

かかりつけ医機能強化研修会

～第2回 日本医師会 在宅医リーダー研修会～

3. 「認知症」

医療法人 ゆう心と体のクリニック

院長 瀬戸裕司

認知症とは？

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障害により生ずる持続的な認知機能(知的機能)の低下、そして日常生活に支障をきたす「器質性疾患」



健康な脳

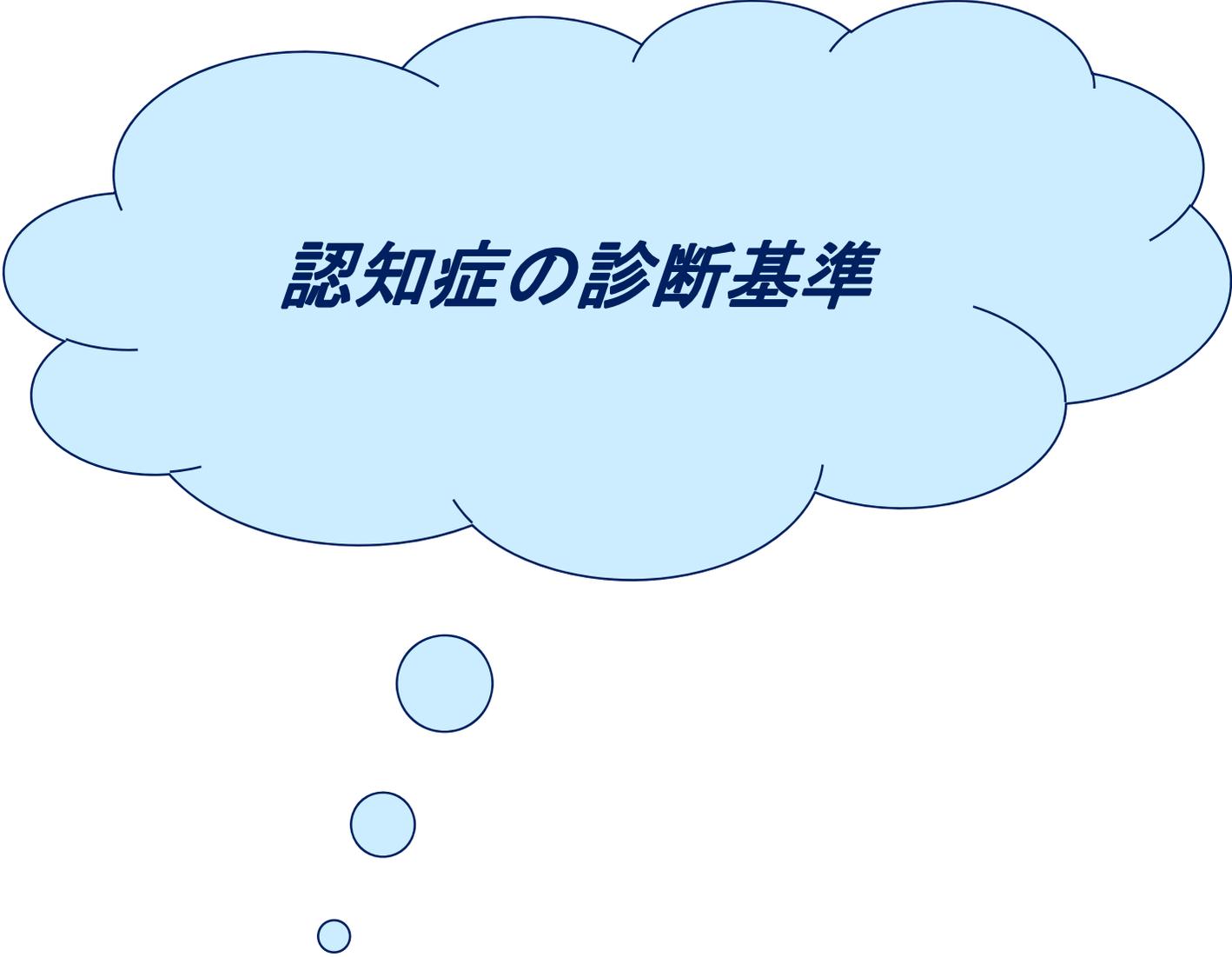


脳の細胞がびまん性に死んで脳が萎縮する(アルツハイマー病などの変性疾患)



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

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

新しい事業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、日常生活活動や遂行能力に支障をきたす。

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ヵ月以上存在していて確定診断される。

DSM-*-R*の認知症診断基準の要約

- A. 記憶(短期・長期)の障害

- B. 次のうち少なくとも1項目以上
 - (1) 抽象的思考の障害
 - (2) 判断の障害
 - (3) 高次皮質機能の障害
 - (4) 性格変化

- C. A・Bの障害により仕事・社会生活・人間関係が損なわれる

- D. 意識障害のときには診断しない(せん妄の除外)

