

令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会

△とき 令和7年3月26日（水）19：00～20：30

△ところ ハイブリッド開催（福岡県医師会館又はWeb）

1. 開 会

2. 挨拶

3. 認知症サポート医の活動実態調査結果に関する報告（19：05～19：15）

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課在宅介護・予防係主任主事 佐藤 由梨

4. 福岡県耳鼻咽喉科専門医会からの情報提供（19：15～19：30）

「補聴器の認知症予防について」

九州大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科学分野教授 中川 尚志

5. 講演（19：30～20：30）

「認知症のBPSDに対する治療法は？」

田北メモリーメンタルクリニック院長 田北 昌史

6. 閉 会

■取得可能単位：日本医師会生涯教育講座 1.5 単位（CC：12、29）

「福岡県認知症医療センターに関する報告について」

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
在宅介護・予防係 主任主事 佐藤 由梨

令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修・
福岡県認知症医療センター第20回研修会
令和7年3月26日(水)

福岡県における 認知症サポート医養成について

福岡県保健医療介護部
高齢者地域包括ケア推進課



Contents

- 1 福岡県の認知症施策 P2～
- 2 福岡県認知症サポート医の
活動実態に関する調査の概要 P7～

1. 福岡県の認知症施策

(高齢者保健福祉計画(第10次)抜粋)

認知症施策の推進

I 普及啓発・本人発信支援

II 予防

III 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

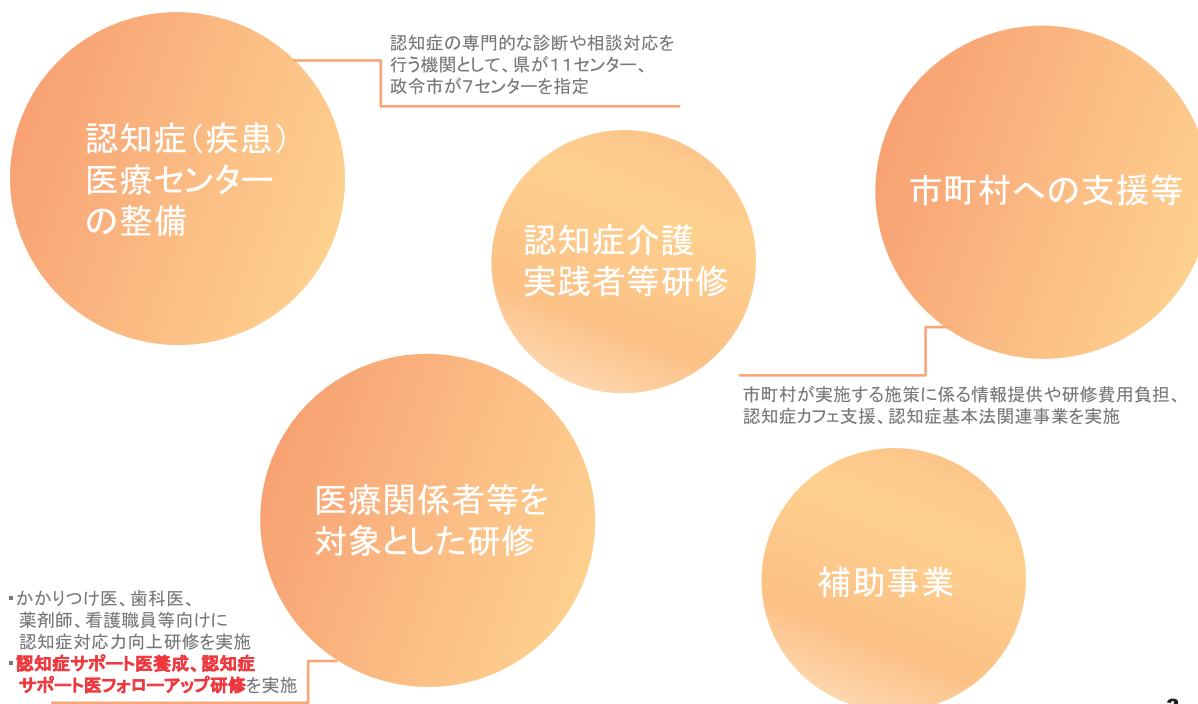
IV 認知症バリアフリーの推進

V 若年性認知症の人への支援

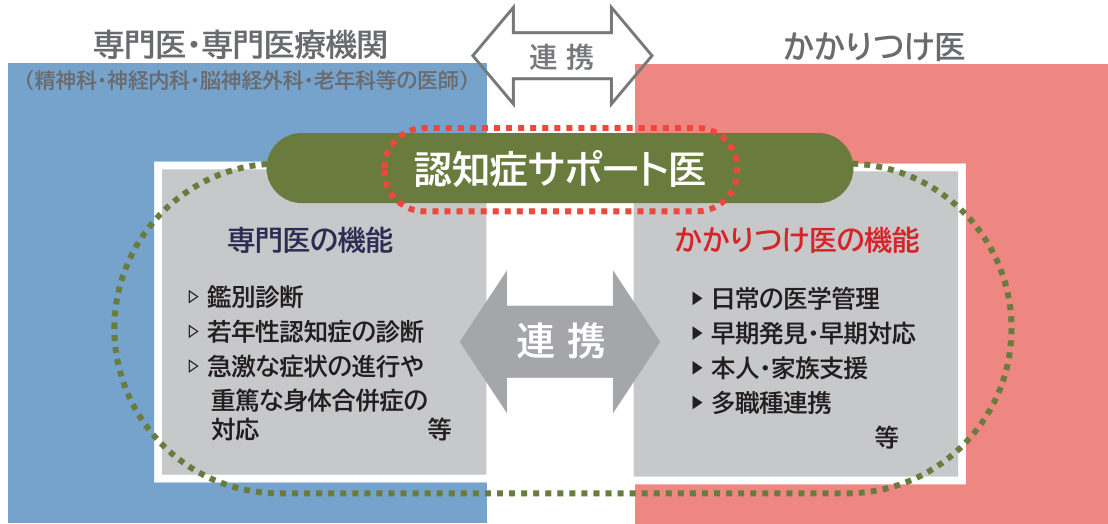
※福岡県高齢者保健福祉計画(第10次)…高齢者を取り巻く社会状況の変化や高齢社会をめぐる重要な課題に対して、県及び市町村が目指すべき基本的な政策目標を定め、その実現に向けて取り組むべき施策の方向を明らかにするものであり、老人福祉計画及び介護保険事業福祉計画を一体のものとして、3年ごとに策定される計画。第10次の計画期間はR6～R8。

2

III 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援



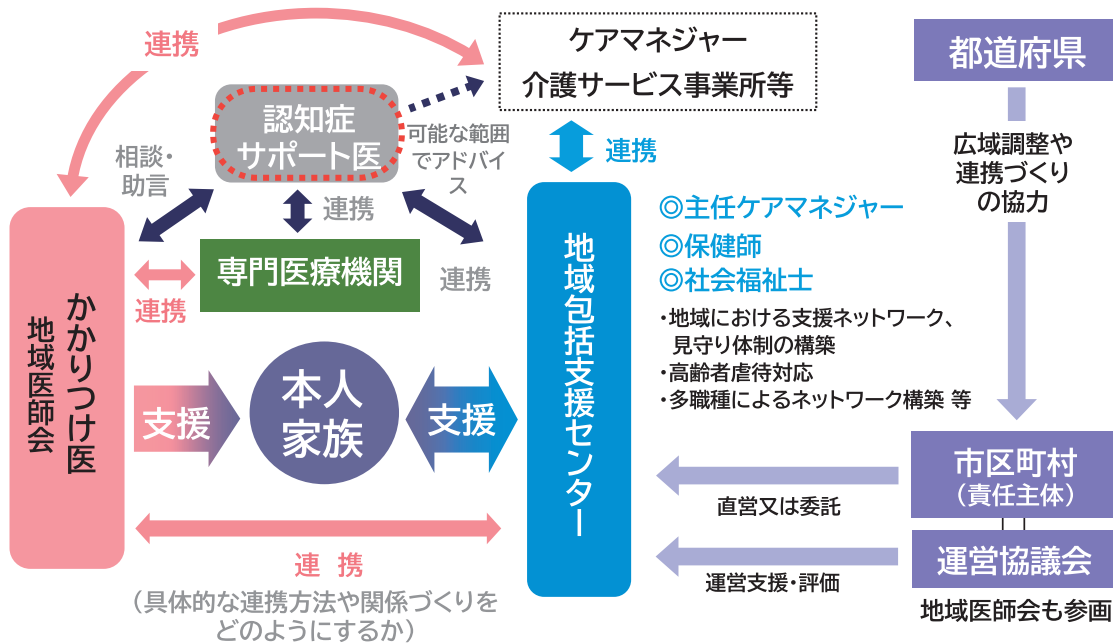
3



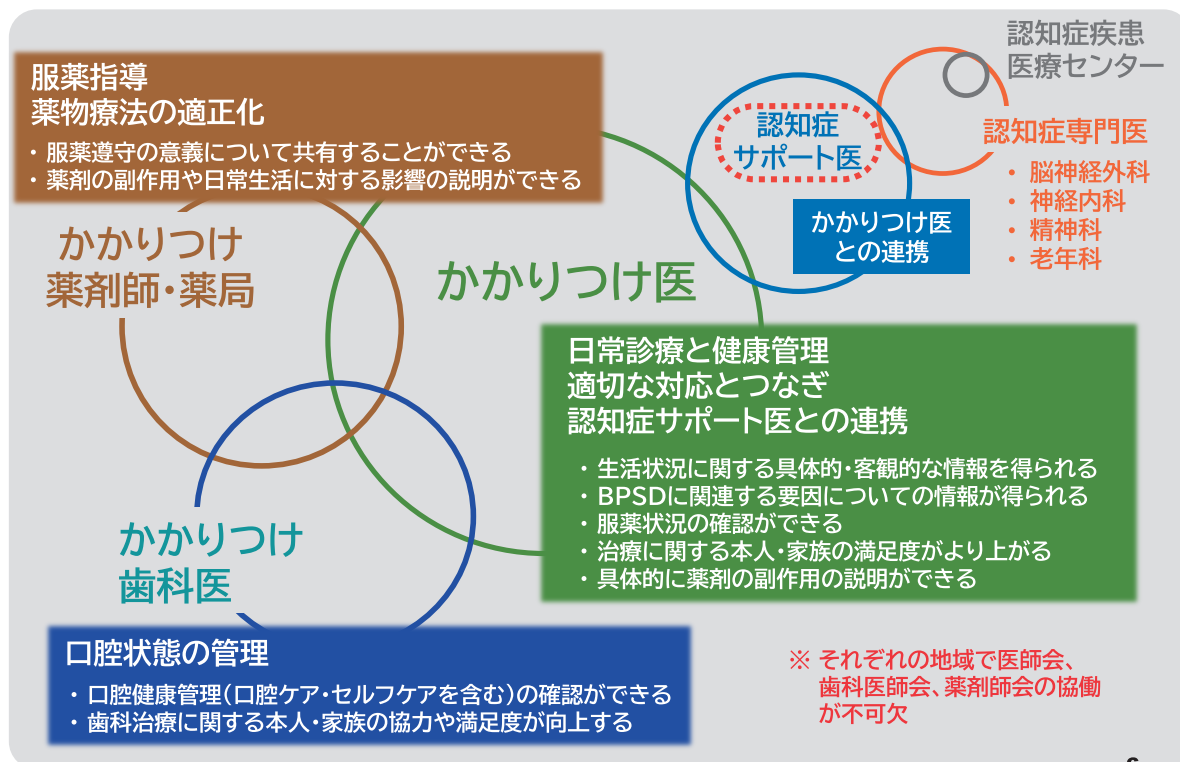
認知症サポート医の機能・役割

- ① 認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート
- ② 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り
- ③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

