

平成30年度
地域包括診療加算・地域包括診療料に係る
かかりつけ医研修会

2. 「認知症」

医療法人 ゆう心と体のクリニック

院長 瀬戸裕司

老化による変化

見出し(研修会当日に挿入)

高齢者の生理的・身体的特徴

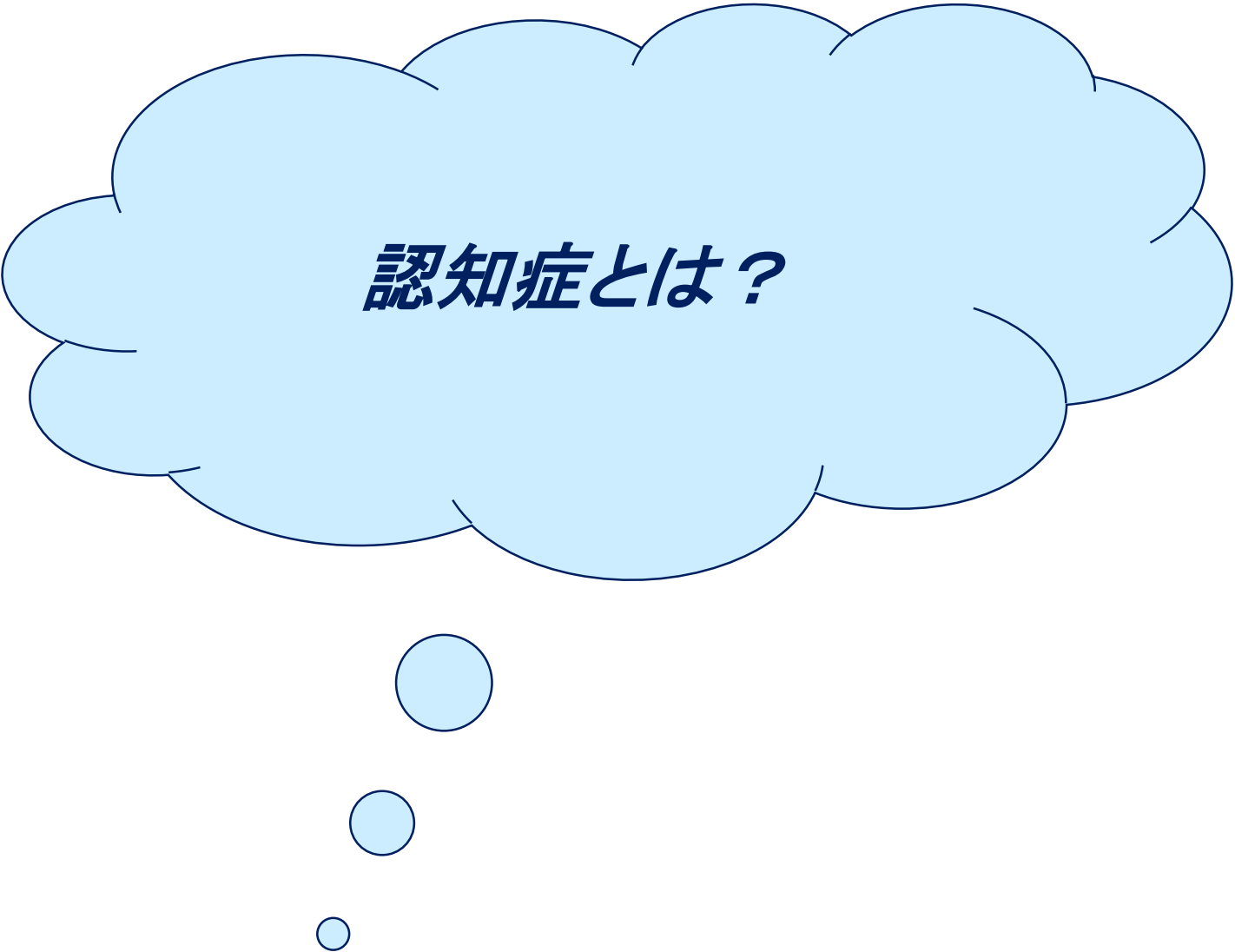
- ・加齢に伴い様々な機能低下や障害を生じる
- ・変化の起こり方は、個人により大きく異なる
- ・疾患の症状が顕著に現れないことが多い
- ・疾患の症状にも個人差がとても大きい
- ・諸機能が右肩下がりに直線的に低下はしない
- ・意識障害や脱水症を起こしやすい
- ・薬の効果発現に時間がかかる
- ・老化に伴って起こる病態を「老年症候群」という

老年期(高齢期)の心理特性

- 喪失体験 : 老いるとは、根底に底知れぬ深い漠然とした不安や予期不安を常に抱いている状況にある。嫌な思い、辛い思い、恥をかく、失敗する・・・等は無意識に本能的に避ける。よって過敏・苛立ちを秘めている。
- 性格特性の尖鋭化 : 元々の性格・気質が、加齢とともにより強く、前面に出てくる。

情意や性格の変化

- 保守性、義理堅さ、諦め、活動性減退などが多くの高齢者にみられる。
- 頑固、利己的、人に対してきびしく、愚痴っぽさ、疑い深さ、心氣的、短気などの抑制力低下に伴うものもある。
- 元々の性格がより強く、尖鋭化するのが特徴。
- これらの性格変化にみられる共通性として
 - ①男性の女性化、女性の男性化 ②感情興奮性の低下 ③感情弾力性の低下
 - ④抑うつ傾向の増大 ⑤実用的、实际的傾向の強化・・・等がある。

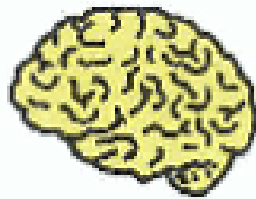


認知症とは？

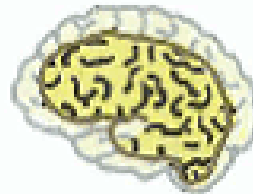
見出し(研修会当日に挿入)

認知症とは？

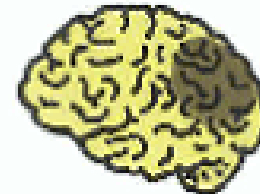
一度、正常に発達した知的機能が、脳の後天的な器質的変性により生ずる症候群であり、持続的な認知機能の低下、記憶力の低下、思考・見当識・理解・学習など様々な大脳皮質機能の障害をきたし、そして日常生活に支障をきたす状態になる「器質性疾患」である



健康な脳



脳の細胞がびまん性に死んで脳が萎縮する（アルツハイマー病などの変性疾患）



血管が詰まって一部の細胞が死ぬ（血管性認知症）

全国キャラバン・メイト連絡協議会作成「認知症サポーター養成講座教材」より引用

認知症の診断基準

見出し(研修会当日に挿入)

ICD-10による認知症診断基準の要約

G1. 以下の各項目を示す証拠が存在する。

(1) 記憶力の低下

新しい事象に関する著しい記憶力の減退。重症の例では過去に学習した情報の想起も障害され、記憶力の低下は客観的に確認されるべきである。

(2) 認知能力の低下

判断と思考に関する能力の低下や情報処理全般の悪化であり、従来の遂行能力水準からの低下を確認する。

(1)(2)により、日常生活動作や遂行機能に支障をきたす。

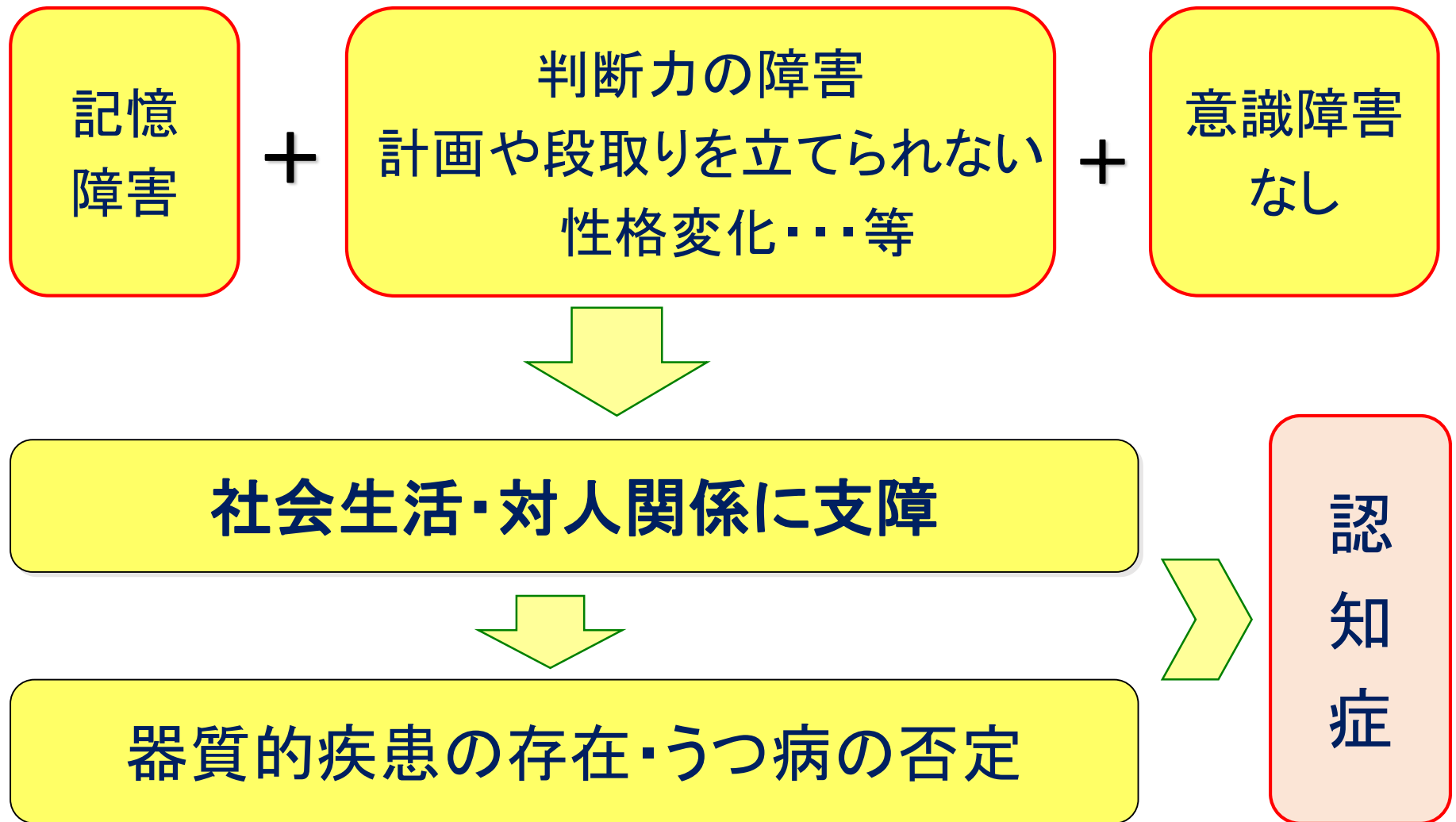
G2. 周囲に対する認識(すなわち、意識混濁がないこと)が、基準G1の症状をはっきりと証明するのに十分な期間、保たれていること。
せん妄のエピソードが重なっている場合には認知症の診断は保留。

G3. 次の1項目以上を認める。

(1) 情緒易変性 (2) 易刺激性 (3) 無感情 (4) 社会的行動の粗雑化

G4. 基準G1の症状が明らかに6か月以上存在していて確定診断される。

DSM-III-Rの認知症診断基準の考え方



American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed(DSM-III-R)

DSM-IV-TRの認知症診断基準の要約

A. 多彩な認知障害の発現。以下の2項目がある

1. 記憶障害(新しい情報を学習したり、以前に学習していた情報を想起する能力の障害)
2. 次の認知機能の障害が1つ以上ある
 - a. 失語(言語の障害)
 - b. 失行(運動機能は障害されていないのに、運動行為が障害される)
 - c. 失認(感覚機能が障害されていないのに、対象を認識または同定できない)
 - d. 実行機能(計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化すること)の障害

B. 上記の認知障害は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、また、病前の機能水準からの著しい低下を示す

C. その欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない

DSM-5の認知症診断基準の要約

- A. 1つ以上の認知領域(複雑性注意、遂行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知)において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および
 - (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された、実質的な認知行為の障害
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する(すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする)
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない
(例:うつ病、統合失調症)

NIA-AAによる認知症診断基準の要約

1. 仕事や日常生活の障害
2. 以前の水準に比べ遂行機能が低下
3. せん妄や精神疾患ではない
4. 認知機能障害は次の組み合わせによって検出・診断される
 - 1) 患者あるいは情報提供者からの病歴
 - 2) 精神機能評価あるいは神経心理検査
5. 認知機能あるいは行動異常は次のうち少なくとも2領域を含む
 - 1) 新しい情報を獲得し、記憶にとどめておく能力の障害
 - 2) 推論、複雑な仕事の取扱いの障害や乏しい判断力
 - 3) 視空間認知障害
 - 4) 言語障害
 - 5) 人格、行動あるいは振る舞いの変化

