

令和4年度

かかりつけ医認知症対応力向上研修

1. かかりつけ医の役割 編
2. 基本知識 編
3. 診療における実践 編
4. 地域・生活における実践 編

令和2年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症対応力向上研修の教材に関する調査研究事業 編

令和5年3月11日 福島県医師会館

医療法人慈心会 村上病院
村上 敦浩

1

基本知識 編

ねらい：認知症に関する基本的な知識・診断の
原則を理解する

到達目標：

- 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等を理解する
- 認知症の診断基準及び診断のポイントを理解する
- 認知症の診断の手順および鑑別すべき疾患について理解する

2

1. 認知症の概念・症状・経過

3

認知症の概念

〔基本知識 1〕

I-ADL:テキストP86「診療実践9」参照

①認知機能の低下

認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

②日常生活が自立できない程度（生活管理（I-ADL）に援助が必要）

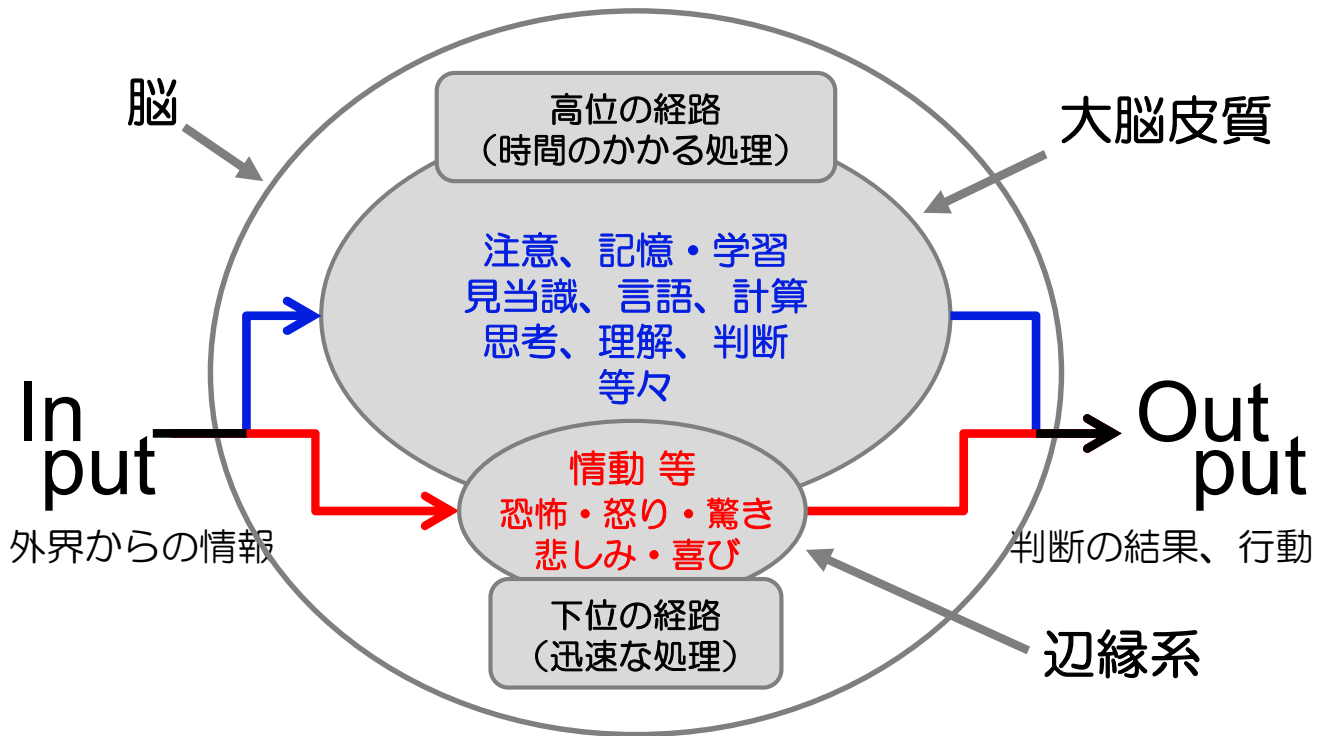
※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）では説明されない。

※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている。

『認知機能』：外界から得られるさまざまな情報を処理して、自分や物事の置かれている状況を認識したり、適切な行為の選択や技術の行使をする過程・機能

4

認知機能のモデル

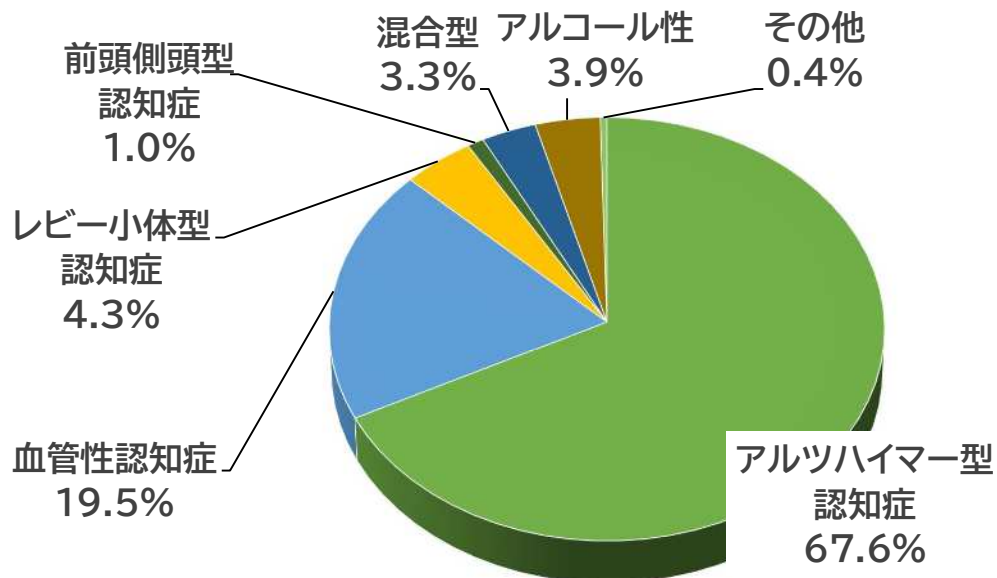


認知機能：外界から得られるさまざまな情報を処理して、自分や物事の置かれている状況を認識したり、適切な行為の選択や技術の行使をする過程・機能

5

認知症の原因疾患

〔基本知識 2〕



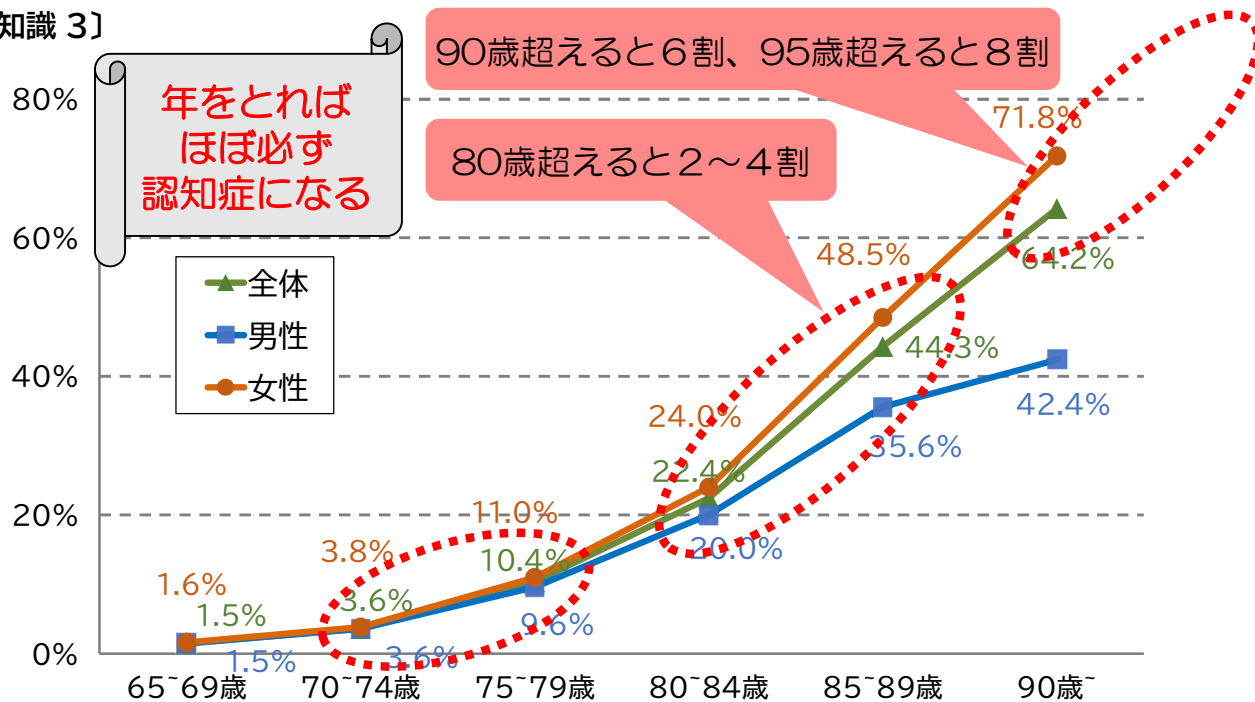
65歳以上の高齢者の認知症の有病率：15%（これまでの認識は7～8%）
 認知症施策の転換：看れなくなったら病院・施設へ ⇒ むしろ逆の流れにするべき
 その人らしく、ずっと地域で暮らし続けられるように

「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成25年5月報告)を引用

6

年齢階級別の認知症の有病率

〔基本知識 3〕



※ 2012年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成24年度総合研究報告書による。2018年時点の推計は日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(研究代表者二宮教授)」において開始時に悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果である。

7

認知症の診断 (ICD-11)

〔基本知識 4〕

- A 認知領域(記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である。
- B 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる。
- C 利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる。

8

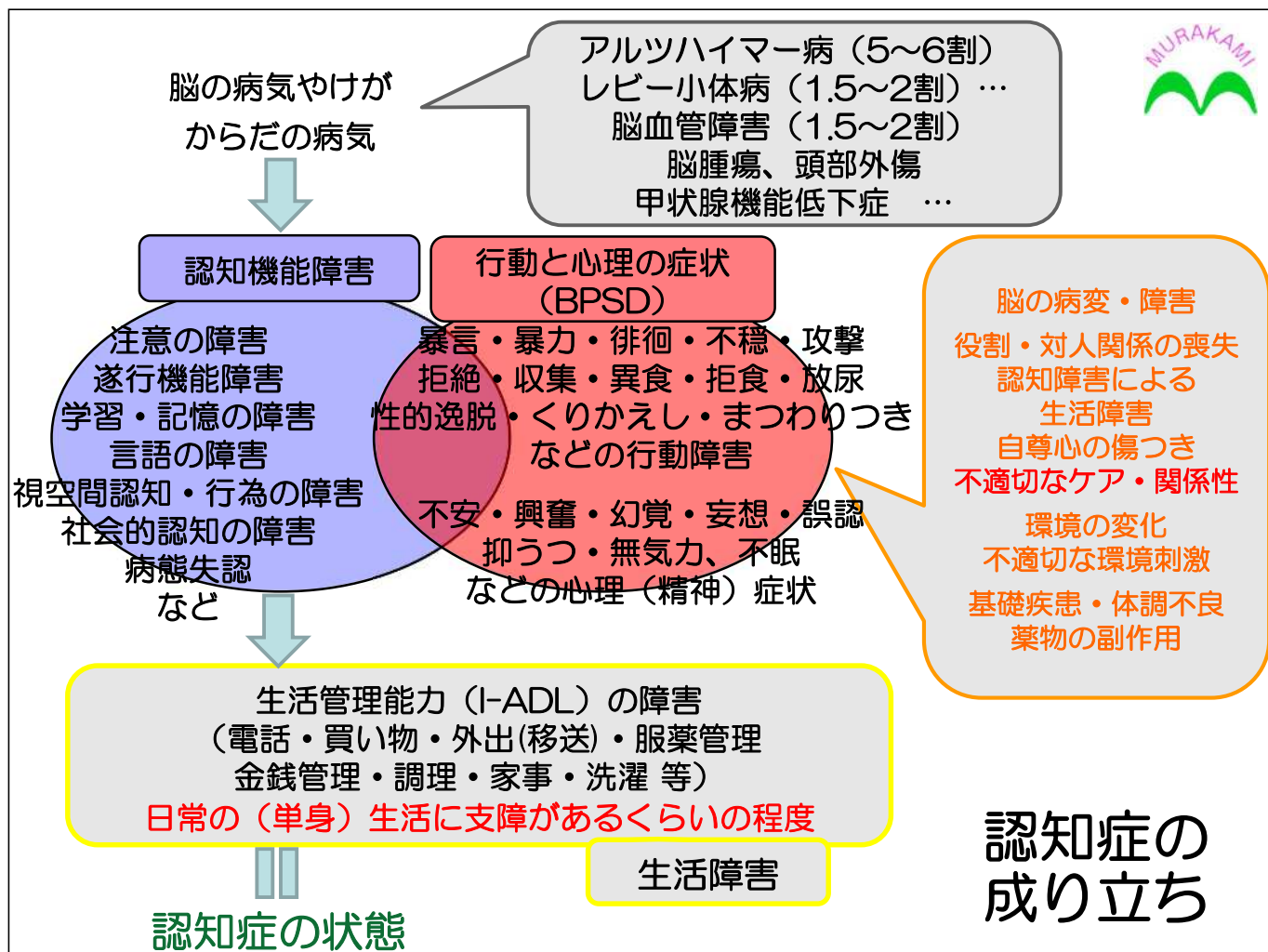
認知機能の障害

〔基本知識 5〕

記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知及び判断	心の理論、道徳や常識・ルールの逸脱 他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からない、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等

