

～認知症と診断されたご本人とご家族の方へ～

## 認知症の理解を深めるために知ってほしいこと

(2016年改定版)

### 認知症とは。。

“認知症”とは、成人になるまでは、問題がなかった方が、病気によって脳の働きの低下をきたして、日常生活や社会での活動に支障を来すようになった状態を指します。認知症は、決して、誰もがなる正常加齢の結果ではなく、脳の病気によって支障が生じているということを理解しておくことが大事です。このことを理解していないと、後に述べるように、日常の生活に問題が起こっていても、“年だから。。”として発見が遅れてしまう一因になるのです。“認知症”という言葉がさらに説明すると、これは、病気の診断名ではなく、様々な病気が脳に生じた結果、自立した生活ができなくなった状態を総じて指す言葉なのです。同じ内容を指すものとして、以前は、“痴呆”という用語が使われていました。名前に差別的に意味合いがあるとのことで名前の変更が提案され、今では、ほぼ一般的に“認知症”という言葉が使われるようになりました。また、一般の方は、“ぼけ”という言葉に馴染みのある方が多く、“ぼけるのは嫌だ”と言われる方も多いように、“ぼけ”という言葉にも、かなり悲観的、マイナス的な印象が含まれています。その点を考慮して、“ぼけ”という言葉は、我々医療者はもちろん、介護する家族も認知症の方に対して使用するのには、その方の尊厳を傷つけることになり、適切ではないでしょう。

### 年相応の。。

認知症のはじまりの症状として有名な症状に物忘れがあります。そして、物忘れに関して、よく使われる表現に、“年相応の”という言葉があります。ところが、一人一人の方を見て、それが“年相応”、つまり、その方にとって正常加齢の結果である、と科学的に立証することはかなり専門的な知識も必要であり、実は、まだ不十分なデータしか持っていない我々にはできることではありません。その背景には、高齢になればなるほど、ある方の老化としての年齢（生物学的な年齢）に個人差が生じてくるからなのです。この事は、日常でも感じることであり、例えば、“80歳には見えないくらい”はつらつ“としている女性”という表現があります。これは、同じ80歳の暦年齢でも、実際の老化の具合（見た目の若々しさや行動）が少ない、つまり生物学的には加齢の影響があ

まり感じられないという方です。逆の例として、30歳代の喫煙者が“老けて見える”ということもあるでしょう。つまり、“年相応”ほど、基準があいまいで、ある意味、いい加減な言い回しはないのです。こういう個々人にとっての加齢の影響の評価の難しさを理解している医療者は、できるだけ“年相応”という表現は使わず、ごく狭い範囲の検査データにおいてのみ年齢相当かどうかをお話しするようになっていきます。（例：肺機能検査の結果を標準値から計算した“肺年齢”や、血管脈波検査から計算した“血管年齢”、骨塩定量から計算した“骨年齢”など）

### 物忘れについて。。

では、物忘れについてはどうでしょうか。なにか目安になるようなことはないのでしょうか。残念ながら、脳の機能は複雑であり、“脳年齢”を計算するための標準検査はありません。ただ、正常な加齢では、物忘れがひどくて、日常生活に支障がくるようなことは、人生の最後の最後までありません。身の回りの物をしょっちゅう探している、大事な約束をすっぽかしてしまうといった程度まで目立つ物忘れが出現してきた場合は、ほぼ何らかの病気が原因であろうと考えてもよいでしょう。こうお話しすると、いろいろ思い当たり、心配になられる方もいらっしゃると思いますが、物忘れと言っても、“芸能人の名前が出てこない”、“遠い親戚の名前が出てこない”など、比較的日常に使うことが少ない情報に関しての健忘は、認知症と関係がないことが多いようです。なぜ、物忘れが認知症の症状として最初に出現しやすいかについても興味深いことではありますが、話がその話題だけで長くなりますので、機会を改めさせていただきます。

### 独居の高齢者の方。。

社会的にも独居の方は、年々増加していますが、2015年の当科の外来初診患者さんで、物忘れの精査目的で受診した方の10%の方は独居の方です。家族に、高齢のお一人暮らしの方がいらっしゃる場合は、定期的に様子を見ていただくような、周りの目が早期発見に重要になってきます。具体的には、電話での話の内容につじつまが合わないことがないか、約束事を忘れてたりしないか、ゴミ出しのルールが守れているか、などが目安になるでしょう。脳の機能に余裕がなくなってくると、非日常的なことで様子がおかしいと気づかれることもあります。冠婚葬祭の際や旅行先での様子の変化が受診のきっかけになることが多いのはこのためです。別居の家族の方が、電話での短い会話やお会いしても短時間の接触のみの場合に、その様子から判断して、“親は、物忘れは少しありますが、日常生活は、大丈夫です。”と我々に言われる場面をよく診察室で目

