
総 説

「アルツハイマー病の診断と治療：最近の進歩 ー主として在宅ケアを中心に」

(特にアルツハイマー病の前頭葉タイプ Frontal variant of Alzheimer disease について)

柴 山 漠 人*

はじめに

アルツハイマー病の診断と治療については、最近多くの総説やテキストなどが出版されており、一般的なことはそれらを参考にして頂ければ十分であるので、ここでは最新の情報には少し触れるが、主としてアルツハイマー病の中で特殊なタイプであるが、その周辺症状のためにその対応が困難である前頭葉タイプ (Frontal variant of Alzheimer disease) を中心に述べたいと考える。

このタイプは、「前頭側頭型認知症」と症状が類似し、鑑別が難しい1群である。また前頭葉症状が前景にあり、その周辺症状のケアに悩む家族、介護職も多い。

1. アルツハイマー病の診断

診断は、1) 臨床所見および2) 検査所見により行う。

- 1) 臨床所見では、臨床症状、経過、合併症、既往歴、家族歴、病前性格、生活歴、学歴、職歴、趣味、嗜好、意識状態、などをチェックする。
- 2) 検査所見では、
 1. スクリーニング検査としては、CT、MRI (MRA)、脳波 EEG、心理テスト (神経心理検査も含む)、血液・生化学検査、血清検査、内分泌検査、など
 2. 詳細検査としては、SPECT、PET、心筋シンチ、血管撮影、大脳誘発電位、ECHO、

髄液検査、遺伝子検査、その他(動脈血ガス分析、重金属スクリーニングなど)、神経病理学的検査(生検、剖検による確定診断)

- * これらの中で最近注目されているのは、① PET を使った β アミロイドのイメージングである。これはピッツバーグ大学の研究者達が開発した PIB を利用した生体脳内の老人斑 (β アミロイドが主成分) を画像化するもので、アルツハイマー病が発症する何年も前から、即ち正常な認知機能をもつ健常者でも既に β アミロイドの沈着のある人達が存在していることを示唆している。(図1) 従って発症前に発見し、ワクチンで治療すれば発症しないで生活できる可能性がある。ただ、この検査はかなり高額な費用がかかるので、スクリーニング検査への導入は困難である。¹⁾

② 髄液検査で、髄液内の β アミロイドの低下ないしリン酸化タウ蛋白の上昇があれば、アルツハイマー病の可能性が高くなるが、髄液検査も被検者にとっては負担が重いので、もう少し簡便な血液検査で同定できるようになることを期待したい。

- * 上記の β アミロイドのイメージングの実用化に次いで、現在リン酸化タウ蛋白の画像化 (神経原線維変化) が研究中であり、これが実用化されれば、アルツハイマー病以外の多くの認知症疾患の診断が容易になると考えられる。

3) アルツハイマー病の病期

(Preclinical stage について)

最近までは、アルツハイマー病の病期は、第1

*あさひが丘ホスピタル
(しばやま・ひろと)

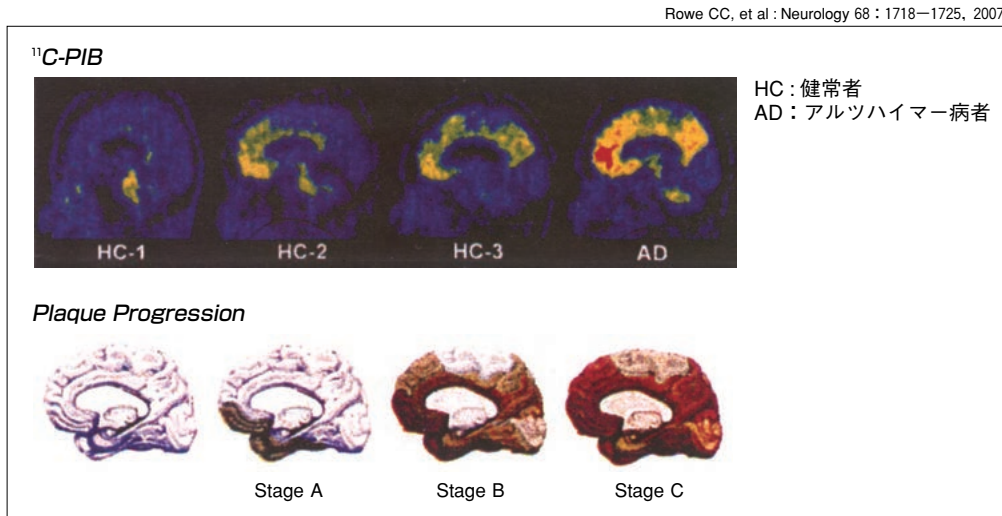


図1 β アミロイドのイメージング

期、第2期、第3期という分類が一般的にされてきた。

ところが、2011年に世界の著名なアルツハイマー病の研究者達が集まり、新しい概念を提唱した。即ち、Preclinical stage of Alzheimer disease というものである。²⁾

