

## こころのサポーター

従業員に対し、日頃の生活状況、職場環境に関するご質問にお答えいただき、個々人に心の健康づくりのアドバイスをお届けします。また、部署ごとの統計資料も作成致しますので、職場環境改善への対策立案も可能になります。

## メンタルヘルス研修サービス

組織の生産性向上やメンタルヘルス対策を推進する上で、「研修」は重要な取り組みのひとつです。企業や団体ごと、職種や職場ごとに抱えている課題や問題点に合わせた研修を実施することで、メンタルヘルスの理解が深まり、組織全体の生産性向上へとつながっていきます。

## 定期訪問カウンセリング

心理カウンセラーが定期的に事業所を訪問し、「個人カウンセリング」や「人事労務担当・管理職へのコンサルティング」「産業保健スタッフ・人事労務担当との連携、会議への出席」「職場復帰支援」を行い、企業におけるメンタルヘルス対策を、より有効かつ効果的にサポートいたします。

## セクハラ、パワハラ、アカハラ相談室

経験豊富な相談員が窓口となり、苦情や相談に対して柔軟、かつ適切な対応を行います。外部相談窓口を設けることで、安心して相談できる環境が整い、結果的に早期対応が可能となります。

## ドクターオブドクターズネットワーク

医学界の各専門分野を代表する医大の教授、名誉教授クラスの先生方が総合相談医となり、セカンドオピニオンや必要に応じて優秀専門臨床医の紹介を行います。また、24時間・年中無休の電話健康相談、医療関連情報提供サービスを通じて、健康ライフをサポートします。

## 人事・労務ホットライン

心理及び労務の専門家が、退職者・復職者への対応に関するアドバイスや就業規則上の問題解決の為のアドバイスをいたします。

## こころの専門医ネットワーク

復職判定について、精神科・心療内科の名医が復職に関するセカンドオピニオンを実施、中立の立場で復職に関する意見書を提出します。当社専門スタッフが復職に関して人事・労務部門をサポートします。

## 軽度認知障害スクリーニングテスト

認知症の「前駆段階」とされる軽度認知障害(MCI)を高精度で判別するスクリーニングテストをより多くの方に受けて頂けるよう、テストシステムのご提供からテスト実施業務まで幅広く支援します。

## 優秀糖尿病臨床医ネットワークサービス

糖尿病の方、糖尿病の疑いのある方からのご相談にお答えしたり、糖尿病の専門医療機関を案内し、早期に適切な治療が受けられるようサポートいたします。

## コンプライアンス通報・相談窓口サービス

通報窓口代行サービスのほか、法的な悩みにも対応できるよう提携法律事務所による通報法律相談サービスを行っています。これは、通報代行業務と公益通報に関する相談窓口を兼ねたアウトソーシングサービスです。

## 法律相談サービス

不動産やお金に関する法的問題、交通事故など、法律に関するプライベートな相談に対し、経験豊富な弁護士がアドバイスを行います。Eメール、FAXによる24時間受付で、必要に応じて面談での相談も可能です。

「医療機関情報」を一般公開しておりますのでご自由にご利用ください

[リンクして頂くURL] T-PEC医療機関検索 <http://t-pec.jp/>

- 日本全国(約16万件)の「専門病院」「大学病院」「地域の病院」「クリニック(開業医)」等を無償で検索できます。
  - 「人間ドック」と「メンタルヘルス」専門の検索ページがございます。
  - 専門医療検索ができます。  
「小児科系」「産婦人科系」「内科系」「耳鼻咽喉科系」「眼科系」「整形外科系」「外科系」「歯科系」「泌尿器科系」「皮膚科系」「脳神経外科系」「麻酔科系」「循環器科系」
  - 先進医療に関する情報を検索できます。
- ……お気軽に、ご利用ください。



NTTドコモ、au、ソフトバンクの携帯電話からのアクセスは、上記のQRコードをご利用ください。

※PCおよび携帯電話の両者ともに、上記のURLにてアクセス可能です。但し、一部、PCおよび携帯電話では、インターネットブラウザの種類・バージョンまたは、機種等により、ご利用頂けない場合がありますので、予めご容赦願います。また、病院等の詳細情報の表示画面においても、地図表示の機能が対応されていない場合がありますので、合わせてご容赦願います。

ティーペック EAPニュース **TEN** 2013年10月15日 第27号 発行/ティーペック株式会社  
※本紙掲載記事の無断転載・複製を禁じます。

本社 〒101-0021 東京都千代田区外神田5丁目2番1号 Sビル TEL. 03-3839-1100(代) FAX. 03-3839-1156  
営業本部 〒110-0005 東京都台東区上野5丁目6番10号 台和上野ビル TEL. 03-3839-1100(代) FAX. 03-3839-1101  
新宿支店 〒151-0053 東京都渋谷区代々木2丁目2番13号 新宿TRビル5F TEL. 03-3839-1130(代) FAX. 03-5371-0831  
品川支店 〒108-0075 東京都港区港南1丁目7番18号 DBC品川東急ビル TEL. 03-3839-1540(代) FAX. 03-3450-7037  
大阪支店 〒541-0048 大阪府大阪市中央区瓦町2丁目6番6号 ミラータワービル TEL. 06-6226-5611(代) FAX. 06-6233-8758

URL <http://www.t-pec.co.jp/>

特集

## 若年性認知症への対応を考える

最先端レポート  
新型うつ病に対する見解作成に向け  
動き出した日本うつ病学会  
積極的な治療介入の方向性を確認

健康キーワード  
ネット依存

法律相談Q&A  
復職支援プログラム適用中の  
社員が会社に向かう際に  
交通事故に遭いケガ  
補償はどうなるのか?

