

## Ⅲ. 認知症

認知症ってどんな病気？ . . . . .	50
アルツハイマー型認知症 . . . . .	54
レビー小体型認知症（DLB） . . . . .	58
前頭側頭型認知症（FTD） . . . . .	62
脳血管性認知症 . . . . .	66
治る認知症を見逃さない（特発性正常圧水頭症） .	70
認知症の治療 . . . . .	74
認知症の介護と患者の擁護 . . . . .	76

# 認知症ってどんな病気？

## 認知症ってどんな病気？

脳は記憶をしたり、言葉を話したり、判断したりするために重要な器官です。もしも、なにかの原因で脳の神経細胞が壊れると、私たちはこのような精神活動ができなくなります。そして障害の程度が自立して日常生活を送ることができなくなるくらい重くなった状態を「認知症」といいます。

認知症は、年をとることにより低下する精神活動の範囲を超えて異常に低下する「状態」を現す言葉で、特定の病気を指す言葉ではありません。認知症を引き起こす原因となる病気には、アルツハイマー病、血管性認知症、外傷による脳損傷、脳腫瘍など、いろいろなものがあります。

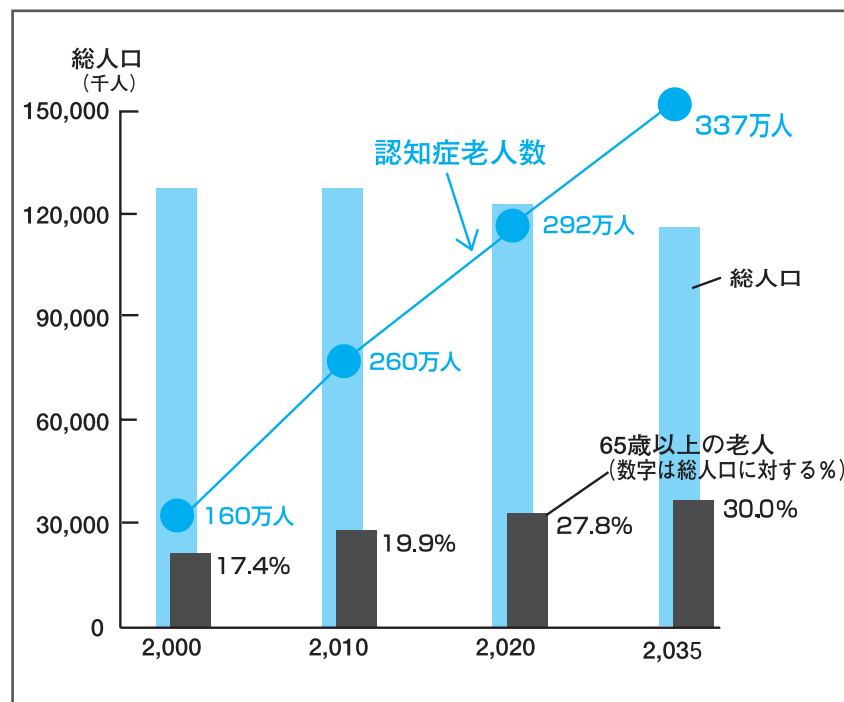
### ● 認知症の患者さんはどのくらいいるの？

日本の認知症患者数を総人口、および65歳以上の人口とあわせてグラフにしました(図)。患者さんは2000年には160万人でしたが、2005年には189万人に増えています。そして2035年には337万人になると予想されています。

国連では、人口に占める65歳以上の割合を高齢化率と定義していて、高齢化率が7%以上になると高齢化社会、14%以上になると高齢社会、20%以上になると超高齢社会と呼びます。フランスでは、高齢化社会(7%)から高齢社会(14%)になるまで125年かかりました。しかし日本ではわずか25年間で高齢化率が7%から14%になりました。

つまり日本では急速に高齢者が増加しているのです。認知症になる頻度は高齢になるに従って高くなりますから、現在の日本のように高齢化が急速に進んでいる国では、認知症患者さんの数も急速に増加しているのです。

■ 増加する認知症老人数(総人口・構成割合推計(旧厚生省DB))



## 認知症はどうやって診断するの？

認知症の診断は、まず認知症かどうかを診断するところから始めます。そして認知症と診断されたら、症状と神経画像検査の結果などから総合的に考えて認知症の原因の病気を診断します。

### ● 認知症という状態かどうか診断する

認知機能検査と呼ばれる検査で、正常に記憶できるか、言葉を話せるか、言葉を理解できるか、図形を模写できるか、暗算ができるかなどを調べます。簡易認知機能検査としてはミニメンタル検査や長谷川式検査が有名です。

また日常生活に問題がないかどうかを、家族や患者さんのことをよく知っている人に尋ねます。

医師は患者さんとその家族から、最初の症状が何であったか、それはいつ頃気付いたか、その後症状はどのように変化したか、日常生活を送る上で支障が出ていないかなどを詳細に聞きます。患者さんが感じている症状と家族の感じている症状とが異なることもありますが、この相違も重要な所見です。



### ● 認知症の原因の病気を診断する

上記のような診察や検査の結果、認知症と診断されると、次はその原因の病気が何かを診断します。原因の病気によって症状が違いますから、p52で説明するような症状があるかどうかを調べます。どんな認知機能検査のどの項目で点が取れなかったかも診断の参考になります。

脳の神経細胞が壊れて起こるのが認知症ですから、どこが壊れているのかを確認しなければ認知症の診断はできません。そこで神経画像検査を行います。原因となる病気によって損傷されやすい脳の場所はほぼ決まっていますから、神経画像検査は原因疾患の診断にも有用です。主な神経画像検査には以下の3つがあります。

CT (Computed Tomography) や MRI (Magnetic Resonance Imaging) では脳の形の異常をみつけることができます。

SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) では脳の血流や機能の障害をみつけることができます。



CT, MRI, SPECT では、仰向けに横になって頭を装置の中に入れて検査を受けます。SPECT では注射によって特殊な薬剤を投与しますが、通常のCT, MRI では注射の必要はありません。

## 認知症の症状は？

認知症の症状は①認知機能障害、②精神症状・行動異常、③神経症状に3分類できます。

### ● 認知機能障害

出来事や存在自体を忘れるような異常な物忘れ、ここはどこで、今がいつかわからなくなる場所や時間の見当識障害、いわれていることが理解できなくなったりいいいたいことがうまく伝えられなくなったりする言語障害（失語症）などが含まれます。

#### 異常な物忘れ



### ● 精神症状・行動異常

自分がなくした物を誰かが盗ったという「物盗られ妄想」、自宅にいたのに自宅ではないという「誤認妄想」がしばしばみられます。幻視を訴えることもあります。その他、気分が滅入って悲観的になったり、怒りっぽくなったり、イライラしたり、不安がったりすることがあります。

#### うたがい深くなった



### ● 神経症状

麻痺や感覚障害、尿便失禁、歩行障害などがみられます。また手足がふるえたり、バランスがとりにくくなり転倒しやすくなったりします。

#### バランスがとりにくい





## 認知症の分類

認知症の原因となる病気の分類にはいろいろなものがあります。その1つとして以下のような3つの分類が臨床的に使用されています。

### 治療が困難

アルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、皮質基底核変性症、ハンチントン病、脊髄小脳変性症など。

徐々に神経細胞が変性・死滅していく変性疾患と呼ばれる病気の多くが含まれます。なぜ神経細胞が変性・死滅していくのか、原因はよくわかっていません。

### 治療が可能

脳腫瘍、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症などの代謝性疾患、脳炎・髄膜炎などの炎症性疾患、向精神薬や抗コリン薬など薬剤によるもの、など

いろいろな理由で正常の脳が圧迫されて機能が低下したために認知症が起こることがあります。例えば、脳腫瘍の場合には腫瘍細胞ができて圧迫されますし、特発性正常圧水頭症（p70 参照）では溜まった脳脊髄液によって、慢性硬膜下血腫の場合は頭の中に貯留した血の固まりによって、それぞれ圧迫されます。これらの病気では脳外科手術によって圧迫を取り去ると認知症が改善することがあります。

### 予防が重要

#### 血管性認知症

脳の血管が詰まったり（脳梗塞）、破れたり（脳出血）すると、その血管によって栄養や酸素を受けていた神経細胞が死んでしまい、その結果認知症になるのです。このような血管の障害によって起こる認知症を血管性認知症と呼びます。

