

基本知識 編

ねらい：認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する

到達目標：

- 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等を理解する
- 認知症の診断基準及び診断のポイントを理解する
- 認知症の診断の手順および鑑別すべき疾患について理解する

認知症の概念

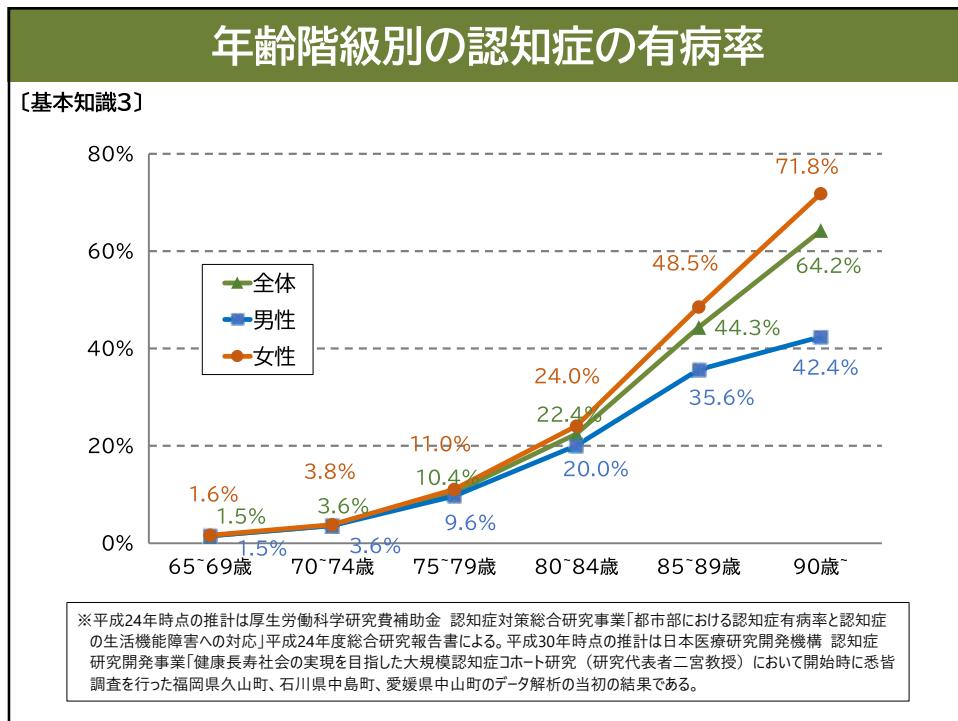
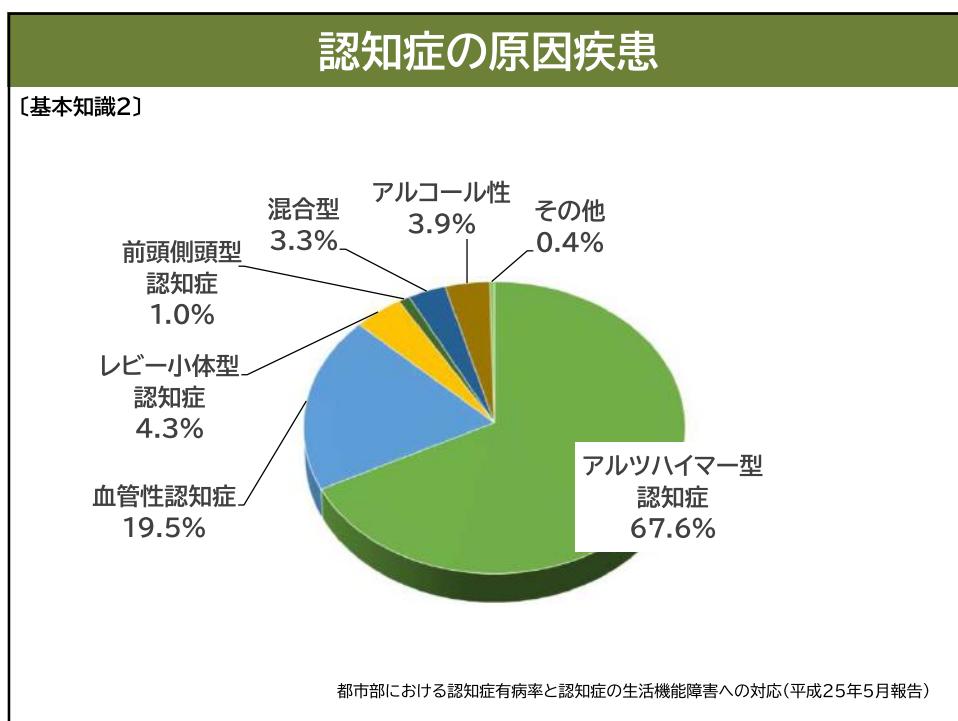
[基本知識1]