「認知症疾患診療ガイドライン」作成合同委員会:「認知症疾患診療ガイドライン2017」

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症_瀬戸裕司

記憶とは？

1. 記銘（憶える）
2. 保持（忘れないよう記録）
3. 再生・再認（必要時に取り出す。情報を思い出す）

…そして…

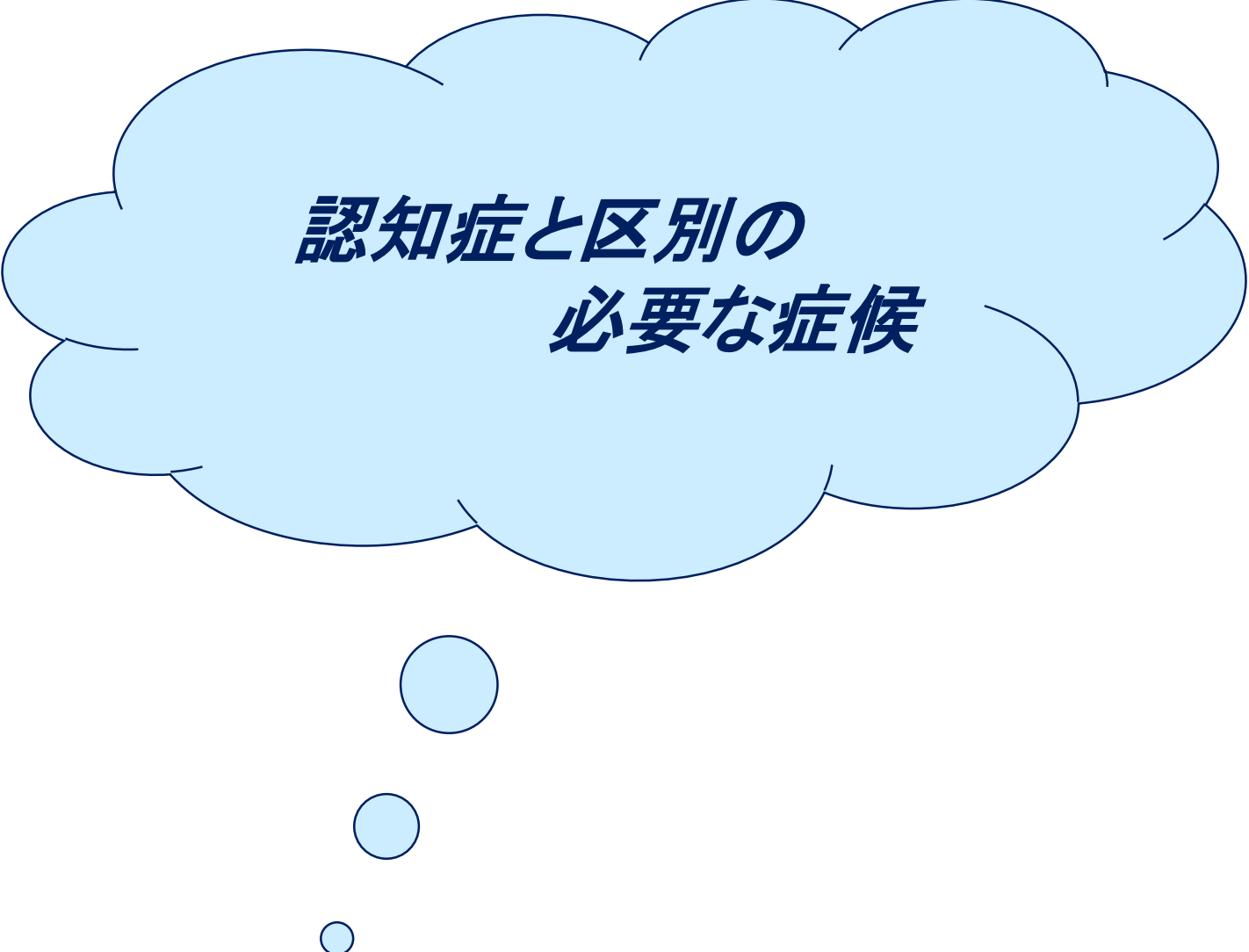
4. 忘却（憶えていたことが想起できなくなる）

これらがスムーズに流れることをいい、大脳辺縁系海馬で司られる

認知症の記憶障害は、まず記銘障害から認められ、次第に全記憶障害となっていく

「日常生活に支障が生じる程度」をみるポイント

- 記憶障害の程度は、2～3年前ならきちんとやれていた日常生活の活動ができなくなるほどか？
- 家の近所より遠い所で、迷ったり帰れなくなったりしたことがあるか？
- お金の取り扱いがきちんとできるか？ おつりの管理ができなくなったりしないか？
- 同じものを二重に買ったり、あるものを買ったり、必要なものを買忘れすることは？
- 複雑な家事、趣味の活動が続けてできているか？
- 着衣、整容、トイレ、食事などのセルフケアが自立しているか？



認知症と区別の 必要な症候

見出し(研修会当日に挿入)

健康な高齢者の加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	認知症のもの忘れ
体験の一部を忘れる・語健忘 (ヒントがあれば思い出せる)	体験したことの全体を忘れる (ヒントがあっても思い出せない)
記憶障害のみがみられる 判断力の低下は認めない	記憶障害に加えて判断の障害 や実行機能障害がある
もの忘れ(忘れっぽさ)を自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	様々な見当識障害がみられる
作話症状はみられない	しばしば作話症状がみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
極めて徐々にしか進行しない	進行性であり、悪化する

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症_瀬戸裕司

うつ病(仮性認知症)と認知症の識別

	うつ病	認知症
発症	発症が急性・週か月単位で発症	発症が緩徐で潜伏性
症状の持続	症状の持続が短期・急に進む	症状の持続が長期・ゆっくり
症状の経過	固定的な抑うつ感情や意欲欠如、状況によってもあまり変化せず	感情と行動が変動する、動揺・暗示によって変化しやすい
質問の答え	否定的で、「わからない」という答えや面倒がる	辻褄あわせ、誤った答え、はぐらかしたり怒ったりする
自分の能力評価	自分の能力の低下を慨嘆する	自分の能力の低下を隠す
認知機能障害 (記憶障害)	認知機能の障害が大きく変動する 最近の記憶と昔の記憶に差がない	認知機能の障害が一定している。最近の記憶障害が主
症状の日内変動	朝から午前中にかけて不調。午後から夕方にかけて改善する傾向	症状自体に特に著しい変動はなし
自殺傾向	希死年慮を含め、しばしば	認知症症状としては少ない
思考内容	自責的、自罰的、悲観的、自己卑下	他罰的傾向が多い

高齢期のうつ病の特徴

- ゆうつ感より、物事に興味がなくなったり、意欲低下などが出やすい
- 何より、体の症状が目立つのが特徴、腹痛・頭痛・関節痛・食欲不振・睡眠障害・全身倦怠などの症状があり、あまり気分の落ち込みが目立たないことも多い
- 注意力が散漫になり、集中力が低下して、物事がよく理解できなくなったり、記憶力が低下して物忘れがひどくなったりすること多い
- 不安・焦燥感が強く現れ、落ち着きのないタイプや、心気妄想、貧困妄想、罪業妄想などを抱きやすい傾向もある
- 自殺率が高い
- 意識障害を伴うことがしばしばある

うつ病と認知症の関係

- 1 独立した疾患としてのうつ病 ▶ 認知症との鑑別が問題に



- 2 認知症に先行するうつ状態 (DLBで時にみられる) ▶ 今後 認知症が出てくるかもしれない

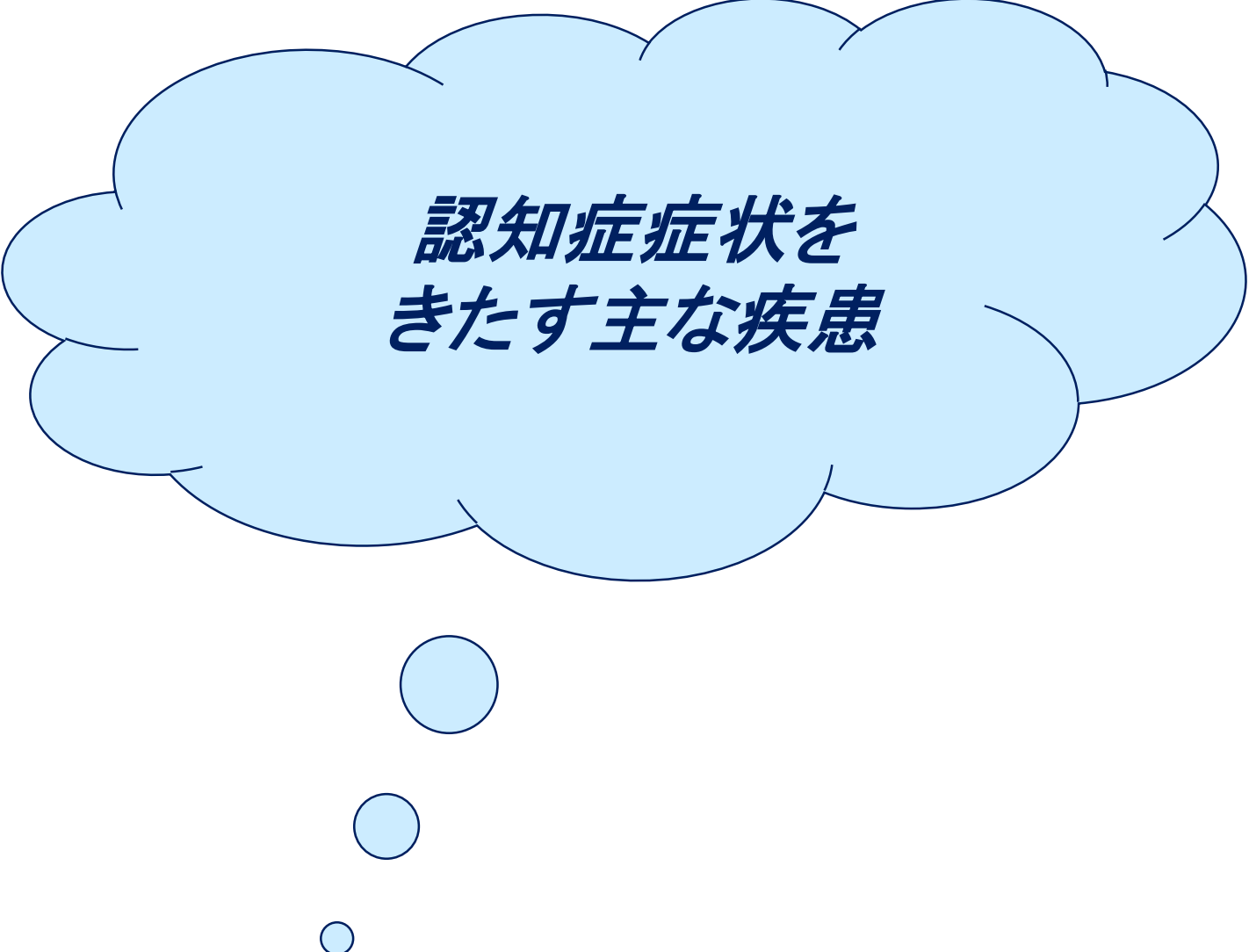


- 3 認知症の症状としてのうつ状態 ▶ 今 認知症があるかもしれない



せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発症	急激に、突然起こる	発症が緩徐で潜伏性
症状の日内変動	あり、夜間や夕方に悪化	著しいものはなく、変化に乏しい
初発症状	幻覚、妄想、興奮、不穏	記銘力低下
症状の持続	数時間 ～ 1週間	永続的
知的能力	動揺性・変動性	変化あり
身体疾患の有無	あることが多い	ときにあり
環境状況の関与	関与することが多い	関与ない
意識状態	軽度低下、混濁傾向	意識状態に変化なし
睡眠覚醒リズム	夜間不眠・昼夜逆転など多い	障害されないことも多い



認知症症状を きたす主な疾患

見出し(研修会当日に挿入)

主要な認知症

代表的な認知症

- 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 (DLB)
- 前頭側頭型認知症 (ピック病など)
- その他の認知症 (クロイツフェルト・ヤコブ病など)

可逆性の疾患

- 甲状腺機能低下症
- 慢性硬膜下血腫
- 正常圧水頭症
- 高次脳機能障害
- ビタミン欠乏症
- 慢性閉塞性肺疾患
- うつ病・抑うつ状態

アルツハイマー型認知症

初老期もしくは高齢期に発症し、進行性の認知症症状を主症状とする原因不明の脳萎縮性疾患。認知症全体の50～60%を占める。中核的な症候は近時記憶障害であり、日々のエピソード記憶障害が特徴的である。女性に多く、遺伝的因子もある程度関与している。

脳血管性認知症

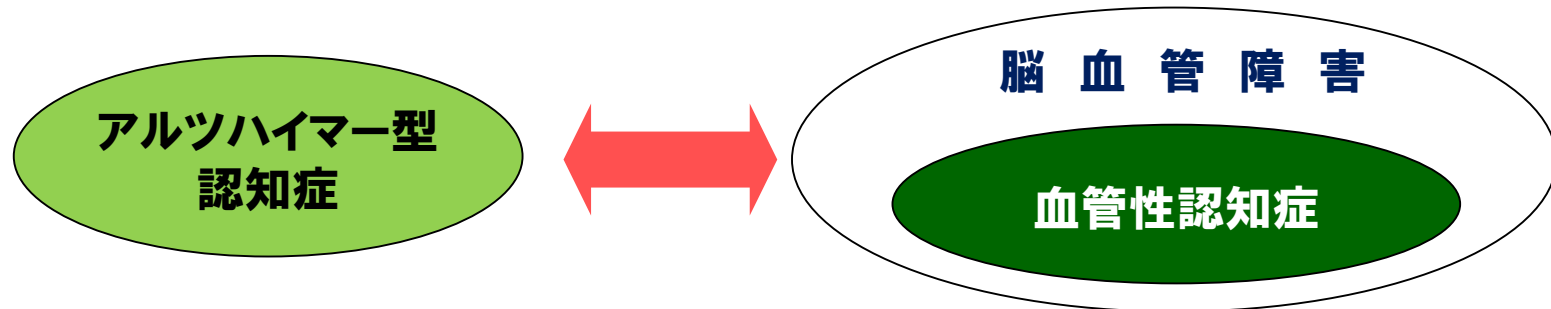
脳動脈硬化によって起こる脳梗塞、脳出血、特に小さい梗塞が多発した場合に多くみられる認知症。急激な発症と段階的増悪、動揺性経過をたどりやすい。

