

秋田県認知症疾患医療センター便り

令和5年2月発行 NO.23

第12回あきた認知症・高次脳機能障害 連携ネットワーク勉強会 特集号

当日のプログラム内容

- 講演1 『認知症総論(疾患修飾薬)、
認知症リハビリ(当センターの取り組み、運動脳)』
病院長 下村 辰雄
- 講演2 『自動車運転評価について』
作業療法士 石田 周大
- 講演3 『若年性認知症支援について』
若年性認知症支援コーディネーター 佐藤 亜紀
- 講演4 『認知症に対する運動療法』
理学療法士 今野 慶子



配信の様子

令和4年12月17日(土)にリハビリテーション・精神医療センター講堂(Zoom)にて、第12回あきた認知症・高次脳機能障害連携ネットワーク勉強会を秋田県認知症疾患医療センター研修会と共催で開催しました。

あきた認知症・高次脳機能障害連携ネットワークは、大仙仙北地域の精神科病院、地域包括支援センター、介護支援専門員、地域密着型介護事業者の皆様と地域の連携体制強化を目的に、これまで事例検討などの勉強会を開催してまいりました。また、認知症疾患医療センター研修会は、平成25年度の認知症疾患医療センター開設当初から、全県の地域包括支援センター、県南地域の居宅介護支援事業所、グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所を対象に研修会を開催し、講義の他、グループワークを通して相互理解を深めて参りました。コロナ禍により令和元年度以降どちらの会も開催を見合わせておりましたが、今回2年ぶりに開催いたしました。当初は現地会場とZoomでの開催を予定しておりましたが、第8波の感染拡大時期にあり、Zoomのみでの開催とさせていただきます。当日は、35事業所約50名の方々にご参加いただきました。

今回の勉強会では、医師からは認知症の原因疾患別の特徴や認知症のリハビリ、そして新しいアルツハイマー病のお薬(レカネマブ)が近く承認される見込みがあり、リハセンでも使用を見据え、アミロイドPETや髄液検査等の体制を整えているところであると、今後の認知症治療に期待されるお話がありました。

この特集号では、作業療法士、若年性認知症支援コーディネーター、理学療法士の講演についてご紹介します。

勉強会後のアンケートでは、認知症の方の自動車運転免許返納成功例について知りたい、受診拒否や認知症についての知識が不足している家族等へ支援に苦慮しているなどの悩みをお寄せいただきました。この悩みはグループワーク等で参加者の皆さんからご意見を伺いながら、大変さを分かち合い、検討したいテーマだと感じました。コロナ禍で対面での研修が難しい状況が続いておりますが、リハセンでは、来年度以降も講演会や研修会を開催し、認知症や高次脳機能障害についての情報発信を行うとともに、認知症疾患医療センターとしても地域の支援者の皆さんと課題を共有し、一緒に考えていく取り組みを実施していきたいと考えています。

『自動車運転評価について』

作業療法士 石田 周大

秋田県ではバスや電車といった公共交通機関が充足しておらず、自動車運転は最も重要な移動手段といえます。近年は高齢者の事故やおおりの運転といった問題から、道路交通法が年々改正されており、高齢者や高次脳機能障害者の支援を行う医療・福祉関係者が、その内容を把握しておくことは非常に重要と考えます。2022年の改正で大きな点は、75歳以上かつ一定の違反をした高齢者に対する運転技能検査（実車試験）が始まったことです。制度として認知症運転者の早期発見、交通社会の安全を守るために年々強化されています。

しかし高齢者の運転はデメリットだけではなくありません。運転継続は認知症リスクが軽減するなどの報告もあるため、『安全に運転が行える期間をいかに長くするか』という視点と、『安全な運転に支障がある状態になってしまった場合にいかに早期に発見するか』という視点の両方が必要です。そのために高齢者講習制度は非常に重要な役割を担っていると考えられます。



認知症については疾患により、運転行動や事故の危険性が異なることが報告されており、特に前頭側頭型認知症では事故率が高く、重大な危険行動がみられることが明らかとなっています。

<認知症者の運転について>

高齢者の危険運転による重大な交通事故が増加。認知症の疑いのある方のうち約40%が運転を継続している。

(運転寿命延伸プロジェクト・コンソーシアムの調査)

