

認知症の 新基準DSM-5と 医学の常識

山口晴保

群馬大学大学院保健学研究科

わが国の精神科医療では、米国精神医学会「精神障害の診断と統計の手引き(DSM)」が標準的な診断基準の一つとなっています。このDSMが、今年5月に改訂されました。今回は、認知症の診断基準がどう変わったのかを中心に解説します。

DSMと製薬メーカー

DSMは、判定基準を示すことで、これまで職人技だった精神疾患の診断を、精神科専門医でなくとも簡便に行えるようにするというメリットをもたらしました。たとえば、うつ病の診断は、①抑うつ気分、②興味や喜びの減退など9項目のうちの5項目以上に該当など、幾つかの条件を満たすことという判定基準を示しました。この基準によって、うつ病の診断が容易になると同時に、うつ病と診断される患者が急増し、抗うつ薬の売上金額が急増しました。一番喜んだのは、製薬メーカーではないかというストーリーです。

わが国では、薬の効果を示す臨床データの改ざんを某製薬メーカーの社員が行った疑惑が浮上し、その臨床試験を担当した医師には、製薬メーカーから別途数億円の研究費が渡っていたことも判明しています。エビデンス(根拠)に基づいた医療をすべきという考えが医学の主流ですが、そのエビデンスをつくる研究に資金を出しているのは製薬メーカーという現実があります。

コレステロールについても、高齢者ではコレステ

ロールが高いほうが死亡率が低いので、コレステロールを下げる薬は高齢になったら必要ないという考え方が日本脂質栄養学会から示されました。一方、日本動脈硬化学会は、高齢者でもコレステロールを下げる薬を内服したほうがよいという治療ガイドラインを出しています。コレステロールを下げる薬剤の国内売り上げは年間数千億円あり、このガイドラインを執筆した医師には、数千万～数億円の研究費が製薬メーカーから提供された医師も含まれています。「心筋梗塞や脳卒中、糖尿病などの合併症がない健康な高齢者は、コレステロールが少し高くても下げる薬剤は必要ない」ようです。

長々と書きましたが、診断基準や治療ガイドラインには、製薬メーカーの利益が大きく絡んでいるのです。

認知症の診断基準は 独居可能かどうか

認知症かどうかの判定基準は、①認知障害が明確にあること(次項で詳しく解説)、②その認知障害により、自立(独立)した生活(金銭管理・服薬管理などの複雑なIADLに最小限の援助のみ)が困難になっている、③せん妄(意識障害)ではない、④統合失調症やうつ病などの精神病ではない、の4基準を満たすこととなっています。つまり、生活障害に着目すると、<独居に支援が必要なレベルにまで認知機能が低下したら認知症>といえます。記憶障害があっても、買い物、調理、外出などの生活管理ができて、手助けなしに独居が可能なら認知症ではないということです。

認知6領域とは

認知障害について、DSM-IVでは、①記憶障害が必須、②加えて失語、失行、失認、実行機能障害のうちの1つ以上の障害、とされていました。

やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント〜快一徹!脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防〜読めば納得!脳を守るライフスタイルの秘訣』(ともに協同医書出版)。日本認知症学会副理事長。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事。



改定されたDSM-5では、この部分が「認知6領域の1領域以上での明らかな障害(以前よりも低下)」と変更になりました。この認知6領域とは、①注意、②学習と記憶、③言語、④実行機能、⑤知覚-運動(視覚・空間・構成)、⑥社会的認知(社会脳:家族や社会とのかかわりに必要な認知機能—共感、表情認知、他者理解、抑制など)です。注目すべきは、記憶障害が必須項目ではなくなったことです。たとえば、記憶障害がなくて言語障害が主症状でも認知症と診断できるようになりました。

軽度認知障害はどうなるのか

認知症を示す英語はdementiaなのですが、この言葉は差別・蔑視を生むという理由から、Major neurocognitive disorder(そのまま訳すと大神経認知疾患)という言葉に置き換えられました。日本で痴呆を認知症に変えたら差別が減ったという実績もあって米国でも用語が変更になりました。

これに伴い、正常と認知症の中間の状態である軽度認知障害(MCI)がMild neurocognitive disorderとなりました。大(major)も軽度(mild)も、どちらも神経認知疾患が続きます。これまで軽度認知障害は病気の一步手前で治療の対象にならないという考えでした。実際、アルツハイマー型認知症治療薬のドネペジルは、軽度認知障害は適応ではなく、使えません。DSM-5は、軽度認知障害も「疾患」として検査や治療が必要というスタンスで、検査・製薬メーカー寄りのネーミングと言えます。アルツハイマー病を無症状のステージで見つけて治療しようという研究の方向と、それをビジネス化しようという企業のもくろみが一致して動き出しています。

認知症は早期に発見するのがよいという世の流れですが、本人にとっては早期診断・早期絶望、そして運転免許停止などの生活制限という現実があります。診断した後のフォロー体制が整ってい

ないのに、どんどん早期診断を進めると、一番喜ぶのは製薬メーカーですが、アルツハイマー型認知症の薬を使ったために易怒性が出て、孫を殴ってしまったり、配偶者を蹴ってけがをさせてしまうなどのイベントや、胃潰瘍などの副作用が出るケースもあります。早期診断のメリット・デメリットを考えたうえでの診断が大切です。

病名の新しい付け方

さらに、軽度認知障害(MCI)の前に無症状の時期があるという考えを明確にしています。たとえば、アルツハイマー型認知症では、発症する20~30年前から脳にアルツハイマー病の病変ができています。つまり、脳病変を引き起こすアルツハイマー病には、①無症状期、②軽度認知障害期、③認知症期の3ステージがあり、アルツハイマー型認知症とはこの3番目のステージのことというわけです。

このように、DSM-5では、認知症の原因疾患の表記法が変わりました。認知症の原因となる、すなわち脳病変を引き起こす原因疾患と、症状のステージを組み合わせます。たとえば、アルツハイマー病(脳病変を示す用語)による軽度認知障害は、Mild neurocognitive disorder due to Alzheimer's diseaseとなります。レビー小体型認知症は、Major neurocognitive disorder with Lewy bodiesとなります。

☆

今回は、英語混じりで難解かもしれませんが、認知症の医学診断の動向について、利益相反の話題を交えてお伝えしました。

診断基準は純粋に医学的なものとは限りません。その診断基準をつくる人たちに対してどれだけの利益供与がなされているのかを公開することが、世間から求められています。

認知症の診断基準は社会の影響を受けますが、認知症介護の本質は変わりません。