

ヒトミでわかる 認知症タイプ別の特徴

山口晴保 群馬大学大学院保健学研究科教授

新企画の連載が始まりました。認知症専門医&リハ専門医が、認知症のタイプ別に、病態とケアのポイントを分かりやすく解説します。今回は初回の総論です。まずは認知症の理解から始めましょう。

昨年5月に、米国精神医学会が認知症の診断基準を改定し、DSM-5を出版しました。DSM-5では、認知症は、①認知6領域(注意、学習と記憶、言語、実行機能、運動-知覚、社会的認知)の1つ以上の領域で機能が低下し、②そのことによって独居に手助けが必要な状態になり、③統合失調症やうつ病などの精神疾患や意識障害(せん妄など)では説明できないものと定義されました(詳しくは本誌平成25年9・10月号20～21ページを参照)。

軽い認知障害があるが、「手助けなしで独居可能な生活管理能力が保たれている状態」は、軽度認知障害(MCI)となります。MCIは、正常と認知症の中間と捉えればよいわけです。認知症の定義はしっかり覚えておいてください。

さて、認知症かどうかは、上記のように生活状況から判定します。そのための質問票：認知症初期症状11項目質問票(SED-11Q)を山口晴保研究室のホームページ(<http://orahoo.com/yamaguchi-h/>)からダウンロードしてお使いいただくと、認知症の早期発見に役立ちます。このシートには「介護者用」のほかに「本人用」もあるので、介護者と同時に本人にもチェックしてもらおうと、結果を本人・介護者間で比較して、本人の病識低下度を評価することができます。

タイプ、病期、発症年齢で対応が異なる

認知症と総体的にいても、発症年齢や病期(進行度)によって、対応が大きく異なります。重度で発語

もなく寝たきりとなった状態では、どのタイプの認知症かは判別不能です。そもそも、どのタイプでも嚙下困難が最重要の課題で、判別の必要性もありません。よって、軽度～中等度の認知症をタイプ分けし、どのように対応するかということが、この連載のテーマとなります。

「どのタイプかは関係ない。認知症ケアの極意は一緒だ!」と豪語するケアのプロの方もいますが、タイプごとの特徴を知ることで、ケアがよりスムーズに行え、余分なストレスも減ると思います。ですから、タイプ別の診方をこの連載でぜひマスターしてください。

薬物療法は対症療法

認知症を引き起こす疾患は、一覧で示すとたくさん出てきますが、臨床診断では、①アルツハイマー型認知症(ADD)、②レビー小体型認知症(DLB)・認知症を伴うパーキンソン病(PDD)、③脳血管性認知症(VD)、④前頭側頭型認知症(FTD:意味性認知症を含む)、⑤正常圧水頭症(NPH)の5タイプで、全体の9割を占めます。実際に亡くなったあとで病理解剖してみると、アルツハイマー型認知症と診断されている中には「嗜銀顆粒性認知症」や「神経原線維変化優位型老年期認知症」といった、皆さんが聞き慣れないタイプ(臨床診断が容易でなく病理診断ではっきりするタイプ)が多く見つかることや、高齢になるほど病変の混在が見られるので、正確な診断は容易ではありません。しかし、「生きているうちに対応する」臨床では、上記①～⑤の大枠の分類ができれば、薬物治療や適切なケアができます。

なぜかというと、基本的には根本的治療薬がないからです。したがって、薬物療法は対症療法となります。

認知症タイプ分類質問票

たとえば、易怒性や脱抑制があれば、穏やかに過ごせるよう、その症状を抑える薬剤が選択されます。原因が前頭側頭型認知症であっても、前頭葉症状の強いアルツハイマー型認知症であっても、治療薬の選択はあまり変わりません。これが症状に応じた薬物療法です。

薬物療法には厳密な診断が必ずしも必要ではありませんが、たとえばレビー小体型認知症では薬剤過敏性があるので、少量から投与する必要があるなど、原因疾患のタイプごとに注意が必要です。そのためにタイプ別に分類をしているのです。

症状でタイプ分類を

筆者が実際にもの忘れ外来で使っている認知症タイプ分類質問票を紹介します。本誌には縮小して載せてあるので、A4サイズのもの山口晴保研究室ホームページからダウンロードしてください。

この質問票は、本人がチェックするものではありません。状況を分かっている介護者がチェックします。この質問票でチェックをすると、どのタイプの認知症か、概ね見当がつかます。これで診断ができるわけではありませんが、チェックがついた疾患を見逃さないために役立ちます。また、複数の領域にチェックがつくのが普通です。あくまでも、アルツハイマー型以外のタイプを見逃さないための質問票とご理解ください。

実際に担当している認知症初期～中期の利用者を、この質問票に当てはめてみてください。何人もの利用者に使っていると、そのパターンから、「この人はレビーらしいところがある」、「この人は前頭葉の症状がある」などの気づきが生まれると思います。

