



本コンテンツはCreative CommonsライセンスのCC-BY-NC-SAとなっており、作品を複製、頒布、展示、実演を行うにあたっては、著作権者〔厚生労働科学研究「ICTを利用した医学教育コンテンツの開発と活用に向けた研究（代表：河北博文）」〕の表示を要求し、非営利目的での利用に限定し、作品を改変・変形・加工してできた作品についても、元になった作品と同じライセンスを継承させた上で頒布を認める。

本教材では、小児から高齢者を患者対象とし、プライマリ・ケア医の診療を念頭に置いている。

1

モデル教材（認知機能障害）

あなたは地域中核病院の実習中、ステューデントドクターとして、指導医の監視下で自ら患者さんの対応をします。

1) はじめに予診票を読み、次に進んでください。

2) 設問を解答し、その解説をガイドに診療を進めてください。途中で、前ページに戻られなくなる箇所があります。必要な情報は各自でメモをとるなどしてください（この教材にはメモを書く枠が別に設けられています）。

3) 終わりに患者さんの診療録を完成して提出してもらいます。診療録のひな型をダウンロードして、自分でとったメモをもとに必要事項を記載して、診療録を完成させましょう。

自己学習に参照できる資料：日本内科学会 専門家部会 コモンディーズブック「もの忘れ」

2

**78歳の女性がもの忘れを主訴に来院した。次の予診票を読み、医療面接の動画をみて設問へ進んでください。
(COVID-19が発生していない設定です)**

(ふりがな)	こうろう はなこ	性別	記入日時	20XX年9月11日 (木曜日)	
患者さんのお名前	厚労 花子	男性 <input type="radio"/> 女性 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	19XX年9月10日	
記入した人の名前 (患者さんとの関係)	厚労 良夫		(家族、長男)		
今日はどうされましたか。	去年から、前日の出来事を思い出せなかったり、当日の予定を30分おきに確認したり、もの忘れがひどい。夜間に大きな寝言を言ったり、時計が人の顔にみえるとか訳の分からない言動。最近、亡くなった夫が来ているようになった。認知症の悪化？				
これまでにかかった病気(とくに通院したり入院したりしたことがあるもの)はありますか。何歳から何歳までのことですか。	30歳のとき、私の弟(次男)を産んだときに帝王切開で入院したはず。そのほかはとくにない。薬なども飲んでいない。半年前に住民健診を受けたときにときに異常はなかったと思う。				
タバコは何歳から何歳まで、1日平均何本吸っていました(す)か。	歳～ 歳	本/日	アルコールは何歳から何歳まで、1日平均何をどれくらい飲みました(す)か。	歳～ 歳	本/日
	吸ったことない		飲んだことない		
アレルギーはありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		何に対するアレルギーですか：		
血縁の人や同居の方で病気やけがのために通院や入院をされた方はいますか。(誰が、何歳時、どのような病気・けがで、などできるだけ詳しく書いてください)	夫は70歳で脳溢血で死亡。兄弟はいない。両親は確か肺がんと乳がんでそれぞれ亡くなっている。長男である私と同居している。介護保険は申請していません。				
身長	158 cm	体温	36.0°C	血圧	104/78 mmHg
体重	50 kg			脈拍	72/分、整
				SpO2(room air)	97 %

3

■ 医療面接の様子を動画で示す。



4

問1. 動画の患者やその家族の発言で見られる陽性症状を医学用語を用いて全て挙げてみましょう。

問2. 患者の入室～医療面接中の視診で見られる陽性症状を医学用語を用いて全て挙げてみましょう。

5

正解：

問1. 意欲の低下（自ら進んで挨拶しない）、複合性幻視（きれいな着物をきた子ども）、パレイドリア or 錯覚（時計が次男の顔に見える）、レム睡眠行動障害（夜間に大声・手足をバタつかせる）

問2. 前屈み姿勢、小刻み歩行、安静時振戦

次のスライドでは、認知機能障害（もの忘れ）を主訴に来院した患者の対応を解説しています。

次のスライドに進む前に、本症例の動画の様子を繰り返し視聴し、正解で示したように、患者にみられる症候を適切な医学用語に置換できるようにしてください。

正解で示されている用語について、初めて聞く用語であった場合は、その用語の定義を十分に成書で確認することをお勧めします。

（例）レム睡眠行動障害（異常症）：レム睡眠中の骨格筋の抑制がされないために睡眠中に部屋を歩き回るなどの異常行動がみられる。（笹木晋。睡眠障害、不眠。新臨床内科学第10版、医学書院）

次に進むと戻れなくなります

6

「認知機能障害」の診察のポイント

認知機能とは①受容、②記憶と学習、③思考、④表出の各機能のことを指し、その障害が認知機能障害となる。認知症の定義は①認知欠損による自立障害、②失語・執行・失認・実行機能障害の1つ以上がある。③せん妄ではない。④他の精神疾患では説明できない、となっています。

認知機能障害では、患者本人の病歴聴取では臨床系かが不明確である場合が多く、家族・親類からの情報が非常に重要です。独居者の場合、友人・知人や民生委員・行政職員（地域包括支援センターなど）からの情報が有用です。長期間通院中の患者の場合、診療機関職員が変化に気付く場合も多いでしょう。彼らからの「普段と様子がおかしい」という訴えに耳を傾けることは医療人として大切です。

診察のポイントを示します。意識すべき点は、1. 認知症と意識障害や精神症状をきたす疾患との区別。2. 認知機能検査やADL評価の活用。3. 治療可能な認知症（treatable dementia）の鑑別・除外です。認知機能障害の原因となる疾患を表に示します（別スライド資料A）。

以下、診察のプロセスに沿ってポイントを示します。

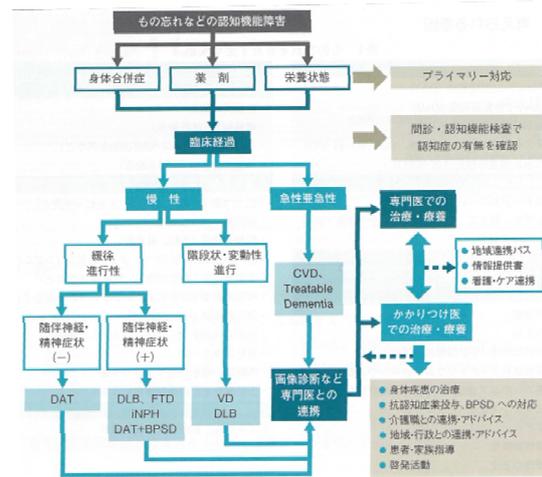
- [1] 入室時からの観察：意識状態、歩行状態・姿勢、片麻痺、パーキンソニズム、振戦。表情と感情、立ち去り行動など。
 - [2] 患者への病歴聴取：受診理由や体調。会話のスムーズさ（迂遠表現、失語の有無）。受診理由の理解。
 - [3] 総合的な身体機能の確認・記憶の確認：見当識の確認（日時、場所、人物）。高齢者総合機能評価（CGA7）の活用。
 - [4] 家族や周辺関係者からの臨床経過の聴取：慢性・緩徐進行、慢性・階段状進行、急性亜急性による診断の予想（別スライド資料B）。
 - [5] 身体診察：血圧測定（高血圧や起立性低血圧*の有無）、Barre徴候の確認、巧緻運動の確認、振戦・筋強剛*の確認。
*パーキンソニズムを伴う認知機能障害（例：Lewy小体型認知症で見られる項目）
 - [6] 認知機能検査：改訂版長谷川式簡易認知症スケール（HDS-R）、Mini-Mental State Examination（MMSE）を実施する。
 - [7] 必要に応じてCGA7で異常がみられた項目から、さらにADL評価や抑うつ状態の評価を行う。
 - [8] 血液検査、頭部CTもしくはMRI（治療可能な認知症、脳血管性認知症などを鑑別とする）
- 【参考文献】日本内科学会・専門家部会 コモンディジーズブック「もの忘れ」、笹木晋. 認知機能障害、新臨床内科学第10版、医学書院

