

認知症の病型理解とステージ・アプローチ

「超高齢社会」「需要爆発」「多死社会」という未曾有の事態に直面して



旭町内科クリニック

森岡明

「痴呆」から「認知症」へ

- 2004年12月、「痴呆」から「認知症」へと呼称が変更されました。

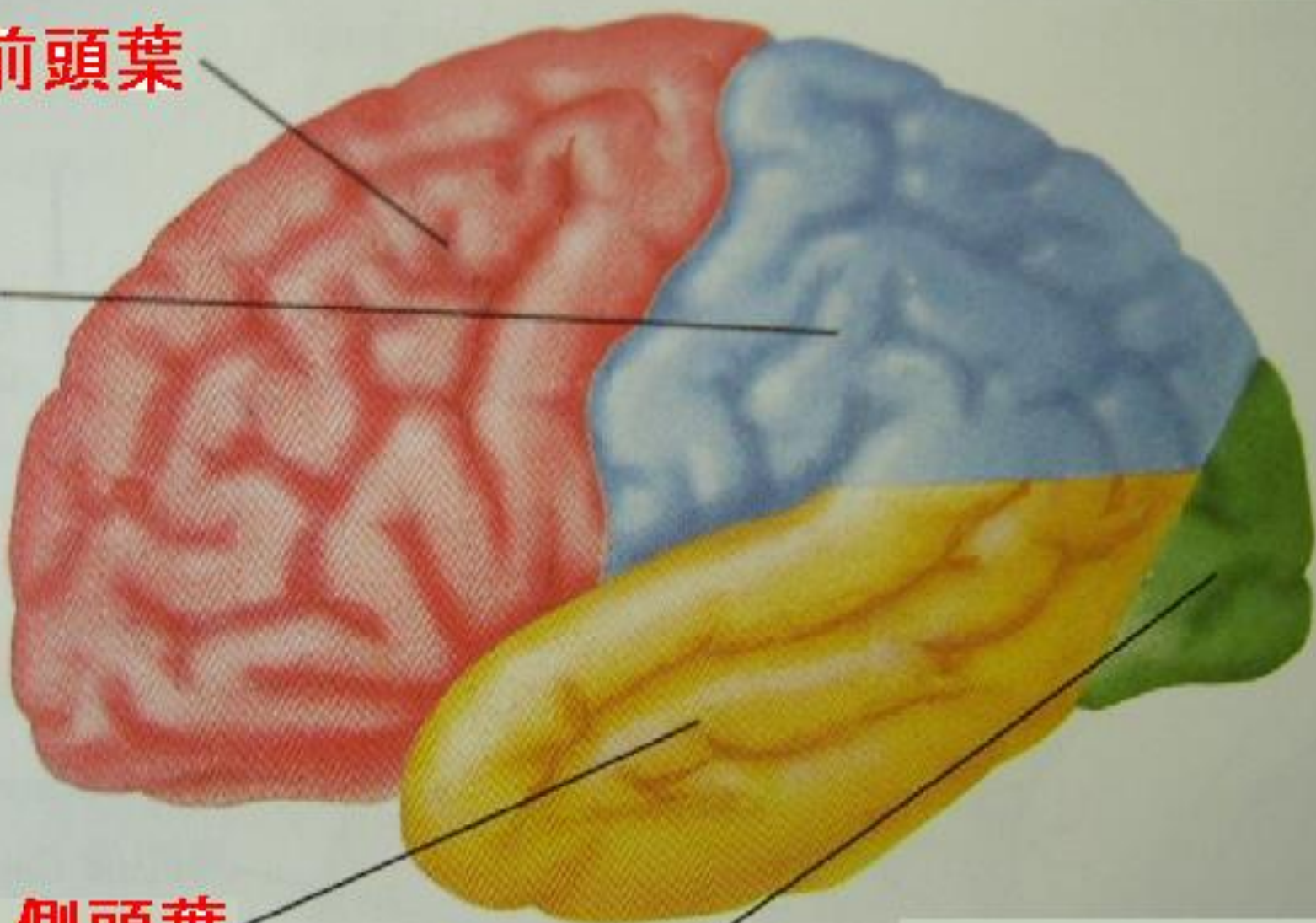
その背景・・「痴呆」は侮蔑的であり高齢者の尊厳を欠く表現であること、その実態を正確に表していないこと、早期発見・早期診断などの支障となっていること、それらが認知症対策の取り組みへの障害ともなっていました。
- 65歳以上の高齢者のうち認知症を発症している人は推計15%で2012年時点で約462万人に上ることが厚生労働省研究班の調査で明らかになっています。
- 認知症の前段階である軽度認知障害(MCI)の高齢者も約400万人いると推計されています。65歳以上の4人に1人が認知症とその“予備軍”となる計算です。
- さらに、2015年1月厚生労働省により、2025年の認知症患者は、現状の約1.5倍となる700万人を超えるとの推計が発表されました。これにMCI患者数を加えると、約1,300万人となり、65歳以上の3人に1人が認知症患者とその予備軍といえることになりそうです。

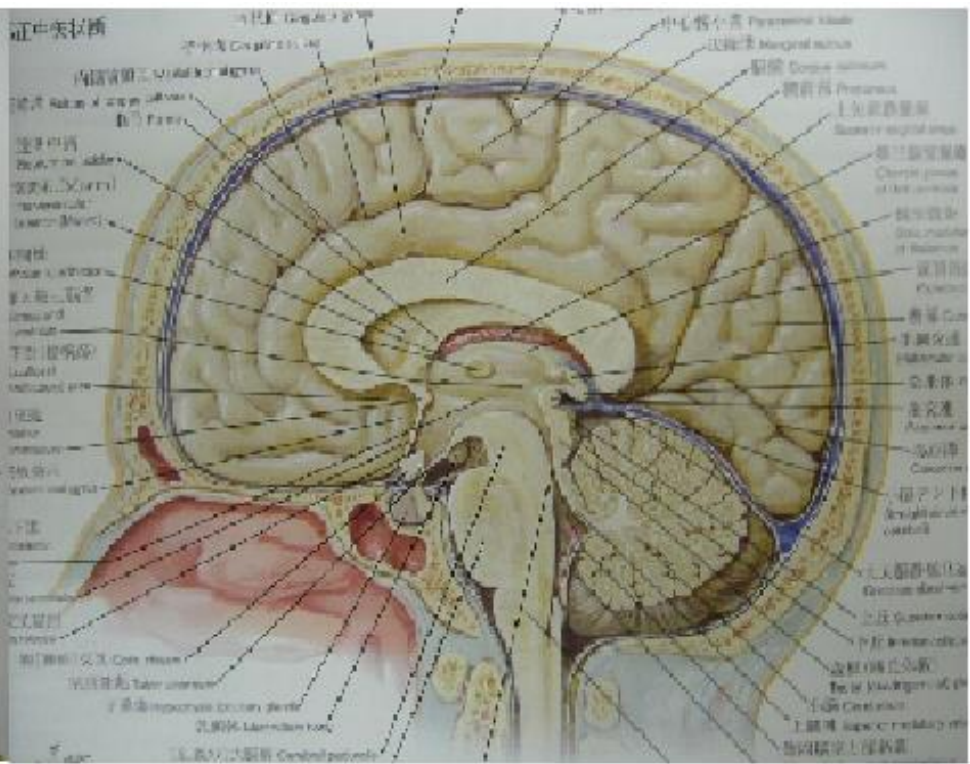
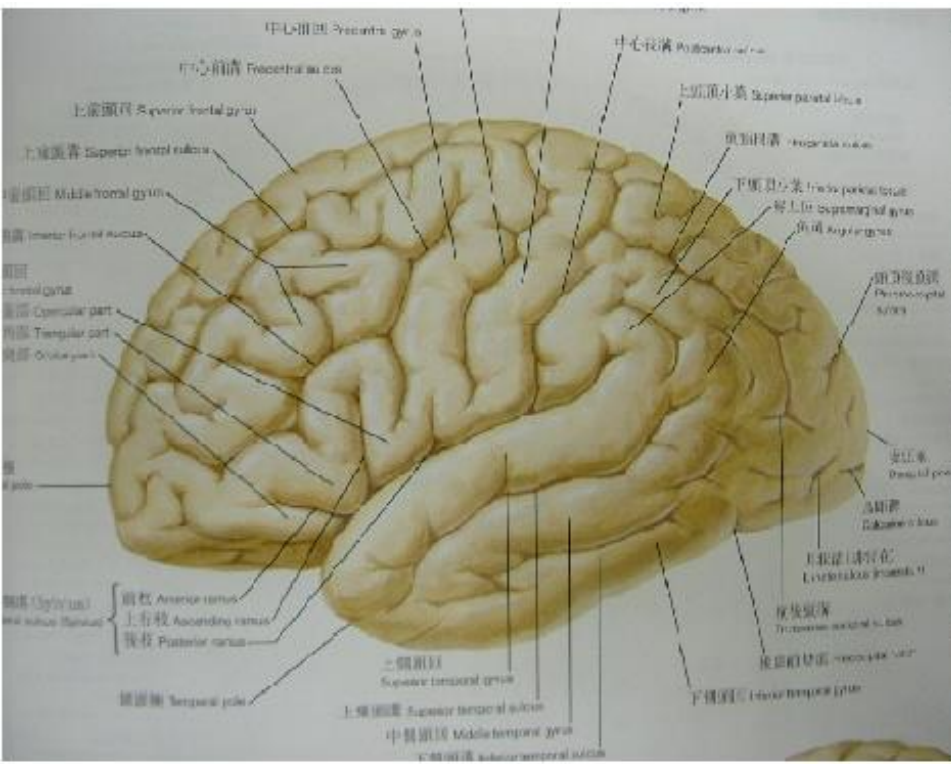
前頭葉