脳の血管障害が原因で起こる脳血管障害の30～40%が認知症を合併するといわれている。

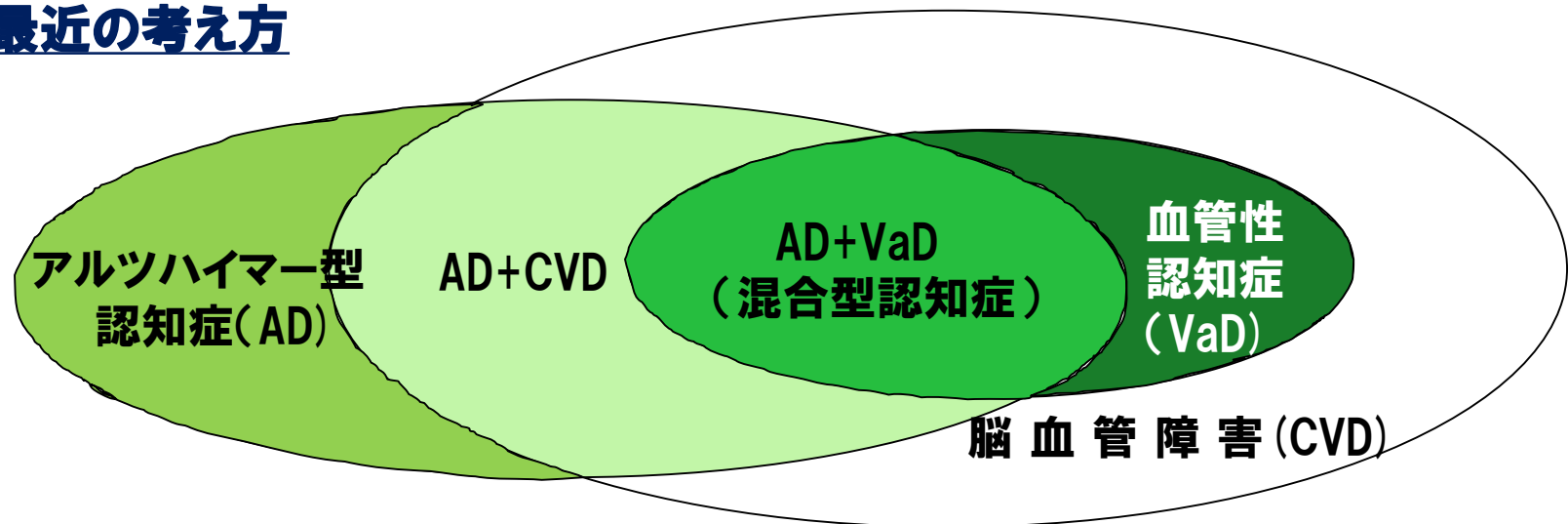
脳血管性認知症の考え方について

従前の考え方

脳卒中の既往、画像で脳梗塞、運動麻痺や構音障害が存在、
無症候性脳梗塞であっても画像を指摘されれば、



最近の考え方



アルツハイマー型認知症と脳血管障害型認知症の比較

	アルツハイマー型	脳血管障害型
発症年齢	70歳以上に多い	50～60歳以上に多い
男女比	女性に多い	男性に多い
進行・経過	緩徐に発症、少しずつ確実に進行していく	階段状、良くなったり悪くなったりする、動揺性
身体的症状	あまりない	運動麻痺、歩行障害など
人格変化	しばしば明らか(多幸、多弁)	比較的少ない (抑うつ、感情失禁)
病識	早い段階でなくなる	比較的進行しても自覚している人が多い
知的機能	全般的に低下していく	一部の能力だけ低下する
CT/MRI	脳萎縮 (脳室拡大・脳溝拡大)	大脳白質病変、病巣に低吸収域

レビー小体型認知症「DLB」とは

- 中枢神経系に多数のレビー小体の出現
- 欧米では変性性認知症疾患でADの次に多い
- 我が国で最初に発見・報告をした
- 主症状・特徴は、
 1. 進行性の皮質性認知症
 2. 早期よりのパーキンソン症状
 3. 生々しい幻視
 4. 認知機能の動揺・変動
 5. 非現実的妄想
 6. 重篤な抗精神病薬への過敏性
 7. レム睡眠時の異常行動
 8. うつ状態

レビー小体型認知症の診断基準①

1. 社会生活に支障がある程度の進行性認知症の存在

初期は記憶障害は目立たないこともあり、進行とともに明らかになる。
注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。

2. 以下の3項目の中核症状のうちprobable DLBでは2項目、possible DLBでは1項目が認められること。

- 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
- 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
- 3) パーキンソニズムの出現

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 65: 1863-1872,2005

レビー小体型認知症の診断基準②

3. DLBの診断を示唆する症状

- 1) レム睡眠時行動異常
- 2) 重篤な抗精神病薬過敏
- 3) PET、SPECTでの基底核でのドパミントランスポータの減少

4. DLBの診断を支持する症状

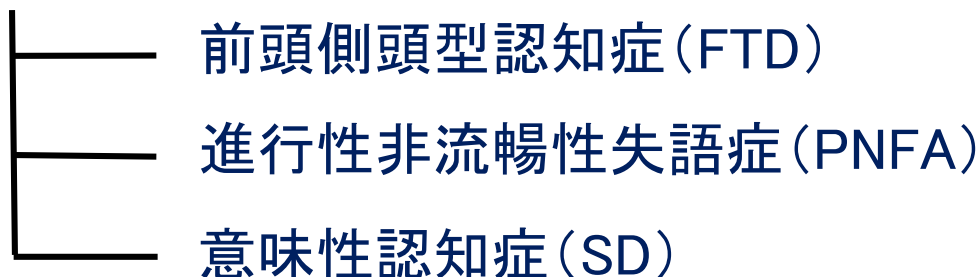
- 1) 繰り返す転倒と失神
- 2) 一過性の意識障害
- 3) 重篤な自律神経障害
- 4) 幻視以外のタイプの幻覚
- 5) 系統的な妄想
- 6) うつ
- 7) CT、MRIで側頭葉内側が保たれている
- 8) SPECT・PETでの後頭葉の取り込み低下
- 9) MIBG心筋シンチの異常
- 10) 脳波での徐波と側頭葉での一過性の鋭波

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 65: 1863-1872,2005

前頭側頭葉変性症(FTLD)

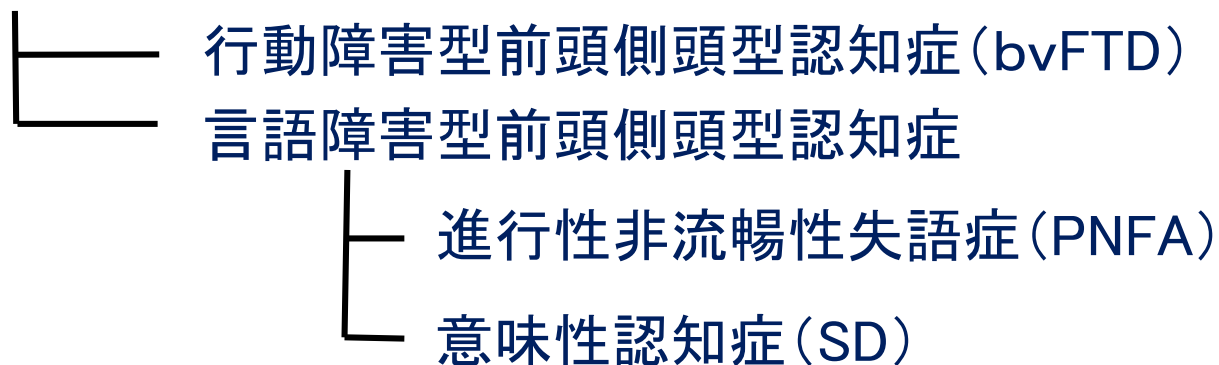
従前よりの分類

前頭側頭葉変性症(FTLD)



新分類(2011)

前頭側頭型認知症(FTD)



前頭側頭型認知症の特徴

臨床的特徴

初老期に起こり、一部は家族性を示す

ADとの比は10分の1以下

臨床症候群であり、進行性の前頭・側頭葉変性を示す

臨床症状

高度の性格変化、社会性の喪失、注意、抽象性、計画、判断等の能力低下が特徴。言語面では会話が少なくなり、末期には緘黙となる

記憶、計算、空間的見当識は比較的保たれる

画像では病理の萎縮部位に対応する選択的な前頭葉・側頭葉の異常が描出される

軽度認知機能障害

MCI (mild cognitive impairment)

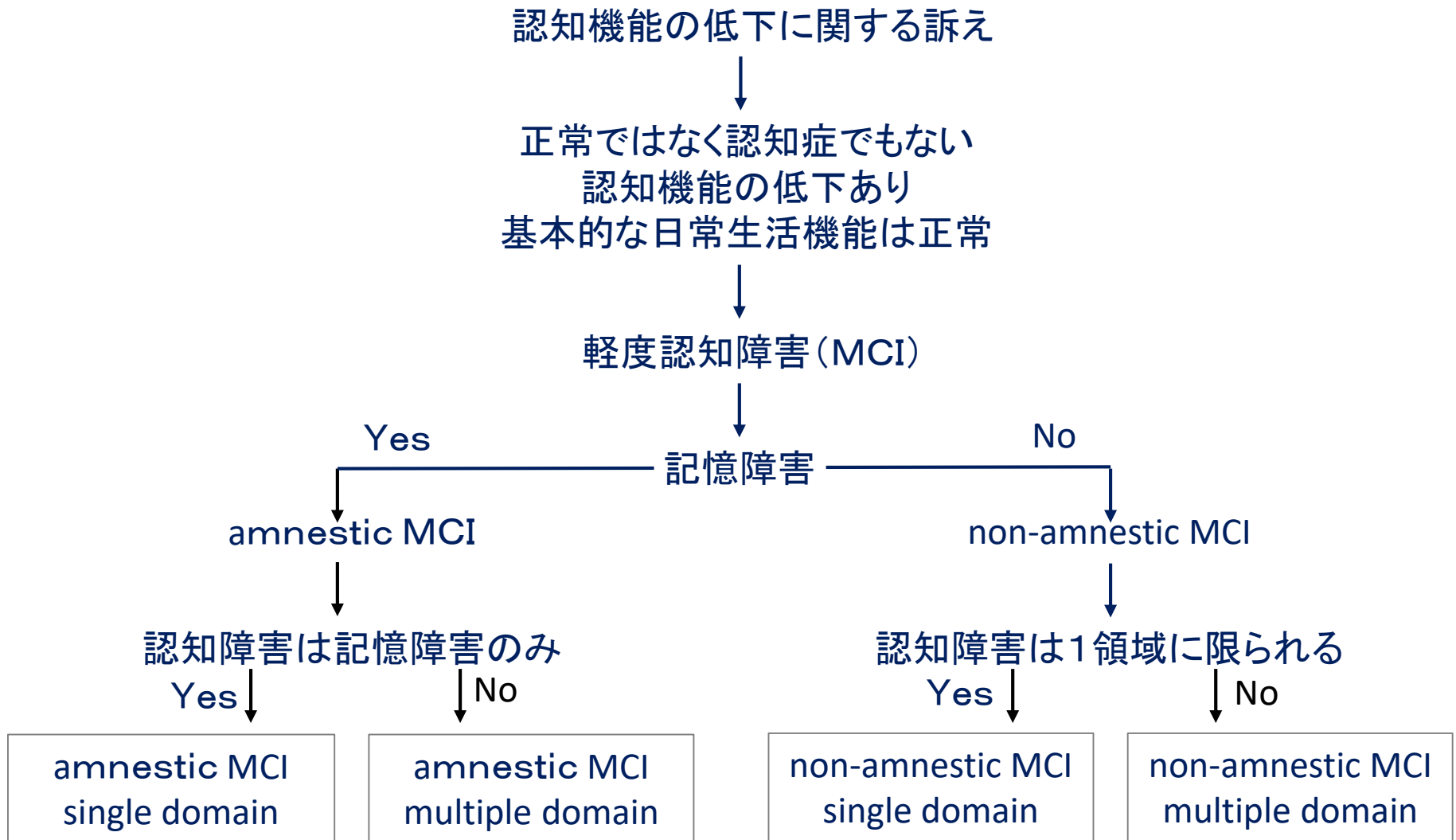
1. 記憶障害の訴えが本人, または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

(Petersen RC et al Arch Neurol 2001)

MCIに関する19の縦断研究を検討した結果、平均で年間約10%が認知症に進展していた。

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

軽度認知障害の分類



[Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. New Engl J Med. 2011 ; 364(23) : 2227-2234.]

ICD－10のmild cognitive disorder(MCD)診断基準

1) 2週間以上のほとんどの間、認知機能の障害が存在し、その障害は下記の領域におけるいずれかの障害による。

- ①記憶(特に早期)、あるいは新たなことを覚えること
- ②注意あるいは集中力
- ③思考〔例〕問題解決や抽象化における緩徐化〕
- ④言語〔例〕理解、喚語〕
- ⑤視空間機能

2) 神経心理検査や精神状態検査などの定量化された認知評価において、遂行能力の異常あるいは低下が存在すること。

3) 認知症(F00-F03)、器質的健忘症候群(F04)、せん妄(F05)、脳炎後症候群(F07.1)、脳震盪後症候群(F07.2)、精神作用物質使用による他の持続性認知障害(F1x.74)ではないこと。

〔World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva : World Health Organization ; 1993.〕

NIA-AAによる診断基準(アルツハイマー病によるMCI)

- ・以前と比較して認知機能の低下がある。これは本人、情報提供者、熟練した臨床医のいずれかによって指摘されうる。
- ・記憶、遂行、注意、言語、視空間認知のうち1つ以上の認知機能領域における障害がある。
- ・日常生活動作は自立している。昔よりも時間を要したり、非効率であったり、間違いが多くなったりする場合もある。
- ・認知症ではない。
- ・可能な限り、血管性・外傷性または薬物誘起性の原因を除外する。
- ・縦断的な認知機能の変化がある。
- ・Alzheimer病に関連する遺伝子変異に一致する病歴がある。

