秋田県認知症疾患医療センター便り

令和2年1月発行 NO.15

第12回認知症ケアシリーズ「講演会」特集号

令和元年10月18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12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。今回はレビー小体型認知症をテーマとし、症状や早期診断の重要性、症状別の対応方法、リハビリテーションなどについて、医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士による講演を行い、県内の施設職員285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、今回も講演概要についてご紹介します。

当日のプログラム内容
【テーマ：レビー小体型認知症】

●講演1『まれではないレビー小体型認知症
ー鑑別すべき理由と早期診断の要点』
副病院長 兼 認知症診療部長　笹嶋 寿郎

●講演2『レビー小体型認知症患者への関わりかた』
介護福祉士　髙橋 拡希
看護師　川村 昭子
平場 美紀子
小嶋 睦子

●事前質問への回答

●講演3『レビー小体型認知症の人のケア～幻覚・妄想・不眠・歩行障害のある人への関わりから～』
介護福祉士　石川 祐
看護師　山本 光美
大山 由香

●講演4『レビー小体型認知症患者の
パーキンソニズムと歩行』
理学療法士　須藤 恵理子

●講演5『レビー小体型認知症における
ADLの特徴と作業療法の実際』
作業療法士　加納 いずみ

講演会の様子

『まれではないレビー小体型認知症
ー鑑別すべき理由と早期診断の要点』

副病院長 兼 認知症診療部長　笹嶋　寿郎

レビー小体型認知症は異常な蛋白質が蓄積して神経細胞死に至る変性性認知症の中でアルツハイマー型認知症に次いで多い疾患です。主な症状（中核的特徴）として①認知機能の変動（状態の良い時と悪い時の差が激しく、状態の良い時は認知症の存在を疑う程しっかりしていますが、悪い時には注意力が低下し、ぼんやりとした表情で問いかけに対してもテキパキと答えられません）、②実在しない人や動物などがありありと見える幻視、③手足の震えや体の固さや動きの鈍さ、歩行障害などのパーキンソン症状の3項目が知られています。2017年に臨床診断の感度向上を企図して12年ぶりに改訂された臨床診断基準では中核的特徴として従来の3項目（①～③）に④レム期睡眠行動異常症（大きな声での寝言や睡眠時の体動）が加わり、4項目中2つ以上あれば臨床的に本症と確定診断できます。

レビー小体型認知症はレビー小体(異常な蛋白質（αシヌクレイン）の蓄積)が脳・脊髄のみならず心・血管、腸管、膀胱、皮膚などを支配する末梢自律神経系でも観察される全身病（レビー小体病）であり、認知症を発症する前に嗅覚障害、抑うつ、自律神経障害（便秘、立ちくらみ，起立性低血圧、失神など）、レム期睡眠行動異常症がしばしば先行して現れます（図1）。このような全身的な身体症状が前駆症状としてみられることはアルツハイマー型認知症など他の疾患と鑑別する際のポイントになるだけでなく、早期診断にも有用です。

幻視に関連する症状としてハンガーに掛かっている洋服や床に落ちているゴミを人や動物、虫などに見まちがう錯視や既に亡くなっている家族が「家の中にいる」、「夫は偽物で、別に存在する」といった誤認妄想もよくみられます。