	交通事故率	危険運転特徴
アルツハイマー型認知症 (n=41)	39.0%	迷子運転 枠入れて接触
脳血管型認知症 (n=20)	20.0%	操作ミス 速度維持困難
前頭側頭型認知症 (n=22)	63.6%	信号無視 わき見運転で追突

上村 謙人:認知症と自動車運転-改正道路交通法と臨床現場での課題-高次脳機能研究 40(3): 310 ~ 316,2020

- 疾患により、運転行動や事故の危険性が異なる。
- 特に前頭側頭型認知症では事故率が高く、重大な危険行動がみられることが明らかとなっている。
- 現状の道交法では、認知症の診断がつけば免許取り消しとなる。

図 認知症者の運転について

<高齢者の自動車運転>



自動車運転は通勤や通院、買い物、趣味など、社会参加のために重要な役割を担っている。特に秋田県では電車やバスなどの公共交通機関が十分とは言えず、移動する上で必要なモビリティのほとんどの割合を自動車占めている現状がある。

ある調査では**高齢者の63%**が運転しており、**男性では86%**が運転している。さらに約半数は毎日運転しているという状況。



交通事故の発生状況を見ると、交通事故の発生件数自体は減少傾向だが、**相対的に高齢者の事故の割合が増えている。**

(運転寿命延伸プロジェクト・コンソーシアムの調査)

図 高齢者の自動車運転

<高齢者の運転継続の是非>

『安全に運転が行える期間をいかに長くするか』という視点と、『安全な運転に支障がある状態になってしまった場合にいかに早期に発見するか』という視点の両方が必要。



- 運転を中止した高齢者は、運転を継続していた高齢者と比較して、**要介護状態になる危険性が約8倍に上昇する。**
- 運転をしていた高齢者は運転していなかった高齢者に対して、**認知症のリスクが約4割減少する。**

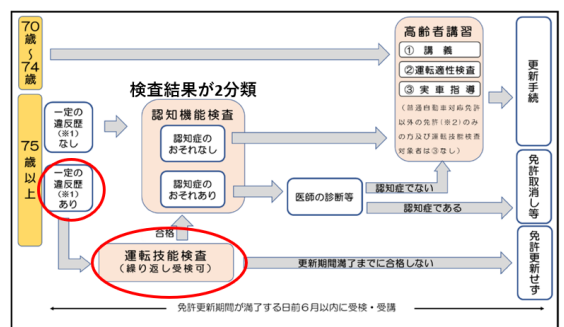
(運転寿命延伸プロジェクト・コンソーシアムの調査)

高齢者講習制度が重要な役割

- 講義：種々の手続きや法制度、世の中の流れを知ること
- 認知機能検査：自身の認知機能について知ること
- 実車指導：自分の運転技術について振り返ること

図 高齢者の運転継続の是非

<改正後の運転免許更新の流れ>



- 運転技能検査の新設。
- 75歳以上で一定の違反行為をした場合、免許更新時等に運転技能検査の受検が義務付け。
- 合格しない場合は免許の更新は不可。

図 改正後の運転免許更新の流れ

<日本高次脳機能障害学会>

脳卒中、脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断

2020年6月1日版（日本高次脳機能障害学会HPに掲載）

高次脳機能障害者の運転については、脳卒中は道路交通法上の『一定の病気』に該当するため、その安全性については個別に判断していく必要があります。これまで明確な基準や判断方法はなく、医療現場では試行錯誤しながら評価や支援を行ってきました。近年、日本高次脳機能障害学会や日本リハビリテーション医学会より、脳卒中や脳外傷者の運転に関する指針が発表されており、大まかな基準や考え方が示されたため、参考にすることができます。

<高次脳機能障害者の運転に関連する法制度>

改正道路交通法/平成26年6月1日施行（道路交通法第90条）
公安委員会は、運転免許取得や免許更新のために申請する人に対して、免許の拒否又は保留の基準となる「一定の病気の症状等」があるかを判断するために質問票で質問をすることができます。

一定の病気とは・・・自動車等の安全な運転に必要な**認知、予測、判断又は操作**のいずれかに係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈するもの。てんかん、認知症、統合失調症など診断名が挙げられるが、**脳損傷も該当する。**

