



リハセンからのお知らせ

～リハセン講演会に代わり認知症診療部関連について紹介します～

しん がた かんせんしょう 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) と にん ち しょう よ ぼう 認知症予防

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

病院長 下村 辰雄

認知症の予防可能な危険因子の制御により35%の認知症が予防可能であることが示されている。これらの因子は、年代により異なり、若年期においては低い教育歴が影響し、その影響度は8%であると試算された。中年期には喫煙(9%)、高血圧(2%)、肥満(1%)が影響力を持ち、その改善によって12%の認知症予防が可能で、高齢期には喫煙(5%)、うつ(4%)、身体活動の低下(3%)、社会的孤立(2%)、糖尿病(1%)が危険因子と同定され、これらの解消によって認知症の15%を抑制可能である。

これらの因子を削減するための対策として、脳のダメージや炎症の抑制、認知的予備力の向上に有効である聴力の保護、教育、認知的トレーニング、社会ネットワークの構築、うつの抑制、肥満の減少、喫煙、糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療、非ステロイド系抗炎症薬の利用、地中海食の摂取、運動の必要性などが示されている。特に運動については、脳のダメージや炎症の抑制、認知的予備力の向上など、すべての要素に対する有効性が確認され、取り組む必要性が高い介入内容の1つである。

認知症の危険因子は年代別に異なるため、予防的対処も異なる。中年期からの認知症予防について、2015年に報告されたNICEガイドラインによると、①禁煙、②活動の向上、③アルコール摂取の減少、④食事バランスの改善、⑤必要に応じた体重調整が推奨されている。高齢期においては、中年期の予防対策を継続するとともに、うつ、身体活動の低下、社会的孤立を含む老年症候群などを予防するためのライフスタイルの確立がより重要性を増していく。活動には身体活動、認知活動、社会活動が含まれ、これらがバランスよく生活の中に取り込まれていることが望ましい。認知症予防の取り組みとしては介護予防事業があり、身体活動の向上に対する多くのプログラムが用いられている。身体活動(運動)の実施は、高齢期に認知症とともに、要介護の主たる原因であるフレイルの予防にも効果を有し、実施が簡便で比較的 low cost で実施でき習慣化を目指しやすい。

運動習慣が認知症の発症抑制に関連することは多くの疫学調査によって明らかにされている。例えば、認知機能障害のない1,740人の高齢者を平均6.2年間追跡調査した研究では、調査期間中に158人が認知症を発症し、その結果、週3回以上の運動習慣を行っていた高齢者は、3回未満しか運動をしていなかった高齢者に対して、認知症になる危険がハザード比で0.62に減少したと報告されている。

運動が認知機能に対して良好な影響を及ぼすメカニズムは複雑で、脳のシナプス機能の向上や睡眠・身体活動、社会的ネットワークの向上など、生物学的、行動学的、社会心理学的レベルの各階層において影響を及ぼし、効果が発揮されると推測されている。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)拡大により世界中の様々な分野でパラダイムシフトが起こっている。認知症予防においても例外ではない。三密(密閉・密集・密接)を避ける生活様式や、人と人との社会的距離(ソーシャルディスタンス)をとることが推奨されている。今後、認知症予防のキーワードも「通いの場」からデジタルを含む「ハイブリッド介護予防」への転換、さらには、ハイブリッド方式が構築されるなかで、双方向性を考慮する必要がある。参加者同士、または、参加者とインストラクターとの一体感をどう作っていくか、これらがないと「仏作って魂入れず」になりかねない。



