

熊本県介護支援専門員更新研修 54時間（再研修・未経験者）

ケアマネジメントの展開

研修テーマ「認知症」

2020年1月21.22日
（医）医誠会 みつぐまち診療所
津野田尚子

介護の要因となる疾患の割合

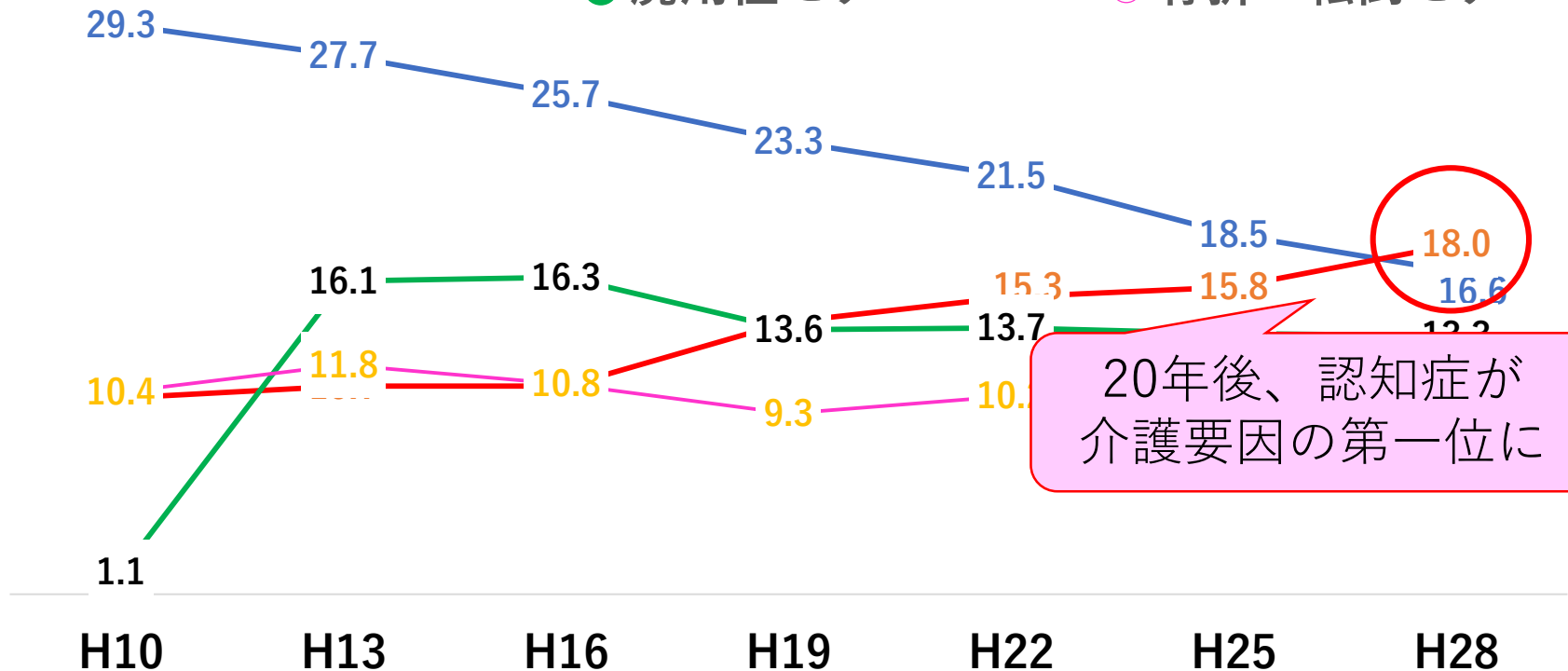
介護保険制度は
脳卒中（後遺症）モデル
を基盤に創設された。

○ 脳血管モデル

○ 認知症モデル

○ 廃用性モデル

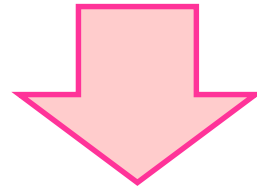
○ 骨折・転倒モデル



20年後、認知症が
介護要因の第一位に

本科目の目的

認知症の特性や療養の留意点、生じうる課題を踏まえた支援のポイントを理解する。



1. 認知症とその背景疾患を正しく理解する。
2. 認知症のくらしの課題や解決するためのチーム連携方法や役割分担を理解する。

本科目の修得目標

- ① 4つの代表的な認知症疾患の特徴とケアのポイントを述べられる。
- ② 認知症の生活上の留意点・倫理的対応や課題を説明できる。
- ③ 独居の認知症へのアプローチ方法について説明できる。
- ④ 同居する介護者家族に対する支援の方法や地域との共生、協働について説明できる。
- ⑤ 認知症ケアの視点に基づくケアマネジメントやそのポイント(・倫理的配慮、・医療・福祉の多職種連携、・行動・心理症状(BPSD)、・環境調整等)について説明できる。
- ⑥ 認知症の特徴を踏まえたケアマネジメントプロセスを実施できる。
- ⑦ 今後の認知症に対する継続学習の必要性を理解し具体的学習方法を習得する。

➡ 信頼できる専門医※)を確保することが望ましい。

※) 背景疾患の診断、予後、治療方針を詳しく説明し、診断後支援(診断後も本人、家族、介護支援者に並走し医療支援ができる医師。

認知症の人の支援のポイント

- ① ステージアプローチ
- ② パーソン・センタード・ケア
- ③ BPSDの軽減
- ④ 家族への支援
- ⑤ 医学・医療・福祉の連携
(チームの役割分担)



四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

1. 認知症事例を学ぶ意義

(1) 認知症の有病率＝加齢に伴い上昇(加齢は最大のリスク因子)
(誰にでも加齢とともに生じうる ✕ 老化と同じ)

(2) 認知症の将来推計 2025年には約700万人前後

※65歳以上人口の5人に1人

(3) 要支援・要介護者に占める「認知症の日常生活自立度Ⅱ」
以上の割合 約60%(要介護者に限ると約75%)

(4) (介護支援上の)認知症の特性

- ・自分の認知機能の低下を本人が正しく把握できない。(病識欠如)
- ・その場とマッチしない言動・行動が生じ、周囲の人と軋轢が発生する。
(病感の存在が生み出す症状の二面性)
- ・原因疾患は進行性のものが多く、いずれは嚥下機能が低下し、死に至ると
いう進行過程を示す病である。
緩徐進行、完治困難、高度進行期に身体機能低下

四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

2. 認知症の定義と原因疾患

(1) 認知症の定義 ➡ 用語の解釈

- 脳に生じた病変により正常な社会生活が営めなくなるほど、認知機能が低下した状態。
- 覚醒している時の状態で、意識障害がないこと。
- その状態が6か月以上継続していること。

(2) 原因疾患 ➡ 代表疾患のイメージ

- 4大疾患で大部分を占めるがほかにも多数ある。
- 原因疾患の中には治療可能な疾患があるので早期の鑑別診断が大切。

四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

3. 代表的認知症の知識

(1) アルツハイマー型認知症の症状と経過

○初期、中期、末期、終末期のステージの特徴(200頁～202頁)

(2) 血管性認知症

○前回の「脳血管に関する事例」で学習済

(3) レビー小体型認知症

○リアルな幻視、家族を他人と思う誤認妄想、幻の同居人が特徴

○転倒リスクが高いことを関係者間で共有する必要がある。

四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

4. 治療可能な認知症の原因疾患

○認知症の原因疾患には、下記のように治療可能なものがあるので、早期に認知症の鑑別診断を受けることが大切です。

(1) 正常圧水頭症

(2) 慢性硬膜下血腫

(3) その他

① 甲状腺機能低下症

② 慢性アルコール中毒

③ ビタミンB₁₂欠乏症

④ 脳腫瘍

四つの代表的な認知症の特徴とケアのポイント

5. 他の症状との区別

(1) 加齢に伴う健忘

○加齢に伴う健忘と認知症の健忘は異なる特徴を示す。

○認知症の健忘は、日常生活に支障をきたす。

(2) せん妄・てんかん(部分発作が大半で目立たない)

○せん妄は意識障害であり、認知症の症状ではない。

○しかし、認知症にはしばしばせん妄が合併する。

○せん妄を引き起こす原因を取り除くと、せん妄は消失する

(?)。

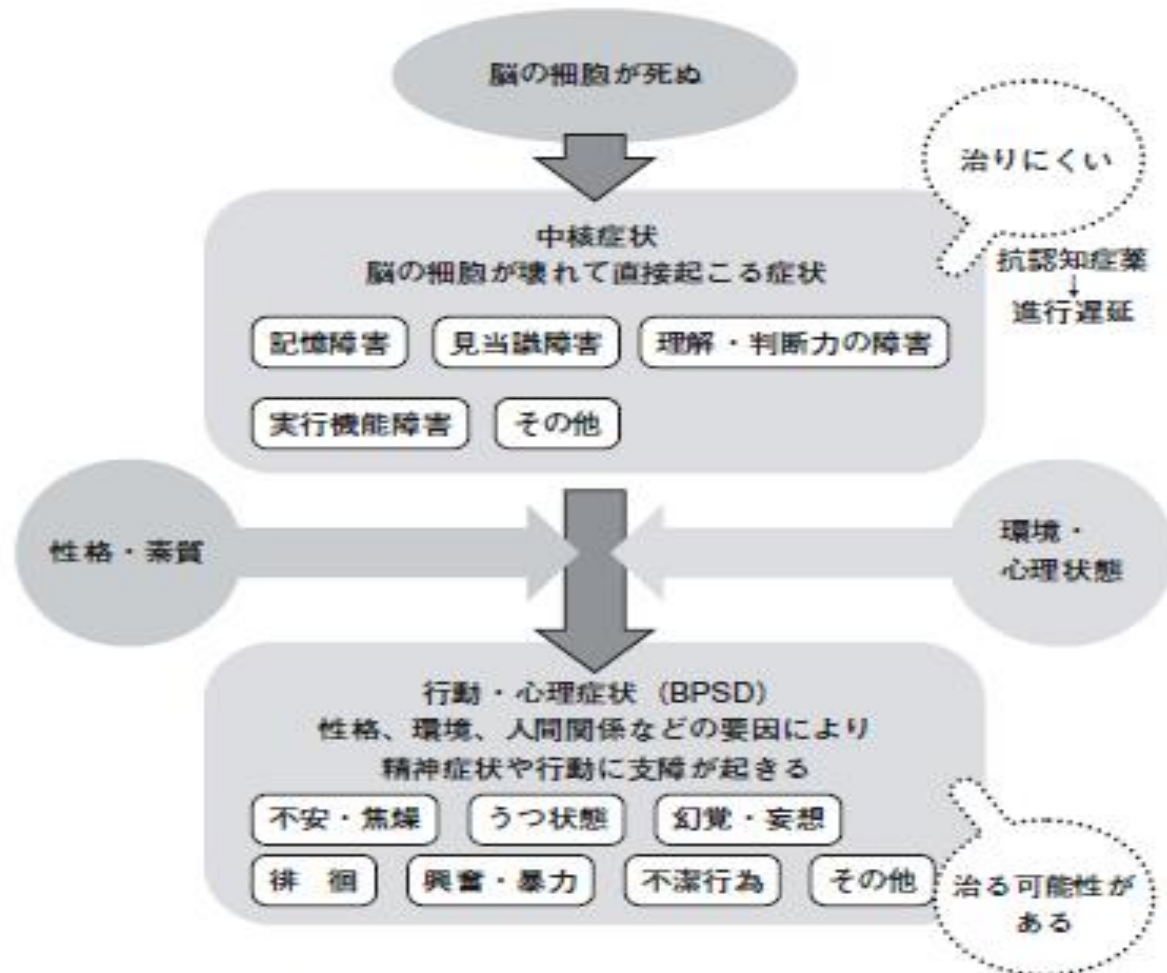
(3) うつとアパシー

○「うつ病」と「認知症のうつ症状」は異なるので、鑑別診断が必要である。

○アパシーは、やる気がなく自発性が低下し、一日中ボーとして無為・無欲いるが、うつ病のような「死にたい」という悲観的な訴えはない。血管性認知症にみられる。

療養上の留意点・倫理的な対応 及び起こりやすい課題

1. 認知症の症状と生活障害



療養上の留意点・倫理的な対応 及び起こりやすい課題

2. 中核症状の理解

(1) 記憶の分類と記憶障害の特徴

記憶の内容	陳述記憶(エピソード記憶、意味記憶) 非陳述記憶(手続き記憶)※比較的残っている。	
記憶の保持 (神経心理学的分類)	即時記憶 近時記憶 遠隔記憶※比較的残っている	
記憶の保持 (認知心理学)	短期記憶 長期記憶※比較的残っている。	作業記憶(ワーキングメモリー)※遂行機能障害の要因となる。
記憶の段階	記銘(海馬が行う、新しい記憶を覚え込むこと) 保持(側頭葉で保持すること) 想起(前頭葉で検索し、繋ぎ合わせて思い出すこと)	

