

物忘れ外来をとおして診た認知症 認知症医療疾患センター開設に向けて

2013.9.28

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

下村辰雄



もの忘れ外来(H13年4月開設)

1) 病歴、生活状況、介護状況

2) 神経内科的診察、スクリーニング(MMSE等)

3) 認知症の行動・心理症状(BPSD)(NPIスコア)

4) MRI(CT)脳血流検査などによる画像検査

⇒ 認知症?どのような認知症?生活状況?在宅介護の条件?介護負担?適切な対応?社会資源の利用?
→ 適切な対応の指導、社会資源の利用(デイサービスなど);主治医意見書

⇒ 抗認知症薬などの投与

5) 入院の必要性?

問題行動顕著、在宅介護困難、独居生活困難

行動観察や治療目的に入院が必要な場合

1) 従来の医学的診断や治療(抗認知症薬や抗精神病薬;
BPSDの改善(NPIスコアで追跡)

2) チームアプローチによる包括的リハビリテーション

身体リハ(日常生活動作の訓練、廃用症候群への対処)、精神作業療法(集団療法、見当識訓練、創作活動)、回想法などを取り入れた認知リハビリテーション、病棟でのレクリエーションや生活機能維持・回復訓練(Barthel index)

3) 介護者教育(詳細な病態の説明、在宅生活;適切な対応の指導、社会資源の利用)

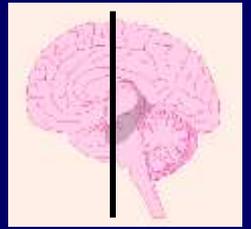
4) 再入院の可能性;介護困難時

5) 在宅生活が困難な場合→処遇先(GH, 老健の検討)

平成13年6月からH22年3月末までに入院精査した入院患者1445例中

アルツハイマー病 (AD)	837
血管性認知症 (VD)	176
レビー小体型認知症 (DLB)	143
症候性CVDを伴うアルツハイマー病	108
前頭側頭葉変性症 (FTLD)	104
その他	116

アルツハイマー病の脳萎縮



正常コントロール



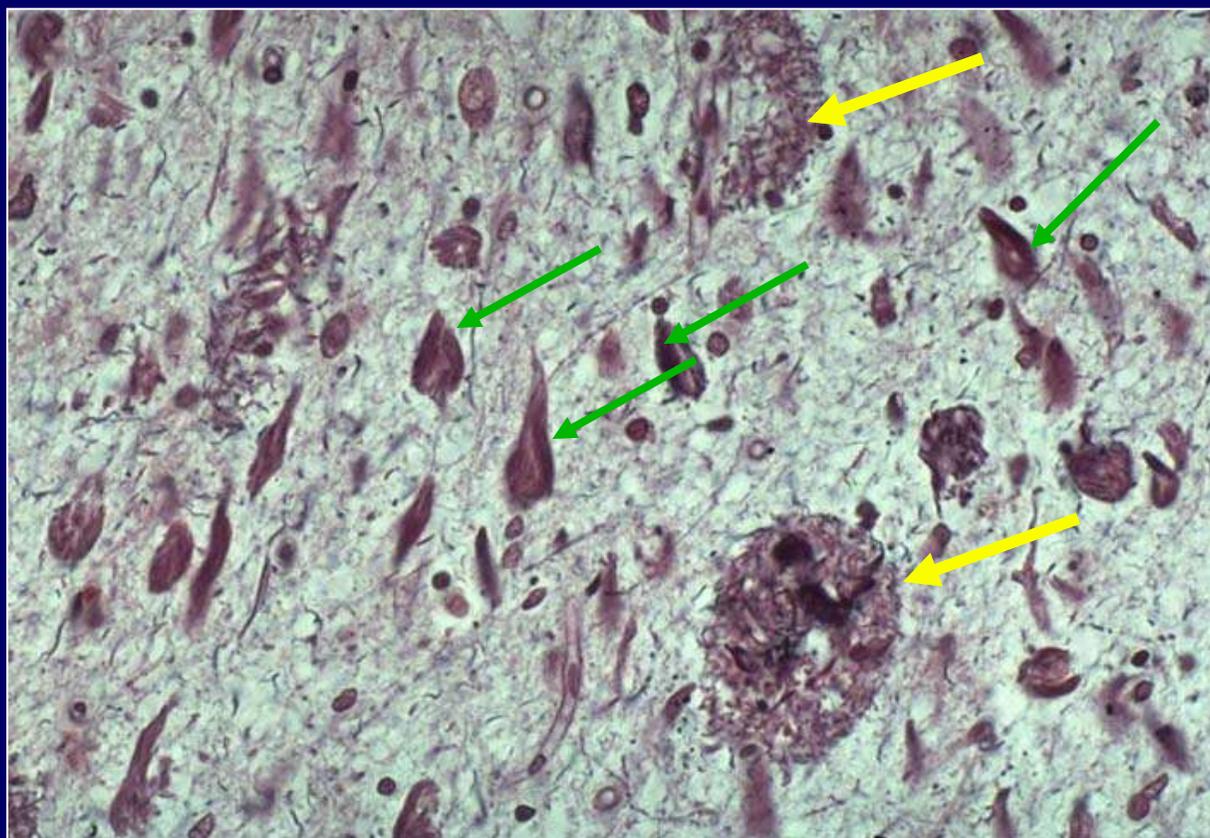
アルツハイマー病



〈原図〉金沢大学 神経内科 山田 正仁

アルツハイマー病の脳病変の特徴

- ①老人斑(主成分:アミロイド・ベータ蛋白($A\beta$))
- ②神経原線維変化(主成分:異常リン酸化タウ蛋白)
- ③神経細胞の脱落



メセナミン-
Bodian染色

アルツハイマー病の診断基準 DSM-IV

- 記憶障害がある。
- 以下の認知機能障害が1つ以上認められる。
失語、失行、失認、実行機能の障害
- 社会生活上、職業上で支障をきたしている。
- いつのまにか発症し、進行性の認知障害を示す。
- 記憶障害、認知機能障害が以下の原因によらない。
他の中枢神経系疾患(脳血管障害、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍)
痴呆を来す全身性疾患(甲状腺機能低下症など)
医薬品、薬物による中毒

認知症の中核症状

中核症状
認知機能障害

記憶障害・見当識障害・判断力低下など
言葉の障害・計算障害・物品使用の障害

記憶障害

新しく経験したことを記憶にとどめることが困難となる。「朝ご飯食べたかな？」



見当識障害

ここはどこで、今がいつなのか、わからなくなる状態。「今日は何月何日か?」「お昼?夜?」、



判断力の低下

計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する、判断するということが出来なくなる。

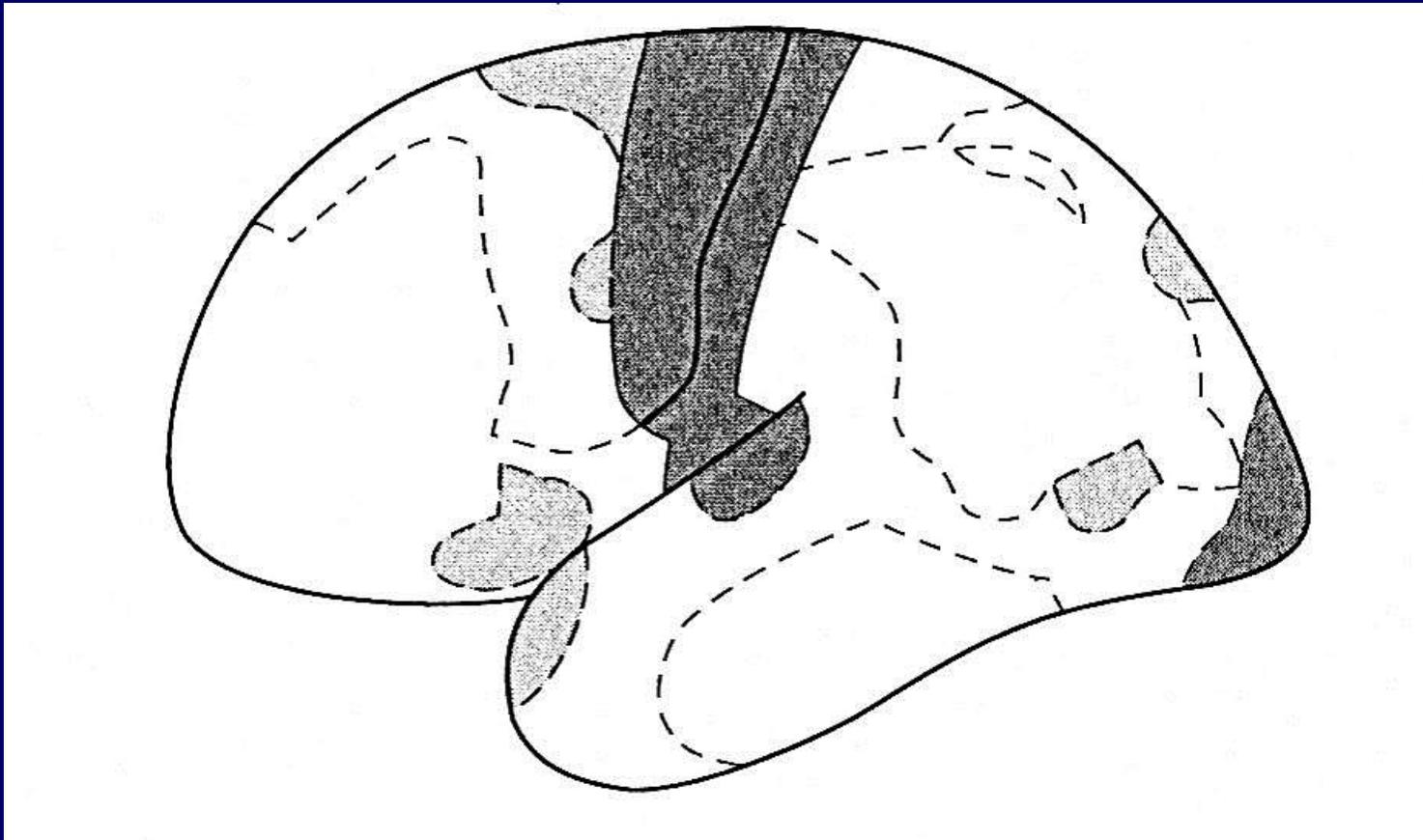


認知症の中核症状

中核症状(記憶、見当識障害、判断力低下など)