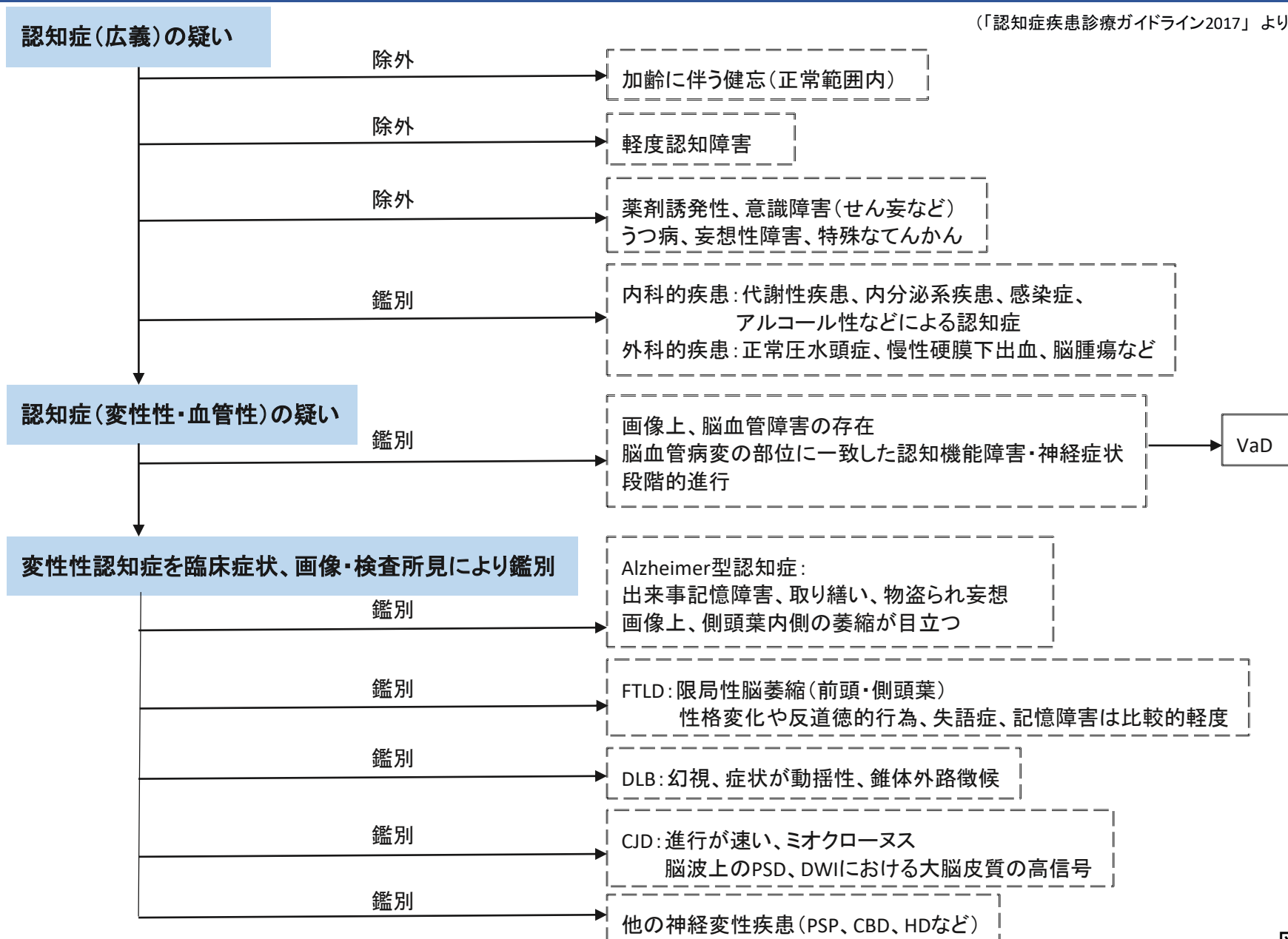
〔荒井啓行. アルツハイマー病を背景にした軽度認知障害の診断: 米国国立老化研究所/アルツハイマー病協会合同作業グループからの提言. Cognition Dementia 2012 ; 11(3) : 19-27.〕

MCIの方やその家族への対応

- 病態へ対してのしっかりとした教育、知識獲得を行う
- 経過フォローの重要性の理解を得る
- 必要以上に不安をかきたてないようにきちんと説明する
- MCIが全て認知症に移行するわけではない。半数近くは移行しないというデータがある
- コリンエステラーゼ阻害剤やメマンチン投与により認知症コンバートを防ぐというエビデンスはない
- しっかりと通院して慎重な経過観察が必要な状態である

認知症診断のフローチャート

(「認知症疾患診療ガイドライン2017」より引用)

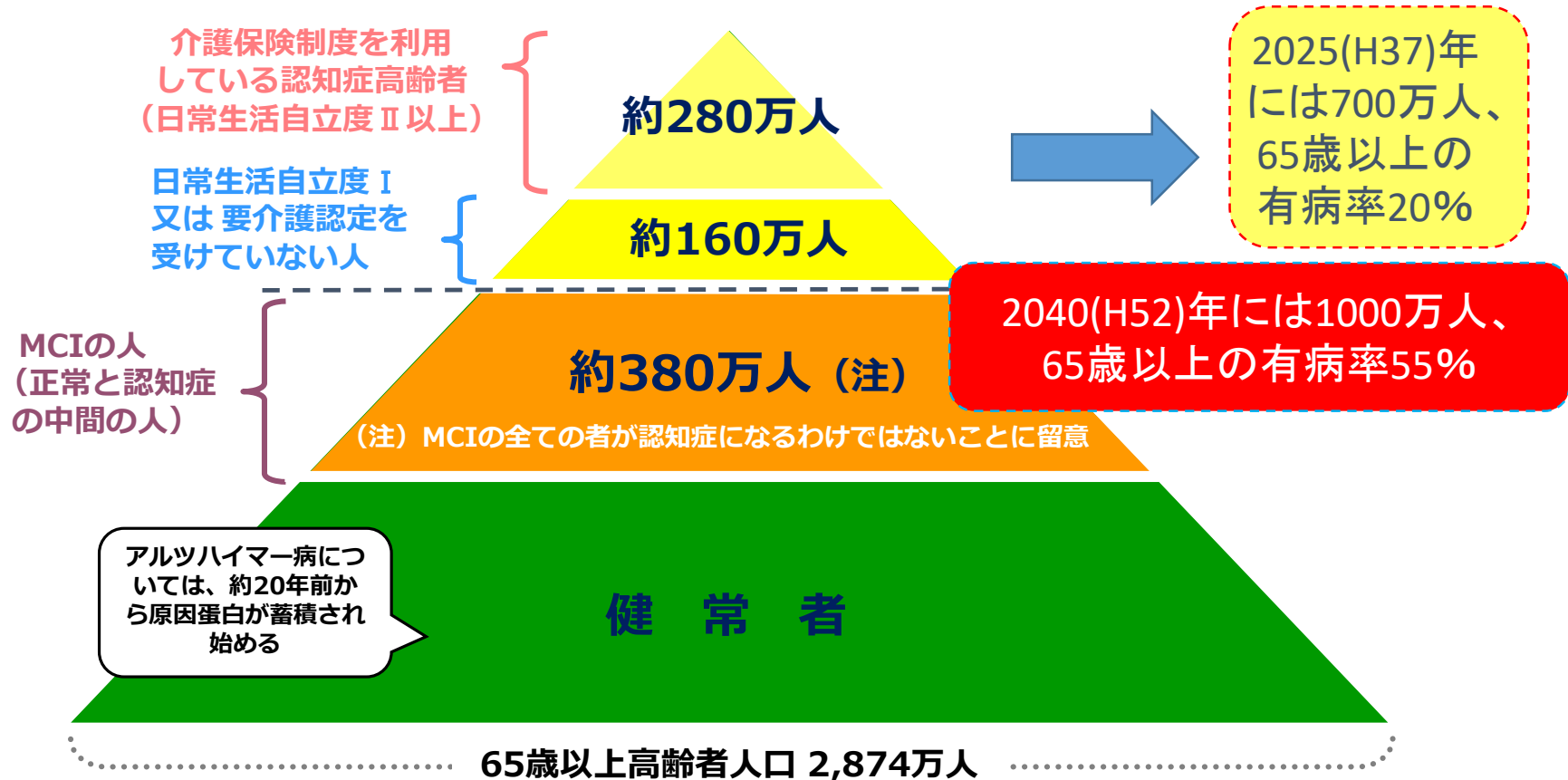


我が国の現状

見出し(研修会当日に挿入)

認知症高齢者の現状

- 満65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計。
- MCIの有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計。
※MCI＝正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の中間) 状態の者



持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり

出典：「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」(H25.5報告) 及び
『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』(H24.8公表) を引用

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症_瀬戸裕司

様々なデータ

- 日本の65歳以上の高齢者人口は3,459万人(男1,500万人、女1,959万人)*
- 高齢化率は、27.3%で、平成37年には30%を超える*
- 高齢者人口の約15%が認知症で、2025年には約20%になると予想
- 認知症の有病率は年齢が5歳高まるとほぼ倍増する
- 認知症の50～92%に問題行動(BPSD)が起こる
- 高齢者人口の13%は軽度認知障害(MCI)
《軽度認知障害:認知症の前駆状態、予防の対象》
- 毎年、軽度認知障害の10～12%は認知症になる
- 認知症の疑いは本人自身が最初にわかる
- しかし、身内も含め誰かに相談するケースは50%程度
- 医療機関に受診する人は10%にすぎない
《受診につながらないケースが10倍存在する》
- 高齢者単独世帯・夫婦世帯の増加
《2025年には合わせて、全世帯の66.6%と推計される》

*「平成29年版高齢社会白書 第1節 高齢化の状況」より

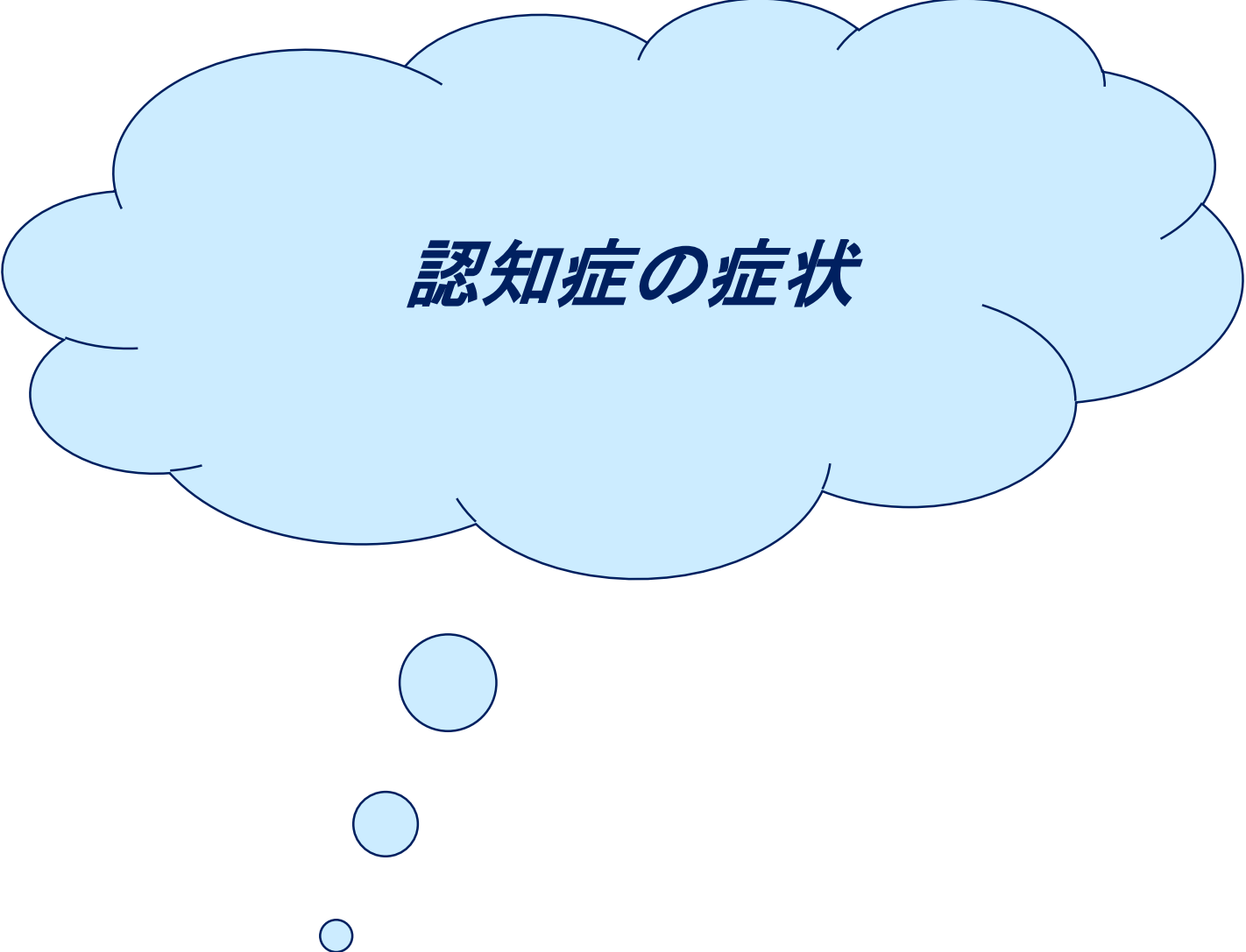
「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症_瀬戸裕司

