

日常診療の場で認知症が疑われる受診者については、次のステップとして、その人が認知症であるか否かを判定（診断）する必要があります。認知症の初動診療では、病歴聴取、診察、スクリーニング検査を行い、画像検査、血液検査を参考にし、総合的に認知症の有無を診断します。

1 病歴聴取

認知症の診断にあたっては、対象者の日頃の生活ぶり、言動、態度、気分などについての客観的な情報入手（病歴聴取）が欠かせません。この場合、対象者の平素の状態をよく知っている人（同居の家族、施設入所者であれば施設職員、独居者であれば近所の住人や民生委員・地域包括支援センター職員など）から話を聞くことが必須となります。

日常の外来診療では、患者が1人で通院してくることも多いでしょうが、認知症が疑われる場合、最低でも一度は本人をよく知る人に来てもらい、直接話を聞く必要があります。この際の病歴聴取は、本人には席を外してもらった状態で行います。本人が同席した場での聴取では、本人への遠慮や本人を傷つけたくない思いから、真実が報告されない場合があるからです。本人に対する認知症に関する問診は別途行います。

また、他院からの投薬があれば、その処方内容を確認します。

2 診察

認知症の定義は「意識障害のない状態での認知機能の異常と日常生活の支障」であるため、当該患者には意識障害がないことの確認がまず必要です。意識障害があれば認知症の診断は下せません（認知症の患者に意識障害が合併し、せん妄などを起こすことはあります）。

認知症の患者数の約半分を占めるアルツハイマー型認知症（AD）では、病初期から中期にかけて神経徴候に異常を呈することはありません。一方、ADに次いで頻度の高い認知症疾患であるレビー小体型認知症（DLB）や血管性認知症（VaD）、前頭側頭型認知症（FTD）では、異常神経徴候を呈することが

図 4-1 バレー徴候



上肢のバレー徴候

手掌を上に向けて上肢を前へ拳上したままそれを保つ姿勢を、閉眼で行ってもらう。軽い麻痺（写真では右上肢）があると、麻痺肢は次第に内転し下降してくる。



下肢のバレー徴候

腹臥位になってもらい、両下腿を約 45 度拳上した位置に保ってもらう。軽い麻痺がある（写真では左下肢）と麻痺側の下腿が落下してくる。

多くみられます（必ず呈するとは限りませんが）。

各病型については第 5 章で詳述しますが、認知症の診断、さらには病型診断のためには神経学的診察による異常神経徴候の有無の確認は欠かせません。かかりつけ医の先生方の診療の場で、フルに神経学的診察を行うのは現実的ではなく、またその必要もないと考えますが、最低限、麻痺、パーキンソン徴候、歩行状態の評価は必要でしょう。上下肢の軽い片麻痺の評価はいわゆるバレー徴候（呼称や手技については異説あり）¹⁾（図 4-1）で確認できます。パーキンソン徴候は、4 大徴候のうちの 2 つ以上が認められれば陽性となります。

パーキンソン徴候

4 大徴候：

- ①振戦 四肢末端や下顎にみられる速く規則的な不随意運動
- ②筋固縮（筋強剛） 筋のトーン（緊張状態）の亢進した状態。検者が感じる他覚所見
- ③動作緩慢（無動症） すべての動作がゆっくりで時間がかかること
- ④姿勢反射障害 姿勢を保つことが困難となり、身体が傾いたり倒れやすくなること

その他の症状：仮面様顔貌、姿勢異常（前傾前屈姿勢で、肘関節・膝関節が軽く屈曲）、歩行障害（腕の振りが乏しい、小刻み歩行、突進現象、すくみ足）、構音障害（小声で単調）