認知症の原因となる 代表的な3つの疾患について

副病院長(兼)認知症診療部長 笹嶋 寿郎

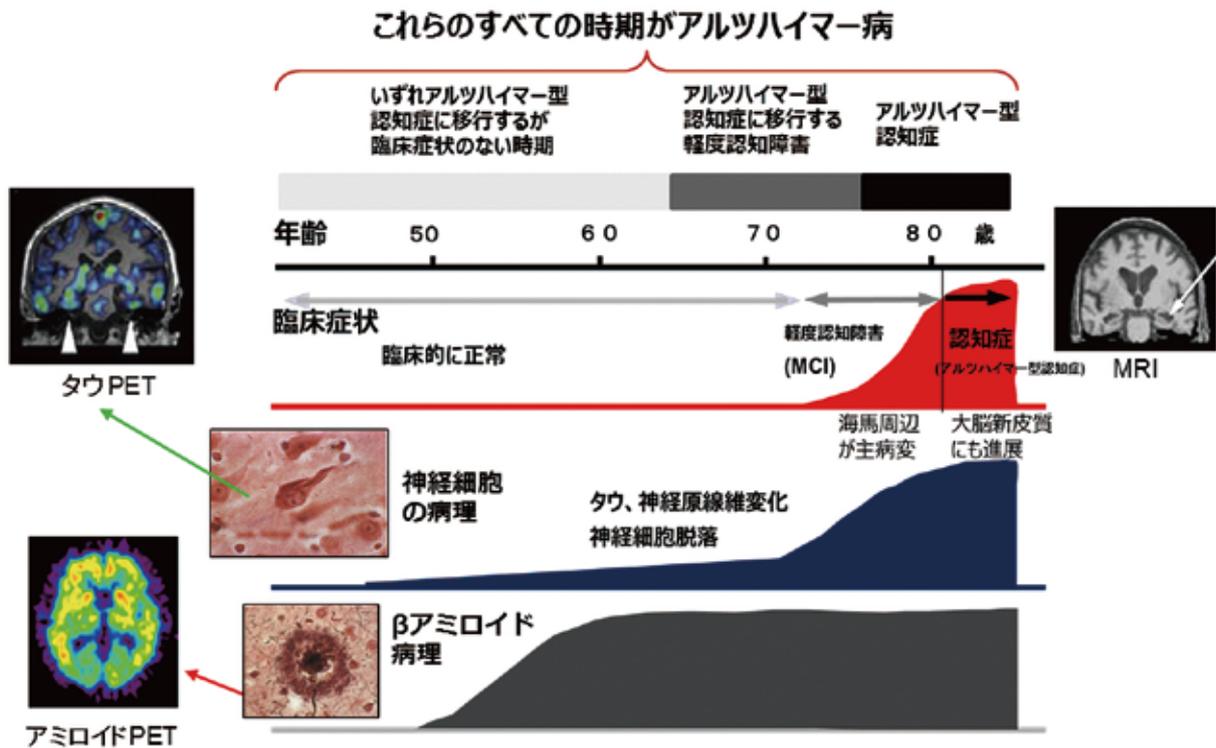
認知症とは一度獲得した認知機能が何らかの原因により持続的に低下して日常生活や社会生活に支障をきたした状態をさす病名ですから、その原因となる疾患を正しく診断して適切な対応や治療を行うことが大切です。認知症を早期に診断して家族などが適切な介護方法や支援サービスに関する情報を知ることによって早期から適切な対応が可能となり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減につながり、自宅での生活を長くすることができます。認知症の原因疾患としてアルツハイマー型認知症が約6割、血管性認知症とレビー小体型認知症が各々1～2割を占め、3大認知症として知られています。