認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）では説明されない

※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期には記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている



認知症の診断

[基本知識4]

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision), WHO

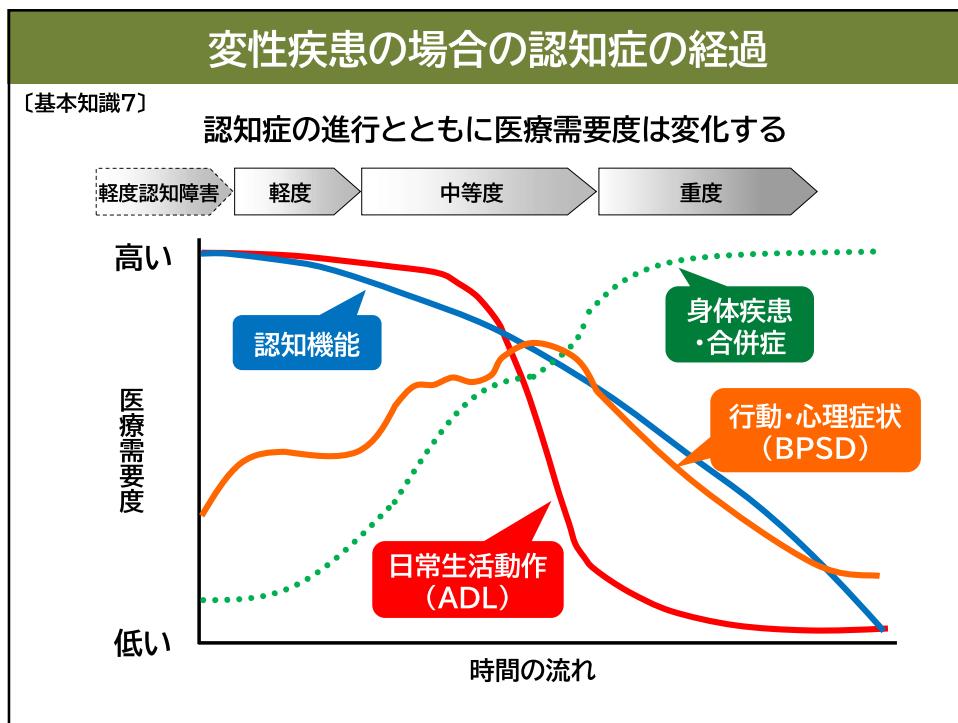
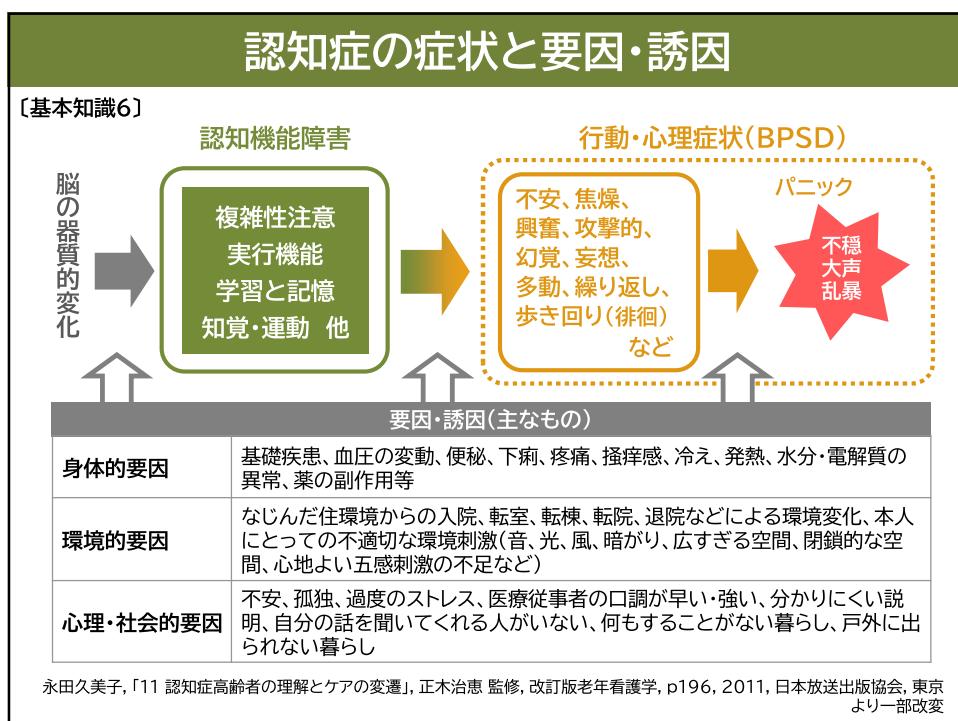
- A 認知領域(記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である
- B 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる
- C 認知機能障害は、利用可能な根拠に基づき、脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的な使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる

認知機能の障害

[基本知識5]

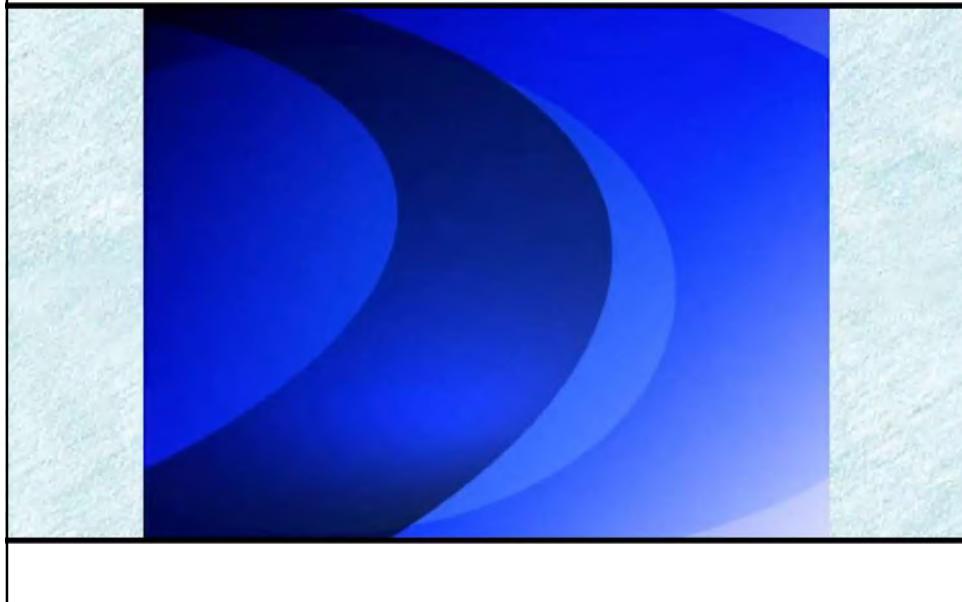
ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision), WHO

記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的的に行行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知 及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は 視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からず、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等



[基本知識8]

動画 ① 認知症初期の発見のポイント



アルツハイマー型認知症の診断

[基本知識9]

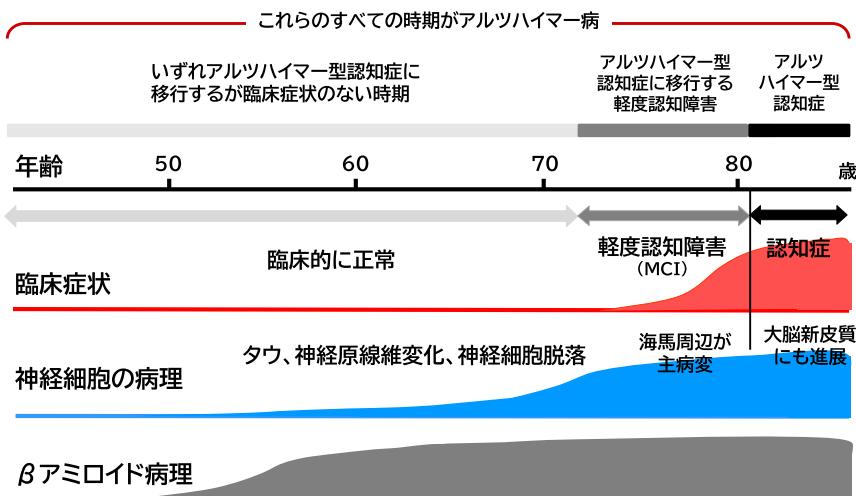
ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision), WHO

- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

[基本知識10]

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している



認知症サポート医養成研修テキスト

アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

[基本知識11]

【初期に多い症状】

- **記憶障害**が目立つことが多い
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- **遂行機能障害**を周囲に気づかれる
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- **日付や場所の見当識障害**が目立つこともある
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- **精神症状**が先行する、もしくは伴うことが多い
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったりなど)

【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的局所徴候はない
- 取り繕いや振り返り徴候がある
- 病識の自己評価が正確にできず、症状を否認しがち

血管性認知症の診断

[基本知識12]

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

- A. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある

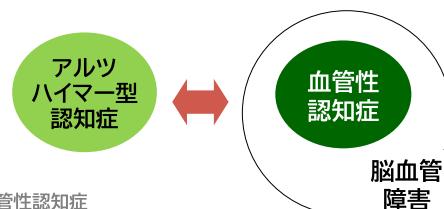
※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

血管性認知症の考え方の変化

[基本知識13]

