

帝京大学医学部脳神経内科学主任教授 小林俊輔

編著

ケースで 学ぶ 認知症の 診かた

船山道隆

足利赤十字病院神経精神科部長

中外医学社

序

編者が医者になった頃、認知症は「痴呆」とよばれていました。その言葉が示すように、当時は社会の理解も浅く、学問としても、さまざまな認知領域の障害が混在するその症候からは学ぶべきものが少ないと考えられていた時代でした。治療の手段も限られ、患者さんはしばしば取り残されていたように思います。しかし、その後の認知症診療は大きく変わりました。病態理解から画像診断、バイオマーカー、治療薬の開発に至るまで、その進歩には目を見張るものがあります。本書を企画したのはちょうどレカネマブが承認される頃でした。原稿が集まり始めるころにはドナネマブも承認されました。そのため校正段階で、Aβ抗体薬に関する記載を可能な範囲でアップデートしました。医療が絶えず進歩する中で、本書の内容も時間の経過とともに古くなることは避けられないでしょう。しかし、ひとつひとつの症例の中には、時代を超えて学ぶべき本質が息づいています。その本質に向き合い続けることこそが私たちの使命だと思います。本書はそのような思いのもとに、最先端の研究成果を踏まえつつ、実際の症例を通して理解が深められることを意図して編集しました。

この序文を読んでくださっている方には、まず Chapter 1、松田 実先生による「認知症のみかた」をお読みいただきたいと思います。読まなければ絶対に損です。医学が science であると同時に art であるように、認知症診療もまた、バイオマーカーなどの生物学的側面だけでなく、患者さん一人ひとりの人間としての側面に向き合う姿勢が求められます。認知機能が壊れゆく中で変容をきたした人間性、家族関係、社会的立場に、私たちはどのように関わることができるか。松田先生はこれを「人生行路的認知症観」と表現されています。臨床家がいかに認知症の患者さんと向き合うべきか、当たり前でありながら最も大切なことが、実に的確に述べられています。稀代の臨床家から次の世代へ向けた熱いメッセージとして、どうかその言葉を深く胸に刻んでいただきたいと思います。

本書の中心となるのは、症例提示に基づいて疾患を解説した Chapter 3 です。64 項目を A から E の 5 つのカテゴリーに分類しました。分類の意図は各カテゴリーの冒頭に示しましたが、読者が本書を活用される際の道標になれば幸いです。カテゴリー A（Common な認知症の common な臨床型）は、日常診療で最もよく遭遇

する病型であり、初学者はまずここから読むことをお勧めします。カテゴリー D (Treatable な認知症) は、見落としてはいけない疾患群であり、改めて確認しておきたい領域です。カテゴリー B (Common な認知症の atypical な臨床型) と C (Rare な認知症) は頻度こそ少ないものの、専門医であれば数年に一度は遭遇する重要な病型を含みます。稀な疾患をすべて網羅したわけではありませんが、重要な疾患を紙面の許す限り収載しました。またカテゴリー E (Dementia mimics) は、認知症として紹介されることがあるけれども、実際には認知症ではない疾患を取り上げました。診断力が問われるとともに、treatable なケースも多く、非常に重要なカテゴリーです。これらの分類は絶対的なものではなく、その概念は時代とともに変化していくでしょう。例えば A β 抗体薬の登場により、Alzheimer 病はすでに treatable な疾患となりつつあります。今後さらに治療が進歩し、すべての認知症が treatable になる日が来ることを願ってやみません。その時まで私たちは科学的エビデンスに基づきながら、患者さん一人ひとりの人生行路を理解し、支えていかなければなりません。本書がその両面から読者の臨床に資することができれば、編者としてこれにまさる喜びはありません。

最後に、多忙な臨床の合間を縫って原稿をご執筆くださった先生方に心より感謝申し上げます。そして、毎月会議室を借りて、編者の原稿整理を手伝ってくださった中外医学社の鈴木真美子様の、あたたかく粘り強いご支援にこの場を借りて深く御礼申し上げます。

2025 年 10 月

小林 俊 輔
船 山 道 隆

10

血管性認知症

[典型例: 症候・診断]

船山道隆

CASE

現病歴

来院時 50 歳代前半の男性。長期間にわたって高血圧を指摘されていたが、治療を怠っていた。家族歴に神経疾患は認めなかった。リネンの工場に勤務していた 3 年程前から仕事上のミスが多くなり、2 年前に退職を余儀なくされた。単身生活であったが、次第に生活管理が困難となり、数カ月間にわたり入浴をせず、排泄の管理もできない状態となった。金銭管理ができずに光熱費などの支払いを忘れ、自宅のガスや電気が止まってしまった。このような状況の中、近所の民生委員が本人を外来に連れてきて、初診となった。

