

認知症を知る ～早期発見のポイント～

2013.09.14

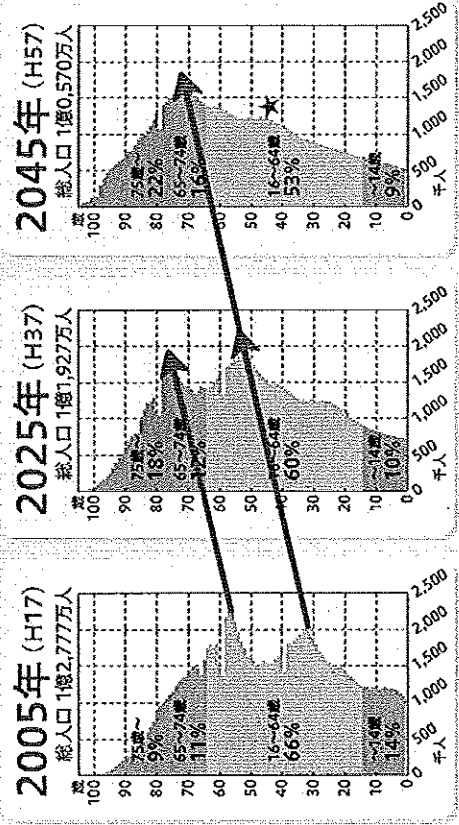
京都府立洛南病院
森 俊夫

今、なぜ認知症が注目されるのか

～ その背景 ～

高齢化の現状①／高齢化の進展

2025年、「団塊の世代」が後期高齢者に



出典：国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口

どういう時代を迎えようとしているのか①

団塊の世代が鍵を握る

1. 2015年問題と2025年問題

団塊世代の最後が65歳・・・2015年

団塊世代の最後が75歳・・・2025年

2. 前人未踏の超高齢社会へ

65歳以上人口の急増

3,079万人(2012年)→3,635万人(2025年)→3,878万人(2042年)

高齢化率(65歳以上人口の割合)も急増

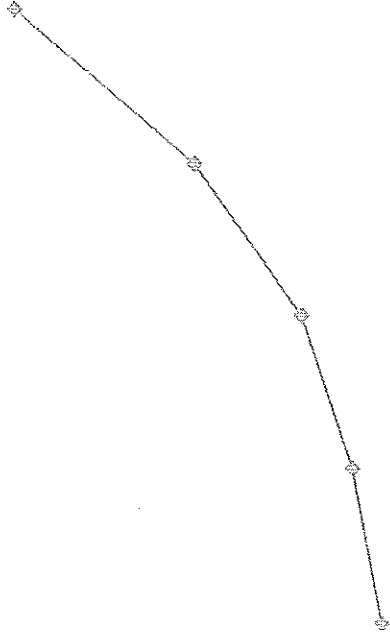
24.1%(2012年)→33.4%(2025年)→40%(2060年)

→4人に一人(騎馬戦型社会)から2.5人に一人(肩車型社会)へ

2015年以降は後期高齢者が急増する

(団塊の世代とともに、そして高齢化のピークは団塊ジュニアが握る)

年齢階層別認知症有病率

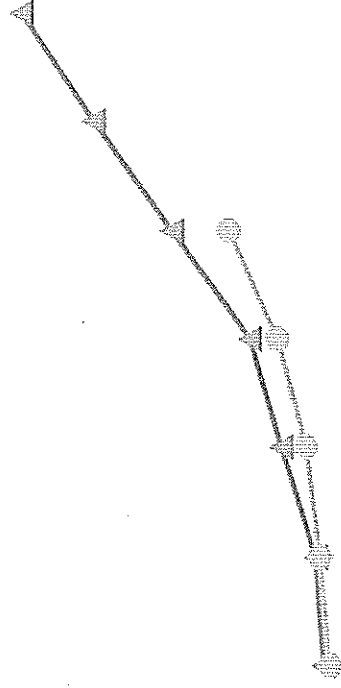


有病率の意味

4人に1人

一家に一人

年齢階層別認知症有病率



2013年認知症人口と有病率推計(厚生労働省研究班)

○ 認知症高齢者462万人(15%)、MCI:400万人(13%)

- ・厚生労働省研究班(代表研究者:朝田隆)の調査結果(09年~12年、8市町村の5386人分の調査データ)
- ・国立社会保障・人口問題研究所(12年)にあてはめて推計