にします。後に説明しますが、アルツハイマー病の方では、取り繕いに達者な方もおり、短時間の会話や決まった内容の用件のチェックでは問題があってもキャッチできないことが多いことに留意する必要があります。数日一緒に過ごされるなどして、日常生活全般にわたってよく観察していただき、冷静な目で、以前と変わった点がないかを確認していただく必要があります。冷静に判断ができない家族の中には、問題が起こっていることについて、“年相応”と解釈され、見守りの必要性などを説明すると、“私の親は、そんなにぼけてはいない”と言われて、以後の受診拒否や“セカンドオピニオン”を求めて転医される方もいらっしゃいます。ご本人が受診を拒否される場合も含めると、年間300人ほどの新患者さんを診ている我々の外来でも、数人の方が、その後の受診ができなくなっています。残念ながら、病気の存在が疑われる方の場合にこのようなことが生じると、家族も本人も何もせず年数のみ経過し、認知症が高度になって、様々な問題が山積みになって病院に再び来られることになってしまうようです。そうすると、医療で何かできるということよりも介護の問題や福祉施設での生活をどうするかなどの話になってしまいます。認知症に対する社会の認識も関係するのですが、我々がお手伝いする以前の問題（学校教育、生涯教育）もいまだ多く残されていることを感じます。

このように、認知症の診断は、実は、日常生活での変化（以前できていたことができなくなった）ことを最重要視しており、病院での最新医療機器のみでしているわけではないことを知っておく必要があります。ご本人の生活での客観的な様子は、診察室でのご本人からのお話のみでは限界があります。認知症を心配して病院に来られる場合は、ご本人以外に、ご本人についての生活情報が提供できる家族、知人の同伴が必要なのはそのためなのです。

最近では、軽度認知機能障害（英語の頭文字をとってMCIとも呼ばれています）という概念も広く使われています。この状態は、認知症の前駆状態と考えられており、必ずしも日常生活に支障はきたしていないものの、記憶力が以前より顕著に低下している、状況判断力が低下しているなどの症状が出現している状態です。この状態の方が、将来、認知症になるかどうかの研究が精力的にされていますが、まだ、決定的な検査方法はわかっていません。当科では、現在保険で施行可能な検査である神経心理検査、脳画像検査（MRIおよび脳血流検査）、そして必要時に、脳脊髄液の検査を行い、半年ごとの経過観察もしながら、認知症への進展があるかどうかを見極めていきます。

### 認知症を心配して受診される他の病気について。

認知症と誤解される病状に、高齢者でも患うことのあるうつ病があります。元々若い時分からうつ病になっていた方が、再び病状を悪化する場合もありま

すが、配偶者や子供さんの死や介護疲れを契機に発症される場合もあり、多くは、自覚症状として、“物忘れが心配”として、どちらかという自分から積極的に受診されます。これらの方は、お話を伺うと、かなりはっきりとした発症の契機があったり、精神的な負担が強くならざるをえない状況を抱えておられることがわかります。幸い、抗うつ薬がほとんどの方に奏功し、症状がやわらぐことが多いようです。その他に、若い時に統合失調症を発症した方が、中年期になり、物忘れを訴えられることがあります。その原因は、今のところわかっておらず、アルツハイマー病と同様な治療に効果があるかどうかもわかっていません。現在のところ、治療については、医学の進歩が待たれている分野の一つです。

以下に、認知症の中でも最も頻度が高い病気のアルツハイマー病の症状、治療薬、生活での心がけてほしいこと、を述べます。そして、最近よく診断されるようになったレビー小体型認知症についても説明したいと思います。

## 1. アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症とも言います）

物忘れから始まる症状であり、50歳台から90歳台に至るまでの広い年齢層で症状が出現しますが、80歳以降では3人に1人の頻度とされています。ごく少数例を除いて、特定の遺伝は関与していないと考えられています。血縁家族でアルツハイマー病の方がいると発症する率が高いという報告もあります。病気の発症頻度を高くする遺伝子多型の存在（アポE遺伝子）は知られていますが、現在のところ一般の医療機関では検査はできません。病気の早期には、物忘れの自覚症状があるとされていますので、その時期での病院受診が必要です。ところが、早期の場合には一般医師では診断が難しいため、認知症専門医などの認知症患者さんを多く診察している医師を受診することが望ましいです。物忘れを扱う診療科は、神経内科、老年内科、脳外科、精神科と、現在では多岐に渡っていますが、診療科の名前だけでは、必ずしもその医師が認知症患者さんの診療に長けているとは限りません。受診前に、病院の受診案内窓口や、行政の相談窓口、ケアマネジャーからの情報などで、どこの病院、あるいは、診療科が受診にふさわしいか見分けがつくことがあります。インターネット情報のみでは、判断はできにくいと思いますが、その診療科のサイトの中に独自の詳しい説明文書などがある場合は、ある程度信用してもいいのかもしれませんが。診断は、問診と記憶を中心とした心理検査の他に、血液検査、画像検査（頭部MRI検査、脳血流検査、\*アミロイドPET検査）を用いて確定することが多いですが、脳波や髄液検査（\*リン酸化タウの検査のみ保険適応）を追加して行う場合もあります。また、患者さんの日常生活の様子を詳しく聞き取ることも非常に重要であり、診療に時間がかかるため、予約制であるのが一般的です。

短時間で診断というのは、むしろ有りえないので、そういう意味では、予約制の医療機関に受診するのをお勧めします。下記に述べていきますが、日常生活に助けが必要である方や日常の活動性が低下されている方の場合は、診断の検査計画を立てると同時に、介護保険サービスの申請をお勧めすることがあります。

