

- 学的諸問題—てんかん発作. 日本臨牀(増刊号
10 認知症学(下)) 2011: 69: 535-539.
- 7) Palop JJ and Mucke L: Epilepsy and cognitive
impairments in Alzheimer disease. Arch Neu-
rol 2009: 66: 435-440.
- 8) 小阪憲司, 松下正明: 'Lewy 小体病' の臨床神
経病理学的研究. 精神誌 1980: 82: 292-311.
- 9) 稲葉 彰, 織茂智之: 認知症患者の合併症(第
3回)めまい・失神. Cognition and Dementia
2011: 10(3): 288-289.
- 10) McKeith IG et al: : Diagnosis and manage-
ment of dementia with Lewy bodies: third re-
port of the DLB. Neurology 2005: 65(12):
1863-1872.

(執筆者連絡先) 服部英幸 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源谷 35 国立長寿医療研究センター行動心理療法部

認知症にともなう精神症状・行動異常(BPSD)とその対応

服部 英幸

明日の臨床 Vol.25 No.1

(2013年12月)

総説

認知症にともなう精神症状・行動異常(BPSD)とその対応

服部 英幸*

認知症に伴う精神症状、行動異常は以前、周辺症状と呼ばれていた。しかし、認知症の診療および介護において、これらの症状にどのように対処するかが重要であるとの認識がひろまり、1996年に「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」と定義される Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSD) の名称が用いられるようになった¹⁾。BPSD が出現することによって在宅介護が困難となり施設入所を早め、医療費の増大をもたらし、介護者と患者の Quality of life (QOL) 低下、介護者のストレス増大を惹起する。BPSD のコントロールをどのように付けていくのかは認知症診療においてきわめて重要な問題である。

症状

BPSD には多様な症状が含まれている。国際老年精神医学会 (IPA) による分類では対処の困難さによって3つのグループに分けられている (表1)²⁾。もっとも、グループⅢ (比較的処置しやすい症状) に含まれている症状でも実際の現場では処置に悩まされる例は少なくない。BPSD の出現頻度は高く、本邦での報告では、認知症高齢者の 88.3% に出現していた³⁾。おもな徴候・症状の有病率について

はばらつきがあるが、妄想、うつ、意欲低下などが高率に認められ、経過とともに増加する (表2)⁴⁾。BPSD の出現時期に関して、認知症の主要な原因疾患であるアルツハイマー型認知症 (AD) を例にとる。AD の経過は大きく3期に分けることができる。初期は物忘れが目立つ時期で、うつ症状が早期より出現することがある。この時期から3-5年経過すると中期に移行し記憶

表1 BPSD の症状

グループⅠ (紹介で対処が難しい症状)	グループⅡ (やや処置に悩まされる症状)	グループⅢ (比較的対処しやすい症状)
心理症状 妄想 不眠 幻覚 不安 抑うつ	心理症状 誤認	行動症状 泣き叫ぶ ののしる 無気力 繰り返し尋ねる シャドーイング
行動症状 身体攻撃性 徘徊 不穏	行動症状 焦燥 社会生活上の不適當な 行動と性的脱抑制 部屋の中をいったり来たりする わめき声	

表2 BPSD の有病率

NPI BPSD items	調査開始時の有病率 (%)	5年追跡調査での有病率 (%)
Delusions (妄想)	18	60
Hallucinations (幻覚)	10	38
Agitation (焦燥)/Aggression (攻撃性)	14	45
Depression/Dysphoria (うつ状態)	29	77
Apathy/Indifference (意欲低下)	20	71
Elation/Euphoria (多幸)	1	6
Anxiety (不安)	14	62
Disinhibition (脱抑制)	7	31
Irritability/Lability (易刺激性)	20	57
Aberrant motor behavior (異常行動)	7	52
Any symptom (合計)	58	97

* 徳国立長寿医療研究センター行動・心理療法科 (はっとり ひでゆき)

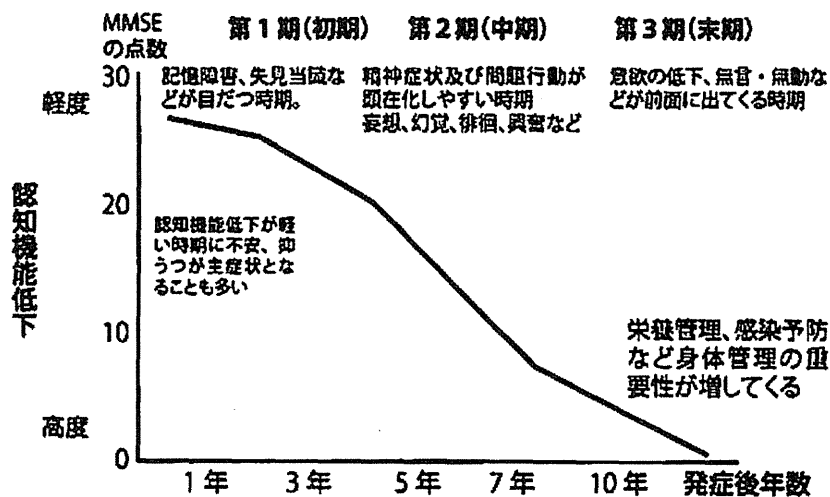


図1 アルツハイマー型認知症の経過とBPSD

障害、認知障害がさらに進行すると共に妄想、徘徊といった精神症状、問題行動が顕在化してくることが多い。記憶障害を基盤とする物取られ妄想が代表的なものであって、家人が攻撃の対象になることがしばしば認められる。その他に、嫉妬妄想、家人が別人と入れ替わっているとすり替わり妄想もよくみられる。幻覚に関しては、幻聴はほとんどみられないが、幻視は時折認められる。認知機能が重度に低下した時期には幻覚、妄想などの激しい症状は消退し、意欲が低下した状態に移行する。この時期は栄養管理、感染予防など身体管理が重要となる(図1)。ここで大切なことは、認知症においては早期より身体医療への配慮が欠かせないということである。高齢者に多い疾患ということもあり、身体疾患を合併し、それが認知症の進行や症状の変化に大きく影響するためである。重度から終末期になると必要とされる医療ニーズは大半が身体医療となる。ADにおける、時間的変化や医療ニーズの多彩さや、移り変わりに配慮することなく、漫然と抗認知症薬や精神系薬剤を投与し続けることは、患者の生活機能、QOLを害することになる。認知症診療にかかわるものは、臨床経過と精神・身体医療のニーズの変化につねに配慮しなければならない。

AD以外のBPSDの疾患別の特徴としては、血管性認知症(VD)ではうつ症状の出現頻度が高

い。レビー小体型認知症(DLB)では神経症状としてのパーキンソン症状のほかに、うつ症状と幻視が多く患者に発現している。前頭側頭型痴呆(FTD)では焦燥・攻撃性の頻度が高いほか、同じ行為を繰り返す(常同行為)、それまでの性格と様変わりして非道徳的な行為をしてしまう(性格変化、脱抑制)などが特徴的に認められる。

せん妄とBPSD

しばしば混同されているのがせん妄とBPSDである。本来、別の状態であるが認知症においては両者ともに出現することがありうるのでよりわかりにくくなる。しかしながら対応の仕方が違ってくるので鑑別を試みることは重要である。主な鑑別点を表3にまとめた。せん妄は基本的に意識障害であって急性あるいは亜急性に発現する。極端な話、昨日と今日とで精神症状が全く違っていることもある。BPSDではこのようなことはまれである。また、せん妄では原因となるイベント(例えば内服薬の変更、脱水、手術など)が明らかであることが多いが、BPSDではいつから始まったかを明確にすることが難しい。症状・徴候ではせん妄では睡眠覚醒のリズムが崩壊し、半覚醒状態がガラガラと続くような印象がある。その一方で幻視、多動、焦燥といった活動性の激しい症状と自発性低下、注意散漫といった動きの鈍い状態が

