

認知症の理解

北海道保健福祉部福祉局

高齢者保健福祉課

医療参事 医師 杉澤孝久

本日の説明の主な内容

- ▶ 病気としての認知症の概要
 - ▶ 認知症の原因
 - ▶ 診断と治療・予防
- ▶ 認知症患者への対応
 - ▶ 新しい認知症観
- ▶ 認知症基本法の概要と今後の対応

認知症の概念

〔基本知識1〕

認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

- ※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患(うつ病や統合失調症など)では説明されない
- ※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期には記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている

認知機能の障害

〔基本知識5〕

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からない、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等

認知症

脳の障害

中核症状

(記憶障害、実行機能障害、注意障害、視覚認知障害など)

身体的要因

環境的、心理
社会的要因

行動・心理症状 (BPSD)

(うつ状態や妄想のような精神症状や、
日常生活への適応を困難にする行動)

「あなた、私の財布を盗ったでしょう？」

「私をのけ者にしようと皆がたくらんでいる」

物を投げる、大声や暴言を吐く、暴れる、叩く、かみつく

認知症の症状と要因・誘因

〔基本知識6〕

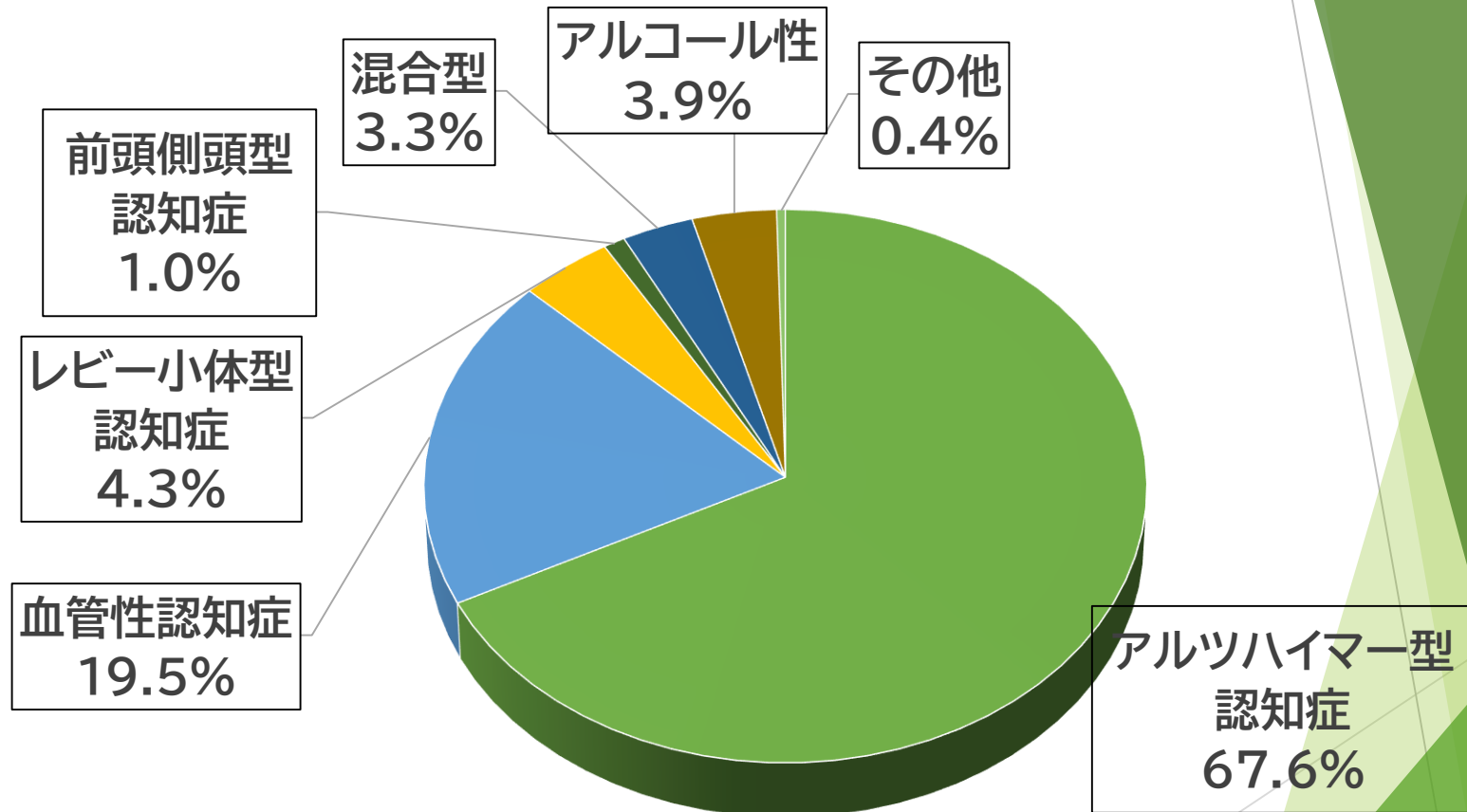


要因・誘因(主なもの)

身体的要因	基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用等
環境的要因	なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激(音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など)
心理・社会的要因	不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし

認知症の原因疾患

〔基本知識2〕



都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応(平成25年5月報告)

認知症患者の統計

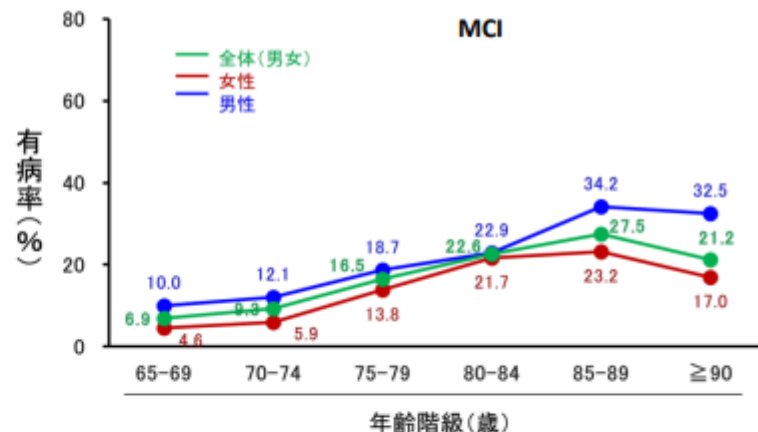
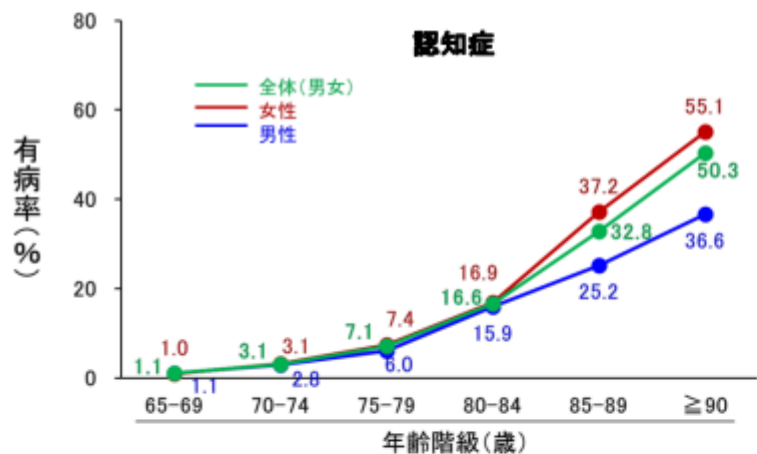
認知症および軽度認知障害(MCI)の高齢者数と有病率の将来推計

- 2022年に認知症の地域悉皆調査(調査率80%以上)を実施した4地域(福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町)において、新たに推計した、2022年の高齢者における認知症有病率(性年齢調整後)は、12.3%であり、また、高齢者におけるMCI有病率(性年齢調整後)は、15.5%であった。
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2040年の認知症患者高齢者数は584.2万人、MCI高齢者数は612.8万人と推計された。

