

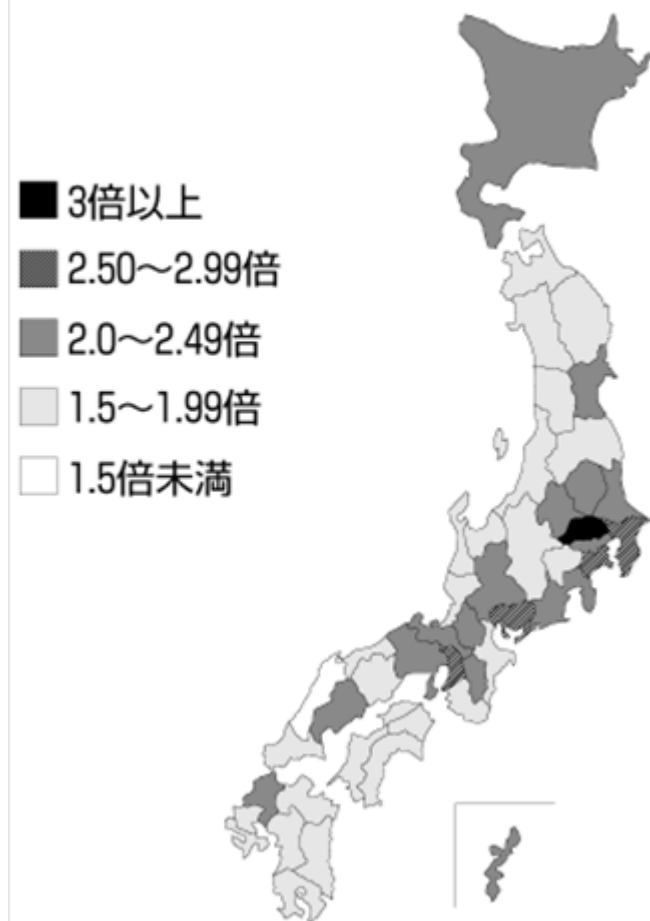
在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

認知症の基本的理解

—アルツハイマー型認知症を中心に—

都市部で急増する認知症

認知症患者数の増加率(2035年)
(05年比、厚労省研究班の推計)



全国の認知症高齢者の人数は、05年の約205万人から、団塊の世代がすべて65歳以上となる15年には、1.5倍の約302万人に、35年には2.2倍にあたる約445万人になる。

都道府県別推計では、35年時点で05年比の増加が最も大きいのは埼玉県の3.1倍。千葉県と神奈川県は2.9倍▽愛知県2.6倍▽大阪府2.5倍▽東京都2.4倍が続いた。団塊の世代が多く住むベッドタウンで増加が著しい。最も低いのは島根県の1.5倍。

厚生労働省研究班 2008年7月6日

かかりつけ医に期待される役割

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援することができる医師

- 通院している患者さんの認知症を早期に発見する
- 認知症を患った患者と家族を総合的に診る
- 専門医との連携（初期診断、急性期）
- 地域連携（介護事業所・行政・インフォーマルな資源との連携）
- 教育的支援を含めた家族支援、生活上の課題の相談
- 行動心理徴候（BPSD）と合併症の対応
- 訪問診療で、意思決定支援と緩和ケアを行う（重度以降）

本セッションの内容

- **認知症の定義と認知症をおこす疾患**
- アルツハイマー型認知症の中核症状と治療
- アルツハイマー型認知症のステージ別ケア
 - 軽度、中等度、重度、末期
- 介護者支援とケアプラン

認知症とは？

◆ 認知症とは、「一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」である。

◆ 認知症の診断基準（DSM-IV-TRの概要）

A 多彩に認知障害の出現 以下の2項目がある

1) **記憶障害**がある。

2) **失語**（言語の障害）、**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）、**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）、**実行機能障害**（計画をたてる、組織化する、順序だてる、抽象化することの障害)のいずれかがある。

B 上記の認知障害のため、**社会生活に著しい障害を引き起こす**、あるいは**病前の機能水準からの著しい低下を示す**。

C これらの障害は**譫妄によるものではない**。

2013/3/20 (ver.1)

