

RELATIONSHIP BETWEEN TESTOSTERONE AND COGNITIVE FUNCTION IN ELDERLY MEN WITH DEMENTIA

To the Editor: A decrease in sex hormones with aging has been reported to be related to psychosomatic disorders such as late-onset hypogonadism syndrome, frailty, and cognitive impairment in adult men.¹ For example, a community-based cross-sectional study has shown that elderly men with a lower blood concentration of bioavailable testosterone have more-severe impairment of cognitive function.² Moreover, a longitudinal study indicated that serum free testosterone (FT) concentration could predict memory performance and cognitive status in elderly men,³ but it is unknown whether lower testosterone concentration is related to cognitive impairment in individuals with dementia, because the previous studies primarily focused on a healthy community-based population. Also, few studies have addressed the relationship between testosterone and cognitive function in elderly Japanese men.

One recent cross-sectional study showed that total testosterone and FT concentration were associated with activities of daily living (ADLs) in institutionalized elderly men.⁴ This study also revealed that a relationship between testosterone and cognitive function could be found even in institutionalized elderly men with physical or neuropsychiatric dysfunction. Thus, whether lower testosterone concentration is related to deterioration of ADL in elderly men with cognitive impairment was longitudinally investigated.

Fifty-two male outpatients attending the Center for Comprehensive Care on Memory Disorders at Kyorin University Hospital were recruited (mean age 77.0 ± 5.5 , range 65–87). Participants' clinical backgrounds were hypertension, 48.9%; diabetes mellitus, 12.2%; and dyslipidemia, 38.1%. None had a history of stroke. Comprehensive geriatric assessment was performed based on basic ADLs (Barthel Index),⁵ instrumental ADLs (Lawton and Brody IADLs, 0–5 points in men),⁶ cognitive function (Mini-Mental State Examination (MMSE)),⁷ mood (Geriatric Depression Scale (GDS), 15 items),⁸ and vitality (Vitality Index, 10-point scale).⁹ This assessment was repeated 1, 2, and 3 years after baseline assessment at the first visit to the clinic. At the first visit, blood was drawn after an overnight fast and FT concentration was measured using radioimmunoassay. FT values ranged from 1.0 to 53.0 pmol/L (mean \pm SD 30.4 ± 11.0 pmol/L). Participants were classified into three groups according to tertile according to the baseline FT value (Figure 1), and the parameters from the comprehensive geriatric assessment were compared between groups and visits. Statistical data were analyzed using SPSS version 17.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). One-way analysis of variance (ANOVA) was applied for comparisons between groups, and the Fisher post hoc test was applied when significant ($P < .05$). One-way repeated ANOVA was used for comparisons between baseline and the 1-, 2-, and 3-year visits, and the Fisher post hoc test was applied when significant ($P < .05$).

There were no significant differences between groups in age (high, 75.3; middle, 76.6; low, 79.0), basic ADLs (high, 96.9; middle, 99.1; low, 95.3 points), MMSE (high, 23.2; middle, 25.1; low, 23.1 points), GDS-15 (high, 5.1; middle,

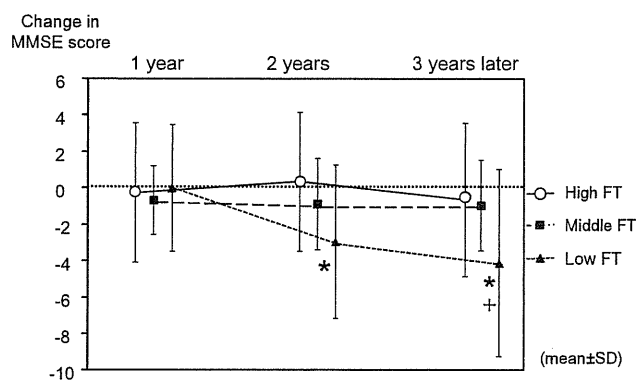


Figure 1. Change in Mini-Mental State Examination (MMSE) score according to tertile of serum free testosterone (FT) level in men. FT tertile: high, >36.1 pmol/L, $n = 17$; middle, 29.1 – 35.4 pmol/L, $n = 17$; low, <28.8 pmol/L, $n = 18$. * $P < 0.05$ vs highest FT group, + $P < 0.05$ vs middle FT group.

4.1; low, 4.6 points), and Vitality Index (high, 9.1; middle, 9.1; low, 8.8 points) at baseline, whereas IADLs tended to be lower (high, 4.1; middle, 4.1; low, 3.4 points, $P = .06$) in the low FT tertile group than in the other groups.

At the 1-year visit, there was no difference in change in MMSE score from baseline between the groups, although the decrease in MMSE score was larger in the low FT tertile group than in the middle and high tertile groups at the 2- and 3-year visits (Figure 1). Also, MMSE scores were lower in the low FT tertile group at the 2- ($P = .009$) and 3-year ($P < 0.001$) visits than at baseline, whereas they were not lower in the middle and high tertile groups. In contrast, there was no such trend in basic ADLs, IADLs, GDS scores, and Vitality Index.

Multiple regression analysis was performed with a decrease in MMSE score as a dependent variable and age; ADLs; body mass index; presence of hypertension, diabetes mellitus, or hyperlipidemia; and FT concentration as independent variables to consider factors affecting cognitive impairment, according to a previous report.⁴ Blood FT concentration was found to be an independent predictor of decrease in MMSE score at the 3-year visit ($\beta = 0.492$, $P = .02$).

A number of investigations support the biological plausibility of a protective effect of testosterone against cognitive dysfunction. The present findings from memory clinic outpatients are consistent with previous findings observed in elderly community-based men, showing a relationship between FT concentration and cognitive performance.³ Furthermore, the present findings indicate that a lower FT concentration could lead to a faster decline in cognitive function in elderly Japanese men who already show cognitive impairment. This study provides fundamental data for the future study of hormone replacement therapy for cognitive decline in elderly adults with low FT.

Kumiko Nagai, PhD
Shigeki Shibata, MD, PhD
Yoshio Kobayashi, MD
Yukiko Yamada, MA
Sayaka Kimura, MA

Ayako Machida, ST
Koichi Kozaki, MD, PhD
Department of Geriatric Medicine, School of Medicine
Kyorin University, Tokyo, Japan

Masahiro Akishita, MD, PhD
Department of Geriatric Medicine, Graduate School of
Medicine, University of Tokyo, Tokyo, Japan

Kenji Toba, MD, PhD
National Center for Geriatrics and Gerontology
Aichi, Japan

ACKNOWLEDGMENTS

Conflict of Interest: The editor in chief has reviewed the conflict of interest checklist provided by the authors and has determined that the authors have no financial or any other kind of personal conflicts with this paper.

Author Contributions: Nagai K designed the research; acquired, analyzed, and interpreted the data; and drafted the manuscript. Shibata S interpreted the data. Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A acquired subjects and data and analyzed and interpreted the data. Akishita M and Toba K conceived and designed the research and interpreted the data. Kozaki K supervised the research.

Sponsor's Role: None.

REFERENCES

1. Ulubaev A, Lee DM, Purandare N et al. Activation effects of sex hormones on cognition in men. *Clin Endocrinol* 2009;71:607–623.
2. Yaffe K, Lui LY, Zmuda J et al. Sex hormones and cognitive function in older men. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:707–712.
3. Moffat SD, Zonderman AB, Metter EJ et al. Longitudinal assessment of serum free testosterone concentration predicts memory performance and cognitive status in elderly men. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:5001–5007.
4. Fukai S, Akishita M, Yamada S et al. Association of plasma sex hormone levels with functional decline in elderly men and women. *Geriatr Gerontol Int* 2009;9:282–289.
5. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61–65.
6. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people, self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179–186.
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-Mental State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–198.
8. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:709–711.
9. Toba K, Nakai R, Akishita M et al. Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. *Geriatr Gerontol Int* 2002;2:23–29.