アルツハイマー型認知症では側頭葉内側にある海馬と呼ばれる記憶の中樞が障害され、特徴的な症状として病初期には数分から数日の最近のことが思い出せず、新しいことが憶えられない近時記憶障害がみられ、月日や季節の見当がつかなくなり、なじみのない場所で迷子になります。発症から4、5年以上経過して病気が進行すると過去の出来事も思い出せなくなり、頭頂葉が障害されて場所の見当がつかなくなり、今いる場所がわからず自宅の近所でも迷うといった視空間認知障害がみられるようになります。アルツハイマー型認知症の脳では神経細胞外に「アミロイドβ」という異常なタンパク質がかたまり(老人斑)を形成し、これが大量にできると周囲の神経細胞が傷害されます。さらに神経細胞内にはタウタンパクと呼ばれる異常なタンパク質が蓄積(神経原線維変化)して神経細胞は傷害され、傷害された神経細胞はいずれも細胞死に至り細胞は失われて脳は萎縮します。従って、脳萎縮は回復しない最終的な変化と考えられます。近年、アミロイドPETや髄液検査により臨床症状を認めない時期から脳内のアルツハイマー病変化がとらえられるようになり、いずれアルツハイマー型認知症に移行するが臨床症状のない時期(前臨床期アルツハイマー病)、脳内のアルツハイマー病変化による軽度認知障害の

時期を経て認知症を発症する全病期をアルツハイマー病と呼び、認知症を発症してからをアルツハイマー型認知症と呼ぶという考え方が提唱されています(図1)。薬物療法としては認知機能障害の進行を遅らせる抗認知症薬4剤(ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチン)が使用(健康保険適用)されており、症状が軽い段階で治療が開始できればより効果が大きいと考えられます。2021年には神経細胞が傷ついて失われてしまう前に「アミロイドβ」を取り除く薬(抗アミロイド抗体)として「アデュカヌマブ」が登場しました。神経細胞が失われてしまった進行例には効果がなく、現在、早期診断された患者さんに対する有効性についてさらなる確認が行われています。本剤の使用には早期のアルツハイマー病と診断する必要があることから患者さんへの侵襲性が低く診断精度が高い検査法として脳内に蓄積したアミロイドを生体画像として描出できるアミロイドPETを行うことが不可欠と考えられます。2022年には秋田県内でも秋田県立循環器・脳脊髄センターでアミロイドPET検査の稼働が予定されており、今後は当センターも同施設と連携して若年性あるいは非典型的なアルツハイマー病が疑われる患者さんについてはアミロイドPETによる早期診断を目指しています。

