

<特集「高齢糖尿病患者の管理」>

## 認知症の診断・治療 ——一般診療における留意点——

成 本 迅\*

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

### Diagnosis and Treatment of Patients with Dementia in General Practice

Jin Narumoto

*Department of Psychiatry, Kyoto Prefectural University of Medicine  
Graduate School of Medical Science*

#### 抄 録

高齢化の進展により、診療において認知症を伴う患者に対応する機会が増えている。このため、認知症の知識を持っておくことで、高齢者の診療を円滑に進めることが可能となる。認知症患者の中で診断を受けている患者は調査によれば30%に過ぎず、合併疾患による入院などの診療場面で初めて認知症に気づかれることも多い。また、認知症の症状には、記憶障害を代表とする認知機能障害と行動・心理症状がさまざまなパターンで現れることから、診療にあたっては的確な診断、症状評価と対応の工夫が必要となる。このため、本稿では、認知症を伴う患者の診療を円滑に進めるのに役立つと思われる診断、治療の基礎知識について概説した。

キーワード：認知症、診断、認知機能検査、合併症。

#### Abstract

Due to the aging of the population, there are increasing opportunities to come into contact with patients with dementia. Therefore, having knowledge of dementia is useful for providing better treatment for the elderly. According to the survey, only 30% of patients with dementia are diagnosed, and dementia is often noticed for the first time in a medical setting such as hospitalization due to comorbidities. In addition, since cognitive dysfunction represented by memory impairment and psychological and behavioral symptoms appear in various patterns, management based on accurate diagnosis and assessment of symptoms is required. In this paper, we have reviewed the basic knowledge of diagnosis and symptoms that is useful for management of symptoms during medical treatment.

**Key Words:** Dementia, Diagnosis, Cognitive assessment, Comorbidity.

---

令和2年6月28日受付 令和2年7月1日受理

\*連絡先 成本 迅 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465番地

jnaruru@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.129.08.589

## はじめに

認知症は、認知機能障害、及び精神症状により生活に必要な理解力、判断力に低下がみられ日常生活動作に支障が出る疾患である。このため、他の日常生活動作と同様、医療機関への受診や服薬、生活習慣病の管理などにも影響が及ぶ。これにより、もともとの疾患が悪化したり、入院生活になじめず入院治療が受けられなかったり、術後の安静が保てないことから手術が回避されたりといったさまざまな二次的影響がみられる。的確なタイミングで診断を受け、症状に応じた支援が受けられると、これらの影響を最小限にすることが可能であるが、実際には地域在住高齢者で認知機能障害を有するもののうち認知症のため受診したことがあるものの割合は30%程度にとどまると報告されている<sup>1)</sup>。このため、外来であれ、入院であれ、高齢者の診療に携わる際には常に認知症の可能性を考慮しておく必要がある。そこで、本稿では、一般診療において認知症に気づき、症状を評価し、目的とする治療をどう行っていくかという視点から、認知症の診断・治療について改めて解説したい。また、日常診療で相談を受けることがある運転免許や成年後見制度利用に関する診断書についても触れた。

## 診 断

認知症の診断については、その多くを未だ根本的治療法がないアルツハイマー型認知症が占めていることから、その意義が医療従事者に

とつても、一般市民にとつても分かりづらい。しかしながら、診断により、生活の破たんや詐欺被害を防いだり、服薬や生活管理を支援して健康を維持したりすることができることから、認知機能低下による生活への影響が生じてからできるだけ早いタイミングで診断することが重要である(表1)。ここでは、問診や診療を通じた診断のヒントや認知機能検査や画像検査を用いる際の留意点について述べる。なお、慢性硬膜下血腫や甲状腺機能低下症などの治療可能な認知症の診断が重要であることはいうまでもないが、症状の発現が重急性であったり、記憶障害を主体とするアルツハイマー型認知症の症状とは異なっていたりすることから、たいていの症例で専門医への紹介などにより診断がついていることが多いためここでは触れない。

