

表1 前頭側頭型認知症の診断基準

I. 中核的な診断上の特徴(必須)
A. 潜在的な発症と緩徐な進行(=最低6ヵ月以上。場合によっては数年かけて顕在化することもある)
B. 対人関係上の行為が早期から障害(=礼儀作法・上品さに欠ける行為、盗食、窃盗や性行動などの反社会的行動や犯罪など)
C. 自己の行動を調節することが早期から障害(=受け身・不活発な状態だったり、徘徊などの過活動がある、また会話、歌、笑い、性欲、攻撃性の過度な増加など、日常的な行動が量的にずれている)
D. 早期からの感情鈍麻(=無関心、冷情、無表情、疎通性や共感のなさなどがみられる)
E. 早期からの病識欠如(=症状の否定、精神機能の低下で生じる社会・職業・財政面の結果に無頓着)
II. 支持的な診断上の特徴
A. 行動障害
1. 自分の保整や身なりの障害(=体臭、着衣のシミがみられたり、派手な化粧、不適切な着こなしなどがみられる)
2. 精神の硬化と柔軟性の低下(=自己中心的、他者の視点に立てない、決まりきったことに固着、新しい状況に適応できない)
3. 注意転導性の亢進(=無関係な刺激に注意が向く)と、行為の維持・持続が困難(=すぐ飽きるなどして、常時指示しないと仕事を完成できないなど)
4. 口唇傾向、食物嗜好の変化(=過食、むちゃ食い、アルコール・タバコ・飲料水の過度摂取、異食などがみられる)
5. 保続行動ないし常同行動(=手をこする、拍手、鼻歌、数を数えるなどの単純な行動と、同じ経路を徘徊、収集癖、着衣やトイレ時に儀式的行動をとるなどの複雑な行動がある)
6. 利用行動(=眼前に置かれた道具を強迫的に使用する；櫛があれば髪を梳かす、複数の眼鏡を手の上に置くと全部をかけようとする、食べ物があると際限なく食べる、電気のスイッチをつけたり消したりする、空のコップから繰り返し飲むとする)
B. 発語ないし言語
1. 発語量の変化
a. 自発語の減少と発語の簡略化(=会話を促さないと始めなかったり、話しても短いフレーズや常同的な言葉にとどまる。質問にも短い言葉で返答したり、「知らない」とのみ答える)
b. 発語の促進(=相手が話している途中でも途中で過ったり、一方的に会話を続ける)
2. 常同言語(=自発的にも、また質問に答える場合にも、会話の途中で「単一の語や句、患者が作ったまとまった話題」を繰り返すこと)
3. 反響言語(=他人がいった言葉の一部や全体を繰り返すこと)
4. 保続(=一度話した語や句が、次の話の中で再び繰り返されること。たとえば、物品名をテストしたとき、時計を見せて「時計」と答えた後、ハサミを見せても「時計」と答えるような場合をいう)
5. 減黙・無言(=発語がなかったり、発語に際し音が出ていないこと。ただし、反響言語や「残語」などの自動的な言語が残ることはある)
C. 理学的徴候
1. 原始反射(=把握、吸いつき、口とがらし反射のうち、1つ以上存在する)
2. 失禁(=尿・便の排泄に関心がないうために起こるもので、麻痺などのためではない)
3. 寡動、固縮、振戦(=これらのパーキンソン症状は末期にみられやすい)
4. 低血圧かつ不安定な血圧
D. 検査所見
1. 神経心理：前頭葉検査 [ウィスコンシン・カード・ソーティング・テスト(Wisconsin Card Sorting Test; WCST)、ストロープテスト(Stroop Color Word Conflict Test)、Trail Making Test(TMT)など]の明らかな障害あり。しかし、重度の記憶障害、失語、視空間障害はない。
2. 脳波所見：臨床的に認知症が明らかになっても正常範囲
3. 画像所見(形態ないしまたは機能検査)：前頭葉あるいは側頭葉前方、ないしその両方に異常所見が認められることが多い。

- る：櫛があれば髪を梳かす、食品は口に入れる、複数の眼鏡を手の上に置くと全部をかけようとする。
- ③スイッチを見れば押す、隙間があると物を入れ込む。
 - ④車のナンバープレートや看板の文字を見るときいちいち読んでしまう。
 - ⑤洗濯物が1枚あると洗濯し、乾燥させた後、再び洗濯機に入れる(再帰的行動)。
 - ⑥他患への質問に答えてしまう。

2. 無欲型 (apathetic form)

無気力、自発性・意欲の低下、無頓着、融通性なく保続的で、原因病巣は前部帯状回または前頭葉穹窿面(背外側面)にある。具体的な症状は以下のものである。なお、早期に失禁などの神経症状もみられる。

- ①自己の衛生や整容・保清ができなくなる。
- ②物や出来事に対する興味や関心が低下する(無関心、無頓着、無感動のためうつ病と誤診される)。
- ③平気で会社を早退する。また家庭では家事を全くしない。
- ④社交性がなくなり、引きこもる。
- ⑤無為(abulia)・無動(akinesia)状態になる。
- ⑥指示し続けないと目の前の食事を食べ続けられない(運動維持の困難)。
- ⑦空腹でも自発的に食べ物を欲求しなかったり、探さない。
- ⑧会話を維持できず、途中で止まってしまう(運動維持の困難)。
- ⑨疼痛に対して反応が低下している、または痛がらない。

3. 常同型 (stereotypic form)

同じ行動や言葉、強迫的で儀式的な傾向があり、原因病巣は下部前頭前野、前部帯状回、線条体にある。ただし、前頭葉の萎縮は軽く、線条体や側頭葉の萎縮が中心である。具体的な症状は以下のものである。

- ①時刻表的に規則的で決まった生活をする。
- ②同じ食物しか食べない(常同的食行動異常)。特に甘いものが多い。

- ③毎日同じ食事・献立をつくる。
- ④反復行動をする(反復言語、反復習字)。
- ⑤強迫的な行為があり、制すると苛立ち怒る(ただし自己内に葛藤はない)。
- ⑥同じ場所や道を散歩ないし徘徊する(徘徊と区別して徘徊ないし常同的周遊という)。
- ⑦スイッチの点滅を繰り返す。

TV 症状別の対処法

1. 介護の原則²³⁾

介護とは、発症前の社会的立場(職業の種類や地位など)を配慮した対応と、趣味や能力を考慮したりハビリの提供である。具体的には、認知症の障害の程度が影響するが、①日常生活の支援、を基本に、②その人らしさを中心に置き、尊厳を支える支援(基本的人権の享有を妨げない、安寧を最優先する、自立し、自ら問題解決していく能力を高める、自己決定・自己責任を尊重しかつ養護する)、③障害者自身のもつ能力を十分に発揮できるような支援、④障害者と介護者の希望を考慮すること、といえる。さらに、FTDを含めた若年認知症一般の行動特性を考慮した対応が追加されるべきかもしれない。具体的には、①より社会的(外出、買い物、散歩などの野外活動や社会参加。ただし、数名の小集団の活動)、②より職業的(以前従事していた職業に類似した作業やリハビリ)、③より身体的(運動やスポーツなどの身体的活動)な視点である。

2. 問題となる症状と対処法

非薬物療法の概要は、日本神経学会治療ガイドラインの中に「痴呆(認知症)疾患治療ガイドライン」の章があり、認知症患者に対する「精神療法・心理社会的アプローチ」としてまとめられている(表2)。音楽療法、パレード、レクリエーション、アクティビティは軽度や中度の認知症者に、また臨床動作法は重度、回想法は軽度に有効といわれている。これらの療法以外にも、来談者中心療法(支持的精神療法)、芸術療法(絵画療法など)、アニマルセラピー、アロマセラピー、夫婦療法、解

決思考アプローチ、光療法などが非薬物療法として考えられるが、詳細は文献に譲る¹⁾。

長田は、アルツハイマー型認知症に対する非薬物療法に関するエビデンス(根拠)を調査した結果、記憶や見当識の訓練と音楽療法については「行うことが勧められる＝お勧め度A」と評価をしているが、他の療法には根拠がない(お勧め度C)と、その有効性について懐疑的な意見を述べている。一方、FTDに関する報告は検索した範囲で見当らなかった。なお、表3は私案であるが、FTDの臨床類型の症状に基づき、代表的な対処方法をまとめてみたものである。対処ないし介入方法には非薬物療法と薬物療法があるが、いずれを主とするかは専門家により意見が異なる。筆者は環境整備>薬物療法>リハビリテーション(作業療法>レクリエーション)の順と考えているが、必要に応じて併用すべきであろう。また、前頭葉障害に対する認知リハビリテーションもFTDに応用可能と思うが、高次脳機能障害の症例での経験はあるものの、FTD患者における経験がないために保留とした¹¹⁾。

