

日本認知症予防学会 東京都支部 会報

一般社団法人
日本認知症予防学会
東京都支部

発行人: 支部長 鈴木正彦
編集: NPO法人CIM ネット
〒104-0032
東京都中央区八丁堀3-28-14 飯田ビル2F
TEL:03-3553-0631
FAX:03-3553-0757
E-Mail: info@tokyoninchishou.jp
印刷: 株式会社キタジマ

日本認知症予防学会東京都支部第2回学術集会

会長講演 認知症関連専門職に求められる支援姿勢

東京慈恵会医科大学精神医学講座 繁田雅弘



日本認知症予防学会東京都支部第2回学術集会は、「予防と共生、次の段階へ」をテーマに2022年3月12日にオンラインで筆者・繁田雅弘（東京慈恵会医科大学精神医学講座）を会長として開催された。筆者は「認知症関連専門職に求められる支援姿勢」について会長講演を行った。

2019年に発表された政府の認知症施策推進大綱では、「共生」と「予防」が車の両輪とされた。認知症対策を強

化するため、2025年までの施策を盛り込んだ大綱が関係閣僚会議で決定された。成年後見制度の利用を促進するため全市区町村に調整機関を新設することなどを盛り込んだ。また発症や進行を遅らせることを「予防」と定義し、認知症の人が暮らしやすい社会を目指す「共生」とともに2本柱の一つとして目標に掲げた。この「予防と共生」について、今後の医療やケアに生かすことを目標に現時点における考え方を概観した。

予防については、フィンランドの大規模研究の成果から予防の可能性について言及した。この研究は認知症のリスクのある高齢者を対象として、食事・栄養、運動、人との交流、知的刺激（習

い事など）など自身の生活の多面的な見直しについて介入して認知症の変化を追跡したものである。その結果、知的機能全般や遂行機能、処理速度において介入群が非介入群に比べて優れた効果を示したが、記憶の面では介入群と非介入群に差はなかった。

この結果だけで何らかの結論が導き出せるものではないが、推測するに様々な介入も脳の病理学的な変化、例えばアルツハイマー病であればアミロイドの沈着やそれによって直接的にもたらされる記憶障害の予防は困難であること、しかしその一方で、例えば脳に病理変化が起こっても脳のすべての機能が低下するわけではなく、障害されない機能については適切な刺激やト

レーニング等によって高まる可能性があること、そして高まった機能が互いに補い合っており、記憶などの低下した機能を多少なりとも補える可能性があると考えられた。様々な介入によって脳の病理変化（認知症に罹患すること）と中核的症状の改善は望めないが、複数の脳機能が関与するような日常生活上の活動、すなわち家事や日課などの活動は一定の工夫や周囲の配慮によって維持できる可能性があると考えられた。

本人に希望を失わずその人らしい生活を維持するためには、本人が生きる意欲を持ち続けることが必要であり、予防に失敗した脱落者や落伍者などともみなされることが重要であること、そしてそのために家族による「物忘れがひどくなった」「脳トレ・ドリルを買ってきても手を付けよう」としない」「日記帳を買ったのに書くことしていない」「テレビを見ても居眠りばかりしている」「散歩にも行くことがない」「趣味をやったほうがいいのにやろうとしない」「怠けている」といった本人非難にならないことが重要である。

大切なことは、認知症と診断されないことではなく、認知症と診断されても自分の日課や日常生活、可能であれば趣味などを続けられることが大切である。しかし一方で症状として意欲低下や自発性低下が起こっている場合に

は、無理をしないことも大切であると考えられた。

共生について論じる前に、認知症に対する医療や介護保険による支援の変遷に言及した。例えば、家族やケアスタッフから「もの忘れがあるので、病院に連れていきたいのですが、病院がなく、病院に行こうとせず、家族も困っています。どうやって病院に連れて行ったらいいでしょうか」といった質問を受けることがある。この質問は筆者が現場に出た1980年代にもあったものである。

この30年の間にこちらの答えはずいぶん変化した。昔は「健康診断といっことにして、病院に連れていってみたら」とか、「配偶者も受診することにして夫婦で一緒に人間ドックに行くように勧めたら」と答えていた。しかし最近「病院に連れてきたいのは誰の考えか」「人を嫌がる場所に無理に連れていくことは重大なこと」「家族は困っているが本人はもっと困っているのではないか」「病識がないといふのはどのような情報に基づいての判断か、分かっているも認知症扱いされたくない人もいるのではないか」「病院に連れて行くことのようなメリットがあるのか」「あなたは認知症だと告げられて薬を出されるだけにならないか」「いったい本人は何を望んでいるのだろうか」といったことにも想いが

