

認知症の原因疾患による症状行動の特徴とケアの方針

著者	西川 隆, 大西 久男
引用	Journal of rehabilitation and health sciences. 2009, 7, p.1-7
URL	http://doi.org/10.24729/00005731

総説

認知症の原因疾患による症状・行動の特徴とケアの方針

西川 隆, 大西久男

大阪府立大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学専攻
583-8555 羽曳野市はびきの3-7-30

受付: 2009年12月18日, 受理: 2009年12月25日

Symptomatic and Behavioral Features in Different Types of Dementia, and the Principles of Care.

Takashi NISHIKAWA, Hisao OHNISHI

Occupational Therapy, Faculty of Comprehensive Rehabilitation, Osaka Prefecture University
3-7-30, Habikino, Osaka 538-8555, Japan

Received December 18, 2009 ; accepted December 25, 2009

Key words : 認知症 ; 原因疾患 ; BPSD ; ケア

I. 認知症に対する疾患別ケアの重要性

認知症高齢者の急速な増大と医療費抑制政策のはざままで、在宅および福祉・保健施設におけるケアの重要性が高まっている。患者数に見合うだけの医療・介護施設が確保されていない現状では、患者は可能な限り長く在宅で生活せざるをえず、その期間を少しでも安全・快適に過ごすためには、訪問介護、デイ・サービス、ショート・ステイなどきめこまかなサービスを提供して、家族を援助する必要があるからである。また、早晚必ず訪れることになる認知症の最終段階を時期的に見極め、患者の病状と家族の希望に応じた施設への入院・入所が円滑に行われるかどうか、専門的なケア従事者に委ねられている。

こうした役割を担うためには、患者が今後たどることになる病状の経過についてケア従事者自身が明確な展望をもっておくことが必要である。しかし、認知症の病状と経過はその原因疾患によって大きく異なる。本稿では、まず認知症疾患別のおおまかな見通しを解説したうえで、本人への対応と家族への援助に関する留意点を解説する。

II. 疾患別の経過の特徴

認知症の症状は疾患によって異なり、また同じ疾患においても病変の分布や進行速度に個人差がみられる。さらにその病像は、患者の病前性格や生活環境、家族関係、介護者の対応などによって多彩に修飾される。そのため、診断が確定しても患者のその後の経過を精確に予測することは容易ではない。しかし、直接介護する者にとっては、おおよその見通しと、生じる可能性のある問題についてだけでもしておくことが心の備えとなり、患者への適切なケアや円滑な社会資源の活用につながって、患者に有益な結果をもたらすことになる。

認知症の病像は多様であるとはいえ、各疾患にはある程度の典型的な病像・経過がみられる。以下に、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症の経過の概要についてまとめておく。なお各疾患に関する詳細は著者らの他の文献を参照いただきたい^{1,2,3,4,5}。

1. アルツハイマー病

アルツハイマー病 (Alzheimer's disease; AD) の経過の模式図を示し (図1), 各期の症状を表に示す (表1)。AD は認知症の半数を占め、多くは65歳以後の高