Preclinical stage(前臨床段階)を簡単に説明すると、臨床的にはまだ症状はないが、既に脳内では海馬・大脳皮質の萎縮、脳脊髄液の β アミロイド低下、リン酸化タウ蛋白上昇、PETでの β アミロイド沈着、シナプス障害、グリア活性化などがある。等々の所見が存在している時期を指している。

II. アルツハイマー病の治療

2011年に、日本でも欧米に遅れること数年でガランタミン、リバスティグミン、メマンチンが発売された。

これらを中心に治療について少し触れることとする。

それぞれの薬効や薬理作用および副作用などについては、詳細は文献や他のテキストなどを参考にして頂ければ幸いです。³⁾⁻⁷⁾

1) ガランタミン (レミニール)

ガランタミンは、ヒガンバナ科の待雪草の球茎から単離されたアルカロイドでアセチルコリンエ

ステラーゼ阻害作用に加えてニコチン受容体に対してアロステリック増強作用を併せもつ薬剤である。そのため認知機能障害への有効性のほか、感情障害や行動障害などの症状改善も期待できる。

ただ半減期が短いので1日2回の投与が必要である。

適応は、軽度および中等度の段階になっている。

副作用で頻度の高いのは、嘔気、嘔吐である。その他は省略する。

私の個人的体験では、後述するADのFrontal variantの症例では、ドネベジルよりも興奮・易怒性・暴言・暴力行為などが少ない印象である。

2) リバスティグミン (皮膚貼付薬) (リバスタッチ・パッチ、イクセロン・パッチ)

リバスティグミンは、フェニールカルバメート誘導体でアセチルコリンエステラーゼ阻害作用に加えてグリア細胞由来のブチルコリンエステラーゼ阻害作用も併せもつ薬剤である。そのため不安、アパシー、脱抑制の効果が報告されている。

適応は、軽度および中等度の段階になっている。

副作用は、頻度の高いのは、皮膚症状(紅斑、掻痒、皮膚炎など)である。その他は省略するが、治験の段階で嘔気、嘔吐、下痢などの消化器症状が著明で経口薬は中止された経緯はある。

私の個人的体験では、経口薬が服用困難例には

適用であるが、皮膚症状は割合あるもののADLの改善例はあるような印象である。

3) メマンチン (メマリー)

メマンチンは、NメチルDアスパラギン酸受容体に対する非競合的アンタゴニストである。正常なグルタミン酸を介する神経伝達には影響しないが、過剰なグルタミン酸の刺激から神経細胞を保護する作用がある。従って、コリンエステラーゼ阻害薬とは全く機序が異なる。そのため、コリンエステラーゼ阻害薬との併用が可能である。認知機能低下を抑制する作用以外に、徘徊、常同行為、興奮・攻撃性の予防・改善の作用がある。

適応は、中等度および高度の段階になっている。

副作用は、頻度は低いが、めまい、頭痛、傾眠、高血圧、便秘などが報告されている。

私の個人的体験では、軽症から中等度の段階の方では、少し活発になったとか、表情が明るくなったという家族の評価がある。重度段階で言語表出がなくなった症例でまた再度言語表出がみられた例を3例経験している。その他、表情・態度が穏やかになった例も何例か経験している。

一方で、副作用もめまい、頭痛、傾眠などの状態が出現したとのことで服薬を中止した症例も時々みられる。

Ⅲ. アルツハイマー病の Frontal variant について

アルツハイマー病は、最近のWHOの調査報告では先進国では common disease と言ってもいい位発症頻度は高い。これは高齢化と密接な関係があるが、それだけでなく、生活習慣病との関連も証明されつつある。

アルツハイマー病は、日本では認知症患者の約60%以上と推定されている。

欧米では、70-80%の頻度である。

1999年に Johnson JK らが、Archives of Neurology に「Clinical and pathological evidence for a Frontal Variant of Alzheimer Disease」という論文を報告している。その中で、63例の剖検で病的にアルツハイマー病と診断された症例中19例(30%)は、神経原線維変化(NFT)が嗅内野