アルツハイマー病が惹起する認知症をアルツハイマー型認知症



国立研究開発法人国立長寿医療研究センター編：
2019年版認知症サポート医養成研修テキストより改変引用



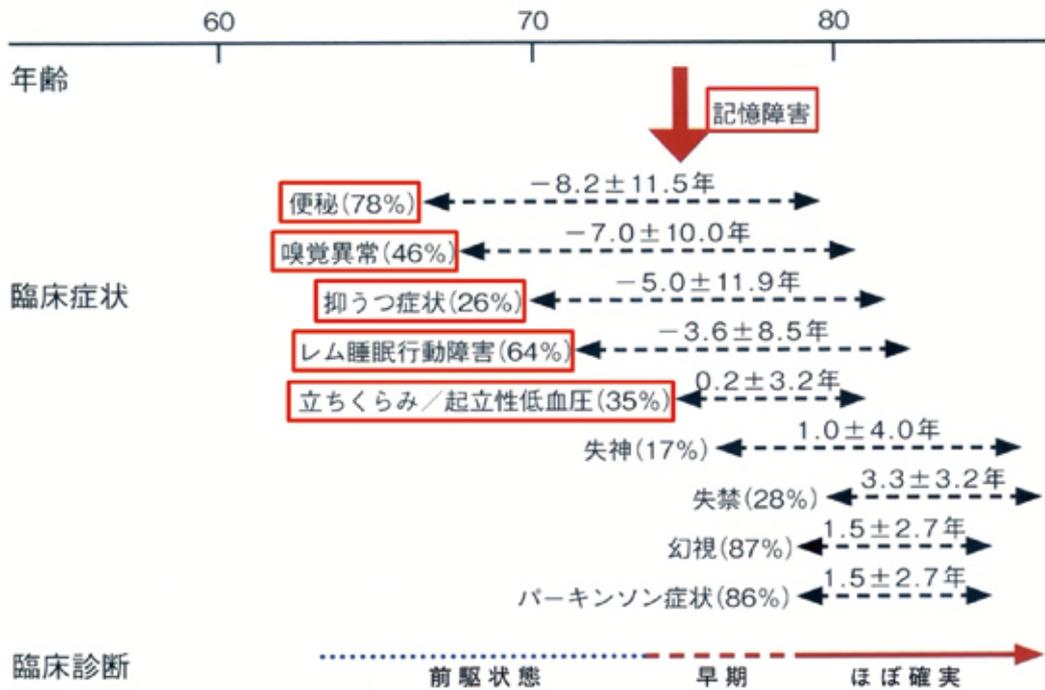
図1

血管性認知症は脳梗塞や脳出血といった脳卒中など脳の血管障害によって生じる認知症です。従来、ゆっくりと進行する脳の変性疾患（アルツハイマー型あるいはレビー小体型認知症）と異なり、脳卒中の後に突然、発症して脳卒中が起こるたびに段階的に悪化するのが特徴とされてきましたが、近年、血管性認知症の中で最も頻度が高い小血管病性認知症では脳卒中発作との関連がはっきりせず、徐々に進行するため症状の進行経過から血管性認知症とアルツハイマー型認知症を鑑別することは難しいとされています。主な症状としては意欲低下、歩行障害、発声器官や関係する神経障害のために言葉がうまく発声できない構音障害、うまく飲み込めない嚥下障害、些細なことで泣き出してしまう感情失禁、記憶障害が挙げられます。脳機能と密接に関連する脳血流SPECT検査ではアルツハイマー型認知症の特徴である頭頂葉と後部帯状回の血流低下はみられず、血管性認知症では両側前頭葉の血流低下を認め、血管性認知症の特徴的な症状である前頭葉機能障害を反映しています。著しく発動性が低下したり、無関心となることが多く、活動性低下により生じる廃用症候群（刺激の減少による精神活動の減退）は、認知症をさらに悪化させるので注意が必要です。早期に発見してデイサービスなどの社会資源を利用し、活動性を上げることが重要です。動脈硬化の危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、多量の飲酒、喫煙など）を内科的に管理したり生活習慣を改めて脳卒中の再発を予防することにより認知症の発症や進行の抑制が可能です。生活習慣病対策の結果、減少傾向にありますが、アルツハイマー型あるいはレビー小体型認知症にしばしば合併するため混合型認知症にも注意が必要です。



レビー小体型認知症は高齢者に多く、認知機能障害の発症と進行はゆっくりでアルツハイマー型認知症に類似するため、後述する中核的特徴（①～④）がみられないとアルツハイマー型認知症と診断されることが多いことから、臨床診断の感度向上を企図して2017年にレビー小体型認知症の診断基準が12年ぶりに改訂され、画像診断の重要性が増しています。レビー小体型認知症と診断するには必須症状として進行する認知機能低下があり、①注意や明晰さの著しい変化を伴う認知機能の変動、②存在しないものが具体的に見える幻視が繰り返す、③夢を見ているレム睡眠期に体を激しく動かしたり、大声で寝言を話す（レム期睡眠行動異常症）、④パーキンソン症状（安静時に手足がふるえる静止時振戦、動作が鈍くなる無動、筋肉がこわばる筋固縮、体のバランスが悪くなる姿勢反射障害）の4つの中核的特徴のうち2つ以上あれば、ほぼ確実なレビー小体型認知症と診断できます。診断に役立つ検査（指標的バイオマーカー）は①ドパミントランスポータSPECT（DaTスキャン）で基底核における取り込み低下、②MIBG心筋シンチグラフィで取り込み低下、③睡眠ポリグラフ検査で筋活動低下を伴わないレム睡眠を確認することであり、4つのうち1つの中核的特徴と1つ以上の検査が陽性的場合もほぼ確実なレビー小体型認知症と診断できます。当センターでもSPECT検査やMIBG心筋シンチグラフィを積極的に行い原因疾患の正診率向上に努めています。レム期睡眠行動異常症は便秘や起立性低血圧などの自律神経障害、うつ症状、嗅覚障害、失神と伴に前駆症状として知られており（図2）、記憶障害に先立つ前駆症状に注目することで早期診断につながる可能性があります。抗精神病薬を始めとする、様々な薬に対して過敏性があるため薬物療法前にアルツハイマー型認知症と鑑別することは重要です。リハビリテーションや介護に際しては他の疾患と比較して転倒しやすいことに十分に注意する必要があります。

