

平成28年12月14日

認知症とリハビリテーション

滋賀医科大学 医学部附属病院

リハビリテーション部

作業療法士 園田悠馬



PT, Physical Therapy 理学療法

リハビリ療法士

PTは理学療法士により行われる検査・評価、診断、身体的介入である。

理学療法士は、主に機能障害や能力低下の改善、機動性、機能的な能力、QOL、運動能力の促進に関するヘルスケアの専門職である。

OT, Occupational Therapy 作業療法



OTは身体、精神または知能の障害に対して、人々の日常生活や仕事（学業）のスキルを開発、回復、または維持するための治療である。

作業療法士は、日々の活動、患者にとって意味のあること、特に参加とパフォーマンスを向上させるために、患者とその家族の教育、環境適応、課題変更、社会スキルの指導に焦点を当てる。

ST, Speech-Language-Hearing Therapy 言語療法

言語聴覚士は音声・言語障害の専門職である。
コミュニケーション障害と同様に嚥下障害を専門としている。



認知症リハの現状

- 医療・・・認知症病棟、精神科作業療法だけ？
- 回復期リハ・・・認知症の（病名では）リハができない
- 介護保険・・・在宅がこれが主。集団リハあるいは個別リハ。
「認知症短期集中実施加算」（週3回、3ヵ月まで、個別）

認知症と高次脳機能障害

認知障害 cognitive dysfunction

- 軽度認知機能障害 mild cognitive impairment (MCI)
- 認知症 dementia (アルツハイマー病など)