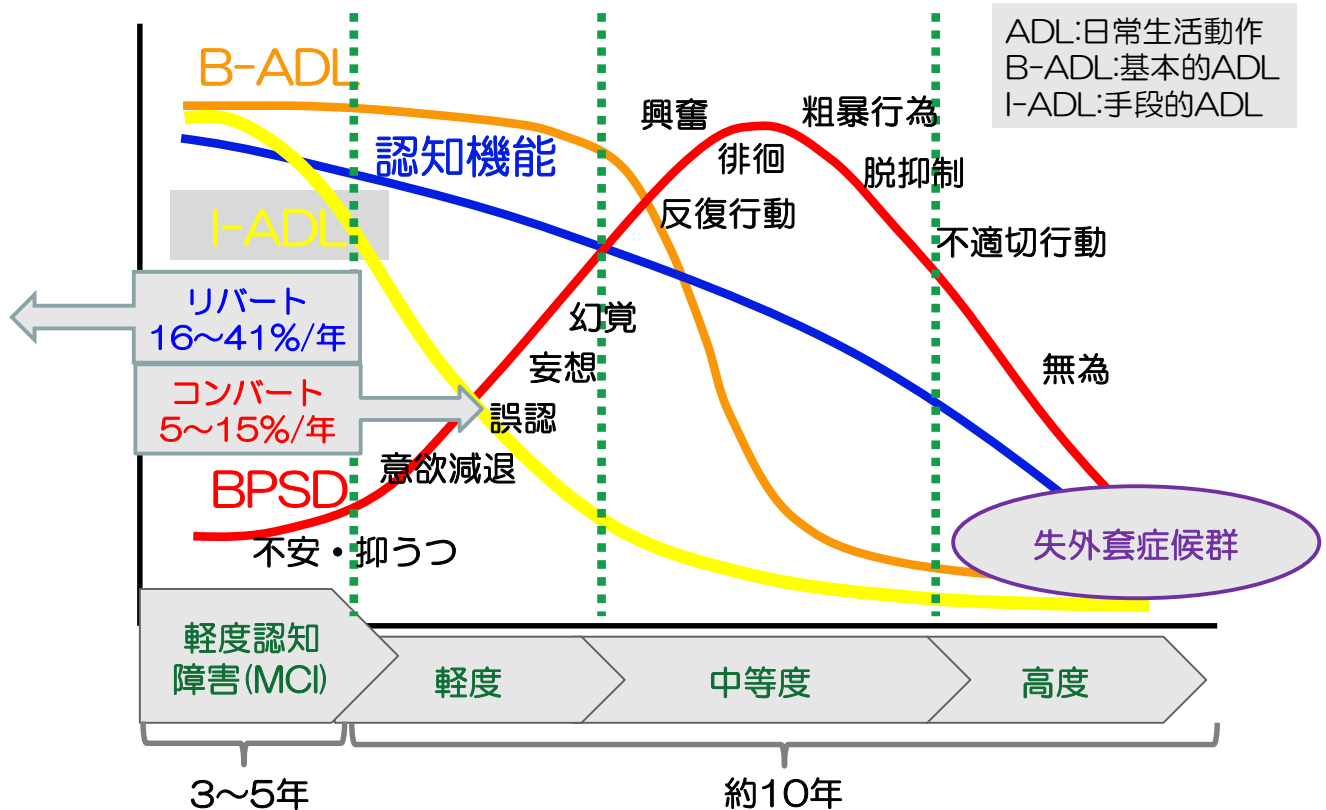
ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

9



10

アルツハイマー型認知症の経過の概要



テキストP36「基本知識7」参照

西川隆 神経内科 Vol.72 (Suppl 6) 277-283、2010 より引用・改変

11

軽度認知障害

(MCI : Mild Cognitive Impairment)

〔基本知識 27〕

定義・分類

- 正常と認知症の中間の状態。記憶障害を主体とする健忘型MCIとその他の障害による非健忘型MCIに分類される

健忘型MCIの特徴

- ① 記憶障害の訴えが本人または家族から認められる
- ② 日常生活動作は正常
- ③ 全般的認知機能は正常
- ④ 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
- ⑤ 認知症ではない

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

特徴

- 軽度認知障害から認知症へのコンバージョンは専門医による追跡では9.6%/年、地域研究では4.9%/年。一方で正常なレベルに回復する人もいる。

(Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009)

(Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017)

I-ADLは自立
しかし、以前より
大きな努力
代償的方略
または工夫が必要

12

2. 主な認知症疾患

13

アルツハイマー型認知症の診断

〔基本知識 9〕

当初は本人にしかわからない ⇒ 不安・困惑・心細さ

記銘⇒保持⇒想起

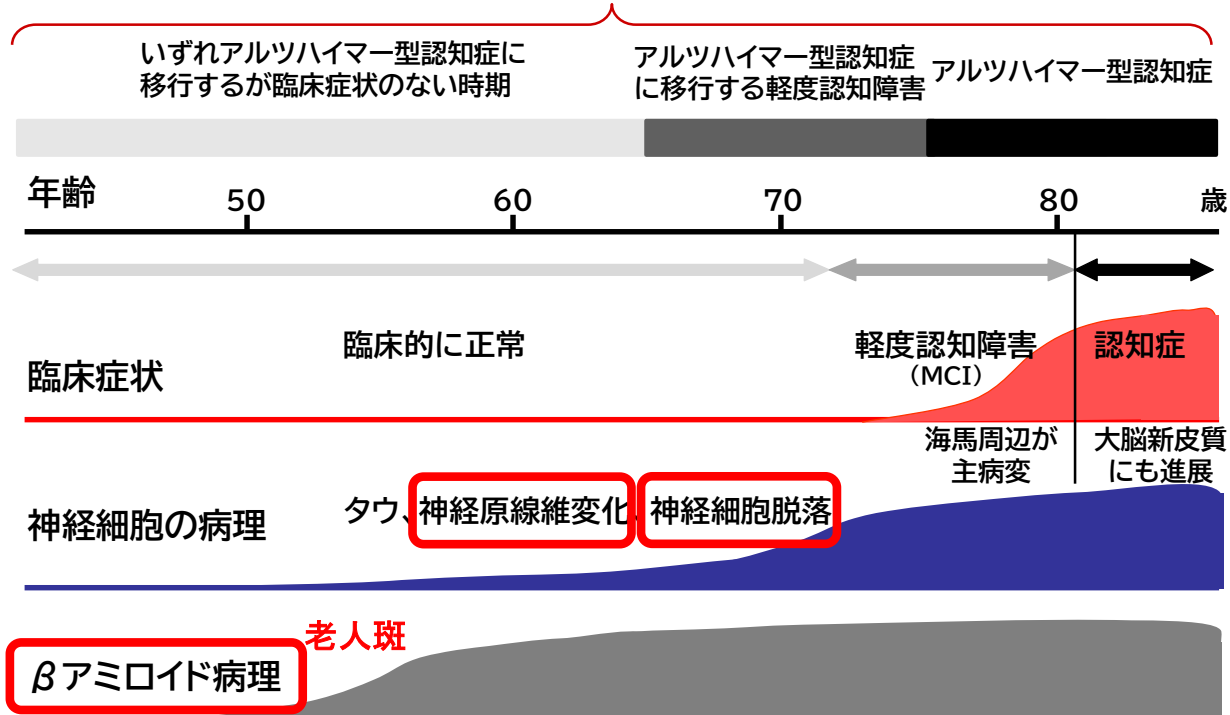
- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

14

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

〔基本知識 10〕

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している
これらのすべての時期がアルツハイマー病

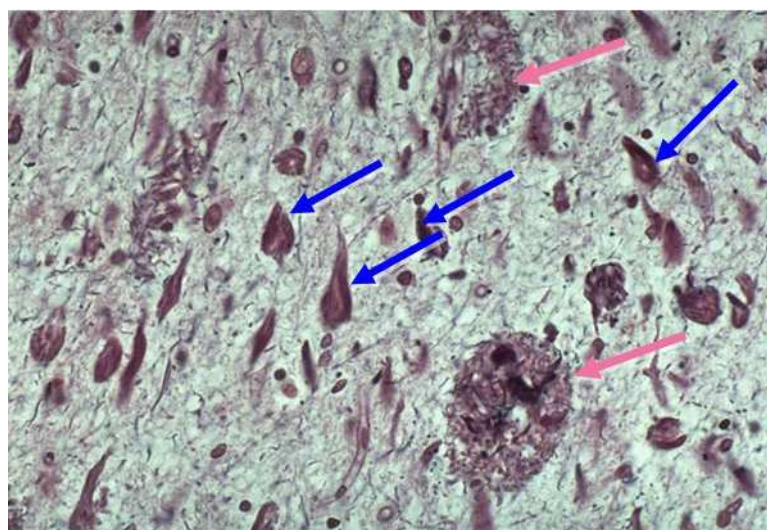


15

アルツハイマー病の神経病理



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



(原図) 金沢大学 神経内科 山田正仁

16

アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 11〕

記銘⇒保持⇒想起

【初期に多い症状】

- **記憶障害**が目立つことが多い。
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- **遂行機能障害**を周囲に気づかれる。
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- 日付や場所の**見当識障害**が目立つこともある。
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- **精神症状**が先行する、もしくは伴うことも多い。
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的所見はない。
- 取り繕いや振り返り症候がある。
- **病識がないもしくは乏しい。**

本人も困っているはず
一人で誰にも相談できずに
不安に過ごしている可能性

???

17

血管性認知症の診断

〔基本知識 12〕

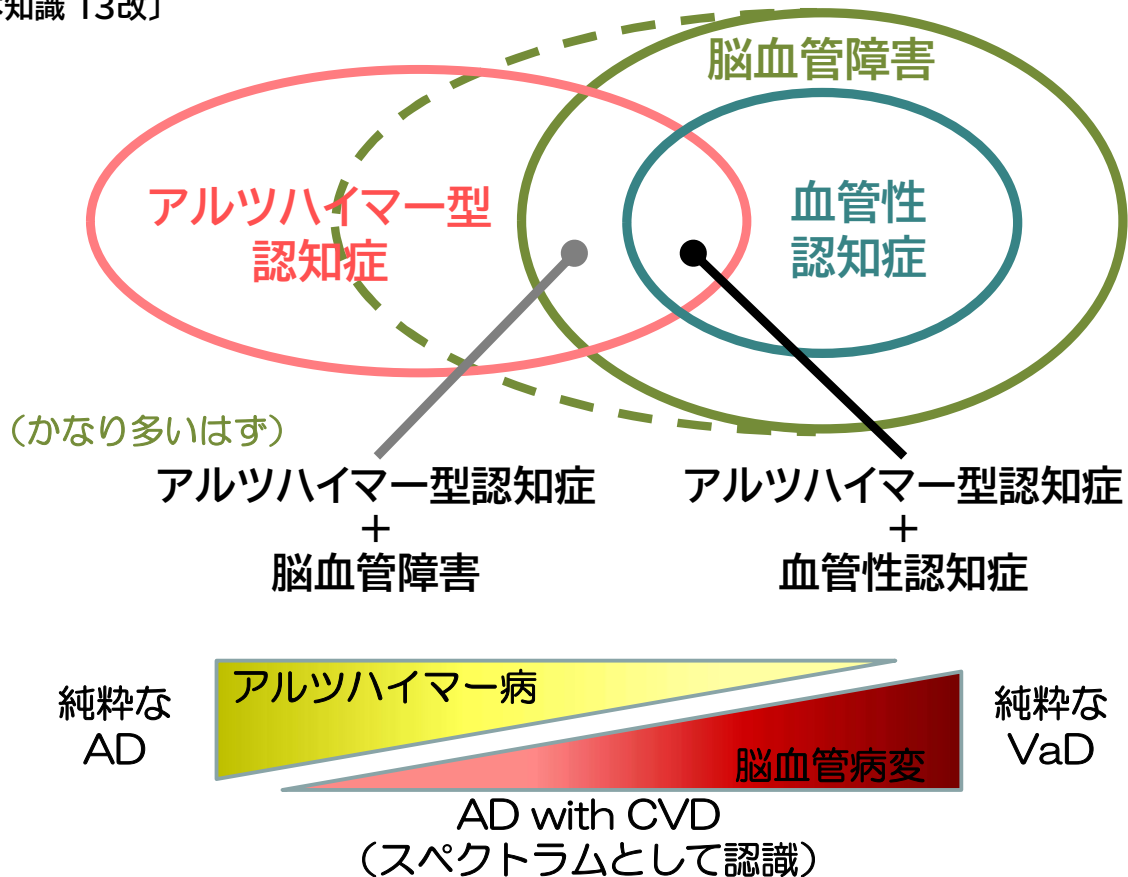
脳血管障害後、3か月以内？

- A. 認知機能障害の発症が**1回以上の脳血管障害のイベント**と時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には**情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能**において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある

※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

脳血管障害と認知症の関係

〔基本知識 13改〕



19

血管性認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 14〕

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも**遂行機能障害**が目立つ。
(記憶力はある程度保てているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- **動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠**などが脳血管障害のエピソード後に持続する。

【特徴的な所見】

- 脳血管障害に伴う**局所症状(麻痺、嚥下障害など)**を認める。
- 脳血管障害を起こすたびに**階段状に悪化**している。
- **斑な認知機能障害、歩行障害や構音障害**など。

※ 多発性ラクナ梗塞やビンスワンガー病といった深部白質の虚血性病変(小血管病)では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある。

20

レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状

〔基本知識 15〕

必須症状

- ・ 進行性の認知機能低下により、社会的、職業的、または日常生活に支障

中核的特徴

- ・ 認知機能の変動
- ・ 具体的な幻視
- ・ レム期睡眠行動異常症
- ・ パーキンソニズム
(動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛)

+

指標的バイオマーカー

- ・ SPECTまたはPET
- ・ MIBG心筋シンチグラフィ
- ・ 睡眠ポリグラフ検査
などで示される特徴的な所見

- ・ 抗精神病薬に対する過敏性
- ・ 失神・原因不明の意識障害
- ・ 著明な自律神経障害
(便秘・起立性低血圧・尿失禁)

- ・ 姿勢の不安定さ
- ・ 繰り返す転倒
- ・ 幻視以外の幻覚

- ・ 嗅覚障害
- ・ アパシー
- ・ 過眠
- ・ 不安
- ・ 妄想
- ・ 抑うつ

支持的特徴

認知症疾患診療ガイドライン 医学書院, 2017年. McKeith,I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作図

21

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 16〕

【初期に多い症状】

当初は一般の高齢者と同じもの忘れ
進行すると、ADと同様になっていく

- もの忘れに対する自覚がある
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など幻視や錯視
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- レム睡眠行動障害
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- 動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性
- 便秘や起立性低血圧などの自律神経症状
- 嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など

【特徴的な所見】

- 症状の日内変動がある。
- 質問や支持動作への反応が緩徐である。
- 取り繕いや振り返り症候がない。

22

前頭側頭葉変性症(FTLD)の概念

〔基本知識 17〕

1) 定義：主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来し、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する

2) 分類：前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration:FTLD)

