

# 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

認知症に関する事例

2018/2/26,27,3/2(認知症研修担当)  
みつぐまち診療所津野田尚子



認知症の特性や療養(くらし)の留意点、  
起こりやすい課題(予測)を踏まえた支援  
のポイントを理解する。

# 本科目の修得目標



- ① 4つの代表的な認知症について、その特徴とケアのポイントを述べることができる。
- ② 認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題について説明できる。
- ③ 独居で認知症におけるアプローチの視点や方法について説明できる。
- ④ 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について説明できる。
- ⑤ 認知症ケアの考え方に基づき、ケアマネジメントへの展開方法のポイント(倫理的な対応、医療職をはじめとする多職種連携、行動・心理症状(BPSD)、環境調整へのアプローチ等)について説明できる。
- ⑥ 認知症の特徴に応じたポイントを踏まえてケアマネジメントプロセスを実施できる。
- ⑦ 継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。

# 本科目の目的

1. 認知症とその背景疾患の**特性を正しく理解**する。
2. 認知症の生活支援の課題や解決のための**チーム内の役割分担を理解**する。



- 認知症及び代表的疾患の特徴、ケア、留意点(倫理的配慮含)等が説明できるようになる。
- 独居認知症、家族同居認知症、両者の支援の違いやアプローチ法を具体的に述べられるようになる。
- 認知症ケアマネジメントの展開のポイントについて説明及び実施できるようになる。
- 継続学習のための具体的方法を取得して帰る。

➡信頼できる説明代行者(専門医)を手にもっておけばいい。認知症で困ったら認知症のプロに相談してください(最低現状把握(診断と予測)は望ましい)

# 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)

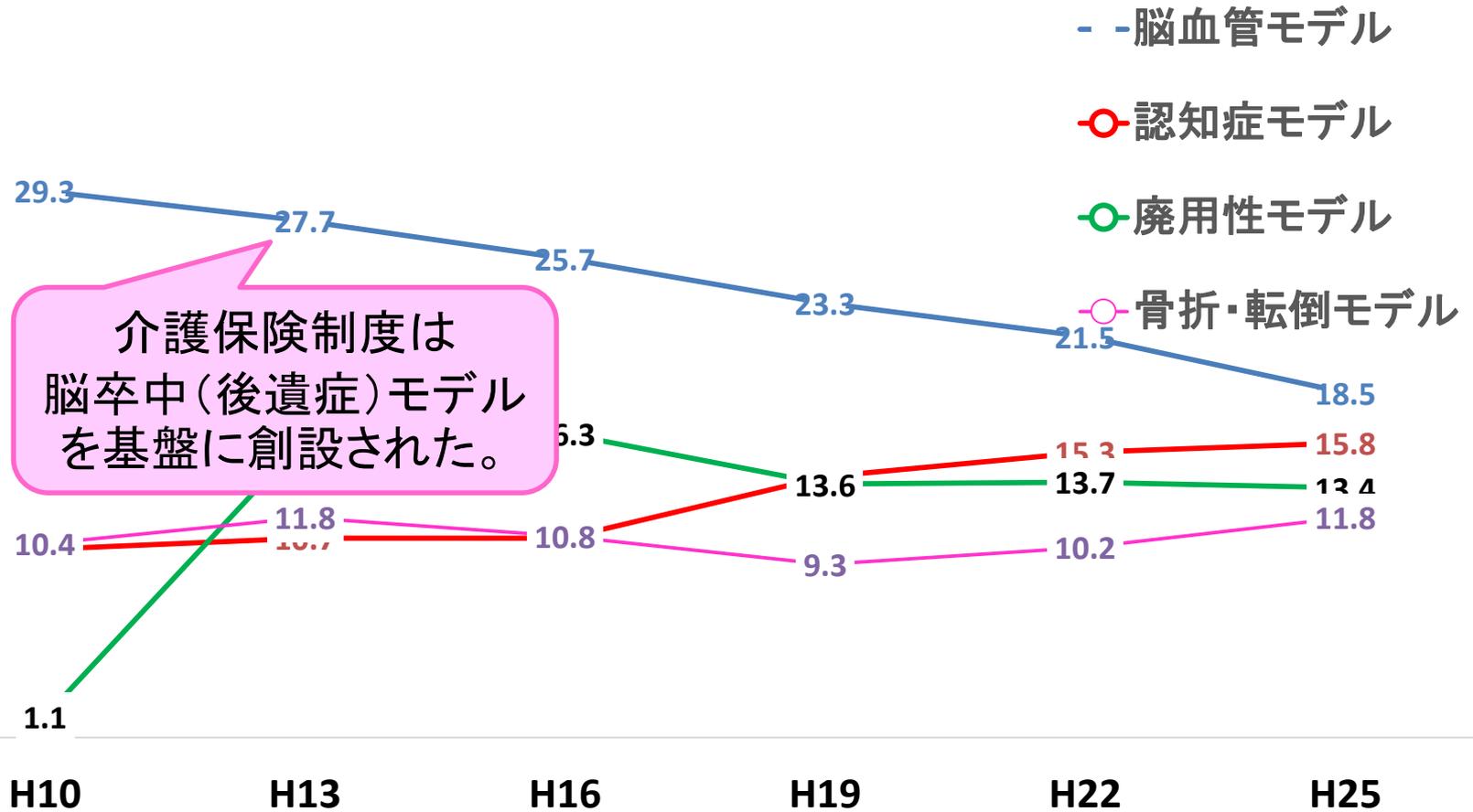


# 本日の流れ

1. 認知症の概念と背景疾患の特性について
2. 地域における実際の連携構築
3. 認知症にとっての介護保険、ケアマネジャー  
(認知症に関わる分野の現在)



# 介護の要因となる疾患の割合





## 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って、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。
- 覚醒しているときの状態で、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。

# 認知症と認知症疾患の用語の違い

- **認知症:「生活しようがい」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。  
緩徐に慢性的に**進行・経過**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。

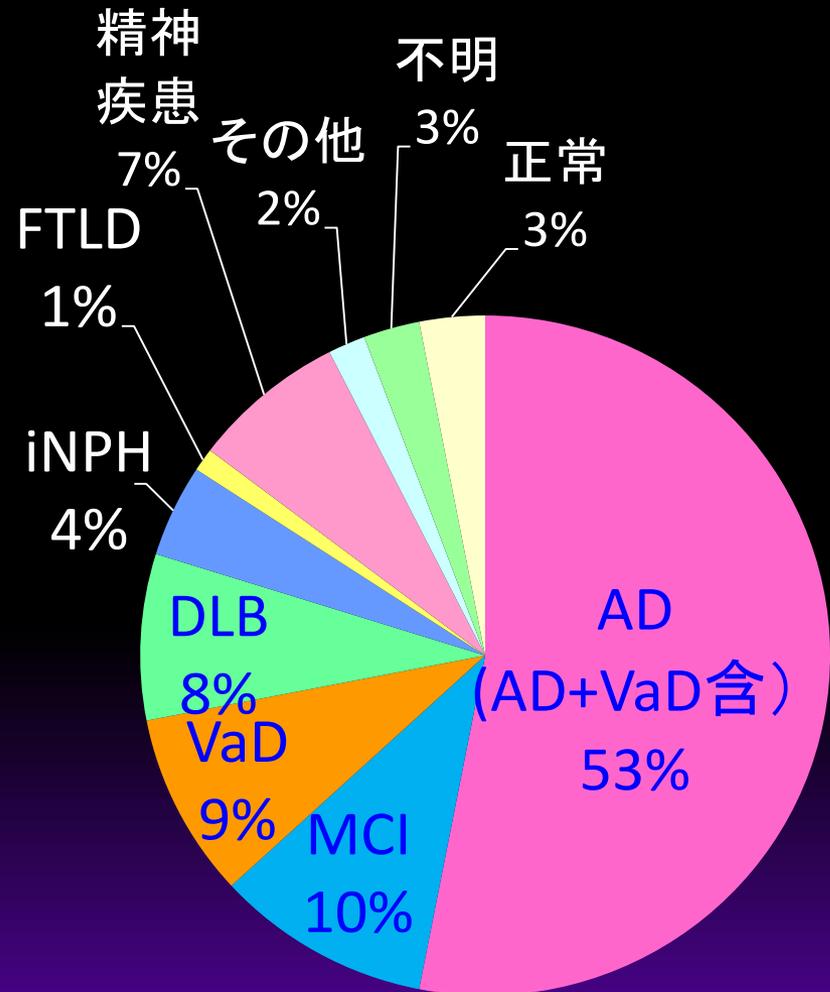


治療可能な疾患や症状の緩和、進行抑制に対する治療はある。  
医学的な視点で早期に状況の把握は本人の権利

# 認知症外来受診者の内訳

## ■ 脳変性疾患

- **アルツハイマー型認知症**
- **レビー小体型認知症**
- **前頭側頭葉型認知症**
- **MCI(軽度認知機能障害)**
- **脳血管性(梗塞・出血)**
- **特発性正常圧水頭症**
- 精神疾患
- 頭部外傷
- 代謝性疾患
- 辺縁系脳炎
- 進行性核上性麻痺
- 大脳基底核変性症候群