頭頂葉

側頭葉

後頭葉

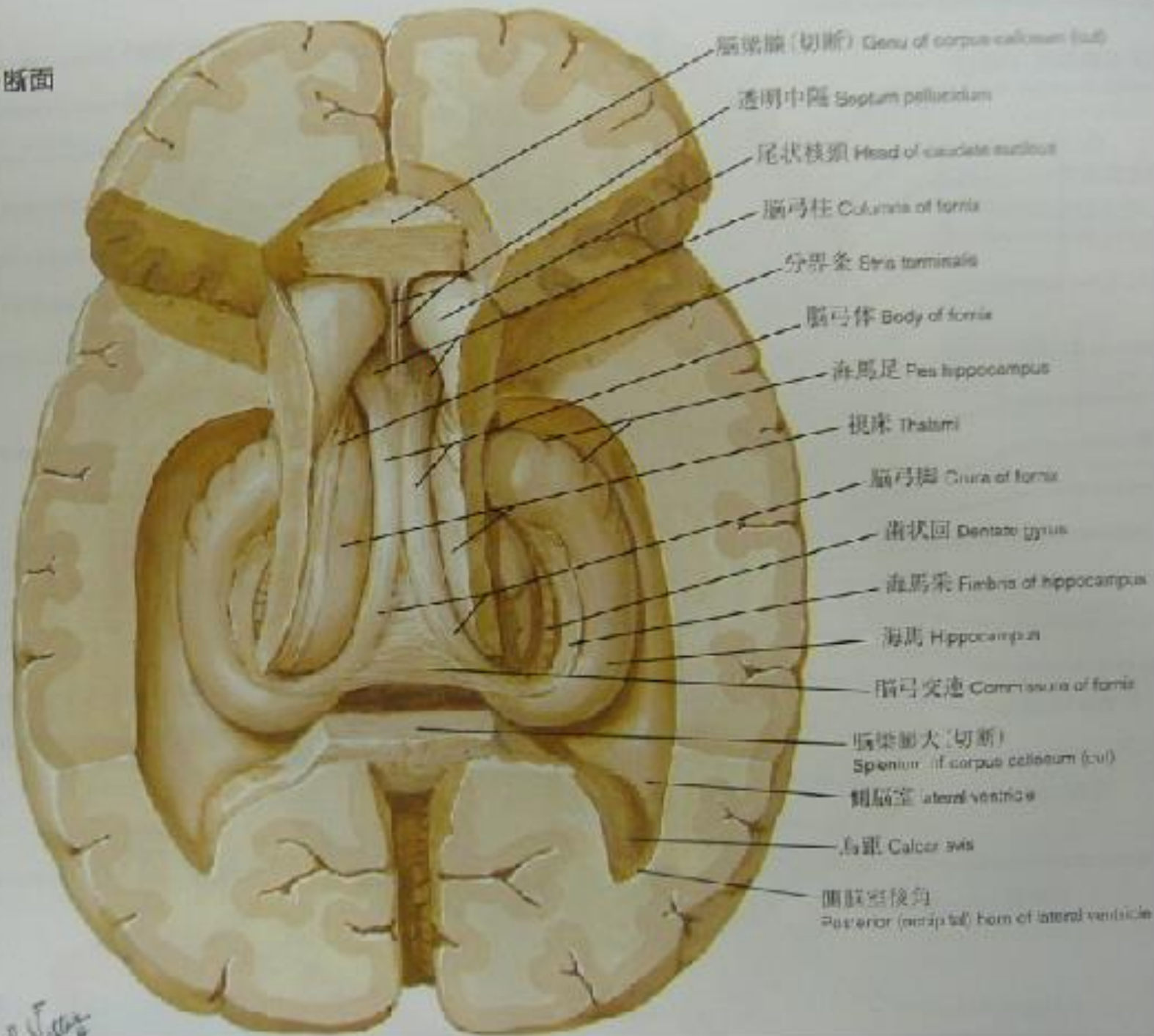




左脳: 言語、論理など

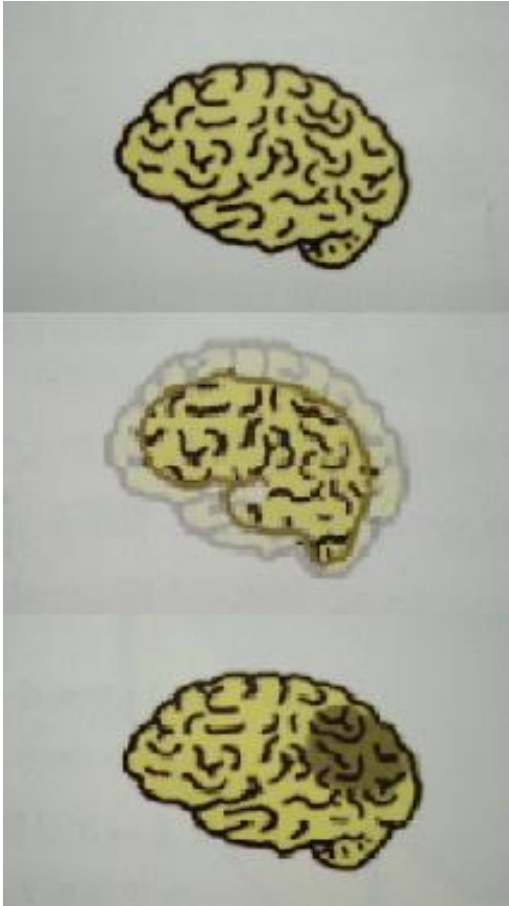
右脳: 直感、ひらめき、芸術など

上方の断面



A. V. 1900

認知症の病型



健康な脳

脳は、身体のあらゆる活動をコントロールしている司令塔

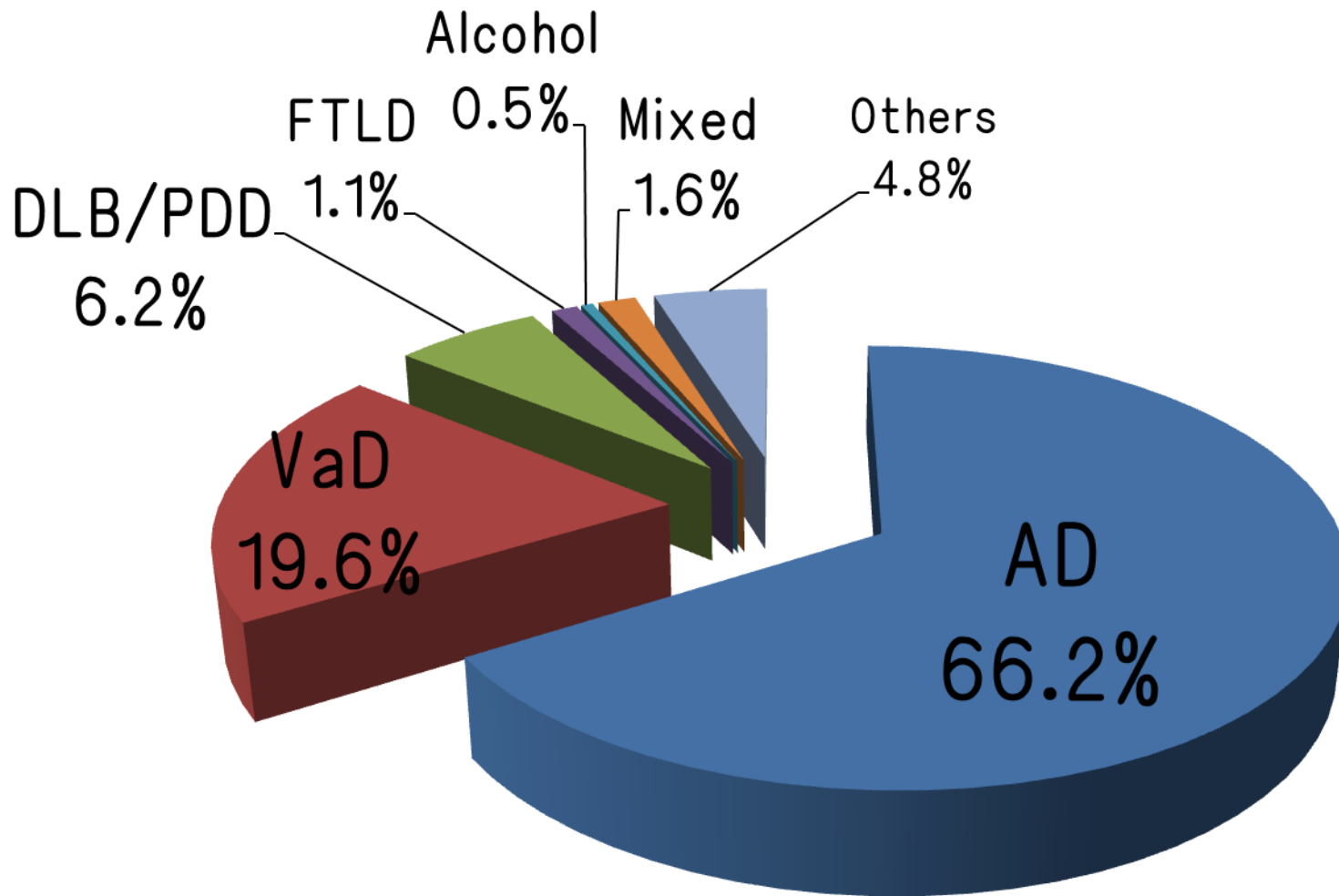
脳の細胞がびまん性に死んで脳が萎縮する。

変性疾患：アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体病など

血管が詰まって、あるいは血管がやぶれ出血して脳の一部の細胞が死ぬ

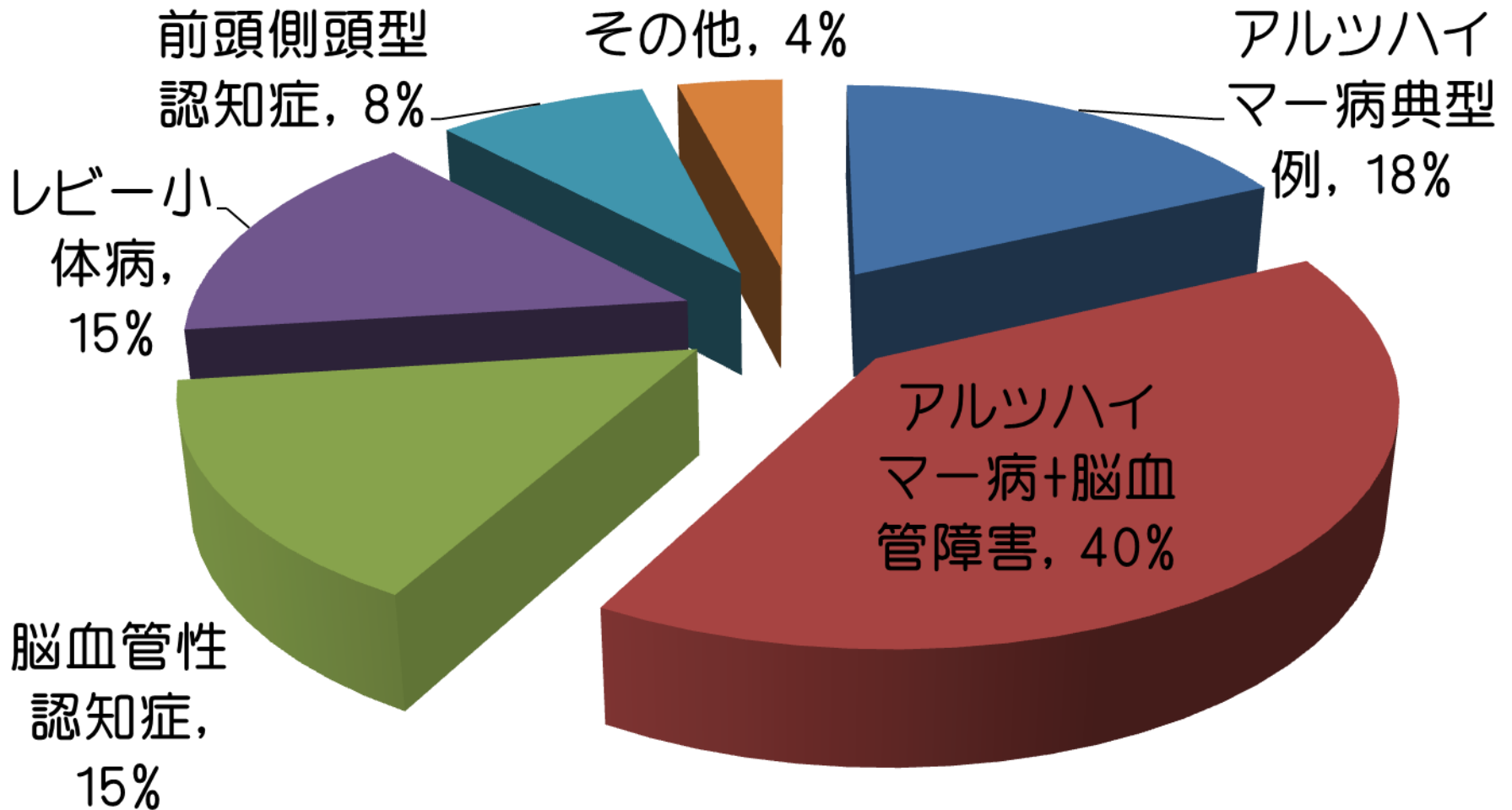
脳血管性認知症

認知症の原因疾患



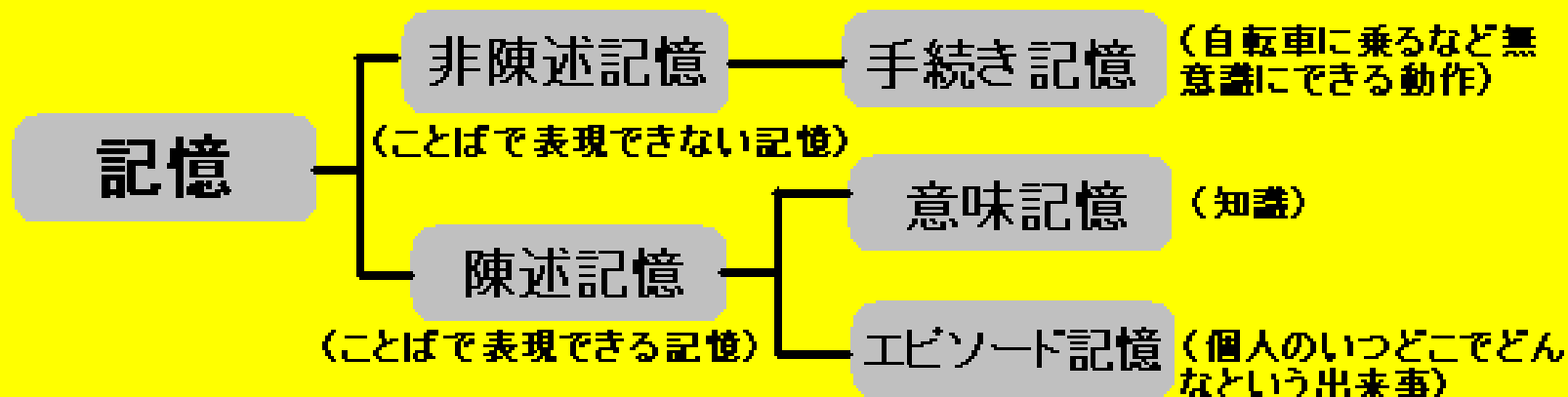
第19回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
平成23年7月26日 朝田隆構成員資料から改変

認知症の病型分類と頻度



(2013~2015年までの諸報告のメタ解析データから筆者(森岡)がまとめたもの)

A、内容による記憶の分類



B、時間による記憶の分類

| 神経心理学的分類 | 期間 | 神経心理学的検査法(例) | 認知心理学的分類 |
|----------|--------|------------------------------|----------------|
| 即時記憶 | 数十秒以内 | 覚えた名前をすぐ再生する 即時再生 | 短期記憶 (作動記憶) |
| 近時記憶 | 数分～数日 | 覚えた名前を5分間の別の 作業後に再生する遅延再生 | 長期記憶 |
| 遠隔記憶 | 数週～数十年 | 昔その人の体験した出来事 を質問する | |

(山口晴保ら、2005)

アルツハイマー病と脳血管性認知症の比較

| | 脳血管性認知症 | アルツハイマー病 |
|---------|--|------------------------------------|
| 発症と経過 | 突然に発症、階段状に進行するタイプや、ゆっくり発症して徐々に進行するタイプがある。 | 緩徐に発症、徐々に進行する。 |
| 認知障害の特徴 | 一日のうちに日によって症状の変動が多い。 できることとできないことの差が大きい。 | 全般的に障害がある。 記憶障害が強い |
| 周辺症状 | 夜間せん妄や強制泣き笑い（顔が勝手に泣いたり笑ったりしているように見える）を伴いやすい。 | 徘徊、妄想 鏡現象（鏡に映った自分に話しかけるといった現象）。 |
| 身体的機能 | 初期から片麻痺やパーキンソンニズムにより手足の動きが悪くなることが多い。 | 末期近くまで歩くことができる。 |

アルツハイマー病の症状と出る時期

| | 初期 (18~25点) | 中期 (8~18点) | 末期 (0~8点) | 終末期 |
|-------|----------------|---------------|--------------|--------------|
| 記憶障害 | 近時記憶障害 | 即時記憶障害 | 遠隔記憶障害 | 完全な記憶の喪失 |
| 見当識障害 | 時間の失見当 | 場所の失見当 | 人物の失見当 | |
| 言語障害 | | 健忘失語 | 感覚性失語 | 全失語 |
| 精神症状 | 不安・うつ・妄想 | 幻覚・せん妄・鏡現象 | | |
| 行動障害 | | 多動・徘徊・暴力 | | |
| 運動障害 | | パーキンソン症状 | 失禁 痙攣発作 | 寝たきり 四肢固縮 |

物を覚えられないということ



若いとき



正常な老化

(覚えるのに手間がかかる)



認知症

(覚えられない)

