

認知症（Dementia）

脳の老化による“もの忘れ”と“認知症”は違います（Fig.1）。認知症は、何らかの原因により、脳の神経細胞が通常の老化現象に比べ、**速いスピード**で壊れていく**進行性**の疾患で、物忘れや認知機能の低下が起こり、**社会生活や日常生活に支障**を来たしている状態で、**支援や介護が必要**となります。

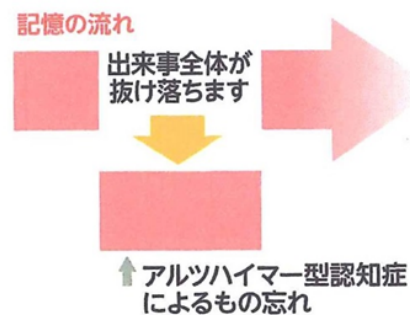
Fig.1 老化によるもの忘れと認知症のちがい

加齢によるもの忘れ	認知症によるもの忘れ
<ul style="list-style-type: none">・加齢によるもので、病的ではない状態・行為や出来事の一部を忘れる・思い出すのに時間がかかる・もの忘れに対して自覚がある・忘れたこと「忘れていた」と認められる・時間や場所の見当がつく・日常生活に支障をきたすほどではない・悪化のスピードはゆるやか	<ul style="list-style-type: none">・病的な状態・行為や出来事そのものを忘れる・新しいことが記憶できない・もの忘れに対して自覚がない・作り話でつじつまを合わせようとする・時間や場所の見当がつかない・日常生活に支障がある・悪化のスピードが比較的速い

加齢による“もの忘れ”と出来事の流れ



アルツハイマー型認知症による“もの忘れ”と出来事の流れ



2015年の厚生労働省の調査で、認知症の患者数は、500万人以上いると判明しています。団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）になる2025年頃までには700万人を超えるると推計され、**65歳以上の5人に1人が認知症**になると云われています。

■症状

認知症の症状には、**中核症状**と**周辺症状**（BPSD；behavioral and psychological symptoms of dementia）がみられます（Fig.2）。中核症状として、記憶障害・判断力障

害等の様々な障害がみられますが、脳の神経細胞の減少の程度により、進行していきます。また、**多種の周辺症状**がみられますが、治療・ケアにより、抑制できれば、患者および家族の生活の改善をもたらします。

Fig.2 認知症の症状

周辺症状 (BPSD)

周辺症状は、環境が病気の進行よりも重要となります。周辺症状を抑えることができれば、よい治療・ケアが実現でき、その人らしい生活を認知症患者が送ることができます。

せん妄

幻覚

妄想

睡眠障害

多弁

中核症状

脳の神経細胞の減少の程度によって中核症状は、進行していきます。

記憶障害

ものごとを記憶することがうまくいなくなる

判断力の障害

筋道を立てて考えることができなくなる

問題解決能力の障害

予想外のことに、混乱しやすくなる

実行機能障害

計画や手順を考えたりすることができなくなってしまふ

見当識障害

「いつ・どこ」がわからなくなり、今日の日付が出てこなくなる。よく知っている場所で迷うように

先行・失認・失語など

先行 = ボタンのかけ違いなど、動作を組み合わせる行為ができなくなる。失認 = 電卓や包丁など、知っているはずのものの使い道がわからなくなる。失語 = ものの名前がわからなくなる

