

[各支部での特別講演]

認知症を合併した透析患者への対応

水島 豊

弘前大学医学部老年科学講座（現 社会福祉法人函館共愛会共愛会病院）

key words：認知症，透析患者，問題（迷惑）行動

要 旨

高齢社会を迎えたわが国では、透析医療の現場でも、認知症患者の問題（迷惑）行動への対処が問題となってきた。そこで、認知症の臨床に必要なものとして、①高齢者の精神・身体を理解（老化の理解）、②認知症疾患の理解、③介護のスキル（行動障害への対処）をあげ、これらについて簡単に述べた。しかし、臨床の常として、対応は個々の人で異なり正解は必ずしも一つではない。認知症患者と知恵比べしながら、より良い医療を実践していくことが求められる。

はじめに

高齢社会を迎えたわが国では、多くの医療現場において、認知症を専門とするしないにかかわらず、認知症患者との接触を避けて通れない状況となっている。透析医療においても然りであり、原因疾患に占める糖尿病性腎症の増加、透析導入年齢の上昇、透析患者の予後改善などを背景に透析患者の急激な増加および高齢化が生じ、必然的に認知障害を伴う患者の増加が認められてきている。そこで今回、認知症を合併した透析患者にどのように対応したらよいかについて、簡単に述べてみたい。

1 認知障害を呈する疾患

認知障害を呈する疾患には、治りうる認知症と、現在の医療レベルでは治らない認知症がある（表1）。

わが国では、アルツハイマー型認知症が最も多く、ついで脳血管性認知症が占めている。主な疾患の特徴を簡単に述べる。

- 1) アルツハイマー型認知症
 - ① 発症初期から、記憶障害、失見当識が著明に現れる。
 - ② 早期から人格が崩壊する。
 - ③ 緩徐に悪化する。
 - ④ 女性で最も多い型である。

表1 認知障害をきたす疾患

1. 治りうる認知症
 - ① 薬物性（睡眠薬、向精神薬、抗パーキンソン薬など）
 - ② 内分泌代謝疾患
甲状腺機能低下症、無症候性低血糖
 - ③ 脳腫瘍
 - ④ 外傷性
慢性硬膜下血腫
 - ⑤ うつ病
 - ⑥ 感染性
ウイルス性脳炎
 - ⑦ アルコール性精神病
 - ⑧ 正常圧水頭症
2. 治らない認知症
 - ① 脳血管性認知症
 - ② アルツハイマー型認知症
 - ③ レビー小体型認知症
 - ④ ピック病
 - ⑤ クロイツフェルト・ヤコブ病
 - ⑥ その他
パーキンソン病、ハンチントン病、エイズ

Treatment of hemodialysis-patients with dementia

Department of Geriatrics, Hirosaki University School of Medicine (Present affiliation; Kyoaikai Hospital)

Yutaka Mizushima

- 2) 脳血管性認知症
 - ① まだら痴呆で、人格が比較的保たれている。
 - ② 感情失禁が見られる。
 - ③ 性格が尖鋭化する。
 - ④ 局所神経症状がある。
 - ⑤ 脳卒中の再発ごとに、階段状に悪化する。
 - ⑥ 男性で最も多い型である。

3) レビー小体型認知症

アルツハイマー型認知症に、パーキンソン症候群が合併したような臨床像を呈する。

- ① 動揺性の認知障害。
- ② 具体的な内容が繰り返される幻視体験。
- ③ 繰り返す転倒。
- ④ 抗精神病薬への過敏性。
- ⑤ アリセプトの有効例が多い。

4) ピック病

- ① 前頭葉・側頭葉が限局性に萎縮する。
- ② 人格障害(脱抑制)が出現し、ついで記憶障害が現れる。
- ③ 滯続言語——同じことばを繰り返す。

5) クロイツフェルト・ヤコブ病

- ① 記憶障害、精神症状、運動障害が見られる。
- ② ミオクロームスが高頻度。
- ③ 脳波で PSD が見られる。
- ④ 数カ月から1年余の経過で死亡する。

2 認知症患者への対応

「認知症の臨床」に必要な、①高齢者の精神・身体
の理解(老化の理解)、②認知症疾患の理解、③介護
のスキル(行動障害への対処)、について述べる。

1) 高齢者の精神・身体 の理解

- ① 身体的機能が低下している。
- ② 喪失体験が多い(退職、肉親・配偶者の死、子どもの独立)。
- ③ 収入が減り、経済的不安が生じる。
- ④ 物忘れをするようになる。
- ⑤ 死を自覚する。
- ⑥ 身体的疾患を有する。

