

認知症について ～色々語ります～

医療法人相生会 認知症センター
東邦大学 医学部 客員教授
中野 正剛

認知症とは？

いったん正常に発達した知能が、後天的な脳の器質障害により持続的に低下し、そのために社会生活に支障をきたすようになった状態

認知症を有する方

- ・ 2012年時点 462万人/3079万人 15%
 - MCIは400万人
 - 合わせると862万人

2013年6月1日厚生労働省報道発表：厚生労働省研究班（代表者・朝田隆筑波大教授）調査

- ・ 介護保険データに基づく将来推計



- ・ まさに認知症はCommon Disease
 - ・ = 日常的に遭遇する疾患
 - ・ あるいは、誰もがなりうる疾患

認知症を起こす疾患

- ・ 脳血管障害
- ・ 腫瘍
- ・ 外傷
- ・ 正常圧水頭症
- ・ 感染症
- ・ 非感染性炎症
- ・ 脱髄性疾患
- ・ 先天性代謝異常(成人型)
- ・ 内科疾患
 - ・ 悪性腫瘍の遠隔効果
 - ・ 中毒
 - ・ 慢性アルコール中毒
 - ・ 変性疾患
 - アルツハイマー型認知症
 - レビー小体型認知症
 - 前頭側頭葉変性症
 - その他

認知症の種類

- ・ アルツハイマー型 認知症 50%
- ・ レビー小体型認知症 20%
- ・ 血管性認知症 10%
- ・ 前頭側頭葉変性症 10%

5

認知症の症状

- ・ こころの症状
 - 認知機能の低下（かつては中核症状）
 - 行動と心理の症状（かつては周辺症状）
 - ・ 現在はBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)
- ・ からだの症状
 - 身体症状

6

こころの症状

- ・ 認知機能の低下
 - 記憶障害
 - 判断力の障害
 - 問題解決能力の障害
 - 実行機能障害
 - ・ 作業を同時進行できない
 - 失行
 - ・ 上手く作業できない
 - 失認
 - ・ 物の区別ができない
 - 失語
 - ・ ボキャブラリー低下、言葉の意味がわからない

7

こころの症状

BPSD

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 感情・意欲の障害<ul style="list-style-type: none">- 恐怖、不安、抑うつ- 意欲の低下- 無関心- 依存- 焦燥- 心気・ 幻覚・妄想状態<ul style="list-style-type: none">- 被害妄想、嫉妬妄想、迫害妄想- 幻視・ 睡眠障害 | <ul style="list-style-type: none">・ 行動症状<ul style="list-style-type: none">- 徘徊- 仮性作業- 攻撃的行動- 多弁- 多動- 異食- 過食- 介護への抵抗- 不潔行動- 暴言- 暴力- 逸脱行動 |
|--|--|

8

身体症状

- ・ 神経症状
- ・ 錐体外路症状
- ・ 自律神経失調症状
- ・ 筋力の低下
- ・ 関節の拘縮
- ・ 消化器症状
- ・ 皮膚症状
- ・ etc . . .

9

早期診断の重要性

- ・ 早期発見→早期治療→早期ケア
- ・ アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症では薬剤により症状の改善や進行を遅らせることができる
- ・ 前頭側頭葉変性症であれば適切な薬剤やケアで生活上の障害を改善することができる
- ・ 自己の決定権を尊重できる
- ・ 将来を見通したケアを行うことができる

10

認知症についての考え方の基本

- ・ ご本人が「その人」らしく安心して生活できるようにすること
 - 自分が認知症になった時、受きたい医療・ケア

11

Person-centered care

高度ADをケアする場合、ご本人が中心であるという考え方が、質の高いケアを提供する上で、臨床の現場、学問においても主張されるようになってきている。パーソン・センタード・ケアの目的は、ケアのすべての側面において、ADを有するご本人のその人らしさを知ることにある。この目的には一般には次のような認識も含まれる。

- ADを有する人は、その人格が失われたわけではなく、むしろ隠されてしまっていると考え
- ケアや環境をその人流にするし、ご本人が意志決定にかかわり、そのご本人の観点からその行動を解釈する
- ケアすることと同じぐらいに互いの人間関係を温めることが大切

12

認知症の診断基準(DSM-5)

- A 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという根拠が以下に基づいている：
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および
 - (2) 可能であれば標準化された神経心理学的検査に記録された、それがない場合は他の定量化された臨床的評価によって実証された認知行為の障害
- B 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）
- C その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない
- D その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）

NIA-AAによる全ての認知症の中核的診断基準

1. 職業上または日常上の活動が妨げられており、かつ
2. 以前よりも機能や実行能力が低下していることが明らかであり、かつ
3. せん妄や主だった精神疾患では説明がつかないこと
4. 認知機能障害は以下の組み合わせによって見出す
 - ① 本人と主たる介護者からの病歴聴取
 - ② “簡便な” 認知機能テスト又は神経心理検査のどちらか一方による客観的認知機能評価
5. 認知機能や行動障害は以下に示す2つ以上の領域で認められること：
 - a. 新しい情報を獲得したり思い出したりする能力の障害：記憶障害
 - b. 推論や込み入った作業の障害、判断力の低下：推論・実行機能障害
 - c. 視空間認知機能の障害：失行・失認
 - d. 言語機能の障害（しゃべる、読む、書く）：失語
 - e. 本来の本人らしさ、行動やふるまいの変化

アルツハイマー型認知症

- ・ 特徴
 - 進行性の認知機能障害を主症状とし、高齢期の認知症の中で高頻度にみられる。
 - 記憶を含めた認知機能障害のため生活に支障をきたす
 - ゆっくりと進行
- ・ 病理所見
 - 大脳萎縮、脳室拡大、神経細胞脱落、老人斑、神経原線維変化(NFT)
 - アミロイドβ蛋白の沈着が原因といわれる。

