

特集 認知症、これからの診断、治療——新たな抗アルツハイマー病薬の開発をへて——

## 認知症の症候学的診断

堀口 淳

### 1. はじめに

挺舌失行がない限り、通常の舌診に躊躇する段階は既に「初期」であろうし、まして挺舌を嫌がったり、「アッカンペー」と勘違いして大笑いする段階なら、もうとっくに「中期」以上である。統合失調症患者を診て Praecox-Gefuhl を感じられるように、AD 患者を診ると Alzheimer Gefuhl も感じられるはずである。かような筆者の日常臨床を披瀝して論考した。すなわち、最近の脳画像や記憶テストバッテリー、脳脊髄液検査成績などの知見については言及しなかった。これからの認知症診断で最も大切なことは、早期発見、早期診断であろうから、地域での往診先や集団健診などの最前線における症候学的診断がますます重視されるべきである。

さすれば現症から「認知症の前駆段階ないし“ごくごく軽い認知症”」、すなわち昨今の MCI 概念や「初期認知症」の診断技術が求められることになる。誰が診ても「認知症」と診断できる段階の症候学は、ここでは取り上げなかった。また今回は、AD に代表される進行性の臨床経過を辿る認知症を想定しながら論を進めたし、あくまでも患者の言動や生活のどのような変化から認知症を疑えばよいのか、といった患者やその家族などと 1 対 1 で向き合って得られる所見を最重視した。

MCI 概念ないし分類にもあるように、認知症の前駆段階における初期症状ないし生活変化は記憶障害だけにとどまらない。記憶障害のみられない段階でも、高次脳機能障害（言語や視空間機能）や理解力・判断力あるいは性格の軽微な変化などが多彩に出現する。また感情や意欲面の変化

なども加重して、軽微ながらも行動範囲や対人交流に変化がみられてくる。筆者は秘かに睡眠の質の変化（夢をみる力の低下）が、AD の早初期徴候（変化）であるとも考えている。

### 2. 極早初期の軽微な精神・行動変貌, 変化

AD に代表される認知症の極早初期にみられる変化には、もちろん大きく 2 つあり、その第一は行動変貌であり、第二は情動や意志発動性の変容であろう。

#### 1) 軽微な行動変貌

普段から本人を熟知している配偶者などの家族にしかわからない変化である。ちょっとした変貌である。思いつくままに箇条書きにしてみる。

##### ①玄関先で靴を揃えて脱いでいない

しばしば見られる変化である。特に礼節のしっかりしていた女性患者に多い。靴の脱ぎ捨てとまではいかなくとも、揃って脱いでいたものが、少しずつ乱雑になる。

##### ②歯磨きや入浴などの整容が下手、減る、あるいは増える

これも多い。意志発動性の低下との関連もあろう。ひげそり不揃いや、だんだん剃らなくなったりもする。

##### ③食事の味付けに微妙な変化がみられる 一般に味が濃くなる。

##### ④連日同じ服を着たままだったり、朝、寝間着のままでの時間が延長する

男女を問わずに見られる。汗臭い、重ね着など。

##### ⑤テレビを付けたままでいたりするし、好みの

表1 18歳の老婆の不思議な世界

- 
- ①「精神症状」としては、年齢逆行（失見当識）と捉えられようが…が、しかし
  - ②「どんな仕事をしたいの？」→工場で働きたい  
「どんな男が好き？」→顔を赤らめ恥ずかしがれる
  - ③「健康診断」です、胸の音、聞かせてね！→聴診に平然と、ごく自然に応じられる  
→2つの世界を演じられる、これらも認知力
- 

番組が減少する、関心も減る

臥床がちとなる傾向のわりには、朝起きが極端に早くなったりする。

2) 軽微な精神的（情動、意志など）変容

①ボンヤリが増える

感情失禁的、特に涙もろさ、怒りっぽさが目立つ割には、ボンヤリ時間が増加する。

②心配性が目立つようになる

孫が、息子が、無事に帰ってきたかと言って、心配を何度も口にする。玄関先で待つ。幼稚園まで出向くなど。

③一瞬の不安表情と、その後の場違いの照れ笑いのような、独り言のような具合が、会話中にみられる

昔話がなおいっそう好きになり、今まで以上に幼なじみの友人との会話を求める。しかし、瞬時に不安表情が見え隠れするが、昔話だとたいいは跋扈するかのようになってくる。一瞬の記憶のときの気づき、その驚きが原因かも知れない。

