

認知症診断プロセスの基本と実践

The Principle and Practice of Diagnostic Process for Dementia

社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター
聖マリアンナ医科大学

名誉センター長
名誉教授

長谷川和夫

認知症診断のプロセス

長寿社会の現代、医療関係者は認知症の医療サービスを避けて通れない。

2008年7月、厚生労働省は今後の認知症対策をさらに効果的に促進するために、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を発表した。研究・開発の加速と平行して、診断技術の向上、医療と介護との連携および若年性認知症の相談コールセンター設置等を挙げている¹⁾。

このような状況下で、私たちには認知症の診断プロセスについて熟知していることが新しい課題として期待されている。

認知症診断の過程には2つの段階がある(図1)。

まずは認知症か否かの診断で、次に認知症の原因疾患の診断である。

認知症か否かの診断

問診(精神診査)、心理テスト等による認知機能の評価、

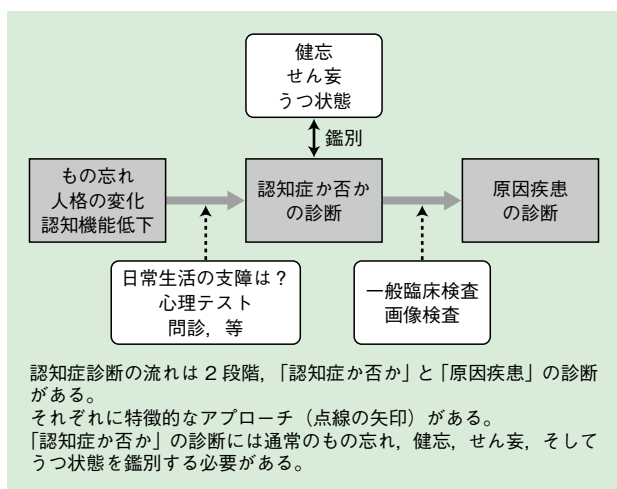


図1 認知症診断のプロセス

長谷川和夫

そして日常生活の支障の有無や程度を家族等から聴き取る。そして、正常範囲である健忘、せん妄およびうつ状態と鑑別する。

認知症診断にあたって表1に示したが、3つのポイントがある²⁾。

第1は記憶の障害で、短期および長期記憶障害、そして体験した出来事全体を忘れるエピソード記憶の障害を示す。

第2は、認知障害である抽象思考の障害(単語やことわざの意味が分からない)、失語、失見当、失認、失行、実行機能障害等のうち1つがある。

第3は生活の障害で、今までの職業、社会生活に支障を来す、あるいは周りの人とトラブルを起こす対人関係の障害である。1項および2項は認知症の中核症状、3項は周辺症状を反映しているものである。

以上の3項が確認された時に、認知症と診断される。ただし、これには2つの条件がある。それは意識障害およびうつ状態のないことが前提とされることである。精神診査によって鑑別する。

1) 意識障害

急性に発症し、話しかけてもぼうぜんとして対話の流れにのってこない。注意集中ができない。一日のうちでも変動しやすく、失禁など基本的な身体機能のコントロールが困難になる。原因として脳の循環障害、感染症、糖尿病、脱水症、殊に向精神薬、眠剤の過量投与によって起こる。興奮状態と幻覚が加わった状態をせん妄と呼ぶ。

2) うつ状態

うつ気分(悲哀感、面白くない、自死念慮等)、気力低下(ひきこもり、やる気が出ない、寝たきり等)、そして身体症状(頭痛、不眠、胃腸障害等)がみられる。病気になったという病感が強い。

長谷川式認知症スケール

認知症か否かのスクリーニングテストとして簡易な認知機能評価スケールが用いられている。長谷川式認知症スケールはその1つで、本邦では広く用いられている。9問より構成されていて、正答すれば1~2点、ヒント

表1 認知症かどうかのポイント²⁾

1. 記憶の障害	聞いたこと、行ったことを記憶できない	短期記憶障害(記銘障害)	はい・いいえ
	大切なことを思い出せない	長期記憶障害	はい・いいえ
	体験全体を忘れる	エピソード記憶の障害	はい・いいえ
2. 認知障害 (次のうち1つがあること)	単語やことわざの意味が分からない	抽象思考の障害	はい・いいえ
	言葉のやりとりができない	失語	はい・いいえ
	時と場所の見当がつかない	失見当	はい・いいえ
	親しい人を認知できない	失認	はい・いいえ
	簡単な道具の操作ができない	失行	はい・いいえ
	手順が分からなくなる	実行機能障害	はい・いいえ
	あれかこれかの判断ができない	判断の障害	はい・いいえ
3. 生活の障害	今までの職業、社会生活に支障を来してくる	日常生活の支障	はい・いいえ
	周りの人とトラブルを起こす	対人関係の支障	はい・いいえ

