

認知症の早期発見と予防

堀部賢太郎[†]

IRYO Vol. 71 No. 4 (176-180) 2017

【キーワード】 認知症, 早期発見, 早期診断, 予防

早期発見

認知症の早期発見は世界共通の課題となっているが、近頃はとくに診断の早期化ばかりが先行する現状が批判的に論じられることも少なくない¹⁾。そもそも認知症の早期発見は必要なのだろうか？そしてまた、どこまで「早期」である必要があるのだろうか？

1. 早期発見の必要性

認知症症状をきたす疾患には、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫、内分泌代謝疾患等の内科的疾患など、早期発見で症状の改善が期待できるものがあり、その多くは診断が遅れると改善が見込みにくくなる（表1）。また、コリンエステラーゼ阻害薬などを早期から投与することで病状の進行抑制が期待できる病型もある。

なによりも、症状の発症・進行にともなう本人や家族の不安や戸惑い、またそれによる困難を少しでも短縮・軽減する上では、本人と家族等が十分に疾患を理解し、将来必要な支援サービスや社会制度についての情報収集やさまざまな決定を適切に行うことが大切である。そしてそれは本人の判断能力が少

しでも高く保たれているうちである方がふさわしい（表2）。

また一方、現在開発が進んでいるアルツハイマー病の病態修飾薬（disease modifying drug）の多くは、きわめて早期、場合によっては臨床症状の出現前であると十分な効果が期待できない。

2. どこまで早期であるべきか

早期診断・診断は、目的ではなくて手段である。あくまで症状改善、生活支援や病態修飾薬投与など、何らかの支援を「目的」として診断を行う。目的があって診断を行う限り、診断されたが診断後支援がない、という倒立した状況は発生しないはずである。

したがって厳密には、その目的によって最適な診断（timely diagnosis）時期は異なる。将来、病態修飾薬が利用可能になれば、「無症状でも」診断することの必要性、そしてそれに対する倫理的・医療経済的な十分な議論・検討の必要性が生まれるかもしれない。しかしまだ現在そのような薬は上市されていない。現在、目的を鑑別診断や、本人・家族の疾患理解・意思決定、症状改善薬投与とするなら、「早期」とは「何かしらの症状・生活課題が（潜在的にでも）出現次第可及的速やかに」ということになる

国立長寿医療研究センター もの忘れセンター [†]医師

著者連絡先：堀部賢太郎 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター もの忘れセンター 〒474-8511 愛知県大府市森岡町7丁目430番地

e-mail: horibek@ncgg.go.jp

（平成28年12月19日受付、平成29年3月10日受理）

Early Diagnosis and Prevention of Cognitive Disorders

Kentaro Horibe, Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders, National Center for Geriatrics and Gerontology, Japan

（Received Dec. 19, 2016, Accepted Mar. 10, 2017）

Key Words: dementia, Alzheimer's disease, early diagnosis, prevention

表1 認知症を呈する疾患等

変性疾患	アルツハイマー型認知症、前頭側頭葉変性症、レビー小体型認知症、皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺 など
脳血管障害	血管性認知症、ビンスワンガー病、脳アミロイドアンギオパシー、CADASIL* など
感染症	脳炎、進行麻痺、エイズ脳症、プリオン病 など
腫瘍	脳腫瘍
中枢免疫疾患	神経ベーチェット、多発性硬化症 など
外傷	慢性硬膜下血腫、外傷性脳出血
髄液循環障害	正常圧水頭症
内分泌障害	甲状腺機能低下症
中毒、栄養障害	アルコールに関連するもの・ビタミン欠乏 など

*CADASIL: Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy

認知症サポート医研修スライドより改変

表2 早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により 認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

認知症サポート医研修スライドより改変

であろう。

3. 認知症初期集中支援チーム

しかし、早期診断といっても、医療機関は本人が受診しない限り保険診療行為が開始できない。本人や周囲が気づかなかつたり、不安等から本人が受診を拒否することも少なくない。