血管性認知症はその原因となる脳梗塞や脳出血を予防すれば発症を防ぐことができます。さらに脳梗塞や脳出血は、その原因となる高血圧症、高脂血症、糖尿病などを治療すれば防ぐことができます。つまり高血圧症、高脂血症、糖尿病を適切に治療すると血管性認知症が予防できるのです。

そのほか、いろいろな病気によって認知症によく似た状態になります。例えば、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症などの代謝性疾患、脳炎・髄膜炎などの炎症性疾患などです。また抗不安薬、睡眠薬などの向精神薬、抗コリン作用のある薬剤によって認知症によく似た症状が現れることもあります。以上のような原因で認知症に似た症状が現れているときには、それぞれの病気を治療したり、原因となっている薬を中止したりすると認知症類似の症状も改善します。



認知症は病気です。そして、原因となっている病気によって治療法、介護法が異なります。年のせいだと思える前に専門機関を受診させてください。認知症に対しても早期診断、早期治療が重要です。

詳しくは  
老年精神科で  
ご相談ください

# アルツハイマー型認知症

## アルツハイマー型認知症って どんな病気？

アルツハイマー型認知症とは、脳が徐々に萎縮して、知能、身体全体の機能が衰えていく病気です。

この病気は新しいことを覚えられなくなったり、昔の記憶が出てきにくくなったりすることから始まります。記憶・判断力の障害が徐々に進んで、やがて人格が失われていき、以前の人柄からは考えられないような生活になります。精神症状や異常行動・問題行動が出現する時期を経て、やがては周囲との意思の疎通も困難となり、最終的には寝たきりとなります。現在、予防あるいは治療薬の開発が世界中で懸命に行われています。

### ●アルツハイマー型認知症の症状は？

#### 前駆期

記憶の障害がありますが、普通の老化による物忘れ症状と見分けることは難しく、後から考えると「あのときの症状は前駆期のものだった」と思えるような程度のものです。

この前駆期には、アルツハイマー型認知症とは診断できないものの、客観的にみて、その人らしさが乏しくなり複雑な作業の能力が落ちるなどの変化が認められるために、軽度認知障害 (mild cognitive impairment) と診断される時期も含まれます。

客観的な能力低下があるにもかかわらず本人の訴えは漠然として特定できない場合はアルツハイマー型認知症の前駆期であることが多いとされています。患者さんの訴えは主に頭痛、めまい、易疲労感、気力低下などのいわゆる不定愁訴です。

#### 初期

記憶の障害と判断力の障害が現れます。現実在即して臨機応変に柔軟な対応をすることができなくなります。

約束事を忘れたり、重要な日取りを忘れたり、一度話した内容を忘れてしまったり、本人はそれをさほど苦にする様子がありません。几帳面な人は極端に几帳面に、神経質な人は極端に神経質に、短気な人は極端に短気になることもあります。つまりもともとの性格が、判断力の低下のために極端な形で出てくるようになるのです。

逆に人格の特徴が失われるように変化する場合もあります。自発性が低下して、無関心となり、視野が狭く、他者への思いやりがなくなります。このような場合、行動は場当たり的となり、一貫した行為が難しくなり、1日中何もせずに過ごすようになります。

## 中期

個性が徐々に失われ人格が平板化していきます。自己への無関心が現れ、身だしなみや衛生管理、健康管理が不十分になります。

認知症の症状が進むと以前の人柄からは考えられないような生活になります。たとえば几帳面な性格であった人がだらしくなり、整理整頓をしなくなり、今まで生き生きと反応していた物事に無関心になったりします。他人のものにふれたり、汚れた下着をしまい込んだりすることもあります。

また、理解力が低下し現実の出来事を把握できずに異常な反応をするようになります。失語、失行、失認、行為遂行の障害のため日常生活が保てなくなります。また周辺の症状である精神症状や異常行動・問題行動が出現するようになるのも主にこの時期です。

### 失語



### 失行



### 失見当識



### BPSD (認知症の周辺の症状)



## 後期

さらに症状が進行するといろいろな神経症状が出現します。手先を使う細かい動作が困難になり歩行も不安定になります。姿勢が異常となり、手足をバランスよく動かすことができなくなります。けいれん発作が起ることもあります。日常生活動作、言語機能が大きく障害され、周囲との意思の疎通も困難となり、やがては寝たきりとなります。

## アルツハイマー型認知症の治療は？

アルツハイマー型認知症の治療にはアセチルコリン・エステラーゼ阻害薬を用いた①薬物療法が行われています。また、リハビリテーション的な意味合いで、さまざまな②生活・運動療法を取り入れることも考慮すべきでしょう。興奮や、せん妄などの認知症の周辺の症状が出たときには、精神の興奮を抑制する薬剤が使用されることもあります。

### ● 薬物療法

アルツハイマー型認知症では、アセチルコリンによる神経ネットワークの連絡がうまくいかなくなっていることが、症状を引き起こす一因になっていると考えられています。このため脳内でのアセチルコリンの作用を強化するために、アセチルコリン・エステラーゼ阻害薬：ドネペジルが用いられます。海外では神経伝達物質の作用を調節する薬剤として、塩酸メマンチンなどが用いられています（本邦でも導入中）。さらには、アルツハイマー型認知症を根本的に治療するための、いくつかの方法・薬剤が現在臨床研究中です。

### ● 生活・運動療法

アルツハイマー型認知症でも、症状が出る直接の原因は、今まで正常に機能していた神経ネットワークがうまく働かなくなったためと考えられます。ですから脳卒中後のリハビリと同じ考え方で、できなくなったことをトレーニングすれば機能回復が見込めるはずで、現在、さまざまな生活療法や運動療法が提案されており一定の効果を上げることがわかってきています。

### ● 急に日常生活の様子が変わったときは？

認知症の進行に伴い脳の働きに余裕がなくなってきます。それに伴い患者さんは周囲の状況に対応できず容易に混乱をきたすようになります。このような状況で BPS-D と呼ばれる認知症の周辺症状が出現することがあります。軽度意識障害に伴うこともあり、家族の説得などでは症状の改善が難しい状態です。寝ぼけている人に意見するのと同じで、話がつながらず家族が精神的に著しく疲弊する事態もしばしば見受けられます。アルツハイマー病は急に症状が悪くなることはまずありません。冷静に対処して専門医の診察を早く受けるようにしましょう。

## 治療薬について

ドネペジルは 2006 年 10 月現在、本邦で投与可能な唯一のアルツハイマー型認知症治療薬です。アセチルコリン・エステラーゼ阻害作用をもち安全性に優れています。認知に関して効果のあることがわかっていますが、患者さん本人に実感できる程度のものではありません。通常 1 日 1 回、毎朝服用します。

### ● 副作用

嘔気、嘔吐、下痢、食欲不振などが飲み始めにみられることもありますが、安全性は高く、しばらくするとそれらの副作用は消失することが多く、投与が不可能になる例は少ないのです。ただし、日常生活に差し障るような副作用が出た時はすぐに服用を中止し、医師の診察を受けましょう。

### 新薬情報！

ガラントミンやメマンチンなどの神経伝達物質の作用を修飾する薬剤の臨床試験が進められており、これらが近く使用可能になるかもしれません。



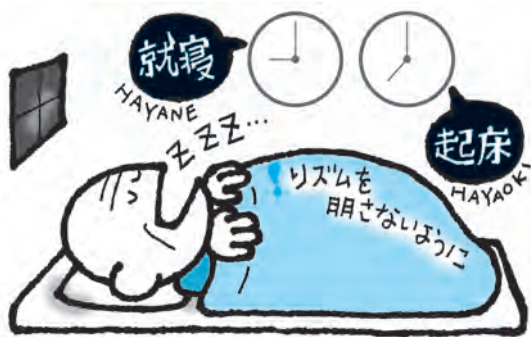
## まわりの人ができること

認知症の症状は、初めのうちはまわりの人が対応するのにそれほど困るものではありません。また症状も徐々に進むので対処法の相談も比較的余裕をもってできます。

しかし、認知症の中心的な症状とは異なる「対処に困る」ような周辺の症状は、さまざまな形で突然出てくるものが多く、まわりの人、とくに介護者にとって大きな負担となります。

「こんな変なこと、恥ずかしいこと」と考えずに専門医にぜひ相談してください。私たち専門医は皆さんが考えているよりもずっと多くのそういった症状を経験しています。

- ①患者さんの生活リズムを崩さないように、早寝早起きなど生活リズムの指導をしましょう。



- ②火の元の管理、服薬の管理・確認などを患者さんが気付かないうちに行える工夫をしましょう。



- ③環境に大きな変化があるときは事前に医師に相談しましょう。脳の機能が低下して新しい環境に適応しにくくなっています。環境の変化は問題行動を起こす原因にもなります。