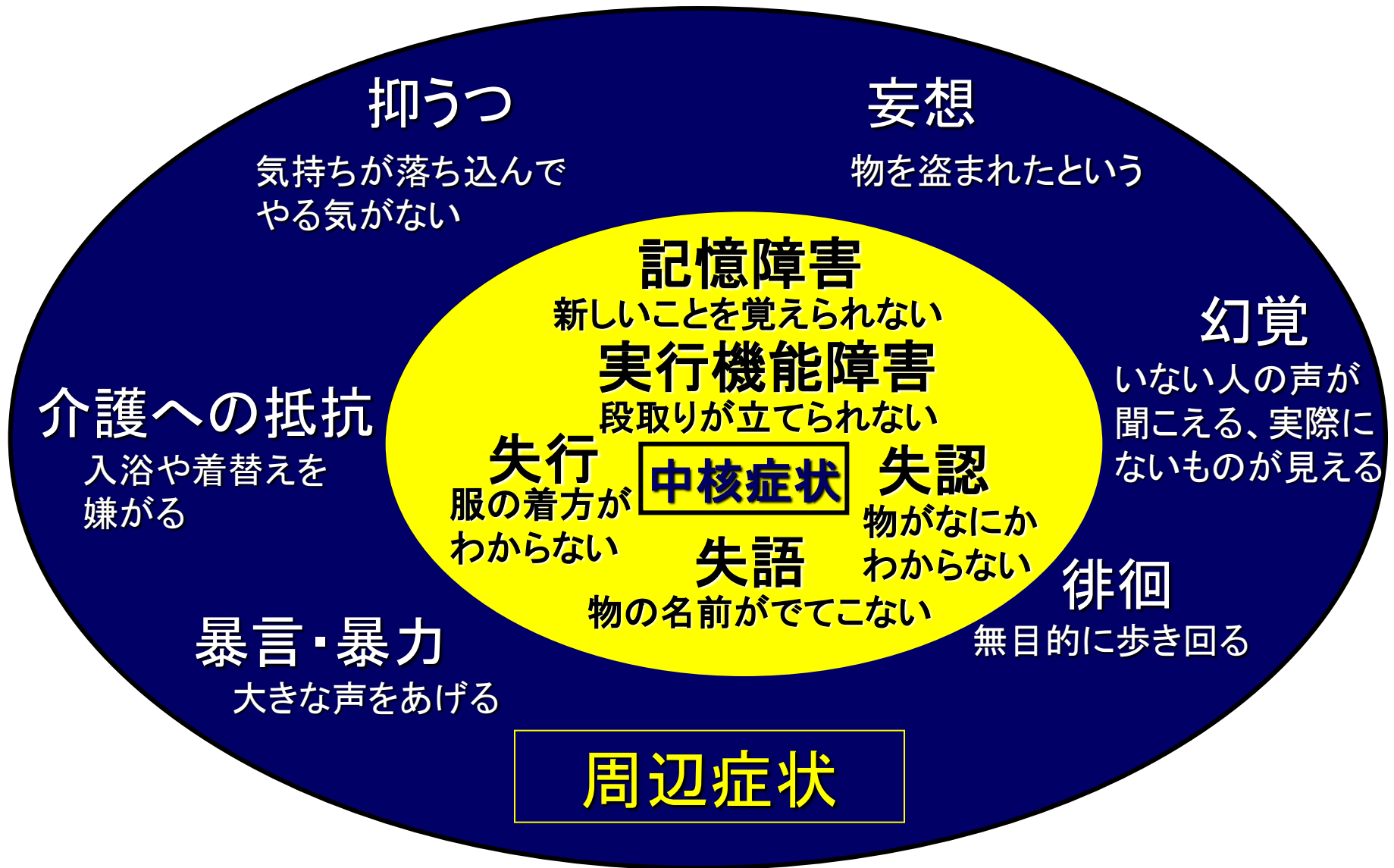


進行すると

(覚えていたことを忘れる)

- 大切な情報
- 間心のなる情報
- 無駄な情報

中核症状と周辺症状



認知症の診断・治療

- 早期診断、早期治療が大事なわけ。
 - ①治る病気や一時的な症状の場合がある
 - ②早い時期に受診することのメリット
 - ③初期は専門の医療機関の受診が不可欠
 - ④受診の内容—必要な検査
- 認知症の治療
 - ①アルツハイマー型は薬で中核症状の進行を遅らせることができる
 - ②脳血管性認知症は進行を止められることもある
 - ③精神症状には原因や状況に応じた療法を

認知症診断のための3項目

①面接、身体診察、血液・尿検査

②認知機能テスト

長谷川式、MMSE など

③画像検査(頭部CTは必須)

とくに、

MRI (VSRAD)、SPECT (3D-SSP)

VSRAD : Voxel-based specific regional analysis system for Alzheimer' s disease

3D-SSP : three-dimensional stereotactic surface projection

認知症を呈する疾患

| | |
|---------|---|
| 変性疾患 | アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺 など |
| 脳血管障害 | 血管性認知症、Binswanger病、脳アミロイドアンギオパシー、CADASIL など |
| 感染症 | 脳炎、進行麻痺、エイズ脳症、プリオン病 など |
| 腫瘍 | 脳腫瘍 |
| 中枢免疫疾患 | 神経ベーチェット、多発性硬化症 など |
| 外傷 | 慢性硬膜下血腫、外傷性脳出血 |
| 髄液循環障害 | 正常圧水頭症 |
| 内分泌障害 | 甲状腺機能低下症 |
| 中毒、栄養障害 | アルコール依存症・ビタミン欠乏 など |

主要な認知症

代表的な認知症

- 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
- 前頭側頭型認知症
- その他の認知症

治療可能な認知症

- 甲状腺機能低下症
- 慢性硬膜下血腫
- 正常圧水頭症
- ビタミン欠乏症

アルツハイマー型認知症の症例

73歳 女性

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののしまい忘れがめだつようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。結婚した娘のところにも何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えていない。買い物へは行くが、同じものを大量に買ってきてしまい冷蔵庫内で腐らせてしまう。料理もレパートリーが減り3日続けて同じ料理を作った。最近好きで通っていた書道教室へ最近いろいろ理由をつけてはいかなくなった。

MMSE:23/30 (時間の見当識 1/5 場所の見当識 5/5 記銘 3/3 集中・計算 5/5 再生 0/3 言語 8/8 構成 1/1)

今日は何月の何日ですか？

何月でしたっけ。夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見てこなかったものですからと言い訳をする。(振り向き動作、取り繕い現象)

DSM-IV (米国精神医学会診断統計便覧第4版) によるアルツハイマー型認知症の診断基準

- A) 記憶を含む複数の認知機能障害
- B) 社会的・職業的な機能の障害/病前の機能の著しい低下
- C) ゆるやかな発症と持続的な認知機能の低下
- D) A)の障害が下記によらない
 - 1.中枢神経系疾患(脳血管障害、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍)
 - 2.全身性疾患(甲状腺機能低下症、VB12/葉酸/ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV感染症)
 - 3.物質誘発性の疾患
- E) せん妄の経過中にのみ現れるものではない
- F) 障害が他の第1軸の疾患では説明されない
 - 大うつ病性障害、統合失調症など

DSM-IV (米国精神医学会診断統計便覧第5版)
Dementia からの名称変更 ➡ DSM-V

< DSM-V >

Major and Mild Neurocognitive Disorders 認知症
(DSM-5) および軽度認知障害 (DSM-5)

Major Neurocognitive Disorder 認知症 (DSM-5)
Mild Neurocognitive Disorder 軽度認知障害
(DSM-5)

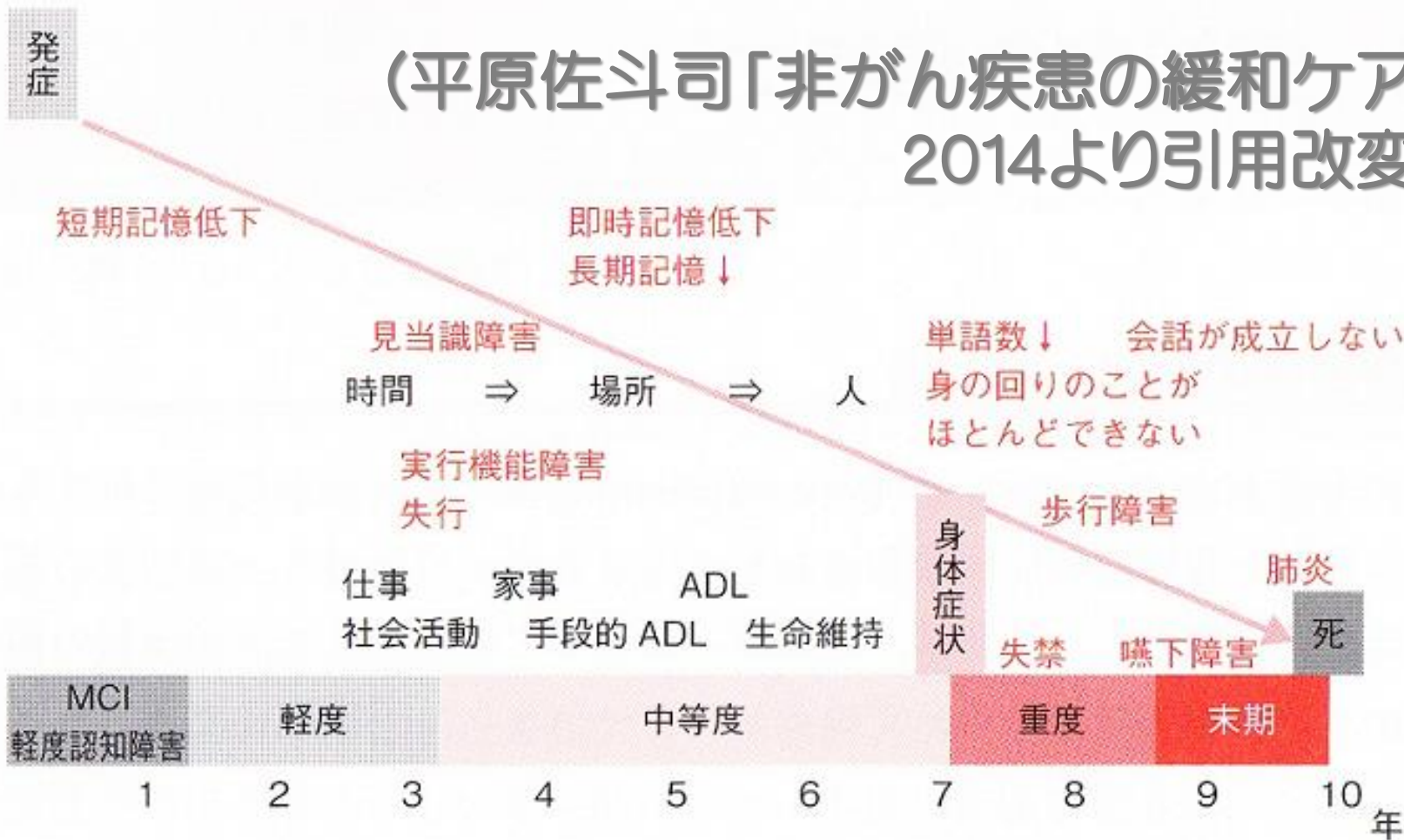
アルツハイマー型認知症 (AD) の重症度 / FAST

FAST (Functional Assessment Staging)

| 重症度 | 臨床診断 | FASTにおける特徴 |
|------------------|---------|---|
| 1. 認知機能の障害なし | 正常 | 主観的および客観的機能低下は認められない。 |
| 2. 非常に軽度の認知機能の低下 | 年齢相応 | 物の置き忘れを訴える嗅度困難 |
| 3. 軽度の認知機能低下 | 境界状態 | 熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。 |
| 4. 中等度の認知機能低下 | 軽度のAD | 夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。 |
| 5. やや高度の認知機能低下 | 中等度のAD | 介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとかなだめすかして説得することが必要なこともある。 |
| 6. 高度の認知機能低下 | やや高度のAD | (a)不適切に着衣 |
| | | (b)入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。 |
| | | (c)トイレの水を流せなくなる。 |
| | | (d)尿失禁 |
| | | (e)便失禁 |
| 7. 非常に高度の認知機能低下 | 高度のAD | (a)最大限約6語に限定された言語機能の低下 |
| | | (b)理解しうる語はただ1つの単語となる。 |
| | | (c)歩行能力の低下 |
| | | (d)着座能力の喪失 |
| | | (e)笑う能力の喪失 |
| | | (f)昏迷および昏睡 |

アルツハイマー病の自然経過

(平原佐斗司「非がん疾患の緩和ケア」
2014より引用改変)



健常者



軽度



重度



CTによるアルツハイマー病の診断

CTでは、5mm厚ぐらいの横断像から、内側側頭部の萎縮の評価を行う。海馬などの構造物をMRIほど詳細に検討することはできないため、間接所見としての側脳室下角の拡大の程度を評価することになる。アルツハイマー病が重度になるほど、側脳室下角の拡大が進行する（矢印）



MRIによるアルツハイマー病の診断

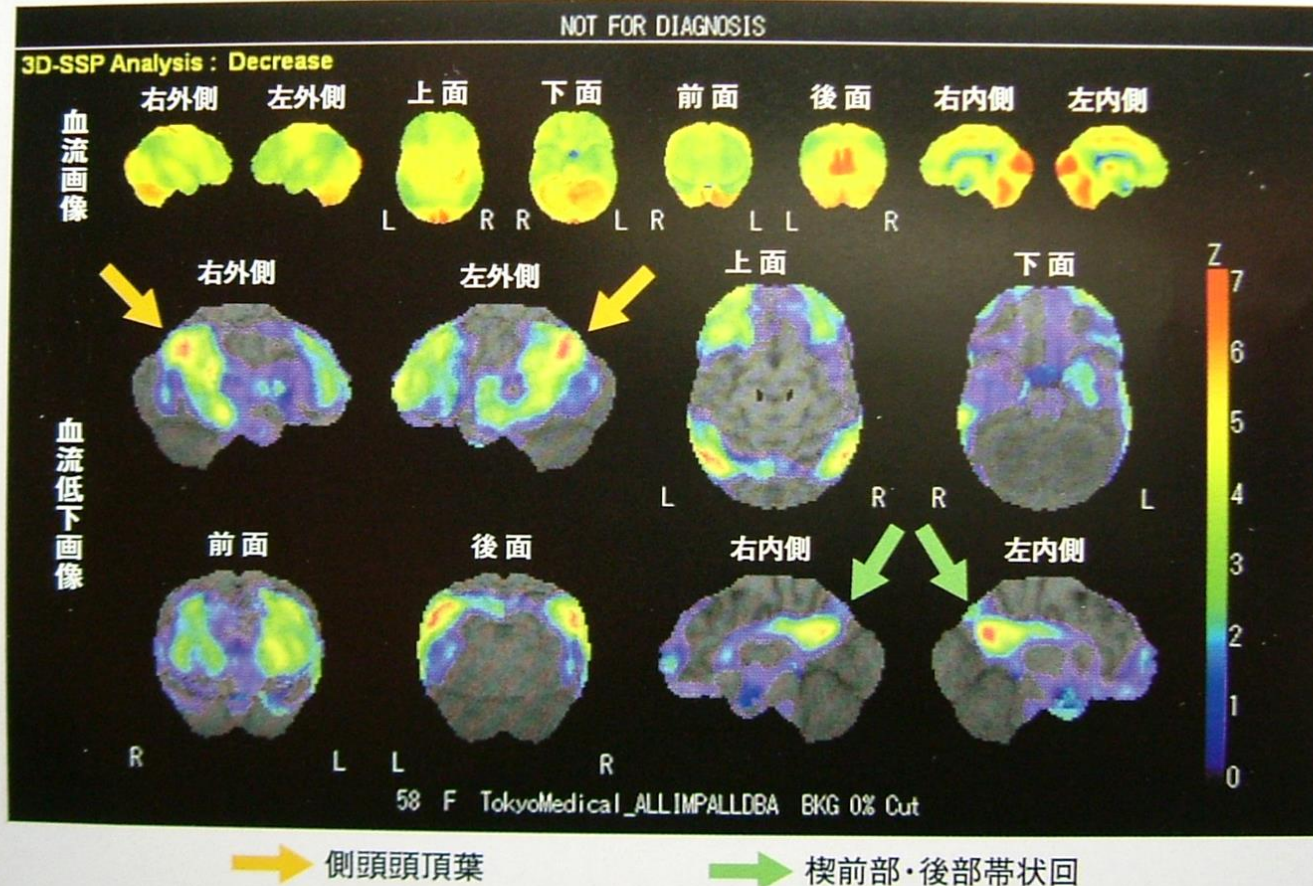
MRIでは、海馬の長軸に垂直な冠状断のT1強調画像により、海馬や、海馬傍回、ならびに扁桃といった内側側頭部の構造物の萎縮を評価する。アルツハイマー病が重度になるほど、海馬が萎縮している(矢印)。