また、3臨床類型に区分されていないものの、対応困難な症状として焦燥感がある。周回や暴力・興奮の原因とも考えられる重大な症状であるため、それらに限って、世界老年精神医学会編集の『BPSD 痴呆の行動と心理症状』に述べられていた介入方法と報告者を参考までに表4に記載した⁹⁾。

3. 具体的対処方法について

1) 環境整備¹¹⁾¹²⁾

障害者の具体的欲求に、環境のほうを適応させる方法である。ストレスのない、一定した馴染みの環境がよいとする⁹⁾。通常、BPSD(behavioral psychological symptoms of dementia)の発生要因は環境因と身体因に分けられる。環境因とは、生活環境、住居環境、地域環境、家族関係、経済状態などである。まず、ケアの弊害となる要因を見出し、その人らしい生活環境を提供するために、本人と家族とともに協議する。次に、家族・介護者が介護しやすい環境を家族と協議する。その際、家族介護者の介護能力と健康状態、補助介護者の有無、以前か

表2 精神療法・心理社会的アプローチの対象となる時期

		音楽療法	回想法	臨床動作法	バリデーション	レクリエーション	アクティビティ	RO	記憶訓練
認知症の程度	軽度	○	○	—	—	○	○	○	○
	中度	○	△	○	○	○	△	○	△
	重度	△	×	○	△	△	△~×	△	×
お勧め度		B	B	—	C	A	—	B	A

○は有効、△はやや有効、×は無効、—は実施することが少ないことを表す。また、お勧め度は、日本神経学会治療ガイドラインに基づく。Aは使用が推奨されるもの、Bは使用して有効な場合もあるもの、Cは使用されているが、信頼できるエビデンスが確立していないものである。なお、—はまだ有用性の有無が検討されていないものである。

RO: reality orientation

表3 行動障害の対処方法

臨床類型	具体的症状	非薬物療法	薬物療法
1. 脱抑制型	暴力、興奮、万引	刺激の制限、環境整備	抗精神病薬
2. 無欲型	閉じこもり、無為	リハビリテーション、趣味・レクリエーション	抗うつ薬、脳循環改善薬
3. 常同型	徘徊・周回	環境整備、他の行動への転化、趣味・レクリエーション	抗うつ薬、抗精神病薬
	過食	環境整備	

表4 焦燥感に対する介入方法

BPSD	介入方法	報告者
焦燥	音楽療法	Denny (1997), Gevreaux (1997), Gerdner et al (1999), Hall (1997), Ragneskog et al (1996), Remington (1999), Tabloski et al (1995)
	感覚統合訓練	Robichand et al (1994)
	社会的相互作用の強化	Teri et al (2000)
	身体活動	Namazi et al (1994)
	マッサージ	Snyder et al (1995)
	行動療法	Teri et al (2000)
攻撃	回想療法	Gibson (1994)
	音楽療法	Clark et al (1998), Thomas et al (1997)

らの人間関係を詳細に聞き取ればよい。地域内での介護支援については、社会資源の内容、有効利用についての知識を提供できるソーシャルワーカー(SW)や精神科ソーシャルワーカー(PSW)の関与が必要である。以下、入所の際の住居環境効果についてまとめてみた。

①入所した患者が不安を感じたり違和感を感じずに安心して居られる場所であること。

部屋の中に個人の持ち物を据えつけたり、患者が以前住んでいた住居(子供のころ住んでいた自宅ないし貸家)と類似した構造や設備を用意する。これらの備品を通じ、本人は安心感を得て、抗不安薬などの薬物投与が必要でなくなったり、少量投与で十分になる可能性がある。

②徘徊などの行動障害があっても、身体的に危険がない場所を提供すること。

徘徊などの行動が活発でも、患者の安全が保たれること。徘徊を防ぐために抗精神病薬などを大量投与すると、身体面の活動を抑制して寝たきりにしたり、転倒することがあり、これらの副作用をなくすことになる。

③興奮などのBPSDを抑えることができる場所を提供すること。

家庭などで興奮状態にあった患者が入所で安心感が生まれ、興奮が抑えられるような積極的な場所であれば、さらによい施設になる。ユニットケアなどで過剰な刺激を除くだけでなく、逆に適度な刺激を与えつつ、混乱を鎮静するための環境とは、照明、温度などの物理的作用だけでなく、さまざまな要因が関与すると思われる。

抗精神病薬などの投与を減少させて過鎮静などの副作用を予防できる可能性がある。

④認知症状に配慮した構造にすべきである。

環境が単純なため、種々の情報処理が少なくすむことも大切である。認知機能が低下し、場所の見当識が障害されている患者や、不安や焦燥感、または常同的に徘徊する患者にとっては、環境が単純でわかりやすいことが必要である。同じ形の部屋の入り口にしなないこと、部屋ごとに色彩を変えること、入り口に個人の写真や、花や飾りなどの目印を掲げたりすることが有効である。これらの配慮により、認知機能改善薬(塩酸ドネペジル)を必要としなかったり、援助がなくても生活を送ることができる可能性がある。

2)FTDの症状を利用した行動障害の介護一環境依存症候群を利用した常同症・強迫行為のケア

環境依存症候群は、脱抑制型の症状の1つである。落ちつきなく、無目的に過活動する反面、他に全く興味を示さず、高度に社会性が喪失している場合もある。この現象は、周囲からの過度の刺激によって、混乱やパニックを引き起こしている状態と、過度の刺激を避けるために自己防衛的に引きこもり、自閉の中で自己を保っている状態といえ、「統合失調症」の病態によく似ている。この混乱や引きこもりは、介護者や会社の同僚の言動が契機になることがある。それはhigh EE(expressed emotion)として別の問題があるが、過度の刺激をなくし、情報を制限したり調整することは、環境が安心なものと感

じることができ、混乱を落ちつかせることはできる。

一方、このように周囲に影響を受け、本人の希望や意思と関係なく同じ行為をするというFTDの特徴は、環境を整えることによって、理想的な生活を送れる可能性も生じさせる。これは、常同行為の中で周徊、同じものの過食などの症状を消失させることができるために有用な手段である。常同症とは、周徊、常同行為や強迫行為などの行動面と、同語反復、反響言語や保続(?)などの言語面に区分可能である。言語面については、会話を中止したり他の動作を入れた後に再開するなど別会話に進むことは可能であるが、行動面の制止は本人の興奮や暴力などが生じることが多く、困難を伴う。ただ、筆者は周徊は徘徊と同様に周囲に危険な物や場所がなければ、時に休息や栄養補給を行うだけで見守ることがよいと考えている。アルツハイマー病にみられる徘徊と違い、迷子の危険性は少ないからである。また、過食、収集癖、他者の物を無断でもってくること(万引き=筆者は認知症者に「万引き」という言葉は不適当として、「失度」という言葉を使用している)なども、不必要の物を放置しないことで対応可能と思われる。

しかし、過食や同じ物を繰り返し食べ続けるなど、家庭での訂正が不可能な場合は、一度施設や病院への入所・入院などの「転地療法」が有効である。環境を変えることにより、ほとんどの患者の食習慣や生活リズムを変更できる。期間は人によって異なる。入院翌日にすぐ変更した症例もあるが、通常は1週間程度必要かもしれない。これは環境依存症候群を利用することになる。なお、生活リズムや食行動は、在宅に戻った場合、入院以前に戻る可能性が多いため、入院中に家庭内の余分な物を整理したり、不要な物は放置しないようにして、入院時の環境に類似させることも大切であろう。その結果、常同行為に近いが、よい習慣を保つことができる。

3) 今までの経験(仕事)や趣味を利用した介護¹⁾

今までの日本の介護は、老人が中心であり、本人の趣味や能力を考慮せず、一律の押しつけ型で、パターン化し、かつレクリエーション主体の介護であった。しかし、若年認知症の特性である社会的・身体的リハビリ優先に介護者が気づくことによって、発症前の社会的立場を配

慮した職業的対応が有効であることがわかってきた。池田らは常同性を利用し作業、料理、編み物などを1日の日課に組み入れる「ルーチン化療法」を提案し、他の行動障害を軽減させた¹⁰⁾。このように、家族ないし介護者が、本人が興味を示す他の適当と思われる日課や課題を加えることで、不適切と思われる行動を少なくすることは可能であるし、全体の行動障害を軽減したり、時に認知機能(記憶、遂行機能、語の流暢性など)を改善する結果がみられる。