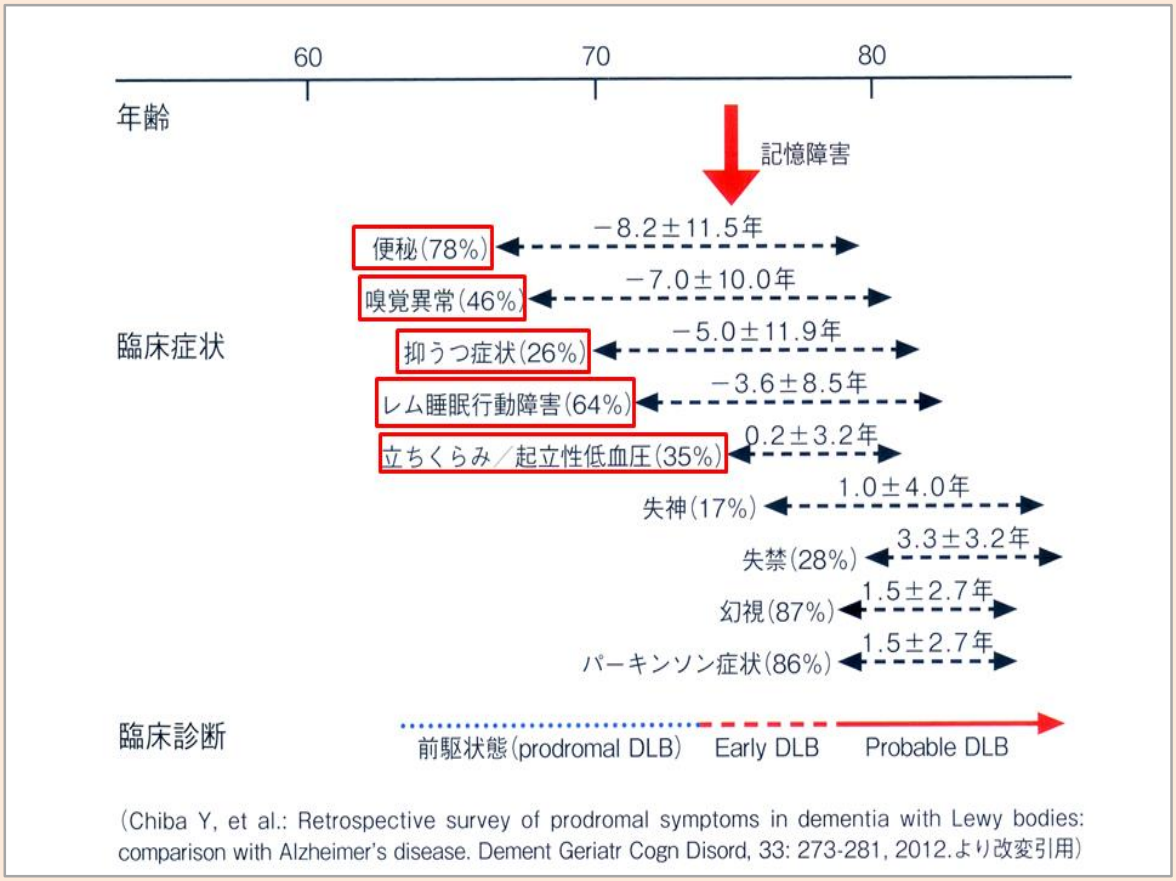


図1　レビー小体型認知症の前駆症状

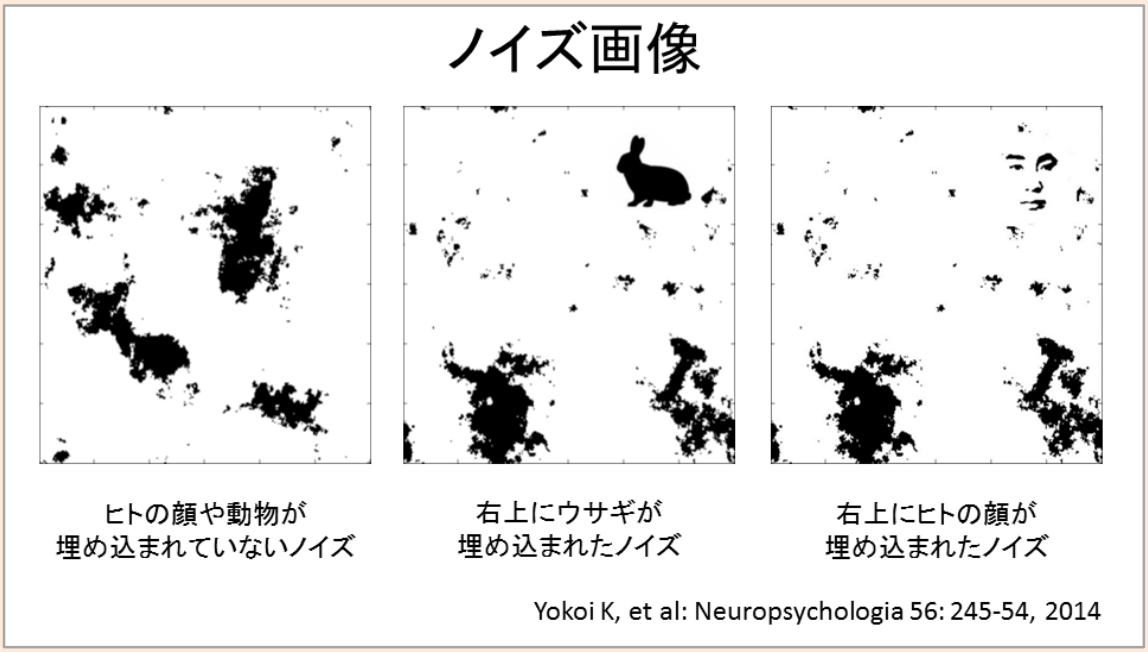


図2　ノイズパレイドリア・テスト

「視野外に人がいる気配を感じる」実体意識性は人物の幻視と関連が深いとされ、錯視は幻視や誤認妄想と相関することが知られています。
ノイズパレイドリア・テスト（図2）はシミの形が人の顔や動物にみえる錯視を人為的に誘発して幻視の代用尺度とする検査法であり、錯視反応率により客観的評価が可能です。

2017年改訂の診断基準は検査所見としての指標的バイオマーカーが臨床症状としての中核的特徴から分離されたことも特徴です。