

認知症研修

1. 認知症とは

認知症とは、いったん正常に発達した脳の機能が継続的に低下し、記憶、判断、思考などの知的機能に支障をきたし**社会生活**が正常に営めなくなった状態を指します。

2. 認知症高齢者数の将来推計

65歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計についてみると、2012年は認知症患者数が462万人と65歳以上の高齢者の7人に1人(有病率15%)であったが、2025年には約700万人、**5**人に1人になると見込まれています。

3. 認知症の臨床症状

認知症の臨床症状として、認知症であれば必ず出現する**中核症状**と、それらに続発あるいは併発して出現する**行動心理症状(BPSD)**があります。



図1 中核症状と行動心理症状(BPSD)

4. 認知症の原因疾患

認知症症状を呈する原因疾患は以下の通りです。

神経変性疾患	アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、パーキンソン病、レビー小体型認知症、ハンチントン病、進行性核上性麻痺、脊髄小脳変性症、皮質基底核変性症など
脳血管障害	血管性認知症：脳梗塞、脳出血など、Binswanger病
頭部外傷	脳挫傷、脳内出血、慢性硬膜下血腫など
悪性腫瘍	脳腫瘍(原発性、転移性など)、がん性髄膜炎など
感染症	髄膜炎、各種脳炎、脳腫瘍、進行麻痺、クロイツフェルト・ヤコブ病、エイズなど
代謝・栄養障害	ウェルニッケ脳症、ペラグラ脳症、ビタミン B ₁₂ 欠乏症、肝性脳症、電解質異常、脱水など
内分泌疾患	甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能亢進症、副腎皮質機能低下症、透析脳症、低酸素症
中毒性疾患	薬物中毒(向精神薬、ステロイドホルモン、抗がん剤など)、アルコール、一酸化炭素中毒、金属中毒(アルミニウム、水銀、鉛など)
その他	正常圧水頭症、低酸素脳症など

5. アルツハイマー型認知症

老人斑、神経原線維変化、神経細胞の脱落などが共通して認められ、徐々に脳神経細胞が障害されて細胞死を起こし、記憶の中核である海馬を含む側頭葉を中心に脳が広範囲に障害されます。

認知症が進行するにつれて社会生活ができなくなり、最終的には寝たきりとなります。

特徴

- (1) 発症時期が特定できない
- (2) 徐々に進行し、治癒する事はない
- (3) 本人に自覚が乏しい
- (4) 高齢になるほど、発症率が高くなる
- (5) 原因はいまだ特定されていない

● 臨床経過

アルツハイマー型認知症の経過は、だいたい3つのステージに分けられます。第1期(軽度認知症)は記憶力の低下と意欲障害、第2期(中等度認知症、やや高度の認知症)は記憶障害や見当識障害の進行と神経心理学的症状の出現、第3期(高度の認知症)は全面介助から寝たきりの状態という経過をたどる事が多いのですが、発症する前の前駆症状として不安、抑うつなどを示す場合もあります。一般に、老年期に発症した場合に比べて進行がゆるやかです。

全経過は、一般には10年～15年に及び期間の年数は個人差があります。

▶ 第1期

物忘れが目立つようになります。生理的な物忘れとは様相が異なり、当然知っているべきことを忘れて、しまい忘れ、置き忘れなども生じます。また、忘れたという事実も忘れる事があり、こうした物忘れは**悪性の物忘れ**とも呼ばれています。

記憶力も徐々に低下し、昔の出来事は覚えていても、数分前の出来事が思い出せなくなります。

感情や意欲の障害、性格の変化などがみられることも特徴です。自発性が低下して身だしなみがだらしくなったり、整理整頓なども出来なくなります。社会的な出来事に関心がなくなる、それまで日課にしていたことをしなくなるといったことも目立ち始めます。

また、料理法がわからなくなる、電気・ガス・水道などの消し忘れや閉め忘れが多くなる、金銭管理が不確かになるなど、日常生活にも少しずつ障害が現れますが、この時期はまだ自立が可能です。

第1期の期間は、個人差はありますが1年～3年くらいです。

▶第2期

第1期で見られた記憶障害がさらに顕著になって記憶を保持している時間が短くなり、新しい記憶だけでなく古い記憶も障害されてきます。自分の家にいるのに、「帰る」と主張するなど場所に関する見当識もさらに著しくなり、やがて人物に対する見当識も障害され、家人の見分けがつかなくなるなどの症状を呈します。

判断力などの知的低下もみられ、些細な事に関しても合理的な判断をすることが出来なくなります。

公共料金の支払い、銀行や郵便局でのお金の出し入れ、冠婚葬祭などの付き合い、電話の対応などが出来なくなり、日常生活に大きな支障が現れます。

また、何かの目的をもって外出するものの、目的を忘れて徘徊するようなことも起こります。

失算、失書、視空間失認、観念失行、構成失行、健忘失語など、さまざまな神経心理学的症状も出現します。

第2期の期間は、2年～10年です。

▶第3期

知的機能の低下が高度になり、自発性や関心が失われ、言葉数が減る、言葉で自分の意思を伝えられない、話しかけに反応しないなどの状態になります。

やがて相手の言葉がまったく理解できないようになり、歩行も困難あるいは不能になり、いわゆる寝たきりになります。全面的な介護が必要とされ、経管栄養や点滴が必要になります。最後は肺炎などの合併症で死亡します。

