

高齢者の認知症 ～予防と対応の方法～

明和病院

水山 和之

はじめに

2012年の調査では、認知症の患者数は462万人で、2025年には700万人に達するのではないかと推定されています。原因疾患としては、有名なアルツハイマー型認知症がおよそ70%を占め、次いで血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などが占めるとされます。

今回は、高齢者の慢性期の病院（療養病棟）で患者さんを治療している立場から、日ごろご本人やご家族からの疑問にお答えします。認知症に関して、よく受ける質問です。

- (1) 物忘れがだんだんひどくなったので、認知症かしら？
- (2) 早期発見で早く薬を飲めば、認知症は予防できますか？
- (3) 認知症が進行したので、介護保険の要介護度は重くなりますか？
- (4) 何度も同じことを言うので、ついつい叱ってしまいますが、どうしたら

よいですか？

- (5) 夜に起きて、昼間寝ています。睡眠薬をのませて夜にしっかり寝かせたいのですが？
- (6) 食べられなくなったとき、胃ろうは嫌なので、点滴はできますか？
- (7) 認知症がだいぶひどくなってきたので、入院できますか？

さて、いかがでしょうか？

いずれの質問や要望も、単純に答えるのが難しく、医学的な問題または医療・介護の制度的な課題があります。一つ一つ、説明していきましょう。筆者なりの回答ですが、諸説ありますので、かかりつけの先生と相談する際の参考としていただければ幸いです。

ご説明します



(1) 「物忘れならば認知症である」とは限らない

名前を度忘れした、いつも探し物ばかりしている、などということはありませんか？急に名前を思い出したり、何度も探したところからなくしたものが出てくる、なんてこともあるでしょう。これらの多くは、軽度認知障害（略語でMCI）かも知れませんが、まだ認知症の記憶障害とまでは言えないでしょう。

認知症（特にアルツハイマー型認知症）の記憶障害は、体験（エピソード）ごと忘れるのが特徴です。これを「エピソード記憶の障害」と言って、側頭葉の内側部にある「海馬」が大きく影響していることがわかっています。ご飯食べたばかりなのに、「ご飯はまだですか？」というように、体験そのものの記憶が欠落します。

よく知っている人の名前を度忘れするのは、「想起障害」であり、前頭葉などの機能が関係しています。いつも探し物ばかりしているのは、注意障害かもしれません。専門的には複雑性注意障害とも言いますが、前頭葉をはじめとして脳の多くの部位が関与していると考えられています。

そもそも、認知症の定義は学会によって微妙に異なります。その中で、米国精神医学会による認知症の診断基準（DSM-5）は、認知症を理解するうえで一番役に立つと思うので、ここで紹介します。DSM-5では、認知症は「神経認知障害群」という分類に含まれますが、「記憶障害」が必須でな

いのが大きな特徴です。前頭側頭型認知症やレビー小体型認知症の初期などで、記憶障害が目立たないことがあるからです。前頭側頭型認知症では、行動異常など社会的認知から障害が始まります。レビー小体型認知症では、パーキンソン症状や幻視などから症状が始まります。

DSM-5では、6つの神経認知領域（表1）のうち、1つ以上が障害され、毎日の生活で援助を要するのが「認知症」であり、なんとか自立して生活できるレベルが「軽度認知障害（MCI）」と定義されます。

表1 6つの神経認知領域（DSM-5）

認知領域	説明
複雑性注意	注意力を持続、分配、制御する能力
実行機能	予定を立てて実行する能力
学習と記憶	即時記憶、近時記憶、長期記憶
言語	言葉を理解したり、表現する能力
知覚-運動	知覚と意図的動作を結びつける能力
社会的認知	他人の気持ちを配慮したり、表情を適切に把握したりする能力

認知症と区別すべき病気に「せん妄」がありますが、注意障害と意識障害があり、急に症状が出現したり、一日のなかで症状が変動するのが「せん妄」の特徴です。

認知症やせん妄の原因としては、上述した変性疾患（アルツハイマー型認知症など）、脳血管障害（血管性認知症）以外にも、感染症、脱水症、心不全、甲状腺機能低下症、薬剤性などがあり、まず、内科的

