

20082/015A

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20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成21(2009)年 3月

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20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成21(2009)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
- (資料) 第1部 若年性認知症の有病率算出  
(茨城県、富山県、徳島市、横浜市港北区) 図表
- (資料) 第2部 アンケート調査：当事者・家族調査 図表
- (資料) 巻末資料 有病率算出 調査用紙 (1次調査・2次調査)  
当事者・家族調査 調査用紙

## 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 ----- 117  
熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野 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 ----- 139  
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 ----- 143  
愛媛大学大学院医学系研究科 谷向 知

## III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 151

## IV. 研究成果の刊行物・別刷 ----- 155

# 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

研究代表者 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

本報告書では、研究代表者が担当した2県2市の調査について報告を行い、研究分担者にはそれぞれが担当した県の調査について報告してもらう。それらをまとめ、全国有病率を算出したものを、2006-2008年度総合研究報告書で述べることにする。なお、3年間の結果概要については、以下の通りである。

本研究では、「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、を目的とした。

1)有病率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、地域の認知症の医療や保健・福祉などに係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送付し、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エイトは平均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々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。

患者の概況については、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

下での発症が約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1/3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1/3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FTD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。

次に2)当事者・患者の問題点では、若年性認知症患者とその後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が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、患者さんの認知機能・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。

以上、わが国における若年性認知症の患者数を全国における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、若年性認知症では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の個人が大部分を占める。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、まずはその回復に集中する。また医療者にも同様の傾向があったかもしれない。その結果、認知障害は副次的なもののみなされてあまり注目されなかったとも考えた。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。このVaDと比較するとき、変性性の認知症の特徴は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。

分担研究者

池田 学	熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野	教授
宮永 和夫	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

## 第1部 若年性認知症の有病率算出

### A. 研究目的

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、茨城県、富山県、徳島市、横浜市港北区において疫学的な実態を調査する。これにより今後の若年性認知症に対する施策の基礎データを提供する。

### B. 研究方法

本研究調査では、若年性認知症を「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。調査実施地域は茨城県、富山県、横浜市港北区、徳島市全域である。いずれも県もしくは市区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実施した。

すなわち認知症の医療や保健・福祉などに係る可能性がある地域の施設・機関(病院、診療所、保健所、老人保健施設、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、特別養護老人ホーム)に対して個人情報保護しつつ2段階で行った。これらの全機関にアンケートを発送した。

茨城県の調査においては2006年4月1日から同年9月30日までに対応することがあった該当者を尋ねるアンケートを同年10月に発送した。この調査をもとに、続いて富山県・徳島市・横浜市港北区において2007年4月1日～9月30日までの該当者を尋ねるアンケートを同年の10月に発送した。

1次調査では、調査対象の期間内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、全ての調査地域における全患者数を推定した。

## C. 研究結果

### I. 茨城県の結果概要

#### 1) 有病率調査の概要

1次、2次調査の回収率は89.0%と86.0%であり、その積の逆数の値(サンプルウエイト)は1.31と優れたものであった(表-A-1)。報告されたものの内調査対象として該当するのは621名であった。

得られたデータを用いて、茨城県の年齢階級別人口をもとに推定された性別年齢階級別推計患者数(20-64歳人口)によれば患者総数は779.6名(表-A-2)、10万対の患者数は、全体で43.3人(95% CI:40.4-46.5)、男性49.4人、女性35.2人であり、男性に有意に多い。

#### 2) 基礎疾患の疫学

基礎疾患では脳血管性(VaD)が最多、アルツハイマー病(AD)の認知症、そしてレビー小体型認知症(DLB)、アルコール性認知症、前頭側頭葉変性症(FTLD)と続く(表-A-3、図-A-1)。

1位であったVaDをタイプ別にみると、脳出血、脳梗塞とクモ膜下出血で90%以上を占めている(図-A-2)。

「その他」としては、頭部外傷の後遺症、感染性疾患、脳腫瘍術後と続く(表-A-4)。

#### 3) 有病率の性差(表-A-2)

基礎疾患別にみると男女差には差異がある。VaDの有病率については、男性は女性の1.4倍程度である。またADについては逆に女性の有病率が1.6倍程度高い。

#### 4) 年齢階層別の有病率(表-A-2)

40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読める。39歳以下ではこの傾向は定かでない。

#### 5) 患者の概況

まず患者の年齢分布について表-A-5に示した。推定発症年齢については、平均で53.2歳であった(表-A-6)。

調査時点での重症度(表-A-7)については、重度が36%、中等度29%、軽度25%と続く。

患者の現在の生活の場(表-A-8)については、自宅が48%、病院・施設37%で多数を占めた。

介護保険の要介護認定(表-A-9)については、「申請なし」が30%ある一方で要介護3~5が34%を占めた。身体障害手帳を所有しているもの(表-A-10)は1/3であるが、疾患分類別ではVaDでは半数と高い。