### 1. 生活機能の評価

前述の通り、認知症の診断には生活機能の評価が重要で、日常生活に関する情報が欠かせない。しかしながら、独居高齢者や高齢者世帯の増加により必ずしも生活に関する客観的な情報が得られるとは限らない。このような場合には、受診時の様子を観察することで生活機能を推測することができる。生活機能は複雑なことから順に障害される。一連の受診手続きの中で、認知機能低下の影響を受けやすいのは、支払いの手続きと予約である。逆に診察はほとんどがその場の指示に応じて受け身で対応するだけで、慢性疾患の場合は毎回ほぼ同じような内容を答えるだけで済むことからあまり破たんはみられないことが多い。受付の職員や、看護スタッフ

表1 早期診断の目的

1. 治療可能な認知症(慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症など)を治療に結び付ける
2. 本人・家族に認知症に関する知識を与え有効な対処がとれるようにする
3. 健康維持のための介入を行う(糖尿病や高血圧など併存疾患の管理をモニタリングする)
4. 介護保険や障害年金など利用可能な制度につなげる
5. 悪徳商法や詐欺の被害を防止する(権利擁護)

に、受診に伴う一連の手続きでこれまでと違う様子がみられたらすぐに報告するよう伝えておくとよい。

院内での手続きに支障が出ている場合は、その他の社会的手続きや買い物、金銭管理などにも支障が出ている可能性が高く、生活状況を把握するために地域包括支援センターなどと連携する必要がある。地域包括支援センターへの連絡については、出来る限り本人の理解を得ることが望ましいが、たとえ理解が得られない場合であっても個人情報保護法の例外規定（生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合）に相当することから、情報提供を行うことができる。

## 2. 診察における認知機能の評価

前項で触れたように、慢性疾患での診察や問診は毎回同じ内容ですむことが多く認知機能低下の影響は限定的であることが多い。このため、診察の中に認知機能低下により影響が出やすい手続きを加えておくのも一つの方法である。アルツハイマー型認知症をはじめとする多くの認知症でみられる実行機能の障害は、口頭で指示した内容をどの程度スムーズに行うことができるかで評価できる。例えば、アルツハイマー型認知症の評価でよく用いられる Alzheimer's Disease Assessment Scale の認知機能下位尺度 (cognitive part (ADAS-cog)) の日本語版 (ADAS-J cog) では、「口頭命令に従う」という評価項目があり、こちらの指示に従って動作をするように求めて、どこまで従うことができるかで実行機能の評価している。複数の動作を順番に行うように求めると難易度が上がる。例えば、「腕の動きをみますので、目を閉じて手のひらを上にして右腕を前に出してください。」と指示すれば複数の動作を順番に行う必要があり、実行機能の評価することができる。それぞれの診療科で行われる検査などを利用して評価すれば、患者に認知機能の評価されているという心理的負荷を与えることなくさりげなく評価することができ、しかも時系列で変化が起きているかを確認することが可能となる。

## 3. 認知機能検査

ここまで紹介してきた方法で認知症が疑われたら、その時点で地域の物忘れ外来や認知症サポート医、認知症疾患医療センターに紹介することもできるが、自院で認知機能検査をする場合の留意点について触れたい。

改訂長谷川式簡易知能評価スケールを代表とする認知症のスクリーニング検査は、その多くが言語を通して評価するため、もとの知能レベルや教育歴、職業歴に影響を受ける。すなわち、日ごろから文章を読んだり、計算をしたりする必要がある職業に就いていた場合には、認知症発症後も比較的高い点数を取ることができ、逆にそのような機会がない職業についていたり教育歴が低い場合は、認知症でなくても計算などで失点する場合がある。また、検査に対する意欲により影響を受け、集中して取り組まなかったり、拒否的だったりすると結果は信頼できない。このようなことから、認知機能検査の点数だけでなく、生活機能の経時的な変化を考慮して判断することが重要である。