(出典: かかりつけ医認知症対応力向上研修 研修テキスト)



(出典: かかりつけ医認知症対応力向上研修 研修テキスト)



(出典:かかりつけ医認知症対応力向上研修 研修テキスト)

6

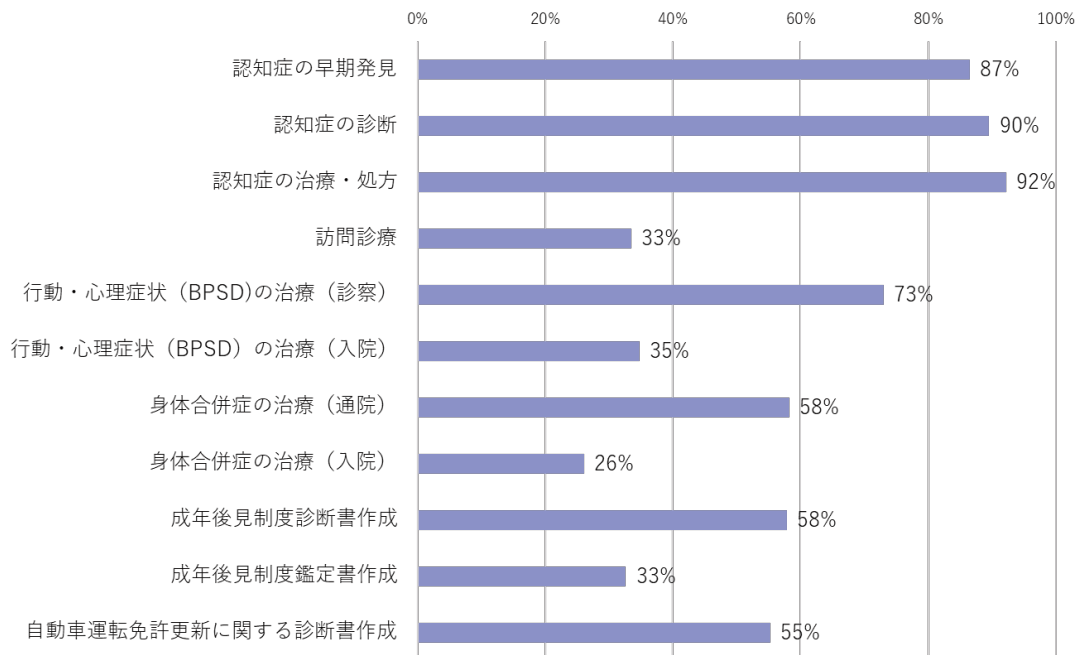
2. 福岡県認知症サポート医の活動実態に関する調査の概要

- 調査の目的
地域における認知症サポート医と関係諸機関の連携の状況を明らかにし、認知症サポート医の今後のあり方に関して検討するための基礎資料とする。
- 調査実施期間
令和6年7月12日から令和6年9月21日まで
- 調査対象
(1) 認知症サポート医 398名
(2) 市町村 60市町村

7

(1) 認知症サポート医（回答数 230）

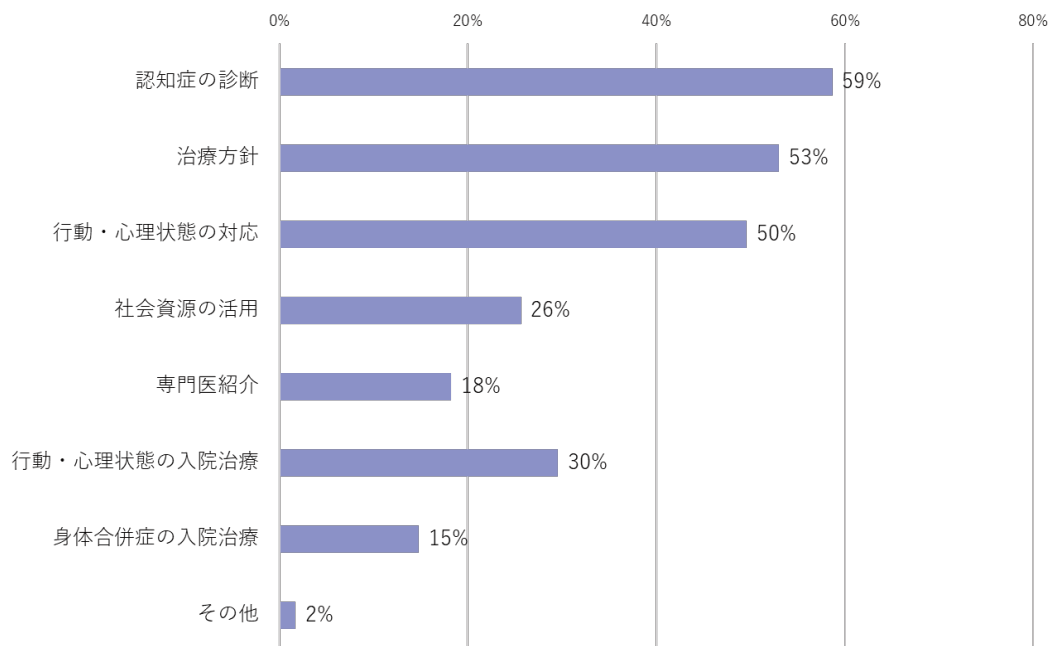
○ 自身が可能な認知症診療について



（調査結果報告書2ページ参照）

8

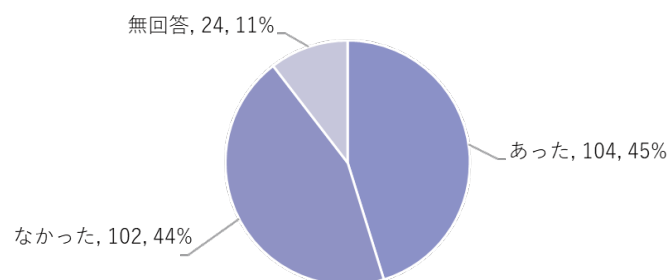
○ かかりつけ医からの認知症診療に関する相談について、 「（相談が）あった」とした 153 人（67%）のうち、具体的な内容



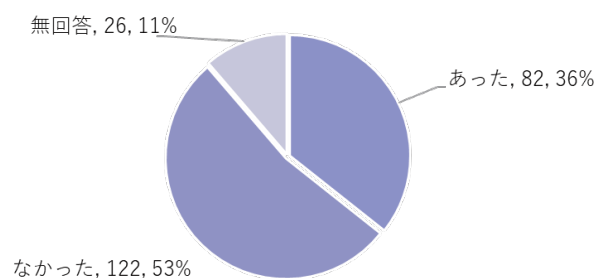
（調査結果報告書3ページ参照）

9

○ 認知症疾患医療センターに鑑別診断や BPSD 治療、成年後見制度の鑑定等を目的として患者を紹介したこと



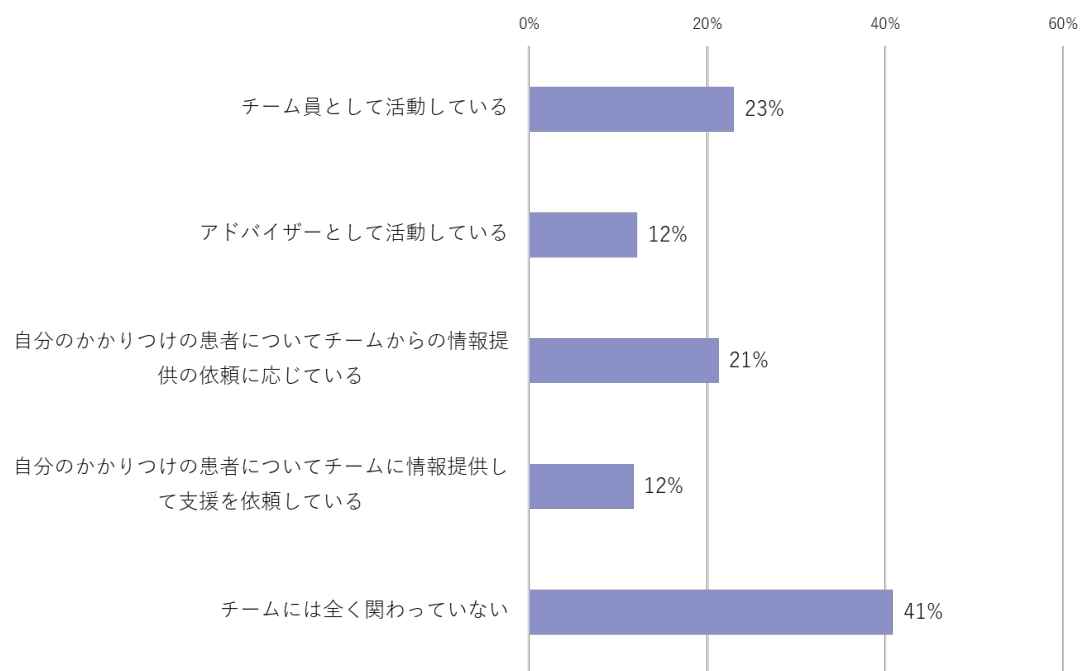
○ 認知症疾患医療センターから逆紹介された認知症患者の継続診療



(調査結果報告書3~4ページ参照)

10

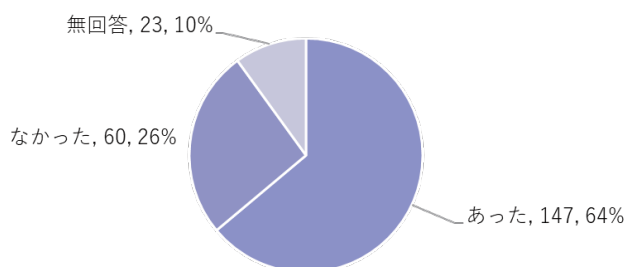
○ 自身の市町村における認知症初期集中支援チームへの関与について



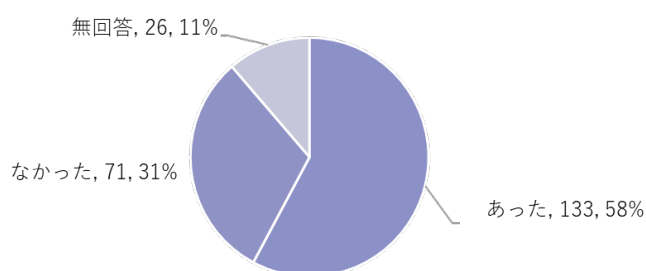
(調査結果報告書4ページ参照)