認知症高齢者の年齢別発生頻度

65歳以上の高齢者全体に占める
認知症患者の割合 : 15%

年齢別発生頻度

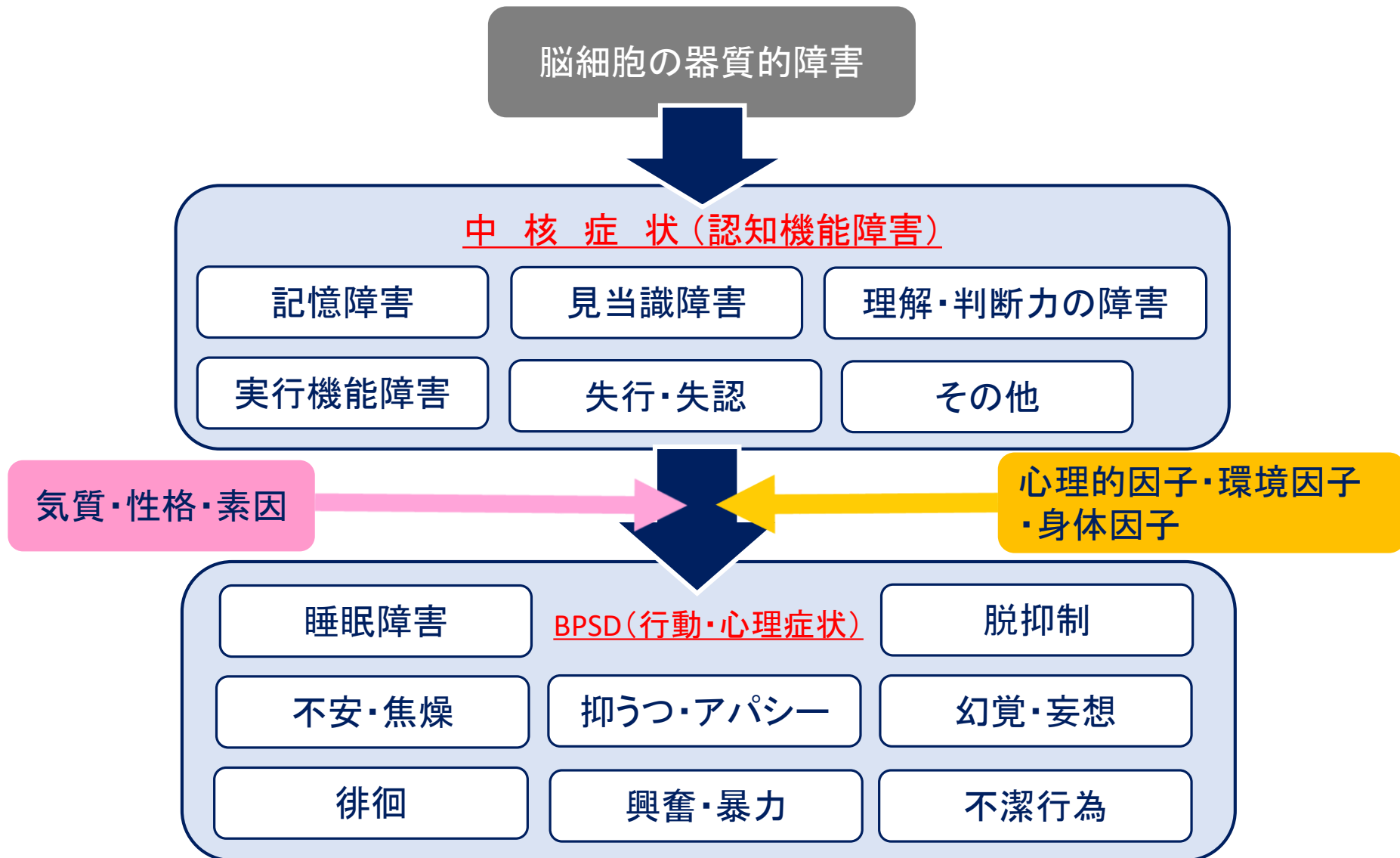
60～64歳	・ ・	1%	65～69歳	・ ・	2%
70～74歳	・ ・	4%	75～79歳	・ ・	8%
80～84歳	・ ・	16%	85歳～	・ ・	30～40%



認知症の症状

見出し(研修会当日に挿入)

認知症の中核症状とBPSD(行動・心理症状)



全国キャラバン・メイト連絡協議会作成「認知症サポーター養成講座教材」より引用改変

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症_瀬戸裕司

認知症の中核症状

- **記憶障害**

最初は記銘障害から起こる

- **見当識障害**

まず、時間や季節感の感覚がおかしくなる
進行すると道を間違えたりわからなくなる
人間関係の認識も混乱していく

- **理解・判断力の障害**

思考の流れが遅くなったり、迂遠傾向が目立ちだす
同時に複数のことが処理・理解できなくなる
些細な変化、いつもと違う出来事に混乱しやすくなる
観念的な事柄と、現実的、具体的事項が結びつかない

- **実行機能障害**

計画を立てたり段取りをすることができなくなる

- **その他(感情表現etc…)**

状況を読めず、判断や理解ができないため、奇異な反応を示す

FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント

1. 正常	
2. 年相応	物の置き忘れなど。
3. 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4. 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6. やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度のアルツハイマー型認知症	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

臨床認知症評価尺度 (CDR : Clinical Dementia Rating)

	異常なし (CDR 0)	疑いあり (CDR 0.5)	軽度認知症 (CDR 1)	中等度認知症 (CDR 2)	重度認知症 (CDR 3)
記憶	障害なし ときに軽いもの忘れ	良性のもの忘れ もの忘れは物事の 一部についてのみ	中等度の障害 最近の事柄を忘れる 日常生活に支障	重度の障害 古い記憶のみ残る	重度の障害 断片的記憶のみ
見当識	障害なし	時間的關係に軽度の 困難あっても、生活に 障害なし	時間の見当識の不確 実さ 地誌的見当識障害	時間についての失見 当識 ときには場所的失見 当識	人物に対する見当 識が残るのみ
判断と 問題解決	問題なし	軽い障害が疑われる	複雑な問題の解決が 困難 社会的態度変わらず	簡単な問題の解決 ができない 社会的態度も変わる	判断力障害が著し く問題解決できない
社会での 活動	問題なし	買い物、職業、経済 的な事柄の軽い障害	独立した社会的行為 ができない	家の外での独立した行為は不可能	
家での 生活趣味	問題なし	ほとんど問題なし	軽度であるが明ら かな障害 日常の家庭の仕事、 趣味に無関心	日常の簡単な行為 ができる程度	家の内でもまとま った行為はできない
身の回り	自分の面倒は自分でできる		ときに助け、声かけが 必要	着衣、便所など全般 的に介助を要する	全てに介助必要 しばしば失禁

(Hughesら 1982)

しばしば理解されていない認知症

中核症状とBPSD

せん妄やBPSDは中核症状を悪く見せる

よくある誤解

※脱水が良くなる、あるいは薬を切ると「認知症」が治る

- ・ 認知症が治ったのではなく、せん妄によって見かけ上悪化していた中核症状やBPSDが改善した

認知症疾患は主に脳の変性に伴う症候群

中核症状

主にアルツハイマー型認知症の場合

記憶障害

見当識障害

構成障害、言語障害

失行、失認、失語

BPSD

妄想・幻覚

不眠

介護への抵抗

徘徊

うつ状態

脱抑制

不安・焦燥

異常行動

不潔行為

多幸

攻撃的言動・行動

多動・興奮

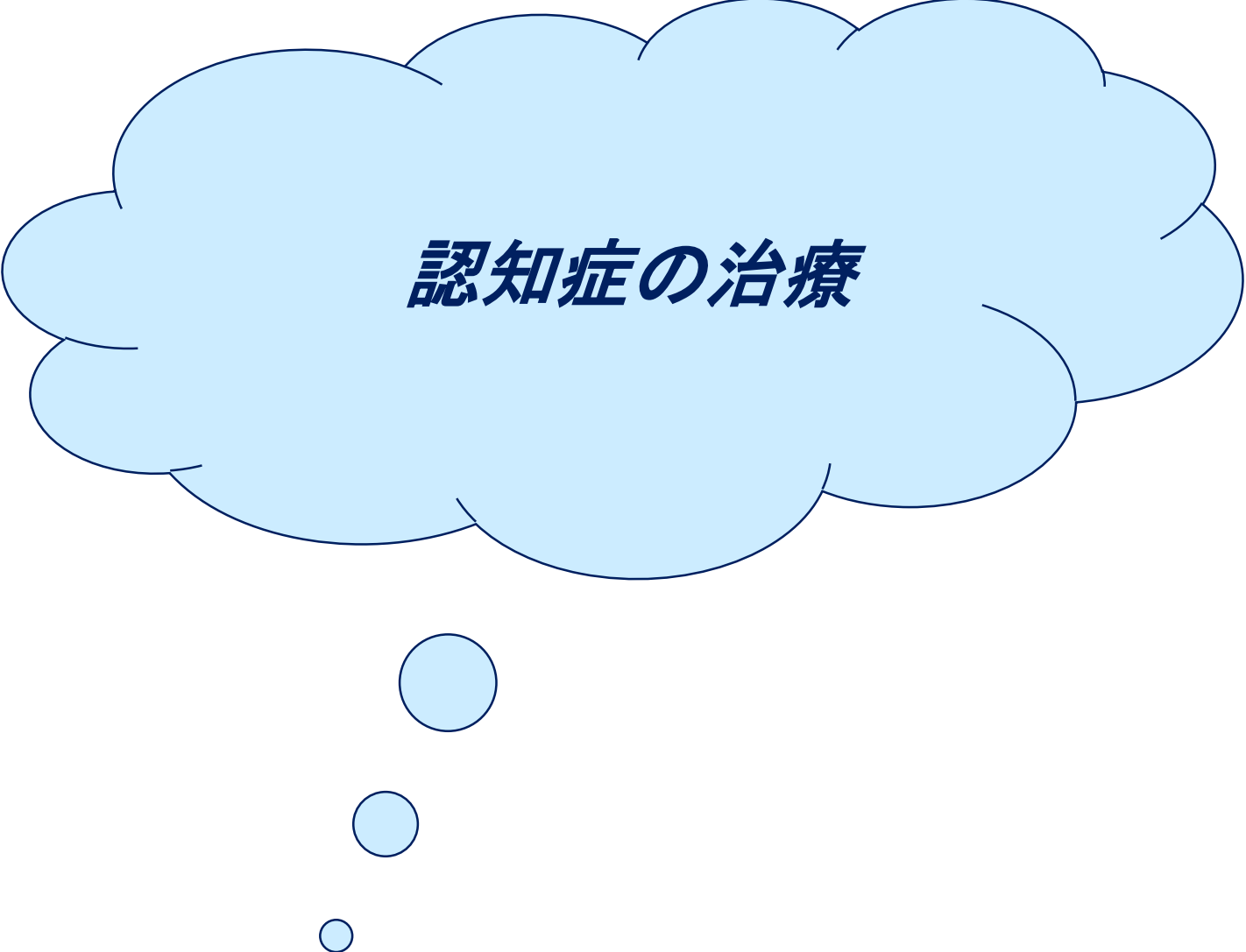
せん妄

家族が気づく、認知症の全般的な初期の症状

- 話に「あれ」「それ」などの抽象語が多くなる
- 元々の人柄がなんとなく変わったようにみえる
- 物事に対しての関心がなくなり、投げやりになる
- どことなく、だらしなく怠惰的な感じにみえる
- 以前より失敗が多くなり、言い訳をすることが多くなる
- 人付き合いを避け、閉じこもるようになる
- 同じことを言ったり、したりする
- くどくなったり、些細なことで怒りっぽくなる

早期の認知症診断のために家族や本人に確認すること

- ・ 最近、同じ内容の事柄を何度も繰り返したずねることはないか。
- ・ 2つの作業を同時に(ex.電話に対応しながら調理をする)したり、物の扱いが下手になっていないか。
- ・ 季節にそぐわない身なりをしたり、おしゃれを面倒がることなどが目立たないか。
- ・ 冷蔵庫に同じ品物が溜まっていないか。同じものを買ってこないか。
- ・ 探し物をしていることが多くなってきていないか。
- ・ 小銭が財布に溢れていないか。紙幣で支払うことが多くなってないか。
- ・ 家の中に誰か潜んでいる、玄関や2階に誰か来ていると訴えることはないか。
- ・ 頻回に転びやすくなったり、よたよたしてないか。
- ・ 寝ぼけがひどくなってないか。突然の大声の寝言や眠っているときの激しい体の動きがみられないか。
- ・ 妙にテンションが高くないか。怒りっぽくないか。気分変動が激しくないか。
- ・ なんとなく性格が変わったような(人が変わったような)感じはないか。



認知症の治療

見出し(研修会当日に挿入)