アルツハイマー型認知症の診断

- ・ 本来は脳の病理解剖で行う
 - 神経細胞の減少、特殊な物質の沈着
 - ・ 老人斑、神経原線維変化
- ・ それでは遅いので、生前診断のための手順が必要
- ・ 診断基準が設定
 - 病気の特徴
 - アルツハイマー型認知症らしさの症状

新しくなったAD診断基準

- ・ 1984年版: NINCDS-ADRDA診断基準
 - Possible AD
 - Probable AD
- ・ 2011年版: NIA-Alzheimer's Association診断基準
 - Preclinical stages of AD: 研究、臨床試験向け
 - MCI due to AD: 実地臨床及び研究、臨床試験向け
 - Dementia due to AD: 実地臨床及び研究、臨床試験向け
 - ・ Probable AD dementia
 - ・ Possible AD dementia ≠ possible AD

17

NIA-AA診断基準の特徴

- ・ これまでの研究成果から、発症前にアルツハイマー型認知症の病理的变化が脳内で起きている状態や病理学的変化によって生じている軽度認知障害の存在を明らかにした
- ・ 治療薬の臨床試験を見据えた内容になった
- ・ MCIの臨床診断基準を明らかにした
- ・ これまでの研究で診断の有用性が「明らかになったバイオマーカー（MRI、PET、髄液検査など）について言及した

18

NIA-AAによる全ての認知症の中核的診断基準

1. 職業上または日常上の活動が妨げられており、かつ
2. 以前よりも機能や実行能力が低下していることが明らかであり、かつ
3. せん妄や主だった精神疾患では説明がつかないこと
4. 認知機能障害は以下の組み合わせによって見出す
 - ① 本人と主たる介護者からの病歴聴取
 - ② “簡便な”認知機能テスト又は神経心理検査のどちらか一方による客観的認知機能評価
5. 認知機能や行動障害は以下に示す2つ以上の領域で認められること:
 - a. 新しい情報を獲得したり思い出したりする能力の障害: 記憶障害
 - b. 推論や込み入った作業の障害、判断力の低下: 推論・実行機能障害
 - c. 視空間認知機能の障害: 失行・失認
 - d. 言語機能の障害（しゃべる、読む、書く）: 失語
 - e. 本来の本人らしさ、行動やふるまいの変化

NIA-AA診断基準の Dementia due to AD

- 先述の中核となる症状に加え、以下の様な特徴を有する
 - A) 症状は時間や日単位の様な突発的なものではなく、知らぬ間に発症し、月または年単位の進行する;
 - B) 報告や観察による認知機能悪化の病歴が明確であり; かつ
 - C) 以下に示すカテゴリーの一つが最初の最も顕著な認知機能障害として病歴や診察で明らかとなっている
 - a. 記憶力障害の症状
 - b. 記憶力障害以外の症状
 - 言語性の症状
 - 視空間認知の症状
 - 高次機能障害
 - D) Probable AD dementia の診断は以下の場合には適応されるべきではない。
 - a. 脳卒中の発症と認知機能障害の発症や悪化が時間的関連のある脳実質の脳血管障害が存在する; 或いは多発性や広範囲の脳梗塞や高度のびまん性白質病変が存在する; 或いは
 - b. レビー小体型認知症の中核症状が存在する; 或いは
 - c. 行動障害型の前頭側頭型認知症の主要兆候が存在する; 或いは
 - d. 意味性認知症または進行性非流暢性失語の主要兆候がある; 或いは
 - e. 似たような認知機能障害を来しうる状態、すなわち活動性の神経疾患、あるいは非神経性疾患の併発、あるいは認知機能に影響を与える薬物を使用している

DSM-5による診断基準

- A 認知症または軽度認知障害の基準を満たす
- B 1つまたはそれ以上の認知領域で、障害は潜行性に発症し緩徐に進行する（認知症では、少なくとも2つの領域が障害されなければならない）
- C 以下の確実なまたは疑いのあるアルツハイマー病の基準を満たす：
 - 認知症について**
 - 確実なアルツハイマー病**は、以下のどちらかを満たしたときに診断されるべきである。そうでなければ**疑いのあるアルツハイマー病**と診断されるべきである。
 - (1) 家族歴または遺伝子検査から、アルツハイマー病の原因となる遺伝子変異の証拠がある。
 - (2) 以下の3つすべてが存在している
 - (a) 記憶、学習、および少なくとも1つの他の認知領域の低下の証拠が明らかである（詳細な病歴または連続的な神経心理学的検査に基づいた）
 - (b) 着実に進行性で緩徐な認知機能低下があって、安定状態が続くことはない。
 - (c) 混合性の病因の証拠がない（すなわち、他の神経変性または脳血管疾患がない、または認知の低下をもたらす可能性のある他の神経疾患、精神疾患、または全身疾患がない）。

高橋三郎、大野裕監修、DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院 (2014) 21

軽度認知障害の診断基準 (DSM-5)

- A 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという根拠が以下に基づいている：
 - (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および
 - (2) 可能であれば標準化された神経心理学的検査に記録された、それがない場合は他の定量化された臨床的評価によって実証された認知行為の障害
- B 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害しない（すなわち最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作は保たれるが、以前より大きな努力、代償的方略、または工夫が必要であるかもしれない）
- C その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない
- D その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）