表-A-11に示すように、疾患分類別障害年金の取得状況は20%程度と高くない。自宅/在宅介護者が利用している社会的なサービスの内容としては(表-A-12)、病院・診療所と通院介護保険によるサービスが最も多い。施設入所者の受けているサービスの内訳としては(表



-A-13)、病院・診療所入院と老人ホーム等の福祉施設入所が大多数を占める。

次に日常生活動作(ADL)(表-A-14~18)については、概して40%程度が自立している半面、全面的に要介助が1/3程度という実態であった。基礎疾患別に見ると、ADとアルコール性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、心疾患と続いた。とくに高血圧は3割近い症例で認め、糖尿病も1割以上の例で認められた(表-A-19)。

## II. 富山県の結果概要

### 1) 有病率調査の概要

1次、2次調査の回収率は93.3%と86.1%であり、その積の逆数の値(サンプルウエイト)は1.25と優れたものであった(表-A-20)。報告されたものの内調査対象として該当するのは211名であった。得られたデータを用いて、富山県の年齢階級別人口をもとに推定された性別年齢階級別推計患者数(20-64歳人口)によれば患者総数は256.7名、10万対の患者数は、全体で40.2人(95%CI:35.6-45.5)、男性47.7人、女性32.9人であり、男性に有意に多い(表-A-21)。

### 2) 基礎疾患の疫学

基礎疾患ではアルツハイマー病(AD)が最多、脳血管性(VaD)の認知症、そしてアルコール性認知症、前頭側頭葉変性症(FTLD)、レビー小体型認知症(DLB)と続く(表-A-22、図-A-3)。

なお今回この2県2市調査以外に、他の研究者によって他の3県でも同じ調査が実施されたが、富山県以外ではVaDが最多で、2位がADであった。もともと男性では他の県や市区と同様の結果であった。2位であったVaDのタイプ別では、脳出血、脳梗塞とクモ膜下出血で90%以上を占める(図-A-4)。

「その他」としては、他の調査地域では頭部外傷の後遺症や感染性疾患などが多いが、富山県では脊髄小脳変性症/多系統萎縮症やハンチントン舞踏病が上位に来るのが特徴的であった(表-A-23)。

### 3) 有病率の性差(表-A-22)

基礎疾患別に見ると男女差には差異がある。VaDの有病率については、男性は女性の1.4倍程度である。またADについては逆に女性の有病率が1.6倍程度高い。

### 4) 年齢階層別の有病率(表-A-21)

40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読める。39歳以下ではこの傾向は定かでない。

### 5) 患者の概況

まず患者の年齢分布について表-A-24に示した。推定発症年齢については、平均で52.9

歳であった(表-A-25)。

調査時点での重症度(表-A-26)については、重度が約半数、これに中等度、軽度と続く。

患者の現在の生活の場(表-A-27)については、自宅が42%、病院・施設31%で多数を占めた。

介護保険の要介護認定(表-A-28)については、「申請なし」が35%ある一方で要介護3~5が半数弱を占めた。身体障害手帳(表-A-29)を所有しているものは約半数であるが、疾患分類別ではVaDでは68%と高い。

疾患分類別障害年金(表-A-30)の取得状況は1/3程度と高くないが、ADとアルコールでその傾向が強い。自宅/在宅介護者が利用している社会的なサービスの内容(表-A-31)としては、病院・診療所通院介護保険によるサービスが最も多い。施設入所者の受けているサービスの内訳(表-A-32)としては、病院・診療所入院と老人ホーム等の福祉施設入所が大多数を占める。

次に日常生活動作(ADL)(表-A-33~37)については、概して半数程度が自立している半面、全面的に要介助が1/3程度という実態であった。基礎疾患別に見ると、ADとFTD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、消化器疾患、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割以上の例で認められた(表-A-38)。

