

教育講演

新カリキュラムにおける認知症教育

浦上 克哉*

要旨 カリキュラムが新しくなり認知症に関する内容が充実した。認知症は患者数が急増しており、臨床検査技師が認知症患者に対して検査を実施する場面は日常茶飯事となっている。学部教育の中で、認知症についての知識と認知症の診断や治療効果判定に必要な検査を学ぶことが必要である。そこで、新カリキュラムで求められている認知症に関する教育内容の概要と重要なポイントについて概説した。

キーワード 中核症状、行動心理症状、音楽療法、アロマセラピー、介護保険

認知症は本邦において 2025 年には 730 万人を超えるという推計されている。これは 65 歳以上の 5 人に 1 人が認知症という状態である。臨床検査技師は、認知症の診断や治療に必要な検査を行うというだけでなく、認知症患者が他の病気のために受診し検査を受ける際の適切な対応力も求められる。このようなことから、日本臨床衛生検査技師会(以下日臨技と略す)では、臨床現場での認知症患者へ対応できる臨床検査技師の専門制度である認定認知症領域検査技師制度をスタートさせた。日臨技により卒後研修の仕組みが作られ、次に望まれるのが卒前教育であった。この度新カリキュラムが導入され、認知症に関する教育内容が充実された。本稿では、新カリキュラムの概要を紹介する。

I. 認知症学

1. 認知症の成因と病態生理

認知症は記憶障害等の症状のために日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいう。

認知症はひとつの病気ではなく、認知症をきたす疾患は約 100 種類ほどある。代表的な疾患を

(表 1) に示すが、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等が 4 大認知症とよばれ、これらの疾患については熟知しておく必要がある。

アルツハイマー型認知症は認知症の約 6 割を占める代表疾患である。アミロイドβ蛋白が沈着して老人斑が形成され、次にリン酸化タウ蛋白が沈着して神経原線維変化が形成され、神経細胞死をきたすとされている。これらの経過には 20 年から 30 年を要し、ゆっくりと進行していく病気と考えられている。

2 番目に多いのが血管性認知症である。血管性認知症は脳梗塞や脳出血等の脳血管障害が原因で神経細胞死を起し認知機能障害をきたす疾患である。脳血管障害が出現する場所によって症状が様々なことから“まだら認知症”とよばれる。血管性認知症は脳血管障害の原因となる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を適切にコントロールすることで発症を予防できる。このため、以前から予防可能な認知症と考えられてきた。

レビー小体型認知症は 3 番目に多い認知症で、脳内にαシヌクレインが蓄積してできたレビー小

* 鳥取大学医学部保健学科認知症予防学講座 (寄附講座) kurakami@tottori-u.ac.jp

体が多数出現する病気である。パーキンソン病による認知症もレビー小体が脳内に出現するので、同一の疾患群と捉える考えもある。

前頭側頭型認知症は上記の3疾患に比べると頻度は少ないが、症状が特異的であり知っておくべき必要がある。これまで原因が不明であったが、近年 TDP-43 (TAR DNA 結合たんぱく質 43) 等の原因蛋白が同定され病態の解明も大いに進んでいる。

上記の他に知っておくべき疾患として治療可能な認知症と呼ばれている一群がある。認知症様の症状を訴えて受診されるが、本来は別々の病気で

あり、適切に早期診断と早期治療がなされると完治する可能性がある。具体的には、甲状腺機能低下症、うつ病・うつ状態、ビタミン欠乏症、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍(主として良性的なもの)、薬剤による認知症等が該当する(表1)。甲状腺機能低下症は甲状腺ホルモンの分泌が低下し様々な症状をきたす病気である。高齢者では、もの忘れや意欲低下をきたし、アルツハイマー型認知症と紛らわしい症状を呈したり、アルツハイマー型認知症と合併することもある。甲状腺ホルモンの補充療法で改善する。

