

かかりつけ医の 認知症診療



しまなみ海道(来島海峡大橋)

そこが知りたい認知症診療!

五大認知症を鑑別するための症候を見逃さない

東北大学大学院医学系研究科高次機能障害学分野教授 森悦朗先生

認知症に寄り添うかかりつけ医

旭町内科クリニック院長 森岡明先生

監修者より

国立長寿医療研究センター総長

鳥羽研二先生

認知症の適切な治療、ケアを実施するためには正しい診断が不可欠です。

数年前、アルツハイマー病と診断されて10年経過している進行した特発性正常圧水頭症(iNPH)を数例診ました。その時点では脳は極端に萎縮し治療のすべはありませんでした。

今回は、iNPHの第一人者の森教授が、あえて五大認知症として、iNPHをあげておられます。臨床診断の疑いの時点で積極的な画像診断を行えば、iNPHの早期発見が可能となり、シャント手術による治療に結びつきます。

認知症者の半数はかかりつけ医の治療を望んでいます。どんな名医も困ったときにすぐ対応することはできません。BPSD、身体合併症、栄養管理、成年後見制度や介護相談など、認知症の困りごとは毎日山ほどあります。旭町内科クリニックの森岡先生は、在宅医療のエースが在宅支援診療所を立ち上げ組織していったように、サポート医のエースとして医療システムまで影響を及ぼす包括ケアの見本を語ってくれています。一読して「自分の町でできること」を考えていただければと思います。

認知症領域 —より長くその人らしく、家族とともに—

私たちは、より長く穏やかに過ごす時間を認知症の人と
そのご家族にもたらすことを目指します。



五大認知症を鑑別するための症候を見逃さない



東北大学大学院医学系研究科高次機能障害学分野教授 森 悦朗 先生

はじめに

認知症は症候群であり、一口に認知症といってもその原因となる基礎疾患は数えきれないほど多様です。かかりつけ医の先生方が日常臨床で認知症を鑑別するにあたり念頭に置いていただきたいのはアルツハイマー病 (AD)、レビー小体型認知症 (DLB)、血管性認知症 (VaD)、前頭側頭型認知症 (FTD)、特発性正常圧水頭症 (iNPH) の五大認知症です。これらは前駆期、初期、中期、後期の各病期ごとの症状はもちろん、治療法や必要となるケアも大きく異なるため、できるだけ早い段階で鑑別診断を行うことが大切です。

ここでは、五大認知症を鑑別するための特徴的な症候やポイントについてご紹介します。

具体的な鑑別診断のポイント(表)

アルツハイマー病(AD) 頻度約50%

物の名前が出てこないなどの一般的な健忘失語は加齢による正常な記憶力の低下ですが、ADでは記憶・保持・想起のいずれの過程も障害されるため、同じことを何度も言う、同じ物を何度も買ってしまふ、約束ごとをすっかり忘れていたなどの異常がみられるようになり、記憶障害が顕在化してきます。これはエピソード記憶の障害とあって、最近の出来事などの近時記憶が失われているのが特徴ですが、遠い昔の記憶(遠隔記憶)も進行すれば失われます。また、自身が置かれている環境を理解する能力である見当識も障害され、多くは時間、場所、人の順で把握できなくなってきました。認知機能の中でも近時記憶障害、見当識障害が目立つ場合はADの可能性が高いといえるでしょう。

仕事や料理、家事などの段取りができなくなり、日常生活に支障をきたす実行機能障害もADに多い特徴の1つです。精神症状としても盗られ妄想や抑うつ状態、行動異常として徘徊などが出現することも少なくありません。病初期に身体症状や神経症状がみられることはないため、この点は他の認知症と鑑別するポイントになります。ADが疑われた場合は専門医に紹介してCTやMRIによる脳の萎縮検査、SPECTによる脳血流検査などを施行し、臨床診断の裏づけを行います。

