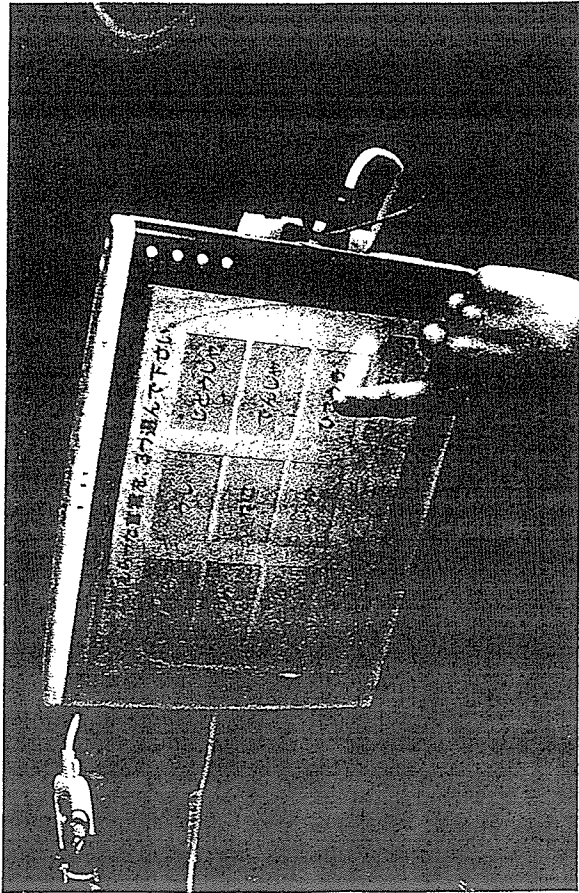


③タッチパネル式認知症スクリーニング機器



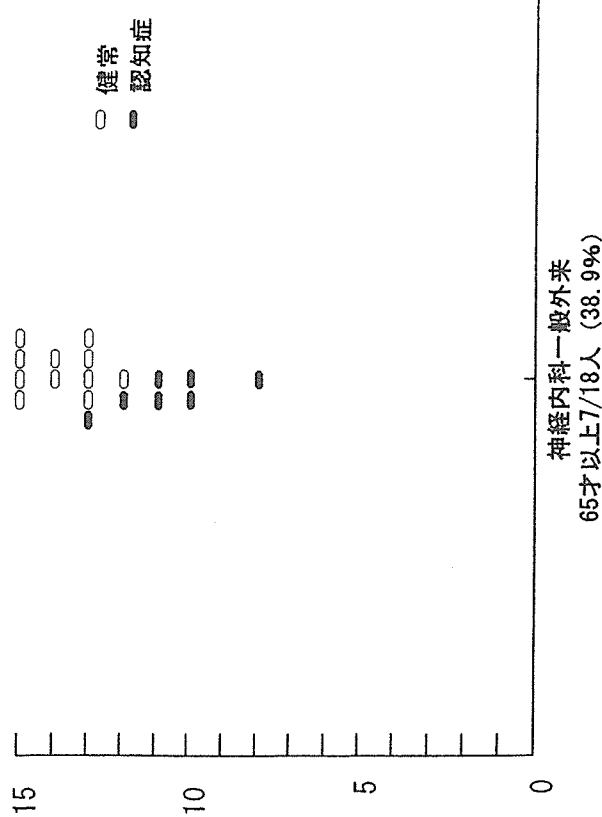
タッチパネル式認知症スクリーニング機器（物忘れ相談プログラム）の実物

て有用と考えられる。

認知症予防検診への有効活用

現在市町村では介護保険の費用負担で困っている。介護保険利用者の多くが認知症であるというデータもあり、介護保険における認知症対策は重要なテーマとなっている。すでに、各市町村で介護保険の負担となる認知症高齢者を減らす目的で、認知症予防教室が立ち上げられている。しかし、この認知症予防教室の対象者の選定が適切になされていないことが多い。参加されている人を見てみると、明らかに重度の認知症であったり、身体的にも精神的にも問題ない全く健康なお年寄りであったり、有効に活用されていない現実がある。そのようなことから、前述したタッチパネル式コンピュータによる認知症スクリーニング機器（物忘れ相談プログラム、図③）を用いて、予防教室の対象者選定を試みた。この対象者としては、認知症にはな

②一見正常と考えていた患者における認知症の頻度



一見正常と考えていた患者さんを対象としてタッチパネル式認知症スクリーニング検査で検出できた認知症患者の結果

義の一つとして、アルツハイマー型痴呆に症状の進行を抑制できる薬（塩酸ドネペジル、商品名アリセプト）を投与することができることにある。医療機関で適切な診断、治療を受け、介護者が正しい知識を持って介護すれば、アルツハイマー型痴呆の患者さんも質の高い生活を送ることができ、介護する家族も安心して暮らすことが可能となる。

かかりつけ医の

診断補助機器としての有効活用

神経内科一般外来で一見正常と考えられた患者さんを対象として無作為に18名の患者さんにタッチパネル式コンピュータを使用して検査したところ、7名（38.9%）の認知症が発見された（図②）。このようなことから、日常診療に多忙なかかりつけ医の先生の診断補助機器とし

っていない、しかしもの忘れ（記憶障害）が起こってきており正常とはいえないという人が望ましい。これは、現在軽度認知障害（MCI）として注目されている概念に相当する。このスクリーニング法を用いて行なうと13点くらいが正に該当する。鳥取県のK町とH村で行なったデータでは、228名の対象者のうち64例（28・1%）をピックアップすることができた。しかもこのような適切な対象者に認知症予防教室が毎週1回、5カ月間実施され、参加者38例のうち26例（68・4%）に改善がみられた⁴⁾。このような成果が得られたため、鳥取県ではその他の市町村でもこの方法を使って認知症予防検診事業を実施するところが増加してきている。

まとめ

タッチパネル式コンピューターによる認知症スクリーニング機器は、最も難しい認知症の早期発見に役立つと思われる。このことから、医

療機関のみならず市町村における認知症予防事業への活用にも有用な可能性が示唆された。

（鳥取大学医学部 教授

保健学科・生体制御学）

文献

- 1) Urakami, K., Adachi, Y., Wakutani, Y., Isoe, K., Ji, Y., Takahashi, K., Nakashima, K., : Epidemiologic and genetic studies of dementia of the Alzheimer type in Japan. Dement. Geriatr. Cogn. Disord., 9, 294-298 (1998)
- 2) 浦谷陽介、石崎公郁子、足立芳樹、森昌忠、森望美、和田健二、浦上克哉、中島健二：鳥取県大山町における2000年度痴呆性疾患疫学調査、Dementia Japan 15, 140(2001)
- 3) 浦上克哉、谷口美也子、佐久間研司、山形薫、和田健二、浦谷陽介、中島健二、井上仁：アルツハイマー型痴呆の遺伝子多型と簡易スクリーニング法、老年精神医学、13、5-10 (2002)
- 4) 齊藤潤、井上仁、北浦美貴、谷口美也子、木村有希、佐藤智明、馬語美保子、福田由貴子、山本照恵、浦上克哉：認知症予防教室における対象者の判別法と評価法の検討、Dementia Japan (印刷中)

アルツハイマー病の予防の最新情報

現在市町村では介護保険の費用負担で困っている。介護保険利用者の多くが認知症であるというデータもあり、介護保険における認知症対策は重要なテーマとなっている。現在65歳以上の10人に1人が認知症といわれ、なかでもアルツハイマー病は約半数を占めている^{1,2)}。すでに、各市町村で介護保険の負担となる認知症高齢者を減らす目的で、認知症予防教室が立ち上げられている。しかし、この認知症予防教室の対象者の選定が適切になされていないことが多い。参加されている人を見てみると、明らかに重度の認知症であったり、身体的にも精神的にも問題ないきわめて健常な高齢者であったりして、有効に活用されていない現実がある。そのようなことから、われわれのグループが開発したタッチパネル式コンピューターを用いた認知症スクリーニング機器（商品名：物忘れ相談プログラム；日本光電社製、図1³⁾）を用いて、予防教室の対象者選定を試みた。この対象者としては、認知症にはなっていない、しかしもの

忘れ（記憶障害）が起こってきており正常とはいえないという人が望ましい。これは、現在軽度認知障害（MCI）として注目されている概念に相当し、多数が将来的にアルツハイマー病に移行していく群と位置づけられている。このスクリーニング法を用いて行なうと13点くらいがまさに該当する。鳥取県のK町で行なったデータでは、62名の対象者のうち9例（14.7%）をピックアップすることができた。しかもこのような適切な対象者に認知症予防教室を毎週1回、6カ月間実施したところ、参加者9例のうち7例（77.8%）に改善がみられた。このような成果が得られたため、鳥取県ではその他の市町村でもこの方法を使って認知症検診ならびに予防事業を実施するところが増加してきている。とくにT町では全町レベルでこの事業に2004年4月から取り組み成果が得られている。

