

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

若年性認知症の実態と対応の
基盤整備に関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 朝田 隆

平成20（2008）年 3月

目 次

I. 総括研究報告		
若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究	-----	1
	筑波大学大学院人間総合科学研究科	朝田 隆
II. 分担研究報告		
1. 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究	-----	27
	熊本大学大学院医学系研究科	池田 学
2. 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究	-----	34
	南魚沼市立ゆきぐに大和病院	宮永 和夫
3. 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究	-----	41
	愛媛大学大学院医学系研究科	谷向 知
4. 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究	-----	45
	認知症介護研究・研修東京センター	永田 久美子
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	49
IV. 研究成果の刊行物・別刷	-----	51

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合 研究事業）

総括研究報告書

若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究

主任研究者 朝田 隆 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授

研究要旨

本研究では、65歳未満で発症するいわゆる若年性認知症について、全国レベルでの疫学的な実態、また当事者と家族が抱える問題を明らかにし、さらにこうした患者の遺伝子バンクの構築を目指した。

I 疫学研究

疫学研究として茨城県で悉皆調査による有病率算出を試みた。ここでは、若年性認知症を操作的に、「発病年齢と調査時点における年齢がいずれも65歳以下の者」と定義した。1、2次調査を終了し、いずれも約90%弱の回収率(1次88.3%、2次84.3%)を得た。285施設から合計で603名の該当者が報告された。このうちの35名については、複数の機関から重複して報告がなされた。その結果、最終的な人数は、事故等による頭部外傷の人も含めると588名、除くと540名となった。男女比は後者で57.0%:42.6%であった。30歳以降5歳間隔で示した年齢階級ごとの該当人数について、概要では5歳ごとに人数が2倍になることがわかった。頭部外傷の人を除いて、人口10万対にすると24.5人となり、30-64歳の人口10万対にすると50.0人であった。認知症の基礎疾患については、最多は脳血管性認知症(VaD)(46.7%)であった。続くのがアルツハイマー病(AD)(29.3%)、そしてレビー小体型認知症・パーキンソン病(DLB/PDD)(6.5%)、前頭葉側頭葉変性症(FTLD)(3.0%)であった。

重症度の比率としては、軽症1、中等症1.25、重症1.5という結果が得られた。現在の生活の場としては、自宅と病院・施設がほぼ半々であった。傷害年金の受給率は、せいぜい20%強と低かったが、介護保険は2/3が認定されており、要介護3以上が凡そ半数と多かった。合併症では、循環器疾患が最多であった。特記すべきは3番目に多いてんかんが、一般人口における有病率の10倍以上も多いことであった。

群馬県では分担研究者である宮永が、前年度に実施した1次調査に引き続いて、2次調査を行ない、データの補完を行った。その結果、最終的に1次では66.4%、2次では86.5%の回収率を得て、該当者数は頭部外傷例を含むと433名、除くと

388名と算出された。頭部外傷例を除くと人口10万対では33.5人となった。認知症の基礎疾患については、最多は脳血管性認知症、アルツハイマー病、そして前頭葉側頭葉変性症(FTLD)の順であった。

熊本県では、県内3ヶ所の認知症専門外来で、若年性認知症についての実態調査を行なった。その結果、全認知症患者に占める若年性認知症患者の割合は、8%であった。最多はアルツハイマー病、次いで脳血管性認知症であった。その一方で、若年期発症であるが調査の時点で既に65歳を超えている患者の少なからず存在することが確認された。このことは調査結果を解釈する上で重要な知見と考えられる。この熊本県では全県的な調査を実施中であり、愛媛県でも同様な調査が進行中である。現在2,624関連機関(小児科を除く147病院870診療科、1262の一般診療所、92の特別養護老人ホーム、62の老人保健施設、246のグループホーム、102の障害福祉サービス事業所など)に一次調査票を郵送し、現在集計作業を進めている。

なお富山県、横浜市、徳島市については、主任研究者が現在1次調査の結果を受けとりつつある。その一方で、該当ありと回答した機関に対する2次調査用紙の発送をしている。現時点(平成20年2月20日現在)の1次調査回答率は、富山県63.4%、横浜市53.8%、徳島市57.5%である。

II 当事者と家族が抱える問題

これについては、予備的調査で得られた結果をもとに調査用紙を作成した。調査内容は、1)発病から診断、2)障害の程度、3)社会的支援、4)就労と退職に分類される。調査対象となったのは、北海道、東京、奈良、大阪の家族会会員である。回答者は配偶者が90%弱であり、多くは回答者が単独で介護をしていた。調査時点における患者の年齢は平均、標準偏差で60.8歳±5.7歳であった。患者の推定発症年齢は55.4±4.9歳であった。回答者の年齢は57.6±8.8歳であった。患者が現在生活する場としては、自宅が3/4を占め最多であった。診断病名は、アルツハイマー病が76%、次いで前頭側頭型認知症が20%であった。しかし脳血管性認知症はほとんどなかった。