11

- 地域でのトラブルやいわゆる徘徊などで地域包括支援センターに情報提供を行ったり、本人や家族に地域包括支援センターでの相談をすすめること



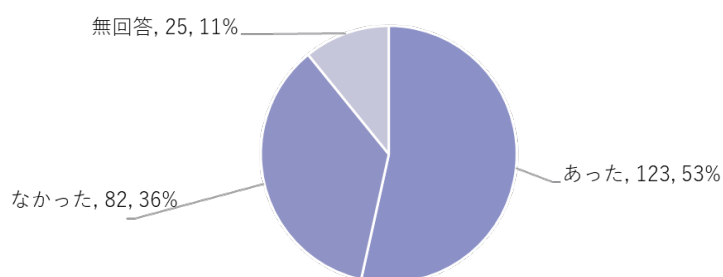
- 地域包括支援センターから認知症のこと(患者に関することや患者を支援する取り組み等)で相談を受けること



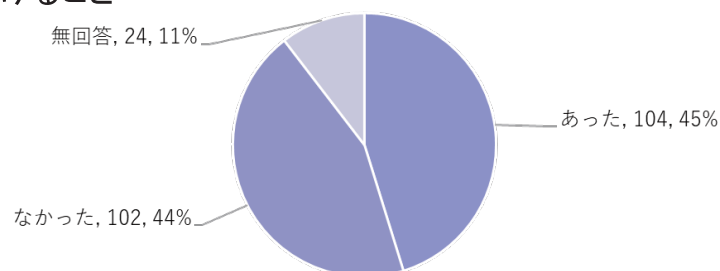
(調査結果報告書4～5ページ参照)

12

- 地域でのトラブルや社会的孤立、経済的問題などで市町村に情報提供を行ったり、本人や家族に市町村での相談をすすめること



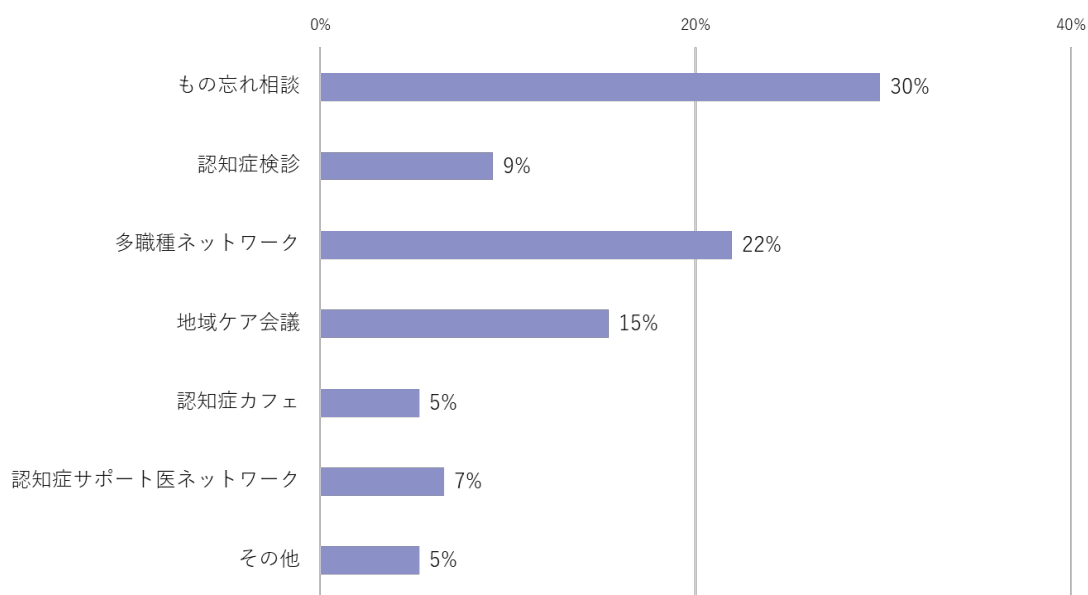
- 市町村から認知症のこと(患者に関することや患者を支援する取り組み等)で相談を受けること



(調査結果報告書5ページ参照)

13

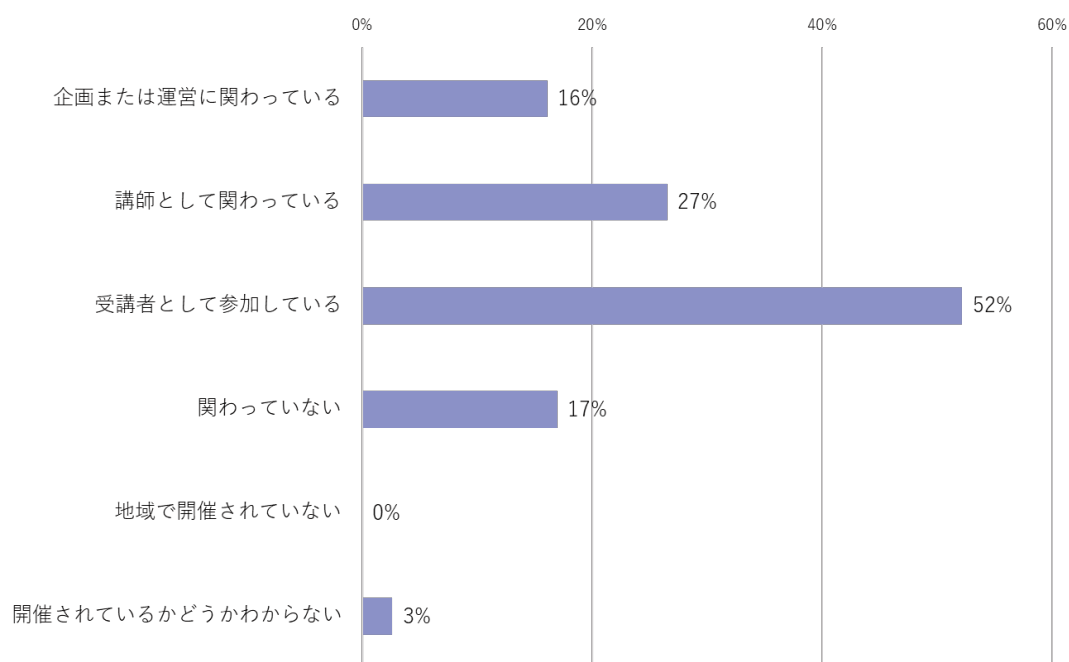
○ 地域における認知症の人や家族を支援する取り組み (認知症初期集中支援チームを除く) について、企画・運営に関わったり、依頼を受けて協力している場合 (37%) の具体的な取り組み



(調査結果報告書6ページ参照)


14

○ 市町村または都道府県での研修・講演会等 について



(調査結果報告書6ページ参照)

15



○ 認知症診療の地域連携における課題やその解決策(抜粋)

- 認知症医療センターへ紹介しても、予約して初診までかなり日数を要している。行動・心理症状の入院治療を要請しても、スムーズに入院できない。
- かかりつけ医による認知症診療がすすんでいることはとても良いことだと思う。一方で、かかりつけ医からの紹介の時点では、認知症が進行し入院治療が必要となるケースが多い。そのため、日頃より認知症診療に対し、気軽に相談できる体制を整えば良い。
- かかりつけ医より認知症と診断され、介護保険につながるのはいいものの、前頭側頭型認知症や若年性アルツハイマー型認知症など、特殊な症状や進行を呈する疾患において精神科医療やサポート医が活かされていないことが問題。認知症サポート医や精神科対応の必要性を周知していただきたい。

(調査結果報告書8～9ページ参照)

16



○ 認知症サポート医として地域で活躍するうえでの課題(抜粋)

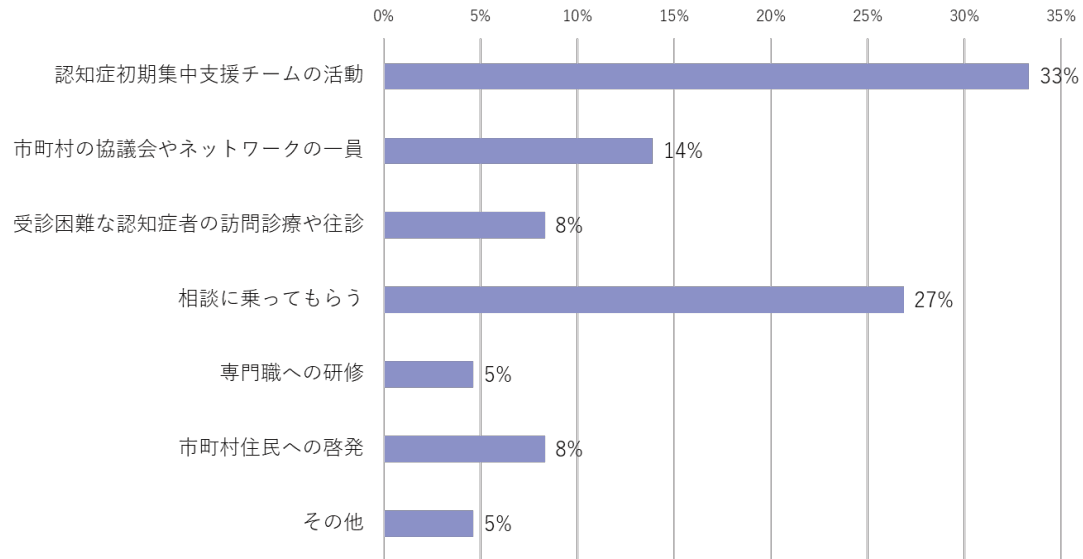
- 地域にある資源や取組み(例:認知症カフェ、家族会、認知症者にやさしい対応をとりいれている企業や店、等)の情報がサポート医へ伝わっていない。
- 認知症サポート医の役割や地域のサポート医が、かかりつけ医の先生方には広く知られていないのではないかと。
- 日々の診療に追われ、地域に出向く機会・時間を確保できない。
- 地域の民生委員さんや包括支援センターの方が認知症の可能性を知っているものの、受診に繋がらず適切なケアが受けられていない現状がある。可能性のある方は積極的に紹介いただき、相談や受診につなげることができればよいと考える。

(調査結果報告書8～9ページ参照)

