

R4年度四国厚生支局 認知症セミナー2022.7. 29  
香川県高松市e-とぴあ・かがわ

# 認知症の基礎知識

- (1) 認知症について知ろう～症状や対応の仕方～
- (2) 認知症の方・家族への支援～専門職としてかかわり

高知大学保健管理センター 医学部分室  
Kochi University Department of Neuropsychiatry  
高知県基幹型認知症疾患医療センター  
上村直人 Naoto KAMIMURA  
E-mail:kamimura@kochi-u.ac.jp



# はじめに

- 認知症について知ろう

認知症の基本的な症状、進行過程、対応方法について

- 認知症ケアのコツ

生活臨床と家族史 移住者支援 共生と調和 偏見と差別をなくそう

- 若年性認知症について

## 認知症高齢者の現状（平成24年）

○全国の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462万人と推計（平成24年）。また、全国の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）の有病率推定値13%、MCI有病者数約400万人と推計（平成24年）。



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

参考:要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を推計

将来推計（年）	平成22年 (2010)	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280 9.5%	305 9.9%	345 10.2%	410 11.3%	470 12.8%

# 認知症とは 認知症の定義

老年医学の基礎と臨床II 2009 認知症の歴史的背景と定義 松下正明より

- 「後天的な脳疾患の慢性症状として、知能、記憶、判断、抽象能力、注意力、思考、理解、言語等の高次の精神機能の障害が出現し、日常生活に支障きたす状態を言う。さらにこれらの症状に、感情、意欲、性格などの障害が加わることがある」
- DSM-III-R「記憶障害を必須の症状として、それに加えて、失語、失行、**失認**、実行機能障害のいずれかを伴う」1987
- Oxford Handbook of Psychiatry「**進行性**で通常は回復不可能な、**全体的な認知障害**によって特徴づけられる**症候群**である。最初に出現する症状は記憶障害で、引き続いて失語、失行、失認、実行機能障害と人格崩壊が現れる」2005

# ■ 認知症の定義(DSM-IV)

- 病気の名前ではなく、状態を示す
- 従って、様々な認知症を起こす疾患がある
- 定義

(1) 記憶障害

(2) 以下の認知機能のうち一つ以上

1) 失語 2) 失行 3) 失認 4) 実行機能障害

- 物忘れや判断力の低下があり、そのために対人関係などの社会生活・職業に支障を来している
- 以前(半年～1年)のレベルよりも機能が低下している
- 意識障害を伴わない
- ◆ 高齢者とは限らない
- ◆ 進行性であるとは限らない
- ◆ 物忘れだけが認知症の症状ではない

# 脳の働き—認知症になるとどうなるか？

- 脳の働きとは(人間の)
  - (1) 人とのコミュニケーション
  - (2) 環境への適応

- 認知症になると
  - (1) コミュニケーション障害
  - (2) 環境への適応障害

ただし認知症の原因疾患によりコミュニケーション  
や環境への適応障害の見え方が異なる

# ICD, DSMによる認知症診断

表2 DSM-IV-TRによる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。
- 

表1 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か月以上存在していて確定診断される。
-

# 新たな認知症の診断基準 2011

表3 NIA-AAによる認知症診断基準の要約

1. 仕事や日常活動に支障
  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項目のうち少なくとも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
- 2011年に National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroup (NIA-AA)により全ての認知症疾患に対する認知症の診断基準が提唱され(表3)<sup>3)</sup>、記憶障害、遂行機能障害、視空間認知障害、言語障害を同等に扱い、さら

# 一方で・・・多くの人はこちら考えている

- 認知症は病院に行けば、すぐに診断ができる
  - 頭の写真や認知機能のテストをすれば、すぐに医師が診断ができる
  - (いい)薬を飲めば、対処がある
  - (いい)リハビリ、予防をすれば認知症にならなくて済む
- ⇒ 専門医でも正確な認知症の診断は50%程度
- ⇒ 薬を飲んでも、その効果や評価方法を知らない、もしくは一面のみ 例えば認知機能テスト、ドリルの結果・・・