療養上の留意点・倫理的な対応 及び起こりやすい課題

2. 中核症状の理解

(2) 見当識障害

- 時間の経過がわからない、季節がわからない
- 方向がわからない、場所の見当がつけられない
- 人物の顔を識別できない

(3) 理解・判断力障害

- 考えるスピードが遅くなる→急がせない
- 二つのことが重なると処理不能→一つずつゆっくりと、感覚入力を制限
- 自動券売機や銀行のATM を使えない。ファックス・全自動洗濯機やIH 調理器の使用も難しい。

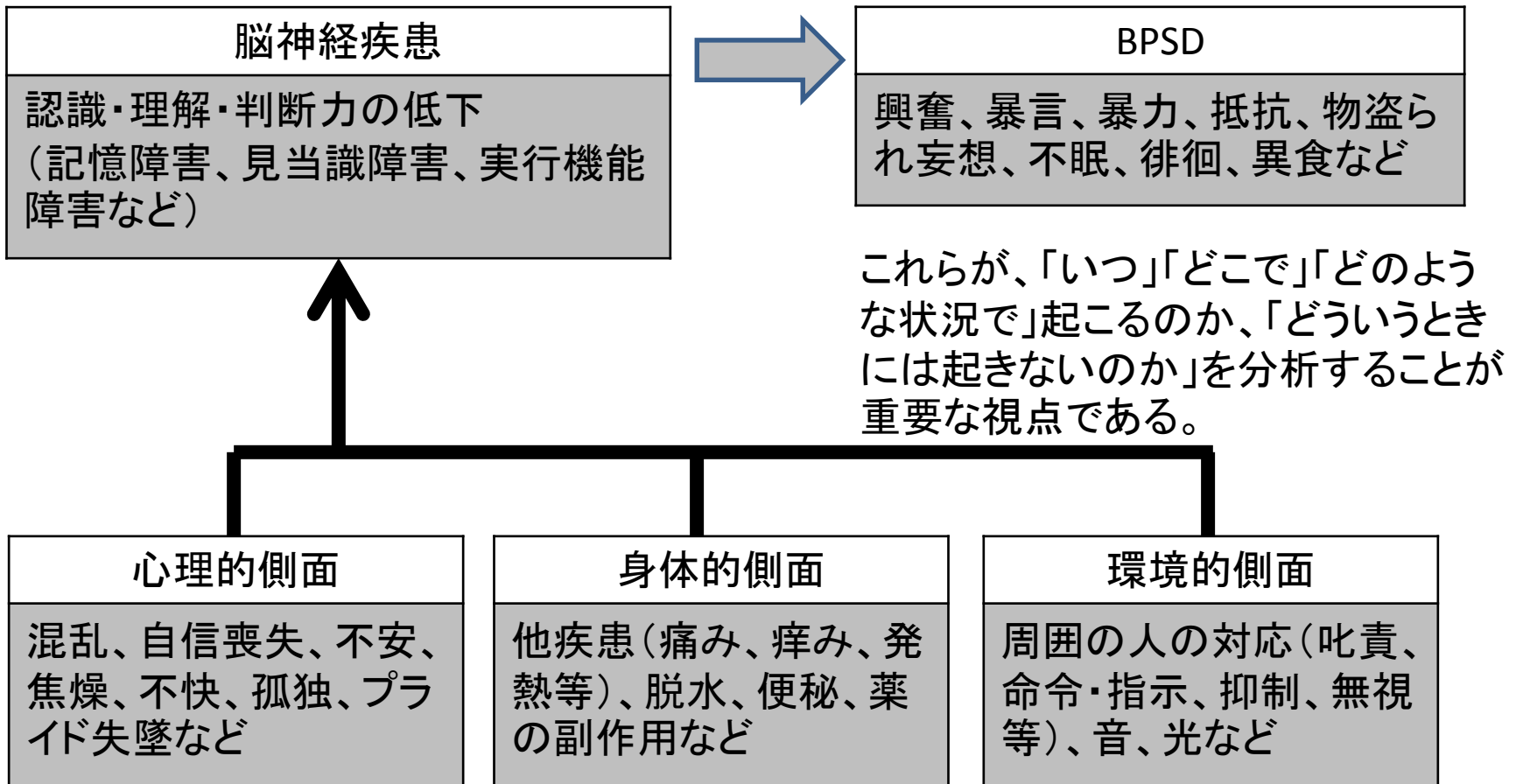
(4) 遂行機能障害(実行機能障害)

- 計画立案、按配・遂行が困難になり、家事ができない、一人暮らしが困難になる

療養上の留意点・倫理的な対応 及び起こりやすい課題

3. 行動・心理症状(BPSD)の理解

BPSDを引き起こす要因とその分析



療養上の留意点・倫理的な対応 及び起こりやすい課題

4. 認知症のステージアプローチ

表15-③-14 認知症の進行過程（アルツハイマー型認知症を想定。MMSE 得点は目安で個人差大）

① 初期／軽度 MMSE19点以上	健忘が中心で、認知障害により金銭管理や買い物、服薬管理などの IADL 障害がみられるが、基本的 ADL は保たれる。
② 中期／中等度 MMSE11～18点	聞いたことをすぐに忘れるようになる。簡単な食事の用意も難しくなる。服を順番に渡す必要など、基本的 ADL に支援が必要になる。
③ 進行期／重度 MMSE 1～10点	服のそでに腕を通すことが困難（着衣失行）など、認知機能障害が重度となり、言葉も減り（失語症）、コミュニケーションが難しくなり、運動機能も徐々に衰える。随意的な排尿コントロールができなくなり、尿失禁となる。
④ 終末期 MMSE 0 点	寝たきりになり、発語はほとんどなく、尿便失禁、随意的な嚥下が困難となる。しばしば誤嚥を起こし、いずれは死に至る。

療養上の留意点・倫理的な対応 及び起こりやすい課題

5. 薬物療法と非薬物療法

1 薬物療法と介護支援専門員の役割

- 利用者に処方されている薬物の有効性と副作用を知ること。

 - ※代表的な認知症の治療の項を参照

- 利用者の生活場面の変化を医師に情報提供する。

- 医師は、利用者の生活場面の変化を把握して、薬物療法の参考とする。

- 医師の処方内容が変わった時は、特にその後の生活場面の変化をケアチームで観察し、医師に情報提供する必要がある。

2 非薬物療法

- 利用者が、活動と参加、居場所と出番の機会を得ることにより、精神状態の安定、意欲と自信の回復に作用することが期待される。

- 利用者の生活歴、性格、気質などの情報収集が重要である

独居で認知症の要介護者等における アプローチの視点や方法

1. 認知症の本質の理解

- 認知症の本質は、自分の認知機能の低下を本人が正しく把握できないことにある。
- その場にマッチしない言動・行動が生ずる。周囲との軋轢が生じる。本人と周囲との悪循環が深まる構造が潜在している。
- だからと言って、認知症の人は「何も分からなくなった人」ではない。
- 「その人にとっては、何らかの意味がある言動・行動をしている」ととらえるべき。
- 相手の立場に立って「その理由」を考える「利用者本位」の視点が大切である。
- そのためのケア理論の基本となるのがパーソン・センター・ケアの5つのアプローチである。

独居で認知症の要介護者等における アプローチの視点や方法

2. パーソン・センタード・ケア

認知症の人の行動は、脳神経疾患だけではなく、下表の五つの要因とその他の環境やその時の本人の心理状況の相互作用の表れである。

表15 - ③ - 3 - 1 パーソン・センタード・ケアの五つのアプローチ

要 因	内 容
脳神経疾患	認知症の原因疾患、病期など、脳病変で損なわれた機能と残っている機能など
身体状況・感覚	認知症以外の疾患、視力や聴力、歯の状態など
生活歴	学歴、成育歴、職歴、結婚歴など、経済状況、趣味や知己での活動など
性格・気質	もともとの性格、気質、能力、物事に対しての対処スタイルなど
心理社会関係	人とのかかわり方、介護者や周囲の人への認識、支援する人などの対人関係など、本人とかかわるすべての人との関係性について

独居で認知症の要介護者等における アプローチの視点や方法

3. 独居の本人に対するアセスメント

- (1) パーソン・センタード・ケアの五つのアプローチに焦点を当てて、認知症の原因疾患、服薬状況や現在の健康状態、本人の生活歴、性格・気質、周囲の人との関係性、今の置かれている環境に対する本人の心理状況等に関する情報を収集し、それらの相互作用を分析する。
- (2) 本人を取り巻くインフォーマルサポートのエコマップを作り、近隣の人やいろいろなお店の人たちがどのような支援をしているか、最近の本人の様子はどうかなどの情報が得られる関係性づくりができれば、地域包括ケアになる。
- (3) ケアチームが本人の受診、医師の指示、薬物療法状況を知り、本人の服薬管理や他の生活状況が医師に伝わる、情報循環型の仕組みが必要になる。

独居で認知症の要介護者等における アプローチの視点や方法

4. 独居本人に対するケアプランの留意点

- (1) 健康状態の悪化の防止
- (2) 服薬管理
- (3) 脱水の予防
- (4) 栄養状態の悪化の防止
- (5) 金銭管理の必要性
- (6) IADLの把握

5. 独居の認知症の人のリスクマネジメント

- 予測されるリスクの要因の把握と関係者の情報共有が大切

認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の必要性

1. 家族に対する支援①

(1) 家族の四つの心理的ステップの理解

第1ステップ 否定

第2ステップ 混乱

第3ステップ 諦め

第4ステップ 受容

本人も家族も事態の理解ができずに悪循環に陥る。

※できるだけ早く家族を第4ステップに！

(2) 家族への助言

①認知症は長生きするほど、誰でもなる病気である。

②BPSDはよくなる可能性がある。

③介護者が変わると介護も変わる。

認知症の要介護者と同居している家族に対する支援 や地域への配慮と協働の必要性

1. 家族に対する支援②

(3) 介護家族の四つの苦しみの理解

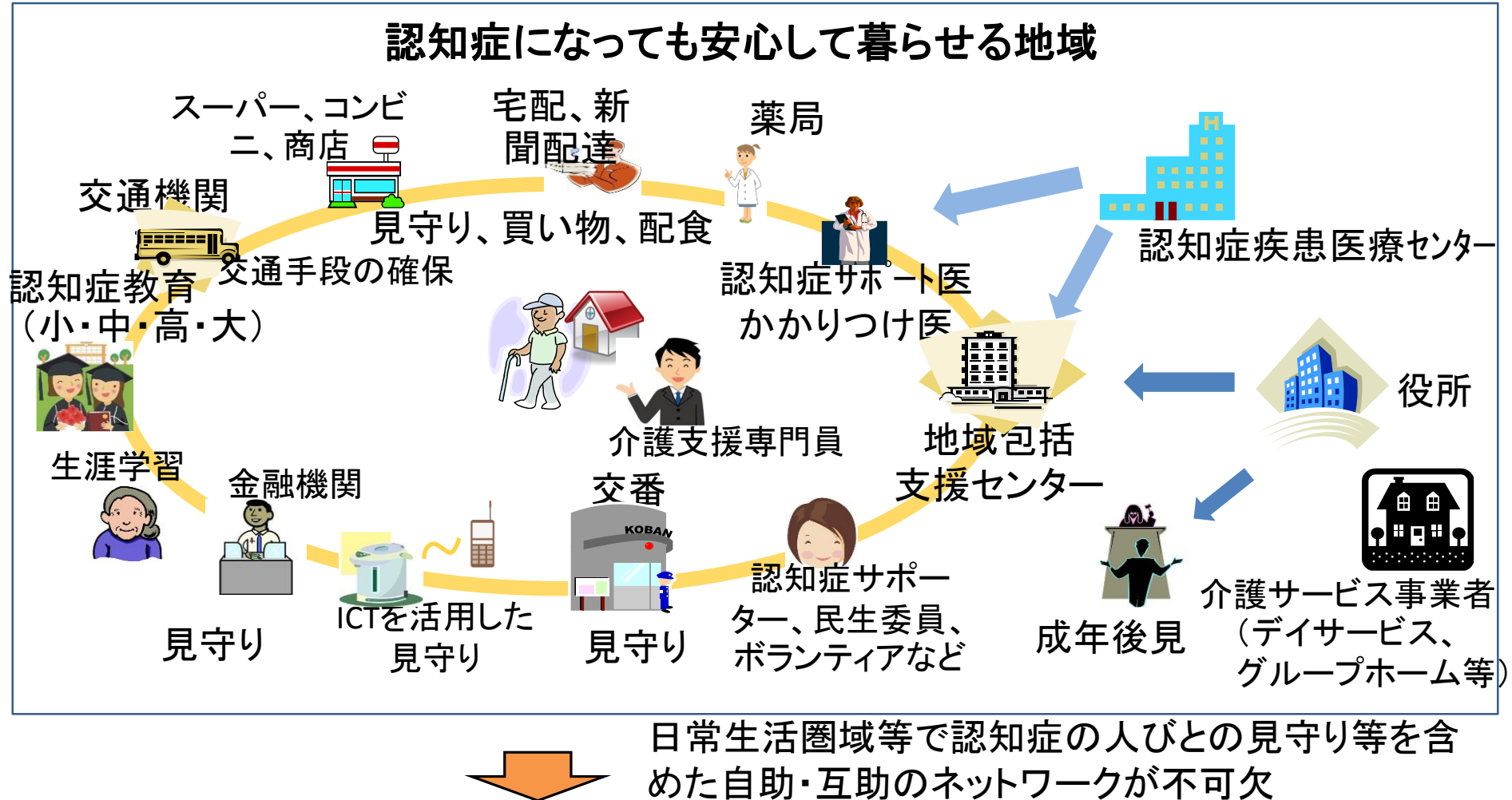
- ① 24時間気の休まるときのない介護
- ② 家族生活が混乱
- ③ 先行きの大きな不安
- ④ 孤立無援の思い

