

Inventory (NPI) やBehave-AD, うつの評価として Geriatric Depression Scale (GDS) やHamiltonの抑うつスコアが, 日常生活機能の評価としてはDisability Assessment for Dementia (DAD), 介護者の負担度の評価としてZaritの介護負担尺度などが利用される。個々の検査の詳細に関しては成書を参照されたい³⁾

4. 画像診断 (画像診断)

ADを対象に行われる画像診断は, 大きく2種類に大別される。すなわち, CT, MRIに代表される, 主に脳の形態学的変化をとらえることを目的としたものと, positron emission tomography (PET), single photon emission computed tomography (SPECT) に代表される, 脳の機能的側面を画像としてとらえる方法である。MRIはCTに比べ解像力に優れ, 微小な脳血管障害を描出しやすく, また種々の方向の断層を得られる点で優れる。しかし, 一部の認知症に特異的にみられる石灰化病変や出血性病変の描出などの点ではCTが優れる。また最近では灰白質濃度をもとに標準脳による解剖学的標準化を用いて画像統計解析を行う voxel-based morphometry (VBM) が可能となり, 簡便に利用できるソフトウェア (VSRAD: voxel-based specific regional analysis system for Alzheimer's disease) が開発されている¹⁰⁾。ADの病理学的変化は, 側頭葉内側部の内嗅領皮質に始まるとされ, MRIでは比較的早い時期よりこの近傍の海馬の形態学的な萎縮がみられる。これをとらえるには, 水平断画像では側脳室下角の拡大を評価するが, TI冠状断画像がより有効であり, 認知症を疑う際にはこの条件での指示が必要となる。高齢発症例では, 側頭葉に比較的限局する脳萎縮を呈する例が多いが, 初老期発症のADでは, 脳萎縮は前頭側頭葉優位に全体に及び病勢の進行も速い。特に高齢者では正常者においても脳萎縮の個人差が大きいため, 個々の症例での脳萎縮での判定は注意を要する。また, X線CT, MRI上の白質病変〔いわゆる脳室周囲白質軟化症 (PVL), 脳室周囲病変 (PVI)〕はADをはじめとする変性疾患でもしばしばみられ, これを根拠に血管性認知症と診断することは慎重を要する。ADの初期診断においては後述する機能画像がより有用であるが, 他の脳疾患の鑑別

のためにも形態画像は必須である

一方, PET, SPECTは微量の放射性物質 (ラジオアイソトープ) で標識した薬剤を生体に投与し, 目的部位 (脳) に集積した放射線を検出し, 画像化する方法であり, 投与薬剤により, 脳血流量, 糖・酸素などのエネルギー代謝, 各種神経伝達物質およびそのレセプター量などの測定が可能である。現在, 国内においてはSPECT用製剤として¹³³Xe, ¹²³I-IMP, ^{99m}Tc-PAO, ^{99m}Tc-ECDの4種の脳血流測定用製剤が放射性医薬品として企業より供給されている。一方, PETはSPECTより解像力に優れるが, 超短半減期 (約2~110分) のアイソトープを使用するため, 各施設における薬剤合成が必要となり, サイクロトロンをはじめとする大がかりな設備が必要となる。¹⁸F-FDG (¹⁸F-fluoro-deoxyglucose) については製薬企業の工場から近隣の病院への配送システムが整備されたが, 脳PET検査については脳腫瘍, 難治性部分てんかんに対する脳ブドウ糖代謝の測定以外は保険適応となっていないのが現状である。ADの病理学的変化は側頭葉内側部の内嗅領皮質に始まるとされるが, 神経投射部位のシナプス活動を反映するPET, SPECTでの血流, 代謝の最も早期にとらえられる変化は後部帯状回に始まるとされる¹¹⁾。進行した時期になると典型的には, 側頭葉外側面より頭頂葉にかけての血流, 代謝の低下が明らかとなる。病理学的に萎縮の強い海馬近傍の糖代謝は側頭葉外側面の変化の程度と比べると比較的保たれる。さらに進行した時期になると前頭葉の血流, 代謝の低下が明らかとなっていく。一次運動感覚野, 一次視覚野は相対的に保たれる場合が多い。近年, アミロイドやタウの画像化が試みられている。ピッツバーグ大学のグループはチオフラビンTの誘導体である¹¹C-6-OH-BTA-1 (PIB) を開発した¹²⁾。ADでは前頭前野や大脳皮質でアミロイドの強い集積がみられるが, 臨床的に正常例でも集積がみられることがあり, 臨床応用は今後の課題である。

5. 診断上の問題点

ADでは初期には精神症状は目立たないことが多いが, 前頭葉症状から始まるfrontal variant of Alzheimer's disease¹³⁾ や失語症から始まる例があり, その際は前頭

側頭葉変性症との鑑別が困難である。今後、前述のアミロイドPETが鑑別に有用となる可能性がある。

【症例提示】

70歳 女性

主訴：もの忘れ

現病歴：1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。結婚した娘のところは何度も電話してくるが、前にかけた内容を覚えていない。買い物へは行くが、同じものを大量に買ってきてしまい冷蔵庫内で腐らせてしまう。料理もレパートリーが減り、3日続けて同じ料理を作った。最近、好きで通っていた絵画教室へいろいろ理由をつけては行かなくなった。

初診時所見：診察室では礼節は保たれている。今日の日付を質問すると、同伴の夫を振り返り答えを聞こうとする。「今日は新聞もテレビも見てこなかったものですから」と言い訳する。「薬は飲んでいますか」と質問すると、「きちんと飲んでいきます。日付を書いてカレンダーに貼り付けて忘れないようにしています」と言う（夫の情報ではできていない）。一般身体所見、神経学的所見には特記すべき所見なし。

MMSEは23/30で、時間の見当識と3単語再生で失点。頭部MRIでは軽度の海馬の萎縮を認めるが年齢相応（VSRAD：L88）。脳血流シンチグラムでは頭頂側頭連合野の軽度の血流低下、後部帯状回から楔前部での血流低下がみられた。

引用文献

- 1) 鷺見幸彦, 他: 痴呆疾患に関する医療経済的検討. 日本老年医学会雑誌, 41: 451-459, 2004
- 2) 朝田 隆: 認知症の人ほどのくらいいるのか. こころの科学, 161: 12-16, 2012
- 3) Akatsu H, et al: Subtype analysis of neuropathologically diagnosed patients in a Japanese geriatric hospital. J Neurol Sci, 196: 63-69, 2002
- 4) Maestre G, et al: Apolipoprotein E and Alzheimer's disease: ethnic variation in genotypic risks. Ann Neurol, 37: 254-259, 1995
- 5) American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV). American Psychiatry Association, 1994
- 6) McKhann G, et al: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology, 34: 939-944, 1984
- 7) McKhann GM, et al: The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement, 7: 263-269, 2011
- 8) Knopman DS, et al: Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology, 56: 1143-1153, 2001
- 9) 日本臨牀2011年増刊号: 認知症学(上) Ⅲ. 臨床編 4. 認知症診療に用いられる評価法と認知機能検査. pp390-475, 2011
- 10) Hirata Y, et al: Voxel-based morphometry to discriminate early Alzheimer's disease from controls. Neurosci Lett, 382: 269-274, 2005
- 11) Minoshima S, et al: Metabolic reduction in the posterior cingulate cortex in very early Alzheimer's disease. Ann Neurol, 42: 85-94, 1997
- 12) Klunk WE, et al: Imaging brain amyloid in Alzheimer's disease with Pittsburgh Compound-B. Ann Neurol, 55: 306-319, 2004
- 13) Johnson JK, et al: Clinical and pathological evidence for a frontal variant of Alzheimer's disease. Arch Neurol, 56: 1233-1239, 1999

2. レビー小体型認知症

鷺見 幸彦

WASHIMI Yukihiko

Key Point

- レビー小体型認知症の頻度は、変性性認知症ではアルツハイマー型認知症に次いで多く、臨床的には認知症の10～30%に認められるとされている。
- 病理学的には、中枢神経系（大脳皮質、脳幹、間脳）にレビー小体およびレビー関連神経突起が多数出現し、神経細胞脱落がみられる。
- 臨床症状では、進行性の認知症に認知機能の変動や特有の幻視、精神症状、パーキンソニズム、自律神経症状などの多彩な症状を呈する。
- 中核的特徴の第一は認知機能の変動だが、変動の周期はさまざまで、変動を起こす背景も多様であると考えられる。そのため、せん妄との鑑別は難しい。
- アルツハイマー型認知症に類似の症状を呈した場合は鑑別が難しいことがある。早期からの幻視、抗精神病薬への過敏のエピソード、レム睡眠行動障害のエピソード、さらにMIBG心筋シンチグラムでの心筋への取り込み低下が鑑別のポイントになる。