うつ病・うつ状態も高齢者ではもの忘れや意欲

表1 認知症をきたす疾患

神経変性疾患	脳血管障害	脳腫瘍
アルツハイマー型認知症 レビー小体型認知症／パーキンソン病に伴う認知症 前頭側頭型認知症(旧ピック病) 進行性核上性麻痺 大脳皮質基底核変性症 嗜銀顆粒性認知症 神経原線維変化型老年認知症 ハンチントン病 多系統萎縮症 その他	血管性認知症 その他	原発性脳腫瘍 転移性脳腫瘍 その他
神経系感染症	内科的疾患	自己免疫疾患
急性脳炎(ウイルス性、細菌性、ほか) 亜急性・慢性脳炎(結核、真菌性、ほか) HIV 感染症(AIDS) プリオン病(クロイツフェルト・ヤコブ病、ほか) 神経梅毒(進行麻痺) 亜急性硬化性全脳炎 その他	甲状腺機能低下症 ビタミン欠乏症 肝不全 腎不全 心不全 呼吸不全 その他	多発性硬化症 急性散在性脳脊髄炎 ベーチェット病 その他
薬剤による認知症	その他	
抗がん剤 抗精神病薬 その他	正常圧水頭症 頭部外傷 緊張性筋ジストロフィー症 うつ病・うつ状態	

低下を訴えることが多く、認知症と誤診されることも少なくない。もの忘れを訴えるので認知機能検査を行ってみると正常範囲であることが多く、その結果を説明すると安心されると同時に、「実は気分が沈み、気分がさえない、そして死にたい気分になる」等のうつ的な症状を訴えられる。抗うつ薬の投与で改善することもある。

ビタミン欠乏症では、ビタミン B1、B12、葉酸等の欠乏で認知機能低下がみられることがある。不足しているビタミンの補充療法で改善がみられる。

正常圧水頭症は脳脊髄液の排出が悪くなって脳室内に脳脊髄液が溜まり脳を圧迫して、記憶障害、歩行障害、尿失禁等を呈する。溜まった脳脊髄液を排出する治療（シャント術）を施行すると改善がみられる。

慢性硬膜下血腫は頭部打撲が原因で硬膜下にたまった血液が脳を圧迫して、もの忘れ等の症状をきたす。血腫による脳の圧迫がひどくなると生命の危険がある。軽微な打撲でおこり、ゆっくりと症状が進行し、家族も気づかないことが多い。そ

のため、病院受診が遅れることも少なくない。早期に発見し適切に血腫除去を行えば完治する。

脳腫瘍も良性でゆっくりとももの忘れが進行してくると、単なる老化現象と判断されて病院受診に至らないことも少なくない。良性の脳腫瘍は早期診断と適切な治療（手術、他）を行えば完治することも多い。

その他の認知症をきたす疾患として知っておくべき疾患としてクロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）や進行性核上性麻痺（PSP）がある。CJD は異常プリオンが原因で起こる病気で、急速に進行し予後が不良である。PSP は神経原線維変化を伴い神経細胞の変性・脱落をきたす。アルツハイマー型認知症では老人斑がみられるが、PSP では老人斑はみられない。

症状

認知症の症状は多彩である。まず重要なことは、中核症状と行動・心理症状（BPSD）に分けてアセスメントすることである。代表的な中核症状と BPSD 症状を（表 2）に示す。

表 2 代表的な中核症状と BPSD 症状

中核症状	行動・心理症状（BPSD）
記憶障害	幻覚（幻視、幻聴、ほか）
見当識障害（日時、場所、人）	妄想（物盗られ妄想、嫉妬妄想、ほか）
視空間認知機能障害	徘徊
理解力の障害	暴言、暴力
判断力の障害	不安、焦燥
集中力の障害	うつ
実行機能障害	アパシー
失語	せん妄
失行	異食
失認	帰宅願望
	尿・便失禁、頻尿
	睡眠障害（不眠、昼夜逆転）
	介護拒否
	ろう便

中核症状は認知症に必須の症状であり、BPSDは必須の症状ではない。中核症状には記憶障害、見当識障害、視空間認知機能障害、理解力の障害、判断力の障害、注意力の障害、実行機能障害、失語、失行、失認等がある。認知症では、たとえ軽微な症状であったとしても中核症状が存在するので、確実な把握が求められる。

BPSD 症状には幻覚、妄想、徘徊、暴言、暴力、不安、焦燥、うつ、アパシー、せん妄、異食、帰宅願望等がある。BPSD 症状は、目立つし、周囲を困らせるため気づきかれやすい。

