

2. 認知症の診断と疫学

北海道医療大学 心理科学部 臨床心理学科

中野倫仁

1. はじめに

高齢社会の到来により加齢とともに出現頻度を増す疾患、特に認知症に対する対応が急務となっている。ただ、認知症の診断は正常の老化との判別が必ずしも容易でないケースもあり、認知症を専門としない臨床家の間には診断を躊躇する声も聞かれる。しかしながら、最近の診断技術の進歩および認知症の原因、危険因子などに関する知見の集積により、認知症の診断上の問題点については相当に整理されてきた。加えて、1999年からアルツハイマー型認知症に対する治療薬（塩酸ドネペジル）が使用可能となったことより、認知症の早期診断・治療を目的とした“もの忘れ外来”が多くの医療機関で開設されるようになってきた。本稿では、認知症の診断、疫学およびもの忘れ外来の現状について解説したい。

2. 認知症の診断

(1) 認知症の一般的診断基準

認知症の定義については、「一度正常に発達した知能が後天的原因により持続的に低下したもの」とすることが一般的である。従来は、「回復不能となったもの」という文言が加わっていたが、治療可能な認知症（treatable dementia）が存在することから、1994年の米国精神医学会の診断基準（DSM-IV）から回復不能という概念が削除された。ただし、ここでの「知能の低下」は、IQの低下ということを必ずしも意味しない。病前のIQは個人により様々であり、診断にはIQの低下を確認する必要がないことに注意を有する。

我が国が統計分類で採用しているICD-10(1992)によると、認知症の全般的診断基準として、1) 記憶障害並びに遂行機能（判断、思考、一般情報処理）障害の存在、2) 症状は意識の混濁によるものでないこと、3) 情動の統制、動機づけの減退、お

よび社会行動上の変化のいずれかの存在、4) 症状が少なくとも6カ月間存在することを要求している。

米国を中心に広く用いられているDSM-IV-TR(2000)の診断基準では、認知症に共通する診断項目として、1) 記憶障害の存在、2) 失語、失行、失認、および実行機能（遂行機能）の障害のいずれか1つ、3) 社会的および職業的機能の障害により病前の機能水準より著しく低下していること、4) 症状がせん妄による一過性のものでないことが挙げられている。

以上のことより、実務的には記憶障害と遂行機能障害の両者を確認することが診断上必要である。標準化された神経心理学的検査として、ウエクスラー記憶検査（WMS-R）、リバーミード行動記憶検査（RBMT）および遂行機能障害の行動評価（BADS）が存在するが、施行に時間を要するため専門医療機関でのみ実施されている。そこで、一般外来場面では、記憶検査としてWMS-Rの下位検査である論理的記憶Iを用いることが有用である。短い物語を読み上げた後に復唱させ、どれだけ正確に思い出せたかを評価するもので、比較的短時間で施行できる。カットオフ値としては年齢平均値から1.5SDの低下で有意な障害とすることが多い。簡便な遂行機能検査については一般的に普及しておらず、病歴の詳細な聴取によって判断する。特に女性の場合、料理の手順がうまくいかなくなり、定番のおかずが続くなどのエピソードにより明らかになる。

実際の臨床場面では、簡便なスクリーニング検査として、長谷川式簡易認知症スケール（HDS-R）やミニメンタルテスト（MMSE）が広く用いられている。カットオフ値は一般的にHDS-Rで21/20、MMSEで24/23であり、それ以下で認知症の可能性が高いとされている。しかし、患者の教育歴や生活環境などによりカットオフ値を下げた方がよい場合もある。MMSEについては、21/20を用いたほうがより確実との報告があり、高等小学校程度の教育歴の場合では16点程度まで下げることもある。ただ、あくまでスクリーニング検査であり、30点満点を取る認知症も存在する。