○ 1985年データ(大塚)との比較

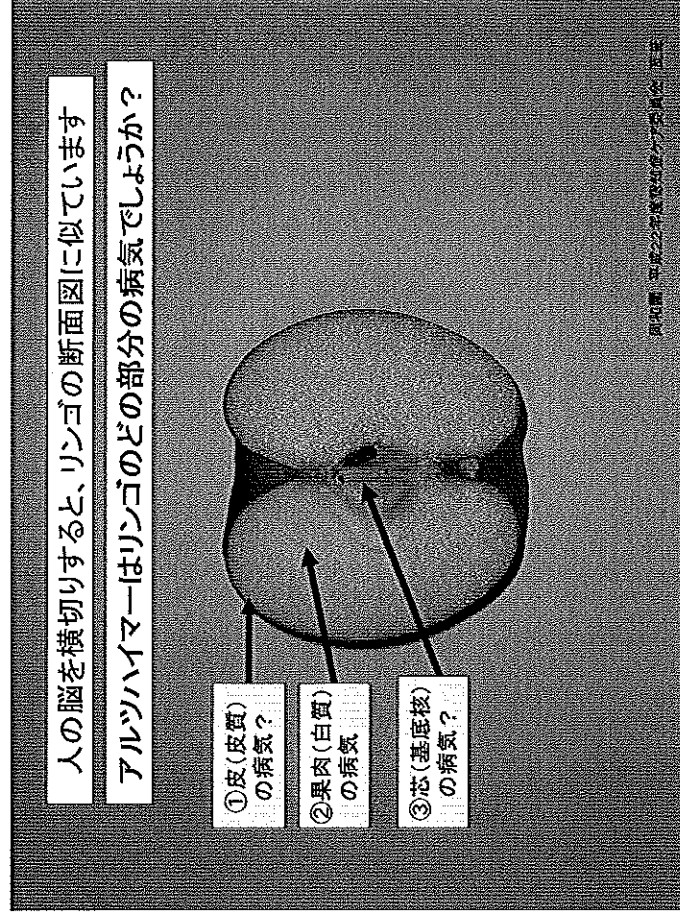
- ・有病率は6.3%から15%へ

○ 従来のデータ

- ・2012年推計では「高齢化率9.5%、認知症高齢者305万人」
- ・2035年に認知症高齢者「445万人」

- 高齢者の3～4人に一人は認知症か予備軍(MCI)
- 現実に向き合い医療や介護の体制整備を急ぐ必要
- 欠落を埋める・方法論を変える
 - カフェの創出(場)
 - 認知症ケアパス(新しい連携、ライフサポートモデル、ケース・マネジメント)
 - 初期集中支援チーム・機能(方法論、新しい皮袋)

- 2013年4月 国際アルツハイマー病協会が発表
- 私は認知症と共に幸せに生きることができる
I can live well with dementia
- 認知症の疾病観を根底から変えていく
- 北風と太陽の話...
- 認知症になってからの人生戦略



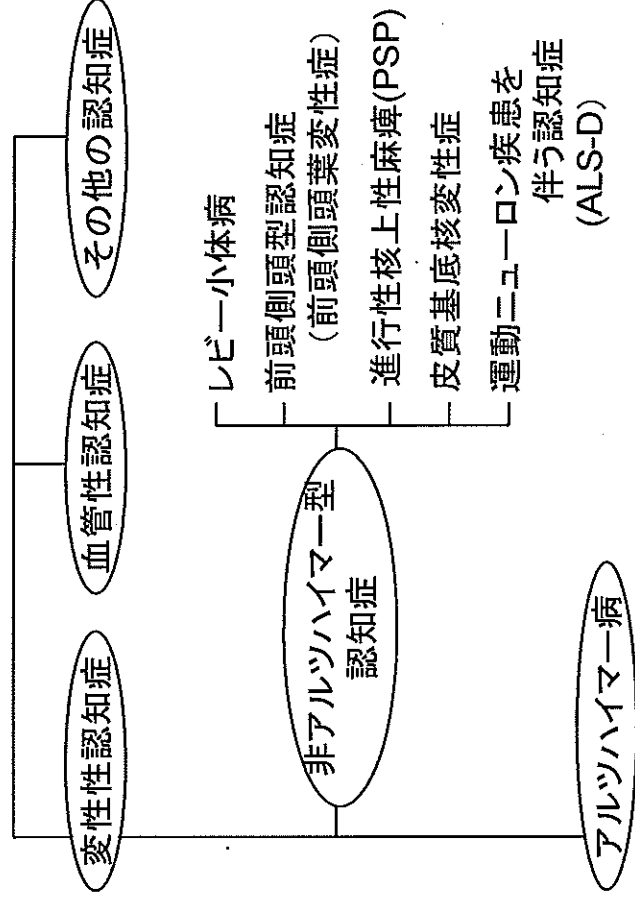
二つの基本

1. 認知症は病名ではない
2. ステージごとに課題が異なる

病名が異なれば躰き方も異なる
課題が異なれば届けるべきケアも異なる

認知症とは、その1

認知症の原因となる病気は？



その他の認知症(原疾患からアプローチ)