指標的バイオマーカーとして従来のドパミントランスポータ（FP-CIT） SPECTに加えて、レム期睡眠行動異常症に関連するMIBG心筋シンチグラフィと睡眠ポリグラフィが格上げされ、画像診断の重要性が増しています。

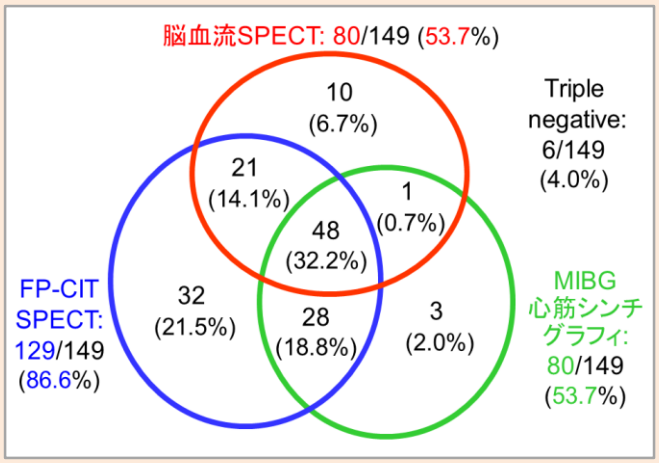


図3　核医学検査の感度

当科の検討（本症と確定診断された149例）ではFP-CIT SPECTの感度が86.6%と最も高く、核医学検査が全て陰性の症例は僅かに6例（4%）のみであり（図3）、形態学的（CT・MRI）、脳機能（脳血流）画像にFP-CIT SPECT、MIBG心筋シンチグラフィを加えた多面的な画像診断により本症の正診率の向上が期待されます。