† 連絡著者 Email : nisikawa@rehab.osakafu-u.ac.jp

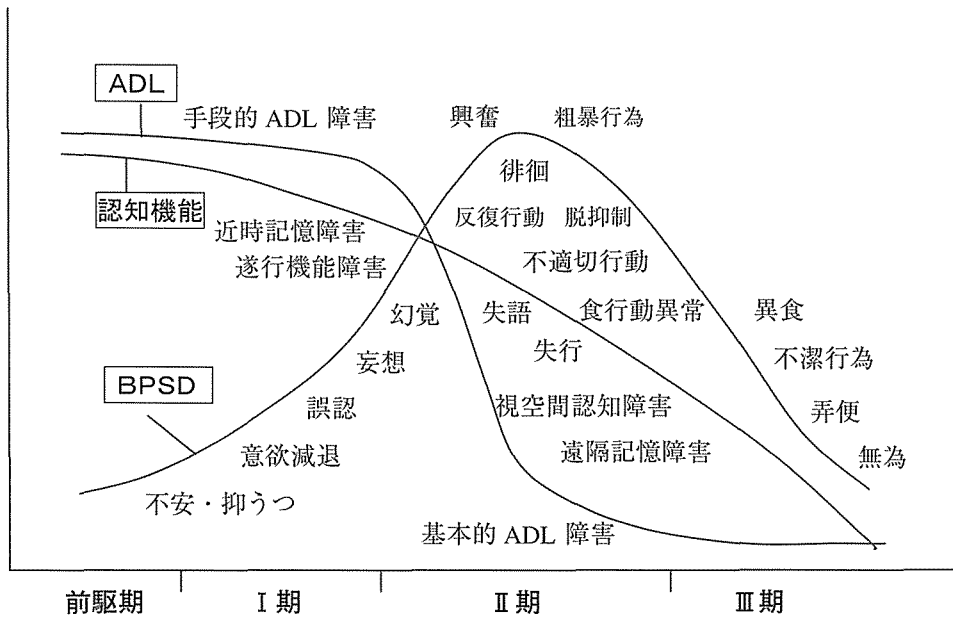


図1 Alzheimer病の経過の概要

表1 Alzheimer病の各病期における症状 (Cummingsらの分類をもとに作成)

前駆期	軽度認知機能障害：ほぼ記憶領域に限定された認知機能低下 精神・身体症状：不安、めまい、頭痛、意欲減退、不定愁訴、神経衰弱状態
第I期 (発症後1～3年)	記憶：近時記憶の障害 (物忘れ) 認知：地誌的見当識障害、複雑な構成障害 言語：語彙の減少、喚語困難、迂回表現、健忘失語 遂行機能：仕事・家事の段取りの悪さ ADL：手段的ADL (金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など) の障害 BPSD：活動性減退、無関心、悲哀 (時に易刺激的、妄想)
第II期 (発症後2～10年)	記憶：近時記憶・遠隔記憶の増悪 認知：構成障害、視空間失認、Balint症候群、失算、視覚失認 言語：流暢性失語、失語性失読失書、錯語、新造語、ジャルゴン 行為：観念運動失行、観念失行 ADL：手段的ADLの悪化、基本的ADL (トイレ、食事、着替、入浴等) 障害 BPSD：無関心、易刺激性、不安、興奮、被害・誤認妄想、幻視・幻聴 徘徊、無意味行動、脱抑制、食行動異常
第III期 (発症後8～12年)	知的機能：重度の障害 言語：反復言語、反響言語、無言 ADL：基本的ADL障害の悪化、寝たきり BPSD：異食、不潔行為、弄便、無為 運動機能：四肢の固縮、屈曲位、歩行障害、ミオクローヌス、把握反射 排泄調節：尿・便失禁

齢期に発症し、女性に多い。緩徐進行性の経過をたどり、生存期間は約10年とされるが個人差が大きい。初老期発症例では進行が速く経過も短い。

ADの経過はI～IIIの3期に分けられる。

認知機能は通常、近時記憶の障害 (物忘れ) からは

じまり、次第に遠隔記憶・言語・行為・視空間認知・遂行機能の各領域が全般的に緩徐に低下してゆく。

日常生活活動 (activities of daily living; ADL) は、I期では手段的ADL (金銭管理、服薬管理、買い物、電話、料理など) が障害されはじめ、認知機能の低下が一定

限度を超えるⅡ期に急速に悪化して、基本的 ADL（トイレや食事，着替，入浴など）にも障害が及ぶ。Ⅲ期にいたって身体的介助が必要となり，末期には寝たきりの状態となる。

行動・心理学的症候（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）は，初期には抑うつ・意欲減退などの陰性症状が比較的多いが，妄想・幻覚などの陽性症状や徘徊・不適切行動など特に問題となる行動異常はⅡ期に目立ち，Ⅲ期には単純な常同行為や弄便などの不潔行為を経て，最終的には無為に陥る。死亡原因は，誤嚥や感染による肺炎，尿路感染症，気道異物による窒息などが多い。

2. 血管性認知症

血管性認知症（vascular dementia; VaD）は認知症の約 20～30%を占め AD について多い。年齢は AD よりやや低い 60 歳代に多く，また AD が女性に多いのに対して VaD は男性に多い。原因となる脳血管病変には，①多発性ラクナ梗塞，②Binswanger 病，③粗大な脳血管障害，④重要な部位（視床・尾状核・海馬・帯状回など）の少数の小病変によるものが含まれ，それぞれの病像に違いがある。かつて動脈硬化症と称されていた①および②が VaD の代表である。