前頭葉が先に
障害される

行動障害型前頭側頭型認知症
(behavioral variant frontotemporal dementia:bvFTD)

言語障害型前頭側頭型認知症

側頭葉が先に
障害される

意味性認知症
(semantic dementia:SD)

進行性非流暢性失語症
(progressive non-fluent aphasia:PNFA)

3) 特徴：・頻度は、ADの10分の1以下で性差はない。
・高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。家族歴を有することがある。
・bvFTDとSDは指定難病(平成27年から)

公益財団法人難病医学研究財団 / 難病情報センター

23

前頭側頭葉変性症(FTLD)の診断

〔基本知識 18〕

行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)

1. 進行性の異常行動や認知機能障害を認める。
2. 以下の症状のうちの3項目以上。症状は発症初期から。

逸脱行為
こだわり
融通が
きかない

A. 脱抑制行動

B. 無関心又は無気力

C. 共感や感情移入の欠如

D. 固執・常同性

E. 口唇傾向と食習慣の変化

F. 記憶や視空間認知能力の保持と遂行機能障害

認知症Stadium(YouTube)
前頭側頭型認知症とは
(齋藤正彦先生)

人の気持ちがわからない

意味性認知症 (SD)

1. 物品呼称の障害と単語理解の障害を認める。
2. 以下の4つのうち少なくとも3つを認める。

A. 対象物に対する知識の障害

B. 表層性失読・失書

C. 復唱は保たれる。流暢性の発語を呈する

D. 発話(文法や自発語)は保たれる

「利き手はどちらですか？」
⇒「キキテってなんでしたっけ？」

漢字読めない 団子⇒「だんし」
三日月⇒「さんかづき」

進行性非流暢性失語症 (PNFA)

1. 発音における失文法と、努力性で滞りのみられる発語、不規則な音韻の誤りや歪みの特徴とする発語失行を認める。
2. 以下の2つ以上を認める。

A. 文法的に複雑な文の理解障害

B. 個々の単語理解は保たれる

C. ものについての知識は保たれる

Gome-Tempiri et al.,Neurology 2011. 公益財団法人難病医学研究財団 / 難病情報センター

24

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

〔基本知識 19〕

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
認知症と 気付かれにくい 行動障害型 前頭側頭型認知症 記憶力、判断力、礼節 計算力、I-ADL等保た れる。漢字読めない	・ 脱抑制的行動 ・ 常同行為 (時刻表的生活・反復行為) ・ 食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向) ・ 無関心・共感の欠如	・ 病識の欠如 ・ 「我が道を行く行動」 ・ 診察中の立ち去り行為 ・ 社会のルールが守れない
意味性認知症	・ 言葉の意味が分からない (「利き手」「季節」など) ・ 物や人の名前が出てこない	・ 会話が迂遠になる ・ 質問の意味が理解できない
進行性非流暢性 失語症	・ 発話自体がゆっくりで努力 性になる	・ 発語の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)
流暢じゃなくなる		

25



3. 認知症の診断と鑑別すべき他の疾患

26

画像診断の意義と重要性

〔基本知識 20〕

CT・MRIは、積極的な診断のためよりも
いわゆる treatable dementia の除外が主目的

- 『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある。
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、**神経心理学的検査**、**血液検査**、**髄液検査** などが必要となる。
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する。

HDS-R、MMSE
時計描画
立方体の模写

一般的な体調不良
の有無の他、
甲状腺機能低下症、梅毒
などの除外

27

正常圧水頭症

〔基本知識 41〕

概要

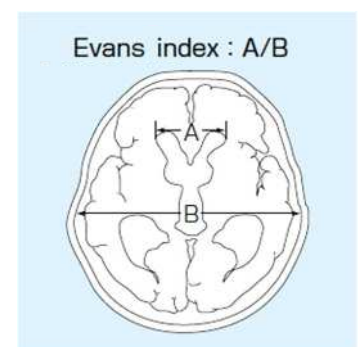
- 60歳以上の高齢者に多い。
- 軽症例でも精神運動速度が低下し、注意機能、作業記憶などが障害される。
- 特発性と二次性(くも膜下出血や髄膜炎などに続発する)に分類される。

診断基準

- ① 認知障害、歩行障害(歩幅の減少、足の挙上低下、開脚歩行等)、排尿障害のうち1つ以上
- ② 60歳以上
- ③ Evans Index > 0.3
- ④ 他の疾患で説明ができない

特徴

- 特徴的な画像所見を呈する。(右記参照)
- 髄液排除試験を行い、シャント手術の適応を検討する。



- 1 脳室拡大
- 2 高位円蓋部脳溝の狭小化
- 3 シルビウス裂の開大

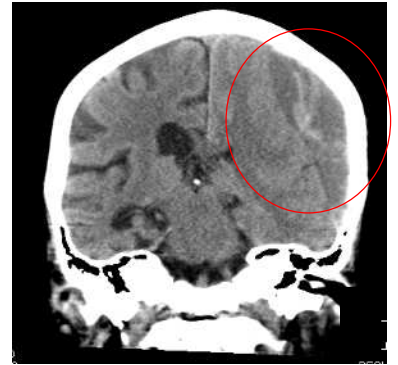
28

慢性硬膜下血種／ 脳腫瘍

〔基本知識 42〕

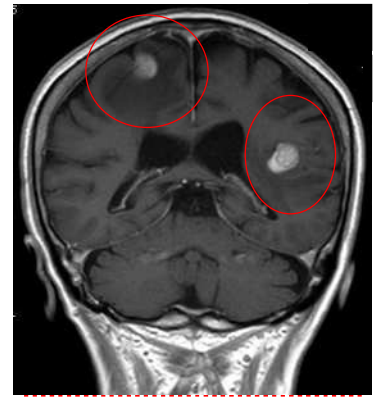
慢性硬膜下血種の特徴

- 高齢者、男性、アルコール常用者、糖尿病、抗凝固剤の服用などでリスクが高い。
- 軽い外傷でも発症するとがあり、外傷から1～2か月かけて緩徐に症状が出現することもある。
- 慢性的に続く頭痛や筋力低下、歩行障害、尿失禁などが特徴である。



脳腫瘍の特徴

- 亜急性に進行する頭痛や、嘔吐、うつ血乳頭が特徴(脳圧亢進の3徴候)で発生部位により症状は異なる。
- 高齢者では、認知機能障害、意識障害、てんかん発作、精神症状なども出現する。



29

各認知症の典型的なMRI画像

〔基本知識 21〕

アルツハイマー型認知症



海馬、側頭葉内側の萎縮

血管性認知症



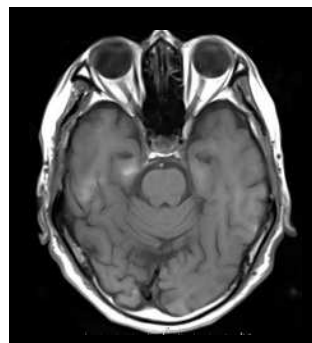
多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変(低灌流型)

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の限局性萎縮

レビー小体型認知症



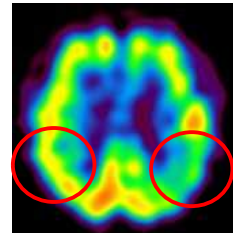
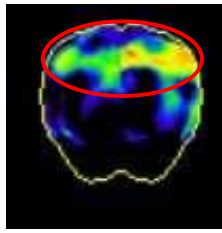
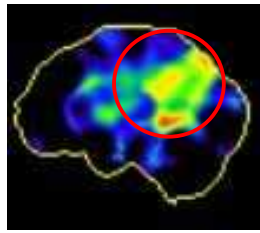
海馬・側頭葉の萎縮は目立たない

30

各認知症の典型的な機能画像

〔基本知識 22〕

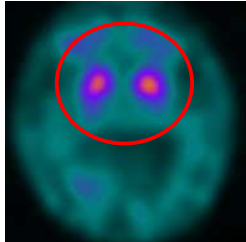
アルツハイマー型
認知症



後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下

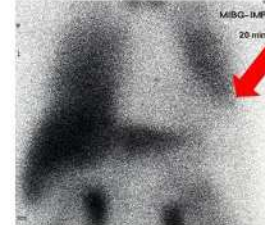
脳血流シンチ

レビー小体型
認知症



大脳基底核での
取り込み低下

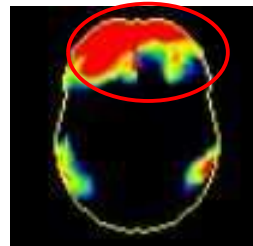
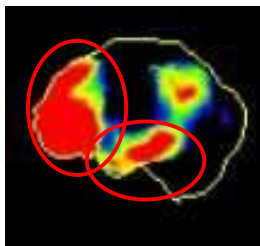
DATスキャン®



取り込み低下

MIBG心筋シンチ

前頭側頭葉
変性症



前頭葉または側頭葉
前部、あるいはその両
方の血流低下
(脳血流シンチ)

脳血流シンチ

31

認知症診断のフローチャート

〔基本知識 24〕

認知症の疑い・認知機能障害の疑い

認知症と鑑別
すべき状態や疾患

- 除外 → 加齢による健忘(正常範囲内)
- 除外 → 軽度認知障害
- 除外 → せん妄
- 除外 → うつ病
- 除外 → 薬物の影響
- 除外 → アルコールによる影響
- 除外 → 他の精神障害(妄想性障害、知的障害など)

治療により改善が
見込める認知症

- 除外 → 内分泌・代謝疾患
- 除外 → 炎症性疾患(脳炎)
- 除外 → 正常圧水頭症
- 除外 → 脳腫瘍
- 除外 → 慢性硬膜下血腫
- 除外 → てんかん

認知症

『認知症トータルケア』日本医師会を改変

32

加齢に伴う生理的健忘の特徴

〔基本知識 26〕

生理的健忘と病的健忘の鑑別点の要点

身体が
憶えている
記憶も忘れる
(失行)

	生理的健忘	病的健忘 (アルツハイマー型認知症)
もの忘れの内容	一般的知識など	自分の経験した出来事
もの忘れの範囲	体験の一部	体験した全部
進行	進行・悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし
学習能力	維持されている	新しいことが覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

33

せん妄の特徴

〔基本知識 28〕

意識障害の一種
身体疾患が生じている可能性

定義

- 身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある。

特徴

- 診察する時期によって状態が大きく変化する。
- 高齢者の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でもせん妄の症状が認識されないことも多い。
- 精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い。
- 過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向がある。

留意点

- 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である。
- 安全な治療・療養環境の確保、適切な検査、精神症状に隠れた身体疾患の鑑別、全身の診察を怠らない。

34

せん妄の臨床的特徴

〔基本知識 31〕

せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発 症	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過の特徴	動揺性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

35

うつ病

〔基本知識 32〕

特徴

- 高齢者では、加齢や心理社会的要因、身体的要因が重なるため頻度も高いが、診断されずに見過ごされることが多い。
- 認知症発症のリスクであり、認知症に併存することもある。

診断

- 以下の症状のうち5つ以上が2週間持続(少なくとも1つは、1)または2))
 - 1) 抑うつ気分
 - 2) 興味、喜びの著しい減退
 - 3) 体重減少、食欲の減退
 - 4) 不眠
 - 5) 精神運動性の焦燥/制止
 - 6) 易疲労性/気力の減退
 - 7) 思考力や集中力の減退/決断困難
 - 8) 無価値観/罪責感
 - 9) 死についての反復思考、自殺念慮

DSM:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

留意点

- 高齢者では、悲観的思考、精神運動激越、心気症、身体症状、精神病症状、うつ病性仮性認知症などが特徴である。
- 自殺の可能性や社会的孤立、身体疾患の影響などへの配慮が重要。

36

薬剤による認知機能の低下

〔基本知識 35〕

特徴

- 認知機能低下に服用している薬剤が影響している可能性があり、肝・腎機能障害、**多剤併用**の高齢者、**認知症**や神経変性疾患などで出現しやすい。

5~6種類以上で
ハイリスク

症状

- 潜在性もしくは亜急性に発症する。
- 服用により経時的に認知機能障害が変化する。
- 注意力の低下が目立つ。(せん妄に類似した症状)
- 薬剤の中止により認知機能障害は改善する。

怠薬、過剰に
服薬するなど

留意点と対応

- 市販の健康食品を含め必ず聴取が必要である。
- 初診時だけではなく、定期的に聴取を行う。
- 他院での薬剤の変更を把握する。
- 原因薬剤の減量・中止、他の薬剤への変更を検討する。

37

認知機能低下を誘発しやすい薬剤

〔基本知識 36〕

薬剤の影響を常に念頭に置いた適切な対応が重要である

向精神薬

抗精神病薬
催眠薬
鎮静薬
抗うつ薬
抗不安薬

向精神薬以外の薬剤

抗パーキンソン病薬
抗てんかん薬
循環器病薬(ジギタリス、利尿剤、一部の降圧剤など)
鎮痛薬(オピオイド、NSAIDs)
副腎皮質ステロイド
抗菌薬、抗ウイルス薬
抗腫瘍薬
泌尿器病薬(過活動性膀胱治療薬)
消化器病薬(H₂受容体拮抗薬、抗コリン薬)
抗喘息薬
抗アレルギー薬(抗ヒスタミン薬)

5~6剤
を超えると
ハイリスク

よくなったら、
薬をやめる！

38

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

〔基本知識 37〕

特徴

- アルコール依存症など長期の多量飲酒が、中枢神経の機能や構造に変化をもたらし、精神症状や神経症状を呈する。

症状

ウェルニッケ脳症

- ビタミンB1欠乏により、意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害などが、と急速(1日～数日)に出現する。

※ ビタミン剤投与により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行する。

コルサコフ症候群

- 健忘(前向性・逆行性)・失見当識・作話を認め、回復は困難。

アルコール性認知症(アルコール関連認知症)

- 長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクとなり認知症症状を呈する。

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる。

39

内分泌・代謝疾患

〔基本知識 39〕

特徴

- 概して反応速度の低下、幻覚、時にせん妄などの意識障害を伴い、日内変動がある場合が多い

問診と留意点

低血糖

- 食事状態(飲酒)・糖尿病・内服、健康食品の変更の有無・日内変動

甲状腺機能低下症

- 抑うつ状態を呈する(うつ病との鑑別が重要である)
- 体重の変化や下腿浮腫などの身体症状

肝性脳症

- 身体状態の変化でも起こる(羽ばたき振戦や痙攣を認める)
- 肝機能障害の有無・内服の変更・脱水や下痢等の身体症状

ビタミンB欠乏症

- アルコール関連障害以外でも起こる
- 食事状態・胃切除等の吸収障害をきたす基礎疾患の有無

40

炎症性疾患(脳炎・脳症)

〔基本知識 40〕

特徴

- 概して急性・亜急性に進行するが多い。
- 先行感染がある場合だけではない。
- 精神症状や異常行動、意識障害を伴うことが多い。

原因

- 感染性:ヘルペス、真菌、梅毒等
- 自己免疫性:膠原病関連
- 傍腫瘍抗体:肺小細胞がん(抗Hu抗体、抗CV2抗体)
卵巣奇形腫(抗NMDA抗体) 等

留意点

- 画像検査に加え、髄液検査が必要となる。
- 鑑別診断と原因疾患の特定、適切な治療が重要である。

41

側頭葉てんかん(もしくは高齢者のてんかん)

〔基本知識 43〕

特徴

- 65歳以上におけるてんかんの有病率は約1%であるが、アルツハイマー型認知症では1~6%※である。
- 高齢になり、初めて発症するが多い。
- 発作のタイプとしては約半数が、全身性のけいれんを認めず、側頭葉てんかんを中心とする焦点意識減損発作である。

※ Beghi E et al.Curr Opin Neurol 33:191-197,2020

Tanaka A et al., Epilepsia Open. 2019 Mar; 4(1): 182-186.