(4) 家族のアセスメント

- 介護負担感、ストレス、認知症に関する理解度 など
- 在宅ケア継続か施設ケアを希望しているか など

2. 認知症の人と地域包括ケア

○社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。



関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開

認知症の要介護者と同居している家族に対する支援 や地域への配慮と協働の必要性

3. 地域の社会資源との協働の必要性

(1) 地域ぐるみで認知症の人と家族を支える

○高齢になれば誰だって認知機能は低下する。

○ちょっとしたミスを攻めるのではなく、見守り、さりげない手伝いをして、本人のプライドを損なわない配慮ができる住民を如何に増やすか。

(2) フォーマルサービス・インフォーマルサポート

○フォーマルサービスに加え、認知症カフェなど活動と参加の場、家族会、見守り隊、SOSネットワーク、ゴミ処理・買物支援し隊、傾聴、散歩同行などの支援を増やすには、1と関連する。

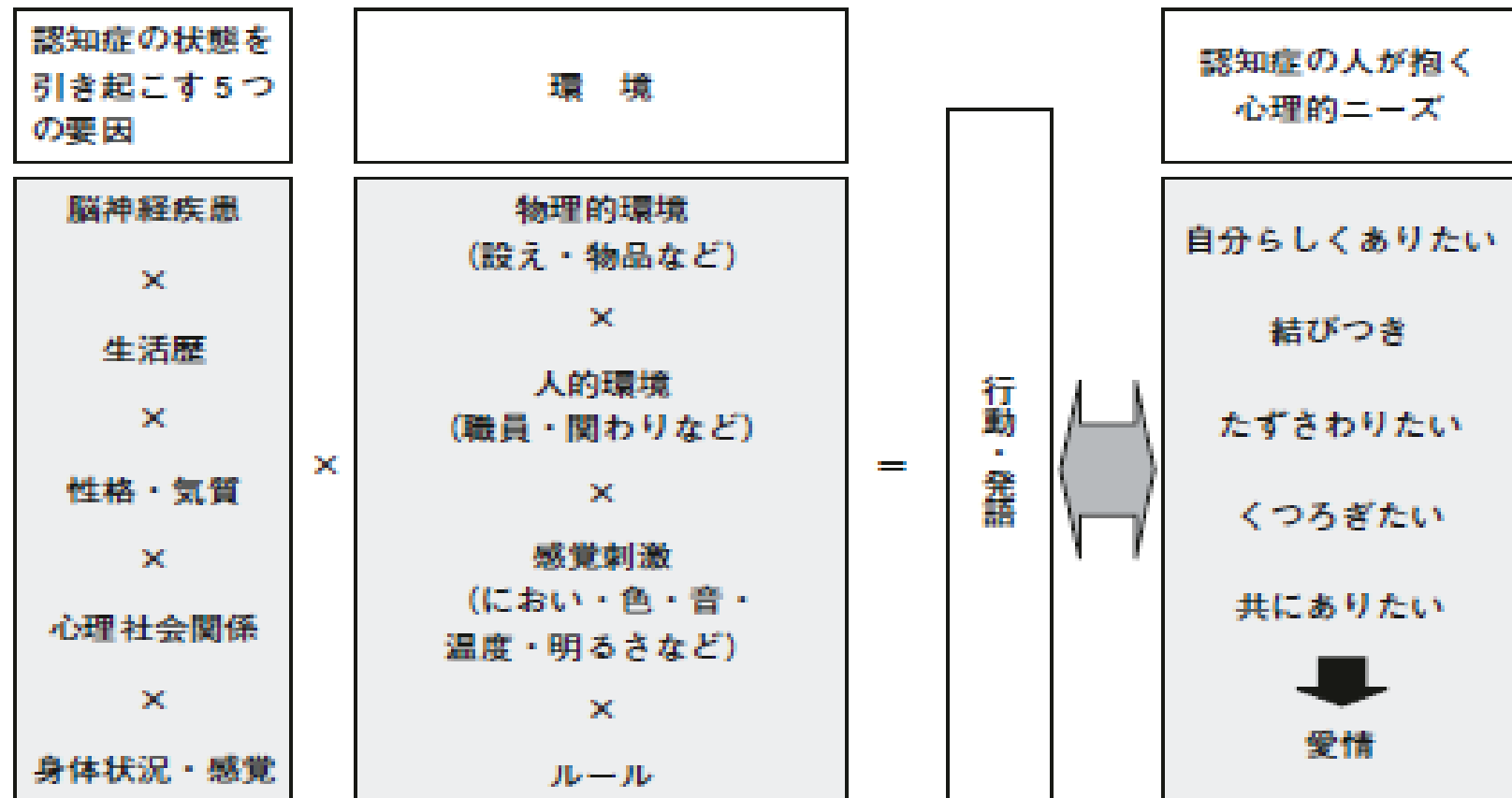
(3) 新オレンジプランの施策を活用する。

(4) 権利擁護の視点を持つ。

認知症ケアの考え方にに基づき、 ケアマネジメントへの展開方法のポイント

1. 行動・心理症状(BPSD)、環境調整へのアプローチ

図15 - ③ - 5 - 1 認知症の人の行動の要因と相互作用



2. ひもときシートの活用も有効な選択肢

認知症の特性に応じた ケアマネジメントプロセス

1 認知症の人に対応した特別なケアマネジメントプロセスはない。

2 認知症の特性を理解したケアマネジメントの留意点

○基本的視点は、パーソン・センタード・ケアの考え方に立脚
(例)

- ・生活歴、性格・気質、病気になる前の生活習慣を知り、行動の意味を知るという視点をもつ。
- ・本人のプライドが満たされているかどうか探る(人間関係:受容されているか、孤立、阻害されているか)。
- ・できること、できるようになると思われることを探る(セルフケア、活動と参加)。
- ・心身の状況に影響を与える服薬、睡眠障害、脱水、低栄養、便秘、口腔機能低下などの有無を把握する。
- ・五感への影響を把握する。 など

本日の目評

1. 認知症と背景疾患（病態）
2. 認知症を抱えて生きるとは
3. 認知症を支える地域連携
4. 最近の動向

1. 認知症と背景疾患(病態)

認知症と認知症疾患の用語の違い

■ 認知症:「生活しょうがい」を表す総称

通常に成人まで成長した脳が、何らかの要因によって障害され、1人では生活できなくなった状態。緩徐に進行する。

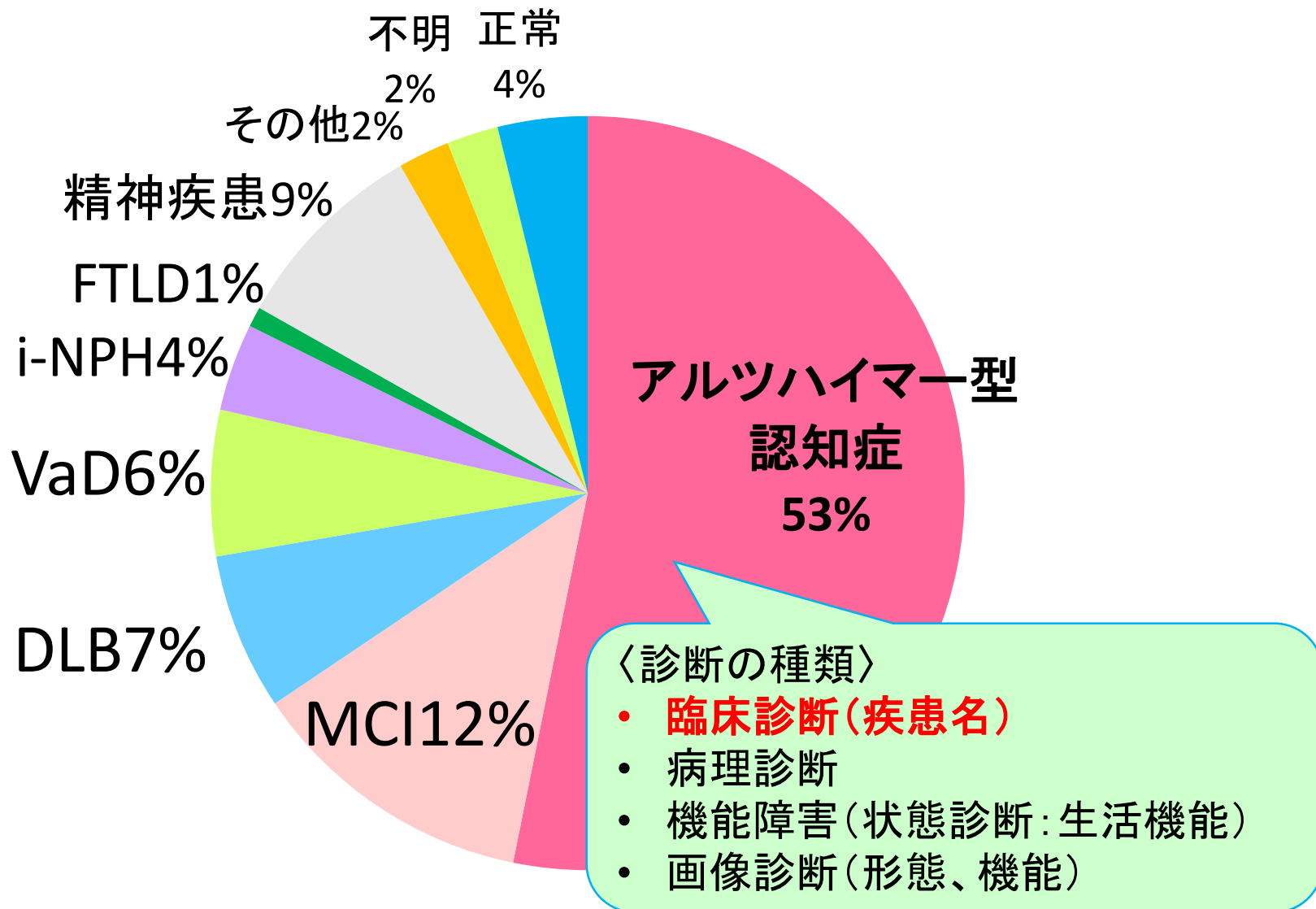
■ 認知症(背景)疾患:「原因」病名

アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉型認知症、特発性正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、難病指定パーキンソン関連疾患(大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺)、梅毒、辺縁系脳炎群、クロイツフェルトヤコブ病など多彩。



認知症か否かではなく、生じている病態・機能障害を把握しQOL(生きずらさ)の質を上げるために医学的早期介入が予後にも影響する。

診断分類(自験例:2007.4~2018.12)



地域認知症専門外来の役割

1. 診断 疾病診断と状況診断(生活機能、心理、環境)
2. 治療 進行抑制+「生きづらさ」(QOL)の緩和支援

診断はゴールではなくスタート(診断後支援が重要)

1. 本人支援:受容支援(早期介入による取組み強化)
2. 家族・介護者支援:病状理解、受容支援

3. 急変時対応(BPSD+身体合併症)

➡「不安定前提外来」(もしもの備えが必要)

認知症の背景疾患

a. 診断の重要性

認知症背景疾患の診断

問診

(病歴・既往歴・生活歴・現在の状況)

診察

(認知機能・神経学的所見・精神医学的所見・内科所見)

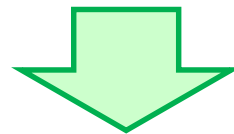
諸検査

画像検査

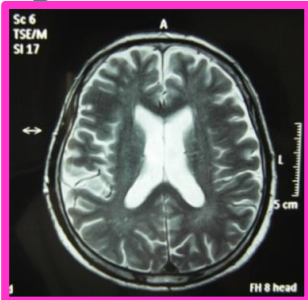
MRI. CT.
SPECT. MIBG ect.

