

<2024.1.19 (金)>

八幡浜認知症カフェ「ほっとポットカフェ」研修会

# 認知症の理解と対応、治療について

「超高齢社会」「多死社会」という未曾有の事態に直面して



<在宅療養支援診療所>

旭町内科クリニック  
森 岡 明

日本内科学会総合内科専門医

日本認知症学会専門医・指導医

日本プライムケア連合学会認定医・指導医

日本プライムケア連合学会認定薬剤師研修指導医

厚生労働省認定認知症サポート医

日本心療内科学会登録医

日本糖尿病協会登録医

日本心身医学会代議員

愛媛県在宅がん医療普及推進事業推進委員

# 認知症とは

---

## \* 認知症の概念

「一度発達した知的機能が、脳の器質的障害 によって広汎に継続的に低下した状態のこと」

## \* 認知症の定義

「通常、慢性あるいは進行性の脳の疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断等多数の高次機能障害からなる症候群」

## \* 認知症は状態であって病名ではない

# 加齢によるもの忘れと認知症の違いは？

年齢を重ねると、脳の老化によって誰もがもの忘れをしやすくなりますが、加齢に伴うもの忘れと、認知症は大きく違います。

## 加齢によるもの忘れ



- もの忘れを**自覚**している
- 体験したことの**一部**を忘れる
- ヒントがあれば**思い出す**
- 日常生活に**支障**はない
- 判断力は**低下**しない

## 認知症によるもの忘れ



- もの忘れの**自覚**がない
- 体験したこと**自体**を忘れる
- ヒントがあっても**思い出せない**
- 日常生活に**支障**がある
- 判断力が**低下**する