認知症の薬物療法の注意点と原則

① 投与薬物は、その種類によっては若年者の1/2～1/4の少量から投与も検討する



② 薬効評価は短期間に行う。効果の乏しい場合は短期間で変更する



③ 服薬方法を単純化し、簡略にする。服薬回数を減らしたり、薬剤の一包化などを行う



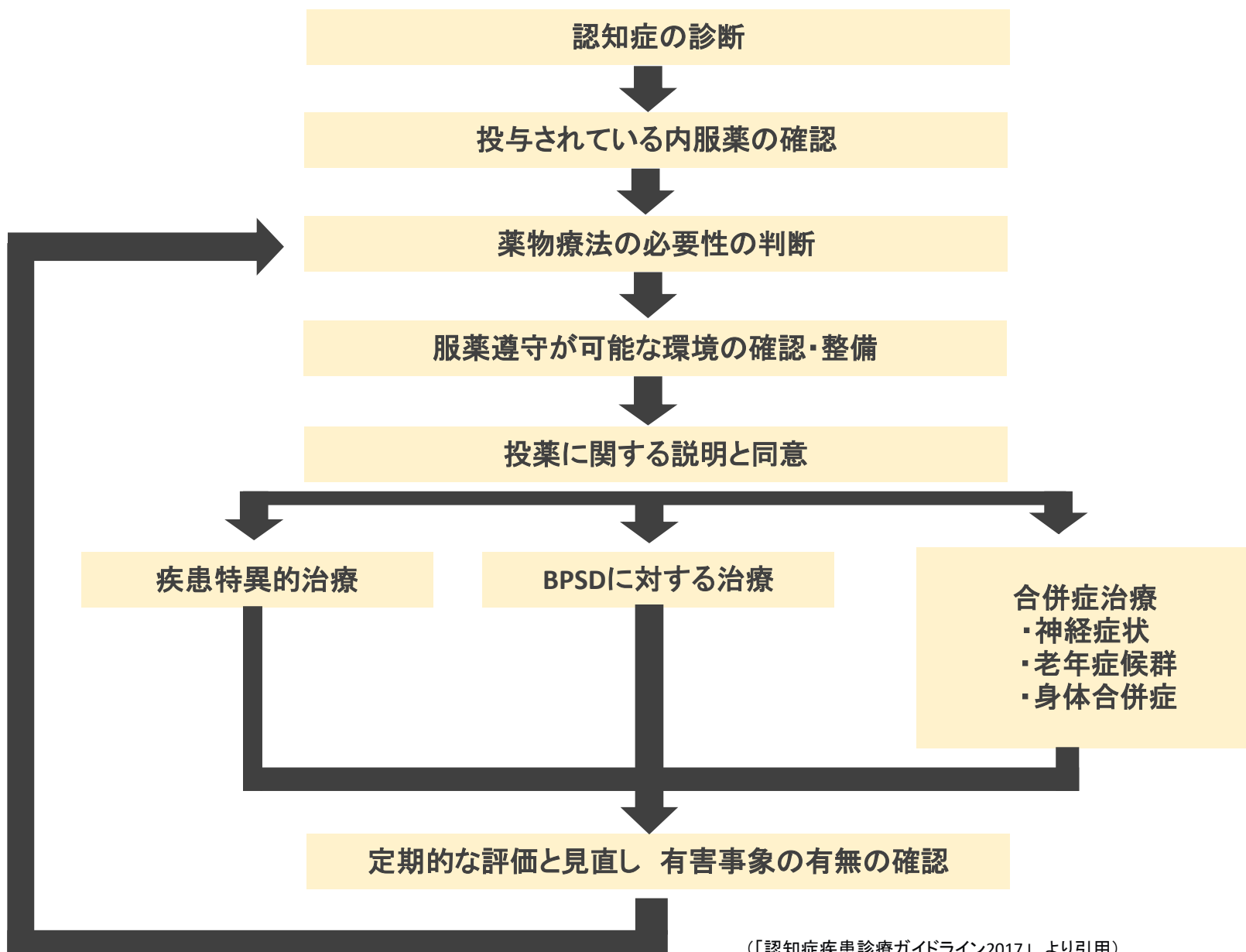
④ 特有の有害事象に注意して、多剤併用はできるだけ避け、処方はシンプルにする。



⑤ 服薬を介護者にも確認。家族、介護者、薬剤師などで服薬アドヒアランスを確認する

（「認知症疾患診療ガイドライン2017」より引用）

認知症の薬物療法フローチャート

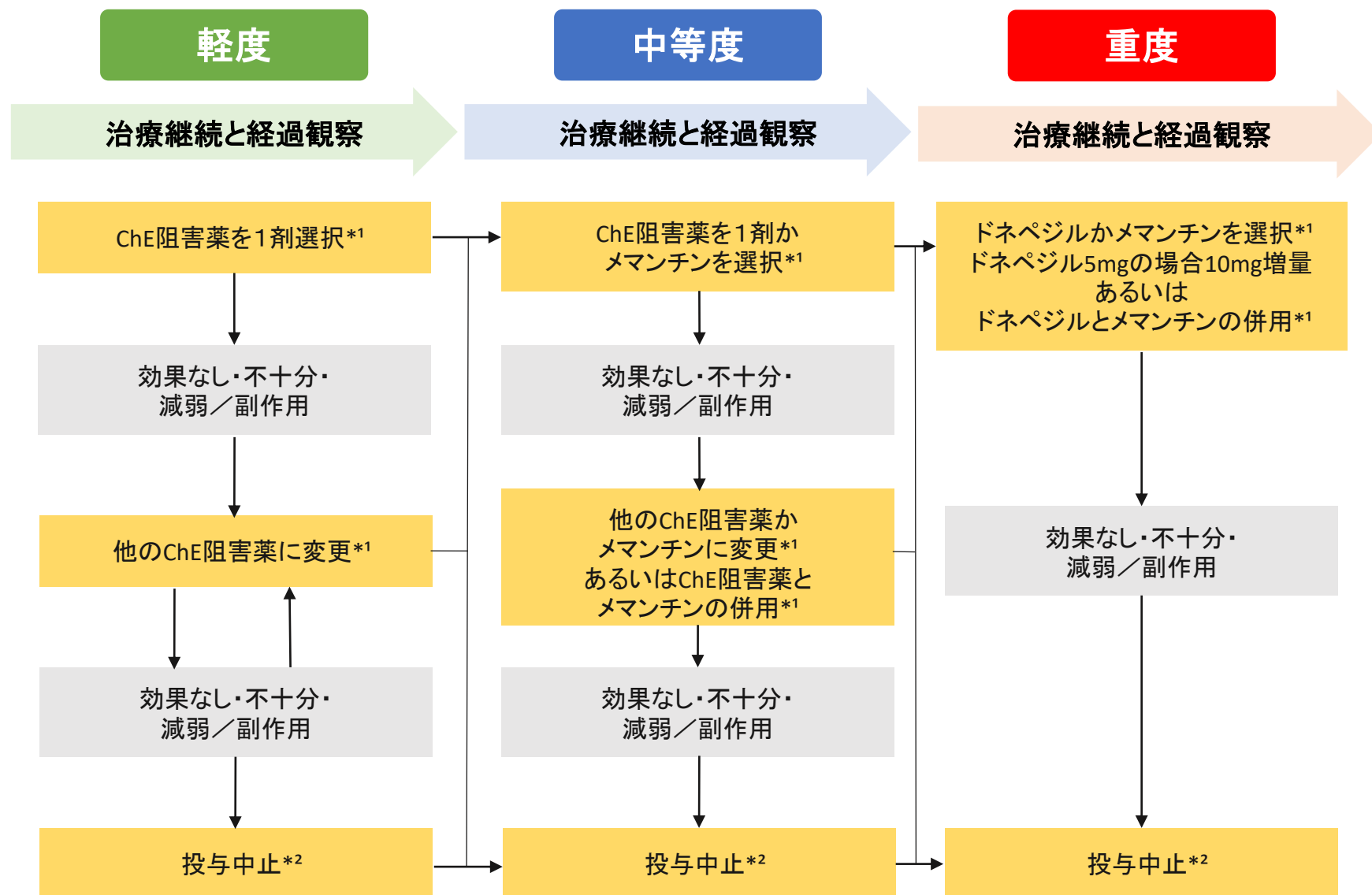


（「認知症疾患診療ガイドライン2017」より引用）

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症_瀬戸裕司

図表42

病期別の治療薬剤選択のアルゴリズム



*1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択

*2 急速に認知機能低下進行例があり。投与中止の判断は慎重に

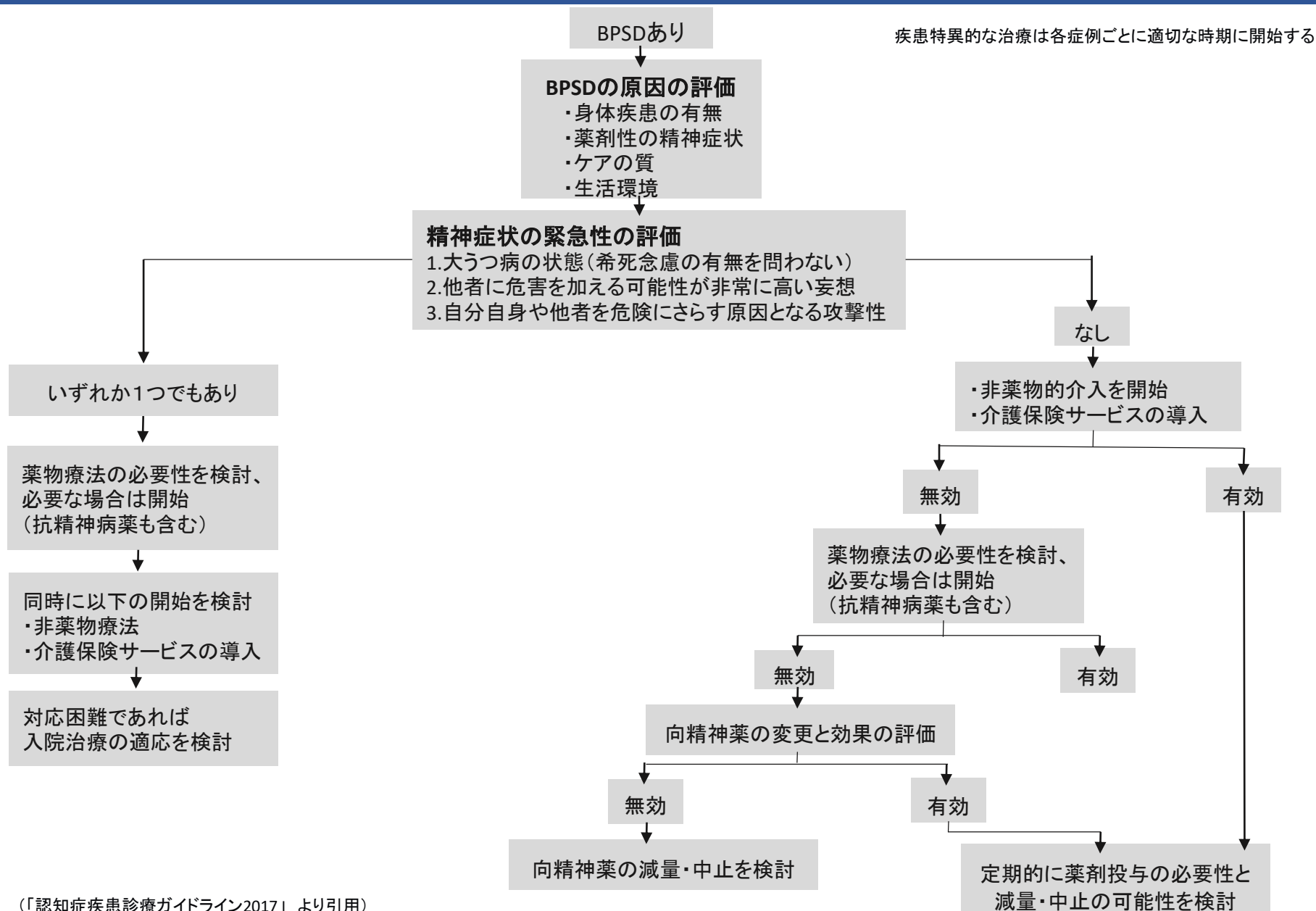
(「認知症疾患診療ガイドライン2017」より引用)

抗認知症薬の作用機序・適応・用法・副作用

一般名 (製品名)	ドネペジル塩酸塩 (アリセプト)	ガランタミン臭化水素酸塩 (レミニール)	リバスチグミン (イクセロンパッチ、リバ スタッチパッチ)	メマンチン塩酸塩 (メマリー)
作用機序	アセチルコリンエステラー ゼ阻害	アセチルコリンエステラー ゼ阻害 および ニコチン受容体増強作用 (APL作用)	アセチルコリンエステラー ゼ阻害 および ブチリルコリンエステラー ゼ阻害	NMDA受容体阻害
適応	軽度から高度	軽度および中等度	軽度および中等度	中等度から高度
剤型	錠剤・口腔内崩壊錠・細 粒剤・ゼリー剤	錠剤・口腔内崩壊錠・経口 液剤	パッチ剤	錠剤・口腔内崩壊錠
用法用量	1日1回3mgから開始1～ 2週間後に5mg(維持量) 高度:10mgまで	1日2回 4週毎に8mgずつ漸増 維持量:16～24mg	1日1回経皮 4週毎に4.5mgずつ漸増 維持量:1.8mg	1日1回5mgより開始し 1週毎に5mgずつ漸増 維持量:20mg ChEIsと併用可
代謝	CYP450(3A4、2D6) 肝代謝	CYP450(3A4、2D6) 肝・腎代謝	CYPによる影響はわずか 腎排泄が主	CYPによる影響はわず か 腎排泄
血中半減期	70～90時間	8～10時間	除去後3時間	50～70時間
主な副作用	悪心、嘔吐、下痢、徐脈	悪心、嘔吐、徐脈	適応部位皮膚症状 接触性皮膚炎	浮動性めまい (転倒に注意) 傾眠、頭痛、便秘

* 房室内伝導障害・洞不全症候群には要注意(投与前に心電図を)*

BPSDの治療方針に関するフローチャート



BPSD治療アルゴリズム

非薬物的介入を最優先する

出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、家族や介護スタッフとその改善を探る。
デイサービスなどの導入も検討する。

確 認 要 件

- 他に身体的原因はない(特に、感染症、脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など)
- 以前からの精神疾患はない(あれば精神科受診が望ましい)
- 服用中の薬物と関係ない
- 服薬遵守に問題ない
- 適応外使用も含めて当事者より十分なインフォームドコンセントが得られている

幻覚、妄想、焦燥、攻撃性

抗認知症薬の副作用を否定した上で、保険適応上の最大用量以下もしくは未服用の場合には、メマンチンやChE阻害薬の増量もしくは投与開始も検討可能だが、逆に増悪させることもあるので注意が必要である。これらにより標的症状が改善しない場合は、その薬剤は減量・中止の上、抗精神病薬、抑肝散や気分安定薬の使用を検討する。なお、抗認知症薬は重症度によって保険適用薬が異なるので注意すること。

抗うつ症状 アパシー(無為)

ChE阻害薬を用い、改善しない場合抗うつ薬の使用を検討する。

不安、緊張、 易刺激性

抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬の有効性が示唆されているが、抗不安薬は中等度以上の認知症では使用しない。

睡眠障害

睡眠覚醒リズムの確立のための環境調整を行った上で、病態に応じて睡眠導入薬／抗うつ薬／抗精神病薬の使用を検討する。

過食、異食、徘徊、 介護への抵抗

向精神薬の有効性を示唆するエビデンスは不十分で科学的根拠に乏しい。

低用量で開始し、症状をみながら漸増する

- ・どの薬剤でも添付文書の最高用量を超えないこと
- ・薬物の相互作用に注意すること
- ・用量の設定では、年齢、体重、肝・腎、脳機能などへの身体的状況を勘案すること

(「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン 第二版より引用)

周辺症状(BPSD)に対する薬物療法

認知症に伴う精神症状や行動症候に対して 保険適応を得ている薬剤は限られているが、実地臨床ではいくつかの薬剤が用いられる

- 抗うつ薬： 非三環系抗うつ剤
- 抗精神病薬： 非定型抗精神病薬
- 抗てんかん薬
- 睡眠導入薬・抗不安薬： 短時間作動型を用いる
- 漢方薬： 電解質バランス、肝障害に注意

周辺症状(BPSD)に対する非薬物療法

- 行動に焦点をあてた療法
 - ・個別対応
 - ・環境調整
- 感情に焦点をあてた療法
 - ・回想法
 - ・バリデーション療法(確認療法)
- 行動・感情に焦点をあてた療法
 - ・現実見当識訓練(RO法)
- 刺激に焦点をあてた療法
 - ・音楽療法
 - ・芸術療法
 - ・ペット療法
 - ・園芸療法など