## 4. 画像検査

MRI、CTなどの脳の構造画像や脳血流 SPECT などの機能画像、そして場合によっては、ドパミントランスポーターの画像などが用いられる。認知症診断において脳の構造画像は、慢性硬膜下血腫や脳出血、脳梗塞など、明らかな画像所見が得られる疾患を鑑別するために不可欠である。一方で、脳萎縮のパターンにより神経変性疾患を積極的に診断することは難しく、アルツハイマー型認知症の画像所見としてよく知られている海馬の萎縮も、加齢性の変化や生来のものである可能性もあることから、画像検査のみで診断することは危険である。近年は、MRI 画像を統計的に処理して、萎縮の度合いを数値で表示するソフトウェアが普及しており、簡便に萎縮の程度を評価することができるが、これもさまざまなアーチファクトの影響を受ける可能性もあり、使用にあたっては必ず経過と臨床的な所見と合わせて評価することが必要である。

## 治 療

認知症そのものの治療については、本誌に掲載された先行論文を参照していただきたい<sup>2)</sup>。ここでは、身体合併症の治療を行うにあたって、認知機能の低下や精神症状の影響を最小限にするための工夫について解説したい。

### 1. 慢性疾患の外来管理

まず、認知症発症により服薬管理ができなくなるのがしばしばみられる。地域包括支援センターや薬剤師の訪問で大量の服薬されていない薬剤が発見されることもある。急に疾患コントロールが悪くなった場合には、まず服薬が遵守できているかを確認する必要がある。次に、食事や運動などの生活習慣にも影響が出る。これまで熱心に散歩したり、食事に気を付けたりしていた人が、関心を失ったようにみえるときは認知症を疑う必要がある。

認知症に罹患した場合、上記のように服薬遵守と生活習慣の変化から外来でのマネジメントが難しくなる。まずは服薬回数や剤型を見直し、服薬しやすくできないかを検討する。訪問薬剤師による自宅での薬剤管理の指導も有用である。生活習慣については、意欲の低下以外に、認知機能低下による失敗を恐れて外出や他者との交流を控えている可能性があるため、安心して参加できることがないかを家族やケアマネジャーらも交えて検討したり、本人の不安や怖れについて支持的に聞き取り、和らげたりすることが必要である。

### 2. 入院治療

入院治療を円滑に進めるには、検査への協力や安静などの指示の遵守など患者側の協力が必要である。認知症により理解力、判断力が低下している場合には、思いがけない事故が起こる可能性があり、まず入院時に認知症の有無や程度を確認する必要がある。前述の通り、認知機能が低下している高齢者のうち診断を受けているのは30%程度と報告されており、診断がついていない場合でも注意が必要である。入院時の評価については、入院時の手続きや病棟生活に関する説明の理解で評価することができる。事務職や入院受け入れを担当する看護師、薬剤チェックをする薬剤師や栄養指導をする栄養士など多職種の情報を統合して評価することができれば理想的である。

入院治療にあたっては、慣れない環境への戸惑いや、疾患そのものによる疼痛や不快感、チューブ類や痛みを伴う処置など治療による苦痛などから、興奮、不眠、不安、そして何よりせん妄など心理・行動症状が出現することが多い。天木らは、認知症認定看護師へのインタビュー調査により、現場で行われている工夫を報告している<sup>3)</sup>(表2)。最近では、認知症ケア加算が創設され、多くの病院で算定されるようになってきている。各病棟で担当者を決めて取り組み、時々院内で工夫を共有するようになるとよい。

### 3. 手術

手術手技や麻酔の進歩により、各種手術の適用年齢はますます上っている。結果として対象

表2 入院治療における配慮(文献天木)より筆者作成)