これまでの考え方

脳卒中の既往があれば 血管性認知症
画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症
画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症
運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症



最近の考え方

アルツハイマー型認知症 (AD)

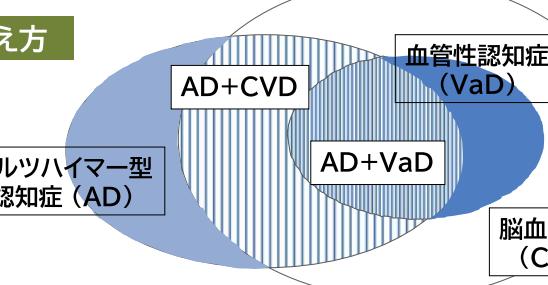
AD+CVD

血管性認知症 (VaD)

AD+VaD

脳血管障害 (CVD)

長田の図を改変



血管性認知症の早期発見のポイント

〔基本知識14〕

【初期に多い症状】

- **記憶障害よりも遂行機能障害が目立つ**
(記憶力はある程度保てているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序よくできなくなったなど)
- **動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠**
などが脳血管障害のエピソード後に持続する

【特徴的な所見】

- 脳血管障害に伴う**局所症状(麻痺、嚥下障害など)**を認める
- 脳血管障害を起こすたびに**階段状**に悪化している
- 斑な認知機能障害、歩行障害や構音障害など

※ 多発性ラクナ梗塞やBinswanger病といった深部白質の虚血性病変(小血管病)では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある

レビー小体型認知症の診断基準

〔基本知識15〕

- | | |
|--|---|
| ① 中心的特徴
(必須症状) | 社会的あるいは職業的機能や通常の日常活動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 |
| ② 中核的特徴 | 1) 認知機能(注意・集中)の変動 2) 繰り返し出現する具体的な幻視
3) レム期睡眠行動異常症(RBD) 4) 誘因のないパーキンソニズム |
| ③ 指標的
バイオマーカー | 1) 大脳基底核でのドバミントランスポーター取り込み低下
2) MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下
3) 睡眠ポリグラフ検査による筋活動低下を伴わないレム睡眠 |
| ④ Probable DLB
(ほぼ確実なDLB)
は右により診断 | a) 4項目の中核的特徴のうち、2項目以上の存在
b) 中核的特徴が1項目かつ指標的バイオマーカーが1項目以上存在

Probable DLBは指標的バイオマーカーの存在のみで診断するべきではない |
| ⑤ Possible DLB
(DLBの疑い)
は右により診断 | a) 中核的特徴だけが1項目存在
b) 指標的バイオマーカーだけが1項目以上存在 |

認知症サポート医養成研修テキスト

McKeith IG,Boeve BF,Dickson DW, et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 2017 ; 89 : 1-13

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

[基本知識16]

【初期に多い症状】

- もの忘れに対する自覚がある
(動搖性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など幻視や錯視
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- レム期睡眠行動異常症
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- 動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性
- 便秘や起立性低血圧などの自律神経症状
- 嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など

【特徴的な所見】

- 症状の日内変動がある
- 質問や支持動作への反応が緩徐である
- 取り繕いや振り返り症候がない

前頭側頭葉変性症の概念

[基本知識17]

1)定義: 臨床的に認知症や種々の高次機能障害を呈し、
画像所見で前頭葉と側頭葉に比較的限局した萎縮を呈する疾患群

2)分類: 前頭側頭葉変性症(FTLD)
└ 前頭側頭型認知症(FTD)
└ 進行性非流暢性失語症(PNFA)
└ 意味性認知症(SD)

新分類: 前頭側頭型認知症(FTD)
(2011)
└ 行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)
└ 言語障害型前頭側頭型認知症
 └ 進行性非流暢性失語症(PNFA)
 └ 意味性認知症(SD)

3)疫学:
・頻度: ADとの比は10分の1以下
・65歳以下の発症が多く、性差はない
・ときに家族歴を有することがある

行動障害型前頭側頭型認知症の診断基準(bvFTD)

[基本知識18]

前提：観察または病歴から行動及び/または認知機能の進行性の悪化を認めること

以下のうち 3つを認めれば **possible bvFTD**

- A 早期からの行動の脱抑制
- B 早期からの無関心または無気力
- C 早期からの共感または感情移入の欠如
- D 早期からの保続的、常同的、または強迫的/儀式的な行動
- E 口唇傾向や食事の変化
- F エピソード記憶や視空間認知機能の保持と実行機能の障害

さらに、以下の全てを認めれば **probable bvFTD**

- A **possible bvFTD** の診断基準を満たす
- B 有意な機能低下が介護者の報告や質問票で明らか
- C 画像(MRI、CT、PET、SPECT)が bvFTD に一致している

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

[基本知識19]