及ぶようになった。

あるいは無断で外出しては徘徊し、迷子になるので困っています。玄関に鍵を掛けたら、鍵を壊して出かけようとした。どのように対応したらいいのでしょうか」という問いが今も昔もある。家族とはいえ、人を外出しないように行動を制限することは憲法で守られている行動の自由が侵されることになり人権の侵害にもなり得るものである。例えばあなたの友人や家族が行き先を言わずに外出しても、よほどの常識はずれの時間や行先でなければ止めたりすることはないのであろう。見守り外出しやうになったらお茶やお菓子を勧めてそれとなく引き止めるようなこともしないであらう。

認知症の人にはこのように接したらよいのであろうか。ここで少々立ち止まり、あらためて考えてみたい。

認知症の人に対して望ましい関わり方を考えるということは、認知症でない人との関わり方との違いを考えると、いうことになるのではないかと。それは認知症の人を認知症でない人から区別して扱いを別に考えるということにならないか。そしてそれは認知症という先入観に基づいた差別にならないだろうか。ただ一方で、認知症の人に、認知症でない人とまったく同じように接したら、本人に嫌な思いをさせたり傷つけたりするかもしれないわけであ

る。このようにしたらよいのであろうか。

診療場面や認知症カフェで聞くことのできた認知症の人の声を拾ってみよう。われわれ専門職に限らず認知症の人を取り巻く人々は、「やさしく接してほしい」「分かりやすく話してほしい」「失敗しても責めないでほしい」「叱ったりしないでほしい」などと認知症の人は考えているに違いないとの先入観(偏見)がある。しかし考えは人によって異なり、必ずしも上記のように思っていないようである。「できる限り一人前の人として接してほしい」「何も分らないような人として話しかけたくないでほしい」「意味なく笑いかける必要はない」「必要なことはきちんと注意してほしい」などという声が少なからずあることを知った。過保護を嫌がり、子ども扱いされることを嫌がり、障害者として扱われることを嫌がる認知症の人がいる。認知症でない人と同じように接してほしいと思っている人は少なくないかもしれない。まずは認知症でない人と同じように接し、気付いたことから配慮したらいいのではないかと。認知症だからといって初めから特別扱いしないほうがいいのではないかと。

もしそうならば一般の人々は認知症に関して知っていても役立たない、認知症に関する啓発は必要ないと考える

人がいるかもしれない。しかしそのようなことはない。必要な時にすみやかに認知症に対する合理的配慮を行う必要があるからである。この時こそ平素の認知症に関する知識や理解が役立つわけである。だからといって初めから先回りして認知症への配慮は行うべきではない。余計なことほしくないという考え方も大切であると筆者は最近考えるに至ったのである。

あらためて共生というものについて考えてみたい。じつは共生 symbiosis, sinbise という用語は、欧米では生物学や鉱物学などで用いられていたが、医療や福祉では用いられていないのである。欧米で用いられる共生に近い概念は Normalization, Integration (統合・融合) 一体化、Mainstreaming (主流化)、Inclusive, inclusion (包摂) などという用語である。しかし日本では共生という用語に関して宗教学や社会学、哲学などで古くから議論がなされてきた。これらの議論はいずれも今後の認知症医療や認知症ケアや支援を考えるうえで参考にするところがあると思われるので、ここで紹介しておきたい。

例えば、かなり初期の共生に関する考え方に「諸の衆生と共に極楽に往生しようというが、それはあくまでこの世で精一杯生きることの延長にあるもの。ただ共に生きるのではなく、

生き生きて生きるという」(椎尾 1992) というものがある。共に生きるだけでなく、どのように生きるのかにかついてすでに議論されている。また、共生は依存関係で成り立つのではなく、対等の立場で結びつくものだとする意見もある(宮元 2006)。

あるいは、対立する二つのもの、あるいは異なる文化の中に積極的に関与不可能な領域を認め尊敬し合うことこそ重要である(黒川紀章 1987, 1991) という指摘、自立と連帯のなかで誰もが十全に自己実現を果たすことが可能な社会(竹村 松尾 2006)、自立(自律)と個性を尊重した関係であって予定調和ではない、関係者が積極的に築いていけるべき関係(高田 1995) という指摘、障害者が健常者と「同等」に生活することが克服ではなく、それぞれの生き方の課題に向かうべきであること(福島 1998)、避けられない対立や緊張関係にある者が、その克服をあきらめて、「共生」の一語であたかも問題が解決したかのように感じてはいけない(小内 1999) などとする指摘はじつに示唆に富んでいる。

1998)、他者との差異を差異として認めて許容すること、同質性と異質性が錯綜したなかでの共存を目指すべきという指摘(三重野 2000)、個々の利害は一致しないことを認め合い、互いの利益追求の自由を認めるべきとする意見(松田 2000)、利害や価値観が異なる生き方の人々が対立し論争することによって多面的で豊かになるという意見(井上 2000) は医療福祉のあり方を考える上でも重要であらう。