若年認知症者は、再度就労を希望する人が多い。この希望を達成するため、筆者らは就労型支援事業として、以前従事していた職業に類似した作業を通じて、介護が可能かを検討すべきモデル事業を2007年9月より開始した。具体的アプローチは、仮想職場を用意し、退職以前の仕事の内容を考慮しつつ、現時点で本人が希望する作業内容ないし皆が話し合いで決めた仕事を提供した。これらの内容は、藤本らの認知症カフェの実践を一部参考とした¹¹⁾。その中で、FTDと診断された患者のうち2名について、経過の途中であるが、実施前と現在の間で変化した内容があるので、そのエピソードを述べてみたい。

事例1：40歳代、男性。職業は会社員。常同型。

うつ病と診断されて自宅療養していたが、3年前にA大学病院でFTDと診断されて薬物治療を受けている。筆者らの仮想会社に通勤するまでは、毎日3食とも主食はそばのみで、併せてアメ玉を毎日1箱ずつなめていた。日中は、自室に閉じこもり、昔本人が旅行で訪れたときの写真を元に絵を描き続け、家族との会話もほとんどなかった(後でわかったことだが、会話をしても言葉の意味がわからなくなったため、本人からあえて引きこもったらしい。また、中学生の息子にちょっかいを出し、反発されると暴力を振るっていたため、自然と家族との会話もなくなったらしい)。通所後、他の患者とともに昼食を食べるようになった。最初はそばのみを注文していたが、数回の会食後、皆と同じ物や皆と別なものを注文して食べるようになり、そばは全く食べなくなった。しかし、自宅では現在でもそばのみの食事が続いているという。通所当初は、作業を勧めたが拒否し、自宅よりもっ

てきた絵を一人離れて描き続けていた。なお、絵は写真を写す方法では可能だが、眼前にある静物や人物画を写すことは困難なことが判明した。まもなく他患者と会食したり会話するようになると、皆のしていた作業を手伝いはじめた。最初はこだわりが強く、自分勝手に振る舞っていたが、漸次集中して作業できるようになった。ただし、作業中は他者との会話はできず、一心不乱に作業をする状態であった。現在、気分や意欲に好不調の波があるものの、会社で最後まで過ごせ、途中で帰宅したり無断外出することはなくなっている。

事例2：50歳代、男性。職業は会社役員。無欲型。

言葉が出にくく会話が困難となったことや、書類整理も困難になったため3年前に退職した。B病院でFTDと診断されて薬物治療を受けている。デイサービスは一度行ったが、それ以降拒否し、筆者らの仮想会社に通勤するまでは、自宅に閉居して、何もせずに過ごしていた（1日中はぼんやりとしていて、食べること以外全く何もしなかったらしい）。通所初期は、コミュニケーションが困難なためか、落ちつきなく動き回っていた。1ヵ月を待たずに、本人から以前自分のしていた仕事の内容を積極的に話すようになり、会話中の語彙が増えていった。作業も集中してできるようになったが、仕事の間違いは頑として聞き入れなかった。しかし、2ヵ月過ぎたころ、他人の完成した作品を見て、突然訂正を始める機会があった。行動にこだわるため作業が遅いが、漸次スピードも速くなり、他の患者の作業にも気を配り、手伝うなど、視野の拡大と他者への配慮がみられるようになった。

なお、2人とも妻たちがいうには、生活上の行動量が増え、意欲低下と気分の波が改善したとの評価があった。介護保険でのデイサービスについては、一度行くもその後は拒否して全く行かなかったこともあり、この仮想会社通勤が可能か心配していたという。しかし、今は筆者らの仮想会社に「仕事に行く」といって楽しそうに家を出るとのことである（当然、2症例とも単独での通所は困難で、今も妻同伴で通所しているが、日中は妻は会社にはおらず、夕に迎えにくるかたちである）。ここに、藤沢らという「生活」と「ケア」と「治療」の一体化ないし相互作用を確認することができるかもしれない¹⁹⁾。



おわりに

FTDの介護は薬物療法同様に困難という意見はよく聞く。しかし、介護の原則を忠実に実行すれば、すべての患者とはいえないものの軽度から中等度のレベルでは8割程度の患者は行動障害を軽減し、認知機能の改善を図ることは可能と思う。繰り返しになるかもしれないが、介護とは障害部分に対する生活レベルでの支援である。当然のことながら、発症前の社会的立場を配慮した対応と、趣味や本人の希望、残存能力を考慮したりハビリの提供をすることが、基本中の基本である。これらに対する配慮が欠けるからこそ、無用なトラブルが起こるのである。初期のFTD(特に無欲型や常同型)には、より社会的、より職業的、より身体的な介護の視点から、デイサービスよりは仮想会社、職場や作業所、授産施設などの労働する環境が提供されるべきであろうし、中等度から重度前半のFTDや脱抑制型FTDでは、不安やパニックを起こさない安心感を与える環境が整備され、時に介護困難な場合には施設や病院で生活パターンの変更が有効ではないかと思っている¹⁹⁾。

文献

- 1) 宮永和夫：若年認知症の臨床、東京、新興出版、2007
- 2) 今井幸充：認知症ケアの標準化とスキルアップをめざして、ぐんま認知症アカデミー第2回秋の研究発表会特別講演、2007.12
- 3) 三村 将：前頭葉機能障害のリハビリテーション、老年精医誌 15：737-747、2004
- 4) Wood RL, Fussey I: Cognitive rehabilitation in perspective. Taylor & Francis, UK, 1990(清水 一, 他 訳: 認知障害のリハビリテーション、東京、医歯薬出版、238-265、1998)
- 5) 世界老年精神医学会編集、日本老年精神医学会 監訳: BPSD 痴呆の行動と心理症状、東京、アルタ出版、2005
- 6) 宮永和夫：老年期における社会的要因の臨床症状への影響、精神科治療 18：543-549、2003
- 7) 宮永和夫：若年認知症の人のケア、Home Care Med 2006 冬号、51-53、2006
- 8) Eimer M: Management of the behavioral symptoms associated with dementia. Prim Care 16: 431-450、1989
- 9) 池田 学、田邊敬貴、堀野 敬、他: Pick 病のケア;

- 保たれている手続き記憶を用いて, 精神誌 97:179-192, 1995
- 10) 黒田重利: Pick 病とその近縁疾患, 松下正明 総編集, 臨床精神医学講座(第10巻) 器質・症状精神障害, 東京, 中山書店, 106-122, 1997
- 11) 奥村典子: もの忘れクリニックにおける若年認知症患者と介護者への支援, 宮永和夫 編集代表, 若年認知症- 本人・家族が紡ぐ7つの物語, 東京, 中央法規出版, 217-231, 2006
- 12) 藤沢嘉勝, 横田 修: 前頭側頭型認知症の治療, 老年精医誌 18:616-625, 2007
- 13) 池田 学: 前頭側頭型痴呆の臨床症状と現在の治療・ケア, 老年精医誌 4(増刊号):45-53, 2003

健康な加齢の支援

宮 永 和 夫*

抄 録 健康な加齢を、「活力ある高齢化」と「生涯発達」の視点より論じた。老年期の特徴は、「病気になる、または病気になりやすい」と「死への直面・接近」であるが、「病気」で重大なものは生活習慣病のような身体的な疾患より、認知症とうつ病という脳の病気で捉えた。健康な加齢の支援に関して、その増進には、生き甲斐作り・社会参加支援と就労支援が、またその保持には、病気の予防が大切と考え、特にうつ病と認知症の予防と「健やかな脳の健康作り」について具体的な対処方法を述べた。

さらに、老年期の課題や目的については、ポジティブな評価をする東洋的な思想が良いとして、孔子や貝原益軒について述べた。 **精神科臨床サービス 8:162-168,2008**

キーワード: life-span development, active ageing, prevention of dementia and depression

はじめに

加齢を考える場合、Baltes, P. B. が1980年に提唱した生涯発達心理学 (life-span developmental psychology) の方が、Erikson, E. H. の発達課題 (developmental task) より有意義なものと映る³⁾。Eriksonの場合、青年期以前は5つに細かく区分されているものの、第8段階は60歳以上で年齢に上限はなく、次に第9番目の発達段階は存在しない。さらに、乳幼児期・児童期・青年期に関心が寄せられ、加齢に伴う成年期や老年期は、発達というポジティブなものでなく減退・衰退・退化という老化過程、すなわちネガティブなものとして捉えられる印象がある⁴⁾。確かに、Eriksonは、第8段階の老年期における課題を自我統合とし、「自己実現・個性化の過程・自我の