血液検査等

心理検査



診断(状況把握)



評価尺度:神経心理学的・神経行動学の検査

神経心理学的・神経行動学の検査

評価領域

Mini-Mental State Examination (MMSE)

全般的認知機能

Clinical Dementia Rating (CDR)

認知症重症度

WMS-R Logical Memory I and II

近時記憶

WMS-R Digit Span

注意

VPTA 錯綜図課題

認知(高次脳)機能

視覚認知

Clock Drawing Test

遂行機能・構成

Word Fluency Task

遂行機能、言語

Frontal Assessment Battery (FAB)

前頭葉機能

呼称課題

言語

エンジンバラ方式利き手テスト

利き手

Short Memory Questionnaire (SMQ)

生活機能

日常生活健忘

Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)

基本的ADL

Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

道具的ADL

Neuropsychiatric Inventory (NPI)

精神機能

精神行動症状

Geriatric Depression Scale (GDS)

うつ

Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)

介護負担感

介護負担

画像診断の意義と有用性

- 脳器質性病変の存在診断

=最低限の診断精度

- 脳病変の質的な把握

=低侵襲に生活障害や予後の把握が可能になる

➡チーム全体で綿密な治療戦略・QOL対策が可能に

臨床症状の限界

実際に「アルツハイマー型認知症」と
診断された他の疾患

事例1:75才女性1人暮らし:アルツハイマー型認知症？



元来あまり病気をしたことはなかった。元気で明るい女性だった。
2年頃前から、知人を思い出せない、家族と話した内容を覚えていない等出現。
家族は年のせいかなと思っていた。
半年後、更に物忘れが進行、言い訳が増え、家から出る機会が減る。
自宅でも、整理整頓していたが、廊下や部屋が物が散らかりだす。
1年前には、食事を作らなくなり近所で弁当や総菜を買って食べる事が増える。
この頃から、通帳や財布など貴重品を何度もなくす、いつも探し物をしている、
高額な訪問販売と契約が増える。冷蔵庫の中にはいくつも同じものの痛んだ物が
詰め込まれている。この頃には、ドロボーが入った、財布や服を盗られたと言って
興奮するようになる。かかりつけも6か月程自己中断
体の動きは良いが、表情は乏しく、家の中で何もせずごろごろ、夜になると、
物を片付けたり、探し物をして一晩中ゴソゴソしているが作業ははかどらない。
朝と夕の区別がつかなくなっており、会話も理解が曖昧になる。
→心配した家族が診療所へ相談、受診となる。

症例1 80代女性

主訴: 物忘れ、意欲低下、頭がぼんやりする

現病歴:

1年前頃から物忘れが出現した。

かかりつけ医でアルツハイマー型認知症と診断、
抗認知症薬服用を開始したが、どんどん悪化する。

知人の勧めで当院紹介

受診時現症:

MMSE18/30

独歩可能で運動機能障害なし

【印象】 臨床症状からはADで矛盾はない。

症例2 70代男性

主訴: 進行する物忘れ、ボンヤリしている

現病歴:

3年前、脳梗塞で片麻痺が残った。

1年前～物忘れ出現、抗認知症薬服用を開始

2か月前、脳梗塞再発の診断で入院した。

1か月後自宅退院したが、会話がつたつたが合わず、ぼんやりしている。失禁、歩行 意識障害の要因は？ 進んだ。

認知症が進行していると。レビー小体病？ 初診。

初診時: MMSE 12/30 (全般性失禁、覚醒不良)

【印象】 認知機能の前に意識障がいがある可能性。

症例3 80代女性

主訴: 頭が重い

現病歴:

頭痛で近医脳外科へ受診

症例4 80代男性

主訴:意欲低下、物忘れ、

現病歴:

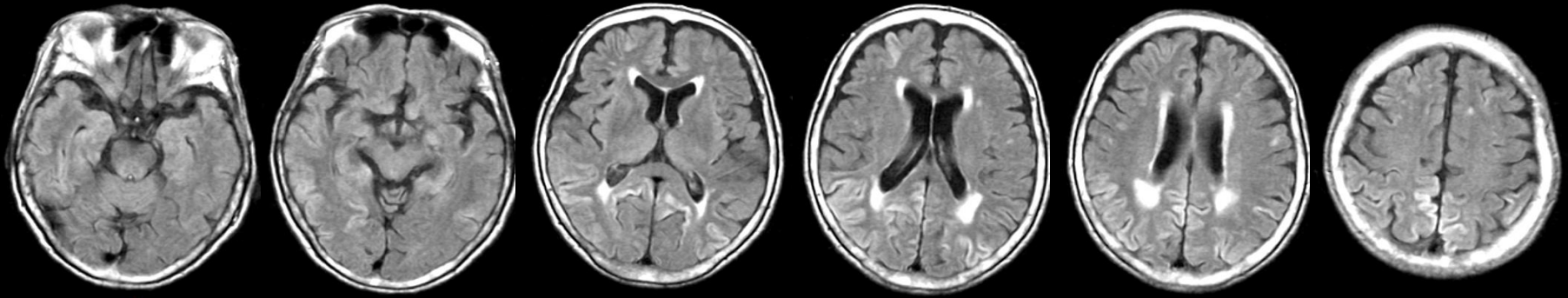
2年程前から物忘れが出現した。

2か月ごろ前から急速に物忘れが進行、意欲も低下し、会話も殆どなくなって、認知症が進んだと受診。

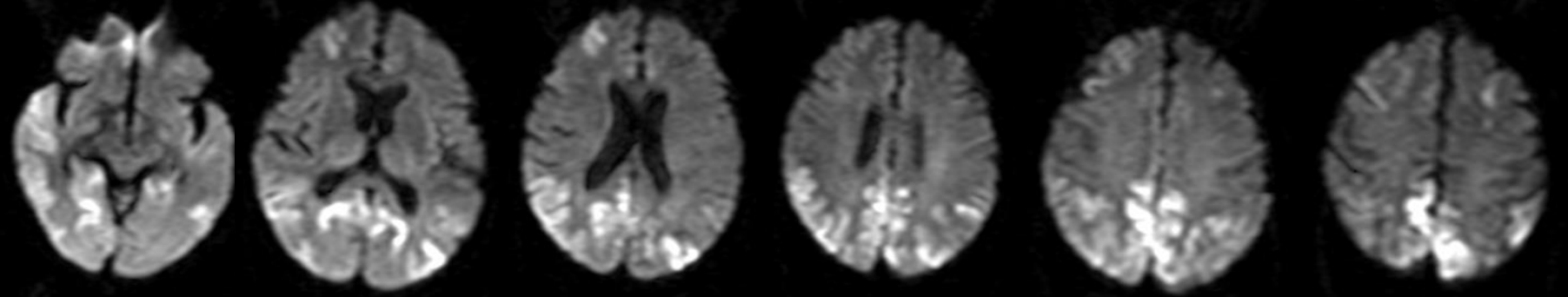
受診時現症: MMSE10/30

車いすで来院し、診察中もぼんやりしているが会話は可能

症例 3



FLAIR



DWI

クロイツフェルト.ヤコブ病 (Creutzfeldt-Jakob disease: CJD)

- プリオン蛋白要因の異常、100万人に1人、50~70才好発
- 1~3か月と比較的早い認知機能低下の進行、発症から1~2年で死亡
- 診断は画像が決めて:DWI,FLAIR,T2WIで特徴的所見(尾状核頭部、視床、皮質)

症例5 70代女性

主訴: 物忘れが急に悪化した、夜間不眠・徘徊

現病歴:

3年前～物忘れ出現。近医脳外科でMRI撮影脳梗塞を指摘された。

1年前、しびれで再診時も頭部MRIで新たな脳梗塞指摘
3か月前、コンロに皿を置く、洗剤で歯を磨く等、奇妙な行動をする。夜もごそごそ起きて徘徊するため初診。

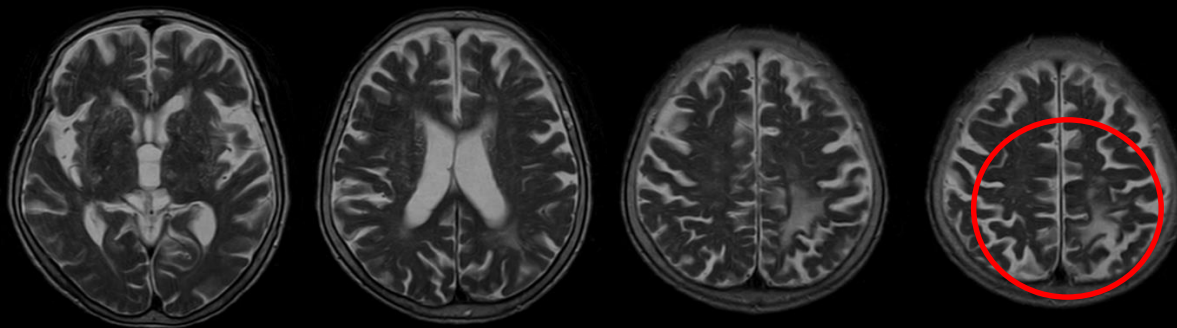
初診時現症: MMSE11/30

穏やかでおとなしい、麻痺など神経学的所見なし
ぼんやり感が強く、会話がつなげられない。

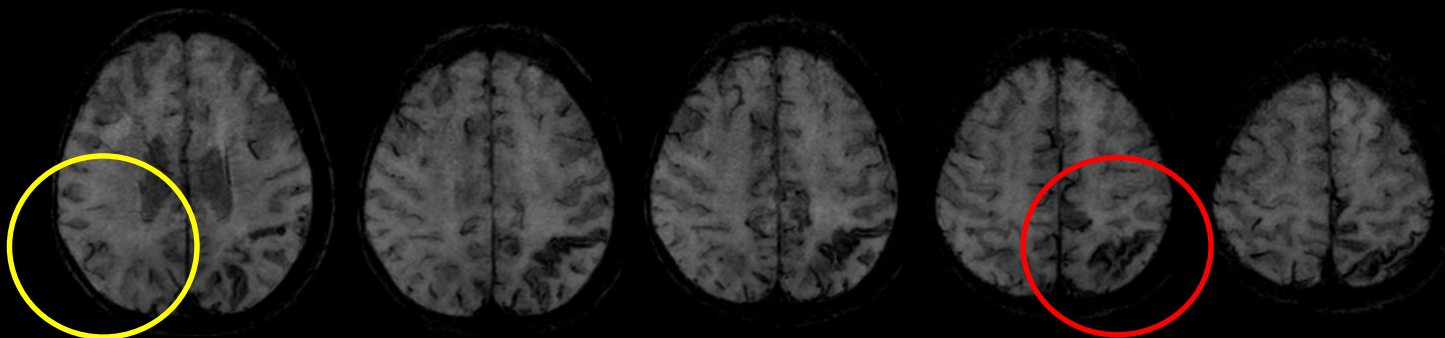
【印象】 脳血管性認知症とせん妄？

症例.5

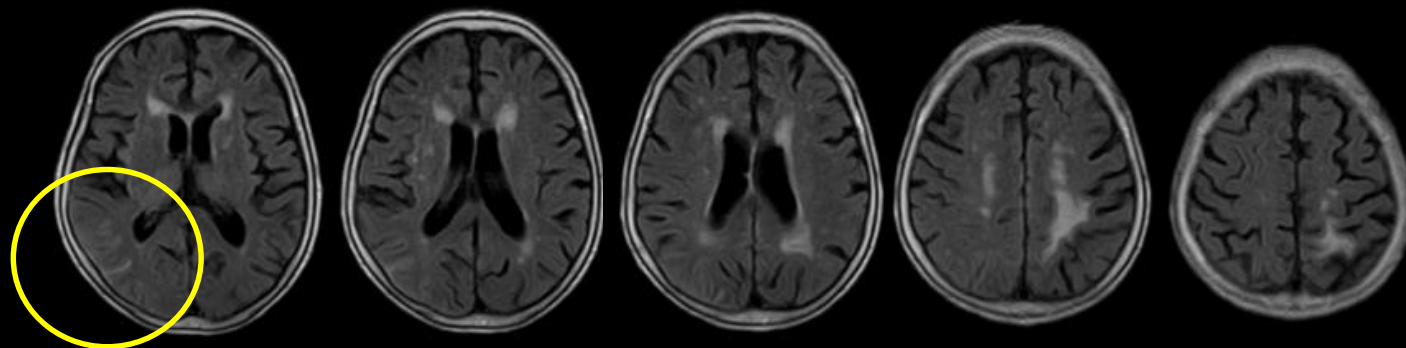
T2WI



SWI



FRAIR



診断:アミロイドアンギオパチーに伴う
脳内出血及びくも膜下出血

診断や状態を変わらないと思ひ込まない

- 基礎に認知症があっても、新たな疾患の合併が別の様子を生み出すことは珍しくない！
 - － ボンヤリする
 - － 歩行障害
 - － あまり話さない
 - － 傾眠
 - － 失禁
 - － 食欲低下
 - － 痙攣(てんかん)
 - － 夜間不眠(せん妄)

治らないのに診断を厳密に行う意義はない それは全くの間違いです

- 治らないからこそ、障がいを抱えながら生きなくてはならない。
- 今、何が生じているかをより正しく把握することからQOL維持は始まる。
- 特に画像診断は活用方法が間違っていなければ(専門外来での利用)患者の将来・治療にとってお値段以上のメリットがあります。

