



視点・論点

若年性認知症者の現状と課題

筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻精神病態医学分野
教授 朝田 隆

1 はじめに

近年、映画「明日の記憶」の大ヒットもあってか、認知症のなかでも65歳未満で発症するいわゆる若年性認知症が注目され、話題になっている。

その背景として次のような可能性を考える。わが国の認知症介護は、介護保険制度の開始、グループホームの整備などにより世界のトップレベルに達したと思われる。そうなって初めて、若年性認知症では経済、医療・ケア、家族の絆と、どの面をとっても極めて深刻なことに気付かされた。処遇、治療、そしてご家族への支援などに関して、老年性の認知症とは異なる固有の問題点がある。それにもかかわらず、この大きな課題は、ほぼ手付かずのままだと注意が喚起されるようになったのである。

本稿では、筆者らが関与した厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）総合研究報告書「若年性認知症の実態と対応の基礎基盤に関する研究」をもとに、若年性認知症者の現状と課題を要約する。

2 若年性認知症とは

まず「発病年齢と調査時点における年齢がいずれも65歳未満の者」と定義した。

そのうえで、①若年性認知症の有病率を算出すること、②当事者・家族が直面する問題点を明らかにすることを研究の目的とした。

3 若年性認知症の有病率

これについての調査実施地域は、熊本県、愛媛県、富山県、群馬県、茨城県の全域である。いずれも医師会の協力を得て、全ての調査地域で同一の方法により調査を実施した。また横浜市港北区と徳島市においても類似の方法で調査した。各地域において、医療や保健・福祉など認知症に関係する可能性がある全ての施設・機関に対して2段階でアンケートを発送し、回答を得た。

1次、2次調査の回収率の積の逆数であるサンプルウェイトは、平均1.49(1.23-1.74)と優れたものであった。得られたデータをもとに推定された18-64歳人口における10万対の患者数は、47.6人(95% CI:45.5-49.7)。男性57.9人、女性36.7人と男性に多かった。5県における有病率の最低は35.0(富山)、最高は61.2(熊本)であり、最大1.7倍の開きがあった。全国における推定患者数は3.78万人(95% 信頼区間: 3.61-3.94万人)と算出された。

基礎疾患（図1）としては、脳血管性(VaD)認知症が最多で、アルツハイマー病(AD)、



そして頭部外傷後遺症と続く。男性のVaD有病率は女性の2倍以上であったが、ADについては女性の有病率が高かった。最多であったVaDのタイプ別では、脳出血、脳梗塞、くも膜下出血が多く、多発性脳梗塞やラクナ梗塞が多い高齢者の脳血管障害とは対照的である。近年注目されるようになった変性性認知症である前頭側頭葉変性症(FTLD)やレビー小体型認知症(DLB)がある程度の割合で認められた。なお頭部外傷後遺症、アルコール性認知症の割合も少なくない。「その他」には、稀な変性疾患や感染性疾患などがあった。30歳以降では5歳刻みの人口階層において、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あった(図2)。