VSRAD : voxel-based specific regional analysis system for Alzheimer's disease
海馬傍回の萎縮と脳全体の萎縮との比率を統計学的に評価判定できる

SPECT / 3D-SSP (AD)

Alzheimer's disease (AD)

(58y/F, MMSE 18)



症例提供 東京医科大学老年病科 羽生春夫先生

【図3】 3D-SSPによる統計画像解析では、ADの典型例として側頭頭頂葉と楔前部・後部帯状回の血流低下が描出される。

(3D-SSP : 日本メジフィジックス(株)が無償提供しているSPECT統計画像解析ソフトウェア)

血管性認知症の症例

67歳 男性

X年1月12日 昨日のことも、今日のこともなんにもわからんという。前日話した内容を覚えていない。

身のまわりのこともできず尿失禁していた。

1月19日当科初診。その後も著明な健忘と傾眠傾向あり。左半側空間無視あり。トイレの位置がわからず、洗面所で排便したり、玄関で放尿してしまう。

デイサービスにしているがいったことや、そこでしたことを覚えていない。感情失禁や抑うつ傾向を認める。

MMSE (2005/7/4) 16/30 (1/5, 1/5 ,3/3 ,3/5, 2/3, 6/8, 0/1)

現在まで認知機能に大きな変動はない。

NINDS-AIRENによる 血管性認知症の診断基準

1. 認知症

- a. 記憶障害および認知機能に障害があること
- b. それらは神経心理検査で裏づけされたうえで診察で証明
- c. これらの脳卒中による身体的ハンディーキャップによらない

2. 脳血管障害

- a. 脳血管障害による局在徴候が神経学的検査で認められる
- b. 脳画像検査で対応した脳血管性病変がみられること

3. 認知症と脳血管障害との関連

- a.b.が単独で見られるか両者が見られる場合
 - a. 脳卒中発症後3ヶ月以内の認知症発症
 - b. 認知機能の急速な低下、あるいは認知機能障害の動揺性
あるいは階段状の進行

レビー小体型認知症の症例

66歳男性

主訴:意欲低下.動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴:特記すべきことなし

現病歴:X年頃から下肢の動きにくさを自覚

X+4年10月頃から会話が筋道をたててできない、洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていてもかかわらずカメラが使えない。目覚まし時計があわせられない。

1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。X+5年1月大学病院の神経内科に入院。パーキンソン病といわれたがL-DOPAの効果は明らかでなく、D2アゴニストを使用したところ幻覚が出現したという。

X+5年5月初診 筋固縮は軽度だが動作緩徐が強い。

傾眠.自律神経症状(起立性低血圧、神経因性膀胱、発汗低下、MIBG心筋シンチの異常.MMSE 24/30 WAIS-R 83

レビー小体型認知症の診断基準

1. 社会生活に支障がある程度の 進行性認知症の存在

初期は記憶障害は目立たないこともあり、進行とともに明らかになる。注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。

2. 以下の3項目の中核症状のうち probable DLBでは2項目、 possible DLBでは1項目が認 められること。

- 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
- 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
- 3) パーキンソニズムの出現

3. DLBの診断を示唆する症状

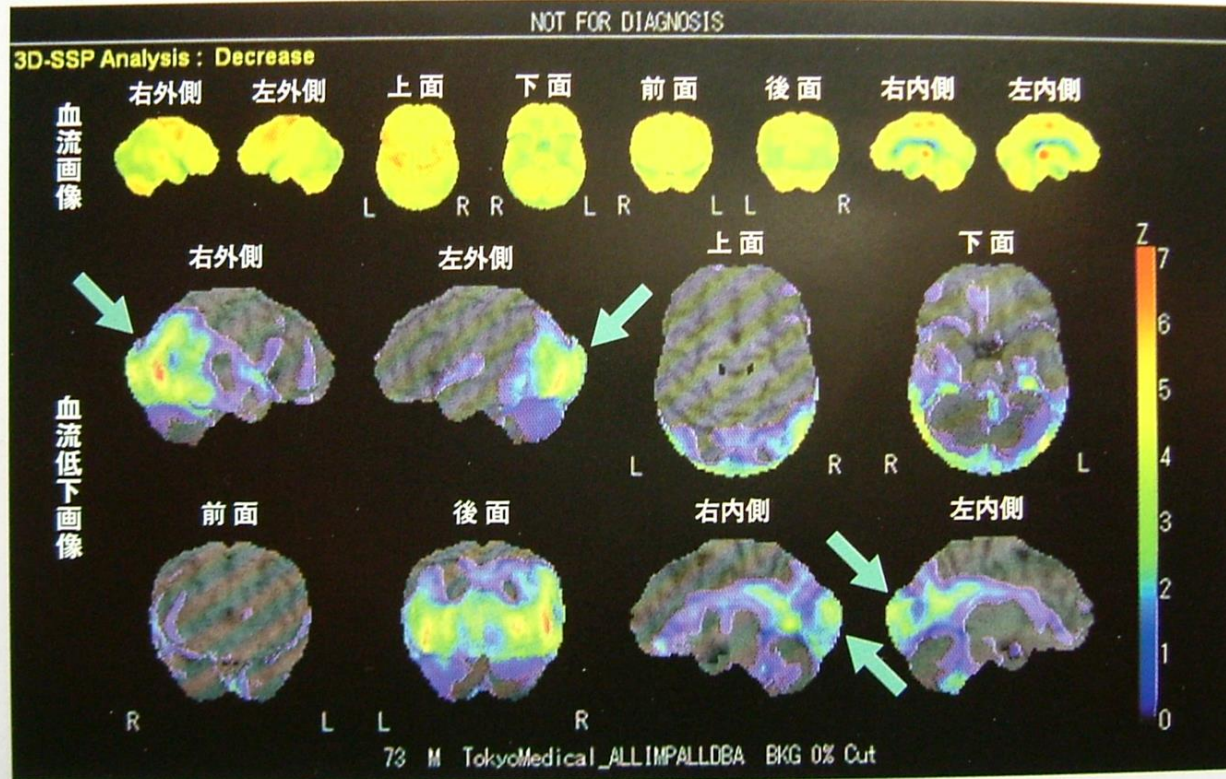
- 1) レム睡眠時行動異常
- 2) 重篤な向精神病薬過敏
- 3) PET、SPECTでの基底核でのドパミントランスポータの減少

4. DLBの診断を支持する症状

- 1) 繰り返す転倒と失神
- 2) 一過性の意識障害
- 3) 重篤な自律神経障害
- 4) 幻視以外のタイプの幻覚
- 5) 系統的な妄想
- 6) うつ
- 7) CT、MRIで側頭葉内側が保たれている
- 8) SPECT・PETでの後頭葉の取り込み低下
- 9) MIBG心筋シンチの異常
- 10) 脳波での徐波と側頭葉での一過性の鋭波

SPECT / 3D-SSP (DLB)

Dementia with Lewy Bodies (DLB) (73y/M, MMSE 20)



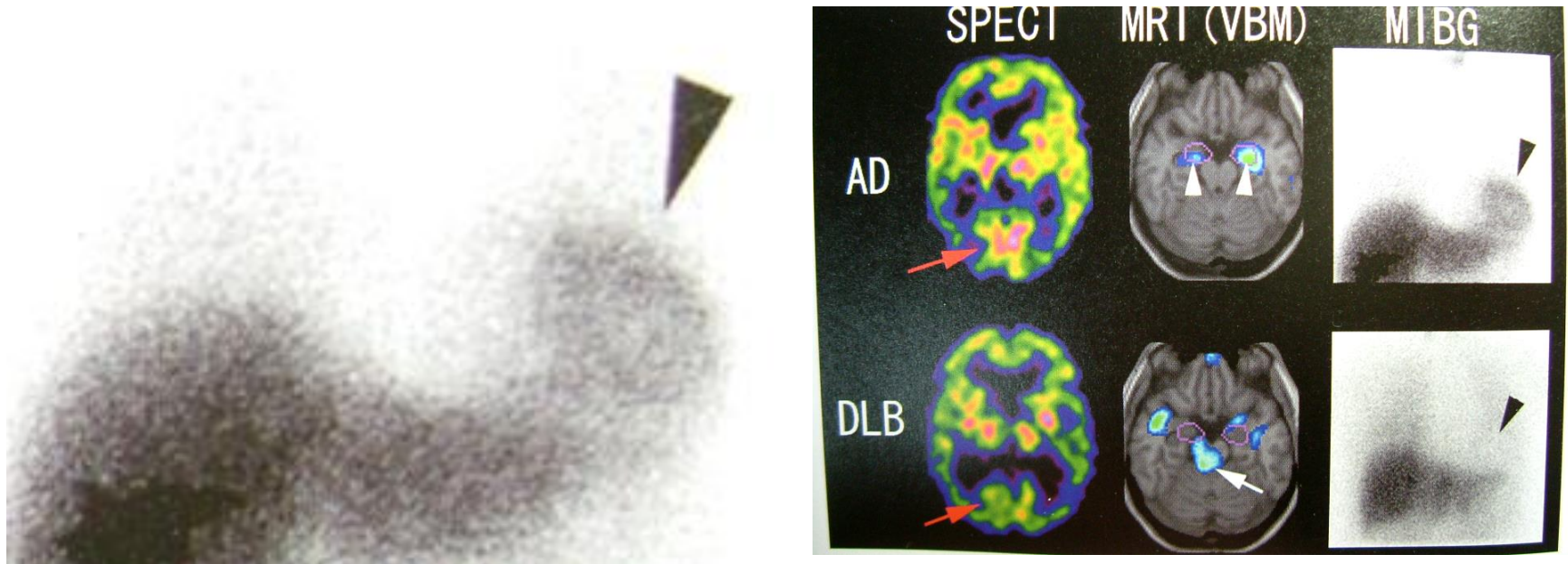
→ 後頭葉

症例提供 東京医科大学老年病科 羽生春夫先生

【図4】 DLBは後頭葉の血流低下が認められるケースが多い。

(3D-SSP : 日本メジフィジックス(株)が無償提供しているSPECT統計画像解析ソフトウェア)

MIBG (^{123}I -metaiodobenzylguanidine)による 心筋交感神経シンチグラフィ



AD

DLB

MIBG心筋シンチグラフィでは、ADでは心筋描出が良好であり、DLBでは心筋描出がみられない。

前頭側頭型認知症の症例

76歳 女性

主訴:異常行動 家族歴:姉が認知症
現病歴: X年4月頃から不眠、7月ごろから無口になった。本来は社交的でおしゃれな性格だったが家族とも口をきかなくなった。X+1年6月頃から異常行動出現

- 1)安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- 2)スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す
- 3)全裸で洗濯物をかわかす
- 4)ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 5)他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

現病歴:これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

X+3年10月銀行から大金をおろしてしまいどこへしまったかわからない。

部屋のなかは泥棒が荒らしたかのように散らかっている。夫が片づけても再び散らかす。

X+4年1月当科初診

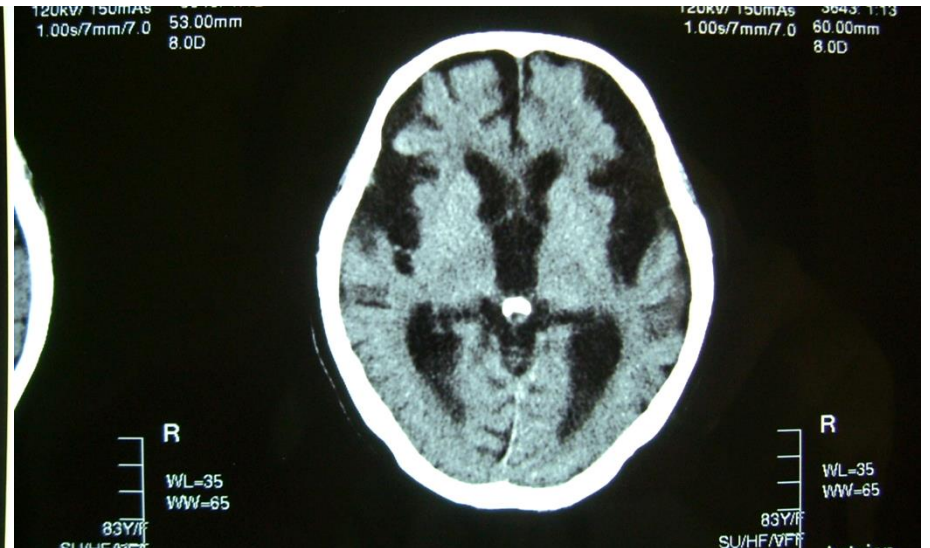
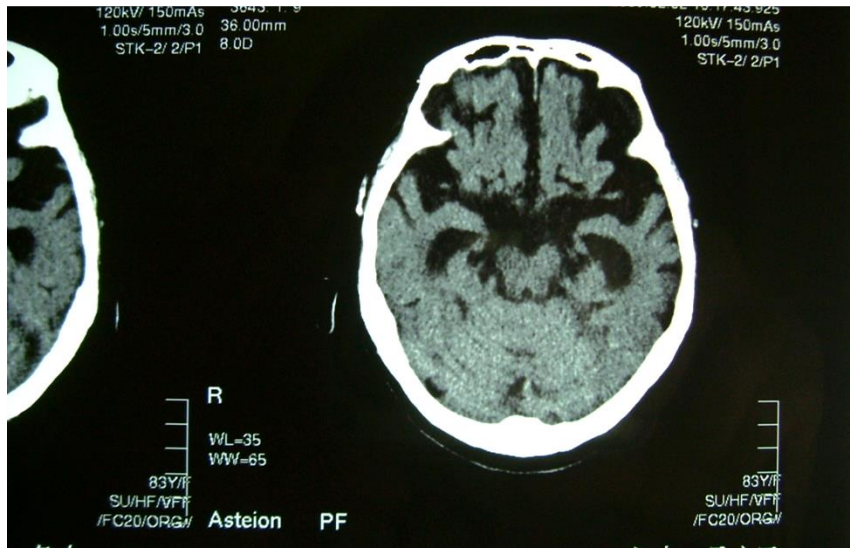
神経学的に特記すべき所見なし。

