

## 就労期認知症の早期発見とその対策

伊東 秀文

和歌山県立医科大学脳神経内科学講座

(2019年5月9日受付)

**要旨**：認知症は、「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態を言い、それが意識障害のないときにみられる」と定義される。2013年に改訂されたDSM-5における認知症の診断基準では、「1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚—運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下がある」が必要条件とされている。この認知領域の障害は、(1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および、(2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された、実質的な認知行為の障害、に基づいて判定される。DSM-5では、認知症によってそれぞれの認知領域が障害された場合に、日常的活動においてみられる具体的、実用的な症状や所見の例を示している。就労期認知症の早期発見には、職場の同僚や上司がこれらの症状に早く気づくことが最も重要である。

(日職災医誌, 67: 384—388, 2019)

—キーワード—

認知症, 初期症状, DSM-5

### 認知症の疫学

わが国の高齢化率（65歳以上人口が総人口に占める割合）は1950年ごろは約5%で、英仏独諸国が約10%であったのに比して低率であったが、1970年ごろから急速に高まり、2005年ごろに欧米諸国を上回って、2015年には26.6%と世界最高水準に達している<sup>1)</sup>。一方、わが国の総人口は2010年ごろをピークとして減少傾向にあるが、65歳以上の人口は増え続け、高齢化率は2065年まで増加の一途をたどると予測されている<sup>1)</sup>。認知症有病率は年齢とともに増加するため、このように高齢化率が進むわが国では、認知症の患者数はますます増加すると考えられる。

わが国の認知症有病率に関する調査をみると、1980年代から2000年代にかけて3つの縦断研究が行われている<sup>2)</sup>(図1)。鳥取県大山町と福岡県久山町の悉皆調査、富山県の無作為抽出調査のいずれでも、この20年間で65歳以上人口における認知症有病率は増加していることが示されている。疾患別では、血管性認知症の有病率は2%前後で横ばいであるのに対して、アルツハイマー型認知症の有病率は2%前後から3~4%程度に増加している。一方、縦断研究ではない単回調査は、1970年代

から2000年代まで日本各地で数多く行われている。これらの調査結果をメタアナリシスし、それぞれの65歳以上の認知症有病率を、調査の実施された年度を横軸にしてグラフ化すると、認知症有病率は有意に増加していることが示された<sup>3)</sup>(図2)。この検討によると、1970年代の認知症有病率は4%前後であったが、2000年以降の報告では8%を超えるようになっており、わが国における認知症有病率はこの35年間で倍増したことになる。内閣府による推計では、各年齢層の認知症有病率が今後も一定と仮定した場合、認知症患者数は2012年の462万人から2040年には802万人に達すると見込まれている<sup>4)</sup>。

### 認知症の定義

認知症は、「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態を言い、それが意識障害のないときにみられる」と定義される<sup>5)</sup>。国際疾病分類(ICD)第10版によると、認知症とは「慢性あるいは進行性の脳疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断など多数の高次脳機能障害からなる症候群」とされる。すなわち、認知症は老化によるもの忘れとは異なり、脳神経細胞のネットワーク障害に

(縦断調査)

地域	対象	調査年	対象者数 (人)	認知症 有病率 (%)	AD 有病率 (%)	VaD 有病率 (%)
鳥取県大山町 悉皆調査	65歳以上	1980	1236	4.4	1.9	2.0
		1990	1626	4.5	2.3	1.7
		2000	1823	5.9	2.8	2.2
福岡県久山町 悉皆調査	65歳以上	1985	887	-	1.4	2.4
		1992	1189	-	1.4	1.7
		1998	1437	-	2.8	1.5
		2005	1566	-	4.1	2.2
富山県 無作為抽出調査	65歳以上	1985	1416	4.9	2.8	1.8
		1990	1452	5.4	2.4	2.0
		1996	1844	5.7	2.5	2.7
		2001	2046	7.0	3.3	2.4

