

# 認知症になっても、 介護される人も介護する人も笑顔に

認知機能を失っていく人はどんな気持ちでいると思いますか？

認知症は、「認知機能とともに生活が障害されている状態」と定義される。その生活障害の要因に「妄想」「興奮」「徘徊」「暴言」「焦燥」「不安」「不眠」「幻覚」などの行動心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD, 周辺症状に相当) がある。BPSDは介護者や家族の負担を増加させて介護に支障をきたすことから、認知症ケアの最大の課題となっている。認知症の効果的なケアについて研究されている山口晴保先生は、認知症ケアならびにBPSDへの対応について、現状で最も欠けている点は認知症に対する正しい理解だという。認知症の人の正しい理解と効果的なリハビリテーションの考え方、薬物治療では抑肝散を中心とした漢方治療の役割について聞いた。

## 認知症の人の立場にたって接することを忘れていない

認知症は脳の破壊を伴う器質的疾患が原因であるため、認知症状 (中核症状) には脳病変の部位と程度が大きく関与し、それに加えて性格や病前の知能レベルなどの個人因子、家族・住居・介護・医療などの環境因子が少ないうちで影響します (図1)。一方、BPSDはこの関係が逆転し環境因子が大きな要因となります。

たとえば認知症の典型的なBPSD

である「妄想」では、財布などの「物盗られ妄想」が最も多く、多くは患者自身がしまい込んだ場所を思い出せない記憶障害でありながら、自分が物忘れをすることを受け入れがたいために「盗られた」とする心理的逃避によって引き起こされています。

人間は誰でも、追いつめられるとそのような行動をとるものです。認知症の人も同様で、受け止めきれないような強いストレスを受けた結果、それ以上の苦しみを避けるために責任を転嫁する反応 (物盗られ妄想など) を引き起



やまぐち はる やす

## 山口 晴保

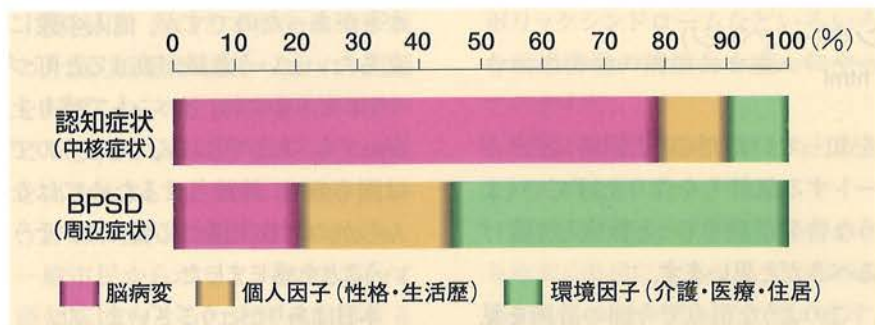
群馬大学医学部保健学科  
基礎理学療法学 教授

1976年群馬大学医学部卒業。大学院博士課程修了。86年同大学医療技術短期大学部理学療法学科助教授。90年教授。96年医学部保健学科に改組、現在に至る。90年ハーバード医科大学神経学教室へ留学。98年ライデン大学医学部客員教授 (アルツハイマー病研究担当)。専門はアルツハイマー病の神経病理学、リハビリテーション医学。

脳内Aβタンパクの沈着機序を一貫して研究。実績を生かし、認知症の治療とケア、脳活性化リハビリテーションに取り組む。日本認知症学会理事、群馬県地域リハビリテーション協議会委員長、ぐんま認知症アカデミー代表幹事などを務める。第27回日本認知症学会 (2008年) 会長。著書に『認知症予防一読めば納得! 脳を守るライフスタイルの秘訣-』 (協同医書出版社) ほか、テレビ出演も多数。

こしているのです。財布をしまいこんだ場所を忘れるという記憶障害は、脳病変によるものですから、それを責めることは解決にはなりません。むしろ介護者と患者の関係を硬直化させてケアをより難しいものにしてしまう恐れがあります (図2の「悪循環」)。

ここで大切なのは、そのときの認知



周辺症状は中核症状に比べて環境因子や個人因子の影響が大きい。

図1 認知症の症状と脳病変の関係

(山口 晴保: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント, 協同医書出版社, 2005)

