

認知症・BPSD・睡眠

共通教育科 金野 倫子

認知症とは

認知症 dementia は、「いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態」と定義されています。認知症は年齢が上がるにつれて有病率が増加し、85 歳以上では 30% 近くに達することが報告されています。知的機能とは記憶、注意、思考、見当識（時間や場所など自分の今置かれている状況が分かる）、理解、計算等の能力を含みますが、中心となるのが「物忘れ」、すなわち記憶障害であり、「少し前の出来事が思い出せない」という近時記憶・エピソード記憶の障害が多く、認知症で早期から出現します。認知症を引き起こす病気のうち、最も多いのは神経変性疾患と呼ばれる一群の疾患で、アルツハイマー型認知症（Dementia in Alzheimer's disease: AD）、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などが含まれます。脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などに起因する血管性認知症も頻度の高い原因疾患のひとつです。

認知症では、知的機能低下に続発・併存・時には先行して、不安、抑うつ、興奮、徘徊、不眠、幻覚、妄想、抑うつを伴わない意欲低下を意味するアパシーなどの知的機能以外の様々な精神症状あるいは行動上の障害がみられ、「認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)」と呼ばれています。BPSD は知的機能低下以上に本人の QOL 低下の大きな原因となり、介護上の負担も増大するという点でも重大です。一方で

環境調整、対応上の工夫、治療などで改善の余地があり、在宅生活を継続する大きな鍵となります。BPSD には、アパシーや不眠など原因や経過を問わず比較的共通してみられる症状と、原因疾患や進行段階によって頻度が異なる症状があります(図 1)¹⁾。また介護負担感も症状により差がみられます。

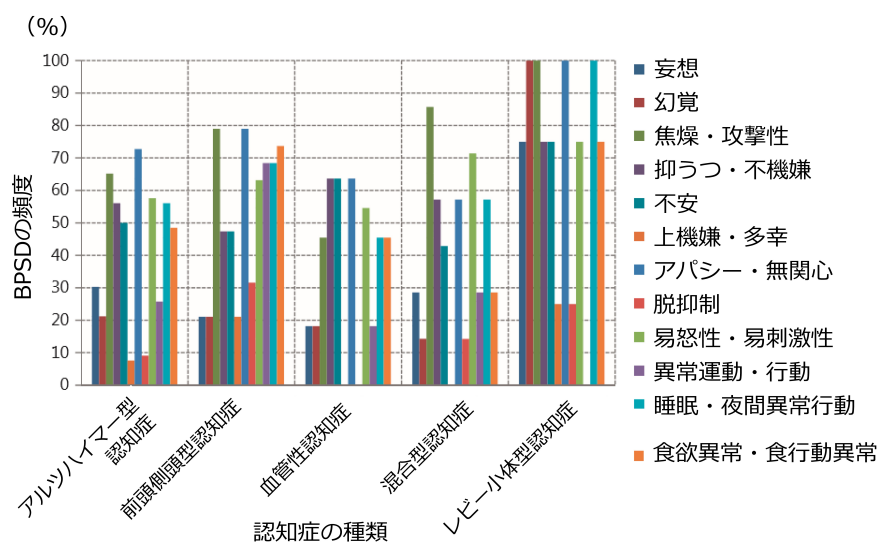


図1 認知症の種類別にみた行動・心理症状 (BPSD) の比較
(文献1より改変引用)

これらの症状には相互関連の強弱が観察されています。不眠は他の多く BPSD と関連が認められるため、睡眠へのアプローチにより複数の BPSD が改善する可能性があり、研究が進められています。

今回は BPSD への介入方法のひとつとして、認知症の不眠に対する治療を解説します。

認知症における不眠と BPSD

睡眠の問題は加齢に伴って増加し、健常高齢者では 15～30% となりますが、認知症ではさらに高頻度となり 40～60% に達するともいわれています。年齢が上がると、眠りが浅く夜中に目覚める、朝早く目覚めるといった傾向が目立ってきますが、認知症における睡眠の特徴のひとつは、このような加齢による変化、特に昼夜におけるリズムの平坦化がさらに極端になるという点です。基盤にある神経変性や脳血管障害により概日リズムの制御機構が障害されるためと考えられています。