交錯する。振戦などの神経症状を伴うこともある。せん妄とBPSDは時期的に重なって出現することがあり、対応を困難にすることがあるが原因の除去を含むせん妄治療によりBPSDが大いに改善することも多い⁴⁾。

表3 認知症とせん妄の違い
せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
意識	混濁	正常
発症	急性、亜急性 (数時間から数日)	潜伏性、慢性 (数ヵ月～数年)
経過	一過性	持続性
症状の動揺性	あり(夜間増悪)	目立たない
知覚の障害	錯覚、幻覚	目立たない
脳波	異常 (広汎性徐波)	正常から軽度異常 (軽い徐波)

BPSDとしての抑うつとアパシー

認知症患者を診察する上で、注意すべき重要なポイントとしてBPSDとしての抑うつとアパシー(無気力、自発性低下とほぼ同義)がある。認知症に伴う精神症状として抑うつと診断されている例の多くはアパシーである。抑うつに伴う精神運動抑制とアパシーが混同されやすいがアパシーを抑うつと誤って安易に抗うつ剤を投与するとフラツキや転倒などを引き起こし、日常生活動作能力の低下が進んでしまうこともありうる。本人、家族からの問診で自責感、悲哀、睡眠障害、感情不安定性などがあった場合はうつ症状が疑われる。一方、アパシーでは感情の動きに乏しく、無欲・無関心が前景にでる点で異なっている。アパシーでは身体疾患を合併して生じている可能性があるため、両者の鑑別が難しい場合、まずアパシーを疑って身体疾患の除外などを行い、脳賦活作用のある薬剤から投与していくのが良い(表4)。

表4 うつ状態とアパシーの差異

	うつ状態	アパシー
脳盤にある病態	機能的、心因、環境因	器質性、慢性脳障害、全身衰弱
症状	悲寂感、喜びの喪失、精神運動抑制、無機感	意欲低下、無関心
認知症との関連	合併することはあるが、典型的症状を示さないことが多い	認知症にともなう精神症状のひとつである
評価法	GDS, CES-Dなど	やる気スコア、意欲の指標
治療法	抗うつ剤、急性期は精神的安眠	脳賦活剤、作業療法などの非薬物的アプローチ

BPSDの評価方法

BPSDの診断・治療の向上および適切な介護プランを作成するためには信頼できる評価法を用いて患者の状態を把握する必要がある。わが国で用いられることの多い評価法を紹介する

1. Behavior Pathology in Alzheimer's disease (Behave-AD)

ADの精神症状に対する薬効評価を目的として開発された。本間らによって日本語版が作成された⁵⁾。介護者に対し面接を行なうことで評価する。妄想観念、幻覚、行動障害、攻撃性、日内リズム障害、感情障害不安および恐怖の7分類25項目と介護負担と患者への危険性評価1項目からなる。

2. Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Cummingsらによって開発された評価尺度であり、博野らにより日本語版が作成された⁶⁾。介護者に対し面接を行なうことで評価する。10項目の精神症状、行動異常について有無と頻度を評価する。

3. コーエンマンズフィールド焦燥評価票(Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI)

Cohen-Mansfieldらによって作成された、介護者による評価方法である。きわめて具体的な症状により評価するため、介護者にとって実施しやすく、多忙な現場で使用するのに適している。日本語版も作成されている⁷⁾。

4. Dementia Behavior Disturbance Rating Scale (DBD)

介護者への質問形式で評価する。認知症患者によく認められる行動異常について28項目の質問からなり、出現頻度により点数化できる。全項目の得点により重症度を判定する。日本語版も作成されている⁹⁾。

BPSD 非薬物的対応

BPSD の治療には薬物療法と非薬物的対応の両者をバランスよく併用する必要がある。特に比較的軽度のBPSDに対処するには、最初に非薬物的対応を考慮する。一般原則としてBPSDの原因が身体疾患などで治療しうる場合は最優先で除外する。また非薬物的対応は個々の症例に応じて選択し、患者、介護者の希望、尊厳を尊重することが大切である。対応方法として、環境への介入、行動的介入、心理的介入がある。

環境への介入としては認知症患者にとってストレスの少ない物理的環境を作っていくことが望まれる。時間的環境として睡眠覚醒リズムの維持が大切である。日中の身体活動を増やす。鎮静作用のある薬物は夕方から夜にかけて投与し、脳賦作用のある薬や利尿剤は朝、昼に最大の効果が出るようにする。視覚、聴覚などの感覚低下がBPSD発症に結びつきやすいので補助具使用や環境整備に配慮する。また、介護施設でのデイサービスおよび作業療法が有効である⁹⁾。広義の心理療法的アプローチとしては音楽療法、絵画療法などがあり一定の効果が期待できる。

BPSD 薬物療法

A. 薬物療法の前に考えておくべきこと

書き出しから逆説的であるが、認知症BPSDをすべて薬物で治療しようとしてはならない。BPSDの症状や原因を細かく検討することなく、ただ「興奮しているから」「不穏だから」と鎮静効果のある抗精神病薬や抗不安薬をやみくもに投与することは最も慎まなければならない。まず、身体疾患治療、それまでの処方の見直し、環境調

表5 BPSDに対する薬物療法を始める前に考慮すべきこと

- ・身体疾患の有無のチェックと治療(脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
- ・服用中の薬物の副作用やコンプライアンスのチェック
- ・不適切な環境やケアのチェックと改善(騒音、不適切なケアなど)
- ・介護サービスの利用を考慮する

整、ケア、非薬物療法を試み、最後の手段としての薬物療法を用いるのが原則である(表5)。

症状が出現したらまずチェックするのは身体合併症の有無と、新たな出現の可能性への配慮である。高齢者では臨床的に見落としやすい小さな脳血管障害が、意外に多く発生する。加齢による皮膚の乾燥からかゆみが生じやすく、そのことが不眠、精神的不安定につながることもある。変形性関節症はきわめてありふれた状態で、体の痛みが不穏につながることもあることに配慮する。患者の生活背景や、服薬状況に配慮することは重要である。BPSD治療薬の多くは眠気、ふらつきを惹起するため、以前より日常生活動作能力(ADL)が下がっている患者では、転倒の危険性が増してくる。服薬管理がきちんとできる状況にあるかの確認は極めて重要である。高齢者は多剤処方されていることが多いが、抗不安薬、抗バ剤、抗うつ剤、H₂ブロッカー、抗ヒスタミン剤、抗コリン剤などの認知症様状態を惹起する薬剤¹⁰⁾が併用されている場合は、可能な限り減量もしくは中止を考慮する。

薬物療法を行うに当たっては、家族および本人に副作用があり得ることをあらかじめよく話しておく。さらに、BPSDに対して処方される薬物の中には効能・効果が認められていない(保険適外である)薬剤もあること¹¹⁾を事前に本人・家族に十分に説明する必要がある。高齢者の薬物療法の原則であるが、少量から開始し、症状をみながら徐々に調整し、効果のある最少量で治療する。中止するときも徐々に中止するようにして悪性症

候群を予防する。治療開始後しばらくはこまめに通院させて、副作用のモニターを欠かさないようにする。可能な限り、短期間で中止することを目指す。特にレビー小体型認知症では過鎮静、歩行障害等の副作用が出やすいのでより少量で治療するなどの注意が必要である（初期にはアルツハイマー病との鑑別が難しい場合も多い）。治療に難渋する場合は早期に専門医に紹介する。