# 若年性認知症への対応を考える

## 平均発症年齢は51.3歳。働き盛りを襲う認知症の早期発見や予防のあり方を探る

若年性認知症とは、65歳未満で発症する認知症のこと。厚生労働省の調査では、若年性認知症の発症年齢の平均は51.3歳。まさに働き盛りに発症するために、本人や家族の心理的衝撃や経済的損失は計り知れません。企業にとっても周囲の社員の困惑、負担とストレスの増大などに加え、就労継続の判断でも難しい局面に立たされます。認知症を完全に予防・治療することは今の医学では不可能ですが、早期発見・早期治療で病気の進行を抑え、就労期間を延長させることはできます。認知症の前段階で予兆を発見し、生活習慣の改善などで発症を遅らせることも可能です。今回の特集では若年性認知症の早期発見や、予防のあり方などについて探ってみます。

### 10万人当たり47.6人が発症 主因は脳血管性とアルツハイマー病

認知症とは、脳の疾患によって記憶や思考、見当識（時間・場所などの感覚）、言語、判断といった認知機能が低下し、日常生活に支障を来す状態を指す言葉である。高齢者に多い病気だが、65歳未満で発症した場合を特に若年性認知症と呼ぶ。

若年性認知症と65歳以上の高齢期に発症する認知症との間に病理的な違いはないが、若年性の場合、働き盛りに発症することから、就労や経済的問題、本人の精神的葛藤、家族への影響など非常に深刻な困難が伴う。

厚生労働省の調べによると、全国の若年性認知症者は3万7,800人と推計されている。18歳から64歳までの有病者は人口10万人当たり47.6人。男女別では男性57.8人、女性36.7人となっており、高齢期の認知症と異なり男性が多いのが特徴だ。また、5歳刻みの年齢階層において、認知症全体の有病率は1階層上がるごとにほぼ倍増する傾向が見られた。推定発症年齢の平均は51.3歳（男性51.1歳、女性51.6歳）となっている（図1）。

原因となる疾患は、脳血管性（39.8%）とアルツハイマー病（25.4%）の2つで6割以上を占める（図2）。その他レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、アルコール関連障害などがある。

### 原因となる疾患によって 症状の出方は大きく異なる

以下、若年性認知症の主な原因疾患について、その原因や症状・注意点について説明する。

原因や症状・注意点について説明する。

#### 脳血管性認知症 急性症状消失後の障害に注意

〈原因〉 脳梗塞、脳出血など、脳卒中により血流が減って脳細胞の働きが低下するために起こる。脳卒中を引き起こす、高血圧、脂質異常症など生活習慣病が原因といえる。  
〈症状・注意点など〉 脳卒中発症に伴う激しい急性症状（意識障害）が消えた後に、認知機能や意欲の低下、人格障害など高次脳機能障害が残ることがある。高次脳機能障害が多岐にわたり、程度が大きければ認知症となる。

急性症状が消えると家族は安心するが、家庭で療養している間は、認知機能や意欲の低下などには気づきにくい。そのため、職場復帰した後に症状が顕在化することがある。

#### アルツハイマー型認知症 初期にはうつ病と間違いやすい

〈原因〉 脳の中に、アミロイドβタンパクという物質がたまり神経細胞を壊すことで起こる。遺伝による場合と、生活習慣など後天的な原因で発症する場合とがある。  
〈症状・注意点など〉 記憶力（新しくものを覚える能力）の低下が特徴だが、働き盛りで発症する場合は、抑うつ、意欲低下、作業能率の低下などが先行する場合もある。そのため加齢による記憶力の低下や、心因性の障害、うつ病などによる精神機能の一過性低下と区別しにくい。

仕事が滞り、その原因を自分で洞察できない。建設的な解決策（相談する、依頼する、報告する等）ができなくなる。また、公私ともに活動の場を縮小し、引きこもりがちになることもある。

初期には、SPECT（脳血流検査）でも、神経心理学的

検査（長谷川式簡易知能評価スケール）でも異常が判定されない場合が多くある。

#### レビー小体型認知症 幻視や妄想が大きな特徴

〈原因〉 レビー小体とは、脳の神経細胞の中に現れる特異な変化のこと。パーキンソン病はこれが脳幹に現れ運動機能が侵される。大脳皮質に現れると認知機能に障害が出てレビー小体型認知症となる。

〈症状・注意点など〉 手足のふるえや筋肉のこわばり（パーキンソン症状）のほか、幻視、妄想が大きな特徴。夜間せん妄ではなく、日中の意識清明な時に、本人には具体的な体験として現れる。

夜間睡眠中の異常な「ねばけ」も特徴の一つ。睡眠中、突然大声でどなったり、立ち上がったたりして暴れるが、数分でまた眠ってしまう。

#### 前頭側頭型認知症 性格や行動に異変が現れる

〈原因〉 前頭葉や側頭葉前方が萎縮して起こる認知症（ちなみに、アルツハイマー病では、主に側頭葉内側や頭頂葉の萎縮が目立つ）。従来、ピック病と呼ばれていた疾患を含む概念。

アルツハイマー病よりも頻度は低いですが、若年で発症する例が多い。

〈症状・注意点など〉 初期には、アルツハイマー病のような記銘障害は目立たない。よく見られるのは、性格や行動に異変が現れたり、社交性がなくなるといった症状である。

たとえば、痴漢や万引きなどの社会的逸脱行為で気づかれることもある。逮捕されれば謝罪し反省はするものの、深刻味が感じられない。

病気の自覚がなく、身なりや周囲のことに無関心になるのも特徴の一つ。そのほか、毎日決まった時間に散歩に行く、同じものばかり食べるなど、同じことを繰り返し行う「常同行動」が見られることもある。