一例として、AD におけるメラトニン分泌パターンを示します(図 2)²⁾。メラトニンは脳にある松果体から、夕方～夜間にかけて放出され、脳の視交叉上核に位置する体内時計と睡眠を仲介するような役割を持っています。AD ではメラトニン分泌の全体的な減少とともに、昼夜のメリハリが乏しい分泌パターンになっています。

上記とともに、原因疾患によって異なる特徴もみられます。例えばレビー小体型認知症では夢見が行動化するレム睡眠行動障害や、日中の突発的な眠気などが出現します。

不眠は単独でも介護者負担の大きい問題ですが、夜間不眠により日中の眠気が増大し、幻覚、怒り

っぽさ、記憶の低下が更に顕著となる、精神的に落ち着かないために夜の寝つきがさらに悪くなるといった不眠と他の BPSD との悪循環の関係が報告されています。最近、不眠は認知症の進行にも直接関与するという報告が増えており、認知症予防、進行抑制の観点からも注目されています。

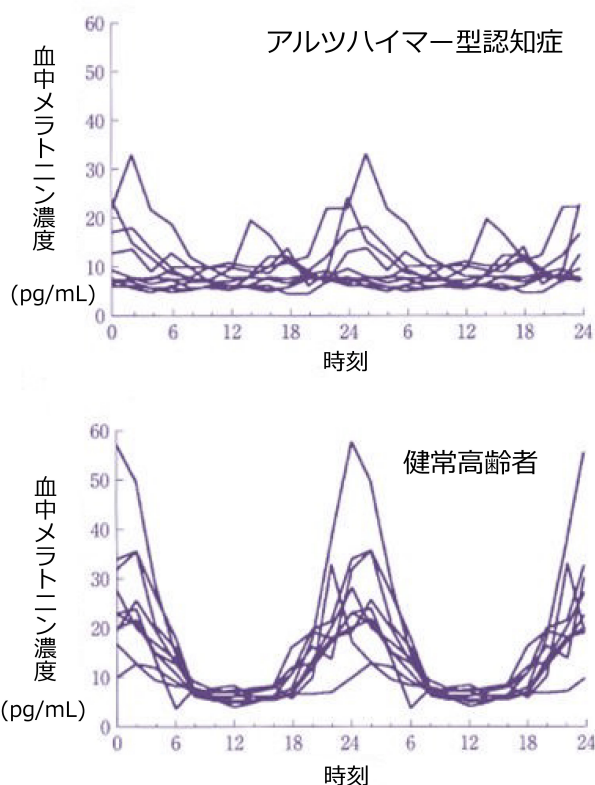


図2 アルツハイマー型認知症と健常高齢者のメラトニン分泌概日リズムの比較
(文献2より改変引用)

認知症における不眠治療の実際

表1に現在行われている主な治療法を示します³⁾。

1. 不眠の原因となる睡眠関連障害・内科疾患の治療

睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群、周期性四肢運動障害、レム睡眠行動障害などは睡眠を高度に障害するため、診断されたらまずはその治療が必要です。これらの疾患は認知症では増加することが報告されており、認知症の進行を早めるという報告もあります⁴⁾。睡眠中に時々呼吸が止まる、いびきが目立つ、「足がムズムズする」と訴える、周期的に足がピクつく、夢の内容が行動になって現れるなどの問題がある場合は、かかりつけ医ないし専門医に相談することをお勧めします。

夜間に度々目覚めるのが実は心疾患、糖尿病に起因する不整脈や低血糖に起因していた、夜間の寝ぼけが脳梗塞、脳出血の既往と関連した高齢発症のてんかん症状だった、というケースも稀ではありません。

2. 非薬物療法

認知症の不眠に対する治療は、非薬物療法、薬物療法ともに知見が積み重ねられている段階⁵⁻⁶⁾ですが、現時点では次のようなことが勧められています。非薬物療法についてはデイサービスなど、家族以外の方や家