(2) アルツハイマー型認知症（ATD）の診断基準

代表的認知症であるATDの診断には、認知症の全般基準を満たすことに加えて、1) 緩徐な発症と持続的な認知の低下、2) 病歴や検査において認知症の原因となる他の疾患が証明されないことが必要とされる。また、発症年齢が65歳未満の早発性ATDでは、進行が比較的早く、かつ失語、失行、失認などの単症状が目立つ傾向があり、65歳以降の晩発性ATDでは進行が比較的遅く、記憶障害のみが目立つ傾向があることが診断上参考になる。診断基

準に除外診断が含まれるため、どれだけ他の疾患の可能性を考慮できるかにより、施設により診断が異なることもある。

頭部CTやMRIで散在する小梗塞があっても、ATDの診断を否定することにはならない。血管障害の程度と存在部位が認知症の発症を説明するものでない場合には、血管病変を伴うATDの可能性を考えるべきであるとの見解が有力となっている。

(3) 血管性認知症 (VD) の診断基準

VDの診断には、認知症の全般基準を満たすことに加えて、局所神経症候または神経画像検査における脳血管障害の存在が必要である。より厳密な研究用の基準では、局所神経症候と脳血管障害の両者の存在を要求しているが、臨床的にはどちらかでよいとされている。ここで問題となるのは、脳血管障害が認知症の発症と関連があるかどうかの判断である。この点について、アメリカとスイスの合同研究班による診断基準(NINDS-AIREN)では、1)脳卒中発作から3カ月以内の認知症の発症、もしくは、2)突然の発症、または階段状に変動する経過のどちらかが必要であるとしている。VDの三徴として、まだら認知症、せん妄、階段状の増悪の存在が典型的とされてきたが、多発梗塞によらない緩徐進行性のタイプには必ずしもあてはまらない。

3. 認知症の疫学

(1) 認知症の原因疾患

原因疾患別の認知症の割合として、1) ATD、2) レビー小体病(DLB)、3) VDの順であるとの報告がみられるが、DLBがVDより多いかどうかは見解が一致していない。ATDがVDより多くなった理由としては、成人病の管理が向上して認知症をきたすような脳卒中が減少したことや、以前ならVDと診断された症例が血管病変を伴うATDとの診断をうけるようになったことが関係すると思われる。

(2) ATDのリスクファクター

ATDのリスクファクターは、予防不能レベル、病気レベル、および生活習慣レベルの3つに分類できる。

1) 予防不能レベル

遺伝的素因としては、アミロイド前駆体蛋白APP遺伝子変異、プレセニン1,2遺伝子変異、アポリポ蛋白ε4(ε2は発症を抑制)の存在、認知症・ダウン症・パーキンソン病の家族歴、女性であること、母親の高年齢出産などがいわれている。また遺伝ではないが加齢そのものもリスクを上げる要因である。いずれも患者本人にはどうすることもできない次元の問題であり、予防介入不可能である。

2) 病気レベル

病気としては、血管要因(高血圧、高脂血症、糖

尿病)、うつ病、パーキンソン病、ダウン症、意識消失を伴う頭部外傷などがリスクを上げるとされる。一方、慢性関節リウマチおよびハンセン病では発症リスクは下がる(後述する薬物の関与)。

ATDの発症に関する血管要因については、1998年のSyst-Eur試験により注目された。高齢者の収縮期高血圧の管理によりVDよりむしろATDの発症が抑制されたという結果から、ATDの発症に血管要因が大きく関与することが示唆された。最近ではATD=血管病であるとの論調も存在する。しかし、若年発症の遺伝性ATDには虚血病変はほとんど合併せず、ATDの病理変化が血管病変に沿って進展するわけでもないことから、血管要因が発症を促進するレベル以上のものであるかどうかは議論が続いている。

治療薬との関係でいえば、血管要因を反映してカルシウム拮抗薬とスタチンの服用でリスクは低下する。また、病理変化に炎症機転が関与していることにより、非ステロイド系消炎鎮痛剤の投与でリスクは低下する。閉経後の女性が10年以上エストロゲンを服用するとATDの発症が抑制されるという報告もある。