以上、認知症も数ある特性の一つとして、年齢、性(性的志向)、信仰、身体特徴、パーソナリティ、障害、疾病などが違っても、合理的配慮によって各人の自己実現が図られる社会が共生社会と考えられる。そして、共生社会とは、弱い立場にある人々を排除や摩擦、孤独や孤立から援護し、社会の一員として取り込み、支え合う社会であるとする意見があるが、どうもそれだけでは不十分である。つまり経済的、教育的、公衆衛生的な平等を目指すのではなく、個人の長所を伸ばして経済的、教育的、公衆衛生的に活躍するチャンスが平等に与えられる社会こそが共生社会と考えられる。

以上、認知症の予防と共生について演者なりに検討の手がかりを提供した。今後の皆さんが考えるヒントになれば幸いである。

以上、認知症の予防と共生について演者なりに検討の手がかりを提供した。今後の皆さんが考えるヒントになれば幸いである。

第2回学術集会 教育講演

コロナ専門病棟における
認知症ケアの経験から

東京慈恵会医科大学附属第三病院 看護部 管理師長 朝倉 真奈美
認知症看護認定看護師



はじめに

2020年3月、WHO（世界保健機関）は新型コロナウイルス感染症のパンデミックを発表し、我が国では4月7日、第一回目の緊急事態宣言が発出された。2022年3月現在は第6波にあり、東京都は1日約1万人を超える感染者が報告される日もあった。2022年3月21日、新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置の期間が終了したところである。

自身は東京都狛江市に位置する東京慈恵会医科大学附属第三病院に勤務し、認知症看護認定看護師でありコロナ専門病棟の師長をしている。この2年間を振り返り、コロナ専門病棟という隔離された環境で看護師が感染対策をしながら、どのように認知症ケアを考え

実践してきたかについて報告する。

当院の受け入れ状況

自施設はCOVID-19の軽症中等症Ⅰ、Ⅱを受け入れている。2020年4月に陰圧環境の結核病棟をコロナ専門病棟へ切り替え運用を開始した。自施設は第1波から第6波までに新型コロナウイルス感染症の患者を約4500名受け入れてきた。2022年3月現在は、2病棟とICUで42床のベッドをコロナ用病床として確保している。

入院患者の平均年齢は56・6歳で、10歳代から100歳代のあらゆる世代が入院する。発症日から入院までの平均日数は4・8日で、男女比は男性が約1・8倍と多かった。基礎疾患は肥満、糖尿病、慢性腎不全、認知症が多く、入院患者全体の95%が軽快・治癒している。

COVID-19と認知症高齢者

認知症高齢者が自宅や住み慣れた高

齢者施設から急性期病院へ入院することとは、大きな環境変化である。発熱、倦怠感、咳嗽、呼吸苦の症状や基礎疾患の悪化などを引き起こし、身体的苦痛が大きい。それにもかかわらず、自分がウイルスに感染したことや入院が必要なことを十分理解ができないまま、隔離と治療のため一人で病院へ搬送される。

このような状況は不安を高め混乱を引き起こす。体調が悪いにもかかわらず身体不調を自覚できない。自らの言葉で医療者へ苦しいことを訴えることができない場合もある。医療者は宇宙服のような防護具を身に着け、表情が読み取りにくいいためコミュニケーションも難しい。こうした状況は認知症高齢者にとって非日常の出来事であり、ストレス・精神的負担が大きい。

リロケーション・ダメージ

病院という環境は白を基調とした単調な色合いで、同じ部屋がいくつも並び、人の話し声やモニター音などによる騒音がある。また食事時間などが決められ、長年の生活習慣とはかけ離れた時間を過ごす。医療者からの安静指示、検査説明などの一方的なケアを受けて、自分ができることを人に任せなければならず、自分の役割を失うこともある。

リロケーション (Relocation) とは、転居や入院・入所など、場所 (Location) が変わること (移転) を意味する用語である。「リロケーション・ダメージ」とは、認知症高齢者は住まい環境が変わることにより身体的・心理的に大きな影響を受けるとされている。これを低減するためには、認知症高齢者がいつも目にして慣れた物 (枕や化粧品など) を持参してもらうことで、暮らしの継続性を保つことができる。部屋の移動を極力避け、変える場合にはベッドの向きや物品配置が変わらないような配慮をしていく。そして、どのような環境がより安心できるのか家族と共に考えていくことが必要である。例えば、面会は制限されていたとしても家族の書いた手紙を渡し、それを患者と共に読むようにする。いつもの習慣の好きなテレビ・ラジオを鑑賞する。好物を購入し食べられるようにする。好きな音楽をかけ一緒に歌うなどのかかわりを、ケアの中に組み込んでいくことができる。

予防的なかかわり

認知症は記憶障害や見当識障害、実行機能障害を中核症状とする疾患であり、進行に伴いコミュニケーション障害や日常生活・社会生活に支障がでる。自分のしたいことが相手に伝え