見当識障害と短期記憶障害が主

- 高次脳機能障害（脳血管性（型）認知症）

脳卒中などで起こる失語・失行・失認、注意・遂行障害 等

- **病態失認・病識欠如**（自己洞察できない）がもたらすもの
※行動心理症状（BPSD）の悪化 ※介護負担の増大 ※服薬管理の困難
※**リハの効果低減**

高次脳機能障害 ～よく見られる症状～

覚えられない

記憶障害

- ☐ 新しいことが覚えられない
- ☐ 忘れっぽいことに気づいてない
- ☐ 日付や場所が分からない
- ☐ 昔のことが思い出せない

気が散りやすい

注意障害

- ☐ 集中できない
- ☐ うっかりミスが多い
- ☐ 持続性に欠ける
- ☐ 二つのことに気が配れない

行動にまとまりがない

遂行機能障害

- ☐ 計画が立てられない
- ☐ 優先順位が決められない
- ☐ 段取りが悪くテキパキ要領よくできない
- ☐ 行動の途中で混乱する

どこが悪いかわからない

病識欠如

- ☐ 障害があることを理解できない
- ☐ なんでもできると思っている
- ☐ 人の意見を聞かない

こだわりが強い

固執性

- ☐ 気持ちが切り替えられない
- ☐ 同じことをし続ける
- ☐ 1つのことを繰り返し言い続ける

自分では何もしようとしない

自発性の低下

- ☐ やる気がない
- ☐ 動きたがらない
- ☐ 何でも面倒に感じる

子供っぽくなった

依存性・退行

- ☐ 人に頼る
- ☐ 口先ばかりで行動が伴わない
- ☐ 家族に代弁を求める

我慢ができない

欲求コントロール低下

- ☐ いくらでも食べてしまう
- ☐ 先のことを考えずにお金を使う
- ☐ 待てない

ささいなことに怒り出す

感情コントロール低下

- ☐ 気分がムラがある
- ☐ 場にそぐわない泣き笑い
- ☐ 一度にいろいろなことがあるとパニックを起こす

道具を使えない

失行

- ☐ 動きがぎこちない
- ☐ 思い通りに動けない
- ☐ 操作手順が分からなくなる

しゃべれない

失語

- ☐ 話すことや言葉の理解が難しい
- ☐ 書くことや読むことが難しい

見ているものが分からない

失認

- ☐ 見えているのに何かわからない
- ☐ 知っている人の顔が見分けられない

人間関係を作るのが苦手

対人技能拙劣

- ☐ 相手の気持ちを察することができない
- ☐ 他者の落ち度を過度に指摘する
- ☐ 一方的な主張をする

片側を見落とす

半側空間無視

- ☐ 片側にあるものに気づかない
- ☐ 食事を食べ残す
- ☐ 人や物にぶつかる
- ☐ 文章の左側を見落とす

落ち込んで何もできない

抑うつ

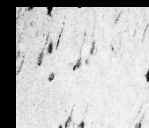
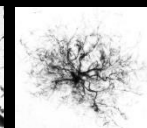
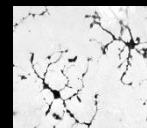
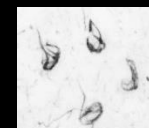
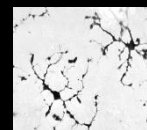
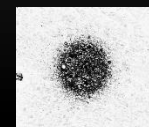
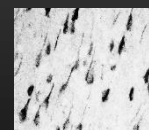
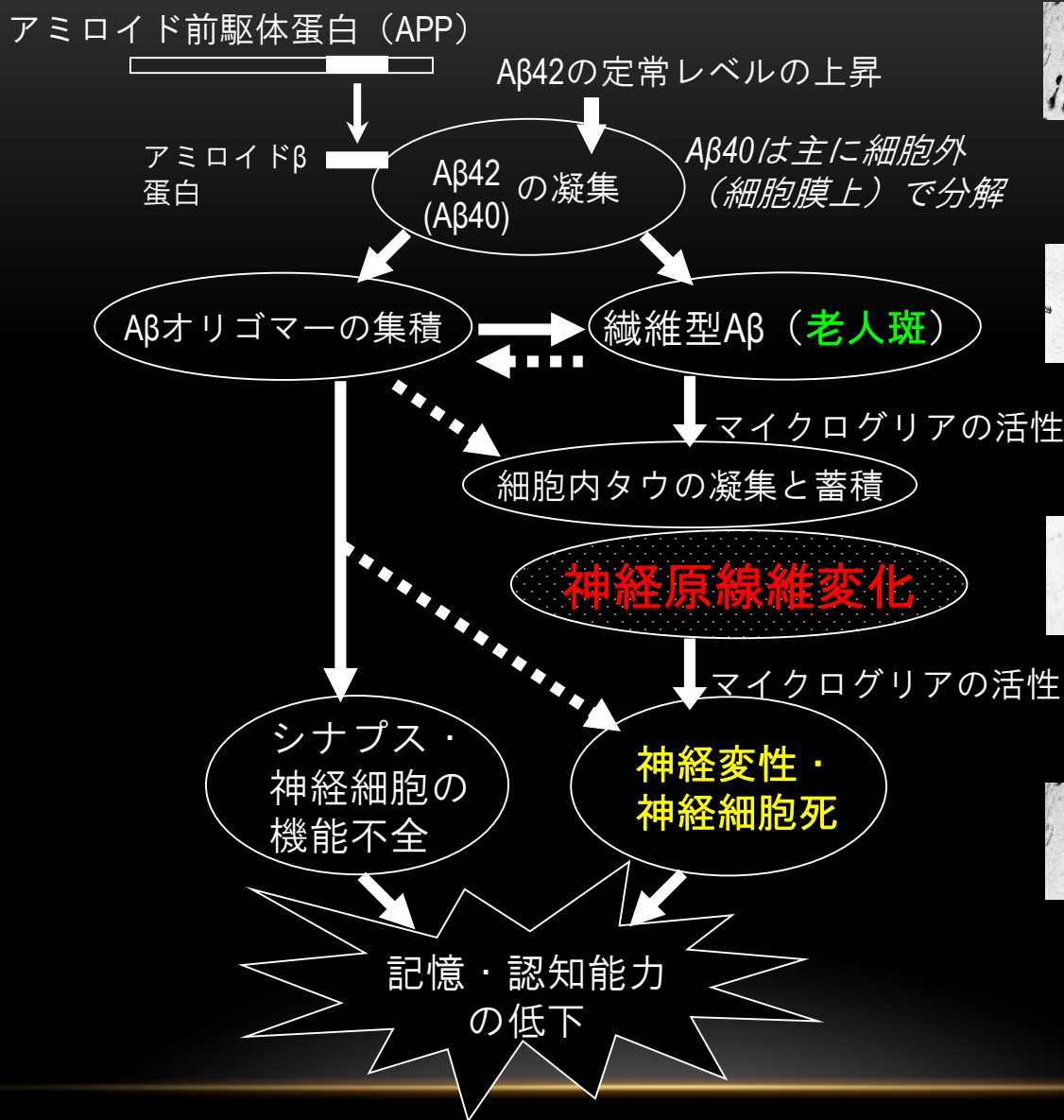
- ☐ やる気が出ない
- ☐ 一日中横になっている
- ☐ 悲観的になりやすい