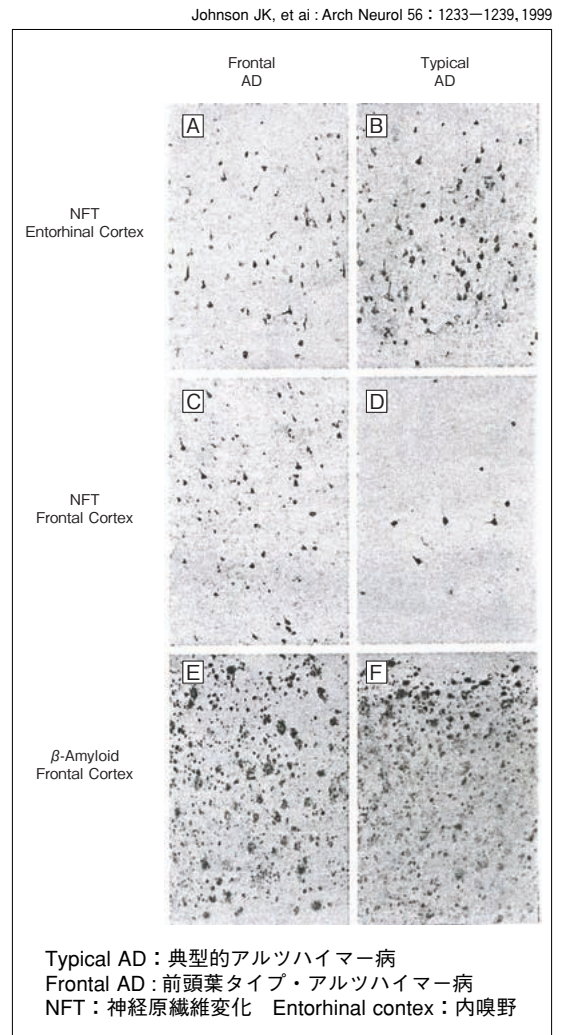
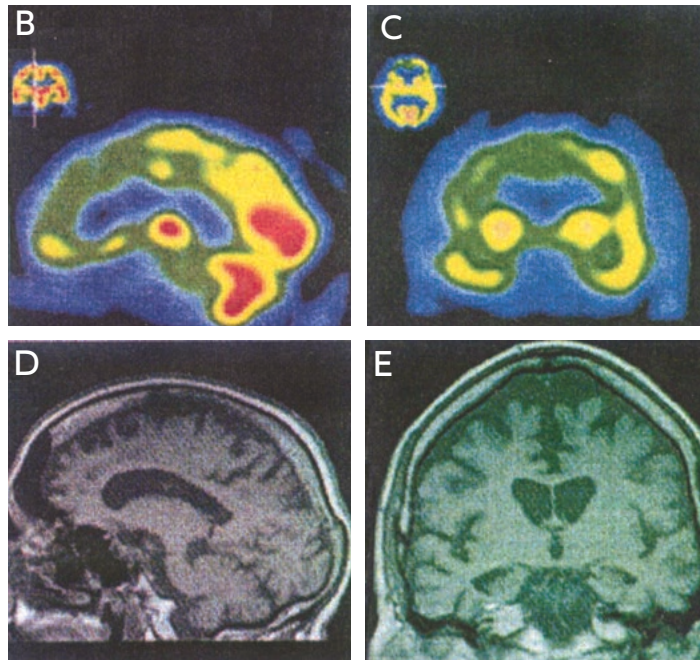


図2 典型的アルツハイマー病と前頭葉タイプ・アルツハイマー病の神経原線維変化の分布の相違

よりも前頭葉で多くみられた。(典型的アルツハイマー病の約8倍) また臨床所見でも記憶障害もあるが、実行機能障害、言語障害、行動障害などの前頭葉症状が前景にある。神経心理検査でも典型的アルツハイマー病と比較して前頭葉機能検査である Trail Making Test A, FAS fluency, WAIS-R Block Design 等で有意差がある。病理所見でも前述のように前頭葉領野でNFTが一番多く、ついで内嗅野、その他となっている。典型例では、内嗅野が一番多く、ついで頭頂葉、側頭葉などとなっている。(図2)⁸⁾

Taylor KI et al : Nature Clinical Practice Neurology 4 : 226 - 232, 2008



B、CはSPECTによる脳血流で、前頭葉に低下と特に左側はより低下あり（右前頭葉）
D、Eは、MRIによる脳萎縮像で、前頭葉と海馬に萎縮がみられる

図3 前頭葉タイプ・アルツハイマー病の脳血流と脳萎縮

2006年に Lerner AJ が、Clinical Neurology and Neurosurgery に「Frontal variant Alzheimer disease: A reappraisal」として2例の症例報告をしている。そこでは病初期から前頭葉症状即ち、社会的脱抑制、感情鈍麻、常同的言語、集中困難、個人的衛生障害、易怒性、判断力障害、チョコレートに異常に嗜好、などの臨床症状があり、最初は、前頭側頭型認知症ないし Pick 病の臨床診断がされている。⁹⁾

2008年に、Taylor KI らが、Nature Clinical Practice Neurology に「Clinical course of neuropathologically confirmed Frontal-variant Alzheimer disease」という症例報告をしている。そこでは、病初期から人格変化、意欲低下、記憶・見当識障害、無関心、社会的引きこもり、企画立案・実行機能障害、などの臨床症状、高血圧、ApoE4 (+)、MRIでは両側前頭葉萎縮著明、側脳室拡大、病理所見では前頭葉にNFT, ghost Tangle, neuritic Plaque などが高密度にあり、嗅

内野にも多数あるが、典型的アルツハイマー病に多い側頭葉、頭頂葉には少ない。等の報告をしている。(図3)¹⁰⁾

ここで、自験例を挙げておこう。

〔症例1〕 (図4)

72歳 男性、アルツハイマー病の前頭葉タイプ+アルコール性脳障害

〈主訴〉易怒性、家にこもる、尿失禁が多い。

〈家族歴〉特になし。

〈生育歴・生活歴〉同胞4人(2男2女)の末子。大学工学部土木工学科卒。土木関係の設計の仕事に従事。転勤で各地を転々。29歳で結婚。娘2人。63歳で退職。現在は妻と2人暮らし。

