

総説

認知症

Dementia

亀井 一郎

要約：認知症は社会の高齢化現象に伴い、この後も増え続けることが予想されている。認知症を正しく分類、診断し、早期から適切な治療を施し、認知症に対して社会全体が取り組んでいくことが喫緊の課題である。数値的にはアルツハイマー病が圧倒的に多いが、血管性認知症との合併例も少なくはない。またレビー小体型認知症も、的確な診断により決して稀な疾患ではないことがわかってきた。前二者と併せて「日本の三大認知症」と呼ばれる。認知症の前段階とされる「軽度認知障害」の概念も定着しており、この段階での診断、治療開始が肝要である。「手術で治る認知症」として慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症が挙げられ、両者とも確実な診断と適切な手術により完治せしめることが可能である。高齢者において水頭症の原因が特定できない「特発性正常圧水頭症」も、診断の進歩により適切な手術を施されるようになってきている。急速に高齢化の進んでいる我が国において、認知症の正確な診断と適切な治療は、患者の自立向上と介護負担軽減の観点から社会的に重要なテーマである。

キーワード：アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、手術で治る認知症、軽度認知障害

I はじめに

認知症は「もっとも雇いたくない」とされる疾患の一つである。雇ってしまった本人ではなく、家族など周辺に時間的、労力的、精神的なストレスをかけることになる。そういう意味で皆「認知症にだけは雇いたくない」と思うのである。

認知症の定義としては「思考能力、記憶、見当識などが、後天的に低下した状態」とするのが一般的のようである。

そして本邦のみならず、全世界的に認知症患者は増え続けている。OECDによると、認知症有病率は、80歳を越えると急激に上昇し、95歳以上になると約半数が罹患するとしている¹⁾。有症率が現在のままであると、20年後には欧州の認知症患者数は1.5倍になるとされている¹⁾。

日本では65歳以上の高齢者のうち認知症患者は400万人以上に上り、認知症になる可能性がある軽認知障害(MCI)の高齢者も約400万人いると推計されている^{2,3)}。

65歳以上の4人に1人が認知症とその“予備軍”となる計算である。

認知症に関連する社会的問題としては、経済

Ichiro Kamei
大阪河崎リハビリテーション大学 学長
E-mail : kameii@kawasakigakuen.ac.jp

的成本や介護問題に加え、自動車運転をめぐる問題、鉄道事故などをめぐる問題などがクローズアップされ³⁾、家族はもちろん、関係省庁、主治医らの負担や心労が増している⁴⁶⁾。

本稿では、認知症患者への対処法の一助となるべく、分類や症状等について概説する。

なお、自験例の画像掲載については許諾済みである。

II 症状

1 中核症状

記憶障害、見当識障害、実行機能障害、判断力低下、失語、失認、失行などすべての認知症患者に普遍的にみられる本質的な症状である。中核症状は脳の神経細胞が変性・脱落していくことに由来し、疾患の進行とともに徐々に増悪する。

2 周辺症状 (BPSD)

すべての患者に現れるわけではないが、中核症状が進行する中で周辺や社会との間で軋轢が生じ、不安、ストレス、疎外感から回避するために出現する症状で、幻覚・妄想、徘徊、異食、睡眠障害、抑うつ、焦燥、暴言、暴力、性的羞恥心の低下などがある。

周辺症状は急に悪化することがあり、初期では不安・焦燥などが現れ、病状が進行すると幻覚や妄想が発現する。

近年では、周辺症状とほぼ同一の意味で BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 行動・心理障害) という言葉が使われている。BPSD が現れると日常生活にも支障を生じ、周囲の介護者にも多くの負担を強いることになるため、介護する環境を整え、寝たきりなどにならないよう配慮し、日常的な人間関係にも留意して、できる限り症状の軽減を図るよう努めることが重要である (図 1)。

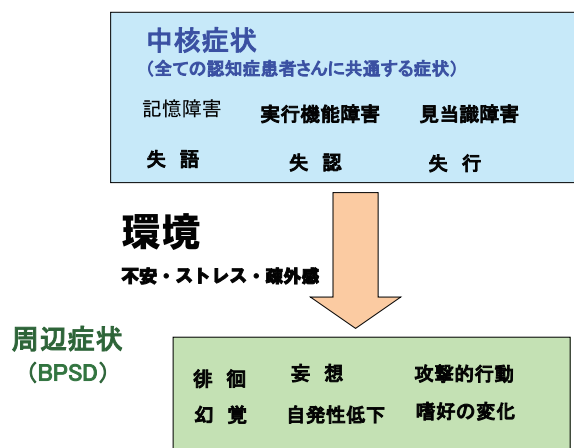


図 1 アルツハイマー病の中核症状と周辺症状

III 認知症の分類

1 血管性認知症 Vascular dementia (VaD) (図 2 自験例)

