

I



認知症介護研究・研修大府センター

認知症の医学的理解 裏面(補足的解説)

I.認知症の医学的理解

大府センター式コミュニケーションパックは「I.認知症の医学的理解」、「II.パーソン・センタード・ケアの理解」、「III.相談シート」の3部から構成されています。地域包括支援センターのスタッフが認知症在宅介護家族の相談に応じるとき用いる相談シートは、パーソン・センタード・ケアに基づく「認知症の症状理解に必要な5つの視点」をもとに作成されたものです。この相談シートを踏まえた会話を続ける過程で、認知症の人の行動の背景や本人の思いを家族とともに考えることができ、介護家族が抱える問題点も明らかになります。

そういう相談場面で、地域包括支援センターのスタッフが家族の認知症に対する知識不足や誤解に気づいたり、質問をうけたりしたとき、家族に対し教育的に説明するため使用するのが、この「医学的理解」のパックです。その内容は、認知症の定義、認知症の原因疾患、認知症の診断基準や診断法、認知症の症状、とくに中核症状と行動・心理症状などを含み、基本的な知識をカード形式で簡潔にまとめてあります。支援では、必要なカードだけを取り出して活用すればよく、すべてのカードの内容を説明し教育する必要はありません。なお、各カードの裏面には、スタッフがカード表面の内容を説明するのに役立つ補足的解説、あるいはスタッフに対するメッセージが記載されています。表と裏の両面を見て、このパックを活用してください。

この「医学的理解」は、スタッフの認知症に対する知識を整理するのにも役立ちます。認知症に関する啓蒙的な本を事前に1-2冊読んでもけば、「この医学的理解」パックが一層有効に活用できます。

I-①

認知症とは老化ですか？病気ですか？

痴呆という言葉は高齢者の尊厳を無視した差別的表現であるという考え方から、認知症という名称に変わってからも、まだ認知症に対する偏見、認知症であることを恥じる気持ちは根強く残っています。それが認知症の人の「閉じ込め」の原因の一つになっています。

認知症は、老化と密接な関係がありますが、単なる老化現象ではないこと、高血圧、糖尿病と同様に早期発見、早期対応、早期治療が必要な疾患であり、生活障害であることを強調して、認知症に対する偏見を払拭してください。ご本人やご家族が正確な診断に基づき認知症であることを受容することから、早期介入や支援が始まり、様々なサービスにつなげることが可能になります。

なお、認知症という用語は、認知症状が現れる病気の総称であり、認知症状が現れた時は、アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）、脳血管障害、レビー小体型認知症など基礎疾患が根本にあります。このことを説明するには、I-⑥のカードを活用してください。

I-②

認知症はどんな病気？

認知症とは、いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、記憶障害と複数の認知機能（見当識、判断力など）の障害が生じるために、日常生活、社会生活に支障をきたす状態と定義されています。

生まれつき知的機能が低下しているのは、発達遅滞であり、脳炎などの病気や外傷で知的機能が低下したのは、後遺症であって、いずれも認知症ではありません。

記憶は、短期記憶と長期記憶に大まかに分けられますが、認知症の記憶障害は、短期記憶が著しく、長期記憶はかなり進行するまで残っています。どれくらい以前の記憶が短期記憶で、どの時期からが長期記憶かという厳密な時間別の定義はありません。短期記憶は最近の記憶、長期記憶は古い記憶、昔の記憶という大づかみの理解でよいと思います。具体的には、「その日の朝食をしたことを忘れる」、数分前にした電話の内容を覚えていない」などが短期記憶の障害に挙げられます。今さっきのことは覚えていないのに、小学校時代や、若かったころの話は鮮明に覚えているという状態が認知症では普通です。

加齢による物忘れと、認知症による物忘れ

一言で説明するなら、加齢による物忘れは体験の一部分の物忘れ、認知症のもの忘れは、体験全体を忘れてしまうということです。よく使われる例は、「夕食に何を食べたかは忘れたが、夕食をとったことは覚えている」、というのが加齢による物忘れ。「夕食をとったこと自体を忘れてしまう」のが認知症の物忘れだという説明です。もう一つの例をあげると、「友人と電話した約束の一部を忘れた」というのは加齢による物忘れでよくあること。「電話内容はもちろんのこと友人に電話したことも記憶になく、忘れた自覚もない」のが、認知症による物忘れであり、友人に対しあなたと電話した覚えはないなどと言つたりします。こうなると、日常生活、社会生活にも支障をきたします。