〈現病歴〉

X-10年心筋梗塞でA病院へ救急搬送される。12分間の心肺停止状態。加療により回復。脳にも異常なく、職場復帰するが、対人関係はうまくいけなくなり、退職。X-5年頃から物忘れがひど

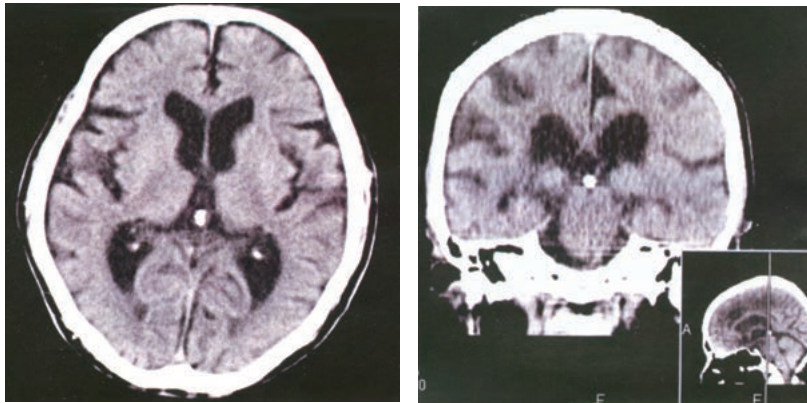


図4 アルツハイマー病の前頭葉タイプの画像
前頭葉萎縮および海馬の萎縮がみられる

くなり、その後尿失禁も出て来た。B病院へ受診・通院。X-2年からアリセプトを服用。X-1年からレミニールへ変更。以前からストレスを酒でまぎらすことがあり、のむと怒りっぽくなった。X年になって、家に閉じこもるようになり、1日中テレビを見て過ごす。酒量も増えて1日焼酎3-4合、易怒性、尿失禁も頻度が増えた。以前は、歩行も速かったが、最近は遅くなり、スムーズでなくなった。X年1月当院を初診。

〈初診時所見〉

本人は、病識はなく、臨床的には、記憶・見当識・計算力・理解力・判断力・実行機能などの障害、意欲・自発性の低下、感情コントロールの低下（易怒性など）、尿失禁などの症状があり、CT検査ではびまん性大脳萎縮（特に、前頭葉、頭頂葉に強い）、脳室拡大著明、海馬萎縮などあった。心理テスト：HDS-R 24点/30点、MMSE 28点/30点、WAIS-IIIではTIQ 92（VIQ 94, PIQ 91）、基準年齢群（20～34歳）と比較するとTIQ 60（VIQ 69, PIQ 56）特に知覚統合と処理速度で低値であった。Rorschachテストでは、精神エネルギーが高くなく、想像力、創造力は低下など。FAB（前頭葉機能検査）では、抽象的推論や柔軟性に障害があり、15点/18点であった。

〈診断の根拠〉

臨床的に、まず記憶障害があり、自分の立場・

状況などの判断が困難で、積極的だった人柄が自発性・意欲がなくなり、計算ができず、ワーキング・メモリーも低下し、海馬の萎縮、前頭葉および頭頂葉の機能障害の症状に対応する。CT検査の所見もあり、この方の場合、アルコール依存ないしアルコール脳症の合併もあり、血液検査では、肝機能障害、高脂血症、高尿酸血症もある。以上の所見からアルツハイマー病の前頭葉タイプと診断した。

〈治療方針〉

投薬と生活習慣の改善を目指す予定。

〈治療経過〉

まだ大きな変化はない。

〔症例2〕（図5）

79歳 女性、アルツハイマー病の前頭葉タイプ＋大脳基底核石灰化症

〈主訴〉不穏、興奮など

〈家族歴〉特になし

〈生育歴・生活歴〉尋常小学校卒。20歳で結婚。子供2人（男女各1人）、30歳から流れ作業に従事、65歳まで働く。その後農業を最近までやっていた。夫は、1980年に事故で死亡。現在長女と同居。