言葉の意味がわからなくなり、物の名前が出てこない（意味性認知症）、言葉の発音が流ちょうでなくなる（進行性非流暢性失語）タイプもある。

### 早期発見・早期治療 3つの重要な意義

認知症の大部分は、治療の可能性がきわめて限られているが、それでも早期発見・早期治療は無駄ではない。その意義として、以下の3点が挙げられる。

#### ①治療可能な認知症を見逃さない

認知症の原因疾患は、上に挙げた以外にもさまざまある（表1）。原因疾患によっては、早期に発見・治療することで認知症の症状が軽快、または消失する場合もある。

図1 年齢階層別若年性認知症有病率（推計）

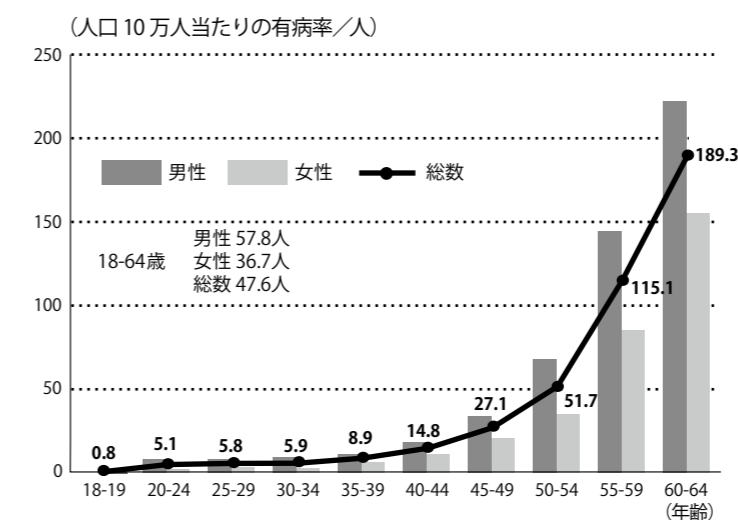
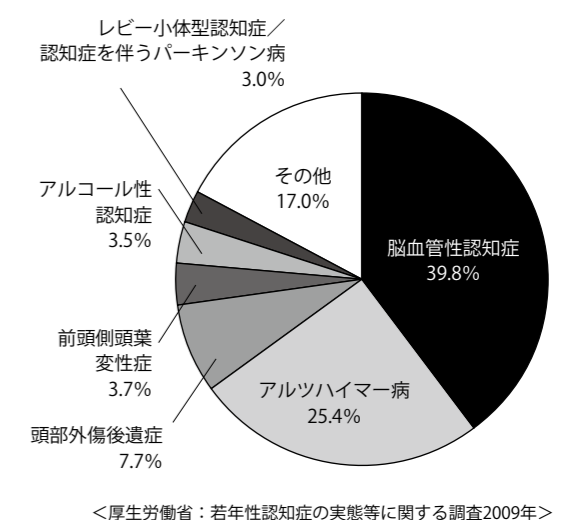


図2 若年性認知症の原因疾患



＜厚生労働省：若年性認知症の実態等に関する調査2009年＞

表1 認知症の主な原因疾患

<b>1. 神経変性疾患</b> アルツハイマー病、ピック病、パーキンソン病、ハンチントン舞蹈病、進行性核上麻痺、びまん性レビー小体病、脊髄小脳変性症、皮質基底核変性症 など
<b>2. 脳血管障害</b> 脳梗塞(塞栓または血栓)、脳出血 など
<b>3. 外傷性疾患</b> 脳挫傷、脳内出血、慢性硬膜下血腫 など
<b>4. 腫瘍性疾患</b> 脳腫瘍(原発性、転移性)、癌性髄膜炎 など
<b>5. 感染性疾患</b> 髄膜炎、脳炎、脳膿瘍、進行性麻痺、クロイツフェルト・ヤコブ病 など
<b>6. 内分泌・代謝性・中毒疾患</b> 甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミンB12欠乏症、肝性脳症、電解質異常、脱水、ウェルニッケ脳症、ペラグラ脳症、アルコール脳症
<b>7. その他</b> 正常圧水頭症、多発性硬化症 など

<厚生労働省：認知症予防・支援マニュアル(改訂版) 2009年>

たとえば、正常圧水頭症、良性の脳腫瘍、慢性硬膜下血腫による認知症は、外科的治療が可能な場合がある。また甲状腺機能低下による認知症は、ホルモンを正常にすると認知症も改善する。神経感染症(単純ヘルペス脳炎、エイズ脳症、細菌性脳炎、結核性脳炎、梅毒性脳炎など)の場合、ウイルスや細菌が脳の神経をあまり破壊していない早期の段階で治療すれば、認知症は改善する。治療が不可能とされるアルツハイマー病の場合でも、早期に治療すれば薬によって一時的に症状が改善、もしくは病気の進行を遅らせることができる。

ただ、いずれの場合も、治療の時機を逸すると脳の機能障害が固定または進行してしまうため、認知機能の低下や人格・性格の変化、異常行動など、認知症の兆候が現れたら、早期に専門医の診断を受けることが重要だ。

### ②企業内の混乱を防ぐ

若年性認知症は、周囲に及ぼす影響が大きい。作業能力が低下した社員を支えるために、周囲の社員の負担が増大し、ストレスも亢進する。それに伴い職場内の人間関係もぎくしゃくしたものになりやすい。

早期に診断をつけ、企業として可能な支援を行えば、本人だけでなく、周囲の社員、そして職場全体にとっても負担が軽減する。また、就労期間も延長できる可能性が出てくる。

企業にとっても、国の支援策(障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用による職場環境の整備、精神障害者保健福祉手帳取得後の法定雇用率へのカウント)の活用を検討する時間的余裕が出てくる。