BASELINE INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND INCIDENT DEMENTIA

To the Editor: Sikkes et al.¹ have written an important paper showing that individuals without dementia with impairment in at least one of nine instrumental activities of daily living (IADLs) at baseline had a significantly higher incidence of dementia at 12 months (24.4%) than individuals without IADL impairment at baseline (16.7%) ($P = .04$). Their 531 participants who were followed for 12 months were relatively young (mean age 69.6), so it was decided to duplicate their study from prospective data from the Wyong Hospital Memory Clinic, 100 km north of Sydney. From 415 individu-

als attending a memory clinic, community-dwelling individuals aged 60 and older who were free of dementia at baseline and had a Mini-Mental State Examination score (MMSE²) of 25 to 30 and a follow-up MMSE and Montreal Cognitive Assessment (MoCA), range 0 (worst) to 30 (best)³ at 12 months were selected in a consensus conference of a geriatrician (PJ) and a clinical nurse consultant (EH). Each individual's family rated IADLs on the Nottingham scale,⁴ which ranged from 0 (worst) to 22 (best). Twenty-two of 82 (27%) converted to dementia at 12 months, compared with Sikkes conversion rate of 20.8% at 24 months—the most likely reason for this difference was that mean age (79.1) was 9.5 years older than theirs (69.6). Stats Direct Version 2.7.8b (StatsDirect Ltd, Altrincham, UK) from November 2011 was used to compare converters and nonconverters. Mean age of the 22 converters at baseline was significantly higher than that of the 60 nonconverters (82.0 ± 5.8 vs 78.0 ± 6.8 , $P < .01$), mean IADL score at baseline was significantly lower (13.1 ± 5.3 vs 16.1 ± 4.0 , $P = .0236$), MMSE score at baseline was by definition lower (25.6 ± 0.73 vs 27.5 ± 1.50 , $P < .001$), and MoCA score at baseline was lower (19.2 ± 3.5 vs 22.8 ± 3.9 , $P < .001$). At 12 months, IADL (11.4 ± 5.6 vs 15.4 ± 4.5 , $P = .004$), MMSE score (21.6 ± 4.5 vs 27.4 ± 1.6 , $P < .001$), MoCA (16.8 ± 3.6 vs 22.8 ± 4.2 , $P < .001$) remained significantly lower in converters.

The Nottingham IADL covers seven of the nine IADL items that Sikkes used, excluding medications and finances. Women are more likely than men to perform five of the Nottingham IADL items unless the men live alone with no home care services: cleaning the kitchen, making a hot snack, washing small items of clothing, doing a full clothes wash, and doing housework.

Although the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, criteria for dementia include a decline in social and occupational function, there is a surprising lack of research into IADLs as a predictor of incident dementia. This is an important topic for future research and ongoing studies are being conducted in three cohorts: Wyong Memory Clinic; general medical inpatients with delirium or subsyndromal delirium—a prospective randomized controlled trial, Central Coast Australia Delirium Intervention Study; and PhD study, PR DEFEAT DELIRIUM, in outpatients at high risk for incident delirium. One study⁵ with 255 community-dwelling individuals attending a memory clinic who were followed an average of 13 months has been published. The 11.4% of participants with antithyroid antibodies had similar outcomes at 12 months with respect to IADLs, decline in IADLs, MMSE and MoCA scores, and transfer to residential care.

Paul Regal, MD
Department of Geriatric Medicine

Eileen Heatherington, RN
Dementia Advisory Service, Wyong Hospital, Kanwal
New South Wales, Australia

ACKNOWLEDGMENTS

Conflict of Interest: The editor in chief has reviewed the conflict of interest checklist provided by the authors and

介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つ

症状別
チャート
図解付き!

BPSD 初期対応ガイドライン

編集：服部 英幸 独立行政法人国立長寿医療研究センター 行動・心理療法部長

著者：精神症状・行動異常(BPSD)を示す
認知症患者の初期対応の指針作成研究班

Behavioral and
psychological
symptoms of
dementia

4. 専門治療と地域連携

介護施設と専門医療機関の地域連携

現状と課題

介護保険サービス事業所において、BPSDに関して受け入れ可能な状態に関する調査を行った（図4-1）¹⁾。その結果、「ほかの利用者への暴力」、「性的逸脱行為」、「物を壊す」の順で受け入れが困難であり、次いで「事業所スタッフへの暴力」、「夜間大声を出す」、「昼間大声を出す」、「夜間活発に活動する」、「自分で立ち上がり転倒する」と続いた。では、これらの行為がある場合には、専門医療機関が対応することで改善が見込めるかといえ、そうともいえない。しかし、この状態で在宅での生活は極めて困難であり、介護保険サービス事業所が対応困難であるとなれば、治療は困難であっても「最後の砦」として専門医療機関が対応せざるを得ない場合もある。また、これらの症状があつて自宅や介護保険施設から専門医療機関に入院した場合、治療により症状が改善しなければ、自宅や元の介護保険施設に戻ることは難しく、入院が長期化する一因となっている。治療によって症状が完全に改善したとしても、ADLが低下した場合には介護負担が増え、自宅での対応が困難となったり、誤嚥の危険性が増えて医学的な対応が必要となったり、転倒しやすくなることで、違った意味で介護保険サービス事業所での対応が困難

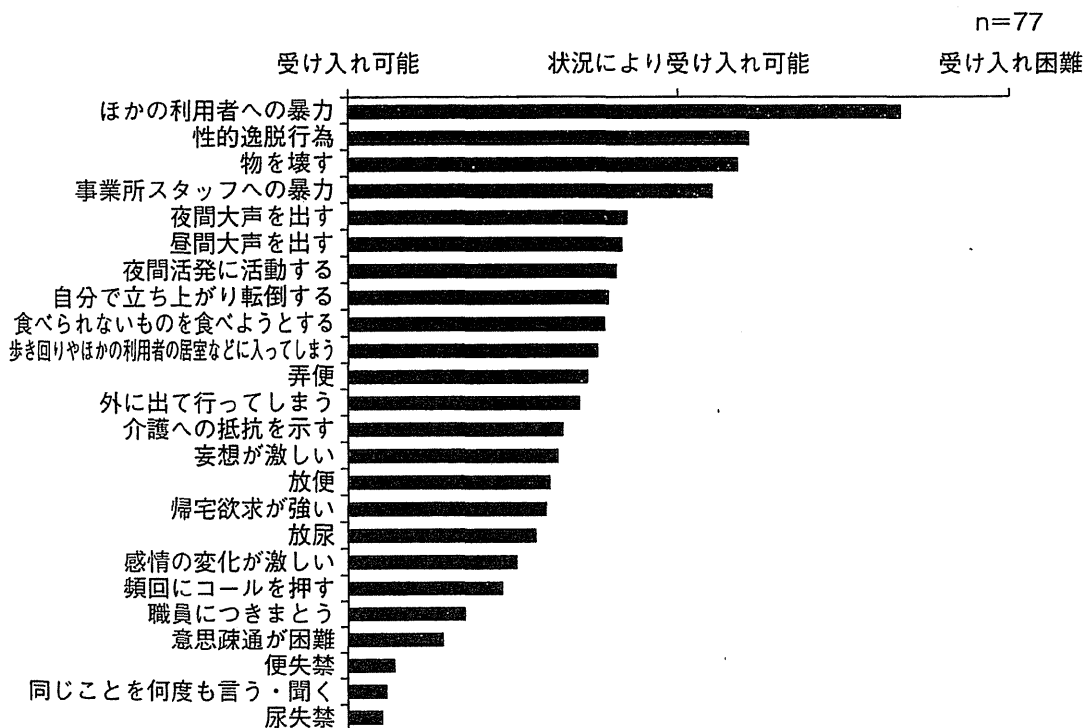


図4-1 介護保険サービス事業者のBPSD受け入れ状況

となる場合もある。また、例えば「自分で立ち上がり転倒する」という症状などについては、医学的に治療が極めて困難であるが、介護保険施設で「見守り」により対応することも難しいため、専門医療機関からの退院が困難である。

