

認知症の現状、認知症の理解と支援

— リハビリテーションの視点から —

葛西 真理¹⁾、下田 肇²⁾

1. 認知症の定義

認知症とは、脳に器質性の異常があって、記憶や言語など複数の認知機能が、後天的に障害された状態で、それが慢性に持続し、その結果、社会生活活動の水準の低下を来した状態を言う¹⁾。

2. 認知症の有病率

65歳以上の認知症の有病率は、海外では2.4-8.2%、日本では3.8-11.0%との報告がある²⁾。75歳以上の認知症の有症率は、地域在住高齢者の12.4%、介護保険利用の在宅高齢者の23.6%と推定されているとの報告がある³⁾。

全国の65歳以上の高齢者についての推計値について、最近の厚生労働省の発表では、認知症の全国有病率推定値15%、全国の認知症有病者数約439万人（平成22年）と推計されている⁴⁾。軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment; MCI）は、正常と認知症の境界状態であり、全国の有症率推定値は13%、全国のMCI有症者数は約380万人（平成22年）と推計されている⁴⁾。

3. 認知症の原因疾患と特徴

認知症の原因疾患別では、アルツハイマー病が18.8%、脳血管障害を伴うアルツハイマー病が43.8%、血管性認知症が18.8%、その他が18.6%との報告がある⁵⁾。

(1) 疾患別の特徴

1) アルツハイマー病（Alzheimer's disease; AD）^{1) 6) 7)}

原因不明の神経変性疾患。認知症の原因として最も多く、緩徐進行性に発症し、徐々に悪化する。脳卒中の合併がなければ、麻痺などの身体症状は伴わない。初期にバランス障害や転倒は伴わない。初期から物忘れがある。近時記憶、特にエピソード記憶の欠損がある。「財

布が盗まれた」などの物盗られ妄想が多い。一見正常に見えるが病気として対処。グループ療法への適応が比較的良い。画像所見では、海馬の萎縮+大脳皮質連合野の血流・代謝障害がみられる。

2) 血管性認知症（Vascular Dementia; VaD）^{1) 6) 7)}

脳卒中発作の後、3カ月以内に認知症が発症。麻痺や感覚障害など身体機能障害を伴いやすい。精神運動遅延、遂行機能障害がみられる。言葉の表出の低下があるが、内面の人格は保持。接し方に注意する。治療やリハビリによって改善が期待できる。再発の予防、危険因子のリスク管理が重要。画像所見：脳血管障害あり。分類として、多発梗塞性脳梗塞、戦略的重要部位の梗塞（視床、尾状核頭など）、皮質下血管性認知症、ピンスワンガー病がある。

3) レビー小体型認知症（Dementia with Lewy body disease; DLB）⁷⁾

転倒しやすい認知症の1つにレビー小体型認知症がある。緩徐進行性の経過。生活に支障を来す程度の認知機能障害がある。初期からバランス障害、転倒を伴いやすい。パーキンソニズムを伴うことが多い。リアルで「夢を見ているような」幻視。「あそこに牛がいる」など。症状に変動が見られるが、徐々に悪化。（〇〇モードに入った（例 仕事モード）など）。レム睡眠行動異常がみられる。

4) 前頭側頭葉変性症（Frontotemporal Lobar Degeneration; FTL D）⁷⁾

①前頭側頭型認知症（Frontotemporal dementia; FTD）
緩徐進行性の発症・進行性の経過。初期に人格変化、「人が変わった」。行動異常がある。反社会的行為、脱抑制。「わが道を行く行動」（本人は悪気がないが店のお菓子を取って勝手に食べてしまうなど）。初期の知的機能（記憶など）は正常なことがある。

② 意味性認知症（Semantic Dementia; SD）

緩徐進行性の経過。人格変化を伴うこともある。言葉

1) 弘前医療福祉大学保健学部医療技術学科作業療法学専攻

2) 弘前医療福祉大学学長

の意味が障害される。「鉛筆って何ですか？」などと聞き返してくる。

(2) 臨床症状の特徴

1) 認知症の認知機能障害の特徴^{1) 6) 7)}

- ①見当識障害：今の季節、年、月、日、曜日、場所を誤る。
- ②記憶障害（健忘）：ついさっきのことを忘れる。近時記憶、エピソード記憶の低下がみられることが多い。比較的遠隔記憶や手続き記憶は残存している。
- ③注意の低下：複数の対象があると集中できない。
- ④言語障害：単語が出にくい（喚語困難）。理解力の低下がみられる。
- ⑤行為の障害：道具がうまく使えない（観念失行）、道具の使い方が想起できない（観念運動失行）
- ⑥視空間性機能の低下：描画能力の低下がみられる。
- ⑦遂行機能障害：計画を立てる、順序立てるなどが障害される→家事や地域活動などが低下する。
- ⑧判断力が低下し、状況判断が困難になる。