### ③患者本人が自分の病気を知り、将来に備える

早期発見・早期診断によって、患者本人が認知機能がさほど低下していない間に、自分の病気を知ることができるという点も重要である。

若年性認知症の患者には、介護保険制度や障害者総合支援法による各種サービス、特別障害者手当、成年後見制度などが用意されている。認知機能が失われた後、どのようなサービス、制度を活用し、療養生活を送り財産管理をしていくか、といったことについて、自分の意思で決めておくことが可能となる。

### 兆候をとらえたら産業医に連絡し迅速に専門医療機関につなげる

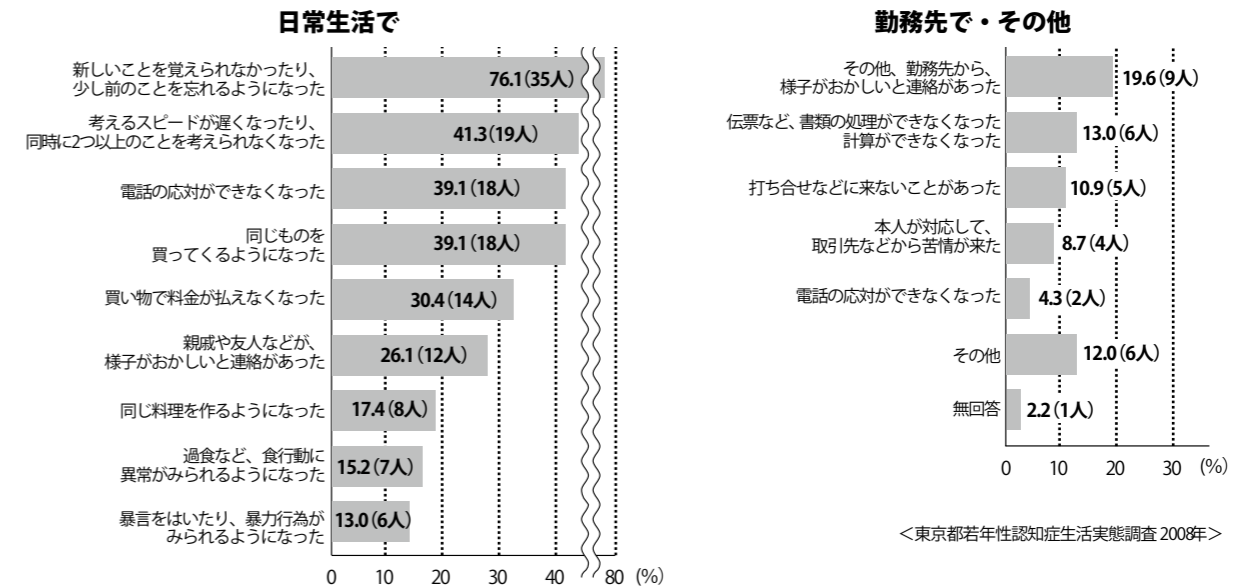
では、若年性認知症を早期に発見するために、どうすればいいのだろうか? また認知症が疑われた場合、企業としてどう対応すればいいのだろうか?

若年性認知症の場合、現役で仕事をしていることから、認知機能の低下による支障が発生すれば、周囲の人間はすぐに気づくと思いがちだ。しかし、実際には、仕事上のミスや人格・性格の変化などが現れても、多くの場合、本人も周囲も、それがまさか認知症のせいとは思わずに、単なる疲れと放置したり、うつ病や更年期障害など他の病気を疑って医療機関を受診したりする。その結果、認知症の症状が目立つようになってから、ようやく診断される例も少なくない。

しかし、アルツハイマー病を例にとれば、壮年期は脳の萎縮スピードが高齢者に比べて速い。職場内にも大きな影響を与えることは前述したとおりだ。企業の人事担当者は、まずこのことを強く認識すべきだろう。そして、認知症のタイプによる初期の症状や注意点(P2-3)を踏まえ、兆候をとらえたら、産業医や産業保健スタッフに相談することが求められる。

図3は、東京都が実施した調査から若年性認知症の初期における変化やできごとを挙げたものだ。兆候をとらえる

図3 最初に気づいた本人の変化や認知症の初期の症状・できごとだったと思うこと (n=46・複数回答)



ためには、こうした事例や、公益財団法人認知症の人と家族の会(<http://www.alzheimer.or.jp/>)による「家族がつくった認知症早期発見の目安」なども参考にするといいだろう。

産業医は、長谷川式簡易知能評価スケールや、MMSE(Mini Mental State Examination/図4参照)といった認知症のスクリーニングツールをよく理解・活用し、疑いのある者については、迅速に認知症専門医療機関につなげることが必要だ(表2)。

受診に当たっては、本人の様子や変化をメモに記録し、受診時に持参すると診断の参考となること、告知の方法について希望があれば、事前に伝えておく、などのアドバイスも有効である。

受診勧奨に当たっては、本人に病識がないだけでなく家族も理解してくれないことも多い。受診を勧められた妻が、「夫の能力低下はパワハラのせい」として会社と対立するといったトラブルも実際にあるという。人事担当者や産業医は、早い時期から家族ともコンタクトをとり、問題の共有を図っておくことも重要だろう。

### 「軽度認知障害」の段階で発見すれば予防効果、遅延効果はより高まる

ここまでは、認知症を発症した場合の対応について述べ

表2 認知症専門医療機関

#### ■認知症疾患医療センター

認知症専門医がおり、治療方針の選定、入院可能な医療機関。全国で185カ所が整備されている。認知症に関する医療福祉相談も行っている。問い合わせは、各都道府県庁へ。

#### ■認知症専門医

認知症を専門とする医師で、2つの学会が認定している。学会のサイトから検索できる。日本老年精神医学会ウェブサイト <http://www.rounen.org> 日本認知症学会ウェブサイト <http://dementia.umin.jp/>

#### ■認知症サポート医

認知症に関する専門的知識・技術をもち、かかりつけ医への助言を行うほか、地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師。各都道府県で、名簿を作成している場合がある。

てきた。では、発症前に認知症の前触れをとらえ、発症を予防する、あるいは発症の時期を遅らせることはできるのだろうか?

