

～認知症を心配する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

(2024年 レカネマブ関連追加した一部改定版)

### 認知症とは

“認知症”とは、成人になるまでは、毎日の生活になんら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、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、脳の働きに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。このことは、一般の人のみならず、認知症については非専門の医師にもその傾向があり、残念ながら現在においても、早期ではなく、明らかに進行した認知症の方を私共が初診で拝見することが多い原因の大きな要因を占めていると思います。

ところで、“認知症”という言葉をさらに説明すると、上に述べたように、病気の個別の診断名ではなく、病気が脳に生じて、進行した後に自立した生活ができなくなった状態を総じて指す言葉です。“認知症”を起こす個別の診断名としては、数多くの病気が知られていますが、7割程度を占めているのが、アルツハイマー病です。症状の出現の仕方としては、ある日突然認知症になるということはありません。（\*数時間単位で、突然、おかしい言動を生じた場合は、脳出血、脳梗塞、脳炎、全身の重篤な感染症、薬剤によるせん妄などを疑うことが多く、自宅にいらっしゃる場合は、救急要請の対象となります）認知症を来す多くの原因では、徐々に、ご本人の知らない内に病気が進行することによって、脳の働きが少しずつ損なわれていくといった特徴があります。この場合、早い時期に、仕事の能率が落ちるなどで、ご自分で異常に気づかれる場合もありますが、多くの場合は気づかないまま経過してしまうこととなります。

仕事や生活において支障が生じるまでの間に、“健常”から“認知症の状態”の中間的な状態が数年間存在するとされており、“軽度認知障害”、“または、英語の頭文字をとって”MCI (Minimal Cognitive Impairment) “と名付けられています。典型的には、物忘れ（客観的に証明される短期の記憶の問題：厳密には医師の証明が必要）はあるが、他のことでの支障は認められない方の場合

です。他に支障がなく、短期記憶のみに異常がある場合では、アルツハイマー病による認知症の前段階の状態であることが疑われ、専門医にとっては、最も受診して欲しいタイミングになります。MCIの状態が可逆的に健常にもどる場合がある、との研究報告やマスコミなどでの記事を拝見することがありますが、実際にアルツハイマー病のために記憶の問題が生じている場合は、健常に戻るといった現象は、現在の医療常識からすると考えにくいことになります。**薬剤副作用**や**うつ病**などが間違われてMCIや認知症と診断される場合もあり、認知症を専門に診ることができる医師に判断していただいたほうがいいでしょう。

以前は、一般によく使われていた、“痴呆”、“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は、その方の尊厳を傷つけることになり、適切ではありません。場合によっては、その方の精神的な症状を悪化させてしまうことにもなりますので、決してご本人の面前で使用しないようにしていただきたいです。また、“認知症の診断を書いたノート”を本人に見せて、ご本人を納得させようとする家族もときにいらっしやいます。言葉は違えども、病識がない認知症の人に“認知症”という文字を見せて説得しようとしても効果はなく、認知症についてのマイナスイメージをご本人が持つておられると、やはり自尊心を傷つけ、かえって逆上されることになります。ケアの方法としては、いい方法ではなく、止めていただいたほうがいいでしょう。

## 物忘れについて

では、物忘れについてはどうでしょうか。年齢的なものと、病気が関係しているものを区別する、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、知能検査のようにある程度参考になる心理検査はありますが、“脳年齢”を確実に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。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する健忘は、認知症と関係がないことが多いようです。

### 記憶に関する用語と実例

- ・**エピソード記憶**：自分が実際に行ったことに対する記憶；昨日訪ねた店は？
- ・**意味記憶**：学習した知識；日本の首都は？

- ・作業記憶：数秒単位の記憶；数字の逆唱 3, 5, 2, 9 を暗唱して逆に言う
- ・手続き記憶：自転車の運転、家電の操作

典型的なアルツハイマー病の場合、“エピソード記憶”に問題があるかを調べるのが中心になりますので、診察時にもそのことをお聞きすることが多いです。物忘れは、一般的には“エピソード記憶”に問題があることを指し、上記に述べたような日本の首都を思い出すための“意味記憶”や自転車、車の運転方法を覚えておられる“手続き記憶”とは異なる脳の領域が関係しています。注意力と関係している“作業記憶”については、病気の初期では、保たれていますが、認知機能低下の進行とともに、衰えてしまう方が多いです。このように、記憶にも病気の早期から関与するものと、そうでないものがあり、脳の働きや病気に詳しい医師は、その点を意識して問診や検査を行っています。