# 認知症の原因となる病気



進行する  
認知症



予防が重要  
な認知症



治療が可能  
な認知症

## アルツハイマー病

側頭葉と頭頂葉の萎縮、記憶障害が著明  
認知症の原因で一番多い

## レビー小体病

後頭葉の萎縮、記憶は比較的保持  
幻視や歩行障害が特徴

## 前頭側頭型認知症

「わが道を行く」行動  
人格変化

## 意味性認知症

言葉の意味が困難

## 進行性非流暢性失語

会話がぎこちない

## 大脳皮質基底核変性症

細かな動作が困難、記憶障害は比較的保持

## 進行性核上性麻痺

思考や行動が遅い転倒しやすい

## 血管性認知症

脳梗塞や脳出血後に起こる

## 甲状腺低下症

新陳代謝の低下による  
偽認知症

## 正常圧水頭症

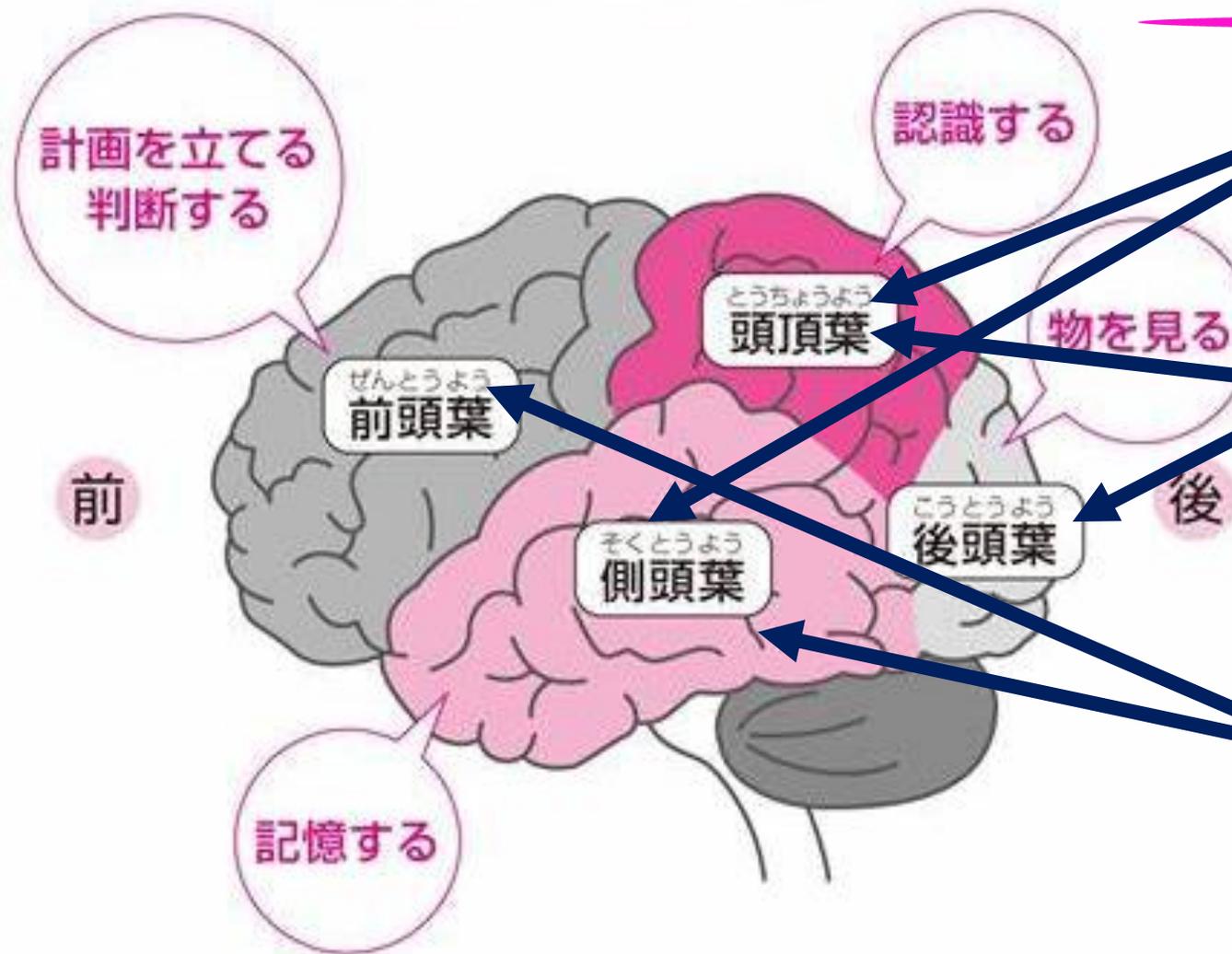
髄液が貯留し脳を圧迫

## 慢性硬膜下血腫

血液が脳を圧迫

浅香山病院 三好豊子先生(平成27年)  
松原市医師会講演スライドより改変引用

# 認知症で障害される部位



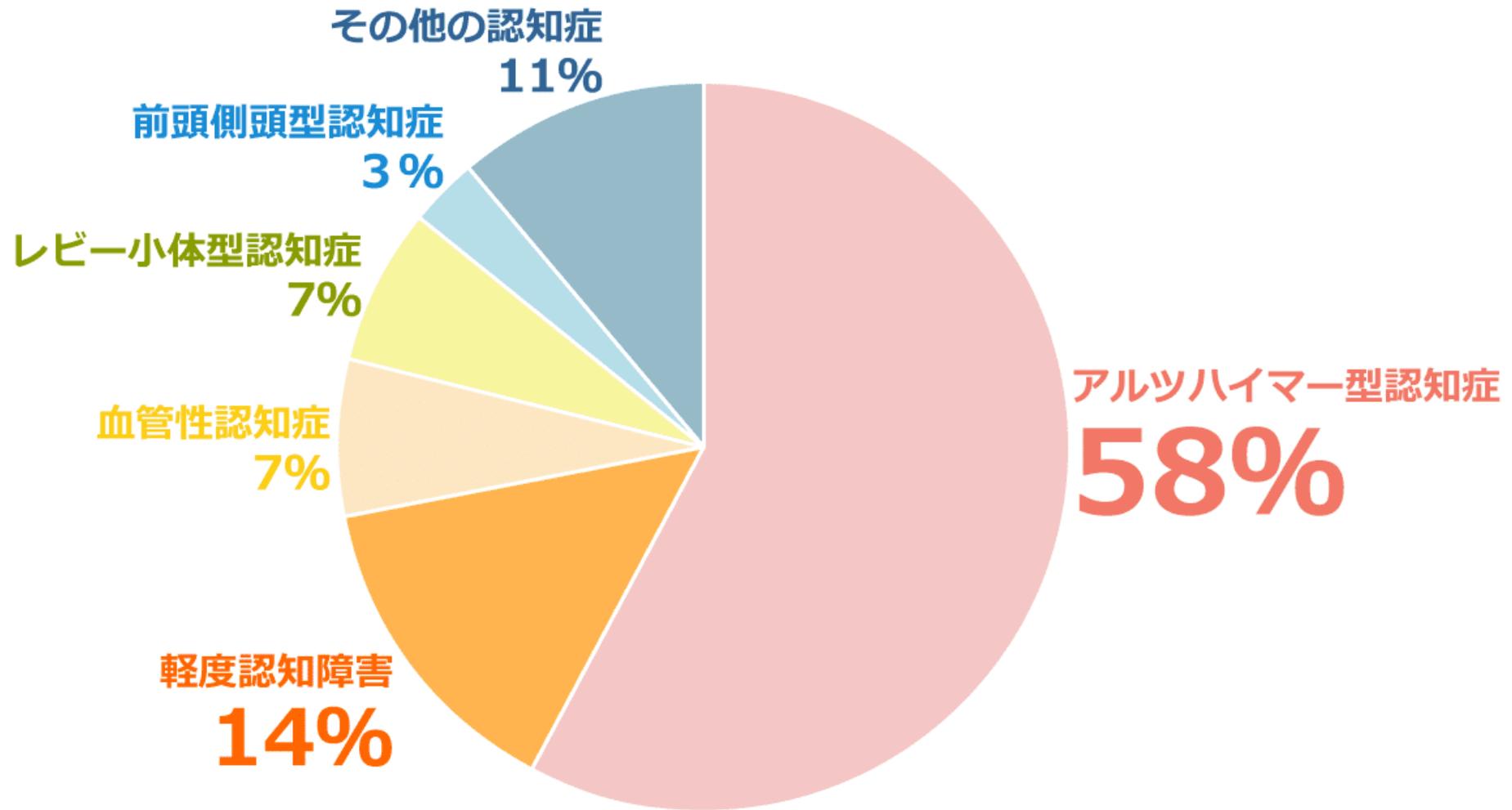
アルツハイマー型認知症

レビー小体型認知症

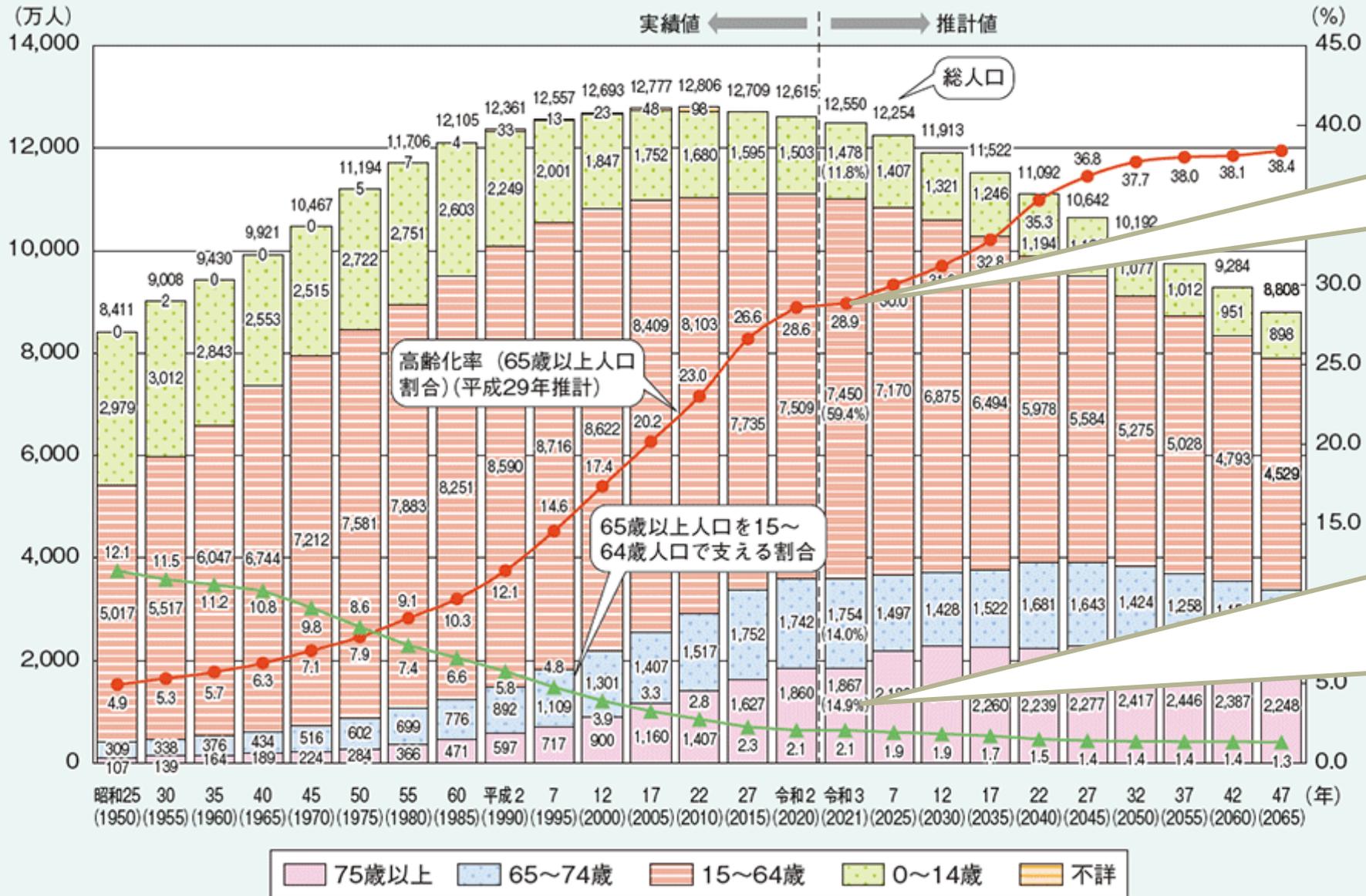
前頭側頭型認知症

※この図は、脳の機能を説明するために単純化し、分かりやすくしたものであり、実際はもっと複雑に各部分の機能が絡み合っています

# 認知症患者の診断名別割合



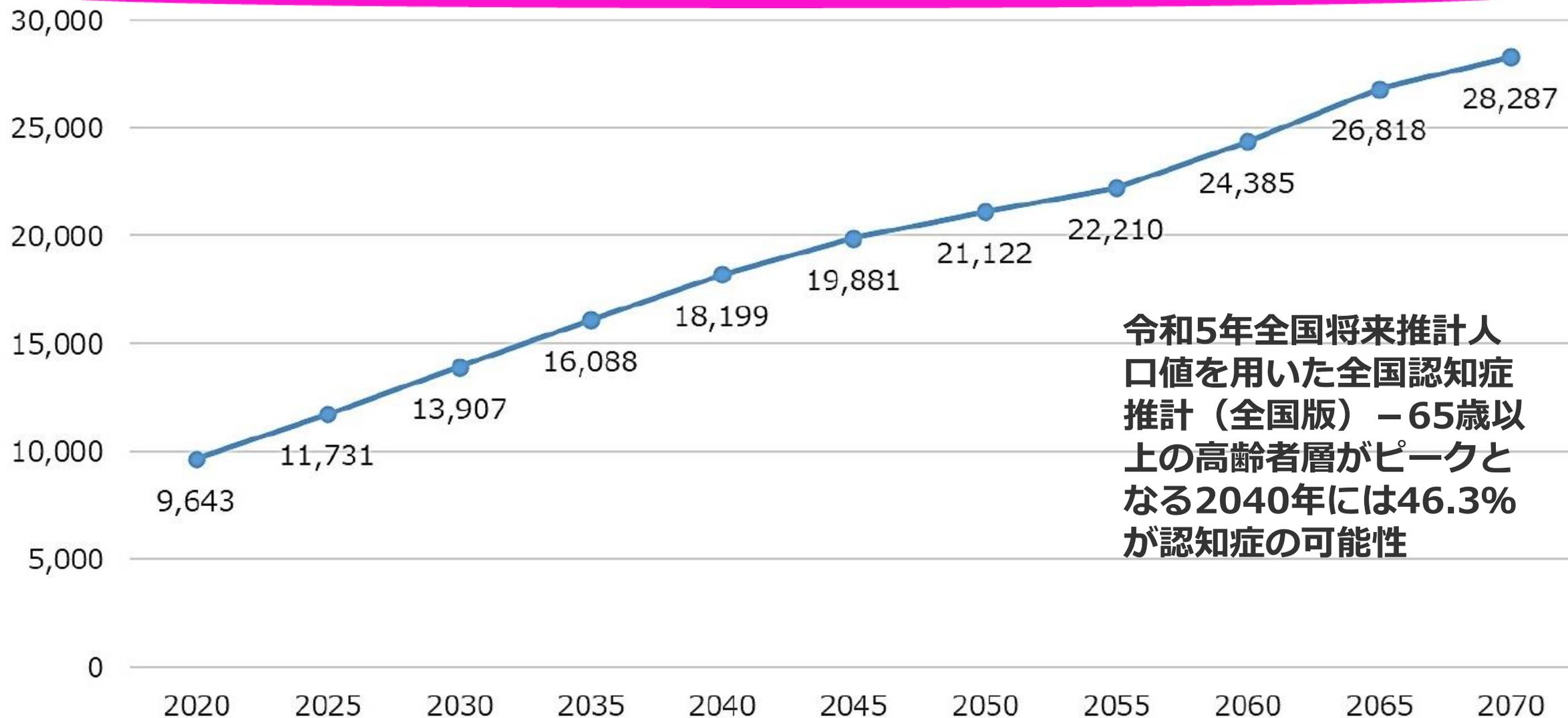
# 高齢化の推移と将来の見通し(令和3年10月1日)



65歳以上人口は、総人口に占める割合(高齢化率)28.9%

75歳以上人口は、総人口に占める割合は14.9%であり、65~74歳人口を上回っている

# 認知症総計（推計値の年次別推移（2020年～2070年） 単位:千人



「国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計（全国版）の全国将来推計人口値」及び「認知症有病率推定数学モデル」を用いた推計（ニッセイ基礎研究所）

# 中核症状:認知機能障害

記憶障害

記憶が抜け落ちて  
しまう

見当識障害

時間や場所、人間関係が  
分からなくなる

理解・判断力  
の障害

状況を理解して  
適切に判断できない

実行機能  
障害

計画を立てて  
効率的に行動できない

視空間  
認知障害

方向・距離・位置などが  
把握できない

失語

読む・話す・書く  
が難しい

失認

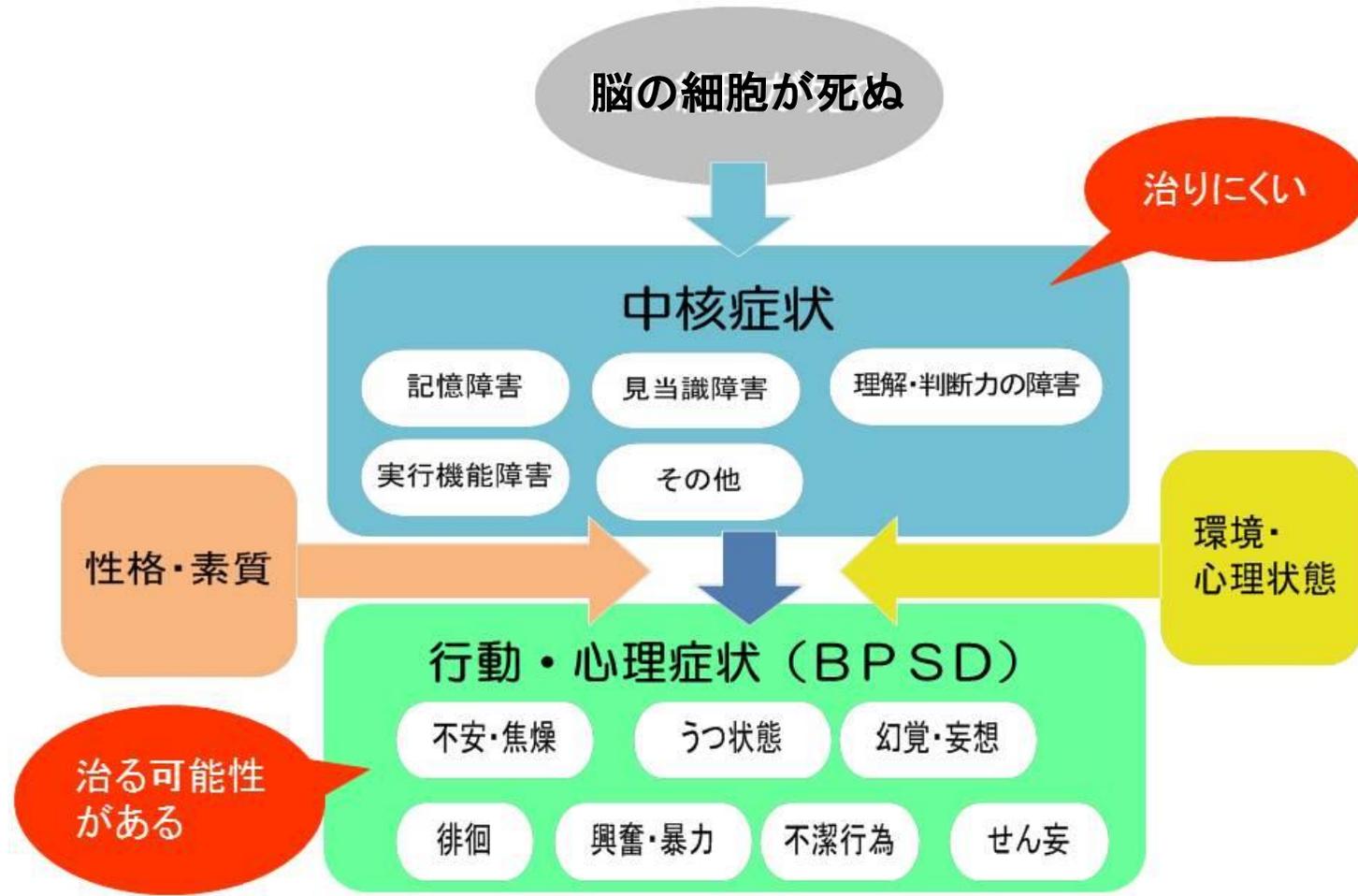
五感を通じた情報が  
把握できない

失行

動作がうまく  
できない

# BPSD（行動・心理症状）

中核症状に何らかの影響を受けることで出現する



BPSDを理解するための紙芝居

# やすおじいちゃん物語

(いわて盛岡認知症介護予防プロジェクト：BPSD対応マニュアル（南山堂）より転載)