不安

多動

焦燥

依存

抑うつ

異食

心気

思い込み,心配しすぎ

過食

暴言・暴力

仮性作業

一見すると目的や意味のわからない作業

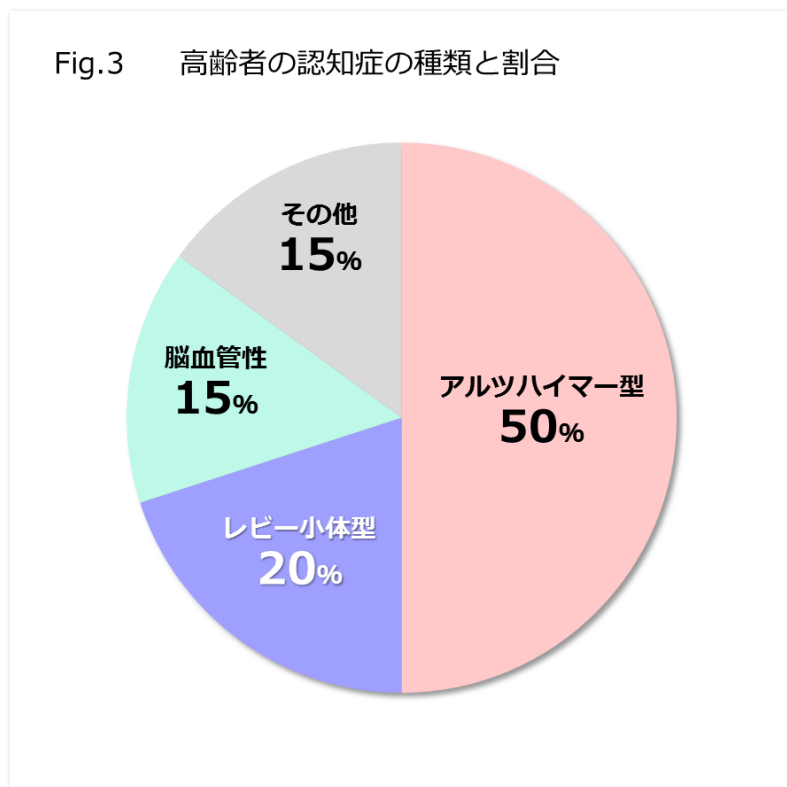
徘徊

不潔行為

介護への抵抗

■病型

認知症の病型として、“**アルツハイマー型認知症**”、“**レビー小体型認知症 DLB**”、“**脳血管性認知症**”、“**その他**”に分類され (Fig.3)、前3者が**三大認知症**と呼ばれ、全体の**85%**を占めます。



その各々の認知症において、種々の特徴がみられます (Fig.4)。現段階では、三大認知症は治るものではありません。

Fig.4 三大認知症のそれぞれの特徴

	アルツハイマー型認知症	レビー小体型認知症	血管性認知症
脳の変化	老人斑や神経原線維変化が、海馬を中心に脳の広範囲に出現する。脳の神経細胞が死滅していく	レビー小体という特殊なものができることで、神経細胞が死滅してしまう	脳梗塞、脳出血などが原因で、脳の血液循環が悪くなり、脳の一部が壊死してしまう
画像でわかる脳の変化	海馬を中心に脳の萎縮がみられる	はっきりした脳の萎縮はみられないことが多い	脳が壊死したところが確認できる
男女比	女性に多い	男性がやや多い	男性に多い
初期の症状	もの忘れ	幻視、妄想、うつ状態、パーキンソン症状	もの忘れ
特徴的な症状	認知機能障害（もの忘れ等） もの盗られ妄想 徘徊 とりつくりなど	認知機能障害（注意力・視覚等） 認知の変動 幻視・妄想 うつ状態 パーキンソン症状 睡眠時の異常言動 自律神経症状 など	認知機能障害（まだら認知症） 手足のしびれ・麻痺 感情のコントロールがうまくいかないなど
経過	記憶障害からはじまり広範な障害へ徐々に進行する	調子の良い時と悪い時をくりかえしながら進行する。ときに急速に進行することもある	原因となる疾患によって異なるが、比較的急に発症し、段階的に進行していくことが多い

その他の認知症として、治る認知症もあります（Fig.5）ので、まずは早期診断・早期治療が必要です。

Fig.5 治療可能な認知症 (treatable dementia)