徘徊について

1. 物忘れによる道迷い
2. 視空間認知障害による道迷い
3. 常同的行動による
4. 差し迫った感情による行動
5. 自身も目的がわからないソワソワ感
6. せん妄によるもの
7. 退屈感情によるもの

徘徊への対応

・どのようなタイプの徘徊であろうが、まずは「安全」のための対策を行う

・交通事故等への対策として、

①服装は明るめの色、②夜間のことを考えて反射素材の装着、③服の裏や襟元・靴の側面に名前を記入、④小型GPSの装着、⑤「SOSネットワーク」等への登録、⑥玄関センサーの使用、⑦ご近所やお店などに事情を話しておく(声かけ)、⑧帽子の習慣・・・

・差し迫った感情へは、「よく話を聞いて、その気持ちに共感する」「関心を他に」

・否定すれば、ムキになり反発し、暴力・暴言を引き出す

⇒「その服では寒いから、上に羽織るものを探しましょう」「会社へ行くなればカバンに要るものを入れましょう」「一緒に準備しましょう」等・・・、とにかく優しく声かけで納得を

・可能であれば、安全に気を配りながら外出させることも必要な場合もある

⇒退屈や気まずいときは誰でも外へ出ようとするのが自然

・徘徊の多くは、今の居場所が快く安心できる場所になることで、和らぐ・・・

⇒叱ったり、馬鹿にされたように感じないような、その方なりの居場所をつくる

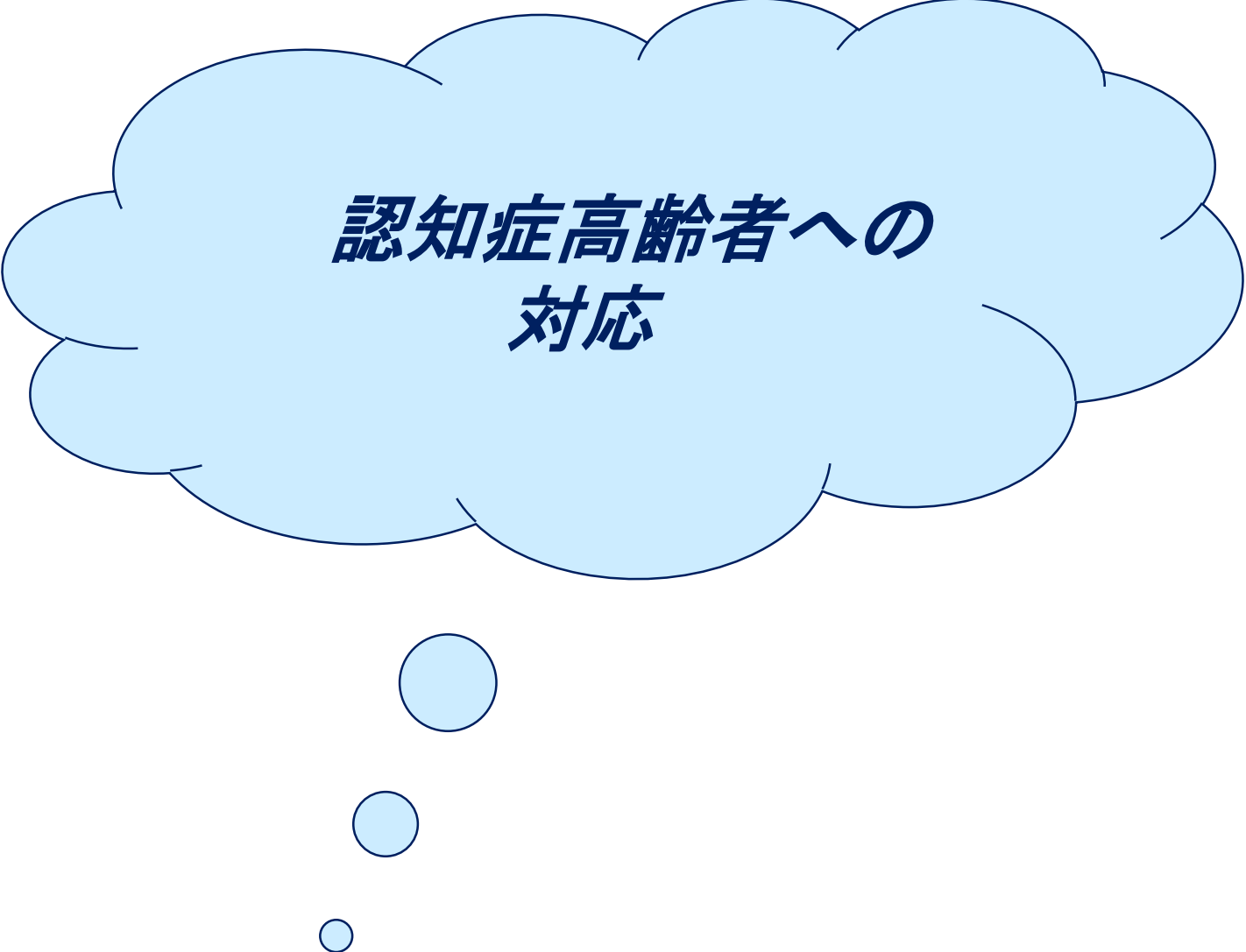
・常同的周遊(周回)は、制止は困難と考えて対応するように

もの盗られ妄想への対応

- アルツハイマー型認知症の半数弱に、経過中何らかの妄想が出現し、そのうち約75%がもの盗られ妄想
- 初期に出現しやすい
- 最も身近な人、介護してくれる人に対して出現しやすい
- 前もってご家族に説明しておけば（介護者教育）、約3割は治療が不要
- デイサービス・デイケアの適切な利用により妄想の対象となっている介護者との接触を減らすことで約3割が解決
- 上記の方法でも対応が難しい場合は薬物療法を考慮

Ikeda M et al. Int J Geriatr Psychiatry. 2003;18:527-532.

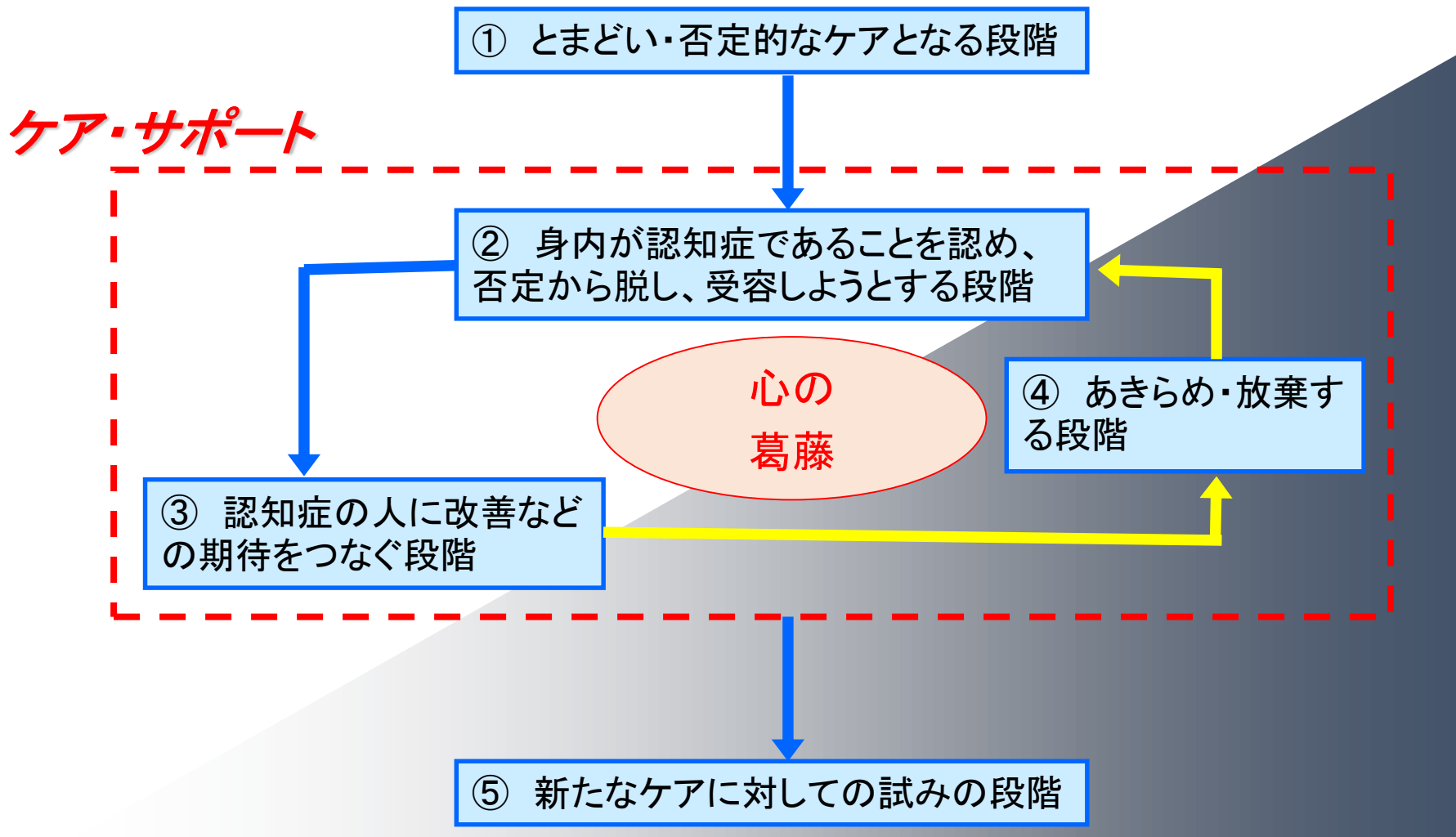
矢田部裕介ほか: Geriatric Medicine. 2009;47:41-45.



認知症高齢者への 対応

見出し(研修会当日に挿入)

認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階



本間 昭ほか：認知症介護 介護困難症状別ベストケア50、小学館 2007

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 2. 認知症_瀬戸裕司

認知症高齢者の心理的特徴

- 自分の気持ちを受け入れられ、安心を求めている
- 本能的に「苦」を回避しようとする
- 思い通りにならないことに対する我慢力の低下がある
- 環境変化には敏感に反応する
- 周囲の愛情に対して敏感にキャッチ、微妙に反応する
- プライドがとても傷つきやすい。喪失体験に敏感である
- 自分のペースに固守する
- 何でもよいから「やりとげたい」という本能的要求がある
- 生きたいという願望を持つ
- 根底は不自由さに苦しんでいる状態にある

認知症高齢者との接し方

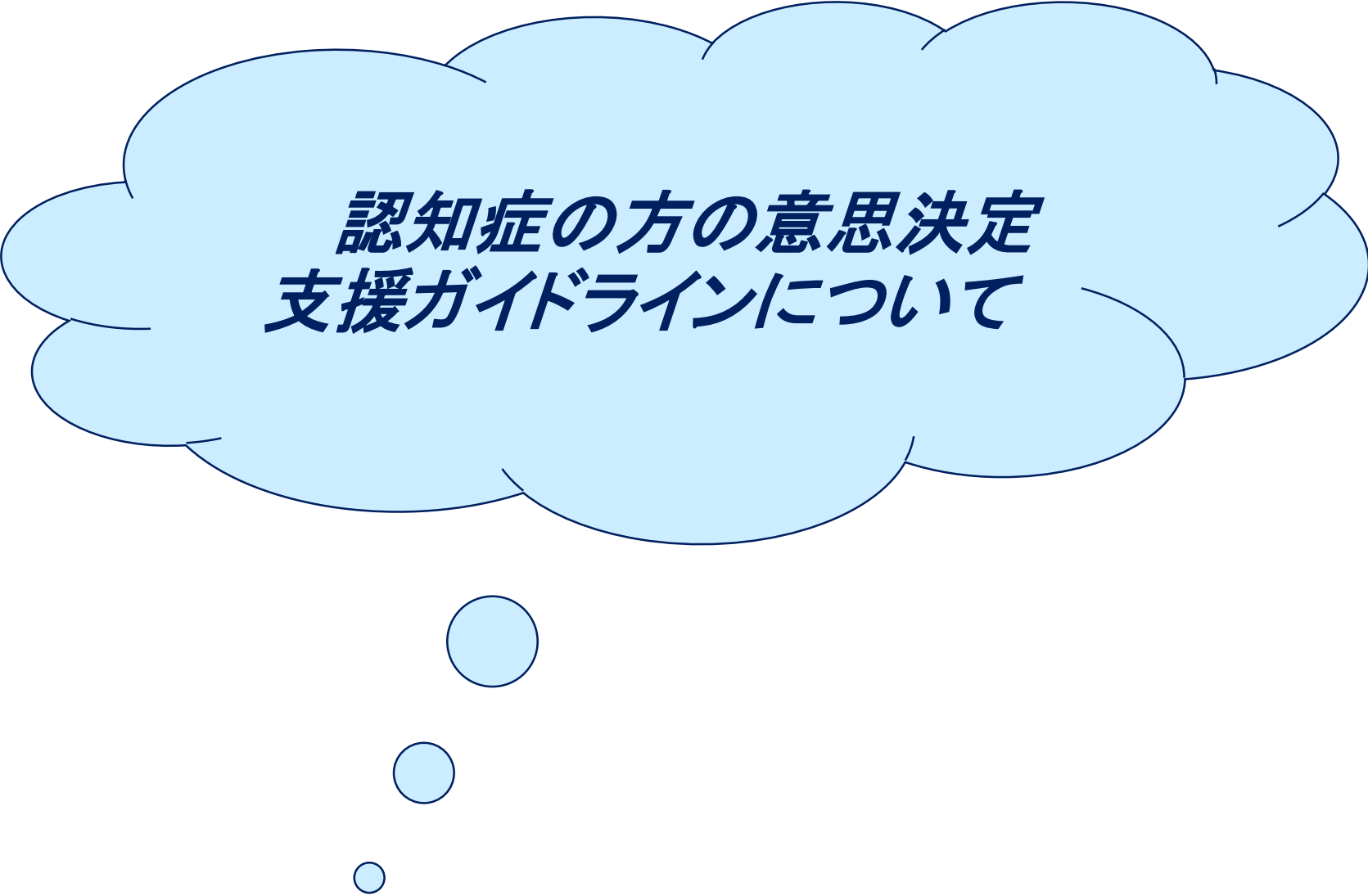
1. 自尊心(プライド)を傷つけない(怒らない)
2. 納得いくように話す(説得とは違う)
3. ペースはとにかく相手に合わせる
4. 話は単純・簡潔にする。くどくならないよう
5. 流行語は使わないでわかりやすく
6. 近くで、きちんと正面から話す
7. 言葉だけでなく、文字などを使う工夫も有用
8. 言葉以外のコミュニケーション(雰囲気)が大切
9. 話の中で、ときには現実も提示する
10. 過去を回想することも大切(相手に共感する)