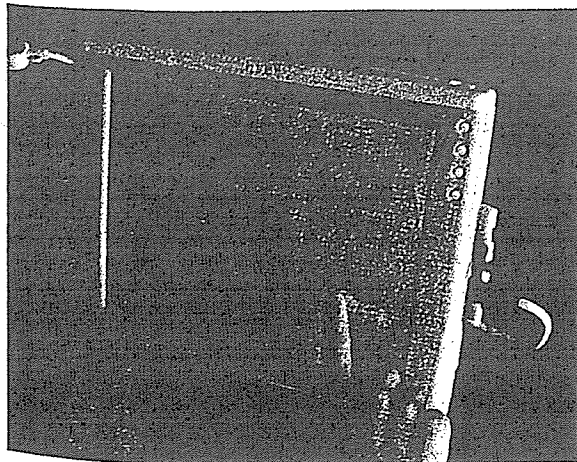
文献

- 1) Urakami K, Adachi Y, Wakutani Y, et al: Epidemiologic and genetic studies of dementia of the Alzheimer type in Japan. *Dement Geriatr Cogn Disord* 9: 294-298, 1998.
- 2) 涌谷陽介, 石崎公郁子, 足立芳樹, ほか: 鳥取県大山町における2000年度痴呆性疾患疫学調査. *Dementia Japan* 15: 140, 2001.
- 3) 浦上克哉, 谷口美也子, 佐久間研司, ほか: アルツハイマー型痴呆の遺伝子多型と簡易スクリーニング法. *老年精医誌* 13: 5-10, 2002.

浦上克哉

鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座環境保健学分野

図1 認知症スクリーニング機器



プレナリーセッション1

アルツハイマー型認知症の实地診療にかかわる課題を考える

— この症例をどうみるか —

繁田雅弘*¹, 浦上克哉*², 涌谷陽介*³, 北村 伸*⁴
 赤沼康弘*⁵, 銚石和彦*⁶, 長濱康弘*⁷

抄 録

現時点における認知症医療に関する専門医のコンセンサスを知る目的で、アルツハイマー型認知症やその関連疾患に関する研究会に参加した医師320人を対象として、認知症疾患が疑われる症例に対する实地判断について尋ねた。症例を提示しながら、診断や治療法、マネジメントに関する臨床判断についてトータライザーを通して回答を得、結果をそのつどリアルタイムで表示して検討した。

Key words : 専門医, トータライザー, アルツハイマー型認知症, 前頭側頭型認知症, 成年後見制度

緒 言

本論文は、アルツハイマー型痴呆研究会第六回学術シンポジウムに参加した医師に、認知症疾患が疑われる症例を提示して、診断・治療等に関する設問について回答を得たものである。この試みは、認知症疾患の診断や治療、マネジメント等に対する考え方について、实地臨床におけるさまざまな考え方や視点を相互に認識し、今後のコンセンサスに寄与することを目的としたものである。それぞれの症例について症例提示の途中で参加者に診断等を問い、回答結果をそのつどリアルタイムで表示して参加者に示した。ここで提示される症例については、病理学的所見などを含めた最終

的な診断は得られていない。この点がいわゆる臨床病理症例検討会 (clinico-pathological conference ; CPC) と異なるところで、实地臨床で遭遇する症例に対する考え方を問うことを重視したためである。

I. 対象および方法

対象はアルツハイマー型痴呆研究会に参加した医師320人であった (表1)。診療領域では精神科と神経内科が全体の8割弱を占め、医師経験年数20年以上をもつ対象が全体の半数近くを占めた。診療科と経験年数をみれば、痴呆性疾患の診療に精通している医師が多く含まれているものと考えられた。

認知症疾患が疑われる症例を筆者らがあらかじめ5例用意した。症例選択の基準は、实地臨床で診断や治療方針等において判断に苦慮した症例とした。これらの症例を対象に提示し、診断や治療方針を参加医師に尋ねた。設問は、症例の情報をすべて提示した後だけでなく、提示の途中にも行うこととした。回答は対象の手元に設置した番号

*1 Masahiro Shigeta : 首都大学東京健康福祉学部作業療法学科精神医学・精神保健学

*2 Katsuya Urakami : 鳥取大学医学部保健学科生体制御学

*3 Yousuke Wakutani : 鳥取大学医学部脳神経内科

*4 Shin Kitamura : 日本医科大学付属第二病院内科

*5 Yasuhiro Akanuma : 日本成年後見法学会

*6 Kazuhiko Hokoishi : 愛媛大学医学部精神科神経科

*7 Yasuhiro Nagahama : 滋賀県立成人病センター第3内科 (老年神経内科)

*1 〒116-8551 東京都荒川区東尾7-2-10

表1 対象の内訳

診療領域	精神科	126人
	神経内科	123
	老年科・老年病科	8
	脳神経外科	14
	内科（上記以外）	13
	その他	36
年齢	30歳未満	19人
	30歳代	62
	40歳代	121
	50歳代	83
	60歳以上	31
	不明	4
経験年数	5年未満	23人
	5～10年未満	25
	10～15年未満	50
	15～20年未満	55
	20～25年未満	72
	25年以上	79
不明	16	
計		320人

ボタンを使って選択肢から選ぶこととした。各症例についての設問と各選択肢の回答数（割合）を文中に表示したが、研究会の中途退席や途中参加などもあり、各設問について回答数の合計が前記の合計数に一致していないことがある点、ご了承ください。

当日は、神経心理学的検査の詳細や画像所見も提示したが、本稿では紙幅の関係でその一部を省略した。現病歴等についてもできるかぎり内容を損なわないように切り詰めた。症例によって診察のビデオ収録を上映したが、その内容についても紙面の関係から割愛した点をあらかじめお断りしておく。

II. 症例と回答結果

〈症例1〉62歳，女性

●主訴

もの忘れ

●既往歴

特記事項なし。

●家族歴

特記事項なし。

●現病歴

56歳ごろから忘れっぽくなったことを自覚するようになったが、仕事にはとくに支障はなかった。60歳で定年退職し家庭にすることが多くなり、夫からも忘れっぽさを指摘されるようになったが、家事には支障がなく、置き忘れもなかった。また、趣味活動等の日課もきちんとこなしていた。62歳時にももの忘れを主訴に、本人のみで当科外来を受診。

●初診時所見

診察場面では、非常に表情は明るく活発で会話のなかには繰り返しはみられなかった。「もの忘れ」状況について自分で説明可能であった。血圧は正常で、神経学的にも明らかな神経局所症状はみられなかった。血液検査は甲状腺機能やビタミンレベルを含め異常所見なし。Mini-Mental State Examination (MMSE) 28/30、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) 28/30、ウェクスラー成人知能検査改訂版 (Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised; WAIS-R) 全検査IQ 103 (言語性IQ 101, 動作性IQ 103)。脳波正常。

設問1「最も考えられる疾患はどれか」の回答結果を表2に示す。

●経過

画像所見では、MRI上ごく軽度の側頭葉内側面の萎縮を認め(図1)、SPECTでは両側側頭葉および頭頂葉に軽度の血流低下所見を認めた(図2)。臨床症状では、自覚的な記憶力低下の訴えがある以外は明らかな認知機能低下はなかった (Clinical Dementia Rating (CDR) = 0.5)。日常生活も自立しており、家事や社会活動においても支障はみられなかった。以上の所見を踏まえ、本人と相談のうえ、投薬等の加療は行わず経過観察となった。

初診後約半年後の髄液検査では、髄液中アミロイドβ42は412 pg/ml (non-AD 平均1,005 pg/ml)、総タウタンパクは493 pg/ml (non-AD 平均266

表2 症例1での設問1と回答結果

設問：最も考えられる疾患はどれか	人数 (%)
1. アルツハイマー型痴呆 (ごく初期)	8 (2.5)
2. Mild Cognitive Impairment (アルツハイマー型痴呆前駆状態)	89 (28.3)
3. Mild Cognitive Impairment	121 (38.4)
4. うつ病 (うつ状態)	29 (9.2)
5. 加齢変化	63 (20.0)
6. その他	5 (1.6)
計	315