7

資料A：認知障害の原因となる疾患

a 変性疾患 <ul style="list-style-type: none"> Alzheimer型認知症（DAT） Lewy小体型認知症（DLB） 前頭側頭型認知症（FTD） その他：進行性核上性麻痺、Parkinson病（PD）、大脳皮質基底核変性症（CBD） 	f 脳腫瘍
b 脳血管障害（CVD） <ul style="list-style-type: none"> 血管性認知症（VD） 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、慢性硬膜下血腫 一過性全健忘 	g 炎症性疾患 <ul style="list-style-type: none"> 髄膜炎・脳炎 神経梅毒（進行麻痺） プリオン病（Creutzfeldt-Jakob病など） 傍腫瘍症候群（辺縁系脳炎）
c 正常圧水頭症（NPH）	h 薬剤の副作用 <ul style="list-style-type: none"> 抗うつ薬（三環系、SSRI、スルピドなど） 睡眠薬・精神安定剤 抗精神病薬（定型、非定型） 抗Parkinson薬（アママンジン、抗コリン薬など） 循環器用薬（過度の降圧、抗不整脈薬など） 呼吸器用薬（コデイン、テオフィリン中毒など） 消化器用薬（H2プロテクター、スルピドなど） 泌尿器科用薬（抗コリン作用のある薬物） 抗ヒスタミン薬 市販薬、健康食品やドリンク剤 上記薬物などの多剤併用によるもの
d アルコール性認知症	i その他 <ul style="list-style-type: none"> てんかん、睡眠時無呼吸症候群
e 内科疾患 <ul style="list-style-type: none"> 低血糖 高血糖 甲状腺疾患（甲状腺機能低下症など） 電解質異常（ナトリウム、カルシウムなど） 高アンモニア血症（肝硬変、慢性肝炎など） ビタミン欠乏症（ビタミンB₁、B₁₂、ニコチン酸など） 慢性肺疾患 慢性心不全 	

資料B：認知障害の原因となる疾患



引用元：日本内科学会 専門家部会 コモンディジーズブック「もの忘れ」

8

問3. 認知機能の確認に有用な質問項目はどれか。1つ選べ。

- a 「自分が無力だと思えますか」
- b 「失礼ですが、トイレで失敗してしまうことはありませんか」
- c 「お風呂は自分ひとりで入って、洗うのに手助けは要りませんか」
- d 「ここはどこですか。今日は何月何日ですか。隣にいる方はどなたですか」
- e 「これから言う言葉を繰り返してください。（桜、猫、電車）あとでまた聞きますから覚えておいてください」

9

正解：e

高齢者総合的機能評価（comprehensive geriatric assessment：CGA）とは、個々の高齢者の疾患の評価だけでなく、日常生活動作（instrumental activities of daily living：ADL）機能、精神・心理的機能、社会・経済的機能ならびにQOL（quality of life）等を系統的且つ総合的に評価する手法です。

CGA7とは、Barthel Index、HDS-R、Vitality Index、Geriatric Depression Scale（GDS）15の全40項目から抽出された7つの質問で構成されます。項目数が少ない反面、内容に偏りがあるという短所はありますが、概ね5分以内で測定可能であり、外来でも実施可能なスクリーニング手法です。（右図）

示した動画では、1. 認知症と意識障害や精神症状をきたす疾患との区別、2. 認知機能やADL評価を目的として、CGA7を用いた外来医療面接を再現しました。認知機能のスクリーニングに関わる質問としてはeが正解となります。

調査内容	質問	次へのステップ
①意欲	外来患者の場合：診察時に被験者の挨拶を待つ それ以外：自ら定時に起床するか、もしくはリハビリ等への積極性で判断	Vitality Index
②認知機能（復唱）	「これから言う言葉を繰り返してください（桜、猫、電車）」 「あとでまた聞きますから覚えておいてください」	HDS-R またはMMSE
③IADL（交通機関の利用）	外来患者の場合：「ここまでどうやって来ましたか？」 それ以外：「普段バスや電車、自家用車を使ってデパートやスーパーマーケットに出かけますか？」	Lawton&Brody
④認知機能（遅延再生）	「先程覚えていただいた言葉を言ってください」	HDS-RまたはMMSE
⑤ADL（入浴）	「お風呂は自分ひとりで入って、洗うのに手助けは要りませんか？」	Barthel Index
⑥ADL（排泄）	「失礼ですが、トイレで失敗してしまうことはありませんか？」	
⑦情緒	「自分が無力だと思えますか？」	GDS15

【参考文献】

日本内科学会専門医部会. 第25章 もの忘れ. コモンディジェズブック. 2013.
山本由布, 前野哲博. 高齢者総合的機能評価（CGA）. 日内会誌 2019; 108: 1181-6.

10

■問3の選択肢に対する患者の反応を動画で示す。



問4. それぞれの「閉じた質問」への患者の反応を適切な医学用語を用いて記入してみましょう。これらの陽性所見、陰性所見が診療録の現病歴に追記されることで、診断の絞り込みに役立ちます。

見当識は保たれていない。排泄のADLは保たれている。入浴のADLは保たれている。情緒（無力感）に問題はない。認知機能（復唱）に低下がみられる。

11

■「もの忘れ」の鑑別に必要な身体診察の動画を示す
(不適切な身体診察手技を含みます。それを意識して視聴してください)



問5. 医師が行った身体診察で不適切な手技を指摘し、適切な手技を説明しなさい。記載例を参考に2文・100文字以内で示しなさい。

(記載例：上腕二頭筋の徒手筋力テストで、被検者の肘関節を最大伸展位で行っているのが不適切である。被検者の肘関節を最大屈曲位として、検者は被検者の前腕を引くのが適切である。)