連携を進めるために

専門医療機関における長期間の入院を避けるために、在宅であれ介護保険施設入所中であれ、上記の症状が出現した際には、程度や頻度が軽度の初期の時点で、あるいは上記の症状が出現することを予測して、介護保険サービス事業所と専門医療機関が連携して適切な対応を行い、できるだけ、在宅や介護保険施設といった、そのときの居場所において解決することが最も望ましい。そのためには、医療・介護職種が集まり症例検討を行う多職種連携協議会の開催や、本書などの対応方法の周知などを通じて、BPSDへの対応方法のレベルアップと均てん化を図ることや連携ツールなどを用いた情報共有などが必要と考えられる(図4-2)。

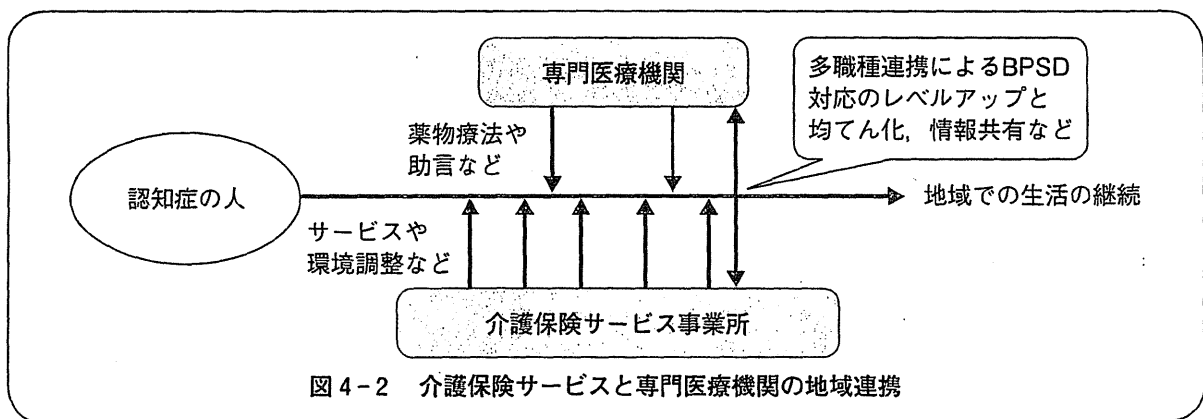


図4-2 介護保険サービスと専門医療機関の地域連携

介護保険施設から医療機関への入院の絶対的な適応は、身体合併症により入院での治療を必要とする場合である。現実的には、専門医療機関や一般医療機関において入院治療が行われているが、その選択に関しては次稿に述べる。

(武田 章敬)

4. 専門治療と地域連携

一般病院と認知症治療が可能な 医療機関との地域連携

現状と課題

BPSDと身体合併症の対応は、その地域の資源の状況により大きく異なる。救命救急センターを有し、精神病床も有するような総合病院であれば、BPSDと身体合併症に対して理想的な医療が提供できる可能性が高い。しかし、そのような医療機関はほとんどない。実際には、身体疾患の治療には優れているが、BPSDへの対応力は乏しい医療機関と、BPSDへの対応には秀でているが、身体合併症に対する高度な治療は困難な医療機関がある地域が多いと考えられる。そこでこのような地域における連携について、BPSDの対応困難度と身体疾患の重篤度により表4-1に示すような4群に分けて述べる。

表4-1 BPSD対応困難度と身体疾患の重篤度

		BPSDの対応困難度	
		低	高
身体疾患 の重篤度	低	A	C
	高	B	D

A. BPSDの対応困難度および身体疾患の重篤度ともに低い場合

このような場合は、外来診療で対応が可能のため問題となることはなく、特に連携も必要とされない。

B. BPSDの対応困難度は低いが、身体疾患の重篤度が高い場合

身体疾患の治療に優れた医療機関(多くの一般医療機関)が対応すべきである。認知症を理由に、急性期身体疾患の受け入れを制限することがないよう、一般医療機関において医療スタッフに対する認知症に関する知識や対応方法の普及が重要である。この群には精神科病院に入院中の認知症の人で、BPSDは安定していて重篤な身体疾患を発症した場合も含まれる。このような場合に精神科病院から一般医療機関への転院が円滑に行われるためには普段からの情報交換と意思疎通が重要である。

C. BPSDの対応困難度は高いが、身体疾患の重篤度が低い場合

この場合、BPSDへの対応に秀でた医療機関(多くの精神科病院)が対応すべきである。この群には一般医療機関に入院中の認知症の人で、重篤な身体疾患の治療が終了したが、BPSDのために自宅や施設に退院できない場合が含まれる。精神科病院における身体疾患への対応力が向上しつつあるといわれるが、対応可能な身体疾患や状態に関しては、医療機関による差が大きいため、一般医療機関からの転院に際しては、精神科病院の身体疾患対応力に関する情報が重要となる。

D. BPSDの対応困難度および身体疾患の重篤度ともに高い場合

最も対応が難しいのが、このような場合である。ケースバイケースではあるが、生命に直結する身体疾患の場合は、身体疾患への対応に優れた医療機関が治療を担当するのが妥当と考えられる。身体疾患治療後は、上記Cの場合と同様となる。逆にBPSDが激しく、身体疾患の治療に時間的な余裕があると判断される場合には、まずはBPSDの対応に優れた医療機関でBPSDの治療を行い、その後、身体疾患への対応に優れた医療機関で、身体合併症の治療を行うという方法もあり得る。このような連携による対応が行われるためには、医療機関におけるBPSDと身体疾患の状態の見極めと日頃から医療機関間の情報交換が必要である。

連携を進めるために

これらの連携が円滑に行われるためには、個々の医療機関のBPSDと身体合併症への対応力を明確にし、関係する者すべて(特に連携に携わる者)が情報を共有している必要がある。そのためにも地域における医療機関の関係者が集まり、症例検討などを行う連絡協議会の設置が有効と考えられる。また、認知症の人がその地域における医療機関のBPSD・身体疾患の対応力の間で行き先に困ることがないように、各医療機関においてBPSDと身体合併症への対応力を向上させる努力が必要である。

(武田 章敬)