〈現病歴〉

X-4年8月頃から物忘れがあり、X-3年4

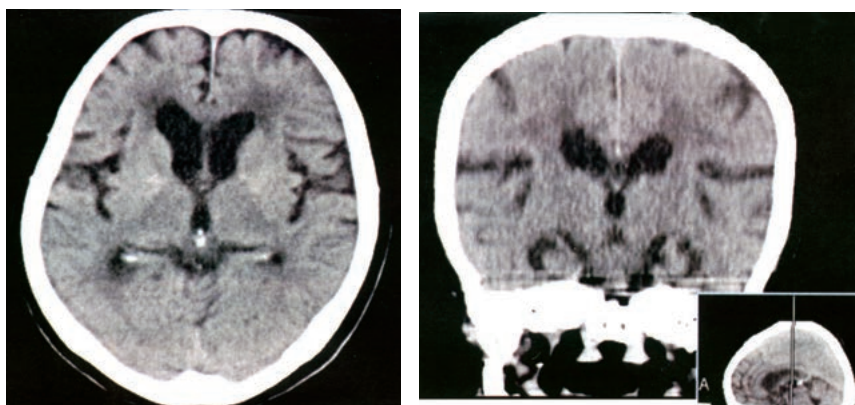


図5 アルツハイマー病の前頭葉タイプの画像
前頭葉萎縮および海馬の萎縮がみられる

月、Aクリニック受診し、アルツハイマー病と診断され、アリセプトを服用している。X-2年からメモリーを追加された。X-2年10月、自転車で転倒、救急搬送され、クモ膜下出血？(軽度)だった。その頃から不穏となることがあった。X-1年1月からグループホームへ入所するが、易怒性があり、暴言・暴力もあり、対応困難ということで、X年2月当院初診。

〈初診時所見〉

臨床的には、記憶・見当識・計算力・理解力・判断力・実行機能などの障害、感情コントロール低下(易怒性、興奮、暴言など)、などの症状があり、CT検査では、びまん性大脳萎縮(特に、前頭葉、頭頂葉に強い)、脳室拡大、低吸収域は広範、海馬萎縮、大脳基底核石灰化あり、心理テスト：HDS-R 8点/30点、MMSE12点/30点、など。

〈初診時所見〉

臨床所見として、記憶・見当識・計算力などの障害があり、更に前頭葉症状である理解力・判断力・実行機能などの障害および感情コントロール低下(易怒性、暴言、暴力など)が目立つ。CT所見では、海馬萎縮、前頭葉萎縮が著明なので、これらの所見を総合判断すると、上記の診断となる。

〈治療方針〉

前医にて既に、アリセプト、メモリー、ロヒプノール、セレネースなどが投与されているので、

取り敢えずリスペリドン(0.5)とリスペリドン(1)を朝食後・夕食後服用で経過をみることにした。

〈経過〉

その後、不穏、易怒性、暴言、暴力などはかなり軽快したが、X年6月になって、少し副作用(流涎)が報告されたので、抗パーキンソン薬の追加をして経過を観ている状況である。

2010年に、Woodward Mらは、International Journal of Geriatric Psychiatryに「Differentiating the frontal variant of Alzheimer disease」を掲載している。この中でアルツハイマー病の前頭葉タイプの臨床症状として実行機能障害、言語障害、行動異常が早期から出現するので'high frontality'としている。そしてFrontal Behavioral Inventory (FBI) を使用して通常のアルツハイマー病をlow-FBI ADとし、前頭葉タイプをhigh-FBI ADとして、18名のhigh-FBI ADと53名のlow-FBI ADおよび26名のFTD(前頭側頭型認知症)を比較している。それによると、NPI(Neuropsychiatric Inventory)はhigh-FBI ADとFTDの結果はほぼ同じ値である。即ち、前頭葉タイプは、前頭側頭型認知症と同じ程度にBPSD(認知症の周辺症状)が多いということを指している。¹¹⁾

これらの事実は、病的にも同様なことがあり、

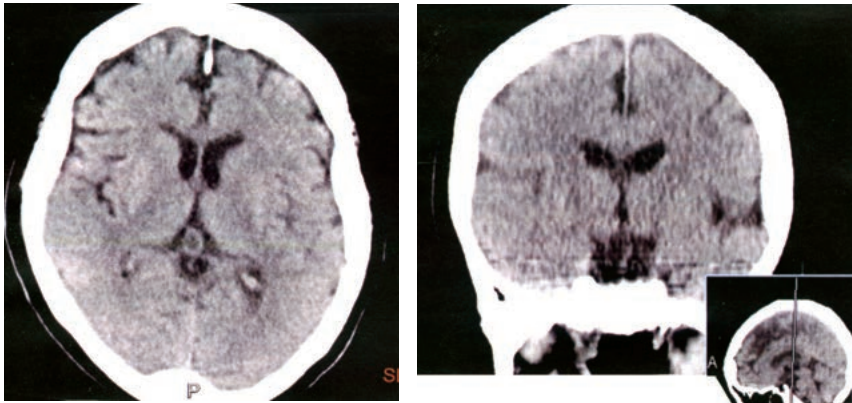


図6 前頭側頭型認知症の画像
前頭葉萎縮はあるが、海馬の萎縮はない

2007年に、Alladi Sらは、Brainに「Focal cortical presentations of Alzheimer disease」として報告している。これによると、前頭側頭型認知症の臨床診断の剖検症例の34%は病的にはアルツハイマー病であったとしている。¹²⁾

その他の報告でも前頭側頭型認知症の臨床診断の剖検症例ではアルツハイマー病の病理所見は17%～32%などとなっている。

ここで比較するために「前頭側頭型認知症」の症例を提示しよう。

【症例3】（図6）

女性、79歳、前頭側頭型認知症

〈主訴〉何度も同じことを言う、会話が理解できない、など。

〈家族歴〉特記事項なし

〈既往歴〉高血圧、肝炎、股関節変形手術、胆嚢炎手術。

〈生育歴・生活歴〉6人同胞の長女としてF県で出生。短大卒。家庭科の教師。製薬会社。デパート店員。などをして50歳頃まで働く。23歳で結婚して男子1人あり。現在は、夫と2人暮らし。長男一家は同じ敷地内に住んでいる。