最下段の絵で示すように、人の記憶は、過去から現在までの様々な出来事の記憶（エピソード記憶）の連続で、それがつながり物語りとなり、その人の人生歴になっているわけですが、加齢による物忘れは、エピソード記憶の一部が抜け落ちるけれども、記憶の連續性、物語りは保たれ、また何かのきっかけで思い出すこともあります。

他方、認知症による物忘れは、ある期間の出来事全体が抜け落ち、思い出すということがありません。自分がどういう行動をして生きてきたのか、つじつまの合う物語にならず、認知症本人の自信喪失、不安、焦りをきたしたり、周りとのトラブルになったりして、行動心理症状のきっかけになります。

I-④

軽度認知障害(MCI)って何ですか？

病院を受診するよりも先に、地域包括支援センターに相談を求めるケースが多く見られます。そういう場合は、認知症なのかどうかが話題になり、問題になりますので、軽度認知障害（MCI）に関する知識が必要です。

MCIは認知症の初期か正常範囲か判断に苦しむグレーゾーンの状態です。MCIの定義は表に記載したように1から3の項目を満たすことですが、2と3が認知症の定義との違いです。

MCIと診断された人の約10%は3年後に認知症に進行するというデータがありますが、正常に戻る人もありますので、MCIだからといって、必ずしも悲観的になる必要はなく、地域包括支援センターのスタッフは前向きに生活するようアドバイスすることが大切です。

I-⑤

軽度認知障害(MCI)と認知症の関係

I-④で説明した内容をわかりやすく、図で示したものです。矢印の線で示した4つの経過のうち、左端がアルツハイマー型認知症の経過としました。それより右の3つの矢印の線は、ある時期に軽度認知障害(MCI)の状態にあった人を意味します。そのMCIの状態からその後どう変化したかという「その後の経過」をみると、①アルツハイマー型認知症に発展、②その後もMCIのままで経過する人、③正常の老化に戻る人の3群に大別できます。おおよそ、それぞれが各1/3という説明でもよいと思います。

①はもともとアルツハイマー型認知症の発症前段階にあった人で、どんなに努力しても、いつかはアルツハイマー型認知症になります。②は、アルツハイマー病の可能性は少なく、③はアルツハイマー病ではなく、うつ病による記憶障害で、うつ病の改善とともに正常老化に戻った人、あるいは認知症の予防として防御因子になる活動(I-⑥)を積極的に行った人だと考えられます。

なお、I-④で示した調査報告以外の調査の数字を求められたら、「正常の高齢者は年間に1-2%が認知症に移行していくのに対し、MCIの年間移行率は平均10%である(Bruscoli L 2004)という報告を引用してください。1年でMCIの12%、4年で約半分がアルツハイマー型認知症に進行するというデータもあります。

I-④、I-⑤を一体として、説明してください。

I-⑥

認知症の原因疾患は？

認知症には必ず元になる原因疾患があります。

1996年から世界的に認知されたレビー小体型認知症の存在を1976年に世界で初めて指摘した小阪憲司先生が臨床と病理所見の両者で診断を確定した症例の原因疾患を見ると、I-⑥に記載したような頻度になります。

アルツハイマー型認知症あるいはアルツハイマー病と呼ばれる疾患は、全体の約50%を占めています。次に多いのは脳血管性認知症で約20%です。日本では、1985年ごろまでは、アルツハイマー型認知症よりも脳血管性認知症の方が多く見られましたが、1995年以降は、アルツハイマー型認知症の方が多いという報告がされています。アルツハイマー病、脳血管性の順に多いことは従来の臨床報告と共通していますが、近年はレビー小体型認知症が意外に多いことが注目され、第3の認知症として、現在、脚光を浴びています。