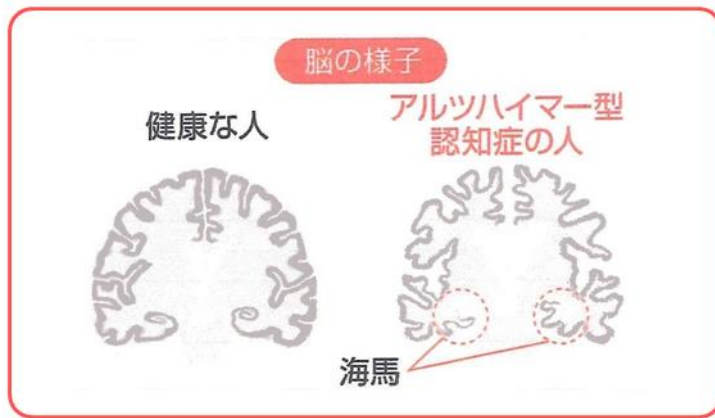
脳外科的疾患	脳腫瘍, 正常圧水頭症, 慢性硬膜下血腫
薬物	鎮痛薬, 催眠薬, 向精神薬, 抗コリン薬, 抗ヒスタミン薬, 抗がん剤
内分泌疾患	甲状腺機能低下症, 副腎皮質機能低下症
代謝性疾患	ビタミンB欠乏症 (B1, ニコチン酸, 葉酸, B12), 肝不全, 腎不全, 低Na血症, 低Ca血症, Wilson病, アルコール
感染症	梅毒, 結核, HIV
自己免疫疾患	SLE, 神経ベーチェット, 神経サルコイドーシス, 橋本脳症, 多発性硬化症, 中枢神経血管炎, 傍腫瘍症候群, 自己免疫性辺縁系脳炎
その他	うつ病, 側頭葉てんかん

HIV : human immunodeficiency virus (ヒト免疫不全ウイルス)

SLE : systemic lupus erythematosus (全身性エリテマトーデス)

アルツハイマー型認知症 : 記憶を担っている**海馬**という部分から脳萎縮が始まり、脳全体に広がっていきます (Fig.6)。

Fig.6 アルツハイマー型認知症



海馬のあたりを中心に、脳全体の萎縮がみられる。

全認知症の約半数を占める一番多い認知症です。もの忘れから気付くことが多く、短期記憶障害、認知機能障害などが発生し、周辺症状も出現し (Fig.7)、緩やかに進行していきます (Fig.8)。

Fig.7 一般的なアルツハイマー型認知症の経過

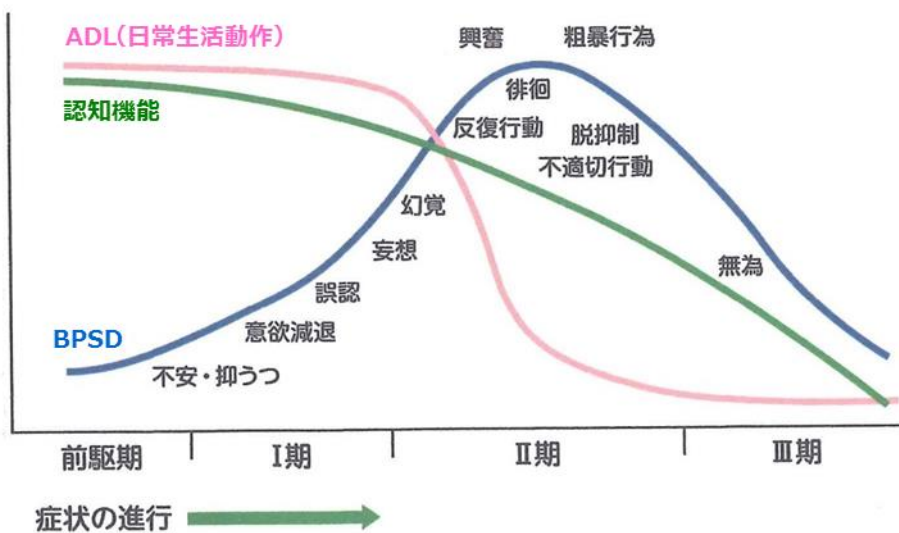
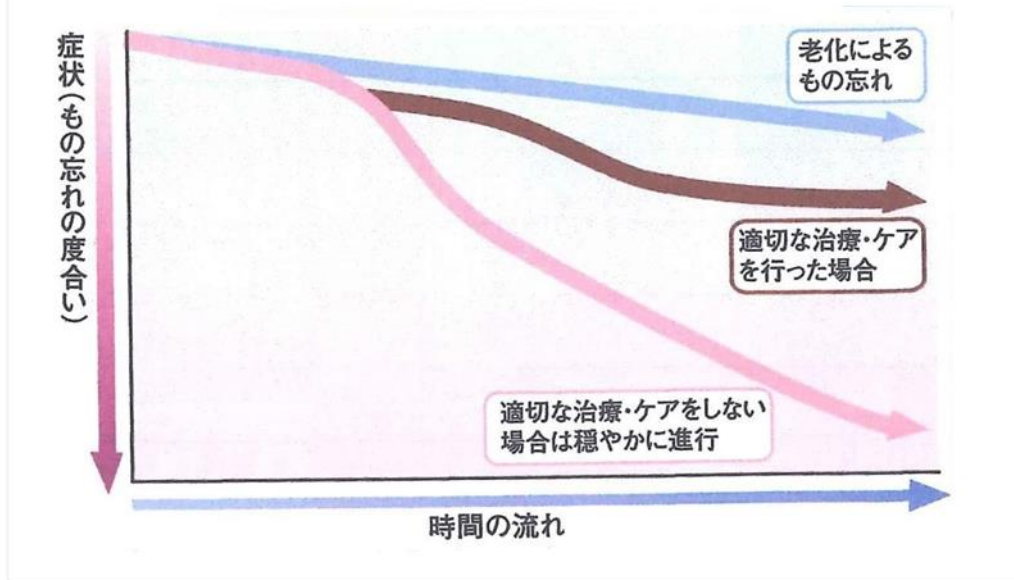


