

びほくいいききネット研修会「認知症と地域ケアの実践セミナー」
～認知症の方の暮らしを地域・介護・医療の力で支える～
(広島県三次庁舎 6階 601会議室, 2016.11.10.)

◇基調講演

治らない治さなくてよい認知症 —関わり方のコツ—

みよし

市立三次中央病院 緩和ケア内科

佐伯 俊成

✉ t.saeki0981@city.miyoshi.hiroshima.jp

認知症とは → 病気ではなく、老化現象の一つ

- いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6か月以上継続）～厚労省HPより
- 脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態～介護保健法第五条の二

→ あくまで「状態」であって、「疾患」ではない
認知症の原因となる「疾患」は優に50を越す

四大認知症(90%以上)

■ 脳血管性認知症 **不治**

□ 二次性認知症: 脳出血後遺症, 脳梗塞後遺症

■ アルツハイマー型認知症 **不治**

□ 変性疾患: 記憶障害, 見当識障害, 物盗られ妄想, 徘徊

■ 前頭側頭型認知症(ピック病) 1994年~ **不治**

□ 変性疾患: 意欲低下, 脱抑制(反社会的行動), 異食

■ レビー小体型認知症 1995年~ **不治**

□ 変性疾患: パーキンソン症状, 日内変動, 幻視, 薬剤過敏

認知症_他の原因疾患(10%以下)

- 慢性硬膜下血腫 治癒可能
- 正常圧水頭症 改善可能
- 甲状腺機能低下症 改善可能
- ビタミンB₁₂欠乏症 治癒可能
- パーキンソン病, 進行性核上性麻痺 不治
- 頭部外傷後遺症(高次脳機能障害) 不治
- アルコール依存 改善可能
- 感染症(HIV感染症, クロイツフェルト・ヤコブ病, 脳炎, 髄膜炎など)
改善可能 不治 改善可能 治癒可能

治らない治さなくてよい認知症

- 認知症は「状態」であって「疾患」ではない
- 認知症の原因疾患はさまざま
 - 治癒可能あるいは改善可能な場合もたまにある
- 認知症の診断に記憶障害は必須ではない
- 認知症の診断に脳萎縮は必須ではない
- スクリーニングテストの点数のみで認知症とは診断できない
- 認知症の診断は短時間あるいは1回の診察のみでは確定できないことが多い

認知症・せん妄(錯乱)・うつの違い

	認知症状態	せん妄状態	うつ状態
発症	緩徐	急激	緩徐
日内変動	比較的少ない	夕刻・夜間に悪化	起床～午前の不調
初発症状	記憶力低下, 不可解な言動	不眠, 不可解な言動	不眠, 食欲低下, 体重減少, 倦怠感
持続期間	年単位	数時間～数日	数週間～数か月
気分	多幸的	不機嫌, 易怒的	悲観的
知的能力	次第に低下 (回復不能)	一時低下 (回復可能)	低下することあり (回復可能)
会話	次第に困難化	まとまらない	寡黙化, 声量低下
身体疾患	ときにあり	しばしばあり	ときにあり

抗認知症薬

■ コリンエステラーゼ阻害薬 (ChEIs)

- ドネペジル (アリセプト®) エーザイ
- ガランタミン (レミニール®) 武田
- リバスタチグミン (イクセロンパッチ®) ノバルティス
(リバスタッチパッチ®) 小野

■ NMDA受容体拮抗薬

- メマンチン (メマリー®) 第一三共

- 12本のRCTのメタ解析 (McShane, 2006) によると, 4-28週の観察で中等症から重症のアルツハイマー型認知症の認知機能障害が中程度改善し, 総合評価, 身体機能, 行動障害も改善していた
- 副作用は少ない (プラセボと同等)

■ ChEIsおよびメマンチンの効果とされるものは, あくまで統計学的な有意差であり, 臨床的に有意差を感じられるレベルではない (Hogan, 2007)

抗認知症薬の真実 (1)

- 先進国を中心に海外ではすでに10年以上現行4剤の使用実績があるにも拘わらず、認知症ケアの課題は今でも日本となんら変わらない
- ジェネリック解禁，長期投与解禁に伴って，不適切な処方が増加している
 - 過剰期待処方
 - 不注意処方
 - 処方依存的処方