前触れをとらえるという点では、近年、軽度認知障害(MCI;Mild Cognitive Impairment)という概念が注目されている。これは正常と認知症の中間の状態を指す概念で、多少のものの忘れはあるが、基本的な日常生活は正常に保たれている状態を指す。

MCIは認知症の前触れとも言われるが、MCIの状態に

あるすべての人が、将来必ず認知症になるとは限らない。治療を受けなくても、その半数は認知症にならないとも言われている。しかし逆に言えば、何もしなければ半数の人は認知症になる可能性があるということだ。

最近の研究では、MCIの状態になっても、後述するような生活習慣の改善や治療を受ければ認知症への進行を防いだり、発症を遅らせたりできることがわかっている。

MCIの概念は、以下のように整理される。

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
  2. 日常生活動作は正常
  3. 全般的認知機能は正常
  4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
  5. 認知症ではない
- (Ref: Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

このような状態に心当たりがあれば、できるだけ早く専門医の診断を受ける(受けさせる)べきであろう。

なおMCIの早期発見のためのツールもある。その一つが、T-PECで提供している「軽度認知障害スクリーニングテスト(あたまの健康チェック)」である。医療資格者でなくても実施でき、10分程度、簡単な質問に答えるだけで、MCIの可能性を高い精度で判定できるものだ(図4)。詳細は小社ホームページを参照いただきたい。

## 脳血管性とアルツハイマー型の「認知症になりにくい生活習慣」

では、予防はどうすればいいのか？ 現代の医学では認知症を完全に予防することはできない。しかし最近の国内外の疫学調査から、脳血管性とアルツハイマー型については、「認知症になりにくい生活習慣」が明らかになっている。そのメカニズムはすべて解明されているわけではないが、以下、実際に効果があったとされる生活習慣を紹介する。なお、これらはすでに発症した場合でも病気の進行を遅らせるうえで有効である。

まず脳血管性認知症の対策だが、脳梗塞、脳血栓症、脳出血、くも膜下出血など脳卒中を防ぐことに尽きる。すなわち、脳卒中の危険因子である、「運動不足」「食塩の過剰摂取」「過度の飲酒」「喫煙」を控えることが重要だ。これらの対策は、高血圧症や脂質異常症、糖尿病などメタボ

リックシンドローム対策でもある。

アルツハイマー型認知症の危険因子は、前述したように遺伝的因子と環境的因子に分けられるが、最近の研究から、環境的因子のほうが大きく影響していることがわかってきた。中でも特に重要なのが、食生活と運動である。

## 食生活 魚・野菜・果物、ワインの摂取が効果的

食生活では、魚、野菜果物、ワインの摂取が、認知症予防に効果があるとされている。

魚については、まったく食べない人は、1日に1回食べている人に比べ5倍以上、認知症になりやすいなどの研究結果が報告されている(表3)。

こうした効果は、イワシ、サバ、アジ、マグロ、カツオなどの青魚に多く含まれているEPA(エイコサペンタエン酸)、DHA(ドコサヘキサエン酸)によるものと考えられている。EPAやDHAは、アルツハイマー型認知症発症の原因の一つである、アミロイドβタンパクが脳に沈着するのを抑制したり、沈着したアミロイドβタンパクを消失させたりする作用、また神経再生促進作用があるという研究結果がある。EPAやDHAは血液中の善玉コレステロール(HDLコレステロール)を増やし脂質異常症を改善、脳卒中のリスクも低下させることから、脳血管性認知症の予防にも効果がある。

野菜・果物については、ビタミンEの摂取量で見ると、少ない人は多い人に比べ3倍程度、発症危険度が高いなどの報告がある(表4)。このような効果は、ビタミンE、ビタミンC、βカロテンなどの抗酸化作用が関与していると言われている。

ワインは、飲まない人に比べ、週1回以上飲む人は、飲まない人に比べ危険度は半分以下という研究などがある(表5)。脳の中で記憶を司る「海馬」という部位を、赤ワインに含まれるポリフェノールが活性化させるという研究結果がある。ただし過剰な飲酒は、メタボ、そして脳血管性認知症につながるため、ほどほどの量にすべきなのは当然だろう。

## 運動 一定以上の頻度・強度の有酸素運動が有効

運動に関しては、一定程度以上の強度と頻度による有酸素運動が有効であることがわかっている(表6)。たとえば、ウォーキング以上の運動強度で、週3回以上の運動を

行くと、まったく運動しない人に比べ、アルツハイマー型認知症の危険度は半分以下になる、という研究結果もある。

有酸素運動は、認知症と特に関係の深い前頭前野や海馬の血流および代謝を良くすることが判明している。また最近の研究では、脳内のアミロイドβタンパクの蓄積を減少させる効果も動物実験で確認されている。運動は血圧やコレステロールを下げる効果もある。認知症予防に運動習慣は欠かせないものといえる。

## その他 知的ゲーム、文章を読む、対人接触を増やすこと

その他、チェスなどの知的ゲーム、本や新聞など文章を読む、楽器の演奏、ダンスといった行動習慣がある人は、ほとんどしない人に比べ、アルツハイマー型認知症の発症率が低いという研究結果も報告されている。また、対人接触が多い人ほど、発症の危険度が低下するという。