統合といった抽象的な概念や観念でしか捉えられない『生の目的』に、自分なりの解答を見出し、それを深く実感すること」と述べている。さらに、その課題に失敗しても絶望が英知を生むといい、老年期にも特有の危機があるが、それを克服する英知も存在すると述べている。しかし、近年、平均寿命が大幅に伸びたことを考えると、あまりにも広い年齢が同一かつ均一のものに見なされていないだろうか。

この点で、Baltesのいう「人は誕生から死にいたるまでの過程の中で、変化し発達し続ける存在である」という認識は、衰退も新たな発達と捉え、老年期の社会的適応性の研究を促進したことからも、本タイトルに沿うものであろう。また、WHO (世界保健機関) の提案した「病気はあっても可能な限り活動的な生活を送る」という active ageing (活力ある高齢化) という考え方も本タイトルに適したものかもしれない。なお、active ageingより、健康寿命 (healthy ageing)、いわゆる「病気の無い状態のまま高齢者に

みやなが かずお

*ゆきくに大和病院

[〒949-7302 新潟県南魚沼市浦佐 4115]

表1 年齢区分について

	厚生労働省	エリクソン (1902-1994)	シェイクスピア (1564-1616)	孔子 (BC 551-479)	貝原益軒 (1630-1714)
		小児期と社会	お気に召すまま	論語	養生訓
年	幼年期 (0-4歳)	乳児期 (0-1歳)	赤ん坊		
		幼児前期 (1-3歳)			
		幼児後期 (3-6歳)			
	少年期 (5-14歳)	児童期 (6-12歳)	泣き虫の小学生	惑わず (40歳)	
	青年期 (15-24歳)	青年期 (13-22歳)	恋する男		
壮年期 (25-44歳)	成年期 (22-40歳)	軍人			
齢	初老期 (45-64歳)	壮年期 (40-59歳)	裁判官	天命を知る (50歳)	下寿 (60歳)
				耳に順う (60歳)	
	老年期 (65歳以上) ・前期 (65-74歳) ・後期 (75歳以上)	老年期 (60歳以上)	間抜け翁 (老練じい) 第二目の赤ん坊 (嬰兒)	炬(のり)を踏(こ)えず (70歳)	中寿 (80歳) 上寿 (100歳)

なる」という語が^{かいしめ}贈答しているようだが、多くの高齢者は老化に伴って何らかの疾病を持つようになることは避けられず、老年期の現状には適当でないと思われる。以下、筆者は、この「活力ある高齢化」と「生涯発達」の視点より、「健康な加齢」の意味を捉えてゆきたい。

1. 区分と課題

生涯を年齢層によって区分しようとすると、報告者によって言葉と対象となる年齢層の定義はまちまちになるが、いずれが適当かは決定できないため並列的に表にした(表1)。人間が社会的動物である以上、社会の側から「各発達段階に応じて発達を遂げ学習する課題が期待され、努力して達成することが欲求される」ことも事実である。別の見方からすれば、本来、自分自身を自覚・認知するということは、他人が本人にどのように対応するかの心理面・社会面に関係し、勝手気ままの自分自身であるわけではない。我々はその時代、その社会や地域のイメージの中で、年齢相応に振る舞うのであり、半分強制される。日本の慣習を

例にとれば、行事として三日湯、御七夜、宮参り、お食い初め、七五三の祝いや幼稚園・保育所から小・中・高・大学の入学式と卒業式、それに成人式までは決まった年齢での区切りがあり、それ以降結婚や出産には区切りはないものの、老年期に入り、60ないし65歳の退職という大きな区切りとともに、還暦、喜寿、米寿、白寿等の長寿の祝いがある。もっとも今の日本ではこのような区切りを省略したり、無視したり、放置するなど伝統が崩れてきているためなのか、その年齢層での課題を持ち越したり、社会から欲求される年齢相当の振る舞いができなくなっていることも事実である。

ところで、人生の後半にある壮年期や老年期を見ると、Jung, J. は40歳前後は人生の正午であり、中年期とは老年期の準備状態であるとしているし、Maslow, A. も、老年期は特別な才能の創造、自己実現の創造であると、ポジティブに評価する流れはあるものの、シェイクスピアのように、老年期は間抜け翁、第二の赤ん坊(嬰兒)といったネガティブで皮肉なとらえ方もある¹⁰⁾。西洋は古代ギリシャ的な若さを賛歌する流れに影響され

表2 老年期の特徴

身体的課題：生理機能低下（視力、聴力、運動能力の低下など）、病気である、病気になるやすい	
精神的課題：社会的な役割の減少、愛する人との別れ、病気にかかりやすい、死への直面・接近	
認知症	リーガン
うつ病	ワシントン、ナポレオン、リンカーン、チャーチル

ていたためなのか、Erikson 流の発達心理学が中心である。日本の研究者も Erikson が好きなのか、若年期に軸足を置く人は多いようだ。

他方、アンチギリシャ的立場を代表するのは中国かもしれない。また、明治維新以前は、その影響を受けた日本にも老化に対してはポジティブな立場が存在する。筆者は、中国の代表は孔子で、日本のそれは貝原益軒と考えている⁹⁾。孔子は自分自身の経験から、15歳志学、30歳而立、40歳不惑、50歳知命、60歳耳順、70歳從心などと年齢と課題を（論語に）書き留めさせている。日本では貝原益軒が「養生訓」の中で、老年期を60歳（下寿）、80歳（中寿）、100歳（上寿）と区分し、同時に書経（尚書）を引用し、「長寿を五福の第一とする。長生きは、全ての幸福の根本である」と言っている。さらに、「50歳くらいにならないと、血気が不安定、知恵も出なく、歴史的知識にも疎く、社会の変化にも慣れていないので、間違った言も多く、行いに後悔することがしばしば。人生の道理も楽しみもない」と記し、三楽という言葉で、「善を楽しむ、健康で気持ちよく楽しむ、長生きして、長く久しく楽しむ」とも述べている。

確かに、加齢ないし老化とは、価値ある存在と厄介者としての存在の中間にある。年配者や老人が能力を持っている限りでは、ほとんどの国で尊敬される立場にあるわけだが、時として、老人の知識や経験は、社会の早い変化について行けず、早い速度で廃れていく。老年自体の経過ではなく、社会の反応の仕方に問題がある。ここに今日的悲劇が生まれる。すなわち、加齢ないし老化とは「古い人間」と同等・同義語であり、使い捨て社会となった現代、欧米とともに日本も、古代ギリシャ的な若さを賛歌する立場に近くなっている。

いずれにしても、壮年期と老年期に対する現代の意識は、古代ギリシャ的立場と、アンチギリシャ的立場の中間にあるといえる²⁾。

Ⅱ. 老年期の特徴

人は長寿になったが、老年期の特徴とは、「病気である、または病気になるやすい」ことと「死への直面・接近」でもある（表2）。老年期の課題への直面を考えると、「病気」とは生活習慣病のような身体的な疾患より、認知症とうつ病という脳の病気が最も中心的な問題のようだ。特に、認知症という「自分という主体」の崩壊は、うつ病とともに、人生の課題を遂行する上で障害となる人生の最大で最後の危機といえるかもしれない。この点で、うつ病と認知症の予防が老年期の最も重要な課題のように思えるが、逆の見方をすれば、認知症になることが「死の直面・接近」に対する一番葛藤のない解決方法といえなくもない。

スウィフトの書いたガリバー旅行記の中には、永遠に生きるラグナグ（Luggnagg）王国のストラルドブラグ（Struldbruggs）という不死人間の話がある²⁾。「彼らは、歯や髪もなく、記憶力も弱く、読むことさえ出来ない（読むうちに、初めの部分を忘れるためという）。彼らの生来の言葉は、時を経るに従って変化し、彼らはそれに追いつけないので、仲間内で意思の疎通が出来なくなっている。彼らは自分の国にいながら異邦人と同じである」と書かれている。老化すると認知症になるという認識は、すでにスウィフトの時代にあった訳であり、その特徴も正確に捉えられている。死ぬことは人生の最重要課題であるが、ストラルドブラグ人のように死ねないことも苦痛であり、人生の重要課題ではないだろうか。この課題は認

表3 健康づくり・生きがいづくり

1. 健康づくり支援

1) 健康増進事業等の推進

- ①生涯を通じた健康づくりの普及啓発
- ②生活習慣病の予防や健康づくりに関する知識の普及
- ③運動実践への動機付けを図り、運動処方作成や生活指導等を行う。

2) 生活習慣病予防対策の推進

- ①生活習慣病の予防や健康に関する正しい知識の普及のため、生活習慣改善指導教室や地区健康講座の開催など健康教育の推進
- ②基本健康診査や各種のがん検診などの健康診査事業を地域で実施
- ③心身の健康に関する様々な悩みや不安等の相談に応じて必要な助言や指導を行う健康相談