表2 アルツハイマー型認知症(AD)に適応症のある薬剤

商品名	アリセプト	レミニール	イクセロン リバスタッチ	メモリー
一般名	ドネペジル塩酸塩	ガラントミン臭化水 素酸塩	リバスチグミン	メマンチン塩酸塩
作用メカニズム	コリンエステラーゼ阻害薬			NMDA受容体拮抗薬
適応症	AD(軽度～高度)、 レビー小体型認知症	AD(軽度～中等度)	AD(軽度～中等度)	AD(中等度～高度)

表3 認知症に用いる代表的な漢方薬

漢方薬	効能または効果	使用目標＝証
抑肝散	虚弱な体質で神経がたかぶるもの の次の諸症： 神経症、不眠症、 小児夜なき、小児かん症	体力中等度の人で、神経過敏で 興奮しやすく、起こりやすい、イラ イラする、眠れないなどの精神 神経症状を訴える場合に用いる。
人參養榮湯	病後の体力低下、疲労倦怠、食欲 不振、ねあせ、手足の冷え、貧血	病後・術後あるいは慢性疾患、高 齢者の虚弱(フレイル)などで疲 労衰弱している場合に用いる。

な診断と治療が必要です。かかりつけの先生とご相談ください。

(2) アルツハイマー型認知症の薬として認可されているものは、進行を遅らせる効果しかない

アルツハイマー型認知症で認可されている薬は、現在、4種類あります(表2)。アセチルコリン系の障害(コリン仮説)に基づく薬(コリンエステラーゼ阻害薬)が3種類と、グルタミン酸神経毒仮説に基づく薬(NMDA受容体拮抗薬)が1種類です。

ドネペジルは、もっとも有名な薬です。この薬は、進行を遅らせる薬として説明されていました。また、途中でやめると、急速に進行するとも言われてきました。確かに、アパシーという無気力症状には、効果が感じられますが、興奮症状をかえって悪化させることがあります。

認知症の方を介護をするうえでの課題は、「行動・心理症状(BPSD)」のうち、興奮・暴言・暴力などの陽性症状です(図1)。これらの症状が目立つ際は、ドネペジルより、メマンチンの方が効果があるかもしれません。

2021年は、アメリカにおいて、アルツハイマー型認知症のアミロイドβ仮説に基づく薬(アデュカナマブ)が、条件付きで承認されたことが大きく報道され、驚きまし



図1 中核症状と行動・心理症状 (BPSD)



た。アミロイドβは、認知症と診断される20～30年も前から脳内に沈着を始めます。この薬は、脳内のアミロイドβを減少させる治療薬です。しかし、この薬は、年間600万円ほど医療費がかかるとのことで、二度驚きました。そのため、日本で承認されるかどうかは、まったく未知数と言えます。

筆者は、認知症の予防と、BPSDの治療に、漢方薬を積極的に使っています。興奮、不眠などのBPSD陽性症状がある場合は、抑肝散が効果的です。一方、虚弱（フレイル）で食欲がないときは、「いわゆる朝鮮人参」と「遠志（おんじ）」を含む人参養栄湯が期待できます。

(3) 認知症の重症度と、介護保険で判定される要介護度は比例関係にはない
認知症が進行する場合は、ぜひ、介護保

険の認定を受けて、いろいろなサービスを受けたいものです。介護保険の認定を区市町村の窓口に応し込むと、区市町村から派遣される調査員による訪問調査を受けます。また、並行して区市町村からかかりつけの先生（主治医）に「主治医意見書」が依頼されます。

調査員による質問票は、コンピューターに読み取って、要介護度の一次判定が決まります。この一次判定は、もともと、介護施設での介護に要する時間のデータから推定される要介護度をコンピューターが判定するものですが、誤差が大きいのが問題です。特に、認知症は、BPSDが重症であっても、一次判定の段階では要介護度がなかなか上がりません。そのため、認知症の介護でお困りのときは、ぜひともかかりつけの先生（主治医）に、具体的にどのように