『わしの万年筆、使っておらんか？』



『おじいちゃん、  
いっしょに探してみよう！』

『だいじょうぶ！ボクも手伝うよ！』





『おじいちゃん、  
いっしょに探してみよう!』

『だいじょうぶ!ホクも手伝うよ!』



困ったときにやさしく助けてくれる人……。

やさしく、あたたかい感情です。

# 6か月後

このようなケアの繰り返しの中で、6か月のときが流れました。

『優しいみんなといっしょ、この家は楽しいなー』



その2

『わしの万年筆、使っておらんか？』



『ダメだよ、  
じいちゃん』



『じいさん、昨日も、おとといも、その前も……  
そういって、自分の部屋にあったじゃないか！』



『ボケてるんだから、自覚してって言ってるだろー！』



『そうか、まちがったか！ これから気を付けよう。』

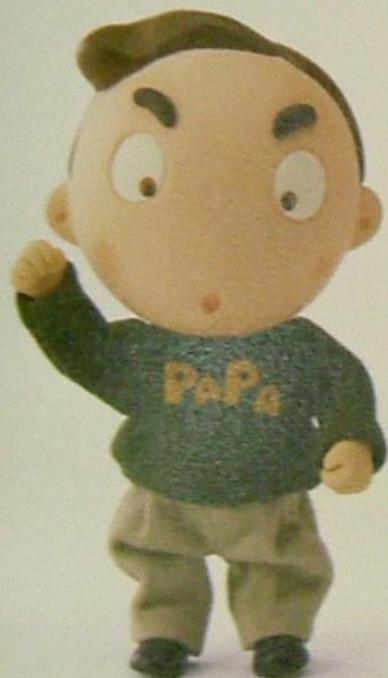
『困っているときに、怒鳴る怖い人・・・』



不快、恐怖



『困っているときに、怒鳴る怖い人・・・』



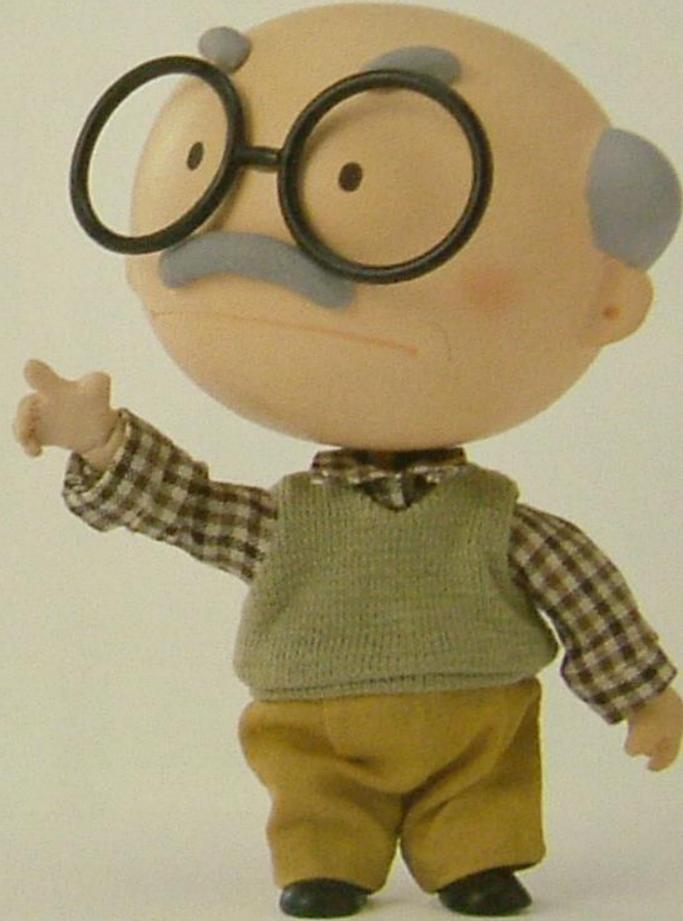
6か月後



このようなケアの繰り返しの中で、6か月のときが流れました。



『手を出してきたら、先に殴ってやる!』

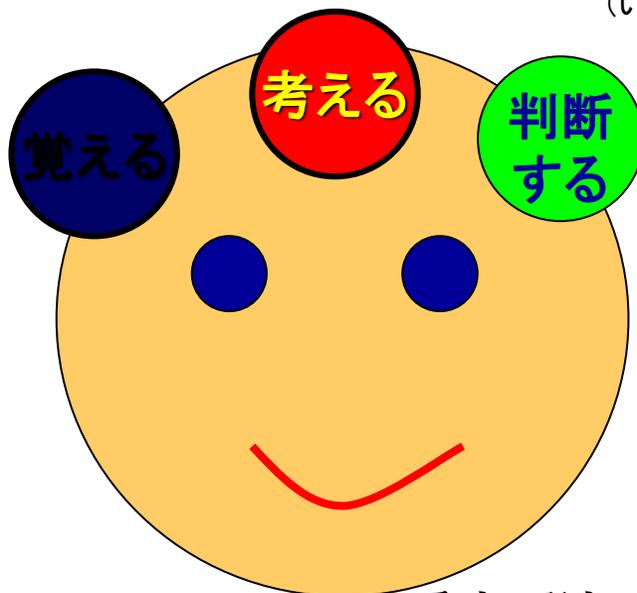


『ワシや、あんな怖い人のいる家には帰らんぞー……』



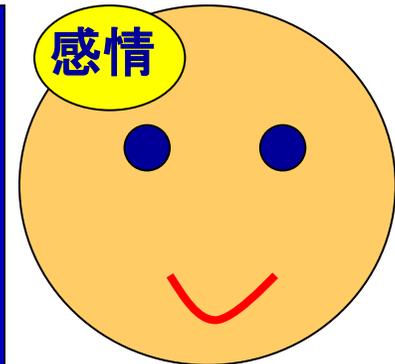
『ここは、どこじゃー・・・(徘徊へ)』





中核症状

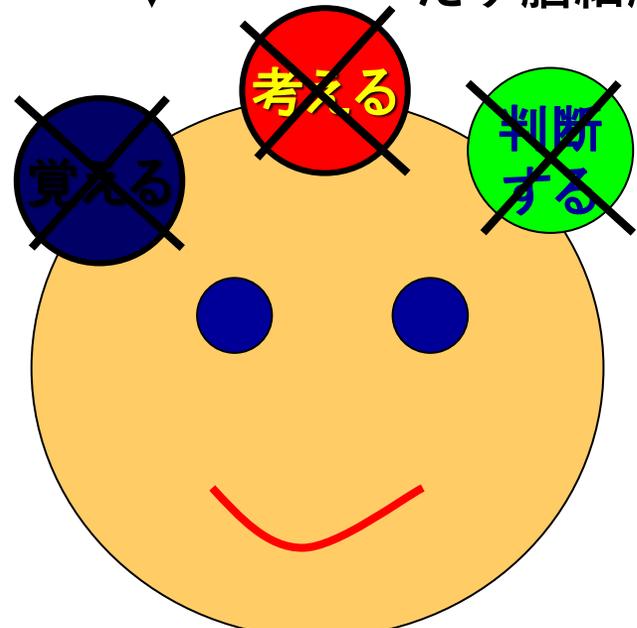
周辺症状



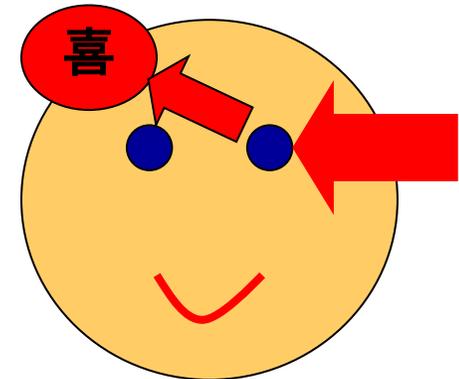
患者さんに保たれている感情



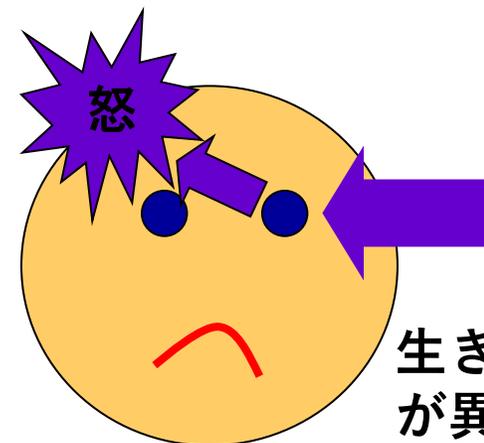
それぞれの役割を果たす脳細胞の傷害



覚えられない、考えられない、判断できない



安心する  
ホッとする



不安  
いらいら  
する

生き残っている脳が異常に反応

→ **BPSD出現**

# スピリチュアル・ペインとしてのBPSD

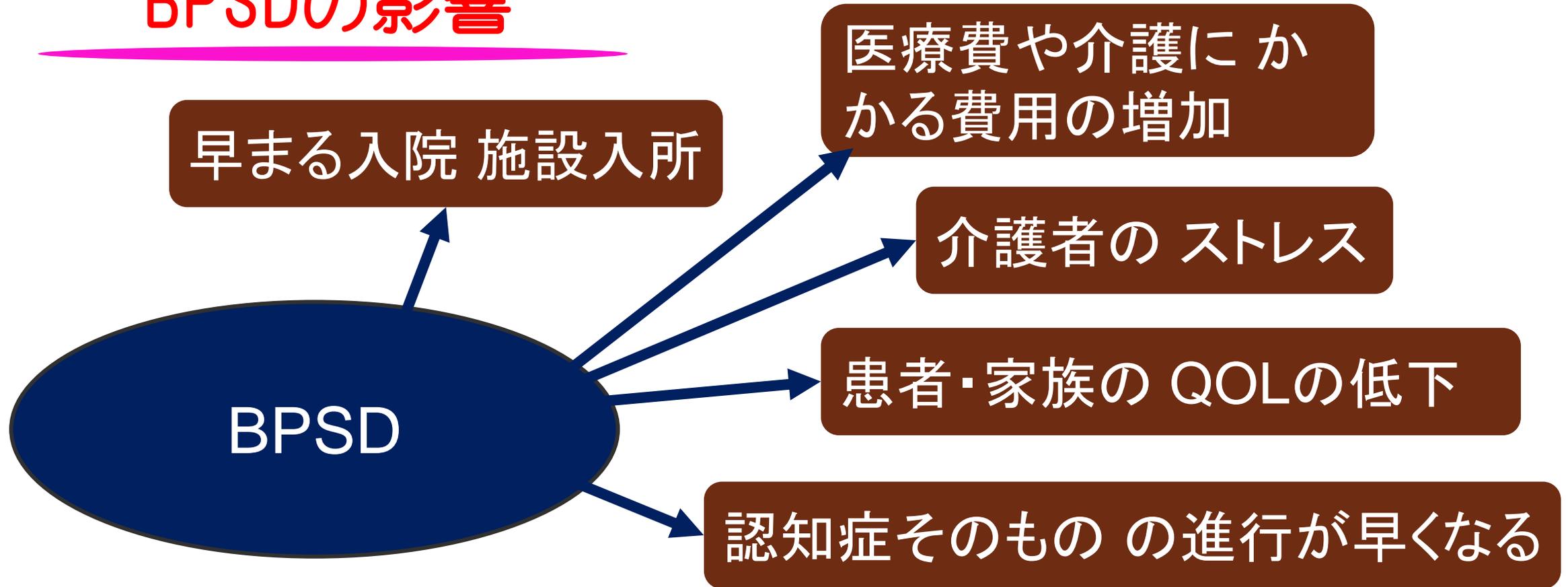
BPSD : behavioral and psychological symptoms of dementia : 行動心理徴候

- 従来、認知症で見られる妄想・徘徊などの症状は「問題行動」と呼ばれていた。
- 近年、これらの症状は、患者さんが周りの世界に適合しようと、もがき苦しんでいる徴候であると理解されるようになった。
- 認知症の進行でやれることをあきらめざるを得なかったり、自分の存在意義や役割を喪失することによる**魂の痛み**としてとらえる視点が必要。
- 非薬物的な対応（環境整備、接し方、休息ケア）と薬物療法を多職種チームで総合的に行うことが求められる

## BPSD (認知症の行動・心理症状)とは

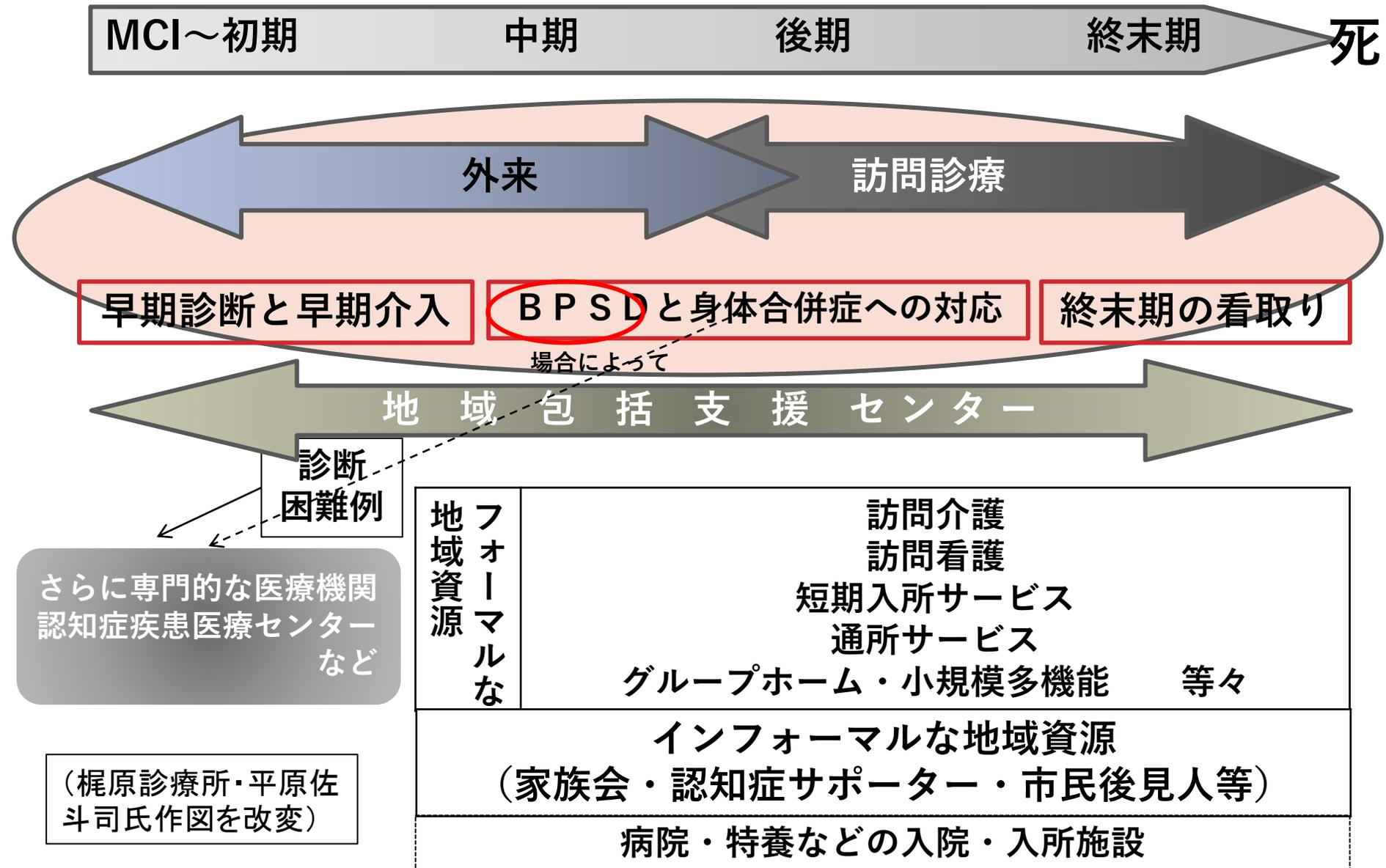
- 中核症状と認知症の人の性格傾向、介護者との人間関係、生活環境、身体症状などの相互作用によって生じる
- 認知症の行動・心理症状は、看護する側の問題であり、認知症の人にとっての問題ではないことが多い
- BPSDは、認知症の人なりの対処行動・防衛行動であり「ある種のメッセージ」である
- 認知症の人の要因だけでなく、介護者・家族との関係性によっても作られる
- 不適切なケアが、認知症の人のBPSDを悪化させていく悪循環が生まれる
- BPSDはすべての認知症の人に出現するわけではない。適切なケアによって予防できることが多い