レビー小体型認知症(DLB) 頻度約20%

DLBはADに似た進行性の記憶障害に加え、鮮明な幻視(子供、死んだ身内、動物など)、意識清明度や認知障害の動揺、レム睡眠行動障害(夢をみているときに大声を出したり暴れたりする)などの特徴的症候を呈します。特にレム睡眠行動障害はDLB発症以前に前駆症状として出現していることもあるため、家族の方に「夜中の寝言は以前からありましたか」と聞いてみるとよいでしょう。

神経症状・身体症状として特発性パーキンソニズム(特に小歩と呼ばれる歩幅の狭い歩き方)、自律神経障害による便秘・下痢や起立性低血圧(失神・転倒)の繰り返しが見られるのに対して病期が進むまでは比較的近時記憶や見当識が保たれていることもADとの鑑別ポイントになります。また、抗精神病薬への過敏性によってパーキンソニズム(薬剤性パーキンソニズム)が容易に生じるのもDLBの特徴の1つです。

専門医による鑑別診断では、MRIに加え、SPECTによる脳血流検査やMIBG心筋シンチグラフィ、脳ドーパミントランスポーターシンチグラフィ(DATスキャン)、心理検査などが行われます。

血管性認知症(VaD) 頻度約15%

VaDは認知機能の正常な部分と異常な部分、つまり出来ることと出来ないことにむらがあり、「まだら認知症」と表現されることもあります。障害を受けた脳部位に応じて麻痺や感覚障害、尿失禁、偽性球麻痺(嚥下障害や構音障害など)や歩行障害をはじめとする運動障害、抑うつ状態、神経症状、人格変化などのきわめて多彩な症状が出現します。

精神症状としては意欲の低下や思考緩慢、情動障害などの前頭葉機能障害が前景に立つことが多く、神経症状としては皮質下領域に小梗塞が多発することによる偽性球麻痺や歩行障害などの運動障害が多くみられます。VaDは典型的には階段状に進行するとされますが、脳血管障害の再発がなければ進行しないこともあり、皮質下型VaDではADと類似した緩やかな進行を示すこともあるため一概にはいえません。

診断においては動脈硬化性疾患の既往や脳卒中エピソードが

表 五大認知症疾患の特徴

	アルツハイマー病	レビー小体型認知症	血管性認知症	前頭側頭型認知症	特発性正常圧水頭症
疫学	女性に多い	60歳以降、やや男性に多い	男性に多い	初老期に多い	60歳以降、性差不明
発症	緩やか	緩やか	比較的急	緩やか	緩やか
進展	スロープを降りにように	進行性、動揺性	発作のたびに階段状に進行(例外あり)	進行性	進行性
記憶障害	初めから出現	初期はADに比べ軽度	比較的軽度想起障害	ADに比べ軽度	比較的軽度想起障害
身体症状	重度になるまで出現しない	パーキンソニズム転倒が多い、失神	認知障害に先行、あるいは並行して悪化	失禁は早期に出現することもある	歩行障害、尿失禁
精神症状・徴候	もの盗られ妄想(軽度で出現)	ありありとした幻視、誤認妄想。意識の動揺、注意力障害。	意欲、感情の鈍麻	人格の変化、感情平板化、脱抑制、無関心、常同行動、偏食など	思考緩慢 意欲、感情の鈍麻
その他	感情、運動は重度となるまで保たれる	抗精神病薬への過敏性	局所の神経症状 脳卒中の既往 動脈硬化危険因子		特徴的なCT、MRI所見が診断に有効

在宅医療テキスト編集委員会:在宅医療テキスト、p.46より改変

あり、脳卒中発作の3ヵ月以内に認知機能の低下が観察された場合、または症状が比較的急に出現し、身体症状や神経症状を伴う場合はVaDを疑うことになります。ただし、他の認知症と同様に画像検査は必須であり、頭部CTやMRIによって血管障害部位と認知症の発症に因果関係が認められた場合にVaDと診断されます。

