

資 料

認知症対策の現状と
認知症初期集中支援チームの理解

厚生労働省 老健局高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室

吉田 知可

一 認知症初期集中支援チームに対応する作業療法士のための研修会

認知症施策の現状と 認知症初期集中支援チームの 理解

地域包括ケアシステム

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性にに基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

地域包括ケアシステムの姿

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として認定

※ 介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれています。

「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

1. 認知症高齢者数

○ 平成22年(2010)で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数は280万人であった。

(算出方法)

① 平成22年1年間の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算出した。

② 年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者があるので、平成15年と同様である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合(性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合)を乗じて算出した。

※ ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※ 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。(次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照)

2. 将来推計 (単位:万人)

将来推計(年)	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	推定37年(2032)
日常生活自立度Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年(2012)を推計すると、305万人となる。
※下段は65歳以上人口に対する比率

(算出方法)

○ 将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所「H24.1推計・死亡中位出生中位」)に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計した。

(参考:平成15年 高齢者介護研究会報告書)

将来推計(年)	平成14年(2002)	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	推定37年(2032)
日常生活自立度Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

3. 認知症高齢者の居場所別内訳(平成22年9月末現在) (単位:万人)

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※施設数別の関係により合計は一致しない。
※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれています。

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	ほとんどの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる。	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護が必要となる。	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻りに見られる。常に介護が必要となる。	
V	著しい精神症状や躁動行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療機関での治療が必要となる状態。	

認知症高齢者の現状(平成22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439万人と推計(平成22年)。また、全国のMCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の中間)状態の者)の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計(平成22年)。

○ 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)。

介護保険制度を利用している認知症高齢者(日常生活自立度Ⅱ以上) 約280万人

日常生活自立度Ⅱ又は要介護認定を受けていない人 約160万人

MCIの人(正常と認知症の中間の人) 約380万人(注) (注)MCIの全ての者が認知症になるわけではないことに留意

健康者

65歳以上高齢者人口2,874万人

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。

認知症施策推進5か年計画で対応

- ・早期診断・早期対応
- ・認知症の普及・啓発
- ・見守りなどの生活支援の充実など
- 地域での生活継続を可能にする。

※ 資料:「認知症の予防・認知症高齢者福祉推進計画(中間報告書)～認知症・MCIの現状と対応」(認知症高齢者の日常生活自立度・MCIの有病者数)について(H24.6.28現在)

認知症施策についての現状・課題

○ 高齢者人口の約1割が、要介護認定を受けたもののうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者で、要介護認定者の約6割となっている。また、今後も認知症高齢者は増加が予測されている。

(注)要介護認定を受けている認知症日常生活自立度Ⅰの者や要介護認定を受けていない者を合わせた認知症有病者数は約439万人と推計される。MCI(正常と認知症の中間の者)の有病者数は約380万人と推計されている。(いずれも平成22年)

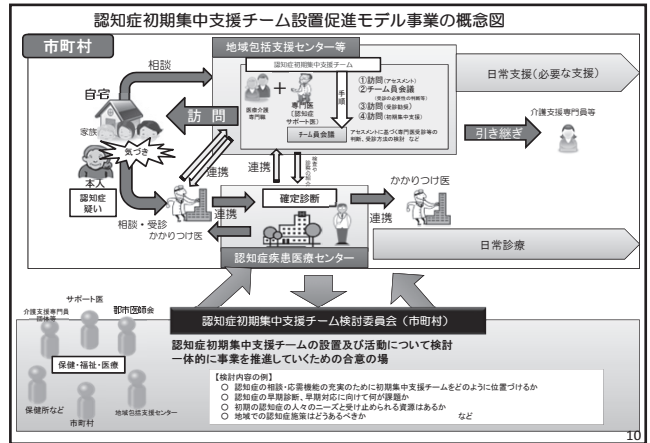
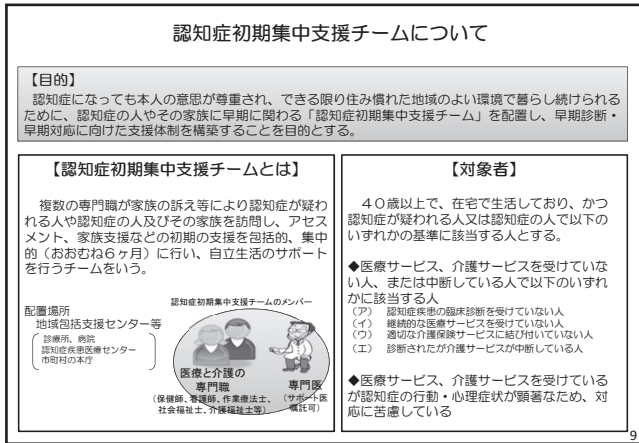
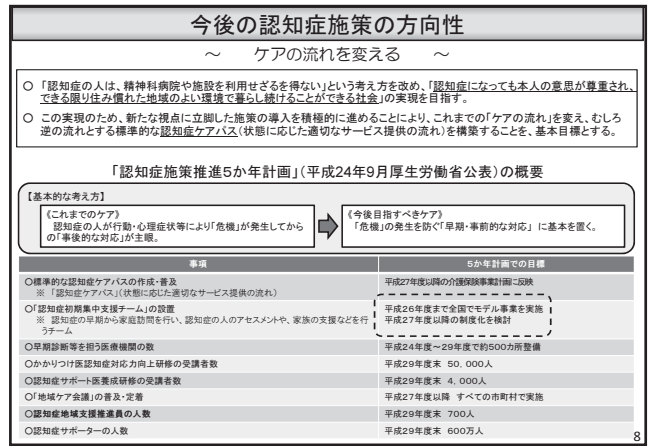
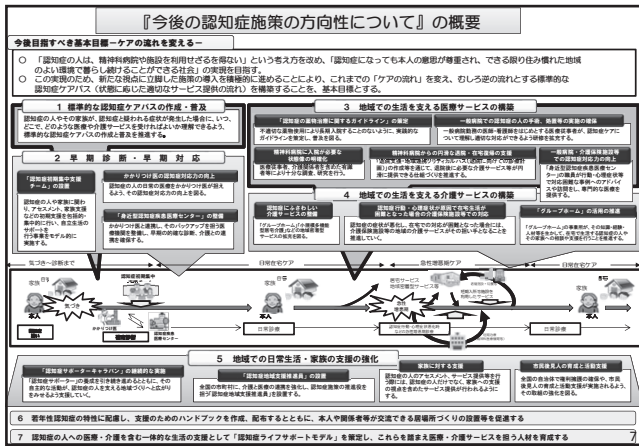
○ これまでの主な認知症施策は、

- ① 早期受診・対応の遅れによる認知症状の悪化。
- ② 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護サービスが量、質の両面から不足。
- ③ 地域で認知症の人とその家族を支援する体制が不十分。
- ④ 医療・介護従事者が現場で連携がとれた対応が出来ていないケースがある。

など、様々な課題が指摘されてきた。

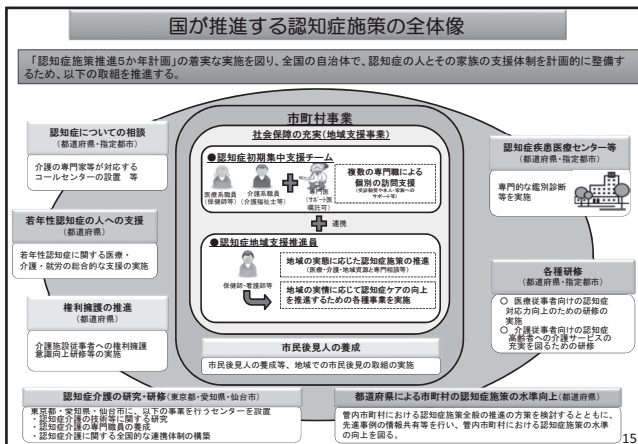
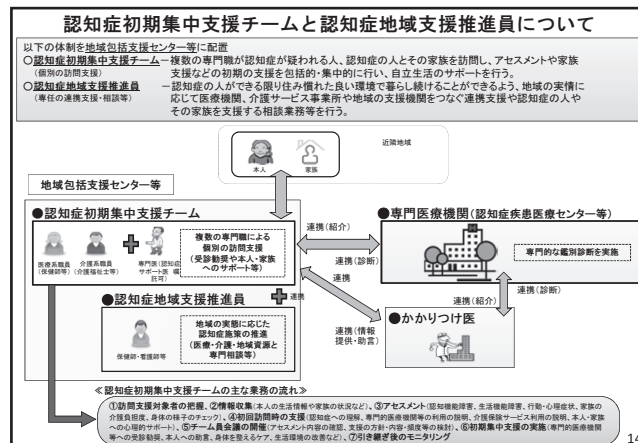
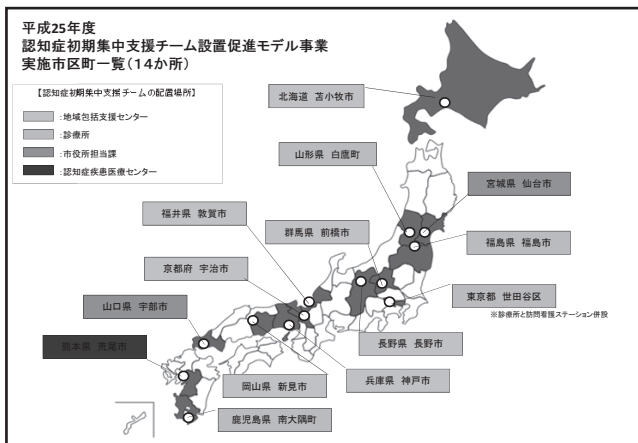
○ 厚生労働省としては、これらの課題に対応し「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すため、認知症施策推進5か年計画を策定し、平成25年度から取組を実施している。

○ また、各介護サービス利用者にも多く認知症の方が含まれていることや、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者のうち半数が在宅で生活している実態から、地域の実情に応じた対応が必要。



- ### 今回のモデル事業におけるアセスメントツール
1. 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート
(Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System: DASC)
 2. 認知症行動障害尺度
(Dementia Behavior Disturbance Scale: DBD13)
 3. Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目
(Zarit Burden Interview: J-ZBI_8)
 4. 身体の様子チェック票

- ### 初期集中支援の内容
- 医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者に適切な医療機関の専門受診に向けた動機付けを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。
 - 訪問支援対象者の状態像に合わせた適切な介護サービスの利用が可能となるように、必要に応じて介護サービスの利用の勧奨・誘導を行う。
 - 認知症の重症度に応じた助言
 - 身体を整えるケア
 - 生活環境の改善 など



認知症に関する最新知見

地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター研究所

栗田 主一

2014.2.16
認知症初期集中支援チームに対応する作業療法士のための研修会

認知症に関する最新知見

東京都健康長寿医療センター研究所
粟田 主一



一人暮らしの高齢者のある事例から 認知症総合アセスメントの重要性

事例：80歳，女性

- ・ 元教員。現在はマンションで一人で暮らしている。
- ・ 60代で大腸がんの手術を受けており、その頃から近医で高血圧症の治療を受けていたが現在は通院していない。
- ・ 79歳頃から、夜中にベランダで大声をあげたり、ゴミを溜め込んで悪臭を発生させたり、隣家の扉を朝4時頃から怒鳴り声をあげて叩いたり、近隣住民とのトラブルが絶えなくなった。
- ・ 近隣住民らがマンションの管理会社に相談し、管理会社が地域包括支援センターに連絡。以後、地域包括支援センターの社会福祉士がケースに関わるようになった。

事例の続き

- ・ 社会福祉士が女性宅を訪問したところ、身体的には自立しており、にこやかに話をするが、もの忘れは著しく、話したことはすぐに忘れる。家の中も整理できない様子で雑然としており、冷蔵庫の中の食べ物は腐っており、それを食べているようである。
- ・ 財布、鍵などを紛失し、「泥棒が家に入る」「犯人は近隣に住む特定の人物」だと言い、窓にガムテープを張り、マンションの玄関に抗議の張り紙をし、室内やベランダで大声を上げ、夜中に警察を呼んだり、昼夜を問わず隣人宅を訪問したりしている。
- ・ 部屋の片隅には何故か新品のDVDが3台ある。

事例の続き

- ・ 社会福祉士は、区役所の担当課と相談し、親戚縁者を探したところ、青森県に20年前に離婚した元夫と娘がいることがわかり連絡してみた。が、対応は困難という返事だった。
- ・ 本人を説得して、何とか近くの精神科クリニックを受診させたところ、老年精神病という診断で抗精神病薬の処方を受けたが、本人は服薬も通院も拒否。
- ・ 地域包括支援センターでケース会議を開催。「これ以上の在宅ケアは困難、入院の方向にもっていきたい」ということになり、認知症疾患医療センターの相談室に連絡をいれた。

情報の整理

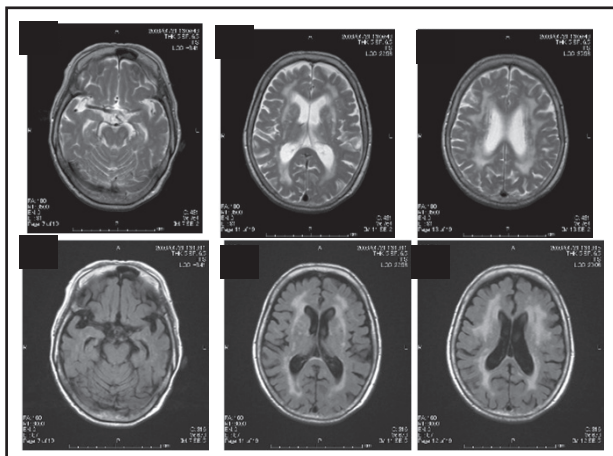
領域	内容
認知症疾患	？
認知機能	近時記憶障害
生活機能	金銭管理の障害、服薬管理の障害、食事の準備の障害
身体の状態	高血圧症、大腸がん術後
行動・心理症状 (BPSD)	被害妄想、物盗られ妄想、侵入妄想、攻撃性、易興奮性、夜間不眠、叫声
社会的状況	独居、身寄りなし、近隣トラブル、医療機関への受診困難、悪質商法被害

事例の続き

- 医療相談室では、①認知症疾患の可能性があること、②高血圧症の治療が中断していること、③大腸がんの定期健診も中断していることなども勘案して、まずは、当院の認知症疾患医療センターに受診してもらい、鑑別診断と総合的な医学的評価を受けることを助言した。
- 地域包括支援センターの社会福祉士も、本人が大腸がんのことを気にしていること知っていたので、まずは、スタッフ同伴でセンターを受診するように説得してみるということになった。

初診時所見

- MMSE 20/30, 3単語遅延再生(0/3), 時間失見当識(2/5), 連続7減算(2/5), 透視立法体図模写・時計描画障害
- 身体的ADL自立, 手段的ADL障害(金銭管理, 服薬管理, 家事障害)
- 精神症状・行動障害:被害妄想, 侵入妄想, 物盗られ妄想, 攻撃性, 易興奮性, 夜間不眠, 叫声
- 神経学的異常所見(-), 血圧 180-100mmHg
- 血液・生化学検査・甲状腺機能・VitB1/B12・葉酸異常なし, 梅毒血清反応(-)
- 頭部CT: 両側側頭葉萎縮, 両側大脳白質に融合性低吸収域(慢性虚血性変化)



認知症の総合アセスメント

領域	内容
認知症疾患	脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症
認知機能障害	近時記憶障害, 時間失見当識, 視空間構成障害, 実行機能障害(判断力・問題解決能力の障害)
生活機能障害	金銭管理の障害, 服薬管理の障害, 食事の準備の障害
身体合併症	高血圧症, 大腸がん術後
精神症状・行動障害(BPSD)	被害妄想, 物盗られ妄想, 侵入妄想, 易刺激性, 攻撃性, 夜間不眠, 叫声
社会的状況	近隣トラブル, 独居, 身寄りなし, 医療機関への受診困難, 悪質商法被害

診断と方針

- 要介護認定を受け, 在宅サービスを利用しながら, 地域包括支援センターと認知症疾患医療センター相談室とで連携してアウトリーチによる支援を継続
- 地域包括支援センターの社会福祉士同伴で定期的に当院(精神科, 内科)に通院して医学的管理
- 訪問看護を導入して服薬管理
- 権利擁護センターを利用して財産管理の支援
- 青森に住む元夫, 娘に病状を説明して, 成年後見制度の申し立てを依頼。
- 後見人が選任された段階で, 本人とも相談しながら, 施設入所の契約を勧める。

方針

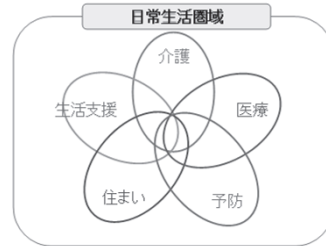
- 地域包括支援センターと認知症疾患医療センター相談室とで連携してアウトリーチによる支援を継続
- 地域包括支援センター社会福祉士同伴で定期的に通院→毎回, 通院の説得がたいへん
- 訪問看護を導入して服薬管理→訪問看護師の顔が覚えられず, やがて訪問を拒否
- 権利擁護センターを利用して財産管理
- 元夫, 次女に病状説明, 成年後見制度の申し立てを依頼。後見人が選任されたら, 施設入所の契約を進める→申請をしてもらえることになった。
- 不動産会社からは退去勧告。本人も下痢, 便失禁。
- 後見人が選任され, 医療保護入院となる

Community-based Integrated Care

Community-based Care (地域を基盤としたケア) ↓ 地域の特性に応じた	■ 地域のニーズに根ざし、それによって運営される。その地域の人々の信念、好み、価値観に合わせて構築され、一定レベルの社会参加によって保障される。 ■ 地域のニーズに合致した保健サービスの提供が可能となり、地域住民が自分達のシステムに自ら関与し、ルールを積極的に遵守するようになる。
Integrated Care (統合型のケア) ↓ 包括ケア	■ 異なる組織間のケアの連携・協調によって、ケアの分断を減らすことをめざしたシステム。 ■ 診断・治療・ケア・リハビリ・健康増進などに関するサービスの投入・分配・管理・組織化が一括化され、サービスのアクセス、質、利用者満足度、効率性が向上する。

Plochg T & Klazinga NS (2002)

地域包括ケアシステムとは



- ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制。
- 地域包括圏域: おおむね30分以内に駆けつけられる圏域。具体的には中学校区。

「地域包括ケア研究会」報告書(平成22年3月)より

地域包括ケアシステムとは



平成24年度老人保健健康増進等事業「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業」報告書より引用(平成25年3月)

介護サービスの基盤強化のための 介護保険法等の一部を改正する法律 (平成23年第177回通常国会で成立)

改正介護保険法

- ・ 第5条(国及び地方公共団体の責務)3項

国及び地方公共団体は、被保険者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活が営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するように努めなければならない。

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 「今後の認知症施策の方向性について」 (平成24年6月18日)

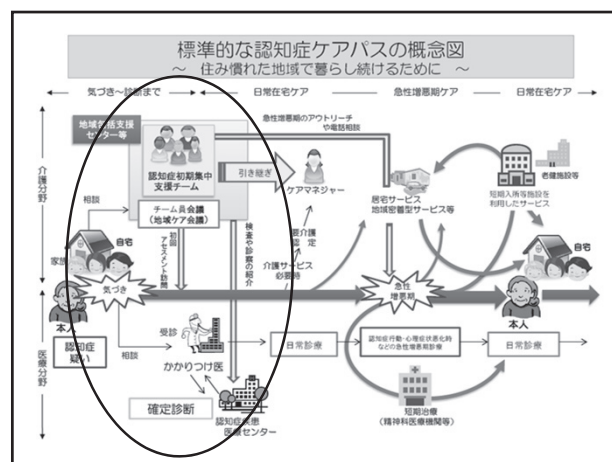
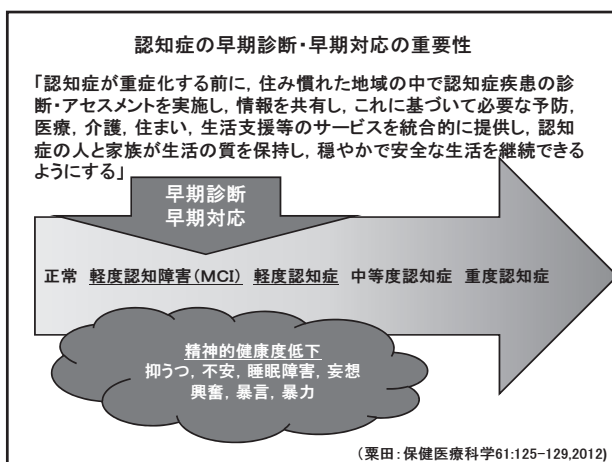
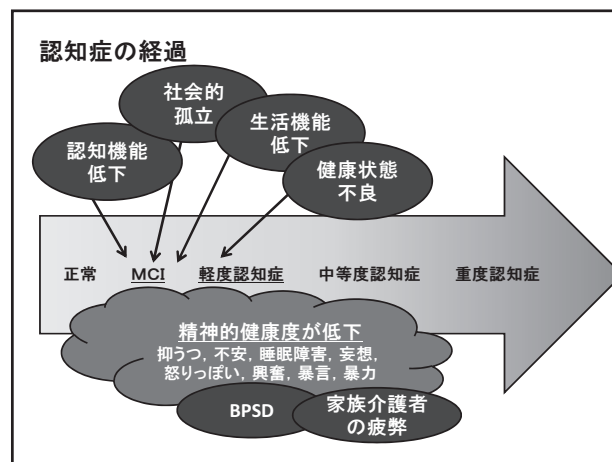
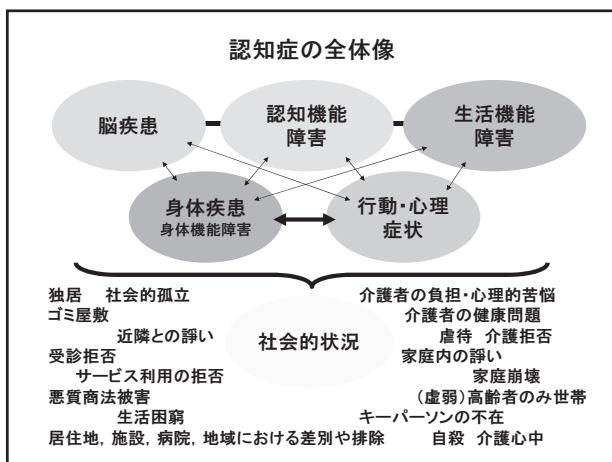
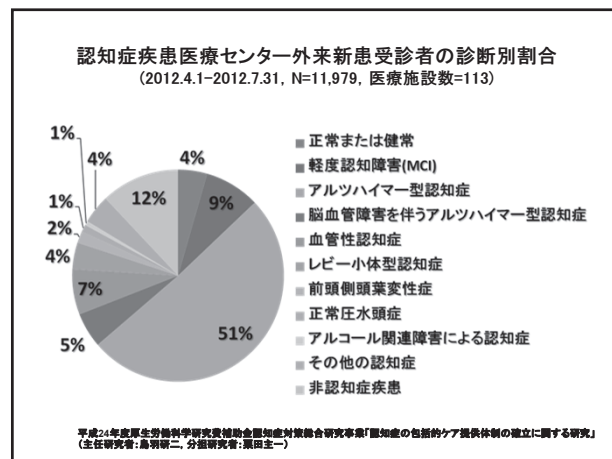
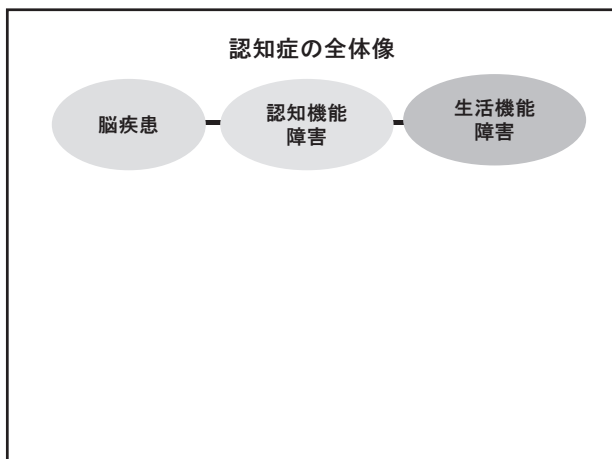
■ 基本目標: 「ケアの流れを変える」ことにあり、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現をめざす。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域で生活を支える医療サービスの構築
4. 地域で生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