HDS-R: 13/30

MMSE :18/30

病識は全くなく、夫のいっていることはすべて嘘であるといいきる。

前頭側頭型認知症のCT画像



前頭側頭型認知症の特徴

臨床的特徴

初老期におこり、約半数が家族性をしめす臨床症候群であり、進行性の前頭・側頭葉変性を示す。

臨床症状は高度の人格変化、社会性の喪失(反社会的な行動)、注意、抽象性、計画、判断等の能力低下が特徴。

言語面では会話が少なくなり末期には緘黙(かんもく)となる。道具機能、空間認知、見当識は比較的保たれる。常同行動、食行動異常、性的逸脱行為などが見られることもある。

画像では病理の萎縮部位に対応する選択的な前頭葉・側頭葉の異常が描出される。

前頭側頭葉変性症

分類:

前頭側頭葉変性症 (FTLD)

— 前頭側頭型認知症 (FTD)

Pick型

運動ニューロン疾患型 (MND)

前頭葉変性型 (FLD)

— 進行性非流暢性失語症 (PA)

— 意味性認知症 (SD)

認知症というよりも精神病と診断される場合も少なくない

Treatable dementia

治る病気や
一時的な症状の場合がある

Treatable dementiaといわれる疾患は、症状が継続する(6ヶ月以上)という認知症の定義を満たさない。

関節リウマチで整形外科加療中、認知機能の低下が進行、硬膜下血腫であった症例

●74歳女性

X年3月11日からの急激な認知機能の低下あり、整形外科主治医より3月14日(土)に紹介受診。

●会話は可能だが、理解不能の回答が帰ってきたり、失見当識を認めた。

●HDS-R:6/30

MMSE:7/30

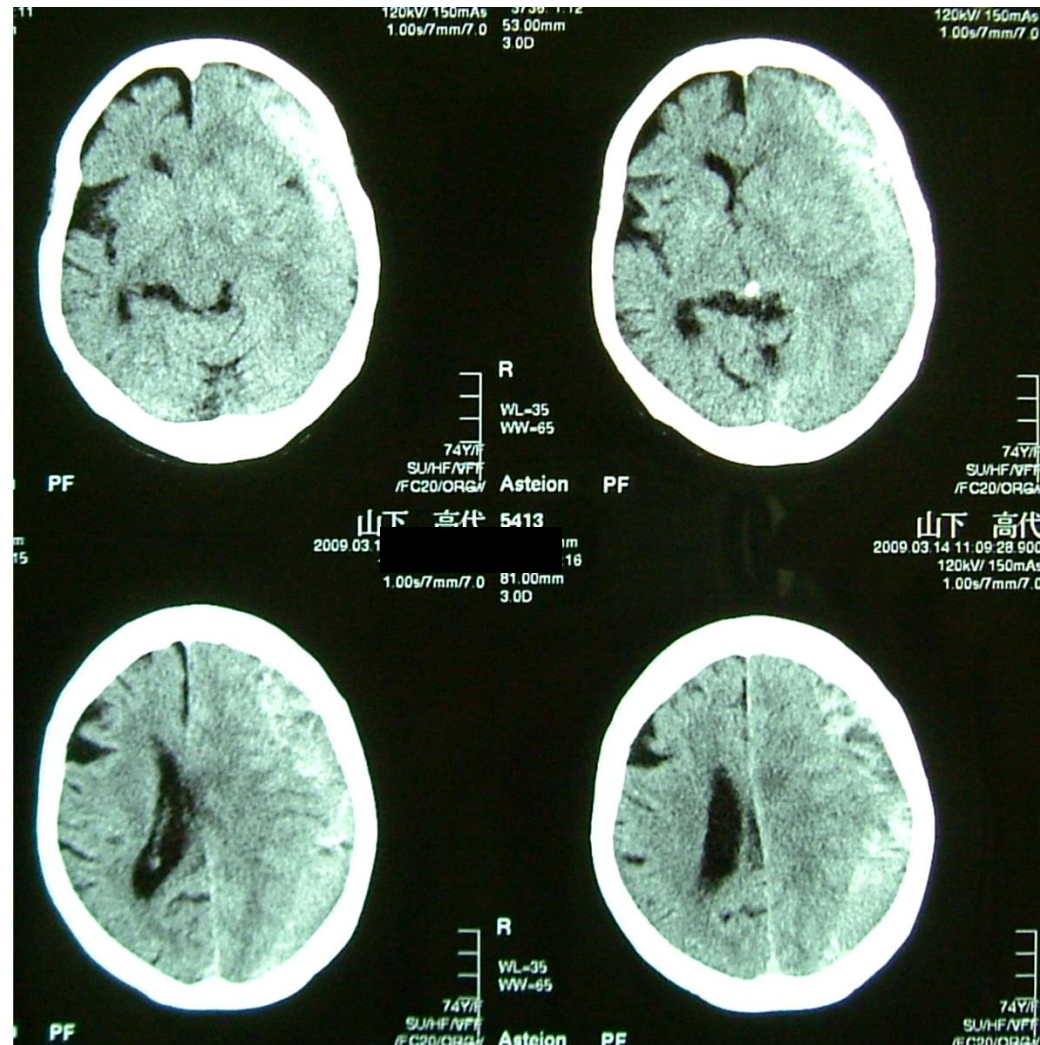
●CT画像で、硬膜下血腫を認めた。

●脳外科にて、緊急穿頭血腫洗浄術施行。

●術後3週後、

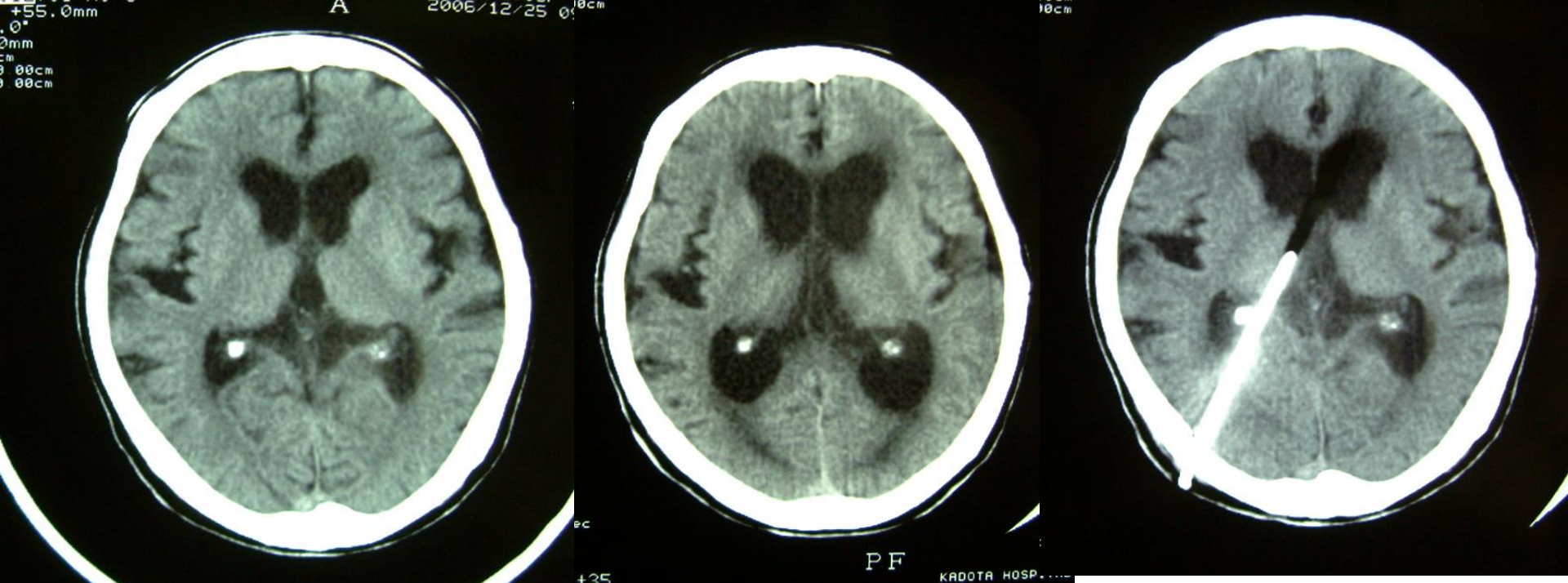
HDS-R:22/30

MMSE:23/30



特発性正常圧水頭症 (NPH) 症例

- 高血圧症、骨粗しょう症、腰痛症で近医にて加療中だった。X年に入ってから、物忘れ、薬の飲み忘れ、身だしなみの乱れ、などが見られるようになった。X年2月2日受診時のHDS-R: 14/30。その後受診しないため、主治医が自宅へ電話連絡をし、3月11日、3月31日に受診。明らかに、認知機能の低下を認めた。4月になってから、理解力・活動性も低下しオムツをしてベッドで寝ていることが多く、食欲低下、歩行もほとんど不可能、顔つきも陰しく、風貌も変化していた。CT画像と病歴から、NPHを疑われ、X年4月16日当院へ紹介受診。CSFタップテスト(髄液排除試験)を実施した。タップテスト直後より歩行著明に改善、食欲回復、明らかに症状の改善を診た。
- この間認知機能(HDS-R)はタップテスト前の4月14日: 4/30を示していたが、タップテスト後の4月23日には 16/30と著明に改善した。
- 脳外科に主治医より、紹介入院。X年5月8日、脳室腹腔シャント術が施行された。
- その後、一定の認知機能の低下は残存しているが、最悪時よりはるかに改善しており、日常生活には支障なく過ごされている。
- NPHをおこす先行疾患はなく、特発性と考えられた。



X-3年/12/25

X年/4/7

X年/5/23

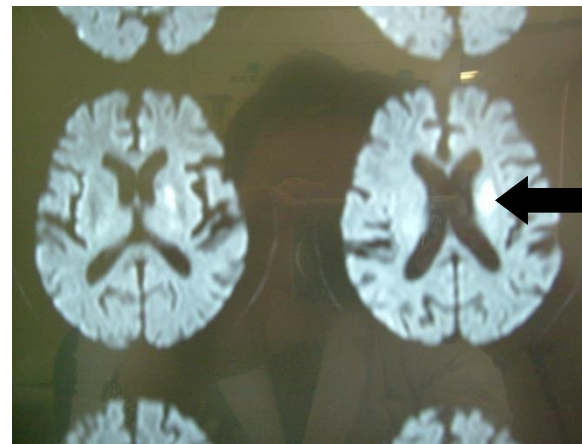
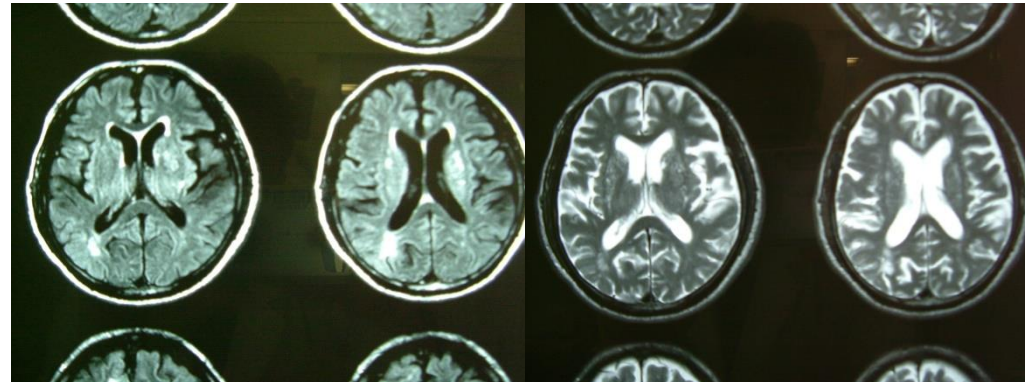
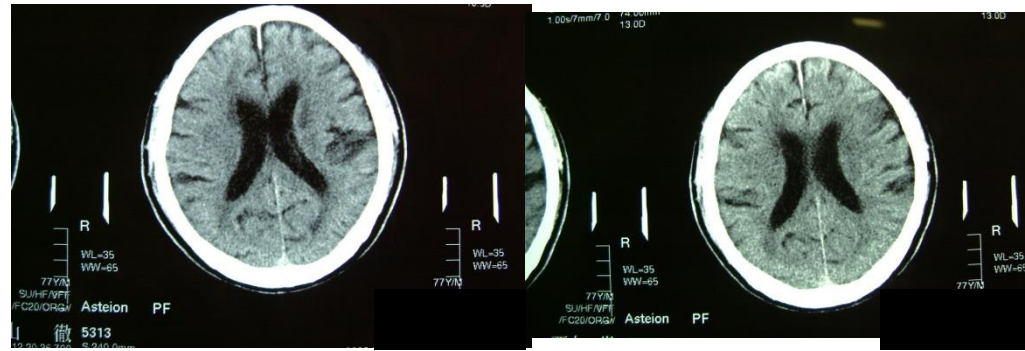
CSFタッピングテスト(髄液排除試験)

