

認知症の西洋医学系教材開発

一般社団法人老人病研究会 会長
新宿漢方クリニック 院長
川並汪一

第1章 認知症の西洋医学と東洋医学 (川並汪一担当)

第2節 認知症：老年症候群と東洋医学

- I. 加齢は密かに忍び寄る
- II. 老年症候群の治療は東洋医学
 - 1) 五臓の医学的意義
 - 2) 老化の東洋医学と老年症候群

第3節 認知症：文科省助成金による街ぐるみ支援から東洋医学に遭遇

- I. 「街ぐるみ認知症支援ネットワーク」
- II. 認知症国際フォーラムの開催とその影響
 - 1) 第1回認知症国際フォーラム（東京国際フォーラム）
 - 2) 第2回認知症国際フォーラム（エポック中原）

第4節 認知症に特化した鍼灸師育成講座事業の推進

- I. 鍼灸師育成講座として認知症 Gold-QPD 育成講座を開講
- II. 認知症 Gold-QPD 育成講座の推進
- III. 「益気調血，扶本培元鍼法」から「三焦鍼法」(San Jiao Acupuncture) に改名

第5節 西洋医学における Acupuncture (鍼灸医療) の評価と実情

- I. 鍼治療効果に関する西洋医学的な評価 (WHO&NIH の認定)
- II. アメリカの鍼灸事情と専門の卒前・卒後教育
 - 1) アメリカの専門鍼灸師の卒前・卒後教育
 - 2) 鍼灸医学教育の日米の違い
 - 3) 日本の鍼灸学校と鍼灸師の現状
 - 4) 鍼灸を実践する世界と日本の医師グループ

第6節 認知症は症候群 (概要)

- I. アルツハイマー型認知症の特徴
- II. 血管性認知症の特徴

- III. レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy Bodies; DLB)
- IV. 前頭・側頭型認知症 (FTD: Frontotemporal dementia) (ピック病) の特徴
- V. 治る認知症

第7節 高齢者の終末期医療

- I. 老年症候群の終末期とリビングウイル
- II. 認知症の人の入院とリビングウイルについて

第2章 認知症の神経内科の診療 (野村浩一担当)

第1節 アルツハイマー型認知症

【事例報告1】

第2節 脳血管性認知症

【事例報告2】80歳女性。脳血管性認知症

第3節 レビー小体型認知症

【事例報告3】75歳男性。レビー小体型認知症

第4節 前頭側頭型認知症

【事例報告4】75歳女性。前頭側頭型認知症

第3章 認知症の精神科の診療 (岸泰宏担当)

第1節 認知症の中核症状と周辺症状

I. アルツハイマー病

【事例報告1】79歳女性。アルツハイマー型認知症

【事例報告2】76歳女性。

【事例報告3】80歳男性。

II. 認知症の中核症状とは？

III. アルツハイマー病以外の認知症

【事例報告4】75歳男性。

【事例報告5】73歳、女性。レビー小体型認知症

【事例報告6】60歳 男性。前頭側頭型認知症

コラム 暴力的な認知症症例への対応方法

第2節 認知症周辺症状と精神科疾患の鑑別

【事例報告7】

【事例報告8】70歳 女性。

【事例報告9】70歳女性。

コラム 精神科医療現場から一言

第4章 高齢者リハビリテーション医学の事例 (原行弘担当)

第1節：脳梗塞後のリハビリテーション

【事例報告1】73歳男性

- I. 問診のポイント (表1)：
- II. 診察のポイント (表2)：
- III. 本症例の評価のまとめ
- IV. 必要なリハビリ：

第2節：クモ膜下出血後のリハビリテーション

【事例報告2】72歳女性

- I. 問診のポイント：
- II. 診察のポイント：
- III. 本症例の所見のまとめ：
- IV. 何を評価するか？
- V. 評価のまとめ
- VI. 結果：

第3節：パーキンソン病のリハビリテーション (軽症～中等症)

【事例報告3】70歳女性

- I. 問診のポイント：
- II. 診察のポイント：
- III. 本症例の問診・所見のまとめ
- IV. 何を評価するか？
- V. パーキンソン病の症状の評価
- VI. 評価のまとめ
- VII. リハビリ処方

第4節パーキンソン病のリハビリテーション (進行例)

【事例報告4】72歳男性

- I. 問診のポイント（表3）：
- II. 診察のポイント：
- III. 本症例の所見のまとめ
- IV. 何を評価するか？
- V. 評価のまとめ
- VI. リハビリの処方：

第5章 老年症候群・認知症経過中の感染症（國島広之担当）

第1節 高齢者の感染症

【事例報告1】96才、男性

第2節 高齢者の呼吸器感染症

【事例報告2】76才、男性

- I. 高齢者における肺炎
- II. 高齢者における呼吸器感染症予防
 - 1) インフルエンザワクチン
 - 2) 肺炎球菌ワクチン
 - 3) 誤嚥予防
 - 4) 参考文献

第3節 高齢者の結核

【事例報告3】

- I. 高齢者における結核
- II. 地域における結核診療
- III. DOTS
- IV. 結核の接触者検診
- V. 参考文献

第5節 災害時における感染症

【事例報告5】

- I. 市中感染
- II. 肺炎
- III. その他

IV. 参考文献

まとめ

第6章 高齢者と救命救急医療について (松田 潔担当)

第1節 救命救急医療総論 (高齢者に関する話題)

- I. 増加する救急車搬送例
- II. 増加する高齢者救急車搬送例

第2節 高齢者の救命救急医療の特徴

- I. 慢性疾患との関連
- II. 認知症患者の救急診療における困難
- III. どこまで治療すべきか？

第3節 事例の紹介

- 【事例報告1】 82歳、女性。無症状に見えて病状が重篤化した1例
- 【事例報告2】 88歳、女性。軽い受傷機転で思わぬ重傷を負った1例
- 【事例報告3】 78歳、男性。入浴中に意識を失い死亡
- 【事例報告4】 92歳、男性。心肺停止を蘇生したものの延命を希望せず

第4節 まとめ

第1章 認知症の西洋医学と東洋医学

第1節 はじめに（教材作成の趣旨）

I. 認知症とその治療

最近の統計によれば、生活に支障を来さないが深刻なものの忘れを示す人は400万人になるといわれる。本邦の高齢者(65歳以上)人口の10%を越えるこの軽度認知障害(MCI; mild cognition impairment)を持つ方は、毎年10人に1人の割合でアルツハイマー病(AD; Alzheimer disease or Alzheimer Dementia)などの認知症になる。そうすると5年間で200万人が認知症を患い、日常生活に支障を来し家族の介護が必要となってくる。現在の認知症患者は既に460万人を越えており、数年前の予想数値より20年も早く到達している。

高齢者の認知症患者は、家族がおかしいと気づいてから医療機関を訪れるまで平均9年半の時間が経過している。つまり周辺症状がある程度進んでから認知症との診断が確定される。その後の平均寿命は約8年といわれる。この期間は、介護や家族関係者にとって試練の期間になり本人ばかりか家族のトラブル要因になりかねない。

その周辺症状の悪化を遅らせる薬が開発されている。薬理的に脳神経細胞のシナプス(神経接合部)の神経伝達物質アセチルコリンの低下を防ぐことを目安にしている。日本ではコリンエステラーゼ・インヒビター(塩酸ドネペジル;商品名アリセプト)、ガランタミン(レミニール®)、メマンチン(メモリー®)、リバスチグミン(イクセロン®,リバスタッチ®)の4種類の薬剤が承認されている。しかしそれらの治療効果は「きわめて控えめ」で認知症周辺症状の悪化を遅延させる程度に留まる。記憶障害を正常化させることは出来ない。これらの薬剤は消化器系に存在するシナプスへも機能するため強い副作用をもたらすこともあり、使用できない患者も少なくない。一方で抑肝散などの漢方薬の効果も良く知られつつある。しかし多様性に富む認知症の周辺症状の改善には未だ不十分であり医学的な治療法にはまだまだ限界がある。

認知症対策の治療面での遅れをカバーすべく、現実には認知症患者に対してケア中心の対策が模索され、「街ぐるみ認知症対策」「いつまでも住み慣れた町で過ごす運動」が官民あげて続けられている。また、認知症予防対策が声高に唱えられつつある。

II. 認知症の東洋医学へのインセンティブ

2003年当時、日本医科大学老人病研究所はアウトリーチ活動として高齢者を相手に「座談会」をはじめた。お茶を飲みながらの自由なおしゃべりを毎月1回続けた。その地道な活動が認められ、2007年に文科省戦略的基盤研究・社会連携研究事業として助成金を頂き、本格的に「認知症街ぐるみ支援ネットワーク」として動き出した。

2012年までの5年間の助成金で日本医科大学武蔵小杉病院キャンパスに「認知症相談センター」を設立し、近隣市民のため認知症よろず相談を始めた。本人とご家族の相談に乗

りながら、西洋医学による治療の限界を感じつつ「ケアからキュアへ」と運動目標を設定し 2 度の認知症国際フォーラムを開催した。認知症キュアに向けて取り組む内容を記載することで読者と課題を共有したい。その際、東洋医学の魅力に遭遇した。

Ⅲ. 認知症には多角的視野に基づく教材が大切

さて、認知症患者に対する医学的な対処法は、老年内科、総合診療内科、神経内科、精神科、リハビリテーション科、感染症内科、救命救急室とそれぞれが独自の視点でなされている。意外に知られざる側面をご紹介することで認知症への理解を深めて頂きたい。その目的で以下のような各科の独自性を示し互いの連携の可能性について触れたい。

(1) 神経内科をはじめ家庭医や総合診療科は、患者の周辺症状が激しくなると精神科へ患者を送る傾向がある。精神科は他科でやりくりしに困った患者を治療する役割を担わされることが多い。重症化した症例を扱うため多量の薬剤や身体拘束、ときに電気ショック療法を使用せざるを得ないのが実態である。第 1 回認知症国際フォーラムでは 600 年来の伝統で有名なベルギーはヘール (Geel) の「街ぐるみ精神病患者ケア」について紹介する。

(2) 抗生物質の発見で感染症を怖がらない時代が到来した。誰もが信じたこの楽観論は容易に中断される結果となった。動物や渡り鳥を介した新種のウイルスは世界中に恐怖をばらまき、アフリカの地方病であったデボラ出血熱が、航空機の発達で世界中を駆け巡るようになった。認知症患者も同じリスクを抱える。しかしかれらの感染症の原因としては、自分の古傷結核の再発などを無視できない。誤嚥により胃酸や口腔内常在菌が肺炎を誘発し死亡することもしばしばである。このような感染症に対する基本的知識を持つことは必須である。

(3) 高齢者は体力不足と不注意から平らなフロアでさえ足がつかえ転倒する。打ち所が悪ければ骨折事故につながり寝たきり生活となり再起できない。機能回復リハビリテーションは心筋梗塞、脳卒中、パーキンソン病などと同様に不可欠となる。このリハビリの考え方やその復帰プロセスについて最新のデータを提供する。またリハビリに鍼灸治療を介入させることでドラスチックな改善が望める可能性も想定できそうである。

(4) 近年の救急医療体制は、救急車からドクターヘリの空へと広がった。救命救急専門士が育成されたことにより救命医療チームは顕著に充実し 5 年前と比較し出動頻度は 10 倍に増加したらしい。高齢者の救助が急激に伸びるにつれ、認知症患者への対応はおおきな問題となっている。

(5) 医療器材の発達で呼吸と心臓の管理はかなり容易になった。新たな問題は、植物人間になってもそのまま生かすか、救命処置を中断するか、が大問題である。生命を断つ決断を迫られるからである。本人のリビングウイルが問題となる。

(6) 認知症対応型の認知症 Gold-QPD (ゴールド・キューピッド) 育成講座は、Acupuncture (鍼灸施術) が患者の周辺症状を顕著に緩和させる手段の一つであることを

明確に示した。Gold-QPD 研修生が認知症患者に鍼施術をする時、施設側と施術者と患者さんと家族の間で対応上のコンセンサスが必要になる。

以上この教材は、多職種連携を視野に組み立てられているので、鍼灸師に限らずホームドクター、総合内科医、研修医や医学生そして一般の方にも興味深いと思われる。

第2節 認知症：老年症候群と東洋医学

I. 加齢は密かに忍び寄る

痛みが無く、肥満による運動障害もそれほど気にならないため、メタボリックシンドロームは病気として意識されない。青壮年期は、生活習慣病をしりながらも、つい自己規制は緩くなり運動不足を伴いがちである。内臓諸器官や骨格筋は正直で、生活様式の影響が加齢とともに積み重なりロコモティブシンドロームに進展する。未病体質はサイレントキラーとよばれる糖尿病や高血圧体質に変貌してゆき、そのつけは致命傷となる心疾患や糖尿病を誘発する。突然胸部や頭部の疼痛発作におどろいて病院に行ってはじめて心筋梗塞や脳梗塞などに気づかされ、その結果、病気と生活の不安からうつ症状により余生の楽しさを制限させられることになる。

高齢者の身体は、年毎に速やかに生理的老化現象を示す。目はかすみ、耳は遠くなり、歯は傷み、皮膚はたるみ、抜け毛や白髪に、さらに腰痛、関節痛、肩こりと老化現象が明らかとなる。人生の黄昏を自覚するのはこの瞬間である。多くの場合、毎朝習慣として新聞を読みながら、文字がかすむようになり、目の周りをこすってやっと視界を取り戻すことになる。ボヤ～とした視力の回復はやがて難しくなり、気が付けば老人性白内障の始まりである。3度の習慣である食事のとき、虫歯が使用に絶えず歯医者に通う羽目になる。資金に余裕があればインプラントで見かけも機能も若返ることができる。しかし時間が無く十分な治療が出来ないことで、差し歯に代わりやがて総義歯になり典型的老化は間違いない。「もの忘れ」、「転倒」、「せん妄」、「尿失禁」、「めまい」、「老年期うつ」など表にある症状は老年症候群；geriatric syndrome) という。厚労省調査の調査によると、高齢者の訴え（表1）と通院する大きな理由（表2）はまさに老年症候群そのものである（1～4）。

表 1 高齢者の主訴の頻度順

1	腰痛
2	手足の関節痛
3	肩こり
3	目のかすみ
4	難聴
5	もの忘れ
6	頻尿
7	便秘
8	せきやたん
8	手足の動きが悪い
9	手足のしびれ
10	ものを見づらい
11	耳鳴り
12	かゆみ(湿疹・水虫など)
13	鼻がつまる・鼻汁が出る

(平成 22 年厚労省の白書第 9 表より要約)

表 2 高齢通院者の疾患理由 (複数回答)

順位	男	女
1	高血圧症	高血圧症
2	糖尿病	眼の病気
3	眼の病気	脂質異常症
4	前立腺肥大症	腰痛症
5	脂質異常症	骨粗しょう症
6	歯の病気	関節症
7	狭心症・心筋梗塞	歯の病気
8	その他の循環器系の病気	糖尿病
9	手足のしびれ	肩こり症
10	胃・十二指腸の病気	狭心症・心筋梗塞
11	関節症	その他の循環器系の病気
12	肩こり症	胃・十二指腸の病気

(平成 22 年厚労省白書表 11 より要約)

もの忘れと認知症を持つ患者は、常にこれらの老年症候群の複数の症状を持っており認知症と老年症候群は密接不可分の関係にある。これらの症候群の治療は、奈良時代以来日

本人は鍼灸と漢方に依存してきた。

II. 老年症候群の治療は東洋医学

東洋医学の五臓（肝、心、脾、腎、肺）にはもともと脳という臓器を含まない。精神的・心理的そして知的な活動能力は肝と心の働きが大きく反映するといわれる。

1) 五臓の医学的意義

ここでいう臓器名（肝、心、脾、腎、肺）は東洋医学としての名称である。この代名詞は、解体新書にある蘭学（西洋医学）の *Leber, Niere, Herz, Milz, lunge* などそれぞれの和訳（肝臓、腎臓、心臓、脾臓、肺臓）として転用された。そのため、名称は同じでも現代医学の示唆する臓器機能とは大きくかけ離れ、独自の意義を内包している。西洋医学に慣れ親しむ一般の人は、東洋医学的五臓の解釈に戸惑い、陰陽五行論の根本思想の入口で立ち止まってしまう。そして半ば軽蔑のまなざしを残して西洋医学へ退却してしまうことが多い。

日本の医学は僧侶によって仏教とともに伝えられ、その影響は今日に至っている（5）。当時の僧侶は最高のインテリ（鑑真）であり医師の才能と技術を持ち合わせるが多かったらしい。中国最古の医学書籍である黄帝内経や神農本草経は「経」とはいうものの、般若心経のようないわゆる「お経」ではなく教本を示す。

黄帝内経は紀元前約2世紀にまとめられ、鍼灸、経絡、経穴の概念はこの時代までに確立された。ほぼ期を同じくして出来た神農本草経は生薬 365 種類を紹介し、傷寒論とともにそれぞれ中医薬学療法の原典を成す。

2) 老化の東洋医学と老年症候群

東洋医学でいう老化とは、「腎の宿す先天と後天の（精）気を失ってゆく過程」である。先天の気とは、両親から受け継いだ生命力の備蓄預金ともいえる。一方、胃と脾を経て消化吸収された「水穀の精微」は、後天の気として自身の腎に蓄えられる。この腎が衰退「虚」することで目、耳、鼻、口、皮膚、骨などに生理的老化が起きる。わけても認知能に関与する心と肝に基づく気持ち、記憶、感情などは、腎の影響を受けた結果であり認知症の発現は老年症候群から派生する典型的な一病像とも解釈できる。

一般に老年症候群の症状に対し、日本では従来、漢方、鍼灸、按摩マッサージが唯一の治療法として重要な役割を果たしてきた。東洋医学の治療は、症状を中心にした「証」を把握することから始まり、その証に基づき弁証論治というプロセスを経て適切な処方と手技を採用する。診断名が決まらなければ治療法が決まらない西洋医学と大きく異なる。東洋医学では本来診断名は不要であり、そのことを簡潔に云えば、「東洋医学に難病は存在しない」といえる。証に基づく治療を行うことで、患者の苦痛を緩和しつつには治癒することもある。西洋医学はステロイド療法が最後の拠り所であるがその治療効果には不明な点が多い。

第3節 認知症：文科省助成金による街ぐるみ支援から東洋医学に遭遇

I. 文科省助成金「街ぐるみ認知症支援ネットワーク」

日本医科大学附置老人病研究所は、文科省戦略的基盤研究・社会連携研究事業に申請した課題「街ぐるみ認知症支援ネットワーク」が採択された（2007年～2012年）。そこで日本医科大学と社団法人老人病研究会（当時）さらに川崎市との共同事業として武蔵小杉地域（町内会と中原区老人クラブ連合会など）を中心とし支援事業が本格化した。

1) 認知症相談センターの設立と飛躍の足掛かり

2007年12月に日本医科大学武蔵小杉キャンパス南館に認知症相談センターが設立され日本医科大学理事長や川崎市市長をはじめ多くの関係者にご参列いただき開設式を行った。初代代表は当時の老人病研究所の川並所長、現在は第2代の北村伸神経内科特任教授が務めている（センター長；野村俊明心理学教授）。日常の相談者とその家族への対応は、非常勤を含め事務員3名、臨床心理士3名、相談サポーター4名で行っている。医師は原則として常駐せずコンサルタントとしての役割を果たしてきた。

図1 街ぐるみ認知症相談センター



相談の流れは図の通りで、最初に簡単な問診を行いタッチパネル形式の簡易認知検査を受けてもらう。健常者は15点満点であり13点未満の人には臨床心理士のカウンセリングを受けてもらう。その結果は、必要に応じ本人ないし、付添の家族、介護士に説明し主治医との連携ネットワークを構築する。相談者の居住地近くの専門医や地域包括センターを紹介することも稀ではない。相談者とは、その後も定期的な連絡を維持し半年ごとに再チェックのため来訪していただく。現在までに6000人近くの訪問者があり、経過観察を含む全てのデータが保存されている点は特筆に値する。

平成 年 月

街ぐるみ認知症相談センター
ご利用者各位

日本医科大学老人病研究所
社会連携研究推進事業
代表 北村 伸

謹啓

時下ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。先日は街ぐるみ認知症センターをご利用下さいまして、誠にありがとうございます。

こちらへご来場下さいましてから、まもなく半年となります。その後いかがお過ごしでしょうか。

当センターでは一度お越し下さいました方に、継続的にご来場いただき脳の健康チェックをすることをお勧めしております。少しでも不安やお悩みを抱えの方はもちろん、ご健康な方も健康診断ととらえて、お気軽にセンターをお訪ね下さいませ。

脳の活性化度をチェックしたり、予約制でゆっくりお話を伺うお時間も設けております。

センターの開館時間、及びお問い合わせは下記の通りです。スタッフ一同、ご来場を心よりお待ちしております。

謹白

開館日 月、水、木、金（休館は火、土、日、祝）
開館時間 午前10時～午後4時(受付は午後3時30分まで)
お問い合わせ 電話 044-733-2007
e-mail soudan@nms.ac.jp



街ぐるみ認知症相談センター 相談の流れ

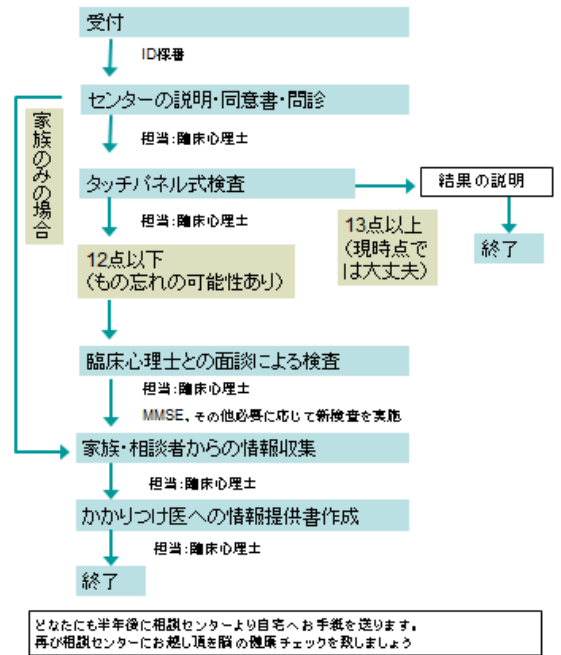


表 4 相談プロセス

表 3：相談センター代表挨拶文

開設以来、相談センターは全国各地から見学団体の訪問を受け入れてきた。外国はインド、スウェーデン、東南アジアなどからの訪問もある。センターはさらに、認知症専門家や地域包括支援センターとの定期会議を主催し、臨床心理士は全国各地から講演依頼をうけ対応している。2010年には文科省助成金モデル事業の中間報告としてNHKエンタープライズによりDVD（認知症街ぐるみ支援ネットワーク）が作成された。

図 2,3 相談センターの案内パンフレット（日本語版と英語版）



2013年より同相談センターは、文科省から武蔵小杉病院の管轄下に移管され、現在は大学と病院が運営している。なお同時期に、武蔵小杉病院は川崎市と厚労省により認知症患者医療センターとして認定され現在も相談業務を継続中である。最新の活動報告は以下の通りである。

2) 認知症相談センターの実績

表5 街ぐるみ認知症相談センターの活動報告

	10月(9/30～ 10/27)	9月(8/25～9/29)	8月(7/29～8/24)	累計
稼働日数	19日	23日	19日	1,636日
延べ来所者	108名(平均 5.7)	109名(平均4.7)	62名(平均3.3)	5,787名(平均3.5名)
ID取得者	69名(0・2)	58名(0・5)	33名(0・1)	3,261名(52・104)
再来者	39名(1・1)	53名(0・2)	29名(0・4)	2,457名(86・80)
カウンセリング	0名	1名	0名	71名
付き添い者	31名	22名	21	1,527名(H20.5～)
情報提供	26件	33件	28	1,828件
返信数	12件	15件	25	1,063件
電話相談	15件	18件	19	1,663件
来所者住所	中原区 19名 他川崎市 22名 横浜市 12名 その他 16名	中原区 25名 他川崎市 17名 横浜市 13名 その他 3名	中原区 11名 他川崎市 11名 横浜市 8名 その他 3名	中原区 1,368名 他川崎市 1,098名 横浜市 386名 その他 409名

相談者への対応実績月間報告(2014年11月現在)

II. 文科省助成金による認知症国際フォーラム開催とその影響

1) 第1回認知症国際フォーラム（東京国際フォーラム）

課題：街ぐるみ認知症ケア

日時：2008年12月21日

会場：東京国際フォーラム（有楽町）

共催：日本医科大学、川崎市、(社)老人病研究会

ゲスト：スウェーデン（認知症シルビア・ホーム代表）、
ベルギー（ヘール OPZ 精神病院医療センター）、
九州、川崎の代表によるパネルディスカッション

第1回認知症国際フォーラム（東京国際フォーラムにて）



図4（開会式で日本医科大学理事長赫彰郎先生のご挨拶。参加者合計1400名）

図5 第1回認知症国際フォーラムのプログラム

文部科学省 私立大学等研究費高度化推進・社会連携研究事業

認知症国際フォーラム

ひとりではできない認知症—予防・診断・治療と連携の街ぐるみネットワーク—

代議：川島 隆一
（「認知症街ぐるみネットワーク」代表、日本医科大学老人病研究所、部長、社団法人老人病研究会、会長）

プログラム

日時 2008年12月21日(日)

午前の部/開演 9:30 - 終演 12:00 (9:00)

午後の部/開演 13:00 - 終演 16:30 (9:00)