その背景には・・・

- ・ 認知症疾患の診断が為されず、
- ・ 医療や介護等の必要なサービスへのアクセスが遅れ、
- ・ 認知症の行動・心理症状が悪化し、
- ・ 身体機能が低下し、
- ・ 家族介護者も疲弊し、
- ・ 社会的に孤立し、
- ・ 住み慣れた地域での生活が困難になる・・・

認知症の人は少ない。



認知症の人のサービスへのアクセスを改善するために
5つの課題

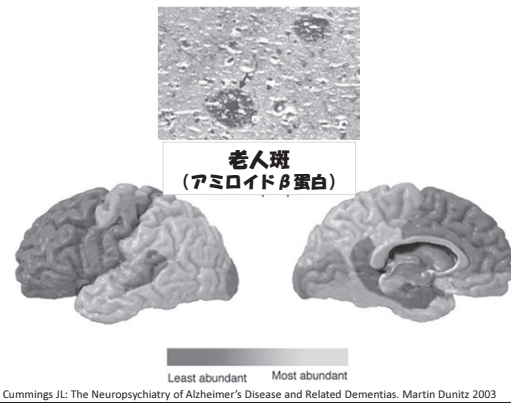
- ① 人々が認知症の理解を深め、偏見を解消し、「援助を希求する行動」と「援助を提供する行動」を促進させること
- ② 地域の中で認知症の相談に応じ、適切なアセスメントを行い、必要なサービスに繋ぎ・調整することができる機関があること → 地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム
- ③ 認知症の一般医学的管理を継続的に行うことができる医療サービスが確保されていること → かかりつけ医、サポート医
- ④ 認知症疾患の早期診断や行動・心理症状の管理等が可能な専門医療機関が適正に配置されていること → 認知症疾患医療センター、認知症医療支援診療所(仮称)
- ⑤ こうした戦略を有機的に連結させ、事業化させることができる機能が自治体にあること → 認知症対策推進会議、認知症ケアパスの作成など

援助希求行動と援助提供行動を促進するために
偏見の解消と理解の促進

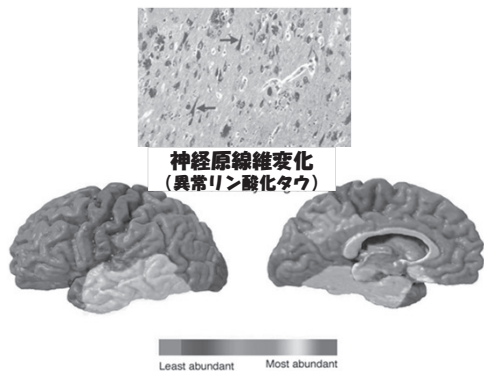
認知症サポーター養成講座の例



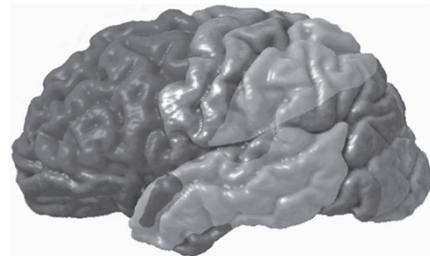
アルツハイマー型認知症では・・・



アルツハイマー型認知症では・・・

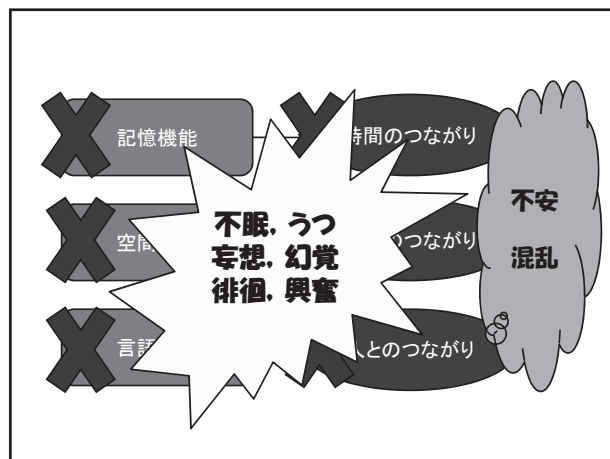
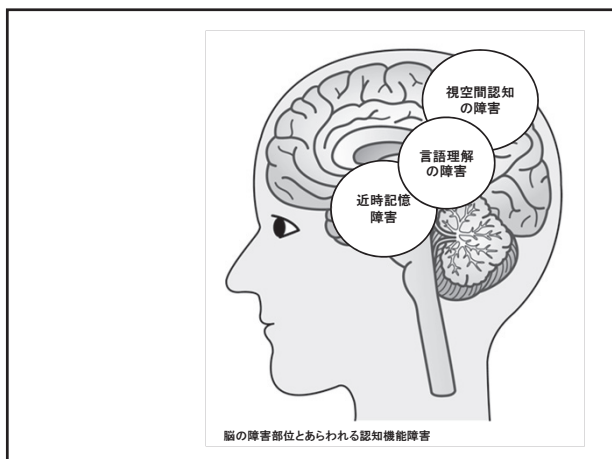


アルツハイマー型認知症では・・・




Cortical distribution of the cholinergic deficit in Alzheimer's disease. Yellow indicates reduction of 70-80%.

Cummings JL: The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Martin Dunitz 2003




ある一人暮らしの認知症のお話




ある日、娘夫婦が家を訪ねたところ、玄関に座り込んだまま立ち上がれなくなっている母親を発見した。救急車を呼んで病院を受診したところ、医師から腰椎圧迫骨折と言われ、「鎮痛薬を飲んで安静にしていれば回復しますよ」と説明された。しかし、娘夫婦は、本人が一人暮らしであり、最近認知症を疑わせる症状があるので「入院させてもらえませんか」と頼んだ。その直後……

ある一人暮らしの認知症のお話(続き)




本人は娘に対して、「むりやり私を病院に連れてきて私を入院させるつもりか！お前たちは私をボケ扱いして私の家をのっとするつもりか！」と大声をあげて興奮しはじめた。娘夫婦の話では、夫と死別してから、ひっきりなしに娘夫婦の家に電話をかけてきて、「財布をどこに隠した！」「通帳を勝手にもっていったら！」「私を追い出して家をのっとするつもりか！」と激しく攻撃するようになったという。こういう状態なので、娘夫婦は、「自分たちの家に連れて行くこともできない。どうか入院させて欲しい」と医師に懇願した。

アルツハイマー型認知症のことをよく知っている看護師がいると…



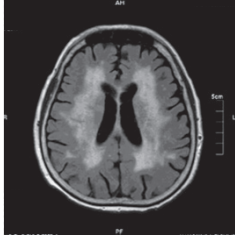
(一体どうなされたのですか？)
娘夫婦に無理やり病院に連れてこられたのです
(無理やり連れてこられたのですか？)
そうです。無理やりです
(玄関で動けなくなっていたのですか？)
そんなことはありません。仏壇をかたづけていただけです。そして娘たちが来て、いきなり私を自分たちの車に押し込んで連れてきたんです
(仏壇をかたづけていたんですね)
そうです
(ご主人の仏壇ですか？)
そうです。夫が突然死んだもので、その後始末がいろいろあって。



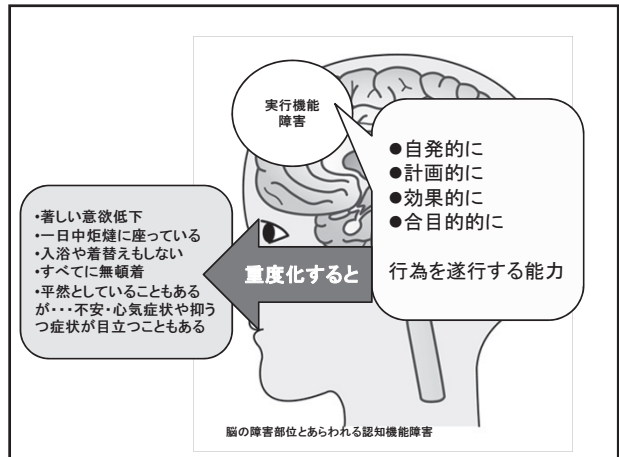
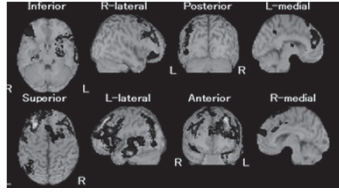
(それはたいへんでしたね)
ええ、突然だったものですから
(それからずっと一人暮らしをされていたんですか？)
そうです
(後片付けも一人でされていたんですね)
そうです。夫が突然死んだもので、仏壇をかたづけていたんです
(それで腰を痛めたのですか？)
だと思います
(腰の痛みは今もあるんですか？)
ええありますよ
(重いものをもったせいか、腰の骨が潰れてしまっているようですよ)
そうなんです

血管性認知症の画像

MRI



SPECT



実行機能(遂行機能)と生活機能

- お腹が減ったから、カレーライスを作って食べよう。
- 気分が減入ってきたから、散歩にでも行こう。
- 風邪をひいたみたいだから、病院に行って、薬をもらってこよう。
- 寒くなってきたから、冬支度をはじめよう。
- 経済的に厳しいので、福祉事務所に行って、生活保護受給について相談してみよう。
- 水道が出っぱなしで止まらない・・・どうしよう。そうだ、まずは水道の元栓をしめよう。それから水道局に連絡しよう・・・

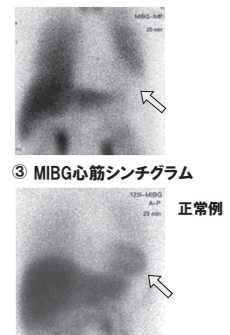
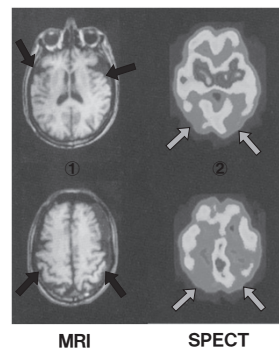
一日中何もせずに炬燵に入って
テレビを見ている

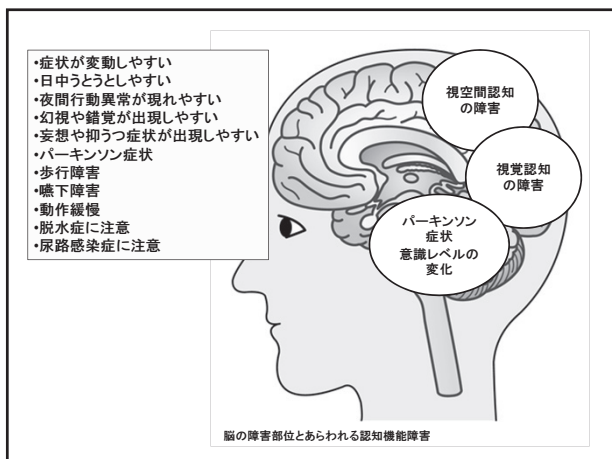
75歳の男性。
もともとお酒が好きで、よく飲み歩いていた。63歳で会社を退職してから、家で一人でお酒を飲むようになったが、やがて一日中何もせずに炬燵に入ってテレビを見て過ごすばかりになり、言わなければ着替えもせず、入浴もしなくなった。もともと高血圧症と糖尿病があったが、それも悪くなっているようだ・・・

レビー小体型認知症とは

- 認知症とパーキンソン症状を主症状とし、レビー小体が脳幹や大脳皮質に多数出現する認知症。
- レビー小体の主要な構成成分は αシヌクレイン と呼ばれる異常蛋白質であることが明らかにされている。

レビー小体型認知症の画像



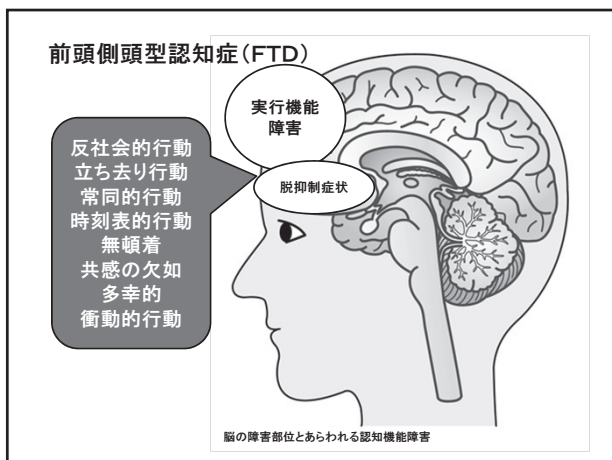


家の中に見知らぬ人が……

74歳の女性。
 「家の中に見知らぬ人が入ってきて、家の中のものを勝手にもっていく」「仏壇の前で小さな子どもたちが遊んでいる」などと言い、誰もいないのに「どこから来たの」などと声をかけたりする。夜中寝ているときに大声を出し、隣で寝ている夫を叩いたりすることがある。日中うとうと過ごしていることも多い。最近は歩行が不安定になり、転びやすい。

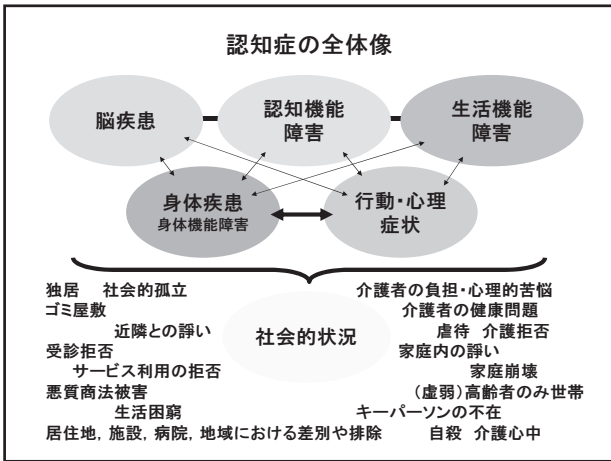
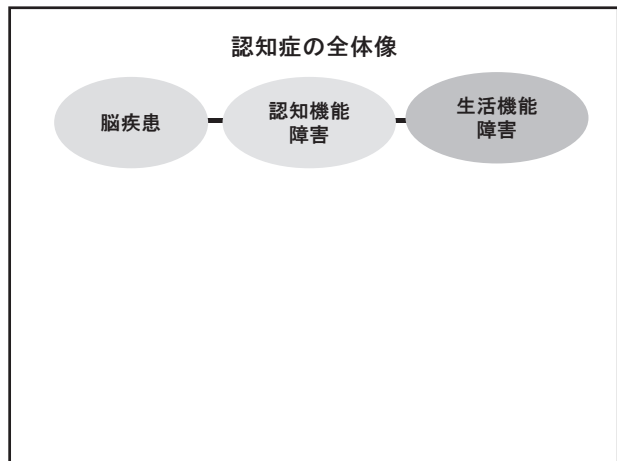
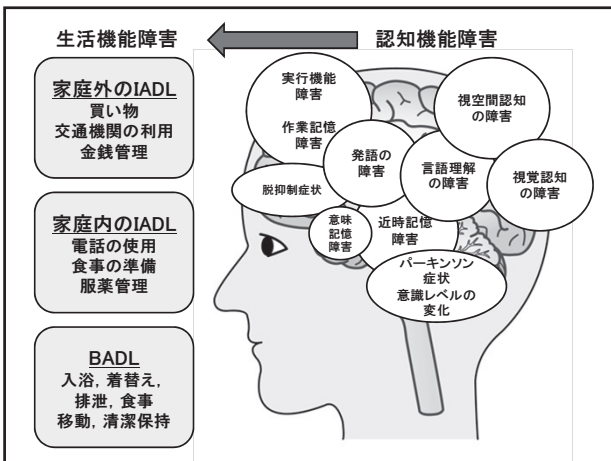
前頭側頭葉変性症とは

- 大脳前方領域(前頭葉や側頭葉前部)に原発性変性を有する非アルツハイマー型変性性認知症の総称。
- 前頭側頭型認知症(FTD), 進行性非流暢性失語(PNFA), 意味性認知症(SD)という3つの臨床亜型がある。



すべてに無頓着, 同じことばかりする…

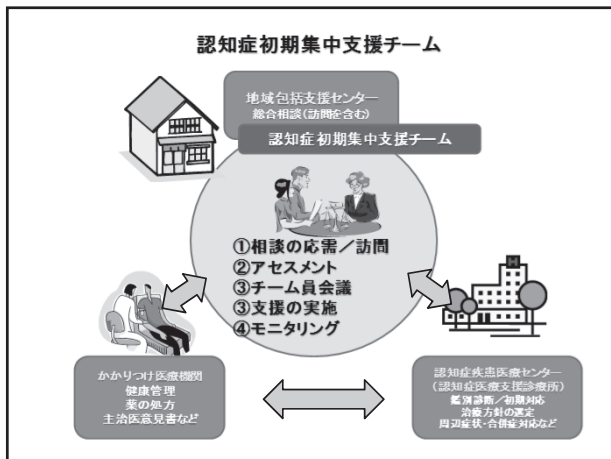
63歳の男性
 仕事のこと、家族のこと、世の中の出来事も、何に対しても興味や関心がなくなった。人が来ても挨拶もせずに勝手にいなくなる。普段もあまりしゃべらないが、たまにしゃべっても同じことしか言わない。いつも午後3時になると自転車に乗ってどこかにでかけていく。コンビニでいつも決まったパンを買ってくる。



地域包括ケアシステムを実現する調整機関
地域包括支援センター

- 地域包括支援センター**
- A) 地域包括ケアシステムの理念を実現するための調整機関として、2006年に、中学校単位に設置（現在4,000ヶ所）
 - B) 医療保険・介護保険の制度的サービスと地域活動を調整し、支援を必要とする人々に必要な支援を提供
 - C) 包括的支援事業：①総合相談支援業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、④介護予防ケアマネジメント業務
 - D) 指定介護予防支援事業：予防給付のケアマネジメント
 - E) 認知症早期支援についての期待（例：仙台市）
 1. 認知症の相談窓口
 2. 認知症総合アセスメント
 3. 医療機関と情報共有

- 認知症初期集中支援チーム等設置促進モデル事業**
- 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業**
- ・ 認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるようにするために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。
- 認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業**
- ・ 認知症の人への早期診断・早期対応及び危機回避支援を行う認知症疾患医療センター「認知症医療支援診療所（仮称）」の試行的実施を通じて、認知症の人に対する地域包括支援体制として、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センターと有機的に機能した認知症医療体制づくりを目指すための調査及び検証を行う。
- 60



認知症の人と家族の暮らしを支えるために
認知症初期集中支援チーム

- 認知症初期集中支援チームの事業**
- 簡略化すると
1. 普及啓発推進事業
 2. 認知症初期集中支援の実施
 - ① 訪問支援対象者の把握
 - ② 情報収集
 - ③ アセスメント
 - ④ 初回家庭訪問
 - ⑤ チーム員会議の開催
 - ⑥ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携
 - ⑦ 初期集中支援の終了とその後のモニタリング
 - ⑧ 初期集中支援に関する記録
 3. 「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置
- 地域包括支援センターで
A. 相談応需
↓
B. 総合アセスメント
↓
C. チーム員会議
↓
D. 初期集中支援

- A. 相談応需**
- ・ 地域包括支援センター等において相談を受け、「初期集中支援の対象か否かの判断を行う。
- 年齢が40歳以上、認知症疑われる、在宅で生活している

ア. 医療サービス、介護サービスを受けていない、または中断している

 - A) 認知症の臨床診断を受けていない
 - B) 継続的な医療サービスを受けていない
 - C) 適切な介護保険サービスに結びついていない
 - D) 診断されたが介護サービスが中断している

イ. 認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している
- 注) 多くの事例が社会的困難事例: 独居、高齢者世帯、医療機関への受診困難、キーパーソンの不在、地域社会の中でのトラブル……

- B. アセスメント(初回家庭訪問を含む)**
- ・ アセスメントは地域包括支援センターでの来所面談でも可能であるが、本人の住まい、暮らしの様子を知るために、可能な限り家庭訪問を行う
 - 訪問対象となっている本人から訪問の了解が得られない場合には、訪問方法について十分所内で検討する
 - 訪問の準備
 - ・ 訪問同行者の調整
 - ・ 訪問前の十分な情報収集
 - ・ 訪問約束の調整
 - ・ 本人が独居で、身寄りが不在場合の訪問の仕方の検討
 - 訪問の実施
 - ・ 訪問体制
 - ・ 留意点

- B. アセスメント(初回家庭訪問を含む)**
- ・ 認知症アセスメントシートを用いて、総合アセスメントを行う
 - 認知症のよく見られる認知機能障害と生活機能障はDASCで評価
 - BPSDが見られる場合、チェックリストのチェックと具体的に記述、DBD-13でその程度を評価
 - 身体症状および状態は、いつごろ、どのような疾患に罹り、どこの医療機関に通院し、服薬内容・状況、気づいたこと
 - 社会的困難状況は具体的に記述(チェックリスト)
 - 本人の暮らしぶり
 - 家族の状況、介護負担はZBI-8で評価

C. チーム員会議

- ・ アセスメントの結果を関係者間で情報共有しながら、課題解決に向けた支援策を検討



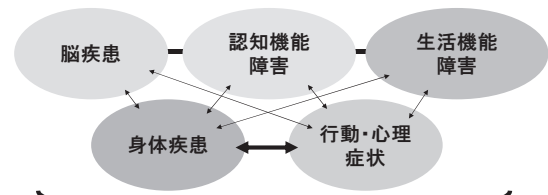
D. 初期集中支援

- ・ 一般的な支援
 - 医療機関への受診支援
 - 家族介護者への支援
 - 身体的ケアに関する支援
 - 独居者の場合には生活支援
 - 特に服薬管理、金銭管理
 - 成年後見制度の利用に関する支援
 - 経済的困窮に対する支援
 - 介護保険サービスの利用に関する支援
 - BPSDへの対応や予防に関する支援

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System

認知症アセスメントシート

認知症の全体像



一人暮らし、社会的孤立、生活困窮、ゴミ屋敷、受診拒否、サービス利用の拒否、悪徳商法被害、居住地、施設、病院、地域における差別や排除

介護者の負担・心理的苦悩、介護者の健康問題、虐待、介護拒否、家庭崩壊、老々介護、認々介護、自殺、介護心中

社会的問題

認知症の総合アセスメント

認知症疾患	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、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など。
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など。
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴)の障害、手段的日常生活動作能力(電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理)の障害。
身体疾患・身体機能障害	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、膵臓性膵炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、痔創、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など。
精神症状・行動障害	妄想、幻覚、誤認、抑うつ状態、アパシー、不安、徘徊、焦燥、破局反応、不平を言う、脱抑制、じまをずる、拒絶症、せん妄など。
社会的問題	介護負担、介護者の健康問題、経済的困窮、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、火の不始末、交通事故の危険、老老介護、認知介護、独居、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。