図 4-7 頭部 MRI

アルツハイマー型認知症における側頭葉内側の萎縮が確認できる。

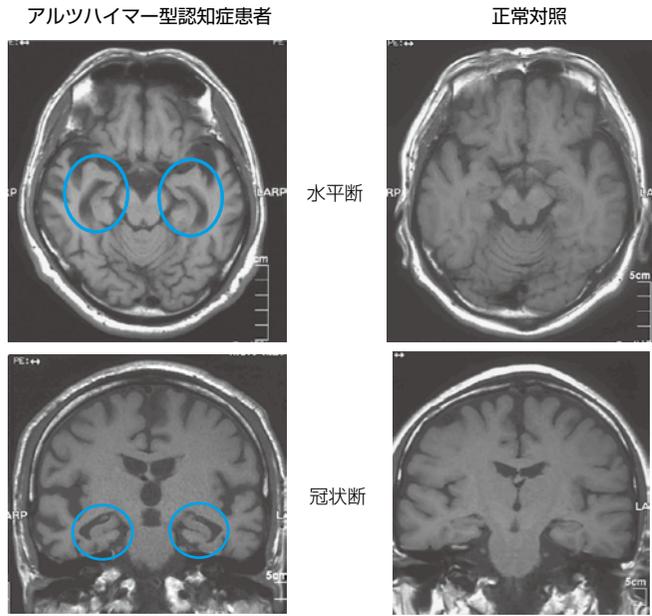
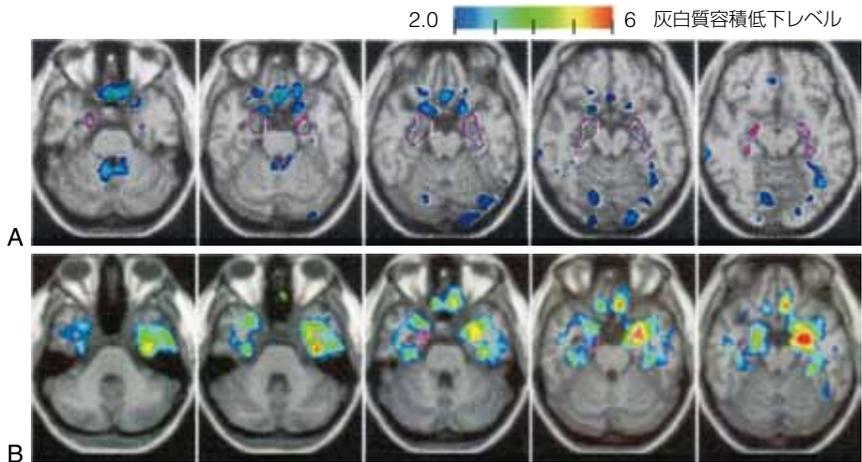


図 4-8 頭部 MRI の VSRAD 解析

灰白質の萎縮の程度が青→緑→黄→赤の順に強いことが表示される。AD で早期から萎縮してくる側頭葉内側を関心領域（紫色の線で囲まれた領域）とし、関心領域内での萎縮の強さを表す指標（Zスコア）が2以上であれば関心領域内の萎縮がかなり強いと判定される。上段 A の症例では萎縮は強くなく、Zスコアは 0.44、下段 B の症例は萎縮が強く、Zスコアは 3.42 であった。



2 レビー小体型認知症

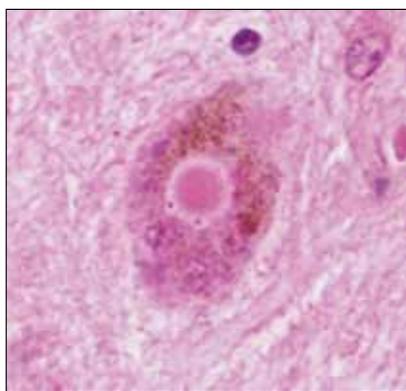
A 概論

レビー小体は神経細胞内に出現する病的封入体（図 5-6）で、ドイツのレビーが 1912 年にパーキンソン病患者の脳内で初めて発見しました。その後、長くその成分は不明でしたが、1990 年代になって主成分がリン酸化 α -シヌクレイン蛋白であることが確認されました。レビー小体は現在では中枢神経系と交感神経系の神経細胞に出現することがわかっています。