④近所の人やテレビに登場する政治家やタレントへの批判が目立つようなる

やたら批判的で、悪口、罵詈雑言的ともなり、家族に同情や賛同を求めたがる。「あの政治家はなっとらん」とか、など。

⑤家族の者を説教したり、人生の道を説く

反対にそのような人物が、引っ込み思案となったり、ひ弱い、恐がり、寂しがり屋になったりもする。

表2 月（生理）のものですらい！

- 
- ①「生理がある」との誤認症状である
  - ②入浴に取り残されての脱衣場でのもじもじ恥ずかしいから？  
→恥ずかしがれる力  
人に迷惑をかけるのではとの心配？  
→迷惑をかけてはいけないと思える力  
→ひとつひとつの「異常言動」のなかにも、認知力が隠されている、働いている！
- 

### 3. 認知機能の評価を違った角度からも把握して評価すべきである

#### 1) 18歳の老婆の不思議な世界（表1）

18歳と言いつつも81歳の認知症患者のように、医学的には「年齢逆行」と称する失見当識はしばしば経験するところである。しかしこのような患者でも、たとえ寝たきり患者でも、本人の間違いに合わせて、「どんな仕事をしたいの？」とか、「どんな男が好き？」などと問答すると、「工場で働きたい」とか、「少女のように顔を赤らめて恥ずかしがる」ことがある。しかし一方で「健康診断です」と言って聴診すると、聴診に平然と、ごく自然に応じてくる。この瞬間には「18歳の女性」から、すでに「聴診を受ける患者」になりきれているのである。

このように、これを単に年齢逆行として、すなわち認知機能の障害の一症状として片付け、評価するだけでは充分ではないのである。この老婆にはたとえ年齢逆行は存在しても、2つの世界、すなわち18歳の少女と聴診を受ける患者とを演じ分けられる力があり、顔を赤らめて恥ずかしがれる力もあるのである。これらの能力を認知機能（認知力）と言わずして、他に何と称するべきであろうか？ 筆者は立派な認知機能の残存と捉えるのである。

#### 2) 月（生理）のものですらい！（表2）

1) と同様の世界を表2に示した、「生理がある」と信じ込んでいる、筆者が精神科病院時代の懐かしいケースが思い浮かぶ。「異常言動」と思える背景があっても、やはり健康な部分を発見し

表3 ご飯の残りやティッシュを懐に

---

①	ご飯は残してはいけない、ティッシュは貴重品である →「もったいない」と考えられる力
②	失禁下着を隠す →「恥ずかしい」と思える力
③	1日中、手で窓ふきをする老婆、働き者 単に「仮性作業」か？ 作業せん妄時でさえ、窓ふきをする →遊んでばかりではいけないと思える力

---

て、そこに焦点を当てて共感し、評価し、ケアするのが臨床である。精神医療、精神福祉である。認知機能の評価は、ケアに役立つ評価でなければならない。現行の評価方法では、この辺りを評価できるものはないように思う。

3) ご飯の残りやティッシュペーパーを懐に (表3)  
認知症患者は時代錯誤や年齢逆行などがあり、その患者がしっかりと生きてきた、時代時代の価値観がある。新聞紙などを排泄後に利用していた時代には、ちり紙は高級品であって、ましてやティッシュペーパーなどは存在しなかったのである。ご飯を残すなどもってのほかであって、ピンタが飛んできたのである。「もったいない」のである。なのでそっと懐にしまい込むのである。「隠せる」のである。大事にできるのである。これらも高等な認知力と言ひ得る。下手な看護師やケアの係は、これを叱ってしまうのである。捨てさせてしまうのである。

#### 4. 認知症の定義は不明確である

DSM-IV-TR や ICD-10 による認知症の定義すら、いまだに総論的であるし、不明確であるし、疾患別になっている各々の内容も、臨床現場では全く役に立たない。第一線の臨床現場の患者はもっと複雑であるし、変化・変動するのである。認知症患者も、統合失調症患者も、24時間を通じてフルに認知症であったりはしない。周囲が驚かされるほどの、認知力、体力、技能、記憶力などを発揮する瞬間や時間があるのである。この変化は極めて人間的であるし、動的でもあるので、評

表4 早初期だからこそ神経学的所見が重要

---

1)	原始反射が陽性、特に前頭葉障害 手掌下顎反射、吸引反射 (前頭葉障害) 口とがらし反射 (前頭葉障害、両側錐体路障害)
2)	軽微な筋緊張亢進 頸部や、特に足関節の痙性、その左右差 →錐体路系のサイン→VD?
3)	錐体外路症状 軽度の振戦、寡動など

---

表5 挺舌失行、歩行失行、開眼失行

---

①	挺舌失行、歩行失行、開眼失行 運動起始の障害、つまり「すくみ」に近い →発語までに時間がかかる →動作緩慢と思考緩慢 (Bradyphrenia) →錐体外路系の早初期症状
②	舌診の際の挺舌指示 「アッカンペー」との勘違い→中等度以上 →大笑い、ときに反響動作としても

