

4. 家族の介護負担, 不安への理解

認知症患者の家族の負担は大きい。進行した時期には肉体的な負担も大きくなるが、初期から中期の日常生活に大きな支障がないが、様々な遂行障害が出ている時期には、相手や時間によって発揮できる能力が変動し、周辺の理解が得られず、介護者を振り回し、精神的な負担が極めて大きい。介護者自身も「わざとやっているのではないか」と疑心暗鬼になっていることも多い。

介護者の置かれているこのような状況を複雑な家族関係の中で理解し、共感的に介護者を支える必要がある。

5. 地域の認知症介護サービス諸機関との連携

かかりつけ医と地域包括支援センターとの連携が必要となるのは、①かかりつけ医が早期の認知症と気づいた場合で、患者が独居や様々な理由で介護者が存在しない場合、②専門医療機関での診断や治療が必要と判断したが、その地域の専門医療機関の情報がない場合、③かかりつけ医が介護サービスの活用を図った方がよいと判断した場合、④逆に地域包括支援センターから住民が認知症ではないかと相談や連絡を受けた場合が想定される。図1で示したように、在宅介護支援センター(地域包括支援センター)のケアマネジャーとの連携は、認知症診療において極めて重要であるが、現状ではこの両者を連携させる具体的なツールが欠けている。藤本らの「滋賀認知症ケアネットワークを考える会」では、毎月、かかりつけ医、専門医、一般病院勤務医と介護スタッフ、ケアマネジャー、行政職と合同の勉強会を行っており、1つの方向性を示している⁷⁾。このように大規模な形式以外に、ケアマネジャーや介護スタッフとの小さなミーティングの積み重ねが必要と考えられる。

このような状況下で連携を推進するためには、かかりつけ医に一層の知識と技術が必要となる。厚生労働省では、平成16年度老人保健事業推進費等補助金による事業として「地域における認知症性高齢者の早期発見・対応のあり方に関する調査研究事業」を立ち上げ、「認知症患者

表1 専門医の役割

1. 認知症の診断
2. 認知症の鑑別診断
3. 患者・介護者への病態の説明と教育
4. 介護者へのカウンセリング
5. 社会資源の紹介
1) 介護保険
2) 成年後見制度
6. 経過中起こってくる、うつやせん妄の治療
7. 身体合併症を起こして入院が必要になった際の受け入れと治療
8. 地域との連携
9. 勉強会(院内、院外)を通じた啓蒙活動

の増加に対応したかかりつけ医の対応向上研修のあり方に関する研究会」を発足させた⁸⁾。その目的は、かかりつけ医の認知症対応向上のための研修のあり方や、かかりつけ医の診療および地域における役割を支援サポートする認知症診療に習熟した医師(サポート医)との連携方法、およびシステムのあり方などについて幅広く検討し、併せて研修のモデル事業を実施することである。

■ 専門医の役割

専門医療機関の主な役割を表1に示す。診断と合併して起こってくる多様な病態への対応が中心になる。1つは認知症の鑑別診断を行うことであり、第2に経過中起こってくる、うつやせん妄の治療を行うことである。第3は身体合併症を起こして入院が必要になった際の受け入れと治療である。かかりつけ医としての機能も基本的には必要であり、地域によってはサポート医としての機能も兼ねることになる。また、専門医療機関として院内、院外の認知症に対する啓蒙活動、教育活動が求められる。このように専門医には多様な機能が求められるが、偏在することなく各地域に充足する状態からは遠い。

1. 認知症の診断

画像診断の進歩⁹⁾から、認知症の早期診断や鑑別診断がある程度可能となってきている。また、病型によって治療方針や今後の経過を予測

することも、介護者には大きな情報となる。例えばレビー小体型認知症とわかっているならば、精神行動症状が起きた際の薬物療法が慎重になると思われるし、前頭側頭型変性症であれば常に精神行動障害の出現の可能性を考えておかなければならず、適切な収容施設を早くから検討する必要がある。また、甲状腺機能低下症やビタミン欠乏といった治療可能な認知機能低下を鑑別し、見逃さないようにすることが求められる。

2. うつ、せん妄の治療、身体合併症を起こした際の受け入れと治療

これらはともに専門医のいる施設で診断治療方針を決定することが望ましい。

認知症患者が骨折や肺炎、脳血管障害といった身体合併症を併発して入院すると、せん妄や徘徊、大声興奮、点滴ラインの引き抜きといった精神行動症状を起こし、治療困難になる場合がある。急性期病院で認知症の専門医がいないと対応困難となり、早期に退院を勧告されたり、入院そのものを忌避されることすらある。筆者らはかつて、東海・北陸地方医務局管内国立病院、療養所における認知症患者の実態に関する研究を行った¹⁰。東海・北陸地方医務局管内の24施設についてアンケート調査し、認知症患者を専門に診療する医師のいる施設とない施設では、診療内容に大きな隔りがあるという結論を得た。この中で専門医がいなかった施設では、外来に認知症患者が受診した際の対応について、13施設中10施設は専門医のいる病院に紹介すると返答していた。しかし、それらの施設の入院患者の中で認知症を有する患者の割合を尋ねると、8施設で10%以下であるが4施設では10~50%であり、50%以上と答えた施設も1施設存在した。入院管理困難となる理由は、徘徊、せん妄、興奮が多かった。急性期病院における標準化された認知症患者への対応は確立されておらず、今後の課題である。

また急性期病院も、認知症の医療と介護の連携により強く関心を持ち、機能強化を図るべきである。

平成16~17年度に国立長寿医療センターと

地域の関連施設や医師会が中心となって、認知症の医療と福祉の役割分担と連携を調査した。具体的には認知症患者の重症度、あるいは問題行動の有無に応じて、診断、治療、介護をどのような医療機関、福祉施設のどこにどのレベルの患者が存在するのか、また連携上どのような問題があるのか調査した^{11,12}。その結果、おおむね重症度に即した入所が行われていると考えられたが、医師会員への調査では、施設入所後に患者さんはかかりつけ医に戻ってきますか? という質問に対し、戻ってくるという回答は半数であり、紹介や入所するとかかりつけ医に戻らない状況にあることがわかった。また福祉施設への調査では、入院が必要と思われるときに受け入れ医療機関がなく死期が早まった例があるかとの問いに、特養3施設のうち1施設、老健2施設のうち1施設で「ある」という回答が得られた。入所継続困難症例への対応では、自施設で対応するかかかりつけ医に連絡し検討するが多くみられた。今後の課題は連携面であり、身体合併症を生じた際の連携、かかりつけ医への逆紹介などの問題がある。現在、知多郡医師会と長寿医療センターが中心となって、知多郡認知症総合支援ネットワークを構築しつつあるが、福祉施設とのネットワーク形成が今後の課題である。

文 献

- 1) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—。pp72-75, 2003.
- 2) 鷺見幸彦, 太田壽城：痴呆疾患に関する医療経済的検討。日老医誌 41:451-459, 2004.
- 3) 宮永和夫：ワークショップ：地域に生きる「痴呆」—物忘れ早期発見・早期診断と介護予防 1. 早期発見の意義。日老医誌 42:40-41, 2005.
- 4) 本間 昭：痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護。受診の現状。老年精神医学雑誌 14:573-591, 2003.
- 5) Brodaty H et al: Screening for cognitive impairment in general practice: toward a consensus. Alzheimer Dis Assoc Disord 12:1-13, 1998.
- 6) Hopman-Rock M et al: Development and validation of the Observation List for early signs of

- Dementia (OLD). Int J Geriatr Psychiatry 16 : 406-414, 2001.
- 7) 藤本直規ほか：もの忘れクリニックを中心にした痴呆ケアネットワークについて—地域保健・福祉施設と利用適応—。Prog Med 24 : 87-91, 2004.
 - 8) 財団法人日本公衆衛生協会：認知症患者の増加に対応したかかりつけ医の対応向上研修のあり方に関する研究会報告書。p3, 2004.
 - 9) Minoshima S et al : Metabolic reduction in the posterior cingulate cortex in very early Alzheimer's disease. Ann Neurol 42 : 85-94, 1997.
 - 10) 鷺見幸彦：東海・北陸地方医務局管内国立病院，療養所における痴呆患者の実態に関する研究。長寿医療共同研究報告書，p75, 2004.
 - 11) 鷺見幸彦ほか：痴呆患者の医療と福祉の役割分担と連携に関する地域モデル構築と検証。平成17年度厚生労働科学研究費補助金総合研究報告書，2005.
 - 12) 鷺見幸彦：Alzheimer病の介護医療。医学のあゆみ 220 : 456-462, 2007.