VaD では AD との比較で従来，段階的な増悪過程と斑（まだら）認知症が特徴とされてきたが，必ずしもそうといえず，Binswanger 病では目立たないことが多い。斑認知症とは認知機能の領域によって重症度に濃淡のあることを指す。また VaD では麻痺や感覚障害，錐体外路症状などの神経症状を伴うことが多く，早期に基本的な ADL が障害される。BPSD では AD よりも抑うつや不安などの気分・感情障害が目立つ。

しかし，VaD に関して臨床上もっとも重要な点は，血圧や糖尿病，脂質異常などの危険因子を管理して血管障害の再発を抑止することができれば，認知症の進

行を阻止できるばかりか症状の改善をも期待できるという点である。

以上の特徴を他の疾患とともに表にまとめておく（表 2）。

3. レビー小体型認知症

レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies; DLB）は，かつて AD と診断されていたケースのうち 3～4 分の 1 を占めていたと推定される疾患であるが，今日では AD との鑑別が容易になった（表 2）。臨床症状は AD に類似しているが，AD と比較した DLB の特徴は，注意や意識の動揺を伴う認知障害，具体的内容の反復性の幻視，パーキンソニズムの合併，反復する転倒・失神などであり，徴候としては抗精神病薬への過感受性，頸動脈洞刺激による過大な降圧・徐脈反応などが指摘されている。

予後に関する報告は見当たらないが，経験的には合併するパーキンソニズムによって身体機能の低下が進み，AD より早く寝たきり状態になるようである。

4. 前頭側頭葉変性症

前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration; FTLD）は前頭葉および側頭葉に変性が目立つ認知症疾患の総称であり，前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia; FTD）・意味性認知症（semantic dementia : SD）・進行性非流暢性失語（progressive non-fluent aphasia : PA）を含んでいる。AD より若い 50～60 歳代に発症することが多く，予後は AD よりやや短く 8 年前後といわれる。

FTD は前頭葉優位型 Pick 病を中心とする類型で，病識に乏しく，「性格変化」と称されてきた逸脱行動や常同行動，被影響性の亢進，情性欠如などの人格や行動の変化が前景に立つが，他の認知機能は比較的保たれている。SD は側頭葉優位型 Pick 病を中心とする

表 2 AD と比較した他の認知症の病像の特徴

VaD	血管障害がコントロールできれば進行が阻止できる 段階的増悪過程と斑（まだら）認知症 麻痺や感覚障害、錐体外路症状などによる基本的 ADL の障害 BPSD では抑うつや不安などの気分・感情障害が目立つ
DLB	注意や意識の動揺、幻視、パーキンソニズム、転倒・失神 抗精神病薬への過感受性、頸動脈洞刺激による過大な降圧・徐脈反応
FTLD	FTD では性格変化と称される逸脱行動・常同行動・被影響性亢進・無関心 SD では語義失語、熟知相貌の意味記憶障害 他の認知機能は比較的保たれる

類型で、語義失語や熟知相貌の意味記憶障害が目立つが、進行すればFTDと同様の行動異常がみられる。PAは進行性の非流暢性失語のみが目立つ類型である。

FTDでは逸脱行動のためにしばしば警察に保護され、主治医に連絡が入ることがある。多くは被影響性の亢進によって、電車内で隣に座った女性の膝に手を置く、デパートで目を引いた品物を持ち去る、無銭飲食などの問題行動を起こすためである。

Ⅲ. 患者本人へのケア

患者本人への対応は疾患や病期に応じて変えなければならないが、一貫して適用すべき基本原則といえるものがある。

1. 知性でなく感情に働きかける

多くの認知症では、自覚的なエピソード記憶は残らなくても、より基層の快・不快や喜怒哀楽・嫌悪・驚きなどの体験に関する情動記憶は残存する⁶。患者が治療・介護の場面や人物に対していったん好感や反感を抱けば、その影響は思いもよらぬほど尾を引くことになる。採血など痛みをとまなう手技や苦手な認知機能検査を患者に強いて反発を招くと、次回の面接でも同様の反応を繰り返すことが多い。

面接する際にも、患者は会話内容を理解していないとしても、話し手の表情や雰囲気は鋭敏に受けとめていると考えておかねばならない。真剣なまなざしは家族には信頼感を与えるかもしれないが、患者には緊張感をもたらす。笑顔と柔和な態度を心がけるべきである。

