



Title	認知症とは：予防と治療
Author(s)	池田, 学
Citation	目で見えるWHO. 2018, 65, p. 5-18
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/86620
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

認知症とは

～予防と治療～

大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学講座

精神医学 教授 池田 学



 Manabu IKEDA	1984 年	東京大学理学部卒業
	1988 年	大阪大学医学部卒業
	1993 年	東京都精神医学総合研究所
	1994 年	兵庫県立高齢者脳機能研究センター 研究員兼医長、
	1996 年	愛媛大学医学部精神科助手
	2000 年	ケンブリッジ大学に留学
	2007 年	熊本大学医学系大学院教授
	2016 年 5 月より現職	

●はじめに

皆さん、こんにちは。大阪大学精神科の池田です。本日は「認知症の予防と治療」という宿題をいただきました。まず基本は認知症を正しく理解していただくことだと思いますが、今の専門医療の中で認知症がどのように考えられていて、どこまで分かっている、何が分かっているのかについて伝えたいと思います。資料の最初に私が執筆した中公新書『認知症』を掲載していただいて恐縮していますが、これは 10 年近く前の本ですが、大事なところは変わっていないので、参考にしていただきたいと思います。



私は 1 年前に大阪大学に戻ってきたのですが、私の部屋からこの写真の景色が見えます。大阪大学の医学部はもとも中之島にあって、私は大学院の時代までずっと中之島で育ちましたので、吹田キャンパスは昨年着任した時が初

めてです。

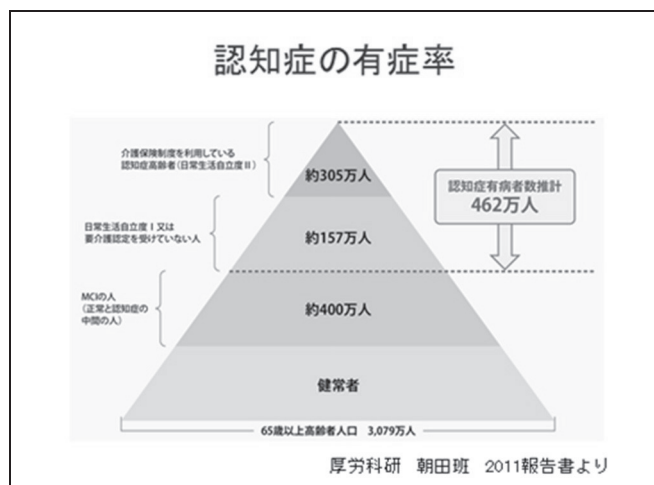
写真に大阪万博当時に建設された千里ニュータウンの団地が写っていますが、当時の最新技術で建設されたマンションに住んでいた若い家族の皆さんが、年をとって認知症になって一人で住んでいる方が激増しています。全国的に見れば都会なのですが、都会の中でも認知症の問題がクローズアップされています。高島平という東京のニュータウンの走りとも言われる古くなった大規模団地でも、高齢化率が 40%を超えています。ですから、高齢化と認知症問題は都市部にお住いの皆さんにとっても非常に身近な問題だということに捉えていただきたいと思います。

●認知症の有症率

認知症の方はどれくらいいるのでしょうか。2011 年に厚生労働省のチームが全国 10 カ所ほどで今の診断技術をフルに動員し、何人くらい認知症の方がいらっしゃるのかの推定値を出そうと調査をしました。

その当時、じつに 462 万人が認知症を患いながら生活しているという実態が明らかになりました。この調査の前は、230 万人程度が認知症患者だろうと言われていたので、この調査結果で激震が走ったわけです。「認知症 500 万人時代がやってきた」として全国紙の 1 面に、このニュースが 1 週間くらい載り続けました。我々のように認知症あるいは精神医療の最前線にいる者たちは、なぜ認知症の方のための介護サービスが足りないのかとずっと思ってきたのですが、この数字を見て腑に落ちたというわけです。政府は 230 万人を想定した上で様々なサービスの計画をつくってきたが実際の患者数は 2 倍であったわけで、サービスが不足して当然ということになります。この時点で分かった

ことは良かったと思っています。少し手遅れの感もありますが、これから20～30年はこのデータを使っているような施策が打ち出され、我々が認知症になった時にはおそらくこのデータをもとに様々なことが整備されているだろうと思います。

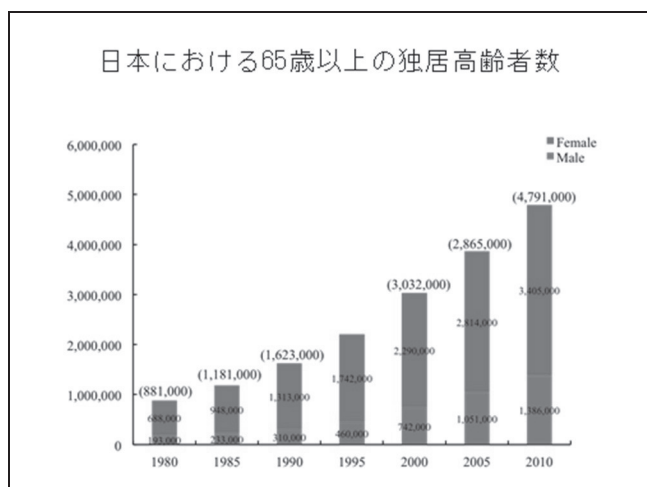


ただ気をつけておかないといけない点が何点かあって、その1つは230万人という推計値を出したのが1990年代のデータであることです。その頃はバブルが崩壊する前で、日本に最も勢いがあった頃。患者さんの数が多ければサービスや施設を増やせばいいといった単純な発想で行けた時代だったわけです。しかし今はそんな経済情勢では全くありません。だから認知症患者が非常に多いというデータが出たとしても、それに見合ったサービスや施設、ヘルパーさんなどを増やそうとすること自体が無理な時代だということです。もう1つは、実際に介護に直接的あるいは間接的に携わる若い世代の人口がすでに減ってきています。認知症の方々は恐らく2045年頃まで増え続けるだろうと言われています。非常に少ない若い人たちが多くの認知症高齢者を支えていかなければいけないというのが日本の近未来像であるわけです。そこでWHOや大学、政府機関を含めて現在、認知症問題に取り組んでいるということになります。

この推計値でいけば今の2017年時点では認知症の方は500万人以上いることになります。もう1つ、この調査で分かったことは400万人のグループです。462万人の下に400万人の方のグループがあるのですが、このグループは認知症の予備軍です。英語表現で Mild Cognitive Impairment (MCI) が正式名称で、軽度認知障害と呼ば

れています。専門家たちは頭文字をとってMCIと呼んでいますが、例えば記憶障害だけは同年齢の人に比べて明らかに悪い。しかし他の機能は全く落ちていないから、日常生活はほぼ自立して行える。そのような方々がこのグループにあたります。ただ予備軍と呼ばれるように、年間10%以上の方が認知症グループの方に移っていかれます。このグループの方を早く検診などで診断させていただいて、何か予防的な介入ができないかというのが、最近の予防医学としての大きな流れになっています。