※ 軽度認知障害(MCI):もの忘れなどの軽度認知機能障害が認められるが、日常生活は自立しているため、認知症とは診断されない状態。

認知症とMCIの有病率の合計値は約28%(2022年時点)であり、「誰もが認知症になり得る」という認識のもと、認知症になっても生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、認知症バリアフリーの推進、社会参加機会の確保等、認知症基本法に掲げる理念・施策の推進に取り組んでいくことが重要。

年齢階級別の有病率(2022年時点)



高齢者数と有病率の将来推計

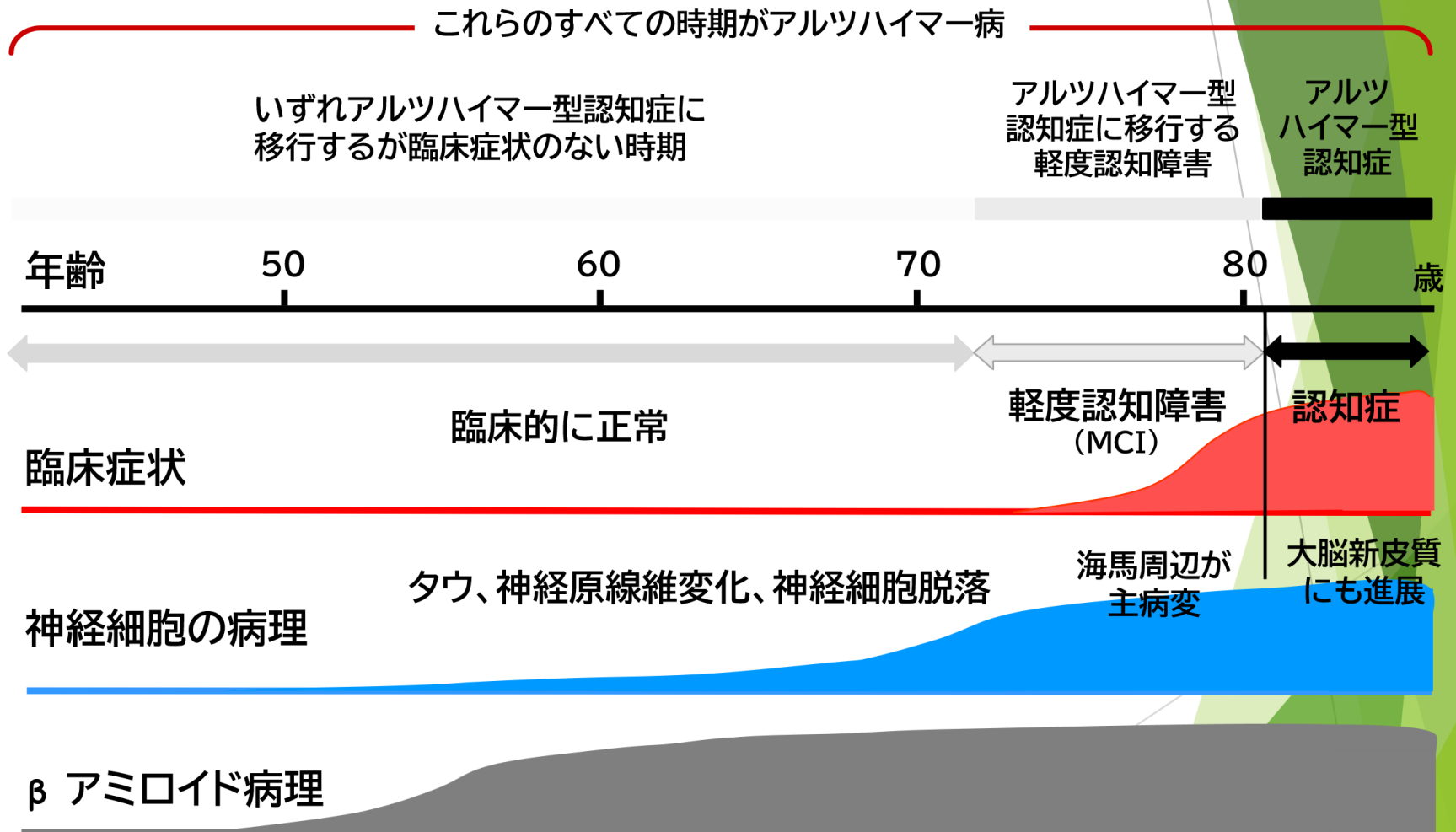
年	令和4年(2022)	令和7年(2025)	令和12年(2030)	令和22年(2040)	令和32年(2050)	令和42年(2060)
認知症高齢者数	443.2万人	471.6万人	523.1万人	584.2万人	586.6万人	645.1万人
高齢者における認知症有病率	12.3%	12.9%	14.2%	14.9%	15.1%	17.7%

