

みられ、特徴的なものとしては「物盗られ妄想」があり、近時記憶障害や時の見当識障害と組み合わせてみると、ADを鑑別しやすいのではないかと考える。

実臨床では脳小血管性の白質の虚血性病変とラクナ梗塞を伴っているADが多いという印象を持っている(図3)。そこで、脳小血管病変(SVD)のADに与える影響をみたところ、SVD合併ADの方がNPI(Neuropsychiatric Inventory)合計スコアが有意に高く、精神症状の高頻度な出現を示していた(図4a)。さらに、NPI下位項目別にみると、SVD合併ADでは妄想とうつのNPIスコアが有意に高く、また有意差はないもののアパシーは両群ともに高スコアであった(図4b)。

また、初期DLBの認知機能障害の特徴は症状の変動であり、記憶障害や見当識障害はあまり目立たないものの、視覚性の認知機能障害が早くから目立つ。さらに、精神症状では幻覚、妄想、それに基づく興奮、抑うつ、レム睡眠行動障害が出現してくるとDLBが強く疑われる。加えて、DLBはADよりも転倒しやすく、嚥下障害や食欲低下などの食行動異常が高頻度にみられるとされている。

さらに、65歳までの若年者の発症が多いFTLDであるが、FTDでは脱抑制や反社会的な行動として万引きなどがみられ社会的なトラブルが非常に多い。加えて、常同行動や食行動異常も目立ち、これらの行動と入り混じって自発性の低下やアパシーも早くから出現する。ADと比べると食欲、嗜好、食習慣に対する食行動異常の頻度が高く、食行動と常同行動をみると鑑別しやすいのではないかと考える。

ADは対応策のない疾患ではなくなっている

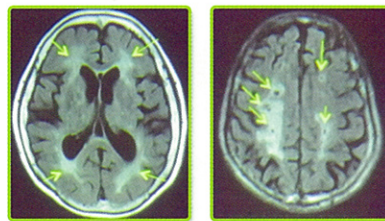
ADの治療においては、早期に確定診断した後、認知機能障害に対してはわが国で2011年に承認されたガラントミンをはじめとしたアセチルコリンエステラーゼ(AChE)阻害薬をできるだけ早く投与開始することが重要である。また、BPSDに対しても、昼夜のリズムを整えたり、家族や介護者を教育したりするなど、それぞれの症状に対応できるようになってきているため、ADは対応策のない疾患ではなくなっているといえる。

認知症の診断における“症候学的重要性”

認知症の診断では、せん妄やうつ病などの認知症類似の症状を呈する精神障害との鑑別や、ADやDLB、血管性認知症などの原因疾患を診断することが重要になる。しかし、そのために必ずしも負担の大きい検査は不要であり、疾患に特徴的な認知機能障害のパターンや行動特徴を診察や検査の場面から把握することが必要になる。特に、精神症状に関しては診察場面だけでは捉えきれないため介護者からの情報も欠かせない。認知症医療では、これらを踏まえて治療計画を立案し、地域で包括的にマネジメントしていくことが重要であるといえる。

図3. 脳小血管病(SVD)

- ・白質高信号域(white matter hyperintensities; WMH)及びラクナ梗塞を包括した概念



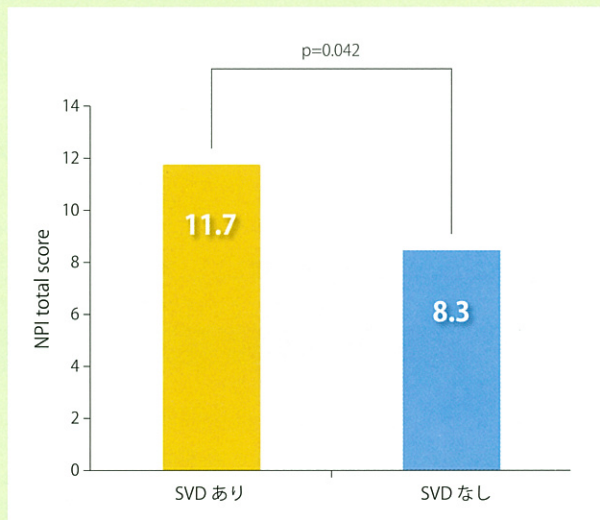
WMH ラクナ梗塞

- ・高齢者の脳MRIにおいて、しばしば認められる
- ・脳小血管の動脈硬化に起因しており、年齢および血管危険因子に伴って増加する

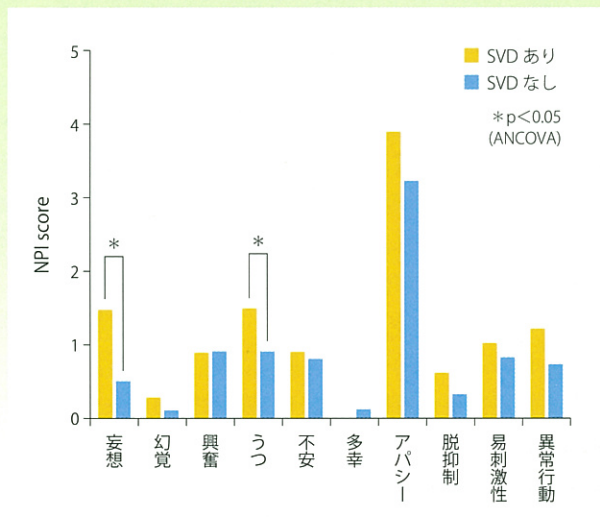
池田学先生ご提供

図4. SVDのADに与える影響

a. NPI合計スコアの比較



b. NPI下位項目スコアの比較



Ogawa Y. et al.: Int J Geriatr Psychiatry, 2012 (in press)