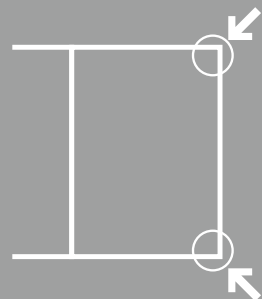
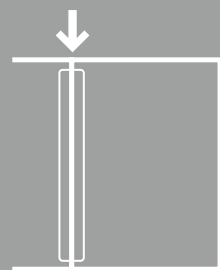


四隅 クリックでページ移動(全8ページ)



中央 クリックで全画面表示(再クリックで標準モードに復帰)



\* OS・ブラウザのバージョン等により機能が制限される場合があります。

# 在宅 | 認知症診療 マニュアル

東京都老人総合研究所参事研究員  
本間 昭 編著

日本医事新報社

**表 2** 塩酸ドネペジルで改善が認められた具体的な変化

- 落ち着きがみられ、置き忘れが減少
- 会話の疎通性が良くなる、家族の理屈が通じることが増えた
- こちらの話を以前より理解できる
- 簡単な食事の準備ができるようになる
- 家族を他人と間違えることが減る
- 自分の家だと認識しているときが増える
- トイレの電気を消す、風呂から出てガスを消す、ベルが鳴ると電話機をとることができるようになった
- 買い物に行ってもきちんと帰れる
- 思い出すまでの時間が短くなった
- 時間や日付が言えるようになった
- 自分から買い物に行く、散歩に行く
- 庭の草が伸びているのに気づいて自分から草取りをする
- 食事で食べたいものを言う

しても、今までは介護のみが対応の手段であったアルツハイマー型認知症に対して医学的な治療が可能になったことの意味は大きい。

早期に使うことができ、経過を遅らせることができれば、本人に対しても病気の説明をすることができ、患者本人の自己決定権を尊重することができる。つまり、認知症が進行した場合の対応に本人の意思をより反映できる。これが3番目の意義である。

4番目の意義は、家族や介護者のQOLを向上させることができることである。早期の診断は、介護者が認知症の経過やサービスの利用方法についての正しい知識を得るための貴重な時間的余裕をもたらす。認知症についての正しい知識は介護の負担を軽減するための重要なリソースである。新たな症状が現れるたびにそれらに振り回されないですむことにもつながる。アルツハイマー型認知症では、抗認知症薬による治療により周辺症状が出現しにくくなることが報告されている。

#### ● 文献

- 1) Clarfield AM : The reversible dementia ; Do they reverse ? *Annals of Internal Medicine* 109 : 476-486, 1988.

# 3

## 認知症の精神症状と 行動の障害とその診かた

### 1. 認知症の精神症状・行動の障害の臨床的意義

アルツハイマー型認知症や血管性認知症によって代表される老年期の認知症性疾患には、記憶障害や抽象思考の障害あるいは日常生活上の実行機能障害などの中核症状といわれる認知症症状が必発する。そして、それらの中核症状から二次的に、種々の精神症状あるいは行動上の障害が周辺症状として出現する。周辺症状には、うつ状態や幻覚妄想状態、せん妄、あるいは睡眠障害をはじめとして、徘徊や攻撃的言動、不潔行為など様々なものが含まれる(図1)。中核症状の有無と程度は認知症の診断や重症度を判定する上で必要になるが、日常の臨床では精神症状や行動上の障害の有無や程度が問題になる。家族が最も気づきやすい変化だからである。それまでは何でもなかったのに、昨日の夜から急にほけてしまった、夜中に急に起き出して、ゴミ箱の中に向かって話しかけているとか(夜間せん妄)、しまっておいたお金を嫁が盗んだといってきかない(物盗られ妄想)、などは外来の初診でよくみられる例である。実際には、このような行動の変化が出現する前から物忘れは進んでいて、何回も同じことを繰り返して言ったり、聞いたり、大事な約束を忘れてしまったり、以前よりも無関心になってきたり、という変化がみられるはずである。ただ、このような変化は多少日常生活に

図1 認知症の中核症状と周辺症状



支障をきたしていたとしても、病気のせいではなく、歳のせいだと片づけられてしまっていることが多い。家族からの訴えを待つのではなく、こちらから家族に気づかせるような具体的な問診をしないと家族も返答のしようがないことになる。また、明らかな認知症症状が出現する前に、何らかの精神症状がみられることも少なくない。うつ状態が認知症症状に先行することもあるし<sup>1,2)</sup>、何回も確認するという強迫症状で本人が受診することもある。逆に、自発性の低下や引きこもりなどうつ状態にしばしば伴う症状が認められるにもかかわらず、うつ病の鑑別診断がなされずに、物忘れという認知機能障害のみが取り上げられることも少なくない。