Axial MRI T₂ images at age 62

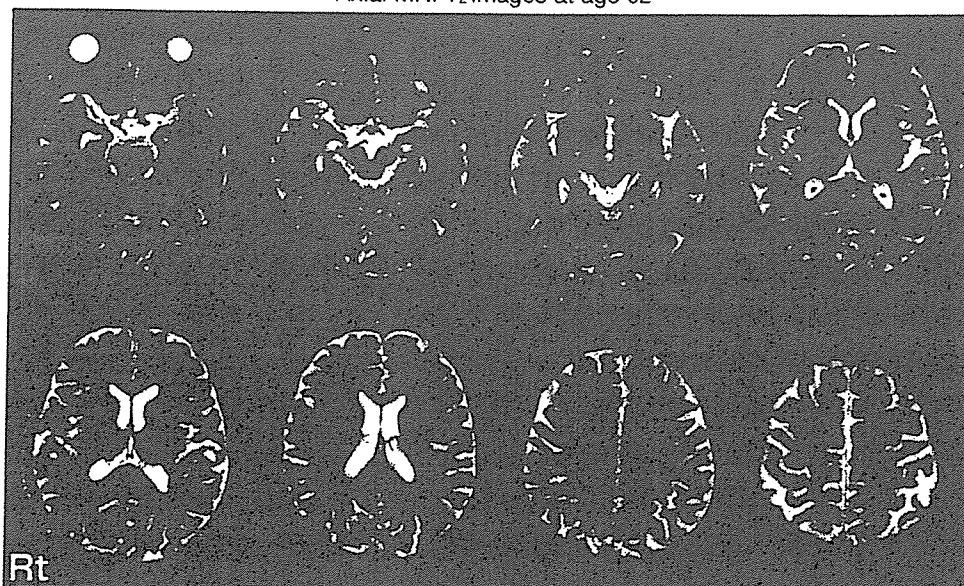


図1 症例1の画像所見：MRI T₂強調画像水平断

Axial ^{99m}Tc-ECD SPECT images at age 62

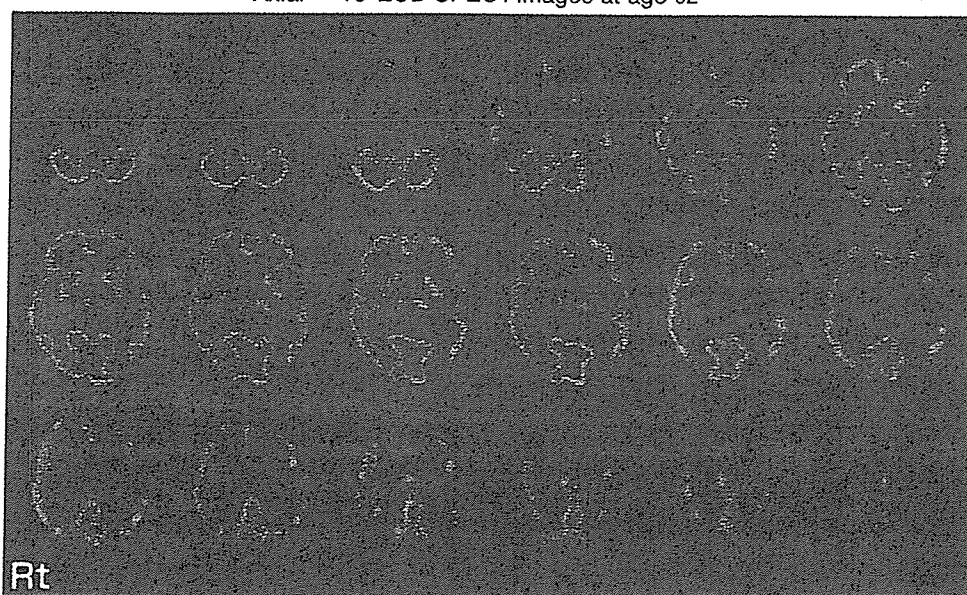


図2 症例1の画像所見：脳血流 SPECT (^{99m}Tc-ECD) 水平断

pg/ml) で、総タウタンパク/アミロイドβ42比は1.19であった。アミロイドβ42は低下、総タウタンパクは上昇し、総タウタンパク/アミロイドβ42比も上昇しており、アルツハイマー病 (Alzheimer's disease; AD) において報告されている髄液所見の異常に一致した所見であった。

記銘力低下は、緩徐に進行し64歳時にはMMSE 23点、HDS-R 25点と低下を認めた。頭部CT、MRIでは大脳皮質の萎縮の進行はみられなかったが、脳血流検査では頭頂葉・側頭葉に血流低下の進行を認めた。以上より、本例は軽度認知機能障害の状態からADにコンバートしている可能性が高いと判断し、本人・家族と相談のうえ、塩酸ドネペジル (donepezil, アリセプト®, 以下、ドネペジル) の投与を開始した。自覚的な記銘力低下以外に、置き忘れや聞き返し、同じ物を買ってくる等の症状がみられるようになっているが、日常生活には支障はほとんどなく、趣味活動等にも積極的に行っている。

設問2「最も考えられる疾患はどれか」の回答

結果を表3に、設問3「治療は？」の回答結果を表4に示す。

●症例提示者のコメント

スクリーニング検査で示された失見当識や、日常生活で目立ってきた記銘力障害、さらには髄液の検査所見等も含めてADの初期と診断した。アルツハイマー型認知症 (Alzheimer-type dementia; ATD) の新聞の切り抜きを毎回受診のたびに持って来ることからわかるように、患者自身がATDに対して知識をもっていた。64歳より患者本人および夫の希望でドネペジルの服用を開始した症例であった。

〈症例2〉79歳、男性、右利き

●主訴

もの忘れ

●現病歴

近医で高血圧の治療を受けていた。以前からももの忘れがあったが、1年前からもの忘れが目立つようになってきたと家族は感じていた。3か月前より夜中に起きて部屋の電灯をつけて回ったり、

表3 症例1での設問2と回答結果

設問：最も考えられる疾患はどれか	人数 (%)
1. アルツハイマー型痴呆 (ごく初期)	50 (15.9)
2. Mild Cognitive Impairment (アルツハイマー型痴呆前駆状態)	194 (61.6)
3. Mild Cognitive Impairment	54 (17.1)
4. うつ病 (うつ状態)	5 (1.6)
5. 加齢変化	10 (3.2)
6. その他	2 (0.6)
計	315

表4 症例1での設問3と回答結果

設問：治療は？	人数 (%)
1. 塩酸ドネペジル投与開始	161 (53.5)
2. その他の薬物療法の開始	11 (3.7)
3. 非薬物療法の開始	39 (13.0)
4. 3か月後再診 (治療開始せず経過観察)	48 (15.9)
5. 半年後再診 (治療開始せず経過観察)	41 (13.6)
6. 1年後再診 (治療開始せず経過観察)	1 (0.3)
7. 終診	0
計	301

トイレの流し忘れ，食事をしたことを忘れてまた食べるなどのエピソードがよくみられるようになってきた。

●既往歴

12年前に脳梗塞。症状は不明。10年前に転倒して右大腿骨を骨折。4年前に脳梗塞。右上下肢の麻痺があったが改善している。

●家族歴

とくになし。

●初診時所見

胸腹部には特記すべき異常はない。

●神経学的所見

脳神経系は，正常，筋緊張正常，深部腱反射正常，右手の運動は遅く細かい動作がうまくできなかった。これは，4年前の脳梗塞による軽度の右上肢の麻痺によるものと思われた。歩行は可能であったが，足を広げた歩き方であった。口部にジスキネジアが認められた。

●神経心理学的所見

失見当識（時間，場所），軽度の記憶障害，計算力低下，構成失行を認めた。MMSEは16/30点

であった（表5）。

●血液一般および生化学検査

正常。

●脳波

基礎波は9～10Hzのα波で正常範囲であった。

ここでMRI画像所見を提示した（図3，4）。設問1「最も考えられる疾患はどれか」の回答結果を表6に示す。

次に，I123-IMP-SPECT画像（図5）とIMPの

表5 症例2のMMSE

見当識（時間）	2
見当識（場所）	4
3つの言葉記録	2
計算	1
3つの言葉再生	1
物品の命名	2
復唱	0
聴覚理解	3
読字	1
書字	0
コピー	0
得点	16