3) 寝たきり予防対策の推進

- ①閉じこもりがちな高齢者を対象にしたレクリエーションや手工芸、転倒・骨折予防のための運動療法、その他健康学習の機会の提供により、生活意欲の向上と社会参加を促し、介護の必要な状態になることを予防する
- ②地域の関係団体等と連携し、家庭訪問が必要なひとり暮らしの高齢者、閉じこもりがちな高齢者及び介護家族等を把握し、必要な保健指導を行う

2. 生きがいづくり・社会参加支援

1) 生涯学習・文化活動の推進

- ①高齢者の仲間づくり、心身の健康保持、積極的な生きがいを創造することを目的として、地域高齢者学級や専門的な学習内容を提供する高齢者大学の開設

2) 生涯スポーツの振興

- ①地域スポーツセンターや温水プール等のスポーツ施設の整備を推進
- ②高齢者スポーツ教室や高齢者対象の健康熟年体操等を実施

3) 高齢者によるボランティア活動の推進

- ①ボランティア活動の紹介、技術・技能ボランティア活動等の増進
- ②専門的知識・技能をもった高齢者リーダーを養成し、社会教育における指導者層の充実を図る

4) 生きがいづくり支援のための基盤整備

- ①老人クラブにおける地域活動や各区老人クラブ連合会を中心とする生きがいと健康づくりの取り組みなど、地域での自主的な取り組みへの支援を推進
- ②趣味を同じくする人々の地域を越えたサークル結成などに対する助言・指導や、情報収集・提供を行う

3. 就労支援

1) 能力活用及び就労あっせん

- ①シルバー人材センターにおいて、臨時的かつ短期的な仕事を提供する
- ②高齢者生きがい就労支援センターにおいて、高齢者の能力開発・向上を図るための相談・講習、就労機会の提供など情報を提供する
- ③就労と生きがいを結びつけた活動や地域でのグループ活動を支援

知症になることによって、死についての議論も起こらず、死自体への葛藤も生じないと思えるのは行き過ぎであろうか。

ところで、蛇足であるが、老年期を65歳以降とした根拠は、生物学的な意味はなく、ビスマルクが近代年金制度の年齢として採用したことに始まるようだ。年金を受ける年齢をなるべく高くすることで、あまり多くの人が年金を受け取れないように設定した歴史がある²⁾。事実、19世紀ドイツビスマルク時代の統計では、ほとんどの人は

65歳以上まで生きていなかったらしい(ビスマルク時代の判断基準を現在用いると、90歳以上という)。

Ⅲ. 健康な加齢の支援

健康な加齢の支援とは、健康な加齢の増進と、疾患発症の予防に分けられよう。

ストレス耐性チェックリスト				
(経職作氏による)				
項 目	めったにない	ときに	しばしば	いつも
冷静な判断をする	1	2	3	4
明朗である	1	2	3	4
表現するほうである	1	2	3	4
楽しい	1	2	3	4
人の顔色が気になる	4	3	2	1
前向き	1	2	3	4
うらやましがる	4	3	2	1
働くことが好き	1	2	3	4
人をとがめる	4	3	2	1
人の長所をみる	1	2	3	4
融通がきく	1	2	3	4
手紙の返事をすく早く	1	2	3	4
のんき	1	2	3	4
事実を確かめる	1	2	3	4
配慮する	1	2	3	4
感謝できる	1	2	3	4
友人が多い	1	2	3	4
家庭内不和	4	3	2	1
仕事がつい	4	3	2	1
趣味がある	1	2	3	4

20~40点 ストレスに弱い
40~50点 ふつう
50~80点 ストレスに強い

図1 ストレス耐性チェックリスト

1. 健康な加齢の増進

2000年度に始まった老人保健法の第4次計画では、①生活習慣病等の疾病予防および要介護状態になることを予防するための施策を推進することと、②「健康日本21」の目標でもある健康寿命の延伸を重点とした（「健康寿命」はすでに述べたように間違いであり、病気を持っても社会活動のできる「活力ある高齢化」が適切な言葉である）。なお、疾病の予防とは、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、高脂血症、歯周疾患および骨粗しょう症に重点を置いた取り組みと、介護予防対策の一環としての閉じこもりや転倒予防に重点を置いた保健事業である。

表3は老人保健法に示された健康づくりと生き甲斐づくりの取り組みであるが、生き甲斐づく

り・社会参加支援と就労支援の項目は健康な加齢の増進の内容として適当なものであると思う。

2. 疾患発症の予防

すでに述べたように、生活習慣病など身体的な疾患の予防も大切ではあるが、最も大切なのはうつ病と認知症の予防である^{7,8)}。

(1) うつ病の予防

うつ病は、心の風邪というより、脳内のセロトニンの低下が原因の脳疾患というように現在は視点が変化した。男性は一度40~50歳代に好発するが、再度老年期になって年齢とともに増加する。他方、女性は年齢依存的に増加する傾向にある。うつ病の発症は、ストレスの大きさと作用時間、個体の抵抗性に関連する。そのため、うつ病を予防するには、まずうつ病の知識を持ち、病識や病感を得て発症前にストレスを除去することである。なお、ストレスに対する個体抵抗性は異なり、これには身体疾患の有無、個体の状況適応能力、ストレス解消能力（趣味）、睡眠・食事などの基本的要因が関連するといわれる。2つの項目についてやや詳細に述べる。

① 個体の状況適応能力

図1はストレスに耐性があるか否かを評価する自己チェックリストである。なお、受けるストレスの大きさに関するチェックリストもあるが、詳細は省略する。

② 食事による予防方法⁷⁾

抗酸化作用を有する食物は、抗ストレス作用を有するため、これらの食物摂取によりストレスが軽減されうつ病の予防になるとと思われる。具体的な食物として、ビタミンCとE、ポリフェノール（赤ワイン）、カテキン（茶）、フラボノイド（ココア、キノコなど）などがある。また、脳の働きを良くする食べ物には、DHA（青魚）、ビタミンB群（緑黄色野菜など）、レシチン（大豆、卵黄）などがあるが、これらも認知機能の改善などを通じてうつ病の予防に有用といわれる。

脳を健やかに保つ 10 箇条

1. 頭を第一に：健康は脳から始まります。脳は身体の中でも最も大切な臓器の一つです。脳を大切にしましょう。
2. 脳の健康は心臓から：心臓によいことは脳にもよいのです。心臓病、高血圧、糖尿病、および脳卒中の予防に役立つことを毎日続けましょう。これらの病気があるとアルツハイマー病になるリスクが高くなります。
3. 測定値を大切に：体重、血圧、コレステロール、および血糖の測定値を望ましい範囲に保ちましょう。
4. 脳によい栄養を：脂肪が少なく、抗酸化物質を豊富に含む食品を摂りましょう。
5. 身体をよく動かそう：身体の運動によって、血流がよく保たれ、脳細胞の新生が促進される可能性があります。「1日に30分歩く」といったように、できることからやってみましょう。身体と心の両方が活動的になります。
6. 心に適度な刺激を：脳をよく働かせることによって、脳の活力は増加し、脳細胞同士の連絡が強化されて脳の予備能が高まります。読み書きをする、ゲームを楽しむ、新しいことを学ぶ、クロスワードパズルを解くなどが推奨されます。
7. 人とのつながりを：身体的、心理的、ならびに社会的要素が組み合わさった余暇活動に参加することが、認知症の予防に最も役立つ方法かもしれません。人付き合いを大切にしてください。
8. 頭の怪我に注意！：頭の怪我は要注意です。自動車のシートベルトをする、転ばないように家の中を整頓する、自転車に乗るときはヘルメットをかぶるなど、あなたの頭を守ることも大切です。
9. 習慣を見直そう：不健康な習慣は改善しましょう。喫煙、過量の飲酒、および不正に取引される薬物の使用は止めましょう。
10. 将来のために今日から：あなたの将来を守るために今日からできることがあるはずですよ。

布村明彦：10 ways to maintain your brain. 2006 Alzheimer's Association.
アンダーラインは著者が加えた。

図2 脳を健やかに保つ 10 箇条

3. 認知症予防

認知症はうつ病同様に年齢依存的に増加する。認知症を予防するには、認知症の原因を作らないことが第一である。身体疾患の中では、特に生活習慣病が、精神疾患の中ではうつ病が認知症の危険因子となる。また、ライフスタイルの改善、認知・身体リハビリテーション、食物摂取なども認知症に対する積極的かつ能動的な予防法になる。