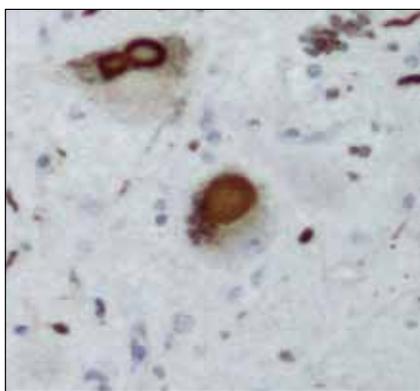
臨床的には、1976 年に小阪憲司が大脳皮質にレビー小体が見られ、認知症とパーキンソン症状を呈す症例を世界で初めて報告しました。その後、同様な症例の報告がわが国から、さらに欧米からもあり、1995 年にレビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies : DLB）と呼称されることが決定、1996 年に国際的研究グループによる第 1 回目の診断基準が発表されました。

このように DLB は比較的新しい概念の認知症ですが、認知症を起こす頻度が 2 番目に高い疾患であること（図 5-1）（※ 42 ページ）および認知症とパーキンソン症状を主症状とし、臨床症状が多彩であることから最近注目されています。

図 5-6 レビー小体（死亡時 84 歳 DLB 自験例、中脳黒質）



HE 染色



リン酸化 α -シヌクレイン免疫染色

認知症の原因疾患として頻度の高いアルツハイマー型認知症（AD）やレビー小体型認知症（DLB）など、変性疾患による認知症には根治療法がありません。治療の目標は、患者の認知機能障害と生活機能障害を評価し、薬物療法と非薬物療法を適切に組み合わせて、患者および介護者のQOLを良好に維持することになります。

1 各病型の薬物療法

A アルツハイマー型認知症の薬物療法

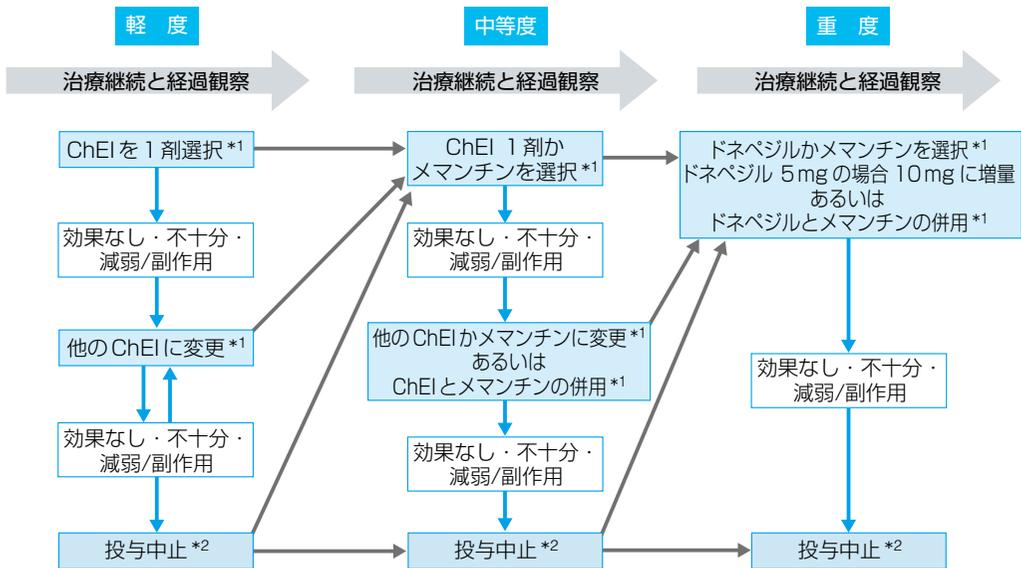
ADに対する根治療法はまだ存在しません。現在使用可能なADの薬物療法としては、認知機能障害に対する薬剤と、BPSDに対する薬剤とがあります。後者については、本章の3（[図 112](#) ページ）に記します。