- 程度の差はあれすべての患者にみられる
- 疾患の進行とともに悪化する
- 神経細胞の脱落にともなう能力の喪失

ヒト脳における髄鞘発生 ((Flechsg) 第一次皮質領野(運動、感覚) vs 連合領野



アルツハイマー病では第一次皮質領野(運動、五感など)は障害されないで、連合領野が障害される。

アルツハイマー型痴呆脳における 神経原線維変化と老人斑の分布

アルツハイマー病の症候学

記憶障害⇨側頭葉内側面(海馬)

見当識障害⇨後部帯状回

意味記憶障害(一般的知識)⇨側頭葉外側面

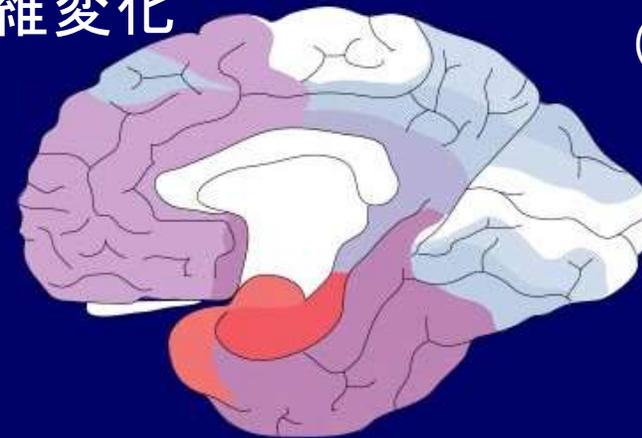
視空間障害⇨頭頂葉

自発性低下⇨前頭葉

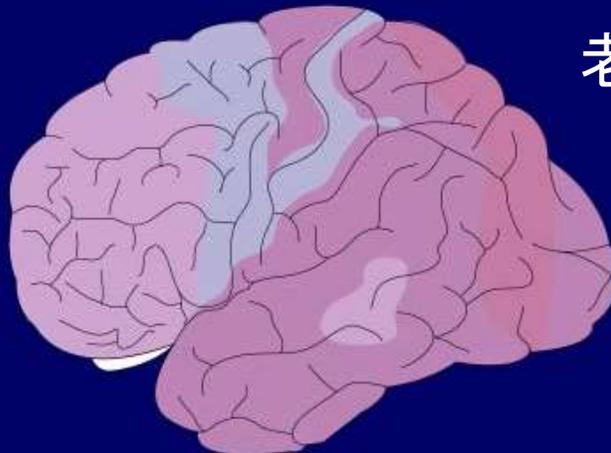
(外側面)



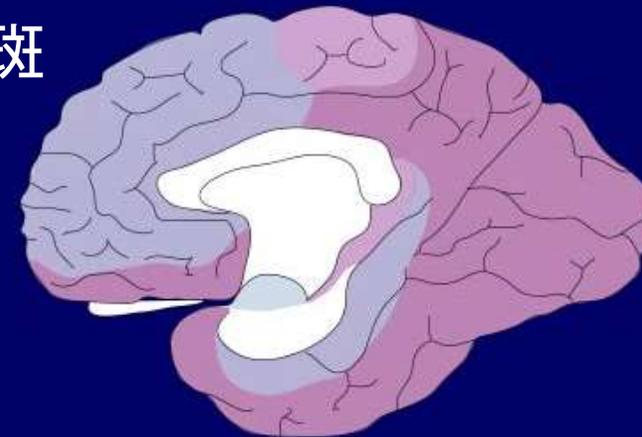
神経原線維変化



(内側面)

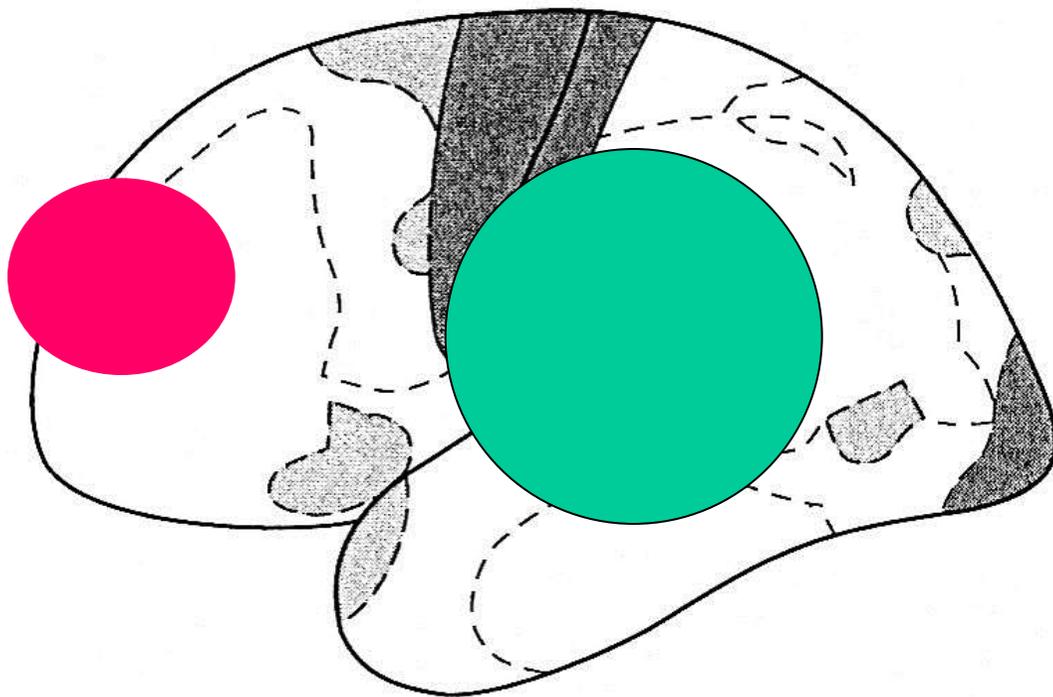


老人斑



取り繕い・場合わけ反応(普通にやっています、別に困りませんなどと取り繕う)

後方連合野(外的情報・刺激依存性)が障害され、外界の情報を適切に統合処理できない(月日がわからない、記憶障害)。→多少とも障害され、健全でない前方連合野(内的情報・記憶依存性)の反応(考えていないから、新聞見てこなかったから)



中核症状の治療薬

コリン作動性神経細胞の変性によりAChが減少し、記憶や認知機能障害が生ずる(コリン仮説)。コリンエステラーゼ阻害薬は、AChEを可逆的に阻害し、AChを増やす

ドネペジル(アリセプト)

