

# レビー小体型認知症

大阪市立弘済院附属病院

もの忘れ外来

# レビー小体型 認知症の特徴

$\alpha$ シヌクレインという特殊なたんぱく質からなるレビー小体という構造物が、脳の神経細胞の中に現れて、脳の機能障害を引き起こす病気です。

認知症としては、アルツハイマー型認知症の次に多いとされ、認知症全体の約 20%を占めるといわれます。

「Dementia with Lewy Bodies」の頭文字を取って、DLB と呼ばれます。

## 主な症状

### 認知機能の変動

覚醒度（頭の冴え）、注意力や集中力に大きな変動がある

### 幻覚

居ないもの、無いものが見える

### パーキンソン症状

歩行などの動作の障害・緩慢さ

### レム睡眠行動異常<sup>\*</sup>

セリフのような大声の寝言  
夢が反映されたような寝相<sup>ねぞう</sup>

＊レム睡眠行動異常については、認知機能低下よりも少し早くあらわれるといわれています<sup>1)</sup>。

# 診断方法

先ほどの特徴的な症状の有無など、詳細を聴き取ります。身体所見の確認などに加えて、他の認知症の検査と同じように血液検査や頭部画像検査（MRI・CT）、神経心理検査などを行います。

全員に行うわけではありませんが、特殊検査として、核医学検査（MIBG 心筋シンチグラフィー、ドパミントランスポーターシンチグラフィー、脳血流 SPECT/PET、など）を追加で行うことがあります。

それらを合わせて、2017 年に改訂された国際的な診断基準<sup>2)</sup>に沿って診断されることが多いです。

# 薬物治療

根本的に病気を治す薬は、残念ながらまだ登場していません。進行の抑制や症状の緩和を目的として薬物療法を行います。

ただ、パーキンソン症状を緩和する薬剤は幻視を誘発するものが多く、幻視を抑制する薬剤にはパーキンソン症状を誘発するものが多いです。そのため、レビー小体型認知症の方は、薬剤が通常の使用量でも副作用が出やすいと言われます。

薬の調整には慎重さが求められます。

# 主な症状と その対応方法

症状を投薬などで完全になくすことは困難です。

そのため、介護や生活に影響の少ない範囲で、本人・家族がこれらの症状と付き合っていけるようになることが目標となります。

代表的な症状とその対応方法について順にみていきましょう。

## ①覚醒度(頭の冴え) 注意障害(集中力の 障害)の変動

正常かと思うほどしっかりしている時と、ぼーっとして反応が悪くできないことが多い時との差が大きく、家族からすると「本人が芝居をして私たちが<sup>だま</sup>騙されているのではないか？」と疑いたくなるほどのこともあります。人により、その周期は数日であったり数週間であったり様々です。

薬物としてはドネペジル等のコリンエステラーゼ阻害薬を用いて安定性の向上に努めます。

ぼーっとしている時は注意が散漫になり転倒の危険性も高くなります。その時は無理をせず、散歩を控えたりすることも重要です。また、普段ならできるような料理の段取りや家電の操作も戸惑うようなことがあります。体調のサイクルが戻れば、再び歩行は安定し、段取りや操作も可能になります。

大事なことは、しっかりしている時にできることをすることです。そうして、生活技能やA D Lを維持するようにしましょう。

## ②幻覚 (特に幻視や錯視)

実際には全く何もないところに、本人には実際にあるものとして「ありあり」と見える「幻視」や、小さなゴミや模様を虫などに見間違える「錯視」がよく認められます。「幻視」で見えるものは人や小動物が多く動きを伴いますが、声や物音はしないことの方が多いのが特徴です。「あそこに居る」などと指を差したり、虫などをつまむように空中をつまむ動作を見かけることもあります。他にも、姿は見えないが音だけ聞こえる「幻聴」や、「人がいる気配」のようなものを感じる方もいます。こういう記憶は明瞭に残り、後で聞いても詳細に答えてくれることが多いのも特徴です。

薬物治療は、副作用の出やすさもあり積極的には使用しないことがあります。

例えば、幻視が見えていても怖いものではなく精神的な影響が乏しい場合などです。また、通院中に対処方法や説明を繰り返し行くと、本人も次第に慣れてきます。対応できた成功体験を重ねることで、次第に不安も取れて幻視であるという自覚を持たれる方もおられます。そのような場合も積極的に薬物を使用しません。

もちろん「自分のベッドの上に誰か知らない人が寝ているので眠れない」など、生活に強い影響が出るような場合は、慎重に副作用に注意して薬剤を使用します。コリンエステラーゼ阻害薬や漢方を使うこともあります。