場所が分からない

地誌的障害

- ☐ 道に迷う
- ☐ 場所や方向など位置関係が分からなくなる

【時系列に沿ったAD病理カスケード】



科学実験的にデータが集積している経路を実線で、可能性が考えられる経路を破線で示す。

認知症の治療

- 認知症は、高齢化が進む中で一般的な病気として広く認知され、発症メカニズムの解明やその治療の研究がすすんでいる。
- 薬物治療はその選択肢を増し、比較的早期に診断し適切な薬物療法を開始する事は重要とされている。
- しかし、薬物療法では、中核症状の進行を遅らせ、行動・心理症状を緩和しようとする対症療法が標準的治療となっており、治療可能な認知症（※）を除くと、今のところ臨床で使用できる認知症の根治治療薬は存在しない。
- したがって、認知症患者への治療においては、リハビリテーションや介護的関与などの非薬物療法も重要な役割を担っている。

※脳腫瘍・慢性硬膜下血腫・正常圧水頭症・脳血管障害等の外科的治療の対象となる疾患。他にも脳症や、薬の副作用によるせん妄状態など治療可能な状態もあります。

認知症らしい病気

- うつ、ストレス、疼痛

認知機能が低下し、脳の局所が萎縮する

(しかし、神経細胞は消失しない)

