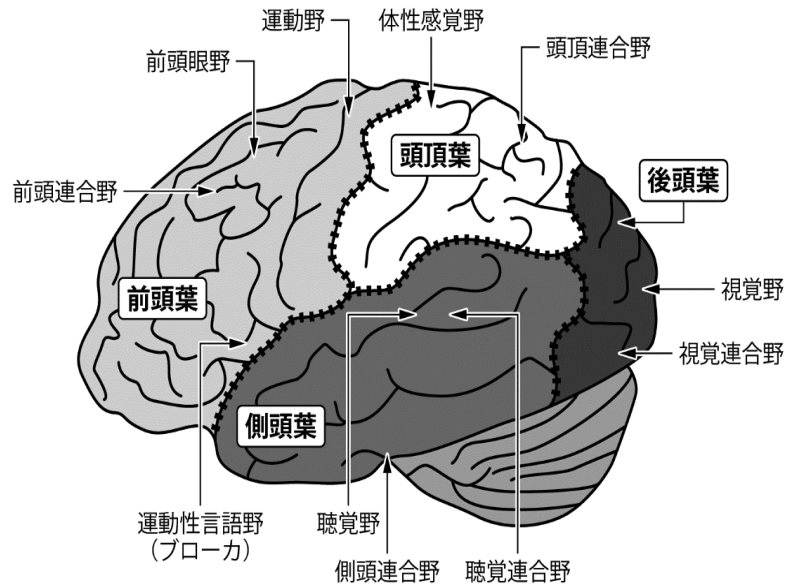


	<p>要因を分析し、生活機能の維持・向上に向けたケア計画を立案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活機能に焦点をあてた生活支援について理解を深める。 <p>○認知症の行動・心理症状 (BPSD) のアセスメントとケア</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の行動・心理症状 (BPSD) を悪化させる要因・誘因に働きかけ、予防・緩和する方策について理解を深める。 <p>○認知症の人の家族支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の人と家族に対する支援の方策について理解を深める。 	
3. 認知症支援に関する社会制度	<p>○認知症の人と家族を支えるための諸制度と社会資源</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の人と家族を支えるための諸制度と社会資源について理解を深める。 	○参考・課題文献等から課題学習 (4時間)
4. 多職種連携等の基礎的な知識	<p>○認知症ケアにおける組織内外の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアにおける組織内外の連携を推進するための方策について理解を深める。 <p>○認知症に関するアセスメントツール</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の人と家族を把握するうえで必要なアセスメントツールを理解し、組織内外の連携に活用できる。 <p>○認知症ケアにおける情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアにおける観察・記録のポイントを理解したうえで、認知症の人が継続した生活を送れるように情報共有ができる。 	
事例学習(1) 事例テーマ① 「独居の軽度認知症高齢者」	<p>○事例紹介</p> <p>○参加者のレポートの発表</p> <p>○グループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> 課題の抽出／支援目標の設定／支援方法の検討／発表 <p>○講義</p> <ul style="list-style-type: none"> グループワークの講評 事例の考え方のポイント 必要な知識の確認 (認知症の医学的理解／疾患別、ステージ別アプローチ／パーソンセンタードケア／人間性心理学／総合事業) 	○事前課題 (1時間) テーマ①の事例を読み各自のツールを用いてアセスメントを行い、その分析結果 (課題) を導き出す。
事例学習(2) 事例テーマ②「BPSDの強い高齢者」	<p>○事例紹介</p> <p>○参加者のレポートの発表</p> <p>○グループワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> 課題の抽出／支援目標の設定／支援方法の検討／発表 <p>○講義</p>	○事前課題(1時間) テーマ②の事例を読み各自のツールを用いてアセスメントを行い、その分析結果(課題)を

	<ul style="list-style-type: none"> ・グループワークの講評 ・事例の考え方のポイント ・必要な知識の確認(BPSD のアセスメント／環境調整／行動理論に基づいた支援／多職種連携と留意点／ファシリテーション技術／認知症の人への生活支援の専門性) 	導き出す。
<p>事例学習(3) 事例テーマ③ 「介護負担感が強い家族」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○事例紹介 ○参加者のレポートの発表 ○グループワーク <ul style="list-style-type: none"> ・課題の抽出／支援目標の設定／支援方法の検討／発表 ○講義 <ul style="list-style-type: none"> ・グループワークの講評 ・事例の考え方のポイント ・必要な知識の確認（家族の心理（ストレス・喪失と悲嘆）／地域における家族支援のための社会資源（認知症カフェ、家族介護者支援事業など）) 	<p>○事前課題（1時間）</p> <p>テーマ③の事例を読み各自のツールを用いてアセスメントを行い、その分析結果（課題）を導き出す。</p>
<p>事例学習(4) 事例テーマ④ 「多職種連携」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○事例紹介 ○参加者のレポートの発表 ○グループワーク <ul style="list-style-type: none"> ・課題の抽出／支援目標の設定／支援方法の検討／発表 ○講義 <ul style="list-style-type: none"> ・グループワークの講評 ・事例の考え方のポイント ・必要な知識の確認（各職種の専門性を踏まえた協働と連携／社会資源の活用／アセスメントツールの活用／記録と情報共有／カンファレンス） 	<p>○事前課題（1時間）</p> <p>テーマ④の事例を読み各自のツールを用いてアセスメントを行い、その分析結果（課題）を導き出す。</p>
<p>知識と実践の統合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○全体の振り返り ・本科目で習得した知識が実践でどのように活かせるかについて理解を深める。 ・「地域において認知症の人をどのように支援するか」という視点の重要性について理解を深める。 	
		※ 15 時間以内

1 認知症について

1-1 脳の構造と機能



大脳皮質にはいろいろな領野があり、それぞれ違った機能を受けもっている（機能的局在）。大脳皮質は、前頭葉、頭頂葉、側頭葉、後頭葉に分けられるが、さらに情報を識別してそれに応じた指令を出すといった一次的な働きを受けもつ一次野と、より高度な機能を受けもつ連合野に分けられる。

前頭葉

一次運動野ともよばれる。運動機能や自律機能に関係する。精神の座で、意志や意欲、創造、思考、感情の連合野でもある。この領野の一部（ブロードマンの44野部分）にブローカの運動性言語中枢があり、この部を損傷した場合、問いかけの意味を理解できるし発声筋にも異常がないのに答えをいうことができなくなる。これを運動性失語症という。言語中枢はほとんどの場合、左半球にある。

頭頂葉

一次体性感覚野ともよばれる。皮膚、深部感覚などの体性感覚や味覚に関係するが、頭頂葉の連合野は知覚および空間の認知に基づく思考に関する統合を行っている。すなわち体性感覚野、味覚野、聴覚野、視覚野などからの感覚情報が記憶され、あるいはすでに記憶されていたものと照合して、それが何であるかを認知し、理解し、判断する。その結果、知識が形成され、知能が高められていく。

側頭葉

一次聴覚野ともよばれる。聴覚の連合野でもある。この領野の一部（ブロードマン22野部分）にウェルニッケ Wernicke の聴覚性言語中枢があり、この部を切除しても聾(ろう)にはならないが、言語の認知ができなくなる。この場合、問いかけられても意味が分からないため答えない。これを精神聾または感覚性失語症という。

後頭葉

一次視覚野ともよばれる。視覚に関係している連合野でもある。この領野の一部（ブロードマン18野部分）が損傷すると、目は見えるが空間認知や文字の意味の認知ができない。この状態を精神盲または読字不能症という。

『運動皮質』

- 1) 一次運動野：反対側の随意運動に関与。
- 2) 運動前野：学習に基づく運動に関与。（ボタンをかける、靴ひもを結ぶなど）
- 3) 補足運動野：目的のために数種類の動作を記憶に基づいて順序立てるのに関与。
- 4) 帯状皮質運動野：報酬がもらえるなどの内的欲求に基づいた自発性の行動に関与。
- 5) 前頭眼野：視界に入った物体を追う眼球運動に関与。

『体性感覚野』

- 1) 一次体性感覚野：表在感覚や深部感覚に関与。
- 2) 二次体性感覚野：障害すると立体認識不能になる。

『聴覚野』

- 1) 一次聴覚野：聴覚の中枢。
- 2) 二次聴覚野：一次聴覚野で聞く音の意味を、この領域で理解する。

『視覚野』

- 1) 一次視覚野：鳥距溝の周りに存在する。
- 2) 二次視覚野：一次視覚野からの情報を受け取る。

『言語野』

- 1) ブローカー野：障害→運動性失語症
- 2) ウェルニッケ野：障害→感覚性失語症

『連合野』

- 1) 前頭連合野：思考、学習、意欲、創造。
- 2) 運動連合野：運動情報を処理。
- 3) 側頭連合野：図形や顔などの物体認識や記憶。
- 4) 後頭連合野：視覚情報を処理。
- 5) 頭頂連合野：空間認識。

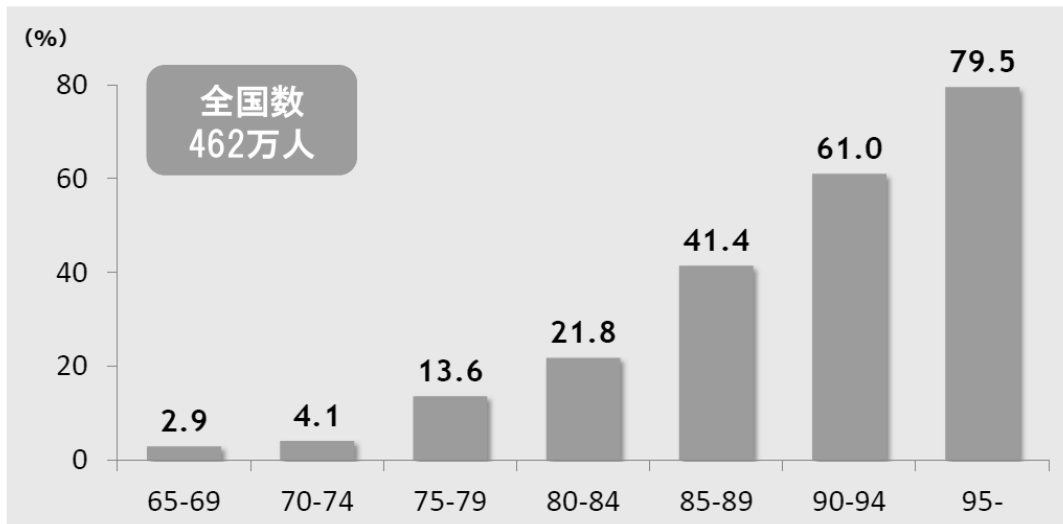
1-2 認知症とは（定義）

- **一度正常なレベルまで達した精神機能が、
何らかの脳障害により、回復不可能な形で損なわれた状態**
- **認知症とは、特定の「病名」ではなく、「症候群」**
→ **いわゆる治療可能な認知症（正確には認知機能障害）**
（例えば 慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏）も存在

認知症は、定義上「回復不可能」な認知機能障害を指すが、臨床においては、回復可能な認知機能障害が混在しており、その鑑別が重要である。

1-3 認知症高齢者の割合

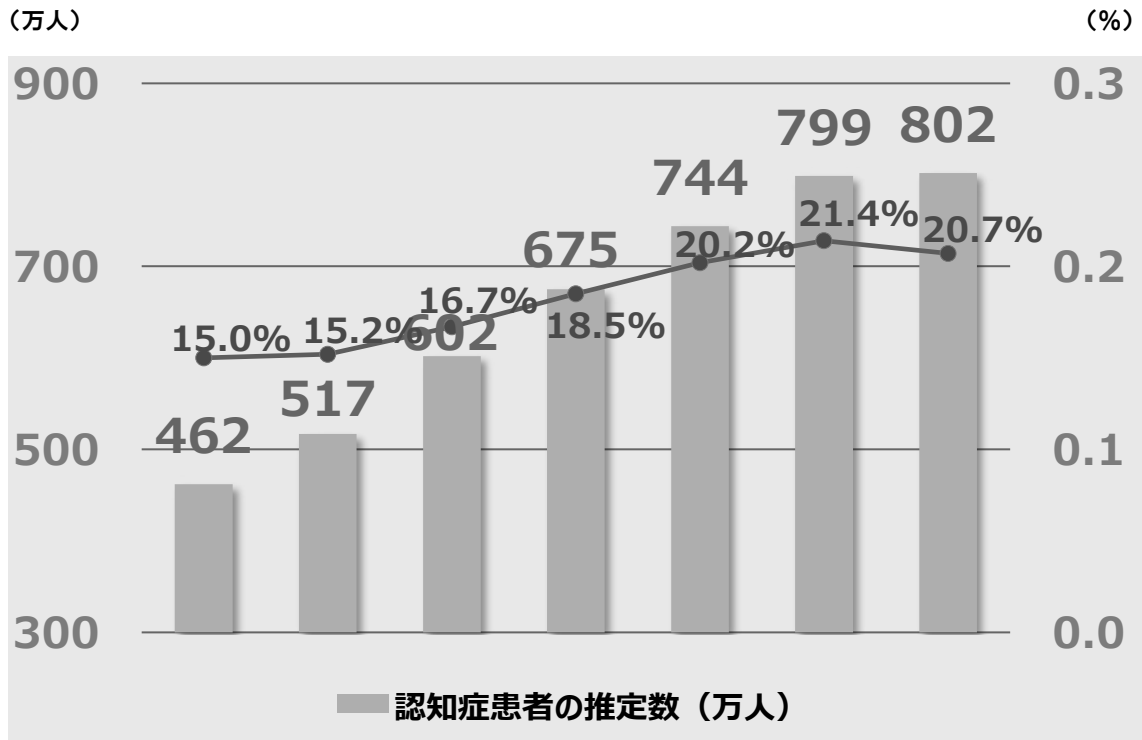
歳	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-
%	2.9	4.1	13.6	21.8	41.4	61.0	79.5



厚生労働省研究班推計(2013)

年齢ごとの認知症の合併頻度の割合を今まで推測されていた割合と比べると、2倍程度上昇している。理由として、高齢化を反映している可能性が指摘されている。

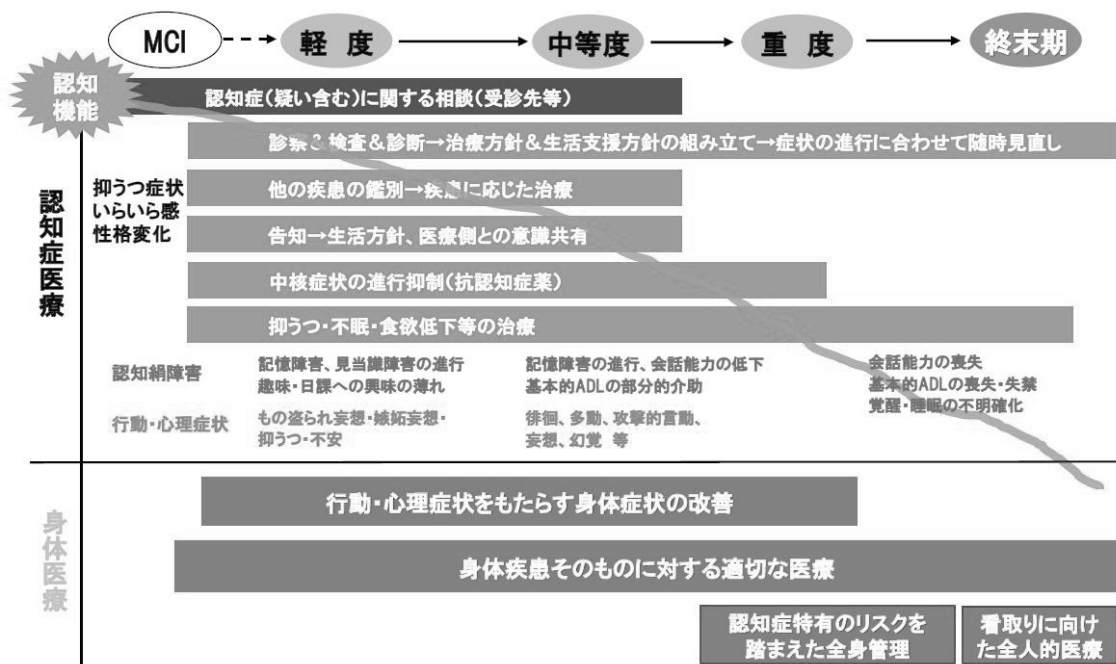
1-4 認知症の人の将来推計



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」総括研究報告書
 (平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)より作成
 (各年齢層の認知症有病率が 2012 年以降一定と仮定した場合の推計)

平成 26 年度に公表された新しい推計によれば、日本の認知症高齢者数は、平成 24 年の約 462 万人 (65 歳以上の約 7 人に 1 人) から団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には、約 675 万人 (65 歳以上の約 5 人に 1 人) になると推計されている (認知症の有病率が一定である場合)。なお、軽度認知障害 (正常でもない認知症でもない状態の者) は、平成 24 年時点で約 400 万人と推計されている。今後、認知症は誰もがかかわる身近な疾患となることが推測され、認知症の人を単に支えると考えのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要であり、医療、介護従事者のみならず、地域住民も含め誰もが認知症への正しい知識と理解を深めることが重要になる。

1-5 認知症の経過（アルツハイマー型認知症等変性疾患の場合）

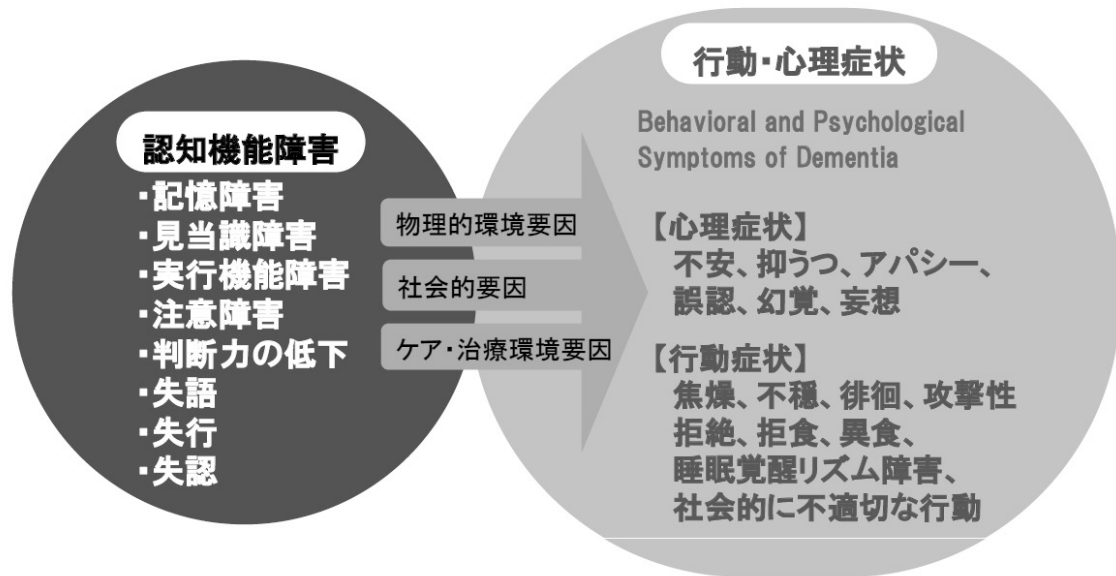


(東京都福祉保健局編資料を一部改変)