Myerson徴候で眉間ではなく、下顎をたたいている。検者は被検者の眉間をたたくのが適切である。

12

正解：Myerson徴候で眉間ではなく、下顎をたたいている。検者は被検者の眉間をたたくのが適切である。

- 医師は入室時の様子からパーキンソニズムの存在を疑い、筋強剛やMyerson徴候を確認しようとしています。
- Myerson徴候とは、眉間をハンマーや指で軽く叩くと両側眼輪筋の収縮（すなわち瞬目）する「眉間反射」が、連続して複数回叩いても引き続きみられる徴候です。これは原始反射で、乳幼児では正常にみられるが、成人では前頭葉からの抑制がかかって通常はみられません。Parkinson症候群やParkinson病の補助的診断として使用します。ただし、神経質な人の場合は正常でもこのような症状が出るため、注意が必要で、特異性が高い検査ではないことは留意すべきでしょう。右にMyerson徴候の動画を示します。



【参考文献】

田崎義昭ら：ベッドサイドの神経の診かた改訂18版、南江堂、2016

13

■改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を用いた評価の様子を動画で示す。



改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）			
検査日： 年 月 日		検査者： 氏名	
氏名： 生年月日： 年 月 日 年齢： 歳			
性別： 男 / 女 教育年数（年数で記入）： 年 検査場所			
DIAG： (病名)			
1	おぼえはいつですか？ (2年までの誤差は正解)	0	1
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？ (年、月、日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3	私たちがいるところはどこですか？ (自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ のなかから正しい選択をすれば1点)	0	1 2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。(以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1: a) 靴 b) 箸 c) 電車 2: a) 樹 b) 犬 c) 自動車	0	1
		0	1
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は7、それからまた7を引くと？ と質問する。最初の答えが不正解の場合、打たれ切ります)	0	1
6	私がこれから言う数字を知らず言ってください。(6×8=2、3×5=9、2×8=6を先に覚えてもらう。3和逆問に失敗したら、打たれ切ります)	2 8 6	0 1
		9 2 5 3	0 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。(自発的に回答があれば各2点。もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a: 0 1 2	
		b: 0 1 2	
		c: 0 1 2	
8	これから5つの品物を見せませう。それを隠しますのにながったか言ってください。(時計、靴、タコ、ペン、履物など必ず相互に無関係なもの)	0	1 2
		3	4 5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。(答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で打ち切り、約10秒間隔でもでない場合にはそこで打ち切る) 0 ~ 5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点	0	1 2
		3	4 5
		合計得点	

問6. この患者は何点か。認知症の程度はどのくらいか。

14

正解：9点、高度認知障害

動画では改訂長谷川式簡易認知症評価スケールに沿って認知症の評価を行っています。右図がスケールに用いるシートです。質問に対する患者の回答に基づいて点数をつけ、その合計得点を算出します。

本症例では1. で1点、2. (年だけ正解)で1点、3. で2点、4. (梅だけ正解)で1点、7. (梅だけヒントありで正解)で1点、8. で2点、9. で1点と評価できます。合計9点と考えられます。

HDS-Rの最高得点は30点で20点以下を認知症、21点以上を非認知症とします。HDS-Rによる重症度分類は行いませんが、諸研究の結果に基づき、非認知症：24±4 軽度：19±5 中等度：15±4 やや高度：11±5 非常に高度：4±3とする場合もあります。

【参考文献】

長谷川和夫、加藤伸司：「改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）」の手引き、中央法規出版、2020

検査日： 年 月 日		検査者： 年 月 日	
氏名：	生年月日： 年 月 日	年齢：	歳
性別：男 / 女	教育年数（年数で記入）： 年	検査場所	
DIAG：	[病名]		
1	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）	0	0
2	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？（年、月、日、曜日が正確であればそれぞれ1点ずつ）	年 月 日 曜日	0 0 0 0
3	私たちがいるところはどこですか？（自覚的であれば2点、5秒以内で答えますか？病室ですか？施設ですか？の安から正しい順序をそれぞれ1点）	0	0
4	これから言う3つの言葉を覚えてみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。（以下の単語のいずれか1つで、同じした系列に○印をつけておく） 1: a) 梅 b) 梨 c) 蘋果 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は7、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打たず経過)	0	0 1
6	私がこれから言う数字を速から言ってください。(6-8-2、3-5-2-9、2-8-6を速に言ってもらう。3秒以内に失敗したら、打ち切る)	0	0 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。（自覚的に回答があれば各2点、もし回答がない場合は下のヒントをそれぞれ1点） a) 動物 b) 動物 c) 乗り物	a) 1 b) 1 c) 1	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
8	これから5つの品物を見せます。それを見ますのでなにかあったら言ってください。（時計、靴、カバン、ペン、眼鏡など必ず相互に無関係なもの）	0	0 1 0 0 0 0 0 0 0 0
9	知っている家族の名前をできるだけ多く言ってください。（西暦4桁の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間隔でもでない場合にはそこで打ち切る） 0 ~ 8=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点	0	0 1 0 0 0 0 0 0 0 0
		合計得点	9

15

問7. 以上の情報をもとに、別紙の診療録の患者名、年齢、性別、主訴、現病歴、既往歴、生活歴、家族歴、現症（身体診察所見）を記入してみましょう。

(注) 次に進むと前に戻れなくなります。

16

問8. もの忘れの鑑別診断に有用な血液検査項目はどれか。3つ選べ。

- a 血糖
- b 抗核抗体
- c ビタミンB₁
- d 甲状腺ホルモン
- e 血清クラミジア抗体
- f 神経特異エノラーゼ
- g 抗アセチルコリン受容体抗体

次に進むと戻れなくなります

17

正解：a, c, d

「もの忘れ」、いわゆる認知障害において、原因の除去によって可逆的な改善がきいていくものをtreatable dementiaと呼びます。Treatable dementiaには、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、ビタミンB₁、B₁₂欠乏症、神経梅毒、甲状腺機能低下症、低血糖症、肝性脳症などが含まれる。慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍、脳血管性疾患による認知症（脳血管性認知症）は画像所見で評価します。ゆえに初診時においてスクリーニングとして頭部単純CTを行うことは重要です。

ビタミンB₁、B₁₂欠乏症、神経梅毒、甲状腺機能低下症、低血糖症の除外に、血糖、梅毒血清反応、甲状腺ホルモン、ビタミンB₁、B₁₂濃度の測定がスクリーニングとして進められます。また、肝性脳症が考えられる症例では血中アンモニア濃度を測定します。

【参考文献】

日本内科学会専門医部会、第25章 もの忘れ、コモンディジーズブック、2013.