幻に包まれる感覚は弱く、また五感のうちの一つだけであることがほとんどです。そのため、その場の対応で幻覚を軽減したり修正したりすることは多くの場合可能です。

まず、本人には実際にあるように見えていますので、「何も誰もいない!」「錯覚だ!」などと幻の存在を否定するような声かけや感情的な対応は控えましょう。

対応としては、場面をうまく切り替えたり、他の正常な感覚に触れさせるとうまくいくことが多いです。たとえば人が見える幻視であれば、部屋を移動してもらうと消えます。元の部屋に戻っても幻の人はいません。極端な場合は、右向いて左向くと幻の人はもういません。本人としては狐につままれたように不思議に感じるようです。また、正常な触覚を用いて、幻の人に触れ

### ③歩行障害などの パーキンソン症状

ようとうすると幻の人を手がすり抜けるのではなく、幻の人が消失します。錯視などの場合は、電灯をつける、部屋を明るくする、(壁紙やカーテン、食器類など)模様のないものに交換する、壁に品物や衣服など掛けない、などでも軽減します。

幻視や錯視により知らない人や物が見えることで本人は非常に強い驚きと恐怖を覚えます。幻視の場合は音がないので幻の人に呼び掛けても返事がもらえず、幻の人と意思疎通が図れないことからさらに不安や恐怖が増長します。そういう心理状態の中で家族など周囲の人への訴えかけをしています。訴えかけを否定するような声かけを控えて、幻が消えるような対応を繰り返すことが大切です。同じような幻視は何度も日時を変えて再現されますが、次第に本人も慣れ始めます。すぐに消える方法を繰り返し、すぐにいなくなることで恐怖や不安は軽減され、自制可能となる場合もあります。そうすると、幻覚や錯覚とも折り合いをもって本人も付き合えるようになり、振り回されることも少なくなります。

歩行速度が遅くなる(いつも以上に時間がかかる)、すり足になる、小刻みな歩行になる、最初の1歩が出にくい(すくみやすい)、前傾姿勢になる、歩き出したら止まらない(突進様歩行)、腕の振りが乏しい、小回りがしにくい、方向転換でバランスを崩しやすい、

以上のような症状が出やすくなります。麻痺などで筋力が低下するわけではないのですが、転倒しやすくなります。

すり足であまり足を上げないため、平地の小さな段差(車道と横断歩道との段差、和室の敷居など)で転びやすくなります。階段などは逆に意識して足を上げるために、あまりつまずきません。また、筋肉がこわばるために柔軟性にかけて、<sup>とっさ</sup>の素早い動きができません。そのために、バランスを立て直せずにマッチ棒のように倒れることがあります。手をつくことができずに顔面を打つ、骨折をするなど大きなけがを起こしやすくなります。また、嚥下の障害が早めに出現するのも特徴です。

薬剤としては、パーキンソン病で使用す

## ④悪夢や大きな寝言など レム睡眠行動異常

る薬の中で、副作用として幻視の頻度が少ない種類のものを使います。ただ、パーキンソン病ではないので、パーキンソン病の人ほどには薬の効果はでないといわれています。

対応としては、転倒をしないことを第一に心掛けましょう。特に屋外の歩行では付き添うことを考えましょう。姿勢を大きく変えるとき（立ち上がる時・振り返る時など）には手すりなどをつかむようにしましょう。後ろから声をかけないようにしましょう。可能であれば、（住宅改修など）バリアフリー対応を考えましょう。見た目に狭く感じると、足がすくんで小刻みとなりやすいため、廊下に品物を置かないように注意しましょう。

セリフのように話したり、夢の中の行動そのままに手足を動かしたりします。認知機能低下より前から出現することもあります。中期以降では認めなくなることも多いです。

ほとんどの場合は約 10 分以内に治まるため、見守るだけで大丈夫です<sup>3)</sup>。隣に寝ていると手足が動き、当たることもあるので注意しましょう。身体をゆするなど強い刺激で起こすと悪夢と現実との区別がつかず、場合によっては興奮状態となることもあるので注意しましょう。不安や嫌なことがあると悪夢は見やすくなりますので、ストレスを溜めないようにしましょう。生活リズムを一定になるように整えましょう。

## ⑤自律神経障害

起立性低血圧（失神）、便秘、頻尿・尿失禁、ふわふわするめまい（浮動性めまい）、発汗障害（発汗過多、手足の冷え）、などが認められます。

食事などで長時間にわたり同じ座位をしていた後に立ち上がる時、トイレで大便をした後、入浴で湯船から上がる時など、特に強い立ちくらみを引き起こしやすいです。一時的な失神や転倒による受傷（骨折など）につながることもよくありますので注意しましょう。ゆっくりと「よっこいしょ」と声をかけながら動くようにしましょう。長時間椅子に座る時は、定期的に<sup>かかと</sup>踵を上げ下げしたり足踏みしたりしてもいいです。