られない可能性があり、その人らしい暮らしに大きく影響を及ぼす。そのような中でも、適切なケアができれば中核症状があろうとも、日々の生活の中にやすらぎを感じ、笑顔でリラックスでき、自立した生活が長くなり、障害は最小にすることができる。しかし、不適切なケアとなれば、認知症高齢者は不安やストレス状態で過ごすことになり、BPSD (行動・心理症状) や破局反応に至り、体調が悪いのに対応が遅れ、身体疾患が悪化し認知症症状も悪化していくことにつながるだろう。

コロナ専門病棟で看護師は、認知症高齢者がCOVID-19に罹患しようと、その人の生活が可能な限り維持され重症化せず早く元の生活に戻れることを目標としてケアにあたっている。家族や施設の職員が持っている情報から、認知症高齢者のそれまでの長年の生活ぶり・日課・嗜好を意図的に把握し、個別のケアプランを検討する。そうしたケアが提供できれば、入院中であってもBPSDが悪化せず、せん妄発症を予防することにつながると思えている。

おわりに

認知症高齢者にとって最適な環境は、見慣れたいつもの場所で自分のこ

とをよく知っているなじみの人に囲まれ、心地よい日常が今日もそこにあることだと思う。しかし、高齢者施設でクラスターが発生すると職員の出勤停止による欠員や医療行為による負担が増し、通常行ってきたケアができなくなる事態が起こりえる。

認知症高齢者が新型コロナウイルス感染症の治療目的で入院した時、「認

第2回学術集会 特別講演

血液バイオマーカーによる認知症診断の実現に向けて

東京慈恵会医科大学 ウイルス学講座 小林 伸行



はじめに

超高齢社会の到来で認知症の有病率は高く、今後さらに上昇することが予測される。これは世界的にも共通の差し迫った課題だが、認知症疾患を代表するアルツハイマー病(AD)でもその原因は不明で、現在根本的な治療は存在しない。今までもADに対する研究は盛んに行われてきたが、臨床

知症状が進行しないように「BPSDを悪化させないように」「せん妄を発生しないように」「その人らしさを失わないように」、これらの視点を忘れないようにしていきたい。感染対策上の制約が多いものの、ウイルスコロナ、アフターコロナを見据えて、今後も何ができるかを試行錯誤していきたいと考える。

症候に基づいた臨床診断と病理診断にはしばしば乖離があることが問題となっている。ADを顕在発症する前の段階であるプレクリニカルADの診断やAD研究の発展のためには、バイオマーカーを用いた高精度なAD診断が必要である。そこで、本稿ではADの診断に有用となる既に実施可能な検査のほか、筆者らが取り組んでいる研究結果を含めたADのバイオマーカーを概説する。

ADの診断

ADの臨床診断は神経心理検査、脳MRI画像や脳血流SPECT画像等

を併用し、記憶力障害を含む認知機能障害の症状と生活機能の低下を捉えることで総合的に判断される。一方、National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS/ADRD)によるADの確定診断は剖検病理の結果、神経病理学的にアミロイドβ(Aβ)とリン酸化タウの脳での蓄積を確認することによって為される。そのため、臨床診断と病理診断にはしばしば乖離が生まれる。ADを対象とする研究は今までほとんどが臨床診断に基づいて行われてきたため、ある一定数のAD病理をもたない被験者が含まれることがADに対する理解を困難にしていた可能性がある。そこで、現在、ADの階層化マーカーとして、AT(N)分類が用いられるようになった。これは、Aβの蓄積、タウの蓄積及び神経変性の有無に基づく分類で、ADの研究には「研究用プレーム」として利用することが推奨される。

バイオマーカーの意義

バイオマーカーとは、疾患の有無病状の変化を捉える生体内の物質を指し、診断マーカー、予後マーカー、予測マーカー、及び代替マーカー等に分

類される。ADのバイオマーカーに期待するのは、臨床に必要な、認知症疾患の発症前診断や鑑別、症状の進行速度や薬剤の効果判定及び研究目的のAT(N)分類である。生体試料としては中枢神経系の異常をよく反映する髄液や採取が容易である血液が想定される。

ADの発症予測に有用となる検査

① Aβ42検査

Aβ42 遺伝子は2種類の1塩基多型の組み合わせから、ε2、ε3及びε4の3つのフェノタイプがある。Aβ42 遺伝子 ε4を持つ場合、持たない場合と比較して、約3〜12倍ADの発症リスクが高くなる。逆にε2はADの発症に対して防御的に作用する。

② Aβ42検査

Aβ42 遺伝子 ε4がADの発症に関与する作用機序は長らく不明であったが、近年、ε4が血液脳関門の破壊や神経変性に関連することが動物実験で示された。Aβ42 遺伝子 ε4保因者はADの高リスク者と考えられるが、将来の発症やその発症時期を予測することはできない。そのため、Aβ42 遺伝子検査の実施には被験者に対して十分な説明が必要である。