認知症の経過は、原因疾患や類型によって様ではないが、ここではアルツハイマー型認知症など、比較的緩徐に進行する変性疾患の場合の一般的な経過と医療ニーズを把握することによって、認知症のケアにおける一般病院の役割を俯瞰してみる。認知症の医療には、認知症そのものに対する医療、認知機能の低下や行動・心理症状（BPSD）の増悪要因となる心身状態の改善を図るための医療、認知症の人が罹った一般的な身体疾患に対する医療、やがては看取りに至るまでの全人的医療等が必要となる。一般病院における認知症の人への医療の提供にあっては、地域で家族・かかりつけ医や介護サービス・生活支援サービス等によって支えられていた日常生活、入院したことによる生活の変化、認知症の症状や特性等を十分踏まえて、生活の連続性や継続性にも配慮した対応が求められる。

1-6 認知症の症状

認知症の症状は、認知機能の低下によっておこる中核症状と、周囲の環境やかかわり方によって引き起こされるBPSD(認知症の行動・心理症状)があります。



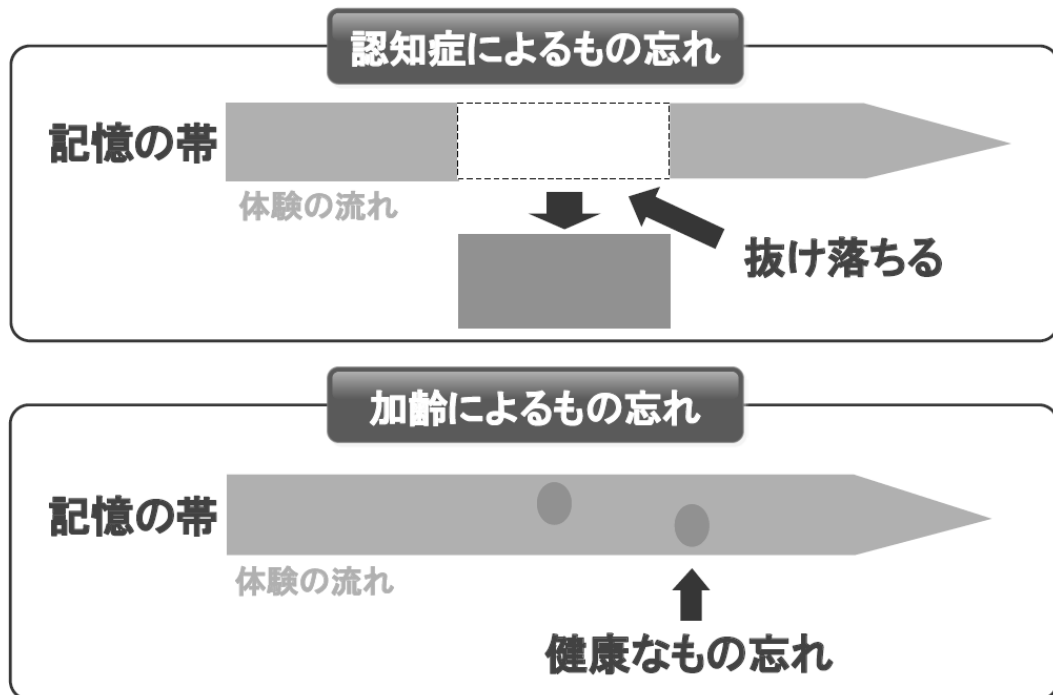
認知症の症状には、大きく分けて二つある。図の左側、脳の障害から直接的に生じる「認知機能障害」と、右側、身体的・心理社会的・物理的な影響によって二次的に生じる「行動・心理症状」、いわゆるBPSDである。厳密には、幻視のように、多くの認知症においてはBPSDとして生じるものの、レビー小体型認知症においては中核症状として生じるようなものがあるなど、認知症のタイプによって微妙に異なる面もあるが、ここではざっくりとこのスライドのよう示す。これを見てわかることは、不穏や徘徊、攻撃性のように周囲に困った影響を及ぼすものの、多くはBPSDの側にあることだ。つまり、周囲を当惑させ家族を疲弊させる困難な症状ほど二次的なものであること、すなわちその発症を遅らせたり減らせたりする可能性があるということが重要になる。

- 1つ以上の認知領域(①複雑性注意、②実行機能、③学習および記憶、④言語、⑤知覚-運動、⑥社会的認知)が以前の機能レベルから低下している。
- 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。
- 認知機能の低下はせん妄の時のみに現れるものではない。
- 他の精神疾患(うつ病や統合失調症等)が否定できる。

認知症の診断基準(DSM-5)2013より

このスライドに示すのは、アメリカ精神医学会による診断基準である。以前は「記憶障害」が必須とされていましたが、後にも触れる前頭側頭葉変性症のように記憶障害が前景に出ないタイプもあることが課題とされてきた。そのため、現在は、必須とされているのは以下の6つの神経認知領域障害の一つ以上で、記憶障害はあくまでその一つという扱いになっている。ここでは「日常生活に支障を与える」というところがポイントである。そしてなによりも、上記の6つの認知領域の機能低下だけでなく、日常生活に支障が生じてはじめて認知症、ということが重要である。これは「認知症生活の要求水準を下げることで認知症を減らさうる」可能性を示唆するものである。

1-8 認知機能障害①：記憶障害



日本医事新報. No4074(2002年5月25日)

過去から現在、そして未来へ体験された意識の中で生活している。加齢によるもの忘れは、体験の一部（会った人の名前を思い出せない、物を置いた場所を忘れるなど）を忘れる“もの忘れ”である。ところが、認知症によるもの忘れは、体験全体をすっかり忘れることが特徴である。（エピソード記憶の障害）

**実行機能：「予測をする、段取りを組む、比較をする」能力
→計画をたてて計画通りに進めることが苦手**

- **段取りを組むのが苦手になる**
- **「失敗している」と分かっているにもかかわらず、修正の仕方が分からない**
- **人の手を借りることが苦手になる**

実行機能障害とは、計画をたて、順序立てて実行する能力を指す。認知症の場合、軽度でも障害されていることが多く、IADLの評価やセルフケア能力の評価として注意をしなければならない。

視空間認知

- ①目の前の複数の物の位置関係、②自分と物との位置関係、
- ③自分が動くときの物との位置関係をつかむ能力

● 特に形態や模様の認識の影響が大きい

● 物体との距離の判断ができない

視空間認知障害は、コミュニケーション（表情認知）や転倒・転落とも関係する問題である。病棟の安全面に関しては、形態を全体的にとらえることが苦手になるため、転倒のリスク評価の一環としておこなう。

- **前頭葉の機能低下と関連**
 - 物品の呼称が障害（非流暢性失語）
 - 言葉の意味の理解が障害（流暢性失語）

- **アルツハイマー型認知症では、語想起困難が生じやすい**
 - 普段使用しない言葉から始まる
 - 次第に日常使用する言葉に影響
 - 最終的に単語の意味が理解できなくなり会話が困難になる

アルツハイマー型認知症で特に有名。臨床場面では、物品の名前が出てこないことで気づかれることが多い。注意をしたいのは、物品の名前が出てこない、だけではなく、言葉の理解能力自体も併せて低下している可能性がある。インフォームド・コンセントやケアの説明の理解の度合いの評価の上で意識したい。

- 突然知らない世界に連れられてくる(記憶障害)
- 「毎日が新しい体験、なじみがない」
- 周りの動きが早過ぎてついていけない(実行機能の障害)
- 何かをすること自体に疲れる
- あれこれ刺激が多くて混乱する
- 「おかしい」と思うけれども、どう直したらよいのかがわからない
- 相手の表情を読み取るのが苦手になった(社会的認知)
- 場の雰囲気がわからないので怖い
- 物が迫ってくる(空間認知)
- 椅子にうまく座れない

認知症をもつ人へのケアを考えるうえで、認知症に伴う苦痛を理解し、その苦痛を軽減する視点で考えると分かりやすい。重要なことは、認知症に伴う障害は複合的であり、記憶障害に留まらず、多様な領域に広がる点である。

- 必要なところに注意が向けられない（選択的注意）
- すぐ気が散る（持続的注意）
- 別の重要なところに注意が向けられない（分割的注意）

例) 食事の場面

- TVやラジオに気を取られて食べない
- トレイの上に物がたくさんあると集中できない
- スタッフに注意が向いて食べない

複雑性注意障害は、注意を必要なところに続けて向けることが困難になるが、これは普段の生活やケアの場面では、医療者の説明に集中できない（結果として理解が難しくなる）ことや、食事に集中できずに摂取量が減ることなどに現れてくる。

1-14 失認

- 感覚の障害はないにもかかわらず、見たり聞いたりしたことの意味が分からなくなる

例)

● 面談

- － よく知っている人の顔なのに、誰だか分からない
- － 表情が分からない

● 洗面・入浴

- － 容器の違いが分からない
(歯磨きと石けんを間違える)

同じく認知症の主要な症状の一つ。医療従事者とのコミュニケーションの場面で、表情認知がうまくいかない、慣れない病棟で必要なメッセージをとらえることがうまくできない、形で現れる。

- 「したいことは分かっているのに、身体をうまく動かせない」

例)

- 一連の動作ができない（例：入浴や歯磨き）
- 動作がぎこちなくなる

一連のセルフケアの行動の評価で問題となるポイント。保清や食事の場面で注意をしたい。

- 日常生活は維持できていて、ADLは保たれていても、簡単な用事をこなすのに今まで以上の努力を要する
- 疲れやすくなり、短時間の作業でも集中力が低下する

- 刺激が多い環境が負荷となり消耗する
(周囲の音やTV)

施設的环境は、認知症をもつ人にとって、刺激の多い環境である。認知症の初期の自覚・他覚所見に、疲れやすい、元気がなくなった、という点がしばしばある。その背景に、実行機能障害等が潜在的に進行し、一見日常生活は維持できているとしても、実は今まで以上に努力をして保っている点があることを想像し、ケアを工夫したい。

- 認知症患者が経過中に示すさまざまな行動や心理反応
BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia)
- 日本語訳で「周辺症状」や「随伴症状」と呼ばれたため、
認知症特有の症状かのように誤解をされがち
- BPSDは介護困難となる最大の要因であり、適切に対応できるか否かが診療をしていく上で鍵となる

※ BPSDにはせん妄は含まない(せん妄は意識障害)

施設的环境は、認知症をもつ人にとって、刺激の多い環境である。認知症の初期の自覚・他覚所見に、疲れやすい、元気がなくなった、という点がしばしばある。その背景に、実行機能障害等が潜在的に進行し、一見日常生活は維持できているとしても、実は今まで以上に努力をして保っている点があることを想像し、ケアを工夫したい。

1-18 アルツハイマー病における BPSD 出現頻度 (日本)

アパシー(無気力)	97 %
妄想	62
易刺激性	60
不快感	53
不安	51
異常行動	47
興奮	45
脱抑制	31
幻覚	26
快活/多幸	14

Shimabukuro, et al., Psychiatry Clin Neurosci 2005

BPSDの出現頻度の調査。BPSDというと、興奮や異常行動のような目に見える症状に注意が向きがちであるが、アパシーが高頻度に存在すること、見落とされがちであることに注意をする。

- **原則として予防が重要**
- **人間関係を壊す可能性が高く、本人の不利益を防ぐために早急な対応が望まれる**

対応:

- **せん妄の有無を確認**
- **背景に苦痛(特に疼痛)、不快感が原因のことがある**
- **訴えられていない苦痛はないか確認(疼痛、便秘、脱水など)**
- **苦痛となる環境要因はないか確認(騒音、光、など)**

介護者から失敗を指摘されたり、自尊心を傷つけられる、行動を止められる、命令されるなどの場面で心理反応として生じることもある。

暴言・暴力は、相手に与える影響から人間関係を壊すリスクが高い。本人のケアや環境を守るためにも、早急に対応し、深刻化しないうちに対応を進める必要がある。

対応を検討する上で、

1. まずせん妄を除外すること
2. 一般病院では処置や疾病の影響で痛みを中心とする身体の不快感により生じている可能性が高く、身体症状の再評価をまず進める
3. その次に、環境の影響を考える。一般病院は認知症の人にとって刺激が過剰な場合がある。特に音や光刺激には注意を払う。

**主介護者など身近な人を対象とすることが多い。
人間関係に重大な影響を及ぼすため、確実に対応する
ことが必要**

●**対応**

- ・支持的対応
- ・安心感を与える対応
- ・背景には自己喪失感に対する反応もある
- ・体系化したり固定化することは少ない。短絡的で時間変動もするので、一定時間本人の主張に対応してから休憩をとり、注意を別に向けるとよい場合が多い

●**薬物療法**

- ・持続する場合には、社会的関係を維持するためにも薬物療法を含めた対応を考え、専門家と相談する

幻覚、妄想も、介護者との関係を壊すリスクがあるため、早急な対応が望まれる。妄想の背景に、自己喪失の恐怖など心理的な問題をきっかけに生じている場合もあり、きっかけを検討することが重要である。また、被害念慮（物取られ妄想）などの場合、短時間で変動することもあり、訴えに対して、間を挟んだり、注意を別のものにそらすなどの工夫が有効な時もある。BPSDの中では、幻覚・妄想のような精神病症状は、比較的薬物療法が奏功しやすい。

●対応

- ・支持的対応
- ・安心感を与える対応
- ・身体能力の低下等に直面させるのを避ける
- ・楽しみを与えようと無理に活動に参加させるのは逆効果

●薬物療法

BPSDの中で、環境要因とともに器質的な要因も重なる場合がある。頻度が高いこと、一般病院では、リハビリの遅れや食事摂取量の低下にもつながることがあり、見落としを防ぎたい。

- 環境の変化に伴い容易に睡眠覚醒リズムの障害が生じやすい
- 睡眠障害は介護者に身体的負担を強いるため、生活リズムを維持させることが重要
 - ・起床、食事、就寝時間を一定にする
 - ・日中の十分な光曝露、定期的な外出・運動
 - ・夕食以降の飲酒・カフェインを避ける
 - ・利尿薬等は午前中に内服させる

認知症の人の場合、睡眠覚醒リズムが崩れやすいリスクがある。痛みや排尿（24時間点滴による非生理的な水分負荷）など医療的影響に注意をする。

●介護者の負担となる症状

●対応

原因を明らかにする(きっかけを探ることが重要)

- ・見当識の問題： 居場所が分からなくなる
- ・さがしている：
- ・退屈している：
- ・外的刺激への反応：
- ・常同行為

徘徊も、介護負担の原因となる一症状である。対応を考えるうえで、徘徊の原因を検討することが重要。単に徘徊だから、場所が分からない、というだけではなく、入院中であれば環境からの刺激がきっかけになっていることもしばしばある。また、大事なものをどこに置いたのかわからなくなり、「さがす」行為が徘徊に見える場合もある。対応は、その原因に応じて除去することとなる。

●意識障害や要求によって生じたのではない不適當な
言語、音声、運動上の行動

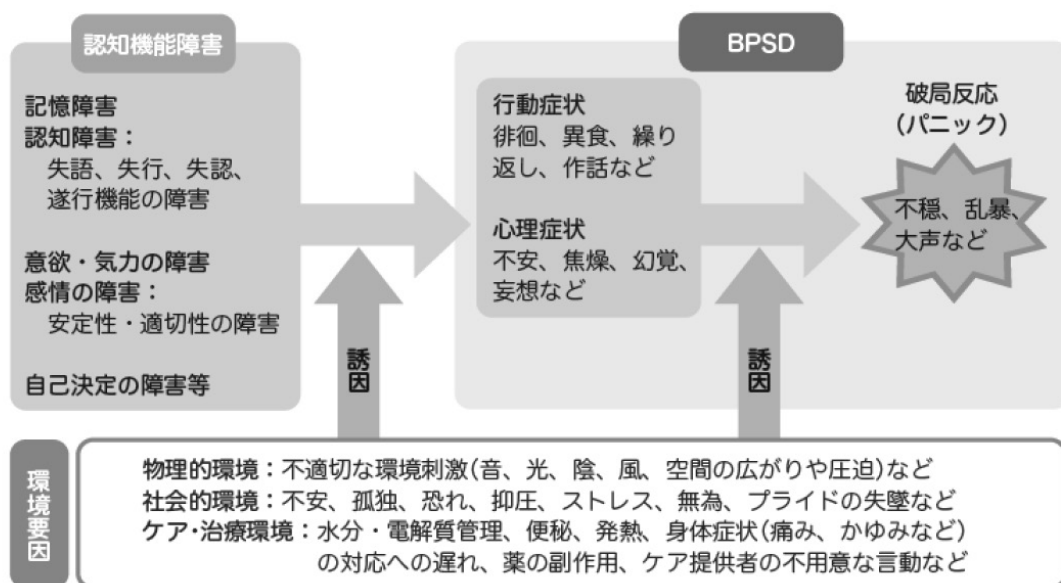
●対応

原因を明らかにする

- ・誘因となる問題を同定
- ・問題から患者を引き離す
- ・安心感を与えつつ、落ち着いたら別の物事に
注意を向けるように促す

焦燥も、本人にとって何らかの不快感があり、それを言語化できないために生じた行動と考えられる。焦燥だから鎮静、と考えるのではなく、その原因を観察し、除去できるものであれば除去することが基本である。時には、注意をそらすことにより、落ち着く場合もある。

1-25 認知症の症状と BPSD を発現・憎悪させる環境要因



BPSD（認知症の行動・心理症状）は、認知機能障害に図に示すような環境要因が加わって引き起こされる。さらに、周囲の人々が認知症者のサインに気づかないと、破局反応（パニック）に至ることがある。ケアに際しては、認知症者の背景にある環境要因を探り、環境を整えることが大切である。

永田久美子：痴呆高齢者の看護。柿川房子，金井和子編，新時代に求められる老年看護，日総研出版，名古屋，2000：269-281を一部改変して転載

日本看護協会(編集):認知症ケアガイドブック,照林社,2016.