1. 治療と認知症症状の相互関係をとらえ対応する	7. 拒否的態度の要因へ働きかける
2. 機能回復による転倒転落を防ぐ	8. 患者の強みを活かす
3. 入院初期の不可解な言動への対応を模索する	9. 患者特有の認知症症状に対応する
4. せん妄の可能性も見定め対応する	10. 生活習慣や生活歴を活かす
5. 強い興奮状態の患者を支える	11. 患者の反応を手がかりに対応する
6. 身体的不快・苦痛とBPSDの関連をとらえ対応する	12. 適した療養環境を整える
	13. 人的環境を調整する

者に占める認知症患者の割合も増えており、認知症は手術適応の判定の一つの判断材料になっている。高齢者でよく行われる大腿骨近位部骨折の手術や白内障手術など、多くの手術では術後の安静やリハビリテーションを必要とする。手術によっては局所麻酔で実施するか、全身麻酔で実施するかを、本人の協力できる度合いによって判断する必要がある。このような判断には、入院後の検査での様子や説明の理解の程度が参考になる。また、認知症患者は不意打ちに弱く、記憶障害もあいまって、混乱した状態に陥りやすい。治療を実施するにあたって、安心できる働きかけに留意し、予測がしやすいよう説明をすることが必要である。

#### 4. 治療方針の決定（意思決定支援）

認知症患者の治療方針決定には、意思決定能力を評価し、能力に応じた意思決定支援を行うことが重要である。認知症であればすべての医療行為に対して同意できなくなるわけではなく、軽度の段階であれば、分かりやすい説明などにより本人の理解を助けて選択を支援することで有効な同意を得ることが可能である。また、医療行為の内容によって必要とされる能力は異なり、リスクが低く、選択肢も少ない医療行為であれば、認知症患者の本人同意で治療を進めることが可能な場合も多い。一方、医療同意能力が低下していて、当該治療に有効な同意を提供できない場合や選択できない場合には、医療従事者や介護従事者、成年後見人などの権利擁護に関わる関係者が関与して選択を支援することになる。とりわけ、リスクが高く、本人のQOLに大きな影響があるような治療については、たとえ本人が同意していても、十分な理解に基づく同意なのかを確認する必要がある。医療同意能力評価は、理解、認識、論理的思考、選択の表明の4つの要素に分けて評価が行われる。詳しい評価が必要な際には、MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T) と呼ばれる半構造化面接法を用いる。日常診療の中で簡便に理解を評価するには、病名や治療内容について本人の口からどのように理解しているかを説明してもらうとよ

い。

意思決定支援にあたっては、本人の意思を推定できる材料がないかを検討し、専門職、親族問わず本人に関わる人から情報を得る。アドバンス・ケア・プランニングも重要な参考資料になる。認知症という診断がついているだけで積極的な治療を差し控えてしまったり、本人のQOLを十分考慮せずに治療を選択してしまったりする危険性があり、多角的に熟慮して方針を決定する必要がある。入院時には身体状態も悪く、せん妄なども重なって意思決定能力が一時的に低下していたり、医療スタッフとの関係構築がまだ不十分で拒否的になったりすることもあるため、継続して同意能力評価と説明の努力を続けるべきである。われわれは、これらの意思決定支援プロセスについてガイドを作成して普及啓発を行っている<sup>4)</sup>。下記のリンクよりダウンロード可能であり、是非ご活用いただきたい。

[https://researchmap.jp/multidatabases/multidatabase\\_contents/detail/231990/591ea2be0ae83a14810cd1b93dd4b9d2?frame\\_id=497783](https://researchmap.jp/multidatabases/multidatabase_contents/detail/231990/591ea2be0ae83a14810cd1b93dd4b9d2?frame_id=497783)

#### その他認知症に関連した業務

社会的活動に影響するという認知症の特徴から、診断書という形で医療側の判断を求められる場面がある。いずれの場合も、患者の権利を制限することになる可能性があり、回復可能性がないかなど慎重な判断が求められる。

