

# 認知症の症候学

## Symptomatology of dementia

大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室

池田 学\*

### 1. はじめに

多くの認知症は、数年間の軽度認知障害（mild cognitive impairment: MCI）の時期を経て、認知症に進展していくと考えられており、MCIが早期介入の主要なターゲットになりつつある。ただし、アルツハイマー病（Alzheimer's disease: AD）以外の認知症の前駆状態は、認知機能の低下に限ったものではなく、精神症状や神経症状もあるはずで、MCIというよりは、なんらかの症状を有する前駆期、prodromal期と表現すべきかもしれない。

早期診断に関しては、バイオマーカーを用いた超早期診断が可能になりつつある。例えば、ADであれば、アミロイド病変を検出する検査として、アミロイドPETや髄液検査の開発が進んでいる。しかし、アミロイドPETはいまだに保険適応になっておらず、非常に高価な早期診断ツールであり、また、髄液バイオマーカーについては、被験者への負担が大きく、いずれも日常診療では実施困難である。したがって、超

早期診断が必要であるとしても、スクリーニングのための安価で比較的簡便な神経心理学的検査や精神症状評価尺度、IADL評価尺度などの開発とそれらの基本となる精緻な症候学が求められている。

一方、治療に関して、現時点では、脳神経外科的治療などで根治の可能性がある一部の認知症を除いて、変性疾患や血管障害による認知症は全て根本的な治療法はない。保険適応のある、いわゆる抗認知症薬は、ADとレビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies: DLB）の認知機能に対するものだけで、治療効果も限定的である。一方、認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）<sup>1)</sup>に関しては、工夫次第で十分対応可能であり、日常臨床では主な治療対象となっている。本稿では、BPSDに焦点を当て、診断、評価尺度、治療とケアについて症候学的視点から述べてみたい。

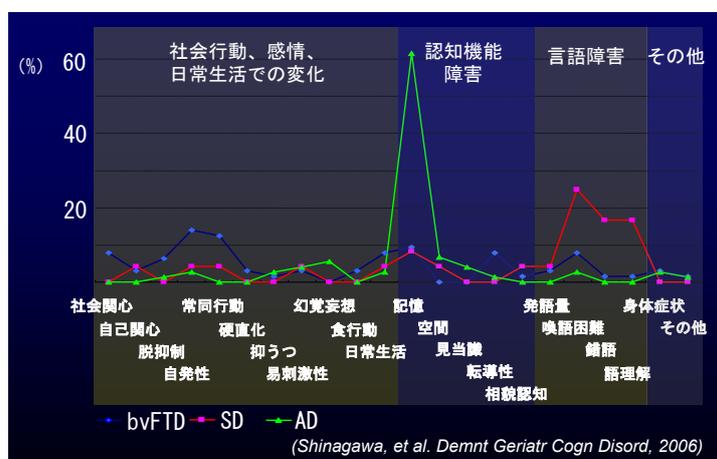


図1 認知症の疾患別の初発症状

\* Manabu Ikeda: Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine

## 2. 早期診断と症候学

疾患に特徴的な症状、その疾患にはほとんどみられない症状の両者を知っておくことが、的確な早期診断には極めて重要である。図1は認知症の疾患別初発症状を検討したものであるが、ADの場合は近時記憶障害で発症することが圧倒的に多く、意味性

認知症 (semantic dementia : SD) の場合は何らかの言語症状で発症することが多い。一方、これらの疾患では、行動異常型前頭側頭型認知症 (behavioral variant of frontotemporal dementia : bvFTD) と異なり、行動障害で発症することは稀である<sup>2)</sup>。図2は、FTDとADの食行動異常を比較したものであるが、