Fig.8 アルツハイマー型認知症の経過



レビー小体型認知症; 脳の神経細胞内に“**レビー小体**”と呼ばれる異常なたんぱく質(Fig.9)がみられ、広範囲に出てくると、認知症になります。脳萎縮は見られないことが多くあります。

Fig.9 レビー小体



※レビー小体とは神経細胞の中にあられるもので、アルファシヌクレインという特殊なたんぱく質からなります。

幻覚・異常行動が目立ち、パーキンソン症状（Fig.10）、自律神経症状（Fig.11）が見られることもあります。

Fig.10 パーキンソン症状

体を動かしにくい

手足がふるえる

すり足になる、小股であるくなど歩きづらい

転びやすい

Fig.11 自律神経症状であらわれやすい変化

のぼせ、失神、 起立性低血圧	頭痛、 イライラ	めまい、 ドライアイ
耳鳴り	息苦しさ	動悸、胸痛
肩こり、 背中の痛み	食欲不振	下痢、便秘
手足の冷え、 しびれ	倦怠感	微熱、多汗、 寝汗
むくみ	頻尿、 インポテンツ	

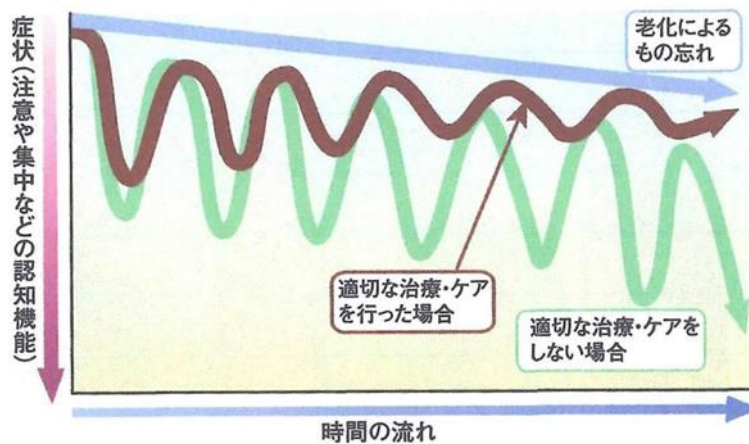
診断にはチェックリストが有用です（Fig.12）。調子が良い時と悪い時をくり返しながらか進行していきます（Fig.13）。

Fig.12 「レビー小体型認知症」チェックリスト

- もの忘れがある
- 頭がはっきりしているときと、そうでないときの差が激しい
- 実際にはないものが見える
- 妄想がみられる
- うつ的である
- 動作が緩慢になった
- 筋肉がこわばる
- 小股で歩く
- 睡眠時に異常な言動をとる
- 転倒や失神を繰り返す

(5個以上該当すれば、レビー小体認知症の可能性あり)