# BPSDの影響



BPSDの要因・誘因を理解して、早期に適切なケアをすることでBPSDが予防できる  
BPSDの予防が重要

# 認知症の人のステージとかかりつけ医



# 行動・心理症状の薬物療法の前に

---

- 昼は活動して、夜は眠れていますか？
- 食事や水分は十分に取れていますか？
- 急激な環境変化はありませんか？（配偶者や親近者の不幸・引っ越しなど）
- 便秘や風邪など体調不良はありませんか？
- 新たに始まった薬はありませんか？（風邪薬、かゆみ止め、睡眠薬、胃薬など）

これらを改善することで症状が治まる場合が多い。  
(睡眠、食事・水分、環境、体の病気、薬)

# 認知症の人への関わり方のポイント

ネガティブの関わり方	ポジティブな関わり方
誇りを傷つける「こんなことも出来ないの」と、本人や人前で失敗を言う	失敗はそうっと、見て見ぬふり
急がせる、「まだできないの」	ゆったり
きりきりする	お茶でも一服(怪我がなければ大丈夫)
怒り顔	笑顔、穏やかな口調
一人きりにする	傍にいる、一緒にやる
手を出し本人にさせない(出来る力を奪う)	少し待つ、一度傍を離れる
口を出す	黙って見守る
否定する	話しを合わせる
理屈で説得する	本人が納得する言葉がけで
一度にたくさん言う	一つずつ(今何をするか分かるように)
何もすることがない	役割を持ってもらう、楽しみごとを作る
刺激がない	外気に触れる、五感や感情に働きかける 気持ちいい、きれい、温かい、おいしい

# 認知症ケアのポイント

## 接し方の基本を理解しましょう

- \* 眼を見て、相手のペースに合わせてゆっくり話す（トーンは低く・ゆっくりと短く・具体的に話しかける）
- \* 聞くことを第一に、待つこと（聞いてもらっていると感じられ、安心感が生まれる）
- \* 間違っているとしても、まずは受け入れる
- \* 理屈で説得しない。気持ちを理解する「説得よりも納得」
- \* 命令しない、叱らない、焦らない、急がせない
- \* 出来ることを大切に（出来ることを意識的に見つける）
- \* 感情に働きかける声かけをする  
（きれい、気持ちいい、似合う、うれしい、ありがとう）