### 独居の高齢者の方について

独居の方は、増加しており、厚労省の統計では、全世帯の4分の1以上を占めるようになっていました。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中で、独居の方の割合は、2015年までは毎年10%程度でしたが、2018年から20%を越すように急激に増加しています。同居の方がいらっしゃる場合においても、高齢の夫婦の二人暮らしである場合、子供との同居であっても日中は不在で、生活をあまり共にしているとは言えない状況の方も増えています。

認知症の方の早期での発見のためには、高齢（75歳以上が目安です）のお一人暮らしの方が家族にいらっしゃる場合は、定期的に会話したときの話の内容や生活の様子を実際に自宅に訪問して確認していただく、実際の観察が重要になってきます。

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。普段は別に暮らされている場合は、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。内服薬をかかりつけ医からもらっている方の場合、残薬が自宅に大量にないかや、診察予約どおりに受診しているかどうかをかかりつけ医に確認することも手がかりになりますし、冷蔵庫の中を見て賞味期限切れのものがないか、一緒に料理をして以前と同様なレパートリーが可能か、買い物と一緒に行って目的のものが普通に買えているか、支払いの際に小銭が使えるかなどを観察することで以前との違いに気づくことがあります。

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。

✓ 認知症の専門医師は、必ず日常生活での様子を問診し、上記のような情報を重要視します。ご自身や家族の方が、医師に専門性をもって診療されているかどうかを心配される場合は、ぜひそのような問診がなされたかどうかも参考にしてください。簡易知能検査（長谷川式、ミニメンタルテストと言われるものなど）、血液検査、画像検査などは、あくまでも問診で病気の種類を絞った後の補助的な検査か、経過を客観的に観察するためのものに位置づけられます。また、現在の医療においても、MRIなどの画像検査の偏重をときに見かけますが、認知症の診療における重要性は、上記の生活情報が最も重要であって、順番は逆ではありません（\*脳梗塞を疑う場合は別です）。

#### 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。

以下に、認知症の中でも最も頻度が高い病気である **1. 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について述べます。そして、最近よく診断されるようになった **2. レビー小体病**についても説明したいと思います。最後に、**3. 認知症の進行とともに考えていただきたいこと**について説明させていただきます。

#### 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が、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。ときに私立の病院で検査をしているところはあるようですが、遺伝子治療ができるわけではないので、結果をどう受け止めるかの問題があります。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。ただし、早期の場合には、一般医師や認知症を必ずしも専門としていない神経内科や脳神経外科の医師では診断が難しく、見逃されてしまうことも多々あるため、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、上記に述べたように、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。認知症学会などの学会のホームページに専門医の氏名の一覧がありますので、それを参考にすることもできます。

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MR I 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（\*通常では、リン酸化タウ検査のみ保険適応であり、レカネマブといった新規薬の適応がある場合は、アミロイドについての検査も保険適応）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。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、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。

#### < $\beta$ アミロイド検査とリン酸化タウについての検査について >

\*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 $\beta$ （ベータ）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。アミロイドPET検査とは、脳のアミロイドに選択的に付きやすい薬剤に放射線同位元素を付加して、その放射線量によって、脳の中にどの程度アミロイドが蓄積しているかを測定でき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、がんに取り込まれやすい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、アミロイドは、正常加齢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。以前は、この検査は、自費にて検査を可能とする

