

● 特集 ●
認知症とストーマケアMay 2015 Vol.19-2 通巻82号
2015年5月20日号

▶目次

p1-p4

認知症を理解する

p5-8

認知症ケアの具体的な進め方

p10-14

認知症症状のある患者のストーマケア

アルメディアは、オールケア（全人的ケア）のための情報誌（メディア）として名づけられました。

認知症の概念

1. 認知症とは

認知症とは、「①意識は保たれているが（せん妄ではない）、②脳に病変を生じたために、③記憶や認知、判断などの認知機能が持続的に低下し、④独居生活を営むには手助けが必要なまでに、生活（管理）に困難をきたした状態」である。多少記憶力が悪くても、金銭管理、財産管理、買い物などが独力でできれば、認知症ではない。

認知症を理解する

：認知症の種類と症状，対応の原則



群馬大学大学院保健学研究科教授

山口 晴保

アルツハイマー型認知症の具体例を示す。

80歳代のAさん（主婦）は、お金や通帳をあちこちに隠す。そして、見つからないので「盗られた」と言い出す。捜してみると、冷凍庫から財布が出てきたり、古新聞の間から通帳が出てくる。電話を受けてもメモをとろうとせず、10分もすると、「電話などなかった」と言う。食事の用意はするが、簡単なおかずが毎日のように続く。その反面、身体機能が保たれているので、歩行は安定しており、ニコニコとおしゃべりする。

このように、認知症においては記憶障害や実行機能障害などの認知症状（中核症状とも言う）により生活障害が引き起こされる。初期は金銭管理などの手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living：IADL）が障害されるが、進行すると更衣・整容、排泄などの基本的日常生活動作（Basic Activity of Daily Living：BADL）障害を生じる。このため、認知症の人の生活を支えること、すなわち生活支援が必要になる。最後は歩行困難で寝たきりとなり、失禁、発語困難、嚥下

障害によって死を迎える。

例示のような、しまい忘れなのに「盗られた」という妄想や、暴言・暴力など介護者が困る症状を行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD；かつての周辺症状）という。BPSDには介護者の態度や生活環境、本人の性格や生い立ちなどの要因が深くかかわっている（図1）。このため、介護者への適切な指導や環境調整、さらには適切な薬剤調整によりBPSDを軽減・消失できる。後に「認知症の本質」で述べる「病識低下」を介護者が理解し、本人の嫌がることをしなただけでも興奮性のBPSDは低減できる。

2. 認知症は病気？それとも老化？

2012（平成24）年の時点で65歳以上の高齢者における認知症有病率は15%であり、全国の認知症の人数は約462万人と推計された¹⁾。さらに、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には約700万人に達するものと推測されている²⁾。

年齢と認知症有病率（認知症にな

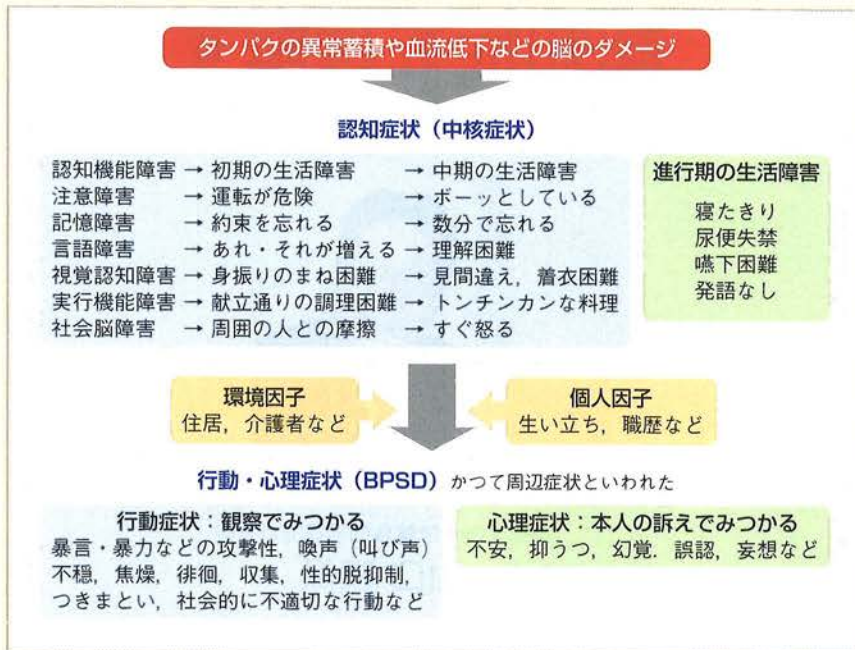


図1 ● 認知症の症状と生活障害

る割合) の関係をみると、加齢とともに急増し(5歳長生きするごとに約2倍に増え)、95歳以上では8割が認知症である(図2)。この図は、長寿そそが認知症の最大の要因であり、認知症が老化に伴う病気であることを示している。