**不都合な真実・・・認知症は記憶や認知機能のみが低下するのではない**

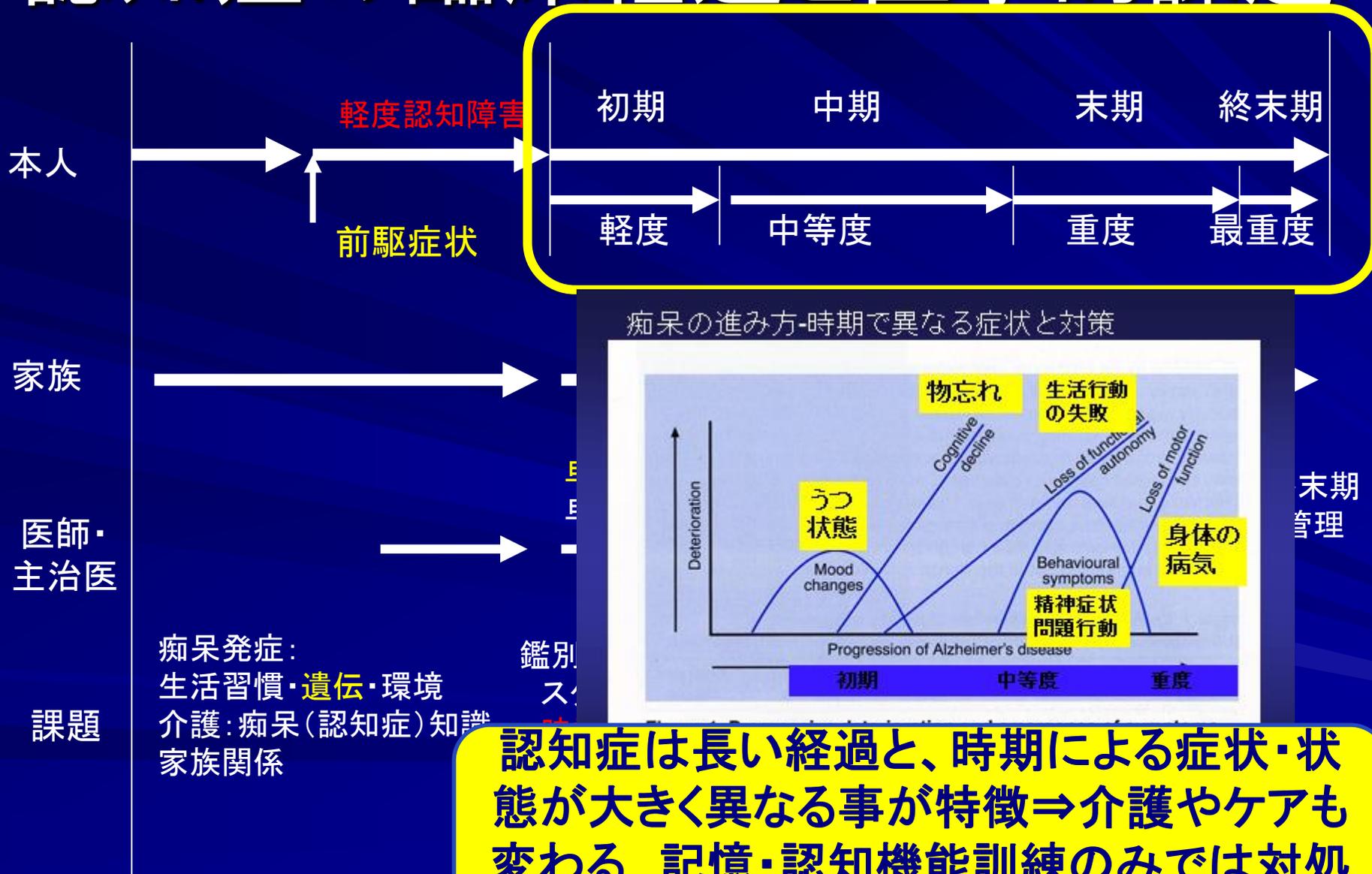
# 認知症の背景疾患別の未治療期間とBPSD

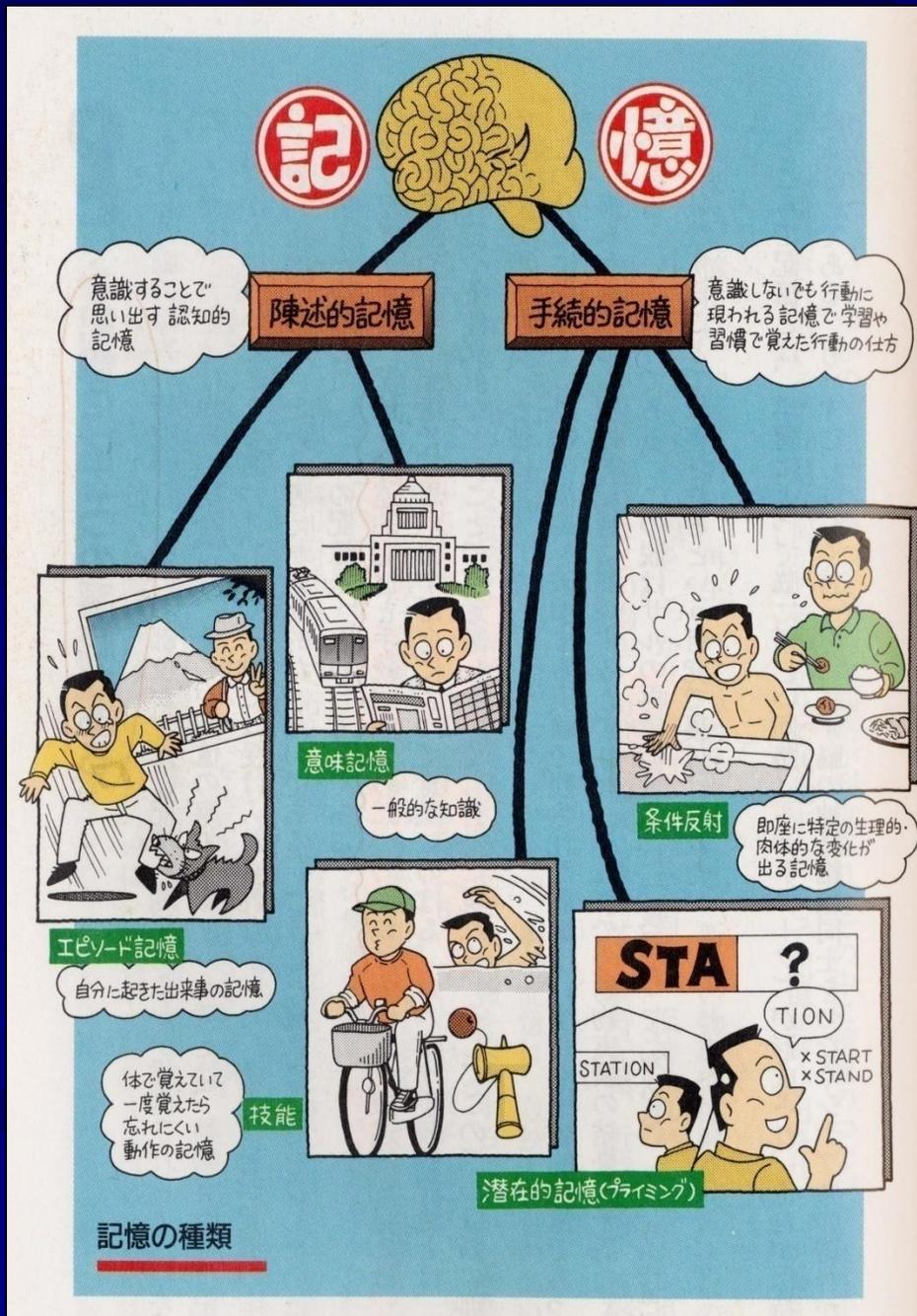
	全体 (n=131)	AD (n=36)	VaD (n=30)	DLB (n=13)	FTLD (n=6)	MCI (n=33)	N- Dementia (n=3)
初診時 年齢	75.6	73.1	80.1	76.8	63.3	74.8	83.3
発症 年齢	73.4	70.7	78.1	75.3	61.4	73.2	84.8
DUP (平均)	1.7	2.4	1.6	1.5	1.9	1.1	0.5
DUP (中央値)	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	0.5
DUP (範囲)	0-8	0.5-8	0-5	0.1-5	0.5-3	0-4	0.1-1
NPI	9.7	8.2	11.4	15.8	14.0	5.9	18.2
ZBI	20.9	22.5	24.5	27.5	25.7	14.3	24.3

NPI: Neuropsychiatric Inventory

ZBI: Zarit Caregiver Burden Interview

# 認知症の臨床経過と医学的課題





記憶=記銘・保持・再生

記憶-陳述記憶

エピソード記憶

意味記憶

手続き記憶

条件反射

プライミング

物忘れ評価時の注意

- 注意力・集中力など意識
- 意欲の評価やうつ症状

# 物忘れとは？

## 認知症の物忘れと老化による物忘れの違い

	老化	認知症
内容	後で思い出せる	後で思い出せない
物忘れの自覚	自覚ある	自覚ない場合が多い 初期にあることもある
日常生活	自立している	失敗が見られる
進み方	進まない	進む