レビー小体型認知症の前駆症状



Fujishiro H, et al: Psychogeriatrics 13:128-38, 2013 より改変引用

図2

認知症では3大認知症が様々に併存する、混合病理が多数存在し、症状が重なったり、別のタイプの認知症に移行したりすることもあります。そのため特徴的な症状の変化に伴い、診断が変わることも珍しくありません。患者さんの状態が大きく変化した場合などは、最初の診断を信じ込まずに繰り返し診察して追跡検査を行い、診断を見直すことが重要です。現在、日本人の600万人以上が認知症を発症していると推計され、団塊の世代が75歳以上になる2025年には700万人以上、高齢者の5人に1人が認知症になると見込まれています (平成29年高齢社会白書)。自分はもちろん、家族や周りの人などの様子がおかしいなと感じたら、物忘れ外来などで専門医の診察を受けるようにしましょう。





にんちしょう

かつどう

認知症ケアチームの活動について

看護部 認知症看護認定看護師 越川 美紀

リハセンにおける認知症ケアチームの活動についてご紹介させていただきます。

近年の超高齢化と認知症の増加に対し、国の認知症施策「新オレンジプラン」に基づき、一般病棟やリハビリ病棟では「認知症ケア加算」が平成28年度よりスタートしました。リハセンには、精神科病棟や認知症病棟など認知症を専門にケアする病棟がありますが、そうでない一般病棟でも認知症の増加は深刻なため、認知症の患者さんへの対応力を上げ、ケアの質を向上しようとするものです。リハセンではリハビリテーション病棟(回復期・療養)が対象となっています。この認知症ケア加算の特徴は、身体拘束(身体の一部を縛る行為)を1日1回でも、また短時間でも行うと加算額が6割に減算されます。拘束によってペナルティを与えられる加算です。また、認知症ケアの手順書(マニュアル)を病棟に配布することとなっていますが、その手順書には「身体拘束に関すること」と「鎮静を目的とする薬物の適正使用」について必ず盛り込むことになっており、むやみやたらに身体拘束や薬物による鎮静をしないように認知症患者さんの人権を尊重し尊厳を守るといった主旨になっています。これを受けてリハセンでも多職種で認知症ケアチームを発足しその一員として日々の業務に励みながら、週に1回のカンファレンスとラウンドを行っています。認知症の患者さんは時に言いたいことが伝えられず、別の言動や行動で表出されることがあります。認知症患者さんの立場になり、良き代弁者となってケアの質が向上できるよう努めています。

ケアチームの一員として自己研鑽にも努めておりますが、先日は「アドバンス・ケア・プランニング(以下ACP)の課題」と題した研修がありました。ACPの日本語訳は『人生会議』です。主に終末期における意向確認や、人生最終段階に関わるコミュニケーションなどの意味があります。その講義の冒頭では、3つの質問が投げかけられました。「皆さんは自分に残された時間がどれだけの長さになったとき、それを知らせてほしいですか?」「残された時間が約半年となり自由に動けるとしたら何をしますか?」「残された時間が約1か月で車いすの生活である時、何をしたいと望みますか?」「自分自身としてもとても考えさせられました。「口から食べれなくなったらどうしようか?」「ある日突然、重い後遺症を負ったら・・・」という日が誰にでも起こりうるわけです。このメッセージを読んで下さっている方と情報を共有したいなと思いました。