概 念

レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies：DLB）は、近年注目されるようになった変性性認知症の一病型である。認知症の一病型として認識されたのは比較的最近であり、1995年に初めて統一された病名と診断基準が提唱され¹⁾、2005年に改訂診断基準が示された²⁾。正確な頻度は不明であるが、変性性認知症ではアルツハイマー型認知症（AD）に次いで多いといわれ、臨床的には認知症の10～30%³⁾、剖検では10～20数%とされる⁴⁾。病理学的には中枢神経系にレビー小体およびレビー関連神経突起が多数出現し、神経細胞脱落を来す。レビー小体は心臓交感神経や脊髄、消化管の神経叢にも出現する。臨床症状では、進行性の認知症に認知機能の変動や特有の幻視、精神症状、パーキンソニズム、自律神経症

状といった多彩な症状を呈する。運動症状や精神症状が起りやすいため、一般に介護が困難となりやすく、早期での診断が重要になる。

病 態——病理学的背景

病理学的には、中枢神経系（大脳皮質、脳幹、間脳）にレビー小体およびレビー関連神経突起が多数出現し、神経細胞脱落がみられる。レビー小体は脳幹では黒質や青斑核、迷走神経背側核、視床下部、マイネルト基底核にみられ、ハローを有するエオジン好性封入体である（[図16-10](#)）。その主要構成蛋白は α シヌクレインであることが明らかにされている⁵⁾。大脳皮質に現れるレビー小体は不正円形で、脳幹にみられるレビー小体より小型であり、 α シヌクレイン染色で初めて明瞭になる。

表1 レビー小体型認知症 (DLB) の診断基準

1. 中心の特徴：社会生活に支障がある程度の進行性の認知症の存在
 - ・初期は記憶障害が目立たず，進行とともに明らかになる
 - ・注意力，実行機能，視空間認知が冒されやすい
 - ADとは発症模式が異なることを強調
2. 中核の特徴：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変動
 - 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. 示唆の特徴：1つ以上の中核の特徴に1つ以上の示唆の特徴があれば臨床的確診。中核の特徴がまったくなく，1つ以上の示唆的特徴があれば臨床的疑診
 - ①REM睡眠行動障害
 - ②重度の抗精神病薬への過敏
 - ③SPECTやPETによるドーパミントランスポーターの取り込み低下 (^{123}I - β -CIT, ^{125}I -FP-CIT, ^{18}F -CFTなど)
4. 支持的特徴：DLBによく認められるが，診断的特異性を有しているか明らかでないもの
 - ①繰り返す転倒，失神 ②一過性の原因のはっきりしない意識障害 ③重度の自立神経障害 ④幻視以外の幻覚 ⑤系統的な妄想 ⑥抑うつ ⑦CT/MRIでの内側側頭葉の比較的保持 ⑧SPECT, PETでの後頭葉の活性低下 ⑨MIBG心筋シンチグラムの取り込み低下 ⑩脳波における，側頭葉の一過性鋭波を伴う著明な徐波
5. DLBの可能性を低くする所見
 - ①局所的神経徴候や脳画像での脳血管障害存在時
 - ②部分的あるいは全般的に臨床像を説明しうる他の身体疾患または脳疾患の存在時
 - ③認知症が重症化してから初めてパーキンソン症状が出現したとき
6. 症状の時間的連続性
 - DLBの診断は認知症がパーキンソニズムの前か同時に出現したときになされなければならない。すでに確立したパーキンソン病が存在する状況で生じた認知症については，認知症を伴うパーキンソン病 (PDD) の用語を用いなければならない。

また，レビー小体は脊髄中間外側核，末梢交感神経節，内臓自律神経系，副腎髄質にもみられ，臨床症状の多彩さに関与するとともに他の認知症との鑑別のポイントにもなっている。レビー神経突起はレビー小体が軸索や樹状突起などの神経突起に形成されたもので， α シヌクレイン染色によって広範囲に認めることができる。この他に，海馬傍回における海綿状態や，扁桃核や海馬にみられるLewy spheroidが病理学的には重要である。神経伝達系の障害としては，マイネルト基底核の障害によりアセチルコリン系の障害がADよりも強いことが指摘されており⁶⁾，DLBではADよりもコリンエステラーゼ阻害薬が有効な例があることの根拠となっている。また，パーキンソニズムを呈することからドーパミン系の障害があり，ノルアドレナリン系やセロトニン系も障害され自律神経障害や精神症状に関与している。

診 断

1. 診断基準

表1に，2005年にNeurology誌に発表された診断基準を示す²⁾。この新基準が必要となったのは，1996年の基

準では診断基準を満たさないDLB例が多数存在し，この基準を満たしても特異度は高いが感度が低いことが明らかになったからである⁷⁾。

2. 臨床症状

(1) 認知障害

診断基準に示されているように，中心となる症状は進行性の認知障害である。記憶障害から始まることが多いが，ADと比べると初期には記憶障害の程度が軽い⁸⁾。進行するとADと同様の見当識障害，記憶障害がみられる。またADと比べて，実行遂行障害や問題解決能力の低下，構成障害や視空間認知障害，注意の障害が目立つ。

(2) 認知機能の変動

中核的特徴の第一にあげられるのが認知機能の変動である。変動の周期はさまざまで，失神と鑑別困難な分単位の変化から，時間の単位での日内変動，週月の単位での長期の変動までさまざまである。この変動は注意や覚醒レベルの変動を伴うことも多いが，これらでは説明できない変動もみられ，変動を起こす背景は多様であると考えられる。そのためせん妄との鑑別が難しい。認知機能の変動は診断基準のうえでも重要な徴候と考えられて

いるが、検出率の低さや評価者間での一致率の低さが問題となってきた⁹⁾。単に調子の良いとき、悪いときがあるかという質問ではこの症状をつかまえることは困難である。日中に寝てばかりいないか、会話が混乱する日がないか、いつもできている作業（時計を合わせる、TVのリモコンを使う）などができたりできなかったりしないかなど、具体的に聴取する必要がある。2005年の改訂診断基準ではMayo Fluctuations Composite Scaleを推奨しており、日本版も作成されている¹⁰⁾。

(3) 幻視

最も気がつかれやすい症状であり、男の人が来ている、子どもが二人いるといった具体的に明瞭な幻視であることが多い。かかっている服を人と誤認したり、電柱が人に見えたりする視覚誤認もみられる。また、実際に見えるわけではないがいるような気がするという実体意識性もみられる。せん妄の幻視と違って後で幻視の内容を報告することができ、意識レベルが低下していないと思われる状況でも持続的に出現する。

(4) パーキンソニズム

パーキンソン症状としての筋固縮や動作緩徐は特発性のパーキンソン病と変わるところはない。認知症が先行して後からパーキンソン症状が出てくる場合には典型的な安静時振戦は少なく、左右差が目立たないことが多い。運動障害が存在すると、起立性低血圧の存在もあいまって転倒のリスクが増大する。

(5) 妄想

物盗られ妄想、嫉妬妄想、被害妄想などがみられるが、最も特徴的なのは視覚的な誤認妄想である。家族が他人に入れ替わってしまっているという替え玉妄想（カプグラ症候群）や自分の家に他人が入り込んでいる（幻の同居人）がときにみられる。また、亡くなった人が生きている、自宅にいるのに自宅でないと主張する、テレビの中の出来事と現実を混同するといった視覚的な要素が絡んだ妄想が多い。

(6) うつ

DLBの30%にうつが存在するといわれている¹¹⁾。MizukamiらはDLBのうつの特徴として、焦燥、妄想、現実感消失・離人症、精神運動抑制、心気症、病識欠如をあげている¹²⁾。また、DLBでは初期症状としてう

つが多いことが知られている¹³⁾。

(7) レム睡眠行動障害 (RBD)

レム睡眠期には通常筋緊張の低下が起こり、発声も四肢の動作も発現しないが、レム睡眠行動障害 (REM sleep behavior disorder: RBD) では筋緊張の低下が起こらず、大声を出したり手足を動かしたりする。覚醒すると悪夢を見ていたということが多い。パーキンソン病や多系統萎縮症のような他のシヌクレインが蓄積する疾患にもみられ、原疾患の出現に数年先行して起こる点が重要である。RBDのみられた例では50%にシヌクレイン蓄積症が発症するという報告があり¹⁴⁾、ADとの鑑別においても重要である。

(8) 重度の抗精神病薬への過敏

前述のようにDLBでは幻覚や妄想が出現するため抗精神病薬の投与が必要となる場合があるが、少量投与でも、過鎮静、パーキンソニズムの悪化や、遷延する覚醒レベルの低下、悪性症候群がみられることがある。ベンゾジアゼピン系の睡眠薬においても興奮、覚醒不良を起こすことがある。DLBの診断が確定している際にはこれらの薬剤を慎重に投与できるが、診断が十分されずに投与されると上記のような反応が起こり、治療に苦慮することになる。逆に中枢神経作動薬に過敏反応がみられる際にはDLBの存在を疑う必要がある。また、この症状がみられるDLBは予後が悪く、死亡率が2~3倍になるという報告がある¹⁵⁾。