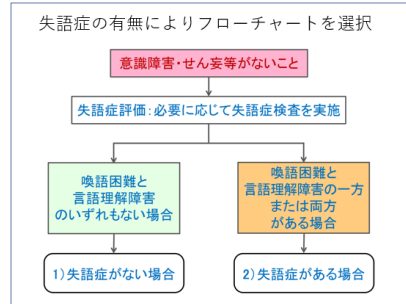
運転免許センターの安全運転相談窓口で適正相談を受けると、医師の診断書が求められる場合がある（秋田県では脳損傷者は必須）。



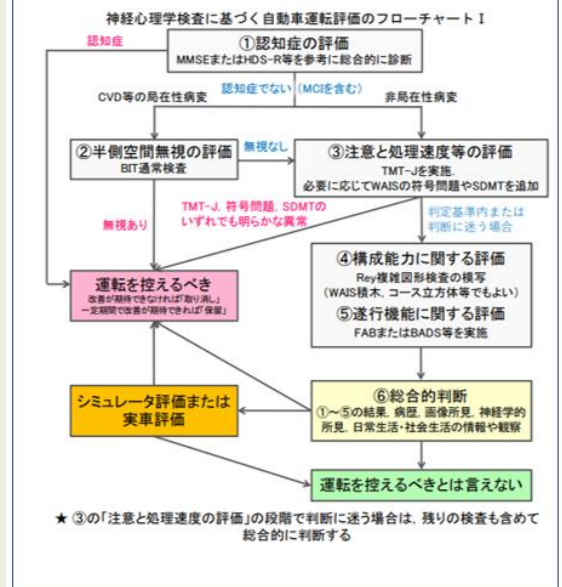
図 高次脳機能障害者の運転に関連する法制度

リハセンでは日常生活動作が自立し、屋外の移動が可能なる方（またはそれが見込まれる方）で、患者様本人や家族が運転再開を希望する場合に評価、支援を行っています。評価を始める前には、法令や手続きについてしっかりと説明を行います。実際に行っている評価としては、問診や神経心理学的検査、運転シミュレータ検査です。問診では運転に関する内容や日常生活について聴取し、神経心理学的検査では認知症スクリーニング検査や注意機能検査などを行い、カットオフ値を下回る、同年代平均と比べて低下している高次脳機能はないか評価します。運転シミュレータは街路を運転し、**子どもの飛び出し**など様々なイベント場面への対処を観察する模擬運転の他、視覚認知検査やアクセル・ブレーキ反応速度検査等を行っています。

前述した指針では、運転評価は神経心理学的検査だけではなく、シミュレータや実車を通じてできる限り実際の運転行動を評価し、日常生活の様子と合わせて総合的に評価することが重要とされています。リハセンでも医師と作業療法士が協議しながら、シミュレータを含めた包括的な評価を行い、最終的には免許センターに相談、判断を仰ぐよう指導を行っています。

