

6. 認知症

わが国の要介護高齢者の半数近くが認知症である。認知症高齢者の地域ケアの目標は、住み慣れた地域のなかで可能な限りその人らしさを保ちつつ、安全で安心できる生活を送ることであり、そのためには発症から看取りまで継続した医療的サポートが必要である。

認知症診療の基本知識

認知症は発達期に一度獲得した知能が、後天的に脳や身体疾患を原因として慢性的に低下し、社会生活や家庭生活に影響を及ぼす状態である。その基礎疾患は多彩であり70以上であるとされているが、treatable dementiaを診断する内科的診断能力に加え、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease; AD) と脳血管性認知症 (vascular dementia; VD)、レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies; DLB)、前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration; FTLD) の4大認知症の診断に習熟することが求められる (表)。とりわけ中

核症状の進行が一定の経過をたどる典型的なADの診断に慣れることが大切である。

ADは「同じことを何回も言う」など近時記憶低下に由来する症状で気付かれ、その後、見当識障害が、時間⇒場所⇒人の順で悪化するなど、中核症状の進行が一定の経過をたどる。ADは発症から平均10年で死に至る疾患であるが、合併症のないADでは運動野は重度となるまで保たれるので、外来で長期にわたってフォローされ、早期から訪問診療の対象となることは少ない。

高血圧など動脈硬化性疾患の既往や脳卒中のエピソードがあり、脳卒中発作の3か月以内に認知機能の低下が観察された場合はVDを疑

表. 4大認知症の鑑別診断

疾患	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症
疫学	女性に多い	男性に多い	60歳以降、男性に多い	初老期に多い
発症	緩やか	比較的急	緩やか	緩やか
進展	スロープを降りるように	発作のたびに階段状に進行 (例外あり)	進行性、動揺性	
全経過	10年 (2~20年)	7年	ADより短い (7年)	一般的に臨床経過は速い
記憶障害	初めから出現	比較的軽度	初期はADに比べ軽度	ADに比べ軽度
身体症状	重度になるまで出現しない	精神症状に先行、or並行して悪化	パーキンソン症状。転倒、自律神経症状	失禁は早期に出現する
精神症状・徴候	もの取られ妄想 (ADに特徴的。軽度で出現)	意欲、意識、感情の障害	ありありとした幻視・認知機能の動揺、構成障害、レム睡眠行動障害、妄想性誤認症候群	人格の変化、感情の平板化、脱抑制、無関心、常同性、食行動異常
予防・治療	塩酸ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンが有効	生活改善、薬物 (抗血小板療法など) による予防が可能	精神症状については塩酸ドネペジル、リバスチグミンが有効	SSRIが有効。著しいBPSDには非定型抗精神病薬を使用
その他	感情、運動は重度となるまで保たれる	局所の神経症状 動脈硬化危険因子	抗精神病薬への過敏性	

う。最近では、純粋なVDよりADとの混合性認知症と診断されるケースが増加している。一般的にVDは階段状の経過をたどるとされるが、実際はスロープ状に悪化するケースも少なくない。ADより生命予後は不良であるが、抗血小板療法などの予防薬があることが他の疾患と異なる。

進行性認知障害に加え、ありありとした幻視、注意や明晰さの動揺、特発性パーキンソニズムのうち2つが認められた場合はDLBと診断する。病初期より構成障害が目立つ一方、近時記憶が比較的保たれていること、レム睡眠行動障害や自律神経障害（起立性低血圧、発熱など）といった特徴的な症状が認められる。

前頭側頭葉変性症（FTLD）は、性格変化・行動変化で発症する行動障害型前頭側頭型認知症（前頭側頭型認知症：FTD）と言葉の問題で発症する言語障害型前頭側頭型認知症（意味性認知症：SD、と進行性非流暢性失語：PNFA）に分けられる。FTDはBPSD（p68参照）が顕著な困難事例に多く含まれる。FTDでは窃盗や蒐集癖などの行動異常、易怒性、常同性（毎日同じルートで散歩するなど）、炭水化物の過食などの陽性症状とともにアパシーなどの陰性症状も共存する。SSRIの一部が常同性や脱抑制などに有効である。

認知症の診断と診断のシェア

A. 在宅での認知症の診断

認知症は、最も近い家族が「様子がおかしい」と気付くことが診断の契機となる場合が多い。認知症の診断の基本は症候学であり、家族から症状について経過を追って詳しく聴取し、問題となるエピソードがどのような状況で発生し、どのような認知の障害があるのかを分析することが何よりも重要である。随伴する身体症状、既往歴、外傷歴、飲酒歴、薬剤なども詳しく聴取する。