私立病院や研究を行っている大学病院のみにおいて検査が可能でした。私立病院においての検査費は、数十万の請求をされることが多いようです。2023年12月のアルツハイマー病新規治療薬の保険適応が認められたことに伴い、アミロイドPETに関して、その新規治療薬の対象になる患者さんのみアミロイドPET検査が保険適応となりました。ただし、原則、一回の検査のみ認められており、保険利用での複数回の検査はできません。同様に、髄液を使用したアミロイド検査も保険での1回の検査が行えるようになっていました。アミロイドPETと髄液検査の両方の併用はできません。髄液のアミロイド検査は、脳の周辺にある髄液を局所麻酔下に腰を穿刺して採取し、アミロイドの脳への蓄積の手がかりを得る検査です。この検査は、当院において長年行っていましたが、腰の穿刺手技などに対する抵抗感が強い患者さんが多く、また、一泊の入院をお願いしていたため、施行された患者さんは少数に留まっていました。メリットとしては、軽度認知障害（MCI）の方では、髄液検査の方がアルツハイマー病の診断感度が高いという報告があります。アミロイドPET検査については、2024年2月1日現在、検査ができるように準備中であり、3月頃には利用のご案内できる見込みとしております。

\*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、神経細胞内にこの物質が蓄積されるようになり、脳が囲まれている液体（脳脊髄液）にも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する原理となっています。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、タウPET検査として実用化がされていますが、一般病院での施行できる体制にはなっていません。アミロイドPET検査は、一部保険での利用が可能となりましたが、タウPET検査は、今も診療には使用できない研究レベルの検査にとどまっています。

## 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以外に、先に述べたように、ベータアミロイドと呼ばれる物質が細胞外に蓄積していることが判明していました。同時に、神経細胞の中に、異常なタウ蛋白と呼ばれる物質が蓄積していることも判明し、このベータアミロイドと異常タウ蛋白がアルツハ

イマー病の病理学的な目印（顕微鏡で調べると認められるということ）として長年認知されています。アミロイドが蓄積していることを証明する方法として、髄液検査以外に、PET検査も使用できるようになり（ただし、保険を用いて検査ができる患者さんはごく一部ですが）、このアミロイドとタウ蛋白の蓄積量を減らす効果がある新規治療薬に対する期待が高まっています。新規治療薬については、この章の最後に説明したいと思います。

従来の治療方法は、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に着目し、アセチルコリンの脳内での分解を抑えることで効果をはっきりする薬剤が使用されてきました。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、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に違いはありません。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（ガランタミン、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す。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。メマンチンも現在は、後発品が使用できるようになり、薬価を抑えて内服継続ができるようになっています。

**従来のアルツハイマー病治療薬（商品名）**；ドネペジル（アリセプト、後発品名ドネペジル）、ガランタミン（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（メモリー）

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。

### 従来のアルツハイマー病の治療薬の効果について

従来からの利用できる経口治療薬として使用できるものは、4種類ありますが、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、年ごとに良くなったり、病気そのものが改善することは望めません。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。

例えば、ドネペジルを内服開始した場合、最も期待できる症状の改善効果は、その場の理解力、自発性や意欲の向上であり、止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、頭がはっ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、当初から効果がはっきりしない、または、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は、内服薬に頼らずに、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。

### 従来の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適度にゆっくりとした送り込み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、あってはならないことなのです。

### 新規アルツハイマー病治療薬について。

2023年12月に新規のアルツハイマー病治療薬として、レカネマブ（商品名レケンビ）が発売され、保険収載されました。この薬は、点滴治療薬であり、2週間に1回の点滴を受けることで治療効果を発揮するとされています。この薬の作用機序は、脳内に蓄積したアミロイドに対する抗体を体内に入れることでアミロイドを除去してしまい、アミロイドが原因となっている神経細胞の減少をくい止めようとする狙いがあります。この薬剤の使用期間は、原則18ヶ月とされ、1年半の間、2週間に1回の点滴通院が必要です。この薬剤が認められる前の臨床試験では、対象は、軽度認知障害（MCI）あるいは、軽度認知症の方を対象に行われ、偽薬を使用した方と比較し、ある程度の病気の進行抑制効果があったと認定されました。中等度以上に進行された認知症患者さんはこの薬剤の使用適応ではありません。また、この薬剤の作用機序からわかるように、アミロイドが脳内に蓄積していることを証明することが第一の薬剤の投与条件であり、MCIあるいは、軽度認知症が疑われていても、アミロイド蓄積がPET検査、あるいは、髄液検査で否定された場合は、投与対象にはなりません。また、

