

平成23年4月吉日

小郡三井医師会 会長 蒲池 壽先生

## 久留米認知症ネットワーク研究会のご紹介と講演会開催のご案内

謹啓

春暖の候、先生におかれましては、益々御健勝のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて平成21年12月に、久留米医師会精神科医会が中心となり、認知症の早期発見と治療・介護などを目的としたプライマリ医（便宜的に「認知症連携医」と呼称します）の養成及び地域との連携等を円滑かつ迅速に図れるよう久留米認知症ネットワーク研究会を発足いたしました。

平成22年度には、今後「認知症連携医」となっていた先生方を対象とした研修会を下記の内容にて3回に亘り開催しました。おかげさまでもちまして延べ134名の久留米医師会を中心とした先生方に御参加頂く事が出来ました。この際に使用された資料をもとに今回認知症連携医を対象としたテキストを作成致しましたので、ご笑納頂ければと思います。

平成23年度は久留米市（久留米地域）における、更なる認知症連携を行うべく、研修会や講演会を随時（年間3、4回程度）企画しております。この内容としては、医師のみならず地域における医療従事者や介護関連の方々も御参加頂ける内容も検討しております。まずは別紙のように平成23年4月26日（火）に第1回講演会を企画しております。是非ご賛同頂き、貴医師会 会員の皆様にも御参加いただければとご案内させて頂きました。ご多忙の折甚だ恐縮ですが、何卒よろしくお願い致します。

敬具

記

### 【第1回】 8月11日（水） 19:30～21:00 久留米医師会館

認知症の現状と課題、早期発見の意義

認知症の診断について ―アルツハイマー型認知症を中心とした診断―

日常の診療でできる簡易スクリーニング法

司会：宮の陣病院 院長 児玉 英嗣 先生

講師：久留米大学 高次脳疾患研究所 教授 森田 喜一郎 先生

### 【第2回】 9月13日（月） 19:30～21:00 久留米医師会館

認知症患者の治療およびケアについて

認知症の薬物療法について

認知症患者への介護及びその家族への対応

地域連携（理想的な具体的イメージ）について

司会：高良台リハビリテーション病院 院長 中尾 一久 先生

講師：久留米大学医学部 神経精神医学講座 講師 小路 純央

### 【第3回】 10月13日（水） 19:30～21:00 久留米医師会館

周辺症状を持った認知症患者に対しての精神科入院医療

地域における社会資源としての医療-福祉連携について

後見人制度・運転免許証について

司会：久留米リハビリテーション病院 院長 柴田 元 先生

講師：聖ルチア病院 院長 大治 太郎 先生

以上

## 認知症連携医とは

認知症連携医とは、アルツハイマー型認知症をはじめとする認知症についてプライマリーケアの視点から相談や診察と治療(介護を含む)を行える医師のことを指しています。もの忘れを主訴で受診された患者さん、あるいはすでに認知症と診断されている患者さんに対して、その臨床的な診断・介護の必要性などの情報を患者さんや家族に提供できる医師のことです。

もちろん認知症専門医ではありませんので、認知症に関するすべてをカバーすることを求められるわけではありません。認知症専門医、認知症専門医療機関と緊密なネットワークを構築した上での認知症連携医とします。

従って診断に苦慮する患者さんに関しては認知症専門医療機関との間で病診連携をとりながらこれまで通りの特に身体的治療などに関しましては継続していただく必要があります。そこで認知症に関しては認知症専門医療機関と、ケアについては地域行政(地域包括支援センター・保健所など)、各種福祉施設(デイサービス・グループホーム・小規模多機能施設など)との連携を取りながら長期のフォローに関しまして役割の継続に特別変わることはありません。

### 認知症ネットワーク研究会

#### 委員

内村 直尚 久留米大学医学部神経精神医学講座 教授  
森田喜一郎 久留米大学高次脳疾患研究所 教授  
小路 純央 久留米大学医学部神経精神医学講座 講師  
中島 洋子 久留米大学医学部看護学科老年看護学 教授  
芹川 正樹 せりかわ医院 院長  
児玉 英嗣 宮の陣病院 院長  
大治 太郎 聖ルチア病院 院長  
山崎 剛 博愛病院 院長  
柴田 元 久留米リハビリテーション病院 院長  
中尾 一久 高良台リハビリテーション病院 院長  
久留米市健康福祉部 長寿支援課  
久留米市健康福祉部 久留米市保健所 保健予防課

久留米認知症ネットワーク研究会事務局

久留米大学医学部 神経精神医学講座内 担当:小路 純央

TEL:0942-(31)-7564 FAX:0942-(35)-6041

# 久留米認知症ネットワーク研究会 第1回講演会

日 時: 平成 23 年 4 月 26 日(火) 19 時 00 分～

場 所: 久留米医師会館 大ホール  
福岡県久留米市櫛原町34 Tel:0942-34-4163

【情報提供】 アルツハイマー型認知症治療剤「アリセプト」について

【開会挨拶】

久留米認知症ネットワーク研究会

代表世話人

せりかわ医院

院長

芹川 正樹 先生

【基調講演】19 時 00 分～19 時 30 分

座長: 高良台リハビリテーション病院

院長

中尾 一久 先生

演者: 久留米大学 高次脳疾患研究所 教授

森田 喜一郎 先生

『若年性認知症および問題言動を生じた症例』

【特別講演】19 時 30 分～20 時 30 分

座長: 久留米大学医学部 神経精神医学講座 教授

内村 直尚 先生

演者: 福岡県医師会 常任理事

ゆう 心と体のクリニック

院長

瀬戸 裕司 先生

『福岡県における認知症ネットワークの現状と課題』

【閉会挨拶】

久留米医師会精神科医会

会長

宮の陣病院

院長

児玉 英嗣 先生

※ 本講演会にて下記の日本医師会生涯教育講座 1.5 単位が取得できます

カリキュラムコード 12(保健活動)・13(地域活動)・29(認知脳の障害)

※ 当日は軽食を準備しております

主催 久留米認知症ネットワーク研究会

共催 久留米医師会 久留米精神科医会 エーザイ株式会社 ファイザー株式会社

# 久留米認知症ネットワーク研究会 第1回講演会のお知らせ

謹啓

初春の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

今回の東北地方太平洋沖地震におかれましては、地震によりお亡くなりになられた方に、謹んで哀悼の意を表しますとともに、被災された方々に心からお見舞い申し上げます。今回の震災は、その規模、程度において、あまりにも未曾有のものであり、一刻も早い被災者の方の救援と治療、そしてライフラインの復活を心より祈念いたします。

さて話は変わりますが、現在、わが国では65歳以上の人口が22.7%となり世界一の超高齢社会を迎えております。同様に久留米市においても高齢化率が21%を超え、今後も増加の傾向にあり、先生方におかれましては日々の臨床の中で認知症の患者さんを診られる機会、あるいは家族からの相談を受ける機会が増えていることと存じます。そこで認知症の早期発見と早期治療・介護、地域連携を目的に、久留米認知症ネットワーク研究会を設立し、今回講演会を開催させて頂く運びとなりました。

今回は参加者の対象を医師以外の方で日頃認知症治療あるいは介護に携わっている方々へも広げご案内しています。ご参加いただける方は、お手数ですが、下記の項目にご記入の上、事前に FAXにて久留米認知症ネットワーク研究会 事務局までお申し込み下さい。

なお、当日は駐車場に限りがあり、お越しの際は公共交通機関をご利用くださいますようお願い申し上げます。

謹白

久留米認知症ネットワーク研究会 事務局

久留米大学医学部 神経精神医学講座

事務局担当 小路 純央

TEL: 0942-(31)-7564 FAX: 0942-(35)-6041

---

## 久留米認知症ネットワーク研究会 第1回講演会

ご参加

ご欠席

御施設名: \_\_\_\_\_

ご参加人数 \_\_\_\_\_ 名

ご連絡先: (TEL) \_\_\_\_\_

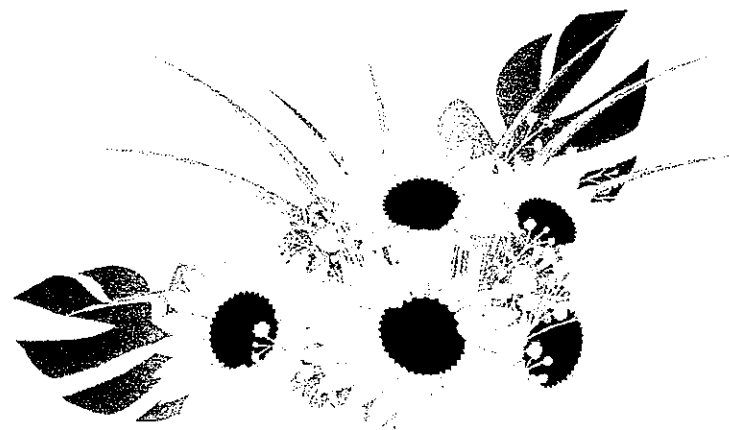
送信先: 久留米認知症ネットワーク研究会 事務局

FAX: 0942-(35)-6041

# 認知症連携医の認知症診療テキスト



久留米認知症ネットワーク研究会  
久留米医師会 精神科医会  
平成22年度 Ver. 1



## 認知症の予防： 早期発見、早期治療

早く診断して、  
関与しながら介護し、  
ソフトランディング

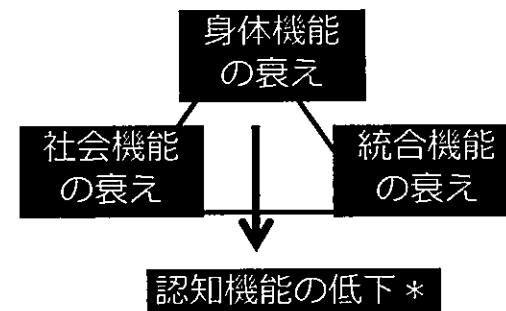


久留米大学高次脳疾患研究所  
久留米大学医学部精神科

森田喜一郎 他



## 老化とは？



ぼけることは、怖くない！  
よいこともある！



## アルツハイマー型認知症の早期診断： 3つの基本



言語性遷延  
再生障害

認知機能検査  
長谷川式等

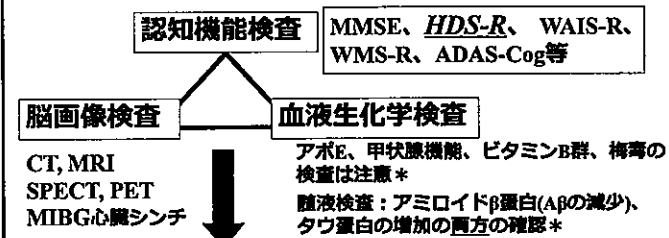
緩徐で神経学的  
徴候が無い：  
麻痺等が無い

形態：海馬領域の萎縮がある  
(MRI、CT)

詳細な神経心理学的検査で、軽度と失語、失行、失認を認める (ADAS Cog等)

機能画像で、海馬 - 側頭領域の活性低下 (SPECT等)

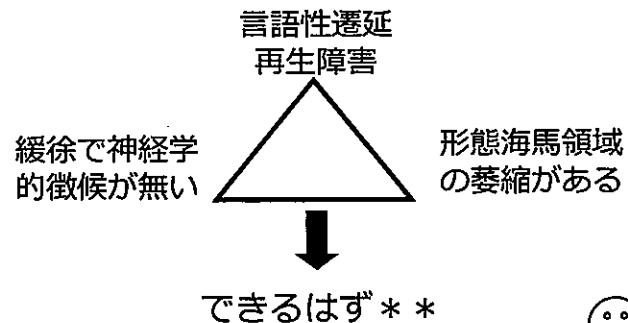
## アルツハイマー型認知症の診断(基本は除外診断か) 診断基準(DSM-4、ICD-10、NINCDS-ADRDA等)



認知機能低下の診断と除外病態(血管性、全身疾患等)

除外：神経変性疾患、脳血管性疾患、感染性疾患、内分泌・代謝性疾患、呼吸性疾患、中毒性疾患等)

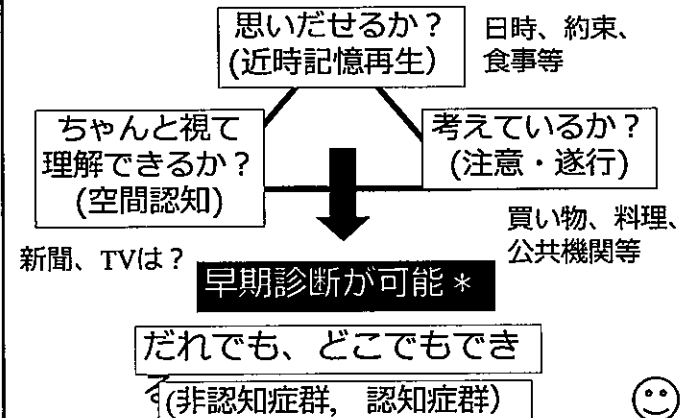
外来診察だけでも、診断はできるか？



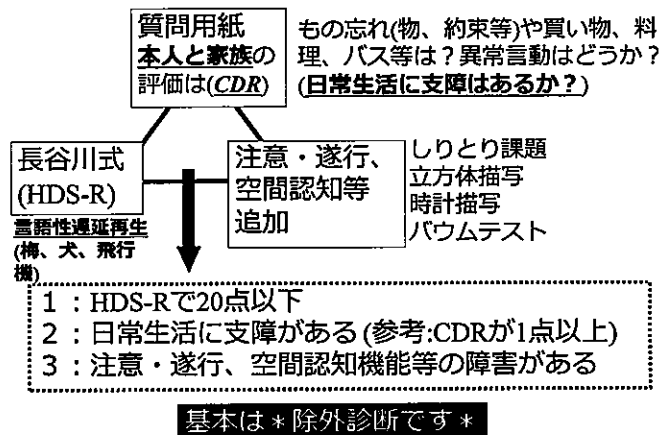
まず長谷川式テストをよく理解して応用する\*



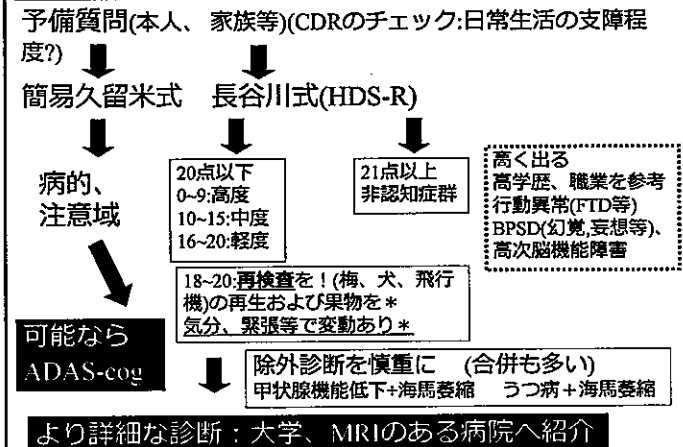
診察での：3つの心得？



アルツハイマータイプ認知症(AD)簡易診断試み



外来診察だけでも、AD診断はできるか？



**改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)** ☺

| [検査の内容]                                                         |                       |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1. お歳はいくつですか？                                                   | 時間の見当識                |
| 2. 今日は何年の何月何日ですか？<br>何曜日ですか？                                    | 場所の見当識                |
| 3. 私たちがいまいるところはどこですか？                                           | 単語再生                  |
| 4. これから言う3つの言葉を言ってください。<br>あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。<br>(桜、猫、電車) | 計算<br>数字の逆唱<br>(即時記憶) |
| 5. 100から7を順番に引いてください。                                           | 遅延再生<br>(近時記憶)        |
| 6. これから言う数字を逆から言ってください。                                         | 物品の視覚記憶               |
| 7. 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってください。                                    | 言葉の流暢性                |
| 8. これから5つの品物を見せます。それを隠します。<br>のでなにかがあったか言ってください。                |                       |
| 9. 知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。                                   |                       |

20点以下:アルツハイマー型認知症の可能性有り(介護申請に必要)

**CDR: clinical dementia scale**

**記憶,見当識,判断力**

**地域・家庭での生活**

**介護の状況**

本人および家族、  
介護者からの情報  
で重症度を含め  
判定

: 6項目を5段階  
で判定(3個ルール)

0点(無し), 0.5点(疑い), 1点(軽度), 2点(中度), 3点(重度)

**0.5点~物忘れはあるが、本人の日常生活に支障はない  
抑うつ状態や認知症前期状態等ありか？**

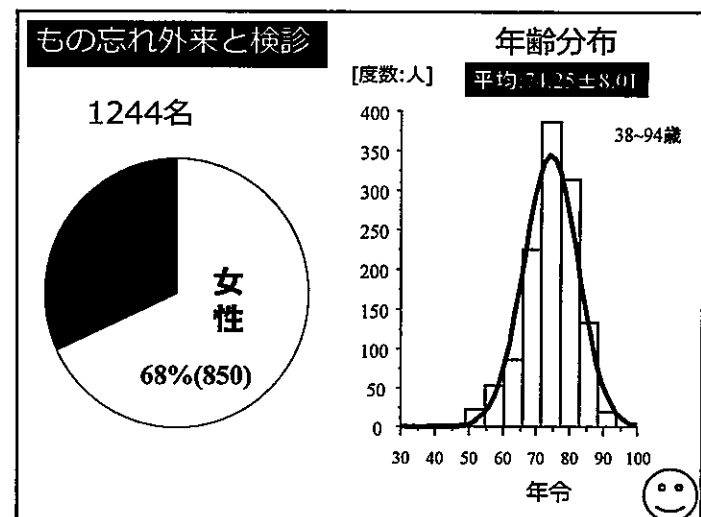
参考: MCI(記憶のみが0.5点で他は総て0点)