# 4大認知症の特徴と対応の基本

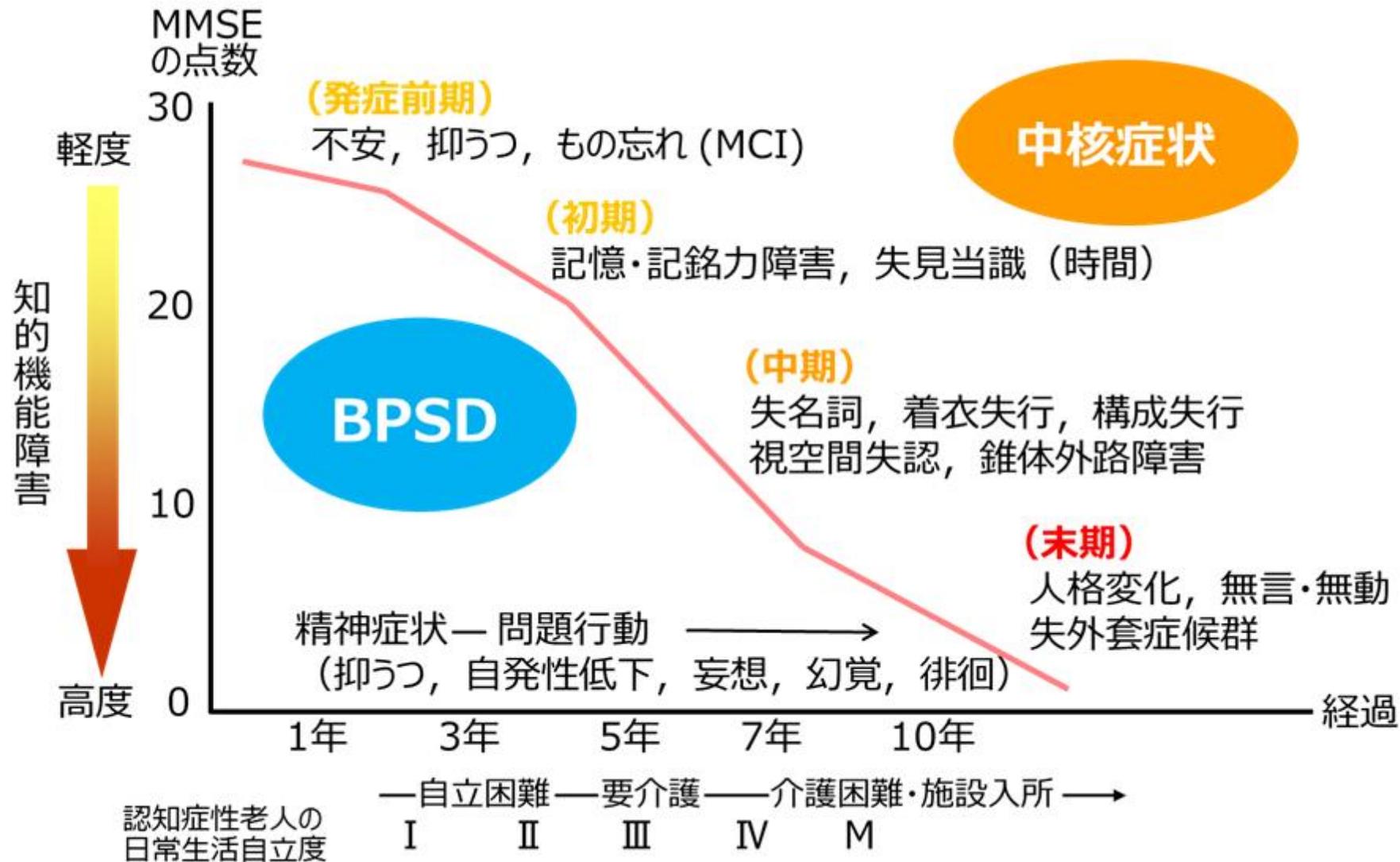
---

- ・アルツハイマー型認知症
- ・レビー小体型認知症
- ・脳血管性認知症
- ・ピック病（前頭側頭型変性症）

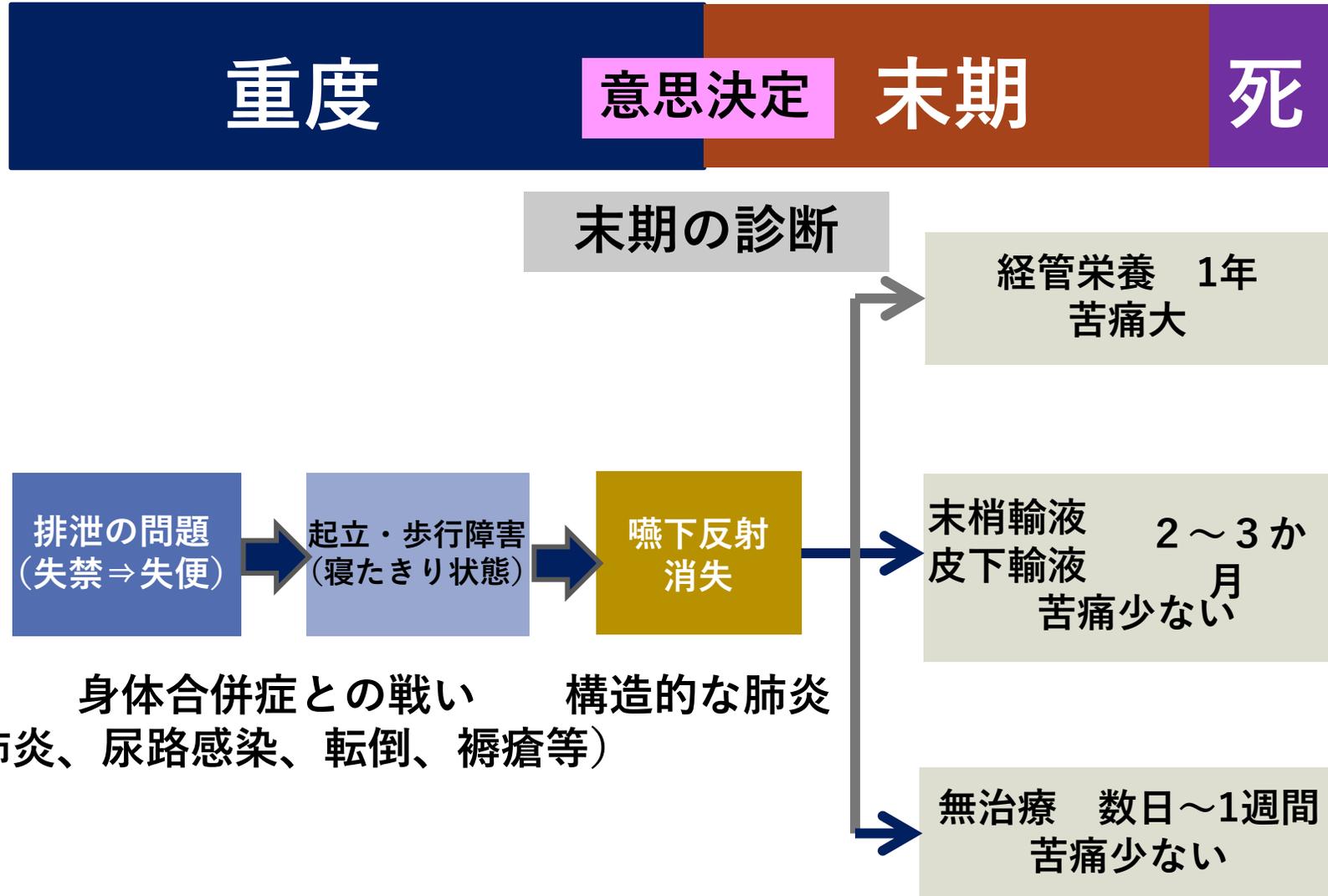
# アルツハイマー型認知症

---

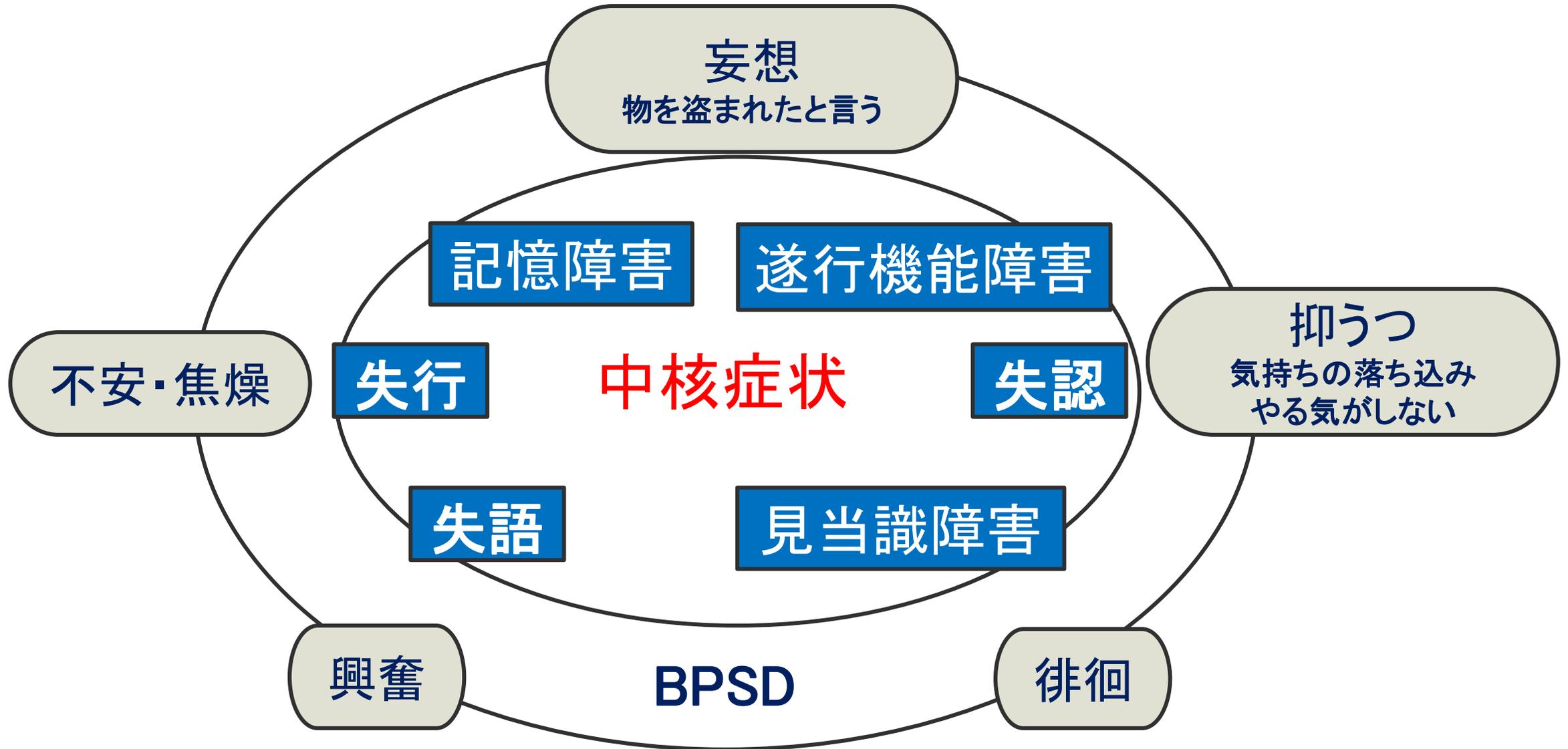
# アルツハイマー型認知症の自然経過



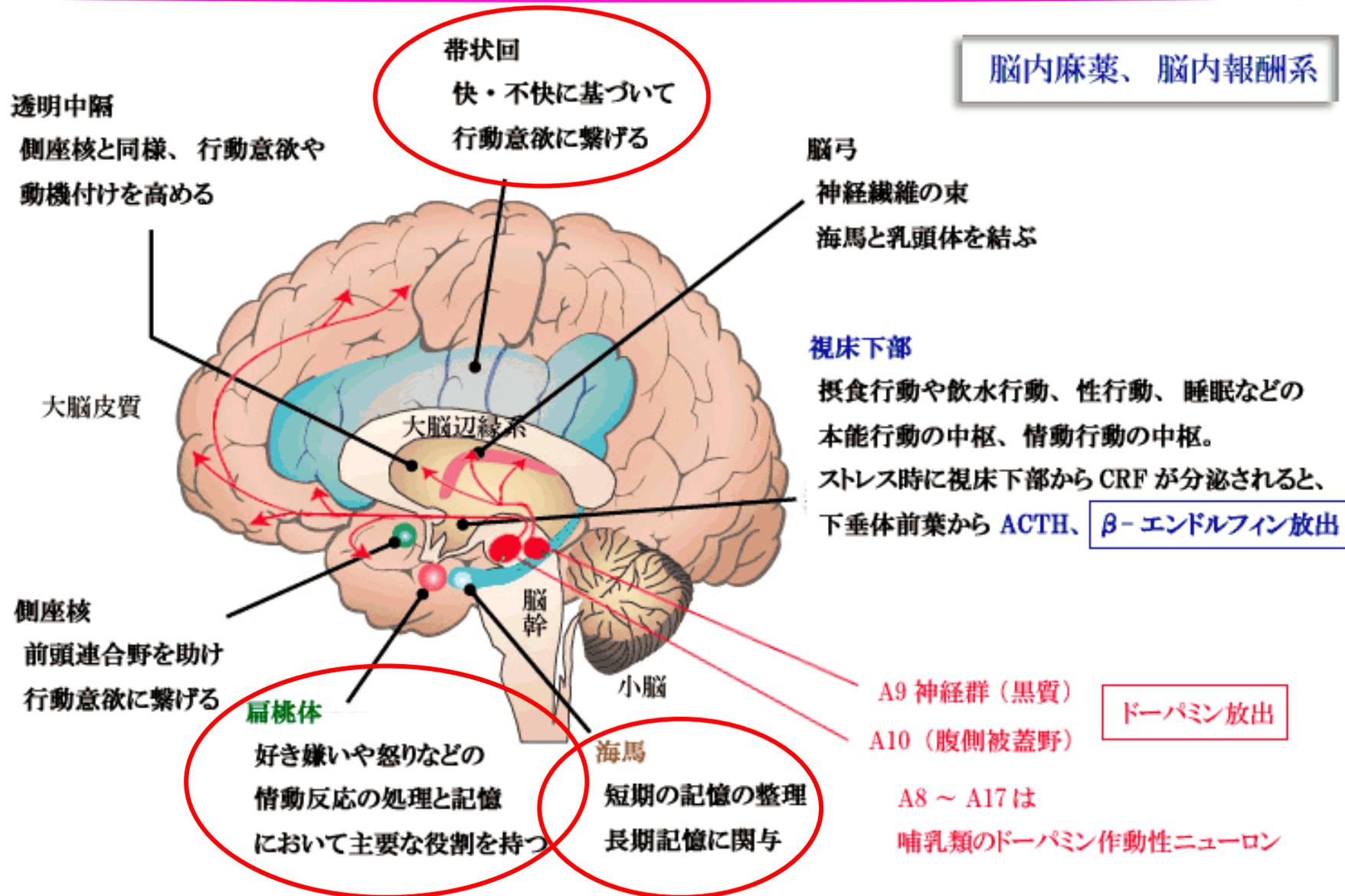
# 重度から末期アルツハイマー病の経過



# アルツハイマー型認知症で出現する 中核症状とBPSD



# 記憶の中枢の海馬と扁桃体





### 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)



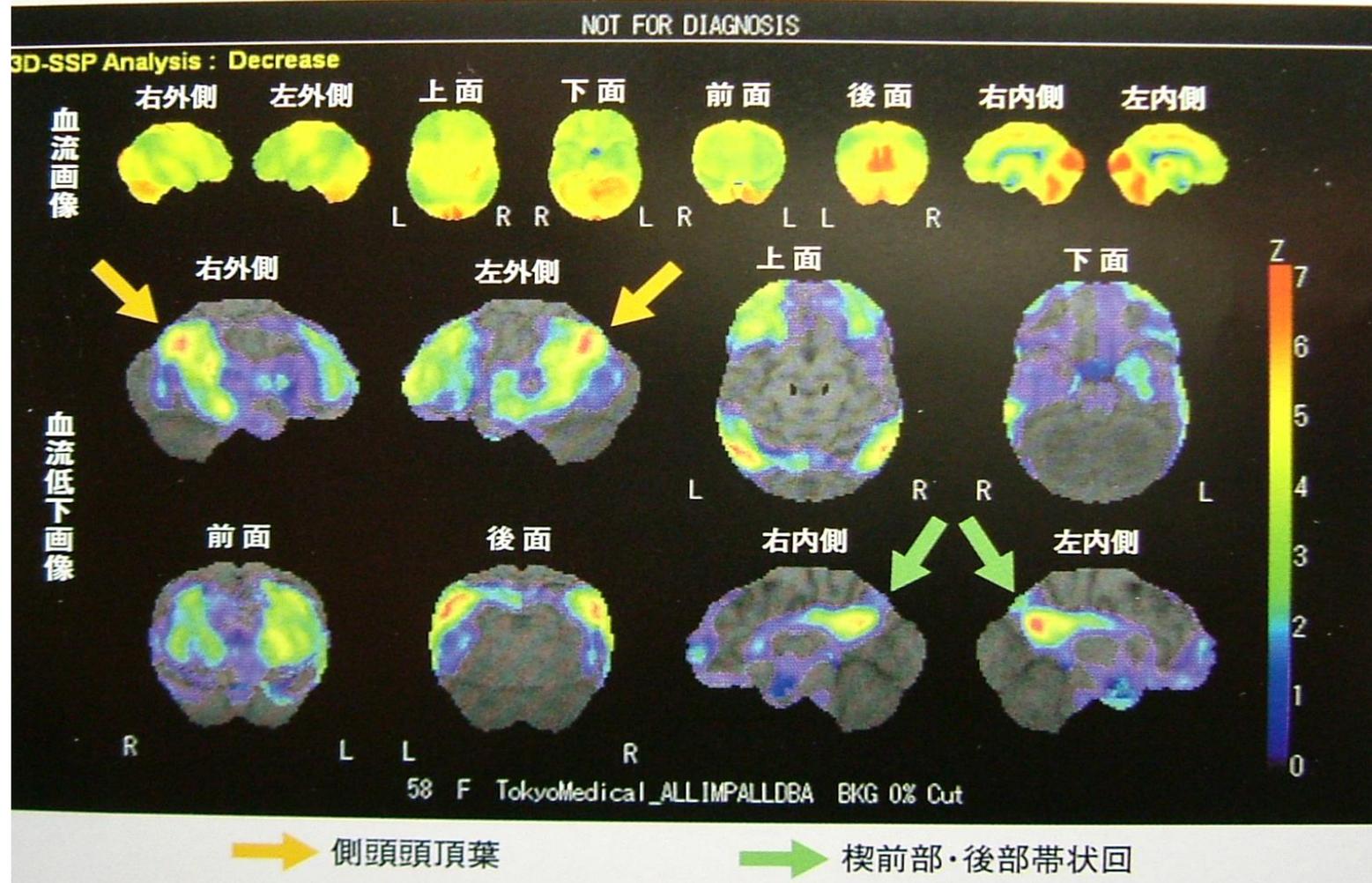
### MRIによるアルツハイマー病の診断

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)



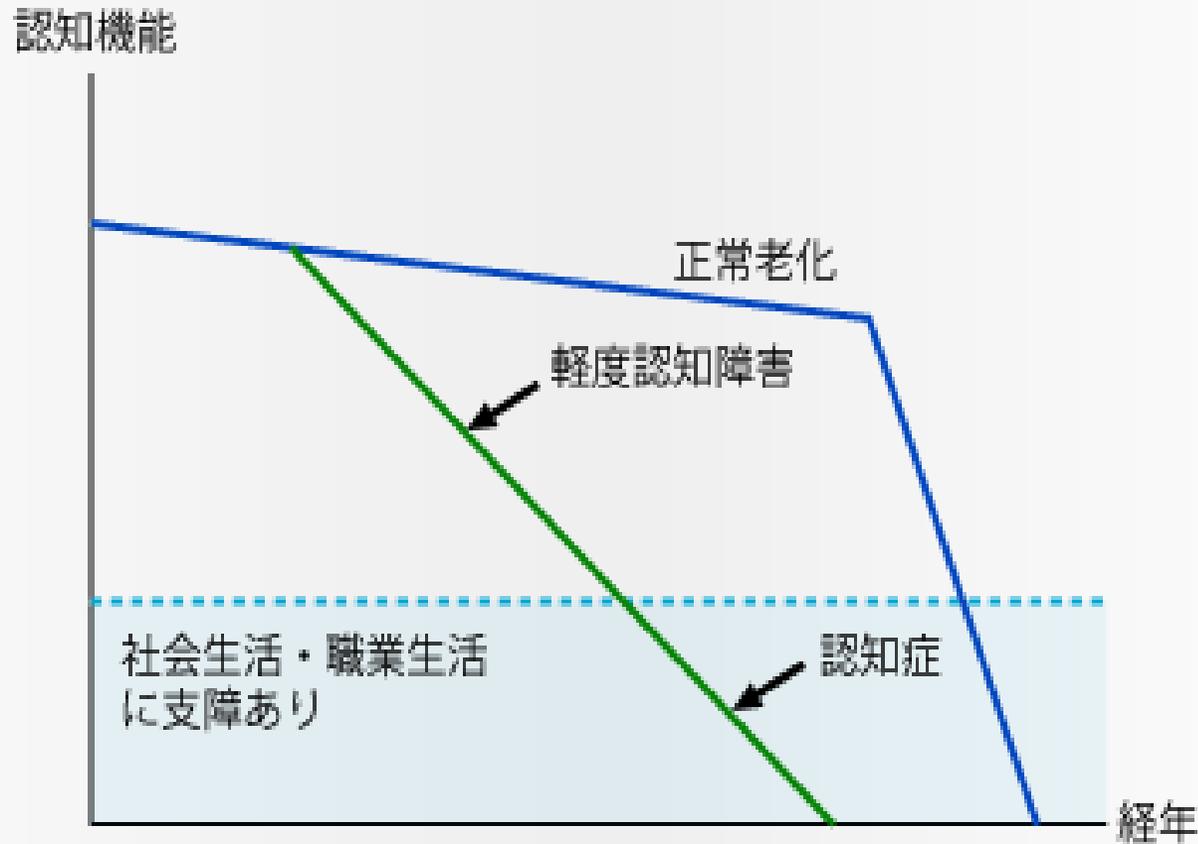
(3D-SSP : 日本メジフィジックス(株)が無償提供しているSPECT統計画像解析ソフトウェア)

# アルツハイマー病期別の特徴：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、周囲と摩擦が起きる。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

# 軽度認知障害 (MCI)の概念



## 軽度認知障害と認知症の概念的変化

[ 認知予防・支援マニュアル 東京都老人総合研究所より ]

次の5つが全部当てはまるとMCIと考えられます

- ①物忘れを自覚している。周りの情報でもいい。
- ②客観的に記憶障害がある(新しいことを覚えられない、維持できない、思い出せないこと)。
- ③認知機能は保たれている。
- ④日常生活は基本的にできる。
- ⑤認知症ではない。

