

# 秋田県認知症疾患医療センター便り

平成30年11月発行 NO.12

## 第11回認知症ケアシリーズ 「講演会」特集号

講演会の様子

大仙市協和市民センター「和ピア」

講演会の様子

平成30年9月21日(金)に大仙市協和市民センター「和ピア」にて、リハビリテーション・精神医療センター主催による、第11回認知症ケアシリーズ「講演会」を開催しました。認知症ケアシリーズは県内の介護施設職員を対象として、当センターの取り組み紹介と問題点の共有を図ることを目的とし、認知症医療における地域との連携強化のため毎年開催しています。今回は脳血管性認知症をテーマとし、症状や対応方法、摂食嚥下障害・歩行障害のある方への対応などについて、医師、看護師、介護福祉士、理学療法士による講演を行い、県内の施設職員249名と多数の方々の参加がありました。研修会後のアンケートでは昨年同様「受診拒否があり、医療機関へ連れて行けない」「様々な症状に対してどのように対応したら良いか分からない」「家族の理解が得られない」等の意見が多くありました。専門医療機関として受診に結びつけられるよう、かかりつけ医や介護関係機関等との更なる連携強化、対応方法や認知症について一般住民へ情報発信していく必要があることなど、今後の研修会の企画や連携を図っていく上での問題点を共有する良い機会になったと思います。そこで、今回も講演概要の一部についてご紹介させていただきます。

### 当日のプログラム内容【テーマ:脳血管性認知症】

●講演1『脳血管性認知症について』

センター長 医師 下村 辰雄

●講演2『認知症者の摂食嚥下障害～安全に食べ続けるための支援～』

摂食・嚥下障害看護認定看護師 高橋 照美

●講演3『摂食・嚥下障害のある脳血管性認知症者への食事支援

～食べる能力に合わせた援助とは～』

介護福祉士 小松 真

●講演4『脳血管性認知症における“歩行障害”への関わり』

看護師 山中 一紀

●講演5『脳血管性認知症の歩行障害』

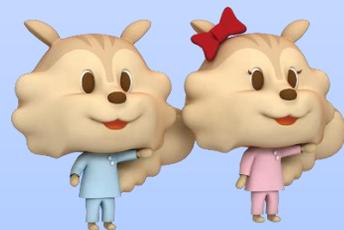
理学療法士 真坂 祐子

●講演6『認知症予防のための運動であるコグニサイズとは?』

理学療法士 今野 慶子

●講演7『手術で改善する認知症「正常圧水頭症」-最近の話題』

認知症診療部長 医師 笹嶋 寿郎



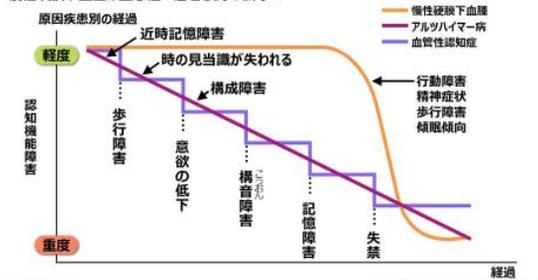
# 『脳血管性認知症について』

センター長 医師 下村 辰雄

脳血管性認知症は脳梗塞(血管が詰まる)や脳出血(血管が破れる)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。生活習慣病対策の結果、減少傾向にあります。アルツハイマー型認知症あるいはレビー小体型認知症との合併例も多く、その影響は少なくありません。脳卒中が起こるたびに段階的に悪化していくことが、ゆっくりと進行する変性疾患(アルツハイマー型認知症・レビー小体型認知症・前頭側頭葉変性症)と異なります。動脈硬化の危険因子(高血圧、糖尿病、高脂血症、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たりすることが予防につながります。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(刺激が少なくなること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。

## 原因疾患別の各疾患の経過

血管性認知症の典型的な経過は、脳卒中後に突然発症し、再発するたびに階段状に進行する神経変性疾患による認知症は、脳の変性が潜在的にいつとはなく起こり、ゆっくり進行する慢性硬膜下血腫は重急性の経過をとることが多い