後半はつぶやきになってしまいました。秋田県の高齢化率(総人口に占める65歳以上の割合)は38.5%(2021.7.1)で全国1位で2025年には65歳以上の5人に1人が認知症になると推計されています。身近の方にも認知症の方が増えています。温かい目で共に認知症の方を支援していきたいと思っています。

よろしくお願いいたします。





とう いん おこな にん ち き のう けん さ 当院で行っている認知機能検査について

臨床心理室 心理判定員 三浦 茉莉

当院の心理士は、心理検査やカウンセリング、集団精神療法 (SSTや回想法) を行っています。心理検査には、認知機能検査や知能検査、性格検査など様々ありますが、今回は認知機能検査についてご紹介します。

認知機能検査は、認知症の鑑別・診断や患者さんの認知機能の把握などを目的として行います。認知機能は大まかに、記憶力、見当識(現在の年月や自分が居る場所などについての基本的な状況把握のこと)、注意力、構成力(立体などの形を正しく捉え形作る力)に分けられ、検査によって認知機能のどの側面をどの程度調べられるかが異なります。そのため、いくつかの検査を組み合わせることで、その方の認知機能についてより詳しく多面的に把握することができます。検査内容としては、いくつかの単語を覚えてもらい数分後に答えていただくものや、見当識についての問いや簡単な計算問題、図形の模写などです。所要時間は、行う検査の種類や数、患者さんの体力・集中力等にもよりますが、1回あたり数分程度～30分、あるいは1時間ほどで、数日に分けて行う場合もあります。認知症の鑑別・診断の際には検査の点数だけでなく、認知機能のどの側面が低下しているかといったことや、認知機能の各側面のバランスなども重要になってきます。また、会話の受け答えや、受検されている時の様子、集中の程度など、点数に直接的には反映されない言動にも注意を払い、点数とともに医師に報告しています。このように文章にすると緊張されるかもしれませんが、和やかな雰囲気リラックスしながら受検していただけるような対応を心掛けています。

人は誰しも年齢を重ねる毎に、認知機能は緩やかに低下していくものです。ただ、その低下の程度が一般的とされる範囲内かそうでないかは、上に述べたような認知機能検査や、脳の各種検査を行い、医師に診てもらわなければ分かりません。ご家族の方やご自身の認知機能について不安がございましたら、早めに受診していただければと思います。





にん ち しょう たい おう げん ご ちょう かくりょう ほう 認知症に対応する言語聴覚療法

言語聴覚室 言語聴覚士 能登 霊威

言語聴覚リハビリテーションは主に、人の「言葉を用いたコミュニケーション」の機能回復を目的にしています。

「うまく会話ができないのは、言葉を考える機能の低下か、麻痺などにより口がうまく動かないためか、あるいは耳が聞こえづらいためか」を適切に評価してリハビリ訓練を提案いたします。

近年、この言語聴覚の評価に「認知症」が関わるようになってきました。

右の図は2017年に発表された、「認知症を予防できる35%の内容」を表したものです。生活歴や生活習慣の中には適切に対応されれば認知症のリスクを減らせることがあると想定され、その中の最も大きな要因が『難聴』でした。またさらに「社会的孤立」や「うつ」は難聴との兼ね合いが考慮されますが、これらも含めると15%減らすことが可能との期待も伺われます。難聴を放置することは、認知症への可能性を加速させることになるわけです。

では難聴が感じられた場合、どうすればよいのでしょうか。

難聴による認知機能の低下を予防するためには、「正しく調整した補聴器による聞こえ機能の維持改善」が必要であり、そして周囲の人たちとの「コミュニケーションが可能になることで社会的孤立がなくなり」、環境音や人の声が十分に聞こえることで「考えたり記憶することに必要な神経伝達物質の働きが活発」になりうると考えられます。