身体診察では、一般診察に加え、診察時の表情を観察し、神経所見を取る。基礎疾患の明らかでない認知症の初回診療に当たっては、血液検査に加え、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍、VDなどを鑑別するため、頭部CTやMRIが必要である。軽度認知障害や前頭側頭型認知症が疑われる場合はMRI（VSRAD）やSPECTを、DLBが疑われるときはDATスキャンやMIBG心筋シンチグラフィなどを行うことがある。神経心理検査としては、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）やmini-mental state examination（MMSE）を実施する。DLBが疑われるときは時計描写試験などで構成障害をチェックする。これらの神経心理検査を施行するときは、検査自体が患者のプライドを傷付けることがあるので、もの忘れの検査であることを患者に説明し、検査に集中できるように落ち着いた環境のなかで一対一で実施する。

B. 初期支援

初期のAD患者は、ほとんどの例で自覚がある。もの忘れを自覚し、それが繰り返され、もはや異常であることを認めざるを得なくなると、「前に頭を打ったからだ」などと自分のなかで理由付けをし、周囲に気付かれないようにふるまおうと活動を制限する。しかし、症状が進行すると家族がこれに気付き、患者は家族に促されて医療機関の門をたたく。ここできちんとした診断がなされないと、彼らの葛藤はさらに続くことになる。

最初に必要なのは正しい診断であるが、病名をつけることだけに終始してはいけない。より重要なのは、患者や家族の「解釈モデル」や心理状態を理解した上で、診断をシェアし、丁寧な教育的支援を開始することである。このプロセスのなかで初期支援の一つとしてドネペジルなどの抗認知症薬の開始を検討する。このようなプロセスを経て、初めて患者と家族のなかでこの困難な旅路を歩いていく勇気と力が生まれてくる。

C. フォローアップ

認知症高齢者の地域ケアにおいて重要なことは、患者が安心して頼れる環境をつくること、安全と感じられる環境をつくることである。

独居の認知症高齢者では、軽度の状態でも支援なしに在宅生活を送るのは困難であるが、早期からホームヘルプやデイサービスなどを利用することで一人暮らしが継続できる。しかし、中等度となり、中核症状の進行のため手段のADLが損なわれると一人暮らしは難しくなる。

一方、介護者がいる場合は最期を自宅で看取ることが可能である。介護者が困っていることについて傾聴し、速やかに介入するなど家族の支援体制が重要となる。

a. 日常的なケアの相談

ケースマネジメント機能と主治医機能が常に連携しつつ、種々の問題に迅速に対処することが認知症のフォローアップのポイントである。

ADでは、主として中核症状の進行によって、今までできていたことができなくなる。どのような外界認知の障害、あるいは行動の障害の結果できなくなったのか、患者の行動を十分観察し、患者の残存能力を生かした新たなケアの方法を開発していくことが重要である。

b. BPSDへの対応

従来、認知症に伴う行動心理徴候は「問題行動」と呼ばれていたが、その差別的な響きが反省されBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) と呼ばれるようになった。BPSDは認知症の中核症状をもとに、患者の生来の性格や心理的状況、環境的要因が重なって発生する。BPSDは、それ自体が患者の苦痛のあらわれであり、患者の生活の質を低下させる。また、重度のBPSDのコントロールはしばしば困難で介護者や家族に大きな負担を強い、在宅生活が破綻するきっかけになることが多い。

BPSDに対しては、介護者・家族への教育的支援を行い、デイサービスなどの適切なサービ

スの導入、環境の改善などとともに、BPSDの悪化要因となり得る薬剤の中止や、身体合併症の治療とケアなどを総合的に行う。

中等度以上あるいは病的なBPSDに対しては、薬物療法を考慮する。薬剤の選択は、基礎疾患や合併症、BPSDの内容や緊急性などを総合的に考え、選択する。リスパダール[®] (リスベリドン) などの抗精神病薬については死亡率を1.6～1.7倍高める (FDA talk paper) ことが知られている。長期投与でも比較的安全な抗精神病薬以外の薬剤 (SSRI、CHE-Iなどの抗認知症薬、少量のバルプロ酸など) をうまく使うことでBPSDが改善する場合も少なくない。妄想など抗精神病薬を用いざるを得ない場合は、少量から開始し、単剤使用で、しっかりモニタリングするなどガイドラインに基づいた対応が必要である。

