

在宅支援などの対応が制限されていることに驚く。介護保険に明記された「初老期の認知症」に関しても、「初老期認知症」を一つの疾患と考えたり、アルツハイマー病の適応を可としながら、前頭側頭型認知症(ピック病も含む)やレビー小体型認知症の病名を許可しなかったりと、福祉レベルの知識の貧困さがみられることがある。また、障害者自立支援法の利用施設が普及していないことや、手帳や通院公費制度の活用が知られていないことも問題である。たとえ本人ないし家族の希望がなくても、医療従事者(医師やMSW)は初期から福祉制度の活用を積極的に勧めるべきである。

2. 介護保険と障害者自立支援法の運営上の問題

公的支援制度を利用する場合、家の恥とか、家の中を見られたくないなど、外見を気にして、介護保険や障害者年金の申請をしないことがあるが、①誰でもなる可能性のある「普通の病気(コモン・ディージズ)」にとらえ、②早期に発見・治療することで悪化を防止し、③適正な介護方法を学び、家庭内で実践するとともに、④公的支援も受け入れて、⑤皆で支え合う、共同で対処する、という意識を持たせることが必要であろう。

発症初期には軽症のため介護対象に含まれない場合が多いが、自立支援では、前述のように、認定調査が必要でない訓練等給付(グループホーム、就労継続支援B)や地域生活支援事業、さらに市町村が独自に行うメニュー事業(地域サポート事業など)も利用可能であるため、軽度であっても、すぐ申請するよう指導すべきである。

なお、若年認知症者に対する偏見(対応が難しい、個別対応で手がかかるなど)のため、施設介護が拒否されて家庭介護せざるを得ない場合が多い。これらの場合は、地域包括支援センターや保健所などフォーマルなものとともに、若年認知症家族会やNPO若年認知症サポートセンターなどインフォーマルなものにも早めに相談を勧めるべきである。

5 医療・福祉的特徴

若年認知症を診断したり治療する場所が少ない。われわれの研究班が平成18年度に調査したときには、全国で250カ所ほどの医療機関のみが若年認知症の診断や治療が可能であると回答した。また、家族会の調査では、若年認知症はうつ病や精神障害、強迫神経症と誤診される例が多かった。初期の症状が類似していることもあり、うつ病との鑑別は最低でも必要であろう。

1. 病名・診断告知²⁴⁾

患者本人や家族にとっても、医師が診断を下す前にも種々の反応や気づきがあると思うが、本当に悩むのは診断後ないし告知後であろう。本人の反応について、エリザベス、キューブラー・ロスが述べた死に至る病(癌)や難病(筋萎縮性側索硬化症など)の告知を受けた患者と類似した過程をたどるとの前提で、表3にまとめてみた。実際、告知時の認知症の程度(理解度や判断力)により大きく違なるところもあるが、初期の患者や家族との会話を通じて、これらの反応経過をたどるのはほぼ間違いはないと思っている。また、家族の反応についても、患者との間にどの程度一体感を有するか、すなわち、精神的・物質(経済)的依存の程度がどのくらいかによって、患者と類似・共通した反応や患者の代理的な反応を示すようである。なお、若年認知症の場合、子どもたちへの影響も大きく、親の病気を受けられず、思春期などの場合不登校、非行などの適応障害を呈したり、さらには、親の病気の原因について、遺伝でないかと悩んだり、親の病気が逆に自分に原因があるのではと悩むこともあるようだ。

2. 非薬物的治療と介護

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、自ら問題解決して行く能力を高める、自己決定・自己責任を尊重しかつ養護する)、③障害者自身の持つ能力を十分に発揮で

表3 家族と患者本人の反応

	家族の反応	患者本人の反応	
告知前	1) 疑惑	患者の示す日常生活上の行動を異常と気づく。	病感(自分を病気と感ずること)や自覚がある場合に生じる。
	2) 困惑	行動異常について、原因や対応方法がわからない。	記憶の欠損に対して、生活上のことが取り繕えず、対応困難なことが生じる。
告知時	病名告知	精神的な準備がない場合、混乱・困惑を引き起こす。	本人の性格特徴、疾患についての知識、告知時の痴呆の程度(理解度や判断力)によって、この反応の内容は異なる。
告知後	1) 否認	診断内容や状態を受け入れられず否定する、また認めない。	
	2) いかり	身近に起こったという不幸な状況に対して、恨みや怒りの感情を表す。この感情は病気になった患者自身に向かうこともある。	
	3) 取引	他の疾患や状況と交代することを望んだり、祈る。	
	4) 抑うつ	疾患のことを理解したり、他の疾患に変更できないことを認めて後、不安感、悲哀感、孤独感、閉じこもり、嫌人感、意欲低下、食欲低下、睡眠障害などの抑うつ反応や状態を示す。	
	5) 受容	疾患の理解が出て、日常の対処方法を獲得する。また、関係する冊子や他者との交流などを通じて、さらに知識を深めることが始まる。また、他者の支援を受け入れるゆとりが出る。	

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⁶⁾。さらに、若年認知症には、若年認知症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⁷⁾。

1) 若年認知症の介護

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FIDの常同性を利用し作業、料理、編み物などを一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⁸⁾。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、ときに認知機能(記憶、遂行機能、語の流暢性など)を改善する効果がみられる。

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平成19年9月より開始した。具体的には、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。5カ月ほど経過したが、7名中悪化した人は2名で、他はほぼ同じ状態を保っている。なお、悪化しなかった2人について、家族の話では、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

表4 FTDの臨床類型と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（非定型）
2) 意欲低下型	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) 常同症型	徘徊・周回 過食	環境整備、他の行動への転化、 趣味・レクリエーション 環境整備	抗うつ薬、抗精神病薬（非定型）

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、夕に迎えにくる形である)。ここに、藤沢らがいう「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³⁾。

2) FTDの非薬物的治療⁷⁾

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されている。介護とは障害部分に対する生活レベルでの支援であり、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に欠けるからこそ、無用なトラブルが起こるのである。初期のFTD(特に意欲低下型や常同型)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、とき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あろうと思っている(表4)。

3) 他の疾患の治療^{7,12,13)}

記憶障害は塩酸ドネペジルで、BPSDは非定型抗精神病薬の組み合わせで大きく改善することがあるが、詳細は他に多くの論文があるので、ここでは省略した。

6 おわりに

認知症を考える場合、中期を過ぎると当事者に十分な判断力がなくなる(?)と理解されているため、無意識のうちに家族中心の対応となってくる。しかし、この時点でも患者を無視してよいわけではなく、本人が訴えたり、欲求しなくても、理解しているとの前提に立って、十分な配慮をすべきである。その視点に立てば、初期である場合には、少なくとも認知症を伴わない健常人と全く同じ対応をすべきであろうと思う。さらに、医療、福祉ともに、治療や介護の押しつけでなく、インフォームド・コンセントのうえで、本人の意思や希望を確認することが第一に必要なことであろう。

最近、老年期の認知症患者が自己主張しないのは、老人の心性ではなく、老年期の人たちが生きてきた時代的背景のためでないかと考えるようになった。70代の認知症患者を診察するとき、若年認知症と同じ意識を感じることがあるからである。近未来に団塊の世代や生涯現役の人々が認知症になったとき、老年期と若年期にどのような区別がつくのかを心配しつつ、今この文章を書いている。

特集 認知症とうつ病

若年認知症とうつ病*

● 宮永和夫**

Key Words : young-onset dementia, depression apathy, dorsolateral prefrontal syndrome

はじめに

若年認知症とは、18歳から64歳までの認知症疾患の総称である。代表的疾患として、記憶障害で発症するアルツハイマー病、レビー小体型認知症や血管性認知症と、性格変化や行動障害で発症する前頭側頭型認知症、高次脳機能障害(頭部外傷後遺症等)やアルコール性認知症などがある。

われわれの調査では、若年認知症の認知症の行

動と心理症状(BPSD)を老年期認知症のそれと比較すると、若年認知症の方に徘徊、暴力、興奮、うつ状態、意欲低下の頻度が多かった(図1)¹⁾。なお、意欲低下はうつ病の一症状でもあるが、ほかのうつ症状がみられない状態でもあるため、うつ状態と別のもとした。この際、BPSDは調査時点で認められたもので、以前に存在した症状を含めていないために、ほかの報告より低い頻度を示しているようであるが、いずれにせよ、うつ状態、意欲低下ともに若年認知症に多いという結果になった。

以下、若年認知症とうつ病の関連性について、器質面(個々の疾患にみられる特徴)と機能面(若

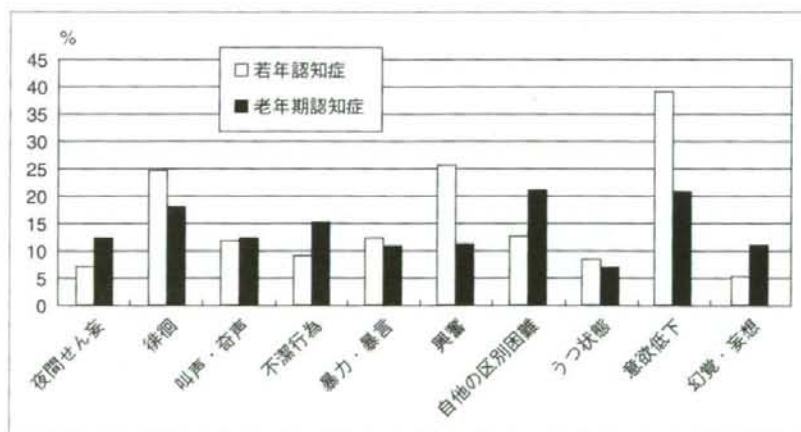


図1 若年認知症と老年期認知症の比較

* Young-onset dementia and depression.