特集：認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

臨床に役立つ Q&A

1. 認知症ケアに向けた地域の 取組みについて教えてください

武田 章敬

特集 認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

臨床に役立つ Q&A

1. 認知症ケアに向けた地域の取組みについて教えてください

武田 章敬

KEY WORD

- 認知症疾患医療センター
- 認知症サポート医
- 地域密着型サービス
- 地域包括支援センター
- 認知症サポーター
- ネットワーク構築

SUMMARY

■ 認知症の人と家族が住み慣れた地域で安心して生活するためには、必要な医療・介護サービスやインフォーマルサービスが切れ目なく提供され、地域で働く人や住む人からも温かく見守られ、支えられることが重要である。そのために、国や自治体などが医療・介護サービス資源の整備や認知症に関する啓発活動などを行い、これらの地域資源・人材のネットワークも構築しつつある。現在の課題により適切に対応するため、制度改正や新たな取組みが行われつつある。

認知症の人と家族を支える地域資源・人材の整備

1. 認知症疾患医療センター

国は平成 20 年度(2010 年度)から新たに認知症の専門医療機関として、認知症疾患医療センターの指定を開始した。認知症疾患医療センターに求められる役割は、鑑別診断とそれに基づく初期対応や合併症・認知症の行動・心理症状(BPSD)への急性期対応といった専門医療の提供、専門医療相談などの情報センターとしての機能、地域包括支援センターなどとの連携機能である。平成 22 年度(2010 年度)から、認知症疾患医療センターは一般病床と精神病床の両者を有し、休日・夜間を含め救急対応が可能な基幹型と、ほかの医療機関との連携などにより指

定を受ける地域型の 2 類型に分けられることとなった。平成 24 年(2012 年)5 月 1 日現在、全国で 171 カ所の認知症疾患医療センターが指定されており、そのうち基幹型は 7 カ所、地域型は 164 カ所である¹⁾。

2. 認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修

国は平成 17 年度(2005 年度)から地域における認知症に関する地域医療体制構築の中核的な役割を担う医師として、認知症サポート医養成研修事業を開始した。認知症サポート医は、地域における連携の推進役としての役割を期待されており、具体的には、①かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・立案・講師、②かかり

● たけだ あきのり(独立行政法人国立長寿医療研究センター)

つけ医の認知症診断などに関する相談役・アドバイザーとなること、およびほかの認知症サポート医との連携体制の構築、③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が求められている。

この認知症サポート医の協力のもと、平成18年度(2006年度)から、都道府県・指定都市は都道府県・指定都市医師会や郡市医師会などと連携し、地域のかかりつけ医を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を行っている。地域のかかりつけ医には、この研修を通じて、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応・健康管理、③家族の介護負担・不安への理解、④専門医療機関への受診誘導、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携、といった役割を担うことが求められている²⁾。

平成17年度(2005年度)から平成22年度(2010年度)までに養成された認知症サポート医は1,677名であり、平成18年度(2006年度)から平成22年度(2010年度)までに認知症対応力向上研修を受けた地域のかかりつけ医は29,150名となっている³⁾。

3. 介護保険制度と改革

平成12年度(2000年度)に「介護の社会化」をキーワードとしてスタートしたわが国の介護保険制度は、現在では高齢者の暮らしを支える上でなくてはならない制度として定着している。平成18年度(2006年度)に行われた介護保険制度改革では、認知症高齢者の増加を背景として身体ケアのみではなく、認知症ケアも視野に入れた地域密着型サービス(認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護など)の創設、独居高齢者の増加などを背景とし、地域ケア体制を整備するための地域包括支援センター創設などが行われた。

4. 地域密着型サービス

認知症グループホーム(認知症対応型共同生活介護)とは、住み慣れた地域の、小規模で、家庭的な生活空間で、少人数(1ユニット5~9名)の認知症の人が専門のスタッフに支えられ

つつ、なじみの関係性を保ちながら、普通の暮らしを行っていく共同住居のことをいい、平成12年度(2000年度)に始まった介護保険制度においても居宅サービスの1つとして位置づけられた。平成18年度(2006年度)の介護保険制度改革において認知症グループホームは、市区町村が指定・監督を行う地域密着型サービスに位置づけられた。現在、認知症グループホームの事業所は11,439カ所あり、16.41万人がサービスを受けている⁴⁾。

また、平成18年度(2006年度)から創設された小規模多機能型居宅介護は「通い」を中心として、状態や希望に応じて「泊まり」「訪問」のサービスを提供するもので、通い慣れた場所でのなじみの仲間と過ごし、なじみのスタッフから介護を受けられるサービスであり、徐々に普及しつつある。現在、小規模多機能型居宅介護の事業所は3,526カ所あり、5.7万人がサービスを受けている⁴⁾。

5. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、平成18年度(2006年度)から地域において高齢者の生活を支える役割を果たす総合機関として設置が開始され、平成23年(2011年)4月末時点で全国で4,145カ所が設置されている³⁾。保健師・主任ケアマネジャー・社会福祉士の3職種が、包括的・継続的ケアマネジメント事業、総合相談・支援事業、虐待対応などの権利擁護、介護予防マネジメント事業などを行っている。

6. 認知症サポーター

平成16年(2004年)に「痴呆」という用語が「認知症」に改められ、これを受けた「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想の展開などにより、国民の認知症についての理解は進んできた。その中で大きな役割を果たしたのが、「認知症サポーター100万人キャラバン」である。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が地域、職域の集まり、学校などへの講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組

みである。平成24年(2012年)9月30日現在で、キャラバン・メイトを含めた認知症サポーターの数は363万1,903人となっている⁵⁾。

— 地域資源・人材のネットワーク化 —

上述のように、国や自治体を中心となって、認知症疾患医療センターの指定、認知症サポート医の養成、かかりつけ医認知症対応力向上研修、地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、地域や職域の人々に対する認知症サポーター養成などを行っており、着実に地域における認知症の人を支える資源や人材は整いつつあるといえる。これらの資源や人材をネットワーク化する目的で平成19年度(2007年度)から平成22年度(2010年度)の間、全国のモデル地域にコーディネーターの配置、地域資源マップの作成、徘徊SOSネットワークの構築などの事業を行う「認知症地域支援体制構築等推進事業」が実施され、その方針は事業の終了後も様々な施策へと引き継がれている。

平成20年(2008年)の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」⁶⁾における提言を受けて、平成21年度(2009年度)から、認知症疾患医療センターのある市区町村の地域包括支援センターに、認知症の介護や医療における専門的知識を有する者を「認知症連携担当者」として配置し、認知症疾患医療センターや権利擁護の専門家などとのネットワークを構築し、相談・連絡体制を確立するとともに、近隣地域の地域包括支援センターへの専門的見地からの相談・援助を行うこととなった。平成23年度(2011年度)から「認知症連携担当者」を配置する「認知症対策連携強化事業」は、認知症疾患医療センターの指定がない市区町村であっても配置が可能で、地域包括支援センターに限らず、市区町村本庁であっても配置が可能な「認知症地域支援推進員」を中心に実施する「市町村認知症施策総合推進事業」へと再編された⁷⁾。

また、平成22年度(2010年度)途中から「地域支え合い体制づくり事業」が開始され、その中で地域における徘徊・見守りSOSネットワ

ークの構築が支援されることとなった⁷⁾。

— 今後の方向性 —

平成24年度(2012年度)から施行された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」においては、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするため、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築が重視されており、独居・重度の要介護者や医療ニーズの高い要介護者などにも対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や、小規模多機能型居宅介護と訪問看護などを組み合わせた複合型サービスが創設された。また、地域包括支援センターに関して、介護事業者や医療機関、民生委員、ボランティアなどとの連携に努めることや、実施主体の市区町村がその運営により密接に関わることが新たに規定された。