### Ⅲ. 横浜市港北区の結果概要

#### 1) 有病率調査の概要

1次、2次調査の回収率は61.6%と50.0%であり、その積の逆数の値(サンプルウエイト)は3.45であった(表-A-39)。報告されたものの内調査対象として該当するのは36名であった。得られたデータを用いて、港北区の年齢階級別人口をもとに推定された性別年齢階級別推計患者数(20-64歳人口)によれば患者総数は103.5名、10万対の患者数は、全体で48.3人(95% CI:39.9-58.6)、男性53.4人、女性42.9人であり、男性に有意に多い(表-A-40)。

#### 2) 基礎疾患の疫学

基礎疾患では脳血管性(VaD)が最多、アルツハイマー病(AD)の認知症、そして前頭側頭葉変性症(FTLD)と続く(表-A-41、図-A-5)。

2位であったVaDのタイプ別では、多い順番に脳出血、クモ膜下出血、そして脳梗塞とで90%以上を占める(図-A-6)。

「その他」としては、様々である(表-A-42)。

#### 3) 有病率の性差(表-A-41、図-A-5)

基礎疾患別にみると男女差には差異がある。VaDの有病率については、男性は女性の1.5倍程度である。またADについては逆に女性の有病率が2倍近く高い。

#### 4) 年齢階層別の有病率(表-A-40)

50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読める。49歳以下ではこの傾向は定かでない。

#### 5) 患者の概況

まず患者の年齢分布について表-A-43に示した。推定発症年齢については、平均で55.3歳であった(表-A-44)。

調査時点での重症度(表-A-45)については、軽度が約半数、これに中等度、軽度と続く。

患者の現在の生活の場(表-A-46)については、自宅が38%、病院・施設24%で多数を占めた。

介護保険の要介護認定(表-A-47)については、「申請なし」が31%ある一方で要介護3~5が30%余りを占めた。身体障害手帳(表-A-48)を所有しているものは約半数であるが、疾患分類別ではVaDでは57%と高い。

疾患分類別障害年金(表-A-49)の取得状況は不明が70%であり、これについての実態は定かでない。自宅/在宅介護者が利用している社会的なサービスの内容(表-A-50)としては、病院・診療所通院介護保険によるサービスが最も多い。施設入所者の受けているサービスの内訳(表-A-51)としては、病院・診療所入院と老人ホーム等の福祉施設入所が大多数を占める。

次に日常生活動作(ADL)(表-A-52~56)については、概して半数程度が自立している半面、全面的に要介助が1/4程度という実態であった。基礎疾患別に見ると、AD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割以上の例で認められた(表-A-57)。

### IV. 徳島市の結果概要

#### 1) 有病率調査の概要

1次のみを行った。その回収率は76.1%であった(表-A-58)。報告されたものの内調査対象として該当するのは40名であった。得られたデータを用いて、徳島市の年齢階級別人口をもとに推定された性別年齢階級別推計患者数(20-64歳人口)によれば患者総数は46.2名、10万対の患者数は、全体で29.7人(95%CI:22.3-39.6)、男性52.7人、女性21.2人であり、男性に有意に多い(表-A-59)。

#### 2) 基礎疾患の疫学

基礎疾患ではアルツハイマー病(AD)が最多、脳血管性(VaD)の認知症、そしてDLB、アルコール性と続く(表-A-60、図-A-7)。

2位であったVaDのタイプ別では、多い順番に脳梗塞、次いで脳出血とクモ膜下出血が並

ぶ（図-A-8）。「その他」としては、様々である（表-A-61）。

3) 有病率の性差（表-A-60、図-A-7）

基礎疾患別にみると男女差には差異がある。VaD の有病率については、男性は女性の 1.5 倍程度である。また AD については逆に女性の有病率が 1.2 倍程度高い。

4) 年齢階層別の有病率（表-A-59）

40 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読める。39 歳以下ではこの傾向は定かでない。

5) 患者の年齢

患者の年齢分布について表-A-62 に示した。

## 第2部 アンケート調査：当事者・家族調査

### A. 研究目的

本アンケート実施の目的は、EOD患者とその家族における生活実態を調査することで、そのウェルビーイングに何が必要なかを明らかにすることにある。

### B. 研究方法

調査内容は、患者・家族介護者の基本属性、患者の病名、現在・発症年齢、現在の機能レベル、精神症状・行動異常、介護者の介護負担度、経済負担、雇用に関する諸問題、その他である。回答は100人に依頼したがその内訳としては、家族の会の会員として、彩星の会、朱雀の会、愛都の会、ひまわりの会であった。また筑波大学の外来患者の家族5人にも依頼した。