- ④患者さんの勘違いであっても、それを強く信じている場合には、理屈で説得することはやめましょう。



- ⑤まわりの人が健康な精神状態でいられるように介護保険制度を上手に活用しましょう。



# レビー小体型認知症 DLB

## レビー小体型認知症ってどんな病気？

レビー小体型認知症（DLB）は Dementia with Lewy Bodies のことで、神経変性疾患（脳がやせてしまう病気）のひとつであり、一般にはあまり知られていない病名ですが、認知症を生じさせる変性疾患の中ではアルツハイマー病に次いで多い病気です。

アルツハイマー病などと同じように進行性の認知症症状がみられますが、記憶の障害は比較的軽度であり、視覚に関する症状などが特徴的です。特に「いないはずの人がみえる」というような幻視や妄想があり、それらに伴って行動面でも問題がみられるようになります。薬の副作用が出やすいといった、治療上の難しさも特徴です。

### ● レビー小体型認知症患者はどのくらいいるの？

認知症全体の約 2 割という報告があります。年齢とともに増加するといわれています。

### ● なぜレビー小体型認知症になるの？

アルツハイマー病など他の神経変性疾患と同様に、レビー小体型認知症の原因もよくわかっていません。

しかしレビー小体型認知症の患者さんの大脳皮質には、病名にもなっているレビー小体というものが出現します。これは運動機能の障害を起こすパーキンソン病にもみられるものであり、類似の病気であると考えられています。また、アルツハイマー病と同様に、大脳皮質のアセチルコリンという物質の濃度が低い、ということもわかっています。

レビー小体型認知症の患者さんの脳を MRI でみると、脳全体の萎縮（やせ）がみられます。アルツハイマー病と比べて主に記憶を受けもつ海馬の萎縮が軽度な点が、記憶障害が比較的軽度であることと関係があると考えられています。また、SPECT という検査では後頭葉の機能の低下が示され、幻視などの視覚にかかわる症状に関与していると考えられます。

### ● レビー小体型認知症はどうやって診断するの？

臨床症状から診断します。

アルツハイマー病と異なる点も多く、家族や介護者もその特徴に気付いているかもしれません。本人の言動や家族からの情報、さらに神経学的所見や経過などから、診断基準に照らし合わせて進めていきます。

## レビー小体型認知症の症状は？

特徴的な症状は、①幻視、②注意・認知機能の変動、③パーキンソニズムです。

### 幻視

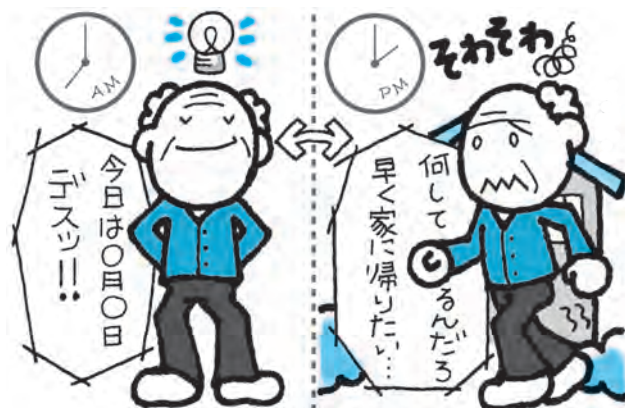
いないはずの人や小動物がみえる



単に「人がいるように感じる」という思い込みではなく、とても生々しく「みえる」ので、それに対して恐がったり困惑したりします。

### 症状の変動

注意・認知機能が変動する



日によって、あるいは時間帯によって症状に大きく変動があります。正常と思える時もあれば、ひどく混乱したようにみえる時もあります。同じ認知機能検査を繰り返すと、毎回点数が変わります。

### 運動機能障害

パーキンソニズムがみられる



歩きにくい、動きがぎこちない、遅い、手が不器用になる、などの運動機能の障害がみられます。



## レビー小体型認知症の治療は？

通常の認知症と同様に、中心の症状である認知機能の障害を改善することは困難です。レビー小体型認知症では認知機能の障害よりも、幻視や妄想などの精神症状やパーキンソニズムに困る場合が多いので、それに対して薬物を使用します。しかし、レビー小体型認知症の特徴である薬物への過敏性が、治療を困難にすることもあります。

### ● 抗精神病薬

幻視や妄想、さらにはせん妄（一時的に意識の混濁した状態）といった精神症状に対して使われる薬物です。ドーパミンの作用を抑制する作用があります。このグループの薬物には、パーキンソニズムを生じさせてしまうという副作用が伴います。もともとレビー小体型認知症にはパーキンソニズムが症状としてみられるため、抗精神病薬を使用することで、パーキンソニズムを助長してしまう可能性があります。もともとの症状なのか、薬物による副作用かを見極めることは困難であり、治療上の問題となります。

さらに重要なこととして、レビー小体型認知症は抗精神病薬に対して過敏性を示すということです。通常よりもパーキンソニズムなどの副作用が出やすいのです。

近年、パーキンソニズムの出にくい抗精神病薬である「非定型抗精神病薬」が使用されるようになり、レビー小体型認知症の治療にも不可欠なものとなっています。

### ● 抗パーキンソン病薬

認知症症状よりもパーキンソニズムが先に現れる場合、パーキンソン病の治療に使われるレボドパなどの抗パーキンソン病薬が有効です。

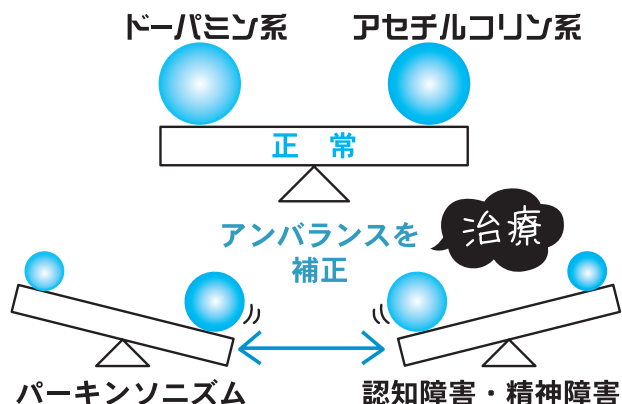
パーキンソニズムが後から現れる場合は、この薬物の副作用としての精神症状がレビー小体型認知症の症状と区別できなくなり、治療が困難となることが多いです。

### ● 塩酸ドネペジル

アルツハイマー病に使用される薬物です。脳のアセチルコリンの濃度を高める作用があり、それにより認知機能がいく分改善するといわれています。妄想や幻覚、焦燥など、認知症にみられる精神症状に対しても有効であるとされます。

アセチルコリンに関わる神経の変性や脱落はアルツハイマー病よりもレビー小体型認知症に強く、さらに大脳皮質のアセチルコリンの濃度低下もレビー小体型認知症の方が高度だといわれています。そのため、ドネペジルの有効性はアルツハイマー病よりもレビー小体型認知症に現れやすいという可能性も考えられます。

### ■ レビー小体型認知症の薬物療法





## 介護するときの問題

一般によく知られたアルツハイマー病とは介護面でも異なる点があります。特に症状の変動が大きいことは、介護者を困惑させてしまうかもしれません。

### 肯定もせず否定もしないで接する

幻視や妄想の訴えがあったとき、それを肯定もせず否定もしない、という態度で接することが望ましい対応です。もし否定してしまうと、「本人にとっては紛れもない事実」を否定されることになり、困惑したり怒ったりしてしまうかもしれません。逆に肯定すると、幻覚や妄想に基づく行動を助長してしまうかもしれません。本人の訴えをひとまず受け止めつつも、さりげなく話題を変えることができればいいのですが……。

実際には幻視や妄想の訴えは1日に何度も繰り返されることもあり、対応する家族や介護者にとっても精神的に大きな負担となります。

### 変動が大きいことを理解する

認知機能や注意機能の変動が大きいことも、介護上問題となります。症状の程度が一定でないということは、どんな問題がいつ起こるか予測が難しいということです。1人で外出しようとした時に、止めるべきかどうか悩むこともあるでしょう。