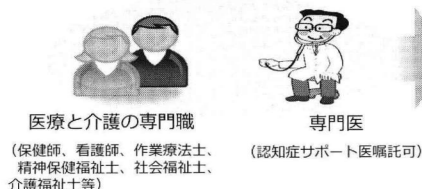
それに対する施策の代表例としては、平成24年に発表された認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）において掲げられた「認知症初期集中支援チーム」（以下、「チーム」）がある。認知症の早期診断と早期介入のためロンドン郊外クロイドンで成果

をあげたCroydon Memory Serviceプログラム²⁾をひとつのモデルとするもので、多職種からなるチームが、認知症が疑われる人や、認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント・家族支援などの初期の支援を、かかりつけ医や専門医療機関と連携しながら、包括的・集中的に行うというものである（図1）。認知症施策総合推進計画（新オレンジプラン）（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>）では、このチームが平成30年度には全国すべての市町村に設置されることになっている。

国立長寿医療研究センターは、厚生労働省とともに

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁

認知症初期集中支援チーム員養成研修スライドより改変

図1 認知症初期集中支援チーム

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

にこのチーム員研修を開催している。全国で研修が
開かれ、その内容はスライド・研修時の実際の動画
とともに Web で公開されていて、誰でも視聴する
ことができる(国立長寿医療研究センター「研修の
ご案内」「認知症初期集中支援チーム員研修」(<http://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/27-2.html>)).

4. かかりつけ医認知症対応力向上研修と認知症サ ポート医

また、医療機関も認知症を十分に理解しているこ
とが必要である。たとえば「かかりつけ医認知症対
応力向上研修」は、地域における認知症対応力を医
療の面から底上げするものとして、平成18年から開
始され、42,000人以上(平成26年末現在)が受講し
ている。国立長寿医療研究センターは、厚生労働省
とともに、この研修の講師であり、かつかかりつけ
医や介護専門職への支援・および地域連携の核とし
て機能する「認知症サポート医」³⁾の養成研修を行
っており、すでに3,800人以上(同)のサポート医
が日本全国で活躍している。

🔒 予防

1. 一次予防と二次予防、そして三次予防

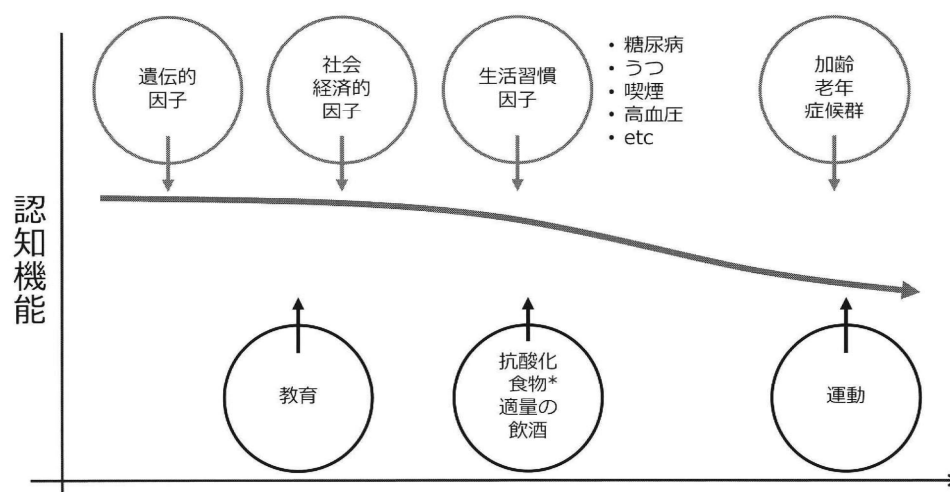
さてそもそも、認知症は予防できるものなのだろ
うか？

予防というと、「予め」「防ぐ」という文字面から、
発症すること自体を未然に防止することを連想する

が、これは「一次予防」といって予防の一種に過ぎ
ない。では「二次予防」は？ これは発症はしてし
まったとして、それに効果的かつ速やかに対処して
状況の悪化を少しでも防ぐことである。そして、リ
ハビリやケアの工夫によって、障害の程度を少しで
も軽くすることは「三次予防」という。前項の「早
期発見」はまさにこの二次・三次予防のために欠か
せない。とはいえ、最も研究と対策が進んでいるアル
ツハイマー病においてさえ、一次・二次予防に関
しては、病態修飾薬が存在しない現在、抜本的な手
段はない。つまり、残念ながら現時点では、認知症
に関しては三次予防しか存在しないことになる。