**\*アミロイドPET検査：**アルツハイマー病の発症過程において、神経細胞で作られているアミロイドと呼ばれるタンパク質の一部が脳組織内に蓄積します。それを放射線同位元素を使用して、脳の中にどの程度蓄積しているかを見つけられるようにした検査です。同様の原理で行われている検査として、ブドウ糖を使用して、がんの発見をするためのFDG-PET検査があります。ただし、正常加齢の経過においてや他の病気においても蓄積することはあり、この検査だけでアルツハイマー病と診断するわけではありません。また、健康保険での施行は認められておらず、一部の大学などでの研究目的でのみ検査が行われています。

**\*リン酸化タウ：**元々神経細胞内にあるたんぱく質ですが、アルツハイマー病の方において、神経細胞が死んでいく過程で、脳が囲まれている液体（脳脊髄液）の中に、このリン酸化タウがある一定以上増加してくることが知られています。この物質が増えていることを確認することで、神経細胞が死んでいっていることを確認します。この物質も、アルツハイマー病に限らず、神経細胞を壊してしまう他の病気において同様に増えてしまいます。この物質を測定する脳脊髄液の検査は、健康保険で認められています。リン酸化タウについては、アミロイドPET検査と同様、放射線同位元素を使用して、画像検査として実用化がされつつあります。使われる試薬の改良が進めば、がんで用いられているFDG-PET同様、一般に健康保険でできるようになるかもしれません。

### 治療薬のこと。。

アルツハイマー病の原因は十分には解明されていません。これまでの研究により、病気の方の脳を調べると、脳の神経細胞が徐々に減ると同時に、神経細胞同士が連絡に使っているアセチルコリンと呼ばれる物質が少なくなっていることがわかりました。現在の医療では、神経を再生させて、アセチルコリンを増やすようにすることはできないのですが、アセチルコリンの脳内での分解を抑えることで、みかけの量を保つ試みは薬として成功し、1999年にアリセプトという商品名で販売されるようになりました。現在では、新薬としての特許が切れ、薬価の低い後発品薬（ドネペジルという名前）としても利用できるようになっています。アリセプトと後発品では特に薬効の違いはありません。2011

年から、同様にアセチルコリンの働きを増す効果のある2種類の薬（ガラントミン、リバスチグミン）が日本でも販売されるようになっていました。また、これらの薬と併用可能な全く違う作用の薬も販売されるようになり、メマンチンとして販売されています。メマンチンは、アルツハイマー病によって、異常になっている神経伝達の混乱状態に対して、適度な抑制をかけ、神経伝達の効率をよくすると考えられています。2011年販売されるようになったこれらの3つの薬は、海外では先行して使われていますが、日本においては、後発品はまだ認められていません。最近では、ドネペジルとメマンチンの合剤も海外で発売されています。

**アルツハイマー病治療薬（商品名）**；ドネペジル（アリセプト、ドネペジル）、ガラントミン（レミニール）、リバスチグミン（リバスタッチ、イクセロンパッチ）、メマンチン（メマリー）

現在、複数の新規の作用での治療薬が開発途中や臨床試験中ではありますが、まだ、処方薬として世に出るには時間がかかるようです。

### 現在のアルツハイマー病の治療薬の効果について

アルツハイマー病の根本原因はまだ明確ではなく、よって、根本的な治療薬は現在のところはありません。現在“治療薬”として使用できるようになった薬は、上に述べたように、4種類に増えましたが、いずれも病気そのものを治すものではなく、進行の抑制にある程度の効果があると認定されたものです。それぞれの薬にある程度の個別の特徴はありますが、年単位の経過で症状を見ていくと、進むスピードが緩やかになるという効果と解釈でき、症状の進行が一時的に止まることはありますが、年ごとに良くなっていくことは望めません。薬の内服開始時期も大きく関係し、セルフケアができない（着替え、トイレ、移動、入浴、整容、食事などの自分の身の回りの事に介助が必要になること）といった症状が高度になってからの薬の内服は、介護者の実感としての効果のないことが多いです。症状が軽度にて内服を開始した場合も、日常生活においては、言われたことを覚えておく、といった言語の記憶力の回復は難しく、電話での用件などは困難なままであることが多いです。最も期待できる改善効果は、その場の理解力、自発性や意欲の向上であり、辞めていた趣味ができるようになったり、家事を面倒がらなくなるなどの改善の他、日々の会話の疎通が良好になり、介護者との意思疎通が良好になることがあります。患者さんご本人の感じでは、物忘れの改善感は少ないものの、ぼんやりとした感覚がなくなった、頭がはつきりするようになった、などを言われることが多いです。外見

上は、明るくなったり、険しい顔でなくなったりし、他人からも顔つきがよくなったと言われることもあるようです。

メマンチンは、ドネペジルとは異なった働きで抗認知症薬として認められた薬ですが、やはり、意欲の向上には効果があります。その他に、感情の起伏が激しかった方の症状を和らげたり、介護に対する受け入れがスムーズになったりすることが期待できます。ただし、他の薬剤と異なり、腎臓で代謝されるので、腎臓の機能が悪い方には使いにくい面があります。

これらの薬剤の改善効果は、数年続く場合もありますが、数か月ではっきりしなくなる場合もあり、個人差があります。生活の助けが必要な方の場合は、引き続き介護計画を症状に合わせて考えていく必要があります。