タイプを知ることのメリット

アルツハイマー型認知症と診断されていても、経過中に幻視や幻の同居人、身近な人の見間違いなどの症状が出てきたらレビー小体型認知症を疑い、起立性低血圧による失神を起こしても、横になればすぐに回復すると、落ち着いた対応(慌てて救急車を呼ばない)に結びつきます。

前頭側頭型認知症だと気づけば、易怒性や暴力の原

患者様お名前 _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記入者お名前 _____ 患者様との関係 _____
 ご本人の日々の生活の様子から、あてはまるものに○を付けてください。

<input type="checkbox"/>	しっかりしていて、一人暮らしをするに、手助けはほぼ不要	MCI
<input type="checkbox"/>	買い物に行けば、必要なものを必要なだけ買える	
<input type="checkbox"/>	薬を自分で管理して飲む能力が保たれている	Derilium
<input type="checkbox"/>	この1週間～数か月の間に症状が急に進んでいる	
<input type="checkbox"/>	お金など大切なものが見つからないと、盗られたと言う	ADD
<input type="checkbox"/>	最初の症状は物忘れだ	
<input type="checkbox"/>	物忘れが主な症状だ	
<input type="checkbox"/>	置き忘れやしまい忘れが目立つ	
<input type="checkbox"/>	日時がわからなくなった	DLB & PDD
<input type="checkbox"/>	できないことに言い訳をする	
<input type="checkbox"/>	他人の前では取り繕う	
<input type="checkbox"/>	頭がはっきりしている時と、そうでない時の差が激しい	
<input type="checkbox"/>	実際には居ない人や動物や物が見える	
<input type="checkbox"/>	見えたものに対して、話しかける・追い払うなど反応する	
<input type="checkbox"/>	誰かが家の中に居ると言う	
<input type="checkbox"/>	介護者など身近な人を別人と間違える	
<input type="checkbox"/>	小股で歩く	
<input type="checkbox"/>	睡眠中に大声や異常な行動をとる	
<input type="checkbox"/>	失神(短時間気を失う)や立ちくらみがある	VD
<input type="checkbox"/>	便秘がある	
<input type="checkbox"/>	動作が緩慢になった	FTD
<input type="checkbox"/>	悲観的である	
<input type="checkbox"/>	やる気がない	
<input type="checkbox"/>	しゃべるのが遅く、言葉が不明瞭	
<input type="checkbox"/>	手足に麻痺がある	
<input type="checkbox"/>	飲み込みにくく、むせることがある	
<input type="checkbox"/>	感情がもろくなった(涙もろい)	
<input type="checkbox"/>	思考が鈍く、返答が遅い	
<input type="checkbox"/>	最近嗜好の変化があり、甘いものが好きになった	
<input type="checkbox"/>	以前よりも怒りっぽくなった	
<input type="checkbox"/>	同じ経路でぐるぐる歩きまわることがある	akathisia
<input type="checkbox"/>	我慢できず、些細なことで激昂する	
<input type="checkbox"/>	些細なことで、いきなり怒り出す	NPH
<input type="checkbox"/>	こだわりがある、または、まともな買いをする	
<input type="checkbox"/>	決まった時間に決まったことをしないと気が済まない	Aphasia
<input type="checkbox"/>	コロナと気が変わりやすい	
<input type="checkbox"/>	店からものを持ち去る(万引き)などの反社会的行動がある	
<input type="checkbox"/>	じっとしてられない	
<input type="checkbox"/>	尿失禁がある	
<input type="checkbox"/>	ボーッとしている	
<input type="checkbox"/>	振り足で歩く	
<input type="checkbox"/>	言葉が減った	
<input type="checkbox"/>	もの名前が出ない	

山口晴保研究室

因は介護の仕方の問題があるのではないかと自己責の念に、必要以上にかかれなくてすみません(もちろん介護方法に原因があることもあります)。やる気のなさ(アパシー)は脳血管性認知症によるものだと分かれば、グループ活動よりも個別の関わりのほうが有効でしょう。

いくつかの例を挙げましたが、タイプを知ることで、より適切な薬物療法とケアを提供できます。

☆

今回は、タイプ分類の必要性・重要性を解説しました。認知症タイプ分類質問票を使うと、瞳ではなく、一見(ヒトミ)で認知症のタイプの見当がつかます。タイトルの謎、これで解けたでしょうか。

次回からは、それぞれのタイプの病態とケアのポイントを解説しますので、ご期待ください。



やまぐち・はるやす ● 群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹!脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防～読めば納得!脳を守るライフスタイルの秘訣』(ともに協同医書出版)。日本認知症学会副理事長、日本認知症ケア学会評議員、くんま認知症アカデミー代表幹事。