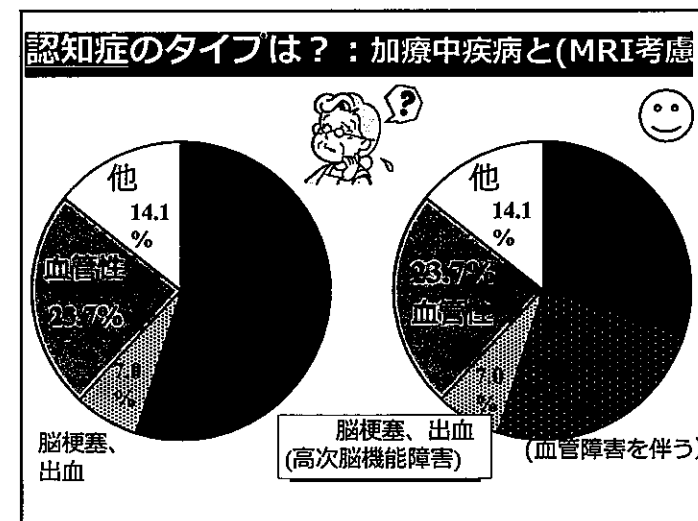
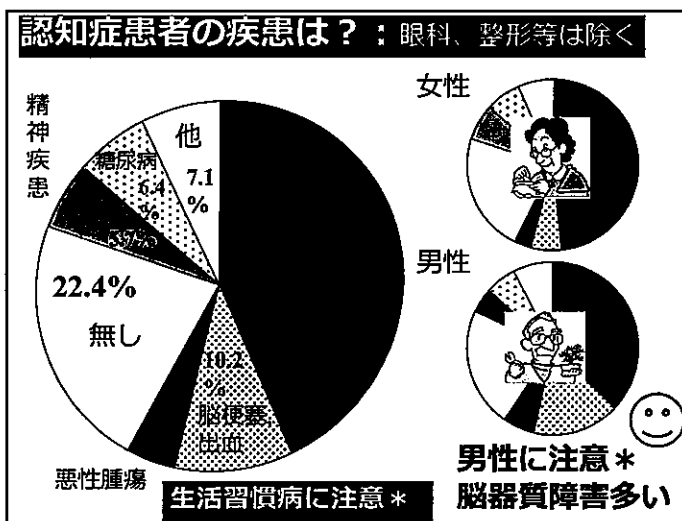
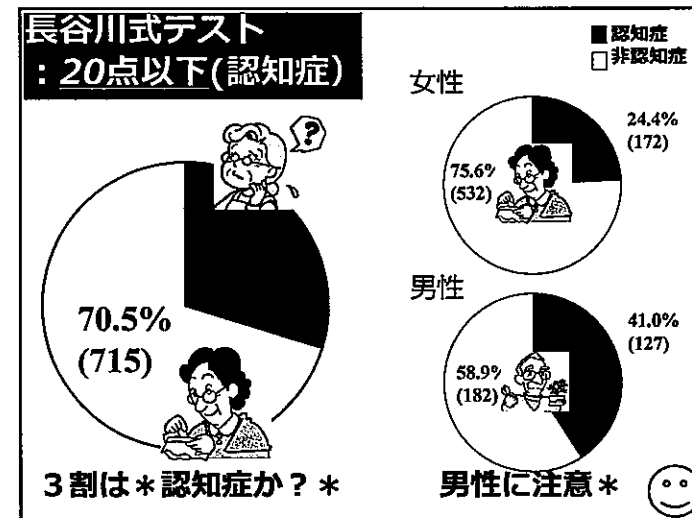
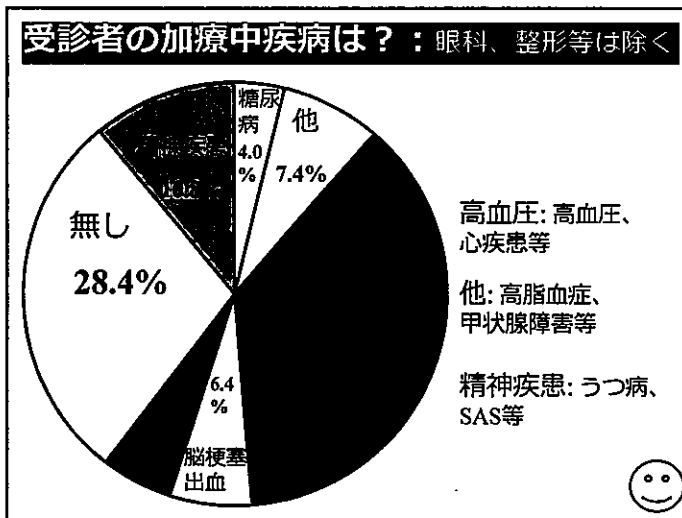
☺

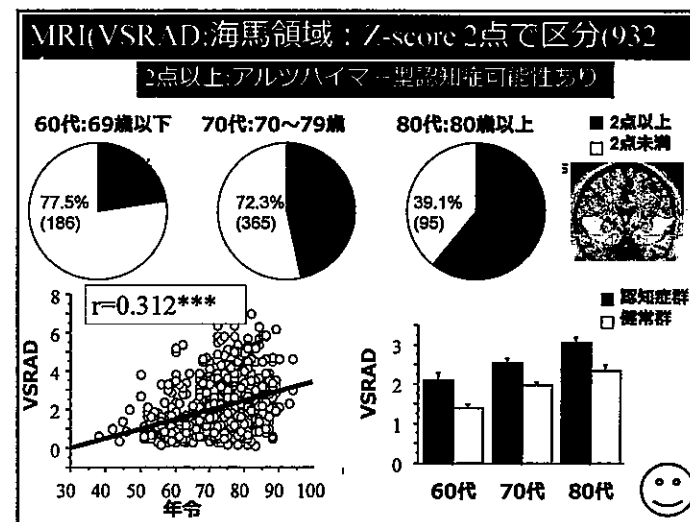
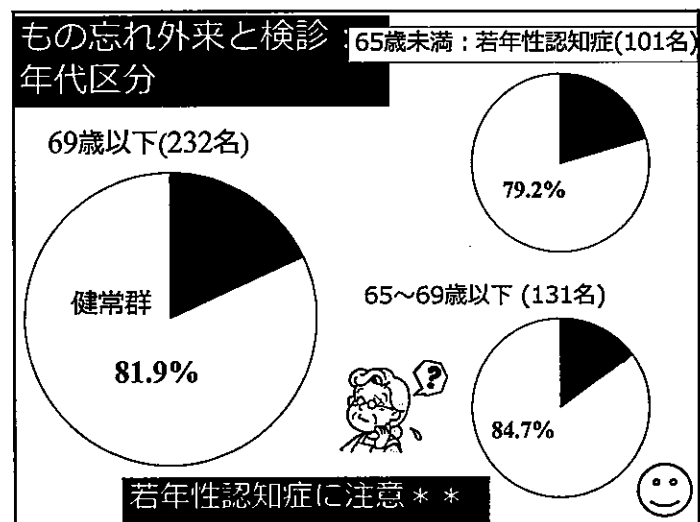
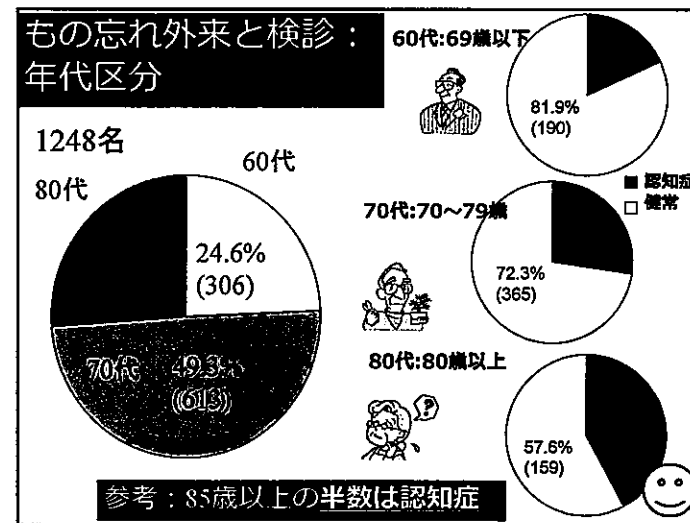
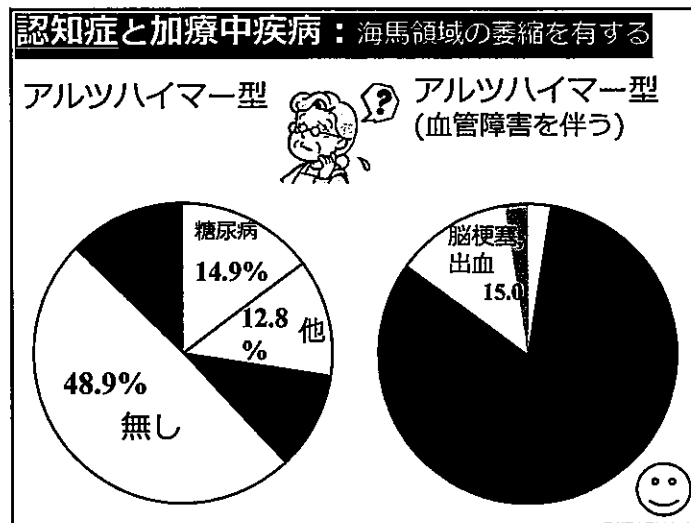
**診察だけで診断はできるか?: 久留米式(試案)** ☺

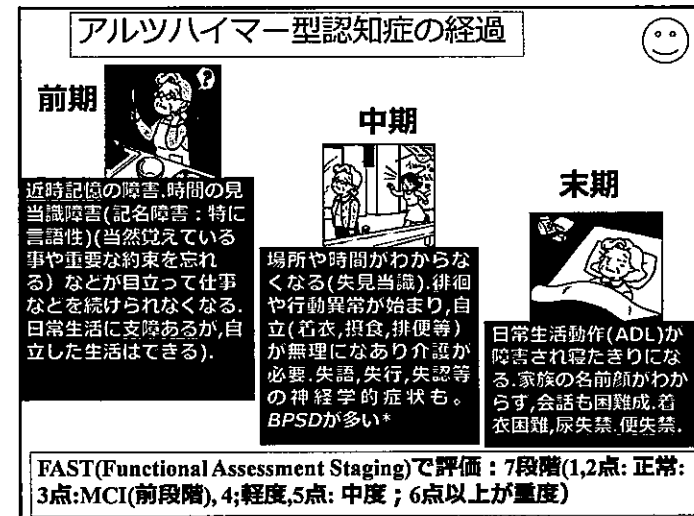
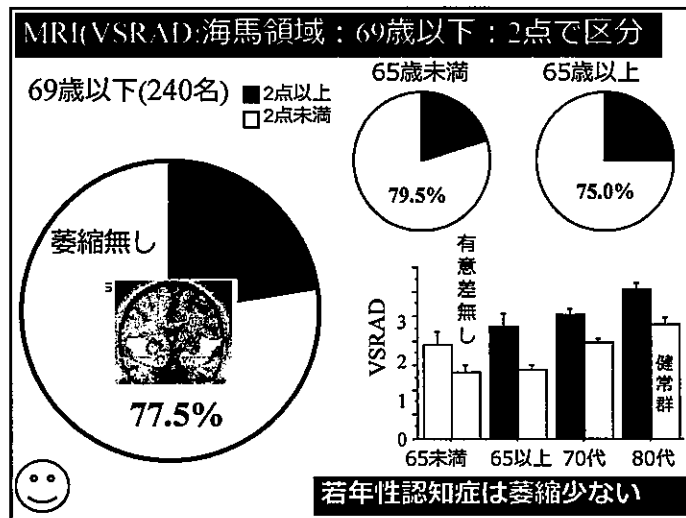
- 1: 眼は合うか? (挨拶の時)  
(1点満点: 挨拶時に眼が合えば、合わないといと0点)
- 2: 「梅、犬、飛行機」(言葉を言わせ、後で聞く)  
(3点満点: 言葉が言えれば1点づつ)
- 3: 夕食の内容を聞く  
(3点満点: 内容1つで1点、内容が言えないと0点)
- 4: 病気は? (高血圧? 眼科? : 通院してるか?)
- 5: 先ほどの3つの言葉は?  
(言えない時は簡単にヒント: 木の名前、動物の名前、乗り物)  
(6点満点: ヒントでは3点満点, 言えないと0点)
- 6: 『しりとり』を30秒間、休憩20秒程おいて2回繰り返す。  
2回の合計点(0:0点、1~4: 1点、5~9: 2点、10~15: 3点、  
16~19: 4点、20個以上: 5点) (入れ歯に注意)(少し練習を)

10分程で、終わります\* (18点満点で:10点以下は病的: 11~14:  
注意,特に3つの言葉で3点以下,0点がある場合は注意\*)









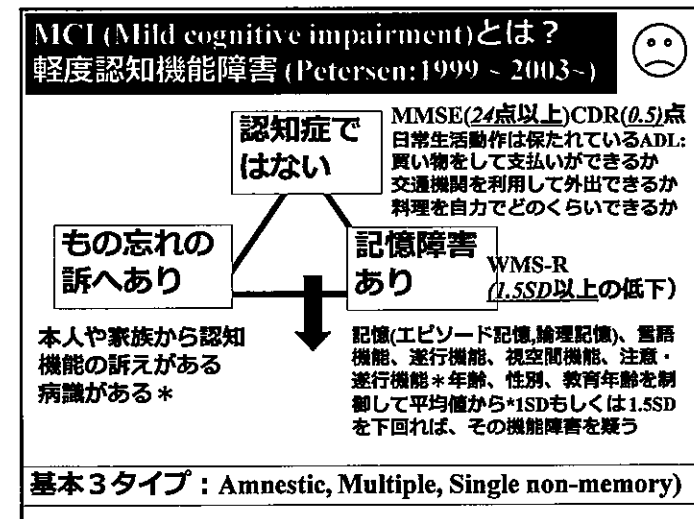
**早く診断し、  
関与して介護し、  
ソフトランディング**

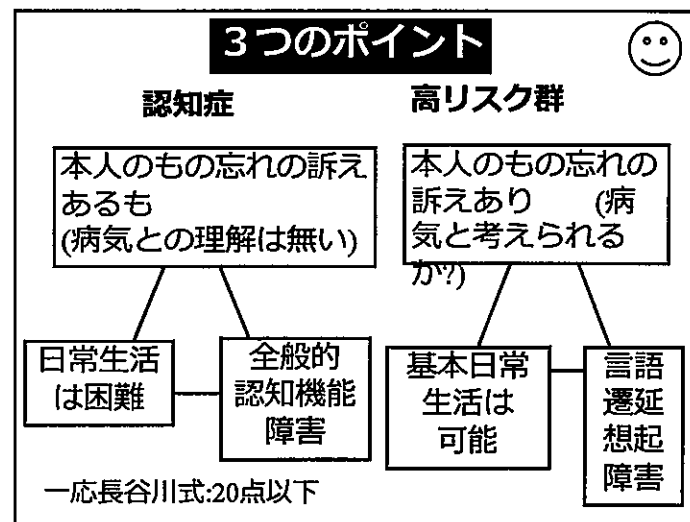
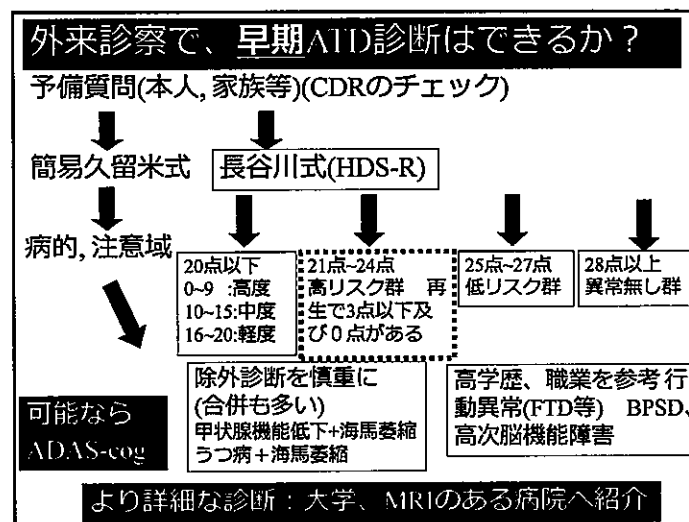
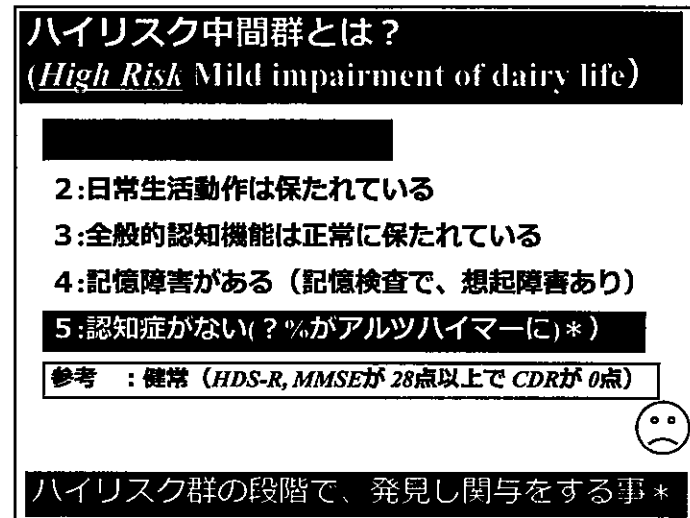
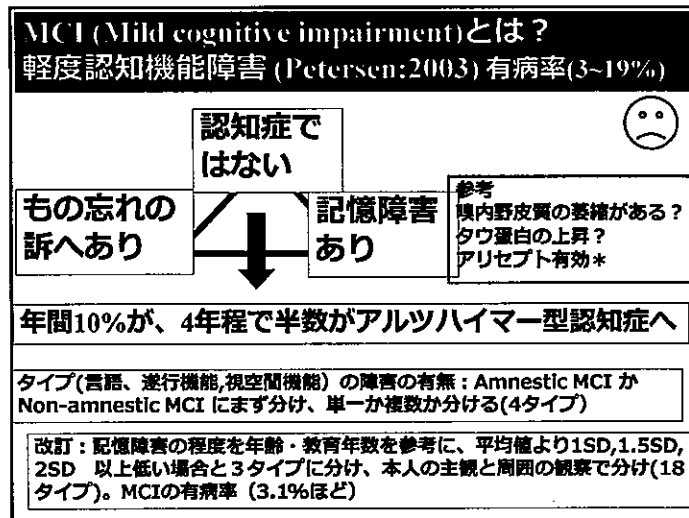
♥