### アルツハイマー病治療薬の副作用について。

医師は、上記のような薬剤の効果を期待して患者さんに処方するわけですが、残念ながら好ましくない薬剤の作用（副作用）が出てしまう方も経験します。先に述べた、ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンといったアセチルコリンという物質に働きかける薬の場合、アセチルコリンは胃腸にも存在するために、胃や腸にその作用が及んでしまい、食欲不振や排便回数の増加、下痢が約1割の方に出現します。その他に、頻度はさらに低いですが、頭痛や筋肉痛、徐脈（脈が50回・分以下に遅くなること）が出現する方もいらっしゃいます。用量依存的に出現することもあり、効果の期待できる用量まで増量できない場合もあります。特に、80歳以上の後期高齢者や胃の手術をしたために胃での十分な希釈や小腸への送り込み遅延が望めない方に副作用の出現が多い印象があります。胃腸の調子は問題ない方でも、感情の起伏についての変化を呈する方もいます。意欲的、積極的に態度が変化する場合は、むしろ介護者の方も安心されますが、過度に周りの方の言動に敏感になり、攻撃的になったり、気難しくなる方もいます。怒りっぽくなったきっかけとして、介護者の対応に問題がない場合は、薬剤の中止をお勧めすることになります。

もう一種類のアルツハイマー病に対する薬剤であるメマンチンにも好ましくない副作用が出現することがあります。やはり、80歳以上の後期高齢者に多いのですが、傾眠（昼間からうとうとしてしまう）や、めまい感を訴えることが多いようです。腎機能が芳しくない場合は、メマンチンの服用はお勧めしません。

これらの望ましくない薬剤の作用は、残念ながら内服前に予測することはできません。処方を受けた場合は、その後のご本人の様子を注意深く観察することが必要です。誰も御本人の様子を観察することができない環境の場合（独居など）は、家族の介入をお願いしたり（同居も含む）、介護保険サービスでの自

宅訪問を導入の準備をしたりすることを先行してお願いし、薬剤の投薬は後回しにする場合があります。上に述べたように、薬剤の効果は限局的であることは判明しているため、不必要な副作用に患者さんが苦しんだりしないようにするのがその目的です。“食事がとれない”と言って病院に受診する方のなかに、ドネペジルが高用量処方されたままで、その後の様子を把握されていないのが原因であったことも複数例経験しています。副作用が疑われた場合は、薬剤を中止すれば、症状は消失するので、このようなことは、あつてはならないことなのです。

### アルツハイマー病の周辺症状とは。

日常生活に支障がでる他の症状としては、周辺症状と呼ばれる精神症状があります。介護をされている方に乱暴をしたり、暴言を投げかける、着替えや入浴の際の介助に抵抗する、夕方になると家に帰ると言って外に出て行ってしまふ、夜間寝ないで昼間に寝てしまふ、物が無いといって警察に駆け込むなどといった症状です。アルツハイマー病によるこれらの症状も個人差が非常にあり、どのような症状が、特定の個人に出現するかの予測はできませんが、その方のこれまでの生き方、嗜好、環境の変化、介護者の対応の仕方によって大きく影響されるようです。御本人が不安、あるいは不快に感じていることが誘因になることが多いので、それを探し出すことが助けになります。認知症になると慣れない環境や新規のストレスに対する抵抗が非常に弱くなることは知られており、介護者の叱りつけや教育的態度、無視、虐待や身体的な病気での入院で容易に精神症状が悪化します。“入院後に症状が悪化した。”ということは、残念ながらよくみられることであり、特に、見当識障害（時間、場所がわからないこと）が強い高度認知症の方にほぼ必発です。精神症状が悪化すると入院継続ができなくなり、十分に治療が受けることができないことにもなります。また、“精神症状には、抗精神病薬”と言われたのは一時期のことで、現在では、できるだけ原因を探し出し、それに対する対応を優先させる方がいい結果になるとされています。しかし、病院に入院時など、医療上やむを得ないときや、施設入所の生活に支障がある場合などに短期間薬剤を使用する場合があります。一方、薬剤を使用することで、食欲不振が増強したり、予期せぬ身体状態の悪化が出現することがあり、認知症の方に対する医療を非常に難しくしています。

### 生活についての心がけること

高齢者に起こりやすい一群の症候群を老年症候群（転倒、褥創、尿失禁、低栄養、嚥下障害など）と言ひ、特に75歳以上の方では様々な身体、精神的な調子の悪化が起こりやすいことが知られています。認知症に罹患した場合に、そ



の認知機能について注意が払われても、同時に進行するさまざまな身体症状についてはおさなりになりがちです。実際は、意欲低下、運動量の低下の為に、下肢運動機能や歩行時の姿勢反射は低下し、転倒の一因になってきますし、糖尿病や高血圧の持病がある方の場合には、運動量が少ないための血糖値の悪化や下肢のむくみ、体重増加による血圧コントロールの悪化も認められるようになります。喫煙習慣やアルコール多飲をしている方は、禁煙と適度な飲酒量への制限（ビール中瓶 1 本程度、日本酒 1 合）が脳を守るために必要です。また、運動機能と認知機能は相関することが明らかになってきており、適度な散歩や介護保険サービスを利用したリハビリでの運動療法が重要になります。自宅での閉じこもりは、運動機能低下と共に、心肺機能、認知機能の低下も招き、さらに外出できなくなるといった悪循環に陥ります。バランスのとれた食事も重要であり、塩分制限が必要な方で、調理が難しい方の場合には、宅配食などの利用もお勧めしています。認知症に対する治療は、薬を飲むことだけではなく、いかに適切な生活環境を整え、食事管理、運動療法を続けていくかにもかかっているとと言っても良いでしょう。