「治る認知症」(90年代)三疾患

慢性硬膜下血腫
正常圧水頭症
甲状腺機能低下症

(他にも、アルコール、頭部外傷、ヘルペス脳炎、
低酸素脳症、・・・など多数ある)

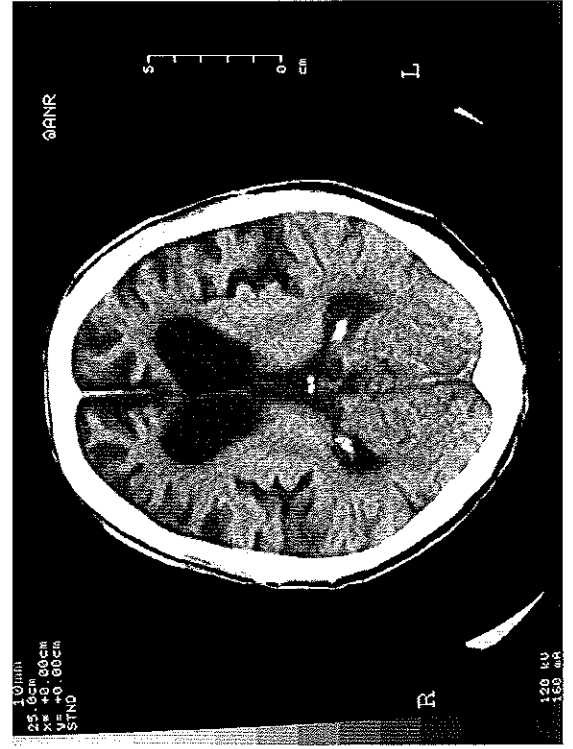
認知症の代表的4疾患

1. アルツハイマー型認知症(アルツハイマー病)
2. 血管性認知症
3. レビー小体病(レビー小体型認知症)
4. 前頭側頭型認知症(ピック病)

(ここに正常圧水頭症による認知症を加えて5疾患)

4大疾患を画像から眺めると・・・

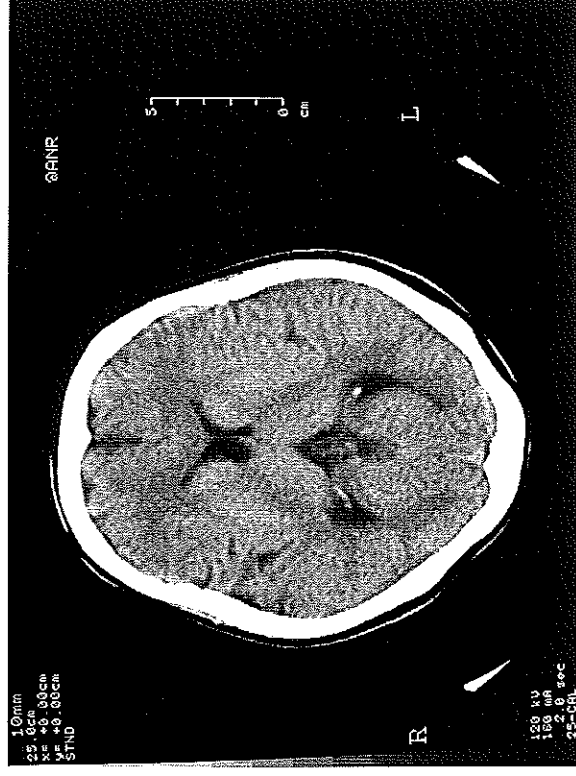
CT(FTD②)



CT(手本①)



CT(手本②)



CT(SDAT①)