年	令和4年(2022)	令和7年(2025)	令和12年(2030)	令和22年(2040)	令和32年(2050)	令和42年(2060)
MCI高齢者数	558.5万人	564.3万人	593.1万人	612.8万人	631.2万人	632.2万人
高齢者におけるMCI有病率	15.5%	15.4%	16.0%	15.6%	16.2%	17.4%

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

〔基本知識10〕

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している



アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識11〕

【初期に多い症状】

- **記憶障害が目立つことが多い**
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- **遂行機能障害を周囲に気づかれる**
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- **日付や場所の見当識障害が目立つこともある**
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- **精神症状が先行する、もしくは伴うことも多い**
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的局所徴候はない
- **取り繕いや振り返り徴候がある**
- **病識の自己評価が正確にできず、症状を否認しがち**

血管性認知症の診断

〔基本知識12〕

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

- A. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある

※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

血管性認知症の早期発見のポイント

〔基本知識14〕

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも**遂行機能障害が目立つ**
(記憶力はある程度保てているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序よくできなくなったなど)
- **動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠**などが脳血管障害のエピソード後に持続する

【特徴的な所見】

- 脳血管障害に伴う**局所症状**(麻痺、嚥下障害など)を認める
 - 脳血管障害を起こすたびに**階段状に悪化している**
 - **斑な認知機能障害、歩行障害や構音障害**など
- ※ 多発性ラクナ梗塞やビンスワンガー病といった深部白質の虚血性病変(小血管病)では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある

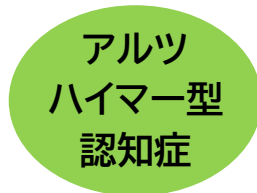
注意 古い情報です

- ▶ 脳血管性痴呆（脳血管性認知症）
 - ▶ 日本人で最も多い
 - ▶ 50歳代以降の男性に多い
 - ▶ 階段状に進行、急激に悪化
 - ▶ 昨日までとうに問題無かった人が、部屋でたき火
 - ▶ 麻痺や知覚障害を伴うことが多い
- ▶ 老年痴呆（アルツハイマー型認知症）
 - ▶ 女性に多い
 - ▶ 徐々に進行
 - ▶ 人格の崩壊顕著