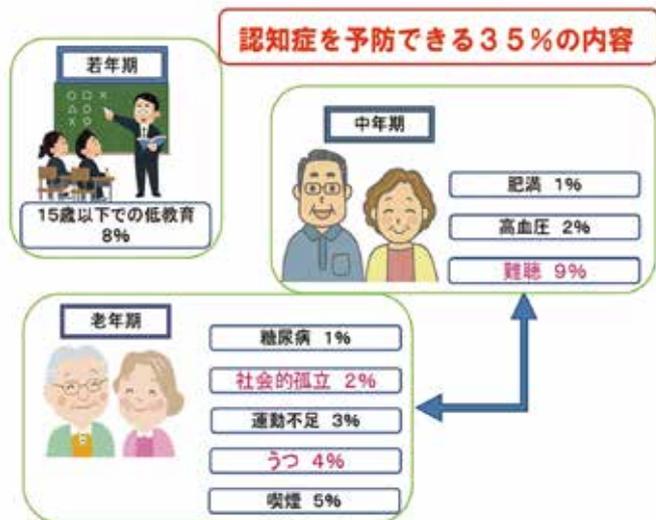
ただし補聴器の効果を得るには次のことが必要です。

- ①難聴の原因と程度を耳鼻科医師に診てもらい正しい処置と補聴器の紹介をしてもらう。
- ②補聴器を着けることを嫌がらない。
- ③補聴器によるリハビリのためには期間と、周囲の方の協力が必要。

こういった対応は認知症の症状が進むほどその理解が難しくなります。必要な診察や検査が受けられなくなったり、補聴器をじゃまなものとして外して放ってしまうなどの行動が続きリハビリが続かなくなってしまうことがみられるようになります。加齢性の難聴は30代から始まるといわれますが、難聴に気づかなかつたり気づいていても放置してしまいますと徐々に聴力と言葉を聞き取る力が低下し、丁度高齢に差し掛かるときに生活に支障が出るとともに認知症の発症が重なる例が多くみられています。難聴への対応は「おかしいなと思った時」や「生活上の不便を感じた時」、「家族や周囲の人から聞こえにくいことを指摘された時」にすぐに耳鼻咽喉科へ行っていただくことが大変重要です。

当センターでは多くの方に聴力検査を受けていただき、難聴が伺われた方には耳鼻咽喉科医師が診察を行ったうえで補聴器の試用と聴覚リハビリを積極的に推奨しています。

こちらで難聴を指摘され、初めてそれと気づかれる方も多いのですが入院中のわずかな期間でも「よく聞こえる経験」をしていただき、効果とご要望があれば補聴器の処方箋や公的補助のご案内などもお出ししております。



2017 アルツハイマー病協会国際会議



にんちしょう きゅうかく かんけい 認知症と嗅覚の関係について

臨床検査室 臨床検査技師 菊地健太郎

認知症の前兆といえ、物忘れや怒りっぽさが目立ってきたり、家事のミスが増えたりといったことが思い浮かぶのではないのでしょうか。こういった精神面や行動面の変化に加え、認知症の前兆のひとつとして「においが分からない」といったことがあります。

みなさん何らかの香りをきっかけに思い出がよみがえった経験があるかと思います。これは脳の中で、においを判別する嗅覚の経路と記憶を司る海馬が直接的に繋がっていることによるといわれています。嗅覚と記憶にはこうした関係があるため、認知症検査において嗅覚検査を行うことがあります。

リハセンで実施されている T&T オルファクトメトリーという嗅覚検査についてご紹介します。この検査はにおいの種類や濃度が異なる液を嗅いで、においを感じるかどうか、それはどのようなにおいかを答えてもらうというシンプルな検査で、約 20 分程度で実施することができます。

検査方法ですが、バラ、桃、カラメル、汗、便... これらに似たような 5 種類のにおい成分を含む溶液を、においの弱いものから強いものまでそれぞれ用意します。検査を受ける方には、この 5 種類の溶液をにおいの弱いものから順番に嗅いでもらい、段階的ににおいを強くしていきます。はじめはかなり薄いのでにおいを感じにくいですが、においを強くしていく過程でにおいの有無や区別ができるラインが見つかります。このラインを閾値と呼び、閾値が高ければ高いほど嗅覚が低下していることを意味します。