軽度—中等度; 3(7日)—5mg

高度(ADLに障害); 5mg(4週間)—10mg

ガランタミン(2回/日) 軽度—中等度; 8—16—24mg

リバスチグミン 軽度—中等度; 4.5—9—13.5—18mg/日

介護負担が強くなる場合は減量あるいは中止
食思不振、吐き気、尿失禁、心伝導障害; 失神

中核症状の治療薬

ADでは可溶性A β などの影響でグルタミン酸NMDA受容体が活性化し、グルタミン酸が増加し、神経細胞障害やシグナル伝達障害が生じ、記憶、学習機能に障害

NMDA受容体拮抗薬；NMDA受容体活性化が引き起こす神経伝達不良をおさえる

中等度—重度 メマンチン5-10-15-20mg

中等度以上であれば、コリンエステラーゼ阻害薬と併用可能

BPSD(徘徊などの行動障害、暴言、暴力などの攻撃性)に効果がある。浮動性めまいの副作用

図1 おとなしいアルツハイマー型認知症（初診，軽度～中等度）

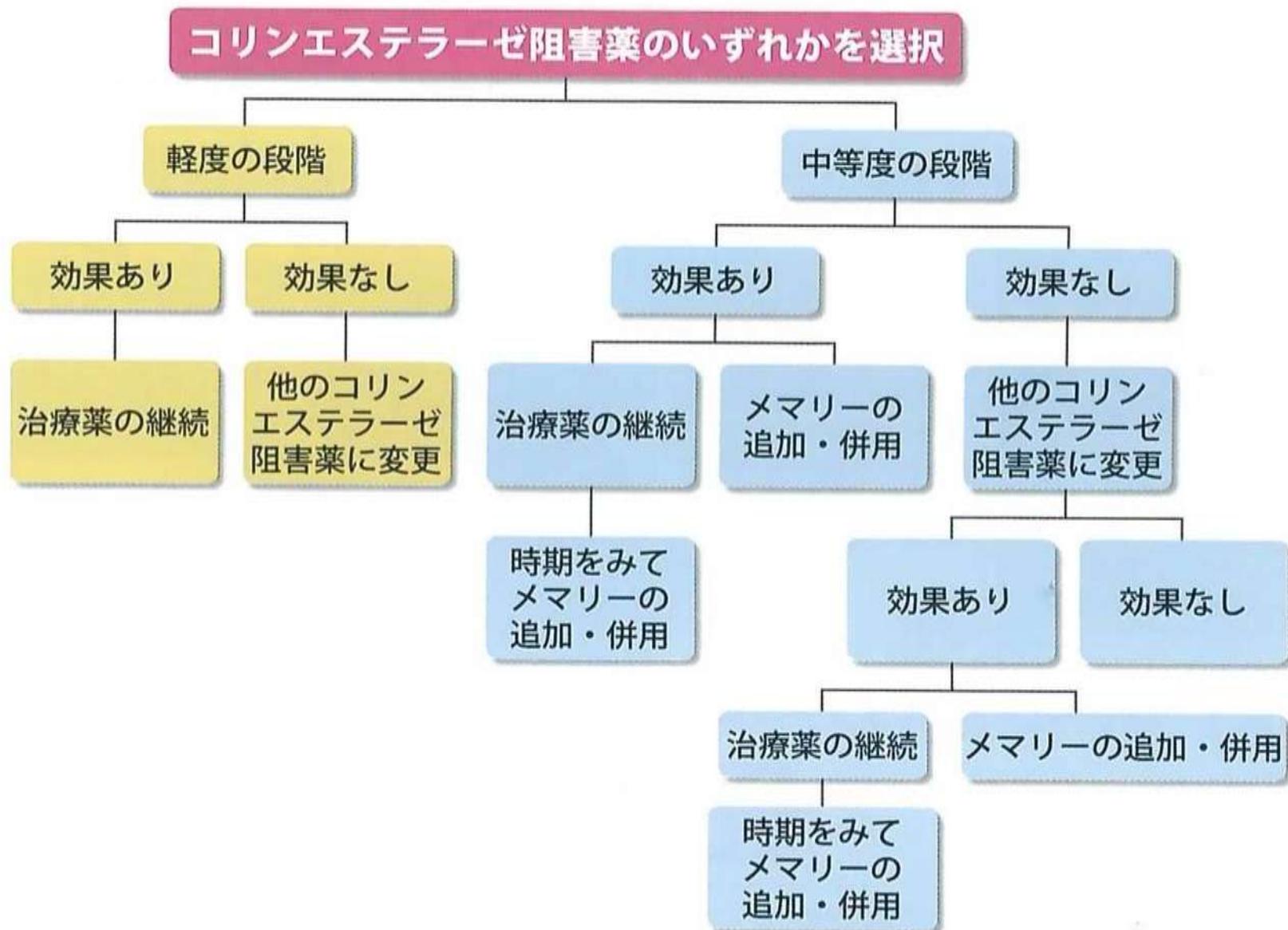


図2 おとなしいアルツハイマー型認知症（初診，高度）

アリセプト 5 mg を開始

服薬可能

服薬不可

10mg に増量

メモリー開始

服薬可能

服薬不可

服薬可能

服薬不可

服薬継続

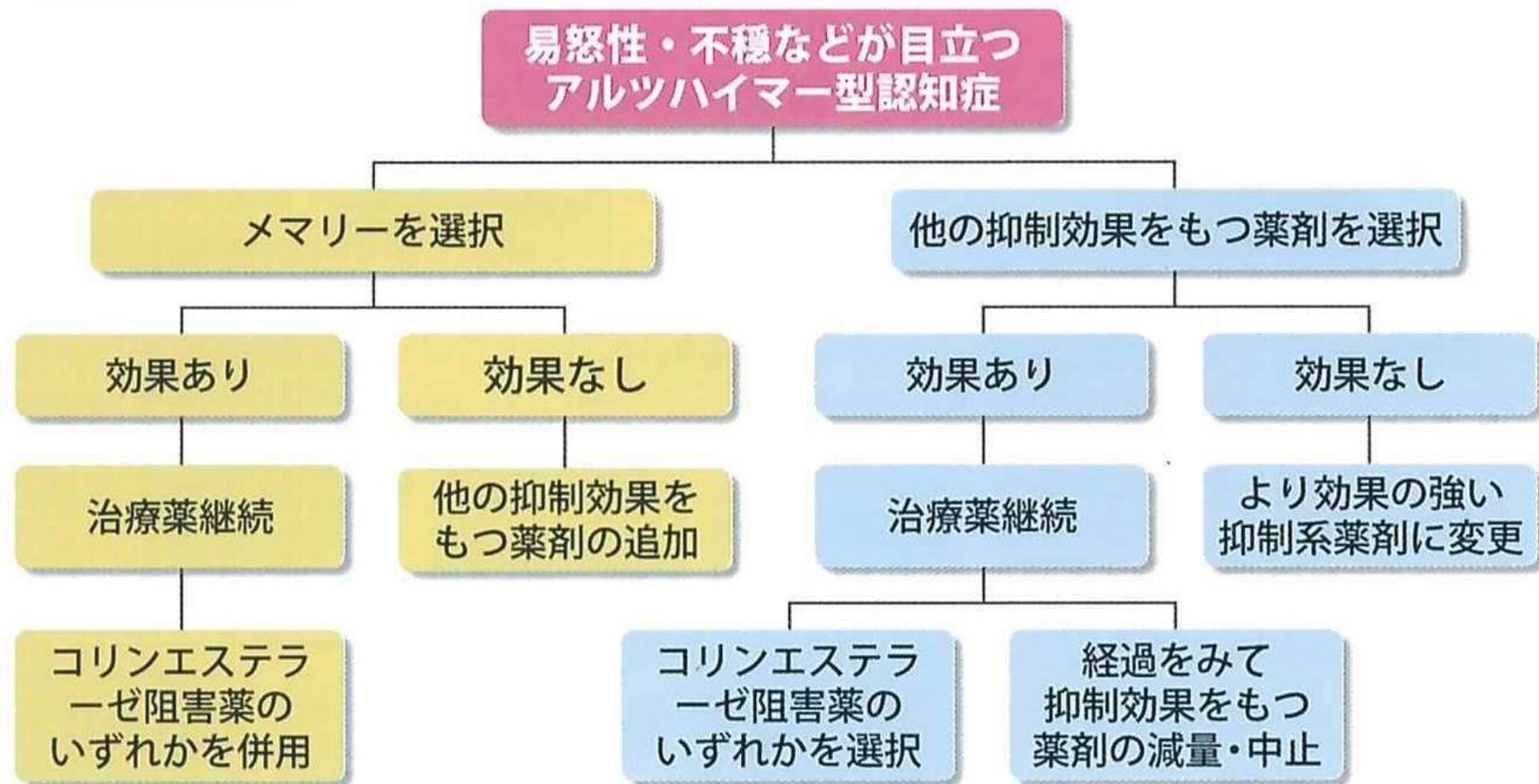
メモリーの追加・併用

5 mg にメモリーの追加・併用

服薬継続

非薬物療法

図3 活発な周辺症状が目立つアルツハイマー型認知症（初診）



認知症の症状とは？

● 中核症状と周辺症状

認知症

中核症状

認知機能障害

思考・推理・判断・適応・問題解決

・
記憶障害

・
判断力低下

・
見当識障害

・
言語障害(失語)

・
失行

・
失認

・
ほか

周辺症状(反応性)

- ・不安
- ・抑うつ
- ・興奮
- ・徘徊
- ・被害念慮
- ・妄想

認知症の周辺症状

周辺症状(精神症状、行動障害; 認知症の行動・心理症状(BPSD))

- みられない患者もいる
- 疾患の重症度(進行)と比例しない
- 残存する神経細胞の障害に対する反応

記憶障害(物の置き忘れ)、病識低下(物の置き忘れなどは決してしない)→被害妄想(誰かが盗っていた。患者さんはそのように思い込んでいる)

BPSDの治療薬

抗精神病薬（非定型） 死亡率1.6-1.7(2005年)