①認知症の発生率を上昇する因子^{1,12)}

認知症の危険因子には、生活習慣病（糖尿病、高血圧、高脂血症）や心臓病がある。Whitmer, R. A. らの報告では、糖尿病で46%、高コレステロールで42%、高血圧で24%上昇したという。また、うつを伴うAD (Alzheimer's disease) とうつを伴わないADでは症状の進行速度が違うとする報告やうつ病があると発生率が約2倍(1.9~2.03)増えるという報告がある。

②認知症の発生率を低下する因子^{8,11)}

予防因子ないし発症制御因子にはトレーニングがあり、認知面と身体面に分けられる。いずれも脳を刺激し、脳循環を改善することで、脳機能を活発にするためであるが、最近はその刺激は海馬などにおける神経細胞新生を増加させる働きを有することが報告されている。米国アルバート・アインシュタイン大学医学部の研究チームは、週に数回トランプやチェス（将棋・囲碁）などのゲームをする（認知症の発生率0.26倍）、楽器演奏をする（同0.31倍）、小説や新聞を読む（同0.65倍）が効果的であったと報告している。

③脳を健やかに保つ 10 箇条 (図2)

米国アルツハイマー協会は、2006年度に以下のような脳を守る呼びかけをしている⁹⁾。これは、ヒトの健康は脳の健康と等しいこと、また、脳を健康を保つには、①生活習慣病の予防、②抗酸化物質等の栄養、③身体の運動、④頭の体操、⑤社会参加、⑥怪我の防止、が大切とまとめている。

おわりに

今後、健康な加齢を支援してさらなる長寿を達成することは可能になると思われるが、老年期の課題や目的についてはどうなのであろうか。Maslowは特別な才能の創造と自己実現の創造であるとし、Eriksonは自我統合、すなわち「生の目的」に、自分なりの解答を見出し、それを深く実感することとした。孔子は「心の欲する所に従えども矩を踰えず」とし、貝原益軒は「善を楽しむ、健康で気持ちよく楽しむ、長生きして、長く久しく楽しむ」と述べている。いずれも総論であり、各論、すなわち個人々の課題の中味は自らが見つけることになりそうである。

ところで、「支援」の意味について一言付け加えておきたい。支援とは社会的規範の押しつけではない。そのため自立している人に対する支援は限定、制限されると思う。あえて支援が必要とすれば、①尊厳を支える支援（基本的人権の享有を妨げない、安寧を最優先する、自立し、自ら問題解決していく能力を高める）であり、②自己決定・自己責任のもとでの本人の希望を實踐する際の協力、くらいかと思われる⁹⁾。いずれにしても、平均寿命の延長や高齢化社会が現実化した今、老年期を再区分し、せめて前期と後期高齢者における課題の議論もせざるを得ない時期がやってきたと思う。

文 献

- 1) 朝田隆, 三山吉夫, 武田雅俊: うつはアルツハイマー病の前駆症状か, 初期症状か. *Cognition and Dementia*, 4 (1): 63-71, 2005.
- 2) Barash, D. P.: *Aging: An Exploration*. University of Washington Press, 1983. (中元藤茂訳: エイジング・老いの発見, 人文書院, 京都, 1986.)
- 3) Baltes, P. B.: Theoretical proposition of life-span developmental psychology. *Developmental Psychology*, 23, 1987. (鈴木忠忠訳, 東洋, 柏木恵子編: 生涯発達心理学を構成する理論的諸観点, 生涯発達の心理学第

- 1巻, 認知・知能・知恵, 新曜社, 東京, p.173-204, 1993.)
- 4) Erikson, E. H.: *Childhood and society* (2nd ed.). W.W.Norton and Company, 1963. (仁科弥生訳: 幼児期と社会, みすず書房, 東京, 1977.)
- 5) 若年痴呆研究班編: 若年期の脳機能障害介護マニュアル, ワールドプランニング, 2000.
- 6) 貝原益軒 (伊藤友信訳): 養生訓-全現代語訳, 講談社, 東京, 2005.
- 7) 宮永相夫: 若年認知症の臨床, 新興出版, 東京, 2007.
- 8) 宮永相夫: 疫学と危険因子, 本間昭ほか編: 臨床精神医学講座第12巻, 老年精神障害, 中山書店, 東京, p.115-139, 1998.
- 9) 布村明彦: 認知症の子防, 朝田隆編著: 軽度認知障害 (MCI), 中外医学社, 東京, p.74-89, 2007.
- 10) シェイクスピア (松岡和子訳): シェイクスピア全集15, お気に召すまま, ちくま書房, 東京, p.83-85, 2007.
- 11) Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J. et al.: Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N. Engl. J. Med.*, 348 (25): 2508-2516, 2003.
- 12) Whitmer, R. A., Sidney, S., Selby, J. et al.: Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology*, 64 (2): 277-281, 2005.

第2部 各論

3. 若年認知症

宮 永 和 夫

特集

臨床に必要な
高齢者精神障害
の知識

Key words: young-onset dementia, working age dementia, BPSD, sociological characteristic nursing-care insurance program

1 はじめに

65歳以前に発症し、現在も65歳以前の年齢にある認知症を総称して若年認知症とした。65歳以前の発症であれば現時点で65歳を過ぎていても若年認知症でよいのではという意見もあるが、65歳以上になると、①介護保険が無条件で適応されること、②年金が開始されること、③一般には定年退職になること、などの老年期の社会制度が適応されるため、あえて現在も65歳以下と制限した。なお、より厳密に定義すれば、若年認知症は若年期認知症と初老期認知症に区分される。すなわち、若年期認知症とは18～39歳の間に発症した認知症性疾患の総称で、認知症の原因となる疾患の種類を問わない。また、初老期認知症とは、40～64歳の間に発症した認知症性疾患の総称で、若年期同様に認知症の原因となる疾患の種類を問わない⁷⁾。

若年認知症については、外国ではearly-onset dementiaやyoung-onset dementiaと記載されることが多いが、筆者はあえてworking age dementiaということばを新たに提唱したい。労働人口の範囲は通常15～64歳までであるが、日本では18歳未満の脳障害は制度的に知的障害として扱われる。そのため、それ以降の18～64歳が制度的に

も問題を含む。若年認知症について、年齢が単に若いだけだと、early-onsetやyoung-onsetと分けても特徴は見えない。認知症が始まったとき、その人が何をしていたかという社会的属性が大きな意味を持つためである。会社や家庭の中で社員としてまた主婦として生き、病気になった結果、失職し収入が途絶えたり、家事・育児などが困難となり家庭が崩壊するのである。この意味をもって、「働き盛りの認知症」とするのが適当と考え、working age dementiaとした。以下、若年認知症の特徴を老年期認知症と比較することで明確にしてゆきたい。

2 生物学的特徴

1. 疫学¹⁰⁾

認知症の原因となる疾患は、全体で70程度あるといわれる。認知症者の人数は高齢者に多いが、原因となる疾患の好発年齢は、若年の方が多いようである。なお、若年認知症として頻度の多い疾患にはアルツハイマー型認知症(Alzheimer's disease; AD)、血管性認知症(Vascular dementia; VaD)、レビー小体型認知症(Dementia with Lewy Bodies; DLB)、前頭側頭葉変性症(Fronto temporal Lobar degeneration; FTLD)、アルコール性認

Young-onset dementia

MIYANAGA Kazuo 南魚沼市立ゆきぐに大和病院 [〒949-7302 南魚沼市浦佐 4115]