このように、認知症の病態を理解するためには、認知症の中核症状のみではなく、このような非特異的な周辺症状に対する理解も必要となる。さらに、これらの症状は介護者の負担やストレスを増加し、入院あるいは施設入所の直接的な原因となることもしばしば経験される<sup>3)</sup>。介護保険の主治医意見書で、特記事項欄に精神症状や行動上の障害と介護の大変さが具体的に記載してあることによって要介護度が上がること

もある。このような点は、認知症に伴う精神症状や行動の障害を的確に把握し理解することの重要性を示している。

精神症状や行動の障害を評価することが重要であるもう1つの理由は、それらの頻度や重症度とその関連要因を検討することが、精神症状や行動の障害の発現機序を明らかにし、治療法を見出す上で有用な手段となるからである。例を1つあげる。精神症状の1つである焦燥を伴うアルツハイマー型認知症と伴わないアルツハイマー型認知症を2年間追跡調査した結果、焦燥を伴うアルツハイマー型認知症のほうが認知症の進行が有意に早かったという報告がある。この結果は、薬物療法であっても、非薬物療法的アプローチであっても、焦燥を適切に治療すれば、認知症の進行を多少とも抑制できる可能性を示している<sup>4)</sup>。

## 2. 老年期の認知症にみられる主な精神症状と行動の障害

ふつうは、精神症状や行動の障害の有無を診る場合には、本人ではなく、本人の日常生活をよく知っている家族や介護者から情報を得るようにする。このときには何か理由をつけて本人には席をはずしてもらうようにするべきである。本人を傷つけることになりかねないし、妄想があっても本人は誤った認識とは思っていないからである。しかし、時間をかけて本人からの訴えに耳を傾けると(もちろん介護者には席をはずしてもらう)、嫁との確執の話題になることもある。

通常は、単身者では精神症状があってもそれらが行動に現れないと周囲には気づかれないことになる。

### 1 妄想

認知症にみられる妄想は、患者の記憶障害や見当識障害から二次的に起きる。ただし、注意深い診察でしか記憶障害がわからないようなと

きにでも妄想が現れることがあり、妄想があつて、表面的な記憶障害がないからといって認知症を否定することはできない。高齢者に妄想がみられた場合、頻度からいえば、認知症の二次的な症状として認知症の存在を疑うことができる。

認知症にみられる妄想では、患者がしまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせをするために隠したという「物盗られ妄想」の形をとることが多い。この場合の妄想の対象は患者に最も近い家族、つまり介護者であることが一般的である。この「物盗られ妄想」は認知症の始まりとして家族から訴えられることも多い。

この他に、「嫁がごはんに毒を入れている」といった被毒妄想や、「自分が寝ている間に、主人のところに女が来ている」といった嫉妬妄想、妻に向かって「おまえはよく似ているが妻ではない」といった替え玉妄想もある。明らかにあり得ない内容であれば妄想であるが、「つい先日、家族とどこかに行かれたでしょう？」という質問に対して「箱根の温泉に行ってきました。飲みすぎてしまいました……」といった自分の記憶

障害を補うような返答は作話になる。家族に内容を確認しないとわからないこともある。娘と外来を受診し、娘が席をはずしたときに、「今日ほどなたと来られました？」と尋ねると、「姪と一緒にです」と答える場合もある。これは作話の場合もあるが、単なる誤認であることもある。

小澤<sup>5)</sup>は、認知症高齢者にみられる妄想の頻度を主題別に検討している(表1)。物盗られ妄想が最も多く、「殺される」、「見捨てられる」という順になっている。さらに、認知症の

表1 妄想の主題

物盗られ	54
殺される	6
見捨てられる	5
いじめられる	5
悪口を言われる	4
嫉妬	4
悪さをされる	3
被毒	3
性的被害	2
貧困	2
その他	6

複数回答あり

(文献5より引用)