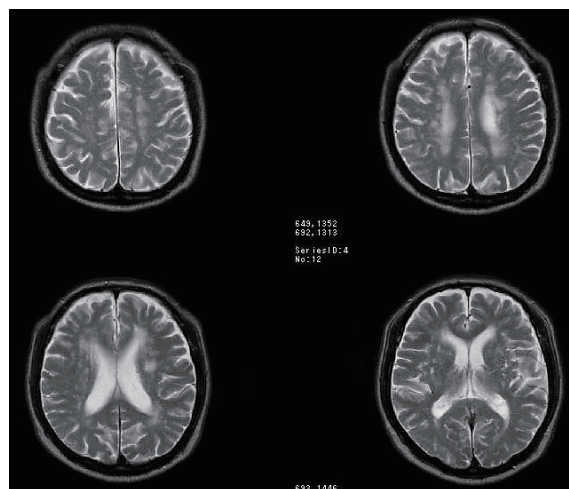


図 2 血管性認知症 (自験例、多発性ラクナがみられる)

VaD は、脳血管障害 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳循環不全、低灌流、白質病変など) の後に認知症が出現するもので、脳卒中と認知症の間に因果関係が存在するものと定義される。しかしながら臨床現場に携わっている脳神経外科医や神経内科医からは「本当に小さなラクナ梗塞を何度か起こすだけで認知症が起こるのか?」「VaD なるものは実在するのか?」等

の声があがっているのも事実である。現在の考え方では、脳血管障害をアルツハイマー病 (AD) の増悪因子と見做し「脳血管障害を有するアルツハイマー病 (AD with CVD)」という概念も広く受け入れられている⁷⁾。あるいは、AD と VaD を厳密に区別せず、混合型認知症と見做す考え方もある。それに関連して、ARB や ACE 阻害薬などの降圧剤が脳卒中の発症低減に加え、認知機能の低下を抑制するという報告がみられる^{8,9)}。また、VaD と AD には、高血圧や糖尿病など共通の危険因子も指摘されており、したがって予防項目も血圧正常化、血糖のコントロールなど共有する部分があることになる。

VaD の病変部位については、大きな出血や梗塞 (30cm³以上、特に前頭葉や視床、大脳基底核におよぶもの) が起こった場合は唯一回の卒中発作の後遺症として認知症が出現する可能性はあるが、ラクナ梗塞 (単発 or 多発) でも記憶に関する部位が侵されれば認知症は起こり得るとされる。その一つに「前頭葉—線条体—淡蒼球—視床」回路がある。また Papez の回路 (帯状回—海馬—乳頭体—視床前核—帯状回、図 3) や Yakovlev の回路 (前頭前野下部—側頭葉前部皮質—扁桃核—視床背内側部) など視床と大脳皮質を結ぶ経路にラクナ梗塞による断裂が起こっても認知症が起こるとされている¹⁰⁾。

VaD の症状として、まだら認知症 (同じことをしてもできる時とできない時が繰り返し起き

る症状) があり、また一般的に AD に比し抑うつ傾向になるとされる。

先述したように VaD の予防は、高血圧や糖尿病のコントロール、禁煙、脂質異常症の管理、大量飲酒の禁止、適度な運動等であり、治療法は AD with CVD の観点からドネペジルなどの薬剤や抗血小板剤、あるいは両剤の併用等が適用される。

2 変性性認知症

2.1 アルツハイマー病

Alzheimer's Disease (AD)

認知機能 (記憶障害、見当識障害、注意障害、問題解決能力障害等) 低下、人格変化を主症状とし、全認知症患者の 60 ~ 70% を占める¹¹⁾。

初期は海馬を含む内側側頭葉病変に対応して、近似記憶障害、時間の見当識障害で発症し、病識は低下して取り繕いや作話なども見られる。中期になると、側頭頭頂連合野や前頭連合野が障害され、高次脳機能障害や実行機能障害が出現する。構成失行、着衣失行、失認などもみられるようになる。また、実行機能障害のため、仕事や家事などが円滑にできなくなり、さらに病状の進行とともに不安、焦燥、徘徊といった BPSD も伴うようになる。かつての私の患者 A 氏は、ある日突然喪服姿で私の勤務する病院に無賃でタクシーでやってきて、「亀井先生が死んだ、亀井先生が死んだ!」と騒ぎ立てたことがあったが、この A 氏などはまさに中等度の患者と思われる。末期になり大脳皮質が広範に障害されると、判断力は著しく低下し、人格に変化を来し、やがて寝たきり状態となっていく (表 1)。

病理学的には、神経細胞の変性消失とそれに伴う大脳萎縮、老人斑の多発、神経原線維変化の多発があげられる (図 4 - a,b,c)。老人斑がアミロイド β 蛋白 ($A\beta$) の蓄積であること、神経原線維変化がタウ蛋白が線維化したもので

