

認知症診療 この10年とこれから

## 認知症の症候学

### この10年とこれから

数井裕光  
武田雅俊\*

#### はじめに

症候学とは、患者の呈する症状を定義・分類し、その発現機序を考える医学の一研究分野である。患者の症状を把握し整理することは全ての疾患において診断と治療を行うための基本的な診療行為である。したがってそれぞれの医師が専門とする疾患の症状に関する知識を持つことは必須であるが、認知症疾患に関してはその研究の歴史がいまだ浅いため、症状に対する理解も発展途上である。本稿では、まず認知症の症候学におけるこの10年の流れを振り返る。その後、これからの10年間に必要となるであろう

観点について述べたい。

#### この10年の流れ

##### 1) 疾患概念の確立のための症候学

この10年間の大きな流れの一つは、認知症の原因疾患の整理と各疾患の疾患概念、および臨床診断基準の確立のための症候学である。現在では、認知症患者の診断は認知症であるという状態診断にとどまらず、認知症の原因疾患を特定することが必要であるということは広く認識されている。しかし10年前までは認知症患者の診断名に「老年（期・性）痴呆（認知）症」と

堂々と書かれることも稀ではなかった。またア

ルツハイマー病 (Alzheimer's disease : AD) と血管性認知症以外の認知症についてはあまり知られていなかった。すなわち、この10年間で認知症の原因疾患には様々なものがあること、そして治療的介入および生活支援を適切に行うためには鑑別診断が重要であることが啓発された。これと並行して各々の認知症の診断を行うための臨床診断基準、例えば前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal Lobar Degeneration : FTLD)<sup>1)</sup>、

レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies : DLB)<sup>2)</sup>、特発性正常圧水頭症<sup>3)</sup>などの診断基準が作成された。これら臨床診断基準の多くは、それぞれの疾患でよく認められる臨床症状を列挙し、それらの有無を確認するよう求めるものである。したがって各疾患の診断基準に明記されている症状、例えば「遂行(実行)機能障害」、「認知機能の変動」、「脱抑制」、「連合型失認」の理解が必要となり、症状の理解を進

める契機となった。

またこれらの症状が患者の日常生活においてどのような障害を起こし得るのかを理解し、対応策を講じる際には原因となる症状に応じて検討するという態度が重要であることも知られるようになってきた。例えば、ADで認められる徘徊とFTLDで認められる常同的周遊とは一見類似しているが、発現機序が異なるため対応法も異なるというようなものである。さらに認知機能障害を中心に認知症の症状の脳内基盤を明らかにする研究もなされ、ADの記憶障害と側頭葉内側部の障害との関連<sup>4)</sup>などが明らかになった。

## 2) 症候学の啓発

この10年間に患者の家族介護者、介護施設の職員、かかりつけ医になることが多い非専門医に対して症候学の啓発が行われてきた。認知症患者数は急増しているが、専門医の数はいまだ

少ないため、全ての認知症患者に対して専門医が主となって診療することは困難である。また実際に患者と長く接しているのは家族介護者、介護施設職員である。そこでこれらの人にこそ症候学を理解してもらい、患者の予後や生活の質をよくする対応や治療を行ってもらう必要があるのである。

## これからの10年

### 1) 機能代償の視点からの症候の理解

これまで認知症の症状は、脳機能障害による欠損症状としてとらえられることが多かった。しかし脳では、一部が障害されると、その障害を補おうと他の部位が賦活することがある。例えば、DLBの幻視には、一次視覚野の障害とより高次の視覚連合野の賦活の組み合わせが関与している可能性が指摘されている。今後はさらに認知症の症状の発現機序を脳機能の欠損と賦活の両面から考えるようになるであろう。取

り繕い行動、妄想などはこの観点からのほうが理解しやすいかもしれない。

### 2) 精神行動障害の症候学

認知症の臨床症状は認知機能障害、精神行動障害、神経学的異常に分類される。これまでは認知症の中核症状である認知機能障害に最も関心が持たれてきた。しかし精神行動障害も認知機能障害と同様に、あるいはそれ以上に患者本人の予後や生活の質、介護者の介護負担感や生活の質を悪化させる。したがって精神行動障害の病態機序を解明し、治療法の開発につなげることは重要なテーマである。次の10年は精神行動障害の症候学が中心になるのではないかと思う。

### 3) 症候の個体差

この10年間は臨床診断基準の作成をはじめとして共通する症状に関心が持たれてきた。しか

し臨床的には典型的な患者に出会うほうが珍しくらいで、症状の個体差は著しい。この個体差を形成する要因として、障害部位や範囲の差、代償機能の差などが考えられる。また人は全て異なった人生を送り、異なった経験をしている。これら個人の経験の差、すなわち脳に蓄えられている情報の差が症状の発現に影響するとも考えられる。難問ではあるが次の10年は症状の個体差に関心が持たれ、個体差を形成する様々な因子について徐々に解明されていくと思われる。

#### 4) 治療による改善

現在、わが国においては認知症に対する薬物治療はADに対するドネペジル塩酸塩しかない。しかし今後10年の間にADに対しては疾患修飾治療薬が使用されるようになるであろう。他の認知症に対しても治療薬の開発が進むと思われる。複数の治療薬が使用可能になるとそれぞれの薬剤の使い分けが必要になる。それぞれの薬

剤によつて改善しやすい症状と改善しにくい症状が異なるかもしれない。すなわち症候学の観点からは薬物治療による症状の変化にこれまで以上に関心が集まると考えられる。逆に薬剤毎の効果の差を比較することによつて特定の症状の発現メカニズムが明らかになるかもしれない。これらの研究には様々な症状を定量的に計測できる評価法が必要となり開発が進むと思われる。その一方で認知症の患者数はさらに増加するため、臨床現場では簡便性を兼ね備えた評価法も求められるであろう。

#### おわりに

以上症候学について過去と未来を考えてみた。様々な検査法や治療法が開発されても、臨床の基本は認知症患者の臨床症状を的確にとらえ、診断と治療に生かし、さらに治療の効果を判定することである。認知症患者がさらに増加していく近未来において認知症の症候学的な知識を

ならに多くの医療者や介護者に広めることがわれわれ、専門医の努めであろう。

大阪大学大学院医学系研究科 講師

内科系臨床医学専攻

情報統合医学講座精神医学

大阪大学大学院医学系研究科 教授

内科系臨床医学専攻

情報統合医学講座精神医学

## 文献

- 1) Nearly, D., et al. : Frontotemporal lobar degeneration : a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51,1546~1554(1998)
- 2) McKeith, et al. : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65, 1863~1872(2005)
- 3) 日本正常圧水頭症研究会特発性正常圧水頭症診療ガイドライン作成委員会・特発性正常圧水頭症診療ガイドライン、メジカルレビュー社、大阪、2004年
- 4) Mori, E., et al. : Medial temporal structures relate to memory impairment in Alzheimer's disease : an MRI

volumetric study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 63,214~221(1997)

5) Imamura, T., et al. : Visual hallucinations and regional cerebral metabolism in dementia with Lewy bodies (DLB). *Neuroreport*, 10, 1903~1907(1999)

6) Mori, T., et al. : Correlation of visual hallucinations with occipital rCBF changes by donepezil in DLB. *Neurology*, 66, 935~937(2006)