\* \* \*

繰り返しになるが、認知症を完全に治療・予防することは現段階では不可能である。しかし、早期発見・早期治療すれば、一定程度以上の治療効果や、病気の進行の遅延効果が期待できる。さらに軽度認知障害(MCI)の段階で発見すれば、治療効果、遅延効果のレベルはいっそう高まる。

働き盛りの認知症発症を防ぐことは、企業にとっても本人にとっても、大きな意義がある。社員の健康管理に、若年性認知症の発見・予防を加えてみてはいかがだろうか？

表3 魚の摂取量とアルツハイマー型認知症の危険度

行動習慣		危険度
魚の摂取量 *1	1日あたり18.5g以上	0.30
	1日あたり3g以下	1
魚・シーフードの摂取頻度 *2	1日に1回	1
	週に1日	1.64
	週1日未満	2.24
	食べない	5.29
魚の摂取頻度 *3	週に1回未満	1
	週に1回以上	0.65

\*1 Kalmijn Sら (1997) \*2 \*3 いずれもBarber-Gateauら (2002 \*1/2007 \*2)

表4 野菜・果物中のビタミンE摂取量とアルツハイマー型認知症の危険度

行動習慣		危険度
野菜や果物中のビタミンEの摂取量 *1	1日あたり10.4IU	0.30
	1日あたり7.01IU	1
野菜や果物中のビタミンEの摂取量 *2	1日あたり15.5mg以上	0.67
	1日あたり10.5mg以下	1
野菜や果物中のビタミンEの摂取量 *3	1日あたり5mg増えるごとに(5.7mg~71.1mg)	0.74

\*1 Morris MCら (2002) \*2 Engelhart MJら (2002) \*3 Morris MCら (2005)

表5 ワインの摂取量とアルツハイマー型認知症の危険度

行動習慣		危険度
ワインの摂取頻度 *1	1日に標準的なグラスで3,4杯	0.28
	飲まない	1
ワインの摂取頻度 *2	週に1回以上飲む	0.49
	毎週は飲まない	1
酒(種類問わない)の摂取頻度 *3	週に1回以上飲む	0.68
	毎週は飲まない	1

\*1 Orgogozo JMら (1997) \*2 \*3 Lindsay JSら (2002)

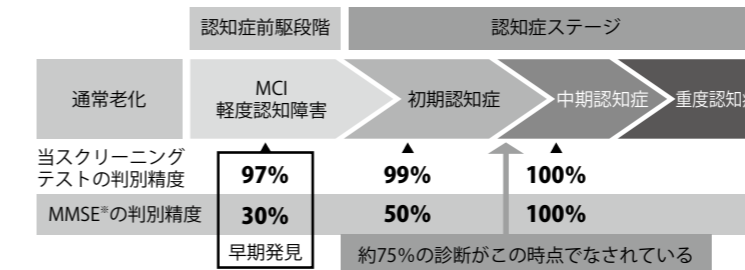
表6 運動習慣とアルツハイマー型認知症の危険度

運動習慣 *1		危険度
運動強度と頻度の組み合わせ *2	あり	0.18
	なし	1
運動強度と頻度の組み合わせ *2	ウォーキング以上の強度の運動を週3回以上	0.50
	ウォーキング程度の強度の運動を週3回以上	0.67
	上記以外の運動と運動頻度の組み合わせ	0.67
	まったく運動しない	1
運動頻度 *3	運動頻度週3回以上	0.64
	運動頻度週3回未満	1

\*1 Yoshitake Tら(1995) \*2 \*3 Laurin Dら(2001 \*2/2006 \*3)

## 図4 軽度認知障害スクリーニングテスト(あたまの健康チェック)の特徴

今まで判別が困難だった認知症の「前駆段階」を高精度で判別できます。



- Methods to improve the detection of mild cognitive impairment PNAS 2005
- Detecting Cognitive Impairment in Primary Care: Performance Assessment of Three Screening Instruments/JAD 2007

※MMSE:米国フォールスタイン夫妻が1975年に考案したアルツハイマー型認知症などの疑いがある被験者のために作られた簡便検査方法で世界で最も有名な知能検査

# 新型うつ病に対する見解作成に向け 動き出した日本うつ病学会 積極的な治療介入の方向性を確認

日本うつ病学会では、新型うつ病に対する学会見解作成のための委員会を立ち上げる準備として、去る7月20日にシンポジウムを開催した。シンポジウムではその精神医学的な定義づけはともかく、新型うつ病患者に積極的に治療介入していく方向性が確認され、注目を集めている。

新型うつ病については本誌15号で取り上げたが、ここで改めて整理しておきたい。真面目で几帳面、責任感が強く秩序を重んじるタイプの人がかかりやすい典型的なうつ病（定型うつ病）の場合、何もしたくなくなるほどの疲労感や気力の減退、周囲に対する罪悪感などの症状を呈する。これに対し新型うつ病は、気分の落ち込みはあるものの、状況が変わると一転して改善する。そのため、うつ病と診断されて療養中であるにもかかわらず、旅行に出かけたり趣味に没頭したりできる。また気分の落ち込みの原因を、他人や状況のせいにするなど他罰的な傾向が強く見られる。

定型うつ病の好発年齢が中高年層なのに対し、新型うつ病は20～30歳代の若年層であるのも大きな特徴だ。

うつ病の診断と治療に関する学術専門団体である日本うつ病学会のホームページには、「(新型うつ病には) 精神医学的な定義はなく、そもそもその概念すら学術誌や学会などで検討されたものではない」と明記されている。昨年、同学会が発表した国内初のうつ病治療のガイドライン(大うつ病性障害2012 ver.1)でも、新型うつ病は取り上げていない。その理由としてガイドラインは、「専門家の間では、若年者の軽症抑うつ状態の研究が盛んに行われている。この一側面を切り取った『現代(新型)うつ』はマスコミ用語であり、精神医学的に深く考察されたものではなく、治療のエビデンスもない」としている。