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
行動障害型 前頭側頭型認知症	<ul style="list-style-type: none">・脱抑制的行動・常同行為 (時刻表的生活・反復行為)・食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向)・無関心・共感の欠如	<ul style="list-style-type: none">・病識の欠如・「我が道を行く行動」・診察中の立ち去り行為・社会のルールが守れない
意味性認知症	<ul style="list-style-type: none">・言葉の意味が分からない (「利き手」「季節」など)・物や人の名前が出てこない	<ul style="list-style-type: none">・会話が迂遠になる・質問の意味が理解できない
進行性非流暢性 失語症	<ul style="list-style-type: none">・発話自体がゆっくりで努力性になる	<ul style="list-style-type: none">・発語の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)

若年性認知症

[基本知識20]

- 認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は若い世代でも発症することもある
- 65歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」という
- 働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため本人だけでなく、家族の生活への影響が大きい
- 若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援に繋げることが重要である

- 全国における若年性認知症者数は、3.57万人と推計
- 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数(有病率)は、50.9人

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発(令和2年3月)

若年性認知症の症状の特徴

[基本知識21]

若年性認知症の注意すべき症状の特徴

- 初期の変化に気付かれやすいが、受診につながるまでに時間がかかる
- 症状の個人差が大きい
- 抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い
- 介護やケアを受けることへの抵抗感が強い
- 認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない
- 社会的役割や達成感を希求している



確定診断時には、既に症状が進行していることが少なくない

画像診断の意義と重要性

[基本知識22]

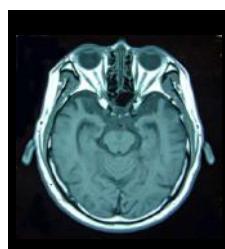
- 『高齢者でももの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査などが必要となる
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する

各認知症の典型的なMRI画像

[基本知識23]

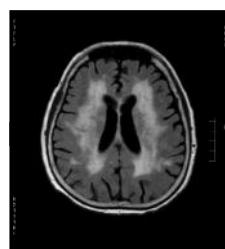
画像は了解を得て国立長寿医療研究センターより提供

アルツハイマー型認知症



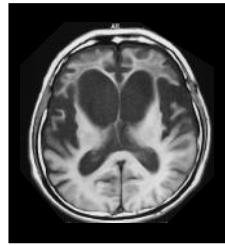
海馬、側頭葉内側の萎縮

血管性認知症



多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変(低灌流型)

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の限局性萎縮

レビー小体型認知症



海馬・側頭葉の萎縮は目立たない

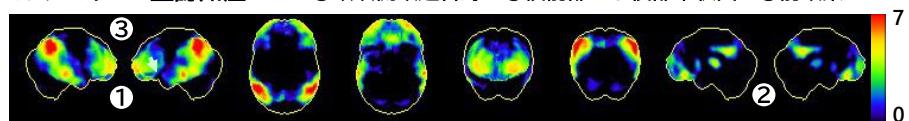
各認知症の典型的なSPECTパターン

【基本知識24】

画像は了解を得て国立長寿医療研究センターより提供

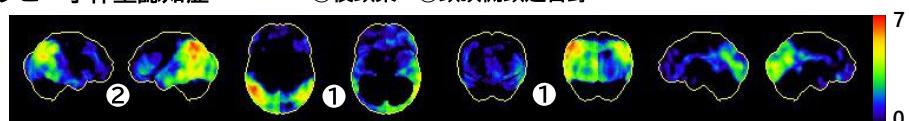
アルツハイマー型認知症

①頭頂側頭連合野 ②楔前部から後部帯状回 ③前頭葉



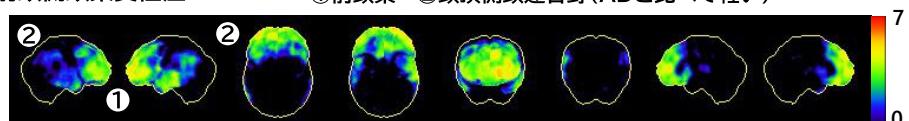
レビー小体型認知症

①後頭葉 ②頭頂側頭連合野



前頭側頭葉変性症

①前頭葉 ②頭頂側頭連合野(ADと比べて軽い)



【基本知識25】

動画 ② 認知症と間違えやすい症状



認知症診断の流れ

[基本知識26]

認知症の疑い・認知機能障害の疑い

除外

認知症と鑑別すべき状態や疾患

- ◎ 加齢による健忘
- ◎ 軽度認知障害
- ◎ せん妄などの意識障害
- ◎ うつ病
- ◎ 薬剤による影響
- ◎ アルコールによる影響
- ◎ 他の精神障害