** Kazuo MIYANAGA, M.D.: 南魚沼市立ゆきぐに大和病院 [〒949-7302 新潟県南魚沼市浦佐4115]; Minami-uonuma Municipal Yukiguni Yamato Hospital, Minami-uonuma, Nigata 949-7302, Japan.

表1 若年認知症のBPSDの頻度について

行動障害	血管性認知症 (n=528)	アルツハイマー病 (n=202)	高次脳機能障害 (n=124)	アルコール性認知症 (n=51)	老年期認知症 (n=3397)
夜間せん妄	4.8	10.7	4.3	3.0	12.5
徘徊	18.3	49.6	15.7	24.2	18.1
叫声・奇声	10.4	8.4	18.6	0.0	12.6
不潔行為	8.8	9.2	11.4	6.1	15.1
暴力・暴言	10.8	9.9	20.0	15.2	10.9
興奮	24.3	13.7	37.1	33.3	10.9
自他の区別困難	10.4	19.1	14.3	9.1	20.8
うつ状態	7.6	7.6	4.3	0.0	6.7
意欲低下	41.8	36.6	31.4	24.2	20.6
幻覚・妄想	4.0	4.6	5.7	5.7	10.7

(文献より引用改変)

年認知症者が病気を自覚したときや告知の際に示す反応)に分けて論じてみたい。

若年認知症にみられるうつ状態と意欲低下について

表1に示すように、若年認知症には、アルツハイマー病、血管性認知症、高次脳機能障害、アルコール性認知症などの疾患があり、それぞれのBPSDの頻度は異なっている(調査した時期が10年ほど前で、レビー小体型認知症と前頭側頭型認知症の診断名を採用していなかったため、ここでは含めない)。うつ病に限定すると、うつ状態は、血管性認知症とアルツハイマー病は8%、高次脳機能障害は4%で、アルコール性認知症にはみられず、全体的にはほかのBPSDと比べて頻度はやや低かった。一方、意欲低下は、血管性認知症が42%、アルツハイマー病37%、高次脳機能障害31%、アルコール性認知症24%と、ほかのBPSDと比較しても高頻度に認められた¹⁾。

なお、意欲低下の頻度に関しては、老年期の認知症と比較して、いずれの若年認知症も頻度は高かったが、血管性認知症はアルコール性認知症の約2倍も高いなど、疾患により頻度は異なるようである。

ところで、若年認知症が老年期の認知症よりうつ病(うつ状態+意欲低下)が多い理由は不明である。確かに、認知症の種類や程度が若年期と老年期で同じ割合になっていないことが一因かもしれない。しかし、ほかのBPSDをみると、徘徊と興奮が若年期に多い反面、夜間せん妄や

幻覚妄想は老年期に多くみられることは日常の臨床現場でも実感できるし、理解できる。すなわち、前者の徘徊と興奮は、若年期のエネルギーの量の多さや身体疾患の少なさから、同様に、後者の夜間せん妄や幻覚妄想は意識レベルの障害から説明できる。しかし、意欲低下については、老年期より若年期の方が頻度が多いのである。若年期のエネルギーの量を考えるかぎり、意欲低下は老年期の方に多く存在すべきであるが、実際は逆となり、この理由は説明できなかった。ただ、実際の日常生活の場面では、意欲低下状態の人が、理由なく多動になったり、徘徊することもある。まさに、多動と寡動の両者が混在し、理由が明らかではないままにスイッチが切り替わることは経験される。

うつ状態と意欲低下の相違点

うつ病全体として認知症との関係を論じる前に、うつ状態と意欲低下の相違点についてまとめておきたい。われわれの調査結果では、うつ状態の頻度が低かったが、意欲低下の頻度は高かった。うつ病とは、①感情(不安・焦燥感、うつ気分)、②欲動(興味や関心の低下・喪失、行動制止)、③思考(思考力・集中力の低下)など、広範囲な障害を示す疾患群である。一方、意欲低下とか無気力とか無感動と訳されるアパシーとは、一般的には欲動の障害の一種である。感動や興味を示すべき環境に対して無関心、無感動、無興味、無表情の症状を示すことであり、自発性に欠け、寡動であり、感情や情動反応が

表2 認知症にみられるうつ状態とアパシーの頻度

1. 皮質認知症	
(1)アルツハイマー病	気配りでできていた人が急に粗野な態度を取ったり些細なことで感情を爆発させることがある。通常は、性格の尖鋭化がみられる。ただし、対人接触は良好なことが多い。アパシーが多く、ときにうつ状態がみられる(5~15%)。博野らは、アパシー78.8%、うつ40.4%としている ⁴⁾²⁰⁾ 。
(2)前頭側頭型認知症(無欲型)の症状	無気力、自発性・意欲の低下が中心症状。アパシーは70%にみられるとの報告もある ²¹⁾ 。ほかに、無頓着、融通性なく保続的行為もみられる。無欲型の原因病巣は前部帯状回または前頭葉穹窿面(背外側面:8,9,10,46野)である。
2. 皮質下認知症	
(1)ハンチントン舞踏病	うつ状態が中心症状である(全体の1/3)。ときに躁症状もある。記憶障害とともに前頭葉症状がみられる ²²⁾ 。
(2)進行性核上麻痺	アパシーやうつ状態を伴う人格障害が中心症状である。忘れっぽさ、緩徐な精神機能の低下を伴う ²²⁾ 。
(3)パーキンソン病	行動開始の困難さ、物覚えの悪さ、反応の遅延、語想起・構成障害、概念の抽象化や形成の障害がみられる。うつ症状がみられる(40~60%)が、反応というより基底核障害の症状である ²²⁾ 。
(4)ウイルソン病	不活発あるいは緩慢な精神機能で、記憶障害、集中力低下がみられる。アパシーとともに多幸的なことがある ²²⁾ 。
3. 皮質・皮質下認知症の混合	
(1)血管性認知症	ビンスワンガー型、多発梗塞型、限局性梗塞型などに分類される。うつの合併は外側前頭前野と基底核の病変が関与するとされる。とくに左側による。他方、右側の損傷は内因性うつと区別がつかないという。側頭葉底面から側頭極の代謝の変化に伴い、セロトニン受容体の変化が生じるためにうつ状態となるといわれている。日本では15~46%(平均25%)、欧米ではやや多く、16~72%(平均34%)といわれる。アルツハイマー病より数倍うつが多い。ただし、ビンスワンガー型や多発梗塞型はうつ状態より、アパシーがより頻度が多いという ⁴⁾ 。
(2)高次脳機能障害(脳外傷後遺症)	太田は発動性減退-感情鈍麻型が72.5%、Prigatanoらは自発性喪失および無関心を10~38%とアパシーが多い。うつ状態は26%という ²³⁾ 。
(3)正常圧水頭症	初期には、注意力低下やアパシーがみられるが、うつ状態は稀である。皮質下認知症が特徴的だが、ときに皮質認知症の症状もみられる ²³⁾ 。

注意:頻度は老年期の認知症の報告しか見られなかった。なお、記載されている比率はあくまで検索した範囲の報告であり、全体の代表になるかは不明である。

鈍麻している状態をいう。結局、うつ病とは、
①うつ状態(抑うつ感情や不安焦燥などの感情面)、
②アパシー(意欲低下、興味・関心の低下などの欲動面)、および③思考面の障害と置き換えることができる。