認知症の人に対する対応の基本

認知症の人の行動は援助者の鏡

**援助者のイライラした気持ちは、
認知症の人のイライラした気持ちをよぶ**

国立長寿医療研究センター作成 認知症サポート医養成研修スライドより



認知症の方の意思決定 支援ガイドラインについて

見出し(研修会当日に挿入)

認知症の方の意思決定支援について

～認知症の方の意思決定支援の特徴～

- * 進行性の疾患である認知症の意思決定支援は、本人の意向を反映させるために、初期段階での意向確認を行う必要がある。
- * そのためには、見通しの共有が重要であり、繰り返しの確認作業となる。
- * 理解判断能力や想像力等は、進行とともに低下していき、意思の変容も強くなる。
- * 進行に伴い、説明を受けた内容や、事柄自体の記憶を保持できなくなっていく。

認知症の方の意思決定支援について

～認知症の方の意思決定支援の基本原則～

＊本人の意思の尊重：

自己決定の尊重に基づき行う。よって、情報をその人の有する認知能力に応じて、理解できるように説明する義務がある。

＊本人の意思決定能力への配慮：

意思決定能力を有することを前提に意思決定支援をする。「理解する力」「認識する力」「論理的に考える力」「選択を表明できる力」によって構成される。

＊チームによる早期からの継続的支援：

早期の段階で、見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、先を見通した意思決定支援を繰り返し行う。

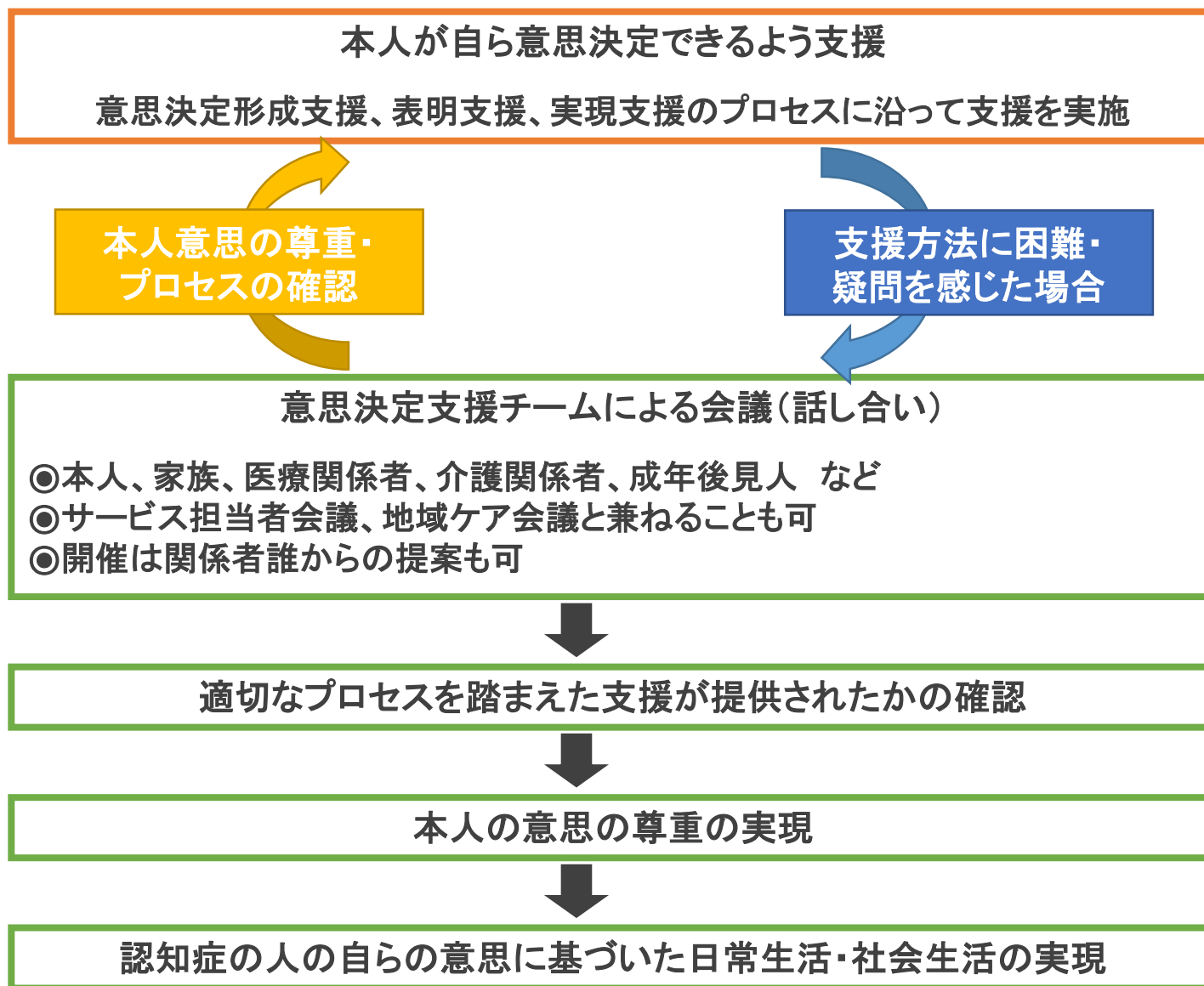
認知症の方の意思決定支援について

- ＊ 認知症は進行性の症状であるが、認知症の種類(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、前頭側頭型認知症など)によってもそれぞれ症状、経過も異なるため意思決定支援の在り方を一括りにはできないと考える。
- ＊ いずれにしろ、認知機能・精神機能が時系列的に低下していく過程での意思決定支援となる。
- ＊ 狭義に、本人の意向を尊重するのであれば、初期の段階での意識共有の上で、予めの想定に基づく協議となろう。
- ＊ 認知症発症後における意思決定支援については、臨床等から状態を慎重に把握する必要がある、専門医療機関との十分な協議が必要と考える。
- ＊ 意思の変容が、症状に基づくものなのか、時系列的な変化かの判断は極めて難しい。
- ＊ 発症前の本人の意向や、親族、支援者などの情報を丁寧に収集し整理する必要がある。

認知症の方の意思決定支援について

- * 任意後見制度があるものの、その有用性や必要性を理解しているのは制度を知っている専門職やごく一部の一般人である。多くの親族が認知機能の低下が著しい状態(後見類型相当)になってから、必要に迫られて成年後見制度を申し立てしている現状がある。
- * 欧米と異なり、我が国は「家制度」の文化が根強く、健康な状態の頃から個人の尊厳を個人で決定する文化が希薄であり、近年「終活」が話題となる程度である。
- * 当然の前提であるが、「意思決定支援」は、支援であり指示ではないこと、意思は絶えず変化することの認識が重要である。

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援



(「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」より)

日常生活・社会生活等における意思決定支援のプロセス

(「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」より)

人的・物的環境の整備

◎意思決定支援者の態度

(本人意思の尊重、安心感ある丁寧な態度、家族関係・生活史の理解 など)

◎意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮

(本人との信頼関係の構築、本人の心情、遠慮などへの心配り など)

◎意思決定支援と環境

(緊張・混乱の排除、時間的ゆとりの確保 など)

意思形成支援:適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

【ポイント、注意点】

◎本人の意思形成の基礎となる条件の確認(情報、認識、環境)

◎必要に応じた 都度、繰り返しの説明、比較・要点の説明、図や表を用いた説明

◎本人の正しい理解、判断となっているかの確認

意思表示支援:形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

【ポイント、注意点】

◎意思表示場面における環境の確認・配慮

◎表明の時期、タイミングの考慮(最初の表明に縛られない適宜の確認)

◎表明内容の時間差、また、複数人での確認

◎本人の信条、生活歴・価値観等の周辺情報との整合性の確認

意思実現支援:本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

【ポイント、注意点】

◎意思実現にあたって、本人の能力を最大限に活かすことへの配慮

◎チーム(多職種協働)による支援、社会資源の利用等、様々な手段を検討・活用

◎形成・表明された意思の客観的合理性に関する慎重な検討と配慮

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

各プロセスで困難・疑問が生じた場合は、チームでの会議も併用・活用

超高齢社会における かかりつけ医のための 適正処方の手引き

2 認知症

1 認知症の現状と治療総論

認知症の現状

わが国における認知症有病率は増加傾向にあり、全国8ヶ所の都市部で行われた認知症有病率調査で、有病率は約15%と報告されたことから、2012年時点での高齢認知症者は462万人と推定された。さらに短期間無久山前の縦断調査をもとに有病率の将来推計が報告され、各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定であると仮定した場合、2025年推定認知症患者数は675万人と推定されている。

認知症の病型は2010年代前半の全国調査によると、アルツハイマー型認知症が67.6%で最も多く、次いで血管性認知症が19.5%、レビー小体型認知症と認知症を伴ったパーキンソン病が4.3%であった。認知症の将来推計ではアルツハイマー型認知症が顕著に増加するとされている。

高齢者の認知症の治療

認知症の治療は原因疾患の適切な鑑別診断のもとに行われることが重要であり、専門医と連携し、認知症の治療方針を決定することが望ましい。標的的症状には中核症状と呼ばれる記憶障害と、妄想、易怒性などの行動・心理症状(BPSD)があり、これらに対し非薬物療法(認知療法、運動療法など)を中心に、必要に応じて薬物療法を組み合わせて治療する。

認知症の薬物療法の手順

認知症に対して薬物療法を開始するときは、その必要性を十分に検討する。高齢者は身体疾患などを有している、多剤が併用されている場合があるため、認知症に対する薬物療法の必要性を十分に検討し、必要があると判断される場合からの開始する。

薬物療法の導入にあたっては、認知症者本人でも理解しやすい表現で薬物療法の一般的な利益に関する説明を行い、本人の意思も尊重されるよう配慮すべきである。それでもなお意思が確認できない場合や判断能力に欠乏場合には、家族などに説明と同意を得て行うべきである。

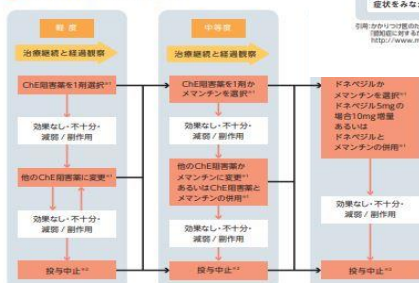
認知症者は、その認知機能障害のために比較的初期から薬物管理が困難になる。したがってアランクスが良好に保てている環境にあることを確認したうえで薬物療法を開始することが望ましい。環境が困難であることにより意思のない過量投与などの事故も起こりうるため、投薬には注意が必要である。

2 認知症の中核症状に対する薬

アルツハイマー型認知症においては、コリンエステラーゼ阻害薬(ChE阻害薬)とメタコリン受容体拮抗薬(メマンタン受容体)の使用が推奨される。レビー小体型認知症においては、コリンエステラーゼ阻害薬の使用が推奨される。血管性認知症についてはChE阻害薬とNMDA受容体拮抗薬の使用が推奨される。血管性認知症についてはChE阻害薬とNMDA受容体拮抗薬の使用が推奨される。

薬物療法開始後は、臨床症状やMini-Mental State Examinationスケール(HDS-R)などの認知機能検査で有害事象と有効性を定期的に評価を繰り返し、それぞれの状態について適切なケアを指導する。

■ 病期別の治療薬選択のアルゴリズム



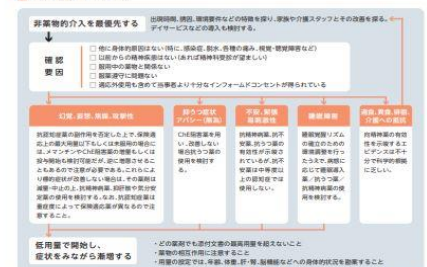
*1 薬物の種類と用量を考慮して選択
*2 急激な認知機能低下を伴う投与あり、投与中止の利益は確定的

3 認知症の行動・心理症状(BPSD)に対する薬物療法

BPSDでは非薬物療法を優先的に行う。薬物投与は非薬物療法を十分に行った上で、必要と判断した場合に併用して行われるべきである。薬物投与を優先して行うべき例外状況は、(1)大うつ病の発症(希死念慮の有無を問わない)ならびに双極性感情障害、(2)他者に危害を加える可能性のある幻覚および妄想、(3)自分自身や他者を害する可能性のある暴発性の3つであると考える。BPSDにおいては薬物療法、非薬物療法いずれの場合も精神科との連携が望ましい。薬物療法を優先すべきかどうかは各患者の身体、精神、社会生活の状況をよく把握し、薬物の効果と副作用、副作用のリスクを評価し、利益と副作用を比較し、利益が副作用を上回ることを十分に説明する。向精神薬を使用する場合は薬物の効果と副作用を評価し、利益が副作用を上回ることを十分に説明する。向精神薬を使用する場合は薬物の効果と副作用を評価し、利益が副作用を上回ることを十分に説明する。

BPSDに対して薬物の処方を行う場合は、薬物の効果と副作用、副作用のリスクを評価し、利益と副作用を比較し、利益が副作用を上回ることを十分に説明する。向精神薬を使用する場合は薬物の効果と副作用を評価し、利益が副作用を上回ることを十分に説明する。

■ BPSD治療アルゴリズム



引用: 認知症の診断と治療に関するガイドライン(第2版) 平成27年度厚生労働科学研究費補助金高齢化科学研究費補助金(認知症)に関する研究(認知症の診断と治療に関する研究)より一部抜粋
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/seisaku/0000140619.pdf

手引きは日本医師会ホームページに公開しており、下記URLよりダウンロード可能です。
http://dl.med.or.jp/dl-med/chiiki/tebiki/H3004_shohou_tebiki2.pdf
(当日追加)