〈現病歴〉

X-22年幻聴があり、A病院受診し、約2ヶ月入院。その後外来通院。X-16年幻視、幻聴など

再燃。その後通院していたが、X-7年頃から物忘れ、家事ができない、などの認知機能低下が出現した。

X-1年8月から薬の管理ができない、鍵がかけられない、意思疎通がうまくいかない、などでA病院を受診。風呂のスイッチが入られない、櫛やハサミが使えない、失禁、徘徊などもあり、転院を希望し、X年1月23日当院を初診。

〈初診時所見〉

かなり拒否の傾向が強く、検査などにも非協力的、CT検査では前頭葉および側頭葉の萎縮は中等度であり、脳室拡大は軽度、海馬萎縮は軽度であった。臨床的には、記憶・見当識・計算力・理解力・判断力・実行機能などの障害、自発性・意欲の低下、感情コントロール低下（易怒性、興奮など）、などがあり、心理テスト：HDS-R 3点/30点、MMSE10点/30点であったが、前頭側頭型認知症の方によくみられるいい加減な返事をする症状の可能性も考えられた。

〈診断の根拠〉

臨床的に、初期には精神病的症状で始まり、一度は軽快してその後再燃しているので、元来パーソナリティとしてそのような傾向があるかと考えられる。X-7年頃から認知機能低下が始まり、その際もアルツハイマー病に該当するのは「物忘れ」であるが、「家事ができない」などの実行機

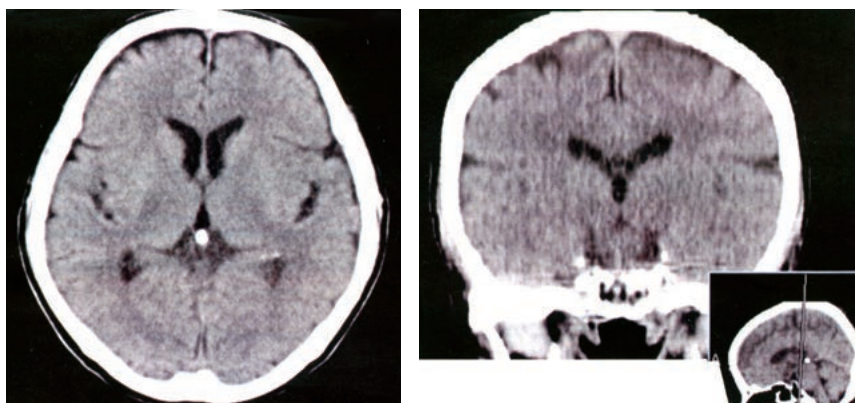


図7 前頭側頭型認知症の画像
前頭葉の萎縮はあるが、海馬の萎縮はない

能の障害は前頭葉の機能障害であり、初期にみられるのは少ない。CT所見で海馬の萎縮が軽度なのは、発症後7年も経過しているアルツハイマー病では考えにくい所見である。これらを勘案すると「前頭側頭型認知症」とするのが一番妥当であろう。

〈治療経過〉

現在、拒否傾向、自発性・意欲低下もあるので、対症的に向精神薬を使用して経過を観察している。

〔症例4〕（図7）

男性 68歳、前頭側頭型認知症

〈主訴〉物忘れ、書類作成ができない、自分で考えられない、など。

〈家族歴〉母親が認知症（詳細不明、物盗られ妄想などあった）

〈既往歴〉白内障（軽度、未治療）

〈生育歴・生活歴〉同胞2人の2番目の長男として長崎県で出生。佐世保の中学校を卒業して、愛知県に移り、板金の仕事に従事した。職場は、瀬戸、高蔵寺、名古屋など転々として最後は高蔵寺で生活をした。板金の仕事は、60歳位までで、その後建設関係、警備員などを経て3年前から介護の仕事、現在はヘルパーをしている。31歳時に結婚し、長女1人をもうけた。現在は、妻と長女と

3人で生活している。

〈現病歴〉

4年位前からイライラすることが多くなり、妻や娘に物を投げるが出て来た。X年になって、物忘れが多くなり、物を何度も片付けるような動作が見受けられた。X年Aクリニックを受診。HDS-R14点で、アリセプトが処方された。しかし、アリセプト服用後ひどくなったので、B市民病院を受診。適応障害なのか、認知症なのか、うつ病なのか、診断できず、紹介されてX年7月29日当院初診。

〈初診時所見〉

臨床的には、自発性・意欲低下、実行機能低下、注意力・集中力低下、感情コントロール障害などあり、HDS-R22点、MMSE24点。CT検査では、前頭葉・側頭葉に萎縮あり、脳室拡大は殆どない、海馬萎縮（-）。FT3、FT4、TSH、コルチゾールなどは正常範囲。