レビー小体型認知症は抗認知症薬（コリンエステラーゼ阻害薬）の治療反応性が良好で、治療効果が期待できることから、前駆症状を熟知して本症を疑い、診断精度が高い検査（ノイズパレイドリア・テスト、画像検査など）により早期診断に努め、抗精神病薬や感冒薬への薬物過敏性に留意し，全身的な身体症状にも対応しながら、きめ細かく診療し，リハビリテーションや介護に際しては転倒しやすいことに十分に注意することが肝要です。本症は他の認知症よりも行動・心理症状（BPSD）が出現し易く、介護者の負担も高いことからBPSDを早期発見して介護者に適切な対応方法を指導したり環境整備するなど予防的対応を早期に開始することにより奏効率が向上すると考えられます。BPSDへの対応に際してはBPSDのケア体験が公開されている「認知症ちえのわnet」（https://chienowa-net.com）や「BPSD出現予測マップ」（https://www.bpsd-map.com）が参考になります。

『レビー小体型認知症患者への関わりかた』

介護福祉士　髙橋　拡希

平成30年度6病棟における入院患者の内訳はアルツハイマー型認知症66人（42.9%）、レビー小体型認知症50人（32.5%）、前頭側頭型認知症10人（6.5%）、血管性認知症9人（5.8%）です。当病棟は、鑑別診断後、疾患に合った治療やケアを行っており、各疾患についての臨床症状を知っておくことは個別性のあるケアをするうえで大事なことです。

入院に至るレビー小体型認知症患者の多くは①介護抵抗・衝動行為・暴力行為 ②夜間不眠・昼夜逆転 ③拒食・拒薬 ④徘徊による転倒の恐れの4点がよく問題として見うけられます。それぞれの対応のポイント（図1）をご紹介します。

同じレビー小体型認知症の患者でも症状や程度はまったく同じではありません。大切なのはその人その人の生活史や既往歴を含め総合的に観察し、症状を的確にとらえアセスメントすることで、個別性の高い効果的なケアをすることが大切です。また、レビー小体型認知症は状態が変動することを認識してケアを行う必要があります。

①介護抵抗・衝動行為・暴力行為に対して

◆否定・訂正しない

◆時間をおき刺激を避ける

◆患者のペースに合わせた関わり

◆安全に留意し複数名で対応

②夜間不眠・昼夜逆転に対して

◆集団訓練やアクティビティーへの参加を促し日中の覚醒を促す

◆夜間は室温・明るさ・掛け物調整をし、睡眠環境を整える

③拒食・拒薬に対して

◆拒否の強い時は無理強いせず時間をおきスタッフを替えて対応する

◆内服や食事の必要性を伝える

◆医師と相談し嗜好品（低カロリーおやつ）を家族に依頼する
※糖尿病患者の場合

◆本人の好む場所での食事摂取を促す

④徘徊による転倒の恐れに対して

◆否定せず徘徊の理由を把握

◆休息を促す

◆注意を別に向ける

◆歩行状態に合わせた移動手段の選択

◆コールマットの使用

図1　それぞれの対応のポイント

『レビー小体型認知症の人へのケア
～幻覚・妄想・不眠・歩行障害のある人への関わりから～』

介護福祉士　石川　祐
看護師　山本　光美、大山　由香

2025年問題、5人に1人が認知症となり、認知症を持つ人は生活全般でケアを必要としている。新オレンジプランは、その人らしい生活を送れるよう支援をしていくと謳っている。今回は、どのようなケアがその人らしい生活を送れるのかレビー小体型認知症を持つ人の事例から考えた。レビー小体型認知症は4徴「認知機能の変動」「繰り返し出現する幻視」「パーキンソン症状」「レム睡眠行動障害」を特徴としている。

レビー小体型認知症を持つ人のケアのポイントは図1の1～10と考えた。

ある事例で「馬鹿にして」と話したことがあった。ケアの対応で自分のことをわかってもらえず否定されたと感じたからではないだろうか。その人を理解し肯定的にとらえ対応すると素敵な笑顔をみせてくれる。だから、私たちの対応が大切だと感じた。