臨床試験の結果から言えることは、MCI の状態といったごく早期の病状の方に使用した場合においても、治療効果はあるものの、効果は限定的であり、病気の進行が停止したのではないということでした。しかしながら、従来、脳に異常蓄積したアミロイドに対してまったく治療介入できなかった分野において、アミロイドの（部分的でも）除去が可能になり、軽度とは言え、臨床的な効果も認めたことは、画期的なこととされています。大きな問題点として、この新規治療薬の使用のタイミングがあり、現在、症状が出現し、しかもごく軽度な方となっていますが、これはかなり作為的な基準であり、採血検査や画像検査における客観的に信頼性の高い、より厳密な適応基準が望まれています。一例として、採血検査において、ある種のタウ蛋白測定値が目安となることを提案している研究報告例があります（タウ蛋白値が低すぎると適応否定され、高すぎると、神経細胞死が進行しているため時期を逸していると判定できる）。

その他にもレカネマブを用いた治療において、問題となる点があります。1つは、副作用であり、もう1つは費用負担、頻回の来院検査の必要性です。

副作用としては、従来薬とはまったく異なることに留意する必要がある薬剤です。初期の副作用としては、初回点滴時でのアレルギー症状があります。抗体薬を使用しているために、アレルギー反応として、発熱、頭痛、悪寒などが出現する可能性があります。解熱薬や抗アレルギー薬の事前内服にて症状を緩和することを行いますが、反応が強く出た場合は、その後の使用を中止する可能性があります。また、初期反応について、問題がなかったとしても、2週間に1回の点滴加療の間の最初の6ヶ月に間出現する可能性のある別の副作用があります。それは、アミロイド関連画像異常（略称：ARIA）と呼ばれており、約4人に1人においてなんらかの頭部MR画像上での異常が認められるとされているものです。それらの多くは無症状ですが、頭痛、嘔気、てんかんなどの症状を有する場合もあり、最初の半年間は気をつけるべき副作用です。画像異常を早期に捉え、必要時は、薬剤投与を一旦中止することも考え、症状の有無に関係なく、薬剤投与開始後、4回目と5回目の間（2ヶ月後）、6回目と7回目の間（3ヶ月後）、13回目と14回目の間（6ヶ月後）に頭部MR検査が必須となっています。画像検査での異常の有無を確認後、点滴継続の是非を判断しますので、2ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後は、毎週の受診が必要になります。

もう一つの大きな問題点は、薬剤と検査の費用負担です。従来初診時の血液、尿検査、頭部MR検査以外に、アミロイド蓄積の証明のために、アミロイドPET検査、あるいは、髄液検査が必要です。また、MR検査も上に述べたように6ヶ月の間に最低3回の検査が義務付けられています。そして、使用するレカネマブは新規抗体薬剤でもあり、非常に高額です。薬剤のみで1月30万円

程度自己負担があるとされており、それを1年半に渡って継続するとなるとかなりの費用負担となります。自己負担軽減のために、活用できる国の費用支援制度として、高額療養費負担制度と限度額適用証制度があります。高額療養費制度は、一旦は高額な金額の窓口負担が必要であり、後日、払い戻しがある制度です。レカナマブ加療開始前に、限度額適用証を申請しておいて、病院の窓口で提示していただけますと、治療のための費用は自動的に軽減されます。マイナンバーカードを利用した場合は、手続き不要で限度額証明の利用が可能となりますので、事前に医事課での確認をお勧めします。限度額証明を利用した際の個々の自己負担額は、その方の年収に応じて変わりますので、詳しくは当院医事課、あるいは、ソーシャルワーカーまでお問い合わせください。当院では、無料低額診療の相談もお受けしており、合わせて相談もお受けになることができます。上記についての簡単なリーフレットは当科外来でも用意しておりますので、必要時はお気軽にお問い合わせください。

#### 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う、夜間寝ないで昼間に寝てしまう、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、身体的な病気での入院で容易に精神症状が悪化します。たくさんの決まりがある入院の環境に適応できないために、“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、無断離室、または離院や、治療行為そのものに対するご本人の抵抗にて、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、それに対しての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、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。高度認知症に進行してしまった方の場合、ご本人に病気に対する治療についての希望の確認や判断力を求める決断をしていただくことはできなくなることが多いため、ご家族と医療者（主治医、看護師、ソーシャルワーカーなど）が相談して、ご本人の生き方を参考にするなどして、ご本人の代わりに診療方針を決めることになります。