認知症の基礎疾患

認知症には70以上の病気が含まれる

◆ 主要な認知症

- **アルツハイマー型認知症 (AD) (50%)**
- **脳血管性認知症 (VD) (10~15%)**
- **レビー小体型認知症 (DLB) (15~20%)**
- **前頭側頭葉変性症 (FTLD) (5%)**

前頭側頭型認知症 (FTD)・・・性格変化・行動変化
意味性認知症 (SD)・・・言葉の意味がわからない、失語
進行性非流暢性失語 (PA)・・・発語の流暢性が損なわれる

- **嗜銀顆粒性認知症 (AGD) (5~10%?)**

◆ その他

内科的疾患 (ホルモン異常、肝不全、呼吸不全、腎不全、膠原病、ビタミン欠乏症等)

中毒 (コルサコフ症、水銀、鉛、シンナー等)

脳外科的疾患 (特発性正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、頭部外傷等)

感染 (AIDS脳症、進行麻痺、単純ヘルペス、クイツフェルトヤコブ病等)

大脳皮質基底核変性症、進行性核上麻痺、多発性硬化症等

下線は治療できる認知症 (約5%)

4大認知症の鑑別

在宅医療テキスト編集委員会:
在宅医療テキスト p64 (2010) 一部改編

疾患	AD	VD	DLB	FTD
原因	A β 、 τ 蛋白	脳卒中	α シヌクレイン	τ , TDP-43, τ ヒキタン陽性封入体等
疫学	女性に多い	男性に多い	60歳以降、男性 ADの3分の1	初老期に多い ADの10分の1
発症	ゆるやか	比較的急	ゆるやか	ゆるやか
進展	スロープ状	階段状	進行性、動揺性	
全経過	10年(2~20年)	基礎疾患で違う	ADより短い	ADより短い
記憶障害	初めから出現	比較的軽度	軽度・想起障害	ADに比べ軽度
運動障害	重度になるまで 出現しない	平行して悪化	パーキンソン様症 状、転倒が多い	失禁は早期に出 現
精神症 状・徴候	とられ妄想(軽度 ADに特徴的)	意欲、意識、感情 の障害	幻視・失神、意識の 動揺、注意力障害、 構成障害	性格変化、脱抑 制、無関心、常同 性、食行動異常
予防・ 治療	コリンエステラーゼ阻 害薬、マンチン等	抗血小板療法に よる予防	幻視:ドネペジル等 運動障害:PD薬	SSRI、非定型抗 精神病薬
その他	感情、運動は重 度まで保たれる	麻痺、構音・嚥下 障害、尿失禁等	抗精神病薬への過 敏性	

認知症の診断

◆ 認知症の診断は症候学が基本

- 身近な人から、これまでの出来事について詳しく聴取する。
- 様々な症状がどのような脳の機能の障害で説明されるか。

◆ 診断の補助のための検査

- **神経心理検査**
 - 単純な神経心理検査 (HDS-R, MMSE) … 早期診断は困難
 - 複雑な神経心理検査は有用 (リバーミード、COGNISTAT、FABなど)
- **画像診断**
 - 形態画像 (MRI)、機能画像 (SPECT)
- **生化学検査 (髄液)**
 - リン酸化タウ蛋白など

本セッションの内容

- 認知症の定義と認知症をおこす疾患
- アルツハイマー型認知症の中核症状と治療
- アルツハイマー型認知症のステージ別ケア
 - 軽度、中等度、重度、末期
- 介護者支援とケアプラン

アルツハイマー型認知症の 中核症状と周辺症状

	中核症状	周辺症状
頻度	必発	必ず起こるわけではない
要因	脳の細胞が脱落することが直接の原因となる	中核症状によるゆがんだ外界認知に、性格、素質、環境、心理的状況などが複合的に作用して起こる
症状	記憶障害、実行機能障害、失行、失認、見当識障害、言語に関する障害	不安、抑うつ、自閉、幻覚、妄想、食行動異常、迷子、徘徊、失禁、不潔行為、暴言、暴力他
生活上の問題	今までやれていたことができなくなる	まわりの人が対応に苦慮する行動(≡BPSD)。本人の苦痛の表れ。