症の人の心境, すなわち不安や寂しさ, 自分の脳が壊れていくという喪失感を理解することです。認知症ケアでは, 認知症の人が置かれている状態を理解することがなによりも重要であり, そのうえで自分を失っていく不安感に対し, 安心感を与えるような対応をとることがポイントです。具体的には介護者が「共感」と「受容」の立場で接することであり, それによって認知症の人の精神は穏やかになってゆきます。家族であるがために難しいこともあります, 快刺激を与えれば快反応が返ってくるという情動応答の原則(図2)を知っておくだけでもケアは楽になるのです。

### 脳活性化リハで認知症の発症や進行を遅らせることができる

認知症は脳病変が原因ですが, 病変の程度がそのまま臨床症状につながるわけではありません。廃用が身体機能を低下させるように, 脳も使わなければ認知機能が低下してゆきます。しかし, 逆に前向きに楽しく使うことで認知機能が向上して認知症の発症や進行を遅らせることもできるのです。その手段としては脳活性化リハビリテーションがたいへん効果的です。脳活性

化リハは, ①快刺激が笑顔を生む, ②コミュニケーションが安心を生む, ③能力を発揮し役割を演じることが生きがいを生む, を原則としています。この原則を守れば, 手法は回想法でも音楽療法でも音読や計算でもよいのです。これらの手法と散歩や体操などの身体活動を組み合わせてプログラムを作成します。

たとえば手続記憶を再現する作業回想法では, 認知症の人がかつて用いていた古い生活道具の使い方を教えるという役割を果す脳活性化リハを実施しています。認知症の人は他人に道具の使い方を教えるという先生役でその場の主役となり, 生き生きとした表情が生まれてきます。自分が輝いていたころを思い出したり, 他人に認められる時間をつくることは非常に重要なケアなのです。

### よりよいケアを支える薬物療法併用薬として使いやすい抑肝散

現在, 抗認知症薬としてコリンエステラーゼ阻害薬があり, わが国ではドネペジルがアルツハイマー型認知症の効能・効果で唯一保険適応されています。アセチルコリン濃度を上昇させるために認知機能は高まるものの,

「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント」  
編著・山口晴保, 協同医書出版社



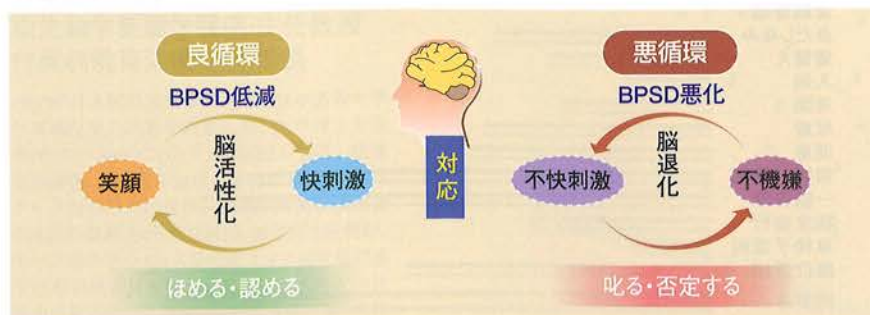
妄想や徘徊, 暴力などが強い例などでは行動が活発化して, 介護がさらに困難になることもあり

ます。また, BPSDで用いられる非定型抗精神病薬は, 米国食品医薬局(FDA)から投与後の死亡リスクを高めるとした警告も出されています。

こうしたなか認知症そのものへの適応はないものの, 抑肝散(TJ-54)がBPSDの改善に有効であることが報告されています。抑肝散投与によりBPSDの指標であるNPI(neuropsychiatric inventory)スコア, および興奮・攻撃性, 焦燥感・易刺激性, 異常行動が有意に改善する一方で, 日常生活動作(ADL)の指標は低下させなかったことが示されました。また, レビー小体型認知症のBPSDに対する改善効果なども報告され, 認知症のBPSDに対してとても有用な薬剤です。

抑肝散には非定型抗精神病薬にみられる身体機能への副作用がないため, 臨床で使いやすい薬剤です。投与経験から, 妄想などの改善のほかにも表情が穏やかになる, 明るくなるなどの効果が期待でき, ドネペジルで興奮や多動などの陽性症状が強まった場合には抑肝散の併用で症状の緩和が得られることがあります。夜間せん妄にも有効です。

作用がマイルドなため症状が高度な例では抗精神病薬に頼らざるを得ない場合もありますが, 症状が落ちついたら抑肝散を2週間ほど併用



快刺激は笑顔を引き出してBPSDを減らし, さらに笑顔を生む。この良循環が脳を活性化させる。

図2 情動応答の原則

(山口 晴保: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント, 協同医書出版社, 2005)