アルツハイマー病とは

MRI

正常

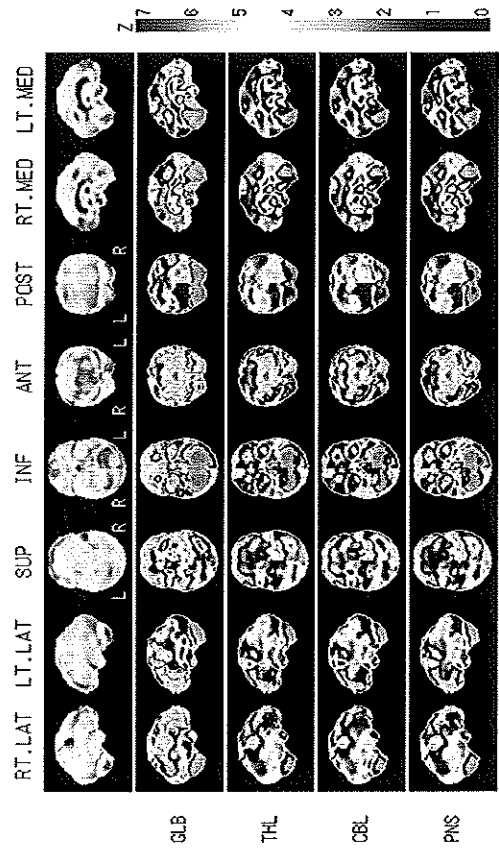
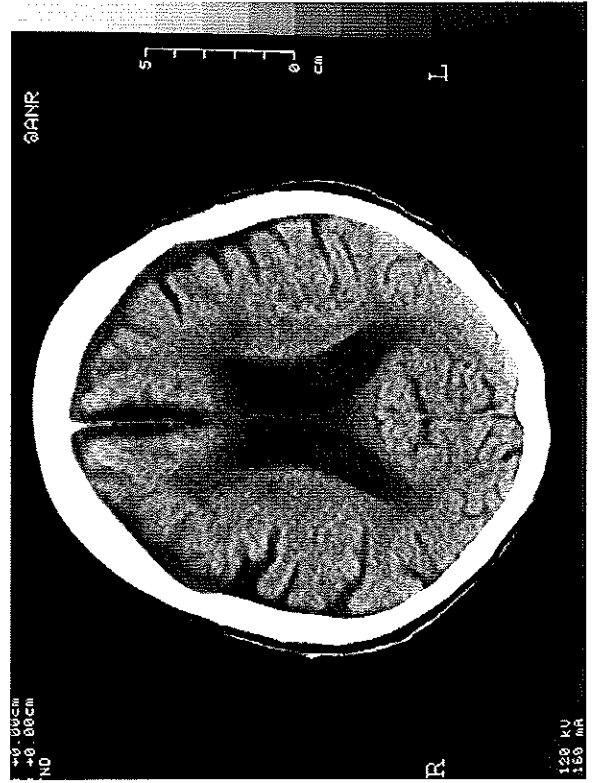


提供: 東京医科大学 羽生孝夫先生

ビジュアルボード 監修: 北村伸 (日本医科大学) AC318P

疾患編-13

CT(VD②)



1388061 80 F ChibaDB_ver21MP75-80A Stereo 8.9

アルツハイマー型認知症の特徴

もっとも代表的な症状は「物忘れ」で、置き忘れやしまい忘れが増えたり、大事な約束を忘れたりするようになる。

- 1) 記憶障害の在り方は「脱失型」、見事に抜け落ちる
- 2) 記憶の脱落を作話で埋め合わせる
- 3) 物忘れへの自覚が乏しく葛藤が小さい
- 4) 感情機能は良好に保たれており一見普通に見える
- 5) その「落差」が診断の決め手になる
- 6) 若年性認知症では失語・失行・失認が出現しやすい

4大疾患を臨床像から眺めると……

血管性認知症の特徴

脳梗塞や脳出血が原因となって起こってくる認知症。障害部位で症状は異なるが概ね以下の特徴がある。

- ① アルツハイマーと比べると、物忘れに対する自覚が保たれている(記憶障害の在り様は「失念型」)
- ② 時間をかけたりヒントがあると記憶がよみがえりやすい
- ③ 感情のコントロールがうまくいかず感情失禁など喜怒哀楽が激しくなりやすい(強制泣や強制笑を含む)
- ④ 昼と夜のリズムが乱れやすい(睡眠覚醒周期の乱れ)
- ⑤ 自発性の低下、そして反応に少し時間がかかる

(精神活動の緩慢さ……うてば響く軽やかさが無い)

(これらの特徴は、「皮質下認知症」という概念と重なりを持つ)

レビー小体病の特徴

- 1) 認知機能について、「良いときと悪いときの落差が激しいこと」がこの病気の特徴。
- 2) 幻視を中心とする幻覚や妄想などの精神症状が出現しやすい
- 3) 身体面ではパーキンソン症状を伴う
- 4) 抗精神病薬に極めて脆弱