17

(2)市町村（回答数 60）

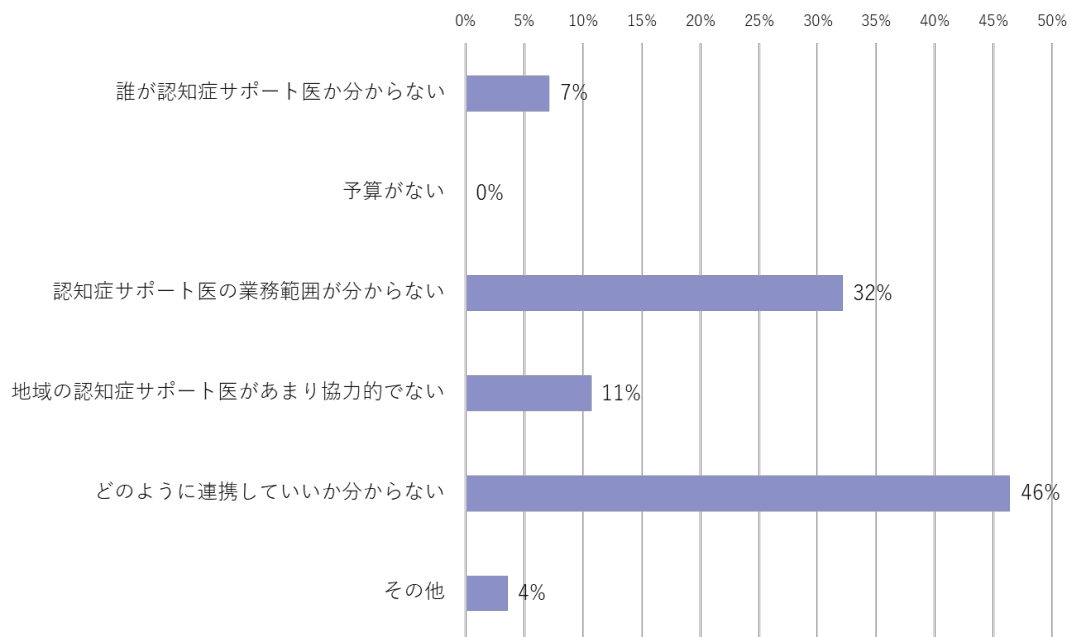
○ 認知症サポート医との連携について、連携が「十分取れている」・「取れているサポート医と取れていないサポート医がいる」とした場合（42自治体）の連携の具体的内容



（調査結果報告書11ページ参照）

18

○ 認知症サポート医との連携について、連携が「あまり取れていない」、「取れていない」とした場合（16自治体）の連携が取れていない理由



（調査結果報告書12ページ参照）

19

○ 市町村が認知症サポート医に期待している役割
(「とても期待している」「やや期待している」の合計)

- ・ 地域包括支援センターからの相談対応・助言・連携
- ・ 介護支援専門員からの相談対応・助言・連携
- ・ 受診困難な認知症者の訪問診療や往診
- ・ 認知症初期集中支援チームのチーム員医師
- ・ 認知症初期集中支援チームのアドバイザー

- ・ かかりつけ医から認知症専門医への紹介の橋渡し
- ・ かかりつけ医と認知症医療センターとの連携の橋渡し
- ・ 介護保険サービス事業所からの相談対応・助言・連携
- ・ 認知症者の運転免許更新に関する相談対応
- ・ 一般住民向け啓発への参画・協力
- ・ 市町村が行う認知症の方や家族への支援策への協力
- ・ 地域包括支援センターが行う認知症の方や家族への支援策への協力

9割以上

8割以上

(調査結果報告書12～13ページ参照)

20

○ 自治体と認知症サポート医の連携における課題やその解決策(抜粋)

- ・ 初期集中支援チーム員に対し、専門的視点から対象者の病状に応じた対応方法についての助言をいただきたい。
- ・ 市と認知症サポート医が顔を合わせる場がなく、連携が取りにくい。かかりつけ医が実施した簡易認知機能検査(一次検査)後、認知症疑いのある方への再検査の場所(二次検査)になり、市へ情報提供してほしい。
- ・ 町内に認知症サポート医がいないため高齢者の受診を紹介しづらい。認知症サポート医が各自治体に一人はいるように支援してほしい。また、認知症かかりつけ医、かかりつけ医との連携がスムーズではない。
- ・ 認知症カフェや予防教室への橋渡し役になってほしいという希望があるが、実際に依頼するところまでは至っていない。他地域におけるサポート医との連携を参考にしたり、サポート医との話し合いにおいて、連携方法を考えることが必要。

(調査結果報告書14～15ページ参照)

21



で検索を!

記入日: 年 月 日

認知症に関する各種研修修了者名簿掲載事項変更届

申請内容	変更	削除	新規追加
申請理由			
フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
連絡先電話番号	-	-	
研修名			
修了年度	平成・令和 年度		
(追加の場合)受講した自治体名			
所属医療機関名			
医療機関住所			
医療機関電話番号			
所属診療科			科

※名簿は、地域住民、市町村地域包括支援センター、専門医療機関、介護保険事業所等において、連絡先、相談先として活用されています。

※名簿への追加を希望される場合、各研修の修了証書の写しを添付してください。

【提出先】
福岡県高齢者地域包括ケア推進課 在宅介護・予防係
k-kaigyobou@pref.fukuoka.lg.jp

福岡県

認知症に関する
各種研修修了者名簿
掲載事項の変更等について

福岡県では、認知症に関する各種研修修了者のうち、公表に同意を得られた方の情報を県HPに掲載しています。

各名簿に記載している内容(医療機関、住所、電話番号、医師名等)に変更が生じた場合や、削除・追加をご希望の場合は、お手数ですが、「名簿掲載事項変更届」を下記メールアドレスあてにご提出ください。

名簿は、地域住民、市町村地域包括支援センター、専門医療機関、介護保険事業所等において、連絡先、相談先として活用されています。



福岡県 高齢者地域包括ケア推進課

【担当】在宅介護・予防係
【メールアドレス】k-kaigyobou@pref.fukuoka.lg.jp



「補聴器の認知症予防について」

九州大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科学分野教授 中 川 尚 志

令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修
福岡県認知症医療センター第20回研修会
2025年3月26日

補聴器の認知症予防について

九州大学大学院 医学研究院 耳鼻咽喉科学分野
なかがわ たかし
中川 尚志

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

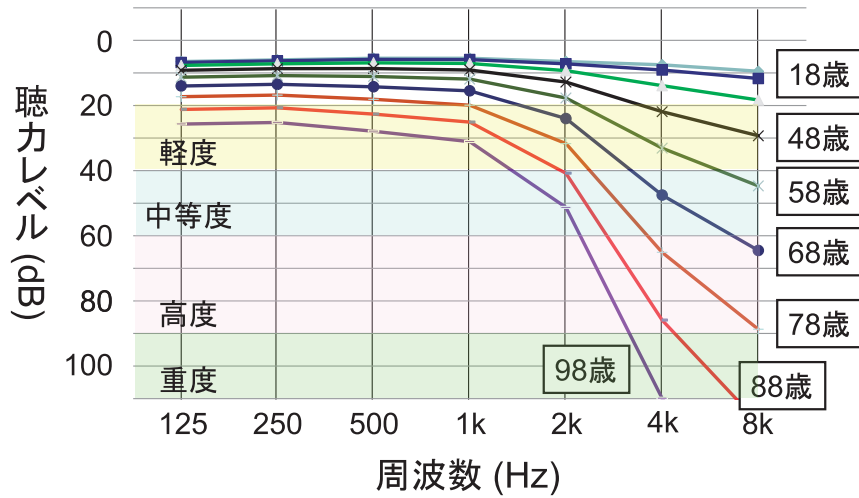
今日の講演の目的

難聴が認知症のもっとも高い危険因子であることを
他の診療領域の先生にも知って頂く

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

加齢による難聴

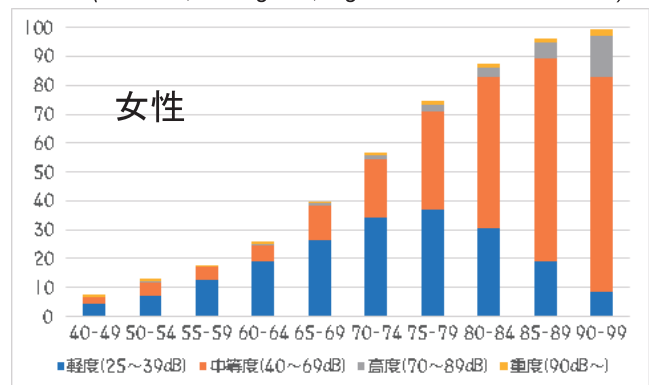
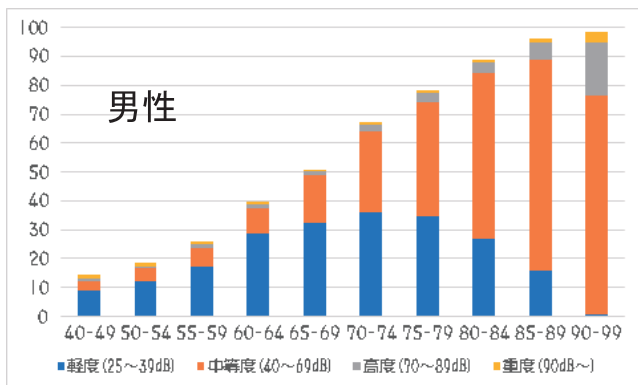
(Wasano, Kaga, Ogawa. Lancet Regional Health 2021)



補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

男女別の各年代からみた難聴の程度の割合

(Wasano, Nakagawa, Ogawa. Biomedicines 2022)



- ✓ 60歳で男性の3割は軽度難聴，中等度以上が10%，女性は2割が軽度，中等度は5%
- ✓ 70歳で男性は3割，女性は2割が中等度以上の難聴
- ✓ 80歳以上は男性の9割が難聴，中等度以上が6割，女性は半数ちょっとが中等度以上

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

難聴と認知症の関係

2017年のアルツハイマー病協会国際会議 (AAIC 2017)における『認知症予防、介入、ケアに関するLancet国際委員会』で、”難聴は、認知症に関する9つの修正可能なリスク要因のひとつ”と報告された

The Lancet Commissions

Dementia prevention, intervention, and care

Gill Livingston, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, Sergi G Costafreda, Jonathan Huntley, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Eric B Larson, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbaek, Linda Teri, Naaheed Mukadam



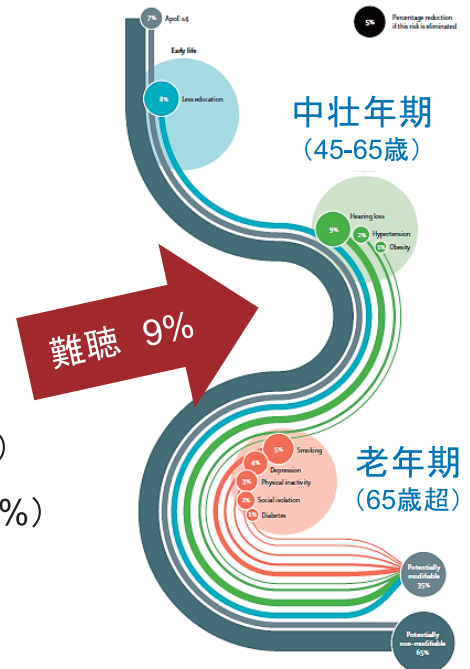
(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

難聴と認知症の関係

リスク要因への曝露がもし無ければ、何%の疾患を減らすことができるかを示す数値(人口寄与割合:PAF)を算出.