認知症総合アセスメント票

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System (DASC)

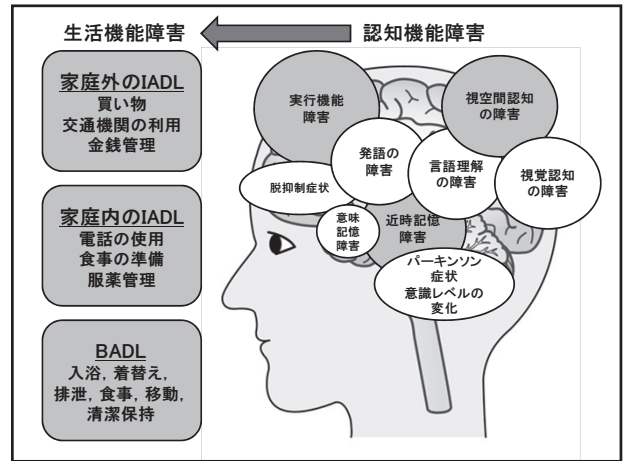
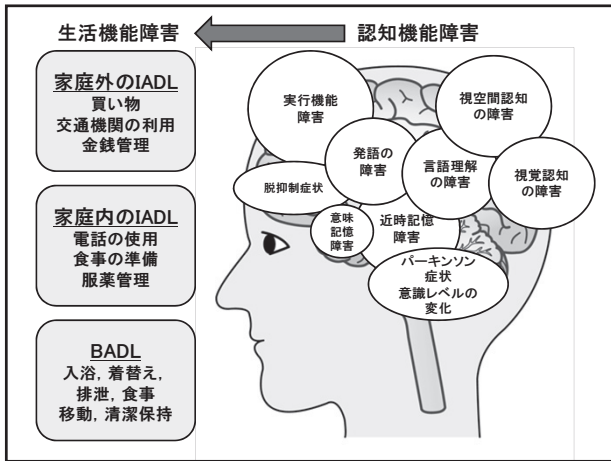
表面 認知機能、生活機能

裏面 身体合併症、精神症状・行動障害、社会的状況

認知症の総合アセスメント

認知症疾患	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、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性上麻痺、皮質基底核変性症など。
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など。
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴)の障害、手段の日常生活動作能力(電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理)の障害。
身体疾患・身体機能障害	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、顕微性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、褥創、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など。
精神症状・行動障害	妄想、幻覚、誤認、抑うつ状態、アパシー、不安、徘徊、焦燥、破局反応、不平等を言う、脱抑制、じゃまをする、拒絶症(せん妄)など。
社会的問題	介護負担、介護者の健康問題、経済的困窮、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、火の不始末、交通事故の危険、老老介護、認知介護、独居、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。

認知症の全体像



地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート (DASC-21)
 Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

記入日	年	月	日	生年月日:	年	月	日 (歳)	男	女	職別
ご本人の氏名: _____										
本人以外の情報提供者の氏名: _____ (本人との関係: _____) 記入者氏名: _____ (所属・職種: _____)										
				1点	2点	3点	4点	評価項目		
01	もの忘れが多いと感じますか	a. 感じない	b. 少し感じる	c. 感じる	d. とても感じる	導入の質問 (該当せず)				
02	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	a. 感じない	b. 少し感じる	c. 感じる	d. とても感じる	見当識				
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	a. ありません	b. ときどきある	c. 頻りにある	d. いつもあります	記憶				
2	5分前に関いた話を思い出せませんか	a. 思い出せます	b. 思い出せません	c. 思い出せません	d. 思い出せません	近時記憶				
3	自分の生年月日がかかわらないことがありますか	a. 思い出せます	b. 思い出せません	c. 思い出せません	d. 思い出せません	時間				
4	自分が何月何日かわからないことがありますか	a. 思い出せます	b. 思い出せません	c. 思い出せません	d. 思い出せません	場所				
5	自分の住んでいる場所がどこかわかりませんか	a. 思い出せます	b. 思い出せません	c. 思い出せません	d. 思い出せません	場所				
6	電気がガスや水道が止まると、一日の計画を自分で立てることができませんか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	問題解決				
7	季節や状況に合わせて、一人で買い物に行けますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	社会的判断				
8	バスや電車、自宅用車などを使って、一人で外出できますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	交通機関				
9	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いが一人でできますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	金銭管理				
10	自分で、薬を処方された時間通りに飲むことができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	服薬管理				
11	自分で、着替えることができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	入浴				
12	自分で、入浴することができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	入浴				
13	自分で、排泄することができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	排泄				
14	自分で、食事の準備ができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	食事				
15	自分で、移動することができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	移動				
16	清潔に保つことができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. できません	清潔保持				

項目	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	導入の質問
01	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	近時記憶
2	5分前に関いた話を思い出せませんか	まったくない	ときどきある	頻りにある	いつもある	近時記憶
3	自分の生年月日がかかわらないことがありますか	まったくない	ときどきある	頻りにある	いつもある	時間
4	自分が何月何日かわかりませんか	まったくない	ときどきある	頻りにある	いつもある	場所
5	自分の住んでいる場所がどこかわかりませんか	まったくない	ときどきある	頻りにある	いつもある	場所
6	電気がガスや水道が止まると、一日の計画を自分で立てることができませんか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	問題解決
7	季節や状況に合わせて、一人で買い物に行けますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	社会的判断
8	バスや電車、自宅用車などを使って、一人で外出できますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	交通機関
9	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いが一人でできますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	金銭管理
10	自分で、薬を処方された時間通りに飲むことができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	服薬管理
11	自分で、着替えることができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	入浴
12	自分で、入浴することができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	入浴
13	自分で、排泄することができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	排泄
14	自分で、食事の準備ができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	食事
15	自分で、移動することができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	移動
16	清潔に保つことができますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できません	清潔保持

初回訪問とチーム員会議 (東京都健康長寿医療センター)



チーム員会議とは

- 重層的な課題をもち、複合的な支援を必要とする個人に対して、多職種で構成されるチーム員が、情報を共有し、課題を明確化させ、具体的な支援の方法を決定し、支援を統合的に提供していくことができるようにするための調整会議。

課題解決に向けたアプローチの基本的考え方

1. 本人の主体性を尊重しながら、可能性のある課題解決に向けて、本人や家族とともに歩んでいくことを基本とするアプローチである。
2. そのような作業を継続することによって、重層的な課題に直面し、不安を感じている人も、寄り辺のなさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を徐々に回復し、その人なりの課題解決に向けて、共に生きていこうという気持ちが現れる可能性がある。

チーム員会議の設営

- メンバーの招集
 - コーディネーターを定め、コーディネーターがメンバーを招集し、チーム員会議を開催する。
- 会議の進行にあたって留意すべきこと
 - 支援の対象が誰であるか(本人か、家族か)を確認する。
 - 被支援者の担当者を確認する。
 - 担当者が被支援者の状況とアセスメントの結果を報告する。
 - 支援に関わる他の関係者も情報を提供し、チーム内で情報を整理・共有しながら、初期集中支援の計画(問題解決に向けたアプローチ)を進める。
 - 把握された情報、アセスメントの結果、当面の課題、支援の方針と計画、役割分担、支援のゴールなどを記録する。
 - 次回会議の時期を定める。

課題解決に向けたチームアプローチの方法

1. 情報を整理して、共有する。
2. 課題を明確化させる。
3. 優先度の高い課題を選択する。
4. さまざまな解決策を案出する。
5. 導入する支援を決定する。
6. 役割を分担する。

<支援を導入する>

7. 支援の結果を評価する。

情報を整理して、共有する。

- 収集された情報を、認知症総合アセスメントの各領域を念頭におきながら、整理する。
- 認知機能:
 - 近時記憶障害、時間失見当識
- 生活機能:
 - 金銭管理、服薬管理、食事の準備に支障がある。
- 身体の状態:
 - 高血圧症があるがコントロールが不良、栄養状態もやや不良。
- 精神症状・行動障害:
 - 近隣の住民に対するもの盗られ妄想がある。金銭への不安が大きい。
- 社会的状況:
 - 一人暮らし、キーパーソンは他県に住む長女。
 - 内科へ通院しているが、不定期。処方薬はたまっている様子。
 - とくどき近隣トラブルあり。
 - 食事は近所の店で買って食べているようだが、栄養のバランスは悪そう。
 - 近隣住民は火の不始末を心配している。

課題を明確化させる

- チーム員で話し合いながら、課題を明確化させていく。
- 軽度の認知症と思われるが診断はされていない。
- 血圧が高い。内科への通院も不定期。服薬管理に支障を来している様子。
- 食事の準備に支障があり、栄養のバランスがとれた食事がとれていない。
- 金銭に対する本人の不安は強く、金銭管理にも支障を来している様子。
- 冬場は石油ストーブを使用しているようだが、火の不始末が心配。その他、独居生活での安全が心配。
- 終日、家の中で何もせずに過ごしている様子。
- 要介護認定は受けていず、サービスは利用していない。

優先度の高い課題を選択する

- 軽度の認知症と思われるが診断はされていない。
- 血圧が高い。内科への通院も不定期。服薬管理に支障を来している様子。
- 食事の準備に支障があり、栄養のバランスがとれた食事がとれていない。
- 冬場は石油ストーブを使用しているようだが、火の不始末が心配。その他、独居生活での安全が心配。
- 要介護認定は受けていず、サービスは利用していない。

導入する支援を決定する

- 軽度の認知症と思われるが診断はされていない。
- 血圧が高い。内科への通院も不定期。服薬管理に支障を来している様子。
 - － 長女に連絡し、本人の状況、受診の必要性をわかりやすく説明する。
 - － かかりつけ医に情報を提供、認知症の鑑別診断(専門医療機関への紹介)、降圧剤を含め1日1回処方の可能性について検討してもらう。
- 食事の準備に支障があり、栄養のバランスがとれた食事がとれていない。
 - － 本人・長女と相談し、配食サービスの導入などを検討する。
- 冬場は石油ストーブを使用しているようだが、火の不始末が心配。その他、独居生活での安全が心配。
 - － 本人・長女と相談し、暖房や調理設備などの電化製品導入や、安全生活を確保するための検討を行う。
- 要介護認定は受けていず、サービスは利用していない。
 - － 介護保険制度について本人と長女に説明し要介護認定を受ける方向で、本人、長女、かかりつけ医で話し合えるようにする。

役割を分担する

- 軽度の認知症と思われるが診断はされていない。
- 血圧が高い。内科への通院も不定期。服薬管理に支障を来している様子。
 - － 長女に連絡し、本人の状況、受診の必要性をわかりやすく説明する。
本人担当の保健師
 - － かかりつけ医に情報を提供、認知症の鑑別診断(専門医療機関への紹介)、降圧剤を含め1日1回処方の可能性について検討してもらう。
医師
- 食事の準備に支障があり、栄養のバランスがとれた食事がとれていない。
 - － 本人・長女と相談し、配食サービスの導入などを検討する。
本人担当の保健師
- 冬場は石油ストーブを使用しているようだが、火の不始末が心配。
 - － 本人・長女と相談し、暖房や調理設備などの電化製品導入や、安全生活を確保するための検討を行う。
作業療法士
- 要介護認定は受けていず、サービスは利用していない。
 - － 介護保険制度について本人と娘に説明し要介護認定を受ける方向で、本人、娘、かかりつけ医で話し合えるようにする。
本人担当の保健師

支援の結果を評価する

- 軽度の認知症と思われるが診断はされていない。
- 血圧が高い。内科への通院も不定期。服薬管理に支障を来している様子。
 - － 長女に連絡し、本人の状況、受診の必要性をわかりやすく説明する
 - － 保健師が娘へ説明、娘同伴でかかりつけ医を受診した。
 - － かかりつけ医に情報を提供、認知症の鑑別診断(専門医療機関への紹介)、降圧剤を含め1日1回処方の可能性について検討してもらう。
 - － 医師がかかりつけ医宛てに情報提供書を記載。かかりつけ医から認知症疾患医療センターに紹介されアルツハイマー型認知症と診断された。
 - － 降圧剤と抗認知症薬は1日1回処方とし、当面は訪問看護を導入して、服薬状況と健康状態、生活状態を定期的にチェックすることにした。
- 食事の準備に支障があり、栄養のバランスがとれた食事がとれていない。
 - － 本人・長女と相談し、配食サービスの導入などを検討する。
- 冬場は石油ストーブを使用しているようだが、火の不始末が心配。
 - － 本人・長女と相談し、暖房や調理設備などの電化製品導入や、安全生活を確保するための検討を行う。
- 要介護認定は受けていず、サービスは利用していない。
 - － 介護保険制度について本人と娘に説明し要介護認定を受ける方向で、本人、娘、かかりつけ医で話し合えるようにする。
 - － 週1回の配食サービスを導入。かかりつけ医より主治医意見書を記載してもらい、要介護認定の申請を行っている。

石巻市牡鹿町網地島における試み



牡鹿半島から望む網地島
人口433人(H24.9現在)
高齢化率 71%

廃校になった小学校に開院した網小医院にて島に暮らす認知症高齢者の「住まい」や「日常生活支援」について話し合う



認知症になっても安心して暮らせる地域社会をどのようにして創出していくか、人々の叡智を結集していかなければなりません。

ご清聴ありがとうございました。

認知症に関する最新知見

群馬大学大学院保健学研究科

山口 晴保

認知症に関する最新知見

群馬大学大学院保健学研究科 山口晴保

略歴 1976年群馬大医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、1980年に神経内科に入局し、アルツハイマー病の研究を開始。1986年に群馬大医療短大助教授、1993年に同教授。1996年に改組で群馬大学医学部保健学科教授。2011年4月より組織替えで現職。近年は、群馬県の地域リハビリテーション連携システム作り、介護予防、認知症介護研究の普及に注力。2008年、NHK「ためしてガッテン」、NHK教育「ここが聞きたい！名医にQ」に出演。2009年、NHK「ご近所の底力」、2011年NHK「クローズアップ現代」、NHK教育「福祉ネットワーク」、テレビ朝日「たけしの健康エンターテインメント！みんなの家庭の医学」に出演

現職：群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座・教授。認知症専門医、リハビリテーション専門医。日本認知症学会副理事長、日本認知症ケア学会評議員、群馬県地域リハビリテーション協議会委員長、ぐんま認知症アカデミー代表幹事

<山口晴保研究室ホームページ> <http://orahoo.com/yamaguchi-h/>
山口晴保研究室の論文や、認知テストの用紙などが見られます。

<認知症についての医学的理解>

- * 認知症の有病率（頻度） 5歳長生きすると倍増 90代では過半数
長寿と認知症はセット販売です。いつかは認知症
- * 認知症発症の20～30年前に脳のβアミロイド沈着（老化性病変）が始まっている
長い時間をかけて発症する
- * アミロイドイメージング 発症の15年前から脳βアミロイド（βタンパク）沈着を明らかに
ボランティアとして通所 進行が遅い
- * 認知症とは 脳の病気で、認知機能が低下し、生活管理能力が低下して独居が困難に
- * アルツハイマー型認知症らしさ 取り繕い 病識のなさ
- * 11項目質問紙の活用 本人<家族→認知症 本人>家族→うつ
同じ事を何回も話したり、尋ねたりする
出来事の前後関係がわからなくなった
服装など身の回りに無頓着になった
水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
薬を管理してきちんと内服することができなくなった
以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
計画を立てられなくなった
複雑な話を理解できない
興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
判定：介護者が評価して3項目以上にチェックが付くと認知症が疑われる。

そのほかに、妄想や幻覚があれば受診を奨める

Maki Y: Dement Geriatr Cogn Disord Extra 3: 131-142, 2013
<用紙は山口晴保研究室ホームページからダウンロードを>

- * 認知症の判定は生活障害から
- * アルツハイマー病らしさ 自己モニタリングできない 病識低下
必ず言い訳する 取り繕い 本人と家族・介護者の話（実態）に乖離
もの忘れではなく、自分が忘れることの自覚がないことが問題を引き起こす
- * 山口式キツネ・ハト模倣テスト 簡単な手指模倣（頭頂葉機能）がADでは早期から低下
Yamaguchi H et al: Dementia Geriatr Cogn Disord 2010; 29:254-258
Yamaguchi H et al: Psychogeriatrics 11:221-226, 2011
- * 視点取得＝客観視 ADでは、早期から視点取得が困難
 - ・ 視点取得ができないと、①自己の客観視不能＝病識を持ってない、②他者の意図・心の内をくみ取る＝心の理論（5歳までに発達）が困難
 - ・ 自己モニタリングできない認知症の人のケアでは、介護者が本人の視点に立って考えること（本人の見えている世界を理解）が必須 例：+無い→盗られた
- * 山口表情作成課題 目隠しをしないで表情を作る（福笑い） 認知症で低下
Yamaguchi T, et al: Dement Geriatric Cogn Disord Extra. 2(1): 248-257, 2012
- * 比喩皮肉試験 認知症では字義通りの解釈が多い
Maki Y et al: Am J Alzheimer's Dis & Other Dem 28(1) 69-74, 2012
- * 適切な治療で行動・心理症状は良くなることが多い
「認知症は治らない」と、あきらめないで 困ったら早期受診を
易怒性にはドネペジル中止
メマンチンで穏やかに
- * 家族が「ためしてガッテン」をみてレビー小体型認知症と気付いた例
知っていれば気づく：幻視、症状の変動、パーキンソニズム、失神、レム睡眠行動障害
- * 認知症の原因で、症状が異なる もの忘れ、盗られた→アルツハイマー型、
幻視、見間違え、うつ→レビー小体型、わがまま、脱抑制、周徊→前頭側頭型
- * 訪問前に診断基準をチェックしよう レビー、前頭側頭型など

<認知症の症状とアセスメント方法>

- * 認知症の症状 認知症状 治りにくい より高次な認知機能：社会脳
行動・心理症状 BPSD 治せる
生活障害 認知症独特の症状 家庭生活の維持に対応が必要
社会脳 自己モニタリングや他者の意図理解の障害
- * 生活障害 家庭外のIADL→家庭内のIADL→BADL

* 家庭外のIADL障害 <栗田主一>

認知症では、問題解決能力や判断力の障害（または遂行機能障害）と密接に関連して、仕事、買い物、ビジネス、金銭の取り扱い、ボランティア、地域活動など、家庭外の生活を自立して行うことが困難になり、次第に活動範囲が狭まってきます。このような社会生活機能の障害は認知症が疑われる段階から少しずつ見られるようになりますが、それが明確に見られるようになるのは軽度認知症の段階です。

* 家庭内のIADL障害 <栗田主一>

軽度認知症の段階では、家庭生活にも障害が見られるようになり、趣味や社会的な出来事に対する関心も失われていきます。こうした生活機能は手段的日常生活動作能力(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)と呼ばれ、一人暮らしを営むために必要な能力

* 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート」 <栗田主一>

DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System)
DASCは、認知症によく見られる「認知機能障害」と「生活機能障害」を、リストアップ

* DASCの特徴 <栗田主一>

- ・ 認知機能と生活機能を総合的に評価することができる。
- ・ IADLの項目(6項目)が充実しているので軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい。
- ・ 4件法で評価しているために障害の機能変動をカバーできる。
- ・ 設問は具体的であり、観察法によって評価できる。
- ・ 簡便で、短時間で実施できる。
- ・ 評価方法も単純である。
- ・ 簡単な研修をすることによって、認知症の基本的な理解と認知症の総合的アセスメントの基本的技術を修得することができる。
- ・ 評価結果から臨床像の全体をある程度把握することができ、かつ必要な支援の目安をつけることができる。

* DASC18は カットオフ 28/29 感度 0.880 特異度 0.852

* 行動・心理症状(BPSD)の評価 DBD13 28→13項目

* 介護負担 Zarit-8 8項目版

* うつの評価 GDS5 5項目版

<多職種によるチームアプローチの必要性と作業療法士への期待>

* 「脳病変のみが症状を決める」わけではない

Nun study (米国の修道女)からわかった

脳血管障害の合併が、アルツハイマー病の発症を早める
病状を悪化させる

「100歳の美しい脳」出版：ディーエイチシー

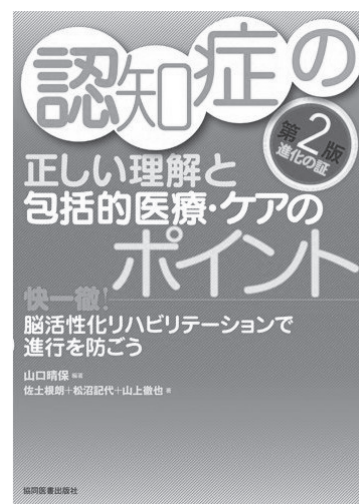
* 脳活性化リハでBPSD低減、生活意欲向上、コミュニケーション増加

- * 体感型ゲーム 心と身体を動かして認知機能向上 XaviX ほっとプラス
- * アロマセラピー 認知機能向上や BPSD 低減作用 アロママッサージやアロマ浴も有効
- * 笑顔を見ると無意識に笑顔になる サプリミナル刺激 (30 ミリ秒)
- * 笑顔は、生まれてすぐに身に着け、最期まで保たれる 特養での調査結果
アルツハイマー型認知症の進行過程 (FAST) は成長過程を逆行する
- * 笑う (laugh ; 声が出る) →楽しい気持ちが生まれる 予測が裏切られると
- * ホップ・ステップ・ジャンプの笑顔
鏡の前で笑顔を作り「良い笑顔だね」と声に出す。
そして患者に笑顔で向かう
- * 姿勢が心に影響する 視線を落とす→落ち目→うつ的に→うつで認知症リスク倍増
肩を張る→元気に 肩を落とす→うつに
- * (作業) 回想法 古い道具や物品の使用 (認知症でも手続きは維持) 主客逆転 役割→生き甲斐
自分史の再認識 (ライフレビュー) 輝いていた自分の過去を認識 → 自信
効果: 見当識の獲得や情動の安定, 前向きに生きる意欲
Yamagami T: Dementia Geriatr Cogn Disord EXTRA 2:372-380, 2012
- * 認知症でも役割 (しつけ, 防犯パトロール) → 生きがい
三世代交流共生住宅「ひかりの里」 三重県桑名市 多湖医師
- * 能力を引き出し延ばすデイサービス 夢のみずうみ村 藤原 OT 要介護度が改善
- * ボランティアとしてデイへ 役割が生きがいを生み, 進行を遅くする
- * 家族が患者を褒めると 患者は嬉しくなる ほめた家族も嬉しくなる
- * リハで毎日褒めることの効果 歩行スピードが有意に向上
- * 報酬系 ドパミン神経系 食事や性行為だけでなく, お金や利他行為で放出
- * ドパミンとやる気 側坐核でドパミンを働かなくすると, 大変な作業はやらなくなる
ドパミンは意欲の根源
- * 社会的報酬 (褒める) が休止時の運動技術の定着を加速する
- * スキンシップでドパミン放出 背中をさすると気持ちよい
愛情ホルモン・オキシトシンも分泌増加→セロトニン増加
- * 自己効力感 (自信) を高める 成功体験, 代理体験, 小さな具体的目標, 失敗は他人のせい