注：現段階の日本で認知症 BPSD に対して保険適応のある薬物はないが、平成23年9月に厚生労働省保険局医療課長の通達により、「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対してフマル酸クエチアピン（セロクエル）、ハロペリドール（セレネース）、ペロスピロン（ルーラン）、リスベリドン（リスパダール）の保険適応外使用が認められた。リスベリドン（リスパダール）は「パーキンソン病に伴う幻覚」に対しても保険適応外使用が認められた（保医発0928第1号平成23年9月28日付）。

B. 薬物療法の目標設定

認知症の経過の中で症状は変化するものである。患者の状態を細かく観察して漫然と同じ処方の繰り返しを行わないことが求められる。症状を完全に取りきるのではなく、使用する目的を明確にしておくこと。（例：在宅生活を維持するためなど）。本人の苦痛除去、ADL維持、介護負担の軽減などを優先する。特にDLBでは効果を出そうとすると副作用が強くなる出ることが多く、全体の状況を考へての薬物療法となる。一般的傾向として、「精神症状には効果があるが、行動異常には効果が乏しい」点が見られる

◆本人の状態と介護困難とを総合して処方を決めたレビー小体型認知症例。

72歳女性。3年前より食思不振、意欲低下、不安感が強く、近医で「うつ病」と診断されて、フルボキサミンなどの抗うつ剤を処方されていた。半年前より、物忘れが認められ、歩行困難、動作緩慢が出現、転びやすくなってきた。さらに、「座敷に子供がいる。」「大勢の男の人がいる」といった訴えもあり、当院紹介受診。受診時の処方フルボキサミン100mg、オランザ

ピン5mg、エチゾラム0.5mg、プロチゾラム0.25mg、トラゾドン25mgであった。初診時、歩行器を必要としたが、起立は可能。食事、洗面などは自立していた。精神症状は焦燥、幻視、注意散漫、反応遅延であった。神経学的には軽度の寡動、手指振戦などのパーキンソン症状をみとめた。改訂長谷川式知能スケール（HDS-R）20点と軽度の認知機能障害を認めた。頭部MRIではびまん性脳萎縮のみ。脳血流シンチグラムでは両側後頭葉の血流低下を認めた。診断基準に照らし合わせて「レビー小体型認知症」と診断した。介護している家人の話では身体症状よりも精神症状のために介護が難しくなっているという。そこで、ドネペジルを投与したが、少量でもパーキンソン症状が悪化したため中止。非定型抗精神病薬はリスクが大きいと判断し、初診時の投薬を中止して、抑肝散7.5gを投与した、また睡眠障害改善のためラメルテオン8mgを投与したところ、幻視、焦燥感が軽快し、十分な睡眠が得られ、本人の精神的安定が得られた。日常生活動作能力は維持され、家族の介護負担が軽減した。

この症例では、パーキンソン症状と幻視の治療薬は相反する作用を持っている（錐体外路症状悪化と幻視などの精神症状悪化）ため、両方を完全に取り去ることは無理であると判断した。本人の生活機能の維持と精神症状安定による介護負担軽減を治療目標として処方した例である。当然、今後の症状の変化に添って抗パーキンソン剤投与などの修正は必要となるが、つねに、本人の状態、介護困難軽減など総合的に判断しての処方が求められる。

C. 症状別の薬物療法：過活動症状と低活動症状

認知症に見られるBPSDに対する薬物療法を考える際に、BPSDを過活動症状と低活動症状に分けてみるとわかりやすくなる。

「過活動症状」といえる例は多く、管理困難例として入所継続不可能と判断され、治療半ばで退院を迫られることもある。観察記録に、「不穏状

態」とか、「興奮している」と記載される例が多い。しかし、よく観察すると「不穏・興奮」のひとつで片づけられる状態の中にもさまざまな病像があり、それを見わけることで対応方法が決定し、よりきめの細かい薬物治療、ケアが可能になる。症状の詳細は他の項で論述されるが、重要なことは症状をよく観察して、適合した処方を行うことである。ハロペリドールなどの定型精神病薬、リスペリドン、クエチアピンなどの非定型抗精神病薬ともに幻覚、妄想には効果的であるが、気分易変性や焦燥・不安には効果的でない。気分の変動が激しい例ではバルプロ酸のような気分安定薬を験してみる。心気的な訴えを繰り返す焦燥の強い例では抗うつ剤が効果的で選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン-ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)を験してみる。抗精神病薬では歩行困難、嚥下障害などの錐体外路症状の出現に注意する。SSRIやSNRIではセロトニン症候群の出現に注意する。抑肝散は軽症レベルであれば、幻覚、妄想の軽減にも気分安定化にも効果がある。

「低活動症状」とは、元気がなくなってしまったように見える認知症の状態である。徘徊などの過活動症状と違って、一見おとなしく、手がかからないようにみえるので問題視されず、十分な観察をされないまま見過ごされることが多いが、このような状態には精神、身体的に重大な問題が潜行していることがある。また、こうした状態をすべて、短絡的に「うつ状態」と判断して、抗うつ剤などを投与すると過鎮静、症状悪化をきたすことがあり、場合によっては生命の危険にさらすことになる。ここでも状態像の正確な把握が重要である。うつ状態では従来の三環系抗うつ薬は副作用が強く、使用されないことが多くなっており、SSRI、SNRIを第1選択薬として処方するのが一般的になっているが、効果が不十分なときはアモキサピンなどの三環系抗うつ薬を用いて著効することもある。スルピリドは100mg程度までの少量で抗うつ作用があり、眠気も少ないので以前は頻用されていたが、高齢者ではジスキネジアなどの有害事象がし

ばしば出現するため、使用頻度は激減している。しかし、適合する症例を選んで少量から始めると著効する例は少なくない。うつ状態には不安、焦燥を伴うことが多いため、従来からベンゾジアゼピン系の抗不安薬を併用することが多かった。しかしながら、高齢者では筋弛緩作用、傾眠傾向により転倒などの事故が起こりやすくなる。ベンゾジアゼピン系薬剤の使用はなるべく控えるか、短期間の使用にとどめるようにする。

アルツハイマー型認知症の中核症状に効果があるとされているドネペジル、ガランタミンなどの抗コリンエステラーゼ剤やNMDA受容体拮抗薬であるメマンチンはBPSDの軽減にも効果が期待できる。抗コリンエステラーゼ剤は意欲の改善、自発性低下の改善に効果がある。反面、易怒性、焦燥感などを惹起して、却って介護を困難にしている例も見られる。メマンチンはドネペジルなどとは逆の効果がみられる。投与により静穏作用があり、過活動症状を軽減する効果が期待でき¹³⁾、従来なら必要であったような抗精神病薬や、気分安定薬を投与せずにもすむこともある。反面、傾眠傾向、めまい、ふらつきといった副作用もあるので状態を十分に観察しながら投与する必要がある。

以上、BPSD症状別の一般的な薬物療法について、図2にまとめた。

しかしながら、BPSDに対する薬物療法に関しては十分なエビデンスのある薬物は少ない(図3)¹⁴⁾。そのため、症例ごとに試行錯誤しながら適合処方を決めているのが現状といえるだろう。BPSDへの具体的対応の一例として「大声」を出している症例について記載する。勿論、すべての症例で同じアプローチが奏効するわけではないが、一つの参考にされることを希望する。

◆BPSDへの対応と薬物療法:絶えず大声を出している重度アルツハイマー型認知症(AD)例
83歳男性。6年前より記憶障害、失見当識など認知機能低下がみられた。3年前より当科通院。初診時HDS-R15点。頭部MRIにて海馬の萎縮を認め、脳血流シンチグラムで頭頂葉、後