認知症のみならず\*リスクの高い人(将来認知症)も\*早く関わりましょう\*

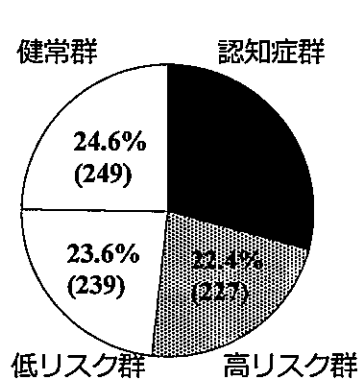
♥

ハイリスク者 ♥





## 長谷川式テスト：もう一步の検討＊



認知症： 20点以下  
高リスク群： 21～24  
低リスク群： 25～27  
健常群： 28以上

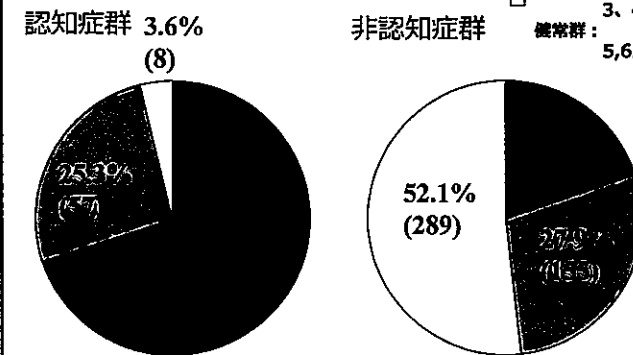
高リスク群も  
＊注意しましょう＊

もの忘れがあり  
そんな人の半数  
は注意＊＊



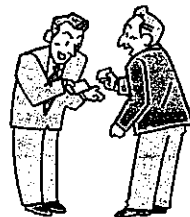
言語性再生(想起)： 桜、猫、電車で検  
討（長谷川式テストで診断して）

■ 高リスク： 0～2点  
□ 低リスク： 3、4点  
健常群： 5,6点

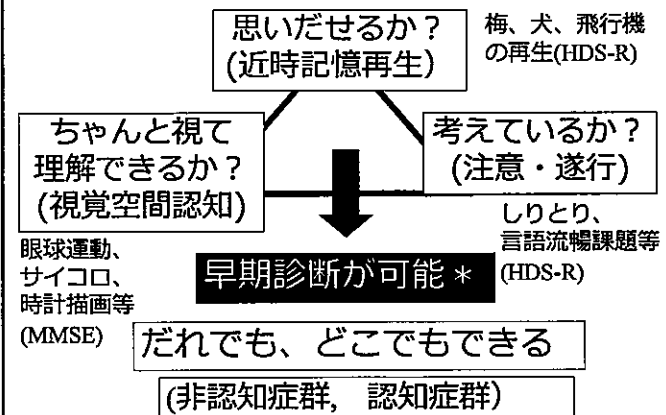


非認知症群でも＊2割は注意＊

では＊早期（想起）  
発見の心得＊



## 診察での：3つの心得？



## 心得？ その1



思いだせるか？（再生力）

長谷川式簡易知能評価より

【検査の内容】

今日は何年の何月何日ですか？  
何曜日ですか？

これから言う3つの言葉を覚えてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。

先ほど覚えてもらった言葉をもう一度覚えてみてください。

時間の見当識

単語記名、再生  
（言語です）

言語遅延再生（早期Alz\*  
ハイリスク群で障害\*）

## 心得？ その2



ちゃんと視てるか（視空間認知）

早期のアルツハイマー型認知症では？

後部帯状回の異常（血流低下等）

頭頂葉の異常（視覚連合野の異常：萎縮等）



ちゃんと視れない！！

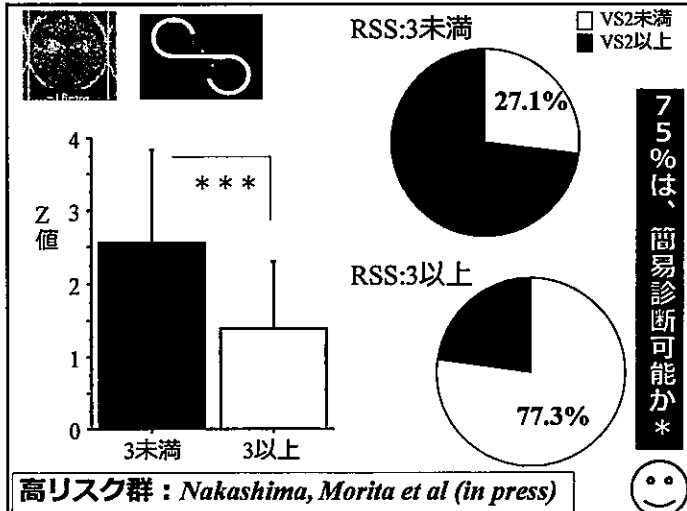
S字視空間認知機能検査の意義：認知症に関して

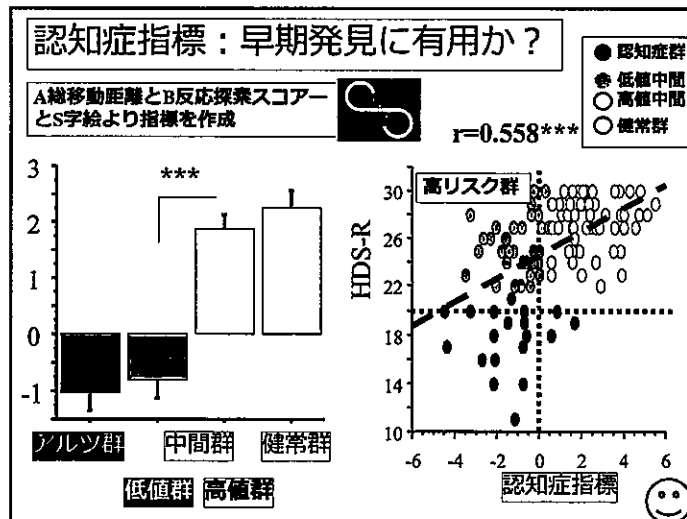
- 1：記憶の障害  
～比較照合させる（同じか？ 他の違いは？）（後で描く）
- 2：注意力の障害（Perry等:1999）  
～注意の維持(sustained)、分割(divided)、転導(shifting)
- 3：眼科的問題（白内障等）
- 4：時計描画検査が重要視されている
- 5：S字検査は、精神障害においても重要視されている



【比較照合課題】

運動数: 8  
総移動距離: 683.1 (mm)  
総注視時間: 1.3 (sec)  
平均移動速度: 532.3 (mm/sec)  
平均移動距離: 85.4 (mm)  
反応的探索スコア1: 3





**心得？ その3**

考えているか？

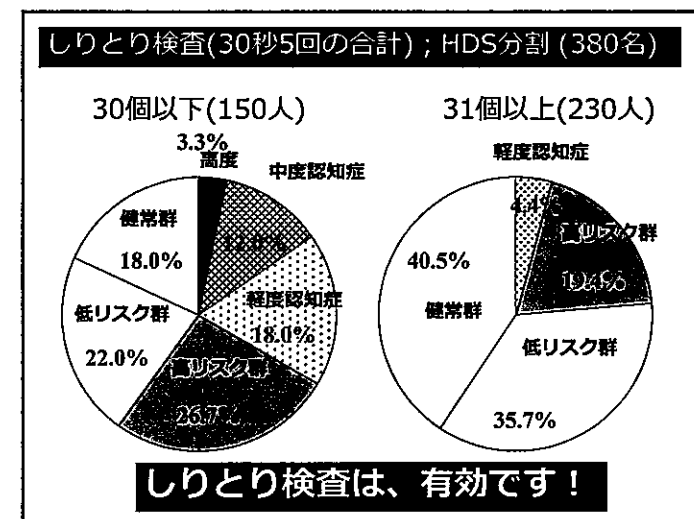
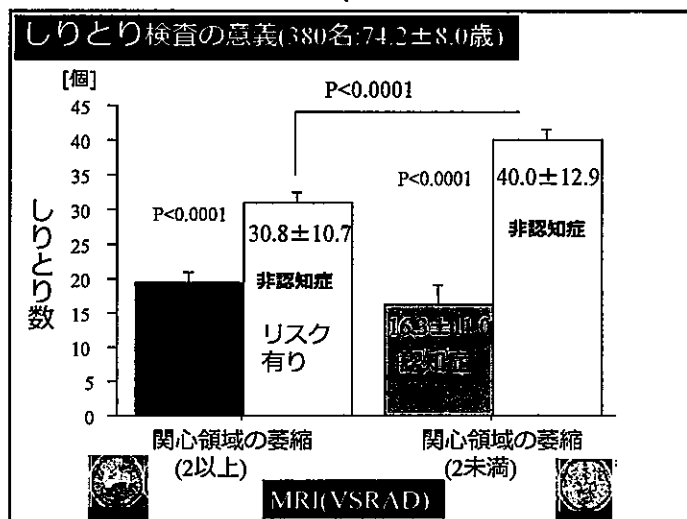
認知機能はどうか？

注意・遂行機能はどうか？

NIRS

血が多く  
く流れ  
ている

日本で、大変ホヒュラーな、言語ゲーム  
\*しりとり\*で検討



基本検査結果

海馬傍回の萎縮の程度 **1.66**

目安 0~1...海馬傍回の萎縮はほとんど見られない  
1~2...海馬傍回の萎縮がやや見られる  
2~3...海馬傍回の萎縮がかなり見られる  
3...海馬傍回の萎縮が強い

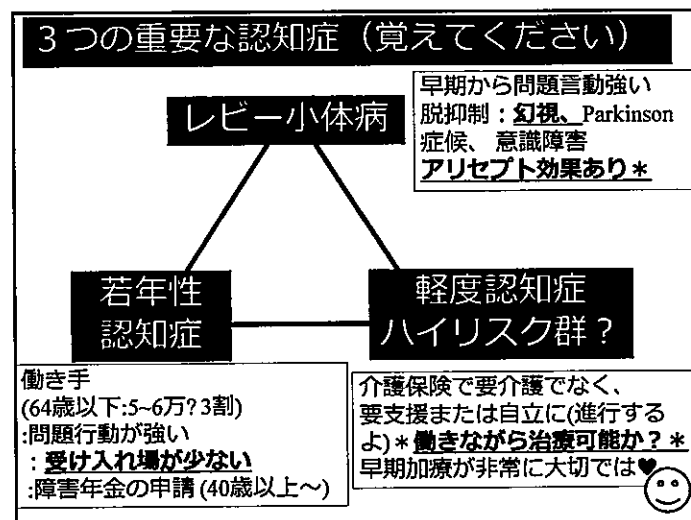
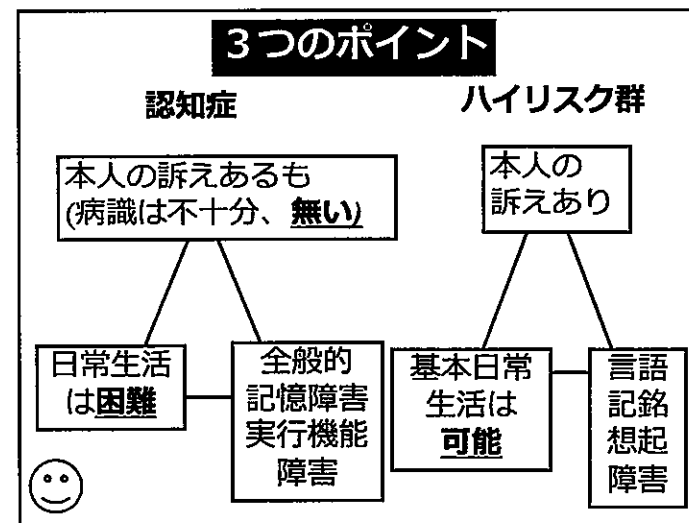
**現在の課題**

72 歳、女性

HDS-R: 24 点(-4)  
MMSE: 25 点 (-3)  
しりとり: 28 個, 12 mol  
RSS: 2 点  
vbSEE: Zスコア 2.22

**ハイリスク群**

海馬  
頭頂連合野  
視覚野



**高(ハイ)リスク群とは?**  
(*High Risk Mild impairment of dairy life*)

2: 日常生活動作は保たれている

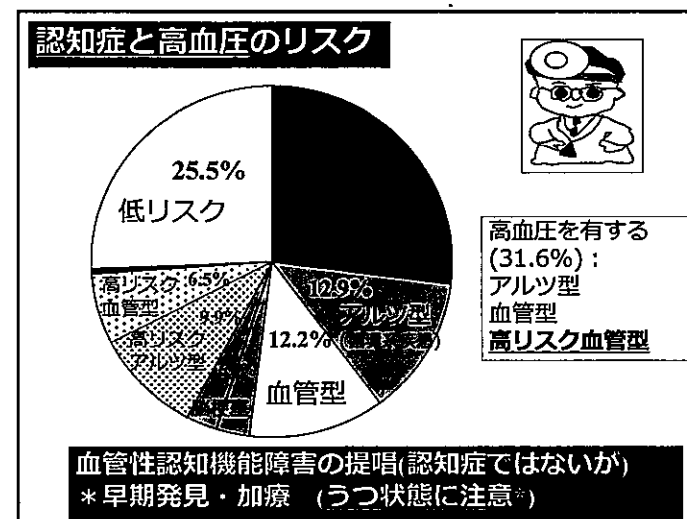
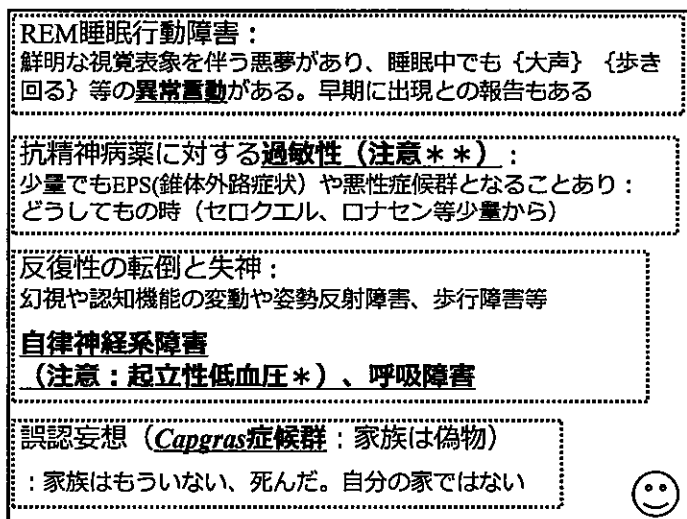
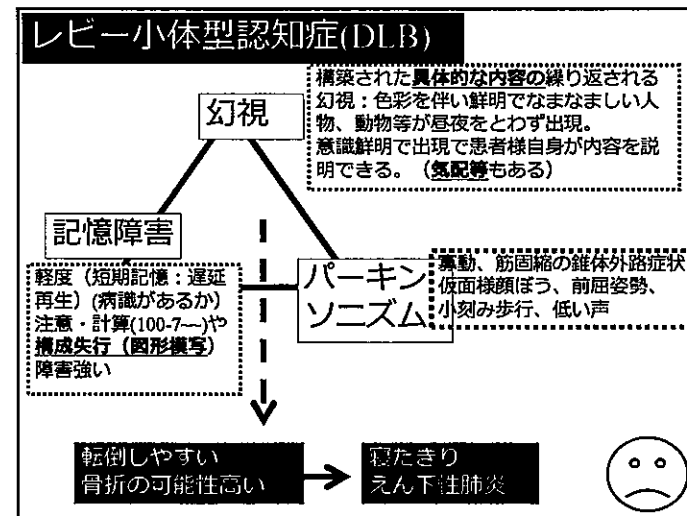
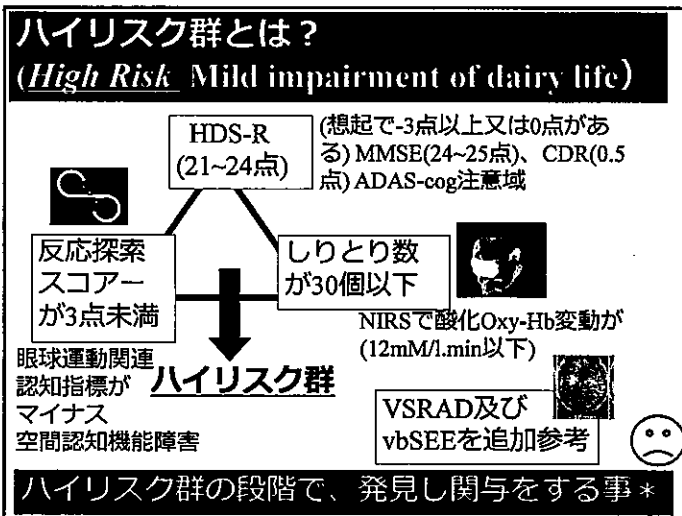
3: 全般的認知機能は正常に保たれている