# 認知障害（高次脳機能）の症状

- 失語症状 ・話す時言葉が出にくい 物の名前がいえ  
ず、「あれ、これ、それ」など 健忘失語 ・こみいった  
話が理解できない
- 失認症状 ・通い慣れた道で迷ったりする・家や台所  
やトイレの場所がわからない
- 失行症状 ・電車、バスの自動改札に切符が入れれな  
い・自動販売機に硬貨が入れれない・紐を結べない、  
服のボタンがはめれない・服の前後や頭/腕を通す穴  
を間違える・調理器具や洗濯機など家電が使えないな  
ど
- 実行機能障害 ・物事の手順や段取りがわからない  
人がそばにいて教えれば簡単に出来るが、どこから手  
をつけていいのかがわからない

# 認知症の症状

- 中核症状  
記憶障害、認知障害、判断能力低下
- 周辺症状  
精神症状—幻覚・妄想、抑うつ、不安、せん妄  
  
問題行動—徘徊、介護への抵抗、攻撃
- 介護問題は周辺症状が多い  
環境や対応の仕方で周辺症状は変化しうる

# BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

- ・国際老年精神医学会で提唱された概念
- ・認知症患者に頻繁にみられる、攻撃性、落ち着きのなさ、焦燥性興奮、脱抑制、幻覚、妄想、不安、抑うつなどの症状
- ・認知障害同様、あるいはそれ以上に患者の日常生活上の障害、家族の介護負担、早期からの施設入所の原因となる
- ・認知症自体や認知障害の改善は難しいが、BPSDは予防、治療、コントロールが可能という点で重要

# 認知症の見方のABC 今井幸充作成に筆者追記

A : ADL-生活障害--日常生活能力-----ケア中心

認知症の診断基準のひとつ

**注意：単なる老化と早合点しない ケアの仕方**

B : Behavior-精神症状・問題行動-ケアと薬物

認知症の周辺症状      認知症の非認知機能障害

**注意：薬物と副作用 意識障害**

C : Cognition-記憶・認知障害-----薬物治療

認知症の中核症状

**注意：安易な訓練・迷信への依存**

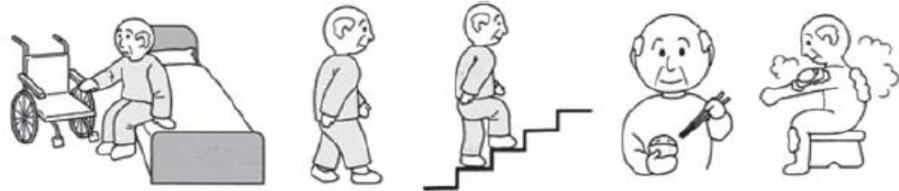
D: Drug-薬物治療 高齢者は多くの身体合併症

**注意：せん妄・意識障害の予防**

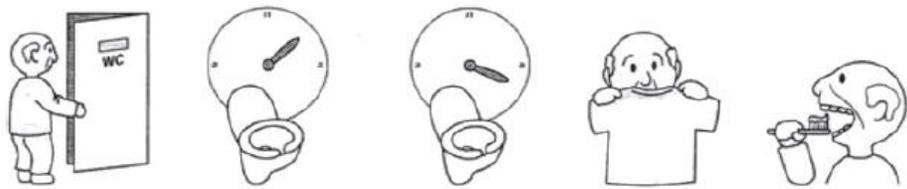
E: Episode-生活歴・環境要因など家族・介護力

---社会資源利用と連携

**注意：医療・保健・福祉の統合・連携**



移乗 移動 階段昇降 食事 入浴



トイレ動作 排尿コントロール 排便コントロール 更衣 整容

図2 基本的 ADL

IADL尺度 (Lawton & Brody)