発病に気付かれた後に、最初に訪れた機関としては医療機関が最多で80%を占め、気付かれてから確定診断されるまでに要した時間は、1年未満が半分弱であった。老年期の認知症例に比べて比較的速やかに診断されていると思われる。診断機関としては大学の附属病院の精神科、神経内科などの専門外来が最多であると考えられる。障害の程度では、軽度と重度とがそれぞれ40%余りを占め、中等度は少なかった。日常生活動作に何がしかの介助を要する者半数以上であると考えられる。社会的支援に関しては、成年後見制度の利用者が4.4%と低いこと、生命保険の高度障害の制度の存在を知らないという回答が60%を占めたことが注目される。就労・退職でとくに注目されるのは、問題行動により懲戒免職になっ

た例である。このようなケースでは、診断決定の後の様々な保障という観点が変わって問われるべきと思われる。また今後は、退職に至るまでの過程が法的にも制度的にもさらに整備されることが望まれる。

また永田は、全国の自治体に設置されている地域包括支援センター（以下、センターとする）に着目し、全国の自治体ならびセンターを対象としたアンケート調査を行った。これにより若年認知症の人の把握状況と支援実態を明らかにし、高齢認知症ケースとの対比を通じて、若年性認知症ケースを包括的・継続的に支援していくための役割と課題を明らかにした。その結果、若年認知症家ケースを何らかの形で把握し始めている自治体が約30%存在し、地域包括支援センターが把握経路としての機能を果たし始めていることが明らかになった。また、自治体として若年性認知症ケースに特化した何らかの支援策を講じているところは2割程度にとどまるがわかった。しかし少数ながら地域包括支援センターと協働しながら、若年認知症ケースを積極的に支援する取り組みを展開し始めた自治体があることが確認された。具体的には、若年性認知症の本人や家族の相談窓口の設置、受け入れるデイサービスの推進、当事者ネットワークづくり、就労支援、住民への啓発などである。今後、地域包括支援センターの多面的な機能を活かした総合的な取り組みが発展するものと期待される。

Ⅲ 遺伝子研究

収集数は300を超えたが、基礎疾患は様々でありかつ多くは孤発性例であるだけに、直ちに遺伝子解析を行っても有意な結果が得られるとは考え難い。今後は、全国レベルで関連機関から遺伝子サンプルを募ることが必要と考えられる。

分担研究者

池田 学

熊本大学大学院医学系研究科 教授

宮永 和夫

南魚沼市立ゆきぐに大和病院 院長

谷向 知

愛媛大学大学院医学系研究科 准教授

永田 久美子

認知症介護研究・研修東京センター

中村 祐輔

東京大学医科学研究所 教授

A. 研究目的

65歳未満で発症するいわゆる若年性認知症について、全国レベルでの疫学的な実態、また当事者と家族が抱える問題を明らかにする。さらにこうした患者の遺伝子バンクの構築を目指す。

疫学研究については、3年計画の2年目である平成19年度は、茨城県で先行的に行った2段階の悉皆調査の結果を高い精度でまとめる。ポイントは、有病率、基礎疾患の実態を明らかにすることにある。この調査で得ら

れた方法上の留意点を他地域での調査において活かすべく整理する。さらにその上で茨城外の2県と1市において調査を開始する。

当事者・家族の問題点については、直接的な聞き取りも含めたアンケート調査を実施する。また再就労の可能性とその方法を探った。当事者・家族からのヒアリングを行い、専門家による講演も実施するなどして議論を深めた。

遺伝子バンクについては、主任、分担研究者が属する機関において日常的に遺伝子を収集する。

B. 研究方法

I 疫学調査

本研究調査では、若年性認知症を操作的に、「発病年齢と調査時点における年齢がいずれも65歳以下の者」と定義した。

(1) 茨城

茨城における有病率調査は、認知症の医療や保健・福祉などに係る可能性がある2,475の施設・機関(病院、診療所、保健所、老人健康施設、市区町村保健センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、介護支援事業所、特別養護老人施設)に対して、個人情報保護を厳守しつつ2段階で行なった。医療、保健・福祉、行政、他の関連する可能性のある全機関にアンケートを発送した。1次調査では平成18年4月から9月までの半年間に何らかの接触があった該当個人の有無を尋ねた。これで有りと回答した機関に対して、2次を試行した。ここでは該当