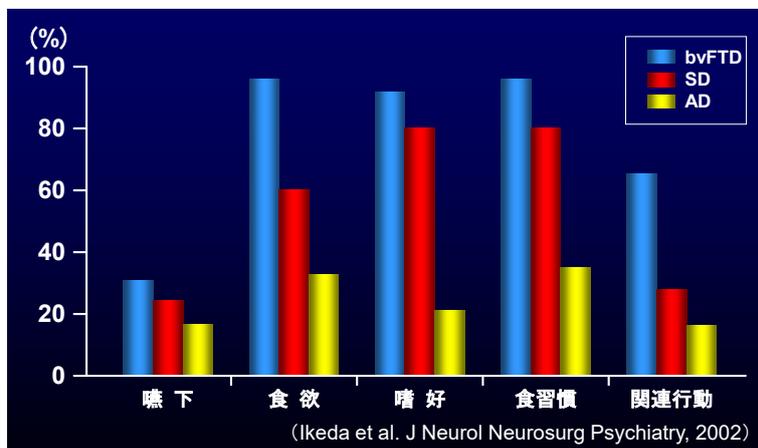


図2 前頭側頭型認知症とアルツハイマー病における食行動異常

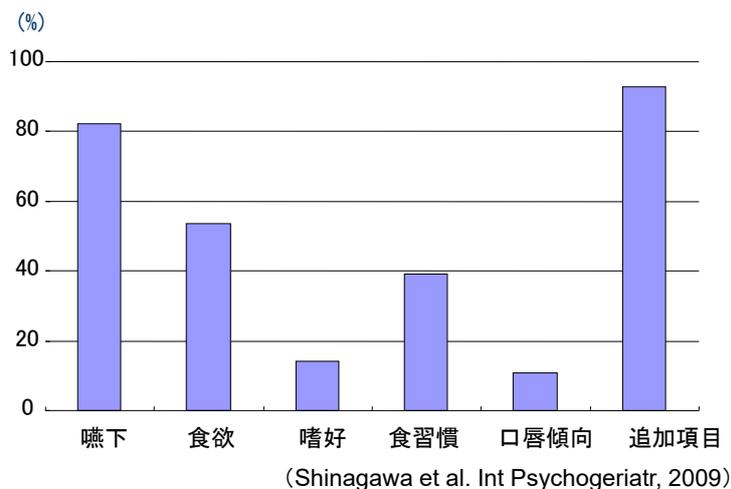


図3 レビー小体型認知症における食行動異常

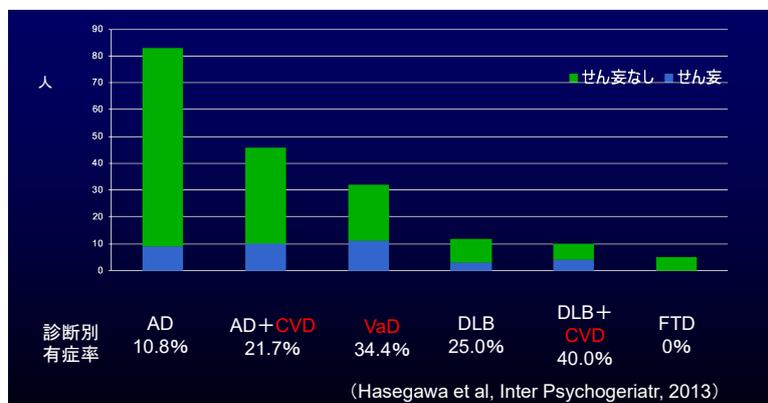


図4 認知症の疾患別 せん妄 併存有症率

bvFTD と SD では過食、嗜好の変化、常同的食行動などの食習慣の変化がみられる一方で、AD では過食と食欲低下が同程度にみられ、他の症状は目立たない<sup>3)</sup>。DLB の食行動異常は、図 3 のように AD や FTD では低頻度であった嚥下障害が、もっとも高頻度にみられる<sup>4)</sup>。このように、食行動異常に注目するだけでも、各疾患によって出現しやすい症状と頻度の低い症状を組み合わせることによって、的確な診断に繋げることが可能である。

日常臨床では、併存する脳血管障害の影響も重要である。図 4 は、精神科病院に設置された認知症疾患医療センターを受診した連続例のせん妄の合併率を検討した結果であるが、AD や DLB に脳血管障害が併存していると、せん妄の出現率が 1.6-2 倍以上になることを示している<sup>5)</sup>。また、ラクナ梗塞や脳室周囲の虚血病変(小血管病)合併の有無によって、年齢や性別、重症度を統制した AD 群間で比較すると、小血管病合併群で有意に妄想やうつ の出現率が高いことが示された<sup>6)</sup>。したがって、変性疾患に脳血管障害が合併すると、せん妄や BPSD が出現しやすくなることも知っておく必要がある。

### 3. 評価尺度と症候学

2017 年に改定された DLB の診断基準では、認知症疾患で初めて臨床診断基準に中核症状とほぼ同等の重みでバイオマーカーが位置づけられた<sup>7)</sup>。しかし、指標的バイオマーカーとなった 2 つの神経画像検査の所見と 1 つの神経生理学的検査の所見は、感度、特異度ともに優れた補助診断ツールであるが、いずれも数時間ないし一晩かかり、保険適応ではあるものの費用面でも負担の大きい検査である。したがって、日常診療で DLB が疑われたからといって、患者負担の点からも医療経済学的な面からも、これらの検査を直ちに全例に実施するわけにはいかない。東北大学の西尾らは、中核的特徴の一つである幻視のスクリーニング検査として、パレイドリア試験(錯視誘発試験)を開発した。彼らは、さらに風景パレイドリアテストを改良し、比較的短時間に、どこでも実施できるノイズパレイドリア検査を開発している<sup>8)</sup>(図 5)。錯視と幻視は、精神医学的には厳密に区別すべき症候であるが、DLB では、しばしば幻視と錯視が同じ患者で出現しているという知見に基づいて作成されている。我々は、中核的特徴の一つで