治療の観点からも、中核症状と BPSD 症状を分けて把握しないと適切な治療選択ができない。

A. 中核症状

(1) 記憶障害

早期診断の観点からは記憶障害の把握は重要である。記憶障害の中でも短期記憶の障害が早期に出現する。物の置忘れ等は正常な高齢者でもよくあるが、認知症のもの忘れになると探し物が見つけられなくなる(図1)。古いことは覚えているが、最近のことを忘れる。同じことを何回も聞いたり、さっきしたことを忘れている等である。進行すると最近のことだけでなく、古いことも忘れる。自分がもの忘れをしていることも忘れるので、もの忘れを訴えることがなくなり自分から病院受診することはなくなる。

(2) 見当識障害

見当識には、今が何年、何月、何日、何曜日であるかという日時の見当識、今自分がいる場所はどこかという場所の見当識、自分の身近にいる人

が誰かという人の見当識等がある。通常見当識障害は日時から障害され、次に場所、そして人の見当識の順番で起こってくる。日時は短期間で変化するため、症状として表れやすいと考えられる。

(3) 視空間認知機能障害

立体的な位置関係が分かりにくくなり椅子にうまく座れない、車の車庫入れが上手くできなくなる、等の症状につながる。

(4) 理解力の障害

物事、話の内容、テレビドラマの内容等が理解できなくなり、日常生活や社会生活に支障をきたす。

(5) 判断力の障害

仕事の内容、様々な生活場面で適切な判断ができなくなる。

(6) 実行機能障害

一番分かりやすい例としては料理をつくることができなくなることである。料理は、栄養のバランスを考えて献立を作り、買い物をして、買ってきた食材を用いて調理をする。かなり複雑な工程を経ており、難しい行為である。この障害がでてくると著しく日常生活に支障をきたすようになる。

(7) 失語

言葉が話せなくなる(運動性失語)、相手の話している意味がわからなくなる(感覚性失語)等2つのタイプがあり、さらに進行すると両要素を備えた全失語という状態になる。

アルツハイマー型認知症では、まず感覚性失語がおこり、次いで運動性失語が加わり、最終的に全失語になることが多い。初期の感覚性失語の段階で、家族に何か頼まれた際に相手の話す意味が分かっていないのに肯定的な返事をしてしまうが、意味が分かっていないので頼まれたことに適切に対応できずトラブルになることがよくある。この時期に早く気づき、言葉によるコミュニケーションのみではなくボディランゲージ等も利用することを推奨する。進行すると運動性失語が加わり、口数が少なくなってくるので、家族も言葉の障害に気づくようになる。



図1 記憶障害(探し物が見つけられなくなる)

(8)失行

麻痺はないが、うまく動作ができなくなる。着衣失行では、季節に合った衣服を適切に選んで着ることができなくなる。

(9)失認

認識を失う症状である。左右が認識できなくなる左右失認、指が分からなくなる手指失認、場所が分からなくなる地誌失認等がある。

B. 行動・心理症状 (BPSD)

(1)幻覚

見えないものが見えたり、見えるものが実際とは違うものに見えたりすることである(幻視)。聞こえない音が聞こえたり、聴こえている音が違う音に聞こえたりすることである(幻聴)。

(2)妄想

現実にはないこと、おこっていないことを、あったように話をする。物盗られ妄想、嫉妬妄想等がある。物盗られ妄想は、身近で介護している家族が財布をとった等と犯人扱いされることが多い。嫉妬妄想では介護している配偶者が浮気をしていると言ったりする。

(3)徘徊

この言葉の本来の意味は、意味もなくあてもなく歩き回るとのことであるが、本人の立場からすると実際には意味もなくあてもなく歩いているわけではない。本人は目的を持って行っているが、非現実的な場合が多い。具体的には、定年退職しているのに、仕事に行こうとする、実家はもうなくなっているのに実家に帰ろうとする等である。帰り道が分からなくなり、結果として徘徊になる



図2 徘徊

こともある(図2)。

(4)暴言、暴力

もの忘れ等の症状により以前できていたことができなくなってくる。できなくなったことを本人もはがゆく思っているところへ、家族から厳しく注意されたり怒られたりすると、暴言や暴力につながることもある。