### 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、フレイル、褥創、尿失禁、低栄養、嚥下障害など）と言い、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ざ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りハビリでの運動療法が重要になります。

2020 年はコロナウイルス感染の世界的な拡大に見舞われることになってしまい、高齢者の死亡率に注目が集まったために、リハビリなどの通所サービスを控えてしまう方も増えていました。感染予防のために外出後や食事前に手洗いをしっかりしていただくことが重要であり、施設において感染予防の対策（対面の食事を避ける、施設内の適切な消毒をしている、全員のマスク着用、定期的な換気）をしている場合は、引き続きのサービス利用にて、運動の機会を減らさないようにすることが大事になります。

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、薬を飲むことが最も重要ではなく、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かかっていると言っても良いでしょう。

老年症候群の中でも、**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、動機づけの問題により、リハビリがうまくいかず、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）。

転倒既往のある方には、骨粗鬆症のチェックをお勧めしています。上記の述べた適切な運動習慣、食事内容とともに、骨吸収（骨の量が低下すること）を防ぐ薬を使用することも自立した日常生活を送ることに助けになります。

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、自宅で家族のみと向き合う日々ではなく、他者との交流を続けることとなるような趣味を続けるようにし、趣味に乏しい場合は、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が必要です。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。

### フレイルについて

フレイルについては、2014年から当科のホームページにも記載しておりますが、以前は“虚弱”と言われていた状態を、最近では、英語の脆弱という言葉の意味するフレイルを用いるようになってきました。フレイルとは、精神、身体の働きが衰えたために、十分な予備能を維持することができなくなり、軽微なストレスによっても容易に体調が悪化してしまう状態のことを指しています。

この場合のストレスとは、精神的なことのみならず、入院などの環境の変化、身体の病気、病気に対する治療行為、内服する薬物など様々なものを含みます。フレイルになる最も大きな要因は、加齢によるもの（特に 75 歳以上）ですが、高度認知症の状態の方も 9 割以上の方がフレイルの状態になっています。フレイルの状態は、一部の方にとっては可逆性であり、適切な介入（運動介入、栄養改善、薬物の見直しなど）により健常状態に復帰することができるとの研究がありますが、高度認知症の方には回復は厳しく、むしろ、フレイルの状態であることを理解して、さらに精神と身体の状態が悪化するのが加速しないように務めることが優先されることとなります。具体的には、今まで以上に、健康管理に気をくばっていただき（介護者の役割になると思いますが）、適切な栄養バランスを考えた食事を継続すること、身体の状態に合わせて最大限の運動介入を目指すこと（自宅で安楽に過ごさない）、症状に合わせた投薬が過剰にならないように定期的に医師と相談していくこと（老年内科医の専門分野）が 3 つの大きな柱になります。それ以外に、定期的なワクチン（インフルエンザ、肺炎球菌ワクチン、2021 年～コロナワクチン）も推奨されます。

がんを始めとする深刻な疾患に罹患し、手術が必要になった場合、フレイルの状態になった人にとっては、大きな決断が必要になります。上に述べたように、フレイルの状態の人は、非常にストレスに弱いいため、手術が無事終了したとしても、術後の回復が思わしくなかったり、食事が取れない状態に陥る、さらに認知機能が低下してしまうなどのマイナスの状態への悪化が非常に高率に生じます。ご本人の命をどういう形で終えるのが最もその人らしいのかなどをしっかりと考えて、決断を行うことが必要です。このような決断は、例えば手術を行う医師が代わって行うわけではなく、老年内科の医師など、高齢者をよく診療している医師の意見を踏まえて、あくまでもご本人と家族が行うべきものです。医療技術が進歩し、かなり弱った状態の方でも手術そのものは行うことができるようになりましたが、その後、さらに弱ってしまった状態の方を回復させることは大変困難なことが多く、手術前の見通し通りにはいかないケースを多数経験しています。次章の中で述べる事前指示書についての話と共通することになります。