### 第三者に症状を理解してもらいにくい病気

第三者に症状の程度を適切に評価してもらいにくい点も問題です。この病気は、とても症状の変動が大きいので、介護保険制度の要介護認定を受けるときなど、症状の変動性があることを予め理解してもらうことが重要です。

詳しくは  
精神内科や  
精神科で  
ご相談ください

# 前頭側頭型認知症 FTD

## 前頭側頭型認知症ってどんな病気？

前頭側頭型認知症（FTD）は Frontotemporal Dementia のことで、自己中心的な言動など人格変化を中心とした症状がみられ、一般的な認知症とはやや異なった特徴をもつ認知症です。以前ピック病という名前で呼ばれていた病気も、この前頭側頭型認知症に含まれます。

アルツハイマー病と同じ神経変性疾患ですが、脳の中でも前頭葉や側頭葉に局限した萎縮（やせ）がみられることから、この病名がつけられています。

認知機能の障害よりも行動面の問題が目立つようになり、そのために家族による介護が困難となることもあります。

### ●前頭側頭型認知症の患者はどのくらいいるの？

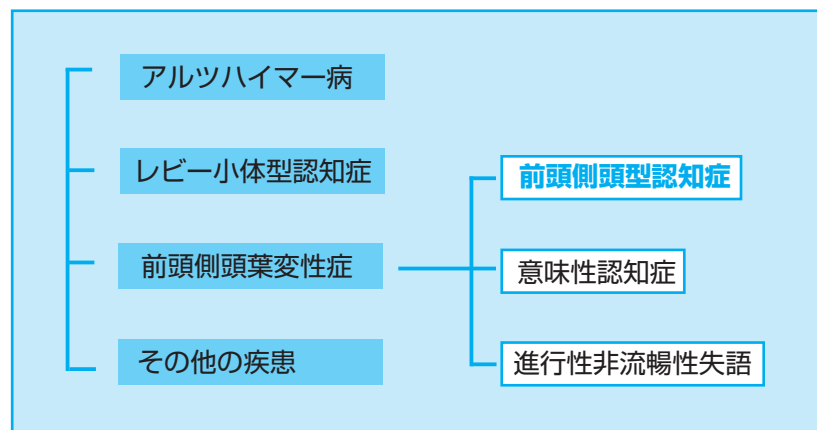
認知症の 1 割ほどを占めます。アルツハイマー病よりも若い年齢で発症することが多いのです。

### ●なぜ前頭側頭型認知症になるの？

原因はよくわかっていません。大脳の中の前頭葉や側頭葉という領域に局限した萎縮が少しずつ進んでいき、それに伴い症状も進行していきます。

病理学的にはピック球などの特徴的な所見がみられる場合もありますが、これらがみられない場合も多く、疾患概念や定義が混乱していました。最近はこれらが整理されつつあり、前頭葉症状を呈する認知症の一群を包括的に捉えられるようになりました。ただし、前頭側頭型認知症は単一の疾患というよりも症候群として捉えた方がいいのかもしれません。サブタイプとして前頭葉変性型、ピック型、運動ニューロン病型にわかれます。

### ■ 認知症の分類



## 前頭側頭型認知症の症状は？

主な症状は、①人格変化、②反社会的行為、③常同行動です。  
ほかに、脱抑制、攻撃性、感情の平板化、特殊な言語障害などがみられます。

### 人格が変化する



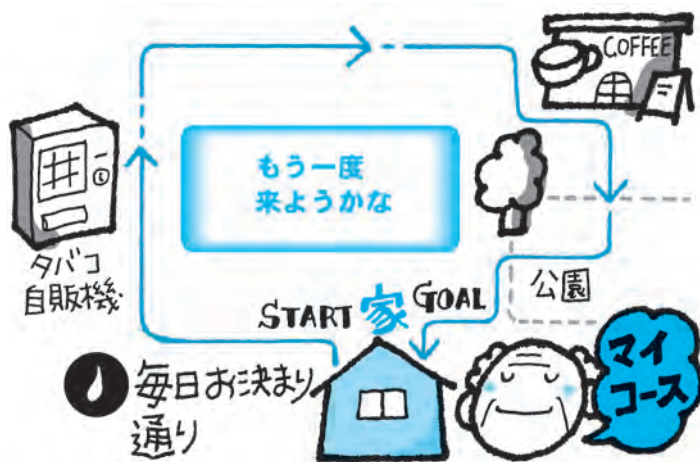
自己中心的。相手の気持ちに無頓着になる。服装などにだらしなさが目立ってくる。

### 反社会的行為



ゴミを隣の家の庭に捨てる。他人のものを勝手に使う。

### 常同行動



たとえば毎日決まったコースを散歩し、同じ店で同じメニューを注文する。

## 前頭側頭型認知症の治療は？

前頭側頭型認知症では、認知機能の障害よりも行動面の問題が家族の悩みの種となります。薬物治療としては、抗精神病薬、気分安定薬、セロトニン選択的再取り込み阻害剤（SSRI）を使用します。

本人は自分の言動が周囲に与える影響に対して全く無頓着であり、悩む様子はありません。病識に欠け、以前と同じように職場に通おうとする場合さえあります。家族が病院へ連れて行こうとしても、本人が拒んでなかなか受診できない、ということもあります。日常の介護により問題行動をコントロールするのは困難であり、薬物に頼らざるを得ないことも多いです。

### ● 抗精神病薬

攻撃性や脱抑制による社会的逸脱行為を抑えるために、抗精神病薬が使われることがあります。

### ● 気分安定薬

躁うつ病などに使われる薬です。抗精神病薬と同様の目的で使われることがあります。

### ● セロトニン選択的再取り込み阻害剤（SSRI）

抗うつ薬の一種ですが、前頭側頭型認知症では脱抑制や常同行動などへの改善効果が期待されます。前頭側頭型認知症では前頭葉のセロトニン受容体が減少しており、SSRIはセロトニンの作用を補うことにより効果を発現すると考えられます。

### ● 福祉サービス

上記の薬物は、いずれも対症療法として効果が期待されるものの、明確に有効性が証明されたわけではありません。前頭側頭型認知症は、一見精神疾患と間違われるような特徴的な症状を呈しますが、このための家族の負担は甚大であり、家庭での介護が困難となることも多いようです。

上記薬物が十分効かない場合には、家族のみでの対応には限界があります。福祉サービスを利用することを躊躇してはいけません。



## 介護上の注意

自分本位の言動などで、介護者の方は大変です。病気のせいだとわかっていても、我慢できないこともあるでしょう。1人で背負い込まず、専門家などに相談することが大切です。

### 異常な行動は病気がとらせているもの

一見精神疾患のようにみえることから、家族の中には、症状を心理面から解釈しようとする場合があります。しかし本疾患はあくまで脳が萎縮し、脳の機能が正常でなくなることで発症するのです。社会的逸脱行為や脱抑制の症状についても、本人に悪意や意図があるわけではなく、病気がそうさせているのだという理解が必要です。

### けがに注意

前頭側頭型認知症の中には運動障害を伴う場合があります。ため、転倒や外傷については留意する必要があります。

### 言葉の障害

前頭側頭型認知症の類似疾患に、意味性認知症と進行性非流暢性失語があります。これらは意味性認知症といって、いずれも言葉の障害が前景に立つという特徴があります。

アルツハイマー病では体験したことや日常で見聞きしたことの記憶が障害されますが、意味性認知症では言葉や知識そのものが障害されます。「今の総理大臣は誰？」と質問すると、アルツハイマー病では「さあ誰だったかな……」という返答になりますが、前頭側頭型認知症では「総理大臣って何？」と返答するのです。

## ポイント

特徴的な症状がみられる病気ですが、診断は容易ではありません。私たちがもっている通常の認知症に対するイメージと異なるために、そもそも家族が認知症とみなさない場合もあるようです。「総理大臣って何？」という質問からは、ふざけているように感じる場合もあります。このようなことから、受診が遅れてしまい、診断や対応の遅れにつながります。過去のその方の行動からは想像できないような言動があったときには専門医の診療を受けるようにしましょう。