初診時現症

意欲の低下が認められ、こちらからの問診には受動的に応じるのみであり、医師からの質問にはうなずいたり簡単な返事があったりするものの、情報量のある会話には至らなかった。「食事は摂れていますか」という医師からの質問に対して、数秒してから「食べれている」などとの返事がある程度であった。抑うつ気分の有無を問うと否定し、表情や行動からもうつ病は否定的であった。幻覚や妄想も認めなかった。明らかな神経症状は認めなかった。血圧は 179/109 mmHg と高かった。

症状のポイントと鑑別

未治療の高血圧があり、意欲の低下や注意障害や思考速度の低下が認められたことから、脳血管性認知症が鑑別のひとつに挙がった。治療可能な認知症 (treatable dementia) や他の認知症との鑑別が必須であり、血液検査と画像検査を行った。

検査

血液検査（電解質、血糖値、ビタミン B₁と B₁₂、甲状腺機能、アンモニア、HIV、梅毒、膠原病関連を含む）では、血清クレアチニン値が 2.0 mg/dL と異常値であった。長期にわたる高血圧の既往、その後施行した超音波検査での腎実質エコー輝度の上昇から、高血圧による腎硬化症と診断された。心電図では心房細動などの不整脈は認められなかったものの心肥大が示唆され、心臓超音波検査では高血圧性心肥大が認められた。このように、高血圧による合併症が目立った一方で、HbA1c (NGSP) は 5.7% と糖尿病は認めなかった。Mini-Mental State Examination (MMSE) は 12 点であった。可能であったのは場所の見当識の一部、単語および文の復唱、呼称、口頭命令、読解、模写のみであり、意欲の低下と注意障害が検査成績の低下に影響していた。

頭部 MRI FLAIR 画像 **図1** では多数のラクナ梗塞に加えて脳室周囲の高吸収域を認めた。MRA では明らかな血管狭窄は認めなかった。

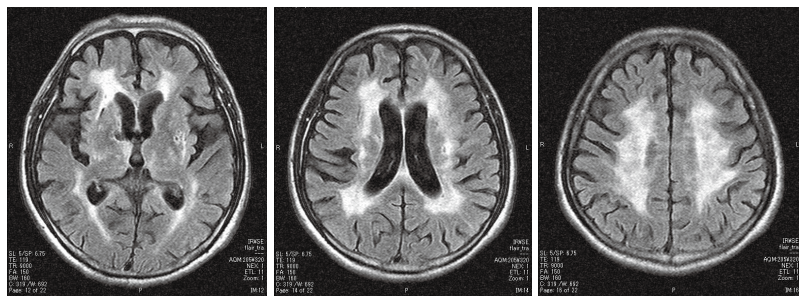


図1 頭部 MRI FLAIR 画像

診断

高血圧を背景とする脳小血管病性認知症。

その後の経過

当院に入院となり、血圧のコントロールを目的にアンジオテンシン受容体拮抗薬とカルシウム拮抗薬を投与し、血圧は 140/90 mmHg 未満に下がった。身体面と生活面のリハビリテーションを行ったものの、病棟内での生活でも活動性が低く、歯

61

非けいれん性てんかん重積発作
(Non-convulsive status epilepticus: NCSE)

小林俊輔

CASE

現病歴

60歳代後半の男性が呼吸苦を主訴に内科を受診した。全身浮腫、胸水、腹水の貯留を認め、血液検査では高度の低蛋白血症があり、ネフローゼ症候群の診断で入院となった。ネフローゼ症候群に対してステロイド治療を開始した翌日、朝食時には特に変わった様子はなかったが、10時頃から急に「迷惑だと思うけど家に帰ります」と言い、看護師を押しつけて無理やり帰ろうとした。内科主治医が患者に、退院するのは無謀で治療の必要があることを説得するも、会話が噛み合わなかった。たまたま通りがかった脳神経内科医が内科主治医から、「急に認知症の症状が出てきたのですが」と相談を受けた。患者に「ここがどこだかわかりますか」と尋ねると無言で、「お帰りになるご自宅の住所を教えてください」と尋ねると「わからない」と答えた。「クジラは空を飛びますか」と尋ねると「そんなことを急に言われても」と言った。引き続き脳神経内科にて評価を行った。

既往歴・併存症

糖尿病、慢性腎不全。

初診時現症

時間、場所の見当識が失われ、自分の名前も別名を名乗った（問いかけた医者 of ネームプレートにある名前を答えた）。診察に対して注意は維持できており、質問に対する反応も素早かった。傾眠はみられず、むしろ興奮状態であった。順唱は3桁、逆唱は全くできなかった。神経診察では粗大な麻痺はなく、眼球運動は正常、アステリキシスを含め不随意運動はみられなかった。腱反射は正常で病的反射を認めなかった。1時間後には時間、場所、名前を含め正しく答えることができるようになり、この時は「クジラは空を飛びますか」の質問には「もちろん飛ばない」と言った。5物品の呼称はすべて正解した。順唱5桁、逆唱3桁が可能であった。家に帰

りたいのかを尋ねると、「ネフローゼの治療が始まったばかりなのでまだ入院が必要です」と答えた。異常言動の出現と消失を数十分から数時間で繰り返した。

.....