Fig.13 レビー小体型認知症の経過



脳血管性認知症；脳卒中（脳梗塞 Fig.14 や脳出血 Fig.15 など）により発症する認知症で、病変部位および障害の程度により、症状も異なってきます。

認知症を来たした脳卒中CT

Fig.14 脳梗塞

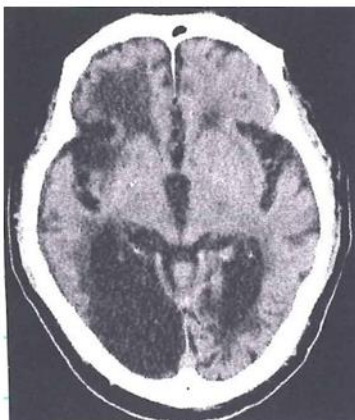


Fig.15 脳出血



運動障害、感覚障害や言語障害を起こす場合も見られます。**脳卒中の再発予防が大切で**、脳卒中の原因である動脈硬化の危険因子である高血圧・脂質異常症（高コレステロール血症）・糖尿病の治療が必須で、禁煙や肥満者の減量なども大切です。

■診断

認知症診断は、問診・行動観察・診察・認知機能検査（長谷川式認知症テスト Fig.16 など）、画像診断（頭部 CT・MRI）だけではなく、全身チェック（Fig.17）した上で、いわゆる認知症（三大認知症）やその他の認知症を総合的に臨床診断します（Fig.18）。

Fig.16 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

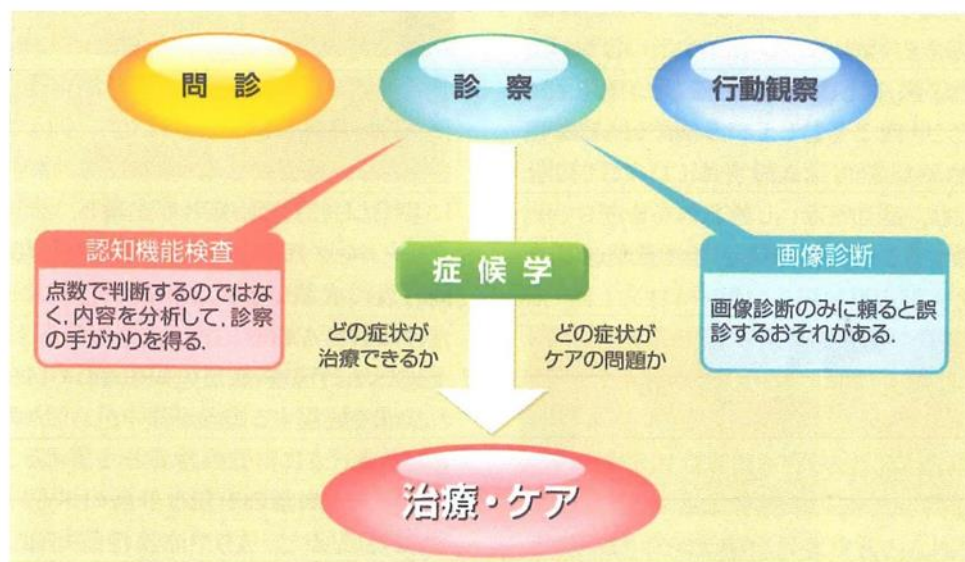
1	お歳はいくつですか？ (2年までの誤差は正解)		0	1	
2	今日は何年何月何日ですか？ 何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0	1	
		月	0	1	
		日	0	1	
		曜日	0	1	
3	私たちがいまいるところはどこですか？ (自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？ 病院ですか？施設ですか？のなかから正しい選択をすれば1点)		0	1	2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。(以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく)		0	1	
	1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車		0	1	
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は？、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る)	(93)	0	1	
		(86)	0	1	
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。(6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう、3桁逆唱に失敗したら、打ち切る)	2-8-6 9-2-5-3	0	1	
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。(自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物		a: 0	1	2
			b: 0	1	2
			c: 0	1	2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。(時計、鍵、たばこ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0	1	2
			3	4	5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。(答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても答えない場合にはそこで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点		0	1	2
			3	4	5
合計得点		21点以上が正常域 20点以下が認知症疑い			

Fig.17 どんな検査を受けるの？

医療機関により内容や順序、項目の増減はありますが、おおむね以下のような流れで認知症診断が行われます。

- 1 ヒアリング（問診）
本人およびご家族からの病歴聴取
- 2 身体的・神経学的検査
運動麻痺、手足のしびれ、言語障害の有無、記憶障害など
- 3 神経心理検査
記憶力、計算力、図形描写力などのテストを行い記憶や認知機能を調べる
- 4 血液検査
疾病の有無、現在の健康状態などを調べる
- 5 画像検査
CTやMRIなどで脳に血腫や腫瘍、梗塞、出血、委縮などがいないか調べる
- 6 診断