(5)不安、焦燥

漠然とした恐れや今まではそれほど気にしていなかったことを憂慮し、些細なことにも心配するようになる。焦燥は、苛立ち焦るだけでなく不快感や不満を示す。

(6)うつ

もの忘れ等の症状のために、いろいろなことができなくなっていくことに不安を感じ気分がうつめになり、ひどい場合は「死んでしまいたい」と思うようになる。

(7)アパシー

以前行っていた家事や趣味等の日常生活に興味関心が無くなり意欲低下がみられることである。うつとの違いは、アパシーでは不快感や自律神経症状を伴わないとされている。

(8)せん妄

せん妄は意識障害であり、注意、記憶、見当識、思考、睡眠、覚醒等に関連する多彩な症状を呈する。それらの症状は動揺がみられ、日内変動が顕著である。特に夜間に増悪することが多く、夜間せん妄といわれる。本来は認知症とは区別すべきものであるが、認知症患者がせん妄を呈することはよくあり確かな病態把握が求められる。

(9)異食

食べ物でないものを食べようとしたりするもので、命の危険があるような場合もあり注意が必要である。

(10)帰宅願望

家にいるのに、家に帰りたと言いつつ出かけるような症状のことである。家にいるのに家にいるという実感が得られなかったり、家にいることが分からなかったりして出現する症状である。家に帰るといって出かけて迷子になる場合があり注意が必要である。

(11)尿・便失禁、頻尿

尿意や便意が分からず失敗してしまうことである。尿意や便意は分かるが、動作が鈍くなり、トイレに間に合わなくなり失敗する場合もある。

トイレに頻回に行く頻尿という症状もよくみられる。さっきトイレに行ったことを忘れて、尿意を感じるとまたトイレに行くという症状である。

(12)睡眠障害

不眠、中途覚醒により昼夜逆転をきたすことになる。夜間眠れないと夜間に活動して昼間に眠るようになる。睡眠障害の改善には安易な睡眠薬の使用ではなく、昼間に日光を浴びながら運動することを推奨する。

(13)介護拒否

衣服の着替え、入浴、排尿・排便時等に介護への抵抗や拒否が起こりやすい。介護拒否がひどくなると、暴言や暴力にもつながる。本人の立場に立って、プライドを傷つけないように接することが必要である。

(14)ろう便

便失禁をした後、便を片付けようとして、それがうまくいかず使いじりになってしまうことも多い。

C. アルツハイマー型認知症の症状

記憶障害、特に短期記憶の障害に気づくことが大事である。病気が進行すると短期記憶のみでなく長期記憶も障害されてくる。次いで、見当識障害、視空間認知障害が出現する。運動野は基本的に障害されないの、運動機能の障害が出るのは通常末期になってからである。物盗られ妄想や徘徊が出現しやすいので、注意が必要である。

D. 血管性認知症の症状

脳血管障害を起こした部位により症状が異なるが、共通するのは前頭葉の機能低下による症状である。アパシー（意欲低下）、うつ症状等が前景に立ち、記憶障害は軽度である。随伴症状として感情失禁が出現しやすい。感情失禁には強制笑いや強制泣き等の症状がある。感情の抑制がきかなくなり、どんな刺激に対しても笑ったり、泣いたりという症状が出現する。脳血管障害により、構音障害、嚥下障害、片麻痺、歩行障害等の神経症

状を伴うことが多い。

E. レビー小体型認知症の症状

注意力の障害、実行機能障害や視空間認知機能障害が初期からみられることが多く、記憶障害は目立たないことも少なくない。幻視や幻聴がみられることが多く、主訴となることも多い。睡眠障害も高頻度にみられ、レム睡眠行動異常症(RBD)が特徴的である。パーキンソン病でみられるパーキンソン症状が出現する。振戦(ふるえ)、筋強剛(筋固縮)、歩行障害(小刻み歩行)等である。

F. 前頭側頭型認知症の症状

常同行動、脱抑制による症状がみられる。常同行動は時刻表的な生活表現されるような規則正しい生活を送る。その生活パターンの中に、万引きのような反社会的な行動が組み込まれると周囲を困らせることになる。脱抑制は自分がしたいと思う行動が阻止されると、暴言や暴力を持っても実現しようとする。本症の早期発見には、食行動異常に着目することの重要性が指摘されている。

