

2011/6013A

厚生労働科学研究費補助金
認知症対策総合研究事業 (H22-認知症-一般-006)

若年認知症の社会参加を支援するアセスメント手法
およびコーディネート手法の開発

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 竹内さをり

平成 24 (2012) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

若年認知症の社会参加を支援するアセスメント手法およびコーディネート手法の 開発研究（竹内さをり）	1
-----------------------------------------------------	---

II. 分担研究報告

第1章. 若年性認知症の医療および支援における現状

研究報告1. 若年性認知症の医療と現状（中西亜紀）	7
研究報告2. 若年性認知症の支援の現状と課題 （塩見美抄、沖田裕子、杉原久仁子）	16

第2章. 若年認知症のためのアセスメント手法およびコーディネート手法の開発

研究報告1. 若年認知症のためのアセスメント手法およびコーディネート手法案 活用結果（竹内さをり、沖田裕子、杉原久仁子）	23
研究報告2. 若年認知症のためのアセスメント手法およびコーディネート手法の 改編結果と活用方法（竹内さをり、沖田裕子、杉原久仁子）	31

第3章. 若年認知症のアセスメントおよびコーディネート実践事例

（沖田裕子）	36
報告1. 事例1) 対象者、家族のゆれる気持ちに沿う支援	
報告2. 事例2) スーパーバイズできる機関の介入による支援効果	
報告3. 事例3) 社会資源の活用で効果があった事例	
報告4. 疾患別のケース報告	

III. 研究成果に関する一覧表

	44
--	----

IV. 研究成果の刊行物・別刷

	45
--	----

資料) 若年認知症のためのアセスメント手法およびコーディネート手法

研究者一覧（平成 23 年度）

主任研究者：

竹内 さをり（甲南女子大学看護リハビリテーション学部講師）

分担研究者：

沖田 裕子（特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター代表）

中西 亜紀（大阪市弘済院附属病院神経内科兼精神科部長）

塩見 美抄（兵庫県立大学看護学部講師）

研究協力者：

杉原 久仁子（特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター）

平井 美穂（特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター）

住田 淳子（特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター）

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「若年認知症の社会参加を支援するアセスメント手法およびコーディネート手法の開発研究」
総括研究報告書

主任研究者 竹内さをり 甲南女子大学看護リハビリテーション学部講師

＜研究要旨＞

本研究の目的は、若年認知症の人の社会参加を支援する方法を体系的に明らかにし、支援がどこの地域でも行えるようにすることである。

2008年7月、厚生労働省「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の中で、若年認知症の人と家族へのオーダーメイドの支援体制作りをすすめることが提案された。そのひとつとして、社会活動の場作りがあげられているが、我々のこれまでの研究では、若年認知症者が社会参加するためには、窓口となる相談の機能と、社会参加の場でのアセスメント、介護保険制度などの既存のサービスとの連携が必要で、コーディネートやアセスメント機能が重要であることが明らかになっている。しかし、若年認知症者に対するコーディネートの具体的方法やアセスメントの項目等は明らかになっておらず、社会参加を支援する体系的な方法を明確にした研究はまだない。

本研究では、この課題に対し若年認知症相談窓口から紹介を得たケースに、既存の社会参加の場での支援を行い、その結果から必要なアセスメント項目、コーディネート手法を抽出する。得られた一定の手法に対して、有識者の見解を基に検討を行う。検討にて決定したアセスメント項目、コーディネート手法を複数の認知症連携担当者の協力を得て一定期間試用の後、得られた課題について改良を行い、具体的方法論を提示する。

本研究の特色は、既に若年認知症者に対し活動の支援を行っているフィールド、協力者のもとで、体系的な手法を明確にし、提示できる点にある。また、大阪府、兵庫県下の認知症専門医や認知症連携担当者の協力を得て、広域的な運用についての検討および試用も行う。このことにより認知症連携担当者の支援方法を明確にするとともに、認知症ケアの向上に資することが期待される。