### C. 研究結果

#### アンケート調査の結果

全部で91の回答が寄せられた(表-B-2)。しかし解析対象に該当しない例が4あった。その結果、家族の会会員では、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であった。また筑波大学の外来患者のご家族からの5回答であった。解析対象には、認知症の発症年齢が65歳未満であることを必須の条件とした。最終的に解析対象となったのは87回答である。

#### I. 基本属性など

##### 1) 回答者の概要

続柄では妻が58%、夫が25%、両方で80%を超える(図-B-1)。また回答者の80%は主たる介護者である。24%の介護者は当該患者以外にも介護している人がいると回答した(図-B-2)。

##### 2) 患者の概要

住所は全国の12都道府県にまたがっていた(図-B-3)。在宅で生活する患者が78%あり、残りは病院・施設で生活していた(図-B-4)。診断病名としてはアルツハイマー病が75%と最多であり、前頭側頭型認知症20%がこれに続いた(図-B-5)。調査時点での年齢また推定発症年齢についてはいずれも55-59歳が最多であった(図-B-6、7)。発症から確定診断に至るまでの期間としては、1年未満が最多であった(図-B-8)。これは老年期の認知症に比べて有意に短いと思われる。病気に気づいてから最初に行った場所は医療機関が82%と最も多かった(図-B-9)。受診先の選択理由について表3に示す。確定診断を受けた医療機関は、医療機関種別では民間病院と大学病院を併せて7割以上であり、診療科別では精神科、神経内科、脳神経外科の順で多かった(表-B-4)。確定診断がつくまでに受診

した医療機関数は、1ヶ所が最も多く43%であった(図-B-10)。現在の診断名がつく前に別の診断があったことがあるとした回答は28例あった。その主な内訳を表-B-5に示す。

## II. 患者の認知機能

最初に気づかれた症状はもの忘れが50%と最も多く、ついで行動の変化、性格の変化、言語障害であった(図-B-11)。最初に症状に気づいた人の内訳を表-B-6に示す。現在の認知機能について、記憶、見当識、判断力と問題解決能力、社会適応能力、家庭状況と趣味関心の5項目に注目して調査した。生活の場所から、対象を在宅、施設、病院に分類すると、認知機能はこの順番で低下していることが明らかであった(図-B-12から16)。また、在宅患者でも家庭内での生活が困難なケースは33.1%にのぼった。

## III. 患者の身体機能 (図-B-17から23)

身体機能は、排泄、食事、着替え、身づくろい、移動、入浴に注目して調査した。生活の場所から、対象を在宅、施設、病院に分類すると、身体機能はこの順番で低下していることが明らかであった。しかし在宅患者でも日常生活の機能が完全自立しているケースは7.5%に過ぎず、全介助は22.4%を占めていた。家族介護者に過大なケア負担がかかっているものと考えられる。

## IV. 患者の周辺症状 (図-B-24から33)

周辺症状の重症度と負担度(Neuropsychiatric Inventoryによる:巻末資料 問36)の関係について調査した結果を示す。生活の場所で分類したとき、症状重症度・負担度はいずれの項目についても入院>入所>在宅であった。その程度が重症だと回答された症状としては、無為・無関心>興奮>不安>易刺激性・不安定性であった。そして負担度の高い症状としては、興奮>不安>無為・無関心>易刺激性・不安定性という結果が示された。この結果は、従来から報告されてきた老年期の認知症患者の場合と類似していると思われる。また、近隣との間に何らかのトラブルが生じたという回答は24名あった。その具体的内容と患者の基礎疾患を表-B-7に示す。

## V. 経済変化と負担度 (Cost of Care Indexより経済に関する項目を抜粋して測定:巻末資料 問13)

70%以上の回答において発症後に収入が減少したことが示されていた(図-B-34)。経済に変化を与えた要因を表-B-8に示す。経済負担度の合計点に寄与するものが何かを検討した。そこで患者の年齢と推定発症年齢、回答者の年齢、経済変化の有無、教育費を必要とする家族の有無を説明変数とし、完遂66例についてステップワイズ法を用いた重回帰分析を行った(表-B-9)。その結果、決定係数( $R^2$ )は0.3となり、経済の変化の有無( $p=0.0014$ )と患者の年齢( $p=0.0144$ )が、経済負担度との関連が強かった。つまり患者の年齢が若く経済状況が悪化(減収)している場合に経済負担感がより強くなる傾向が認められた。