(9) 自律神経症状

自律神経症状としては起立性低血圧、食後性低血圧、臥位高血圧、神経因性膀胱、便秘などがみられる。起立性低血圧は失神、転倒の原因となるため注意が必要であり、DLBを疑った場合には臥位と立位で血圧測定を行う。

3. 神経心理学的評価

DLB神経心理学的検査での特徴は、1995年の最初の診断基準でまとめられたように、初期には記憶障害が目立たず、注意、前頭葉機能、視空間機能の障害が強いつながられる。Mini-Mental State Examination (MMSE) では3単語再生が良好であるにもかかわらず、2つの五角形模写がうまくできない。注意障害に関して

は、持続的注意、選択的注意、分配性注意のいずれもが障害され、持続的注意が保たれやすいADとは異なる¹⁶⁾

4. 画像診断 (画像診断)

(1) 脳形態画像

病学的に、DLBではADに比較して内側側頭葉萎縮が軽いとされており、MRIにもこの所見が反映されている。ただしこの所見は統計的な差であり、個々の症例では萎縮の程度からDLBらしさを判定するのは困難である。この部位の萎縮が強いからといってDLBを否定することはできない。

(2) 脳機能画像

DLBでは¹⁸F-fluorodeoxyglucose (FDG) によるFDG-PETにおいて、グルコース代謝が後頭葉、ことに一次視覚野で低下しており、ADとの鑑別に有用である¹⁷⁾。脳血流SPECTでも同様に後頭葉の血流低下がみられるが、感度・特異度はPETよりも劣り、この所見がみられるのは6割程度である。SPECTで後頭葉の血流低下がみられる場合にはDLBを疑う根拠になるが、みられなくてもDLBを否定できない。

(3) MIBG心筋シンチグラムの取り込み低下

近年注目されている検査法で、メタヨードベンジルグアニジン (meta-iodobenzylguanidine: MIBG) の交感神経末端の取り込みをみることによって心臓の交感神経機能をみる。パーキンソン病、DLBでは心筋の集積、心臓/縦隔比、洗い出し率を静注3時間後に撮像された後期像で判定するが、いずれも低下しており、低下の起きないADとの鑑別に有用である¹⁸⁾。薬剤 (抗うつ薬やセレギリン)、糖尿病、心疾患によっても低下する点は注意が必要である。現在、MIBGの有用性に関しては全国での多施設共同研究が進行中である。

(4) SPECTやPETによるドパミントランスポーターの取り込み低下

線条体でのドパミントランスポーター量を測定する核種として¹²³I-β-CIT、¹²³I-FP-CIT、¹⁸F-CFTなどが知られており、DLBでは線条体での集積低下がみられる。ドパミン系の障害を反映しているため重要であり、診断基準でも重要視されているが、わが国では臨床的に使用することができない。

5. 診断上の問題点

一般にパーキンソニズムから始まるケースは比較的診断が付きやすいが、AD類似の症状を呈した場合には鑑別が難しいことがあり、臨床的には典型的なADの症状を示していたにもかかわらず、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、臨床症状では早期からの幻視、抗精神病薬への過敏のエピソード、RBDのエピソード、検査所見ではMIBG心筋シンチグラムでの心筋への取り込み低下がみられることである。初期には記憶障害が軽い点も留意する必要がある。認知症を伴うパーキンソン病 (Parkinson's disease with dementia: PDD) は病学的には同じ疾患と考えられている¹⁹⁾。認知症の発症がパーキンソニズム発症以前、あるいはパーキンソニズム発症後1年以内であればDLB、パーキンソニズムが1年以上続いてから認知症が発症した場合にはPDDとする1年ルールがあるが、研究上の便宜的な基準である。

【症例】

70歳 男性

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：X-6年頃から夜中に大声を出すことがあった。

X-2年頃から会話が筋道を立ててできない、洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていてもかかわらずカメラが使えない。目覚まし時計が合わせられない。1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。日によって調子の変動が大きくなった。

X-1年：一過性の意識消失発作があり、精査されたが原因は特定できなかった。またこの頃から家の中に白い服を着た人がいる、と言う。

X年：パーキンソン病と診断されたが、抗パーキンソン病薬の効果は明らかでなく、幻視が出現した。同年当院受診。

初診時所見：神経学的には、全般性の筋固縮、動作緩徐を認めた。安静時振戦は目立たない。MMSEは24/30で3単語再生は2問正答したが、五角形の模

写は不能。頭部MRIでは年齢相応の脳萎縮のみで血管病変は目立たなかった。脳血流SPECTでは頭頂側頭連合野と後頭葉一次視覚野の血流低下がみられた。

引用文献

- 1) McKeith IG, et al : Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB) : report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 47 : 1113-1124, 1996
- 2) McKeith IG, et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65 : 1863-1872, 2005
- 3) Rahkonen T, et al : Dementia with Lewy bodies according to the consensus criteria in a general population aged 75 years or older. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74 : 720-724, 2003
- 4) Perry RH, et al : Senile dementia of Lewy body type. A clinically and neuropathologically distinct form of Lewy body dementia in the elderly. *J Neurol Sci*, 95 : 119-139, 1990
- 5) Spillantini MG, et al : Alpha-synuclein in Lewy bodies. *Nature*, 388 : 839-840, 1997
- 6) Perry EK, et al : Neocortical Cholinergic activities differentiate Lewy body dementia from classical Alzheimer's disease. *Neuroreport*, 5 : 717-719, 1991
- 7) McKeith I, et al : Dementia with Lewy bodies. International Psychogeriatric Association Expert Meeting on DLB. *Lancet Neurol*, 3 : 19-28, 2004
- 8) Shimomura T, et al : Cognitive loss in dementia with Lewy bodies and Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 55 : 1547-1552, 1998
- 9) Ferman TJ, et al : DLB fluctuations: specific features that reliably differentiate DLB from AD and normal aging. *Neurology*, 62 : 181-187, 2004
- 10) 小栗涼子, 他 : Mayo Fluctuations Questionnaire (MFQ) の日本語版によるレビーを伴う痴呆 (Dementia with Lewy Bodies : DLB) 患者の認知機能変動の検討. *神経心理学*, 22 : 130-137, 2006
- 11) Samuels SC, et al : Depression in autopsy-confirmed dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Mt Sinai J Med*, 71 : 55-62, 2004
- 12) Takahashi S, et al : Depression associated with dementia with Lewy bodies (DLB) and the effect of somatotherapy. *Psychogeriatrics*, 9 : 56-61, 2009
- 13) Kosaka K : Diffuse Lewy body disease in Japan. *J Neurol*, 237 : 197-204, 1990
- 14) Iranzo A, et al : Rapid-eye-movement sleep behaviour disorder as an early marker for a neurodegenerative disorder: a descriptive study. *Lancet Neurol*, 5 : 572-577, 2006
- 15) Williams MM, et al : Survival and mortality differences between dementia with Lewy bodies vs Alzheimer disease. *Neurology*, 67 : 1935-1941, 2006
- 16) 下村辰雄 : レビー小体型認知症の認知機能障害. *老年精神医学雑誌*, 22 : 147-154, 2011
- 17) Ishii K, et al : Regional cerebral glucose metabolism in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Neurology*, 51 : 126-130, 1998
- 18) Yoshita M, et al : Value of 123I-MIBG radioactivity in the differential diagnosis of DLB from AD. *Neurology*, 66 : 1850-1854, 2006
- 19) Lippa CF, et al : DLB and PDD boundary issues. Diagnosis, treatment, molecular pathology, and biomarkers. *Neurology*, 68 : 812-819, 2007

4. 前頭側頭型認知症

辻本 昌史, 鷺見 幸彦

TSUJIMOTO Masashi, WASHIMI Yukihiko

Key Point

- 前頭側頭葉変性症は、前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症性疾患であり、後方型認知症の代表であるアルツハイマー病と区別すべく提唱された。一般に、前頭側頭型認知症 (FTD)、進行性非流暢性失語、意味性認知症に区分される。
- 主な臨床症状として、病識の欠如、脱抑制、自発性の低下、無気力、無関心、感情・情動の変化、同情・共感の欠如、常同的行動、食行動異常などがあげられる。
- 自発性の低下、無気力、無関心は最も一般的な初期症状といわれており、落ち着きのなさと共に共存している場合がある。間違っとうつと診断されることがある。
- 1998年にNearyらがFTDの診断基準を発表し、今日の基準になっている。また、行動障害を呈するFTD (bvFTD) の診断基準も発表されている。これらの診断基準に基づいた、臨床症状の継続的な聴取と診察が正確な診断のために必須である