者の診断病名、現在の病状の概要などの詳細な情報を得た。なお1、2次調査ともに、回答率を上げるために文書、ファックス、電話により複数回の督促を行った。

以上により得られた結果から、若年性認知症の有病率、各種基礎疾患の割合を算出し、全県下における患者数を推定した。

(2) 富山県・横浜市・徳島市

富山県・横浜市については、県医師会ならびに市役所の協力を得て、主任研究者が茨城県と同様の実施方法により行った。

(3) 群馬県

分担研究者である宮永が、前年度に実施した1次調査に引き続いて、2次調査を行ない、データを補完を行った。

(4) 熊本県

熊本県では、分担研究者である池田が、県内3ヶ所の認知症専門外来で、若年性認知症についての実態調査を行なった。また茨城県と同様の実施方法により全県的な調査を実施中である。

(5) 愛媛県

分担研究者である谷向が茨城県と同様の実施方法により全県的な調査を開始している。現在2,624関連機関(小児科を除く147病院870診療科、1262の一般診療所、92の特別養護老人ホーム、62の老人保健施設、246のグループホーム、102の障害福祉サービス事業所など)に一次調査票を郵送し、現在集計作業を進めている。

また若年発症と高齢発症のFTDでみられ

る認知機能障害と精神症状の違いについて比較検討した。

II アンケート調査

(1) 家族調査

前年度の予備的調査で得られた結果をもとに調査用紙を作成した。調査内容は、1) 発病から診断、2) 障害の程度、3) 社会的支援、4) 就労と退職に分類される。調査対象となったのは、北海道、東京、奈良、大阪の家族会会員である。主任研究者らが家族会の集会に出向いて、当事者と家族に調査の趣旨を説明し、質問項目について適宜詳細な補足説明を行いつつアンケートに回答してもらった。

(2) 地域包括支援センターの調査

永田は、全国の自治体に設置されている地域包括支援センターに着目し、全国の自治ならびセンターを対象としたアンケート調査を行った。これにより若年認知症の人の把握状況と支援実態を明らかにし、高齢認知症ケースとの対比を通じて、若年性認知症ケースを包括的・継続的に支援していくための役割と課題を明らかにすることを試みた。

III 遺伝子バンク

筑波大学附属病院精神科、愛媛大学医学部附属病院神経精神科、熊本大学医学部附属病院精神神経科の外来と病棟において遺伝子の収集を行う。いずれも所属機関の倫理委員会による承諾のもとに、対象者の承諾を得て採血して遺伝子を得ている。

(倫理面への配慮)

調査は筑波大学、熊本大学、愛媛大学の倫理委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

I 疫学の結果概要

(1) 茨城県

① 回収率

1、2次調査を終了したが、いずれも約90%弱の回収率(1次88.3%、2次84.3%)を得た。2次調査において寄せられた該当者数の割合について、機関の種別にみると、病院・診療所が55%と過半数を占めている。これ以外では、市区町村保健師連絡協議会9.6%、老人福祉施設協議会8.9%と続いた(表-1)。この結果からは、若年性認知症患者の多くが、かかりつけの医療機関を有し、介護保険によるデイケア等のサービスを使っているものと推定される。

② 結果概要

2次調査の結果、285施設から合計で603名の該当者が報告された。このうちの35名については、複数の機関から重複して報告がなされた。その結果、最終的な人数は、事故等による頭部外傷の人も含めると588名、除くと540名となった。以下の計算はこの540名のうちデータに欠測値のない514名について行った。男女比は後者で57.0%:42.6%であった。表-2には、30歳以降5歳間隔で示した年齢階級ごとの該当人数を示した。概要として、5歳ごとに人数が2倍になることが読み取れる。

③有病率と基礎疾患（図-1～3）

回収率から単純に茨城県における該当者人数推定すると725名となる。2006年4月1日現在の茨城県の人口は、296万5,931人であり、30-64歳の人口は145万2,065人である。したがって、人口10万対にすると24.5人となり、30-64歳の人口10万対にすると50.0人である。

次に認知症の基礎疾患については、最多は脳血管性認知症(VaD)(46.7%)であった。続くのがアルツハイマー病(AD)(29.3%)、そしてレビー小体型認知症・パーキンソン病(DLB/PDD)(6.5%)、前頭葉側頭葉変性症(FTLD)(3.0%)、なおその他(others)が14.6%あった。疾患ごとの発症年齢は、表-3に示すように平均で53.8-56.5歳であり、有意差を認めなかった。疾患別の性差については、VaDが男性に多いという有意差を認める以外には有意差は認められなかった。