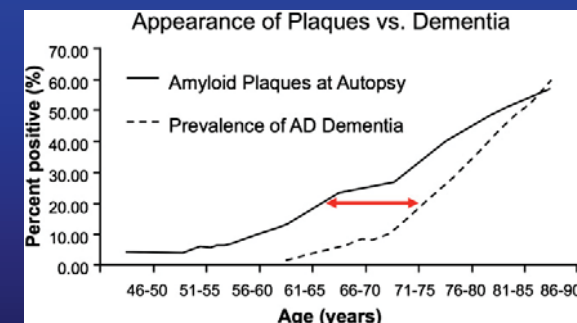
高橋三郎、大野裕監修、DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院 (2014) 22

NIA-AAのMCI due to AD 中核的臨床診断基準

- ・ 臨床上の定義と認知機能の基準
 - 認知機能の低下が本人、介護者、あるいはかかりつけ医によって報告されている（病歴あるいは認知機能の低下が時間をかけて観察されている）
 - 1つ以上の認知機能障害が客観的に証明される
 - ・ 典型的には記憶障害が含まれる（複数の認知機能について本格的なあるいは標準化された簡便なテストによる）
 - 日常生活は独立している
 - 認知症ではない
- ・ MCIの原因がAD病理学的変化によるもので矛盾しないかの検査
 - できるだけ、血管性、外傷性、医原性の認知機能障害を除外する
 - もし可能ならば、経時的な認知機能の低下を証明する
 - もし関連あるならば、AD遺伝因子の家族歴を報告する

23

脳内の変化と症状の時間差



- ・ 認知症の症状出現の20~15年前に病変は始まっている
- ・ 病変が出現しても症状が出ない事が重要！

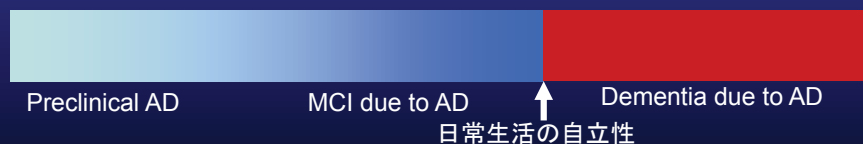
24

臨床におけるMCIとアルツハイマー型認知症の関係

NINCDS-ADRDA診断基準



NIA-AA診断基準



HDS-R	30	20	0
MMSE	30	23	0

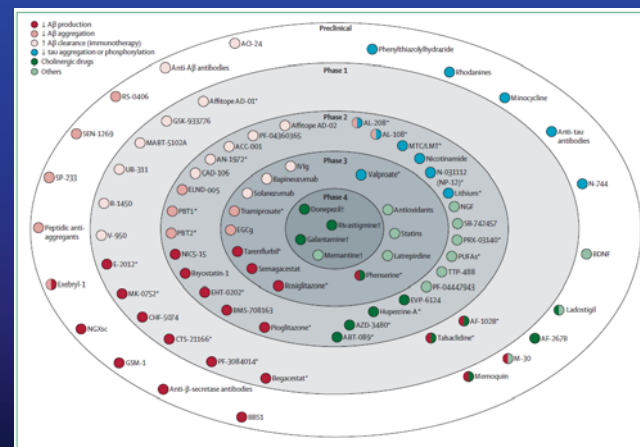
認知症予防の可能性

- ・ 薬物療法
 - 既存の抗認知症薬
 - 認知症根治薬
 - ・ ワクチン
 - ・ セクレターゼ阻害薬
 - ・ etc
- ・ 非薬物的アプローチ

認知症予防の可能性

- ・ 薬物療法
 - 既存の抗認知症薬
 - 認知症根治薬
 - ・ ワクチン
 - ・ セクレターゼ阻害薬
 - ・ etc
- ・ 非薬物的アプローチ

現在開発中のアルツハイマー型認知症治療薬の一覧



現在発売中の抗認知症薬は認知症の発症を予防できない
認知症の根治薬の開発は行われているが、実用段階ではない

認知症予防の可能性

- ・ 薬物療法
 - 既存の抗認知症薬
 - 認知症根治薬
 - ・ ワクチン
 - ・ セクレターゼ阻害薬
 - ・ etc
- ・ 非薬物的アプローチ

29

非薬物的アプローチの可能性

- ・ 知的行動習慣
 - 新聞を読む・雑誌を読む・トランプ、クロスワードなどのゲームをする・博物館へ行く
 - ・ よく行っている程、痴呆発症リスクが3.3%下がる
Wilson RS, et al. JAMA, 287:742-748, 2002
- ・ 対人接触頻度
 - 独居、1週間に1回以下 vs 家族と同居、1週間に1回以上
 - ・ 年間の発症率は8倍違う
Fratiglioni L, et al. Lancet, 355: 1315-1319, 2000
- ・ 豊島スタディ
 - 運動プログラム、余暇活動プログラム
 - 参加者、非参加者のCCRを一年後に比較
 - ・ エピソード記憶、注意機能が参加者で大きく改善
矢富直美, Cognition and Dementia, 2(2): 128-133, 2003

30

非薬物的アプローチの可能性

- ・ 健常高齢者に対して
 - 少人数のグループ、訓練時間は短時間、さらに視覚心象やストレス軽減などのトレーニングを開始行くと最も効果的
Verhaeghen P, et al., Psychology and Aging, 7, 242-251, 1992
 - 非薬物的アプローチを行うことによって認知機能に対する加齢の影響を7-14年遅らせる
Ball K, et al., JAMA, 288, 2271-2281, 2002