# アルツハイマー病期別の特徴：中期①

「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

## アルツハイマー病期別の特徴：中期②

---

- ケアでBPSDを抑えられる
- 一瞬一瞬を大切に、**幸福感は残る**
- 内容は覚えていないが**悪い感情は残る**
- **残存機能を大切に**「自分で出来る」と思える関わりで安心できる
- **手続き記憶は保持**、声掛け、見守り、一つ一つ指示、模倣で想起でき行動が可能
- 一連の行為は困難だが**部分を担える**

## アルツハイマー病期別の特徴：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

# アルツハイマー型認知症のケアの基本①

- ・盗られ妄想の背景には、近時記憶障害だけでなく様々な要因がある。



今まで普通にできていたことが、円滑に事が運ばなくなった不全感や不安。家人の態度の変化による寂しさや疎外感などからくる被害者意識。



- ・人生の先輩である敬意を示す。大事な存在であること伝える
- ・見守り、気配り、声掛け
- ・しまう場所を把握して一緒に探し、本人に見つけてもらう

# アルツハイマー型認知症のケアの基本②

- 認知症が末期に至るまで、運動機能低下や身体症状は見られない
- 日常生活機能の障害は記憶などの認知機能の低下が背景にある。  
(基本的には身体的に行えなくなるのではない！)
- 出来ること、出来ないことの見極め。出来ることに着目する
- 「何もやろうとしない」場合には、
  - ・ 見守り→声掛け→物を見せる→模倣する
- 「出来ない事(能力欠損)」なのか「やろうとしない(発動性の低下)」  
なのかを評価する
- 全てを代行しない。出来ない部分だけを援助する
- BPSDに対しては、気分転換を図り繰り返し、根気良く付き合う。  
説得より納得

# レビー小体型認知症

---

# レビー小体型認知症の経過

アルツハイマー型認知症が加わることも高齢になるとアルツハイマー型認知症も起こりやすくなる。認知機能の低下は、アルツハイマー型認知症の影響が強いと考えられる場合もある

## 幻視・誤認

ないものが見えたり、見間違いが多くなったりする。妄想に発展することもある。

**パーキンソン症状**  
動作が緩慢になる

## 認知機能の変動

疎通のよい時と悪い時の差が大きくなる

歩行障害・嚥下障害  
⇒寝たきり状態

時間経過

初期

中期

後期

**レム睡眠行動障害**  
夢をみて寝言や体を動かす

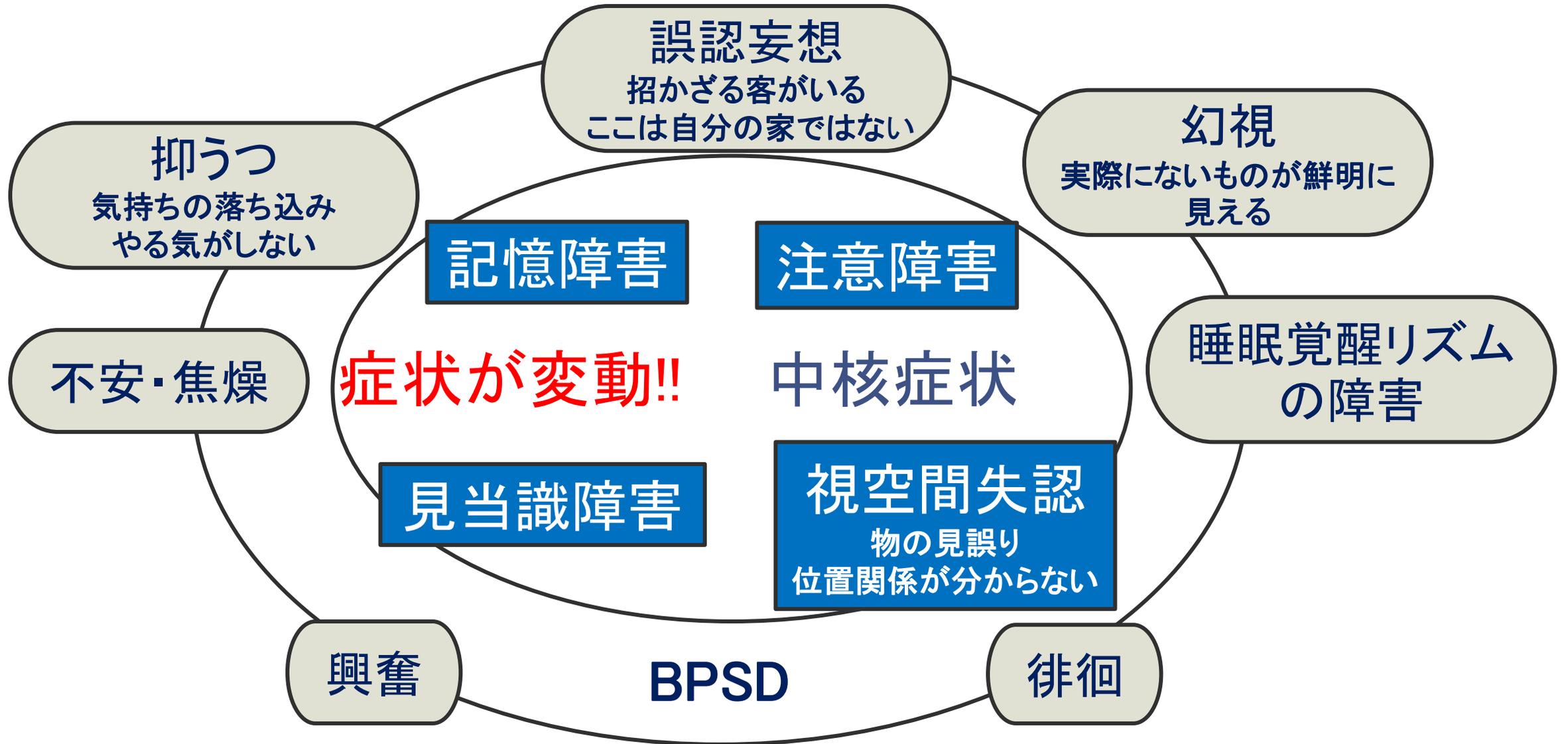
**認知機能の低下**  
記憶障害、判断力の低下などが目立つようになる

## うつ状態

**薬への過敏症**  
すべての期間を通じて、特に向精神薬に対して敏感に反応しやすい

**自律神経症状** ふらつきや便秘、排尿障害など体の不調に悩まされる

# レビー正体型認知症で出現する 中核症状とBPSD



# 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たに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**幻覚幻視**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

# 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

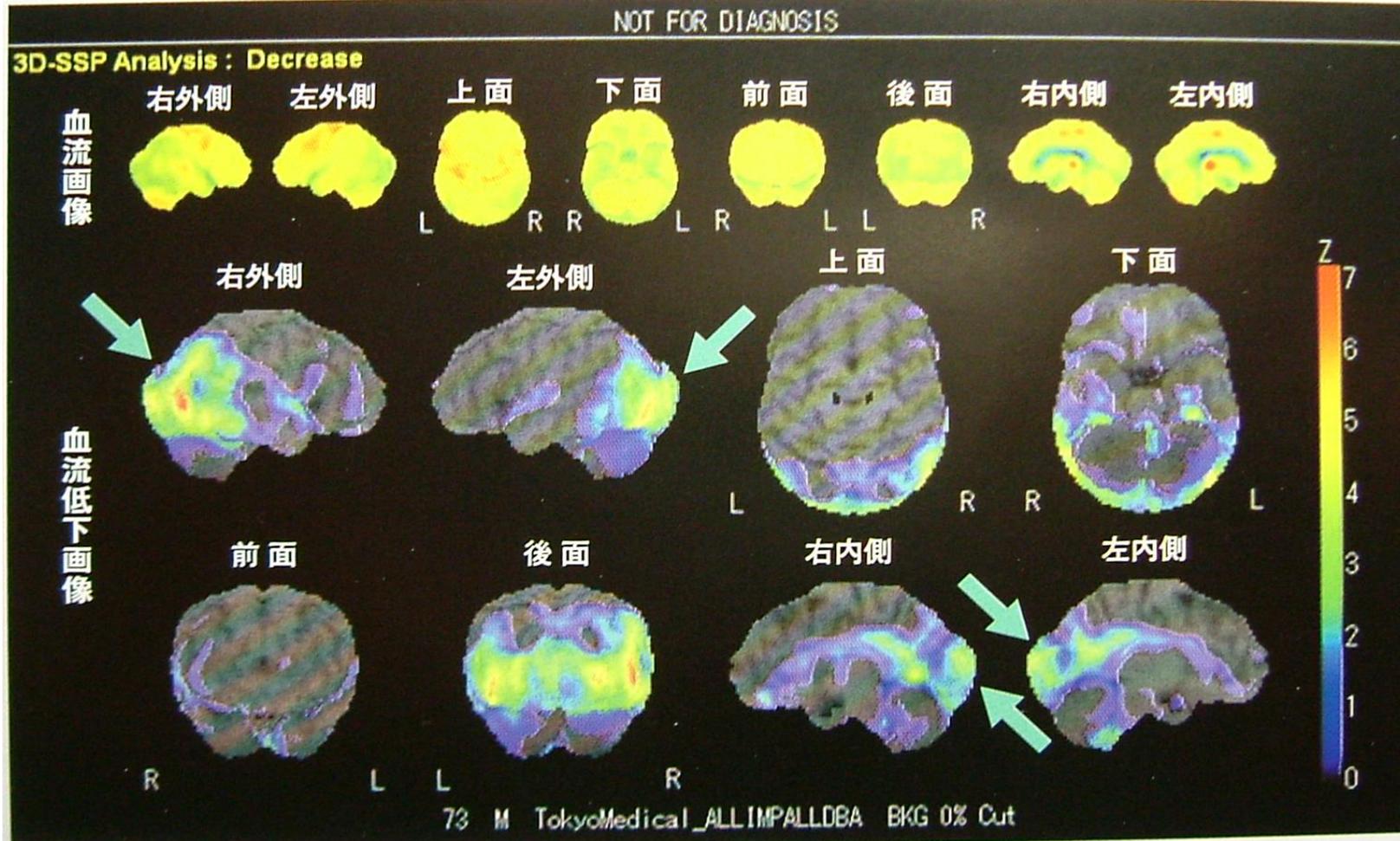
## 4. DLBの診断を支持する症状

- 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

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

# SPECT / 3D-SSP (DLB)

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



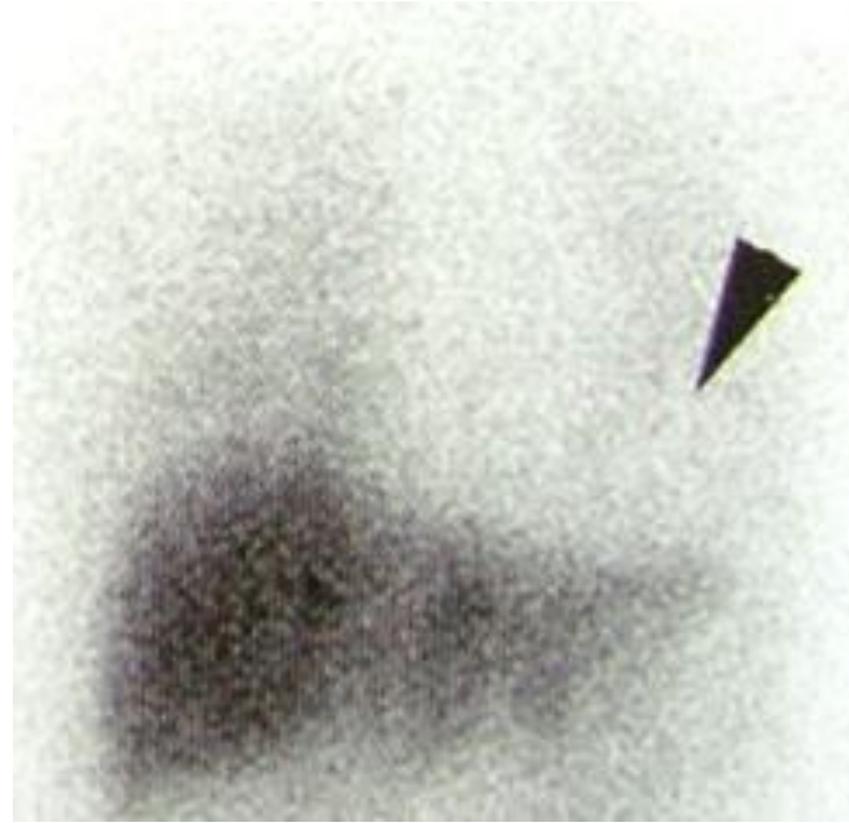
→ 後頭葉

(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( $^{123}\text{I}$ -META IODOBENZYL GUANIDINE)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。

# レビー小体型認知症の症状

---

- ・ 物忘れがあるが強くない
- ・ 日によって、頭がはっきりしている時とそうでない時の差が激しい
- ・ 妄想がみられる
- ・ 実際にないものが見える
- ・ 睡眠時に異常な行動をとる
- ・ 鬱的である
- ・ 動作が極端に遅くなった
- ・ 立ち上がるときにふらつく ・ 転びやすくなった