④重複報告

35のケースについて、重複して報告がなされた。27例(77.1%)については、異なった機関から寄せられた診断病名が一致していた。不一致例では、大学病院でレビー小体型認知症としたケースを他の機関ではアルツハイマー病としたものが多かった。

⑤該当者に関する情報

重症度の比率としては、軽症1、中等症1.25、重症1.5という結果が得られた(表-4)。現在の生活の場としては、自宅と病院・施設がほぼ半々であった(表-5)。障害

者手帳の取得率は約40%であり、主に重度、それに中等度の一部が該当するものと思われた(表-6)。傷害年金の受給率は、せいぜい20%強と思われ低かった(表-7)。介護保険については2/3が認定されており、概して要介護3以上が凡そ半数と多かった(表-8)。個々の日常生活動作については、自立は23.4%から53.9%と幅広い(表-9)。入浴と着脱がまずできなくなり、歩行機能は比較的維持されることがわかる。

表-10に示すように、合併症としては循環器疾患が最多であり、これに消化器疾患が続いた。特記すべきはてんかんが多いことであり、低めに見積もっても4%程度の若年性認知症患者が罹患している。一般人口におけるその有病率は人種を問わず0.3%程度とされるから、極めて高率である。

(2)富山県・横浜市・徳島市

富山県(表-11)、横浜市(表-12)、徳島市(表-13)については、現在1次調査の結果を受けとりつつある一方で、該当ありと回答した機関に対する2次調査用紙の発送をしている。現時点(平成20年2月2日現在)の1次調査回答率は、富山県43%、横浜市37%である。

(3)群馬県

データ補完の結果、最終的に1次では66.4%、2次では86.5%の回収率を得て、該当者数は頭部外傷例を除くと388名と算出された。人口10万対にするとそれぞれ33.5人となった。認知症の基礎疾患については、最多は脳血管性認知症、アルツハイマー病、

そして前頭葉側頭葉変性症 (FTLD) の順であった。

(4) 熊本県

全認知症患者に占める若年性認知症患者の割合は8%であった。最多はアルツハイマー病、次いで脳血管性認知症であった。また基礎疾患には老年期の認知症とは異なるものが含まれることを指摘した。その一方で、若年期発症であるが調査の時点で既に65歳を超えている患者の少なからず存在することが確認された。このことは調査結果を解釈する上で重要な知見と考えられる。

(5) 愛媛県

検討した35例の対象者の平均年齢は63歳で欧米の報告に比べ高いことが示された。若年発症FTDは全FTDの6割で、性差は認めなかった。認知機能では、MMSEスコアと下位項目である3単語再生、構成、またRCPMスコアが高齢発症FTDにおいて有意な低下を認めた。NPIスコアは高齢発症FTDで有意に高く、発症年齢に関係なく、「無為・無関心」の項目が最も高スコアであった。発症年齢の違いにより、FTDはアルツハイマー病で報告されているものとは異なる特徴があると考えられた。

II アンケート調査

(1) 家族調査の目的と方法

全国規模で、若年性認知症家族会の会員を対象に、当事者の症状(認知機能、精神・行動面、日常生活動作)と家族の問題点(経済、介護、メンタルヘルス)の実情を明らかにす

る。家族会は、北海道の「北海道若年認知症の人と家族の会」、東京の「彩星の会」、奈良県の「朱雀の会」、それに大阪府の「愛都の会」である。

2007年9月～12月に、家族会を通じて若年性認知症患者(65歳未満で発症した認知症)の家族および介護者に調査票を配布した。回収方法は2つあり、集会において一堂に会してその場で回答していただき回収するものと、後日郵送により回収したものとがある。

(2) 結果概要

これまでに家族会単位で回収がなされ、整理が済んだものは「彩星の会」と「朱雀の会」から寄せられた45の回答である。これらに限った結果を述べる。

回答者は配偶者が90%弱であり(図-4)、多くの場合回答者が単独で介護をしていた。患者さんが現在生活する場としては、自宅が3/4であり、施設、病院と続いた(図-5)。診断病名は、アルツハイマー病が76%、次いで前頭側頭型認知症が20%であったが、脳血管性認知症はほとんどなかった(図-6)。調査時点における患者の年齢は平均、標準偏差で60.8歳±5.7歳であった(図-7)。患者の推定発症年齢は55.4±4.9歳であった(図-8)。回答者の年齢は57.6±8.8歳であった。

① 診断に関して

発病に気付かれた後に、最初に訪れた機関としては医療機関が最多で80%を占めたが、市町村役場関連施設も10%を超えていた(図-9)。最終的な診断を得るまでにかかった機関数については、6割が複数であ