その他にも、前頭側頭型認知症（ピック病）といった病気などがあります。

レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症（ピック病）は、アルツハイマー病とは異なり、記憶障害より先に他の症状が出現します。レビー小体型認知症についてはI-⑭で詳しく説明します。

I-⑦

認知症が疑われたら

認知症は治らないから病院に行かないという方がいますが、実は疾患の種類によっては、治療で著しく改善したり手遅れで命に危険が生じたりする場合があります。また、認知症であっても、早期診断、早期対応、早期治療で進行を遅らせたり、一部改善したりすることもあります。専門医、専門科の診察を受けるようお勧めします。

もの忘れ外来を開設している病院では、認知症の専門医が診療を担当しておりますし、そうでない病院なら、精神科、神経内科、老年科を受診すると良いでしょう。

地域の医師会には、認知症に関する研修をうけた「かかりつけ医」や「認知症サポート医」の先生がおられます。認知症の診療をしておられる「かかりつけ医」あるいは「サポート医」への受診もよいでしょう。

★註：受診のタイミング

早ければ早いほどよい。ただし本人および家族の同意が必要です。同意を得るには、以下のような早期診断、早期治療のメリットを説明することが大切です。①認知症の原因には治癒可能な疾患もある(I-⑧)、②アルツハイマー型認知症なら薬物療法(アリセプト)により進行抑制が可能、③受診により患者本人、家族の病気に対する理解が深まるため、心の準備ができ、不安が軽減する、④様々な社会的資源のサービスを受けることができる。

なお、認知症と診断されたあとの告知は医師の重い役割です。患者を落胆と混乱に陥れないため、告知で留意すべきは、①本人が告知を望んでいるかの再確認、②家族の気持ちの確認、③告知のタイミング。受容の準備ができた時と思われる時まで待つ。

重要なこと

認知症の症状が出現する病気としては、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、正常圧水頭症、クロイツフェルト・ヤコブ病、エイズ脳症、ヘルペス脳症、多発性硬化症、ベーチェット病、腎不全、甲状腺機能低下症、アルコール中毒など多様ですが、この中には早期に治療すれば直るのに、手遅れになると命を落としたり重い後遺症を残したりする疾患があります。認知症の診断では、こういう疾患を見逃さないことが重要です。正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍はそういう疾患の代表的なもので、MRIやCTなどの画像診断で鑑別診断できます。

認知症の診断基準

記憶障害などの複数の認知機能の障害が徐々に発症し進行して、それが日常生活、社会生活に支障を来すレベルに達していることを確認すれば、臨床的には認知症と診断することができます。 I-②認知症はどんな病気?のカードを参照してください。

アルツハイマー型認知症では、脳の中で最初に障害されるのは大脳辺縁系の一部をなす「海馬」です。海馬は記憶とくに短期記憶の中核とも言うべき部位ですから、記憶障害は初発症状であり、かつ中核症状の主体になります。神経細胞の脱落はその後、前頭前野や頭頂葉など大脳皮質に広がっていきますので、記憶以外の他の認知機能の障害が出現します。見当識障害、思考力・判断力の低下、実行機能障害がそれです。さらに進行すると、失語、失行、失認など大脳の高次機能の障害が現れ、また言葉や読み書き計算の能力も低下します。

見当識とは、過去の記憶に照らし合わせて、現在の自分の状況を判断する認知機能ですが、過去の記憶が脱落している認知症では、自分をとりまく状況判断ができなくなります。見当識障害は、まず時間に関して起こり、今日は何年何月何日か答えられなくなります。ついで場所に関して起こり、今自分のいる場所が言えなくなります。何のために、どのようにして、ここに来たかを忘れるからだと考えられます。身近な人物が誰だかわからなくなる「人物に関する見当識障害」は記憶障害と高次機能の障害で生じますが、これは末期になって初めて出現します。この症状は「相貌失認」とも呼ばれます。