- ⑦ うつ状態になりやすい。「老年期は喪失期」なので、多くのものを喪失することで不安で孤独な世界に住むことになり、生活する世界が縮小していく。

2) 疾患(認知症)の理解

① 記憶障害

認知症の基本症状は記憶障害、見当識障害である。正常人では遠い過去→近い過去→現在→未来と、時間(記憶)が連続している。しかし、認知症患者では過去の記憶が消失するため、時間が連続していない。そのため、記憶の空白部分を作話で辻褃を合わせようとする。また、過去と今が混在する状態も生じる。「過去の記憶が消失」することは、地図を持たずして旅行するようなもので、非常な不安を持って生きることになる。

② 学習能力の低下

新しいことが理解できないため、変化への順応力が弱い。転居、新築、配偶者の死、在宅から施設入所、介護者が代わった、などを契機に認知症が悪化するの
は、順応力の低下のせいである。これも、生活する世界が縮小する要因となる。

3) 介護の仕方

介護の上手下手で、迷惑行動が悪化または改善の方向に進む。悪化すれば、看護・介護者のストレスが増し、介護者の健康障害や患者への虐待を生む要因ともなる。よって、本人の目的や要求が何なのか、を推理し、その要求を満たすように介護することが大切となる。

基本的姿勢を表2に、介護の基本的事項を表3に示す。

4) 転倒・骨折

① 易転倒性

表2 基本的姿勢

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 受容的姿勢で接する——説得よりも納得。 2. 患者の自尊心を大切にす。 3. 患者を孤独にしない、家や施設に閉じ込めない。 4. 転倒に注意し寝こませない。 5. 簡潔にゆっくり話す。 6. 「ダメ」などの行動制限はしない。 7. 薬物を安易に投与しない。 |
|---|

表3 介護の基本的事項

1. 自尊心を大切に失敗を叱らない！
叱られた内容は忘れ、叱られた時の嫌な感情だけが残る。そうすれば、介護者との人間関係が悪くなり、反抗的になり、介護者の介護負担が重くなる。認知症患者の自尊心が、比較的最後まで保たれることを知らねばならない。
2. なじみの関係を作る。
 - ① 患者に好かれる介護者になるための工夫
 - 本人が気に入った呼び名で、よく声かけをする。「工藤さん」「社長」「先生」「大将」。女性の場合は、時に旧姓もよし。
 - 方言を用いる。
 - スキンシップを多くする。
 - 叱らない。
 - ② 会話する際の工夫
 - 一度に多くの動作を指示しない。
 - 重要なことは簡単にパターン化して、繰り返し教える。
 - 手を握るなど身体的接触を通してする。
 - 近づいて話しかける。
 - 身振りも用いて話す。
3. 認知症患者を孤独にしない。
声かけをする、スキンシップを大切にする（手をつないで散歩する）、相手の話に耳を傾けてあげる、など、適度の快刺激を与え、残された能力を活かすようにする。孤立・孤独は認知症を促進させると考えられる。
4. 残存している記憶を活用する。
体で覚えた記憶（手続き記憶）、遠隔記憶（若い頃の記憶）は比較的最後まで残る。
5. 転倒・骨折に注意する！

転倒・骨折は、転倒→骨折→寝たきり→認知能の悪化→感染症→死亡、の悪循環となる。高齢者の骨折の最大の原因は易転倒性にある。

- 立位保持能力の低下。
 - 脳血管障害による運動麻痺、視力の低下、薬剤の副作用によるふらつき。
 - 危険予知能力の低下、注意力の低下、危険性認知の低下、慎重性の低下。
- ② 骨折の現状
- 骨折例の約80%が認知症患者。
 - 高齢者ほど多い。
 - 大腿骨頸部骨折が半数以上を占める（入所1カ月以内に多く、早朝、夜間に多い）。
 - 自立歩行が可能な者に多い。
 - 骨折後、約10%が寝たきりとなる。
- ③ 「転倒、骨折」の防止対策
- 躓きやすい障害物を減らし、部屋をシンプルにする。
 - 廊下やトイレの濡れを即拭き乾かし、滑るのを防ぐ。
 - 転びやすい場所に把手を付ける。
 - 照明を明るくする。

表4 迷惑行動(BPSD)対処の基本

1. 非薬物療法を優先する。
音楽療法、遊戯療法、作業療法、生活療法、健康療法、会話療法、reality orientation、ペット療法など。
2. BPSDの誘因を除去する。
3. 薬物療法
認知障害の治療、およびBPSDの治療。

- 杖を使用する。
- スリッパや草履をやめ、運動靴を用いる。
- 和服より洋服で、着丈を短くし足さばきをよくしておく。
- ベッドの周辺で転倒する者は畳部屋にする。
- 骨粗鬆症治療薬を服用させる。
- ヒッププロテクターを装着する。

