

認知症の定義，概要，経過，疫学

CQ 1-1

認知症の定義はどのようなものか

推奨

代表的な認知症の診断基準には，世界保健機関による国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) や米国精神医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) および第 4 版テキスト改訂版 (DSM-Ⅳ-TR) がある (**グレード B～C1**)。

背景・目的

認知症とは，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．国際的に広く用いられている認知症の診断基準として世界保健機関による ICD-10 や米国精神学会による DSM-Ⅲ-R および DSM-Ⅳ-TR がある．

解説・エビデンス

ICD-10¹⁾ による認知症の定義は「通常，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，判断等多数の高次脳機能の障害からなる症候群」とされており，表 1 のように要約される．

また，米国精神医学会による DSM-Ⅲ-R²⁾ (表 2) および DSM-Ⅳ-TR³⁾ (表 3) の診断基準の要約を示す．DSM-Ⅳ-TR では，DSM-Ⅲ-R と異なり認知症そのものの診断基準が削除され，各認知症の基準の共通項が認知症の診断基準に相当している．また，DSM-Ⅲ-R までは「脳の器質的疾患」による条件があったが，DSM-Ⅳ-TR では明記されていない．

ICD-10 および DSM-Ⅳ-TR の診断基準は，記憶障害を必須として，さらに他の認知機能と併せた複数のカテゴリーの認知機能障害により，以前の機能レベルから著しく低下した状態と定義している点で基本的に合致している．DSM-Ⅳ-TR では，「社会的または職業的機能の著しい障害」項目を必要条件としているが，ICD-10 では「日常生活動作の障害」を必須条件としており，社会生活や職業遂行には触れられていない相違がある．基本的な要点として，記憶障害のみを呈する例や記憶力や他の認知機能低下を呈している例で

表 1 ICD-10 による認知症診断基準の要約

- G1. 以下の各項目を示す証拠が存在する。
 - 1) 記憶力の低下
新しい事象に関する著しい記憶力の減退。重症の例では過去に学習した情報の想起も障害され、記憶力の低下は客観的に確認されるべきである。
 - 2) 認知能力の低下
判断と思考に関する能力の低下や情報処理全般の悪化であり、従来の遂行能力水準からの低下を確認する。
1), 2) により、日常生活動作や遂行能力に支障をきたす。
- G2. 周囲に対する認識(すなわち、意識混濁がないこと)が、基準 G1 の症状をはっきりと証明するのに十分な期間、保たれていること。せん妄のエピソードが重なっている場合には認知症の診断は保留。
- G3. 次の 1 項目以上を認める。
 - 1) 情緒易変性
 - 2) 易刺激性
 - 3) 無感情
 - 4) 社会的行動の粗雑化
- G4. 基準 G1 の症状が明らかに 6 か月以上存在していて確定診断される。

表 2 DSM-Ⅲ-R による認知症診断基準の要約

- A. 記憶(短期・長期)の障害
- B. 次のうち少なくとも 1 項目以上
 - 1) 抽象的思考の障害
 - 2) 判断の障害
 - 3) 高次皮質機能の障害(失語・失行・失認・構成障害)
 - 4) 性格変化
- C. A・B の障害により仕事・社会生活・人間関係が損なわれる。
- D. 意識障害のときには診断しない(せん妄の除外)。
- E. 病歴や検査から脳の器質的疾患の存在が推測できる。

表 3 DSM-Ⅳ-TR による認知症診断基準の要約

- A. 多彩な認知障害の発現。以下の 2 項目がある。
 - 1) 記憶障害(新しい情報を学習したり、以前に学習していた情報を想起する能力の障害)
 - 2) 次の認知機能の障害が 1 つ以上ある：
 - a. 失語(言語の障害)
 - b. 失行(運動機能は障害されていないのに、運動行為が障害される)
 - c. 失認(感覚機能が障害されていないのに、対象を認識または同定できない)
 - d. 実行機能(計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化すること)の障害
- B. 上記の認知障害は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、また、病前の機能水準からの著しい低下を示す。
- C. その欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない。

あっても社会生活や日常生活に支障がない症例は認知症と診断しない。これらの基準は記憶障害を必須としているが、前頭側頭型認知症 frontotemporal dementia (FTD)・前頭側頭葉変性症 frontotemporal lobar degeneration (FTLD) 等のように記憶障害を中核症状としない認知症疾患に対して適応が困難な場合があり、現時点で推奨度の高い認知症診断基

準はない。以上より、ICD-10 および DSM-IV-TR の診断基準の推奨度は本委員会委員の間で意見が分かれ、グレード B～C1 とした。

文献

- 1) World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 1993.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987: 103-107.
- 3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

検索式・参考にした二次資料

PubMed(検索 2008 年 12 月 12 日)

((("Dementia" [MAJR]))AND(definition OR definitions))AND(criteria AND diagnosis) = 106 件

医中誌ではエビデンスとなる文献は見つからなかった。

検索外 3 件

CQ 1-2

認知症の原因にはどのようなものがあり、どのように分類するか

推奨

認知症や認知症様症状をきたす疾患・病態には中枢神経疾患のみならず種々の疾患が含まれる。ICD-10 において認知症は「F0 症状性を含む器質性精神障害」の項目に含まれ 4 種の項目に分類され、DSM-IV-TR では「せん妄、認知症、健忘性障害および他の認知障害」に含まれ 6 種の項目に分類されている(グレート B~C1)。

背景・目的

ICD-10 および DSM-IV-TR に認知症の分類が記載されている。

解説・エビデンス

1. 認知症の原因疾患

認知症や認知症様症状をきたす疾患には表 1 のように多くの疾患が含まれ、その病態は極めて多彩である。認知症診療においては中枢神経のみならず身体疾患についても注意しながら原因探索が必要である。

2. 分類について

ICD-10¹⁾(表 2)では認知症を Alzheimer 病、血管性認知症、他疾患による認知症、および特定不能の認知症の 4 つに分類している。DSM-IV-TR²⁾では表 3 のような分類が記載されている。しかしながら、近年の臨床医学および基礎医学の進歩とともに新たな認知症の疾患概念が提唱されており、ICD-10 および DSM-IV-TR に記載された分類は新たな疾患概念を十分に反映していない。今後、新たな概念を取り入れた疾患分類が望まれる。