睡眠の問題・全般的アプローチ		下記がある場合は	
非薬物療法		主なprimary sleep disorder	主な治療法
睡眠衛生指導 日中仮眠は最低限 痛み、痒み、尿意への対処 身体的活動 ある程度以上の強度・時間 社会参加 体内リズムの調整作用強い 高照度光療法 (bright light therapy: BLT) 午前中に光を十分に浴びる	薬物療法 メラトニン 鎮静系抗うつ薬 メラトニン受容体アゴニスト 非ベンゾジアゼピン系睡眠薬 ベンゾジアゼピン 抗認知症薬 (精神刺激薬)	睡眠時無呼吸症候群 (sleep apnea syndrome: SAS)	マウスピース装着 持続陽圧呼吸療法 (continuous positive airway pressure: CPAP) 外科的治療
		レストレスレッグス症候群 (restless legs syndrome: RLS)	鉄補充療法 ドーパミン作動薬 ガバペンチンエナカルビル
		周期性四肢運動障害 (periodic limb movement disorder: PLMD)	(RLS治療に準じる)
		レム睡眠行動障害 (REM sleep behavior disorder: RBD)	クロナゼパム メラトニン (メラトニン受容体アゴニスト)

表1 認知症の睡眠障害に現在使用される主な治療法 (文献3を改変)

庭外の環境を利用した実施を検討する場合があります。①睡眠環境や睡眠習慣をチェックする。昼寝については最小限にし、夜の睡眠に影響が出る午後3時以降を避け、長くても30分くらいと言われています。飲酒習慣も、睡眠を浅くする寝酒などは注意が必要です。②定期的な身体的活動を行う。中等度以上の身体活動を1時間弱程度が、睡眠覚醒リズム維持には有効という報告があります⁷⁾。③社会的な活動に参加する。これは体内時計を調節する強力な因子と言われています⁸⁾。

これまでの報告をみると、非薬物的治療は単独ではなく、いくつか組み合わせた方が効果的なようです。海外では介護者向けの教育プログラム⁹⁾なども開発されています。

その他、午前中などに光を浴びることで睡眠を改善する高照度光療法も注目されています¹⁰⁾。日中の光照射により、夜間メラトニン分泌が増加したという報告があります。

3. 薬物療法

睡眠薬の使用も検討されますが、成人の睡眠薬としてよく処方されるベンゾジアゼピン系睡眠薬は注意が必要で、かえって不眠が悪化したり、筋弛緩の副作用で転倒のリスクが高まる恐れがあります。最近では他の作用機序を持ち、上記のような副作用の少ない睡眠薬も上市されており、医師と相談しながら服用するという選択肢もあります。

〈参考文献〉

- 1) Mukherjee A, et al: Behavioural and psychological symptoms of dementia: correlates and impact on caregiver distress. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 7(3): 354–365, 2017
- 2) Mishima K, et al: Melatonin secretion rhythm disorders in patients with senile dementia of Alzheimer's type with disturbed sleep-waking. *Biol Psychiatry* 45(4): 417–21, 1999
- 3) 金野 倫子：認知症における不眠への対応・視点と方法. *睡眠医療*, 12: 513–521, 2018
- 4) Osorio RS, et al: Sleep-disordered breathing advances cognitive decline in the elderly. *Neurology* 84(19): 1964–71, 2015
- 5) Livingston G, et al: Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 390(10113): 2673–2734, 2017
- 6) McCleery J, et al: Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*11: CD009178, 2016
- 7) Kodama A, et al: Deriving the reference value from the circadian motor active patterns in the “nondementia” population, compared to the “dementia” population: what is the amount of physical activity conducive to the good circadian rhythm. *Chronobiol Int* 33:1056–1063, 2016
- 8) Naylor E, et al: Daily social and physical activity increases slow-wave sleep and daytime neuropsychological performance in the elderly. *Sleep* 23(1): 87–95, 2000
- 9) Tewary S, et al: Pilot test of a six-week group delivery caregiver training program to reduce sleep disturbances among older adults with dementia (Innovative practice). *Dementia (London)* 17(2): 234–243, 2018
- 10) van Maanen A, et al: The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews* 29: 52–62, 2015