転倒（自宅内での転倒が多い）による大腿骨頸部骨折は近年非常に増加しており、骨折もさることながら、入院することによるストレスは、認知症の方にとってはもっとも避けたいものです。認知症の方の場合、自力歩行が可能であった方も、リハビリが進めにくく、手術後に再び歩けずに、車いすの生活を余儀なくされることが多いのです。転倒時の骨折を避けるために、下着としてのヒッププロテクターが商品化されており、効果も確認されています。一度でも転倒したことがある方の場合には、購入をお勧めします（外来にリーフレットがあり、売店やインターネットで購入できます）。

生活全般として、年をとったとしても、安楽な自宅での椅子暮らしはもっとも避けたい生活スタイルです。社会参加が難しくなった環境も認知症を進めるとされており、自宅で介護者と向き合う日々ではなく、趣味を続けるようにし、デイサービスや通所リハビリを利用することで、擬似的な社会参加を通して、人との触れ合いを欠かさないような工夫も自宅での生活を続けるには必要です。家族が“自分で介護できるから大丈夫”“知らない人に手伝ってもらわなくても。”“親が認知症になったことを近所に知られたくない”といったことで、本人のみならず、介護者が、介護サービスを拒否されることもあるようです。しかしながら、すでに述べたように、家の中に閉じこもり、限られた人間関係（介護者と 1 対 1）での生活は、認知症の症状を進行させることになり、介護者にとっても、その精神的、身体的負担は並大抵ではありません。介護を続ける長い年数の間に介護者自身が疲弊してしまい、入院しなければならなくなったり、介護がうまくいかないと、認知症のご本人に虐待を行ってしまったりすること

もあります。いずれの結末も非常に深刻な状態であり、是非とも避けなければいけない状態です。認知症の方にとってのみならず、介護による大変なストレスを避けるために、介護者が休息する場所や時間が必ず必要です。プロの介護者にお任せする時間を作ってくれる介護保険サービスを最大限利用していくことをお勧めしています。

### **認知症の進行とともに考えなければいけないこと**

認知症は、残念ながら現在のところ、一旦発症すると進行がなくなることはない病気です。早期に治療薬を内服することで進行のスピードが遅くなることははっきりしていますが、進行そのものがなくなることはないのです。よって、介護者が症状をよく観察し、ご本人の生活能力を見極めていくことが必要です。独居の方の場合は、家族、もしくは、介護職者が定期的に訪問し、生活状況を把握することが必要です。認知症の典型的な進行具合と介護上の問題を以下に述べます。

**認知症早期**：物忘れが中心であり、電車やバスの利用はできます。自分の身の回りのことはできています。医療機関にかかっている場合は、再診日や内服薬の内容を覚えていない場合があります。

→日常生活のほとんどのことは見守りで可能ですが、火の不始末がないように自動消火機能のあるコンロに変えたり、薬の飲み忘れ防止のためのピルボックスの導入が必要です。別居の場合は、週一回の訪問で掃除や洗濯の介助と毎日の安否確認の電話で対応する必要があります。介護サービスの利用を考慮（運動習慣がない場合はリハビリ、ヘルパーでの掃除、調理、服薬確認）した方がよい方もいます。

**中等度**：物忘れ以外に、公共機関を使っての外出や、銀行のATMの使用、買い物にも支障が出現します。外出機会が少なくなり、自宅にいたることが多くなります。服薬は自己で管理できません。自分の身の回りのことはなんとかできていますが、時に尿失禁や季節に合わせた着替えができていないときがあるようになります。電話での約束事は難しくなります。

→日常生活において、社会的な活動に支障が出現し、時には、セルフケアにも支障が出始めています。トイレの失敗や入浴時の介助が必要になる場合があります。独居で、食事療法が必要な病状の場合は、ヘルパーの導入や宅配食が必要です。医療機関には付き添いが必要であり、内服薬がある場合は、最小限の

投薬数や一包化への変更を申し出る必要があります（一般医師の場合、必ずしも医師の方から認知症のために方策を考えてくれるとは限りません）。毎日の安否確認以外に、日常生活での介助が必要になってきます。介護サービスの導入が必要で、外出機会が少ない場合は、下肢筋力低下からの転倒も懸念されます。認知症が進行した場合の事前意思確認（嚥下障害が出現したときの方針。高度認知症になった場合の医療の方針など）を行うことが必要な機会になります。

**重度：** 物忘れは数分単位のことながらも記憶が困難になっており、会話能力は大きな支障があります。1人での外出は困難であり、時に留守番もできずに徘徊をすることがある人もいます。夕暮れ症候群といった暗くなってからの見当識障害を起しやすくなります。身の回りの事も介助がないとできなくなり、時に、介助に抵抗し、入浴をしなかつたりします。食事に対する要求が過度になり、過食、異食行動があつたり、被害妄想が出現したりすることもあります。さらに進行すると、食事に興味がなくなり、介助にても食事を嚥下しなくなることがあります。食事を独りでは食べれなくなる方も多く、“デイサービスでは食べるんだけど、自宅で独りでいる時は食べていない。。”といったことが判明することがあります。四肢の運動機能、バランス機能の低下の為に転倒する人もいます。四肢運動機能の低下と並行して、嚥下機能（のみこむ能力）も低下し、食形態を変えないと誤嚥を来すようになります。