〈診断の根拠〉

イライラする、家族に物を投げる、すぐ怒る、などの感情コントロール低下である前頭葉症状がある。物を何度も片付けるような動作がみられる、などは前頭側頭型認知症の際にある常同的ないしは強迫的行為と考えられる。また物忘れはあるが、海馬の萎縮はみられないので、前頭葉の機能である注意・集中の障害ないし working memory の

障害とも考えられる。これらを勘案すると「前頭側頭型認知症」とするのが妥当であろう。

〈治療経過〉

最初は、他院で抑肝散を投与された。当院では、まずSSRI（リフレックス）を投与したが、4～5ヶ月後に痙攣発作が起こったのでデパケンR（200）1錠を追加した。その後3ヶ月後に易怒性、意欲低下などが強く、本人・家族の希望もあり、SSRIから向精神薬のエビリファイ（3）2錠へと変更した。そうしたら眠気が強いとの訴えがあり、抗不安薬のレキソタン（2）2錠へと変更して経過をみている。今のところ特に訴えはなく、易怒性、暴力などもなく経過している。

IV. アルツハイマー病のケア

最初にアルツハイマー病の一般的ケアについて述べて、その後で前述したアルツハイマー病の前頭葉タイプのケアについて触れたいと考える。

A) 総論的なこと

1) 認知症の根源的・基本的ケアは、「個別ケア」＝Person-centered-care（PCC）であることは、世界的常識である。^{13) 14)}

「個別ケア」とは、その人の尊厳を重視した身体的・精神的・霊的・社会的・倫理的などとしての存在を包含する「全人的ケア」を指し、その個人の背景即ち、身体的問題、精神的問題、既往歴、生活歴、教育歴、職歴、家族歴、趣味、経済状態、住環境、人生観、倫理観、宗教観などを多面的にアセスメントして、その結果を反映したケアプランを立てる、つまりその個人のニーズ（Well-being）に最適なケアが「個別ケア」である。これがPCC（本人中心のケア）である。

*アメリカのアルツハイマー協会では、「PCCは行動障害（攻撃性や抵抗性、など）を減らすのに有効であり、スタッフの認知症の研修にもよい。

PCCは、ケアの質のゴールド・スタンダードである」としている。¹³⁾

2) Evidence-Based-Care と Narrative-Based-Care とのバランスを重視すべきであり、何

らかに偏ったケアは排除すべきである。即ち、最新の知見に裏打ちされた、しかもその個人に合わせて柔軟な発想に基づいたケアを創造しながら実行していくという考え方が重要である。その人のことを中心に考えて実行されても独りよがりなやり方は問題が多い。

3) 原因となる疾患に適したケアが必要である。

例えば、アルツハイマー病、血管性認知症、外傷性脳損傷、脳腫瘍などは、疾患の性質、症状、進行等は著しく異なり、治療法、リハビリ、ケアの仕方も異なるわけであり、それぞれに最適な対応を適用すべきである。

4) 「なじみの環境」を作る

本人のなじみの品々、家具、調度品、写真などを利用して、懐かしくくつろげる場所を提供する。

5) 「してあげるケア」から本人の自立の支援へ

身体で覚えたことは、よく保たれていることが多いので、そっと助けながら潜在能力を引き出してあげる。例えば、家事、育児、様々な仕事、趣味、特技などを有効に活かしてあげる。プライドや生き甲斐などを引き出せる場合もある。

6) 地域の力を借りる

*街に出て、買い物をしたり、お茶を飲んだり、食事をしたり、町の人と交流した方がよい。偏見のある目で見える人よりも優しい人の方がはるかに多い。

*介護家族だけで悩まないで、地域の役所、保健所、社協、民生委員、診療所、病院、地域包括支援センター、家族の会、居宅介護支援事業所、老健、特養、グループホーム、デイケア・センター、デイサービス・センター、訪問看護ステーションなどに気軽に相談した方がよい。

*地域の自治会、学校、お寺、教会などのイベント（行事）に参加した方がよい。

7) ケアする家族にも十分なケアが必要である。

*認知症のケアは、圧倒されるようなストレスと疲労を伴うものである。

*何もかも自分でやろうとすると、燃え尽きてうつ状態になったり、虐待をしたり、果ては無理心中を図るといった結末になりかねない。介護

者の80%は強いストレスを感じ、50%はうつ状態になるとされている。

- *できるだけ公的サービス（デイケア、デイサービス、訪問看護、訪問介護、ショートステイなど）を利用した方が良い。
- *介護者の精神的・身体的健康管理も大事である。
- *十分な休息 Respite Care をとる必要がある。
- *気分転換して介護者が自分の趣味につかう時間を確保するとよい。定期的運動とバランスのよい食事に心がけることも必須である。
- *主介護者は、家族の他のメンバー、友人、地域の資源から支援を受けるとよい。
- *介護技術についての教育を受けると介護負担の軽減につながる。講演会、研修会などへの参加、個別相談などを利用すると有効である。
- *本人（病人）の現在の状態を受け入れると、気持は楽になる。
- *積極的にストレス解消の場をもつといい。

