

講義

障害特性に応じた支援
認知症・発達障害との共通点と相違点

前半

1

高次脳機能障害

重要なこと

これまで知られていなかった新しい病気ではない

脳が傷ついて生じる後遺症のうち、単純な麻痺や感覚の障害以外の**総称**

どんな後遺症が残るか → 「**脳のどこが傷ついたか**」で決まる

「**脳のどこが傷つくか**」 → **脳が傷つく原因によってある程度の傾向**

「**脳が傷つく原因によって、ある程度後遺症の特徴が決まる**」

認知症、発達障害でも結局同じこと

2

対応で大事なこと

対応の原則 → **生活がうまくいくように工夫**

生活がうまくいくためには →

環境要因の情報収集
その患者さんが何を要求される生活をしているのか
(独居かどうか、仕事ではどんな作業をしているのかなど)

患者さん要因の情報収集
障害のためにどのようなことが苦手になっているのか
どのようなことはうまくできるのか

3

情報収集後

環境要因 環境調整でできることは環境調整で。日常生活では支援の導入。
就労では、適性に応じた仕事内容など。

患者さん要因 苦手なことの克服（リハビリ）。ただし、それは現実なかなか難しいので、
苦手な能力を使わずにうまくゴールにたどり着く具体的な工夫（代償手段）

重要なこと 支援者側の「こういうやり方ではないダメ」というこだわりは禁物
大事なものは、「**目標の結果にたどり着くこと**」
「**どのようにたどり着くか**」ではない
例えば、多動の子が貧乏ゆすりしながらの方が学業が進むのであれば、
むしろ「**積極的に貧乏ゆすりを薦めるべき**」

4

認知症と高次脳機能障害

5

認知症

認知症の条件

様々な認知機能（知能・記憶・失語・注意障害・遂行機能・社会的認知・複雑な感覚や行動）が、**病前と比較して低下している**

以前は記憶を特別に扱い、「記憶の障害」+「もう一つ何らかの認知機能の低下」を満たせば「認知症」と呼んでいたが、少なくとも初期に記憶障害をきたさない認知症があることから、記憶の障害は必須ではない

認知機能の低下のために、**日常生活に障害が生じている**

日常生活に影響がない状態の場合、
Mild Cognitive Impairment（軽度認知障害）と呼び区別

6

軽度認知障害 Mild Cognitive Impairment (MCI)

認知症の診断がつかないが、認知機能の低下が認められる

- 本人や家族から認知機能低下の訴えがある。
- 認知機能は正常といえないものの認知症の診断基準も満たさない。
- 複雑な日常生活動作に最低限の障害はあっても、基本的な日常生活機能は正常である。(例えば、日常生活で使う程度の道具の使用：例ATMの利用などができる)

7

認知症の分類

脳血管性の認知症

発症機序

- 神経変性疾患** (アルツハイマー病を含む)
- 認知症性変化** (外傷性脳損傷による)

脳血管性およびアルツハイマー病で原因の約7割程度を占めると考えられる

年齢による分類


- 老年期(Senile)** 65歳以上で発症する認知症をこのように呼ぶ。変性疾患ではアルツハイマー病理が多いと考えられる
- 初老期(Presenile)** 65歳未満。疫学的調査はあまりないが、脳血管性、アルツハイマー病理の順に多い。前頭側頭型認知症は絶対数は多くないものの初老期発症率は高い

8

脳血管性認知症

脳卒中では、脳梗塞(虚血)、脳内出血などによって脳の一部分が損傷し、その部位に応じた後遺症が残る

これはまさに高次脳機能障害



9

変性疾患による認知症

変性とは、病理の用語で、細胞、組織のなかに、生理的には存在しない**異常な物質**、あるいは生理的に存在する物質でも、**異常な部位に、ないしは異常な量に認められる状態**を指す (難病センターHPより)

神経変性疾患は、神経細胞の中や周りに、このような異常な物質がたまり、それによって**細胞が徐々に死んでいってしまう病気**

アルツハイマー病が最も頻度が高く、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症を合わせ、3大認知症と呼ぶことがある

