

第1章》》

認知症について

認知症の診断基準を理解する



中館先生: 最初に認知症の医学的診断について海老手先生から解説をお願いします。



海老手先生: 認知症の代表的な診断基準としては、国際疾病分類第10版（ICD-10）あるいはNIA/AA（National Institute on Aging-Alzheimer's Association）の診断基準¹⁾、米国精神医学会によるDSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル²⁾などがみられます。ここでは、NIA/AAの診断基準とDSM-5の診断基準について解説をします。

NIA-AAが提唱している認知症の診断基準を**表1-1**に示しました。認知症と判断するためには、①新しい情報の記録・記憶障害、②論理的思考、実行（遂行）機能、判断力の低下、③視空間認知障害、④言語機能障害（失語）、⑤人格・行動・態度の変化の中で2項目以上の領域が認められ、かつ仕事や日常生活に障害をきたすこと、以前の水準よりも実行（遂行）機能の低下が確認されることによって診断されます。認知症と判断するためには、前提として病歴と客観的な認知機能評価の組み合わせでなされなければなりません。認知機能の評価のためには、ベッドサイドでの精神機能の評価あるいは神経心理検査に基づくこ

表 1-1 NIA-AA による認知症の診断基準（2011）

- 仕事や日常生活に支障をきたしている
- 以前と比較して実行（遂行）機能が低下している
- せん妄や主要な精神障害が否定される
- 病歴と客観的な認知機能検査による認知機能の低下が確認される
 - (1) 患者本人あるいは情報提供者からの病歴
 - (2) 客観的な認知機能の評価：ベッドサイドでの精神機能評価あるいは神経心理検査
- 次の2領域以上の認知機能低下あるいは行動障害が存在する
 - a. 新しい情報の記録・記憶障害
 - b. 論理的思考、実行（遂行）機能、判断力の低下
 - c. 視空間認知障害
 - d. 言語機能障害（失語）
 - e. 人格・行動・態度の変化

(McKhann GM, et al. *Alzheimers Dement.* 2011; 7: 263-9¹⁾)

とが求められています。さらに神経心理検査は、通常の病歴聴取とベッドサイドでの精神機能評価によって正確な診断を下すことができないときに必ず施行されなければならないと記載されています。いい換えると、適切な病歴聴取とベッドサイドでの診察で認知症の診断を下せる際には必ずしも神経心理検査を施行する必要はないとの解釈になるかと思えます。

DSM-5 が定義する診断基準を表 1-2 に示しました。日本語訳がややぎこちないのですが、要するに① 6 つの認知機能（注意ならびに実行機能、学習と記憶、言語、知覚とそれに伴う行為、社会的活動）の中で 1 つ以上の障害が存在していること、② 認知機能の低下によって自立した生活を遂行できないこと、③ せん妄やその他の精神疾患に起因しないこと、が主な骨格になっています。この DSM-5 では、neurocognitive disorders という用語が導入され日本語としては神経認知障害群あるいは神経認知障害症候群と訳されています。また、認知症 dementia の代わりに major neurocognitive disorder という用語が使用されています。一方、軽度認知障害 MCI (mild cognitive impairment) は、minor neurocognitive disorder と呼称されています。

表 1-2 の内容を噛み砕いて述べますと、神経認知障害群（認知症と軽度認知障害を含む）は、1 つ以上の認知機能の低下がみられ、その障害された認知機能は時間の経過に従って下がっていくことが明らかにされる場合に診断されます。認知機能の低下を判断する目安は、患者本人または本人をよく知る情報提供者（多くは同居家族）、臨床家（多分医師に限らず）による疑い、または客観的な神経心理検査の結果が年齢以上に不良なこととされています。認知症と軽度認知障害 MCI との臨床像からみた鑑別点として、軽度認知障害 MCI の水準では、本人が買物やテレビ番組の筋書きの想起、献立を考えるなどの記憶や実行機能などについて「より難しい」「余計な時間や努力、代償的な方法が必要である」などと規定されます。一方、認知症に進展している場合には、これらの機能は援助があったときのみ正しく遂行される、あるいはその行為を行うことを諦めてしまうことになり

表 1-2 DSM-5 による認知症の診断基準

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. 1 つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚 - 運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている：</p> <p>(1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および</p> <p>(2) 可能であれば標準化された神経心理学的検査に記録された、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって実証された認知行為の障害</p> <p>B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。</p> <p>C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。</p> <p>D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

（日本精神神経学会 日本語版用語監修. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2014²⁾, p.594)