ただその一方で、この“病気”にいかに対応していくかの模索も始まっている。

去る7月20日には、第10回日本うつ病学会総

会においてシンポジウム「いわゆる『新型うつ病』に対する学会見解を目指して」が開催された。同学会では、「若年層に多いとされるうつ病に関する用語や概念を整理すること」を目的に、「いわゆる新型うつ病に対する学会見解作成のための委員会」を立ち上げることを決定したが、このシンポジウムは、その準備として開催されたものである。

シンポジウムでは、研究者や精神科医がそれぞれの立場から新型うつ病に対する見解を述べた。「新型うつ病の診断学上の議論はともかく、治療対象から除外することは反対」「新型うつ病が病気かどうかの議論をすることは不毛。労働者の切り捨てにつながり、企業にとっても利益につながらない」などの意見が出され、新型うつ病の人を看過・放置するのではなく、さまざまな精神疾患の可能性を踏まえながら、治療介入していくという方向性が示されたといえる。

うつ病については、企業の間で理解が定着しつつあり、一次から三次予防に至る、しっかりとした予防策をとっているケースも、大企業を中心に珍しくはなくなった。しかし、うつ病への理解が薄かった時代、うつ病は「単なる甘え」ととらえられがちで、その対策がすすまなかった企業も少なくなかった。

現在、企業の管理職や人事担当者にとって、新型うつ病の社員のふるまいは、以前のうつ病のように甘え、あるいはわがままに映り、その対応に困惑していることだろう。新型うつ病が精神医学的に定義され治療法が確立されれば、企業も対応しやすくなる。その意味で、日本うつ病学会の今後の動向が注目されるところだ。

## Keyword ネット依存

ネット使用の制御が利かなくなる状態  
職域でも今後対応が必要に

### 成人では271万人 中高生で51万人と推計

今やインターネットはわれわれの生活に深く入り込んでいます。インターネットなくしては、仕事だけでなく日常生活にも不便さを感じることでしょう。

しかしインターネット依存とは、単に長時間、ネットをやり続けることではありません。自分の意思でネットをやめられなかったり、ネットをしていないとイライラして日常生活に支障を来すなど、ネット使用の制御が利かなくなってしまう状態のことです。

インターネット依存の有病率に関する2008年度の厚労省研究班による調査では、インターネットの問題使用が疑われる人は成人に限ると、約271万人と推計されています。未成年者(中高生)に関しては、やはり厚生労働省研究班が調査し、その結果が去る8月1日に発表されました。それによると、インターネットへの依存が強いとみられる中高生は全国で51万8,000人いると推計されています。

この調査では、依存の強い中高生の59%が「睡眠の質が非常に悪い/かなり悪い」、23%が「夜、眠りにつきにくいことが常にあった/しばしばあった」と回答しています。液晶画面から出るブルーライトは眠気を誘うメラトニンの分泌を抑制すると言われて

いますが、ネット依存によって睡眠時間が減り、睡眠の質も低下している様子が見られます。昼夜逆転の生活になることによって、学業や仕事に支障を来し、抑うつ状態となるケースもあると言われています。

また、枕元に携帯電話を置いていると意識が携帯電話にいき、良質な睡眠がとれないとも言われています。

そのほかネット依存の弊害としては、食事がおろそかになって低栄養になる、体を動かさなくなるため、筋力低下や骨粗しょう症になる、といったことが挙げられます。

### 誰でもネット依存になる 環境ができてしまった

2011年7月、国立病院機構久里浜医療センターに日本初のネット依存治療専門外来が開設されました。初診時の診察前には臨床心理士などが、インターネット使用、生

活実態、問題行動などを詳細に聞き、同時に関連するスクリーニングテストを受けます。また生活やインターネット使用状況に関する日記をつけてもらい、再診時にはそれを基に治療を進めていく、というのが、大まかな診療の流れです。

近年はパソコンだけでなく、携帯電話やスマートフォン、タブレット型端末の普及により、いつでもどこでもネットに接続できるようになりました。子どもから大人まで誰もが、ネット依存になり得る環境ができてしまったといえます。

こうした中で久里浜医療センターのような治療施設だけでなく、ネット依存に関するカウンセリングを受けられる仕組みづくりの必要性を訴える識者もいます。職域の健康管理においても、ネット依存を視野に入れた対応が求められているといえそうです。

最後に、広く一般的に使用されているネット依存度チェックするテストを掲載します。参考にしてください。

#### インターネット依存度チェック

①～⑧のうち、5つ以上当てはまる人は、ネット依存の可能性があります。

- ① ネットに夢中である(ネットをしたことを始終考えたり、次の接続を待ち望む)
- ② 満足感を得るために、ネットを使う時間をもっと長くすべきと信じている
- ③ ネット使用を制限したり止めようとしたが、うまくいかない
- ④ ネットの使用を制限しようすると、落ち込んだりイライラする
- ⑤ 予定していたよりも、ネットを長時間やっている
- ⑥ ネットのために大事な仕事や人間関係、出世の機会などを失ったことがある
- ⑦ ネットに熱中していることを隠すため、家族や他の人に嘘をつく
- ⑧ 問題ごとや不快な気分(無気力感、不安など)から逃れるため、ネットを使う

Keith W Beard, Eve M Wolf: Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction, CyberPsychology and Behavior (2001) を改編