AD:アルツハイマー型認知症、VaD:血管性認知症

日本神経学会監修 認知症疾患治療ガイドライン 2010 p20より一部改変

図1 認知症有病率の経年変化

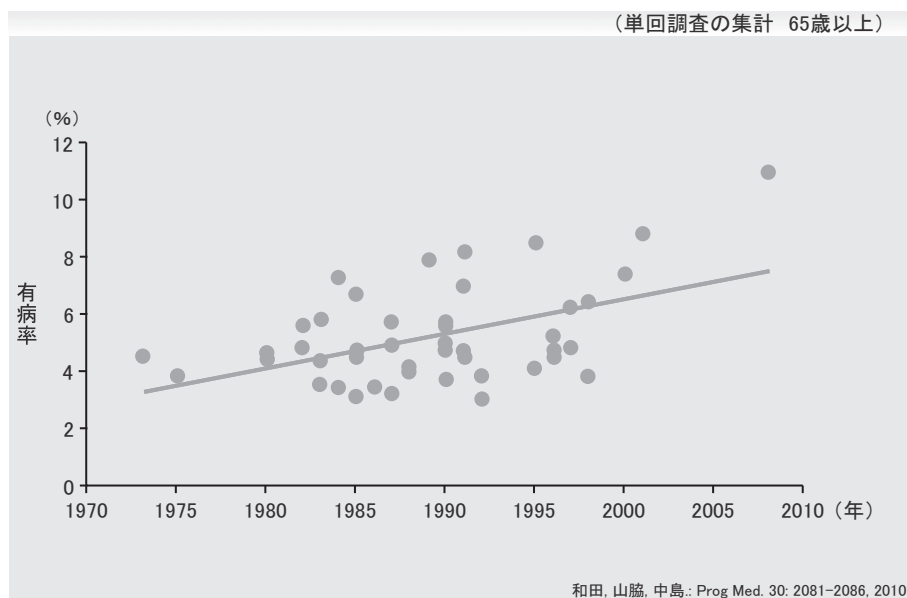


図2 高齢者認知症有病率の推移

よって、記憶障害のみならず、多彩な高次脳機能障害を呈する症候群である。また、認知症の重要な特徴は脳に器質的障害を認めることである。認知症と鑑別が必要なうつ病では、気力低下により記憶力や注意力が低下することがあるが、脳の器質的変化は認めない。さらに、せん妄などの意識障害でも注意力や思考力の低下が認められるため、意識障害の有無を慎重に鑑別することが重要である。

### 認知症の診断基準

認知症の代表的な診断基準として、これまでは世界保健機関による国際疾病分類第10版 (ICD-10) や米国精神学会による精神疾患の診断・統計マニュアル改訂第3版 (DSM-III-R) や第4版テキスト改訂版 (DSM-IV-TR) がよく用いられていた<sup>5)</sup>。これらの診断基準ではいずれも、記憶障害の存在が必須要件とされていたが、2013年に改訂されたDSM-5<sup>6)</sup>における認知症の診断基準では、「1つ以上の認知領域 (複雑性注意, 実行機能, 学習および

記憶、言語、知覚—運動、社会的認知)において、以前の行為水準から有意な認知の低下がある」と修正されており、必ずしも記憶障害の存在を必須としていない点が注目される。これは、アルツハイマー型認知症では記憶障害が初期から出現するのが大きな特徴であるのに対して、非アルツハイマー型認知症である、レヴィ小体型認知症、前頭側頭型認知症、血管性認知症では、記憶機能は正常か、アルツハイマー型認知症に比べて軽度であることを考慮したものである。

DSM-5で求める認知領域の障害は、(1)本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および、(2)標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された、実質的な認知行為の障害、に基づいて判定される。さらに、これらの認知欠損によって毎日の活動における自立が阻害されていること、せん妄の状況でのみ起こるものではないこと、他の精神疾患によってうまく説明されないこと、が必要である。

### 認知機能障害による具体的な症状

DSM-5では、認知症によってそれぞれの認知領域が障害された場合に、日常的活動においてみられる具体的、実用的な症状や所見の例を提示している。就労期認知症の早期発見には、職場の同僚や上司がこれらの症状に早く気づくことが最も重要である。

#### 1) 複雑性注意障害

軽度の場合、通常の作業に以前よりも長く時間がかかる、日常的な業務の中で誤りが見つかるようになる、仕事において以前より再確認する必要が出てくる、などが気づかれる。

重度になると、今与えられた電話番号や住所を思い出す、または今言われたことを報告するなどのような、新しい情報を保持するのが困難となる。また、暗算ができない、すべての思考に通常より長く時間がかかり、処理する構成要素を1つまたは2~3個まで単純化しなければならない、複数の刺激(テレビ、ラジオ、会話)のある環境で気が散る、などといった症状がみられるようになる。

#### 2) 実行機能障害

軽度の時期には、多くの段階をふむ計画を完了するために努力を要したり、複数の処理を同時にするような仕事に困難になってくる。また、訪問客や電話によって遮られた仕事を再び始めることが難しくなってくることによって気づかれる。整理、計画、意思決定に余分な努力を要するため、疲れが増えたと不平を言うこともある。