はじめに

最近の分子生物学的、病理学的な研究の進歩に加え、MRI、PETといった画像診断技術の発展により、さまざまな認知症疾患の病態が明らかとなってきた。本稿においては、近年、概念の変遷と拡大が著しい前頭側頭葉変性症、なかでも中核的な病態である前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia : FTD) の概念と臨床症状、診断について概説する。

前頭側頭葉変性症の概念

前頭側頭葉変性症は、前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症性疾患である。後方型認知症の代表であるアルツハイマー病とは区別すべく提唱された概念であり、アルツハイマー病を除く雑多な病理学的背景

を呈しうる前方型認知症の総称といえる。今日さまざまな分類が提唱されているが、一般的には1)前頭側頭型認知症、2)進行性非流暢性失語 (progressive non-fluent aphasia : PA)、3)意味性認知症 (semantic dementia : SD) の3重型に区分されている¹⁾。

概念の変遷 (図1)

20世紀初頭、Arnold Pickが肉眼的に前頭葉・側頭葉に限局する萎縮を呈し、言語症状や特異な精神症状を呈する一連の疾患を記載したことに始まり²⁾、1994年にLund、Manchesterグループが共同でFTDという概念を提唱し臨床および病理概念を発表した³⁾。この概念により、臨床症状として行動障害や感情障害を有し病変部を前方部に有する変性性認知症と、大脳皮質の後方に病変の主座をもつアルツハイマー病を分けて分類するように

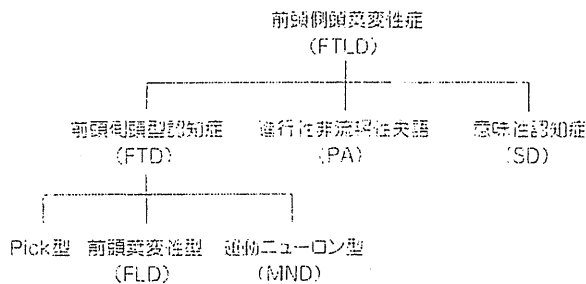


図1 前頭側頭葉の萎縮を呈する変性性認知症の疾患概念

なった。FTDは病理所見から、Pick球を有するPick型、脳萎縮はあまり目立たないが前頭葉機能低下を顕著に示す前頭葉変性型 (frontal lobe degeneration type : FLD)、運動症状を呈する運動ニューロン型 (motor neuron disease type : MND) の3つに分類された。1996年にManchesterのグループが、前頭葉から側頭葉にかけての萎縮を認める例を含め前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration : FTLD) という概念を提唱し、臨床的に言語症状を有するPA、SDもFTLDに含まれるようになった。その後、2001年に病理学的な観点からタウ陽性封入体を有する疾患群、ユビキチン陽性タウ陰性の疾患群などが分類された⁴⁾。一方、FTDで同定されたTAR-DNA-binding protein of 43kDa (TDP-43) が、他疾患にも発見されてきており、疾患群の分類にはいまだ混乱が生じている。近年の病理学的な研究、蓄積蛋白の解明に伴い新たな分類も検討されはじめており、タウ陽性であるFTLD-Tauに加え、ユビキチン陽性タウ陰性の群をFTLD-TDP、FTLD-FUS、FTLD-UPSの3つに分類し、それぞれをさらに細かく分類するようになってきている⁵⁾。

臨床症状

一般的には、本疾患群はある程度進行するまで基本的な日常生活レベルは保たれている。また、精神症状としては、アルツハイマー病と比較して幻覚、妄想などは少ないといわれている。FTDに一般的にみられる症状について、2011年に提唱された行動変異型の前頭側頭型認

表1 行動変異型前頭側頭型認知症の国際基準

- A. 行動の脱抑制
 - A.1. 社会的に不適切な行動
 - A.2. 礼節の喪失
 - A.3. 衝動的、軽率、不注意な行動
- B. 無気力や無関心
 - B.1. 無気力 (apathy)
 - B.2. 無関心
- C. 同情や共感の欠如
 - C.1. 他者の要求や感情への反応性の減少
 - C.2. 社会的興味、相互関係、人間的暖かさの減少
- D. 保続的、常同的、強迫的/儀式的行動
 - D.1. 単純な反復運動
 - D.2. 複雑な強迫的または儀式的行動
 - D.3. 常同的雑話
- E. 口唇傾向および食事の変化
 - E.1. 食物の好みの変化
 - E.2. 過食、嗜好品の消費増加
 - E.3. 食べられない物の口探察
- F. 神経心理学的プロフィール
 - F.1. 逆行課題の障害
 - F.2. エピソード記憶の相対的保存
 - F.3. 視空間技能の相対的保存

大項目3つを満たせば該当。A～Dは発症から3年以内の症状
[Rascovsky K, et al : Brain, 134 : 2456-2477, 2011より引用、改変]

知症 (behavioural-variant frontotemporal dementia : bvFTD) (表1) に基づいて説明する。

1. 病識の欠如

本疾患群は、病初期から病識が欠如しており、深刻感はない。アルツハイマー病と比較して社会的規範の知識は保たれているにもかかわらず、道徳的な倫理や共感性が障害されている、すなわち他者の心的状態、思考や感情を推論する機能が障害されているといわれており^{6), 7)}、社会的対人行動障害、自己行動の統制障害、情意鈍麻、病識の欠如の背景となっていると考えられている。

2. 脱抑制

基本的な日常生活そのものには問題のない段階で、病前に認められていた社会的な関係や周囲への配慮がまったくみられなくなり、本能のおもむくままにわが道を行く行動 (going my way behavior) が出現する。公衆の面前で裸になったり、店にあるものを人目を気にすることなく平気で引き取るといった社会的に不適切な行動を平然ととるようになる。また、不適切な場面での笑い・罵り・大声、不愉快な冗談、下品または性的に露骨な発

言といった礼節の喪失を認める場合もある。無謀な運転や見境なく賭博や金銭売買などを行うようになる衝動的かつ不注意な行動を認めるようになる。

3. 自発性の低下, 無気力, 無関心

最も一般的な初期症状といわれており, 落ち着きのなさや共存している場合がある。無気力な感じが強くなり, いろいろな物事にも無関心になってしまう。趣味に対する興味が失われたり, 仕事に従事するのを止めてしまい, 何事にも自発性がなくなってしまう。また, 食事や歯磨きといった日常生活動作に対してすら関心がなくなり, ときには行動の開始・終了に指示が必要となり, 会話の開始や継続が困難となる場合もある。そのため, うつと間違っただけで診断されることがある。

4. 感情・情動の変化, 同情・共感の欠如

同情や共感の欠如を呈するようになる。他人が困っていることや深刻なニュースを見ても理解を示す態度の欠如や, 心ない意見や理解不能な態度が出るようになる。また, 親類や親しい友人に対して挨拶をしなくなったりよそよそしい態度になったりして, 人間味のない状態となる場合もある。

5. 常同的行動

保続的, 常同的, ときには強迫的な行動をとるようになる。意味もなく絶えず手をばちばちと叩いたり, 膝を擦り続けるといった単純動作の保続的な反復行動を認める。同一の行動をすることが多くなり, 同じところを回り続ける周遊 (roaming)⁹⁾ や1日の決まった時間に同じものを食べる常同的食行動異常⁹⁾ を呈するようになり, 徘徊をしてランダムな行動をとるアルツハイマー病とはまったく異なる症状である。また, 日常生活においても認められ, 清掃や料理の順番が常同的になる場合もある。これらの行動は時刻表的生活となり, 強迫性を帯びている場合も多い。何を聞いても同じことを答える保続言語, 相手の言葉をそのままおうむ返しに答えること (反響言語) も言語症状として認める。

表2 Nearyらによる前頭側頭型認知症の臨床診断基準

前頭側頭型認知症の臨床的診断基準

性格変化と社会的行動の障害が経過を通じて優位な症状。知覚・空間的能力・行為・記憶といった道具的認知機能は正常か, 比較的良好に保たれる。

主要診断特徴

- 1) 潜行性の発症と緩徐な進行 (少なくとも6カ月)
- 2) 早期からの社会的対人行動の障害
- 3) 早期からの自己行動の統制障害
- 4) 早期からの情意鈍麻 (追野で相手の感情を考えない)
- 5) 早期からの満腹の欠如

Neary D. et al; J Neurol Neurosurg Psychiatry, 51: 353-361, 1988より引用, 改変

6. 食行動異常

食生活や嗜好の変化がしばしば認められる。食欲の増加に伴う過食やアルコールやたばこの極端で強迫的な摂取増加をもたらす場合がある。また食べ物の好みにも変化が出現し, ジュースやお菓子といった甘いものを毎日大量に食べるようになることもある。また, 食べられないものを食べてしまったりする異食症状が出現する場合もある。