歴史的に認知症は進行性で非可逆性の経過を意味したが、ICD-10 および DSM-IV-TR には予後に関する項目はなく、認知症の経過は進行性、不変、改善のいずれかの経過を呈し得る。このような中、画像診断や治療法の進歩により、正常圧水頭症(特発性、続発性)、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、脳内感染症、脳血管炎症候群、ビタミン欠乏症、甲状腺機能低下症、副甲状腺疾患(機能低下、機能亢進)、血糖異常(高血糖・低血糖)、肝疾患(肝性脳症)、腎疾患(尿毒症、透析脳症)、肺性脳症、電解質異常症、薬物性、アルコール性、金属中毒、低酸素脳症等のように、早期の診断と適切な治療・処置により治すことができる病態も多くなってきた。これらは適切な治療により症状の回復が期待され認知症を診断するうえで第一段階に鑑別すべき病態であり、治療可能な認知症 treatable dementia という概念として扱われるようになった。

表1 認知症や認知症様症状をきたす主な疾患・病態

1. 中枢神経変性疾患 Alzheimer 病 前頭側頭型認知症 Lewy 小体型認知症/Parkinson 病 進行性核上性麻痺 大脳皮質基底核変性症 Huntington 病 嗜銀性グレイン型認知症 辺縁系神経原線維型認知症 その他 2. 血管性認知症 (VaD) 多発梗塞性認知症 戦略的な部位の単一病変による VaD 小血管病変性認知症 低灌流性 VaD 脳出血性 VaD 慢性硬膜下血腫 その他 3. 脳腫瘍 原発性脳腫瘍 転移性脳腫瘍 癌性髄膜炎 4. 正常圧水頭症 5. 頭部外傷 6. 無酸素あるいは低酸素脳症 7. 神経感染症 急性ウイルス性脳炎(単純ヘルペス, 日本脳炎等) HIV 感染症(AIDS) Creutzfeldt-Jakob 病 亜急性硬化性全脳炎・亜急性風疹全脳炎 進行麻痺(神経梅毒) 急性化膿性髄膜炎 亜急性・慢性髄膜炎(結核, 真菌性) 脳膿瘍 脳寄生虫 その他 8. 臓器不全および関連疾患 腎不全, 透析脳症 肝不全, 門脈肝静脈シャント 慢性心不全 慢性呼吸不全 その他	9. 内分泌機能異常症および関連疾患 甲状腺機能低下症 下垂体機能低下症 副腎皮質機能低下症 副甲状腺機能亢進または低下症 Cushing 症候群 反復性低血糖 その他 10. 欠乏性疾患, 中毒性疾患, 代謝性疾患 慢性アルコール中毒 (Wernicke-Korsakoff 症候群, ベラグラ, Marchiafava-Bignami 病, アルコール性) 一酸化炭素中毒 ビタミン B₁₂欠乏, 葉酸欠乏 薬物中毒 A) 抗癌薬(5-FU, メトトレキサート, カルモフル, シタラビン等) B) 向精神薬(ベンゾジアゼピン系, 抗うつ薬, 抗精神病薬等) C) 抗菌薬 D) 抗痙攣薬 金属中毒(水銀, マンガン, 鉛等) Wilson 病 遅発性尿素サイクル酵素欠損症 その他 11. 脱髄性疾患等の自己免疫性疾患 多発性硬化症 急性散在性脳脊髄炎 Behçet 病 Sjögren 症候群 その他 12. 蓄積症 遅発型スフィンゴリピドーシス 副腎皮質ジストロフィー 脳髄黄色腫症 neuronal ceroid lipofuscinosis 糖原病 その他 13. その他 ミトコンドリア脳筋症 進行性筋ジストロフィー Fahr 病 その他
---	--

表 2 ICD-10 による認知症の分類

F00	Alzheimer 病の認知症
F00.0	Alzheimer 病の認知症, 早発性
F00.1	Alzheimer 病の認知症, 晩発性
F00.2	Alzheimer 病の認知症, 非定型または混合型
F00.9	Alzheimer 病の認知症, 詳細不明
F01	血管性認知症
F01.0	急性発症の血管性認知症
F01.1	多発梗塞性認知症
F01.2	皮質下血管性認知症
F01.3	皮質および皮質下混合性血管性認知症
F01.8	その他の血管性認知症
F01.9	血管性認知症, 詳細不明
F02	他に分類されるその他の疾患の認知症
F02.0	Pick 病の認知症
F02.1	Creutzfeldt-Jakob 病の認知症
F02.2	Huntington 病の認知症
F02.3	Parkinson 病の認知症
F02.4	ヒト免疫不全ウイルス(HIV)病の認知症
F02.8	他に分類されるその他の明示された疾患の認知症
F03	特定不能の認知症

表 3 DSM-IV-TR による認知症の分類

294.1x	Alzheimer 病	・免疫疾患
290.4x	血管性認知症	側頭動脈炎
294.1x	他の一般身体疾患による認知症	全身性エリマトーデス
●	ヒト免疫不全ウイルス疾患による認知症	・腎臓および肝臓機能障害
●	頭部外傷による認知症	・代謝性疾患
●	Parkinson 病による認知症	Kufs 病
●	Huntington 病による認知症	副腎白質変性症
●	Pick 病による認知症	異染色性白質変性症
●	Creutzfeldt-Jakob 病による認知症	その他
●	その他	・多発性硬化症
・	Lewy 小体型認知症	・電気ショック
・	前頭側頭型認知症	・頭蓋内放射線被曝
・	脳腫瘍	
・	硬膜下血腫	<物質誘発性持続性認知症>
・	正常圧水頭症	291.2 アルコール誘発性持続性認知症
・	内分泌疾患	292.82 不明の物質誘発性持続性認知症
	甲状腺機能低下症	●吸入剤
	高カルシウム血症	●鎮静剤
	低血糖	●睡眠剤
・	栄養疾患	●抗不安薬
	サイアミン欠乏症	●不明の物質
	ナイアシン欠乏症	
・	他の感染性疾患	<複数の病因による認知症>
	神経梅毒	294.8 特定不能の認知症
	クリプトコッカス症	

文献

- 1) World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 1993.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

検索式・参考にした二次資料

PubMed(検索 2008 年 12 月 11 日)

((((((("Diseases Category" [MH])) AND ("complications" [SH])) NOT ("Dementia/complications" [MH])) AND ("Dementia/etiology" [MAJR])) AND (risk [MH] OR age factors [MH] OR comorbidity [MH] OR epidemiologic factors [MH])) = 346 件

医中誌ではエビデンスとなる文献は見つからなかった.