# 『認知症者の摂食嚥下障害～安全に食べ続けるための支援～』

認知症者の摂食嚥下障害には疾患別の特徴があります(図1)。また、認知症の進行に伴って摂食嚥下障害の状態も変化します。認知症初期の摂食嚥下障害では主に先行期(図2)の障害が中心で、声かけや環境調整をしたり食べ始めを介助する程度で食べられることが多いのですが、人によっては拒食や、逆に食べ過ぎたりという食欲の異常が現れることもあります。また甘味を好むなど味覚の偏りがみられることも多いようです。

認知症中期になると、スプーンや箸が使えない、食事に集中できない、食べこぼしが多くなるなどのため、食事介助量が増えます。妄想や抑うつ状態などの精神症状の影響で食事量減や拒食が出現することもあります。徐々に準備期から口腔期も障害されるようになります。

さらに進んで認知症末期になると、咽頭期を含め嚥下機能全体が障害されるようになるため誤嚥や窒息のリスクが高まります。食べられる量は減り、食事自体を理解できなくなる方も多くみられます。

終末期には意識レベルが低下し、ほとんど口から食べられない状態になります。経管栄養や点滴等の対応について、ご家族と相談しながら決めますが、療養環境によってはできることが限られ、希望通りにならないことも多いのが現状です。

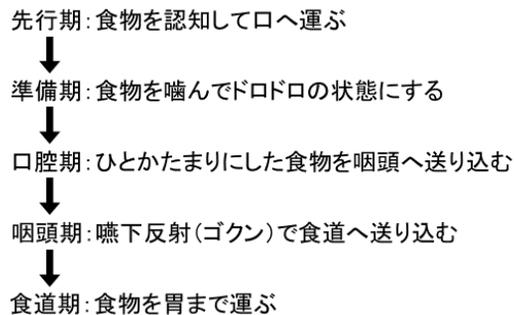
摂食嚥下障害をもつ認知症者への関わりとしては【図3】のようなものがあります。食事形態の調整では、全て手作りするのには介護負担が大きいため、スマイルケア食やユニバーサルデザインフード等の市販品を利用することも一つの方法です。食事介助では顎が上がらないように姿勢調整をするなど誤嚥予防が大切です。誤嚥性肺炎予防のためには、口腔ケア・体力作り・嚥下リハビリ(食前の嚥下体操やアイスマッサージ、歌唱、音読等)を行なうこともおすすめします。安全においしく食べ続けられる環境作りのため、施設や病院と地域の連携をすすめていくことが望まれます。

摂食・嚥下看護認定看護師 高橋 照美

## 認知症者の摂食嚥下障害: 疾患別の特徴 【図1】

- アルツハイマー型認知症**
  - ✓ 初期には先行期の障害に限られることが多い
  - ✓ 進行すると準備期以降も障害される
- レビー小体型認知症**
  - ✓ 早期からパーキンソン症状が出やすい
  - ✓ 症状が変動する
  - ✓ 薬の副作用の影響を受けやすい
- 前頭側頭型認知症**
  - ✓ 人格変化が食事に影響を与えることがある
  - ✓ 常同行為の影響がある
  - ✓ まれに口腔期の障害がみられる
- 脳血管性認知症**
  - ✓ 多くの症例で何らかの麻痺を伴う
  - ✓ 認知症が軽度でも嚥下障害が重度のことが多い

## 嚥下のメカニズム 【図2】



## 安全な食事援助の方法 【図3】

- ① 食事形態の調整
- ② 食事介助の工夫
- ③ 口腔ケア
- ④ 体力向上
- ⑤ 嚥下のリハビリ



# 『摂食・嚥下障害のある脳血管性認知症患者への食事支援 ～食べる能力に合わせた援助とは～』

介護福祉士 小松 真、佐藤 翼  
看護師 菊池 千恵子、堀江 昭子

私たちは普段何気なく食事をしています。食べ物が口から胃に送り込まれる過程のどこかに問題が生じ、上手く食べられなくなることを摂食・嚥下障害といいます。高齢者は誤嚥しやすく、脳血管性認知症の方は運動機能障害により更に誤嚥の危険が高まります。誤嚥のサインに気が付くことは大切なことです。ではどうしたらそのサインに気が付くことができるのでしょうか。

今回、講演では3事例を紹介しました。そこでの誤嚥のサインを見逃さず安全に食事支援する方法が以下の5点です。これらのことを踏まえて、最適な援助を諦めずに探り、その人が心地よく、楽しく食事ができるケアを提供していきたいと思います。



