

2019年4月20日 開催

第49回 病気の勉強会

本日のテーマ

認知症の方の ケアのポイント



医療法人 志成会
のざき内科・循環器科クリニック

院長 野崎俊光

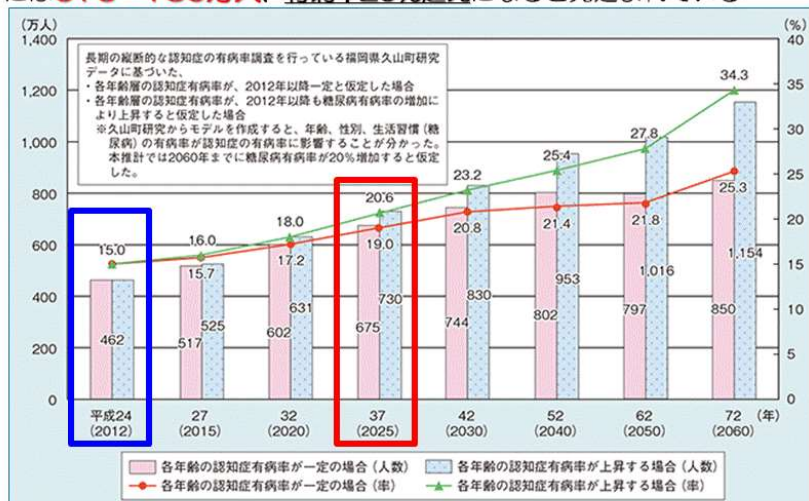
本日の内容

TODAY'S PRESENTATION

- ◆ 認知症患者の数字いろいろ
- ◆ 認知症とは？
- ◆ 各論
- ◆ 認知症予防のために！

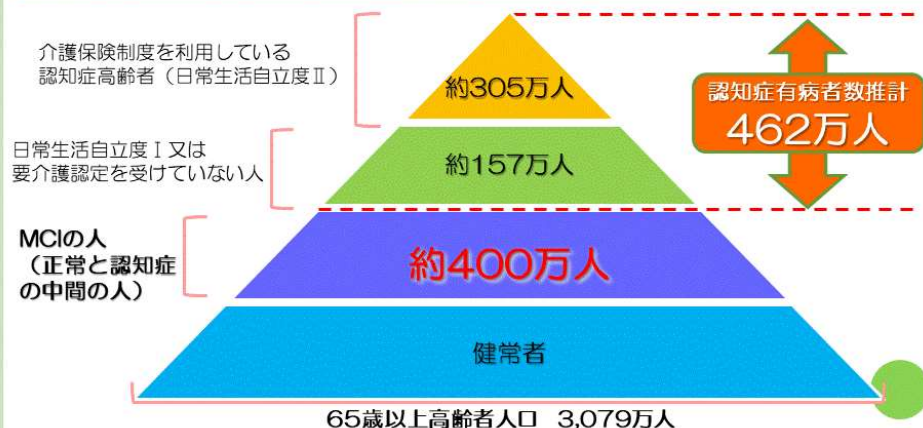
認知症患者数と有病率の将来推計

65歳以上の高齢者の認知症患者数は、**2012年**は認知症患者数が**462万人**と、65歳以上の高齢者の**7人に1人（有病率15.0%）**であったが、**2025年**には**675～730万人**、**有病率20%超え**になると見込まれている



認知症高齢者の現状（平成24年）

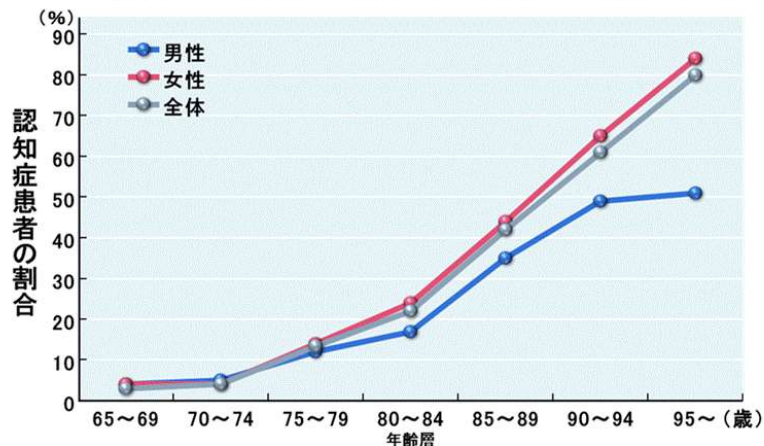
- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定15%、認知症有病者数462万人と推計（平成24年）。また、全国の**軽度認知障害（MCI：正常でもない、認知症でもない）**の有病率推定値13%、MCI有病者数約400万人と推計（平成24年）
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約305万人（平成24年）