クエチアピン（セロクエル）

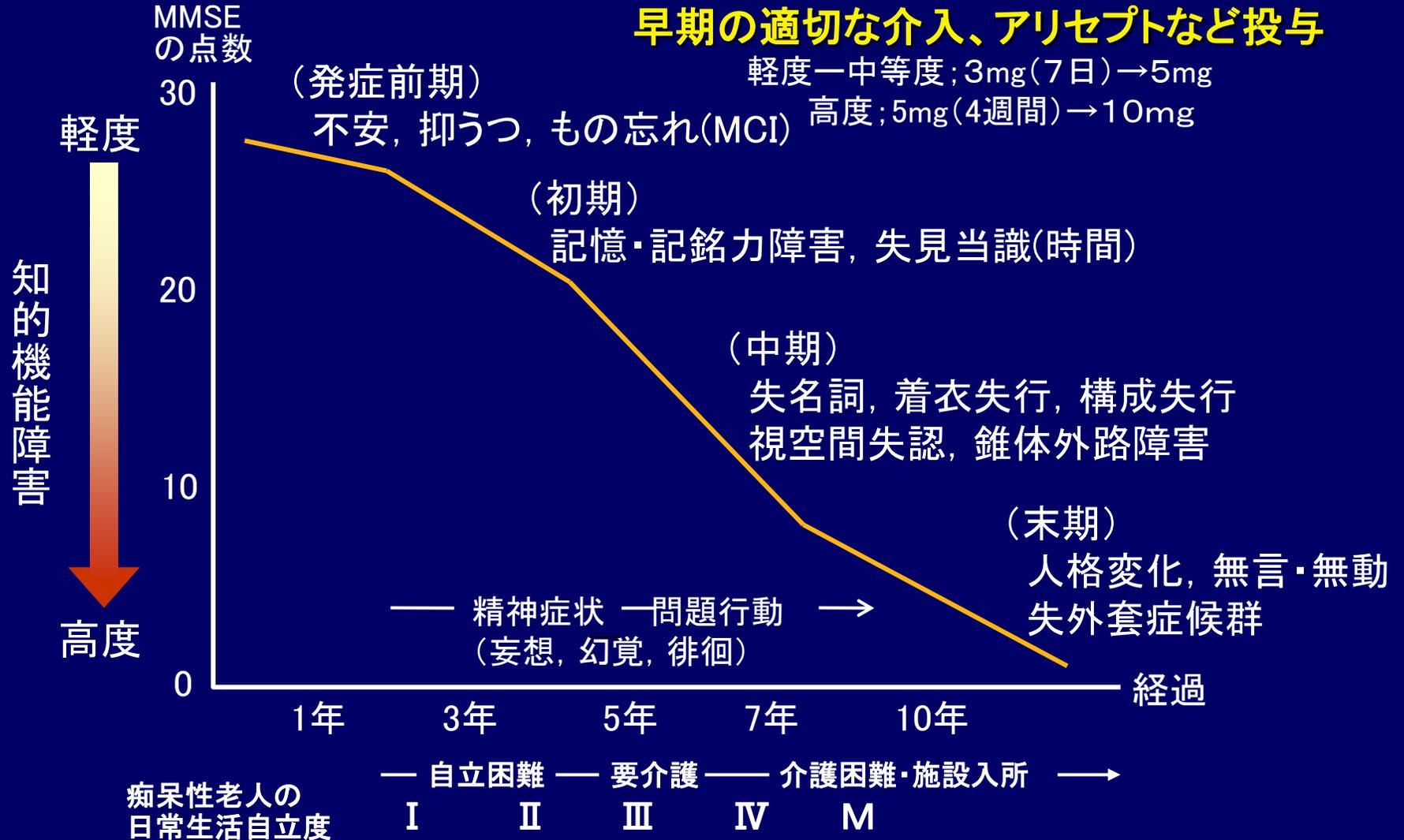
オランザピン（ジプレキサ）

リスペリドン（リスパダール）

最近の研究では、少量を専門医が使用した場合に、死亡率や合併症が多いことはない。

少量、短期的に使用、経時的に有害事象観察

アルツハイマー病の症状と経過



Barthel index; 入院生活でのADL 評価

標準的なADL評価法

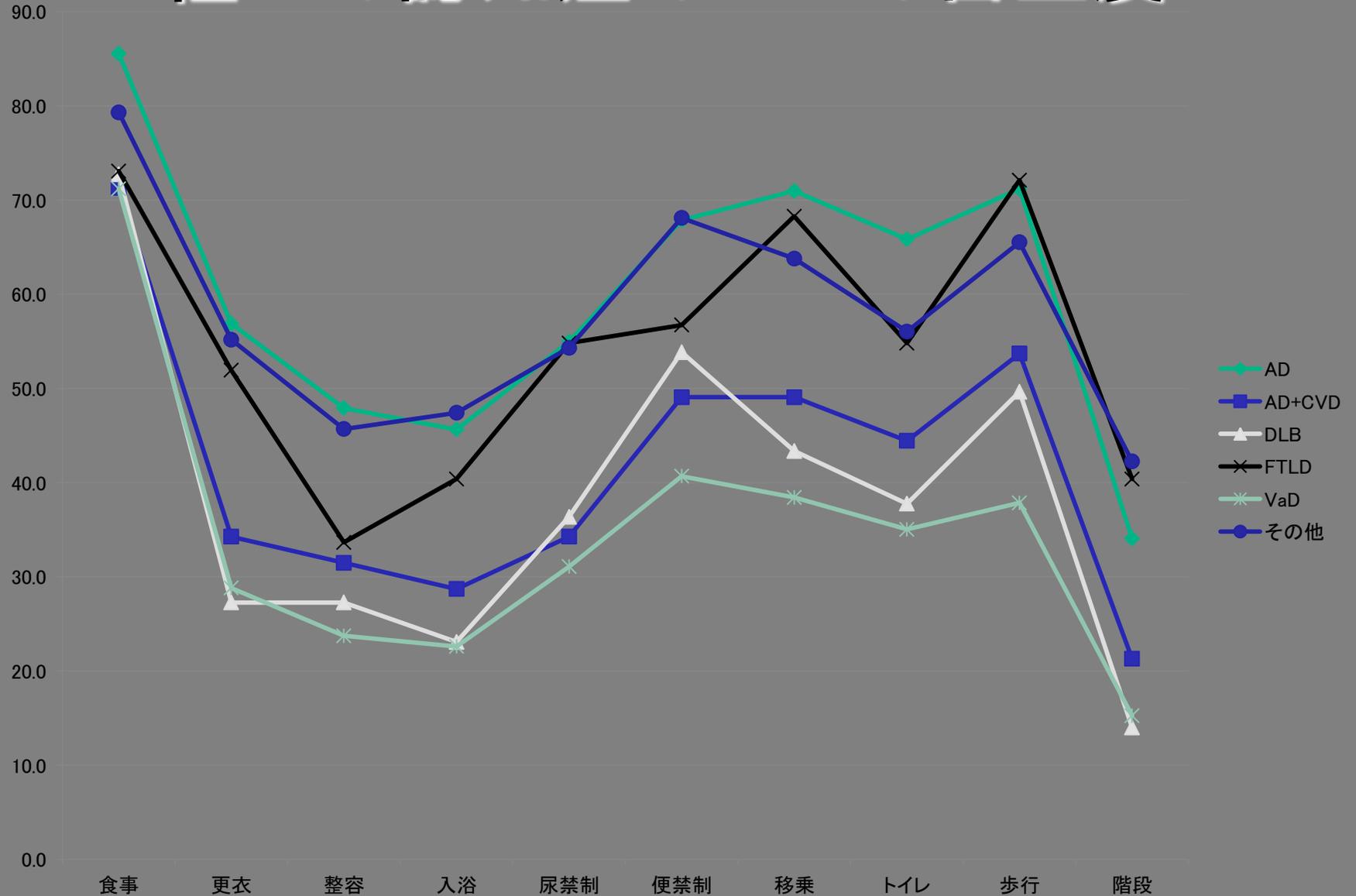
10項目から構成され、100点を満点とする
摂食、更衣、整容、入浴、尿禁制、便禁制、移
乗、トイレ、歩行、車椅子、階段昇降