場所 東京国際フォーラム ホールB7

主催：認知症国際フォーラム推進委員会
日本医科大学老人病研究所、川崎市、学校法人日本医科大学、社団法人老人病研究会

後援：NHK、朝日新聞社、(社)日本医師会、(財)長寿科学振興財団、日本認知症学会、日本認知症ケア学会、(社)日本老年医学会、(社)日本精神神経学会、日本老年精神医学会、(社)日本リハビリテーション医学会、日本総合病院精神医学会 (SOPF)、(社)日本精神科病院協会、(社)日本精神神経診療所協会、(財)東京都高齢者研究・福祉振興財団 東京都老人総合研究所、(社)福岡県、認知症介護研究・研修センター、(社)認知症の人と家族の会、(社)全国老人保健施設協会、日本臨床心理士会、アルツハイマー病研究会、NPO法人日中健康科学会、(財)川崎市産業振興財団、川崎市福祉サービス協議会、神奈川新聞社

~~~~~  
第1回認知症国際フォーラムのパネルディスカッション

課題【街ぐるみ認知症ケアについて】

司会

本間 昭（東京都老人総合研究所、認知症ケア学会理事長）

宮川 泰夫（フリーアナウンサー）

認知症の最新医療に期待が高まるなか、私たちを取り巻く環境をみると、十分といえるものは未だないというのが現状です。65歳以上の13人に1人、205万人の人が認知症と言われ、その数は毎年10万人のペースで増加。2035年には445万人にまで達するという試算も出されています。社会保障の整備が遅れ根治薬がないなかで、認知症と診断された人々をどのように支えていくか。認知症の人と家族が、これまでどおり住み慣れた街で自分らしく暮らしていくために、医療・介護などの専門職、行政、ボランティア、地域の人々が一体となって、街ぐるみで認知症ケアに取り組むことが急務となっています。午後の部では、街ぐるみケアに取り組む内外の先駆者がその活動を報告し課題を整理し、今後の展望についてディスカッションしていきます。

演題1：ひとりで悩まない！市民のための街ぐるみ認知症相談センター（川崎市）

北村 伸（日本医科大学武蔵小杉病院内科）

日本医科大学老人病研究所は2007年12月に「街ぐるみ認知症相談センター」を開設し、認知症の早期発見の取り組みとしてタッチパネルや脳波の測定を無料で実施。これまでの訪問者450人の3割近くの方にももの忘れが疑われました。常駐の臨床心理士が検査を進め、診断や治療のためにかかりつけ医や専門医に連携する体制を築いています。さらにセンターでは、患者や家族の方が悩みを抱え込んでしまわないよう、地域包括支援センター、ボランティアグループ「川崎市認知症ネットワーク」、老人会などと連携し、認知症でも安心して暮らせる街づくりに取り組んでいます。

演題2：となり近所で支え合う！人に優しいまちづくり 劇団SOS公演（川崎市）

柿沼 矩子（川崎市認知症ネットワーク）

個々のユニークな活動は「川崎市認知症ネットワーク」として横断的に連携を図っていますが、そのなかで認知症の啓発活動として取り組んでいるのが「劇団SOS」です。「劇団SOS」は、介護教室や地域のイベントに“出前形式”で出向き、認知症の人や家族を地域で支える重要さ、ひとりで抱え込まず周囲に支援を求める大切さを、素人役者のユーモアある寸劇で伝えてきました。市民一人ひとりのさりげない支援が自然に生まれる街を創ることが、最大の認知症ケアであると考えています。

**演題 3 : 認知症になってもだいじょうぶ！徘徊模擬訓練と絵本教室（福岡県大牟田市）**

**大谷るみ子（大牟田市認知症ケア研究会代表）**

福岡県大牟田市は高齢化率 28%を超え、10 年後の日本の未来とされています。認知症ケアを街ぐるみで進める必要性から、平成 13 年に 5 つの提言—①向こう三軒両隣の身近なネットワークの構築②公民館や民生委員、地域資源の活用③認知症を恥じず、隠さず、見守る意識を高める④行政と地域の連携、認知症支援の推進者の育成⑤子どもの時から学ぶ、触れる機会を作る—が生まれ、市民が集う「日曜茶話会」、小中学校への「出前絵本教室」、街ぐるみの「徘徊模擬訓練」などユニークな活動を展開してきました。認知症になっても誰もがいつまでも、自分らしく安心して暮らしていける街づくりを続けていきたいと思っています。



#### 演題4：高齢者医療を社会全体で支える（スウェーデン）

Wilhelmina Hoffman（シルビアホーム所長）

スウェーデンでは開業医の診療や入院治療など、ほとんどの医療や社会事業を国が負担しています。高税率ですが、社会全体で高齢者を支えるべきだという考え方が浸透しています。スウェーデンでは約15万人が認知症を患っており年々増加傾向にあります。認知症ケアのシステムは過渡期にあり、開業医の経験不足、限定された家族支援など各国と同じ問題に直面しています。こうしたなか今年2月に国立認知症支援センターが設立され、認知症ケアの方法を地域に広める取り組みが始まりました。センターでは、バリデーションや回想法など、先進的なケアを実践してきたシルビアホームの緩和ケアの普及を全国的に進めています。

### シルビアホームと緩和ケアの考え方



介護スタッフのための教育



シルビア王妃



大学教育



1996年以降の認知症ケアと教育プログラム

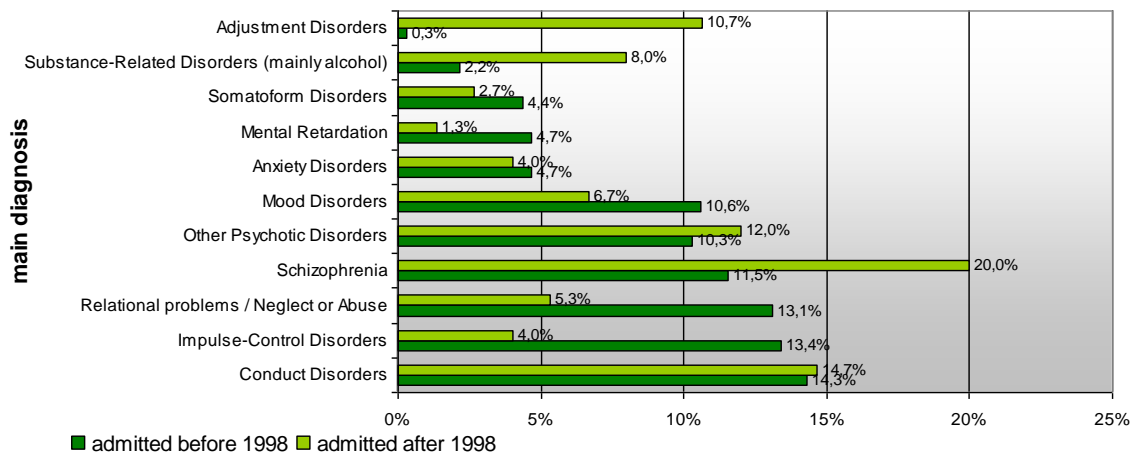


演題5：家族的な共同生活で支えるフォスターケアプログラム（ベルギー）

Lieve Van de Walle（ヘール OPZ 精神病院リハビリテーション主任）

ベルギーの人口は約 1,100 万人、東京とほぼ同じ規模の国です。ブリュッセル近隣にある都市ヘール(Geel)は、WHO の報告書が「最も伝統あるコミュニティ型精神衛生プログラムが実施される」町と紹介しているように、古くから精神を患った人や高齢者への手厚いコミュニティケアを実践してきました。その中心となっているのが国立精神病院ヘール OPZ が展開する「フォスターケア・プログラム」です。これは、受け入れ家族（フォスターペアレント）の家に患者が入居し家族の一員として生活するもので、医療や介護の専門家が支援をします。患者一人ひとりの尊厳を守りながら、自分らしい暮らしを実現する取り組みが続けられています。

Main diagnosis of clients in Family Care (05/22/2008; N=403)



2) 第2回認知症国際フォーラム（エポック中原、川崎市）

課題：認知症 -漢方と鍼灸による予防と治療-

日時：平成 21 年 10 月 31 日 13:00~17:00

会場：川崎市中原区 エポック中原

共催：日本医科大学、川崎市、(社)老人病研究会

パネリスト

天津中医薬大学第一附属医院 院長 韓景献

北京中医薬大学東方医院 院長 張允嶺

あきば伝統医学クリニック院長 秋葉哲生

筑波大学大学院人間総合科学研究科精神病態医学准教授 水上勝義

後藤学園ライフエンス総研中医学研究部部長 兵頭明



このフォーラムに先立ち、主催者は国際的な医学文献検索サイト Pubmed により、認知症治療をリードする活発な世界的研究グループの研究報告を検討した。その結果、老年痴呆中国伝統医学（中医学）の専門家である天津中医薬大学第一附属医院院長・韓景献教授（鍼灸学）と北京中医薬大学東方医院院長・張允嶺教授（中医薬学；漢方）が最適のゲストであることを確認した。さらに日本で活躍中の 3 名に講演とパネルディスカッションをお願いした。

**特別講演：認知症の鍼治療研究について**

**天津中医薬大学第 1 附属医院 院長 韓景献**

現在、全世界では 2430 万人の老年性認知症（AD）の患者がおり、平均 7 秒ごとに 1 人の老年性認知症（AD）の患者が発症している。中国では 65 歳以上の高齢者中、MC I（軽度認知障害）は 30%を占めている。本病の発病メカニズムの解明、老化および老年性認知症の予防と治療の方法の開発は、医学会の重要な課題とされている。

韓景献教授が創立した「益気調血、扶本培元」鍼法には、「三焦の気を動かし、三焦の血を整え、後天の本を助け、先天の元を培う」という効果がある。

435 名の血管性認知症と老年期認知症患者に対する臨床試験研究を通じて、本治療の血管性認知症（VaD）に対する短期効果と長期効果が、ヒデルギン効果と比較し著しく優れていることが実証された。とくに記憶力、見当識力、計算力を著しく改善することができ、見当識の改善に対し特に顕著な効果が認められた。アルツハイマー型認知症（AD）患者に対して本治療法は記憶力、見当識力の面で著しい改善がみられ、患者の日常生活能力の面においては、24 週後の治療効果は、コントロール群（アリセプト服用群）と比べ有意であった。老化促進モデルマウス（S

AM) の刺鍼結果は、SAMマウスの寿命を平均 11%、最大 24%延長させた。また空間認識の獲得、再学習能力、思惟能力、分析判断能力に改善が認められた。神経病理学的にはSAMマウスの海馬神経原の脱落と神経膠細胞（グリア細胞）の異常増殖を減少させ、両者のバランスを維持させ、神経細胞新生を促すことが明らかになった。

＊＊ 日本語訳と解説（兵頭明）

伝統医学的概念は「益気調血、扶本培元」とは「三焦の気を動かし、三焦の血を整え、後天の本を助け、先天の元を培う」と解釈される。三焦とは、東洋医学は身体を三部分に分け、頭部から横隔膜までを「上焦じょうしょう」、横隔膜から臍の高さまでを（すなわち、消化管を指す）「中焦ちゅうしょう」、臍以下つま先までを下焦（げしょう）と呼ぶ、三焦とはすなわち上焦、中焦、下焦、すべてを指しており、全身という意味である。

「気」、「血」は全身を構成する全要素・全機能を総括する言葉である。日本では、「気血水」と呼ぶが、中国では「気血津液」である。ともに身体を循環し、身体に生命あらしめている根本である。

**特別講演：軽度認知障害の判別、スクリーニング及び中医による総合的研究**

**北京中医薬大学附属東方医院：張允嶺**

老年性認知症は高齢者の健康を損なう疾患である。認知症発生する前、軽度認知障害という段階が存在し、その段階で適切な予防、治療をすることによって認知症の発生を遅らせることが可能である。但し、この軽度認知障害の患者さんは殆ど一般住居の中で生活し、潜在的には隠れていると考えると、家庭内での発現が困難である。

2000 年以来、北京中医薬大学附属東方医院は患者と密接に接している介護者に基づいて、認知症自己判別システム（AB 法）を独自に開発した。反復検証によって、この AB 法のデータは軽度認知障害の自己判定に適用性と実用性があることが明らかになった。この自己判定システムは簡便で、把握しやすい特徴があることから認知症の啓蒙活動、早期発見に対して有効なツールと考えられる。政府－社区－プライマリー医院によって構築している医療サービスサポートシステムの中、15 万人の地域住民をカバーする東方医院は、所在の方荘地域内に 15 の医療拠点を設置した。これらの医療拠点は定期的に健康教育講座を開催し、認知障害自己判定システムの使用方法を指導し軽度認知障害に対する承知率、就診率の上昇に貢献したことで 1 級目標群を獲得した。2006 年の NINDS-CSN 基準に基づいたスクリーニングシステムで血管性の軽度認知障害の患者を 2 級目標群と設定し、認知障害の中核症状と生活に密接に関わる周辺症状について観察した。また、脳白質疎松による軽度認知障害患者を 3 級目標群として設定しカプセルをメインに、兪穴経絡按摩法等の中医法を加え中医薬による総合予防法を展開した。その結果、中医薬による総合的な予防関与方法は認知能力と周辺症状の改善、QOL の上昇に有効であり、また副作用が少なく、安全性が高いという利点を確認した。

## 日本側の演者抄録

### 演題1：日本漢方の概観 演者：秋葉哲生

#### あきば伝統医学クリニック院長・慶応義塾大学客員教授

わが国への外来医学の伝来については、五世紀の初めに朝鮮半島にあった新羅（しらぎ）から金武という医師が招かれ、天皇の病気を治したという記録があります。

その後奈良朝以降は大陸の中国医学が伝えられるようになりました。当時の日本では固有の和方と、中国由来の漢方とが行われていたと想像されます。これは現代でも和漢薬、あるいは和漢医学という言葉に残っています。

わが国の医学の一端を示す逸話、森谷尅久著『京医師の歴史』（講談社刊）によると、「現在の京都市南部に竹田千継（ちつぐ）という若い医学生がおり、中国の医学書を読み枸杞（くこ）が長寿の薬で老化を防止する作用があることを知ったのです。彼は枸杞を栽培してあまさず服用しました。沐浴にもその水を用いるというほど徹底して枸杞を利用しました。その結果、七十歳になっても体がだるいことはなく、顔色は少年のようでした。

そんなときに時の天皇が急に衰弱されたのです。御側にいた医師たちの薬も効き目がなく千継の報告書を天皇に知らせしました。天皇はさっそく千継をお召しになり聞きました。「なんじは何年の生まれか？」、「天平宝字九年の生まれで、今年九十七歳になります」。

千継の髪は黒く皮膚はつやがあり、耳や目も達者で虫歯もありませんでした。さっそく天皇は薬園に枸杞の栽培を命じ千継をその責任者に任じました。竹田千継は百一歳の長寿を全うしてこの世を去りました。」

この逸話から読み取れることは、中国医学が平安朝の昔からわが国で実践され人々に役立ってきたということです。江戸時代になると、日本の風土にふさわしい形式に改良しようとする運動が起こり日本漢方医学が成立しました。それは明治に制定された医学制度に基づき欠点を克服することで二十一世紀の現代にまで脈々と受け継がれているのです。

### 演題2：認知症診療における漢方治療 演者：水上勝義

#### 筑波大学大学院人間総合科学研究科精神病態医学

認知症の症状は、中核症状と周辺症状に分けられます。中核症状とは、記憶、見当識、判断、実行機能、言語の障害など、脳機能の低下によって直接もたらされる症状のことで、すべての認知症高齢者にみられます。一方、周辺症状には、実際には無いものが見えたり聞こえたりする幻覚、「お金を盗られた」などと主張する妄想、抑うつ、不安、興奮などの感情面の変化といった精神症状や、暴言や暴力などの攻撃的言動、徘徊などの行動面の症状があり、患者さんの心理状態や環境面の影響をうけながら発展します。とりわけ周辺症状は、介護者の心理的、身体的負担を増し、家庭介護を困難にさせるため、周辺症状を緩和することはとても大切です。周辺症状の

対応にはお薬による治療も行われます。これまではおもに抗精神病薬とよばれるお薬が用いられますが、副作用が問題となることが少なくありませんでした。

このため抗精神病薬に代わる治療として漢方薬が注目されます。とくに抑肝散は、アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症の患者さんの易怒性、興奮、攻撃性、あるいは幻覚症状をはじめとする周辺症状に有効です。また身体機能への影響が少なく、抗コリン作用による副作用が認められないと報告されています。われわれも関東地区20の医療施設の共同研究として、抑肝散は認知症高齢者の日常生活動作や認知機能へ影響することなく周辺症状に対して有効であることを示しました。また抑肝散以外にも、これまで釣藤散、黄連解毒湯、抑肝散加陳皮半夏をはじめいくつかの漢方薬の効果が報告されています。ただし漢方治療にも効果が得られない方や副作用がでる方がいらっしゃいます。認知症の周辺症状に対して、比較的安全で効果的な治療選択肢がふえたことは、高齢化が進む現代社会にとって福音です。

### 演題3：鍼灸によるお年寄りの Quality of Life (QOL) 演者：兵頭明

後藤学園ライフエンス総研中医学研究部部長 天津中医薬大学客員教授

1人1人が持つ力を大切に発揮させるという考え方は、中国では2000年以上にもわたって日本でも1500年にわたって継承されてきました。これが東洋医学の真髄の1つです。現在は自然治癒力、抵抗力、ホメオスタシス、免疫力などと表現されています。人にやさしい全人的アプローチが東洋医学なのです。

そもそも私達にはどのような力が秘められているか。生まれてから成長し、青年期、壮年期を経て、一定の年齢になると老化現象が始まってきます。この成長、発育、老化を決定しているのは何なのか大きなテーマです。東洋医学ではこのテーマをどのようにとらえ、そしてどのように実践しているのかを一緒に探ってみましょう。この観点にたって今日のテーマである「鍼灸によるお年寄りのQOL」について、一緒に考えていきたいと思えます。年をとってくると、脳、耳、腰、膝、骨、歯、髪といったキーワードと関係する諸症状は、連動して起こってくると東洋医学は考えます。症状を複数もっているとADL（日常生活動作）やQOL（生活の質）にも影響が出てきます。多くの症状を個々に解決するのではなく、トータルに全人的な医療を提供するのが東洋医学です。日本では2025年を目標に、「70歳現役社会で高齢者の健康・働き甲斐・満足度・QOLを大幅向上、老若男女一人ひとりが志を持ち心身ともに元気」といった考え方が示されています。これらの実現には、やはり全人的な医療が必要とされます。認知症の問題についても認知機能の問題だけを見るのではなく、全人的な視点をもった取り組みが日本で行われはじめています。東西医学の連携をベースにして、認知症に対する医療ネットワーク、街ぐるみ支援ネットワークの中で日本の漢方、鍼灸は役割を果たせます。

天津中医薬大学の韓景献教授の講演は、動物実験と基礎医学領域で十分に検討研究され、しかも臨床医学的に423名の患者への施術効果を明らかにしている（英文論文）。計9本の

刺鍼（益気調血・扶本培元）が中枢神経系へ十分な刺激を送り、患者の脳が活性化され記憶力を取り戻すこと、さらに動物で平均寿命を 20%まで伸ばすことが出来た事実を報告した。この鍼灸治療は健康長寿を基盤とした認知症の予防と治療に役立つことを意味する。このときのパネルディスカッションは同年 11 月 29 日に NHK 教育テレビ「認知症に東洋医学が挑む」で全国放映された。

#### 第 4 節 認知症に特化した鍼灸師育成講座事業の推進

韓景献教授は、彼の理論「三焦気化失常・老化相関論」に基づく施術経穴を単純化し、健康長寿と認知症の予防・治療の鍼灸術「益気調血，扶本培元」鍼法を開発した。彼の理論は「気と血を調整し，高齢者の後天の精気を生みだし元気を培う」ことである。つまり、三焦気化（上焦、中焦、下焦の五臓を調節して生きるエネルギーを産生する）により、老化を遅延し老年認知症を予防治療することを意味する。

##### I. 鍼灸師育成講座として認知症 Gold-QPD 育成講座を開講

当時の社団法人老人病研究会は理事会の総意を得て、韓景献教授を法人顧問として迎え彼の「益気調血・扶本培元」を認知症予防と治療のため採用することに決定した。日本留学経験があり日本最員の韓景献教授の快諾を得て、後藤学園中医学研究所兵頭明所長と（株）舞浜倶楽部の廉隅紀明顧問・グスタフストランデル現社長が社団のメンバーとして加わり、「認知症 Gold-QPD 育成講座」を立ち上げた。最初は兵頭所長の推薦で高齢者鍼灸施術に慣れた鍼灸専門学校教員鍼灸師を中心に受講者を選定した。実践に際し、「認知症を知らなければ周辺症状に上手く対応できない」ことから西洋医学と介護福祉を学び（ブロンズコース）、認知症患者の接遇法を学び、施術手技を標準化する勉強（シルバーコース）を義務付けた。その後実際の認知症患者や高齢者に施術した結果を報告（ゴールドコース）する 3 部門を完了し、試験をクリアした鍼灸師をゴールド・キューピッドとして認定する制度を策定した。

#### コラム：

##### 益気調血・扶本培元法の開発者：韓景献教授の編集教科書と論文（抜粋）

【三焦気化失常—衰老相関説】中医雑誌 2008 年；49（3）200-2 韓景献論文、

【神経系統疾患鍼灸医師 診療要略】中国鍼灸学会脳神経科学専門委員会推薦

韓景献編集；人民衛生出版社 2008 年 3 月発刊

【中西医結合認知症診療備要】

韓景献編集；天津科学翻訳出版社 2013 年 5 月発刊

韓景献指導論文（Han Jingxian）

1. Neurosci Lett. 2013 10:542:59-64.: Aging-related changes of triose phosphate

isomerase in hippocampus of senescence accelerated mouse and the intervention of acupuncture. Zhao L. et al.

要旨：SAMP8(老化促進マウス)は早期に記憶障害が発生するので AD のモデルとされる。SAMR1 (老化非促進マウス)と比較し三焦鍼法実施群 SAMP8 は記憶力を向上させ、解糖系代謝酵素 triose phosphate isomerase (TPI)活性をとくに海馬領域で上昇させた。三焦鍼法で TPI 活性の向上により認知能の改善を示した。

2. Neurol Sci. 2013 ;34(6):963-9. : Hippocampal neuron loss is correlated with cognitive deficits in SAMP8 mice. Li G(1), et al.

要旨：AD と同じような神経細胞の消失が SAMP8 で発生しその消失がマウスの認知障害と関連している。8ヶ月齢の SAMP8 と健常な SAMR1 マウスを用い老化像とモリス水迷路試験スコア、海馬における神経細胞数を測定した。SAMR1 と比較し SAMP8 における神経細胞数はおよそ 20.2%減少し認知障害と関連していた。

3. Acupunct Med. 2012 ;30(4):339-45. : Acupuncture improves cognitive deficits and increases neuron density of the hippocampus in middle-aged SAMP8 mice. Li G(1),et al.

要旨：7.5ヶ月齢の SAMP8 と年齢をマッチさせた非老化近交系 SAMR1 を鍼治療群 (PA)、SAMP8 鍼経穴対照群 (Pn)、SAMP8 対照群 (Pc の) と SAMR1 対照群 (Re) に分類し、モリス水迷路試験および神経細胞密度を検索した。SAMP8 は、三焦鍼法で記憶障害を抑制した。また海馬領域の神経細胞は通常でも 18~28%の減少を示すが、鍼治療で神経細胞の数は有意に増加した。よって鍼治療は海馬の神経細胞の減少を抑えて AD の認知能低下に対する治療の手段として役立つ。

4. Neurochem Res. 2011;36(5):693-700.: Effects of acupuncture on glycometabolic enzymes in multi-infarct dementia rats. Zhao L, et al.

要旨：脳神経細胞は、グルコースがほぼ唯一のエネルギー供給源である。認知症では初期にグルコース代謝障害があるとみなせる。多発性脳梗塞後の認知症ラット (MID) に対し鍼治療を試みた結果、認知障害は改善し、ヘキソキナーゼ、ピルビン酸キナーゼ、グルコース 6 リン酸デヒドロゲナーゼ活性などの糖代謝機能を促進した。鍼治療は糖代謝系を活性化することで抗認知症効果があり得る。

5. J Alzheimers Dis. 2011;23(4):641-54. : Strain- and age-related alteration of proteins in the brain of SAMP8 and SAMR1 mice. Zhu L(1) et al.

要旨：SAMP8 と SAMR1 マウスの脳に、月齢に応じてタンパク質の発現は変化した。

6. Gerontology. 2009;55(3):322-32. : Changes in histomorphometric and mechanical



properties of femurs induced by acupuncture at the Shenshu point in the SAMP6 mouse model of senile osteoporosis. Zhang X, et al.

要旨：骨粗しょう症のモデル SAMP マウスの腎俞穴に刺鍼することで脛骨の形態的機能的特性を変化させることが出来た。

7. 中医雑誌 2008;49(3):200-202.: 三焦気化失常——老化相関論。韓景献

(この論文は 2012 年度中国科学技術省の Frontrunner 5000 論文に入選した)。

要約：「気と血を調整し、高齢者の後天の精気を生みだし元気を培う」ことである。つまり、三焦気化（上焦、中焦、下焦の五臓を調節して生きるエネルギーを産生すること）を介し、老化を遅延し老年病を予防治療することを意味する。養生学と治療学の角度から三焦気化の理論を重視することで老化を防止する。この理論は中医学的な老化メカニズムの基本である。

8. Neurosci Lett. 2008 20;432(2):111-6.: Acupuncture improves cognitive deficits and regulates the brain cell proliferation of SAMP8 mice. Cheng H, et al.

要旨：老化促進マウス SAMP8 と月齢の同じ同系正常マウス SAMR1 に三焦鍼法を実施した。モリス水迷路試験で記憶力の改善をみとめ、さらに治療群では認知能の領域に細胞が増殖することを証明した。これは鍼治療が認知障害の治療とそのメカニズム解明に重要な役割を果たすことを示唆する。

9. Neurol Res. 2006;28(1):97-103.: Effect of acupuncture treatment on vascular dementia. Yu J, et al.

要約：血管性認知症 (VaD) 患者を三焦鍼法治療群と、通常の入院治療のみの群に分けて、MMSE、HDS-R と日常生活の活動 ADL を測定した。刺鍼は毎日 6 週間継続した結果、対照群に対し三焦鍼法群は MMSE、HDS-R、ADL のスコアが有意 ( $p < 0.001$ ) に改善した。三焦鍼法は VaD の主要臨床症状の改善に有望な治療法である。

10. Neurosci Lett. 2006 15;399:11-6.: Acupuncture regulates the aging-related changes in gene profile expression of the hippocampus in senescence-accelerated mouse (SAMP10). Ding X(1) et al.

要旨：三焦鍼法は早期老化 SMAMP10 マウスの海馬に月齢により発現する遺伝子変化を調整することが出来る。

## II. 認知症 Gold-QPD 育成講座の推進

これまでにこの講座は合計 6 回開催され、鍼灸師の教員養成コース卒業生から高齢者向けの鍼灸や高齢者施設での経験を持つ鍼灸師に限定してきた。現在、後述するように鍼灸

施術を応用する医師が世界的に急増している。そのことを鑑み興味を持つホームドクター、往診医、総合内科医、老年内科医などの受講も受け入れるよう体制づくりをしつつある。

Gold-QPD 卒業生からの報告によると、この施術は認知症の周辺症状の緩和治療として十分な効果があること、そして認知症の予防法として応用できること、さらに驚くべきことにうつ病やパニック障害、不安神経症などのメンタル疾患の治療に目覚ましい効果を発揮することが報告されつつある（一般社団法人老人病研究会年報 36 巻、2014 年度版）。

これまでの Gold-QPD 卒業生鍼灸師は現時点で 90 余名、その半数以上は首都圏、関東地方に集結している。残りは沖縄から北海道まで全国各地に点在する。この Gold-QPD 鍼灸師ネットを活用し、認知症予防を心がける市民、認知症にお困りの家族さらには老年症候群の予防と治療にお悩みの方のため、健康長寿・認知症検索サイトを作成中である。

コラム：

#### Gold-QPD 卒業生による発表論文

論文 1：認知症に対する鍼治療の効果—アルツハイマー型認知症に対する 1 症例

中医臨床 33：(4)、2012 / 武田伸一 (<http://www.chuui.co.jp/chuui/002310.php>)  
(<http://www.idononippon.com/magazine/backnumber/>)

医道の日本への連載論文 (2013 年)

論文 2：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療 832 (1) / 矢野司・兵頭明

論文 3：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療 833 (2) / 矢野司・兵頭明

論文 4：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療 834 (3) / 田嶋健晴・兵頭明

論文 5：治療院におけるアルツハイマー型認知症の治療 835 (4) / 筒井智文・渡辺明春・兵頭明

論文 6：治療院におけるアルツハイマー型認知症の治療 836 (5) / 渡辺明春・兵頭明

論文 7：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療(6)パーキンソン病で認知症が疑われる患者に対する鍼灸マッサージ治療在宅 / 海老澤武士・兵頭明

論文 8：在宅におけるアルツハイマー型認知症の治療 (7) 高齢者入居施設での認知症に対する鍼灸治療まとめ/武田伸一

#### Gold-QPD 関連の報告記事

\* The Report of Community Support Network for Cognitive Impairment supported by MEXT Japan, 2009 (Institute of Gerontology, Nippon Medical School)

\* 認知症と鍼灸 鍼灸 OSAKA 25 (4)、2009/川並汪一、兵頭明ほか (紙上対談)  
(<https://www.morinomiya.ac.jp/book/shinkyu-osaka/>)

\* 認知症を担う鍼灸師の育成/認知症 Gold-QPD の試み (インタビュー記事) ; 中医臨床 32 (2) ,2011/川並汪一雑誌記事

\* 少しボケたかな…、エー認知症に鍼だって? : 社会保険診療報酬支払基金月刊誌 月刊

基金【特別寄稿】2013、11月号；川並 汪一

\*『ゴールド・キューピッドとは；お年寄りに寄り添う健康長寿請負鍼灸師』；ナラティブ・メディカ（【特別寄稿】創刊号）2013、11月号：川並汪一、兵頭明

\*認知症は早期発見で早期介入を：認知症シリーズ公開講座；ナラティブ・メディカ「レポート」2014、7月号：

\*『Gold-QPDの三焦鍼法は超高齢社会のメシア』；ナラティブ・メディカ【特別寄稿】2014、9月号：川並汪一

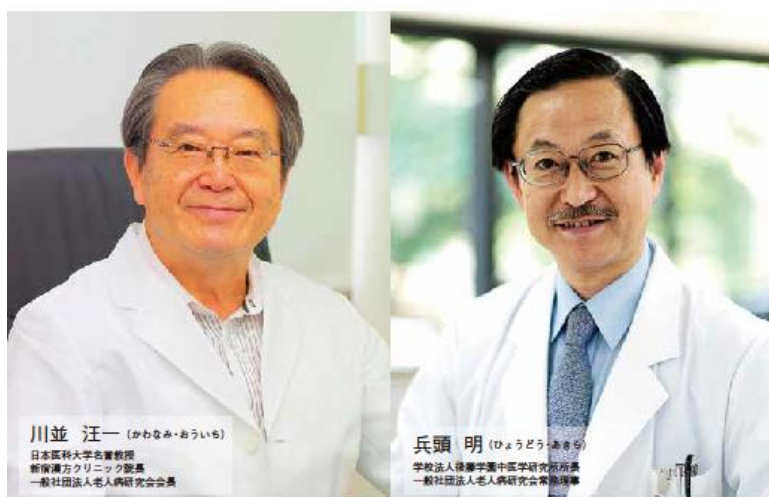
\*本人も介護者も笑顔を大切に：第2回認知症市民公開講座；ナラティブ・メディカ「レポート」2014、11月号：

ナラティブ・メディカ（【特別寄稿】創刊号）2013、11月号

特別寄稿 Special Contribution

## ゴールド・キューピッドとは

お年寄りに寄り添うプロフェッショナル健康請負鍼灸師



Gold-QPD 鍼灸師ができることは、

- 1) 初対面の思いやりあふれる対応で  
お年寄りの心を開き身体の不都合などを容易に聞き取ります。
- 2) 独特の三焦鍼法がもの忘れ・イライラ・暴力・徘徊をストップさせ、
- 3) 忘れた家族の顔を思い出し笑顔を取り戻し冗談が分かるように導きます。
- 4) 補足の刺鍼で疼痛、尿漏れ、嚥下障害、不眠など多彩な訴えに対処し、  
日常生活動作を向上させ、生きる楽しみを生み出せるよう尽力します。

コラム:

## 認知症認定鍼灸師(Gold-QPD)資格認定制度について

一般社団法人老人病研究会



(登録商標)

神話のキューピッドは黄金と鉛の矢を持っており、黄金の矢で射られた人は恋に目覚め身も心も燃え上がるという。黄金の矢を鍼に置き換え認知症患者と不定愁訴に悩む高齢者に元気と活力をもたらす鍼灸師、すなわち Gold-QPD を育成するのが当制度の目的である。

### \* 認知症 Gold-QPD 育成講座の認定制度

- 1) 「認知症ブロンズコース」:  