- 治療（可能）にて脳の容積改善する（シナプスやアストロ細胞）

≠ 認知症は神経細胞の消失による脳萎縮

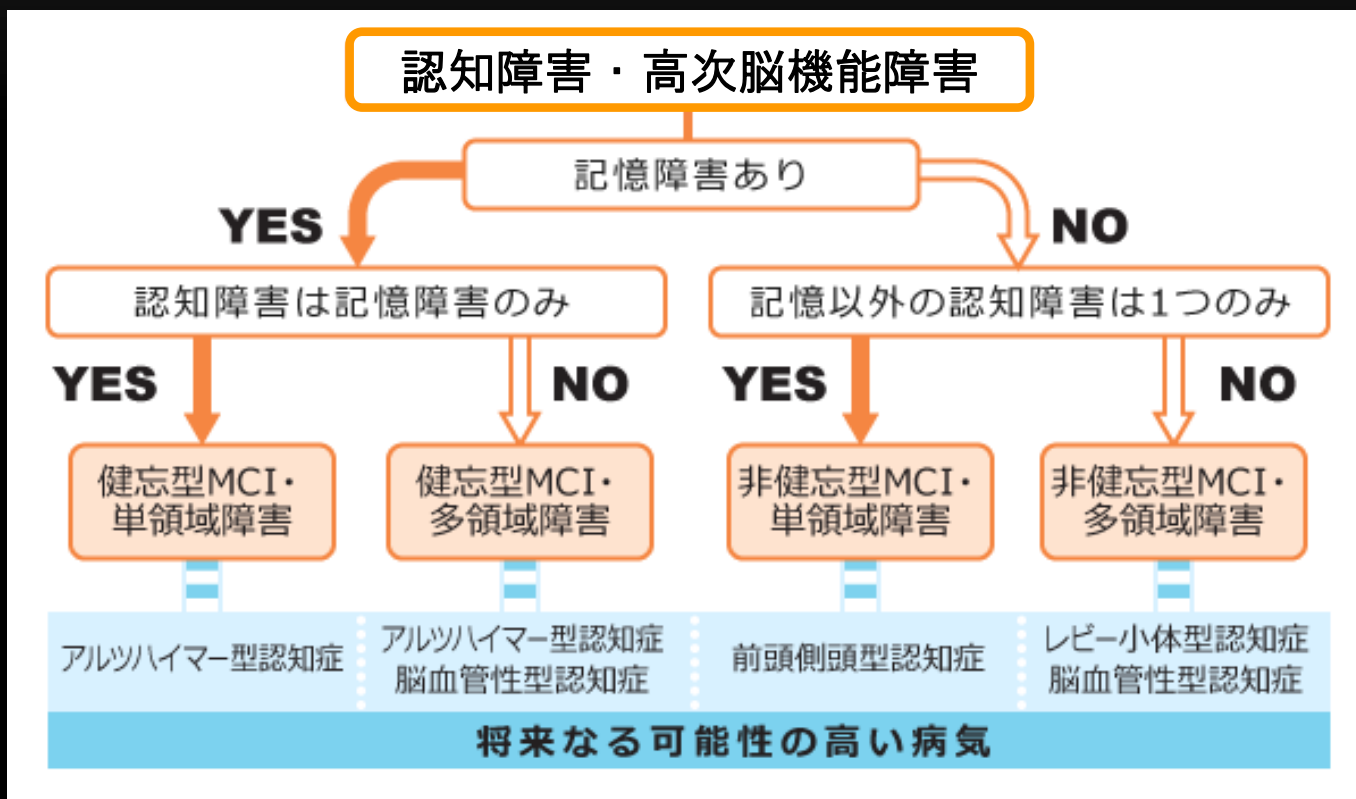
軽度認知障害（MCI）とは？

健常者と認知症の中間にあたる、MCI（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）という段階（グレーゾーン）があります。MCIとは、認知機能（記憶、決定、理由づけ、実行など）のうち1つの機能に問題が生じてはいますが、日常生活には支障がない状態のことです。以下がMCIの定義になります。