●日本における65歳以上の独居高齢者数

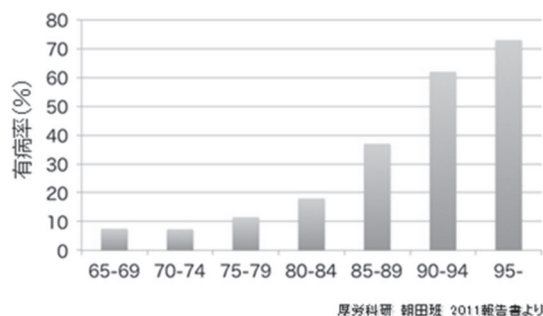


日本での認知症問題としてもう1つ考えておくべきことは、このグラフのように一人暮らしの高齢者が右肩上がりで増えていることです。現在、65歳以上の高齢者が一人で住んでいる、あるいは夫婦共に65歳以上で二人だけで暮らしている世帯は、高齢者を含む世帯の半分以上を占めています。熊本などでは60%以上の高齢者が一人あるいは高齢者二人だけですんでいる。一昔前のように大家族で孫子と一緒に賑やかに自宅で暮らしている方と、認知症は軽いとしても一人だけ、あるいは配偶者と二人だけで暮らしている方とは全く意味合いが違います。要するに外部からの様々な支援がないと、とてもじゃないが自宅で安全に暮らしてはいけません。昔なら家族が多いので少々の認知症が出てきたとしても十分にその人らしい生活はできたわけです。今の日本ではそうした社会構造になっていないわけで、その辺りをきちんと考えていく必要があります。

●高齢者の年齢と認知症有症率

認知症は1つの病気ではありません。多数の病気が認知症の原因となりうることは重要です。したがって、様々な

高齢者の年齢と認知症有病率

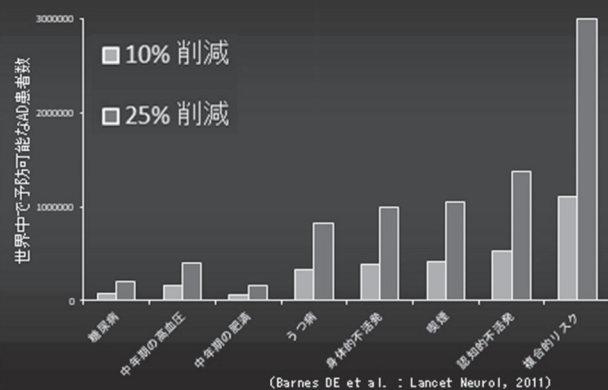


リスクファクター、危険因子があります。例えば脳梗塞のリスクファクターなら糖尿病や高血圧などです。そうしたものがいろいろあるのですが、共通で最大のリスクファクターはエイジング（加齢）です。この表は先ほど触れた調査で分かった年齢別の認知症の割合、認知症有病率です。65 歳から 5 歳刻みで示していますが、5 歳経るごとに認知症有病率は倍々と増えていきます。これは昔からどこで調査しても大体同じような結果が得られています。ですから、いわゆる後期高齢者が増えてくると、認知症の方の人数が激増すると言われています。そして日本では既にここが増え始めています。今後さらに爆発的に認知症の方が増えていくことが予想されます。残念ながらエイジングは予防できません。この部屋にいる方を含めて人間として共通の自然現象であり、これはどうしようもない。予防できないわけで我々は受け入れるしかありません。ただそれ以外の危険因子は十分に予防できる可能性があるのです。

どんな危険因子があるかという、このグラフにあるように例えば喫煙やうつ病などです。こうしたものが若い頃からコントロールできていないと認知症、とくにアルツハイマー病になりやすいということです。そして認知的な不活発とか身体的な不活発、家の中に引きこもってしまい社会との交流がなくなって会話も運動もしなくなることも危険因子です。右端に複合リスクというものがありますが、これら全部を合わせた危険因子の 25%を世界中で減らすことができると、300 万人のアルツハイマー病発症を予防できるということをこのグラフは示しています。

これらの危険因子は加齢と異なり、我々の心がけで予防できることが重要です。皆さんもすぐに予防できるものが

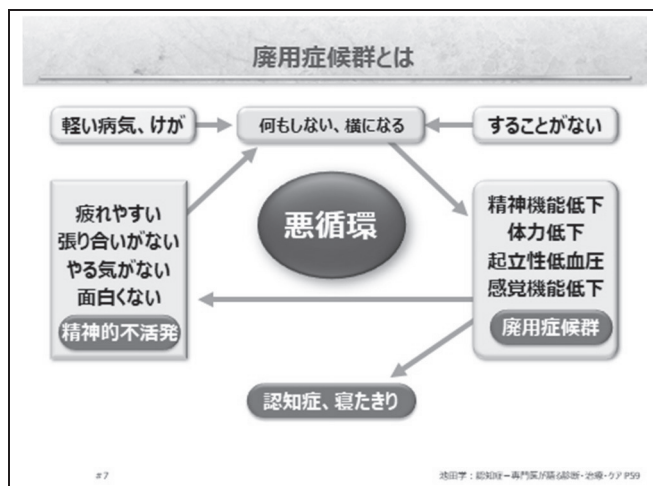
危険因子の削減により予防できると見込まれるAD患者数



いくつかあると思います。こうしたことを元気づちから心がけてコントロールしていくことが、じつは認知症予防の一番の近道なのです。ここの複合リスクが示しているように認知症はある危険因子が 1 つコントロールできれば、管理できればすぐに認知症にならずに済むというものではありません。今までに出ているデータでは、これら多くのものが重なって認知症になると言われています。これら全てについて普段から少し気をつけることはそんなに難しいことではないので、元気づちから取り組んでいただきたいと思います。じつはすでにイギリスなどでは、認知症患者が減ってきたというデータが出ています。イギリスは医療にお金をかけないことでは有名な国であり、日本より 20 年くらい前からずっと「予防が大事」だとしてきたわけです。イギリスだけでなくヨーロッパのいくつかの国でも認知症患者が減ってきているというデータが出ていますので、日本の我々としても身近なこうした問題をきちんと管理することによって、認知症にならない人を増やしていきたいと思っています。

● 廃用症候群とは

認知的な不活発とか身体的な不活発とはどんなものかという、医学的には廃用症候群と呼びます。これはリハビリの分野から出てきた概念で、とくに高齢者の場合に例えば骨折の手術を受けてから直ぐに歩行訓練を始めないと、骨折箇所がきれいにくっ付いたとしても筋力が衰えて歩くことができなくなって、病院から車椅子で帰ることになってしまうという反省に基づいています。だから今では、麻酔から覚めてうつらうつらしている段階から歩行訓練が始まっています。それはこの廃用症候群を防ぐためです。



それは体だけではなくて脳も同じであります。例えば些細なけがや骨折から始まっても、何もせず安静にしているとだんだん体力が低下するだけでなく、やる気がなくなってきた外へ出ていかなくなります。とくに寒い時期などは高齢者の方が一人で家に閉じこもってしまう。一人か二人で住んでいる高齢者も増えていて、しゃべることもない。そうなるとこの悪循環がどんどん回っていくわけです。2～3カ月もすると認知症になってしまう。あるいは寝たきりも合併している。そうしたことが実際の家の中で起こっている。これを地域の力や家族、親せき、かかりつけ医などを含めた周りの人たちが皆で協力してこの悪循環を断ち切っていくことが1つの方向性だろうと思います。

● 認知症の診断と治療

認知症の診断と治療

- 認知症であるか否かの診断
 - ・ 認知症とまちがえやすい状態(正常老化による物忘れ、うつ病、せん妄、健忘症、失語症、精神遅滞など)を認知症と鑑別
- 認知症の診断と治療計画
 - ・ 認知症の原因疾患を診断
 - ・ 原因疾患別の治療とケアの計画
- 病態(障害)の診断とケア
 - ・ 病態(障害の内容)を詳細に評価
 - ・ かかりつけ医とケアマネジャーによる地域における包括的ケア

予防の話から今度は認知症の診断、治療という具体的な話をします。専門医と呼ばれる人たちのところに認知症が疑われるという高齢者が来られた時に、どんなステップで診察をしていくかについて示します。ここに示すように3段階、これらは並行して診察させていただくわけですが、

