

# 2章

## 高齢者の認知症とかかりつけ医

認知症の人の増加という、高齢社会において避けられない現実、最良のケアとはどのようなものであろうか。医療だけでは支えきれないことは明白であり、介護や福祉も含めた対応が望まれている。まず、医療的には診断、予防および治療だが、認知症が進行すれば、医療よりケアが重視される。ケアにおいては、特にBPSD（Behavior and Psychological Symptoms of Dementia）と呼ばれる周辺症状が多様に出現し、社会適応が困難となる一時期の認知症の対応が苦慮されるところであり、社会的な環境や対応力の充実が必要とされる。

また、弱者としての認知症高齢者に対する社会的、法律的擁護が必要とされる。成年後見制度、虐待防止、身体拘束禁止などの取り組みが行われているが、その成果はまだまだ十分ではない。

社会的にも病気としての認知症の理解は不十分で、残された時間での自己決定を支える早期診断、早期対応のシステムも十分には整ってはいない。

### 1 認知症（記憶障害と認知障害）

アメリカの精神医学会の定義では、認知症とは意識障害の伴わない記憶障害に、行動計画などの高度な判断ができず、社会的生活や対人関係に支障があり、うつ病や器質的基礎疾患を除いたものを指している。認知症の中核症状とは記憶障害、判断力障害、実行機能障害、問題解決能力の障害であるが、その中核症状のあるものだけが欠落するものは、高次脳機能障害として取り扱われることが多い（資料編1参照）。

#### ● 記憶障害

記憶は即時記憶、近時記憶、遠隔記憶に分類される。記憶障害だけであれば、健忘症候群と呼ばれている。健忘症候群の患者は、目の前で起こった数十秒の即時記憶は障害されないが、近時記憶は障害される。昔ながら

---

の日常会話はできていても、薬を飲んだことや貴重品をしまった場所、かかりつけ医などが思い出せなくなる。

健忘症候群の原因は、器質性の原因と心因性の原因がある。器質的には頭部外傷や脳血管障害があり、心因性には心的外傷などの精神的ショックの場合が多い。特に突発的な器質的原因の場合は、高次脳機能障害を起こす要因となっている。

健忘があると失見当が出現し、自分がどこにいるのか、時間がいつなのか分からず、相手の名前も分からなかったりする。その時に作話が出ることもある。

障害を受けない記憶として「体で覚える記憶」がある。グループホームにおいて、女性の認知症高齢者たちが共同で自炊することにより、その残っている記憶が活かされ、混乱のない日常生活を送ることができたりする。

記憶障害に対するリハビリテーションとして、手続き記憶学習（運動学習）を行うことが勧められている。最近では学習療法も盛んである。

記憶は言葉や意味、思考といった、他の認知機能と相互に関係しているので、失語や知能障害があれば当然、記憶機能も影響を受ける。

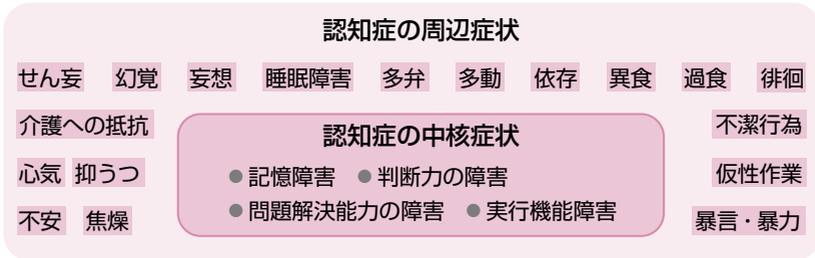
## ● 認知障害

認知障害とは失語、失行、失読、失認、注意集中力障害などを示し、高次脳機能障害の中では失語、失行、失認の頻度が高い。

具体的に生じる現象は、話せない、すじの通らないことを言う、読めない、書けない、道具がうまく使えない、他人の行動の真似ができない、見たもの聞いたものが分からない、など多様である。

認知障害に対するリハビリテーションとして、損なわれた機能そのものへの回復訓練と代償訓練とがあるが、いずれも実生活への適応を目的とすることが勧められている。

図1 認知症の中核症状と周辺症状



### ● MCI（軽度認知機能障害：Mild Cognitive Impairment）

「正常ではなく、認知症でもない」、「加齢では説明できない認知機能の低下はあるが、日常生活機能は正常」「記憶障害がある」などが MCI の概念となっている。すべてではないが、認知症に移行する例が多く、認知症早期診断上重要なカテゴリーである。積極的に画像診断や検診によるスクリーニングなどによって、MCI を早期発見し、さまざまなサポートや、地域でのネットワークなどを活用した積極的対応が求められる。