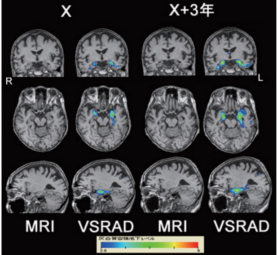
10

アルツハイマー病(典型例)の脳萎縮

典型的には海馬の萎縮

↓

エピソード**記憶の障害**が生じる

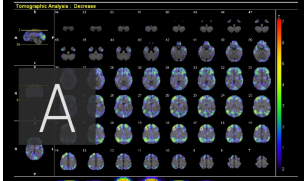


日本老年医学会雑誌49巻4号 松田博史より

11

レビー小体型認知症の脳機能

このタイプの認知症では初期に後頭葉の血流が低下し、**錯視や幻視、抑うつ気分や妄想**がみられることが多い

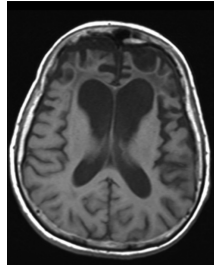


両側後頭部を中心とした脳血流の低下 (SPECT所見)

12

前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症では、前頭葉に粗大な萎縮を認め、怒りっぽさ、こだわりなどの性格変化、社会行動変化を認めることが多いとされる



脳科学辞典より

13

前頭側頭型認知症の症状

性格変化

- 臨機応変さがなくなる（こだわり）
- 怒りっぽくなる
- 無関心
 - 自分のこと・・・整容に気を使わなくなる。
 - 他人のこと・・・他人の言動に無関心
- 環境の被影響性の亢進

14

前頭側頭型認知症の症状

無関心

- いろんなことに関心がなくなる
- 自分のことに関心がなくなると、整容に気を遣わず、着替えをしない、歯を磨かない、お風呂に入らない、などの症状が出る
- 他人のことに無関心だと、going my way behaviour（我が道を行く行動）になる。例えば、診察室に入って、医者を見捨てて窓の方に行く、といった行動、診察も終わってないのに出ていこうとする行動などが含まれる。

15

前頭側頭型認知症の症状

こだわり

- 臨機応変にできないことから生じる。
- 例えば、周遊行動があるが、普通の散歩と違い、雨の日だろうが雪の日だろうが、出かける。「状況に応じて変える」ということができない。周遊行動は、決まったルートを通って行動するという意味で、徘徊とは異なる。
- 物事のやり方なども、同じやり方でやろうとする傾向があり、制止するとイライラされることがある。

16

前頭側頭型認知症の症状

環境の被影響性の亢進

- 例えば、スイッチは、我々に「押してくれ」とせがんでくる（アフオーダンス）。一般に道具は、我々に道具に対応した行動をするようにせがんでくる。
- 患者さんが診察室に入るなり、机の上においてあるものを手に取り、使おうとする、といった行動がこれにあたる。
- 取り分けるつもりで大皿に盛った料理を全部食べようとする、といった行動も含まれる。
- 対策は、刺激が目に入らない、耳に入らない、ように工夫する、ということになる。

17

前頭側頭型認知症の症状

身体感覚の低下

- 多くの場合、自分の身体感覚の低下が生じる。
- 例えば熱を出していても気が付かないなど。
- 膀胱直腸感覚も低下するので、切迫性失禁（直前まで気が付かない）を生じたり、失禁していてもそれに気が付かない、ということが生じる。
- 満腹になっても気が付かないこともあることから、食べ過ぎてしまうことが多いので、家族が調整する必要がある。

18

変性疾患による認知症の特徴

ここまで挙げた3つの病気が、変性疾患による主な認知症

変性疾患による認知症は

- ① どのような物質がたまってしまいか (病名を決定する)
 - ② どこからその物質がたまり萎縮が始まるか (症状を決定する)
- という2つの観点を抑えれば理解が可能

同じアルツハイマー病でも、若年性の非典型例で、海馬以外の部位から脳萎縮が始まる場合 (例えば後頭葉萎縮症など) は、初期症状は典型例と全く異なることが知られている。

19

変性疾患の主な原因物質

- Alpha-synuclein ●●● 主にLewy bodyを形成している物質。どうい働きのしているかはあまり分かっていない。凝集し不溶性になることでLewy bodyを形成。
- Tau ●●● 主にNeurofibrillary tangle (NFT) (神経原繊維変化)を形成する蛋白。本来は細胞内微小管の働きに関与していると考えられている。
- Ubiquitin ●●● Ubiquitin陽性蛋白には、TDP-43蛋白陽性のもと、FUS蛋白陽性のもがあり、主に前頭側頭葉萎縮症で認められる。
- Amyloid βシート ●●● 不溶性のアミロイドβ アルツハイマー病で認められる。