- E. 病歴や検査から脳の器質的疾患の存在が推測できる

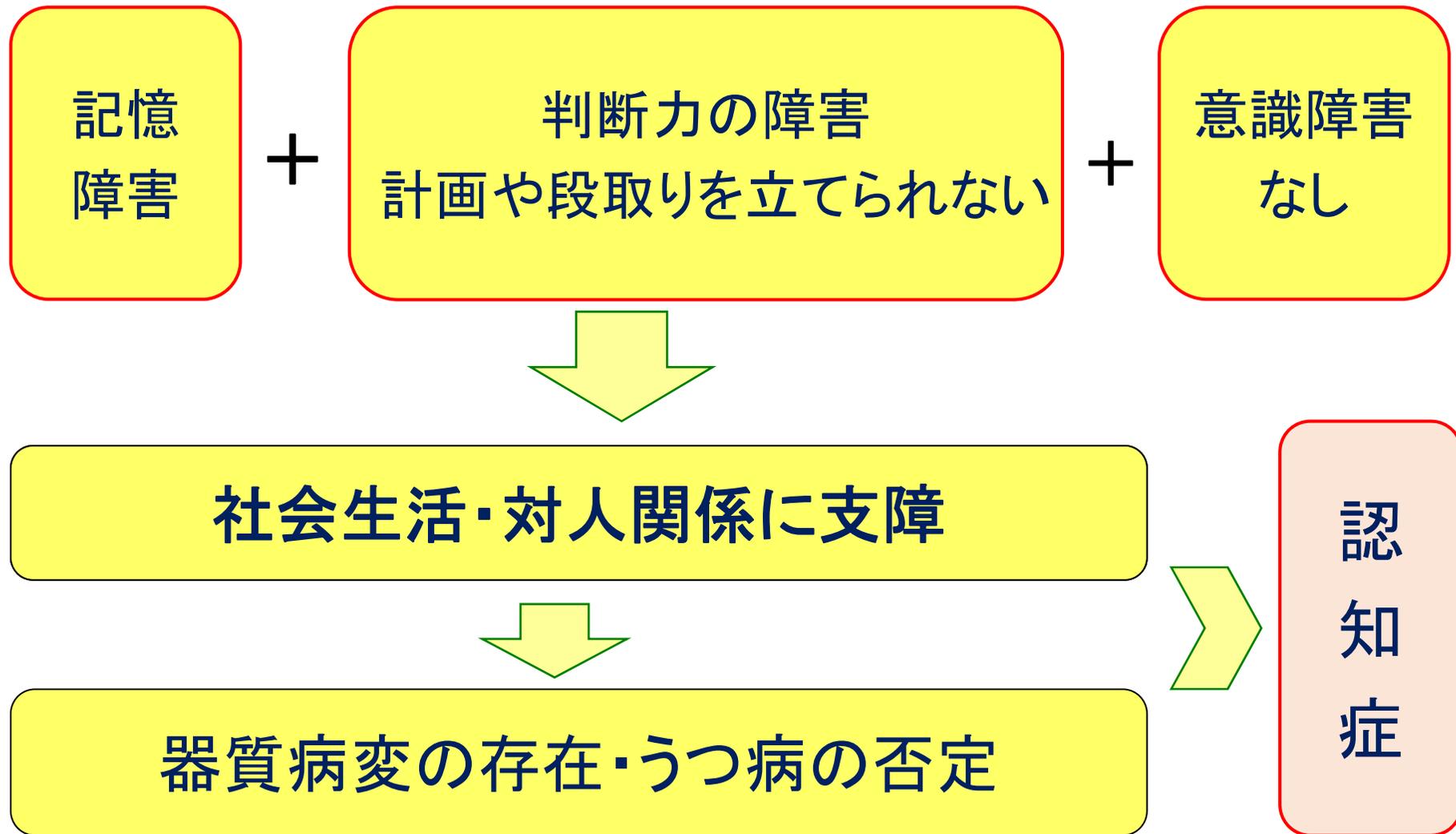
DSM-TRの認知症診断基準の要約

- 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

NIA-AAによる認知症診断基準の要約

1. 仕事や日常生活に支障
2. 以前の水準に比べ遂行機能が低下
3. せん妄や精神疾患によらない
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) “ベッドサイド”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
 - 2) 推論、複雑な仕事の取り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

認知症の考え方



American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 3th ed(DSM-III-R)

臨床現場での認知症診断

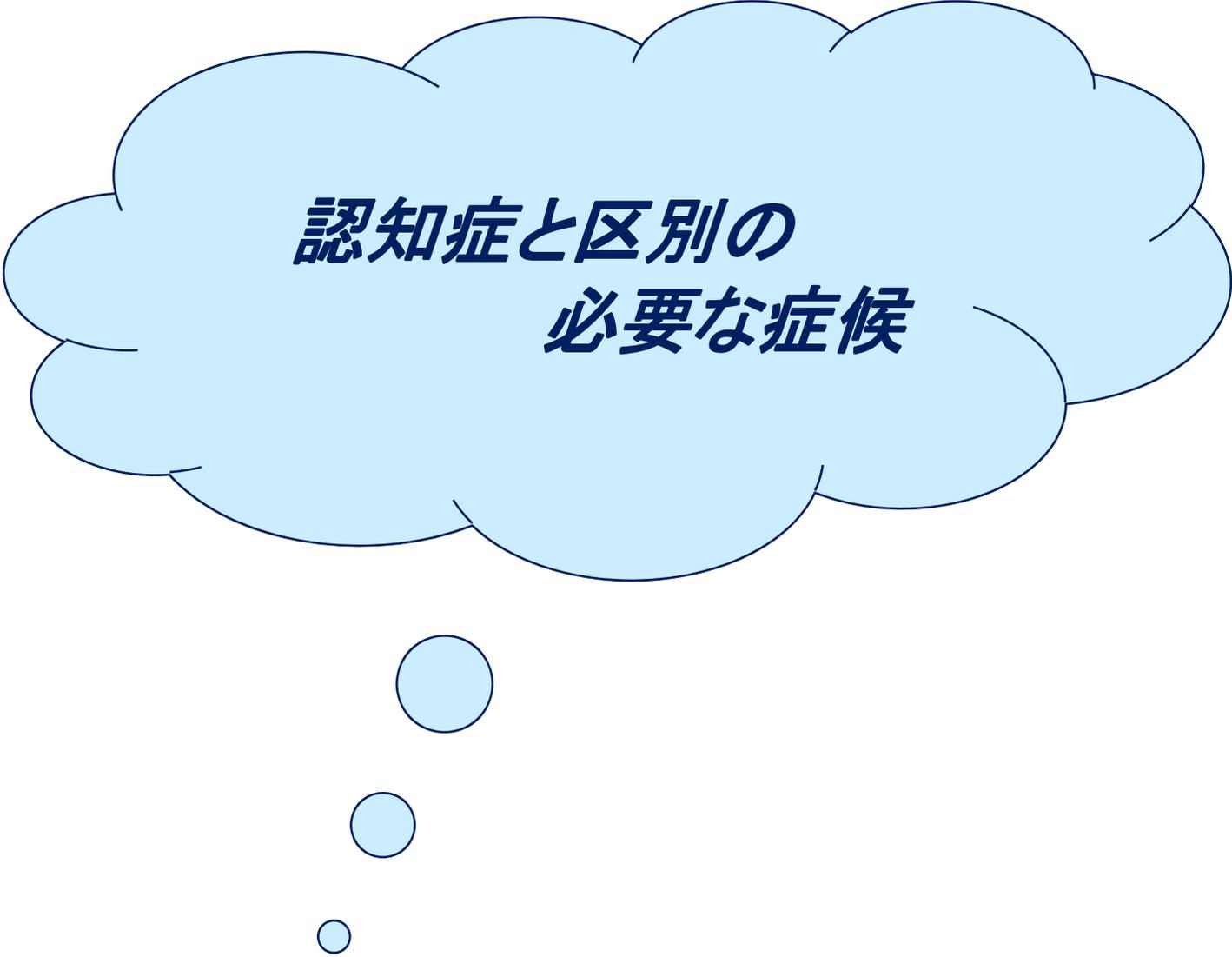
- 器質的な脳疾患によって起こる症候群である
- 症状として記憶障害が必ず存在している
- 記憶障害に加え、その他の認知障害も伴う
- 症状は強く、日常生活にさまざまな支障をきたす
- 経過として慢性の進行性経過をとる
- 意識障害は除外される
- 機能的障害としてのうつ病は否定できる