図2 軽度認知機能障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）

- (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) 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。
- (3) 日常生活動作は自立。
- (4) 全般的認知機能は正常。
- (5) 認知症ではない。

（出典：Petersen RC et al : Arch Neurol, 2001）

## ● 認知症を呈する主な疾患

図 3 認知症を呈する主要な疾患

代表的な疾患	可逆性の疾患
<ul style="list-style-type: none"><li>●アルツハイマー型認知症</li><li>●レビー小体型認知症</li><li>●血管性認知症</li><li>●前頭側頭葉変性症<ul style="list-style-type: none"><li>・前頭側頭型認知症 Pick 型、運動ニューロン疾患型、前頭葉変性型</li><li>・進行性非流暢性失語</li><li>・意味性認知症</li></ul></li><li>●その他の認知症</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>●甲状腺機能低下症</li><li>●慢性硬膜下血腫</li><li>●正常圧水頭症</li><li>●ビタミン欠乏症</li></ul>

### (1) アルツハイマー病 (図 4)

記憶領野である海馬、大脳皮質の萎縮が進行する。 $\beta$ アミロイド沈着である老人斑が脳組織に出現する。初期の主症状は記憶障害である。意欲の低下、物事の整理整頓が困難となり、時間に関する見当識障害が見られる。中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れてたり、同じ物を何回も買ってくるようになったりする。後期には、自分の名前を忘れてたり、トイレが分からなくなったり、失禁状態にも陥る。抗アルツハイマー薬で進行を一定期間遅らせる効果が得られるので、早期診断が望まれる。

### (2) レビー小体型認知症 (図 5)

「レビー小体病」とは $\alpha$ シヌクレインという蛋白質を主成分とする神経細胞封入体が引き起こす疾患群の総称で、脳幹・間脳を主とするのが「パーキンソン病」、大脳皮質を主とするのが本疾患である。

アルツハイマー型認知症の次に多く、初期には記憶障害が目立たないことが多い。進行性の認知症であり、リアルな幻視体験、自律神経障害による失神などが特徴になっている。パーキンソン症状が先行することもあり、症状の特徴から早期に疑い、専門医による確定診断に結びつけることが望まれる。

### 図4 アルツハイマー型認知症の診断基準

- A) 記憶を含む複数の認知機能障害
- B) 社会的・職業的な機能の障害／病前の機能の著しい低下
- C) ゆるやかな発症と持続的な認知機能の低下
- D) A) の障害が下記によらない
  1. 中枢神経系疾患（脳血管障害、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍）
  2. 全身性疾患（甲状腺機能低下症、VB12/葉酸 / ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV 感染症）
  3. 物質誘発性の疾患
- E) せん妄の経過中のみ現れるものではない
- F) 障害が他の第1軸の疾患では説明されない  
大うつ病性障害、統合失調症など

出典：DSM-IV-TR（米国精神医学会診断統計便覧第4版）

### 図5 レビー小体型認知症の診断基準

1. 社会生活に支障がある程度の進行性認知症の存在  
初期は記憶障害が目立たないこともあり、進行とともに明らかになる。  
注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。
2. 以下の3項目の中核症状のうち probable DLB では2項目、possible DLB では1項目が認められること
  - 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
  - 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
  - 3) パーキンソニズムの出現
3. DLB の診断を示唆する症状
  - 1) レム睡眠時行動異常
  - 2) 重篤な抗精神病薬過敏
  - 3) PET、SPECT での基底核でのドパミントランスポータの減少

#### 4. DLB の診断を支持する症状

- 1) 繰り返す転倒と失神
- 2) 一過性の意識障害
- 3) 重篤な自律神経障害
- 4) 幻視以外のタイプの幻覚
- 5) 系統的な妄想
- 6) うつ
- 7) CT、MRI で側頭葉内側が保たれている
- 8) SPECT・PET での後頭葉の取り込み低下
- 9) MIBG 心筋シンチの異常
- 10) 脳波での徐波と側頭葉での一過性の鋭波

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies (DLB). Neurology 65: 1863-1872, 2005)

### (3) 脳血管性認知症 (図 6)

初発症状として、もの忘れで始まることが多い。深部腱反射の亢進、足底反射、仮性球麻痺、歩行異常などの脳血管障害の存在を示唆する局所神経徴候を伴いやすい。一般に、記憶障害が強くとも判断力は保持されて、当初は社会的適応力の低下は顕著ではないことも多い。