いちばん大事なところは「認知症であるのかどうか」。例えば大学病院である阪大病院などでは、基本的には紹介がないと受付を通れません。だから例えばかかりつけ医の先生が、自分のかかりつけの患者さんは最近物忘れが多くなっておそらくアルツハイマー病だと思うのできっちり診断して早く治療計画を立ててほしい、といった手紙を付けてくれます。あるいは家族が認知症だと信じ込んでいて予防対策を含めて教えてほしいと来られるとか、担当のケアマネジャーが認知症患者の精神症状が最近悪化していて興奮が強いので治療をしてほしいと紹介して下さる。じつはそのような患者さんですら、その20%は本物の認知症ではありません。これはどこでも同様です。私の前任地の熊本でも、その前の愛媛の大学病院でもそうですし、あるいは行政の物忘れ相談に関わった時でも大体20%は本物の認知症ではないのです。正常老化による物忘れとか、老年期のうつ病とか、軽い意識障害のせん妄とかは、認知症とそっくりな状態像になります。非常に見分けにくいのです。認知症の軽い方ほど区別がつきにくいので、まずは専門医にかかっていたいただいてボタンの掛け違いをなくすることが、認知症医療の一番の課題だと思います。早期診断はもちろん大事なのですが、まずその前に鑑別診断です。うつ病と認知症とは治療法が全く違います。うつ病はきちんと治療すると、かなりの人は元どおりの状態に戻っていただけますので、そこでボタンの掛け違いをすると大変なことになります。今日も外来で私のところに受診に来られた人はたぶん若年性アルツハイマー病だと思われますが、じつは物忘れが始まって会社でミスをするなど、仕事で従来の自分のパフォーマンスができなくなってきました。非常にプライドが高い人で、家でも奥さんと仕事に関して復習をしてきたそうです。ストレスが重なって実際にうつ状態にもなっているのですが、初めて行った心療内科のクリニックでうつ病と診断され、うつ病の薬をいっぱい渡されました。それでもうつ病の症状が続くというか、逆に悪化していったため、奥さんが老年精神科の専門医に相談しようとして受診。その専門医の先生が診てうつ病は疑わしいということから私のところを紹介され、診察に来られたわけです。うつも確かにあるのですが、それよりずっと前から微妙な物忘れが起こってきていて、しかもだんだん進んで

ている。まだ何の検査もしていないのですが、おそらく若年性のアルツハイマー病だと思われます。うつ病とアルツハイマーでは今後の経過も違ふし、会社との就労に関する交渉も変わってくるので、その最初のボタンの掛け違いのところが非常に重要だということを覚えておいてください。

●「認知症」と「正常老化による物忘れ」との違い

	認知症	正常老化による物忘れ
原因	病気により生じる	加齢により生じる
自覚(病識)	なし	あり
記憶障害	経験自体を忘れる	咄嗟に思い出せない
社会生活	営むのが困難	支障がない
精神症状や行動障害	伴うことが多い	なし

うつ病だけでなく、認知症を心配する元気な高齢者の方もいっぱい受診されます。若い頃に比べると確かに物忘れがあると思われますが、それは正常な老化です。この会場のほぼ全員は、この私も含め記憶に関しては下り坂にあると思います。人間の記憶力は20歳前後がピークだと言われます。認知症と正常老化による物忘れとはどこが違うかという、自分の物忘れに対して自覚があるかどうか。認知症の人は症状が軽くても、だんだん自覚が薄れてきます。だから一人で受診される方はめったにありません。先ほど話した予備軍(MCI)の方は一人で受診されることもよくあります。残念ながら認知症になってしまうと、なかなか自覚が生まれないので、他の誰かが苦労しながら連れてくることが大部分です。私のところに今日来られた方も、奥さんが半年間説得を重ねてやっと受診に結びついたということです。あまり難しい検査はいらなくて、この辺りだけ丁寧に診させていただいても認知症かどうかの鑑別はかなりの確かさでできるのです。

●せん妄(意識障害)

認知症とよく似た状態の「せん妄」という状態があります。これは軽い意識障害で、気を失うようなものではありません。例えばお父さんが深酒をして夜中に酔っぱらって帰宅し靴を履いたまま眠っていたが、翌朝に家族から怒られてもどう帰ってきたかも分からない。そんな感じの意識障害で、ある程度のまとまった行動をします。例えば環境が変わっただけでも起こる。施設に入るとか病院に入院す

ると、急に夜中に人がこっちを監視していると言って興奮して、施設関係者や看護師さんと呼ばれて来る高齢者の人がいます。ところがスタッフが駆けつけても何も見えない。この幻を幻覚の中でも幻視と言います。こうした状況が高頻度で起こってきます。もちろん意識障害だから次の日には覚えていません。

●薬剤性せん妄の原因となる薬物

薬剤性せん妄の原因となる薬物

- 神経系作用薬
 - 抗パーキンソン薬
 - 抗不安薬(安定剤・睡眠薬)
 - 抗うつ薬
- 循環器用薬
 - ジギタリス、β遮断薬、利尿剤、過活動性膀胱治療薬(抗コリン薬)
- 消化器用薬
 - H2遮断薬
- 抗癌剤
- ホルモン剤
 - ステロイド

せん妄は環境が変わっても起こるわけですが、もう1つ起こりやすいのが薬です。例えばパーキンソン病という体の動きが遅くなる神経難病への薬とか、うつ病の薬もせん妄を起こしやすい。神経系作用薬が起こしやすいわけですが、いちばんリスクの高い薬が抗不安薬、いわゆる精神安定剤、睡眠薬です。これを高齢者の人が不適切な飲み方をすると必要以上に飲むと、非常に高い確率でせん妄状態が起こります。また、こうした薬は筋肉をほぐす作用、リラックスさせる作用があります。だから若い人が飲むとストレスも解消されて、肩こりにもよく効きます。ところが年配の人がこれを飲んで夜中にトイレに行くとすると、筋弛緩作用があるので足元がふらついて行き帰りに転倒して骨折を起こします。あるいは頭を打って慢性硬膜下血腫という病気になって、本格的な認知症になっていくという方が非常に多いので、筋肉をほぐす作用のある少し古いタイプの睡眠薬は、認知症患者でなくとも高齢者にとって非常にリスクが高いと思ってください。ただ神経系の薬だけでなく、通常の内科薬もせん妄を起こす可能性があります。例えばβブロッカという循環器系の薬です。また、足のむくみをとるような強力な利尿剤を飲むと電解質のバランスが急激に変わることによって、せん妄が起こる。最近多いのは

頻尿の薬です。何遍もトイレに行ってしまうので泌尿器科に行ったら、急に物忘れが始まったという人が結構多いようです。頻尿の薬は抗コリン作用があります。アルツハイマー病の初期にはアセチルコリンという物質が減っていくのが特徴です。今発売されているアルツハイマー病の薬の多くはアセチルコリンを増やしていく薬です。ところが頻尿の薬は逆にアセチルコリンを減らす薬で、認知症の治療と全く逆のことをしているわけです。こうした意識障害、認知機能の悪化を起こしやすい薬をなるべく飲まない、あるいは本当に必要であれば医師の指示通り最小限にすることが重要なので、急に認知機能が悪化した場合やせん妄症状が起こってきた場合は、薬がその直前に変わっていないかどうかをぜひチェックしていただきたいと思います。そして複数の病院に行く場合は、必ず紹介状を持っていく癖を付けてください。1つの病院だったら先生が慎重に処方されて安全な量でも、複数の病院から似たような薬が出ていると、あっという間に必要量の倍を飲むようになるので、複数の病院に行く時は必ず紹介状をもって訪れ、薬の内容を医師と相談することを習慣づけていただきたいと思います。