検索外 2 件

CQ 1-3

認知症と区別すべき病態にはどのようなものがあるか

推奨

認知症と区別すべき病態には、せん妄、健忘性障害、精神遅滞、統合失調症、大うつ病、詐病・虚偽性障害、加齢に伴う正常な認知機能低下がある（**グレードなし**）。

背景・目的

認知症診療において、認知症と類似する病態との鑑別が重要である。

解説・エビデンス

1. 認知症と鑑別すべき病態

DSM-IV-TR に認知症と鑑別すべき病態が記載されており、以下の病態がある¹⁾。

- ① せん妄：せん妄と認知症の鑑別には臨床経過が役立つ。典型的には、せん妄の症状は変動し、認知症の症状は比較的安定している。認知障害が数か月以上も変化しない状態で持続することは、せん妄より認知症を示唆する。せん妄は認知症と重なることがあり、このような場合には両方の診断名が下される。
- ② 健忘性障害：他の認知機能障害（失語・失行・失認または実行機能障害）がなく、重度の記憶障害を特徴とする。
- ③ 精神遅滞：明らかに全般的知的機能障害があり、共存する適応機能の障害と 18 歳以前の発症を伴う。精神遅滞は必ずしも記憶障害を伴う必要はない。認知症の発症が 18 歳以前であり、両疾患の診断基準を満たせば、認知症と精神遅滞の診断の両方が下される。
- ④ 統合失調症：多彩な認知機能障害をきたし得るが、認知症と異なり一般的に発症年齢が若く、認知症ほど重篤ではない。統合失調症は特徴的な症状型があり、病因となる特定の一般身体所見や関連物質を認めない。
- ⑤ 大うつ病：老年期では、認知機能障害が認知症かまたは大うつ病によるのか鑑別が困難なことがあり、障害発症時の評価、うつ症状と認知機能障害の時間的關係、経過、家族歴、治療反応性等の情報が鑑別に必要となる。それぞれ独立した病因によって認知症と大うつ病が存在すると決定した場合には、両方の診断が下されるべきである。
- ⑥ 詐病・虚偽性障害：詐病・虚偽性障害にみられる認知機能障害には、通常、一貫性がない。
- ⑦ 加齢に伴う正常な認知機能低下

表1 セン妄と認知症の鑑別の要点

	せん妄	認知症
発症	急激	緩徐
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
持続	数日～数週間	永続的
身体疾患	合併していることが多い	時にあり
薬剤の関与	しばしばあり	なし
環境の関与	関与することが多い	なし

表2 うつ状態(偽性認知症)と認知症の鑑別の要点

	うつ状態(偽性認知症)	認知症
発症	発症の日時はある程度明確	発症は緩徐なことが多い
経過	発症後、症状は急速に進行し、日内・日差変動を認める	経過は一般に緩徐で、変動が少なく、一般に進行性
持続	数時間～数週間	永続的
もの忘れの訴え	強調する	自覚がないこともある
自己評価	自分の能力低下を嘆く	自分の能力低下を隠す
言語理解・会話	困難でない	困難である
答え方	質問に「わからない」と答える	誤った答え、作話やつじつまを合わせようとする
症状の内容	最近の記憶も昔の記憶も同様に障害	昔の記憶より最近の記憶の障害が目立つ

2. 認知症とせん妄あるいはうつ状態との鑑別の要点

せん妄と認知症およびうつ状態と認知症の主な鑑別点を表1および表2にまとめた。せん妄は意識障害による急性の精神症状で、注意の集中や維持が困難となり不穏、易刺激性、暴言、幻覚等が出現し、理解や判断が困難となる状態である。身体疾患や環境の変化、薬剤による影響等が誘因となることが多く、数時間～数日のうちに急激に発症し、症状は動揺する。夕方から夜間に増悪することが多く、数日～数週間持続する。

うつ病やうつ状態による偽性認知症はうつ気分を訴えず、動作・思考緩慢や集中困難となり記憶力の低下や判断の障害が起こり、自覚症状として記銘力障害を訴え、認知症と間違われることもある。偽性認知症の場合、発症日時はある程度明確であり、症状は発症後急速に進行し、日内・日差変動を認める。患者は記憶障害を強調し、最近の記憶も昔の記憶も同様に障害される。また、患者は自分の能力低下を嘆き、質問に対して「わからない」と答える傾向にある。

文献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

検索式・参考にした二次資料

PubMed(検索 2008 年 12 月 11 日)

(((((“Dementia/diagnosis” [MAJR])) AND (“Diagnosis, Differential” [MH])))) AND (((“sensitivity and specificity” [MH] OR sensitivity[TIAB] OR specificity[TIAB] OR likelihood ratio* OR practice guideline [PT] OR likelihood functions [MH])) OR (“meta-analysis as topic” [MH] OR meta-analysis [PT] OR metaanaly* [TIAB] OR “meta analysis” OR multicenter study [PT] OR evaluation studies [PT] OR validation studies[PT] OR systematic review* OR systematic[SB])) = 523 件

医中誌ではエビデンスとなる文献は見つからなかった。

検索外 1 件

CQ 1-4

認知症の前駆症状にあてはまる概念はどのようなものがあるか

推奨

認知症以外の認知機能の低下や認知症前駆状態を表す概念には、benign senescent forgetfulness, age-associated memory impairment, aging-associated cognitive decline, mild cognitive disorder, mild neurocognitive decline, cognitive impairment no dementia, 軽度認知障害 mild cognitive impairment (MCI) 等のさまざまな概念がある(グレードなし)。

背景・目的

知的には正常ではないが認知症とも診断し得ない病態については古くから議論されており、複数の概念が提唱されている。最近では認知症の治療や予防介入の成果が報告されるようになり、認知症の前駆状態を意味する軽度認知障害 mild cognitive impairment (MCI) がより注目されるようになっている。