BPSD（認知症の行動・心理症状）は、認知機能障害に、物理的環境要因、社会的要因、ケア・治療環境要因が加わって引き起こされる。さらに、周囲の人々が認知症の人のサインに気づかないと、破局反応（パニック）に至ることがある。ケアに際しては、認知症の人の背景にある環境要因を探り、環境を整えることが大切である。

1. 介護の上でどのようなBPSDが問題となっているのかを介護者とともに明らかにする
2. 対象となるBPSDについての情報を収集。観察記録をつける
3. BPSD発現の前後の状況を明確にして、契機となりうる要因を特定する手がかりをさぐる
4. 具体的な行動計画をたてる
5. 目標が達成された場合には、介護者に対してなんらかの報酬で報いることを考える
6. 継続的に評価をする
7. 介入効果が不十分な場合、薬物療法を考える

BPSDへの対応で大事なことは、丁寧な観察を心がけることである。特に、どのようなきっかけでBPSDの症状が出現するのか、具体的なきっかけをつかむことが、その要因と対応を考えるうえで重要である。

脳の一時的な機能失調によって起こる、軽い意識混濁を基盤とする症候群。注意障害を伴う。



せん妄の本態は意識障害である。軽度の意識の障害なので、認知症と区別のつかない知能面での障害が出現する。記憶、感情、知覚、意欲、思考といった知能は意識の上によっており、意識の機能が低下すれば自ずと知的能力も低下してしまう。

一方、認知症は意識障害はなくても、知的能力の低下した状態で、こちらは覚醒水準には問題がないにもかかわらず、記憶が障害されたり、日常生活に支障が生じたりする。そして、認知症の人がその上にせん妄を来すこともよくある。このようにせん妄と認知症に関する医学的な定義は一見わかりにくく混乱しやすいので、日頃から多職種で理解を深め、状態を早期に見極めることが大切である。

せん妄の直接的原因への対処(全身状態の安定)

- 水分・電解質、酸素化などの保持、基礎疾患の治療
- 直接的原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

せん妄の間接的原因への対処(環境調整)

- 睡眠-覚醒パターンの改善
- 過剰な刺激や感覚遮断の改善
- 身体拘束や体動の制限の改善・解除

薬物療法

- 専門医と相談し、鎮静目的で少量の抗精神病薬を投与する場合もある

せん妄の直接的な原因への対処としては、次のポイントを理解しておく必要がある。

- ・ 水分・電解質、酸素化などの保持、基礎疾患の治療
- ・ 直接的原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

せん妄の間接的な原因への対処(環境調整)としては、次のポイントを念頭におく。

- ・ 睡眠-覚醒パターンの改善
- ・ 過剰な刺激や感覚遮断の改善
- ・ 身体拘束や体動の制限の改善・解除

これらの対処を行っても改善がみられない場合は、専門医と相談し、鎮静目的で少量の抗精神病薬を投与する必要があることもある。この場合、第一選択として抗こりん作用の少ないハロペリドールが使用されることも少なくない。

- 入所した認知症の人が激しく興奮し、制止も効かない時は、過活動のせん妄状態であることがしばしばある。
- 薬物の影響、アルコール依存、幻覚幻視、不安、不快な刺激(環境音、照明、身体拘束、早すぎる会話)などは易刺激性に感作し、興奮を招く可能性がある。情報や環境に留意し、観察を丁寧に行う。
- せん妄をアセスメントした場合、衝撃吸収マットの適用などを工夫して整理する、家族への説明など先回りの環境整備で、予防的に安全確保を行う。
- 睡眠-覚醒リズム調整を早期から検討し実施する。
- 身体疾患の治療による全身状態の改善・安定化は、せん妄の軽快に通じる。

認知症の人は脳の脆弱性を既に保有しているため、せん妄のハイリスク群にあたる。せん妄の有無をいち早くアセスメントすることに努め、予防的なリスクマネジメントを検討・提供することが重要である。激しく興奮する過活動せん妄の引き金は、薬物の影響、アルコール依存、幻覚・幻視、不安、不快な刺激(環境音、照明、身体拘束、早すぎる会話)などが挙げられる。これらに留意した情報収集と全身状態の観察を丁寧に行う。各組織で実施されている転倒予防策などを的確に実施することはもちろんである。家族に対しては、せん妄状態になると自分の状況がわからず、危険への認知も低下して、転倒・転落など身体を傷つける可能性があるのを注意が必要であることを説明する。せん妄を呈する前から、先回りして環境整備に努め、予防的に安全確保を行うことが重要である。良好な睡眠-覚醒リズム調整を早期から検討し実施することも有効とされる。睡眠だけではなく、覚醒時の日中の過ごし方の検討も必要である。活動-休息のバランスをとるように午睡を取り入れたり、食事-排泄、コミュニケーション等、生活の整えとリズム調整を方針に定める。

- **加齢に伴うもの忘れ**
- **うつ病(仮性認知症)**
- **せん妄**

認知症と間違えられやすい状態には、加齢に伴うもの忘れ、うつ病（仮性認知症）、せん妄などがある。

1-31 可逆性の認知症とその鑑別法

疾患	鑑別のための検査
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定 (TSH、FT3、FT4)
ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 欠乏	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 測定
脳炎	髄液検査
正常圧水頭症	CT、MRI、髄液排除試験
慢性硬膜下血腫	CT、MRI
脳腫瘍	CT、MRI

可逆性の認知症は診断の際に疑うことが重要である。その上でまず形態画像として、CT、MRI の検査を行う。次に症状にあわせて、甲状腺機能、ビタミン値の測定、髄液検査等を行う。

1-32 加齢に伴うもの忘れと認知症の記憶障害

加齢に伴うもの忘れ	アルツハイマー型認知症の記憶障害
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

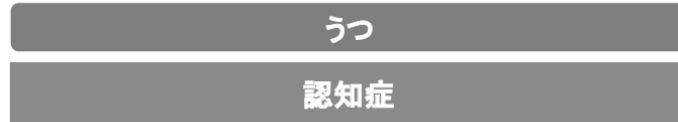
加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れの臨床的な違いを示す。まず、前者は半年～1年では進行することはないが、後者では進行性の変化がみられる。本人は自覚していないが、家族に1年前のもの忘れの状態と現在を比べてもらえばわかりやすい。もの忘れの内容に関しては、前者が体験の一部であるのに対して後者は体験すべてを忘れてしまうという違いがある。例えば、結婚式に出席した際に隣に座っていた人の名前を思い出せないのが前者であり、出席したこと自体を忘れてしまうのが後者である。また、前者であれば見当識障害は伴わないが、後者であればしばしば時間の失見当がみられる。後者ではもの忘れに対する自覚は前者に比べて乏しい。

1-33 うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

	うつ病 ※	アルツハイマー型認知症
発症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
もの忘れの訴え方	強調する	自覚がない、 自覚あっても生活に支障ない
答え方	否定的答え(わからない)	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に 差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

うつ病とアルツハイマー型認知症の違いを示す。うつ病は半年以上前から潜行性に緩徐に発症することではなく、生活史上の何らかの契機が認められることが多い。通常は長くても数ヶ月前からの発症が多い。うつ病では本人は症状を強調するが、アルツハイマー型認知症では本人は過小評価することが多い。とりつくりう様な答えはアルツハイマー型認知症に特徴的と言っていい。この傾向が顕著となると明らかな作話となる。思考内容に関しても違いがあり、うつ病では自責的あるいは自罰的となる。一方、アルツハイマー型認知症では他罰的となる。この結果、もの盗られ妄想の出現につながることもある。認知症の症状（時に初発症状）としてうつ病の症状を示す場合があり、また、うつ病がアルツハイマー型認知症の危険因子であるという報告もあり、慎重な対応が必要である。

1 独立した疾患としてのうつ病 ▶ 認知症との鑑別が問題に



2 認知症に先行するうつ状態 (DLBで時に見られる) ▶ 今後 認知症が出てくるかもしれない



3 認知症の症状としてのうつ状態 ▶ 今 認知症があるかもしれない



うつ病、うつ状態と認知症の関係は多様である。認知症と鑑別される疾患としてのうつ病が存在する。この場合うつ病としての治療が奏功すれば、認知機能は改善する。2. のようにうつ状態が先行し、その後さまざまな認知機能障害が加わってくる例もある。DLB では時にうつ状態が先行しその後DLB に特徴的な症状が加わってくることもある^{1) 2)}。また、認知症の経過の中で抑うつ状態が出現することもある。記憶障害や遂行障害が軽度で病識の障害が軽度の段階で、このような状態に陥ることがある。この1-3 によって、うつに対する対応・治療法が異なってくる。

1 の場合、うつ病としての治療を行いその効果をみる。

2 の場合、うつとしての治療をおこないつつ、他の認知機能障害が出現してこないかを観察する。DLB に先行している場合には抗うつ薬に対する過敏反応がおりうることも念頭におく。

3 の場合、認知機能障害があるかどうかをまずチェックする必要がある。抗うつ薬よりもアセチルコリンエステラーゼ阻害薬が有効なことがある。

1-35 せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

せん妄との最も大きな違いは発症様式である。前者は急性であり、認知症、特にアルツハイマー型認知症では潜行性に発症し、緩徐に進行する。何日の夜からと特定できる発症は前者の特徴である。また、夜間に増悪することが多く、夜間せん妄ともいわれる。注意力の散漫という形での意識障害と幻視および運動不穏はせん妄の三徴であるが、高齢者では幻視を伴わないこともある。また、通常は運動不穏のために多動となることが多いが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もある。

- アルコール、薬物または薬物中
- 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(環境変化)
- 心理的ストレス

国際老年精神医学会

:プライマリケア医のためのBPSDガイド、
アルタ出版、2005 を一部改変

..... **主な薬剤**

- | | |
|------------|--------------------------|
| ・抗パーキンソン病薬 | ・循環器用薬(ジギタリス、βブロッカー、利尿薬) |
| ・抗コリン薬 | ・H2受容体拮抗薬 |
| ・抗不安薬 | ・抗癌薬 |
| ・抗うつ薬 | ・ステロイド |

せん妄の原因としては様々なものがある。アルコールや薬物、肺炎や尿路感染症等の感染症、脱水状態や電解質異常、感覚遮断や心理的ストレス（入院、旅行等の環境の変化など）などがある。そのため、せん妄の対処には原因を適切に把握する必要があり、身体的診察や臨床検査等も必要である。せん妄を来す可能性のある主要な薬剤を示す。特に頻尿や尿失禁に対して使用される抗コリン薬や胃潰瘍や胃炎に用いられるH2受容体拮抗薬は見逃されやすいので注意を要する。せん妄が疑われたときに、これらの薬剤の使用によるものではないかを検討する必要がある。

<患者さんに質問して行う検査>

Mini-Mental State Examination (MMSE)

改訂版長谷川式簡易知能評価 (HDS-R)

時計描画テスト Clock Drawing Test(CDT)

<ご家族などの介護者/同伴者からの情報による検査>

Short Memory Questionnaire(SMQ)

Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly(IQCODE)

認知症の評価には、本人に対する認知機能の客観的な測定と、介護者からみた日常生活の支障の度合いを評価する方法があり、両者の視点は欠かせない。

質問式と観察式の特徴

< 質問式 >

- 生年月日だけ分かれば施行できる
- 本人が協力的である必要
- うつ状態などによって成績が影響される

< 観察式 >

- 日常生活の様子がわからなければ評価できない
- 協力的である必要なし
- うつ状態などによる影響なし
- 家族などからの情報がないと難しい

認知症の認知機能障害のアセスメントには主に質問式と観察式がある。

● **質問式**

認知症のスクリーニングを目的とすることが多い

- ① **改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)**
- ② **ミニメンタルステート検査(MMSE)**

● **観察式**

患者を直接観察することや家族・介護者からの情報により評価

- ① **Functional Assessment Staging (FAST)**
- ② **初期認知症徴候観察リスト(OLD)**

質問式は認知症のスクリーニングを目的とすることが多く、① 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)、② ミニメンタルステート検査 (MMSE) などがある。

観察式は患者を直接観察することや家族・介護者からの情報により評価する。① Functional Assessment Staging (FAST)、②初期認知症徴候観察リスト (OLD) などがある。

1-40 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の項目

項 目	点 数
1. 年齢	1
2. 時間の見当識	4
3. 場所の見当識	2
4. 3つの単語の直後再生	3
5. 計算	2
6. 数字の逆唱	2
7. 3つの単語の遅延再生	6
8. 5つの物品課題	5
9. 言語の流暢性	5
合計点数	30

加藤伸司ほか: 老年精神医学雑誌 1991; 2: 1339-1347.

HDS-R(長谷川式簡易知能評価スケール)とは、認知症の疑いや認知機能の低下を早期に発見することができるスクリーニングテストである。認知症テストであるHDS-Rの評価方法は、もともと1974年に長谷川氏が開発し、1991年に「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」として質問項目と採点基準等の改訂がされて現在の評価項目となった。HDS-Rの評価項目は、見当識や記憶など9項目で、30点満点中で20点以下の方を認知症の疑いが高いと判断される。

1-41 ミニメンタルステート検査 (MMSE) の項目

項 目	点 数
1. 即時記憶	4
2. 遅延再生	3
3. 見当識(時間+場所)	10
4. 注意の持続	5
5. 認識	2
6. 観念運動	3
7. 書字	1
8. 読字	1
9. 図形模写	1
カットオフ値	23/24

加藤伸司ほか:老年精神医学雑誌 1991; 2: 1339-1347.

MMSEとは、Mini Mental State Examination (ミニメンタルステート検査) の略語で、日本語では「精神状態短時間検査」と呼ばれる認知症のスクリーニングテストである。もともと世界的に最も広く使用されている認知症のスクリーニング検査で、2006年に新たに日本版であるMMSE-J (翻訳、翻案、杉下守弘) が作成され、日本においても認知症の検査として広まってきた。MMSEの評価項目は11問で、所要時間は10～15分程度で認知症の疑いを判断することができる。

1-42 FASTによる重症度のアセスメント

(アルツハイマー型認知症)

1. 正常	
2. 年相応	物の置き忘れなど
3. 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. 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度のアルツハイマー型認知症	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. やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度のアルツハイマー型認知症	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

Functional assessment staging of SDAT(FAST)はReisbergらにより開発された日常生活動作の観察によるアルツハイマー型認知症の重症度分類である。

● 近時の記憶

- ・食事の内容
- ・受診の交通手段、目的
- ・家族との外出など

● 遠隔記憶

- ・生年月日
- ・出生地
- ・学校時代の話など

について、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する

記憶障害に関する質問は、あらかじめ家族から最近起こった出来事の情報や日常生活の行動に関する情報を得ておくことが必要となる。両者の間の情報に矛盾が生じたりするだけでなく、その矛盾を本人が認めるかどうか、認めないでさまざまな言い訳をして取り繕うかどうかは、診断において重要なポイントとなる。

・最近の記憶

食事の内容や、外来ならばどのような交通手段で受診したのかを聴く。できる限り世間話をするように聞き出すのがコツである。昨日何をしましたかと質問するのもよい。

・昔の記憶

生年月日、出身地、結婚や子供の誕生日などを尋ねる。既往歴、職業歴を聴く。ここで教育歴を聴くのもよい。その年齢なら当然知っているはずの社会的事件についてきく。太平洋戦争、東京オリンピック、サリン事件など。

(通常は質問式)

- 今日の年月日、曜日、午前・午後
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識
- 家族の認識

見当識障害のアセスメントでは時間と場所についての見当識を尋ねる。通常、時間の見当識が先に障害されることが多い。アルツハイマー型認知症では一般に記憶障害と平行して進行するが、レビー小体型認知症では見当識障害が前景に出て記憶障害よりも目立つことがある。時間の見当識障害では年月日だけでなく季節や、時計を見ないで現在の時刻を言わせることも有用である。月は正確に答えても、季節は間違えることもある。場所の見当識としては、今いる場所、ビルなら何階にいるのか、自宅の住所、今住んでいるところ、自宅と今住んでいるところが一致するかどうかについて質問する。

● 家族からの情報

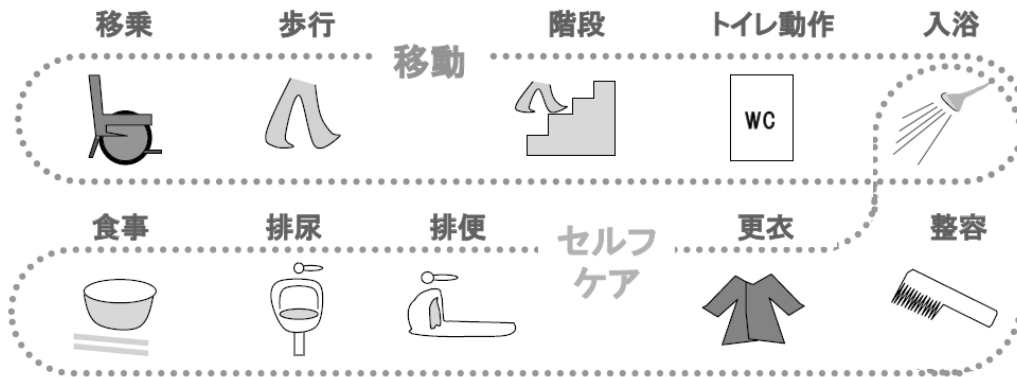
- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか

● 本人への質問

- ・火事に出会ったらどうするか
- ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

家族から日ごろの行動について聴いておく必要がある。女性の場合、料理が適切にできているか、男性の場合、買物ができているかを聴くことが有用である。料理、買物ともに多くの判断と遂行機能を要するからである。このほかに電話をかける、移動・外出をする、薬の管理をする、お金の管理をするなどについてどの程度できているか確認しておく。

●Barthel Index



●Physical Self-Maintenance Scale(PSMS)

●N式老年者用日常生活動作能力評価尺度

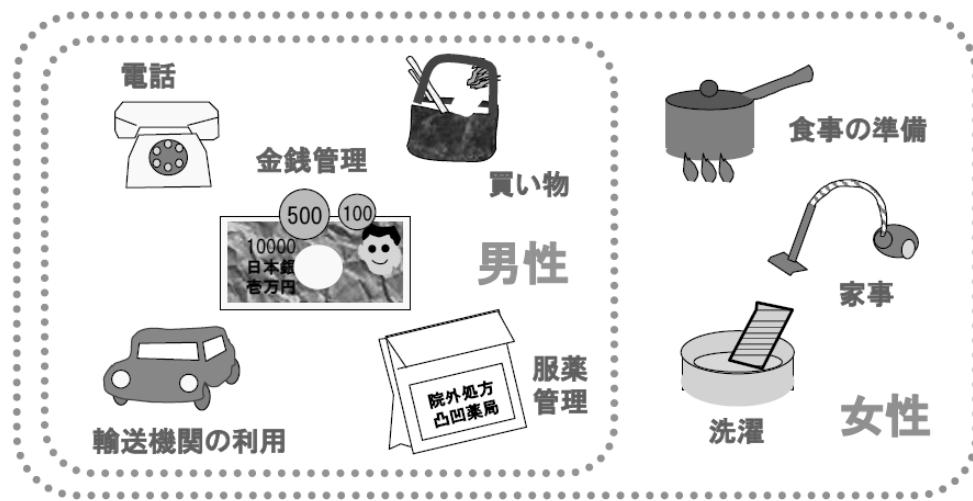
●認知症のための障害評価尺度(DAD)

(Disability Assessment for Dementia)

●ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

実際の評価は、バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価) の10項目100点満点で行う。総合点は、全般的自立を表すが、各機能項目の依存評価がより重要である。

● IADL(Lawton) = 独居機能の評価



● 認知症のための障害評価尺度 (Disability Assessment for Dementia:DAD)

IADL は1960 年代にLawton らによって提唱された概念であり、再現性、検者間の一致などの基礎的検証がなされた。項目は電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬管理、金銭管理の8 項目からなっている。

8 点満点で評価するが、男性は食事の準備、家事、洗濯は判定項目から除外され、5 点満点となっている (Lawton IADL-5 と略称することあり)。現在では、女性の社会進出によって、家事を応分に負担する男性も増え、独居高齢者の場合、性差を問う必要もないとの考えもみられる。全体として独居機能をみているとあって差し支えない。外来で認知症または MCI 患者に行った手段的ADL 検査では、買い物、料理、服薬管理が早期に低下しており、認知症の早期発見に役立つことを報告した1)。更にMCI 113 名との対比の検討から、男性では買い物、女性では料理が出来ないことが、初期認知症とMCI との鑑別に役立つことが判明した2)。これらのオッズ比は5 倍をこえており、80%以上の確率で認知症をMCI と区別できることを意味する。しかしながら、正常とMCI を手段的ADL のLawton & Brody の配点で区別することは不可能で、各下位項目の配点を重み付けし再検討する必要がある。さらに、料理にしても、作れる・作れないといった二者択一ではなく、レパートリーや味付けの変化など、微細な変化が記述された事例の集積による研究(Narrative Based Medicine) が求められている。