西洋医学的、中医学的視点から認知症と老年症候群を深く理解する鍼灸師を育成する。
- 2) 「認知症シルバーコース」:  
認知症治療の鍼灸実践トレーニングを行い、鍼灸施術を標準化する臨床実技コース。
- 3) 「認知症ゴールドコース」:  
ブロンズコースとシルバーコースを修了、認知症患者を含む高齢者への施術を実施し報告する。
- 4) Gold-QPD 認定証の授与  
最終試験に合格することで認知症専門鍼灸師認定証(Gold-QPD 認定証)を授与する。

### \* 組織の構築

- 1) 社団法人老人病研究会が主唱し主催する本邦初の認知症専門鍼灸師認定制度である。
- 2) 本制度を実施するために「認知症 Gold-QPD プラン推進委員会」を設ける。
- 3) 教育カリキュラムの作成、試験実施、生涯学習のための「チーム」を設ける。
- 4) 生涯研修の実施を図るため一般社団法人老人病研究会はネットその他の手段を応用する。

### \* 生涯学習制度 (クレジット制)

生涯学習として健康長寿・認知症関連組織を作りメンバーシップ・クレジット制とする。社団法人が主催する公開講座、シンポジウム等への参加でクレジット点数を付与する。認定証の更新には、クレジット点数を満たしていることを必須条件とする。

### \* 資格取得の意義

- \* 当資格は国家認定ではなく、一般社団法人老人病研究会が発行する本邦で初めての統合医療に基づく認知症鍼灸治療認定資格である。
- \* 高齢社会において現場リーダーとなる“1施設1Gold-QPD 鍼灸師”の実現を期待する。

## \*ゴールド研修生 施設訪問時の研修マニュアル

(特別養護老人施設和楽館 今真由美看護師の助言による)

### 【研修の理念】

- (1) 施設内では礼儀を順守し施術に際しては患者さんへの敬意を忘れないこと。
- (2) Gold-QPD マニュアル別紙「確認項目」をチェックしリスク管理を確認すること。

### 【挨拶の心得】

施設は入居者さんの「生活居住空間」、職員さんの「職場」です。

玄関の受付・事務所で自己紹介し、訪問先の部屋へ鍼治療のため入館する由伝える。

### 【看護ステーション】【介護ステーション】

施設の規則を守り状況を見計らい、該当する入居者さんの「バイタル情報」を聞き取る。

「N-ADL」はときに家族ないしキーパーソンからの方が聴取しやすい。

### 【部屋入室】

入口で同室の方にも挨拶し不安感を抱かせないように注意する。

指示に従い施術する入居者さんのキーパーソンを必ず同伴する。

特に最初は当人と知り合いになることを重視し刺鍼に納得を得ること。

最初から施術しようとあせらず、納得してもらうため臨機応変に次の訪問に備える。

### 【施術】

キーパーソンと入居者さんに笑顔みせながら準備し MMSE を行う(初回と一月ごと)。

笑顔と対話を欠かさないう三焦鍼法を実施する。相手により臨機応変に対応する。

### 【退室】

事故防止の意味でベッド から車椅子への移乗などは原則行わず介護職員に依頼する。「施設用の施術録」に実施内容を記入する。

### 【介護ステーション】

- ・ 施術終了と退室を報告し、連絡事項があればキーパーソンに伝えておくこと。

### 【看護ステーション】

- ・ 新たな症状や「皮下出血」が起こると予想される場合はその由を伝えておく。

### 【施設事務所】

- ・ 施術終了と次回の予定日を告げて研修終了とする。

### 『緊急時対応』 患者の急変や事故発生時の行動指針

- ① 施設の職員・看護職員を呼び、状況を説明し指示に従うこと。
- ② Gold-QPD 本部の連絡先に電話で連絡し状況報告し指示に従う。
  - ⇒ 佐藤貞夫事務局長 090-6018-0199
  - ⇒ 川並汪一会長 080-1113-5880

### Ⅲ. 「益気調血・扶本培元法」から「三焦鍼法」(San Jiao Acupuncture)に改名

国際脳神経病学会（中国泰安市；2013年5月23日）に招待され日本における共同研究の成果を発表した。その際、これまでの通称であった「益気調血・扶本培元鍼法」を、「三焦鍼法・San Jiao Acupuncture」として英語論文として発表した。それを契機にこの鍼灸手法の名称が国際的にも正式なロゴ名称として採用されることになった。

三焦鍼法・San Jiao Acupuncture として登場



国際商標登録のロゴ

## 第5節 西洋医学における Acupuncture (鍼灸医療) の評価と実情

### I. 鍼治療効果に関する西洋医学的な評価 (WHO&NIH の認定)

鍼治療効果の徹底的な解析は主として Cochran Library でなされている。AD にしても VaD にしても現代医学的な効果評価法である RCT (Randomized controlled trial) による実績論文がきわめて少ないとされている (6,7)。つまり、治療に来た患者さんを、ランダムに施術治療群と対照非治療群の 2 グループに分けその結果を比較する研究でなければ受け入れられないと主張している。刺鍼を実施しなかったり、適切な経穴を使わなかったり、西洋薬のみのグループを比較する研究に東洋医学は慣れてないことに原因がある。

そういった西洋医学的な実証成果は乏しい。しかし、米国国立衛生研究所 (NIH) (8) と世界保健機構 (WHO) (9) もその意味では鍼の有効性を高く評価している (コラム)。興味深いのは、対象 66 疾患 (小児を除く) のほとんどは老年症候群に含まれる事実である。さらにとくに神経系疾患で見られる症状は認知症の主症状と周辺症状である。鍼治療がメンタル疾患に確かな効果を発揮する事実を世界の医療機関が認めたことになる。

コラム：

NIH(アメリカ国立衛生研究所)と WHO(世界保健機関)の公表データ

(鍼療法が適用される疾患と症状群)

【神経系疾患】神経痛・神経麻痺・痙攣・脳卒中後遺症・自律神経失調症・頭痛・めまい・

不眠・神経症・ノイローゼ・ヒステリー (11)

【運動器系疾患】 関節炎・リウマチ・頸肩腕症候群・頸椎捻挫後遺症・五十肩・腱鞘炎・腰痛・外傷の後遺症（骨折、打撲、むちうち、捻挫）(8)

【循環器系疾患】 心臓神経症・動脈硬化症・高血圧低血圧症・動悸・息切れ (5)

【呼吸器系疾患】 気管支炎・喘息・風邪および予防 (3)

【消化器系疾患】 胃腸病（胃炎、消化不良、胃下垂、胃酸過多、下痢、便秘）・胆嚢炎・肝機能障害・肝炎・胃十二指腸潰瘍・痔疾 (6)

【代謝内分泌系疾患】 バセドウ氏病・糖尿病・痛風・脚気・貧血 (5)

【生殖、泌尿器系疾患】 膀胱炎・尿道炎・性機能障害・尿閉・腎炎・前立腺肥大・陰萎 (7)

【婦人科系疾患】 更年期障害・乳腺炎・白帯下・生理痛・月経不順・冷え性・不妊 (6)

【耳鼻咽喉科系疾患】 中耳炎・耳鳴・難聴・メニエル氏病・鼻出血・鼻炎・ちくのう・咽喉頭炎・へんとう炎 (9)

【眼科系疾患】 眼精疲労・仮性近視・結膜炎・疲れ目・かすみ目・ものもらい (6)

【小児科疾患】 小児神経症（夜泣き、かんむし、夜驚、消化不良、偏食、食欲不振、不眠）・小児喘息・アレルギー性湿疹・耳下腺炎・夜尿症・虚弱体質の改善 (6)

## II. アメリカの鍼灸事情と専門の卒前・卒後教育

アメリカで一挙に鍼治療効果が認められたのは、ニクソン大統領の訪中に当たって準備中に起きたキッシンジャーの随行員の虫垂炎事件であろう。鍼麻酔で治療したことがアメリカで大きな話題となった。それ以来中国の鍼治療があまねく知られることになった。

コラム：

### 米国における鍼灸との関連年表

1971 キッシンジャーが訪中、ジェームズ・レストンが鍼麻酔を報告

1975 ニューイングランド鍼灸学校設立

1981 米国東洋医学会（AAOM）設立

1982 全国鍼灸東洋医学認証委員会（NCCAOM）設立

1987 ジョセフ・ヘルムスら米国医療鍼灸アカデミー（AAMA）を設立

1990 後藤学園と明治東洋医学院が米国に関連校を持つ

1996 FDA が鍼の認定区分を治験用から通常の第2級医療用具に移行

1997 NIH 主催のコンセンサス委員会が鍼の有効性を確認

2000 米国医療鍼灸委員会（ABMA）が発足、鍼灸専門医の認証を開始

アメリカでは多くの場合、鍼灸（acupuncture）は中医薬（herbal medicine）と一体化して教育される。その意味では、中医薬学と鍼灸学を学ぶ中国の本格的中醫師と同格といえる。近年特に鍼灸医療に掛ける意欲はすざましく、鍼灸師の医療における役割は、代替医



療の推進と共にますます重要になっている。一方、大学医学部を卒業した西洋医学の医師がさらに鍼灸の専門教育を受けて鍼治療を行う医師鍼灸師(**medical acupuncturists**)が5,000人ほどといわれる。両者の綱とりが近年の話題ともなりつつある。この節では、鍼灸に対する期待を具体的に理解できるように、「米国の東洋医学」(10)と「米国の医師の鍼灸事情」(11)を参考に個人的意見を加えて紹介する。

## 1) アメリカの専門鍼灸師の卒前・卒後教育

米国には、現在約60の鍼灸学校が存在し、4年制大学を卒業して入学が許可される。毎年約2,000人の鍼灸師が誕生し、実際に診療している鍼灸師数はおよそ2万人である。その教育は医学部と同様の大学院レベルの職業専門教育といえる。3-4年間のフルタイム教育で幅広い科目(西洋医学の基礎と臨床さらに中国伝統医学)を履修する。わけても中薬学(漢方)は重要な科目の一つであり、卒業すればアメリカの鍼灸師は日本で云う漢方薬の薬剤師資格をも有することになる。日本では薬学部の卒業資格の一部であり、日本の鍼灸師は漢方医学の勉強は対象外である。

アメリカの鍼灸師は漢方処方名を中国語と英語名の両専門用語で覚えなければならない。例えば葛根湯は **Ge gen tang** ないし **Pueraria Decoction** として通用しておりそのまま国家試験にも出題される。日本の英語名 **Kakkon-to** は米国人鍼灸師にとってそれが何を指すのか伝わらないし当然覚えようとしめない。事情は欧州でも同じであり、**Kakkon-to** は通用しない。世界中で使用される漢方用語は、中国語(中薬学)か英語名であるため、漢方の日本語用語は彼らの視野にない。日本語読みの処方を固執することは日本文化の堅持であるが、見方を変えれば漢方医療のガラパゴス化ともいえる(10)。

興味ある用語の問題は、鍼灸の経絡・経穴にも存在する。WHOにおける中国、日本、韓国の鍼灸団体の合意の下で、12経絡、任脈、督脈などと経絡361経穴をはじめすべて英語の **meridian, acupuncture points (acupoints)** などとして単純化された英語用語が使用されている。日本の鍼灸師界も国際化するのであればこの用語の本格使用について専門学校教育に取り入れる必要が出てくるはずである。

医学的論文では臓器、組織、細胞、分子、遺伝子すべての固有名詞に英語用語を使用せざるを得ない現状がある。そのためもあり日本語論文は世界で通用しないのは事実である。大学医学部の医師たちが英語の論文数で優劣を決められてしまうのも、科学の世界的貢献という意味では有意の現象である。

## 2) 鍼灸医学教育における日米の違い

日本の鍼灸は、杉山和一の考案による鍼管による手法や、それに伴う極めて細かい鍼の使用、丁寧な切診、より少なくより浅い刺鍼など、中国鍼とは異なった特色を備えている。米国において日本式鍼灸は繊細かつ革新的という独自の定評を博し、米国人の信奉者を増



やしている。

現在北米で活躍中の日本式鍼灸を行う人々は、日本で鍼灸を学んで米国で実践している第一世代のパイオニアと、この人々から米国で学んだ第二世代の人々である。日本鍼灸が北米にいつ伝わったかについては文献が乏しい。目に見えて普及したのはこの 2・30 年ほどのことであろうと推察できる。

90 年代の初めに日本の鍼灸界の米国進出は、後藤学園と明治東洋医学院である(コラム)。共にカリフォルニアに関連鍼灸学校を持ち、鍼メーカーのセイリンもセイリン・アメリカを設立した。米国と日本の人材往来も盛んになっており日本の鍼灸界にとって米国は身近な存在である。そしてその中で、日本の鍼灸は独特の存在感を示している(10,11)。

アメリカの鍼灸学校では、鍼灸専門課程は TCM (Traditional Chinese Medicine) でほぼ統一されている。鍼灸師教育におけるアメリカの特徴は、学生が卒業までに附属クリニックで臨床アシスタントとして 400 時間、臨床インターンとして 600 時間という長時間の臨床経験を積むことである。そのため、鍼灸学校の卒業時にはほぼ一人前の鍼灸技術を身に着けている。学生は卒前インターン教育として地元の病院で治療に従事したり、研究に参加したりと様々な仕方で現代医療と直結した機会に恵まれているらしい。米国の鍼灸師は、今やスポーツ・トレーナーを含むヘルスケアの一翼に確固とした地位を占めるに至っている。それは、鍼灸師が鍼灸技術とともに中医薬学(漢方)を勉強し、その価値を理解し、一般の人々や医師を啓蒙しつつ代替医療として活躍の場を獲得したためである。

### 3) 日本の鍼灸学校と鍼灸師の現状

日本の鍼灸専門学校は、卒前も卒後も臨床トレーニングに関してはお粗末である。全国的に標準化された実修トレーニング・カリキュラムを目にしたことはない。旧態依然とした基礎医学や基礎鍼灸学などの丸暗記型教育が多く、鍼灸の臨床トレーニングと臨床医学に直結するエキサイティングな教育に乏しいと見受けるのは私だけであろうか。

日本鍼灸に関連する学会や研究会は、大小さまざまなグループからなり数えきれないように見える。彼らが集まって、統一した卒前・卒後の技術トレーニングの教育プログラムを創ることは、市民から十分な信頼を勝ち取るためには欠かせない初歩的要素であろう。

#### 鍼灸に対する医療界の壁

- ① 鍼灸師は歴史的に目に不自由な人の職業と見られ、
- ② それなりに保護されてきた職業としての差別感と偏見がある。
- ③ 鍼灸専門学校では西洋医学と連携した臨床医学教育が十分でない(3年制教育)。
- ④ 全国レベルでの卒前卒後実修トレーニングが十分とは言えない。
- ⑤ 卒後は家元制度的個人教育に依存しすぎており統一感が無いように見える。

### 鍼灸の絶対的長所

- ① 西洋医学で果たせない難病治療に対し有効的実績が多く、
- ② その有用性は WHO（世界保健機構）や NIH(米国国立衛生研究所)が公認し、
- ③ 現実には鍼灸師を採用し治療する大学やクリニックはますます増えつつあり、
- ④ 医師自身が施術トレーニングを受け鍼灸治療を実践するクリニックは増えつつある。

鍼灸の効果により施術費用が保険診療（現在は医師の認可の下で 6 種類の疾患に限定されている）として幅広く採用されると、健康保険診療基金の奪い合いになる危機感がある。超高齢社会の日本は現在、社会保障費の膨大な増加に対し税収の相対的な低下が問題となっている。医療費と介護費の圧縮を図るには、長期的視野に立ち、成人病や老人病の予防を目指す必要がある。その意味でこの教材は、鍼灸の持つ「認知症と老年症候群の予防と治療効果」を啓発する本邦で初めての情報となる見込みである。

#### コラム:

##### わが国の医科大学・大学医学部の卒前・卒後教育

アメリカと比較した教育に関する時差は、一昔前の大学医学部における臨床教育の遅れに近似している。現在、医学部は徹底したカリキュラム改変と卒前臨床教育の重視が実践され、さらに卒後トレーニングも臨床研修医制度として全国レベルですっかり充実した。いわゆる学閥を脱却し研修生は実力次第でどの大学病院でもどの市中病院でも自由に選択できるようになった。さらに、学生自身も進んで外国へ短期研修留学を行うなど急ピッチで臨床教育の遅れが改善された。そして、2001年には漢方医学が医学部の基本カリキュラムとして義務化されたことは、明治の医療革命の反省がなされた結果であり、中医学薬学（漢方医学）が世界的に見直されていることが背景にある。

今後、鍼灸医療の持つ独特の有用性が日本の医学界でも公式に認められ、鍼灸学が鍼灸医療学として学生のコアカリキュラムとして採用されることを期待したい。

#### 4) 鍼灸を実践する世界と日本の医師グループ

鍼灸のアメリカにおける法的規制は州によって異なる。全米 51 州のうち 40 州が鍼灸師を医療専門職として公認し、その他の州が条件付きで鍼灸を認めている（日本の医療施設では理学療法士はあるが鍼灸師の職責名は確立されていない）。アメリカの医師が鍼灸を実践するには鍼灸大学を卒業する必要は無く、その意味で日本も医師には鍼灸施術が許可されておりアメリカと同じく義務教育は無い。しかし、アメリカでは、200～300 時間の鍼灸専門教育を履修できる機関がある。堅実で安全な鍼灸を実践するには、日本でも技術レベルの調整が必要であろう。昨今は日本でも往診医、ホームドクター、老年内科科、女性診療科などを中心に鍼灸へ興味の眼差しが注がれている。時間をかけて黙々と技術研修に励む医師グループが全国各地に目立ちつつある。

医師に鍼灸を教えるコースはアメリカのいくつかの医科大学にある。UCLA には医師対象の卒後研修教育プログラムがあり、1980 年に開講されてから 4,500 人を超える医師がこのコースを終了している。UCLA のコースは現代医学と中国鍼灸、フランス鍼灸、五行鍼、耳鍼、手鍼など幅広く学ぶ。ここではフランス鍼灸の影響で生薬には深く立ち入らないようである。また開設者であるヘルムスは 1987 年医師のみによる鍼灸学会 AAMA を発足させた (12)。ここでは 2000 年から、鍼灸専門医の認証を開始し鍼灸治療を活用する医師の総本山として米国医療の主流の中で鍼灸を代表する役割を果たしている (10)。

Medical acupuncturists (医師鍼灸師) の存在は米国の鍼灸に大きな特色を与えている。優劣の判断はさておき、超高齢社会での老年症候群の予防と治療に大きな貢献を促すに違いないと思える。わが国でも医学界と鍼灸界に好循環を生んでくれるよう期待したい。

## 第 6 節 認知症は症候群 (概要)

### 認知症の種類と特徴

- アルツハイマー型**

  - ・最近の出来事を忘れる進行性の記憶障害が特徴
  - ・見当識や言語、思考力などがゆるやかに悪化する
- 脳血管性**

  - ・一過性の神経症状や運動障害・知覚障害を伴う
  - ・脳梗塞や脳出血などの再発がなければ悪化しない
- レビー小体型**

  - ・記憶障害は、初期でははっきりしない
  - ・しばしば、ありありとした幻覚(幻視)の症状がでる
- 前頭側頭葉型(ピック病)**

  - ・行動の抑制が効かない
  - ・65歳前に発症することが多い

### I. アルツハイマー型認知症の特徴

1906 年にアロイス・アルツハイマー博士 (ドイツの精神科医 1864-1915)) は、「記憶障害」、「言語障害」、「予測不可能な行動」(今でいう周辺症状) で特徴づけられる一群の患者を見つけ、後にアルツハイマー病といわれた。



彼らの脳は、老人斑（アミロイドβ）と、神経線維のもつれタウ蛋白の作用による脳内神経細胞の変性と萎縮を特徴とする。この病気は、脳が健常に発達したあとで、老年期になって初めて症状が現れる脳の変性疾患である。記憶や思考能力がゆっくり障害され、最終的に日常生活に支障をきたし社会生活に対応できなくなる。

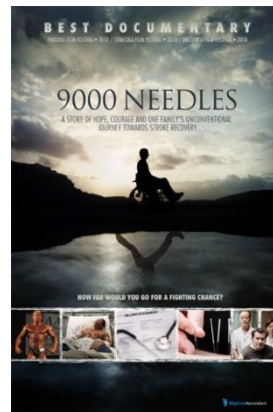
神経細胞（ニューロン）は隣接ニューロンとの接合部（シナプス）で、神経伝達物質（アセチルコリン）の減少から刺激を伝達する能力を失いやがて変性死滅（老人斑）する。ニューロンの死滅はやがて脳全体に波及し顕著な萎縮脳となる。この変性萎縮が記憶を統括する海馬を含む広がりとなりアルツハイマー病に至る。このアミロイドβを排除する努力は長い間試みられているが治療効果は上がっていない。現在ではタウ蛋白オリゴメアが認知症の発症因子である可能性が示され、今後の研究対象として注目を集めつつある。加齢に伴い脳内神経細胞は変性する。若年性アルツハイマー病（65歳未満で発症、頻度は老人性アルツハイマー病の5%未満）は家族性すなわち遺伝性といわれる。アポリポ蛋白 E（APOE）遺伝子である APOE ε4 が発症リスクを上昇させるらしい。しかし APOE ε4 型の保有は絶対条件ではない。高齢者のアルツハイマー病でもその発症リスクに関与する遺伝子が特定されつつある。

## II. 血管性認知症の特徴

この患者は生活習慣病からくる脳血管障害に罹患した経験をもっている。脳卒中の障害部位により運動障害（歩行障害、手足の麻痺、呂律が回りにくい）や知覚障害が現れる。さらにアルツハイマー病と大差ないいろいろな症状とともに老年症候群（頻尿、尿失禁、抑うつ、感情失禁、夜間せん妄など）の症状が早期からみられる。もの忘れや認知機能障害を改善させる方法は今のところ存在しない。最大の治療は脳血管障害の再発による悪化を防ぐことでありそのためには生活習慣病の改善と老年症候群の対症療法である。AD とともに三焦鍼法が期待される。

卒中発作後の出来るだけ早い時期に醒脳開竅法といわれる強い刺激の鍼灸治療を試みることで早期の機能回復が期待される。醒脳開竅法は天津中医薬大学の石学敏教授の開発した鍼施術法で、アメリカのボデビル選手が高度の麻痺から回復したニュースで瞬く間に有名になった（13）。

意欲・自発性の低下、うつ状態、興奮といった症状に対しては一般に脳循環代謝改善剤が使われる。これらのメンタル症状の調整にも同じく東洋医学の治療法である三焦鍼法がきわめて有効（\*文献）である事実を記憶しておきたい。リハビリテーションやレクリエーションといった非薬物療法が認知症の症状や生活の質の改善に有効であることも後述される。



(ホームページ <http://9000needles.com/>より)

コラム：

### 醒脳開竅法；脳卒中のボディビルダーチャンピオンの奇跡的回復

#### <概要>

ケンタッキー州の40歳の元ボディビルダーチャンピオン (Devin Dearth) は、突然の脳血管発作で右半身の機能を失い、ICUでの集中治療とリハビリセンターに移管されるも十分な治療が出来ずにいた。藁をも掴む思いで中国に渡り天津中医薬大学・石学敏先生らの醒脳開竅法治療を受けるというドキュメンタリー (10)。

#### <脳卒中患者への醒脳開竅法とリハビリテーション>

兵頭明が20年前に天津から導入した醒脳開竅法治療は、脳卒中のリハビリテーションへの仲介として興味ある手法である。脳循環改善があり知覚インパルスを送ることで脳の予備機能や代謝機能を活性化する。さらに障害された末梢神経へ直接鍼刺激を与え知覚を甦らせる。神経幹への直接的鍼刺激、知覚過敏な四肢の指先 (井穴など) や顔面部 (人中など) を刺激することで麻痺が改善し意識が明瞭になる。この醒脳開竅法は急性期に内科的治療と並行して行われることが望ましい。しかし、醒脳開竅法は巧緻動作の向上は難しい。

#### <リハビリテーション分野でのボバース法>

運動麻痺に対する知覚刺激治療で運動療法を行いつつ、発症直後の意識障害や片麻痺改善に効果がある。これと組み合わせることでリハビリに相乗効果が生まれる可能性がある。わが国では大田区の「牧田病院における醒脳開竅法施行50症例の経過 (ブルンストロームステージを中心として)」が全日本鍼灸学会誌 1990.3 (田中泰ほか) で発表されている。

### Ⅲ. レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy Bodies; DLB)

レビー小体型認知症は1976年に日本の精神科医の小阪憲司が報告し世界的に知られるようになった。レビー小体とはドイツの神経学者フレデリック・レビーがパーキンソン病で発見した封入体であり、この小体が大脳皮質にたくさん認められる。この疾患の認知症に占める割合は0~30%と報告され男性の出現は女性の約2倍と言われる。

レビー小体型認知症の症状はアルツハイマー型認知症の中核症状である記憶障害と異なり、初期から“天上の壁に虫が這っている”、“子供が炬燵の向こうに座っている”などの幻視が出現する。“柱の時計が人の姿に見える”という錯視もみられる。視覚的に物事を捉えることが難しいためアルツハイマー型認知症と違い、図形描写（時計図への時刻の表現など）が早期に障害される。パーキンソニズムという手足の震え、歩行障害、筋固縮などの障害とまた気分変動（穏やかな状態から無気力状態、興奮、錯乱）を繰り返して人格が変わってしまう。便秘や尿失禁、起立性低血圧などが見られ、アルツハイマー型認知症に比べ寝たきりリスクが高い。

レビー小体型認知症の治療は、向精神薬、抗パーキンソン病薬などに依存する。この患者は抗精神病薬に過敏であるため投与法は難しい。一方、向精神薬は運動症状を悪化させ、抗パーキンソン病薬は精神症状を増悪させるので薬剤調節が難しい。この疾患のもつ老年症候群やパーキンソン症状に対しては、三焦鍼法を主体とした鍼治療が格好の治療法となる可能性が高く、今後精神科や神経内科医師グループとの共同研究が強く望まれる。

#### IV. 前頭側頭型認知症 (FTD: Frontotemporal dementia) (ピック病) の特徴

(人格障害、情緒障害、浪費、過食・異食、徘徊など)

1892年にプラハ大学の Pick (ピック) の定義したピック病は原因不明の初老期認知で大脳萎縮性疾患である。老年期アルツハイマー病とは別タイプの認知症として独立命名された。頻度はアルツハイマー病よりはるかに少なく男女差はないといわれる。

初期から粗暴、短絡で相手の話は聞かずに異常行動（浪費、過食・異食、収集、窃盗、徘徊、他人の家に勝手にあがる）が出現し人格変化が著しい。アルツハイマー病でみられる中核症状（記憶障害・見当識障害など）は余りみられない。ひねくれた態度が目立ち意味もなく同じ言葉を繰り返し、同じ行動を繰り返す持続症状がみられる。

ピック病は前頭葉・側頭葉に局所性の萎縮や SPECT (脳血流) や PET (脳ブドウ糖代謝の検査) で前頭葉・側頭葉の血流・代謝低下を認めることが特徴である。Pick 細胞と呼ばれる腫大した神経細胞が出現したりあるいは神経細胞の脱落とグリオース (神経細胞のすきまを埋める間質細胞の増加) を認める。ピック病診断後の平均余命は 6 年で、AD (8 年) より短い。治療法は今のところなく、介護が中心となっている。落ち着きのなさ、多動、徘徊などに対し抗精神病薬を対症療法として使うことがあり、精神病院入院を余儀なくされる。

#### V. 治る認知症

当初から記憶障害が前面に出る AD とその他の認知症は、VaD の一部を除き全て進行性病変で治癒することは望みがたい。認知症の中で明瞭に治癒する認知症もかなり認められる。たとえば外傷後に起こる慢性硬膜下血腫による認知症、正常圧水頭症、脳腫瘍、甲状腺機能低下症、慢性アルコール依存症、ビタミン B12 欠乏症、薬剤副作用などによる認知

症はそれぞれ外科手術、投薬、断酒そして栄養障害の治療などにより治癒は可能である。適切な診断が望まれる。

## 第7節 高齢者の終末期医療

### I. 老年症候群の終末期とリビングウィル

高齢者は老衰自然死に向かい日々衰弱していく。認知症患者の中には、転倒により救急病院に収容され、誤嚥性肺炎をはじめ免疫力の低下で容易に感染症に陥る人もいる。また人格崩壊がひどくなると、暴言、暴力、汚物の不適切な扱いなどで家庭医はもちろん高齢者施設でも管理しきれない現実が出てくる。彼らに対しては一時的な身体的拘束は仕方なく、抗精神病薬や強力な鎮静剤投与も不可避の状態となる。そのような意味では、優しく素晴らしい人格だった家族の終末期に地獄を見る思いがある。行きつく先に精神科入院などきれいごとでは済まされない現実を知っておくべきである。いずれにせよ共通して起きる老年症候群の症状をコントロールし苦痛のない安らかな最期を見送ってあげることが望ましい。高齢者の終末期は長い航行を続けてきたパイロットが高度を下げた着陸体制にたとえられる。雲や乱気流から機体状態をチェックし、着地の準備を行う作業に通じる(2)。

### II. 認知症の人の入院とリビングウィルについて

認知症の人が、老年症候群や BPSD の増悪で在宅介護が困難となり、あるいは転倒などの負傷で救急病院や回復期病院などに入院することは珍しくない。入院という突然の環境変化に当事者は適応できない状況となることは容易に想像できる(14)。

入院での対応が難しく、實際上精神科の薬物療法に頼らざるを得なくなる可能性が否定できない。この療法は欲求を満たせない無力感や不信感につながり、その後の意欲低下など低活動に移行してしまうリスクがあり、医療と介護と人権の尊重と本人の QOL との間に難しい課題が残る。

高齢者のリビングウィルとは、終末期の治療や延命治療について本人の意志を表示することである。意思が示しにくくなる認知症の方には、一定の年齢に達したら定期的にリビングウィルの確認を繰り返す仕組みを作る必要がある。

本人の意思と家族の意思が異なる場合も問題であり、成年後見制度をうまく利用するにも専門家チームの手助けを必要とする。

## 第8節 文献

1：大内尉義編集：健康長寿診療ハンドブック 実地医家のため老年医学のエッセンス  
編集発行 日本老年医学会 2011

2：鳥羽研二 高齢者のニーズに応える在宅医療 国立長寿医療研究センター  
平成 25 年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業 10/22/2013

- 3 : 木村琢磨編：もう困らない高齢者診療で良く出合う問題とその対応  
羊土社（ジェネラル診療シリーズ） 2012
- 4 : 大蔵暢：高齢者を包括的に診る [連載] 老年医学のエッセンス  
週刊医学界新聞 第 2912 号 2011 年 1 月 17 日 (1) ～第 2980 号 2012 年 6 月 4 日 (18)  
([http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02912\\_05#a](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02912_05#a))
- 5 : \*本川晃市：高齢社会における鍼灸マッサージ療法を裏から支える仏教哲学  
—介護予防を通してみる視覚障害者・晴眼者・高齢者の共生への提案—  
早稲田大学大学院スポーツ科学研究科 2010 年度リサーチペーパー
- 6 : Acupuncture for Alzheimer' s disease: a systematic review  
M. S. Lee, 1, 2 B. -C. Shin, 3 E. Ernst<sup>2</sup>  
Int J Clin Pract, June 2009, 63, 6, 874-879, Blackwell Publishing Ltd
- 7 : Acupuncture for vascular dementia (Review)  
Weina P, Zhao H, Zhishun L, Shi W; The Cochrane Library 2009, Issue 1
- 8 : Acupuncture. NIH Consensus Statement Online 1997 Nov 3-5; 15(5):1-34.
- 9 : Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture (Report). 世界保健機関.  
(1999). (和訳) 世界保健機関「鍼の基礎教育と安全性に関するガイドライン」、『全  
日本鍼灸学会雑誌』第 50 巻第 3 号、2000 年 8 月。
- 10 : 安西英雄：米国の東洋医学. 漢方の臨床 51 (11): 1570-1575, 2004  
(<http://www.anzai-assoc.com/report/base/toyoigaku/index.html>)
- 11 : 中澤弘：海外紹介世界の鍼灸コミュニケーション米国での医師の鍼事情 全日本鍼灸  
学会雑誌, 2006 年第 56 巻 1 号, 84-89
- 12 : Helms Medical Institute (<http://www.hmieducation.com/>)
- 13 : 醒脳開竅法  
脳卒中のボディビルダーチャンピオン (ホームページ <http://9000needles.com/>)



14：千葉県認知症多職種協働研修 【平成 26 年 3 月版】