65歳未満での発症を若年性認知症というが、これらは認知症全体の1%程度(約5万人)に過ぎない。

3. 認知症の本質

認知症は、記憶などの認知機能が低下するだけではない。自分の認知機能のレベルを客観的に評価して(メタ認知)、認知機能が落ちていることを自覚する能力、すなわち病識が低下する。この「病識のなさ」こそが認知症の本質であり、介護の困難を引き起こす。適切なケアのためには、「本人は自分が病気だと思っていない」ことを理解しておく必要がある。例えば、受診を嫌がったり、介護の受け入れを拒否するが、「あなたは病気だから必要」と説明してもうまくいかない。

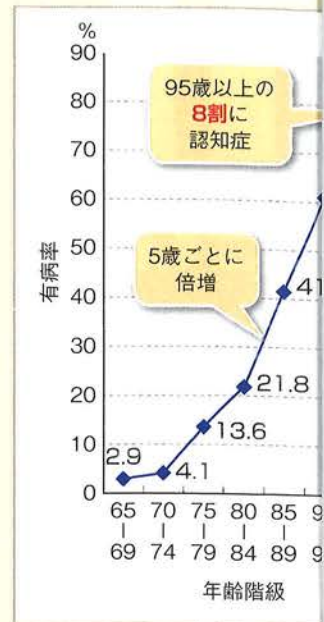


図2 ● 認知症の有病率 (実態)
平成25年6月厚生労働省発表

表1 ● 認知症初期症状11項目質問票 (SED-11Q)

- ① 同じことを何度も話したり、尋ねたりする
- ② 出来事の前関係がわからなくなった
- ③ 服装などの身の回りに無頓着になった
- ④ 水道栓やドアを閉め忘れて、後かたづけがきちんとできなくなった
- ⑤ 同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
- ⑥ 薬を管理してきちんと内服することができなくなった
- ⑦ 以前はできばきできた家事や作業に手間取るようになった
- ⑧ 計画を立てられなくなった
- ⑨ 複雑な話を理解できない
- ⑩ 興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
- ⑪ 前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった

4. 認知症に気づくには

筆者は、認知症初期症状11項目質問票 (SED-11Q) を開発した(表1)。「同じことを何度も尋ねる」など、初期の段階で家族が変だなど感じる症状が並んでいるので、これを読むことで認知症の初期症状をイメージできる。この11項目を介護者が客観的に評価して、3項目以上該当すれば認知症が疑われる。また、これとは別に「妄想と幻視」の2項目のうち一つでも該当すれば、治療が可能なので受診を勧める。用紙は山口晴保研究室のホームページからダウンロードできる (<http://www.orahoo.com/yamaguchi-h/>)。

認知症の種類と症状

認知症を引き起こす病気は多岐にわたるが、代表的な5疾患で大別されている。原因疾患ごとに特徴的な症状を示すので、介護者によるチェックリスト「認知症病型分類DDQ43」³⁾を用いることで、ハイマー型以外の認知症の発見を防げる。

1. アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症の発症の20年以上前からβタウが老人斑アミロイドとして沈

発症の10年ほど前からはタウタンパクが神経原線維変化として沈着し、発症の数年前から記憶障害のみが顕在化する軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) となる。

アルツハイマー型認知症は、もの忘れが初期症状かつ主症状である。近時記憶 (数分~数か月) がとくに障害される。進行とともに近い記憶から失われていき、過去の時代に生きるようになる (年齢を尋ねるとだんだん若返る)。記憶が消えると状況がわからなくなり、「自分はどこにいるのだろう、何をしているのだろう」などの不安が強くなる。そのほか、注意障害 (運転に危険が及ぶ) や実行機能障害 (調理などが段取りよくできない)、失認 (見たものを正しく認識できない) などの症状もみられる。