Fig.18 認知症診断の3本柱



■治療

まずは、治る認知症かどうかの鑑別診断が大切です。治る認知症であれば、その原因疾患・状態（Fig.5）の治療・改善が必要です。

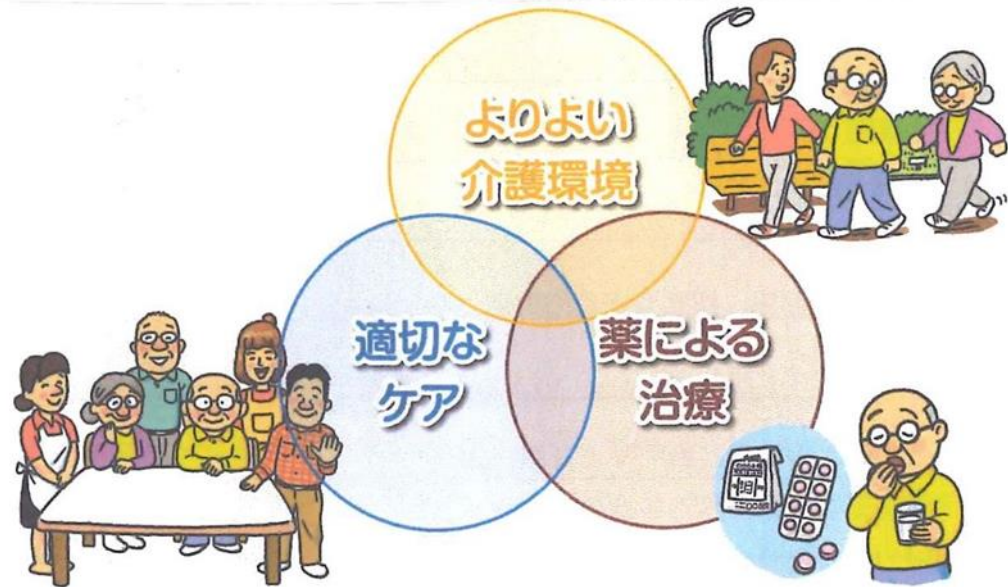
現段階では、認知症の85%を占める三大認知症を元の状態に戻す治療法はありません。治療の目標は、本人が快適に暮らせるように（Fig.19）、また、家族や介護者の負担が出来るだけ軽くなるようにすることです。

Fig.19 認知症治療の目標

- 家庭や社会の中で役割をもつこと
- 生きがいや楽しみのある生活を送ること
- 自尊心を保つこと
- 物事への興味・関心・意欲をもつこと

治療として、①薬物療法には、認知症(中核症状)の進行を抑制する治療と周辺症状(BPSD)を軽快させる治療があり、②よりよい介護環境、③適切なケア(リハビリを含む)が、認知症の進行を和らげる三要素です（Fig.20）。

Fig.20 介護環境・ケア・治療が認知症支援の三要素



よりよい介護環境で適切な治療・ケアを行った場合、
このように症状が良くなることがあります。

認知症の上手なケアのために知っておきたいこと

- プライドは失っていません
- 過去と現在を混同しています
- 感情がストレートに出ます
- 自分をもどかしく思い、心理的にも不安定です
- 介護する人の気持ちが伝わり、それが病状にも反映されます

認知症への対応の仕方（介護者・家族の対応）；本人の気持ちに寄り添う対応を！

- 本人のペースに合わせてみましょう
- 本人の思いを理解しましょう
- 安心できる環境を作りましょう
- 話に共感して受け入れましょう

家族・介護者だけのケアでは、次第にゆとりが無くなって来て、じり貧の状態にもなって、認知症者の安心した生活にも支障が出てきます。介護は、家族だけではできませんし、**家族だけでするべきではありません。**介護保険サービスなどの社会資源をしっかりと利用して、ゆとりのある介護をすることにより、認知症者の幸せにも繋がります。

■介護保険の申請 (Fig.21)