1　対象者の解りやすい表現で対応
2　対象者に繰り返し対応
3　対象者を否定しない
4　対象者の症状からくる言動を肯定的に受け止める
5　対象者の行動の理由にそって対応を検討
6　生活リズムを整える
7　対象者の好きなことを活動に取り入れる
8　対象者が安心できる環境を提供
9　家族やスタッフ間で症状に影響している情報を確認し共有
10　他職種との連携

図1 レビー小体型認知症を持つ人のケアのポイント

あなたも　わたしも　えがお　そんな社会に

『レビー小体型認知症患者のパーキンソニズムと歩行』

理学療法士　須藤　恵理子

レビー小体型認知症（DLB）の主要症状のひとつにパーキンソニズムがあります。
パーキンソニズムの4大徴候とは、筋固縮、動作緩慢（無動）、振戦、姿勢反射障害です。

パーキンソニズムを呈する患者さんの立位姿勢は、①前傾姿勢、②外乱に対して踏みとどまることが困難、③体の傾きを修正しにくい、という特徴を持ちます。歩行の特徴は、①すくみ足、②小刻み歩行、③加速歩行があげられます。椅子から起立し、3m先の目標物を回って戻ってきて座るまでの時間（Timed Up & Go）を用いると方向変換や目的物に近づいた時のすくみ症状が分かりやすく、歩行指標として有用です。

パーキンソニズムで生じるすくみ足や小刻み歩行への基本的な対策を列挙します。①リズムを作るための声かけ、音楽（聴覚刺激）、②床に引いた線をまたぐように歩行する（視覚刺激）、③階段昇降練習（目印がある方がすくみにくい）、④後ろ歩き、大股歩き、横歩き　などです。
パーキンソニズムを呈する方の四肢の動きは小さくなりがちで、体幹も伸展が難しくなりますので、体のねじり等を伴い大きく四肢を動かす運動も重要です。

DLB患者は認知症患者の中でも転倒リスクが高いと報告されています。転倒の原因として、①パーキンソニズムによる危険、②幻視や視空間認知障害による危険(物の見え方)、③自律神経症状(起立性低血圧)や失神による危険、④症状の変動、⑤薬剤による影響 があり、それらが混在する時もあります。転倒対策としては、①歩行障害の程度や様相に合わせ、安定性を確保できる歩行補助具を選択して練習する、②歩行リズムを口に出してカウントし、腕の振りを大きくする、③手すりの設置や段差のマーキングなど環境調整を図る、④食事に少し時間をかけ、多量の排泄時にはすぐに立位をとらないなど血圧低下に配慮する、⑤変動のパターンとその時の状態の変化を把握し、できるだけ調子の良い時間に合わせて活動する、などが考えられます。

DLB患者の機能を維持し、安全かつ介助量が少ない生活を継続するためには、多職種でテーラーメイドな対応を心がけることが重要です。

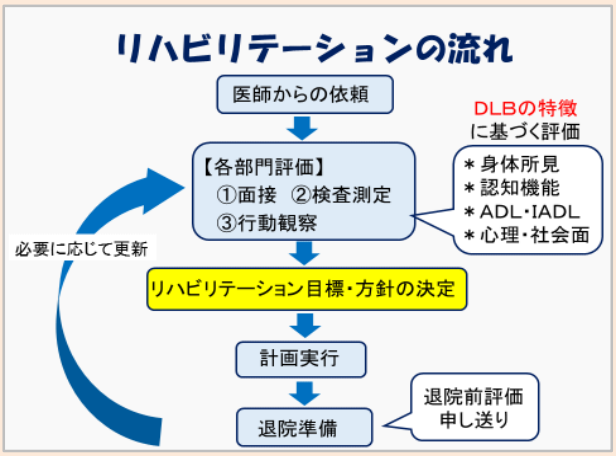
『レビー小体型認知症におけるADLの特徴と作業療法の実際』

作業療法士　加納　いずみ

レビー小体型認知症患者(以下、DLB)のADLに影響を与える要因にはパーキンソン症状、認知機能障害、自律神経症状、睡眠障害などが挙げられます。手段的ADLは家事、買い物など移動を多く伴う動作を指しますが、これらには歩行障害や起立性低血圧、失神が問題となります。また基本的ADLは食事や更衣などのセルフケアを指しますが、これらには視空間認知障害が影響することがあります。また、排尿障害や便秘は排泄に直結する阻害因子であり、日中の過度の睡眠が外出の制限につながる恐れがあります。