事例2 72歳女性:びまん性レビー小体型認知症

2年ほど前から時々ボンヤリして話しかけてもはっきりしないことがあった。しかし、普段はしっかりしており、物忘れもなかった。

1年前くらいから普段より動きにくさを感じることがあり、歩くスピードや動作も緩慢になった。ボンヤリする際、表情が変わり口調も乱暴になり人が変わったようになった。

夜間トイレが頻回となり、寝言や叫び声、体動が出現。

3か月前から、自室に近所の工事現場の人が住んでいると食事や布団を準備するようになる。

また、その中の若い女性と夫が不貞を働いている、子供を抱いてる女性が見えると言い、興奮して夫を毎日責めるようになった。

➡心配して夫と共に診療所へ受診。



DLBの診断基準(2017年改訂版)(気づきのケア)

中心的特徴(必須症状)

進行性認知機能低下により、生活に支障をきたしている

中核的特徴

1. 認知機能(注意・集中)の変動
2. 繰り返し出現する具体的な幻視
3. 誘因のないパーキンソニズム
4. 睡眠行動異常症(RBD)

指標的バイオマーカー

1. 大脳基底核でドーパミントランスポート取り込み低下
2. MIBG心筋シンチグラフィーで取込み低下
3. 睡眠ポリグラフ検査で筋活動低下を伴わないレム睡眠

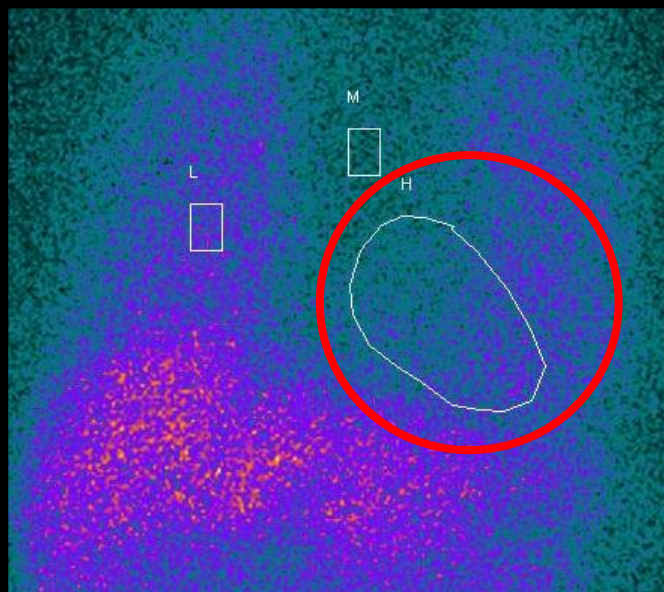
示唆的特徴

- 顕著な自立神経失調症(便秘、起立性低血圧、尿失禁)、失神・原因不明の意識障害、
- 幻視以外の幻覚、妄想、アパシー、不安、抑うつ、抗精神病薬に対する過敏症、
- 繰り返す転倒、姿勢の不安定さ、過眠、嗅覚低下

MIBG心筋交感神経 シンチグラフィー

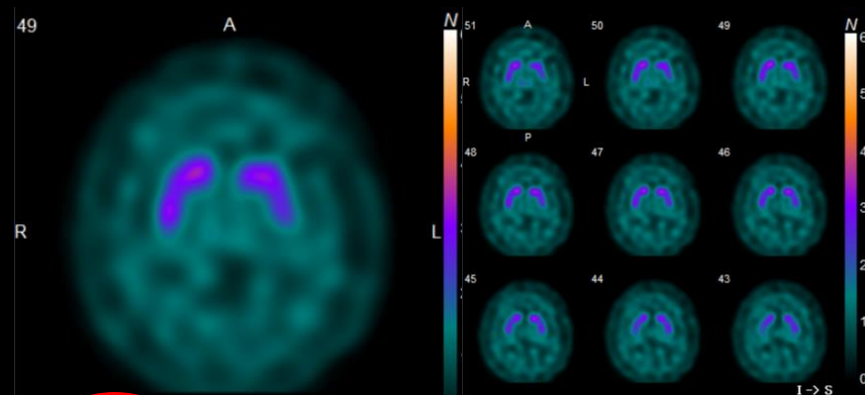
機能画像診断の重要な役割

パーキンソン病、レビー小体型認知症
進行性核上性麻痺、多系統萎縮症
大脳皮質基底核変性症、薬剤性PD等



- early H/M ratio = 1.51
- delay H/M ratio = 1.28
- Wash out rate = 46%

ドーパミントランスポーター SPECT (イオフルパンSPECT)



	Right	Left	Ave.	A.I.
SBR _{Bolt}	2.33	1.51	1.92	42.6%
Z-score	-3.42	-4.03	-3.72	
Database(76y) Ave. = 6.94 S.D. = 1.35				



黒質線条体ドーパミン
神経細胞への親和性の
高いイオフルパン
を用いて変性脱落の
程度を図る検査
SBRの標準化で信頼
性向上使いやすくな
った。

事例3 68歳男性 特発性正常圧水頭症の一例

定年後は趣味をしながら暮らしていた。

1年くらい前から足が思うようにあがらない、動かしにくさを感じ出す。歩行時に転びやすくなり、次第に歩く姿勢が股が広がり、歩幅は小さくなり、こわばったような危なげな動きとなる。

半年前から尿失禁が出現、次第に意欲が低下し出かけなくなる。全体にまったりしてゴロゴロ生活しているが「やればできる」こともあり、記憶も特筆するほど悪いということもなかったのもので、周囲は認知症とはおもっていなかった。

脳に異常はないか心配で妻と共に診療所へ来院。

→頭部MRI等で診断、脳外科へ紹介

➡治療後、意欲回復、歩行回復、生活が変わりととても喜ばれた。

➡治療が可能な認知症疾患



症例6.

診断:特発性正常圧水頭症 (iNPH)

MRI画像:DESH lesion(高位円蓋部脳溝狭小化、脳室拡大EI>0.3、シルビウス裂拡大)

臨床症状:認知症(意欲低下、前頭葉機能低下)、歩行障害、尿失禁=3徴

近年認知症変性疾患との関与が示唆、合併例が存在
SINPHONI(他施設共同研究)

治療方針:歩行障害:シャントによる減圧治療(VP,LPシャント)

術後変化:

- 歩行→すくみが減り自由に動けるようになり、畑仕事を再開した。
- 認知症→意欲が戻り、今まで通りに毎日の日課をできるようになった。
- 失禁: 常時パット内失禁、漏れても一日換えなかった。
→昼はトイレ、夜はPトイレ、失禁消失。

生活上最も鑑別の重要な疾患
せん妄

せん妄:認知症と間違えやすい疾患

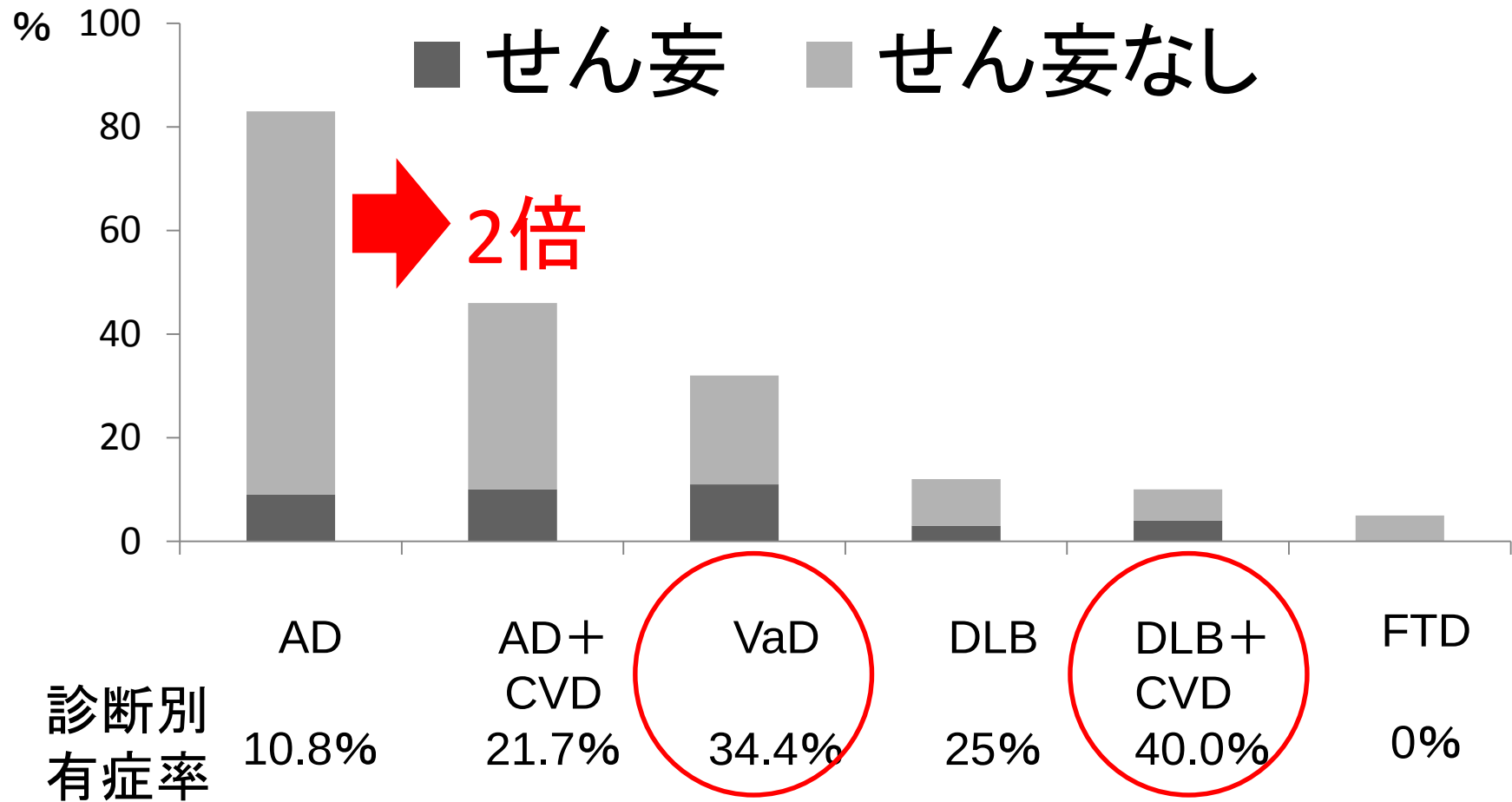
- 意識障害の一種であり、(短期間なら)可逆性の病態
- 興奮や幻覚を伴う過活動型せん妄は比較的鑑別が容易
- ただぼんやりしているだけの低活動型の場合に認知症と誤診されやすい
- 鑑別のポイント
 - せん妄の発症は急速であり、発病後にも症状が動揺する点
- 認知症患者はせん妄を合併しやすい⇒せん妄改善後に認知機能を評価し、認知症の有無を確認することが望ましい

せん妄（意識障がい）の重要性

- 意識レベルの低下とともに精神運動興奮、幻覚、妄想などが加わった意識変容状態
- 幻覚や行動異常が急に出現
→通常認知症は急性に発症しない
- 睡眠、覚醒のリズムの異常を伴う
- 症状が動揺するのも特徴
- 身体疾患、脳の急性期病変に伴う
- 高齢者では薬剤によるせん妄もよくみられる
- 認知症患者に伴いやすい
- 可逆的な疾患である

認知症の診断別せん妄併存有症率

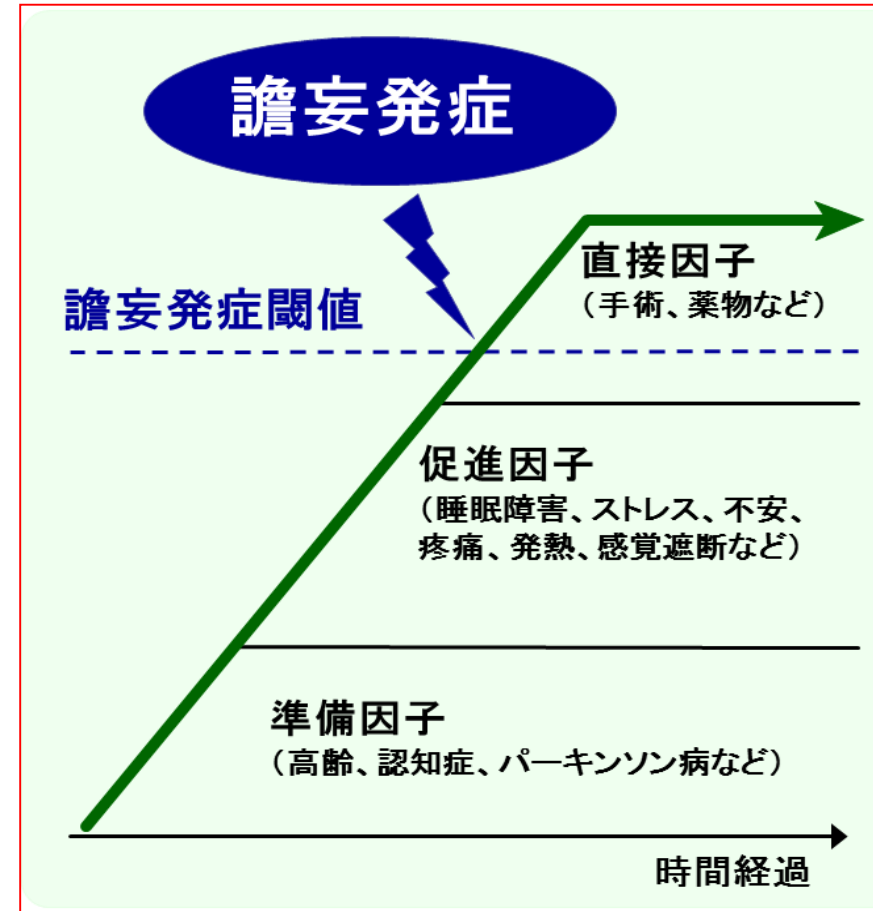
(Hasegawa et al, Int Psychogeriatrics, 2013)