(執筆者連絡先) 鷺見幸彦 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3 国立長寿医療センター外来診療部

認知症サポート医

鷺見幸彦／わしみゆきひこ
国立長寿医療センター外来診療部

高齢者の増加とともに認知症患者の増加は急速であり、いまや common disease といえる。一般のかかりつけ医が診療科を問わず認知症患者と遭遇し、認知症診療にかかわる可能性が飛躍的に高まっており、今後の高齢化を考えるとすべてのかかりつけ医に一定の認知症診療能力が求められるようになることは必定であろう。また、認知症診療においては医療の役割分担が重要であり、福祉や行政との連携も必要となる¹⁾。このような状況下では、かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制の確立が急務といえる。この問題に対応すべく、厚生労働省では認知症地域医療支援事業として平成 17 年から認知症サポート医養成研修事業を開始し、平成 18 年度からかかりつけ医認知症対応力向上研修事業を開始した。認知症診療における医療のかかわりについて概説し、サポート医の役割、サポート医研修について述べる。

■認知症診療における医師のかかわり

1. かかりつけ医の役割

図 1 に示したように、地域ネットワークにおけるかかりつけ医の役割はきわめて重要かつ多様である。認知症ネットワークにおけるかかりつけ医とは勤務形態や診療科に関係なく、地域において認知症患者の医療を含めた生活全般の相談ができる医師をいう。

① 早期段階での発見・気づき……認知症を早期発見することの意義は、本人および家族の両者に対して認知症は病気であるという意識をもたせ、治療により進行抑制や改善するという希望をもたせることにある。また、家族や介護者が認知症の精神行動症状に対する対応方法や公的福祉制度への知識を得ることで、介護が容易になり虐待が減る。一般診療のなかで、初期の認知症に気づくことは容易でなく技術を要するが、観察式の初期認知症観察リストを念頭において²⁾、認知症の可能性をつねに意識することが必要である。

② 専門医療機関への受診誘導……認知症の病型を確定することは治療方針、経過を考えるうえで重要である。また、専門医療機関を受診することにより、入院が必要となる事態に対しての連携の糸口となる。

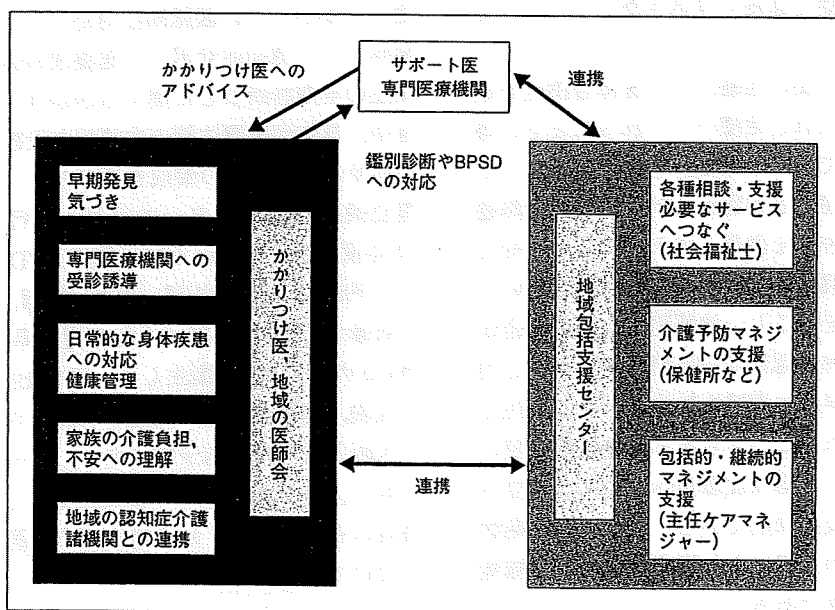


図 1 地域ネットワークにおけるかかりつけ医の役割

③ 一般患者として日常的な身体的対応、健康管理……認知症専門外来では日常的な身体的対応、健康管理は逆に不十分である。高血圧の管理、糖尿病の管理など、いわゆる生活習慣病の管理はかかりつけ医で行う。

④ 家族の介護負担、不安への理解……認知症患者の家族の負担は大きい。介護者のおかれている状況を複雑な家族関係のなかで理解し、共感的に介護者を支える必要がある。

⑤ 地域の認知症介護サービス諸機関との連携
かかりつけ医と地域包括センターとの連携が必要となるのは、(1)かかりつけ医が早期の認知症と気づいた場合で患者が独居やさまざまな理由で介護者が存在しない場合、(2)専門医療機関での診断や治療が必要と判断したがその地域の専門医療機関の情報がない場合、(3)かかりつけ医が介護サービスの活用をはかったほうがよいと判断した場合、(4)逆に地域包括医療センターから住民が認知症ではないかと相談や連絡を受けた場合が想定される。

2. 専門医の役割

専門医療機関のおもな役割は3つある。

① 認知症の診断……画像診断の進歩³⁾から、認知症の早期診断や鑑別診断がある程度可能となってきた。病型によって治療方針や今後の経過を予測することも大きな情報となる。また、治療可能な認知症を鑑別し見逃さないようにすることが求められる。

② うつ、せん妄の治療、③ 身体合併症を起こした際の受け入れと治療……これらはともに専門医のいる施設で診断治療方針を決定することが望ましい。認知症患者が骨折や肺炎、脳血管障害といった身体合併症を併発して入院すると、せん妄や徘徊、大声興奮、点滴ラインの引き抜きといった精神行動症状を起こし、治療困難になる場合がある。急性期病院で認知症の専門医がいないと対応困難となり、早期に退院を勧告されたり入院そのものを忌避されることすらある。急性期病院における標準化された認知症患者への対応は確立されておらず、今後の課題である。また、急性期病院も医療と介護の連携により強く関心をもち機能強化をはかるべきである。

■サポート医の役割

サポート医の役割は、①かかりつけ医の認知症診療に関する相談・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医や専門医との連携体制の構築、②各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力、③都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修の企画立案があげられる。いずれにしても地域での医療と医療、医療と介護の連携の推進役が期待されている。

■サポート医研修(図2)

このような役割分担のもとで連携を推進するためには、かかりつけ医にいっそうの知識と技術が必要となる。厚生労働省では平成16年度老人保健事業推進費等補助金による事業として“地域における認知症性高齢者の早期発見・対応のあり方に関する調査研究事業”を立ち上げ、“認知症患者の増加に対応したかかりつけ医の対応向上研修のあり方に関する研究会”を発足させた⁴⁾。その目的は、かかりつけ医の認知症対応向上のための研修のあり方や、かかりつけ医の診療および地域における役割を支援サポートする認知症診療に習熟した医師との連携方法およびシステムのあり方などについて幅広く検討し、合わせて研修のモデル事業を実施することである。平成17年から認知症サポート医養成研修事業を開始し、平成18年度からかかりつけ医認知症対応力向上研修事業を開始した。認知症サポート医養成研修事業は、認知症の早期診断などに関するかかりつけ医への助言や、認知症医療体制の中核的な役割を担う“認知症サポート医”の養成をめざしている。実施は国立長寿医療センターに委託して行われ、平成17年度にテキストおよび研修用DVDの作成を行い、平成18年度は札幌、東京、福岡、大府(2回)で研修が行われ、318名(44都道府県、13指定都市)のサポート医が誕生した。平成19年度もすでに札幌、福岡、東京で実施され、さらに今年度内に大阪と大府で実施予定である。この事業は当面5年、1,500人のサポート医誕生をめざす。受講希望者は各県および、政令指定都市の医師会の推薦を受けて受講する。