表2 長谷川式認知症スケールの意味づけ⁴⁾

1. お年は？		記憶	0, 1
2. 今日？	年 月 日 曜日	時の見当	0, 1 0, 1 0, 1 0, 1
3. ここはどこ？		所の見当	0, 1, 2
4. 桜 猫 電車		即時記憶	0, 1 0, 1 0, 1
5. 100-7 -7		計算 注意力	0, 1 0, 1
6. 6-8-2 3-5-2-9		注意力	0, 1 0, 1
7. 桜 猫 電車		遅延再生	0, 1, 2 0, 1, 2 0, 1, 2
8. 5つの物品		記憶力	0, 1, 2, 3, 4, 5
9. 野菜の名前		発語の流暢性	0, 1, 2, 3, 4, 5
総計 30			
判定： 認知症の疑い 20以下			

表3 認知症の検索に用いられる検査²⁾

検査の種類		検出される認知症疾患
尿検査（蛋白，糖，ケトン体，沈渣）		腎疾患，肝疾患
血液検査	血球検査を含む，ヘマトクリット（Ht），ヘモグロビン（Hb），血沈	貧血，炎症
血清検査	血液尿素窒素（BUN），血中尿素	尿毒症，肝疾患
	ビタミンB ₁ （VB ₁ ），ビタミンB ₁₂ （VB ₁₂ ），葉酸	サイアミン欠乏症，悪性貧血，ペラグラ
	電解質（Na，K，Cl，Caなど）	心・肺疾患，腎疾患，内分泌疾患
甲状腺機能検査		甲状腺機能低下および亢進
梅毒血清反応		進行麻痺
薬物血中濃度		薬物中毒
肝機能検査		肝疾患
脳波検査		脳機能障害，てんかん，脳器質病変
放射線学的検査	頭部単純X線	頭蓋内占拠性疾患
	頭部CTスキャン，MRI，NMR，SPECT	脳萎縮，脳梗塞，脳出血，頭蓋内占拠性疾患
	脳血管撮影	脳梗塞，脳出血，頭蓋内占拠性疾患
	脳槽シンチグラム	正常圧水頭症

による正答は1点が与えられる。表2に示すように，それぞれの設問項目には診査の目的がある。中でも設問7は遅延再生（delayed recall）の機能を検査するもので，アルツハイマー型認知症では特に低下する。総得点は30点で，20点以下を認知症の疑いとしている。本スケールの認知症か否かの識別力は，感受性が0.90，特異性が0.82であった³⁾。ただし，本スケールはあくまで簡易なスクリーニングテストであり，スケールのみによって認知症の診断をすることはできない。例えば，感冒やうつ状態等の心身不調や被検者の協力度によっては実際の認知力よりも低い得点を示すことがあるので注意したい。なお，本スケールを施行する時に誤った設問をすることがみられる。設問5「100-7は」との問いに，被験者が正解「93」と答えた時，検査者は次に「93から7を引くと？」と質問するのではなく，「それからまた7を引いてください」と尋ねるようにする。聞かれた方は93という答えの数字を記憶のネットワークに保持しながら引き算をするという，同時に2つの作業をすることになる。これは注意力を2つに分けることが求められている。認知症になると注意の集中力も弱くなるが，同時に注意力を二分する力も低下する。設問6の数字の逆唱も同様の注意分割力を評価するものである⁴⁾。

認知症の原因疾患の診断

認知症を起こす原因疾患は，およそ70に及ぶといわ

れている。脳内疾患が頻度としては多いが，内分泌・代謝病，中毒性疾患等の全身性疾患によっても起こることがある。頻度として多いものはアルツハイマー型認知症で，認知症原因疾患の50～60%，次いで脳血管性認知症の30%，レビー小体病の10%である。

原因疾患の診断にあたっては，精神診査や神経学的検査を主体とし，発症から現在に至る経過を本人，家族あるいは介護者から聴取する。このプロセスは臨床医のスキルとして重要なコアになる。

さらに補助診断法として画像診断は欠くことができない。頭部CT，MRI，SPECT等が挙げられる。また，身体疾患による原因疾患診断のためには一般血液検査，心電図，脳波等が用いられる。これらの検査の概要を表3に示した。

（文 献）

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」～報告書～，厚生労働省，2008年7月。
【<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf>】
- 長谷川和夫：認知症診療のこれまでとこれから，永井書店，大阪，2006，pp.60-63.
- 加藤伸司，下垣 光，他：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成，老年精医誌 2：1339-1347，1991.
- 長谷川和夫 編著：認知症診療の進め方—その基本と実践—，永井書店，大阪，2010，pp.42-47.