③ 簡易認知機能スケールあたまの健康チェック

認知症ではない健康者を対象とした

認知機能スケールとして、「あたまの健康チェック®」(株式会社ミレニア)がある。これは Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog)の遅延再生課題をベースに、コンピュータで簡便に実施できるように改良を加えたものである。さらに、検査結果のほか、性別、年齢、教育歴、人種等の情報をクラウド上にアップロードし、独自のアルゴリズムで解析することで、感度94%、特異度89%、AUC (Area under the curve) 0.97で健康者と軽度認知障害(MCI)を判別できる。そのため、認知症を発症する前の認知機能評価に有用で、診断補助ツールとなる。

③ Positron Emission Tomography (PET)検査

Aβやタウ等の脳内で蓄積した異常蛋白に陽電子を放出する放射線同位元素で標識した薬剤を結合させることで可視化する。とくに、18F標識のデリバリ配送可能なアミロイドイメージング剤の登場でアミロイドPET検査の実施設は徐々に増えている。しかし、アミロイドイメージング剤は高価なため、現状日常的に臨床現場で使用するのには難しい。ガイドラインにおいても、アミロイドPET検査の実施は、臨床症状や発症年齢が非定型的で、適切な治療のために確定診断を要する

場合に限定されている。タウPET検査に関してはその有用性が研究レベルで示されているものの、デリバリー配送可能なイメージング剤はなく、実施は研究用途に限定されている。

ADにおいて、臨床症状が出現する20〜30年前からAβの沈着が始まると報告され、Aβ陽性で認知機能障害を認めない場合はプレクリニカルADと定義される。現在ADの最も早期の変化を捉える方法は、Aβの沈着を評価することである。

髄液バイオマーカー

髄液は脳内のAβやタウ等異常蛋白の蓄積を反映するよい試料となる。Aβはアミロイド前駆体タンパク質（APP）がγセクレターゼによって切断を受けることで産生される。Aβには主にアミノ酸が異なるAβ1-40とAβ1-42があり、Aβ1-42の方がAβ1-40よりも凝集しやすく、毒性が強い。アミロイドPET検査でのアミロイド陽性者では髄液中Aβ1-42濃度が低下していると報告された。これはAβ代謝に関連すると考えられる。髄液中Aβ1-42測定は感度87・6%、特異度86・2%、AUROC・90で脳内アミロイド蓄積を識別可能であった。

また、ADの脳ではリン酸化された

タウタンパクが蓄積され、髄液中のリン酸化タウと総タウが上昇する。総タウの上昇は神経変性を反映する。同様に、ニューロフィラメント軽鎖（NFL）もまた、神経変性を反映するタンパクとして知られる。これらの所見はよく再現され、髄液検査はADの診断に有用と考えられる。しかし、髄液の採取には侵襲が伴い、合併症の危険性もある。

血液バイオマーカー

そこで、簡便、安価で侵襲性がない血液バイオマーカーの開発が求められている。現在、血液中の微量なAβやタウを測定する技術が開発され、臨床応用に向けて研究が進んでいる。体液中に微量にしか存在しないタンパク質やペプチドを高精度に定量できる超高感度デジタルELISA Simoa (single-molecule array; Quantix; 社)が開発され、Aβやtauの測定に使用されている。また、日本においては、島津製作所が質量分析システムによるAβ測定法を開発し、体液検査用機器として製造販売承認を受けている。測定方法の進展により、髄液と同様に、ADでは血漿中のAβ1-42濃度の低下、リン酸化タウ、総タウやNFLの上昇が報告される。しかし、一方でメタアナリシスの結果では、ADと血漿中のAβ

1-42濃度は関連を認めず、総タウのみとの関連が報告された。

血液バイオマーカーを開発する上で、採取検体の不安定性が課題として挙げられる。Aβは凝集しやすいため、測定容器等にも吸着しやすいと考えられ、それが結果の不均一性の原因のひとつとなる。また、陽性と陰性を判別するカットオフ値の統一が困難であり、脳脊髄液バイオマーカーであってもこれらの課題は解決されていない。

DNAメチル化量を利用した新規血液バイオマーカー

筆者もまた、ADの血液バイオマーカーの開発を進めている。ADに特徴的に見られる血液DNAのメチル化量の変化に着目し、補酵素A合成酵素をコードするCOASY遺伝子のプロモーター領域のDNAメチル化が健常高齢者と比較して、MCIやADで増加していることを報告した(図1)。血液中COASY DNAメチル化量は絶対定量が可能であり、測定施設に関わらず、共通のカットオフ値の設定も可能

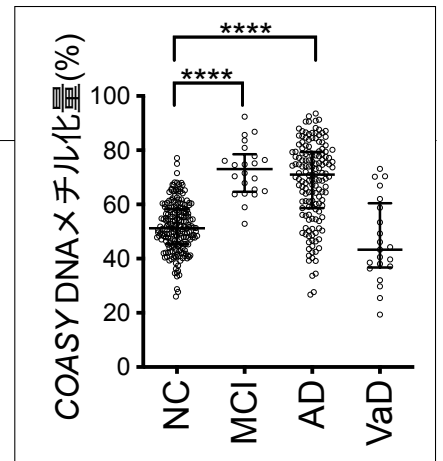


図1. 認知症疾患におけるCOASY DNAメチル化量の比較

となる。課題としては、健常者とMCI/Aβ群での数値の重なりが問題であり、COASY DNAメチル化量が高い健常者群及びCOASY DNAメチル化量が低値のAD群が存在し、これらの意義は不明である。しかし、筆者らもまた今後課題を克服し、血液DNAメチル化量の測定をADの診断バイオマーカーとして臨床応用に繋げることを目標としている。