※アルコール性認知症という概念は基本的には認められていない

# 認知症医療：治療の目標

真のニーズ：根本治療の開発

「治せない病気」に医師は必要か？

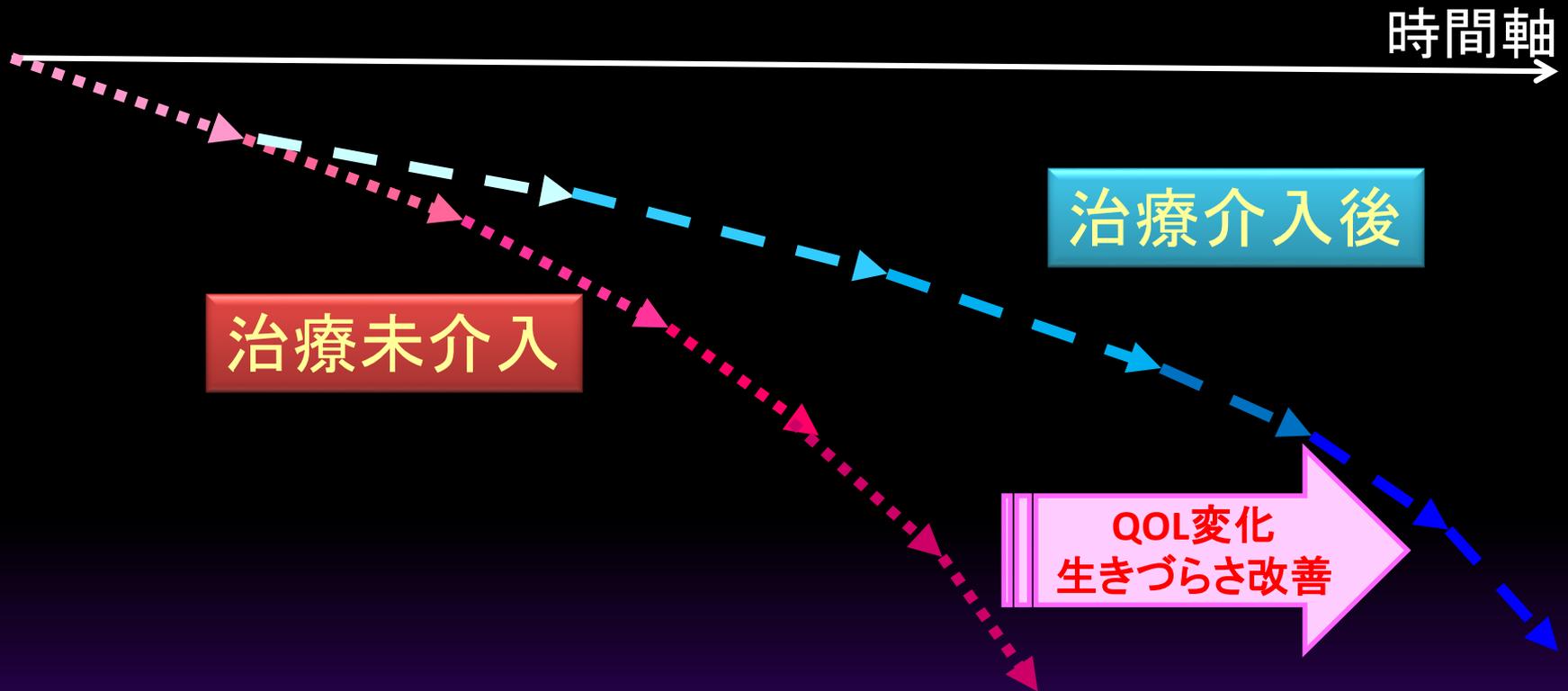
本人、家族の「ニーズ」がある限り、医師のすべきことがある

現実のニーズとは・・・

できるだけ変わらずに、穏やかに過ごしたい。

認知機能の維持・生きづらさ症状の緩和

# 認知症治療の現状



人は「急激な悪化」に弱く混乱しやすい  
低下の速度が緩やかになること自体に治療意義がある

# 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」の緩和支援
3. 急変時対応(BPSD＋身体合併症)

→認知症外来＝「不安定前提外来」(もしもの備えが必要)

## 受診者の目的は？

診断(セカンドオピニオン)・治療(認知機能・行動心理症状・精神症状)・介護相談・諸申請依頼(介護保険・障害者手帳・自立支援・後見人制度)(サービス利用15%)・緊急対応相談(保護)

⇒今日からがスタート、一緒に考える

# 地域認知症専門外来の役割

- **診断**: 私に(家族に)一体何が起きている?(疾病診断)  
どんな仕組みで今のような状況が生じている?  
今、どの辺り? 今後いつどうなる?  
今、介護者自身が何に困惑(困って)しているか?  
(=生活機能障害診断や心理的状況診断)  
決して短くない認知症疾患の闘病生活
  - 1) 進行抑制
  - 2) 「生きづらさ」の緩和**「暮らしに役立つ診断と治療」が重要**

# 認知症の病態診断と生活機能診断

1. 問診：病歴・既往歴・生活背景

多面的視点・様々な角度から

2. 診察：認知機能・神経医学・精神医学/心理・内科所見・気質

3. 心理検査：MMSE, ADAS-jcog., CDT, 錯綜図、呼称、GDS, FAB, NPI、IADL, ZBI等

4. 画像検査：MRI (T2, T1, FLAIR, DWI, SWI, MRAetc.), SPECT, MIBG, DATscan,

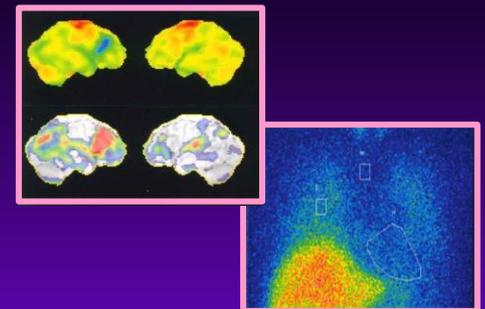
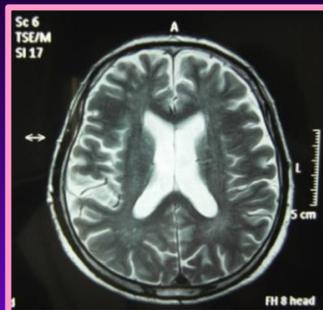
5. その他の検査：血液(甲状腺、梅毒etc.), 理学検査(心電図、血压)



診断(疾病・生活機能)

悩んだら……

検討会・疾患センターへ相談



# 認知症治療の3本柱

1. 薬物治療(3割)
2. 家庭環境(家族心理教育)(3割)
3. 社会参加(介護保険導入)(4割)

## 1. 薬物治療

- 進行予防
- 行動心理症状(BPSD)緩和

## 2. 非薬物治療(本人・家族・ケアスタッフ)

- 環境調整(家庭環境と社会参加「場の提供」)
  - 本人支援: 不安解消、自信回復、廃用予防
  - 家族支援: 疾病、障害の理解と受容



## 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。

# アルツハイマー病

# アルツハイマー型認知症の事例紹介(75歳女性?)



元来元気で明るい女性、病気はしたことなかった。

2年くらい前から、友人の名前を思い出せない、話したこと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。