腰椎穿刺にて髄液を30mlあるいは、終圧0まで排出し神経症状の改善をみる。

歩行障害の改善は、最も早く翌日~翌々日の評価でもみられるが、認知症状の改善は遅く1~2週間かかるという意見もある。

急性期脳梗塞症例

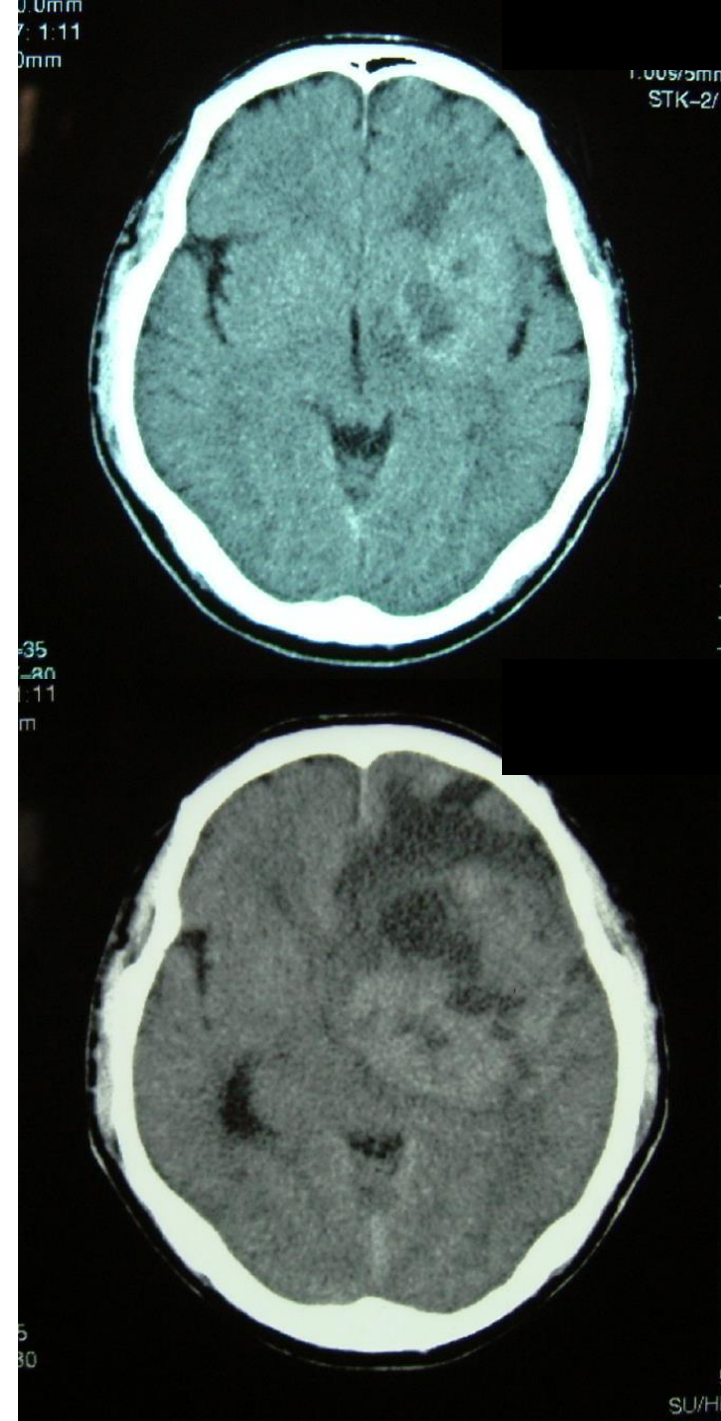
- 77歳 男性
- X年1月24日に、「物忘れ」と「行動異常」を主訴に初診。初診時、HDS-R:9/30点、MMSE:16/30点を示し、パンツをはいたまま入浴をしたり、着衣失行があるとのこと。
- Y総合病院放射線科へ、MRI(VSRAD)、SPECT(3D-SSP)検査を依頼。
- 海馬の萎縮はなく、陳旧性のラクナに混在して、左放線冠に拡散強調像で高信号を認め脳梗塞(ラクナ)急性期と考えられた。
- ただし、行動異常の出現が、1月19日前後ですでに時間経過をしており、厳密にはラジカット、カタクロットの適応時期は過ぎていたが、御家族の希望もあり、1週間同薬を1日2回当院外来で点滴。
- X年2月4日、午前の点滴で終了。M病院へ回復期リハビリ目的で入院。
- 数年前、他院でワーファリン服用歴あり、当院で施行した心エコー図(カラー、パルスドプラーを含む)では、心臓内には血栓は認めず、心機能も良好だった。



左放線冠に拡散強調像で高信号を認め脳梗塞(ラクナ)急性期と考えられた。

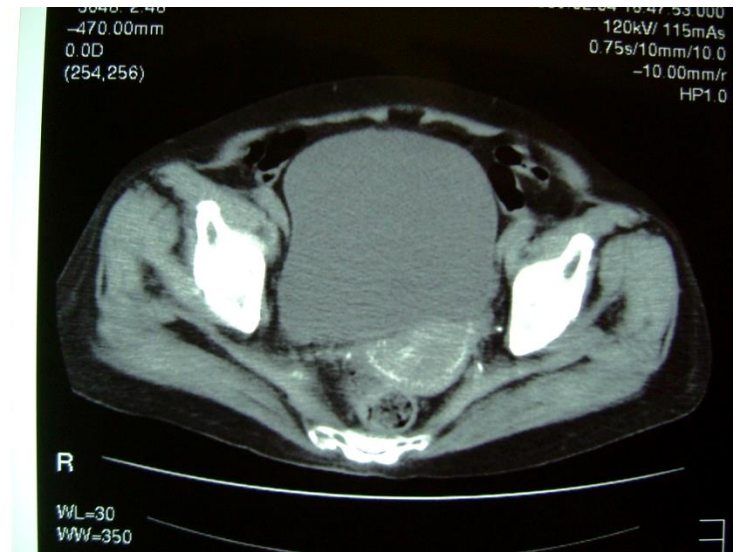
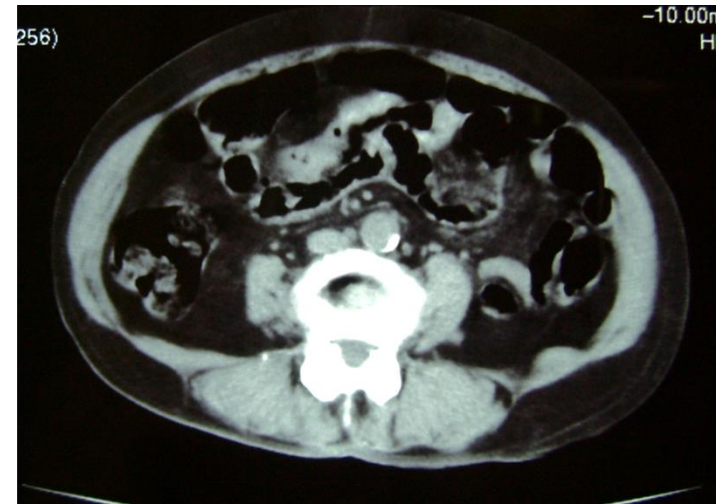
行動異常の出現で脳血管性認知症が疑われた脳腫瘍症例

- 56歳男性
- X年12月、脳出血の診断で県外の病院で入院治療後、転地療法のため南予に移住。リハビリテーション目的に、X+1年1月当院受診。
- 初診時、認知機能に障害はなく軽度の構語障害と右片麻痺を認めしたが、日常生活は妻の一部介助で過ごすことができていた。
- X+1年4月、問題行動(2階の階段から1階の居間に放尿したり、脱抑制、自発性の欠如、遂行機能障害、注意障害など)が出現し受診。CTで脳腫瘍と診断。大学病院脳外科に紹介入院。
- 手術後、問題行動は消失し1年4ヶ月自宅で静かに過ごすことができた。



急性腸炎と一過性尿閉による「せん妄」症例

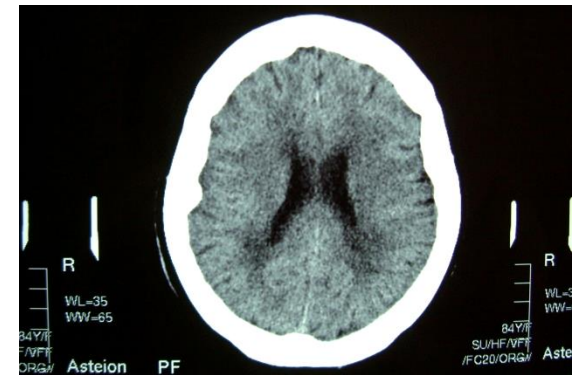
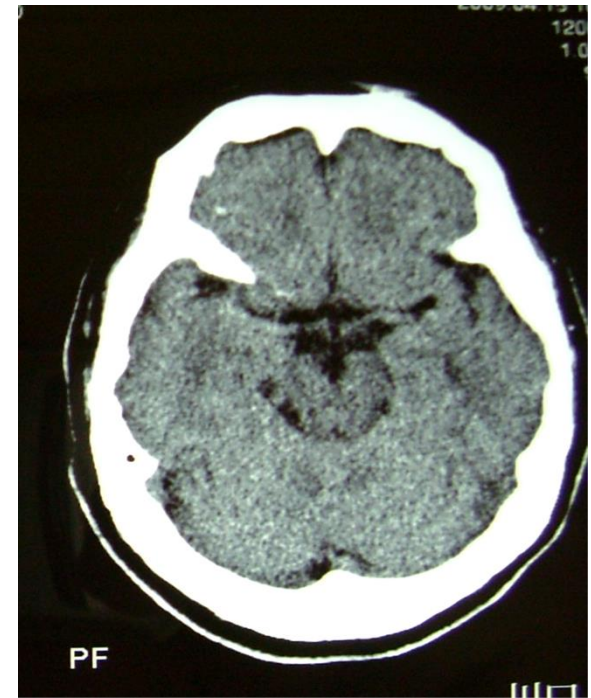
- 79歳女性、精神疾患を疑われ、紹介受診
- 来院時はせん妄状態で、軽度の意識障害を認めた。HDS-R測定不能。
- 緊急腹部CTで、小腸の著明なガス像とKerckringヒダが著明に観察できたが、niveauはなく、ileus は否定的。
- 膀胱内の尿貯留が著しく、導尿したところ900mlの尿量。血液検査で、CRP:5.68、WBC:13600を示し、急性腸炎に矛盾せず、非定型抗精神病薬とニューキノロン系抗生剤で経過を診ることにした。
- 不安はあったが、なにかあれば連絡をとお話しして、ご自宅でようすを見ていただくことにした。
- 5日後、再診時は、まったく問題なく来院された。年金問題で誤解があり、身体不調とうつ状態が昂じたものと考えられた。また、HDS-R:24/30点を示した。
- MCIが基礎にあって、ストレスからのBPSDと考えられた。



うつ症状が主体を示した MCI(軽度認知障害)症例

- 84歳女性
- X年3月より以下の症状出現し、SNRI治療開始したが、改善なく4月に当院紹介受診。
 - ①胸部の気分不良が3月より続いているが、痛みなどではない→うつ気分
 - ②今まで楽しめていた、折り紙の趣味が楽しく出来なくなった→喜びの喪失HDS-R:23/30点、MMSE:21/30点

「うつ気分」と「喜びの喪失」の2項目が存在するとき、感度90%、特異度88%で「気分障害」と診断できる(ただし、身体的な異常は除外していると考えて)



MCI (軽度認知障害)

Mild Cognitive Impairment の略

MCIの定義は次の5つに集約されます。

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

MCIの原因となる原疾患を放置すると、認知機能の低下が続き、1年後には約12%の人、5年後で約50%の人が認知症へとステージが進行すると言われている点が重要です。

また、6年間で約80%がADに進行するとの報告もある

(Petersen,2004)。

MCI (軽度認知障害) のサブタイプ

1) single-domain amnestic MCI

記銘力低下のみ見られる健忘型の軽度認知機能障害

・・ADの前駆期

2) single-domain nonamnestic MCI

記銘力以外の高次脳機能領域(注意、推論、言語、視空間認知)などで障害がある軽度認知機能障害

・・FTD、DLB、VDの前駆期

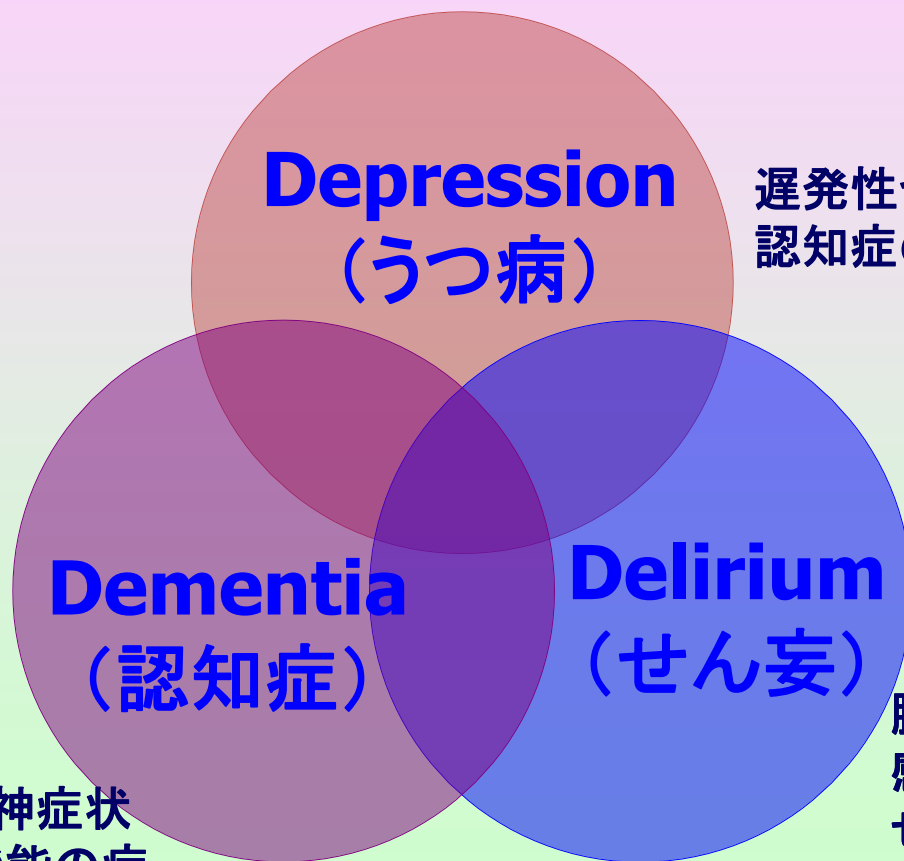
3) multiple-domain amnestic MCI

記銘力のみならず複数の高次脳機能領域にまたがって軽微な障害があるが、全体としては認知症といえるほど重症ではない軽度認知機能障害

・・AD & VD混合型の前駆期

老年精神医学の3つのD

認知症、せん妄、うつ病（老年精神医学の3つのD）は、高齢患者ではしばしば併存するので、診断治療においては併行して考慮・検討されるべきである。



遅発性うつ病は、しばしば認知症の発症に先行する。
(警告うつ病)