## 誤嚥のサインを見逃さず安全に食事支援するポイント

- ①その人の癖や介助方法を個別に観察し把握する。
- ②その人にあった食事形態・環境調整・介助方法・自助具を活用する。
- ③直接介助する看護師・介護福祉士が情報を共有し、介助方法を統一する。
- ④認知症状の変化をスタッフ同士で情報交換し合う。
- ⑤嚥下専門医・主治医・管理栄養士との連携。

## 『脳血管性認知症における“歩行障害”への関わり』

看護師 山中一紀、菊池美保子、三浦和枝

脳血管性認知症の歩行障害は運動機能の低下だけでなく、認知機能や判断能力の低下など特徴的な症状が関わってきます。講演では、①症状の変動、②注意障害、③アパシー、④感情、欲求の制御障害を項目とし各症状の概要とそれが歩行へどう影響するのかを考えてみました。その後、症例3名を通し具体的な関わりを振り返りました。私たちは歩行を自然と行っていますが、数多くの能力や環境がバランスよく噛み合っている状態です。しかし、脳血管性認知症の患者は安全に行うための能力が低下しているため、私たちは事故が起きないような対応や工夫を行い、安全に配慮することが必要となります。それには、その患者が安全に歩行するために、何が必要かを見抜く、気づくことが関わりのポイントの1つになってきます。

歩行とは、本来患者は当たり前に行っていたことであり、行えなくなることが多くなる認知症の動作の中で、私たちの見守りや支え、アイデアで介入できるものの1つです。患者さんが歩くことで、感じる事ができた感情が最後まで「あの時、気持ちよかった、楽しかった」と思い出の1つになれば幸いと考えています。ただ、歩行できることは認知症において転倒や転落、徘徊や他室侵入によるトラブル、興奮や暴力と危険、問題行動につながるのも事実です。私たちは患者本人、家族の思いに対し、病院ではどこまで行えるのか、これから地域や施設にバトンタッチしていく際に、どの程度が安全で、満足できる状態なのかを考えています。みなさんとの交流から情報共有、提案を行い、一緒にその患者と家族をよりよい方向へ導いてあげられたらと考えています。

たくさん能力や環境がバランスよく  
かみあって、安全な歩行へ！

- ☆安全に歩行を行う能力が低下している。
- ☆転ばないための環境を工夫して安全に配慮していく。
- ☆個々によって、状況によって、必要なものは違う。

➡その人が今、安全に歩くために必要なものを見抜く、気づくことがポイント！

つながる、安心のキズナ。

<http://www.akita-rehacen.jp>  
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

## 『脳血管性認知症の歩行障害について』

理学療法士 真坂 祐子



脳血管性認知症では歩行障害として、片麻痺性歩行・小刻み歩行・幅広歩行が出現する方が多いといわれています。

片麻痺性歩行は多発梗塞性認知症や脳出血性認知症、戦略的部位の単一病変による脳血管性認知症でみられ、半身の麻痺や言語障害・注意障害などの高次脳機能障害を伴います。歩行は非対称性となり、運動麻痺が重症なほど歩行障害も重度となります。麻痺側下肢の振り出しのしづらさや麻痺側下肢での支持期の不安定さ、非対称性による立位バランスの低下などの症状がみられます。理学療法では、関節をより大きく動かせるように筋力強化や立位でのステップ練習、歩行補助具や装具を用いた歩行練習等を行います。片麻痺性歩行の方の見守りや介助を行う際には麻痺側に付き添って、特に方向転換などで注意を払う必要があります。

小刻み歩行・幅広歩行は血管性パーキンソニズムの症状によるもので、小血管病変認知症や基底核・視床の多発性小梗塞、大脳皮質下白質の広汎な梗塞が原因病巣となります。歩行は歩幅が狭くなり、足を広げて歩行し、つま先が床を擦る症状がでることもあります。方向転換や椅子に座る際にすくみ足が出現する方もいます。

理学療法では線またぎ歩行や段差へのステップ練習などを通して、歩幅の拡大を目指し、起立練習や立位でのバランス練習などで立位での重心移動の拡大を行います。すくみ足に対しては視覚刺激や聴覚刺激を増やし、歩行リズムの改善を図ります。歩行補助具も適切に使用することで、すくみ足の予防につながります。血管性パーキンソニズムのある方と歩く際には「イチ・ニ、イチ・ニ」と声をかけたり、腕を大きく振って歩くようにアドバイスします。すくみ足は、出現した際には立ち止まったり、手すり等につかまったりすることで転倒を防止することが大切です。