一般に認知症はうつ状態ないしアパシー(意欲低下)で発症するが、疾患により違いが認められることも知っておくべきである。すなわち、アパシーからの発症が多いものは、皮質認知症に属するアルツハイマー病や前頭側頭型認知症で、うつ状態からの発症の多いものは、皮質下認知症に属するハンチントン舞踏病やパーキンソン病である。しかし、ウイルソン病は皮質下認知症であるが、アパシーが多く、さらに皮質性・

皮質下認知症の両者が混在する血管性認知症、高次脳機能障害や正常圧水頭症では、アパシーが多いといわれている。この結果をみると、うつ状態かアパシーかの区別は、皮質性認知症か皮質下認知症かではないようである(表2)。

また、うつ状態がみられるのは認知症の時期が関係するとされる。すなわち、抑うつ気分、罪業妄想、希死念慮などの感情障害、いわゆるうつ状態がみられるのは軽度認知症やMCIに多く、一方、興味減退や思考・集中力低下など、いわゆるアパシーは中等度から重度認知症に多くみられるという²⁴⁾。血管性認知症に関する報告では、認知症に先行してみられるうつ症状は睡眠障害とうつ気分であるが、認知症が進行する

名称	背外側前頭葉回路 (管理機能回路)	眼窩脳回路 (行動規制回路)	前部帯状回路 (辺縁系回路)
回路	背外側前頭前野皮質 尾状核頭部背外側 淡蒼球外背内側 黒質吻側 視床前腹側/外背側	外側眼窩皮質 尾状核腹内側 淡蒼球内背内側 黒質吻内側 視床前腹側/外背側	前部帯状回皮質 側坐核 淡蒼球吻内節 淡蒼球腹外節 黒質吻外側 視床前腹側/内背側
特徴的症狀	遂行機能, 運動プログラミングの障害	易刺激性と脱抑制	無関心, 発動性低下
臨床症状	1. 保続 2. 頑固さ 3. 具体性 4. 言語活動の障害, ブローカー失語 5. 口部失行 6. 持続不能	1. 不注意 2. 被伝導性・脱抑制 3. 多幸性 4. 衝動性 5. 人格解離 6. ひょうきん 7. 無責任 8. 不適切さ	1. 無言(両側) 2. 無感情・緩慢さ 3. 無為・怠惰 4. 自発性喪失 5. 言語の流暢性低下 6. デザイン失流暢 7. 超皮質性運動失語(左側) 8. 情動減弱
疾患の種類	FTD, VD, パーキンソン病に みられる	FTD, ハンチントン舞蹈病に みられる	FTD, VD, パーキンソン病に みられる

図2 前頭葉に関する回路

(文献¹⁰⁾より引用改変)

とうつ気分は目立たなくなり代わりに意欲低下や心気傾向が認められるようになる²⁾。

以上の点から、認知症にみられるうつ病を論じる場合、うつ状態とアパシーの両症状を含んで考えるべきであろう。ただし、うつ状態とする場合は、絶望感や悲哀感などの感情障害、自己評価の低下、罪業感、自殺念慮がある場合に限る方がよいかもしれないし、自己の認識ができる認知症の初期に限定する方がよいかもしれない⁴⁾⁵⁾。アパシーについては、初期からみられる場合もあるが、重度になると大多数の例にみられるため、認知症の共通症状としてよいと思われる。もちろん、前頭側頭型認知症の一部(脱抑制型)のように、病識がなく、かつ、うつ状態やアパシーをまったく認めずに進行する認知症も存在することは知っておくべきである。

なお、アパシーの原因病巣は前頭前野凸面、

内側部(前部帯状回 24, 32)および側頭葉前方部に限局するといわれる⁶⁾。一方、うつ病の原因病巣については、諸説はあるものの、前頭葉の極部(左側>右側)が中心で、ほかに辺縁系(扁桃体・海馬)、基底核や脳幹部(縫線核)など広範囲が関係するとされる⁷⁾。もっとも、うつ病はアパシーを含むため、前頭前野や前部帯状回も巻き込むことはいうまでもない。ペローらは皮質-線条体-淡蒼球-視床-皮質回路(CSPTC)を情動回路と報告しているが⁸⁾⁹⁾、カミングはより詳しく前頭葉と皮質下領域を結ぶ5通りの回路を報告している⁹⁾。その中でアパシー(意欲低下)に関連する回路は図2¹⁰⁾に示すように両側の回路(背外側前頭葉回路と前部帯状回路)であり、他方、真ん中の回路(眼窩脳回路)は、脱抑制やそう症状に関係するといわれる。これらの回路はいずれもFTDなど前頭葉機能障害を呈する疾患

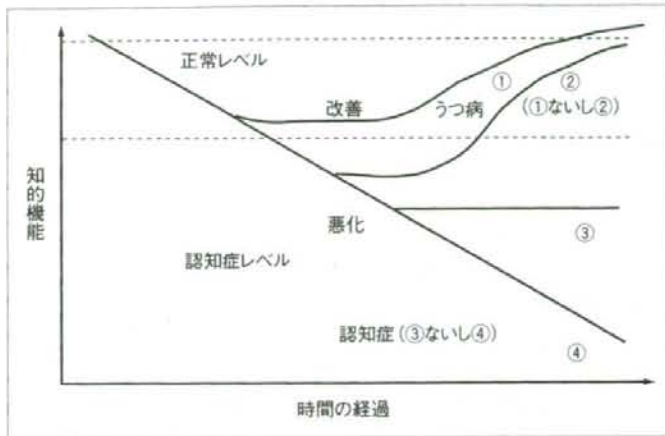


図3 認知症とうつ病(うつ状態)の関係

において、早期より障害を認めると報告されている。感情面の障害が目立たなくなり、意欲低下などアパシーの症状が中心になるのは、これら前頭葉と皮質下領域を結ぶ2つの回路の障害が強まることや、これらの回路が他の症状の発現を押さえるものと考えられる。

うつ病と認知症

Alsenらは、「いわゆる老年期うつ病」と器質性症状の関係について、①偶然の合併、②器質性変化による内因性うつ病の誘発・外因性(器質性)うつ病の発症・うつ素質の強化による内因性うつ病の顕現化、③内因性うつ病により器質性変化の顕現化、④器質性変化に対する抑うつ反応(病識の意味か?)の4つの可能性を示した¹³⁾。

最近の流れをみると、「いわゆる老年期うつ病」は認知症の一症状ととらえる立場が優位である。すなわち、Alsenらの分類では、②の中の器質性うつ病に近いと思われる。しかし、私は①の合併症ととらえる立場が完全に否定されるものではなく、両説とも成り立つ場合もあると思っている。ただし、認知症の合併症ないし併存疾患とする根拠には、反論が多いことも事実である。たとえば、認知症であっても抗うつ薬によってうつ状態の改善がみられるため、合併とする説に関して、うつ症状とともに認知機能の改善もみられること、さらに抗うつ薬が海馬歯状回の

細胞新生(神経幹細胞の増殖)を亢進してエピソード記憶などを改善するとの観点より、認知症の一症状を支持するとの反論がある¹⁴⁾。また、うつ病ないしうつ状態がみられる方が、みられない例より認知症の進行度が早いという合併説¹⁵⁾に関しては、うつ状態を呈する病態の方が、より広範囲の器質的変化を伴っているためではないかという反論がある。

一方、うつ病の方からみると、仮性認知症ないし偽認知症と称される一群のうつ病があり、認知症と区別困難な記憶障害や語想起・計算・抽象思考の障害がみられる。これらを、うつ病でなく認知症ないし軽度認知症(MCI)と診断し、そこにうつ状態が合併したと考えることは無理である。なぜなら、うつ病が回復すると低下していた認知機能がすべて改善するし、その後の再発をみない場合もあるからである。しかし、「いわゆる老年期うつ病」に限定すれば、記憶や情報処理の障害が7割程度にみられ、うつ症状が改善しても、その中の3割は障害が続くという報告もある¹⁴⁾。また、うつ病全体でなく、「いわゆる老年期うつ病」のみに限定した予後を見ると、完全に回復するのは42.6%(26~59%)だけで、残りは、21.7%(13~37%)が再発し、29%(15~41%)が慢性化して、死亡や認知症化する例が多いという報告もある¹⁴⁾。これが事実とすれば、老年期に発症したうつ病の約半数は、本来

のうつ病でなく、仮性うつ病(認知症であるがうつ状態が優位でうつ病と診断されるもの)と考えてもよいかもしれないことになる。

大森は、認知症とうつ病を区別するものとして、①発症の順序：うつ症状が先にみられるのはうつ病、記憶障害の後にうつ症状がでるのは認知症、②感情面：持続するのはうつ病で、持続しないのは認知症、③神経学的症状：ないのはうつ病、あるのは認知症、④うつ病の既往歴：うつ病に多くみられるが、認知症では少ない、⑤自殺傾向：うつ病に多く、認知症はまれ、⑥夜間増悪：するのは認知症、うつ病ではない、などをあげており、鑑別に有用と思われる¹⁵⁾。