7. 言語障害

障害部位によって異なるが, 前述した保続言語, 保続言語を呈する場合がある。FTLDの他のサブタイプであるPA, SDでは失語症状が中心の症状となる。PAでは言葉の意味は保たれるものの音韻性の錯語, 障害を認め, 単語の羅列となることが多いのが特徴である。一方, SDでは言葉の意味が障害される。例えば腕時計を見ても「うでどけい」とは言えず, 「ウデドケイ」という言葉を聞いてもそれが何かわからない。左側頭葉 (優位半球) の萎縮例でこの症状が目立つ。右半球 (劣位半球) の萎縮例では有名人や家族の顔を見ても認識できない相貌失認の症状が出現する場合もある。

診 断

1998年にNearyらがFTDの詳細な診断基準を発表し, 今日の基本となっている (表2)。一方で分類の多様化に伴い, 行動障害を呈するFTDに対しては, 前述した2011年にbvFTDの診断基準も提唱されている (表1)。

各種検査においては、脳画像において頭部CT、頭部MRIにて前部帯状回、前頭葉腹内側皮質、前および内側側頭部といった脳前方部の萎縮を認める。MRIにおいてはグリオシスを反映してT2強調画像とプロトン強調画像において白質信号強度が前頭側頭部で増加するともいわれている¹⁰⁾。SPECTやPETにおいては萎縮部位に対応する、もしくはそれよりも広範囲において血流・代謝の低下が認められる。また、髄液検査によってアルツハイマー病はアミロイドβ₁₂の高度低下、アミロイドβ₄₀/アミロイドβ₄₂比の増加を示すため、鑑別に使用する場合がある。しかし、これらは補助診断の域を超えず、基本的には表1、表2に提示した診断基準に基づいて、臨床症状の継続的な聴取と診察が正確な診断には必須である。

【自験例】

65歳 女性

既往歴：特になし 内服：特になし

病歴：元来、明るく笑顔が絶えない性格であった。2年前、大事にしていた庭の植木に水をあげなくなり、すべて枯らしてしまったが、同居している夫が注意をしても気にとめない感じであった。また、国内旅行に行っても、元来は感情豊かであるいろいろなものに関心を示していたのだが、美しい景色を見ても他人事のような感じで反応が乏しくなっていた。

活動性は低下していったものの、日常生活は問題なく行っていた。

1年前、買い物に行っても、お金を払うそぶりもなくそのままレジを通り過ぎて止められることがあった。料理は決まった時間に必ず作るものの、食事の品数が少なくなるとともに、味付けが極端に薄味になり、同じ料理が何日も並ぶようになっていったが、本人はまったく気にとめない様子であった。

指示をしないと自発的には何も行わず、1日中テレビを見るようになってしまい日常生活に支障が出てくるようになったため、本人に自覚はまったくないが家族が希望し受診。

【身体所見および検査所見】

表情：穏やか、検査に協力的

一般身体所見：特記すべき異常なし

神経学的所見：両側性に強制把握あり

認知機能検査：MMSE 18点、FAB 5点

頭部MRI：前頭葉を中心とした軽度の萎縮

(図44)

頭部SPECT：前頭葉を中心とした血流低下

(図45)

【症例のまとめ】

経過2年の間に、無気力、無関心、食行動変化、常同性が出現してきた症例。画像、検査所見を含め、行動変異型のFTDと診断した。

おわりに

従来の鍍銀法に加え、タウ、αシヌクレイン、ユビキチンといった各種抗体を用いた病理学的な新知見により、FTLDにおける多様な病理学的特徴が明らかにされてきた^{11) 12)}。FTDは臨床症候群であり、多様な病理学的背景をもつ多様な疾患群から構成されることがわかってきている。また、筋萎縮性側索硬化症 (amyotrophic lateral sclerosis: ALS) と共通の構成蛋白 (TDP-43) も確認されてきており¹³⁾、ALSとの共通の病態をもつ可能性が注目されている。蓄積蛋白による新たな分類および命名法が提唱されているが¹⁴⁾、今後さらなる議論が続くと考えられる。

引用文献

- 1) Neary D. et al: Dementia of frontal lobe type. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 51: 353-361, 1988
- 2) Pick A: Über die beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. Prag Med Wochenschr, 17: 165-167, 1892
- 3) The Lund and Manchester Groups: Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 57: 416-418, 1994
- 4) McKhann GM et al: Work Group on Frontotemporal

- Dementia and Pick's Disease. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Arch Neurol*, 58 : 1803-1809, 2001
- 5) Cairns NJ, et al : PUS: A new actor on the frontotemporal lobar degeneration stage. *Neurology*, 74 : 354-356, 2010
- 6) Gregory C, et al : Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: theoretical and practical implications. *Brain*, 125 : 752-761, 2002
- 7) Lough S, et al : Social reasoning, emotion and empathy in frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 44 : 950-958, 2006
- 8) Mendez MF, et al : 2nd Pick's disease versus Alzheimer's disease: a comparison of clinical characteristics. *Neurology*, 43 : 289-292, 1993
- 9) Ikeda M, et al : Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 73 : 371-376, 2002
- 10) Kitagaki H, et al : Alteration of white matter MR signal intensity in frontotemporal dementia. *AJNR Am J Neuroradiol*, 18 : 367-378, 1997
- 11) 池田研二 : 前方型痴呆 (anterior type dementia) : その概念と病理. *老年精神医学雑誌*, 15 : 1302-1311, 2004
- 12) 岡本幸一 : ALS-1とユビキチン陽性封入体を伴う前頭側頭葉変性症 (FTLD-U). *Clin Neurosci*, 26 : 286-288, 2008
- 13) Neumann M, et al : Ubiquitinated TDP-43 in frontotemporal lobar degeneration and amyotrophic lateral sclerosis. *Science*, 314 : 130-133, 2006
- 14) Mackenzie IR, et al : Nomenclature and nosology for neuropathologic subtypes of frontotemporal lobar degeneration: an update. *Acta Neuropathol*, 119 : 1-4, 2010

認知症の身体合併症医療はどうあるべきか

鷺見幸彦

抄 録

認知症の人がさまざまな身体合併症を生じて、急性期病院を受診し、入院することが今後増加すると推測されるが、その対応方法に関する検討は少ない。本稿では国立長寿医療研究センターでの、認知症高齢者の精神症状や行動障害にも対応可能で、身体合併症にも対応しうる独立したユニット・病棟の試み、認知症を診療するスタッフを支える認知症患者サポートチーム (DST) の試みについて紹介する。

Key words : 認知症, 身体合併症, 認知症患者サポートチーム

はじめに

認知症は、高齢者に多い疾患であると同時に経過の長い疾患であり、その経過中にさまざまな身体疾患や外傷を合併 (身体合併症) する。身体合併症の発症は、短期的には行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) を発現させる要因となり、日常生活動作を低下させる。さらに長期的には生命予後に影響する。また認知症では、自己評価の障害や言語機能の障害から自ら症状を訴えることが困難なことがあり身体合併症の発見が遅れる。入院が必要となることもしばしばであるが、体調の悪化に環境変化によるダメージが加わり、せん妄状態となることがある。さらに回復期には離院や転倒といった医療安全の観点からは望ましくない事象が発生することがあり、入院の継続に難渋することが珍しくない。このような状況下で一般病院 (ことに急性期病院) においていかに認知症患者に対応していくかは重要である。現在の急性期病

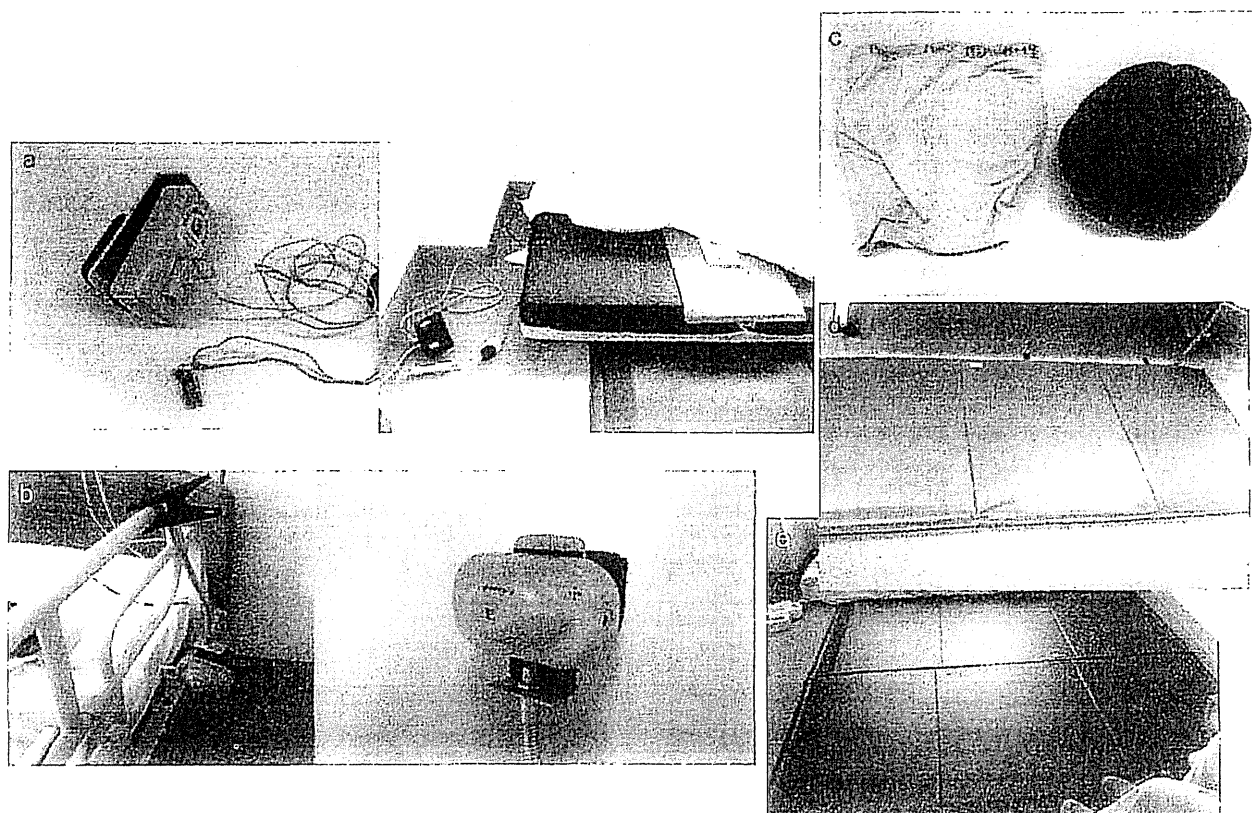
院での認知症への対応状況について述べ、国立長寿医療研究センターでの取組みについて紹介する³⁾。

