

## 認知症・軽度認知障害の 概念と実態

### A 認知症・軽度認知障害とは？

#### 1. 認知症の概念と診断基準

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を指す。

診断基準として、米国 National Institute of Aging-Alzheimer's Association (NIA-AA) による認知症診断基準 (2011) (表 1)<sup>1)</sup>、米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版 (DSM-5) による認知症診断基準 (2013) (表 2)<sup>2)</sup>などが使われる。これらの診断基準の骨子は、認知機能の低下があり、そのために社会生活・日常生活に支障をきたしており、せん妄や精神疾患では説明されないということである。認知機能低下については、

表 1 NIA-AA による認知症診断基準 (2011) の要約

1. 仕事や日常生活に支障。
2. 以前の水準に比べ遂行機能が低下。
3. せん妄や精神疾患によらない。
4. 認知機能障害は次の組み合わせによって検出・診断される。
  - 1) 患者あるいは情報提供者からの病歴
  - 2) 「ベッドサイド」精神機能評価あるいは神経心理検査
5. 認知機能あるいは行動異常は次の項目のうち少なくとも 2 領域を含む。
  - 1) 新しい情報を獲得し、記憶にとどめておく能力の障害
  - 2) 推論、複雑な仕事の取扱いの障害や乏しい判断力
  - 3) 視空間認知障害
  - 4) 言語障害
  - 5) 人格、行動あるいはふるまいの変化

(McKhann G, et al. Alzheimers Dement. 2011 ; 7 : 263-9<sup>1)</sup>より要約)

**表2** DSM-5による認知症（major neurocognitive disorder）診断基準（2013）

- A. 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いう証拠が以下に基づいている：
- (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
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）。

（日本精神神経学会（日本語版用語監修）、高橋三郎、大野 裕、監訳。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院；2014。p.594）

古い基準では記憶障害が必須であったが、近年は、記憶を含む認知機能の諸領域のうち2つ以上〔NIA-AA（表1）、国際疾病分類第11版（ICD-11）（2022年発効予定）〕あるいは1つ以上〔DSM-5（表2）〕の障害があることが条件となっており、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認知症も診断できる。

## 2. 軽度認知障害の概念と診断基準

認知症とも認知機能正常ともいえない状態を軽度認知障害（mild cognitive impairment: MCI）と呼ぶ。

Petersenら（1995）によるMCIの診断基準は以下の基準からなる<sup>3)</sup>：①本人や家族から認知機能低下の訴えがある、②認知機能低下はあるが認知症の診断基準は満たさない、③基本的な日常生活機能は正常。

近年の、NIA-AAによるMCIの臨床診断基準（2011）<sup>4)</sup>を表3に、DSM-5によるmild neurocognitive disorder（=MCI）診断基準<sup>2)</sup>を表4に示す。それらは、1つ以上の認知領域における低下が実証されること、日常生活が基本的に自立していること、認知症ではないこと、せん妄やその他の精神疾患

**表 3** NIA-AA による軽度認知障害 (MCI) の中核臨床診断基準 (2011)

<b>1. 臨床症候群としての定義</b>
A. 以前と比較して認知機能の低下があり、本人、情報提供者、臨床医のいずれによっても指摘され得る。
B. 記憶、遂行機能、注意、言語、視空間認知のうち1つ以上の認知機能領域における障害がある。
C. 日常生活動作は自立している。昔よりも時間を要したり、非効率であったり間違いが多くなったりする場合もある。
D. 認知症ではない。
<b>2. 認知機能の特徴</b>
下記にあげるような認知機能テストにおいて、典型的には年齢・教育歴の一致した正常群と比較して1-1.5 SD 下回る。
・エピソード記憶：Free and Cued Selective Reminding Test, Rey Auditory Verbal Learning Test, California Verbal Learning Test, WMS-R の Logical memory I & II, WMS-R の Visual reproduction I & II
・遂行機能：Trail Making Test
・言語：Boston Naming Test
・視空間認知機能：図形模写
・注意：Digit span forward
これらのような検査ができない場合は、「住所・名前」を覚えさせる、あるいは3物品の名称を答えさせ隠した後どこに何を隠したかを答えさせることによって記憶の評価は可能だが、感度は劣る。

(Albert M, et al. *Alzheimers Dement.* 2011 ; 7 : 270-9<sup>4)</sup>より抜粋)

では説明されないといった項目からなる。

MCI は、記憶障害の有無によって健忘型 (amnesic MCI)、非健忘型 (non-amnesic MCI) に分類し、さらにその他の認知領域の障害の有無によって、健忘型 MCI、非健忘型 MCI それぞれを単一領域 (single domain)、複数領域 (multiple domain) に分類する。健忘型 MCI は Alzheimer 病 (AD) による認知症 (AD dementia) に進展しやすいことが知られている。