気づくことが大切

治療は少量のアリセプトと抑肝散でスタート

前頭側頭型認知症の特徴

いくつかのタイプに別れるが、

- 1) いずれも性格面と行動面における変化に特徴がある
(別人のように見えたりする)
- 2) 通常、記憶は良好に保たれる(アルツハイマーの対極)
- 3) 行動上の変化としては、
 - ・万引きなどの無頓着な行為(「我が道を行く行動」)
 - ・同じコースをたどる常同的で強迫的な徘徊
 - ・座ったかと思うとすぐに立ち上がる「立ち去り行動」
 - ・同じ言葉・フレーズの反復「常同言語」
 - ・無表情と反響言語(オーム返し)などがある。
- 4) 意思発動性や衝動性の制御の問題が中心

認知症とは、その2

認知症のステージは？

Ⅰ 性格変化(猜疑心、頑固)

Ⅱ 気分変化(抑うつ、希に多幸)

Ⅲ 注意散漫

Ⅳ Ⅰ期(初期) 記憶障害(初期: 記銘障害)

Ⅴ Ⅱ期(中期) 時間・場所の見当識障害

Ⅵ Ⅲ期(後期) 保続・常同・冗長・迂遠

Ⅶ 運動不穩(殊に夜間せん妄)

Ⅷ 無欲状・無関心

Ⅸ 知的鈍化・人物の見当識障害

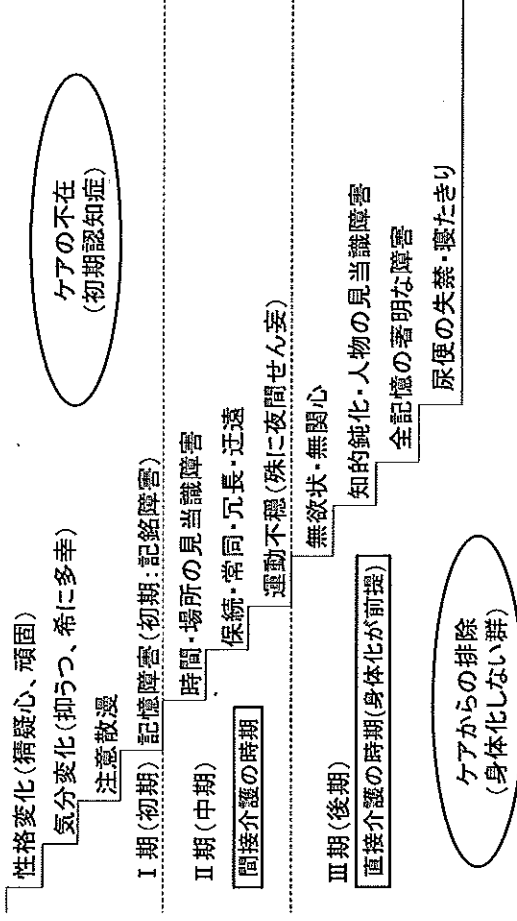
Ⅹ 全記憶の著明な障害

Ⅺ 尿便の失禁・寝たきり

私たちの前に広がる新しい風景

京都のケア風景

認知症ケアパス(ケアの流れ)ー2つの欠落