電話の使用



買い物



食事の準備



家計管理



掃除などの家事



乗り物の利用



服薬管理



洗濯

男

女

図1 手段的 ADL

記憶・見当識障害 手段的 ADL 基本的 ADL BPSD

早期

中期

後期

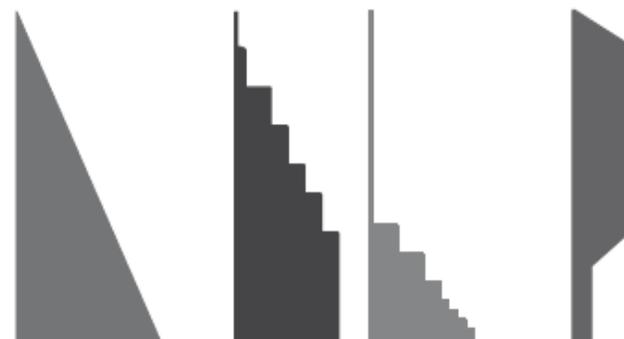
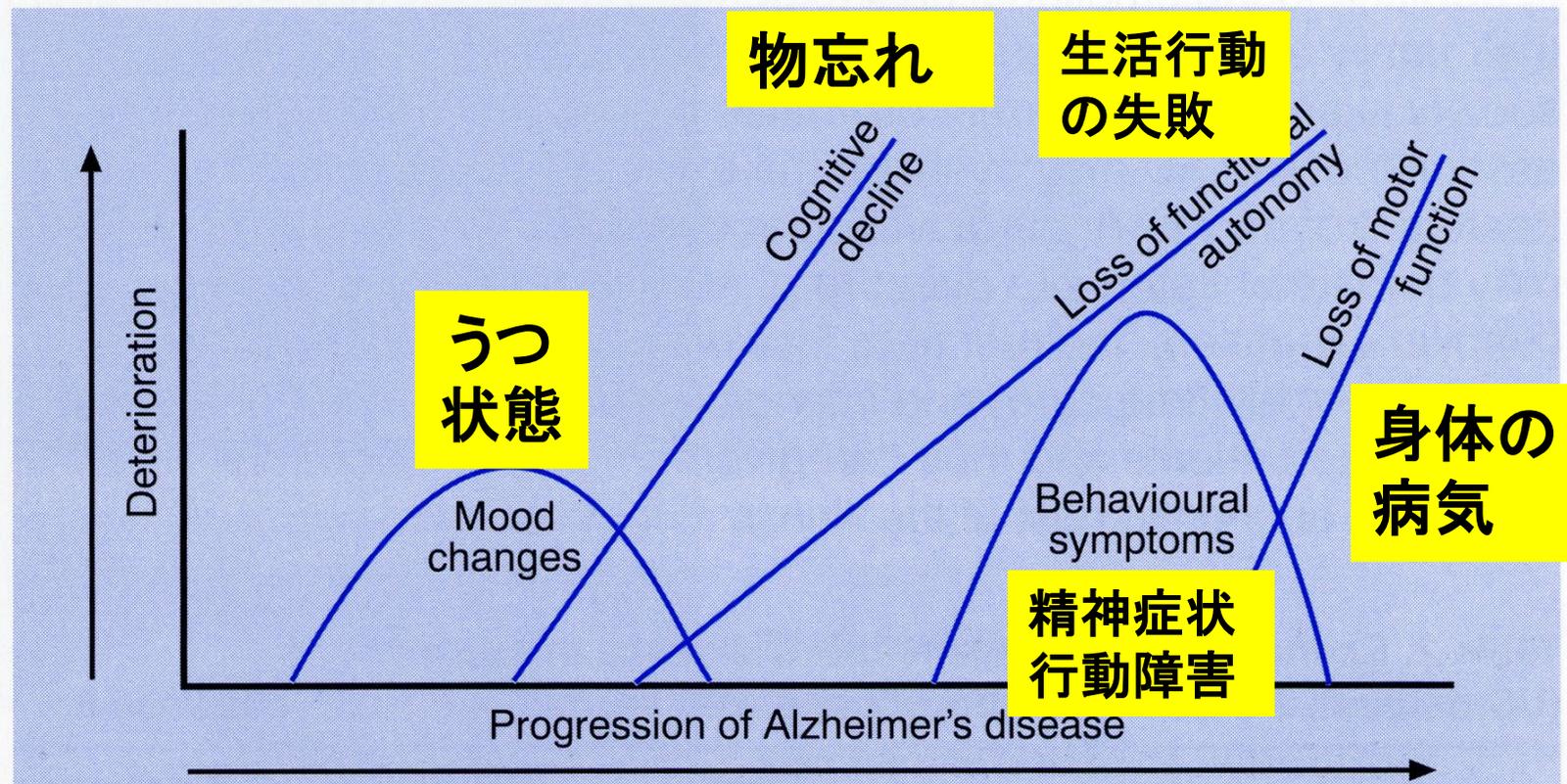


図3 アルツハイマー型認知症の進行過程

# 認知症の重症度と日常生活能力

	認知症の重症度			
	正常	軽度	中等度	重度
記憶障害	なし	あり	あり	あり
社会的活動	できる	できない	できない	できない
家庭内活動	できる	できる	できない	できない
身の回りの事	できる	できる	できる	できない