記憶とは？

1. 記銘（憶える）
2. 保持（忘れないよう記録）
3. 再生（必要時に取り出す）
4. 再認（間違いないか？）

これらの全てがスムーズに流れることを言う。

認知症の記憶障害は記銘障害から認められ、次第に全記憶障害となっていく



**認知症と区別の
必要な症候**

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

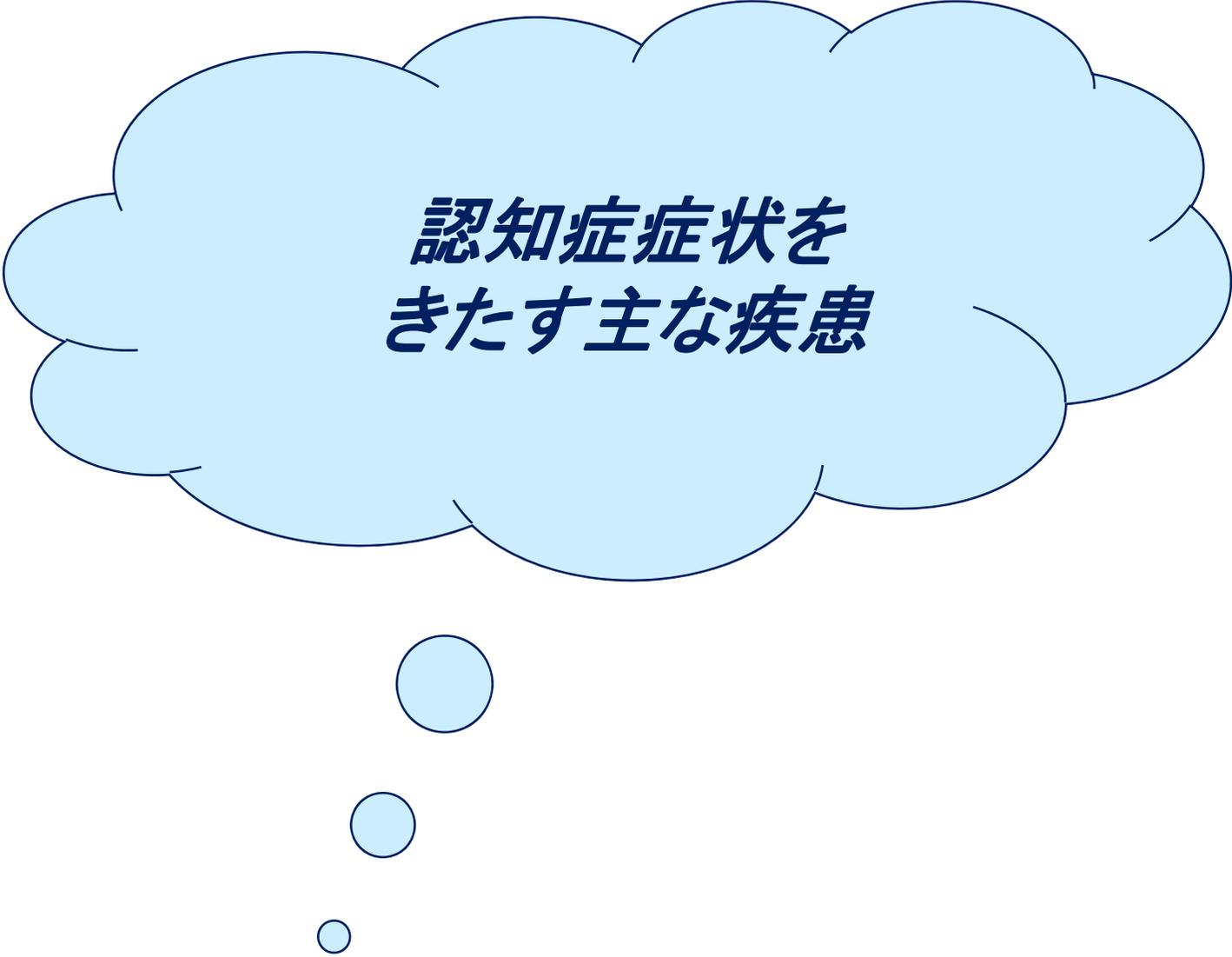
加齢に伴うもの忘れ	認知症のもの忘れ
体験の一部を忘れる・語健忘	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害 や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
作話はみられない	しばしば作話がみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

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
質問の答え	質問に対しても「分からない」という答えや面倒がる	質問に対して誤った答えや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 最近に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。最近の記憶が主体
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	とくに著しいものはなし
自殺傾向	しばしば	少ない
思考内容	自責的、自罰的、自己卑下傾向	他罰的傾向

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発症	急激に、突然おこる	発症が緩徐で潜伏性
症状の日内変動	あり、夜間や夕刻に悪化	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 ~ 一週間	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	時にあり
環境状況の関与	関与することが多い	関与ない



**認知症症状を
きたす主な疾患**

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
- 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。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