レビー小体型認知症と脳血管障害合併例では
せん妄を引き起こしやすい

せん妄要因の三因子 (Lipowski)

- 準備因子:準備状態形成要因
 - 加齢、認知症、パーキンソン病など慢性的な**中枢神経脆弱性**
- 促進(誘発)因子:せん妄発症に促進的にかかわる要因**(外的要因)**
 - 急激な環境変化(入院・入所等)、不眠/睡眠障害、ストレス、脱水、発熱、不安、疼痛、感覚遮断など
- 直接因子:せん妄を引き起こす直接的要因**(引き金:内因的)**
 - 薬物、感染症、悪性新生物、脳血管障害、心疾患代謝障害、頭部外傷、てんかん、手術など



薬剤性せん妄を引き起こしやすい薬物

➤ 神経系作用薬

- 抗パーキンソン薬（特に抗コリン薬）
- 抗不安薬、睡眠導入剤（ベンゾジアゼピン系）

➤ 循環器用薬

- ジギタリス、 β 遮断薬、利尿剤

➤ 消化器用薬

- H_2 遮断薬

➤ 泌尿器系薬剤

- 抗コリン薬

➤ ホルモン剤、抗癌剤

せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
主な症状	意識障害	認知機能低下
発症のしかた	急激	ゆっくり
持続時間	数時間～数日	数週間～数年
興奮・多動	+	+
症状の変動	+	+
記銘力	障害	障害
時間・場所の見当識	障害	障害
幻覚・錯覚	++	-/+
睡眠	不眠、昼夜逆転	-/+

現実的には経験がある
専門医に任せたほうが良い

レビー小体型認知症とせん妄の鑑別は極めて難しい

こういう方は一度「脳」を調べましょう

- とにかく以前と違う

- 周囲に関心がない・意欲がおちた(やればできるがやらない)
- ボンヤリしている
- 幻覚・妄想・逸脱する繰り返し行動(精神病症状)
- 感情失禁、怒りっぽい(激昂後無関心)、
- 眠れない、寝言
- 歩行が緩慢＋意欲低下(特発性正常圧水頭症の半数以上整形外科で脊柱管狭窄症の診断で数年経過している)

⇒発言よりも行動を重視してください(観察)

⇒受診を自ら言えない高齢者のヘルプサインを見落とさないで

⇒「困っているから」でなく本人のために受診を早めに考えましょう

薬物治療が有効な関連症状

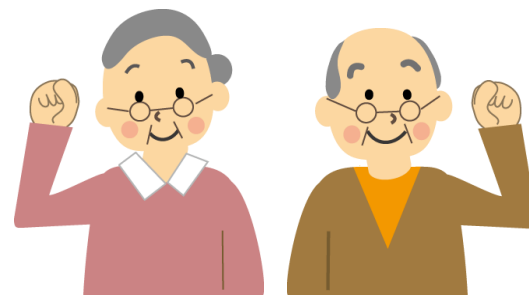
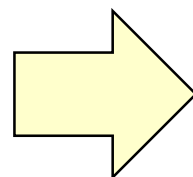
✓睡眠治療

✓気分障害

✓妄想 被害妄想、
盗られ妄想、
嫉妬妄想、

✓情動障害

✓脱抑制



認知症の治療

アルツハイマー型認知症

認知症の治療の両輪

1、薬物治療(3割)(抗認知症薬・BPSD治療)

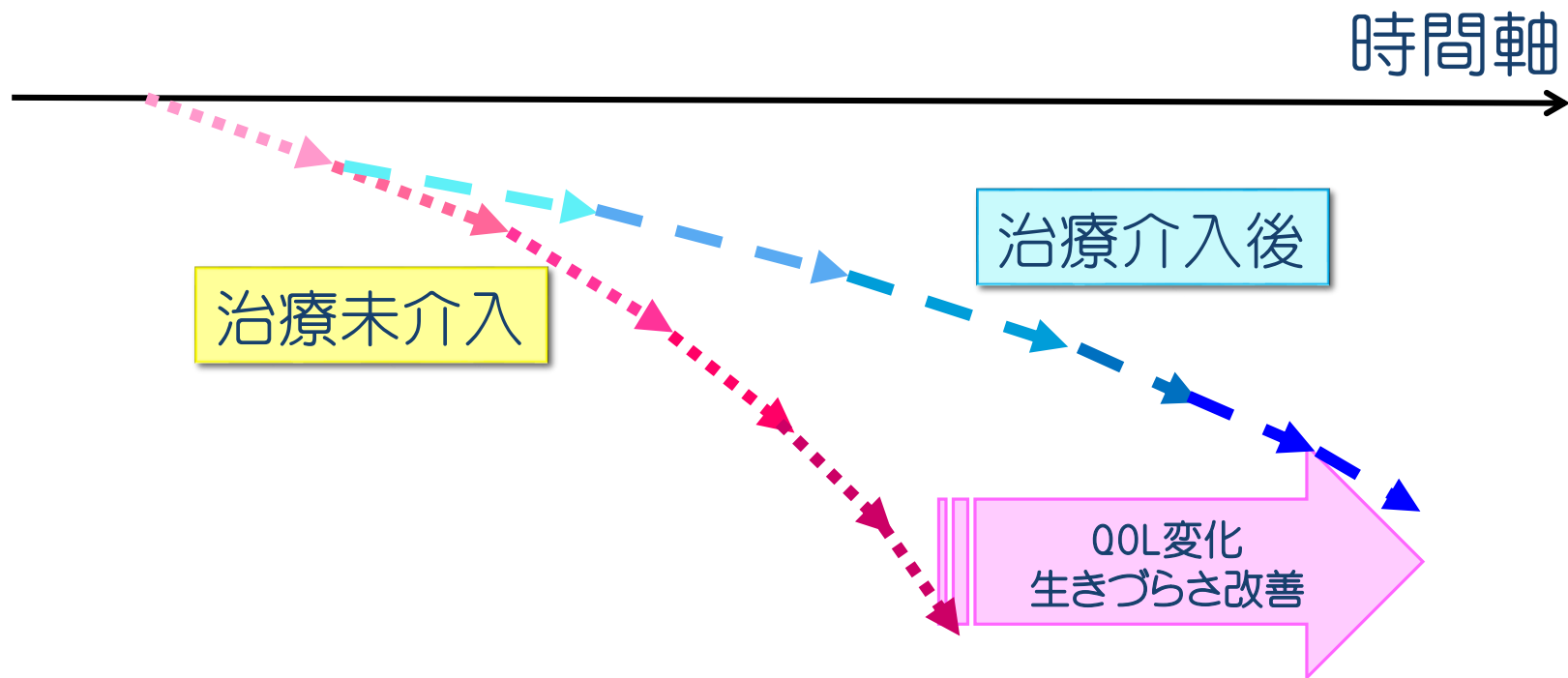
2、非薬物治療(7割)

- 家庭環境(家族心理教育)(3割)
- 社会参加(介護保険導入)(4割)

精神的支援

- ☆本人サポート 不安解消, 自信回復
- ☆家族サポート 病気と障害の受容支援

認知症診療のタイミングとゴール



認知症を抱えて生きる時間は短くない。

アルツハイマー型認知症の経過

発症10～12年前後

介護保険認定

非該当
要支援

28～24点

要介護1～2
23～16点

要介護3
15～8点

要介護4～5
5点以下

初期(MCI)

中等度期(混乱期)

高度進行期



日常生活は可能

日常生活や心が混乱しだす

心身自発性低下

お元気な頃

最期の日

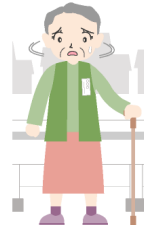
引きこもりぎみになる。
書類手続きができない
記憶が曖昧
約束できない
面倒くさがり屋になる
性格が先鋭化 頑固化



攻撃的行動出現
身近な人への被害妄想
不安うつ症状の増加
つじつま併せの作り話
取り繕い出現
ききわけの悪さ
記憶時間の感覚低下



排泄整容ができない
徘徊せん妄の出現
場所の感覚が落ち
夕暮れ症候群



運動障害の出現
自発行動の低下
言葉の理解低下
生活リズムの
崩壊 睡眠障害



寝たきり
摂食障害 嚥下障害
体調整整不能化
協力動作の消失
自律神経障害の出現



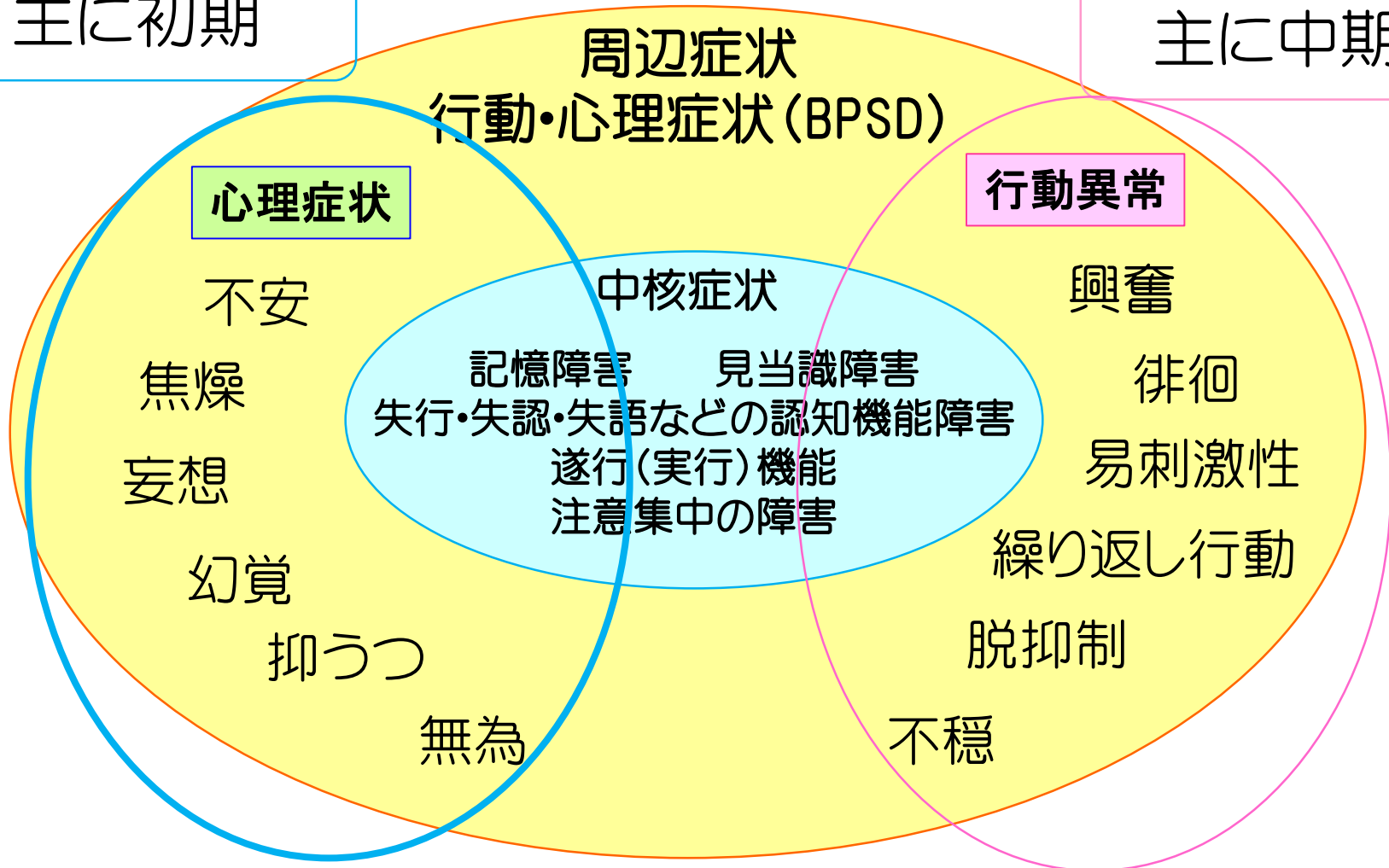
病状進行に関係・・・自信喪失・役割喪失(失敗体験・劣等感)
ケガ・病気(入院の必要となる状態)
不適切なケア・治療