出典

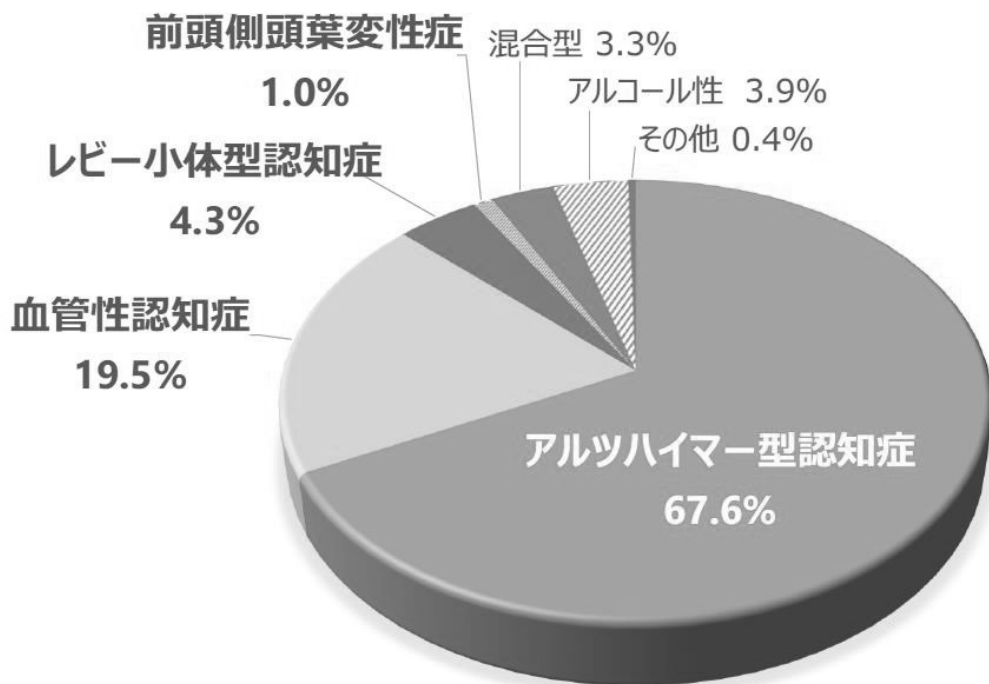
- 1)鳥羽研二：認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から。日老医誌、44:305,2007
- 2)小林義雄、町田綾子、鳥羽研二他：認知症患者の総合的機能評価。日本老年医学会関東甲信越地方会

- **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**

認知症の各疾患それぞれに特徴がある

認知症の原因となる主要な疾患をあげる。四疾患に触れることが多いが、時間によってメリハリをつけて、三疾患等にしてもよい。

1-49 認知症の病型



「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)を引用

アルツハイマー型認知症は認知症の6-7割を占め、現場において最も多いタイプである。血管性認知症はそれに次いでいるが、特に高齢者においては脳血管疾患の既往や画像所見はありふれたものだ。でもそれらの既往や所見があるだけで「血管性」と診断されていたものが、実は背景に他の変性性認知症が隠れていることもある。レビー小体型認知症はその病像が多彩なことが特徴で、初期には、アルツハイマー病のようなもの忘れや、パーキンソン病のような歩行障害、うつ病等の精神疾患のような精神障害、原因不明の意識レベル変容、などしかみられず鑑別が困難なことも少なくない。前頭側頭葉変性症は、Pick病などを含む広い概念で、その絶対数は多いわけではないものの、攻撃性や興奮などの行動・心理症状がみられやすいほか、記憶障害は目立たないことも少なくない。つまり、初期症状のみでの確定的な診断は難しいことがあり、そうした場合、後になってより正しい病名が明らかになることがある。なので、たとえ一度どこかで確定診断名がついているケースでも、関わる全ての人々による注意深い観察と評価が重要になる。

1-50 各病型の特徴

	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
起因	脳の神経細胞の脱落および変性	脳卒中による神経回路の遮断や脳代謝の低下	脳の神経細胞の脱落および変性	脳の神経細胞の脱落および変性
経過	緩徐に発症し、進行	脳卒中の発症と時間的関連をもって発症 階段状悪化	緩徐に発症し、進行	緩徐に発症し、進行
画像等の所見	・脳の萎縮、側脳室下角の拡大 ・側頭葉、頭頂葉、後部帯状回の脳循環代謝低下	・認知症と関連する脳血管病変 ・片麻痺、仮性球麻痺、脳血管性パーキンソン症候群	・海馬の萎縮軽度 ・後頭葉での脳循環代謝低下 ・パーキンソン症候群（固縮、小刻み歩行）	・前頭葉と側頭葉の萎縮
状態	・新しいことが覚えられない ・変化するものほど忘れやすい ・新しいものから忘れていく ・忘れたことは想像・創作でつなげていく ・取り繕い、妄想 ・空間認知機能の低下 ・図形模写、手指の模倣が困難	・機能、記憶に凹凸がある（まだら） ・情報の処理能力が低下し、判断機能が遅くなる（自発性低下、抑うつ） ・情報過多でパニックになる ・突然の状況変化に対応できない ・感情の起伏が大きくなる	・初期には記憶障害が目立たない。注意、実行機能、空間認知の障害が生じやすい ・3つの中核的特徴 ⇒注意や覚醒レベルと関係する認知機能の動揺 ⇒具体的詳細な幻視 ⇒パーキンソン症候群 ・自律神経障害 ・抗精神病薬の感受性亢進 ・レム睡眠行動障害	・記憶や視空間認知は保たれる ・性格変化と社会性の消失は早期から認められる ・感情鈍麻、無関心 ・脱抑制（わが道を行く） ・常同行動（時刻表的な生活） ・注意の転動性の亢進と行為の維持困難（立ち去り行動） ・過食、偏食

両宮克彦(1996):痴呆への専門性のあるケアを求めて、第12回全国研究研修会抄録。
日本認知症ケア学会(2006):地域における認知症対応実践講座Ⅰ(第3版)、ワールドプランニング。

原因疾患によって、症状やその現れ方に特徴がある。特に、レビー小体型認知症は、身体症状（薬を含め）が特徴なので、理解しておく必要がある。

A major neurocognitive disorder の基準を満たす

B 少なくとも2つ以上の認知機能の障害が潜行性に出現し、徐々に進行する

C 次のどちらかがあてはまる

1. 家族歴か遺伝子検査から Alzheimer's disease の原因遺伝子変異が存在する証拠がある
2. 下記の全てがあてはまる
 - a. 詳細な病歴や経時的な神経心理検査で、記憶・学習と他の認知機能の低下の明確な証拠がある
 - b. 認知機能が長く安定していることがなく、確実に、徐々に悪化している
 - c. 認知機能障害の原因となりそうな他の神経変性疾患、脳血管疾患、神経/精神/全身疾患や状態がない

D その障害が脳血管疾患、他の神経変性疾患、薬物等の影響、他の精神/神経/全身疾患によるものとして説明できない。

DSM-5(米国精神医学会診断統計便覧第5版)による

米国精神医学会が2013年に作成したアルツハイマー型認知症 (probable)の診断基準である。DSM-5の認知症 (major neurocognitive disorder) の診断基準においては1つ以上の認知領域の障害が条件であり、記憶・学習の障害があることは必須ではなかったが、アルツハイマー型認知症 (probable) と診断されるためには2つ以上の認知領域の障害が徐々に進行することが必要とされ、経過が重視されている。また、家族歴や家族性アルツハイマー病の原因遺伝子変異が確認されるか、記憶・学習の障害があることが必須とされている点が特徴である。

• 病態:

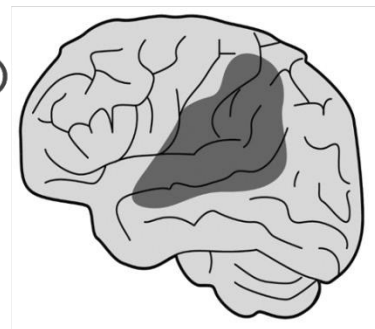
脳にアミロイド β 蛋白が蓄積

老人斑、神経原線維変化→神経細胞死

• 障害部位:

側頭葉・頭頂葉を中心とした症状から始まり、次第に全般的な機能低下にいたる

- 視空間能力の障害(迷子のエピソード)
- 病識を失いやすい



アルツハイマー型認知症の人の脳では老人斑と神経原線維変化を認めることが特徴である。老人斑の主要構成成分はアミロイド前駆蛋白から γ セクレターゼと β セクレターゼによって切り出された β アミロイドである。 β アミロイドは神経細胞やシナプスを障害することが明らかにされており、また、神経細胞内のタウ蛋白をリン酸化して神経原線維変化の形成及び神経細胞障害に関与することが示唆されている。アルツハイマー型認知症の病理学的変化は、側頭葉内側部の内嗅領皮質に始まるとされ、MRI では比較的早い時期よりこの近傍の海馬の形態学的な萎縮がみられる。これをとらえるには、水平断画像では側脳室下角の拡大を評価するが、T1 冠状断画像がより有効であり認知症を疑う際にはこの条件での指示が必要となる。高齢発症例では、側頭葉に比較的限局する脳萎縮を呈する例が多いが、初老期発症の狭義のアルツハイマー病では、脳萎縮は前頭葉側頭葉優位に全体におよぶことがある。特に高齢者では正常者においても脳萎縮の個人差が大きいため、個々の症例での脳萎縮での判定は注意を要する。また、CT、MRI 上の白質病変(いわゆるPVL、PVH)はアルツハイマー型認知症を初めとする変性疾患でもしばしばみられ、これを根拠に血管性認知症と診断することは慎重を要する。右側は、機能画像の一つSPECT によって典型的な血流低下部位を示したものである。①頭頂側頭連合野、②楔前部、③後部帯状回の血流低下がみられる一方で、一次運動野や感覚野は保たれている。アルツハイマー型認知症の初期診断においてはSPECT やPET のような機能画像がより有用であるが、他の脳疾患の鑑別のためにもCT やMRI のような形態画像は必須である。

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

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). *Neurology* 65: 1863-1872,2005

レビー小体型認知症の改訂された診断基準である。平成15年（2003年）の国際ワークショップで提唱され平成17年（2005年）の*Neurology* に発表された。自律神経症状がとりあげられ、MRI やCT といった形態画像、SPECT、PET などの機能画像所見、MIBG 心筋シンチグラムの異常なども支持する所見としてとりあげられた。

3. DLBの診断を示唆する症状

- 1) レム睡眠行動障害
- 2) 重篤な抗精神病薬過敏
- 3) PET、SPECTでの基底核における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

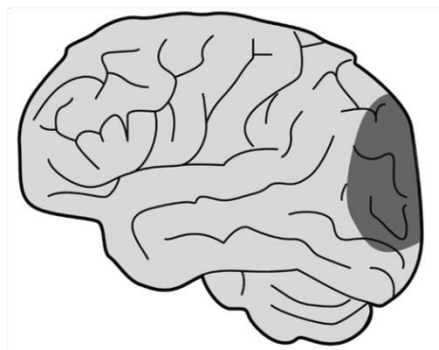
- 1) 繰り返す転倒と失神
- 2) 一過性の意識障害
- 3) 重篤な自律神経障害
- 4) 幻視以外のタイプの幻覚
- 5) 系統的な妄想
- 6) うつ
- 7) CT、MRIで側頭葉内側が保たれている
- 8) SPECT・PETでの後頭葉の取り込み低下
- 9) MIBG心筋シンチグラムの異常
- 10) 脳波での徐波と側頭葉での一過性の鋭波

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 65: 1863-1872,2005

レビー小体型認知症の改訂された診断基準である。平成15年(2003年)の国際ワークショップで提唱され平成17年(2005年)のNeurologyに発表された。自律神経症状がとりあげられ、MRIやCTといった形態画像、SPECT、PETなどの機能画像所見、MIBG心筋シンチグラムの異常なども支持する所見としてとりあげられた。

- **病態：**
 **α シヌクレインが蓄積し、レビー小体となり、
神経細胞死を誘導する**

- **障害部位：**
**後頭葉を中心に始まり、
次第に全般的な機能低下にいたる**
 - 幻視
 - パーキンソン症状
 - 向精神薬への過敏性
 - せん妄を呈しやすい



レビー小体型認知症 Dementia with Lewy bodies(DLB)は変性性認知症の一病型である。1995年に初めて統一された病名と診断基準が提唱され2005年に改定診断基準が示された。また2015年に診断基準の改定がなされた。変性性認知症ではアルツハイマー病(AD)に次いで多いといわれ、臨床的には認知症の10-30%、剖検では10-20数%とされる。レビー小体はハローを有するエオジン好性封入体で、その主要構成タンパクは α シヌクレインである。病理学的には中枢神経系(大脳皮質、脳幹、間脳)にレビー小体およびレビー関連神経突起が多数出現し、神経細胞脱落がみられる。レビー小体は心臓交感神経や脊髄、消化管の神経叢にも出現する。そのため臨床症状では進行性の認知症に認知機能の変動や特有の幻視、精神症状、パーキンソニズム、自律神経症状、といった多彩な症状を呈する背景となる。また、パーキンソニズムを呈することからドパミン系の障害があり、ノルアドレナリン系やセロトニン系も障害され自律神経障害や精神症状に関与している。

2005年の改訂診断基準では、

1. 中心的特徴 社会生活に支障がある程度の進行性の認知症の存在 初期は記憶障害は目立たず、進行とともに明らかになる。注意力、実行機能、視空間認知が冒されやすい。ADとは発症様式が異なることを強調
2. 中核的特徴 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. 示唆的特徴1つ以上の中核的特徴に1つ以上の示唆的特徴があれば臨床的確診
中核的特徴が全くなく1つ以上の示唆的特徴があれば臨床的疑診
 - 1) REM 睡眠行動障害
 - 2) 重度の抗精神病薬への過敏
 - 3) SPECT やPET によるドパミントランスポーターの取り込み低下

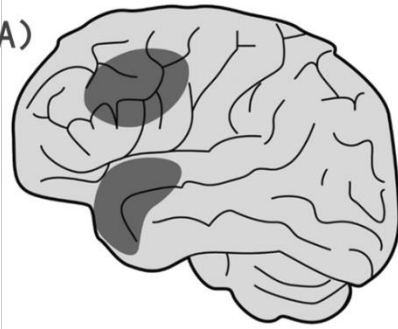
1)定義: 臨床的に認知症や種々の高次機能障害を呈し、画像所見で前頭葉と側頭葉に比較的限局した萎縮を呈する疾患群

2)分類: 前頭側頭葉変性症(FTLD) 前頭側頭型認知症(FTD)
 進行性非流暢性失語症(PNFA)
 意味性認知症(SD)

新分類: 前頭側頭型認知症 (FTD)

(2011) 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)
 言語障害型前頭側頭型認知症
 進行性非流暢性失語症 (PNFA)
 意味性認知症 (SD)

3)疫学: ・頻度:ADとの比は10分の1以下
 ・65歳以下の発症が多く、性差はない
 ・ときに家族歴を有することがある



1994年にLund大学のグループとManchester大学のグループが共同で前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia: FTD)という概念を提唱し、さらに臨床特徴が共通する3病型 (Pick型、運動ニューロン疾患型、前頭葉変性型)に分類した1)。1996年にはこれらの概念に加えて失語症状で始まる2病型、進行性非流暢性失語症 (progressive non-fluent aphasia: PNFA)と意味性認知症 (semantic dementia: SD)を加え、さらに包括的な概念である前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD)が提唱された2)。この診断基準では早期診断の感度が低い、行動異常の基準があいまいといった批判があり、新たに提唱された診断基準が2011年にRascovskyらによって提唱された3)。臨床的には異常行動を中心とする行動障害型前頭側頭型認知症 (behavioural variant FTD: bvFTD)と言語障害を主体とする言語障害型前頭側頭型認知症に分類された。

出典

1) The Lund and Manchester Groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal

dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 57:416-418,1994

2) Snowden JS et al. Fronto-temporal lobar degeneration: Fronto-temporal dementia, progressive aphasia, semantic dementia. Churchill Livingstone, New York 1996

3) Rascovsky K et al. Sensitivity of revised criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain, 134: 2456-2477

前提: 観察または病歴から行動及び/または認知機能の進行性の悪化を認めること

以下のうち 3つを認めれば possible bvFTD

- A 早期からの行動の脱抑制
- B 早期からの無関心または無気力
- C 早期からの共感または感情移入の欠如
- D 早期からの保続的、常同的、または強迫的/儀式的な行動
- E 口唇傾向や食事の変化
- F エピソード記憶や視空間認知機能の保持と実行機能の障害

さらに、以下の全てを認めれば probable bvFTD

- A possible bvFTD の診断基準を満たす
- B 有意な機能低下が介護者の報告や質問票で明らか
- C 画像(MRI、CT、PET、SPECT)がbvFTD に一致している

Rascovsky らによって提唱された行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)の診断基準を示す。A～Fの症状はそれぞれ感度66-91% 特異度79-90%と単独でも高い診断能を有する。また早期とはおおむね発症3年以内を示す。行動の脱抑制は社会的に不適切な行動や礼節や礼儀の欠如、衝動的で不注意な行動といった形で現れる。無関心無気力は自発性の低下としてあらわれるが、一方でDのような常同的行動は執拗に繰り返すといった二面性を有する。共感、感情移入の低下は他人の気持ちを察することができない。ADでとりつくろいがみられるのと対照的に他人からどのようにみられているかという視点を持たない。Dは決まったコースを歩き続ける、一日の日程が固定されそれを繰り返す(時刻表的生活)がみられる。Eは異常な食欲亢進や甘いものを大量に食べるといった形であらわれる。進行すると異食がみられることがある。Fは実行障害が強い割にエピソード記憶や視空間機能が保たれるという意味で、エピソード記憶障害おこらないということではない。ADとの鑑別で重要である。A～F項目のうち3つを認めればbvFTD 疑いであり、さらに臨床的確診のA,B,C3項目すべてを満たせば臨床的確診となる。またこれ以外の症状として、被影響性の亢進も重要である、具体的には、検者のまねをしないでと説明してもまねしてしまう(模倣行動や、目に映る文字をすべて読み上げてしまう、脅迫的音読がみられることがある。

- A major neurocognitive disorder の基準を満たす
- B 臨床的特徴が以下のどちらかによって示唆されるような血管性の病因に合致している
 - 1. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
 - 2. 複雑性注意(処理速度を含む)と前頭葉性実行機能の障害が明らかである
- C 病歴、身体診察、および/または神経画像検査から神経認知障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある
- D その症状は他の神経疾患や全身疾患でより良く説明されない