**\*フレイルについての説明文書は、当科のホームページにもありますが、コピーをご希望の場合は、外来スタッフに申し付けください。**

## 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程度というのがあります。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、いまだ、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、歩行や体の動かしかた全体が遅くなる、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、例；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。ドーパミンの働きに注目した検査も健康保険が使えるようになり、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る一方、肝硬変など、薬物の代謝異常を持っている方、向精神薬を投薬されている方の場合は、検査の結果の解釈が困難となる場合があります。

## 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場合が多いです。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お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）。

最後に、薬物過敏性は、レビー小体病に非常に特徴的な症状です。現実になんことを言う、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。

### 3. 認知症の進行とともに考えていただきたいこと

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症状の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。アルツハイマー病においては、2023年12月から新規治療薬が約20年ぶりに認可され、使用されるようになっていますが、まだその効果を実感できるような状況ではありません。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、公共機関を使つての外出や、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、自宅にす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。

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。夕焼け症候群と言われますが、暗くなってからの見当識障害を起こしやすくなります。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場合があります。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、ショートステイ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、例；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。

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。

### 事前指示書の作成

事前指示書とは、一般적으로ご自分の命が終末期の状態となり、回復の見込みが困難となった場合に、ご希望の医療処置や最後を迎える環境などの希望を文書としてあらかじめ残しておくことです。なぜ、事前に作っておくかという、身体の状態がかなり悪くなって意識が朦朧とした状態であったり、認知症が進行したために意思表示がはっきりと示せなくなった状態になってからでは、病状を理解した上での意思決定ができなくなるからです。一時期、マスコミでも“エンディングノート”として注目されたことがあるので、お聞きになったことはあるのかもしれませんが。

具体的には、終末期の状態となった場合、まず、命を終える環境についての希望を決めていただきます。自宅や病院、介護施設が考えられます。厚労省などのアンケート調査では、自分の慣れた環境で、家族に見守られて人生の最後を迎えたいと希望される人は多いですが、自宅で最後を迎えたいと、意思表示を前もって明確にされている方は少ないようです。家族がいらっしやらない場合においても、訪問看護師や介護士、訪問診療医のチームワークを利用して、自宅で最後を迎えることができます。

体の病気が進行しての終末期の場合、痛みや呼吸苦が出現することがあります。痛みや呼吸苦の緩和を優先して行うように希望された場合、医師や看護師は、薬剤の使用において、それを最優先にすることができます。

食事摂取ができなくなった場合、人工栄養を希望されるかどうかについてもご自身に決定権があります。人工栄養とは、口から食事が取れなくなった場合

の代替手段のことを指し、具体的には、管を使用した経管栄養（鼻から管を入れたり、胃瘻を作ったりする）、太い静脈に管を入れる中心静脈栄養、四肢の細い血管に点滴をする末梢静脈栄養があります。口から食事を摂ることが不能になる理由は様々であり、命の終末期ではなく、脳梗塞の後遺症や喉頭がんなどが原因で嚥下機能のみに支障を来している場合は、人工栄養を積極的にすることが多いです。認知症が進行したために嚥下障害が出現した場合は、個々のケースで検討が必要ですが、脳の変性、萎縮のために、すでに意味のある会話疎通が不可能になって、ご自分で歩くこともできなくなった状態での嚥下障害は、嚥下機能のみならず、消化管や心肺機能も衰えが高度であることが多く、人工栄養を開始したとしても命が永らえる期間はあまり期待できないことがわかっています。嚥下性肺炎を繰り返した経緯がある方の場合は、経管栄養によって口腔の唾液腺分泌が刺激され、さらに嚥下性肺炎を誘発することもあります。

全身の状態の悪化が進行していくと、心臓が止まったり、呼吸が止まったりすることが突然起こることがあります。その際に、心臓だけが問題で突然心臓が止まる病気（心筋梗塞や不整脈）や肺のみが問題の呼吸不全（重症の肺炎など）を念頭に行う心肺蘇生術を施行した場合、大量のカテコラミンと言われる強心剤を使用し、口から気管に管をいれて人工呼吸器を装着するといった高度の医療行為を行い、集中治療室に運ばれることとなります。命の最後が近づいている状態でのこのような医療行為には意味はなく、人工呼吸器を使用したまま、管を体の複数に入れられ、意識のない状態で時ばかりが経過し、徐々に一旦引き戻された体の状態は低下していき、いずれ亡くなることとなります。日本においては、人工呼吸器を一旦装着した場合、積極的に外せない事情があるのはご存知のとおりです。このような事態をご希望されない場合は、終末期においては、心肺蘇生を施行しない旨を示しておいていただく必要があります。