円滑な医療の提供 認知症の発症から終末期にかけて、医療職が関わるそれぞれの  
場面と円滑な医療の提供

## 第2章 認知症の神経内科の診療

認知症の神経内科的な診断と治療の進め方、対応について、その基礎的内容を提示する。

### 第1節 アルツハイマー型認知症

#### 【事例報告1】87歳女性。アルツハイマー型認知症

80歳頃より両側の膝関節症が徐々に悪化しており歩行障害を認めた、自宅内でつたい歩きをしていた。85歳時に、実の姉が他界したのを契機に、精神的に落ち込みが激しく、もの忘れが徐々に顕在化してきた。老眼鏡を置いた場所がわからなくなり、外出先で出会った近所の友人の名前を思い出せないことが増えた。また、87歳頃からうまく洋服を着ることができなくなり、突然、「自宅に帰ります」と旅行鞆を取り出し洋服を詰めるような行為が出現した。家族も心配するようになり、当院神経内科外来を受診した。

#### 【初診時現症】

〈一般身体所見〉

身長150cm、体重48kg、体温36.5℃、血圧146/80mmHg、脈拍72/分・整、胸腹部理学的に異常所見なし、両側の下腿に浮腫を認めない。

神経学的には、嗅覚低下なし、眼球運動障害なし、注視眼振なし、顔面神経麻痺なし、嚥下障害なし、構音障害なし、舌の萎縮なし。四肢の麻痺を認めず、明らかな感覚障害も認めない。振戦や筋強剛などのパーキンソニズムを認めない。両膝関節の疼痛があり、小刻みな歩行で不安定である。四肢体幹の失調症状なし。起立性低血圧や便秘などの自律神経症状も認めない。失禁はない。診察時は、総じて非常に協力的であるが、聞かれたことがわからないときは、同伴の長男の嫁の方を頻回に振り、取り繕いも顕著であった。

#### 【主な検査所見】

〈血液検査〉

一般血算生化学所見は異常なし。ビタミンB1、B12、葉酸、コルチゾールは正常範囲、アンモニア正常、甲状腺機能正常、血清梅毒反応陰性。

〈認知機能検査〉

MMSE=14 (mini-mental state examination 満点30)、

HDS-R=12 (長谷川式簡易知能評価スケール満点30)。

〈画像検査〉

頭部MRI (Magnetic Resonance Imaging ; 磁気共鳴画像) : 両側大脳皮質のびまん性の萎縮、左優位の側頭葉内側の萎縮を認める。また中程度の慢性虚血性変化を両側の深部白質～基底核領域に認める。腫瘍性病変は認めない。矢状断にて中脳被蓋部の萎縮は認めず、

冠状断にて正常圧水頭症を示唆する著明な脳室拡大や高位円蓋部の脳溝狭小化を認めない。

VSRAD, (Voxel-based Specific Regional analysis system for Alzheimer's Disease; 早期アルツハイマー型認知症診断支援システム) は  $z=2.25$  であった。

頭部 MRA: 主幹動脈の狭窄や閉塞は認めない(MRA とは Magnetic Resonance Angiography: 磁気共鳴血管撮影のこと)。中程度の動脈硬化性変化を認める。

脳血流シンチグラフィ-IMP-SPECT ( ; Single photon emission computed tomography 単一光子放射断層撮影): 後部帯状回～楔前部、側頭頭頂連合野に血流低下を認める。

$^{123}\text{I}$ -MIBG 心筋シンチグラフィ-: 早期 H/M 比=2.11、後期 H/M 比=2.01

(MIBG ; メタヨードベンジルグアニジン (3 (meta) -iodobenzylguanidine; MIBG)

### 【診断と鑑別診断】

近医の内科クリニックへ 10 年ほど通院しているが、これまで認知機能のチェックは受けておらず、本人の自覚はほとんどない。姉の死を契機に元気がなくなり、物忘れが顕在化してきた。本症例は緩徐進行性の認知機能低下を認め、すでに日常生活に支障を来していることから認知症と考えられる。神経学的診察において、パーキンソニズムは認めず、幻覚などの精神症状や認知機能の変動なども認めず、また MIBG 心筋シンチグラフィでも、明らかな H/M 比の低下はなく、レビー小体型認知症は否定的と思われた。VSRAD の統計解析を含めた頭部 MRI 所見や脳血流シンチグラフィの所見も含め、臨床経過や現症もアルツハイマー型認知症として典型的と思われた。

### 【治療方針・計画】

患者と家族には、診断病名としてアルツハイマー型認知症であることを伝えた。また、基本的日常生活動作にも支障があり介護が必要な中等度の認知症であることを説明した。薬物療法としては、中等度のアルツハイマー型認知症に適応があるコリンエステラーゼ阻害薬であるガランタミンを選択して投与した。この薬剤は、アセチルコリンエステラーゼ阻害作用により脳内アセチルコリン濃度を上昇させるとともに、ニコチン性アセチルコリン受容体に対するアロステリック増強作用を有しているとされ、より効果が期待できると考えた。当初より懸念された消化器症状などの副作用もなく、用法通りに増量を行い、24mg 2x の用量にて内服継続中である。また、BPSD (behavioral psychological symptom of dementia ; 認知症周辺症状)の症状については、その後夜間不眠や徘徊の症状が出現するようになったため、ゾルピデム 5mg 1x 眠前と、抑肝散 7.5g 3x を導入したところ、かなり症状は軽減している。

### 【治療・主要処方】

ガランタミン 8mg 2x その後、一ヶ月ごとに増量して、24mg 2x としている  
ゾルピデム 5mg 1x 眠前 抑肝散 7.5g 3x

### 【ケアの導入】

ほとんど外出をしない生活であったので、なるべく外出する機会をつくる意味からもデイサービスやショートステイを利用することは重要であると考えた。主治医意見書を作成した。要介護Ⅱの判定を受け、週に2回のデイサービスに通うようになった。また、自宅ではいやがっていた入浴もデイサービス時には許容するようになった。認知機能については、受診以降は明らかな低下を認めずにMMSEも横ばいに推移しているため、ガランタミンの内服が有効であると判断して引き続き継続している。

## 第2節 脳血管性認知症

### 【事例報告2】80歳女性。脳血管性認知症

20年来、高血圧を指摘されているが未治療のままである。夫と二人暮らしであるが、夫も最近軽度のアルツハイマー病と診断されている。1年ほど前から徐々に口数が少なくなり、話の内容がとんちんかんで会話が成り立たなくなってきた。最近になると、家事を全くしよとしなくなり、庭でじーっと座っていることが多くなってきた。部屋への出入りを繰り返す、ダンスを意味なく開け閉めするような無目的な行動も頻繁に認められるようになってきた。また、うまく洋服を着たり、自分で入浴したりすることができなくなっている。数日前に、庭で放尿していたのを近所に住む家族が目撃し、本人に家族が付き添って、あわてて「もの忘れ外来」を受診した。神経学的には、表情に乏しく、軽度の構音障害と四肢に筋強剛を認めた。歩容は小刻みで引きずるような歩き方であった。MMSEは12点で、遅延再生の項目では失点はなかったが、途中から検査の施行を拒否するような様子も見られた。また頭部MRI検査を施行したところ、前頭葉の深部白質領域(皮質下)を中心に多発性ラクナ梗塞を認めた。

### 【解説】

本症例では、意欲や自発性の低下、遂行機能障害や行動異常を認めている。緩徐進行性の経過から、アルツハイマー病との鑑別が問題となってくるが、比較的初期から構音障害や歩行障害を認めており、多発性ラクナ梗塞を認める頭部MRI所見も含めて、脳血管性認知症と診断するのが妥当である。

### 脳血管性認知症(VaD)の分類

#### 1) 皮質性 VaD (多発梗塞性認知症)

前大脳動脈、中大脳動脈、後大脳動脈などの灌流域に梗塞が多発している。

#### 2) 皮質下性 VaD (小血管病変性認知症)

基底核、視床などの深部の多発性ラクナ梗塞と、広範な大脳白質梗塞が認められる。認知症に関与するのは主に前頭葉の白質病変である。

### 3) 戦略的部位の単一病変による VaD (局在病変型梗塞認知症)

視床、内包前脚・膝部などの小梗塞が関与することがある。投射線維の障害を介した遠隔効果(diaschisis)により、同側または両側の前頭葉に広範な血流低下を認めることがある。

### 4) 低灌流性 VaD

血管支配領域の分水嶺領域におこりやすく、背景に高度の主幹動脈狭窄病変が存在することが多い。

### 5) 脳出血性 VaD

前頭葉皮質下出血、多発性皮質下出血、視床出血などを認める場合が多い。

---

【経過】初診から半年ほどの経過で発語が減少してきた。また尿失禁や強制笑、嚥下障害も認めるようになり、初診から 2 年の経過でほぼ全介助を要する状態で寝たきりとなっている。夫と近所に住む家族が介護をしていたが、在宅では限界となり、以前より待機していた特別養護老人ホームへ入所された。

---

#### 【解説】

血管性認知症を発症してからの治療は困難であるので、予防が大切となる。本症例でも長期間高血圧を有していたことは、多発性ラクナ梗塞の原因であったと考慮される。その他にも、糖尿病、心房細動、虚血性心疾患、肥満、脂質異常症、喫煙、飲酒などは血管性認知症のリスクとなり得る。血管性認知症は一般にアルツハイマー病よりも予後が悪く、また、卒中発作が重なるほど認知症の予後の悪化が加速される。高血圧の治療をはじめ発作を予防することが肝要である。認知症発症から数年で亡くなることが多い。末期となると、本症例のように寝たきりとなり、仮性球麻痺による嚥下障害、尿失禁、便失禁などを認めるようになる。根本的な治療は困難であるため、ケアに重きを置いた対応が必要となってくる。

## 第3節 レビー小体型認知症

### 【事例報告 3】75 歳男性。レビー小体型認知症

妻と長男夫婦、孫 2 人と同居している。公務員を定年退職後は仕事には就いていない。既往歴に特記すべきことはなく、常用している薬剤はない。また、喫煙はせず、アルコール

は機会飲酒程度である。もともと登山が趣味であったが、1年ほど前より歩く速度が遅くなり転びやすくなってきたため、最近では自宅にいたことが多くなっていた。妻によると、1年ほど前より時々ぼーっとして話が通じないことがあるのを心配していたが、その一方で今まで通りはっきりしてきちんと会話が成立することも多く、そのまま様子を見ていた。最近になって、夜になると、寝室のベッドの脇に知らない子供が座っている、という幻視の症状が出現してきたため、神経内科外来を受診した。

### 【解説】

本症例では、歩行障害や易転倒性などのパーキンソン症状が出現し、認知機能の変動を認めるようになっている。また繰り返し出現する構築された幻視もみられている。一般にアルツハイマー病では、末期に至らなければ四肢の運動障害や歩行障害は出現しないことが多いため、本症例とは臨床像が異なる。

#### レビー小体型認知症(DLB)の診断基準

○中心的特徴(必須症状)：進行性の認知機能低下により、生活に支障をきたしている

○中核的特徴：

- 1) 認知機能(注意・集中)の変動
- 2) 繰り返し出現する構築された幻視
- 3) 誘因のないパーキンソン症状

○示唆的特徴：

- 1) レム睡眠行動異常(RBD)
- 2) 顕著な抗精神病薬への過敏性
- 3) 大脳基底核でのドパミントランスポーター取り込み低下(PETまたはSPECT検査)

DLBは、中心的特徴である「進行性の認知機能障害」に加え、中核的特徴と示唆的特徴で診断する。

○Probable DLB(ほぼ確実)

3項目の中核的特徴のうち、2項目以上の存在

または

中核的特徴が1項目以上かつ示唆的特徴が1項目以上存在する

○Possible DLB(疑い)

中核的特徴だけが1項目存在する

または

示唆的特徴だけが1項目以上存在する

なお、注意点としては、アルツハイマー型認知症に比べて、レビー小体型認知症は、病初期は記憶障害が目立ちにくい  
視覚認知障害が目立ちやすい

注意障害が目立ちやすい

といった点があげられる。本症例では、中心的特徴に加え、中核的特徴が 3 項目とも認められているため、**Probable DLB** と診断できる。そのほかにも、高度の自律神経障害(便秘、起立性低血圧、神経因性膀胱、発汗異常など)やうつ状態を呈することもある。

---

【経過】初診時、この患者は口数が少なく、下を向いて眠そうにしていた。表情の変化に乏しく仮面様顔貌を呈していた。左右差が目立たない四肢の筋強剛と動作緩慢を認め、前屈姿勢で歩行時は腕の振りが少なく緩徐で小刻みであった。認知機能検査では、「注意と計算」および「構成」の項目で失点が目立ち、**MMSE** が 19 点と低下していたが、比較的「遅延再生」の項目は保たれていた。頭部 **MRI** では、虚血性変化は年齢相応であり、内側側頭葉の萎縮は軽度であった。脳血流 **SPECT** では、後頭葉皮質の血流低下を認めた。**DLB** と診断し、本疾患に保険適応のあるドネペジルの投与を開始し、パーキンソン症状に対しては、**L-ドパ** 製剤の投与を開始した。

---

#### 【解説】

**DLB** でみられるパーキンソン症状は、一般には振戦は少ないことが多い。また筋強剛についても、左右差が目立たないことが多い。ただし、歩行障害が病初期より出現することが多く、姿勢反射障害による転倒傾向を示しやすい。これらのパーキンソン症状に対しては、**L-ドパ** の投与が基本である。そして病初期よりリハビリテーションを施行することが **ADL** 低下を予防する上で肝要である。幻視については、繰り返す構築されたものが多く、体験中に本人も幻視であると認識していることが多い。**DLB** では、抗精神病薬への過敏性が認められることがあるため、幻視に対しても安易な薬物療法は控えるのが望ましい。幻視が生じるのは本疾患の特徴であることを理解してもらい、日常生活に支障がない範囲であればしばらく様子を見るのが適切である。また、ドネペジルは **DLB** にみられる認知機能低下や幻視等の精神症状に有効であるが、副作用出現を減らす観点からは少量より徐々に増量していくのが望ましい。**DLB** の進行はアルツハイマー病に比べて速いことが多く、発症後の平均生存期間は 10 年未満である。

## 第 4 節 前頭側頭型認知症

### 【事例報告 4】75 歳女性。前頭側頭型認知症

夫と二人暮らしで農家であったが、現在は無職。55 歳時に右乳がんに対して手術を受けて年に一回の定期検査を受けていたが再発の所見なく 70 歳以降は通院を終了していた。そのころから自宅内でじっとしていることができず、何となく落ち着きがない様子が増えてきた。また徐々に自発性の低下を認めるようになった。73 歳頃より、毎日一人で勝手に外

出し、近所の他人の家に入り込むようになった。夫が何回注意しても、適当な返事をするばかりで、悪びれた様子はなく、夫は深刻に悩むようになっていたが、病気とは考えなかった。その後、徐々に甘いものを好むようになり食事の嗜好が変化し、食事量が増えて体重増加した。75歳時に、他人の畑から勝手に野菜を持って帰り、警察に通報され、その後、認知機能低下を伴う疾患の可能性を指摘され神経内科を受診した。

### 【主な現症】

〈一般身体所見〉

身長 156cm、体重 79kg、体温 36.2°C、血圧 120/82mmHg、脈拍 58/分・整、胸腹部理学的に異常所見なし、両側の下腿に軽度の浮腫を認める。

神経学的には、嗅覚低下なし、眼球運動障害なし、注視眼振なし、顔面神経麻痺なし、嚥下障害なし、構音障害なし、舌の萎縮なし。四肢の麻痺を認めず、明らかな感覚障害も認めない。振戦や筋強剛、姿勢反射障害などのパーキンソニズムを認めない。歩行は正常。四肢体幹の失調症状なし。起立性低血圧や便秘などの自律神経症状も認めない。失禁はない。病識の欠如は顕著であり、「自分はどこも悪くない」と一緒に受診した夫に不機嫌な態度を示した。また、診察に際しても、非協力的であり、質問に対してまじめに答えようとせず、すぐに立ち上がって診察室から出て行こうとする様子が頻回に見受けられた。

### 【主な検査所見】

〈血液検査〉一般血算生化学所見は異常なし。

〈認知機能検査〉MMSE=22、HDS-R=19。

〈画像検査〉

頭部MRI:軽度の慢性虚血性変化を両側の深部白質領域に認める。腫瘍性病変は認めない。辺縁系の萎縮は目立たず、軽度である。矢状断にて中脳被蓋部の萎縮は認めず、冠状断にて正常圧水頭症を示唆する著明な脳室拡大や高位円蓋部の脳溝狭小化を認めない。

明らかな悪性腫瘍の所見は得られなかった。

VSRAD の評価にて  $z=1.22$  であった。

頭部MRA:主幹動脈の狭窄や閉塞は認めない。

脳血流シンチグラフィ(IMP-SPECT):前頭葉に血流低下を認め左右差は無い。

$^{123}\text{I}$ -MIBG 心筋シンチグラフィ:早期 H/M 比=2.01、後期 H/M 比=1.92。

### 【診断と鑑別診断】

病歴や現症、脳血流シンチグラフィ(IMP-SPECT)の所見は前頭側頭型認知症として矛盾しないと考えられた。

### 【治療方針・計画】



本人と夫に前頭側頭型認知症であることを伝えた。現状ではこの疾患に対する有効な治療はなく、今後さらに進行することが予想される様々な症状に対して、介護サービスを含めた患者ケアを構築していく必要があることを説明した。ただ、すでに患者本人は話を傾けることは難しい状況であった。外来診療の中で、院内の医療ソーシャル・ワーカーにも加わってもらい、まず介護保険の申請をしていただくことから開始した。その後も患者本人は来院を拒否され、夫のみが来院して相談をしていくという場面が増えたが、根気強く夫の話を聞いて、現状を把握するように努めた。

### 【ケアの導入】

夫と二人暮らしはすでに限界に達していると思われ、施設入所をすすめた。要介護Ⅲが認定され、デイサービスやショートステイの準備もしたが、本人が拒否。なかなかうまく機能しない。前頭側頭型認知症においては、その常同行動や被影響性の亢進といった特徴的な症状をうまく利用することが、ケアの面で重要であると報告されている。きまったスタッフが担当できるようにして、本人の趣味に合う作業を提示することによって、毎日の行動をうまくルーティン化できると望ましいと考えられ、担当のケアマネージャーと連絡を取りながら、環境整備をすすめた。地域的にも入所可能な施設が限られ待機期間が長く、その調整には難渋している。介護によってかなり疲弊している夫の状況を改善するためにも、ショートステイの導入が望ましいと考えられる。今後は近医精神科病院の医師とも連携を図りながら、各業種の担当者との協議しつつ、さらに適切な方法を探っていく必要があると考えられた。

### 【参考文献】

1)池田学、田邊敬貴、堀野敬、他.Pick 病のケア-保たれている手続記憶を用いて-.精神神経誌.1995;97:179-192.

## 第5節 大脳皮質基底核変性症

### 【事例報告 5】 76 歳女性。大脳皮質基底核変性症

夫と長男夫婦、孫二人と同居している。73 歳ごろより動作緩慢が目立つようになり、易転倒性が出現するようになった。その後右手がうまく使いにくくなってきて箸が持てなくなったため、左手でスプーンを使用するようになった。また徐々に言葉が聞き取りにくくなってきたため、家族が心配して、76 歳時に当科外来を受診した。

### 【初診時現症】

〈一般身体所見〉

身長 147cm、体重 45kg、体温 36.9℃、血圧 128/72mmHg、脈拍 62/分・整、胸腹部理学的

に異常所見なし、両側の下腿に浮腫を認めない。

神経学的には、嗅覚低下なし、眼球運動は垂直方向に軽度の制限を認める、注視眼振なし、複視を認めない。顔面神経麻痺なし、嚥下障害なし、構音障害あり、舌の萎縮なし。両下肢の筋力低下を認める。右上下肢にしびれ感を自覚している。他覚的な感覚障害は明確でない。四肢の深部腱反射は左右差なく亢進している。また両側の Babinski 反射は陽性である。全体に動作緩慢であり、右上肢の巧緻運動障害は著明であり、アテトーゼ様の不随意運動が見られる。安静時振戦はない。右上下肢優位に筋強剛を認める。言語は不明瞭であり、非流暢性の失語を認める。歩行は不能で、車いすレベルの ADL である。自律神経症状は認めない。

### 【主な検査所見】

〈血液検査〉一般血算生化学所見は異常なし。ビタミン B1、B12、葉酸、コルチゾールは正常範囲、アンモニア正常、甲状腺機能正常、血清梅毒反応陰性。

〈認知機能検査〉MMSE=18、HDS-R=17。

〈画像検査〉

頭部 MRI:左優位の大脳皮質のびまん性萎縮あり。腫瘍性病変は認めない。

頭部 MRA:主幹動脈の狭窄や閉塞は認めない。

脳血流シンチグラフィ(IMP-SPECT):左大脳半球の血流低下を認める。

<sup>123</sup>I-MIBG 心筋シンチグラフィ:早期 H/M 比=1.78、後期 H/M 比=1.72

### 【診断と鑑別診断】

この症例は、認知機能低下に加えて、右上肢優位のパーキンソニズムとアテトーゼ様の不随意運動、軽度の垂直性眼球運動障害を認めている。また、頭部 MRI にて左右差のある大脳半球の萎縮所見があり、脳血流シンチグラフィでも左大脳半球の血流低下を認めている。MRA にて明らかな狭窄病変を認めていないことから、血管障害による変化とは考えにくく、変性性疾患の鑑別を要すると考えられる。軽度の垂直性眼球運動障害は、進行性核上性麻痺も考慮する必要がある所見であるが、左右差の明確な上肢の症状がある点や中脳被蓋部の萎縮所見を認めない画像所見などから、本症例は現段階では大脳皮質基底核変性症と考えるのが妥当である。

### 【治療方針・計画】

患者と家族には、診断病名として大脳皮質基底核変性症である可能性が現段階では高いことを説明した。また進行性核上性麻痺などの他の神経変性疾患の可能性も排除できないが、いずれにしても現在は根本的な治療法はなく、対症的な治療法に限られることをお話しした。認知機能障害に対しては、ドネペジル 5mg を使用し、またパーキンソニズムに対しては l-dopa 300mg を開始しているが、明確な効果は認められていない。今後、精神症状

が強く出現してきた場合には、非定型抗精神病薬の投与も考慮していく予定である。また、ミオクロヌスの出現時にはクロナゼパムがある程度有効とされており、使用を検討していく。

#### 【治療・主要処方】

L-dopa 300mg 3x

ドネペジル D 5mg 1x 朝

#### 【ケアの導入】

失語症状に加えて、転倒による圧迫骨折が影響して徐々に歩行困難となり、ADLは車いすレベルに低下している。介護保険が未認定であったため、まず介護保険意見書を作成して認定を受けた。担当のケアマネージャーと協議しつつ、デイサービスを週三回導入し、多くの人と接する機会をつくって刺激を増すと同時に、家族の介護疲労を少しでも和らげることを目標とした。現在は精神症状はほとんどないが、今後認知機能低下の進行とともに、情動変化などが顕在化してくることも予想されることから、家族への説明を行い、症状出現時には薬物治療を行いながら対応していくことを説明して不安の除去に心がけた。

#### 【文献】

1)Boeve BF, Josephs KA, Drubach DA. Current and future management of the corticobasal syndrome and corticobasal degeneration. In:Duyckaerts C, Litvan I, editors. Dementias: Handbook of clinical neurology, Elsevier;2008:533-548.

## 第3章 認知症の精神科の診療

### 第1節 認知症の中核症状と周辺症状

認知症は、記憶障害ならびに認知機能障害（思考・判断・言語・動作・計画性など）が存在し、生活の質が低下する「症候群」である。記憶障害のみあり、日常生活に問題がない場合は、加齢による物忘れや軽度認知機能障害（MCI）とよばれており、認知症という診断はつかない。周辺症状は、幻覚・妄想などの心理症状と脱抑制などの行動異常からなる。

認知症の中核症状と周辺症状を合わせたものが認知症症状である。ここで注意しなくてはならないのは、中核症状、周辺症状と分けて考えるのは、アルツハイマー病に限定した方がよい。レビー小体型認知症（後述）の幻視は中心症状であるし、前頭側頭型認知症（後述）の人格変化も診断に特徴的な症状であり、「周辺症状」ということができない。

#### I. アルツハイマー病

【事例報告1】79歳女性。アルツハイマー型認知症

75歳頃より物忘れがあり時々つじつまが合わないことがあった。物の置き忘れなども目立つことが多くなってきた。徐々に程度がひどくなり、昔話が増え、同じ話を何度も繰り返すようになった。一方で、新しい出来事はすぐに忘れてしまうようになった。77歳ころより、物忘れがひどくなり、約束も忘れるようになった。そのことを問いただすと作り話をしてごまかすこともあった。78歳ころよりは、記憶障害はさらに進み、食事をしたことも忘れることがある。今言ったこともすぐに聞き返したり、料理をしても鍋の空焚きをしたり、買い物にいくと同じものを大量に買ったりするようになり、日常生活でも困難が生じるようになった。最近では、道に迷い、警察に保護されることもある。失禁もみられるようになった。流暢に話をするが、遠回しでまわりくどく、“あれ”“それ”などの代名詞ばかりの会話や、関連のない話題の繰り返しが多い。

上記は、アルツハイマー病の中核症状（後述）を中心とした症例である。アルツハイマー病の診断基準は、DSM-IV や MINCDS-ARDA 研究班の診断基準が用いられることが多い（表1、表2）。

表 1 DSM-IV 分類による AD の診断基準

- 
- A. 多彩な認知障害の発現。以下の 2 項目がある。
    - 1) 記憶障害
    - 2) 実行機能障害、失行、失認、失語のうち 1 つ以上の障害がある。
  - B. 上記の認知障害は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、また、病前の機能水準からの著しい低下を示す。
  - C. 経過は、ゆるやかな発症と持続的な認知の低下により特徴づけられる。
  - D. 上記 A に示した認知機能の障害は以下のいずれによるものでもない。
    - 1) 記憶と認知に進行性の障害を引き起こす他の中枢神経疾患（例：脳血管障害、Parkinson 病、Huntington 病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍）
    - 2) 認知症を引き起こすことが知られている全身性疾患（例：甲状腺機能低下症、ビタミン B<sub>12</sub> 欠乏症、葉酸欠乏症、ニコチン酸欠乏症、高 Ca 血症、神経梅毒、HIV 感染症）
    - 3) 外因性物質による痴呆
  - E. 上記の障害は、意識障害（せん妄）の期間中だけに出現するものではない。
  - F. 障害は他の主要精神疾患（例：うつ病、精神分裂病など）ではうまく説明されない。
- 

表 2 MINCDS-ARDA 研究班の AD の臨床診断基準

Probable AD の臨床診断基準

- ・ 認知障害が臨床経過や知能検査で認められ、神経精神医学的に確認される
- ・ 2 つ以上の分野における認知機能障害がある
- ・ 記銘と他の認知機能に進行性の低下がある
- ・ 意識障害がない
- ・ 40 ～ 90 歳の間で発病している（多くは 65 歳以上）
- ・ 記憶や認知機能を進行性に悪化するような全身性または他の脳疾患がない

Probable AD を支持する所見

- ・ 失語、失行、失認などの認知機能障害が進行性に悪化する
- ・ ADL の障害と行動パターンの変化
- ・ 同様の疾患の家族歴がある、特に病的に確認されている場合
- ・ 検査では髄液検査正常、脳波では slow-wave activity などの非特異的变化
- ・ CT 等により経時的に脳萎縮が見られる

Probable AD の診断が妥当でない場合

- ・ 急激な卒中様発症
- ・ 病初期に片麻痺、知覚脱失、視野障害、共同運動障害等を認める
- ・ 発症の極初期に痙攣や歩行障害を認める

Possible AD の診断

- ・ 認知症であり、他の神経、精神、全身性疾患が原因になっているとは考えられない場合
- 

アルツハイマー病は健忘を主症状とする認知症の代表疾患である。健忘を理解するには、記憶の分類を理解しておくのが大切である。

記憶は貯蔵時間からの分類と記憶内容からの分類に分けられる。表 3 に示す。

表 3 記憶の分類

## 1 貯蔵時間からの分類

即時記憶： 情報を与えたあとに、約1分間保持する能力である。例としては、数字を数桁言って、その直後に復唱させることで検査できる。

近時記憶： 情報を与えたあとに、3-4分間その情報を保持する能力である。例としては、3つの単語を言い、その単語を繰り返させ（即時記憶）、他の課題を与え注意を他にむけた3-4分後に3つの単語を答えさせることで検査できる。

遠隔記憶： 生活歴や歴史的事件の再生能力である。生活歴を尋ねることや、歴史的事件を尋ねることで検査できる。

## 2 記憶内容による分類

大きく顕在記憶と潜在記憶に分類される。

顕在記憶： 学習により獲得された事実や知識に関する記憶である。言葉により説明可能なため、陳述記憶ともいわれる。思い出そうとして思い出す記憶である。顕在記憶はさらに2つに分けられる。

- ✓ エピソード記憶； 学歴・職業歴など個人の生活歴や体験と結びつく記憶である。“何をしたか”という記憶である。
- ✓ 意味記憶； 日常生活に必要な世間一般に知識の記憶である。“辞書”のような記憶である。

潜在記憶： 顕在記憶と異なり、思い出そうとする意識的な努力なく過去がよみがえるものをいう。言葉やイメージで表せないため、非陳述記憶ともよばれる。これは3つに分けられる。

手続き記憶； いわゆる技能に関する記憶である。自転車に乗ることや、水泳など“からだで覚えている”ものである。

プライミング； ある課題（選考刺激）を行ったことが、その後に行われる類似の課題の遂行に対して影響を与える事象をいう。例をあげると、連想するゲームを行う前に果物の話をしておくと、黄色という課題からバナナなどの回答が多くなることである。これは、単語や概念がネットワークを互いに形成しているからと考えられている。

古典的条件づけ； 代表的なものでは、パブロフの犬が有名である。犬にメトロノームを聞かせる。犬にえさを与える。その際に、犬はえさを食べながら唾液がでる。これを繰り返す（条件付け）。すると犬はメトロノームの音を聞いただけで唾液を出すようになる。

さて、アルツハイマー病であるが、代表的な症状はエピソード記憶の障害である。アルツハイマー病の病初期より障害されることが明らかになっている。学生時代に学んだ“意味記憶”は保たれて難しい話をしているのに、最近の日常的なことは覚えていないといったことが生じる。アルツハイマー病の特徴として、取り繕いがみられる。“記憶”の障害があるため、返事に困りうまくその場を切り抜ける（取り繕い反応）ため、日常会話だけでは変化に気づくのが難しい。

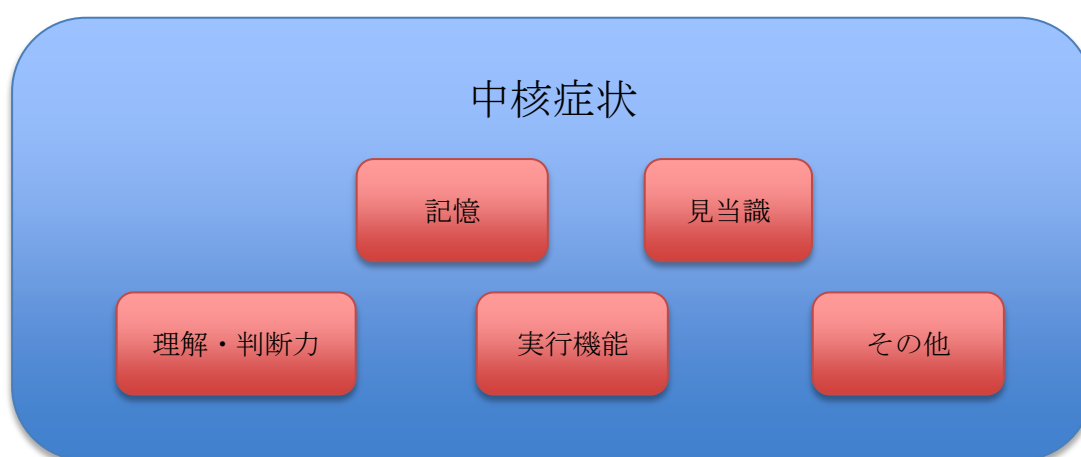
貯蔵時間の観点からみると、アルツハイマー病で最初に障害されるのは近時記憶である。即時記憶は保たれているため、その場での会話では問題なく、遠隔記憶も保たれ、過去の話も想起可能である。段々と即時記憶も障害されて会話の内容が正確に保持されなくなり

混乱してくる。最終的には遠隔記憶も障害される。

## II. 認知症の中核症状とは？

下記（図 1；別紙に移動できない。）に示すように、中核症状は主に記憶・見当識・理解判断力・実行機能などの障害である。これらが障害されることにより、周囲の出来事の把握が困難になっていく。

図 1 認知症の中核症状



### 1) 見当識障害

記憶障害と同様に病初期より現れる障害である。見当識は大きくわけて時間・場所・人物にわけられる。見当識で初期に障害されるのは時間に関してである。これが障害されると、長時間待つとか、予定を合わせて準備をするといったことが困難になる。さらに進むと、時間だけでなく日付や季節、年次などがわからなくなる。場所の見当識障害では、方向感覚が低下し、近所の通りなれた道でも迷子になったりする。初期には周囲の景色を手がかりに道を間違えないこともあるが、暗くなったりすると手がかりが無くなり迷子になりやすくなる。進行すると、家でもトイレや台所の場所がわからなくなったりする。人物に関する見当識障害は、病状がかなり進行してから生じる。遠隔記憶が障害されたりすると、人との関係がわからなくなる。子供と親を間違えたり、家族・親類に対して他人行儀で挨拶をしたりして、家人を混乱させることがある。