重度になると、複雑な計画を放棄するようになったり、一度に1つの仕事に集中する必要が生じるようになる。日常生活に役立つ活動を計画したり意思決定をするのに

他者に頼るようになる。

#### 3) 学習と記憶障害

軽度の段階では、最近の出来事を思い出すのに苦労し、リストの作成やカレンダーにますます依存するようになる。数週間にわたって同じ人に同じ内容を繰り返すことがある。執務上では、請求書がすでに支払われたかどうか思い出せない、といったような症状で気づかれる。

重度になると、しばしば同じ会話の中で同じ内容を繰り返すようになり、買い物をするときの品物項目や1日の予定を思い出すことができないといった、日常生活上の支障が生じるようになる。

記憶には、貯蔵時間による分類と記憶内容による分類がある。貯蔵時間に関しては、数秒から数分までの「即時記憶」、数十分から数日の「近時記憶」、月から年単位の「遠隔記憶」に分類され、認知症では近時記憶の障害が主体である。記憶内容については、自動車運転や楽器演奏など、技術・技能に関する「手続き記憶」と、ことばで説明できる陳述記憶に分けられ、陳述記憶はさらに、経験した出来事に関する「エピソード記憶」と、知識・情報に関する「意味記憶」に分けられる。認知症ではこれらのうち、エピソード記憶の障害が特徴的である。すなわち、食事の内容を忘れるといった体験の一部ではなく、食べたこと自体を忘れるといった体験全体の記憶が障害されることが特徴である。

#### 4) 言語障害

軽度の場合、喚語困難が目立ち、面識のある人の名前を呼ぶことを避けたり、文法的な誤りとしては、冠詞、前置詞、助動詞などの微妙な省略や不正確な使用に気づかれる。

重度になると、言語の表出にも受容にも著しい困難が生じるようになり、名前よりも代名詞を多用するようになる。また、より親しい友人や家族の名前すら思い出せない、文法的な誤り、および自発言語や無駄を省いた発語が認められるようになる。

#### 5) 知覚—運動障害

軽度の時期には、新しい場所にたどり着くために書いた物を利用したり他人に尋ねることが多くなる。自動車の駐車が以前ほど正確ではなくなり、大工仕事、組み立て、縫い物、編み物のような空間作業に、より大きな努力を必要とするようになる。

重度になると、以前からやり慣れていた活動(道具使用や自動車運転)や、慣れた環境での移動が著しく困難になる。影や明るさの低下によって知覚が変化するので、しばしば夕暮れ時にさらに混乱する。

#### 6) 社会的認知障害

軽度の段階では、他人の行動や態度の微妙な変化から社会的な手がかりを認識したり、表情を読んだりする能力や共感の減少がみられる。外向性または内向性の増加、抑制の減少、アパシー、落ち着きのなさなど、しばしば

人格変化として記述される。

重度になると、許容できる社会的範囲から明らかに逸脱した振る舞いをするようになる。服装や会話における社会的基準に無神経になったり、他の人が関心をもっていない話題に過度に集中したり、家族または友人に配慮せずに行動を意図する、といった行動異常が生じる。

### 認知症の鑑別診断

認知症の疑いがある場合、まずは加齢に伴う健忘症を除外する。加齢に伴う健忘では、人の名前がすぐに思い出せない、ど忘れが目立つなどの症状があるが、体験の一部分のみの健忘であり、自覚できていることが多い。また、健忘以外に目立った症状はみられない。

次に、認知症か軽度認知障害 (mild cognitive impairment: MCI)かを判定する。MCIは、認知機能の低下に関する自覚的な訴えがあり、認知機能テストや信頼できる情報提供者から、1つ以上の認知ドメインにおいて低下が認められるが、日常生活には支障がなく自立している点が認知症と異なる。

老人性健忘症・MCIの鑑別と並行して、睡眠薬や抗不安薬などによる薬剤誘発性認知機能低下、せん妄などの意識障害、うつ病などの精神疾患、てんかんなどの除外を慎重に行う。また、血液検査や画像検査などにより、甲状腺機能低下症などの代謝性疾患、梅毒性進行麻痺や慢性ウイルス性脳炎などの感染性疾患、アルコール性、慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症、脳腫瘍など、いわゆる「治療可能な認知症」の診断に努める。認知症の診断において最も重要な点は、これらの治療可能な認知症をみおとさないことである。

これらの疾患が除外され、変性性認知症と診断された場合には、アルツハイマー型認知症、レヴィ小体型認知症、前頭側頭型認知症、クロイツフェルト・ヤコブ病、その他の変性疾患の鑑別にあたる。

### 若年性認知症の特徴

65歳未満で発症する認知症は若年性認知症と総称され、65歳以上で発症する老人性認知症とはやや異なった特徴を有する。就労期に認められる認知症は基本的にこの若年性認知症患者と想定されるため、その特徴を把握しておく必要がある。