## VI. 回答者の抑うつおよび在宅介護例における負担度

抑うつ尺度 (The center for epidemiologic studies depression scale による: 巻末資料 問 9) の点数から判断すると、回答者の約 6 割が抑うつ状態にあると推定された (図-B-34)。この結果は極めて高率であると考えられる。

介護負担度 (Zarit 介護負担尺度による: 巻末資料 問 12) については在宅介護を行っている回答者のみを対象とした (図-B-36)。回答者の抑うつ尺度得点に寄与する要因を統計学的に検討した。そこで性別を考慮した上で、介護負担尺度得点、経済負担尺度得点、患者の周辺症状の負担度と重症度、身体機能の自立度、副介護者の有無、患者の性別、年齢、推定発症年齢、回答者の年齢、回答者が何らかの身体の病気の治療を受けているか、の 11 項目を説明変数とした。そしてアンケートを完遂した 42 例についてステップワイズ法を用いた重回帰分析を行った (表-B-10)。回答者が男性の場合、決定係数 ( $R^2$ ) は 0.3 となり、患者の推定発症年齢 ( $p=0.03$ ) と関連があった。つまり、患者の推定発症年齢が若いほど回答者の抑うつ尺度得点は高くなる傾向が認められた。一方回答者が女性の場合、決定係数 ( $R^2$ ) は 0.9 となり、介護負担尺度得点 ( $p<0.0001$ )、回答者の年齢 ( $p=0.002$ )、副介護者の有無 ( $P=0.007$ )、経済負担尺度得点 ( $p=0.01$ ) との関連が強かった。すなわち、介護負担感、回答者の年齢、経済負担感が高く、副介護者がいない場合に抑うつ度がより高くなる傾向が認められた。一方で、介護者の性別に関わらず、患者の周辺症状の重症度や身体機能の自立度、回答者の病気の治療の有無と回答者の抑うつ尺度得点とは関連は認められなかった。

## VII. 福祉・その他の制度の利用 (図-B-37 から 42)

障害者手帳の取得率は 67% であり、介護保険における要介護度認定は広く分布しており、要介護 3 が最多であった。介護保険サービスの利用状況を表-B-11 と表-B-12、あったら利用したいサービスを表-B-13 に示す。障害年金は約半数が受給しており、特殊疾患・難病手当受給率は 7% であった。また成年後見制度の利用率は 2.4% に過ぎず、生命保険の高度障害の適応も 11% と低値であった。

## VIII. 雇用者に対する質問

この解析対象となったのは 46 の回答である (図-B-43)。その内訳は、就労を継続している 7 名 (正社員・正職員 5, 嘱託 1, 自営業 1)、既に退職または解雇 39 名であった。また職場における対応については、職場から専門医の紹介はあったとするものが、8 名であり、なしは 38 名であった。なお職場の人間が最初に症状に気づいた例は、14 名うち職場から受診先の紹介があったのは 6 名であった。また発症後から退職に至るまでの過程については、個人差が大きかった。その背景には、勤務先や民間か官庁かという問題、それに関わる福利厚生制度の違いなど多くの要因があるものと思われる (図-B-44)。

## IX. 自由記載欄への家族のコメント (表-B-14)

記載の多い順で示す。1. 経済的困難・不安、2. 若年者専用の施設、若年者に対応できる施設の要望、3. 医師をはじめとする専門職の充実化(若年者に対応できる人材育成)、4. 情報不足(特に役所の窓口での制度の紹介や説明が乏しいとの訴え多数)、5. 治療薬の開発の要望、6. 支援制度の不足である。その他には、「毎日の介護で疲弊しており質問に答えるのが苦痛」、「親族による介護に報酬を認めてほしい」、「介護職員の待遇を改善してあげてほしい」などの意見があった。

## D. 考察

今回のアンケート調査の対象になった EOD 患者の多くが変性認知症に罹患している。そして多くの患者・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。VaD と比較するとき、変性性の認知症の特徴は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。こうした患者・家族のウェルビーイング実現においては課題が山積している。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ことに注意すべきである。