### 2) 理解・判断力の障害

物事の判断ができなくなる。思考速度が遅くなったり、一度に処理できる情報量が減ったりする。また、些細な変化についていけず、予想外の出来事で混乱をきたしやすくなる。

### 3) 実行機能障害

段取りや計画をたてるのが困難になる。代表的な例としては、料理がある。食事の段取りが悪くなるのは、ご飯を炊き同時におかずを作るなどが困難だからである。味付けもかわってくる。また、家電製品のリモコンが使えなくなるなどの症状もよくみられる。

### 4) その他の症状として失認、失語、失行

失認は、それが何かわからないといった症状である。アルツハイマー病では、視空間失認が特徴である。まとまりのある形態の動き、奥行き、位置な空間的に把握する能力が障害される。検査では、立方体の模写ができないなどがある。失語は物や人の名前がでてこないなどである。アルツハイマー病では、超皮質性感覚失語とよばれる失語が特徴であり、滑らかな会話ではあるが、いい間違いが頻発し内容にそぐわない空疎な話し方である。症状が進むと失行が認められるようになり、手足に麻痺はないのに洋服を着てボタンがとめられなくなったり、うがいをして水を出すといった一連の動作ができなくなる。

#### 【事例報告 2】 76 歳女性。

夫とは死別しており、長男夫婦と同居している。3年前から物忘れが見られるようになった。買い物にいても同じものを買ってしまったりしていた。3ヶ月ほど前から「嫁が自分の財布をとった」といった言動がみられるようになった。嫁と一緒に探す布団の中から出てきたりするが、「嫁が隠した・・・」などと息子に話したりする。介護している嫁も疲弊が強く、家族につれられ来院した。

#### 【事例報告 3】 80 歳男性。

3年前にアルツハイマー病と診断されて、かかりつけ医に通院している。長谷川式簡易知能検査では 15/30 点である。最近、何事に対しても無関心となり、デイサービスでも他人と交流することを嫌うようになった。表情も無くなり、喜怒哀楽を示さなくなった。家庭内でもしゃべらなくなり、ふさぎ込んだりしている。食欲も低下している。心配した家族につれられ、来院した。

上記 2 症例は、認知症の周辺症状が問題となっている。認知症の周辺症状は、認知症の行動と心理症状 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) ともいわれている (ここでは、周辺症状で統一する)。周辺症状は表 4 のように 2 つに分けることが可能である。

表 4 周辺症状の分類

| 行動症状          | 心理症状               |
|---------------|--------------------|
| 本人の観察により認められる | 本人や家族との会話・面接によりわかる |
| ● 攻撃的行動       | ● アパシー             |



|                                                                                                                                                           |                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 不穏</li> <li>● 焦燥</li> <li>● 徘徊</li> <li>● 性的脱抑制</li> <li>● 収集癖</li> <li>● ののしり</li> <li>● つきまとい など・・・</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 不安</li> <li>● 抑うつ</li> <li>● 幻覚</li> <li>● 妄想 など・・・</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

認知症の周辺症状は、患者のみならず家族・介護者に大きな苦しみを与え、施設入所を早めたり、生活の質を大きく低下させる。家族・介護者にとっては、最も負担となる症状ともいわれている。周辺症状の中で、「感情の症状」は認知症の初期におきやすい。焦燥や精神病的症状（妄想など）は認知機能が中等度障害になると多くなるとされている。以下に主だった周辺症状について解説する。

#### 1) 妄想

ものとられ妄想が代表的である。自分が置いたものを忘れてしまう。置いたはずの財布がない・・・などで誰かが「盗んだ」といった妄想になる。つまり、記憶障害があり、それに人間関係が加わり、ものとられ妄想に発展する。

#### 2) 徘徊

場所がわからない。方向がわからないといった、場所の見当識障害や視空間認知の障害にさまざまな心理的要因が加わり、徘徊が認められる。家庭内でもトイレの場所もわからず排泄してしまうなどもみられるようになる。排泄の失敗は自尊心を傷つけ、不安・焦燥が大きくなる要因の1つとなる。

#### 3) 暴言暴力

代表的な周辺症状である。認知症が進行すると着替え、着脱で介護が増える。しかし、介護者が何も言わずにいきなり着替えをしたりすると、自分では理解できないため「なぜ？」と感じたり、攻撃されているのではと感じたりする。このようなことから、恐怖心・猜疑心が生じ暴言・暴力に発展する。

#### 4) アパシー

活動性の低下の代表はアパシーである。周囲に関心を払わなくなる。周りからは意欲がないという感じがするが、本人は何も感じていない。初期にもみられ、症状が進むとより見られるとされている。

### Ⅲ. アルツハイマー病以外の認知症

#### 【事例報告 4】 75 歳男性。

10 年前より高血圧、糖尿病を指摘され、近医内科で投薬を受けている。1 年前に、急に意識を失い救急病院に搬送された。脳梗塞の診断で治療を受けたが、右半身に軽度の麻痺ならびに構音障害が残存した。退院後は、動作が緩慢であり、転倒もみられるようになった。また、尿失禁もみられるようになった。半年前に再度脳梗塞の発作に襲われた。幸い麻痺の程度や構音障害にはあまり変化はなかったが、しまい忘れや置き忘れなどの物忘れも多くなり、調理器具の使い方がわからなくなるなど生活に支障がでるようになった。また、感情をコントロールできず、ちょっとした事で泣いたり、怒ったりするようになることが増えた。

これは、脳血管性認知症の症例である。原因は脳梗塞や脳出血などの脳血管障害である。脳血管障害を 1 回生じただけでも認知症になることもあるが、2 回以上の脳血管性障害により認知症になることの方が多い。

脳血管性認知症では、中核症状、周辺症状ならびに随伴する麻痺などの神経症状が認められる。中核症状はアルツハイマー病の中核症状とは大きな違いはない。周辺症状も認められ、さまざまな症状があるが、アルツハイマー病の周辺症状と比べて、感情失禁（ちょっとした事で泣いたり、怒ったりする）や易興奮性などが多いとされている。

また、脳血管障害がおきた領域の機能が強く障害され、脳血管性障害のない領域の機能は保たれているのも特徴である。たとえば、言語に関する領域に脳梗塞があると言語に関連する機能は障害されるが、記憶障害は比較的軽度ということもある。これを「まだら認知症」という。また、アルツハイマー病は徐々に進行していくが、脳血管性認知症の場合は、脳血管障害の発作がおこるたびに段階的に症状が悪化していく。そのため、脳血管障害の発作を抑えることで認知症の悪化を防ぐことが可能である。(表 5 アルツハイマー病と脳血管性認知症の鑑別)

表 5 アルツハイマー病と脳血管性認知症の鑑別

|      | アルツハイマー病 | 脳血管性認知症                             |
|------|----------|-------------------------------------|
| 発症   | 徐々に      | 急激に                                 |
| 進行   | 徐々に      | 階段状に                                |
| 病識   | 乏しい      | もっていることが多い                          |
| 神経症状 | 末期までなし   | 運動麻痺、嚥下障害、構音障害、パーキンソン病様の症状などの局所神経症状 |
| 動作   | スムーズ     | 緩慢                                  |

|           |    |    |
|-----------|----|----|
| まだら上の機能低下 | あり | なし |
|-----------|----|----|

**【事例報告 5】 73歳、女性。レビー小体型認知症**

夫とは死別し、娘と二人暮らし。1年程前から時々つじつまの合わないことを言うようになった。半年程前からは「部屋に子供がいる」「お祭りをしている」と話すようになる。周りからみていると、頭がはっきりしているときとボーとして幻視が出やすくなっているときの波があるようにもみえた。さらに、夜中に急に大きな声で寝言を言ったり、手足を大きく動かすなどの症状もみられるようになった。日常生活は何とか自立しているが、食事の準備がうまく出来ないことも増えている。心配した娘につれられて、来院した。初診時、礼節は保たれ疎通も良好であった。MMSE (Mini-Mental State Exam) は20点であった。五角形の模写は出来ず、書字は手が震えて小さな字になっていた。

これはレビー小体型認知症の症例である。脳内にレビー小体（脳神経細胞内にある $\alpha$ -シヌクレインというタンパク質が固まったもの）が中枢神経系を中心に認められる。

レビー小体はパーキンソン病患者の脳内に出現することが知られていたが、大脳皮質などにも出現すると認知機能が障害されレビー小体型認知症をひきおこす。

1) レビー小体型認知症も、記憶障害や理解力・判断力の低下をきたす。

ただし、病初期から中期にかけては、記憶障害はあまり目立たず、幻視・認知の変動・意識の変容・パーキンソン症状（動作緩慢・筋強剛・姿勢反射障害など）・レム睡眠行動障害・抑うつ・自律神経症状・失神など、特徴的な症状がさまざまに出現する。レビー小体型認知症の場合、認知の変動が特徴である。具体的には、頭がはっきりしている状態とボーッとしている状態の波が激しい。

2) レビー小体認知症に特徴的な症状に、「幻覚」があげられる。特に「幻視」が特徴である。「子供が居間に座っていて、こちらを見ている・・・」といった具体的な幻視が特徴である。この幻視から妄想に発展することも多い。知らない人が家に入ってきているといった幻視から、泥棒がいるといった妄想に発展し、警察を呼ぶなどの行動もよくみられる。

3) レビー小体型認知症では、抑うつが病初期にみられることが多い。「老人性うつ病」と誤診されることも少なくない。

4) 「レム睡眠行動障害」がみられることもある。睡眠中に大声をあげたり、暴れたり、横で寝ている人に暴力をふるったりといった行動がみられる。

5) また、レビー小体型認知症は、パーキンソン病に特有のパーキンソン症状が現れるのが特徴である。振戦・筋固縮・無動/動作緩慢・姿勢反射障害といった4大運動徴候などがある。振戦は症状が進むまで目立たないこともある。他にも、小字症、小声症、脂漏性

顔貌、仮面様顔貌、歩行時の前屈・すり足・小股・突進歩行などがある。また、自律神経症状（立ちくらみ、排尿障害、便秘など）も認められる（表 6）。

表 6 レビー小体型認知症（DLB）の臨床診断基準改訂版

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) 中心的特徴（DLB ほぼ確実 probable あるいは疑い possible の診断に必要）<br/>         正常な社会および職業活動を妨げる進行性の認知機能低下として定義される認知症。<br/>         顕著で持続的な記憶障害は病初期には必ずしも起こらない場合があるが、通常、進行すると明らかになる。</p> <p>(2) 中核的特徴（2 つを満たせば DLB ほぼ確実、1 つでは DLB 疑い）</p> <p>a. 注意や覚醒レベルの顕著な変動を伴う動揺性の認知機能<br/>         b. 典型的には具体的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視<br/>         c. 自然発生の（誘因のない）パーキンソニズム</p> <p>(3) 示唆的特徴（中核的特徴 1 つ以上に加え示唆的特徴 1 つ以上が存在する場合、DLB ほぼ確実。中核的特徴がないが示唆的特徴が 1 つ以上あれば DLB 疑いとする。示唆的特徴のみでは DLB ほぼ確実とは判断できない）</p> <p>a. レム期睡眠行動異常症（RBD）<br/>         b. 顕著な抗精神病薬に対する感受性<br/>         c. SPECT あるいは PET イメージングによって示される大脳基底核におけるドパミントランスポーター取り込み低下</p> <p>(4) 支持的特徴（通常存在するが診断的特異性は証明されていない）</p> <p>a. 繰り返す転倒・失神<br/>         b. 一過性で原因不明の意識障害<br/>         c. 高度の自律神経障害（起立性低血圧、尿失禁等）<br/>         d. 幻視以外の幻覚<br/>         e. 系統化された妄想<br/>         f. うつ症状<br/>         g. CT/MRI で内側側頭葉が比較的保たれる<br/>         h. 脳血流 SPECT/PET で後頭葉に目立つ取り込み低下<br/>         i. MIBG 心筋シンチグラフィで取り込み低下<br/>         j. 脳派で除波化および側頭葉の一過性鋭波</p> <p>(5) DLB の診断を支持しない特徴</p> <p>a. 局在性神経徴候や脳画像上明らかな脳血管障害の存在<br/>         b. 臨床像の一部あるいは全体を説明できる他の身体的あるいは脳疾患の存在<br/>         c. 高度の認知症の段階になって初めてパーキンソニズムが出現する場合</p> <p>(6) 症状の時間的経過</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 6) パーキンソニズムが存在する場合

パーキンソニズム発症前あるいは同時に認知症が生じている場合、DLB と診断する。認知症を伴う Parkinson 病（PDD）という用語は、確固たる PDD の経過中に認

知症を生じた場合に用いられる。実用的には、臨床的に最も適切な用語が用いられるべきであり、レビー小体病のような包括的用語がしばしば有用である。DLB と PDD 間の鑑別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズムの発症後の 1 年以内の場合を DLB とする“1 年ルール”を用いることが推奨される。それ以外の期間を採用した場合、データの蓄積や比較に混乱を生じることが予想される。臨床病理学的研究や臨床試験を含む、それ以外の研究の場合は、DLB と PDD の両者は、レビー小体病あるいは  $\alpha$  シヌクレイン異常症のようなカテゴリーによって総合的に捉えることが可能である。

[\*McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al; Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : third report of the DLB Consortium. Neurology. 2005;65 (12) : 1863-1872.]

**【事例報告 6】60 歳 男性。前頭側頭型認知症**

元来真面目で、大人しい性格であったが、数年前から性格が変わったように妻には感じられていた。騒がしくなり、派手になり、やたらと買い物をするが多くなった。数ヶ月前には万引きをして、警察の世話になることもあった。妻と一緒に外出しても、飲食店で平気で店のものをもって食べてしまったり、常識がなくなっている。心配した家人につれられて、受診した。診察場面では、鼻歌を歌ったり、ベッドに勝手に横になったりといった行動がみられた。質問に対しても、すぐに「わからない」といった返答であった。

前頭側頭型認知症の症例で、前頭葉を中心とした脳の前部部の障害により独特の性格変化、行動障害を示す。前頭側頭型認知症の場合には、記憶障害よりも初期からの性格変化が目立つ。家族は、もの忘れを指摘することもあるが、それよりも「言動がおかしい」「人が変わった」と訴えることのほうが多い。

アルツハイマー病と異なり、病初期より病識は失われ、気促な言動が目立つ。アルツハイマー病では記憶障害を補うために「取り繕い」の応対が目立つが、前頭側頭型認知症では、考え無精やでまかせ応答とよばれる「わからない」「もういいだろ」「知らない」と即答するなどの返答が特徴とされている。

徘徊も認められるが、アルツハイマー病とは異なり、同じ経路を徘徊することが多く、「常同的」な周遊ともよばれる。その途中で万引きなどをして、反省なくあっけらかんとしていることが多い。また、その場とは関係のない言葉を繰り返すこともある。「○○を買う」という言葉をその場とは関係なく話したりすることがある（滯続言語という）。

**コラム 暴力的な認知症症例への対応方法**

興奮する患者に言葉でアプローチすることで、患者との間に協調的な関係が生まれ、最終的に言葉を通じて興奮を静めることができると考えられている。言葉での対応の前に、

まずは態度が大切である。

- 危険物を取り除く

ネームプレートを首から下げている場合には、はずしていく。ネクタイもはずすのが大切である。首をしめられる可能性がある。

また、胸などのポケットからもペンやはさみなどを出しておく必要がある。

- 距離をとる

腕二本分の距離をあけることが大切である。殴られたり、蹴られたりするのを防ぐためである。また、必要時以外は接触しない。安心させようと、手を添えることをしがちだが、攻撃と勘違いされ、興奮がひどくなることが多い。むやみにタッチングをしない。急な動きもしない。

- 両手は相手に見えるようにしておく必要がある。武器を隠し持っているとは勘違いされることがある。凝視することは避けるのも大切である。大事なときだけ相手をみる。さらに大事なものは、笑顔をみせない。嘲笑されている、馬鹿にされていると思われ、興奮がひどくなる。また、腕組みもよくない。「うんざり」といった印象を相手に与えてしまう。

ここで、言葉に気をつける。

- 何人かで囲んでいる場合には、話をするのは一人にする必要がある。何人かで話しかけた場合、混乱がひどくなることが多い
- 単文や簡潔な言葉にする。情報処理能力が落ちているので、混乱がひどくなる。
- こちらが落ち着いた態度をみせるのが大切である。そのためには、ゆっくりと話をする、声のトーンを下げるのが大切（不安で落ち着きない場合には、早口・高音となります）。
- 話を聴く場合には、興奮している患者は具体的な要求を持ってことが多く、その要求を明らかにする。言い方の例としては、「ここでどういうことを期待しているのか教えてもらえますか?」、「要求を満たすことはできないとしても、教えてくれれば、いっしょになんとかできるかもしれないです」など。
- 発言に注意深く耳を傾け、その発言を繰り返し言うことにより、理解を示す。批判するようなことは避ける。言い方の例としては、「…と言っておりましたが、それでよろしいですか?」

これだけ気をつけるだけでも、興奮はしづまることが多い。

## 第2節 認知症周辺症状と精神科疾患の鑑別

認知症周辺症状と精神科疾患の鑑別は困難なことも多い。認知症の周辺症状と違って、精神科疾患を見逃すと、患者の生活の質・予後にも影響することがある。

### 【事例報告7】

75歳の男性。近医通院中であるが、長谷川式簡易知能検査で20点であり「軽い認知症」といわれていたが、日常生活も自立できており、趣味の庭いじりを日課にしていた。今回は肺炎のため入院となった。入院当日の夜、「足元に蛇がいる」と怯え、安静臥床ができない状態になった。翌朝には穏やかになったが、前の晩のことをよく覚えていない。日中は穏やかに過ごしているが、放っておくとウトウト眠り込んでしまう。自分が何故入院しているのか解らないようで、言いたいことも要領を得ない。何度も同じことを訊き返し、食事を摂ったこともすぐに忘れてしまう。夜になるとまた「知らない男が何人もやってきて毒を飲ませようとする」などと大騒ぎになるが、やはり翌朝にはそのことを覚えていない。

臨床現場では「認知症（の悪化）」と誤診されがちな症例である。これは、せん妄である。せん妄とは以下の基準を満たす場合に診断する（表1）。

表1 せん妄の診断基準

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| ● 注意を集中し、維持し、転導する能力の低下を伴う意識の障害（すなわち環境認識における清明度の低下）                     |
| ➢ 質問に集中できない、ぼーっとして周囲の状況が良くわかっていない                                      |
| ● 認知の変化（記憶欠損、失見当識、言語の障害など）、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現 |
| ➢ 見当識障害、幻覚、妄想など                                                        |
| ● その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間から数日）、1日のうちで変動する傾向がある                           |
| ➢ 一日の中で症状のむらがある、夜間に悪化することが多い                                           |
| ● 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある            |
| ➢ 原因となる身体疾患や薬剤の影響が必ずある。しかし、同定されないことも多いし、多岐にわたることもある。                   |

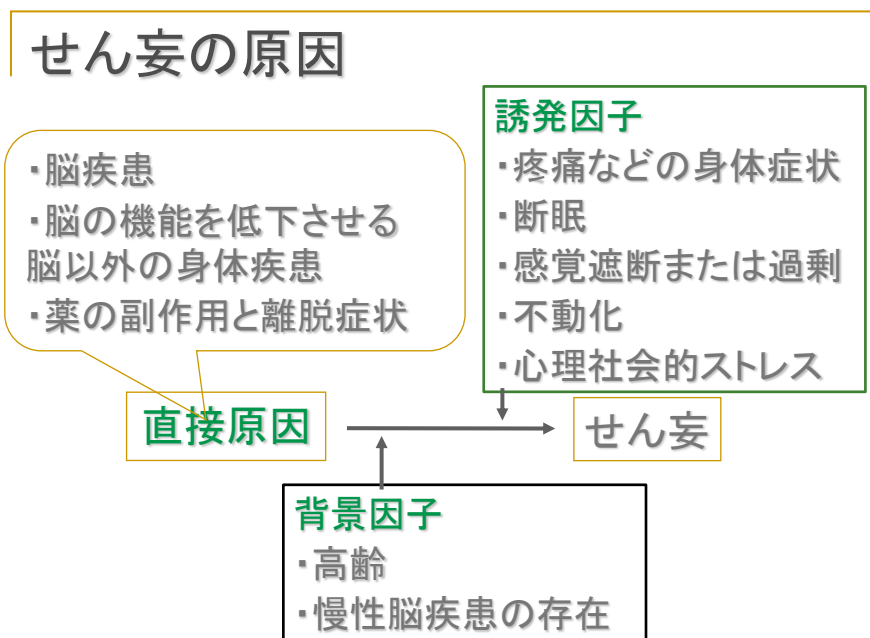
最も大切に強調される点は、せん妄は認知症の周辺症状（認知症の行動と心理症状（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）ではない。

せん妄は下記の図1に示す、直接原因、背景因子、促進因子が絡みあい発症する。直接



原因がないとせん妄は発症しない（つまり、心理的ストレスだけでは、せん妄は発症しない）。いままでせん妄のなかった症例がせん妄を発症した場合には、何らかの「直接原因」が新たに生じたことを意味するので、身体的検索が必要である。新たな感染症がおきていたり、新規に開始した薬剤が直接原因のことも多い。この症例の場合には、肺炎（感染症）が直接原因の可能性が高い。

図1 せん妄の原因



背景因子として、高齢と慢性脳疾患があげられる。認知症はここに入る。高齢ならびに認知症は、せん妄発症の危険因子である。

【事例報告8】70歳 女性。

一週間前、買い物の途中で交通事故に遭い、両大腿骨と腰椎を骨折して入院となった。手術は無事に終わったが、しばらくベッド上での安静が必要な状態である。入院5日目より元気がないことが多くなり、看護師や家族が話しかけてもあまり返事をしない。「私、何でここに居るのかしら」などと言うことがあったが、看護師が入院の経緯を説明すると「そうだったわね」と素直に納得する。毎週、楽しみにしていたテレビドラマも興味がなくなってしまった。夜はジッと天井を眺めていてあまり眠っておらず、急に「早くお買い物に行かなくちゃ」とつじつまの合わないことを言うこともある。

せん妄というと「不穏」といった印象があるが、大きく分けて2つのタイプが存在する。



過活動型と低活動型である（混合型もある）。過活動型は、いわゆる「不穏」が主になるものである。低活動型は、とても見逃されやすい状態で、「元気がない」とか「鬱っぽい」と誤って認識されていることが多い。実際には、特に高齢者や身体的重症例の場合には、過活動型せん妄より、低活動型せん妄の方が多いたことが知られているため、低活動型せん妄に注意していく必要がある。提唱されている分類を参考に示す（表 2）。

表 2 せん妄のサブタイプ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>過活動型せん妄</p> <p>24 時間以内に下記 2 項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 運動活動性の量的増加</li> <li>● 活動性の制御喪失</li> <li>● 不穏</li> <li>● 徘徊</li> </ul> <p>低活動型せん妄</p> <p>24 時間以内に下記 2 項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合</p> <p>活動量の低下または行動速度の低下は必須</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 活動量の低下</li> <li>● 行動速度の低下</li> <li>● 状況認識の低下</li> <li>● 会話量の低下</li> <li>● 会話速度の低下</li> <li>● 無気力</li> <li>● 覚醒の低下/引きこもり</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

なぜ、せん妄が注目されているのか？ 多くの予後調査から、せん妄になった症例は各種予後が悪化することがわかっている。死亡率だけでなく、自宅退院が減ったり、認知症発症のリスクが高くなることがわかっている。また、医療経済的にも、在院日数の長期化をはじめ、医療費の増加が認められている。

せん妄は認知症との鑑別が大切である。せん妄と認知症の鑑別を示す（表 3 せん妄と認知症の鑑別）。

表 3 せん妄と認知症の鑑別

|     |     |
|-----|-----|
| せん妄 | 認知症 |
|-----|-----|

|            |         |
|------------|---------|
| 急性の発症      | ゆるやかな発症 |
| 意識を障害      | 記憶を障害   |
| 症状・重症度は変動性 | ゆっくり進行性 |
| 可逆性        | 非可逆性    |

文章にすると簡潔であるが、実際の臨床現場では鑑別が困難なことが多い。発症様式においても、せん妄は急性の発症であるが、認知症でも脳血管性認知症やレビー小体型認知症では発症が急性のものも少なくない。また、せん妄の特徴として症状・重症度の変動があるが、レビー小体型認知症ではよくみられる症状でもある。また、アルツハイマー病の夕暮症候群（周辺症状の1つであり、午後または夕方に BPSD が増悪する現象。概日リズム・ホルモン・環境などが関係するといわれている）も変動の1つであり、鑑別は難しい。せん妄は今までは可逆性（一過性の症候群）とされてきた。しかし、最近の研究では、持続した認知機能障害はまれではなく、認知症への移行も認められることがわかっている。

せん妄と認知症が併存した場合には、せん妄の診断はさらに困難となる。せん妄と認知症の併存は高率であり（入院症例では特に高率であり 50%以上）、症状もオーバーラップしているためにせん妄の発見が困難となる。認知症症例の場合、今までと異なった精神・行動の異常がみられた場合、せん妄をまずは疑う必要がある（直接原因の検索のため）。

**【事例報告 9】 70 歳女性。**

夫とは死別し、長男夫婦と生活している。今まで特に大きな疾患に罹患した事はない。数ヶ月前から、「体が疲れる・・・肩こりがする・・・」ということが多くなってきた。食欲不振も重なり、体重もへってきている。近医内科受診するも特に異常はみとめられなかった。1ヶ月前頃より不眠もみられるようになった。寝付きはいいが、2時間くらいで目が覚めてしまい、その後眠れない。今まで好きだった、カラオケにも友人とでかけなくなった。1週間くらい前からは、いてもたってもいられない状態で、部屋をウロウロとしている。以前から友人と会う約束があったことを家族が指摘しても、「わからない・・・わからない・・・」と落ち着かない。認知症を疑われ、受診となった。

上記症例は、うつ病である。うつ病 (Depression)、認知症 (Dementia)、せん妄 (Delirium) の頭文字 D をとり、3D とも呼ばれ、老年症例を見た場合には鑑別をするのが大切である。先に述べたが、認知症とせん妄の鑑別は実際困難な場合が多いが、うつ病と認知症も誤診されることが多い。

表 4 うつ病の診断基準

(DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院 高橋三郎・大野裕 監訳 2014 による。一部

改変)

以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている (1)抑うつ気分または(2)興味または喜びの喪失は必須。くわえて、その症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的・他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

- (1) 患者の言明（例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる）か、他者の観察（例えば、涙を流しているように見える）によって示される。ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべての、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退（患者の言明、または他者の観察によって示される）
- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例えば、1カ月で体重の5%以上）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加
- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚でないもの）。
- (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
- (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰である不適切な罪責感（妄想的であることもある）、（単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない）。
- (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（患者の言明による、または他者に観察される）
- (9) 死についての反復思考（死の恐怖だけでない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

表5 認知症とうつ病の鑑別

|                | うつ病           | 認知症               |
|----------------|---------------|-------------------|