解説・エビデンス

認知症と診断し得ない認知機能低下や認知症の前駆状態を表す状態については表1に示したように今までに複数の概念が提唱されている。

Kral は、老年期の記憶障害を症候的に benign senescent forgetfulness と malignant senescent forgetfulness に区別した¹⁾。重要でない事柄や名前、場所、日付等の体験の一部

表1 認知症前駆状態を表す概念の一覧

Benign senescent forgetfulness	Kral VA ¹⁾
Age-associated memory impairment (AAMI)	Crook T, et al. ²⁾
Age-consistent memory impairment (ACMI) Late-life forgetfulness	Blackford RC, et al. ³⁾
Aging-associated cognitive decline (AACD)	Levy R, et al. ⁴⁾
Age-related cognitive decline (ARCD)	DSM-IV ⁵⁾
Mild cognitive disorder (MCD)	ICD-10 ⁶⁾
Mild neurocognitive decline (MNCD)	DSM-IV ⁵⁾
Cognitive impairment no dementia (CIND)	Graham JE, et al. ⁷⁾
Mild cognitive impairment (MCI)	Winblad B, et al. ⁸⁾ Flicker C, et al. ¹¹⁾ Zaudig M ¹²⁾ Petersen RC, et al. ^{13,14)}

表2 AAMIの包括基準の要約(米国国立精神保健研究所のグループ)

- | |
|---|
| <p>I. 包括基準</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 年齢は 50 歳以上. 2) 日常生活のなかで記憶の衰えが徐々に進行. 3) 標準的な記憶検査で若年成人の平均点から 1 SD 以上下回っていること.
 例) Benton 視覚記録検査 : 6 点以下
 WMS の論理記憶検査 : 6 点以下
 WMS の連合学習検査 : 13 点以下 4) WAIS 語彙検査が少なくとも 9 点で, 知能は正常に保たれていること. 5) MMSE は 24 点以上で認知症でないこと. <p>II. 除外基準</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) せん妄, 混乱およびその他の意識障害の存在. 2) 認知障害を呈する神経疾患の存在(病歴, 神経診察あるいは神経放射線検査による).
 例) Alzheimer 病, Parkinson 病, 脳卒中, 脳出血, 腫瘍, 正常圧水頭症 3) ウイルス, 真菌, 梅毒等の中枢性感染および炎症疾患の病歴. 4) 有意な脳虚血病変の存在(Hachinski 虚血スコアが 4 以上あるいは神経放射線検査による). 5) 繰り返す軽度の頭部外傷(例)ボクシング]や 1 時間以上の意識消失を伴った外傷の病歴. 6) DSM-III 基準によるうつ病, 躁病, あるいはその他の精神疾患の現症. 7) アルコールあるいは薬物依存症の現症あるいは病歴. 8) Hamilton うつ病評価尺度 13 点以上によるうつ状態. 9) 腎疾患, 呼吸疾患, 心疾患, および肝疾患, コントロール不良の糖尿病, 内分泌・代謝性疾患, 血液疾患, 2 年以上寛解のない悪性腫瘍による認知機能障害. 10) 向精神薬や認知機能に影響を与える薬剤の使用. |
|---|

[Crook T, Bartus RT, Ferris SH, et al. Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change: report of a National Institute of Mental Health Work Group. Dev Neuropsychol. 1986; 2 (4): 261-276.]

を忘れるが, 体験そのものは思い出すことができたり, 忘れた事柄を別の機会には思い出すことができるような記憶障害を benign senescent forgetfulness とした. 記憶障害の進行は比較的緩徐で, 最近の事柄より遠い過去の事柄のほうが思い出しにくく, 記憶障害に対する自覚があり, 回りくどい言い方で代償したり, 言い訳したりする等を臨床的特徴とした.

age-associated memory impairment (AAMI)²⁾ は, 1986 年に米国国立精神保健研究所のグループにより提唱された概念であり, 50 歳以上を対象とし, 記憶検査が若年健常者の平均から 1 標準偏差 (SD) 以上下回っている状態と定義された(表 2). Blackford らは, AAMI の基準を改訂し, 年齢を 50~79 歳と上限を定め, 推奨する心理検査を掲げ, 4 つ以上の検査の結果を基に AAMI, age-consistent memory impairment (ACMI), late-life forgetfulness に区別した(表 3)³⁾. 1 つ以上の検査において若年健常者の平均から 1 SD 以上下回っている状態を AAMI とし, 施行した 70% 以上の検査において年齢に対して確立した平均から 1 SD 以内にあるものを ACMI とし, 施行した 50% 以上の検査において年齢に対して確立した平均から 1~2 SD の間にあるものを late-life forgetfulness とした.

aging-associated cognitive decline (AACD) は, 1994 年に国際老年精神医学会のグループにより提唱され, 記憶・学習以外にも注意・集中, 思考, 言語, 視空間認知等複数の認知機能について, 年齢や教育歴を考慮した認知機能検査の正常平均から少なくとも 1 SD 低下

表3 Blackford らによる AAMI, ACMI および late-life forgetfulness の基準の要約

- 1) 50～79 歳の男女.
- 2) 標準化された質問票で確認された日々の記憶機能の低下.
- 3) 4 つ以上の心理検査において次の基準を満たす.
 - ① AAMI: 1 つ以上の検査において若年健常者の平均から 1 SD 以上下回っているもの
 - ② ACMI: 施行した 70% 以上の検査において年齢に対して確立した平均から 1 SD 以内にあるもの
 - ③ Late-life forgetfulness: 施行した 50% 以上の検査において年齢に対して確立した平均から 1～2 SD の間にあるもの

[Blackford RC, La Rue A. Criteria for diagnosing age-associated memory impairment: proposed improvements from the field. Dev Neuropsychol. 1989; 5(4): 295-306.]