認知症では、神経精神症状はよくみられ、認知機能の症状より治療反応は良好である。

脆弱な高齢者は、軽度の感染症や身体的不調でもせん妄状態を呈することがある。

認知症のステージ・アプローチ

アルツハイマー病を例にとりて

アルツハイマー型認知症 (AD) の重症度 / FAST

FAST (Functional Assessment Staging)

| 重症度 | 臨床診断 | FASTにおける特徴 |
|------------------|---------|---|
| 1. 認知機能の障害なし | 正常 | 主観的および客観的機能低下は認められない。 |
| 2. 非常に軽度の認知機能の低下 | 年齢相応 | 物の置き忘れを訴える喚度困難 |
| 3. 軽度の認知機能低下 | 境界状態 | 熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。 |
| 4. 中等度の認知機能低下 | 軽度のAD | 夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。 |
| 5. やや高度の認知機能低下 | 中等度のAD | 介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとかなだめすかして説得することが必要なこともある。 |
| 6. 高度の認知機能低下 | やや高度のAD | (a)不適切に着衣 |
| | | (b)入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。 |
| | | (c)トイレの水を流せなくなる。 |
| | | (d)尿失禁 |
| | | (e)便失禁 |
| 7. 非常に高度の認知機能低下 | 高度のAD | (a)最大限約6語に限定された言語機能の低下 |
| | | (b)理解しうる語はただ1つの単語となる。 |
| | | (c)歩行能力の低下 |
| | | (d)着座能力の喪失 |
| | | (e)笑う能力の喪失 |
| | | (f)昏迷および昏睡 |

FAST stage と口腔機能

| FAST stage | 特徴 | 口腔ケア | 口腔機能 |
|------------|-------------------|--------------|--------------|
| 1 正常 | | 正常 | 正常 |
| 2 非常に軽度 | 正常な老化、 置き忘れ | 正常 | 正常 |
| 3 軽度 | 境界状態、 複雑な作業困難 | 口腔清掃 やや低下 | 正常 |
| 4 中等度 | 家計、買い物が 困難 | 口腔清掃 低下 | 正常 |
| 5 やや高度 | 洋服を選べない、 歯磨き困難 | セルフケア 困難 | 先行期障害 |
| 6 高度 | 入浴介助、失禁 | 一部介助 | 先行期障害 が進行 |
| 7 非常に高度 | 言語機能低下、 歩行困難 | 全介助 | 嚥下障害 |

AD病期別の特徴:初期

記銘力障害が前景に出る。体験したことを覚えていないだけでなく、自分が忘れたことも忘れてしまう。また、出来ることと出来ないことの区別がつかなくなる(病態失認的態度)。その結果、忘れたことや出来ないことを認めないで自分でやろうとしたり、出来るのにひどく依存的になってしまって、周困と摩擦が起きる。さらに、本人は失敗を重ね、挫折感・喪失感を味あうことが多い。自尊心を大切に。

忘れること、できないことを責めない

AD病期別の特徴:中期

「動ける認知症」+「脱抑制」
＝「動くので周囲が困惑する認知症」
妄想も多い
輝いていた頃の世界に生きる
複雑な動作は出来ない

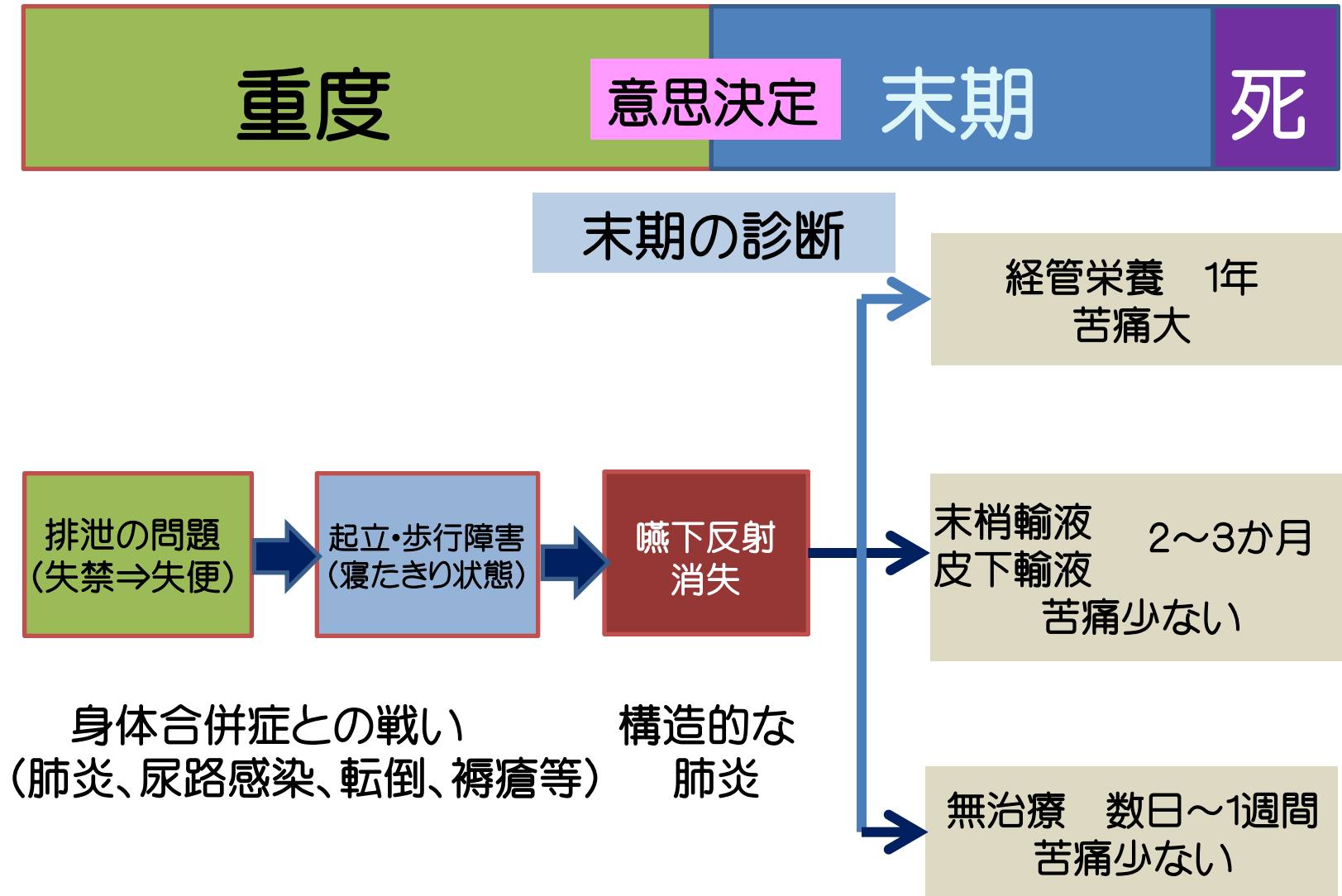
何が出来るかのアセスメントが大切

AD病期別の特徴:後期～終末期

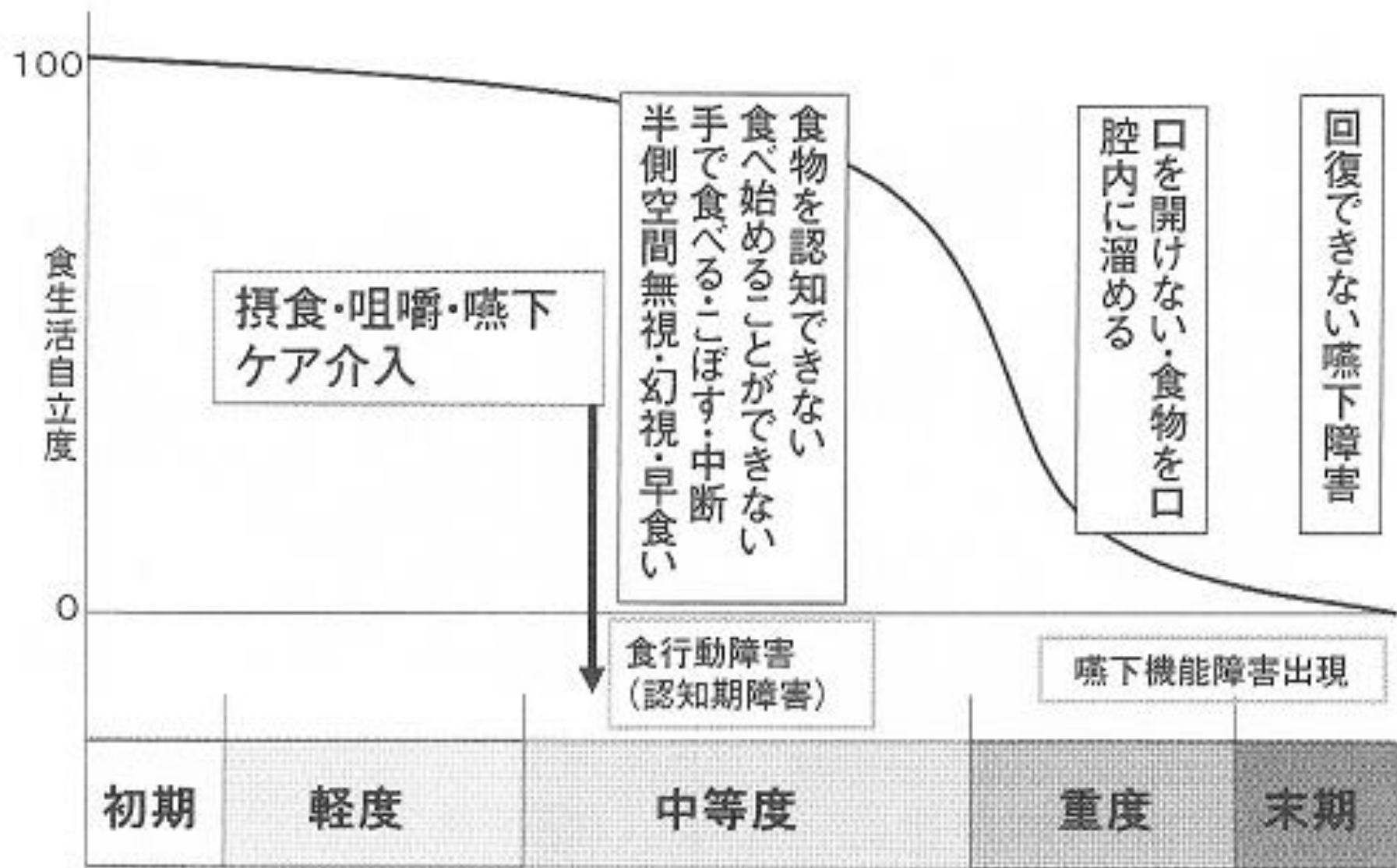
パーキンソン症状やけいれん発作などの身体症状が現れ、さらに進むと寝たきりとなる手足の随意運動は消え、顔の表情も消え、大小便失禁、発語なし、嚥下障害のため誤嚥性肺炎を繰り返す

寝たきりの人への対応・口腔ケアが大切

重度から末期アルツハイマー病の経過

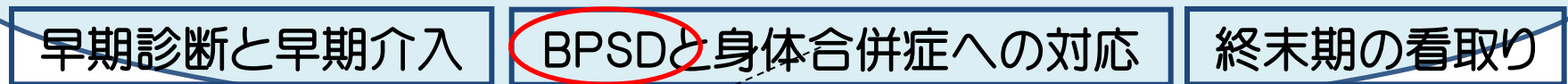
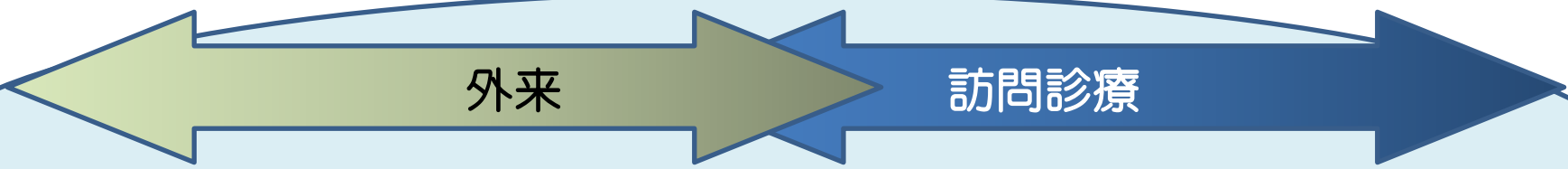


(平原佐斗司「認知症ステージアプローチ入門」2013より引用改変)



認知症の進行と食行動変化

認知症の人のステージとかかりつけ医



場合によって



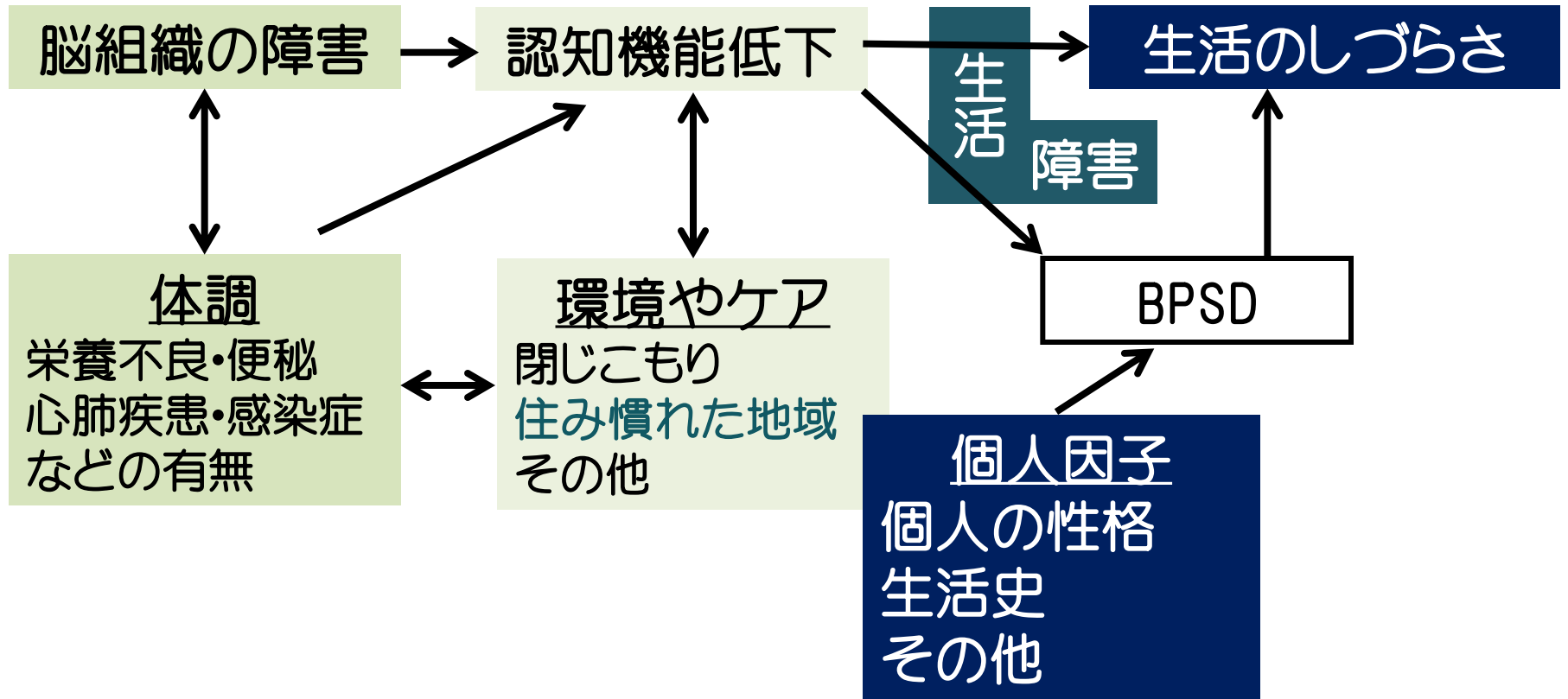
診断
困難例

さらに専門的な医療機関
認知症疾患医療センター
など

| | | |
|------|---------------------------------------|--|
| 地域資源 | フォーマルな | 訪問介護 訪問看護 短期入所サービス 通所サービス グループホーム・小規模多機能 等々 |
| | インフォーマルな地域資源 (家族会・認知症サポーター・市民後見人等) | |
| | 病院・特養などの入院・入所施設 | |