18

■血液検査所見を示す。

血液所見：赤血球400万、Hb 12.0 g/dL、Ht 38%、白血球7,800、血小板32万。

血液生化学所見：随時血糖（食後1時間）120 mg/dL、AST 21 U/L、ALT 22 U/L、 γ GT

19 U/L、アミラーゼ90 U/L（基準37~125）、CK 73 U/L（基準40~130）、BUN 18

mg/dL、Cr 0.6 mg/dL、TSH 1.8 μ U/mL以下（基準0.2~4.0）、FT3 3.0 pg/mL（基準

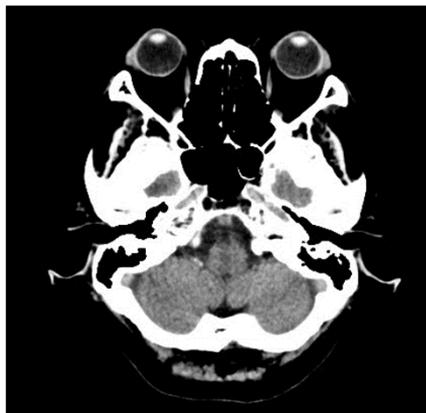
2.5~4.5）、FT4 1.8 ng/dL（基準0.8~2.2）、

ビタミンB₁ 39 ng/mL（基準24~66）

免疫血清学所見：RPR 1倍未満（基準1倍未満）、TPHA 80倍未満（基準80倍未満）。

19

■頭部単純CTの音声なし動画を示す。



問9. 頭部単純CTの所見を記載しましょう。「もの忘れ」に関わる所見がない場合は、着目すべき所見が「みられない」ことをすべて示しましょう。（記載例：くも膜下腔の高吸収域はみられない）

頭蓋内に占拠病変はみられない。著しい海馬の萎縮や前頭側頭葉の萎縮はない。脳室の拡大はみられない。

（注）次に進むと前に戻れなくなります。

20

問9. この患者の認知症の診断に有用なのはどれか。2つ選べ。

- a 脳波
- b 頭部造影MRI
- c 脳脊髄液検査
- d MIBG心筋シンチグラフィ
- e ドパミントランスポータSPECT

次に進むと戻れなくなります

21

正解：d, e

【解説】本症例は慢性の認知機能障害を認め、幻視（着物の子供）や錯視（時計が人の顔に見える）などの視覚性認知障害、レム睡眠行動障害（夜間レム睡眠時の発語と手足の運動）、パーキンソンズム（前傾・小刻み歩行、安静時振戦、筋強剛）で特徴付けられ、Lewy小体型認知症が最も疑われます。

Alzheimer型認知症、脳血管性認知症について多い認知症であり、認知症全体の約15～20%とする報告もあります。

病理学的には神経シナプス可塑性関連タンパク陽性の神経細胞内封入体（Lewy小体）が蓄積・伝播することを特徴としますが、実際の患者に対して病理組織学的診断を行うことは不可能です。

診断には2017年に発表されたDLBの診断基準を用います（右図）。

本症例の症候は、慢性進行性の認知機能障害があり、診断基準（右図）の中核的特徴を全て認め、Probable DLBと診断できます。しかし、実施可能であれば、指標的診断バイオマーカーとしてMIBG心筋シンチグラフィと、ドパミントランスポータSPECTを行うことを推奨します。前者で心筋の、後者で基底核の取り込み低下を認めればDLBに矛盾しません。治療はコリンエステラーゼ阻害薬のドネペジルを使用します。幻覚、妄想などに対しては抑肝散やメマンチン、非定型抗精神病薬が有効ですが、DLBでは抗精神病薬に対する過敏性がみられやすいため注意しましょう。レム睡眠行動障害に対してはクロナゼパムなどを使用します。

【参考文献】

高橋牧郎. レヴィ小体型認知症. 新臨床内科学第10版、医学書院、2020

DLBの診断には、社会的あるいは職業的機能や、通常の日常生活に支障を来す程度の進行性の認知機能低下を意味する認知症であることが必須である。初期には持続的で著明な記憶障害は認めなくてもよいが、通常進行とともに明らかになる。注意、遂行機能、視空間認知のテストによって著明な障害がしばしばみられる。

1. 中核的特徴(最初の3つは典型的には早期から出現し、臨床経過を通じて持続する)
 - ・注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動
 - ・繰り返し出現する構築された具体的幻視
 - ・認知機能の低下に先行することもあるレム睡眠行動異常症
 - ・特異性のパーキンソンズムの以下の症状のうち1つ以上：動作緩慢、暴動、静止時振戦、筋強剛

2. 支持的特徴

抗精神病薬に対する著しい過敏性；姿勢の不安定性；繰り返し転倒；失神または一過性の無反応状態のエピソード；高度の自律機能障害(便秘、起立性低血圧、尿失禁など)；過眠；嗅覚鈍麻；幻覚以外の幻覚；体系化された妄想；アパシー、不安、うつ

3. 指標的バイオマーカー

- ・SPECTまたはPETで示される基底核におけるドパミントランスポータの取り込み低下
- ・MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下
- ・睡眠ポリグラフ検査による構築系低下を伴わないレム睡眠の確認

4. 支持的バイオマーカー

- ・CTやMRIで脳組織内病変が比較的保たれる
- ・SPECT、PETによる後頭葉の放射性低下を伴う全脳性の取り込み低下(FDG-PETにより cingulate island signを認めることあり)
- ・脳液上における後頭部の著明な徐波活動

Probable DLBは、以下により診断される

- a. 2つ以上の中核的特徴が存在する
- または
- b. 1つの中核的特徴が存在し、1つ以上の指標的バイオマーカーが存在する

Probable DLBは指標的バイオマーカーの存在のみで診断すべきではない

Possible DLBは、以下により診断される

- a. 1つの中核的特徴が存在するが、指標的バイオマーカーの証拠を伴わない
- または
- b. 1つ以上の指標的バイオマーカーが存在するが、中核的特徴が存在しない

DLBの診断の可能性が高い

- a. 臨床像の一部または全体を説明しうる、他の身体疾患や脳血管疾患を含む脳障害の存在(ただし、これらはDLBの診断を除外せず、臨床像を説明する程度の病変を示しているかもしれない)
- b. 重篤な認知症の時期になって初めてパーキンソンズムが出現した場合

DLBは認知症がパーキンソンズムの前か同時に出現したときに診断されるべきである。PDDは、明らか Parkinson病の経過中に起こった認知症を記載するために用いられるべきである。実際の場では、その臨床状況に最も適した用語が用いられるべきで、Lewy小体病(Lewy Body Disease)といった総称がしばしば役立つ。DLBとPDDの区別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソンズム発症の1年以内の場合DLBとする「1年ルール」を用いることが推奨される。

[McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology. 2017; 89: 1-13.]