ったと回答した(図-10)。気付かれてから確定診断されるまでに要した時間は、1年未満が半分弱で平均では17.1±17.4ヶ月であった(図-11)。診断がなされた機関としては大学の附属病院(50%)が多く、民間病院(28%)がこれに次いだ。診療科としては精神科、神経内科がそれぞれ1/3を占め、もの忘れ外来がそれらに次いだ(表-14)。

②障害の程度

軽度と重度とがそれぞれ40%余りを占め、中等度は少なかった。なお重度であっても自宅で生活している割合が高かった。

③社会的支援に関して

介護保険は90%弱が申請しており何らかの認定がなされており、半数強は要介護3以上の判定であった(図-12)。障害手帳の取得は60%において、障害年金の受給は33%においてなされていた。特殊疾患・難病手当の受給は8.9%であった。

なお成年後見制度の利用者は4.4%と極めて低率であり、生命保険の高度障害による支払いを受けたものは15.6%とやはり低値であった。後者についてはそもそもこのような制度の存在を知らないという回答が60%を占めた。

④就労・退職について

対象となったのは、従来フルタイムで雇用されていた経験のある23名である。このうち既に解雇されたものが18名であり、5名だけが調査時点で就労を継続していた。回答がなされた15名において、発症に気付かれてから退職に至るまでの期間は、2.9

±1.9年であった(図-13)。なお28.6%については、退職後に診断が確定されていた。こうしたケースの中にはいわゆる問題行動により懲戒免職になった後に診断がなされた例もある。

退職に至るまでに福利厚生や休暇・休業の制度を利用した者は1/3程度であった。

(3) 地域包括支援センターの調査

若年認知症家ケースを何らかの形で把握し始めている自治体が約30%存在し、地域包括支援センターが把握経路としての機能を果たし始めていることが明らかになった。また、自治体として若年性認知症ケースに特化した何らかの支援策を講じているところは2割程度にとどまるがわかった。しかし少数ながら地域包括支援センターと協働しながら、若年認知症ケースを積極的に支援する取り組みを展開し始めた自治体があることが確認された。こうした取り組みとは、若年性認知症の本人や家族の相談窓口の設置、受け入れるデイサービスの推進、当事者ネットワークづくり、就労支援、住民への啓発などである。

Ⅲ 遺伝子

従来からのものも含めると、既に遺伝子300検体以上の収集を済ませている。多くはアルツハイマー病患者であり、前頭側頭型認知症の患者がこれに次ぐ。

D. 考察

I 疫学

今回の茨城県における回収率は、1次・2次ともに90%弱であり、この種の調査としては例外的に高率である。地域における若年性認知症の疫学調査は世界的にも稀である。今回の調査結果概要について従来の報告を参照しつつ考察する。

(1) 有病率

有病率については、人口10万対の値は茨城で24.5人、群馬で33.5人であった。また30-64歳の人口10万対では、茨城で50.0人、であった。このような結果は、これまでに欧米からなされた報告結果のほぼ平均的な数値であると思われる。またわが国における唯一の調査である平成7年度の調査結果と類似している。

(2) 基礎疾患

認知症の基礎疾患についての茨城・群馬における調査結果からは、最多のVaDとこれに続くADで3/4近くを占める。この結果概要については、わが国の平成7年度調査に類似している。もっとも、この調査との相違点の1つに、前回の調査ではほとんど認められていないDLB/PDDとFTLDが相当数を占めていることがある。また前回は多かったアルコール性の認知症はほとんど報告されていない点でも違いがある。

次に昨年の本研究で報告した認知症専門外来における基礎疾患の調査結果との異同に関して最も注目されるのは、専門外来ではADが最多で、これにVaDが続く点で今回の茨城・群馬の調査とは順位の逆転がみられる

点である。

(3) 留意点

本研究における最大の問題は、どこまで悉皆性を得られたかにある。とくに一定数以上の認知症患者をみている施設からは、漏れなく回答を得ることが有病率算出において極めて重要である。この点にはとくに留意し、努めた。

また1次調査に回答を寄せた機関別では、6割を占める病院・診療所が最多であった。そして病院・診療所のうち、未回答機関の標榜科名については、知りえた限りでは小児科、皮膚科、眼科が多い。つまり未回答機関はその性質上、若年性認知症患者にかかわっている可能性は低いものと推定される。さらに本県内で認知症医療に専門性を有している機関に対しては、個々に回答を依頼してほぼ全てのところから回答を得た。