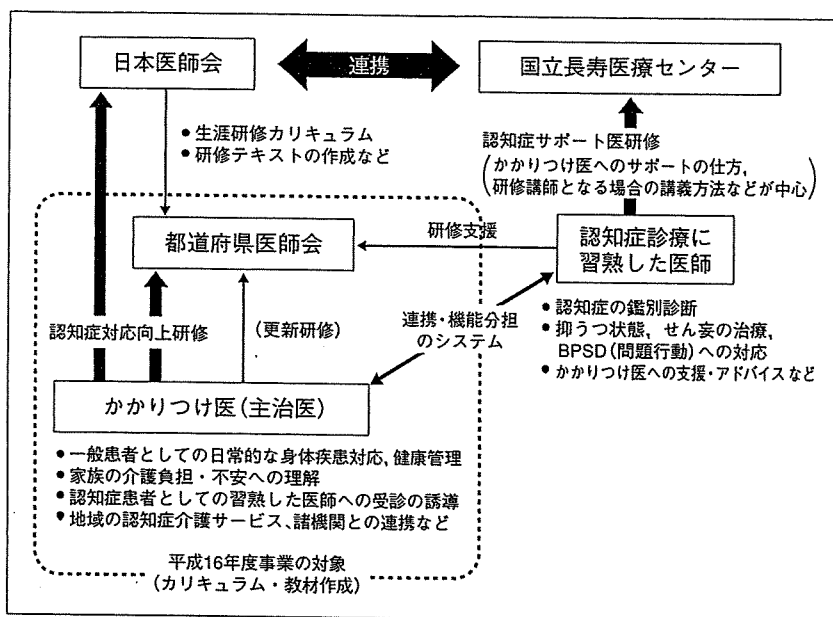


図 2 認知症サポート医養成研修事業

文献

- 1) 鷺見幸彦：Alzheimer 病：介護の現状と問題点—認知症診療における医師の役割。医学のあゆみ, 220：456-462, 2007.
- 2) Hopman-Rock, M. and Staats, P. G.：Development and validation of the Observation List for early
- sings of Dementia(OLD). *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 16：406-414, 2001.
- 3) 新畑 豊, 鷺見幸彦：アルツハイマー病の画像診断。最新医学, 60：128-133, 2005.
- 4) 財団法人日本公衆衛生協会：認知症患者の増加に対応したかかりつけ医の対応向上研修のあり方に関する研究会報告書。2004, p.3.

* * *

C. 薬物療法

ACE阻害薬は嚥下・咳反射の内因性伝達物質であるサブスタンスPを増やし、嚥下反射や咳反射を改善する。また塩酸アマンタジンはドパミン放出を促し、咽喉頭のサブスタンスPを増やす。

【処方例】 下記の薬剤を症状に応じて適宜用いる。

- 1) シンチアリル錠 (5mg) 1錠/分1 (保外)
- 2) シンチアリル錠 (100mg) 1錠/分1 (保外)

認知症患者のケア

鷲見幸彦 国立長寿医療センター・外来診療部長 (愛知)

近年、認知症のケアは個人から地域全体によるケアへと大きく変化しつつある。その背景には、認知症患者が今後爆発的に増加することが予測されること、介護保険制度の開始により認知症介護に関する議論の高まりや、啓発活動によって認知症は家族だけのケアから、社会全体で支え介護サービスを中心に第三者の力を借りるという方向へ考え方が変わってきていることが挙げられる。認知症はいまや特殊な脳の変性疾患ではなく、common diseaseといえる。このような状況下で医師の認知症への対応も変化が求められており、あらゆる領域の医師、医療関係者が認知症を理解し、患者や家族の支えとなることが必要な疾患となってきた。本項では医師として患者およびその介護者を支援するために何ができるのかを述べたい。

A. 認知症の病態の説明

a) 認知症という病気を理解してもらう。まず認知症という病気の特徴を理解してもらうことが重要である。認知症は、一般に考えられているより理解しにくい側面をもつ病気であり、その特性を理解しておかないと患者を誤解し、介護困難をきたす。具体的には正常な部分と認知症として理解すべき部分が混在することが挙げられる。そのため短時間で患者に接すると一見正常にみえることがある。症状の現れ方が、身近な者に対して強く、第三者やたまにしかこない家族には軽いこともある。また自分にとって不利なことは認めない。そのため介護者は患者が演技をしているかのように錯覚することがある。記憶障害のため経験した内容は忘れるが、感情的にはむしろ鋭敏であり、強くしかるとしかられた内容は覚えていないが不快な感情や怖い思いをしたという感情は残る。

b) 多様な病型があつて経過や症状が異なることを知ってもらう。そのためには正確な診断を受ける必要があることを説明する。

c) このような知識から患者のことをもう一度見直し理解してもらう。

B. 介護者へのカウンセリング

介護者を理解することが重要である。同じことを何度も聞いてくる、目が離せない、介護者のペースでできない、最も熱心に介護している人にはありがたうと言ってくれないなど、介護者も大きな負担を感じていることを常に念頭に置き、介護による燃え尽きを予防する。

C. 認知症の介護教育

ケアの方針として介護者に伝える内容を列挙する。

a) もの忘れがあつても安全で安心して暮らせるように支えることが基本。

b) そのためにできる限りの治療や支援を行うことを本人と介護者に伝える。

c) 残された能力が十分あることを伝える。できないことを指摘するよりもできることを探す。

d) 異常な言動を正常化しようと焦らない。家族は行動の異常さにショックを受け、頭から否定したり、理屈で問いつめ、説明や説得してしまおうとする。その背景にある情動の不安定さをまず軽減することが重要である。

e) 家庭の役割分担、社会参加やデイサービスの利用を勧める。認知症は先に述べた特性から、家族よりも第三者のほうがうまく対応できることがあることを理解してもらう。

f) 身体疾患を早めに見つける。突然の不穏、精神行動症状の出現、食欲低下は認知症が悪化したと考えるのではなく、身体合併症の存在をまず疑う。痛みを訴えなくても骨折していたり、局所神経症状がなくても小さな血管障害を起こしていることがある。また薬剤の影響も常に念頭に置く。

g) 日常生活の指導：認知症がほかの成人病と同様の危険因子を有するというエビデンスが蓄積しつつある。それをふまえてバランスのよい適切な食事、適切な運動（可能なら1日20分程度の散歩）、社会への参加（デイサービスの利用）、知的活動の継続（これまで経験したことのある作業で手を使う作業が望ましい）、身体合併症の予防（高血圧、糖尿病の管理、インフルエンザワクチンの接種など）を指導する。その他の指導として運転免許の問題がある。家族が車の運転をやめさせることに消極的な場合もあり、主治医の立場としては事故を起こした際の重大性を本人と家族に繰り返し説明し説得する。

D. 薬物療法の説明と指導

まず服薬が確実にできるかどうか確認する。アリセプトの意義と副作用について指導する。精神行動症状に対しては非定型抗精神病薬が有効であるが、保険適用がないこと、過剰抑制や錐体外路症状、転倒のリスクを増すことなどを十分説明し、少量を短期間使用することを徹底する。

E. 相談窓口の紹介

各地域ごとの地域包括支援センターが窓口になるべく、体制を整えつつあるが、地域差が大きいのが実情である。地域包括支援センター以外の主な相談窓口としては、相談可能なもの忘れ外来、認知症疾患センター、保健所・保健センター、精神保健福祉センター、市町村福祉事務所、社会福祉協議会、シルバー110番、認知症の人と家族の会が挙げられる。これらの窓口と認知症の専門医療機関、精神行動症状が高度の場合の入院施設、身体合併症が生じた際の入院施設などとの連携が重要であり、地域でのネットワーク作りが急務である。

