７月３日（月）岩瀬院長デイケア講演会

テーマ：「認知症について」

認知症者の実態　2010 年の統計では
認知症高齢者の実数は 462 万人
有病率は 15％

■生理的老化と認知症の違い
認知症でしょうか？大丈夫でしょうか？

生理的老化と認知症はちがう
生理的老化は　本人に自覚がある　認知症では、本人が忘れていること自体も忘れていて、何が問題なのかわかっていないことが多い。

生理的老化では見当識（時間、場所、人に対する認識）は保たれる。　認知症では見当識は障害されていることが多い。

■うつ病と認知症の違い
うつ病は反応速度が遅くなる。　認知症では反応速度が基本は障害されない。
うつ病は質問の意味が分からないと正直に言う。　認知症は質問に取り繕いをする（てきとうに答えてしまう）

■せん妄と認知症の違い
せん妄（意識障害）の症状
せん妄は日内変動がある　認知症は日内変動・変化に乏しい
初発症状はせん妄は錯覚や幻覚　認知症は初発症状が記憶力の低下（持続知的能力はクリア）
せん妄は症状に日内で動揺がある　認知症では動揺はしない

＜せん妄の原因＞
アルコール、薬物、または薬物中毒
感染症、特に肺炎と尿路感染症
脱水状態および代謝異常
感覚遮断
心理社会的ストレス

（睡眠の講義ですでに話したが、）睡眠覚醒リズム改善のため朝光を浴びるといい

■MCI：軽度の認知機能低下
認知症まではいってないが、正常よりは認知機能が低下されている状態。
１．本人または家族から訴えが認められる
２．日常生活動作は正常
３．表層的認知機能は正常に見える
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ある
５．認知症ではない
６．年間で約１０％が認知症に進展する

■　アルツハイマー型認知症
脳の病的萎縮が特徴の病気で，原因はまだ完全にはわかっていない.
ゆっくりと進行し，全般性の症状が起こり確実に増悪していくのが特徴.
海馬の形態学的な萎縮が早期より起こる.
後期には前頭葉側頭葉全体に萎縮.
血流低下（頭頂側頭連合部，楔前部，後部帯状回）.
病理組織：老人斑，神経原線維変化.

■　レビー小体型認知症
レビー小体が大脳表面に出現して起こる病気で，はっきりとした幻視が出現し，パーキンソン症状を合併して，１日のうちで症状が変動するのが特徴.
随伴症状：１）レム睡眠行動障害，２）抗精神病薬に過敏，３）PET: 基底核でのドーパミントランスポータの減少
転倒と失神，自律神経障害，意識障害，うつ，妄想，幻覚など.
SPECT: 後頭葉の血流低下.
MIBG 心筋シンチグラムの集積低下（交感神経終末の取り込み低下）

■前頭側頭型認知症
脳の前頭葉と側頭葉が限局して委縮するタイプの認知症、物忘れよりも、人格変化や抑制の欠如が見られるのが特徴
常同行動が多く、それを邪魔されると興奮することが多い。
感情障害、うつ、不安、自殺念慮、執着観念がある。
言語能力の障害、進行性の発語の減少、常同言語。※空間認知と習慣は保たれる。
MRI、CT➡前頭葉～側頭葉の萎縮

■血管性認知症
脳の血管障害（脳卒中や脳梗塞）が原因で起こる認知症で、比較的急激に発症する。
まだら状に症状が現れ、階段状に進行していくのが特徴（まだら認知症という）
微小な脳梗塞は加齢とともに多かれ少なかれ誰にとっても出てくるもの。

…専門医といえども、個別の患者に対する認知症の診断においてアルツハイマー、レビー、血管性など、どの類型なのかは明確に鑑別するのはかなり難しいことがある。

■　認知症の診断はなぜ難しいのか

脳内の異常なたんぱく質の蓄積によって認知症が起こることは分かっている。本来脳が正常であれば異常なたんぱく質の掃除をすることができる。アルツハイマー病ではβアミロイドやリン酸化タウが蓄積。レビー小体型認知症であれば　レビー小体（αシニュークレイン）、ピック病であればTDP-43、FUSなどという異常たんぱく質が沈着する。

脳は基本的に組織をとって調べることができないから顕微鏡による病理組織診断ができない。だから診断はあくまで臨床的なもの。

その他、動脈硬化、脳組織の壊死、出血、糖尿病などがからむ。

➡総合的に、それらによって認知症が発症する！

■認知症の中核症状とその対応

・記憶障害（直前の物忘れ）➡周りが本人の物忘れを責めず、根気よく対応する。

・見当識の障害（時間・場所・人物がわからなくなる）➡生活リズムを確立し、環境を整備する。

・思考力や判断力の障害（思考の連続性がなくなる）➡情報を簡素化し、判断の材料を増やさないこと。

・実行機能（遂行機能ともいう）の障害（物事の手順が分からなくなる）➡１つ１つ、言葉がけをしていく。

■認知症の周辺症状（行動心理症状）

◎一時的要因が先にあり、それに身体的要因や心理社会的要因、環境要因などが作用して起こるもの。

・行動症状　徘徊　攻撃性　不穏　焦燥

・心理症状　妄想、幻覚、抑うつ、不眠、不安、誤認、無気力、情緒不安定

（※幻覚・妄想が出た場合は精神病との鑑別が難しい！）

■認知症初期の発見のポイント（かかりつけ医の立場から…）

最近、血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった。本人に状況を確認しても「薬はきちんと飲んでいる」という。