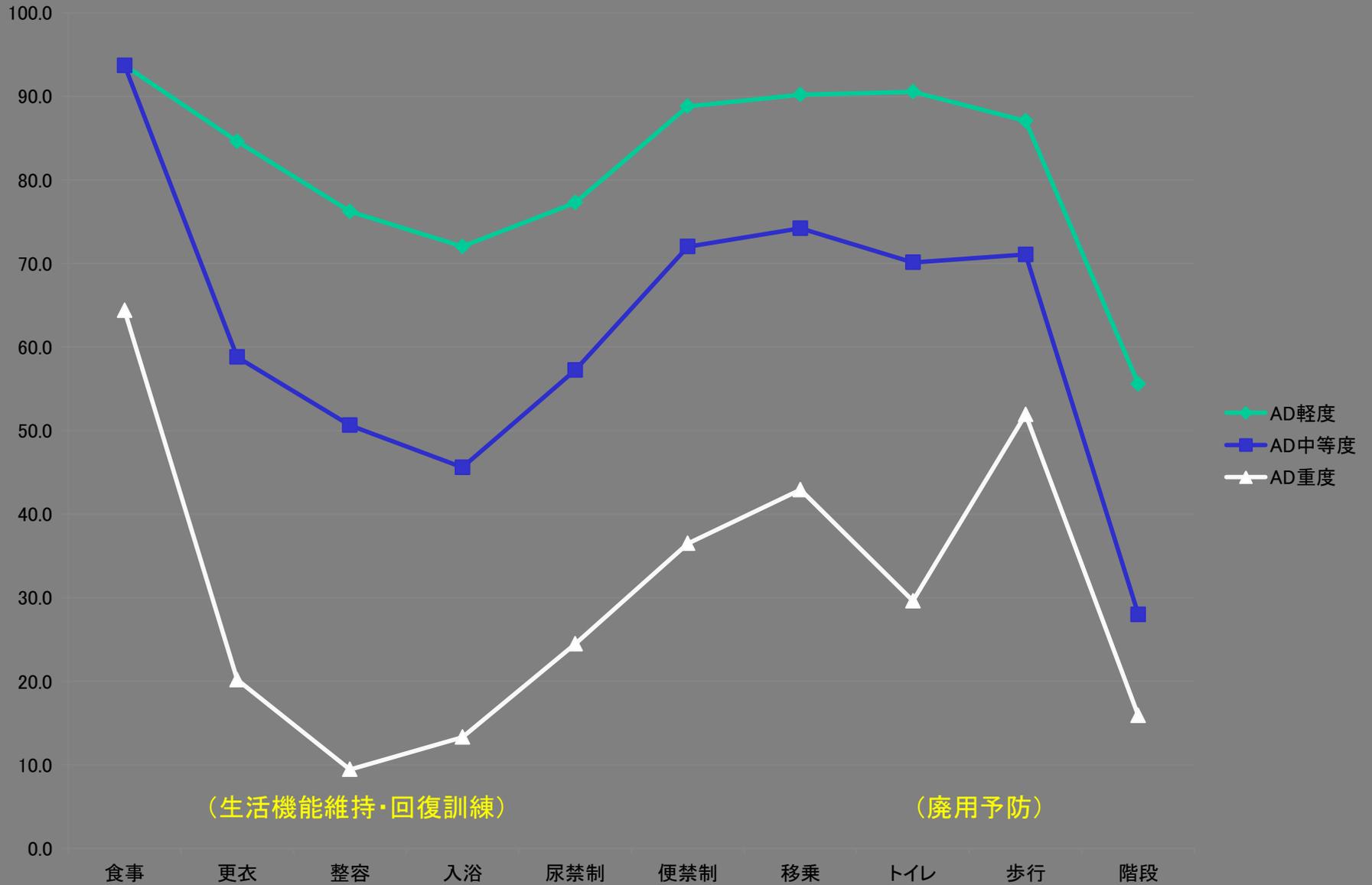
在宅生活

手段的ADL; 掃除、洗濯、食事の準備、金銭、
薬物管理

種々の認知症のADLの自立度



ADのADL自立度



ADのADLの障害

脳血管障害(片麻痺、歩行障害)のADL障害と異なり、階段昇降、入浴、整容、更衣、尿禁制、トイレの順に障害される。

現在できているADLを維持する(将来障害されうるADL障害を理解しておく)。

→混乱なく行えるように整え、習慣づける; 道具使用や手順の問題を、その場面で一つ一つ明確にとらえ、その都度適切な指示や介助を行い続ける。

→廃用の予防(歩行障害、移乗、階段昇降)

Neuropsychiatric Inventory;NPI

認知症でよく見られる妄想、幻覚、興奮・攻撃性、うつ、不安、多幸、無為、脱抑制、易攻撃性、および繰り返し行動を中心とした異常行動の10項目につき介護者から聴取
頻度;0-4の5段階
重症度;0-3の4段階

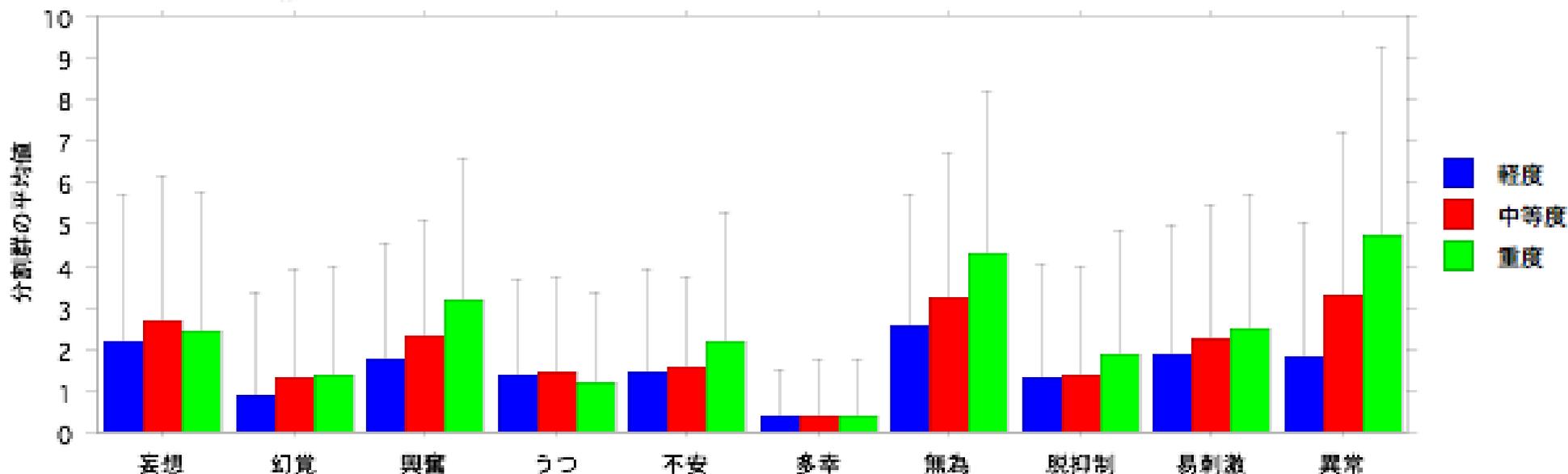
介護負担に関連

AD837名 重症度別精神症状 頻度×重症度：介護負担

棒グラフ（群別）

分割度数：列 64

エラーバー：±1 標準偏差



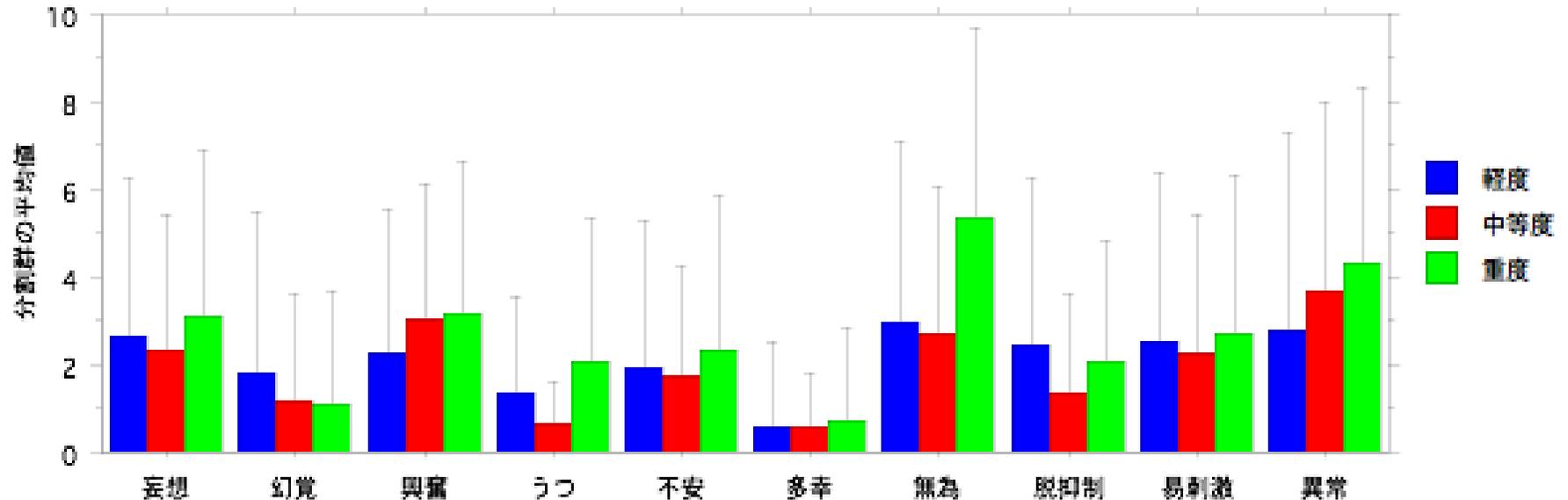
中等度以上のアルツハイマー病で、興奮、易刺激性、異常行動、介護抵抗、不穏にメモリーの適応

AD+CVD108名；重症度別精神症状 頻度×重症度：介護負担

棒グラフ（群別）

分割度数：列 64

エラーバー：±1標準偏差



周辺症状(精神症状、行動障害)

みられない患者もいる

疾患の重症度(進行)と比例しない

→ADでは興奮、無為、易刺激性、異常行動などは関係している？

→AD+CVDでは興奮、無為、異常行動などは関係している。CVDを伴うほど無為が多い。

中核症状とは違って、対応方法によって症状を軽くしたり、予防したりすることが出来る。特に無為に関しての配慮が必要。

アルツハイマー病のリハビリテーション

少しでも進行を遅延させ、生活の質を維持することが主眼である。コリンエステラーゼ阻害薬などは、脳内アセチルコリン濃度を上昇させ、その結果、記憶や注意力が増加する。

増加した注意力を、どこに向かわせ、役立てるのか？
→新たに「〇〇療法」を行う必要はなくて、生活に役立てる(生活機能維持・回復訓練)。

→患者が人生を歩んで来た中で、最も本人が「興味関心を持てること」を行う。その活動を通して、見当識の認識を高めたり(Reality Orientation Therapy)、生活体験を回想させる(Reminiscence Therapy)。

精神作業療法(集団療法)



回想法(昔遊んだおもちゃ) 家庭での団欒(談話)