歩行障害の特徴を理解し、その方に合った介助や声かけ方法などによって、日常生活がより快適・安全に過ごせるよう関わっていきたいと思います。

## 『認知症予防のための運動であるコグニサイズとは？』

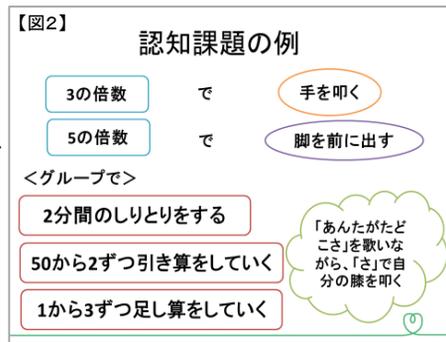
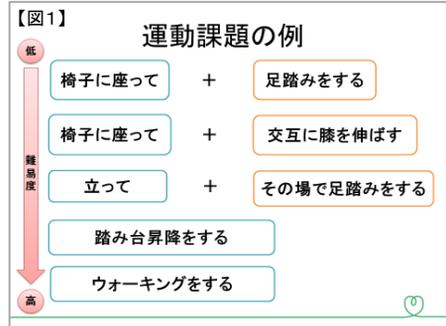
理学療法士 今野 慶子

認知症は軽度認知障害(MCI)という前段階を経て発症し、徐々に進行していきます。近年は、認知症は発症する前に予防することが大切であるといわれています。MCIは、物忘れがみられる記憶障害や物事に対する意欲が低くなったりする症状がみられますが、日常生活機能はほぼ保たれている状態のことをいいます。このMCIは認知症に移行する可能性もありますが、習慣的な運動や食生活、知的活動や社会参加をすることで正常な認知機能に改善する可能性があるという状態でもあります。

そこで、国立長寿医療研究センターが認知症の予防プログラムとして考案したのが「コグニサイズ」です。これは「コグニション(認知)」と「エキササイズ(運動)」から作られた造語で、認知課題と運動課題を同時に行う運動のことを言います。認知課題は間違えてしまう程度の難易度、運動はややきついと感じる中強度の運動を組み合わせて実施します。例えば、椅子に座って足踏みをし、1~30まで数えながら、3の倍数で手を叩くというように行います。認知課題、運動課題とも難易度を変えながら、様々な組み合わせで実施します。【図1】【図2】を参考にしてみてください。

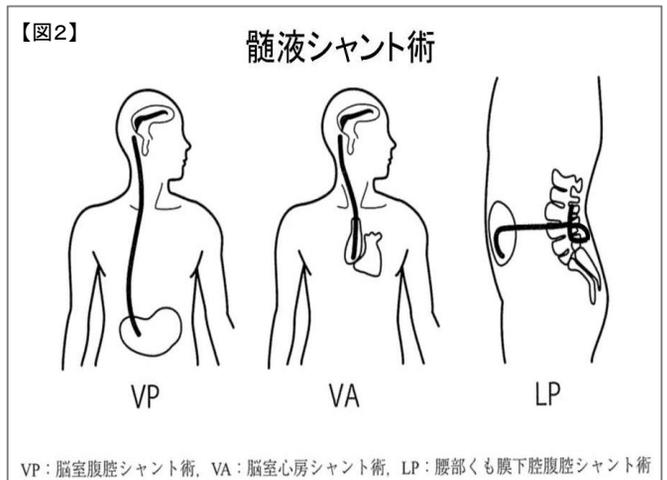
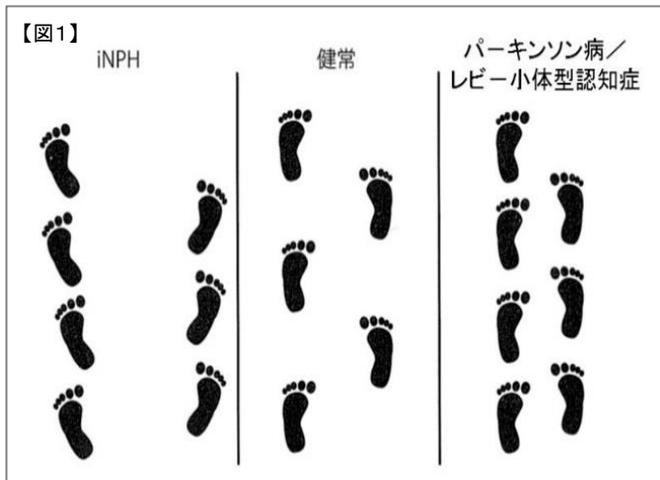
認知症予防教室として、コグニサイズの他に有酸素運動や筋力トレーニングなど様々な運動を組み合わせて行います。週1~2回程度、1回90分程度のプログラムで、これを半年以上継続することで効果が出やすいとされています。コグニサイズの効果としては、MCIの分類の中でも単一領域の31~44%の方が正常の認知機能に戻るか、MCIの状態を長期間保持すると言われていました。また認知機能評価の結果が有意に向上した、歩行速度や握力などの身体機能も向上したという結果も出ています。