血管性認知症の考え方の変化

〔基本知識13〕

これまでの考え方



脳血管障害

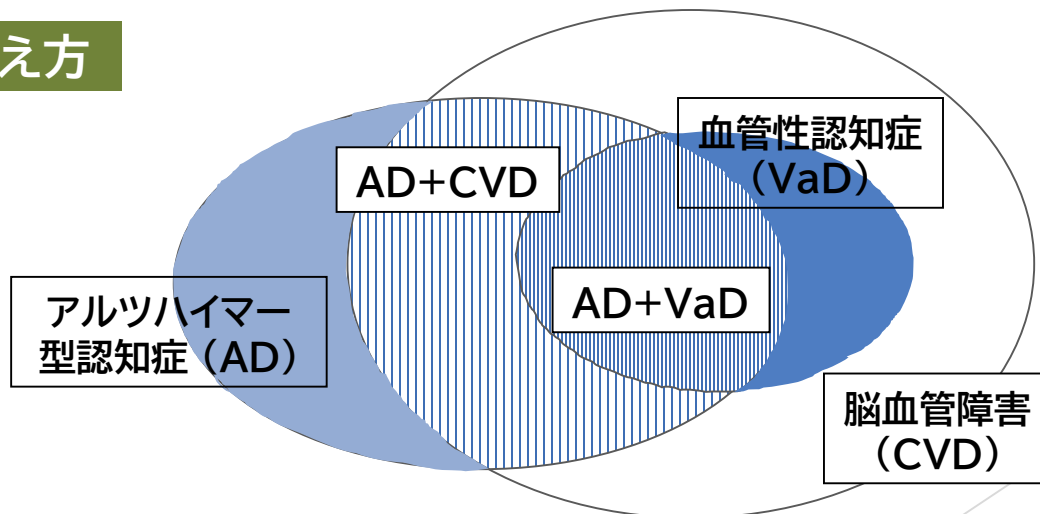
脳卒中の既往があれば 血管性認知症

画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症

画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症

運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症

最近の考え方



長田の図を改変

認知症診断の流れ

〔基本知識26〕

認知症の疑い・認知機能障害の疑い

除外

認知症と鑑別
すべき状態や
疾患

- ◎ 加齢による健忘
- ◎ 軽度認知障害
- ◎ せん妄などの意識障害
- ◎ うつ病
- ◎ 薬剤による影響
- ◎ アルコールによる影響
- ◎ 他の精神障害

除外

治療により
改善が見込まれ
る認知症

- ◎ 内分泌・代謝疾患
- ◎ 炎症性疾患
- ◎ 正常圧水頭症
- ◎ 脳腫瘍
- ◎ 慢性硬膜下血腫
- ◎ てんかん

認知症

認知症の治療

▶ アルツハイマー型認知症の治療

- ▶ ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンが軽度および中等度のアルツハイマー病
- ▶ ドネペジルの高用量治療やメマンチンが高度のアルツハイマー病に使用
- ▶ レカネマブ（アミロイドβに対する抗体薬）2024年承認
適応基準が厳格に決められている
副作用（脳出血）の頻度が高く、高度な検査や治療が行える医療機関に限定して承認されている

▶ 血管性認知症の治療

- ▶ 糖尿病の治療
- ▶ 高血圧の治療
- ▶ 脂質異常症の治療
- ▶ 不整脈の治療
- ▶ 生活習慣の改善

抗アミロイドβ (Aβ) 抗体薬治療までの手順概要

かかりつけ医等



鑑別診断

各種検査



MCIもしくは軽度認知症



MRI

神経心理検査 CDR/MMSE

※アミロイドPET/※脳脊髄液検査



#抗Aβ抗体薬投与

かかりつけ医や（初回投与機関以外の）専門外来等
における検査と診断

- 内科疾患、精神疾患、脳腫瘍等の除外など
- 軽度認知障害(MCI)・軽度認知症かどうか
- アルツハイマー病らしいかどうか

原因としてアルツハイマー病が疑われる

抗Aβ抗体薬投与適用の判定のためのMRI・神経
心理検査は初回投与医療機関での実施が必須
（※は連携施設での実施も可）

- アルツハイマー病による認知機能低下かどうか
- 認知機能障害の程度が適用範囲かどうか
- 抗Aβ抗体薬投与禁忌に該当していないか
- アミロイド病理の有無
（#は認知症疾患医療センター等医療機関で実施）

以下のすべてに該当するアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の患者であることを確認する。

① 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されていること。

② 本剤の禁忌に該当しないこと。

【禁忌】

□ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者。

□ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1 cm を超える脳出血

③ MRI 検査（1.5 Tesla 以上）が実施可能であること。

④ 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の（a）及び（b）の両方を満たすこと

(a) 認知機能評価 MMSE スコア 22 点以上

(b) 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 0.5 又は 1

⑤ ①～④を満たすことを確認した上で、アミロイド PET 又は脳脊髄液（CSF）検査を実施し、AB 病理を示唆する所見