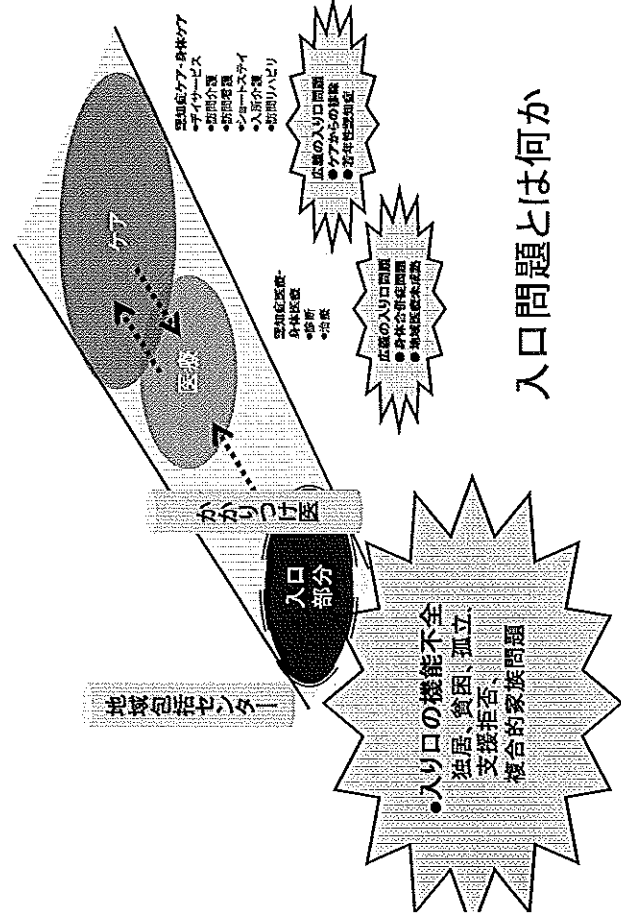


すぐに克服したい三つの羊頭狗肉

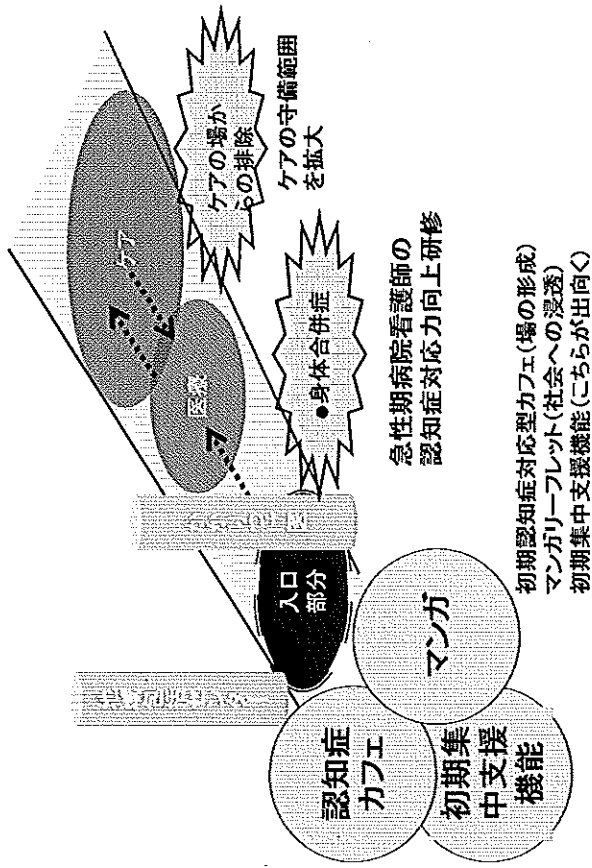
1. 切れ目のない連続したケアの「嘘」
第一期のケアの不在 (最初からケアは途切れている)

2. 早期発見・早期治療の「嘘」

- ① 診断後のサポートの不在 (投薬のみ)
 - ② 診断は「告知」ではなく「宣告」になる
3. 認知症になっても安心して暮らせる地域の「嘘」
認知症だけにはなりたくないという認知症イメージ



入口問題とは何か



武地分類と入口問題解決への新しい実践

五年後の京都は・・・

京都の認知症ケアを変えるロードマップ

1. オレンジプラン最終年(2018年3月)の成果指標を明示する

認知症を生きる彼・彼女からみただ地域包括ケアの言語化(京都文書)
認知症を生きる彼・彼女からみただオレンジプラン(今回)

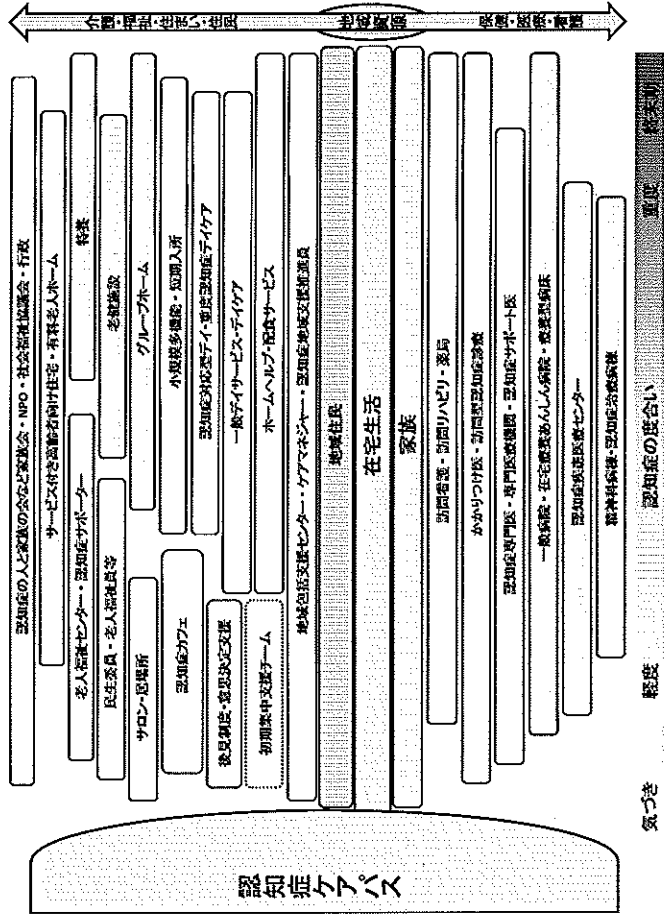
2. 「～かなえられた私の思い～五年後の十二の成果指標」

- 認知症の「私」を主語にして、2018年3月の社会を描く
- それを私たちの共有の理念とする(たどり着きたい地平)
- 2018年3月に認知症にかかわるすべての人が成果を評価する