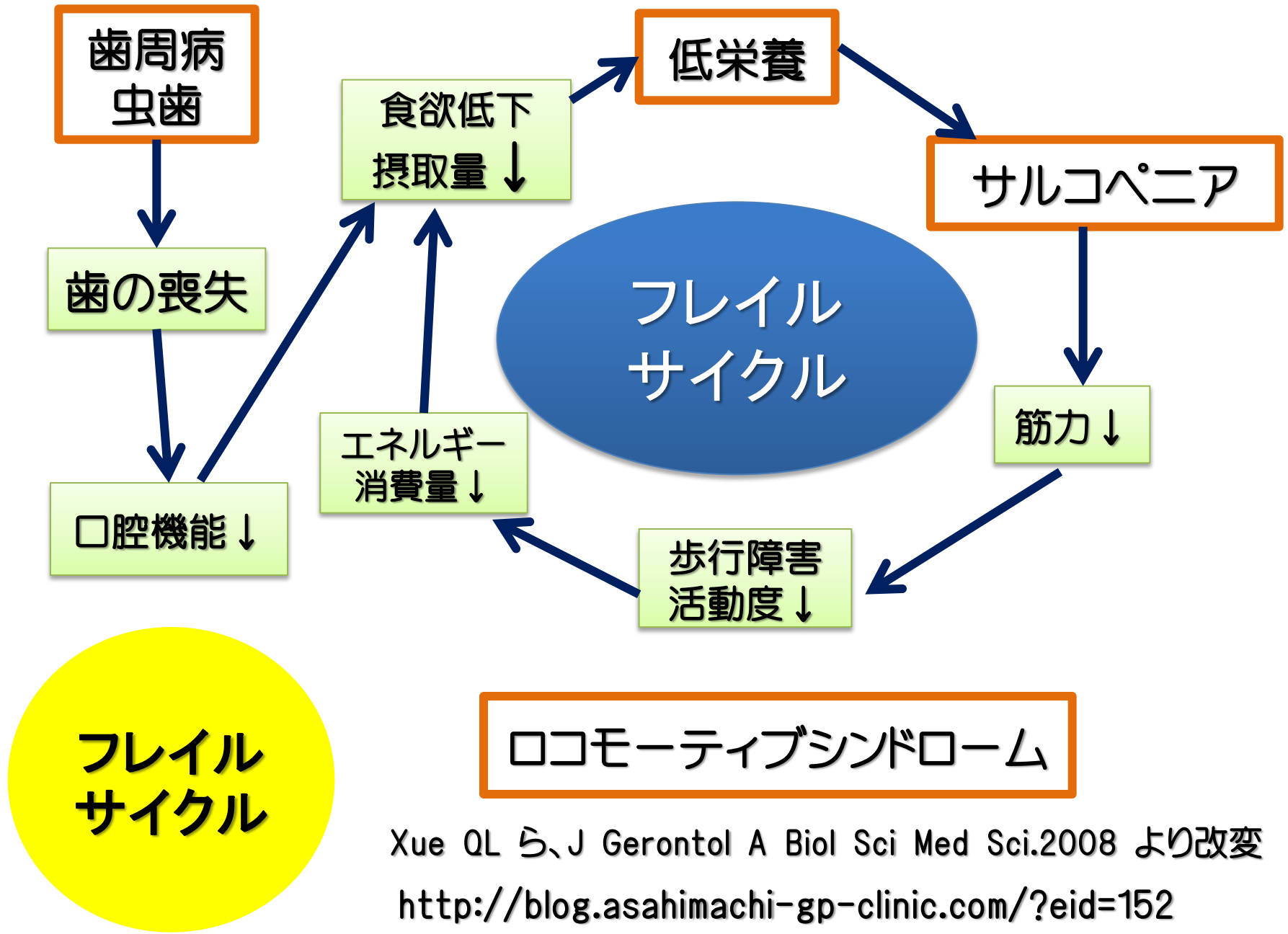
(梶原診療所・平原佐斗司氏作図を改変)

認知症の人の生活のしづらさ



医療モデル的視点 と 生活モデル的視点

いまだ、治癒することの少ない認知症だから
本人の生活のしづらさを多職種協働で支える



Xue QL ら、J Gerontol A Biol Sci Med Sci.2008 より改変
<http://blog.asahimachi-gp-clinic.com/?eid=152>

認知症の方のケアプラン

- 介護保険サービスの利用においては「自己選択・自己決定」を視点としている。
- 認知症の方にとっては自ら「選択・決定」を行うことは困難で大きな課題となる。

①ご本人を中心とした支援内容

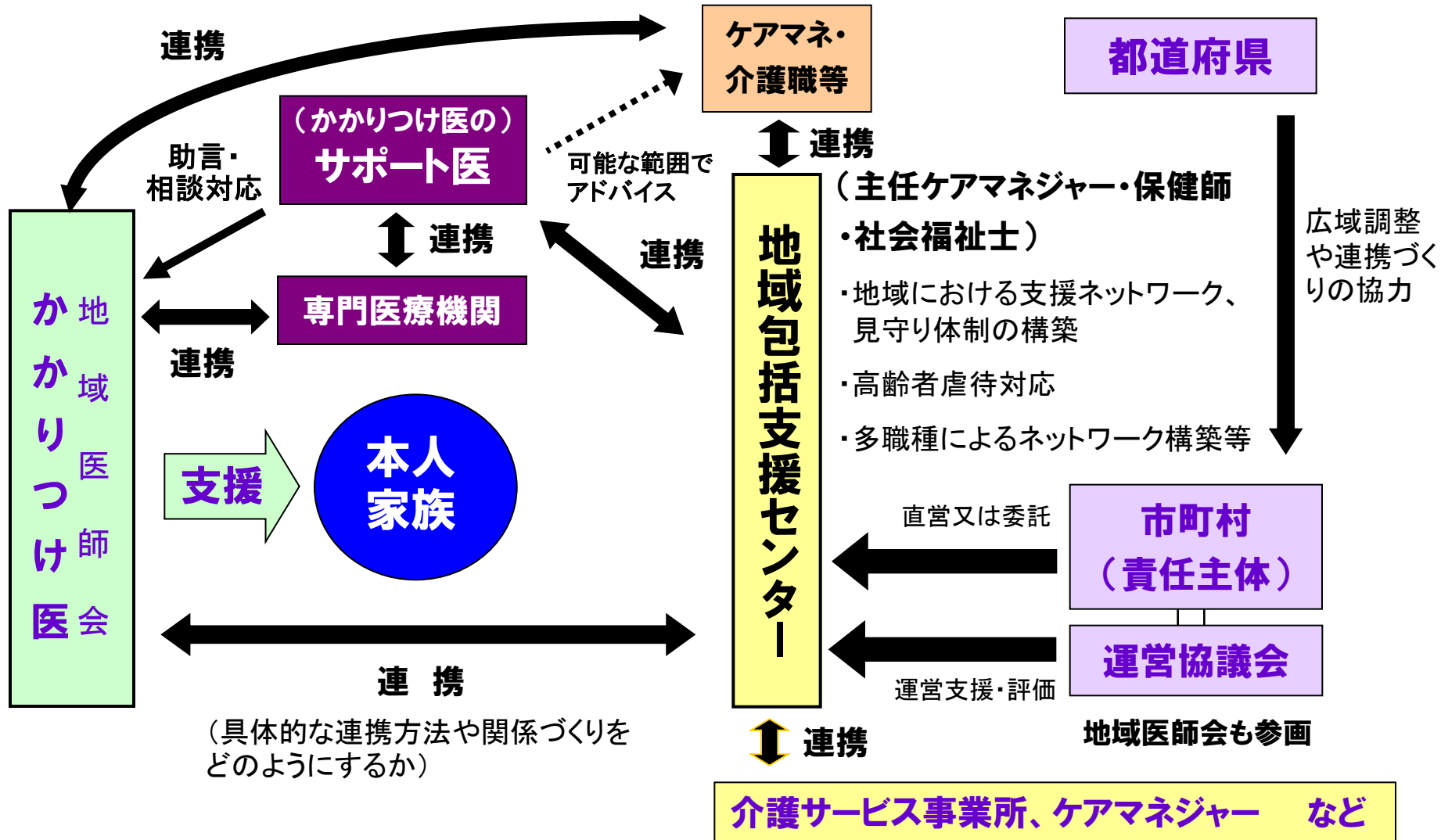
認知症の方は「何もできない人」ではない。
十分なアセスメント→「その人らしさ」を見失わないこと。
認知症という病気でとらえるのではなく、一人の生活者として正面から向き合う。

②介護者支援の視点から「介護負担の軽減」を含めた支援内容

最も近いところで多くの時間を共に過ごす介護者の生活を安定することや守ることが重要。
地域の力を巻き込む。

医療・介護・保健・市民の連帯をめざして

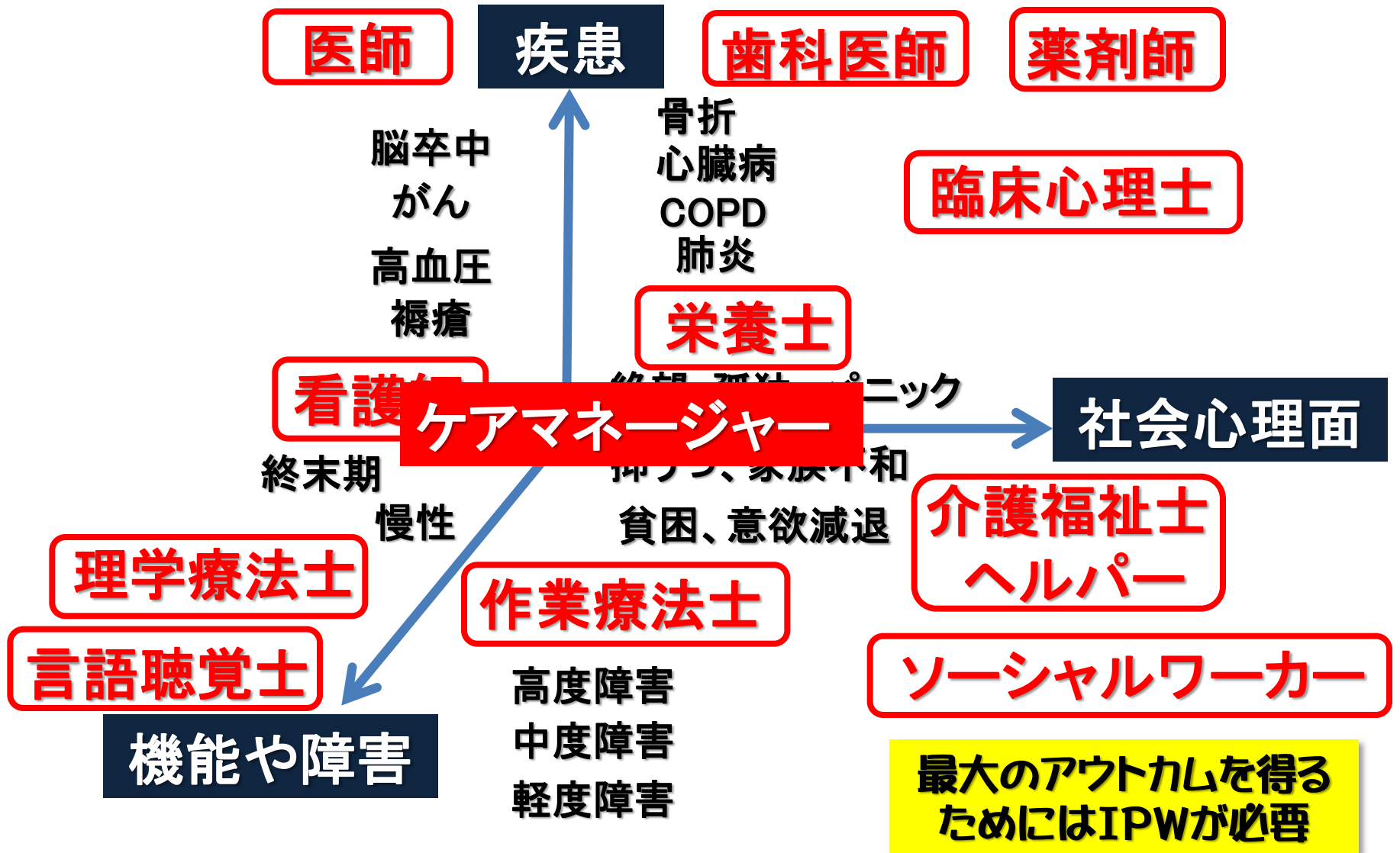
かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携



IPW (Inter-professional Work) (専門職連携協働)とは

複数の専門職が協働し、利用者や患者の期待や要望に応じていくことを意味し、「連携と統合」の理念を
実践すること

高齢者ケアの多面性とIPWの有効性



AD以外の代表的な認知症の原因疾患も最終的には運動機能の障害が重くなり、“終末期”の倫理的課題につきあたる

まとめ

- 『ステージ・アプローチ』の視点に立ち、認知症の病型とその対応について述べました。
- そしてその尊厳を守るために、ステージごとに（在宅）医療・ケアに何が求められるかについても触れました。
- これらのことを“多職種協学”して共通認識として持ち、さらに協働してチーム・アプローチを行うことによって、認知症の人を対象とした在宅医療及び施設ケアは実効性のあるものとなると思われます。