# 幻視・錯視(人や小動物で鮮明)



非常にリアルな幻視

# 幻視、錯視の対応(環境調整)

- 雨や曇りなど**天気の悪い日や夕方や、夜間に多い**
- 部屋を**明るく**、錯視を疑う物は**取り除く**
- けばけばしい色や強すぎる光は苦手
- 模様や凹凸が分かりにくいのでカーテンやカーペットはできるだけ**無地の物**にする
- 部屋を**見通しよくし**、物影が出来ないように工夫する
- 刃物など**危険なもの**は本人のそばに置かない

# 幻視・錯視の対応

- ・ 幻視の訴えを**受け止め**、頭から**否定しない**
- ・ その人には見えているので、恐怖感や違和感を感じているので**気持ちを理解**する
- ・ 幻視は病状によって生じているもので、幻なので危害を与えない事を繰り返し伝える
- ・ 見えたときは伝えてもらうことを約束し、安心できるものであることを確認する
- ・ 恐怖を呼ぶ幻覚は「**始末**」する(殺虫剤をまく等)
- ・ 幻視・錯視の場所・物を**一緒に確認**する、手で触れる、声に出す、振り払う

# 認知機能の変動への対応

- ・ 症状の**変動が大きい病気であることを理解**する
- ・ 変動の**パターンを知る**
- ・ 調子が悪くなっても慌てない環境調整を！
- ・ **最も悪い時**に対応できる環境づくりを行う（介護ベッドやポータブルトイレの導入など）
- ・ 危険物の片づけや室内の整理をする
- ・ 今どのような状態にあるかを考えながらの対応が必要

# レビー小体型認知症のケアの留意点

- ・ アルツハイマーの**10倍転倒のリスク**がある
- ・ 転倒はパーキンソン病ではなく、認知機能の変動や自律神経障害（ふらつき、起立性低血圧）が原因。
- ・ 後ろから声をかけない
- ・ 幻視、錯視、パーキンソン病で環境調整が必要
- ・ 錯視は取り除く
- ・ **幻視は否定しない**。傾聴と受容で安心できる対応をする。（幻視は触れると消える）
- ・ 不適切な対応がBPSDに移行する

# 腦血管性認知症

---

# 脳血管性認知症

## 特徴

- 脳の損傷部位・程度によって異なる
- 中大脳動脈(脳幹)の損傷(梗塞・出血)が多い
- 脳幹が閉塞すればすべての神経が前頭葉を通るので前頭葉症状が出現する
- SPECT・PETでは前頭葉の低灌流が著明
- 比較的保っている部分とそうでない部分がある(まだら認知症)
- 再発することが多く、梗塞発作を繰り返し階段状に悪化する
- 記憶障害が軽度の段階から、前頭葉機能低下による易怒性や抑うつが目立つ
- 早期からの介入で高血圧症・糖尿病・高脂血症などのコントロールで進行の予防が可能(非進行性で治療が可能な認知症)

## 身体症状

- 動脈硬化のリスク(高血圧症・糖尿病・高脂血症・心疾患など)
- 老年期によく見られる病態(脱水・誤嚥・感染症など)
- 体と心の不調がすぐにせん妄として表れやすい(感染、発熱、脱水、薬物の副作用など内科的合併症が誘因のことが多い)

# 脳血管性認知症

## 精神症状

- ・記憶障害が軽度な段階から、遂行障害、意欲の低下、自発性低下、思考緩慢、感情失禁、性格変化、易怒性、脱抑制など(前頭葉機能低下による症状)
- ・夜間せん妄、抑うつが目立つ

## 神経症状

- ・頻尿・尿失禁などの排尿障害
- ・小刻み歩行などの歩行障害
- ・病的反射・仮性球麻痺に伴う嚥下障害、構音障害
- ・パーキンソン症候群など
- ・錐体外路症状である構音障害と排尿障害の人は嚥下障害を合併し誤嚥性肺炎を起こすリスクが高い
- ・右脳の障害→左半身麻痺、左半側空間無視
- ・左脳の障害→右半身マヒ、言葉の障害

## 【まだら認知症とは】

認知症の症状の波が大きい状態

時間によって症状の  
程度に差がある



できること・できないことに  
差がある

## 脳のダメージにかたより

まだら認知症の正式名称は**脳血管性認知症**といいます。

脳は、各部分で担う機能が異なるため、脳血管性障害によるダメージを受けた部分の機能は低下しますが、ダメージを受けなかった部分の機能は比較的健在なままです。

そのため、例えば記憶能力はダメージを受けたが言葉の理解や計算能力は保たれている、というような「まだら」の状態が発生するのです。

# 血管性認知症の留意点

- ・ 記憶障害は強くない
- ・ 血糖、高脂血症、高血圧のコントロールで認知症の進行が予防できる。
- ・ 身体コントロール不十分な場合、階段状に認知症が進行する。
- ・ せん妄を起こしやすい
- ・ 抑うつや易怒性など前頭葉症状が前面に出る。
- ・ 意欲低下に対して、根気よく行動を促す。
- ・ 脳梗塞の部位により症状の出方が違う。
- ・ 右側頭葉では、左半側空間無視
- ・ 左側頭葉では、失語がある

# 前頭側頭型認知症

---

# 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)

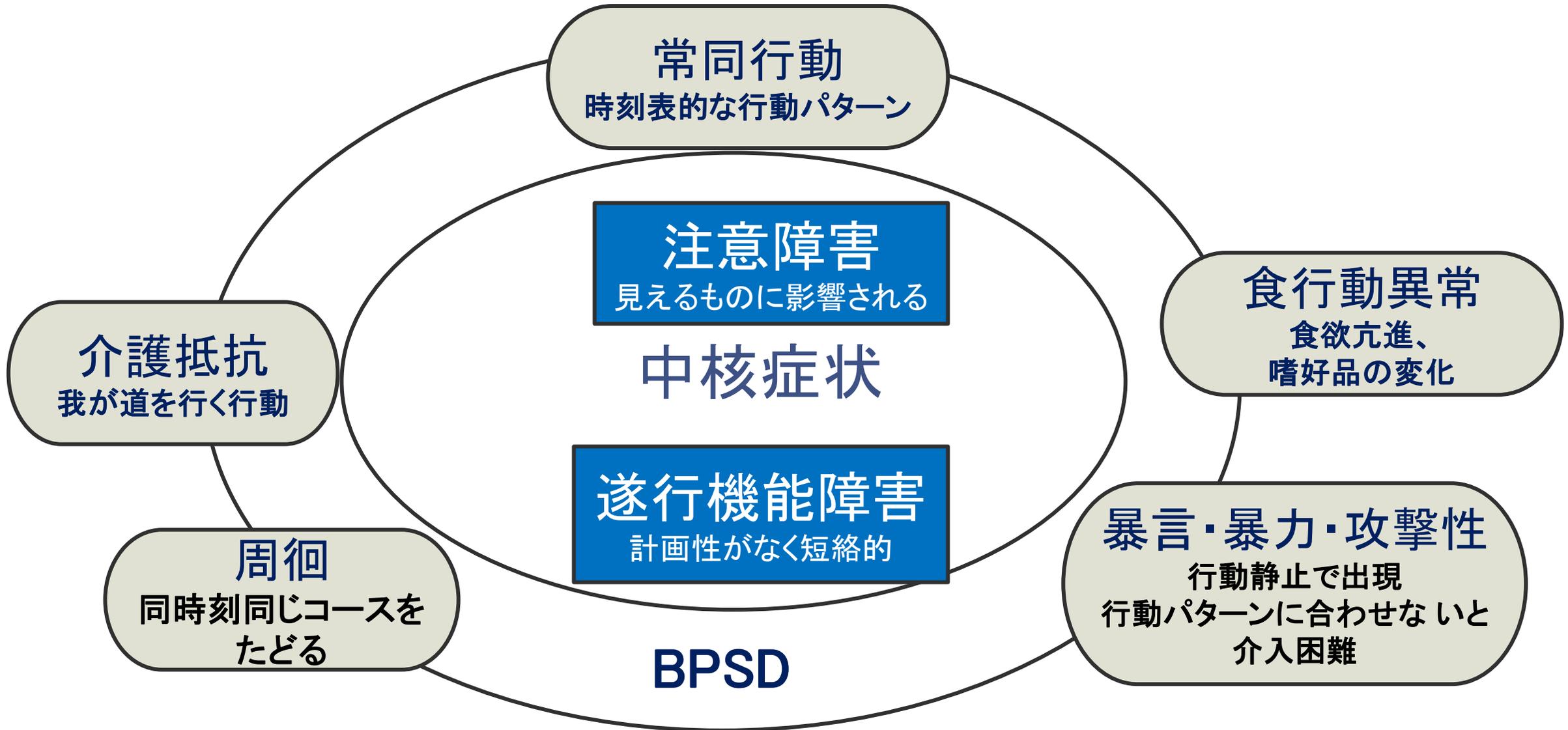
— 前頭葉変性型 (FLD)

— 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

# 前頭側頭型認知症で出現する 中核症状とBPSD



# 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

- ・ 身勝手な行動や状況に不適切で悪ふざけなどがみられる
- ・ 原因不明の引きこもりや何もしない状況が続く
- ・ 自己の服装や衛生状態に無関心で不潔になる。
- ・ 周囲の出来事に興味を示さない
- ・ 万引きなどの軽犯罪を繰り返す。反省しない
- ・ 散歩など決まった時間に行う。止めると怒る
- ・ 毎日同じ物(特に甘いもの)しか食べない。際限なく食べる場合がある
- ・ 同じ言葉を繰り返したり、他人の言葉をオウム返しする。  
静止しても一時的に止まるのみ
- ・ 食物の好みが変わる。アルコールやタバコを大量に摂取する
- ・ 無口になる。ハサミ、メガネなどの品物を見せても言葉の意味や使い方もわからない。
- ・ 最近の出来事など、短期記憶は保たれている
- ・ 日時の間違いはない。

## 前頭側頭型認知症の介入の基本

- ・ 近時記憶障害は保持のため、固定されたプログラムを覚えることは可能
- ・ 場所やスタッフなどなじみの関係を作ることができる。デイサービスなど利用開始時より同じスタッフが同じ場所での対応が可能
- ・ 知覚や運動機能、空間を把握、物品操作する能力はある程度保持、編み物、カラオケ、絵画、ジグソーパズル、など体で覚える「リハビリ」が可能、常同行動を生活に適したケアに生かす

- ・初期から決まった曜日、時間に入浴や作業療法などを組み込む(最初が肝心)
- ・週間予定表、日課表を掲示
- ・影響のされやすさで、注意力散漫になる
- ・食事、作業中はテレビを消し、人通りが多い場所は避ける
- ・注意をひきつけ影響のされやすさを利用して立ち去り行動を予防する
- ・すぐに取り掛かれるように道具の準備をしておき、見えやすいところに置かれた道具に注意を向ける

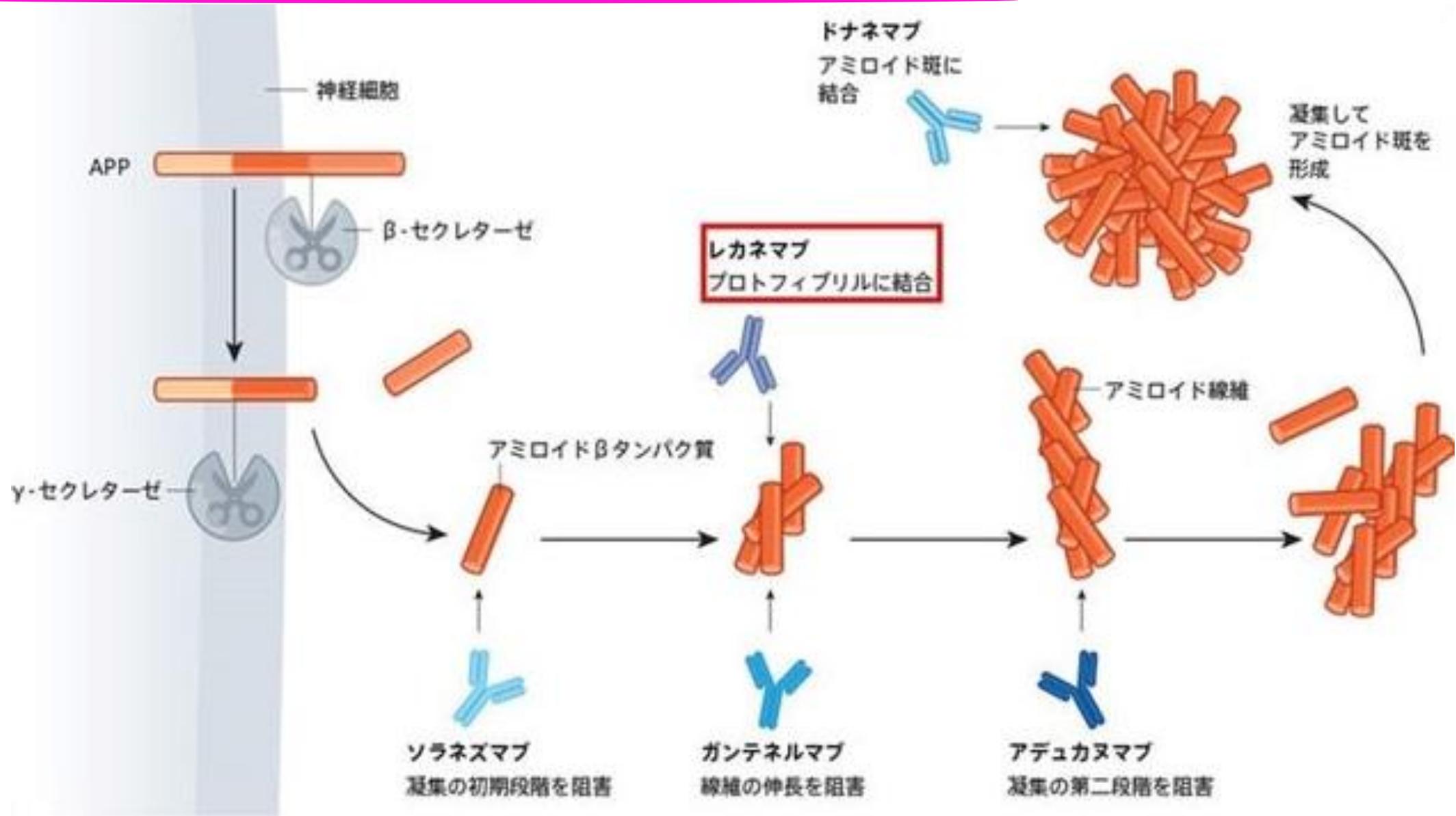
- ・常同行動、脱抑制的行動などの異常行動が高頻度  
に出現し、これらの症状は制止・修正が 困難
- ・無理な行動静止で暴言・粗暴行為につながる
- ・常同行為を生活パターンに組み込む
- ・社会的に車の事故、万引きなど容認困難な行動に  
ついては、入院などにより、環境を変える