● MCI 5つの定義

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

認知症になる疾患

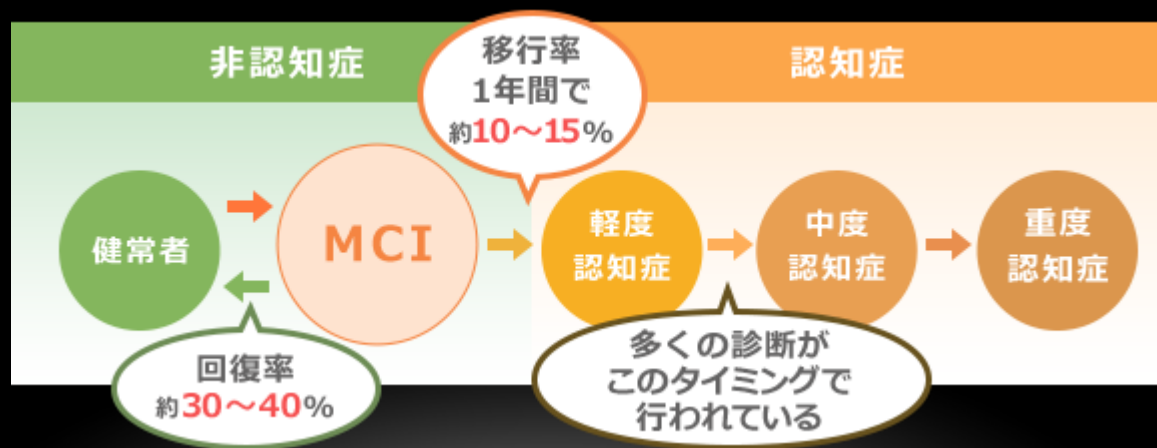


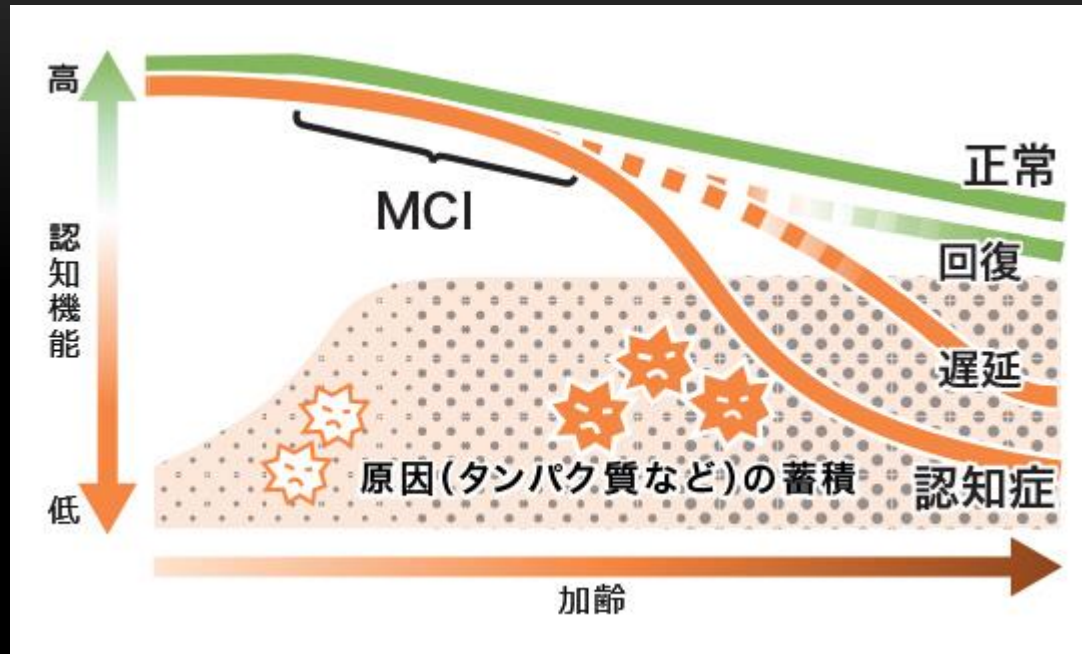
※認知障害には記憶障害以外にも、見当識や判断力の障害などがあります。

早期発見の重要性

- MCIは適切な治療・予防をすることで回復したり、発症が遅延したりすることがあります。
- 一部の場合を除き認知症は完治出来ません。