「介護の手間」がかかって困っているか伝えて、主治医意見書に書き込んでもらうと、認定審査会で二次判定が上がる可能性があります。

また、要介護1レベルのときに、認知症やうつ状態があるかどうかで、認定期間に大きく影響します。これらの病名がないときは、認定有効期間は最大6カ月となりますが、主治医意見書の病名欄の一番上に、それらの病名が書いてあると、要介護1のときに、認定有効期間は1～3年まで延長されることがあります（認定審査会の二次判定に関して細かなルールがあります）。

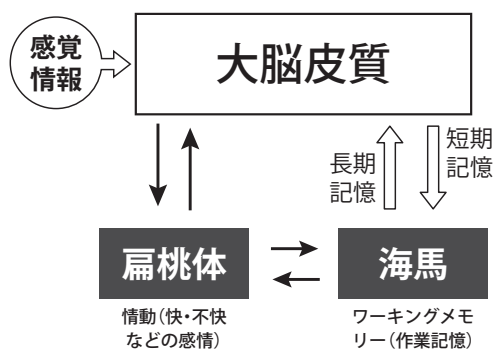
（４）認知症の介護のポイントは、「しかりつけないこと」

ご家族にとって、自分の親の物忘れなどの症状が進んでしまうと、イライラするものです。ついつい、間違いを指摘したり、細かく指示をして、しかりつけたりすることもあるでしょう。「さっきも同じことを聞いたよ！」「こぼさないで！」「汚いよ！」「何してるの！」「違うよ！」などと、言ってしまいがちです。

しかし、このような対応は、うまくいかないことが少なくありません。しかりつけると、プライドが傷つけられて拒否するようになったり、「この人は自分の敵である」と思って攻撃的になるかもしれません。

子どもに対する対応でも、共通点があるでしょう。「否定しない」「叱らない」が基本ですね。でも、子どもの場合は、成長が楽しみです。高齢者の認知症では、残念ながら、認知機能は徐々に悪化していきます。そのため、BPSDを悪化させないように

図2 海馬と扁桃体は互いに影響しあう



配慮することが、本人にとっても介護者にとっても大切です。

脳科学的に記憶のメカニズムをみてみましょう（図2）。大脳辺縁系という場所に、記憶を司る海馬と、情動を司る扁桃体という中枢があります。不安や恐怖という情報は扁桃体から海馬に送られ、記憶として定着します。そのため、しかりつけたときに生じる恐怖や嫌悪感という感情は長期化しやすく、介護拒否から始まり、興奮、暴言、暴力など、どんどんエスカレートしかねません。

フランス生まれの介護のテクニックに、ユマニチュードというものがあります。認知症の高齢者に寄り添う技法で、①見る（真正面からアイコンタクトする）、②話す（優しく話しかける）、③触れる（優しくゆっくり触れる）、④立つ（1日20分立つ時間を作る）のが4つの柱とされています。

また、認知症の中に、前頭側頭型認知症（ピック病など）がありますが、この認知症の特徴として、「常同行動」という症状があります。いつも同じ席に座ってもらったり、同じ作業をやってもらったりすると、精神的に安定することが期待されます。

(5) 一般的な睡眠薬は、かえって興奮させてしまうことがある

夜中に大声を出したり、トイレに歩き出したりすると、在宅ではご家族も眠れなくなり、最悪、共倒れになる恐れもあります。病院や介護施設でも、スタッフの大きな負担になったり、他の高齢者の安眠を妨害することもあり、ぜひとも、強い睡眠薬で寝てもらいたいと思うのも無理はありません。

しかし、従来から多く処方されてきた睡眠薬（ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系）は、特に、脳梗塞や認知症の高齢者では、かえって興奮したり（せん妄とも言います）、筋弛緩作用のため、歩行しようとして転倒したり、持ち越し効果と言って、結局夜間寝ないで昼間寝てしまうことがあります。これらの睡眠薬は、認知症を悪化させる傾向にあるとのデータもあります。

不眠のほか、幻覚・妄想、興奮、暴言、暴力などを「行動・心理症状（BPSD）」と言います。これらがあるときは、より強い鎮静薬（向精神薬と言います）が必要になることもありますが、体のふるえや食事の飲み込みが悪くなるなどの副作用が出やすく、注意が必要です。