半年ほどたつと大切な約束や用事を忘れたり、その内、趣味や婦人会の集まりに  
出なくなり、そのたび言い訳が増えていった。

自宅でも整理整頓が上手だったが、物が散らかるようになる。

1年前からは、食事を作ることを止め近くのスーパーで総菜を買う事が増えた。

また、通帳や財布を何度もなくしたり、以前では考えられない高額な訪問販売を  
契約してしまう。

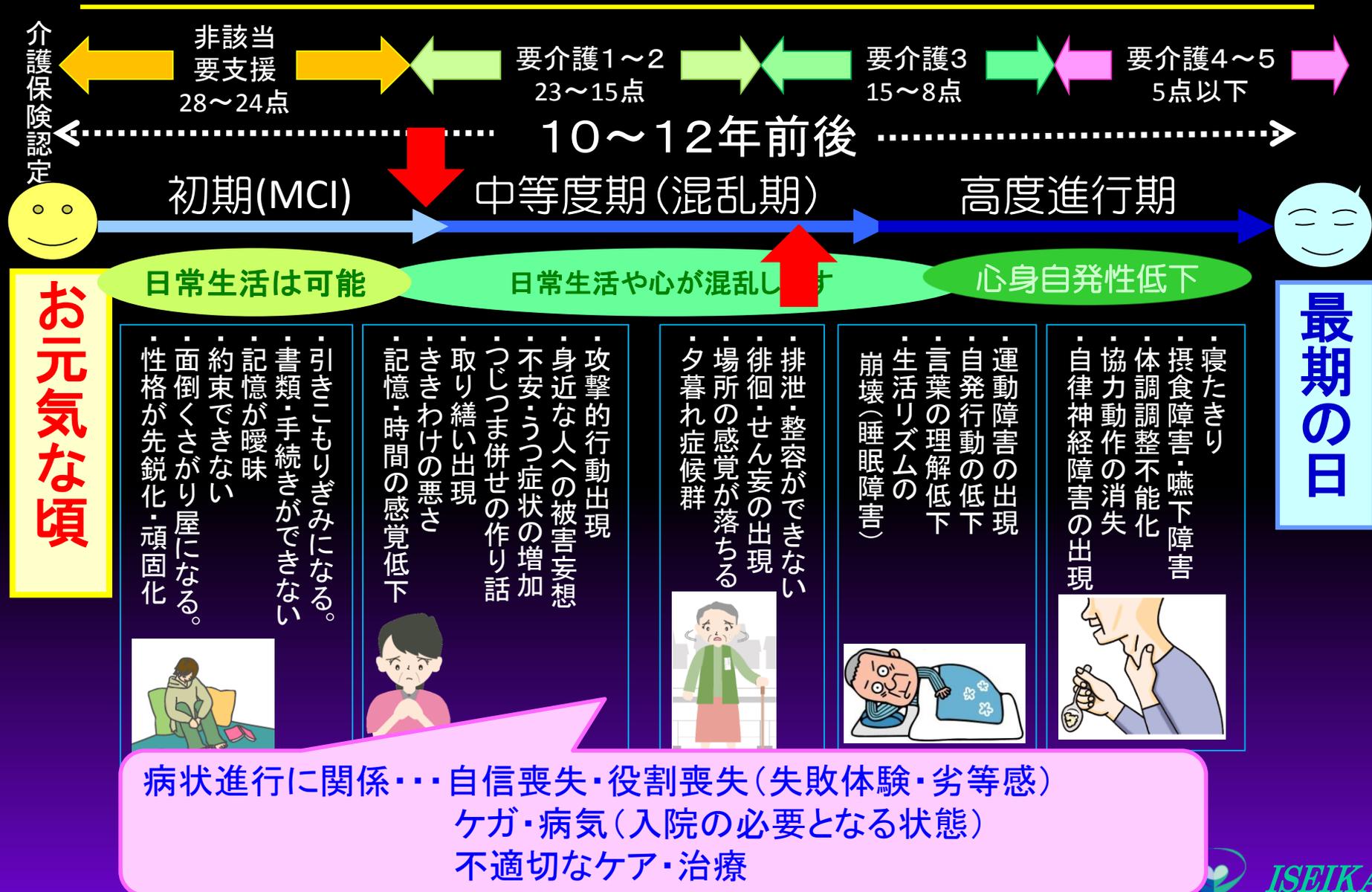
別居娘が訪ねると、冷蔵庫にはいくつも同じもの、痛んだ物が詰まっている。

体の動きは問題ないようだが、表情は乏しく何もしないで家の中でごろごろし、  
夜になると身の回りの物を片付けたり、捜し物をしたり一晩中ゴソゴソおきていて  
時には「ドロボーが入る、ものがなくなる」と家族へ電話してくる。

最近では昨日約束したことも覚えておらず、時には朝と夕の区別がつかない。

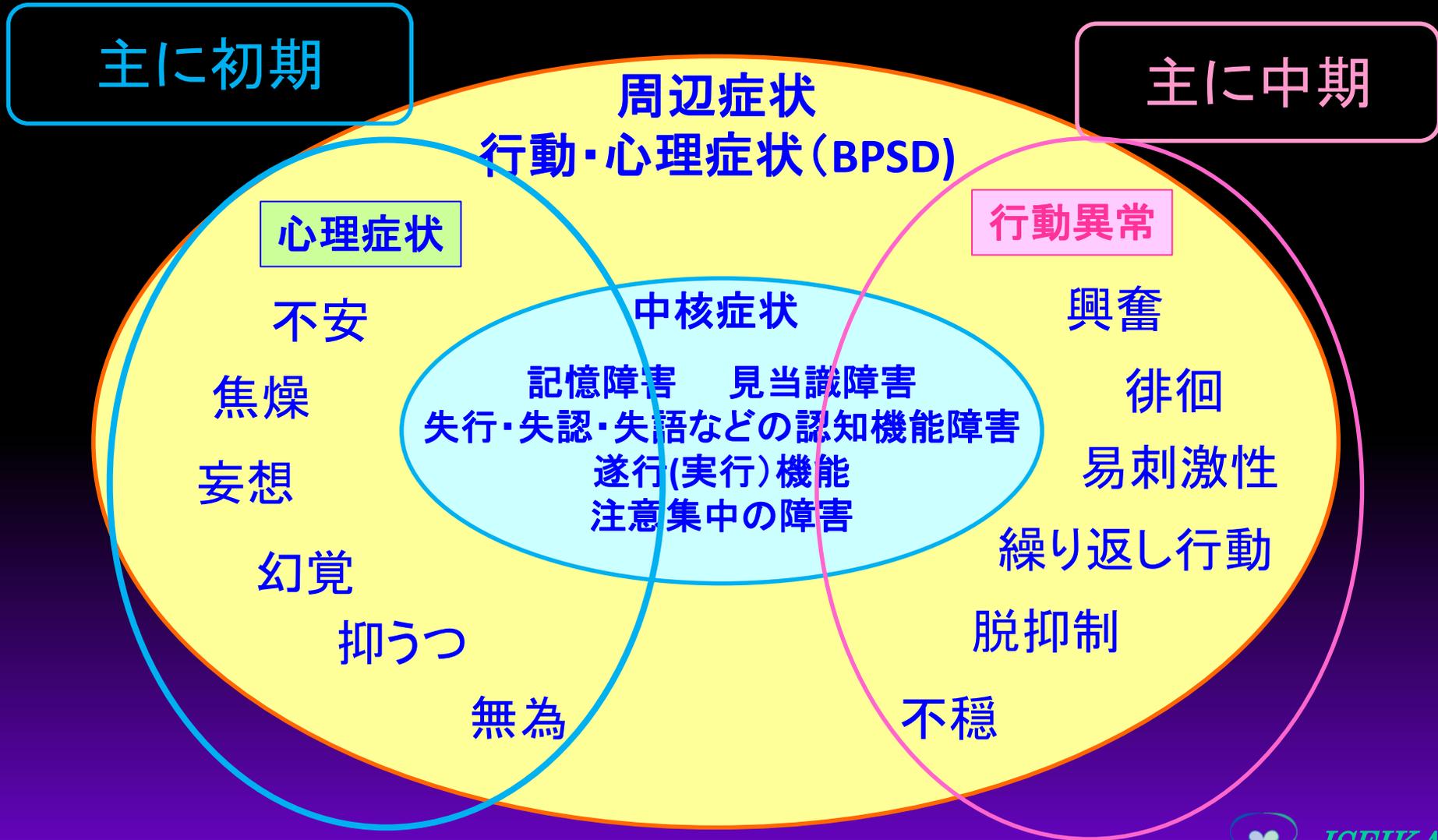
→心配した家族が診療所へ相談となる。

# アルツハイマー型認知症の経過



# 認知症の臨床症状

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



# アルツハイマー型認知症の治療

# 藥物治療

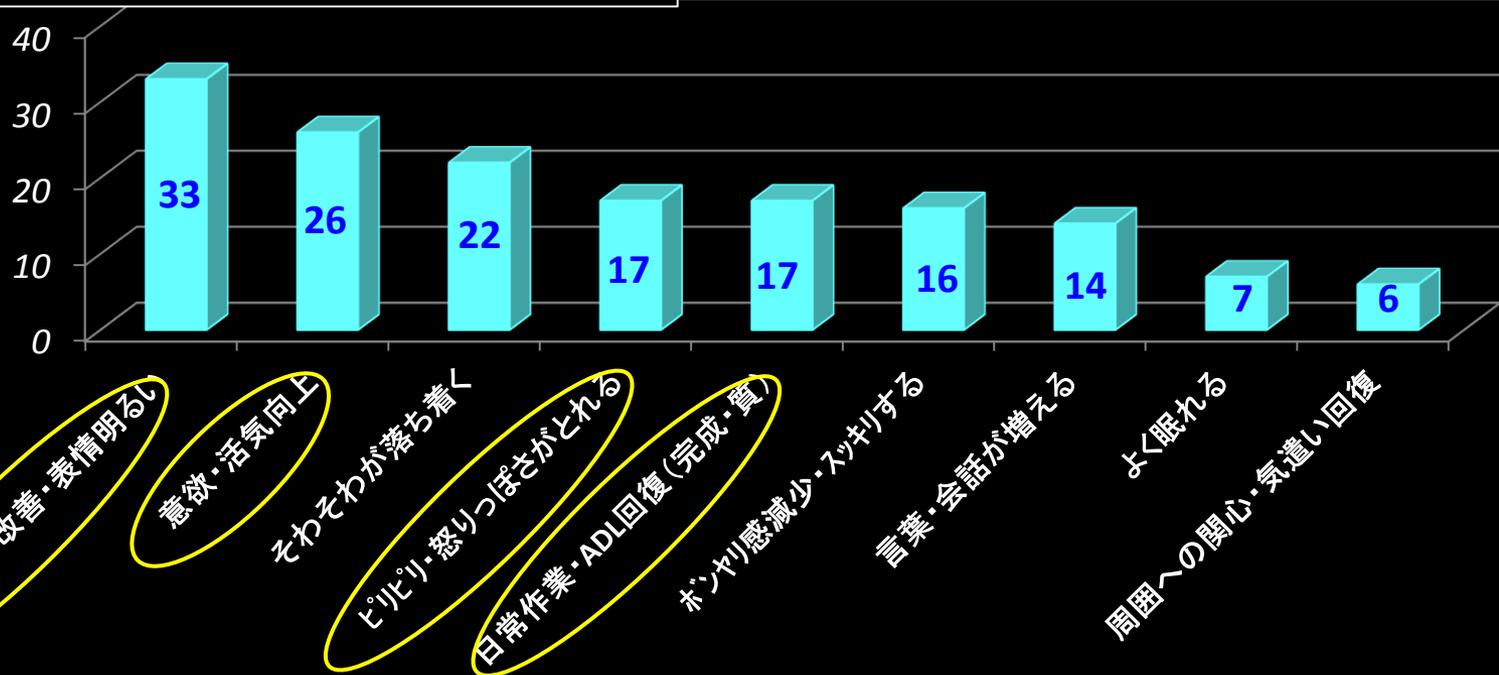
# ガランタミンのメリットデメリット(2011.4~2013.2)

対象: 2011.4~2013.2使用開始した77例(新規:36例、切替:41例)