アルツハイマー型認知症で見られる 記憶の障害

記憶の持続時間による分類

- **即時記憶**: 今言ったことをオウム返しに言うときの記憶(前頭葉の働き)。軽度ADでは保たれるが、中等度ADで障害される。
- **近時記憶**: 数分前から数日前の記憶。干渉事象をはさんだ後の記憶(側頭葉内側領域の働き)。軽度ADで最初に障害。
- **遠隔記憶**: 昔の思い出(大脳皮質)。中等度ADになると、新しい記憶から障害される。

長期記憶の種類による分類(スクワイヤの記憶の分類)

- **陳述記憶**: **エピソード記憶**(最初に障害される)と**意味記憶**
- **非陳述記憶(手続き記憶)**: 技の記憶。(保持されやすい)

見当識障害

見当識障害とは、
「自分が生きている時間や場所、人との関係が曖昧になること」を
いう。

ADでは時間⇒場所⇒人の順で見当識障害が進行する。

◆ 時間

軽度の時期から、細かい時間単位(時間、日、曜日)が曖昧になり、中等度になると季節、年の単位の感覚が障害される。

◆ 場所

中等度ADで、自分がどこにしているかが曖昧になる

◆ 人

重度に近くなると人との関係がわからなくなる

アルツハイマー型認知症で見られる 実行機能障害と失行

実行機能障害

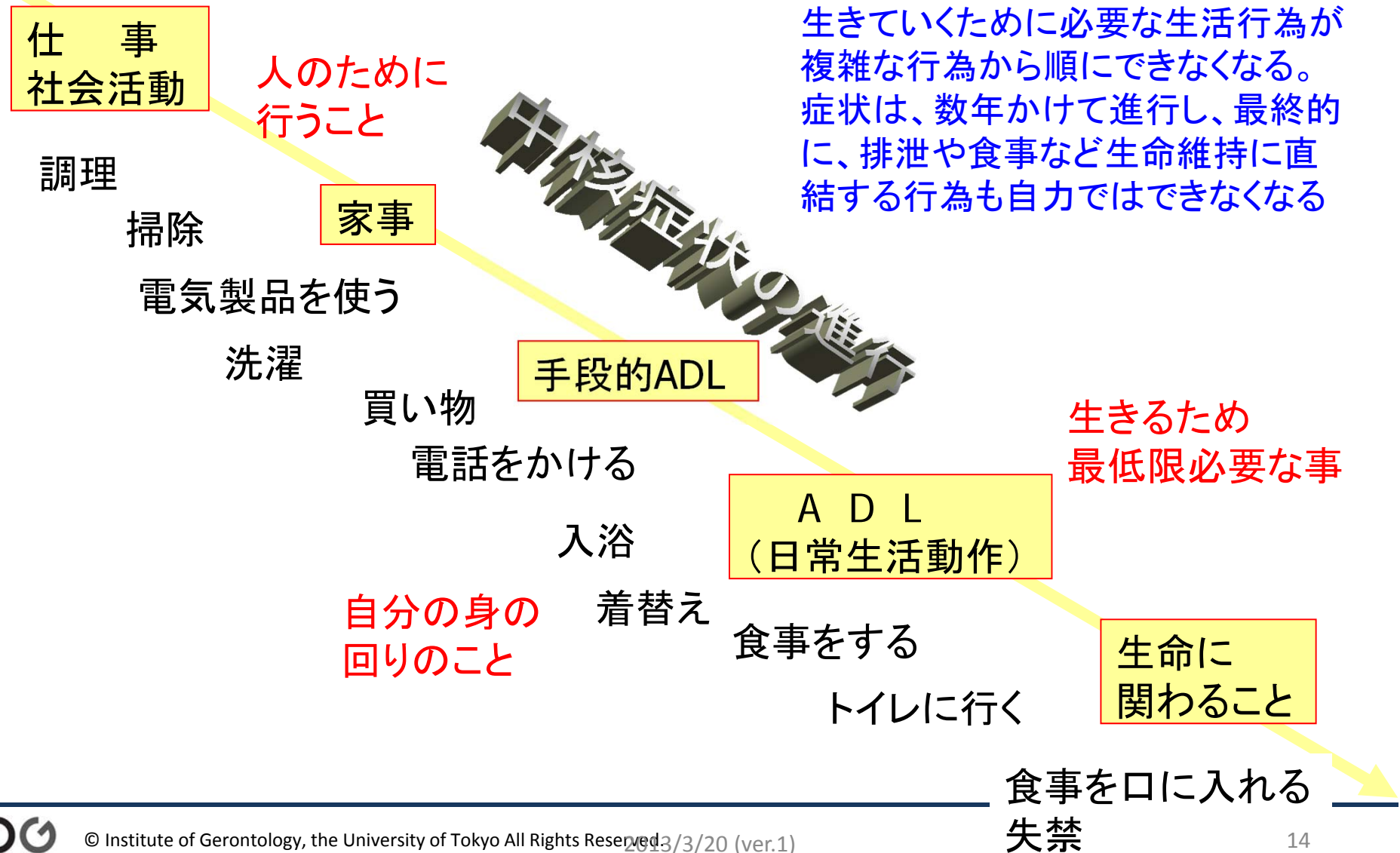
- 「ものごとを論理的に考えたり、順序立てて考え、状況を把握して行動に移す思考・判断力のこと」
- 「ある目的のために、単純行動を順序立てて実行する高度な知的機能のこと」（例；料理が手順どおりできない）
- 前頭前野の機能障害により生じる。