脳血管性認知症

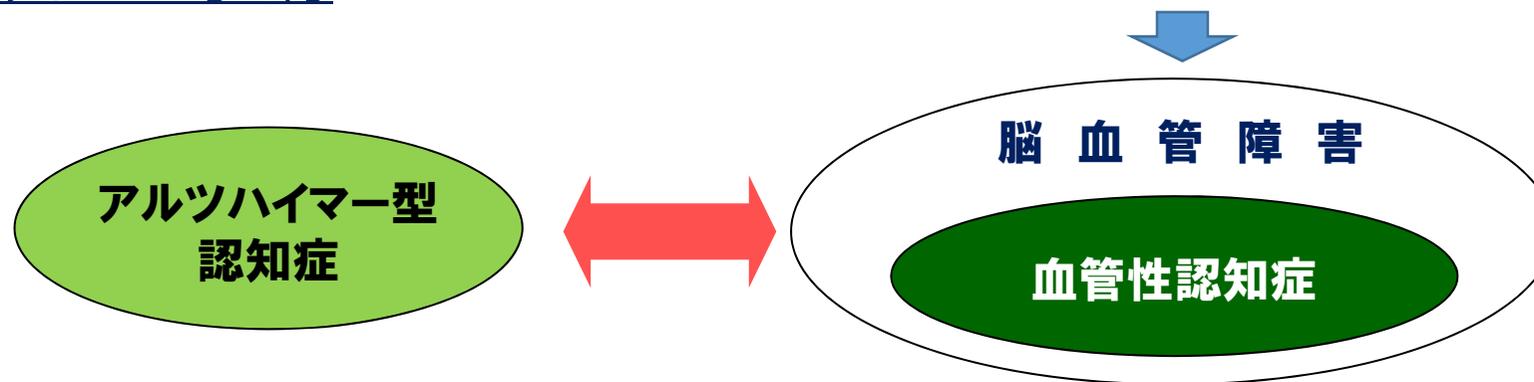
脳動脈硬化によっておこる脳梗塞、脳出血、特に小さい梗塞が多発した場合に多くみられる認知症。急激な発症と段階的増悪、動揺性経過をたどりやすい

脳の血管障害が原因でおこる脳血管障害の30%～40%が認知症をおこすといわれている

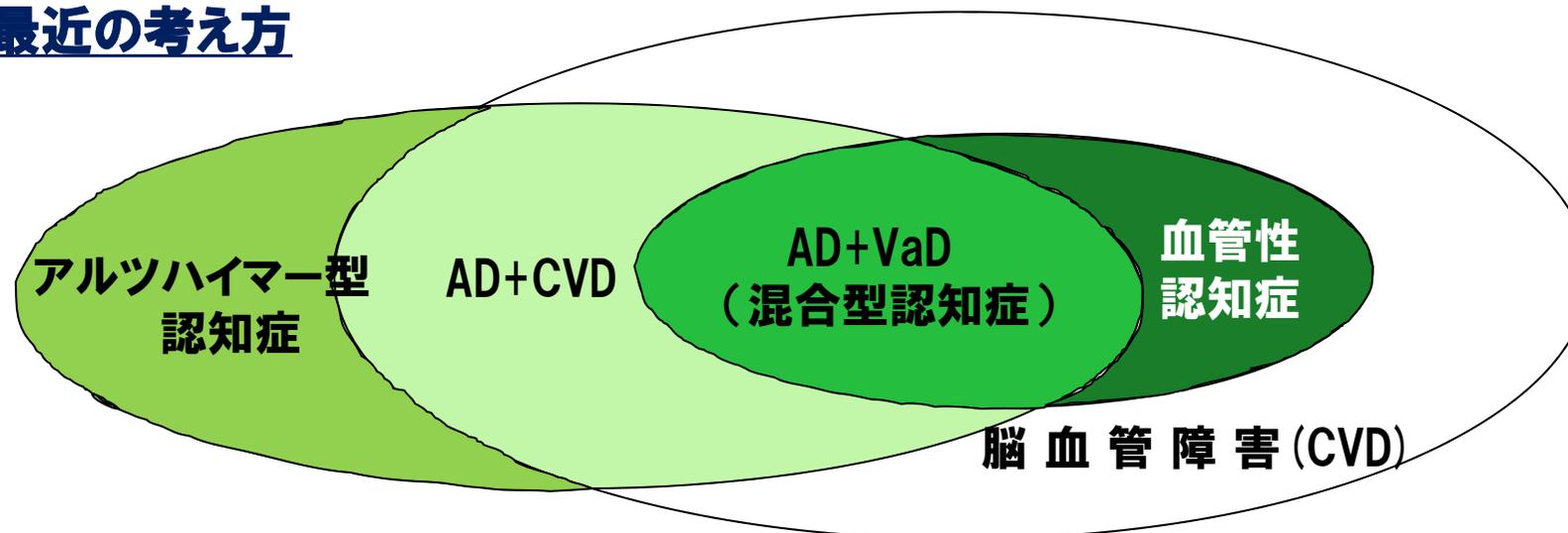
脳血管性認知症の考え方について

今までの考え方

脳卒中の既往、画像で脳梗塞、運動麻痺や構音障害が存在



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	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
身体的症状	あまりない	マヒなどを伴いやすい
人格変化	しばしば明らかに	比較的少ない
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スキャン	脳萎縮 (脳室拡大・脳溝拡大)	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
- 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

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

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

前頭側頭葉変性症

従前よりの分類

前頭側頭葉変性症 (FTLD)



新分類 (2011)

前頭側頭葉型認知症 (FTD)



前頭側頭型認知症の特徴

臨床的特徴

初老期におこり、一部は家族性をしめす

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)