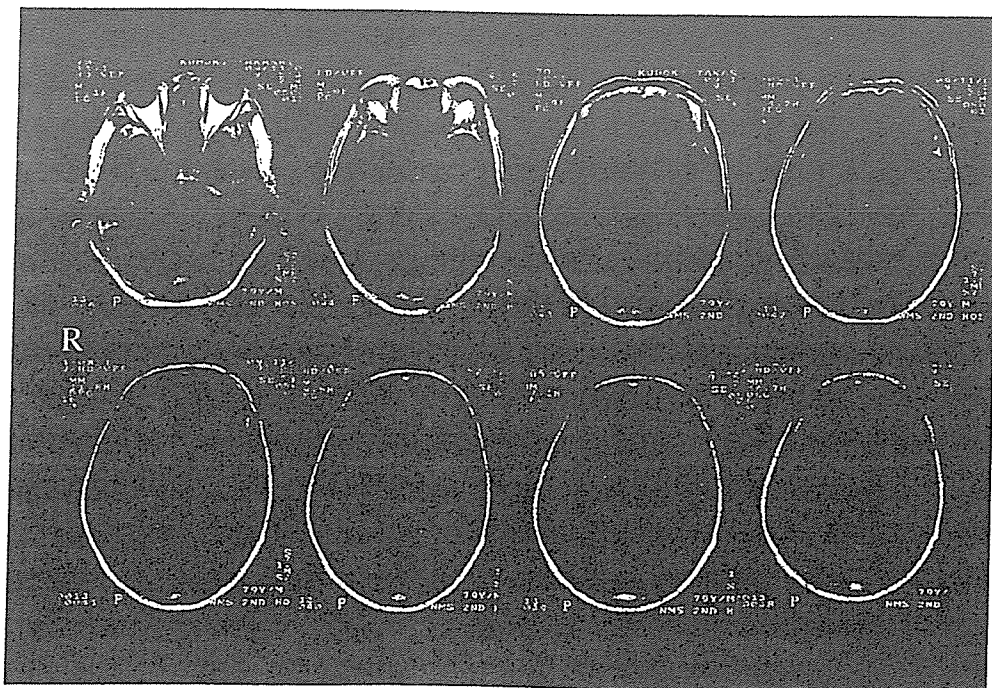


図3 症例2のMRI T1強調画像

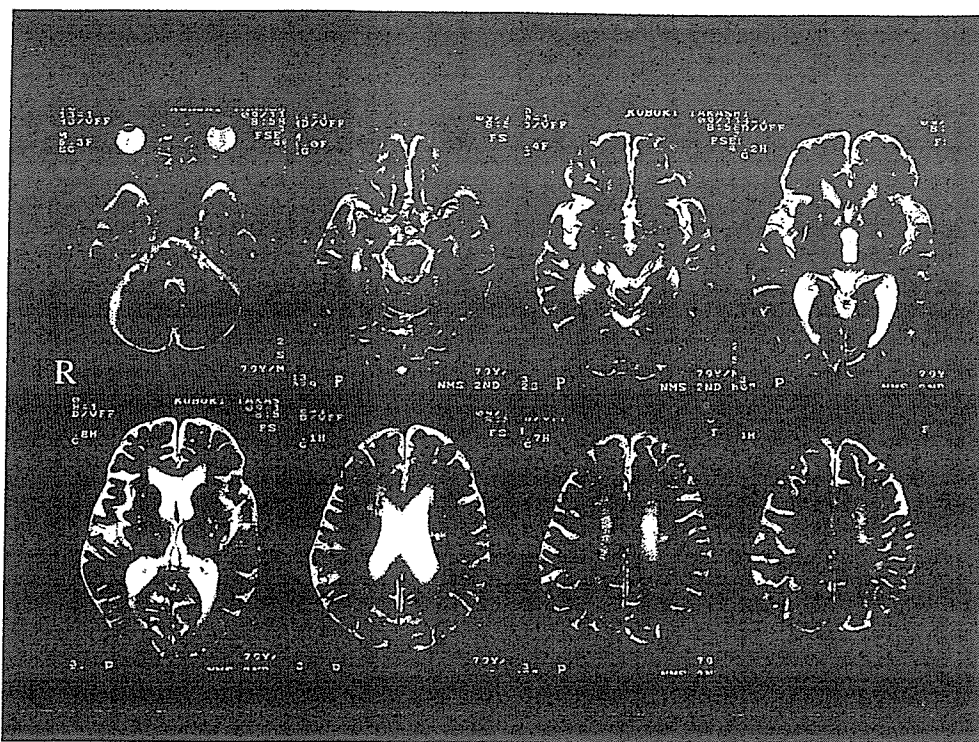


図4 症例2のMRI T₂強調画像

表6 症例2での設問1と回答結果

設問：最も考えられる疾患はどれか	人数 (%)
1. アルツハイマー型痴呆	19 (5.9)
2. 脳血管障害を伴うアルツハイマー型痴呆	146 (45.1)
3. アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の合併	92 (28.4)
4. 脳血管性痴呆 (多発梗塞型)	52 (16.0)
5. 脳血管性痴呆 (ビンスワンガー型)	9 (2.8)
6. レビー小体型痴呆	3 (0.9)
7. その他	3 (0.9)
計	324

3D-SSP 画像 (図6) を提示した。設問2「最も考えられる疾患はどれか」の回答結果を表7に示す。

●症例提示者のコメント

1) MRI 所見

T₁強調画像 (図3) では、大脳の中程度の萎縮が認められ、側脳室下角は軽度拡大している。橋、右側視床、両側基底核部、左側半卵円中心に低信号域が認められる。T₂強調画像 (図4) では、橋、右側視床、両側基底核部、左側半卵円中心、両側

深部白質に高信号域が認められ、中等度の脳室周囲高信号域 (PVH) も認められる。

2) I123I-IMP SPECT 所見

ARG 法で測定した脳血流定量 axial イメージである。右小脳、右視床、右前頭葉皮質、右側頭葉皮質、左頭頂葉で血流低下が認められる (図5)。3D-SSP で解析した脳血流低下を示す Zスコアマップイメージでは、右小脳、右側頭葉外側および頭頂葉外側、左頭頂葉外側、両側後部帯状回で血流低下を認めた (図6)。

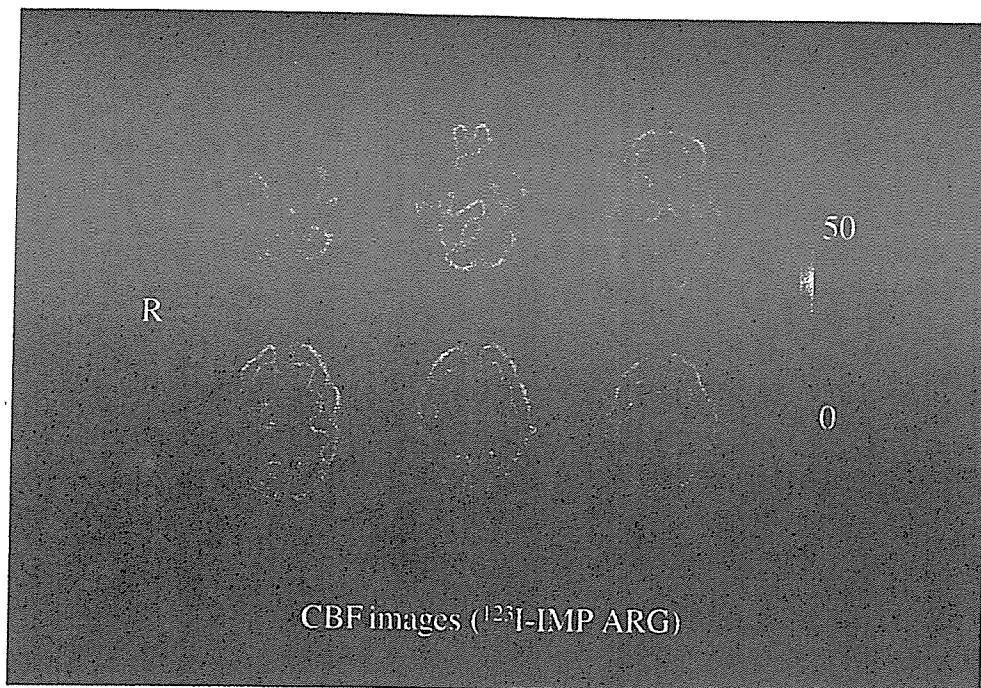


図5 症例2のI123-IMP-SPECT画像（絶対値，axial画像）

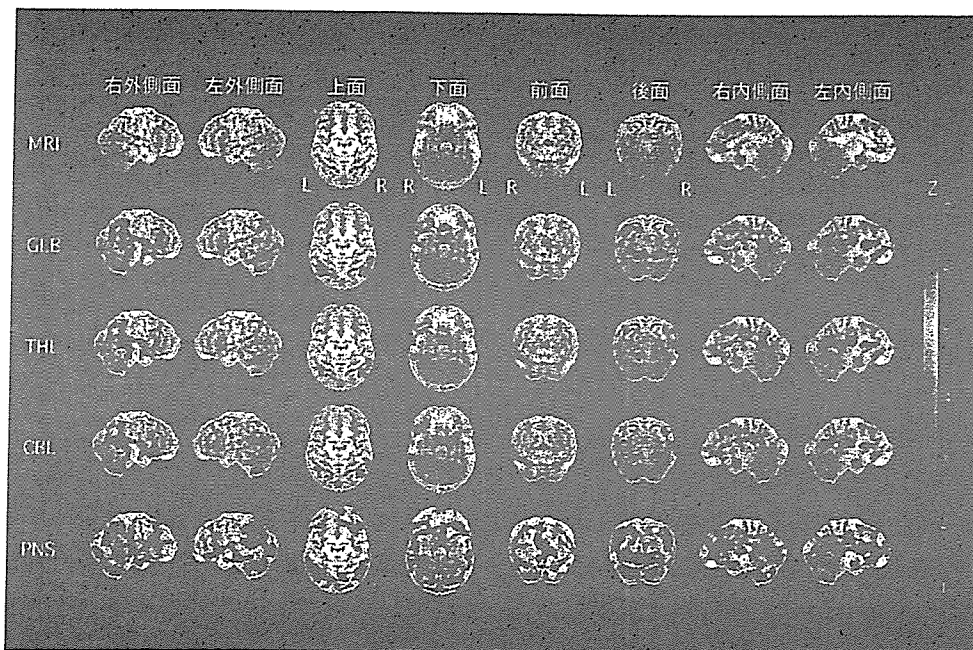


図6 症例2のIMPの3D-SSP画像

3) 診断

この症例は、病歴と画像で脳梗塞が認められているが、脳梗塞と認知症発症の関係が明らかでなく、脳血管性認知症（vascular dementia ; VD）と

診断するための根拠に欠けると考える。もの忘れがあり、徐々に進行し、生活に支障がみられるようになってきていることは、ATDに一致する。脳血流 SPECT では、両側頭頂葉外側の血流低下