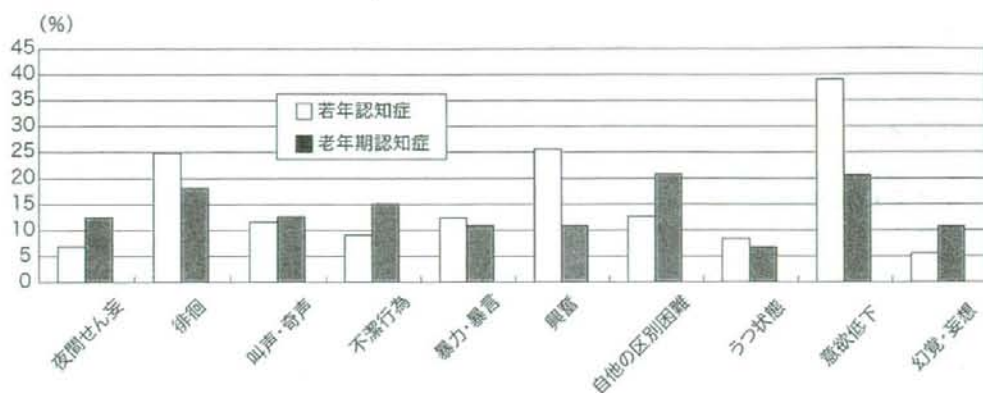


図1 若年認知症と老年期認知症の比較

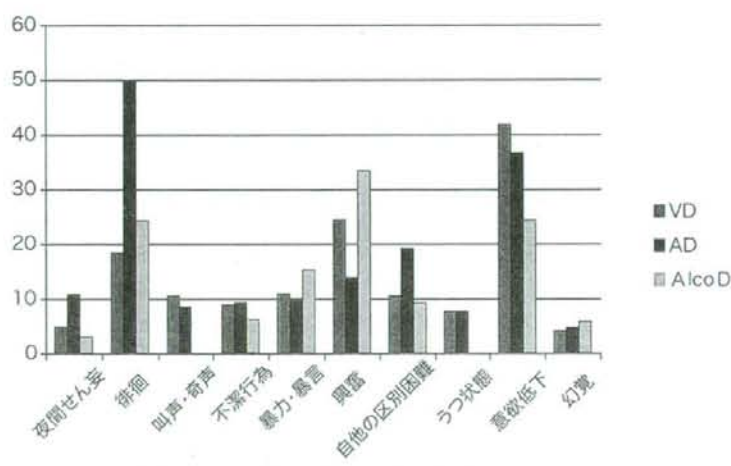


図2 若年認知症のBPSD

知症(Alcoholic dementia; AlcoD)などがある。ただ、AD、VaDとDLBは年齢依存的に増加するが、FTLDとAlcoDは50～60代が好発年齢で、80歳過ぎの発症は非常に少なくなるといわれる。また、認知症全体における割合を見ると、ADは全年齢の範囲では1/2を占めるが、64歳以下の年齢に限ると全体の1/3以下に減少する。他方、FTLDは全年齢の範囲では1/5以下であるといわれるが、64歳以下では全体の1/4～1/3に増加する。

VaDは脳血管障害に基づく二次性認知症のため、脳血管障害とVaDの発症時期はほぼ同時

期とすることができる(ただし、筆者はNINDS-AIREN基準のように3カ月以内とは厳格には考えていない)。脳血管障害は老年期に多く発症するが、原因は35歳以前と以後では異なる。すなわち、35歳以前は、脳梗塞では非アテローム性血管障害、凝固・血液粘度異常、静脈血栓症、遺伝疾患、薬物乱用が、脳出血・くも膜下出血では動脈奇形、血液疾患、もやもや病が多い。一方、35歳以降では、老年期とほぼ同じで、アテローム硬化、高血圧、糖尿病、心房細動、高脂血症、動脈瘤などが多いとされる。

2. 症状

AD, VaDとDLBは、一般に記憶障害の症状から発症するのに対して、FTLDとAlcoDは行動障害や性格変化から発症する。その結果、初期には、対人関係に関する障害はADには少なく、FTLDやAlcoDに多くみられる。さらに、若年に認知症という疾患の存在自体を知らないことによって、職場とともに家庭でのトラブルがみられたり、精神障害者や犯罪者に間違えられる例も多い。

3. BPSDの特徴^{7,12)}

BPSDは、若年認知症と老年期認知症で内容は異なるが、出現頻度は50～60%とほぼ同じである。若年認知症に多いBPSDは、徘徊、興奮や暴力・暴言、精神症状であるうつ状態や意欲低下である。反面、老年期認知症に多いのは、幻覚や妄想などの精神症状と、夜間せん妄、不潔行為、自他の区別困難である(図1)。また、若年認知症の中でBPSDの内容を比較すると、ADでは徘徊と自他の物の区別が困難が、VaDとAlcoDでは興奮が、それぞれ高頻度にみられた(図2、FTDとDLBについては調査しないので論じなかった)。

なお、筆者は2000年と2001年にオランダとスウェーデンの若年認知症専門施設(デイサービス、グループホームおよびナーシングホームなど)を訪問したが、その施設責任者などと意見交換した時、「興奮」と「暴力」は、若年認知症患者に特徴的なBPSDであると同時に、最も処遇困難な問題であることで意見が一致したことを思い出す。

認知症において、介護の困難や対応が困難になる原因はBPSDの出現である。疾患ごとに発現しやすいBPSDの内容を事前に予測しておくことや、それらの症状が発現する以前、すなわち初期の時点で、家族にその対応法を指導ないし解説しておくことは、介護によって生じる虐待や混乱を未然に防ぐうえで大切な家族教育にならう。すなわち、家族が適正な知識をもつことおよび公的介護の適切な導入は認知症者への虐待を防ぐ有効な手段と思われるからである¹¹⁾。

付け加えれば、若年認知症のBPSDに対し有効と思われる対応方法は、退職前の社会的ないし家庭内の立場を配慮しつつ、趣味や能力を考慮したりハビリである。

3 社会学的特徴^{8,9)}

1. 社会面の諸問題

社会面では、認知症が働き盛りに起こることによる社会的損失と家庭・地域の問題がある。社会的損失とは、労働力の喪失で、初期には、作業内容の間違いや情報処理スピードの低下などの形で現れる。若年認知症の場合、几帳面な性格の人が多く発症する印象があり、職場などでのミスは本人の致命的な信頼性の喪失とともに、会社自体のそれにもなり得る。

家庭問題には、経済的困窮、家族全体ないし主たる介護者の燃え尽き徴候、家庭崩壊(子の非行、介護者の精神疾患罹患、主にうつ病やアルコール依存症)、虐待などが含まれる。なお、地域問題は患者と家族を地域でいかに支えるかという今後の課題である。いずれにしても基礎に偏見が隠れている。

2. 家庭生活上の問題

休職や退職による収入減少などの経済面的問題、家庭介護せざるを得ないという介護上の問題、患者を取り巻く家族・地域社会環境の問題がある。

1) 経済的困窮

休職や退職によって収入が減ると、家族全体の生活が困難になるため、早期に社会保障に基づく公的支援制度の活用を勧めるべきである。休職による傷病手当金の申請に始まり、退職による失業保険の申請、病・医院での通院のための自立支援医療(90%の公費負担)の申請、精神保健福祉手帳の申請、そして、初診時より1年6カ月の時点以降の障害基礎年金や厚生年金の取得による生活費の支援や介護支援である。

年金に関しては通常65歳以降の支給であるが、20歳以上の国民は、精神疾患や身体疾患に罹り、初診日より1年6カ月を経て障害が残る(認められる)場合、65歳以前であっても精神障害者または身体障害者年金の申請ができる。しかし、家族の話では、通院中の医療機関が精神科でないので、何もアドバイスがなかったとか、年金の適応がないなどと最初から家族に伝える医療職もいるという。

子どもたちは学生(小中高校, または大学)で、就労していない場合が多い。子どもたちが高校や大学などに進学していれば自立したり、退学して就労する道もあるが、義務教育の場合は不可能である。学費免除は可能であろうが、自ら働いて収入を得る道はない。育英基金制度などの拡大利用が望まれる。

さらに、自宅購入などによる住宅ローンが組まれている例は多い。その結果、支払いができないとして退職金で一括支払いし、その後の生活費に事欠く状態となる事例も多くみられる。病気が進行し、高度障害(障害一級相当)になると生命保険と相殺されることがある。それまで定額払いを続けるか、銀行と相談し支払いの延長を求めるなどして、ローンの支払額を極力少なくして負債の軽減を図れるようなアドバイスも必要である。これらの問題については、認知症専門医やインフォーマルなグループである若年認知症家族会(彩星の会、愛都の会など)への相談を勧めるべきであろう。

2) 家庭生活の破綻

家族、特に主たる介護者(配偶者が多い点が、老年期認知症とは異なる)は、介護疲れで燃え尽き状態(うつ状態)になったり、心理面の問題(病気の受容)が解決できずに、アルコール依存症になったり、家庭不和などが生じることが多い。介護は、患者を一人の介護者だけでみないことが原則である。家族同志が役割や介護時間を分担し、介護者相互の燃え尽きをなくすよう指導したり、公的介護による支援をすべきである。

なお、男性の介護者の場合、他の介護者に頼らずに自らが抱え込むことがみられるが、暴力や放置などの虐待に発展することがままある。家庭内介護には、患者本人に対する支援とともに、介護者自身への支援が必要であるが、介護保険にはこの体制はないため、家族会や介護者支援センター等に相談すべきである。

また、燃え尽き状態を見ると、妻が介護者であるより夫が介護者の場合の方が少ないように思える。これは、男性より女性の介護者の方が、対象者への介護に専念することが多いためと考えられる。また、子どもは、母親が病気になった場合、