過去に当センターに入院したDLB患者のADLを調査したところ、 ADL自立度は手段的ADL 、基本的ADLの順に低く、つまり手段的ADLが先行して低下することがわかりました。基本的ADLであっても入院が必要な患者では自立度が低く、この調査での自立者割合は摂食が62%、その他のセルフケアが40%以下でした。このようにDLB患者は手段的ADL 、基本的ADL共に自立度が低いことから、リハビリテーションではADL全般に評価、介入が必要で動作能力の維持に努めることが重要になると言えます。

当センターのリハビリテーションでは①歩行能力やADL能力維持・向上②日中の活動性を維持し、生活リズムを整えることを方針としています。
そのために立位での活動や移動機会を確保する、午睡時間の目安を1日1時間以内とし、活動に



影響がないよう休憩を入れるタイミング やスケジュールを調整するなど多職種で連携して関わっています。

作業療法の頻度は週5回、集団と個別の作業療法があり、対象者に適した介入方法を選択、または組み合わせて実施しています。集団作業療法ではレクリエーションやぬりえなどの軽作業、散歩や畑作業を、個別作業療法では立位作業訓練などの対象者のADL課題に応じた内容を行っています。例えば前後のわかりやすい服での着替えの練習、トイレの移動練習や環境調整を行います。以上のようにDLBという疾患とADLの特徴を踏まえつつ、対象者個々の生活背景、つまりこれまでの経験や趣味など、その人らしさを十分に考慮して介入することを重視しています。

アンケート質問事項への回答
（利用者・ご家族等からよく相談を受け困っていることなど）

Q1：かかりつけ医では認知症と診断されることはあってもアルツハイマー型認知症なのか、他の認知症なのかは専門医療機関でなければ診断されず、本人・家族もそこまでは望んでいないこともあります。専門医療機関の受診にはかかりつけ医からの紹介状も必要になり、ハードルが高いのですが、認知症の治療薬（ドネペジル、メマンチン等）が処方されている場合には行動・心理症状（BPSD）がなくても専門医療機関の受診は必要でしょうか？

A1：専門医療機関ではBPSDの対応の他、認知症の鑑別診断も行っています。
そのため、もの忘れがするなど認知症が気になった段階から受診していただいてもかまいません。
早期に認知症を発見し、適切な対応を行うことにより認知症の進行を遅らせることも可能です。
また、認知症の種類によっては適切に処方しないと症状が悪化する場合もあります。そのため、専門医療機関での薬剤調整や認知症なのかどうかも含めて鑑別診断を行うことは重要です。
専門医療機関の受診についてハードルが高いイメージがあるようですが、当センターでは医療機関・介護関係機関向けにFAXで『もの忘れ外来』の受診予約を受け付けています。もの忘れ外来受診予約申込みカードへ必要事項を記入し、FAXしていただければ予約は可能です。もの忘れ外来受診予約申込みカードの様式については、認知症疾患医療センターのホームページからダウンロード可能です（【医療関係者の皆様へ】のタブから）。
また、当センター受診の際もかかりつけ医からの紹介状は原則必要ですが、準備が難しい場合も気軽にご相談ください。

Q2：ご家族から昼夜逆転、活気が見られない、声をかけると家族に大きな声で叫んで暴力的になるなどの相談があり、内服薬を服用すると眠気が強くて活動性が低下するため、どうしたら良いか相談されます。担当ケアマネにも相談していますが、デイスタッフが説明できることはありますか？