前頭側頭型認知症(FTD) 頻度約5%

FTDは人格の変化や感情の平板化、常同行動、過食や偏食などの食行動異常、暴言や窃盗などの脱抑制をはじめとする行動異常から始まるタイプ、初期は失語だけが目立つタイプがあります。行動異常としては、毎日時刻表のように同じ時間に同じことをする、同じ物を収集するなどといった常同行動がしばしばみられ、同じ物を何度も買い続けることがあります。これはADの記銘力低下による買い直しとは異なるため、この違いには鑑別上注意が必要です。失語は、物や人の名前が比較的早期から出てこなくなる、言葉や物の意味、あるいは人物がわからなくなる意味性認知症と、口が回らない(構音障害や発話失行)などの言語表出に関する異常が中心の進行性非流暢性失語の2型が知られています。

一方、近時記憶や見当識、構成能力は比較的良好に保たれることが多く、ADと鑑別するポイントとなります。

FTDを疑う場合もCT、MRIで前頭葉あるいは側頭葉前部に限局した萎縮を評価し、SPECTで同部位の脳血流低下を評価します。

特発性正常圧水頭症(iNPH) 頻度5%未満

iNPHは脳脊髄液吸収障害に起因する病態で、パーキンソン病に似た歩行障害に加え、尿失禁、認知症をもって三徴とします。脳脊髄液シャント術で症状が改善する可能性が高い症候群であることから「治療可能な認知症」として他の認知症と鑑別することがきわめて重要です。iNPHはCT、MRIによる画像診断による鑑別が欠かせません。

おわりに

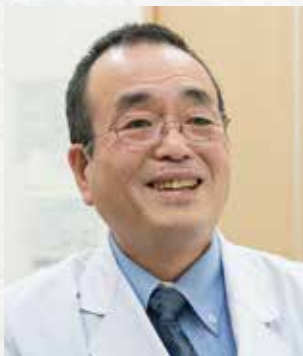
いずれのタイプの認知症でも上記の典型的な症候が必ず認められるとは限りませんが、それらが認められればかなり診断の確度は高くなります。逆にそれぞれの疾患でまず認められない症状もあり、もしそれが認められればその疾患は考えられないというものもあります。たとえばADの場合、麻痺やパーキンソニズムなどの運動障害はまず生じませんから、それが認められれば他の疾患を疑うことになります。この点を踏まえたうえで、認知症のタイプごとに高い頻度で出現する症状と、まず出現することのない症状とを押さえていく必要があります。

鑑別に有効な症候として、神経症状では、特に歩行障害やパーキンソニズムがDLB、VaD、iNPHでみられ、記憶障害はADで最も顕著です。ADでは出来事そのものを覚えていないのに対し、DLB、VaD、FTDでは記憶障害は比較的軽く、取り出せないだけでヒントを出せば思い出せる(再認が保たれる)ことがしばしばみられます。DLBは幻視が大変特異的です。

第3号は「認知症治療薬の効果をどのように判定するか?」をお届けします。

認知症に寄り添うかかりつけ医

旭町内科クリニック院長 森岡 明先生



旭町内科クリニックは総合診療・在宅医療を活動の柱とする医院として2011年に開設。森岡院長は薬剤師を経て総合医として僻地医療を志し、1996年に佐田岬半島の久大診療所に赴任。2000年からは八幡浜市のチヨダクリニックに勤務し、認知症サポート医の認定を取得。八幡浜在宅医療研究会呼びかけ人のほか、八幡浜・大洲圏域認知症疾患医療保健福祉連携協議会副会長、認知症なんでも相談サポート医などを務め、講演会も精力的に行っている。

今回、かかりつけ医が認知症診療に取り組む際のヒントや地域で果たすべき役割についてお話を伺った。



(旭町内科クリニック)