F. 社会資源の紹介

1. 介護保険 もの忘れ外来を初診される患者の大半は介護認定を受けていない。どこでどのようにすれば介護認定が受けられるかからまず指導する。

2. 成年後見制度 ことに独居老人の場合、身上保護のために必要となる。

G. 啓発活動と勉強会

平成18年度より、厚生労働省、日本医師会から国立長寿医療センターが委託され認知症サポート医研修を開始した。サポート医は地域の医師会と連携してかかりつけ医の研修や、連携の相談に応じる役割を担う。地域での啓発活動のポイントは、①認知症は病気であり、治る認知症もある、②早期発見・早期治療で進行を遅らせることができる、③家族だけでは認知症介護は困難であり、介護サービスを積極的に利用すべきである、④患者と介護者に対してできる援助を、地域全体で考えることである。

昼夜逆転患者のケア

大川匡子 滋賀医科大学特任教授・睡眠学

病態と診断

昼夜逆転は、夜間せん妄などの一過性の意識障害を伴う場合、食事・排泄などの日常生活動作(Activities of Daily Living: ADL)低下に伴い、昼夜の活動・休息リズムのメリハリが消失して起こる場合、特異な睡眠障害により夜間睡眠の分断や日

中の過剰眠気を併発している場合などがあり、それぞれに応じて対処法が異なるが、いずれの場合も睡眠日誌を記録し、患者の睡眠パターンを把握すると治療方針をたてやすい。

治療方針

A. 夜間せん妄を伴う昼夜逆転

高齢者、特に脳血管障害や認知症患者においては、昼夜の睡眠・覚醒リズムに代表される生体リズムが障害されていることが多い。生体リズムに関与している視交叉上核を含め生物時計機構に異常が生じ、日中の傾眠傾向、夜間不眠、夜間の徘徊やせん妄などが引き起こされ、昼夜逆転に陥りやすい。このような生体リズム異常に関連する病的状態においては、睡眠覚醒リズムを正常化するような治療法を講じる。

まず、入院などの急激な環境変化や心理的ストレスといった、せん妄の増悪因子の除去・軽減に努め、日中にしっかりと覚醒して過ごすために積極的な働きかけを行う。薬物療法としては夜間に安定した睡眠をとれるようにベンゾジアゼピン系睡眠薬やメラトニンを、異常行動や精神症状を抑えるために向精神薬や中枢性抗コリン作用の少ない抗うつ薬などを用いる。非定型抗精神病薬は副作用が少なく有効な場合もある。高齢の認知症患者への睡眠薬の投与は、成人と比較してさまざまな副作用が出やすくなることに注意する。

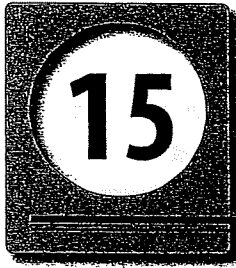
【処方例】 下記をのいずれかを用いる。

① レスリン錠 (10mg)	1回2錠	分1回	就寝前
② レスリン錠 (10mg)	1回3錠	分1回	就寝前
③ レスリン錠 (25mg)	1回2錠	分1回	就寝前
④ レスリン錠 (25mg)	1回3錠	分1回	就寝前

B. ADL低下に伴う昼夜逆転

身体疾患などにより日中のADLが低下すると、外出する機会が減り、太陽光に曝露される機会も減る。すると、昼夜のリズムのメリハリがなくなると、日中の覚醒レベルが下がり、居眠りをする機会が多くなり、夜間、眠れなくなって昼夜逆転の生活となる。対処法としては、日中にしっかりと覚醒して過ごせるよう日光を浴びること、規則正しい生活習慣、適度な運動や散歩などを指導する。散歩や日光浴が困難な場合は、3,000ルクス以上の人工光を照射する高照度光療法が有効である。

夜間せん妄などの意識障害が認められない場合は、夜間の睡眠を維持するために補助的に睡眠薬を用いる。持ち越し効果による日中の眠気を防ぐために、作用時間の短い薬剤を少量用いるとよい。



脳から見た高齢者の転倒の病態

転倒は高齢者において日常生活動作を低下させる最大のリスクであり、介護者の負担を増加させる¹⁾。脳の障害で転倒に関連するメカニズムとしては、1) 運動系の障害、2) 感覚系の障害、3) 平衡障害、4) 高次脳機能障害が考えられる。それぞれの病態と転倒との関わりについて述べ、代表的な脳疾患における転倒について解説する。

中枢神経障害による 転倒機序

1. 運動系の障害

運動系の障害は、錐体路の障害による運動麻痺、基底核の障害による動作緩徐や不随意運動、小脳障害による小脳性運動失調がある。

錐体路障害をきたす代表的な疾患は脳血管障害であり、様々な程度の運動麻痺が出現する。その他に脳腫瘍や多発性硬化症も原因となる。

基底核を中心とする錐体外路系の障害の代表的疾患は、パーキンソン病であり後述する。またハンチントン舞蹈病に代表される不随意運動症も転倒の原因となる。この場合は不随意運動によって随意運動が中断されることによって転倒が起こる。

小脳障害による運動障害は運動の開始障害、共同運動の障害、運動のフィードバックの障害、筋緊張の障害から測定障害を主体とする小脳性失調を呈し転倒する。このような運動系の障害は、動作の不具合が視覚的に一見して明らかで多く、転倒の危険性を認識することは比較的容易である。

2. 感覚系の障害

感覚系の障害では高度の表在感覚障害でも起こりうるが、深部感覚障害でより顕著となる。深部感覚障害では視覚情報で補正されており、暗くなったり視力低下が加わるといっそうリスクが高まる。脳血管障害で高度の感覚障害を呈する場合には、純粋に感覚障害のみであることは稀であり、様々な程度の運動麻痺を合併することが多い。また脳の病変ではないが、高齢者で注意すべきは糖尿病性の末梢神経障害の存在であろう。

3. 平衡機能障害

平衡機能障害は前庭機能障害、小脳障害、基底核障害によって引き起こされる。三半規管から前庭神経核の障害では強いめまいをひき起こすが、この

際には起立が困難となり転倒は起こりにくい。小脳障害による体幹失調ではバランスをとるために歩幅が広い。両足で決められた空間の外へ重心がずれるとバランスが崩れやすい。

基底核障害ではパーキンソン病にみられる姿勢調節障害が代表的である。姿勢を保持することが困難になり、前傾姿勢をとり、一側に傾く。立位にして前胸部を圧迫すると容易に後方へ転倒し、その際に反射的な防御動作が発現しない。この症状は病初期に出現することは稀であり、他の運動障害を併せ持っていることが多い。

4. 高次脳機能障害

上記の障害に比べると、高次脳機能障害による転倒はその原因が高次機能にあることが比較的気づかれにくい。その機序も注意の障害、視空間認知の障害、失行あるいは運動制御の中枢性の障害などが考えられるが、明らかでない。

近年増加しているアルツハイマー病(AD)をはじめとする認知症においては前述の運動系・感覚系・平衡機能には一見問題がないようにみえるが、実際は高頻度に転倒が起きる。また近年注目されてきているレビー小体型認知症(DLB)では、運動系・平衡機能・高次脳機能の障害が複合してみられる。

主な神経疾患における転倒

1. 脳血管障害

脳血管障害は両側同時に発症することは稀であるために、著しい機能的左右差を起こすことが多い。そのためバランスがとりにくく、姿勢や動作を変化させるときに転倒をきたしやすい。大脳皮質に梗塞巣や出血が及び、失行や半側空間失認、半盲を合併するといっそう転倒のリスクが高くなる。また一度転倒を経験すると再び転倒するのではという不安や恐怖感から、過緊張による麻痺側の痙性の助長や、非麻痺側の柔軟性の阻害が起こり、さらに転倒しやすくなる。

血管障害では転倒を起こしやすい時期があり、立位や歩行がある程度可能になった時期から、自立歩行が安定し、自信がつき始め、日常の諸活動が自立しはじめた時期に最も危険性が高くなる²⁾。このような時期に転倒するため、転倒による精神的な影響が問題になる。