A2：昼夜逆転、意欲低下、易怒性があり、薬物療法による調整が不十分ですので、まずはかかりつけ医へ薬剤調整についての相談が必要と思われます。かかりつけ医による調整が困難な場合は専門医療機関への相談が必要です。

Q3：認知症を伴う、伴わないに関わらず、アルコール依存症について時々相談されます。受診拒否もあるため、対応が大変です。本人がアルコール依存症を認めなかったり、治療の必要性を認めないなど、主に家族が困っていることが多いです。どのように受診等を勧めたらよいでしょうか？

A3：アルコール依存症の治療においては、本人の断酒する意志があるかどうかが重要です。断酒する意志がない場合は治療契約を結ぶことが困難です。
ただし、認知症の方の場合は記憶障害により飲酒したことを忘れたりすることもありますので、認知症の治療と並行して断酒目的に入院治療を行う場合もあります。
また、アルコール多飲の方は内科的に治療が必要な場合もありますので、かかりつけ医がある場合はまずはかかりつけ医へご相談ください。
認知症の方の受診拒否の対応については、認知症疾患医療センター便り第12号に掲載しておりますので、そちらを参考にしていただけたらと思います（ホームページからダウンロード可）。

Q4：家族が認知症という診断を受けとめることができない。また、認知症の理解がないため対応に苦慮することがある。

A4：認知症疾患医療センター便り第9号にも掲載しましたが、多くの方が家族への対応で苦慮しているとの回答がありましたので再度、掲載します。
家族を支援するうえでは、介護家族の心理状況を理解し、接していくことも必要です。
心理学で、ステージ理論といわれているものがあります。必ずしもすべての介護者に当てはまるわけではなく、この通りの順に進むわけでもありませんが、介護者の気持ちは下記ステージのように変化していきます。
心理状況の変化の過程で徐々に介護に慣れて、本人にうまく対応できるようになるには、病気に関する知識や介護のノウハウを知ることなどが重要です。そのため、支援者は家族に対して認知症に関する知識などを情報発信していく必要があります。また、同じ立場である介護者同士で話をすることも大切ですので、家族会や認知症カフェなどについても情報提供していくことも肝要です。しかし、病気になる前までの本人との関係によっては、本人を受け入れることが難しい場合もあります。その場合も、介護家族の心理状況を念頭に置き、理解が得られるよう根気よく関わっていくことも大切です。

◆第１ステージ　【認知症の診断をうけた時や不可解な行動に気づいた時】

驚き・とまどい・否認
・いつもと違う行動に気づき、驚き、とまどう。病気だということを認めたくない。

◆第２ステージ　【ゆとりがなくなり、追いつめられる】

混　乱
・精神的、身体的に疲弊し、わかってはいるけれど辛くあたってしまう。

怒り・拒絶・抑うつ
・「なぜ自分が・・」「こんなに頑張っているのに・・」と理解してもらえないことに怒りを感じる。
・認知症の人を拒絶するようになり、そのことで自己嫌悪に陥ったり、うつ状態になったりする。

◆第３ステージ　【なるようにしかならない】

あきらめ
開き直り
適　応
・怒ったり、いらいらしても仕方がないと気づく。
・なるようにしかならないと思う。自分を「よくやっている」と認められるようになる。
・認知症の人をありのままに受け入れた対応ができるようになる。

◆第４ステージ　【認知症の人の世界を認めることができる】

理　解
・認知症の人の症状を問題としてとらえなくなり、相手の気持ちを深く理解しようとする。

◆第５ステージ　【自己の成長、新たな価値観を見出す】

受　容
・介護の経験を自分の人生で意味あるものとして位置付ける。自分の経験を社会に生かそうとする。

引用・参考文献：認知症介護研究・研修大府センター「若年性認知症ハンドブック（改定版）」

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/
相談時間ー月曜日～金曜日　9:00～16:00（祝祭日は除く）