事前指示書には、決まった様式はありません。市販で販売されたものでもいいと思いますし、尊厳死協会が作っている様式を使用しても結構だと思います。ご自分が最後をどこで迎えたいかという点と、どのような医療行為は希望するが、どのような医療行為は希望しないを明らかにしておいていただくことがいいでしょう。病院によっては、ソーシャルワーカーが事前指示書を預かり、一年ごとに意向の再確認するようなことをしているところもあるようです。

事前指示書は、法律で決められたものではないため、それのみで終末期の方針を決めることができるわけではありません。しかしながら、自分自身の意思を明確に決めておくことは、ご自身で決定ができない状況にあって、家族や医療者が相談して方針を決める場合に大きく配慮することとなります。

## 成年後見人制度について

認知症が進行してしまふと、残念ながら生活の維持に関わる様々な判断が適切にできなくなることが生じてきます。その中でも、ご自分の財産（不動産や貯金、現金収入など）が管理できなくなったり、必要なときに申請書類等の作成ができなくなってしまうと、ご自分の生活維持に問題が生じてしまいます。また、家族がいらっしゃる場合は、遺産分割についても問題が起こってしまいます。ここ数年、非常に多くなっている詐欺、悪徳商法についても、認知症の方が被害を受ける割合はかなり高いようです。これらの問題から、認知症の方を守るために利用できるのが、成年後見制度です。

詳細は、[\\*法務省のホームページ](#)に説明がされていますが、簡単に説明すると、この制度には、2つの種類、法定後見人制度と、任意後見人制度があります。

後者のほうは、“任意”とあたまにあるように、ご自分がしっかり判断力が保たれている間に、自分に代わって判断をしていただくための後見人を前もって自ら選んでおく仕組みです。身寄りのある方の場合は、家族を指定することもできます。ご自身の状態が、ご病気などによって判断が難しい状況になると、選ばれていた家族は、簡易裁判所に後見人としての仕事を申請し、裁判所の指定する監督者の元で、ご自身のための財産管理などを代行することができます。

前者の法定後見人制度は、最近、よく利用されることが多くなっています。上記のようにあらかじめ自分の判断力の低下を見越した制度利用は、現実的にはあまり多くありません。知らない間に認知症は発症することとなるので、専門機関においても進行してからの受診が多いのが現状です。中等度の認知症になってくると（前節の説明参照）、施設入所の手続き、自宅の処分の手続きなどの理解が困難となり、ご自分のために必要なことであっても手続きが滞ってしまうこととなります。財産名義が、認知症になったご自身である場合、配偶者であっても法的に代わりにできないことが多くあります。このような事が予想された場合に申請するのが法定後見人制度です。身寄りがいない方の場合は、家族に代わって市町村の長が後見人制度を申請する形になることもあります。裁判所が後見人を指定し、ご本人のために事務作業を代行することになります。この場合、必ずしも申請した家族が後見人になるとは限らず、司法書士が選定される場合もあります。

その他、成年後見制度では、必ずしも家族が後見人に指名されない、費用負担（後見人に一定額が支払われる）があるなどの不利な点があったため、あらかじめ家族が財産管理をできるようにする、より簡便な方法として、**家族信託**といった方法もあります。

**\*法務省のホームページへのアクセスができない場合は、外来スタッフにお声**

掛けください。コピーをお渡しできます。また、当院のソーシャルワーカーから制度についての説明を受けることもできます。

以上、アルツハイマー病とレビー小体病、そして、認知症の進行とともに考えていただきたいことについてお話しました。アルツハイマー病とレビー小体病は、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。アルツハイマー病においては、アミロイドに対する抗体療法といった新規治療薬が発売されるようになりましたが、その効果がどの程度患者さんの日常生活や生活の質、生きがいの助けになるかは、市販化されて多くの患者さんが使用してみないと不明の点が数多くあります。非常に重要なこととしては、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。

2024年2月1日  
老年内科部長 高田俊宏