2. パーキンソン病と関連疾患

パーキンソン病は、中脳黒質のドパミン作動性神経細胞が変性することによって発症する。主症状は安静時振戦、筋固縮、動作緩徐、姿勢調節障害、自律神経障害であり、人口10万人当たり約150人と最も頻度の高い神経疾患である。Woodらの報告では、1年間の前向き調査で68.3%の転倒がみられた³⁾。進行すると姿勢調節障害やすくみ足が出現し、転倒の頻度が高くなる。進行性核上性麻痺(PSP)はパーキンソニズムに加えて、垂直性核上性注視

麻痺、前頭葉徴候、認知機能障害、構音障害、嚥下障害が進行性に出現する神経変性疾患である。転倒が高頻度にみられ、1996年のNINDS-SPSPの診断基準ではPSPに特異性の高い症候として、発症1年以内の転倒を伴う姿勢の著明な不安定さがprobable PSPの必須項目として取り上げられている⁴⁾。

Wenningらは、パーキンソニズムを呈する疾患の転倒出現時期を検討しており、転倒までの時期の中央値はPSP 6カ月、DLB 24カ月、多系統萎縮症37カ月、大脳皮質基底核変性症48カ月、パーキンソン病120カ月であった⁵⁾。パーキンソン病がある程度他の症状が出そろってから転倒が起こると著しい対照を示し、PSPでは病初期から転倒が出現することが重要である。その結果、入院生活になる時点以前の外来通院中にもしばしば転倒を起こす。

饗場らはPSPの転倒について検討し、パーキンソン病に比してあらゆる病期で転倒が多く、ベッド上生活になってからも転落が多いこと、昼夜を問わず生じ、ことに排泄に関して転倒につながることが多いことを指摘している⁶⁾⁷⁾。また饗場らはPSPの転倒のメカニズムとして、著しい姿勢調節障害に加えて、注意力や洞察力の低下、危険に対する認知力の低下、環境依存的行動といった前頭葉機能低下による認知機能障害の関与を挙げ、ことにベッド上生活になってからも転落が起こりやすい機序として、視覚性の探索反応により目の前にあるものに手が伸び、つかもうとしてバランスを失うのではないかと考察している。

3. 認知症

Horikawaらは104例の軽度から中等度のAD患者において42.3%に転倒がみられ、高度の白質病変の存在と、向精神病薬の投与がリスクを高めると報告している⁸⁾。

Ierselらは認知症患者の歩行速度に注目し、パーキンソニズムや補助器具の使用といった因子を除外すると、認知症患者では歩行速度がむしろ速くなっていることを報告した⁹⁾。著者らはこの現象の理由として、前頭葉からの抑制低下と自己洞察の障害を挙げている。

Olssonらは、reality comprehension clock testを用いて視空間認知スコアを算出し、視空間認知機能が低下している群で転倒が多いことを報告している¹⁰⁾。Erikssonらは、認知症病棟で204例の認知症患者を前向きに検討し、その危険因子を調べた。その結果、男性、ミニメンタルテストの構成の失点、歩行障害の存在が危険因子として挙げられている¹¹⁾。Oliverらは転倒・骨折の予防戦略と認知機能に対する効果について、系統的レビューとメタアナライシスを行ったが、転倒骨折の予防と認知症や認知機能障害の発症率との間には有意な関係は見出せなかった¹²⁾。

DLBは1976年小阪らが報告し、1990年代になって欧米でも注目されるようになってきた疾患で、変性性の認知症ではアルツハイマー病について頻度

が高いと言われている。病理学的には、大脳皮質（前頭葉、側頭葉前部、帯状回、島回）、脳幹（黒質、青斑核、縫線核、迷走神経背側核）や間脳（視床下部、Meynert核）にレビー（Lewy）小体が多数出現する。その診断基準が1995年に初めて提案され、現在も改訂が続いている¹³⁾。

診断基準として、進行性認知症の存在と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、現実的で詳細な内容の幻視が繰り返されること、パーキンソニズムの出現が挙げられており、診断を支持する症状として繰り返す転倒が挙げられている。

DLBにおける転倒の頻度は明らかでないが、この診断基準からも明らかのように、パーキンソニズム、注意障害、前頭葉皮質機能障害、視空間認知障害、覚醒レベルの障害といった転倒のリスクを高める症状が並んでおり、事実きわめて転倒しやすい。認知症の中でも最も転倒に対する注意が必要である。

正常圧水頭症は認知症と歩行障害、尿失禁を三徴とし、画像上特徴的な側脳室の拡大、脳溝の部分的拡大を示す原因不明の疾患である¹⁴⁾。三徴の中でも歩行障害が目立ち転倒しやすく、この症状で受診することが多い。歩行障害の特徴は前頭葉障害における歩行障害と似るとされるが、必ずしも一定ではない。脳脊髄液除去試験を行い、歩行障害が改善するかどうかを診断の根拠となる。改善するようならばシャント手術の適応となる。疾患の本態は不明であるが、治療可能なため見逃さない注意が必要である。

国立長寿医療センターでの検討

国立長寿医療センターでは医療安全管理室内に転倒・転落作業部会を設け、入院患者の転倒転落事例の集積と分析を行ってきた。その結果、転倒が最も多く発生する病棟は認知症患者を多く収容している病棟であり、最も発生頻度の高い科は常に神経内科であった。我々の検討では転倒患者の70%に認知障害がみられた。また、転倒の結果生じる大腿骨頸部骨折患者に認知症はしばしば合併する。大腿骨頸部骨折患者に合併した認知症の診断と評価を行い、その特徴を検討したところ、軽度認知機能障害まで含めると74%に認知症がみられた。そのうち49%がADであり、MMSEの得点で9点以下の重症例が多かった。MRIでは、認知症に関連した頭頂葉、側頭葉、海馬の萎縮、白質変化がみられたが、転倒群で目立ったのは両側基底核のétat cribréであり、28%にみられた。

*

高齢であることが1つの転倒の危険因子である以上、これから現出する超高齢社会において転倒は最も重要な病態である。脳障害においては1つの因子だけでも転倒のリスクが高まるが、高次機能障害を併発すると転倒のリスクは著しく増大する。運動麻痺に比べ高次機能障害は見逃されやすいが、認知症を例にとっても高齢者にはきわめて高頻度に存在していることに注意す

る必要がある。

●文献

- 1) Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y *et al*: Falls of the elderly are associated with burden of caregivers in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 21: 740-745, 2006.
- 2) 金井敏男: 転倒を防ぐための工夫は、脳卒中最前線—急性期の診断からリハビリテーションまで—, 第2版. 医歯薬出版, 1995, p126-135.
- 3) Wood BH, Bilclough JA, Bowron A *et al*: Incidence and prediction of falls in Parkinson's disease: a prospective multidisciplinary study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 72: 721-725, 2002.
- 4) Livan I, Agid Y, Calne D *et al*: Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steel-Richardson-Olszewski syndrome): report of the NINDS-SPSP international workshop. *Neurology* 47: 1-9, 1996.
- 5) Wenning GK, Ebersbach G, Verny M *et al*: Progression of falls in postmortem-confirmed parkinsonian disorders. *Mov Disord* 14: 947-950, 1999.
- 6) 饗場郁子, 松下 剛, 齋藤由扶子他: 進行性核上性麻痺患者の転倒・転落—パーキンソン病との比較検討—. *医療* 57: 177-180, 2003.
- 7) 饗場郁子: 進行性核上性麻痺における転倒・転落の特徴. *医療* 60: 19-22, 2006.
- 8) Horikawa E, Matsui T, Arai H *et al*: Risk of falls in Alzheimer's Disease: A prospective study. *Intern Med* 44: 717-721, 2005.
- 9) Iersel MB, Verbeek ALM, Bloem BR *et al*: Frail elderly patients with dementia go too fast. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 77: 874-876, 2006.
- 10) Olsson RH, Wambold S, Brock B *et al*: Visual spatial abilities and fall risk: an assessment tool for individuals with dementia. *Gerontol Nurs* 31: 45-51, 2005.
- 11) Eriksson S, Gustafson Y and Lundin-Olsson L: Characteristics associated with falls in patients with dementia psychogeriatric ward. *Aging Clin Exp Res* 19: 97-103, 2007.
- 12) Oliver D, Connelly JB, Victor CR *et al*: Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 334: 82-87, 2007.
- 13) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J *et al*: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies (DLB). *Neurology* 65: 1863-1872, 2005.
- 14) 特発性正常圧水頭症診療ガイドライン. 日本正常圧水頭症研究会特発性正常圧水頭症診療ガイドライン作成委員会編. メディカルレビュー社, 2004, p16-31.