● 認知症の診断と治療

今話したように認知症に似たような状態が隠れていないかを、まず慎重に調べていく。そういうものがなければ、例えば今日私のところに受診に来られた方は認知症だろうということになります。そこまでいくと今度は認知症の原因となる病気を見つけていきます。これも非常に大事なポイントで、皆さんもご存知だと思いますが認知症とは1つの病気ではありません。これは状態像で、多くの病気が認知症の原因となります。原因が違えば治療法も違ってきます。認知症といって、一括りには絶対にしないと考えていただければと思います。

● 認知症の原因疾患

例えばこれは大阪大学医学部の4年生、医師の卵の学生さんたちに系統講義で覚えてもらう認知症の原因疾患です。これくらいは覚えないと、国家試験に通りません。まれな神経難病まで入れるとこれの3倍くらい、認知症を起こす病気があると考えられています。ただ代表的なものは大体こんな感じです。大きく3つのグループに分けられます。

認知症の原因疾患

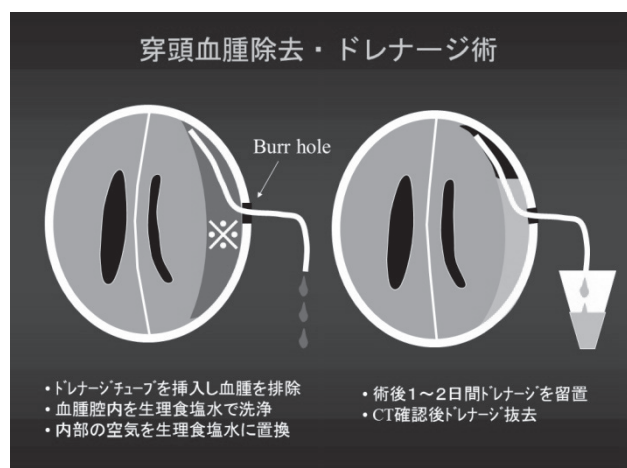
- 治療が困難な疾患
 - アルツハイマー病，レビー小体型認知症，前頭側頭葉変性症（ピック病），脊髄小脳変性症などの変性性疾患
- 予防が重要な疾患
 - 皮質下多発性ラクナ梗塞，脳出血，ビンスワンガー病などの血管障害
- 治療が可能な疾患
 - 正常圧水頭症，慢性硬膜下血腫，脳腫瘍などの外科的疾患
 - 甲状腺機能低下症，ビタミン欠乏症などの代謝性疾患
 - 脳炎，髄膜炎などの炎症性疾患
 - 廃用症候群（これは他の認知症に合併することが多いので注意が必要）

今の医療のレベルでは残念ながら根本的な治療まではできないグループというのが確かにあります。その代表がアルツハイマー病であり、本日も詳しく説明したいと思います。時間があれば話そうと思っているのがレビー小体型認知症で、これも認知症全体の5分の1くらいの患者さんがいると言われる数が多い病気です。これらは神経変形性疾患といわれ、原因がいまだに分からない、脳のある場所が痩せていく病気です。そして2番目は今日の主題でもある、早く見つければ予防ができる認知症です。これは大部分が脳の血管の障害による認知症で、血管性認知症と言います。要するに脳梗塞を起こさなければ認知症にならない、脳梗塞が再発しなければそれで止まるわけですから、十分に予防ができるという点で重要です。アルツハイマー病に次いで血管性認知症が多いです。3番目のグループは今の医療のレベルでも十分元どおりに治っていただける可能性のある認知症で、これが大体15%くらいを占めると言われています。このグループの病気はいっぱいあって、それら全部を合わせて15%くらいなので、それぞれの病気の患者数はそんなに多くないのですが、とにかく早く見つけたらほぼ元どおりに治る認知症もあるということを覚えておいていただきたいと思います。だからこそ早期診断が大事だということなのです。早期診断をしないと、このグループの認知症もほとんど治りません。このグループこそ、早期診断して早期治療を始めることが重要になります。

● 治療が可能な認知症

まず一番下の治療ができるグループから話します。その代表的な病気が慢性硬膜下血腫です。これは脳を輪切りにした図ですが、この白い輪が頭蓋骨です。この大きい赤い

部分(※)が血の塊です。脳と頭蓋骨の間の細い血管が、例えばちょっと転んで頭をぶつけた時に細い血管が破れて、血が1~2カ月止まらなかった場合にこのような塊になって急に症状を起こすことになります。私のところにも年に4~5人はそんな状態の人が来られます。

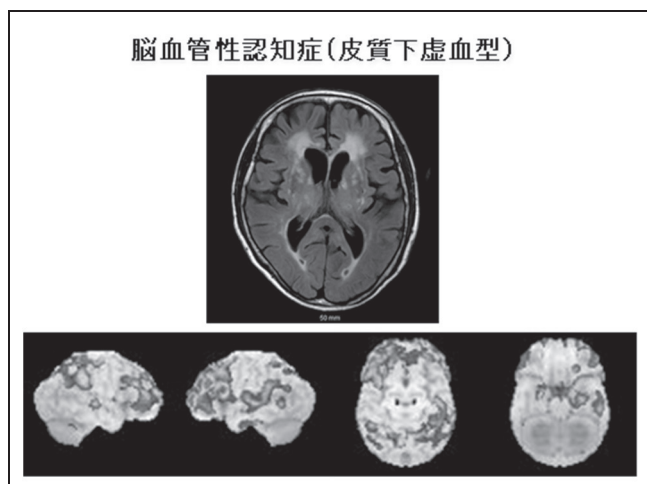


これは実は簡単な手術で治ります。脳外科医になると一番初めにさせてもらえる手術の一つです。ドリルのようなもので頭蓋骨に小さい穴をあけてストローを通して血腫を吸い出し、生理食塩水で置き換える。1週間くらい再出血しなければそれで完了です。この状態は重要な分かれ目で、発見が遅れると脳がどんどん膨れていってヘルニアを起こしてしまいます。脊髄が入っている穴のところに脳が食い込んでしまうと命は終わり。この状態ではいつ亡くなっても不思議はないので、早く見つけて早く治療を始める必要があります。ただ見つけさえすれば、簡単な手術で完全に元どおりに治るといような認知症です。だから、早期発見と早期治療が大原則です。急速に症状が悪化した場合は、念のため専門医に受診していただきたいと思います。

●予防が重要な認知症

2番目のグループが今日の主題でもある「予防」ができるグループです。これは血管性の認知症です。脳梗塞や脳出血など脳の血管障害の後遺症として認知症が残った場合、血管性認知症と呼ばれます。じつは診断が難しいのです。なぜかというと、患者さんによって脳梗塞が起こる場所も違えば数も違うし、大きさも違うわけです。だから患者さんそれぞれで症状もかなり違うので、アルツハイマー病のような一定の経過で悪くなっていくような病気に比べたら診断が難しいのです。ただ我々日本人、アジア人に

圧倒的に多いのがこの図のようなタイプなのです。



この写真は皮質下虚血型と書いてありますが、これも脳を水平に見たものです。この人の場合、このように脳の奥に一杯穴が開いています。要するに細い血管が詰まってできた古い脳梗塞の跡が残っているわけです。この白い部分も血の巡りが悪くなって、脳梗塞になりかけているところです。このように細い血管が詰まって、脳の奥の方の具合が悪くなるという血管性認知症が我々には圧倒的に多いのです。脳の奥の方の血管が詰まると、神経の回路の関係で前頭葉と言われる脳の前の部分の元気がなくなります。下段の左2つが横から見た脳の血流の図ですが、前の部分の元気がなくなってくるのが特徴です。