〔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（H25.3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）を引用を一部改変）

認知症の有病率

- 認知症は高齢者に多い疾患で、年齢を重ねるごとに有病率は増加する。
- **20%の法則**：認知症有病率は、**80歳以上で20%、85歳以上で40%、90歳以上で60%、95歳以上で80%**

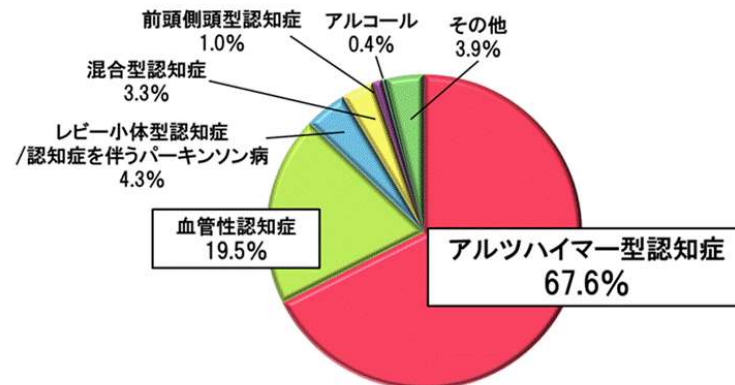


都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応
認知症対策総合研究事業(平成23年度～平成24年度)総合研究報告書

図の引用: <http://therapilaxis.hatenadiary.jp/entry/2018/05/02/095054>

認知症の基礎疾患

医師による面接診断で確定した基礎疾患の内訳



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」(平成23年度～平成24年度)総合研究報告書

図の引用: <http://therapilaxis.hatenadiary.jp/entry/2018/05/02/095054>

認知症の種類

- アルツハイマー型認知症
- 血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭葉変性症

認知症とは？

種々の原因疾患により生後いったん正常に発達した認知機能が慢性的に減退・消失することで、日常生活・社会生活を営めない状態(病態)を指す。
(6か月以上継続している状態)

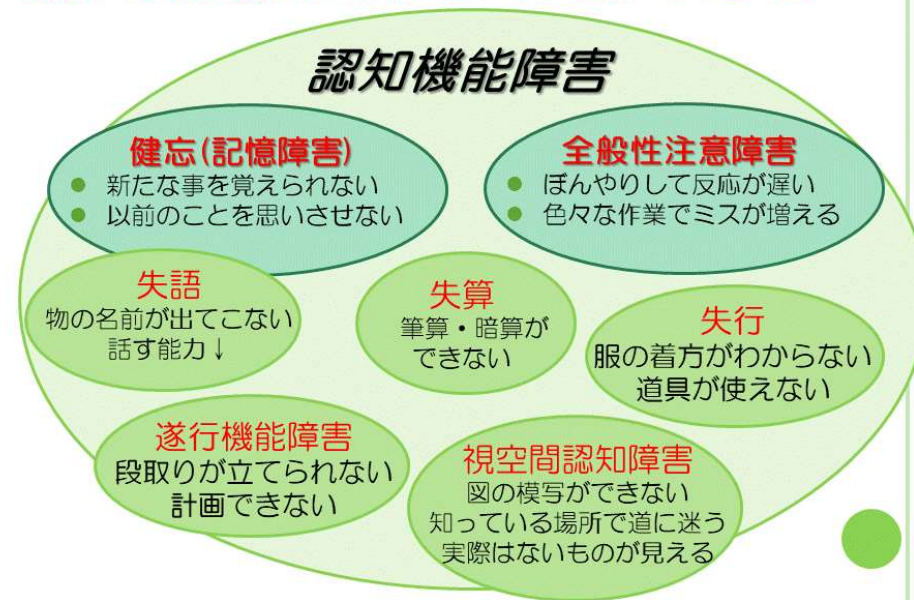
認知症の主な原因疾患

- アルツハイマー病
- 血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭型認知症(ピック病など)