- * 自律性 Autonomy 選択メニューでモチベーション向上
- * 疾患別対応のポイント ADは小グループで、VDは個別で個人を大切に、DLBは転倒注意
- * 脳活性化リハの5原則 ◎手技（なにをするか）ではなく、原則（どう関わるか）
 - 快刺激 → 笑顔
 - ほめる → やる気
 - コミュニケーション → 安心
 - 役割を演じる → 生きがい
 - 失敗を防ぐ支援 → 成功体験、やる気◎認知症でも楽しく過ごせる環境づくりを同時に

医療・介護職向けの本

認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイントー快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごうー。(2版) 山口晴保編著 協同医書出版, 2010, 3,465円(税込み)



- * ヒトは走るために生まれた Born to run
 - ヒトには発汗システム 毛が無い 空冷式エンジン
 - チンパンジーにはアキレス腱がない→裸足で小刻みが良い
- * 脳を鍛えるには運動しかない
 - 運動で、海馬・前頭葉の働きが良くなり、記憶力アップ
 - BDNFの作用：神経細胞の肥やしが増える
- * 運動で認知症予防 発症を遅らせる
 - しかし、運動で寿命が延びる
 - 予防とは、発症を遅らせること
- * 作業療法士への期待 まともな論文(英文)を書いて欲しい
 - 成果を世界に問うことから始めよう 院内や県士会レベルではなく
- * 猿も木から落ちる ってどんな意味ですか? で認知症がわかる
 - 5点：上手(サルの意味)、人間(が主語)、時々、失敗(落ちるを置換)、注意・油断
 - 着目点：字義通りの表現 作話 脱線 取り纏い
 - Psychogeriatrics 11:205-211, 2011
 - ◎紙と鉛筆で英文論文が書ける

山口晴保著

認知症予防一読めば納得! 脳老化を防ぐライフスタイルの秘訣 2版 協同医書出版, 定価 1,890円(税込み), 2014



高齢者にみられる精神症状の理解

社会福祉法人ロザリオの聖母会海上寮療養所

桜新町アーバンクリニック

上野 秀樹

認知症を含めた精神障害の理解

海上療養所／桜新町アーバンクリニック
千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部 特任准教授
内閣府 障害者政策委員会委員
上野 秀樹
ホームページ <http://hidekiueno.net/>
認知症アシストフォーラム <https://ninchisho-assist.jp/>

高齢者の精神症状

高齢者に生じる精神症状は以下の3種類

- もとものの精神障害、たとえばアルコール関連障害、妄想性障害、感情障害、薬剤性精神病などに認知機能障害が合併したケース
- せん妄状態
- 認知症に伴う行動・心理症状

もともとの精神障害に 認知機能障害が合併した場合

もともとの精神障害に認知機能障害が
合併した場合とは

→「もともとの精神疾患＋認知機能障害の合併の場合」とは、もともと精神疾患（統合失調症、妄想性障害、アルコール関連障害等々）であったけれども、その程度が軽く医療にかかる必要もなかった人が、認知症が合併したために、それまでは理性的にコントロールされていた精神症状が前面に出てきてしまった場合などをいいます。

もともとの精神障害

- アルコール関連障害
- 妄想性障害
- 統合失調症
- 感情障害（双極性障害、うつ病）

アルコール関連障害

症 例

- 64歳男性。アルコール依存症、離脱性せん妄
- 8年前に妻が死亡し、単身生活。妻の死亡後、抑うつ状態となり、酒浸りの生活になっていた。

- 近隣の女性の世話になっていたが、酒が切れず、思い通りにならないと物を投げたりしていた。
- 本人は自宅に戻り、断酒。
- 断酒2日後、両上肢のふるえ、妄想が認められた。

- 往診直前に、差し入れられた焼酎を飲酒し、両上肢ふるえは改善。
- 今日の日付がわからず、火のついていないタバコをまるで火がついているかのように扱い、灰皿に捨てていた。
- 小動物幻視あり

評価と対応

- アルコール依存症、アルコール精神病
- 断酒による幻覚、妄想、振戦
～アルコール離脱性せん妄
- 精神病状態（幻覚や妄想）に対しては精神科的薬物療法が有効

アルコール関連障害

- 急性中毒
 - 普通酩酊
 - 異常酩酊（病的酩酊、複雑酩酊）
- 慢性中毒
 - アルコール依存症
 - アルコール精神病
 - アルコール性幻覚症、アルコール性てんかん
 - アルコール性認知症、コルサコフ精神病、
 - アルコール性の嫉妬妄想等々

依存とは

- 身体依存
 - アルコールや薬物の持続的あるいは反復使用により耐性が形成されることと、急激な中断によって離脱症状が出現すること。
- 精神依存
 - その薬物を使用せずにはいられなくなった精神状態をいう。薬物探索行動が認められる

アルコール依存症の治療

- 精神依存
→ 飲酒量のコントロール障害
→ 治療は断酒のみ
- 底つき体験
- イネーブラーの存在

アルコール依存症 嫉妬妄想

- 長期の過量飲酒によるインポテンツや、生活の乱れのために妻に見放されているという状況から了解可能な、心因性のことが多い妄想

症例 85歳男性

- もともと長期大量の飲酒歴があった方が、現在は飲酒していない
- 2-3年前からもの忘れが認められるようになって徐々に進行
- 妻は5年前に死亡。現在は娘一家と同居
- 半年前から、同居の娘婿に対して激しい言葉で罵倒したり、大声で威嚇したりするようになった

- 認知機能障害の進行に伴い、数ヶ月前から時々娘を妻と誤認するようになっていた。
- アルコール精神病による嫉妬妄想が娘婿に対して向けられたもの

アルコール精神病の治療

- 幻覚妄想状態（嫉妬妄想、被害関係妄想など）、易怒性、易刺激性の亢進
- 精神病の治療に準じた薬物療法が選択される

せん妄状態

症例から考える

症 例

- 75歳男性
- 2年ほど前から物忘れ、見当識障害が出現し、徐々に増悪し、同居の妻が介護するようになっていた
- 脳卒中発作の既往はない
- 数日前から、夜間に一人で外出するようになった。「病院の入学式があるため行きます」というメモを残し、深夜ファミレスにいたことがあった。

- 日中はしっかりして、問題なく過ごしていたが、夜間になると了解不能な身体的不調を訴え、救急車を呼ぶようになった。救急病院に到着することには、身体的不調の訴えをすっかり忘れてしまっていることも多かった。

評 価

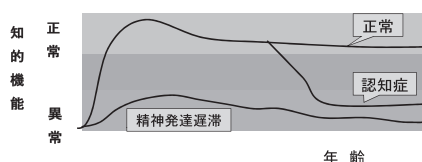
- 認知症かどうか？
- 認知症の原因疾患は？
- 夜間の異常行動は何なのか？

精神科医療 二段階の診断

- 第一段階 状態像診断
→ 認知症の状態
- 第二段階 疾病診断
認知症の状態を生じる病気
→ アルツハイマー型、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症

認知症とは

正常なレベルまで発達した知能が、正常レベル以下にまで低下し、社会生活に支障を来すようになった状態



評 価

- 物忘れ、見当識障害が徐々に増悪
→ 認知症かどうか？

日常生活に妻の介助が必要

認知症の原因疾患は何か

- アルツハイマー型認知症
→物忘れから始まってゆっくりと進行
- 脳血管性認知症
→脳卒中発作のあとで、認知症の症状が階段状に進行
- レビー小体型認知症
→はっきりとした色鮮やかな幻視
認知機能障害の存在（動揺性）
パーキンソン症状

- 日常生活に妻の介護が必要
→認知症
- もの忘れ、見当識障害がゆっくりと進行
→アルツハイマー型認知症
- 日中は何も問題なく過ごし、夜間になるとおかしな訴えをして、後で何も記憶していない
→せん妄状態の合併の可能性

せん妄状態

- 軽度から中等度の意識障害が背景
- 不安、いらいら、不眠、精神運動興奮を伴い、幻覚（特に幻視）や妄想を認めることが多い状態

→経過は比較的急激に始まり、動揺する

3-3-9度方式 Japan Coma Scale (JCS)

- I 覚醒している状態
 - 1：見当識は保たれているが、意識清明ではない。
 - 2：見当識障害がある。
 - 3：自分の名前、生年月日が言えない。
- II 刺激に応じて一時的に覚醒する状態
 - 10：普通の呼びかけで容易に開眼する。
 - 20：大声で呼びかけたり強く揺すったりすることなどで開眼する。
 - 30：痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する
- III 刺激をしても覚醒しない状態
 - 100：痛みに対して払いのけるなどの動作をする。
 - 200：痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
 - 300：痛み刺激に全く反応しない

せん妄状態

- 夕方から夜間にかけて増悪することが多い →夕暮れ症候群、夜間せん妄
- 意識障害の存在
→注意力、集中力の低下
→記憶力の低下
- せん妄の準備状態に誘因が加わり発症

せん妄状態

せん妄の準備状態



せん妄状態

せん妄の準備状態

脳の機能低下状態

- 認知症などで脳の機能が低下しているとき ～特に脳血管障害～
- 身体的な病気が重症のとき

せん妄の誘因

- 身体的誘因
→薬剤の内服（抗バ剤、抗不安薬、三環系抗うつ薬、H2ブロッカー、ステロイド剤等々）、血圧の一時的変動、心肺機能の低下、発熱、下痢、脱水状態、貧血、手術直後、飲酒及び断酒
- 心因、環境因
→急激な環境変化、離別、死別、経済的問題、感覚遮断状況（周囲からの孤立感）、睡眠遮断、身体抑制

せん妄の診断のポイント

- 状態が短時間のうちに変動するかどうか
- 夕方～夜間にかけて増悪するかどうか
- 人格が変わってしまうかどうか
- 見当識障害の存在
- 幻視の存在（小動物幻視など）
- （せん妄状態の間の記憶障害の存在）

経過

- 介護保険施設に入所。
- 入所初日の日中は全く問題なかったが、夕方から落ち着かなくなった。玄関先に座り込み、「殺すつもりか」と大声を出し、言うことを聞かなくなった。
- 汗だくで制止する職員の汗でぬれた手をみて「毒薬を塗ろうとしている」と騒ぎ立てた。

- 翌日は、日中から落ち着かず、ちょこちょこ施設内を徘徊し、他人の部屋に入り込んで荷物をいじり、突然脱衣して裸で歩き回ったりしていた。
- 夜間も落ち着かず動き回り、睡眠はすこしずつしかとらない。

評価と対応

- ・施設入所による環境変化で、せん妄状態が増悪した
→薬物療法の調整を行う

精神科的治療 ～薬物療法～

- ・基本的に対症療法
→状態像診断に対応した薬物療法
- ・たとえば、幻覚妄想状態であれば、統合失調症でも、覚醒剤精神病でもだいたい同じ薬物療法を行う
- ・同じ病気で同じような状態像でも、ある薬物に対する反応性（効果・副作用）は患者さんによって様々
→実際に内服してからの調整が大切

高齢者の薬物療法の原則

- ・疾患、状態像の治療のために必要最小限の薬物のみを投与すること
- ・不要と思われる薬物療法は中止すること。薬物療法の中止でQOLの改善が認められることはよくあることである。
- ・高齢者の薬物療法においては、副作用が不可逆的となることも多い。薬物療法を調整する場合も、期待される効果の出方ではなく、副作用が出現しているかどうかを基準とする必要がある。

- ・投与する場合には、ごく少量より投与を開始し、副作用が出現していないかどうか、注意深く観察を行うことが必要である。特に在宅医療においては、家族やケアをしている人に薬物で生じうる副作用の情報を詳しく提供し、観察してもらうようにする必要がある。
- ・できる限り単純な投与方法として飲み間違いを防ぐこと。血中濃度モニタリングが可能な薬物に関しては、定期的に行い、コンプライアンスを確認すること。

精神科薬物療法

- ・精神科薬、向精神薬とは
→抗精神病薬(major tranquilizer
:メジャー)
緩和型精神安定剤(minor tranquilizer
:マイナー)
抗うつ薬
抗けいれん薬

抗精神病薬とは

メジャー・トランクライザー

- ・幻覚妄想状態、精神運動興奮、躁状態などに有効な薬物。
- ・副作用
→パーキンソン症状、アカシジア（静坐不能症）、遅発性ジスキネシア、悪性症候群
- ・グラマリール
- ・ジプレキサ（オランザピン）
- ・セロクエル（クエチアピン）ジェネリックあり
- ・リスパダール（リスペリドン）ジェネリックあり

パーキンソン症状

- 手足の震え
- 筋の固さ
- 動作の遅さ
 - 無動
 - 無表情
- 転びやすさ
- のみ込みの悪化



アカシジア（静坐不能症）

- レストレスレッグス症候群と同じ症状
- 主な症状は、座ったままでいられない、じっとしてられない、下肢のむずむず感の自覚症状であり、下肢の絶え間ない動き、足踏み、姿勢の頻繁な変更、目的のはっきりしない徘徊（タシキネジア）などが特徴である。また心拍数の増加、息切れ、不安、いらいら感、不穏感等も見られる。アカシジアに伴って、焦燥、不安、不眠などの精神症状が出ることもある。

（Wikipediaより）

遅発性ジスキネジア

- 唇をすぼめる・尖らせる、きつく閉じるなどの症状
- 舌の捻転、舌のこわばり、舌つつみ、舌なめずり、舌を突き出す、片側へ伸ばす
- 口をモグモグさせる、歯を食いしばる、噛む、顎を側方にずらす
- 抗精神病薬の他、抗うつ剤でも出現する可能性あり。

悪性症候群

- ブチロフェノン系、フェノチアジン系などの定型抗精神病薬のほか、抗うつ薬、炭酸リチウムなどのさまざまな向精神薬によって生ずる。また、アマタジンなどの抗パーキンソン薬の突然の服用中止によって発症することもある。
- 発熱は解熱剤に反応しない。

悪性症候群

Levensonらの診断基準(1985)

- 大症状3つを満たす
- 大症状のうち2項目、小症状4項目を満たす
- 大症状
 - 発熱、筋強剛、血清クレアチニンキナーゼ（CK）値の上昇
- 小症状
 - 頻脈、血圧異常、呼吸促迫、意識障害、発汗、白血球増加

ジプレキサ（オランザピン）

- 著しい血糖値の上昇から、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡等の重大な副作用が発現し、死亡に至る場合がある
 - 糖尿病の方には禁忌。定期的な血糖値の測定が必要
- ジプレキサ錠 2.5mg
- ジプレキサ・サイディス錠 5mg

セロクエル（クエチアピン）

- 著しい血糖値の上昇から、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡等の重大な副作用が発現し、死亡に至る場合がある
→糖尿病の方には禁忌。定期的な血糖値の測定が必要

- セロクエル 25mg錠、100mg錠
- セロクエル細粒

リスパダール（リスペリドン）

- どんなケースでもそれなりの効果が期待できる抗精神病薬。
- 液剤を利用すると効果発現時間も短く、他の剤形に比較して副作用も少ない
→不穏時頓用としての利用

- リスパダール液 0.5ml
- リスパダールOD錠 0.5mg

緩和型精神安定剤 マイナートランクライザー

- 心と体の緊張をとき、リラックスさせて、精神的な安定をもたらす薬物
- 心の緊張緩和
→意識レベルの低下
→せん妄状態の誘因
- 体の緊張緩和
→筋緊張の低下
→転倒しやすさ

せん妄を引き起こしやすい 内服薬

- 抗パーキンソン薬
- 抗不安薬（ベンゾジアゼピン系）
- 抗うつ薬（三環系）
- 消化性潰瘍治療薬（H2遮断薬）
- ステロイド薬

不眠症の治療に使われる主な薬剤の種類

メルトン受容体 アゴニスト	一般名	商品名（販売会社名）	臨床用量 (mg)	消失半減期 (時間)	
	ラメルテオン	ロゼレム（武田薬品工業）	8	1	
薬剤作用時間による分類	作用時間		臨床用量 (mg)	消失半減期 (時間)	
	超短時間 作用型	トリアゾラム ^{*1}	ハルシオン（ファイザー）	0.125~0.5	2~4
		ゾピクロン ^{*1}	アモバン ^{*2} （サファイ・アベンティス）	75~10	4
		ゾルピデム	マイスリー ^{*2} （アステラス製薬、サファイ・アベンティス）	5~10	2
	短時間 作用型	エチゾラム ^{*1}	デバス（田辺三菱製薬）	1~3	6
		プロチゾラム ^{*1}	レンドルミン（日本ペーリンガー・インゲルハイム）	0.25~0.5	7
		リルマゼホン ^{*1}	リスミー（塩野義製薬）	1~2	10
	中間 作用型	ロルメタゼラム	エバミール（バイエル薬品）・ロラメット（あすか製薬）	1~2	20
		ニメタゼラム	エリミン（大日本住友製薬）	3~5	21
		フルニトラゼラム ^{*1}	ロヒプノール（中外製薬）・サイレース（エーザイ）	0.5~2	24
	長時間 作用型	エスタゾラム ^{*1}	ユーロジン（武田薬品工業）	1~4	24
		ニトラゼラム ^{*1}	ベンザリン（塩野義製薬）・ネルボン（第一三共）	5~10	28
フルラゼラム ^{*1}		ダルメット（共和薬品工業）・ベンゾール（協和発酵キリン）	10~30	65	
ハロキサゾラム		ソメリン（第一三共）	5~10	85	
	クアゼラム ^{*1}	ドラール（田辺三菱製薬）	15~30	36	

2010年10月作成

^{*1} 後発品も販売されています ^{*2} 非ベンゾジアゼピン系睡眠薬
監修：日本大学医学部精神医学系教授 内山 真 先生

抗けいれん薬

- デパケン、バレリン、ハイセレニン
一般名 ハルプロ酸ナトリウム
- 感情を安定させる作用
- 一日 200mg~
- 錠剤、散剤、シロップあり
- 血中濃度を測定可能

認知症に伴う行動・心理症状

JAAD

認知症

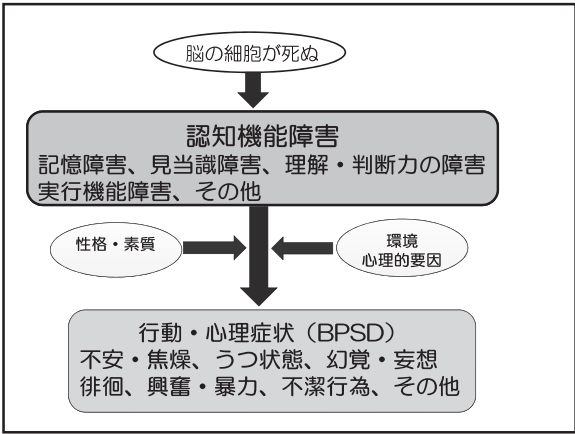
認知症の定義

いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態。
 (認知障害の中でも記憶障害が中心となる症状で、早期に出現することが多い)

<認知症と区別すべき病態>
 意識障害・せん妄、加齢による認知機能の低下、うつ状態による仮性認知症、精神遅滞ほか。

認知症とは

正常なレベルまで発達した知能が、正常レベル以下にまで低下し、社会生活に支障を来すようになった状態



認知症の方を支える時の問題

- 認知機能障害に基づく問題
 ex. 買い物ができない、調理ができない、大切なものの管理ができない、整理整頓ができない
- 行動・心理症状に基づく問題

認知症の方を支える時の問題

- 認知機能障害に基づく問題
 → 介護保険のケアマネジメント・システムやサービス利用で対応が可能
- 困るのは行動・心理症状への対応

ご本人のニーズ

- 適切な介護をすれば、笑顔でく
らせるようになる。(周辺症状は
認知症本人からの訴えであるので
、本人の声に耳を傾けてほしい。
言葉でうまく伝えられない人もい
るので、顔つきで判断してもらい
たい)

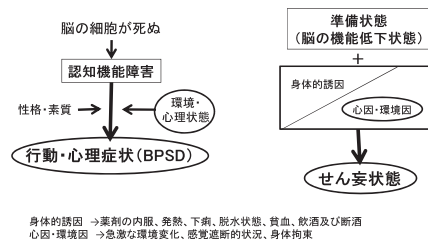
ご本人のニーズ

- 周辺症状には必ず原因がある、それおみ
きわめてから支援又は介護してもらいた
い。
周辺症状が出たときには、どんな状況
で起きたのかを記録しておきできるだけ
おきないように環境保つように努力をし
てもらいたい。周辺症状を問題行動とと
らえるのではなく認知症本人が今受けて
いるサービスへの不満の意思表示と受け
とめる。

認知症に伴う行動・心理症状

- 認知症の人
→認知機能障害 記憶障害、見当識障害、
理解・判断力の障害、実行機能障害
→周囲の状況に適応ができずに混乱
- 言葉で表現するのが苦手な認知症の人の言
葉にならないメッセージとしての行動・心
理症状

行動・心理症状とせん妄状態



統合失調症とは

- 主として青年期（15－25歳頃）に発病
- 進行性に経過
- 陽性症状 → 幻覚妄想状態
世界没落体験、迫害妄想、被害関係妄想、
心気妄想、血統妄想などの妄想、（対話性
の）幻聴、作為思考、被影響体験
- 陰性症状 → 人格レベルの低下、感情鈍麻

表 7-5. 統合失調症(分裂病)の経験的遺伝予後

子	16.4%	いとこ	1.8%
孫	3.0	おい・めい	1.8
同胞	10.8	おい・めいの子	1.6
一般成員	0.85%	(Luxenburger による)	

表 7-6. 統合失調症(分裂病)の双生児における一致率

報告者	一致率 %	一致率 %	
		一卵性	二卵性
Luxenburger	1928	58%	0%
Rosanoff ら	1934	61	13
Essen-Möller	1941	64	15
Kallmann	1946	69	11
Slater	1953	65	14
井上	1961	60	18
Tienari	1968	6% (36)	5% (14)
Kringlen	1968	25 (38)	4 (10)
Fischer ら	1969	24 (48)	10 (19)
Pollin ら	1969	14 (35)	4 (10)

()内は境界例を含む一致率 (Gottesman, LL ら, 1972) 現代臨床精神医学より

統合失調症の症状

- 陽性症状と陰性症状
 - 陽性症状 派手な症状、生産的な症状
 - 幻聴、考想伝播、各種の妄想、奇異な行動
 - 陰性症状 正常な精神機能の減少、欠如
 - 感情の鈍麻と平板化、無感情、意欲・自発性欠如、会話の貧困、寡動・動きの緩慢、社会的引きこもり

陽性症状

- 幻聴 → 単なる音ではなくて、話し声。噂、悪口、命令など他の人から何かの厭わしい影響を受けるような内容のものが多い。
- 例
 - 「私のことをバカだと言っています。」、「お昼のおかずは何かと思うとお昼のおかずは何かと聞こえます。本を読んでいると声もその通りに読んで、うるさくてよくわからなくなってしまいます。」、「私がお飯を食べていると、ご飯を食べていると聞こえます。お菓子がほしいと思うとだめだよと言ってきます。」

陽性症状2

- 体感幻覚 体のどこかに普通では感じられないような奇妙なものを感じる幻覚
- 例
 - 頭の中に3cm位の虫が4匹、紺(かすり)の浴衣を着て歩いています。夜になると下りてきて、腰の骨をかじります。

陽性症状3

- 妄想 事実ではないが、本人が確信していて、通常の説得では訂正不可能な考え
- 例
 - 何の悪事をはたらいたおぼえもないのに、街ですれ違う、実際には何でもない人が、あれは私をつける刑事だといきなりわかる。人が皆自分を見ている、監視している。悪い噂話をしている。

陰性症状

- 感情の鈍麻、会話の貧困、意欲の減退、自発性の欠如、社会的引きこもり
- 人格のレベルの低下
- 鈍感無為、怠惰、だらしがなく、不潔で入浴もせず、勝手な行動をして他人の迷惑に無関心

妄想性障害

- 長期間持続する一連の妄想が特徴
- 中年以降に発病することが多い
- 病識はなく、精神症状は薬物療法に抵抗性のことが多い
- 妄想に直接関係する行為や態度を除くと感情、話しかけ、行動などは正常
- 妄想の内容は多様
 - 被害関係妄想、心気妄想、誇大妄想、好訴妄想、嫉妬妄想等

注 察 妄 想
認知症に伴う行動・心理症状
精神病に伴うもの

・財布がなくなった。通帳がなくなった。
家に誰かが入った。物がなくなった。モ
ニターで監視されている。

・妄想着想、幻聴による二次的な妄想

うつ病?? 何が問題?

