

主治医の診断書様式に関する診断の手引き

1. 医学的診断

1) 認知症の判断

米国精神医学会による認知症の診断基準を用いる。国際的にも最も一般的な考え方である。①意識障害がないことが前提であり、②記憶障害に加えて、それ以外の認知機能障害、見当識障害や判断力の障害、実行機能障害が認められ、③それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、④病因として器質性病変の存在が確認あるいは推定され、⑤うつ病などが除外されれば認知症と診断される。

2) 認知症の病型診断

経過、臨床症状、画像を合わせても病型診断が困難であることは少なくない。一方で典型的な経過を示すことも多い。

	アルツハイマー型 A D	レビー小体型 D L B	前頭側頭型 F T D	血管性 V a D
好発年齢	65歳未満発症 早発型 65歳以上発症 晩発型	65-75	50-60	なし
初発症状の 特徴	記憶障害 実行機能障害	パーキンソニズム 睡眠障害 初期には記憶障害はめだた ない	喚語困難 意欲低下 脱却制的行動 記憶障害	運動麻痺 実行機能障害 記憶障害
臨床症状の 特徴	エピソード記憶の障害 自己評価の障害	症状の日内変動 易転倒性 幻視	失語 常同行動 食行動の異常 時に家族性あり 病識の高度の消失	階段状、突発性の症状変 動 進行の停止
経過	緩徐に進行 身体合併症により悪化	変動しながら進行性に悪 化。A Dよりも経過が早い。 また易転倒性による骨折も 悪化要因となる	緩徐に進行 語義失語や 進行性失語も最終的には F T Dの特徴を呈してく る	段階的、突発的に悪化 一方で進行がほとんど見 られない時期も
代表的な 診断基準	NINCDS-ADRDA Neurology 34:939-944、 1984	McKeithらの診断基準 Neurology 65:1863-1872、 2005	Nearyらの診断基準 Neurology 51:1546-1554、 1998 International Behavioural Variant FTD Criteria (FTDC) Brain 134:2456-2477、 2011	NINDS-AIREN Neurology 43:250-260、 1993

3) CDRのポイント

CDRを計算するポイントは以下の通りである。

①原則として、記憶の評価が優先される。

たとえば、記憶が 0.5点で、それ以外の項目が 0点の場合、CDRは 0.5点となる。

②記憶が 0 の場合、

(ア) 記憶以外の2つ以上の項目の点数が 0.5 以上の点数でなければ、CDRは 0 である。

(イ) 記憶以外の2つ以上の項目が 0.5 の場合、CDRは 0.5 となる。

③記憶以外の項目の1つもしくは2つが記憶の点数と同じである場合、3つ以上の記憶以外の項目が記憶よりも1ランク大きい(小さい)場合を除いて、記憶の点数が CDRとなる。

④記憶以外の項目が3つ以上同点の場合、

(ウ) 記憶と同じ点数である場合は、CDRは記憶の点数となる。

(エ) 記憶の点数よりも1ランク大きいか小さい場合、CDRの点数は、記憶以外の3つ以上の項目が示す数となる。

(オ) 記憶の点数よりも1ランク大きく(もしくは小さく)、かつ残り2つの記憶以外の項目が記憶の点数よりも1ランク小さい(もしくは大きい)場合、CDRは記憶の点数となる。

⇒ ①~④に該当しない場合には、目黒謙一、痴呆の臨床 : 医学書院を参照のこと。

⇒ CDRの点数を記入しない場合は、所見欄に「なし、疑い(軽度認知障害)、軽度、中等度、重度」と重症度を必ず記入する。

- ・ 軽度認知障害とは、認知症とも知的に正常とも言えない中間状態を指し、家事や仕事等の日常生活動作が概して正常な状態である。
- ・ 軽度認知症とは手段的日常生活動作には支障があるため、職業あるいは社会活動が障害されているが、基本的日常生活動作は自立しており入浴、更衣、排泄など身の清潔を保つことができる。
- ・ 中等度認知症とは基本的日常生活動作にも障害がみられ、家庭での日常生活でも自立できないことがあり、ある程度の介助が必要な状態である。
- ・ 重度認知症では、重度の記憶障害があり、人物に関するもの以外の見当識が失われ、問題解決や判断は不能で、家庭内外での活動に支障があり、多大な介助が必要な状態である。