失行

- 「目的とする行為が理解され、対象が理解でき、運動器官には麻痺、付随運動、失調、筋緊張異常などの目的運動の遂行を妨害する障害がないにもかかわらず、目的にそって運動を遂行できない状態。」
(例；「ライターで火をつけてください」⇒その行為ができない)

生活の障害の進行

～実行機能障害と失行～



アルツハイマー病の治療薬

進行を遅らせる薬

- コリンエステラーゼ阻害薬(脳内のアセチルコリンを増やす)
 - 塩酸ドネペジル(アリセプト) (D錠、ゼリー、細粒)1日1回
 - 臭化水素酸ガランタミン(レミニール錠)(OD錠・内用液)1日2回
 - リバスタチミン(イクセロンパッチ、リバスタッチ)(貼付薬)1日1枚
- 興奮性アミノ酸(NMDA)受容体阻害薬
 - 塩酸メマンチン(メマリー) 1日1回



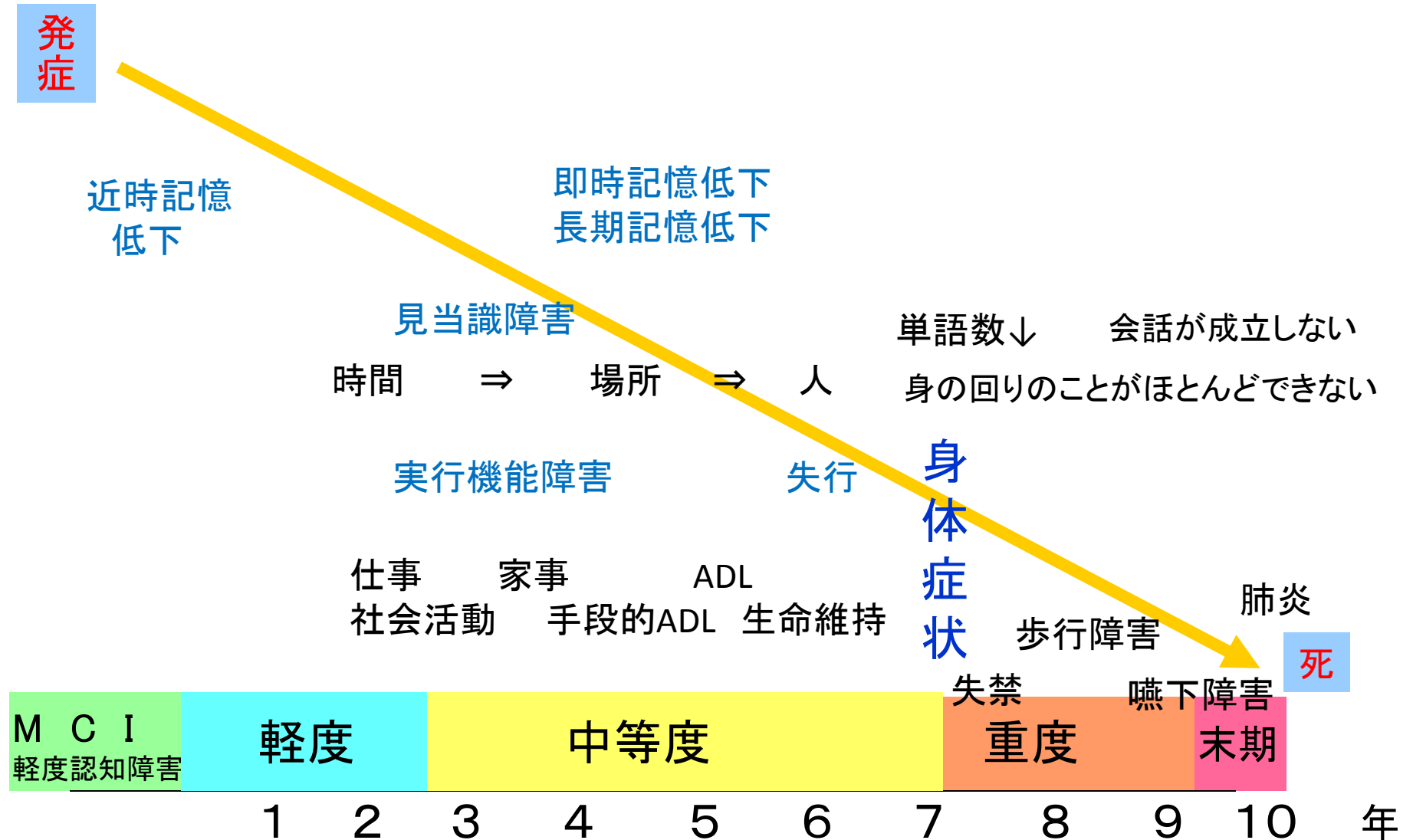
進行を食い止める可能性のある薬(研究開発中)

- アミロイドワクチン、抗A β 抗体療法
- γ セクレターゼ阻害剤
- タウの凝集阻害剤(Rember)

本セッションの内容

- 認知症の定義と認知症をおこす疾患
- アルツハイマー型認知症の中核症状と治療
- **アルツハイマー型認知症のステージ別ケア**
 - 軽度、中等度、重度、末期
- 介護者支援とケアプラン

アルツハイマー型認知症の自然経過



認知症高齢者の死因

多くは合併症で亡くなっている

- ◆ 認知症では**認知機能障害の程度に関係なく死亡リスクが高い**
(Greg A. S, et al Ann Intern Med 2011)
- ◆ AD患者174名のAD患者の死亡診断書の分析
直接死因の24%が**気管支肺炎、心肺停止と呼吸不全**が其々25%
間接死因の44%が**気管支肺炎、尿路感染6%、敗血症5%**。
(Olichney, J.M., , et al J Am Geriatr Soc 1995)
- ◆ 認知症の診断で病理解剖実施の524例
気管支肺炎38.4%、虚血性心疾患23.1%、悪性新生物3.8%
呼吸器感染と循環器疾患が主な死因
(Elisabet Englund ルンド大学HP)
- ◆ 認知機能が重度のADでは肺炎での死亡が多く、**認知機能が軽度のADでは心疾患や脳卒中での死亡が多い**。←**症状を認識し、報告することが困難。認知症が介入の努力を複雑にしている**
(Kukull WA, et al J Am Geriatr Soc..1994)