結局、うつ病と認知症を統一的にみると、長期間の経過を観察し、改善すればうつ病の診断となり、改善しないで記憶障害などが前面に出れば認知症の診断になると考え、診断は横断面でなく縦断面から考えていく過程が順当なのかもしれない(図3)。いずれにせよ、うつ病と認知症は相互に影響し合っていることは事実である¹⁶⁾。

反応によるうつ

うつ病の発生状況因子については、①職業上の要因(過労、定年、仕事上の失敗など)、②家庭内要因(家族の病気、子の独立、家族内の葛藤、家の新築など)、③身体的要因(病気への罹患、身体的侵襲、入院の体験など)があげられ、中高年(いわゆる若年)では①や②が、老年期では③の因子がより関係するといわれる¹⁵⁾¹⁷⁾。

若年認知症の初期をみると、記憶障害を自覚していることも多く(病識があり)、疾患の重大性を理解して、反動的にうつ状態となったり、または家族、近隣や職場の人との交流の中で、挫折などで自尊心が低下させられるなどの状況により、反動的にうつ状態になると思われる¹⁸⁾。この点では、老年期より社会活動や社会参加している時間や環境が多いため、反応する機会はより多くなろう。また、ここでみられるうつ状態は、適応障害の診断を満たすかもしれない。通常、適応障害は、「いわゆる健常人」が慣れない職場の中で仕事の質や量、対人関係で障害を起こすのに対して、認知症による「いわゆる適応

障害」は、慣れた環境の中でも、自らがもっている認知機能の低下のために反応をひき起こすことになる。ただし、すでに述べたように、この反応は、認知症の初期やMCIのレベルなど、病識や判断力が保たれている範囲に限られるであろう。なお、それ以上に情報処理が不完全になった場合は、叫声や暴力などパニックや混乱状況を示し、「いわゆる心因反応(短絡反応や原始反応など)」を呈すると思われる。

告知による反応

中等度以上の認知症に進行した場合、病識がなくなることは多く、自らの状態を顧みたり、病名告知に反応することは少ないと考えられる。しかし、MCIや軽度の認知症の状態にある場合は、反応を起こす可能性がある。この際にみられる反応後の経過を以下の3タイプに分類してみた。1つ目は早期に病気を受容するタイプで、数は少ないが、告知以前に認知症の知識を自ら得ていて、事前に病識をもっている人や、信仰をもっている人。うつの反応がないか、あってもすぐ受容に至る。2つ目は表4¹⁹⁾のような反応の経過をたどり、うつ状態に達したのち、受容に至らずにそこに留まり、認知症の進行により、興味や関心が薄れてアパシーを呈するタイプ。これは、多くの患者がたどる反応と思われる。3つ目は認知症の経過中に脱抑制或多幸など「躁」状態を呈すタイプで、うつ状態を示さない。しかし、2つ目と同様にアパシーになることはある。前頭側頭型認知症の1型(脱抑制型)に属する。

また、若年認知症の場合、告知によって反応するのは本人以上に家族といえる。家族が心理的・経済的にどの程度患者に依存しているかによると思われるが、本人が告知で反応するか否かにかかわらず、家族も表4のように患者と同様の反応、ないし代理的な反応をすると考えられる。そのため、家族療法ないし家族カウンセリングは告知前後に積極的に試みられる必要がある。

では、老年期と若年期の認知症患者を対比すると、告知で反応するのはどちらが多いだろうか。残念ながら、私の調べたかぎりでは報告が見あたらず、結論を出すことができなかった。

表4 告知後の反応

病名告知後	家族の反応	患者本人の反応
(1)否認	診断内容や状態を受け入れられず否定する、また認めない。	
(2)いかり	身近に起こったという不幸な状況に対して、恨みや怒りの感情を表す。この感情は家族は病気になった患者自身に向かい、患者本人は家族に向かうこともある。	
(3)取引	他の疾患や状況と交代することを望んだり、祈る。	
(4)抑うつ	疾患のことを理解したり、他の疾患に変更できないことを認めた後、不安感、悲哀感、孤独感、閉じこもり、嫌人感、意欲低下、食欲低下、睡眠障害などの抑うつ反応や状態を示す。	
(5)受容	疾患の理解が出て、日常の対処方法を獲得する。また、関係する冊子や他者との交流などを通じて、さらに知識を深めることが始まる。また、他者の支援を受け入れるゆとりが出る。	※患者本人は、抑うつ状態に留まることが多い。ごく少数の人々が比較的早期にこの状態に到達するが、末期になって、再びどうなるかは不明である。

(文献¹⁰⁾より引用)

そのため、これをガンへの告知に置き換えて調べてみたが、死への恐怖に対する反応は、若年の方が強く老年期には減少する傾向があるという報告と、まったくその逆の意見を述べる報告があり、やはり結論はでなかった。ただし、「死に対する恐怖」について書かれた中高年の手記はあるが、高齢者の手記は見かけることが少ない。これは、高齢者に恐怖がないということではなく、自殺の遺書と同様に、伝えるべき対象が少ないためかもしれない。

まとめ

若年認知症を器質面からみると、うつ病の症状をアパシーとうつ状態に区別できるとともに、アパシーは若年認知症のBPSDの中でも頻度が高いことがわかった。また、うつ状態はMCIや軽度の認知症にみられるが、アパシーは中等度以上にみられるなど、認知症の時期によって認められるうつ病の内容(うつ状態とアパシー)が異なったり、アパシーとうつ状態を示す認知症の疾患の種類が異なることもわかる。なお、若年認知症に多いアルツハイマー病、前頭側頭型認知症、血管性認知症などは、うつ状態よりアパシーの割合が多かった。さらに、若年認知症と老年期認知症のうつ病(アパシー+うつ状態)の頻度を比較すると、若年認知症の方がうつ病の頻度が高かったが、この理由は不明だった。

若年認知症を機能面からみると、老年期より若年期の方がうつ病の発症誘因が多いため、反応性のうつ病を発症する頻度が高くなると考えた。ただし、告知による反応については、老年

期と若年期のどちらが多いかについての資料がなく、判断できなかった。

文 献

- 1) 若年痴呆研究班・編. 若年期の脳機能障害介護マニュアル. 東京: ワールドプランニング; 2000.
- 2) 植林義孝. うつとMCI. In: 朝田 隆・編. 軽度認知症書. 東京: 中外医学社; 2007. p. 244-50.
- 3) 中村一朗, 佐々木信一, 高橋三郎. 臨床経過から見た痴呆と抑うつ. 老年期痴呆研究会誌1997; 10: 41.
- 4) 小林祥泰. 抑うつと無気力(アパシー). 老年精神医学雑誌2005; 16: 16.
- 5) Reifler BV, Larson E, Hanley R. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. Am J Psychiatry 1982; 139: 623.
- 6) Benoit M, koulibaly PM, Migneco O, et al. Brain perfusion in Alzheimer's disease with and without apathy: a SPECT study with statistical parametric mapping analysis. Psychiatry Res 2002; 114: 103.
- 7) 木村真人. 脳血管障害を伴ううつ病. 日医大医学会誌2005; 1: 12.
- 8) Beblo T, Wallech CW, Herrmann M. The crucial role of frontostriatal circuits for depressive disorders in the postacute stage after stroke. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol 1999; 12: 236.
- 9) Burke WJ, Rubin EH, Morris CJ, et al. Symptoms of "depression" in dementia of Alzheimer type. Alzheimer Dis Assoc Disord 1988; 2: 356.
- 10) Cummings JL. Frontal-subcortical circuits and human behavior. Arch Neurol 1993; 50: 873.