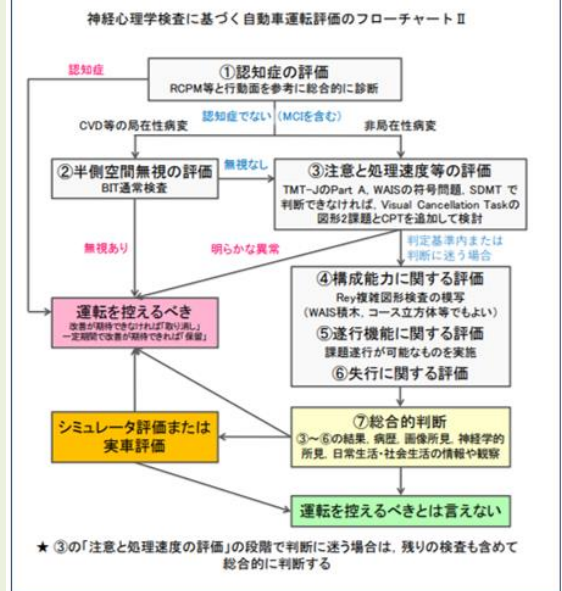


1) 失語症がない場合



★ ③の「注意と処理速度の評価」の段階で判断に迷う場合は、残りの検査も含めて総合的に判断する

2) 失語症がある場合



★ ③の「注意と処理速度の評価」の段階で判断に迷う場合は、残りの検査も含めて総合的に判断する

図 日本高次脳機能障害学会指針

『若年性認知症支援について』

若年性認知症支援コーディネーター 佐藤 亜紀

◇◇◇若年性認知症とは◇◇◇

若年性認知症とは、65歳未満で発症した認知症のことをいいます。

令和2年3月の若年性認知症実態調査結果によると、全国の若年性認知症者数は推計37,500人、人口10万人当たりの有病率は50.9人という結果でした。基礎疾患の内訳はアルツハイマー型認知症53%、血管性認知症17%、前頭側頭型認知症9%、外傷による認知症4%、レビー小体型認知症4%、その他（アルコール関連障害による認知症や脳炎など）13%という結果でした。

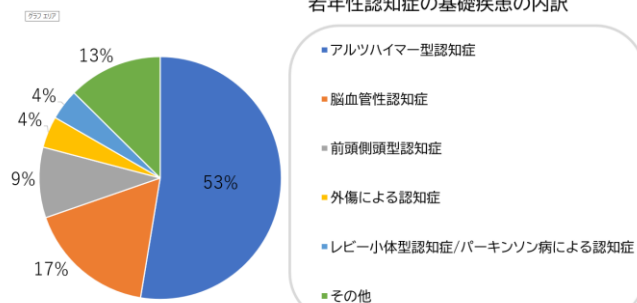
全国の若年性認知症者数は
37,500人
人口10万人当たりの有病率は
50.9人

前回調査（平成21年3月）は
有病者数は37,800人
有病率は47.6人

年齢階層別若年性認知症有病率

年齢	人口10万人当たり有病率（人）		
	男	女	総数
18～29	4.8	1.9	3.4
30～34	5.7	1.5	3.7
35～39	7.3	3.7	5.5
40～44	10.9	5.7	8.3
45～49	17.4	17.3	17.4
50～54	51.3	35	43.2
55～59	123.9	97	110.3
60～64	325.3	226.3	274.9
18～64			50.9

若年性認知症の基礎疾患の内訳



出典：日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多面的データ共有システムの開発」(令和2年3月)

図 若年性認知症実態調査結果概要 (令和2年3月)



◇◇◇若年性認知症支援 コーディネーターとは◇◇◇

若年性認知症の平均発症年齢は54.4歳と報告があるように、まさに働き盛りの世代に発症しています。そのため、ご本人・ご家族が直面する課題は複雑化、多様化しています。高齢の認知症者が抱える問題に加えて、社会保障や就労、子育て等、より広い領域での支援が必要になると考えられています。だからこそワンストップの相談窓口として機能する専門職が求められることになりました。

秋田県では平成28年4月から、当センターが委託を受け若年性認知症支援コーディネーターを配置しています。令和4年現在、医療相談員2名が兼務しています。相談件数は年々増加傾向にあり、ご本人・ご家族からだけでなく医療・福祉関係機関やお勤め先の企業からなど、多機関からご相談をいただいています。