2. 自尊心・羞恥心・人間的尊厳への配慮

上記とも関連するが、患者はかなり病状が進行しても自尊心・羞恥心を保持している。診察場面で衣服を脱ぐことや日常生活での失敗に対する叱責・非難は患者に屈辱感を与えるものである。家族から患者の家庭での行動を聴取する場合や、家族に病状の見通しを説明する際には、患者と別室で行うよう配慮すべきである。患者に対しては、発病するまで家庭と社会を支えてきた功労者としての敬意を払うべきであり、たとえ寝たきり状態におちいったとしても人間的尊厳は守られねばならない。

3. 行動習慣の容認

それぞれの患者には長年身につけてきた行動習慣

や生活上の流儀というものがあり、行動を自己制御する能力が低下するとそのような行動習慣が強調されてあらわれる場合がある⁷。患者にとっては習慣にもとづいて生活することが最も容易で混乱が少ない。FTDの常同行動や他の認知症の一見無意味と思える反復行動の多くは患者にとって自然な活動なのであり、危険や周囲への多大な迷惑が及ばない限り容認すべきである。これらの行動の阻止や制限はしばしば患者の強い反発を招くので対応に注意せねばならない。

4. 行動異常の誘因に対する推察

徘徊や反復行動など一見無意味にみえる患者の行動には種々の誘因がある^{8,9}。たとえば徘徊の場合、患者は自分の家や部屋がほかの場所にあると誤認し、そこに帰ろうとして歩き回る場合もあれば、台所やトイレを探している場合がある。また、空腹や尿意による生理的な不快感を本人自身が理解できず、やみくもに行動している場合がある。さらに、漠然とした行動欲求を満たすためにただ歩きまわっている場合もある。これらの誘因を介護者が推察し、もし生理的な不快感によるものならばそれを解消することが有効である。漠然とした行動欲求にもとづく徘徊は一定の時間同伴して歩行したうえで自室に誘導すれば多くはおさまる。また、誤認にもとづく徘徊に対しては、同伴して少し歩いたうえで、「今日は遅いからここに泊ってあした帰りましょう」などと理由を述べることで患者が納得することも多い。

5. 在宅介護の状況、虐待の有無のチェック

専門的ケア従事者は家族による在宅介護の状況を把握しておく必要がある。ADLの各領域に関して適切な介護が行われ患者が安全・快適に生活できているか、家族関係が良好に保たれているか、常に目を配るべきである。

ことに患者に対する虐待には注意を要する。身体的虐待、心理的虐待、経済的虐待、性的虐待、介護放棄など、高齢者に対する虐待は全国で年間5000件近い報告があり、約10%に生命の危険があるとされる。被害者のうち認知症が約60%を占め、加害者は息子、嫁、配偶者の順に多い。その20%が医療機関で発見されているという¹⁰。患者の訴え・身体的外傷・精神状態・身なり・清潔さ・家族の態度から虐待の可能性を検討し、疑われた場合には地域包括支援センターに通告する。

6. 身体合併症のチェック

認知症の患者は苦痛に対する感受性が低下している場合があり、また身体の不調を表現する能力も制限されているので、合併症がかなり悪化するまで見過ごされることも多い。客観的所見にもとづく一般的な医学的管理を怠らないよう注意する。

7. 適切な薬物使用

認知症の患者には高齢者が多いので一般的に薬物の代謝機能は低下している。ことにBPSDに対して処方される抗不安薬・睡眠導入剤・抗うつ剤・抗精神病薬は、脱力や過鎮静・せん妄・興奮などを招きやすく、疾患本来に起因するADLの障害やBPSDの発現と誤られる場合があるので注意を要する。興奮や粗暴行為・妄想・睡眠障害などは介護者の対応や生活指導によって落ち着くことも多いので、まずは対応法を工夫し、薬物治療は最小限にとどめるべきである^{11,12}。また合併症に対して処方される降圧剤などの一般的薬剤も過量投与となりやすい。

8. 運転免許の制限

2002年に道路交通法が改正され、認知症患者には運転免許が停止もしくは取り消されることになった。患者が運転する危険性を治療者が認識していたにもかかわらず、十分な説明と対応を怠って患者が事故を起こした場合、治療者の民事責任が問われることがある。車のキーは家族が管理するよう指導せねばならない。

