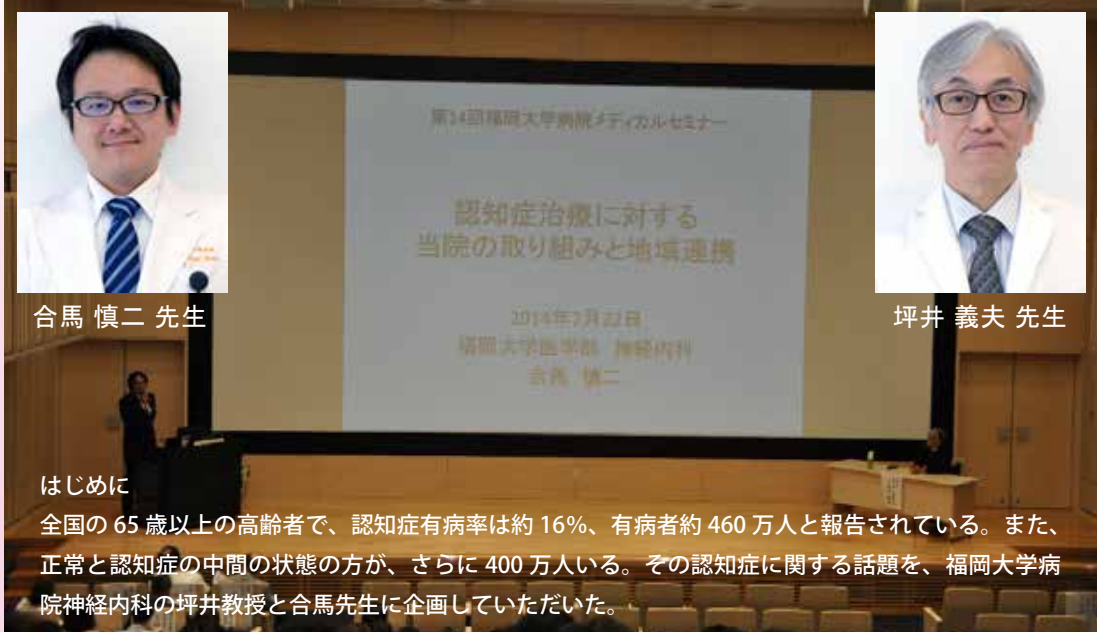


# Vascular Street

新春  
特集

## 第14回福岡大学病院メディカルセミナー

### 「認知症治療の取り組みと地域連携」



合馬 慎二 先生

坪井 義夫 先生

はじめに

全国の65歳以上の高齢者で、認知症有病率は約16%、有病者約460万人と報告されている。また、正常と認知症の中間の状態の方が、さらに400万人いる。その認知症に関する話題を、福岡大学病院神経内科の坪井教授と合馬先生に企画していただいた。

【座長】福岡大学医学部神経内科学

教授 坪井 義夫 先生

【特別講演】福岡大学病院神経内科・健康管理科

助教 合馬 慎二 先生

坪井 神経内科には3つの大きな柱があります。脳卒中、認知症、それとパーキンソン病です。高齢化に伴って増えている疾患群ですが、この3つの疾患は地域で支えるという地域連携の考え方が重要です。認知症の地域連携の一つとして、福岡大学病院はもの忘れ外来があります。正常なのか病気になるのかをまず鑑別して、病気であればどんな病気なのか考えて対応します。それから、精神科と神経内科があって、どっちに紹介していいかわからないと聞かれますので、10月から外来を統一して1つのもの忘れ外来(もの忘れ外来専門センター)という形で、精神科、神経内科と一緒に始めました。後ほど合馬先生から認知症医療連携の話がありますが、認知症診療においては、診断、治療のみならず、その後の生活支援や介護、地域医療機関との連携が極めて重要になります。

内科的治療であれば神経内科が診ますし、外科的な治療が必要な場合は脳外科にお願いします。院内連携もしっかりしています。それでは、まず認知症治療に対する当院の取り組みと地域連携ということで、神経内科の合馬慎二先生、よろしくお願ひします。

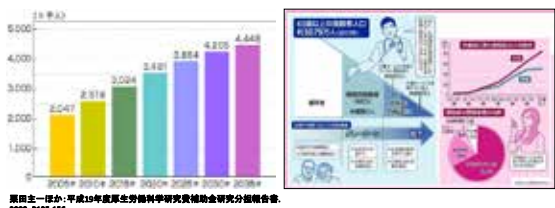
合馬 今日は認知症の診断・治療、当院のもの忘れ外来の取り組みと、後半では地域連携についてお話をさせていただきます。まず初めに、認知症の有病率です。今まで認知症の有病率は3%から8%位とされていましたが、私たちが参加した調査で、全国10カ所でほぼ同じ数字が出まして15.7%、現状で462万人の認知症患者がいることが分かりました。認知症予備軍の患者いわ