除外

治療により改善が見込まれる認知症

- ◎ 内分泌・代謝疾患
- ◎ 炎症性疾患
- ◎ 正常圧水頭症
- ◎ 脳腫瘍
- ◎ 慢性硬膜下血腫
- ◎ てんかん

認知症

認知症と鑑別すべき状態や疾患

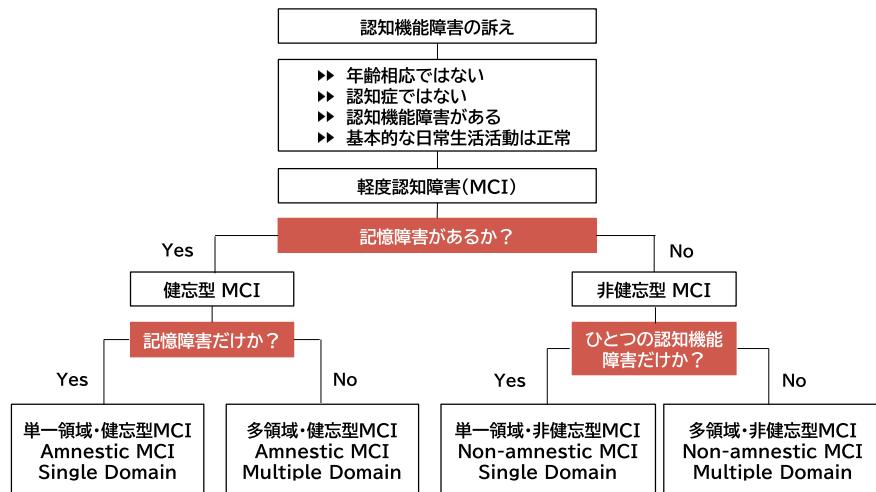
[基本知識27]

認知症と鑑別すべき状態や疾患では、診断や対応が難しい場合には専門医への紹介を考慮する

- ① 加齢による健忘
- ② 軽度認知障害
- ③ せん妄などの意識障害
- ④ うつ病
- ⑤ 薬剤による影響
- ⑥ アルコールによる影響
- ⑦ 他の精神障害(妄想性障害、知的障害)

改訂されたMCI診断基準による診断の分類と手順

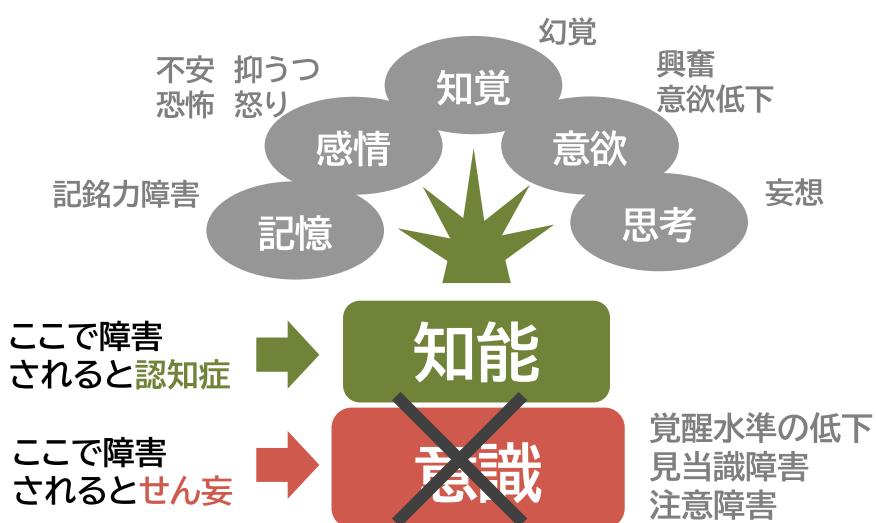
[基本知識28]



Petersen RC : J Intern Med, 256 : 183-194, 2004

せん妄

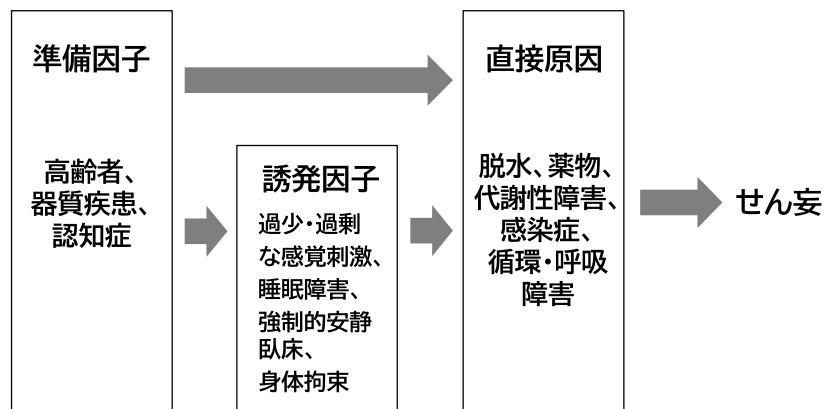
[基本知識29]