八幡浜市における認知症サポート体制

旭町内科クリニックが立地する愛媛県八西地域(八幡浜市、西予市、佐田岬)は、全国に先駆けて超高齢化が進行する地域です。認知症などの慢性疾患およびがんの急激な増加、そして多死社会の到来を控え、cure(治療医学・病院医療)からcare(予防医学・在宅医療)へのパラダイムシフトを迫られています。

そこでわれわれは医師会の承認を得て、多職種連携で在宅医療に取り組むための「八幡浜在宅医療研究会」を立ち上げました。八西地域の医療、介護、福祉従事者を対象に、認知症やがん、口腔ケアなど在宅医療に関わる多彩なテーマの勉強会を定期開催するものです。2012年4月の第1回から現在に至るまで、訪問看護師や介護福祉士などの多職種を中心に毎回100人規模の参加があります。

さらに地域住民の意識も高く、認知症サポーターキャラバン事業※による八幡浜市のキャラバンメイト、認知症サポーターは現在5,000人近くの方がいます。超高齢化地域であれば必ず認知症ケアに対する関心・ニーズは潜在しています。認知症はかかりつけ医や多職種、一般住民をも巻き込み、地域全体でサポートしていくきっかけと仕組みづくりが重要です。

※認知症サポーターおよび指導役であるキャラバンメイトを全国で養成し、全国を認知症になっても安心して暮らせるまちにする厚生労働省の取り組み。

かかりつけ医が認知症診療に踏み出すには

かかりつけ医が認知症診療に取り組むには、まず院内スタッフの認知症教育が第一歩になるでしょう。スタッフが認知症を理解し、認知症の可能性を常に念頭に置きながら高齢の通院患者さんに接することができれば早期発見につながります。診療受付や会計でのやりとり、服装の変化などで軽度認知障害(MCI)に気づくことも多く、一人ひとりの患者さんを長年にわたって診ているかかりつけ医の強みといえます。

認知症の徴候に気づいても、当院ではその場で認知症の問診は行いません。「もの忘れて困っていませんか」と本人に問いかけ、同意が得られれば後日再受診していただきます。最初の問診はトレーニングを受けた看護師が行うため、医師は事前に整理された情報をもとに短時間で診療を進めることが可能です。改訂長谷川式簡易

知能評価スケールや、ミニメンタルステート検査(MMSE)などを看護師が実施しますが、認知症検査はときに心理的負担を被検者に強いことに注意が必要です。質問を読んで馬鹿にされたと感じる方、答えられずに自尊心を傷つけられる方もおられます。検査前に「簡単な検査ですが気を悪くしないでくださいね」と当人の感情に寄り添い、心理的ストレスを軽減する姿勢が重要です。

診断においては、治る認知症(慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症など)の鑑別がかかりつけ医の重要な役割だと考えています。治る認知症が疑われる場合は画像診断が有用ですが、画像所見は認知症の診断を確定するものではなく、診断補助であることに注意が必要です。画像上で認知症に特徴的な所見を認めても記憶力や見当識が保たれているケースは多く、あくまでも臨床像を診断の核に据えた診断を行うことが大切です。



「自分事」として認知症を引き受ける

当院開設以来、認知症に末期がんを合併した独居高齢者を在宅で数例看取っています。Cureの範疇から外れた人たちが在宅で診るためには、医療・介護・福祉従事者、隣人やボランティアまで巻き込んだ包括ケアシステムを構築する必要があります。八西地域には独居の高齢者宅を近隣の人たちが訪れ、ゆるやかに見守る地域性がかつてはありました。今後はこのような地域のつながりを掘り起こし、貴重な医療資源として再構築していくことが求められます。

これからの認知症診療は、認知症を早期に発見、介入し、在宅での生活継続を支援する多職種連携、地域包括ケアへと向かい、かかりつけ医の役割がより重要となります。地域のかかりつけ医は、自身が齢を重ねていずれば認知症が「他人事」ではなくなることを認識し、「自分事」として引き受けていかなければならないのではないかと考えています。