精神作業療法室への移動
(120m、20-30分)
有酸素運動が効果的、廃用予防



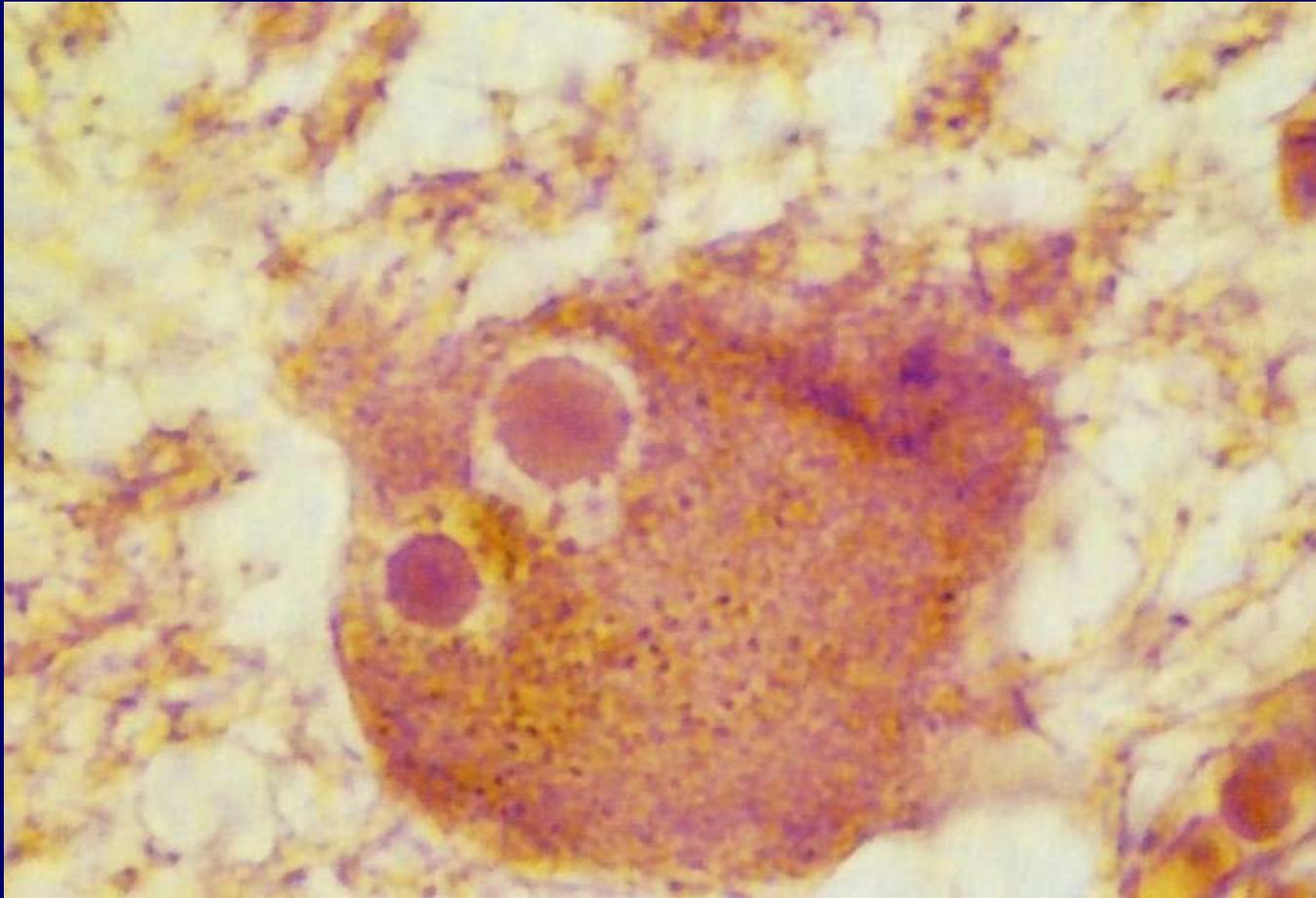
レビー小体を伴う認知症

1995年、レビー小体を伴う認知症 (Dementia with Lewy bodies; DLB) が提唱され、臨床診断基準 (CDLB criteria) が作成された。

欧米では2番目に多い変性性認知症疾患
(剖検例; 10-20%)

McKeith et al 1999の研究では、特異性95%、感受性83%と十分な感受性と特異性が報告されている。
「たけしの本当は怖い家庭の医学」でも取り上げられている(2007年5月 テレビ朝日); 幻視や誤認妄想が生ずる認知症として取り上げられた。

レビー小体(HE染色); α シヌクレイン



レビー小体病LBD

認知症が錐体外路症状に先行して発症(1年以内); レビー小体型認知症; DLBパーキンソン病(PD)の経過中に認知症が起こる; PD with dementia; PDD

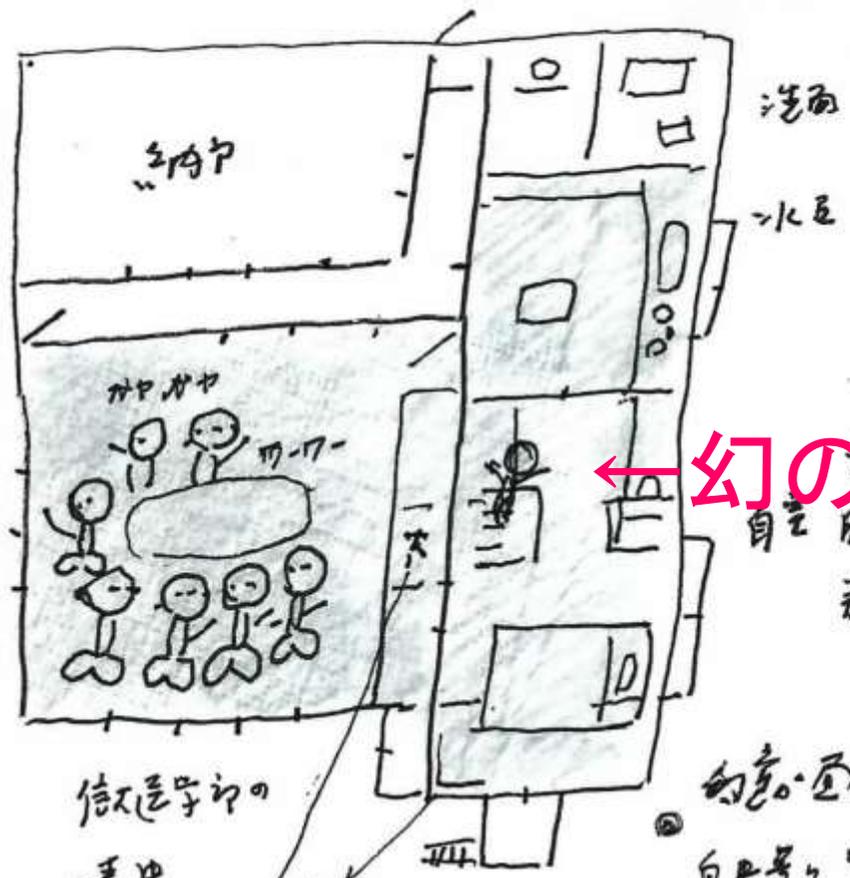
レビー小体を伴う痴呆の診断基準(1996)

1. 正常な社会的または職業的機能に障害を来す程度の進行性認知機能障害が存在. 病初期には記憶障害が目立たないこともあるが, 進行すると通常認められる. また, 注意や前頭葉・皮質下機能および視空間機能の障害が目立つこともある.
2. 次の特徴がある(臨床的確定診断(probable DLB)には2つが, 臨床的疑診(possible DLB)には1つが必要である. (a)注意や覚醒レベルの明らかな変化を伴う認知機能の変動, (b)詳細で具体的な内容の幻視, (c)特発性のパーキンソン症候
3. DLBを支持する特徴;(a)繰り返す転倒, (b)失神, (c)一過性の意識障害, (d)抗精神病薬への過敏性, (e)系統的な妄想, (f)幻視以外の他の感覚様式の幻覚

診断基準を満たせば、ほぼDLBであるが、一方で診断基準をみたさないDLBが多数存在(特異度は高いが、感受性がやや低い)

PDD患者の
幻視・錯視
幻の同居人
(誰かがいる)

幻視 →



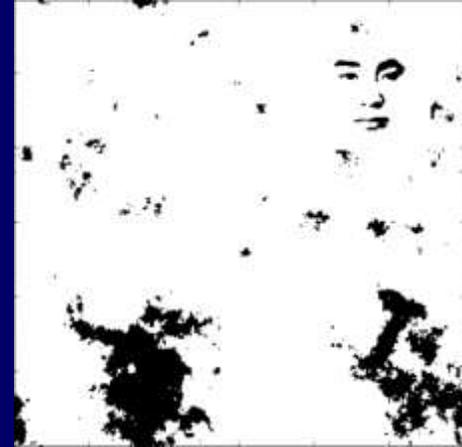
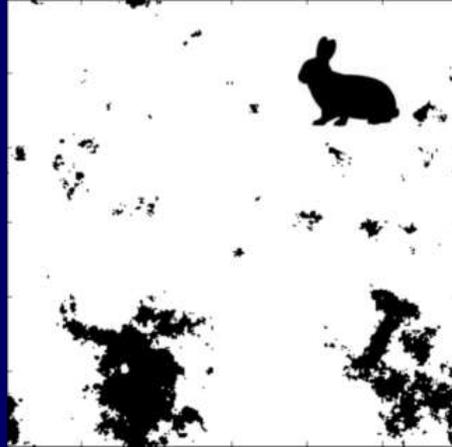
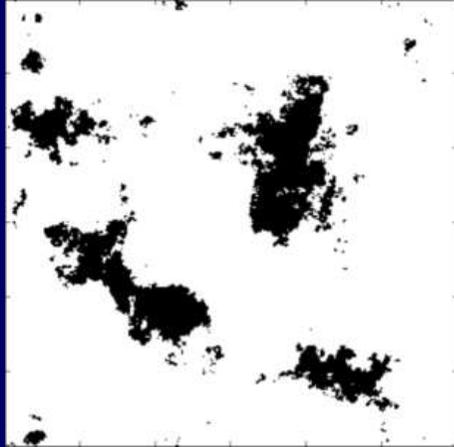
← 幻の同居人