- 低教育(8%)
- 高血圧(2%)
- 肥満(1%)
- 喫煙(5%)
- うつ(4%)
- 運動不足(3%)
- 社会的孤立(2%)
- 糖尿病(1%)

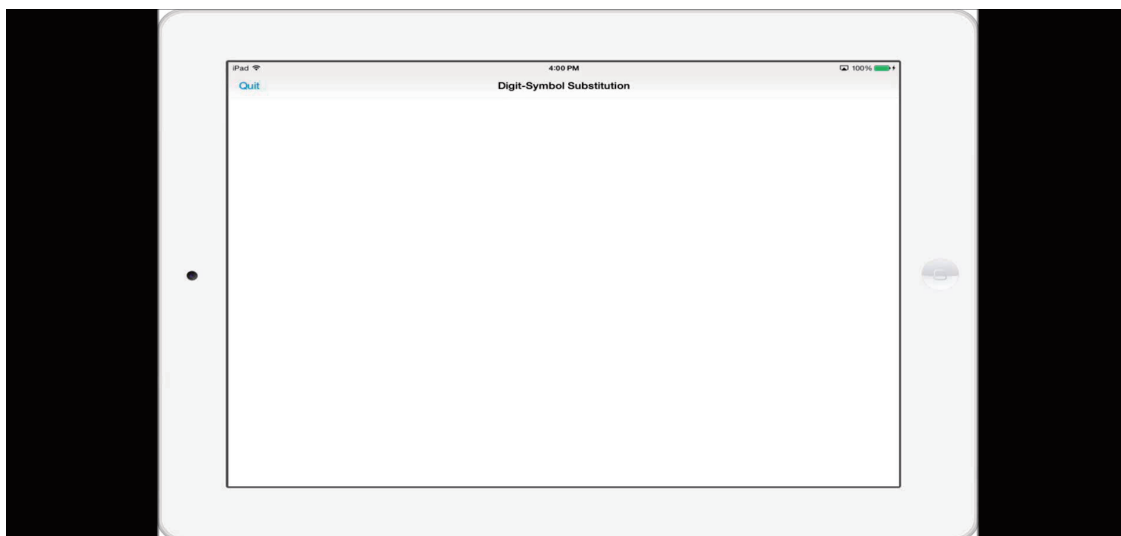


(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

ウェクスラー成人知能検査簡易版(WAIS-R-SF)

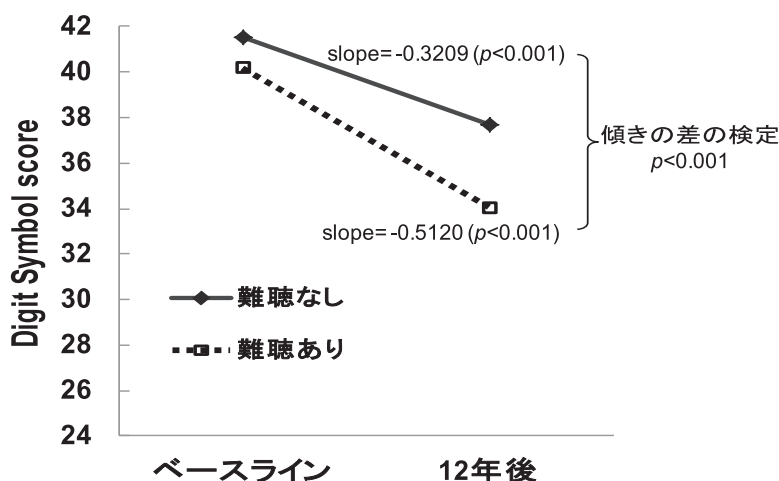
- 符号 Digit Symbol Substitution test (DSST): 情報処理、課題遂行速度



(長寿医療研究センター) 「符号」の検査は非言語性検査で難聴者に不利な検査ではないはず...

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

符号 Digit Symbol Substitution (Score: 0-93点)



難聴があると情報処理のはたらきが顕著に低下する

(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

難聴と脳萎縮 – Baltimore Longitudinal Study of Agingより

1958年から継続実施されている全米最長の縦断研究のひとつ。

Lin FRら, NeuroImage 2014

56–86歳の126名

◆ 聴力正常群75名



◆ 聴力低下群51名



を平均6.4年間追跡

(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

難聴と脳萎縮 – Baltimore Longitudinal Study of Agingより

聴力低下群では:

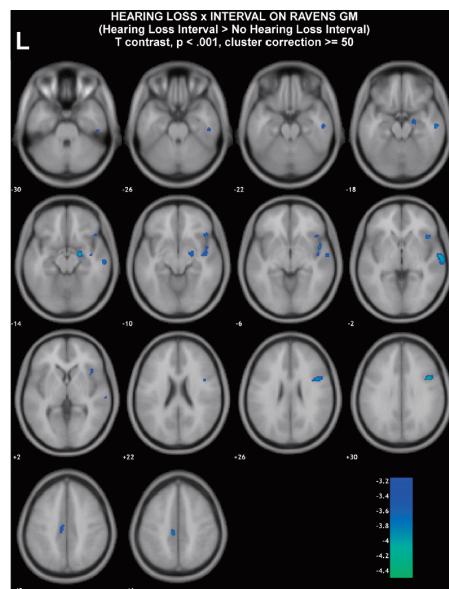
- 脳の全容積減少
- 聴覚の中枢を含む複数領域の萎縮

(Lin FRら, NeuroImage 2014)

聴力低下群では
脳容積が有意に減少していた！



(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)



補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

高齢ドライバーによる事故が社会問題になっています！

朝日新聞 DIGITAL

トップニュース スポーツ カルチャー 特集・連載 オピニオン

新着 天声人語 社会 政治 経済・マネー 国際 テック&サイエンス 環境・エネルギー 地域

朝日新聞デジタル > 記事

減らない高齢ドライバーの事故 「操作の誤り」最多原因

2017年10月20日16時43分

シェア ツイート B!ブックマーク メール 印刷

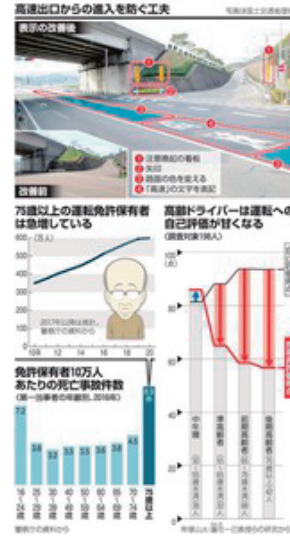


東京都 武蔵野市 で20日、乗用車が歩行者をはねて7人がけがをした。警視庁は、車を運転していた東京都 小笠原市の無職真田順司容疑者（85）を自動車運転死傷処罰法違反（過失運転致傷）の疑いで現行犯逮捕した。「アクセルとブレーキのペダルを踏み間違えたかも知れないが、よく覚えていない」と話しているという。

歩行者が次々とはねられた事故現場 = 20日午後3時35分、東京・吉祥寺、葛谷晋吾撮影

車が歩行者をはねて7人がけが 85歳容疑者逮捕 吉祥寺 →

交通事故が全体として減少を続ける中、



(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

高齢難聴ドライバーの運転能力への警鐘

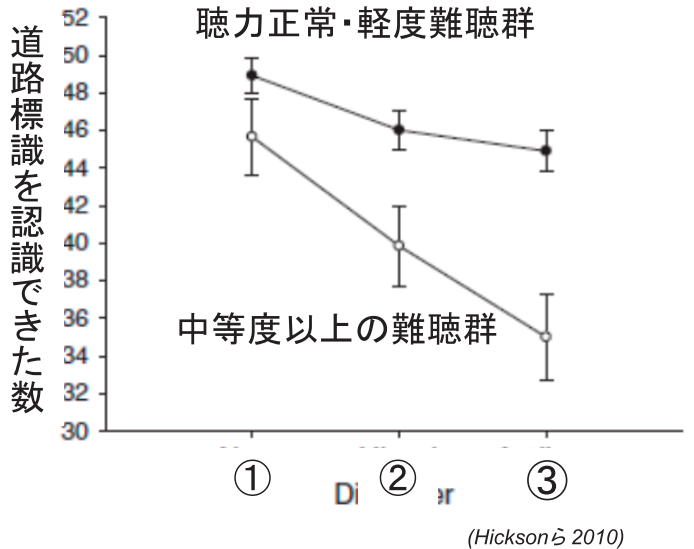
5km走行中 道路標識54箇所のうち、何個、認識できたか調べた。



運転中に

- ① 気を散らす条件なし
- ② 視覚提示された数字の和を口頭回答
- ③ 音声提示された数字の和を口頭回答

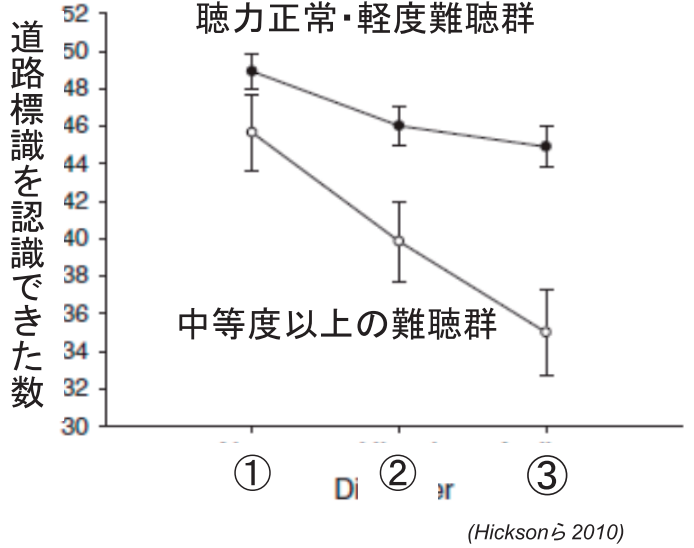
(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)