以下のうち一つはあてはまる。

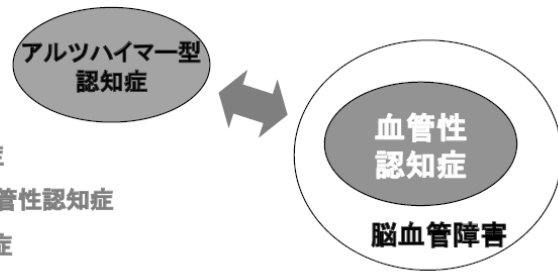
- 1 臨床症状が神経画像検査での脳血管疾患による脳組織の障害の所見によって支持される
- 2 神経認知障害が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
- 3 臨床的および遺伝的に脳血管疾患である証拠がある

DSM-5(米国精神医学会診断統計便覧第5版)による

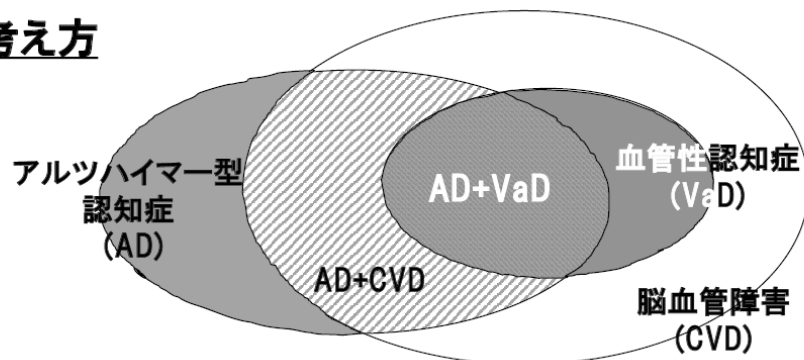
血管性認知症の診断基準として、ICD-10、ADDTC、NINDS-AIREN、AHA/ASA、DSM-5などいくつかの基準が示されている。DSM-5の血管性認知症(probable)の診断基準の要旨を示す。認知症(major neurocognitive disorder)と脳血管障害が存在(病歴、身体所見、画像所見)し、その両者が時間的に関連しているか、血管性認知症に認められることが多い複雑性注意と実行機能の障害が明らかであることが必要である。DSM-5の特徴はDSM-IV-TRや他の多くの診断基準で必須とされている記憶・学習の障害の存在を必要としない点である。これまでの診断基準では特異度は高い反面、感度が低く、血管性危険因子の管理が必要な認知症を見逃す危険性が指摘されていた(参考文献)が、新たな診断基準によってこのような課題の改善が期待される。

これまでの考え方

- ・脳卒中の既往があれば 血管性認知症
- ・画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症
- ・画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症
- ・運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症



最近の考え方



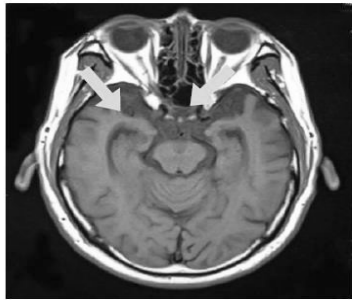
血管性認知症の有病率が低下した理由として、血管性認知症に対する認識の変化がある。従来は脳卒中の既往があったり、画像で脳梗塞を指摘されれば血管性認知症とされる傾向があった。また臨床症状として運動麻痺や構音障害などの局所神経症状があれば血管性認知症とされやすかった。アルツハイマー型認知症と血管性認知症は対立する概念であり、両者の併存は混合型認知症ととらえられていた。しかし実際には高齢者が多く、長い経過を呈するアルツハイマー型認知症の経過のなかで、それ自体は認知機能に影響をおよぼさない血管障害を合併する機会は認知機能障害を引き起こす血管障害と合併するよりもはるかに多いと考えられる。(図のAD+CVD)

1-60 代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

	AD アルツハイマー型	DLB レビー小体型	FTD 前頭側頭型	VaD 血管性
MRI CT	海馬、 側頭葉の萎縮 (初期には 目立たない)	(特異なものはない)	前頭葉、側頭葉 の萎縮	両側視床、側頭 葉梗塞 多発する皮質下 梗塞 高度の白質病変
SPECT FDG-PET	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 (ADに比べて 軽い)	血管障害の病巣 により一定の傾向 をもたない
その他		・MIBG心筋シンチ で取り込み低下 ・DATスキャンでの ドパミントランスポ ーター取り込み低下		

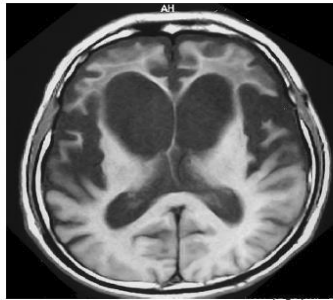
典型的な経過や臨床症状があり、表に示すような特徴的な画像所見を呈する場合は病型診断しやすいが、典型的でない画像所見を示すこともまれでない。その場合は臨床症状や経過が優先する。また、近年VSRAD(Voxel-based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease)のような海馬傍回付近の萎縮の程度を数値化して診断を支援するツールが開発された。この方法により萎縮が存在するかどうかは明確になったが、萎縮の存在がすなわち機能の低下や疾患の存在ではない。逆に萎縮がなくても機能低下が存在することもまれでない。萎縮がないからといってADを否定できない。2013年9月に承認されたDATスキャンはDATスキャンを用いたSPECTにより線条体内に存在する黒質線条体ドパミン神経の終末部に高発現するDATの脳内分布を可視化できる。線条体のDATはパーキンソン病およびDLBにおいて発現量が低下することが知られており、本検査はDLBの診断基準にも採用されている。

1-61 認知症各病型の典型的な MRI 画像

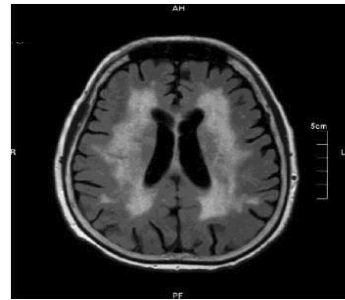


**アルツハイマー型
認知症**

(側脳室下角の開大
と海馬の萎縮)



**前頭側頭型
認知症**



血管性認知症

アルツハイマー型認知症の病理学的変化は、側頭葉内側部の内嗅領皮質に始まるとされ、MRI では比較的早い時期よりこの近傍の海馬の形態学的な萎縮がみられる。これをとらえるには、水平断画像では側脳室下角の拡大を評価するが、T1 冠状断画像がより有効であり認知症を疑う際にはこの条件での指示が必要となる。高齢発症例では、側頭葉に比較的限局する脳萎縮を呈する例が多いが、初老期発症の狭義のアルツハイマー病では、脳萎縮は前頭葉側頭葉優位に全体におよぶことがある。特に高齢者では正常者においても脳萎縮の個人差が大きいため、個々の症例での脳萎縮での判定は注意を要する。また、CT、MRI 上の白質病変（いわゆるPVL、PVH）はアルツハイマー型認知症を初めとする変性疾患でもしばしばみられ、これを根拠に血管性認知症と診断することは慎重を要する。初期診断においてはSPECT やPET のような機能画像がより有用であるが、他の脳疾患の鑑別のためにもCT やMRI のような形態画像は必須である。レビー小体型認知症では、側頭葉から頭頂葉にかけての萎縮が見られるが、海馬の萎縮はアルツハイマー型認知症に比べて軽度と言われている。前頭側頭型認知症では、著明な前頭葉、側頭葉の萎縮が見られる。病理学的にはピック小体を有するピック病と診断された。血管性認知症の画像パターンは大きく3 つに分類される。①多発梗塞性認知症：皮質梗塞を多発性に生じたためその結果として、記憶、言語、空間認知などの複数の認知ドメインが障害されて認知症に基準を満たすもの、②戦略的重要部位脳梗塞 strategic infarction 視床、尾状核頭部など単独でも認知機能に障害を引き起こす戦略的重要部位に梗塞を生じた結果認知症の診断基準を満たす場合、③皮質下血管性認知症 中程度以上の白質病変を伴い、基底核領域に複数のラクナ梗塞を認め認知症の診断基準を満たす場合。さらに、脳血流検査で梗塞部位に一致した血流低下をきたし、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症のような一定のパターンを呈さない場合には診断の参考になる。しかしMRI やCT で複数の血管病変がみられたからといって直ちに血管性認知症と断定するのは要注意で、変性性認知症と血管障害の合併を常に念頭に置く必要がある。

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

軽度認知障害に関する19の縦断研究を検討した結果、平均で年間約10%が認知症に進展

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

軽度認知障害とは、本人、もしくは周りの人からもの忘れがあると認識され、年齢に比し、記憶力が低下している状態（1.5SD 以下）と定義され、認知症ではない。しかしながら、その一部がアルツハイマー型認知症などへ進展するとされ、Bruscoli らによれば、19 の縦断研究のシステマティックレビューにおいて、平均で年間約10%が認知症に転換すると報告されている。

本人と家族の

「将来認知症になってしまうのではないか」
という不安に
応えていくこと

「認知症ではないのだから病気ではない、
だから、病院へもかかる必要はない。」
という誤解に
対応していくこと

- 病態に対する徹底的な知識教育
- 経過観察の重要性の説明

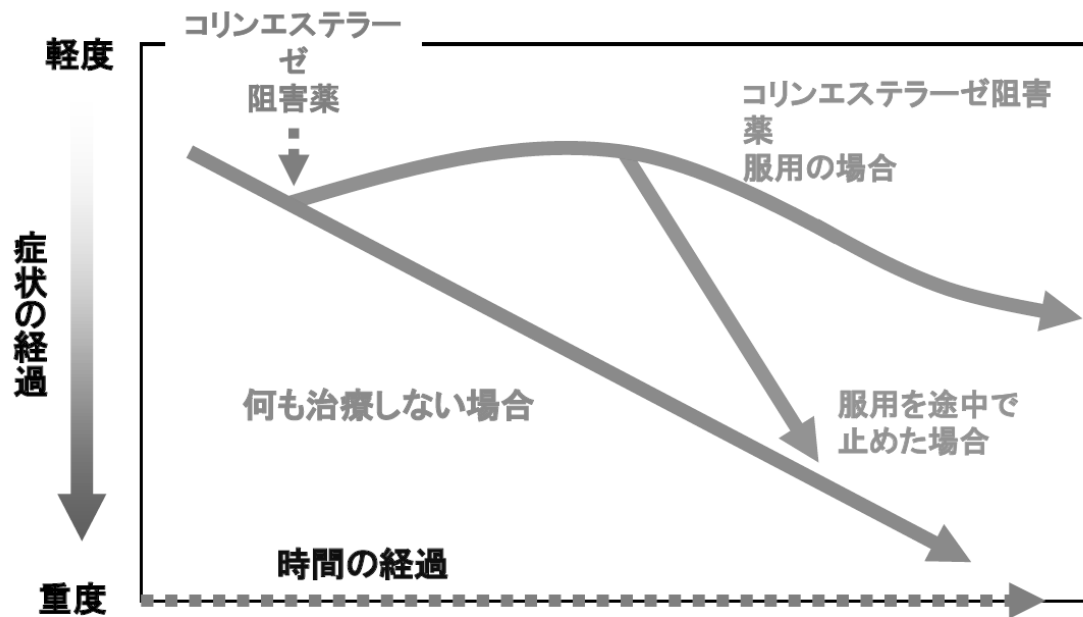
軽度認知障害の人には、二つの対応が必要となる。本人と家族の「将来認知症になってしまうのではないか」という、不安に
応えていくことと、「認知症ではないのだから病気ではない、だから病院へもかかる必要はない。」という誤解に対する対応である。それぞれ、徹底的な病態に対する知識教育と経過観察をきちんと行うことの重要性を説明することがなにより重要となる。診断に至るまでの注意点としては軽度認知障害の人は、まだ自覚がある場合とない場合があることに留意する。自覚のある場合は受診に対する、不安は大きいものの受診につながることはある程度可能である。家族はそれほどとは思わないが本人が気にするので受診しました、あるいは本人も気にしているし、家族も何となく以前とは違うと思うので受診しましたというような場合である。一方本人に自覚がなく、家族も気にしていない場合や放置している場合にはなかなか受診につながらない。本人に自覚がなく、家族が気付いている場合は、受診につながることもあるが、基本的に日常生活には支障がないため、どうしても受診までにはいたらないことが多い。このような群に対しては地域での早期発見システムが必要で、認知機能検査を含めた検診システムとスクリーニング後に医療や介護へつなぐ連携システムが必要となる。

1-64 認知症の人の観察で注意すべき身体疾患

内科疾患	● 脳血管障害	● 慢性硬膜下血腫
	● 洞不全症候群	● 逆流性食道炎
	● 胃潰瘍	● 誤嚥性肺炎
外科・ 脳神経外科疾患	● 腸閉塞	
整形外科疾患	● 大腿骨頸部骨折	
皮膚科疾患	● 褥瘡	● 蜂窩織炎
	● 帯状疱疹	● 疥癬
耳鼻科疾患	● 耳垢栓塞	

- 1) 内科疾患 : 脳血管障害は出血、梗塞にかかわらず、それ自体で認知症を起こしうる病態である。血管障害自体が直接認知機能障害を起こさなくても、せん妄を引き起こすことがある。心疾患では洞不全症候群に注意が必要で、高齢者でアセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (AChEI) を内服しているときには常に徐脈の有無を確認する必要がある。同様に AChEI 内服時に注意すべきは逆流性食道炎と胃潰瘍で、逆流性食道炎は同時に誤嚥性肺炎の危険因子でもある。誤嚥性肺炎は終末期の認知症での大きな問題であり、経口からの栄養の可否にも直接関係する。Ganguli らも認知症の死因の唯一最大大のリスクと報告している。(Arch Neurol.62:779-784,2005)
- 2) 外科・脳神経外科疾患 : 腸閉塞は見落とされると致命的になることがあります。症状が潜行することがあり注意が必要である。腸閉塞の原因として悪性腫瘍や腸間膜動脈閉塞症が存在することもまれではなく、悪性腫瘍の場合検査が困難なこともあり進行してから発見されることが多い。転倒の頻度が正常高齢者の3 倍多い認知症のひとつとして慢性硬膜下血腫は常に起こりうる身体合併症である。何となくぼんやりしている、片方の手を使わなくなった、歩行がおかしくなったなどの訴えがみられる際には頭部CT を行う必要がある。
- 3) 整形外科疾患 : 徘徊する患者では大腿骨頸部骨折は7 倍になるといわれている。
- 4) 皮膚科疾患 : 皮膚科が関係する疾患としては褥瘡、蜂窩織炎、疥癬、帯状疱疹が問題になる。これらの疾患は疾病そのものの治療が重要であると同時に、これらが引き起こすかゆみや痛みがせん妄の原因となることに注意が必要であり、蜂窩織炎や褥瘡は隠れた発熱の原因としても見逃しやすいので注意が必要である。
- 5) 耳鼻科疾患 : 耳垢栓塞が聴力低下の原因になっていることがある。乾性耳垢の多いアジア諸国では耳垢栓塞になりやすく耳垢に対する関心がうすいといわれているが、日本でも高齢者、知的障害者では耳垢栓塞の頻度は高い。認知症患者で聴理解が急に悪化した際には耳垢栓塞の可能性を疑ってみることが大切である。

1-65 認知症の臨床症状の経過と認知症治療薬の効果



当初 認知症治療薬は短期的（1年程度）には一時的に症状を改善方向へ変化させて、治療をしない場合よりもよい期間を延長するとされてきた。長期試験の結果では、認知症治療薬による進行の遅延が報告されてきている¹⁾。もっとも、同一人への処方では、薬効の差異（服用しない場合や途中でやめた場合と継続して服用する場合の効果の違い）を説明しにくいところもあり、一般的な効果の説明にとどまる。

出典

1) Rogers SL, et al :Eur Neuropsychopharmacol.10:195-203,2000

1-66 コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後16mg で維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	2-3
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応(2014)		1ステップ漸増法が 承認(2015)

平成23年(2011年)にガランタミン、リバスチグミンが発売されたことにより、ようやく世界と同等の薬物治療が可能になった。それぞれの薬剤の特徴を表にまとめた。作用機序が少しずつ異なることから、治療効果の差異が報告されているが、この3剤の治療効果には明確な差はないと言われている^{1) 2)}。ドネペジルのみが全病期で投与可能であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度で使用される。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売である。拒薬や経口摂取が不能な際に使用できる。投与法はいずれも漸増法である。半減期はドネペジルが明らかに長く、1日1回投与であるが、比較的半減期の短いガランタミンは1日2回投与となっている。

出典

- 1) Birks J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 1: CD005593
- 2) Ritchie CW et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2004; 12(4):358-369

1. アルツハイマー型認知症に使用
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
投与前に心電図をとることが望ましい
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合
5. 消化器症状出現時は減量・中止を検討

…… 重大ではないが頻度の高い副作用 ……

食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢、便秘、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気、徘徊、振戦、頭痛
顔面紅潮、皮疹、パッチ剤では貼付部位の発赤

コリンエステラーゼ阻害薬は比較的副作用が少なく、また他剤との相互作用も少ない薬剤である。しかし高齢者が多いアルツハイマー型認知症ではスライドに示したような注意が必要である。ことに房室伝導障害は要注意で、投与前に心電図をとる、受診時に脈拍数のチェックを行うといった配慮が必要である。また、認知症の人はその経過中に食欲不振や拒食といった摂食障害を呈することがあるが、その際にはコリンエステラーゼ阻害薬の影響も検討すべきである。頻度の高い副作用としては消化器系の副作用が多いが、減量、中止によって消失することが多い。またコリンエステラーゼ阻害薬を内服中のアルツハイマー型認知症の人に興奮や不穏が見られた際に薬剤の影響が否定できないことがある。この場合症状からは薬剤性かどうかは判定できず、漸減中止をして、症状の変化を見る以外に方法はない。パッチ剤では貼付部位の発赤がみられることがあるが、貼付部位の変更、保湿剤の塗布で使用継続できることが多い。

1-68 メマンチンの特徴

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～高度
一日用量	20mg 5mgから 毎週漸増
用法	1
代謝	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)

メマンチンはグルタミン酸受容体の1つであるNMDA受容体の拮抗薬である。ADではこのNMDA受容体が過剰に活性化するために機能的な長期増強現象の形成障害と器質的な神経細胞障害がおきると考えられている。コリンエステラーゼ阻害薬とは作用機序が異なるため、単剤で使用する以外に併用療法が期待される。国外では有効という結果がでており、国内でも今後販売後試験が行われる。