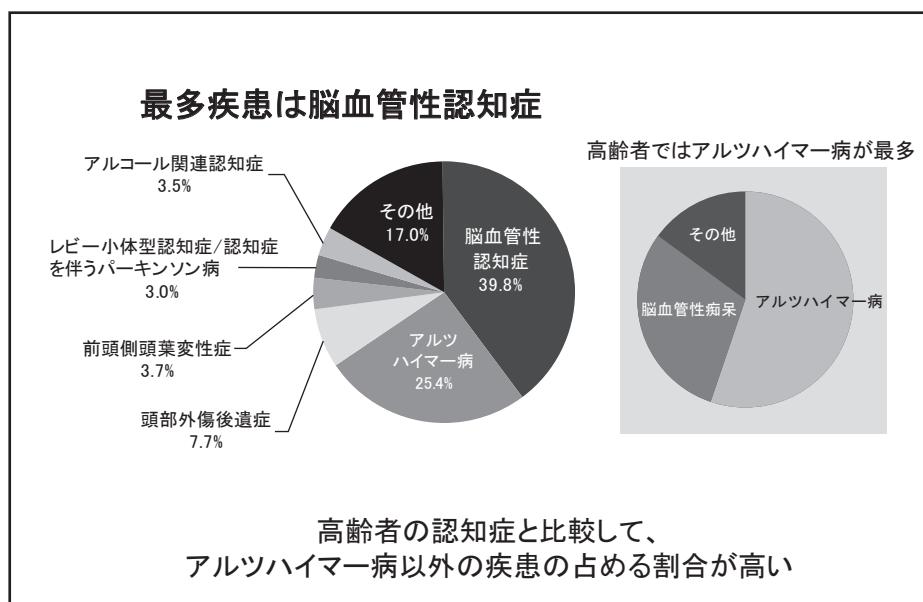


図1 全国推計における基礎疾患の割合

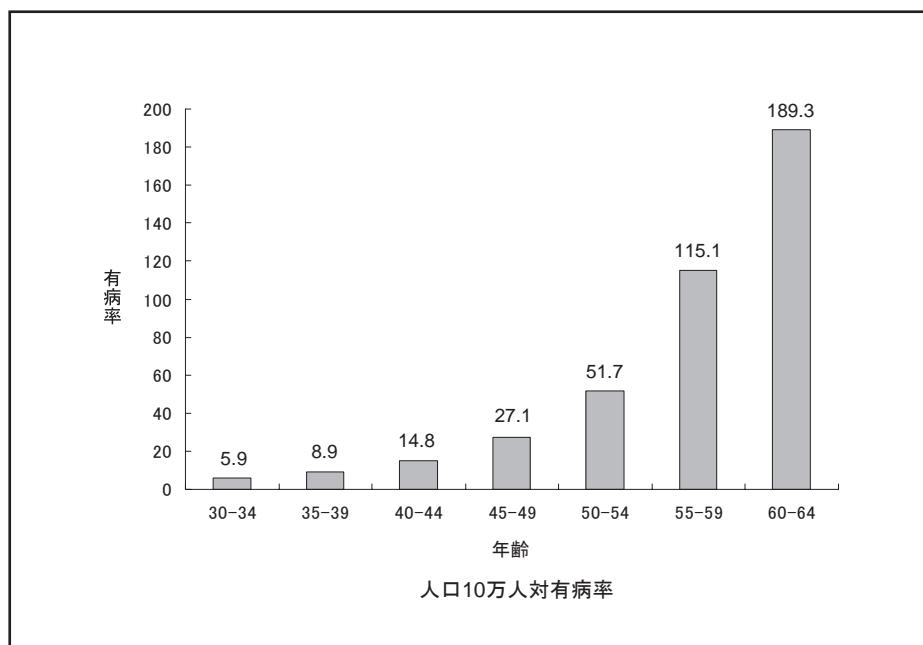


図2 若年性認知症の年齢階層別の有病率



既述のように、全国における若年性認知症の推定患者数を、前回の全国調査より多い3.78万人(3.61-3.94万人)と算出した。わが国では近年、若年性認知症はADなどの変性疾患が中心になるものと思われていた。事実、その患者会の会員もこうした疾患が大部分を占める。ところが基礎疾患としては、こうした予想や欧米における調査結果とは異なりVaDが最多であった。

そこでまず、何ゆえVaDがさほど注目されてこなかったかについて考察した。VaD患者とその家族は脳血管障害によって惹起された身体機能障害に直面し、まずはその回復に専念する。また医療者にも同様の傾向があったかもしない。その結果、認知障害は副次的なものとみなされてあまり注目されなかったのかもしれない。しかし今回の調査結果は、こうした方々において認知障害の改善に努めることの重要性を再認識させる。