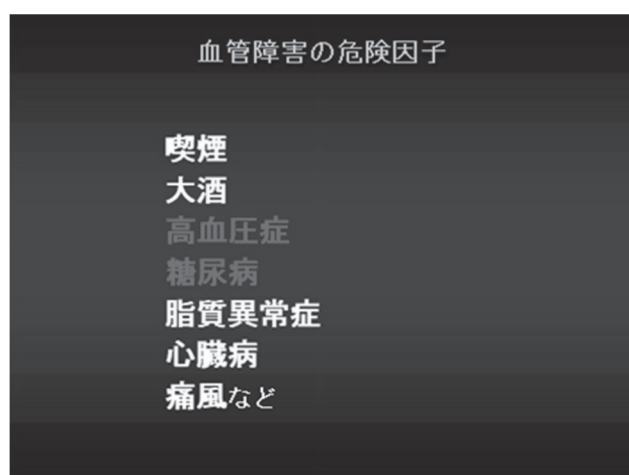
前の部分元気がなくなると、どうなるのか。このスライドの婦人は例えばお嫁さんやヘルパーさんが横に付いてちょっと掛け声をかけると、炊事も洗濯も完璧にできます。ところが一人にしておくとか決して主人のために献立を考え、買い物に行って、帰宅して調理をするということはしません。ご主人もだんだんイライラして、「お前も昔は愛情があったのに、俺のために料理も作れないのか」と怒り始める。これは全くの逆効果です。このご婦人、おばあちゃんは細い血管が詰まって血管性認知症の状態になって、前頭葉の血流が低下しているので意欲がわかない。そして、専門用語になりますが実行機能が衰えます。実行機能とは要するに段取りです。女性が調理をすることは相当な複雑な行為といえます。最近食べたメニューを考え、重ならないように献立をつくるわけです。冷蔵庫にある材料を見て足りないものを買いに行く。そして今晚食べる人数を考慮して量を決めて、実際の料理をする。非常に複雑な段取り

が必要になります。前頭葉の血流低下によって、そうしたことが真っ先に衰えてくるのが血管性認知症の特徴です。だから、この状態で見つけていただくことが重要になります。

●廃用性症候群とは

こうした状態を見過ごしてしまうと、先ほど触れた廃用症候群になるわけです。横になっている間に体力もなくなり、ますます家に閉じこもる。じつはこの状態でなかなか受診につながりません。我々専門家も含めて日本人の認知症のイメージはアルツハイマーなのです。これにはマスコミの影響もあるしアメリカの影響もあると思いますが、認知症といえばまず物忘れから始まって、しばらくすると道に迷い始めるとか妄想が出てきて非常に活発に動くといったイメージが、皆さんにも患者さんの家族にもあると思うし、かかりつけの先生にもあると思います。こういう状態になっても、うつ病と間違えられることはあっても初期の認知症だとはなかなか疑いをもたれない。せっかくこの悪循環を断ち切ることができる状態であっても見逃されてしまいます。この悪循環をどう断ち切っていくかと言えば、これこそ様々な介護のサービスをフルに使って、専門家に短期間で活動性を上げてもらうこと。そのことで十分に治っていける状態なわけです。

●血管障害の危険因子



もう1つ予防していただきたいのがこちらです。脳の血管の病気ですから、高血圧とか糖尿病とか、コレステロールが高くなる脂質異常症などを徹底的に管理する必要があります。要するに次の脳梗塞をつくらないようにすることです。こちらの方は、かかりつけ医の先生は大抵気付か

れています。薬も出ているのですが、大事な点は薬が指示通りに飲めていないこと。軽い物忘れがあると、複数の薬を朝昼晩と飲み分けることができません。これは非常に難しいことです。私自身も高血圧とコレステロールの薬を飲んでいますが、朝飲むたった2つの薬でも朝ドラを一生懸命見ていたら飲んだのか飲まなかったのかを忘れて、ごみ箱をあさって薬の殻を探さないと思いたせないこともあります。6つも7つも飲んでいる高齢者が軽い物忘れを患うと、まず医師の指示通りには飲めていません。きちんと薬が飲めているかどうかを見きわめてみることも、血管性認知症の予防にとって非常に大きなポイントになります。高血圧や糖尿病をきちんと管理できること、廃用症候群をきちんと予防できるような環境を整えること。こちら（危険因子の管理）が医療、こちら（環境調整）が福祉・介護の担当ですが、この両方がきちんと整備できれば十分に予防ができると思います。

●治療が困難な認知症 アルツハイマー病



最後になかなか手ごわい、今の医療では根本的な治療はできない認知症の話をしたと思います。その代表がアルツハイマー病です。この図の右側がアルツハイマー病患者の脳のMRI画像です。左側が同年齢の健常高齢者の画像です。これが先ほど話題にした海馬というところで、記憶の中核です。

皆さんが何か新しく覚えるときには、ここを情報が駆け巡っているわけです。アルツハイマー病の脳は全体的に痩せていきます。痩せると隙間ができるので、この黒い隙間が目立ってきます。痩せは大抵この海馬周辺(前ページの図矢印)から始まります。90%以上のアルツハイマー病の

病変はこの辺りから始まりますから、どうしても最初に出てくるのが物忘れということになるし、病気を通じて中心的な症状は物忘れということになります。

●アルツハイマー型認知症の症状

アルツハイマー型認知症の症状

記憶障害

病初期は近時記憶障害があらわれる

最近の出来事が思い出せない、新しいことが学習できない

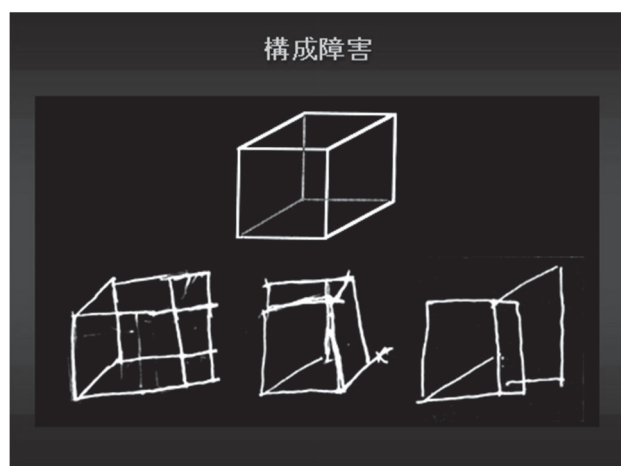
昔の記憶は病気が進行するまで保たれる

- 約束や用件を忘れる
- 一度話した内容を忘れて何度も同じ話を繰り返す
- 定期的に飲んでいる薬を飲み忘れる
- 鍋を火にかけてことを忘れて鍋を焦がしてしまう
- 食事をしたばかりなのに、食事はまだかと聞く
- レストランで食事をした体験そのものを覚えていない

池田学：認知症－専門医が語る診断・治療・ケア P82-84

これはまた後で資料を読んでいただければ分かると思いますが、多くの方は、この近時記憶障害から始まります。例えば約束や用件をスポンと忘れてしまう、出来事そのものを忘れてしまうとか、一度話した内容を忘れてしまい、15分くらいの対話の中で何回も同じような話が出てくるといったことで気づかれます。こういう特徴に気がついていると、あまり難しい検査はしなくても、早期からアルツハイマー病を疑うことができます。