平成24年(2012年)6月、厚生労働省認知症施策推進プロジェクトチームは「今後の認知症施策の方向性について」という報告書¹⁾をまとめた。そこでは、現在の基幹型・地域型認知症疾患医療センターのみでは増加しつつある認知症の人に対応することが困難であるとの観点から、新たに的確な診断やかかりつけ医や地域包括支援センターなどとの連携・支援を担う「身近型認知症疾患医療センター」を全国に300カ所程度整備するとしている。また、早期診断・早期対応を促進する観点から、看護職員、作業療法士などの専門家からなる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センターなどに配置し、認知症が疑われる人の家庭を訪問し、生活状況や認知機能などの情報収集や評価を行い、適切な診断へと結びつけ、本人・家族への支援を行うとしている。平成24年(2012年)9月には「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」⁸⁾が公表され、認知症施策の平成25年度(2013年度)から平成29年度(2017年度)までの数値目標が示された。

文 献

- 1) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/houkousei.html>), 2012.
- 2) 平成23年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医の活動支援のあり方と養成および継続研修事業に関する調査研究」委員会：認知症サポート医養成研修テキスト, 2012.
- 3) 厚生労働省老健局：平成24年2月24日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000239zd.html>), 2012.
- 4) 厚生労働省：介護給付費実態調査月報(平成24年5月審査分) (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2012/05.html>), 2012.
- 5) 地域ケア政策ネットワーク：「認知症サポーター100万人キャラバン」ホームページ (<http://www.caravanmate.com/#statusContents>), 2012.
- 6) 厚生労働省：認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>), 2008.
- 7) 厚生労働省老健局：平成23年2月22日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000133sr.html>), 2011.
- 8) 厚生労働省：認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン) (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>), 2012.

(執筆者連絡先) 武田章敬 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 独立行政法人国立長寿医療研究センター

2. わが国の認知症施策

武田 章敬
TAKEDA Akinori

◆ Key Point

- わが国におけるこれまでの認知症施策として、認知症疾患医療センターの指定、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症グループホーム等の整備、認知症サポーター100万人キャラバン、認知症地域支援推進員の配置などが行われてきた。
- 介護保険制度改革により、認知症の人にとっても適した地域包括ケアシステムの構築が、よりいっそう推進されることとなった。
- 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが、認知症の早期診断・早期対応を推進する観点から、身近型認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームといった新たな施策を盛り込んだ報告書を取りまとめた。

◆ はじめに

平成24年（2012年）6月、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームは「今後の認知症施策の方向性について」という報告書¹⁾をまとめた。その基本方針は「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すとしており、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成——の7つの視点から具体的な取り組みについて記述されている。本稿では、認知症施策のこれまでの流れと課題、今回の報告書で新たに提示された施策について概説する。

◆ 医療面での取り組み

1. 認知症疾患医療センター

平成元年（1989年）から地域の認知症専門医療機関として国が指定していた老人性痴呆疾患センターは活動状況の格差が大きく、周知が不十分であったこともあり、平成18年度（2006年度）で廃止となった。その教訓を踏まえて、一般病床と精神病床の両方をもつ病院の指定を念頭に認知症疾患医療センターが平成20年度（2008年度）から新たに創設された。認知症疾患医療センターには、①鑑別診断とそれに基づく初期対応、②合併症・認知症の行動・心理症状（BPSD）への急性期対応といった専門医療の提供、専門医療相談などの情報センターとしての機能、地域包括支援センター等との連携機能が求められている。平成22年度（2010年度）から、認知症疾患医療センターは一般病床と精神病床の両者を有し、休日・夜間を含め救急対応が可能な基幹型と、他の医療機

関との連携等により指定を受ける地域型の2類型に分けられることとなった。平成24年（2012年）5月1日現在、全国で171カ所の認知症疾患医療センターが指定されており、そのうち基幹型は7カ所、地域型は164カ所である。

「今後の認知症施策の方向性について」報告書において、現在の基幹型・地域型認知症疾患医療センターのみでは、増加しつつある認知症の人に対応することが困難であるとの観点から、新たに的確な診断やかかりつけ医、地域包括支援センター等との連携・支援を担う「身近型認知症疾患医療センター」を全国に300カ所程度整備するとしている。その要件としては、専門医と臨床心理技術者、連携担当者（かかりつけ医や地域包括支援センター等との連携を担当）を配置し、一般病院や介護保険施設・事業所を訪問し、BPSDの治療を行い、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとしている。

2. 認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修

国は平成17年度（2005年度）から、認知症に関する地域医療体制構築の中核的な役割を担う医師として認知症サポート医養成研修事業を開始した。都道府県・指定都市の長が都道府県・指定都市医師会と相談のうえ、地域において認知症の診療に携わっている医師、または後述する認知症サポート医の役割を適切に担える医師として認めた医師を対象として、国立長寿医療研究センターに委託し、年に5回、全国で研修が行われている。認知症サポート医は地域における連携の推進役としての役割を期待されており、具体的には、①かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・立案・講師、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなること、および他の認知症サポート医との連携体制の構築、③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が求められている。

この認知症サポート医の協力のもと、平成18年度（2006年度）から、都道府県・指定都市は都道府県・指定都市医師会や郡市医師会等と連携し、地域のかかりつけ医を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を行っている。地域のかかりつけ医には、この研修

を通じて、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応・健康管理、③家族の介護負担・不安への理解、④専門医療機関への受診誘導、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携——といった役割を担うことが求められている（図1）²⁾。平成17年度（2005年度）から平成22年度（2010年度）までに養成された認知症サポート医は1,677名であり、平成18年度（2006年度）から平成22年度（2010年度）までに認知症対応力向上研修を受けた地域のかかりつけ医は29,150名となっている³⁾。

介護面での取り組み

1. 介護保険制度改革と認知症施策

平成12年度（2000年度）に「介護の社会化」をキーワードとしてスタートしたわが国の介護保険制度は、現在では高齢者の暮らしを支えるうえでなくてはならない制度として定着している。平成18年度（2006年度）に行われた介護保険制度改革は「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」を基本理念とし、認知症高齢者の増加を背景として身体ケアのみではなく認知症ケアも視野に入れた地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護等）の創設、独居高齢者の増加等を背景とし、地域ケア体制を整備するための地域包括支援センター創設、介護のみではなく予防をも重視したシステムへの転換などが行われた。平成24年（2012年）4月1日から施行（一部は公布日）された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」においては、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするため、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築が重視されており、市町村はこの基本理念を基盤として日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を作成することが求められる。独居・重度の要介護者や医療ニーズの高い要介護者などにも対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護と訪問看護等を組み合わせた複合型サービスが創設されたほか、医療ニーズの増大に対しては介護福祉士（平成27年4月1日以降）や一