20

典型例の臨床症状

アルツハイマー病

変性疾患の中では一番多いと考えられている。典型例では物忘れ (特にエピソード記憶の障害) が初期に生じ、「同じことを話す、聞く、物をどこに置いたか忘れる」などの主訴で来院。

前頭側頭型認知症

行動型と言語型に分類され、行動型は従来のピック病を含み、「怒りっぽくなった。万引きなどの反社会的行動。」を主訴として来院。言語型は、さらに2型に分けられるが、いずれも「言葉を話しにくくなった」という主訴で来院。

レビー小体型認知症

その名のとおりレビー小体と呼ばれる封入体を細胞内に認める。パーキンソン病と原因病理は同一で、初期は幻視、抑うつ気分、睡眠時行動異常症や自律神経症状が目立つ。

21

分類のまとめ<1>

- 臨床では、呈する症状による診断が行われる (臨床診断)。例えば、物忘れて発症し、構成失行などの症状、言葉の出にくさなどを伴う場合、アルツハイマー病が強く疑われる。
- 臨床上の症状は、患者の脳に生じている萎縮部位と関連している。
- しかし、脳の萎縮の原因となる病理的背景は、萎縮部位が同一でも複数の原因 (原因となるタンパク質) がありえる。したがって、症候学的にはアルツハイマー病の症状をきたしながら、背景病理 (原因タンパク) はCBDである、といった現象が生じる。
- あるいは、背景病理 (原因タンパク) がアルツハイマー病でありながら、脳の萎縮が前頭葉や後頭葉から始まるタイプがある。

22

分類のまとめ<2>

- 変性疾患の症状は、変性 (つまり脳萎縮) がどこから始まるかによって決まる。
- レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、あるいはアルツハイマー病の非典型例では、「記憶」以外の能力低下が初期に目立つ。
- 脳部位の萎縮は、
その脳部位の機能低下 = 症状
となり、症状の理解のためには神経心理学的な知識が役に立つ。

23

Neurocognitive Disorders 神経認知障害群

DSM-5では認知症(Dementia)という言葉もなくなった

- Delirium せん妄 (一過性のもの)
 - Major Neurocognitive Disorder 認知症 (DSM-5)
 - Mild Neurocognitive Disorder 軽度認知症 (DSM-5)
- ややこしいですが、日本語訳では、認知症という言葉が残された...
- 複雑性注意
 - 実行機能
 - 学習と記憶
 - 言語
 - 知覚-運動
 - 社会的認知
- これらの精神機能の内、一つ以上が、以前よりも低下している
- 記憶は特別な扱いをされていない

24

神経認知障害の構成要素

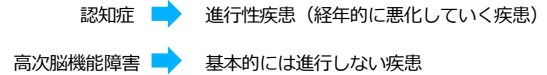


25

認知症と高次脳機能障害<1>

現在の病名としての認知症（神経認知障害：DSM-5）は、高次脳機能障害を含む概念であり、両者に違いはない。
DSM-5においては、神経認知障害の中に、日本でいう認知症も、高次脳機能障害もいずれも含まれる。

現在の日本における相違点



26

認知症と高次脳機能障害<2>

進行していくということを除けば、認知症と高次脳機能障害に根本的に異なる点はない。

- いずれも、脳損傷の原因となる疾患によって損傷しやすい脳部位が異なり、結果として現れる症状が異なる。**脳の障害部位が同じであれば、同じ症状を認める。**
- 典型的（老年期）アルツハイマー病（認知症）では、内側側頭葉の萎縮があり、エピソード記憶（日記に書くような記憶）の障害が中心となる。
- しかし、例えばヘルペス脳炎後遺症（高次脳機能障害）でも、**同じ部位が障害されやすく、後遺症としてはエピソード記憶を含めた長期記憶の障害が中心に生じる。**

27

考え方

認知症であれ、高次脳機能障害であれ、**症状は脳の損傷あるいは機能低下部位に対応したものである。**

どの脳部位が障害を受けるかは、**原疾患によってある程度一定の法則がある。**

(例：外傷性脳損傷：前頭葉眼窩面、意味性認知症：左側頭葉底面から側頭極、大脳皮質基底核症候群(CBS)：頭頂葉など)