# 認知症の進み方-時期で異なる症状と対策

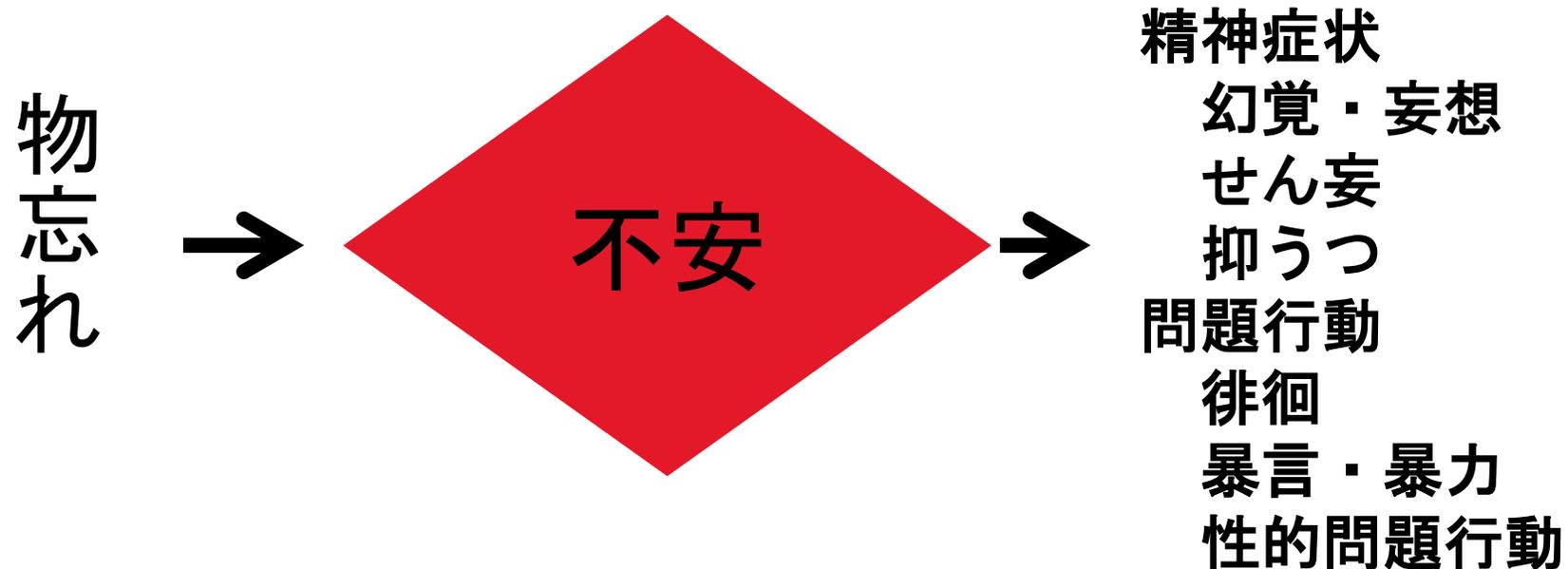


軽度      中等度      重度

Figure 1. Progressive deterioration and emergence of symptoms in Alzheimer's disease. Adapted and reproduced with permission from reference 12.