身体的合併症が予防できた場合や、身体管理がうまくできた場合は第3期は8年～12年続きます。

6. 血管性認知症

かつての日本では血管性認知症が多く認められましたが、健康管理に対する社会的な関心が高まるとともに、やや減少傾向を見せています。

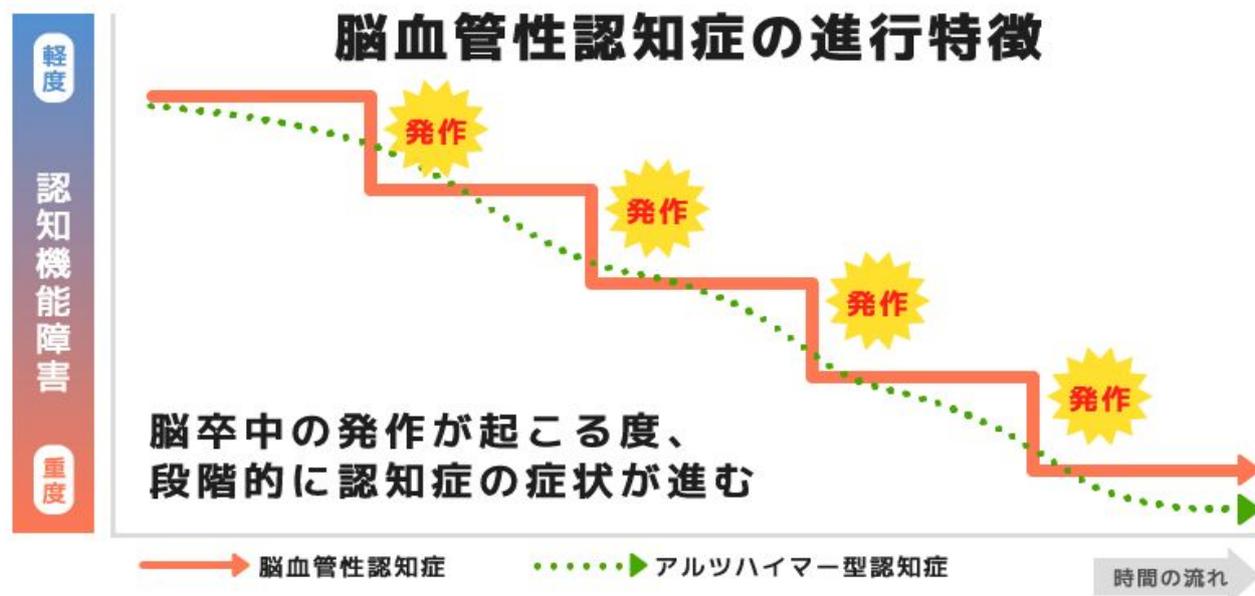
特徴

- (1) 発症時期が比較的是っきりしている
- (2) 何らかの身体疾患を有する場合が多い
- (3) 段階的に悪化する
- (4) 末期まで病識がある場合が多い
- (5) ADLの低下が認められることが多い

● 臨床経過

血管性認知症を引き起こす直接の原因は脳内の血管の梗塞あるいは出血です。脳卒中の発作を起こすことにより、脳内の神経細胞が部分的に死滅し、これによって認知症症状が出現します。

認知機能全般に障害を及ぼし得る脳梗塞をはじめ、前頭葉や側頭葉、視床、海馬など認知機能に重大な影響を充てる部位の梗塞を繰り返しながら段階的に認知症が悪化していく場合もあります。



7. 前頭側頭型認知症

以前はピック病と呼ばれていましたが、それより広い概念として前頭側頭型認知症という病名が生まれました。

特徴

- (1) 50代、60代に多い
- (2) 人格の変化が目立つ
- (3) 多動、食行動の異常が起きる
- (4) 特有の言語障害が生じる
- (5) 同じ行動を繰り返す

● 臨床経過

前頭側頭型の臨床経過は大きく3つの期に分けられます。

▶ 第1期

この時期には記憶障害や見当識障害はほとんど見られません。

最も典型的に出現するのが人格の変化で、道德観や倫理観が失われ、反社会的な行動やだらしのなさ、無頓着、意欲の低下などが現れます。判で押したような行動を繰り返します。

▶第2期

判断力などの高度な知的機能にも低下が見られます。質問に係りなく同じことを繰り返し答えるようになり、やがて失語に至ります。自発性の障害も進み、認知症症状がさらに目立ってきます。

▶第3期

精神荒廃が目立ち、無言、不潔症、歩行障害、姿勢異常、失禁、脅迫握り反射や吸い付き反射などの原始反射が出現し、末期には寝たきりになり、最後には失外套症候群に陥ります。

8. レビー小体型認知症

レビー小体というのは、黒質、青斑核、迷走神経運動核などに現れる神経細胞封入体で神経細胞の中にある α -シヌクレインというたんぱく質が固まったものです。

パーキンソン病の病理学的な特徴とされています。このレビー小体が脳幹部の神経細胞を障害するとパーキンソン病が起こり、大脳皮質に出現すると認知機能が障害されます。進行性の認知症とパーキンソン症状を合併したものがレビー小体型認知症です。

初老期、老年期に発症する事が多い疾患ですが、さらに若い年代でも起こります。進行が割合に早く全経過は1~3.4年です。

特徴

- (1) 記憶障害が初発症状であることが多い
- (2) 初期はパーキンソン症状は軽い
- (3) 幻覚や妄想をとまなう事が多い
- (4) 病末期には筋固縮や無動を呈する