では、どうしたらよいのでしょうか？夜間不眠に対する介護のポイントは、「日中の活動を高める」につきます。もちろん、薬の選択も重要でしょう。そこでお勧めなのが、抗うつ剤の活用、オレキシン受容体拮抗薬という新しい分類の睡眠薬、そして、漢方薬です。

(6) 水分と栄養の補給は医療と介護の基本

医療の基本は、酸素や栄養を、脳やその他の臓器にしっかりと届けるよう調節することです。そのためにも、口から水分や栄養を摂ることが大切なのは言うまでもありません。しかし、様々な理由で、飲み込みが悪くなったり、食欲が低下することが少なくありません。水分にとろみをつけたり、ゼリーなど嚥下しやすい食材を選択して、可能な限り口から摂ってもらいます。

それでも、徐々に嚥下障害が進行すると、脱水症や心不全の悪化のための、脳血流が減少し、飲み込む力がさらに弱くなります。そのため、どんなに注意して食事の介護をしても、誤嚥性肺炎になりやすくなります。

アルツハイマー型認知症では、介護期間が10年以上になることもあり、嚥下障害で食事ができなくなったときに、終末期ともいえます。この場合は、点滴も胃ろう栄養も行わないという選択が納得できます。

しかし、脳梗塞などで急速に嚥下障害が進行したときには、水分補給や栄養補給にて回復を期待したいです。そのため、嚥下障害があるときに、適切に点滴すると、食欲が改善することがあります。しかし、認知症の慢性期では、点滴が自分の体に大切であることが理解できず、目を離れた際に、点滴を自己抜去することが少なくありません。腕から実施している点滴は、特に煩わしいと感じるでしょう。首や足の付け根から留置している中心静脈カテーテルによる点滴・栄養の場合、腕の点滴よりは自己抜去される確率は少ないかもしれませんが。

経管栄養で、水分と栄養（流動食）を注

入する方法も、脱水症と低栄養の改善に役立ちます。その際、鼻から胃までチューブを挿入する方法よりも、胃ろうを造設して流動食を注入する方が、本人の負担が少ないこともあります。

(7) 認知症対策は、医療から介護へ

65歳以上の5人に1人は認知症が発症すると言われていています。高齢になるほど、発症率は高くなります。もはや、特殊な病気ではなく、普通の病気（コモン・ディゼーズ）と言えるでしょう。

病院に勤務する医師、看護師、その他スタッフは、認知症研修などで昔より認知症への対応力がはるかに向上しています。しかしながら、一般の急性期の病院は、内科的・外科的な検査、処置、手術を目的とするため、認知症の治療を目的とした入院は難しいかもしれません。主に高齢者が入院する療養病棟も、高カロリー輸液など点滴、酸素投与、経管栄養（胃ろう、経鼻）、褥瘡処置など、医学的管理を目的とした病棟のため、認知症治療目的だけでは入院できないかもしれません。一方で、暴言・暴力など陽性症状または、拒食・うつなど陰性症状が進行したとき、認知症疾患医療センター、精神科病棟、認知症治療病棟などにて専門的な医療を受けるという選択肢があり

ます。

理想的には、在宅にて、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護、デイサービス、ショートステイなどの介護保険サービスを受けながら、生活できるのが幸せだと思います。ご自宅での家族の支援が難しいときは、グループホーム、老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、有料老人ホームなどの入所を相談するとよいでしょう。

おわりに

2020年の初めから続く新型コロナウイルス感染症で、多くの高齢者は3つのタイプのフレイル（身体的フレイル、認知・精神・心理的フレイル、社会的フレイル）が進行しました。いずれも、認知症の原因になったり、進行させたりします。また、感染症のほかには脳血管障害、心不全、がんなども増加傾向にあり、これらの身体疾患も認知症と関連が深いと理解されています。

認知症は、もはや特殊な病気ではなく、日ごろの食生活、運動、社会的活動で予防します。認知症が進行する場合は、かかりつけの先生やケアマネジャーと相談しながら、BPSDが悪化しないよう介護サービスを組み立てていくのがよいでしょう。

（みずやま・かずゆき＝千代田区）