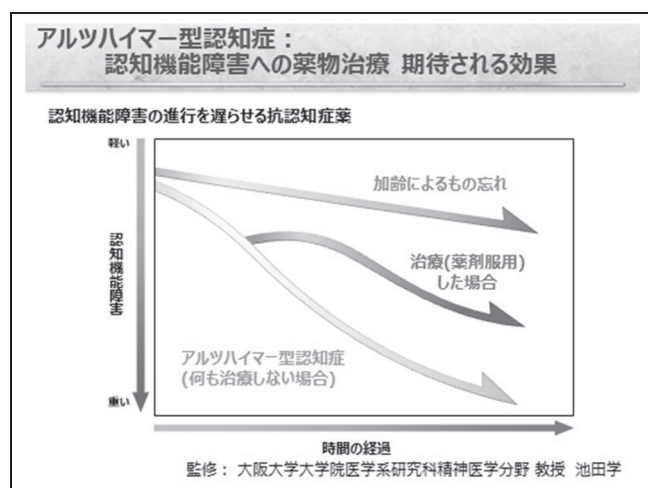
●構成障害



次に、アルツハイマーの場合は頭のとっぺんの方に病気が進んでいきます。そうすると視空間認知の障害や構成障害が出てきます。すなわち、空間の中で体や物を配置する、あるいは空間の物体の位置関係の認知に関する障害が出てきます。

どんな検査で調べるかという、この図のような検査をさせていただきます。これは記憶の検査ではありません。この立方体、図の上段の箱の図を患者さんに見ていただき、示されたままの同じような図を書いていただくだけです。ところがアルツハイマー病が進んでくると、だんだんその図形が下段のように歪んでいきます。このくらいになると大抵は男性なら鏡を見てネクタイを締めることができません。女性だったらみじん切りを上手にすることができません。もう少し図形が崩れてくると、散歩に行っても道に迷って帰ってくるということができないことになります。これは頭のとっぺんの元気がなくなった時の症状です。

●認知機能障害への薬物治療、期待される効果



こうした記憶障害や視空間認知の障害に対してどんな手立てがあるかという、保険がきく4種類のアルツハイマーの薬があります。そのうちの3つは先ほど話したようにアセチルコリンという、神経と神経をつなぐ信号になる物質を増やしていく薬です。ただ残念ながらアルツハイマー病の進行を止めたり根本的に治したりすることはできません。

最初のうちはアセチルコリンという物質がほぼ選択的に減っているのですが、他にも信号となる脳の物質はあって、例えばセロトニンとかドーパミンなどの働きもアルツハイマー病の進行とともに全部下がってくるので、アセチルコリンだけを増やしても症状の改善はなくなります。

早く見つけてアルツハイマー病に対する薬を飲んでいただくと、図のような感じになります。ちょっと一旦良くなって、だけどやっぱりだんだん残念ながら進む。そんな経過をたどります。しかし何も治療しない場合よりも多

くの場合に日常生活を維持できるので、なるべく早くから治療を始めさせていただくことが重要です。

●認知症の症状

アルツハイマー病の症状でさらに問題になるのが精神症状や行動障害です。認知機能障害というのは脳の病変そのものから起こってくるので、記憶障害などは中核症状と呼ばれています。ところが中核症状と、介護者との人間関係、介護環境との相互作用、あるいは患者さんの身体状況によって2次的に出てくるのが精神症状や行動障害です。これを周辺症状と呼んできました。ただ実際にはこちらの方がずっと介護が大変なのです。今はこちらの方の治療をきちんとしていこうとするのが1つの流れになっています。

●アルツハイマー病の物盗られ妄想の特徴

アルツハイマー病の物盗られ妄想の特徴



- 妄想の対象
介護者・隣人
- 妄想の内容
具体的・世俗的
財布
通帳
印鑑
- 女性に多い
- 病初期に出現

(痴呆性老人の心理と対応 西村健彦著より)

こちらの方は中核症状とは違って、うまく対応できればほぼ消すことができます。例えばアルツハイマー病の初期の頃にいちばん出やすい精神症状の一つは、物盗られ妄想という症状です。アルツハイマー病の患者さんを軽いうちから丁寧に診させていただいていると、半分くらいの人に妄想が出てきます。そのうちの75%がこの物盗られ妄想で、「うちの嫁が財布を盗った」というような妄想です。非常に具体的な内容で、財布とか貯金通帳や印鑑を盗られというもので、しかも具合の悪いことに、自分の一番身近で介護をしてくれている人に対して妄想に基づく攻撃が向きます。これまでに私が診させていただいた患者さんの中で、残念ながら「池田が財布を盗った」といつてくれた患者さんは一人もいません。私は看護、介護する人のように患者さんの衣服を整えるなどのお世話をしないからです。これは身近にお世話していないと起こってこないのです。

一人暮らしの人が増えて今何が問題になっているかというと、ヘルパーさんが攻撃の対象になっていることです。介護保険で派遣されるヘルパーさんが来るようになってから私の貯金通帳の額がどんどん減っていくと言って、警察に電話するケースがあります。軽い場合、警察もそれを訴える患者さんのことを信じたりすることもある、介護者にとって大きなストレスになることもあります。ただこれには解決法があって、初期のアルツハイマー病の人にはかなりの確率でこれが出てくる。この妄想は病気によるものであり、いちばん一生懸命に介護してくれる人に対して出るものだというのを前もって知っておいていただくと、かなりの介護者がうつになるとかパニックにならずに乗り越えられます。恐らく40%くらいの方は乗り切られます。もちろん警察を呼んだり、暴力が出たりする激しいものもあります。そういう場合には、デイケアやデイサービスをフルに使います。デイケアを毎日のように使わしてもらう。そうすると、例えばお嫁さんとお母さんの接触時間が半分以下になるし、いろんな人にも会えるので、それによって30%くらいの妄想はなくなるはず。残りの10%か20%だけは慎重に、使い慣れた専門医が妄想を止める薬を出させていただく。この3段階でいけば、この物盗られ妄想は95%以上の確率で治すことができると経験的に思っています。

●アルツハイマー病の治療

アルツハイマー病の治療

- 記憶障害などの認知機能障害に対して
 - 抗認知症薬の早期からの投与
- 精神症状・異常行動に対して
 - 物盗られ妄想に対して、出現前に家族教育、デイサービスの利用による介護者の分散、抗精神病薬による治療
- 廃用症候群の予防
 - デイケア、デイサービスの利用

このように、周辺症状の方はかなり対応できるようになったと思っていただいていいと思います。アルツハイマー病は根本的にまだ治せない病気なのですが、ご紹介したように認知機能に対しては、早く始めればアルツハイマー病

の薬はより効果的です。そして周辺症状、すなわち精神症状や異常行動に関しては起こってくるメカニズムを見きわめて対応すれば、十分に治療可能になってきました。そして各認知症に共通する廃用症候群に関しては様々なサービスをきちんと早めに使っていくことで、かなり対応できる時代がやってきたと思います。

●レビー小体型認知症の症状

レビー小体型認知症の症状

中心的特徴

- 認知機能障害**(初期では記憶障害が目立たないことも多く、注意障害、視空間障害、遂行機能障害が特徴的)

中核的特徴

- 認知機能の変動**(注意や覚醒レベルの著明な変化を伴う)
- 幻視**(緑り返され、典型的には形が明確で細部まで明らかである)
- パーキンソン症状**
- レム睡眠行動異常症**