ATDの脳内にアルミニウムの沈着が多いとの報告を受けて、アルミニウムの摂取がATDの発症を促進するのではないかと議論がなされている。家族歴を有する高リスク群などには、バファリンなどのアルミニウムを含む薬物の投与を他剤に切り替えるなどの配慮が必要と思われる。

3) 生活習慣レベル

生活習慣では、栄養要因(魚に含まれるDHA、ビタミンC, E)、趣味と社会的活動の多さ、高学歴、30分未満の昼寝がリスクを下げると報告されている。また、独身、離婚、1時間以上の昼寝はリスクを上げるとされる。

喫煙については、ニコチンが学習能力や記憶を改善するとの報告がなされたが、近年の報告は否定的なものが多い。ATDの発症に対する血管要因の関与を考えると、喫煙の治療効果については懐疑的な意見が多いようである。

4. もの忘れ外来の現況

もの忘れ外来は、認知症の診断技術の向上と治療薬の開発により、認知症の早期診断と早期治療の必要性が高まったことを背景として、2000年以降急速に広まってきた。その役割は、総合病院を中心に最新の診断機器を駆使して認知症を診断し、治療薬の臨床試験や新たな治療法の開発を目指す「大学病院タイプ」と、地域に根ざしたプライマリケアを担当する「地域医療タイプ」に大別される。精神科、神経内科、脳神経外科、一般内科などが担当し、認知症の診療に対する敷居を低くするうえで大きな役割を果たしてきている。

認知症のスクリーニング、鑑別診断、薬物療法、

介護支援などの面で広範な機能が期待されており、一般的にも存在が認知されてきた。

筆者の担当している札幌医大病院のもの忘れ外来では、開設当時(2000年4月)に比べると、軽症患者(初期ATDや軽度認知障害)の割合が増しており、仮性認知症や年齢相応のもの忘れと診断する症例も多くなってきた。早期受診の促進という当初の目的は達成されてきたが、受診までの待ち時間が3カ月以上となっており、結果的に軽症例が増える一因となっている。また、認知症の行動心理学的問題(BPSD)を呈する患者が比較的多いのが特徴で、少量の向精神薬の単剤投与を原則として対応している。

もの忘れ外来の維持には、マンパワーが特に必要であり、担当する医療機関を質・量ともに拡充することが望まれる。

5. おわりに

認知症の病因や危険因子の研究も進み、診断基準も洗練されてきているが、決定的な生物学的マーカーがない現状では、診断における病歴の聴取や症状の評価の重要性は大きいものがある。認知症の診察にいま少しの時間をかけて見落としを少なくし、治療可能な症例への対応を誤らないようにしなければならない。

参考文献

- 1) 目黒謙一: 痴呆の臨床, 医学書院, 東京, 2004.
- 2) Mendez MF and Cummings JF: Dementia: a clinical approach. 3rd ed. Butterworth-Heinemann, Philadelphia, 2003.

お知らせ

『北海道の臨床研修病院合同プレゼンテーション2008 大阪』 開催のお知らせ

道内の臨床研修病院と医育大学による、平成21年度臨床研修医募集についての説明会を開催します。多くの医学生のご参加をお待ちしております。

また、4月には札幌・東京での開催も予定しております。

日時 2008年2月24日(日) 10時～16時

場所 アジア太平洋トレードセンター(ATC)
オズ棟南館6階 コンベンションルーム1
(大阪市住之江区南港北2-1-10)
<http://www.atc-co.com/atc11/>

申込先 hofuku.tiikiishi@pref.hokkaido.lg.jp
〈お名前・e-mailアドレス・大学名・学年〉を明記願います。

参加病院など詳しくは
http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/prezen2008_osaka.htm

問合せ 北海道臨床研修病院等連絡協議会
北海道地域医師確保推進室
TEL 011-204-5214