介護保険は、認知症の場合は40歳から利用することが出来ます。

家族に認知症の疑いがある場合、医療機関を受診し、諸検査により認知症と診断されれば、当該の市町村介護保険担当窓口を訪問し、介護保険申請の手続きをします。申請後、審査判定にて、要介護（要支援）度が認定されたら、**ケアマネージャー（介護支援専門員）**

に相談しながら、**ケアプラン**を作成してもらって、要支援・要介護度に応じて、さまざまなサービスが利用できます。

■介護保険で利用できるサービス

家庭で受けるサービス (Fig.22)・施設などに出向いて受けるサービス (Fig.23)・施設などで生活しながら受けるサービス (Fig.24) 等のサービスを利用することが出来ます。

Fig.22 家庭で受けるサービス

● 訪問介護

・要介護の方の利用

ホームヘルパーが家庭を訪問し、食事や排泄など日常生活上の介護や、調理や洗濯などの生活援助を行います。

・要支援の方の利用

ホームヘルパーが家庭を訪問し、利用者が自力で行うことが困難な行為について、食事や排泄など日常生活上の介護や、調理や洗濯などの生活援助を行い、要介護状態になることを予防します。

※介護予防・日常生活支援総合事業を開始している場合は、区市町村が実施する「介護予防・生活支援サービス事業」で提供されます。

● 定期巡回・随時対応型訪問介護看護*

ホームヘルパーや看護師などが、定期的に家庭を巡回したり、連絡のあった家庭を訪問して、介護や療養上の世話などを行います。

【要支援の方は利用できません】

● 夜間対応型訪問介護*

夜間に、ホームヘルパーなどが定期的に家庭を巡回したり、連絡のあった家庭を訪問したりして、介護や身の回りの世話をします。

【要支援の方は利用できません】

● 訪問入浴介護

家庭の浴室での入浴が困難な人を対象に、浴槽を家庭に持ち込むなどして入浴サービスを行います。

● 訪問看護

看護師などが家庭を訪問し、主治医の指示に従って、療養上の世話や診療の補助などを行います。

● 訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が家庭を訪問し、心身機能の維持回復と日常生活の自立に向けた訓練を行います。

● 居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士などが、通院困難な利用者の心身の状況や環境などを踏まえ、指導や助言を行います。

Fig.23 施設などに出かけて受けるサービス

● **通所介護、地域密着型通所介護* (デイサービス)**

・**要介護の方の利用**

施設に通い、食事、入浴などの日常生活上の支援や、機能回復のための訓練・レクリエーションなどを行います。また、口腔機能や栄養状態を改善するためのサービス、難病やがんの要介護者向けの、医療と連携したサービスを提供する事業所もあります。

※平成28年4月以降、定員18人以下の小規模通所介護が、「地域密着型通所介護」として、地域密着型サービスへ移ります。

・**要支援の方の利用**

食事などの支援や機能回復のための訓練を行います。また、「選択的サービス」として、個々の利用者のニーズに合わせた形で、運動器（身体を動かす筋肉や骨、関節など）の機能向上や栄養改善、口腔機能の向上のためのサービスを提供する事業所もあります。

※介護予防・日常生活支援総合事業を開始している場合は、区市町村が実施する「介護予防・生活支援サービス事業」で提供されます。

● **認知症対応型通所介護* (デイサービス)**

施設に通い、できるだけ居宅で自立した日常生活を営むことができるように、認知症高齢者に配慮した介護や機能訓練を受けます。

● **通所リハビリテーション (デイケア)**

・**要介護の方の利用**

医療機関や老人保健施設などに通い、心身機能の維持回復と日常生活の自立に向けた訓練を受けます。また、口腔機能や栄養状態を改善するためのサービスを提供する事業所もあります。

・**要支援の方の利用**

機能回復と日常生活の自立のための訓練を行います。また、「選択的サービス」として、個々の利用者のニーズに合わせた形で、運動器の機能向上や栄養改善、口腔機能の向上のためのサービスを提供する事業所もあります。