アルツハイマー病やレビー小体型認知症の患者では閾値が健常者よりも高くなっている割合が大きい、つまり嗅覚がより低下しているということが多くの研究で報告されています。もちろん風邪やアレルギー性鼻炎、副鼻腔炎などでもにおいが分かりにくくなりますから嗅覚低下が認知症によるものだと断定できません。においが分からない原因を判明させるためにも、心配な場合は早期の耳鼻科受診が大切です。

衰えても嗅覚は改善を見込めますし、嗅覚を刺激することで認知症予防にもなるとされています。生活の中にあるにおいを「何のどういにおいか」意識して感じるだけでも嗅覚トレーニングになります。例えば、食事中に「ご飯の炊けた美味しそうなにおい」、散歩中に「甘い花の香り」というように頭で表現しながら嗅ぐようにしましょう。

嗅覚の衰えが必ずしも認知症に繋がるとはいえませんが、においを感じるということはいきいきと生活していくために大切なことです。以上のように嗅覚をきたえることは簡単なので、みなさんの普段の生活に取り入れてみてはいかがでしょうか。





あき た けんりつ せいしん いりょう
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター



電車とバスでリハセンに来るには

2021年4月現在



1. JR 奥羽本線、羽後境駅で下車。
2. 徒歩で羽後交通境営業所に向かいます。(約3分)
3. 羽後交通境営業所から淀川線でリハセン経由「福部羅行き」に乗ります。
4. 羽後交通境営業所からリハセンまで約10分。リハセン玄関前のバス停で下車。



バス時刻表

(2021年4月1日現在)

淀川線 (境～協和小学校～リハビリセンター～中逢田～下川口～福部羅)			
境 営業 所	リハビリセンター	リハビリセンター	境 営業 所
発	着	発	着
8:10	8:20	—	7:52
▲ 9:15	▲ 9:25	7:38	7:54
10:20	10:30	9:18	9:28
▲ 11:14	▲ 11:30	▲ 9:30	▲ 9:40
12:25	12:41	11:28	11:38
▲ 14:15	▲ 14:31	▲ 12:28	▲ 12:44
15:15	15:31	13:41	13:51
▲ 16:15	▲ 16:31	▲ 15:36	▲ 15:46
17:20	17:36	16:36	16:46
▲ 18:34	—	▲ 17:36	▲ 17:46
		18:36	18:46

▲印は土・日・祝連休

所要時間と料金

JR上り	JR下り	バス
秋田駅～羽後境駅 約25分 運賃510円	大曲駅～羽後境駅 約24分 運賃420円	境営業所～リハセン前 約10分 運賃330円

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター診療情報

診療科目: リハビリテーション科、精神科、放射線科
 診療日: 月～金(祝日・12月29日から1月3日を除く)
 受付時間: 午前8:30から11:00まで

病床数: 一般病床:50床、療養病床:50床、精神病床:200床

●センターの特徴: 365日毎日リハビリ訓練
 脳・認知症ドック・物忘れ外来
 画像診断(CT・MRI・SPECT)
 日本医療機能評価機構認定

ロゴマークについて

2色の若葉は命の力強さとリハビリテーション科・精神科を表し、それが交わることでそれぞれの特性を生かしつつ協力して診療にあたる様子を表現しています。周囲の円は、患者さんと職員のパートナーシップや地域との連携、多職種協働の理念を表しています。



相談のご案内 リハセンへの受診や入院に関することについて、電話やFAXでの相談に応じております。お気軽にどうぞ。

発行
 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
 〒019-2492
 秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田 352
 TEL:018-892-3751(代表)
 FAX:018-892-3757(総務管理課)
 発行責任者 下村 辰雄