31

MCIに対する非薬物的アプローチ

- ・ コンピューターを用いた介入
 - 非介入群、AChE阻害薬群、AChE阻害薬+介入群
 - ・ 一年後、AChE阻害薬群では抑うつ改善
 - ・ 同様に、AChE阻害薬+介入群では抑うつ改善に加え、記憶、推論、実行機能が改善
Rozzini L, et al., Int J Geriatr Psychology, 22, 356-360, 2007
- ・ エピソード記憶改善を目的とした介入
 - 視覚心象、意味理解や統合の機能を賦活
 - ・ 介入後、単語の遅延再生、相貌と氏名の想起が改善
Belleville S, et al., Dement Geriatr Cogn Disord, 22, 486-499, 2006

32

MCIに対する非薬物的アプローチ

- ・ 世田谷区における認知症予防プログラム
 - 3年間の予防プログラム
 - ・ MCI 91名 (参加: 38、非参加: 53)
 - ・ 健常者 297名 (参加: 96、非参加: 20)
 - 有酸素運動+知的刺激プログラム
 - ・ ウォーキング
 - ・ 旅行、料理、パソコン、園芸
 - 記憶機能、注意機能で改善

矢富直美ら、世田谷区における認知症予防プログラムの評価研究に関する最終報告書、2008年

33

レビー小体型認知症

34

概要

- ・ アルツハイマー型認知症 (AD) と鑑別すべき疾患として重要
- ・ 欧米ではADに次いで2番目に多く、本邦でもAD、血管性認知症 (VaD) に次いで多く、三大認知症の一つとされている
- ・ しかし、臨床の現場ではADなど他の疾患と間違われている場合も多い

35

レビー小体型認知症 Dementia with Lewy bodies (DLB)

- ・ アルツハイマー型認知症の次に多い。
- ・ 初期には記憶障害が目立たないことが多い。
- ・ 一見、せん妄の様な睡眠障害を起こしやすい。
- ・ 幻覚、特に幻視が出やすい。
- ・ パーキンソン症状を有していることが多い。
- ・ 時に妄想が重症であることがある。
- ・ 抗精神病薬の副作用が出やすい。

36

レビー小体型認知症 Dementia with Lewy bodies (DLB)

■診断基準■

主症状：進行性の認知機能障害(初期には記憶障害が目立たず、注意、前頭葉機能や視空間機能の障害が目立つことがある)

コア症状(probable DLBには2つ、possible DLBには1つが必要)

- a) 動揺性の認知機能
- b) 繰り返す幻視
- c) 非薬物性のパーキンソン症状

DLBであることを示唆する所見(コア症状が1つ以上、これが1つ以上あればprobable DLB、コア症状がなくてもこれが1つ以上あればpossible DLB)

- レム睡眠行動障害(RBD)
- 抗精神病薬の副作用が極めて出現しやすいこと
- トーハミントランスポーターイメージングSPECT検査における基底核の低集積

DLBであることを支持する所見

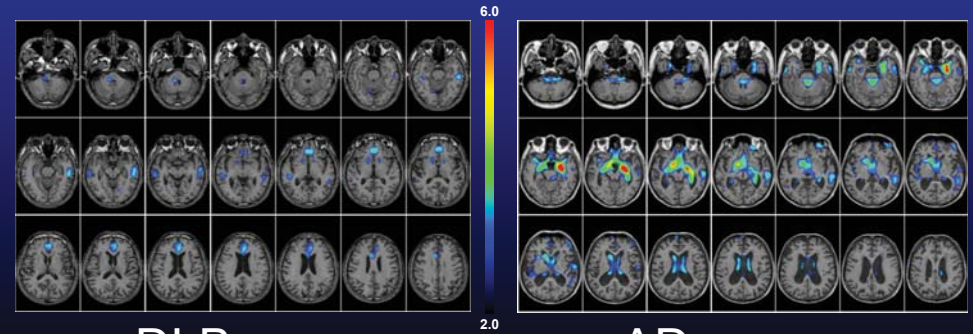
- 繰り返す転倒と失神
- 一過性の原因不明の意識障害
- 高度の自律神経失調症状
- 系統立った妄想
- その他の幻覚
- 抑うつ症状
- CT/MRIにおいて、症状に比べ軽度な側頭葉内側部の萎縮
- SPECT/PETにおける後頭葉皮膚質の血流・代謝の低下
- MIBG心交感神経シンチグラフィの心筋への低集積
- 脳波における著しい徐波

(日本語訳：筆者)