当センターでは各種相談対応のほか、普及啓発活動やピアサポート活動に力を入れていきたいと考えています。

次項にご本人の生活状態に沿って利用できる各種制度やサービスのキーワードをご紹介します。支援のご参考にしていただければ幸いです。

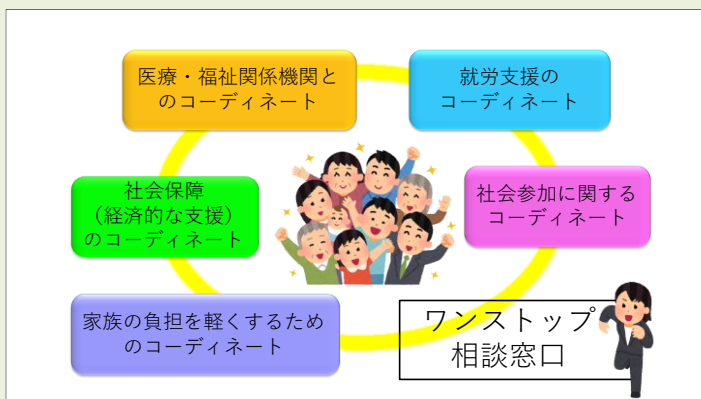


図 若年性認知症支援コーディネーターの役割

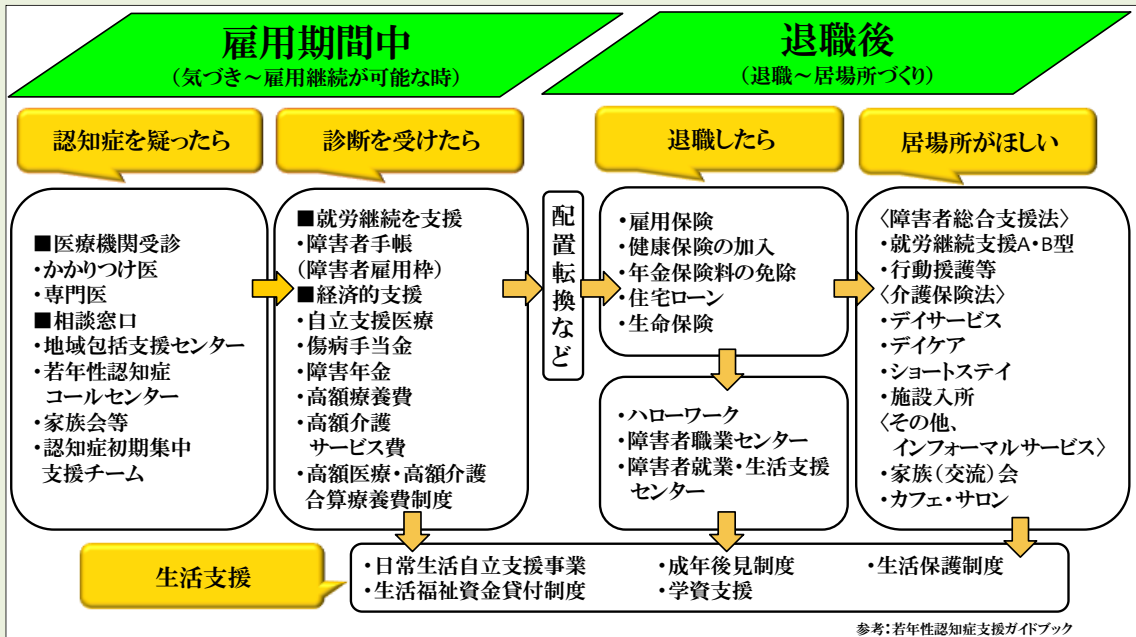


図 制度・サービスのキーワード

◇◇◇支援者へのメッセージ◇◇◇

早期診断・早期対応の必要性

若年性認知症の場合、仕事や家事に何らかの支障が出て気づかれやすい一方で、認知症のせいだとは思えないことが多いようです。そのため、ほかの病気と思い、適切な医療が受けられないまま時間が過ぎてしまう例も少なくありません。なるべく空白の時間なく適切な医療を受けられることが大切です。

また、早期診断≠早期絶望にならないよう早期対応も重要です。診断後はご本人・ご家族の受ける心理的打撃や将来への不安の緩和が必要であるとともに、その各ご家庭のニーズにあった個別性と柔軟性の高い手段で早期からのサポートが必要になります。

ソフトランディングの視点

物事や変化がゆっくり進むことをソフトランディングと言います。

若年性認知症の人が今の仕事を続けられることも大切ですが、その一方で症状進行を考慮し、能力に応じた業務の遂行と同時に離職への備えも必要になってきます。

そして、退職後の障害福祉サービスの利用や介護保険サービスの移行、居場所や生きがいづくりなど、症状の変化に沿った、それぞれの時期にあった切れ目のない支援の視点が必要です。

ぜひ若年性認知症支援コーディネーターをご活用ください！



《若年性認知症に関する相談窓口》

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター医療相談連携室内

若年性認知症支援コーディネーターまで

電話番号：018-892-3751(代)

受付時間：月～金曜日9時～16時(祝日、年末年始を除く)

『認知症に対する運動療法』

理学療法士 今野 慶子

運動療法には、動作能力の改善や関節可動域の維持、筋力増強、全身の耐久性向上、バランス機能の改善、転倒予防、疼痛緩和など様々な効果があり、これによって日常生活活動や生活の質を向上させることができると考えられています。