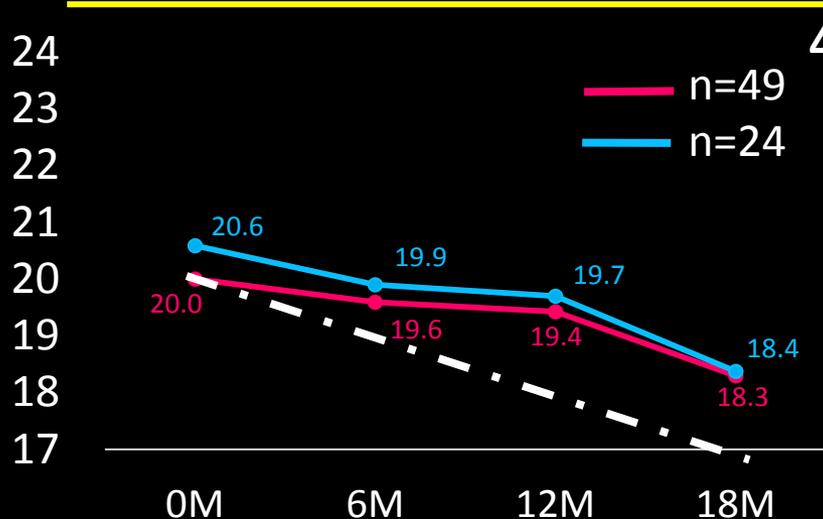
方法: 投与調整後、本人、介護支援者、医師の使用印象をカルテ及びアンケート(半構造化)調査を作成、確認した。

調査内容: 1)有害事象 2)服用後の症状の変化の有無や内容

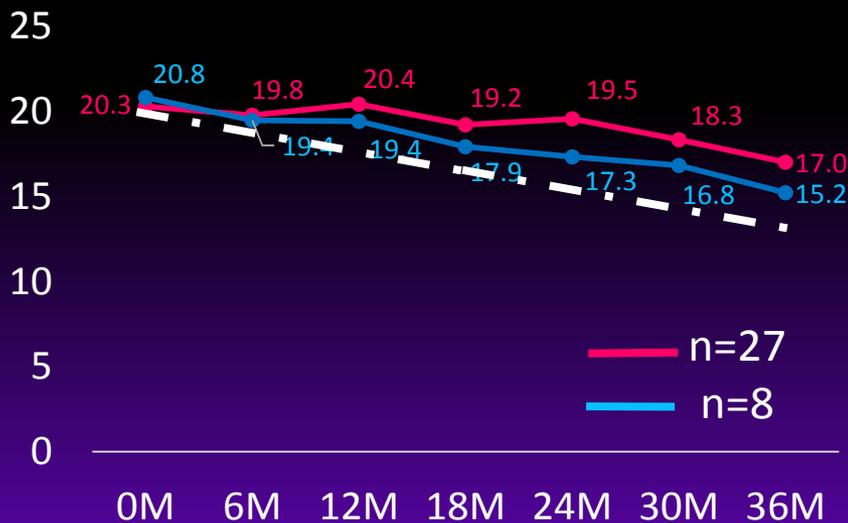
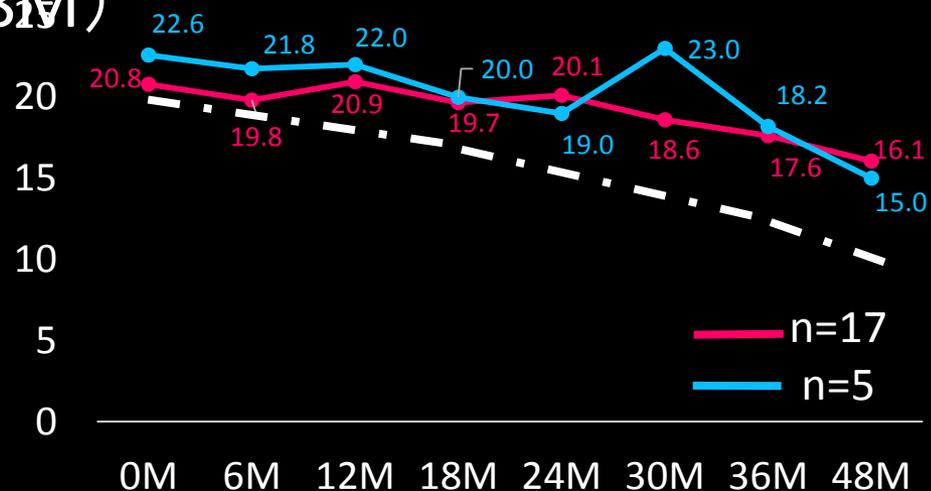
Fig. 7 「良い変化あり」の具体的内容



# 抗認知症薬の使用効果(MMSE) (18M、36M、



48M)



- 全経過を通してMendiondoモデル予測値(自然経過)に比べて全経過で良好に維持されていた。

— ガランタミン群    — 非ガランタミン群    — 予測値(Mendiondoモデル)

# まとめ(ガランタン使用経験-2)

1. ガランタン使用群には気分や意欲、情動面の症状を緩和されたケースがあった。(通所サービスの継続に寄与)
2. ChEI使用を含めた医療介入は、自然経過よりも認知機能、生活機能を長期に維持している。
  - Neuropsychiatric Symptoms as Predictors of Progression to Severe Alzheimer’s Dementia and Death; The Cache Country Dementia Progression Study (Matthew E. et al. 2015 Am J Psychiatry)
  - 攻撃性等重要な精神病症状は認知症の高度進行、生命予後短縮に関連する。
  - 早期からの神経精神症状の治療は認知症の重症化や死亡時期の遅延に繋がると期待されている
3. 早期開始群は、全経過、全評価で早期開始の値が高かった。
  - 早期治療の介入は認知機能、生活機能共により維持率が高い
  - 3-Years study of donepezil therapy in Alzheimer’s disease : effects of early and continuous therapy. (Winblad S. et al. 2004 Geriatr. Cogn. Disord.,)
  - ドネペジル使用において遅延投与群の認知機能は全経過で低い。

# 非藥物治療

# 認知症の非薬物治療基本概念

## ■ 介護者への関わり

- 本人の**病気**を知ってもらう
- 本人の**心の状況**を知ってもらう
- 本人の**安心する(混乱しない)方法**を知ってもらう
- 「介護者」から**解放される時間**をもってもらう

## ■ 本人への関わり

- 単純な記憶は苦手でも「**感情の記憶**」を活用
- 病識欠如、病感認知の間でかなり早い段階から苦悩



本来は医療➡介護保険が理想の受診時期  
一日も早く医療の適切な介入が重要  
その後の人生の中の状況も大きく変わる



# 本人の想い: 病状の理解

## 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

# アルツハイマー型認知症の不安と妄想治療

## ■「病識」欠如・「病感」増大：緩徐顕在化する悪循環

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（記憶の補てん）  
→ 更に行き違いがまし責められる → 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

# 「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。



# 家族介護者への傾聴

# 家族の複雑な思いと心理過程

- ・**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**:「私も認知症になる?」「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。

# 家族の複雑な思いと心理過程

・正義感(責務感) 「傍にいて守ってあげないと」「私が一番わかってる」

・不安 「どうしたらいいの?」「どうしたらいいの?」

「どうしたらいいの?」「どうしたらいいの?」

・挫折 「あんなに頑張ったのに...」

「あんなに頑張ったのに...」

・自己犠牲 「自分も頑張らなきゃ...」

「自分も頑張らなきゃ...」

「周囲の人に迷惑かけないよう...」

→ 「周囲の人に迷惑かけないよう...」

介護者支援の最も大切なこと:

(共感しても)『分かったつもり』になってはいけない

認知症介護支援は、「聞いて想像する」のと、「実際に体験し感じる事」に想像を超える違いがある。

このことを常にわきまえておく必要がある。

安易に踏み込む事はできない。ひたすら「傾聴」。

# 重要な診療時間：家族との時間

---

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. 家族の話の内容をあいづちをうちながら整理する。
3. 現状を必ず乗り越えられる事を根拠(診断)をもって説明する。
4. 不足の情報収集、最優先課題の解決へ相談を提案する。
  - 初回は家族に1時間ほど時間を別に設ける。
  - 効果は帰宅後に。一人になって、家族と話して。心が整理される。
  - 次回受診までに頭も整理され今を受け止める覚悟(決意)が固まる。
  - 二回目の時は表情に決意と勇気が現れる。(=診療成功の第一歩)
5. ここまできて初めて治療への参加意識、決心がつく。

# 重要な診療時間：家族との時間

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.
3. 家族：「家族だから」といって突然「介護者」にはなれない。