効果の限界を知る

→ 「薬の前にすべきこと」を知る
- 日本における市場規模
 - 1,274億円(2011年)→2,471億円(2020年)

抗認知症薬の真実 (2)

- 抗認知症薬に関するこれまでの調査研究を総合し、公平に評価すれば、少なくとも「アルツハイマー型認知症の病態の進行を抑制する効果あり」と結論できる科学的根拠は乏しいと言わざるを得ない。

(柳澤勝彦: Alzheimer病の新承認薬ーその効能と限界.
BRAIN and NERVE 2011; 63(8): 863-868)

抗認知症薬処方原則

- 処方以前がまずは肝心
 - 鑑別診断・生活指導
- 薬効の限界を伝える
- 服薬しないという選択肢も示す
- 「禁忌」項目に配慮
 - ピペリジン誘導体(多くの向精神薬)
 - カルバメート誘導体(コリン作動薬)
- 「慎重投与」事項に配慮
 - 消化性潰瘍既往, NSAID併用, 徐脈, 低K血症, 錐体外路症状(パーキンソン症候群), 気管支喘息・肺気腫
- 処方中止の検討を常に心がける

高齢者の精神的問題

■ 認知症の問題行動 (BPSD)

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
(認知症の行動・心理症状)

□ 不眠・せん妄 (錯乱)

□ 妄想 (物盗られ妄想, 被害妄想, 嫉妬妄想)

□ 徘徊・遁走

■ うつ病・うつ状態

■ 自殺行動

不眠症対策12の指針(睡眠衛生指導)

1. 睡眠時間は人それぞれ, 日中の眠気で困らなければ十分
2. 刺激物を避け, 眠る前には自分なりのリラックス法
3. 眠たくなってから床に就く, 就床時刻にこだわりすぎない
4. 同じ時刻に毎日起床
5. 光の利用でよい睡眠
6. 規則正しい3度の食事, 規則的な運動習慣
7. 昼寝をするなら15時前の20-30分
8. 眠りが浅いときには, むしろ積極的に遅寝・早起きに
9. 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のぴくつき, むずむず感には要注意
10. 十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に
11. 睡眠薬代替りの寝酒は不眠のもと
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

効果持続時間による睡眠薬の分類と使い分け

分類	一般名(商品名)	消失半減期(時間)	Tmax(時間)	不眠症のタイプと睡眠薬の使い分け				
				一過性不眠 入眠障害	熟眠障害	中途覚醒	早朝覚醒	日中に不安のある睡眠障害
超短作用型 時間	エスゾピクロン(ルネスタ®)	3.9	0.8	■	■	■	■	■
	ゾピクロン(ゾピクール®)	5.0	0.8					
	ゾルピデム(マイスリー®)	2.3	1.0					
	トリアゾラム(ハルシオン®)	2.9	1.2					
短作用型 時間	リルマゾホン(リスミー®)	10.5	3	■	■	■	■	■
	ロルメタゼパム(エバミール®)	10	1-2					
	ブロチゾラム(レンドルミン®)	7	1.5					
中間作用型	エスタゾラム(ユーロジン®)	24	5	■	■	■	■	■
	ニトラゼパム(ベンザリン®)	27	2					
	フルニトラゼパム (サイレース®/ロヒプノール®)	7-24	1-2					
長作用型 時間	クアゼパム(ドラール®)	36-116	4-8	■	■	■	■	■

不眠症対応の基本レシピ

- 人生，三分の一は眠っている
 - それほどに眠りは大切！
- 究極のストレス解消法は眠ること
 - ぐっすり眠られれば，翌朝には心身ともにすっきり
 - 「12の指針」による睡眠衛生指導によって快眠できればベスト！
- それでもいい眠りが得られなければ，割り切って睡眠薬（超短時間型1種類）を試してみる
- 効果薄ければ，短時間型1種類，さらには中間型1種類に切り替える（追加処方を繰り返さない）
- 何はなくともまず睡眠！

認知症に対するスタンスの在り方

- 「治るようにアリセプトを出しましょう。頑張って頭の訓練をさせてください。」
- 「治ることはまずないでしょう。でもアリセプトで進行を遅らせることができますから通院してください。」
- 「治らなくてもいいじゃないですか。気持ちよく暮らせればそれで。アリセプトも気休め程度です。」
- 「治りません。何もできることはないし、やることもありません。」