詳しくは  
神経内科、  
精神科で  
ご相談ください

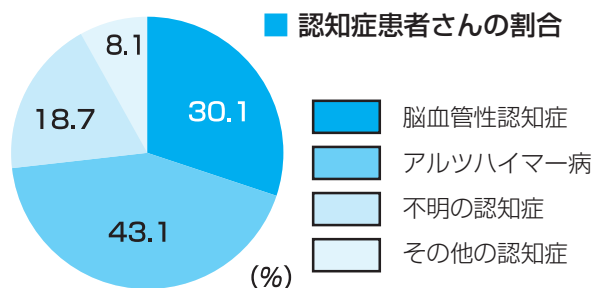
# 脳血管性認知症

## 脳血管性認知症ってどんな病気？

脳血管性認知症は脳に血液を送り込む血管の異常により、脳の一部で血の巡りが悪くなったり出血を起したりした結果、神経細胞が死んでしまうために認知症状が出る病気です。

### ● 脳血管性認知症の患者さんはどれくらいいるの？

現在、認知症の中でアルツハイマー病に次いで第2位の頻度で起きます。アルツハイマー病とあわせて半分以上の認知症の原因となっています。

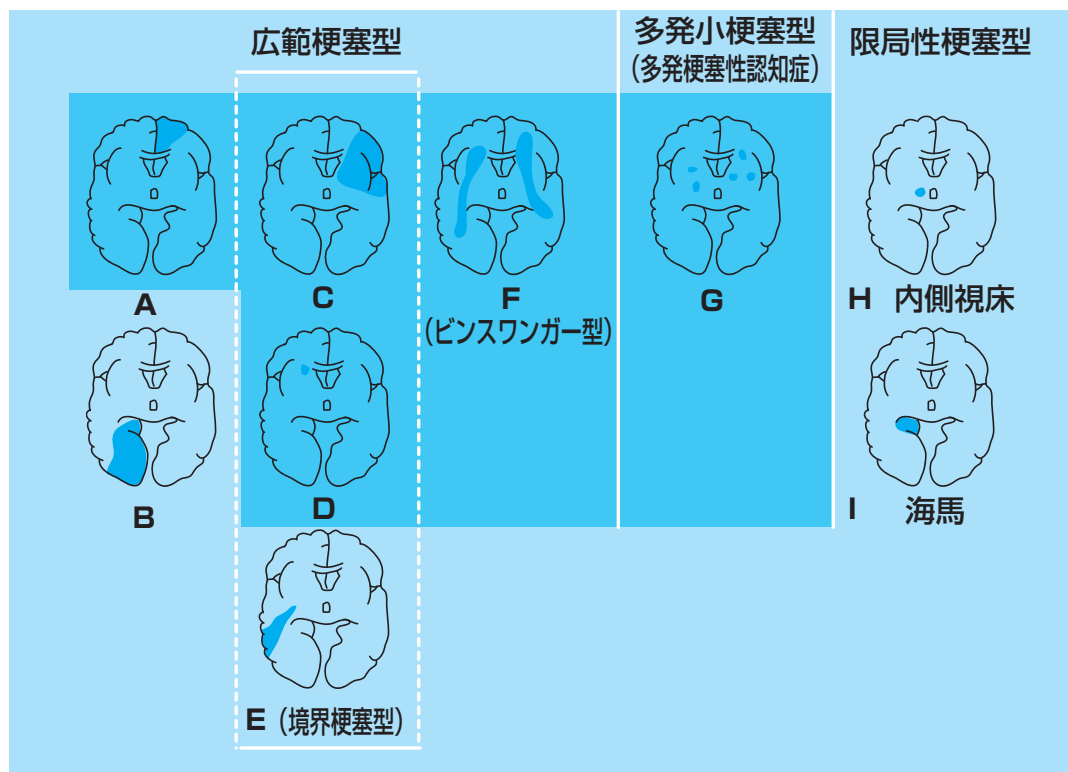


### ● なぜ脳血管性認知症になるの？

脳に血液を送り込む血管が詰まったり（脳梗塞）、破れて出血したり（脳出血）して起きますが、起きやすい部位があります。アテロームという血管内の沈着物からできた血栓が、血管の細くなった先で詰まることや、血管が固くなって内腔が狭くなることで血液を十分に送れなくなる事（動脈硬化）で起きてきます。ラクナといわれる小さな梗塞巣が広く広がる型（多発梗塞性認知症）、ひどい動脈硬化により広い範囲の神経が徐々に死んでいく型（Binswanger病）、あるいはある特定の部位が脳梗塞になることで起きる型があります（下図）。

### ■ 脳血管性認知症の病態

平井俊策：多発梗塞性痴呆、看護のための最新医学講座 第2版第13巻認知症、中山書店、2000年



## 脳血管障害の症状の特徴は？

アルツハイマー病に比較して、もともと高血圧、高脂血症、あるいは糖尿病を患っていた人に起きやすい傾向があります。

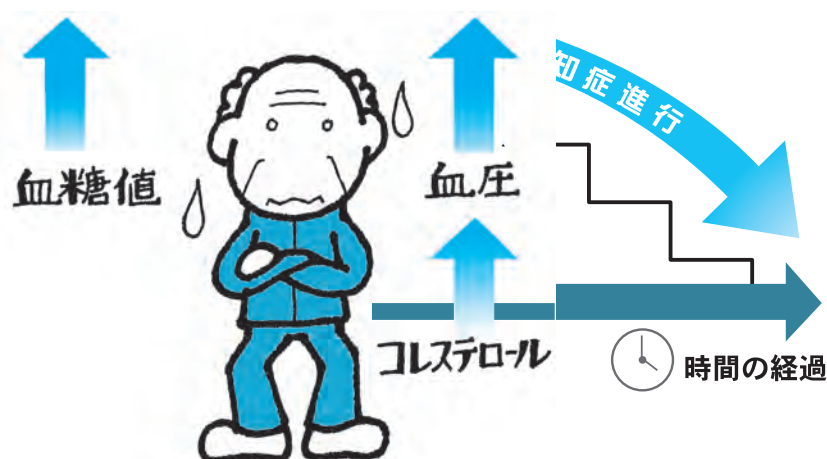
認知症の症状が出ている部分と出していない部分があり、段階的（階段状）に進行します。手足の麻痺、歩行障害、尿失禁など認知症状以外の神経の障害が伴うことがよくあります。

### 高血圧、高脂血症、糖尿病

きちんと治療しないで  
長年過ごしてしまった

### 認知症の進行

段階的に認知症が悪くなっている



### まだら状の症状

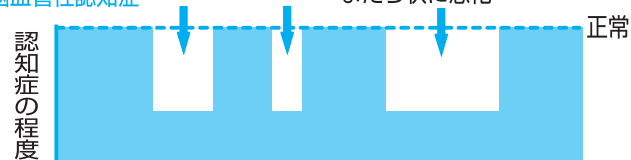
症状があるところとそうでないところがある

#### ■ 脳血管性認知症とアルツハイマー病との症状進行の違い

##### アルツハイマー病



##### 脳血管性認知症



### 麻痺

手や足などに神経症状がある



## 脳血管性認知症の治療は？

脳血管性認知症は何よりも基礎疾患（高血圧、糖尿病など）を治療し、脳血管性障害を予防することが大事です。二次予防としてさらなる脳血管性障害を起こさぬよう、抗血小板薬と抗凝固薬が用いられます。また、薬物治療と同時に症状の進行を少しでも抑えるためにリハビリテーションを行います。

### ● 脳血管性障害を防ぐ抗血小板薬と抗凝固薬

血液中には血液を固まらせる役割を果たしている血小板がありますが、抗血小板薬は血小板が特に動脈で凝集して脳に血栓ができるのを防ぐ薬です。一方の抗凝固薬は、静脈内での血栓ができるのを防ぐ薬です。脳血管性認知症では、これらの薬を用いることで原因となる脳血管性障害を進行させないことが唯一の治療法になります。

### ● リハビリテーション

障害を可能な限り回復治療させ、残された能力を最大限に高め、身体的・精神的・社会的にできる限り自立した生活が送れるように行うのがリハビリテーションです。人の機能は使わないと衰えてしまいます（廃用性障害）から、最近では発病後すぐにリハビリテーションを行うことがよいといわれています。

リハビリテーションには、さまざまなものがあります。根気強く、すぐに改善が認められなくても、リハビリテーションを続けることが大切です。



## まわりの人ができること

脳血管性認知症の患者さんは、以下のような点に注意してあげましょう。

### 突然、症状が進行しますので注意して見守りましょう

アルツハイマー病と異なって、脳血管性認知症は脳梗塞や脳出血が起きるたびに症状が急速に、また段階的に、悪くなっていきますから、症状の進行には注意するようにしましょう。

### 脳血管性障害がこれ以上進行しないように気をつけましょう

毎日の食生活ではなるべくヘルシーでバランスのよい献立を考えたり、毎日散歩に連れていったりして体を動かすようにし、脳血管性障害をこれ以上進行させないように気をつけることが大切です。