表4 AACD の診断基準の要約(国際老年精神医学会による)

- 1) 個人または信頼性のある情報による認知機能低下の報告があること.
- 2) 発症は緩徐で, 少なくとも 6 か月間存在すること.
- 3) 記憶・学習, 注意・集中, 思考, 言語, 視空間認知のいずれかの障害.
- 4) 年齢や教育歴を考慮した認知機能検査の正常平均から少なくとも 1 SD 低下していること.
- 5) 除外基準: Mild cognitive disorder (ICD-10) や認知症の基準を満たすほどの認知機能障害を呈していないこと. うつ, 不安, 器質的健忘症候群, せん妄, 脳炎後症候群, 脳震盪後症候群等の大脳機能障害をきたす身体および精神疾患あるいは中枢性作動薬使用による認知機能低下を除外.

[Levy R. Aging-associated cognitive decline. Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization. Int Psychogeriatr. 1994; 6(1): 63-68.]

表5 MCD の基準の要約(ICD-10)

- 1) 2 週間以上のほとんどの間, 認知機能の障害が存在し, その障害は下記の領域におけるいずれかの障害による.
 - ① 記憶(特に早期), あるいは新たなことを覚えること
 - ② 注意あるいは集中力
 - ③ 思考(例)問題解決や抽象化における緩徐化]
 - ④ 言語(例)理解, 喚語]
 - ⑤ 視空間機能
- 2) 神経心理検査や精神状態検査等の定量化された認知評価において, 遂行能力の異常あるいは低下が存在すること.
- 3) 認知症(F00-F03), 器質的健忘症候群(F04), せん妄(F05), 脳炎後症候群(F07.1), 脳震盪後症候群(F07.2), 精神作用物質使用による他の持続性認知障害(F1x. 74)ではないこと.

[World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.]

していることとされている(表4)⁴⁾.

AAMI や AACD は加齢による生理的な認知機能の低下を意図した概念であるが, ICD-10 による mild cognitive disorder (MCD)⁵⁾ や DSM-IV による mild neurocognitive decline (MNCD)⁶⁾ は年齢や加齢を考慮せず, 神経疾患や身体的疾患に起因する認知機能低下を表す概念である. MCD は記憶, 注意, 思考, 言語, 視空間機能のいずれかの障害が少なくとも 2 週間存在し, 認知症, 器質的健忘症候群, せん妄, 脳炎後症候群, 脳震盪後症候群, 精神作用物質使用による他の持続性認知障害ではないこと, と定義される(表5). MNCD の特徴は, 以前の機能水準からの低下はあるが日常生活への影響は軽度とされ, 少し努力

表 6 MNCD の基準の要約 (DSM-IV-TR)

- 1) 以下の認知機能障害の 2 つ(またはそれ以上)が存在し、少なくとも 2 週間のほとんどの時間持続している。
 - ① 情報を学習または想起する能力の低下として同定される記憶障害
 - ② 実行機能障害
 - ③ 注意または情報処理の速度の障害
 - ④ 知覚・運動能力の低下
 - ⑤ 言語障害(理解、喚語)
- 2) 認知障害の原因と判断される神経疾患や一般身体疾患についての客観的な証拠が、身体診察あるいは臨床検査所見(神経画像検査を含む)で認められる。
- 3) 神経心理検査や定量的認知評価による行為の異常あるいは減衰の証拠が存在する。
- 4) 認知障害は著しい苦痛、社会的・職業的あるいは他の重要な領域における機能障害を引き起こし、以前の機能水準からの低下を示していること。
- 5) 認知障害はせん妄、認知症あるいは健忘性障害の基準を満たさず、他の精神疾患ではうまく説明されない。

[American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.]

表 7 CIND の基準の要約

- 1) DSM-III-R で定義された認知症ではないが、臨床あるいは神経心理検査における種々の機能低下を認めること。
- 2) CIND のサブカテゴリー
 - ① せん妄, ② 慢性的アルコール飲酒, ③ 薬剤使用, ④ うつ状態, ⑤ 精神疾患, ⑥ 精神遅滞, ⑦ 記憶障害, ⑧ その他の認知障害

[Graham JE, Rockwood K, Beattie BL, et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. Lancet. 1997; 349(9068): 1793-1796.]

すれば認知障害を部分的に代償することができる状態にある。記憶、実行機能、注意、知覚・運動能力、言語の少なくとも 2 つの領域の認知機能障害が 2 週間持続し、認知機能の原因とされる神経疾患や身体疾患や神経心理検査等での機能低下が客観的に証明されており、せん妄や認知症や健忘性障害の基準を満たさず、他の精神疾患ではうまく説明されない、と定義されている(表 6)。

cognitive impairment no dementia(CIND)⁷⁾は、カナダの地域疫学調査(CHSA)において提唱された概念である。正常と認知症との間のレベルにある認知機能低下のすべてを包括するため、せん妄、アルコールや薬剤使用、うつ状態、精神疾患や精神遅滞等も包括されてしまうため、認知症の前駆状態のみを表す概念ではない(表 7)。

認知症の前段階を捉えようとする試みとして、1980 年代半ば Clinical Dementia Rating の 0.5(questionable dementia)⁹⁾や Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia(GDS)¹⁰⁾の stage 2 および 3 は、認知症の重症度分類により正常と認知症の間の状態として記載された。その後、1990 年代になり MCI という語が提唱された¹¹⁾。MCI は現在に至るまで、複数の定義が提唱され概念の変遷があったが¹²⁻¹⁴⁾、2003 年の MCI Key Symposium で現在の MCI の診断基準が提唱され⁸⁾、本人および第三者(家族等)から認知機能低下に関する訴えがあり、認知機能は正常ではないが認知症の診断基準

表8 MCIの診断基準の要約

- 1) 認知機能は正常でもないが認知症でもない(DSM-IV, ICD-10による認知症の診断基準を満たさない)。
- 2) 認知機能低下
 - ① 本人および/または第三者からの申告および客観的認知検査の障害
および/または
 - ② 客観的認知検査上の経時的減衰の証拠
- 3) 基本的な日常生活は保たれており、複雑な日常生活機能の障害は軽度にとどまる。

[Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al. Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med. 2004; 256(3): 240-246.]