22

問10. 以上の情報をもとに、別紙の診療録の検査所見とプロブレムリストを記入してみましょう。

(注) 次に進むと前に戻れなくなります。

23

この患者の治療方針について（認知症疾患診療ガイドライン2017）を読んで学習した。

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html

問11：この患者の適切な治療方針はなにか。ガイドラインの中から、根拠となる情報を抜き出し、引用しながら300字以内で説明しなさい。

治療方針：

24

問12. 自分で記載したメモを読みながら、これまでの診療を振り返り、全ての診療録の項目を埋めて、診療録を完成させてみましょう。

(注1) 次に進むと診療録提出画面となり、戻れなくなります。

(注2) 診療録を提出したあと、見本となる診療録がダウンロードできるようになります。自分の記載した診療録と見比べて、この症例の診療全体の流れを振り返ってみましょう。



本コンテンツはCreative CommonsライセンスのCC-BY-NC-SAとなっており、作品を複製、頒布、展示、実演を行うにあたっては、著作権者〔厚生労働科学研究「ICTを利用した医学教育コンテンツの開発と活用に向けた研究（代表：河北博文）」〕の表示を要求し、非営利目的での利用に限定し、作品を改変・変形・加工してできた作品についても、元になった作品と同じライセンスを継承させた上で頒布を認める。

本教材では、小児から高齢者を患者対象とし、プライマリ・ケア医の診療を念頭に置いている。

1

モデル教材（認知機能障害）

あなたは地域中核病院の実習中、ステューデントドクターとして、指導医の監視下で自ら患者さんの対応をします。

1) はじめに予診票を読み、次に進んでください。

2) 設問を解答し、その解説をガイドに診療を進めてください。途中で、前ページに戻られなくなる箇所があります。必要な情報は各自でメモをとるなどしてください（この教材にはメモを書く枠が別に設けられています）。

3) 終わりに患者さんの診療録を完成して提出してもらいます。診療録のひな型をダウンロードして、自分でとったメモをもとに必要事項を記載して、診療録を完成させましょう。

自己学習に参照できる資料：日本内科学会 専門家部会 コモンディーズブック「もの忘れ」

2

**78歳の女性がもの忘れを主訴に来院した。次の予診票を読み、医療面接の動画をみて設問へ進んでください。
(COVID-19が発生していない設定です)**

(ふりがな)	こうろう はなこ	性別	記入日時	20XX年9月11日 (木曜日)	
患者さんのお名前	厚労 花子	男性 <input type="radio"/> 女性 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	19XX年9月10日	
記入した人の名前 (患者さんとの関係)	厚労 良夫		(家族、長男)		
今日はどうされましたか。	去年から、前日の出来事を思い出せなかったり、当日の予定を30分おきに確認したり、もの忘れがひどい。夜間に大きな寝言を言ったり、時計が人の顔にみえるとか訳の分からない言動。最近、亡くなった夫が来ているようになった。認知症の悪化？				
これまでにかかった病気（とくに通院したり入院したりしたことがあるもの）はありますか。何歳から何歳までのことですか。	30歳のとき、私の弟（次男）を産んだときに帝王切開で入院したはず。そのほかはとくにない。薬なども飲んでいない。半年前に住民健診をうけたときにときに異常はなかったと思う。				
タバコは何歳から何歳まで、1日平均何本吸っていました（す）か。	歳～ 歳	本/日	アルコールは何歳から何歳まで、1日平均何をどれくらい飲みました（す）か。	歳～ 歳	本/日
	吸ったことない		飲んだことない		
アレルギーはありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		何に対するアレルギーですか：		
血縁の人や同居の方で病気やけがのために通院や入院をされた方はいますか。（誰が、何歳時、どのような病気・けがで、などできるだけ詳しく書いてください）	夫は70歳で脳溢血で死亡。兄弟はいない。両親は確か肺がんと乳がんそれぞれ亡くなっている。長男である私と同居している。介護保険は申請していません。				
身長	158 cm	体温	36.0°C	血圧	104/78 mmHg
体重	50 kg			脈拍	72/分、整
				SpO2(room air)	97 %

3

■ 医療面接の様子を動画で示す。



4

問1. 動画の患者やその家族の発言で見られる陽性症状を医学用語を用いて全て挙げてみましょう。

問2. 患者の入室～医療面接中の視診で見られる陽性症状を医学用語を用いて全て挙げてみましょう。

5

正解：

問1. 意欲の低下（自ら進んで挨拶しない）、複合性幻視（きれいな着物をきた子ども）、パレイドリア or 錯覚（時計が次男の顔に見える）、レム睡眠行動障害（夜間に大声・手足をバタつかせる）

問2. 前屈み姿勢、小刻み歩行、安静時振戦

次のスライドでは、認知機能障害（もの忘れ）を主訴に来院した患者の対応を解説しています。

次のスライドに進む前に、本症例の動画の様子を繰り返し視聴し、正解で示したように、患者にみられる症候を適切な医学用語に置換できるようにしてください。

正解で示されている用語について、初めて聞く用語であった場合は、その用語の定義を十分に成書で確認することをお勧めします。

（例）レム睡眠行動障害（異常症）：レム睡眠中の骨格筋の抑制がされないために睡眠中に部屋を歩き回るなどの異常行動がみられる。（笹木晋。睡眠障害、不眠。新臨床内科学第10版、医学書院）

次に進むと戻れなくなります

6

「認知機能障害」の診察のポイント

認知機能とは①受容、②記憶と学習、③思考、④表出の各機能のことを指し、その障害が認知機能障害となる。認知症の定義は①認知欠損による自立障害、②失語・執行・失認・実行機能障害の1つ以上がある。③せん妄ではない。④他の精神疾患では説明できない、となっています。

認知機能障害では、患者本人の病歴聴取では臨床系かが不明確である場合が多く、家族・親類からの情報が非常に重要です。独居者の場合、友人・知人や民生委員・行政職員（地域包括支援センターなど）からの情報が有用です。長期間通院中の患者の場合、診療機関職員が変化に気付く場合も多いでしょう。彼らからの「普段と様子がおかしい」という訴えに耳を傾けることは医療人として大切です。

診察のポイントを示します。意識すべき点は、1. 認知症と意識障害や精神症状をきたす疾患との区別。2. 認知機能検査やADL評価の活用。3. 治療可能な認知症（treatable dementia）の鑑別・除外です。認知機能障害の原因となる疾患を表に示します（別スライド資料A）。

以下、診察のプロセスに沿ってポイントを示します。

- [1] 入室時からの観察：意識状態、歩行状態・姿勢、片麻痺、パーキンソニズム、振戦。表情と感情、立ち去り行動など。
- [2] 患者への病歴聴取：受診理由や体調。会話のスムーズさ（迂遠表現、失語の有無）。受診理由の理解。
- [3] 総合的な身体機能の確認・記憶の確認：見当識の確認（日時、場所、人物）。高齢者総合機能評価（CGA7）の活用。
- [4] 家族や周辺関係者からの臨床経過の聴取：慢性・緩徐進行、慢性・階段状進行、急性亜急性による診断の予想（別スライド資料B）。
- [5] 身体診察：血圧測定（高血圧や起立性低血圧*の有無）、Barre徴候の確認、巧緻運動の確認、振戦・筋強剛*の確認。
*パーキンソニズムを伴う認知機能障害（例：Lewy小体型認知症で見られる項目）
- [6] 認知機能検査：改訂版長谷川式簡易認知症スケール（HDS-R）、Mini-Mental State Examination（MMSE）を実施する。
- [7] 必要に応じてCGA7で異常がみられた項目から、さらにADL評価や抑うつ状態の評価を行う。
- [8] 血液検査、頭部CTもしくはMRI（治療可能な認知症、脳血管性認知症などを鑑別とする）