表7 症例2での設問2と回答結果

設問：最も考えられる疾患はどれか	人数 (%)
1. アルツハイマー型痴呆	9 (2.9)
2. 脳血管障害を伴うアルツハイマー型痴呆	190 (60.3)
3. アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の合併	73 (23.2)
4. 脳血管性痴呆 (多発梗塞型)	26 (8.3)
5. 脳血管性痴呆 (ビンスワンガー型)	6 (1.9)
6. レビー小体型痴呆	9 (2.9)
7. その他	2 (0.6)
計	315

と後部帯状回の血流低下が認められ、ATDのパターンと一致する所見が得られている。記憶障害で始まり徐々に悪化している経過と脳血流低下パターンから、ATDに脳血管障害 (cerebrovascular disorder ; CVD) を伴った例と考えた。

〈症例3〉82歳，女性

● 症例の背景

職業は元中学校の教員で、定年まで勤務した後、約10年間嘱託、非常勤などで継続勤務。65歳以後まったく仕事はしていない。夫は10年前に死亡。子どもは長男・長女の2人。いずれも独立して別居しているため、本人は自宅マンションで一人暮らし。長女が時々様子を見に行っていた。

● 症状・問題発生の経過

約3年前からもの忘れが出現してきていたようであるが、一人暮らしであったため問題化しなかった。

2年ほど前に、電話勧誘で、高額 of 書道用具をローンで購入。その支払いを怠ったということで催告書がきていたのを長女が発見し、本人に問い詰めたが、本人はまったく覚えがないという。支払いは一度もしていなかった。そのため、長女が会社に問い合わせると契約をしたこと自体はまちがいなさそうだったので、長女が立て替え払いをした。この段階では、長女は、このような契約をしたことを知られたくなかったのとほけたのではないかと思ひ、認知症 (痴呆) の始まりとは思わなかった。このようなことがその後も一度あった。

半年前に、本人が認知症の親戚方に行くつもりで出かけたものの、駅で行き方がわからなくなってベンチに長時間座っていたということで、駅から長女のところに電話があり、連れに行った。切符は買っているが、数百円程度のものでしかなく、説明もおかしかったという。この件で、長女も母にぼけが始まったのかと疑い、ある病院の精神科に通院したところ、ADの疑いと診断された。ただしこのときは長女が診断名を聞き、本人には伝えなかった。程度については、まだ軽いという表現で、予後等について詳しい話はなかったという。病院で、しばらく通院するように言われたが、本人はプライドが高く、精神科への通院を嫌がり、その後ほとんど通院していない。

長女は気になって、母親の家を見回る回数を増やしたものの、一人暮らしはそのまま続けさせた。そうしていたときに、本人が先物取引会社のセールスマンから電話を受けて、訪問の許可を与えてしまったため、セールスマン2人が押しかけてきて、その日のうちに、石油の先物取引の基本契約書に署名させられた。翌日、再び先物取引会社のセールスマン2人が訪問し、最初の取り引きの資金として、300万円を預けてくれと言われ、そのセールスマンに銀行まで連れて行かれ、300万円を引き出した。同じやり方で1か月のうちに1500万円をおろしてその会社に支払った。その段階で、長女が気づき、法律事務所に相談をしたが、しかし、すでに手数料と損失で、残金はほとんどないという状況になっていた。1500万円の

表8 症例3での設問1と回答結果

設問：日常診療では認知症高齢者や家族に対して、どのような説明を行っていますか	人数 (%)
1. 金銭、財産面での失敗がないか常に確認し、注意を喚起している	83 (24.2)
2. 金銭面の失敗のエピソードを家族から聞いた場合、注意を喚起している	186 (54.2)
3. 金銭、財産に関する重大な失敗があった場合に、対応を考えている	30 (8.7)
4. 金銭、財産の管理に関して、注意を与えたことはほとんどない	44 (12.8)
計	343

表9 症例3での設問2と回答結果

設問：日常診療で成年後見制度について説明していますか	人数 (%)
1. 軽度例も含めてほとんどの症例で説明し、積極的に利用をすすめている	19 (5.8)
2. ほとんどの症例で説明しているが、医師から積極的に利用をすすめていない	43 (13.2)
3. 相談があったときのみ説明をしている	174 (53.4)
4. 説明したことはほとんどない	46 (14.1)
5. 相談されても説明できない	44 (13.5)
計	326

表10 症例3での設問3と回答結果

設問：認知症があるにもかかわらず、財産管理・自動車運転・火元管理上危険があることを家族（および本人）に説明せず、その結果家族も何ら注意しなかったために、損害、事故、火災などが生じた場合、責任の一端が医師にあると思いますか	人数 (%)
1. ある	245 (73.1)
2. ない	90 (26.9)
計	335

損害であった。

設問1「日常診療では痴呆性高齢者や家族に対して、どのような説明を行っていますか」の回答結果、設問2「日常診療で成年後見制度について説明していますか」の回答結果、設問3「痴呆があるにもかかわらず、財産管理・自動車運転・火元管理上危険があることを家族（および本人）に説明せず、その結果家族も何ら注意しなかったために、損害、事故、火災などが生じた場合、責任の一端が医師にあると思いますか」の回答結果をそれぞれ表8～10に示す。

●事例提示者のコメント

1) 本件の問題点

ADの初期と認識したため、長女は慌てる必要

はないと考えたようである。また長女の側にも同居できる事情がなく、長男も協力的ではないので、躊躇しているうちに本件被害にあったという。過去に2度訪問販売の契約をしていたことをみると、その後もこのようなことが生ずることは考えられた。本人が過去の訪問販売による事実を否定したのは、記憶がなかったからではないかと考えられた。したがって、診断を受けた当初の時点か、最初の訪問販売被害の段階で、保佐開始等の申し立てをすることができれば、その後の被害は防げたと考えられる。

医師としては、問診の際に過去の訪問販売契約等の実情などもうまく聞き出せていれば（この事例ではそこまで聞いていない）、今後同種の行為

を繰り返すおそれがあることを警告できなかったのではないかと思われる。また、そのような経験を聞かなくとも、一人暮らしのAD患者の場合には、訪問販売の被害にもあいやすいことについて患者や家族への指導がなされればよりよかつたであろう。

本件では、ショックを与えないためだったのか、本人に知らせてはいないということから、本人が通院の必要を感じなかったようである。さらに、医師から「病状は軽い」という表現をされたために、長女は緊急な対策が必要とまでは考えなかったようである。もっとも、診断名を告知したことにより、長女は見回りの回数を増やしている。その結果、損害もこの段階で止まったともいえる。しかし長女は、このような契約をしてしまうという心配から見回りを増やしたのではなく、生活の援助ということが中心であったため、本件先物取引被害についても発見が少し遅れている。たとえ初期とはいえ、一人暮らしの患者については、さまざまな危険があるという現実がある。そのため、医師としても、記憶がなくなっていくことへの対策や心構えの指導、訪問販売被害などにあいやすいということなどの説明も必要と考えられる。その際、被害防止ということから成年後見制度の利用まで説明できれば万全であろう。

2) 被害の回復等について

本件では、ADの患者に対する先物取引被害の勧誘は、契約後の適合性に反するという理由で地方裁判所に対して訴訟を提起し、同時に家庭裁判所に対して保佐開始の申し立てもした。保佐開始決定がでたところで、裁判所が相手方会社に対して強い和解勧告をし、損害額の70%回収で和解した。ちなみに、相手の会社は高齢者を狙った先物取引を多数行い、何件も訴訟を提起されている会社であった。本人はその後ある有料老人ホームに入居した。

3) 認知症による被害と医師の説明責任

認知症のため判断能力が衰えたことによってこうむる被害をどのように防止するか、医師はその防止について役割の一端を担うべきか、あるいは

その責任を負わなければならないのかということがしだいに関心を引くようになってきた。認知症で判断能力の減退した人が一人暮らしで放置されれば、被害にあう可能性は相当に高くなる。認知症の結果火の不始末により出火する、あるいは車の運転で大変な事故を起こすということも考えられる。この間マスコミ報道をにぎわせているリフォーム詐欺などもその典型である。現状では、医師に生活上の注意をするまでの法的な義務はないといえよう。医師は、疾病の診断と治療について診療契約を結んでいるのであり、生活指導についての義務は存在しないからである。

しかし、今後認知症と被害等の関係が社会一般に認識され、その被害防止対策が一般化するならば、将来的には、認知症の予後の問題として生活上の注意をすべき信義側^注上の義務があると判断されることもありうるであろう。認知症を診断した医師は、少なくとも、認知症患者の親族等に対し、本人の生活に関する注意を与えるべきである。それは、法的義務を離れても、認知症患者の予後の問題としてとらえるべきだからである。認知症について不安を感じている本人や親族に対し、認知症を理解した適切な対応をすればQOLが維持できることを説明するとともに、その対応策を提示し、そのなかで、このような被害にあうことに対する注意を喚起することが求められる。