補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

高齢難聴ドライバーの運転能力への警鐘

中等度以上の難聴がある高齢ドライバーは
行為が「聞きとる」と関係なくとも
運転操作以外の行為が加わると
道路標識を見落としやすくなる

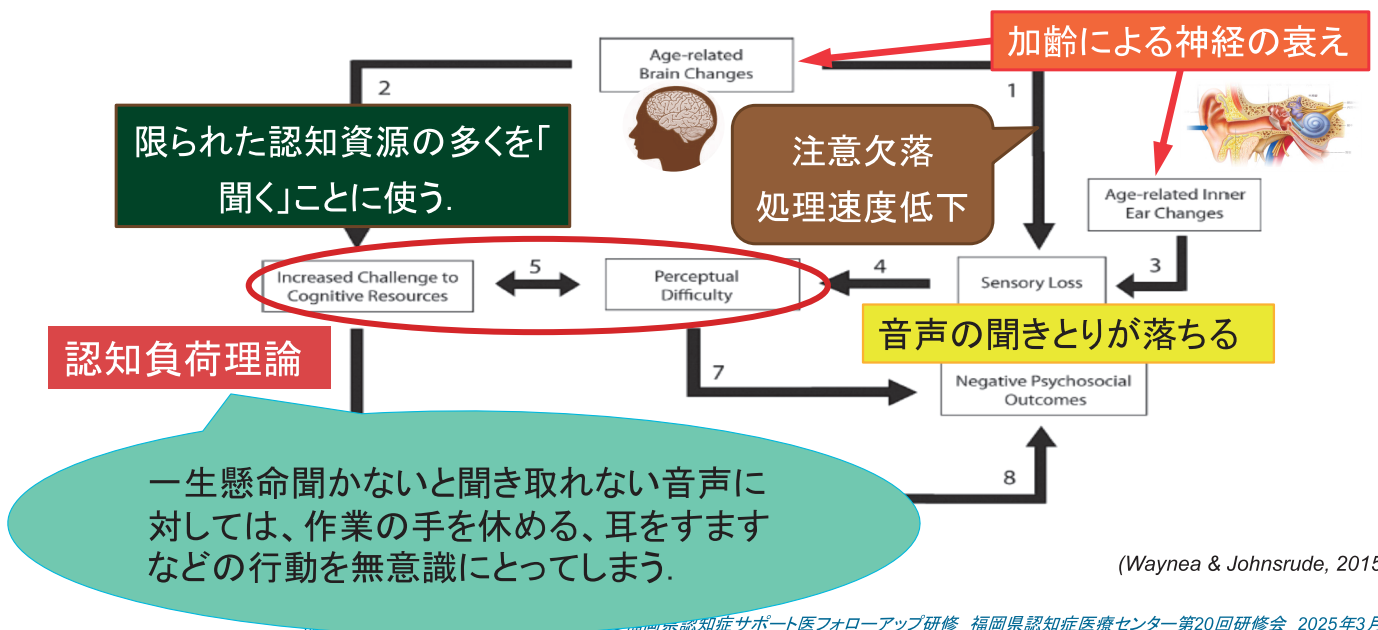


(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

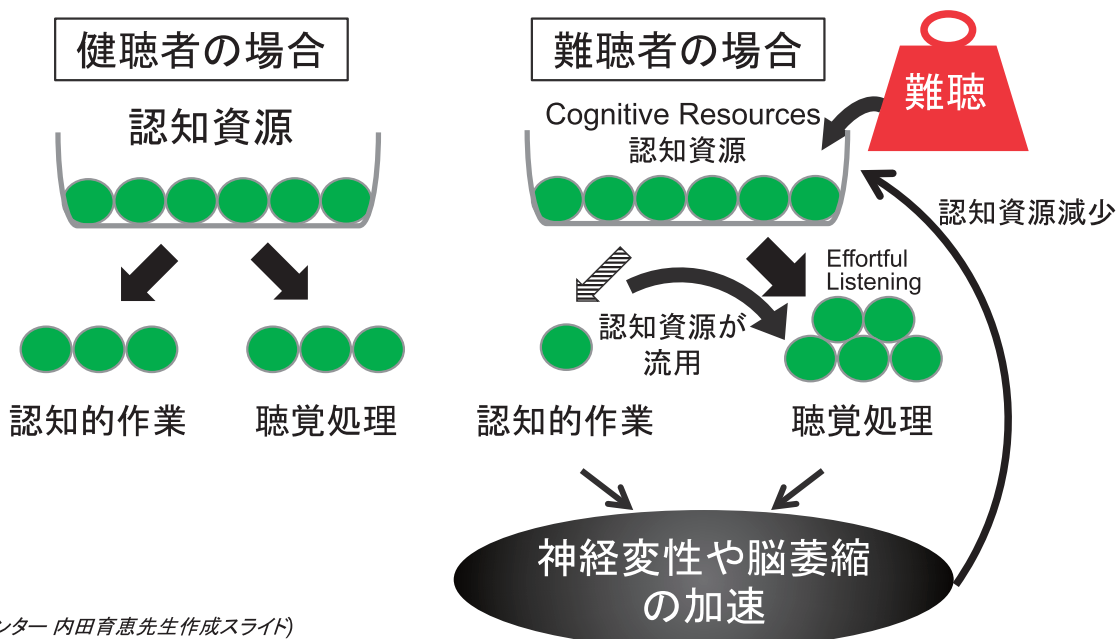
加齢性難聴と認知機能低下の因果モデル

高齢者の難聴と認知機能低下は、複雑に相互に関連している



福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

難聴と認知機能低下を結びつけるメカニズム: 認知負荷仮説



(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

ハイリスク群への聴覚的介入で認知機能低下48%抑制

心臓の健康に関する研究参加者から抽出した238人を2群にわけ認知機能の低下状況を3年間追跡
聴力カウンセリングと補聴器および関連機器の提供など「聴覚的介入」

生活習慣病と身体的機能障害予防を目的とする健康教育専門家による「高齢者健康教育プログラム介入」

- 聴覚介入している期間が長くなるにつれてコミュニケーション能力が向上, 認知機能の低下が48%抑制
- MRIで脳皮質の厚みに十分な改善



ARIC (n=238†)

Global cognition†

Control -0.402 (-0.536 to -0.267)

Intervention -0.211 (-0.349 to -0.073)

Executive function

Control -0.387 (-0.578 to -0.197)

Intervention -0.248 (-0.434 to -0.062)

Language†

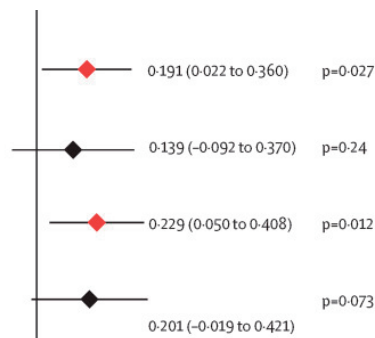
Control -0.344 (-0.488 to -0.201)

Intervention -0.116 (-0.264 to 0.032)

Memory

Control -0.154 (-0.335 to 0.027)

Intervention 0.047 (-0.132 to 0.227)



(Frank R Lin et al. Lancet 2023)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

聴覚的介入はコミュニケーション能力の向上につながるため 認知機能の低下を抑制する高い効果が期待できる

聴覚的介入は 今まで十分に利用されておらず リスクがほとんどなく
自己認識によるコミュニケーションを改善し、孤独感を軽減
認知機能低下を大きく抑制

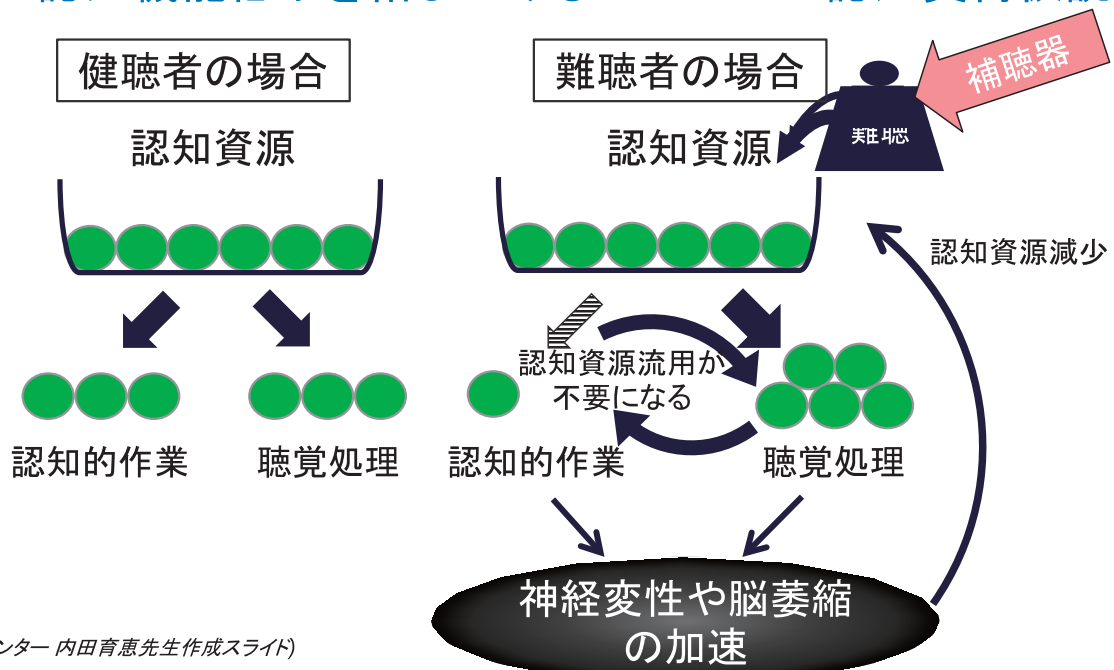
介入できる3点の取り組み

1. 成人に対する聴力検査ならびに聴覚的介入を保険適用
2. 補聴器市場を広げ、補聴器を手軽に購入できる環境の整備
3. 難聴や聴覚障害に対する啓発活動

(Frank R Lin et al. Lancet 2023)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

難聴と認知機能低下を結びつけるメカニズム: 認知負荷仮説



(長寿医療研究センター 内田育恵先生作成スライド)

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

難聴は認知症促進の原因のひとつ
適切な補聴で認知症の進行を防ごう！



補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

Hear Well, Live Well.

より良い聞こえで豊かに過ごそう！



一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会
Japanese Society of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery

補聴器の認知症予防について 令和6年度福岡県認知症サポート医フォローアップ研修 福岡県認知症医療センター第20回研修会 2025年3月26日

「認知症のBPSDに対する治療法は？」

田北メモリーメンタルクリニック院長 田 北 昌 史

認知症のBPSDに対する治療法は？

田北メモリーメンタルクリニック

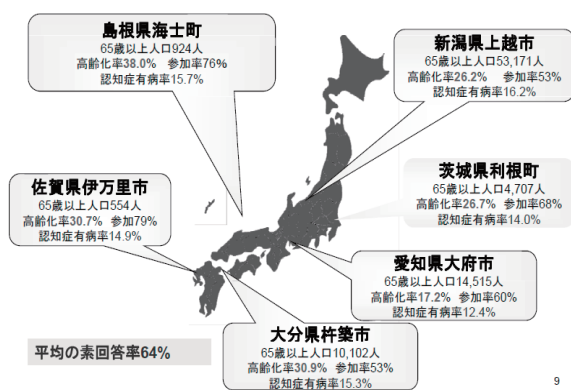
田北昌史 2025・03・26

内科MOOK40老年期痴呆の臨床
(金原出版、平成元年5月20日発行)

大友英一先生(当時浴風会病院院長)
の序文

「高齢人口は確実に増加しつつあり、老年期痴呆は厚生省の推定によれば約30年後には180万人、つまり現在の約3倍に達する。」

わが国における認知症有病率の調査結果



Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

9
C.Hajima et al.

認知症有病率 平均 14.75%

高齢者人口(平成23年9月15日現在推計)

2980万人

国内における認知症患者
2011年 推定462万人
2025年 推定700万人

「認知症及び軽度認知障害の有病率
調査報告」(二宮利治九大教授)

認知症有病率 12.3%

<https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/jpsc/uploads/resmaterials/000000111.pdf?1715072186>

令和6年5月発表

認知症

認知症の定義

いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態。

(認知障害の中でも記憶障害が中心となる症状で、早期に出現することが多い)

