、誤嚥性肺炎に対する予防効果を示した結果<sup>2)</sup>と一致するだけでなく、単一の治療が複数の老年症候群に対する予防的介入になる可能性を示唆するものである。



## 寝たきりの原因と対策

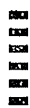
これまで述べたように、廃用症候群による老年症候群は、生活機能の低下も相俟って介護負担を増すことは明らかである。寝たきりの原因を明らかにすることは、古くて新しいテーマである。

寝たきりの原因は若年者では脳血管障害、85歳以上では認知症と骨・関節・筋肉疾患が主体となる。今後20年間では、65～75歳の人口は減少し、特に85歳以上の虚弱高齢者が増加する。ADIが低下する原因は地域では情報関連機能（認知機能、視力、聴力）の低下（2倍）、転倒（2倍）、うつ（2倍）、脳血管障害（5倍）であり、女性も2倍のリスクである。施設でも転倒と認知機能低下は寝たきりの危険因子であるが、性別では男性が高いリスクである。

地域における寝たきりの予防効果については、日本酒2合までの適度の飲酒、長寿教室参加でリスクが半減するとの結果が示されている。松林<sup>3)</sup>が香北町で示した成績では、「役割の付与」「住民が健康増進活動に参加」といった、個人が主体的に関わる重要性が指摘されている。活力度指標を用いて運動集団を縦断的に調査して7年目になるが、継続して週

に1回仲間と運動をしている集団では、7年間で日常生活活動度や運動機能にほとんど低下が見られない。この集団において、老年症候群（夜間頻尿、不眠、腰痛、視力低下）の経年的変化を観察すると、運動継続年数は、これらに予防的に働いていた。

運動は性ホルモンの分泌を増加させ（秋下ら）、認知症の予防にも有効であるとの成績が海外から示されている。栄養と運動というありふれた健康増進の方法にこそ、寝たきり予防の鍵があると考えられる。



## おわりに

老年症候群は、老年医学、老年内科学の診断学のコアプログラムであり、そのスキルの巧拙が、標榜に向けた大きな要素と考えられる。具体的に1つずつの症候の複雑さと、奥行きの高さについて、次号以降の各論に注目していただきたい。

### \*文献\*

- 1) Sonohara K, et al: Geriatr Gerontol Int 8: 93, 2008.
- 2) Yamaya M, et al: J Am Geriatr Soc 49: 687, 2001.
- 3) 松林公蔵: 高齢者の生活機能の総合的評価, 烏羽研二編, 新興医学出版社, 東京, 2010, p7.