- 11) Alsen V, Eckman F. Depressive symptoms in the 2d half of life. Arch Psychiat Nervenkr Z Gesamte Neurol Psychiatr 1961 ; 201 : 483.
- 12) Aimone JB, Wiles J, Gage FH. Potential role for adult neurogenesis in the encoding of time in new memories. Nat Neurosci 2006 ; 9 : 723.
- 13) Forsell Y, Jorm AF, Fratiglioni L, et al. Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia. Am J psychiatry 1993 ; 150 : 1199.
- 14) 笠原洋勇. 老年期うつ病. In : 松下正明・編. 臨床精神医学講座4 気分障害. 東京 : 中山書店 ; 1998. p. 483-500.
- 15) 大森健一. 老年期うつ病の病態. In : 島園安雄, ほか・編. 老年期の神経症・うつ病. 第1回老年精神障害懇話会記録集. 東京 : エーザイ株式会社 ; 1988. p. 56-77.
- 16) Shraberg D. The myth of pseudodementia : depression and the aging dementia. Am J Psychiatry 1978 ; 135 : 601.
- 17) 筒井末春. 壮年期の躁うつ病. In : 大熊輝雄・編. 躁うつ病の臨床と理論. 東京 : 医学書院 ; 1990. p. 254-64.
- 18) 松田 修. 高齢者の認知症とサイコエデュケーション. 老年精神医学雑誌 2006 ; 17 : 302.
- 19) 宮永和夫. 家族療法と家族支援. 老年精神医学雑誌 2006 ; 17 : 728.
- 20) Mirakhur A, Craig D, Hart DJ, et al. Behavioural and psychological syndromes in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2004 ; 19 : 1035.
- 21) Engelborghs S, Maertens K, Nagels G, et al. Neuropsychiatric symptoms of dementia : cross-sectional analysis from a prospective, longitudinal Belgian study. Int J Geriatr Psychiatry 2005 ; 20 : 1028.
- 22) ジェフリー L. カミングス, D. フランク ベンソン. 本間 昭, 今井幸充・訳. 痴呆. 診断と治療へのアプローチ. 東京 : 情報開発研究所 ; 1986.
- 23) Fedoroff JP, Starkstein SE, Forrester AW, et al. Depression in patients with acute traumatic brain injury. Am J Psychiatry 1992 ; 149 : 918.

* * *


 基調講演

第11回日本在宅ケア学会学術集会

地域住民に求める若年認知症ケア

共に生きる環境づくり

Early-Onset Dementia: Local Inhabitants Coming to Grips with Care

宮永 和夫

日本在宅ケア学会誌, 11(1):9-16(2007)

I. 若年認知症とは

若年認知症とは、若年期と初老期の認知症を含んだものをいう。なお、18～39歳の間に発症した認知症性疾患は若年期認知症と総称し、認知症の原因となる疾患の種類を問わない。また、40～64歳の間に発症した認知症性疾患は初老期認知症と総称し、若年期同様認知症の原因となる疾患の種類を問わない。若年認知症の有病率は、筆者らが実施した疫学調査では、人口100,000人対32人となっており、この値は、フィンランドのMolsaやイギリスのHarveyらの報告とほぼ同じである。世界でも若年認知症に関する調査報告は少なく、すべての国が同じような発生頻度になるとは断定できないが、老年期認知症の有病率が100,000人対7,000～8,000人であることと比較すると、非常に少ないことがいえる。なお、年齢階級別・男女別に若年認知症の有病率をみると、年齢が増すに従って、有病率が高くなるが、64歳までのいずれの年齢層でも男性が女性を上回っている(図1)。

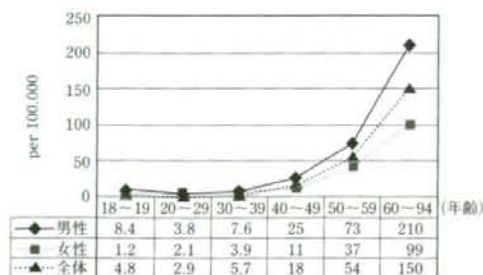


図1 若年認知症の有病率

Kazuo Miyanaga
南魚沼市立ゆきぐに大和病院

II. 若年認知症にみられるBPSD(認知症の行動と心理学的徴候)について

若年、老年期共に認知症患者にみられるBPSDの頻度は50～60%といわれている。しかし若年と老年期のBPSDの内容は異なり、若年認知症には、「徘徊」「興奮」と「意欲低下」が多く、逆に老年期認知症には、「夜間せん妄」「不潔行為」「自他の区別困難」と「幻覚・妄想」が多くみられる(図2)。

III. 若年認知症者への病気の告知

患者本人と家族の両者が病気を受容するために医師が行うべきことは、①できる限り早い段階で「病名を告知すること」、②その行為を通して「現実を直視すべきこと」を患者と家族に求めることである。すなわち、「認知症は病気であること、病気は治療するもの」と認識してもらうことが、認知症自体と病者への理解の第一歩といえる。家族が認知症に偏見をもち続け、社会に知られることを恐れて、患者を家のなかに囲い込む行為は、児童虐待と

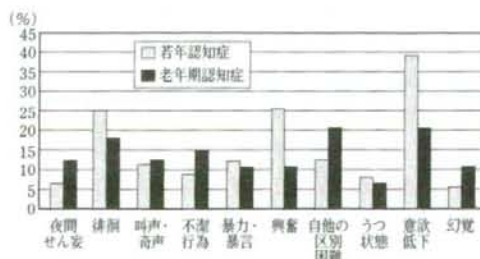


図2 若年認知症と老年期認知症のBPSDの比較

同じように悲惨な結果を招くことになる。

IV. 家族の介護で大切なこと

家族が認知症者を介護するうえで大切なことは、家族介護者自身が身体・精神の両面で健康を保持することであり、家族全員が患者情報と病状認識を共有することである。そのために、医療や福祉に従事する専門職は、家族全員が役割分担しながら相互に支え合うように指導すべきである。実際、介護者が腰痛・膝痛などの身体症状やイライラ感・不眠などの精神症状がある場合、介護をするうえで無理が生じ、結果的に在宅介護が破綻することになる。さらに、それらの症状が出現しないように予防すること、とくに、心理的ストレスの解消方法（アロマテラピーや音楽療法など）などの情報も積極的に介護者に提供すべきである。

また、公的介護制度を十分に活用すべきことを説明して、介護による燃えつき（burn out）の予防に役立てることも必要である。家庭内の介護力だけでは限界があるため、医療や福祉の支援を上手に利用することこそ、若年認知症の在宅介護のためには、もっとも重要なことであると考える。

V. 認知症を疾患でなく障害とみること

従来と異なり、たとえ認知症と診断されても、悪化が認められずに同じ状態が続く例や、症状が改善する例が多く認められるようになってきた。「単に治療を受け療養するだけの受け身的な存在」から、「障害をもち社会生活を営む能動的な存在」へと認知症者の中味が変化している。すなわち、認知症が広く一般の人に理解されていくに従い、「中等度以上に障害され、自己判断や決定のできなくなった人々中心の世界」から、「初期に医療機関を受診し、病識をもちながら自己決定する人々中心の世界」へと認知症の内容が移りつつある。軽度の認知症者の場合には、職場復帰や再就職などが実際にみられるようになっていく。また、中等度の認知症を呈しているも、症状に進行・悪化がない場合には、福祉的な就労が可能な状況になっている。

このように、若年認知症患者本人や家族から単なる生活の場の確保だけでなく就労を求める声を聞くなかで、

筆者は、これは身体障害者や精神障害者などの障害者がいままでに訴えていた社会参加と同じものであること、そして、認知症も「疾患でなく障害である」という視点で対応すべき時代に入ったと感じた次第である。さらに、ICF（国際生活機能分類）で提案された「障害者の健康面を重視する」視点に立つと、認知症でない認知症を有する障害者のケアとは、治療の単なる補助でもなく、また介護者から与えられた受け身的な生活環境でもなく、「障害者自らが希望しかつ満足度を高めるような日常・社会生活への個別支援サービス」ととらえられるのではないかと、これは、疾患から障害への大転換である。

VI. 若年認知症者が入所してもよい施設の条件とは

入所施設の条件は、①地域社会のなか（街中）にあり、かつ地域に開かれている、②個別ケアのスタッフが老年期認知症より多く、かつ多職種に及ぶ、そして、③ユニットの人数は少数にする、ことが最低必要ではないかと考える。若年認知症患者の場合、介護上問題となるのは興奮と暴力行為である。オランダとスウェーデンの若年認知症施設を訪問し、その施設責任者や管理者などと意見交換した際、興奮と暴力行為こそが若年認知症患者の特徴であり、またもっとも処遇困難な問題であるとの共通認識を得ることができた。

しかし、これらの国の専門施設に入所している若年認知症の患者は静かに生活しているのだが、日本の施設は「なぜ騒がしい」のだろうか、ほどなく、その原因が他者（同じ入所中の人）であることに気づいた。人が人を刺激するのである。なぜ、日本では施設の設定員が50～100人なのだろうか、最小単位は、イギリスは4人、スウェーデンとオランダは8人であった。4人がよいか8人がよいか、イギリスやスウェーデンの施設スタッフと議論したが、互いを納得させられず、結論はでなかった。しかし議論の基本となった「生活の最小単位は何人がよいか」「何人であれば、お互いのストレスを最小限にとどめるとともに支え合えるのか」という彼らの認知症介護に対する視点は重要だと思われる。