## E. 結論

EOD 患者の就労継続支援やリハビリテーション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も切望される。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- Ikeda A, Yamagishi K, Tanigawa T, Cui R, Yao M, Noda H, Umesawa M, Chei C, Yokota K, Shiina Y, Harada M, Murata K, Asada T, Shimamoto T, Iso H. Cigarette Smoking and Risk of Disabling Dementia in a Japanese Rural Community: A Nested Case-Control Study. *Cerebrovasc Dis* 2008, 25:324-331.
- Miyamoto M, Kodama C, Kinoshita T, Yamashita F, Hidaka S, Mizukami K, Kakuma T, Asada T. Dementia and mild cognitive impairment among non-responders to a community survey. *J Clin Neurosci* 2009, 16:270-276.
- Okumura Y, Tanimukai S, Asada T. Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with everyday conversation approaches. *Psychogeriatr* 2008; 8(3): 124-133
- Sasaki M, Kodama C, Hidaka S, Yamashita F, Kinoshita T, Nemoto K, Ikejima C, Asada T Prevalence of four subtypes of mild cognitive impairment and APOE in a Japanese Community. *Int J Geriatr Psychiatry* (in press)



- ・ Ikejima C, Yasuno F, Mizukami K, Sasaki M, Tanimukai S, Asada I. Prevalence and causes of early-onset dementia in Japan: A population-based study. Stroke (in press)
- 2. 学会発表
  - ・ Chiaki Ikejima , Fumihiko Yasuno, Katsuyoshi Mizukami , Megumi Sasaki , Satoshi Tanimukai , Takashi Asada. The prevalence and cause of pre-senile dementia in Japan. A population-based study. 11<sup>th</sup> International Conference on Alzheimer's Disease Chicago, Illinois, United State 2008. 7. 26-31
  - ・ 池嶋千秋, 安野史彦, 水上勝義, 佐々木恵, 谷向知, 朝田隆. 茨城県における若年認知症の有病者数と基礎疾患に関する調査 第23回日本老年精神医学会神戸 2008. 6. 27-28
  - ・ 野瀬真由美, 池嶋千秋, 奥村由美子, 児玉千穂, 増田元香, 朝田隆. 若年認知症患者を介護する主介護者の負担に関する検討 第23回日本老年精神医学会神戸 2008. 6. 27-28
  - ・ 池嶋千秋, 山里道彦, 谷向知, 朝田隆. Diffuse Axonal Injury 患者の記憶と遂行機能についての検討 第32回日本高次脳機能障害学会総会 松山 2008. 11. 19-20

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

文 献

- 1) 大城等, 黒沢洋一, 岩井伸夫, 能勢隆之. 鳥取県における初老期痴呆の有病率. 日本公衆衛生雑誌. 1994;41:424-427.
- 2) 一ノ渡尚道. 厚生科学研究「若年痴呆の実態に関する研究」1997
- 3) 高橋一夫, 小林祥泰, 脳卒中標準登録研究班 JSSRS group. 本邦の脳卒中の現況と変遷—脳卒中データベースより. 成人病と生活習慣病. 2005;35:391-398.
- 4) Kubo M, Kiyohara Y, Ninomiya T, Tanizaki Y, Yonemoto K, Doi Y, Hata J, Oishi Y, Shikata K, Iida M. Decreasing incidence of lacunar vs. other types of cerebral infarction in a Japanese population. Neurology. 2006;56:1539-1544.
- 5) Aho K, Reunanen A, Aromaa A, Knekt P, Maatela J. Prevalence of stroke in Finland. Stroke. 1986;17:681-686.
- 6) 橋本修二, 福富和夫, 永井正規, 中村好一, 佐々木隆一郎, 大野良之, 柳川洋. 難病の全国疫学調査に基づく患者数の推計方法に関する一考察. 日本公衆衛生雑誌. 1990;37:768-773.