---

価を困難なものにしてしまうのである。

#### 5. 認知症の早初期の軽微な変化は知情意に及ぶ

知力、気力、意志力すなわち知情意は認知機能の中心である。患者の軽微な変化はこれらのひとつひとつから始まったり、複雑に重なって発現したりする。「根気が続かない」ことが患者の中心主訴であるのか、否、患者にはそもそも主訴がないのか、この主訴のなさが問題なのか、などなど、生活変化を丹念に洗い流さないと、認知症の早初期変化は把握できない。同居家族の観察力は重要である。

#### 6. 早初期だからこそ神経学的な所見の

##### 把握が大切である (表4, 5)

表4にはしばしば観察・把握できる早初期の神経学的所見を並べた。かような所見を見つけ出そうとしない精神科医であってはならない。フロイトやシャルコーやヘッカーなど、偉大な先達たちは神経学を大切にした。バビンスキー反射やワルテンベルグ反射を発見した先達の能力、観察眼に脱帽であるが、近づきたいのも本音ではある。患

表6 視力と聴力の把握は必須～感覚遮断の重要性～

- 
- ① Charles Bonnet 症候群  
高齢者の 0.4～13 %
  - ② 半盲視野内幻視  
主に後頭葉の傷害例の報告が多い
  - ③ 難聴者の音楽幻聴  
音楽幻聴の約 70 % は難聴者, 高齢女性  
→ 視力・聴力不全がいつから始まったのか?
- 

表7 感情診断 (Gefuhls Diagnose)

- 
- 精神科医が経験を積み, 自己の感性を磨き, 自身の内に生じる感覚に目を向け, 臨床診断に供する
- ① Praecox-Gefuhl (早発感情)  
統合失調症
  - ② Alzheimer-Gefuhl (アルツハイマー感情)  
アルツハイマー病 (親しみやすさなど)  
FTD を診た場合の, 「あの違和感」  
VD を診た場合の, 「あの堅さ, 硬さ」
- 

者の足関節の“subclinical な痙性”は患者は気付いていないのであるが, 筆者は秘かに反対側の大脳基底核の慢性的血流低下であると考えている。高齢者, 時に認知症の患者の診察には身体的診察が必須である。これを怠ると誤診が生まれ, まして患者との真の人間関係は構築できない。

表5には決して稀ではない失行を並べた。これらは総て, 運動の起始の障害でもあるので, 失行とも称することができる一方で, 「すくみ現象」と診ることもできる。パーキンソン病患者の第一語の発声に時間がかかるのも「すくみ」でもある。歩行失行もしかりである。

舌診の際に, 挺舌指示を患者が理解できなかったりで, 筆者が挺舌しての模倣を求めると, 「アッカンペー」と言って挺舌して大笑いしたら, 認知症レベルは既に中等度を超えている。しかし, 挺舌ができない, しようとしてもできない挺舌失行といった失行症の一種が存在することは銘記しておかねばならない。表5にあるように, まれに認知症の一症状としての反響動作としての挺舌の場合もあるので, このような場合には腕組みや脚組や表情変化などの他の反響動作の存在も検討すべきである。

### 7. 視力と聴力の把握は必須である (表6)

表6の通りである。白内障や難聴などで感覚遮断が存在する認知症は, もちろん認知症がより重篤に見えるので注意する。とくに視力障害者では

幻視が, また難聴者では幻聴の発現の準備性が高いので, 認知機能の低下がこれらの幻覚体験の発現を容易せしめる。感覚障害のあるこれらの患者では, それのない患者よりも妄覚的な BPSD の発現が多いように思う。

## 8. 臨床医の腕の見せどころ

### ——感情診断—— (表7)

卓越した精神科医なら, 統合失調症の診断にさほどの苦労は要しないのであろう。これは臨床経験の長さに比例する能力ではない。症例1人1人をいかに丁寧に診て, 見て, 感じて, 考えて, 毎日の診療を実践しているかにかかっている。感情診断の感情は, もちろん医師の感情である。主観的診断によるところが大部分である精神医学的診断の醍醐味でもある。

## 9. おわりに

認知障害という用語が様々な疾患で語られるようになってしまった。かような混沌とした精神医学会の中に, さらにまた「認知症」という症候群名が使用されてしまった。「認知症」の場合の「認知」の意味だけでなく, ここで広く「認知」や「認知障害」の定義をはっきりさせておかないと, 患者や家族, 世間に混乱を招くばかりとなる。筆者ひとりではできない作業である。様々な学会が協同で, あるいは統合した上で提案すべきでテーマであることは明白である。