認知症の診断

認知症の診断手順の第1は問診による詳しい病歴で、記憶障害などの認知機能障害の有無、その程度について話を聞きます。この問診の後、神経学的診察で言語障害や運動麻痺、感覚障害、腱反射などの有無、程度を調べます。これにより認知症の原因疾患の見当をつけます。第2の手順として、心理学的・知的機能テストによるアセスメントがあります。認知症のスクリーニング・テストには様々なものがありますが、もっともポピュラーなものは、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)とMMSE (Mini Mental State Examination)です。いずれも30点満点で、HDS-Rは20点以下が、またMMSEは24点以下が認知症の可能性が高いと判定されます。手順の第3は画像診断です。CTやMRIなど形態画像は、脳梗塞、硬膜下血腫、正常圧水頭症などとの鑑別診断に役立ちます。脳全体の萎縮は高齢者では一般的な所見ですが、側頭葉内側（海馬など）だけの選択的萎縮は異常所見で、アルツハイマー型認知症の確証になります。この選択的萎縮はアルツハイマー病の初期には出現せず、相当進行してから見られますので、MRIが異常ないからといって認知症を否定することはできません。脳血流シンチは脳血流を画像にしたもの、PETは脳循環と糖代謝を画像化したもので、いずれも機能的画像です。

★最新情報：生化学的マーカーでは、髄液中のA β 1-42、タウ蛋白、リン酸化タウ蛋白の測定が役に立ちます。A β 1-42の低下、タウ蛋白やリン酸化タウ蛋白の増加はアルツハイマー型認知症を支持する所見です。ただ髄液検査は侵襲が大きく、またバイオマーカー検査がまだ研究レベルにあり、一般化的には利用されておりませんので、カードからは省略しました。

アルツハイマー型認知症の初期症状は？

アルツハイマー型認知症の初期の症状は、①から⑤の5つにまとることができます。認知症とくにアルツハイマー病では、短期記憶の障害が著しく、長期記憶は比較的保たれるのが原則ですが、長期記憶の中でも、名前や名称などの固有名詞は最初に思い出せなくなります。これは加齢による物忘れでも同様です。会話の中に「あれ」、「それ」など言葉が増えてきます。

見落とされやすいのは、趣味や関心の薄れです。おしゃれをしなくなる、身なりを構わなくなることも要注意です。職場で、計算が正しくできなくなったり、電話の取り次ぎや仕事の段取りがわからなくなったりして、仕事の間違いや能率低下が目立ち、家庭よりも先に職場で異常が気づかれていることもありますので、職場の人から話を聞くことも重要です。

情動の制御力の低下は前頭前野の障害を意味します。悲しいテレビを見ると涙もろくなることや、怒りっぽく、短気になり、家族との口げんかが増えるという状況が起こります。

なおアルツハイマー型認知症の初期症状の中でも最初に出現する初発症状としては、第1は前述のような記憶障害であり、次に、空間認知機能の低下がよく知られています。立方体の絵をうまく模写できなかったり、時計の絵を正しく描くことができなくなったりします。ときには、空間認知機能障害による症状が記憶障害より先行することもあります。このことは診断学的には重要ですが、カードでは触れていません。

アルツハイマー型認知症の経過

アルツハイマー型認知症の経過を初期・中期・後期に分けて、それぞれの時期の代表的症状を示しました。認知症の経過も症状の現れ方も、人により、また認知症の原因疾患により異なります。短期間で後期に進行する人もいれば、10年以上かかって徐々に進行する人もいます。留意すべきことは介護家族を悩ませる行動・心理症状がもっとも出現しやすい時期は中期だということです。

参考までに、別の分類を示します。細かく記憶する必要はなく、進行につれどんな症状が現れるか大づかみすれば十分です。

I期／単純なもの忘れ、判断力の低下、趣味や行動に興味がなくなる、古いやり方は定着しているが、新しく学ぶことが困難、また決断したり計画することができなくなる。被害妄想（物盗られ妄想、嫉妬妄想）。

なお認知症の初期には、「とりつくろい」、「依存性」という特徴があります。「とりつくろい」とは、記憶障害を隠すため言い訳をして体面を保とうとすること。具体例をあげると、「今日は何月何日ですか?」という質問に対し「今日は新聞もテレビも見てこなかったのですから」と言い訳をする。「依存性」とは、記憶に自信がなく身近な人に頼りすぎること、具体例をあげると、診察時に「今日は何月何日ですか?」という質問に対し「えーっと、何月でしたっけ」と付き添いの方を振り返って尋ねる。