表2 認知症の時期による物盗られ妄想の病態の違い

	認知症初期	認知症中期
病態	妄想的	作話的
妄想対象	固定的(多くは直近の介護者)	漠然あるいは浮動
1回の訴えの持続時間	執拗に長時間、持続する	繰り返されることはあるが、1回の訴えは比較的短時間
攻撃性	激しい	比較的少ない
life eventとの関連	密接なことが多い	密接でないことが多い
病前性格	典型的性格がある	典型的性格はない
対応	なくなったものがみつかったも一時的にせよ、解決しないことが多い	なくなったものがみつかったも一時的には、解決することが多い

(文献5より引用)

重症度による物盗られ妄想の病態の違いを考察し、表2にまとめている。

認知症が中等度であれば、中核症状の存在も明確であり、容易に認知症が疑われるが、認知症の初期の場合には、一次性の妄想に近い特徴があり、専門医による診断が必要になる。

## 2 幻覚

認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、子供たちがそこに来ているじゃない」とか、「今、男の人が何人か入ってきたのよ」といった訴えはしばしばみられる。訴えが被害的な色彩を帯びることもある。典型的には、幻視はせん妄でみられる。実際に日常生活に支障をきたしている状況がなかったり、本人が不安がることがなければ治療の対象と考えなくてもよい。

## 3 不安

ふつう、患者は自分がアルツハイマー型認知症であるという完全な病識をもつことはないが、今までできていたことができなくなる、あるいは今までよりも物忘れがひどくなってきている、といった病感があるこ

とは珍しくない。そのため、不安や焦燥、あるいはうつ状態などの症状が出現する。時間や場所に対する見当識障害が加われば、より顕著になる。不安や焦燥に対する防衛的な反応として妄想がみられることもある。また、まえもって家族が予定を患者に告げると、かえって落ち着かなくなり頻回に家族に確かめることもある。「どうもお世話になりました。これから実家に帰らせてもらいます」と言って荷物をまとめて出ていこうとする行動は珍しくないが、不安と関連している。こうした行動は、自分がいる場所、あるいはいてもかまわない場所という認識が乏しいことによって起きることがある。何らかの役割を得ることによって自分の存在を確かめることができれば症状は軽減する。外来では本人の訴えに時間をさくことは難しい場合が多いが、可能な限り耳を傾け、共感的な支持を与えることは意味がある。

この不安症状は認知症高齢者を理解する上で重要な症状である。時間の感覚が不確かになっても、直前のことを忘れてしまうくらいの物忘れがあっても、心配しなくてすむ、と本人が納得できれば不安がなくなり、妄想の軽減につながる。

#### 4 依存

不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがある。1時間でも一人になると落ち着かなくなったりする。常に家族の後ろをついてまわるといったことがある。このような状態では、家族は近所に買い物にも出かけられなくなってしまう。

#### 5 徘徊

アルツハイマー型認知症に特徴的であり、血管性認知症では多くはない。認知症の初期には、新たに通いはじめた病院への行き方など、新たな道順を覚えられない程度であるが、認知症の進行に伴い、自分の家への道がわからないというように、熟知しているはずの場所が未知に感

じられ迷い、行方不明になったりする。さらに重症になると、まったく無目的であったり、常同的な歩行としか思えない徘徊が多くなる。家中でも、トイレの場所がわからず、結果としてうろろうするという行動になることもある。

#### 6 攻撃的言動

最も対応に苦慮するものの1つである。特に、行動を注意・制止したり、着衣や入浴の介助の際に起きやすい。また、幻覚や妄想から二次的に生じる場合がある。前者のタイプでは、家族がどうしても型にはめようとするのが裏目に出て、不満が爆発するということが少なくないことから、対応次第という面がある。

#### 7 睡眠障害

認知症にみられる精神症状では最も多い症状である。認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝は増加する傾向がある。特に「夕暮れ症候群」と呼ばれる状態では、夕方になると出かけようとしたり、落ち着きを失ったり、興奮したり、怒りっぽくなったりする。家族の生活リズムは乱され、安眠が妨げられる。軽度であれば、軽い睡眠薬も有効であるが、重度ではかえって有害となることが多い。用量を控える、服薬時間をずらすといった工夫のほか、日課としての散歩や日中の活動による昼寝の制限など、生活面からのアプローチも必要になる。

#### 8 過食

目の前にあるものはすべて食べてしまうとか、食事をしても「おなかですいた」と訴えることがみられる。夜中に起きて冷蔵庫の中の食べ物を全部食べてしまった例がある。食べたことを忘れたというだけでは、説明できないことが多く、家族が食後もゆっくり話し相手をするなど、心理面での空腹感を満たすことで落ち着くこともある。