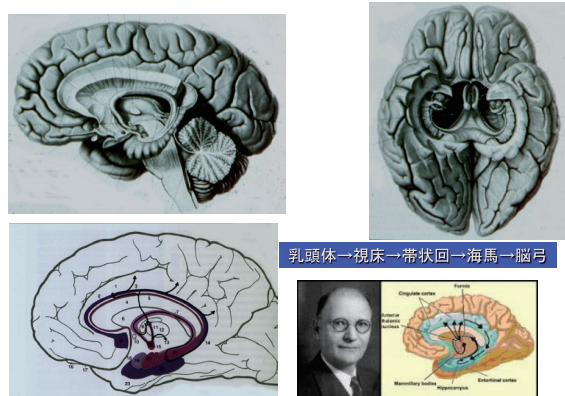


図 3 パペッツの回路 (1937)

表1 アルツハイマー病ステージ 臨床診断 特徴
(Sclan SG et al. Int Psychogeriatr. 1992; 4 Suppl 1: 55-69. より)

1 正常成人 主観的にも客観的にも機能障害なし
2 正常老化 物の置き忘れ, もの忘れの訴えあり. 換語困難あり.
3 境界領域 職業上の複雑な仕事ができない. 熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる. 新しい場所への旅行は困難
4 軽度 パーティーの計画, 買い物, 金銭管理など日常生活での複雑な仕事ができない
5 中等度 TPO に合った適切な洋服を選べない. 入浴させるために説得することが必要なこともある
6a やや重度 独力では服を正しい順に着られない
b 入浴に介助を要する, 入浴を嫌がる
c トイレの水を流し忘れたり, 拭き忘れる
d 尿失禁
e 便失禁
7a 重度 最大限約 6 個に限定された言語機能の低下
b 理解しうる語彙は「はい」など, ただ1つの単語となる
c 歩行能力の喪失
d 坐位保持機能の喪失
e 笑顔の喪失
f 頭部固定不能, 最終的には意識消失(混迷・昏睡)

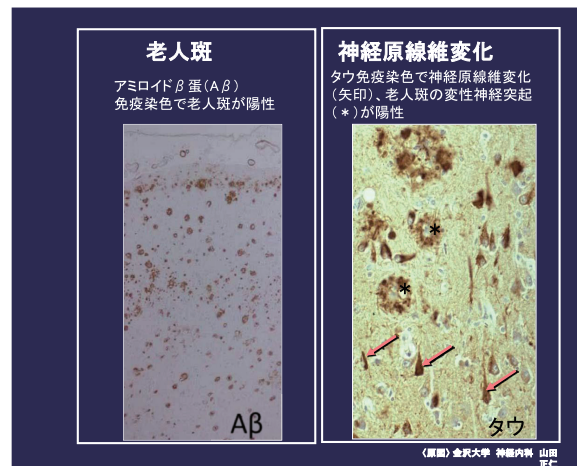


図4-b 「アルツハイマー病研究会 JAAD」より

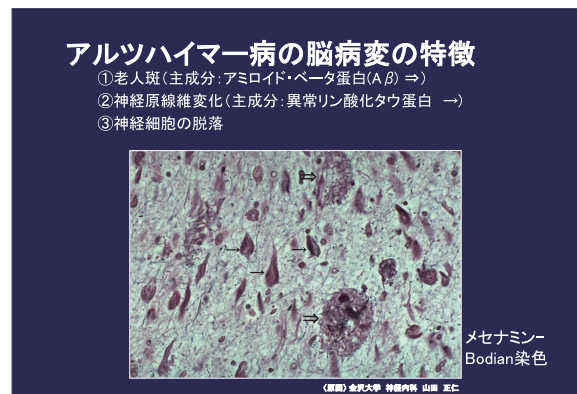


図4-c 「アルツハイマー病研究会 JAAD」より

あることも明らかになった。

AD に対する臨床検査としては、長谷川式認知症スケールや MMSE などの神経心理学的検査の他に、下記の画像検査も診断の有用な支援となる。

・頭部 CT, MRI



図4-a 「アルツハイマー病研究会 JAAD」より
(脳室の拡大と海馬の萎縮がみられる)

AD では大脳の萎縮に伴う側脳室の拡大、シルビウス裂の開大などがみられるが、特に側頭葉内側に位置する海馬は他の部位と比較して早期から萎縮が目立つ(図5)。Voxel-Based Regional Analysis for AD (VSRAD) を用いて早期からの海馬近傍の萎縮を評価することができる(図6)。

・Single Photon Emission CT (SPECT) による脳血流評価や Positron Emission Tomography (PET) によるグルコース消費量、酸素消費量評価では、いずれにおいても側頭葉、頭頂葉で比較的強く低下することが知られている。