| 発症の仕方          | 亜急性           | 徐々に               |
| 憂うつ感           | 訴える           | 訴えないことが多い         |
| 見当識障害<br>記銘力障害 | 通常認めない        | 認める               |
| 物忘れの訴え         | 強調する 深刻       | 自覚なし 深刻味なし        |
| 答え方            | 否定的な答え（わからない） | 作話・つじつま合わせ        |
| 日内変動           | あり（午前中が悪い）    | 通常はなし（夕暮れ症候群をのぞく） |

うつ病は、診断基準にもある通り、抑うつ気分や精神運動抑制（制止）、思考力・集中力の減退などから認知症に似た症状を呈し、仮性認知症という状態を呈することがある。う

うつ病患者では、質問に対して反応は遅く、考えた末に「わからない」といった” do not know answer” をすることが多い。

一方で認知症患者の場合には、曖昧に答えたり、腹をたてたり、奇妙な弁解をしたり、正当に近い答え (near-miss answer) が多い。ただし、現実の臨床現場では、鑑別が困難で経過をみていかななくてはならない症例も多い。一般的には、仮性認知症はうつ病治療に成功すれば、認知機能は回復する。しかし、最近の調査では仮面認知症は認知症への移行が多いことも指摘されている。

老年期のうつ病は、妄想を持ちやすいことも指摘されている。うつ病の3大妄想は、貧困・罪業・心気妄想である。貧困妄想は、金銭的な余裕があるにも関わらず「財産が無くなってしまった。明日の食事代もない・・・」などと訴える。罪業妄想は、とるに足らないことをしても、「〇〇をして、取り返しのつかない事をしてしまった・・・」といった訴えを行い、自分を責める。心気妄想は、ささいな身体の異常に関して、複数の医師が何度否定しても「自分は〇〇癌にかかっている。重篤な病気にかかっている」といった考えにとらわれて苦しんでいる状態である。一方で認知症の妄想は、記銘力低下が基本にある「物とられ妄想」である。

一方で老年期のうつ病の特徴としては、抑うつ感よりも焦燥感が強くでることも多く、落ち着きなく部屋を歩き回ったりすることも少なくない。自殺企図に至る症例も少なくない。

レビー小体型認知症の場合、病初期にうつ病と鑑別が非常に困難なことがあるため、経過観察が重要である。最近の研究では、うつ病は認知症の危険因子であることもわかっている。うつ病の病歴があると、約2倍アルツハイマー病になりやすいことがわかっている (\* Ownby ら Arch Gen Psychiatry 2006)。

また、軽度認知機能障害の患者をフォローアップしてみると、うつ病の症状があった患者の82%が3年間のうちに認知症を発症していることも報告されている (非うつ病患者では32%) (\* Modrego ら Arch Neurol 2004)。さらには、うつ病は再発が多い症候群であるが (一度うつ病に罹患した人は50%の確率でうつ病が再発する。二度うつ病罹患歴がある場合には70%、三度の場合には90%といわれている。再発を繰り返す場合には薬物療法の継続が必要)、うつ病罹患歴が一度の患者を基準とすると、5回以上再発を繰り返した患者のアルツハイマー病発症のリスクは6倍以上になる (\* Kessing ら J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004)。したがって、うつ病の適切な治療・再発予防が大切となる。

## **コラム 精神科医療現場から一言**

認知症についての啓発事業が進んでいる。認知症患者への薬物療法の有用性や、周辺症状への対応などの講演会などが頻繁に行われている。国も、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける社会の実現をめざしている (\* 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 今後の認知症施策の方向性について

て平成24年6月18日)。また、精神科病院に入院している認知症患者は倍増しているとの批判もある(1996年2.8万人から2008年5.15万人)。この批判は、高齢者人口増加ならびにそれに伴う認知症患者増加を考慮にいれておらず、精神科病院批判のための数字との批判も多い。精神科臨床医、特に精神科病院で働く医師は、こういった啓発事業ならびに認知症の施策方向性に非常に違和感をおぼえる。大切なことは、認知症は残念ながら進行性の疾患である。進行を遅延させると称した薬剤も存在するが、統計的に遅延させても、臨床的に遅延させると実感している医師や家族は限られているのではなかろうか(科学的にも限定的とされている)?

精神科医療、特に精神科病院では、重度の症例を扱う。徘徊への対応に関しても、「背景には不安があるから、話をゆっくり聞いて」「本人に寄り添って」などが勧められているが、これは軽度から中等度認知症に対する話である。重度の認知症の現場では、このような対応では徘徊を防ぐことはできない。会話は成立せず、寄り添えば、暴力につながることも多い。

精神科医療現場では、非薬物による鎮静方法 (verbal de-escalation 法) や場合によっては短期の薬物による鎮静、拘束、隔離などを適切に行いながら対応している。拘束や隔離は、精神科病院では法律で厳格に規定されており、1日に数度の診察とアセスメントを行ない、法律を遵守しながら行っている(ちなみに一般病院や施設では拘束や隔離に対しての法律はない)。周辺症状やせん妄が重度になった場合、在宅あるいは老人保健施設での管理は不能である。家族も患者も共倒れになる。精神科病院への入院治療に関して批判的な意見が多いが、認知症医療において大切な資源である。

\*参考図書 黒澤尚 もの申す! 重度認知症治療の治療現場から;精神科医ドクター HKの挑戦(4) へする出版 東京 2009

## 第4章 高齢者リハビリテーション医学の事例

原 行弘（日本医科大学大学院医学研究科リハビリテーション学分野）

### 第1節：脳梗塞後のリハビリテーション

---

リハビリテーションはまず障害評価を充分に行い、評価に基づいたリハビリテーション処方をおこなったうえで、有効なリハビリテーション施行が可能となる。

---

#### 【事例報告1】73歳男性

右中大脳動脈領域の脳梗塞を発症し、急性期病院で加療され、その後回復期リハビリテーション目的に回復期病院へ転院した。患者さん本人と妻（66歳）は自宅退院を希望している。

症例は典型的な脳梗塞片麻痺の一例である。少なくとも高次脳機能障害、嚥下障害、片麻痺のレベル、感覚障害、体幹機能障害、基本動作能力はしっかりと評価する必要がある。評価の結果からひきだした問題点に対しリハビリ処方を行う。さらに退院時の予後を入院時点で明確に予測することで早期から自宅退院の準備が可能となり、退院まで円滑にすすめられる。

#### I. 問診のポイント（表1）：

- 1) 発症時、転院時の機能、日常生活動作（ADL: activities of daily living)
- 2) 発症前のADL
- 3) 家族背景：同居家族、近隣の介護可能な家族の人数、家族の健康状況、仕事状況、病前からの患者との関係性、経済状況
- 4) 家屋環境：マンションか一戸建てか？エレベーターの有無、持家か賃貸か？階段などの段差の有無、トイレは洋式か和式か？布団生活かベッド生活であったか？

表 1. 問診のポイント

|                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 発症時および転院時の機能・ADL                                                                                                                                                                                            |
| 2. 発症前のADL                                                                                                                                                                                                     |
| 3. 家族背景 <ul style="list-style-type: none"> <li>・同居家族や、近隣に住んでいて介護可能な家族が何人いるか</li> <li>・家族の仕事状況(出勤時間の把握)</li> <li>・家族の健康状況(認知機能はどうか、介助が可能な体か、仕事や通院で家を離れる時間があるか)</li> <li>・病前からの患者との関係性</li> <li>・経済状況</li> </ul> |
| 4. 家屋環境 <ul style="list-style-type: none"> <li>・マンションか一戸建てか(マンションの場合、エレベーターがあるかどうか)</li> <li>・持ち家が賃貸か(改修ができるかどうか)</li> <li>・階段など大きな段差があるかどうか</li> <li>・トイレは洋式か和式か</li> <li>・布団生活であったか、ベッド生活であったか</li> </ul>    |

II. 診察のポイント (表 2) :

1) **意識障害・失語症** : 意識障害はしっかり目をさましているか、ぼんやりしていないか、失語は挨拶や会話がしっかりできるかを判断のひとつとする。

2) **高次脳機能障害** : 注意障害や半側空間無視、およびそれらを内包する認知機能障害があると動作時の安全確認が不十分となり、転倒リスクがあがるとともに、家族の見守りなどの介護負担も増す。注意障害は話をしっかり聞いていられるか、キョロキョロして落ち着かないか、半側空間無視は一方だけに顔を向けていない、麻痺側にあるものや人に気付けるか? 認知機能障害は指示理解力、ブレーキ忘れなどの危険行動を観察する。

認知機能の評価法として長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) と Mini-Mental State Examination (MMSE) がある。注意力障害の評価法では Trail Making Test (TMT) があり、注意の持続・維持・選択性の検査である Part A と注意の分配性・転換性の検査である Part B からなる。

半側空間無視の評価法として、時計や花の絵などの図形模写を行う模写・描画試験、線分末梢試験、線分二等分試験 (20cm の線分の midpoint に印をつける)、50cm の巻尺の中央をつまませ midpoint (25cm) より右側へ 2cm 以上ずれると左半側空間無視を疑う。

3) **嚥下障害** : 嚥下障害があると誤嚥性肺炎の原因となり、胃瘻などの管理や特殊な形態の食事の準備など、家族への介護負担となる。ガラガラ声 (湿性嘔声) や痰がらみに注意する。簡単な評価法として反復唾液嚥下テスト (RSST; Repetitive Saliva Swallowing Test) がある。これは空気あるいは唾液の空嚥下を繰り返す。30 秒間に 2 回以下しかできない場合は嚥下障害の存在を疑う。改訂水飲みテスト (Modified Water Swallowing Test; MWST) 冷水 3ml を嚥下する。嚥下できるか、むせ、湿性嘔声、呼吸変化、追加嚥下が何回できるかを確認する。

4) **感覚障害** : 深部感覚は歩行での足の位置や接地面の認識に重要である。重度の深部感覚の障害では上下肢がどこにあるからず、手足の管理が不十分となり怪我をしやすい。上



下肢の位置が適切か、体や車椅子にはさまれていないかを確認する。深部感覚は位置覚または運動覚で評価する。位置覚の評価は、患者が見えない状況で、上肢では示指、下肢では拇趾を他動的に動かして評価を行い、動いた方向をあてさせて評価する。

5) **体幹機能障害**：体幹筋力やバランスは基本動作や歩行に重要である。車椅子座位での麻痺側への傾き、自分で直そうとする様子の有無を観察する。

6) **基本動作応力・ADL**：車椅子とベッドの移乗動作能力を良く見極める。介助量の程度を良く観察する。更衣動作、排泄動作などにかかる時間、介助の必要性、尿器使用の必要性、失禁などに注意をはらう。

その他評価しておくことが望ましい項目として

①**片麻痺のレベル**：Brunnstrom Stage：上肢、下肢、手指をⅠ～Ⅵの段階で評価する。Ⅰ：随意運動なし、Ⅱ：連合反応のみ、Ⅲ：共同運動の出現、Ⅳ：分離運動一部可能、Ⅴ：分離運動可能、Ⅵ：ほぼ正常運動

②**関節可動域**：肩関節、足関節は拘縮をきたしやすく重要である。他動か自動運動であるか明記する。

③**痙縮**：筋肉の緊張度合いを他覚的に評価する。Modified Ashworth Scale (MAS)を用いて痙縮の程度を数値的に表すことが多い。

表 2. 診察のポイント

|               |                                                                     |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1. 意識障害・失語    | ・ 覚醒状態, ぼんやりさ加減, あいさつなどの会話                                          |
| 2. 高次脳機能障害    | ・ 注意障害: 診察中の落ち着き<br>・ 半側空間無視: 顔の向き, 麻痺側に対する反応<br>・ 認知障害: 指示理解, 危険行動 |
| 3. 嚥下障害       | ・ 湿性嗝声, 痰がらみ                                                        |
| 4. 感覚障害       | ・ 麻痺側上下肢の管理                                                         |
| 5. 体幹機能       | ・ 車いす座位時の姿勢                                                         |
| 6. 基本動作能力・ADL | ・ 車いすの乗り換え<br>・ 病院到着時の更衣動作                                          |



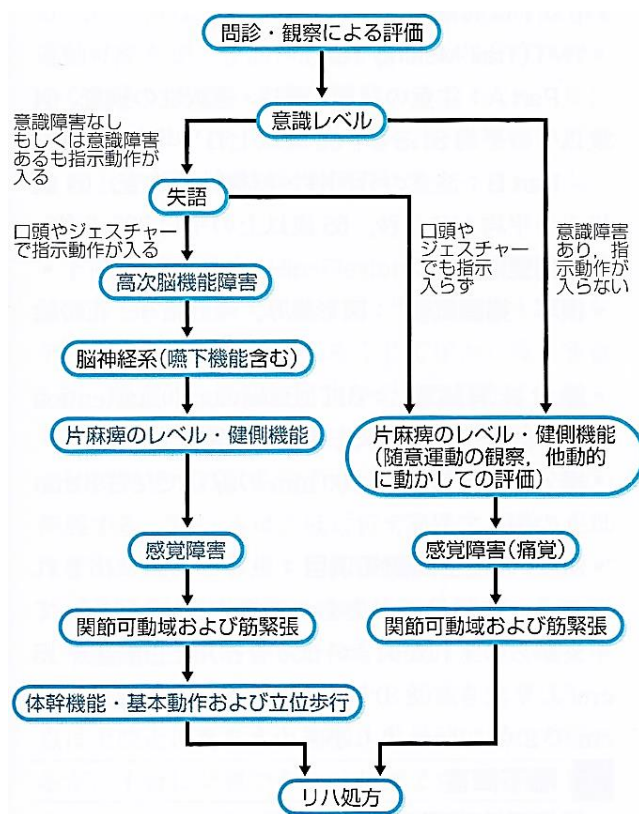


図1. 評価の流れ

### III. 本症例の評価のまとめ

- 1) 高次脳機能障害：HDS-R 20点（認知機能障害の疑いあり）、注意障害：TMTにてA、Bともに時間延長（注意力障害の疑いあり）、半側空間無視：線分二等分試験は中央から右へ4cmずれあり（左半側空間無視の疑いあり）
- 2) 嚥下障害：改訂水飲みテスト：むせなし、呼吸変化・湿性嘔声なし、追加嚥下運動が2回/30秒可能であり、嚥下障害なし。
- 3) 片麻痺レベル：Brunnstrom stage: 上肢Ⅲ、手指Ⅲと屈筋共同運動パターンを認め、下肢Ⅲと伸筋共同運動パターンを認める。
- 4) 感覚障害：軽度の位置覚障害あり
- 5) 体幹機能障害：軽度の体幹機能障害あり
- 6) 基本動作および歩行：立ち上がりや立位保持は手すりを用いて可能。歩行は装具を用いて介助歩行レベル。

### IV. 必要なリハビリ：

- 1) 理学療法（PT）：基本動作訓練・歩行訓練
- 2) 作業療法（OT）：上肢機能、手指巧緻運動訓練、基本動作訓練、ADL訓練、高次脳機能訓練、家屋環境調査
- 3) 言語聴覚療法（ST）：構音障害訓練、認知訓練

結果：体幹機能は比較的保たれており、退院時の身体機能面では歩行修正自立レベルが見込めた。しかし、軽度認知機能障害、重度注意力障害および左半側空間無視を認めたため、歩行やADLで見守りを要すると考えられた。このため、高次脳機能障害に対するアプローチとともに、早期から家族への介助指導、家屋環境調整を行い、スムーズに自宅退院につなげることができた。

## 第2節：クモ膜下出血後のリハビリテーション

くも膜下出血は致死率4割にのぼる致死的脳卒中であるが、助かって重度の障害が残存することがある。特にくも膜下出血後に脳血管攣縮により脳梗塞を発症する症例が多いことも障害を重度にする原因である。そのような重度障害例では、リハビリテーションを施行すると同時にゴール設定をどこにおくか常に考慮しなければならない。

### 【事例報告2】72歳女性

くも膜下出血を発症した。急性期病院で手術加療され（左中大脳動脈瘤に対する開頭クリッピング術）、胃瘻造設後発症2ヶ月に回復期リハ病院へ転院した。その後水頭症を発症し、急性期病院へ転院しシャント術を施行され再度回復期病院へ入院。右片麻痺、失語症、嚥下障害を呈している。77歳の夫と46歳の長女は施設入所を希望し、44歳の次女は自宅退院を希望している。

- ・回復期リハビリテーション病院入院時は、家族からの情報収集を詳細に行う。家族間で意見が異なる場合もあり、それぞれの意見をよく聴いて話し合ってから方針を決めることが重要である。
- ・嚥下障害が重度の場合は、今後の栄養摂取経路を適切に選択する必要があり、注意が必要である。
- ・入院時の診察をしっかりと行い重度の場合は4～8週間後までの改善の推移を把握することが重要である。
- ・初期に立てた目標やアセスメントからの変更点を吟味し、リハビリ内容の再検討を行う。
- ・本人の気持ち、家族の考えをよく聴いたうえで、無理のない在宅生活が送れるように入院後リハビリや退院準備を進める。

脳卒中後の機能障害や日常生活動作（ADL）障害が重度の場合は本人や特に家族の精神的ダメージが大きく回復への大きな期待を持っていることが多い。急性期病院での意識障害が重度であり、意識レベルが改善してくるとともに回復への希望を持ち、そのまま機能やADLが完全に元通りに回復していくものと期待していることが多い。

## I. 問診のポイント：

- 1) **発症時および転院時の機能・ADL**：発症時や転院までの意識状態やvital signの推移の把握を行う。肺炎のエピソード、胃瘦造設時の様子などを把握する。
- 2) **発症前のADLや生活の様子**：発症前のADL以上に戻すのは困難なことが多いが、趣味活動や関心事項などは聞いておくことは有用である。
- 3) **家族背景**：家族の状況を聴取し、退院後に多くの介助を要する場合に、家族がその役割を担えるか推測する。家族のなかで意見が異なることもあり、慎重に評価を行う
- 4) **家屋環境**：患者・家族が高齢の場合は、すでに介護保険を利用している場合や家屋改修を行っている場合があり、現在の家屋の環境を聴取する。車いすでの生活が可能かどうか、家の周囲、家への出入り口、屋内の段差の様子などを念頭に置く必要がある。

## II. 診察のポイント：

回復期リハ病院の時点では、発症からの期間が短い場合も多く、また全身状態不良の状態がしばらく続いた後によりやく回復し始めたという場合もあり、発症直後から転院に至るまでの状態の変化をできるだけ考慮したうえで診察を行う。診察の項目・ポイントとしては、前例の脳梗塞例の図1、表2を参照されたい。意識障害、高次脳機能障害は、今後の予後予測の際にも重要である。また、胃瘻が造設された状態であっても、現在の嚥下機能をしっかりと評価し、今後の経口摂取の可能性について探る必要がある。転院時の評価で機能が不良の場合であっても、廃用の要素が強く、しばらくリハを行えば機能やADLの改善を認めることも少なくない。

## III. 本症例の所見のまとめ：

くも膜下出血直後には意識レベルは保たれていたが、翌日に意識レベルが低下し、約 2 週間意識障害が遷延した。その間に左中大脳動脈領域の梗塞を発症していた症例である。右片麻痺は重度であり、意識レベルが回復したときは全失語の状態であったが、転院時は単語での指示理解が若干可能なレベルであった。起座・起立は不能で、移乗も全介助であり、他の ADL もほぼ全介助であった。喀痰は時々吸引の必要があり、自己排痰は若干可能な状況であった。尿意、便意の訴えはほとんどなく失禁状態でありオムツを使用していた。夫と次女（独身、日中は仕事）との 3 人暮らしであり、長女は同じ市内在住であるが高校生と中学生の子供がいる。持家、一戸建て、改修可能、駐車場から玄関に上がるには 15 段の階段があり、ガレージの上に住居がある構造：居室は 1 階で、トイレ洋式、屋内には段差なし。同居の次女は在宅生活を希望しており、介護のため仕事を辞めて自分が主介護者となるつもりである。ただし、本人が排泄は自立できないと自宅では介護できないと考えている。夫は介護に対しては消極的である。長女も夫（父）への負担が大きいことを考えると、在宅生活に関しては消極的である。

#### IV. 何を評価するか？

- ・ 意識レベル
- ・ 失語
- ・ 高次脳機能障害
- ・ 脳神経系（嚥下機能を含む）
- ・ 片麻痺のレベルおよび健側機能
- ・ 感覚障害
- ・ 関節可動域および筋緊張
- ・ 体幹機能
- ・ 基本動作

回復期リハ病棟では、数か月入院することが可能であるが、機能や ADL の予後予測が重要である。退院後の移動手段は歩行か車いすか？ADL はどの程度まで改善するか？などを適宜予測しながら、リハ計画の立案や修正を繰り返す必要がある。嚥下障害の予後予測も詳細に検討されているが、長期間のリハにより経口摂取が可能となる例もあり、個々の状態に合わせてアプローチすることが重要である。ADL の介助量が多い場合でも、環境調整や介護力の工夫によって自宅で生活できる場合も多く、実際の ADL をしっかり把握して障害像も評価していく必要がある。

嚥下機能評価：嚥下機能評価で水飲みテストの際にとろみ付きの水やゼリー などの食物を用いる場合もある（フードテスト）。その際には経皮的酸素飽和度の測定も行う。基本動作の診察の際には、長期臥床が続いている場合に座位をとらせると起立性低血圧を起こすことがあり、自覚症状をチェックしながら血圧を測定する栄養状態の評価も必要である。

#### V. 評価のまとめ

- 1) **高次脳機能障害**：簡単な口頭指示には従えるが、複雑な指示は理解できない。自発後は聞かれない。注意が持続しなかったり、注意が散漫になったりすることがある。
- 2) **嚥下障害**：反復唾液嚥下テスト（RSST）1 回/30 秒、フードテスト：ゼリー小さじ 1 杯の嚥下でムセあり、その後湿性嘔声を認めた。
- 3) **片麻痺のレベル**：右片麻、随意運動は不可能であり、連合反応も認められない。左手握力は 4 kg であった。
- 4) **体幹機能**：座位をとれない
- 5) **排尿・排便機能**：尿意、便意ともになし。出た後も知らせることはできない。

## VI. 結果：

本症例は入院時には片麻痺。失語が重度であり、胃腸造設状態、ADL全介助の状態であったため、在宅生活は困難と感じるスタッフが多かった。家族の意見もまとまっていなかったため、入院時には自宅退院か施設入所かは決めることはできず、人完リハを開始した。時間がかかることを予想し入院期間は5～6か月を想定して、入院後2か月頃に退院先を決定することとした。

問題点をまとめると、#11右片麻痺、#12体幹機能障、#13感覚障害、#13失語症、#14高次脳機能障害（注意障害）、#15摂食・嚥下障害、#16栄養不良状態、#17排尿・排便障害、#21基本動作能力低下（座位不能、歩行不能）、#22 ADL障害（セルフケア全般）、#31家族の介護力、#32家屋

これらの問題点に対し、リハ処方を行う

<PT>

基本動作（座位、体幹機能）の評価および筋力強化訓練

関節可動域の維持 改善

呼吸機能の改善：痰の喀出

<OT>

上肢機能・巧緻性訓練

基本動作。ADL 訓練

認知機能訂正 訓練 注意機育ヒなど

家屋環境に関する 情報収集

<ST>

失語症の評価および訓練

適切なコミュニケーションの方法をチーム全体へ伝える

嚥下機能の継続評価および訓練

排尿、排便チャートの記入を行い、また排尿後の残尿の有無をチェックする。栄養不良の状態に対し、活動性と考え合わせて栄養サポートを行う。忘れてはならないのは、本人・家族のそれぞれの考えを傾聴することである。

### 【入院2か月後の状況】

- (1) 高次脳機能障害：複雑な指示も理解可能、単語での発語が可能、笑顔も多くみられるようになった。
- (2) 嚥下機能：RSST 2回/30秒間接および直接嚥下訓練を施行し、嚥下造影検査にて評価したうえでゼリー1個 目の摂取が可能になった。胃瘻か経鼻経管栄養にするかは以前検討中
- (3) 片麻痺のレベル：完全麻痺レベルで依然重度
- (4) 体幹機能：端座位が可能となり、車いす乗車が1時間程度可能となった

(5) 排尿・排便機能：尿意、便意が出現したが、曖昧でおむつ使用

(6) 家屋環境：居室を変更し、縁側から昇降機を使って卓いすで出入りできることは確認できた。しかし、駐車場から15段の階段を昇降する手段をどのようにするか検討を要した。

### 【自宅退院への決断】

家族は回復を感じてはいるものの、自宅退院は難しいのではないかと感じていた。次女も気持ちとしては家に帰してあげたいけれど、自分が希望していたほどの改善は得られず、消極的であった。ここで主治医がこれまでの回復の程度をみていると、あと2~3か月後にはさらなる改善が見込め、自宅退院も可能ではないかと説明した。その後も家族内で話し合いが行われ、また後日、夫、長女、次女へと個別に話す機会を設け、不安な気持ちを傾聴しつつ、これまでの経過と現在の病状、今後も改善が見込めることを繰り返し説明した。看護師や医療ソーシャルワーカーからも介護の状況や退院後に利用できるサービスなど。具体的に退院後の生活を想定して説明し、対処法を一緒に考える姿勢を伝えた。この頃、本人の意思表示が具体的にできるようになり、「家に帰りたい」という切実な思いを訴えた。そこで、家族も決断し、自宅退院を目指す方針となった。

自宅退院を決めたものの、夫は介護へは消極的、次女も自分は仕事を辞めずに夫（父）が介護できるのでは、と考えるようになった。結局、いずれも胃瘻の注入手技や排地介助などの在宅介護の練習をしようと思わず、再度長女も含めて、夫、次女へも意思を確認しながら自宅生活への準備を行った。

### 【入院4か月後の経過】

さらに改善を認めており、昼食（嚥下食）も介助での摂取が可能となり、移乗も1人の介助者で可能となった。2語文程度での会話も可能となり夫も介護への自信が付き積極的に参加するようになった。

退院後のサポート検討：玄関前の段差に関しては、可搬型階段昇降機のレンタルを計画し、専門の業者より指導を受け、病院内の階段で繰り返し練習を行った。病棟でも看護師が熱心に介護指導を行い、胃瘻からの経管栄養注入、口腔ケア、排泄の介護などが可能となった。経過中、誤嚥性肺炎を認めたものの治療により改善した。その後も禁食とはせず、楽しみ程度の経口摂取は継続ができた家族および、本人を含めた連帯感が感じられるようになり、再入院後6か月（発症後1年）で自宅へ退院した。訪問看護、訪問介護、訪問リハを導入し、次女は仕事を辞めずに、家族が協力して介護にあたることとなった。

入院時FIMは18点（運動13点、認知5点）、退院時FIMは32点（運動20点、認知12点）退院後数か月で他院へ入院し、残念ながら亡くなった。その後に家族が訪ねてこられ、次のようにお話しされた。“本当にあのときに家に帰ることができて良か

ったです。母も本当に喜んでおり、家にいる間は幸せそうでした。”

### 第3節：パーキンソン病のリハビリテーション（軽症～中等症）

- ・ パーキンソン病と診断がついたときより、運動や生活に関する指導が大切である。
- ・ 前傾姿勢や体幹回旋の低下は頻回に生じるため、症状が目立つ前より指導する。
- ・ パーキンソン病の進行とともに病期に応じた対応が必要である。
- ・ Cue を利用した運動や体操は有効で、それをうまく利用した運動指導を行う。
- ・ 疲労しやすい疾患なので、易疲労性を踏まえた生活指導を行う

#### 【事例報告3】70歳女性

3年前に右手の振戦がみられ、パーキンソン病と診断されている。時間はかかるようになってはいるが、現在も家事はどうかできています。家人とウォーキングをしているが、足がひっかかるようになり、家人にすすめられてリハビリ科を受診した。

#### I. 問診のポイント：

パーキンソン病は進行性の疾患である。振戦や動作緩慢などの運動症状で発症しても、進行とともに様々な非運動症状を合併する。これらの問診が必要である。また、日常生活で患者自身が困っていることについても把握する

1) **パーキンソン病以外の疾患の有無**：高齢発症のパーキンソン病が近年増えている。既往歴や現在治療中のパーキンソン病以外の疾患についての問診、例えば、骨関節疾患等、腰痛や肩関節周囲炎の痛みなどは、パーキンソン病による疼痛の場合もあり、評価は必要である。

2) **発症前の歩行状況や日常生活動作（ADL）**：発症前および普段のADLや手段的日常生活動作（IADL）について確認を行う。また、歩行の状態、食欲、睡眠、排泄に関しても確認する。パーキンソン病の症状のなかでも便秘は発症早期よりみられる。

3) **自律神経障害**：排泄や便秘、起立性低血圧や食事性低血圧を合併していることがある。パーキンソン病は疲労しやすい疾患であるが、低血圧のために疲れやすいこともあり注意が必要である。

4) **精神症状**：うつ状態、幻覚の有無、不安状態について確認する

5) **歩行障害や動作障害**：歩幅の減少、すくみ足、突進歩行、前傾姿勢や側屈への体幹の傾きの有無について確認する。つまづくことが多いときは、その時間帯、場所、さらにどのような状況下で起こるのかについて把握する。姿勢の状態、バランス能力の状態症状はどこで、どの時間帯に生じるのか、どのような状況下で生じるのか患者自身が困っていることについて尋ねる。

## II. 診察のポイント:

筋緊張の左右差、振戦や不随意運動の部位、姿勢反射障害の有無、姿勢の状態、歩行評価は必要である。高齢者では、廃用性筋力低下を合併していることがあるため、筋力評価が必要である。疼痛の合併がみられることがあり、一部の疼痛は抗パーキンソン病薬にて改善することある。そのため、内服後に疼痛の状況が変化しているかについて確認する。また、リズムに合わせて歩行することで歩行の改善があるかについても確認すると良い。患者は歩行についての訴えだけかもしれないが、日常生活動作についても確認が必要である。寝返り動作や入浴動作、歯磨きの動作や家事のなかで特定の動作でのやりづらさを訴えることがある。その他、ADL/IADL の評価を行う。さらに抗パーキンソン病薬の効果の持続時間や wearing off や on off の有無について評価する。自律神経障害および精神症状の有無、および嚥下障害や構音障害の有無についても評価を行う。

## III. 本症例の問診・所見のまとめ

- ・ 3年前に右手の振戦で発症し、最近は歩行時につまづくことが増えている。
- ・ 著明な筋力低下はみられない。また、腰痛など体のどこかに痛みはないとのことである。
- ・ 内科的な疾患等は指摘されていない
- ・ 抗パーキンソン病薬の内服は、診断とともに開始となり今年で3年自になる。効果は自覚され！症状の変動は自覚されていない。
- ・ 物忘れを自覚しているが年齢相応である。幻覚はない。
- ・ 歩行時の歩幅は小さく、腕ふりも小さい。明らかなすくみ足はない。
- ・ 歩行時に足がひっかかるのは右足が多い。姿勢は前傾であり、股関節屈曲、膝関節屈曲が軽度みられる。
- ・ 固縮は右上肢下肢に優位に認め、前傾姿勢と右側への体幹の側屈傾向がある。
- ・ 体幹回旋の運動能力は低下している
- ・ 立ちくらみはあり、便秘のため下剤にてコントロール中である。不眠はない。
- ・ 嚥下障害と構音障害はない
- ・ 寝返りはできるが時間がかかる。ADLは自立している。家事はできているが、卵焼きがうまく作れなくなったとのことである。
- ・ 夫と2人暮らしであり、夫の健康状況は問題ない