● **短期入所生活介護 (福祉系ショートステイ)**

特別養護老人ホームなどに短期間入所し、入浴・食事などの日常生活上の介護や機能訓練を受けます。また、連続した利用は30日までとなっています。

● **短期入所療養介護 (医療系ショートステイ)**

医療機関や介護老人保健施設などに短期間入所し、医師や看護師等からの医学的管理のもと、療養上の世話や日常生活上の介護、機能訓練を受けます。

また、連続した利用は30日までとなっています。

● **小規模多機能型居宅介護***

身近な地域にある事業所で、主に通所により食事や入浴、機能訓練などのサービスを受けます。また、利用者の状態や希望に応じて、同じ事業所が宿泊や随時の訪問サービスを提供することで、要介護度が重くなっても在宅での生活が継続できるように支援します。

● **看護小規模多機能型居宅介護***

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせたサービスで、同じ事業所が「通い」「泊まり」「訪問看護」「訪問介護」といった複数のサービスを提供することにより、医療ニーズの高い利用者も、在宅での生活が継続できるよう支援します。

【要支援の方は利用できません】

Fig.24 施設などで生活しながら受けるサービス

<p>● 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 常に介護が必要で、家庭での生活が困難な方が入所する施設です。食事や排泄など日常生活上の介護や、身の回りの世話を受けます。 【要支援の方は利用できません】</p>
<p>● 地域密着型介護老人福祉施設*（特別養護老人ホーム） 常に介護が必要で、家庭での生活が困難な方が入所する、定員30人未満の小規模な特別養護老人ホームです。食事や排泄など日常生活上の介護や、身の回りの世話を受けます。 【要支援の方は利用できません】</p>
<p>● 介護老人保健施設 病状が安定し、病院から退院した方などが、在宅生活に復帰できるよう、リハビリテーションを中心とする医療ケアと介護を受ける施設です。 【要支援の方は利用できません】</p>
<p>● 介護療養型医療施設 比較的長期間にわたって日常的に医療ケアを必要とする方や、慢性期のリハビリテーション、介護を必要とする方が入院する施設です。 【要支援の方は利用できません】</p>
<p>● 認知症対応型共同生活介護*（認知症高齢者グループホーム） 認知症高齢者が5～9人の少人数で共同生活を送りながら、家庭的な雰囲気の中で介護や身の回りの世話を受けます。 【要支援1の方は利用できません】</p>
<p>● 特定施設入居者生活介護 介護保険の事業者指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどで生活しながら介護を受けます。なお、施設外の事業者からサービスを受ける「外部サービス利用型特定施設」もあります。</p>
<p>● 地域密着型特定施設入居者生活介護* 介護保険の事業者指定を受けた、定員30人未満の小規模な有料老人ホームや軽費老人ホームなどで生活しながら介護を受けます。なお、地域密着型特定施設の入居者は、要介護の方やその配偶者等に限り（介護専用型特定施設）、介護サービスを受けられるのは要介護の方のみとなります。 【要支援の方は利用できません】</p>

認知症者のより良い生活の継続および家族を含めた介護者の負担の少ないサポート体制が望まれます。フットワークが良く、家族の要望に対し、親身に相談に乗ってくれる頼れるケアマネージャーの存在が必須で、状況に応じたケアプランの提案・作成をしてくれます。

実際、**在宅（居宅）で家族が介護**している場合、日中の**デイサービス**（食事や入浴などの介護や機能訓練を日帰り受ける）や**ショートステイ**（短期入所生活介護；施設に短期入所＝宿泊して、食事・入浴・排泄などの介助やリハビリテーションを受ける）をうまく利用することによって、**介護者の負担が軽減**され、**認知症者・介護者双方にゆとり**ができ、**安らかな日常生活の方向づけ**にもなります。**常に介護が必要で、家庭での生活が困難**な方は、**特別養護老人ホームに入所**して、生活することになります。

＜参考資料＞①「レミニール」これから STORY；武田製薬工業株式会社、②ぐんぐん健康になる食事・運動・医学の事典；法研、③レビー小体型認知症介護ガイドブック；エーザイ株式会社、④知っていますか？認知症のこと；エーザイ株式会社、⑤認知症トータルケア；

日本医師会雑誌 147 (2)、⑥認知症の症状のポイントとケア；武田薬品工業株式会社、
⑦「もしかしたら認知症？」；エーザイ株式会社、⑧プライマリケア医のための認知症診療；
武田薬品工業株式会社、⑨賢く活用 社会資源；ノバルティスファーマ株式会社、⑩認知
症「いっしょがいいね」を支えるガイドブック；第一三共株式会社