失禁対策で水分を控える方もいますが、高齢者では容易に脱水症状を起こすため適度に必要な分は取るようにしましょう。

ふわふわするめまいの場合は、座る・横になるなどして、動かずに治まるまで待ちましょう。数分で治まることも多いです。

低体温や手足の冷えの場合は、足浴・手浴などを検討してください。また、トイレや廊下、部屋などで温度差があまり出ないようにすることも大切です。

## ⑥抑うつ症状

DLB の半分以上の方に一時的に認められるとされます。特に初期に認められやすいです。「気分がふさぐ」「悲観的になる」などの明らかな症状とまでは至らなくても、意欲の低下や自発性の低下を認めることがあります。幻視や身体がうまく動かないことから不安を強く抱き、うつ状態へ至ることもあります。クイズのような記憶を確かめる声かけや本人の能力を確認するような質問などは好ましくありません。

大切なことは、本人の言うことを尊重して傾聴し、「指示的」ではなく「支持的」に意思決定を促していくことです。孤独な環境を避けて、安心感を抱いてもらうようにすることも大切です。行動から気が少し晴れることもあるので、<sup>できぎ</sup>適宜外出の機会を設けることも助けになるでしょう。

## 引用・参考文献

1. Fujishiro H, et al. Dementia with Lewy bodies ; Early diagnostic challenges. Psychogeriatrics 2013 ; 13(2) : 128-138
2. McKeith IG, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology. 2017 : 89 (1) : 88-100.
3. レビー小体型認知症家族を支える会 監修、レビー小体型認知症介護ガイドブック、ART1564AKA
4. 「認知症疾患診療ガイドライン」作成合同委員会 編、日本神経学会 監修、認知症疾患診療ガイドライン 2017 p237-262、医学書院

# 事例紹介

大阪 太郎さん

食事や家事はヘルパーさん達に手伝ってもらいながら、一人暮らしをしていました。子らも時々訪れていました。時々会話がかみ合わないこともありましたが、子らは年の為と考えていました。

太郎さんは、76 歳頃からたまにしか合わない人の名前などは出てこないことが増えました。また、もの忘れも年相応のものとして自覚するようになりました。この時は歩行障害などありませんでした。壁にかけている絵が外されていることがあり、「額縁が揺れていて、落ちてくると危ないから」ということもありました。

その年のお盆に子らが泊った時のことです。夜に服のかけてあるハンガーを見て「人がたくさん来ている」と訴えたり、「知らない人が布団に潜っているから、眠れない」などと言うことがありました。また、本人に聞いても知らないという商品の注文書が見つかりました。かかりつけ医とも相談され、当院を紹介されます。太郎さんは子らに連れられて当院を受診され、精査を受けました。やや歩行が不安定であったものの明らかなパーキンソン症状は認めず、核的特徴1つ（幻視）のみでした。診断の精度を上げるために核医学検査（MIBG 心筋シンチ

グラフィー）を追加で受け、取り込みの低下が確認されました。これで DLB の診断はほぼ確実（Probable DLB）となりました。

やや不安定な歩行に関してはデイケアの利用でリハビリテーションに励むことになりました。幻視への対応は、投薬加療を主とすると歩行障害などへの悪影響を及ぼすことがよくあります。今後、進行した場合のことも想定して、「幻が見えないように」ではなく、幻が見えることを前提に「どのように惑わされないか」を身につけることになりました。

## ・視線をそらす

上下左右に目を向ける、  
場所を移動する、

5つ数えるまで目を閉じる

## ・幻にとらわれていない他の感覚を利用

なでる・つまむ等で触れてみる

触れることが怖い場合は、棒などを  
介してつついてみてもいい

このような指導を実践するように宿題が出ました。明らかな歩行障害もなかったので、ドネペジル 3 mgでの投薬加療も同時に始まりました。

2 週間後の再診では、知らない人が布団に潜り込んでいるというような訴えは、数日に 1 回へと減少しました。「布団をめくったら居なくなった」などの発言も認めました。

ただ、近くを散歩中に一度転倒していました。診察では歩行状態の悪化は認めませんでしたが、やや下肢の固縮を認めました。ドネペジルを増量せずに漢方（抑肝散）が追加され、抗パーキンソン病薬も少量開始されました。幻視への対処方法も、もう一度説明を受けました。

漢方の追加では、子らに対する易怒性やデイケアの誘導への抵抗性も薄れてきました。幻視の頻度はさらに減少して、早朝の時間帯だけになりました。「すぐにどこかへ行くね」など幻視への不安は減少し、その対応にも自

信がついてきました。

半年間で転倒はなく歩行の安定性も向上して、リハビリの効果を実感していました。本人の希望で週 1 回から週 3 回にデイケアを増やしていました。歩行も安定していることから、ドネペジルの増量が試されました。特に歩行障害の悪化は認めることはありませんでした。「今は幻視だとわかるけれど、気持ちいいもんじゃないね」と発言があり、完全に幻視をなくすことはできませんでしたが、幻視に振り回されず客観的に捉えることができるようになりました。

認知症の診断と治療  
レビー小体型認知症  
(執筆 金本 元勝)

令和4年3月 第1版発行

企画・発行 大阪市立弘済院附属病院  
大阪府吹田市古江台 6-2-1

\*本書の無断転載を禁じます(非売品)

\*本書に関するお問い合わせ先  
電話 06-6871-8013