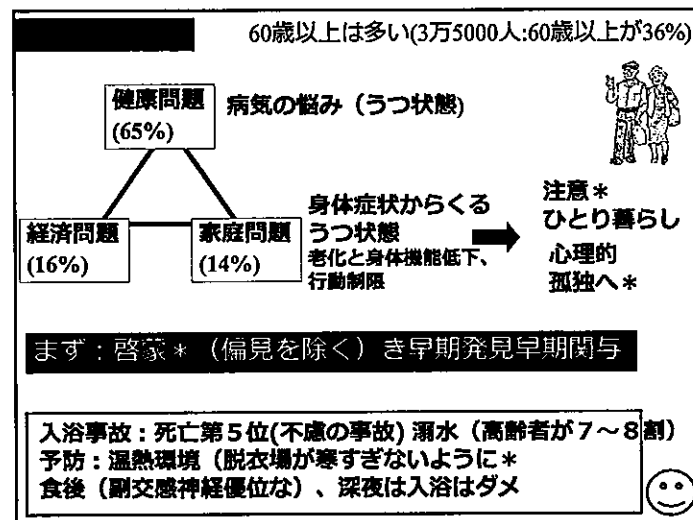
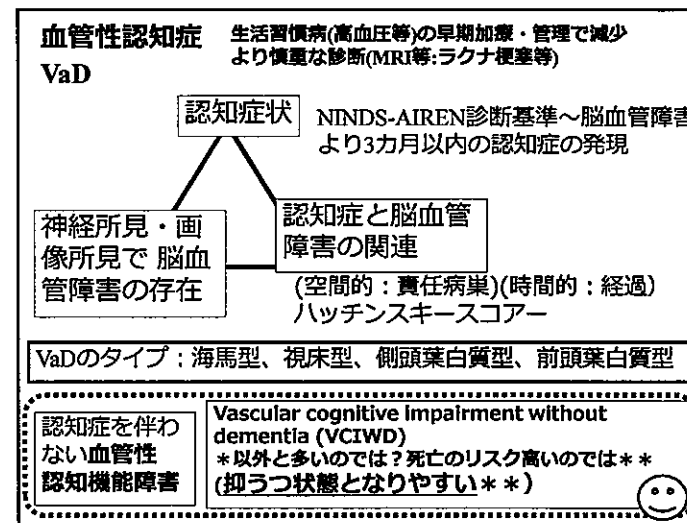
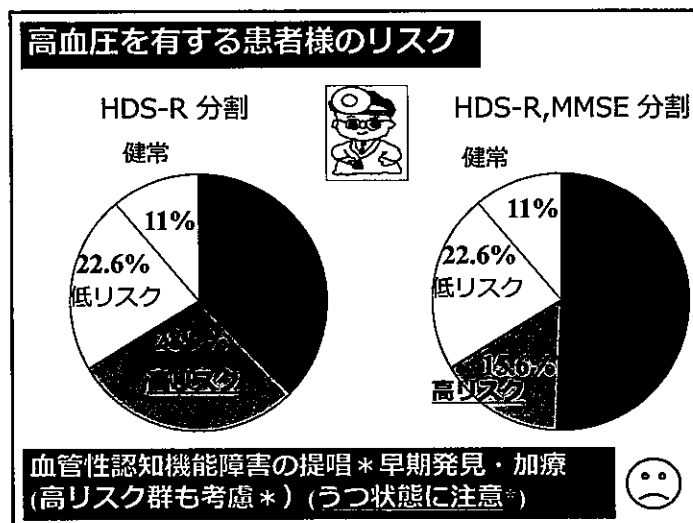
4: 記憶障害がある (記憶検査で、想起障害あり)

5: 認知症がない (50%以上がアルツハイマーに? \*)

参考: 健常 (HDS-R、MMSEが 28 点以上で CDRが 0 点)

**ハイリスク群の段階で、発見し関与をする事 \***



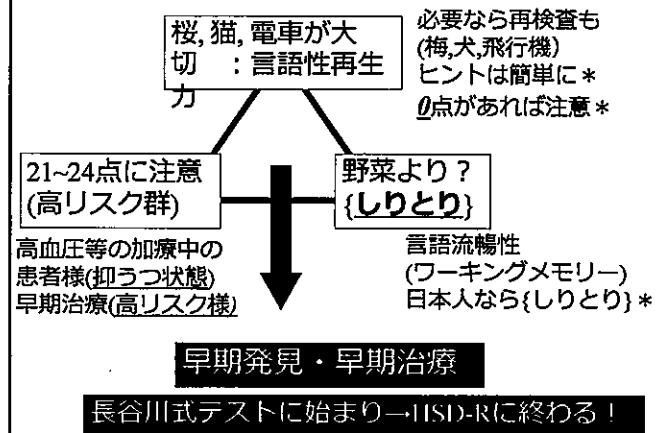


### 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

| 質問                                                          | 検査の内容                 |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1. お歳はいくつですか?                                               | 時間の見当識<br>場所の見当識      |
| 2. 今日は何年の何月何日ですか?                                           |                       |
| 3. 私たちがいまいるところはどこですか?                                       |                       |
| 4. これから言う3つの言葉を書いてください。<br>あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。(桜、猫、電車) | 単語再生                  |
| 5. 100から7を順番に引いてください。                                       | 計算<br>数字の逆唱<br>(即時記憶) |
| 6. これから言う数字を逆から言ってください。                                     |                       |
| 7. 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度書いてください。                                | 遅延再生<br>(近時記憶)        |
| 8. これから5つの品物を見せます。それを隠しますのだからあったか言ってください。                   | 物品の視覚記憶               |
| 9. 知っている野菜の名前をできるだけ多く書いてください。                               | 言葉の流暢性                |

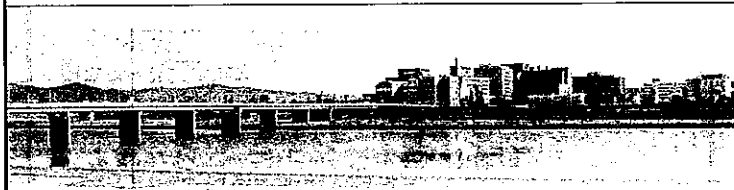
20点以下:アルツハイマー型認知症の可能性有り(介護申請に必要)

まとめ：長谷川式テストで十分：理解を！



## 認知症患者の治療およびケアについて

### 第2回 認知症連携医(プライマリケア医) 研修会



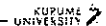
久留米大学医学部 神経精神医学講座  
小路 純央



久留米認知症ネットワーク研究会  
平成22年9月13日(月) 久留米商工会館

## 認知症を支えるための課題

- 認知症の早期発見・対応の遅れ
- かかりつけ医の役割と専門医の関係
- 医療と福祉(地域)の連携
- 長期療養と終末期医療
- 認知症ケアの共有化
- ごく軽度の認知症への対応
- 周辺症状(BPSD)に対する抗精神病薬の適応外の問題
- 認知症の身体合併症の問題:  
「周辺症状のために一般病棟では管理できないと治療を拒否されることがある」
- 認知症の救急医療:「身体科救急」と「精神科救急」との狭間に陥ること
- 認知症の医療同意を得るための法的整備の欠如
- 認知症教育プログラムの標準化
- 介護者負担(独居・老老介護など)、虐待の問題



## 本日の主な研修内容

- 認知症の診断・鑑別診断について
- 認知症の治療・ケアについて
- 認知症患者への介護及びその家族への対応
- 地域連携(理想的な具体的イメージ)について



## 認知症診療について

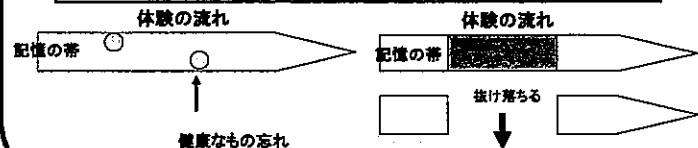
1. 認知症の診断(評価)
  - ① 認知症か否か?
  - ② 認知症の鑑別
  - ③ 認知症の重症度
2. 認知症の治療・ケア
  - ① 薬物療法  
中核症状  
周辺症状(BPSD)
  - ② 非薬物療法
  - ③ 認知症ケア
3. 認知症患者のサポート
  - ① 介護者へのサポート
  - ② 地域におけるサポート
4. 法的問題

認知症診療における診断は重要であり、日常診療場面においてHDS-R  
(改訂版長谷川式簡易知能評価スケール)を是非用いましょう



## 「老化によるもの忘れ」と「認知症のもの忘れ」の違い

| 老化によるもの忘れ      | 認知症のもの忘れ         |
|----------------|------------------|
| 体験の一部を忘れる      | 体験全体を忘れる         |
| ヒントを与えられと思い出せる | ヒントを与えられても思い出せない |
| 時間や場所など見当がつく   | 時間や場所などの見当がつかない  |
| 日常生活に支障はない     | 日常生活に支障がある       |
| もの忘れに対して自覚がある  | もの忘れに対して自覚がない    |



ビジュアルボード 監修:北村伸(日本医科大学) AC313P

監修:認知症介護研究・研修東京センター 長谷川和夫

## 認知症の主な原因疾患

|                   |                                                                                                                              |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)脳血管障害(脳血管性認知症) | 脳出血、脳梗塞など                                                                                                                    |
| (2)神経変性疾患         |                                                                                                                              |
| ①アルツハイマー型認知症      |                                                                                                                              |
| ②非アルツハイマー型認知症     | レビー小体型認知症、ピック病、神経原線維変化型老年認知症、嗜銀顆粒性認知症、運動ニューロン疾患に伴う認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、ハンチントン病など                                          |
| (3)その他の原因疾患       |                                                                                                                              |
| ①内分泌・代謝性中毒性疾患     | 甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミンB <sub>12</sub> 欠乏、ビタミンB <sub>6</sub> 欠乏、ペラグラ、銅リドーシス、ミトコンドリア脳病、肝性脳症、肺性脳症、透析脳症、低酸素症、低血糖症、アルコール脳症、薬物中毒など |
| ②感染性疾患            | クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、進行性多巣性白質脳症、各種脳炎・髄膜炎、脳腫瘍、脳寄生虫、進行麻痺など                                                                  |
| ③腫瘍性疾患            | 脳腫瘍(原発性、転移性)、髄膜癌腫など                                                                                                          |
| ④外傷性疾患            | 慢性硬膜下血腫、頭部外傷後遺症など                                                                                                            |
| ⑤その他              | 正常圧水頭症、多発性硬化症、神経ペーチェット、サルコイドーシス、シェーグレン症候群など                                                                                  |

老年期痴呆診療マニュアル第2版:日本医師会編 長谷川和夫監修(南江堂)

KUPUNE UNIVERSITY 7

## 認知症の原因となる可能性がある病気

- 根本的には治療が困難な病気  
アルツハイマー病・ピック病・レビー小体病  
ハンチントン病・脊髄小脳変性症などの変性疾患
- 予防が重要な病気  
多発性脳梗塞・脳出血・ビンスワンガー病などの血管障害
- 治療が可能な病気  
正常圧水頭症・慢性硬膜下血腫・脳腫瘍などの外科的疾患  
甲状腺機能低下症・ビタミン欠乏症などの代謝性疾患  
脳炎・髄膜炎などの炎症性疾患  
廃用症候群(これは他の認知症に合併することが多いので注意が必要)

ビジュアルボード 監修:北村伸(日本医科大学) AC313P

出典:田邊敬典著、痴呆の症候学、医学書院

疾患編-6

## 診断の手順

- [1] 受診 — 家族が気づいた日常生活上の変化—
- [2] 本人家族からの問診、病歴聴取  
臨床症状、経過、既往歴、薬歴などを聴取  
→うつ病、せん妄、薬剤による認知機能の低下  
加齢による認知機能の低下などを鑑別
- [3] 神経心理学的検査(HDS-R、MMSE、他)  
→健忘型?非健忘型、障害は1つの領域?複数領域?
- [4] 神経学的検査(神経学的所見)  
→脳血管障害、神経変性疾患、神経梅毒など
- [5] 補助検査
  - a. 血液検査項目 →内科疾患の有無
  - b. 画像診断(CT、MRI、SPECTなど)
  - c. 脳波 →意識障害、てんかんなど

KUPUNE UNIVERSITY 7

### —家族が気づいた日常生活上の変化—

- |                     |           |             |
|---------------------|-----------|-------------|
| 1. 同じ事を言ったり聞いたりする   | 33.8% ... | 記憶障害        |
| 2. 置き忘れやしまい忘れが目立った  | 25.0% ... | 〃           |
| 3. 蛇口やガス栓の締め忘れが目立った | 15.4% ... | 〃           |
| 4. 日課をしなくなった        | 11.0% ... | 実行機能障害      |
| 5. 時間や場所の感覚が不確かになった | 10.5% ... | 時間・場所の見当識障害 |
| 6. 以前はあった関心や興味が失われた | 9.6% ...  | 実行機能障害      |
| 7. 物の名前が出てこなくなった    | 7.0% ...  | 記憶障害        |

(平成9・10年度 糸魚川市 高齢者の心と体の健康調査・何らかの精神症状をもつ176人のアルツハイマー型痴呆の調査結果より)

ART005842

### 認知症の診断基準 (DSM-IV-TRを参考)

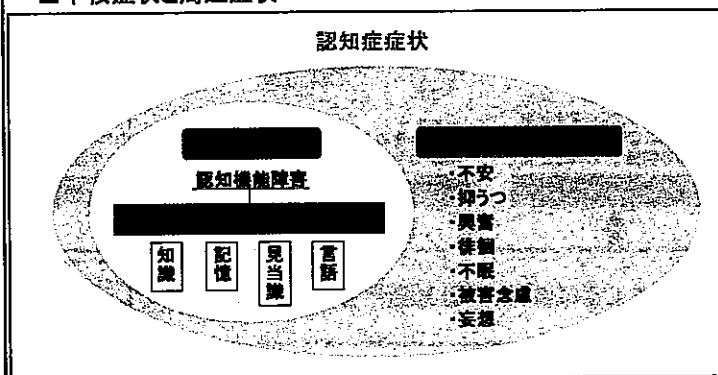
- A. 多彩な認知欠損の発現が次の2つにより明らかとなる
- 1) 記憶障害(新しい情報を学習したり、以前学習した情報を想起する能力の障害)
  - 2) 以下の認知機能障害の1つ以上
    - a) 失語(言語の障害)
    - b) 失行(運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行することができない)
    - c) 失認(感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できない)
    - d) 実行機能(計画を立てる、組織化する、順序だてる、抽象化する)の障害
- B. 基準A. 1)およびA. 2)の認知欠損は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、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見られるものではない
- D. その障害は他の第1軸の疾患(例えば統合失調症や大うつ病性障害)でうまく説明されない



KUPURUM  
UNIVERSITY

### 認知症症状とは？

#### ■中核症状と周辺症状



老年期痴呆診療マニュアル: 日本医師会編 長谷川和夫監修(南江堂)

### 記憶、認知機能とは？

- |       |            |  |
|-------|------------|--|
| ■記憶   | 即時記憶／短期記憶  |  |
|       | 近時記憶       |  |
|       | 遠隔記憶       |  |
| 陳述記憶  | エピソード記憶    |  |
|       | 意味記憶(知識)   |  |
| 非陳述記憶 | 手続記憶など     |  |
| ■思考   | ■学習能力      |  |
| ■見当識  | ■言語        |  |
| ■理解   | ■判断力       |  |
| ■計算   | ■その他の高次脳機能 |  |

KUPURUM  
UNIVERSITY

## 中核症状

中核症状  
認知機能障害

記憶障害 ・ 見当識障害 ・ 判断力低下など

新しく経験したことを記憶にとどめることが困難となる。



ここはどこで、今がいつなのかわからなくなる状態。



計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する、判断するということが出来なくなる。



KURUME  
UNIVERSITY

## 認知症評価スケール一覧

### ●認知症の有無●

MMSE

(Mini-Mental State Examination)

HDS-R

(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)

### ●認知機能の評価●

ADAS-cog

(Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale)

### ●重症度●

FAST

(Functional Assessment Staging)

CDR

(Clinical Dementia Rating)

KURUME  
UNIVERSITY

ビジュアルボード 監修:北村伸(日本医科大学) AC313P

## 認知機能検査

改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

[検査の内容]

|                                                   |         |
|---------------------------------------------------|---------|
| 1. お歳はいくつですか？                                     |         |
| 2. 今日は何年の何月何日ですか？<br>何曜日ですか？                      | 時間の見当識  |
| 3. 私たちがいまいるところはどこですか？                             | 場所の見当識  |
| 4. これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 | 単語再生    |
| 5. 100から7を順番に引いてください。                             | 計算      |
| 6. 私がこれから言う数字を逆から言ってください。                         | 数字の逆唱   |
| 7. 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。                    | 遅延再生    |
| 8. これから5つの品物を見せます。それを隠しますのだから覚えておいてください。          | 物品の視覚記憶 |
| 9. 知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。                     | 言葉の流暢性  |