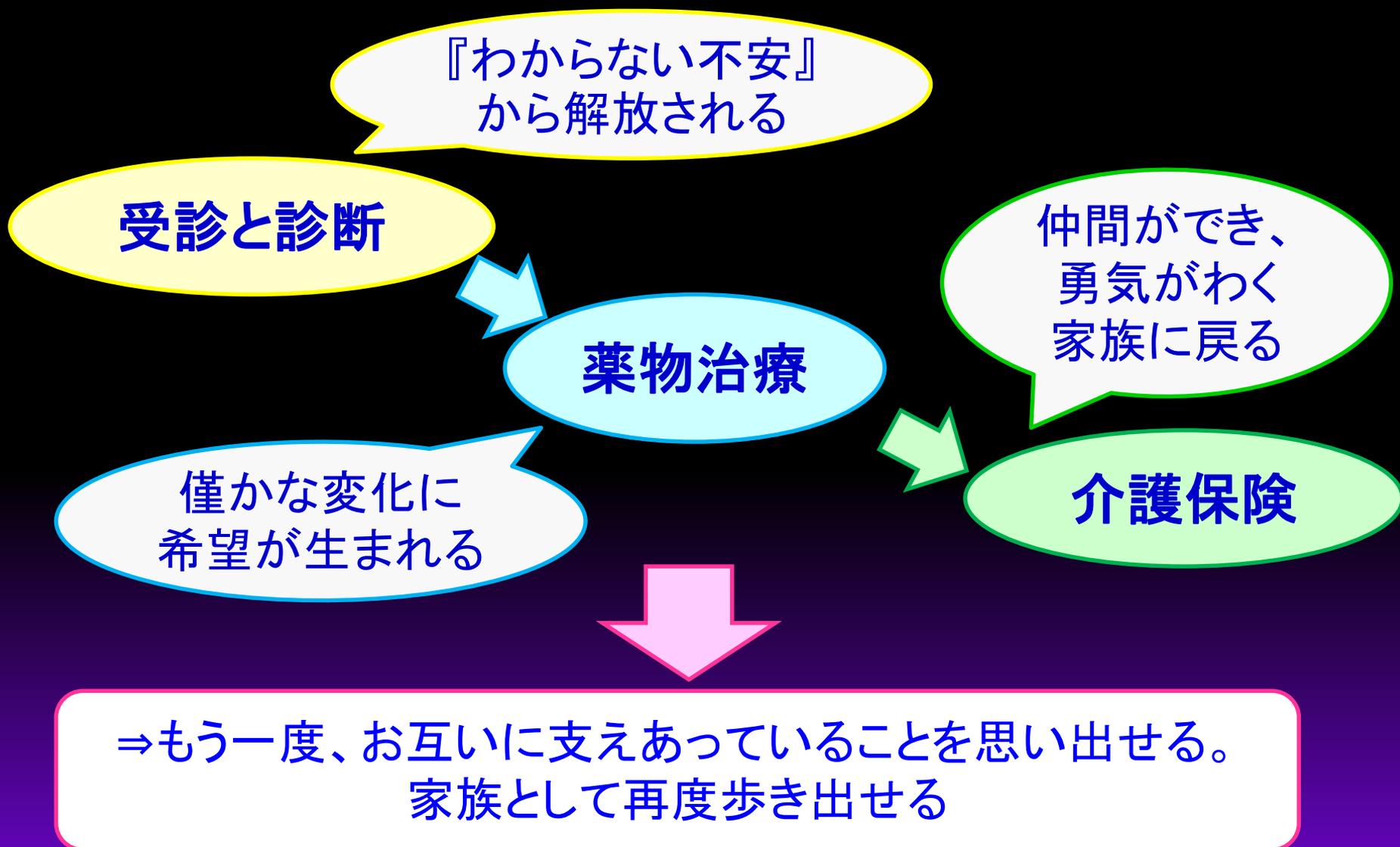
4. ➡こころと頭の整理をする機会が必要

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. ここまで来て初めて治療への参加意識、決心がつく。

# 診療における家族・介護者の心理変化



# 認知症における「介護支援者」と「家族」の違い

- 介護支援者・・・本人が生きる事を直接支える人  
(介護者がいないと生きていくことができない)
  - a. 介護者家族      b. 介護職(他人)
- 家族・・・高齢まで生きた個人とその人生を知る人・代理人  
(家族(身寄り)がなくても生きることは可能)
  - a. キーパーソン家族      b. 非キーパーソン家族



- 家族と介護者の「心理・思考・行動は異なる」ことを心得ておく。
  - ➡「非介護者家族」と「介護者家族」は時に**大きな温度差**をもつ。
  - ➡他人でも「介護者同士」は協力者として協働作業から**絆**が生まれる。
  - ➡「非介護家族」は**介護支援者(家族もスタッフも)の応援が重要**
- 家族介護者は一人の中に二つの役割があり、より葛藤が生まれる。
  - ➡**予め、この考えを家族と共有、理解を促すことはマネジメントの成功のカギ**



## 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

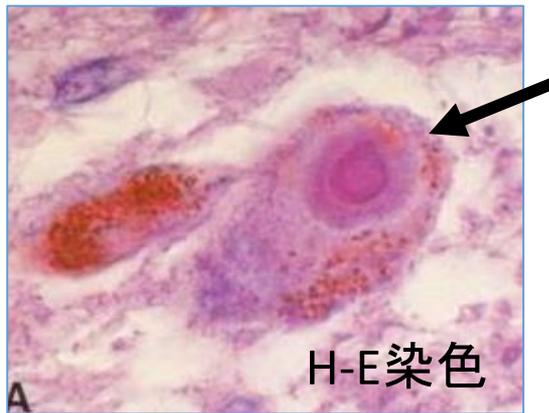
○リアルな幻視、家族を他人と思う誤認妄想、幻の同居人が特徴

○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。

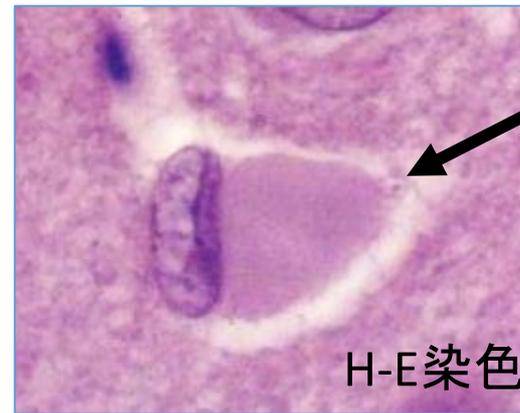
# レビー小体型認知症 (DLB)

# DLBの病理概念

- DLB: 大脳皮質の広範囲にレビー小体が出現し、認知症を来す変性疾患 (Kosaka, 1976)



〈脳幹型レビー小体〉



〈大脳皮質レビー小体〉

同心円構造  
を欠き不明瞭

- レビー小体の主成分は $\alpha$ シヌクレイン凝集体 (Spillantini, 1997)

$\alpha$ シヌクレイノパチー

レビー小体をもつ疾患群の総称  
⇒レビー小体病 (LBD)

パーキンソン病 (PD)

レビー小体型認知症 (DLB)

# DLBの臨床診断基準 (DLB国際ワークショップ2005)

1. 中心的特徴(DLB診断に必須): 認知症(社会生活に支障あり)
2. 中核的特徴(2つあればprobable DLB, 1つのみpossible DLB)
  - 注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動
  - 典型的には構築された具体的な繰り返される幻視
  - 特発性パーキンソニズム
3. 示唆的特徴(中核的特徴1つ+示唆的特徴でprobable DLB.)
  - レム睡眠行動異常症 ・抗精神病薬に対する重篤な過敏性
  - SPECT/PETの基底核のドーパミントランスポーター取込み低下
4. 支持的特徴(通常みられるが診断的特異性は証明されていない)
  - 繰り返す転倒・失神、一過性意識消失、高度な自律神経機能障害
  - 幻視以外の幻覚、体系化された妄想、うつ
  - CT、MRIで側頭葉内側部が比較的保たれる、SPECT、PETの後頭葉活性低下を伴う全般性取り込み低下、MIBG心筋シンチグラフィで取り込み低下、脳波上の側頭部一過性棘波を伴う全般性徐波化

# DLBの診断基準(2017年改訂版)

## 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. レム睡眠行動異常症(RBD)

### 指標的バイオマーカー

1. 大脳基底核でのドーパミントランスポーター取り込み低下
2. MIBG心筋シンチグラフィで取込み低下
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

## Probable DLB(確定)

- 4項目の中核的特徴のうち、2項目以上の存在
- 中核的特徴が1項目かつ指標的バイオマーカーが1項目以上存在する。

## Possible DLB(疑い)

- 中核的特徴だけが1項目存在する。
- 指標的バイオマーカーだけが1項目以上存在する。

## びまん性レビー小体病(72歳女性)



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の幻覚(幻視)

〈頻度〉 60～76% (Klatka LA, et al. 1996, Aarsland D, et al. 2001)

〈性状〉 具体的で人、動物、虫等が多い (Heitz C, et al. 2015)

- 布団の上にエビが跳ぶ

- タンスの上に人がいる

⇒ 話しかけても返事しない、触ると消える、幻だろうか？

(患者自身が幻視を幻だと認識していることもある)

〈発現機序〉 幻視は視覚認知の低下と関連する (Nagahama et al. 2011)

DLBには錯視が生じやすい (Uchiyama et al. 2012)

〈神経基盤〉 幻視は後頭葉の血流低下に関連する

(Nagahama et al. 2010)

# 前頭側頭型認知症 (FTLD)

# 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

### (4) 前頭側頭型認知症

- 我慢できない、**すぐに怒る**、思い立ったらじっとしてられないなど**社会人としての人間らしさが失われる**。脱抑制や社会ルールの無視などがみられる。
- 失語症状、構音が歪み、
- ありふれた日用品の名前がわからなくなる。

危険な誤解・怒る程の関心なし  
「対応を誤ると」興奮しやすい

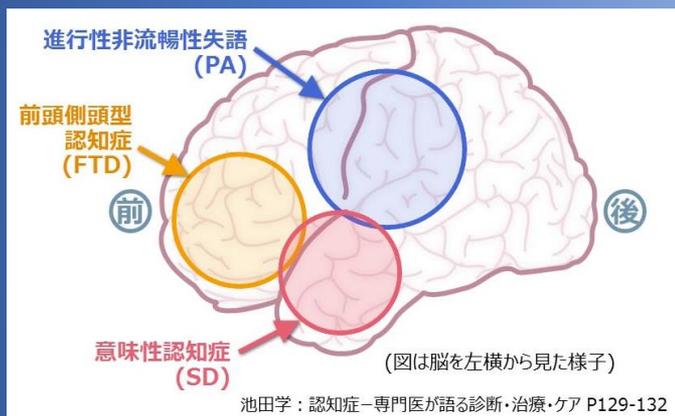
社会的理性・配慮の欠如  
→周囲への無関心から生じる

### ■若年性認知症（※介護保険法の特定疾病「初老期における認知症」）

- 65歳未満の人の認知症のこと。
- 就労、経済、子どもの扶養、支援する社会資源など、高齢者とは異なった課題がある。
- ➡疾患病態は同じでも年齢や社会的立場の違いで本人、介護者の苦悩はより大きい。記憶の維持、海馬萎縮の少ないケースも珍しくない。