8) 適切な栄養と水分補給

- *本人の疾患の種類、病期、合併症などを勘案して適切な対応が必要である。
- *ターミナル・ケアの時期の人工栄養・水分補給は一定の結論が出ていない。

学会でも検討中である。老年医学会では、「高齢者の終末期の医療およびケア」についての立場表明¹⁵⁾を公にしている。

9) 疼痛に対して

- *認知症の場合、本人が適切に表現できないため、痛みを看過したり、適切に評価できないことも多い。

10) 社会的活動

- *具体的には、様々なアクティビティが望ましいが、本人が嫌がったり、拒否したりという状況もある。

B) 各論的なこと

- *認知症ケアの専門職の方々の各種のテキストや参考書が出版されているので、それらを参考にし頂ければと考える。

- *私自身は、アメリカのアルツハイマー協会が様々なデータを発信しているので、それらを参考にまた、国内の最新の情報を独自に模索しながら対応している。（インターネットでダウンロード可能¹³⁾）

C) アルツハイマー病の前頭葉タイプの症例に対するケア

- *前述したように、前頭葉タイプは記憶障害もあるが、前頭葉症状である自発性・意欲の低下、感情コントロール低下、理解力・判断力・抽象思考・実行機能などの障害などがあり、その他運動性言語中枢や運動領野があり、その症状も加わる。
- *これらの中でBPSDとしてケアの際に介護家族やスタッフが困るのは、いろいろやるのを嫌がる、易怒性、興奮、暴言、暴力、攻撃性などである。

非薬物的介入としては、感情面では回想法やバリデーションなどがよいとされるが、必ずしも有効とは限らない。

従って、

- 1) PCC（個別ケア）を試み、
- 2) 更に回想法やバリデーションを試み、
- 3) それでも対応困難な場合は、薬物的療法も加味することもある。

- *薬物療法のガイドラインは、2010年に日本神経学会が「認知症疾患治療ガイドライン」を出しているのので、それを参考にし頂くとうよい。¹⁶⁾

その他、2007年にアメリカ精神医学会の「アルツハイマー病およびその他の認知症疾患の治療ガイドライン」が出されているので、それも参考になると考える。具体的薬物の使用法なども詳述されている。¹⁷⁾

- *SSRI（抗うつ薬）が有効との報告があるが、使用経験ではそれほど有効例は多くはないのが実感である。
- *厚労省が、リスペリドン、ペロスピロン、ハロペリドールの適外使用を認めているので、参考にし頂くとうよいと思量する。

[参考文献]

- 1) Rowe CC, Ng S, Ackermann U, et al : Imaging β -amyloid burden in aging and dementia. *Neurology* 68 : 1718-1725, 2007.
- 2) Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, et al : Toward defining the preclinical stages of Alzheimer disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia* : 1-13, 2011.
- 3) 中村祐：新たなアルツハイマー型認知症治療薬と今後への展開と問題点。精神神経学雑誌114：255-261、2012。
- 4) 古和久朋：アセチルコリンエステラーゼ阻害薬。Cognition & Dementia 11 : 76-81, 2012.
- 5) 和田健二、中島健二：Alzheimer 病の治療論—総論。神経内科 76 : 113-119, 2012.
- 6) 下濱俊：Galantamine の基礎薬理。臨床精神薬理 15 : 329-335, 2012.
- 7) 中村祐、今井幸充、繁田雅弘、ほか：軽度および中等度アルツハイマー型認知症患者を対象とした rivastigmine パッチの国内第 IIb/III 相試験における事後の追加解析結果。臨床精神薬理15 : 575-583, 2012.
- 8) Johnson JK, Head E, Kim R, et al : Clinical and pathological evidence for a Frontal Variant of Alzheimer Disease. *Arch Neurol* 56 : 1233-1239, 1999.
- 9) Larner AJ : "Frontal variant Alzheimer disease" : A reappraisal. *Clin Neurol Neurosurg* 108 : 705-708, 2006.
- 10) Taylor KI, Probst A, Miserez AR, et al : Clinical course of neuropathologically confirmed frontal-variant Alzheimer disease. *Nature Clinical Practice Neurology* 4 : 226-232, 2008.
- 11) Woodward M, Jacova C, Black SE, et al : Differentiating the frontal Variant of Alzheimer disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 25 : 732-738, 2010.
- 12) Alladi S, Xuereb J, Bak T, et al : Focal cortical Presentations of Alzheimer disease. *Brain* 130 : 2636-2645, 2007.
- 13) (American) Alzheimer' Association のホームページから各種の情報がダウンロードできる。例えば、Person-Centered Care in Assisted Living Informational Guide.
- 14) Best care for older People everywhere : Person-centred-Practice・<http://www.health.vic.gov.au/older/toolkit/02 PersonCentredPractice/index.htm>
- 15) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学界の立場表明 2012（2012年1月28日理事会承認）
- 16) 日本神経学会：「認知症疾患治療ガイドライン」（2010）
- 17) APA : Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer Disease and Other Dementias. 2007.