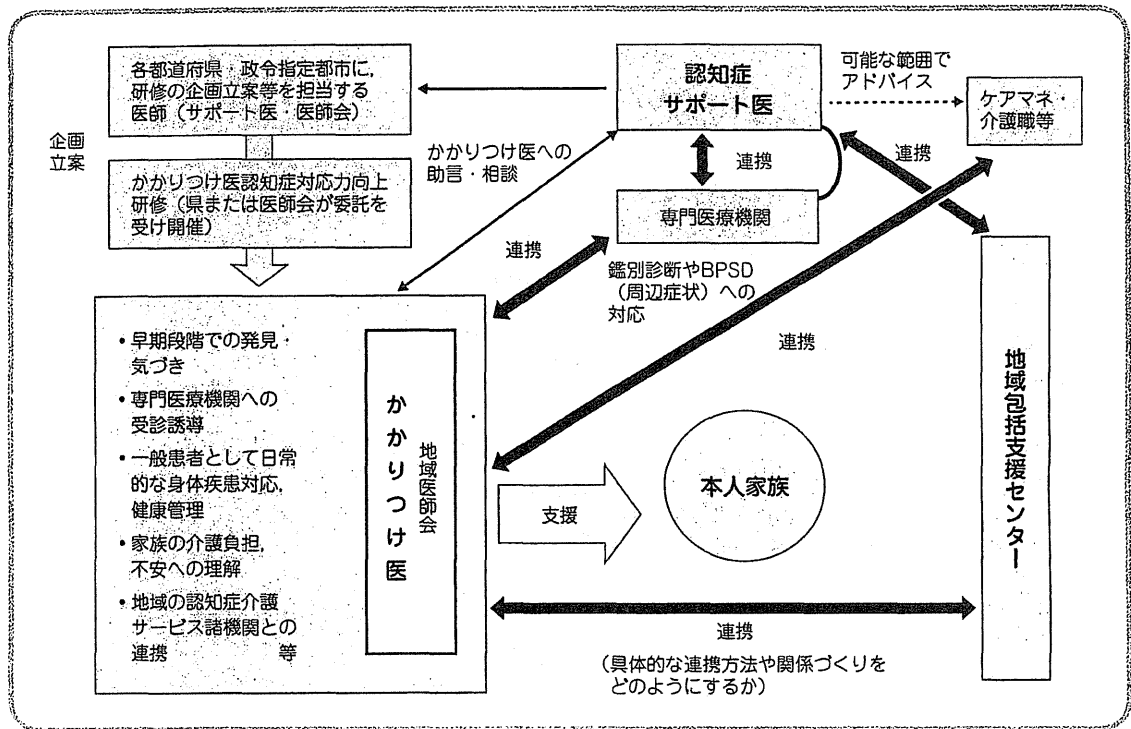


図1 かかりつけ医・認知症サポート医・専門医療機関等が参画した認知症地域支援体制

〔平成23年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医の活動支援のあり方と養成および継続研修事業に関する調査研究」委員会：認知症サポート医養成研修テキスト、2012より引用〕

定の教育を受けた介護職員等による痰の吸引や経管栄養が可能となるなどの施策が打ち出された。

認知症の人は環境変化に脆弱であることから、住み慣れた地域で生活を継続することが望ましく、今回の改正の基本理念である「地域包括ケアシステム」の構築は特に認知症の人にとって大きな意義をもつ。ほかにも今回の改正では、市町村介護保険事業計画に認知症の人の地域における自立した日常生活の支援に関する事項を記載すること、および市町村は市民後見人の育成および活用などを通じて高齢者の権利擁護を推進することが求められている。

「今後の認知症施策の方向性について」報告書では、これらの取り組みを引き続き推進するとともに、介護保険施設・事業所職員の認知症対応力向上を図るための研修の拡充や、BPSDに対して「身近型認知症疾患医療センター」の医師等が介護保険施設等を訪問して助言や治療を行うことが盛り込まれている。

2. 認知症グループホーム

認知症グループホームとは、住み慣れた地域の、小規模で、家庭的な生活空間で、少人数（1ユニット5～9名）の認知症の人が専門のスタッフに支えられつつ、なじみの関係性を保ちながら、普通の暮らしを行っていく共同住居のことを言い、認知症の人が穏やかに、生き生きと暮らし、BPSDの緩和に有効であると言われている。

平成3年（1991年）に日本で最初の認知症グループホームが誕生し、平成6年（1994年）から認知症グループホームに関する調査研究が行われた。平成9年（1997年）以降、国は認知症グループホームの運営や整備に対して補助を行うようになった。平成11年（1999年）に策定されたゴールドプラン21において、平成16年度（2004年度）には認知症グループホームを全国で3,200カ所整備することが目標として掲げられた。平成12年度（2000年度）に始まった介護保険制度においても、サービスの一つとして位置づけられた。平成18年度（2006年度）に

行われた介護保険制度改革において、認知症グループホームは市町村が指定・監督を行う地域密着型サービスに位置づけられた。現在、認知症グループホームの事業所は1万1,378カ所あり、16.53万人がサービスを受けている⁴⁾。

「今後の認知症施策の方向性について」報告書においては、認知症グループホーム事業所が地域の認知症ケアの拠点としての活動を行うことが求められ、具体的には認知症対応型通所介護やショートステイといったサービスの提供や、在宅で生活する認知症の人や家族への相談や支援を行うとされている。

地域における取り組み

1. 認知症サポーター

平成16年(2004年)に「痴呆」という用語が「認知症」に改められ、これを受けた「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想の展開などにより、国民の認知症についての理解は進んできた。そのなかで大きな役割を果たしたのが「認知症サポーター100万人キャラバン」である。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が、地域・職域の集まり、学校等への講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組みである。平成24年(2012年)6月30日現在で、キャラバン・メイトを含めた認知症サポーターの数は343万6,848人となっている⁵⁾。

2. 認知症地域支援推進員

平成20年(2008年)の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」⁶⁾における提言を受けて、平成21年度(2009年度)から、認知症疾患医療センターのある市町村の地域包括支援センターに、認知症の介護や医療における専門的知識を有する者を「認知症連携担当者」として配置し、認知症疾患医療センターや権利擁護の専門家等とのネットワークを構築し、相談・連絡体制を確立するとともに、近隣地域の地域包括支援センターへの専門的見地からの相談・援助を行うこととなった。しかし、市町村に複数の地域包括支援センターがある場合の配置場所の選定困難、ペアとなるべき認知症疾患医

療センターの指定の遅れ等の理由もあって、「認知症連携担当者」の配置は進まなかった。そこで平成23年度(2011年度)から「認知症連携担当者」を配置する「認知症対策連携強化事業」は、認知症疾患医療センターの指定がない市町村であっても配置が可能で、地域包括支援センターに限らず、市町村本庁であっても配置が可能な「認知症地域支援推進員」を中心に実施する「市町村認知症施策総合推進事業」へと再編された(図2)⁷⁾。

「認知症地域支援推進員」に求められる役割としては、①認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関、介護サービス従事者や認知症サポーターなど、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図る、②認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて各市町村内の認知症の人やその家族を支援する事業(地域資源マップの作成や研修会、交流会の開催など)を実施する——といったものがあげられている。

3. 認知症初期集中支援チーム

「今後の認知症施策の方向性について」報告書において、早期診断・早期対応を促進する観点から、看護職員、作業療法士等の専門家からなる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、認知症が疑われる人の家庭を訪問し、生活状況や認知機能等の情報収集や評価を行い、適切な診断へと結びつけ、本人・家族への支援を行うとしている。また、かかりつけ医の認知症対応能力が向上し、「認知症初期集中支援チーム」の取り組みが普及するまでの間は、主として上記の「身近型認知症疾患医療センター」の医師が「認知症初期集中支援チーム」の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを رفتたりする役割を果たすとされている。

筆者らは以前、「認知症地域支援推進員」に関して、「地域で認知症が疑われ不自由な生活を送っているが医療機関への受診を拒否している人への対応が必要な場合、認知症地域支援推進員が市町村や民生委員、地域包括支援センター等と連携して対応し、状況に応じて地域のかかりつけ医や認知症疾患医療センター等に訪問診療