# 臨床分類における「FTLD」の位置づけ

## 前頭側頭葉変性症／FTLD



前頭側頭型認知症／bvFTD  
(frontotemporal dementia)

進行性非流暢性失語／PNFA  
(progressive non-fluent aphasia)

意味性認知症／SD  
(semantic dementia)

- 若年(65歳未満)発症頻度が多い  
(特定疾患認定は65歳以下発症者)
- 時に精神疾患(双極性障害)と間違えられることがある
- 初期から行動症状が目立つ

# 常同行動、反社会的行動、脱抑制行動

繰り返しの散歩  
(常同的周遊)



毎日決まった生活パターン  
(時刻表的生活)



社会的ルールの無視



- 決まった時間に決まったコースを周遊(散歩中に道に迷うことはすくない)
  - 周囲に無関心になる⇒社会のルールにも無関心⇒スピード違反、信号無視、勝手にものを持ってくる(窃盗や万引きと軽犯罪にも関与)
  - 罪悪感がないので行動に戸惑いがない、反省ができない。
  - 固執する傾向から自ら止めない。
- ⇒ 制止行為は興奮・混乱の誘発に繋がる。(怒りはないが邪魔とは認識)
- ⇒ 前頭葉の障害が表面化する病気は他でも社会と共存が難しいことは事実、周囲の理解も重要ですがまずは医療介入を(せめて本人の汚名だけはなくしたいと思っています。)



# 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B<sub>12</sub>欠乏症

④ 脳腫瘍

特発性正常圧水頭症 (i-NPH)

# 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

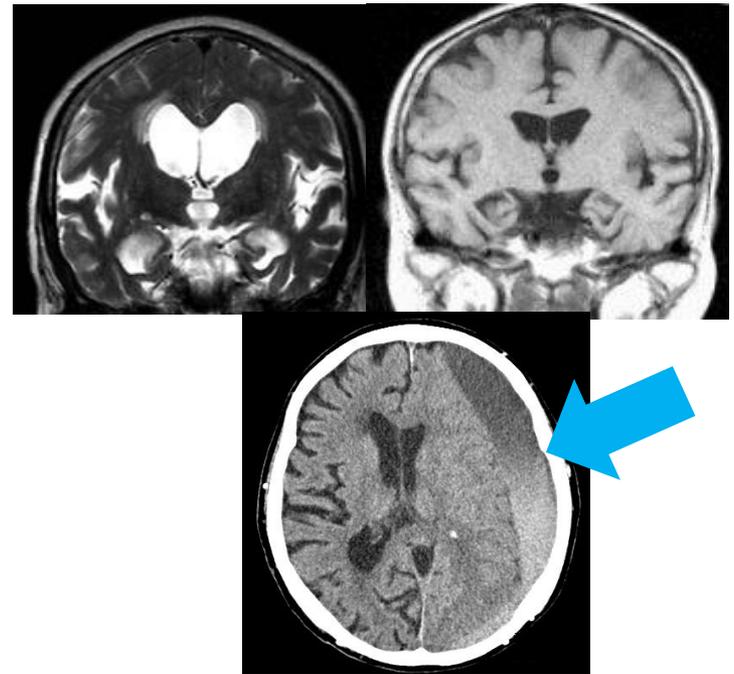
- 3主徴(歩行障害、尿失禁、認知症)
- アルツハイマー型認知症合併多い

### (2) 慢性硬膜下血腫

- 些細な頭部打撲で時間が経って発症。
- 多彩な症状が出現

### (3) その他(認知機能低下)

- ① 甲状腺機能低下症   ② 慢性アルコール中毒
- ③ ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症   ④ 脳腫瘍



## 特発性正常圧水頭症の一例(68歳男性)



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はあがらない、動かしくさを感し出す。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、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、生活が変わりとても喜ばれた。

➡治療が可能な認知症疾患

# 特発性正常圧水頭症のまとめ

1. 歩行障害で脊柱管狭窄症の診断で経過が半数あり
2. 意欲低下、無為無関心、拒否に激昂が出現
3. 不眠は少ない
4. 早い診断治療が良い効果に繋がることが判明
5. アルツハイマー型認知症等の合併が多い
6. 術後の治療調整、医学的リハビリテーションが重要（効果に差があることがわかっている）
7. タップテスト（髄液検査）で繰り返すと効果低下
8. タップテストでの付加価値（髄液検査可能）

⇒以前と違うなあ表情がさえないなあ、動作が緩慢だなあと思う時は是非一度相談を（知っている医師には診断は簡単だがしらないと見落とす）

# 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(?)。

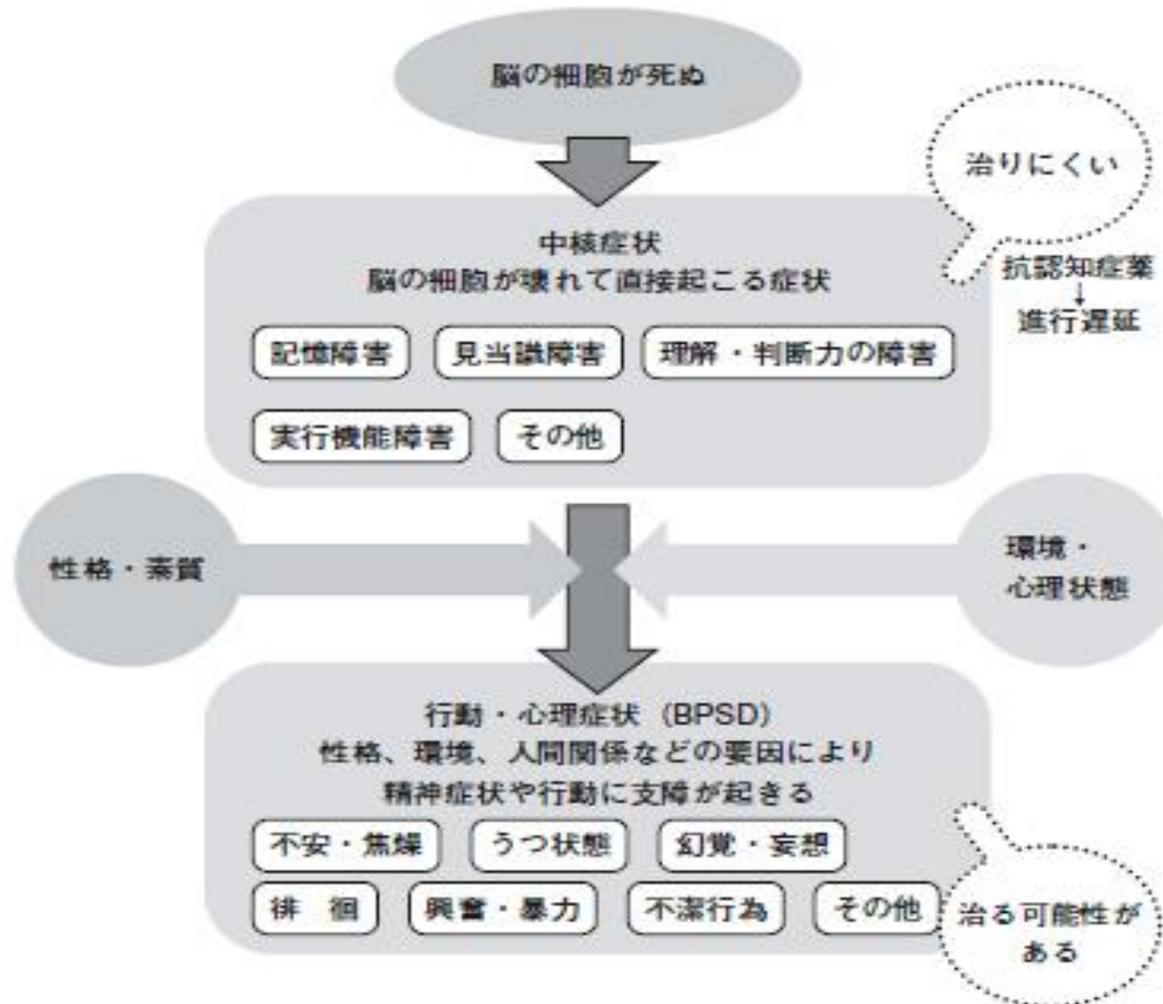
### (3) うつとアパシー

- 「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)	