<認知症と区別すべき病態>

意識障害・せん妄、加齢による認知機能の低下、うつ状態による仮性認知症、精神遅滞ほか。

認知症症状とは？

認知症症状

中核症状

認知機能障害

思考・推理・判断・適応・問題解決

・記憶障害
 ・判断力低下
 ・見当識障害
 ・言語障害(失語)
 ・失行
 ・失認
 ・ほか

周辺症状(反応性)

- ・不安
落ち着かない、イライラしやすい
- ・抑うつ
気持ちが落ち込んでやる気がない
- ・徘徊
無目的に歩き回る、外に出ようとする
- ・不眠
- ・妄想
物を盗まれたというなど

認知症の主な原因疾患

(1)神経変性疾患	
①アルツハイマー型認知症	
②非アルツハイマー型認知症:	レビー小体型認知症、ピック病、神経原線維変化型老年認知症、嗜銀顆粒性認知症、運動ニューロン疾患に伴う認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、ハンチントン病など
(2)脳血管障害(脳血管性認知症)	脳出血、脳梗塞など
(3)その他の原因疾患	
①内分泌・代謝性中毒性疾患:	甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミンB ₁₂ 欠乏、ビタミンB ₁ 欠乏、ペラグラ、脳リポドーシス、ミトコンドリア脳筋症、肝性脳症、肺性脳症、透析脳症、低酸素症、低血糖症、アルコール脳症、薬物中毒など
②感染性疾患:	クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、進行性多巣性白質脳症、各種脳炎・髄膜炎、脳腫瘍、脳寄生虫、進行麻痺など
③腫瘍性疾患:	脳腫瘍(原発性、続発性)、髄膜癌腫症など
④外傷性疾患:	慢性硬膜下血腫、頭部外傷後後遺症など
⑤その他:	正常圧水頭症、多発性硬化症、神経ベーチェット、サルコイドーシス、シェーングレングレン症候群など

3大認知症

①アルツハイマー型認知症
(50から60%)

②血管性認知症(20%)

③レビー小体型認知症(10%)

* 前頭側頭型認知症

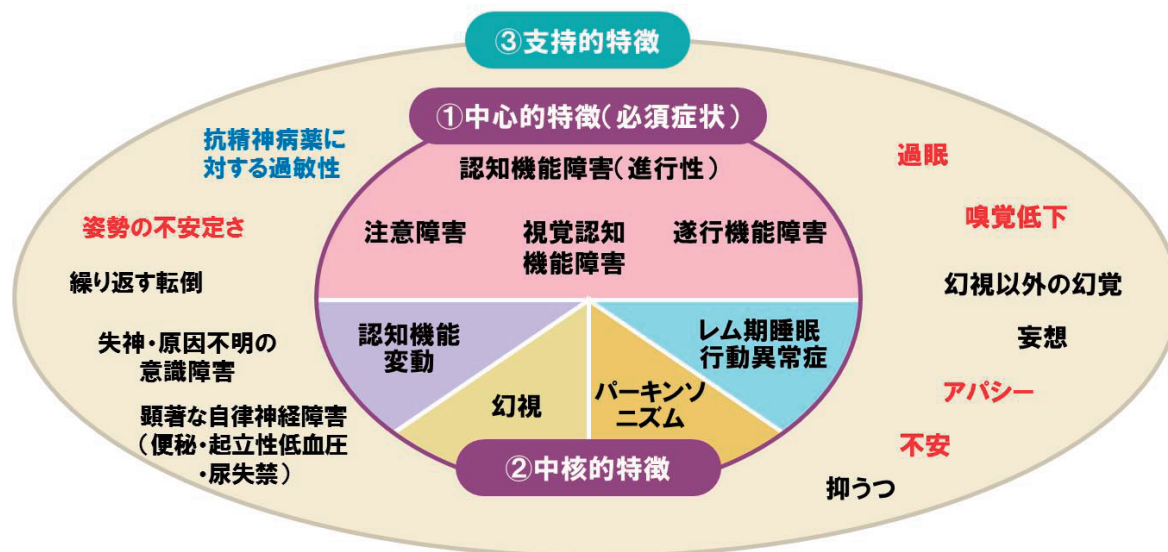
アルツハイマー型認知症とは

- 記憶障害やさまざまな認知機能障害のために
日常生活に支障をきたす
- 緩徐に発症して進行する
- 局所神経症候がみられない

(付) 認知症をきたす他の原因が除外できる

レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状(2017年改訂版)

監修 小阪 憲司 先生(横浜市立大学 名誉教授)
 森 悦朗 先生(東北大学 名誉教授)
 池田 学 先生(大阪大学大学院医学系研究科 精神医学分野 教授)



臨床症状の中心的特徴は、進行性の認知機能障害である。認知機能障害とは、単に記憶だけを意味するものではなく、注意障害や視覚認知機能障害、遂行機能障害を特徴とし、中核的特徴である認知機能の変動、幻視、パーキンソニズムと深く関係している。またレム期睡眠行動異常症、嗅覚低下、顕著な自律神経障害はDLBIにおいて特に早期からみられる特徴である。

BPSDとは

認知症患者に出現する精神症状や行動障害はさまざまな用語が用いられていた。

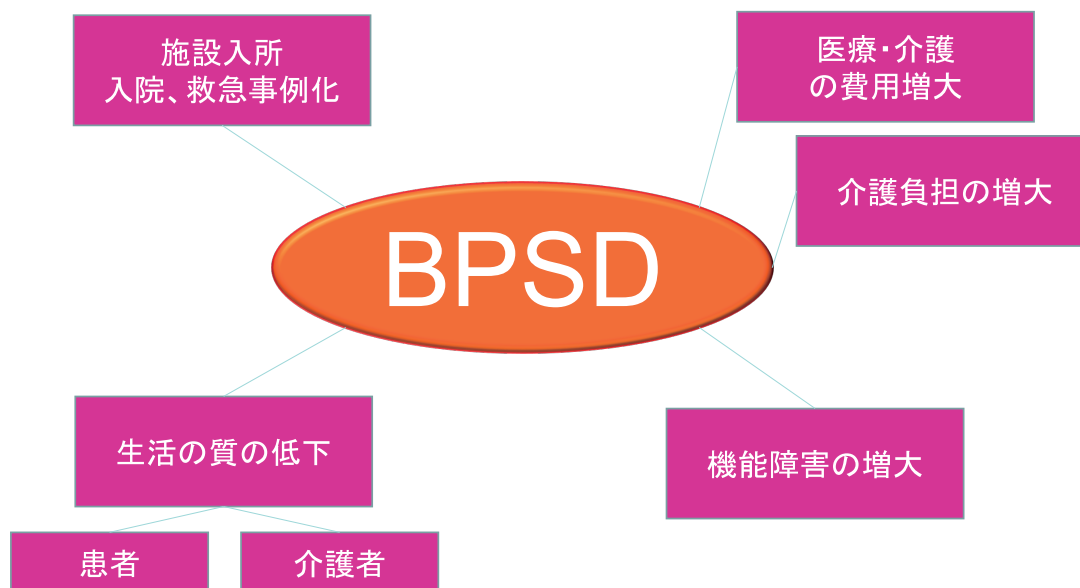
1996年と99年の Landsdowne (米国)での国際会議で behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD、認知症の行動心理学的症候)という用語を用いることで合意がされた。

定義「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」

BPSDの特徴的症状

グループI 厄介で対処が難しい症状	グループII やや処置に悩まされる症状	グループIII 比較的処置しやすい症状
心理症状 幻覚 妄想 抑うつ 不眠 不安	心理症状 誤認	
行動症状 身体的攻撃性 徘徊 不穩	行動症状 焦燥 社会通念上の不適切な行動 と性的脱抑制 部屋の中を行ったり 来たりする 喚声	行動症状 泣き叫ぶ ののしる 無気力 繰り返し尋ねる シャドーイング

BPSDの影響



Int J Geriatr Psychiatry 15:S2-S4,2000 一部改変

今津赤十字病院精神科病棟入院時の BPSDの出現率

診断	VD	DAT(LA有)	DAT(LA無)	計
患者数(人)	43	39	42	124
不眠	86.0	92.5	78.6	85.5
夜間せん妄	72.1	74.4	47.6	64.5
幻覚	11.6	12.8	11.9	12.1
妄想	27.9	23.1	38.1	29.8
拒絶症	25.6	17.9	58.8	33.1
興奮	32.6	33.3	52.4	39.5
刺激性	58.1	56.4	69.0	61.3
抑うつ	53.5	38.5	31.0	41.1
不安、心気	27.9	23.1	23.8	25.0
多動、徘徊	72.1	69.2	88.1	76.6 (%)

田北メモリーメンタルクリニックの新患患者内容
(2016年1月4日から4月22日・100名)

アルツハイマー型認知症	31名
MCI(軽度認知障害)	27名
老年期認知症(90歳以上)	9名
レビー小体型認知症	10名
うつ病	16名
血管性認知症	3名
その他(せん妄、てんかん、外傷等)	4名

MCI患者の内容

男性:女性 8:19

平均年齢 80.7歳

平均MMSE 26点(30から22点)

(視力障害のため22点満点で20点1名)

認知機能に影響を与える薬剤を服用中
の患者数 17名

MCI患者の服薬内容

ベンゾジアゼピン系薬剤 12名

ブロチゾラム(レンドルミン)6名、フルニトラゼパム
(サイレースなど)3名、エチゾラム(デパス)4名、
トリアゾラム(ハルシオン)3名

非ベンゾジアゼピン系睡眠剤 5名

ゾロピデム(マイスリー)4名、ゾピクロン
(アモバン) 1名

アミトリプチリン(トリプタノール) 2名

プレガバリン(リリカ) 1名

* 重複投与あり

MCI症例服薬詳細

性	年齢	MMS 詳細	詳細2	詳細3
M	87	24 マイスリー5mg		
M	72	23 レンドルミン0.25mg	ロヒプノール1mg	トリプタノール10mg
F	82	25 マイスリー5mg	リスパダール1mg	
F	84	26 レンドルミン0.25mg	デパス0.5mg	
M	86	22 レンドルミン0.25mg	サイレース1mg	
M	69	24 アモバン10mg		
F	86	26 レンドルミン0.25mg		
F	80	28 レンドルミン0.25mg	デパス0.5mg	
M	88	27 マイスリー10mg	デパス0.5mg	
F	87	23 ハルシオン0.25mg	トリプタノール20mg	
M	76	28 ハルシオン0.25mg		
F	84	25 デパス0.25mg		
F	85	26 リリカ150mg		
F	82	26 レンドルミン0.25mg		
F	82	25 サイレース1mg		
F	74	29 ハルシオン0.125mg		
M	90	30 マイスリー5mg		

まとめ

- ① 2016年の初診患者で臨床的にMCIと診断された患者は27%(27/100)であった。
- ② MCI患者の63%(17/27)は認知機能に影響を与える可能性がある薬剤を服用していた。
- ③ その94.1%(16/17)はベンゾジアゼピン系薬剤または非ベンゾジアゼピン系睡眠剤を服用していた。
- ④ MCIの診断には服用している薬剤の認知機能への影響について考慮する必要があると考えられる。