- ・気分がしずむ病気??
- ・やる気がなくなる病気??

普通の落ち込みと何が違うの?

うつ病の落ち込みとは?

- ・普通の人でも嫌なことがあれば、
落ち込んでやる気がなくなったり、
嫌な気分になる

→うつ病の場合には、たとえよいこ
とがあっても気分が改善しない

うつ病?? 何が問題?

- ・気分の落ち込み

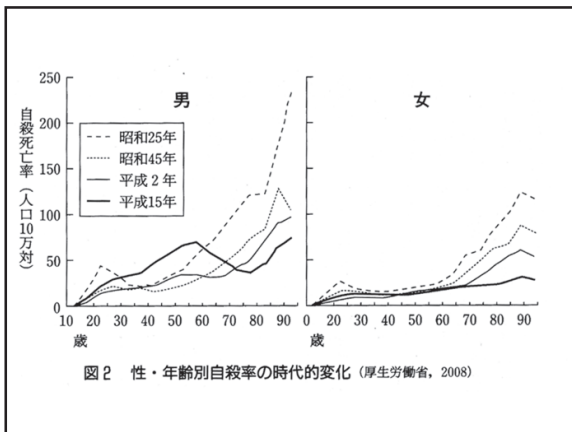
→自殺

老年期の特殊性

- ・「失う」という体験
→親密な人物、役割・仕事、健康、
財産、生活習慣
→自己の存在の基盤が揺らぐ
→加齢に伴い性格も柔軟性を失い、
適応力も低下
→うつ病!!
- ・自殺の多さ

老年期の特殊性

- ・「失う」という体験
→親密な人物、役割・仕事、健康、
財産、生活習慣
→自己の存在の基盤が揺らぐ
→加齢に伴い性格も柔軟性を失い、
適応力も低下
→うつ病!!
- ・自殺の多さ



高齢者の自殺の特徴

- 病苦が動機
- 自殺の直前に何らかの身体症状を訴えて、一般科医を受診している率が高い
- 未治療のうつ病が原因となることも多い
- 死の意図が確固 → 既遂率が高い
- 自殺の予告徴候がはっきりしない

高齢者の自殺率は

- 都市部に比較して、農村部で高い
- 自殺未遂者に対する既遂者の比率
 全人口 10人に1人
 若年者 100-200人に1人
 高齢者 4人に1人

高齢者のうつ病の特徴

- 老年期の「失う体験」
- 身体的訴えが多い
 → 心気妄想 (自分が重い体の病気にかかっているという思い込み) への発展
- 不安といらいらの強さ → 激越型うつ病
- 妄想形成 → 心気妄想、貧困妄想の多さ
- 自殺の多さ
- 認知症との関連

未治療のうつ病

↓
心気妄想

↓
一般科医を受診

↓
病苦を動機に自殺

2 質問票法

- 不眠、食欲低下がある場合
- 「この1ヶ月、気分が沈んだり、憂うつになることがよくあったか」
- 「この1ヶ月、物事に対して興味がわかない、あるいはここから楽しめない感じがよくあったか」
 (ほとんど1日中、ほとんど毎日が原則)
 → どちらかがあれば、「うつ病」とする
- うつ病の人の96%を拾い出せる
- うつ病でない人も4割混じる

抑うつ状態

どんな良いことがあっても改善しないような嫌な気分が一日中、毎日毎日持続し（抑うつ気分）、それまで関心を持っていたことに全く興味が持てなくなり（興味の喪失）、何をするのもおっくうでやる気になれない（意欲の低下）。食欲がなく、食べても砂をかむようでおいしいとは思えず（食欲低下）、体重が何kgも減ってしまう（体重減少）。

抑うつ状態2

夜は寝付きも悪く、朝早く暗いうちから目が覚めて眠れない（不眠、早朝覚醒）。体の動き全体が鈍くなってしまい、機敏に動けない。端から見ても動作がゆっくりになってしまふ（制止）。苦しさで頭を抱え込んでいたと思うと、じっとしているのも苦しく、頭をかきむしったり、どうしよう、どうしよう、と落ち着かずに歩き回る（焦燥）。

抑うつ状態3

何をしてもすぐに疲れてしまう（易疲労感）。夜眠れないと、嫌なことばかりが頭に浮かび、悶々とする。過去に失敗したことを悔やんだり、うまくいかないのはすべて自分が悪いと考えてしまう（自責感）。自分は迷惑ばかりかけている存在であり、世の中の何の役にも立たない取るに足らない人間だと感じる（微小念慮～妄想）。

抑うつ状態4

頭の回転が悪くなったような感じで、考えが進まず、人の話を聞いても全く頭に入らない（思考制止、思考力減退）。本を読もうとしても数行でさえ頭に入らず、同じ所ばかり読んでしまい、とても集中して読めない（集中困難）。こんな状態では生きていても仕方がない、何一つ希望が見いだせない、死んだ方がましだと思うようになり（希死念慮）、自殺をするしかないと思うに至る（自殺念慮）。

「双極性障害」医学書院 加藤忠史著より（一部改変）

睡眠の障害

- 不眠はほぼ確実に出てくる症状
- 入眠困難 →寝付きが悪い
- 熟眠困難 →熟睡できない
- 中途覚醒 →途中で目が覚める
- 早朝覚醒 →いつもより極端に早い時間に目が覚めてしまう
- 過眠タイプ

微小妄想

- うつ病で特徴的な妄想。自分の価値を実際よりも低いものと信じ込んでしまう。
- 健康面 →心気妄想
- 経済面 →貧困妄想
- 社会的側面 →罪業妄想

心気妄想とは

- 思い込み
→自分が治る見込みのない
重い病気になってしまっ
た！！

症 例

- 70歳男性
- 性格は几帳面でまじめ。65歳で定年後、年金生活。何不自由のない生活をしてきたが、眠れないと訴えるようになった。その後、ささいな身体的異常を気にして医療機関に頻繁にかかるようになった。吐き気がして胃がむかむかすると訴え、自分は胃ガンで先行きが長くないと信じ込んでしまっている。

貧困妄想とは

- 思い込み
→自分が財産を失い、貧乏に
なり、明日からの生活費にも
困っている

症 例

- 70歳女性
- 結婚して、2人の子供を育て上げた。5年前に夫に先立たれ単身生活。1年前に長男の金銭問題で、悩んでいた。
- 本人には、生活に不自由しない額の年金収入があり、それなりの貯蓄もあった。
- 半年前より、眠れないと訴えるようになった

- 3ヶ月前より、「お金がない」と買い物にもでかけなくなった。
- 不審に思った家主が訪問したところ、衰弱して横になっている本人を発見した。

罪業妄想とは

- 思い込み
→自分がとんでもない罪深い
ことをしてしまった

症例 60歳男性

- ・食事がとれないということで内科病院に入院中
- ・「兄の長男を殺してしまった。自分は取り返しがつかないことをしてしまった」と泣く。

うつ病の経過

- ・経過
→数ヶ月で症状が治まる人が多いが、40%の人は1年後も症状が遷延。
→いったん改善しても約60%が再発。
- ・再発率
→2回うつ病にかかった人で70%
3回うつ病にかかった人で90%

うつ病の治療

- ・心理教育
- ・身体的治療 休養、抗うつ薬 電気けいれん療法
- ・精神療法 認知行動療法、対人関係療法
- ・その他 光療法

心理教育

- ・うつ病は誰でもかかる可能性がある身近な病気
- ・やる気や気の持ちようの問題ではない
- ・脳内の神経に異常があり、医学的治療が必要
- ・死に至るおそれのある病気
- ・規則的な内服と回復しても突然薬をやめないことが重要

身体的治療

- ・休養
- ・薬物療法 →抗うつ剤を用いる。
→効果が出現するのに1-3週間
→十分な量をきちんと服薬する必要
→勝手にやめない
- ・電気けいれん療法 →最近では、全身麻酔下で無けいれんで行う方法が主流。症例によって、有効性が高い。
(死にたい気持ちが強い人など)

高齢者のうつ病の薬物療法

- ・少量からはじめてゆっくりと増量
- ・若年者より薬物療法の効果発現に時間がかかる
→有効性を判断するためには、有効量を12週間以上続けることが推奨
- ・症状がよくなっても、少なくとも6~9ヶ月、できれば12ヶ月間は抗うつ薬を継続。
- ・2回目、3回目のエピソードの患者は障害内服継続(服薬中止に伴い高率に再発・再燃)

電気けいれん療法

- 中等度～重度のうつ病に対して、約80%の有効率を有する治療法
- 高齢者 → 抗うつ薬の副作用に耐えられない場合や、うつ病の長期化による身体機能増悪をさけるために電気けいれん療法が治療の選択枝の一つとなる

月刊 ケアマネジメント

12月号



連載
新・事例検討道場
排泄ケア探検隊
我がまち
地域包括支援センター

ホームページ <http://www.care-m.net/> 環境新聞社

特集 もしかして認知症? 初期集中支援チーム始動へ

もしかして 認知症?

図1 アルコール関連障害

- 急性中毒
普通酩酊 (複発酩酊、病的酩酊)
- 慢性中毒
アルコール依存症
アルコール精神病
アルコール性幻覚症、アルコール性てんかん
アルコール性認知症、コリコフ精神病、
アルコール性の嫉妬妄想等々

【ケース1】

長女の夫に嫉妬する80歳男性

妻は、10年前に亡くなり、現在は長女一家と同居しています。若い頃は毎日日本酒一升を飲むこともあったほどの大酒家です。7~8年前からは断酒しています。若い頃に、アルコール性の肝機能障害による黄疸のため、短期入院加療したことがあるそうです。数年前から軽い物忘れが認められるようになり、最近では時々長女のことから分らなくなり、自分の妻であると思ったりすることが多くなりました。そして、半年前から長女の夫に対して攻撃的な言動が目立つようになり、暴怒的で、ちょっとしたことで怒り出し、激しく興奮するようになったのです。

長期大量の飲酒歴があり、アルコールによる肝臓も認められた人です。アルコール性精神病として興奮しやすさ、さらに嫉妬妄想が認められるようになりました。嫉妬妄想は通常「妻が浮気をしている」という内容のことが多いのですが、このケースでは長女のことを妻と間違え、その夫に対して嫉妬妄想を生じています。こうしたアルコール関連障害のケースでは、飲酒歴を尋ねないとアルコール精神病であるかどうか分かりません。このように、もともと精神障害を鑑別するためには、飲酒歴を含め、生活歴や病歴などの詳しい聴取が必要となります。

精神障害に認知機能障害を合併したケース

② 妄想性障害 ～妄想の内容で鑑別を

次に妄想性障害についてご説明しましょう。妄想性障害は、高齢発症の若い頃に発症のピークがあり、慢性進行性で、幻覚や妄想、さらには体験などの陽性症状といわれる症状が、人格レベルの低下、感情鈍麻などの陰性症状といわれる症状が出現してきます。発病年齢が若いと、人格が完成する前に人格レベルの低下が生じてしまうので、予後が不良なことが多いのです。

これに対して妄想性障害は、高齢で発症するので人格レベルの低下は目立ちません。そのため、妄想に関連した行為や態度をのぞくと普通に社会生活していることが多いのです。社会的に孤立している人に多い傾向があり、何らかのきっかけで、身体的な疼痛、不快感や違和感を電波・電磁波、光線などによるものと感じて、被害妄想が発展してくるのではないかと考えられています。

こうした妄想性障害の人に認知機能障害を合併すると、理性的なコントロールが利かなくなり、妄想が生活の前面に出てくることになります。自分が精神的な病気で治療が必要であるという、いわゆる病識は全(全)くありません。

それでは、認知症に伴う行動・心理症状としての妄想とはどう区別すればいいのでしょうか。



「認知症」と思い込む前に

見極めの難しい 高齢者の精神症状を学ぼう

執筆者 上野秀樹 ● 精神科医



うえの ひでき
社会福祉法人ロザリオの監
母会 准上席顧問(千葉県
船橋市)、症例研究アーカイブ
スタッフ(香田地区)、内閣府
高齢社会政策推進部、精神
科医として精神症状のある
高齢者の影響に関わって
いる。

テレビや新聞でも日々認知症のことが話題になる昨今、何で何となく「認知症」と言っていないか。実は認知症とまぎらわしい精神症状があります。間違えて薬が処方されると、苦しむのは本人と家族。精神科医の上野秀樹さんに、高齢者にありがちな精神症状と見分け方を教えて頂きました。(編集部)

人口の高齢化に伴い、認知症の人が増えています。地域で困ってしまうのは、認知症かどうかよく分からない、精神症状*1のある高齢者のケースです。ここでは高齢者に認められる精神症状に関して、見極め方を解説したいと思います。

まず高齢者に認められる精神症状は、以下の3種類に分類されます。

- アルコール関連障害、統合失調症、妄想性障害、うつ病などの精神障害、もしくはこうしたケースに認知機能障害*2が合併したケース
- せん妄状態
- 認知症に伴う行動・心理症状

これらの精神症状、一見すると似ていることもありますが、対応方法が異なります。まずはきちんと見極めることが大切になります。

精神障害に認知機能障害を合併したケースとは、もともとアルコール関連障害、妄想性障害、うつ病などの精神障害があって、理性的に精神症状をコントロールできていた期間問題なかったが、認知機能障害を合併するようになり、精神症状が前面に出てきてしまったような場合です。

精神障害に認知機能障害を合併したケース

① アルコール関連障害 ～詳しい生活歴の聴取を

アルコール関連障害は高齢者で少ない障害です。急性中毒としての酩酊状態と慢性中毒としてのアルコール依存症、アルコール精神病とに分類されます(図1)。

普通酩酊は普通の酔っ払い、後酩酊はいわゆる酒癖が悪い人で、酩酊時の興奮が強いものの、その興奮状態は周囲の状況から理解できるものです。病的酩酊とは、意識障害を合併して、激しい興奮状態を呈するもので、後に完全な健忘を残します。

慢性中毒は、アルコール依存症とアルコール精神病に分けられます。アルコール精神病では、いわゆる嫉妬妄想が生じたり、ちょっとしたことで怒り出したりする、暴怒性などの精神症状が認められることが多いです。妄想とは事実ではないが、本人が信じていて、通常の誤得では訂正不可能な考えですが、内容によっていろいろな妄想があります。嫉妬妄想は、長期の過量飲酒による性的不能や、生活の乱れのために配偶者から見放されているという状況から理解できることが多い妄想です。例えば、こういったケースがありました。

【編集部注】*1 精神症状： 例として次のような症状のこと。不安感、いらぬ、幻覚や妄想、うつ状態、意欲の低下、興奮状態など。
*2 認知機能障害： 記憶、思考、理解、計算、言語、判断などの認知機能障害が認められる状態のこと。

認知症に伴う妄想は、

- 内容が物置られ妄想のように現実的
- 妄想の対象が具体的に、しばしば身近な特定の人である
- 自分の存在基盤を侵されるという危機感が強い

などの特徴があります。

妄想性障害との鑑別は、妄想の内容によります。普通に考えると荒唐無稽であり得ないような内容の妄想は、妄想性障害の可能性が高いです。

【ケース2】

「外国人が農薬をまく」と訴える65歳女性

市営住宅に居住する単身、独居の人。4年くらい前から、近くの外国人が自宅の排水路や自宅内に農薬をまいて、棚が壊れていくと訴えるようになりました。まかれた農薬のために体がだるく、体調が悪いといいます。留守にしていると侵入されると訴えて、自宅のフェンスには鉄条網をつけ、外出するときは友人に留守番を頼み、門を外から施錠してしまいます(留守番の友人は外に出ることができません)。

この人は、軽い物忘れや判断力の低下は認められましたが、対人的な接触、話し方などは普通でした。しかし、近隣の外国人から攻撃される話を始めると止まりません。自宅内の異臭がする場所を示し、さらに自宅周囲の「農薬をまかれた場所」を案内してくれましたが、もちろん、異臭はしません、農薬をまかれたような形跡もありません。

【ケース3】

「電波で攻撃される」と訴える60歳男性

2階建てアパート1階に居住する単身、独居の人。建設作業員の仕事をしています。アパート2階の住人から電波で攻撃されている、そのために体がびびり痛みと訴えています。

訪問したところ、対人接触は普通で、言葉づかい等、まったく問題ありません。しかし、アパートの天井をみると電線が張り巡らされています。ご本人に聞くところ「電線攻撃を和らげるため」だそうです。この人は認知機能障害はほとんどありませんでした。

認知症に伴う行動・心理症状としての被害妄想は、物忘れや判断力の低下がある認知症の人が周囲の環境に適切に反応できず混乱したり、言葉で表現するのが苦手で認知症の人が言葉にならないメッセージの可能性もあります。認知症に伴う行動・心理症状としての被害妄想に対しては、認知症の人が混乱しないような環境の調整、さらに寄り添って傾聴し、被害妄想に込められた本人の思いを共有することが改善につながります。しかし、妄想性障害の場合、妄想の訴えには一定の距離をとり、私達が妄想の中に取り込まれてしまうことになりかねないので注意が必要ですよ。



精神障害に認知機能障害を合併したケース

③ うつ病 ～抑うつ気分よりいらぬ感

も一つ、高齢者に多い精神障害としてうつ病をご紹介します。高齢者のうつ病はいくつか特徴があります。まず、抑うつ気分が目立たない一方で、意欲や

もしかして 認知症？

集中力の低下が目立ち、不安やいらりの訴えが多いこと
です。いらりや不穏が強い激越型というタイプのうつ病
がよく見られます。

【ケース4】

家中を歩き回り髪をかきむしる65歳男性

63歳で定年後、年金生活。妻と長男一家と同居して
いました。1年半前に秋心症の発作を起こしたことがあ
ります。1年前より、眠れないという訴えが聞かれるよう
になり、3か月前からいらりして落ち着かないことが多くな
り、排便を気にして頻回トイレに行くようになりました。1
週間前より、じっとしていられず、家中を歩き回り、髪
をかきむしったり、大声を出したりするようになり、精神科
病院外来を初診しました。診察室で嘔吐していることが
できず、頭に顔を打ち付けたり、頻回トイレに行きた
が、制止すると、突然ズボンと下着を下ろし、診察室
内で裸になりたがりしています。

このケースでは、1年半前の秋心症の発作から、心筋梗
塞を起こすのではないかと不安を募らせ、うつ病の発
症につながりました。不眠の訴えが最初の症状であつたよ
うです。少し鎮静作用がある抗うつ剤の内服治療で徐々
に症状は改善しました。

さらに、高齢者ではうつ病に伴う微小妄想という妄想が
認められることがあります。

微小妄想とは、「自分の価値を実際より低く信じてしま
う」妄想です。微小妄想には、心気妄想、貧困妄想、
罪業妄想の3種類があります。

心気妄想は、健康面での自分の価値を実際より低く信
じてしまう妄想です。すなわち、実際にはそうではない
のに、自分が回復不可能な重篤な病にかかっていると思
ってしまうのです。人間誰しも高齢になれば、一つや二つ
体の不調があるものです。必要以上にそれを気にしている
うちに不安が募り、「重い病気にかかっているのではない
か」と信じ込むようになっていきます。

【ケース5】

胃カメラで問題ないのに胃がんと信じ込む70歳

些細な身体的異常を気にして医療機関に頻繁にか
かっています。10年前から吐き気がして胃がむくむかす
ると訴え、自分は胃がんで先行きが長くないと信じ込んで
しまいました。胃カメラをして、その結果異常がないことを
説明されても、「自分は胃がんで先行きが長くない」とい
う考えは変わりません。

この男性の場合、医学的検査で否定され、この10年間
やせることもなく、元気に過ごしていることを指摘されても、
「自分は胃がんでかかっている、先行きが長くない」という考
えは訂正されませんでした。

また、貧困妄想とは、経済的な面で自分の価値を実際
よりも低く信じてしまう妄想です。実際には金銭的に困る
ことはないのに、お金がないと思ひ込み、明日からの生活
にも困ってしまうと思ひ込みます。通常の所得では訂正さ
れないので、例えば財布に数万円の現金がいつも入って
いても、自分の預金通帳に多額の預金があるのをも貧困
妄想は変わりません。

罪業妄想とは、社会的な面で自分の価値を実際よりも
低く信じてしまう妄想です。実際にはそんなことはない
のに、重大な犯罪を犯してしまった、取り返しのつかない
ことをしてしまったと信じ込みます。微小妄想が認められ
る場合には、専門的な精神科治療が必要になります。

このようなもとの精神障害が関連したケースでは、生
活歴、病歴の聴取がとても大切です。また、統合失調症、
躁うつ病などでは、遺伝的な要因があるので、「血のつな
がった親族で、精神科にかかったり、自殺した人がいるか
どうか」という情報も診断の上で有効です（親族にこうした
病気の人がいるからといって、かならずこうした病気になる
わけではありません）。また、統合失調症の病歴では、
対人関係に問題を生じることが多く、過去の交友関係（親
しい友人がいたかどうか、等々）、引きこもりや理由のほ
つりしない学業・仕事の中断があったかどうかなどの情報も
診断の上で参考になります。

せん妄状態

特徴は夕方～夜間中心で
短時間で変動すること

こうしたもとの精神障害を見極めた後は、せん妄状態
を鑑別することになります。

行動・心理症状のある認知症のケースでは、半分以上
のケースでせん妄状態を合併しています。せん妄状態と
は、意識レベルの低下を背景に、不安、いらり、不眠を
伴い、幻覚（特に幻視）や妄想を認めたり、興奮状態と
なったりすることのある状態のことです。日中はしっかりして
いるのに、夜になると落ち着きなくなったり動き回ったり、こ
そそとそそと荷物の整理をしていたり、幻覚を訴えたり
…。こういった場合には、せん妄状態の可能性を考える必
要があります。

【ケース5】

夜になると幻視が見られる84歳男性

数年前に腰が亡くなった頃から、物忘れが認められる
ようになり、徐々に進行しています。脳卒中発作はありま
せん。物忘れや判断力の低下が進んだため、しばらく前
から同居している長男が介護するようになっています。半
年前にふらつきが認められるようになり、日中はしっかり
しているのに、夜間を中心におかしな言動が認められるよ
うになりました。誰もいないのに、「人が3人いる」と言っ
たり、「死んだはずの人がそこにいる」などと論議を指し
ては、軽い興奮状態となっていたのです。