軽度の時期の症状とケアの要点

近時記憶の障害が中心で、身の回りのほとんどが自立している。

主な症状と生活上の問題点

- **近時記憶の障害**
一部は記憶に残る
即時記憶と遠隔記憶が保持
- **細かい時間の見当識障害**
- **非日常的なことに対応する能力の低下**
- **総合的判断や危機管理**
- **不安や混乱、魂の痛み**
- **とられ妄想**

ケアの要点

- **教育**
家族への教育的支援
- **安全の確保**
火、薬、セールス、合併症
- **心のケア**
尊厳、継続的相談、ピアグループ、カウンセリング
- **家族支援**
家族の相談、介護者の会
- **将来を考える機会**
生き方の理解、事前指定、任意後見制度

中等度の時期の症状とケアの要点

認知障害が進行し、生活の多くに援助が必要となる。
BPSDが激しくなり、介護負担が急増する時期。

主な症状と生活上の問題点

- 記憶障害の進行
即時記憶、遠隔記憶も障害
- 見当識障害の進行⇒混乱
- 生活行為が複雑な行為からできなくなり、最終的にほとんどに援助が必要。
- 行動心理徴候が頻発
- ひとり暮らし困難
- 身体合併症
- 介護の山場

ケアの要点

- 生活のコーディネート
- 療養の場の決定・ケア付き住まい
- 家族支援の継続支援
相談(今後の予測、不安)、体調管理、
ストレス軽減
- 行動心理徴候の対応
- 合併症予防、突然死の防止
- 心のケア 役割、自律支援

重度の時期の症状とケアの要点

意味のある会話はできなくなる。身体合併症が頻発する。

主な症状と生活上の問題点

- 単純な行為もできず、生活の全てに介助が必要
- 意味のあるコミュニケーションが成立しない
- BPSDは少なくなり、精神的介護から身体的介護に移行。
- 苦痛や体の変化が伝えられない
- 排泄（尿、便失禁⇒歩行障害⇒嚥下障害の順に身体症状が出現
- 感染症など身体合併症が頻発する
- 嚥下反射が消失し、経口摂取ができなくなる（末期と診断）。

ケアの要点

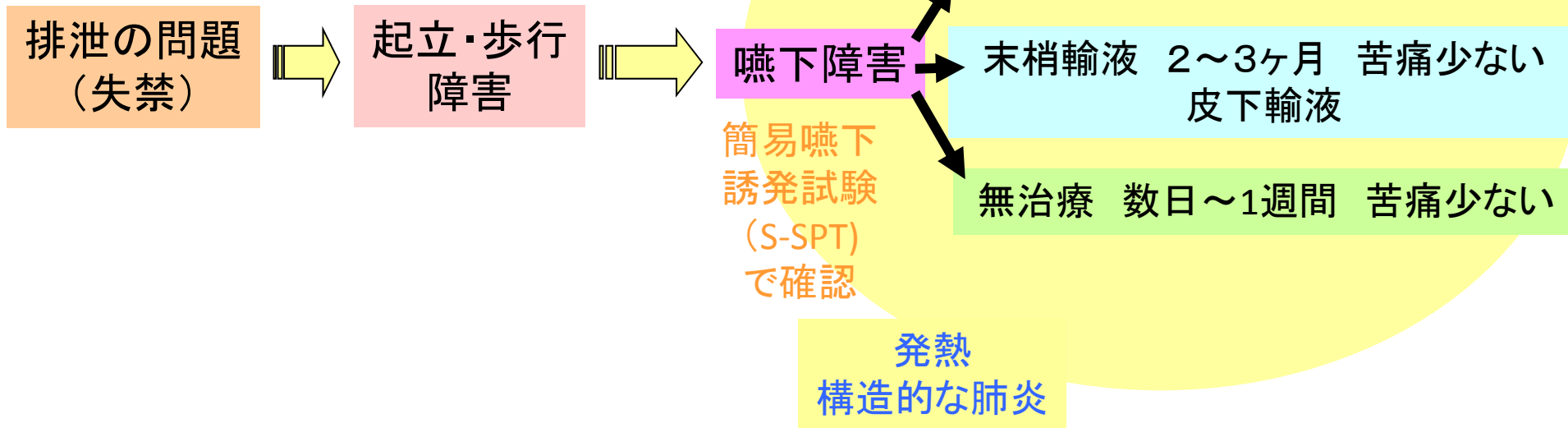
- ケア形態変更・・・通所→訪問
- 診療形態変更・・・外来→訪問
- 合併症管理・・・感染症、転倒など
- 意思決定支援
療養の場、緩和ケア中心、延命治療の方針、家族の心のケア
- 苦痛評価、症状緩和
呼吸苦、嚥下障害、褥瘡、発熱等
- 延命治療の選択
経管栄養、点滴など