認知症の臨床症状

BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia): 行動・心理症状

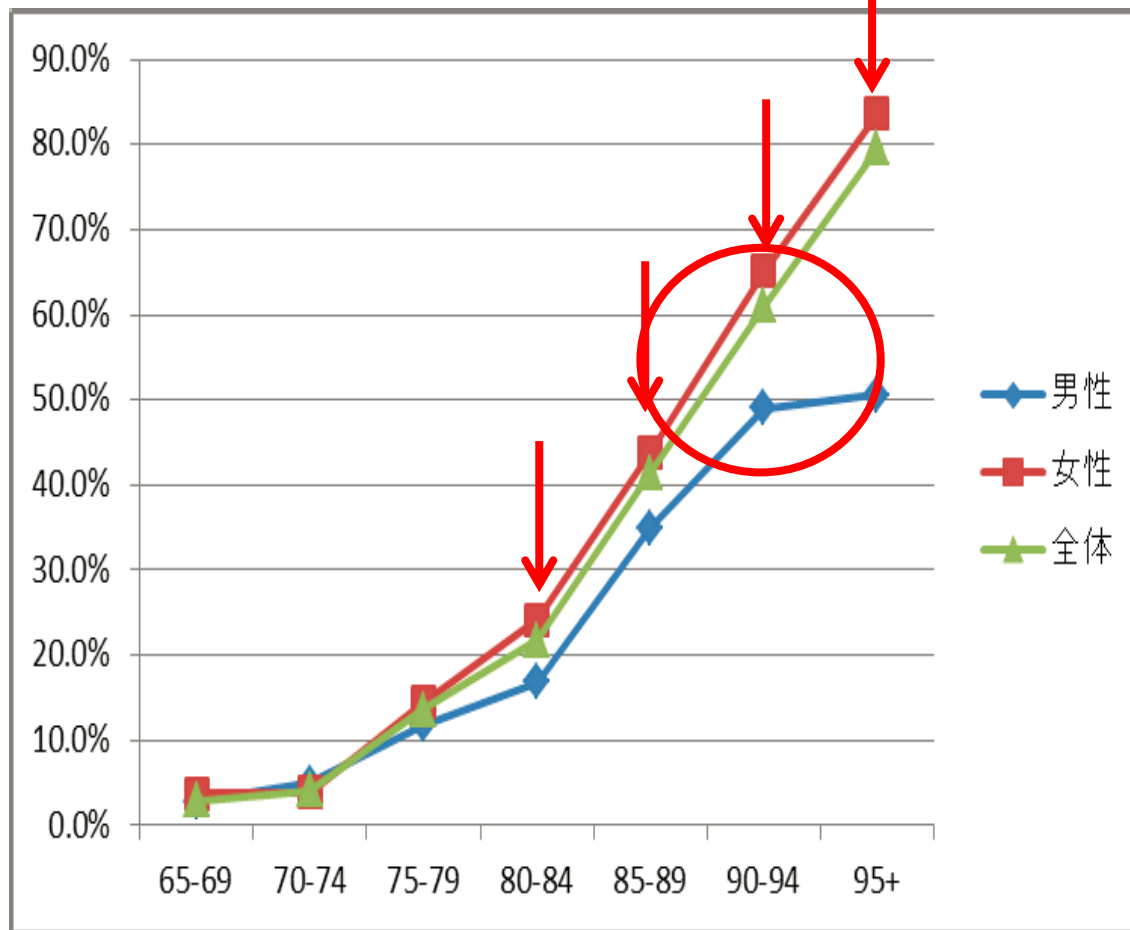
主に初期

主に中期



年齢階層別認知症有病率

【年齢階層別の認知症有病率(5歳刻み)】



認知症の人の割合

- 80代前半⇒5人に1人
- 80代後半⇒5人に2人
- 90代前半⇒5人に3人
- 90代後半⇒5人に4人

認知症はQOL疾患
＝治療方針決定には
〈年齢〉を考慮するこ
とは非常に重要。

「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」
(厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業
筑波大学医学医療系 朝田隆 (平成23～24年度総合研究報告書より))

藥物治療

抗認知症薬

1) アセチルコリンエステラーゼ阻害剤 (AChE阻害剤)

アセチルコリンは脳内で神経細胞から神経細胞へと情報を伝える神経伝達物質の一種。アセチルコリンが分解されるのを防いで、脳の中にアセチルコリンが一定量確保されるように働きます。

①塩酸ドネペジル;アリセプト

初期から中期に使用すれば、治療しない場合と比べて、38週間から1年間ほどよい状態をキープできます。早期使用で効果はさらに大きく、よい状態を2～3年の間保つことができた例もあります。

②臭化水素酸ガランタミン;レミニール

ラッパズイセンから得られる天然物質の誘導体です。塩酸ドネペジルと同様の働きをするだけでなく、脳内のアセチルコリンの産生を促す働きもあります。

③リバスチグミン;リバスタッチパッチ、イクセロンパッチ

塩酸ドネペジルと同様、副作用を避けて国内では経皮吸収型(パッチタイプ)に形状工夫。

2) グルタミン酸受容体阻害剤

アルツハイマー病の記憶障害や脳の神経細胞脱落には脳内の主な興奮性神経伝達物質であるグルタミン酸が関与する(グルタミン酸仮説)細胞外に選択的に効く容量を設定されている。

①塩酸メマンチン;メマリ

神経細胞を保護して、神経細胞が壊れるのを防ぐ働きがあります。攻撃性、行動障害などの行動・心理症状の進行も抑制します。中等度以上にも希望が持てる。

抗認知症薬の使い分け(気づきのケア)

- コリンエステラーゼ阻害薬の注意点(有害事象＝デメリット)
 1. 消化器症状…体重で確認(食欲は印象で変わる)
 2. 易刺激性…家族観察
 3. 頻尿…見落としやすいが夕方パチーなどでは生じやすい
 4. 徐脈
 5. 皮膚炎(貼付剤)
- コリンエステラーゼ阻害薬の使い分けと適応
 1. 身体合併症(重症心疾患、肺疾患、進行期悪性腫瘍、パーキンソン病関連疾患、重度のてんかん、重症排尿障害)を持つ高齢者は適応は慎重に
 2. 薬剤過敏(有害事象を我慢しながら使用までしない)
 3. 皮膚炎以外の有害事象は血中濃度上昇安定で回避の可能性あり
＝貼付剤使用の検討
 - ➡超高齢者、重症身体合併症、内服薬タイプで有害事象がでたもの、環境に応じて、介護支援が不十分な時に周囲から管理状態を確認しやすい。

2. 認知症を抱えて生きるとは

非薬物治療 1. 本人のこころの変遷

アルツハイマー型認知症の特徴と気持ち

- 「病識」がもてない

- 自分が何故不自由か理解できない

- 周囲に指摘されてもにわかに自分の過ちを受け入れられず抵抗

- (性格によって) 取り繕ったり(作話)、落ち込んだり(うつ)、周囲への被害意識が増す(被害妄想)

- 「病感」はある

- 自分のまわりに困ったことが起きていることは感じている

- 毎日が失敗の連続で、周囲と関わることへ不安、恐怖、うとましさが増す。

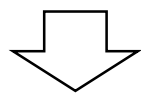
- 出歩かなくなる。

心理症状のメカニズム(気づきのケア)

妄想が出現へ至る変遷を学んで予防にトライしましょう



認知機能低下⇒周囲の指摘⇒自分の間違いを受容できない
⇒取り繕い・苦し紛れ、場当たりの言い訳(記憶補完)
⇒行き違い蓄積し時に責められる⇒毎日が失敗の連続
⇒劣等感・不安・落ち込み(うつ)・自己防衛増強(個々の個性)
⇒周囲への反感・攻撃性・被害思考⇒関わらないことを選択
⇒引きこもり⇒生活リズムの崩壊⇒昼夜逆転⇒認知機能低下
⇒廃用性低下⇒不安増強⇒幻覚・妄想の出現



悪循環を断つことが重要・遅れるほど治療困難

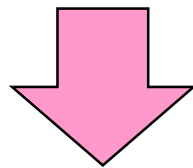
疾患特性の心理症状（特にアルツハイマー病の場合）

- 「病識」がもてない

→自分が何故不自由か理解できない

- 「病感」はある

→自分のまわりに困ったことが起きていることは感じている

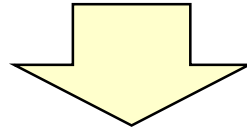


異常な状況に生じる

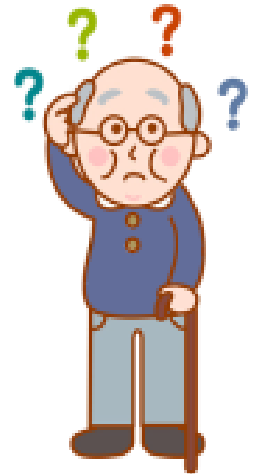
正常な反応

「見る」だけでなく「観察」を

認知症を抱えた方の行動・振る舞い
言葉にできない➡大きな意味をもっている

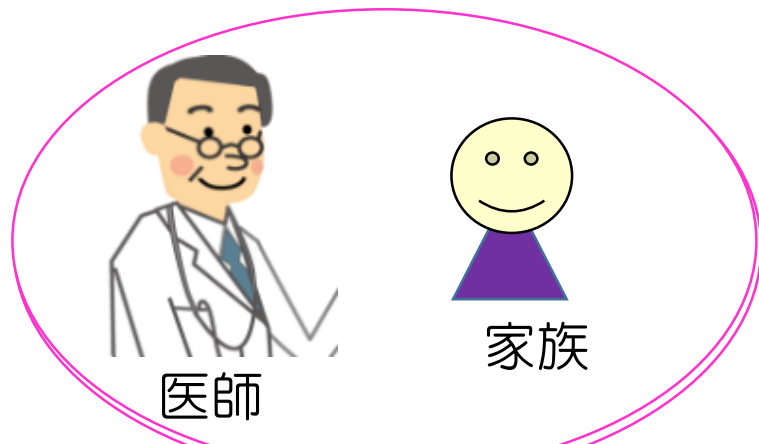


「妄想」は「最も大きなこころの窓」
「行動」から本人の思考、心理状態をくみ取り
その痛み、見逃さず受け止めてください。



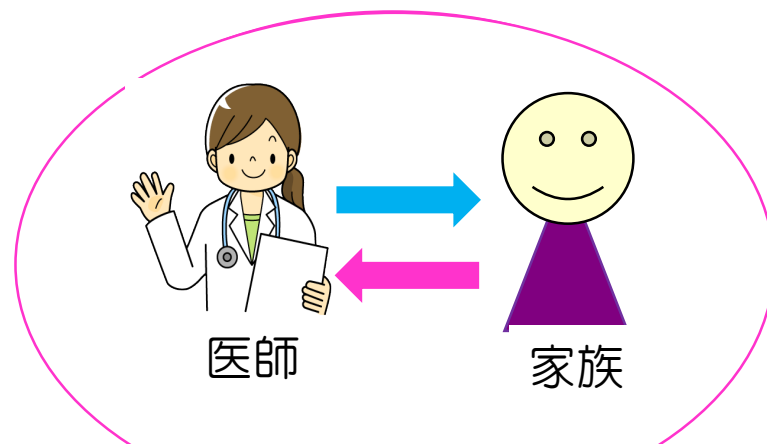
当院における本人主体の診療（具体的変化）

以前の診療



- 悪気はないけど同席しているとつい
つい家族が代わりに返事する。
 - 本人の態度は同席者によって変わる
 - 家族と面談することが主体であるこ
とは本人に伝わりやすい(疎外感)
- ➡わかっていない様でわかっている。

現在の診療の主流



- 本人が尊重されていると感じる。
- 本人が医師との会話に集中でき
ている
- 家族にとって受診後の本人の反
応が診断と同じくらい大事
- 受診者には本人を尊重する事を
嫌がる方はそれほどいない。

初診時1対1で本人の診療での心がけている点

- 本人との対話：医師主導だけで進めず、自己決定、自己選択を引き出す。
「あなたはどうしたいのか、どう思うのか」「治療は薬剤だけではない。本人の意思がなければ他力本願では難しい事も多い」と伝え、些細な事でよいので自ら答えを出したと感じてもらう。「治療」には共感、同意の上で医師から提案する。
- ＝ 少々でも受診できた方の大半は何かしたい認識はある（受診者は真面目）。それが何かに気づいていない（言葉を出しながら反応を観る）。という前提で対応
- 家族との面談：「本人の见ている風景・感じていること」が、家族に伝わることを最初の目標にする。（家族の複雑な心理共感 は 医師が担う。）第3者介入の意義
本人との診療内容を具体的に伝える。特に本人が話した台詞はそのまま伝える（本音）。そこから、必要な対応・環境調整を家族がどの程度気づけるか観察、気づけるよう誘導（家族の治療協力者としての感性を評価できる）。
- ＝ 家族だからといって、いきなり介護支援者、治療協力者になれるとは限らない。
- ※）本人・家族共に、初回だけでなく二度目の診療の態度・発言・表情などで確認する事も多い。二回目までは時間を30分は確保しておく。