5) 介護者を悩ませる迷惑行動（行動障害）

① 迷惑行動(behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)の種類
意欲低下、尿便失禁・興奮、徘徊、暴力行為、無断外出、迷子、帰家要求、不潔行為、夜間せん妄、異食など。

② BPSDへの対処
BPSDへの対処の基本を表4に、対応の実際を表5

表5 迷惑行動への対応の実例

-
1. 「妄想」への対応
妄想を否定せず、受容する。
- ① 物盗られ妄想
一緒に探振りをして、本人に発見させるように仕向ける。
財布は身に付けさせ、貴重品は預かる。
 - ② 嫉妬妄想
配偶者がなるべく一緒にいて、世話をするようにする。
 - ③ 被害妄想
そばにいてあげ、安心させる。
 - ④ 貧困妄想
薬物療法
2. 「暴言、暴力行為」への対応
- ① 介護者が落ち着いた対応をし、患者の興奮を鎮めるようにする。無理に押さえつけることはせず、離れて見る。
 - ② 何か要求に応じていないことはないか？
訴えに耳を傾け、欲求を受けとめてあげる。
 - ③ 「ダメ」に反抗してないか？
「ダメ」より「お願いします」の姿勢。
 - ④ 嫉妬妄想や幻覚がないか？
 - ⑤ 暴力行為が激しい場合は薬物を使用する。
3. 「徘徊」への対応
- ① 認知障害による行動
自分のいる場所や時間がわからない。
● 本人の部屋に目印をつける。
● 興味のある作業に誘導する。
 - ② 欲求による行動
食物、介護者を求めてさまよう。
● 集団活動やおやつに誘う。
 - ③ 衝動的な行動
不安や焦燥にかられ、取り憑かれたように歩く。
● 徘徊スペースを確保し自由に徘徊させ、時々お菓子で誘い、休ませる。
 - ④ 無目的な行動
目的なくフラフラ歩く。
● 夜間の徘徊では無理に寝かせない。
● 夕食後の入浴が効果的な場合がある。
 - ⑤ 妄想・幻覚に基づく行動
例えば、「子どもが外で遊んでいる」と言って徘徊する。
● 薬物療法
4. 「尿失禁」への対応
- ① 認知症による尿失禁の原因
 - トイレの場所がわからない——最も多く、夜間に多い。
 - トイレと間違ふ——トイレと似た場所で放尿する。
 - 介護者の関心を引こうとする——幼児性の心。
 - 「排尿はトイレでする」の概念を失った——高度の認知障害者。
 - ② 尿失禁への対応
 - 失敗を叱らず、後始末を迅速にする。
 - トイレの場所をわかりやすく目印する。
 - トイレに近い部屋に入れる。
 - トイレと間違ふ場所に、ポータブルトイレを置く。
 - トイレに誘導する——定期的に（就寝前にも）、あるいは尿意のある時のしぐさをした時。
 - 排尿が簡単にできる衣類を工夫する。
 - なるべくオムツはしない（夜間、外出時のみ）。
5. 「せん妄」への対応
せん妄とは、意識障害に幻覚や異常行動を伴った状態。新しい環境に移る際に生じることが多く、ストレス、不安、孤独が背景にある。1日の中で状態が変動し、特に夜間に多く見られる。興奮していた時のことは記憶していない。脳血管性認知症に多い。
- ① 「夜間せん妄」への対応
 - 安心感を与える環境調整を図る——慣れた古い家具などを設置する。音楽が好きな患者では音楽を流す（音楽療法）。
 - 日中の覚醒を保ち、睡眠覚醒リズムをつくる——昼間、体力に合わせた運動・作業をさせる。
 - 夜間、興奮させないようにする。
 - 興奮した場合は、傍にいて落ち着かせるようにする。
 - 興奮が激しい場合は薬物を使用する。
 - ② 「透析中のせん妄」への対応
 - 家族の了承を得て、手を縛る。利点としては、覚醒しているの、血圧低下などの異常事態に早く対応できる。
 - 薬物で鎮静する。
6. 「幻覚、幻視」への対応
統合失調症との違いは幻覚、妄想が、具体的に現実的内容が多い。家族などの説得で、内容を訂正することがある。
- ① 幻覚の訴えを否定しない。
 - ② 辻褄を合わせて、相手の話ののってあげる。
 - ③ 幻視の場合、夜間は照明をつけて寝させる。
 - ④ 薬物療法。
-