を満たさない状態であり、基本的な日常生活は保たれているが、複雑な日常生活機能の障害は軽度にとどまると定義されている(表8)。なお、MCIとその類似概念について、MCIの項(CQ 4B-2, 190頁)も参照されたい。

文献

- 1) Kral VA. Senescent forgetfulness: benign and malignant. Can Med Assoc J. 1962; 86(6): 257-260.
- 2) Crook T, Bartus RT, Ferris SH, et al. Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change: report of a National Institute of Mental Health Work Group. Dev Neuropsychol. 1986; 2(4): 261-276.
- 3) Blackford RC, La Rue A. Criteria for diagnosing age-associated memory impairment: proposed improvements from the field. Dev Neuropsychol. 1989; 5(4): 295-306.
- 4) Levy R. Aging-associated cognitive decline. Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization. Int Psychogeriatr. 1994; 6(1): 63-68.
- 5) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 6) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
- 7) Graham JE, Rockwood K, Beattie BL, et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. Lancet. 1997; 349(9068): 1793-1796.
- 8) Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al. Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med. 2004; 256(3): 240-246.
- 9) Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al. A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatry. 1982; 140: 566-572.
- 10) Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, et al. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982; 139(9): 1136-1139.
- 11) Flicker C, Ferris SH, Reisberg B. Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia. Neurology. 1991; 41(7): 1006-1009.
- 12) Zaudig M, Mittelhammer J, Hiller W, et al. SIDAM—A structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer type, multi-infarct dementia and dementias of other aetiology according to ICD-10 and DSM-III-R. Psychol Med. 1991; 21(1): 225-236.
- 13) Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999; 56(3): 303-308.
- 14) Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001; 58(12): 1985-1992.

検索式・参考にした二次資料

PubMed(検索 2008 年 12 月 11 日)

dementia[MAJR]AND prodromal=128 件

医中誌ではエビデンスとなる文献は見つからなかった.

検索外 6 件

CQ 1-5

本邦における認知症の有病率ほどの程度か

推奨

本邦の65歳以上の高齢者における認知症有病率は3.8～11.0%である(グレードB)。

背景・目的

認知症の有病率を検討するため、本邦でも地域悉皆調査や無作為抽出による疫学調査が実施されている。また、海外からの報告も確認する。

解説・エビデンス

1. 本邦における認知症の有病率

本邦においては、認知症有病率について統一した方法で全国調査した報告はなく、それぞれの地域において疫学調査がなされている。そのため対象や調査方法が異なっており、認知症有病率は一定の値が示されていない。疫学調査の方法は大きく2つに分けられる。1つは大きな自治体での無作為抽出や病院・施設を中心に解析する方法¹⁻¹⁰⁾で、もう1つは比較的小規模の自治体における悉皆調査を中心とする方法¹¹⁻¹⁵⁾である。本邦における認知症有病率調査を調査方法別に表1と表2に示す。本邦の65歳以上の高齢者における認知症有病率は3.8～11.0%と報告されている。在宅のみの調査では有病率が低く、調査対象が少ない研究の有病率が高い傾向にあるが、1990年代後半から2000年代の報告では、8%

表1 地域悉皆調査による認知症有病率

地域	対象	対象者数 (人)	入院/入所者の調査	調査年	有病率 (%)	VaD/AD
福岡県久山町 ¹⁾	65歳以上	887	記載なし	1985	6.7	2.2
香川県三木町 ²⁾	65歳以上	3,754	無	1987	4.1	1.02
新潟県大和町 ³⁾	65歳以上	3,485	有	1991	8.2	5.7
和歌山県花園村 ⁴⁾	65歳以上	201	有	1995	8.5	0.86
新潟県糸魚川市 ⁵⁾	65歳以上	7,847	記載なし	1997	6.2	0.30
愛媛県中山町 ⁶⁾	65歳以上	1,438	有	1997～1998	4.8	1.34
京都府網野町 ⁷⁾	65歳以上	3,175	記載なし	1998	3.8	0.48
宮城県田尻町 ⁸⁾	65歳以上	1,685	記載なし	1998	8.5	—
鳥取県大山町 ⁹⁾	65歳以上	1,823	有	2000	7.4	0.76
島根県海士町 ¹⁰⁾	65歳以上	943	有	2008	11.0	0.24

AD=Alzheimer病, VaD=血管性認知症

表 2 無作為抽出による認知症有病率

地域	対象	対象者数 (抽出/人口) (人)	入院/入所者の調査	調査年	有病率 (%)	VaD/AD
長野県 ¹¹⁾	65 歳以上	2,000/307,512	有	1987	6.4	—
神奈川県 ¹²⁾	65 歳以上	4,259/353,544	無	1992	3.8	0.83
沖縄県 ¹³⁾	65 歳以上	3,524/121,082	有	1992	6.7	0.67
長崎県 ¹⁴⁾	60 歳以上	4,368/370,000	有	1995	6.2	0.71
富山県 ¹⁵⁾	65 歳以上	2,300/230,000	有	2001	8.8	0.64

AD＝Alzheimer 病, VaD＝血管性認知症

以上とする報告が多い。本邦における認知症有病率を正確に把握するには、調査方法や診断基準を統一した都市部や地方を含めた全国疫学調査が必要である。

2. 世界における認知症の有病率

海外からも認知症有病率が報告されており、本邦の有病率との比較の観点からその代表的な成績を述べる。Delphi コンセンサス研究¹⁶⁾では、1980～2004 年の認知症に関する疫学調査がレビューされ、60 歳以上の推定認知症有病率は全世界で 3.9%と報告されている。また、小児および成人の死病率(最も低い A から最も高い E に分け)を考慮し全世界を 14 地域に分類した各地域の認知症の有病率は、西欧(EURO A)で 5.4%，東欧(EURO B)で 3.8%，東欧(EURO C)で 3.9%，北米(AMRO A)で 6.4%，南米(AMRO B/D)で 4.6%，北アフリカおよび中東(EMBO B および EMBO D)で 3.6%，西太平洋地域の先進国(WPRO A)で 4.3%，中国および西太平洋地域の発展途上国(WPRO B)で 4.0%，インドネシア・タイ・スリランカ(SEARO B)で 2.7%，インドおよび南アジア(SEARO D)で 1.9%，アフリカ(AFRO D および AFRO E)で 1.6%と報告されている。その地域の人口構成、遺伝学的背景、生活様式、標準的診断基準、認知症診断後の生存率等さまざまな要因が関連しているため有病率には地域差があるが、現時点では先進国における有病率は高く、途上国で低い傾向にある。