症状(焦点意識減損発作による症状の特徴)

- 症状の変動がある
- 呼びかけても反応がない時がある(一点を見つめる)
- しばらくボーっとしている時間がある
- 自動症(体をゆすっている、口をもぐもぐする) など

留意点

- 独居であれば評価は難しい。同居している人がいれば上記特徴を尋ねる。
- 発作による転倒や骨折、不慮の事故、治療薬による副作用に十分な注意が必要である。

42

各疾患の診断や鑑別に必要な検査

〔基本知識 44〕

丁寧な病歴聴取と診察、下記の補助診断を合わせて総合的に診断する

疾 患	鑑別のための検査
低血糖	血糖値、24時間血糖値、インスリン値
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン、自己抗体測定
肝性脳症	血中アンモニア値測定、脳波検査
ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 欠乏症	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 測定
脳炎	CT、MRI、髄液検査
正常圧水頭症	CT、MRI、髄液排除試験
慢性硬膜下血腫	CT、MRI
脳腫瘍	CT、MRI
てんかん	脳波検査、CT、MRI

43

どのような場合に専門医に紹介すべきか

〔基本知識 45〕

下記の変化や症状を認めた場合や診断や対応に迷う場合は、認知症サポート医や認知症専門医への紹介を検討すべき

- 1～3か月の間で急に発症し、進行する場合
- 日常生活レベルが急激に低下した場合
- 認知症の症状の変動や意識障害がある場合
- 精神症状や行動障害が目立つ場合
- 易転倒性や麻痺などの神経症状がある場合
- うつ病との鑑別が困難な場合
- 発症年齢が若い場合
- 車の運転で何回も事故を起こす場合
(認知機能の障害は微妙である場合も)
- 認知機能の障害がきわめて軽い場合
(正常老化や軽度認知機能障害との鑑別に迷う場合)

44

診療における実践 編

ねらい： 認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する。

到達目標：

- 認知症の問診・アセスメントのポイントを理解する
- 認知症の治療についての原則・具体的な方法について理解する
- 行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を理解する
- 治療期の本人・家族への対応および実践上のポイントを理解する

45



1. 認知症の問診・アセスメント

46

認知症の早期発見・早期治療のメリット

〔診療実践 1〕

- 適切な治療をすれば治る認知症もある。
- 薬で進行を遅らせることが出来る認知症もある。
- 少しずつ理解を深め、症状を軽減できる。
- 医師や医療・介護スタッフとの信頼関係を結ぶことで不安を軽減できる。
- 将来のことをゆっくり考える時間をもて、方針を決めておくことができる。
- 自分が願う生き方を全うすることが出来る。

- * 寄り添う準備ができていないと、特に若年発症の場合、空白が生じて、早期発見・早期絶望となることも…
- * 『2012京都文書』⇒ 入口問題 疾病観の問題
- * 一番大事なことは「ここを支えること」

47

認知症の人の置かれている状況



クリスティーン・ボーデンさんの言葉から・・・

（「認知症とは何か」 小澤勲著 より）

「自分が自分でなくなる恐怖」

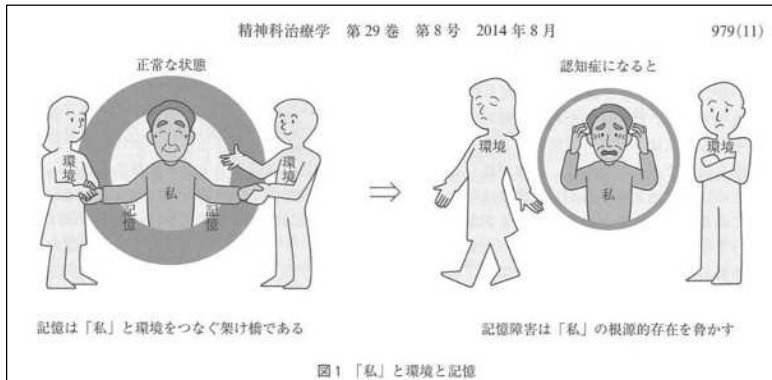
「ADを抱えることは、一方通行の道を行くことで、日々、友達や親戚を喪っていくことだ。いわば、「小刻みな死」を生きているようだ」

「この病気の根底には常に不安感がある。何かしなければならないことがあるのに、それが何なのか思い出せない。何か大変なことをしでかしそうに思える。パツクリ開いた暗い穴にのみ込まれないように、崖っぺちで必死にしがみついているような感じだ」

「朝起きると、今日は何曜日か、何をすることになっているのか、が思い出せない。ただ、家でのかんまり過ごすだけでも疲れ切ってしまう。お茶の入れ方、シャワーの使い方、服のあり場所、何を着るべきかが分からない」

48

認知症の人の置かれている状況



昭和47年 大ベストセラー
終末像の描写
『旧い疾病観』

何もわからなくなる
何もできなくなる
徘徊する、迷惑をかける
人として終わり



認知症の人の内面が
描写されることが一切ない

周りとのつながりが希薄になる不安と恐怖
自分が自分である証（あかし）がなくなっていく

覚えられない、忘れる。

重大なことを忘れているのではないか、失敗するのではないかという不安や恐怖

できていたことが出来なくなる、簡単なことをするにも多くの労力が必要
役割の喪失、対人関係からの退却

戸惑いと不安、情けなさ、悔しさ、恥ずかしさ、心細さ、寂しさ、自尊心の傷つき

『旧い疾病観』により、ますます negative になっていく可能性

49

2012京都文書 冒頭



□ 認知症の疾病観を変えることから始める

家族介護とそれが限界を迎えたときの入院・入所しかなかった時代、既に多くのものを失ってからしか医療やケアとの出会いはなかった。そんな従来の認知症の疾病観は極論すれば、認知症の終末像を中心に構築されたと言えることができる。しかし、終末像のイメージしか持たない疾病観というものはアイデアとしての貧困であり、医療にとってもケアにとっても、ときとして有害である。

(…中略)

癌などの他の疾病が「死の宣告」から「生きるための告知」に転換していった過程にならって、初期の疾患イメージが変わることが重要になる。

(…中略)

多くの疾患がそうであったように、初期の疾患イメージと手当の方法が確立すると、終末期の姿が大きく変化していく。認知症の人が今よりももっと豊かな人生を生きることができるようになる

50

□ 大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけ

大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけに過ぎない。そして、この大変な時期は想像されるよりもずっと短い。横断面での大変さについて目を奪われがちになるが、縦断的な視点を持てるようになると治療もケアも自信を回復できる。一時的に地域ケアの外に置かれることはあっても、再包摂する経験を積むことによって、医療もケアも、そして社会も、認知症の全体像を獲得していくことが可能になる。このように手当の方法が確立していけば、若年性認知症を含め認知症の疾病観の変更も可能となり、終末期の姿も大きく変化していく。

認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア、それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある。それは既に私たちの射程に入っており、それを京都式地域包括ケアの中で形にしていくことが私たちの責務である。私たち一人一人の力を合わせれば、京都の認知症ケアを変えることができる。

それは、認知症ケアの確立を希求する連綿とした流れが本日のつどいへと収斂していく過程を経て、私たちの中に形成されていった確信である。

51

認知症のとらえかた（疾病観）の変化

未知なる恐ろしいもの、排除の対象？

「恍惚の人」 S47年（新潮社、有吉佐和子(著)）

温かく対応すべき、対応できるものへ
本人の気持ちへという視点と理解

「痴呆を生きるということ」 H15年（岩波新書、小澤 勲(著)）

当事者からの発信

「私は誰になっていくの？—アルツハイマー病者からみた世界」
H15年（クワイカもがわ、クリスティン・ボーデン(著)、檜垣陽子(翻訳)）

「認知症になっても大丈夫」
H29年（徳間書店、藤田和子(著)）

「認知症の私から見える社会」
R3年（講談社α新書、丹野智文(著)）

疾病観を変えることへの言及

「2012京都文書」H24年 認知症の疾病観を変える
「入り口」問題と「排除」の問題



52

外来時の対応

〔診療実践 3〕

【初診時】

● 本人が一人で受診した場合

- ・ 物の忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、状況に応じて精査するか、専門医に紹介する

● 家族と一緒に受診した場合

- ・ 本人が受診について納得している場合は、通常の手順で診察する
- ・ 本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、診察の同意を得てから診察する

相当なハードルを超えて来院しているはず。受診を労い、会えたことへの喜びを表現しこれから一緒に考えていきたいと思います意思表示する本人(の心)に届くようなコミュニケーションを

【通院中】

● かかりつけ医が本人の様子で気づいた場合

- ・ 家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で精査するか、専門医に紹介する

53

初診時の問診・検査の流れ



あいさつ、来院を労い、逢えてうれしいという気持ちを伝える
来院方法、道順、同伴者の情報、時節、天候、健康状態などの世間話
本人優先、無理強いしない、対話（上でも下でもないこと）

来院の理由、困りごとの確認

本人に動機がなければ了解をもらって同伴者に確認

生活歴、職歴、病歴などを聴かせてもらい、これまでの苦労と頑張りを労う

了解してもらえたら、各種検査

頭部CT、胸部X-p、心電図、血液検査

認知機能検査（HDS-R、MMSE、立方体の模写、時計描画）

検査中に同伴者から改めてお話を聴く

結果を説明・大まかな方針の相談

通院、薬物療法の是非、デイケア参加、訪問看護利用

介護認定、地域包括支援センターへの相談

次回も
来てもらえること
つながり続けられる
ように

来院と診療への協力を労い、逢えてとても良かったと評価

次回、元気にして逢えることを楽しみにしていると明確に伝える

54

聴いておきたい内容



本人の気になる変化は、いつ頃からどんな症状で始まったのか
今現在はどうのような状況か
生活上（一番）困っているのはどんなことか

これまでの生活状況（生活歴、職歴）（そこからの変化は？）
既往と通院状況、服薬はできているか、体調不良はないか
家族状況（独居か同居か）

どのようにしたいのか、なりたいのか（本人、家族それぞれの希望）

介護認定はうけているか

地域包括支援センターへの相談はしているか

サービスは既に利用しているのか

本人優先に話を聴くが、本人からの話だけでは要領得ないことも多いので、ご家族、ケアマネジャー、地域包括支援センター、事業所などとの連絡は積極的におこなうこと

***先生方には、ケアマネジャー、地域包括支援センターとは積極的に
関係をもってほしい**

55

認知機能～生活障害のアセスメント



記憶障害

最近のこと

来院手段、道順、同伴者の情報、天候や時節の情報
大きなニュースや出来事

古いこと

生活歴、職歴等（ねぎらうことを忘れないように）

見当識障害

日時、場所、人物

カレンダー見てきましたか？ どこに行くか聞いてきました？
一緒に来たのはどなたですか？

判断・実行機能

家事・調理（味の変化、同じものばかり作る等）
買い物（同じもの・必要ないものを買ってくる等）
金銭管理、服薬管理（浪費、怠薬、拒薬等）
服装・着替え（季節や天候、状況にそぐわない）
保清・入浴の状況（入浴しない、着替えない）
こだわり、融通が利かない

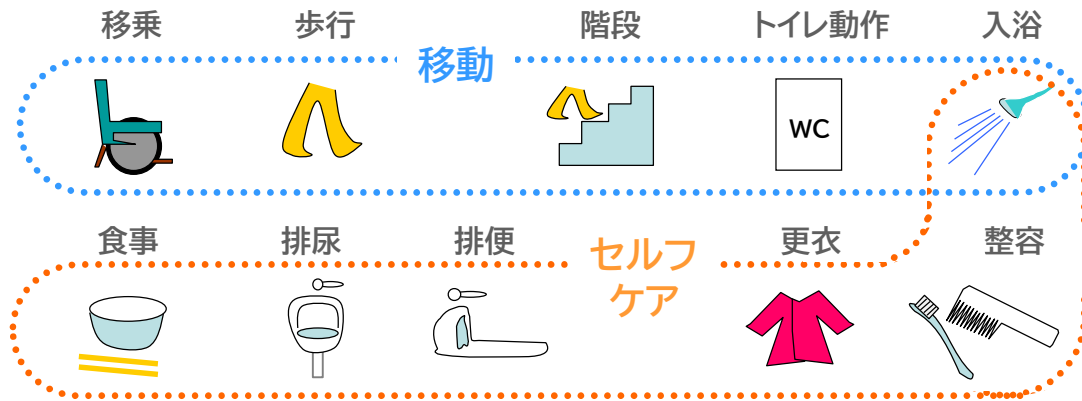
56

ADLのアセスメント

〔診療実践 8〕

●Barthel Index

*点数はつけなくても良いが、
スケールが手元にあると便利



●Physical Self-Maintenance Scale(PSMS)

●N式老年者用日常生活動作能力評価尺度

●認知症のための障害評価尺度(DAD)

(Disability Assessment for Dementia)

●ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

ADLが
自立できなくなれば
中等度認知症

57

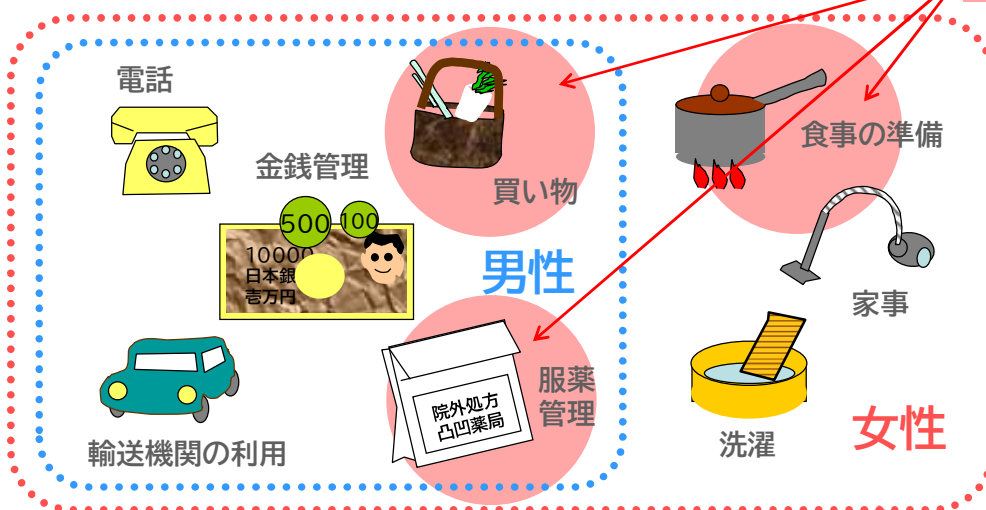
IADLのアセスメント

〔診療実践 9〕

*点数はつけなくても良いが、
スケールが手元にあると便利

●IADL(Lawton) = 独居機能の評価

早期に低下



●認知症のための障害評価尺度

(Disability Assessment for Dementia: DAD)

I-ADLが
自立できなくなれば
認知症

58

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

〔診療実践 11〕

「改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)」の手引き
長谷川和夫・加藤伸二著 中央法規出版

合計30点
(カットオフ:20点)

No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？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.	私たちが今いるところはどこですか？ 自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？ 施設ですか？の中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) 1：a)桜 b)猫 c)電車 2：a)梅 b)犬 c)自動車	0 1 0 1 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。最初の答えが不正回の場合、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)(3桁連唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6 0 1	
		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何があったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、鉛筆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秒待っても出ない場合にはそこで打ち切る。 5個までは0点、6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点		
		0 1 2 3 4 5	

認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第147巻・特別号 (2)

59

MMSE (Mini-Mental State Examination)



合計30点(カットオフ:23点)

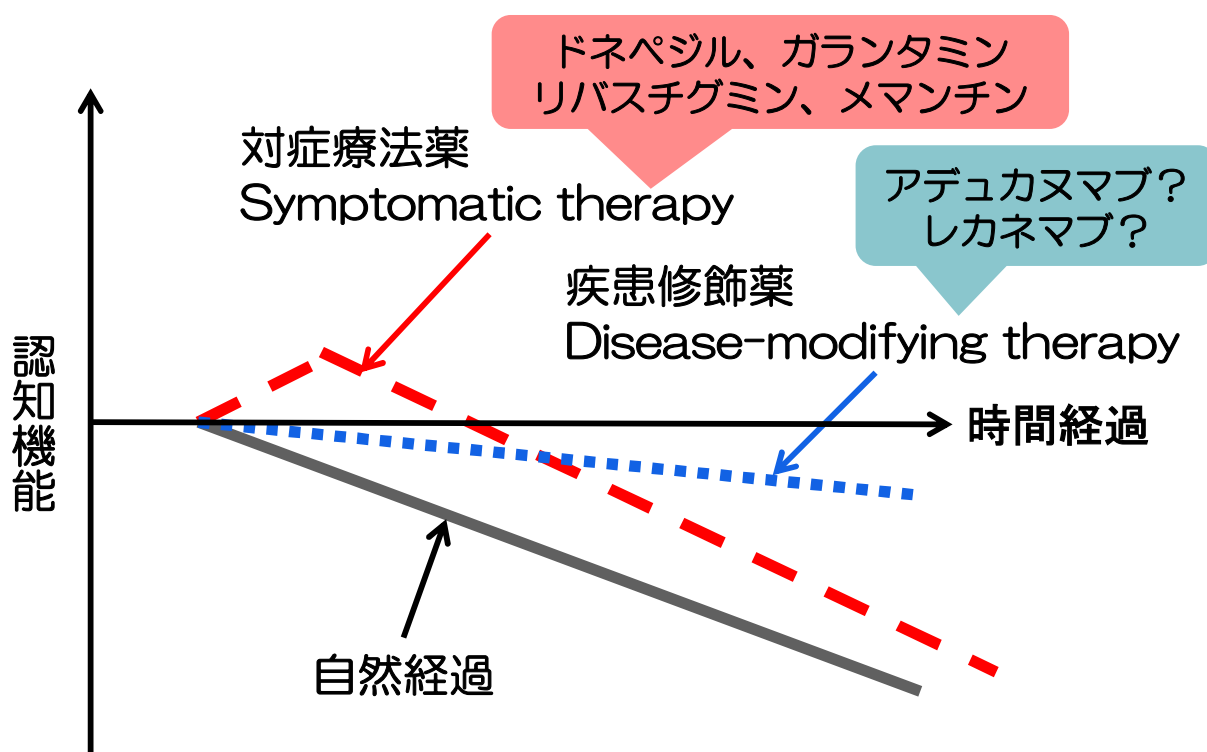
項目	内容	点数
見当識	＜時に関する見当識＞ 「時」に関する5つの質問に答える	5
	＜場所に関する見当識＞ 「場所」に関する5つの質問に答える	5
即時再生	3つの単語を繰り返して言う	3
注意と計算	＜シリアル7課題＞ 暗算で5回の引き算をする (＜逆唱課題＞ 特定の単語を後ろから言う)	5
遅延再生	「記銘」で使用したいくつかの単語を言う	3
呼称	日常的にありふれた物品2つの名称を言う	2
復唱	教示された頻繁には使われることのない文を正確に繰り返す	1
理解	教示された3段階の命令を理解し実行する	3
読字	紙に書かれた文を理解し実行する	1
書字	筋が通った任意の文を書く	1
描画	提示された図形と同じ図形を書く	1

60

2. 認知症の治療の原則・具体的方法

61

認知症の疾患修飾薬と対症療法薬



*現在のところ、使用できる根本的な治療薬はない!!

62

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理学的な差異

〔診療実践 16〕

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アマンタジン誘導体
作用機序	ChE阻害	ChE阻害 + ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステリック増強作用	ChE阻害 + ブチリルコリンエステラーゼ(BuChE)阻害作用	NMDA受容体阻害
用量(/日)	5-10mg	16-24mg	4.5-18mg	10-20mg
用法(/日)	1回	2回	1回	1回
生体内利用率	100%	100%	~70%	100%
蛋白結合率	93%	17%	40%	45%
半減期(時間)	70-80	5-7	3.4	60-80
代謝	肝臓 (CYP3A4>2D6)	肝臓 (CYP2D6・3A4)	腎排泄	腎排泄
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、ドライシロップ、ゼリー等	錠剤、OD錠、内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、ドライシロップ

ChE: Cholinesterase, NMDA: N-methyl-D-aspartate

Noetzli M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

63

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の副作用

〔診療実践 18〕

コリンエステラーゼ阻害薬 EKGを!!

- ・循環器症状(不整脈・徐脈など)
- ・消化器症状(食思不振・嘔吐・下痢・便秘など)
- ・精神症状(興奮、不穏、不眠、眠気)
- ・その他(振戦、頭痛、顔面紅潮、皮疹など)

メマンチン

- ・浮動性めまい ・ふらつき ・傾眠
- ・体重減少 ・便秘 ・頭痛 など

※ 投薬に際しては、定期的な受診、薬の管理、定期的な服薬、症状の観察などが可能かどうか確認することが重要である。

* 特に高齢の場合は、投与にこだわるべきではない。
BPSDやその他の副作用が生じているような状況においては、
中止を検討すべき

64

BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン

〔診療実践 23〕



- 安全性に配慮した薬物療法
- 症状や状態に対応した薬剤選択
- 向精神薬の種類別の留意点
- 開始前後の確認要件や留意点
- 精神科救急、認知症疾患医療センター、認知症専門医との連携

抗精神病薬⇒DMに注意

ケチアリピン、オランザピン：禁忌
アリピプラゾール：慎重投与

平成27年度厚生労働科学特別研究事業 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成

65

Nun Study より

米国ノートルダム教育修道女会所属の修道女 678人
75～102歳（1991～）

- ①生活習慣等の情報解析（自伝・日記などから）
- ②1年ごとの身体・認知機能検査
- ③死後脳の形態学的・病理学的検討

シスター・ベルナンデッド

修士号を持つ高学歴、28年間の教職歴
85歳時、心臓発作で死亡

最後の検査まで認知機能の障害はなし

脳重1020g（境界域の萎縮）

脳底動脈に軽微な動脈硬化

Braak&Braak stage 6

（もっとも重度な広がりをもつアルツハイマー病の病理所見）

- *アルツハイマー病の病変があっても認知症が発症しない場合がある
- *たとえ軽度でも、脳血管障害が合併するとほぼ必ず認知症が発症する
- *認知症になった人の3分の1に脳血管障害が関与している



Snowdon DA: Healthy aging and dementia; findings from the Nun Study. Ann Intern Med. 2003;139:450-454
デイビット・スノウドン著「100歳の美しい脳」2004 DHC

66

認知症を減らすことに成功した英国

ケプ・リッジ・ニューキャッスル・ノッティンガムの3都市にて、
認知症の大規模調査

⇒ 認知症は減少（特に75歳以上）

心疾患と脳卒中の対策（= 生活習慣病対策）

- ①医療において予防と治療に重点をおく
- ②減塩政策 6g/日を目標
加工食品中の塩分制限
パ・ソ業界では3年間で10%の減塩
- ③禁煙 禁煙キャンペーン

* 1990年代半ばから上記対策を施行

心疾患と脳卒中の大幅な減少、医療費の削減に

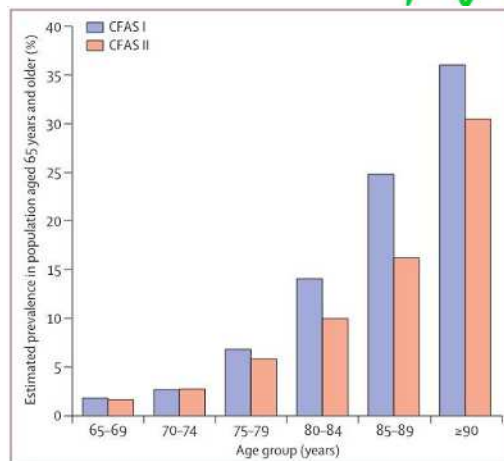


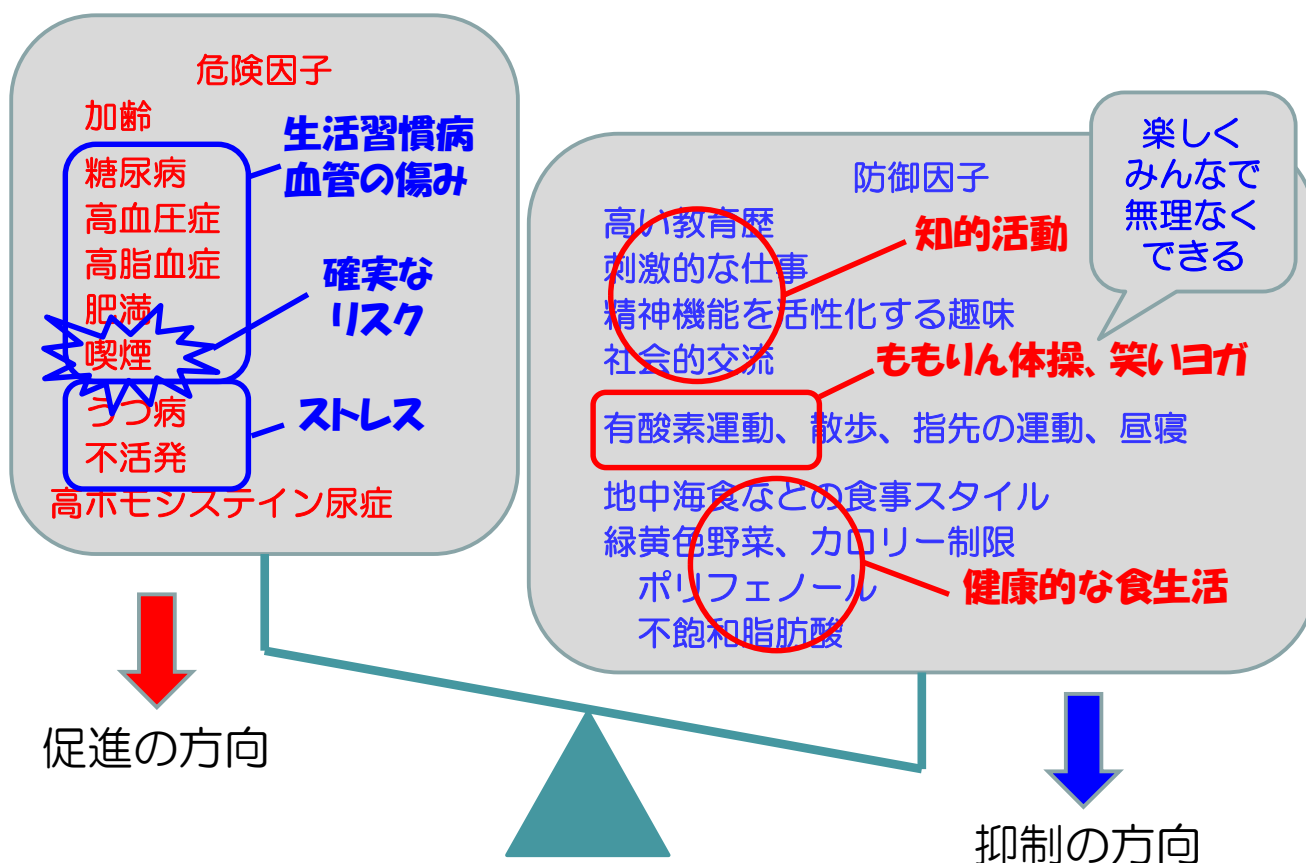
Figure 1: CFAS I and CFAS II age-specific dementia prevalence
CFAS=Cognitive Function and Ageing Study.