MCIの方やその家族への対応

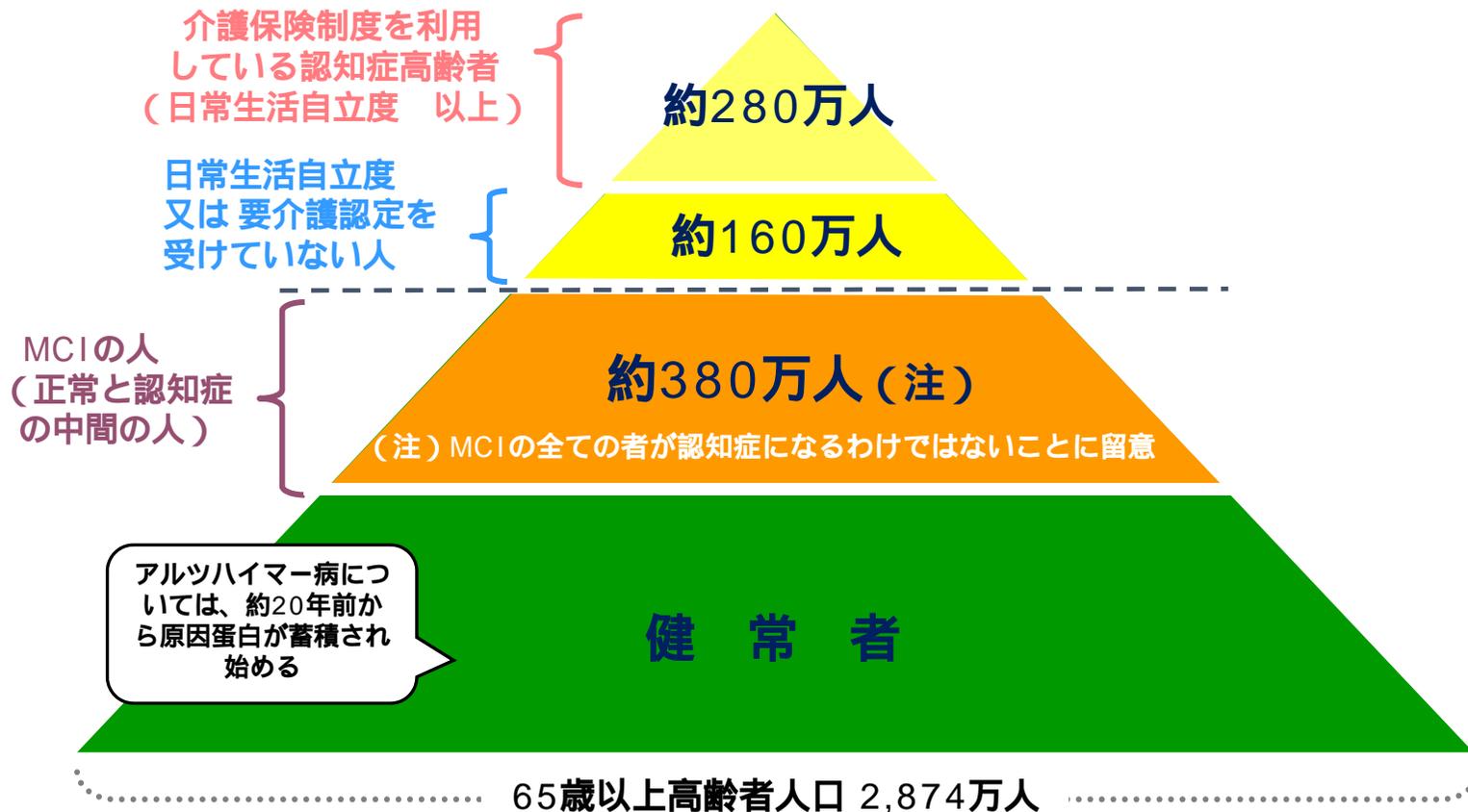
- 病態へ対してのしっかりとした教育、知識獲得を行う
- 経過フォローの重要性の理解を得る
- 必要以上に不安をかきたてないようにきちんと説明する
- コリンエステラーゼ阻害剤やメマンチン投与により認知症コンバートを防ぐというエビデンスはない
- しっかりと通院して慎重な経過観察が必要な状態である