進行すると、身の回りの動作、例えば、洋式トイレを使う、着替えをするなどがうまくできなくなる。椅子に座るといった簡単な動作にも、誘導が必要になる。

治療薬には、アセチルコリンを増やす「元気系」薬剤3剤 (ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン) があり、生活力を高めるが、ときに怒りっぽくなるなどの副作用が出る (中止すれば穏やかになる)。胃腸障害や徐脈、気管支喘息、頻尿などの副交感神経刺激作用にも注意が必要である。一方、メマンチンは「穏やか系」の薬剤で、盗られ妄想や易怒性などに有効だが、量が多すぎると傾眠傾向となる。

2. レビー小体型認知症

レビー小体型認知症の脳や末梢神経系には、 α シヌクレインというタンパクが蓄積する。認知機能低下だけでなく、①幻視 (子どもが見えて、

追い出そうとするなど)、②伴侶など身近な人を別人だという誤認妄想、③パーキンソニズム^{注1}、④夜中に夢を見て、大声を出したり、相手を殴るなどの動作を伴うREM睡眠行動異常、⑤便秘、立ちくらみや失神といった末梢性自律神経障害が高頻度に見られ (すべてが揃うわけではない)、症状が変動することが特徴である。

転倒しやすく、施設入所の際には「失神などでいきなり転倒するので注意しても転倒は防ぎきれない」ことを介護者に伝えておく必要がある。

経過は緩徐進行性で、認知機能・身体機能ともに低下して寝たきりとなり、長くて10年の経過ののち死を迎える。

認知障害に対しては、2014年にアリセプト[®]が保険適応になった。抑肝散という漢方薬が幻視や妄想に有効である。パーキンソニズムに対してはパーキンソン病治療薬が使われるが、使い過ぎると幻視や妄想が悪化する。

3. 前頭側頭型認知症

前頭葉または側頭葉を中心に限局性に萎縮するのが前頭側頭型認知症 (ピック病) である。

主に前頭葉が萎縮するタイプ (行動型) は独特の行動障害を示し、野性的・幼兒的になる。我慢ができない、すぐに怒る、思い立ったらじっとしてられない、同じ行動を何度も繰り返す (常同行動)、自分勝手なルールにこだわるなど、介護に困難な症状を示す。一方、記憶は比較的保たれる。病識を欠き、他人の気持ちを理解したり共感することができなくなり、社会のルールを守れない。このため、しばしば万引きが問題となる。

主に (左) 側頭葉が萎縮するタイ

プ (意味性認知症) は、ありふれた日用品の名前がわからないことが主症状となる。例えば、「カバンを渡して」と頼まれたときに、「カバンって何?」と聞き返す。カバンという物品名とカバンという品物の概念が結びつかない。また、顔を見ても誰だかわからないという相貌失認もみられる。進行すると決まった時刻に特定の行動を起こす「時刻表的生活」などの前頭葉症状もあらわれる。

前頭側頭型認知症は徐々に進行し、上記のような過活動状態からアパシー (著しい自発性の低下) になり、最後は寝たきりになって死を迎える。

家族が困る症状に対して、行動を抑制するような薬 (抗精神病薬) が用いられる。しかし、この薬剤は副作用 (パーキンソニズム、転倒、誤嚥) に注意が必要である。

4. 血管性認知症

血管性認知症とは、脳梗塞や脳出血などが原因で引き起こされる認知症であるが、広範囲の大脳白質虚血 (ピンスワンガー型) によって、アルツハイマー型認知症と同様に徐々に進行する例が多い。不整脈や糖尿病などがリスクとなる。

認知スピードが遅くなり、反応が鈍くなる。アパシーやうつ状態が多い。大脳基底核病変ではパーキンソニズムを伴う。歩行スピードが低下し、バランス障害で転倒しやすい。構音障害^{注2}や嚥下障害 (仮性球麻痺) も比較的早期からみられる。

すでに生じた脳梗塞は元に戻らないので、再発予防として、抗血小板薬 (血液を固まりにくくする薬) や脳循環改善薬 (脳血流を増やす薬) を用いる。運動障害を伴うことが多いので、廃用症候群防止のための生活指導やリハビリテーションも大切である。