一年目は、相談窓口の協力を得て、サービスの利用がスムーズにいかない若年認知症者を過去事例も含めて抽出し、相談の場で行ったアセスメント、ケアプランの内容と既存の活動を通じて実施した支援経過を分析。若年認知症者に必要なアセスメント項目、コーディネート方法について一定の手法を作成し、有識者により検証を行った。

二年目は、分析できた手法を複数の認知症連携担当者が試用、その結果を検証し一定の手法を示す。

研究実施に当たっては、対象となる認知症者と家族に対して研究目的・内容を十分に説明し同意を得た上で行うとともに、個人情報保護については細心の注意を払う。

A. 研究の目的

本研究の目的は、若年認知症の人の社会参加を支援する方法を体系的に明らかにし、その支援がどこの地域でも行えるようにすることである。

若年認知症の人と家族に対しての支援については、2008年厚生労働省「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の中で、オーダーメイドの支援体制作りが必要であり、地域包括支援センターに配置された認知症連携担当者が、コーディネートの役割を担うとされている。しかし、現状の支援の場において、若年認知症の人に対するアセスメント項目やコーディネート方法等、その方法論は明らかになっていない。また、相談窓口となるべき認知症連携担当者には、若年認知症の支援経験者はほとんどおらず、方法論が明確でない中で、適切な支援が提供されることは難しい。

これらの結果を受け、本研究では、若年認知症の人と家族の支援に必要なアセスメント項目、コーディネート手法について検討し、具体的方法論を示すことを目的とする。

B. 研究方法

本研究における研究方法是次のとおりである。

2010（平成22）年度は、若年認知症者の相談窓口となる関係機関の協力により、介護保険制度等の既存サービスを利用できない、利用がスムーズにいかない対象者15例を抽出し、若年認知症者本人、家族の状態をアセスメントし、ケアプランを作成した。

アセスメント内容は、本人については、個人因子、診断と経過、心身機能、日常生活状況、日常生活関連動作状況、望み、サービス利用状況などであり、家族については、本人に対する思い、介助量、個人因子などであった。ケアプランには、本人・家族の希望を把

握し、ニーズの抽出、長期・短期目標および支援内容を決定した。決定したケアプランをもとに、既存の活動（特定非営利活動（以下、NPO）法人認知症の人とみんなのサポートセンター、若年認知症の家族の会）や他サービスを通じた支援を実施し、活動への取り組み状況および相談内容を記録した。

経過の記録をもとに、本人、家族について行ったアセスメント、コーディネート内容を抽出し、活動継続の要素、社会サービスにつながる要素について検討を行った。その結果からアセスメントに必要な要素を示すシートを作成した。

作成したシートを認知症連携担当者により試用、その意見を元に一部を改編し、有識者を交えて検討、手法案を作成した。

手法案の内容は、本人が発病後、どの段階にあるのかを知るためのA（現状を知る）シート、若年認知症者が活用できる社会資源を知るためのB（社会資源活用）シート、サービスを活用するうえで本人および家族に必要な要素を検討するC（つながる）シート、社会資源利用の可能性が低い場合の支援方法を提示したDシートである。

2011（平成23）年度は、2011年6月から9月の間に認知症連携担当者をはじめとする支援者が、若年認知症（家族を含む）への相談対応を行う際に手法案を活用し、初回相談対応時と3カ月支援実施後の精神機能、日常生活活動能力、健康感、外出頻度の変化を調べる（Ⅰ群）。また、手法案を用いた支援の効果について、協力者からアンケートにて聞き取りを行う。同時に、同じ協力者が、手法案を用いずに支援を実施した場合の3か月介入後の変化についても調査を実施（Ⅱ群）。さらに、手法案を社会活動の場で活用した場合の効果についても検証を行う（Ⅲ群）こととした。