G. クロイツフェルト・ヤコブ病の症状

プリオン病のひとつで、100万人に1人の割合で発症する稀な病気であるが、認知症の鑑別診断が必要である。急速に認知症状が進行し、歩行障害、発語の減少、ミオクロヌス等がみられる。

H. 進行性核上性麻痺の症状

認知症状とパーキンソン症状をきたす疾患である。垂直方向の眼球運動障害や後頭後屈姿勢が特徴的である。

2. 検 査

検査については本誌の別項(認知症診断や治療評価に必要な検査)で記載しているので、そちらを参照頂きたい。

3. 治療・予後

A. 総論

(1)薬物治療

薬物療法には中核症状を改善させる薬剤と行動・心理症状(BPSD)を改善させる薬剤がある。

中核症状に効果のある薬剤はコリンエステラーゼ阻害剤(ドネペジル、ガランタミン、リバスタチ

グミン)とNMDA受容体拮抗薬(メマンチン)である。これらの薬剤は症状の進行を遅らせることはできるが、病気の経過を変えることはできなかった。しかし、2023年12月20日に保険適応となったレカネマブ(商品名レケンビ)は病気の進行を変えることができる薬剤として期待される。

行動・心理症状(BPSD)に対して抑肝散、グラマリール、リスペリドン等が使われているが、保険適応が得られてはいなかった。BPSD症状の一種であるアジテーション(攻撃的行動及び発言、非攻撃的行動の亢進、焦燥を伴う言動等)に対してプレクスピラゾール(商品名レキサルティ)が保険適応となった。

(2)非薬物療法

非薬物療法としてはリハビリテーション、回想療法、音楽療法、園芸療法、アロマセラピー等種々の療法の有効性が報告されている。リハビリテーションは血管性認知症の神経症状、レビー小体型認知症のパーキンソン症状、等への効果が期待される。回想療法は、過去の写真、絵画や使い慣れた道具や出来事等をとおして、会話のきっかけを作りコミュニケーションをはかる療法である。音楽療法は、音楽をとおして感情に働きかけて活動性を高めて情緒の安定をはかる療法である。園芸療法は、植物に接し園芸作業をすることで身体面、精神面に働きかける療法である。アロマセラピーは香りをかいでもらうことにより、嗅覚機能、認知機能および感情の安定をはかる療法である。

(3)介護保険制度による介護サービス

認知症は生活機能障害をきたす疾患であり、生活環境を整え暮しやすくしてあげることが重要である。そのために介護保険制度を利用したサービスを適切に受けることができるようにすることも予後の改善に貢献する。

現在の認知機能や身体機能に合わせて、要支援1~2の人には予防給付を、要介護1~5の人には介護給付をサービスとして提供する。

①予防給付

都道府県、政令市、中核市が指定・監督を行うサービスの中に介護予防サービスとして訪問サービス、通所サービス、短期入所サービスがあり、市町村が指定・監督を行うサービスの中に地域密着型介護予防サービスがある。

②介護給付

都道府県、政令市、中核市が指定・監督を行うサービスの中に介護予防サービスとして居宅介護サービス(訪問サービス、通所サービス、短期入所サービス)、施設サービスがあり、市町村が指定・監督を行うサービスの中に地域密着型介護サービスがある。地域密着型介護サービスの中に認知症対応型共同生活介護(グループホーム)があり、認知症の人が家庭的な雰囲気により良い環境で生活ができています。

おわりに

認知症の診断や治療に役立つ検査法の開発も進展し、臨床検査技師の活躍の場も増えている。アルツハイマー型認知症においては症状改善薬に加えて疾患修飾薬も承認され新たな時代に入ってきた。

講演で新カリキュラムの概要と教育時押さえておくべきポイントを概説したが、本稿ではより詳しく概説した。しかし、詳細に解説できなかった部分もあり、足りない部分は医歯薬出版の教科書を参考にして頂きたい¹⁾。

開示すべきCOIは以下の通り。

寄附講座所属：小林製薬株式会社

文 献

- 1) チーム医療論/多職種連携・栄養学・薬理学・認知症。編著 諏訪部章, 奈良信雄, 三村邦裕. 医歯薬出版株式会社(東京) 2023.