2. 促進・抑制因子

しかし、未然に防止とはいかなくとも、発症を遅
らせることは可能であるかもしれない。認知症の危
険因子としては、糖尿病、うつや双極性障害、喫煙、
高血圧および肥満、脂質異常などの関与が指摘され
ており、これらを積極的に修正することで認知症の
発症を遅らせられる可能性がある。逆に抑制的に働
きうる因子としては、さまざまな観察研究において
魚の摂取、抗酸化作用の高い食物摂取、少量の飲酒
(とくに赤ワイン)などいくつかの食事因子が知ら
れているほか、比較的若い年齢からの教育歴とアル
ツハイマー病発症との逆相関や Nun Study など、
知的活動の影響を示唆するデータも数多く報告され
ている⁴⁾。とはいえ、いずれも RCT (ランダム化比
較試験)などの介入研究が容易ではないため、その



*：抗酸化食物 → 181pを参照

運動（とくに有酸素運動）の認知機能への抑制効果は、人生の後半期においても、認知機能の低下がみられ始めてからも期待できる数少ない因子とされる

図2 人生の各年代に応じた認知症の抑制因子と促進因子

予防介入効果の詳細についてはまだ十分な結論は得られていない。

3. 運動介入

以前より観察研究により定期的な身体活動などの運動習慣が認知症の発症率の低下と関わることが知られ、とくに有酸素運動に関しては介入研究においても認知機能の低下を抑制するとする報告が数多くなされている⁵⁾。また運動介入に関して注目すべきは、その介入時期が認知機能が低下し始めてからも期待できる可能性がある点である（図2）。ただしその機序については十分に解明されておらず、最適かつ効果的な運動量やその手法についての研究はまだその途上である。

また、運動による抑制効果は、とくに知的課題と運動を組み合わせることでより高い効果がみられる可能性が示唆されている。国立長寿医療研究センターでは、計算やしりとり等の認知課題と有酸素運動を組み合わせた「コグニサイズ」の開発とその介入効果研究を行っており、そこでは認知機能のみならず海馬萎縮の進行抑制がみられたという成果も得られている⁶⁾。

さいごに

予防に関しても、その一つ一つの効果は大きいわけではないため、いくつも組み合わせたライフスタイルの国民的レベルでの改善が求められる。また、

早期発見に関しても、本人や周囲が早く気づき、受診を勧め、診断し、適切な診断後支援を行う必要がある。

そのためには、さらなる認知症予防・進行抑制／促進因子および適切な早期発見に係る研究の推進のみならず、私たち一人一人が適切に認知症を理解し、国民的理解を深め、多職種と行政・地域等が切れ目なく連携していけるような、効果的かつ持続可能性の高い支援体制を構築していかなければならない。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) Le Couteur DG, Doust J, Creasey H et al. Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. BMJ 2013 ; 347 : f5125.
- 2) Banerjee S and Wittenberg R. Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2009 ; 24 : 748-54.
- 3) Washimi Y, Horibe K, Takeda A et al. Educational program in Japan for Dementia Support Doctors who support medical and care systems as liaisons for demented older adults in the community. Geriatr Gerontol Int. 2014 ; 14 Suppl 2 : 11-6.
- 4) Beydoun, Beydoun HA, Gamaldo AA et al. Epidemi-

- ologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia : systematic review and meta-analysis. BMCpublichealth2014 ; 14 : 643–76.
- 5) Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk of Alzheimer's disease : A randomized trial. JAMA 2008 ; 300 : 1027–37.
- 6) Suzuki T, Shimada H, Makizako et al. A randomized controlled trial of multicomponent exercise in older adults with mild cognitive impairment. PLoS One 2013 ; 8(4) : e61483.