	認知症患者数	認知症有病率
1990期 (1989~1994)	88万4000人 (人口構成により補正済)	8.3% (同左)
2010期 (2008~2011)	67万人	6.5%

Matthews FE et al : A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet 2013; 382: 1405–12

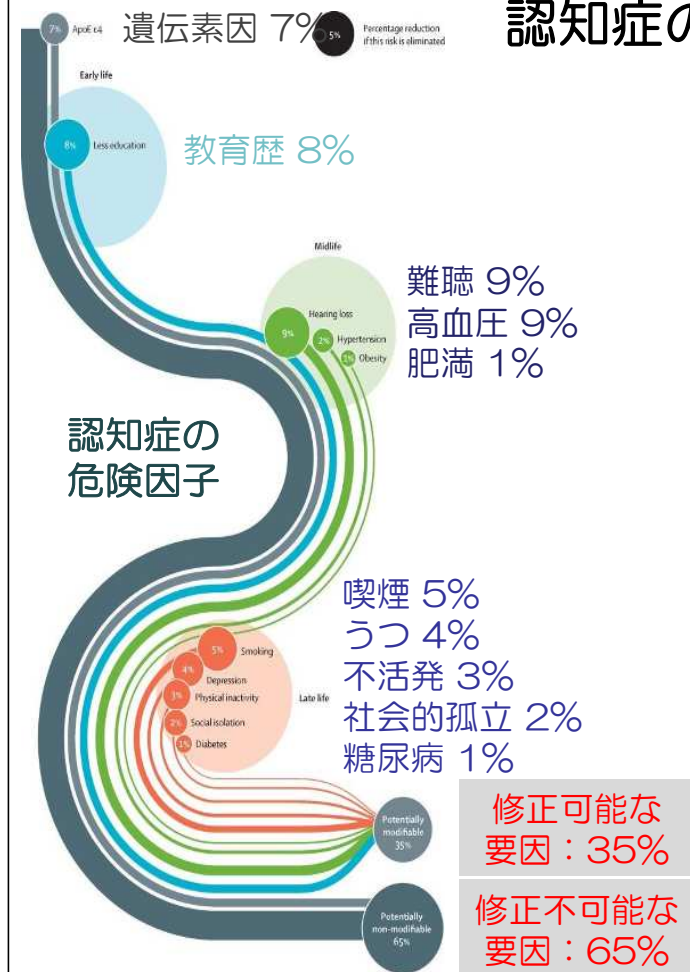
67

アルツハイマー病の危険因子と防御因子



68

認知症の危険因子



危険因子	相対リスク
遺伝素因 (APOE ε 4)	
小児期 教育歴 (小学校まで)	1.6倍 (1.26-2.01)
中年期 (45-65歳) 難聴 高血圧 肥満	1.9倍 (1.38-2.73) 1.6倍 (1.16-2.24) 1.6倍 (1.34-1.92)
高齢期 (65歳以上) 喫煙 うつ 不活発 社会的孤立 糖尿病	1.6倍 (1.15-2.20) 1.9倍 (1.55-2.33) 1.4倍 (1.16-1.67) 1.6倍 (1.32-1.85) 1.5倍 (1.33-1.79)

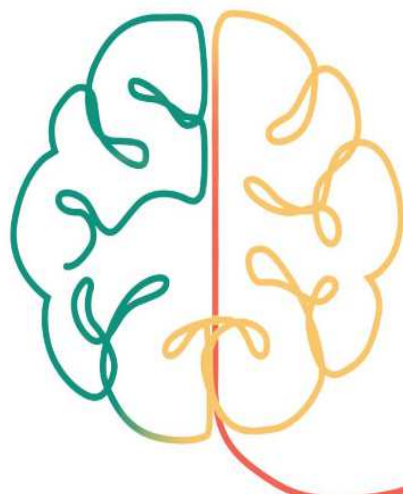
Livingston G, et al. Lancet. 2017

69

認知機能低下および認知症のリスク軽減 WHOガイドライン(2019.5)

RISK REDUCTION OF COGNITIVE DECLINE AND DEMENTIA

WHO GUIDELINES



世界中の認知症

2015年: 5000万人
1000万人/年の新たな発生 (3秒に1人!)
2050年: 1億5200万人と推定

推奨される対策

1. 身体的活動への介入 …**運動!**
2. **禁煙**への介入
3. 栄養への介入 …**ポリフェノール、不飽和脂肪酸等**
4. **アルコール**使用障害への介入
5. 認知機能への介入(認知トレーニング) …**頭を使う**
6. 社会活動 …**コミュニケーション、頭を使う**
7. 体重の管理
8. 高血圧症の管理
9. 糖尿病の管理
10. 脂質異常症の管理
11. うつ病の管理 …**コミュニケーション、楽しく過ごす**
12. 難聴の管理 …**コミュニケーション**

生活習慣病管理

70

情報の整理



認知症の治療に関する薬物について

疾患を根本的に治療する薬物はない
神経伝達物質を補って、認知機能障害の進行を一時的に遅らせる薬物はある
睡眠を確保したり、不安を和らげたりすることで、認知機能障害を緩和したり、BPSDを改善する可能性のある薬物はある（従来からある薬物）

認知症の非薬物療法について

精神療法、作業療法、回想法、認知トレーニング、音楽療法、運動療法等々

心理社会的サポート

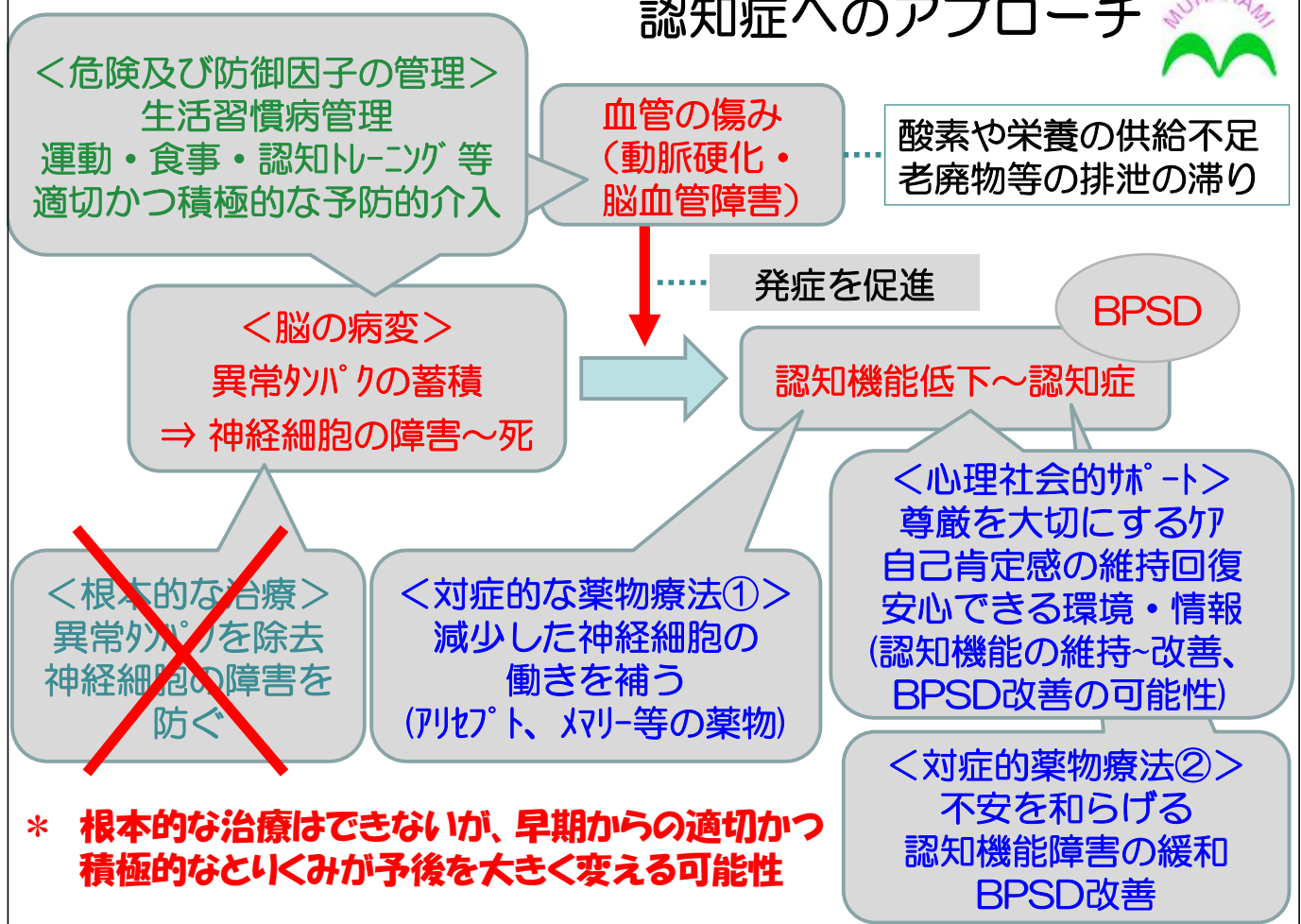
尊厳を大切にするケア、適切な関係の構築など

予防的アプローチ

従来からの危険因子と防御因子はある程度整理されている
認知症の予防（発症・進行）の可能性についても、研究が進められており、WHOのガイドラインも出されている

71

認知症へのアプローチ

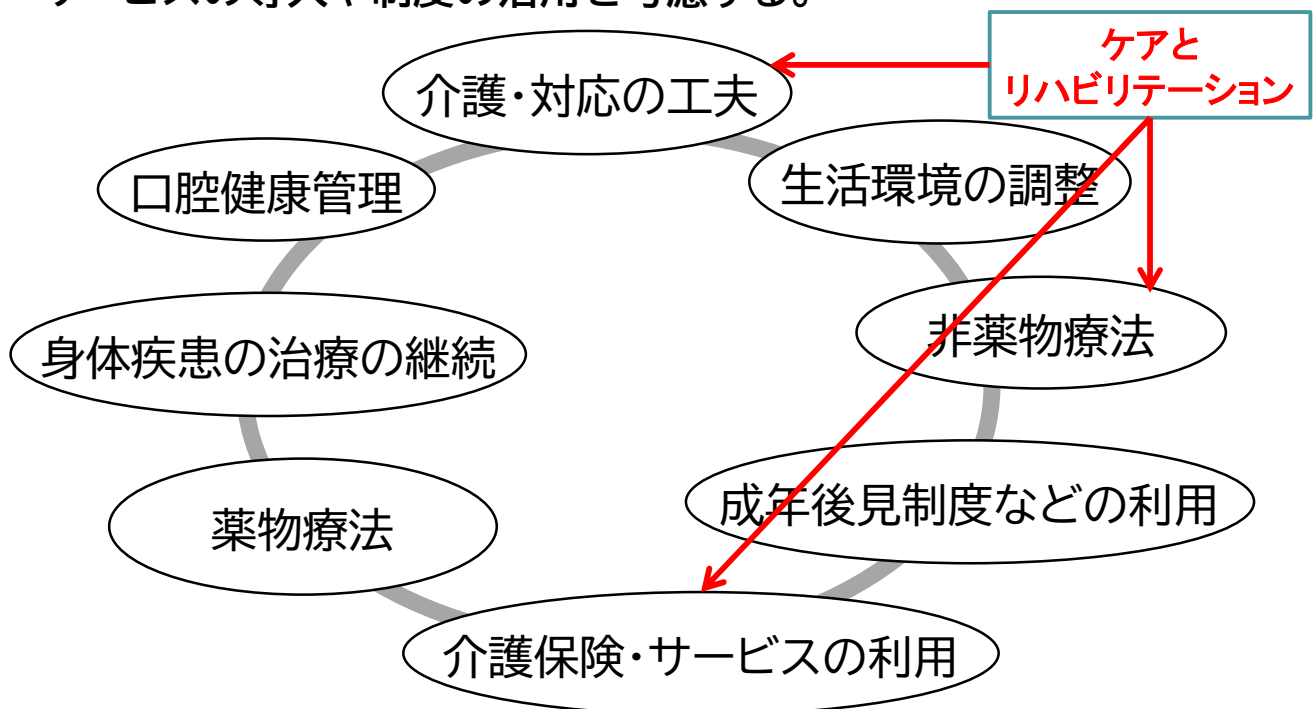


72

認知症のマネジメント(トータルケア)

〔診療実践 12〕

薬物療法と非薬物療法を組み合わせた治療を継続し、利用可能なサービスの導入や制度の活用を考慮する。

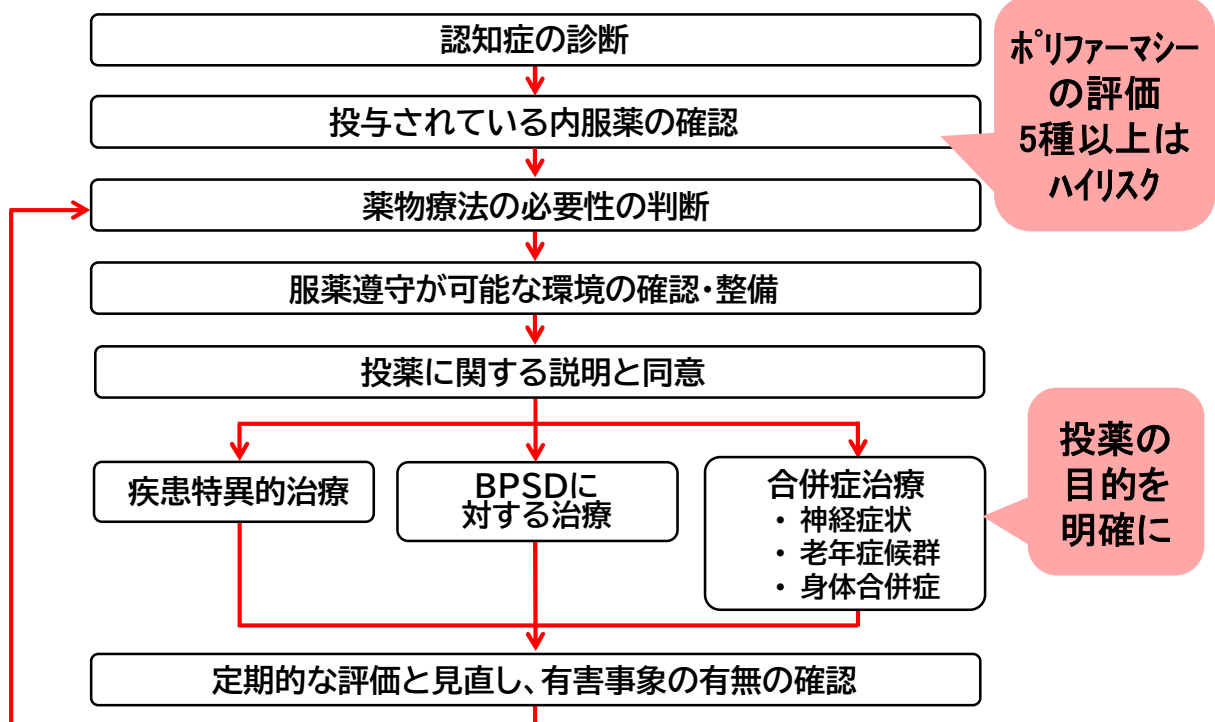


73

認知症の薬物療法のフローチャート

〔診療実践 15〕

薬物療法の必要性を十分に検討し、十分な説明を行ったうえで開始する。



74

3. BPSDへの対応

75

認知機能障害（中核症状）

認知機能障害

注意の障害
遂行機能障害
学習・記憶の障害
言語の障害
視空間認知・行為の障害
社会的認知の障害
病態失認
など

注意の障害：複雑性注意（持続・選択・分配）
遂行機能障害：計画性、意思決定、ワーキングメモリー
フィードバック、習慣無視/抑制、心的柔軟性
学習・記憶の障害：即時・近時・遠隔記憶
ヒップロード記憶、意味記憶、手続き記憶
言語の障害：失語、文法・構文
視空間認知・行為の障害：視知覚、視覚構成、
知覚-運動の統合、実行、認知
社会的認知の障害：情動認知、心の理論
病態失認：病識、病感