通常、人は50人の人々と集団生活することがあるのだろうか、ましてや、記憶が減退して、他者を認知することの困難な患者が、50人もの人を覚え、また、どこに50

人が同居する家族がいるだろうか、たぶん、まったく見ず知らずの町（それも外国の町）に迷い込んだような状況に陥るのではないだろうか、いずれも介護する側の効率重視で非人間的な論理が見え隠れしていると考え、日本のユニットケアも介護人数と最小単位が調整できれば理想的になるように思うが、やはり9人は少し多いように思われる。

スウェーデンの入所施設にはもうひとつ感心することがあった。実際、スウェーデンのグループホーム・グループリビングはその地区に介護老人がいなくなると、閉鎖して普通のアパートになる、すなわち、一時的に施設は消滅し、また再度必要性が生じると、アパートを改造してグループホームができるのである。いままで住んでいた生活環境とグループホームの環境がほぼ同じということも興味深い、必要ないときは施設を閉めることには驚きを感じる。50～100人を入所させている日本の施設は、入所者が足らなくなった場合、必要ない人をも入れることになる。老人狩りといわれるのは、デイサービスばかりでなく、施設入所も同じであると考えられる。

また、日本では施設入所は何百人待ちという話を聞く、これは、50～100人が住む施設の話であるが、いづれにしても、ホテル並みの豪華さがある施設に多い、しかし、高齢者はそんな家にいままで住んでいただろうか、日本の家屋はみなウサギ小屋かそれに近いものである、それが認知症になるとなぜ豪華なところに住まなければならないのだろうか、いままでの生活で使っていた家具やトイレは同じではだめなのだろうか、認知症者になぜいままで住んでいた家と異なる環境にすることでストレスを与え、混乱させる必要性がどこにあるのか、スウェーデンだけでなく、オランダやイギリスをみても、グループホームは質素であり、本人がいままで住んでいた環境と変わらないように努めている、オランダの施設で部屋の大きさをたずねたとき、「オランダ人のサイズさ」といわれた、これこそ生活施設ではないだろうか。

ホテル並みの贅沢な設備などというハード面より、多職種のスタッフと患者の人数を最低でも1:1程度に増員し、併せて家族との交流や社会に開かれた支援などのソフト面の充実をすべきではないかと考える。

Ⅶ. デイサービスの条件、地域での取り組み

ストックホルム県内のデイサービス（クラブ・レイメシュホルメ：Klubb Reimersholme）をここに紹介する、この施設は、普通のアパートが立ち並ぶ街中の一角にあり、筆者らが訪問した当時、全通所者は15人ほどで、1日平均8人程度が通所し、週に3回デイサービスがあった、なお通所者はそれ以外の日は高齢者対象のデイサービスや訪問介護などを利用していた、通所者の大部分は軽度の認知症で、半数以上がアルツハイマー病で、残りが血管性認知症やピック病などの患者であった。

このデイサービスの目的は、いままで仕事や家事などの社会生活をしていた人が、「発症を契機に社会から完全に切り離されてしまい、本人が心理的ストレスや自信を喪失するのは望ましくない」と、「社会とのつながりを保つこと、機能を維持すること、そして自信の回復など精神面の安定を図る」ために開所されている、そのため、毎回のデイサービスでは、美術館に行ったり、買い物や散歩をして、地域の社会内で「エネルギーを発散」することである。

このデイサービスの1日の流れは、8:00までにスタッフが出勤し朝のミーティングが行われたのち、9:00～9:30の間に患者が来所することから始まる、大部分の通所者はタクシーを利用する、この際のタクシーの運転手は可能な限り毎回同じ人が担当するといわれている（タクシー費用は介護費用の一部としてコミュニケーションの負担）、この理由は「利用者に安心を与えるため」との考えからであり、患者護送車とロゴの入ったワゴンで集団移送する日本と比べると、たいへん興味深い、なおオランダでもデイサービスには家族が自家用車で連れてくることが多い。

この施設から日本が学ぶべきものは、①少人数対応のデイ、②送り迎えがタクシーなど個別対応、③デイサービスの施設はグループで地域にでてゆくだけの一時的集合場所、④その日に行くことはみなが集まって決めること（スタッフが事前に決めて、押しつけるものではない）、だろうと思う、さらに、⑤スタッフ自身のメンタルヘルス保持にスーパーバイザーとして臨床心理士の存在も挙げられるかもしれない、日本でそれだけの人員をそろえたら赤字になるという意見もあるかもしれないが、真っ

当な介護をするにはこれだけの人数が必要だと、逆に考えるべきではないだろうか。

筆者は、スウェーデンやオランダの通所施設見学のうち、日本のデイケアないしデイサービスも、施設設備はあまり充実しなくてもよいと考えるようになった。施設は地域に出て行くときの一時的な集合場所の意味でしかなく、多くの時間はスポーツクラブ、映画館、美術館、喫茶店などの地域の施設を利用すればよいと思うようになったからである。カラオケも通所施設内のものでなく、街のなかのみなが使う施設のものではダメなのだろうか。買い物はウインドショッピングで十分楽しめるし、みんな電車で乗ってフレックスタイムの通勤もよいのではないだろうか。

なお、筆者は、これら①～⑤の内容とともに、外国でも取り組んでいない先進的な試みとして、ぜひ、⑥福祉就労のための作業所や授産施設の併設を目指し、働く喜びも併せて提供できたらと考える。これは、知的障害者関連の施設（とくに授産施設）とほぼ同じイメージのものである。知的機能の低下は共通し、認知症の進行がゆっくりなら同じ程度の仕事を続けることが可能と思えるからである。

Ⅷ. 虐待を防ぐために

認知症の虐待を防ぐには、相談窓口の整備、介護保険の利用、在宅ケアサービスの整備・啓発、巡回相談などの介護の社会化が必要といわれている。市民向けには介護知識の普及を図り、専門職向けには観察・判断・評価する能力づくりなどの教育研修が必要である。さらに、虐待に対する自覚度を向上させるための診断マニュアル作成・普及も有用と思われる。

通常、虐待か否かは、第三者が介護者の行為を評価し判断するものである。在宅のケースの場合には、ケアマネジャーやヘルパーなどが家族の介護態度を、施設処遇では介護職員相互の評価が必要である。しかし、介護保険を受けない場合や家族介護のみの場合には、密室となり評価する者が不在となる。このため、筆者は以下のような自己チェックリストを作成した（表1）。このリストは、在宅介護の場面で、在宅介護者に「虐待」の知識を普及することとともに、自己の介護内容を点検するための指標として用いられることを意図したものである。ぜひ

活用していただきたい。

Ⅸ. 家族会ないし家族が集まる意味

家族自身が集まる意味を考えてみると、①同じ障害をもつ家族として相互の癒し、②医師より与えられない情報（経過、治療、対応、入院・入所の施設紹介）や疑問点を具体的に学べる場、③共同の活動の場、すなわち病気の偏見を是正する活動や、公的な制度で得られない、または足りない施設なりを自分たちで運営し、同じ仲間の集う場を拡大するために、会報や出版などで情報提供するなどの活動が挙げられる。

家族にとって、「認知症は現在の医学では治すことはできない」ということは理性的には理解していても、感情的には簡単に受け入れることは困難である。家族がそれを受容するまでに多くの時間がかかり、危機的状况に陥り、崩れる可能性がある。家族が集まり、「同じ悩みをもつ人たちがいる」ことを知ることは、共感と仲間意識のなかで、抑うつなどの反応を和らげ、癒しをもたらす。これは家族への個人ないし集団精神療法といえるかもしれない。あまり医療・福祉専門職の役割は多くなく、集う家族が述べる介護経験や対応方法を否定せずに認めること、すなわち専門家として家族の行動を受容することだけで十分なのである。なお、医療機関に受診しても医師がかかわる時間や支援は限られているため、家族会における医療・福祉専門職の役割には、病氣自体を理解できず、簡単なことを聞きそびれたというような「素朴な疑問」に対して、気軽に十分な時間をかけて伝えることも含まれている。家族は、治らないという現実があるものの、十分な病気の説明や症状への対処方法を知ること、状況を客観的にみるというゆとりが生まれる、できる限り早く状況を受け入れるような環境を整えることへの支援も、専門職の家族会での役割かもしれない。また、通所や入所ないし入院施設の紹介と経済問題へのアドバイスなどは、医師だけでなくSWやPSWを含めた専門職に求められる大きな役割となる。