※脳腫瘍・慢性硬膜下血腫・正常圧水頭症・脳血管障害等の外科的治療の対象となる疾患。他にも脳症や、薬の副作用によるせん妄状態など治療可能な状態もあります。



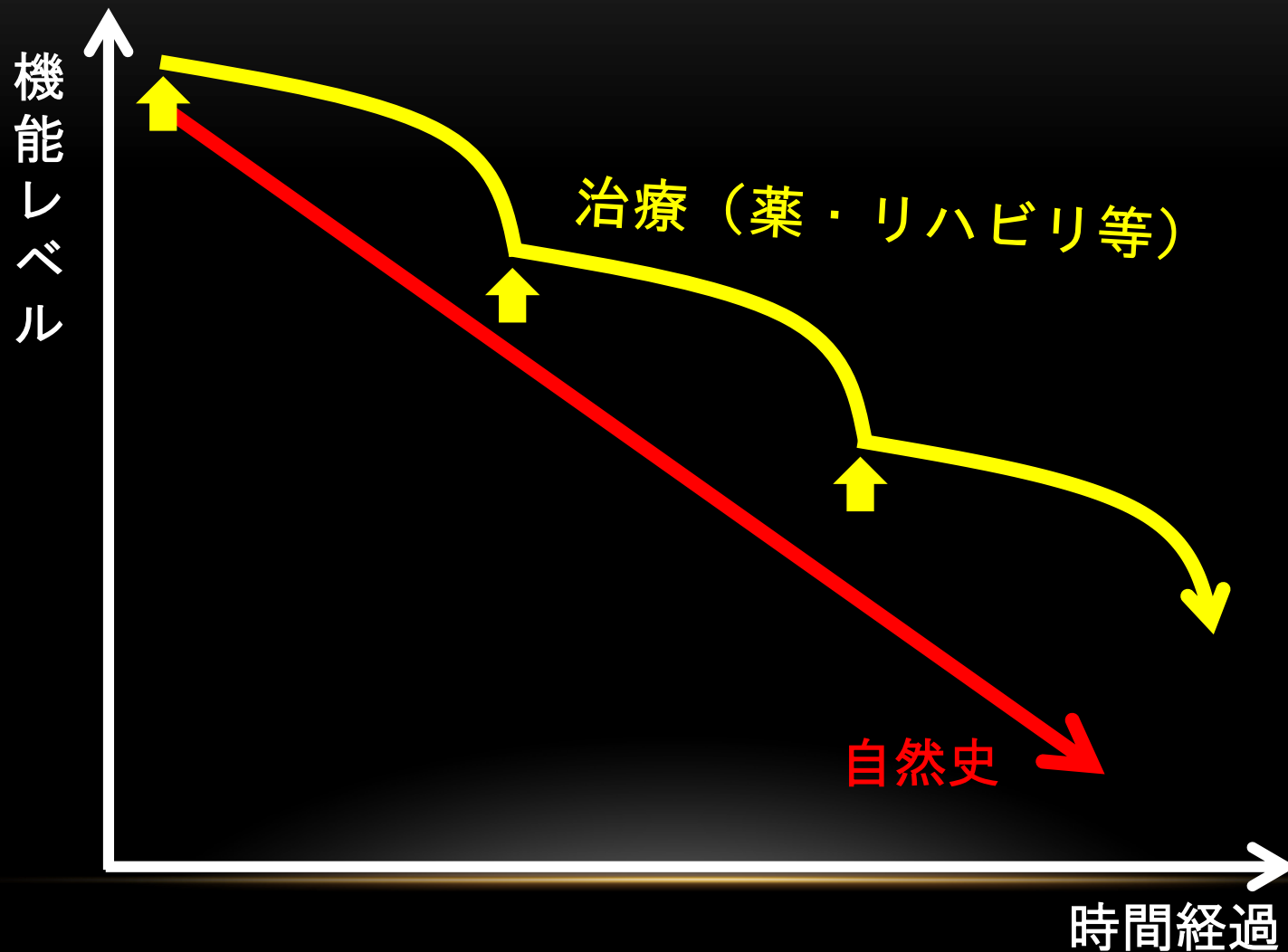


MCIはその症状と対応によって回復したり、発症が遅延したりする。

平均フォローアップ5年のMCI患者では正常域に戻った者は28%、
65%の者は認知障害が進行・認知症へ移行した

(Roberts RO et al, Higher risk of progression to dementia in mild cognitive impairment cases who revert to normal. Neurology 2014)