ADやDLBで合併しやすい状態では、ほとんどのケースでSSRIが有効である。

DLBの幻視に対しては、アリセプト[®] (塩酸ドネペジル) や抑肝散が有効である。DLBでは抗精神病薬に対する過敏性 (錐体外路症状の悪化) があり、抗精神病薬の使用には最大限の注意が必要である。妄想性誤認症候群などに対して、非定形抗精神病薬を使わざるを得ない場合は、非定型抗精神病薬のなかでも錐体外路症状の出にくいジプレキサ[®] (オランザピン) 2.5mgやセロクエル[®] (フマル酸クエチアピン) 25mgを選択する。

FTDのBPSDに対してはルボックス[®] (マレイン酸フルボキサミン) やジェイゾロフト[®] (塩酸セルトラリン) が有効である。FTDの激しいBPSDに対しては非定型抗精神病薬を用いる。

c. 全身管理 (合併症の早期診断と治療)

認知症患者の9割になんらかの合併症があり、認知症患者の多くが合併症で死亡している。認知症患者の多くは身体の異常を自覚し、適切な受診行動をとることが困難なため、認知症の

程度にかかわらず、死亡率が上昇することがわかっている。認知症が軽度から中等度の時期は循環器系の疾患が多く、重度以降は肺炎などの感染症が多い。

認知症の予後を規定するのは内科的疾患を中心とした合併症である。また、AD患者の診断後の生存期間は同年代の人の約半分であり、85歳以上で徘徊や歩行障害、糖尿病、うっ血性心不全の病歴のある認知症高齢者は最も予後が悪い¹⁾と報告されている。

認知症の全期間を通じて十分な全身管理が必要であり、合併症のマネジメントには、介護者やケアワーカーの観察力、訪問看護での定期的な全身管理、医師による合併症の早期発見、早期治療が重要である。

認知症の緩和ケア

重度～末期認知症患者に対しては、緩和ケアが最優先されるべきケアである。

A. 末期認知症の定義

認知症の末期の定義には、米国のホスピス導入基準や英国のGSFの基準などが知られている。米国の基準では、一人で移動できず、意味のある会話ができず、ADLはほぼ全依存で、尿失禁、便失禁のある状態（FAST分類の7cを超える）の重度認知症患者に、誤嚥性肺炎、尿路感染症、敗血症、悪化傾向にある多発性のⅢ～Ⅳ度の褥瘡、抗菌薬投与後の繰り返す発熱、6か月以内の10%以上の体重減少などが併発した場合を末期の基準としている。

B. 末期認知症の緩和ケア

認知症の緩和ケアの柱は①症状の観察と緩和、②チームアプローチ、③コミュニケーション、④家族の支援（Beck-Friis Barbro）と⑤食支援である。重度認知症高齢者の苦痛の評価については、PAINADなどの客観的苦痛評価法が有用であり、苦痛の原因のアセスメント力と苦痛を緩和するケアの力が必要になる。コ

ミュニケーションの方法にはタクティールやバリデーション、ユマニチュードなどが参考になろう。嚥下反射は重度以降低下するが、経口摂取を極力維持するために、口腔ケアなどで肺炎を予防し、経口摂取と栄養状態を維持することで、二次性サルコペニアを防止することが重要である。

C. 意思決定支援

末期認知症では、ほとんどが患者本人に代わって家族が治療の選択についての代理意思決定を行わなくてはならない。代理意思決定者の1/3以上が精神的に負の影響を受けており、代理意思決定者の意思決定支援が重要となる。

代理意思決定においても可能な限り早期から意思決定を支援することが推奨される。

終末期の治療の意思決定が代理人や他の近親の家族、医師やケアに関わる人間の対話に基づくコンセンサスの形成過程によってなされることをコンセンサス・ベースド・アプローチ（CBA）²⁾という。ここでは、診断や予後、治療法による利益や苦痛、食べられないこととそれに伴う苦痛、QOL、死ぬことなどの感情に満ちた言葉の意味についてコンセンサスをつくることが目標で、治療の決定は「推定される患者の価値観」「各々のオプションが苦痛を緩和できるか」ということと、「最大のQOLや尊厳を得られるか」という視点でのメリットと負担のバランス」に基づくべきである。医師がCBAを意識し、意思決定に積極的に関わることで、家族の苦悩を和らげ、誰もが納得する決定を促すことができる。

（平原 佐斗司）

《引用文献》

- 1) Larson EB, et al: Survival after Initial Diagnosis of Alzheimer Disease. *Ann Intern Med* 140(7): 501-509, 2004.
- 2) Karlawish JH, et al: A Consensus-Based Approach to providing palliative care to patients who lack decision making capacity. *Ann Intern Med* 130(10): 835-840, 1999.