せん妄の発症

[基本知識30]

準備因子に誘発因子や直接的な原因など
複数の要因が重なり発症



小川朝生, 自信がもてる せん妄診療はじめの一歩, p46, 2014, 羊土社, 東京
を参照して作成

せん妄の分類と鑑別すべき疾患・病態

[基本知識31]

せん妄は3つに分類され、正確な診断と治療・対応が重要

過活動型せん妄

- 運動活動性の増加
- 活動性の抑制喪失
- 不穏
- 歩き回り
- など

低活動型せん妄

- 活動量の低下
- 行動速度の低下
- 状況認識の低下
- 会話量・速度の低下
- 無気力
- 覚醒の低下
- など

活動水準混合型

両者が認められた場合

↑
↓
認知症との鑑別

↑
↓
うつ病との鑑別

寺田 整司, 日本老年医学会雑誌 51巻5号(2014:9)
を参照して作成

せん妄とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

[基本知識32]

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～一週間	永続的
知的能力	動搖性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

[基本知識33]

	うつ病	アルツハイマー型認知症
発症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
もの忘れの訴え方	強調する	自覚がない、 自覚あっても生活に支障ない
身体的訴え	多い	少ない
答え方	否定的答え(わからない)	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

うつと認知症に伴うアパシー

[基本知識34]

横断的な精神症状の聴取では鑑別が困難なことが多い



藤瀬昇・池田学, 精神経誌114(3)p279, 2012
を参照して作成

薬剤による認知機能の低下

[基本知識35]

特徴

- 認知機能低下に、服用している薬剤が影響している可能性があり、肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者、認知症や神経変性疾患などで出現しやすい

症状

- 潜在性もしくは亜急性に発症する
- 服用により経時的に認知機能障害が変化する
- 注意力の低下が目立つ（せん妄に類似した症状）
- 薬剤の中止により認知機能障害は改善する

認知機能の低下を来しやすい薬剤

向精神薬

抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬など

向精神薬以外の薬剤

抗コリン薬、抗パーキンソン病薬、H₂受容体拮抗薬、抗ヒスタミン薬、過活動性膀胱治療薬、循環器病薬、抗てんかん薬、鎮痛薬、副腎皮質ステロイドなど

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

[基本知識36]

特徴

- アルコール依存症など長期の多量飲酒が、中枢神経の機能や構造に変化をもたらし、精神症状や神経症状を呈する

症状

ウェルニッケ脳症

- ビタミンB1欠乏により、意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害などが、急速(1日～数日)に出現する

※ ビタミン剤投与により可逆的だが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行

コルサコフ症候群

- 健忘(前向性・逆行性)・失見当識・作話を認め、回復は困難

アルコール性認知症(アルコール関連認知症)

- 長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクとなり認知症症状を呈する

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる

治療により改善が見込める認知症

[基本知識37]

治療により症状の改善が見込めるため、適切な診断や対応、脳神経外科や神経内科、精神科等への紹介が必要となる

- ① 内分泌・代謝疾患
- ② 炎症性疾患（感染性、自己免疫性脳炎・脳症）
- ③ 正常圧水頭症（特発性・二次性）
- ④ 脳腫瘍
- ⑤ 慢性硬膜下血種
- ⑥ てんかん

内分泌・代謝疾患

[基本知識38]

特徴

- 概して反応速度の低下、幻覚、時にせん妄などの意識障害を伴い、日内変動がある場合が多い

問診と留意点

低血糖

- 食事状態(飲酒)・糖尿病・内服、健康食品の変更の有無・日内変動

甲状腺機能低下症

- 抑うつ状態を呈する(うつ病との鑑別が重要である)
- 体重の変化や下腿浮腫などの身体症状

肝性脳症

- 身体状態の変化でも起こる(羽ばたき振戦や痙攣を認める)
- 肝機能障害の有無・内服の変更・脱水や下痢等の身体症状

ビタミンB欠乏症

- アルコール関連障害以外でも起こる
- 食事状態・胃切除等の吸収障害をきたす基礎疾患の有無

炎症性疾患(脳炎・脳症)

[基本知識39]

特徴

- 概して急性・亜急性に進行する場合が多い
- 先行感染がある場合だけではない
- 精神症状や異常行動、意識障害を伴う場合が多い

原因

- 感染性:ヘルペス、真菌、梅毒等
- 自己免疫性:膠原病関連
- 傍腫瘍抗体:肺小細胞がん(抗Hu抗体、抗CV2抗体)
卵巣奇形腫(抗NMDA抗体) 等

留意点

- 画像検査に加え、髄液検査が必要となる
- 鑑別診断と原因疾患の特定、適切な治療が重要である

特発性正常圧水頭症(iNPH)