KURUME  
UNIVERSITY

## 日常の診療でできる簡易スクリーニング法

### 3つの検査項目

#### 1. 言葉の遅延再生

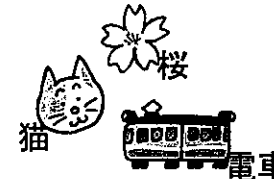
3つの言葉を覚えてもらい、別の質問を挟んだ後に思い出してもらう

#### 2. 時間の見当識

今日は何年の何月何日で、何曜日を覚えてもらう

#### 3. 立方体の模写

立方体を描いてもらう  
(アルツハイマー型痴呆の特徴である頭頂葉の血流低下を反映)



KURUME  
UNIVERSITY

ART1931P819

## 日常の診療でできる簡易スクリーニング法

### もの忘れスクリーニング検査(例)①

|                                                                                   |    |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------|
| これから言う3つの言葉を覚えて下さい。<br>あとでまた聞きますからよく覚えておいて下さい。<br>(以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) |    | a: 0 1<br>b: 0 1<br>c: 0 1       |
| 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車    2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車                                         |    |                                  |
| 今日は何年の何月何日ですか                                                                     | 年  | 0 1                              |
| 何曜日ですか                                                                            | 月  | 0 1                              |
| (年月日、曜日が正確でそれぞれ1点づつ)                                                              | 日  | 0 1                              |
|                                                                                   | 曜日 | 0 1                              |
| 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度覚えて下さい。<br>(自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合は以下のヒントを与えて正解であれば1点)          |    | a: 0 1 2<br>b: 0 1 2<br>c: 0 1 2 |
| a) 植物    b) 動物    c) 乗り物                                                          |    |                                  |

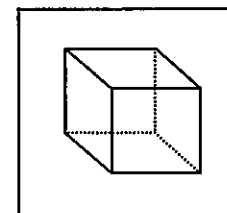
ART1931P#21

清上 克敏: Jpn J Cancer Chemother 30(Suppl. D:49-53, December, 2003

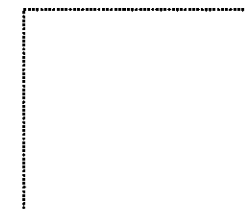
## 日常の診療でできる簡易スクリーニング法

### もの忘れスクリーニング検査(例)②

#### 立方体の模写



見本



左の図形と同じものを、  
ここに書き写して下さい。

立方体を正しく描ける.....2点  
正確ではないが、一部描ける.....1点  
全く描けない.....0点

ART1931P#22

清上 克敏: Jpn J Cancer Chemother 30(Suppl. D:49-53, December, 2003

## 日常の診療でできる簡易スクリーニング法

### 立方体の模写



正常

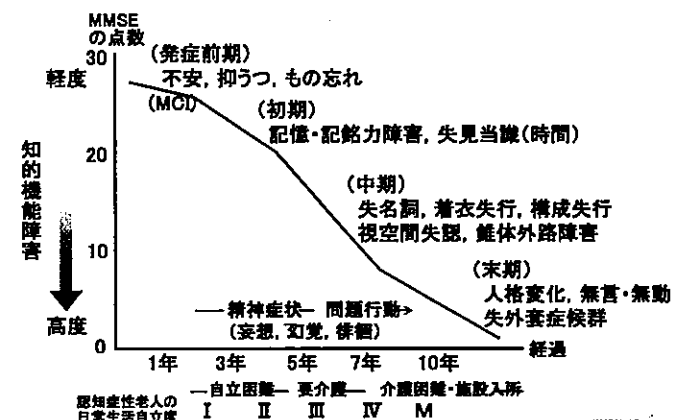


アルツハイマー型  
痴呆患者

ART1931P#20

KURUME  
UNIVERSITY

## アルツハイマー型認知症の症状と経過

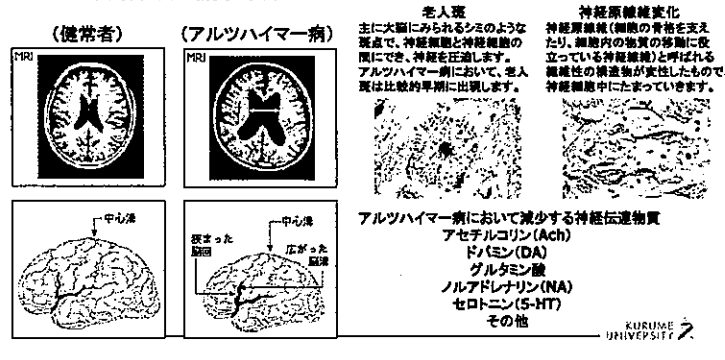


KURUME  
UNIVERSITY

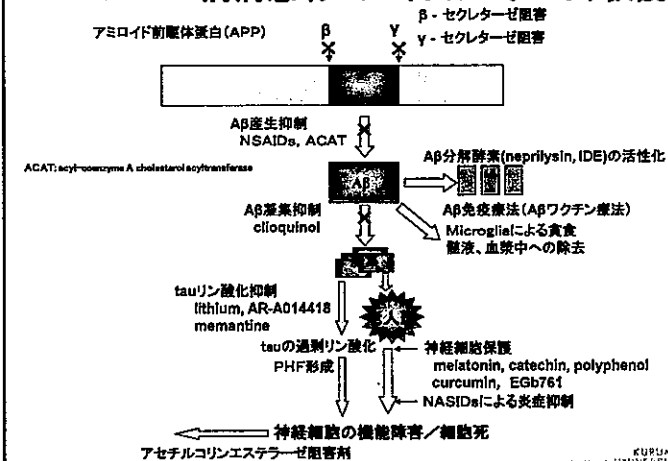
## アルツハイマー型認知症とは

脳にどのような変化があるのか？

- (1) 大脳皮質のびまん性萎縮がみられる
- (2) 老人斑、神経原線維変化、神経細胞の変性・脱落がみられる
- (3) 神経伝達物質に異常が生じている



## Alzheimer病病態(アミロイドカスケード)仮説



## 脳血管性認知症とは

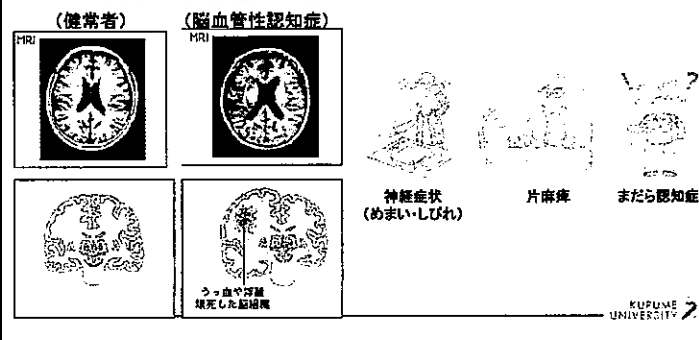
脳血管性認知症の特徴

脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破れたりします(脳出血)。

局所神経徴候や症状を認めます。

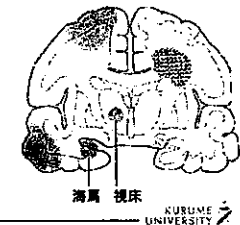
まだら認知症(記憶力の低下が強いわりには判断力や理解力などが相対的によく保たれている)

脳卒中などの出現・再発により階段状に増悪します。



## 脳血管性認知症 (VaD)とは

- 1) 脳血管障害に起因した認知症の総称名である
- 2) 単一疾患ではなく、病因、病態、臨床症候、経過が多様である
- 3) 診断
  - ・脳血管障害発症と認知症発現との間に時間的関連がある
  - ・脳血管性病巣が認知症の責任病巣となりえる部位に相応の大きさや広がりをもつ
- 4) 分類
  - ・広範、多発梗塞型
  - ・多発小梗塞型またはBinswanger型
  - ・限局性梗塞型(海馬、視床、角回など)
  - ・出血性病変型
  - ・その他



## レビー小体型認知症

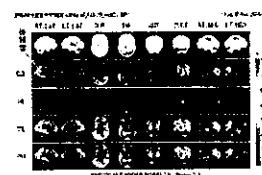
進行性認知症の存在

中心症状  
認知機能の変動  
幻視

パーキンソン症状

支持的症状

抗精神病薬への過敏性、妄想、一過性意識障害、失神など

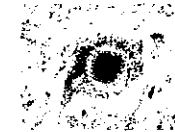


KURUME UNIVERSITY

## レビー小体病

(パーキンソン病、レビー小体型認知症 (DLB) など)

●中脳の黒質のレビー小体



●レビー小体の主成分は  
 $\alpha$ -シヌクレイン  
(シヌクレイン異常症)

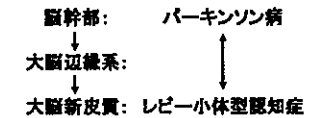
$\alpha$ -シヌクレイン  
免疫染色



●大脳皮質のレビー小体



●レビー小体の分布と臨床病型



KURUME UNIVERSITY  
(福岡) 九州大学 山崎 仁

## レビー小体型認知症臨床診断基準 (第3回国際ワークショップ)

中核的特徴2つ→probable DLB; 中核的特徴1つ→possible DLB

- 注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺
- 現実的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視
- 自然発生の(原因のない)パーキンソニズムの出現

中核的特徴1つ以上+示唆的特徴1つ以上→probable DLB;

中核的特徴なし+示唆的特徴1つ以上→possible DLB

- REM睡眠行動異常(RBD)(悪夢を伴う大声や体動などを示す)
- 抗精神病薬に対する感受性の亢進
- SPECT/PETでの基底核のドーパミントランスポーター取り込み低下

繰り返す転倒・失神、一過性の意識障害、自発神経障害、幻覚、妄想、うつ症状、CT/MRIで脳萎縮が比較的保たれている、脳血流SPECT/糖代謝PETで後頭葉の取り込み低下、MIBG心筋シンチグラフィで取り込み低下、脳波で徐波及び側頭葉の鋭波

Neurology 2005;65:1663-1672 より引用改定

KURUME UNIVERSITY

## アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の鑑別

|           | アルツハイマー型認知症              | 脳血管性認知症             |
|-----------|--------------------------|---------------------|
| 年齢        | 初老期から高齢まで                | 80歳以降               |
| 性         | 女性に多い                    | 男性に多い               |
| 発症と経過     | 緩徐に発症<br>進行性             | 急性発症<br>階段状に悪化、動揺性  |
| 症状        | 全般性認知症<br>失語、失行、失認       | まだら認知症<br>運動麻痺、歩行障害 |
| その他       | 多幸、多弁、徘徊                 | 抑うつ、感情失禁            |
| 病識        | 早期に消失                    | 晩期まで残る              |
| CT/MRI    | *脳萎縮(特に海馬)               | 梗塞巣の多発、大脳白質病変       |
| SPECT/PET | 側頭頭頂葉、後部帯状回の<br>血流、代謝の低下 | 主に前頭葉の血流代謝の低下       |

\*: 早期には脳萎縮のみられないことがある。

KURUME UNIVERSITY

### Hachinskiのischemic score

| 特徴        | 点数 |
|-----------|----|
| 急速に起こる    | 2  |
| 段階的悪化     | 1  |
| 変動性の経過    | 2  |
| 夜間せん妄     | 1  |
| 人格保持      | 1  |
| 抑うつ       | 1  |
| 身体的訴え     | 1  |
| 感情失禁      | 1  |
| 高血圧の既往    | 1  |
| 脳卒中の既往    | 2  |
| 動脈硬化合併の証拠 | 1  |
| 局所神経症状    | 2  |
| 局所神経学的徴候  | 2  |

血管性認知症の場合: 7点以上

変性疾患の認知症: 4点以下

Hachinski, VC, et al.: Cerebral blood flow in dementia.  
Arch. Neurol. 32, 632-637, 1975

KUWAIT UNIVERSITY

④ VSRAD 14

アルツハイマー型認知症(痴呆)  
画像診断のポイント

アルツハイマー型認知症(痴呆)

- ⇒ 海馬傍回付近の萎縮が最も早く起こる
- ⇒ 海馬傍回付近の萎縮を評価

図は、脳の断面図とVSRADの関心領域を示しています。断面図には、海馬、海馬傍回、扁桃、脳幹、帯状回がラベルされています。VSRADの関心領域は、海馬傍回付近の萎縮を評価するための領域として示されています。

④ VSRAD 14

症例1 中年性アルツハイマー型認知症(痴呆)④  
70歳代前半 女性(右利き)

■ VSRAD画面表示結果

画面には、脳の断面図とVSRADの測定結果が表示されています。Zスコアは3.23と示されています。

症例提供: 日本医科大学武蔵小杉病院 内科 北村 伸

④ VSRAD 14

経時的追跡症例(参考データ)

VSRADは早期アルツハイマー型認知症(痴呆)の  
進行度合いを見ることができる可能性が示唆されています。

■ 60歳代後半 男性

| 年    | MC   | MMSE |
|------|------|------|
| X年   | MC   | 29   |
| X+2年 | MC   | 25   |
| X+3年 | 軽度AD | 23   |
| X+4年 | 軽度AD | 19   |

【MRI画像】

【VSRAD画像】

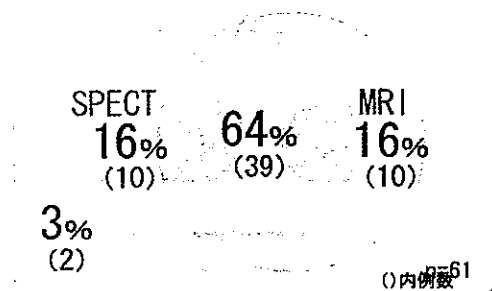
「海馬傍回の萎縮の程度」

|       |
|-------|
| 1. 36 |
| 1. 53 |
| 2. 03 |
| 2. 39 |

症例提供: 埼玉医科大学病院  
核医学診療科 松田 博史

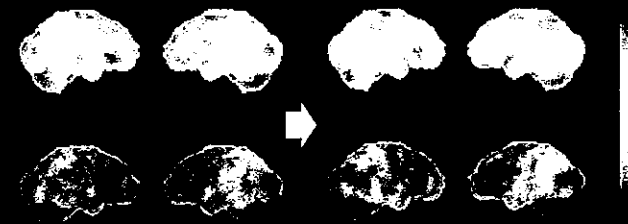
## SPECTとMRIを組み合わせることの意義

SPECTとMRIを組み合わせることで鑑別診断の精度向上が期待され、97%の鑑別診断がなされたとの報告があります

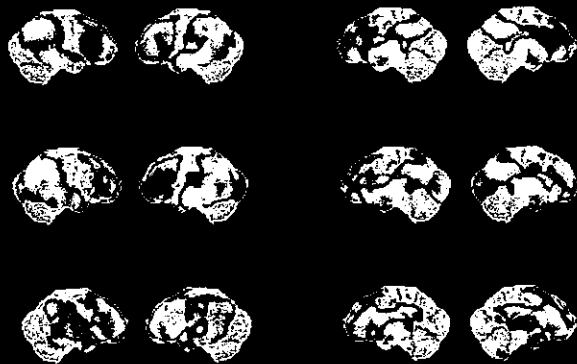


松田博史:機能画像による診断:アルツハイマー病:治療の可能性を探る—2005第18回「大学と科学」公開シンポジウム講演収録集第18回「大学と科学」講演収録集(クパプロ)。(2005)55-67より一部改変

## 76歳、男性(MCI ⇒ AD)



## 認知症疾患のSPECT(3D-SSP)



## 認知症とうつ病との鑑別

|                                 | うつ病                                                                                | アルツハイマー型認知症                                                                           |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 気分・感情の障害<br>悲哀感、寂しさ<br>自責感、希死念慮 | 訴える                                                                                | 自覚していることは少ない                                                                          |
| 妄想                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>心気妄想</li> <li>罪業妄想</li> <li>貧困妄想</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>もの盗られ妄想</li> <li>被害妄想</li> <li>嫉妬妄想</li> </ul> |
| 持続期間                            | 数週～数ヶ月                                                                             | 数年                                                                                    |
| 抗うつ薬治療に対する反応性                   | (+)                                                                                | (-)                                                                                   |
| 諸検査<br>(脳波, CT, MRI)            | 正常                                                                                 | 異常を認めることが多い                                                                           |

## 認知症とせん妄

|         | せん妄         | 認知症         |
|---------|-------------|-------------|
| 発症様式    | 急性・亜急性      | 慢性          |
| 持続時間    | 時間から週単位     | 月から年単位      |
| 臨床経過    | 一過性、日内変動    | 持続性・緩徐進行性   |
| 意識      | 軽度低下・混濁     | 正常          |
| 注意      | 維持・転動性困難    | 減退          |
| 知覚      | 錯覚・幻覚(特に幻視) | 目立たない       |
| 見当識     | 変動性         | 固定性         |
| 記憶      | 即時再生の障害     | 遅延再生の障害     |
| 思考      | 錯乱・夢幻様、妄想   | 内容の障害、      |
| 睡眠覚醒リズム | 昼夜逆転(夜間不眠)  | 障害されないこともある |