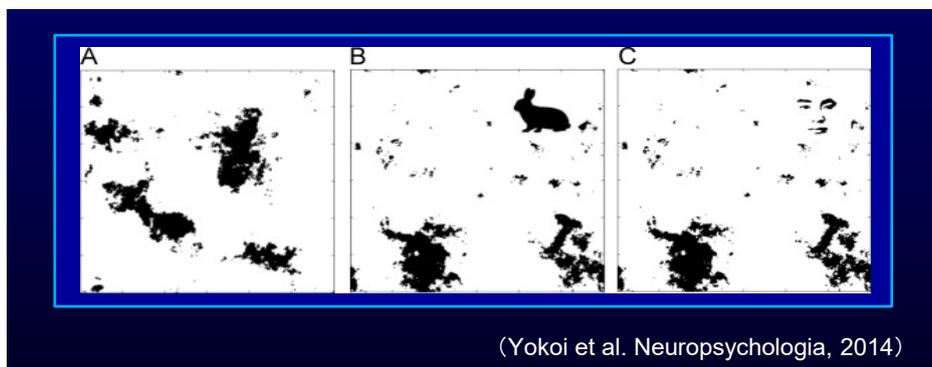


図 5 ノイズパレイドリア検査

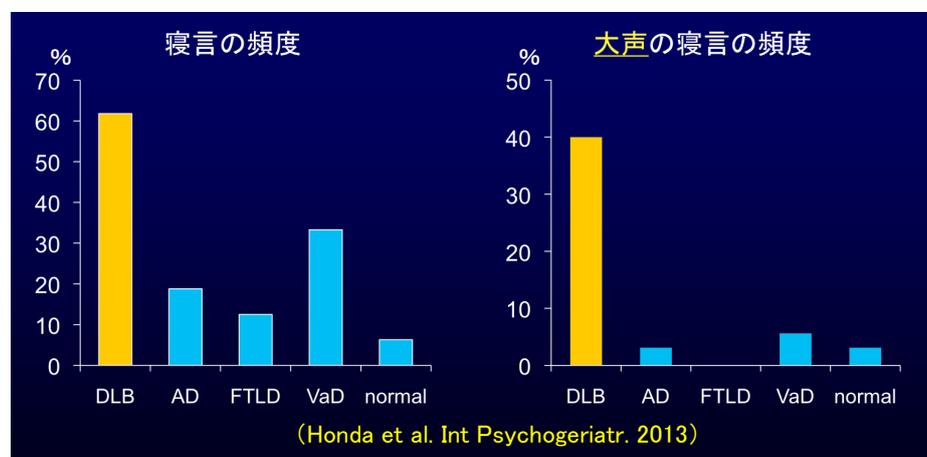


図 6 認知症の疾患別の寝言

あるレム睡眠行動異常症のスクリーニング検査として寝言チェック検査を開発した<sup>9)</sup>。設問は、「患者さんは寝言がありますか？（寝言は月に1回以上、10秒以上続く寝言があった場合は寝言ありとする）」「患者さんは大きな声の寝言がありますか？（隣の部屋にいても寝言が聞こえる場合を大きな声の寝言があるとする）」という2問だけで、ゆっくり説明しても2分以内に終了する。図6は、DLB、AD、FTD、血管性認知症、健常高齢者の同居家族から大声の寝言の有無を聞き取った結果であるが、大声の寝言の存在が、ほぼ特異的にDLBを捉えていることがわかる。このように、DLBでは、認知障害が目立たない段階で簡便で安価な寝言チェックやノイズパレイドリア検査で絞り込んで、最終的には指標的バイオマーカーで検索する診断プロセスが確立しつつあり、ADよりも一歩先を行っていると思われる。