ます。また神経心理検査の立場からみますと、認知症では患者の示す結果が標準偏差の2倍かそれ以上に位置し、軽度認知障害 MCI ではその結果が標準偏差 1~2 の範囲に留まることが判断の目安となっています。しかしながら神経心理検査の結果は、その人の教育歴や職業、その他の要因によって影響を受けることは明らかであり、本来ならば同一の検査の以前の結果と比較できることが理想ですが、そのようなことは現実的ではないことから以前の状態を勘案しながら判定すべきであると述べられています。



加賀利先生: NIA/AA の診断基準あるいは DSM-5 を含めてほとんどの診断基準は項目の羅列となっており、認知症を専門とされないかかりつけ医・非専門医の先生方が診断を下すためにはあまりにも不親切な内容であり、さらに実臨床で患者や家族に説明する際にはもっとわかりやすい内容にしないと理解を得ることが難しいと思います。たとえば、NIA/AA の診断基準では、新しい情報の記録・記憶障害や視空間認知障害などがあげられています。では、記憶とはどういうものなのか、記憶障害をどう判断するのかなど具体的な記載や判断基準が教示されないと、かかりつけ医・非専門医の先生方が認知症の診断を下すのは難しいのではないのでしょうか。また、仕事や日常生活に支障をきたすとの文言がありますが、支障の判断基準をどう考えていったらよいのでしょうか。教条主義的な診断基準では臨床の現場で認知症の診断を下すことは困難であり、もっと実践的な診断スキルを身につけないとかかりつけ医・非専門医の先生方が認知症診療に関わることは難しいでしょうね。

DSM-5 の診断基準で評価されることは、診断的特徴の項の冒頭で“認知症と軽度認知障害は連続体の上に存在している”と記載している部分です。そして最後に“認知症と軽度認知障害の区別は本質的には恣意的であり、これらの障害は連続したつながりに沿って存在する。それゆえ正確な閾値を決定するのが難しい”と結んでいます。要するに加齢現象から軽度認知障害 MCI、認知症は 1 本の連続した線上に位置する概念であり、軽度認知障害 MCI と認知症の明確な線引きは不可能であり、また加齢現象と軽度認知障害 MCI との厳密な判別もできないといえるのです。DSM-5 のいう軽度認知障害 MCI と認知症の鑑別の目安はその他の診断基準と同様に曖昧であり非現実的だと思います。ある意味では神経心理検査の結果を鑑別点として重視しており、標準偏差の 2 倍を両者判別の根拠にするように読み取れます。この目安には問題点が 2 つあります。まず、どのような神経心理検査を使用するかの記載がないことです。DSM-5 の述べる 6 つの認知機能を包括的に評価できる神経心理検査の中で実臨床において手軽に使用できるものはないでしょう。実際にこの 6 つの認知機能を評価するためには相当の検査時間を要することは明らかです。かかりつけ医・非専門医の先生方の外来で施行することはまず不可能です。さらに認知症専門医療機関でも相当の手間がかかると推測されます。2 番目の問題点は、標準偏差の 2 倍といいますが、どの値を基準とした標準偏差なのかがわかりません。“適切な基準

と比べて”とありますが適切な基準とはなにを指しているのでしょうか。実臨床からみますと、軽度認知障害 MCI と認知症の判別を例に取っても曖昧さばかりが残る診断基準といわざるを得ません。DSM-5 の肩を持つならば、軽度認知障害 MCI あるいは認知症の判断はそれほど難しいものであるともいえるのです。私は、実臨床の現場では DSM-5 の診断基準を援用しても健常者と軽度認知障害 MCI、軽度認知障害 MCI と認知症の境界事例を判別することはきわめて難しいと考えています。しかしながら実際の現場では、もの忘れが心配である、認知症かもしれないから診断をしてくださいとの訴えで患者ならびに家族は受診してくるのです。われわれ臨床医は、そのような訴えで受診してくる患者が認知症に進展しているのかいないのかについての判断を求められているのです。NIA/AA や DSM-5 を含めてほとんどの診断基準に準拠しては実臨床で認知症の有無を判断することはできないと思っています。