半年前から日中はしっかりしているのに、夜間に幻視や
興奮状態が認められるようになっていきます。これがいわゆる
（夜間）せん妄といわれる状態です。病院で頭部MRIを

撮影したところ、アルツハイマー型認知症の所見が認めら
れ、半年前に軽度の脳出血を起こして、そのために、
夜間せん妄を生じるようになったことが分かりました。

このようにせん妄状態は数時間の間に急激に始り、夕
方から夜間にかけて悪化する傾向があり、夜間せん妄と
呼ばれます。夕方になるとそわそわして落ち着かなくなり、
「私、帰ります」と言って荷物をまとめたり、うろうろと歩き
回ったりする、いわゆる夕暮れ症候群も、軽いせん妄状態
の可能性がります。

せん妄状態の見極めのポイントを表に示します（図2）。
せん妄状態は、認知症などで脳の機能が低下した人に薬
物の内服、身体機能の低下などで生じます。特にマイナー
トランスクリアーゼ系の抗不安薬や睡眠導入剤によって引き
起こされることがあります。こうした薬物は依存性があり、
起すやすす、急な中止は離脱症状を生じる可能性があり、
注意が必要です。また、環境変化でせん妄状態を生じて
しまうことも多く、混乱しないような環境をつくることも大切
になります。

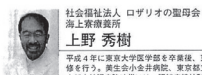
せん妄状態を鑑別した後は、認知症に伴う行動・心理
症状が残るようになります。認知症に伴う行動・心理症状
に対しては、本人の立場も立て、どうしてそうした行動
をしてしまうのかをさ、原因をひもといっていくことが大切
になります。

以上、高齢者に認められる精神症状についてお話しし
ました。現場では、

- もとの精神障害の有無 → 生活歴、病歴の聴取
- せん妄状態であるかどうかの見極め
- 認知症の行動・心理症状として、精神症状のみとは
どう順番で対応していくことになり。

認知症の人への 精神科訪問診療

第8回 認知症と障害者施策



社会福祉士 ロザリオの聖母会
海上養護院
上野 秀樹

平成4年に東京大学理学部卒業後、東京府稲佐郡精神科で初期研
究を行う。厚生省小児科病院、東京国立総合病院勤務を経て、東
京国立総合病院時代には、認知症精神科専門病棟を3年勤務し、平成21年
11月より、海上養護院にて認知症の精神科訪問診療を行っている。

皆さま、こんにちは。千葉県旭市で認知症の人のための精神科医療を提供している上野です。
最近、頸椎症で頸子が悪く、車での移動が苦しいので、ここ1〜2ヶ月は認知症の人への訪問診療をお断
りしている状況です。というわけで今回は、認知症の訪問診療ではない、少し違った話題にさせていただきます
と思います。

認知症と障害者問題

平成25年6月に厚生労働省の研究班から衝撃的
な発表がありました。日本にはすでに462万人の
認知症の人がいて、認知症の予備軍といわれる軽
度認知障害（MCI）の人が400万人いるという発
表です。この発表によると、65歳以上の4人に一
人が認知症、もしくはその予備軍ということにな
ります。従来の報告よりも遙かに多くの認知症の
人が存在していることが分かったのです。
私たちは、この衝撃的な事実に応じてどうに
対応すべきなのでしょう。

認知症は高齢化が一番の危険因子です。誰でも
高齢になれば、認知症になる可能性があります。
そして、現在、残念ながら完全な予防法や完全な
治療法は存在しません。

このように誰でも認知症になる可能性がある上
で、私たちは、認知症になるのを怖れていても
まくいかないのです。私たちが今すべきことは、

「認知症になっても安心して暮らせる社会、それ
までと同じように生きがいを持って暮らせる社
会」をつくることだと思います。



認知症の人の暮らしにくさ

ここで、認知症の人の暮らしにくさについて考
えてみましょう。

認知症の人が行きたい場所に行くことができ
ず、迷っている徘徊と呼ばれる。普通の人でも
慣れない大都市の地下鉄の乗換えに戸惑い、
迷ってしまうとなかなか目的地に行き着かないこ
とがあります。このようなときに親切に言葉をか
けてくれる人がいてくれたら、どんなにうれしい
ことでしょう。

認知症の人が周囲から理解されず、家族から疎
まされたり、会社でつまはじきにされたりするこ
とがあります。普通の人も社会の中で白い目で見ら
れたり、いじめられたりして、寂しい思いをする
ことがあります。こんなときに、誰でも受け入れ
てくれる社会の暖かさがあれば、どんなに救われ
ることでしょう。

このように認知症の人の暮らしにくさは五体
満足した普通の人の暮らしにくさと連続している
のです。

も忘れや判断力の低下がある認知症の人が不
安を感じ、落ち込んでしまうことがあります。清
潔にしたいのにうまくできず、汚してしまうこと
があります。

理解してくれない周囲の社会への不満が妄想と
なり、自分を守るための必死の暴力になること
があります。こうした行動・心理症状と呼ばれる症

状は、実は言葉にするのが苦手な認知症の人の暮
らしにくさの訴えなのかも知れません。身体的に
も精神的にも人間は多様な存在です。人間の多様
性を受け入れ、その違いをお互いに尊重し、理解
し合っって一緒に暮らすことができる社会ができた
ら、認知症の人も暮らしやすくなることではし
ょう。その忘れや判断力の低下のために日常生活、
社会生活に支障をきたしている認知症の人の生活
を支えること、そのために私たちが工夫するこ
と、社会のあり方を考えていくことが、実は私
たち自身の暮らしを豊かにすることにもつなが
っているのです。

私たち人類の歴史は、暮らしやすい社会を求め
ての試行錯誤の歴史でした。先人達の努力によ
って衛生環境が改善し、人間が高齢になっても生
きることが出来る社会が実現しました。そして、人
口の高齢化と社会に受け入れられない問題として、認
知症の問題が出てきたわけです。今私たちは、
「認知症の人が暮らしやすい社会をつくる」とい
う課題を突きつけているのです。

世界でも高齢化が進んだ日本が、この課題に
直面しているのは偶然ではないと思います。私
たちは、3.11の東日本大震災のような混乱状況
においても、秩序を重んじ、弱いのを助け、協力
して危機に当たることが出来る素晴らしい国民性
を持っているからです。



身近となった障害の問題

認知症の問題は、実は障害の問題と密接に関連しています。高齢の認知症の人では、高齢化による身体機能低下という身体障害、認知機能障害という知的障害、そして、一部の人には行動・心理症状と呼ばれる精神障害が生じてきます。高齢の認知症では、従来の分類による三障害すべてが出現する可能性があるということになります。

身体障害のある人、知的障害のある人、精神障害のある人に対して、昔は特別なケアができる施設や病院に隔離収容し、そこで生活してもらおうという考え方が一般的でした。私たちの日本では、そういった収容施設の多くを民間事業者につくらせたのです。こうして、「障害のある人々を隔離収容すること」が民間事業者の仕事になってしまいました。そのため、時代が変わり、障害のある人々も社会の中で一語に生活しているという

う考え方が一般的になった現在でも、隔離収容する施設や病院を減らしたり、閉鎖することが簡単にはできません。現在の日本では、多くの障害のある人々が隔離収容されてしまっている状態なのです。そのため、私たちは普通に生活していると障害のある人に身近に接する機会がほとんどありません。人間にとって避けられない障害の問題を身近な問題として考える機会がないわけでは、認知症の問題が出てきたことでこの状況は一変しました。自分が認知症になるかも知れないし、自分の大切な家族が認知症になるかも知れません。三障害すべてが出現する可能性がある認知症の人を身近に感じることで、私たちは障害の問題を身近な、自分たちの問題として考えることができるようになると思っています。

障害者施策の国際的な流れとオレンジプラン

次に、人間にとっての障害の問題を考えてみましょう。まず、障害者施策に関する国際的な流れをご紹介します。

第2次世界大戦の反省から1945年発足した国際連合では、1948年の世界人権宣言で「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利について平等である」とされるなど、一貫して人権保障が重要な課題とされてきました。世界の人口の約1割をしめると言われている障害者の人権に関する取り組みは、1970年代から本格化しました。1975年に「障害者の権利宣言」が採択され、1981年には「障害者の完全参加と平等」を掲げて、「国際障害者年」が設定され、1983年から1992年まで「国連障害者の十年」の取り組みがされました。そして、1999年代に入ると「障害者を含めたすべての人を包摂することが、すべての人にとって豊かな社会を作り出す方法である」という意味を込めた「万人の

ための社会(society for all)」という言葉が使われるようになりました。2001年から検討が始まった障害者権利条約は、2006年に国連総会で採択され、2008年5月に発効したのです。

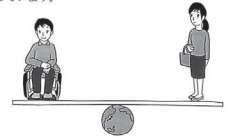
この条約は、これまで同情や社会的保護の対象であった障害者を権利の主体として捉え、障害者問題の原因を社会に求める「障害の社会モデル」の考え方を採用した画期的な条約です。「障害の社会モデル」と「障害の医学モデル」の考え方に関しては、大切なところでもう一回説明しますね。

これまで、障害者問題の原因を個人の機能障害、例えば、「見えない目」「聞こえない耳」「動かない手足」などに求める「障害の医学モデル」という考え方が一般的でした。この考え方は、障害者問題を解決するのは、「見えない目を見えるようにすること」「聞こえない耳を聞こえるようにすること」「動かない手足を動かようにすること」、すなわち医療やリハビリというこ

になります。そして、障害者は「医療やリハビリによっても不幸にして機能障害が改善しなかった人」ということになり、同情や社会的保護の対象となってしまっていたのです。

これに対して、「障害の社会モデル」の考え方は、多様な人間の在り方に対して、社会の側からの必要な合理的な配慮が欠けていることが、障害者問題の原因であると考えます。例えば、すべての道路が段差なく整備され、上下の移動にもエレベーターがある社会であれば、両下肢の機能障害のある車イスの人も自由に移動することができます。しかし、すべての道路に2mの段差があり、上下の移動がロッククライミング用の壁だけの社会であれば、五体満足の人でも移動するのに支援が必要になるのです。私たちの「社会の在り方」が障害者の範囲を決めているのです。

国連の障害者権利条約では、人間の多様性に対して、社会の側からの合理的な配慮を行うことで、すべての人が包摂され、社会参加できるような「万人のための社会」を実現させようとしています。条約の議論の中では、「私たちのことを私たち抜きで勝手に決めない(Nothing about us without us)」というスローガンが掲げられました。2012年12月現在、126ヶ国がこの条約を批准しています。



認知症になってもよい環境で暮らし続けることができる社会を

日本はどうでしょうか。実は、2007年に署名はしたのですが、国内法として有効にする手続きである批准はしていません。それは、条約の内容に反する差別的な内容の国内法がたくさんあるからなのです。

2009年8月の政権交代で民主党が政権与党となった後、障害者権利条約の批准に必要な国内法の整備を始めとする日本の障害者制度の集中的な改革を行うこととなりました。同年12月8日の閣議決定により内閣総理大臣を本部長とし、すべての閣僚大臣を構成員とする「障害者制度改革推進本部」が設置されたのです。その後、翌2010年6月の閣議決定で精神障害の分野に関しては、厚労省社会援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課が担当することになり、「新たな地域精神保健医体制の構築を目指す検討チーム」第1R、第2R、第3Rが開かれました。この中の第2Rでは「認知症と精神科医療」がテーマとされ、特に認知症の人の精神科入院の問題に関して活発な議論が交わされました。しかし、検討チーム内で「認知

症の人の精神科入院」をどのように考えるかで意見が対立し、まとまりませんでした。それを引き継いで2011年11月、当時の藤田一穂厚生労働大臣政務官を主査とした認知症対策実施検討プロジェクトチームがつくられたのです。厚労省での検討を重ねた結果、2012年6月18日に発表されたのが「今後の認知症施策の方向性について」という報告書です。そして、この報告書に基づき、今後5年間の認知症施策としてオレンジプランが発表されました。

三障害すべてが出現する可能性がある認知症の人に社会の側で合理的な配慮をすること、すなわち社会的な支援を充実させることにより、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域での生活で暮らし続けることができる社会」の実現をめざすのがオレンジプランです。国際的な障害者政策の流れに合致し、認知症の人の地域での生活の支援、自己決定を支援する方向に大きく舵を切った画期的な施策なのです。

高次脳機能からみた認知症の症状

敦賀温泉病院 認知症医療センター

介護老人保健施設 ゆなみ

理事長 玉井 顕

認知症の新概念 DSM-V

- Dementia (痴呆症→認知症)
→Major Neurocognitive Disorders
 - MCI(mild cognitive impairment) 軽度認知障害
→ Minor Neurocognitive Disorders
- Neurocognitive Disorders
- 1) Delirium(せん妄)
 - 2) Major Neurocognitive Disorders(認知症)
 - 3) Minor Neurocognitive Disorders(MCI)

日本作業療法士協会

2014年度 認知症初期集中支援チームに対応する
作業療法士のための研修会

高次脳機能からみた認知症の症状

敦賀温泉病院 認知症疾患医療センター

介護老人保健施設 ゆなみ
理事長 玉井 顯

認知症予防戦略の経緯

- 1990年4月に敦賀温泉病院を開設
- ・重度認知症患者の受診が多い
 - 1) 認知症の間接的チェック(AOS)
 - 2) 認知症の直接的チェック

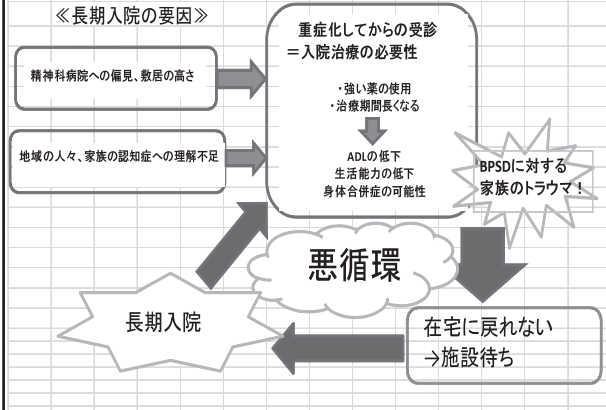
敦賀市・若狭町エリア

気づき

MCI 軽度 中等度 重度

④バックアップ体制:入院

《長期入院の要因》



④ スタジオ① BPSDへの支援不足で精神科病院へ

30/18-00

TW玉井顯さん

国谷さん・玉井さん

国

福井県の敦賀温泉病院院長の院長で精神科医の玉井顯さんです。玉井さんは、診察の傍ら、地域で認知症についての啓発を行い、成果をあげ、国の認知症施策のあり方を考える研究会のメンバーにも名前を連ねていらっしゃいます。まずは、玉井さん。認知症の人の精神科入院が急増し、長期化している現実をどうご覧になりましたか？

玉井さん

■大変よくない状況だと思う。激しい症状が出ている人達を治療するために作られている。そのため、管理を優先するためプライバシーはなく、本人がやりたいことを叶えるような機能もない。入院前に、料理など生活の中でできることがあった人も病院では上げ膳据え膳でやらなくなるので生活能力が低下し、生きる意欲も失われる。いろいろな能力が失われていく認知症の人たちがそのような場所にいれば、当然、その度合いは大きくなる。

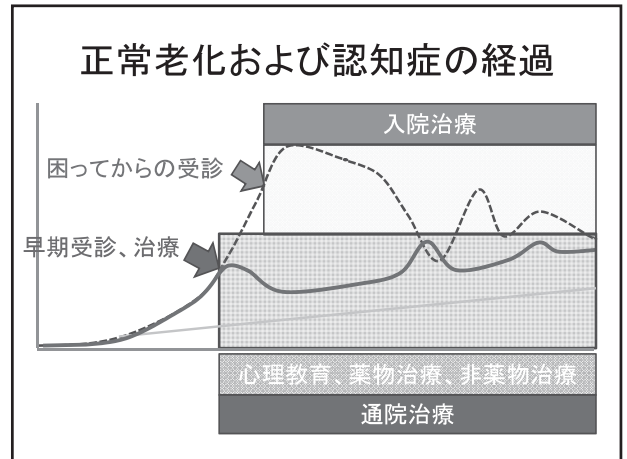
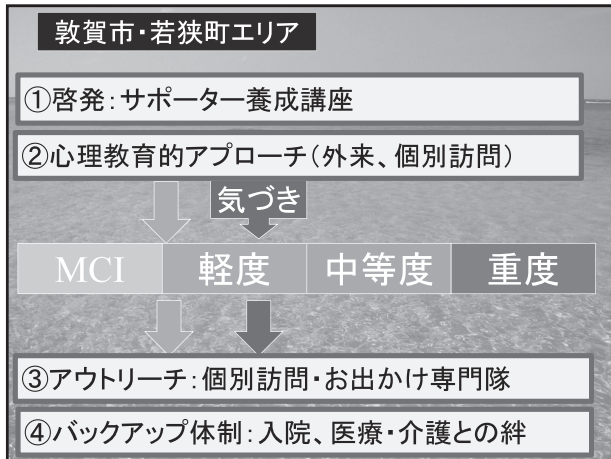
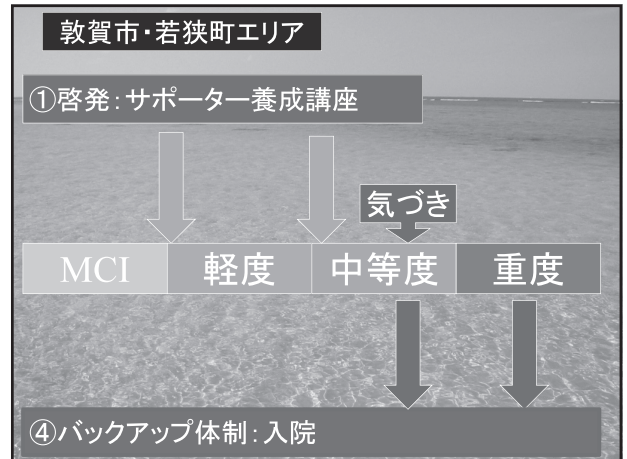
国谷さん・玉井さん

国

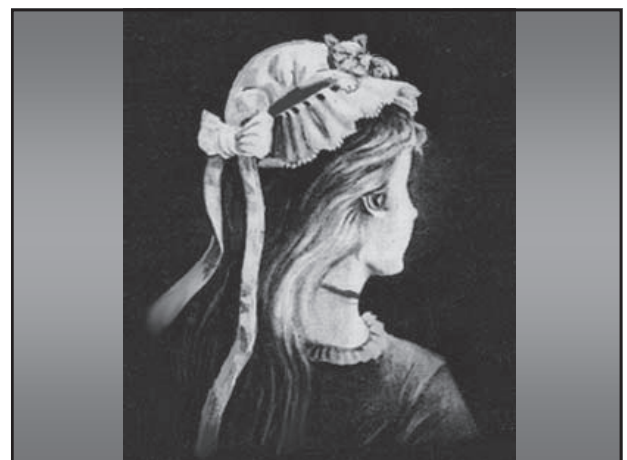
そもそも入院が必要になるBPSDはどのように起きるのか？

玉井さん

■自分の意志がうまく伝えられないストレスなどが原因だと考えられている。認知症になると、本人は記憶を失っていくことへの不安や喪失感、苛立ちがつのることが多い。そんな中で、周りの人から能力を失っていることや間違いを言われたり否定されたりするとストレスが爆発し、暴力や暴言などの症状が悪化する。BPSDは、認知症の人なら誰にでも起こりうる症状。



この方はおいくつに見えますか？



1. 人はいない
2. 若い女性
3. 老婆
4. 2人見える

1. トカゲもいた
2. ネコもいた
3. そんなのいなかった

認知症の症状は理解しづらい

さらに理解しづらい症状 理解しづらい症状 理解しやすい症状

前頭葉症状
実行機能障害
意欲低下
易怒性
他人の手兆候

失語
失行
失認
ジスキネジア
記憶障害
幻覚
妄想

高血圧
糖尿病
骨折
肺炎
嚥下障害
麻痺

認知症疾患の診断・対応・治療

プロフィール	認知症疾患	脳機能	治療・対応
生活史 性格 趣味 環境 家族背景 介護状況 対応状況 現病歴 既往歴	アルツハイマー病 血管性認知症 レビー小体病 前頭側頭葉型認知症 正常圧水頭症 他	前頭葉 側頭葉 頭頂葉 後頭葉	非薬物治療・対応 ・パーソンセンタードケア ・保たれた機能 ・障害された機能 薬物治療 ・非定型抗精神薬 ・SSRI ・抗てんかん薬 ・他

認知症の心理教育的アプローチ

0. 人を知る
 - 高齢者の心理を知る
1. 知識(病気の知識、病気の特徴、現象の言語化)
2. 理解(症状の分析・整理・予測)
3. 行動(症状に応じた対応)
4. 継続(一人で頑張らない)
 - 介護保険、医療保険サービス
 - セーフティーネット 身体合併:総合病院
 - BPSD: 認知症疾患医療センター
認知症治療病棟
 - 家族、介護者に対するのストレスケア

家族、本人における症状の認識

		家族	
		ある	ない
本人	ある		
	ない		

家族、本人における症状の認識

		家族	
		ある	ない
本人	ある	身体疾患(高血圧、糖尿病) ADL(運動能力の低下) むくみ 記憶障害(MCI)	痛み、かゆみ、耳鳴 幻覚 心気症 不安、恐怖
	ない	記憶障害(中等度以上) 見当識障害、徘徊 妄想、幻覚、異食 ジスキネジア(事象としても、 脳が原因であることも理解し ている)	軽度記憶障害(年のせい) 作話(嘘をついている) 性格変化(昔から) 妄想(いじめる) 失語・失行・失認、前頭葉 ジスキネジア(事象のみ)

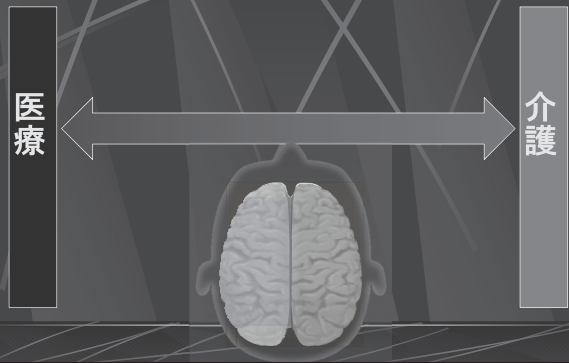
高次脳機能障害の歴史

- 失語 *Aphasia*
Broca 1861年
Wernicke 1874年
- 失行 *Apraxia*
Liepmann 1900年
- 失認 *Agnosia*
Wilbrand 1884年
Freud 1891年 *Agnosia*という概念を導入
Wolpert 1924年 同時失認
Bodamer 1947年 相貌失認