AD の治療には薬物療法と回想療法がある。

・コリンエステラーゼ (Cholinesterase) 阻害薬
AD では、マイネルト基底核から大脳皮質へ

広く投射されるアセチルコリン (Ach) 作動性ニューロンにおける Ach の活性が低下しており、その分解を促進するコリンエステラーゼを

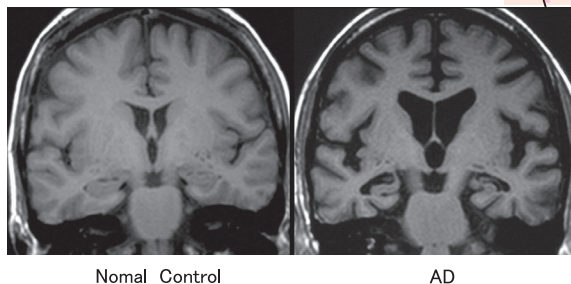
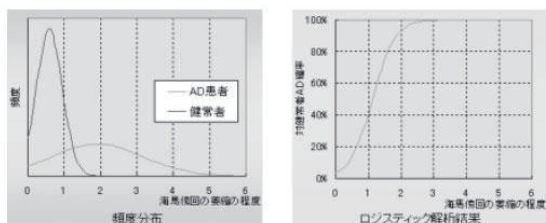
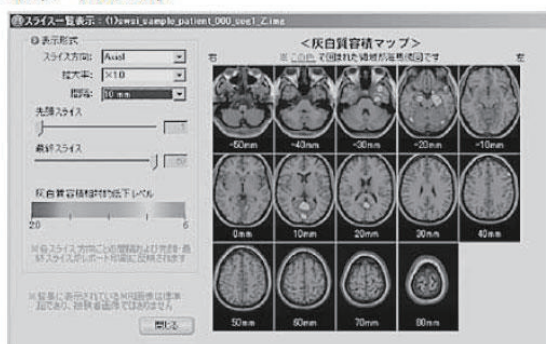


図5 (アルツハイマー病のMRI 冠状断)
(原図) 東京医科大学病院 老年病科 羽生 春夫

結果・出力表示



(データ協力: エーザイ株式会社)

図6 VSRAD (Voxel-Based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease)

VSRAD (Voxel-Based Specific Regional Analysis for AD)

- 脳全体と海馬の萎縮の程度を一定値 (Voxel値)へ変換した後、健常人のデータベースと照合・解析
- 実際には、海馬傍回の体積の萎縮度を正常脳と比較して数値 (Zスコア)で評価
- Zスコア; 平均値がどれだけの標準偏差分離れているかを示す図Z
スコア>2.0ADの可能性が高くなる

図6 付

阻害することによって、Ach 活性を維持しようとするものである。ドネペジル (Donepezil)、ガランタミン (Galantamine)、リバスタグミン (Rivastigmine) などがある。

・N-methyl-D-aspartate (NMDA) 阻害薬 (メマンチン Memantine)

脳内グルタミン酸の受容体にはいくつか種類があるが、その一つとしてNMDA 受容体がある。NMDA 受容体は海馬などに分布しており、記憶や学習に関わっている。AD 患者ではNMDA 受容体が減少しており、シナプス間隙のグルタミン酸濃度が常に高くなっている。グルタミン酸濃度が高くなることによって、細胞内に Ca²⁺ (カルシウムイオン) が過剰に流入する。これによって、神経細胞の障害が起こる。メマンチンはNMDA 受容体を遮断することで、グルタミン酸の異常な流入を防ぐ。この結果、グルタミン酸濃度が常に高い状態がなくなり、神経細胞の障害を防ぐとされる。

しかし上記いずれの薬物も根本的な治療効果を有するものではなく、今後の臨床研究に期待が寄せられている。

心理社会的介入として、思い出やなじみのある写真などを傍らに置き、安心感を与えたり、昔好きだった音楽を聞かせたりして情動の安定を図る回想療法がある。心の安寧を図ることによってBPSD の発症を抑制し、周辺社会との諍いを回避できる可能性がある。

2.2 レビー小体型認知症

Dementia with Lewy Bodies (DLB)

日本ではAD、VaD と並び三大認知症と呼ばれ、認知症の中では10～30%という報告が多い。有病率は0～5%とされる¹²⁾。

レビー小体とはドイツの神経学者フレデリック・レビーによってパーキンソン病変の脳幹で発見され名付けられた封入体である。1976年以降、小坂がレビー小体を脳幹の他に大脳皮質や

扁桃核細胞にも有し、認知症とパーキンソン症状を呈する症例を相次いで報告し¹³⁾、1984年に「びまん性レビー小体病」を提唱した。1995年にイギリスで第1回国際ワークショップが開催され、名称を「レビー小体型認知症」と総称する運びとなった。その後数回のワークショップを経て、現在では臨床経過の相違と薬剤に対する反応性の違いから、DLBと認知症を伴うパーキンソン病(PDD)を区別する概念がある。