	抗認知症薬		抗精神病薬			抗うつ薬		漢方薬
	リ ア セ チ ル コ リ ン エ ス テ ラ ー ゼ 阻 害 剤 (<small>ドネペジル、ガランタミン</small>)	MMDA受容体拮抗薬 (<small>メマンチン</small>)	フ チ ロ フ エ ノ ン 系 (<small>ハロペリドール</small>)	SDA(<small>リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、ペロスピロン</small>) (<small>*1</small>)	ベンズアミド系(<small>スルピリド</small>)	SSRI (<small>パロキセチン、フルボキサミン、サートラリン、エスシタロプラム</small>) (<small>*2</small>)	SNRI (<small>ミルナシタラン、デブロキセチン</small>) (<small>*3</small>)	抑肝散
過活動症状								
幻覚・妄想			○	○	○			○
不安・焦燥		○	○	○				○
易怒性、攻撃		○	○	○				○
低活動症状								
意欲低下	○				○	○	○	
自覚性低下	○				○	○	○	
抑うつ					○	○	○	

*1 SDA: 非定型抗精神病薬(セロトニン、ドパミン拮抗薬)

*2 SSRI: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬

*3 SNRI: セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

図2 効果が期待できるBPSD治療薬(症状別一覧)

(文献12より引用)

不安	幻覚・妄想	徘徊
risperidone B	risperidone B	(risperidone)
olanzapine B	olanzapine B	
quetiapine C1	aripiprazole B	性的脱抑制
	quetiapine C1	(SSRI)
	haloperidol C1	(非定型抗精神病薬)
焦燥性興奮	うつ状態	(trazodone)
risperidone B	SNRI C1	睡眠障害
quetiapine B	SSRI C1	ベンゾジアゼピン系 C1
olanzapine B		risperidone C1
aripiprazole B	暴力・不穏	donepezil C1
バルプロ酸 C1	risperidone C1	抑肝散 C1
carbamazepine C1		
(抑肝散)		

() は推奨度なし

推奨グレード

- A 強い科学的根拠があり、行うように強く勧められる
- B 科学的根拠があり、行うように勧められる
- C1 科学的根拠はないが、行うように勧められる
- C2 科学的根拠がなく、行うように勧められない
- D 無効性あるいは害をなす科学的根拠があり、行わないように勧められる

図3 BPSD治療薬エビデンス

(文献13より引用)

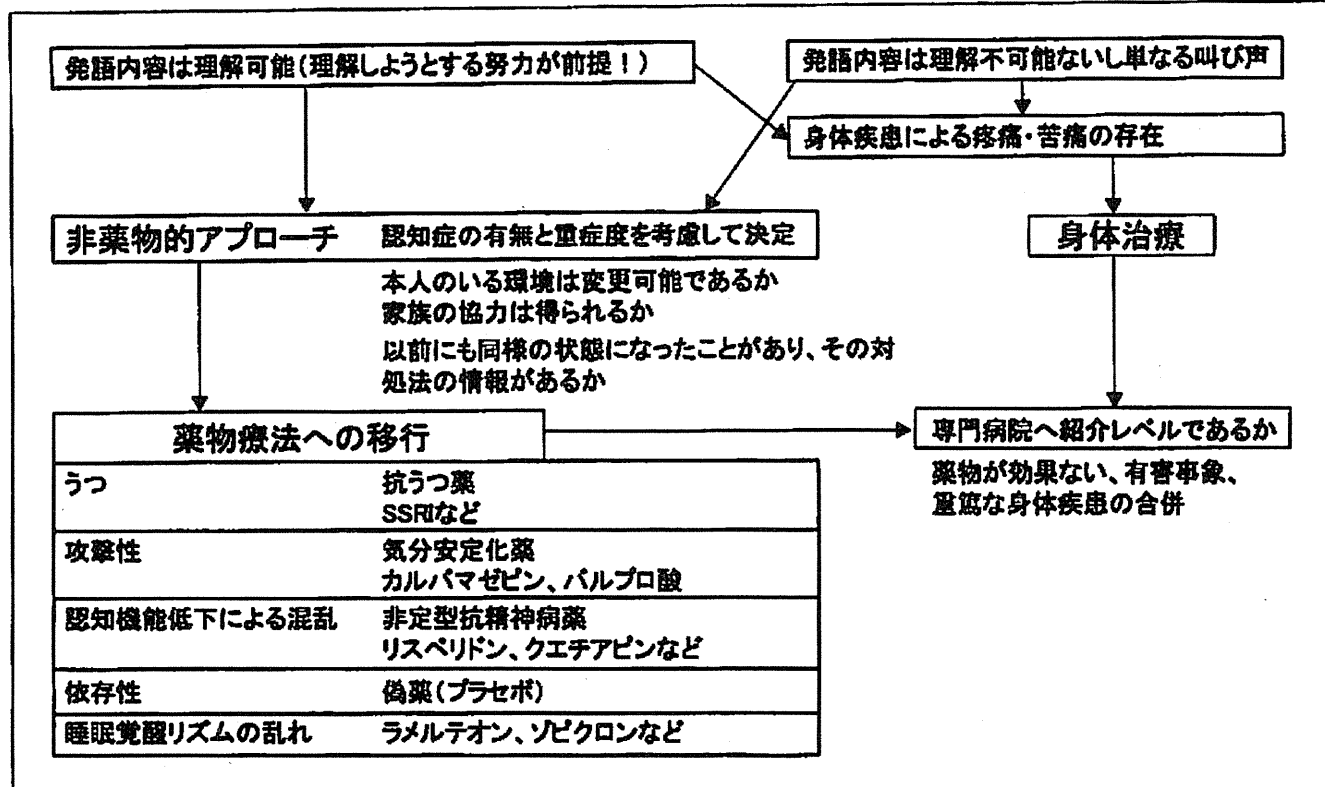


図4 BPSD に対する薬物治療を含めた対応例 (大声を出す症例)

部帯状回の血流低下をみとめ、ADと診断した。ドネペジルを投与したが、認知機能低下が進んだ。3か月まえのHDS-R6点。尿失禁もあり、言語理解も悪くなっていた。2週間前に転倒して腰椎圧迫骨折発症。入院となった。病棟にて、常に「おーい」「誰か来てくれ」と大声で叫ぶため、病棟内の他患者から苦情がでた。本人に注意しても理解できない様子であった。原因として、絶え間なくつづく疼痛とそれに対する不安、夜間の睡眠不足が考えられた。鎮痛のための治療を整形外科に依頼するほか、ナースによる頻回の訪室や、昼間のリハビリテーションを行なうなどの対処を試みたうえで、不安感、気分不安定性を取り除くためにサートラリン12.5mg、睡眠障害を改善する目的でラメルテオン8mgを投与したところ、夜間の大声はなくなり、昼間も軽減した。

大声を出す認知症例への対処について図4¹³⁾にまとめた。

BPSD 診療・介護の地域連携、プライマリドクターの役割

最後になるが、BPSD 診療・介護と地域連携の重要性について簡単に述べる。BPSD は介護負担が大きく、医療介入の必要性が高い。患者の状態に合わせて総合病院、単科精神病院、介護施設が有機的に連携できることが望ましいが、地域でのBPSD 管理の専門医師、看護師の有無などの情報が少ないことが問題である。認知症 BPSD 地域連携において直接的な連携(医療機関、介護施設との直接的な関係作り)は研修会、地域連携バス、定期的会合など「顔のみえる連携」が求められる一方で、総合病院における認知症 BPSD 対応能力を向上させることで、認知症身体合併症患者の入院受け入れを増加させ、間接的に地域連携を向上させることも地域連携の重要な側面であると考えられる。認知症の専門医療機関には、上記の2つの形の地域連携も含めたさまざまな側面に対応することが求められる。プライマリケアを担うドク

ターの皆さんは、身体疾患治療のなかで、認知症に対応せざるを得ない事例を多く経験されると思われる。中核症状に加えて、BPSDについての知識と対応方法を身につけることで、患者本人のみならず、介護する家族の負担を軽減することが期待される。