4 患者の概況

これについては、基準日における年齢が40歳代以下は13%程度と少なく、約8割は50歳代以上であった。推定発症年齢についても同様の傾向があったが、40歳代以下の発症が約3割であった。調査時点での重症度は、軽度・中等度・重度がそれぞれ3分の1程度であった。現在の生活の場では、自宅と病院・施設との比率はほぼ等しかった。介護保険の要介護認定については、「申請なし」が3分の1以上と多く、「要支援1」から「要介護5」まで満遍なく分布していたが、要介護3以上が3分の1を占めた。日常生活動作(ADL)については、概して自立は半数以下であった。基礎疾患別に見ると、アルコール性とFTLDにおいて自立度が高いのに対して、VaDは自立度が低い傾向にあった。合併症については、高血圧、糖尿病、高脂血症、てんかんと続いた。とくに高血圧は3割近い症例で認め、糖尿病も1割以上の例で認めた。

5 当事者・患者の問題点

ここでは、若年性認知症患者とその家族における生活実態を調査することで、その生活を維持するために何が必要なのか明らかにすることを目指した。予備面接からポイントを抽出して、以下の内容からなる質問項目を作成した。回答者の概要、患者の概要、患者の認知機能・身体機能・周辺症状、家族の経済変化と負担度、回答者の抑うつおよび在宅介護例における負担度、福祉・その他の制度の利用からなる。さらにオプションとして、雇用者に対する質問と自由記載欄への家族のコメント欄も設けた。

回答は91得られた。内訳では、家族の会：彩星の会38(非該当3)、朱雀の会11(非該当1)、愛都の会11、ひまわりの会26がある。また筑波大学の外来患者の家族からの5回答がある。回答者は在宅患者の家族(特に患者の妻)が多く、回答者の約6割が抑うつ状態にあった。患者の日常生活動作は比較的保たれている状態からほぼ全介助まで幅広く分布していた。認知症の基礎疾患としてはADが最も多かった。次に、介護負担度は経済的負担感と強い関連がみられ、発症年齢が若いほど経済的負担感は重く感じられている傾向にあった。また多くの患者・家族が経済支援、特化した福祉サービス、就労維持などに関する制度や施設の整備が不十分だと感じていた。

特に、就労支援には大きな期待が寄せられている。なかでも変性性の認知症の特徴は、VaDと比較すると漸次進行性という点にある。これが当事者の就労や社会・家庭生活を大きく妨げる。これらの人々の就労継続支援やリハビリテーションにおいて、従来からの



脳卒中モデルを適応することは極めて困難である。よって、こうした領域における新たな知見の蓄積や技術開発は喫緊の課題である。併せて、速やかな患者・家族への経済支援、特化した福祉サービス制度の創設が切望される。このような考えを図3にまとめた。

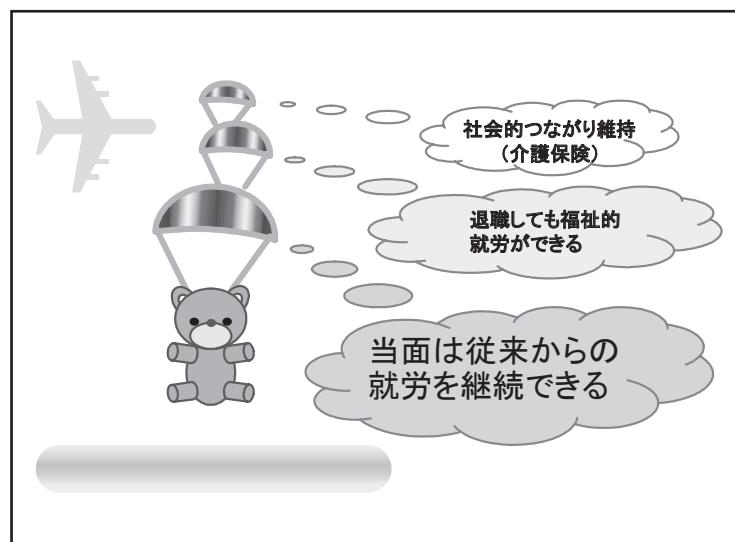


図3 就労のソフトランディング

6まとめ

以上に述べた若年性認知症の当事者と家族の特殊性に配慮して、関連諸領域と連携することが最大の課題になる。