信天翁の
途中

衣紋
カ

幻の同居人の
白甲号の
J704.70.100-
幻の同居人の
信天翁の
信天翁の
信天翁の
信天翁の

パレイドリア(錯視)
DLBではこの絵の中に
たくさんの顔が見えやすい



症例：80歳，男性．右利き，教育歴12年．

主訴：幻視，亡くなった妻が生きている

生活歴：会社経営，8年前妻が亡くなり，長女夫婦との
3人暮らし

現病歴：X-3年より物忘れが生じた．X-2年子供が居る
，倒れているなどの幻視が出現した．かわいそうだ、
寒そうだからと，時に，傍らにあるポータブル便器に
服を着せたりする．その後「人が大勢いてうるさい」
と警察に電話をするようになった．Aさん宅に居ると
きに、数年前に亡くなった妻が生きているなどと娘の
所に頻回に電話をする．夜間眠っていて「うわー」，
「馬鹿野郎」などと奇声をあげる．小歩，すくみなど
の歩行障害（パーキンソニズム）も生じた．X年8月
17日当センター入院．

精神症状

NPI score 17（妄想4×2, 幻覚4×2, 脱抑制4×3）

機嫌よく主治医の指示に応じる時もあるが、OT訓練時に幻覚や妄想の内容を頻回に訴え混乱する時もあった。

「窓の所に子供が倒れているので救急車を呼んでくれ」,
「ロッカーが家の墓石に見える」, 朝方起床時、汚れ物を入れている箱が倒れているのをみて、「大変なことがおこった誰かが部屋を荒らして行った」

養生症候群；「8年前に亡くなった妻が夜に逢いに来ていた」, 「ここには居ないけれども、数回逢いに来いたので絶対生きてどこかに居るはずである」と訴えた。

入院の際に私が一人で困っていたら、8年前に亡くなった妻が生き返って、見舞いに来てくれた。妻は72歳で亡くなったが、生き返って、80歳になったはずだ。逢いに着てくれた妻は今はどこに居るのだろうか、また、居なくなった。

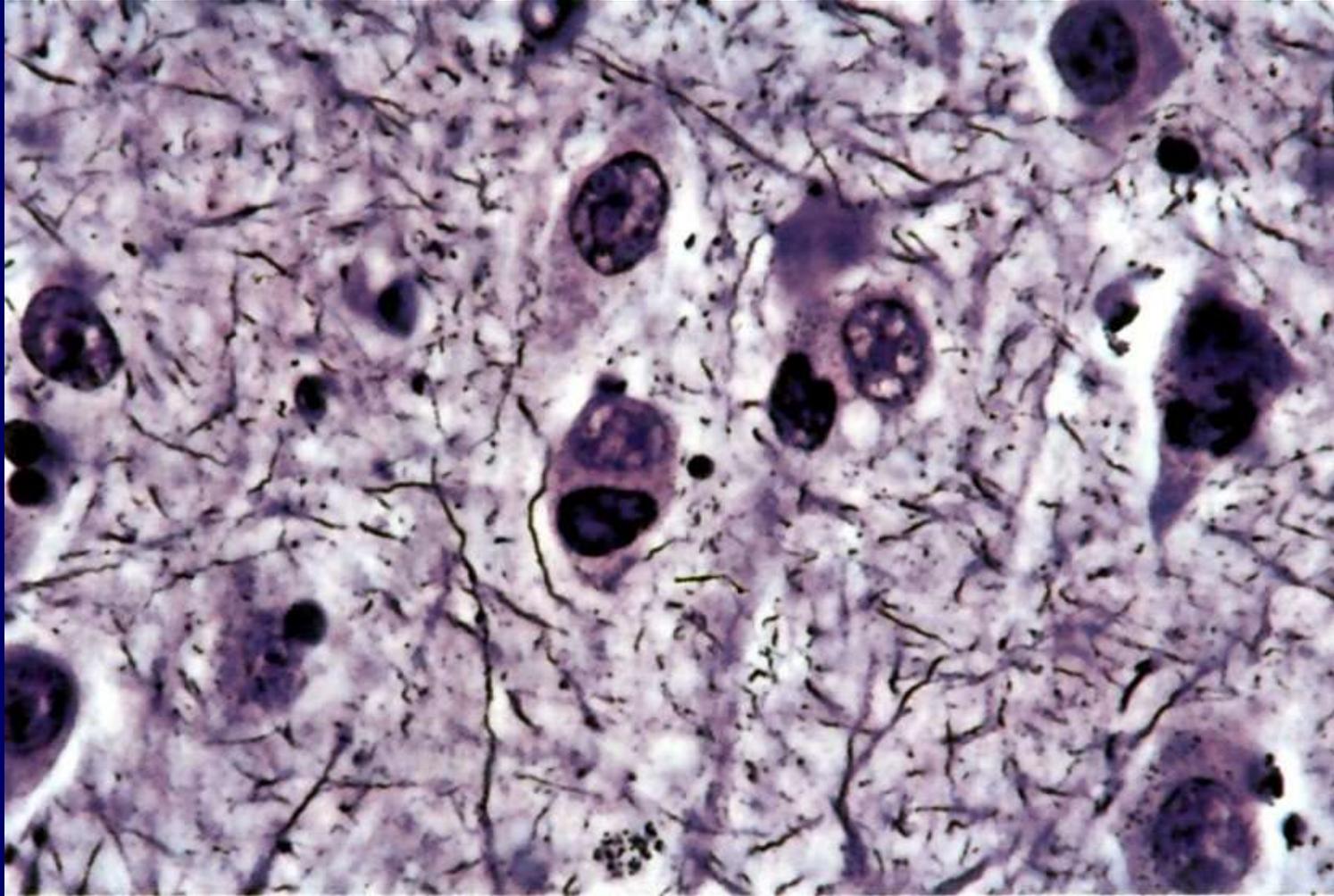
ピック病で万引き;アルツハイマ病と異なる 認知症

2007年2月26日朝日新聞

「ピック病」と呼ばれる認知症になった公務員が万引きをして社会的地位を失うケースが相次いでいる。前頭葉の萎縮で抑制を失って事件を起こしてしまうため、犯行時の記憶がないのが特徴だ(病識がない)。しかし、正確に病気を診断できる医療機関は少ない。専門医は「まじめに仕事をしていた人が万引きをして「何故?」ということがあれば、是非専門の医療機関を受診してほしい」と話している。

利用行動(商品があるのでつかむ被影響性亢進)、
脱抑制(我が道をいく)

ピック小体(ボデアン染色)



前頭側頭葉変性症

Frontotemporal lobar degeneration (1998)

前頭側頭型認知症 (FTD); frontal Pick など

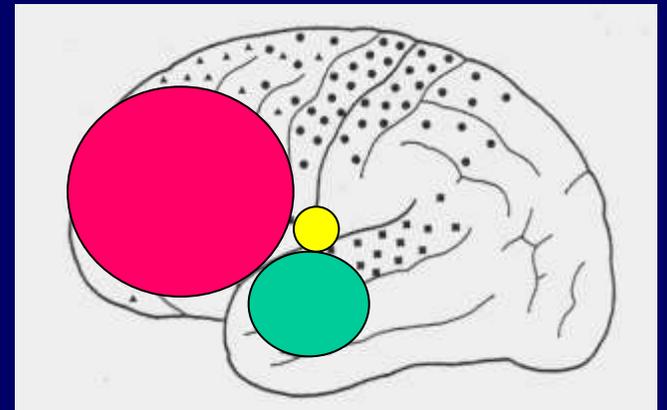
apathetic type

disinhibited type

stereotypic type

進行性非流暢失語 (PA)

意味性認知症 (SD); temporal Pick



前頭側頭型認知症の臨床的特徴(一部要約)

1. 行動障害

自己に対する関心の早期からの消失(自己の衛生や整容の無視)

社会に関する関心の早期からの消失(社交性の消失, 万引きのような軽犯罪)

早期からの脱抑制徴候(抑制のきかない性行動, 暴力行為, 場にそぐわないふざけ, 落ちつきのない歩調など) 考え不精, 立ち去り行動

精神の硬直化と柔軟性のなさ

口唇傾向(口部/食嗜好の変化, 過食, 食物にうるさい, 喫煙や飲酒の過多, 物品を口で探る) 常同的食行動異常

常同的行動と保続的行動(周遊行動, 拍手・歌・踊りなどの型にはまった行動, 収集貯蔵・化粧・身支度などへの儀式的没頭) 時刻表的生活(時刻, 日, 週単位)(記憶依存行動)

使用行動(周辺の物品の抑制のきかない使用) 強迫的な模倣行動

状況の変化が自己の精神状態の病的変化によるという事実に対する病識の早期からの欠如

前頭側頭葉変性症の症候の理解

全体的行動の変容

前方連合野からの解放症状

基底核（固執性，常同症）

大脳辺縁系（反社会的，脱抑制，我が道をいく行動）

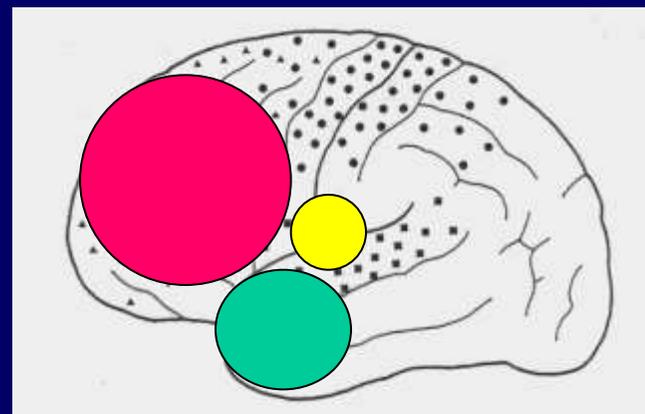
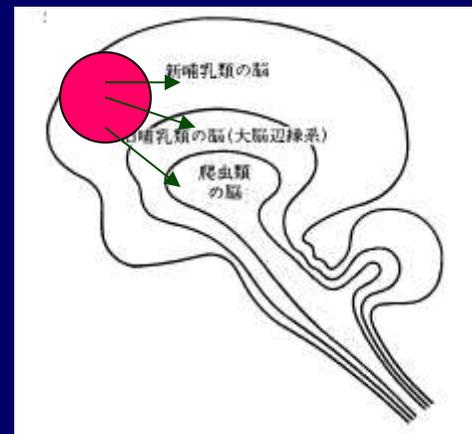
後方連合野（被影響性亢進，環境依存症候群）