文献

- 1) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, et al: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr*. 1996;8 Suppl 3:497-500
- 2) 国際老年精神医学会: モジュール2 臨床的な問題 In 痴呆の行動と心理症状。日本老年精神医学会監訳。東京、アルタ出版、2005、p27-49
- 3) Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, et al: Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004; 75: 146-8.
- 4) 国際老年精神医学会: モジュール1 BPSDの重要性。In 認知症の行動と心理症状 BPSD。日本老年精神医学会監訳。東京、アルタ出版、2013、p13-19
- 5) 本間昭、切川隆、新井平伊 他: 老年期痴呆の臨床的評価法: 変化に対する全体的評価とサイコメトリックテスト。老年精神医学雑誌、10、193-229、1999
- 6) 博野信次、森悦明、池尻義隆 他: 日本語版 Neuropsychiatric Inventory—痴呆の精神症状評価法の有用性の検討—。脳神経49、266-271、1997
- 7) 本間昭、新名理恵、石井徹郎 他: コーエン・マンズフィールド agitation 評価票(Cohen-Mansfield Agitation Inventory; CMAI)日本語版の妥当性の検討。老年精神医学雑誌、13(7): 831-835、2002
- 8) 濱口環、飯島節、江藤文夫 他: DBDスケール(Dementia Behavior Disturbance Scale)による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究。老年医誌、30、835-840、1993
- 9) 山田思鶴、鳥羽研二: 痴呆に対するデイ・ケアの効果及び任意選択性作業療法の比較検討。日本老年医学会雑誌、42、83-89、2005
- 10) 亀山祐美、秋下雅弘: 認知症に対する薬物療法 2) 薬剤に起因する認知症様状態。神経内科、72(Suppl6): 161-166、2010
- 11) 工藤喬: Memantine の BPSD に対する効果。臨床精神薬理 15: 53-58、2012
- 12) 和田健二、中島健二: 認知症治療ガイドライン2010版における薬物治療の位置付け。臨床精神薬理、15: 13-17、2012
- 13) 服部英幸: BPSDの症状別初期対応—「大声」。服部英幸編: BPSD 初期対応ガイドライン。ライフサイエンス、東京、2012、p173

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

日精診

Japanese Association of Neuro-Psychiatric Clinics

42巻1号 (第220号)

2016年1月

journal

■ 巻頭言 自死ゼロを目指して～からころステーションから～ 理事 原 敬造

■ 調査研究報告 うつ病およびうつ状態治療における通院精神療法と薬物療法 足立直人 (足立医院) 他

■ 公開市民講座 どんとこい! 認知症 IX

第1部 特別講演 「認知症の基礎知識とケア」 齋藤正彦 (東京都立松沢病院 院長)

第2部 シンポジウム 「認知症の予防」 遠藤英俊 (国立長寿医療研究センター 内科総合診療部 部長)・

高橋幸男 (エスポアール出雲クリニック)・和田悦子 (出雲市健康福祉部高齢者福祉課介護予防係長・保健師)

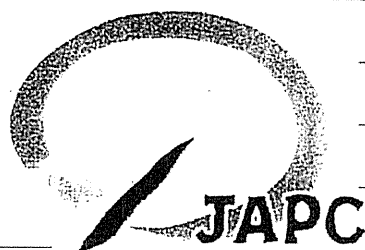
■ Reprint articles 精神科専門医制度に望むことー精神科診療所の立場から 紫藤昌彦 (紫藤クリニック)

■ 東日本大震災災害支援報告～平成27年度第1回災害支援対策全国会議より～ 長 純一 (石巻市立病院開成仮診療所

所長/石巻市包括ケアセンター長)・原 敬造 (原クリニック)・高萩健二 (はらまち心療内科クリニック)

■ 平成27年度第1回災害支援対策全国会議次第・資料

■ 理事会次第・資料 平成27年度第5回理事会



第2部 シンポジウム

認知症の予防

コーディネーター：三原伊保子

三原デイケアクリニックりぼん・りぼん 院長

内科医からみた認知症予防

遠藤英俊

(国立長寿医療研究センター内科総合診療部 部長)



三原：恒例ですので遠藤先生の略歴をご紹介します。昭和57年に滋賀医科大学をご卒業後昭和62年に名古屋大学医学部大学院を修了され、平成2年に米国国立老化研究所客員研究員になられています。平成26年4月1日からは現職の独立行政法人国立長寿医療研究センター長寿医療研修センター長をされています。

主な役職としては、日本認知症学会の理事、また日本ケアマネジメント学会理事等を務められています。認知症全般について大変造詣の深い先生でいらっしゃるの、今日は楽しみにしてまいりました。どうぞよろしくお願いたします。

皆さんこんにちは。私は内科医、老年科医で32、3年ぐらい医者をやっていますが、医者になったときからお年寄りが好きで、認知症を専門にやってきました。認知症は予防できない、治療できないとずっと思われてきましたが、この数年は

だいぶ変わってまいりまして、一定程度予防できると言われています。

ただ、予防したからといって認知症にならなかったというデータはまだありません。ただなりにくくすることはできるということなんですね。

鹿児島と佐渡で「物忘れ」が少ないわけ

実は私は時々『たけしのみん家の家庭の医学』に出ていまして、「物忘れ」が最も少ない都道府県は鹿児島だということどうもさっぱりと思ったのですが、鹿児島の方は日本一釣りが好きなんですね。趣味が釣りという方が多くて、青魚の摂取率は日本で第3位なんです。キビナゴとか

カツオをたくさん食べていて、自分で釣って近所におすそ分けしているんですね。そうすると魚に入っているDHAやEPAは効いているかもしれませんね。

それから鹿児島の方は温泉が大好き、銭湯が大好きです。最近ではだいたい銭湯がつぶれているところが多いんですが、鹿児島は町内ごとに銭湯がたくさんありまして、それぞれ泉源が違うので違ったお湯を楽しめます。400円で朝から晩まで楽しめるという温泉、銭湯があって、そこが地元の人々のサロンになっていて、朝から晩まで風呂に入ってべちゃくちゃしゃべっていると。これがなかなかいいのではないかと話をしていました。

そしてもう1つ、鹿児島は日本一喫茶店とカラオケ喫茶が多いんですね。朝から晩までいろいろな方と交わって楽しく歌っていると。こういうのがいいのではないかと思われています。

さらに言うと、歌うことは結構頭にいいということがわかってきました。最近三重大大学の佐藤先生という方が音楽療法のダブルブラインド試験をして、音楽を歌って3カ月とか半年すると、どうも認知機能そのものは完全にはよくなりませんが、集中力や注意力がよくなったということで、音楽はいいんだという論文を出されました。やっぱり音楽も効果がありそうです。

もう1つ、番組で佐渡市エクサドンがとりあげられたのですが、佐渡は昔から太鼓が有名なところなんです。昔鬼太鼓座、最近は鼓童というグループが太鼓をたたいてコンサートを開いているんですが、その鼓童の先生が元気なお年寄りを集めて太鼓のレッスンを始めたら、すごくいいということがわかってきました。

番組のディレクターの人たちがそれを私に解説してくれということで、私はずっと考えたんですが、まずは結構大きい太鼓なので汗をかく。有酸素運動がいいだろうということで説明できそうでした。2つ目が、先ほど言いました音楽療法。音楽療法にも受け身的な音楽療法、クラシックを聴くだけのような音楽療法と、実際に太鼓をたたいたりする能動的、積極的な音楽療法と2つあるの