認知症とは 認知機能に障害がある 状態

認知機能の障害も色々ある



認知機能障害



認知症では、
これらの認知機能の
中で、1つ以上の認知領域で
有意な低下がみられる。

認知症の症状

必ず起こる「**認知機能障害**」と、環境や原因疾患、心理的要因などの影響を受けて出現する「**BPSD**」からなる。

- **認知機能障害**（以前の中核症状）
(必ずある症状)
- **BPSD** = 行動・心理症状（以前の周辺症状）
(あつたりなかつたりする症状)

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

BPSDは4つの要因に分けられる。

① 活動亢進が関わる症状

焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、徘徊、攻撃的行動など。
物忘れなどを自覚し、不安、焦燥感が出現するといら
いらして些細なことで不機嫌になる易刺激性につな
がる。それに周囲の不適切な対応が加わることで、
暴言・暴力などの攻撃性に発展する。

② 精神病様症状

幻覚・妄想、夜間異常行動など。
アルツハイマー型認知症では健忘を背景とした物盗ら
れ妄想や被害妄想がよく知られている。

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

BPSDは4つの要因に分けられる。

③ 感情障害が関わる症状

不安、うつ状態アルツハイマー型認知症は認知機能
低下の自覚から、早期から不安や焦燥を生じ、環境的
要因も加わってうつ状態を合併することがある。
レビー小体型認知症は経過中、過半数の症例にうつ
状態が認められる。

④ アパシーが関わる症状

アパシーは自発性の低下や意欲の低下のこと。
情緒の欠如などの感情面、不活発などの行動面、周囲への興味
の欠如などの認識面に表れる。うつ状態に似ているが、悲哀感
や自責感を欠くのが特徴。アルツハイマー型認知症のBPSDの
中でも最もよくみられる症状。

年齢に伴う心配のいらぬ物忘れと 認知症にみられる物忘れの違い

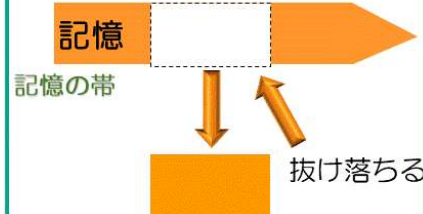
加齢に伴うもの忘れ

体験の一部のみを忘れるので、
体験の他の記憶からもの忘れし
た部分を思い出すことができる



認知症のもの忘れ

認知症のもの忘れは、体験全体
を忘れているので思い出すこと
が困難である



軽度認知障害 (MCI) Mild Cognitive Impairment

特徴

- ① 認知機能の低下に関する訴えあり
- ② 年齢に比しての記憶障害あり
- ③ 日常生活動作は自立
- ④ 認知症とも正常ともいえない中間状態

◆ MCIの有病率は65歳以上 15-20%
◆ 認知症への進展は年間 10-15%
(認知症の予備軍と捉えることができる)

認知症「予備軍」17%
長寿研運動・音楽で効果検証へ

「認知症の予備軍」は、認知機能が正常な範囲から低下している状態を指す。長寿研では、運動や音楽などの介入が、認知症の発症リスクを低下させる可能性があることを検証している。

アルツハイマー型認知症 について

アルツハイマー型認知症 の特徴①

- 潜行性に発症し、緩徐に進行する。日や時間単位で発症する場合は血管障害やせん妄が疑われる。
- 近時記憶障害(数分から数日前)で発症することが多い。
 - ・約束を忘れる
 - ・物の置き場所が分からなくなる
 - ・話したことを忘れて同じ話を繰り返す
- 進行に伴い、見当識障害や遂行機能障害、視空間障害が加わる。
 - ・見当識障害は『時間→場所→人』の順番に進む
 - ・遂行機能障害は、仕事や家事などの日常業務に支障を来す
 - ・視空間障害では、図形模写が困難となり、近所でも迷う