我が国の現状

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

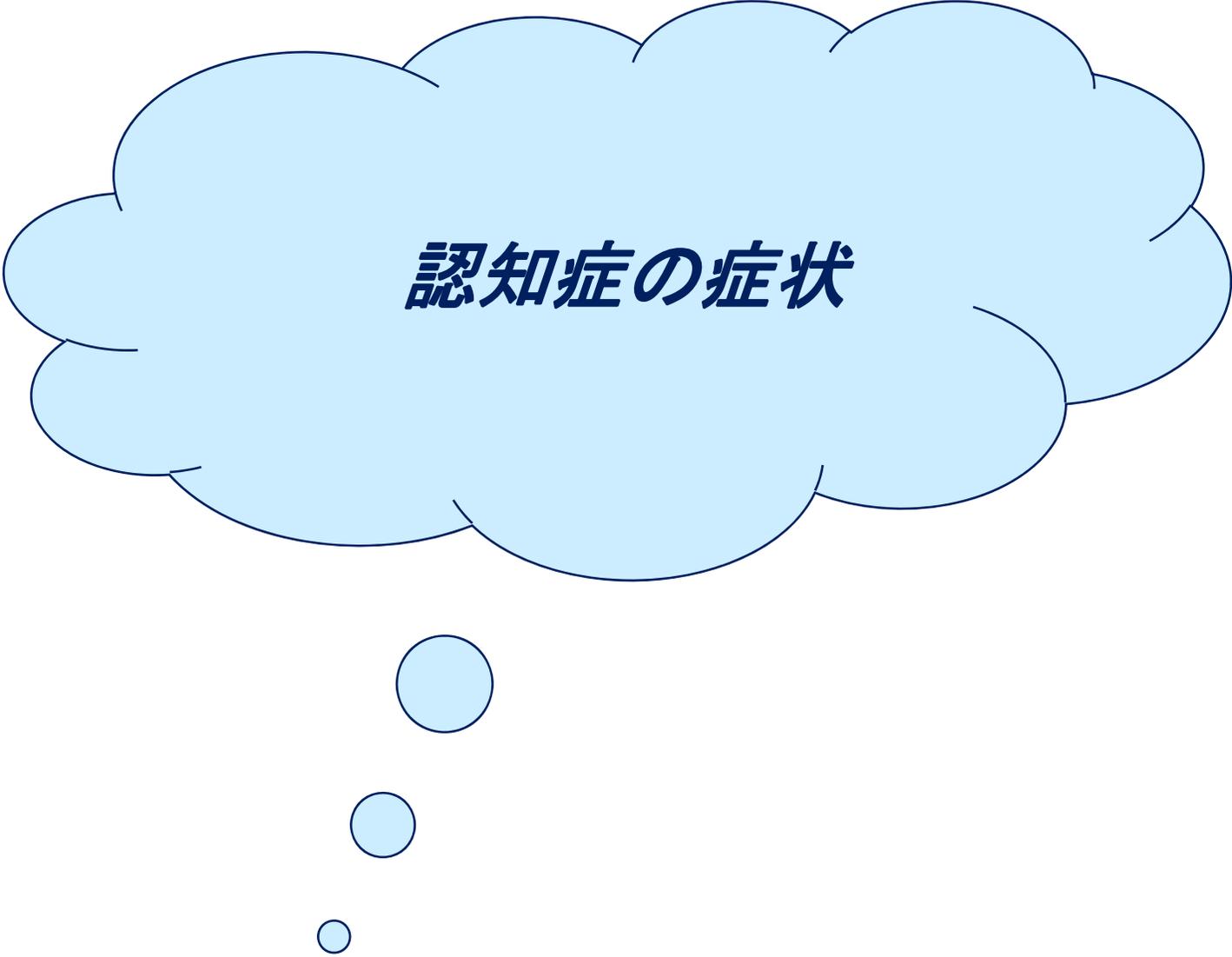


持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり

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」以上の高齢者数について」(H24.8公表)を引用

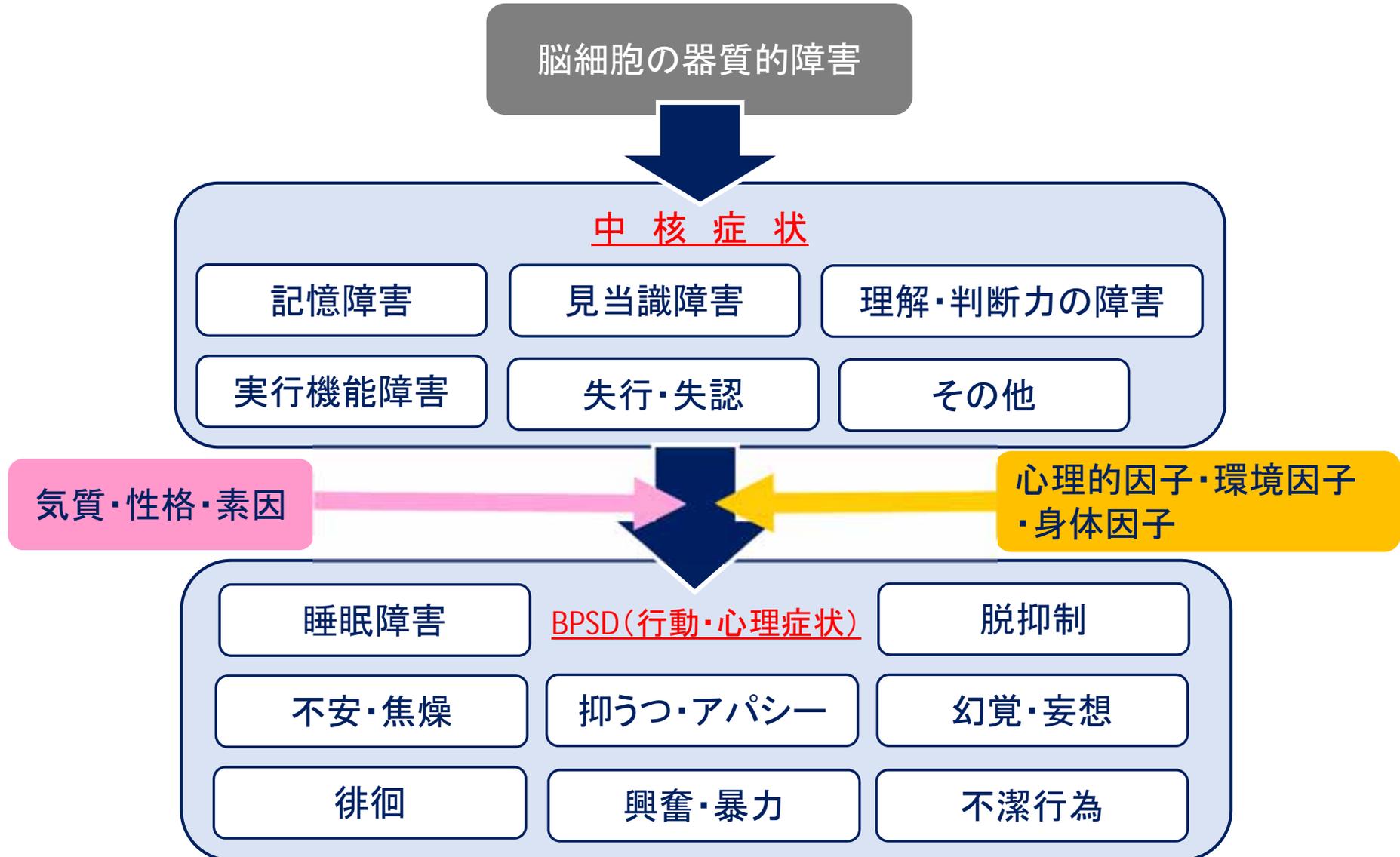
医学的なエビデンス

- 日本の高齢化率は25%を超えている
- 平成27年には26%を超え、平成37年には30%を超える
- 高齢者人口の約15%が認知症
- 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%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》