I. 急性期病院での認知症対応状況

平成20年に愛知県下の臨床研修指定病院81施設にアンケート調査を行った²⁾。結果を表1にまとめた。回答は21施設 (回答率26%)、内訳は大学病院2、名古屋市内の病院9、公的病院2、私立病院7、県内他地域の病院10、公的病院5、私立病院5で、ベッド数は100~1,505床、医師

表1 身体合併症発症時の一般病院での認知症対応、システムの確立 (愛知県におけるアンケート調査)

1. 認知症の専門外来は60%の施設で存在するが、専門病棟を有する施設はない
2. 身体合併症としては内科系では感染症、脳血管障害、外科系では当該科の手術に関連した合併症が多い
3. 対応が困難となる原因は過活動症状 (徘徊、興奮、夜間の不穏) が圧倒的に多い
4. 管理困難な患者に対する治療としては、鎮静薬投与が多い
5. 理想的な診療体制としては、認知症高齢者の精神症状や行動障害にも対応可能で、身体合併症にも対応しうる独立したユニットが求められている



a : クリップセンサー, b : 赤外線センサー, c : ヒッププロテクター (左) と保護マット (右), d : センサーマット, e : 衝撃吸収マット

図1 転倒, 傷害予防具

数は17~426人であった。認知症を専門としている医師が所属しているかについては、「所属している」12施設、「していない」9施設であり、専門病棟の有無については有している施設はなかった。一方、専門外来は8施設で「あり」という回答であった。専門として対応しているのは、これらの病院ではほとんどが神経内科医であった。救急外来に認知症患者が受診したときの主たる対応では、「身体合併症に対してのみ対応し、認知症症状については対応しない」6施設、「身体合併症に対して対応し、認知症症状については重症度症状に応じて対応する」11施設、「身体合併症と認知症症状についても対応する」3施設であった。

最も困難を感じる点は「診察時に指示が守れないので身体診察および処置ができない」であった。積極的に受け入れていない理由としては、「徘徊や興奮で周囲の患者さんに迷惑がかかる」が多数

を占めたが、「入院するとなかなか退院できず、経営上影響が大きい」という回答もみられた。入院してきた患者に、必要とされている検査や治療を行うことができないときの対応や、入院してきた患者に徘徊や興奮がみられ、周囲に迷惑がかかるときの対応ではいずれも「院内で対応を検討する」がほとんどであった。入院の原因となった身体合併症としては、内科系では感染症、脳血管障害、外科系では当該科の手術に関連した合併症が多かった。管理困難となる理由としては患者本人の身体面で危険が多いこと、患者に時間をとられて他患の看護が不十分となることが挙げられた。対応が困難となる原因は過活動症状(徘徊、興奮、夜間の不穏)が圧倒的に多く、それに対しては鎮静薬投与が多かった。

理想的な診療体制としては認知症高齢者のBPSDにも対応可能で、身体合併症にも対応しう

表2 24時間観察チャート

平成 年 月 日 ()		氏名 () 様																							
時 間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
VS (時間)	() T P BP SpO ₂								() T P BP SpO ₂								() T P BP SpO ₂								
BS																									
食事 ()																									
in (ml/日)																									
尿 (ml/日)																									
便 (便処置)																									
便の性状・量																									
内服 (服用時間)																									
睡 眠																									
認知症 症状																									

る独立したユニットが求められていた。また同じ研究で長谷川¹⁾は全国のDPC(診断群分類包括評価)病院700施設に認知症患者への医療提供体制に関するアンケート調査を行った。院内体制の現状と理想に関しての調査では、「現人数での内部医療スタッフで何とか行う」か、「人員を厚くしたユニットが理想」とする結果を得ている。

II. 国立長寿医療研究センターでの試み

1. 認知症ユニットの創設

この結果に基づいて認知症対応病棟を検討した。45床の病棟のうちの18床を認知症対応病棟とし、看護師長を含め16人の看護師が配置された。これは3交代で夜勤を行う最低の人員配置ではあるが、患者・看護師比では1:1に近い配置である。医師は精神科、神経内科、老年科の入院の際は当該科が、それ以外の科が入院する際には、これらの科のいずれかが副科として診療に当たることと

した。入院患者数は平成21年4月～平成22年2月28日までの11か月間で延べ174人であり、平均年齢は78.76歳であった。入院の理由は、①外来からBPSDのコントロール目的、②他病棟で認知症への対応が困難なことによる転棟、③認知症を有する患者が慢性硬膜下血腫で入院した際の術後の管理の順であった。他病棟で看護が困難であった理由としては、患者が多動で監視困難、離棟のリスクが高い患者、意欲低下、無為の強い患者への活性化が挙げられた。

この病棟では各種センサーを用いて転倒予防に努めた(図1)。転倒自体は月平均8件で他病棟よりも明らかに高かったが、骨折に至った例は11か月間で1例のみであった。

また専用の24時間で1枚のチャートを用い、睡眠時間、BPSDの種類や発生時間を集中的にモニターした(表2)。BPSD治療の入院では、BPSDを引き起こしそうな薬剤をwash outする