認知症など神経難病の治療・リハの考え方



認知症は増えていない？

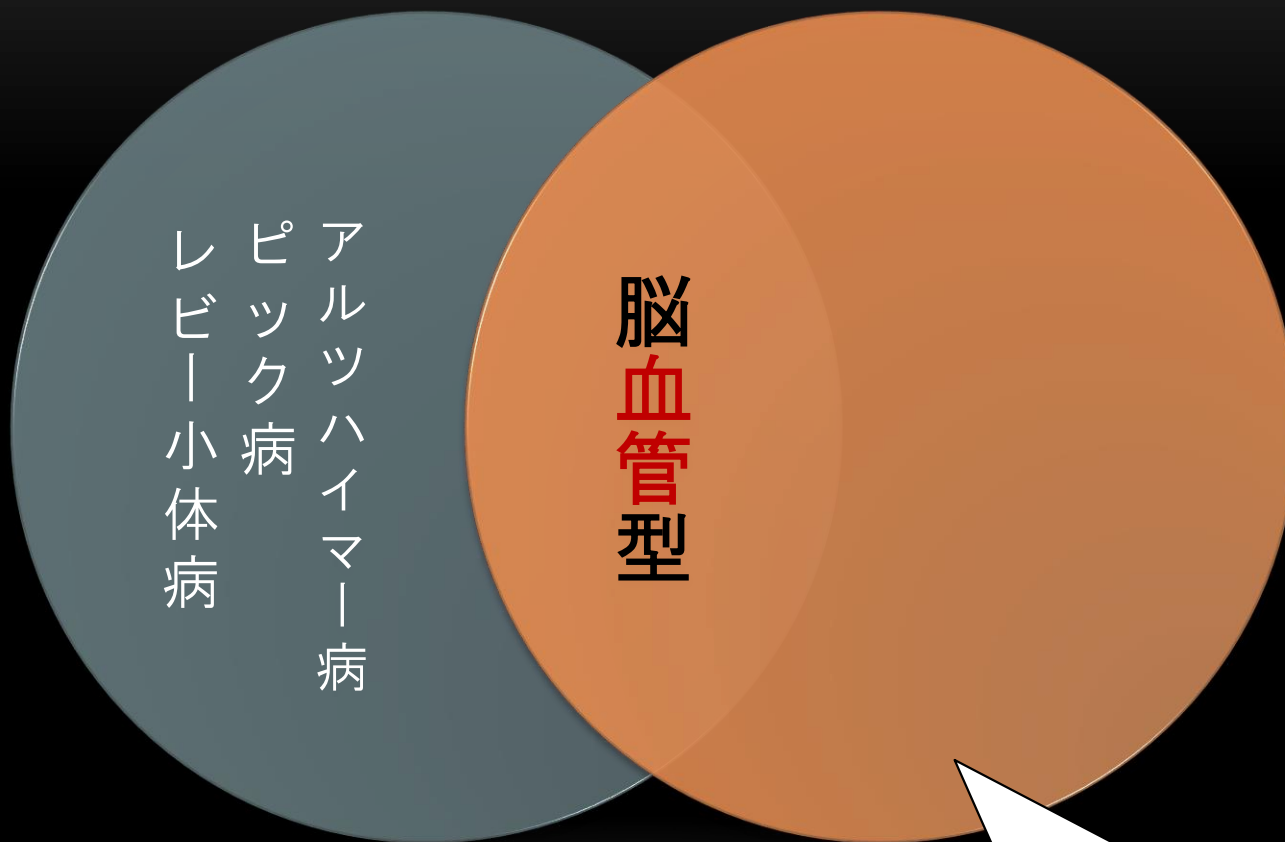
- 高齢化にもかかわらず、認知症が減っている。(西欧州など)
- 英国では年齢別の有病率が低下：「認知症の推計数が安定」
- 1990年に予測した推計数と比べ、2011年での65歳の総有病率が22%減少。発生頻度は10年ごと減少。
- 認知症有病率の減少は、教育や生活環境の改善、この数十年間の高血圧やコレステロールなどの危険因子の減少といった保護因子の改善と時期を同じくしている。
- 背景リスクの減少だけでは説明できないが、ライフスタイルの健全化による改善の可能性が示唆。

心臓の健康を保てば認知症になりにくい

- 高齢化にもかかわらず、認知症が減っている。(西欧州など)
- 英国では年齢別の有病率が低下：「認知症の推計数が安定」
- 1990年に予測した推計数と比べ、2011年での65歳の総有病率が22%減少。発生頻度は10年ごと減少。
- 認知症有病率の減少は、教育や生活環境の改善、この数十年間の**高血圧**や**コレステロール**などの危険因子の減少といった保護因子の改善と時期を同じくしている。
- 背景リスクの減少だけでは説明できないが、ライフスタイルの健全化による改善の可能性が示唆。

(Wu et al, Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. Lancet Neurol 2015;
Claudia et. al, Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. N Engl J Med 2016)

ピュアな認知症は少ない？



脳卒中リハが有効

認知症に対するリハビリ療法

(本邦の認知症疾患治療ガイドライン2010より)

- バリデーション療法
- 現実見当識訓練 (reality orientation : RO)
- 回想法
- 音楽療法
- 認知リハビリ (認知刺激療法)
- 運動療法

が推奨されているが、エビデンスレベルはグレードC
(科学的根拠はないが、行うよう勧められる)