ですが、佐渡の場合は太鼓をたたいてやる積極的な音楽療法で、エクササイズと太鼓のドンを入れてエクサドン EXADON といっていますが、有酸素運動でもあります。先生が美人なので、それで継続性が担保されるということがありますが、その先生は天才的で、リズムを変えたりとか、たたくところの音を変えたりして太鼓をたたくのですが、それをまねしないとイケないんです。これを山びこゲームといっていますが、知的活動なんですね。たまにはお年寄りがたたく側に回ったりして、やっぱり頭を使う。知的活動をすると認知機能が落ちにくいとか、認知症になりにくいということがわかっています。有酸素運動、知的活動はよるしいということ、そのことにつきましてはまた後でデータに基づきながら説明したいと思います。

生活習慣病と認知症

～認知症と生活習慣病の合併率～

私は内科医なのですが、最近糖尿病などの生活習慣病を持っている人はアルツハイマー病になりやすいということがわかってきました。糖尿病のある方が血糖を高いままにしておくと、だいたい最低でも2倍ぐらいリスクが高まります。血圧が高い人は、ちゃんと薬を飲まなければ3倍アルツハイマーになりやすいということです。

そして、昔は頭の病気と体の病気は全然違うと思われていましたが、先ほど齋藤先生も血管性の認知症の話をされていましたが、やっぱり動脈硬化があると認知症になりやすい、アルツハイマーになりやすいということがわかってきました。主に生活習慣病、つまり高コレステロールや糖尿病、高血圧、ストレスも危ないんですね。それから喫煙、肥満、そういうものがどうもリスクを高くすると。血管性の認知症もリスクが高いが、アルツハイマーもリスクが高いということがわかってきました。

だいたい外来で診ていると、アルツハイマー病が5割から6割、血管性がだいたい15%ぐらい。レビー小体という錯覚、幻視が見える認知症もあ

るんですが、例えば夜お客さんが来たとかトイレに誰か座っているとかいうのが錯覚で目に見える。そういう認知症が10%ぐらいという比率になっています。

今日は特に血管性とアルツハイマーについてお話をしていきたいと思いますが、アルツハイマー型認知症の患者の多くは、データを取ると何らかの生活習慣病を合併しています。東京医大の櫻井先生のデータでは、東京医大に來ている患者さんのデータで見ると、アルツハイマー病の診断がついた人で血圧の高い人が42%、糖尿病が19%、コレステロールが48%というふうに、頭の病気なのに体の病気も持っています。だから普段から体をまず診ないとはいけません。そこがポイントになります。平均で2.27個の内科の病気の合併症を持っておられるということがわかりました。

決定的なのは、脳血管性病変があると認知症が起りやすいということですが、それをひもとくと実は糖尿病なんです。糖尿病が効いてくる、血圧が効いてくるということですね。最近の厚生労働省のデータを見ていると、今お年寄りのうちの15%に認知症があって、このまま高齢者人口が増えていって後期高齢者が増えると19%ぐらいに認知症が増えていくんですね。高齢者の19%、すごい数です。ところが、さらに今後2型糖尿病が増えていくことを加味すると、720万人とか730万人まで認知症の人が増えるであろうと予想されています。これは結構大変な数で、私は愛知県から來ましたが、実は愛知県が今800万人なので、愛知県中が認知症になってしまうという数なんです。

また、コレステロールが251以上だと認知症のリスクが約2.9倍まで増えるということなんです。中性脂肪が高いと、アルツハイマーには差がないが血管性の認知症が2倍になりますというデータがあります。ですから、やっぱりコレステロールも中性脂肪も下げておいた方がいいということになります。そして先ほど糖尿病は約2倍アルツハイマーになりやすいと言いましたけれども、原因は

今研究中ですが、糖の糖毒性、インスリンの抵抗性、いろいろなことが原因でアミロイドというのがたまりやすくなっているということがわかってきています。

～血圧と認知機能～

実は各年代、血圧が高いと認知機能が落ちているというデータがあります。実は私も血圧が高いのでお薬を飲んでいるんですが、私もどうも認知機能が落ちているらしいんです。例えば、65歳～69歳で血圧が高い人に頭のテストをやるちょっと落ちているというデータが出ています。これから考えると、やっぱり血圧もきちっと治療しないとはいけません。

最近アメリカの循環器病学会が、血圧は120以下にしろと言っているんですね。120以下ですからびっくりします。低い方がいいというデータが出ています。一方で、血圧の薬をきちっと飲むと認知症のリスクが8割ぐらい下がるというデータがあります。だから血圧が高くても医者の方のことをきちっと聞いていけば大丈夫、むしろリスクは減るというデータなんですね。

やっぱり内科の先生と仲良くした方がいい。いい内科医と悪い内科医がありますから、皆さんちゃんと選ばないとはいけません。なぜかというと、血圧の薬も何十種類とあって、お薬を選ばないとはいけません。ARBとかACEとかいう薬が認知症の頭にいいというのがわかってきて、それを飲んでいるとリスクを下げられるんですね。これはなかなか一般の方にはわかりにくいので、いい先生を選べばこういうことを勉強してお薬も出してくれるので、認知症になりにくくなるということになります。

～ネズミ実験と修道院研究から～

ネズミの実験でネズミのアルツハイマーモデルというものがあるんですが、やっぱり食べ物を腹いっぱい食べさせるとなりやすいわけなんです。腹いっぱい食べちゃいけないんですよ、皆さん。それから運動です。くるくる回る観覧車みたいなも

のがありますが、あれをやっているネズミは体重が減らせて、認知症になりにくいというデータができたんです。認知症のネズミなのに運動するとリスクが減るというデータ。

ですから、今から運動していただければまだ皆さん間に合いますよ。たとえばここは地下1階ですが、この階段を上ったり下ったり1日3回ぐらいやると運動になって、認知症になりにくくなる。ネズミでそういう実験結果が出ているので、人間でも高カロリーはいけないとか、栄養も運動も関係しているということです。糖尿病も高血圧もいくつも持っていれば、やっぱり病気が多いほど認知症のリスクが上がるということになります。もう40歳から生活習慣病、高血圧、コレステロール、糖尿病をきちっと治療しましょうということに合理性が出てきたわけですね。

10年以上前ですが、修道院研究というのがあります。アメリカで修道院の方をお願いして亡くなったら解剖していたわけですね。六百何人の修道院の方を見ると、だいたい2割から3割ぐらいがアミロイドがたまっている。アルツハイマーのリスクがある。顕微鏡で見ると、あ、この人、アルツハイマーだなと思うわけです。ところが生前のデータを見ると、頭の中はアルツハイマーなのに実際に発症していない人が8%いたんです。ということは、あんまり腹いっぱい食べないで太らないとか、結局は健全な生活なんです。それから先ほどの齋藤先生の話にもありましたが、頭を使う、知的活動、脳を使っているとやっぱり予防できる可能性があるということ。

～生活習慣病を予防したら認知症を予防でき3～

中国のデータですが、血圧が高いと1.84倍、糖尿病だと1.6倍、こういう生活習慣病があると認知症になりやすいというのが出ています。ところが糖尿病をきちっと治療したら認知症のリスクが14%減ったと。あまりにもできすぎているデータなので、私疑っているのですが。一応、ちゃんとコレステロール、血圧を治したら、予防できるというデータなんですね。

生活習慣病を予防したら認知症を予防できる。生活習慣病のリスクが高くなるとやっぱり認知症のリスクも高くなるし、血圧とか糖尿病をきちっと治療すると認知症が進行しない。そういうデータもあります。ところがきちんと治療をしないと、認知症が軽度だった人が30カ月後に中等度まで悪くなってしまうのです。体の病気もきちっと並行して治療しないといけないということになりました。