おわりに

今後、ADを始めとした認知症疾患の血液バイオマーカーが開発されれば、新たな病態解明にも繋がるのが期待される。この実現により、認知症の顕在発症を予防する方法の開発が進むと考えられる。

参考文献

- 1) Beach TG, Monsell SE, et al. J Neuropathol Exp Neurol 2012;71(4)
- 2) Jack CR, Jr., Bennett DA, et al. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association 2018;14(4)
- 3) 厚生労働省科学研究費 研究班 認知症に関する脳脊髄液・血液バイオマーカーの適正使用指針(第1版) 2021
- 4) Montagne A, Nikolakopoulou AM, et al. Nat Aging 2021;1(6)
- 5) Shankle WR, Romney AK, et al. Proc Natl Acad Sci U S A 2005;102(13)
- 6) 日本核医学会、日本認知症学会、日本神経学会、アミロイドイメージング剤の適正使用ガイドライン(改訂第9版) 2021
- 7) Tagai K, Ono M, et al. Neuron 2021;109(1)
- 8) Shaw LM, Arias J, et al. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association 2018;14(11)
- 9) Olsson B, Lantner R, et al. Lancet Neurol 2016;15(7)
- 10) Kobayashi N, Shingawa S, et al. Sci Rep 2020;10(1)

第2回学術集会 一般演題

DLBやうつ病が疑われ、前頭葉症状が著明だったが
大脳皮質基底核変性症と診断した1例

東京慈恵会医科大学附属病院 精神神経科
酒井 祥行、稲村 圭亮、山崎 龍一、松田 勇紀、石井 洵平、
岩下 正幸、品川 俊一郎、繁田 雅弘

【目的】

大脳皮質基底核変性症 (corticobasal degeneration: CBD) は、典型的には失行を主体とした大脳皮質徴候 (皮質性感覚障害、把握反射、前頭葉徴候) と錐体外路症状が知られているが、近年になり多様な臨床像を呈することがわかってきた。

今回、レビー小体型認知症 (DLB) やうつ病が当初疑われ、その後前頭葉症状が著明となり臨床的にはFTLDと考えられたが、画像所見と臨床経過から最終的にCBDと診断した症例を経験したため報告する。

【症例】

60歳代前半 右利き男性 大学卒

【現病歴】

X年8月から会社の書類を紛失したり、指示に従えなかったりしたが、気になる素振りはなかった。
産業医に勧められて、同年12月に

【入院後経過】

病棟では目的もなく廊下を歩き、デイルームでぼんやりとテレビを眺めている時間が多かった。

臨床症状からはbFTLDの基準を満たしたが、頭部MRI検査および脳血流SPECTでは片側頭頂部優位の萎縮と血流低下を認めた。

DAT scanでは黒質線条体ドーパミン取り込み低下を認めたが、MIBG心筋シンチグラフィでは洗い出し率の亢進・低下は認めなかった。

MSEは26/30点で近時記憶は保たれていた。一方で、TMTはA/Bとも試行できず、FABも7/18点と低値だった。観念失行 (大脳皮質徴候) や左右差のある筋固縮と安静時振戦もみられた。

【考察】

bFTLDの背景病理として、画像所見と臨床経過からCBDが疑われた。

FTLDは病理学的、臨床症候群としても不均一な疾患群であり、明確なバイオマーカーもなく、表現型は病期によって異なる。

脳神経内科や精神神経科の医師はこのような例が存在することを認識し、早期に診断して治療やケアに繋げることが望ましい。

レビー小体型認知症と血管性認知症

東京女子医科大学附属成人医学センター 脳神経内科 松村 美由起



今回はレビー小体型認知症と血管性認知症について説明します。

【レビー小体型認知症】

認知症の原因疾患の一つで、認知症の15〜20%とされていますが、病理診断では43%と報告されており、診断されないままの症例が少なからず存在しています。この病気は、レビー小体による神経細胞変性により認知症や身体疾患を発症する病気で、パーキンソン病はレビー小体病という同じ範疇に入る病気です。レビー小体型認知症では、このレビー小体が脳内の脳幹皮質下核、辺縁系皮質、大脳皮質に好発します。脳以外に脊髄中間外側核、末梢交感神経節、内臓自律神経系、副腎髓質にも認められ、こうした病変の広がりにより認知症やパーキンソン症状のみならず、多くの自律神経症状をきたします。