## 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究

### 第1部 若年性認知症の有病率算出

(茨城県、富山県、横浜市港北区、徳島市)

#### 図表

1. 施設分類別回収率
2. 性別年齢階級別推計患者数
3. 疾患分類別年齢階級別推計患者数
4. 性別疾患割合
5. 脳血管性認知症の内訳
6. その他の疾患の内訳
7. 平均発症年齢
8. 身体障害者手帳の取得状況
9. 障害年金の取得状況
10. 介護保険の取得状況
11. 処遇
12. 自宅・在宅介護者の受けているサービスの内訳
13. 施設入所者の受けているサービスの内訳
14. 認知症の重症度
15. ADL：歩行
16. ADL：食事
17. ADL：排泄
18. ADL：入浴
19. ADL：着脱衣
20. 合併症

表-A-1 茨城県 施設分類別回答数と回収率および報告患者数

施設分類	1次母数	1次回答数	(回収率)	2次母数	2次回答数	(回収率)	報告患者数	非該当患者* 除外後
病院 (200床以上)	54	53	( 98.1 )	22	21	( 95.5 )	209	188
病院 (200床未満)	113	106	( 93.8 )	21	16	( 76.2 )	180	169
診療所	1,269	1,111	( 87.5 )	46	37	( 80.4 )	53	46
介護老人保健施設	103	91	( 88.3 )	31	28	( 90.3 )	64	58
老人福祉施設協議会	297	272	( 91.6 )	54	44	( 81.5 )	58	48
グループホーム	242	198	( 81.8 )	45	41	( 91.1 )	52	40
市町村保健師連絡協議会	69	66	( 95.7 )	9	8	( 88.9 )	23	20
医師会訪問看護ステーション	100	93	( 93.0 )	19	18	( 94.7 )	32	23
在宅介護支援センター	156	145	( 92.9 )	25	22	( 88.0 )	30	19
医師会ケアマネ研究会	25	21	( 84.0 )	3	2	( 66.7 )	1	1
民生委員	47	46	( 97.9 )	10	8	( 80.0 )	17	11
計	2,475	2,202	( 89.0 )	285	245	( 86.0 )	719	621

\*非該当患者：統合失調症6名、うつ病2名、発達障害（幼少期の髄膜炎、溺水、など）4名、現在の年齢が65歳以上32名、重複報告による除外48名

表-A-2 茨城県 性別年齢階級別推計患者数

年齢	人口		総計*				男性			女性		
	男性(n)	女性(n)	n	Pr**	95% CI***	n	Pr	95% CI	n	Pr	95% CI	
20-24	83,271	79,439	3.9	2.4	( 0.9 - 6.2 )	2.8	3.4	( 1.1 - 10.2 )	1.1	1.4	( 0.3 - 7.3 )	
25-29	96,459	88,106	9.9	5.4	( 2.9 - 9.9 )	7.4	7.7	( 3.8 - 15.5 )	2.5	2.8	( 0.9 - 9.2 )	
30-34	113,863	104,676	9.3	4.3	( 2.3 - 8.0 )	6.5	5.7	( 2.7 - 12.1 )	2.8	2.7	( 0.9 - 8.1 )	
35-39	103,033	96,091	9.8	4.9	( 2.7 - 9.1 )	4.2	4.1	( 1.6 - 10.3 )	5.6	5.8	( 2.6 - 13.1 )	
40-44	92,569	88,944	21.6	11.9	( 7.8 - 18.1 )	13.9	15.0	( 8.9 - 25.3 )	7.8	8.8	( 4.4 - 17.5 )	
45-49	94,619	91,634	45.2	24.3	( 18.1 - 32.4 )	32.3	34.1	( 24.2 - 48.1 )	12.9	14.1	( 8.2 - 24.1 )	
50-54	110,943	107,770	109.4	50.0	( 41.5 - 60.3 )	71.8	64.7	( 51.4 - 81.5 )	36.3	32.4	( 23.3 - 45.1 )	
55-59	128,545	126,070	242.4	95.2	( 83.9 - 108.0 )	139.9	108.8	( 92.2 - 128.4 )	102.5	79.1	( 65.0 - 96.2 )	
60-64	98,153	95,155	328.2	169.8	( 152.4 - 189.0 )	187.5	179.9	( 155.3 - 208.5 )	137.9	143.7	( 121.5 - 169.8 )	
20-64	921,455	877,885	779.6	43.3	( 40.4 - 46.5 )	455.4	49.4	( 45.1 - 54.2 )	309.2	35.2	( 31.5 - 39.4 )	
45-64	432,260	420,629	725.1	85.0	( 79.0 - 91.4 )	420.6	97.3	( 88.4 - 107.1 )	265.7	68.8	( 61.3 - 77.2 )	

\* 総計の報告には性別未記載を含むため男女別の報告数を足した人数とは必ずしも合致しない

\*\* Pr:人口10万人対推定期間有病率

\*\*\* 95%CI:confidence interval:95%信頼区間