父親が病気になった場合よりも、遺伝を強く感じる傾向にあるようだ。若年認知症のケースに関しては、子どもたちへの心理的なサポートも必要と思われる。

3) 疾患に対する偏見

疾患の偏見に関して、家族内、近所・親戚など、そして医療・福祉機関など、それぞれに共通な内容がみられる。これは、「認知症は老人がなるもの」として、40～50歳代の認知症の存在を知らなかったり、認知症とはわからず、精神疾患(特にうつ病)や怠け者とみて対応することである。

さらに、家族、特に主な介護者となる配偶者は、それらの偏見のため、他者の目を気にし、家に閉じこめたり、無理を押し付けたりすることで、患者との間にトラブルや虐待がみられることが多い(表2)。

また、地域社会の人々は、病気に対する知識や理解がないために、その家族全体に偏見を持ったり、無関心を装うことも、家族を孤立させる方向に向かわせることになる。

4) 地域社会での支援体制

家庭内の支援とともに、市町村ぐるみの地域支援をどうするかは、今後の認知症における中心的な課題といえる。家庭内や施設内対応でなく、地域内対応が重視され、家族や施設職員だけの介護でなく、地域住民全体による見守りと役割分担が大切になる。まさに、認知症者も含む「住み場所作り」であるが、社会や家庭から切り離された施設隔離でなく、認知症になっても地域の中に暮らせる町づくりといえる。

介護保険の改正の流れを見ると、老人人口の増加、それに伴う認知症患者数の増加、そして施設整備が困難となる財政状況などのために、地域の皆に責任転嫁する流れが出たと考えるより、人は皆社会的動物であり、隔離・隠蔽されるべき存在ではなく、ともに社会を構成する存在であることを気づいたと考えた方がよいと思う。私は、認知症を「疾病と捉え、治療するために入院する存在」というより、「障害と捉え、ハンディを持ちながら社会生活する存在」と考えている。また、単に介護され、保護されるものでなく、社会の構成員として、自らの希望と役割を持ちつつ、社会に貢

表1 利用可能な自立支援施設

地域支援	介護給付(生活支援)	訓練等給付(職業訓練)
1. 地域活動支援センター	1. ホームヘルプ	1. グループホーム
2. 移動支援事業	2. ショートステイ	2. 就労継続支援B
3. 福祉ホーム	3. 行動援護	3. 就労移行支援
4. 公共職業安定所 (障害者雇用支援センター、障害者職業センター)	4. デイサービス(生活介護)	4. 自立訓練
5. 精神保健福祉センター(相談・支援事業)	5. ケアホーム(共同生活介護)	
6. 保健所(訪問指導、相談)		

献する存在とも考えたい。認知症者の就労のため、作業所や授産施設を整備すべきというのは、この延長上にある考え方である。

3. 就労の延長ないし再就労

1) 職場の対応

初期の場合、薬物治療などによって職場への復帰が可能になることもあり、この点は老年期認知症と転帰が異なる。しかし、現実的には、職場復帰が困難な事例が多いと思われる。職場に指導する人員はなく、また指導方法もないことも理由かもしれない。ぜひ、高次脳機能障害者の復帰プログラムのような取り組みが行われるべきである。いずれにしても、病休や休職の期間での早期退職は検討課題であろう(医療機関初診後1年6カ月以降に障害年金が取得可能になることを考慮すれば、それまでの期間の雇用継続が最低でもあるべきであろう)。

2) 再就労

本人が再度就労を希望する場合や、医師が就労可能と判断される場合には、福祉就労が勧められるべきである。現時点では、障害者自立支援法の訓練等給付(就労継続支援)や職親制度が利用可能と思われるが、使用する障がい者は少ない(表1)。医療従事者に制度を周知し、利用者を増やすべきであろう。問題点は、自立支援法の主体が市町村単位であるため、数が少ない若年認知症者が利用できる施設はゼロに近いということである。当面はモデル事業などであっても、再就労を目指すために、県単位ないし広域で訓練等給付(職業訓練)が可能な施設を意図的に作る必要があると思われる。

なお、就労の継続や再就労については、職場

の対応がさまざまであり統一的な対応は困難である。今後の重要な課題と位置づけられる。

4. 若年認知症はなぜ早く見つかるか(表2)

認知症は「発達した認知機能が再度低下した状態」であるが、認知機能の低下や行動障害や精神症状に基づく社会生活/日常生活場面での適応障害(Adjustment disorder with cognitive impairment or behaviour disturbance)と考えることもできる。すなわち、環境と人の相互作用の中で生じる疾患である。以下、どのような環境が関連し、また早期に発見されるかを述べたい。

1) 能力面での不適応

作業能力の低下、特に頭脳労働やサービス業に従事していると、単純労働や農業などの第一次産業に従事する場合より、容易に適応障害を引き起こす。記憶障害とともに、企画、応用、実行などの遂行機能や注意・記憶機能などの前頭・側頭葉の機能が初期に障害されやすいためである。それに対して、運転や機器操作などの手続き記憶はADは障害されにくいので、単純労働や第一次産業従事者は気づかれにくいと思われる。混乱などは、サービス業>工業など>農業の順に起きやすいと考えられる。

2) 他者による気づき

定年以前には、多くの人と接触することが多いため、感度の高い人(変化に敏感に反応する人など)に遭遇したり、仕事上の処理速度や正確さなどについて、同じ職場や職種で、他者と客観的に比較し評価される。反面、退職者では交際範囲が少なくなり、周囲が変化に気づく機会が少なくなり、他者と比較すべき共通の活動内容がなくなったり、評価ができにくくなる。また、家族も近親

表2 早期発見の理由

特徴	若年認知症	老年期認知症	
不適応	対人交流	・上司、同僚、友人によって軽度の 変化で気づかれやすい。	・交流が制限されるため、気づかれ にくい。
	社会活動・ 社会参加	・余暇活動などでも失敗が目につく。	・受動的な社会参加に留まったり、 閉居しているため目立たない。
	職業	・仕事の内容が高度・専門的であれ ば、より軽度の失敗でも目につき やすい。	・退職しているため、判断の場がな い。
生理	・身体疾患との区別は比較的容易で ある。 ・うつ病などの精神疾患などに間違 われることがある。	・もの忘れを老化のためと誤解す る。 ・身体疾患にマスクされる ・精神遅滞や低学歴を否定できな いことがある	
検診	・自発的・能動的である。 ・専門医へも選択して受診するこ とが可能。	・受け身、家族の感度による。 ・かかりつけ医への受診が中心 (非専門医)	
認知症についての知識(病識)	・情報量が多いため、病識を持ちや すい。	・情報が限定していたり、なかつた りするため病識は生じない。	

者も、緩徐に進行する認知症の場合、大きな失敗や場違い行動をしない限り、軽微な変化に気づくことが困難なことも多い。

ただし、初老期に多いFTDは行動障害や性格変化が初期にみられ、記憶障害が目立たないため、うつ病、統合失調症、強迫神経症などの精神疾患や、違法行為のため犯罪者に誤診される可能性は大きい。

3) 検診などの習慣があったり、受診手段や経路が多く、機会が増加する

定年以前には、人間ドックやもの忘れ外来などを能動的に受診する行動をとる。これは、定期検診などの習慣があるためである。他方、老人は、種々の条件(車の免許の制限や禁止による受診手段の欠如、自動車や電車などでの遠距離受診が困難)のため、能動的・自発的な受診は少なく、受動的な受診となりやすい。すなわち、高齢者の認知症の場合、家族や近親者が気づかない限り、放置されることが多かつたり、受診してもかかりつけ医などの非専門医受診が多く、診断ができない場合が多いと考えられる。

4) 情報を得て、病識を持つ機会が増える

高齢者は、自らが罹患している疾患に関心があり色々悩むものの、積極的に情報を収集したり、分析することはしない。若年者は、高齢者に比して、ネットや書物などによる情報を得る手段や機会を多く持て、かつ意欲や関心がある。近年、若年認知症への関心が高いのも、もの忘れ、置き忘れ、ど忘れ、などの自覚症状を有する若年期の人口が増加したことや、若年期にも認知症が発症する事実が知られたためでもある。現象があっても、それを表すことばがないと、それは存在しないのと同じである。しかしそれを表すことばや知識があれば、より強い病識が生まれ、早期受診が可能となる。これは、認知症だけでなく、うつ病や統合失調症でも同じである。うつ病や統合失調症の症状を理解し、客観視できていれば、それらの疾患が発症しても、初期ならば病識も持てるし、自発的・能動的な受診がみられるからである。

4 福祉的特徴

1. 福祉制度に対する知識の普及

若年認知症者において、介護保険による施設や