→日常生活全般に介助が必要な状態になっており、介護者がフルタイムで介助する必要があります。介護負担も大きいので、デイサービス、ショートサービスの組み合わせなどで介護者の時間を作る必要があります。脳の機能の低下にともない、転倒もしやすくなるのですが、自宅内の転倒にて大腿骨頸部骨折などを受傷し、車いすの生活になるリスクも高くなります。独居の場合は、独居の継続は困難であり、家人との同居か施設入所を考慮する必要があります。認知症の進行の為に、入院加療などの環境の変化でせん妄といった意識障害が出現しやすく、また、せん妄の発症がさらに認知症を悪化させることがあります。癌の治療など身体、精神的な負担が著しい疾患にかかった場合は、積極的な治療方針は立てにくい状況となります。

嚥下障害（のみこみが難しくなってきたこと）が出現した場合は、食形態の変更（障害が強くなっていくと順に変更：普通食→刻み食、軟菜食、ソフト食→あんかけトロミ食→ミキサー食）を行います。嚥下障害の原因が認知症の進行に伴うもの場合は、終末期としての今後の方針を確認する必要があります（事前意思決定があればそれを尊重する）。認知症の進行による嚥下障害の場合は、一般には胃ろう造設の積極的な適応にはなりません。進行と共に、四肢

の運動機能は重度に低下し、介助での車いす移動やベッド上での排泄などが多くなります。嚥下性肺炎、褥創、下肢の重度の閉塞性動脈硬化症、尿路感染などを起こしやすくなります。のみこみ自体ができなくなるので、食物や飲水もできなくなっていくますが、体はそのような状況に慣れていきますので、苦しむことなく、人生の最後を迎えられることとなります。この段階で、無理に点滴などを行い、体に水分を入れると、体のむくみや呼吸困難、痰の増加を来し、かえって患者さんを苦しめる事になることがわかっています。人生の最後を迎えるに当たっては、現在では、訪問看護、訪問診療を組み合わせ、ご自宅で最期を迎えていただけることができるようになりました。嚥下の問題が出てきた場合に、ご自宅で最期を迎えたいと希望されている場合は、遠慮なく医師やケアマネジャーに相談していただき、そのお手伝いをさせていただければと思います。

## 介護施設の限界

自宅での生活が困難となった場合に、介護施設での入所を考える時があります。その際、自宅での介護と違ういくつかの注意点があります。特に利用が多い老人保健施設について以下に述べます。

## 老人保健施設への入所

介護保険で拠出されたお金を使った運営をされており、介護度に応じた個人の費用負担と施設への報酬がなされています。グループホーム、サービス付き高齢者住宅、療養型病院と比べ、費用負担は軽く済むことが多いです。医療保険の併用はできませんので、それまでのかかりつけの医療機関での治療は中断することになり、施設からの処方薬に変更になります。状態が安定している方を受け入れるとの原則から、医師は常駐していないことも多く、看護師と介護士が介護にあっており、理学療法士が歩行練習などのリハビリテーションを提供します。感冒罹患時の投薬などの最低限の医療とインフルエンザワクチンの投与などは行われます。多量の内服薬、高額の治療薬、複数回のインスリンを使用している時、胃ろうを栄養に利用している時、男性で排尿の為に管が入っている時などに費用負担の問題やスタッフ不足の問題から入所が制限されることがあります。食事内容や介護の仕方は、施設によって定められ、必ずしも個々人のニーズに合わないこともあります。体調の急変時には、施設の契約先の診療所や病院に搬送されることがありますが、配置されているスタッフの数によっては、自宅からのようには迅速にできない場合があります。老人保健施設は、最終の住まいに至るまでの中間施設との位置づけにより、入所時から次の施設を探したりすることが求められたりすることがあります。

## 2. レビー小体病について（レビー小体型認知症とも言います）

アルツハイマー病が、認知症の原因の6-7割を占めるのに対して、レビー小体病は、1-2割程度を占めるとされています。以下に述べるパーキンソン病が、10万人で100~150人程度の有病率とされていますが、レビー小体病の有病率は正確な統計がありません。米国の報告では、10万人に3.5程度というものがありますが、高齢者に多い疾患であることは、アルツハイマー病と共通しており、年齢で両者を区別することはできません。さらに、アルツハイマー病とレビー小体病の相方の特徴を持っている方も多いことが知られています。レビー小体病の名前は、レビー氏という学者の名前から由来しており、脳を詳しく調べた際に神経細胞の中に特徴的な物体があり、“レビー小体”と名付けられました。日本の小坂博士が1970年代からこの病気の存在を学術論文に報告していましたが、1995年に国際的な会議で独立した病気の概念として提唱され、以後広く知られるようになりました。レビー小体は、1800年代から知られているパーキンソン病（パーキンソンという学者の名前から名付けられています）の方の脳に認められた物質であり、その構成成分の解析が進んでおり、パーキンソン病との関係についてもいろいろな観点から研究が進行中です。