■ 症状

レビー小体型認知症は、以下の特徴的な症状がみられます。症状の一つめは認知症です。レビー小体型認知症では、記憶障害が目立たずに注意障害や実行機能障害が前景に立ちます。また、視空間認知機能も特徴の一つです。

二つめの症状は、幻覚や妄想、抑うつです。これは病初期から現れることがありますが、明らかな記憶障害がなく幻覚を訴える場合、家族や周囲からは認知症に気づかれない場合もあります。また高齢者うつ病と診断され、後にレビー小体型認知症と診断される場合もしばしばあります。

三つめの症状は、身体症状です。病変が黒質に好発するため、歩行障害や筋固縮、姿勢反射障害などパーキンソン症状をきたします。ほかに病変が自律神経系に及ぶますので、姿勢による血圧調節や高度な便秘、排尿調節障害や発汗異常など全身の自律神経症状を呈します。

意識や認知機能の時間的変容があります。日により、もしくは時間により意識や認知機能に動揺があり、はつき

【倫理的配慮】

個人情報すべて匿名化し特定されないよう十分に配慮した。また、発表に際し対象家族の同意を得た。

りとして居る時と、ぼーっとして反応に乏しい時があり、時に失神することもあります。

また、レム期睡眠行動異常症が発症に先立ち認められることもしばしばあります。

■ 診断

前記のような特徴的な認知機能の低下やパーキンソン所見(筋固縮や振戦、歩行障害や姿勢反射障害など)、早期からの幻覚や抑うつ症状などからこの病気を疑います。

検査としてMIBG心筋シンチグラフィやドパミントランスプーターシンチグラフィ検査があります。

レビー小体が心臓に分布する交感神経にも出現するため、発症早期からMIBG心筋シンチグラフィでの集積低下がみられます。また脳内ドパミントランスプーターシンチグラフィ検査において基底核での取り込み低下がみられ、ともに診断の一助となります。

■ 治療

本邦では、ドネペジル塩酸塩が認知症に対する治療薬として認められています。パーキンソン症状に対しては、ドパミン製剤による治療も行います。

また、抗精神病薬に対する過敏性があるため、幻覚や妄想に対しては他の認知症のように抗精神病薬の使用は出来るだけ控える、もしくは使用に際し

ては最小限の容量を用いるよう細心の注意が必要です。

■ ケア上のポイント

レビー小体型認知症は、高度な自律神経障害を呈します。高度の起立性低血圧や頑固な便秘、排尿障害や発汗異常がみられます。特に血圧のコントロールは難しく、便秘もあまりに放置すると腸閉塞に至ることもあり、注意が必要です。

意識の変容による、反応の違いや意識消失も認識しておく必要があります。

【血管性認知症】

血管性認知症は、脳血管障害に関連して出現する認知症の総称です。

■ 診断、タイプ別分類と所見

認知症と脳血管障害の間に時間的かつ空間的な因果関係があるものを血管性認知症と診断します。大きく凶の様にタイプ別に分類されます(図)。

多発梗塞性認知症は、梗塞の部位により失語や失行、失認、視空間障害、構成障害や遂行機能障害を伴います。Strategic single infarct dementiaは、高次機能に重要な部位に梗塞が起ったことで認知症を発症するものです。皮質領域では、角回、全大脳動脈領域、中大脳動脈領域、抗大脳動脈領域の梗

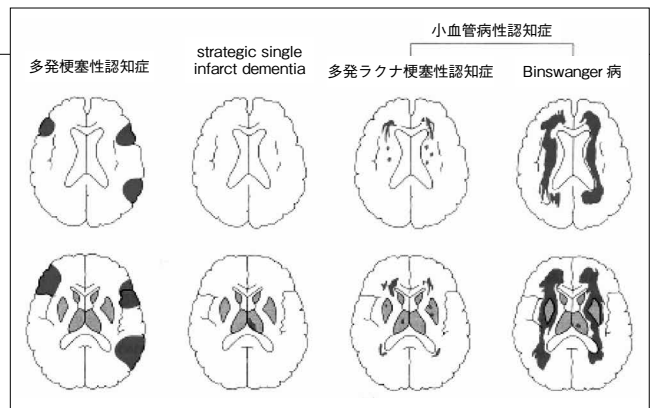


図 (認知症疾患治療ガイドライン2017より引用)

塞により、皮質下領域では、視床、前脳基底部などの梗塞で発症します。

小血管病性認知症のうち、動脈硬化症が原因となり認知症を発症するものを皮質下性認知症と呼びます。皮質下性認知症のうち、ラクナ梗塞主体のものを多発ラクナ梗塞性認知症、白質病変が主体のものをBinswanger病とい

います。血管性認知症は教科書的には階段状の症状の悪化と書かれますが、実際は徐々に進行する場合も多くみられます。他に、脳アミロイド血管症は皮質微小梗塞や皮質微小出血など様々な脳血管障害に関係することが明らかとなっており、認知症の独立した因子である