Ⅲ. 家族への援助

認知症の治療において専門的ケア従事者が働きかける対象は、患者本人よりも家族の比重が大きい。このことは患者の介護を担う家族に助言するというだけでなく、認知症のADL障害とBPSDが家族の心身の健康をも損なうからである。在宅要介護者の家族の困難感は、精神的負担64%、介護期間の見通しが立たない52%、肉体的負担41%の順に訴えが多い¹³。認知症の治療の半分は家族への治療であると考えなければならない。

平成12年度から介護保険制度が導入されたが、いまでもその大半を家族が支えている。原因疾患のうち介護度3以上の重症は脳血管障害について認知症が多く約20%を占める。主たる介護者は、同居家族66%、別居家族9%、事業者14%であり、同居介護者の続柄

は、配偶者25%、子の配偶者20%、子供19%である。介護者の75%が女性で、半数以上が60歳以上のいわゆる老老介護である¹⁴。

家族に対して専門的なケア従事者が行うべき援助の要点を以下にあげる。

1. 経過の見通しに関する専門的知識の提供

まず原因疾患に応じた経過の見通しと予測されるADL障害・BPSDを家族に説明することが必要である。ただし、主治医や他の専門職の説明と矛盾がないように、あらかじめ見解を統一しておかねばならない。

前述したように認知症の経過は個人差が大きい、大雑把な説明でも家族にとっては心構えの助けになる。認知症に限らないが、家族への説明は正確・簡潔でありながら、家族が受ける衝撃に配慮したものでなければならない。曖昧な説明は家族の混乱や治療への不信をまねくが、一方、冷厳な悲観的事実だけを説明することは家族の希望を奪ってしまう。病状の不可逆的な進行、全経過が10年近くに及ぶ、根治的治療が確立されていない、介護はいわば後退戦であり負担は大きいが成果は少ない、途中で何らかの問題行動が起きることは避けられない、などは事実であるとしても、家族への説明においてはそうした否定的側面だけでなく、希望をつなぐことのできる肯定的な情報や、生じうる問題への明確な対応法、利用できる援助を提供するよう配慮が必要である。

肯定的な情報とはたとえば以下のようなものである。

①認知症全般に関しては、疾患に応じて認知機能やBPSDを少しでも改善できる薬剤がある。病期の段階と患者の症状に応じて適宜、デイサービス、ショートステイ、各種介護・医療施設への入所などの社会資源を利用することができる。②変性性認知症に関しては、ADではアミロイド生成阻害物質やワクチン療法、万能細胞による細胞工学的治療など有望な根治療法の開発が進められている。③血管性認知症に関しては、高血圧・糖尿病・脂質異常など危険因子のコントロールによって進行を阻止できる、などである。医学や保健・福祉に関する新しい情報を常に仕入れてケアに反映されるよう努力していただきたい。

2. ADL障害への介助法とBPSDへの対応法の指導

ADL障害への介助法の詳細は成書を参照いただきたい。患者への対応法は、上に述べた患者本人に対応

する際の基本原則を家族にも指導する。患者の感情や自尊心の尊重、行動異常や精神症状に対する寛容な対応は患者に身近な家族にこそ一層求められるものである。

不安・興奮や攻撃性・粗暴行為などのBPSDは、介護者の叱責や行動制限により反動的に触発されることが少なくない。徘徊や無目的な行動などは患者の危険や周囲に多大な迷惑が生じないかぎり放置あるいは観察にとどめることが肝要である。妄想は家族の関係を反映していることが多い。被害的妄想において犯人扱いされる対象は多くの場合、嫁や娘などの身近な家族であり、その人物と引き離すなどの指導が奏功する場合がある。

3. 家族への精神的支持

認知症の場合、他の疾患に比べて家族の負担の程度と期間がきわめて大きく長い。多くの家族は介護の負担がいつまで続くかという不安と、その負担が病気の回復という形では決して報われないというニヒリズムに苛まれている。一方、自分たちは十分な介護を患者に与えていないのではないかという罪悪感や、自分自身の老後を患者の姿に投影して恐怖を抱く家族もある。そうした不安や不満が介護者の疲弊やうつ状態の発症、心中事件、患者への虐待となってあらわれる場合がある。治療者は家族の苦勞に共感し、精神的に支持するよう心がけねばならない。

認知症とは患者が赤ん坊に帰っていく過程であり、介護とは介護者による親の世代への恩返しであるという説明や、衰えていく人に寄り添うことは人倫的で崇高な行為であるとの称賛が家族を支えることがある。認知症の家族は介護という行為の意義づけを求めているのである。