MCI 以外の、認知症の前駆症状・前駆段階 (prodromal stage) に当てはまる概念・用語には、表 5 に示すような様々なものがあるが、これらを使用する際には定義(表 5 の文献を参照)を明確にして使用することが大切である。

**表 4** DSM-5 による軽度認知障害 (mild neurocognitive disorder) 診断基準 (2013)

- A. 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軽度の認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、軽度の認知機能の低下があったという懸念、および
  - (2) 可能であれば標準化された神経学的検査に記録された、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって実証された認知行為の軽度の障害
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害しない（すなわち、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの複雑な手段の日常生活動作は保たれるが、以前より大きな努力、代償的方略、または工夫が必要であるかもしれない）。
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）。

（日本精神神経学会（日本語版用語監修）. 高橋三郎、大野 裕、監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院；2014. p.596）

**表 5** 軽度認知障害 (MCI) 以外の、認知症の前駆症状にあてはまる概念（詳細は脚注の文献を参照）

- ① Benign senescent forgetfulness (\*1)
- ② Age-associated memory impairment (AAMI) (\*2)
- ③ Aging-associated cognitive decline (AACD) (\*3)
- ④ Mild cognitive disorder (MCD) (\*4)
- ⑤ Mild neurocognitive decline (MNCD) (\*5)
- ⑥ Cognitive impairment no dementia (CIND) (\*6)
- ⑦ Clinical dementia rating (CDR) 0.5 (questionable dementia) (\*7)

\*1. Kral VA. Can Med Assoc J. 1962 ; 86 : 257-60.

\*2. Crook T, et al. Dev Neuropsychol. 1986 ; 2 : 261-76, Blackford RC, et al. Dev Neuropsychol. 1989 ; 5 : 295-306.

\*3. Levy R. Int Psychogeriatr. 1994 ; 6 : 63-8.

\*4. World Health Organization. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva : World Health Organization ; 1993.

\*5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM-IV). Washington, DC : American Psychiatric Association ; 1994.

\*6. Graham JE, et al. Lancet. 1997 ; 349 : 1793-6.

\*7. Hughes CP, et al. Br J Psychiatry. 1982 ; 140 : 566-72.

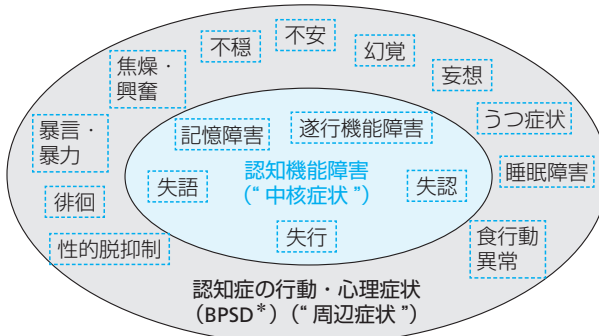


図1 認知症の症状

\*BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia (認知症の行動・心理症状)

表6 認知症でみられる認知機能障害

- ①**記憶障害**: 貯蔵時間(即時記憶 immediate memory/近時記憶 recent memory/遠隔記憶 remote memory), 記憶内容〔陳述記憶 declarative memory (エピソード記憶/意味記憶)/手続き記憶 procedural memory), 言語性か非言語性か(言語性記憶/非言語性記憶)により分類される。Alzheimer病(AD)では早期より近時記憶, エピソード記憶が障害される。意味記憶の障害は意味性認知症(semantic dementia)で特徴的である。
- ②**失語**: 認知症では, 健忘性失語, 超皮質性感覚性失語, 運動性失語, 語義失語がみられる。ADでは健忘性失語, 進行性非流暢性失語では運動性失語, 意味性認知症では語義失語が特徴的である。
- ③**失行**: 麻痺がないのに日常の習熟動作ができなくなる障害で主に頭頂葉障害でみられる。ADでは構成失行や着衣失行が, 大脳皮質基底核変性症(CBD)では肢節運動失行, 観念運動性失行, 観念性失行がみられる。
- ④**失認**: 感覚に異常がないのに物体が認知できない。Lewy小体型認知症(DLB)や一部のAD(posterior cortical atrophy: PCA)では視覚性認知障害がめだつ。
- ⑤**遂行機能障害**: 計画をたて実際の行動を行う能力で前頭葉機能が大きく関与している。前頭側頭型認知症(frontotemporal dementia: FTD)では早期から障害される。