3. 2015年2月に中間年評価のための第3回つどいを開催する

昨年のデルファイ法の経験を活かす

認知症にかかわるすべての人が評価に参加できる手法と文化の形成



五年後の十二の成果指標 ①

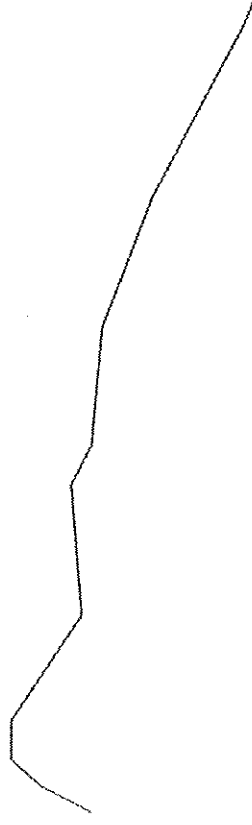
1. 認知症を持つ私の個性と人権に十分な配慮がなされている
2. 私のできることは奪わず、できないことを支えてくれるので、バカにされ傷つき不安になることはない
3. 私が言葉で十分説明できないことがあることも理解されている
4. 趣味やレクリエーションなど人生を楽しみたい私の思いが大切にされている
5. 社会(コミュニティ)の一員として社会参加が可能であり、私の能力の範囲で社会に貢献している。
6. 若年性認知症の私に合ったサービスがある
7. 私の身近なところにどんなことでも相談できる人と、つねに安心して居られる場所がある。
8. 私はまだ軽いうちに、認知症を理解し、将来について決断することが出来た

五年後の十二の成果指標 ②

9. 認知症を持つ私に最初から終いまでの切れ目のない医療と介護が用意されて、体調を壊したときも、その都度すぐに治療を受けられることができる
10. 私は、特別具合の悪くなった一時(いつとき)を除いて、精神科病院への入院に頼らない穏やかで柔らかな医療と介護を受けて暮らしている
11. 心と脳の働きを鈍らせる強い薬を使わないでほしい、認知症を治す薬を開発してほしいという私の願いにそった医療と研究が行われている
12. 認知症を持つ私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がなされている

平成30年(2018年)までに、認知症の人が、以上のことを言えなければならぬ。

50代男性、発病後3年で初診



三つの事例から・・・

誰がどのように、
どんなサービスを利用したか

60代女性、発病後3年で初診



70代女性、発病後2年で初診



事例1 53歳発病のAD(15年経過)

1. 発病後15年の時間を概観すると……
発病後3年で受診
6年間は仕事を続けた
7年目に慢性硬膜下血腫(2回手術)
以降急激に能力が低下した
現在は失語・失行・失認を伴う重度認知症
(ただし被影響性亢進と衝動性制御の障害は小さい)
2. 妻と自宅で暮らす(夫婦二人、自宅の一角を店に)
3. 小規模多機能と訪問看護を利用

事例2 62歳発病のAD(15年経過)

1. 発病後15年の時間を概観すると……
発病後3年で受診
すぐにデイサービスの利用を開始する
発病後7年間はマンションでの独居生活を維持
8年目にグループホーム入居を選択
2. 現在はグループホームで暮らす(8年目)
入居後は大変な時期もあったが……
言葉を失った今も、変わらぬ笑顔がそこにある
もうくすりはいらなくなった……
それでも家族と一緒に外来に通ってくる風景は不変

事例3 68歳発病のAD(14年経過)

1. 発病後14年の時間を概観すると…
発病後3年で受診
5年目になると「ところでお宅、どなたでしたっけ？」
6年目からサービース開始(デイ・訪問介護・ショート)
7年目に慢性硬膜下血腫(2回手術)
8年目に特養入居

2. 入居前は建築士の娘と二人暮らし、現在はユニット
時々自宅に戻り、外来受診前日には娘が泊まる
外来はビデオを見せて母の自慢、「這えば立て…」
「その人らしくでなくていい、人らしくいい…」

物忘れ連絡シートの使い方・見方 (注意事項を含む)

三者の選択を分けたものは？

1. 生活環境および家族の条件
事例1(小規模) 妻との二人暮らしで妻も若い
事例2(GH) 高層マンションでの独居
事例3(ユニット) 仕事をしている娘との二人暮らし

2. 事例2と事例3で選択を分けたもの
入居までの時間(待てるか、待てないか)
独居はGH?