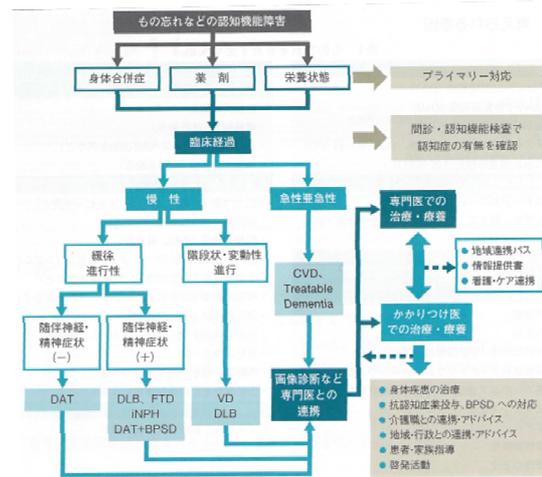
【参考文献】日本内科学会・専門家部会 コモンディージーズブック「もの忘れ」、笹木晋. 認知機能障害、新臨床内科学第10版、医学書院

7

資料A：認知障害の原因となる疾患

a 変性疾患 <ul style="list-style-type: none"> Alzheimer型認知症（DAT） Lewy小体型認知症（DLB） 前頭側頭型認知症（FTD） その他：進行性核上性麻痺、Parkinson病（PD）、大脳皮質基底核変性症（CBD） 	f 脳腫瘍
b 脳血管障害（CVD） <ul style="list-style-type: none"> 血管性認知症（VD） 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、慢性硬膜下血腫 一過性全健忘 	g 炎症性疾患 <ul style="list-style-type: none"> 髄膜炎・脳炎 神経梅毒（進行麻痺） プリオン病（Creutzfeldt-Jakob病など） 傍腫瘍症候群（辺縁系脳炎）
c 正常圧水頭症（NPH）	h 薬剤の副作用 <ul style="list-style-type: none"> 抗うつ薬（三環系、SSRI、スルピドなど） 睡眠薬・精神安定剤 抗精神病薬（定型、非定型） 抗Parkinson薬（アママンタジン、抗コリン薬など） 循環器用薬（過度の降圧、抗不整脈薬など） 呼吸器用薬（コデイン、テオフィリン中毒など） 消化器用薬（H2プロテクター、スルピドなど） 泌尿器科用薬（抗コリン作用のある薬物） 抗ヒスタミン薬 市販薬、健康食品やドリンク剤 上記薬病などの多剤併用によるもの
d アルコール性認知症	その他 <ul style="list-style-type: none"> てんかん、睡眠時無呼吸症候群
e 内科疾患 <ul style="list-style-type: none"> 低血糖 高血糖 甲状腺疾患（甲状腺機能低下症など） 電解質異常（ナトリウム、カルシウムなど） 高アンモニア血症（肝硬変、慢性肝炎など） ビタミン欠乏症（ビタミンB₁、B₁₂、ニコチン酸など） 慢性肺疾患 慢性心不全 	

資料B：認知障害の原因となる疾患



引用元：日本内科学会 専門家部会 コモンディージーズブック「もの忘れ」

8

問3. 認知機能の確認に有用な質問項目はどれか。1つ選べ。

- a 「自分が無力だと思えますか」
- b 「失礼ですが、トイレで失敗してしまうことはありませんか」
- c 「お風呂は自分ひとりで入って、洗うのに手助けは要りませんか」
- d 「ここはどこですか。今日は何月何日ですか。隣にいる方はどなたですか」
- e 「これから言う言葉を繰り返してください。（桜、猫、電車）あとでまた聞きますから覚えておいてください」

9

正解：e

高齢者総合的機能評価（comprehensive geriatric assessment：CGA）とは、個々の高齢者の疾患の評価だけでなく、日常生活動作（instrumental activities of daily living：ADL）機能、精神・心理的機能、社会・経済的機能ならびにQOL（quality of life）等を系統的且つ総合的に評価する手法です。

CGA7とは、Barthel Index、HDS-R、Vitality Index、Geriatric Depression Scale（GDS）15の全40項目から抽出された7つの質問で構成されます。項目数が少ない反面、内容に偏りがあるという短所はありますが、概ね5分以内で測定可能であり、外来でも実施可能なスクリーニング手法です。（右図）

示した動画では、1. 認知症と意識障害や精神症状をきたす疾患との区別、2. 認知機能やADL評価を目的として、CGA7を用いた外来医療面接を再現しました。認知機能のスクリーニングに関わる質問としてはeが正解となります。

調査内容	質問	次へのステップ
①意欲	外来患者の場合：診察時に被験者の挨拶を待つ それ以外：自ら定時に起床するか、もしくはリハビリ等への積極性で判断	Vitality Index
②認知機能（復唱）	「これから言う言葉を繰り返してください（桜、猫、電車）」 「あとでまた聞きますから覚えておいてください」	HDS-R またはMMSE
③IADL（交通機関の利用）	外来患者の場合：「ここまでどうやって来ましたか？」 それ以外：「普段バスや電車、自家用車を使ってデパートやスーパーマーケットに出かけますか？」	Lawton&Brody
④認知機能（遅延再生）	「先程覚えていただいた言葉を言ってください」	HDS-RまたはMMSE
⑤ADL（入浴）	「お風呂は自分ひとりで入って、洗うのに手助けは要りませんか？」	Barthel Index
⑥ADL（排泄）	「失礼ですが、トイレで失敗してしまうことはありませんか？」	
⑦情緒	「自分が無力だと思えますか？」	GDS15

【参考文献】

日本内科学会専門医部会. 第25章 もの忘れ. コモンディジーズブック. 2013.
山本由布、前野哲博. 高齢者総合的機能評価（CGA）. 日内会誌 2019; 108: 1181-6.

10

■問3の選択肢に対する患者の反応を動画で示す。



問4. それぞれの「閉じた質問」への患者の反応を適切な医学用語を用いて記入してみましょう。これらの陽性所見、陰性所見が診療録の現病歴に追記されることで、診断の絞り込みに役立ちます。

見当識は保たれていない。排泄のADLは保たれている。入浴のADLは保たれている。情緒（無力感）に問題はない。認知機能（復唱）に低下がみられる。

11

■「もの忘れ」の鑑別に必要な身体診察の動画を示す
(不適切な身体診察手技を含みます。それを意識して視聴してください)



問5. 医師が行った身体診察で不適切な手技を指摘し、適切な手技を説明しなさい。記載例を参考に2文・100文字以内で示しなさい。

(記載例：上腕二頭筋の徒手筋力テストで、被検者の肘関節を最大伸展位で行っているのが不適切である。被検者の肘関節を最大屈曲位として、検者は被検者の前腕を引くのが適切である。)