コグニサイズの特徴は、道具を使用しなくてもどこでも実施可能で、仲間と笑い合いながら楽しく実施できることです。一人で出来るものもありますので、ぜひ、皆さんも日常生活の中にコグニサイズ取り入れてみてください。



特発性正常圧水頭症 (idiopathic normal-pressure hydrocephalus: iNPH) は高齢者において、先行する疾患がなく認知障害・歩行障害・尿失禁の症状 (三徴) が生じ、手術 (髄液シャント術) により三徴の改善が期待できるため、治療可能な認知症としてよく知られている。認知障害は80%の症例にみられ、集中力低下、注意障害、作業時間延長、無関心などが特徴的で、アルツハイマー型認知症と比較して見当識障害、被害妄想が少ない。歩行障害は発生頻度が90%と最も高く、小刻み (前後の歩幅が狭い)、開脚 (左右の歩幅が広い)、すり足歩行 (図1) が特徴的で、一生懸命歩こうとして腕振りが大きくなる。一方、パーキンソン病およびレビー小体型認知症における小刻み歩行は左右の歩幅が狭く (図1)、歩容は前傾で腕振りは減弱～消失している。排尿障害の発生頻度は60%で、膀胱括約筋の過活動により頻尿、尿意切迫、尿失禁がみられる。CT、MRIでは脳室拡大があり、「不均衡にクモ膜下腔が拡大している水頭症 (disproportionary enlarged subarachnoid-space hydrocephalus: DESH)」が特徴的所見とされている。髄液排除試験で1週間以内に上記症状が改善すれば手術適応がある。治療法 (図2) は日本の医師主導前向き多施設共同研究により、近年、脳室腹腔 (VP) シャント術の有効性と安全性、腰部クモ膜下腔腹腔 (LP) シャント術の有効性が検証、報告された。アルツハイマー型認知症やパーキンソン病と診断されたまま本症が疑われず、数年が経過し重症化してから本症と診断される症例が少なくない。重症例ではADL自立までの症状改善は難しいことから、病初期に症状、画像検査から本症を疑うことが重要である。

本症の病態解明には脳脊髄液の動態 (産生～吸収) を正確な理解が不可欠である。約100年前に提唱された、血液、リンパ液に続く髄液の「第3の循環」仮説 (脳室内の脈絡叢で産生・分泌され、側脳室から第3脳室へ、中脳水道を通して第4脳室に至り、クモ膜下腔へと出て大脳円蓋部まで一定方向に流れ、大脳円蓋部に存在するクモ膜顆粒から静脈内に吸収される) には修正すべき点が多くあることが判明した。最近では髄液および間質液は主に脳表の毛細血管から産生され、吸収も脳毛細血管から静脈系への排出が主体と考えられており、リンパ系への排出経路に加えて、2012年にはグリンファテックシステム (血管周囲腔が間質液と老廃物の排泄といったリンパ系の役割を担う) の関与も提唱されている。さらに頭蓋内に存在しないとされたリンパ管が2015年には頭蓋内に発見され、髄液は硬膜内の上矢状静脈洞に近接して並走するリンパ管から深頸部リンパ節へ排出されることも報告された。アルツハイマー型認知症では血管周囲腔へのアミロイド蓄積、アミロイドの排泄障害が知られ、iNPHでは30～50%にアルツハイマー型認知症を合併しており、両疾患に共通の病態が推定されている。現在、アルツハイマー病理が併存したiNPH症例における①シャント術の適応と②シャント術によるアミロイド排泄促進に伴う認知症の進行抑制効果を検討するための医師主導前向き多施設共同研究が計画されている。