臨床症状的には2003年の第3回国際ワークショップの診断基準ガイドライン¹⁴⁾により、必須症状、中核症状、示唆症状、支持症状、除外項目に分かれている。必須症状としては、記憶障害に加え、他の認知機能障害(注意障害、視空間障害、構成障害、実行機能障害)などが挙げられる。中核症状として、認知機能の動揺、幻視、パーキンソン症候群がある。「そこで何人かの子供がひそひそ話をしている」「犬や猫が部屋に入ってきて困る」など、幻視は本認知症の大きな特徴である。パーキンソン症候群の症状も比較的初期からみられることがあり、パーキンソン病等との鑑別も重要である。その他、レム睡眠行動障害などの示唆症状、失神、転倒などの支持症状がある。

DLB診断のための検査としては、神経心理学的検査などADに準ずるところも多いが、頭部MRI、CTではADに比し内側側頭葉領域(海馬および海馬近傍)の萎縮が際立っているわけではなく、脳全体が萎縮してくる。PET、SPECTでは後頭葉、特に一時視覚野の血流や代謝の低下が特徴的である。このことはDLBの中核症状である幻視とよく相関する。

DLBの臨床診断基準改定版によると¹⁴⁾ ①進行性の認知機能低下をみる ②注意や覚醒レベルの変動、幻視、パーキンソン病様の症状をみとめやすい ③脳血流シンチグラフィでは後頭葉の血流低下をみる ④神経心理学的検査上は、他の項目に比べ図形描写に難がある、等々

によって診断される。

治療薬はADに準ずる(コリンエステラーゼ阻害薬、NMDA拮抗薬)。しかしこれらはやはり根本的治療薬とはなり難く、最終的には寝たきりとなり呼吸器疾患や循環器疾患などの合併症で死亡する。平均的罹病期間は3~8年とされる。

2.3 前頭側頭型認知症

Frontotemporal Dementia (FTD)

以前はPick病と呼ばれていたもので、前頭葉と側頭葉の神経細胞の変性、脱落によって発症する進行性の認知症で、人格変化、病識欠如、脱抑制を伴ってくる。病理学的には前頭葉と側頭葉の主に前方部に萎縮がみられ(図7 自験例)、顕微鏡学的には同部の神経細胞の脱落、軽度のグリオシス、海綿状変化などがみられる。主に50歳台~60歳台に発症し、ADと異なり、初期には記憶障害や見当識障害が目立たないので、周囲も認知症と気づかないことが多い。

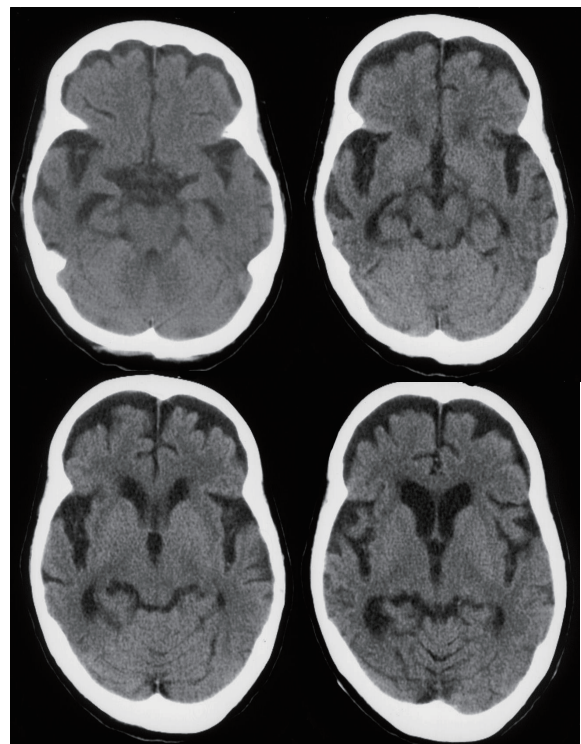


図7 前頭側頭型認知症(自験例、この症例では前頭葉萎縮が顕著である)

主な症状としては、自制力が低下し人の食べ物を横取りする、万引きを繰り返したり交通ルールを守らないなどの反社会的行動に出る、など常識的な行動から逸脱してくる。感情は鈍化し、意味もなくうろろ歩き回る。同じものを食べ続けたり、進行期には何でも口に入れたがる食行動異常も出現する。また、一定の時間になると毎日家の中を歩き出すというような決まった行動をとることもある（常同行動）。ただしFTDの場合はADと異なり、散歩に出ても徘徊して迷子になることはなく、同じルートを歩き回って帰ってくることが多い。

言語面では、発語の変化、自発語の減少、情動的言語がみられるようになり、周囲とのコミュニケーションもとりにづらくなっていく^{15,16)}。外来診療の場で、こちら（医師側）が病状などを問いかけても全く会話にならず、意味不明な発語をしていたかと思うと、急に立ち上がり出ていこうとする（立ち去り行動）。