文献

- 1) Ueda K, Kawano H, Hasuo Y, et al. Prevalence and etiology of dementia in a Japanese community. Stroke. 1992; 23(6): 798-803.
- 2) Fukunishi I, Hayabara T, Hosokawa K. Epidemiological surveys of senile dementia in Japan. Int J Soc Psychiatry. 1991; 37(1): 51-56.
- 3) 宮永和夫, 米村公江, 黒岩卓夫, 他. 大和町の痴呆の疫学調査: とくに有病率の変化, 発症率および死亡率. 老年精医誌. 1994; 5(3): 323-332.
- 4) Shiba M, Shimogaito J, Kose A, et al. Prevalence of dementia in the rural village of Hanazono-mura, Japan. Neuroepidemiology. 1999; 18(1): 32-36.
- 5) Nakamura S, Shigeta M, Iwamoto M, et al. Prevalence and predominance of Alzheimer type dementia in rural Japan. Psychogeriatrics. 2003; 3(3): 97-103.
- 6) Ikeda M, Hokoishi N, Maki A, et al. Increased prevalence of vascular dementia in Japan: a community-based epidemiological study. Neurology. 2001; 57(5): 839-844.
- 7) Yamada T, Hattori H, Miura A, et al. Prevalence of Alzheimer's disease, vascular dementia and

- dementia with Lewy bodies in a Japanese population. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 55(1): 21-25.
- 8) Meguro K, Ishii H, Yamaguchi S, et al. Prevalence of dementia and dementing diseases in Japan: the Tajiri project. *Arch Neurol*. 2002; 59(7): 1109-1114.
 - 9) Wakutani Y, Kusumi M, Wada K, et al. Longitudinal changes in the prevalence of dementia in a Japanese rural area. *Psychogeriatrics*. 2007; 7(4): 150-154.
 - 10) Wada-Isoe K, Uemura Y, Suto Y, et al. Prevalence of dementia in the rural island town of Ama-cho, Japan. *Neuroepidemiology*. 2009; 32(2): 101-106.
 - 11) 武藤 隆, 融 道男, 小片 寛, 他. 長野県における痴呆老人の疫学調査. *精神神経誌*. 1990; 92(4): 227-241.
 - 12) 今井幸充, 本間 昭, 長谷川和夫, 他. 神奈川県痴呆性高齢者の有病率. *老年精医誌*. 1994; 5(7): 855-862.
 - 13) Ogura C, Nakamoto H, Uema T, et al. Prevalence of senile dementia in Okinawa, Japan. COSEPO Group. Study Group of Epidemiology for Psychiatry in Okinawa. *Int J Epidemiol*. 1995; 24(2): 373-380.
 - 14) Hatada K, Okazaki Y, Yoshitake K, et al. Further evidence of westernization of dementia prevalence in Nagasaki, Japan, and family recognition. *Int Psychogeriatr*. 1999; 11(2): 123-138.
 - 15) 鈴木道雄, 福田 孜, 成瀬優知, 他. 富山県における老人性痴呆実態調査からみた痴呆有病率の推移. *老年精医誌*. 2003; 14(12): 1509-1518.
 - 16) Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005; 366(9503): 2112-2117.

検索式・参考にした二次資料

PubMed(検索 2008 年 12 月 1 日)

(dementia/epidemiology[MAJR] AND Japan/epidemiology[MH] AND (prevalence OR incidence)) = 136 件

医中誌(検索 2009 年 1 月 8 日)

(((((認知症/TH or 認知症/AL or 痴呆/AL) and ((有病率/TH or 有病率/AL) or (発生率/TH or 発生率/AL))) not (地理的位置/TH not 日本/TH)) and (PT = 会議録除く)) and (SH = 疫学) = 152 件

検索外 2 件

CQ 1-6

本邦において認知症は増加しているか

推奨

本邦において認知症は増加傾向にあり，特に Alzheimer 病(AD)が増加している(グレードB).

背景・目的

認知症有病率の経年変化を調査するため，疫学調査が繰り返し行われている。

解説・エビデンス

鳥取県大山町や福岡県久山町の悉皆調査^{1,2)}や富山県における無作為抽出調査³⁾において認知症有病率の経年変化が報告されている(表1)。認知症全体では，訂正有病率は増加傾向であり，本邦において認知症は増加しており，特に軽症の認知症が増加している。疾患別ではADが3地域ともに増加傾向にある。血管性認知症 vascular dementia (VaD)の有病率は多少の増減があるが，1980年代と比べると2000年代では微増している。

全世界においては，2001年の時点で認知症者の数は2,430万人と推定され，今後は460万人/年の割合で新規の認知症者の増加が見込まれ，2020年には4,230万人に，2040年に

表1 認知症有病率の経年変化

地域	対象	調査年	認知症 訂正有病率 (%)	AD 訂正有病率 (%)	VaD 訂正有病率 (%)
鳥取県大山町 悉皆調査*	65歳以上	1980	4.4	1.9	2.0
		1990	4.5	2.3	1.7
		2000	5.9	2.8	2.2
福岡県久山町 悉皆調査**	65歳以上	1985	－	1.4	2.4
		1992	－	1.4	1.7
		1998	－	2.8	1.5
		2005	－	4.1	2.2
富山県 無作為抽出調査***	65歳以上	1985	4.9	2.8	1.8
		1990	5.4	2.4	2.0
		1996	5.7	2.5	2.7
		2001	7.0	3.3	2.4

*鳥取県大山町における調査の訂正有病率は1980年の大山町人口を標準人口として算出。
**福岡県久山町における調査の訂正有病率は性・年齢調整後算出(標準人口の記載なし)。
***富山県における調査の訂正有病率は1985年の全国人口を標準人口として算出。

は8,110万人に増加することが予想されている。その増加率は地域により異なり、インド、中国等の南アジアや西太平洋諸国等の途上国における増加が著しいと予想されている⁴⁾。

文献

- 1) Wakutani Y, Kusumi M, Wada K, et al. Longitudinal changes in the prevalence of dementia in a Japanese rural area. *Psychogeriatrics*. 2007; 7(4): 150-154.
- 2) 清原 裕, 谷崎弓裕. 久山町研究—認知症. 日老医学会誌. 2008; 45(2): 163-165.
- 3) 鈴木道雄, 福田 孜, 成瀬優知, 他. 富山県における老人性痴呆実態調査からみた痴呆有病率の推移. 老年精医誌. 2003; 14(12): 1509-1518.
- 4) Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005; 366(9503): 2112-2117.