### 問題行動があっても本人の気持ちを理解して接するようにしましょう

できなくなってしまったことや問題のある行動があっても、それは病気のために生じていることを理解して、常に受容的な態度で接するようにしましょう。接し方はアルツハイマー病の患者さんと変わりません。

## 予防するには

### 脳血管性認知症の予防について

脳血管性認知症は、脳血管の動脈硬化を促進させる高血圧や糖尿病、高脂血症などの予防に努めることが、認知症自体の予防にもつながります。また高脂血症や高血圧、糖尿病がある方は、その治療をきちんと行いましょう。

毎日の生活では、肥満予防のために体重をコントロールして、バランスのよい食事をとるようにして、禁煙、節酒を心がけることが大切です。

詳しくは  
精神科、  
神経内科、内科で  
ご相談ください

# 治る認知症を見逃さない 特発性正常圧水頭症

## 特発性正常圧水頭症ってどんな病気？

水頭症とは、脳の中にある脳室という部位が拡大するとともに認知症、歩行障害、尿失禁（これを3徴と呼びます）を呈する疾患で、シャント術という脳外科手術によって治療が可能であるという点が重要です。

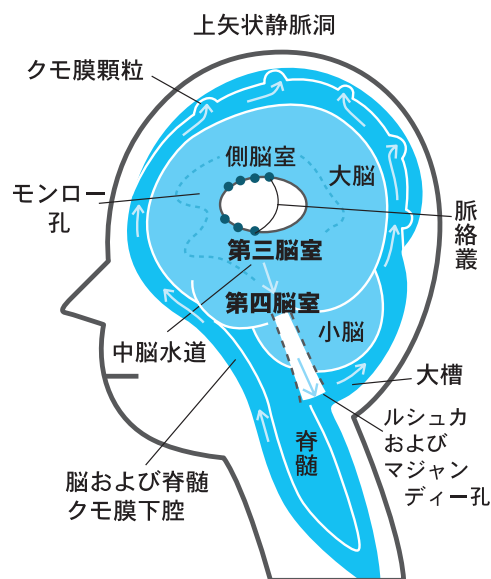
脳室の中には髄液という水のような液体が存在し、これは脳の中を流れているのですが、この髄液の流れる圧力が正常範囲内のものを特に正常圧水頭症（normal pressure hydrocephalus：NPH）と呼びます。このNPHはさらに、クモ膜下出血や髄膜炎などの疾患の後に起こる二次性NPHと先行疾患が明らかでなく原因不明の特発性NPH（idiopathic NPH：iNPH）とに分けられます。iNPHは徐々に進行し、かつその症状が高齢者ではしばしば認められるものであるため見過ごされやすく、とくに重要です。

### ● 特発性正常圧水頭症の患者はどのくらいいるの？

正確な頻度は不明です。厚生省(当時)難治性水頭症調査研究分科会が平成7年に行った全国調査で、65歳以上の原因不明のNPH例をiNPHとみなすと、成人水頭症の8.7%であったと報告しています。また多科共同の「物忘れ外来」を受診した連続400人の患者の中ではiNPHは14人で、これは3.5%に相当しました。

### ● 特発性正常圧水頭症の原因は？

iNPHでは髄液が脳室に過剰に貯まり、このため脳室が拡大し、脳室周囲の神経細胞や血管などを圧迫して症状が出現すると考えられています。iNPHでは、側脳室から大槽までの間の髄液循環路には閉塞がなく、脳室とクモ膜下腔は交通しています。現在のところ、なぜ脳室が拡大するほど髄液がたまるのかは不明なのですが、クモ膜下腔の閉塞あるいは髄液の産生と吸収の不均衡が原因であると考えられています。



### ■ 正常な髄液の循環

脳脊髄液は側脳室の脈絡叢で産生され、そこからモンロー孔を通して第三脳室、さらに中脳水道を通して第四脳室に至り、ルシユカ孔とマジャンディー孔を通して大槽に出ます。その後、脊髄および脳表面のクモ膜下腔を巡って、クモ膜顆粒から上矢状静脈洞へ吸収されます。成人の場合、髄液量は約140 mL、うち脳室内が25mLであり、髄液は1時間に20mL産生されます。したがって髄液は1日に約3回入れ替わります。

## 特発性正常圧水頭症の症状は？

認知機能障害、歩行障害、尿失禁を特発性正常圧水頭症の3徴と呼びます。歩行障害から始まり、これに認知機能障害が加わり、さらに尿失禁が加わるという順序が多いようです。

### 認知機能障害

集中力低下，反応が悪い



集中力が低下します。呼びかけに対しても反応が悪くなります。ひどいときは1日中ボーとした感じになります。意欲や自発性も低下し、趣味などをしなくなります。物忘れも起こりますが、比較的軽いことが多いです。

### 歩行障害

つまずきやすくなる



1歩の幅が狭くなり小股でよちよち歩きます（小刻み歩行）。また両足の間隔がやや開き気味で外股で歩くことが多いです（開脚歩行）。足をあまりあげずに歩くため（すり足歩行）つまずくことが多くなります。歩行はゆっくりで不安定です。起立時や方向転換時には特に不安定になり、転倒することもあります。



### 尿失禁

トイレが近く間に合わない

トイレが非常に近くなります（頻尿）。尿意をもよおしてから我慢できる時間が非常に短くなります（尿意切迫）。そして尿を漏らしてしまうようになります（尿失禁）。

## 特発性正常圧水頭症はどうやって診断するの？

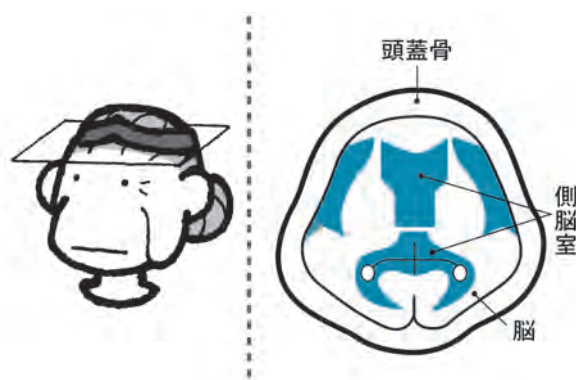
前述した3徴の有無を評価することから診断は開始されますが、iNPHの診断には頭部CTや頭部MRIが重要です。

### ● CT 検査, MRI 検査

特徴的な脳室の拡大をCT検査またはMRI検査で確認します。頭部MRIは冠状断像という撮影法を用いることにより、脳室が拡大するとともに脳が全体に押し上げられ、頭蓋骨に脳が押しつけられている様子を観察することができます。

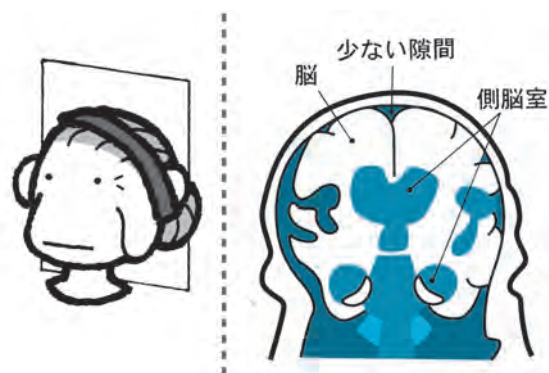
#### ■ 頭部 CT

側脳室が拡大します。



#### ■ 頭部 MRI 冠状断像

側脳室が拡大します。また正常ならばみえるはずの頭蓋骨と脳の間隙が頭の上の部分だけ狭くなってみえにくくなります。



### ● タップテスト

大槽と脊髄のクモ膜下腔はつながっています。さらに脊髄のクモ膜下腔は首のあたりから腰のあたりまで背骨に沿ってつながっています。腰の部分のクモ膜下腔を狙って少し長めの針を腰に刺して（腰椎穿刺）、髄液を抜き、脳に貯まっている髄液を減らして、認知症、歩行障害、尿失禁などの症状が改善するか否かを調べる検査がタップテストです。

タップテストによって症状が改善するとiNPHであると診断されます。iNPHであってもさまざまな要因のためにシャント術によって症状が改善しない患者さんもいます。そこでシャント術を施行する前にシャント術の有効性を予測することが必要となります。タップテストで症状が改善した患者さんはほぼ間違いなくシャント術で症状が改善しますので、シャント術の効果予測という点でもタップテストは有用です。しかしタップテストで改善を認めなかった患者さんでもシャント術で症状が改善することがあり、この点は今後の課題となっています。