注 信義側：社会共同生活の場で、権利の行使や義務の履行にあたっては相手方の信頼や期待を裏切らないように誠意をもって行うことを求める法則。信義誠実の原則（三省堂「大辞林 第二版」より）。

〈症例4〉56歳、女性、右利き

●主訴

本人：なし、家族：言ったことをすぐに忘れる、何度も同じことを聞く、繰り返し外に出たがる、ものの名前が分からない、頻繁にトイレに行く。

●家族歴

特記事項なし。

● 既往歴

変形性膝関節症

● 生活歴

先天性股関節脱臼のため歩き始めるのが遅かったほかには、発達・発育に特記事項なし。中学校の成績はよかったが、家庭の事情で卒業後すぐに就職した。事務関係の業務に携わり、仕事に対してはまじめであり、職場や近所の人の評判はよかった。

● 現病歴

54歳時、勤務していた会社と金銭問題のトラブルがあり、抑うつ的となっていた。その解決後も「自分が悪かった、信じてばかだった」などと相手を選ばず近所の人に言いふらすようになり、このころから日記に毎日同じ内容のことを書くようになった。食事が増え、また、飴やその他の菓子類を大量に食べるようになり、体重は1年で10kg以上増加し、変形性膝関節症が悪化したため、55歳のとき、手術目的にて近医へ入院となった。入院後、同じ看護婦に何度も挨拶したり、同じ内容のことを聞いたりすることがみられ、また、病院のなかでは同じコースを歩き回り他の病室をのぞいて回る行動が認められた。退院後は家族と同居したが、何度も同じことを尋ね、部屋のカーテンを閉め切り、家族が開けると何度でも閉める行為がみられた。着替えや洗面などをしなくなり、入浴も介助しないと自分からは入らず、体も洗わなくなったため、自宅での生活が困難となり、施設に入所となった。施設からの紹介で当科を受診となった。

● 初診時現症

初診時には、「困っていることは」と尋ねると「足の悪いこと」と言い、今は施設に入所しているにもかかわらず、「住んでいるところは」という質問には「家に住んでいる」と答え、「施設ではないのですか」と重ねて尋ねると、「そうなの」と言い「ハハハ」と笑って悩む様子はなかった。その他の質問にも深く考えずに即答し、間違いを指摘されても他人事のようにしていた。

● 神経心理学的所見

MMSEでは最初に年齢を尋ねた後、課題の今日の日時を尋ねられているのに「昭和20年じゃないの」と自分の生年月日を繰り返し答え、想起の課題では「果物はありませんでしたか」というヒントに対して「果物は食べるわよ」などとの関係のない答えをすることがみられた。レーブン色彩マトリックス検査では、勝手にページをめくる、めくり行為がみられ、解答も深く考えずに選択した。

Reyの聴覚言語記憶課題では、検者が読み上げる1単語ごとに復唱し、読み終わると「すべてわかりました」と言うものの、再生を促すと「ごめんなさい、わからないの」と言い、大声で笑うことがみられた。再認では、「ナイフはありましたか」という質問に、「昔は何本か持っていた」と自分の体験や過去の話をするのがみられた。Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)でも質問に対して深く考えずに即答した。検査中に扇子をとって、このように踊りだしたり、図形の模写では課題と無関係に花の絵を描いたりした。立ち去ることはなかったものの、終始キョロキョロとあたりを見回し、落ち着きはなかった。

設問1「最も疑われる疾患は？」の回答結果を表11に示す。

次に、画像所見として頭部CT(図7)とTc-99m HMPAO-SPECT(図8)を提示した。設問2「最も疑われる疾患は？」の回答結果を表12に示す。

表11 症例4での設問1と回答結果

設問：最も疑われる疾患は？	人数 (%)
1. アルツハイマー型痴呆	55 (15.9)
2. 脳血管性痴呆	1 (0.3)
3. 前頭側頭型痴呆	265 (76.6)
4. レビー小体型痴呆	6 (1.7)
5. うつ病	2 (0.6)
6. 統合失調症	10 (2.9)
7. 老年期妄想症	1 (0.3)
8. その他	6 (1.7)
計	346

頭部 CT

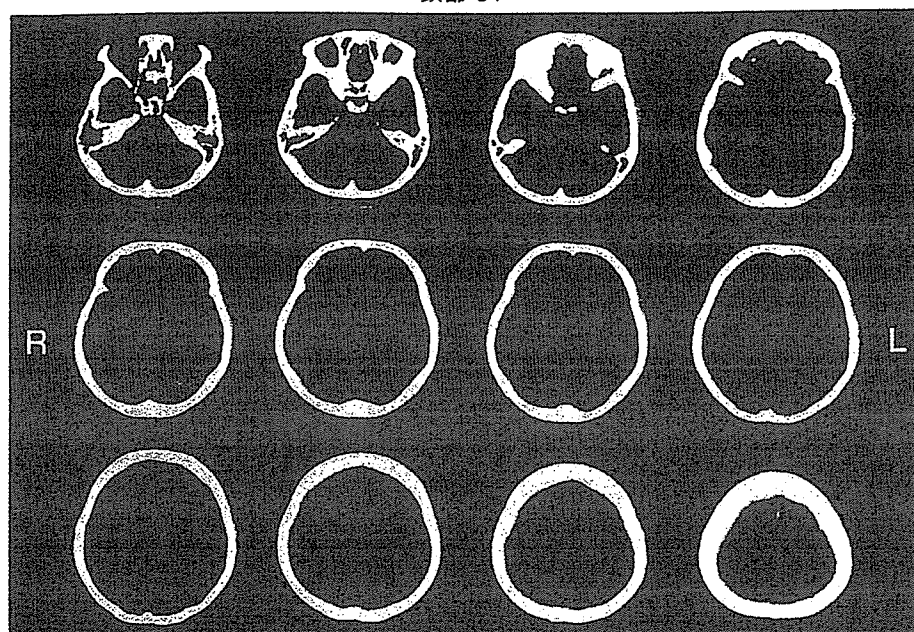


図7 症例4の画像所見：頭部 CT

HMPAO-SPECT

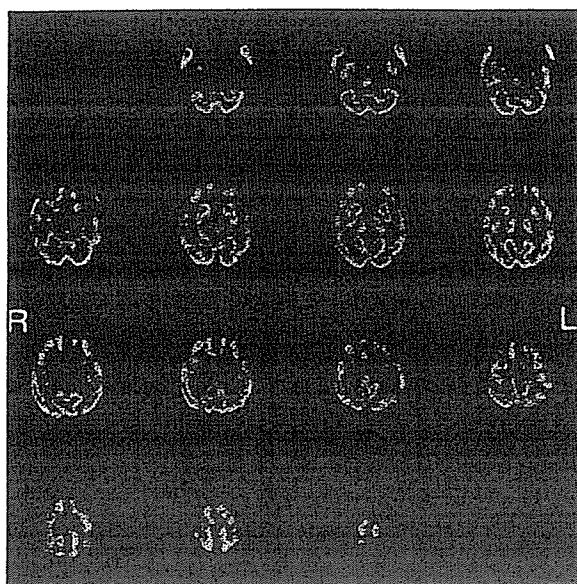


図8 症例4の画像所見：Tc-99m HMPAO-SPECT

● 症例提示者のコメント

本例は初老期に発病し、脱抑制、食行動異常、周回ないし常同的周遊や強迫症状そして無関心・自発性低下、感情鈍麻がみられた。初診時には、病識は欠如しており、考え不精が目立ち、質問に対してはでまかせ応答し、立ち去り行動や被影響

性の亢進がみられた。画像所見では脳の前方部に著明な限局性の病変を認め、これらの経過、症状および画像所見から前頭側頭型痴呆（ピック病）と考えられた。

表12 症例4での設問2と回答結果

設問：最も疑われる疾患は？	人数 (%)
1. アルツハイマー型痴呆	12 (3.5)
2. 脳血管性痴呆	2 (0.6)
3. 前頭側頭型痴呆	330 (95.4)
4. レビー小体型痴呆	0 (0.0)
5. うつ病	0 (0.0)
6. 統合失調症	1 (0.3)
7. 老年期妄想症	0 (0.0)
8. その他	1 (0.3)
計	346

〈症例5〉86歳，女性

●既往歴

特記すべきものなし。教育歴13年。

●現病歴

X-2年にめまいで入院した。X-1年7月ごろから耳鳴り，不眠，頭重感を訴え引きこもりがちになった。9月ごろから「頭，胸，肩に虫がたまっている」「頭から虫が流れる」などの訴えが始まり某院心療内科を受診。プロマゼパム (bromazepam)，プロチゾラム (brotizolam)，ハロペリドール (haloperidol)などを処方されるが，「かえって調子悪い」と受診を中断した。そのころ一度，「トイレから蝶が飛び立った」と言った。X年2月から「口の中に水疱ができて気持ち悪い」と言い始めた。一日のなかで調子の波が大きく，「しんどい」と何時間か寝込む。徐々に元気な時間が減り，臥床がちになったため，X年6月に受診。