## 認知症の鑑別(治療可能な認知症)

| 疾患                     | 鑑別のための検査                   |
|------------------------|----------------------------|
| 甲状腺機能低下症               | 甲状腺ホルモン測定(TSH, F-T3, F-T4) |
| ビタミンB <sub>12</sub> 欠乏 | ビタミンB <sub>12</sub> 測定     |
| 脳炎                     | 髄液検査                       |
| 正常圧水頭症                 | CT, MRI, システルノグラフィ         |
| 慢性硬膜下血腫                | CT, MRI                    |
| 脳腫瘍                    | CT, MRI                    |

## 認知症のマネジメント

薬物療法

非薬物療法

認知症ケア会議

## 認知症の早期発見・早期診断の重要性

十分な治療法は確立していないが、

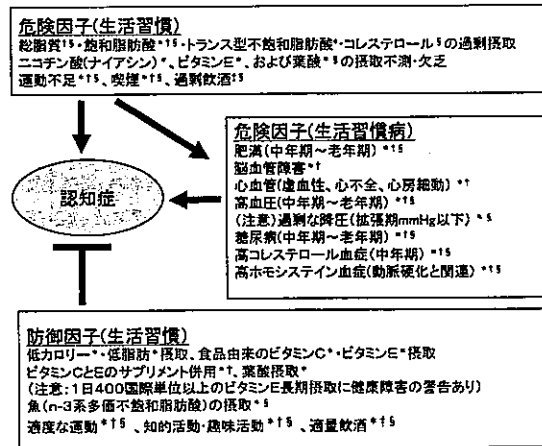
- 1) 認知症に類似した症状の中には、治療の可能性がある
- 2) 薬物療法やリハビリテーション等により、早期であれば、一定期間、進行の抑制や症状の改善が見られる
- 3) 本人の社会的なつながりを増すような介入を早期に行えば、認知症の予防ができる可能性がある(検証研究中)
- 4) 診断を受けることにより、家族等は、認知症という病気に対する心構えをもつことができ、適切な接し方介護サービスの利用等に関する情報を得ることができる 等

認知症は早期発見、早期治療が重要です。



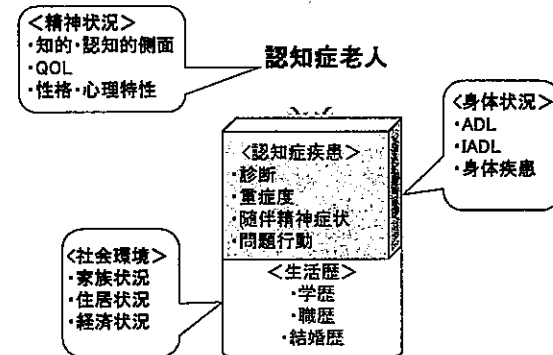
とは言いますが.....「早期診断、早期絶望にならないように」

## 生活習慣上、予防介入の可能な認知症の危険因子



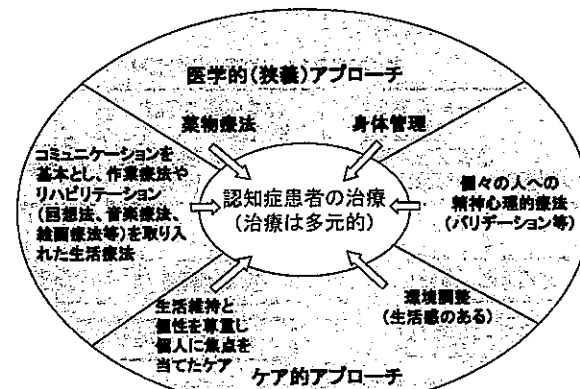
\*:ADに関連する因子、†:VaDに関連する因子、§:認知症全体に関連する因子

## 認知症老人を理解するための評価項目



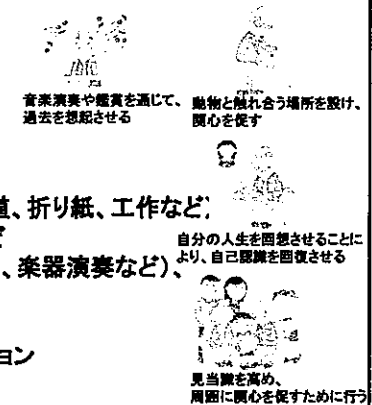
老年期痴呆の治療と看護:青葉安良編著, 南江堂, 2002. KUPUMI UNIVERSITY

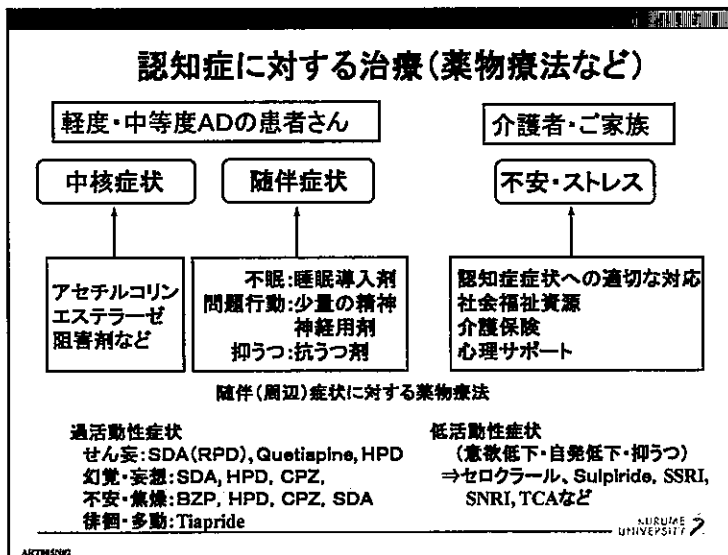
## 認知症に対する治療的アプローチの多様性



## 認知症の治療

1. 薬物療法
  - 中核症状
  - 周辺症状
2. 非薬物療法的アプローチ
  - リハビリテーション
    - ①レクリエーション
    - ②作業療法(塗り絵、書道、折り紙、工作など)
    - ③読経、喫茶 など
  - 音楽療法(音楽鑑賞、歌唱、楽器演奏など)、
  - 動物介在療法
  - 回想法
  - リアリティーオリエンテーション
  - その他





### 中核症状の治療薬 (コリンエステラーゼ阻害剤)

- タクリン (Tacrine、Cognex®)  
:アメリカ、ヨーロッパで承認
- ドネペジル (Donepezil、Aricept®, アリセプト®)  
:アメリカ、ヨーロッパ、日本で承認
- リバスチグミン (Rivastigmine、Exelon®)  
:アメリカ、ヨーロッパで承認
- ガランタミン (Galantamine、Reminyl®)  
:アメリカ、ヨーロッパで承認

KUPUNE UNIVERSITY

### 周辺症状に対する薬物療法の処方例

|                                                              |                            |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>幻覚・妄想</b>                                                 |                            |
| グラマリール錠(25mg)                                                | 1～6錠 1～2回(1回の場合夕食後ないし睡前)   |
| リスパダール錠(1mg)                                                 | 0.5～4錠 1～2回(1回の場合夕食後ないし睡前) |
| セロクエル(25mg)                                                  | 1～4錠 1～2回(1回の場合夕食後ないし睡前)   |
| セレネース錠(0.75mg)                                               | 1～4錠 1～2回(1回の場合夕食後ないし睡前)   |
| <b>夜間せん妄(不穏・興奮)</b>                                          |                            |
| グラマリール錠(25mg)                                                | 1～6錠 夕食後ないし睡前1回            |
| リスパダール錠(1mg)                                                 | 0.5～4錠 夕食後ないし睡前1回          |
| セロクエル(25mg)                                                  | 1～4錠 1～2回(1回の場合夕食後ないし睡前)   |
| テトラミド(10mg)                                                  | 1～3錠 夕食後ないし睡前1回            |
| 興奮の強いときはセレネース5mgを点滴<br>例:1～3アンブルを50mlから100mlの生食液とともに5分から30分で |                            |
| <b>不眠</b>                                                    |                            |
| マイスリー錠(5mg)                                                  | 1～2錠 眠前1回                  |
| アモバン錠(10mg)                                                  | 0.5～1錠 眠前1回                |
| レンドルミン錠(0.25mg)                                              | 0.5～1錠 眠前1回                |
| <b>頑固な不眠</b>                                                 |                            |
| サイレース/ロヒプノール(1mg)                                            | 眠前1回                       |
| アモバン錠(10mg)またはレンドルミン錠(0.25mg)に、コントミン(12.5mg)<br>1～4錠を併用      |                            |

※ セロクエルは糖尿病には禁忌です

KUPUNE UNIVERSITY

### FDA警告:認知症患者に対する抗精神病薬使用について

FDA は、認知症関連の精神病を有する高齢患者への従来型、非定型の抗精神病薬の使用は、ともに死亡リスク上昇と関連することを通知する。2005年4月、FDA は医療従事者に対し、認知症関連の精神病を有する高齢患者への非定型抗精神病薬の使用により、死亡リスクが上昇することを通知した。FDA はこの通知以降、従来型抗精神病薬も死亡リスク上昇と関連することを示唆する追加情報のレビューを行ってきた。

抗精神病薬は、認知症関連の精神病の治療薬として承認されていない。

認知症関連の精神病を有する高齢患者に抗精神病薬を処方する医師は、患者、その家族や介護者と死亡リスクの上昇について話し合うべきである。

KUPUNE UNIVERSITY

## 周辺症状に対する薬物療法の処方例

### 抑うつ気分(軽症)

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| ルボックス錠/デプロメール錠(25mg) | 2~4錠 1回~3回      |
| ジェイソロフト錠(25mg)       | 2~3錠 朝食後1回      |
| パキシル錠(10mg)          | 1~2錠 夕食後ないし眠前1回 |
| トレドミン(25mg)          | 1~4錠 夕食後ないし眠前1回 |
| サインバルタ(20mg)         | 1~3錠 朝食後1回      |
| デシブール(1mg)           | 1~3錠 夕食後ないし眠前1回 |
| アンプリット(25mg)         | 1~3錠 1回~3回      |

### 抑うつ気分(中等症以上)

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| ルジオミール錠(10mg) | 1~3錠 夕食後ないし眠前1回 |
| アモキシサン(25mg)  | 2~3錠 2回~3回      |

### うつ状態(焦燥感を伴うもの)

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| レスリン、デジレル(25mg) | 1~2錠 夕食後ないし眠前1回 |
| テトラミド(10mg)     | 1~2錠 夕食後ないし眠前1回 |
| コントミン(12.5mg)   | 1~4錠を上記に併用      |

KURUME  
UNIVERSITY

## 脳血管性認知症の治療

- 危険因子(高血圧、糖尿病など)のコントロール  
降圧剤はCa拮抗薬、ACE阻害薬、ARBなどが推奨される
- 脳梗塞の再発予防  
心原性脳塞栓 ⇒ ワーファリン(PT-INRは2前後)  
アテローム血栓性脳梗塞  
⇒ 抗血小板薬(アスピリン、シロスタゾール、クロピドグレルなど)  
ラクナ梗塞 ⇒ 抗血小板薬の効果は一定していない  
\* 細小動脈硬化病変例では高率に微小出血を認めるため、出血性合併症に注意
- 認知症の治療  
中核症状ードネペジルは認知機能障害や行動異常に有効との報告がある。  
周辺症状ー抗精神病薬・漢方薬など

注)ドネペジルの承認効能・効果は、「アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制」です。

KURUME  
UNIVERSITY

## レビー小体型認知症の治療

### I. 非薬物治療: ケア、環境整備など

### II. 薬物治療:

- 認知症症状: ドネペジル
- 幻視・行動異常を伴う精神症状:
  - (1) ドネペジル
  - (2) 非定型抗精神病薬: クエチアピン、リスペリドン、オランザピンなど  
(定型的抗精神病薬は過敏反応を示すため避ける)
  - (3) 漢方薬: 抑肝散7.5mg
- うつ症状: ドネペジル、SSRI/SNRI
- REM睡眠行動異常: クロナゼパム
- パーキンソン症状: レボドパ

※ ドネペジルの承認効能は、「アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制」です。  
※ クエチアピン、オランザピンは糖尿病に禁忌です。

KURUME  
UNIVERSITY

## 非薬物療法に期待される効果

- ① 問題行動、精神症状の軽減・予防
- ② 残存機能の維持
- ③ 対人交流の促進
- ④ 情緒の安定
- ⑤ 意欲の向上

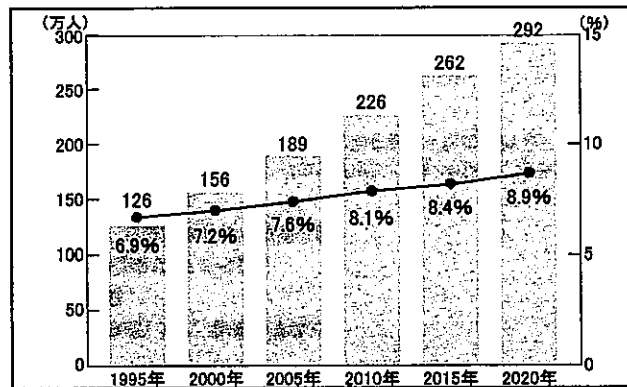


これらを通して、

- 2次的な知的機能の改善
- 介護負担の軽減

KURUME  
UNIVERSITY

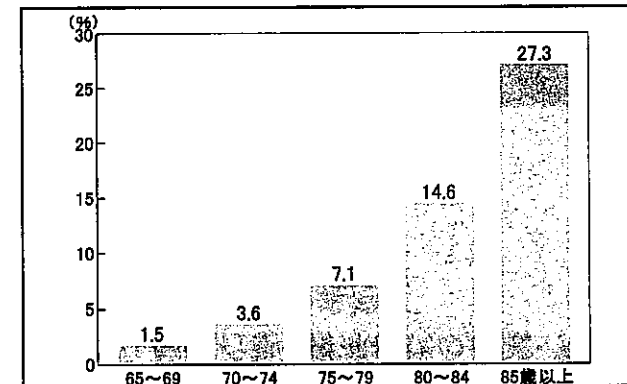
## 認知症性老人の将来推計



%は65歳以上の老人人口に対する痴呆性老人の出現率

厚生省「1994年 痴呆性老人対策に関する検討会報告」

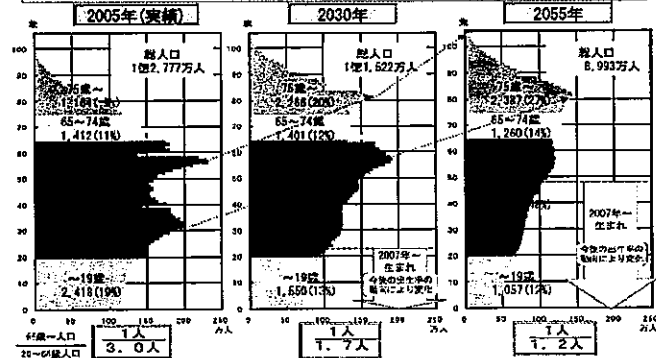
## 認知症老人の年齢段階別出現率



「老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆老人の把握方法等について」  
平成4年2月老計第28号、老健14号

## 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

〇我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2035年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



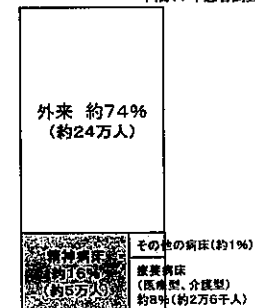
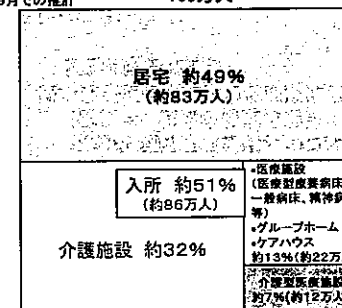
宇都宮 市(厚生労働省)  
第82回市町村職員を対象とするセミナー「今後の介護予防について」  
平成21年12月11日