II期／記憶障害が進行、過去と現在が混同、仕事には援助と監督が必要、徘徊

III期／日常生活が困難、馴れた動作がうまくできない、言葉が通じない、相貌失認（家族の顔を見て誰だか分からぬ）

IV期／動作・歩行が緩慢になり、寝たきり

認知症の症状は？

このカードは、介護家族との相談場面で使うこともできますが、むしろ地域包括支援センター・スタッフの知識整理のためのカードです。

認知症の症状は、従来は中核症状と周辺症状とに分けられていましたが、近年は周辺症状という用語がより具体的な内容を示す行動・心理症状 (BPSD Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) という用語に変わりました。

中核症状は脳の神経細胞の死滅に基づく症状で必ず出現します。そして、時間とともに進行していきます。

一方、行動・心理症状は、中核症状があるために生ずる心理的ストレスに基づく症状で、必ず発症するのではなく、周囲の対応や環境によって、良くなったり悪くなったりします。

したがって疾患の重症度や進行とは必ずしも平行しません。

中核症状とは？

アルツハイマー型認知症では、神経細胞の脱落は、まず側頭葉の内側にある大脳辺縁系の海馬から始まります。海馬は認知記憶の中核ですから、神経細胞の死滅・脱落に基づく中核症状は、記憶障害とくに短期記憶の障害が主体になります。

神経細胞の脱落はその後、前頭前野や頭頂葉など大脳皮質に広がっていきますので、記憶以外の他の認知機能障害が出現します。見当識障害、思考力の低下、実行機能障害が出現し、さらに進行すると、失語、失認、失行など大脳の高次機能の障害が現れます。

中核症状って何ですか？ I

中核症状のうちの短期記憶障害について、具体例を5つあげてあります。いずれも認知症の初期に日常生活の中でよく起こる内容です。例えば、料理のように、段取りをたて、いくつかの作業を並行して行う仕事では、鍋を火にかけてあることを忘れ、特に料理中に宅配に対応したりすると、鍋をこがします。これを繰り返す場合は認知症を疑います。

進行すると長期記憶の一部も障害されます。一つの例をあげると、「何年か前に母親が亡くなっていることを忘れている」

I-⑬、I-⑭との関連の中で、このI-⑯のカードを利用してください。

中核症状って何ですか？ II

中核障害のうち、記憶障害以外の認知機能障害については、見当識障害、判断力の低下、実行機能障害、失認・失行の4つをとりあげ、日常生活の中でよく見られる具体例を挙げました。

行動・心理症状 (BPSD)

行動・心理症状 (BPSD) については、I-⑯で概要を述べましたが、このカードでは、より詳しく、より視覚的に、BPSDを説明しました。具体的な症状は、○で示した不安、不眠、抑うつ、興奮、などの心理症状、幻覚、妄想などの精神症状、攻撃的言動、徘徊、不潔行為、危険行為などの行動症状です。これら行動・心理症状が起こる基盤には、認知機能の低下による中核症状が関与していますが、それだけではなく、認知症の人が感じる心理的ストレスと、健康状態や対人的、物理的環境が関与します。対人的環境では、家族や介護する人との人間関係が悪いとBPSDが起りやすく、物理的環境では、寒さ・暑さ、臭いなどの不快な環境や、転居など住環境の変化などがBPSDの原因になります。このほか、健康状態、すなわち聴力、視力などの感覚機能の衰え、あるいは他の病気の合併なども影響します。視力、聴力が低下していたり、身体の不調や便秘や発熱、脱水症状、高血圧や糖尿病など認知症以外の疾患が合併していたりすると、BPSDの原因になります。実際のところ、BPSDの原因を調べると、薬の副作用、他疾患の合併、質の悪いケアの順に多いと言われております。

したがって、行動・心理症状は認知症の人に必ず起るわけではなく、周囲の人の対応や健康状態、環境で変化します。つまり適切な対応や良いケアによりBPSDは軽減し、不適切な対応や悪いケアでBPSDは悪化します。またBPSDの程度は認知症の重症度や進行とも平行しません。