欧米の研究では、細胞の代謝に関係する、ライソゾームと呼ばれる遺伝子の変異がレビー小体病の発症に関係すると報告されるようになっていますが、まだ、日本人についての詳しいことや、一般的に診断や治療に利用されるレベルの事はわかっていません。直接、遺伝子が原因となる家族内発症は少なく、ほとんどが原因の不明な孤発例です。発症の年齢は、アルツハイマー病と重なっており、年齢では、両者に区別はつきませんが、性別では、アルツハイマー病が女性に多い一方、レビー小体病は、男性に多いとされています。

症状は多彩であり、診断が遅れる原因のひとつになっています。国際学会での診断基準では、主な症状として、①幻視（現実にはないものが見えてしまうこと。小動物、子供、亡くなった家族など、背後に誰かがいるような気配がいつもする異常感覚を訴える人もいます）、②パーキンソンニズム（手足や首の筋肉の緊張が高く、歩行や体の動かしがた全体が遅くなる、転倒しやすい）③意識や注意力の変動（明らかな誘因なく意識障害が生じ、心臓の不整脈や脳卒中では説明できない。数日眠り続け、数日覚醒するというリズムを呈する場合もあり。また、同じ日であっても会話が良好に成立するときと、しないときの波がある）の3つがありますが、この3症状が揃うことは多くありません。他に、数年前からの便秘、嗅覚低下、低血圧や起立性低血圧、抑うつ、心身症（内臓疾患では説明できない様々な身体症状：体の中に何か入っているなど）、入院や環境変化でのせん妄、薬剤への過敏反応、睡眠時の異常行動（レム睡眠期異常

行動症)などが診断に参考になります。アルツハイマー病と同様に、記憶障害も認めることが多いですが、程度は比較的軽く、当初は日常生活に支障を来すほどの記憶障害を呈しません。一方、自律神経障害の合併が多く、先にのべた低血圧や起立性低血圧の存在が診断に参考になります。

自律神経が傷んでいることを利用した検査で、**MIBG** 心筋シンチグラフィーというものがあります。心臓には、脳から自律神経のひとつである交感神経が延びてきており、心臓のリズムを調節しています。我々が興奮すると、交感神経が活発になり、脈拍数が上昇するのもこの神経の働きです。レビー小体病の方では、この交感神経の心臓への分布が低下しており、上記のシンチグラフィー検査を施行すると、心臓への分布の状態を調べることができるのです。この異常は、パーキンソン病でも認められています。アルツハイマー病や他の多くの認知症では、この異常は認めないため、現在では、レビー小体病の診断の為に有用な検査の一つになっています。また、脳血流シンチグラフィー検査では、アルツハイマー病とは違ったパターンでの異常を呈することが知られており、診断の助けになっています。最近では、ドーパミンの働きに注目した検査も保険収載され、比較的簡単に脳のドーパミンの働きを画像として調べられるようになりました。**DAT** 検査と呼ばれるこの検査は、レビー小体病にのみ異常が出る検査ではありませんが、異常がない場合は、レビー小体病やパーキンソン病を高い確率で否定できると考えられています。外来の検査として実施でき、最近での実施件数が増えています。

## 治療薬について

現在のところ、レビー小体病の原因は不明であり、根本的治療薬はありません。しかし、症状を緩和する薬はいくつか使用できます。前述したように、レビー小体病は身体の症状として、パーキンソン病と同様の症状を呈する場合があります。抗パーキンソン病薬として使われている薬を用いるとある程度の効果があります。“ある程度”と言っているのは、パーキンソン病患者さんに使用した場合ほどの著明な効果は認めない方が多いためです。薬を増量すると、むしろ精神症状としての、幻視がひどくなることも多く、投薬には慎重な判断が必要です。レビー小体病の比較的早期（日常生活がほぼ自立している方）では、アルツハイマー病に使用している抗アセチルコリンエステラーゼ阻害剤（ドネペジルなど）に効果があることが多く、幻視が消失したり、会話の疎通が良好になり、介護者も目に見えて良くなったと実感されることが多いです。これは、アルツハイマー病と同様に、レビー小体病では、脳内のアセチルコリンの量が減少しており、少量の薬剤でみかけのアセチルコリン量が回復するからと考えられています。心身症や抑うつには、抗うつ薬（SSRI、SNRI と総称される薬

です)で症状が緩和されます。睡眠期の異常行動(早朝に叫ぶ、夢遊病のように自宅をうろうろする、外に出ようとする、誰かと戦っているように動き、隣に寝ている家人を叩くなど)には、抗てんかん薬や抗パーキンソン病薬、メラトニン作動薬に効果があります。また、ドネペジルなどの抗アセチルコリンエステラーゼ阻害剤を使用しても改善しない幻視には、漢方薬(抑肝散)に効果がある場合があります。低血圧が高度になると、起立のみで失神する場合があります、血圧の程度に合わせて昇圧薬も使用します。

このように、レビー小体病の症状が多彩であるために、患者さんに出現した症状に合わせた投薬をしているのが実情です。症状を完全に改善させるのは困難なことが多く、全体的な症状の進行は、残念ながら、これらの対症療法では止めることはできません。個人差がありますが、5~8年かかり進行するアルツハイマー病に比べ、症状の進行は早く、3~5年程度で、身体症状が全面に出現するようになり、歩行が困難となり、移動にも介護が必要になってきます。ベッドからの移動にも介護がいる状態になると、アルツハイマー病の重度の方と共通する問題である、嚥下障害、褥創、尿路感染症などが問題になります。