脳の病変・障害により生じる
認知症の中核をなす症状
身体要因、環境要因、心理社会的
要因の影響も受ける
（軽減や進行の予防の可能性）

76

BPSDをどうとらえるか

behavioral and psychological symptoms of dementia

認知症の人の行動と心理の症状

行動と心理の症状 (BPSD)

暴言・暴力・徘徊・不穏・攻撃
拒絶・収集・異食・拒食・放尿
性的逸脱・くりかえし・まつわりつき
などの行動障害

不安・興奮・幻覚・妄想・誤認
抑うつ・無気力、不眠
などの心理（精神）症状

一般の高齢者には見られない症状
（病的な（異常な）行動・心理）



治療・対処・予防の対象
（原因・要因は何かを考える）

「何とか自分で乗り越えようとする姿」
「決して意識的とはいえず、その努力の
多くは空回りして、不安、混乱、
あきらめ、絶望を生む」

（小澤勲著「物語としての痴呆ケア」
より引用）

「チャレンジング行動」
（パーソンセンタードケア：満たされない欲求を
行動、言葉や声、態度、表情として
伝えようとしている）

「適応・順応行動」
（山口晴保：環境に合わせて必死に生きる姿）

「自己表現行動」
（赤星文恵：身体で心を精一杯表現している）

BPSDが生じる要因・背景

（behavioral and psychological symptoms of dementia）

認知症の人の行動と心理の症状

行動と心理の症状 (BPSD)

暴言・暴力・徘徊・不穏・攻撃
拒絶・収集・異食・拒食・放尿
性的逸脱・くりかえし・まつわり
つき
などの行動障害

不安・興奮・幻覚・妄想・誤認
抑うつ・無気力、不眠
などの心理（精神）症状

神経生物学的要因
脳の病変・障害
（神経のネットワークの障害）
（介入困難）

身体的要因
難聴、視力障害
歩行障害
基礎疾患、血圧変動
下痢、便秘、尿閉
疼痛、掻痒、冷え
発熱、脱水、薬剤等

心理・社会的要因
認知障害による生活障害
役割の喪失、ストレス
不安、孤独、こころ細さ、よるべなさ
不適切なケア・関係性 等

環境的要因
環境の変化（入院、転室、転院、退院等）
不適切な環境刺激（音、光、風、暗がり
広すぎる空間、閉鎖的な空間
心地よい刺激の不足等）

BPSDへのアプローチ（予防的アプローチ）

予防的対処（発生させないことが最良の治療）

① 普段からの関係性の構築

本人が安心して過ごせる関係づくり
不安や混乱、よるべなさに応えること
感謝とねぎらいの言葉
あなたのことを大切に思っていますというメッセージ
あなたの人生は有意義であったという振り返り
こちらの都合で本人に負担をかけていないか ⇒ 強制ケアの排除
予兆に気を付け、スイッチを入れない

② その他の心理・社会的要因の整理

③ 身体的要因、環境的要因の整理

* 薬物 5～6種類以上になると、有害事象の発生の確率が高まる
アルツハイマー病治療薬を使用している場合、その効果と
必要性も考えること

④（状況によって）薬物療法

不眠や高ストレス状態（既にBPSDなのかもしれないが…）
に対し漢方薬や負担の少ない薬剤などでの対処

79

BPSDへのアプローチ（発生した時の対処）

BPSDが発生してしまったら…

① 疾患や具体的な状況に応じて対処していく（まずは非薬物的に）

状況、場面により、要因・事情はさまざまであるが、
本人が安心できるように対処すること
あなたのことを大切に思っているというメッセージが伝わるように
但し、危険を回避することを忘れないように

② 薬物療法を検討、本人の負担を最小限にする選択を

漢方薬：抑肝散（加陳皮半夏）、柴胡加（桂枝加）竜骨牡蛎湯、他
感情調整薬：VPA、CBZ
抗うつ剤：トラゾドン、ミルタザピン
抗精神病薬：CP、ARP、QTP、RIS、ブレクスピラゾール
抗不安薬：エチゾラム、(CZP)
睡眠薬：ラメルテオン、スボレキサント、レンボレキサント

* 緊急性が高い場合 ⇒ 薬物療法を優先した始める場合もあり

大うつ病

他者に危害を加える可能性が非常に高い妄想

自分自身や他者を危険にさらす原因となる攻撃性

80

BPSDへのアプローチ（不隠時の言葉かけ）



危険な行動などの問題が発生した時

NG：「ダメ～！」「危ない！」「何やってんの！」「余計なことしないで！」「何回言ったらわかんのか！」「何でそんなことすんの！」等の批判的な言葉
「ここに居られなくなりますよ！」「院長先生に怒られます！」
等の取り引き、脅かし、あるいは威嚇や威圧的態度
背後など、本人が認識できない場所からの声掛け

Good：「〇〇さん、ありがと～！」「ご苦労さま～！」「あとは私やるから」
少し離れたところで本人の視線に入りつつ、反応が生じる距離まで近づく
視線を合わせ、本人が衝動的に動いても対処できる距離や体制で話しかける

… 本人なりの経緯で一生懸命作業をしているところで
批判やびっくりさせるようなアプローチは、怒りや衝動的な行動を誘発し、
本人が怪我や誤嚥をしたり、こちらへの暴力に至る可能性がある

*せん妄などの意識障害では、疎通がとれないことがあるので、無理をしない

*前頭側頭型認知症の場合も、衝動的な反応が予想されるので、無理をしない

81

BPSDへのアプローチ（疾患ごとの留意点）



① アルツハイマー型認知症

記憶の障害による不安や心細さ、猜疑心がもともになる

何度も注意する・指導する・批判することはNG

本人の尊厳を保つケアに改めて留意すること

丁寧に寄り添うことが大切

ChE阻害薬使用中であれば、使用継続の是非を検討すること

② 脳血管性認知症

脳血管障害による脆弱性が基盤にある

基礎疾患（HT、DM、af等）への治療が途絶えないように

意識障害やせん妄が生じていないかには注意が必要

転倒や誤嚥のリスクが高いので注意が必要

薬物の使用にも注意が必要

82

BPSDへのアプローチ（疾患ごとの留意点）



③ レビー小体型認知症

幻視・錯視による不安・恐怖がもともになることが多い
よく話を聴き、不安・恐怖を共感（記憶は比較的保たれる）
視覚刺激の調整（食器の色、白いご飯と混ぜご飯、寝具の色…）
状態の動揺が著しい…あわてずにじっくり付き合うことも必要
レム睡眠時の異常行動…覚醒させること
転倒や誤嚥、失神、血圧低下等のトラブルが起こりやすい…想定して対処

④ 前頭側頭型認知症（前頭葉の機能障害）

脱抑制（欲求の赴くままに行動、道徳・善悪・法律は無関係）
思いやり・共感の欠如（人の気持ちがわからない、無関心）
常同行動・こだわり（同じ行動を繰り返す、周遊、時刻表的）
制すると強い抵抗、暴力も辞さない
そういうものだとして理解する他なし、社会的な不利益を最小に
危険な場合は、行動を修正（ルーティーン化療法）

83

BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント

〔診療実践 24〕

過鎮静

- 日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
 - 夜間の睡眠状態の変化
(就寝時間、起床時間、夜間の徘徊回数など)
 - 服薬状況の確認
(介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど)
 - 水分の摂取状況(特に制限を必要としない限り)
 - 口腔内の状況の確認
(口腔内の病変や副作用の有無)
 - 食事の摂取状況や嚥下機能の変化
 - 排便や排尿の変化
 - パーキンソン症状
(振戦、筋硬直、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)
 - 転倒傾向の有無
- など

食欲低下

嚥下障害

尿閉・頻尿、便秘

ふらつき、転倒

84

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

〔診療実践 25〕

高齢者の薬物有害事象には多くの要因が関連している。

要因	特徴	現状
疾患上の要因	・複数の疾患を有する ・慢性疾患が多い ・症状が非定型的	・多剤併用、複数科受診 ・長期服用 ・誤診に基づく誤投薬 ・対症療法による多剤併用
機能上の要因	・臓器予備能の低下（薬物動態の加齢変化） ・認知機能の低下 ・視力・聴力の低下	・症状発現の遅れ ・過量投与 ・誤服用 ・アドヒアランス低下
社会的要因	・過少医療	・投薬中断

日本医師会『超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き』改変・引用

85

高齢の認知症の人への薬物療法の注意点と原則

〔診療実践 26〕

高齢者では有害事象が生じやすく、忍容性も低下することから、認知症者で薬物療法を行う際には以下の点に留意する。

- ① 薬剤によっては、若年成人投与量の1/2～1/4量の少量から投与することを検討する
- ② 薬効は短期間で評価する
- ③ 服薬方法を単純化する
- ④ 多剤併用を避け、処方はシンプルにする
- ⑤ 服薬を本人以外に介護者にも確認する

効果が得られたら
減量～終了を検討

漢方薬も候補に
抑肝散、抑肝散加陳皮半夏、柴胡加竜骨牡蛎湯など

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

86

せん妄の対応

〔診療実践 27〕

*** 治療が必要な身体疾患を放置しないこと**

前提

- ・ 準備因子(器質的脳障害の罹患・既往、高齢など)を考慮した予防
- ・ 原因の精査、患者の安全の確保、治療の円滑な実施、静穏な環境の提供

1. 誘発因子の除去

- 環境的要因
- 身体的要因
- 感覚的要因
- 精神的要因
- 睡眠関連要因

2. 直接因子の治療

- 脳卒中
- 感染症
- 電解質異常
- 薬物服用・離脱

QTP:6~7hr
(最も短い)

3. 薬物療法(1. 2.を行っても改善しない場合)

- 半減期の短い非定型抗精神病薬※による治療
- 必要時には入院治療を検討

※ 適応外処方であることを、患者及び家族に十分説明し、有害事象に留意する。

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

87



4. 認知症の人とご家族への対応

88

認知症の人に必要なこと



根本的な治療法がない認知症においては『**ここを支えること**』が最重要課題

- もう終わりではない、見捨てられない、排除されないこと
- 希望と尊厳をもって生きていけること
- これまで通りの周囲との関係が維持できること
- 生きがい・張り合い・楽しみ・笑顔のある生活が維持できること
- 頼れる仕組みがある、完全ではないが治療・ケア・予防の方法もある
- 認知症を受けれる社会であること
- **認知症になっても大丈夫という前提・知識**

『**新しい疾病観**』
として実感
できること



- ↑
- 『薬物療法』『非薬物療法』『予防的アプローチ』『ケア・メソッド』なんでもいいから総動員して支えること
 - 「あなたのことを大切に思っています」「ずっと一緒に取り組んでいきます」というメッセージを伝え続けること
(**メッセージが認知症の人のところに届いていることが重要**)
 - 認知症であることが特別なことではないという社会のありかた

例えば病棟で、日曜日に 「今日はリハビリないんですか？」と聞かれたら



「今日は日曜日だからありません」という反応 ⇒ 50点？

事実を伝えるだけでは半分の点数（態度によってはもっと減点）

まずは聞きに来てくれたことへの感謝とねぎらい

そして、尋ねてきた本人の気持ち（リハビリを楽しみにしている気持ち）を想像し、その気持ちに応えることが大切

- 「わざわざ来てくれてありがとう」
- 「元気な顔がみれてうれしい」
- 「リハビリは楽しかったんですね！」
- 「今日はできなくて残念ですね」
- 「明日はありますからね！」
- 「何か簡単なことやってみましょうか？」
- 「少しお話ししていきませんか？」

事実を伝えるだけではなく
関係の構築がテーマ
(マニチュード®)
本人から尋ねてきてくれた
最大のチャンスを生かす
そして繰り返すこと

存在を認めてもらえる喜び、気持ちが通じたという喜び・安心、信頼関係の構築へ

「帰宅願望」の本人のこころの内を考えてみる

わからなくなっていく強い不安
しなければならぬことができないところ細さ

⇒ 自分のことを理解してくれる人を求める
(たとえ心細かったとしても、落ち着いていられる)



もしそういう人がいなかったら…負の連鎖の始まり
「帰らせてもらいます」…『今日はもう帰れません!』(不隠のスイッチオン!)
「なんで帰れないんだ!」(不穏・興奮)

- 普段からの信頼関係
- 本人に安心してもらえる対応
(本人の気持ちを大切に。否定しない)
- 受容と共感、労いと感謝、
居場所や役割
- スイッチを入れない、叱らない

『帰宅願望を止めること』
ではなく、
『身近な人との関係性』
がテーマ①
(コミュニケーション®)

「帰りたいのですね」
「家には誰が待ってるのですか?」
「帰ったら何をしたいのですね」
「帰って〇〇したいのですね」
リフレーズを使ってより添い、
真の共感と労いを示す(バリデーション)
『きちんと向き合うこと』が
テーマ②