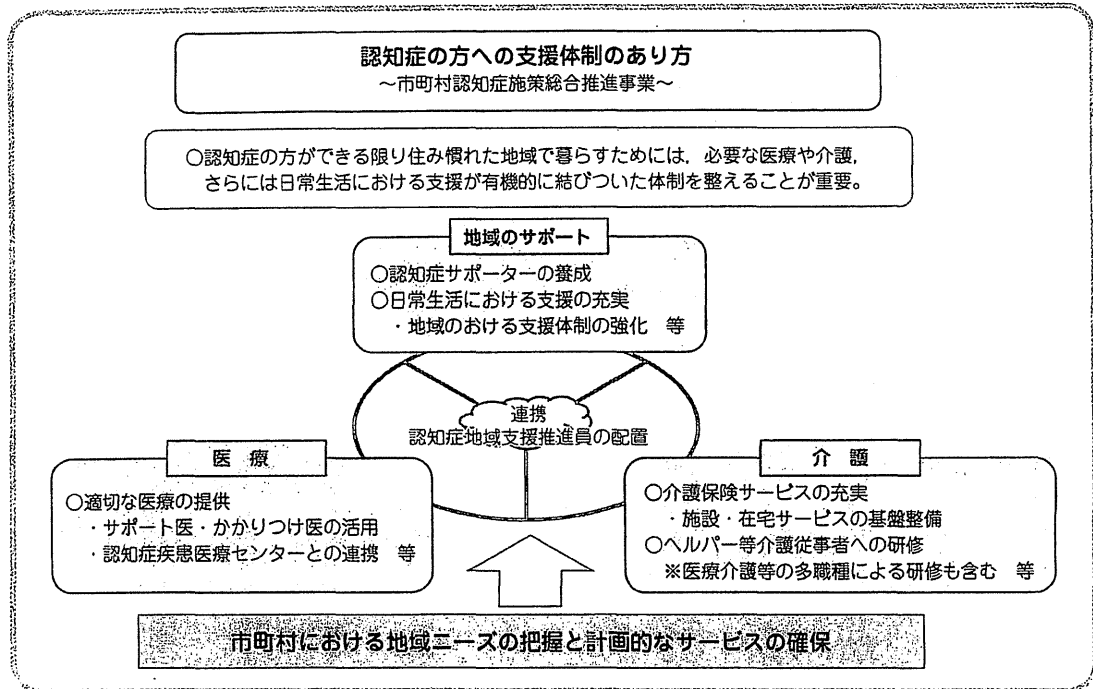


図2 市町村認知症施策総合推進事業

〔厚生労働省老健局：第76回社会保障審議会介護給付費分科会資料，2011より引用〕

などを依頼し、介護保険サービスの利用などに結びつけるなどの、最も連携が必要な場面での活躍に期待したい」と記述した⁹⁾が、今回の報告書によればこの役割は「認知症初期集中支援チーム」が担うことが想定される。

おわりに

今回プロジェクトチームによって示された施策は、現在の認知症の人と家族が直面する多くの問題を解決の方向へ導くものと考えられる。特に新たに提案された「認知症初期集中支援チーム」に関しては、モデル事業によってわが国における有効性が検証された場合、全国の市区町村に配置されることが期待される。

引用文献

1) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について，2012 (<http://www.mhlw.go.jp/>)

- topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf)
- 2) 平成23年度老人保健健康増進等事業「認知症サポート医の活動支援のあり方と養成および継続研修事業に関する調査研究」委員会：認知症サポート医養成研修テキスト，2012
 - 3) 厚生労働省老健局：平成24年2月23日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料，2012 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000239zd.html>，<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000239zd-att/2r98520000023b2m.pdf>)
 - 4) 厚生労働省：介護給付費実態調査月報（平成24年4月審査分），2012 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2012/04.html>)
 - 5) 地域ケア政策ネットワーク：「認知症サポーター100万人キャラバン」ホームページ (<http://www.caravanmate.com/index.html>)
 - 6) 厚生労働省：認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書，2008 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>)
 - 7) 厚生労働省老健局：第76回社会保障審議会介護給付費分科会資料，2011 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ft9d.html>)
 - 8) 武田章敬，他：認知症ケアにおける地域連携の政策的展望，老年精神医学雑誌，23：280-286，2012

6. 軽度認知障害 (MCI)

武田 章敬
TAKEDA Akinori

Key Point

- ◎ 正常な状態と認知症との中間の状態を示す概念として軽度認知障害 (MCI) がある。
- ◎ MCIを示す人は健常な人と比べ、認知症へと進展する危険性が高いが、長期間にわたりMCIにとどまる人もいる。
- ◎ MCIを来す病因は多岐にわたり、適切に対応するためには、可能な範囲で病因を明らかにする必要がある。
- ◎ MCIの原因が単一ではないこともあり、薬物療法によってMCIから認知症への進展を防ぐことができたという報告はほとんどない。
- ◎ アルツハイマー病を中心とするバイオマーカーに関する知見が集積しつつあり、病因や予後の判定がより正確にできるようになることが期待されている。

はじめに

人は年齢を重ねるにつれて、人の名前を思い出せないなど認知機能に関する衰えを自覚するようになる。それが加齢による自然な認知機能の低下なのか、認知症につながる病的な症状なのかを知りたいと思うのは人として自然なことである。また、アルツハイマー病などの疾患による認知症を呈する人は、診断基準を満たす状態になる前からわずかな認知機能障害を示すことが多いが、その段階で認知症になるのを阻止したいと考えるのも当然のことである。現在、研究や臨床試験が行われているアルツハイマー病の進行を止める薬（疾患修飾薬）が実用化した際には、アルツハイマー病を症状の軽い早期、または発症前の段階で発見することの重要性がさらに高くなる。

正常な状態と認知症との中間の状態を示す概念として、これまでにAAMI (age-associated memory

impairment), AACD (aging-associated cognitive decline), CIND (cognitive impairment no dementia)などの概念が提唱されてきたが、本稿では、アルツハイマー病の前駆状態を意識して提唱された軽度認知障害 (mild cognitive impairment; MCI) の概念の変遷について概説する。

軽度認知障害 (MCI) 診断基準の変遷

1. Petersenらによる最初の診断基準

(1) 診断基準

MCIの診断基準は1996年にPetersenらによって提唱された¹⁾。その診断基準を表1に示す。この診断基準の特徴は、認知機能障害を記憶の障害に限定している点である。

認知症にはさまざまな診断基準があるが、それらに共通しているのは、記憶障害を中心とした複数の領域にわ

表1 Petersenらによる軽度認知障害の診断基準

- ・記憶障害の訴えがあること
- ・日常生活活動(ADL)は正常
- ・全般的な認知機能は基本的に保たれている
- ・年齢に比して客観的な記憶障害が存在する
- ・認知症ではない

(Petersen RC, et al : Arch Neurol, 56 : 303-308, 1999より引用)

たる認知機能障害があり、その結果、社会的、職業的あるいは対人関係上の障害を来している状態であるという点である。認知症とMCIの最も大きな分岐点は、年齢や教育歴では説明できないような認知機能障害によって、社会的、職業的あるいは対人関係上の障害を来しているか否かという点である。認知機能は神経心理学的検査によって障害があるか否かを測定することができるが、社会的、職業上の障害の有無は、その人の置かれた状況によって大きく異なってくるため判断が難しいことが少なくない。