# 認知症の人の心理 - 生きている世界

- 認知症とは
- 1) 記憶・認知障害
  - 2) 感情/情動機能は残存

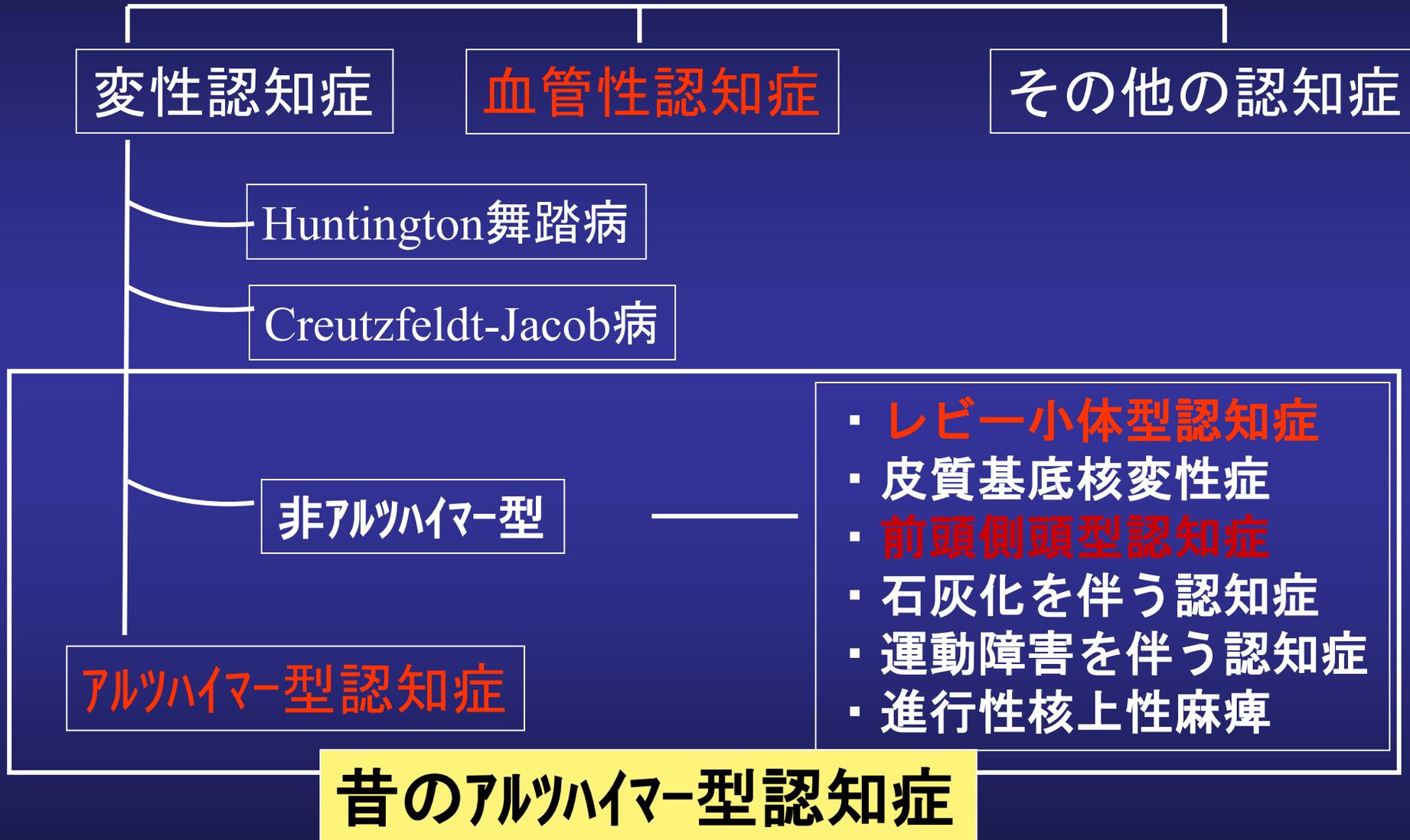


認知症性老人は物忘れはありながらも今/現在を残された能力で  
精一杯生きている存在

周囲から取り残されまい、捨てられまいとする、忘れられまいとする  
反応を起しやすい

# 認知症性疾患の分類

武田雅俊 1996



4大認知症性疾患＝アルツハイマー病＋レビー小体病＋血管性認知症＋FTLD

# 認知症の分類

---

●治る認知症—甲状腺機能低下症、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍

●予防できる認知症—脳血管性認知症/薬剤性認知症/廃用性認知症

- ・危険因子の管理—かかりつけ医—もちはもち屋へ  
喫煙/大酒/高血圧/糖尿病/高コレステロール血症/心臓病/  
痛風など 動脈硬化の予防/脳卒中の予防
- ・服薬管理
- ・環境調整  
廃用症候群の予防

●治療困難な認知症—現在医学的治療、薬物では完治しない認知症

アルツハイマー型認知症、前頭側頭葉型認知症(ピック病)など

# 認知症（認知症）の診断と治療の原則

## 診察/診療の手順

- 認知症（認知症）の有無の把握  
認知症以外でも物忘れは起こる  
特にうつ病やせん妄・血管障害  
の鑑別

正確な記憶障害・  
判断力の低下の把握  
● 診察方法の工夫

- 認知症の原因の把握  
治る認知症（認知症）の除外  
甲状腺疾患、脳外科疾患

認知症の原因と鑑別  
精神症状・行動障害の知識  
画像検査・スクリーニング方法  
● 専門医への紹介の検討

- 認知症の重症度の把握  
重症度により・薬物・治療的  
対応も異なる 重症度の決定

認知症のABCの把握  
本人状態の把握  
家族の状態の把握  
● 中長期的対応の予測

# 高齢期の精神疾患 5D+E

- Delirium(せん妄)
- Delusion(妄想性障害)
- Depression(うつ病)
- Dementia(認知症)
- Developmental disorder(発達障害)
- Epilepsy(てんかん) 部分てんかん

# 認知症治療およびケアとかかりつけ医 ～家族が望むことと、医療ができること～

認知症は進行します。よって、進行により専門性も異なる

	認知症程度 と生活障害	家族が望む事	医療の役割
初期	軽度認知症 記憶障害	認知症の診断 (認知症有無・原因・重 症度) 将来の介護準備	認知症診断 治る認知症の発見 薬物治療開始
中期	中等度認知症 周辺症状の顕在化	周辺症状の治療・対応 介護負担軽減	向精神薬の導入
末期	重度認知症 身体合併症増加	寝たきりの予防 食欲不振 いざという時の対応	かかりつけ医 肺炎、転倒など予防