し、その後抑肝散単独投与へ切り替えていくとよいでしょう。また、抗精神病薬の副作用が現れやすいレビー小体型認知症では、少量のドネペジルと抑肝散の併用が最適な組み合わせだと思えます。

ただし、抑肝散の副作用として低カリウム血症が現れやすいので、常用量の長期連用には注意が必要です。

### 抑肝散は“調節系”薬剤 うつ時の食欲低下に六君子湯

抑肝散の作用機序については、動物実験からセロトニン神経系の調整とグルタミン酸神経系の抑制による神経細胞の過剰興奮抑制が考えられています。脳内のセロトニン濃度を高めるSSRIは前頭側頭型認知症の落ち着きのない行動を抑制しますが、抑肝散にも同様のメカニズムがあることが推測できます。ドネペジルが“活性化系”薬剤とするなら抑肝散は“調節系”薬剤といえるでしょう。

抑肝散には構成生薬の釣藤鈎にβ蛋白の重合・線維化阻害作用が報告されるなど、アルツハイマー病の根本治療薬としての可能性もありますが、現時点での最大の意義は認知症における介護負担の軽減といえます。BPSDが多少でも軽減すれば介護にあたる家族にもゆとりができて笑顔となり、患者も穏やかになるといふ好循環が生まれます(図2)。

抑肝散は古典的には小児の夜泣きや疳の虫への効果が記載され、“母子同服”が推奨されていますが、介護者の不安や易怒が抑肝散で改善し本人・介護者ともに笑顔が戻った例も経験しています。

終末期に最も問題となる嚥下困難では、胃瘻を造設しても唾液が飲み込めないため誤嚥性肺炎を生じます。誤嚥性肺炎の防止として、口腔ケアとともにACE阻害薬の投与でサブスタンスPの分解を抑えますが、同じ効果が半夏厚朴湯(TJ-16)にも期待できます。また、認知症からうつ状態を発症した時の食欲低下には六君子湯(TJ-43)の効果が高く、これについても試みるべき薬剤だと思います。

### 認知症のアウトカムは笑顔 大切なのは豊かな老後

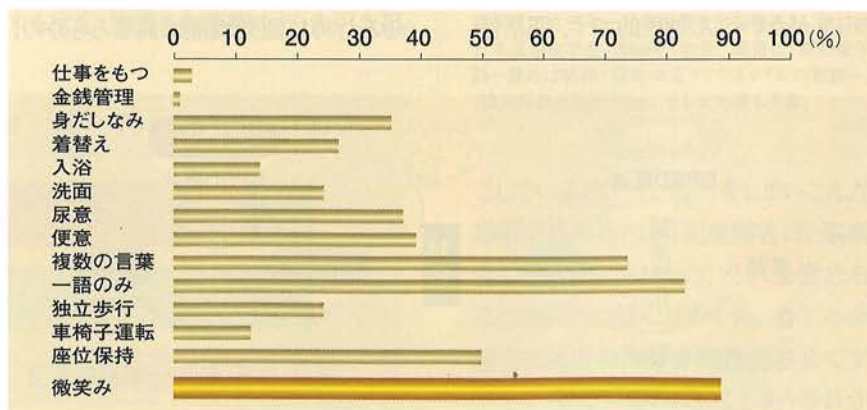
認知症で失われてゆく機能は、人間が生後に獲得していく機能の順序と逆になるという仮説があります。アルツハイマー病の病期を示すFAST(行動観察による進行度評価)はこの考え方に沿った指標で、乳児が最初に覚える笑顔が同病で最後に失われる機能とされています。私が介護老人福祉施設で行った調査でも、微笑む能力は9割の高齢者で残存していました(図3)。

私は認知症医療のアウトカムは本人と家族に笑顔が出ることだと考え



山口先生の監修による啓発ポスター

ています。そのためには認知症という疾患について正しく理解し、適切な薬物治療と効果的なりハビリテーションを組み合わせた包括的な取り組みが重要です。65歳以上の高齢者で最大10%程度が認知症を発症するともいわれており、だれもが認知症の発症リスクを持っています。しかし、たとえ認知症になったとしても笑顔で生活できる環境があるならば、それほど怖れる病気ではないと思います。大切なのは豊かな老後であり、笑顔でいられる期間をできるだけ長くしてあげること、それが認知症の医療とケアの目標ではないかと考えています。



小児以降の発達段階で得た能力のうち「微笑み」が9割で残っていた (n=131)。

図3 高齢者に最後に残る能力

(山口 晴保: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント, 協同医学出版社, 2005)