重度から末期のアルツハイマー型認知症 ～身体症状と治療法と予後～



末期の診断

意思決定



本セッションの内容

- 認知症の定義と認知症をおこす疾患
- アルツハイマー型認知症の中核症状と治療
- アルツハイマー型認知症のステージ別ケア
 - 軽度、中等度、重度、末期
- 介護者支援とケアプラン

家族の置かれている状況

- **生活のしづらさが増えた:9割以上、優しくできない自分への嫌悪感:8割以上、** (認知症の人と家族の会 調査 2012)
- **介護者の状況**
 - 介護の疲れ:かなり 31.7% 感じている47.4%
 - 将来介護がさらに負担になる不安は:かなりある43.3%,ある 39.9%
 - **介護に疲れ、自殺や心中を考えたことがある 18.0%**
(信濃毎日新聞 2010年)
- **認知症介護者の訴える介護負担**
 - この先病状の経過がわからないことに不安
 - 自分の自由になる時間がほしい (荒井由美子)
- **便、尿失禁、夜間不穏、会話の妨害、幻覚、不幸な様子は、家族介護者の負担感に強い相関を示す**
(大西丈二ら 老年精神医学雑誌 2003)

家族支援

- **介護者・家族を一つの単位として(一体的に)考える**
 - 家族の “ものがたり” を理解する
 - 介護者は尊い仕事をしている
- **本人の病状の安定が基本**
 - 本人の支援が家族支援の核となる (宮永和夫老年精神医学雑誌2006)
- **教育的支援**: 家族が認知症やBPSDに関する知識を高めることにより
介護負担が軽減する (梶原弘平 老年精神医学雑誌2012)
 - **患者の病と精神世界を理解する**(観察力を高める)
 - **具体的な接し方の指導**: スキンシップ、傾聴、否定しない、
ゆっくり正面から接する、好きな歌
- **家族が相談できる場**: 医療機関、家族や知人、ピアグループ
 - 家族者同士の共感が認知症介護への適応を促進する
(佐分厚子、社会福祉学2008)

アルツハイマー型認知症の ケアプラン

◆ 尊厳を重視し、ストレングスを生かしたケアプランづくり

◆ 家族まるごと支えることが基本

～ケアプランは家族のライフスタイルによってきまる～

独居：早期からのホームヘルプ、中等度でケアのあるすまいへ

介護者同居：デイサービス⇒ショートステイ利用、在宅看取りも可能

◆ ステージアプローチの考え方

～長期的視点にたったプランづくり～

何年か先のために今行っていくことを計画する

ケアニーズはゆっくりとだが確実に変化する

⇒ ニーズに応じたチーム編成

各ステージで、ケアチームで目標を共有し、支援する

利用可能な居宅・地域密着型サービス

サービス	特徴
福祉用具レンタル	重度化した際の電動ベッドや車いすなど
訪問介護	なるべく同じホームヘルパーが好ましい
訪問看護	グループホームにも特別指示書で2週間訪問できる
訪問入浴	重度化した際には利用可能
通所介護	認知症特化の通所介護もある
通所リハビリ	軽度認知症の方には適応がある
短期入所	なるべく同じ施設でなじみの関係を作りたい
小規模多機能居宅介護	なじみの関係を作りやすい、訪問看護以外の介護保険サービスが使えない
認知症高齢者グループホーム	共同生活の場から終への棲みかとなっている