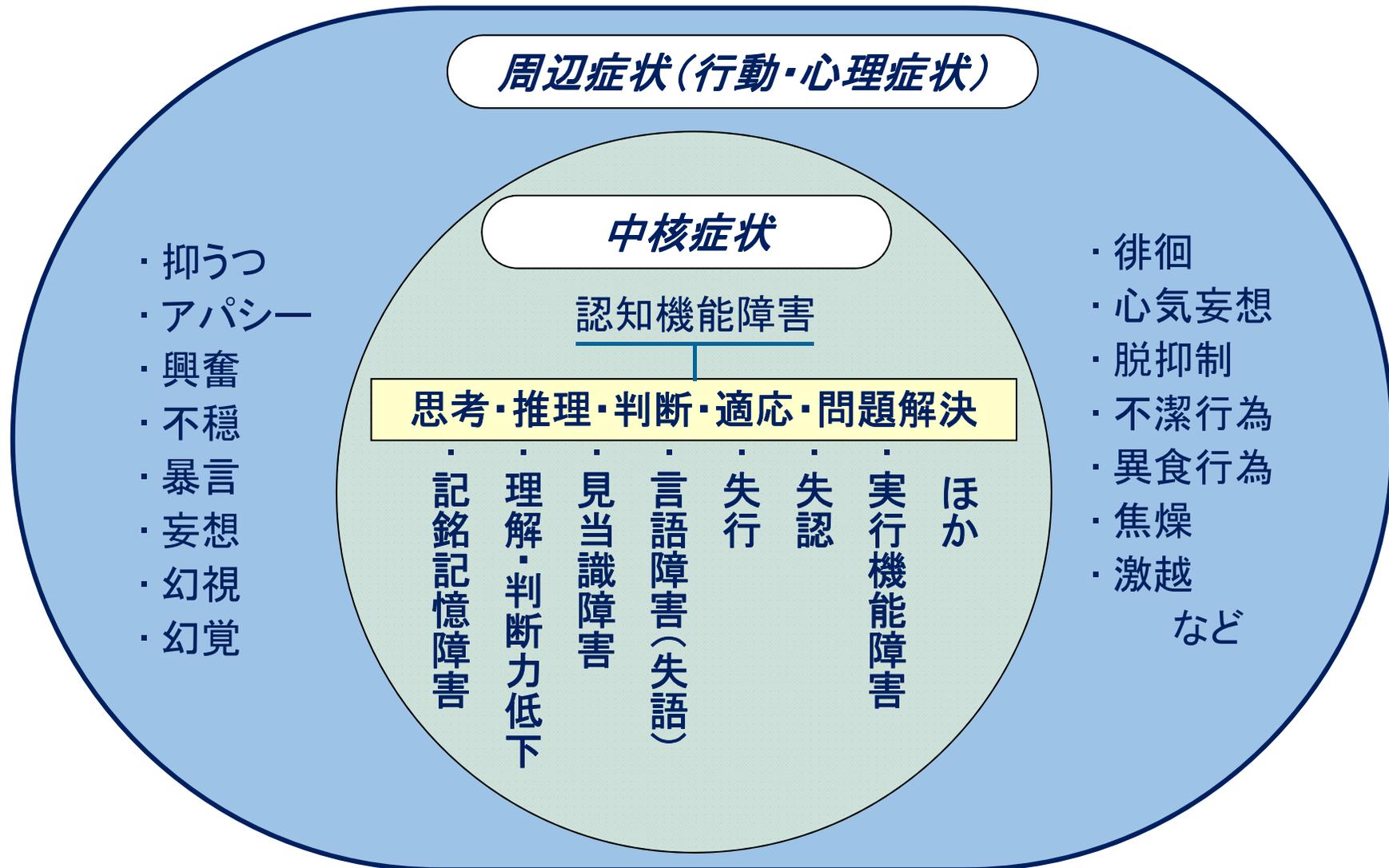


認知症の症状

中核症状とBPSD(行動・心理症状)



認知症の中核症状と周辺症状(行動・心理症状)



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

BPSDとは

- 国際老年精神医学会が提唱した概念であり、最近ではこの用語が定着してきており、さまざまな現場で用いられている
- 「behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)」として定義されている
- 認知症（原因疾患を問わない）をもつ人々に起こる心理的な反応、精神医学的症状、そして行動のさまざまな範囲を記述する用語と定義されている

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 (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	障害なし	時間の見当識の不確かさ 地誌的見当識障害	時間についての失見当識 時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			ときに助けが必要	着衣、便所などで介助を要する	すべてに介助必要 しばしば失禁

【初期認知症徴候観察リスト（OLD）】

氏名	カルテ番号	歳	診断年月日 年 月 日
記憶・忘れっぽさ	1 いつも日にちを忘れてる - 今日が何日かわからないなど		
	2 少し前のことをしばしば忘れる - 朝食を食べたことをわすれているなど		
	3 最近聞いた話を繰り返すことができない - 前回の検査結果など		
語彙・繰り返し会話内容の	4 同じことを言うことがしばしばある - 診察中に、同じ話を繰り返す		
	5 いつも同じ話を繰り返す - 前回や前々回の診察時にした同じ話（昔話など）を繰り返す		

会話の組み立て能力と文脈理解	6 特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある - 仕事上の使い慣れた言葉などがでてこないなど	
	7 話の脈略をすぐに失う - 話があちこち飛ぶ	
	8 質問を理解していないことが答えからわかる - 医師の質問に対する答えが的はずれで、かみあわないなど	
	9 会話を理解することがかなり困難 - 患者さんの話がわからないなど	
作話・依存など見当識障害	10 時間の観念がない - 時間（午前か午後さえも）がわからないなど	
	11 話のつじつまを合わせようとする - 答えの間違いを指摘され、言いつくろおうとする	
	12 家族に依存する様子がある - 本人に質問すると、家族の方を向くなど	

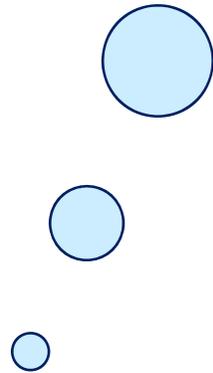
Observation List for early signs of Dementiaを略してOLDといい、オランダでかかりつけ医のために作成された。

家族が気づく、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



認知症の治療

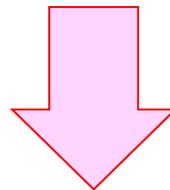


抗認知症薬の作用機序・適応・用法・副作用

一般名 (製品名)	ドネベジル塩酸塩 (アリセプト)	ガランタミン臭化水素塩 (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	CYP1による影響はわずか 腎排泄が主	CYP1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

周辺症状(BPSD)に対する対応の基本

- 身体状況のチェックと身体疾患の有無および治療
感染症、骨折、脱水、便秘、栄養状態など
- 服用中薬物の副作用や急激な中断薬の有無についてチェックし検討する
- 不適切な環境の有無や行われているケアのチェックと改善
環境ストレス、心的ストレス、騒音、不適切なケアなど
- 適切なアセスメントによる介護サービスの利用を行う