#### 図 6 NINDS-AIREN による血管性認知症の診断基準

##### 1. 認知症

- a. 記憶障害および認知機能に障害があること
- b. それらは神経心理検査で裏づけされたうえで診察で証明
- c. これらの脳卒中による身体的ハンディーキャップによらない

##### 2. 脳血管障害

- a. 脳血管障害による局在徴候が神経学的検査で認められる
- b. 脳画像検査で対応した脳血管性病変がみられること

##### 3. 認知症と脳血管障害との関連

- (a. b. が単独でみられるか両者がみられる場合)
- a. 脳卒中発症後 3 ヶ月以内の認知症発症
- b. 認知機能の急激な低下、あるいは認知機能障害の動揺性あるいは階段状の進行

Roman GC et al : Vascular dementia ; Diagnostic criteria for research studies-Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-260

#### (4) 前頭側頭葉型認知症 (図7)

認知症と前頭側頭葉の変性、萎縮を認める疾患群の総称。

「pick 型」神経細胞内に pick 球が出現し、それまでからは考えられない行動、人格変化(まじめな人が万引きをするなど)が生じる。

「運動二ーロン疾患型」認知症に ALS 様症状を伴う。

「進行性流暢性失語」その場とは関連のない文脈を繰り返す。

「意味性認知症」‘電話’と言ってもわからないが、使うことはできる。などがある。

#### 図7 前頭側頭葉型認知症の特徴

##### 臨床的特徴

- 初老期におこり、一部は家族性を示す。
- 臨床症候群であり、進行性の前頭・側頭葉変性を示す。
- 臨床症状は高度の性格変化、社会性の喪失、注意、抽象性、計画、判断等の能力低下が特徴。
- 言語面では会話が少なくなり末期には緘黙となる。
- 記憶、計算、空間的見当識は比較的保たれる。
- 画像では病理の萎縮部位に対応する選択的な前頭葉・側頭葉の異常が描出される。

出典：国立長寿医療センター 認知症サポート医養成研修テキスト

#### ● 画像解析による鑑別の必要性

X線CTは脑梗塞、血腫、水頭症、腫瘍などの病変の鑑別に役立ち、治療可能な正常圧水頭症による認知障害などを鑑別することができる。しかしながら、アルツハイマー病などの初期変化の描出は難しく、MRI検査が必要となる。最近では、MRI画像の定量的な形態学的変化の評価がなされて、早期アルツハイマー病診断支援システムも構築され、評価が待たれている。

#### ● 認知症と間違えられやすい病気や症状

認知症と間違えられやすい状態に、加齢による変化、廃用性の変化、う

うつ状態による変化、せん妄などがある。

発症の臨床経過と注意力、ADLで鑑別すると、認知症は進行性で緩除なことが多く、簡単な質問には答えられ、ADLは失見当、記憶障害と同程度であるが、うつ病では、発症は週か月単位で注意障害は目立たず、ADLは割と重い。せん妄は発症時期を特定でき、簡単な質問にも注意を集中できず、日内変化しやすい。ADLは割と重い。これらの病気や症状は、投薬や原因を除去できれば軽快したり、画像診断で認知症が否定できたりする（表1）。ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症や甲状腺機能低下症も見逃せない。

表1 認知症、うつ状態とせん妄の臨床的特徴

	認知症	うつ状態	せん妄
発症	進行性で緩徐。特定できても季節か年単位。	発症は週か月単位。多くは何らかの契機がある。	何日の夜からというように発症時期を特定することができる。
症状の訴え方	多少のものの忘れに対する自覚はある。自分のものの忘れを隠す。	自分のものの忘れなどの症状を強調する。	一定しない。
応答	あまり考えないで、見当はずれの答えが返る。	答えは遅れがちになる。	簡単な質問でも、何回も質問し直さないといけないことがある。
注意力	簡単な質問には注意を向けられる。数字の順唱や逆唱はできる。日内変化はないが、悪くなる時は夕方が多い。	注意力の障害は目立たない。1日の変化は一定しない。	簡単な質問にも注意を集中できない。日内変化しやすい。
思考内容	自分の失敗を他人のせいにするなど他罰的。	自責的、自罰的。	一定しない。

記憶	最近の記憶の障害が主体。	最近の記憶、昔の記憶、直前の記憶の障害の程度にあまり差がない。	即時再生など、直前の記憶の障害が目立つ。
睡眠	普通、睡眠障害はない。	寝付きが悪い。夜中に何回も目が覚める。	夜間に悪化し、夜間せん妄の形を取りやすい。