● **副作用：**・浮動性めまい

- ・便秘
- ・体重減少
- ・頭痛
- ・傾眠

● **薬物相互作用が少ない**

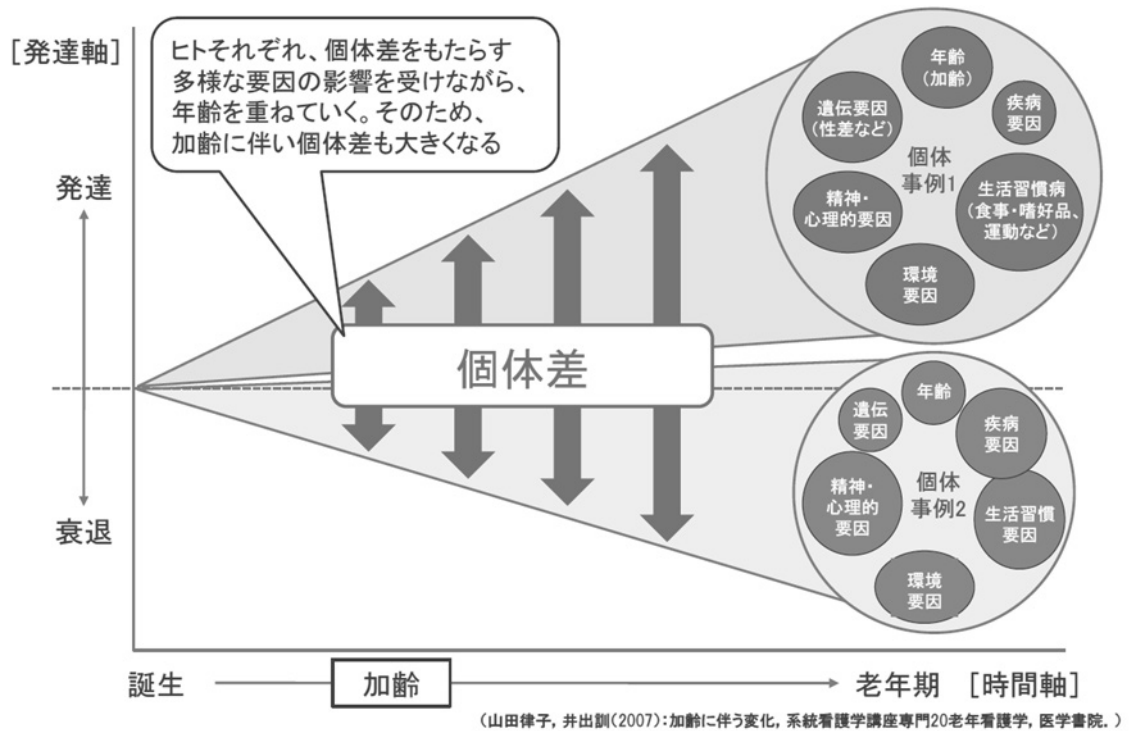
メマンチンも一定の副作用が存在するものの、比較的重篤なものは少なく、他剤との相互作用も少ない薬剤である。国内の臨床試験での代表的な副作用として、浮動性めまいや便秘、体重減少などが挙げられる。また、市販後、傾眠が多いことが指摘されている。

- **薬の保管・管理と定期的な服薬ができること**
(本人または介護者が行う)
- **薬の効果と副作用の観察が行えること**
(本人が独居の場合は訪問看護や訪問介護などを利用して適宜支援と確認ができる)
- **定期的な受診と服薬指導が受けられること**

本人が自ら服薬管理を行う場合、規則的な服薬ができているかどうかの確認が必要である。他院から処方された薬がある場合には特に要注意である。家族が服薬の確認をすることを本人が嫌がる場合は、かかりつけ医が適切にアドバイスをすることで納得しやすくなる。服薬の効果判定の基準は日常生活の変化である。家族が生活上の改善点を見つけることができれば、介護を続ける上で勇気づけられる。独居の場合の情報収集はヘルパー等のケアスタッフあるいはケアマネジャーから行う。

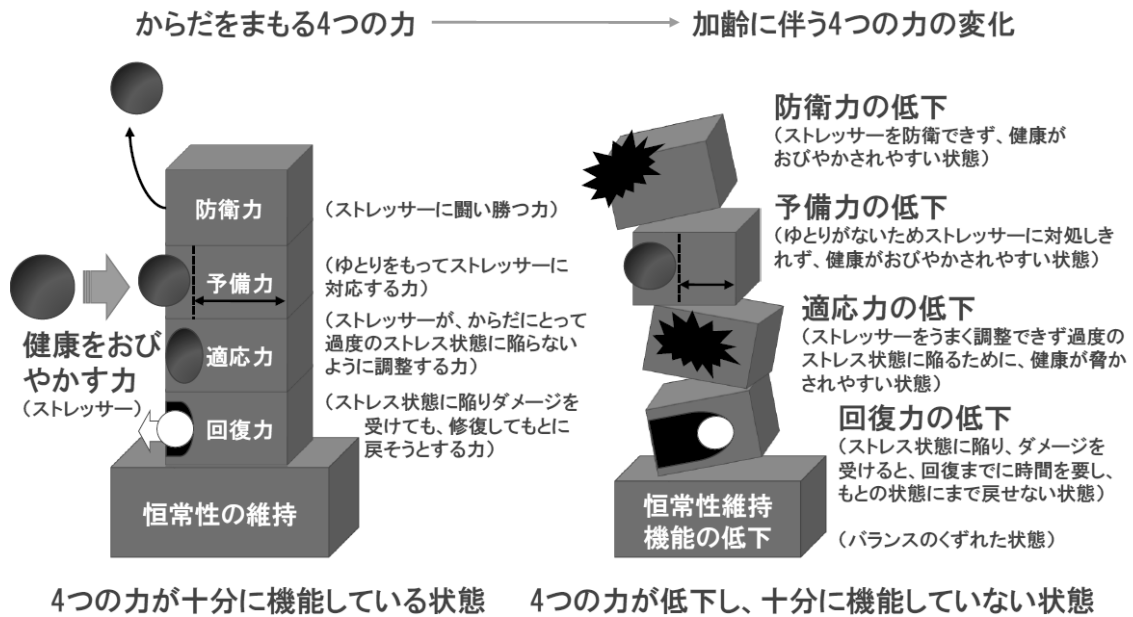
2 認知症の生活支援に必要な技術・知識

2-1 加齢と個体差



人は個体差をもたらす多様な要因の影響を受けながら年齢を重ねていくため、加齢に伴い個体間の差（個体差）も大きくなる。高齢者ケアに際しては、個体差が大きいことを念頭に置き、成熟過程としてのエイジングの視点から個々の高齢者のもつ力をとらえ、支援のありかたを考えてほしい。そのためにも、援助者は、ポジティブで正しい高齢者観をもっているかどうかの自己点検も必要である。

2-2 加齢に伴うからだの変化の特徴



(山田律子, 井出訓(2007):加齢に伴う変化, 系統看護学講座専門20老年看護学, 医学書院.)

生物としての人は、健康をおびやかす力から、からだをまもるために恒常性維持機能を備えている。恒常性ホメオスタシスとは、生物が内部・外部環境の変動に合わせて自己調整し、つねにからだの安定性を保とうとするはたらきを意味する。たとえば、運動してからだのなかの熱生産が高まると、毛穴を開き放熱することで、からだがオーバーヒートするのを防ぐ。このように人は、つねにからだの内部環境を一定に保とうとする。

恒常性を維持するために、からだのなかでは①防衛力、②予備力、③適応力、④回復力といった4つの力がはたらく。

①防衛力

健康をおびやかす力(ストレスサー)と闘ったり、回避したりすることによってからだの恒常性を保つ力である。免疫力や反射神経に代表される。

②予備力

からだのなかにたくわえているゆとりの力である。免疫力や反射神経に代表される。

③適応力

からだにとって過度のストレス状態に陥らないよう調整していく力である。

④回復力

ストレス状態に陥っても修復して元に戻そうとする力である。

しかしながら、加齢に伴い4つの力は変化する。左側の図は、ストレスサーに応じて4つの力がはたらくことで、からだの恒常性が維持され、健康が保たれている状態を示す。一方、右側の図は加齢に伴い4つの力が低下した結果、恒常性維持機能も低下している状態を示す。4つの力が低下してもゼロになるわけではないので、高齢者が通常の生活を営むうえで支障はない。しかし、健康をおびやかす力が加わった場合には、からだの恒常性を維持できず、健康がおびやかされやすい状態にある。

2-3 高齢者の主な身体機能の辺巢と日常生活への影響

おもな身体的機能の変化		日常生活への影響
脳神経	1) 中枢神経細胞の脱落、脳代謝の低下 2) 神経伝達速度の低下	物忘れ 行動に時間を要する
内分泌	1) メラトニンの血中濃度の減少 2) 女性: 閉経後のエストロゲン濃度の低下	睡眠障害 骨粗鬆症(骨折しやすい)
感覚・知覚	視覚: 視力・周辺視野・暗順応の低下・色覚 聴覚: 高音域の低下、語音の弁別機能の低下	老視、見えにくい 聞こえにくい、勘違い
呼吸	1) 肺胞の減少、肺の弾力性の低下、残気量の増加 2) 線毛運動の低下	肺活量の低下、息切れ 易感染
循環	1) 心臓肥大、2) 脈拍数の低下 3) 血管の弾力性の低下	動悸 収縮期血圧の上昇
消化吸収	1) 消化液の分泌低下 2) 腸の蠕動運動の低下	胃のもたれ 消化不良、便秘
排泄	1) 腎臓の萎縮、濃縮力の低下、 2) 括約筋の硬化・弛緩、3) 膀胱容量の減少 4) 男性: 前立腺肥大	残尿 (夜間)頻尿、失禁 排尿困難
体内水分量	1) 細胞内水分の減少 2) 脂肪の構成割合の増加 3) 筋組織の構成割合の減少	脱水
運動・体力	1) 免疫力の低下 2) 筋力・持久力・平衡性、柔軟性の低下 3) 骨量(骨密度)の減少 * 2) 3) は定期的に運動していない場合	易感染 運動能力(歩行速度)の低下 円背、転倒、骨折

加齢に伴う身体的機能の変化と日常生活への影響に関する概要を示す。今回は、視覚・聴覚の加齢変化について述べるが、これらの変化が高齢者やその生活の営みに、どのような影響をおよぼすのかを考えながら、学習を深めてほしい。

2-4 視力の加齢変化

- 水晶体の弾性の減弱や毛様体筋の萎縮により、調整力が低下するため、近くにある対象物がぼやけて見える(老視)
- 動体視力は加齢に伴って低下し、動いている物体の速度が増すほどに見えにくくなる(静止視力は75歳以上から急激に低下するが個人差がある)

- 老眼鏡の調整が不十分だと疲労をもたらし、活字離れをする
- 車の往来が多い道路での横断や車の運転による事故の危険性が高まる



水晶体の弾性の減弱や毛様体筋の萎縮により、調整力が低下するため、近くにある対象物がぼやけて見える(老視)。その結果、老眼鏡の調整が不十分だと疲労をもたらし、活字離れをする。また、動体視力は加齢に伴って低下し、動いている物体の速度が増すほどに見えにくくなる(静止視力は75歳以上から急激に低下するが個人差がある)。その結果、車の往来が多い道路での横断や車の運転による事故の危険性が高まる。

2-5 視野の加齢変化

- 視野とは、視線を向けている場所以外に見える範囲を意味する
- 加齢に伴い視野は狭くなる。これは眼瞼下垂、網膜神経細胞数の減少、中枢神経までの視覚伝達路の低下が影響している

- 一望できる視覚情報が減少するうえに動作も遅延するため危険の回避が遅れ、事故の危険性が高まる



視野とは、視線を向けている場所以外に見える範囲を意味する。加齢に伴い視野は狭くなる。これは眼瞼下垂、網膜神経細胞数の減少、中枢神経までの視覚伝達路の低下が影響している。その結果、一望できる視覚情報が減少するうえに動作も遅延するため危険の回避が遅れ、事故の危険性が高まる。

2-6 色覚・光角の加齢変化

- 色覚の加齢変化では黄色が白味を帯びて感じ、また紺色と黒色の区別がつきにくくなる
- 老人性縮瞳（瞳孔括約筋・散大筋の萎縮のうち、特に散大筋の脆弱化のため縮瞳となる）による網膜感度の低下や対光反射の劣化により、暗順応や明所視の低下がみられる
- 70歳代の高齢者が文字の判読をするには、30歳代の3倍の明るさが必要になる

- 夕方になると階段などの段差が見えにくくなって、転落するという事故が起こりやすくなる

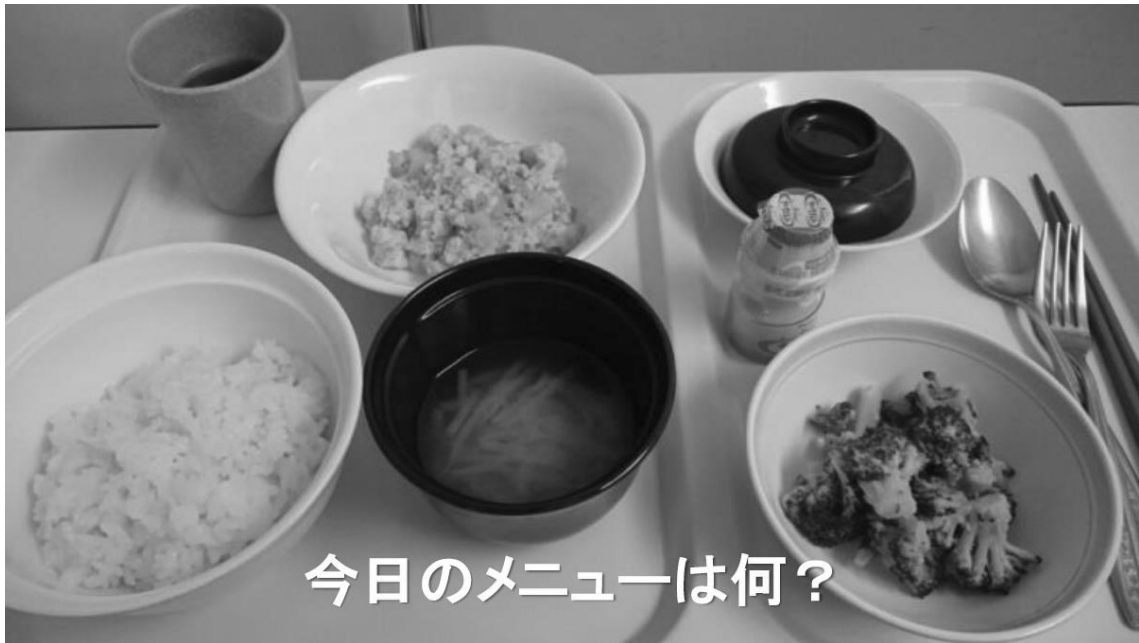
色覚の加齢変化では黄色が白味を帯びて感じ、また紺色と黒色の区別がつきにくくなる。光覚の加齢変化では、老人性縮瞳（瞳孔括約筋・散大筋の萎縮のうち、特に散大筋の脆弱化のため縮瞳となる）による網膜感度の低下や対光反射の劣化により、暗順応や明所視の低下がみられる。また、70歳代の高齢者が文字の判読をするには、30歳代の3倍の明るさが必要になる。

2-7 模擬体験



色覚の加齢変化を模擬的に体験してみる。今日の食事のメニューは何であるだろうか。

2-8 模擬体験



どの食品が見えやすく、どの食品が見えにくかったであろうか。

2-9 模擬体験



次は病院のベッドやトイレを見てみる。ほとんど白色で統一された無機質な空間である。

2-10 模擬体験



色覚に異常があるとしたらどうであろう。何らかの理由でベッドの上に立ちあがってしまった場合、床との段差に気づくであろうか。このようなところにも危険が潜んでいることを認識しなければならない。

2-11 模擬体験



しかし、赤色は高齢者の目にもとまりやすい。

2-12 模擬體驗



2-13 色覚バリアフリー

- 色覚に障害がある場合、「赤と緑」、「黄緑と黄」、「紫と青」、「緑と茶」、「赤と茶」が同じように見える
- 色の違いを利用してわかりやすくしたいならば、以下の2つのことに気をつける必要がある
 1. 暖色系同士、あるいは寒色系同士を組み合わせない
 2. 明度の似た色を組み合わせない

暖色同士や寒色同士を組み合わせない



明度の近い色を組み合わせない



明度に差をつけて暖色と寒色を組み合わせず



暖色同士や寒色同士を区別しづらくなる場合が多い。すなわち、「赤と緑」、「紫と」、「オレンジと黄緑」などが同じような色に見えてしまう。色覚バリアフリーを実現するには、「暖色系同士、あるいは寒色系同士を組み合わせないこと」と、「明度の似た色を組み合わせないこと」が重要となる。

2-14 純音聴覚閾値の加齢変化

- 40歳前後から高音域（高周波：4,000Hz～8,000Hz）の聴力が徐々に低下し、70歳代・80歳代では著しく低下する
- 低・中音域（125Hz～200Hz）の聴覚閾値は、高音域よりも緩やかに低下する
- 会話閾（500Hz～2,000Hz）の聴覚は、少なくとも高齢後期（75歳～84歳）までは比較的保持される

聴覚の加齢変化では、40歳前後から高音域（高周波：4,000Hz～8,000Hz）の聴力が徐々に低下し、70歳代・80歳代では著しく低下する。また、低・中音域（125Hz～200Hz）の聴覚閾値は、高音域よりも緩やかに低下する。一方で、会話閾（500Hz～2,000Hz）の聴覚は、少なくとも高齢後期（75歳～84歳）までは比較的保持される。

- 内耳と中耳の障害による難聴を伝音性難聴といい、内耳より中枢側の障害によるものを感音性難聴という
- 「耳が遠くなった」と表現される老人性難聴は感音性難聴に含まれる
- 原因は、老化に伴う蝸牛内の感覚細胞であるラセン器や基底弾性膜の喪失、ラセン神経節の退行変性といった蝸牛レベルの障害が中心となる

内耳と中耳の障害による難聴を伝音性難聴といい、内耳より中枢側の障害によるものを感音性難聴という。「耳が遠くなった」と表現される老人性難聴は感音性難聴に含まれる。原因は、老化に伴う蝸牛内の感覚細胞であるラセン器や基底弾性膜の喪失、ラセン神経節の退行変性といった蝸牛レベルの障害が中心となる。

2-16 認知症に特有な倫理的課題の実態①

- 認知症の人が、“人格の失われた人”“問題行動のある客体”として捉えられることによって、あたかも手段や道具のようにモノ扱いされる脱人化 (non-person) の問題
- 認知症の人のメッセージを自分のフィルターを通してみている解釈上の課題
- 本人が「これで良いのだ」と思える、本人の意向にそったケアではなく、ケア提供者の先入観によって提供されてしまうケア上の課題
- 病院における治療、告知、退院後の生活の方針決定では、本人よりも家族の意向が尊重される自律尊重原則上の課題
- せん妄などで不安定な急性期状態の高齢者が摂食困難となった場合、本人の意思能力の評価基準を厳格化することに伴う本人利益と不利益の問題

認知症に特有な倫理的課題には次のようなものがある。

- 認知症の人が、“人格の失われた人” “問題行動のある客体” として捉えられることによって、あたかも手段や道具のようにモノ扱いされる脱人化 (non-person) の問題
- 認知症の人のメッセージを自分のフィルターを通してみている解釈上の課題
- 本人が「これで良いのだ」と思える、本人の意向にそったケアではなく、ケア提供者の先入観によって提供されてしまうケア上の課題
- 病院における治療、告知、退院後の生活の方針決定では、本人よりも家族の意向が尊重される自律尊重原則上の課題
- せん妄などで不安定な急性期状態の高齢者が摂食困難となった 場合、本人の意思能力の評価基準を厳格化することに伴う本人利益と不利益の問題