来年度もぜひご参加お待ちしております。

## Q: 受診拒否の対応で困っている

A: 認知症センター便り第9号にも掲載しましたが、多くの方が受診を拒否する場合の対応で苦慮しているとの回答がありましたので再掲します。

受診を拒否する場合、「かかりつけ医へ相談し受診を促してもらう」「家族だけ受診し事前に医師と相談してみる」「保健所へ相談してみる」「本人がもの忘れや体調不良を訴えた時に受診を促すなどタイミングを見極め対応する」「家族が受診したいからついでに一緒に診てもらおうなど健康診断や健康の確認のためにと伝え、家族の受診に付添ってもらいたいと伝え促す」「家族以外の信頼している人や警察などから受診を促してもらう」「認知症初期集中支援チームや往診を行っている医療機関へ相談してみる」などの対応があります。

行ってはいけない対応としては、「買い物」や「外食」等嘘をついて受診に連れ出すことが挙げられます。場合によっては継続した治療が難しくなったり、家族との関係性も悪くなる恐れもありますので、ご注意ください。

また、家族が消極的であったり、理解が得られない場合は認知症も早期発見・早期治療が大切であることを伝え、未治療によっておこる将来の事柄(介護量の増加や場合によっては入院費・施設入所費などがかかってくることなど)を説明し、受診に結びつけてみる方法もあると思われます。



## Q: 食事したことを忘れる場合やもの盗られ妄想の対応の仕方で困っている

A: 食べたことを忘れる場合についてですが、本人にとっては「食べていない」ことが事実です。そのため、「もう忘れたの?」「さっき食べたばかりでしょ」「今日のおかずは○○だったでしょ」など否定されることにより、不安・落ち込み・怒り・被害妄想的感情等を引き起こす場合があります。そのため、記憶がないという不安な気持ちを察して接していく必要があります。本人の興味や関心のある話しをしたり、「これから作るので出来るまで待っててください」「おやつやお茶を飲んで待っててください」など話し、気を紛らわす方法があると思います。また、すぐに食べたことを忘れる場合は食事の後片付けを少し遅らせてみるのも良いかもしれません。

もの盗られ妄想についても、本人にとっては「ものが盗まれた」ことが事実のため、いくら盗っていないと否定しても納得してもらうことは難しいです。また、最も身近で普段介護をしている介護者が妄想の対象になることが多いです(本人にとっては甘えられる存在との思いがあるのかも...)。そのため、「私じゃない」「ここに泥棒なんかいないから、誰も盗らない」など訴えを否定せず、まずは話しを聞いてあげることが大切であり、「それは困ったわね。どこにあるのかしら?一緒に探しましょう」など一緒に探すことで安心する場合があります。そして、一緒に探す際は、家族が先に見つけてしまうと「やっぱり、盗んだから隠し場所が分かったんだ」などさらに疑われる場合があります。その際は「そっちを探してみてください」などさりげなく物がある場所を探してもらい自ら見つけてもらうことにより安心感に繋がる場合があります。

## Q: 医師に対して症状や生活状況など説明するのが難しい

A: 説明するのが難しい場合はメモを作成し、医師へ渡してみても良いと思います。

内容としてはこれだけではないですが、どのような症状がいつから出始めたのか。症状が出始めたころに何か病気など気になるようなきっかけはなかったかどうか。BPSDについてはどのような状況でどのような行動がおき、どう対応したのかについても伝えていただけたら良いと思います。生活状況については普段どのような生活をしているのか。ADLで介助が必要かどうか。家事などのIADLについて援助が必要なのかどうかなどについて伝えていただけたら良いと思います。

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

## 秋田県認知症疾患医療センター

〒019-2492

秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田352

TEL 018-892-3751 FAX 018-892-3816

<http://mcd.akita-rehacen.jp/>

相談時間 一月曜日～金曜日 9:00～16:00 (祝祭日は除く)