脱落症状（前頭葉）

自発性低下（発動性低下）

単位機能の変容

意味記憶障害・失語

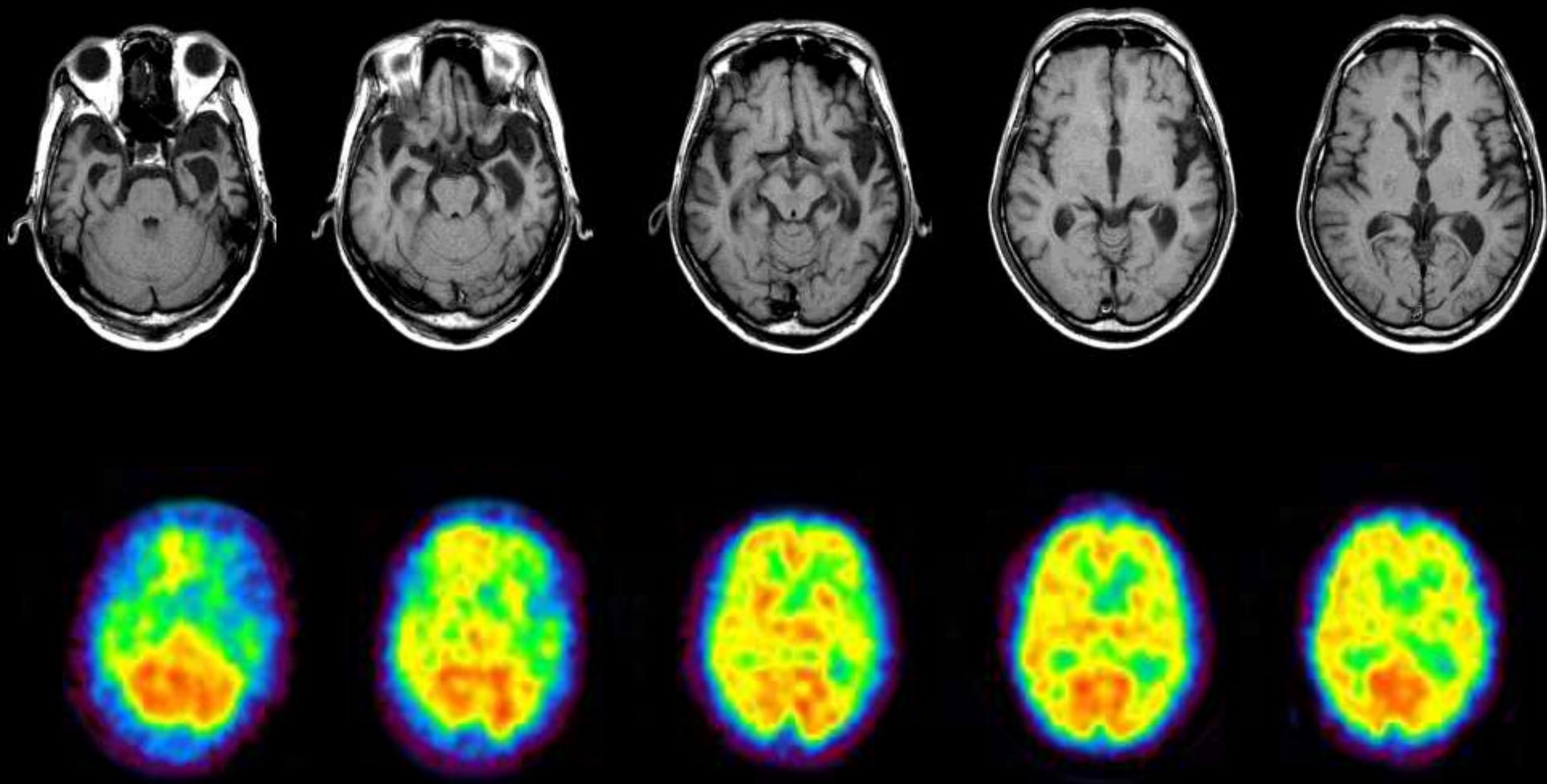


症例：SS、58歳、男性、高校卒、配達業

現病歴：平成8年より配達先を忘れるようになった。車の傷痕に塗装し剥がすなどの行為を毎日繰り返した。平成12年12月ホームセンターで万引き、13年4月にも同じ店で再度万引きし、警察に2日間拘留。1日に何回も洗濯し、その際に熱湯を注ぐといった儀式的行為、車道の真中を歩行するなどの脱抑制もあり、平成13年5月24日当センター入院した。

意味記憶障害（語義失語）、常同行動、考え不精、固執、脱抑制

58歳、男性(SD;temporal Pick)



在宅時、塗装作業に固執（常同行動）していたことから、OT作業は症状の利用（常同症）を考慮に入れたアプローチを導入（ビーズ細工、ジグソーパズル）

ビーズ細工の作成方法は一度の説明で理解でき、訓練時間内は集中して作業を行った。道具の保管場所も訓練当初より憶えており、入室するなり自ら道具を準備し作成をし始めた。

H13年10月よりジグソーパズルを開始。作業種目が変わっても取り掛かりはスムーズで、病棟でも空き時間を見つけ一人で黙々とほぼ一日中施行した。



- ・ 症例；57歳、男性（葉性萎縮のないFTD）
- ・ 家族歴、既往歴；特記事項なし
- ・ 現病歴：2年位前から職場で同僚の酒を勝手に飲んだり、朝から飲酒を始める。H18年6月意欲低下で、J病院へ入院。他患者のロッカーを覗いたり、たばこや牛乳を盗ったりする行動がみられ、入院生活が困難となり、自宅退院。退院後、とにかく食べ物を食べたがり、スーパーでパンを盗ろうとする等の行動がみられ、当センター入院。性的逸脱など

自動車運転評価

- ・運転適性検査装置は新明和工業製 SDS-A4を使用
- ・適性検査と運転模擬検査を実施

適性検査 → 視覚検査 / 踏み換え検査

運転模擬検査：前方3画面、後方1画面に、道路景観がコンピューターグラフィックで表示される。コースの状況は普段事故になりやすい子供の飛び出しなどのイベントを設定することができる。



子供飛び出し



左折暴走



一時不停止



運転模擬検査の結果

- ・ハンドルのふらつきは練習期間で改善されたが、センターラインや路肩へ少しずつよってしまう傾向がみられた。
- ・信号を守ったり、シミュレーターの声に従うことが可能だが、制限速度や一時停止などの道路標識は無視して運転する。
- ・混乱や健忘による、運転操作の誤りはみられないが、状況に応じた判断や操作が困難である。
- ・何度も同じ事故を繰り返してしまいが、反省することなく、無表情で、全く気にしていない様子である。

物忘れ外来をとうして診た認知症

→認知症に対しては早期介入が望ましい
症例に対して、

- 1)正しい診断、治療(抗認知症薬など)
- 2)包括的リハや心理的介入(残存機能を活用、生活機能維持・回復、廃用症候群の予防)

介護家族に対して、

- 1)介護者教育(病態の説明、適切な対応の指導、適切な社会資源の利用)
- 2)介護負担などを考慮し、在宅生活が困難な時→処遇先の検討

地域連携として、

かかりつけ医や地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護施設などに対して、密接な連携協力

認知症疾患医療センター(H25年10月)

- 1) 認知症の相談支援→センター専従精神福祉士
受診してくれない患者はどうしたらいいか?⇒家族電話相談、ケアマネや地域包括センターなどと協力体制を作っていく
- 2) BPSDや身体合併症の急性期治療→積極的な入院の受け入れ
(BPSDや身体合併症の急性期治療後リハ必要な患者)
- 3) 認知症の早期鑑別診断(神経心理検査(MMSE, ADAS)や神経内科的診察、MRI、SPECT) 多施設から鑑別診断依頼
- 4) 医療・保険・介護の連携→かかりつけ医、包括支援センター、ケアマネとの連携(大仙地区のネットワーク会議(H25年5、8、11月(3カ月毎に));モデル化→全県へ、地域連携の講演会(H25年3、6、11月))
- 5) かかりつけ医・介護関係者への研修
病棟研修や精神作業療法(協和病院スタッフ)、回想法の研修
認知症認定看護師教育課程(日赤秋田看護大)→実習病院?
- 6) 情報発信

第6回認知症ケアシリーズ(H25年7月)

秋田県認知症疾患センター（認知症の早期発見、治療に向けて）

H13年もの忘れ外来を開設して以来、認知症の早期発見、治療に向けて努力してきました。

今後、認知症を患った方や、その家族が安心して住み慣れた地域で暮らしていけるように、秋田県認知症疾患医療センターを住民皆さんが活用していただければと思います。