以上のように疾患の進行とともに前頭葉症状（企画障害、見当識障害、性格変化等）、側頭葉症状（記憶障害、言語障害）が顕著になってくる。

他の変性性認知症と同様、本疾患に対する確立された治療法はない。

*. 軽度認知障害

Mild Cognitive Impairment (MCI)

MCIとは、正常老化過程で予想されるよりも認知機能が低下しているが、認知症とは言えない状態、と定義される。記憶障害をみるが、一般的な日常生活能力はほぼ保たれている状態で認知症の予備軍ともいえる。5年間で約50%が認知症へと進行し、また、MCI患者が認知症と診断されるまで数年（5～10年）かかる。

MCIの具体的な症状は、昔から知っている物や人の名前が出てきにくい（あれ、これなどの代名詞を使う）、最近の出来事を忘れる、雑談をしにくい（話についていけないことがある）、

積極性が低下する（好きなはずの習い事に行きたがらない）、約束を忘れる（日時を間違えてすっぽかす）、物事の段取りが悪くなっていく（料理に時間がかかりすぎる）等である。

MCIを含め、認知症を完治せしめる方法は一部の場合を除き、現在のところ無い。しかし投薬治療やその他の治療で進行を遅らせることは現時点でも可能である。したがって家族はじめ周囲の者はいち早く認知機能の低下に気づき、進行の防止につとめることは極めて重要である。

IV 手術で治る認知症

以上、述べてきたように認知症は根治療法がなかなか確立されないやっかいな疾患であるが、なかには手術で完治させうるものがある。慢性硬膜下血腫と正常圧水頭症である。

1 慢性硬膜下血腫

Chronic Subdural Hematoma (CSDH)

“災難（天災）は忘れたところにやってくる”というが、まさにこの諺が当てはまる疾患である。

高齢者（65歳以上に多い）が記憶に残らないほどの軽い頭部打撲（机の角で頭を打ったが、本人はそのことを忘れていて、等）後1～2ヶ月で認知症、歩行障害、軽い片麻痺などが出現、進行してくる場合がある。CTやMRIなどの画像検査を行うと硬膜と脳表の間に100ml～150ml、症例によっては200ml以上の硬膜下血腫が検出される（図8 自験例）。この血腫は脳表と硬膜静脈を繋ぐ細い（架）橋静脈が頭部打撲の際に破綻し、時を経て出血、止血を繰り返し、徐々に血腫が増大したものとされる。加齢とともに脳が萎縮して脳表と硬膜の間隙が増大し、両者を架橋する静脈が常にピーンと張った緊張状態にあるため、軽微な外傷でこのような

静脈が破綻し出血が起こるのである。図8に示すCSDHはCT画像上2層に描出されている(上部に軽い血清成分、下部に重い血球成分; Niveau形成)が、一層で均一の吸収域(やや低~等~やや高)に描出されることも多い。

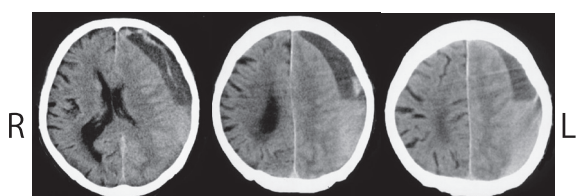


図8 慢性硬膜下血腫
(自験例、この症例では Niveau を形成し血腫内容が2層に分かれている)

この血腫は被膜に被われた流動性(液状性)のもので、2-3cmの皮膚切開を行い、頭蓋骨に直径数mmの小孔(一円玉以下の小さな穴)を設け、硬膜と外側の血腫被膜を小切開し液状血腫を吸引除去することですべての症状が改善する。手術は局所麻酔下に15~30分で終了し、元の元気な中高年者に戻る。

一例をあげてみると、数か月前から認知症と歩行障害がかなり急速に進行した70歳台の男性が、他医により何らかの認知症と診断され、家族も家庭では世話をできないと判断し、某デイケアに通所することになった。通所前に脳神経外科での診断を受けたいとのことで、車椅子他操で来院。覚醒はしているが apathetic で、何を訊いても誤答し、四肢筋力の中等度の低下をみた。CTを撮ってみると左右両側に典型的なCSDH像が検出され緊急手術の結果、直後より意識清明となり、記憶力も回復し、まもなく立位歩行も可能となって、4日後には歩いて退院。患者はデイケア通所もとりやめとなり、自宅で元のように元気に暮らしている。

このような症例から推察できることは、慢性硬膜下血腫の確定診断がなされず「もう歳だから…」とみなされ朽ち果てていく人生を送る患者がいるということである。

2 正常圧水頭症

Normal Pressure Hydrocephalus (NPH)