2-17 認知症に特有な倫理的課題の実態②

- 医療依存度の程度によって、介護保険施設側の受け入れ態勢が異なる公正原則の課題
- 認知症の人の意思能力レベルを、誰がどのように評価するかの方法論上の課題
- 治療を要する認知症高齢者の行動コントロール(身体拘束など)に関する課題
- 終末期とする医学的根拠、治療の無益性の評価および意思決定プロセス上の課題
- 本人から事前に指名された代理判断者と、事前に指名されていないが、関係性の中で本人に代わって判断する代理決定者、および医療ケア提供者との合意形成における課題

- 医療依存度の程度によって、介護保険施設側の受け入れ態勢が異なる公正原則の課題
- 認知症の人の意思能力レベルを、誰がどのように評価するかの方法論上の課題
- 治療を要する認知症高齢者の行動コントロール(身体拘束など)に関する課題
- 終末期とする医学的根拠、治療の無益性の評価および意思決定プロセス上の課題
- 本人から事前に指名された代理判断者と、事前に指名されていないが、関係性の中で本人に代わって判断する代理決定者、および医療ケア提供者との合意形成における課題

2-18 認知症に特有な倫理的課題の実態③

- 事前に本人から指名された代理判断者がいない場合、誰が代理決定者となるのか、家族内の利益相反にかかる課題
 - 本人に意思能力がない状態での代行判断において、本人の価値観や人生観を考慮し、それと矛盾がない判断を代理判断者がするための支援上の課題
 - 認知症の人の終末期医療における最善の利益判断は、誰によって、何を根拠に検討される必要があるのか、話し合いメンバー間のパワーバランスなどの課題
 - 認知症ケアの組織内教育の施設間格差やマンパワー不足などの公正性上の課題
 - 本人の意向を反映した終末期医療に関する事前指示は、いつ、誰と、どこで、どのように把握していく必要があるのかなどの自律尊重原則上の課題
-
- 事前に本人から指名された代理判断者がいない場合、誰が代理決定者となるのか、家族内の利益相反にかかる課題
 - 本人に意思能力がない状態での代行判断において、本人の価値観や人生観を考慮し、それと矛盾がない判断を代理判断者がするための支援上の課題
 - 認知症の人の終末期医療における最善の利益判断は、誰によって、何を根拠に検討される必要があるのか、話し合いメンバー間のパワーバランスなどの課題
 - 認知症ケアの組織内教育の施設間格差やマンパワー不足などの公正性上の課題
 - 本人の意向を反映した終末期医療に関する事前指示は、いつ、誰と、どこで、どのように把握していく必要があるのかなどの自律尊重原則上の課題

- Arison(1998)が、初期のアルツハイマー病患者にインタビューを行い、彼らは豊富な言葉で自分について話すことができ、揺れながら行き来している認識障害を自覚していることを明らかにした
- 高山ら(2000)が、中等度から重度の認知症高齢者にインタビューを行い、どのような体験をし、どのように感じているのかについて報告している

**認知症の人は、自分の知的低下に気づき、不安を感じ、
自信を喪失しながらも、懸命に生きている人である**

以前は認知症になると、病識もなく何もわからなくなってしまうと考えられていた。しかし、1998年に Arison が、初期のアルツハイマー病患者にインタビューを行い、彼らは豊富な言葉で自分について話すことができ、揺れながら行き来している認識障害を自覚していることを明らかにした。日本においても 2000 年に高山らが、中等度から重度の認知症高齢者にインタビューを行い、どのような体験をし、どのように感じているのかについて報告している。このことから、認知症の人は、自分の知的低下に気づき、不安を感じ、失敗することで自信を喪失しながらも、懸命に生きているひとであることがわかる。

- 生活障害としての認知症の病態を理解する
- 自己存在がどのように脅かされていくのかを理解する
- 時空間の見当識の障害による影響を理解する
- 危険性と環境から受ける影響について理解する

認知症を理解するケアの視点は次の通りである。

- 生活障害としての認知症の病態を理解する
- 自己存在がどのように脅かされていくのかを理解する
- 時空間の見当識の障害による影響を理解する
- 危険性と環境から受ける影響について理解する

もし、自分自身が今いる場所や周りにいる人が「わからなくなったとしたら、どのように行動をとるだろう。人にここはどこだか、尋ねるかもしれない。それで、ここにいる理由を教えてもらって、納得できるのであればいい。しかし、ここにいる理由に納得できなければどうするであろうか。多くの場合、帰る方法はないかと人に尋ねたり、出口を探しに歩き回ったりするのではないだろうか。これは、人として当たり前の行動である。しかし、認知症というだけで、帰宅願望や徘徊として片付けられてはいないだろうか。私たちは、当事者のすべてを理解することはできないかもしれない。しかし、自分の立場に置き換えて、生活障害としての認知症の病態を理解し、創造することが何よりも重要である。

2-21 当事者からの 20 のメッセージ

<ol style="list-style-type: none">1. 認知症になりたくてなる人はいない2. 「二重の偏見」が私たちの力を奪う3. できなくなったことを嘆くのではなく、できることに目を向ける4. 認知症になっても、新しく覚えられることがある5. 記憶が消えても、記録は残る6. 認知症にともなう困りごとは、知恵と工夫で乗りきれ7. いまの苦難は永遠に続くのではないと信じる8. 自分が自分であることは、何によっても失われない9. 人は、何ができなくとも、価値のある尊い存在である10. 認知症になると、不便だけれど、不幸ではない	<ol style="list-style-type: none">11. 認知症にちょっとした手助けがあれば、いろいろなことが楽しめる12. 「できること」ではなく、「したいこと」をすればいい13. 一人ひとりの「認知症」がある14. 私には私の意思がある15. 「してもらう」「してあげる」より、「一緒にしたい」16. 他人から何かをしてもらおうとするのではなく、他人に何ができるかを考える17. 私たちは単なる介護の対象ではなく、私たちが形成する社会の一員である18. 勇気をもって、自分が感じていること、思っていることを伝える19. 当事者が声をあげれば、世の中は変わる20. 認知症になっても暮らしやすい社会をともにつくろう
--	--

〔出典〕佐藤雅彦：認知症の私からあなたへ 20 のメッセージ、大月書店、2016。

これは認知症の人からの 20 のメッセージである。

1. 認知症になりたくてなる人はいない
2. 「二重の偏見」が私たちの力を奪う
3. できなくなったことを嘆くのではなく、できることに目を向ける
4. 認知症になっても、新しく覚えられることがある
5. 記憶が消えても、記録は残る
6. 認知症にともなう困りごとは、知恵と工夫で乗りきれ
7. いまの苦難は永遠に続くのではないと信じる
8. 自分が自分であることは、何によっても失われない
9. 人は、何ができなくとも、価値のある尊い存在である
10. 認知症になると、不便だけれど、不幸ではない
11. 認知症にちょっとした手助けがあれば、いろいろなことが楽しめる
12. 「できること」ではなく、「したいこと」をすればいい
13. 一人ひとりの「認知症」がある
14. 私には私の意思がある
15. 「してもらう」「してあげる」より、「一緒にしたい」
16. 他人から何かをしてもらおうとするのではなく、他人に何ができるかを考える
17. 私たちは単なる介護の対象ではなく、私たちが形成する社会の一員である
18. 勇気をもって、自分が感じていること、思っていることを伝える
19. 当事者が声をあげれば、世の中は変わる
20. 認知症になっても暮らしやすい社会をともにつくろう

Aさん 80歳 女性 アルツハイマー型認知症

Aさんは肺炎を発症し、その治療のために呼吸器科病棟に入院した。肺炎は治癒したものの、1週間にわたるベッド上での安静臥床により歩行が困難となり、排泄はトイレからオムツを使用するようになった。その日は排便が3日間なかったため、朝食後に下剤を服用していた。

Aさんは13時頃から眉間にしわを寄せ、ベッドの上に座ったり寝たりを繰り返した。夕食前に看護師が訪室すると、Aさんはオムツをはずしており、手指や寝具類・カーテンに便が付着していた。

ここで、当事者の立場になって事例を考えてみたい。

【事例】

Aさんは80歳の女性でアルツハイマー型認知症の診断を受けている。Aさんは肺炎を発症し、その治療のために呼吸器科病棟に入院した。肺炎は治癒したものの、1週間にわたるベッド上での安静臥床により歩行が困難となり、排泄はトイレからオムツを使用するようになった。その日は排便が3日間なかったため、朝食後に下剤を服用していた。Aさんは13時頃から眉間にしわを寄せ、ベッドの上に座ったり寝たりを繰り返した。夕食前に看護師が訪室すると、Aさんはオムツをはずしており、手指や寝具類・カーテンに便が付着していた。

2-23 Aさんの立場で考える



自分がAさんであった場合、どのように感じただろうか。

(吹き出し)

それでは、Aさんの立場を踏まえてどのように対応すればよいのか。まずは、下剤の種類と服用時間を把握して、効果が出現する時間帯をあらかじめ予測する。そして、その時間帯の前後に、Aさんに、便意や腹痛の有無を尋ねる。そのように、先回りをして対応することで、Aさんの苦痛は最小限に抑えられる。また、Aさんは、便意や腹痛を訴えられなかったとしても、「13時頃から眉間にしわを寄せ、ベッドの上に座ったり寝たりを繰り返す」というサインを送っている。いつもと違う様子の背景に何かあるのかを推測して、Aさんが少しでも心地よく排泄できるように対応する必要がある。

- 長年築いてきた価値観や信念、生活習慣などは、認知症になっても変わらない
- 認知症の人の変わらぬ本質に着眼し、もてる力を引き出すことで、彼らが達成感や誇り、人とのかかわり合いの中で生まれる喜びや存在価値を感じて主体的な生活を営むことができるようなケアをめざす
- 認知症の病態が、その人の行動や生活の営みに及ぼす影響についてもアセスメントしながら、認知症の人の変わらぬ本質をとらえてケアへとつなげる視点が必要

長年築いてきた価値観や信念、生活習慣などは、認知症になっても変わらない。認知症の人の変わらぬ本質に着眼し、もてる力を引き出すことで、彼らが達成感や誇り、人とのかかわり合いの中で生まれる喜びや存在価値を感じて主体的な生活を営むことができるようなケアをめざさなければならない。そのためには、認知症の病態が、その人の行動や生活の営みに及ぼす影響についてもアセスメントしながら、認知症の人の変わらぬ本質をとらえてケアへとつなげる視点が必要となる。

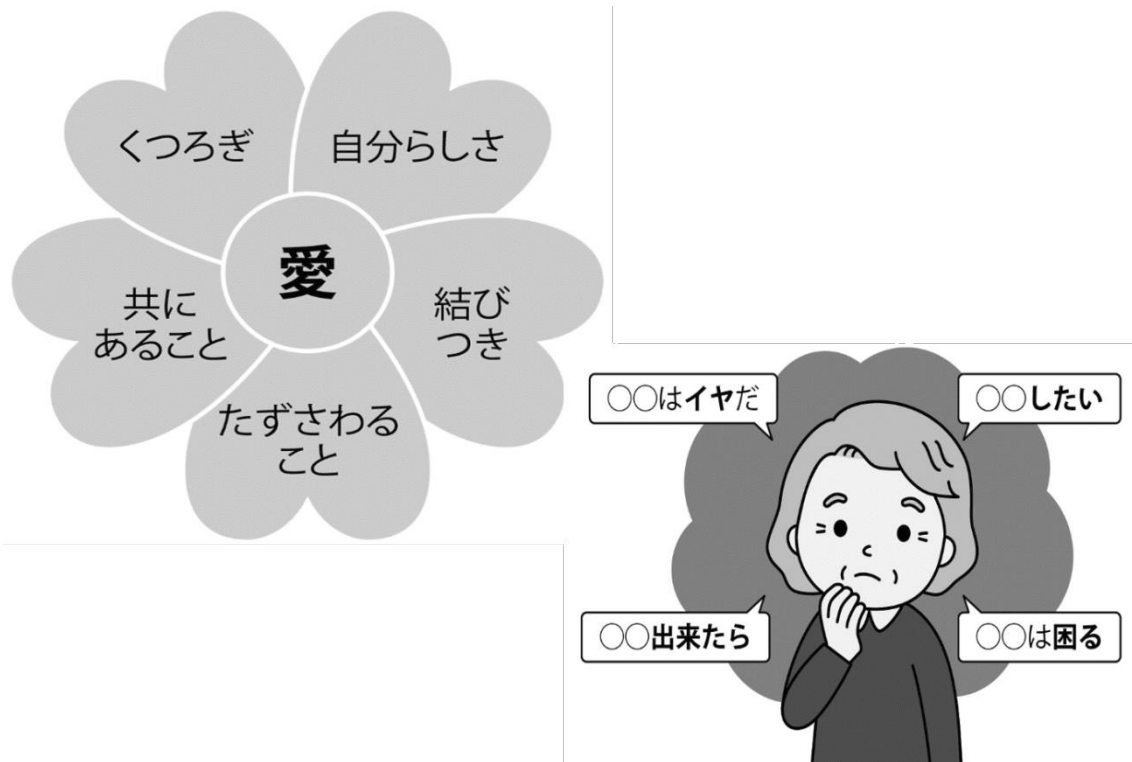
- 当事者である認知症の人自身が環境調整の答えをもっている
- 認知症の人が日々の生活の中でどんな体験をして、どんなことに生活の困難さを感じ、どういったケアを求めているのか1人ひとりの思いを知る
- その際、認知症の人がうまく伝達できない言葉やサイン、何かを伝えようとする気持ちをくみ取り、読解していく必要がある
- 援助者は、認知症の人の環境世界に身を置き、ケアパートナーとして共に考え、歩んでいくことが大切である

また、当事者である認知症の人自身が環境調整の答えをもっている。認知症の人が日々の生活の中でどんな体験をして、どんなことに生活の困難さを感じ、どういったケアを求めているのか1人ひとりの思いを知ることが重要である。その際、認知症の人がうまく伝達できない言葉やサイン、何かを伝えようとする気持ちをくみ取り、読解していく必要がある。援助者は、認知症の人の環境世界に身を置き、ケアパートナーとして共に考え、歩んでいくことが大切である。

- 疾病や症状を対象としたアプローチではなく、生活個体を対象にしたアプローチに重点を置く考え方
- サービス提供者側が選択するのではなく、利用者を中心に選択するケア
- Personhood: 本人の自分史、本人の物語をケアの中心に置く内的体験を聴くことにケアの原点を置く考え方 (T. Kitwood)

1990年前後、イギリスの心理学者、故トム・キットウッド教示によってパーソン・センタード・ケアが提唱された。当時、認知症の方は「何もわからず、奇妙な行動をする人」と考えられていた。認知症の人に対するケアが、業務中心であったため、人間を中心とした姿勢は、世界に大きな影響を与えたといわれている。

2-27 認知症の人の心理的ニーズ



トム・キッドウッドは認知症を持つ人が抱えている心理的なニーズを次のような花の絵で表している。一人の人間として無条件に尊重される「愛」を中心として、「自分らしさ」「たずさわること」「結びつき」「共にあること」「くつろぎ」が特に重要であるという。

- ① **脳の障害・・・アルツハイマー病・脳血管障害など**
- ② **性格・・・気質・能力・対処スタイル・心理的防衛機制など**
- ③ **生活歴・・・職歴・趣味・暮らしてきた地域など**
- ④ **健康状態・・・視力・聴力等の感覚機能・合併疾患など**
- ⑤ **その人を取り囲む社会心理・・・人間関係のパターン・人との関わり・活動パターンなど**

トム・キッドウッドは認知症の症状には、次の5つの要素が密接に関係していると考えた。5つの要素を重点的にアセスメントすることで、認知症を理解するための手がかりとなるといえる。同じ認知症でも、行動や症状が異なるのは、これらの要素にそれぞれ個人差（個性）があるからだ。認知症をもつ方は時に突飛な行動をしているように見えるかもしれないが、まずは認知症の人がどのような状態にあるのかを確認して、なぜそのような行動に至ったのか、その意味や理由を理解しようとするのが大切となる。本人を注意深く観察し、その方の立場に立って考えてみる、この姿勢がパーソン・センタード・ケアの基本になる。

- 認知症の発見と初期支援
- せん妄の予防・発見・対応
- 認知機能障害に配慮をした身体管理
 - 疼痛
 - 栄養管理・脱水の予防
 - 感染予防
 - 服薬管理
 - セルフケア指導・支援
- 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション
- 認知機能障害に配慮をした治療同意・意思決定支援
- BPSDを予防する環境整備
- 向精神薬使用の適切な判断

認知症をもつ患者の治療・ケアを進めるにあたり意識したい点をあげる。

認知症の発見：認知症の診断を受けている人はまだ少なく、治療を進めるうえで気づかれる場合が多い。

せん妄：認知症はせん妄のリスク因子でもある。

身体管理

疼痛：認知症では痛みをうまく伝えることが苦手になる。

栄養管理、脱水：アパシー、抑うつと関連

感染：実行機能障害によるセルフケア能力の低下

服薬管理：記憶障害、実行機能障害

退院支援：環境の変化に脆弱であること（リロケーションダメージ）

意思決定支援：記憶障害、実行機能障害により、治療に関する説明を受け、自分で判断し・決める能力が低下する。倫理的な観点からも注意をしたい。

BPSD：急性期病院では、一般の環境と異なり、処置や疾病に伴う苦痛をきっかけとして生じることが多い。身体的な苦痛を見落とさないように配慮をする

2-30 認知症の人の苦痛の要因

- 環境
 - 標識が多く親しみのない環境で見当識を失いやすい
 - カテーテル
 - 転棟やベッド移動
 - 音や光
- 身体症状、身体機能、コミュニケーション障害
 - 痛みを伝えることが困難
 - 飲水・摂食不良
 - 便秘、尿閉、皮膚刺激
 - 感覚障害(視力・聴覚障害)
- 社会関係
 - なじみのない医療スタッフによる処置
 - スタッフの交代
 - スタッフ間のコミュニケーション不足
 - スタッフや家族との疎遠、孤立
 - 複雑な指示
 - 事前指示のないこと、治療のゴール設定がないこと
- 精神機能
 - 認知機能低下
 - 抑うつ、不安、孤立
 - ケアプランを立てる際に、認知機能に関連するニーズに注意が向いていないこと

認知症をもつ人が苦痛と感じやすい項目をあげる。個々人による差はあるものの、BPSDを予防し、安心して過ごせるように配慮をするときに考慮をするポイントとして検討したい。

コミュニケーションをはかる上で一番問題になるのは“注意の障害”
(注意障害: 注意・集中を向けることができない、維持できない)

いかに負担なく注意を向けてもらえるかがポイント

- 視野の中に入って声をかける
(視野の外(後ろ)から声をかけても、意識がむかない)
- 正面から声をかける
- 普段よりも一歩近いところから
(注意の維持がしやすいように、より近くはっきりと見えるところから)
- 複数の刺激を用いる(ケアの道具を見せる、タッチングをする、など)
- アイコンタクトをとる(注意がそれるのを防ぐ)
- 視線は患者より低めに

認知機能障害(せん妄、認知症)をもつ患者との接し方のポイントについてまとめる。一番は、コミュニケーションを図るうえで、注意が続かないことが問題になるので、負担なく注意を向けてもらえるような工夫をすることが最初の一步となる。