実臨床で認知症を患者や家族にどう説明するか



私は、実臨床では患者や家族に対して認知症について以下のように説明しています。「認知症とは、一度獲得された知的機能がなんらかの原因によって低下をすること、そしてその低下によって社会生活や家庭生活、職業上で支障をきたすこととされています」具体的には、「私たちは、学校や社会などからいろいろなことを学んで生活をしています。その知識や技術などがなんらかの原因、主として脳の病気によって低下をしてきます。その低下によって社会的な活動や家庭内での生活に支障をきたしてきたときに認知症と呼ぶのです。たとえば 50 歳代の銀行員がお金の計算ができないときには銀行での仕事に支障をきたします。認知症になっている可能性があるのです。60 歳代の主婦が料理をすることができなくなってきたときには認知症を疑うこととなります。このような状態は意識が鮮明なときに生じることも条件のひとつです」と説明するようにしています。

認知症診療をしておりますと、患者や家族から「認知症とアルツハイマー型認知症とはどう違うのですか」「認知症と診断されましたがアルツハイマー型認知症ではないのですね」などの質問をしばしば受けます。認知症とアルツハイマー型認知症との関係が十分理解されていないようです。私は以下のように説明しています。「認知症は、病名ではなくひとつの状態、医学的には病態といわれるものです。一方、アルツハイマー型認知症はひとつの病気、病名です。認知症という状態を起こす原因はたくさんあります。アルツハイマー型認知症はその原因となる病気のひとつなのです。つまり、アルツハイマー型認知症という脳の病気が生じて認知症という状態になっている、と考えるのが正しい理解です」さらに関心を示す家族には、「認知症を起こす原因で最も多いのがアルツハイマー型認知症です。ついで脳血管障害が主因となって生じる認知症、つまり血管性認知症と呼ばれる

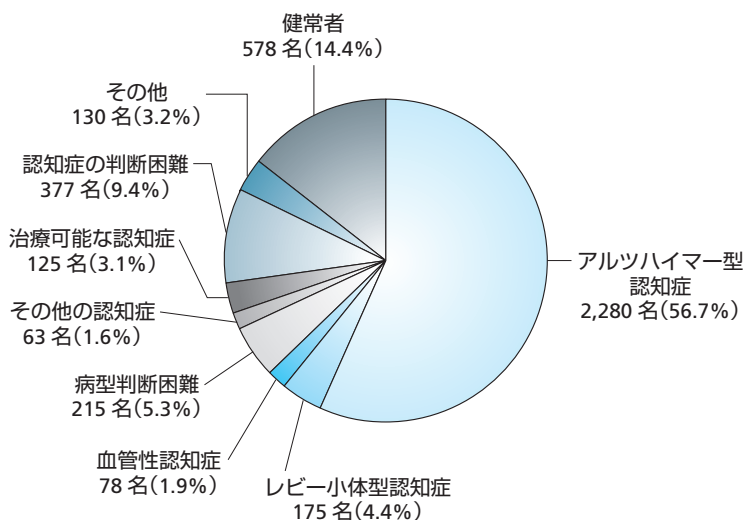


図 1-1 もの忘れ外来 4,021 名の臨床診断内訳

(八千代病院 愛知県認知症疾患医療センター 2008年8月～2018年1月)

病態がみられます。3番目は聞きなれない名前ですがレビー小体型認知症という病気があります。この3つの病気が認知症を起こす3大原因疾患と呼ばれるものです。これに前頭側頭型認知症を加えて4大原因疾患と呼ぶこともあります」

図 1-1 にもの忘れを主訴に私の外来を受診してきた患者 4,021 名の初診時における臨床診断の内訳を示しました。認知症の原因疾患は数多くありますが実臨床ではもの忘れを主訴に受診する患者の3分の2はアルツハイマー型認知症と診断されています。レビー小体型認知症は、文献的には認知症全体の2割～3割を占めるともいわれていますが、実際にはそれほど多くはなく私の外来では4.4%です。次いで血管性認知症となります。実臨床では認知症の原因疾患を正確に同定できない患者もしばしばみられます。たとえばアルツハイマー型認知症なのかレビー小体型認知症なのかの鑑別ができない患者です。両者の臨床像を合併している患者も少なくなく病型診断ができないのです。またアルツハイマー型認知症の臨床像を示しますが脳血管障害の要因（たとえば左頭頂葉後部に中等大の梗塞を示す）が混在している患者もみられます。教科書や成書に記載されているようにきれいに病型を分類できないのが実臨床の実態であろうかと思っています。もうひとつの問題は、初診時に認知症なのか加齢に伴うもの忘れ（生理的老化）なのかを判別できない患者が1割弱みられることです。認知症の診断は、高血圧や糖尿病と異なり診断根拠を数値化できないあるいは数値で定義することができないことから境界に位置する患者の診断はきわめて困難になります。そこから軽度認知障害 MCI という曖昧な概念が導入されてきているともいえるのです。