# 認知症の治療の実際

	Alzheimer病	血管性認知症	Lewy小体型認知症
中核症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>●コリンエステラーゼ阻害薬 ドネペジル塩酸塩 galantamine rivastigmine</li> <li>●NMDA受容体拮抗薬 memantine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●コリンエステラーゼ阻害薬 ドネペジル塩酸塩</li> <li>●脳循環代謝改善薬 ニセルゴリン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●コリンエステラーゼ阻害薬 ドネペジル塩酸塩 galantamine rivastigmine</li> </ul>
周辺症状 (BPSD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●非定型抗精神病薬 リスペリドン オランザピン クエチアピン アリピプラ ゾール</li> <li>●ハロペリドール</li> <li>●抗てんかん薬 カルバマゼピン バルプロ酸</li> <li>●コリンエステラーゼ阻害薬 ドネペジル塩酸塩</li> <li>●抗うつ薬 ミルナシبران ミルタザピン パロキセチン トラゾドン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●非定型抗精神病薬 リスペリドン</li> <li>●抗てんかん薬 カルバマゼピン バルプロ酸</li> <li>●シンメトレル</li> <li>●釣藤散</li> <li>●コリンエステラーゼ阻害薬 rivastigmine</li> <li>●NMDA受容体拮抗薬 memantine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●コリンエステラーゼ阻害薬 ドネペジル塩酸塩 galantamine rivastigmine</li> <li>●非定型抗精神病薬 クエチアピン オランザピン リスペリドン</li> <li>●抑肝散</li> </ul>

(2010年現在 本邦発売はカタカナ表記、未発表は英語表記)

# 話題の新薬:レカネマブ(レケンビ)



# 話題の新薬:レカネマブ(レケンビ)

## 投与対象

- アルツハイマー病  
アミロイドβたまっている
- 軽度認知障害  
軽度の認知症

専門医  
“認知症患者の1割未満か”

## 通院負担

- 点滴の継続  
2週間に1度 1年半
- 医療機関 限られる  
脳画像診断の検査など

## 副作用

- 脳がむくんだ状態
- 脳内でわずかな出血
- より危険性高い  
脳出血の人も

### 費用対効果は疑問

レカネマブの開発段階での治験では有効率27%とされています。

2023年末保険適応になりましたが、薬価は高額で年間390万円します。2023年度の社会保障費(医療+年金+福祉)総額は厚労省推計で約134兆円とされていますが、レカネマブ単独でその額をさらに増加させかねないインパクトがあるのです。

有効率27%で、有効でも1年半のみ進行を遅らせるだけの薬剤が、日本の社会保障制度を破綻させかねないリスクを抱えています。

**治る病気や  
一時的な症状の場合がある**

---

# 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来たり、失見当識を認めた。

●HDS-R:6/30

MMSE:7/30

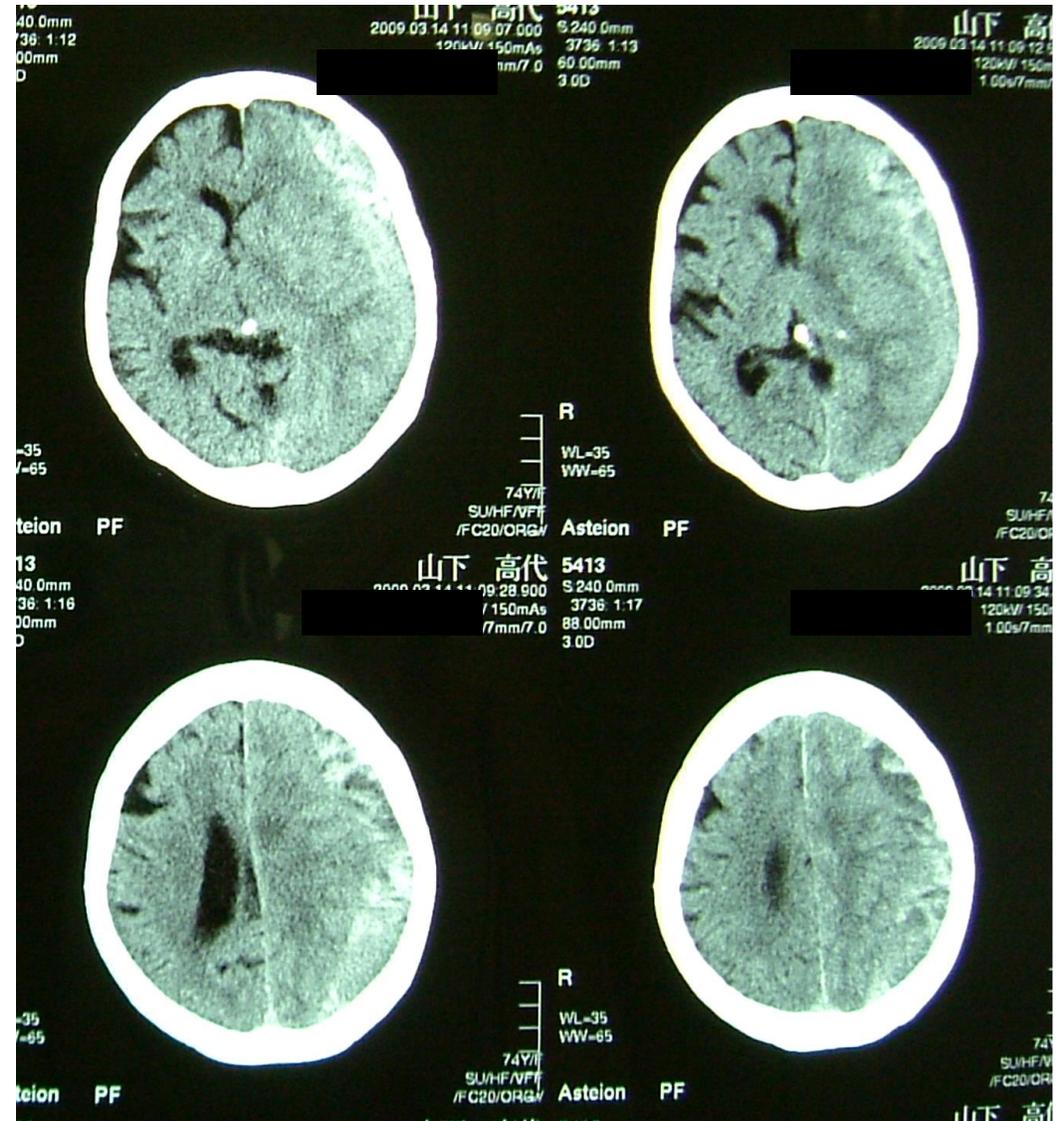
●CT画像で、硬膜下血腫を認めた。

●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

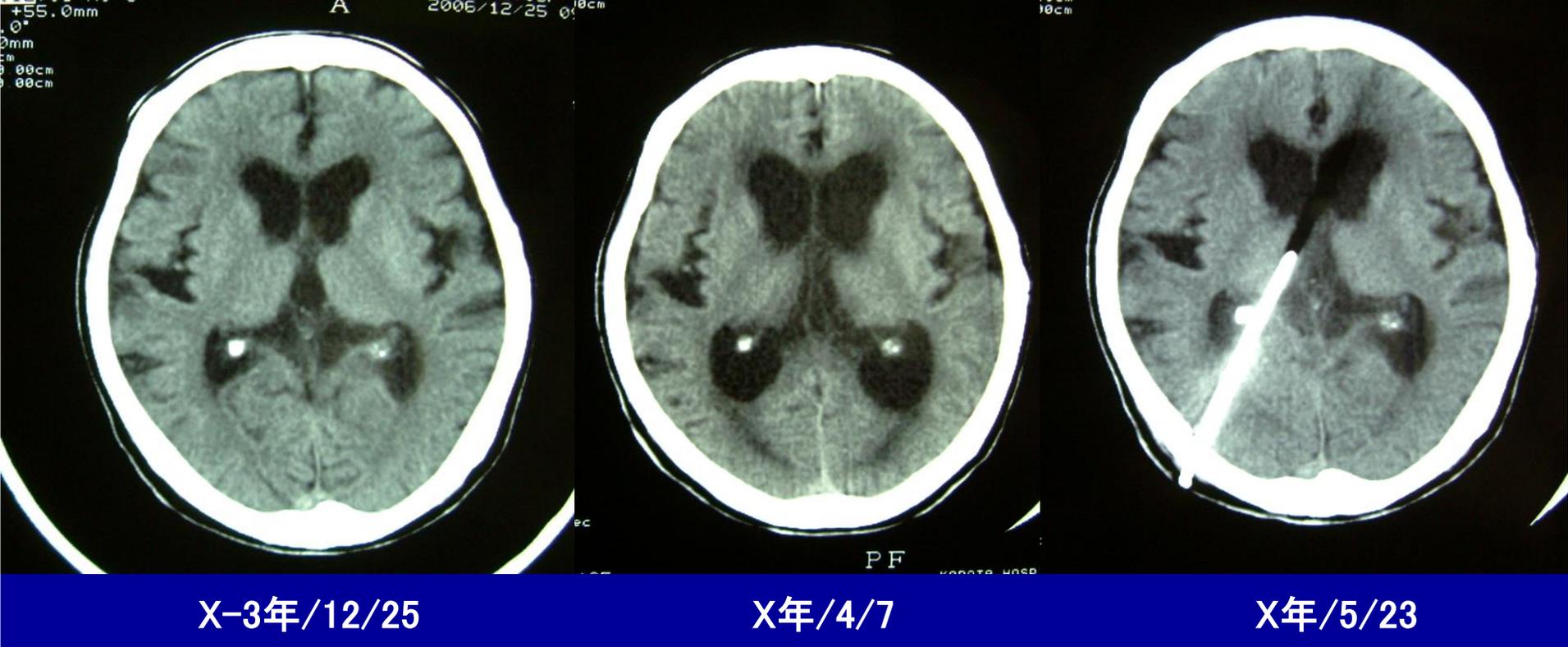
高血圧症、骨粗しょう症、腰痛症で近医にて加療中だった。X年に入ってより、物忘れ、薬の飲み忘れ、身だしなみの乱れ、などが見られるようになった。X年2月2日受診時のHDS-R: **14/30**。その後受診しないため、主治医が自宅へ電話連絡をし、3月11日、3月31日に受診。明らかに、認知機能の低下を認めた。4月になってから、理解力・活動性も低下しオムツをしてベッドで寝ていることが多く、食欲低下、歩行もほとんど不可能、顔つきも陰しく、風貌も変化していた。CT画像と病歴から、NPHを疑われ、X年4月16日当院へ紹介受診。CSFタップテスト(髄液排除試験)を実施した。タップテスト直後より歩行著明に改善、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。



## CSFタックテスト(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。

# 早期発見：私の記憶は大丈夫？

①物の名前が出ないことがある。  
人の名前が出ないことがある。



①が思い当たれば②へ

②昨日の夕食が言えない。  
今日が何曜日なのか言えない。  
孫のなまえを全員言えない。  
[男] メモがないと買い物ができない。  
[女] 材料から料理ができない。



②の1つでも当てはまれば③へ

③同じことを何度も尋ねる。  
以前あった興味や関心の低下。  
物をなくす、物のしまい忘れ

ご清聴ありがとうございました