ゆる軽度認知障害(MCI)も400万人いますので、合わせると862万人、老人の30%ぐらいの方がなんらかの認知機能低下があるようです(図1)。

認知症の経過ですけれども、健常の方がある日突然認知症になるわけではなくて、必ずこのMCI(物忘れはあるけども認知症では無いという段階)を経て認知症になっていきます。従って、グレーゾーンの方は診断がしにくいのですが、私たちは早期の段階から介入し、定期的な評価でなるべく認知症への移行を防ぐ

### 認知症有病率

- 65歳以上人口における認知症有病率**15.7%(462万人)**であり、先行研究(3.0~8.0% 2003 Nakamura Srs)と比較して高い傾向にあった(厚生労働省 朝田班)。  
MCIも**400万人**と予測された。
- 2012年度厚労省 介護保険Baseの試算では**305万人**



厚生労働省 平成24年度厚生労働科学研究費補助金研究分報告書 2008, P.135-136

図 1

うとしています。認知症になってしまった場合は、早期の治療、介護ケアに取り組むようにしております。

昨年度、私どものもの忘れが外来を受診した患者さんの数は301人でした。実際に認知症と診断された方は61%、先ほど話したMCIが26%、健常者のもの忘れが6%、それ以外は鬱や薬剤によるものが7%でした。

福岡大学病院で最初にももの忘れ外来を開始したのは平成10年ですが、その時点では認知症が進行した方が来るケースが多かったです。しかし、最近では、MCIや認知症でも軽症な方の受診が増えています。これは、認知症の啓発が進んでいるということもありますし、紹介して頂く先生方も早い段階から認知症に気づかれて受診を勧められていることが背景にあると考えます。認知症の分類は、アルツハイマー病(疑いも含む)が約70%で、全国の統計と同じ位だと思います。そしてレビー小体型認知症、血管性認知症が続きます。大学病院ですから、特殊な認知症も診ることが多く、正常圧水頭症やパーキンソン関連の方も来られます。約44%が院外(近隣の先生方)からです。

実際のもの忘れ外来の流れですが、最初に問診票で治療している病気や生活背景や生活様式、学歴・職歴、介護保険の有無などを聞きます(図2)。認知症の重症度を診るのは、MMSEや長谷川式などの心理検査で行います。もちろん点数も大事ですけども本人のその時の印象、問題に対する理解力、わかっているふりなど認知症の方はどうしても取り繕うという傾向がありますから、わからないのをごまかそうとする、そういった表情の評価も入ってきます。それから、病歴を聞いて神経学的な診察を行います。脳の画像検査ですが、MRIもしくはCT検査で、脳の中に脳梗塞とか、脳腫瘍、治療可能な認知症が隠れていないか、脳の萎縮がどの程度なのかをチェックします。ケースによっては、重症度の評価や鑑別診断に脳血流シンチ検査を行う事もあります。その他、血液検査ではビタミンや甲状腺機能等を診ていきます。

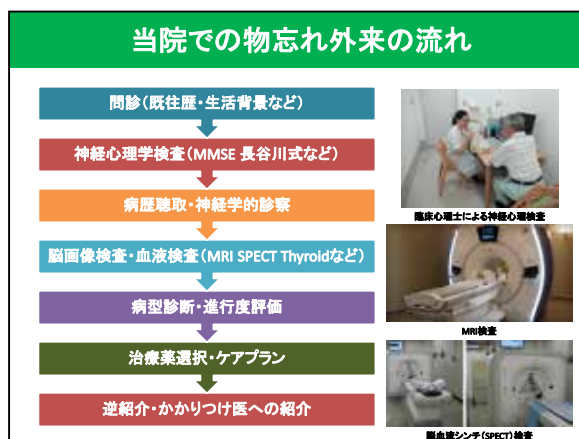


図 2

ここまでを踏まえまして、認知症なのか、認知症でないのか、もし認知症であればどういう病気になるのか、進行度はどのくらいかなどの診断、評価をしていきます。アルツハイマー病であれば抗認知症治療薬がありますので、その治療薬を開始し、介護保険の申請を行って頂き、ケアプランを立てた後に介護負担軽減のためにもサービス利用をお勧めしています。それから治療薬などを開始してある程度落ち着きましたら、紹介の患者さんであれば逆紹介、かかりつけの先生がおられましたら、その先生にこういった段階で治療しておりましたと報告及び継続治療をお願いします。