医療や福祉専門職にある者が家族会に参加することは、本人や家族の心理・生活場面のアドバイスや慰めなどの役割をもつだけなどと、一方的なもののように思いがちであるが、実際には患者や家族に出会うことで、困難な状態を乗り越えた人生の先達としての考え方や体験を聞

表1 虐待 (abuse: 不適切な扱い) ないし放置に対するチェックリスト

A. 身体的虐待 (physical abuse)	
1	殴る、蹴る、抓る、押さえつけるなどの暴行で、身体に外傷、内出血、捻挫、打撲、骨折、刺傷、やけどなどの痕跡がみられる。
2	ベット、椅子 (車椅子を含む)、柱などに縛りつけて身体の行動制限や拘束をしたり、部屋のなかや屋内に鍵をかけて閉じこめるなど家から外にださない。
B. 世話の放棄、拒否、怠慢による虐待 (neglect)	
3	衣食住や清潔さを保つなどの援助をせず、不健康・不適切な生活を続けさせる (着衣やオムツなどを長期間不潔なままに放置する。栄養や軟らかさなどを考えた適切な食事を与えない。家に1人残したまま半日以上外出する。適度な頻度で入浴をさせない)。
4	健康状態を損なうおそれがあるのに放置し、対処しない (病気なのに薬を飲ませなかったり、治療を受けさせない。体重減少が続いても食事内容に配慮しない。水分摂取を制限する。着衣や寝具の寒暖に考慮しない。また冷暖房器具の使用を制限する)。
5	介護保険などの公的支援のサービス利用を拒否したり制限する。
C. 経済的虐待 (economic abuse)	
6	日常生活の必需品を買うのに必要な現金を渡さない、使わせない。
7	貯金や年金などを取り上げて、無断ないし不当に使用する (犯罪でもある)。
D. 心理的・情緒的虐待 (psychological or emotional abuse)	
8	侮辱、脅かしなどの内容や、乱暴な言葉使いによって、人間性やプライドを否定する (「ばか」「生きていても仕方ない」「むだ飯食い」「オシッコを漏らしたら自分で洗え」など)。
9	家庭内での差別、無視や拒否などによって、不安感、疎外感や孤立感を与える (家庭団らんの一員に加えない、あいさつなども含め、言葉かけをしない。また、親戚、知人、近隣者などとも会わせなかったり、制限する)。
E. 性的虐待 (sexual abuse)	
10	性的な暴行や性的いたづらをする (これには夫婦間の強制的な行為も含む)。

注) 1項目でも当てはまる場合、虐待と判断する。なお、この内容は、「意図的か偶発的か、また、虐待を受けた対象者の状態が対応困難な状況か否かに関係なく」「実際に行うとして存在したか否か」で判断するものである。

くことができ、双方向ないしむしろ家族＝先生、サポーター＝生徒の関係になる。結果として、サポーター自身の認知症自体の理解がさらに深まるとともに、他患への応用も可能な経験や内容が獲得できるなど、何事にも代え難い貴重な場といえよう。

参考までに、若年認知症を対象とした家族会の代表を示す。なお、高齢者対象の家族会には、認知症の人と家族の会 (旧呆け老人を抱える家族会) などの組織があるが、別の活動を行っている。

1) 朱雀の会・若年認知症家族会

2001年4月、(社) 呆け老人を抱える家族の会奈良県支部の一部の会員が独立して、若年認知症家族会 (朱雀の会) として発足した。現在の会員数は100人余で、若干のボランティアを除いて介護家族の集まりである。主に、奈良、京都、大阪、兵庫の家族が参加している。隔月ごとの定例会 (偶数月)、会報誌の発行とともに、通常の相談 (電話、手紙による医療・福祉相談) をしている。

2) 彩星 (ほし) の会・若年認知症家族会

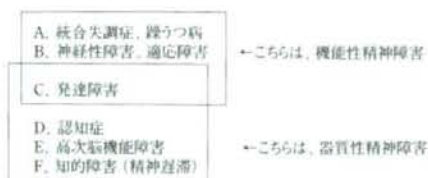
2001年9月に発足した患者家族とサポーターが約1:1の組織で、現在の会員数は240人強である。主に、東京、埼玉、千葉、神奈川、群馬、栃木、茨城、山梨などの関東圏の家族が参加している。また、高次脳機能障害者家族会 (サークルエコー) などの団体も参加している。隔月ごとの定例会、会報誌の発行、研修会・講演会とともに、通常の相談 (電話、手紙、メールによる医療・福祉相談) はサポーターのMSWやPSWが受けている。

3) 愛都 (アート) の会

2005年2月に発足したサポーター中心の会であり、現在の会員数は150人弱である。主に、大阪、京都、兵庫などの福祉関係者が参加し、定例会の開催や会報の発行とともに家族からの電話相談、および当事者のデイケアを実施している。

X. 医療と福祉の関係

認知症に対する多くの医師のイメージは、一般市民と



<解説>

精神障害は機能性精神障害と器質性精神障害に2分され、認知症は器質性精神障害に含まれます。

図3 認知症の位置づけ

同様に、「認知症には治療法がなく、発症したら医療での対応(治療)は無理で、福祉に対応(ケア)を委ねるしかない」という誤解ないし偏見のなかにいまもいると思われる。しかし、アルツハイマー病などの難治性疾患に対する薬物治療の試行や、認知症全体に対する発症予防の実践という現実的で実証的な流れがみられるようになったためか、すべてを福祉にという悲観論は少なくなりつつある。

さて、認知症は、図3に示すとおり器質性精神障害という範疇のなかに位置づけられているが、認知症の初期、すなわち軽度認知症のレベルをみると、日常生活がほぼ自立しているために福祉サービスの必要性はなく、また治療も内科医などかかりつけ医で十分といえる。すなわち、この時点では、「認知症とはコモン・ディーズ(普通の病気)」であり、精神科だけでなく広く他科でも扱える疾患と考えられる。

次に、認知症が進んで、中期ないし中等度障害のレベルになると、約半数の認知症者にBPSD(行動・心理症状)が目立つようになる。この場合は、ケア以前に、精神科医等の認知症専門医による外来/入院治療が必要になる。しかし、BPSDが軽微の認知症や、BPSDがまったくない場合、さらには治療にてBPSDが消滅している場合には、社会生活や日常生活の障害の状態に合わせた福祉サービスが始まる。この場合、介護保険/自立支援医療などの福祉サービスで対応することになるが、認知機能の低下についての薬物治療などは、精神科医でなくても内科医などのかかりつけ医で十分と考えられる(この時点もコモン・ディーズのレベルである)。

さらに、後期ないし重度認知症のレベルに進むと、日常生活の障害に応じた福祉サービス(ケア)が中心になる。しかし、身体合併症など身体管理のために医療も必

要である。しかし、身体合併症やターミナル状態への対応は、内科等の身体科医療で可能であるが、実際には受け皿となる医療機関が少ないばかりか、「認知症」ということだけで入院を拒否するというような深刻な問題が残っている(本来、診療拒否は人権問題でもあるが、家族があきらめてしまうことが多い)。

さて、認知症のケアは、中～後期、さらにターミナルに進むにつれて比重がより多くなるが、医療に関しても、初期からターミナルまでの全過程にわたって、精神症状や身体症状の治療面の関わり合いが持続することはいうまでもない。認知症については、「福祉と医療は相補的であつ協働的なもの」といえるが、現実には、在宅は相互連携があるものの、施設入所後は福祉単独になる傾向は介護保険の成立以降、より顕著になって現在にいたっている。

XI. 疾患別の介護(ケア)の重要性

ケアの内容をみると、共通するものもたくさんみられるが、疾患の種類によっては、逆に悪化する場合もある(前頭側頭型認知症、いわゆるピック病は、アルツハイマー病に対するケアの方法では、対応できないばかりか、時に患者さんと介護者の間にトラブルが生じる)。現時点では、確定診断できる医療機関が少ないため、正確な診断がされていないままで福祉に紹介される結果、ケアもあいまいな対応になってしまうのかもしれない。この点でも、医療機関が確定診断を行い、必要な薬物治療とともに、日常生活の医学的管理指導を徹底することが必要と思われる。

また、疾患別のケアを考える場合、とくに若年認知症と高次脳機能障害、すなわち高齢者でなく若年者用の福祉施設やサービス体系の整備が不十分なことを知っていたきたい。現時点では、64歳以下の頭部外傷による認知症やアルコール性認知症は介護保険が非該当となるため、自立支援法のみ利用に限られ、さらに39歳以下の若年期認知症も自立支援法の範囲でしか福祉サービスが受けられない状況にある。理想をいえば、介護保険に該当するか否かにかかわらず同じ福祉的処遇が受けられるべきであり、極論をいえば、20歳以上の福祉サービスは北欧のように同一のサービスにすべきだと考える(オン・デマンド、患者の希望するケアないし本人が必要と