(鷺見幸彦)

認知症の診断と薬物療法

鷲見幸彦¹⁾

Key Words 認知症 薬物療法 画像診断 神経心理学検査

内容のポイント Q&A

Q1 アルツハイマー病(AD)と血管性認知症(VaD)の鑑別は？ アルツハイマー病類縁疾患は？

AD VaDの鑑別も重要だがAD患者が脳血管障害を合併する可能性を常に念頭におく必要がある。認知症と鑑別が必要な病態はせん妄、うつである。

Q2 脳画像の見方と鑑別診断は？

形態画像と機能画像を活用する。鑑別診断の重要な武器だがあくまで補助診断であることを忘れてはならない。

Q3 神経心理学的検査とその活用法は？

患者の病態を把握するために重要な手技である。検者、被検者ともに負担の大きい検査なので、適切な検査の選択が必要である。

Q4 薬物療法の効果と副作用は？

現在使用できる薬剤は限られている。認知症患者の特性を考え慎重な投与が必要である。

はじめに

高齢者の増加とともに認知症患者は増加し、いまや common disease といえる。あらゆる医療関係者が認知症患者と遭遇し、認知症診療にかかわる可能性が飛躍的に高まっており、すべての医療

関係者が認知症に対する一定の知識と対処法を有することが求められる。リハビリテーション(以下リハ)スタッフも例外ではない。本稿では認知症の診断、薬物療法について概説する。



認知症の鑑別診断

近年認知症の各病型に対する診断基準の提唱と、病態の解明が進み、治療やケアにつながる鑑別診断が求められるようになってきた。介護保険

* Clinical diagnosis and medical therapies for dementia

¹⁾ Yukihiko Washimi MD, PhD

国立長寿医療センター 外来診療部

■表1 主な認知症の鑑別のポイント

	AD	DLB	FTLD	VaD
好発年齢	40～60歳, 75歳以上の2つのピーク	60～70歳	50～60歳	なし
性差	1:1.2	1.5:1	1:1	2:1
初発症状の特徴	記憶障害 遂行障害	パーキンソニズム 睡眠障害 初期には記憶障害は目立たない	換語困難 意欲低下 脱抑制的行動 記憶障害	運動麻痺 記憶障害
臨床症状の特徴	エピソード記憶の障害 自己評価の障害	症状の日内変動 易転倒性 幻視	失語 常同行動 食行動の異常 時に家族性あり 病識の高度の消失	階段状, 突発性の症状 変動 進行の停止
経過	緩徐に進行 身体合併症により悪化	変動しながら進行性に悪化 ADよりも経過が早い また易転倒性による骨折も悪化要因となる	緩徐に進行 SDやPAも最終的にはFTDの特徴を呈してくる	段階的, 突発的に悪化 一方で進行がほとんど見られない時期も
代表的な診断基準	NINCDS-ADRDA Neurology 34: 939-944, 1984	McKeithらの診断基準 Neurology 65: 1863-1872, 2005	Lund Manchester Group J Neurol neurosurg Psychiatry 57: 416-418, 1994	NINDS-AIREN Neurology 43: 250-260, 1993

の主治医意見書を作成する際にも、認知症という診断名でなく、その病型まで求める地域もある。基本的な臨床症状による鑑別点について表1に示した¹⁾。

(1) アルツハイマー病(AD)

ADはその初期から最近経験した出来事を忘れる(記憶障害)、物事を計画的に段取りよくできない(遂行障害)が前景にあらわれる。進行して、見当識障害や空間認知障害が出現しても、このパターンは維持されることが多い。また運動障害は末期までにはみられないことが多い。高齢者のADでは失語や失行といった皮質症状が早期から出現することはまれであるが、若年発症群ではこれらの症状が比較的早期から現れることがあり、その際には前頭側頭葉変性症や皮質基底核変性症(CBD)が鑑別として問題になる。

(2) レビー小体型認知症(DLB)

DLBは近年注目されるようになった変性性認知症である。1995年統一された病名と診断基準が提唱され2005年には改定された²⁾。変性性認知症ではADの次に多い。表2にDLBの診断基準を要約して示した。下線がことに重要な症状で

■表2 Lewy小体を伴う認知症(DLB)の診断基準

1. 社会生活に支障がある程度の進行性の認知症の存在
初期は記憶障害は目立たず、進行とともに明らかになる。
注意力、前頭葉皮質下機能、視空間認知が冒されやすい。
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の診断を支持する症状
1) 繰り返し転倒 2) 失神 3) 一過性の意識障害
4) 向精神薬に対する感受性の亢進 5) 系統的な妄想
6) 幻視以外のタイプの幻覚

ある。一般にパーキンソン症状から始まる例は診断しやすいが、AD類似の症状を呈した場合には鑑別が難しく、臨床的には典型的なADの症状を呈したが剖検ではDLBと診断されることもある。両者の鑑別のポイントとなるのは初期には記憶障害は軽く幻視がみられること、検査所見では、脳波の異常所見が強いことやMIBG心筋シンチでの心筋へのとりこみ低下がみられることである。

(3) 前頭側頭葉変性症(Frontotemporal lobular degeneration : FTLD)

FTLDは臨床的に認知症や種々の高次機能障害を呈し、画像所見で前頭葉と側頭葉に比較的限局した萎縮を呈する疾患群であり、前頭側頭型認知症(frontotemporal dementia : FTD)、進行性非流暢性失語症(non-fluent slowly progressive aphasia : PA)、意味性認知症(semantic dementia : SD)に分類される。表3にFTDの臨床的特徴を示した。従来のピック病は前頭側頭型認知症で病理学的にピック球が見出される群をいう。国立長寿医療センターを中心に5つの大学で行った141例の調査³⁾では、64歳以下が40.4%をしめ、他の認知症に比して発症年齢が明らかに若い。初発症状で多いのは換語困難、脱抑制、記憶力障害、自発性低下、常同行動であり、初期からFTLD

■ 表3 前頭側頭型認知症の臨床的特徴

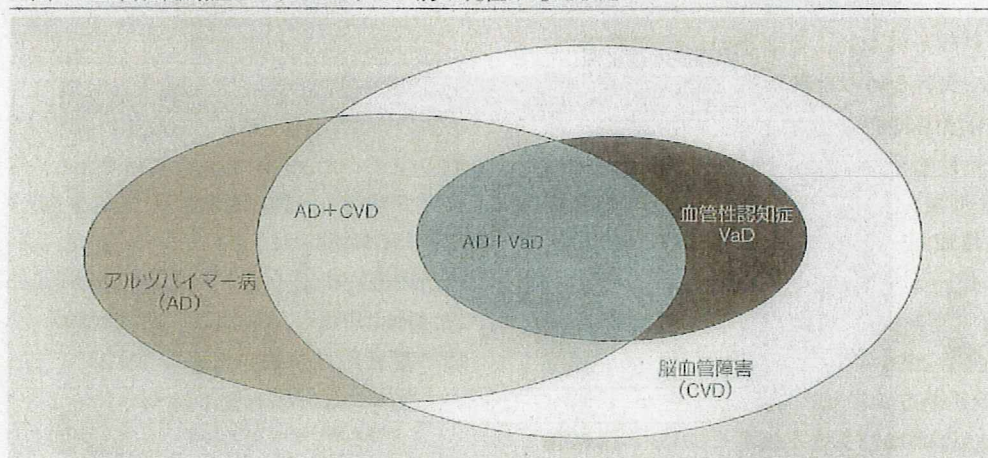
1. 行動障害：発症は緩徐で経過も緩徐進行性、行動や品行の障害が早期から出現
清潔さと整容の無視、社会性に対する関心の消失
脱抑制的行為、精神面での柔軟性の欠落
常同的、保続的行動、道具の強迫的使用
衝動的行動、注意力散漫、病識欠如
2. 感情障害：抑うつ、不安、自殺念慮、執着観念、妄想
奇妙な自己身体への執着、無表情
3. 言語能力の障害：進行性の発語の減少、常同言語
反響言語と保続
4. 空間認知と習慣は保たれる