認知症医療およびケアの在り方

■ 80:20の法則

- 非薬物療法が80%, 薬物療法は20%程度と心得る

■ 非薬物療法 (= 活動・交流の促進)

- 何か活動ができるお膳立てをする
- 常に適度かつ快適な刺激・交流のできる場を作る
- 本人のプライドを傷つけない接し方で

→ 意欲・不安・憂うつ of 改善
認知機能の回復・維持

幻覚・妄想への対応

- 訴えを頭から否定しない
 - 訴えをよく聴いて、幻覚妄想の全体的観察を行う
- 理屈で患者を説き伏せようとするしない
 - 強引な関係づけや論理的矛盾を指摘しても、結果的には堂々めぐりとなる
 - 肯定も否定もしない中立的立場を保ち、医学的な客観的所見を丁寧に説明する
- 困惑や不安の感情、精神身体的な疲れに焦点をあてる
 - 幻覚妄想に伴って患者の抱いている感情（困惑、不安、恐怖など）を聞き出す
 - 患者の苦痛や疲労の自覚を引き出し、共感的態度で接して治療導入への説得を行う

認知症の問題行動(BPSD)の原因

- 脳細胞の変性による認知機能低下
- 身体症状(便秘, 脱水, 発熱)
- 服用薬(特に向精神薬, 抗認知症薬)
- 生活史
- 元来の性格
- 心理社会的要因(家族との関わり)
 - 薬物療法(抗認知症薬, 向精神薬, 漢方薬)に期待しすぎない
 - 家族・介護スタッフ・医療者が本人に対する関わり方を工夫することが最も重要

認知症を支える家族の心得

- 家族の「治るかも」という過剰期待は、本人の現状否定(=「早く治れ」というプレッシャー)になる
- 治そうとせず、「今のままで十分。いまのあなたがよい。」と受け入れる態度が大切
- 薬は「安心のため」「通院の理由」くらいの位置づけでよい
- 本人への「認知症」の病名告知は、あいまいなままでよい

本人へのかかわり・対応が症状を変える

- より長い時間をかけてかかわる, 話を聴く
- プライド(自尊心)を傷つけないようにする
 - プライドのない人はいない
 - プライドは人生の糧
- 感情を不安定にするようなことを言わない(しない)
- なぜ怒るのか, 拒否するのか, 暴力が出るのか, をよく考えてみる
 - よく話を聴いて, なるべく本人の言い分を尊重した対応に変えてみる
 - 薬物でないと抑えられない場合もあるが, それは最後の手段として取っておく

認知症ケアのコツ

■ 3つの目標

- 活動性(動けること)
- 社会性(他者との交流)
- 役割(生きがい)

薬ではなく、まず生活指導！
(薬に過剰な期待を寄せない)

■ 介護者のすべきこと

生活の仕方を再考する！

- 「できない」ことを受け止める
- 「できなくてよい」と心得る
- お膳立てをする(プライドを尊重する)
- 一緒にする(してもらう)
- 助ける(助けてもらう)

認知症者との接し方：基本3原則

■ 指摘しない

- いくら言っても直らないし、むしろ逆効果

■ 議論しない

- 妄想や幻覚の訴えの真偽を確かめる必要なし

■ 怒らない

- こちらの顔を見ただけで本人のほうが怒るようになる

→これができないと…

本人のプライドがいたく傷つき、劣等感、被害意識が強まり、介護者に対して拒否的になったり、妄想を抱く素地にもなる

認知症ケアの基本的態度

- 今日とは人の身，明日は我が身

- 子供叱るな来た道だもの，

年寄り笑うな行く道だもの，

来た道行く道二人旅，

これから通る今日の道，

通り直しのできぬ道（妙好人）

- 認知症とは「**脳の老化現象**」

- **治らない治さなくてよい認知症**

参考文献

- 上田 諭編：認知症によりそう「治す」から「あるがまま」へ. こころの科学, 日本評論社, 東京, 2015
- 東田 勉：認知症の「真実」. 講談社現代新書2292, 東京, 2014
- 上田 諭：治さなくてよい認知症. 日本評論社, 東京, 2014
- 本田美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ：ユマニチュード入門. 医学書院, 東京, 2014