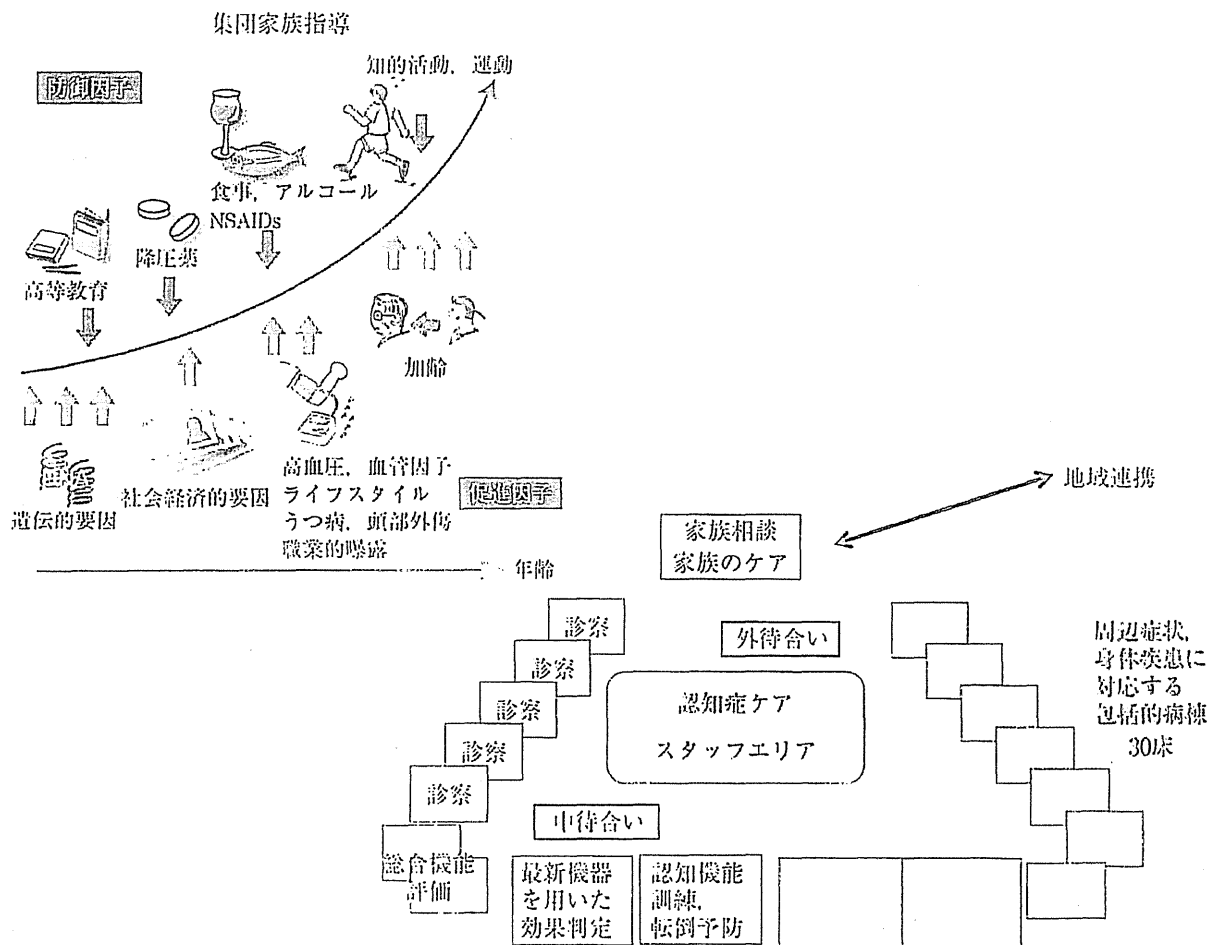


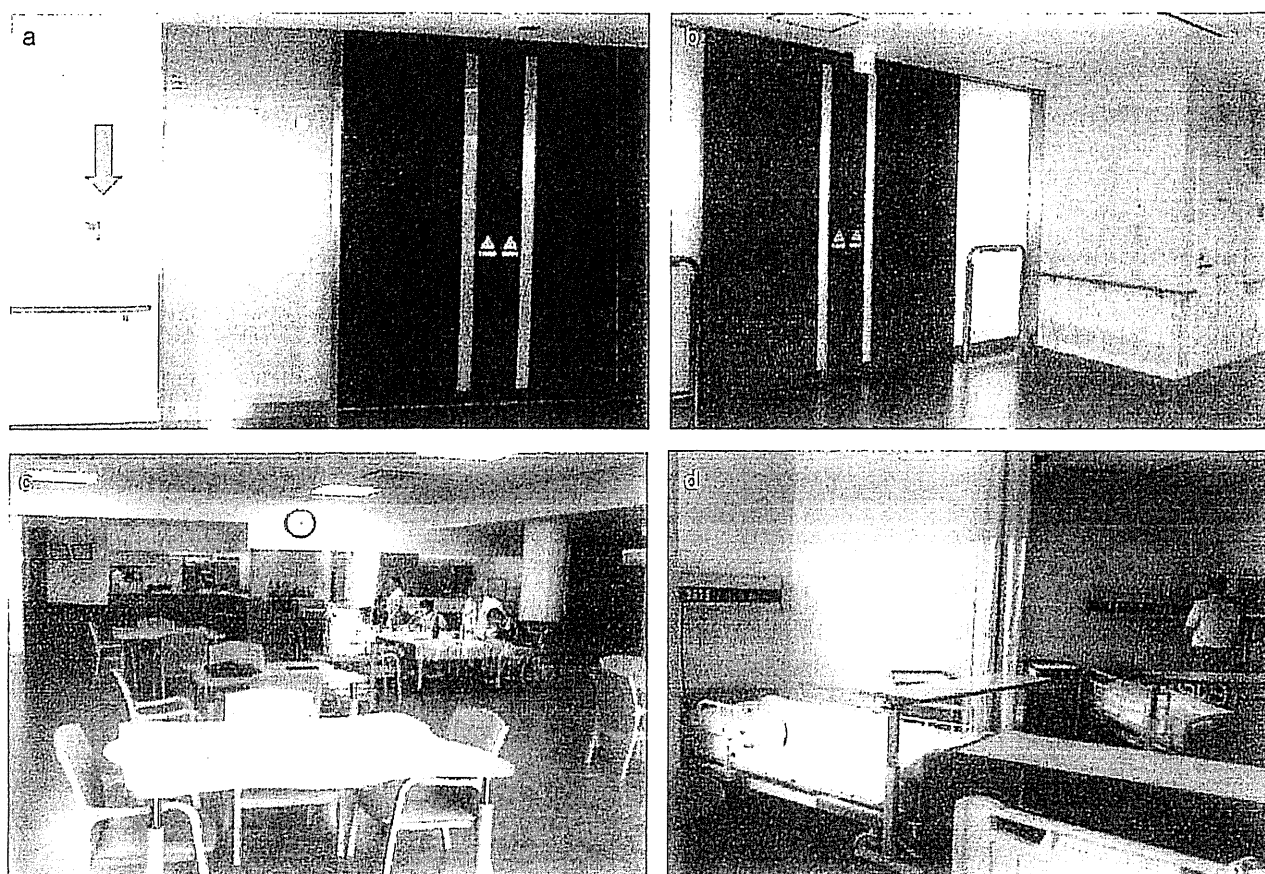
図2 もの忘れセンター

とともに、平均3日間、介入せずこのチャートをつけ徹底的に観察するようにした。その結果はどの時間帯に薬物を含めどのような介入をするのがよいかを考えるうえで大きな役割を果たした。さらにこのチャートを使用することにより、認知症の人と濃密に接し観察する時間が増え、看護師の認知症に対応する能力が格段に向上するという数字には現れない効果が認められた。

平成23年9月からはこれまでの外来部門に加えて30床からなる病棟を有するもの忘れセンターが開設された(図2)。この病棟は一般病棟であり精神科病棟ではない。スタッフは看護師20人、看護助手3人からなる。主治医は身体治療科で、入院治療を円滑に行うための支援として老年科、神経内科、脳外科、精神科のいずれかの

医師が副科としてつくことを必須条件とした。入院適応となる病態としては、脱水、急性胃腸炎、肺炎等によりせん妄を起こしている認知症例、内科、皮膚科、耳鼻科等の慢性疾患の管理(BPSDにより、一般病棟では管理困難な症例)、認知症患者で大腿骨頸部骨折等の周術期を過ぎてリハビリ治療を行う時期の症例、さまざまな認知症疾患におけるBPSDの治療(精神科的治療が主となる症例)、診断がつかない認知症例の検査入院等である。激しい徘徊、暴力を示す例は受け入れ不可であり、その場合は連携している近隣の精神科病棟を有する施設に紹介する。

一般病棟であるため出入り口のロックはできないため、離棟、離院対策が問題となったが、押しボタンを押すと開くドアにし、入室時にはただち



a : 病棟入口, b : 病棟出口 (出口では矢印のボタンを押して10秒後に扉が開くようにセットされており、誰棟を防いでいる), c : 共用スペース (絵画療法を行っている), d : 4人床 (4人床もそれぞれ窓があり個室に準じた環境である)

図3 もの忘れセンター病棟

に開き、退出時には10秒待たないと開かないシステムにしてほぼ完全に離棟を防いでいる(図3)。

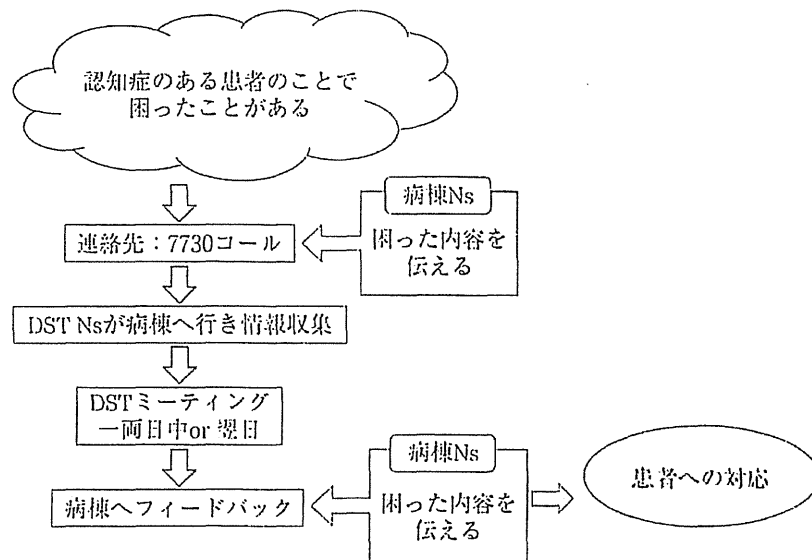
2. 認知症サポートチーム

このようなユニットを運用する試みとともに、認知症専門医や看護師が他の病棟を訪問し、診断や治療、看護の支援を行う認知症サポートチーム(dementia support team ; DST)について検討した。一般病棟から認知症に関する相談や支援の要請があった際に、一両日中にDSTが要請のあった病棟に出向き相談内容を聞きアドバイスを行うもので、認知症の人に接している医療職を支えることが目的である(図4)。ラウンドを行うのは神経内科、精神科、老年科の医師、看護師は認知症看護認定看護師、高齢者看護開発チームのメンバー、認知症病棟の看護師からなる。