## 特発性正常圧水頭症の治療は？

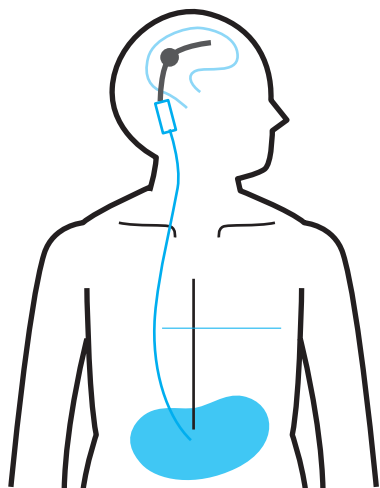
iNPH の治療法はシャント術です。シャント術とは過剰に貯留している髄液を髄液循環路以外の体内に流す手術で、チューブの間にバルブが設置されたシャントシステムを用います。

### ● シャント術

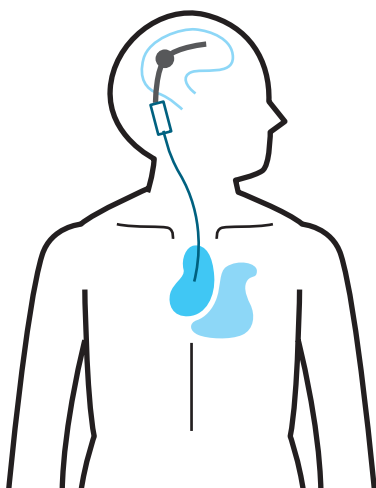
シャントシステムのバルブ流入部と流出部との間には圧較差が設定されており、この圧較差のために髄液が髄液循環路外に流れる仕組みになっています。バルブには圧固定式バルブと圧可変式バルブがあります。圧固定式バルブは圧較差があらかじめ規定されており、これを変えることはできません。しかし圧可変式バルブは術後でも特殊な装置を用いて圧較差を調整することができます。近年、圧可変式バルブがよく用いられるようになり治療成績が改善するとともに合併症が減少しています。

シャント術にはどの部位からどの部位に流すのかによって 3 種類の方法があります。すなわち、脳室から腹腔に流す脳室—腹腔シャント、脳室から心臓の中の心房という場所に流す脳室—心房シャント、腰椎から腹腔に流す腰椎—腹腔シャントです。脳室—腹腔シャントが我が国でもっともよく行われています。腰椎—腹腔シャントは手術によって脳を傷つけないため近年徐々に増加している方法です。

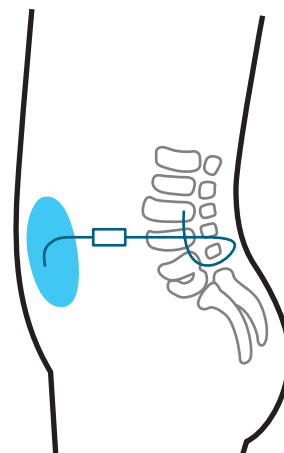
脳室 - 腹腔シャント



脳室 - 心房シャント



腰椎 - 腹腔シャント



## ポイント

特発性正常圧水頭症という治る認知症があることを覚えておいてください。もしも認知症とともに歩行障害と尿失禁があれば専門機関を受診させてください。シャント術を早い段階で行うことができれば、その効果も高くなると考えられています。

詳しくは  
老年精神科、  
認知症の  
専門医療機関で  
ご相談ください

# 認知症の治療

## 認知症の治療とは？

認知症状を中心とした①中核症状への治療と、精神・行動異常の②周辺症状への治療が行われます。通常、薬物を用いた治療とリハビリテーションによる治療が合わせて行われます。

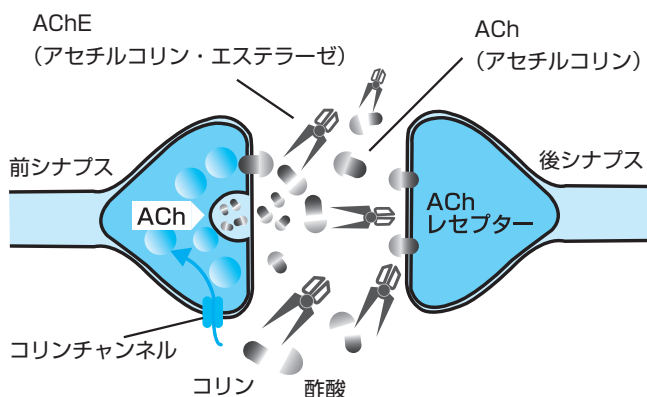
### ● 認知症（アルツハイマー病）の薬物治療とは？

現在はアセチルコリン・エステラーゼ阻害薬のドネペジル（商品名アリセプト）という飲み薬が使用されます。アルツハイマー病ではアセチルコリンという記憶に関係する神経伝達物質が低下しており、そのために記憶障害が起きるとも考えられています。このドネペジルという薬はアセチルコリンを分解するアセチルコリン・エステラーゼを止めて、アセチルコリンを増やすので、効果が出るとされています（図1）。ドネペジルを投与しない場合（図2の濃い色のライン）に比べて、認知症状の進行を遅くすることができます（図2）。

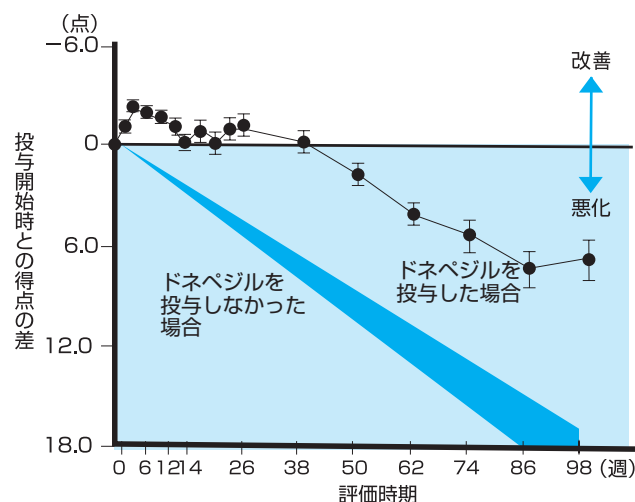
### ● 精神・行動異常の周辺症状への薬物治療とは？

認知症に伴う精神・行動異常は、介護者にとって大きな負担となります。このような症状に対しては、精神安定剤（抗精神病薬、抗うつ剤）等を少量使います。最近開発されたこの領域の新しい薬は副作用が少なく、高齢の患者にも使いやすくなっています。

■ 図1 コリン作動系神経の神経伝達



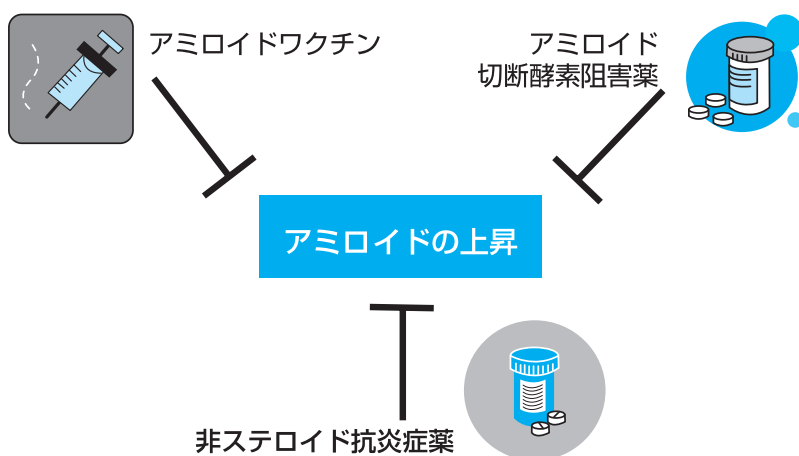
■ 図2 ドネペジルの効果



## ● アルツハイマー病の根治療法とは？

アルツハイマー病患者さんの脳の中では神経の変性が起こっていますが、ドネペジルを使用してもその変性を止めることはできません。そこで、アルツハイマー病の新しい治療法が研究されています。アルツハイマー病は脳内にアミロイドという物質が沈着することが原因と考えられ、このアミロイドの沈着をいかに少なくするかという治療方法が研究されているのです。アミロイドワクチンはアミロイドの抗体を産生させてアミロイドを低下させますし、アミロイド前駆体切断酵素阻害薬は前駆体からのアミロイド産生を下げます。また非ステロイド抗炎症薬もアミロイド産生を下げるとされています（図3）。これらの治療法は近い将来使われるようになるでしょう。