3. 出合いが決定的になることも(ケアの連続性)
場の治癒力、環境調整の重要性

2. もの忘れ連絡シートの作成(感度を上げる)

1. 出合いのポイントを前に倒す(感度をあげる)には
 - ・疾患別に認知症をみる習慣の形成
 - ・ステージを意識して認知症をみる習慣の形成
2. かかりつけ医と地域包括との連携を促進するには
 - ・共通の言葉が必要
 - ・共同で使えるツールが必要
3. 具体的な形として「もの忘れ連絡シート」を作成
 - ・チェック方式で疾患とステージを自動的に抽出

もの忘れ連絡シートの構造

1. 上段が鑑別診断4つ（疾患は何か）
左から「アルツハイマー」「血管性認知症」
「レビー小体病」「前頭側頭葉変性症」の順
2. 下段がステージ診断3つ（どの段階か）
上から、「軽度」「中等度」「重度」
（周辺症状は除外）
3. 平成23年度版の作成（完成度は問わない）
（かかりつけ医と地域包括が共同で使えるツールの開発）
4. 使いながら毎年更新していく（24年版、25年版・・・）
5. 医師以外も使えるものに（普通の言葉、検査所見なし）

注意事項

1) 自己チェックする時は注意が必要

周囲が認知症に早い段階で気づくことができるよう作成されたシートです。一般に周囲はなかなか認知症に気づくことができません（観察の目が粗い）。逆に自己チェックする場合は鋭敏に拾いすぎる傾向があります（観察の目が細かい）。自分からチェックしようとする人は通常認知症ではありませんから、「認知症ノイローゼ」にならないよう、注意が必要です。

2) 情報収集の精度が鍵を握る

物忘れ連絡シートは、収集した情報を整理するツールであり、想定される疾患を導き出す「翻訳ソフト」にすぎず、正確なデータがないと役に立ちません。物忘れ連絡シートの「表面」や、その他の情報収集のフォーマットが必要。

もの忘れ連絡シート

※該当する箇所の□に✓を入れてください。

記入者：

☐ 置き忘れやしまい忘れが増えた ☐ 大事な約束を忘れる ☐ 物忘れの自覚がない ☐ 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) ☐ 感情は保たれているので一見普通に見える ☐ 財布等を盗まれたなどと作り話をする ☐ 時間や場所がわからなくなる	☐ 出来る事と出来ない事の差が大きい ☐ 物忘れの自覚がある ☐ よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す ☐ 昼夜が逆転している ☐ 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい ☐ すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある ☐ 反応に時間がかかる ☐ 何れかの身体症状(麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい)	☐ 良い時と悪い時の差が激しい(日内変動) ☐ ありありとした幻視(人や動物が多い) ☐ パーキンソン症状がある ☐ 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い ☐ 以下の何れか(妻が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる) ※パーキンソン症状とは…小刻み歩行やすみ足、突進型歩行などの症状を伴うもののこと。	☐ 性格が別人のように見える ☐ 万引きなどの無頓着な行動がある ☐ 日に何度も同じコースを徘徊する ☐ 性的な逸脱行為がある ☐ 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す ☐ 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す ☐ 反射的で衝動的な行動がある
--	---	--	--

☐ 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった ☐ イライラして元気がなくなった ☐ 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった ☐ 日や曜日を思い出せない ☐ 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた ☐ 買い物に行くと同じものばかり買ってくる／冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている ☐ ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす ☐ ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった ☐ 得意であった料理が一人では出来なくなった ☐ 月を間違える(月を思い出せない) ☐ 生活圏域から離れたところで道に迷う ☐ 食べたことを忘れる ☐ 薬やお金の管理ができない ☐ リモコンの操作ができない(道具が使えない)
☐ 家族がわからなくなる(娘を姉と間違える) ☐ 近所でも道に迷う／自宅のトイレの場所が分からない ☐ 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) ☐ 服をうまく着ることが出来ない(前後・裏表・上下・順番が分からない) ☐ 物を見てもそれが何であるかが分からない ☐ 食べ物でないものを食べる(異食) ☐ 自分の物と人の物の区別がつかない ☐ 自発性が低下し自分からは何もしようとしない ☐ 鏡に映った自分に話かける
上記症状に当てはまらないことがある場合はご記入ください。
宇治市 宇治久世医師会