身体的および認知的トレーニングは、認知症予防または遅延させる可能性があるが、これらの治療上の神経メカニズムはほとんど知られていない。

バリデーション療法、ROと回想法

- バリデーション療法

アメリカ発の認知症ケア技術。嘘をついたりごまかしたりせず、「傾聴」と「共感」を基本にコミュニケーションを行うこと。認知症の人が大声を出したり、徘徊をしたりすることにも全て「意味がある行動」として捉える。

- 現実見当識訓練

個人情報に関する質問に始まり、今居る場所や日付などの質問を繰り返し、また日常生活で当たり前に行ってきた動作を通じ、対人関係・社会性を取り戻すことや、残存機能に働きかける。

- 回想法

過去の懐かしい思い出を語り合ったり、誰かに話したりすることで脳が刺激され、精神安定させる効果が期待できる。認知症は、記憶障害が進んでいても古い記憶は比較的最後まで残っていることが多く、この特徴を生かした方法。

音楽療法

音楽を聴いたり（受動的音楽療法）、歌ったり（能動的音楽療法）することで脳の血流が増加します。

- ・行動面…徘徊、暴力、食行動の異常、睡眠障害、自発性、協調性
- ・心理面…不安、興奮、うつ症状、無気力、妄想、幻覚

中等度～重度の認知症まで、適応となる患者層が広い。
また、当人が過去に親しんだ音楽を聴くことで当時を思い出し、記憶力が改善された事例も報告されています。

認知リハビリ

- “Cognitive Training” “Cognitive Rehabilitation” 単独

記憶、注意、遂行機能、言語など：有意な効果なし・有害もなし

(Bahar-Fuchs A et al., Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013)

- 運動＋認知訓練（二重課題）：計算・言語、歩行速度の向上

(Tay L et al., A Combined Cognitive Stimulation and Physical Exercise Programme in Early Dementia: Differential Effects on Single- and Dual-Task Gait Performance. Gerontology. 2016)

運動療法と認知訓練または併用介入後の構造的および機能的MRIにて脳の変化を調査：

- 漸増筋肉抵抗運動・・・後部帯状回の灰白質増大、全般性認知改善
- コンピュータ認知訓練・・・海馬と上前頭皮質の機能的結合の増強によって記憶低下を減少

(Suo C et al., Therapeutically relevant structural and functional mechanisms triggered by physical and cognitive exercise. Mol Psychiatry. 2016)

- 作業療法（何らかの作業、日常生活の流れの中で行うもの）：

料理、掃除、洗濯、整理整頓、買い物などの外出、食事、入浴、排せつ

(Ojagbemi A and Owolabi M, Do occupational therapy interventions improve quality of life in persons with dementia? A meta-analysis with implications for future directions. Psychogeriatrics. 2016)

運動療法

運動による認知機能への効果

- 高齢者では心肺機能のみならず脳血流を増加も目的としている。
- 認知症患者に対する運動プログラムが日常生活能力を改善する。認知症、精神症状（鬱など）に対する運動の恩恵の証拠は明らかにされていない。
- 死亡率、介護者の負担・生活の質・死亡率、医療サービスの使用（コスト面）に関する証拠は殆どか全くない。

(Forbes D et al., Exercise programs for people with dementia.
Cochrane Database Syst Rev. 2015)

- 何らかの認知障害のある要介護認定者に対して、持続性運動・3ヵ月介入後、運動耐容能、うつ、注意・認知機能に有意な改善を認めた。

(園田悠馬, 有酸素性持久運動プログラムが要介護認定者の脳機能に及ぼす影響.
滋賀医大雑誌 2015)

滋賀医大の認知症リハビリテーション

(基本)

- 血管を健康にするための運動療法
- 頭のを健康を保つための認知訓練
- 心の健康に対するケア

(応用・追加)

- 個人のライフスタイルに合わせた活動支援
- 就労
- 介護保険

認知症のリハビリテーション

リハビリテーションは、脳・心臓・足腰の健康を保ちます。
非薬物療法です。

認知症と共に生きる
「あなた」と「家族」
の笑顔を取り戻す。

滋賀医科大学附属病院
2階 リハビリテーション室

- 運動療法
- 認知訓練
- 介護指導
- 環境改善
- 各種検査

ご希望・ご相談のある方はお申し出ください。