McKeith IG, et al. Neurology Oct 19,2005

DLBの画像所見

- ・ 認知機能障害に比べて軽い側頭葉内側(海馬傍回)萎縮

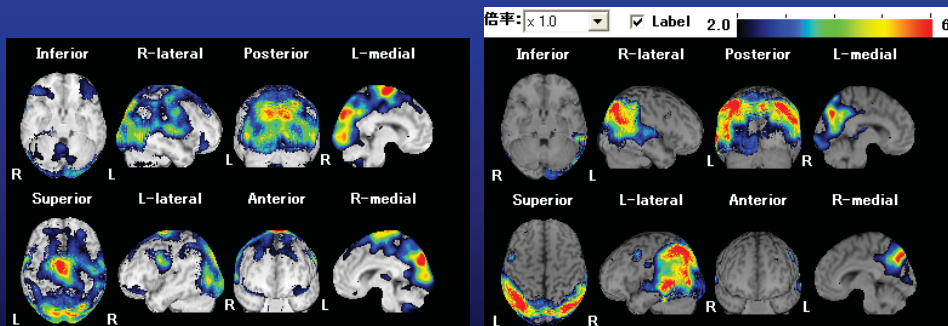


DLB VSRAD Z=0.90

AD VSRAD Z=4.58

DLBの画像所見

- ・ 脳血流SPECTで後頭葉の血流低下

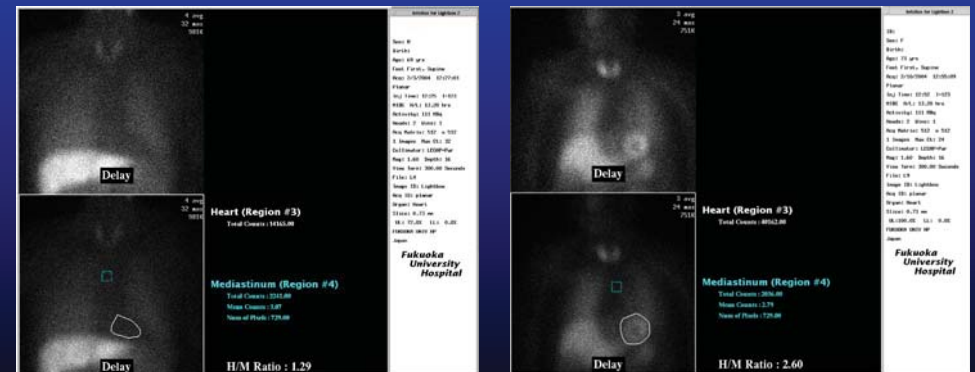


DLB

AD

DLBの画像所見

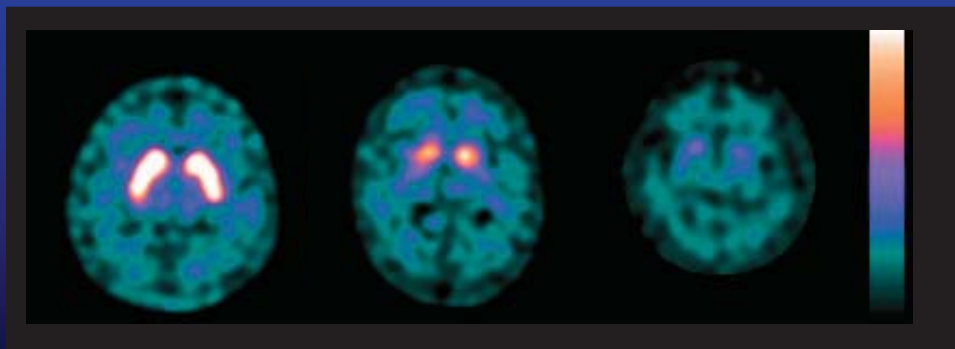
- ・ MIBG心筋シンチグラフィにおける心筋への集積低下



DLB

AD

ドーパミントランスポーターイメージング ダットスキャン®



健常者

パーキンソン病

レビー小体型認知症

日本メジフィジックス ダットスキャン® 静注製品概要、2013 41

前頭側頭葉変性症

42

前頭側頭葉変性症/前頭側頭型認知症

・ 特徴

- 前頭葉と側頭葉に萎縮
- 緩徐に発症し、進行
- 早期から性格変化、社会性の消失がみられる
- 手続記憶、エピソード記憶、視空間認知能力は保たれる
- 運動性失語様の症状（進行性非流暢性失語）
- 語義失語（意味性認知症）

・ 精神症状

- 被影響性の亢進
- 脱抑制（「わが道を行く」行動）
- 常同行動
- 自発性の低下（無関心）など

43

前頭側頭葉変性症

・ 神経症状

- 麻痺や固縮など局所神経徴候は初期にはみられないことが多い
- 運動神経疾患型では、上肢に顕著な筋力低下と筋萎縮がみられる

44

概念の変遷

・ 前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal lobar degeneration: FTLD)

- 前頭側頭型認知症 (Frontotemporal dementia: **FTD**)
- 進行性非流暢性失語 (Progressive non-fluent aphasia: **PA**)
- 意味性認知症 (Semantic dementia: **SD**)

Neary D, et al. Neurology 51: 1546-1554, 1998



・ 前頭側頭型認知症 (Frontotemporal dementia: **FTD**)

- 前頭側頭型認知症行動バリエーション (behavioral variant of FTD: **bvFTD**)
- 進行性非流暢性失語 (Progressive non-fluent aphasia: **PNFA**)
- 意味性認知症 (Semantic dementia: **SD**)