## 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)

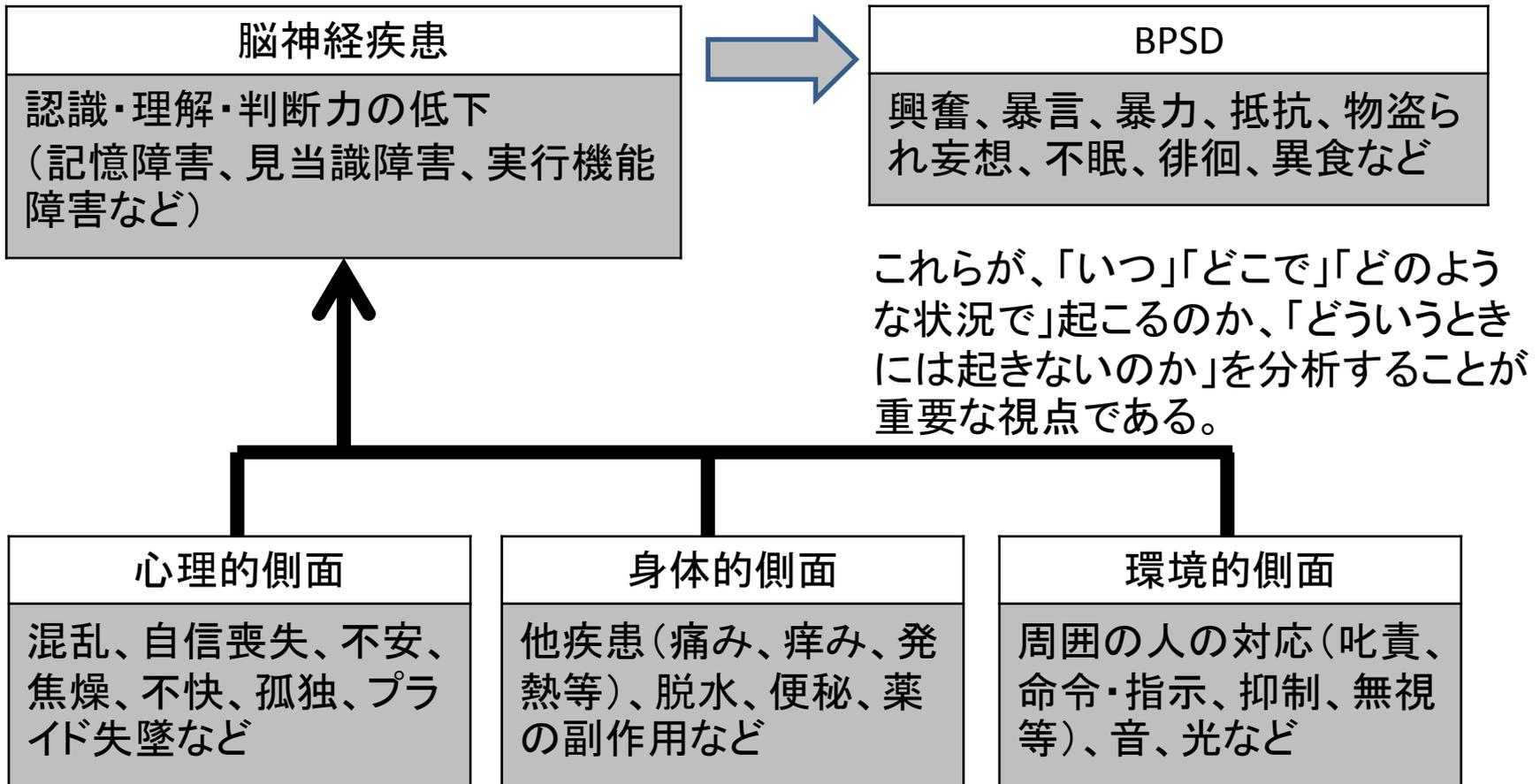
- 計画立案、按配・遂行が困難になり、家事ができない、一人暮らしが困難になる

# 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。



## 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

# 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。



## 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

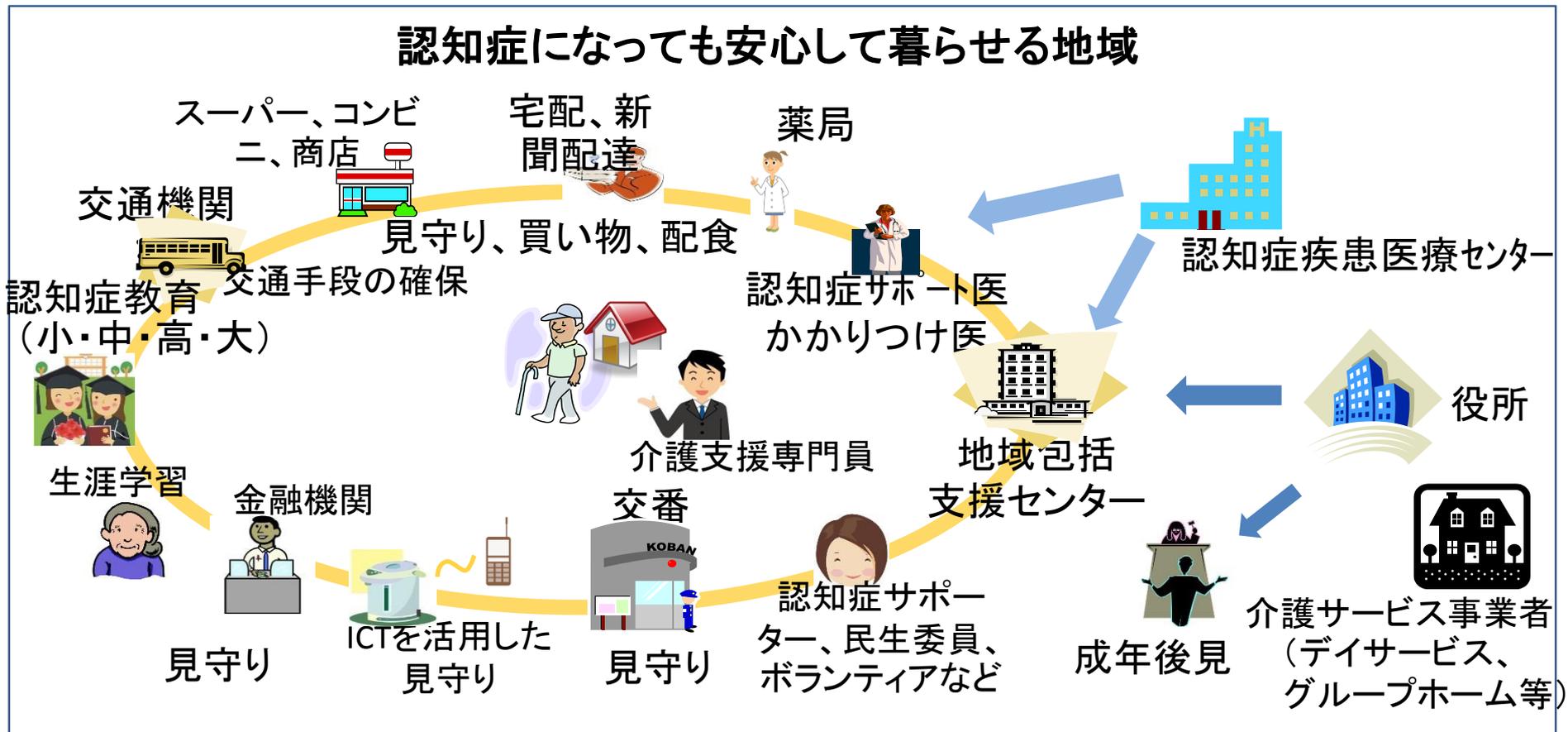
- 介護負担感、ストレス、認知症に関する理解度 など
- 在宅ケア継続か施設ケアを希望しているか など

# こういう方は一度脳を調べておきましょう

- とにかく以前と違う
  - 取り繕う場合(プライドがあるが病識がない)、記憶の低下
  - 周囲に関心がない・意欲がない(やればできるがやらない)
  - あれそれなどが増え、音に鈍感、
  - 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+で意欲低下(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