- ・ 夫と健康維持目的でウォーキングを始めている。夫のウォーキングのスピードに最近ついていけなくなっていると自覚されている。また易疲労を自覚している。
- ・ 持ち家で2階建ての住宅である。布団にて寝起きしている。
- ・ 趣味は編み物で、現在も1日に2～3時間は集中して行っている

#### IV. 何を評価するか？ 以下について順に評価を行う（図2）

- ・ パーキンソン病の症状としては何があるのか
- ・ パーキンソン病薬の効果についてはどうか
- ・ パーキンソン病の症状以外に病的な所見はあるのか
- ・ 廃用性の筋力低下は合併していないか？
- ・ 歩行障害や動作障害はいつどのような状況で起こるか
- ・ 歩行および姿勢の状態はどうか
- ・ ADL の状況はどうか
- ・ IADL の状況はどうか
- ・ 家屋や家人などの環境についてはどうか

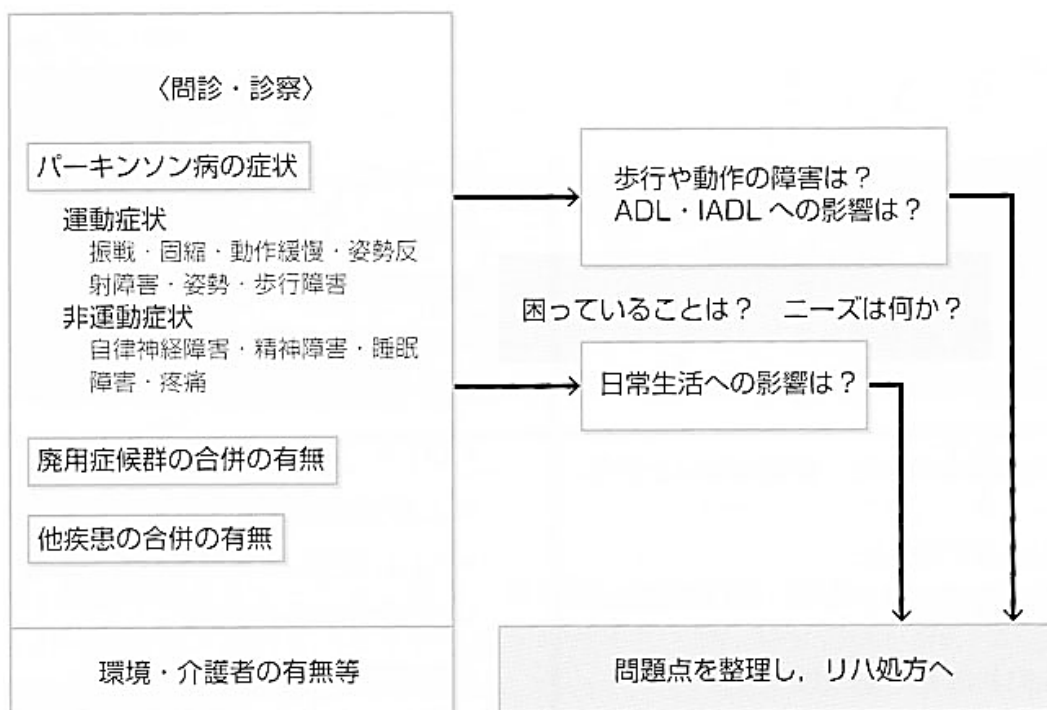


図2. パーキンソン病の診察から問題点整理までのフローチャート

#### V. パーキンソン病の症状の評価

##### 1) 運動症状：

- ・ Hoehn-Yahr の重症度分類のどの stage かを判断する。

- ・ 姿勢の評価：安静時の立位姿勢（前傾姿勢（図3）、側屈の有無（図4））
- ・ 歩行：歩行時の腕ふりの状態、体幹の回旋、歩隔や歩幅、股関節・膝関節の関節可動域（ROM）、姿勢について評価する。すくみ足があれば、外発性 Cue の効果を確認する。10 m 歩行での歩行時間（秒）と歩数は簡便な評価である。Timed up and Go test は立ち上がる・歩行・方向転換・座るという一連の動作能力をみる検査である。椅子に腰かけた状態から 3m 先にある目標のところまで歩き、方向転換し、元の椅子まで戻り腰かけるまでの時間を測定する。
- ・ 転倒の有無について確認する。転倒時の場所や状況について尋ねる。
- ・ 筋力の評価（MMT：Manual Muscle Testing）や ROM を測定する。廃用による筋力低下の合併は多い。
- ・ ディスキネジアの有無について評価する。

## 2) 非運動症状

- ・ 起立性低血圧の有無について確認する。臥位・座位・立位の血圧と脈を測定する。
- ・ 精神抗状では認知機能の低下について評価する。早期より認知機能低下があるともいわれており、運動学習に影響があるときがある。
- ・ MMSE（Mini-Mental State Examination）は簡便であり行いやすい。その他の高次脳機能障害について評価する。
- ・ 幻覚、妄想、うつ状態の有無の確認。また、不安状態やアパシーもチェックする。
- ・ 嚥下障害の評価と同時に構音や呼吸状態についても評価する。

抗パーキンソン病薬の効果：日内変動の有無について確認する

ADL：ADL のなかでやりづらい動作について評価する

IADL：患者が困っていることやニーズについて確認する



図 3



図 4



図 5

## VI. 評価のまとめ

1) **運動症状**：右手に振戦を認め、固縮は右上肢下肢に軽度認めている。姿勢は前傾姿勢で、体幹はやや右へ傾いている。歩行時に右手の腕ふりは小さく、右足が上がりにくい。歩幅は狭く、右足の踵接地は意識すれば可能であるが、前足部から接地してしまうことがしばしばある。そのため、右足のひきずりがある。10m 歩行時間は 15 秒、歩数は 30 歩であった。

Timed up and Go test は 12 秒である。下肢筋力低下は股関節周囲筋の筋力低下 (MMT4) がみられている。転倒はないとのことであった

2) **自律神経症状**：便秘の症状があり、起立性低血圧は著明ではなかった。

3) **認知機能**：MMSE 29 点

4) **抗パーキンソン病薬の効果**：抗パーキンソン病薬の効果あり。症状の日内変動の自覚なし。

5) **ADL**：ADL はすべて自立しているが。寝返りに時間がかかる。また、歯磨きの際、右手での歯ブラシ操作が難しいとのことであった。

6) **IADL**：IADL では料理において、右手でかきまぜる動作ができなくなってきており、また、全般的に疲れやすくなり、時間がかかるようになったと自覚されている。

## VII. リハビリ処方

右上肢下肢にパーキンソン症状があり、それによりADL/IADLは自立しているものの、動作障害がみられている自覚はないが、前傾姿勢や側方への傾きを認め、歩行においてもパーキンソン症状の特徴がみられている。夫と2人暮らしであるが、今後症状が進行していくなかで、夫の疾患に対する理解および協力は必須となる。また、屋内で転倒の危険性が高いのであれば、手すりなどの環境調整は必要である。

問題点をまとめると、以下ようになる。#11：パーキンソン症状、#12：便秘、#21：歩行障害、#22：右手を用いた動作障害、#23：姿勢の障害

### <PT>

- ・ 体幹・下肢のROM、MMTの評価および姿勢と歩行評価（10m歩行での評価、Timed Up and Go Test）、目標物を使った歩行訓練（図5）
- ・ 体幹・下肢のROM訓練と筋力訓練
- ・ 姿勢矯正や体幹回旋を目的にした体幹筋のストレッチおよび筋力訓練、歩行訓練  
自主訓練の指導

### <OT>

- ・ 上肢機能評価（STEF）やROM。MMTの評価
- ・ ADL評価およびIADL評価
- ・ 手指巧微動作訓練
- ・ 動作時の姿勢矯正の指導
- ・ 生活指導（疲労に注意、家事の動線の確認、家事動作への具体的な指導）
- ・ 家屋評価

パーキンソン病では、外発性 Cue を利用した訓練をうまく取り入れることがポイントである。また、ボディイメージが低下しており、リズムに合わせて手足を大きく動かし、隅々まで体を動かすように体操を指導することも大切である。運動学習は低下しているとの報告があり、適切な運動を繰り返し行うことが大切である。

**経過：**定期的な診察および訓練指導を繰り返し、自主訓練については習得できたようであった。体幹回旋や体幹筋の筋力向上を目的とした訓練を取入れている。姿勢が正中になるように、鏡を見てのフィードバックも必要であった。

歩行はリズムや音楽に合わせて行ったほうが腕はふりやすくなり、歩行時歩幅は拡大し、より効果的であった。ADL/IADL では、右手の巧緻性の低下を踏まえて、料理の際の道具の使用や就労があるために、家事や生活指導を行った。また、趣味の編み物では、数時間同じ姿勢で行っており、前傾姿勢が強くなっており、意識して数十分に一度は姿勢を正すこと、体幹の伸びを行うことを指導した。

現在は構音障害や嚥下障害は目立っていないために、今回、ST は導入していないが、姿勢を正して大きな声で歌うことや、朗読をすることを指導した。

患者および家族に疾患の特徴および運動の結果について説明し、自主訓練を引き続き行うように説明している。

パーキンソン病はうまくつきあうことが大切で、普段からの自主訓練や生活指導が必要である。病期に応じた指導が必要であり、可能であれば適切な評価と指導の継続が望ましい。

#### 第4節パーキンソン病のリハビリテーション（進行例）

パーキンソン病は進行性の疾患であり、パーキンソン病の病気と症状を良く理解し、問診と診察を行う。

振戦や動作緩慢などの運動症状で発症しても、進行とともに様々な非運動症状を合併する。容易に廃用が進行しやすい病態であるので、きめ細かい観察とタイムリーな介入および生活指導が必要となる。

転倒、起立性低血圧、嚥下障害に対するリスク管理が必要である。

薬物の効果がある疾患ではあるが、on and off 現象や wearing off 現象といった薬物の効

果に変動があるのも特徴の一つである。

**【事例報告4】72歳男性**

約15年前発症のパーキンソン病。現在まで徐々に増悪傾向で、歩行時にバランスを崩して転倒するようになり、外出の機会が減った。最近、歩行障害が増悪したため、リハビリを希望して受診した。

**I. 問診のポイント（表3）：**

患者が訴える症状以外に出現している症状がないかをよく問診する必要がある。このためにはパーキンソン病の経過と症状をよく理解しておく必要がある。患者は自分の気になる症状はよく訴えるが、それ以外の症状には無頓着なことがある。例えば構音障害があるにもかかわらず、異常を認識せず、その原因を義歯が合わないためと思い込み訴えないこともある。パーキンソン病では、認知症が合併することがよくあり、患者からの問診だけでは不十分なことがよくある。家族など周囲の人からも情報をできるだけ得るようにする。

1) **病歴**：基本的事項として必要である。パーキンソン病では病歴が長いことが多く、病初期の状況は曖昧になりがちである。リハビリテーションにおいては、特に最近の変化についてよく聴取することが重要である。

2) **症状**：現在のリハの計画のみならず、今後の生活を考えていくうえでも重要事項である。パーキンソン病のリハビリで重要なものとしては、歩行状況、転倒の有無、セルフケアの状況、起立性低血圧、構音障害、嚥下障害、認知症、うつがある。これらの症状と程度について問診する。姿勢反射障害で転倒しやすく、骨折につながるため、転倒歴をよく聞く必要がある。嚥下障害は肺炎を引き起こすため、重要である。嚥下障害が疑われるときは障害の状態や発熱についても問診する。服薬と症状との関係を尋ねることも重要である。なぜなら、パーキンソン病が進行すると、L-Dopaの薬効時間が短くなり服薬後の症状が改善しているとき（ON）と次の服薬前の症状が増悪しているとき（off）が出てくるためである。薬効時間が短縮し、症状の変動が起こる場合をwearing-off現象、またはup and down現象という。なお、on/off現象は服薬に関係なく、急にoffが現れる場合をいう。

3) **生活状況**：就労状況、家族構成、介護者、特定疾患医療受給者証の有無、身体障害者手帳や介護保険の認定状況などについて聴取する。特に介護力の把握は重要である。

4) **家屋状況**：居室の状況などを聴取する。エレベーターの有無、段差、手すりの設置状況

### 表 3. 問診のポイント

1. パーキンソン病以外の疾患の有無について把握
  - ・骨関節疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、視覚障害、他の中枢神経疾患など
  - ・食欲、睡眠、排泄についてもあわせて確認する
2. パーキンソン病発症前の歩行状況、ADL 状況について
  - ・歩行レベル(杖や歩行器、押し車の有無等)
  - ・ADL の自立の有無(食事・更衣・排泄・入浴)
  - ・家事や仕事の有無
3. 自律神経障害の有無
  - ・起立性低血圧・食事性低血圧・排尿障害・便秘の有無など
4. 精神症状の有無
  - ・幻覚・妄想
  - ・認知障害
  - ・うつ状態
  - ・不安状態
5. 現在の症状に関すること
  - ・歩行障害の内容
  - ・姿勢の状態
  - ・バランス能力の状態
  - ・症状はどこで、どの時間帯に生じるのか、どういう状況下で生じるのか
  - ・患者自身が困っていることについて尋ねること

### II. 診察のポイント：

- 1) **歩行**：実際に歩かせてみて、立ち上がり動作での安定性、歩行時の歩幅、腕の振り、速度、歩行のリズム、方向転換時の安定性などを評価する。また、歩き出し、目標に近づいたとき、方向転換時、狭い通路などでのすくみ足出現の有無について観察する。
- 2) **姿勢**：起立時や歩行時の姿勢（前傾になりやすい）、姿勢反射障害（体を押して反応をみる）を評価する。
- 3) **筋力低下**：特に腸腰筋などの下肢近位筋の筋力は廃用症候群で低下しやすい。
- 4) **上肢動作**：巧緻動作に障害が出やすく、小字症（書くにしたがって徐々に字が小さくなる）も起こりやすい。
- 5) **起立性低血圧**：パーキンソン病自体によって生じるだけでなく、薬剤の副作用でも起こる。判定には臥位と起立時の血圧の差を測定し、収縮期血圧が起立によって 30mmHg 以上の低下を認めるときに診断される。なお、測定時は意識消失、転倒などの患者の状態に注意する。
- 6) **嚥下障害**：スクリーニングとして RSST (Repetitive Saliva Swallowing Test) などを行う
- 7) **認知機能障害**：改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)、MMSE (Mini Mental State Examination) がスクリーニングとして頻用されている。

### III. 本症例の所見のまとめ

- ・ 最近歩行障害が増悪、独歩可能であるが小刻み歩行。歩行は不安定であり、方向転換時にバランスを崩しやすい。すくみ足は特にみられない。
- ・ 通院は子が自家用車で送迎しているが、病院内では独歩
- ・ 転倒歴は数回あり
- ・ 両側腸腰筋の筋力低下を認める
- ・ セルフケアは自立しているが、ボタンはめなど細かい動作はやや困難
- ・ 起立性低血圧なし
- ・ 構音障害なし
- ・ 認知障害なし
- ・ 起立性低血圧なし
- ・ 構音障害なし
- ・ 嚥下障害なし
- ・ ドーパミンアゴニスト、L-ドーパ等を服用し、症状の日内変動が軽度あり

### IV. 何を評価するか？

歩行時の状態、筋力、上肢の巧拙性、認知機能、嚥下機能の評価が重要である。今回は行っていないが、嚥下障害が疑われるときは嚥下造影検査を行う。

1) 病気の判定：リハにおいて、患者の病期を把握し適切なリハビリテーションや生活指導を行う必要がある。病期の分類ではHoehn-Yahr 重症度分類が頻用される。

2) 筋力：パーキンソン病では運動不足に陥りやすく、廃用症候群を合併することがよくある。筋力評価は基本的な診察項目であるが、廃用症候群との鑑別という点で重要である。パーキンソン病で症状が増悪した場合、廃用症候群に陥っていないか、常に注意しておくなければならない。パーキンソン病では素早い動きができないので、筋力評価にあたっては十分力が入るまで待たなければならない。

3) 嚥下障害：自覚的な嚥下障害は患者の 1/3 以上、潜在的嚥下障害を含めると 4/5 にみられるといわれる。誤嚥性肺炎はパーキンソン病の死因として重要なものであり、常に注意しておく必要がある。

### V. 評価のまとめ

1. パーキンソン病で病期はHoehn-Yahr 重症度分類で stage 3 である 日常生活はほぼ自立しているが、積極的に運動するには困難があり運動不足に陥りやすい。
2. 下肢近位筋の筋力が低下しており最近外出機会が少なことを勘案すれば。廃用症候群により、下肢筋力低下で歩行障害が増悪していると考えられる。

本症例は、前述のとおり廃用症候群による歩行障害の増悪と考えられ、下肢筋力増強訓練を含めた運動療法が必要であるパーキンソン病の理学療法の効果はメタ解析でも証明されて

いる。巧緻動作訓練も追加した。また、診察時には運動習慣の重要性を説明し、転倒への注意喚起と対策を指導した。また、介護サービスの利用について説明した。

## VI. リハビリの処方：

< PT >

- ・ 関節可動域訓練
- ・ 下肢筋力増強訓練
- ・ 歩行訓練
- ・ バランス訓練
- ・ ホームエクササイズの指導

1) **すくみ足について**：文字通り足がすくみ前に出なくなるすくみ足に対しては、廊下に跨ぐためのテープを貼る、足を半歩後ろへ引いてから振り出す。まず真上に上げて足踏みをしてから足を前へ出すなどの対策が効果的である。

2) **理学療法の効果について**：理学療法の介入の有無による差異を比較したメタ分析を行った報告では、歩行訓練、バランス訓練、実地指導、筋力強化、リラクゼーション、トレッドミル、聴覚・視覚・振動によるキュー、ダンス（タンゴ、ワルツなど）、武術（太極拳、気功）、患者教育などのリハビリにて、メタ分析の結果から歩行速度の増加がみられ、6分間歩行距離やすくみ足にも改善傾向があった。移動能力では、Timed Up and Go test、Functional Reach Test、Berg Balance Scaleで改善が認められ、ADLスコアが改善した。以上のように、理学療法の効果は認められるが、今後、有効性の高い介入方法の確立と長期的効果の検証が必要である。

< OT >

- ・ 上肢機能評価
- ・ 巧緻動作訓練

**【経過】** 下肢筋力の改善とともに歩行時の安定性が増大した。これとともにリハの重要性が患者に認識され、家庭で日課に組み入れ、積極的に運動（体操を含む）を行うようになった。また、デイサービスを利用するようになり、外出機会が増えた。

## 第5節：高齢の不全頸髄損傷例のリハビリテーション

以前は頸髄損傷といえば活動性の高い若者の交通外傷やスポーツ外傷によるものが多かつ



たが、近年は高齢化のため高齢者の転倒によるものが最も多くなっている。  
特に高齢者は転倒による軽微な外傷でも起こる“骨傷のない中心性頸髄損傷”になることが多い。

その多くは中心性頸髄損傷による不全四肢麻痺で、下肢に比べて上肢の運動麻痺が重い・四肢の痙攣、しびれ、拘縮などが障害を増幅させ、ADLを低下させる。  
最終的には歩行可能となる症例も多いが、上肢の障害が残り介護が必要となることが多い。

#### 【事例報告5】 74歳男性

駅のホームで續いて転倒し、頭部を打撲した。受傷直後かう意識は清明だったが、四肢を全く動かせなかった。救急病院に搬送後、頸髄損傷と診断され保存的加療を受けた。約2か月後にリハビリの目的で、脊髄損傷専用病棟を持つ某医療センタに転院した。

- 1) 神経学的レベル、臨床的症候群など 受傷機転、神経学的所見の経過、特に障害の高位や程度についての情報を得る
- 2) 今までの治療内容、手術術式、固定の予定期間  
急性期病院での治療内容、手術が施行されたならばその術式、カラーなどで固定がされているならばその予定期間についての情報を得る。
- 3) インフォームドコンセントについて  
病状・予後について、前医ではどんな説明がされているか。本人には一切詳しい話がされていないこともある。逆に、厳しい予後についての話がされていても本人の頭に残っていないこともある。家族からも話が聞けると良い。
- 4) 画像情報、検査データをみる 血液検査結果、X線写真、MRIなどの情報に目を通す。不足している情報があれば前医に問い合わせる。
- 5) ADL、食事、排泄、睡眠の状態などを知る 食事形態や喫食量、排泄の状態、睡眠の状態、訓練中の様子などは、看護サマリーリハビリテーションサマリーから情報収集する。

### I. 問診のポイント (表4)

- 1) 現在の症状、今までの経過などを患者自らに語らせる。傍らに腰掛けてじっくり話を聞くという態度を示すと良い。急性期病院の医師の多くは非常に多忙なため、患者とゆっくり話ができていないことも多い。
- 2) 問診しながら、患者の認知能力、病識の有無、心理状態などを探る 本人、家族それぞれが 障害をどう受け止めているか、リハビリに対する期待などを傾聴する。疼痛、食欲、睡眠の状況などを聞き、抑うつ状態にないか判断する。
- 3) 家族背景について聞く 配偶者も高齢であるため、介護力は不足していることが多い。

最近は独居高齢者も多く、キーパーソンが存在しないこともある。

4) 家屋環境について尋ねる ( 賃貸住宅では改修の可否、集合住宅の場合は特にエレベーターの有無などが重要である。 )。

5) 経済状況が困窮している場合などにはケースワーカーに相談できるよう手配する

#### 表 4. 問診のポイント

|                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 現在の症状、今までの経過<br>今の症状に対して病識があるか？ 経過が時系列で正しく説明できれば、認知は正常である                                                                                   |
| 2. 疼痛の状態、食欲や睡眠の状況、障害受容、リハ意欲<br>疼痛の状況は本人にしかわからないが、VAS(visual analog scale)などで表現させる。食欲や睡眠の状態を問い、重度の抑うつ状態にないか評価する。障害受容については、特に不全麻痺の場合はデリケートな問題である |
| 3. 家族背景<br>家族の年齢、健康状態、就業状態など<br>自宅退院後に介護が必要になった場合の介護力の有無を推測する                                                                                  |
| 4. 家屋環境<br>家屋周囲の環境、間取り、段差の有無、改修の可否、エレベーターの有無など                                                                                                 |
| 5. 仕事の内容、経済状況<br>経済的状況は退院先を決定する際にも重要である。本人が仕事をしている場合、復職の可能性も評価する。退職に伴う経済状況の変化の問題も生じうる                                                          |

Frankel 分類、ASIA 神経学的評価、Zancolli 分類については、重要な評価法であるが、他稿を参考にされたい。

MRI-T2 強調画像が脊髄の病変 ( 浮腫、出血、圧迫、軟化巣など ) を鋭敏に描写するが、その所見のみから機能予後を判定するのはなかなか難しい。脊柱管変位 ( 骨折、骨片占拠率、等 ) の評価には CT が有用である。

#### II. 診察のポイントは？ (表 5)

(1) ASIA の図表を用いて一通り key muscle の筋力、感覚の所見をとる。関節可動域 ( ROM ) と、MAS ( Modified Ashworth Scale ) による痙縮の評価を行う。

(2) 肛門の随意収縮、感覚、肛門反射、球海綿体反射をみる。不全損傷でもこれらが様々な程度に障害されることがある。

(3) 疼痛の部位と程度をみる。発赤や腫脹を伴うこともある。異常な痛み ( アロディニア ) は日常生活動作 ( ADL )、生活の質 ( QOL ) を低下させる。

(4) 体位変換時の血圧、脈拍を測定する。自律神経系の障害により、血圧の乱高下が起きやすい。体温調節障害による「うつ熱」にも注意する。

5) 呼吸筋麻痺により拘束性呼吸機能障害を呈する。排痰が困難になり誤嚥性肺炎を起こしやすい。簡易的に肺活量、PCF ( Peak Cough Flow ) を調べ、低下している場合は呼吸リハを行う。睡眠時無呼吸症候群の合併も多く、疑いがあればポリソムノグラフィで検査

する。

(6) 排泄障害を評価する。

(7) 褥瘡が隠れていることもあり、殿部、踵などもみる。

(8) 嚥下障害を合併することは珍しくない。外傷が直接延髄に及ぶことは少ないが、頸部の可動性の低下、頸椎の骨棘、前方アプローチの手術歴、脳血管障害による仮性球麻痺の既往などが影響する。入院後初回の食事場面を必ず観察する

(9) 高血圧、糖尿病、脳血管障害等を合併していることが多い。腸閉塞、尿路感染症、深部静脈血栓症、肺炎などの既往は再発することもあり要注意である。

### 表5. 診察のポイント

1. 意識, 認知, 精神, 心理
2. 筋力, 感覚, 関節可動域, 痙縮
3. 肛門の随意収縮, 感覚, 反射
4. 疼痛
5. 血圧, 脈拍, 体温, 自律神経過反射の有無
6. 呼吸機能
7. 排泄機能
8. 褥瘡
9. 嚥下機能
10. 合併症の状態

### III. 評価のまとめ：

受傷後約2か月、急性期病院を経て転院してきた頸髄損傷症例

認知障害はないが、やや抑うつ的で夜間は不眠傾向

- ・ 不全四肢麻痺 Frankel C。 ASIA impairment scale C、 Zancolli IIA
- ・ ASIA Motor Score 右24/50、左17/50
- ・ 筋力：MMT(右/左)；肘屈曲4/3、手関節背屈2/2、肘伸展 3/2、手指屈曲1/1、股関節屈曲4/3、膝伸展3/2、足関節背屈2/1、足関節底屈2/1
- ・ 感覚：C6領域以下触覚・痛覚ともに鈍麻、両肩から前腕にかけての疼痛としびれの自覚あり  
ASIA：Light touch 右32/56、左32/56、Pin prick 右32/56、左32/56
- ・ 関節可動域：手指は全体に腫脹しDIP、PIP、MPの屈曲・伸展制限あり、両手関節は伸展30°、両肩関節は屈曲・外転とも約90°、外旋10°の可動域制限あり。
- ・ 痙縮：四肢に痙縮(MAS 1+~2程度)あり  
膀胱直腸障害：膀胱留置カテーテル留置中、週2回摘便
- ・ 自律神経障害：起立性低血圧あり
- ・ 呼吸機能：拘束性換気障害
- ・ 嚥下機能：ムセなどの明らかな障害なし。食事の終わりには血圧が60台に低下する

- ・ 合併症：糖尿病（インスリン使用）
- ・ 基本動作：寝返り；部分介助、座位保持；中等度介助、立位保持；重度介助
- ・ ADL：食事は万能力フと太柄のスプーンで目立、他は全介助
- ・ FIM (Functional Independence Measure): 運動18点、認知35点
- ・ 家族状況：妻72歳、会社員の長男42歳の3人家族、住居は本人の持家、2階建ての一戸建て

リハ処方到達目標がレベルごとに確立している完全損傷と異なり、不全損傷は麻痺自体が複雑なうえに痙縮、疼痛などの要素が複雑に絡み合い、ゴール設定を困難にする。そのため個々の症例にテーラーメイドで対応する必要がある。

<PT>

1) **関節可動域の確保**（四肢の大関節、体幹）

2) **痙縮のある筋の持続伸長**

3) **上下肢、体幹の筋力増強訓練**

4) **基本動作訓練**: 寝返り、起き上がり、座位保持などを行う。座位になるときは血圧を経時的に測定する血圧が低いときや、「ボーっとする」などの訴えがあれば、下肢を挙上し上体を倒す。車いすから間の移乗動作訓練

5) **立ち上がり 立位・歩行訓練**: 不全損傷患者は歩行に対する意欲が強い。血圧に注意しつつ下肢装具を使用して立位訓練を行う。Frankel Dレベルになれば個々に合わせた免荷での歩行訓練、手すりや補助具などを用いた訓練へと進める。位置覚障害が重度の場合、重錘などで感覚入力を刺激する。

6) **耐久性向上訓練**: 高齢者は疲労しやすいことに注意し徐々に耐久性を上げる。上肢機能に合わせ、保持可能な適切な歩行補助具、車いすの選定をする。

<OT>

7) **ROM 訓練**: 急性期から継続した痙縮、拘縮の予防への配慮が必要。患者は痛みやしびれのある上肢への接触を嫌がるが、訓練によりROMが改善すると痛みも軽減し、その結果ADLも改善してくる。スケートボード、スプリントを適宜利用しアプローチをする

8) **筋力増強訓練**

**肢巧緻性訓練**: 麻痺や痙縮の程度などから総合的な上肢機能向上の目標を立ててアプローチする。経時的に簡易上肢機能評価（STEF）で評価する

**ADL 訓練**: 食事動作から開始し、移乗、更衣、排池動作などに拡大する。特に、自己導尿の訓練には時間と根気を要す、必要な自助具や福祉用具の環境を整える。

自宅への退院が現実的になれば、家屋評価を行い、住宅改修案を提示する。

**自律神経障害**: 訓練中、頭痛、鳥肌が立つ感じなどがあれば、自律神経過反射を考える。直ちに医師に連絡するとともに、血圧を測定し、カテーテルの折れ曲がりなどがあれば解除す

る。 血圧が高いときの姿勢が臥位であれば座位をとらせ下肢を下げる

**<障害を増幅させる因子に対する治療>** 疼痛、痙縮などは障害を増幅させ、ADL を困難にするため、それらに対する患者の訴えやスタッフからの報告にタイムリーに対応する  
疼痛・しびれ：鎮痛剤、抗うつ薬、脊髄刺激などが使用されてきたが、最近、中枢神経性疼痛に対する適応が追加されたプレガパリンは新しい選択肢である。

痙縮、拘縮：筋弛緩薬、ボツリヌス毒素注射、髄腔内パクロフェン持続注入などを併用する。  
起立性低血圧：脳虚血、心筋虚血につながる危険性がある。弾性帯による下肢や腹部圧迫でも改善しなければ、カテコラミン、ドロキシドパなど昇圧作用のある薬剤を使う。

**【経過】** 受傷から約1年、某医療センター入院後約10ヶ月で自宅へ退院した。上肢の巧緻動作障害が残り、食事はばね箸、スプーン、ストロー付きカップを使用。歯みがき、髭剃りは自立。更衣は衣服に紐をつけるなど工夫をしたが、一部介助が必要となった。自宅内の移動は、伝い歩きまたは4点杖を使用し、見守りを要する状態。段差には手すりや踏み台を設置した。屋外の移動は車いすを利用。ベッド上での日中2回の間欠自己導尿と夜間のナイトバルーン留置は自立した。排便は座薬挿入と清拭に妻の介助が必要だが、トイレで排泄可能となった。朝夕のインスリン注射は妻が行うことになった。週2回のデイケアで、入浴と歩行訓練を行っている。

かつて脊髄損傷の特徴とされた二峰性の年齢分布は、2005年以降60～70歳代を頂とする一峰性になった。高齢者人口の増加が原因であるため、今後ますます高齢者の脊髄損傷者が増え、しかもその多くが不全頸髄損傷となると予想される。転倒予防や健康診断で後縦靭帯骨化症や脊柱管狭窄症の有無について評価することの検討が必要である。

## 第5章 老年症候群・認知症経過中の感染症

聖マリアンナ医科大学内科学総合診療内科医局長 准教授  
川崎市立多摩病院 総合診療内科部長 國島広之

感染症は、真菌(カンジダ属菌、白癬菌など)、細菌(ブドウ球菌、大腸菌、結核菌など)、ウイルス(インフルエンザ、B型肝炎ウイルスなど)など様々な病原体がヒトに侵入増殖して、発熱、咳嗽、下痢などの症状を来す疾患である。1928年にフレミングがペニシリンを発見して以来、様々な化学療法薬が開発され、感染症は過去の病気とされた時代もあった。しかしながら、近年、感染症は現在、医療の発展や高齢化、交通のグローバル化に伴い、MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)などの薬剤耐性菌、デング熱やエボラ出血熱などの渡航感染症、MERS(中東重症呼吸器症候群)、新型インフルエンザなどの重症感染症などの様々な課題が山積している。

特に我が国では、超高齢化社会の到来において、高齢者における感染症が極めて大きな問題となっている。一般的に高齢者は、免疫能力が低下することが知られているとともに、糖尿病や心疾患などの感染症発症時に原疾患が悪化することが多く、また、必ずしも典型的な症状がみられないことも多く、食思不振も遷延することが多い、したがって、日頃からの慎重な観察および丁寧なコミュニケーションが高齢者の感染症を判断する際にはキーポイントとなることが多い。

加えて、高齢者では肺炎の増加が顕著であり、加齢や脳梗塞後遺症、肢体不自由など嚥下機能の低下に伴い、その主体は誤嚥性肺炎であることが多い。口腔内には非常に多くの微生物が常在しており、誤嚥性肺炎では、口腔内の常在菌を主要な原因微生物として誤嚥することにより肺炎を発症し、致命的な経過をとることがしばしばみられる。

高齢者にとって、発熱や食欲低下などは若年者よりも消耗性疾患、入退院に伴う認知症の増悪、致命的経過ともに重要であり、日頃からの感染症に対する理解と啓発が不可欠である。

### 第1節 .高齢者の感染症

#### 【事例報告1】 96才、男性

数日前から食思不振あり、訪問診療受診時に家族から様子がいつもとおかしいと言われた。咳嗽・下痢などの症状なし。

発熱 37.6℃、脈拍 120回/分、呼吸回数24回/分

既往歴: 高血圧、糖尿病、便秘症

#### 1) 高齢者における感染症

感染症の診断においては既往歴、経過、臨床症状、検査所見から疾患の判断を行う。高齢者に以下のような症状を含む感染症がある。

A 肺炎(発熱、咳嗽、喀痰、呼吸困難など)

- B 尿路感染症(発熱、頻尿、背部叩打痛、男性の前立腺炎では前立腺圧痛など)
- C 胆石胆嚢炎(発熱、右季肋部痛、悪心など)
- D 蜂窩織炎(発熱、腫脹など)
- E インフルエンザ(発熱、倦怠感、咳嗽など)
- F 感染性胃腸炎(嘔吐、下痢など)
- G その他、帯状疱疹、疥癬、化膿性脊椎炎など。