ADの認知機能障害に対する治療薬は現在4種類あります（[表 6-1](#)）。薬剤により適応病期が異なります（[図 6-1](#)）。いずれも病態そのものを改善させる

表 6-1 アルツハイマー型認知症（AD）治療薬の特徴

	ドネペジル	ガラントミン	リバスタグミン	メマンチン
商品名 (会社名)	アリセプト (エーザイ) ※後発品あり	レミニール (武田薬品工業/ヤン センファーマ)	リバスタッチパッチ (小野薬品工業) イクセロンパッチ (ノバルティスファーマ)	メモリー (第一三共)
作用機序	AChE 阻害	AChE 阻害 ニコチン性 Ach 受容 体への APL 作用	AChE 阻害 ブチリルコリンエステ ラーゼ阻害	NMDA 受容体阻害
用量(mg/日)	3~10	8~24	4.5~18	5~20
用法(回/日)	1	2	1	1
半減期(時間)	70~80	5~7	(-)	50~70
主な副作用	食欲不振, 悪心, 嘔吐, 下痢, 尿失禁, 徐脈, 易 興奮性, 錐体外路徴候	食欲不振, 悪心, 嘔吐, 下痢	皮膚症状, 悪心・嘔 吐は他の ChEI より 少ない	めまい, 傾眠, 過鎮 静, 便秘
剤型	錠剤, 口腔内崩壊錠, 細粒, 内用ゼリー	錠剤, 口腔内崩壊錠, 内用液	貼付剤	錠剤

図 6-2 病期別の治療薬剤選択のアルゴリズム



*1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択

*2 急速に認知機能低下進行例があり、投与中止の判断は慎重に

* 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会，編：認知症疾患診療ガイドライン 2017. 医学書院，2017，p227 より許諾を得て転載

(図 1-2) (☞ 3 ページ)。重度の AD では、ドネペジル 10 mg、あるいはメマンチン、両者の併用を考慮しますが、いずれの薬剤も効果がなかったり、副作用で継続できなくなった場合には投与中止を考慮します。ただし薬剤の中断により認知機能低下が急速に進行することがあり、投与中止の判断は慎重に行います¹⁾。

B レビー小体型認知症の薬物療法

DLB に対する根治療法はまだ存在しません。DLB では多彩な症状を呈すため、患者のどの症状を標的とするかを見定めて、治療方針を立てる必要があります。DLB は薬物療法で有害事象が現れやすいため、非薬物療法 (☞ 109 ページ) が特に重要とされています²⁾。