●初診時現症

両手の姿勢時振戦以外，特記すべき所見なし。診察時には明らかな幻視，幻聴，誤認はない。起立性低血圧はないが，安静時CVR-R 0.64，深呼吸負荷時1.77と低下がみられた。本人の訴えは「頭の中から喉へ大きなものが降りてくる。その後，首のほうを通る。胸の中を線がサーっと通る。場所によって音が違う。右胸は金属性のジャラジャラという音，左胸はサーっと流れる音，腹はピューっと風が通る音。頭から煙が出る感じのとき

もある」。

●認知機能評価

MMSE：24/30（遅延再生-2，計算-3，見当識-1），立方体模写はやや拙劣，Clock Drawing Test 5/5，Trail Making Test part A 47秒，part B 108秒，Kohs立方体組合せ検査IQ 77.6，レーブン色彩マトリックス検査26/36。

次に，画像所見として頭部CT（図9）と脳血流SPECT画像（図10）を提示した。

●その後の臨床経過

X年7月からドネペジル3mg，プロチゾラム0.25mgの投与を開始したところ，徐々に元気な時間が増え，体が楽になり，「頭から降りてくる」ことが減った。1か月服用し，自己判断でドネペジル3mg隔日とし，「これが調子よい」とのことなのでそのまま継続した。約2か月でかなり元気になり，コーラスや買い物に出かけることができるようになった。時に立ちくらみがみられるが明らかな起立性低血圧はみられない。X年12月ごろから右上肢に軽い固縮がみられる。X+1年2月，MMSE 28/30。3単語再生3/3だが，日付と病院名を答えられず。「水疱」の訴えは消失したが，短時間「頭から降りてくる」「体の中をくるくる回る」症状が継続している。X+1年7月からクエチアピン (quetiapine) 50mg眠前を2週間試みたが，効果がなく，自己判断で中止。同年11月に「昔は先生の髪が白く見えた」と教えてくれた。

設問1「器質性セネストパチーの原因と考えられる疾患は？」の回答結果，設問2「今後の対応・治療の選択は？」の回答結果をそれぞれ表13，14に示す。

●症例提示者のコメント

本例は，特異な身体的異常感覚を主訴とし，引きこもりがちになって日常生活に支障をきたした高齢女性である。高齢発症であり，過去に精神疾患歴がないこと，軽度の記憶力・見当識低下，非言語性認知機能低下を伴うことから，脳器質疾患に伴う症候性セネストパチーと考えた。SPECTで特徴的な後頭葉の血流低下を認めること，頻度

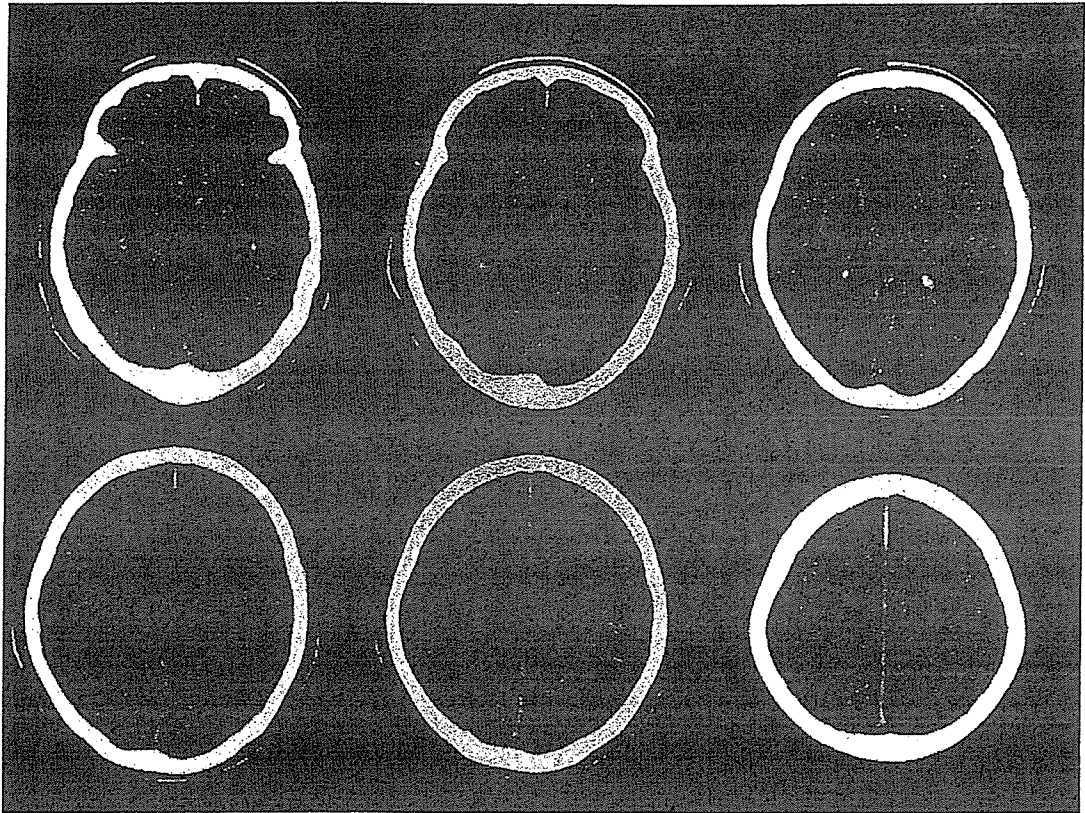


図9 症例5の頭部CT画像

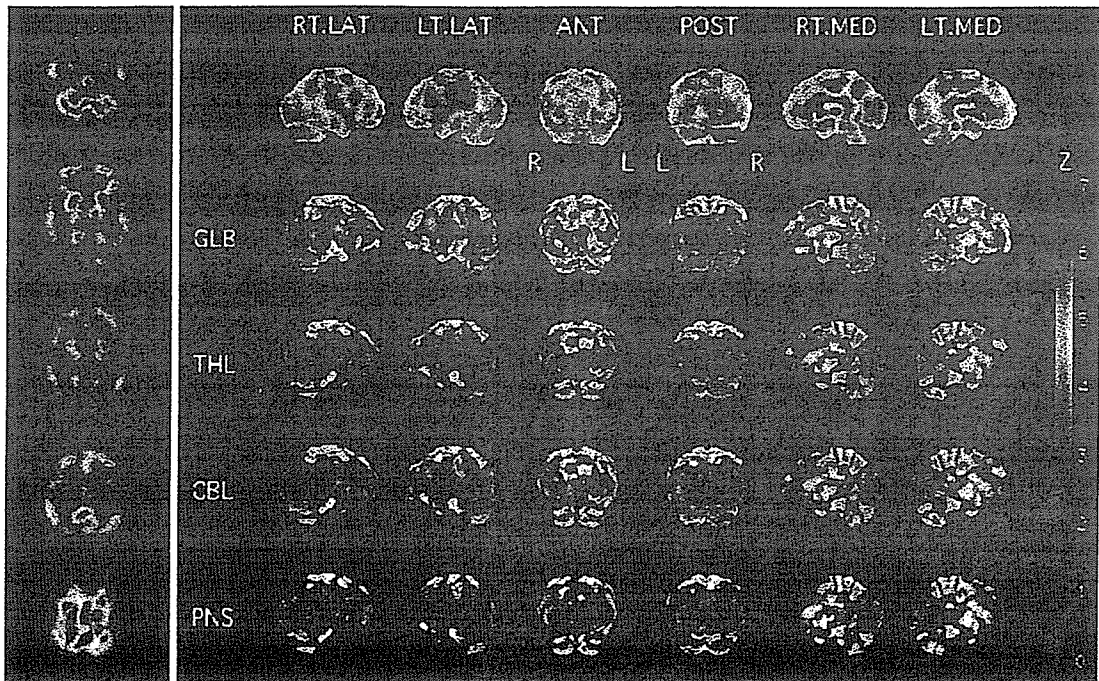


図10 症例5の脳血流SPECT画像

表13 症例5での設問1と回答結果

設問1：器質性セネストパチーの原因と考えられる疾患は？	人数 (%)
1. アルツハイマー型痴呆	12 (3.7)
2. 脳血管性痴呆	6 (1.8)
3. レビー小体型痴呆	267 (82.2)
4. うつ病 (うつ状態)	8 (2.5)
5. 神経症性障害	12 (3.7)
6. その他	20 (6.2)
計	325

表14 症例5での設問2と回答結果

設問2：今後の対応・治療の選択は？	人数 (%)
1. 塩酸ドネペジル 3 mg 隔日で継続する	117 (34.2)
2. 塩酸ドネペジルの増量する (3 mg 連日または 5 mg)	139 (40.6)
3. 非定型抗精神病薬	58 (17.0)
4. 抗うつ薬 (SSRI など)	17 (5.0)
5. 非薬物的対応のみ	5 (1.5)
6. その他	6 (1.8)
計	342