運動療法には多くの種類がありますが、ここでは①関節可動域訓練、②筋力増強訓練、③有酸素運動、④基本動作練習、⑤バランス練習についてご紹介します。

① 関節可動域訓練

認知症の進行に伴う筋緊張の亢進や加齢、不活動が原因で関節拘縮が生じやすく痛みが発生する要因にもなります。拘縮や痛みを予防するため関節可動域訓練を実施します。

② 筋力増強訓練

加齢に伴って抗重力筋の筋力低下や筋肉量の減少が生じるため筋力増強訓練は姿勢保持能力の維持や転倒予防のために重要となります。原則として筋力維持のためには最大筋力の20から30%の負荷量で、10から15回、最低でも週2回継続したほうが良いと言われています。高齢者や認知症患者ではスクワットなど一つの動きでより多くの筋を同時に鍛えるような運動を低負荷で実施すると理解しやすくスムーズに導入できます。

③ 有酸素運動

認知症予防や認知症の方の脳血流量増大や脳容積増加などに一番有効とされている運動が有酸素運動です。ウォーキングやジョギングなどの運動を、最大心拍数の50～70%の負荷量で、1日30～40分、週3日以上、最低でも半年～1年の継続が必要となります。

• 軽～中程度の負荷を継続的にかける運動

※負荷量…最大心拍数の50～70%

※最大心拍数… $207 - (\text{年齢} \times 0.7)$

例；80歳の場合… $207 - (80 \times 0.7) = 151$

$151 \times 0.6 = 90.6$

図 最大心拍数計算式

<自己ストレッチの例>



図 自己ストレッチの例

④ 基本動作練習

基本動作練習は起き上がりや立ち上がりなど日常生活に欠かせない基本的な動作の練習のため、認知症の方でも導入しやすくなります。通常実施される筋力増強訓練などはこちらが意図した運動にならないことがあります。そのため認知症の方でも理解しやすい基本動作練習を実施することで狙った効果を引き出すやすくなります。

⑤ バランス練習

加齢によってバランス機能も低下しますが、さらに認知症により幻視やパーキンソニズムなどの症状が加わることによって転倒のリスクが高くなります。そのためバランス練習は転倒予防のために重要となってきます。例えば掴まりながらの片脚立位保持や横歩きや後ろ歩きなどの応用歩行を通じて日常生活上日必要なバランス機能の強化を図ります。



このように身体機能の維持のために、様々な運動療法を組み合わせることで実施することが大切となってきます。

<認知症患者の当センター入院加療による身体機能、行動心理症状、日常生活活動の変化>

当センターでは認知症患者への運動療法の効果を検討することを目的として、入院中の認知症患者に対する理学療法の効果についての検討を行いました。

	入院時	退院時	
認知機能検査 (MMSE) (点)	15.4±5.5	15.9±6.3	有意差なし
行動心理症状評価 (NPI-12) (点)	36.5(20.0-48.0)	8.0(3.0-18.5)	有意に改善
日常生活活動 (Barthel Index) (点)	65.0(50.0-83.8)	75.0(60.0-85.0)	有意に改善
下肢機能評価 (SPPB合計) (点)	10.0(6.0-12.0)	10.0(7.0-12.0)	有意差なし

中央値(第1四分位-第3四分位), 平均±標準偏差

図 入院時と退院時の比較



<動作能力別の運動療法>

運動療法は個人の動作能力に分けて適切な内容を行うことが重要です。

- ① 歩行補助具なしで歩行できる方(図1)；歩行以外の運動機会を確保していくことが重要となります。椅子やベッドからの起立、散歩、つま先立ちや片脚立位保持、ラジオ体操、階段昇降などの実施。
- ② 歩行補助具を使用して歩行できる方(図2)；転倒の危険性を軽減するため、下肢筋力やバランス能力は維持させる必要があります。手すりに掴まり起立、手すりに掴まり踵上げやつま先上げ、手すりに掴まり片足立ち保持などの実施。
- ③ 車椅子レベルの方(図3)；起き上がりや移乗、トイレ動作能力を維持することが重要となります。手すりに掴まり起立、車椅子座位で足踏みや膝伸展、上下肢で車椅子駆動、座位でのラジオ体操などの実施。
- ④ 臥床レベルの方；短時間でも車椅子乗車時間を確保することが重要となります。また、関節拘縮予防のための関節可動域訓練が重要となります。



- 対象；
2020年4月から2022年3月までの間に当センターに入院した認知症患者82例
(65歳以上、入院時に4mの歩行が可能であった者)