高齢者の感染症の特徴として、明確な臨床症状を伴わないことも多いことに注意する。感染性胃腸炎だけでなく、尿路感染症や胆嚢炎などでも悪心・食思不振などの消化器科症状を呈することがあり、重症感染症では意識レベルの低下や混迷で発見されることもある。特に重要なキーワードは「いつもと様子がおかしい」という家人の一言であり、日頃、医療従事者から積極的に「いつもと違ったことはありませんか」と尋ねる姿勢が重要である。

## 2) SIRS(systemic inflammatory response syndrome: 全身性炎症反応症候群)

感染症は早期に治療の判断が必要なことがあり、重症な病態としてセプシス(敗血症)がある。感染症による SIRS(systemic inflammatory response syndrome: 全身性炎症反応症候群)はセプシス(敗血症)と定義され(図1)、SIRSの基準(表1)がある1)。ショックを呈するセプシスでは、適切な抗菌薬が投与されない場合は一時間ごとに7.6%ずつ生存率が低下ことが知られており2)、国際的なガイドラインでは、重症セプシス・ショックの発症1時間以内に抗菌薬を開始することが推奨されている3)。したがって、重症感染症の判断においてはセプシスを見逃さないことが重要である。

SIRSの基準は発熱、脈拍、呼吸回数、白血球数からなり、4項目中2項目を満たす場合をSIRSとする。なかでも発熱、脈拍、呼吸回数は検査機器がなくとも判断できる項目であることから、感染症を疑う際には必ず評価することが必要である。



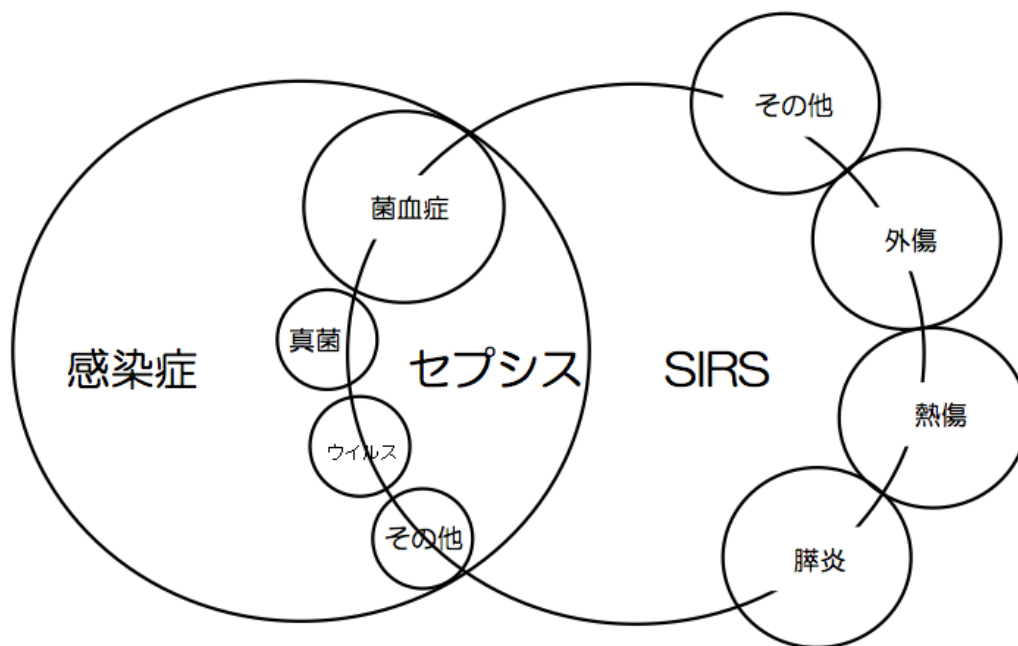


図 1) SIRS およびセプシスの概念図

|      |                                                   |
|------|---------------------------------------------------|
| 体温   | < 36°Cまたは> 38°C                                   |
| 脈拍   | > 90回/分                                           |
| 呼吸数  | > 20回/分                                           |
| 白血球数 | > 12000/mm <sup>3</sup> または< 4000/mm <sup>3</sup> |

表 1) SIRS の診断基準

### 3) 参考文献

1. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med. 1992 Jun;20(6):864-74.
2. Kumar A, Roberts D, Wood KE, *et al.*, Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2006 Jun;34(6):1589-96.
3. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, *et al.*, Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med. 2013 Feb;41(2):580-637.



## 第2節 高齢者の呼吸器感染症

【事例報告2】 76才、男性

認知症で施設入所中の方。発熱、呼吸状態の悪化にて救急要請。

発熱 38. 2℃、脈拍 110回/分、呼吸回数18回/分

既往歴: 認知症、脳梗塞後遺症。

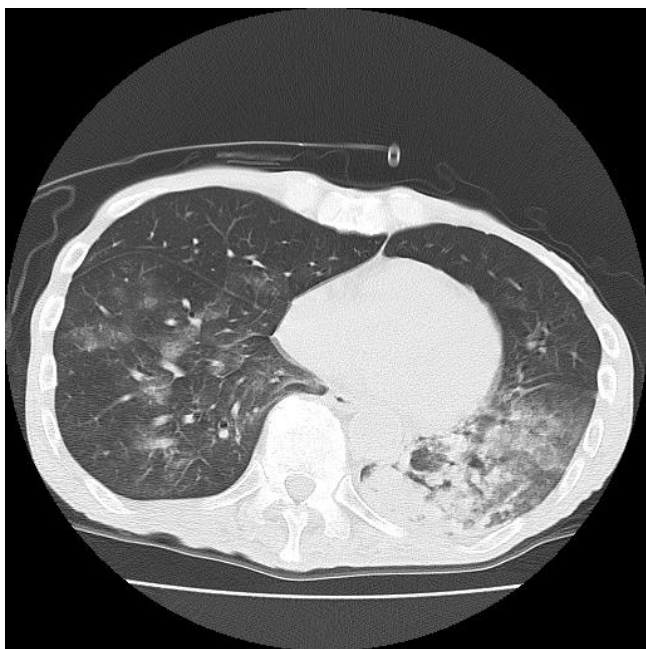


図) 胸部単純 CT 写真: 両肺野底部に浸潤影を認める。

### I. 高齢者における肺炎

肺炎は2012年以降、我が国の死亡原因において、がん、心不全に次いで第3位である。超高齢化社会の進展に伴い、今後も増加傾向が続くことが予想される。

高齢者では抗菌化学療法が進歩した現在でも、肺炎は致命的な疾患あるとともに、肺炎を発症し入院加療を行うことにより日常生活動作: Activities of Daily Living (ADL)が低下することや認知症が更に進行することとなり、肺炎にかからないことが重要となる。

### II. 高齢者における呼吸器感染症予防

#### 1) インフルエンザワクチン

インフルエンザは主に冬季に流行し、毎年500～1000万人以上が罹患する。高齢者では若年者より、咳嗽や全身症状が乏しい<sup>1)</sup>。高齢者施設ではしばしば施設内感染もみられる。インフルエンザは線毛細胞の活動を障害するため、その後の細菌性肺炎のリスクが高まる<sup>2)</sup>。抗インフルエンザ薬の投与によりその後の細菌性肺炎のリスクを減らすことができる<sup>3)</sup>。インフルエンザワクチンの

発症阻止効果は30～50%と低いものの、重症化阻止効果が高く、高齢者ではインフルエンザ罹患後には肺炎以外にも心疾患や糖尿病の増悪が懸念されるため、インフルエンザワクチンを毎年接種する必要がある。

## 2) 肺炎球菌ワクチン

肺炎球菌は肺炎の原因菌として20～30%と最も多いことが知られている。現在、成人用のワクチンとして23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン(ニューモバックス<sup>®</sup>)と沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン(プレベナー<sup>®</sup>)がある。2014年10月以降、65才以上の高齢者の一部に23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンが定期接種の対象となり、国および自治体の一部補助が行われている。補助対象の有無に関わらず、ワクチン接種を啓発する必要がある。

## 3) 誤嚥予防

高齢者の肺炎の多くが誤嚥性肺炎である。日頃から実施可能な誤嚥予防として、入れ歯の清潔な管理を含めた口腔ケア、食直後の臥位を避けること、食事の工夫(ぬるめを避け、熱め・冷たい・辛いなど誤嚥しにくい食事)、適度な運動などを日頃から行う必要がある。

## III. 参考文献

- 1) Woolpert T, Brodine S, Lemus H, *et al.* Determination of clinical and demographic predictors of laboratory-confirmed influenza with subtype analysis. *BMC Infect Dis.* 2012 Jun 7;12:129.
- 2) Chertow DS, Memoli MJ. Bacterial coinfection in influenza: a grand rounds review. *JAMA.* 2013 Jan 16;309(3):275-82.
- 3) Kaiser L, Wat C, Mills T, *et al.* Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations. *Arch Intern Med.* 2003 Jul 28;163(14):1667-72.

### 第3節 高齢者の結核

【事例報告3】 上述の患者が数ヶ月後、発熱があり、訪問診療受診。抗菌薬(キノロン薬)を処方されるも改善せず。呼吸困難も出現したため、救急要請。  
咳嗽はなし。胸部 CT にて両下肺に浸潤影を認め、誤嚥性肺炎にて入院となる。  
入院時の喀痰抗酸菌検査は陰性であるも、培養 6 週目に陽性となる。改めて抗酸菌検査を実施したところ、塗抹陽性にて結核病院に転院となる。  
一ヶ月後、排菌陰性化したため、当院に入院。在宅調整を行い、診療所での訪問診療および抗結核療法を継続することとして退院となる。

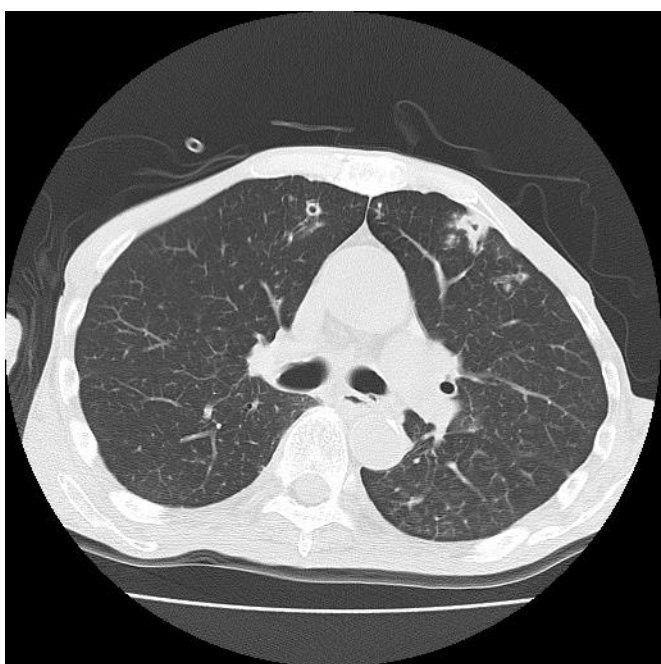


図) 胸部単純 CT 写真: 両肺野に空洞を伴う粒状影を認める。

#### I. 高齢者における結核

結核は *Mycobacterium tuberculosis* による感染症である。結核は減少傾向とはいえ、2013年の結核の統計では我が国の罹患率(人口10 万対の新登録結核患者数)は16. 1であり、年間2万人以上の新たな罹患患者があり、いまだ多く見られる感染症である。新登録結核患者のうち 60 歳以上が占める割合は 71. 2%、70 歳以上の占める割合は 57. 4%となり高齢者に多く発生している1)。

結核は「長引く咳」の場合に早期に受診・診断することが感染症対策上、重要であるものの、高齢者になるほど咳嗽や発熱などの典型的な症状に乏しくなることが特徴である2)。本症例でも咳嗽は認めず、また誤嚥や慢性閉塞性肺疾患(COPD)などで元々慢性咳嗽を有する場合は受診や診断が遅れることがある。また呼吸器感染症の治療に頻用される抗菌薬であるキノロン薬は、結核に

抗菌活性を有するため、本症例のように、肺炎の初期治療としてキノロン薬を投与され、抗酸菌検査が陰性になることにより、診断の遅れに繋がることが稀に経験されるので注意が必要である。したがって、高齢者の肺炎では結核の確認を行うことが重要である。

## II. 地域における結核診療

結核感染症のうち、約4割を占める喀痰塗抹陽性患者は感染症法に基づき結核病床を有する医療施設で入院加療が行われることが多い。現行の退院基準では、2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失し、2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である場合は退院することとなる。結核治療は6～9ヶ月の治療期間を要し、約6割の塗抹陰性患者および塗抹陰性化した患者は、地域の医療機関、社会福祉施設で継続加療が行われており、行政も含めた地域連携システムが重要である。

## III. DOTS

直接服薬確認療法 (directly observed treatment short- course) のことである。結核は長期にわたる抗結核療法が必要であり、治療の中断は再燃や結核菌の耐性化のリスクが高く、外来や施設における確実な服薬コンプライアンスの確保が重要である。我が国では現在、保健所、医療機関、ケアワーカー、調剤薬局が連携して実施されている。

## IV. 結核の接触者検診

結核に曝露した場合、生涯の間に結核を発症するのは10%程度で、多くは感染後、数ヶ月から2年以内に発症する。保健所の指導に基づき感染源の咳嗽の有無や感染性を考慮し、胸部レントゲン検査や、結核菌特異抗原に対するヒト免疫反応を評価することにより結核感染を診断する方法である Interferon-Gamma Release Assay(IGRA)検査が実施される。

## V. 参考文献

1. 公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター 結核の統計 2013年, <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/toukei/nenpou/>
2. 豊田恵美子, 町田和子, 長山直弘, ほか, 高齢者結核の臨床的検討 結核85巻8号 655-66, 2010.

## 第4節 施設における感染症

### 【事例報告4】 24才、女性、鍼灸師

数日前から右肘に痒痒感を伴う丘疹があり、皮膚科受診。ステロイド含有軟膏を処方されるも改善せず、悪化していた。



図) 右肘内側に痒痒感を伴う丘疹を認める。

### I. ダニ感染→疥癬

ヒゼンダニが皮膚角層に寄生して発症する皮膚感染症である。雄は皮膚表面や角質層に、雌は水泡を伴い皮膚が数ミリ盛り上がる疥癬トンネルに生息し、卵は約1～2週間で成虫となる。通常の疥癬は、感染後1～2ヶ月で疥癬虫に対するアレルギー反応により、主に指間、腋窩、陰股部などに強い痒みを伴う赤色の小丘疹がみられる。角化型(ノルウェー)疥癬は、高齢者など免疫能が低下した患者に発症し、痒みは乏しく、厚いカキ殻状の鱗屑や全身の紅皮症様の症状がみられる。感染力が強く曝露後1週間以内に発症する。

疥癬は皮膚の KOH 染色を行って診断する。しかしながら高齢者では、皮膚トラブルを有することが多いため必ずしも早期から疥癬が疑われないこと、通常疥癬ではダニの個数が少なく、雄は丘疹などの皮膚症状がみられないため、皮膚科専門医の受診でも検体採取の陽性率は十分ではなく確定診断に至らないことも多い。したがって、疥癬の曝露歴などを勘案して総合的に判断することとなる。

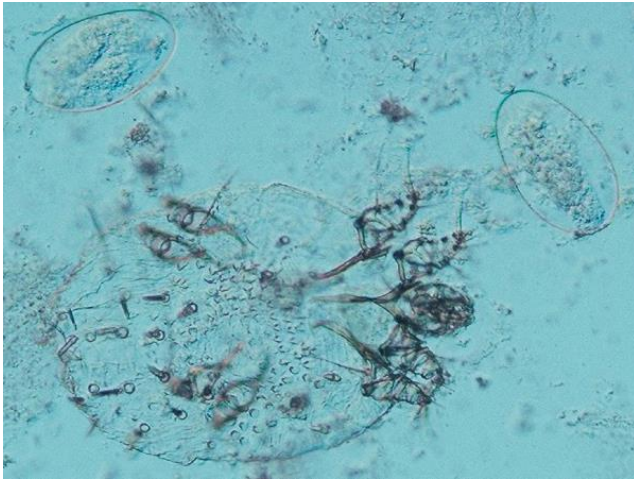


図) ヒゼンダニ

## II. 職業感染対策

医療従事者の職業感染対策として重要な病原体は、血液媒介感染症としては、B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルス、HIV ウイルスである。鍼灸師を含め、医療従事者は B 型肝炎ワクチン接種による抗体獲得が必須である。一度抗体を獲得すれば継続的な効果が期待できる<sup>1)</sup>。なお、梅毒は性行為感染症であり、医療従事者の職業感染対策上は通常、対応は不要である。

本事例のような疥癬が発生した場合、感染源として高齢者との曝露機会があることがあり、1週間から1ヶ月の潜伏期を経て、他の入居者やスタッフに感染拡大がみられることがある。日頃からの手洗いの励行を含めた標準予防策の遵守、ノルウェー感染の場合は接触感染予防策が適用される。

## III. 参考文献

1. Zanetti AR, Mariano A, Romanò L, *et al.* Long-term immunogenicity of hepatitis B vaccination and policy for booster: an Italian multicentre study. *Lancet*. 2005 Oct 15-21;366(9494):1379-84.

## 第5節 災害時における感染症

### 【事例報告5】

現在、南海トラフ地震が懸念されるなか、従来の知見や経験をもとに感染症対策を行っていく必要がある。

#### I. 市中感染症

東日本大震災では冬季に発生し、感冒、インフルエンザや感染性胃腸炎などの市中感染症の発生がみられた。これらは、市中感染症であり、避難所でも多く発生する感染症であり、発生をゼロにすることは求められない。日頃からの手洗い、うがい、呼吸器衛生/咳エチケットの遵守が重要である。

#### II. 肺炎

阪神大震災や新潟県中越地震でも同様、東日本大震災でも発災2週間以降は呼吸器感染症の増加がみられた<sup>1)</sup>。肺炎の原因菌で最も多く見られるのは肺炎球菌であり、肺炎球菌ワクチンによる予防が重要であることから、発災前に接種しておくことが重要である。

#### III. その他

災害時における外傷では破傷風の発生が懸念される。破傷風は現在年間100例以上が発生し、東日本大震災では震災に関連して計10例の破傷風の発生が報告された。症例は少ないものの、破傷風は長期のICU管理を要する重症感染症し、限りある被災地の医療資源を要する。幼少時の破傷風トキソイドワクチンの効果は30代以降減弱し、また1968年以前の出生者はワクチン接種歴もないため、積極的な接種が必要である。

東日本大震災では上下水道が破綻したため、トイレは排泄物の処理上、電灯のない屋外に設置せざるを得なかった<sup>2)</sup>。トイレの衛生管理が不十分な場合は便秘が多く、夜間の排尿の多い高齢者では、尿路感染症が懸念される状況がみられた。

#### IV. 参考文献

1. Aoyagi T, Yamada M, Kunishima H, *et al.* Characteristics of infectious diseases in hospitalized patients during the early phase after the 2011 great East Japan earthquake: pneumonia as a significant reason for hospital care. *Chest*. 2013 Feb 1;143(2):349-56.
2. Tokuda K, Kunishima H, Gu Y, *et al.* A survey conducted immediately after the 2011 Great East Japan Earthquake: evaluation of infectious risks associated with sanitary conditions in evacuation centers. *J Infect Chemother*. 2014 Aug;20(8):498-501.

## 第6節 まとめ

家庭では市中感染症として、感冒、インフルエンザ、感染性胃腸炎などが見られる。施設でも同様にこれらの感染症がみられるとともに、集団生活ゆえの施設内伝播が発生することがある。

高齢者保健福祉に係る施設として介護老人福祉施設(特養)、介護老人保健施設(老健)のほか、グループホームやデイケアなどが行われているとともに、施設では胃瘻や喀痰吸引、膀胱カテーテルなどの医療処置が実施されることがあることから、感染対策も重要となる。

一方、施設では在宅より原疾患を有する上では易感染の方がいるとともに集団感染のリスクがあるものの、計画的な栄養管理やワクチン接種、見守りや保健指導が行いやすい利点もある。感染症では地域で伝播することから社会全体の課題であり、最新の情報の共有を含め、保健行政、社会、医療、介護ともに、地域ネットワークを構築し活動を行うことが求められる。



## 第6章 高齢者と救命救急医療について

松田 潔：日本医科大学武蔵小杉病院救命救急センター教授

### 第1節 救命救急医療総論（高齢者に関する話題）

#### I. 増加する救急車搬送例

救急出動件数は、昭和30年代の高度経済成長期から増加し続けて、平成10年代後半には、昭和40年代前半の出動件数の10倍を数えるに至った。出動件数の増加にともない、救急隊の不足から覚知～現場到着時間の延長が大きな社会問題として取り上げられるようになり、救急車適正使用を市民に訴えるキャンペーンが全国的に展開され、平成18～21年にかけて出動件数の増加には歯止めがかかったように思われたが、平成22年から再び増加に転じている。

平成24年中の救急出動件数は、消防防災ヘリコプターによる件数も含め、580万5,701件（対前年比9万4,599件増、1.7%増）、搬送人員は525万2,827人（対前年比6万7,514人増、1.3%増）である。

また、救急自動車による出動件数は、全国で1日平均1万5,897件（前年1万5,637件）であり、5.4秒に1回（前年5.5秒に1回）の割合で救急隊が出動し、国民の24人に1人（前年25人に1人）が救急隊によって搬送されたことになる。

#### II. 増加する高齢者救急車搬送例

救急自動車による事故種別ごとの搬送人員では、急病（329万6,582人、62.8%）が最も多く、次いで一般負傷（75万6,575人、14.4%）、交通事故（53万9,809人、10.3%）の順となっている。

また、救急自動車による事故種別出動件数の構成比の推移をみると、急病及び一般負傷の占める割合は年々増加し、交通事故は減少している。

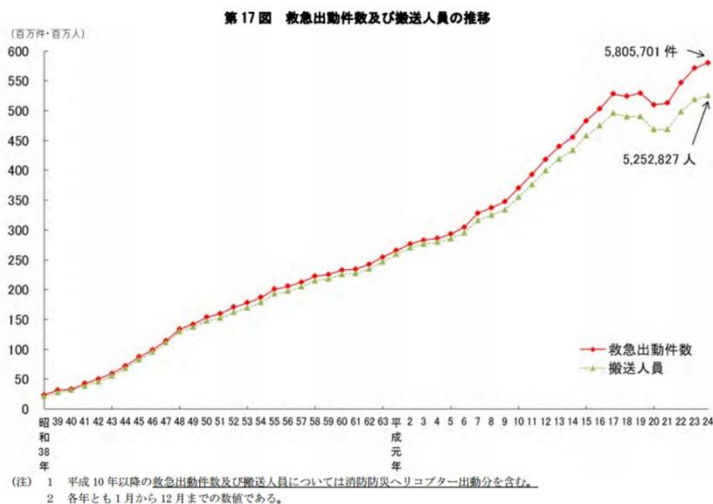
搬送人員の年齢区分を見ると年々高齢者の搬送件数が著しく増加し続けている。平成22年国勢調査における高齢者の人口割合は23.0%であるが、搬送人員における高齢者の割合は53.1%であり、高齢者10人に1人が搬送されていることとなる。

搬送が増加している事故種別のうち、急病では高齢者が57.5%（189万5,647人）を占め、一般負傷では高齢者が60.5%（45万7,822人）を占めている。全搬送人員の中で高齢者の占める割合よりも増加している事故種別である急病、一般負傷の中で高齢者の占める割合が高いことから救急搬送数増加の一因が高齢者に起因していることが分かる。逆に高齢者搬送数の増加が急病、一般負傷による搬送数の増加をもたらしていると言える。

高齢者増大に伴い救急患者受け入れが増大し、救急病院の負担が増大したために、救急医療から撤退する医療施設が増加している。これが悪循環を招き、救急医療を継続してい

る施設にとっては、いよいよ負担が増大している。高齢者に対する救命救急医療の問題は、わが国の救急医療にとって喫緊の課題とすることができよう。

図1：救急出動件数及び搬送人員の推移（「平成25年版救急・救助の現況」 総務省消防庁 より引用）



## 第2節 高齢者の救命救急医療の特徴

### I. 慢性疾患との関連

高齢者は、一見健康に生活しているように見えても、潜在的に慢性疾患を患っている例が多い。加齢に伴う障害や生理的変化まで視野に入れれば、身体に全く不安を持っていない高齢者は皆無に近く、ほぼ全ての高齢者が慢性疾患患者であると言っても過言ではない。急な疾病が発症した救急患者でも、高齢者の場合は慢性疾患の急性増悪かもしれないという診方が必要になる。外傷であっても、受傷機転に慢性疾患が関連している可能性があり、診療するうえでも慢性疾患や服薬している薬物との関連を考慮しなければならない。

かかりつけ医が長期にわたって治療している慢性疾患を救急車で運ばれてきて初めて診察した救急医が短期間で治療することは不可能である。根本的な治療は、かかりつけ医に委ねられるべきであり、救急医の対応には限界がある。救命救急医療が一段落した時点で、救急医からかかりつけ医に円滑に転医できる医療システムが地域として必要である。

### II. 認知症患者の救急診療における困難

認知症の高齢者を診療することは、救急病院にとって大きな負担となっている。国立長寿医療研究センターによるアンケート調査結果では、全国の救急病院の94%が認知症患者

に対する救急診療は対応困難であると回答している。理由は、転倒転落の危険、意思疎通の困難、検査処置の対応困難などで、約70%の施設で身体拘束・鎮静が行われている。

また、高齢者の入院期間は救急病院に限っても長期化する傾向があり、救急病床の回転率を引き下げ、救急病院の救急患者応需率を下げることにつながることから、高齢者に限らず国民全体の救急医療に大きな影響を与えている。

このような観点からも、救急病院と長期療養型病院や施設が強い連携を地域で築き、救急病院の負担を軽減していく必要がある。

### Ⅲ. どこまで治療すべきか？

高齢者を治療するうえで、なにを最も重要視すべきか、救命救急医療の現場では常に問題となっている。患者本人に無理を強いてでも延命をはかるべきか、延命よりも苦痛の軽減を優先すべきか、患者、家族、医療者の中で異なった考えが生ずることがある。寿命を考えた時、限られた時間をどのように過ごすべきかは、個人的な倫理観や人生哲学によって変わってくる。患者本人の考えが最優先されるべきであろうが、考えを表出できない意識障害患者や認知症患者の場合には、家族との協議による他なく、医療者の負担は増大する。

図2：高齢者への集中治療・延命治療を希望するか？



## 第3節 事例の紹介

【事例報告1】82歳、女性。無症状に見えて病状が重篤化した1例

老人介護施設に入所中。軽度の認知症があるが、日常の生活は自力でできている。施設内で軽運動などの日課も通常に過ごしていた。3日前から食事の摂取量が減っていたが、症状の訴えはなかった。熱発なく、咳嗽、咽頭痛などの感冒症状も見られなかった。

朝になっても起床せず、介護者が起こしても強い呼びかけで辛うじて開眼するが、発語なし。救急車要請。

病院到着時、意識Ⅱ-20。血圧 70/40mmHg、脈拍 110bpm。輸液と昇圧剤投与にて血圧 100/70mmHg に上昇。血液検査にて白血球増加、炎症反応陽性。尿は膿状で、尿沈渣にて白血球高値を認めた。尿培養、血液培養にてグラム陰性桿菌が検出された。

尿路感染症を原因とした敗血症と診断された。輸液、抗菌薬投与にてデータ改善。意識も回復し施設に帰所した。

高齢者では、なんらかの疾患に罹患しても症状の発現が乏しいことが多く、病状が進行した後に重篤な症状にて突然発症することも珍しくない。高齢者の介護をする際には、些細な体調の変化に注意を払い、重篤化する前に医療施設の受診を勧めるべきである。

また、医療施設に受診しても疾病、病態があきらかにならず、診断遅延、治療遅延を招くことがある。高齢者は、自発症状が欠如していて訴えがはっきりしない一方、体調不良を慢性的に抱えていることも多く、急性期の症状を把握することが困難である。このため医療者の中には、高齢者の診察を忌避したり、行うべき検査を怠る傾向があることは否めない。普段の状態をよく把握している者が、診察に立ち会い、患者本人の訴えを代弁したり、客観的な体調変化を医療者に伝達するべきである。

#### 【事例報告2】 88歳、女性。軽い受傷機転で思わぬ重傷を負った1例

自宅のベッドに腰掛けていて立ち上がろうとして尻餅をついた。尻餅をついたのはベッドの上でクッションが効いており、家族は大事はないと考え、そのままベッドに寝かせて様子を見ていた。特に疼痛の訴えもなく、排泄はオムツ装着していたため、そのまま終日ベッドで過ごした。

翌日、入浴のため介助しながら風呂場へ歩行させようとしたが、歩行できず。痛くはないが、右足に力が入らないとの訴え。家族がおんぶして病院を受診した。

病院受診時、意識ほぼ清明。血圧 160/90mmHg、脈拍 70bpm。自発痛の訴えはないが、右股関節部に軽い圧痛を認めた。レントゲン撮影したところ、右大腿骨頸部骨折を認めたため、入院となった。今後、骨折部の固定手術を予定している。

高齢者、特に女性は骨粗鬆症を合併していることが多く、軽微な受傷機転でも骨折を起こすことがある。高齢者が骨折すると、皮下組織が疎なことから予想外の大量出血を起こすことも稀ではない。対応を誤ると生命にかかわることになってしまう。

高齢者外傷の受傷機転としては、転倒が多いのが特徴であり、介助歩行やリハビリテーション時に転倒しないように注意しなければならない。また、マッサージにより思わぬ外傷を負うことがあることも知られている。骨を含めて組織が脆弱化していることに十分留意して理学療法を行う必要がある。

**【事例報告3】78歳、男性。入浴中に意識を失い死亡**

1月末の夜間、自宅で飲酒後入浴。1時間経っても出てこないの、家族が見に行ったら、浴槽内で水面に顔をつけた状態でいた。浴槽から引き上げたところ、意識なく、息もしていない。救急通報するとともに、家族により胸骨圧迫が開始された。

救急隊到着時、心肺停止状態。心電図波形は心静止（波形が平坦な状態）であった。心肺蘇生処置を行いながら搬送した。

病院到着時、心肺停止は変わらず。心電図も変わらず、心静止。気管挿管、血管収縮薬投与などの心肺蘇生処置を施したが、心電図変化なく、蘇生できなかった。気管チューブから水と泡沫状の水様痰が吸引され、直接死因は溺水と考えられた。死亡確認後、CTを撮影したが、突然意識を失って溺水の原因となるような異常（脳出血、大動脈解離、等）は見つからなかった。

入浴中に意識を失うことが時としてある。入浴中なので意識を失ったまま浴槽内に沈下し、溺水を起こして死亡に至る。このような事故は1年間通して発生しているが、頻度は圧倒的に冬季が多く、ほとんど全ての例が高齢者である。その主な原因はヒートショックであると考えられている。

ヒートショックとは、体が温められて末梢血管が拡張し、血液分布が末梢に偏るため、相対的に血圧が低下する病態である。調節能力が減退している高齢者では、寒い環境から急速に加温されると、血圧低下の程度が大きく、脳虚血を招いて意識障害を生ずる。血圧低下の際に脳梗塞や心筋梗塞を招来することもある。

入浴にともなって生じる温度差、すなわち室温と湯温の温度差を小さくするために、湯温を41℃以下の低めに設定したり、脱衣場や浴室内を暖房して温かくすると予防効果があると考えられている。また、食事後や飲酒後には血圧変動を来しやすいので、食時直後や飲酒直後の入浴は避けるべきである。浴槽内に沈下して溺水を起こさなければ死に至ることは少ないので、湯量を少なめにしたり、高齢者の入浴中は異常ないことを家族が気に掛け、気を失っても沈下する前に発見することが重要である。家族が寝静まってからの高齢者の入浴は、避けるべきである。

高齢者特有の身体反応はヒートショック以外にもいろいろあるので、家族や介護者は高齢者の身体的特徴を心得て介護にあたる必要がある。

**【事例報告4】92歳、男性。心肺停止を蘇生したものの延命を希望せず**

施設で介護を受けながら食事をしていたところ、食物を喉に詰まらせて意識消失し、救急通報された。介護職員により背部殴打を繰り返したが、異物はとれなかった。

救急隊到着時、心肺停止状態。口腔内を観察したところ、刺身片が喉頭に詰まっており、これを除去する。心肺蘇生処置を行いながら搬送を開始。救急車内で救急救命士によりア

ドレナリンを投与したところ、心拍再開した。

病院到着時、意識Ⅲ-300（深昏睡）、血圧 80/50mmHg、脈拍 90bpm。自発呼吸ないため、気管挿管し人工呼吸器を装着した。昇圧薬を持続投与し、血圧は 120/80mmHg 前後で安定した。頭部 CT では高度脳萎縮を認めるものの、脳出血などの急性病変は認めなかった。昏睡が持続し、心停止に陥っていた経過からも心停止中の低酸素状態により不可逆的な脳症の発生が考えられたので、意識の回復は難しいと考えられた。

患者来院から 2 時間経過して家族が来院した。病状の説明を行ったところ、意識の回復が見込めないのであれば、高齢でもあり、延命治療は行わないで欲しいと申し出られた。以前より、患者本人も機械が着けられた状況での延命は希望していなかったとのことであった。

来院翌日になり、意識改善はないものの、自発呼吸が出てきたため人工呼吸器を離脱することに成功した。家族と再び話し合い、人工呼吸器の再装着は行わない治療方針とした。気管切開などの手術を含めて積極的な延命処置は行わないこととし、血圧低下、心停止をきたしても蘇生処置は行わずにお看取りする方針となった。

3 週間入院治療を継続した後、意識状態の改善はないまま、合併した肺炎により死亡した。

医学の進歩と医療機器の普及により、高齢者に対しても人工呼吸を含めて高度な集中治療を行うことが物理的には可能になった。しかし、高齢者に対してどの程度まで延命治療を行うべきか、行うことが許容されるのかについては、多くの意見があり定見がない。治療方針、処置内容の決定にあっては、患者本人の意思が最優先されるべきである。しかし、高齢者では認知能力の減退から自ら判断することが難しい例は多く、まして急に意識を失った例では本人の意思を聞くことができない。そのような場合は、家族の意思を本人意思を斟酌したものとして受け取ることになる。必ずしも家族の意思が本人の意思と同一と思えない場合であっても、家族の理解なしに治療を継続することは現実的ではないので、結局家族の意思に従うことが多い。患者自身が自己の意思に沿った治療を望むのであれば、文書で希望を書き記し、その内容を家族や周囲の介護者に周知しておくことが必要である。そのような文書を **living will** と言う。

この症例では、家族が患者本人の意思を代弁したため、積極的な延命処置を行わずに 3 週間の経過で亡くなったが、そもそも蘇生処置を行ったこと自体が患者本人の意思に反する行為だったかもしれない。また、患者本人の意思に反して家族の意思により、数か月以上の延命治療が行われる例もある。

高齢者の介護をする上で **living will** を確認しておくことは、思ってもいなかった急変時に患者の意思に沿った治療を行う上で重要である。思ってもいなかったことが起こることが高齢者介護では当然のこととして準備しなければならない。

## 第4節 まとめ

高齢者の介護は、家族や施設だけで行えるものではなく、行政や複数の医療施設も交えて地域で包括的にケアしていく必要があるという考えが近年強調されるようになってきた。救急医療もこの地域包括ケアの一部を担うものとして理解されている。

急速に超高齢化社会への道を歩んでいるわが国の救急医療現場では、高齢者の救急医療を救急医療施設だけで行うことは不可能になってきている。このような観点からも、救急医療を地域包括ケアの一環として見ていくことは、今後ますます重要になってくるであろう。

\*文献 総務省消防庁平成24年度消防白書より