1965年にHakimとAdamsは歩行障害、認知障害、尿失禁を呈し、脳室拡大があるにもかかわらず髄液圧は正常範囲で、髄液シャント手術で症状の改善を得た症例を報告した¹⁷⁾。その報告には原因の明らかな二次性例と、原因の明らかでない特発性例が含まれている。

二次性例としては、くも膜下出血や髄膜炎後、また脳外傷数週間~1.2か月後に認知症、歩行障害、尿失禁が出現してくるNPHがあげられる。全例ではないが、先行する上記疾患の合併症として起こってくることがある。CTでは脳室拡大がみられ、特に側脳室前角に顕著である(図9 自験例)。これはくも膜下腔出血後のくも膜下腔の癒着や炎症、挫傷後のくも膜下腔の癒着により、脳脊髄液(CSF)循環が部分的に阻害され、CSFを産生している脳室が徐々に拡大してくる、というものである。ゆっくり脳室拡大が進行してくるため、髄液圧は正常範囲である。側脳室前角が拡大してくると、前頭葉を内側から圧迫し認知機能に障害が出る。また、高位の排尿中枢を圧迫し、尿失禁が、前頭葉運動領野の下肢領域の圧迫により歩行障害が出現する。二次性正常圧水頭症の治療は髄液シャントである。脳室-腹腔シャント、脳室-心房(心耳)シャント、腰椎-腹腔シャントがある。いずれの手術を選択しても効果に差異はな

くも膜下出血(SAH)後の正常圧水頭症

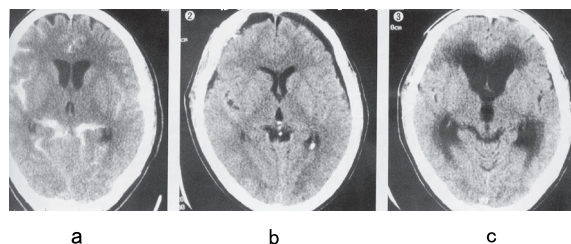


図9 SAH後の正常圧水頭症
(自験例、a SAH発症時
b クリッピング手術直後
c 二次性正常圧水頭症発症)

く、手術方法は主治医と患者の間での informed consent により決定される。手術治療による効果は劇的である。

上述したような基礎疾患（くも膜下出血や髄膜炎）の既往がないのに、高齢者において正常圧水頭症が起こってくる場合がある。何らかの CSF 吸収障害が示唆されているが、現時点では機序が完全には説明されておらず、「特発性」正常圧水頭症 (idiopathic NPH;iNPH) と命名されている。症状は前述の二次性正常圧水頭症と同じく、認知症状、尿失禁、歩行障害であるが、三徴候が出そろわないことしばしばである。画像上は、脳室拡大とシルビウス裂の開大、頭頂部脳実質の緊満化がみられる (Dysproportionately Enlarged Subarachnoid-space Hydrocephalus:DESH 図 10)。本邦では世界に先掛けて診療ガイドラインが公表され¹⁸⁾、さらに 2011 年度版が出された¹⁹⁾。

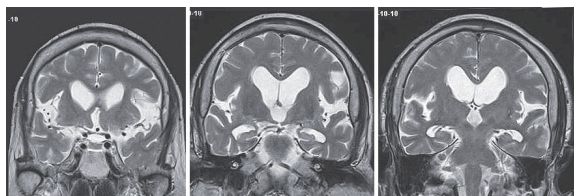


図 10 特発性正常圧水頭症
(MRI T2 強調画像 冠状断)
脳室拡大に加えて、高位円蓋部狭小化とシルビウス裂開大を認める。(石川正恒 日内雑誌 2011 より)

特発性正常圧水頭症の補助診断のために「髄液タップテスト」が行われる。これは腰椎穿刺を施し、脊髄くも膜下腔から一定量の CSF (通常 30ml 以上) を排出させ、その前後で症状の改善がみられるかどうか判定するものである。このタップテストを何度か行う場合もあり、また脊髄くも膜下腔にドレナージチューブを留置して持続的に CSF を排出させて判断する場合もある。画像所見で DESH を認め、タップテストで症状の改善をみれば髄液シャント手術の適応となる。急速に高齢化の進んでいる我が国

において、本疾患の正確な診断と適切な治療は、患者の自立向上と介護負担軽減の観点から社会的に重要なテーマである²⁰⁾。

認知症に関する社会的諸問題

・ 介護問題

認知症患者の介護は 24 時間体制を要し、その肉体的、精神的負担は家族等にとって言い表しようがないほど大きいものである。一家心中に進んでゆくこともある。これは一大社会的問題であり、国家的に議論してゆく必要がある。