その他の特徴

- 自律神経障害**
- 一過性の意識障害、失神**
- 転倒**
- 妄想**
- 抑うつ**

池田学：認知症—専門医が語る診断・治療・ケア P110-117より一部改変

ここからはレビー小体型認知症の話をしたいと思います。これは脳が縮んでくる病気の中では、アルツハイマー病に次いで起こりやすい病気です。アルツハイマーと非常に似ているのですが、いくつか違う点があります。1つは認知機能が変動します。例えば今の時間帯だと認知症が無いくらいしっかりしているが、夕方4時くらいになると会話も通じないくらいボーとしてしまう。このように早い方だと数分で認知機能が変動するという特徴があります。そして幻覚が非常にしやすい。例えばアルツハイマー病の患者さんの場合、せん妄を合併していない限りはめったなことで幻覚は出てきません。ところがレビー小体型認知症の場合、大体80%くらいの患者さんで幻覚が出てきます。特にありありとした幻視が見えるというのが特徴です。そして患者さんは、せん妄と違ってその内容を覚えています。最近まで阪大病院に入院しておられた患者さんも、毎晩子供が来るという幻視を訴えていました。「あなたは大学病院に入院したら環境も変わるので、子供が来なくなるかもしれないと言ったけど、やはり同じ子供が病室にも訪ねてくる。4人も5人も来るので、おやつをあげようと思って、もここではおやつもない」と回診の際に怒られるのですが、それくらい患者さんにはリアルに見えるというのが特徴

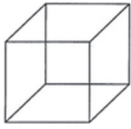
です。また、レビー小体型認知症はパーキンソン病と親戚なので、体が遅かれ早かれ硬くなってきて動きが遅くなります。そしてもう1つの特徴的な症状としてはレム睡眠行動異常症という、夢を見ているときに体が動いてしまうという睡眠障害があります。我々が例えばマラソンをしている夢を見たとしても走りません。なぜ走らないかというと、夢を見ている時は生理的に体の力が抜けるようになっていくのです。ところが高齢者に比較的多いのですが、若い人でも一部の方は夢を見ている時に体の力が抜けないのです。だから怖い夢を見ると叫んでしまう。走る夢を見ると場合によっては走ってしまう。それが認知機能の低下や幻覚、パーキンソン症状が出る前から出てくるとというのがレビー小体型認知症の特徴です。先ほど触れたように全ての認知症の5人に1人くらいがこの病気なので、ぜひ知っておいていただきたいと思います。

●DLB患者の認知の変動

DLB患者の認知の変動

- ・ 注意や明晰さの著明な変化を伴う認知機能の変動
- ・ 数時間、数日、数か月の経過で変動

80代女性 DLB 認知の変動が顕著で、しばしば了解が悪くなる

見本	模写	翌日の模写
		

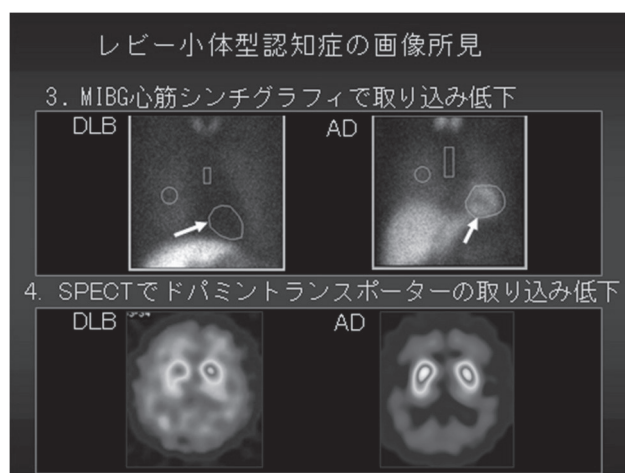
・ 認知機能変動を客観的に評価することは難しい
⇒ 評価尺度の作成

監修：兵庫脳研メモリアルカンファランス

どんな風に認知機能の変動を把握することができるかという、さきほどのアルツハイマー病の説明で見ていただいた立方体を模写する試験ですが、例えば今日模写していただくとこんなにきれいに描ける。ところが明日検査してみるとこんなに崩れて、ほとんどまとまらないというように検査の成績も変動するのが特徴です。いい状態の時には、いろんなことを伝えても全部覚えることができます。例えば歩行や嚥下のリハビリをする時でも、いい状態の時にやればほぼ完ぺきにリハビリに取り組んでいただけます。だからいい時に介入し、悪い時にはそっとしておく。転びやすい病気でもあるので、状態の悪い時は、そっと見守るのがコツです。そして幻視は先ほど言ったように、患

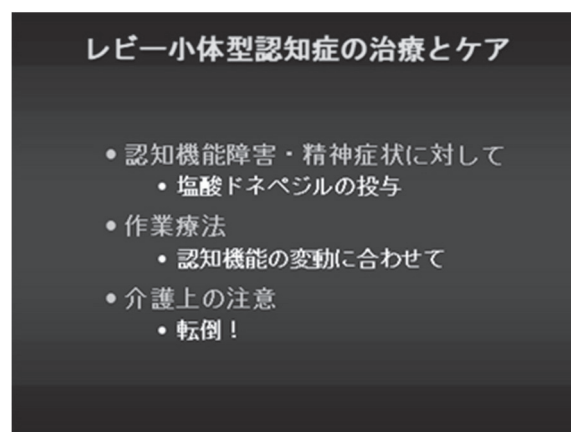
者さんだけにはありありと見えるわけで、非常に不安になる。また錯視、例えばハンガーに吊るしてある洋服などが人に見えるという症状もよく起こります。その場合はそのハンガーには洋服をかけないようにするなど、環境を変えれば見えることは減りますので、環境調節が重要です。さらにパーキンソン症状などによって、転びやすくなる。だから早期に診断して転びやすい病気だという情報を皆で共有していくこともとても大事です。自律神経の症状も非常に起きやすいです。物忘れなどが始まる 10 年位前から便秘が出てくる。あるいは立ちくらみが起こって転ぶ原因にもなってきます。

●レビー小体型認知症の画像所見



自律神経の機能が落ちてくることに関して、非常に優れた画像診断が保険適用で行うことができます。図の上段は MIBG 心筋シンチグラフィという心不全の検査です。心臓の自律神経を見る検査ですが、パーキンソン病やレビー小体型認知症でも自律神経機能が非常に早く落ちてくるので、心臓の検査を行うことによって、ごく早期に診断ができる時代になってきました。こちらが肝臓でこれが心臓。これをアルツハイマー病の患者さんにさせていただくと全く正常です(右図矢印)。こちらはレビー小体型認知症の患者さんの画像で、肝臓には取り込まれますが、本来見えるはずの心臓が見えません(左図矢印)。脳の病気である認知症の診断をするのに心臓を診る。これは日本人の研究者たちが開発した検査ですが、こういうものも使える時代になってきたということです。

●レビー小体型認知症の治療とケア

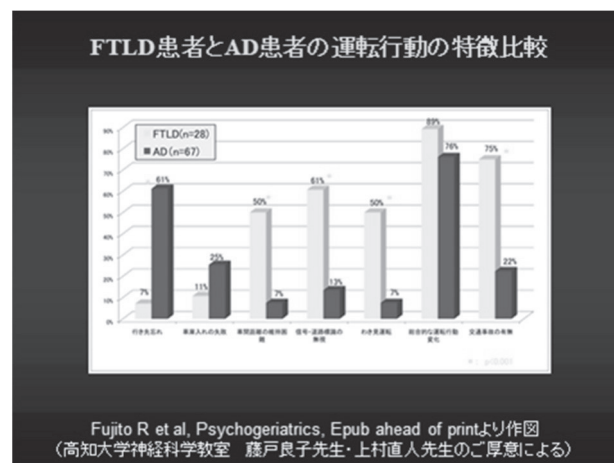


レビー小体型認知症は最もケアが難しい認知症だと言われているのですが、診断も早くできるようになったし、例えばリハビリテーションもこの変動に合わせて行うことができる。そして転倒に対して皆で気をつける。さらに先ほど触れたアルツハイマーの薬の中で、アリセプトという最初にできた薬が世界で初めてレビー小体型認知症に対して保険適用が日本で取れました。じつはこの薬、アルツハイマーよりもレビー小体型認知症の患者さんによく効きます。ただ、薬の副作用も出やすい病気ですからぜひ専門医に紹介していただきたいと思います。