## 認知症疾患患者の所在

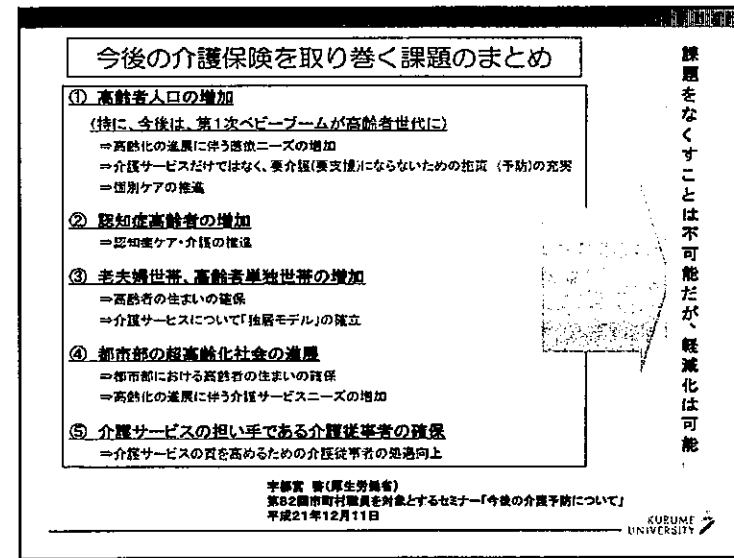
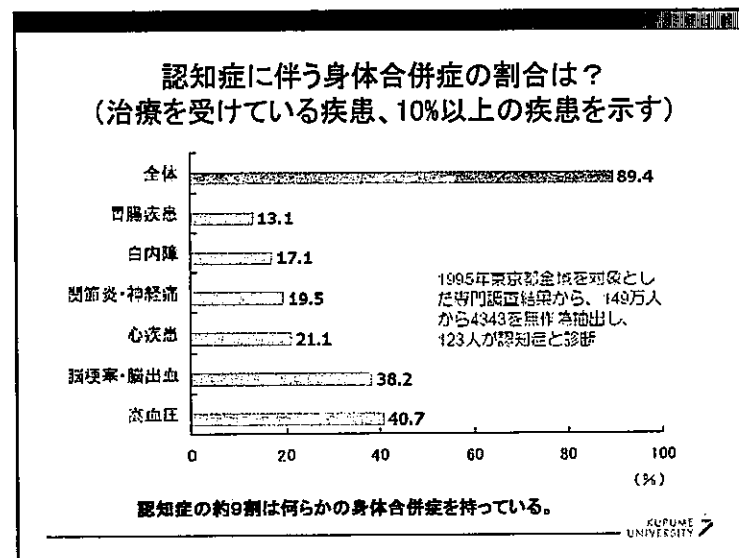
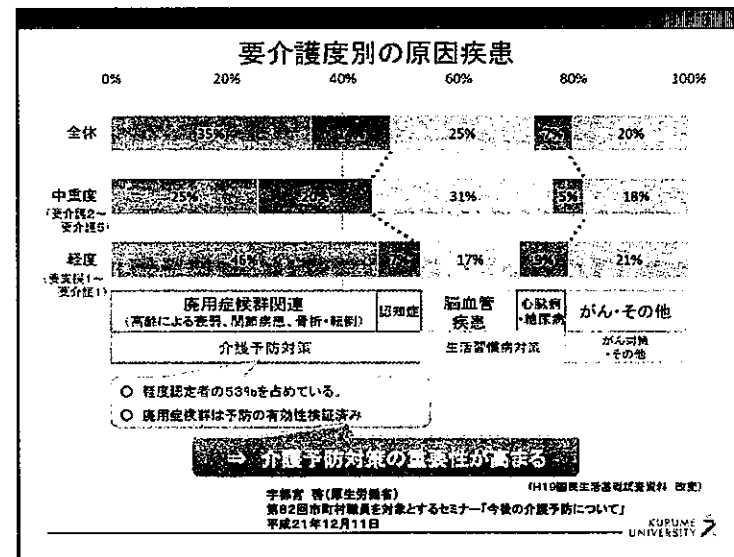
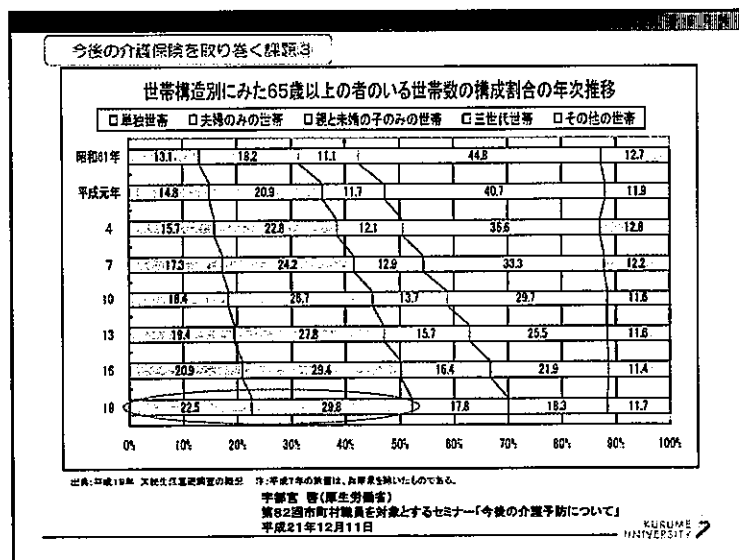
(老健局) 自立度Ⅱ以上の認知症高齢者 169万人  
平成17年における  
平成14年9月での推計

<医療>  
血管性認知症及び  
詳細不明の認知症  
アルツハイマー病

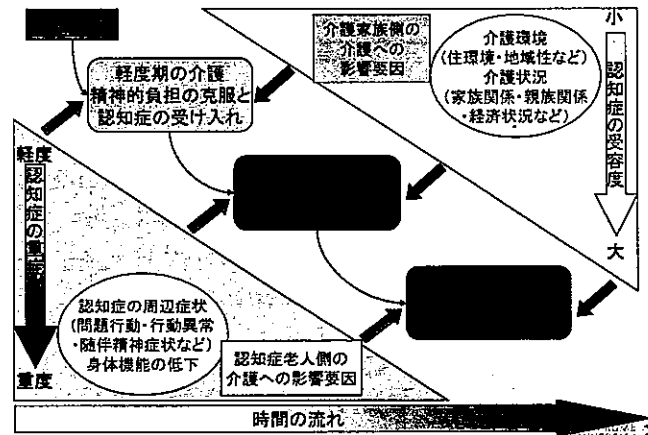
32万人 平成17年患者調査



※医療施設(医療型療養病床、介護型療養病床、一般病床、精神病床)は  
介護と医療で重複がある



## 認知症老人の介護変遷モデル



## 介護負担の実態

1. 続柄別の介護負担  
男性が認知症の場合: 妻73% > 子供の配偶者 > 娘 > 息子  
女性が認知症の場合: 子供の配偶者32%、娘30% > 夫21% > 息子
2. 介護者の性別及びパーソナリティと介護負担  
女性(特に妻)の介護負担の割合が高い  
介護者のパーソナリティとして、神経症的傾向が高いほど介護負担が大きい
3. 要介護者のADL、問題行動の有無と介護負担  
要介護者ADLと介護負担との関係は見られなかったが、  
要介護者の問題行動の有無と介護負担との関係では明らかな相関がある
4. 介護期間、介護時間と介護負担  
介護時間が長いほど介護負担は明らかに高度になる  
介護期間と介護負担の関係は?  
①介護期間が長くなるにつれ介護負担が大きくなる?  
②介護期間が長くなるにつれ介護者が介護に慣れ、介護負担が軽くなる?  
③介護期間に関わらず負担は変わらない?  
⇒介護者の資質と性格により変わってくる?

## 在宅ケアを継続する要因

1. 介護家族が健康であること
2. 補助介護者を確保していること
3. 相談できる人や機関を確保していること
4. 社会的サービスを効果的に利用すること

## 在宅介護における家族意識

1. 介護家族は認知症高齢者の介護に何らかの負担を感じている
2. 介護上の問題を家族だけで解決しようとする
3. 介護者自身の介護能力を正しく評価していない
4. 介護負担軽減のために社会的資源などを積極的に活用しない
5. 介護の質を高める具体的方策を知らない

## 介護者の精神的健康に関わる要因

- 1) 介護者の基本的属性  
続柄・性別・年齢・収入
- 2) 介護者の健康状態  
全般的な健康状態  
医療機関の受診  
持病の安定度  
精神疾患の既往
- 3) 社会・心理学的要因  
心理状態の自己評価  
病前の関係  
支援サービス
- 4) 患者の症状  
問題行動(周辺症状:BPSD)
- 5) その他の介護状況・環境など

## 介護者家族に対する教育プログラムの例

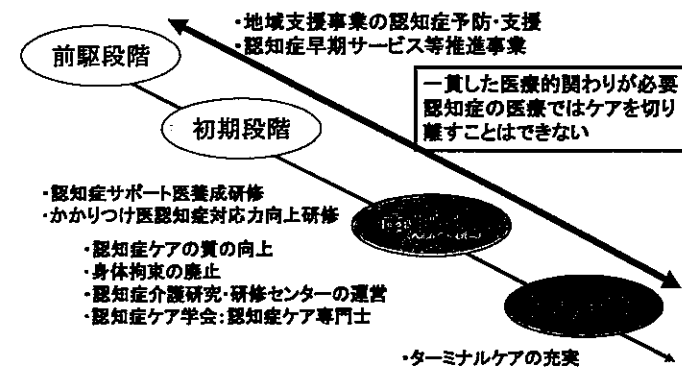
1. 疾患に対する医学的教育  
脳の障害部位や症状について  
治療について(薬物療法・非薬物療法)
2. 具体的ケアの方法に関する指導
3. 生活管理指導
4. 社会的サービスの紹介と利用の指導
5. 介護用品など福祉機器・設備の紹介

## 認知症の本人・家族へのサポート

- 診断と告知の後に  
「早期診断、早期絶望にならないように」
- 診断後の支援  
診断後の暮らし方のアドバイス:医師のみでなく、あらゆる職種での共同支援が重要(医師が参加しないほうが家族の本音が出やすいこともある)
- 精神保健福祉制度の活用  
初期の段階でADLに問題がない場合は、すぐに介護保険導入より、障害者自立支援法による就労支援や、外出がしやすくなるよう移動支援(ガイドヘルパー)の利用、訪問介護の導入、また経済的支援から精神障害年金や精神障害保健福祉手帳の導入(特に若年型)を考慮
- 適切な要介護認定のための主治医意見書の作成
- 日常生活自立支援事業(地域の社会福祉協議会)、成年後見制度の利用
- 高齢者虐待への対応
- 自助グループの案内:家族会や本人交流会
- 行為障害、精神症状への支援(BPSDへの対応)

## 認知症のステージに即した取り組み

一貫した医療の関わりがなければ、ステージに即した適切なケアを提供できない





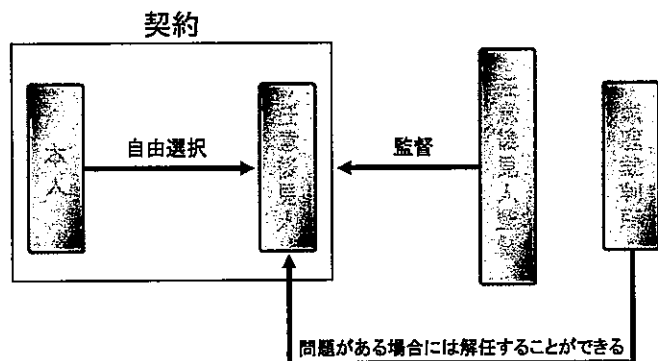
## 成年後見制度とは



## 法定後見制度

| 対象となる人                        |                       |                                                                   |        |       |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| 認知症の程度                        | 判断能力が不十分な人<br>(軽度認知症) | 申立人: 本人、配偶者、4親等内の親族等<br>(身寄りのない人や、親族が拒否した場合は<br>市町村長が申し立てることができる) | 補助人    | 特定の行為 |
| 判断能力が著しく<br>不十分な人<br>(中等度認知症) | 保佐人                   |                                                                   | 法定の行為  |       |
| ほとんど判断できない人<br>(高度認知症)        | 後見人                   |                                                                   | すべての行為 |       |

## 任意後見制度



## 介護・ケアに関する問題点・今後の課題

1. 認知症(MCI)のHigh risk group) 診断後の対応  
認知症患者の自死、家族の相談、対応
2. 家族支援  
1) 家族支援の方法  
2) 家族支援プログラムの開発
3. ケアスタッフ  
1) ケアの質の評価法  
2) 介護スタッフのストレス調査と対策  
3) ケアスタッフの教育
4. 在宅療法と地域連携  
1) 認知症患者の重症度と生活の場の適応性  
2) 在宅認知症患者の地域における情報共有システム  
3) 身体合併症発症時の一般病院での対応システム  
4) 認知症患者の日常生活制限に関する検討
5. 特殊な病態のケア  
1) FTDのケア  
2) 若年性認知症のケア  
3) 尿便失禁の治療とケア
6. 認知症の終末期ケア
7. 医療経済的側面での検討

## 第3回認知症連携医研修会

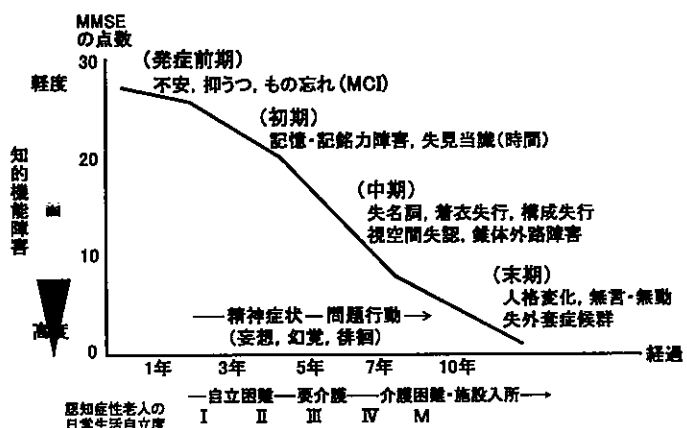
聖ルチア病院  
精神科 大治太郎

平成22年10月13日(水)

### 大田市認知症対策委員会

- 認知症患者の周辺症状について
- 精神科の認知症患者に対する入院医療の現状
- 当院の医療と福祉の連携についての現況
- 運転免許証と認知症について

## アルツハイマー型認知症の症状の経時的変化



## 認知症症状とは？

### 認知症症状

#### 中枢症状

##### 認知機能障害

##### 思考・推理・判断・適応・問題解決

- 記憶障害
- 判断力低下
- 見当識障害
- 言語障害(失語)
- 失行
- 失認

#### 周辺症状(反社会性)

- 抑うつ、悲哀感、意欲の低下
- 妄想; 物盗れ、嫉妬
- 攻撃性; 暴言、暴力
- 徘徊
- 不眠
- 幻覚; 幻視、幻聴など
- せん妄

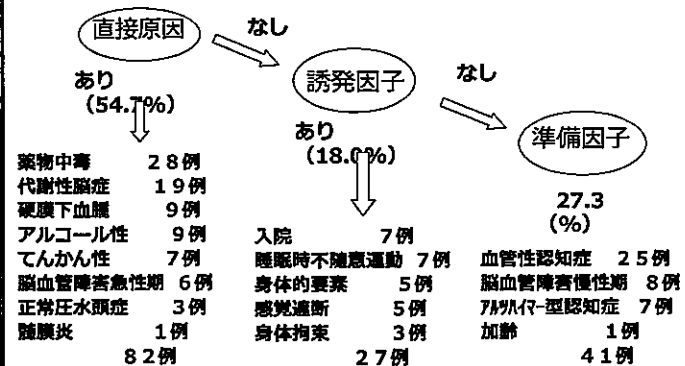
## せん妄とは

- 注意の障害を含む意識混濁
- 認知機能障害  
(即時想起、近時記憶障害と失見当識)
- 精神運動性障害  
(寡動から多動、驚愕反応の増強)
- 睡眠・覚醒周期障害  
(不眠、症状の夜間増悪、悪夢)
- 急激に発症し、症状が日内変動を示す
- その原因と考えられる脳疾患または全身性疾患を診察、検査または病歴で確認できる場合
- 幻視、錯覚などの知覚障害や一過性の妄想、抑うつ、不安などの情緒障害を認めることがある。

## せん妄と認知症の中核症状の鑑別

| 発症    | 急激          | 緩徐     |
|-------|-------------|--------|
| 日内変動  | 夜間や夕刻に悪化    | 変化に乏しい |
| 初発症状  | 錯覚、幻覚、妄想、興奮 | 記憶力低下  |
| 持続    | 数時間～数週間     | 永続的    |
| 気分    | 動揺性         | 変化あり   |
| 知的能力  | 一時的低下       | 持続的低下  |
| 身体疾患  | あることが多い     | 時にあり   |
| 環境の関与 | 関与することが多い   | 関与ない   |

## 150例の高齢者せん妄の入院例



(一瀬邦弘：せん妄。(一瀬邦弘編) 精神医学レビュー, No. 26 ; せん妄, 5-15, ライフサイエンス社, 東京, 1998)

## せん妄への対応

### ◆せん妄治療の基本戦略

1. 直接原因の解明・治療
2. 誘発因子に対する働きかけ
3. 1. 2. への対応後、準備因子の評価

### ◆せん妄に対する薬物療法

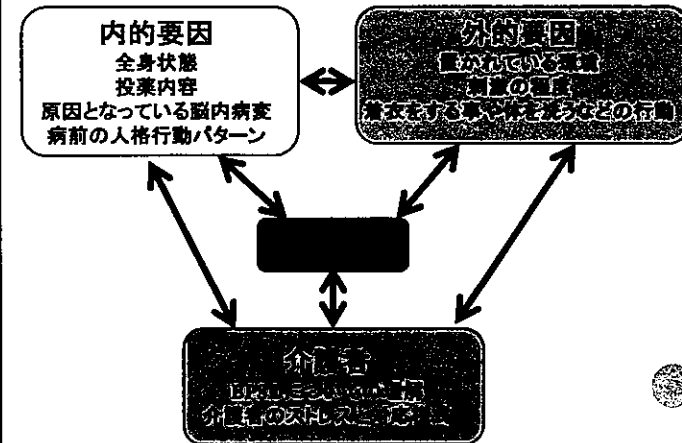
1. 即時～数日単位の鎮静
  - ベンゾジアゼピン系薬物静注
  - ハロペリドール点滴静注
2. 週～月単位の予防的薬物療法
  - ミアンセリン(テトラミド); 10～30 mg/日
  - リスペリドン(リスパダール); 0.5～2 mg/日
  - ペロスピロン(ルーラン); 2～4 mg/日

## せん妄以外の認知症の周辺症状

- ・抑うつ; 悲哀感、意欲の低下
- ・妄想; 物盗れ、嫉妬
- ・攻撃性; 暴言、暴力
- ・徘徊
- ・不眠
- ・幻覚; 幻視、幻聴など



## BPSDに影響するさまざまな要因



## BPSDに対する治療原則

- まず治療が必要なBPSDかを検討する。
- 身体疾患(感染症など)が原因(23%)になっていないか、また現在投与されている薬剤(38%)が原因になっていないかを検討する。
- 環境調整や非薬物療法で対応が可能かを検討する。
- それでも治療困難な場合はBPSDに対しての薬物療法を検討する。