## 生活について心がけること

アルツハイマー病の項に共通することに加えて、アルツハイマー病の場合とは少し違う面があります。一つ目は特徴的な精神症状であり、二つ目は身体症状、そして、最後に薬剤過敏性です。

精神症状として、幻視と身体の異常感覚があります。頻度がより少ないですが、幻聴を訴えるかたもいらっしゃいます。幻視は、先に述べたように、実際はないものが目の前に見える症状ですが、虫であったり、子供や、知り合いの方であったりします。手を伸ばして触ろうとすると消えてしまいますので、可能であれば、ご本人で確認してもらうことができます。幻視があるということに対して、ご本人には違和感がないことがほとんどであり、“実際にはないものである”、と説得しても、納得や安心されないことが多いです。介護者の対応としては、ご本人の訴えに共感を示した後に、可能であれば触っていただく、あるいは、注意を他にそらしていただくことが宜しいです。出現しやすい時間帯は特になく、誘因もはっきりしていませんが、カーテンの“しわ”や“電灯”など、決まったものが幻視の誘因になっている場合は、それを除いてあげると訴えなくなることがあります。身体の異常感覚は、“体の中に虫がいる”、といったあまり有りそうにない突飛なことを言われるような症状があります。その訴える内容から、本当に身体疾患なのかどうかは簡単に判断できますが、“脳の病気が起こしている症状である”と説明しても、幻視と同じく納得されないことが多いです。抗うつ剤に効果があることが多いので、ご本人の不安

を除くために積極的に治療しています。

その他の精神症状としては、意識の変容、と呼ばれる現象があります。レビー小体病では、脳内のアセチルコリンの量が減少していると申しましたが、アセチルコリンは記憶の形成とともに注意力、意欲の保持に重要な役割を果たしていると考えられている物質です。この物質が不足するために、注意力の保持が難しくなり、会話が成り立ったり、成り立たなくなったりといった日内変動が出現してきます。病気が進行し、体の動きが極端に遅くなる時期では、起きている時間と寝ている時間のリズムに障害が出現し、2日間寝てしまい覚醒しないかと思うと、次の3日間はまったく寝ないといった日内リズム障害が出現することもあります。このリズム障害は、薬で良くすることは難しく、レビー小体病の末期の状態であると考えています。意識がはっきりしている時間帯に食事や飲水をしてもらい、応答がはっきりしないなどの時間帯では、誤嚥を防ぐために時間帯をずらしてもらうなどの工夫が必要です。

レビー小体病の身体症状は、先に述べたように、パーキンソン病と類似の症状を示します。病状が進行してくると、体の動きが遅くなってしまおうと同時に、平衡バランスが取りづらくなり、自宅内のちょっとした段差でつまずいて転倒することがあります。椅子の真ん中に座れない位置感覚の異常も持っている方が多く、着席した際も、転落しないように、きちんと真ん中に座れているかを介護者が確認することが大事です。パーキンソン病患者さんに使用する抗パーキンソン病薬は、前述しましたように、効果が限定的の為、移動時の転倒、食事時の誤嚥に注意した介護が必要になってきます。高度の便秘になる方も多く、便秘から腸閉そくになる危険も高いので、便秘薬を適宜使用し、排便の確認をしていく必要もあります。血圧の変動を来しやすい病気ですので、長時間の立位、入浴は、意識消失の誘因になります。意識がおかしいという症状の出現時には、速やかに臥床させたり、入浴を中止し、この病気による低血圧が原因であれば、すぐに意識は回復しますので、今後の生活の中で注意していく必要がでてきます。(意識の回復が、速やかでなければ、救急要請が必要です。)

薬物過敏性は、レビー小体病に非常に特徴的な症状です。現実でないことを言う、ということで、その症状を抑えるために向精神薬を内服すると、極端に体の動きが悪くなる、食事がうまく飲みにくくなる、意識がおかしい、といった症状が突然出現してきます。投与量が常用量でも出現するので、薬に対して敏感である、つまり、過敏性がある、と表現されています。この際、薬が原因であると的確に判断されないと、命にかかわることがあるので、突然の体や精神状態の変化の時は、まずは薬物過敏性の存在を除外するために、直近の新規の内服薬を中止することが必要です。向精神薬以外の市販薬やドネペジルなどの病気の治療薬でも出現することがあるので、新規に薬を内服する場合は常に



症状の変動に注意が必要です。この現象は、原因は解明されておらず、専門医以外では、必ずしも明確に認知されていないので、かかりつけ医がある場合などで、新しく薬が始まった場合も同様な留意が必要でしょう。つまり、どういう薬を日常飲んでいるか、どの薬が新しく開始されたか、を介護者が把握していることが必要です。

以上、アルツハイマー病とレビー小体病についての概略をお話しました。どちらも、いまだ根本的な治療薬が開発されていない病気ではありますが、身体の状態にも症状の進行が左右されることがわかってきています。病気との闘いには、薬だけではなく、身体の状態を良好に保つための生活環境の維持（食事管理、運動習慣、知的活動、人的交流）がどうしても必要になります。患者さんご本人とともに、医療者である私たちと介護者である皆様でいっしょに病気に向き合い、互いに支えていくことが必要になります。

2016年1月18日  
老年内科部長 高田俊宏