これらの能力が低下すると、混乱や不穏の原因につながる可能性がある。

2) 認知症の行動心理学的症候（Behavioral Psychological Symptoms of Dementia; BPSD）

妄想（もの盗られ妄想など）、幻覚（幻視、幻聴など）、行動障害（徘徊、無目的な行動など）、攻撃性（暴言、暴力など）、日内リズム障害（不眠など）、感情障害（悲哀、抑うつなど）、不安・恐怖（間近な約束や予定に対する不安など）。これらは環境によって改善できる場合がある。薬物療法が効く場合があるので専門医に相談する^{1) 6) 7)}。

4. 問題点の把握

認知症を疑う場合、早めに認知症スクリーニング検査（Mini-Mental State Examination；MMSEまたは改訂長谷川式簡易知能評価スケール；HDS-R）を行い、理解力を確認する。高齢者は認知症の有無にかかわらず身体機能や、それに伴う基本的日常生活活動（Activities of Daily Living; ADL）および手段の日常生活活動（Instrumental ADL; IADL）が低下することが多いため、評価は、身体機能、認知機能、精神機能、ADL、生活の質（quality of life；QOL）、環境、介護保険情報などから包括的に評価し、認知症を考慮した作業療法を行うことが望ましい^{8) 9)}。

5. リハビリテーション・非薬物療法

リアリティーオリエンテーション（現実見当識訓練）、回想法^{10) 11) 12)}、音楽療法、認知刺激療法、運動療法、バリエーション療法、家族介護者教育などがある^{13) 14) 15)}。脳卒中などを合併している症例に対しては、運動療法、ADL訓練は行うよう強く勧められ、家族介護者教育も有効である^{13) 14) 15)}。

文 献

- 1) 目黒謙一：痴呆の臨床-CDR判定用ワークシート解説（神経心理学コレクション）。医学書院，2004
- 2) 葛西真理，中村馨，目黒謙一：アルツハイマー病の疫学 最近10年の傾向。BRAIN and NERVE 62：667-678，2010
- 3) Meguro K, Tanaka N, Kasai M, et al: Prevalence of dementia and dementing diseases in the old-old population in Japan: the Kurihara Project. Implications for Long-Term Care Insurance data. Psychogeriatrics 12: 226-234, 2012
- 4) 厚生労働省HP（H22年度、厚生労働科学研究 筑波大学 朝田隆）：
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryuu/2013/dl/130607-01.pdf#search='%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E7%97%87'
- 5) Meguro K, Ishii H, Yamaguchi S, et al: Prevalence of dementia and dementing diseases in Japan: The Tajiri Project. Arch Neurol 59: 1109-1114, 2002
- 6) 目黒謙一：血管性認知症-遂行機能と社会適応能力の障害。ワードプランニング，2008
- 7) 目黒謙一：CDR判定ハンドブック，医学書院，2008
- 8) 葛西真理：7.認知症。p.203-208（藤井浩美他編，クリニカル作業療法シリーズ 日常生活活動の作業療法），中央法規，2014.
- 9) 葛西真理：11.高次脳機能障害。p.223-226（藤井浩美他編，クリニカル作業療法シリーズ 日常生活活動の作業療法），中央法規，2014.
- 10) 野村孝子：回想法とライフレビュー。中央法規，1998
- 11) 野村豊子監修：回想法（ビデオ）。中央法規，1997
- 12) 志村ゆず：写真でみせる回想法一付・生活写真集 回想の泉。弘文堂，2004
- 13) 日本神経学会監修、「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会、認知症疾患治療ガイドライン2010、2010、医学書院

- 14) 日本神経学会監修、「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会、認知症疾患治療ガイドライン2010コンパクト版2012、2012、医学書院
- 15) 篠原幸人、他編、脳卒中合同ガイドライン委員会、脳卒中治療ガイドライン2009、2009、協和企画