SSRI；選択的セロトニン再取り込み阻害薬

は少ないが幻視を示唆するエピソードが過去にあること、症状の日内変動が明らかなこと、自律神経障害 (CVR-R 低下) がみられること、少量のドネペジルにより症状が改善していることから、レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies; DLB) が基礎疾患である可能性が考えられた。DLB が抗精神病薬に過敏なことなどを考慮すると、このような症例では精神科的アプローチ、痴呆疾患としての評価、の両者を念頭においたフォローアップが重要と思われる。

Ⅲ. 考 察 —— 質疑から ——

1. 症例1

Mild Cognitive Impairment (MCI) ないしはごく初期の ATD と考えられる症例で、早期から治療を積極的に行うか否かを問う症例であった。まず担当医の検査結果や病状を含め、経過観察となった経緯について質問がなされた。本患者は、受診に際して新聞記事の切抜きを持参するなど、

ATD に関して自ら勉強し、予備知識もある程度もっているものと思われたという。そして、担当医は検査結果の説明だけでなく、治療薬のドネペジルについても説明したが、本人は経過観察を希望したとのことであった。このことに関連して、検査所見をみると海馬領域を含めて所見は軽度であるが、比較的若年である点を加味すると、病的な萎縮があると判断してよいのではないかとの意見や、脳血流所見や記憶のテストの結果から、より早期の段階で治療を開始すべきだったのではないかとする意見がだされた。一方、今回のように所見が軽度の場合、ご本人の精神状態への影響を考えると、病名告知を躊躇することもありうるとの意見もあった。

また、早期診断のための ATD の診断基準の必要性についての指摘があった。

2. 症例2

画像診断を提示する前後2回とも、脳血管障害を伴う ATD との回答が多く、回答数は1回目から2回目にかけて増加した。一方、鑑別診断であ

る ATD, ATD と VD の合併, VD との回答は 2 回目には減っていた。

血管障害によって上肢に錐体路症状などが出現すると図形の模写などに支障が生じるが, そうした運動障害と, ATD の中核症状である視空間認知の障害とは区別できるか否かについて質問があった。これに対して, 図形を上手に書けない状態と, 視空間認知の障害とは, 図形の模写などを行う様子から区別できること, また手指を使った構成障害のテストなども, 運動障害との鑑別に有用であるとの解説があった。

本症例における血管障害 (血管性病変) の果たした役割についての疑問がなされ, 多発性小梗塞などは ATD の症状出現を早めたり, 症状を強めたりすることがあるとのことであった。

続いて病理変化と機能画像の相関に関する疑問があった。SPECT などにおける血流低下部位と, 老人斑などの病理変化の分布とは一致するものではないことが確認された。後部帯状回も, 萎縮や老年性変化から比較的免れる部位のひとつであるとのことであった。このことと関連して, 進行した ATD では, 必ずしも後部帯状回に血流低下を認めない場合がある点に注意が必要であるとの意見もだされた。

続いて後部帯状回における血流低下の機序に関する疑問がなされた。この部位は神経原線維変化や老人斑などの病理変化が初出する場所ではなく, また病理変化がとくに顕著な部位でもない。そうした部位の血流低下にはどのような機序が想定しえるかという質問であった。これに対して, 繊維連絡が一要因として関係しているのではないかとの意見がだされた。初期から病理変化が始まる部位と繊維連絡のある部位は早期から機能的な変化は起こりうるのではないかとの意見であった。一方, 外傷によって両側の海馬が損傷を受け, 後部帯状回の血流が低下した事例の紹介があった。ATD とは病態が異なるものの, 両側性の海馬領域の障害が, 遠隔効果として後部帯状回に影響を及ぼしている点が興味深いものであった。

続いて治療に関する疑問がなされた。ATD に脳血管障害を伴うのであれば, ドネペジルだけでなく脳循環改善薬などの併用も選択しとなるのではないかとの意見が出された。この症例でも実際にドネペジルに加えて脳循環に対する治療が行われていた。今後の血管障害の悪化・再発を抑えるために抗血小板凝集薬が使用されていた。そこで, ATD に脳血管障害を合併している場合の, 脳循環改善薬の併用の有無について参加医師にたずねた。その結果, ドネペジルと脳循環改善薬の併用は 244 人, ドネペジルのみによる治療は 52 人と, 脳循環改善薬の併用が多かった。

3. 症例 3

日常診療において, 金銭面の問題に関して, どのような説明を行っているかという設問に対して, 54% の回答者が「金銭面の失敗のエピソードを家族から聞いた場合, 注意を喚起している」と答え, さらに 24% が「金銭, 財産面での失敗がないか常に確認し, 注意を喚起している」と回答している。こ回答結果に関して, 弁護士の立場から予想を上回る高い認識であるとの感想が述べられた。

回答者より, 治療契約をだれと結ぶべきか, また家族のうちのだれに病状を説明すべきか, という点に関しての疑問がなされた。これに対して法律の立場から次の意見が示された。この事例において, 病院 (医師) が診療契約をどのように考えたかは不明である。ただし, 患者本人に相当程度判断能力が残っていたことから, 患者本人と診療契約を結んだと考えられる。したがって長女は付き添いという立場となる。本来説明義務は, 患者本人すなわち診療契約をした相手方に負うわけであるが, がんや ATD のように, 本人に強いショックを与えるおそれがあり, その説明をすることによって, 本人に重大なショックを与えて今後の治療等に悪影響を与えるおそれのあるような場合には, その家族に対して説明をすればよいという判例, また通説になっている。この当該医師がそのような判断をしたうえで説明をしたか否かは不明であるが, その観点で考えると, 家族に説明す

る説明もあながちまちがいではないであろうとのことである。

同じく法律上の問題となりうる痴呆患者の運転について質問がなされた。臨床の立場からは、ADと診断をしたにもかかわらず運転を止めさせないと医師の責任になりうるのではないかと危惧する一方、現実問題として、車の運転ができなくなると日々の生活に支障が生じるという地方都市における問題がある。また運転をやめることによって行動範囲が狭まり、また引きこもりから痴呆症状が悪化するということもある。医師の立場としてどう振る舞うべきなのかとの質問であった。この点に関して法律家の立場から次の考え方が示された。当該患者が運転をした場合に危険が予想されるのであれば、運転の必要性が高かったとしても、運転をさせることはできないとの結論になる。問題はその危険の度合いである。認知症の初期で、車の運転において危険性が低いと判断されるのであれば、多少柔軟な対応もありうると思われる。ただし万が一、認知症の症状が事故に結びついたとみなされる場合は問題視されるおそれはある。明確な回答をすることはできないが、事例によってその危険性との因果関係のなから医師の判断を仰ぐしかないということになるであろう、とのことであった。

続いて成年後見制度に関する質問がなされた。臨床医として推奨したいと考えてはいるものの、地域によっては鑑定のできる医師が著しく不足し、地域あたりに推定される患者すべての鑑定要請には答えることができない事情があるとの意見がだされた。これに対して、法律の立場からすべての患者について制度を利用する必要はないと思われるが、訪問販売被害や証券取引被害、先物取引被害等が予想される場合や財産管理等において流用されたり被害にあうおそれがあるというような事案については成年後見制度を利用しなければならないと考えられる。法律家としてできるかぎり利用を推進したいと考えているが、やはり事例によって必要性をそのつど判断することになると思わ

れる、とのことであった。今後、医学の立場と法律の立場に関連する問題として、両者からの意見交換がきわめて重要であると考えられた。

4. 症例4

本症例の診断に関して、画像所見を提示する前においても、前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia ; FTD) が圧倒的多数を占めた。FTDを示唆するさまざまな行動特徴が認められ、それが診断の根拠になっていると考えられた。

FTDにおいてはしばしば、賽銭泥棒、万引き、放尿といった反社会的行動が認められるが、本症例においてはそれほどの反社会的な行動は認めなかったことが質疑において確認された。ただし、勝手に人の病室に入って行ってカーテンを閉めたり、ほかの患者に見舞いに来た人が持参した菓子を勝手に食べたりといった極端にマイペースな行動は認められたとのことであった。

FTDにおける対応に関しての質疑がなされた。まず薬物療法に関しては、非定型抗精神病薬などの向精神薬をルーチンに投与するということはせず、行動症候が周囲に大きな影響を及ぼす場合に使用すると経験が述べられた。しかも、向精神薬を鎮静の目的で使用するのは最終的な手段と考えているとのことであった。まずは周囲の対応による軽減を目指しているとのことであった。本症例のように、あちらこちらの部屋のカーテンを閉めて歩くという強迫的な症状に対しては、FTDの“1つのことをずっとやり続ける”という性質を利用して、周囲に影響の少ない行動に導いて問題となっている行動自体を減らすという方法も有効であるとの意見が述べられた。こうした対応で周囲への影響を軽減できない場合に、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor ; SSRI) などを用いた薬物療法を行っているとのことであった。

続いてケアプラン作成におけるFTDのむずかしさについての質疑がなされた。FTDの診断がなされておらず、非薬物療法への導入が困難な場合についての質問があった。この点に関しては、