4. 家族の状況とニーズを把握する

家族に過大な負担がかからないよう援助するためには、家族構成・経済状態・人間関係・家族の人柄を把握しておく必要がある。とりわけ配偶者が健在であるか、常時介護しうる家族がいるか、幼い孫が同居しているかなどは重要な情報である。

それぞれの家族には何十年にも及ぶ歴史があるのでその心情はさまざまである。最期まで患者と残された時間を共有したいと願う人もいれば、早くから施設への入所を希望する家族もある。治療者の道義感を投影して家族に反感を覚えることもあるが、患者には決して

よい結果を招かない。家族の身体的・精神的状態を把握し、家族のニーズを軸にその時々々の患者の状態を踏まえた介護のあり方を助言すべきである。

5. 社会資源の利用に関する援助

在宅介護の困難さは社会資源の利用によって大きく軽減することができる。それらの利用に関する専門的ケア従事者の役割は重要である。生活支援システムの内実は各自自治体によって異なっており、構造が把握しにくい面もあるが、一応の知識は蓄えておかねばならない。市町村の福祉担当窓口、社会福祉協議会との連絡を確保しておくことが円滑な対応につながる。

公的サービスの利用についてはまず介護認定を受けることが第一歩であり、主治医への各種の診断書・意見書等の作成

在宅介護におけるホームヘルパー、デイ・サービス、ショート・ステイの利用や、認知症や合併症によって在宅療養が困難になった場合に、老健施設、福祉施設、総合病院、精神病院、認知症病棟などへのスムーズな入院・入所が可能になるよう、地理的条件や患者の病状に応じた病院・施設との連絡を確保しておくことが必要である。

文献

- 1) 西川隆 (2006) 認知症 (痴呆). (In「高次脳機能障害 その概念と画像診断」, 武田克彦, 波多野和夫編), 中外医学社, 212-249.
- 2) 西川隆, 池尻義隆, 中川賀嗣, 他 (2000) アルツハイマー病の鑑別診断; 脳形態・機能画像. 老年精神医学雑誌 11: 859-866.
- 3) 武田雅俊, 篠崎和弘, 西川隆, 柏木雄次郎 (1999) 痴呆性疾患の診断・治療・ケア. Modern Physician 19: 712-714.
- 4) 武田雅俊, 西川隆, 篠崎和弘, 他 (1999) 老年期痴呆を来す疾患 - 治療可能な痴呆を含めて -. 精神科治療学 14: 22-27.
- 5) 田辺敬貴, 西川隆, 中川賀嗣 (1996) 痴呆の神経心理学 - 記憶障害の観点から -. 老年期痴呆研究会誌 9 (別冊): 18-25.
- 6) 西川隆, 池尻義隆, 武田雅俊 (2001) 老化と記憶. 老年精神医学雑誌 12: 1246-1252.
- 7) 西川隆, 水田一郎, 武田雅俊 (2001) 高齢者と痴呆老人の行為障害 - 強迫行為とその周辺 -. 老年精神医学雑誌 12: 903-908.

- 8) 武田雅俊, 西川隆, 徳永博正, 他 (2001) 痴呆患者の問題行動・精神症状とその解釈. 老年期痴呆研究会誌 12: 124-129.
- 9) 武田雅俊, 篠崎和弘, 西川隆, 田中稔久 (2003) 痴呆に伴う感情・行動・認知障害. 診断と治療 91: 249-253.
- 10) 厚生労働省医療経済研究機構調査検討委員会 (2004) 家庭内における高齢者虐待に関する調査. 平成 15 年度老人保険健康増進等事業.
- 11) 池尻義隆, 篠崎和弘, 西川隆, 武田雅俊 (2001) アルツハイマー病の初期の薬物治療. 精神科治療学 16: 429-432.
- 12) 池尻義隆, 西川隆, 徳永博正, 武田雅俊 (2002) アルツハイマー病の行動・精神症状に対する薬物療法の実際と問題点. 分子精神医学 2: 297-299.
- 13) 長寿社会開発センター介護支援専門員テキスト編集委員会 (2006) 介護保険制度と介護支援. 改訂介護支援専門員基本テキスト第 1 巻.
- 14) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2006) 平成 16 年国民生活基礎調査第 2 巻全国編. 厚生統計協会.