認知症には画像診断も大切ですが、やはり病歴や問診が一番重要です。まずは、認知症かそうでないかをみ分けることが重要です。認知症の方は認知症であるという病識、自分が物忘れしている認識が乏しくなります。ですから、家族に連れてこられるケースが多いです。一方、自分ひとりで心配して病院に来たケースはほとんど認知症ではなくてMCIもしくは正常加齢と考えてよいと思います。本人が受診したがる、家族の方が物忘れを心配してくるケース、これは認知症の可能性が高い。

最初にご本人の印象ですが、病感、病識の有無をチェックします。物忘れを自分で感じているかを最初に聞きます。物忘れを感じている方が多いのですが、特にアルツハイマー病の方は病識が乏しくなります。忘れっぽくなったけど自分で料理もしている、お金の管理もできているというように生活に特に困った事はないと言われます。しかし、家族の方から聞く料理を作っても味がおかしいとか、お金も管理できない、薬も飲めていないなどご本人の言っていることと少しギャップがあります。アルツハイマー病には取り繕い反応がみえますので、物忘れが分りにくい場合があります。「今日、何月何日ですか」と聞いたときに、アルツハイマーの方は「わかりません」と答えることは少なく、どちらかというところ「今日はカレンダーをみてこなかった」とか、「いつもだったらわかるのに」と、何か自分の物忘れを知られたくないという防衛反応が働きます。そういった反応を見逃さないようにしています。それから神経学的徴候を診ることも重要です。麻痺とか歩行障害などはアルツハイマー病の初期で出ませんので、そのような徴候があれば血管性認知症やレビー小体型認知症、その他の認知症を疑います。ご本人にお話を聞いた後に、ご本人は出て行って頂いて家族の方から「いつから物忘れがあるか」、「物忘れは進んでいるのか」、「どんな物忘れがあるのか」、「生活に支障が出ているか」などを聞きます。たまに2、3ヶ月前から急に物忘れが出現しているなど急に出現した物忘れの場合は、硬膜下血腫など治療可能な認知症が隠れているので注意が必要です。

認知症の症状は大きく分けると中核症状と周辺症状に分けられます。中核症状は、記憶障害や見当識障害、理解力の低下や実行機能障害などで、周辺症状は、興奮や幻覚、妄想、意欲低下などです。認知症の定義の中にもあるように生活に支障があるかどうか重要です。家事、服薬管理、金銭管理、仕事、こういった部分に支障が出ているかを確認します。料理の味付けの変化や鍋焦がしが無いか、薬の飲み忘れが無いか、お金の管理が出来なくなっていないか、財布の中に小銭が増えていないかなど細かく聞いていきます。若年性認知症の方であれば仕事でミスすることが多いと来られることもあります。認知症では、中核症状は必ずみられますが周辺症状を伴うことがあり、興奮や妄想等の周辺症状は家族・介護者にとって非常に介護負担が大きくなります。外来ではこのような家族や介護者の負担になる症状を聞くことも重要です。薬物療法も重要ですが家族が認知症に対する理解を深めて頂き、適切なケアのアドバイスなどを行っています。また介護保険の申請をしてデイケアやデイサービスなどを利用することをお勧めして家族の介護負担が軽減できるようにお話しています。また認知症の方の運転も問題ですので認知症と診断した方で運転をしている方がおられたら控えて頂くようにお話しています。家族・介護者の方が何が一番困っているかを捉えることが治療をしていく上でのメルクマールになります。

また、家族の方が気付かないけれど開業医の先生が気付いて受診に結びつくケースもあります。例えば、受診日を間違える、薬

が大量に余っている、検査で絶食を指示しても食べてしまうなどのケースで紹介頂くこともあります。認知症の診断の流れですが、面談や病歴聴取、神経学的診察、神経心理検査、画像・血液診断などを行い、認知症か認知症では無いのか、認知症であればどのタイプの認知症でどの程度進行しているのかを評価して治療、ケアを開始します。

MCI は物忘れはあるが認知症では無い状態で社会・日常生活に支障の無い状態です。MMSE 検査でも30点満点で26点前後のことが多く、認知症ではありませんが、今後認知症特にアルツハイマー病に移行する可能性が高い状態とも言われています。この段階では、まだ有効な治療薬はないので運動や知的活動などの認知症予防をお勧めします。5年間で約70%位の方が認知症に移行するという報告もありますので、出来れば3～6ヶ月毎に外来受診して頂き、認知症に移行していないかを評価します。認知症特にアルツハイマー病に移行した場合は早期に治療を開始します。

その他、甲状腺機能低下症などの内分泌疾患やアルコール、薬剤(抗てんかん薬や向精神薬、睡眠薬)などによっても認知機能低下が引き起こされることがあります。またてんかん発作でもてんかん性健忘のように認知症と間違われることがあります。精神疾患特にうつ病では意欲低下や注意力の低下、記憶力の低下などを認めることがあり、仮性認知症とも言われ、鑑別が必要です。認知症の診断をしていく上では、このような治療可能な認知症を見逃さないようにすることが重要です。