# 疾患別ケア 介護・ケアも原因で区別が重要

繁信和恵 池田学 ケアマネージャーの今日的課題

老年精神医学雑誌 2003. 9月号

	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	前方型認知症 (ピック病)	レビー小体型認知症
症状	感情失禁 せん妄	取り繕い・場当たり反応 失行・失認	わが道を行く行動 常同行動 脱抑制	症状変動性 転倒 幻視
治療	身体疾患治療	コリンエステラーゼ阻害剤	常同行為にSSRI効果も	コリンエステラーゼ阻害剤 抗精神病薬、抗パ剤に注意
ケアポイント	身体合併症予防 廃用症候群 せん妄予防	残存能力と障害 作業記憶の利用	ルーチン化療 法 池田ら	転倒の注意 幻視は深刻にならない

まだまだ多くは、「いい薬を出してください」

# 模擬事例 75歳 男性 AD患者

主訴:本人なし 家族:グループホームに入りたい

- \* 病歴:2~3年前から物忘れ出現。近医神経内科・診療所受診。MMSE23/30、画像で海馬萎縮あり。アルツハイマー型認知症と診断され、ドネペジル開始
- \* 半年後、夜間不眠、繰り返しの問い直しに妻が疲れケアマネ相談し、GH入所を勧められた。
- \* ⇒精神科受診。
- \* したこと…通常のMMSE、問診、ADL評価のみ
- \* 1ヶ月後、妻はGH入所申請を延期した。ケアマネは驚く、「あんなに困っていた妻が、なぜだろう？」

前医の診断はアルツハイマー、専門医も同じアルツハイマー病、中等度  
したことは問診とADL評価のみ

妻に起こったこと ①認知症、アルツハイマー病は急には悪化しないことが理解できた  
(急に悪化したら、体の問題、別の病気を考えたらいい、ことが分かった)  
②経過がわかり、見立てが可能となり対応がやりやすくなった

認知症に関する診断と薬物処方のみでは、介護はできない  
知識を有効に利用できるような取り組みが(生活指導・リハビリ)が必要  
それには具体的な経過の見立て、見通しが必要

# 家族のエンパワーメント向上、家族介護力の見立て、 介護負担の軽減

家族たちはベストを尽くしたいと考えているが、何がベストかわからない  
介護から派生するさまざまな負担(介護負担)



言語化(傾聴)がなければ、家族は「いかに自分たちが困っているか」を言うのみ  
薬剤の効果も、困るか困らないか、にしかならない  
「早期発見、早期治療以外に対応方法がない」と家族は思い込んでいる  
問題(行動)は言語化されて始めて傾聴され、対話が可能となる  
それが欠如していれば家族が行動しない  
問診やADL評価をすることで自然に達成される(先生が聞いてくれた！)

否定的な認知症観への批判的な思考 診断と病態を説明する  
家族が認知症の人の「いいなり」になる介護を支持してしまいがち

# 家族たちはベストを尽くしたいと考えているが、何がベストかわからない

- \* そこそこ介護ができています、という支持

- \* 家族の“罪悪感”を取り除く声かけ

家族は、「私の介護の仕方、声掛けで、怒ってしまうから、感情的になるから・・・」と実は思っている。

- \* 悔いのない介護を支援する etc 胃瘻をどうするか、成年後見はどうするか？ 緊急の時はどうするか？ どこまで診療所で診るか？

- \* デイケア・デイサービスは「やっかい者を預かる場所ではない」との考えを(ただし、相手側がそう思っていないとダメですが)

- \* 認知症の評価は数ヶ月に一度

- \* A:半年

- \* B:数週間～1ヶ月(激しい場合は専門医、精神科など紹介を)

- \* C:年に一度 3ヶ月以上開けないと教育効果の影響が大きい

## 高齢者や認知症の人の人権や尊厳を守るために

高齢者や認知症の人の人権と人間としての尊厳を守るために、

高齢者偏見・差別、高齢者虐待との闘いの先頭に立って、

リーダーシップを発揮することが、

認知症診療にたずさわる専門家の責務であり、期待されることである。

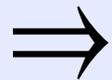
# 認知症診療の専門家に要請される使命

1 知識

2 技(わざ)

3 生き方の理解

4 人権の擁護・尊厳のために先頭に立つ



高齢者や認知症の人の  
人権や人間の尊厳を守るために