ということで、血圧が高い、糖尿病、血糖が高い人はアルツハイマーのリスクが高い、そういうことの予防治療をするとリスクも減ると。そして有酸素運動はアルツハイマー型のリスクも減らせる可能性がある。1年間まじめに運動すれば、多少認知機能がよくなるというデータが出てきています。そこがポイントです。

もう1つは、脳卒中も骨粗鬆症も予防したい。もともと糖尿病や血圧が高いと脳卒中になりやすいのですが、実はまたここでちょっと嫌な話をしますが、いい病院に行くと助かります。カテーテルの検査、治療でさっとやってくれるところは、麻痺が残らずに治ることがあります。だから普段から皆さん、助かる病院と助からない病院と選別していかないといけないですよ。

ほんの10年20年前は、骨粗鬆症はいかんとやっていた。ところが最近骨粗鬆症の薬がすごくよくなったので、あんまり言わなくなったんですね。むしろ転びやすいことの方が問題だと。病気自体は骨粗鬆症の薬がよくなったので、早く調べればよいということがわかってきました。

ですから、認知症予防をいつから始めるかという、今日から予防しないといけない。なぜかという、もう1つの根拠というのは、MCI、物忘れの予備軍の人たちは5年以内に50%が発病するんです。ところがいつからアルツハイマー病の病気が進行するかという、実は25年前からなんです。80歳で発病とすると45歳の時。ここからアルツハイマー病のアミロイドがたまっていくので、ここから予防しないといけない。できることは生活習慣病の予防と運動ですから、まず体の

病気を防ぐ、そして運動ということになります。

老後に向けて、もう1つ

これは内緒の話ですが、あと2年でアメリカの会社が成果を出すかもしれないです。最短であと3年でアメリカのFDAが承認する可能性が出てきました。実は今、私たち薬を試させてもらっているんですが、だいたい4年使って私の患者はあまり悪くなっていません。たまたまその薬は月1回注射するんですが、どうも月1本10万円するんじゃないかと。インフルエンザは1本1万円ぐらいですか。予防の薬だからあれは保険が利きません。この薬も認知症の予防で通ってしまうと保険が利かないので月10万円、1年で120万円ぐらいいってしまうので、10年間予防したとして1,000万円必要なわけです。皆さんどうですか。1,000万円払うか、アルツハイマーになった方がいいか。でも、ひょっとすると保険適用になれば1割か3割と。そうするといけるかもしれないという話があるのですが。

まず皆さん、老後に向けて認知症を予防しないといけない。日々の生活で運動をしましょう、生活習慣病を予防しましょうということなんですが、もう1つ、お金をためていかないといけないということですね。お金がないと困る。介護保険のサービス料も8月から280万円以上収入がある方は2割負担になったでしょう。あれは結構大変です。2割になると生活が厳しくなるので、もう1人の配偶者の、手控えが起こるんです。でも財務省は、次の改定で全員2割負担にしようと言っています。相当厳しくなるかもしれないんですが、そういうことも考えると老後にはお金がいるというのが結論ですね。

でも実は日本は安全保障とか社会保障がしっかりしているのだから、お金がなくても大丈夫。いいですか、皆さん、困ったら地域包括支援センター、高齢者相談支援センターとかいろいろな名前がありますが、そこに相談するとお金がなくてもサービスを受けられるようにしていただけますから、お金がなくても何とか大丈夫。でもやっぱりお金

はあった方がいいということではあります。

内科医がすすめる認知症予防

～運動～

生活習慣病の予防がやっぱり認知症予防につながっていく可能性があるということで、まず基本は運動です。どんな運動がいいかというと、週3回、1日30分早歩きをする。いいですか、早歩きがポイントなんですよ。20分以上歩かないと有酸素運動になりません。

認知症の物忘れで来る方に、「運動しなさい、歩いてくださいね」と言うと、みなさん「散歩はしています」と言うんですよ。だいたいお年寄りなので、犬と一緒に散歩していますという人が多いんですが、そうすると犬も老化していて、よぼよぼの犬と歩いているんですよ。せめて犬は元気な犬じゃないといけない。さっさと歩くことを30分、これを週3回、晴れた日にやる。これが一番大事なんです。ここを守っていただくと相当変わります。運動の習慣を身に付けること。

最近田舎の方に行くとマイレージというのがあって、1万歩、10万歩歩くとお金がもらえたりするところがあるんですよ。あれはなかなかいいと思います。皆さんお金をもらえるとなると必死になりますからね。ウォーキングマイレージというのには私は賛成です。お金で釣るのはいいんですが、それでもきっかけにはなります。月に10万歩、20万歩歩いたら商品券10円券がたまってくるというのはなかなかいいかもしれません。病気になってお金を使うよりは、予防で使った方がいいかもしれないという話があります。

有酸素運動は予防効果が認められています。高齢者4,615人を5年間追跡した結果ですが、週3回以上、先ほど言った歩行よりちょっと速く歩く、脈がちょっと100ぐらい超えるとか汗ばむとくらい少し早めに歩く速歩をやる、リスクが5分の1ぐらい減るというデータが出ています。

コグニサイズと言って、頭を使いながらする運動があります。4～5年前から長寿医療センターで島田先生、鈴木先生という人がやっているんで

すが、ちょっとやってみます。まず横に1, 2, 3, 4と、これを30分やります。できたら5~6人でやるといいといわれています。それから褒めるといいと。すごくかっこいいねとか、今日はいい靴を履いていますねと言うといいらしいのですが、これをやりながら3拍子ごとに手をたたく。体は2拍子、4拍子ですが、手は3拍子ごとにたたく。ちょっとやってみますよ。1は飛ばすとして、1, 2, 3, 4, 5, 6, これを30分やります。

それから足踏みです。8拍子の足踏みをします。1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, これを例えば2拍子と5拍子ごとに手をたたくとか、2拍子ごとに足をちょっと横へ出すとかいうのをやります。このように運動しながら知的活動を週3回1年間続けると点数がよくなるんです。頭が活性化される。

ポイントは、やっぱり集団でやると続けられるということ、歩くだけではなくていろいろなゲーム、踏み台を使ったりいろいろなことをやっているんですが、いずれにしても集団でやる、そして褒めてもらう。今日は元気そうだね、顔色がいいねとか。これがすごくいいといわれています。1年間続けると記憶力が向上したと。海馬の萎縮が抑えられたと。だいたい1年後になるとちょっと縮むんですが、それが抑えられたということがわかってきましたので、やっぱり運動しないといけない。

細いところを渡ったり歩いたり、1つ飛び越して歩いてという宿題を出した運動があるのですが、これも頭を使いながら運動します。それと、有酸素運動というよりもレジスタンストレーニングという、どちらかという筋肉を鍛えるほうの、ひもを伸ばしてストレッチをするような運動もあります。

それから、腰を曲げてする相撲のしこって、下肢の筋肉を鍛えるのにすごくいいんです。インターネットを見ていたら、「YouTube」できれいなお姉さんがしこの踏み方というのをやっていますが、しこを踏めたら足腰が鍛えられるので、実は尿失禁にもいいといわれています。骨盤の筋

肉を鍛えるので、ぜひ腹圧性の尿失禁という尿漏れをする方、スクワットでもいいんですが、試していただきたいと思います。

実は少しでもお酒を飲む人が脳が萎縮するという論文があるんですよ。でも、運動すると元に戻るというデータもあるんですよ。だから酒を飲む人は今日から運動しないといけませんね。