表2 障害者自立支援法にて利用可能な施設

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)		

する支援)。

若年認知症のなかで18～39歳までの年齢の者と、高次脳機能障害者(介護保険に対象外のため)に対する自立支援施設で、現時点で利用可能なものを表2に示した。問題となる点は、介護保険も障害者自立支援法も市町村単位のため、絶対的に数の少ない若年認知症者や高次脳機能障害者が利用できる施設が整備されないということである。このため、県単位ないし広域で設置できる施設に対する法の整備が必要であると思う。

XII. 認知症者に適した医療や福祉施設での環境とは

器質性精神障害、すなわち認知症は、機能的な精神障害(たとえば統合失調症やうつ病)とは入院の形態、病棟の構造、職員構成など、まったく別の体系にすべきだと思う。この場合、より単純で適応可能な生活環境と、生活支援のための職員を十分に準備すべきである。この点は、医療施設も福祉施設も認知症の入院・入所に対する意味は同じである。なお、施設の住居環境や人的環境を考えると、以下のような内容が重要となる。

- 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いただける場所である：部屋のなかに個人の持ち物を据え付けたり、患者が以前住んでいた住居(子ども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べきである。これらの備品を通じて、本人に安心感が与えられることになり、抗不安薬などの薬物投与が必要ないし、少量投与で十分になるかもしれない。
- 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：徘徊などの行動が活発でも、患者の安全が保たれることを意味する。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てしまったり、転倒など

を起こしたりすることがあるが、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：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、さらにより施設と考えられる。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のかもしれないが、専門でないため多くを語れない。ただ、抗精神病薬などの投与を減少させることで過鎮静などの副作用を予防できるかもしれない。
- ④認知症状に配慮した構造にすべき：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、環境が単純で分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い、部屋ごとに色彩を変える、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効果的である。これらの配慮により、認知機能改善薬を必要とせず、援助がなくても十分に生活を送ることが可能になると考える。

XIII. 医学的視点における認知症ケアとは

認知症の治療とは、単にBPSDなどの治療だけではなく、認知リハビリテーションも含めて、「認知機能全体」を治療するものである。同様に、認知症のケアとは、単に日常生活を支援する介護者の行う身辺介護だけという意味ではなく、日常生活を容易にする物理的環境(建物の設備や備品など)や、多職種(心理療法士、ST、OTな

ど)による支援などの人的環境をも含むべきである。

さらに、認知症のケアは、確定診断ののち、身体症状や精神症状の治療という医療の協力が前提になるが、より基礎的な視点として人の生理面と心理面に関する医学上の知識を知ることが必要なはいうまでもない。患者の気持ちに配慮することや、相手の立場に立ってケアするということは、科学の立場を否定することではない。むしろ、より注意深い観察を行い、その結果に基づいて実施されたケアとは、客観的であつ科学的なものであり、幸いにもみんなでき共有できるものである。ケアとは、あくまでも科学的な行為であつて、決して独断的・観念のないし形而上学的な儀式ではないのである。

XIV. おわりに

認知症は、ごく最近まで「病気より老化現象」として受け取られ、大家族のなかで家族介護・支援を受けていた。しかし、核家族化、平均寿命の延長と福祉制度の拡大により、家庭から福祉施設へと処遇が移った、とくにそれを加速させたのが、2001年の介護保険制度の導入である。しかし、福祉に割くお金が少なくなった現在、介護保険制度は、病院処遇より廉価な施設処遇へ、入所処遇より廉価な通所処遇となり、生活する地域内で、全員が見守り、支援する処遇形態へと大きく舵を切り始めた。家族が介護していた時代より、専門家が介護する時代を経て、また家族と地域住民の介護という非専門家と非関係者が看とる時代へ変化しており、おそらく、介護レベルの大幅な低下は避けられないと考える。

ただ、唯一正しいと思えるのは、認知症者も地域社会の一員であり、施設へ収容し囲い込むのではなく、地域内で生活すべきという、当たり前の考えが再認識されたことである。しかし、社会内で障害者の希望や自己実現が可能になることはよいと思うが、生命予後が短縮するべきではない。この点で、医療・看護専門職が家族支援を含めた総合的なアプローチの推進を主導していくことを切に望みたい。

■参考文献

- 1) エリザベス・キューブラーロス著(川口正吉訳):死ぬ瞬間:死にゆく人々との対話、読売新聞社、東京(1969)。
- 2) 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、東京(2000)。
- 3) 若年痴呆家族会編:若年痴呆患者家族のたたかい、筒井書房、東京(2003)。
- 4) 浦田重治郎:厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究(2004)。
- 5) 宮永和夫:患者家族の心理的サポートを行う:特に外来および若年認知症の家族会などにおいて、*Cognition and Dementia*, 5(2): 118-122(2006)。
- 6) 宮永和夫:若年認知症の在宅支援、月刊新医療, 11: 30-33(2005)。
- 7) 宮永和夫:認知症は増えているか、からだの科学, 251: 6-12(2006)。
- 8) トム・キットウッド・キャスリーン・ブレディン著(高橋誠一監訳、寺田真理子訳):認知症の介護のために知っておきたい大切なこと:パーソンセンタードケア入門、筒井書房、東京(2005)。

4 大認知症の疫学

宮永 和夫*

抄録：認知症患者数の多い4疾患のそれぞれについて、有病率、危険因子・予防因子をまとめた。4大認知症の中で、AD、VaD、DLBは、いずれも高齢になるに従い患者数が増加するが、FTLDは50代にピークがあり、80歳以降の発症は稀である。ただし、65歳以下の若年認知症の範囲に限れば、FTLDの患者数はADと同じか1/2程度に見られる。また、高齢になるに従って4大疾患の占める割合は変化し、ADとVaDは多く、LBDとFTDは少なくなる。さらに、4大認知症については人種間に差が見られる。欧米では圧倒的にADが多いのに対して、日本ではADよりVaDが多く、以前は認知症全体の約半数をVaDが占めると報告されていた。しかし、近年の報告ではVaDは減少してADが増加し、欧米の比率に近づいている。また、DLBは白人>非白人、FTLDはアジアと太平洋諸島>白人>ラテン人と黒人、と有病率に違いが見られる。認知症の危険因子・予防因子は、血管に関連する因子、栄養に関連する因子、社会活動の内容、合併する精神疾患の有無（特にうつ病）に区分される。日本ばかりでなく世界全体の認知症は有病率、発生率ともに上昇していると考えられるため、認知症の「原因となる疾患」の早期発見と治療・コントロールこそ、今後の認知症予防の最も重要な点であることを論じた。特に、生活習慣病はAD、VaD両者の危険因子であり、これら生活習慣病に対する徹底した治療と管理は、認知症予防のキーポイントとなる。 精神科治療学 22(12);1359-1372, 2007

Key words : epidemiology, risk factor, prevention (defense) factor, prevalence, incidence

I. はじめに

認知症患者数に関して、ロンドン王立大学精神医学研究所のPrince, M.J.は、2004年10月に開催された「国際アルツハイマー病協会第20回国際会議・京都・2004」のシンポジウムで報告している。彼は、国際アルツハイマー病協会の協力のもとに発展途上国の認知症疫学調査を行い、その結果と先進国の今までの報告、そして今後の世界の人口高齢化率の推計に基づいて将来の推計を行っ

た。その結果、60歳以上の認知症者は、2001年度には2,430万人だが、7秒毎に新たに1人の認知症者が発生することで、2020年には約2倍の4,230万人に、2040年には3倍強の8,110万人になるという。また、2040年には発展途上国の認知症者は全体の71.2%となり、特に中国（2005年554万人→2040年2,700万人）やインド（325万→1,629万）などの増加が著明であるという^{*)}(図1)。

日本でも厚生労働省より認知症者の推計値が公表されているが、1999年度の推計値と2002年の推計値では数が異なり、より近未来の2025年に1999年に推計された数値を超えることになった(表1)。これは、国の予測以上に認知症者の人数が増加していることを意味している²⁾。

The epidemiology of four major dementia diseases.

*南魚沼市立ゆきくに大和病院

(〒949-7302 新潟県南魚沼市浦佐4115)

Kazuo Miyanaga, M.D.; Yukiguni Yamato Hospital, 4115, Urasa, Minamiuonuma-shi, Niigata, 949-7302 Japan.