

# 「認知症は治らない」 からの脱却

山口晴保

群馬大学医学部保健学科

前回は、「認知症になっても諦めないで、脳活性化リハで生活意欲を高めて笑顔に！」をテーマにしました。今回は適切な認知症医療の重要性を訴えます。もちろん適切なケアが前提ですが、認知症になっても、適切な医療で良くなる症状があり、認知機能が改善することもあります。そこで、笑顔を取り戻したケースを紹介し、ケア職の気づきの重要性を示したいと思います。

## 認知症医療のルネサンス 「認知予備能」という考え方

認知症は「脳の病気によって生じるので治らない」と考えられています。しかし、認知症の症状は脳病変だけでは決まらないことも明らかです。たとえば、米国の修道女を長期間経過観察したナン研究では、死後の脳にはアルツハイマー病の病変ができてあがっているのに、日々の生活では認知症の症状が全くなかったケースが見つかりました。頻度は数パーセントですが、ライフスタイルによっては脳病変に打ち勝つことも可能なのです。

認知障害は脳病変だけでなく、認知予備能(余力)や廃用性脳機能低下の影響を受けています。ですから、脳病変ができて、余力を高め、廃用を防ぐ対応が有効です。この方法として、前回は脳活性化リハを紹介しましたが、薬剤では塩酸ドネペジル(アリセプト<sup>TM</sup>)や漢方<sup>よくかんさん</sup>の抑肝散が意欲向上・廃用防止に有効です。

## 医療的ケアが特に有効な レビー小体型認知症

レビー小体型認知症は、適切な医療が欠かせない疾患です。症状の劇的な改善も期待できるからです。ここで私がかかわったレビー小体型認知症の症例を紹介します。

Aさん、70代の女性。初診の半年前から「死んだ人が出てきてこたつでご飯を食べている」「風呂の中に石塔が出てきた」などのリアルな幻視があり、それを否定する夫を杖で殴ることもあった。夫を他人と思い「私が夫に買ってあげた服をなぜあなたが着ている。服を脱げ！」と怒るなど、幻覚妄想と暴行が続き、近医から降圧剤や胃薬などを含めた5剤を処方されていた。

幻覚妄想や暴行で手がつけられないと地域包括支援センターから紹介される。初診時、①症状が日々変動、②軽いパーキンソン症状、③リアルな幻視、④HDS-Rは8点と低下。

レビー小体型認知症が疑われたが、まずは、せん妄(興奮を伴う軽い意識障害)の原因となりそうな3薬剤を中止・変更するとともに、ドネペジルを減量し、抑肝散2.5gを投与すると、2週間で症状が落ちつきおだやかになり、夫に暴力を振るわなくなる。

その後、「元気すぎる」という介護者の意見によりドネペジルを中止したが、安定した生活が続く。HDS-Rは18点に改善し、家族は「別人のように穏やかになった」と驚いている。現在は21点まで回復し、デイサービスに通い、他の認知症利用者の世話を焼いている。

Aさんの症例のように、子供や蛇などの幻視が頻繁に出現し、見えたものを振り払うなど動作を伴ってリアルに見えているようなら、レビー小体型認知症を疑います。

また、「子供が来ているのでご飯を食べさせなければならぬ」などと幻視が妄想に結びつくこともレビー小体型認知症の特徴です(幻の同居人)。

やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学医学部保健学科基礎理学療法学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防～読めば納得！脳を守るライフスタイルの秘訣』（ともに協同医書出版）。日本認知症学会理事。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事



「もの盗られ妄想」が特徴的なアルツハイマー病と異なる点です。

レビー小体型認知症は薬剤過敏性が高いので、せん妄を起しやすく、注意が必要です。Aさんではせん妄が生じやすい薬剤を変更したことも有効だったと思います。薬剤に過敏ならレビー小体型認知症を疑いましょう。ドネペジルもレビー小体型認知症では少量で有効なケースがあります（保険適用の用量ではありませんが、よく効くので常用量での効き過ぎ症状に注意が必要）。

Aさんは他の利用者の世話を焼くまでに回復し、家族から「先生は手品師ですか？」とお褒めの言葉をいただきました。本人も、毎日杖で殴られていた夫も、医師もみんな笑顔になりました。

## 見逃されがちなレビー小体型認知症 ケア職がいかに気づくかがポイント

Aさんのようなケースは認知症全体からみれば稀です。しかし、レビー小体型認知症は、注意深く見つけ出すと認知症全体の2割くらいを占めています。

レビー小体型認知症を発見した小阪憲司先生は「主治医からはアルツハイマー病と言われたが、家族がレビー小体型認知症ではないかと疑って受診する例が多い」と話されています。本来は主治医が気づくべきですが、まだ知名度が低くて見逃されることが多い疾患です。

ですから、ケア職がレビー小体型認知症ではないかと気づく必要があります。①もの盗られ妄想とは違う妄想やリアルな幻視、②症状の変動（頭がはっきりしていたり、ボーとしていたりと変化が大きい）、③身体が硬くなるパーキンソン症状の3つのうち2つ以上の症状があったらレビー小体型認知症を疑い、レビー小体型認知症を診断できる医師に紹介してください。幻視がなかなか消えないなど治療に手こずるケースもありますが、適切な治療で良くなるケースが多いからです。

## 認知症ケアに不可欠な グループホームの存在

アルツハイマー病でも、ドネペジルと抑肝散で認知機能がゆっくりと回復するケースや、進行がとても穏やかになるケースを経験しています。そのようなケースに共通することは、①介護者が受容的で優しいことと、②孫の世話など役割や日課を持っていることです。たとえば、本当は利用者一人である認知症のBさんは、デイサービスに協力してもらうことで、ボランティアとして他の認知症の利用者の世話を焼いています。いきいきとデイサービスにボランティアのつもりで通うBさんは進行がとても穏やかです。

「認知症は治らない」という古い概念を捨て、適切な医療とケアで良くなることがあるという期待を持ち、前向きにかかわりましょう。

先日、アルツハイマー病が進行した高齢女性の家族から「特養のショートステイに預けたら、夜中に他の入居者の部屋に入ってしまった騒動になったので、もうショートステイの利用はお引き受けできないと言われた」という訴えがありました。新しい環境に移ったら、特に夜間は居場所がわからなくなってうろつくのは想定範囲内の出来事です。そのことを理由に断るような施設が本来あってはならないと思います。グループホームだったらそんな施設はないでしょう。認知症ケアにグループホームは不可欠な施設です。

特養に比べると医療的ケアが少ない面もありますが、逆にグループホームは好きな主治医を選べます。ぜひ認知症のわかる医師、ケア職がレビー小体型認知症を疑えば専門医へ紹介してくれる医師と協働して認知症ケアに当たってほしいと思います。そうすれば、入所者にもケア職にも笑顔が増えるはずですよ。

レビー小体型認知症は治療に反応しない例など介護困難事例も多くありますが、だからこそ病態に応じた適切なケアが必要なのです。