以上で改善や軽減がみられない場合は
薬物治療の併用へ

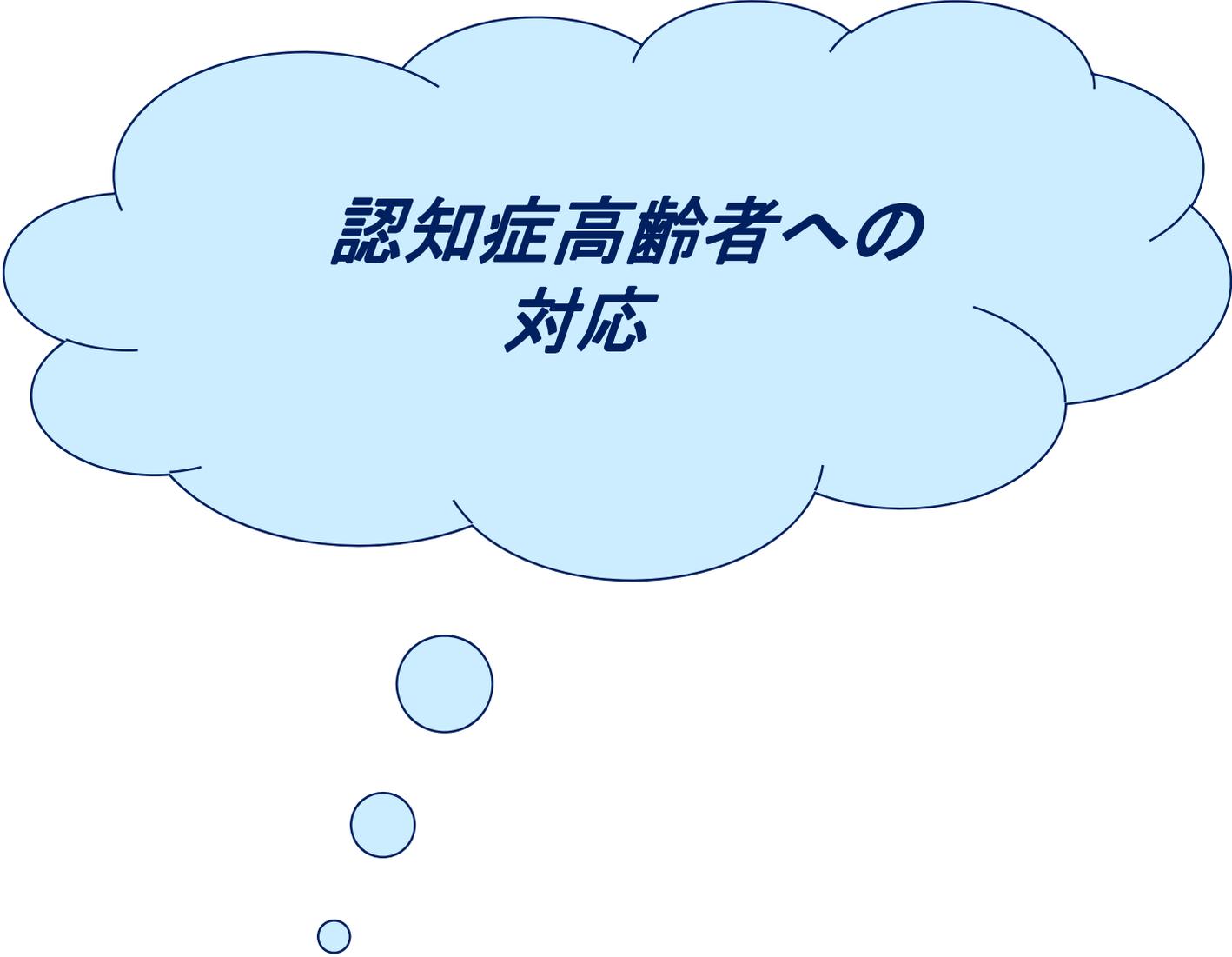
周辺症状(BPSD)に対する薬物療法

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

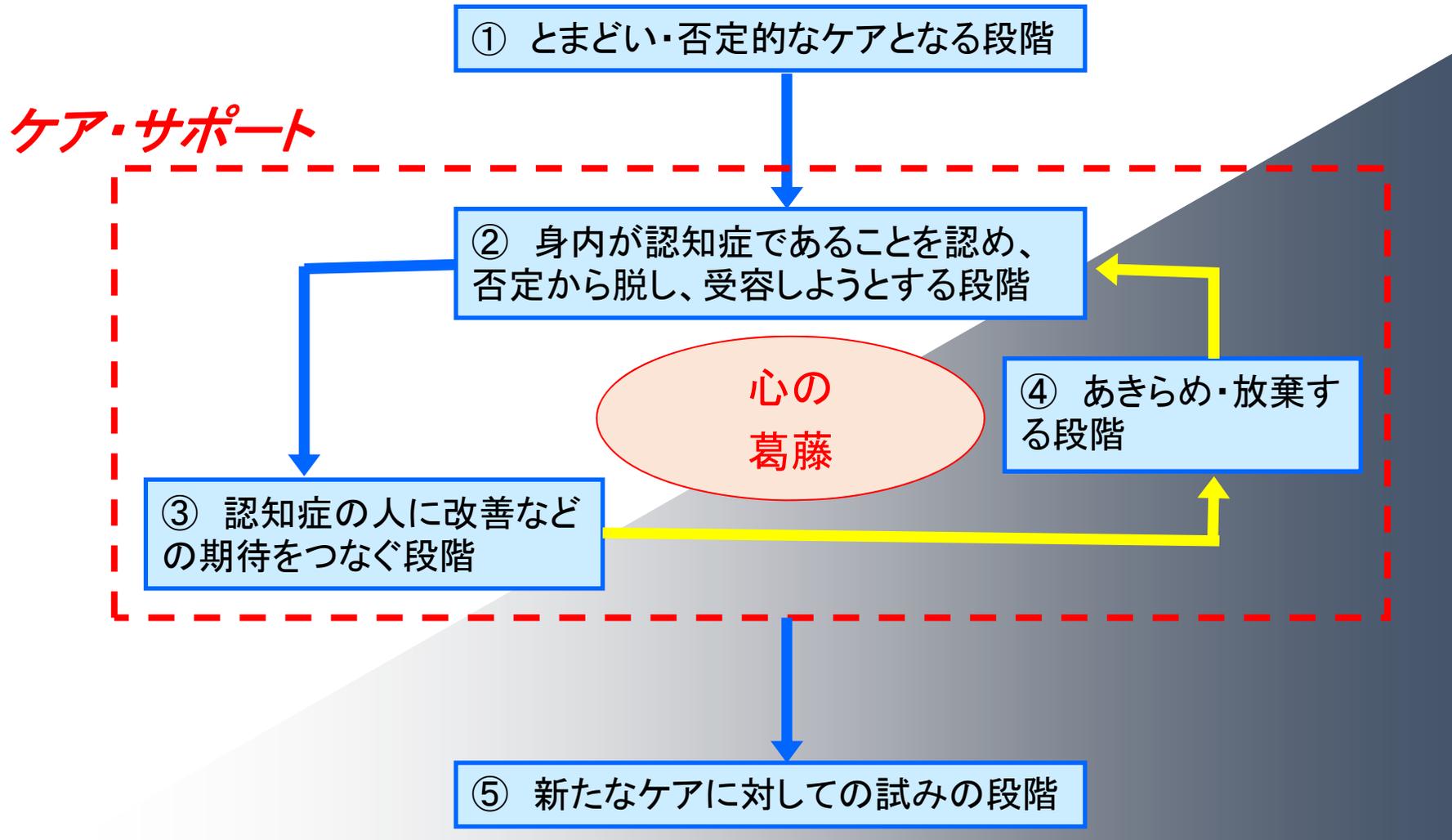
周辺症状(BPSD)に対する非薬物療法

- 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



**認知症高齢者への
対応**

認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階



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
- 何でも良いから「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

認知症性高齢者の介護原則

1. 高齢者のペースに合わせる
2. なじみの環境で介護する
3. 生活リズムを崩さない
4. 問題行動を受け入れる
5. 感情の交流を大切にする

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. 納得いく様に話す(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、時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)