アルツハイマー型認知症の診療の心がけ(説得より納得)

本人の**アドヒアランスを重視**する方向へ(治療への意欲)

1. 診察の中で**信頼関係を設け**、個々に応じた病状説明を行う。
2. **病気の事はあなたと相談します**。家族は応援団だからもちろん説明はします。しかし、あなたの事は自分で決めていい。他力本願で治療はできないと促す。病気は大変だけど、まだ1年後の自分のために今できる事も沢山あります。一緒に頑張ってみませんか？(その上で<今のまま**自宅で暮らす**>ことを目標に提案。)
3. 了解の上、脳の病は私が調整するので、あなたは頑張っても心と足が弱らないように鍛える事を頑張って**(本人にも役割を分担する)**。
4. 話の内容は帰宅後忘れても、私が覚えておくので大丈夫。むしろ、病気の事は普段忘れて過ごしてください。病気のために暮らすのは虚しいので思い出すのは受診の時でよいです。
5. 認知症の**本人は人から下に見られていると感じている事が多い**。
➡担当の医師から自分自身の意見を尊重されることは自尊心をもてる？
 - ・家族は責任のプレッシャーから解放されてほっとする。

疾病特性と生活

1. アルツハイマー病は必ず病巣に左右差がある。多種多様な臨床診断
2. 何度も繰り返しさっき聞いたことを確認する(約束等) ➡ 約束自体が不安の火種になる場合も多い、むしろ約束をしない方法を検討。
3. 感情の記憶は残りやすい。マイナスな事は生物学的に刻まれやすい。(覚えてほしいことは入らない、逆ははいる)
4. 感情の調整や段取り調整も苦手になっている。
5. 思考や言葉への理解が苦手になっている(言葉を額面通りにとらえる。家族トラブルに特徴的)
6. 認知症を有する方の脳は脆弱になっていて、他の脳疾患も生じやすい。

背景疾患の特徴と本人の個性を踏まえて観察し対応を考える

認知症の本人に対する健康管理

■ 健康な生活とは…

1. 朝起きて、
2. 快食快便、
3. 適度に体を動かし、人と会って、一緒に笑い、
4. 適度の清潔を保持できて
5. 夜は寝る、

➡「生活を整えてこそ本当の医師である」(故中村哲医師)

■ 体調の安定が心の安定につながる

➡服薬管理、体重、浮腫、歩行の様子、汗、息切れ、食欲、排泄、皮膚トラブル、ケガなどは介護現場に観察協力いただいている。

(健康管理は介護事業所では職務になっている)

認知症を抱えての生活で医師が関わる注意点 (本人・他者の健康と生命・社会生活保持のために)

1. **火の管理**:鍋こがし、たばこボヤ➡強制的指導
2. **運転**:認知症＝免許停止(～2017)➡感情的には不本意でも法律なので守る義務がある(運転自粛勧告)。
3. **介護者の健康管理**:過労(身体面・精神面)、**妊娠**、優先順位指導、ドクターストップ(介護禁止＝家族(代理人)はOKとあえて話す)
4. **仕事**:運転＋仕事をセットに考えない。仕事は本人が希望するのであれば継続(ただし、金銭がからむので契約者との相談は不可欠)
5. **任意診療の原則**(同意のない治療は当院では行わない)

非薬物治療 2.

介護者家族の複雑な心理を理解する

介護者家族の複雑な心理経過を理解する

- **正義感(責務感)**「私が傍にいて守ってあげないと」「私が一番わかってる」
- **不安・混乱:**「これからどうなるのか」「いつまで続く?」「私の介護が悪い?」「どうしてこんなになってしまったのだろう」「私が苦勞をかけ過ぎたのか」
- **挫折感・同情:**「尊敬できる自慢の母だったのに」「これがわが母?(拒絶感)」
「あんなに気が利く立派な人だったのに」「こんなになって可哀想、みじめ、」
- **自己中心感:**「私も認知症に?」「私にも生活があるのにどうして私だけ?」「周囲にいうのは恥ずかしい」

- 家族が背負う複雑な気持ち、不安、義務感、プレッシャー、
- 本人の事を大切に一番に考えているのに、介護の負担から気持ちが揺らぐ。
- 本人が辛い時、冷たく、利己的な自分に戸惑う。やさしい言葉をかけたいのに喧嘩になってしまい、自己嫌悪に陥る。
- 一方で、周囲の人にも素直になれない、意固地な自分にまた落ち込む。
- まっとうに生きてきた人が味わう事のない「劣等感」「屈辱感」「情けなさ」
- 「介護」が「(家族の)義務」である負担。経済的負担、課題。

介護者家族の複雑な心理経過を理解する

介護者支援の最も大切なこと

認知症の介護支援とは、

「聞いて想像する」と、「実際に体験し感じる」に想像

を超える違いがあり事情も個々に異なる

ということは常にわきまえておく必要がある。

安易に踏み込む事には危険も責任も生じる

➡ひたすら「傾聴」が大切

→「介護」が「(家族の)義務」である負担。経済的負担、課題。

介護者家族との時間:覚悟と治療戦略

1. まとまらない、とらえどころのない話を注意深く傾聴する。
(=情報の宝庫)
2. 家族の話をあいづちをうちながら状況を整理する。
3. 現状は必ず乗り越えられる事を根拠(診断)をもって説明する。
4. 課題の解決への具体的治療戦略の提案。
 - 初回は家族との相談は1時間は必ず設け、家族のことも分析していく。
 - 診療の効果は帰宅後に、一人になって、家族と話して、頭が整理される。
 - 次の受診までに頭と心が整理され今を受け止める覚悟(決意)が生まれる
5. この経過をたどって初めて治療への参加意識、決心がつき勇気がでる(=診療成功の第一歩)。

介護者家族との時間:覚悟と治療戦略

1. まとまらない、とらえどころのない

(感情の乱れ)

を深く傾聴する。

家族:「家族だから」といって突然「介護者」にはなれない。

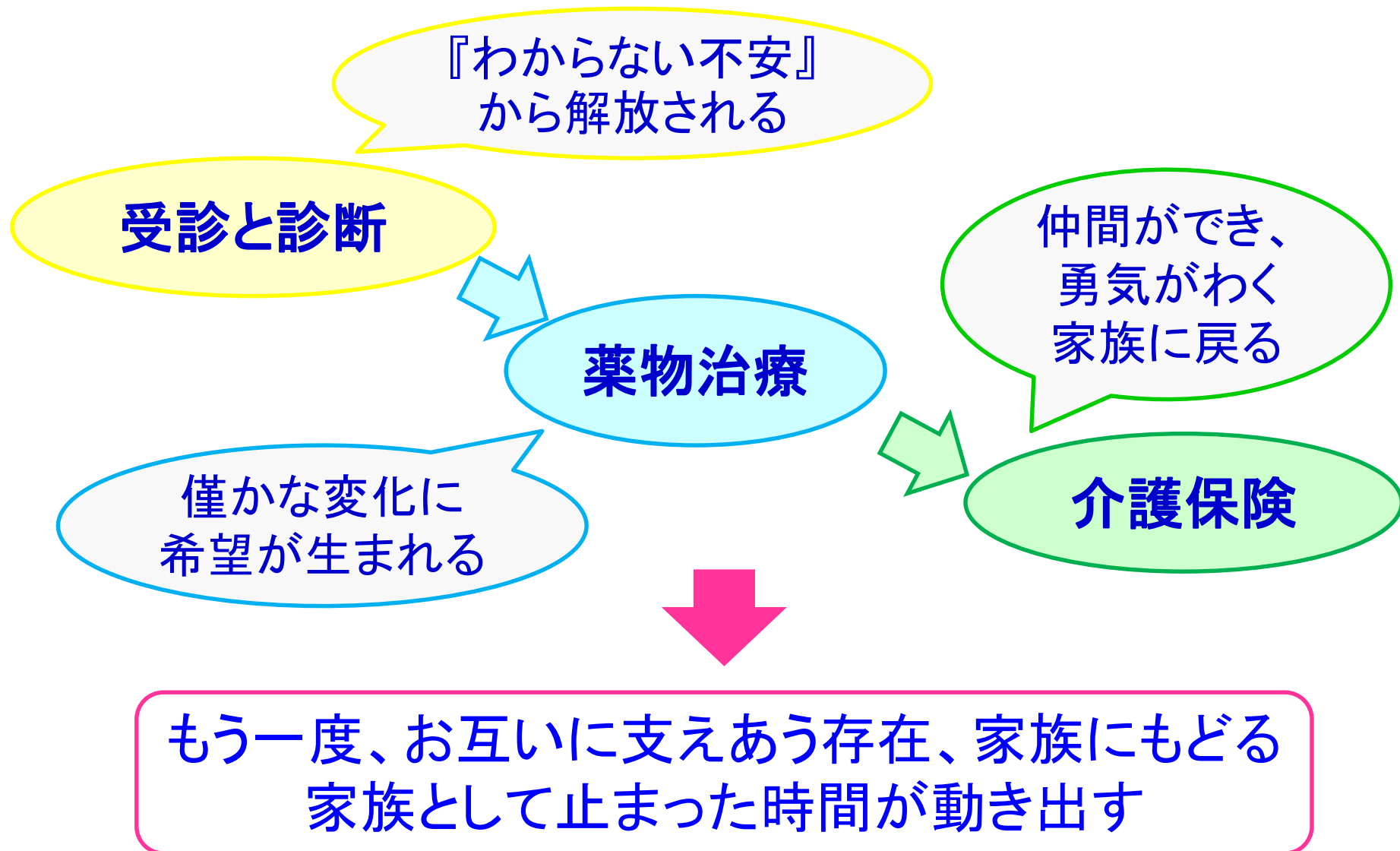
➡ 心と頭の整理をする機会が必要

医師:診断・治療のための情報を得る重要な機会。

➡ 安全且つ成功率の高い治療を提供できる。

5. この経過をたどって初めて治療への参加意識、決心がつき勇気がでる(=診療成功の第一歩)。

初診から調整まで:家族介護者の心理変化



チーム認知症

介護保険・ケアマネジャーの役割

医師の役割（わきまえ）とは？

私見：

「認知症診療は医師だけでしているのではない」と感じる事が多い。診察室以外の生活の中の様子、治療後経過を多面的に把握することで偏見を避けれている印象。

➡組織やシステム構築は安全・効率的な認知症診療には有用かも？

皆さんの組織でも診療は医師だけでは行う事が難しい症例を沢山抱えています。

疾患を理解するという事は先入観も持ちやすいがその病状と向き合う人の存在はやはりわすれてはならない。

医師の役割（わきまえ）とは？

■ 生活内で大切にしている事（対 介護者）

- 医療（知識）で福祉（暮らし）を支配しない（介護感性尊重）
- 支援を福祉に丸投げしない（困った時は必ず協力する）
＝医療・福祉総合チームで取組む理想バランス
（目標、情報は共有し、各々の役割分担をする）

■ 診療で大切にしていること（対 本人、家族）

- 根本治療が見つかるまでは「本人の生きずらさ改善」が目標
- 臨床疾患診断と共に病態・機能障害診断を詳細に行う
- 治療対象にも薬物と非薬物の使い分けが重要（黄金比）
- 可能性を狭めない
- 治せない以上はせめて最期まで本人・家族の苦痛感情に付き合う
（一緒にいて共感してほしいは最大のニーズ）

認知症治療で一緒に組みたいチームメイトは？

個々の優秀さにこだわるよりも・・・

相手の景色が見える人（共感性・協調性）
仲間を支えてくれる人

自分と違う意見を受けとめられる人（柔軟性）
先入観・偏見のない目線をもつ

戦う相手を間違えない人（客観性・冷静さ）
目標を見失わない

土俵を降りない人（60点と割り切れる人）（合理性）
考えすぎないで今日は生き延びて明日戦える

私はこんなに頑張っているのに・・・

＝自意識が高い方は認知症の現場では切なくなるかも

認知症に対する原則（わきまえ）

～人間的なもの、日常生活、人間関係を大切に～

認知症高齢者は認知症という障害を有しながら一生懸命生きようとしている。あるいはそれが出来なくて困惑しているように見受けられる。

「認知症高齢者を援助する」とは、その人の脳障害をわきまえ、その生き方（態度）を知り、その心（心理機序）に沿い、少しでも人間らしく生きていけるように援助（介護）や指導（ケア）をしていくことである。



長時間おつかれさまでした。