原疾患によって、**症状のパターンがある程度決まる。**

認知症（特に変性疾患）の場合は、病初期は決まった脳部位の障害から始まり、徐々に萎縮部位は広がり、広範囲の脳の萎縮が生じていくとともに、全般的な能力低下が生じる。
一方で、高次脳機能障害の場合は、原則的には症状は進行しない。

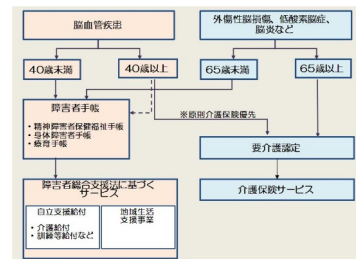
28

治療や福祉的サービスの目的

	認知症	高次脳機能障害
治療	現在の認知症治療は、症状の進行を抑える薬のみ	発症後、時間とともにある程度改善する。また、症状を軽くするお薬がある場合も
ケアの目的	生活の援助、介護者負担の軽減などが主眼	生活の自立、可能なら社会復帰
目標	いかに日常生活を安定して過ごすかを旨とする	日常生活の自立と、就労

29

原因疾患と利用できるサービス



(図1/HPより)

30

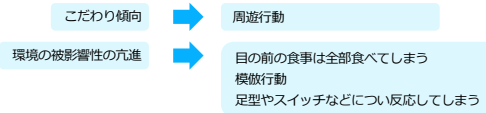
福祉や介護のサービス

現在の年齢	40歳未満	40歳～64歳	65歳以上
障害の原因	—	事故等	脳血管疾患
利用できるサービス	障害福祉サービス		介護保険サービス (※介護保険加入者)
入所	○ 施設、ショートステイ、グループホーム等		○ 特養、老健、ショートステイ等
通所	○ 生活介護 ○ 自立訓練 ○ 就労継続AB、就労移行		○ デイサービス、デイケア ○ デイサービス(短期集中運動型等) ×
ヘルパー 訪問	○ 介護、入浴、家事、移動支援等		○ 介護、入浴、家事等
福祉用具、住宅改修等	×		○
相談先	障害者地域生活支援センター 区役所・支所の保健福祉センター		地域包括支援センター 区役所支所の保健福祉センター

31

高次脳機能障害の観点から

- 前頭葉機能が著しく低下



- こういった特徴は前頭側頭型認知症特有という訳ではなく、何らかの原因で前頭葉機能が著しく低下すると出現する。
- 少なくとも、認知症症例の症状の一部は、高次脳機能障害（神経心理学）の知識を応用すると対処が可能になるのではないかと

32

工夫点

- この症例は山歩きが好きで、前頭側頭型認知症の「**周遊行動**」をむしろ利用し、山まで歩いてくる決まった散歩コースを設定した。
- 前頭葉の萎縮が進むにつれ、「**環境の被影響性の亢進**」が生じたが、これを逆手に取り、トイレに足型をかき、そこに足を置くように。妻が歯磨きを目の前で行い、真似を指すように。見えなければ反応しないことが多いので、冷蔵庫は妻がいないときは布をかけて隠す。
- 食事は出した分全部食べてしまうので、一人分を一つのお皿に。
- 特定の話題と、歌は好きなので、なるべく取り入れ、言葉がなるべく減らないように努める。

33

別の観点から

- 症状の中には、むしろそれを利用することで、患者さんの健康を維持することに役立つものがある。
- 患者さんの残存能力をいかにうまく使って生活を組み立てるか。
- 困った症状も、困らない形で構造化することでうまく利用できる可能性がある。

34

周辺症状

- 「認知機能の低下」以外の、認知症によって生じてくる様々な症状を、まとめて「周辺症状」と呼ぶ。
- 周辺症状の多くは、「認知機能の低下」のような「できたことができなくなる」変化ではなく、「**それまでみられなかった言動がみられるようになる**」という変化。
- ある能力が低下したことで、いわば二次的に生じてくると考えられる症状のこと。

35

周辺症状の理解

周辺症状の多くは、いわば認知機能の低下から二次的に生じるもの。

必ずしも萎縮した脳部位と対応した症状ではない。

分け方

- ① 能力低下から直接生じた症状 (例：レビー小体型認知症の幻視、妄想など)
- ② 能力低下から二次的に生じた症状 (例：記憶障害の方に見られる物盗られ妄想)
- ③ 心理社会的な要因の大きい症状 (例：嫉妬妄想)

36

後半に続く

37

© 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

38