注1 パーキンソニズム (パーキンソン症候群) とは、四肢の筋肉が硬く (固縮)、動きが遅く・少なくなる (無動)、表情が乏しくなる、歩行が小刻みになり、バランスも悪化するといった、パーキンソン病と同じような状態をいう。

5. 治療可能な認知症

正常圧水頭症は、認知症の5%程度を占める。①ボーッと反応が鈍い認知障害(血管性認知症に類似)、②すり足で小股に歩く歩行障害(パーキンソン病類似)、③尿失禁が、三大症状である。

まれに、甲状腺機能低下症やビタミンB₁₂欠乏症などに起因し、治療可能なケースがある。

対応の原則

認知症の脳病変は緩徐進行性なので、認知機能は徐々に低下していく。しかし、適切な薬剤投与とリハビリテーションやケアによって進行を遅らせることができる。また、介護者が困るBPSDは、適切なアプローチで軽減できる。そのため、認知症は治らない病気とあきらめるのではなく、本人や家族が困っている事柄に対して個別に対応することが基本となる。とくに高齢者の場合は、認知症になることが「病気」というよりも「歳相応」(95歳以上の8割が認知症)ということもあり、発症年齢や病期、原因疾患に応じて、薬物療法、告知、リハビリテーションやケ

アなどを変えていく必要がある。

1. ケアの原則

認知症に対するケアの原則に「パーソンセンタードケア」がある。従来のケアは、介護者本位で、効率よくケアするためのものであり、認知症の人の気持ちは考えられていなかった。そこで、「その人らしさ」(personhood:ひとりの人間として大切にされる存在であること)をケアの中心に据えて、認知症の人の気持ちを介護者がくみ取って、本人の意向に沿い、本人の尊厳を傷つけないようにケアする。この人間愛にあふれたケアの理念がパーソンセンタードケアである。愛情をもって接すれば、興奮や攻撃的行動などのBPSDは軽減・消失する。認知症の人の尊厳が守られ、残された能力を活かして、穏やかに生活できるように支援することが、認知症ケアにおいて最も重要な点である。

2. リハビリテーションの原則

筆者は脳活性化リハビリテーション5原則を提唱している。それは、①快刺激:楽しいリハビリテーションで笑顔を生む、②コミュニケーション:笑顔の双方向コミュニケーション

で安心を生む、③役割を持たせる:認知症の人が役割や日課を持つことで、生きがい生まれ、尊厳が守られる、④ほめ合い:ほめた方もほめられた方も、ともに楽しく、意欲が向上、⑤失敗を防ぐ支援:成功体験を積んで抑うつを防ぎ、やる気を向上させる、というものである。

まとめ

服薬管理ができないなどの生活困難を抱えている認知症の人を、一人の人間として認め、ともに楽しく、ともに役割を發揮し合い、ほめ合える絆を作りましょう。

文献

- 1) 厚生労働科学研究「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成23年度~平成24年度)総合研究報告書(研究代表者・筑波大学朝田隆教授)
- 2) 2015年1月の厚生労働省発表http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_taisaku/dai1/siryou1.pdfによる。福岡県の「久山町研究」に基づき厚労省研究班が算出。
- 3) 認知症病型分類質問票DDQ-43 <http://www.orahoo.com/yamaguchi-h/内「What's New」の「認知症病型分類質問票DDQ43」>

山口晴保(やまぐち・はるやす) 脳の病理と神経学を学び、認知症の臨床に取り組みながらいつも悩んでいる迷医。

Clinical Question

1. 精神疾患やもともと障害を持つ(ストーマなど)人が認知症になった場合の対応の原則はありますか?
ありません。……ではつれない返事なので、障害があろうとなかろうと、「その人を大切にする」という認知症ケアの原則は変わりません。

2. 認知症は予防できますか?

予防の定義によります。予防を先送りとするれば、予防可能です。例えば身体活動が認知症のリスクを下げる、すなわち予防効果を持っていますが、同時に寿命が延びます。寿命が延びることは認知症の最大のリスク(5年延びると倍増する)なので、予防していても長生きするといずれはなるという意味で、先送りです。

注2 構音障害とは、言語機能が壊れる失語症とは異なり、適切な文章を作れるが、舌や口唇の運動麻痺により、ろれつが回らない状態、すなわち発語障害をさす。