- 理学療法状況；
1対1の個別、1回40分、週2回、関節可動域訓練や下肢自動運動、歩行練習などを実施。

- 結論；
入院中は薬剤副作用や身体拘束の影響を受けることにより運動能力や日常生活活動が低下する恐れがあるにも関わらず、適度な運動と環境調整、生活場面における援助の工夫で患者自身の生活動作を維持または向上させる可能性があることが示唆されました。

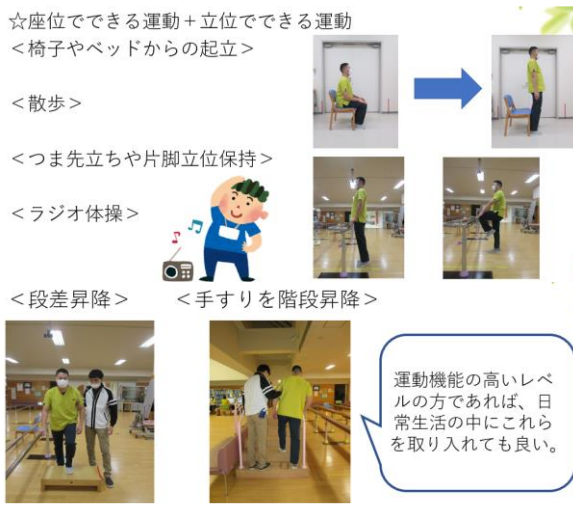


図1 補助具なしで歩行できる方の運動療法

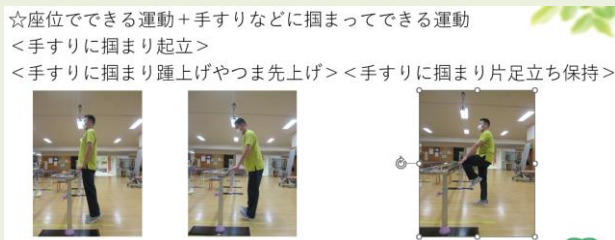


図2 歩行補助具を使用してできる方の運動療法



図3 車椅子レベルの方の運動療法

FAX受診予約について

認知症疾患医療センターでは、開設当初より医療機関や介護福祉関係機関等から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』は、現在の症状やADLの状況、既往・治療歴などをチェックする方式となっております。

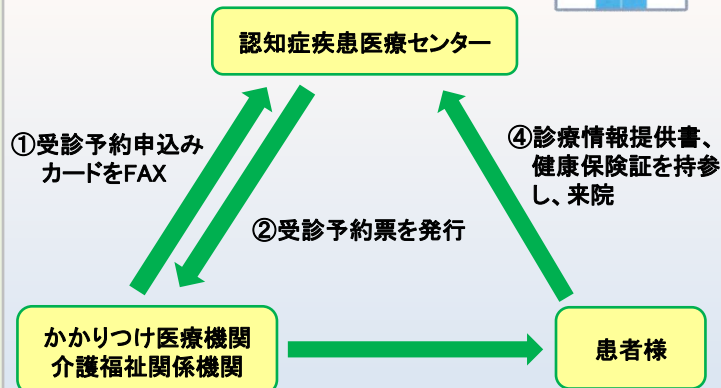
様式（H26年5月改訂版）は認知症疾患医療センターのホームページからダウンロード可能です（【医療関係者の皆様へ】から）。下記のQRコードからもご覧いただけます。

もの忘れ外来受診
予約申込みカード



ご不明な点などございましたらお問合せください。

FAX予約のイメージ図



※ 介護福祉関係機関については、受診日までにかかりつけ医からの診療情報提供書の準備をお願いします。



もの忘れ外来新患担当表（令和5年2月現在）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
担当科	精神科	リハ科	精神科	リハ科	精神科
担当医	佐藤隆郎	笹嶋寿郎	佐藤隆郎	下村辰雄	小林祐美 (隔週)
時 間	9 : 00	9 : 30		9 : 15	9 : 00
	10 : 00		10 : 00	10 : 00	10 : 00
	11 : 00		11 : 00	10 : 45	11 : 00
				11 : 30	
		13 : 00			

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

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

相談時間 月曜日～金曜日 9:00～16:00(祝祭日は除く)