職場でミスが増えたり、言動が以前と異なっていることに同僚や上司が気づき、認知症ではないかと感じた場合、まずはその人が信頼している上司や親しい同僚などから、悩み事やストレス、困ったことはないか聞いてもらうのがよい。本人に自覚がない場合は、家族に家庭での様子を聞き、受診を勧めることが望ましい。就労期には職場環境や家庭環境が変化する機会が多く、うつ状態による偽性認知症が少なくない。

精神疾患や薬剤性、内科的・外科的疾患による認知機

能障害を除いた、若年性認知症患者は全国で約37,800人であり、高齢者の認知症は女性が多いのに比べ、若年性認知症は男性が多い<sup>7)</sup>。発症年齢は平均51.3歳であり、約3割は50歳未満で発症する<sup>7)</sup>。

若年性認知症では血管性認知症が40%を占め、アルツハイマー型認知症が25%、頭部外傷後遺症が8%、前頭側頭型認知症・アルコール性認知症・レヴィ小体型認知症がそれぞれ3~4%とされる<sup>7)</sup>。これは、わが国における一般的な認知症の基礎疾患の割合が、アルツハイマー型認知症63%、血管性認知症15%、レヴィ小体型認知症5%、その他の疾患が数%ずつという報告<sup>8)</sup>と頻度が大きく異なる。すなわち、老人性認知症ではアルツハイマー型認知症が過半数を占め、近時記憶障害が主要症状になることが多いのに対して、若年性認知症患者では自覚性低下や人格変化、精神症状といった症状が近時記憶障害よりも目立つ場合がある、という点に注意を払う必要がある。

### 若年性認知症診断の留意点

若年性認知症では、多くの患者が現役で仕事や家事をしているため、認知機能が低下すれば支障が出て気づかれやすいと考えられるが、実際には、仕事でミスが重なったり、家事がおっくうになっても、それが認知症のせいだと思わず、疲れや更年期障害、うつ状態など他の病気と考え、医療機関を受診しても正しい診断に至らないことがある。若い人にも認知症が発症することがあることを認識し、適切な専門医療機関を受診させることが重要である。

利益相反：利益相反基準に該当無し

### 文献

- 1) 内閣府：平成30年版高齢社会白書。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/index.html
- 2) 「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会編。日本神経学会監修：認知症疾患治療ガイドライン2017。東京、医学書院、2017、pp 12—13。
- 3) 和田健二、山脇美香、中島健二：認知症/AD/MCIの疫学—現在と将来予測—。Prog Med 30：2081—2086、2010。
- 4) 内閣府：平成29年版高齢社会白書。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1\_2\_3.html
- 5) 「認知症疾患治療ガイドライン」作成委員会編。日本神経学会監修：認知症疾患治療ガイドライン2010。東京、医学書院、2010、pp 1—3。
- 6) 高橋三郎、大野 裕監訳。日本精神神経学会日本語版用語監修：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。第5版。東京、医学書院、2014、pp 583—634。
- 7) 厚生労働省：若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要及び厚生労働省の若年性認知症対策について。https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html
- 8) Wada-Isao K, Uemura Y, Suto Y, et al: Prevalence of dementia in the rural island town of Ama-cho, Japan.

Neuroepidemiology 32: 101–106, 2009.

別刷請求先 〒641-8510 和歌山市紀三井寺 811-1  
和歌山県立医科大学脳神経内科  
伊東 秀文

**Reprint request:**

Hidefumi Ito  
Department of Neurology, Wakayama Medical University,  
811-1, Kimiidera, Wakayama, 641-8510, Japan

## Early Diagnosis of Patients with Dementia in the Working Generation

Hidefumi Ito

Department of Neurology, Wakayama Medical University

Dementia is defined as those in which impaired cognition has not been present since birth or very early life but represents a decline from a previously attained level of functioning, to the extent that they interfere with normal social or occupational activities in the absence of confusion or altered consciousness. The diagnostic criteria for major neurocognitive disorders (dementia) of DSM-5 include “Evidence of significant cognitive decline from a previous level of performance in one or more cognitive domains (complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual-motor, or social cognition) based on: 1. Concern of the individual, a knowledgeable informant, or the clinician that there has been a significant decline in cognitive function; and 2. A substantial impairment in cognitive performance, preferably documented by standardized neuropsychological testing or, in its absence, another quantified clinical assessment. DSM-5 provides for each of the key domains examples of symptoms or observations regarding impairments in everyday activities. For early diagnosis of patients with dementia in the working generation, it is most important for his/her colleagues and superiors to perceive these symptoms and observations.

(JJOMT, 67: 384–388, 2019)

—Key words—

dementia, early symptom, DSM-5