[基本知識40]

画像はいずれも国立長寿医療研究センターの症例による

A. Suspected iNPH

- ①60歳代以降に発症する
- ②脳室が拡大(Evans Index > 0.3)している

B. Possible iNPH

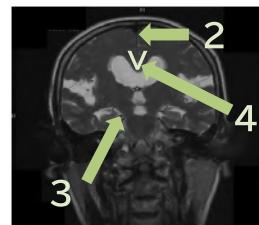
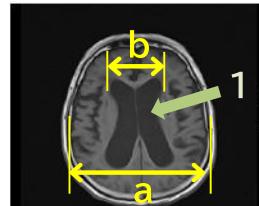
- ①A.の必須項目を満たす
- ②歩行障害、認知障害および尿失禁のうち1つ以上を認める
- ③他の神経学的あるいは被神経学的疾患によって上記臨床症状のすべてを説明し得ない
- ④脳室拡大をきたす可能性のある先行疾患がない

C. Probable iNPH

- ①B.の必須項目を満たす
- ②脳脊髄圧が $20\text{cmH}_2\text{O}$ 以下で、脳脊髄液の性状が正常である
- ③以下のいずれかを認める
 - I 歩行障害があり、DEDHが認められる
 - II タップテストで症状の改善を認める

D. Suspected iNPH

- シャント術施行後、客観的に症状の改善が示された場合(shunt responder)



1. 脳室拡大(Evans index $b/a > 0.3$)
2. 高位円蓋部・正中部の脳溝・脳槽狭小化
3. シルビウス裂・基底槽の拡大
4. Callosal angle < 90 deg.

必須項目

慢性硬膜下血種／脳腫瘍

[基本知識41]

慢性硬膜下血種の特徴

- 高齢者、男性、アルコール常用者、糖尿病、抗凝固剤の服用などでリスクが高い
- 軽い外傷でも発症することがあり、外傷から1~2か月かけて緩徐に症状が出現することもある
- 慢性的に続く頭痛や筋力低下、歩行障害、尿失禁などが特徴である

脳腫瘍の特徴

- 亜急性に進行する頭痛や、嘔吐、うつ血乳頭が特徴(脳圧亢進の3徴候)で、発生部位により症状は異なる
- 高齢者では、認知機能障害、意識障害、てんかん発作、精神症状なども出現する

側頭葉てんかん（もしくは高齢者のてんかん）

〔基本知識42〕

特徴

- 65歳以上におけるてんかんの有病率は約1%であるが、アルツハイマー型認知症では1~6%※である
- 高齢になり、初めて発症する場合が多い
- 発作のタイプとしては約半数が、全身性のけいれんを認めず、側頭葉てんかんを中心とする焦点意識減損発作である

※ Beghi E et al. Curr Opin Neurol 33:191-197,2020

Tanaka A et al., Epilepsia Open. 2019 Mar; 4(1): 182-186.

症状（焦点意識減損発作による症状の特徴）

- 症状の変動がある
- 呼びかけても反応がない時がある（一点を見つめる）
- しばらくボーっとしている時間がある
- 自動症（体をゆすっている、口をもぐもぐする）など

留意点

- 独居であれば評価は難しい。同居者がいれば上記特徴を尋ねる
- 発作による転倒や骨折、不慮の事故、治療薬による副作用に十分な注意が必要である

各疾患の診断や鑑別に必要な検査

〔基本知識43〕

丁寧な病歴聴取と診察、下記の補助診断を合わせて総合的に診断

疾 患	鑑別のための検査
低血糖	血糖値、24時間血糖値、インスリン値
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン、自己抗体測定
肝性脳症	血中アンモニア値測定、脳波検査
ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 欠乏症	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 測定
脳炎	CT、MRI、髄液検査
正常圧水頭症	CT、MRI、髄液排除試験
慢性硬膜下血腫	CT、MRI
脳腫瘍	CT、MRI
てんかん	脳波検査、CT、MRI

どのような場合に専門医に紹介すべきか

[基本知識44]

下記の変化や症状を認めた場合や診断や対応に迷う場合は、認知症サポート医や認知症専門医への紹介を検討すべき

- 1～3か月の間で急に発症し、進行する場合
- 日常生活レベルが急激に低下した場合
- 認知症の症状の変動や意識障害がある場合
- 精神症状や行動障害が目立つ場合
- 易転倒性や麻痺などの神経症状がある場合
- うつ病との鑑別が困難な場合
- 発症年齢が若い場合
- 車の運転で何回も事故を起こす場合
(認知機能の障害は微妙である場合も)
- 認知機能の障害がきわめて軽い場合
(正常老化や軽度認知機能障害との鑑別に迷う場合)