～食生活～

内科医から見た予防のポイントは、運動の次は食事です。

認知症予防に野菜、果物、こういうものがないということですね。ビタミンも摂った方がいい。それからお年寄りになるとタンパク質が嫌いな人が多くて、やっぱりタンパク質が落ちてくるんです。だいたい5%から10%は一般の方でも低栄養になっていて、アルブミンというのが減っています。ですから意図的に卵を食べるとか、タンパク質を摂る。コレステロールが上がる方もいますが、最近はスポーツ選手の薬局に売っているBCAAってありますね。短いアミノ酸というんですか。BCAAを取っていると高齢者の筋肉が上がるというデータがあるんです。摂るだけじゃだめで使わないといけないので、ダンベル体操などをやるとちょうどいいんでしょうが、タンパク質を摂るということが1つと、魚とか抗酸化作用が強い食べ物ということになります。先ほど青魚がいいといいましたが、地中海料理、オリーブオイルを使ったもの。それから最近ココナツオイルがいいと言っていますよね。あれがいいこれがいいと言っている大先生がいるのでどうかなと思いますが、一応ココナツオイルもいいかなと思っています。

ちょっと根拠は薄いですが、カレーライスがいいという先生もいます。週2回食べるとなりにくいといわれています。カレーライスのクルクミンというのはアミロイドをたまりにくくする作用があるんですよ。カレーライスとか秋ウコン。私は今試しているんですが、コンビニなどでウコンを売っていますよね。

あと先ほどの赤ワイン。ポリフェノール、レスベラトロールという成分に抗酸化作用、血管を若々しく保つ作用があるということがいいんですね。ただ、アメリカのFDAというところが、脳卒中などを予防するなら赤ワインは2杯までと言っています。赤ワインのグラスで2杯まで、これが適量です。

ところが私も赤ワインを一生懸命飲んでいたら、最近ある人が赤のブドウは消毒剤がいっぱい付いてそのまま樽に入れるので危ないぞと言われてびっくりしました。最近日本のワインで無消毒、無添加というのがありますから、あれにした方がいいかなと今思っているんですが。

～知的活動～

学歴が高いと認知症になりにくいといわれています。認知予備能と言っているんですが、頭がいっぱい膨らんでいる人。昔しわが多いと言いましたが、頭をよく使う人はなりにくいといわれています。ただ、高等教育がよくても頭を使わなければ認知症になります。例えば、天下りしてちゃんと頑張る校長先生はなりにくいわけです。学歴が高くても、知的活動を続けることが大事なんです。

年をとってからの知的活動は何がいいかというところ、どうも外国語を勉強するといいいんじゃないかといわれています。今から中国語とかフランス語とかドイツ語を学ぶと、頭をよく使うことになるらしいです。知的活動には外国語を学ぶのがいいいんじゃないかということは、ちょっと推測されています。

あと先ほども出てきた音楽療法。聴くだけでもいいんですが、実は歌った方がいいということですね。楽器を新しく学ぶというのもいいかもしれませんが。ギターとかピアノとか大正琴でもいいですが、楽器にもチャレンジしていただくと思ひます。

それから芸術療法はいろいろあって、塗り絵から始まって創作的なものまであります。塗り絵の本が非常に売られているらしいのですが、いろいろ

な施設で塗り絵をやっていますね。やっぱりもうちょっと頭を使って、自分で絵を描いた方がいいのではないかと思っています。

回想法について

回想法というのは、要は会話なんですよ。言葉のキャッチボールをすると、脳の前頭前野の血流が増えることがわかっています。だから1日30分運動しろと言いましたが、1日30分会話をしないといけないですね。『たけしのみん家の家庭の医学』でも90歳、100歳の模範的なお年寄り、日野原先生もそうですが、やっぱり会話をしているんですよ。会話が大事です。普通は、また同じことを言っているさという家族がいると黙っちゃいますでしょう。仲がいい家族は、また同じことを言っているかと思ひながら聞いていますよね。だから長寿の秘訣としては、家族の仲がいいということも大事なんですね。会話が大事ということですね。

2003年に厚生労働省から3,600万円をもらって、北名古屋市に回想法センターというものをつくりました。年間1万人の方が見に来てはいますが、ここに行くとお年寄りがみんな仲間ができたり、昔話ができるんです。古い道具があつて、輪になって昔の洗濯板を使つたり、洗濯のりを自分で作つたりしています。そういうことを実際にやっていると、意欲の改善、認知機能の維持にいいのではないかといいことです。

この回想法センターをつくったときに、愛知県の北名古屋市まで来てくれというのは難しいので、全国で使ってもらおうと思ひてパソコン回想法というのを作りました。クリックすると字が出てきて漢字の勉強になると。どうも皆さん、スマホ症候群といつて最近漢字を書かなくなっているんですね。漢字を書かないと呆けますよ。漢字を書いたり、計算をしたりしないといけません。

NHKのホームページのアーカイブズに「みのがしなつかし」というコーナーがあるので、ぜひ見てほしいと思ひます。そこにはNHKのテレビができた昭和28年、27年ぐらいからの映画や

動画がずっと並んでいて、たぶん100本か200本載っていると思います。各々2〜3分、5分ぐらいですが、いろいろな場面で振り返りができるわけです。昭和29年のときに大鵬が勝ったとか、柏戸がどうのとか。それを使っていただくと認知症予防になるということです。

認知症予防にはコミュニケーションも大事

この間、NHKでアナウンサーだった村田幸子さんがシェアハウスに住んでいると聞いていましたが、親しい仲間との共同生活。独り暮らしで寂しいというときに、仲のいい人と一緒にアパートで同居して、ご飯は一緒に食べて部屋は別々というシェアハウス、これはなかなかいいんですが、あのときに見ていたらみんな同じ年齢なんです。みんな同時期に死んでしまうので、葬式を一緒に出さないといけません。コツは、友達はずつ若くしていく。これから皆さん、若い友達をつくった方が、だんだん交代でお見送りをしているわけです。

銀さんの娘は4人姉妹なのですが、この人たちのDNAにはアディポネクチンがたくさんあって長寿の遺伝子を持っているといいます。彼らは空揚げとか肉が大好きで、卵を毎日とかステーキをべろりと食べる。それで3人とも近くに嫁いで、朝から晩まで3人でしゃべっているんですね。それが大事なんです。

昔を思い出すと前頭前野の血流が増えるのですが、運動でもこれと同じことがあります。しゃべったり頭を使うとここの血流が増える。そうすると、どうも頭がよくなるんじゃないかというわけです。今日は寒いですね、はい、どちらまで、ちょっとそこまでと言っているような他人との会話では全然血流が増えないんですが、きょうだいでべらべらしゃべっていると真っ赤っかになるんですよ。

仲のいい家族や仲のいい友達を持っているということが大事なんです。

認知症の人が地域で自分らしく暮らすために

オレンジプランには、基本的には地域で自分らしくということが書いてあります。この中に予防法やリハビリ、治療法の支援も書いてありますから、今後も認知症予防というのは進歩していくと思います。さきほど早く発見しなければ薬も効かないと言いましたね。認知症を知らないで始まらないので認知症のことを勉強する。そして早期発見につなげていきたい。場合によっては脳ドックから始めようという話もしています。

認知症サポーターは今600万人いるけれども、実はどこにいるかわからないんです。その人たちが本当にサポーターとなって助け合うようにならないと、これからうまくいきません。そして、自宅で1日も長く住むためには、隣近所の声掛けや助け合いが大事。例えば私たちの病院のある地元は、隣のうちのごみ出しを手伝うと50円もらえて、年間4,000円ぐらいになるんです。それで安否確認もできるし、認知症で日にちを間違えたり、アルミ缶と鉄缶を間違えたり、そういうことをお手伝いすることが実は自分にもメリットがある、他人のお世話をすると自分も元気になるということをやっているということ。こういった助け合いがこれから大事だろうと思っています。

今日の私の話は、まず生活習慣病の予防をしましょう、治療をしましょう。それから酸素運動、それから会話をしましょうということで、一応認知症になりにくくすることは可能だという話をさせていただきました。どうもご静聴、ありがとうございました。(拍手)