(2) 認知症への進展

Petersenらはこの診断基準を用いて縦断研究を行い、MCIと診断された人はその後1年間に約12%が認知症となり、6年間で約80%が認知症となったと報告している²⁾。同じ地域での調査で健常者が1年間で認知症となる率は1~2%であったことから、この診断基準でMCIと診断された人は認知症発症のハイリスク群であることを示した。また、より早く認知症へ進展することを予測する因子として、アポリポ蛋白ε4遺伝子をもっていること、手がかりを与える記憶想起課題の得点が低いこと、頭部MRIで海馬容積が小さいことなどを示した²⁾。

2. 改訂された診断基準

(1) 診断基準の改訂とMCIの類型による病因の推定

アルツハイマー病や他の認知症を来す疾患の前駆症状は記憶障害に限定したMCIとは限らないこと、記憶障害に限定したMCIがアルツハイマー病に進展するとは限らないことなどの知見を踏まえ、2003年に診断基準が改訂された³⁾。新しい診断基準は記憶だけではなく、言語機能や遂行機能、視空間機能などの認知機能の障害を含んでおり、また、認知機能の障害が単一領域に限られるのか、他の領域に及んでいるのかにも注目して評価され

る。その診断と分類の手順を図1に示す。

MCIがどの類型にあてはまるかによって、どのような疾患が病因として想定されるかの仮説も示されている⁴⁾(表2)。例えば、健忘型MCI(単一領域)で、緩徐に発症し徐々に進行するという変性疾患の特徴を有していればアルツハイマー病の前駆状態である可能性が高くなる。また、遂行機能や視空間機能のような記憶ではない認知機能が障害されている場合はレビー小体型認知症のような、アルツハイマー病ではない認知症に進展する可能性が高いと想定されている。

(2) 病理学的な検討

健忘型MCI(単一領域または多領域)の病因について、Petersenらは病理学的な検討を行っている。それによれば、MCIの状態死亡した人の脳は、早期アルツハイマー病、脳梗塞、レビー小体病、嗜銀顆粒性疾患、神経原線維優位型変化、海馬硬化症など多岐にわたり、複数の病理所見が併存している例も多かった⁵⁾。一方、健忘型MCI(単一領域または多領域)から認知症に進展した人の脳は71%がアルツハイマー病の病理所見を示し、アルツハイマー病以外ではレビー小体病、海馬硬化症、非特異的なタウオパチー(タウ蛋白の異常な蓄積がみられる神経変性疾患群)、前頭側頭葉変性症などを認めた⁶⁾。

(3) 薬物療法

上記のようにMCIの原因は単一ではないこともあり、薬物療法によってMCIから認知症への進展を防ぐことができたという報告はほとんどない。わずかに、健忘型MCI(単一領域または多領域)の人がドネペジル塩酸塩10mgの使用によりプラセボ群と比較して12カ月後までは認知症への進展を防ぎ、36カ月後にはプラセボ群との差が認められなかったが、アポリポ蛋白ε4遺伝子を1つ以上もつ群では36カ月後まで認知症への進展を有意に防ぐことができたという報告⁷⁾がある。

3. アルツハイマー病によるMCIの診断基準

(1) 病因同定の重要性

MCIはさまざまな原因で起こりうるが、その原因によって将来認知症へ進展するか否か、治療が可能か否かの判断、治療法の選択などが異なる。その意味で、MCIの状態において、可能なかぎりその原因を明らかにする

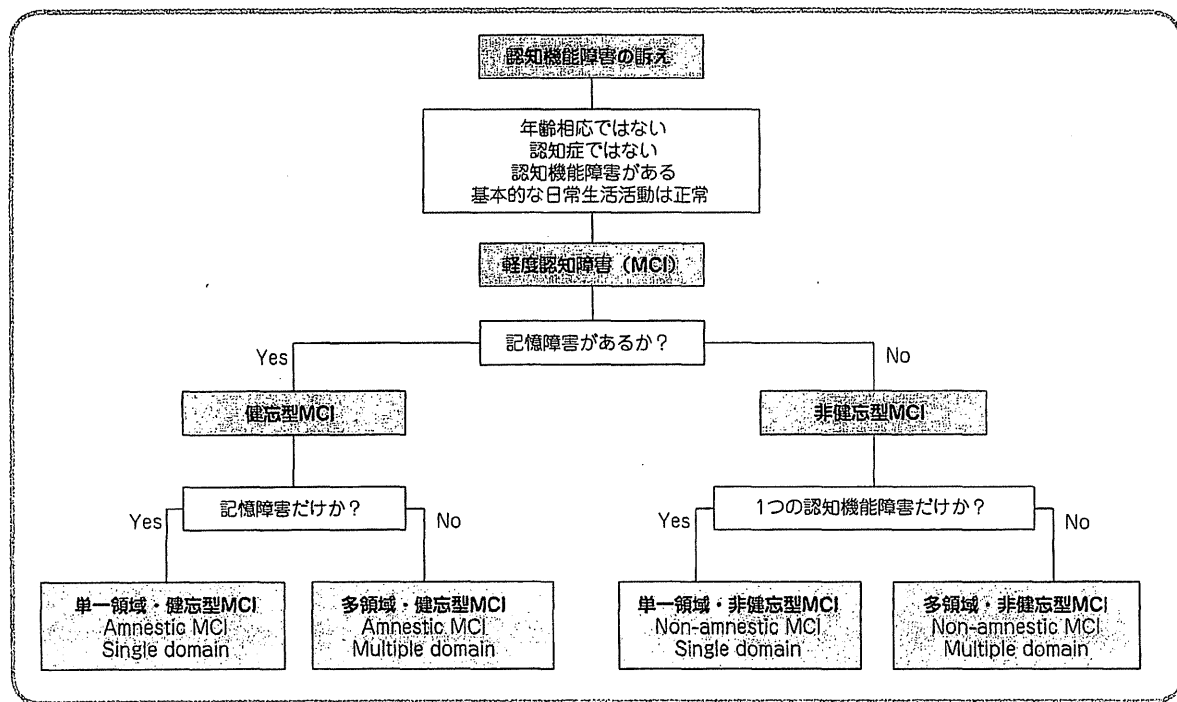


図1 改訂された軽度認知障害 (MCI) 診断基準による診断と分類の手順

[Petersen RC : J Intern Med, 256 : 183-194, 2004より引用]

表2 軽度認知障害 (MCI) の臨床分類と、推定される病因の組み合わせ

		病 因			
		神経変性	血管障害	精神疾患	身体状態
臨床分類	健忘型MCI	単一領域	アルツハイマー病		うつ病
		多領域	アルツハイマー病	血管性認知症	うつ病
	非健忘型MCI	単一領域	前頭側頭型認知症		
		多領域	レビー小体型認知症	血管性認知症	

[Petersen RC, et al : Arch Neurol, 62 : 1160-1163, 2005より引用]

ことが重要である。

今後、アルツハイマー病への早期の薬物介入を検討する際に、さまざまな原因で起こりうるMCIのなかから、アルツハイマー病が原因となっているMCIを適切に診断することが特に重要となってくる。

(2) アルツハイマー病によるMCI

2011年に米国国立加齢研究所 (National Institute on Aging ; NIA) と国際アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Association ; AA) のワークグループに

よって、アルツハイマー病による認知症とアルツハイマー病によるMCIの診断基準、さらに臨床症状が出現する前段階のアルツハイマー病の概念が提示された。アルツハイマー病によるMCIの診断基準³⁾は、中核となる臨床的な診断基準と、バイオマーカーを取り入れた研究用の診断基準が示されている (表3)。本診断基準の特徴は、記憶、遂行機能、言語、視空間機能、注意の各領域における評価において使用できる具体的な認知機能検査が提案されていることである。