受診の予約の日を間違えたり、しばしば連絡なくキャンセルする。

不定愁訴で検査しても異常がないといわれる。

わけもなく拒否的だったりパニックになる。

前回の検査を全く覚えていない。

受診のたびに同じ話をする。

環境が変わると不穏になる。

心身発作・睡眠中の異常行動

◎家族からの情報収集
気候に合った服を着ているか
適切に着替えをしているか
雨天時に傘を持っていくか
料理の味付けはどうか
いつも同じ料理ではないか
◎本人への質問
火事に出会ったらどうするか
道で、宛て名が書いてあり切手も貼ってある手紙を拾ったらどうしますか？

■認知機能検査
・長谷川式簡易知能評価スケール
　日本で標準的に行われている。３０点満点で 20/21 がカットオフポイント。
・Mini mental state (MMSE)
　国際的に広く使用されている。３０点満点で 23/24 がカットオフポイント。

■認知症の治療
＃中核症状に対して、治すことはできないが進行を抑制する治療はある。
・薬物療法：コリンエステラーゼ阻害薬、NMDA 受容体拮抗薬
・非薬物療法：科学的根拠は乏しい。推奨グレード C
　運動療法、記憶訓練など

◎コリンエステラーゼ阻害薬の特徴
　基本的にはどれも変わらない。一日一回１～２週間後までで次に増量して可能な限り続ける。(※いつまで服用するのか、明確なラインは決まっていない；歩けるうちは継続した方が良い)
　アルツハイマー型認知症に適応。アリセプトのみ２０１４年よりレビー小体型認知症にも適応となった。
◎NMDA 受容体拮抗薬の特徴
　中等症から重症のアルツハイマー病に使用。他のコリンエステラーゼ拮抗薬と併用できる。
　周辺症状に対する治療にも使う。
＃非定形抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、漢方薬を使うこともある。

■認知症周辺症状(BPSD)に対する対応ケア
・身体疾患の有無のチェックと治療
・不適切な環境やケアのチェックと改善

・騒音、不適切なケアのチェックと改善
・介護サービスの利用

【不適切なケアの例】
１．だます　２．できることをさせない　３．子ども扱い　４．脅かす
５．レッテルを貼る　６．汚名を着せる　７．急がせる　８．主観的現実を認めない
９．仲間はずれ　１０．「物」扱い　１１．無視する　１２．無理強い
１３．放っておく　１４．非難する　１５．中断する　１６．からかう
１７．軽蔑する
＃基本として認知症の方の「不安を増す」ようなケアはしない。
　物理的環境、人的環境にも気を配る。

◎若い人の脳・子どもの脳なら…　大きな事故による外傷など➡一時的には脳の機能は侵されるが、回復することもありうる。
◎認知症は…　異常なたんぱく質が蓄積して起こる➡神経細胞が新たに再生することはほとんど考えにくい。

【地域連携体制の構築】
武蔵の森病院は認知症治療病棟６０床
・認知症疾患医療センターや地域包括センターとの連携
・認知症に関する資源
・認知症専門医のいる病院の受診方法や紹介体制
・介護保険サービスや家族支援の資源の有無
・私は日高市の認知症サポート医を拝命している。

【質問タイム】
質問：なぜ血流が悪くなるか？
回答：血管がだんだん動脈硬化していく。
血管にコブができ、コレステロールが沈着する。
すると血栓がつきやすくなる。例えば、１６歳くらいでもすでに動脈硬化は起きている。
動脈硬化は自然に起きていて、だんだん大きくなっていく。
これが脳で起こると、血栓が内部に狭まって、脳の組織は死んでしまう。
脳じゃなくても起こり得るが、一番問題なのは脳と心臓。
＃規則正しい食事や睡眠をとらないと、動脈硬化は早く進行する！

質問：タバコのニコチンが認知症に関係するかどうか？
回答：ニコチンは脳を覚醒させるのでタバコは一時期認知症にはいいのではとする考えもあったが、今は廃れている。すぐには答えられない。タバコを吸うとニコチンだけじゃなくて他の有害物質も身体中

に回る。一般にタバコの有害物質では血管性脳血管障害、動脈硬化を起こしやすいと言われる。では、認知症はどうなんだと言われると、これはまだよく検討してみないとわからない状況。

以上