認知症の約70%を占める最も多いものがアルツハイマー病です。数分前や数日前のことを忘れるなどの近時記憶障害を中心として家事や金銭管理など生活への支障を認め、物忘れ妄想、本人の病識が乏しい、また取り繕いなどの症状を認めます。画像診断では、MRI 検査で側頭葉内側面の海馬・海馬傍回の萎縮や脳血流シンチ検査での頭頂葉や楔前部、後部帯状回などの血流低下を認めます。

レビー小体型認知症は、物忘れに加えて初期から虫や子供などの鮮明な幻視、動きが鈍くなる、歩行が小刻みになるなどのパーキンソン症状、良い時と悪い時の差が激しい認知の変動、その他にもうつ症状や頻尿や便秘などの自律神経症状、夜間の悪夢など多彩な症状を認めます。脳血流シンチでの後頭葉の血流低下やMIBG 心筋シンチでの取り込みの低下などが診断に有効です。

血管性認知症は、脳梗塞や脳出血などに伴って起こる認知症です。比較的病識は保たれており、まだらな物忘れや感情失禁、症状の階段状の進行、麻痺や構音障害などの神経徴候を認めます。MRI 検査で脳梗塞や脳出血などの認知症の原因となる所見を認めます。血管性認知症はアルツハイマー病と合併しているいわゆる混合型認知症も多いと言われています。

前頭側頭型認知症は、比較的若年の方で男性に多く、初期にはあまり記憶障害などの物忘れは目立たず、行動の異常や性格の変化が目立ちます。例えば、平気で万引きをしてしまう、人の家の前にゴミを勝手に捨てる、大金をエステにつき込んでしまう、物事に無関心になる、突然怒り出す、突拍子もないことを言い出すなどの症状がみられます。MRI 検査では前頭葉・側頭葉に限局した萎縮を認めます。

また大学病院では特殊な認知症を診察することもあります。ク

ロイツフェルト・ヤコブ病は、プリオン蛋白の異常によって起こり、ふらつきや抑うつ、物忘れなどで発症し、急速に認知症が進行し、半年から数年で寝たきりになることもあります。身体のびくつきなどのミオクローヌスなども特徴的な症状でMRI 検査の拡散強調画像や脳脊髄液検査、脳波検査などで診断します。

治療可能な認知症の一つですが正常圧水頭症は、脳の萎縮では無く、脳室(脳の部屋)の中の脳髄液が何らかの原因によって溜まってしまふことにより起こります。認知症、歩行障害、尿失禁を三徴としてMRI 検査で脳室の拡大や脳の圧迫所見などを認めます。脳脊髄液を抜くタックテストを行い、歩行の改善など有効であれば、脳神経外科でシャント手術をお願いしています。

認知症の治療ですが、抗認知症薬や周辺症状に対する向精神薬などの薬物療法も重要ですが家族の方の理解やケア、介護保険でのサービスの利用、リハビリ、内科疾患の治療や予防など広義での非薬物療法も重要です。糖尿病とアルツハイマー病の関連が注目されており、認知症の家族・介護者の方は、例えばミスをして叱らない、訴えに共感する、本人が出来ることにあまり手を掛けすぎず、可能な限り本人にやらせてもらうなど認知症そして患者さん本人のことを理解して適切なケアを行う事が重要です。また介護保険でもデイサービスを利用して脳を刺激する訓練や他人との交流を深め、同時に介護する方の負担を減らすことも必要と考えます。認知症は特に高齢者の方に多く、高齢者では、骨密度の低下やサルコペニア、ロコモティブシンドロームなど運動機能・身体機能の低下によって転倒や骨折の危険性が高くなります。骨折などにより生活範囲が狭くなると更に認知症の悪化を招く恐れがあり、日頃からの運動などのリハビリの推奨や骨密度検査なども行っています。また九州大学が行った久山町の研究でも糖尿病の方はアルツハイマー病になる確率が2倍になるとの報告もあり、糖尿病を合併した認知症の方では、服薬管理や食事制限が困難になり、糖尿病が更に悪化することもあります。糖尿病など内科疾患の治療が認知症の予防や進行を遅らせることにも繋がっていると言えます。すなわち、認知症の治療にはトータルケアサポートが重要と考えます(図3)。また認知症の診療においては、地域の先生方や福祉との連携いわゆる認知症医療連携も極めて重要ですがそれは後ほどお話しさせていただきます。



図 3

薬物療法ですが、現在アルツハイマー病に対する抗認知症薬はドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンという3種類のコリンエステラーゼ阻害剤とメマンチンという NMDA 受容体拮抗薬の計4種類があります。アルツハイマー病と診断した際には、なるべく早期からの抗認知症薬を開始するのが望ましいと考え