との報告もあります。

■ 治療

血管性認知症の認知機能に対する治療薬として認可されたものはありません。脳血管障害予防の治療とリスク管理を行います。脳梗塞予防のため抗血小板剤や抗凝固剤が使われますが、動脈硬化リスクとしての高血圧、糖尿病、脂質異常症などの管理も行います。

急性期病院での認知症ケア

東京都済生会中央病院 認知症疾患医療センター 浅水 香理



はじめに

東京都済生会中央病院(以下、当院)は救命救急センターを有する高度急性期医療を担う病院で、医療依存度の高いさまざまな疾患をもつ患者さんの診療にあたっています。超高齢化の中で、当院も高齢患者さんの入院割合は高くなっていますが、2025年には高齢者の5人に1人が認知症との推計が厚生労働省から示されており、認知症も

急性期病院では治療することが優

■ ケアのポイント

脳血管障害による失語症や失行、麻痺、視空間障害などがある場合、症状にあわせた対応が必要になります。失語症に対するコミュニケーションボードの活用や、麻痺がある場合、転倒の注意も必要です。

※本稿は4月23日~5月22日に実施したWeb講演会の抄録です。

しくは軽度認知障害(MCI)をもつ高齢者の入院が今後ますます増えていくことは予測されます。認知症をもつ患者さんは認知機能障害(中核症状)により、自分に起きていることや周囲の状況を判断、理解することが難しくなります。治療や検査のストレス、入院による環境変化で不安・混乱・興奮状態となってしまう

す。なかには、認知症の診断がない高齢患者が治療開始後に同様の症状がみられ、認知症を合併していることに気づかれることもあります。

急性期病院の現状

急性期病院では治療することが優

先となり、認知症をもつ患者さんに我慢や苦痛を与えてしまうこともありま

せん妄や認知症の行動・心理症状(BPSD)により、チューブ類の自己

認知症をもつ患者さんの安心・安全を守ることを、治療を無事に終え、元の生活に戻れるようになるためにも、急性

認知症ケアへの取り組み

●認知症ケアリンクナース会

リンクナースが部署内での認知症ケア実践の中心となってもらうように、認知症の勉強会や事例検討会を

行っています。

●認知症ケアチームの活動

認知症ケア加算1を算定。医師、認知症看護認定看護師、精神保健福祉士、臨床心理士が週2回、病棟へのチーム

●認知症研修会、勉強会

「落ち着かない」「暴力的になる」「夜間になると大声をあげる」など目に見える問題に対し、薬剤を使用して落ち着かせたいと対処を急ぐ看護師もいます。

●日常生活への援助

活動性低下、不眠や昼夜逆転による生活リズムが崩れ、せん妄の要因になります。また、せん妄になり不眠となることで生活リズムが崩れるようになります。

が過しやすい環境とは言えず、患者さんに合わせた環境をつくることも容易ではありません。このような環境のなかでも、試行錯誤をしながら生活のリズムを整つための援助を考えています。

少しずつ変わり始めた認知症ケア

認知症をもつ患者さんを苦手とする看護師もおり、認知症に対する考え方やケア方法が統一できない現状があります。しかし、認知症ケアに興味を持ち、認知症をもつ患者さんの気持ちを考えたケアを実践するスタッフも増えていきます。

ひとつ事例を紹介します。「認知症の70歳の女性患者さんは入院当初から看護師が近づくと大声をだし、叩く・蹴るなど攻撃性がみられました。

が理解できず、何をされるかわからない、知らない人が近づいてくる恐怖からの行動だろうと、無理にバイタルサイン測定を行わず、声をかけながら体温計や血圧計をみせ、丁寧に説明をしました。

があれば患者さんも穏やかになるんですよね」「抑制されたらいいですよ」という言葉がよく聞かれるようになり、ケアや対応方法を認知症認定看護師に相談されることも増えてきました。

おわりに

急性期病棟の当院では疾患の治療が優先となり、認知症をもつ患者さんへのケアには課題も多いです。認知症をもつ患者さんが安心して治療がうけられる病院となるように今後も努力をしていきたいと思います。

Web講演会の抄録です。

次回のWeb講演会は、7月23日(土)公開予定です。(オンデマンドで30日間開催します)

「前頭側頭型認知症・その他の認知症」

小野賢二郎 金沢大学医薬保健研究域医学系 脳老化・神経病態学(脳神経内科学)教授

「東京都江東区における認知症予防事業の実践例」

瀬藤尚文 江東区城東/亀戸ふれあいセンター統括責任者

2022年度 新会員制度のお知らせ

- 1) 年会費は 2,000円となります。
2) 認知症予防専門士を目指す方で、新規に東京都支部にご入会された方は、初回ご入会時に限り、認知症予防専門士5単位が付与されます。
3) Web講演会過去開催分(アーカイブ)を視聴することができます。
4) 最新情報(Web講演会開催、会報発行、その他)をご登録メールアドレスへお知らせします。



※詳細はホームページをご覧ください。