Rascovsky K, et al. Brain 134(9): 2456-2477, 2011

認知症の薬物治療について

前頭側頭型認知症行動障害バリエーション (bvFTD) の国際診断基準

<p>I. 神経変性疾患である 以下の症状を認める (情報提供者によって与えられる) 現症または既往により、行動ならびに/または認知の進行性の悪化を示す</p> <p>II. Possible bvFTD 以下の行動/認知の症状 (A~F)のうち3つを認める。それらは単発またはまれな出来事ではなく、持続的または頻回に認める必要がある。</p> <p>A. 早期からの行動の脱抑制 (以下のうち1つを認める) A-1 社会的に不適当な行動 A-2 マナーや礼儀の欠損 A-3 衝動的、短絡的、または不注意な行動</p> <p>B. 早期からの無関心または無気力 (以下のうち1つを認める) B-1 無関心 (アパシー) B-2 無気力</p> <p>C. 早期からの共感または感情移入の欠如 (以下のうち1つを認める) C-1 他者の要求や感情に対する反応の減少 C-2 社会的な興味や他者との交流、または人間的な温かみの減少</p> <p>D. 早期からの保続的、常同的、または強迫的/儀式的な行動 (以下のうち1つを認める) D-1 単純な繰り返す動き D-2 複雑な、強迫的または儀式的な行動 D-3 常同言語</p> <p>E. 口唇嚙みや食事の変化 (以下のうち1つを認める) E-1 食餌嗜好の変化 E-2 過食、飲酒・喫煙量の増加 E-3 口唇の探究 (物品を口で探る) または異食症 (食べられないものを食べる)</p> <p>F. 神経心理学的プロフィール: 記憶や視空間認知機能の保持と実行/生産的な機能の障害 (以下のうち1つを認める) F-1 実行機能の障害 F-2 エピソード記憶が比較的保たれる F-3 視空間認知機能が比較的保たれる</p>	<p>III. Probable bvFTD 以下 (A~C) を全て認める A. Possible bvFTDの診断基準を満たす B. 有意な機能低下を示す (介護者の報告、Clinical Dementia Rating ScaleまたはFunctional Activities Questionnaireスコアによる) C. 画像がbvFTDと一致している (以下のうち1つを認める) C-1 MRI, CTでの前頭葉ならびに/または側頭葉前部の萎縮 C-2 PET, SPECTでの前頭葉ならびに/または側頭葉前部の血流低下、代謝低下</p> <p>IV. 確定的な前頭側頭葉変性症 (FTLD) の病理を持つbvFTD AならびにBまたはCのいずれかを認める A. Possible bvFTDまたはProbable bvFTDの診断基準を満たす B. 生検または剖検によりFTLDの組織病理学的な証拠がある C. 既知の遺伝子の病的変異の存在</p> <p>V. 除外診断 すべてがbvFTDの診断においてAならびにBが陰性である。Possible bvFTDにおいてCは陽性であって良いが、Probable bvFTDでは陰性である A. 障害のパターンが他の非変性性の神経疾患または身体疾患で説明できる B. 行動障害が精神疾患で説明できる C. ハイオマーカーがアルツハイマー病または他の神経変性疾患を強く示唆する</p>
---	---

認知症のマネジメントにおける薬物療法

・ 薬物療法が独立して行われるわけではない

- 非薬物的アプローチ
- 人間関係の調整
- 環境調整
- 認知症の人の状況に配慮した対応

治療効果



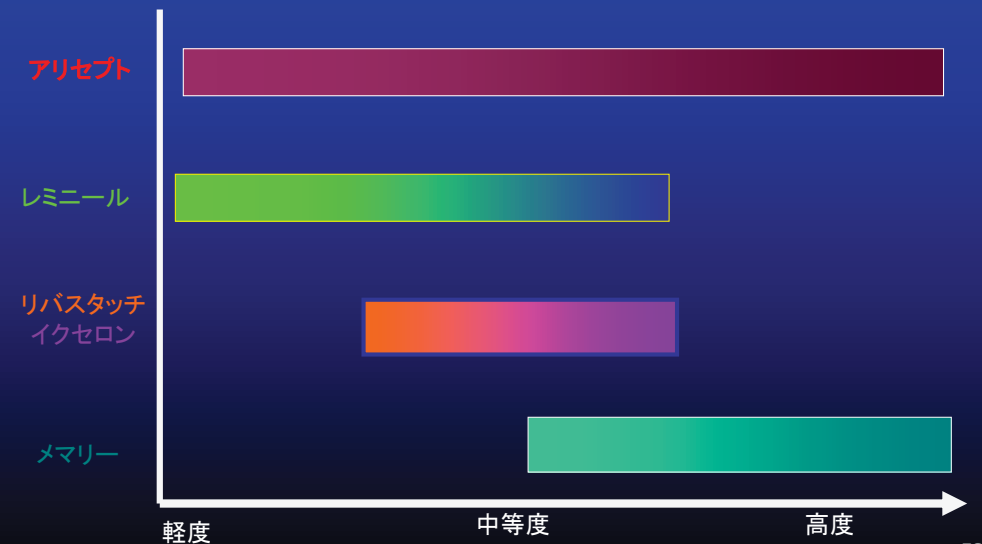
様々な要因が互いに関係しあってもたらされる総合的な効果

認知症の薬物療法

- ・ 認知機能低下に対する治療（かつては中核症状）
 - ドネペジル
 - ガランタミン
 - リバスタチグミン
 - メマンチン
- ・ BPSDに対する治療（かつては周辺症状）
 - 漢方薬
 - 非定型抗精神病薬
 - 抗うつ薬
 - 抗不安薬
 - 抗てんかん薬
 - etc

49

現在発売中の抗認知症薬 ～使用開始時期のイメージ～



50

抗認知症薬の臨床的意義

- ・ 認知症の人のADLおよびご本人とその家族のQOLを改善または維持することにある

51

薬剤の効果判定

- ・ 家族や介護者による観察が重要
 - 感情や表情
 - 意思表示
 - 自発性・関心
 - 最近の記憶
 - 会話

52

抗認知症薬の服用で認められる効果

- ・ 服用前と比べ
 - 感情表現が豊になる
 - 意思表示がはっきりしてくる
 - 自発性や周囲への関心が高まる
 - 忘れる頻度が少なくなったり、思い出すまでの時間が短くなったりする
 - 良く会話する様になる

53

アリセプト®はBPSDを引き起こすのか？

- ・ アリセプト®を飲むと「興奮」するんです！
 - 易怒性、易刺激性、攻撃性

実際のエビデンス

- ・ インタビューフォームにおける「興奮」の頻度
 - 攻撃性 軽・中承認時：0、承認時+再審査終了時：0.16、高・承認時：0.24
 - 激越 0.9、0.51、0.61
 - 怒り 0、0.24、0.22
 - 落ち着きのなさ 0.7、0.27、0.49
 - 異常行動 0、0.05、0.05
- ・ AD 272名対象の焦燥性興奮に対する12週間の治療効果
 - プラセボとドネペジルで有意差なし
 - ・ CMI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory): p=0.98
 - ・ NPI (Neuropsychiatric Inventory): p=0.95