Myerson徴候で眉間ではなく、下顎をたたいている。検者は被検者の眉間をたたくのが適切である。

12

正解：Myerson徴候で眉間ではなく、下顎をたたいている。検者は被検者の眉間をたたくのが適切である。

- 医師は入室時の様子からパーキンソニズムの存在を疑い、筋強剛やMyerson徴候を確認しようとしています。
- Myerson徴候とは、眉間をハンマーや指で軽く叩くと両側眼輪筋の収縮（すなわち瞬目）する「眉間反射」が、連続して複数回叩いても引き続きみられる徴候です。これは原始反射で、乳幼児では正常にみられるが、成人では前頭葉からの抑制がかかって通常はみられません。Parkinson症候群やParkinson病の補助的診断として使用します。ただし、神経質な人の場合は正常でもこのような症状が出るため、注意が必要で、特異性が高い検査ではないことは留意すべきでしょう。右にMyerson徴候の動画を示します。



【参考文献】

田崎義昭ら：ベッドサイドの神経の診かた改訂18版、南江堂、2016

■改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を用いた評価の様子を動画で示す。



改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）			
[検査日： 年 月 日]		[検査者：]	
氏名：	生年月日： 年 月 日	年齢：	歳
性別：男 / 女	教育年数（年数で記入）：	年	検査場所
DIAG：	[備考]		
1	おぼえはいつですか？（2年までの誕生日は正解）		0 1
2	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ （年・月・日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年 月 日 曜日	0 1 0 1 0 1 0 1
3	私たちがいるところはどこですか？ （自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？病院ですか？施設ですか？ のなかから正しい選択をすれば1点）		0 1 2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく） 1: a) 靴 b) 猫 c) 電車 2: a) 樹 b) 犬 c) 自動車		0 1 0 1 0 1
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は7、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打たれ切ります)	(93) (86)	0 1 0 1
6	私がこれから言う数字を前から言ってください。(6-8-2、3-5-2-9、2-8-6を逆に言ってもらう。3和逆順に失敗したら、打たれ切ります)	2-8-6 9-2-5-3	0 1 0 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 （自発的に回答があれば各2点。もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点） a) 植物 b) 動物 c) 乗り物		a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのながあったか言ってください。 （時計、靴、タコ、ペン、履物など必ず相互に無関係なもの）		0 1 2 3 4 5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。(答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で打ち切り、約10秒間隔でもでない場合にはそこで打ち切り) 0～5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点		0 1 2 3 4 5
			合計得点

問6. この患者は何点か。認知症の程度はどのくらいか。

正解：9点、高度認知障害

動画では改訂長谷川式簡易認知症評価スケールに沿って認知症の評価を行っています。右図がスケールに用いるシートです。質問に対する患者の回答に基づいて点数をつけ、その合計得点を算出します。

本症例では1. で1点、2. (年だけ正解)で1点、3. で2点、4. (梅だけ正解)で1点、7. (梅だけヒントありで正解)で1点、8. で2点、9. で1点と評価できます。合計9点と考えられます。

HDS-Rの最高得点は30点で20点以下を認知症、21点以上を非認知症とします。HDS-Rによる重症度分類は行いませんが、諸研究の結果に基づき、非認知症：24±4 軽度：19±5 中等度：15±4 やや高度：11±5 非常に高度：4±3とする場合もあります。

【参考文献】

長谷川和夫、加藤伸司：「改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）」の手引き、中央法規出版、2020

検査日： 年 月 日		検査者： 年 月 日	
氏名：	生年月日： 年 月 日	年齢：	歳
性別：男 / 女	教育年数（年数で記入）： 年	検査場所	
DIAG：	（病名）		
1	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）	0	
2	今日は何曜日の何日ですか？何曜日ですか？（年、月、日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年 月 日 曜日	
3	私たちがいまいるところはどこですか？（自覚的に言えば2分、5秒以内で答えますか？病状ですか？施設ですか？の安から正しい順をそれぞれ1点）	0	
4	これから言う3つの言葉を覚えてみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。（以下の語例のいずれか1つで、同じした系列に○印をつけておく） 1: a) 梅 b) 栗 c) 椎茸 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車		
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は7、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打たず経過)	0	1
6	私がこれから言う数字を速から言ってください。(6-8-2、3-5-2-9、2-8-6を速に言ってもらおう。3相説明に失敗したら、打ち切る)	1	2
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。（自覚的に回答があれば各2点、もし回答がない場合は以下のヒントを与え正解であれば1点） a) 動物 b) 動物 c) 乗り物	a) 1 b) 2 c) 1	
8	これから5つの品物を見せます。それを見ますのでなにかあったら言ってください。（時計、靴、カバン、ペン、眼鏡など必ず相互に無関係なもの）	3	4
9	知っている言葉の名前をできるだけ多く言ってください。（西えり野原の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間隔でもでない場合にはそこで打ち切る） 0 = 0点、6 = 1点、7 = 2点、8 = 3点、9 = 4点、10 = 5点	0	1
		合計得点	

15

問7. 以上の情報をもとに、別紙の診療録の患者名、年齢、性別、主訴、現病歴、既往歴、生活歴、家族歴、現症（身体診察所見）を記入してみましょう。

(注) 次に進むと前に戻れなくなります。

16

問8. もの忘れの鑑別診断に有用な血液検査項目はどれか。3つ選べ。

- a 血糖
- b 抗核抗体
- c ビタミンB₁
- d 甲状腺ホルモン
- e 血清クラミジア抗体
- f 神経特異エノラーゼ
- g 抗アセチルコリン受容体抗体

次に進むと戻れなくなります

17

正解：a, c, d

「もの忘れ」、いわゆる認知障害において、原因の除去によって可逆的な改善がきたいできるものをtreatable dementiaと呼びます。Treatable dementiaには、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、ビタミンB₁、B₁₂欠乏症、神経梅毒、甲状腺機能低下症、低血糖症、肝性脳症などが含まれる。慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍、脳血管性疾患による認知症（脳血管性認知症）は画像所見で評価します。ゆえに初診時においてスクリーニングとして頭部単純CTを行うことは重要です。

ビタミンB₁、B₁₂欠乏症、神経梅毒、甲状腺機能低下症、低血糖症の除外に、血糖、梅毒血清反応、甲状腺ホルモン、ビタミンB₁、B₁₂濃度の測定がスクリーニングとして進められます。また、肝性脳症が考えられる症例では血中アンモニア濃度を測定します。

【参考文献】

日本内科学会専門医部会、第25章 もの忘れ、コモンディジーズブック、2013.