最後に、今回の調査では結果の信頼性を高める目的で、発症が65歳未満であっても調査時点で65歳以上になった若年性認知症例が除外されている。また個人的な経験からは、初期例はもとよりある程度進行した例であっても未受診のことが少なくない。こうしたことを考慮すると、若年性認知症の有病率の実態は、ここに示した率以上である可能性が考えられる。

II アンケート調査

(1) 家族調査

回答者は配偶者が90%弱であり、多くは回答者が単独で介護をしていた。調査時点における患者の年齢は平均、標準偏差で60.8

歳±5.7歳であった。患者の推定発症年齢は55.4±4.9歳であった。回答者の年齢は57.6±8.8歳であった。患者が現在生活する場としては、自宅が3/4を占め最多であった。診断病名は、アルツハイマー病が76%、次いで前頭側頭型認知症が20%であった。しかし脳血管性認知症はほとんどなかった点で、地域調査とは異なる。つまり今日の日本において、若年性認知症患者とその家族のうち、家族会に入会する人々にはある傾向があるものと推定される。あるいは、脳血管性認知症の当事者と家族は別の自助組織に入っているのかもしれない。今回の解析対象からは除外した、頭部外傷などいわゆる高次脳機能障害についても同様のことが言えるものと思われる。

①診断に関して

発病に気付かれた後に、最初に訪れた機関としては医療機関が最多で80%を占め、気付かれてから確定診断されるまでに要した時間は、1年未満が半分弱であった。老年期の認知症例に比べて比較的速やかに診断されていると思われる。診断機関としては大学の附属病院の精神科、神経内科などの専門外来が最多であると考えられる。

②障害の程度

軽度と重度とがそれぞれ40%余りを占め、中等度は少なかった。なお重度であっても自宅で生活している割合が高かった。日常生活動作に何がしかの介助を要する者半数以上であると考えられる。

③社会的支援に関して

やはり成年後見制度の利用者が4.4%と低いこと、生命保険の高度障害の制度の存在を知らないという回答が60%を占めたことが注目される。今後の生活支援や啓発活動において最も注目すべき観点と思われる。

④就労・退職について

とくに注目されるのは、問題行動により懲戒免職になった例である。このようなケースでは、診断決定の後の様々な保障という観点が改めて問われるべきと思われる。また今後は、退職に至るまでの過程が法的にも制度的にもさらに整備されることが望まれる。

(2) 地域包括支援センターの調査

若年性認知症の本人や家族に対して、今後地域包括支援センターの多面的な機能を活かした総合的な取り組みが発展するものと期待される。

Ⅲ 遺伝子

収集数は300を超えたが、基礎疾患は様々でありかつ多くは孤発性例であるだけに、直ちに遺伝子解析を行っても有意な結果が得られるとは考え難い。今後は、全国レベルで関連機関から遺伝子サンプルを募ることが必要と考えられる。

Ⅳ その他

患者と家族の実態については、茨城県における2次調査と家族会の回答の結果はかなり類似しているものと思われた。

E. 結論

若年性認知症の人口10万対の有病率は茨城県では24.5人、群馬県では33.5人となった。認知症の基礎疾患については、最多は脳血管性認知症で、続くのがアルツハイマー病であった。平成8年度の報告書に比べ、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症が増え、アルコール性認知症が減少している点で差異を認めた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yasuno F, Mizukami K, Tanimukai S, Nakano S, Yamada T, Toyota Y, Asada T. The prevalence of illness causing presenile dementia: a four-center joint study in Japan. (in submission)
- 2) 児玉(鏡)千稲、朝田隆. 軽度認知機能障害・認知症の診断尺度としてのセットテストの標準化に関する検討. 認知神経学科学(印刷中)
- 3) Miyamoto M, Kodama C, Kinoshita T, Asada T. The issue of non-responders: Comparison of the prevalence of dementia and Mild Cognitive Impairment among quick-, delayed-responders, and final-nonresponders to a community survey. J Clin Neurosci (in press)
- 4) Arai A, Matsumoto T, Ikeda M, Arai Y. Do family caregivers perceive more difficulty when they look after patients with early onset dementia

compared to those with late onset dementia Int J Geriatr Psychiatry 22 : 1255-1261, 2007