行動・心理症状って何ですか？

前カード(I-⑯)で述べた行動・心理症状の具体的な生活場面での症状を示しました。例えば抑うつ状態では、「こんなバカになってしまって、生きていても仕方がない」と毎日暗い表情で訴える。短期記憶の障害があることからご飯食べたことを認識できず「うちの嫁は私にご飯も食べさせない」と近所に言って歩く。認知症の方が、わからないことを不安に思い、日付を何回も家族に確認する。また、幻覚がある場合は、今その場にいない人の声が聞こえたり、目の前に誰もいないのに話をしているということがあります。

徘徊では、突然何か思いついたように素早く外出し、どこに行ったかわからず、見つかったときにはかなり遠くまで歩いたこともあります。妄想では、物がなくなると家族を泥棒だと思つてしまったり、配偶者が浮気をしていると疑つたり、事実ではないことを事実のように話すことがあります。

また不潔行為や、暴力行為、不眠といった症状もみられます。

認知症の症状をまとめると

I-⑯からI-⑰はワンセットで使用してください。

このカードは、I-⑯からI-⑰までの認知症の症状の内容を整理したものです。中核症状と周辺症状（行動・心理症状）という対比で、図示を試みました。

家族や周辺の人の不適切な対応 質の悪いケア

I-⑳からI-㉑のカードは、認知症の人に対する対応が適切か否か、ケアの質がよいか悪いかによって、周辺症状（行動・心理症状）がどのように変化するかを図で示しました。視覚的に強調することによって、理解しやすくしようとしたものです。

I-⑳は、家族や周辺の人の不適切な対応 質の悪いケアによって、周辺症状（行動・心理症状）が引き起こされたり悪化したりすることを図示したもので、黄色で示した周辺症状がI-㉑に比べ拡大しています。

もちろん適切な対応、質の良いケアをしていたにもかかわらず、周辺症状（行動・心理症状）が悪化することがあります。そういうときには、I-㉑で述べたように、薬剤による影響や他の疾患の合併などを考慮して、薬剤の服用の有無、薬剤の種類や量を調べ、かかりつけ医あるいは専門医と相談するとよいでしょう。

家族や周辺の人の適切な対応 質の良いケア I (パーソン・センタード・ケア)

家族や周辺の人の適切な対応 質の良いケアにより周辺症状(行動・心理症状)が縮小することを図で示したものです。このような状況になると、介護負担は著しく軽減します。こうするには、パーソン・センタード・ケアの理念に基づく対応やケアを実践するよう指導する必要があります。「II.パーソン・センタード・ケアの理解」を参照してください。

家族や周辺の人の適切な対応 質の良いケアⅡ(パーソン・センタード・ケア)

家族や周辺の人の適切な対応 質の良いケア(パーソン・センタード・ケア)により周辺症状がほとんど消失し、中核症状のみになることもあると言われています。

ただし実際に、このようになるには、医療と介護の絶妙な連携が必要でしょう。

I-⑯からI-⑰は、パーソン・センタード・ケアの理念に基づく対応やケアが行動・心理症状を減らし、介護負担を軽減するという核心になる説明であるため、多くのカードを費やしました。

脳血管性認知症の症状

認知症の原因疾患が、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症（ピック病など）である場合、アルツハイマー型認知症とは異なる症状や特徴を示すことがあります。そういう診断名の認知症在宅介護家族との相談場面では、家族から疾患に関する質問があつたり、また家族に疾患と症状を理解させたりする必要が生じます。

このカードでは、脳血管性認知症の特徴を4つの項目にまとめましたが、①と②につき補足します。片麻痺や言語障害をきたし、発症がはっきりしている脳血管障害は、脳出血や脳梗塞が多く、その後遺症として認知機能の低下を示す脳血管性認知症も診断が容易です。