検索式・参考にした二次資料

PubMed は CQ 1-5 参照.

医中誌(検索 2009 年 1 月 8 日)

((認知症/TH or 認知症/AL or 痴呆/AL)and(((有病率/TH or 有病率/AL)or(発生率/TH or 発生率/AL)))

not(地理的位置/TH not 日本/TH)and(PT=会議録除く)and(SH=疫学)=152 件

検索外 2 件

CQ 1-7

本邦の認知症で頻度の高い疾患は何か

推奨

本邦では Alzheimer 病 (AD) が最も多く、次いで血管性認知症 vascular dementia (VaD) や Lewy 小体型認知症 (DLB) の頻度が高いと報告されている (**グレード C1**)。

背景・目的

日本各地域における疫学研究において、認知症を呈する各疾患の頻度が検討されている。

解説・エビデンス

本邦の疫学研究において認知症を呈する各疾患の頻度が検討されている。有病率の検討においては¹⁻¹⁵⁾、AD が最も頻度が高く、次いで VaD の頻度が高いとしている報告が多い。発症率の検討においても VaD に比べ AD の発症率は高いことが報告されている^{16,17)}。以上の結果は本邦においては AD が最も頻度の高い認知症疾患であることを示唆する。しかし、これらの研究は主には AD と VaD に着目した検討であるため、他の認知症が臨床的に確定診断されていない可能性もある。最近の研究では AD、VaD に次いで DLB の頻度が高いと報告されている^{10,18)}。

文献

- 1) Ueda K, Kawano H, Hasuo Y, et al. Prevalence and etiology of dementia in a Japanese community. *Stroke*. 1992; 23(6): 798-803.
- 2) Fukunishi I, Hayabara T, Hosokawa K. Epidemiological surveys of senile dementia in Japan. *Int J Soc Psychiatry*. 1991; 37(1): 51-56.
- 3) 宮永和夫, 米村公江, 黒岩卓夫, 他. 大和町の痴呆の疫学調査: とくに有病率の変化, 発症率および死亡率. *老年精医誌*. 1994; 5(3): 323-332.
- 4) Shiba M, Shimogaito J, Kose A, et al. Prevalence of dementia in the rural village of Hanazono-mura, Japan. *Neuroepidemiology*. 1999; 18(1): 32-36.
- 5) Nakamura S, Shigeta M, Iwamoto M, et al. Prevalence and predominance of Alzheimer type dementia in rural Japan. *Psychogeriatrics*. 2003; 3(3): 97-103.
- 6) Ikeda M, Hokoishi N, Maki A, et al. Increased prevalence of vascular dementia in Japan: a community-based epidemiological study. *Neurology*. 2001; 57(5): 839-844.
- 7) Yamada T, Hattori H, Miura A, et al. Prevalence of Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies in a Japanese population. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 55(1): 21-25.
- 8) Meguro K, Ishii H, Yamaguchi S, et al. Prevalence of dementia and dementing diseases in Japan: the Tajiri project. *Arch Neurol*. 2002; 59(7): 1109-1114.
- 9) Wakutani Y, Kusumi M, Wada K, et al. Longitudinal changes in the prevalence of dementia in a Japanese rural area. *Psychogeriatrics*. 2007; 7(4): 150-154.

- 10) Wada-Isoe K, Uemura Y, Suto Y, et al. Prevalence of dementia in the rural island town of Ama-cho, Japan. *Neuroepidemiology*. 2009; 32(2): 101-106.
- 11) 武藤 隆, 融 道男, 小片 寛, 他. 長野県における痴呆老人の疫学調査. *精神神経誌*. 1990; 92(4): 227-241.
- 12) 今井幸充, 本間 昭, 長谷川和夫, 他. 神奈川県痴呆性高齢者の有病率. *老年精医誌*. 1994; 5(7): 855-862.
- 13) Ogura C, Nakamoto H, Uema T, et al. Prevalence of senile dementia in Okinawa, Japan. COSEPO Group. Study Group of Epidemiology for Psychiatry in Okinawa. *Int J Epidemiol*. 1995; 24(2): 373-380.
- 14) Hatada K, Okazaki Y, Yoshitake K, et al. Further evidence of westernization of dementia prevalence in Nagasaki, Japan, and family recognition. *Int Psychogeriatr*. 1999; 11(2): 123-138.
- 15) 鈴木道雄, 福田 孜, 成瀬優知, 他. 富山県における老人性痴呆実態調査からみた痴呆有病率の推移. *老年精医誌*. 2003; 14(12): 1509-1518.
- 16) Yamada M, Mimori Y, Kasagi F, et al. Incidence of dementia, Alzheimer disease, and vascular dementia in a Japanese population: Radiation Effects Research Foundation adult health study. *Neuroepidemiology*. 2008; 30(3): 152-160.
- 17) Meguro K, Ishii H, Kasuya M, et al. Incidence of dementia and associated risk factors in Japan: The Osaka-Tajiri Project. *J Neurol Sci*. 2007; 260(1-2): 175-182.
- 18) Matsui Y, Tanizaki Y, Arima H, et al. Incidence and survival of dementia in a general population of Japanese elderly: the Hisayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009; 80(4): 366-370.

検索式・参考にした二次資料

PubMed(検索 2008 年 12 月 11 日)

(dementia[MAJR]AND japan/epidemiology[MH]AND complications[SH]AND epidemiology[SH]) = 35 件

医中誌(検索 2009 年 1 月 9 日)

#1(認知症/TH or 認知症/AL or 痴呆/AL)and((合併症/TH or 合併症/AL)or 併発/AL)and((有病率/TH or 有病率/AL)or(疫学/TH or 疫学/AL))AND(PT = 症例報告除く, 会議録除く) = 136 件

検索外 2 件