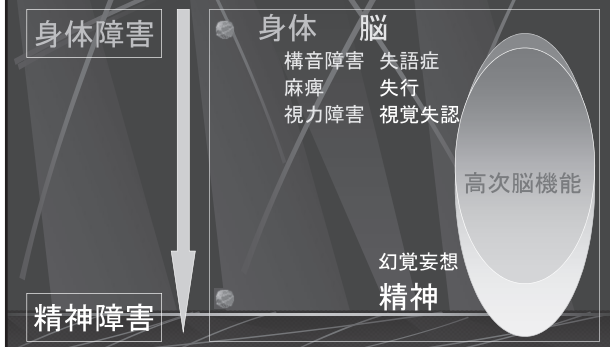
日本高次脳機能障害学会(日本失語症学会) および日本神経心理学会の歴史

- 失語・失行・失認 脳血管障害
- 記憶障害、注意障害、遂行障害
- 認知症、発達障害、統合失調症など
- 情動

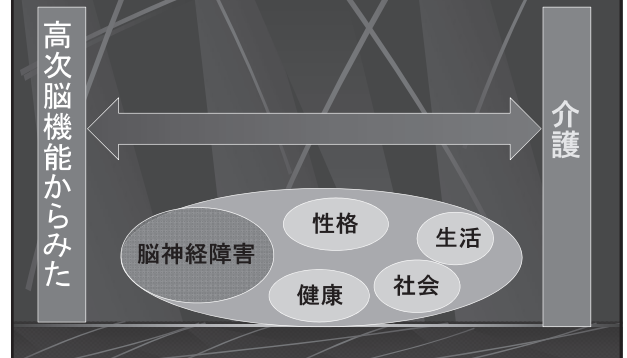
人をみさせていただく

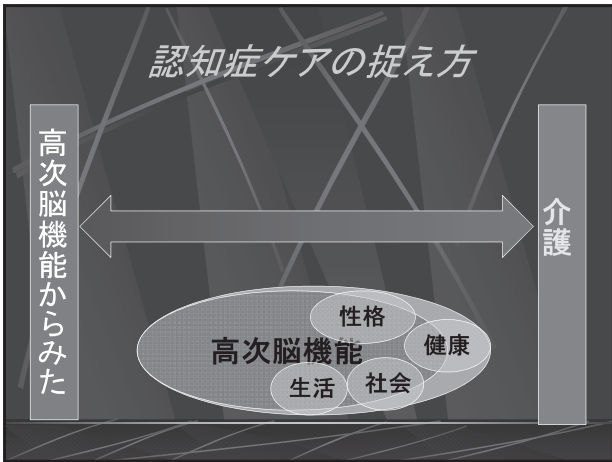


障害レベルによる分類

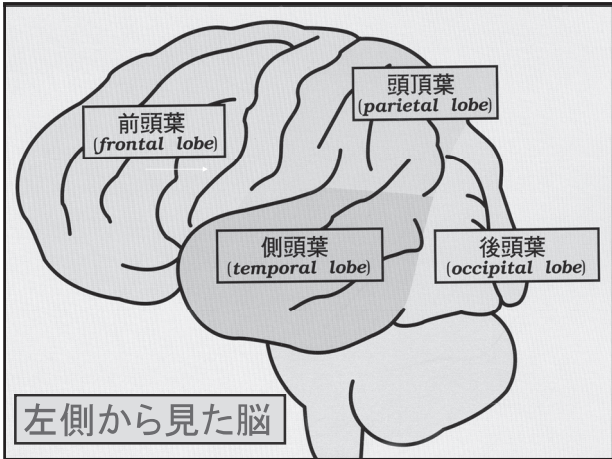


認知症ケアの捉え方





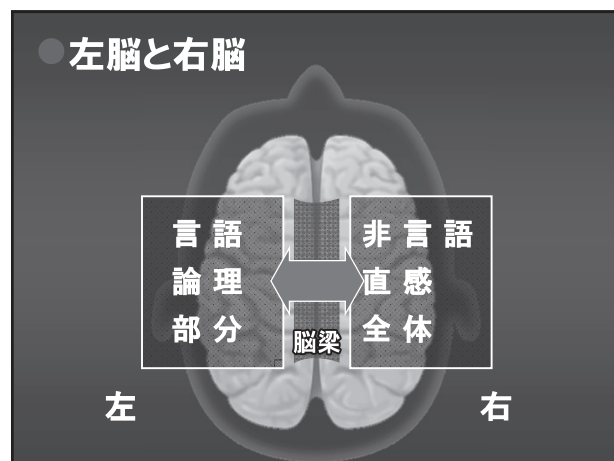
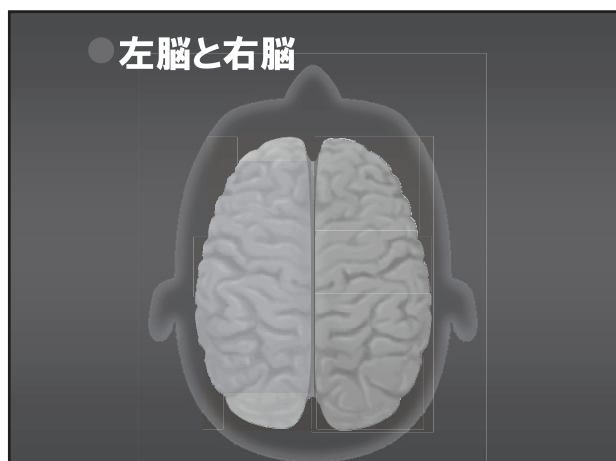
脳の話



脳は何を見ているの？

- ### 脳は何を見ているのか？
- 言語化できるもの：言語化できないもの
 - What : Where
 - 好き : 嫌い
 - 未知 : 熟知
 - 何を見たいか？

- ### 左と右 (言葉にできるもの：できないもの)
- 左脳
 - 言語化できる (文字、物品など)
 - 右脳
 - 言語化できない (顔、風景など)



背側経路と腹側経路(どこ:なに)

- 後頭葉から頭頂葉へ(背側視覚経路)
見た対象の位置や運動の情報を処理
- 後頭葉から側頭葉へ(腹側視覚経路)
見た対象の色や形の情報を処理

● 2つの視覚情報処理経路

空間認識 (背側経路)

形状認識 (腹側経路)

■ 後ろから前へ(視覚情報処理の進行)

意識

意味

感覚チャンネルを超える ← 視覚限定 ← 視野対応

何を見たいのか?

- 選択的注意 (前頭前野背外側部)

● 選択的注意

「どこにあったかなあ？」

「登ったことあるよ」

「東京タワーはどんな色・形だったかなあ？」

● 前方脳、後方脳

前方脳と後方脳

前頭葉 (frontal lobe) 頭頂葉 (parietal lobe) 側頭葉 (temporal lobe) 後頭葉 (occipital lobe)

情報を出す 情報が入る

行動障害は認知症の人が何かを伝えようとして
そのメッセージを理解する努力からケアが始まる

考える・抑える

入力 出力

行動障害は認知症の人が何かを伝えようとして
そのメッセージを理解する努力からケアが始まる

考える・抑える

感覚入力 出力

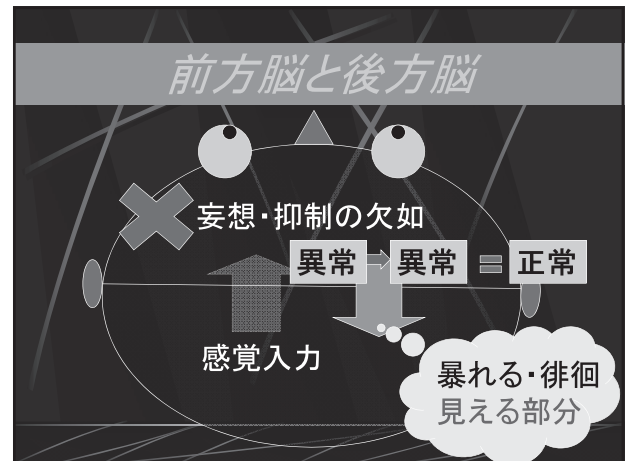
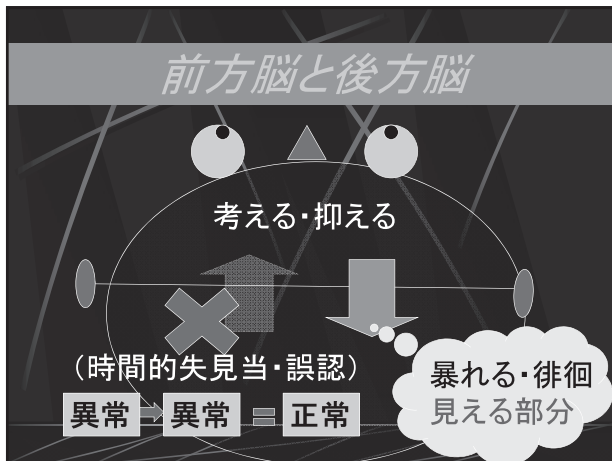
暴れる・徘徊

前方脳と後方脳

考える・抑える？

感覚入力？

暴れる・徘徊
見える部分

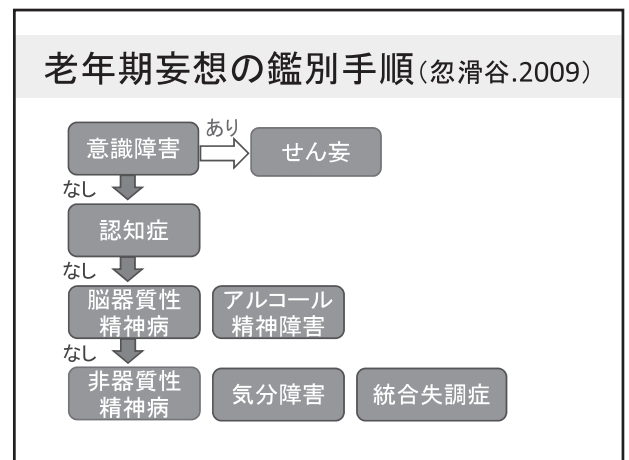


- ### 認知症とはどういうものか？
- 脳にゴミがたまる病気 (異常タンパク)
 - ・アルツハイマー病 (60%前後)
 - ・レビー小体病 パーキンソン、幻視
 - ・ピック病 (前頭側頭型認知症) 怒りっぽい
 - 血管性認知症 (10~20%)
 - その他 内科、外科

- ### 認知症疾患
- 変性疾患 (脳にゴミのたまる病気)

	異常蛋白
アルツハイマー病	アミロイドβ → タウ(3,4)
レビー小体病	αシヌクレイン
前頭側頭葉変性症	タウ(3)
 - 血管性認知症
 - その他

- ### 認知症の原因は他にもあります
- 内科の病気
 - 甲状腺機能低下症
 - 肝性脳症、低血糖症
 - アルコール、薬物など
 - 外科の病気
 - 慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症
 - 脳腫瘍、頭部外傷後遺症など

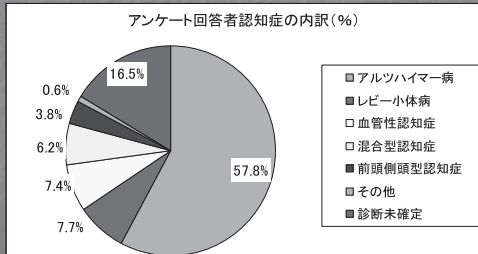


23年度敦賀温泉病院初診外来患者

対象患者: 339名 (年齢80.8±6.9歳)

男性109名, 女性230名

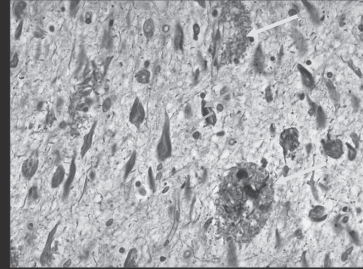
認知症の疾患内訳



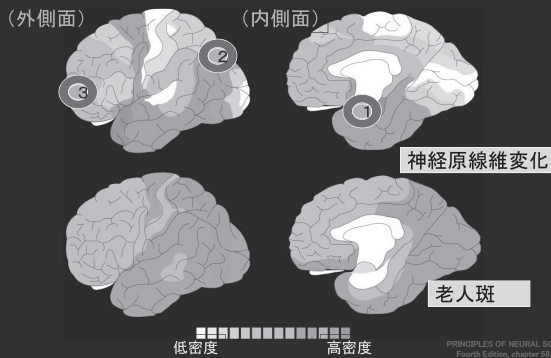
JAAD

アルツハイマー病の脳病変の特徴

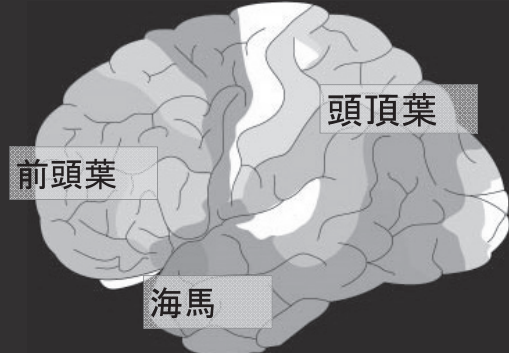
- ①老人斑(アミロイド・ベータ蛋白)
- ②神経原線維変化(異常リン酸化タウ蛋白)



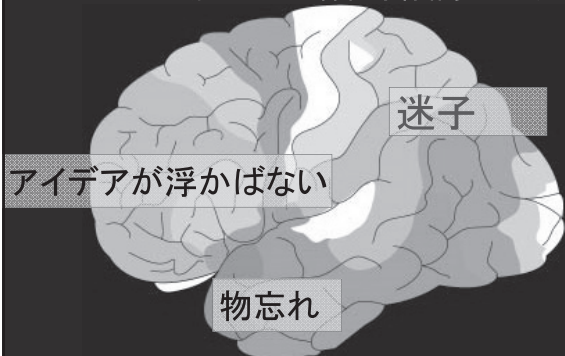
アルツハイマー病における 神経原線維変化と老人斑の分布



アルツハイマー病における神経原線維変化の分布

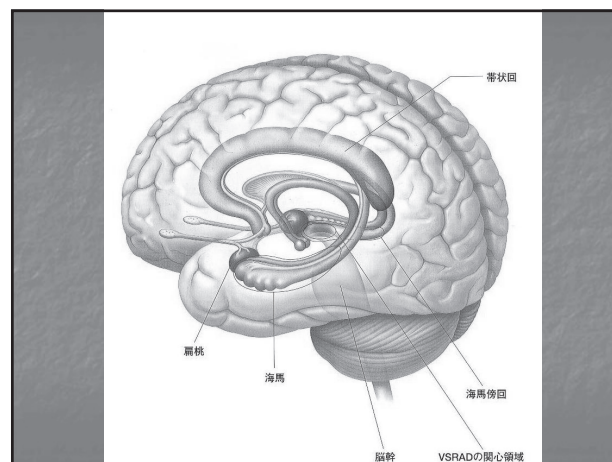
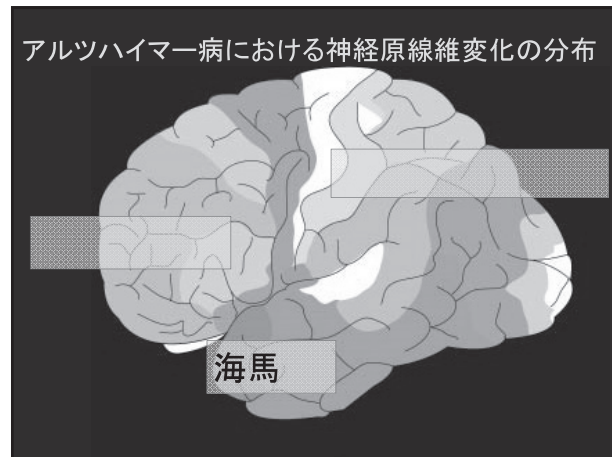
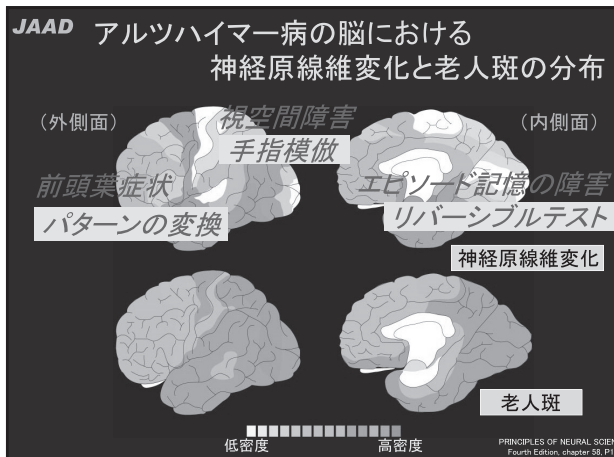


アルツハイマー病における神経原線維変化の分布



アルツハイマー病における神経原線維変化の分布





3. 中核症状

1) 記憶障害

はてメガネは?

- 出来事そのものを忘れる
- 物忘れの認識がない
- 昔の事はよく覚えている
- 体で覚えた記憶は保たれる

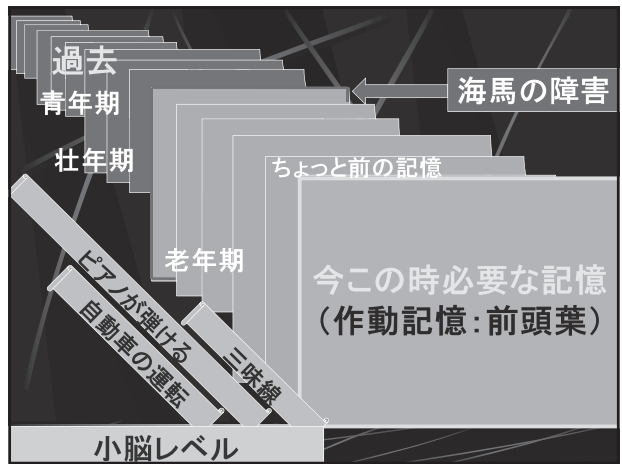
アルツハイマー病の記憶障害

通常老化

一部を忘れる

アルツハイマー病

体験そのものを忘れる



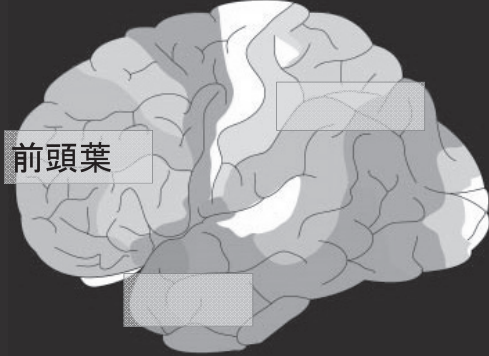
リバーシブルテスト (記憶に関係した検査)



Reversible Test 結果

回数	課題	正答	誤答反応	回数	課題	正答	誤答反応
1	△	あ		6	21 △	あ	
1 施行	2 ◎	5	△	6 施行	22 ◎	5	
	3 あ	△			23 あ	△	
	4 5	◎			24 5	◎	
	5 △	あ			25 △	あ	
2 施行	6 ◎	5	△	7 施行	26 ◎	5	
	7 あ	△			27 あ	△	
	8 5	◎			28 5	◎	
	9 △	あ			29 △	あ	
3 施行	10 ◎	5	△	8 施行	30 ◎	5	
	11 あ	△			31 あ	△	
	12 5	◎			32 5	◎	
	13 △	あ			33 △	あ	
4 施行	14 ◎	5	△	9 施行	34 ◎	5	
	15 あ	△			35 あ	△	
	16 5	◎			36 5	◎	
	17 △	あ			37 △	あ	
5 施行	18 ◎	5	△	10 施行	38 ◎	5	
	19 あ	△			39 あ	△	

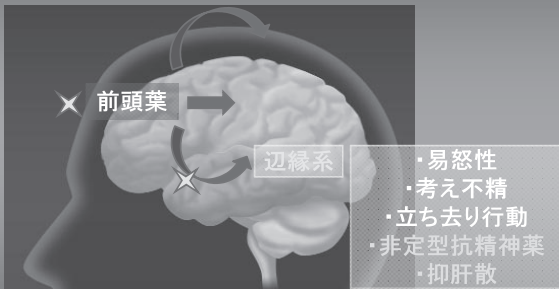
アルツハイマー病における神経原線維変化の分布



前頭葉機能

- 流暢性 アイデアが浮かばない
- 同時処理 2つの事を同時に処理できない
- 転導性 頭の切り替えができない
- 計画性 段取りができなくなる
- 注意力 ミスが多くなる
- 解決能力 なんでも人に頼る

■前頭側頭型認知症



前頭葉そのものの障害、他3つの経路抑制障害

右前頭葉

52年1月25日

脳月^{ひびく}も起シてか家事の段取りが出来なくなり、前は^{ひびく}はよく出来たのと非常にくやしむす。残念に坊有ります。

失語 認知症言語の特徴

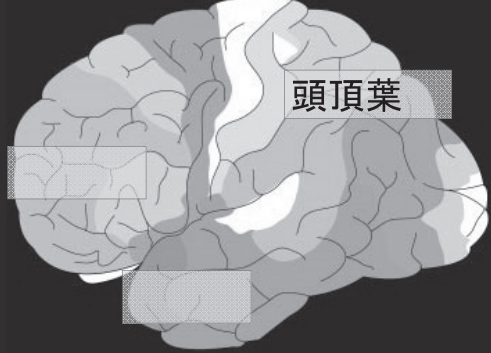
- あれ・これ・それなどの代名詞が増加
 - 言い間違えが多くなる(歯ブラシをくし)
 - まわりくどくなる
 - 文章が苦手になる
 - オウム返しはできる
 - 慣用句(挨拶など)、系列言語は保たれる
 - 取りつくりい、場合合わせが上手
- (アルツハイマー病の特徴: 礼節は保たれる。逆に前頭側頭型認知症は無愛想、自分勝手)

認知症の人への対応

接し方、話し掛け方

- 記憶に負担をかけない話し方
 - ・ 要点を話す
 - ・ 指示は1つずつ
 - ・ 繰り返して言う
 - ・ そのつど主語・目的語を言う

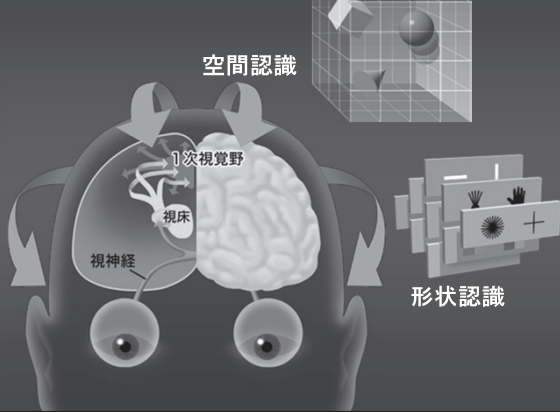
アルツハイマー病における神経原線維変化の分布



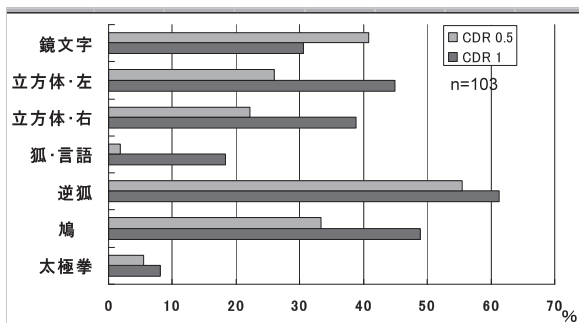
背側と腹側 (Where どこ: What なに)