●前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症について話します。これはなぜ重要かという点、数は多くないが大部分の方が若年性認知症という点です。65 歳までに発症する患者さんが多く、例えば浅香山病院のような専門病院でないとなかなかケアができないような、激しい行動障害が出てきます。多くの方は、就労中や子育て中なのです。

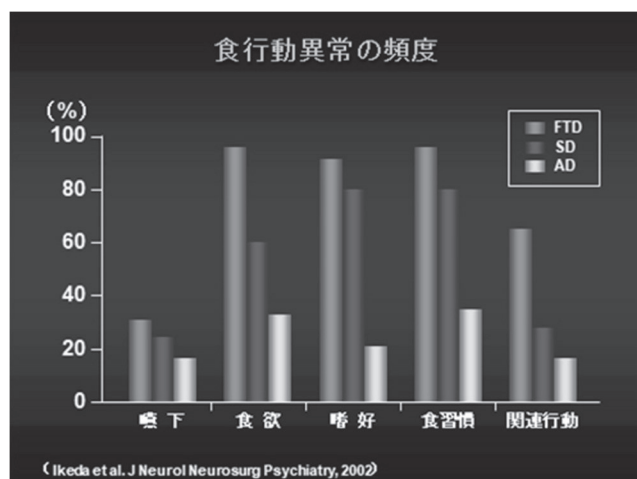
●FTLD 患者と AD 患者の運動行動の特徴比較



例えば今大きな問題となっている自動車運転、認知症の人による自動車運転ですが、このグラフのブルーがアルツハイマー病患者の運転パターンで、水色が前頭側頭型認知症患者の運転パターンです。アルツハイマーの方は要するに行き先を忘れるわけです。

運転していくうちにどこに行くのかを忘れてしまう。あるいは空間的な障害によって車庫入れの時にぶつけてしまうパターンです。前頭側頭型認知症の方は運転技術もあって、スピードも出せます。ところが交通ルールが守れない。例えば信号無視などは平気でします。診察場面では赤なら止まる、青なら進むことは分かっているのに、ハンドルを握ると行きたい時に行ってしまいます。これは高知大学と愛媛大学の共同研究なのですが、四国の高速道路を10km以上も逆走した患者さんがこの中に2人います。アルツハイマー病、前頭側頭型認知症のどちらも運転行動の異常が出やすいのですが、大事故につながるような違反や実際の事故は前頭側頭型認知症の方が圧倒的に多いのです。だからこの病気も早く診断をさせていただいて、生活環境を整えた上で運転だけは早くやめていただく必要があります。

●食行動異常の頻度



そして食行動の異常が非常にしやすいことも前頭側頭型認知症 (図の FTD と SD) の特徴です。甘いもののが大好きになります。食欲が異常に高まります。アルツハイマー病 (AD) と比べると一目瞭然で、しかも同じパターンの食材を好まれます。例えば水曜日の午後にある食堂で鰻どんぶりを食べるという行動がはまってしまうと、1年くらい同じように水曜日の午後は鰻どんぶりを食べるよう

になります。このような食行動異常が FTD の患者さんでは 90%程度出るので、食事を見るだけでも大体診断できます。

●前頭側頭葉変性症の治療と介護のポイント

前頭側頭葉変性症の治療と介護のポイント

- 保たれている機能の強化
 - 基本的な日常生活活動 (ADL)
- 異常行動の変容
 - 適応的行動を時刻表的行動パターンに
 - 認知症専門病棟での短期・集中的治療
 - 常同行動や食行動異常などに対する SSRI の投与
- 家族支援
 - 初老期発症例が多い (2015 年より指定難病)

前頭側頭型認知症の場合は指定難病になりました。これは神経内科の先生方にずいぶん手伝っていただいたのですが、認知症で初めて難病に指定されたことは非常に大きな出来事です。65 歳までに長期入院などをされた時に、かなりの医療費が免除されることになりました。ただ専門医が診察してきちんとした診断書を書かないと難病指定されないの、この患者さんたちも、できれば一度は専門医の方に紹介していただければありがたいと思います。

●認知症の診断と治療

認知症の診断と治療

- 認知症であるか否かの診断
 - 認知症とまちがえやすい状態 (正常老化による物忘れ、うつ病、せん妄、健忘症、失語症、精神遅滞など) を認知症と鑑別
- 認知症の診断と治療計画
 - 認知症の原因疾患を診断
 - 原因疾患別の治療とケアの計画
- 病態 (障害) の診断とケア
 - 病態 (障害の内容) を詳細に評価
 - かかりつけ医とケアマネージャーによる地域における包括的ケア

今日話をした内容はこの表の上二つの項目で専門医の役割ということになります。このようにきちんと診断できて治療計画が立てられれば、その後は地元に戻っていただいて、かかりつけ医の先生とケアマネージャーに包括的なきめ細かなケアをしていただく。再びちょっと調子が悪

くなったら専門医の方に戻っていただく。こうしたことを繰り返すのが認知症にとって今の段階としてふさわしいサポート体制かなと思っています。

●認知症は予防できますか？

認知症は予防できますか？

- 血管障害の危険因子を管理することで、脳血管性認知症は予防できます。

喫煙
大酒
高血圧症
糖尿病
高コレステロール血症
心臓病
痛風など

最後に、みなさんが一番関心を持っておられる認知症の予防についてまとめてみたいと思います。認知症は予防できるかということですが、廃用症候群は十分に予防できるので、周りにそうした高齢者がいないかを地域で絶えず目配りをしていただきたいと思いますし、血管性認知症の場合は動脈硬化の危険因子である高血圧や糖尿病の薬が飲めているかどうか、家族だけでなくケアマネージャーは担当の方の薬の飲み方のチェックをもう一度していただきたいと思っています。

●アルツハイマー病の脳病変の特徴

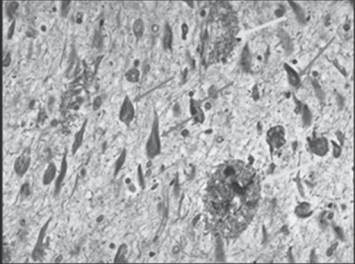
アルツハイマー病が予防できるかということですが、アルツハイマー病の始まりはアミロイドという異常なたんぱく質が脳にでき始めることだと言われています。私が例

えば 75 歳でアルツハイマー病による記憶障害を発症してくるとすると、そろそろ溜まり始めている頃になります。

JAAD

アルツハイマー病の脳病変の特徴

- ①老人斑(主成分:アミロイド・ベータ蛋白(A β))
- ②神経原線維変化(主成分:異常リン酸化タウ蛋白)
- ③神経細胞の脱落



メセナミン-Bodian染色

(東京大学 精神科 小嶋先生)

これは亡くなられた患者さんの脳をいただいて染色したのですが、現在はアミロイド PET という画像診断ができるようになりました。まだ保険適用ではありませんが、既にちょっとした研究機関にはほとんど備え付けられています。このアミロイド PET を使えば全く記憶障害がない段階からアミロイドが溜まり始めるかどうか分かります。私自身、じつはまだやっていません。ちょっと怖いというか、今分かってしまつて 75 歳くらいに物忘れが出てくると言われたらと考えてしまいます。私はまだやっていませんが、将来は、人間ドックのような形で早く確認されるようになりそうです。すでにアミロイドを除去する薬が、試験段階ですがいっぱい出てきているので、もしかしたら次の機会に皆さんにお目にかかる時には、アルツハイマー病も予防できることになっているかもしれません。