の特徴的な症状が現れていた。ADのように記憶障害が中心ではないが、記憶障害で初発することもありADとの鑑別が問題となる。SD、PAの症例があるため初期から言語の障害が多く、中期以降でないとは出現しない他の認知症と対照的である。特徴的な症状は人格変化や社会的関心の低下で、具体的には窃盗や室内がごみの山になっているでも無関心がみられる。また交通事故や食行動の変化がみられ、これらも他の認知症の初期症状としてはまれである。頻度は少ないが若年者の発症が多く家族歴を有することがあること、脱抑制から反社会的行動を起こすことがあり、社会的影響が大きいと十分な理解が必要な疾患である。

(4) 血管性認知症(VaD)

近年疾患の概念が変わりつつあるのは血管性認知症(VaD)である。これまで脳卒中の既往がある、画像で脳梗塞が複数ある、無症候性脳梗塞がある、運動麻痺や構音障害があると安易にVaDと診断されてきたことが指摘されている⁴⁾。実際にはADに脳血管障害が合併している症例が混在していることを常に考慮する必要がある。ADの経過中に急に症状が悪化した際にMRI拡散強調画像を撮像すると、新たに発症した脳梗塞が発見されることはしばしば経験される。このような例はVaDと診断されてきた可能性が高い。図1に現在の概念を表4に代表的な診断基準を示したが、この診断基準では認知症の発症と血管障害の発症

■ 図1 血管性認知症とアルツハイマー病の現在の考えかた



長田の図を改変

を時間的にも限定しており厳密に適応することは現実には困難な場合が多い。

(5) 認知症と鑑別すべき病態

認知症と鑑別が問題になる病態としては、せん妄を代表とする意識障害、健忘症候群、神経学的巣症状としての失語、失行、失認、機能的な精神疾患としてうつ、ヒステリー、廃用性機能衰退、正常な老化があげられる。このなかで臨床的に問題になることが多いのは、せん妄、うつである。表5にせん妄との、表6にうつとの鑑別点をまとめ

た。せん妄は本質的に意識障害であり、発症の時期を明確に限定できる点が認知症とは決定的に異なるが、発現している症状自体は認知症と区別がつかないためしばしば誤って診断される。せん妄をみた際には身体合併症のチェック、使用薬剤のチェックが重要である。またせん妄を起こす患者はその背景に認知症が隠れていることがあり注意が必要である。高齢者のうつは若年者のうつと比較して悲哀感や自責感が乏しく心気的な訴えや、体の不調感を訴えることが多いため見逃されやすい。うつが認知症の先行症状であることや、合併することもあるため鑑別は容易ではない。高齢者のうつには認知症が合併していないか注意する必要がある。

■表4 血管性認知症の診断基準

1) 認知症が存在する
2) 病歴、臨床所見、脳の画像診断から脳血管障害があること
3) 1)と2)の関連があること
認知症の発症が脳卒中発作から3カ月以内
認知機能障害が突然発症であったり
認知機能障害が変動し階段状に増悪

NINDS-AIREN

Neurology 43 : 250-260, 1993



認知症の画像診断

認知症ことにADの進行を停止する薬剤の開発が進んでおり、早期診断、早期治療のための

■表5 せん妄と認知症の鑑別点

臨床徴候	せん妄	認知症
発症様式	急激(数時間~数日)	潜在性(数カ月~年)
初発症状	意識障害	記憶障害
経過と持続	動揺性(数日~数週)	慢性進行性
注意	障害される	通常正常
覚醒水準	動揺する	正常
思考内容	通常豊か(しかし無秩序)	不毛
脳波	異常(広範徐波化)	正常~軽度異常

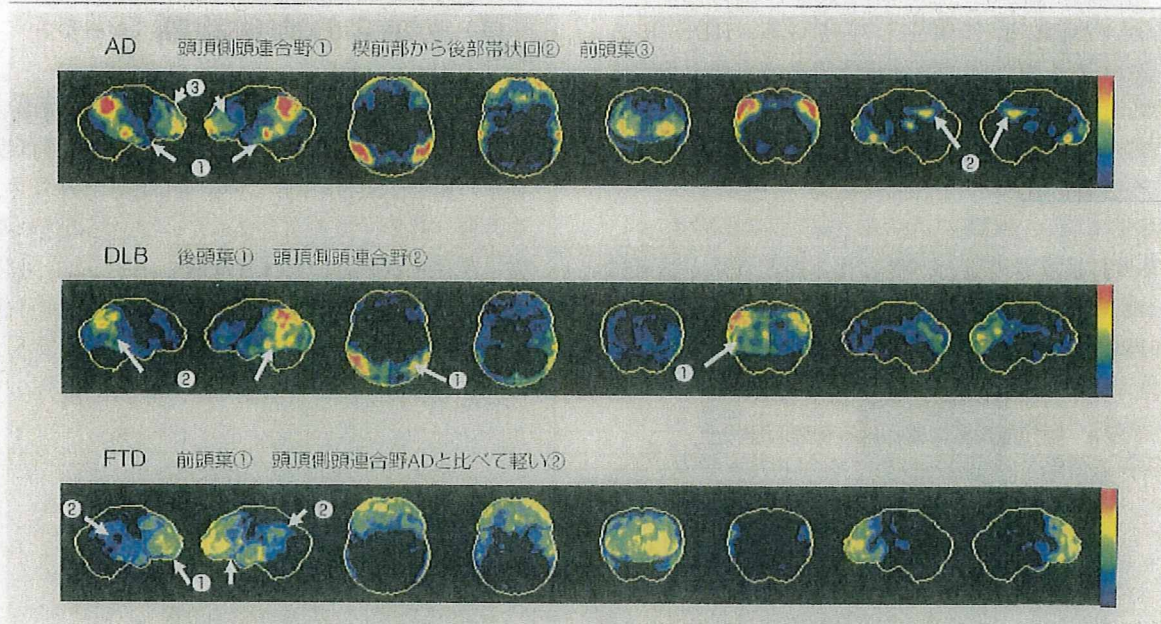
■表6 うつと認知症の鑑別点

	うつ状態	認知症
感情	抑うつ気分が持続 状況によって変化しない	動揺、表層的、浅薄 暗示によって変化
知的障害	記憶障害を強く訴える 一生懸命考えてわからないという	障害を否認する いいわけ 考えようとしらない
外見	悲しげ うつむきかげん	感情と不一致な言動
見当識	混乱するもほぼ正常	時間場所の障害
神経症状	ない	伴うことあり
うつの傾向	あり	少ない
自殺傾向	あり	少ない
夜間の悪化	ない	あり

臨床評価指標の必要性が高まってきている。すでに画像診断においてはシングルフォトン断層撮影 (SPECT) やポジトロン断層撮影 (PET) といった機能画像が認知症初期の軽微な異常を検出しうることが報告されてきているが⁵⁾、この診断法が AD の早期診断に対して真に有用かどうか、前向き研究が必要であり、現在全国の多施設共同研究として SPECT の有用性を検討する J-COSMIC 研究と、PET の有用性を検討する SEAD-Japan 研究が開始されている。またこれらの研究に加えてさらに包括的なアルツハイマー型認知症神経画像診断先導的研究 (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative: ADNI) が開始されている。さら