症状の特徴②

- アパシー（自発性・意欲の低下）やうつ症状などの精神症状、病識の低下、取り繕い反応といった特徴的な対人行動がみられる。
 - ・アパシーは30～80%の患者で出現する最も頻度の高い症状
 - ・うつ状態は42%で認められる報告されている
 - ・正常老化による物忘れでは十分な自覚がある
 - ・うつ病患者では自分の物忘れを過大に訴えることが多い
- 病初期から著名な局所神経症状を認めることはまれ
 - ・レビー小体型認知症では、局所神経症状として
 - ①具体的な幻視
 - ②パーキンソニズム（小刻み歩行、動作緩慢など）
 - ③睡眠行動異常
 が有名
 - ・前頭側頭葉変性症では、局所神経症状として早期の脱抑制行動がみられる
 - ①性格の変化
 - ②礼儀やマナーの欠如（外で大声を最大ボリュームにする）

認知機能障害の例

◆記憶障害



- さっき聞いたことが思い出せない（近時記憶）
- 覚えていたはずの記憶が失われる（遠隔記憶）

◆遂行機能障害



- 前もって計画を立てることができない
- 家電や自販機などが使いこなせない

◆見当識障害



- 時間・季節・場所等の感覚が分からなくなる
- 知人が分からなくなる

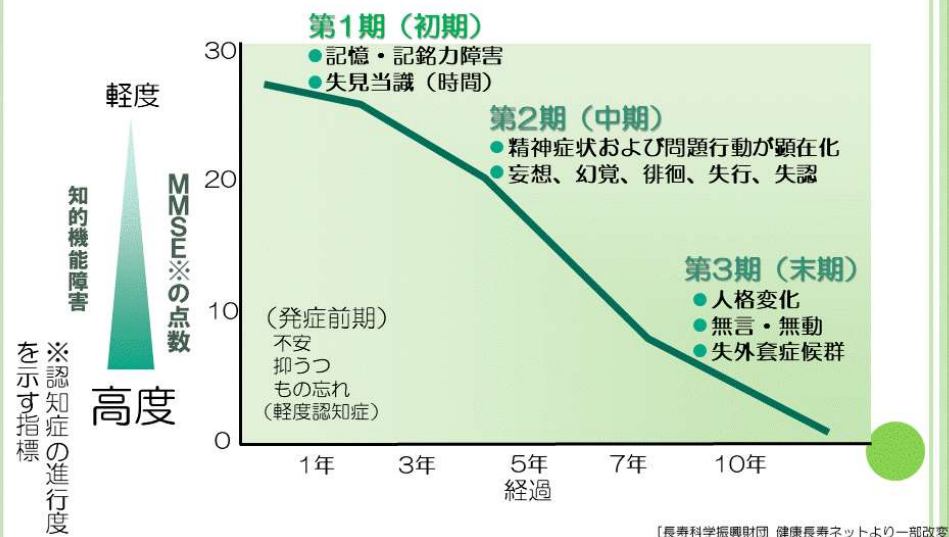
◆視空間認知障害



- 図形の模写ができない
- バック駐車が下手になる
- 道に迷う

アルツハイマー型認知症の経過

アルツハイマー型認知症の症状は初期は記憶障害等に留まるが、年次を経て、精神症状や、人格の変化が現れる



治療

- **薬物療法**
 - ・ コリンエステラーゼ阻害薬
アリセプト[®]、レミニール[®]、リバスタッチ[®]
 - ・ NMDA受容体拮抗薬
メマリー[®]

非薬物療法

- ・ 認知機能訓練
- ・ 運動療法
- ・ 音楽療法
- ・ 回想法 など

治療の意義

アルツハイマー病では認知機能が徐々に低下していくが治療を行うことでその進行を遅くすることができる。
また、周辺症状は治療により劇的に改善することがある。



[監修：日本医科大学武蔵小杉病院 内科 教授 北村 伸]