# 法律相談

Legal Consultation

## Q and A

本誌では企業、従業員を取り巻く不安要因を法律的側面より支援し、理解を深めていただくために、企業のとり得る対策等について当社顧問弁護士で、小笠原六川国際総合法律事務所代表弁護士を務める小笠原耕司氏を回答者とし、読者からの相談に答えていただいた。

## 復職支援プログラム適用中の社員が会社に向かう際に交通事故に遭いケガ補償はどうなるのか？

### Question

うつ病で休職中の社員が、復職支援プログラムの適用を受け復職を目指していましたが、リハビリ勤務として会社へ向かう際に交通事故に遭ってしまい、全治1カ月のケガを負ってしまいました。通常であれば通勤災害として労災の適用があると思うのですが、当該社員は休職中であったため、適用がないのではないかと思います。復職支援プログラム実施中の通勤、就業中の事故による補償の規定は特に定めていなかったのですが、どのような問題が生じますか。

### Answer

#### (1)復職支援プログラムとは

精神疾患等により休業中の労働者の職場復帰を実現するために、事業者が労働者に対する復帰支援をどのように行うかを定めたプログラムをいいます。各事業者は、厚生労働省が発表している「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」※に沿って、職場復帰支援のための体制整備等を進めることが求められます。

#### (2)リハビリ出勤制度について

事業者の復職支援プログラムの一環として、リハビリ出勤制度(試し出勤制度)が定められることがあります。これに関して、厚生労働省は「この制度の運用においては、試し出勤の人事労務管理上の位置づけについて十分に検討しておく必要がある

他、この制度が職場の都合でなく労働者自身の主体的な考えや判断にもとづいて運用されるよう留意すべきである」(上記手引き)と指摘しています。

つまり、リハビリ出勤を労務管理上どのように取り扱うのか(休職日数に算入するのか、期間中の給与や交通費等の処遇・出勤時間帯・勤務内容はどのようにするのか、災害や事故発生時の補償の有無など)をあらかじめ明確に定めておくべきであるということです。

これが定められないまま現実に指揮命令が行われ、これに従った労務提供があれば、給与請求権が発生し、また復職の有無や災害補償の有無について労使間で認識の齟齬が生じるなど、さまざまな問題が発生することとなってしまいます。

また、注意が必要なのは、リハビリ出勤において事業者がこれを強制する、あるいは復職の絶対条件とし

たり、指揮命令下に置いて労務の提供を受けたりすると、リハビリ出勤と会社業務の関連性が強くなり、事故が起こった場合の会社の災害補償責任や安全配慮義務違反に基づく損害賠償責任を追及されやすくなるといえる点です。

#### (3)本件事案について生じる問題点

本件の事案においては、復職支援プログラムを適用している会社に、災害補償の責任が発生するか、また労災保険が適用されるかという点が問題となります。もし会社が実施するプログラムにおいて、社員の自主性に委ねた内容で拘束性もなく賃金も支払われないものであれば、通勤災害に基づく労災保険が適用される可能性は低くなります。逆に、会社が強制的に復職支援プログラムを実施し、その対価(賃金)を支払っているような場合には、労災保険が適用される可能性が高くなるといえます。

仮に労災保険給付がなされない場合には、社員から事業者に対して、業務上の災害として労働災害補償を要求されるケースも想定されます。また、リハビリ出勤の重圧やこれに関連する事故等の発生により、さらなるメンタルヘルス疾患の発生が生じてしまうケースも起こり得ます。

このような場合に会社が労働災害補償責任や損害賠償責任を負うかどうかは、当該災害が事業主の支配管理下で起きたものかどうか、安全配慮義務違反があるかなどの点を基準にして慎重に判断されることとなりますが、このような争いを予防するためにも、リハビリ出勤制度の運用にあたっては、事故が発生した場合の補償の有無等について明確化しておくほか、労働者自身の主体的な判断に基づき制度が運用さ

れる体制を確保する必要があります。また、その前提として、労働者の同意を得たうえで、リハビリ出勤を実施することも重要でしょう。

#### (4)リハビリ出勤制度の制定運用にあたって注意すべき事項

リハビリ出勤制度を制定運用するにあたっては、以下のような点に注意が必要といえます。

- ①リハビリ出勤が休職中の社員からの希望(場合によっては主治医や産業医の判断も加味する)に応じ、会社との合意によって行われること
- ②リハビリ出勤中の職務内容につき社員と協議をした上で決定されること(出勤練習のみのケースも考えられる)
- ③リハビリ出勤の日数が休職期間に算入されるかどうか明確化しておくこと
- ④リハビリ出勤期間中の処遇を明確化しておくこと
- ⑤リハビリ出勤の期間や終了事由について明確化しておくこと
- ⑥リハビリ出勤を会社が強制したり、リハビリ出勤を復職の絶対条件としたりすることのないこと

#### (5)その他

なお、本件については、あくまで会社と従業員の関係から回答しましたが、交通事故に遭った社員は、その加害者に対して、損害賠償を請求できることも念のため言及しておきます。

Respondent



回答者 小笠原耕司 弁護士

1984年、一橋大学法学部卒業。現在、小笠原六川国際総合法律事務所の代表弁護士を務めるほか、青山学院大学講師として教壇に立つ。講演やセミナー等でも活躍し、内容は企業・金融法務の実務に即したものから社員のメンタルヘルスや労務管理、人材面を主眼とした法律問題まで幅広い。著書は「安全配慮義務違反を防ぐためのEAP(従業員支援プログラム)導入のすすめ」(清文社)ほか多数。

### 労災等法律の専門家への質問を募集中

このコーナーでは、読者の皆さんからの質問を募集しています。労災についての疑問など、小笠原弁護士に聞いてみたいことがありましたら、お気軽に下記までメールをお寄せください。

[mreport@t-pec.co.jp](mailto:mreport@t-pec.co.jp)

※ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei28/>