##### 1. 運転免許

道路交通法の改正を受けて平成29年3月から75歳以上の高齢者は運転免許更新時に認知機能検査を受けることが義務付けられた。内容としては、見当識、記憶、時計描画テストが行われ、それぞれの課題の点数に一定の係数をかけて合計点が計算され、49点以下の場合は臨時適性検査（専門医による診断）を受けるか、医師の診断書を提出することになる。なお、試験の内容は警察庁のホームページで見ることができる。

診断書様式には、認知症か、認知症ではないが認知機能の低下がみられ、今後認知症となる

おそれがあるか、認知症ではないかを判定して記載するようになっており、認知症と診断された場合は、免許は取消となる。診断書を求めて来院するのは、ほとんどが認知機能検査の結果に納得できず、認知症ではないことの証明を求める高齢者であり、認知症と診断した場合は受診者が納得しない場合がほとんどである。このため、慢性疾患で長くかかりつけ医として診療をしている患者では、それをきっかけに治療関係が損なわれてしまう可能性がある。このようなことを避けるために、認知症の専門医に紹介してそちらで診断を下してもらうことも選択肢となるだろう。なお、認知症ではないが認知機能の低下がみられ、今後認知症となるおそれがあると診断された場合は、6ヶ月ごとに診断書の提出を求められる。これまでの経験では、免許更新の際の認知機能検査では、緊張して実力が出せずに低得点となったことが推測されるケースもあり、慎重な評価が必要である。

## 2. 成年後見診断書

成年後見制度利用にあたっては、医師の診断

書が必要である。成年後見制度には、財産管理能力、身上監護能力の低い順に、後見、保佐、補助の3類型がある。これら類型については、家庭裁判所の判断にはなるが、診断書にも能力を3段階で評価する項目があり、たいいていの場合医師の判断がそのまま採用される。認知症が重度で明らかに簡単な買い物や社会的手続きを自分でできない場合は、認知症診療を専門にしていなくても作成することが可能と思われる。

## お わ り に

認知症は高齢者の診療全般に影響を及ぼし、気づかずにいると重大な事故や副作用につながることから、診療の中に認知症に気づくことができる仕組みを設けておくことを提案したい。また、それぞれの疾患において、認知症がある場合にどう対応するかを考えていくことが今後ますます重要になるだろう。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

## 文 献

- 1) Nakahori N, Sekine M, Yamada M, Tatsuse T, Kido H, Suzuki M. Discrepancy in the perception of symptoms of cognitive decline between older adults and their family members: results of the Toyama dementia survey. *BMC Neurol*, 19: 338, 2019.
- 2) 成本 迅. 認知症のBPSDに対する治療：最近の

- topicsも含めて. *京府医大誌*, 129: 177-182, 2020.
- 3) 天木伸子, 百瀬由美子, 松岡広子. 一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断. *日看研誌*, 37: 63-72, 2014.
- 4) 成本 迅. 認知症の人の医療選択と意思決定支援. *クリエイツかもがわ*, 2016, 京都.

## 著者プロフィール



成 本 迅 Jin Narumoto

所属・職：京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学・教授

略 歴：1995年3月 京都府立医科大学医学部 卒業

1995年4月 京都府立医科大学精神神経科

2001年3月 京都府立医科大学大学院修了

2005年4月 京都府立医科大学精神神経科

2016年7月～現職

専門分野：老年精神医学

最近興味のあること：老年精神医学の知識を企業や他業種に伝えることに取り組んでいます

主な業績：1. 成 本 迅. 「実践！認知症の人にやさしい金融ガイド 多職種連携から高齢者への対応を学ぶ」.

京都：クリエイツかもがわ, 2017.

2. Narumoto J, Okada T, Sadato N, Fukui K, Yonekura Y. Attention to emotion modulates fMRI activity in human right superior temporal sulcus. *Brain Res Cogn Brain Res*. 12; 12: 225-231, 2001.