Howard RJ, et al. N Engl J Med, 2007、繁田雅弘 CLINICIAN 608 56-59, 2012より改編 54

アリセプト®による治療効果の見立て

- ・ 治療による変化が周囲の反発を誘発。特に家族関係が良好でなかったり、介護力が低い場合、以下のように受け取られる

- 余計なことをする
- 口答える
- デイケアを拒否するようになる
- 喜怒哀楽が激しくなった
- 失敗が増えた、散らかすようになった



- ・ 実際には「効果」である
 - 意欲の向上
 - 会話が增えた、言葉数が増えた
 - 表情が豊かになった
 - 家事に協力するようになった
 - 身の回りの事を自分でやろうとする様になった

繁田雅弘 CLINICIAN 608 56-59, 2012より改編 55

抗認知症薬投与のイメージ（1）

・新規投与開始の場合



軽度のAD
MMSE > 22/30

・軽度～中等度のAD

MMSE 21/30-11/30



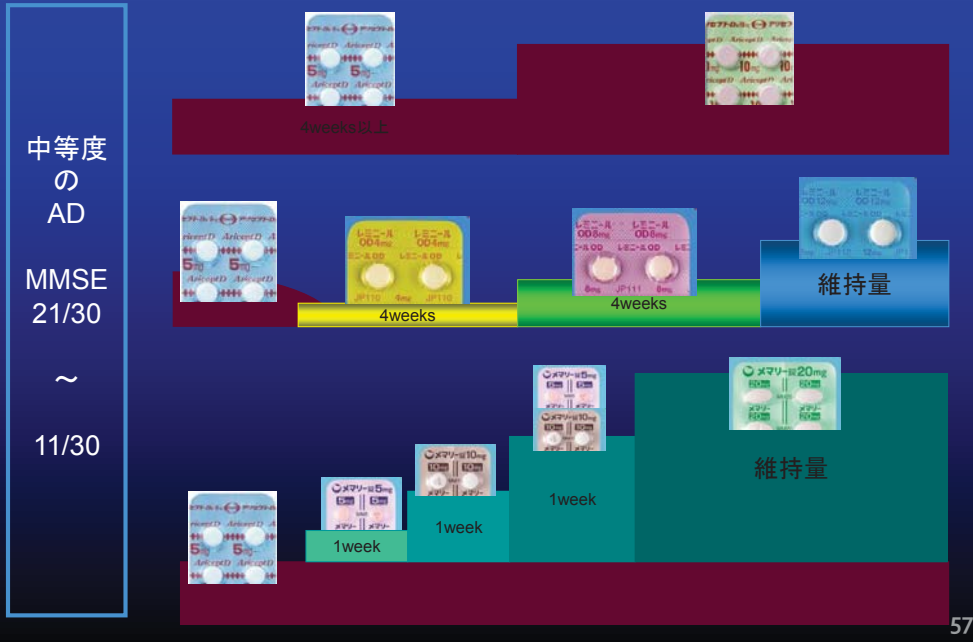
・切り替えの場合

中等度のAD
MMSE 21/30-11/30

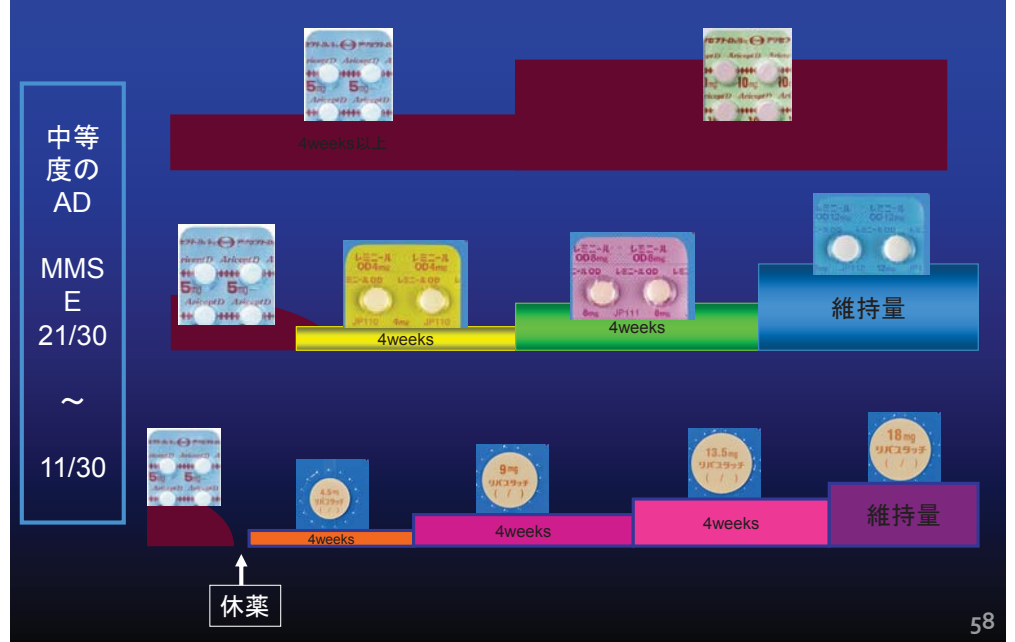


56

抗認知症薬投与のイメージ（2）



抗認知症薬投与のイメージ（3）



抗認知症薬効果判定のポイント

- ・ 軽度～中等度
 - 認知機能の改善・維持
- ・ 高度
 - 介護者の介護負担軽減
 - より高度への進行抑制

BPSDについて

BPSDとは？

- ・ 認知症の人に出現する精神症状や行動障害はさまざまな用語が用いられて来た。
- ・ 1996年、99年の米国Landsdowneでの国際会議で、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ;BPSD (認知症の行動心理学的症候) という用語を用いることで合意がなされた。
- ・ 定義： 認知症にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害