## 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。



日常生活圏域等で認知症の人びとの見守り等を含めた自助・互助のネットワークが不可欠

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。

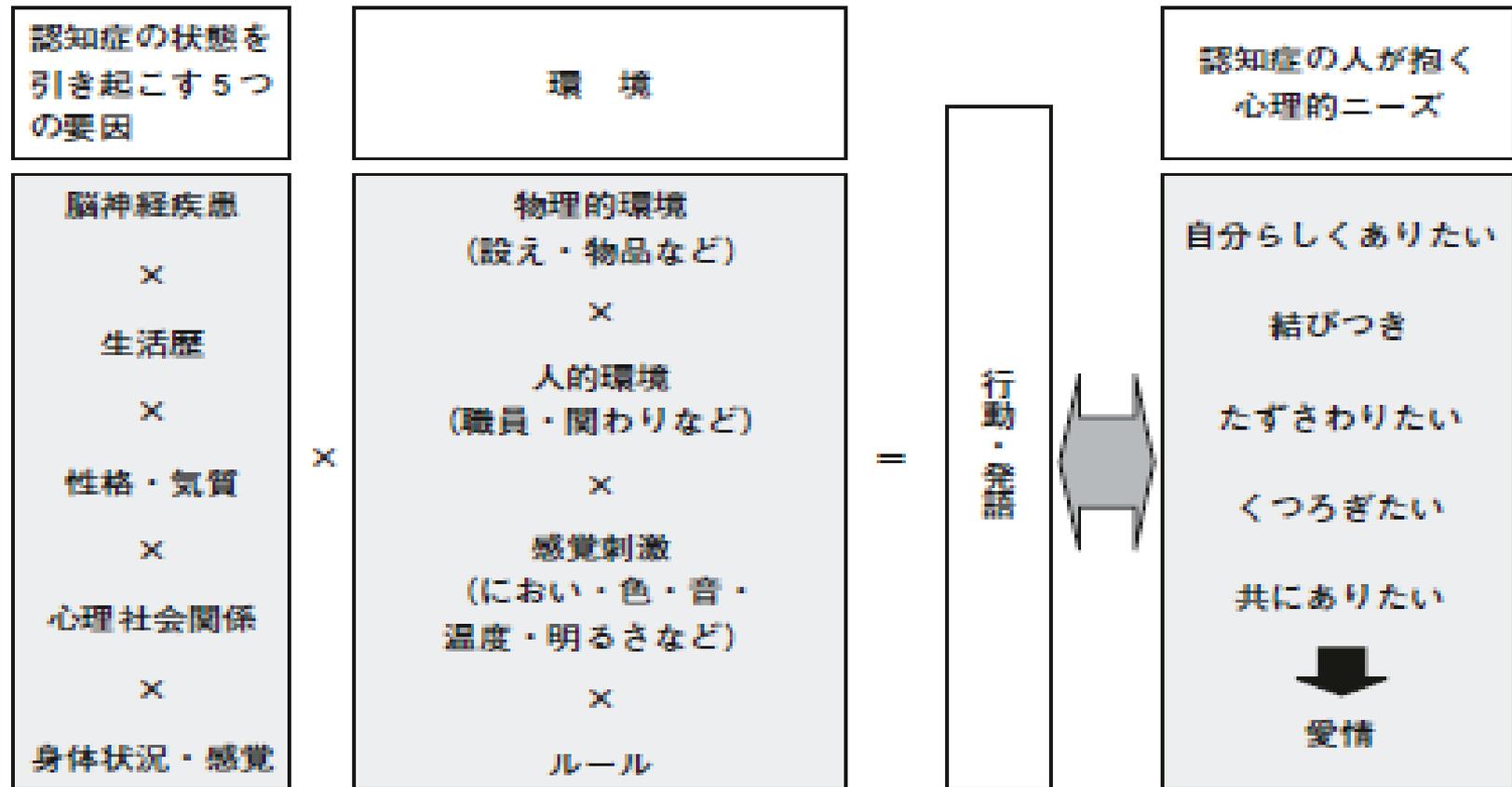
### (3) 新オレンジプランの施策を活用する。

### (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)

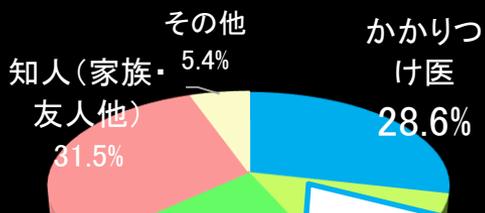
- ・生活歴、性格・気質、病気になる前の生活習慣を知り、行動の意味を知るといった視点をもつ。
- ・本人のプライドが満たされているかどうか探る(人間関係:受容されているか、孤立、阻害されているか)。
- ・できること、できるようになると思われることを探る(セルフケア、活動と参加)。
- ・心身の状況に影響を与える服薬、睡眠障害、脱水、低栄養、便秘、口腔機能低下などの有無を把握する。
- ・五感への影響を把握する。 など

# 本日の流れ

## 2. 地域における実際の連携構築

# 認知症専門外来の地域連携(2014.4~2017.3)

## 紹介元



- ・ 紹介先の定着化
  - ・ 「知人紹介」中、「不特定医療福祉の誰か)が増加
- ➔ 受診への不安の減少化

臨時再診は3日以内

当院

紹介元(医師+CM)

再紹介196/392(50.0%)  
共同診療137/392(34.9%)

情報提供書  
742通/年

脳外科は再紹介

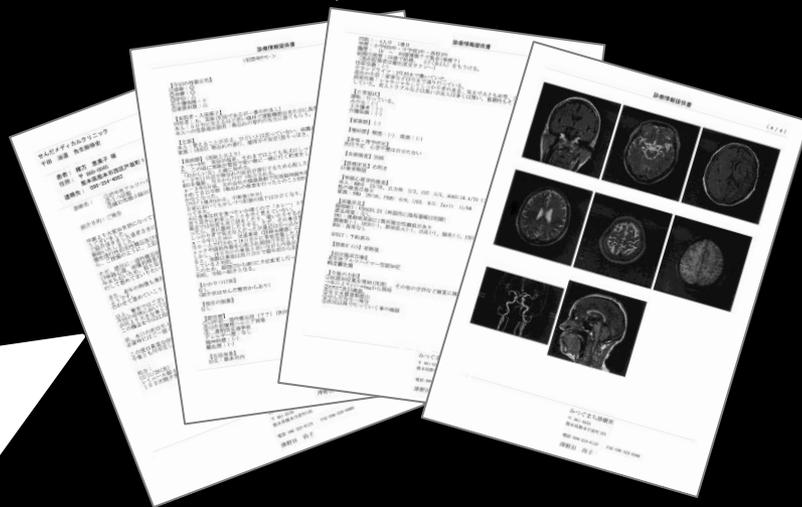
大学8件・脳外科13件  
精神科12件

専門機関  
大学病院、脳外科、精神科、

## 紹介元地域圏: 医師・包括支援センター・ケ

### 診療情報提供書(サマリー同封)

主訴、現病歴、現在の服薬、既往歴、生活背景、日常状態、家族歴、嗜好歴、身体・理所見、血液検査、診察所見、神経心理検査、画像所見、診断ポイント、臨床診断・印象、今後の方針、etc.





もしもの備え(精神行動症状の緊急対応)

# BPSDによる緊急時地域連携（当院の場合）

地域包括支援センター  
ささえりあ



精神科病院4ヶ所  
（+緊急情報センター）



脳神経外科病院3ヶ所  
画像検査センター1ヶ所

必要に応じて  
電話・外来受診  
適時紹介



地域認知症  
クリニック

かかりつけ医  
居宅支援事業所  
（ケアマネジャー）



BPSD緊急対応  
ショートステイ

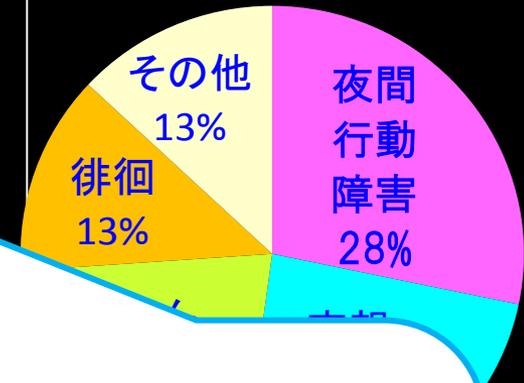


# BPSD緊急対応SSの実際(当院の場合)

併設老健認知症専門棟の在宅介護中のBPSDに対する緊急避難ショートステイ体制

- 要因は陽性症状が多い(グラフ)
- 7割は在宅へ復帰
- 殆どのケースで追加投薬や不要。(N=31)

n=46(44人)



- 熊本地震で見た熊本県内介護事業所の力
- 医療⇔福祉職員間、在宅⇔入所フロアで、  
両者の迅速かつ柔軟な連携は不可欠

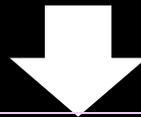
介護福祉士36名(+介護職7名)

※)介護支援専門員(CM)16名、認知症ケア専門士14名

# 連携で守るもう一つの認知症医療

# 認知症へ提供すべきもう1つの医療

1. 認知症疾患診療(診断・治療)
2. 認知症患者さんの身体合併症に対する適切な医療提供の確保



1. 本人の病状・治療への理解困難がもたらす医療行為への抵抗や困難の可能性
2. 高齢者がそうであるよう認知症患者への相対的医療はある
  - ➡ 「はじめから治療を選択しない」正当な理由にはならない
  - 「個々の状況に応じた適正医療を検討し悩む」事はとても重要
  - ➡ これを支えるのも専門外来の仕事でもある

# 日頃から備える他科との連携



地域包括支援センター  
ささえりあ



かかりつけ医



居宅支援事業所  
(ケアマネジャー)



地域認知症  
クリニック

認知症高齢者の健康を支える  
医療連携の構築は不可欠



安心してクリニック診療ができる。  
本人の医療倫理を守るシステム

• 基幹型認知症疾患  
医療センター

• 画像検査センター3カ所

• 救急救命センター(3次)1ヶ所

• 脳神経外科病院 3カ所

• 精神科病院 (入院含)4カ所

• 一般内科病院 (入院含)3カ所

• 胃ろう造設1カ所

• 外科(病院1、診療所2)

• 整形外科(病院 1、診療所 2)

• 消化器検査(診療所1、病院2)

• 在宅訪問管理薬局

在宅支援診療所

耳鼻科 眼科 皮膚科

歯科(訪問在宅)

# チーム認知症 介護保険・ケアマネジャーの役割

# チーム連携はなぜ人を支えてくれるか

全ての他者は、私と同じ共同体に属する仲間である。  
仲間<sup>に</sup>囲まれた私はここに居ることを許されている。  
ここには私の居場所があり、  
私が貢献すべき他者がいる。

アドラー心理学より

## 〈専門職に必要な考え方〉

- 我々の仕事には必ず誰かの悩み苦しみが存在する。
- 我々の仕事は、思うようには進まないという「覚悟」が要る。
- 精神論より方法論（想いは不可欠でもそれで人は救えない）
- 土俵から降りない「覚悟」と自分を許す割り切りが重要。
- 「仕事仲間」とは、好きな人より嫌いな点を許せる相手が大事
- 仕事で出会った人のため泣くことはあっても、仕事で泣かない

私にとって素晴らしいチームメイトとは？

相手の見ている景色が見えていますか？

仲間を支えてくれる人・許せる人

戦う相手を間違えない人

60点で長旅を乗り切る人

# 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。

室伏 君士 Dr.(菊池病院)

# 認知症専門医としてどう向き合うか？

## ■ 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(困った時はいつでも傍にいる)  
= 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)



長時間おつかれさまでした。  
事例検討楽しんでください。