ケアのポイント

- 患者の意向を尊重し、敬意と共感をもって対応することが大切。

(アルツハイマー型認知症に特化したケアの手法は確立されていないので、一般的な認知症ケアが適応される。)

<ケアの領域で重視されている理念や技法>

パーソン センタードケア

認知症を有する人々の視点を重視した認知症ケアの理念

認知症をもつ人を1人の人として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする考え方。認知症者の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活歴、健康状態、心理・社会的背景などの多様な面から捉えて理解しようとするもの。

バリデーション 療法

コミュニケーションの具体的な技法

認知症者の感じている虚構の世界や現実を否定せずに寄り添うことを原則とし、認知症者の混乱した行動の裏には必ず理由があると考え。

介護者の患者に対する姿勢

- 患者の能力低下を理解し、過度に期待しない。
- 急速な進行と新たな症状の出現に注意する
- 簡潔な指示や要求を心がける
- 患者が混乱したり怒り出したりする場合は要求を変更する
- 失敗につながるような難しい作業を避ける
- 障害に向い合うことを強めない
- 穏やかで、安定した、支持的な態度を心がける。
- 不必要な変化を避ける
- できる限り詳しく説明し、患者の見当識が保たれるようなヒントを与える。

社会的支援

- 介護負担を軽減するためには、初期から社会的支援を積極的に活用することが必要。
- **公的介護** 介護保険で利用できるサービス
 - ・訪問サービス（訪問介護、訪問看護）
 - ・デイサービス（通所介護）/デイケア（通所リハビリテーション）
 - ・ショートステイ、小規模多機能型居宅介護
 - ・グループホーム（認知症対応型共同生活介護施設）
 - ・訪問入浴介護/訪問リハビリテーション
 - ・施設介護支援（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）
- 医療：認知症疾患医療センター
- 所得補償
- 成年後見制度、日常生活自立支援事業
- 各種機関：地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム

何をもって治療の効果判定を行うか

- 認知症に関する様々な評価尺度があるが、**効果判定の大切な一つの基準は、日常生活上の変化**である。
「何か変化はありましたか？」と家族に尋ねながら効果判定の目安にする。
- 家族が自ら改善を観察すると、服薬に家族が積極的に協力するようになる。また、家族が症状に注意して接することは、介護の質を上げることにもつながる。

認知症予防のためには
どのようなことに
注意すべきか？

認知症の危険因子

- ◆ 加齢
- ◆ 遺伝的危険因子
- ◆ 血管性危険因子: 高血圧、糖尿病、脂質異常症
- ◆ 生活習慣関連因子: 喫煙
- ◆ 関連する疾患: メタボリック症候群
睡眠時無呼吸症候群
うつ病と双極性障害
- ◆ その他: 短い教育歴、頭部外傷

認知症の防御因子

- ◆ 定期的な運動
- ◆ 余暇活動: 将棋、編み物、園芸、旅行など
- ◆ 社会的参加
- ◆ 活発な精神活動
- ◆ 認知訓練
- ◆ 適度な飲酒: 特に赤ワイン
- ◆ 食事因子: 魚の摂取量

<認知症の危険因子・防御因子>

因子	オッズ比/リスク比/ハザード比
糖尿病	2.1
高血圧治療	0.87~0.89
スタチン(コレステロール)治療	0.62~0.76
飲酒	0.48
身体活動	0.62
メタボリック症候群	1.41
喫煙	1.30~1.40
睡眠時無呼吸症候群	1.70
うつ病	1.87~2.03
教育歴8年以上 対 8年以下	1.99
頭部外傷歴	男性1.47、女性1.18

まとめ

認知症の方に接する時は、認知症の方の視点に立った考え方が大切です

- ◆ 物忘れはなりません。指摘したり注意するより、自分で気づかせるような工夫をしましょう。
- ◆ 不安や怒りの原因となっている要因はないか、不必要な環境変化はないか。慣れた環境で穏やかに過ごして頂くことが大切です。
- ◆ 認知症の方の世界観を否定せずに受入れましょう。
- ◆ 説明は十分に行い、指示は簡素を心掛ける。