- 5) Toyota Y, Ikeda M, Shinagawa S, Matsumoto T, Matsumoto N, Hokoishi K, Fukuhara R, Ishikawa T, Mori T, Adachi H, Komori K, Tanabe H. Comparison of behavioral and psychological symptoms in early-onset and late-onset Alzheimer's disease Int J Geriatr Psychiatry 22 : 896-901, 2007
 - 6) Shinagawa S, Ikeda M, Toyota Y, Matsumoto T, Matsumoto N, Mori T, Ishikawa T, Fukuhara R, Komori K, Hokoishi K, Tanabe H. Frequency and clinical characteristics of early-onset dementia in consecutive patients in a memory clinic Dement Geriatr Cogn Disord 24 : 42-47, 2007
 - 7) 谷向 知. 若年性アルツハイマー病. 日本臨床 22 (増刊号1) ; 332-335, 2008
- ### 2. 学会発表
- 1) Asada T. Pharmacological treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. 25th International Psychogeriatric Association. 18th October, 2007, Osaka
 - 2) Asada T. Aerobic exercise and memory. 25th International Psychogeriatric Association. 18th October, 2007, Osaka
 - 3) Ikeda M. "Pharmacotherapy and Psychosocial Treatment for Patients

with Fronto-Temporal Dementia (FTD)”
Seventh Annual Meeting of the
International College of Geriatric
Psychoneuropharmacology, San Diego USA,
October 30–November 2, 2007

4) Ikeda M, Tanimukai S, Hokoishi K,
Fukuhara R, Shigenobu K, Ishikawa T,
Toyota Y, Tanabe H. Change the care
burden before and after drug therapies
for BPSD Silver congress of the
International Psychiatric Association,
Osaka Japan, October 14–18, 2007

5) Ikeda M. Dementia and Driver’s License:
Controversies of social impact of
dementia “Driving and dementing
illness: an old age psychiatrist’s
perspective from Japan” Silver
congress of the International
Psychiatric Association, Osaka Japan,
October 14–18, 2007

6) Ikeda M. Comprehensive intervention for
dementia “Non-pharmacological and
pharmacological interventions in
Fronto-temporal dementia” Second
JAPAN-TAIWAN Symposium on dementia,
Osaka Japan, October 13, 2007

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表-1 茨城県の回収状況

	発送件数	回収済	回収率	未着	「有り」施設数	2次調査回収済	2次調査回収率
茨城県認知症高齢者グループホーム	242	198	81.82	44	45	41	91.11
在宅介護支援センター	156	145	92.95	11	25	22	88.00
市町村保健師連絡協議会	69	66	95.65	3	9	8	88.89
介護老人保健施設	91	80	87.91	11	28	24	85.71
老人福祉施設協議会	297	272	91.58	25	54	44	81.48
医師会医療機関	1,449	1265	87.30	184	91	75	82.42
医師会訪問看護ステーション	100	93	93.00	7	19	18	94.74
医師会ケアマネ研究会	24	20	83.33	4	4	1	25.00
民生委員	47	46	97.87	1	10	7	70.00
合計	2,475	2185	88.28	290	285	240	84.21

表-2 年齢階級別疾患別患者数

年齢階級	疾患分類														
	AD			DLB/PD			FTD			VD			others		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
30-39	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	4 (0.8)	3 (0.6)	7 (1.4)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)
40-45	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (1.6)	4 (0.8)	12 (2.3)	0 (0.0)	2 (0.4)	2 (0.4)
45-49	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (1.7)	5 (1.0)	13 (2.5)	4 (0.8)	2 (0.4)	6 (1.2)
50-54	1 (0.2)	12 (2.3)	13 (2.5)	3 (0.6)	1 (0.2)	4 (0.8)	2 (0.4)	1 (0.2)	3 (0.6)	27 (5.2)	7 (1.4)	34 (6.6)	8 (1.6)	5 (1.0)	13 (2.5)
55-59	25 (4.8)	33 (6.4)	58 (11.2)	3 (0.6)	1 (0.2)	4 (0.8)	2 (0.4)	1 (0.2)	3 (0.6)	51 (9.9)	27 (5.2)	78 (15.1)	14 (2.7)	7 (1.4)	21 (4.1)
60-64	31 (6.0)	39 (7.6)	70 (13.6)	9 (1.7)	3 (0.6)	12 (2.3)	4 (0.8)	3 (0.6)	7 (1.4)	67 (13.0)	33 (6.4)	100 (19.4)	16 (3.1)	13 (2.5)	29 (5.6)

表上段: 人数, 表下段: 割合(%)

N=516, 欠損値2(=性別不明)

* 2006年4月1日時点での年齢で算出。

** 2006年4月1日時点で65歳以上の症例はカウントせず。

表-3 疾患別発症年齢

疾患分類ごとの平均発症年齢→有意差なし。

疾患分類	平均	標準偏差	最小値	最大値	N
AD	55.1783439	4.6609441	37.0000000	64.0000000	157
DLB	56.5428571	4.2932427	50.0000000	64.0000000	35
FTD	54.6875000	6.4881302	38.0000000	62.0000000	16
VD	53.8280000	7.6066986	17.0000000	64.0000000	250