- 抗パーキンソン薬(アーテン、アキネトン、シンメトレル)
- 長時間作用型ベンゾジアゼピン系薬剤
- 抗コリン作用のある薬剤
  - 三環系抗うつ薬; トリプタノール、アナフラニールなど
  - 頻尿治療薬; ポラキス、パップフォーなど
- 抗潰瘍薬(H2ブロッカー; タガメット、ガスターなど)
- 抗ヒスタミン剤
  - 第1世代; H1ブロッカー; ピレチア、アタラックスP、ポララミン
- 特に多剤併用に注意する。

水上勝義：薬剤による認知機能障害、精神神経誌、111; 947-953, 2009

## 各認知症に認められやすいBPSD

|          | 出やすいBPSD          |
|----------|-------------------|
| アルツハイマー型 | 妄想・興奮・徘徊・抑うつ      |
| 脳血管型     | 無気力・興奮・介護への抵抗     |
| レビー小体型   | 幻視・抑うつ・睡眠障害(寝言など) |
| 前頭側頭型    | 反社会的行動・こだわり・過食    |

## 認知症ケアの基本 本人理解がケアの基本

- 「わからない」ことの連続 → 不安と混乱  
思い出せない、何かがおかしい  
考えても考えてもわからない
- 家事や仕事の失敗 → 自尊心の喪失  
自信がなくなる、孤独、あきらめ
- 現実の世界についていけない → 焦燥・恐怖  
周囲とのずれ、戸惑い、焦り、苛立ち
- 自分自身が壊れていく → 強い恐怖

## BPSDに対する治療戦略(1) ～非薬物的アプローチ～

- 不安・抑うつ・孤立; コミュニケーション不足
- 不適切な住環境; 不慣れな介護者、相性の悪い同居者
- 身体状況; 便秘、風邪、巻き爪、癌など
- 生活リズム(睡眠など)の乱れ; 日中なにもしない、夜間頻尿
- 他人への過干渉; 性格や気質の理解
- 薬物の副作用; 強い安定剤、抗コリン作用の強い治療薬

## BPSDに対する治療戦略(2) ～薬物療法～

- A) 幻覚・妄想
  - リスベリドン(リスパダール); 0.5～2 mg/日
  - クエチアピン(セロクエル); 25～300 mg/日
  - ペロスピロン(ルーラン); 2～8 mg/日
- B) 興奮・焦燥・攻撃性
  - チアプリド(グラマリール); 50～300 mg/日
  - 抑肝散; 2.5～7.5 g/日
  - バルプロ酸(デパケン); 100～300 mg/日
- C) うつ症状
  - SSRI, セルトラリン(ジェイノロフト); 25～50 mg/日
- D) 不眠
  - ソルピデム(マイスリー); 5～10 mg/日
  - ソピクロン(アモパン); 3.75～7.5 mg/日

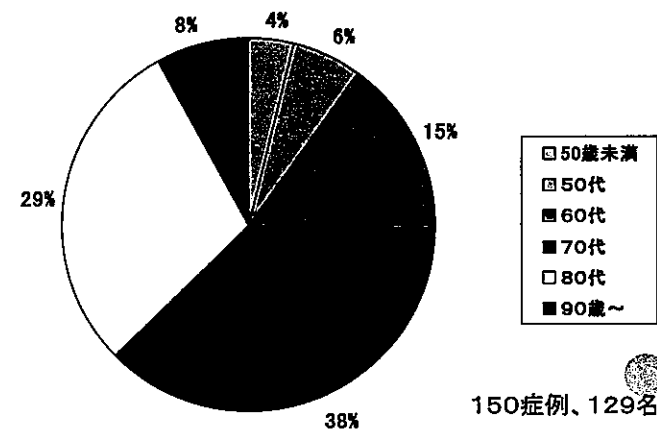
# 認知症の臨床診断

調査期間;平成19年4月1日～平成22年3月31日

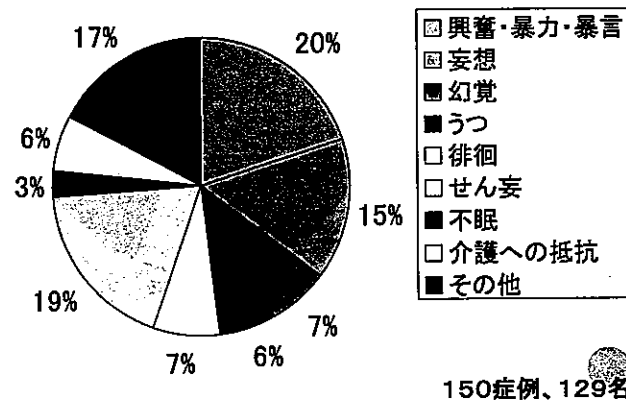
対象;150症例、129名  
 (男性 83名 平均年齢73.3±12.4歳)  
 (女性 67名 平均年齢76.2±11.7歳)



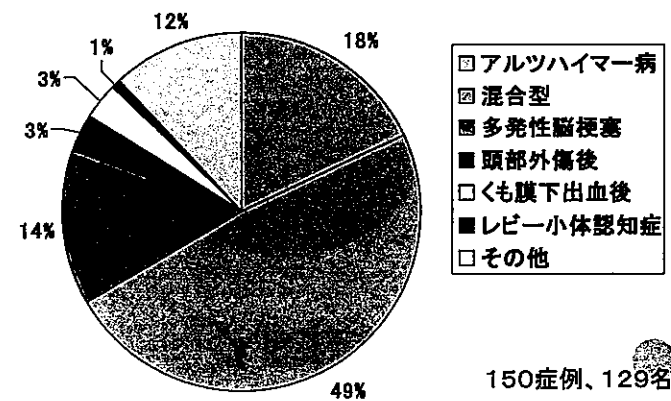
## 年齢分布



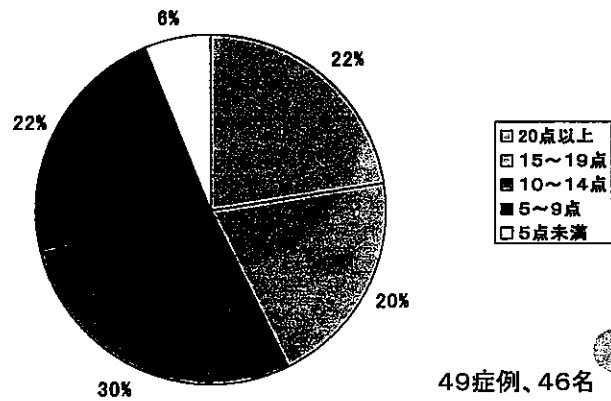
## 入院時主訴(全体)



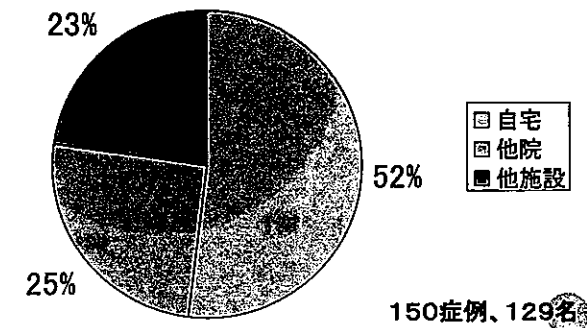
## 認知症の下位診断名



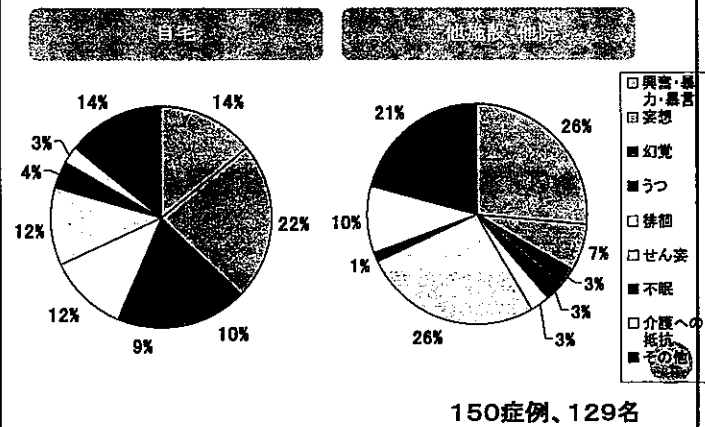
## 入院時HDS-R



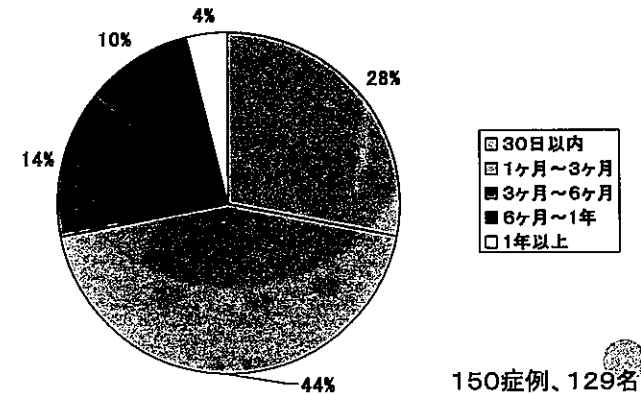
## 入院経路



## 入院経路別主訴



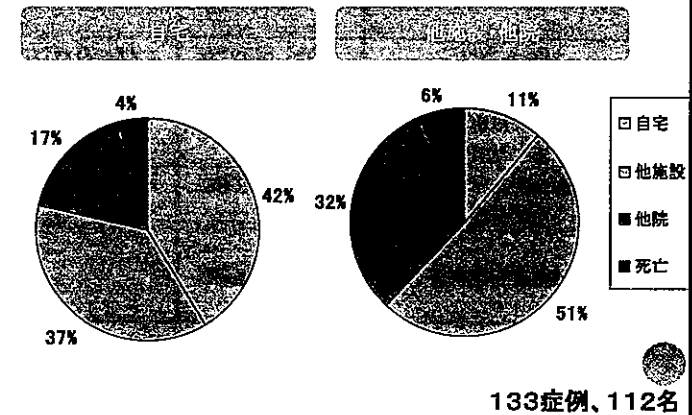
## 当院での入院治療期間



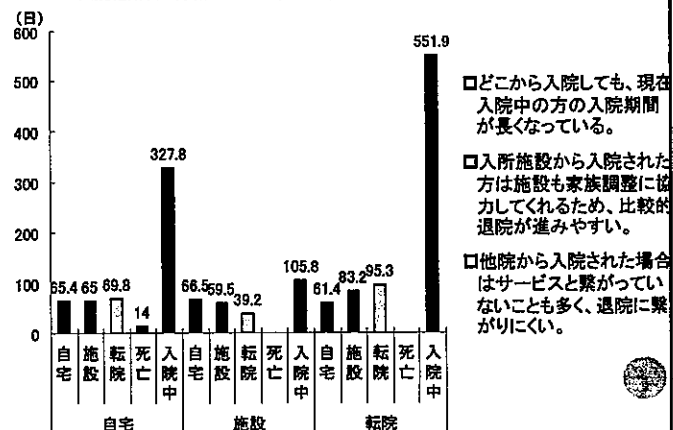
## 主訴別在院日数

| 主訴       | 平均在院日数±SD(日) | 入院期間(件) |
|----------|--------------|---------|
| 興奮・暴力・暴言 | 60.2±48.0    | 4~261   |
| 妄想       | 80.7±54.2    | 17~277  |
| 幻覚       | 52.8±42.8    | 3~113   |
| うつ       | 44.4±21.5    | 14~83   |
| 徘徊       | 109.8±66.5   | 11~256  |
| せん妄      | 57.8±58.7    | 3~303   |
| 不眠       | 58.5±29.8    | 25~87   |
| 介護への抵抗   | 136.1±239.2  | 28~700  |
| その他      | 79.8±124.1   | 4~599   |

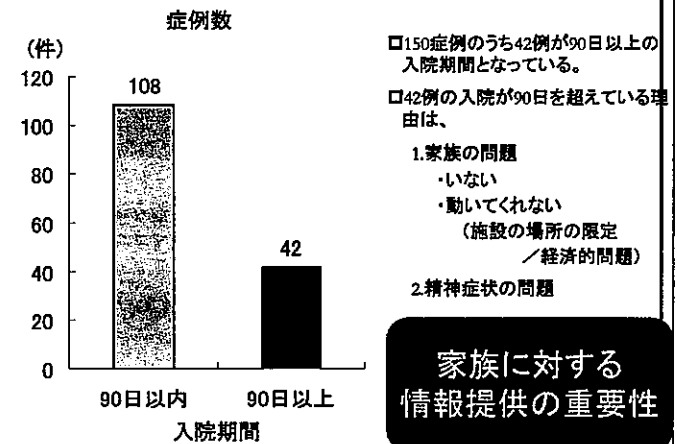
## 入院経路別転帰



入院経路及び帰結ごとの平均入院期間



## 当院の医療と福祉の連携の現況(2)



## 当院の医療-福祉の連携における課題(1)

1. 久留米市は施設の数的には充実しているが、それでもすぐに入所できるわけではない。

→ 症状的には3ヶ月で充分に退院できる状態であっても、施設の空き待ちで入院期間が長くなることがある。

### 2. 入所費用の問題

→ 高齢者施設の入所費用と比べて、当院の入院費用が安いことが多く、家族が退院に対して躊躇することがある。

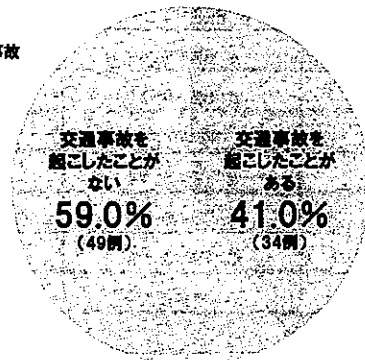
## 当院の医療-福祉の連携における課題(2)

3. 医療と介護の役割分担が、一般利用者に浸透していない。

→ 「なぜずっと入院できないのか？」と言われることもよくある。医療・介護の役割分担については、もっと啓発が必要かもしれない。

→ 施設の特長を把握することは、家族などに情報提供する時とても重要だが、施設の特長の詳細まで把握することはなかなか困難である。

### 認知症患者の交通事故



認知症患者さんの約4割が交通事故を起こしていました。

【調査方法】1993年9月～2005年8月の間に高知大学医学部附属病院の神経科精神科外来および脳神経科を受診した運転免許を保有する認知症患者83例を対象に、交通事故・交通違反の有無などについて調査した。

掲載 藤子ほか：老年精神医学雑誌 17(増刊号 1)：173, 2006 [L20060521013]より作成

### 認知症の背景疾患別の運転行動、危険性、事故リスク

|             | 交通事故 (名)    | 事故危険運転特徴           |
|-------------|-------------|--------------------|
| AD (n=41)   | 39.0 % (16) | 迷子運転<br>枠入力で接触事故   |
| VaD (n=20)  | 20 % (4)    | 操作ミス<br>速度維持困難     |
| FTLD (n=22) | 63.6 % (14) | 信号無視、追突事故<br>わき見運転 |
| 全体(N=83)    | 40.9 % (34) | 認知症の原因で差異を認める      |

上村直人：認知症と自動車運転、精神神経誌、111；960-966，2009

上村直人：認知症と自動車運転、精神経誌、111; 960-966, 2009

### 認知症ドライバーに対するかかりつけ医の役割(1)

1. 医師は認知症の診断は可能だが、患者の運転能力の評価の専門家ではない。
2. 法的には、医師が作成した診断書を基に運転免許が発行された場合の最終的な責任の所在は公安委員会にある。
3. 司法の立場から、医師には善管注意義務と説明報告義務がある。
  - 医師が認知症の診断をした後に交通事故を起こした場合
  - 医師が認知症を見逃していた場合

⇒ 医師の法的責任を問われる場合がある。

井関美咲：認知症と運転免許に関するかかりつけ医の役割、  
CLINICIAN, 57; 107-111, 2010

### 認知症ドライバーに対するかかりつけ医の役割(2)

1. 日本神経学会「痴呆患者の自動車運転に関する指針」(2002年)
  - 軽度認知症患者は、運転を中止すべきである。
2. 米国精神医学会治療ガイドライン(1999年)
  - 認知症が中等度～重度であれば、患者には運転しないように強く勧告すべきである。
  - 過失により交通事故を起こした経験があり、判断力、空間認知もしくは実行力に重大な障害を有する軽度認知症患者についても運転をしないよう強く勧告すべき。
  - 軽度認知症患者に対しても運転を諦めるよう説得すべきである。

⇒ 患者が認知症ならば、自動車運転について患者本人や家族とよく話し合い、運転中止勧告を行った場合は、その旨をカルテに記載しておく。

井関美咲：認知症と運転免許に関するかかりつけ医の役割、  
CLINICIAN, 57; 107-111, 2010

### 認知症ドライバーに対するかかりつけ医の役割(3)

認知症患者が、自動車運転の中止勧告を受けたのに  
運転を継続し家族が対応に苦慮している場合

- 公共交通機関の利用などの代替え手段の提案
- 警察署や免許センターにある運転適性窓口での  
相談を勧める。

井関美咲：認知症と運転免許に関するかかりつけ医の役割、  
CLINICIAN, 57; 107-111, 2010