18

■血液検査所見を示す。

血液所見：赤血球400万、Hb 12.0 g/dL、Ht 38%、白血球7,800、血小板32万。

血液生化学所見：随時血糖（食後1時間）120 mg/dL、AST 21 U/L、ALT 22 U/L、 γ GT

19 U/L、アミラーゼ90 U/L（基準37~125）、CK 73 U/L（基準40~130）、BUN 18

mg/dL、Cr 0.6 mg/dL、TSH 1.8 μ U/mL以下（基準0.2~4.0）、FT3 3.0 pg/mL（基準

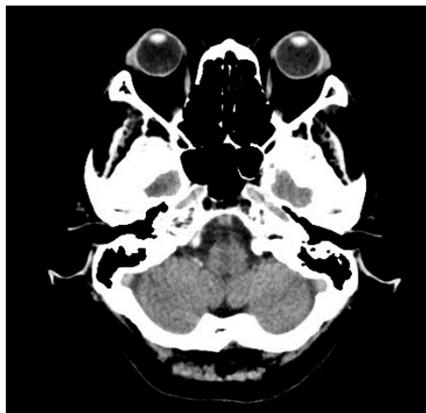
2.5~4.5）、FT4 1.8 ng/dL（基準0.8~2.2）、

ビタミンB₁ 39 ng/mL（基準24~66）

免疫血清学所見：RPR 1倍未満（基準1倍未満）、TPHA 80倍未満（基準80倍未満）。

19

■頭部単純CTの音声なし動画を示す。



問9. 頭部単純CTの所見を記載しましょう。「もの忘れ」に関わる所見がない場合は、着目すべき所見が「みられない」ことをすべて示しましょう。（記載例：くも膜下腔の高吸収域はみられない）

頭蓋内に占拠病変はみられない。著しい海馬の萎縮や前頭側頭葉の萎縮はない。脳室の拡大はみられない。

（注）次に進むと前に戻れなくなります。

20

問9. この患者の認知症の診断に有用なのはどれか。2つ選べ。

- a 脳波
- b 頭部造影MRI
- c 脳脊髄液検査
- d MIBG心筋シンチグラフィ
- e ドパミントランスポータSPECT

次に進むと戻れなくなります

21

正解：d, e

【解説】本症例は慢性の認知機能障害を認め、幻視（着物の子供）や錯視（時計が人の顔に見える）などの視覚性認知障害、レム睡眠行動障害（夜間レム睡眠時の発語と手足の運動）、パーキンソニズム（前傾・小刻み歩行、安静時振戦、筋強剛）で特徴付けられ、Lewy小体型認知症が最も疑われます。

Alzheimer型認知症、脳血管性認知症について多い認知症であり、認知症全体の約15～20%とする報告もあります。

病理学的には神経シナプス可塑性関連タンパク陽性の神経細胞内封入体（Lewy小体）が蓄積・伝播することを特徴としますが、実際の患者に対して病理組織学的診断を行うことは不可能です。

診断には2017年に発表されたDLBの診断基準を用います（右図）。

本症例の症候は、慢性進行性の認知機能障害があり、診断基準（右図）の中核的特徴を全て認め、Probable DLBと診断できます。しかし、実施可能であれば、指標的診断バイオマーカーとしてMIBG心筋シンチグラフィと、ドパミントランスポータSPECTを行うことを推奨します。前者で心筋の、後者で基底核の取り込み低下を認めればDLBに矛盾しません。治療はコリンエステラーゼ阻害薬のドネペジルを使用します。幻覚、妄想などに対しては抑肝散やメマンチン、非定型抗精神病薬が有効ですが、DLBでは抗精神病薬に対する過敏性がみられやすいため注意しましょう。レム睡眠行動障害に対してはクロナゼパムなどを使用します。

【参考文献】

高橋牧郎. レヴィ小体型認知症. 新臨床内科学第10版、医学書院、2020

DLBの診断には、社会的あるいは職業的機能や、通常の日常生活に支障を来す程度の進行性の認知機能低下を意味する認知症であることが必須である。初期には持続的で著明な記憶障害は認めなくてもよいが、通常進行とともに明らかになる。注意、遂行機能、視空間認知のテストによって著明な障害がしばしばみられる。

1. 中核的特徴(最初の3つは典型的には早期から出現し、臨床経過を通じて持続する)
 - ・注意や明瞭さの著明な変化を伴う認知の変動
 - ・繰り返し出現する構築された具体的幻視
 - ・認知機能の低下に先行することもあるレム睡眠行動異常症
 - ・特発性のパーキンソニズムの以下の症状のうち1つ以上：動作緩慢、暴動、静止時振戦、筋強剛

2. 支持的特徴

抗精神病薬に対する著しい過敏性；姿勢の不安定性；繰り返し転倒；失神または一過性の無反応状態のエピソード；高度の自律機能障害(便秘、起立性低血圧、尿失禁など)；過熱；嗅覚鈍麻；幻覚以外の幻覚；体系化された妄想；アパシー、不安、うつ

3. 指標的バイオマーカー

- ・SPECTまたはPETで示される基底核におけるドパミントランスポータの取り込み低下
- ・MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下
- ・睡眠ポリグラフ検査による構築系低下を伴わないレム睡眠の確認

4. 支持的バイオマーカー

- ・CTやMRIで脳組織内病変が比較的保たれる
- ・SPECT、PETによる後頭葉の放射性低下を伴う全脳性の取り込み低下(FDG-PETにより cingulate island signを認めることあり)
- ・脳液における後頭部の著明な徐波活動

Probable DLBは、以下により診断される

- a. 2つ以上の中核的特徴が存在する
- または
- b. 1つの中核的特徴が存在し、1つ以上の指標的バイオマーカーが存在する

Probable DLBは指標的バイオマーカーの存在のみで診断すべきではない

Possible DLBは、以下により診断される

- a. 1つの中核的特徴が存在するが、指標的バイオマーカーの証拠を伴わない
- または
- b. 1つ以上の指標的バイオマーカーが存在するが、中核的特徴が存在しない

DLBの診断の可能性が低い

- a. 臨床像の一部または全体を説明しうる、他の身体疾患や脳血管疾患を含む脳障害の存在(ただし、これらはDLBの診断を除外せず、臨床像を説明する程度の病変を示しているかもしれない)
- b. 著しい認知症の時期になって初めてパーキンソニズムが出現した場合

DLBは認知症がパーキンソニズムの前か同時に出現したときに診断されるべきである。PDDは、明らか Parkinson病の経過中に起こった認知症を記載するために用いられるべきである。実際の場では、その臨床状況に最も適した用語が用いられるべきで、Lewy小体病(Lewy Body Disease)といった総称がしばしば役立つ。DLBとPDDの区別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズム発症の1年以内の場合DLBとする「1年ルール」を用いることが推奨される。

[McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology. 2017; 89: 1-13.]

22

問10. 以上の情報をもとに、別紙の診療録の検査所見とプロブレムリストを記入してみましょう。

(注) 次に進むと前に戻れなくなります。

23

この患者の治療方針について（認知症疾患診療ガイドライン2017）を読んで学習した。

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html

問11：この患者の適切な治療方針はなにか。ガイドラインの中から、根拠となる情報を抜き出し、引用しながら300字以内で説明しなさい。

治療方針：

24

問12. 自分で記載したメモを読みながら、これまでの診療を振り返り、全ての診療録の項目を埋めて、診療録を完成させてみましょう。

(注1) 次に進むと診療録提出画面となり、戻れなくなります。

(注2) 診療録を提出したあと、見本となる診療録がダウンロードできるようになります。自分の記載した診療録と見比べて、この症例の診療全体の流れを振り返ってみましょう。