臨床的認知症尺度 (GDR) の判定表

CDR	0	0.5	1	2	3
	障害				
	なし 0	疑い 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶 (M)	記憶障害なし 軽度の一貫しない物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に思い出す良性健忘	中程度記憶障害 特に最近の出来事に対するもの 日常生活に支障	重度記憶障害 高度に学習したもののみ保持、新しいものはすぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ残存する程度
見当識 (O)	見当識障害なし	時間的関連の軽度の困難さ以外は障害なし	時間的関連の障害中程度あり、検査では場所の見当識良好、他の場所で時に地誌的失見当	時間的関連の障害重度、通常時間の失見当、しばしば場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力と問題解決 (JPS)	日常の問題を解決 仕事をこなす 金銭管理良好 過去の行動と関連した良好な判断	問題解決、類似性差異の指摘における軽度障害	問題解決、類似性差異の指摘における中程度障害	問題解決、類似性差異の指摘における重度障害	問題解決不能
			社会的判断は通常、保持される	社会的判断は通常、障害される	判断不能
地域社会活動 (CA)	通常の仕事、買い物、ボランティア、社会的グループで通常の自立した機能	左記の活動の軽度の障害	左記の活動のいくつかにかかわっていても、自立できない 一見正常	家庭外では自立不可能	
				家族のいる家の外に連れ出しても他人の目には一見活動可能に見える	家族のいる家の外に連れ出した場合生活不可能
家庭生活および趣味・関心 (HH)	家での生活、趣味、知的関心が十分保持されている	家での生活、趣味、知的関心が軽度障害されている	軽度しかし確実な家庭生活の障害 複雑な家事の障害、複雑な趣味や関心の喪失	単純な家事手伝いのみ可能 限定された関心	家庭内における意味のある生活活動困難
介護状況 (CP)	セルフケア完全		奨励が必要	着衣、衛生管理など身の回りのことに介助が必要	日常生活に十分な介護を要する 頻回な失禁

[Morris JC, The Clinical Dementia Rating (GDR) :Current version and scoring rules. Neurology 1993, 43:2412-2414; 目黒謙

一、痴呆の臨床 : GDR判定用ワークシート解説、医学書院、2004、p.104より]

2. 身体・精神の状態に関する検査結果

1) 認知機能検査、心理学的検査

HDS-R MMSEのどちらを用いてもよいが、合計点のみでなくどの領域で失点しているかも示す。

2) 臨床検査

全血算では高齢者に潜在する貧血や感染症による白血球増加をチェックする。

生化学検査は、通常の肝機能、腎機能、電解質、血糖に加えて、認知機能低下を引き起こす原因となる疾患の鑑別のための下記検査も行う。

甲状腺機能 (TSH、FT3、FT4) → 甲状腺機能低下症 血清梅毒検査 → 神経梅毒

アンモニア → 肝性脳症 ビタミンB1 → Wernicke脳症 ビタミンB12、葉酸 → それぞれの欠乏症

カルシウム → 副甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能低下症、骨粗鬆症治療薬による高カルシウム血症

画像検査の役割は大きく分けて2つある。1つは、脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった他の疾患によって、認知症に類似した状態が引き起こされていないかどうかという除外診断目的。2つめは認知症の病型診断の補助診断である。画像による病型鑑別の要点を表に示す。

	アルツハイマー型 AD	レビー小体型 DLB	前頭側頭型 FTD	血管性 VaD
MRI CT	海馬、頭頂側頭葉の委縮（初期には目立たない）	海馬の委縮（ADに比べ軽度のことが多い）	前頭葉・側頭葉のナイフの刃様の委縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
SPECT FDG-PET	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 (ADに比べて軽い)	血管障害の病巣により一定の傾向をもたない
その他		MIBG心筋シンチで取り込み低下		