・ 自動車運転を巡る問題³⁾

反射運動神経が衰える高齢者においては、ブレーキとアクセルを踏みちがえて大事故を起こす事象があるが、さらに、高速道路逆走問題や徘徊運転(?) → ガス欠 → 山中で発見等の事象も起こっている。各都道府県の公安委員会は認知症と診断された患者の運転免許を停止もしくは取り消すことができる。医師は、認知症と診断した場合、運転の中止と免許の返納を勧め、カルテに記載しておくことを勧告されている⁴⁾。

認知症の診断が下されていない場合でも、一定の年齢に達した高齢者は自主的に運転免許を返納することが望ましいのかもしれない。

その他、踏切における鉄道事故に巻き込まれるケースも年々増えており、たいていの場合は死亡に至る。そして誰に賠償責任があるのかなど新たな問題も起こってきている。先にも述べたが「認知症」については国家的に議論してゆく必要がある。

「痴呆症」 → 「認知症」 → ?

2004 年の日本老年医学会において「「痴呆」という言葉が差別的である」と問題提起されたのを受け、厚生労働省において用語検討会での検討が始まった。そして「痴呆」という言葉は

侮蔑的であり、耳にした場合、不快感や軽蔑を感じる、という意見が強く「認知症」に言い換えられることになった。

しかしそうであろうか？「痴呆」を「認知症」としたことで逆に「認知」の意味が正しく伝わらず、日本語として破綻しているのではないか、という議論が現在出ている。筆者も同感で、一般に「～症」と表現した場合、～に入る言葉は「高血圧」であったり、「自律神経失調」であったり、どちらかという（ありがたくない）症状に関するものが入るが、「認知」は本来「外界にある対象を知覚した上で、それが何であるかを判断したり解釈したりする有能な過程」であり、適切ではないと考えるが如何なものだろうか？

[文献]

- 1) Pearson M Dementia prevalence in Europe by age and additional number of people with dementia as a result of ageing in the last 20 and next 20 years. OECD 2015, Chapt.1
- 2) 朝日隆 認知症有病率等調査について 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、厚生労働科学研究 筑波大学 朝田教授、2013年6月6日。
- 3) 厚生労働省 第115回社会保障審議会介護給付費分科会.2014年11月19日。
- 4) 日本神経学会、日本神経治療学会、日本老年医学会 “わが国における運転免許証に係る認知症等の診断の届け出ガイドライン”2014年6月1日。
- 5) “認知症の方による鉄道事故 2014年度は28件発生し、22名が死亡” 毎日新聞 2014年1月12日
- 6) “認知症 見守り強化 広域訓練促す 厚労省” 毎日新聞 2016年9月6日。
- 7) 羽生春夫 生活習慣病と認知症. 日老医誌 2013、50 : 727-733.
- 8) Scoog I, Lithell H, Hannson L, Elmfeldt D, Hoffman A, Olofsson B, et al. Effect of baseline cognitive function and antihypertensive treatment on cognitive and cardiovascular outcomes.: Study on cognition and prognosis in the elderly(SCOPE). Am J Hypertens 2005;18:1052-1059.
- 9) Tzourio C, Anderson C, Chapman N, Woodward M, Neal B, MacMahon S, et al. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. Arch Intern Med 2003;163:1069-1075.
- 10) 森 悦朗 ラクナと血管性痴呆. 脳と循環 2001 ; 6 (2) : 2001-2004.
- 11) Burns A, Iliffe S (5 February 2009) Alzheimer's disease. BMJ 338:b158. doi:10.1136/bmj.b158.
- 12) 小田原俊成 レビー小体型認知症は日本でも患者数が多いか？ 精神神経医学雑誌 2009 ; 111 (1) : 37-42.
- 13) Kosaka K, Oyanagi S, Matsusita M, and Hori A. Presenile dementia with Alzheimer-, Pick- and Lewy-body changes. Acta Neuropathol 1976;36:221-233.
- 14) 第3回国際ワークショップガイドライン 2003 7. Lewy小体型認知症 (Parkinson病も含む) : 295-299.
- 15) The Lund and Manchester groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. J Neurol, Neurosurg and Psychiat. 1994;57:416-418.
- 16) “前頭側頭型認知症、行動抑制きかず・・・万引き猶予判決” 読売新聞 2016年4月13日。
- 17) Hakim S, Adams RD The special clinical problem of symptomatic hydrocephalus with normal cerebrospinal fluid pressure. Observations on cerebrospinal fluid hydrocephalus. J Neurol Sci 1965; 2:307-327.
- 18) 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 2004 : 特発性正常圧

- 水頭症診療ガイドライン、メディカルビュー社
東京、大阪：1-131.
- 19) 日本正常圧水頭症学会特発性正常圧水頭症診療
ガイドライン作成委員会 2011：特発性正常圧水
- 頭症診療ガイドライン、メディカルビュー社
東京、大阪：1-183.
- 20) 石川正恒 特発性正常圧水頭症の診断と治療.
日本内科学会雑誌 2011;100:3640-3648.