■ 図3 アルツハイマー病の根治療法



## ● 認知症の非薬物療法とは？

認知症の治療は薬物治療だけではなく非薬物的なリハビリテーションも行われます。回想法は、患者が自分の生きてきたことを振り返り整理するようにして受容し、情緒を安定させ残存機能の維持を図るものです。リアリティーオリエンテーションは、環境の改善やコミュニケーションの強化を図り、患者の見当識の強化を目指すものです。



# 認知症の介護と患者の擁護

## 介護保険とは

常に介護を必要とする状態（要介護状態）や、常時の介護までは必要なくても家事や身じたくなど、日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になったとき、介護サービスに対して補助を支給するためのものが介護保険です。

介護保険は、健康保険のように納めればだれでも補助を受けられるわけではなく、要介護認定を受けた方だけが補助を受けられます。40歳から所得に応じて介護保険料を納めることが義務づけられており、高齢者では原則として老齢・退職年金から天引きされています。なお、介護保険料は事業所あるいは国が5割を負担しており、逆に介護サービスを受けるときは原則1割の自己負担となっています。

### ● 介護保険からサービスを受けるには

介護保険を使用してサービスを受けるためには、寝たきりや認知症などの要介護状態または要支援状態にあるか否か、そして介護の必要度（要介護度）の判定を受けなければなりません。そのためには、市町村に要介護認定の申請を行う必要があります。

なお、要介護認定を申込む前に、必ず前もって医師の診察を受け相談しておきましょう。とくに、認知症は物忘れの検査と原因疾患の診断が必要ですので、物忘れを専門とする医療機関で検査を受けておきましょう。

申請を行うと、市町村の職員、または市町村の委託を受けた施設や事業者の職員（介護支援専門員）が訪問し、心身の状況などを調査します。その調査結果と主治医の意見書をもとに、保健・医療・福祉の専門家からなる審査会で判定が下され、その結果の通知が連絡されます。

認定されると、申請日以降に利用したサービスについて給付が受けられます。要介護認定は一定期間ごとに見直しがあり、状態が変わって重度になったときは期間の途中でも要介護度の見直しを申請できます。

### ● ケアプラン（介護サービス計画）を作る

介護を必要とする場合には、保健・医療・福祉サービスが総合的に受けられます。自立した生活を送ることができるよう、必要なサービスを組み合わせて利用します。ケアプランは、ケアマネジャーさんに作ってもらうのがよいでしょう。なお、介護保険は「自立を支援する」点に注意してください。

### ● 介護保険サービスを利用すると

介護保険のサービスを利用した場合、利用者はかかった費用の1割を負担します。また、施設入所の場合、食費等については医療保険と同様の利用者負担もあります。なお、1割負担が高額になる場合は支払い額の上限が定められています（高額介護サービス費）。低所得者には高額介護サービス費や食費負担について、低い額が設定されています。地域によってサービスが異なる場合がありますので、詳しくは市町村の役所の福祉課などの窓口でご相談ください。



## 介護保険サービスを受けるまで

「診断を受ける」→「市町村への申請」→「患者さんの調査」→「介護度の認定」  
→「ケアプランの作成」→「介護サービスの受給」という手順で進めます。

### 1. 認知症の診断をお医者さんから受けましょう



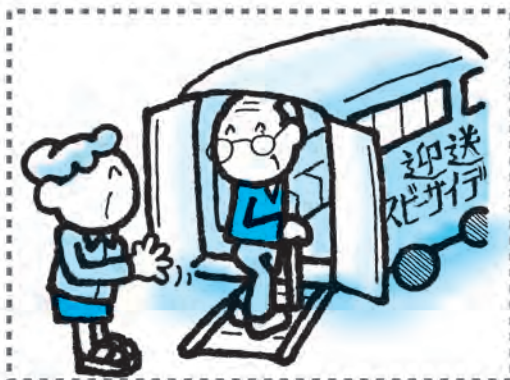
### 2. 市町村への申請



### 3. 患者さんの調査



### 5. 介護サービスの受給



### 4. 介護度の認定とケアプランの作成





## 成年後見人とは？

軽度の認知症患者では、契約や、金銭や物の貸し借りといったことを忘れがちとなることから、これを悪用して勧誘したり契約を結ばせたりするケースが後を絶ちません。公正な第三者による後見人が必要なケースもみられるため、2000年に成年後見人制度が改正されました。

### ● 後見制度での種類は？

この法定後見制度では3つの型の後見人があります。ほとんど判断できない人を対象とする「成年後見人」、判断能力が著しく不十分な人を対象とする「保佐人」、判断能力が不十分な人（後見および保佐に至らない軽度の状態にある人）を対象とする「補助人」の制度です。なお、補助人が補助を開始する審判は、本人以外の者が申立をする場合には、本人の同意が必要です。

3つの型の後見人には任される権限に違いがあります。「成年後見人」は日常生活に関する行為を除くすべての法律行為を代わりに行い、必要に応じて契約を取消すことができる場合もあります。「保佐人」は特定の法律行為を代わりに行い、重要な法律行為について同意、取消しもできます。「補助人」は、申し立ての時に申請した特定の法律行為を代わりに行うことができます。

### ● 後見人はだれになるの？

後見人には配偶者以外の人になることもでき、広く適任者を選任できることになっています。さらに後見人は複数の選任が可能となり、また、法人も後見人に選任されることが可能になりました。後見開始などの審判の申立は市長村長にも認められました。



### ● 認知症の早期かもしれないとき？

まだ判断能力があるときは、信頼できる弁護士と後見契約をして財産の全部あるいは一部の管理を任せて、定期的に報告を受けることもできます。これを「任意後見」契約といい、「公正証書」によってなされなければなりません。さらに判断能力がなくなったとき、親族は裁判所の成年後見人の選任を申し立て、成年後見人に託すことができます。申し立てを弁護士に委任することもできます。この契約は、家庭裁判所が本人の能力が低下したと判断して、「後見監督人」（任意後見人が間違いなく仕事をしていることを監督する人）を選任したときから、その効力が発生するという制度です。

## 介護の受け方と老後の用意

認知症は記憶力の低下のみでなく、計画や実行力が低下し、日常生活に支障が明らかになった場合に診断されます。年をとる点に関してはだれでも公平ですが、認知症になる時期は個人差が非常に大きく、また生活環境にも左右されます。そして、老後の不安を解消すること自体が認知症に対する予防にもなるのです。介護保険などの福祉政策を上手に利用して、自立した生活を楽しみましょう。

### 医師の診察を受けて認知症の診断を受けましょう

物忘れがないと自己判断するのは危険です。認知症を専門とする医療機関で検査を受けて、診断に基づいた治療を受けましょう。

### 介護認定を受けましょう

市町村の福祉課に介護認定を申込みましょう。本人の調査が行われ、調査結果と医師の意見書を元にして、審査会から介護認定の可否、介護度が連絡されます。

### ケアプラン（介護サービス計画）を実行し自立しましょう

ケアマネージャーにケアプランをたててもらいましょう。その際に原則 1 割負担であることを考慮して無理な計画にならないようなプランをたてて、デイサービスを利用して自立できるようにしましょう。

### 後見人制度を利用して誤った契約から財産を守りましょう

身寄りのない高齢者を狙った悪徳商法により、トラブルが絶えません。後見人制度に基づいて、判断能力がある内に「信頼のおける人」と「任意後見」契約をしておき、判断能力が低下したときに、裁判所に「後見監督人」の選任の請求をすればいいでしょう。

## おついでに一言

### 「任意後見人」は遺産相続人？

任意後見人は 2 人以上決めることもできますが、いずれにしてもよほど信頼のおける身内か法律専門家くらいしか任せることはできないと思います。1 人暮らしの高齢者が任意後見人との委任契約を結ぶケースが増えてきています。契約の内容は基本的には自由で、たとえば生活のために必要であれば、不動産を売却できる権利まで与えておくかなど自由に決めることができるようになっています。

「遺言書」は自分の死後についての願いを遺すものですが、「任意後見制度」は生きているが、判断能力が低下したとき任意後見人を通じてほしいと法的手段を使ってあらかじめ願いを伝えるものなのです。

後見人については  
税理士、  
あるいは弁護士に  
ご相談ください