にアミロイド、タウの画像化が進歩してきており、アミロイド画像に関しては全国研究が開始され、ここ 2~3 年の間にこれらの研究成果が得られることが期待されている。代表的疾患の画像所見の特徴について表 7 にまとめた。図 2 は変性性認知症の SPECT の異常パターンを示した。重要な点は認知症の画像診断はきわめて有用な診断技術ではあるが、現時点ではあくまで補助診断であるという点であること、また MRI、CT といった形態画像は認知症の初期には異常を示さないため、形態画像に異常がないからといって決して認知症を否定しないことを心得ておくことである。

■ 図 2 認知症各病型の典型的な SPECT パターン



■ 表 7 代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

	AD	DLB	FTD	VaD
MRI CT	海馬、側頭葉の萎縮 初期には目立たない	海馬、側頭葉の萎縮	前頭、側頭葉の萎縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞
SPECT FDGPET	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 (AD に比べて軽い)	血管障害の病巣により一 定の傾向をもたない
その他		MIBG 心筋シンチで取り 込み低下		

認知症における神経心理検査の役割

認知症診療における神経心理検査の役割は認知症かどうかをスクリーニングする、認知症の重症度を評価、知能全般、空間認知機能、言語機能、前頭葉機能等の中核症状の評価、精神症状の評価、日常生活機能の評価、介護者の負担度の評価と多様であり、これらのなかから必要な検査を選択する。代表的な検査を表8にまとめた。個々の検査の手技、意義については成書を参考にさせていただきたい⁶⁾。本稿では医療者として行う可能性のあるスクリーニングテストとして改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)とミニメンタルテスト(MMSE)に限定して述べる。HDS-RもMMSEも質問式で認知機能障害の有無を判定するもので、質問項目が決まっているため検者間のばらつきが少ないが、以下のような施行上の注意が必要である。

(1) 被験者の協力が得られるかどうかの結果に大きな影響を与えるため、被験者との協力関係が得られるような人間関係を形成する必要がある。

(2) 被験者の不安感を取り除くように心がける。
 (3) 評価は厳密に行う。過度にヒントを与えたり、評価を甘くしたりしない。

また判定にあたって以下のような注意が必要である。

(1) 検査結果のみで認知症と判定しない。
 (2) 体調が検査結果に影響を与えることがある。突然の悪化や突然の改善は被験者の体調や意識レベルの検討が必要である。
 (3) うつ状態が存在しないかどうかは認知機能検査では重要であり、あわせて評価しておくことが望ましい。

(1) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

簡便で容易であり短時間でできるために被験者に与える負担が少ない。認知機能検査の多くは教育歴の影響が大きいがこの検査は影響が少ない。その他、動作性検査が含まれていないため運動障害の存在する患者にも施行可能であること、被験者の情報をあらかじめ得ていなくても質問が可能など優れた点が多い。ただし国際性という

■表8 認知症診療に使われる神経心理検査

1. 認知症のスクリーニング	MMSE(Mini-Mental State Examination) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
2. 認知症の重症度の評価	FAST: Functional Assessment Staging CDR: Clinical Dementia Rating
3. 中核症状の検査	知能全般 WAIS-R: Wechsler adult intelligence scale ADAS: Alzheimer's disease Assessment Scale 記憶 WMS-R(Wechsler memory scale revised) Rey-Osterrieth Complex Figure 空間認知機能 RCPM: Raven Color Progressive Matrices 視覚認知 Kohs 立方体検査: 空間認知, 構成 言語機能 標準失語症検査 SLTA: Standard Language Test of Aphasia WAB: Western Aphasia Battery 前頭葉機能 ウィスコンシンカード分類検査 Wisconsin Card Sorting Test FAB: Frontal Assessment Battery at bedside
4. 精神症状の評価	精神症状の全般的な評価 NPI: Neuropsychiatry Inventory Behave-AD うつに対する評価 SDS: Senile depression scale GDS: Geriatric depression scale Hamiltonの抑うつスコア
5. 日常生活機能の評価	DAD: disability assessment for dementia
6. 介護者の負担度の評価	Zaritの介護負担尺度

点では後述のMMSEにおよばない。検査内容は年齢、時の見当識、場所の見当識、3単語の記録、計算、数字の逆唱、3単語の遅延再生、5物品記録、野菜名の想起である。最高点は30点で20点以下を認知症とした時に最も鑑別力が高い。

(2) ミニメンタルテスト(Mini-Mental State Examination : MMSE)

短時間で行え、事前に被験者の情報がなくても施行可能である。長谷川式との大きな違いは動作性検査が含まれている点で、運動障害のない被験者では情報が大きい。このテストは年齢と教育歴の影響をうけると報告されており判定の際に注意が必要である。世界中で広く用いられており、国際的に共通に使える利点がある。検査内容は時の見当識、場所の見当識、3単語の記録、注意・計算、3単語の遅延再生、物品呼称、復唱、3段階命令、読字、書字、構成からなる。日本版MMSEでは場所の見当識、復唱について変更がある。満点は30点であり23点以下を認知症と判定する。



認知症の薬物療法

認知症患者に薬物療法を開始する際には、まず本当に服薬可能かどうかを確認する必要がある。同居する家族がいても仕事に出ていて服薬管理ができないことがある。したがって認知症の治療では、患者本人のみでなく介護者に対するケア・教育も重要である。また認知症の病型や病期によって薬物療法を中核症状に対して行うのか心理行動症状に対して行うのかによって力点が異なる。そのため認知症を早期発見するとともに正確な診断と、症状、重症度の評価が重要となる。

(1) 中核症状に対する薬物療法

塩酸ドネペジルは可逆性のアセチルコリン(Ach)エステラーゼ阻害薬であり、Achに対する選択性が強く脳内移行性に優れている。血漿半減期70時間と長く生物学的活性が高いため1日1回投与でよい。認知症の患者にとって投与方法はできうる限り単純であることが望ましく、同効薬が1日2回以上の投与が必要であることに比べて有利な点である。適応は軽度から中等度のADであ

り、平成19年から高度の症例にも10mg投与の適応が拡大された。表9に主な副作用をあげた。重篤な副作用が多い薬剤ではないが、患者は一般に高齢であり、症状を正確に報告できない可能性もあるため、介護者に副作用についてよく話しておくことが重要である。最も頻度が高いのは嘔気、食欲不振、下痢などである。軽度の場合は投与継続可能であるが、嘔吐や、下痢が高度の際には中止せざるを得ない場合もある。消化管出血の発生率は偽薬群と差がないとされているが⁷⁾、胃十二指腸潰瘍の既往や非ステロイド系消炎鎮痛剤を常時服用している場合には注意が必要である。高齢者では心伝導ブロックの増悪や閉塞性肺疾患を悪化させることもあり投与前に心電図、胸部X線写真を一度は調べておくことが望ましい。ADの真の発症機構が明らかでない現在、真の原因療法はまだ探索的であるが、今後は現時点では最も有力なアミロイド仮説に基づき、アミロイドβ(Aβ)産生を制御する治療法が主流となってくるものと考えられる。Aβワクチンによる治療⁸⁾γ-secretase阻害薬による治療が考えられている。

(2) 心理行動症状に対する薬物療法

中期以後の認知症患者では中核症状である認知機能障害に加えて、感情や意欲の障害や幻覚、妄想といった精神症状、徘徊、暴力といった行動障害を伴ってくることもある。これらの症状を認知症の心理行動症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)と総称する。これらの症状は患者家族の介護負担を著しく増大さ

■表9 ドネペジルの副作用と使用上の注意点

1. 軽度および中等度のアルツハイマー病に使用
2. 平成19年から臨床的に高度な例も10mg投与可能
3. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
4. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
投与前に心電図、胸部X線をとることを勧める
5. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の患者
6. パーキンソンズムの出現

〔重大ではないが頻度の高い副作用〕

食欲不振、嘔気	1-3%未満
嘔吐、下痢、便秘、腹痛	1%未満
興奮、不穏、不眠、眠気	1%未満
徘徊、振戦、頭痛	1%未満
顔面紅潮、皮疹	1%未満