そのためには、

- 視野の中に入ってから声をかける
- 成人の距離よりはやや近めから
- 注意を高める工夫を取り入れる

などがある。

2-32 認知機能障害のある人との接し方の工夫②

- 集中しやすい環境（TVを消す、適度な照明）
- 顔に影のかからないようにする

- 会話は低いトーンで、ゆっくり、はっきり
- 短い文、具体的に
- 同じ言葉をくり返してもよい
- 会話の中に相手の名前を含め、本人が慣れている名前をいう
- 応答を待つ（10秒ルール、15秒ルール）
- 話をさえぎらない

他に集中しやすい環境を用意する。会話も負担をかけないように、短く、具体的にする、重要なことは繰り返す、会話の時には応答を十分に待ち、さえぎらない などがある。

- **原則：**
 - いっしょに行動する
 - 選択肢を提示する場合には簡潔にする(例:2択)

- **例：**
 - 1日のスケジュールを決めて書く、見えるところに置く
 - 重要な物は見つけやすいところに置く
安全の範囲内で自立を促す
 - 過去の写真は会話や想起の手がかりになる

記憶障害に配慮をしたケアについて

- 一緒に行動し、患者の目線で負担を減らすための配慮をする
- 特に治療やケアの選択は、複数を一度に提示すると比較判断が難しくなるため、選択肢を減らすなどの工夫をする

物体の認識を助ける(特に失認も伴う場合)

- 見るのと同様に触ることもできるようにする
- 声かけをする

人の認識、表情認識を助けるために

- 正面から向き合う
- 距離を縮める
- 自分が先に声をかける
(自分を見ているからといって認識されているとは限らない)
- 会話の際に顔に影ができないようにする

病棟での安全面で

- 暗い通路、光の反射の強い床は見当識障害につながる
- トイレの便座と床の色を変える

視空間認知障害への配慮

物体の認識を助けるようにする。そのためには、触るなど複数の感覚を使う。

表情の認識を高めるために明るい環境で、見えやすい距離で会話を持つこともできる。

病棟では、過度に明るい・暗い環境に注意をするほか、床の反射なども見当識を失うきっかけとして知られている。

トイレなどでは、便座と床の色を変え、コントラストをつけることを考える。

- **実行機能障害への支援**
 - セルフケア への支援(自立の工夫)
 - 環境の整備(わかりやすさ)
 - 空間: わかりやすい(コントラスト、明るさ、影)
 - 時間: 予定が確認できる、不意打ちをしない
 - 人 : 「なじみ」、わかりやすいコミュニケーション
- **自発性の低下、活動性低下への対応**
 - 確認とうながし
- **不安への配慮**

実行機能障害に対しては、

分かりやすい環境を整備して、負荷を減らすことと、

治療に関連したセルフケアに注意を払う

特に計画をたてるのが苦手になるため、一緒に計画をたてる、

計画を図示したり、わかりやすく解説する、

常に参照できるようにする

などの工夫が考えられる

1. 疼痛、その他身体的苦痛の緩和

2. 食思不振・低栄養

- セルフネグレクト・アパシー
- 実行機能、視空間認知能力の障害
- 失行
- 神経変性に伴う誤嚥

3. 感染

- 認知症患者の予後を規定する要因（一般に3-6年と短い）
- 気管支肺炎、尿路感染（失禁）
- 重症化（自覚症状の取得が困難）

適切な支援・ケアの提供では、認知機能障害が影響をしやすい領域に注意を払う。

具体的には

疼痛コントロールに注意を払う

低栄養・食事摂取の低下に注意を払う：特に食事摂取は食欲不振以外からも生じうることに注意をし、食事介助の必要性を早めに評価をする

感染は特に高度の認知症の場合に伴いやすい。予後を規定する因子でもある。

疼痛緩和

- － 認知症の人の疼痛は過小評価される
- － BPSDと誤解される危険性
- － 客観的な疼痛評価の併用

その他の身体症状緩和

- － 呼吸困難
- － 吐き気
- － 倦怠感
- － 常に過小診断・過小治療のリスク

痛みについては、認知機能障害がある人は、痛みを適切に把握し、言語化し、効果的に伝えることが難しくなる。特に記憶障害が重なると、痛みが強くなったのか弱くなったのか判断が難しいのと、突出痛のような痛みがあったことを記憶して、伝えることが難しくなる。痛みが放置されると、苦痛をBPSDとして表すこともあり、問題行動として対処されてしまうことに注意を払いたい。痛み以外にも、自覚症状の評価が重要な領域、呼吸困難や悪心、倦怠感などでも過小評価のリスクが指摘されている。

- **認知機能障害が軽度または中等度**
 - 疼痛の評価尺度を使える可能性が高い
 - 一番あったやり方を見つけるまで工夫
(VRSが進行していても使える可能性が高い)

- **認知機能障害が高度**
 - 約40%で自己評価尺度の使用が可能
 - 痛みに関する発言が疼痛を自覚している兆候となる
 - 詳細な評価には耐えられないことが多い

認知機能障害がある場合の疼痛評価については、軽度から中等度の認知症の場合には、NRSやVASなどの通常の評価尺度が使える可能性があるため、使える尺度を見つける試みをする。VRS (verbal rating scale)が認知機能低下が進行していたとしても使用できる可能性が高い。認知機能障害が高度になると、評価尺度の使用できる割合が低下するか、使えたとしても細かい変動や性状を評価することは困難になる。

2 - 39 Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

	0	1	2
呼吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸、 短期間の過換気	雑音が多い努力性 呼吸、長期の過換気、 チェーンストークス呼吸
ネガティブな 発声	なし	随時のうめき声、 ネガティブで批判的な 内容の小声での話	繰り返す困らせる大声、 大声でうめき、苦しむ、 泣く
顔の表情	微笑んでいる、 無表情	悲しい、怯えている、 不機嫌な顔	顔面をゆがめている
ボディ ランゲージ	リラックス している	緊張している、苦しむ、 行ったり来たりする、 そわそわする	剛直、握ったこぶし、 引き上げた膝、引っ張る、 押しのける、殴りかかる
慰めやすさ	慰める必要なし	声かけや接触で気を そらせる、安心する	慰めたり、気をそらしたり、 安心させることができない

(平原佐斗司:認知症の緩和ケア, 緩和医療学,11(2),P36,2009.)

苦痛は主観的な固有なものとされ、従来からフェイススケールなど主観的尺度が使用されてきた。しかし、認知症の人の場合には苦痛の表現が困難となるため、医療従事者の観察と測定が非常に重要となる。その際、表に示したアセスメントツール項目（PAINADなど）を参考にするのもよい。

1. **部位 Location**:どのあたりですか？
2. **性状(質)Quality**:どのような感じですか？
3. **程度(量)Quantity**:どのくらいですか？
4. **時間的経過 Timing**:いつから始まりましたか？
どのくらい続きますか？
どのくらいの頻度で起こりますか？
5. **状況 Setting**:どのような状況で生じますか？
6. **寛解・増悪因子 Factor**:どんな場合に悪くなりますか
(良くなりますか)？
7. **随伴症状 Associated manifestation**:同時にどんな症状
が生じますか？

原則的に認知症の人であっても、症状を尋ねる際には以下の項目を踏まえる。

1. 部位 Location : どのあたりですか？
2. 性状 (質) Quality : どのような感じですか？
3. 程度 (量) Quantity : どのくらいですか？
4. 時間的経過 Timing : いつから始まりましたか？どのくらい続きますか？どのくら
いの頻度で起こりますか？
5. 状況 Setting : どのような状況で生じますか？
6. 寛解・増悪因子 Factor : どんな場合に悪くなりますか (良くなりますか) ?
7. 随伴症状 Associated manifestation : 同時にどんな症状が生じますか？

2-41 高齢者、認知症の人への問診の工夫（腹痛がある場合）

The diagram on the left shows a human torso with the abdomen divided into seven numbered regions: ①心窩部 (epigastric), ②季肋部 (costal), ③側腹部 (lateral), ④臍部 (umbilical), ⑤下腹部 (lower), ⑥回盲部 (右腸骨窩部) (cecum/right iliac fossa), and ⑦左下腹部 (left lower).

The diagram on the right is a Face Scale titled "痛みの度合い(Face Scale)". It features a horizontal scale from 0 to 10. At 0, the face is smiling and labeled "痛みがない" (no pain). At 10, the face is grimacing and labeled "耐えられないほど痛い" (pain unbearable). Intermediate faces show increasing expressions of discomfort and pain, with labels: ② "わずかに痛む" (slightly painful), ④ "少し痛んで辛い" (slightly painful and uncomfortable), ⑥ "痛くて辛い" (painful and uncomfortable), and ⑧ "すごく痛くてとても辛い" (very painful and very uncomfortable).

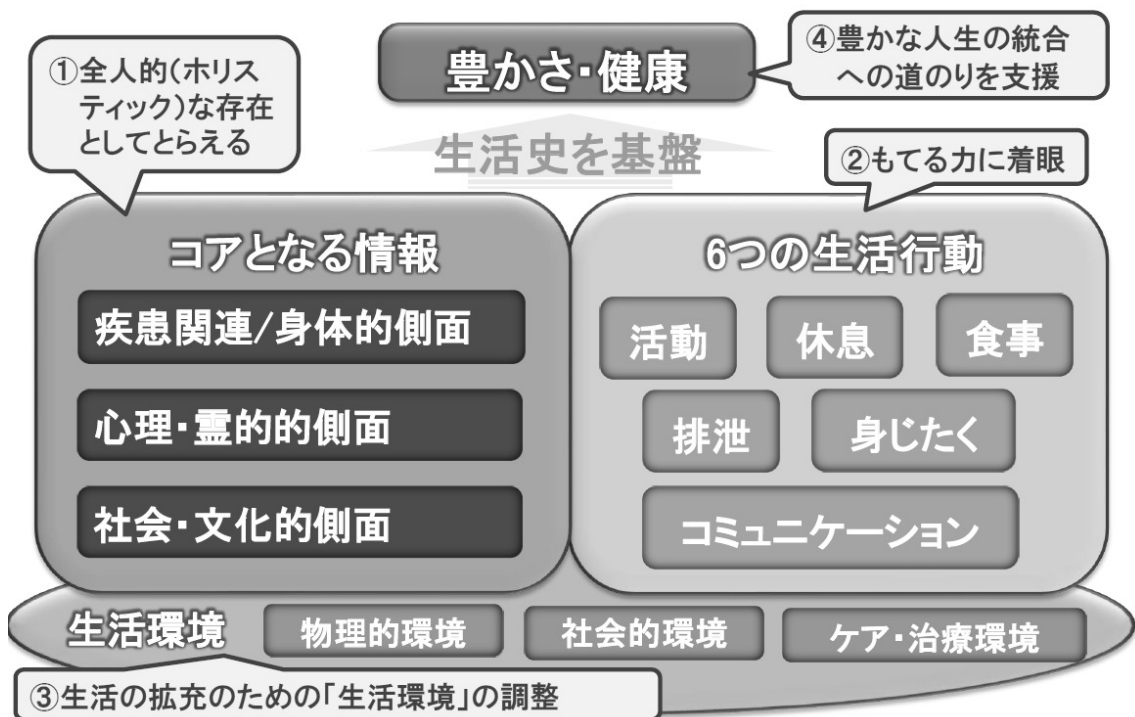
各人の加齢変化や認知機能障害の特徴を考慮する

五感を活用する

例えば、高齢者や認知症の人の腹痛を確認する場合、左にあるようなイラストを用いたり、実際に触れたりして、痛みの部位を確認することができる。また、痛みの度合いを確認するために、右のフェイススケールなどを参考にすることもできる。的確に痛みの部位や程度を伝えることが困難な場合は、援助者が五感を活用して観察する必要がある。

- 認知症の人のアセスメントとケアで重要なのは「当事者本位の視点」である
- どのようなことに悩み苦しみ、不自由を感じているのか、それはどんな周囲のかかわり方や環境との関係で生じているのか、また本人はどのように生きていたいと願っているのかなどについて、当事者の思いを傾聴する
- 重度の認知症の人であっても、視覚的提示と二者択一などのコミュニケーション技法を駆使して、可能な限り本人の意思を確認する。同時に「〇〇さんならば、どうしたいだろうか」という当事者本位の視点に立つ

認知症の人のアセスメントとケアで重要なのは「当事者本位の視点」である。どのようなことに悩み苦しみ、不自由を感じているのか、それはどんな周囲のかかわり方や環境との関係で生じているのか、また本人はどのように生きていたいと願っているのかなどについて、当事者の思いを傾聴する。また、重度の認知症の人であっても、視覚的提示と二者択一などのコミュニケーション技法を駆使して、可能な限り本人の意思を確認する。同時に「〇〇さんならば、どうしたいだろうか」という当事者本位の視点に立つ。



認知症ケアでは、たとえ認知症性疾患やその他の疾患・障害を抱えていても認知症の人がいきいきと暮らすことができるように、その人の“もてる力（ひとりで行える力、何らかのきっかけがあればひとりで行動できる力）”を大切に支援していく。この基盤となる考え方が“生活行動モデル（山田ら）”である。これは国際生活機能分類（ICF）を参考にしたものであり、次の4つの視点を大切にしている。

- ① 認知症患者を“身体的”“心理・霊的”“社会・文化的”なホリスティックな存在として捉える
- ② 生活を営むために不可欠な6つの生活行動“活動”“休息”“食事”“排泄”“身じたく”“コミュニケーション”にみる認知症患者のもてる力に着眼する
- ③ 生活が拡充するように「生活環境」を整える
- ④ 認知症患者が築いてきた生活史の道を基盤に、豊かな人生の統合へと向かって歩んでいけるよう支援する

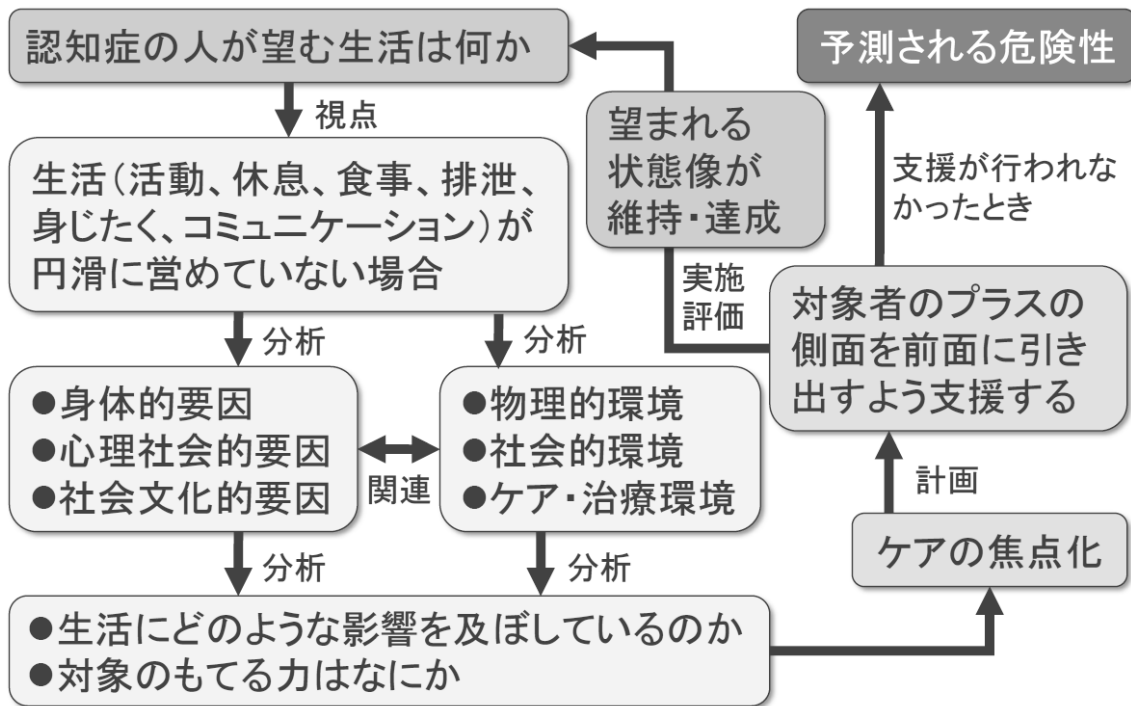
2-44 アセスメントに必要な情報

コアとなる情報	
疾患関連/ 身体的側面	現病歴、既往歴、検査、治療と副作用、退院後の予定 運動機能、感覚・知覚、認知機能
心理・霊的側面	健康知覚・意向、自己知覚、価値・信念、気分・情動、信仰
社会・文化的側面	役割・関係、家事・学習、遊び、社会参加
6つの生活行動情報	
活動	行動範囲、移動能力、安全性、物理的環境、活動を支える環境
休息	睡眠、活動と休息
食事	食事指導、食欲・嗜好、認知、栄養状態、体格、水分摂取、摂食行動、食べ方、嚥下、満足感
排泄	認知、尿意・便意、排尿、排便、排泄動作
身じたく	清潔、身だしなみ、更衣
コミュニケーション	意欲、メッセージの理解、送受信機能、言語・非言語メッセージ

表にアセスメントのポイントをまとめたが、認知症の人のアセスメントは決して容易ではない。それは、認知症の人自身から明確な情報を得ることが難しく、また、核家族化が進み介護者自身も高齢であることから家族からも情報を得にくい現状があるからだ。したがって、認知症の人のアセスメントでは、援助者自身の観察が最も重要な鍵となる。

日常生活支援を行う上で、“援助者自身の観察”から得られた情報と、本人・家族・ケアマネジャーなどから得られた情報を統合することで、心身の機能を具体的に把握でき、認知症の人の持っている力や支障を来している部分をより明確にすることができる。

2-45 どのようにケア展開するのか



認知症の人は自分の思いを言葉で上手に表現できなくても、表情や行動で意思表示をする力がある。心身徴候のわずかな変化や、表情や身ぶりによるサインを見逃さず“認知症の人が望む生活は何か”を見いだす観察力と読解力が求められる。援助者は、生活を営むために不可欠な6つの生活行動の視点から、認知症患者が望む生活行動を分析し、ケア計画を考案する必要があります。つまり、生活行動が円滑に営めないのならば、それはなぜなのか、疾患や障害など“身体的要因”によるものなのか、それとも“心理・霊的要因”や“社会・文化的要因”“生活環境”によるものなのか、これらがどのように現在の生活行動に関連しているのか、さらに適切な支援が行われなかった場合の“予測される危険性”などをしっかり分析する。そして、それぞれの関係の中から具体的なケア計画を考案していく。

Bさん 78歳 女性 アルツハイマー型認知症

Bさんは、記憶障害をはじめ、食物(全粥刻み食)を食べる対象物としてみわける認識、食事以外に注意が向けられる、箸やスプーンの使いかたがわからないといった認知機能障害と、便秘や歯肉炎などの身体的要因が関連して、摂食困難を引き起こしていた。

全面的な介助を受けていたBさんであったが、段階的な介入を行いながら、内部・外部環境を整えることで、徐々に自発的に摂食するようになった。

【事例】

Bさん 78歳 女性 アルツハイマー型認知症

Bさんは、記憶障害をはじめ、食物(全粥刻み食)を食べる対象物としてみわける認識、食事以外に注意が向けられる、箸やスプーンの使いかたがわからないといった認知機能障害と、便秘や歯肉炎などの身体的要因が関連して、摂食困難を引き起こしていた。全面的な介助を受けていたBさんであったが、段階的な介入を行いながら、内部・外部環境を整えることで、徐々に自発的に摂食するようになった。