* 自分が活躍していた頃に戻るイメージ

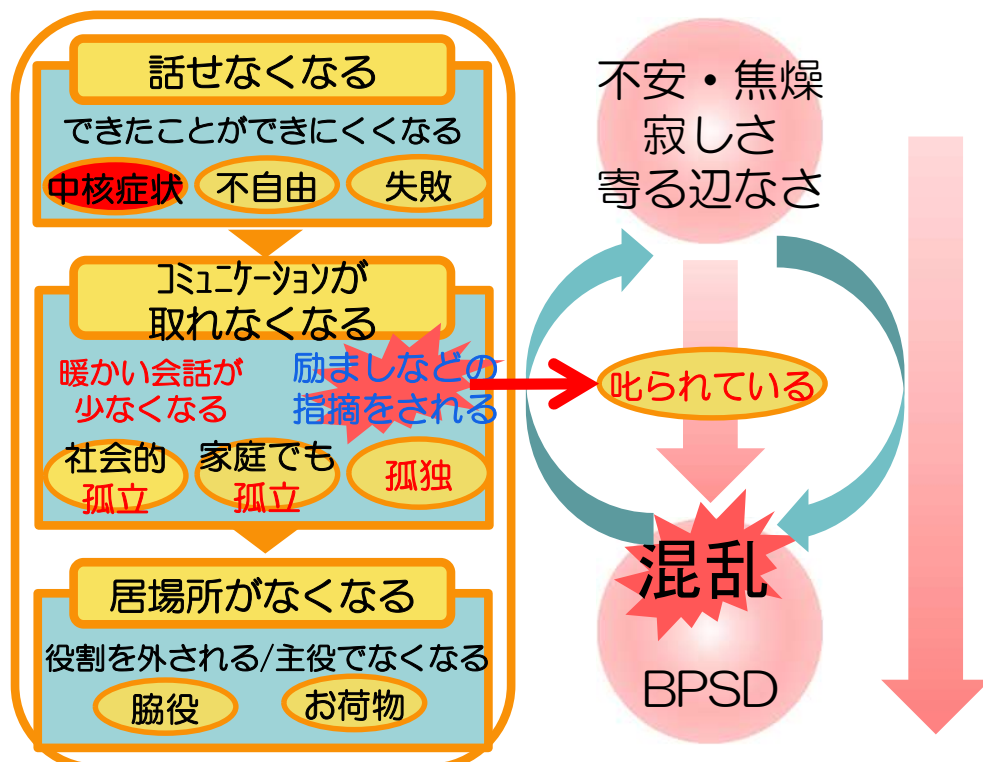
91

認知症の人のこころを考える BPSDのからくり

テーマ③
「BPSDのからくり」

認知症を
受け入れる文化

- ① 支持的態度
(理解・笑顔)
- ② 会話を取り戻す
(感謝の言葉)
(昔の苦労話)
- ③ 指摘を減らす
⇒ 本人の安心
(安心できる
関係性)



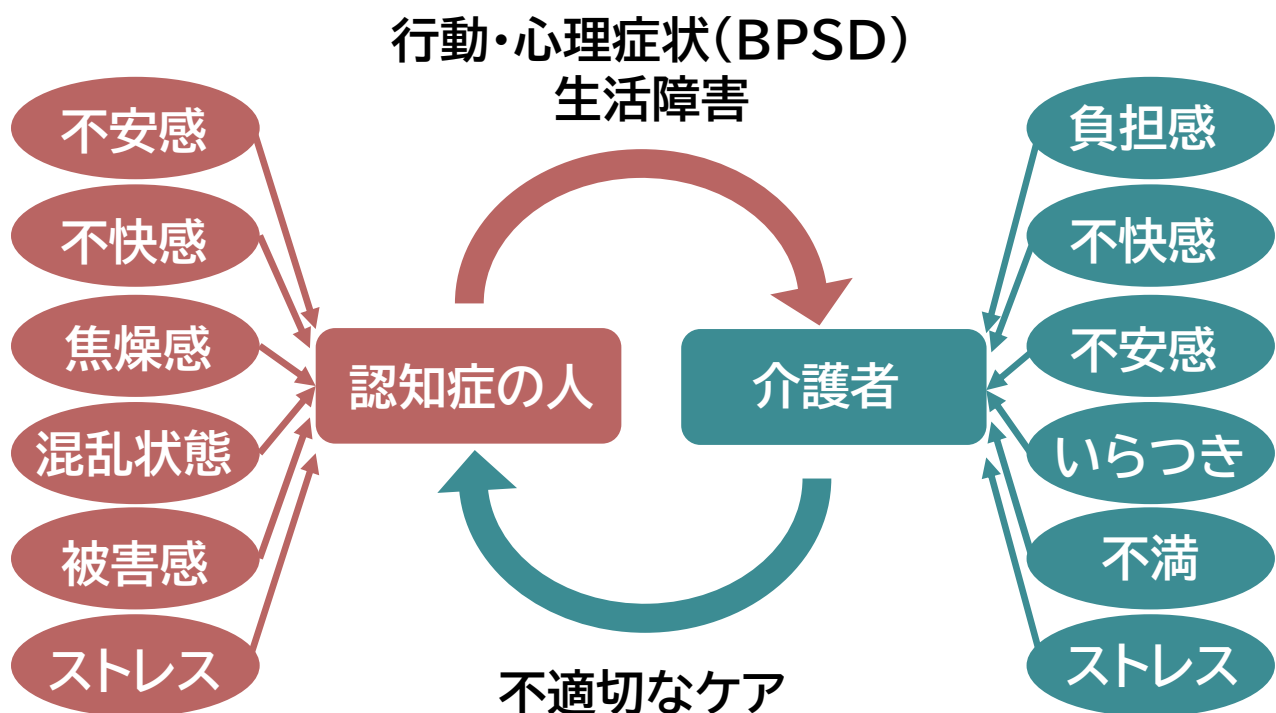
認知症の人のことを考える 望ましい態度と言葉

目の前の認知症の人の心情を想像すること
(戸惑い、不安、恥ずかしさ、悲しみ、怒り、孤独、自尊心の傷つき)
もの忘れや失敗を指摘されたときの気持ちに思いを至らせること、試さない
その人の人生・歴史に思いを馳せ、その意味と価値を認めること
常にねぎらいと感謝の言葉を忘れないこと
本人の気持ちに寄り添い、真の共感を目指すこと
会えたことの喜びを明確に伝える
「今日は元気な顔が見れてとても嬉しかった」
「次回も元気な顔でお会いできることを楽しみにしています」
家族とではなく、その人と話すこと
(家族と話すときは本人の了解を得る、本人の前で話すようにする)
「困ったらいつでも相談してください」と明確に伝える
安心して暮らしていけるように、一緒に考えていくことを伝える

93

認知症の人と介護者の間に起こる悪循環

〔診療実践 37〕



加藤伸司 第一法規出版 2002を引用・改変

94

介護者への支援

〔診療実践 38〕

- 専門医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の負担や心理的变化に配慮し、適宜病状の説明を行い、治療・ケアをコーディネートする
- 家族の会や認知症カフェなど、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診を行う、訪問看護を利用する、など本人や家族などの介護者の負担の少ない方法を検討する

95

介護者の認知症本人に対する望まれる姿勢・態度

〔診療実践 41〕

- 本人の機能低下を理解し、出来ることに目を向ける
- 急速な進行と新たな症状の出現に注意する
- 簡潔で簡易な表現で依頼する・伝える
- 本人のリアクションに合わせて言い方を変更する
- 本人が出来ることを中心に任せる
- 障害に向かい合うことを強めない
- 穏やかで安定した支持的な態度を心がける
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避ける
- 本人にわかりやすい表現で簡単に説明し、希望を聞く
- 本人が障害のせいで嫌な思いをしないようにさりげなくサポートする

96

その人を大切にする3つのケア・メソッド

	バリデーション	パーソン・センタード・ケア	ユマニチュード®
開発者	アメリカ ナミ・ファル 1982~(1967~)	イギリス トム・キッド 1980 年代後半~	フランス イヴ・ジネト、ロ ゼット・マルコッティ 1979~
理念	人生・存在の価値の確認 を通して、尊厳を回復す る。人として大切にする	一人の人として、周囲の人に 受け入れられ、尊重されるこ と(パーソンフッド)	その人の人間らしさを尊重 し、その人にわかる形でメ ッセージを伝える
焦点	その人の感情・人生	その人(5つの要素)	その人との間の「絆」
中心 となる 手法	真の共感をもって関わる ことを基本としたコミュニ ケーション技術	認知症ケアマップ®法(DCM)に よる評価とパーソンセンタード モデルに基づくケアプランによる関わり	4つの柱と5つのステップを 中心としたコミュニケーション技術 (全ての関わりの中で)
研修	バリデーション・ワークコース 2日間×5回(対面)	パーソンセンタードケア及び認知症ケア マップ®法研修 基礎コース：集合3 日間、オンライン4日間	初めてのコース：60分 基礎研修1,2,3：各1日 コンチルト：120分(オンライン)
推薦 図書	「バリデーションへの誘い」都 村尚子著 「バリデーション・ブレイクスルー」ナ ミ・ファル、ビッキー・デクラーク ル著	「認知症の看護・介護に役立 つよくわかるパーソン・セン タード・ケア」鈴木みずえ監修 「パーソン・センタード・ケアでよくわ かる認知症看護の基本」鈴木 みずえ監修、内門大丈監修協力	「ユマニチュード入門」「家族の ためのユマニチュード」イヴ・ジ ネト、ロゼット・マルコッティ、本 田美和子著 「『絆』を築くケア技法 ユ マニチュード」大島寿美子著

*どれも優れているということではない

*それぞれの得意分野を生かして実践できればいいと思う

97

おすすめURL



日本ユマニチュード学会 <https://jhumana.org/>

ユマニチュード研修案内 <https://humanitude.care/>

高齢者ケア研究室
<https://www.youtube.com/channel/UCHopS0wOt0R9lun1ZH5fpLg>

NHK厚生文化事業団 DVD「優しい認知症ケア ユマニチュード」貸出開始！
<https://www.npwo.or.jp/info/8210>

ケアWiz家族支援 <https://carewiz.ai/kazoku/>

日本認知症本人ワーキンググループ-JDWG <http://www.jdwg.org/>

認知症の理解を深める普及・啓発キャンペーン
<https://www.youtube.com/channel/UCcHKdPa4Rj1dxsW3sJ8th3A>

公認日本バリデーション協会
<http://validation.chu.jp/>

認知症の心に寄り添うバリデーション
<https://www.youtube.com/watch?v=6xfQMcYhRzc>

98

参考図書等



<書籍>

NHK取材班、望月健著

「ユマニチュード 認知症ケア最前線」角川書店 2014

本田美和子、イヴ・ジネスト、ロゼットマレスコッティ著

「ユマニチュード入門」医学書院 2014

「家族のためのユマニチュード」誠文堂新光社 2018

本田美和子、伊藤美緒編集

「ユマニチュードと看護」医学書院 2019

大島寿美子著

「「絆」を築くケア技法 ユマニチュード: 人のケアから関係性のケアへ」
誠文堂新光社 2019

<DVD>

本田美和子日本語版監修

「ユマニチュード 優しさを伝えるケア技術」デジタルセンセーション

イヴ・ジネスト、本田美和子監修

NHK厚生文化事業団 福祉ビデオシリーズ

「優しい認知症ケア ユマニチュード」(全3巻)

(NHK厚生文化事業団でDVD貸し出し中)

<https://www.npwo.or.jp/info/8210>

99

まとめに代えて … 自分が心がけていること



<目の前の認知症の人に安心して過ごしてもらうために>

「あなたのことを大切に思っています」というメッセージを伝え続けること
見つめて・触れて・話しかけて…常にねぎらいと感謝の言葉を忘れない

会えたことの喜びを明確に伝える

「今日は元気な顔が見れてとても嬉しい」

「次回も元気な顔でお会いできることを楽しみにしています」

その人の人生・歴史に思いを馳せ、その意味と価値を認めること

その人の気持ちに寄り添い、真の共感を目指すこと

ベッドから離れること、立つこと、歩くことを心がける

寝たきりになっても、話すことが出来なくなっても、コミュニケーションに努める

ずっと一緒に考え、お付き合いをずっと続けることを伝える

自分が『ひとぐすり』として役に立っているか…

100

認知症家族のケア

県医師会員 村上 敦浩
(福島市・医療法人慈心会 村上病院院長)



認知症のお年寄りが「言うことをきいてくれない」という理由で受診されることがあります。ご家族が何度も働きかけると、ご本人が怒り出してしまつて、あるいは逆に、ご家族がたまりかゝる声を荒らげることも少なくありません。ご本人のことを大切に思つて働きかけているのに、いさかいになるのは悲しいことです。お薬の希望もありませんが、コミュニケーションやケアを通じて、ご本人のこころを支える「ひとぐすり」の方が大切で効果的です。

「ひとぐすり」で支える

ができない、これはダメとか、否定的な話ばかりになつていきます。この状況が続いてしまつと、ご本人は、こう休まる時も場所もない、誰に頼ることもできない状況に陥つてしまひ、冒頭のようないさかひも発生します。

そこで「ひとぐすり」の出番です。まずは、ご本人のこころを大切に思つて、その思いを積極的にご本人に伝えることです。いまさらそれは恥ずかしい、という声もありそうですが、具体的には、会話を増やすことから始めればいいのです。お話をすること自体が、相手の存在を認めるというポジティブメッセージになります。日常の中で「ありがとう」「苦勞さま」「大変だったね」の感謝とねぎらいの言葉を贈りましょう。何か失敗した時も、とがめたりしないで、この3つの言葉で乗り切ってください。そして、楽しかった思い出、頑張った思い出などを話題にして「家族みんなを楽しくてくさい。昔の写真やアルバムは見せます。長年一緒に過ごしてきたことへの感謝の言

令和4年10月3日
福島民報新聞
「日常のカルテ」

人は晩年になると「**自らの道の果てに死をみる**」

野心や情念は薄れるが、
経済的自立がなされ、健康が維持されていれば、
老衰に先立つ数年は「**人生で最も幸福な時期である**」

シモーヌ・ド・ボーヴォワール「**老い**」(1972)より

高齢期のいわゆる心因性疾患とその対応 精神科医の立場から
老年精神医学雑誌 27:1092-1097. 2016