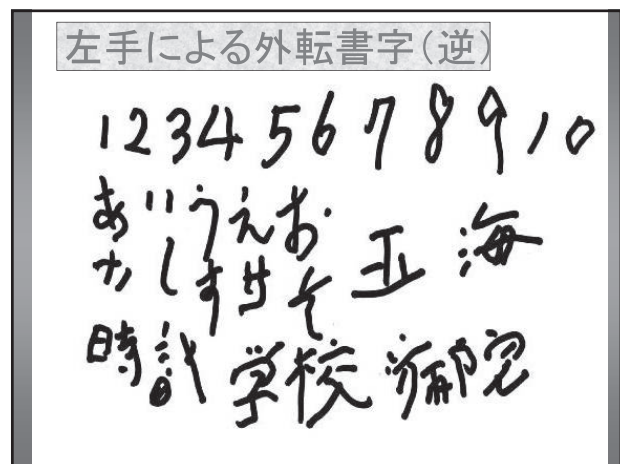
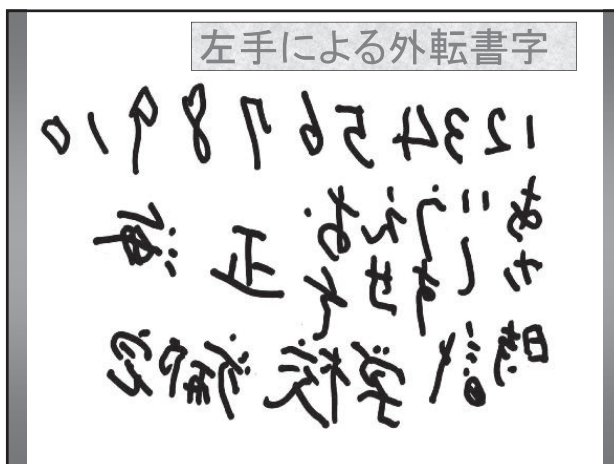
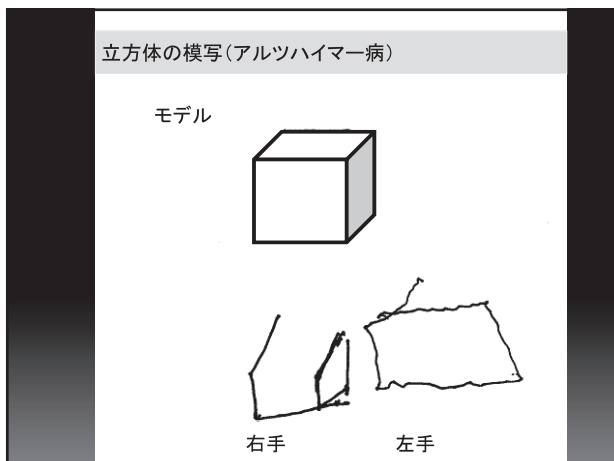
- V1から頭頂葉へ (背側路: どこ)
見た対象の位置や運動の情報を処理
- V1から側頭葉へ (腹側路: なに)
見た対象の色や形の情報を処理

● 視覚情報処理の2つの経路



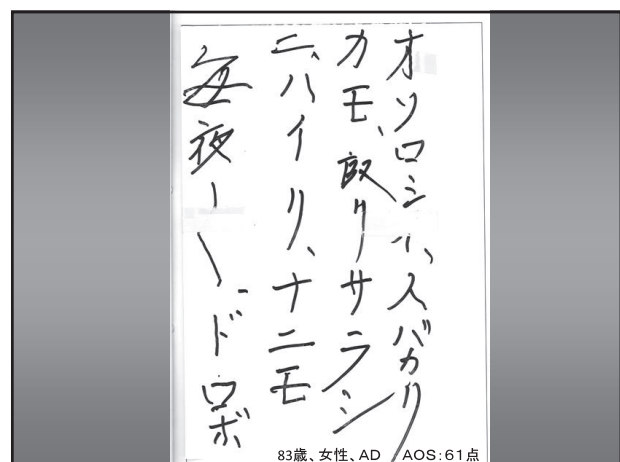
CDR0.5群およびCDR1群の
各項目における頭頂葉機能検査結果





アルツハイマー病の症状特徴

- 近時記憶の障害 行き先を忘れる
- 空間記憶の障害 道順の学習ができない
- 視空間障害 道に迷う
車庫入れが苦手
- 実行機能の障害 計画的に目的地を探せない
迷った時の解決方法が乏しい
- オプティック・フローの知覚障害 誤った方向に進む



遂行機能障害、ワーキングメモリーの障害における信念形成へのバイアスによる影響

(Fischhoffら1983、山崎2001)

- 仮説が立てられない
- 不完全な分析
- 法則が作れなくなる
- 計算ミス
- 誤った知識を使用
- 結果を忘れる→学習できない
- 重要な情報を忘れる

妄想

予測誤差からくる妄想形成

- 右背外側前頭前野の賦活により、予測誤差に基づく信念の更新が生じる (Corlettら2004)
- アルツハイマー病など老年期の妄想とも関連 (Sultzerら2003)
- 予測誤差に基づく学習課程にはドパミン神経系が関与 (Pessiglioneら2008)

嫉妬妄想

- レビー小体病で多く出現 (Graff-Radfordら2012)
- (なぜ嫉妬なのか?) ドーパミン系の異常と関連報酬系の線条体ドーパミンの働きが、男女間の結びつきにおける動機づけに重要な役割を果たしている (Ortigueら2010、De Boerら2010)
- 妬み: 前部帯状回背側部 (Takahashiら2009)
- 嫉妬妄想においては認知機能は軽度であることが多い。認知機能が重度になると、配偶者に対する劣等感も自覚されず、嫉妬の感情も消えていく。(橋本ら2013)
嫉妬妄想は人物誤認、記憶障害、幻視、劣等感などと関係する。

高齢者のこころ

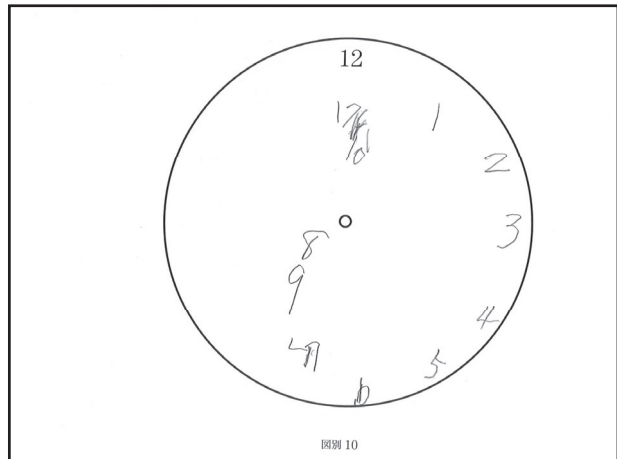
- 喪失
では、どう対応すればいいのか?
- 高齢者心理の正しい理解と対応が必要
 - 1) 喪失(身体、環境)からくる心理変化の理解
 - 2) 環境の変化に注意
 - 3) 身体の変化に合わせる
 - 4) 不安、抑うつ、混乱に注意
(認知機能が極端に低下する)

心からみる認知症(高齢者)

- 高齢になればなるほど、だんだん自分を認めてくれる人が少なくなる
では、どうしたらよいか? まず、こういった現状であることを理解してあげること、そして支えが必要である。良い人間関係づくり
良い文化づくり(お年寄りを敬う文化)
それができないと、承認欲求、尊重欲求や所属欲求、愛情欲求(マズローの発達階層説)が満たされなくなり、不安や抑うつ、易怒性、心気症、被害妄想などが出現しやすくなる。

失認(脳血管障害)

見えていても、分からない
例えば、
家族の顔を見ても誰か分からない
色が分からない
道に迷う
左半分だけが見えない



図例 10

レビー小体病の症状特徴

- パーキンソン症状
- 幻視、錯視、誤認、妄想
- 注意・認知機能の変動、レム睡眠時異常行動
- 後頭葉の代謝や循環が低下
- 転倒はアルツハイマー病の10倍
- 薄暗い環境では細かなものが見にくい
- 青色系の弁別障害(微小細胞系の障害)
- 錯綜図の障害

Distribution of Lewy Bodies (Case 1)

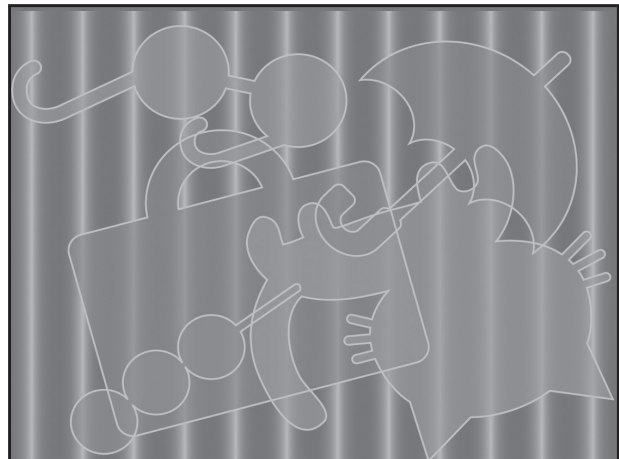
小坂憲司先生より

60歳代 女性 右利き レビー小体病

HDS-R: 28点
BFB: 88%

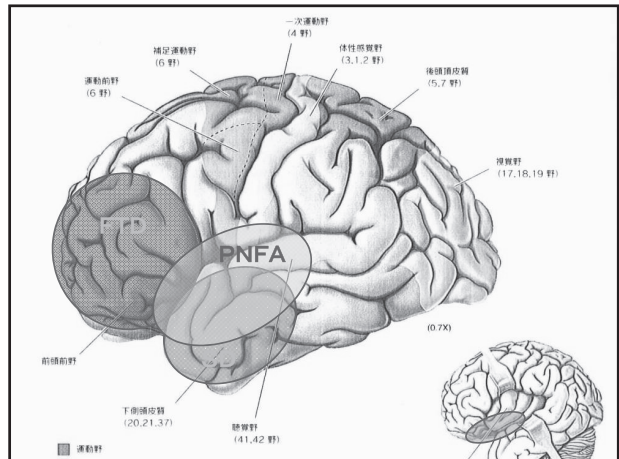
妄想、変形視: 「服がいつも置いてあるところ
にない、女の人がしている。それを黙って
みている主人が憎い。」
「ドライヤーが小さくなっている。」
「風呂場の入り口が小さくなっている。」





前頭側頭葉変性症 (FTLD)

- 意味性認知症 (SD)
- 進行性非流暢性失語 (PNFA)
- 前頭側頭型認知症 (FTD)



前頭側頭葉変性症の症状特徴

- 意味性認知症 (SD)
そのものの意味が消えてしまう
標識の意味が分からない
- 前頭側頭型認知症 (FTD)
常同行動 (時刻標的生活、反復行為)
毎日同じコースを歩く (道に迷うことはない)
交通ルールを無視する
遂行機能障害、衝動性、易怒性など

前頭葉症状

前頭葉症状(転換障害、常同行動)

- 時刻標的行動、周回行動
道に迷うことはないが、ひとたびパターンが変わると混乱する。無理に止めると怒る。
- いつもの道が工事で通れない時
- いつも買い物に行く店が閉まっていた時
- 横断歩道が地下道になった時
- 近道ができない
- 車間距離、時速にこだわる

前頭葉症状(被影響性)

- 環境依存症候群
自分で判断せず、外界の刺激引きずられる
- 信号が赤であっても、前の人が歩き出すと自分も渡ろうとする
- オウム返しをする(反響言語)
- 目の前にある道具を使おうとする(強迫的使用)
- 店先の菓子でも食べてしまう

前頭葉症状(注意、作動記憶)

- 作動記憶(ワーキングメモリー)
同時処理ができない(自動車の運転)
会話がうまくできない
- 運転中にラジオやエアコンの操作をする
- 事故を起こしやすい
- わき見運転

前頭葉症状(実行機能)

- 実行機能障害
目標設定・計画・実行・より効果的な行動を考える
- 料理
- 旅行に行く
- 買い物に出かける
- 道に迷った時に解決方法を探れない
- 同じ失敗をする

認知症の啓発

- 1) 認知症の間接的検査
・生活支援アンケート
- 2) 認知症の直接的検査
・脳機能評価
(BFB : Brain Function Battery)

医療と介護の共通ツール

●AOS

A. 日常生活動作(5項目:100%)

B. 具体的な本人の様子などを評価する項目
(47項目:)

AOS

A. 日常生活動作: 5項目
スコア: 0~100%
 (点数が高いほど日常生活で自立)

B. 具体的な本人の様子を評価: 47項目
スコア: 0~100点
 (点数が高いほど重症)

1. 危険因子: 6項目
2. 境界因子: 14項目
3. 中核症状: 8項目 (軽度4項目、重度4項目)
4. BPSD: 19項目

主に家族が主訴という言葉

AOSとMMSE・HDS-Rとの違い

HDS-R・MMSE	AOS
本人に直接検査	間接的に家族が評価
認知機能障害	認知機能障害
	生活機能障害 行動・心理症状
	生活習慣病のチェック
	ADL

前頭葉
 常同行為
 実行機能障害
 他人の手徴候
 意欲低下

頭頂葉
 失行症
 肢節運動失行
 観念運動失行
 動作完成の障害

側頭葉
 意味記憶障害

後頭葉
 視覚失認

小脳
 運動失調

運動麻痺
感覚麻痺
パーキンソン症状

生活支援アンケートによる重症度の評価

0 正常 境界 20 軽度 40 中等度 60 重度 80 最重度 100(点)

↑
 ケアする人にストレス

↑
 一人暮らし困難なレベル

↑
 認知症が疑われるレベル
 認知症専門医の診察が必要なレベル

生活支援アンケートによって 本人に直接検査をしなくても重症度を推測できる

Case 70歳 男性 右利き アルツハイマー病

生活支援アンケートスコア

6点 18点 42点
 本人 妻 長男の嫁

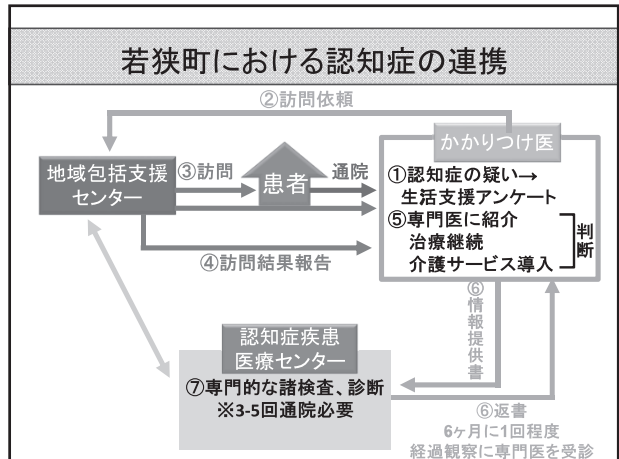
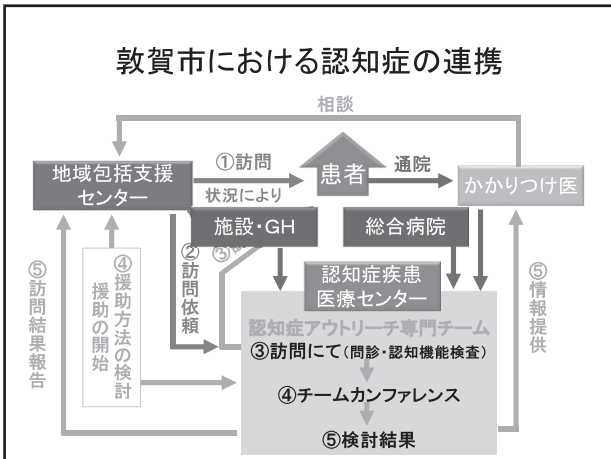
0 20 40 60 80 100

正常 境界 軽度 中等度 重度 最重度

↑
MMSE 17、BFB 58%

行動観察方式 AOSの利点

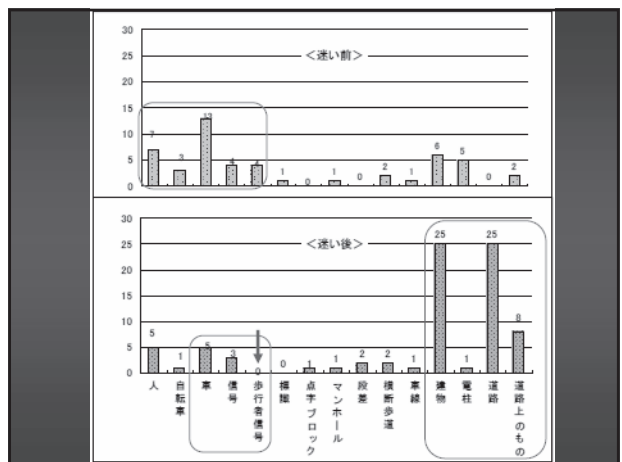
- 問診のカバーができる
- 直接検査をしなくても認知症重症度が推測できる
- 認知症サポート医への紹介をする目安となる
- 認知症の早期発見・早期受診につながる
- 医療で改善される可能性がある症状がわかる
- 本人が評価すれば、病気の認識がわかる
- 認知症の症状を家族とともに確認しあえる
- 認知症症状の整理ができる
- 認知症症状の評価を数字で継続的にフォローできる
- 今後の症状予測ができる
- 認知症の疾患・心理教育的アプローチができる

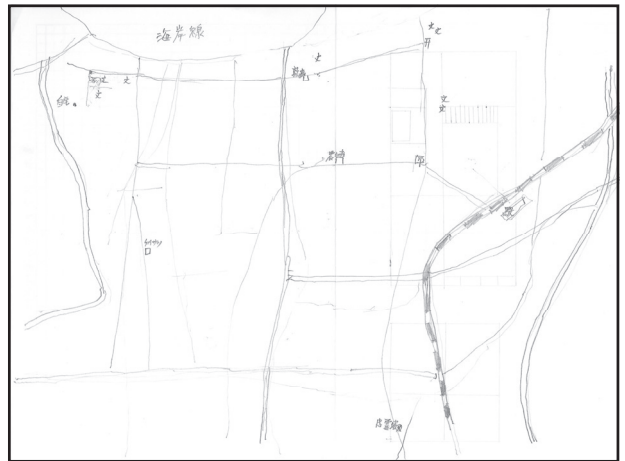
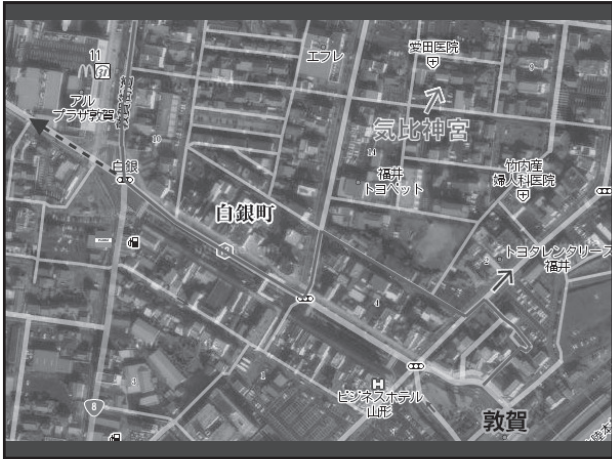


認知症の方と一緒に歩く









認知症ドライバー

- 記憶障害: どこに行くのか忘れる
- 意味記憶の障害: 標識の意味がわからない
- 場所的失見当: 迷子になる(車で徘徊)
- 視空間失認: センターラインを割る、逆走
- 前頭葉障害: スピード違反(抑制欠如)
- 注意障害: よくぶつかる

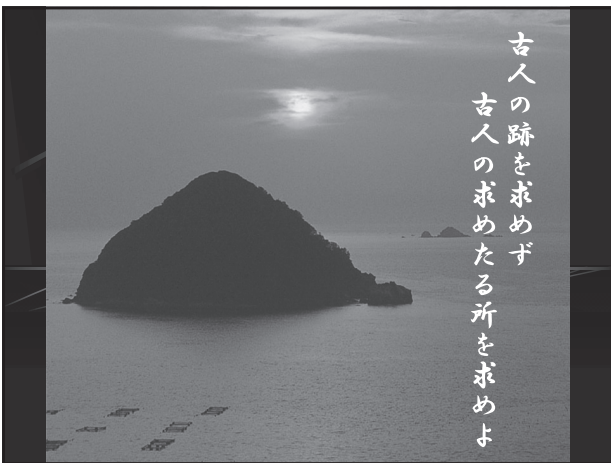
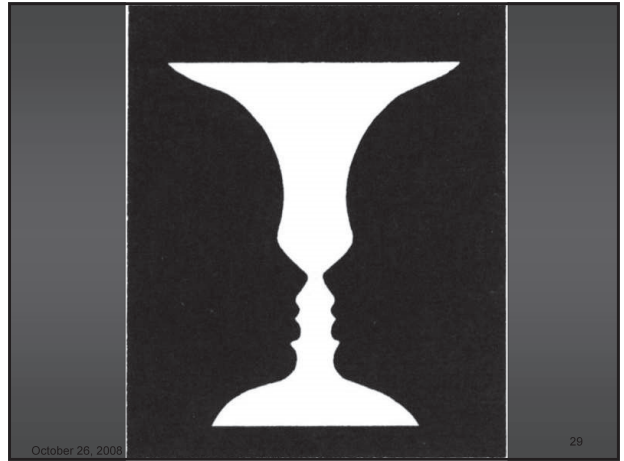
● 運転についての本人と家族の認識に、大きな乖離。

- ・本人の8割は運転に自信
- ・家族の6割は運転をやめることを希望

アンケート調査 (3) ~本人の回答~

アンケート調査 (4) ~家族の回答~

144



認知症初期集中支援チームに関する相談窓口

認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト委員会では、認知症初期集中支援チームに関する相談を受け付ける相談窓口用のメールアドレスを設置した。全国各地で取り組まれていることについての情報提供や認知症初期集中支援チームに関する問い合わせがあれば、是非ご活用いただきたい。

認知症初期集中支援チームに関する相談窓口

ot-ninchi@jaot.or.jp

おわりに

本報告書は日本作業療法士協会認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト特設委員会のメンバーが中心となって作成したものである。中でも「平成25年度認知症初期集中支援チームモデル事業における作業療法の実践」は、オレンジプランの認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業に関わっているメンバーがこれまでの実践経験を活かして具体的な内容を記述した。そのため認知症の初期集中支援を行う上でかなり参考になる内容となっているのではないだろうか。自身の住んでいる地域で認知症初期集中支援の事業が展開されるようになった場合、積極的に関わっていただきたい。認知症の方々が住み慣れた地域で生き生きと暮らすための社会づくりに作業療法士が貢献することを切に願う。本報告書がその参考になれば幸いである。

最後に本事業にご協力いただきました、粟田主一先生、上野秀樹先生、玉井 顯先生、山口晴保先生の4名の推進委員の先生方に改めて感謝申し上げます。

平成 25 年度老人保健健康増進等事業

「認知症初期集中支援チームにおける早期対応につながる作業療法士の役割の明示とサービス構築に向けた研究事業」事業推進検討委員会

栗田 主一（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

上野 秀樹（社会福祉法人ロザリオの聖母会海上寮療養所，桜新町アーバンクリニック）

玉井 顯（敦賀温泉病院）

山口 晴保（群馬大学医学部保健学科）

一般社団法人日本作業療法士協会

認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト特設委員会

香山 明美（担当理事）

小川 敬之（委員長）

荻原 喜茂

菊山 和生

佐藤 和彦

谷川 良博

西田 征治

田平 隆行

村山 真理子

上城 憲司

石井 利幸

山口 智晴

村島 久美子

岩切 良太

平成 25 年度老人保健健康増進等事業

認知症初期集中支援チームにおける早期対応につながる作業療法士の役割
の明示とサービス構築に向けた研究事業

一般社団法人 日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル 7F

TEL : 03-5826-7871 FAX : 03-5826-7872