



認知症診療のまとめ



岐阜大学大学院医学系研究科
脳神経内科学分野

木村 暁夫

これまで3回にわたり「認知症」についてお話しさせていただきました。今回は、最終回としてこれまでの内容をまとめさせていただきます。厚生労働省の2015年1月の発表によると、日本の認知症患者数は、2012年の時点で462万人と報告されております。今後さらに増加し、2025年には700万人を突破することが予想されており、社会全体で認知症の人々を支えていくことが必要です。認知症は、①1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚・運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。②認知機能の低下が日常生活に支障を与える。③せん妄や他の精神疾患ではない。ことから診断されます。もの忘れ以外にも①服薬管理ができない。②一人で買い物をする。③よく知った道で迷子になった。④電話をかけた受けたりすることができない。⑤全く外出をしなくなった。⑥食事の献立がいつも同じである。⑦最近味付けがおかしい。⑧今まで使用していた、電子レンジや自動洗濯機などの家電製品が使えない。

い。⑧季節に合わない服装をしている。などの症状がみられて、はじめて家人に気づかれることもございます。

認知症の原因としては、アルツハイマー型認知症が最も多く、認知症全体の約7割とされています。血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症が続き、これらは4大認知症と呼ばれております。アルツハイマー型認知症は、記憶・学習障害、段取り実行機能障害をきたしますが、身体の運動麻痺やパーキンソン症候はきたしません。取り繕い反応や、もの盗られ妄想がみられることもございます。血管性認知症は、脳血管障害をきたす毎に段階的に悪化し、麻痺、構音・嚥下障害、情動失禁、動作緩慢、意欲や自発性の低下、うつ状態、不安、焦燥、理解や会話が遅い、易怒性などを認めます。レビー小体型認知症は、変動する認知機能、うつ状態、幻視や錯視、パーキンソン症候、レム睡眠行動異常、自律神経障害を呈します。前頭側頭型認知症は、病識の欠如、脱抑制的行動、易怒性、常同行為、保続・滯続言語、考え無精、自発性低下、注意集中困難などを主な症状とする行動障害型と、言葉の意味が分からない、言葉が出てこないなどの症状を呈する言語障害型に分類されております。一方、治療により改善する認知症もございます。具体的には、脳炎や進行麻痺などの神経感染症、免疫性神経疾患、腫瘍や頭部外傷、正常圧水頭症、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症が該当いたします。

認知症の診断において最も重要なのは問診です。特に患者さんの普段の生活状況をよく知るご

家族の情報が不可欠です。患者さんのADL（日常生活動作）およびIADL（手段的日常生活動作）の状況を評価します。そして神経心理学的検査で、認知機能障害の合併とその程度、どのような認知機能障害であるのか評価いたします。神経学的診察では、認知機能以外の神経学的異常所見を確認します。パーキンソニズムを合併している場合には、レビー小体型認知症や進行性核上性麻痺などのパーキンソン関連疾患の可能性を疑います。血液検査により、ビタミン欠乏症や甲状腺機能低下症、神経梅毒など治療可能な認知症を鑑別する必要があります。頭部CTもしくはMRI検査で、慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症の鑑別、多発性ラクナ梗塞や広範な大脳白質病変、認知機能に影響を与える部位に虚血性病変があるかの確認、脳萎縮の有無など形態的な異常を評価します。脳血流シンチグラフィ検査は、頭部MRIで特異的な異常所見がみられない場合でも、血流低下部位による認知症の鑑別診断に有用です。アルツハイマー型認知症では、後部帯状回、楔前部、頭頂葉連合野の血流低下が、レビー小体型認知症では、後頭葉内側面の血流低下が特徴とされており。

認知症の治療は、認知症の原因により異なります。可逆性の認知症では、それぞれの疾患に対する治療を早急に開始する必要があります。アルツハイマー型認知症の薬物療法には、コリンエステラーゼ阻害薬（ChE-I）とNMDA受容体拮抗薬が使用されています。ChE-Iにはドネペジル、ガランタミン、リバスタチミンの3

剤、NMDA受容体拮抗薬にはメマンチンの1剤が使用可能です。またドネペジルはアルツハイマー型認知症だけではなくレビー小体型認知症にも保険適用となっております。ChE-Iでは、不整脈や徐脈などの循環器症状や、食思不振や嘔吐などの消化器症状、メマンチンでは傾眠やふらつきなどの副作用に注意する必要があります。また薬物療法を開始するにあたり、認知機能障害により比較的早期から服薬管理が困難になるため、服薬アドヒアランスが良好に保てる環境であることを確認することが重要です。行動・心理症状（BPSD）に対する治療に関しては、まず身体疾患の有無のチェックと治療（脳血管障害、感染症、脱水、便秘など）、薬物の副作用や急激な中断のチェック、不適切な環境やケアのチェックと改善（騒音、不適切なケアなど）、介護サービスの利用などを行う必要があります。またドネペジルはうつ症状や不安、アパシーを抑制する効果が、メマンチンは、行動障害や攻撃性を抑える効果があると考えられています。それでも改善が見られない場合には、厚生労働省が作成した「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン第2版」に沿った向精神薬による薬物治療が必要となります。

認知症の予防で特に重要なのが、生活習慣病の治療です。高血圧や糖尿病など、血管系イベントリスク因子を多く合併している方ほど、認知症の発症リスクが高まることが報告されています。一方で、認知症発症後においても生活習慣病の治療介入をすることで、認知機能の低下を抑制しうる

ことも報告されています²⁾。中高齢期の身体活動や運動習慣の保有は、認知症やアルツハイマー型認知症の発症率低下との関連性が示されており³⁾、中期から運動を継続することは重要です。食事に関しては、単一の栄養素に頼るのではなく、食事全体のバランスが大切であり、魚、野菜、果物、穀類、繊維、オリーブ油、赤ワインなどをバランスよく摂取するような「地中海料理」が注目されています。

参考文献

- 1) Luchsinger JA, et al.: Neurology, 65: 545-551, 2005
- 2) Deschaintre Y, et al.: Neurology, 73: 674-680, 2009
- 3) 日本神経学会「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会「認知症疾患診療ガイドライン2017」

PROFILE

岐阜大学大学院医学系研究科 脳神経内科学分野

木村 暁夫 (きむら あきお)

略歴	1995年3月	浜松医科大学医学部 卒業
	1995年5月	公立陶生病院 研修医
	2001年4月	国立精神神経センター国府台病院 神経内科レジデント
	2003年5月	岐阜大学医学部附属病院 神経内科・老年内科 助手
	2010年10月	岐阜大学大学院医学系研究科 神経内科・老年学分野 兼任講師
	2012年4月	岐阜大学大学院医学系研究科 神経内科・老年学分野 准教授

主な資格
日本神経学会神経内科専門医・指導医
日本内科学会総合内科専門医・指導医
日本認知症学会専門医・指導医
日本神経学会代議員、日本神経免疫学会評議員