* 男女別

疾患分類	平均発症時期	Male	Female	unknown
AD	55.1 ± 4.7	56.3 ± 3.8	54.3 ± 5.0	
DLB/PD	56.5 ± 4.3	56.1 ± 4.3	56.9 ± 4.4	
FTD	54.7 ± 6.5	53.6 ± 7.3	56.5 ± 4.9	
VD	54.0 ± 7.2	54.1 ± 6.6	53.8 ± 8.4	53.0 ± 2.8

表-4 疾患別重症度

N=540, (%)

認知症の程度	AD	DLB/PD	FTD	Others	VD	合計
軽度	36 (6.67)	17 (3.15)	0 (0.00)	14 (2.59)	66 (12.22)	133 (24.63)
中等度	37 (6.85)	7 (1.30)	5 (0.93)	23 (4.26)	94 (17.41)	166 (30.74)
重度	68 (12.59)	7 (1.30)	9 (1.67)	34 (6.30)	78 (14.44)	196 (36.30)
判定困難	0 (0.00)	1 (0.19)	0 (0.00)	2 (0.37)	10 (1.85)	13 (2.41)
回答なし	17 (3.15)	3 (0.56)	2 (0.37)	6 (1.11)	4 (0.74)	32 (5.93)

表-5 現在の生活の場

N=553

生活の場	AD	DLB/PD	FTD	VD	Others	合計
自宅/在宅介護	109	26	13	105	41	294
病院/施設	50	6	4	134	37	231
すでに死亡	0	2	0	9	4	15
不明	2	1	0	6	4	13

表-6 疾患別の手帳取得状況

N=548

障害者手帳	AD	DLB/PD	FTD	VD	Others	計
なし	119	24	10	107	49	309
申請中	1	1	1	20	0	23
あり	39	7	5	136	29	216

表-7 疾患別の障害年金受給状況

N=500

障害年金	AD	DLB/PD	FTD	VD	Others	合計
なし	108	25	9	128	43	313
申請中	4	0	1	14	1	20
1級	22	2	3	23	11	61
2級	9	3	1	11	4	28
3級	1	0	1	1	1	4
不明	7	1	1	50	15	74

表-8 疾患別の要介護度認定

N=506

介護保険	AD	DLB/PD	FTD	VD	Others	合計
なし	54	20	7	42	39	162
申請中	2	0	0	19	1	22
要支援1	1	0	0	0	0	1
要支援2	0	1	0	1	0	2
要介護1	9	0	1	16	5	31
要介護2	13	1	3	25	7	49
要介護3	25	2	2	48	12	89
要介護4	17	5	3	40	8	73
要介護5	36	1	1	28	11	77

表-9 疾患別の日常生活動作の状況

		AD	DLB/PD	FTD	VD	Others	合計
歩行 N=557	自立	95	23	12	81	46	257
	一部介助	28	6	2	62	17	115
	全介助	40	6	2	115	22	185
食事 N=564	自立	80	22	9	143	50	304
	一部介助	31	6	4	71	16	128
	全介助	52	7	4	50	19	132
排泄 N=565	自立	64	17	8	76	34	199
	一部介助	34	9	3	82	25	153
	全介助	66	9	6	105	27	213
入浴 N=563	自立	54	17	5	30	26	132
	一部介助	40	7	5	114	28	194
	全介助	68	11	7	120	31	237
着脱衣 N=565	自立	57	17	7	50	31	162
	一部介助	41	7	3	97	28	176
	全介助	66	11	7	117	26	227

表-10 合併症

分類	回答数	疾患名・症状など
循環器	71	高血圧/心不全/心房細動/狭心症/不整脈 など
消化器	29	胃潰瘍/胃炎/イレウス/便秘 など
てんかん	21	
糖尿病	14	
腎機能	11	腎不全/ネフローゼ症候群 など
肝機能	10	HCV/肝硬変/肝機能障害 など
泌尿器	10	前立腺肥大/神経因性膀胱 など
呼吸器	7	肺炎/結核/肺塞栓/気管支喘息/気管支拡張症 など
腫瘍	7	子宮筋腫/
血液	7	血小板減少症/骨髄疾患 など
整形外科	7	骨折/四肢欠損 など
パーキンソン (症候群含む)	6	
膠原病・自己免疫・ アレルギー	5	RA/花粉症/甲状腺機能低下症
褥瘡	4	
その他		AIDS/重症筋無力症/脊髄小脳変性症 など

※ 複数回答あり