これに対し、麻痺や言語障害、感覚障害がないか、あっても軽微で、発症がはっきりせず、進行も緩やかな脳血管性認知症は、アルツハイマー型認知症との鑑別診断が困難です。とくに画像で脳梗塞の所見を認めて、まったく症状を示さない無症候性ラクナ梗塞では、そうです。こういうアルツハイマー型認知症と酷似する脳血管性認知症の原因になるのは、ラクナ梗塞が最も多く、Binswanger脳症がそれに次ぎます。ラクナ梗塞は細い動脈が閉塞して起こる脳梗塞で、MRIなどの画像で多発性の小さな梗塞を認めます。階段状進行を示し、人格が保たれるのが臨床特徴です。一方、Binswanger脳症は慢性の脳循環障害により大脳白質に広範な脳虚血性障害を示す疾患で、CTやMRIで特徴的な画像所見を示します。

なお脳血管性認知症とアルツハイマー病は合併する場合も多く、実際のところ、両者の鑑別診断は容易ではありません。

レビー小体型認知症の特徴

レビー小体型認知症は、診断が難しく、認知症＝記憶障害という固定観念では見落とされます。レビー小体型認知症の中核的特徴は、①認知機能の動搖、②幻視、③パーキンソニズムの3つで、記憶障害よりも先に幻視やパーキンソニズムが出現することがしばしばです。認知機能は、日によって時間によって著しく動搖します。幻視は、「そこに女の子が座っている」「鞄の中にイヌがいる」「絨毯の中に虫がいる」など実際にはないものが見え、錯視は壁にかかっている服が「女の子に見える」など、実際とは違うものに見える現象です。パーキンソン病に見られる①筋強剛（手足の筋肉が硬くなること）、②動作緩慢、③振戦（ふるえ）、④前かがみの小幅歩行などの症候はパーキンソニズムと呼ばれます。当初、パーキンソン病と診断されて抗パーキンソン病薬を投与されても効果がなく、のちに認知症の症状が出て初めてレビー小体型認知症の診断が確定したり、合併するうつ病の症状で発症したりする場合も珍しくありません。パーキンソン病とレビー小体型認知症の共通点は、レビー小体という神経細胞内に出現する封入体を持っていることです。このレビー小体は、パーキンソン病では脳幹部に現れ運動障害を呈し、またレビー小体型認知症では大脳皮質にみられ認知機能障害を示すのが相違点です。またレビー小体型認知症は、抗精神病薬に対する感受性が亢進し、少量でも副作用が出現しやすくBPSDの原因になるのが特徴で、日常のケアで常に留意すべき点です。

★最新情報：近年、このレビー小体は主に α -シヌクレインの蓄積からなることがわかり、両疾患は、「 α シヌクレイン異常症」として一括され、近縁関係にあると考えられるようになりました。

認知症の予防 —促進因子と防御因子—

認知症在宅介護にあたる家族は、心理的にも肉体的にも介護負担が重く、とくに行動・心理症状があるときはストレスが顕著です。追い詰められた家族は健康を害したり、鬱状態になったりします。したがって、認知症の人よりも家族を優先的に支援することが重要だという意見さえあるくらいです。家族から家族自身に関わる相談を受けた場合、地域包括支援センターのスタッフは、社会資源を活用してさまざまなサービスにつないで家族の介護負担を軽減したうえで、家族の健康相談に応じる場面が生じます。また地域包括支援センターの業務である総合相談事業においても、認知症予防に関する知識が必要なります。そういうとき、この付録のカードを利用してください。

結論的に言いますと、この「認知症の予防」の骨子は、エビデンスのあるデータ（前向きコホート研究）をもとに、知的活動、社会的活動、食生活、運動、睡眠など日常生活上の注意を記したものであり、単に認知症だけではなく、脳卒中、心筋梗塞、メタボリック・シンドロームの予防にも共通するものです。

前向きコホート研究とは、ある地域の何千何万人という数の住民を健常時から何年間も追跡調査した大規模で緻密な疫学的研究で、その研究で有意の差がでたものはエビデンス（根拠）があると認められています。

なお、このデータは、全国の市町村の介護予防関係者に配布された[認知症予防・支援マニュアル（改訂版）平成21年3月「認知症予防・支援マニュアル分担研究班」研究班長 東京都老人総合研究所参事研究員 本間 昭]にも記載されています。