このチームを支えるために以下の点について検討した。1) DSTに対する需要がどの程度あるかを当センター中3階病棟と中4階病棟を対象に、1か月間調査した。2) 入院時に認知症患者をスクリーニングするための3項目からなる簡易スクリーニングテストを考案した(表3)。3) これまで認知症対応ユニットに勤務した看護師24人にアンケート調査を行い、入院した認知症患者に対してどのような対応上の注意、看護上の工夫をしてきたか調査しKJ法でまとめた。

1) DSTに対する需要の調査

外科の急性期病棟、消化器を中心とする内科の急性期病棟が、一般急性期病院のモデルとして適当であること、各病棟には高齢者看護開発チーム認知症看護のメンバーがいることからこれらの病



Ns：看護師

図4 認知症サポートチーム（DST）ラウンドの流れ

表3 簡単な認知症のスクリーニング検査

1. おいくつになられましたか？
2. テレビや新聞は見ますか？ 最近のニュースで印象に残っている ニュースがありますか？
3. ところで今日は何月何日ですか？ 季節は春、夏、秋、冬のどの辺？
1) 簡単であり、被検者にできる限り認知症の 検査と思わせない。
2) しかし近時記憶障害と時間の見当識障害が チェックできる。

棟を対象とした。各病棟で説明を行い、自発的な依頼がどの程度あるかを調査したが、内科急性期病棟での2件の依頼にとどまった。依頼の内容は看護師に暴言を吐く患者への対応法であった。外科急性期病棟ではDSTへ依頼する前に転棟依頼が出てしまうことが判明した。

予備的に行った看護チームだけによる調査では、需要が存在することは明らかとなったため、活動を開始したが、DSTの活動は受け身に依頼を待つという方法では十分機能しないことが明らかとなった。現在毎週木曜日の午前には定時のラウンドを行い、毎週3~4件の新規相談があるようになった。

2) 簡易スクリーニングテストの考案

被検者が認知症のテストを受けている印象をもたず日常会話のなかから聞き出せるように工夫したものである。感度、特異度をみるためにも忘れ外来のアルツハイマー病（AD）患者45人、軽度認知障害（MCI）患者10人を対象に行った予備テストではMini-Mental State Examination（MMSE）との相関は良好で、感度95.6%、特異度80%を示した。また認知症、神経疾患が多く入院する南1病棟で1か月間、回答可能な新入院患者30人での検討では、3問中1問も答えられなかった患者は11人で、そのうち9人が認知症であった。

3) 認知症対応ユニットにおけるアンケート調査

調査結果から、入院環境に関連した項目、コミュニケーションに関連した項目、BPSD出現時の対応、入院患者の活動性を改善するための技術の4つの大項目に分類された。図5に一例として認知症の人に接する技術に関するまとめを示した。病棟のスタッフからの相談に対応するためには、認知症患者看護経験の蓄積が必要かつ有用と考えられる。今回多くの看護技術が集積できた。集積できた技術を今後まとめていけば、他施設で同様

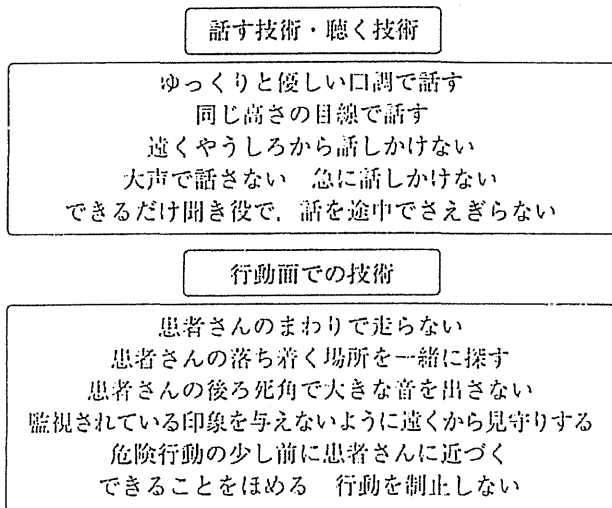


図5 認知症の人に接する技術

の試みを行う際にも有力な情報になると考えられる。

おわりに

前項のようなシステムを動かそうとする場合に最も重要なのは職員の教育、ことに看護師への教育が最重要である。教育がむずかしいのは認知症を専門としない他科の医師である。また当然のことながら、幹部職員の理解も必須である。教育内容としては認知症の特性に対する理解とせん妄に関する知識と対応法が中心となる。後方支援（地域連携室との連携）が重要であり、入院時から、自宅や施設に戻れるかどうかの検討を始めたほうがよい。院内に小さな認知症専用ユニットがあるとよいが、職員数や専門医がいるかどうかなど状況による。

国立長寿医療研究センターでの試みはまだきちんとしたアウトカムが出ているわけではなく、試行錯誤の段階である。一般の病棟で苦勞して認知

症を診ることによる診療点数上の加算があるわけでもない。しかし、認知症の人が増加する今後は、身体合併症を生じた認知症の人に対してどのように対応できるかは、その病院の質を示すことになるであろう。多くの施設で利用可能な対応指針の作成を目指している。認知症の人が身体合併症を生じた際にはさまざまな理由から十分な医療が受けられていない可能性があり、今後医療スタッフの教育、診療報酬といった面からも検討が必要である。

本研究の多くは国立長寿医療研究センター行動・心理療法部 服部英幸先生、同看護部 寺西正美看護部長、北村忍副看護部長、絆川まき子看護師長、野竹恵美子看護師長、藤崎あかり認知症看護認定看護師、浅井紫認知症看護認定看護師のデータによる。またこの研究全体を支援していただいた鳥羽研二院長に深謝いたします。

文 献

- 1) 長谷川友紀：認知症患者への医療提供体制に関する研究；DPC対象病院へのアンケート調査から。平成21年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）認知症の総合的な予防・治療・介護の確立に関する研究。研究報告書。155-168（2010）。
- 2) 鷺見幸彦：身体合併症発症時の一般病院での認知症対応システムの確立。平成21年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）認知症の総合的な予防・治療・介護の確立に関する研究。研究報告書。93-95（2010）。
- 3) 鷺見幸彦：認知症の身体合併症；予防、医療、管理。こころの科学。161号：33-37（2011）。
- 4) 鷺見幸彦：身体合併症を有する認知症の管理とケア。平成23年度認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究。研究報告書。61-64（2011）。

認知症の「ひと」に 寄り添うチームケア

認知症の診療機能を有しない医療機関にも期待

1 はじめに

高齢者の増加とともに認知症の人は増加し、いまやcommon diseaseといえる。あらゆる医療関係者が認知症の人と遭遇し、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時代がきている。

このような状況で、どのように早期発見するか、また一般の外来でどのようにかかわるか、地域で連携を行う上でどのような点に留意すべきかのポイントについて述べる。

2 早期発見のポイント

認知症はなぜ気づきにくいか

1) 中核症状

認知症の中核症状としては記憶障害、見当識障害、実行・遂行障害、自己認識の障害といった高次能機能障害が知られている。

初期から出現するのは、近時記憶障害と実行・遂行障害である。

記憶障害に関しては3つの単語を覚えてもらい、時間をおいて再生してもらう「3単語の再生」が最も簡便で異常を見出しやすい。

実行・遂行障害は計画的に段取りよく一連の作業ができるかどうかという機能であり、日常生活では料理、買



独立行政法人
国立長寿医療研究センター
脳機能診療部 部長
もの忘れセンター神経内科部長
在宅医療・地域連携診療部 部長

鷺見 幸彦

Yukihiko Washimi

い物、入浴といった場面で障害が出やすい。

本人はできていると否定するため、診察場面や簡単な認知機能検査で気がつくのは難しく、家族、介護者からの情報が必須である。

表1に認知症の特性を列挙した。記憶障害はあるが、言語機能の障害はないため、短時間の会話では異常に気がつきにくい。能力間の格差が大きいため難解な論文が読めるのに、5分前の出来事を全く覚えていないといった現象が起きうる。

また最も密に接している介護者に対して、認知症の症状がより強くでる傾向がみられる。第三者やたまたに訪れる肉親、医療者の前では普段できないことができたり、驚くほど愛想よく振る舞うのに、介護者に対しては不

TEAM APPROACH

2012 通巻18号

発行日 2012年4月
発行人 三好 克明
発行所 第一三共株式会社
制作 メディカルクオール株式会社
表紙・デザイン 有限会社 オセロ
印刷 株式会社 誠文堂