#### 4. ケアと症候学

早期診断後に、早期絶望に繋がらないようにするためには、症候学に基づくケアの浸透が重要である。上述したようにDLBの食行動では、嚥下障害と食欲低下が、病初期から高頻度に見られる（図3）<sup>4)</sup>。そして、嚥下障害はパーキンソン病と高い相関が見られた。したがって、認知症の重症度や精神症状は軽くても、パーキンソン病が認められれば誤嚥の予防を念頭に置いたケアが必要になる。また、DLBとADの転倒傾向を調べた研究では、DLBはADに比べて転倒のリスクが5倍高く、パーキンソン病、幻視、認知の変動が転倒のリスク因子であることが報告されている<sup>10)</sup>。したがって、これらの症状に対する早期介入が、転倒の予防につながる可能性は高い。ADに比べると、DLBやFTDでは症状が多彩で個人差も大きい、ある程度は症状の出現してくる順番も明らかになりつつあるので、症状の出現を予測したケアを考える必要がある。

多職種と症候学から得られた知見を共有したケアも重要である。独居高齢者や高齢者夫婦だけの世帯の増加に伴い、地域における一人暮らしの初期認知症やMCI段階の高齢者が急増し、このような虚弱高齢者に対する生活支援が喫緊の課題になりつつある。大阪大学の精神科では、独居や家族の介護力が乏しい初期認知症やMCI高齢者の生活支援を目的に、検査入院患者の退院前訪問を実施し、作業療法士、臨床心理士、言語聴覚士、精神保健福祉士、精神科医に加えて、認知症看護認定看護師などによる、多職種チームで専門性の高い活動を展開している。独居

の認知症者の退院前支援では、引き続き住みなれた自宅で暮らし続けたいという本人ならびに本人の希望を尊重したいという離れて暮らす家族の意思を十分確認した上で、上記の専門職チームが当事者と離れて暮らす家族、ケアマネージャーと共に退院前に自宅を訪問し、様々な環境整備を試みている。例えば、独居の初期DLB患者で軽度のパーキンソン病や幻視を認める場合、作業療法士や認知症看護認定看護師などの多職種チームが退院前に訪問し、段差や浴室の手すりの位置などを徹底的にチェックして、介護保険を使った手すりの設置や浴槽の高さまでの足上げ訓練を実施し、転倒のリスクを低減してから退院してもらっている<sup>11)</sup>。

#### 5. まとめ

本稿では、MCI期ないしprodromal期での早期診断の重要性が増す中で、症候学に基づく認知症の鑑別診断の重要性を強調した。さらに、評価尺度の開発にも症候学が重要であり、特にバイオマーカー検索のための高価な検査を実施する前の認知症スクリーニング検査の開発に果たす症候学の可能性を述べた。最後に、科学的な疾患別ケアについて紹介したが、薬物療法に関しても症候学に裏打ちされた標的症狀の選択や効果判定に用いる評価尺度の選択にも症候学の果たす役割が大きいことは言うまでもない。

#### 文献

- 1) Finkel SI, et al. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia ; A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 8 [Suppl. 3] : 497-500, 1996
- 2) Shinagawa S, Ikeda M, Shigenobu K, Tanabe H. Initial symptoms in frontotemporal dementia and semantic dementia compared to Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 21 : 74-80, 2006
- 3) Ikeda M, Brown J, Holland AJ, et al. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 73: 371-376, 2002
- 4) Shinagawa S, Adachi H, Toyota Y, et al. Characteristics of eating and swallowing problems in patients who have dementia with Lewy bodies. *Int Psychogeriatr* 21: 520-525, 2009
- 5) Hasegawa N, Hashimoto M, Yuuki S, et al. Prevalence of delirium among outpatients with

- dementia. *Int Psychogeriatr* 25 : 1877-1883, 2013
- 6) Ogawa Y, Hashimoto M, Yatabe Y, et al. Association of Cerebral Small-Vessel Disease with Delusions in Alzheimer's Disease Patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 28 : 18-25, 2013
- 7) McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 89, 88-100, 2017
- 8) Yokoi K, Nishio Y, Uchiyama M, et al. Hallucinators find meaning in noises: Pareidolic illusions in dementia with Lewy bodies. *Neuropsychologia* 56 : 245-254, 2014
- 9) Honda K, Hashimoto M, Yatabe Y, et al. The usefulness of monitoring sleep talking for the diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Int Psychogeriatr* 25 : 851-858, 2013
- 10) Kudo Y, Imamura T, Sato A, Endo N. Risk factors for falls in community-dwelling patients with Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies: walking with visuo-cognitive impairment may cause a fall. *Dement Geriatr Cogn Disord* 27 : 139-46, 2009
- 11) 池田 学. コミュニティーにおける認知症リハビリテーション. *高次脳機能研究* 39 :1-4, 2019
- この論文は、2018年7月14日（土）第22回近畿老年期認知症研究会で発表された内容です。