田北メモリーメンタルクリニック 田北昌史先生作成スライドより

61

何故、BPSDなのか？

- ・ アルツハイマー型認知症では、中核症状が主な問題であり、周辺症状は軽視される傾向がある
- ・ しかし、認知症はアルツハイマー型認知症だけではない
- ・ アルツハイマー型認知症の周辺症状が、ある認知症では中心的な症状であったりする
- ・ 実は認知症の治療とケアの現場では、『周辺症状』が問題であることが多い

62

BPSDの重要性

- ・ 現時点では、認知症の
 - ・ 認知機能の低下
 - 記憶障害、見当識障害、判断力の低下など
 - ・ よりもむしろ
- ・ 経過中に生じるBPSD
 - ・ 行動症状・精神症状
- ・ により、本人の生活が障害され、
- ・ 家族も戸惑う場合が多い。

63

BPSDの出現

- ・ 個人差があり、症状や出現の要因については個々のケースが考えられるが、一般的な出現の要因には以下のような状態が挙げられる。
 - ① 身体的要因
 - ② 心理的要因
 - ③ 環境的要因
 - ④ 大脳機能低下による要因

64

BPSDは「ありふれた病態」

- ・ 認知症の有病率は
 - ・ 65歳以上で約15%
- ・ 認知症のうち、BPSDが出現する頻度は
 - ・ 7~9割
- ・ 日本全国に認知症者が462万人とすれば
 - ・ BPSDを有する人は415万人と推定

65

BPSDがあると
かかるコストは
BPSDのない認知症の
3割増となる

66

BPSD対応医療には

- ・ 認知症を有する方を
 - 「一人のかけがえのない尊厳をもった仲間」
- ・ として向き合うことのできる、
- ・ そんなマインド・セット(考え方)を持った
 - ・ 介護、医療、福祉、行政分野の
- ・ 専門家がチームとなり、
- ・ 地域でかかわることが必要である
 - ・ といった認識が、徐々に広まっています。

67

BPSDへの医療介入

- ・ 現場における経験では、意外にも
- ・ 医原性のせん妄やBPSDの増悪が多い
- ・ まず薬剤の整理を
- ・ 次いで（本来は）非薬物的アプローチ
 - ・ しかし実際には既にご家族は生活の危機に瀕しており、待ったなし、共倒れ寸前の場合も多い
- ・ 薬物療法を導入する際には
 - ・ 小用量からゆっくり、そして徹底したモニタリング

68

かかりつけ医を支えるチーム

- ・ ひとりで診るのは、やはり無理
 - ・ バーンアウトの危険
- ・ 認知症の専門的な部分は
 - ・ 地域の専門医と連携
- ・ 薬剤のモニタリングは
 - ・ ご家族、薬剤師、ケアスタッフと連携

69

BPSDに關与する身体疾患

- ・ 本人が言葉に出して訴えられない病態
- ・ 抑うつ・不安・幻覚・妄想などを起こす病態
- ・ 関節炎や虫歯などの痛み
- ・ 高齢者が病気になると特徴的な症状の出ないことがある

70

BPSDに対する薬物療法

71

薬物療法を行うにあたって

- ・ まずは薬剤の整理
 - 追加するのではなく、減らす事を考える
- ・ 抑制を行う訳ではない
 - 同年代のお年寄りと同じような穏やかな生活
- ・ BPSDが出現してしまった事が絶望的ではない
 - 適切な薬物療法とケアの組み合わせにより、生活しづらさを改善する
- ・ BPSDが出現している事で家族の不安は大きい
 - 疾患教育、治療のロードマップを繰り返し家族に提示することも重要

72

BPSDに使う薬剤

- ・ コリンエステラーゼ阻害薬
- ・ NMDA受容体拮抗薬
- ・ 抗精神病薬
- ・ 睡眠導入薬、抗不安薬
- ・ 抗うつ薬
- ・ 抗てんかん薬、気分調整薬
- ・ 漢方薬
- ・ その他の薬剤

73

BPSDの薬物療法で共有すべき情報

- ・ 医療職だけでなく、ケアスタッフなど全ての関係者で共有すること！
- ・ 薬剤の効果や副作用の観察ポイント
 - ・ この薬では、こういう点を確保したい
 - ・ この薬でこういう副作用が出たら、ただちに連絡を
- ・ 本人に働きかけるポイント
 - ・ この点が確保できている間は、在宅で頑張ろう
- ・ ケアを継続する上での留意点
 - ・ この点が確保できなくなったら、入院・入所を検討

74

これまでとこれから

- ・ 認知症についての考え方が変わりつつある
 - 誰もがなりうる疾患
 - 現状では根治できない
 - 人生そのもの

75

これまで

- ・ 認知症患者は
 - なったらおしまい、絶望的
 - 不完全で望ましくない人
 - とんでもない人
 - やっかいな存在
 - わけのわからない人
 - 負担になる存在
 - 異常な行動、言動をする人
 - 世話をしてやる必要がある者
 - 収容、拘束、隔離の対象

76

これから

- ・ 認知症の人は
 - 認知症になっても「その人」
 - できないことがあっても「普通の」人
 - 生活のしづらさを支援すれば生活を継続できる
 - 行動や感情の表現が上手くできない
 - ・ 見方、考え方、接し方を変えればその人が見えてくる
 - 発症したことが絶望ではなく、それからの人生をどう生きるか