DLB の認知機能障害に対する薬物療法としては、コリンエステラーゼ阻害薬 (ChEI) やメマンチンの有用性が報告されていますが、わが国で保険適用に

ほとんどの認知症疾患は従来型の「治す医療」の対象疾患ではありません。「支える医療」としての対応が求められます。

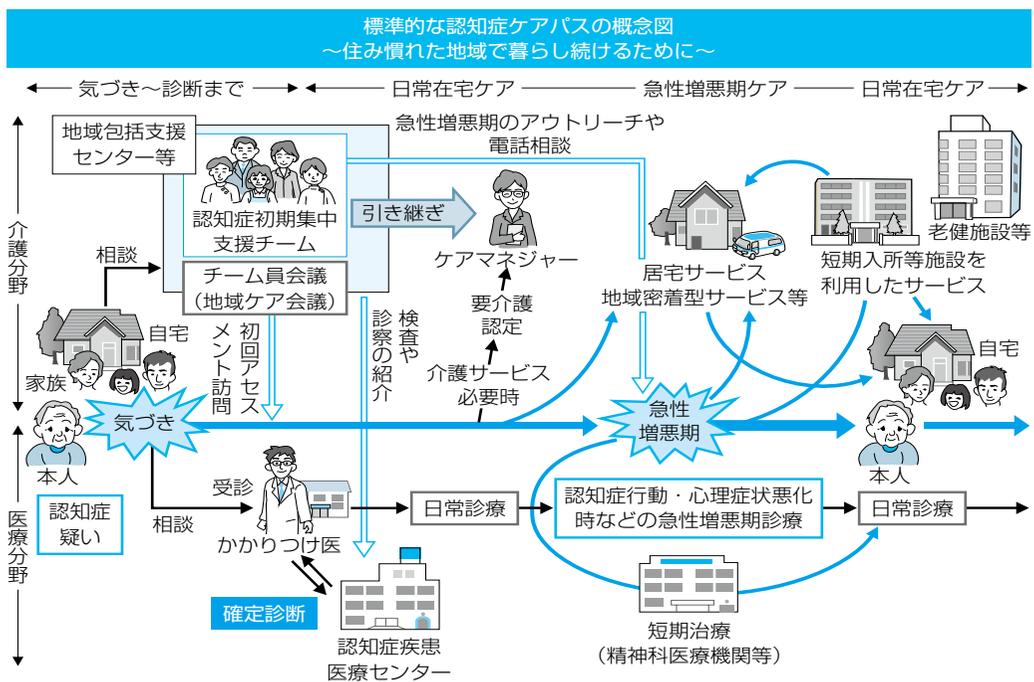
認知症を起こす頻度の高いアルツハイマー型認知症（AD）やレビー小体型認知症（DLB）は進行性の経過をたどり、発症から最期まで5～15年くらいかかります。かかりつけ医と認知症者やその家族とは長い付き合いになります。この間、患者や家族のQOLをできるだけ良好な状態に保つよう多職種の人々が連携し協働します。それらの中心となるのはかかりつけ医です。

厚生労働省が「認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けることができるための」認知症施策として発表した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（2013年度）では、かかりつけ医が初期から最期まで認知症本人のそばに寄り添い、その時々で必要な対応を日常診療の中で行うことが、望ましい姿として示されています（図7-1）。

認知症の患者や介護者（家族の場合が多いでしょう）をどう支えていくのか、関係するポイントについて触れていきます。

図7-1 今後の認知症ケアの流れ

（厚生労働省「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」より）



援するものです。社会福祉協議会が実施主体で、事業内容が理解できる人が対象となります。日常的な金銭管理や福祉サービスの利用援助などを行います。

E 虐待防止

認知症高齢者は家族介護者や入所・入院施設従事者から虐待を受ける可能性があります。虐待の種別には、身体的虐待、心理的虐待、放棄放任（ネグレクト）、性的虐待、経済的虐待があります。認知症高齢者などの障害者への虐待に気づいた人には、市町村の障害者虐待対応窓口（市町村虐待防止センター）への通報義務があります（障害者虐待防止法）。

認知症高齢者への虐待では、虐待をしている側の家族介護者に、介護疲れや認知症の知識不足、家族内での人間関係などの問題があることも少なくありません。虐待に対する早めの対応は、虐待を受けている認知症高齢者を援助するだけでなく、虐待している家族介護者に対しても問題解決や支援の手を差し伸べることにつながります。

5 自動車運転

現在のわが国の法律上、認知症者は運転が禁止されています。かかりつけ医は、日頃から受診者が運転をしているのかどうかを確認しておかねばなりません。2017年3月から施行されている改正道路交通法で、75歳以上の運転免許保有者は免許更新時等の認知機能検査が強化されました。

検査により「認知症のおそれあり」（第1分類）と判定されると、認知症の有無の判定のために医師の診断を受けることが義務づけられています。医師による認知症の診断が下されると、それを参考に都道府県公安委員会が免許の取消等の判断（行政処分）を下します（図7-5）。

診断書は認知症専門医またはかかりつけ医が書くこととされており、今後かかりつけ医が記載する機会が増えてくるものと予想されます。診断書は、日常の継続的な診察で得られる情報とともに認知機能検査（MMSEまたはHDS-R）および脳画像検査（CTまたはMRI：他院での検査可）の結果を勘案し診断を下し記載します。記載のガイドラインおよび記載例が日本医師会の「かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」⁷⁾や総説⁸⁾に掲載されています。