高齢者に注意が必要な薬剤

「AKBて何処」

AK→(アンチ)潰瘍剤(H2ブロッカー)

B→ベンゾジアゼピン系薬剤

て→(抗)てんかん剤

ど→ドーパミン系薬剤

こ→(抗)コリン剤

(プレガバリン、オピオイド鎮痛薬も)

ベンゾジアゼピンの減量法(私案)

- ①まず半錠にしてもらおう(レンドルミン1Tを0.5Tに)乃至はミリ数を減らした錠剤を処方する(デパス0.5mg→0.25mgに)。
 - ②抗うつ薬に置き換えを行う(デジレル25から50mg、効果不十分ならリフレックス7.5mg)。
 - ③ロゼレム、チエビゴ、ベルソムラ、クービビツクの投与。
 - ④不眠に対しての考え方の修正(朝仕事などで起きなくても良ければ、必ずしも寝なくても良いんです等)を試みる。
-

BPSD治療の必要性

1 本人にとって苦痛や負担になっている場合。

2 介護者や家族の負担になっている場合。

認知症治療の実際

BPSDに対する治療 1

1、非薬物療法(まず最初に推奨)

デイケアの利用などで、日中の覚醒を計れば
不眠が改善

プロの介護者に接してもらい、誉めてもらうと
易怒性などが改善

副作用は出ないであろう

認知症治療の実際

BPSDに対する治療 2

2、薬物療法

まず不適切な薬剤の使用の中止

その後に適切な抗精神病薬の使用
(ゴルフの原理 飛び過ぎればOBに)

症状が改善してくれば漸減を

非薬物療法の良い点

- 1、副作用が生じる可能性がなく、身体的な問題が生じる可能性がない。
- 2、必ずしも医師が行う必要がなく、医療資源が限られたところでも行うことができる。
- 3、非薬物療法を行うことで、介護者の資質の向上も期待できる。

非薬物療法の悪い点

- 1、科学的な検証を受けて、有効性が証明された治療法が少ない。
- 2、意外に費用や人手が掛かり、行うことが困難な場合が多い。
- 3、行う人の技量で結果が異なる。
- 4、「非薬物療法でコントロールできる。」という考え方が「コントロールできない場合は介護者が悪い。」という考えを生んでしまう。

認知症疾患治療ガイドライン2017 非薬物療法のアウトカム

非薬物療法	アウトカム
認知刺激	認知機能改善の可能性。
音楽療法	不安に対しては中等度、抑うつや行動障害に対してはわずかな効果を認める。
運動療法	ADL改善および認知機能改善の可能性。
回想法	個人療法で気分、幸福感、認知機能、集団療法でうつの改善の可能性。
光線法	認知機能、睡眠、行動障害、精神病症状に効果なし。
アロマセラピー	行動障害などに有効との報告があるが、エビデンス弱い。
鍼治療	認知機能は薬物療法と有意差なし、ADLは薬物療法のほうが良好。

薬物療法の良い点

- 1、非薬物療法に比べて、確実な効果が期待でき、また重度のBPSDにも効果がある。
- 2、上手く効果があれば、人手や手間が掛からず、コストもそう高くはない。
- 3、特殊なテクニックや機材が必要ない。
- 4、介護者の介護負担を軽減することができる。

薬物療法の悪い点

- 1、副作用がある。このために特に身体面に悪い結果が起こる場合がある。
- 2、医師の手によって行う必要がある。
- 3、慣れない医師が行った場合に逆効果になってしまう場合がある。

薬物療法が介護者に嫌われるのは

- 1、薬物治療のおかげで転倒が生じたり、昼間もぐったりになってしまうことが多い。
- 2、医師の診察が必要で、受診の手間がかかる。
- 3、症状が悪いと次々に薬が増えていく。
- 4、症状が改善しないと医師に怒られる。
「そんなはずは無い。」と言われる。
- 5、薬物でのコントロールは化学物質による「身体拘束」にあたる。

BPSD治療の目的で精神科外来を
受診する場合は
(大阪大学精神科・池田学教授)

最後の砦として精神科外来を受診
していて「認知症患者本人が満足
し、納得するような対応」や「パーソ
ンセンタードケア」をアドバイスして
済む場合だけではない。

BPSDに対する薬物療法

FDA Talk Paper (2005、April)
オランザピン、クエチアピン、リスペリ
ドン などの非定型抗精神病薬を
高齢者の行動障害に使用した場合、
プラセボと比較して死亡率が1.6から
1.7倍になるとその使用について警告
した。

神経遮断薬による一般的治療 (アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル)

せん妄および中等度以上の身体的攻撃性、
幻覚、妄想に対して

第1選択 チアプリド 25mg/day

第2選択 リスペリドン 0.5mg/day

ハロペリドール 0.5-1mg/day

低用量から投与し、漸増する。

投与期間は長くて12週間。

認知症の幻覚・妄想に対する治療 (認知症疾患治療ガイドラインコンパクト版2012)

①リスペリドン、オランザピン、アリピプラゾールの使用が推奨(グレードB)。

②クエチアピン、ハロペリドールは使用を考慮しても良い(グレードC)。

③コリンエステラーゼ阻害剤、
メマンチン、抑肝散は有効であったとの報告がある。

認知症の焦燥性興奮に対する治療(認知症疾患治療ガイドラインコンパクト版2012)

- ①非定型抗精神病薬(リスペリドン、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾール)が有効である(グレードB)。
- ②バルプロ酸、カルバマゼピンは必要な場合は使用を考慮しても良い(グレードC)。
- ③コリンエステラーゼ阻害剤、メマンチン、抑肝散は有効であったとの報告がある。

焦燥性興奮に有効な非薬物療法・薬物療法は何か(認知症疾患治療ガイドライン2017)

焦燥性興奮に対しては、パーソンセンタードケアを基本として、(中略)薬物療法としては、リスペリドン、アリピプラゾールなどの非定型抗精神病薬の有効性が示されている。また抑肝散、チアプリド、カルバマゼピン、セルトラリン、エスシタロゾラム、トラゾドンの使用も検討する。 2C

抗精神病薬の使い方

- ①抗精神病薬は種類によってある程度の効果の差があると考えられる。
- ②しかし十分な力価を投与することが必要。
- ③高齢者の場合、副作用によって充分量が投与できない場合もあり、副作用の出現しにくい薬剤を選択することも重要。
- ④妄想が完全に消退しなくても、感情や行動が落ち着くことを目標に投与する。

特に、老年者で出現しやすい向精神薬の 中枢神経系の副作用

①抗精神病薬

過鎮静、傾眠、パーキンソン症候群、循環障害

②ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬
ふらつき、傾眠、認知症様状態、意識障害

③抗うつ薬

中枢性抗コリン作用 認知症様症状

中枢性抗ヒスタミン作用 意識障害

認知症治療薬剤の投与法1 一般球(一般薬)

- 1、コリンエステラーゼ阻害剤(速球)→アルツハイマー型認知症治療の基本。まず速球に磨きをかけよう。
- 2、メマンチン(カーブ)→変化球の基本。認知機能悪化の防止に加え、BPSDにも効果。コリンエステラーゼ阻害剤と併用可能。軽度認知症には適応がない。
- 3、スルピリド(スライダー)→困った時に投げ易い。EPSが出現することもあり、少量(25から50mg)で投与。
- 4、トラゾドン(デジレル等、チェンジ・アップ)→不眠、せん妄に有効。ふらつきなどの副作用が少ない(25から50mg)。
- 5、デエビゴ、ベルソムラ、クービビック(ツーシーム)→筋弛緩作用がなく、睡眠が取れる。

認知症治療薬剤の投与法2 特殊球(向精神薬等)

- 6、クエチアピン(フォーク)→不眠・拒絶に効果大、食欲増進作用強い、DMIには禁忌。
- 7、バルプロ酸(シンカー)→過鎮静やパーキンソン症状が出にくい、食欲増進作用がない。
- 8、抑肝散(パーム)→服用しにくいですが、意外に効果がある場合も。DLBIにも投与可能。
- 9、SSRI(ルボックスなど・ナックル)→FTDの常同行為に有効。喚声にも効果？
- 10、アマンタジン(スクリュールボール)→血管障害を伴う、意欲低下に効果、押してだめなら引いてみては。
- 11、ミルタザピン(リフレックス等・カットボール)→せん妄に効果。パーキンソン症状の副作用が無く、DLBにも投与可能。

BPSDに対する薬物療法の保険適応

「アルツハイマー型認知症」や「老年期認知症」については保険適応の抗精神病薬はなかった。

平成23年11月に適応外処方としてセロクエル・ルーラン・リスパダール・セレネースが「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に投与が認められる。

クロナゼパムもレム睡眠行動異常症に投与が認められる。

レキササルティ(ブレクスピプラゾール)

- ・ドパミン・パーシャル・アンタゴニスト
- ・令和6年9月初めて「アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動」に対して保険適応が認められた薬剤。
- ・0.5mgから開始し、1週間以上間隔をあけて、1mg、さらに1週間以上間隔をあけて2mgまで増量可能。
- ・他の抗精神病薬と併用は不可。

BPSDに対しての薬物療法は

- 1、介護の資源は無尽蔵ではない。限られた介護力をいかに上手く生かして行くか。
- 2、そのためにリスクを最小にしながら、限られた介護資源で円滑にケアが行えるように薬物療法を行う。
- 3、かかりつけ医にもその基本的な知識が必要。
- 4、家族の疲弊が著しい場合や希死念慮、著しい興奮などがある場合は老年精神医学の専門医に紹介を。

B P S D 治療は曇りの日の飛行

曇りの日に飛行機に乗ると、雲の上は晴れていて揺れない。

次第に降下すると、雲に入って揺れる(BPSDが目立つ)。

雲の下に出ると、また揺れなくなる。

いつかは必ず雲も晴れる。

揺れる雲の中を如何にうまく乗り切るか？

先生方の手腕で無事着陸を。

なぜ認知症の頻度が3倍になったか？

海外では認知症の頻度が低下。高学歴化などが関与している？日本でも低下傾向。

- ①抗コリン剤(頻尿治療薬)、H2ブロッカー、ベンゾジアゼピン服用者が増えた？
- ②昭和の調査に比べて診断の精度が向上した？
- ③糖尿病が増加した？
- ④日本にはwartime generation(1926~1935)が有るのでは？教育の不十分さ(教育年数より内容の低下)、成長期の低栄養などの問題

もし今後高学歴で豊かな時代に育った世代が高齢になれば、認知症頻度は減少するのでは？

認知症診療に必要なことは？

認知症は完治しない。

解決しない問題、進行していく病状にいかに対応していくか。少しでも良い状況になるような努力を根気よく行うことが必要。

「ネガティブ・ケイパビリティ」、「ダメージ・コントロール」が重要。

患者さんやご家族が少しでも楽しく、明るい気分になるように診察して、治療継続を。

認知症診療は感情労働。