に示す。

6) 薬物療法

① 認知障害の治療薬

認知障害の治療薬を表6に示す。

② BPSDに対する薬物療法

薬物療法の基本は以下である。また、夫々の症状に対する薬剤を表7に示す。

- 高齢者の場合は、成人量の約半量から投与する。
- レビー小体型認知症の場合は、さらにその半量から投与する。

表6 認知障害の治療薬

-
1. ドネベジル（アリセプト）=コリンエステラーゼ阻害薬
適応疾患はアルツハイマー病。3mg 1錠、朝食後、1~2週間投与。副作用（悪心、嘔吐）のないことを確認して、5mgに増量する。
 2. ビタミンE
アルツハイマー病の進展を遅らせる。
 3. セレジリン（=MAO-B）
アルツハイマー病の進展を遅らせる。
 4. メシル酸エルゴロイド（ヒデルギン）
脳循環代謝改善剤で、脳血管性認知症に軽度有効。
 5. エストロゲン補充療法
アルツハイマー病での認知機能低下の遅延。
-

表7 BPSD に対する治療薬

<p>1. 「幻覚, 妄想, せん妄」に対する薬剤</p> <p>① リスペリドン (リスパダール)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●作用機序 セロトニン・ドパミンアンタゴニスト (SDA). ●適応 統合失調症. 認知症の場合は, 「統合失調症様症状」の保険病名を付けること. ●投与量 高齢者は0.5錠 (0.5mg), 夕食後, より開始. 1日量2mgまで増量可. ●利点 クエチアピン (セロクエル=SDA), オランザピン (ジプレキサ=MARTA) は糖尿病に禁忌だが, 本剤はOK. <p>2. 「暴言・暴力行為」に対する薬剤</p> <p>① 抑肝散 (TJ-54)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●証 虚弱な体質で神経が高ぶる者. ●組成 釣藤散, 柴胡, 甘草, 当帰, 茯苓, 白朮, 川きゅう. ●用量 7.5g, 分3, 食前 <p>3. 「睡眠障害」に対する薬剤</p> <p>① ゾルピデム (マイスリー)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●作用機序 GABAω1受容体に選択的に作用. ●適応 不眠症. ●投与量 1~2錠 (5~10mg), 眠前. ●利点 持ち越し効果が少ない, 筋弛緩作用が弱い, 習慣性が低い. <p>② トラゾドン (レスリン)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●作用機序 セロトニンの再取り込み抑制. ●適応 うつ病, うつ状態. 	<ul style="list-style-type: none"> ●用量 1~4錠 (25~100mg), 夕食後. ●利点 抗コリン作用が弱い. <p>4. 「抑うつ状態」に対する薬剤</p> <p>① トラゾドン (レスリン)</p> <p>前述, 睡眠障害の改善.</p> <p>② フルボキサミン (ルボックス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●作用機序 SSRI. ●適応 うつ病, うつ状態. ●投与量 1~4錠 (25~100mg), 分1~2. ●利点 抗不安作用を併せ持つ. <p>③ ミルナシプラン (トレドミン)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●作用機序 SNRI. ●適応 うつ病, うつ状態. ●投与量 1~4錠 (15~60mg), 分1~2. ●利点 発動性の改善が優れている. 他剤との薬の相互作用が少ない. ●禁忌 尿閉 (前立腺肥大). <p>5. 「透析中のせん妄」に対する薬剤</p> <p>① リスパダール</p> <p>1mg/mlの内用液 0.5~1.0ml, 経口.</p> <p>② セレネース</p> <p>1A (2mg/ml) を1/2A, iv.</p> <p>③ ロヒプノール, サイレース</p> <p>1A (2mg)+生食100mlを入眠まで急速滴下.</p>
---	--

- できるだけ, 最少有効量を用いる.
- 新症状の発現は, 薬の副作用ではないか, と常に疑うこと.
- 一般医で制御できないBPSDの場合は, 専門医 (精神科医) の指導を求める.

おわりに

認知障害を有する高齢者を診るに際し, 高齢者の心身の特徴を理解し, 認知症という疾患を理解し, 行動障害 (BPSD) の背景にあるものを推理し, 患者の要求に適切に対応していくことが大切である^{1~4)}. 本日の講演が, 透析医療に従事されておられる方々の日常診療に, 少しでも役立てば幸いである.

文 献

- 1) 米山公啓: 治せるばけ, 防げるばけ; 法研, 東京, 1997.
- 2) 十束支朗: ボケを知り, ボケとつき合う; 成屋出版, 東京, 1998.
- 3) 呆け老人をかかえる家族の会: ぼけ老人とともに; 婦人生活社, 東京, 1998.
- 4) 宮永和夫: 痴呆老人の問題行動へのアプローチ; 医薬ジャーナル社, 大阪, 1998.
- 5) 介護・医療・予防研究会編: 高齢者を知る事典; 厚生科学研究所, 東京, 2000.
- 6) 杉山弘道: 老人痴呆患者の問題行動を推理する; 永井書店, 大阪, 2004.

(平成18年6月4日/青森県
「第30回青森人工透析研究会」)