診断のポイントと鑑別

急性発症の異常言動、見当識障害、理解障害が変動をもって出現している。腎不全や肝不全、低血糖や高血糖による代謝性脳症、ステロイド誘発性せん妄、高血圧性脳症、認知症を背景とするせん妄などが鑑別に挙がる。本例ではネフローゼ症候群による胸腹水貯留やステロイド治療、入院による環境変化などせん妄を誘発する要因がある。一方で、このような状況で非けいれん性てんかん重積発作 (non-convulsive status epilepticus: NCSE) を鑑別に挙げる必要がある。一点凝視、瞬目の繰り返し、口部の自動症、ミオクローヌスなど、NCSEを示唆するわずかな徴候がないかを注意深く観察する。

検査

血液所見は白血球 8,690、赤血球 387 万、Hb 12.0 g/dL、血小板 36.2 万。血液生化学所見は、総蛋白 3.8 g/dL、アルブミン 0.9 g/dL、尿素窒素 35.3 mg/dL、クレアチニン 2.32 mg/dL、Na 140 mEq/L、K 4.4 mEq/L、Cl 104 mEq/L、AST 19 U/L、ALT 18 U/L、 γ GTP 28 U/L、血糖 315 mg/dL であった。頭部 MRI では左頭頂葉に陳旧性脳梗塞像がみられた。脳波検査では 3~5 Hz の多形性高振幅 δ ~ θ 波が全般的に律動的にみられた **図1**。また、左頭頂葉に焦点をもつ棘徐波を認めた。

診断

非けいれん性てんかん重積発作 (non-convulsive status epilepticus: NCSE)。

その後の経過

レベチラセタム 1,500 mg を投与したところ、翌日以降、異常言動は消失し、脳波も正常化した。



生活に直結する利用可能な社会資源について

認知症に関係する支援は、介護保険サービスや障害福祉サービスなど生活を支える支援、傷病手当金や失業給付や障害年金など経済面の支援、難病医療費助成制度や自立支援医療制度などの医療費に関する支援など多岐にわたる。医師がすべてを把握することは困難であるので、医療機関ではソーシャルワーカー、地域包括支援センターなどのケアマネージャー、基幹相談支援センターにつなぐことが必要な場合が多い。その他、認知症疾患医療センターや認知症カフェなどで介護者同士の交流が図れることもある。

■ 日常生活と社会生活の支援: 介護保険サービスと障害福祉サービス

認知症の支援で最も利用されている介護保険サービスは、認知症の人およびその介護者の日常生活を援助するサービスである。デイサービスやデイケア、訪問での介護や看護やリハビリテーション、さらにはショートステイ、グループホーム、特別養護老人ホームなどの入居施設などと幅広い。福祉用具のレンタルや住宅改装費の支給といった制度も利用できる。障害福祉サービスは介護保険サービスと重なるサービスが多いが、より若年者に向けていること、さらに福祉的就労を含めた社会生活を保つ目的があることに違いがある。したがって、若年発症の場合は、介護保険サービスの前に障害福祉サービスの利用を検討することがお勧めである。

■ 経済面の支援

若年発症を中心に、就労困難時の傷病手当金や退職した後の失業給付、障害年金、障害者手帳による税金などの控除や減免、子どもの就学資金などが適用される。障害者手帳を用いることによって障害者雇用での就労につなげることも可能である。医療費に関しては、医療費や介護サービスの自己負担額が上限額を超えた場合の高額療養費と高額介護サービス費の利用、さらには難病医療費助成制度や自立支援医療制度などで医療費の減免が可能である。その他、生活福祉資金貸付制度、子どもの就学資金、住宅ローンの支払い免除、生命保険での高度障害保険金、特別障害者手当、生活保護などが適応になることがある。

■ 成年後見制度

認知症の人は、不動産や預貯金などの財産管理、介護サービスや施設への入所に関する契約、遺産分割の協議が困難になるだけでなく、自分に不利益な契約であっても契約を結んでしまうなど悪質商法の被害にあうおそれもある。このような