研究実施に際し、①兵庫県担当課を通じて、

兵庫県下41市町の地域包括支援センター(以下、支援センター)へ研究協力の依頼、②大阪府全域の認知症ケア関係機関40か所へ研究協力の依頼およびアンケート、③愛知県(91名)、兵庫県(167名)の認知症ケア関係者(以下、関係者)に対して研究協力の依頼およびアンケートを行った。アンケート内容は、若年認知症支援経験の有無、支援を行うにあたり不安なこと・困ったこと、支援時に望むサポートについてであった。

社会活動の場における手法案の試用については、NPO法人認知症の人とみんなのサポートセンターおよび兵庫県下で運営している若年認知症サロンに協力を依頼した。

(倫理面への配慮)

研究実施に当たっては、対象となる認知症者と家族に対して研究目的・内容を十分に説明し同意を得た上で行うとともに、個人情報保護については細心の注意を払い行った。

C. 研究結果

1) 支援の実施数

協力依頼時には、Ⅰ、Ⅱ群では40か所、Ⅲ群では2か所が本研究への協力を受諾した。設定期間中に若年認知症に対する支援を行ったのはⅠ群3件、Ⅱ群0件、Ⅲ群1件であった。

協力受諾機関へ支援数が少ない理由について聞き取りを行ったところ、研究設定期間に対象となる若年認知症の方からの相談が無かったとのことであった。そのため、当初予定していた対照群である、手法案を使用しないⅡ群の設定にまでは至らなかった。

2) 支援の実施状況

手法案を活用して支援を実施できた4件の実践結果からは、初回相談から3か月の関わりの結果、成果指標とした精神機能、日常生活活動能力、健康感、外出頻度には状態悪化による低下がみられた事例が1件あった

が、以外は変化が見られなかった。

支援者から得た実施後のアンケート結果からは、Aシートが役立った2、あまり役立たなかった2、Bシートは役立った3、あまり役立たなかった1、Cシートは役立った3、あまり役立たなかった1、Dシートは役立った2、あまり役立たなかった2であった。全てのシートがあまり役立たなかったとする支援者が1名あったが、家族が仕事の都合で時間がなく殆ど面談できない事例であった。

Aシートの利点としては、記述された項目に合わせた支援を意識できたことであり、課題は1回の面談では記入が困難で2～3回の面談が必要という点があげられた。Bシートについては、色々な社会資源があることが分かる点や現在利用しているサービスやこれから必要になる支援が確認できる、支援の意識づけになる、支援方法が考えやすい点が利点であった。課題としては、ケアマネジャーが本シートを使用する場合、社会資源につながる仕事が仕事とは思っていないため、その意識づけも必要であるといった内容があげられた。Cシートについては、社会資源利用の阻害因子への理解ができた、制度に偏った見方をしないという点で役立つといった意見が得られた。課題としては、本人や家族の状態を十分把握できていないと思ひこみ、一人で判断して良いのか悩んだという意見があった。Dシートについては、全体的な状況を把握する点では役立つが、各項目について支援者がどの程度理解できているかによって使いやすさに差があるという意見が得られた。また、初回相談後、若年認知症の本人や家族に迷いがあり、支援が中断してしまい3か月という期間では十分な支援が実施できないこと、活用の具体事例があると理解しやすいということが分かった。

これら結果から、手法案の内容について、社会資源の活用状況を知るためのBシート

や活用できる社会資源一覧、支援につなぐためのCシートは支援の方向性を理解しやすく役立つことが分かった。さらに社会資源一覧では、若年認知症の本人が子育てを行っている場合の支援方法や経済的な支援の方法など、予測される事態を網羅した情報や地域の資源情報の入手方法など、より細かな内容を記述してほしいとの希望があげられた。

手法案の活用にあたり支援者が経験した事項として、先に述べた支援が中断することが原因となり、手法案を十分に活用することができなかったという結果も得られた。

3) アンケート結果

協力依頼時に実施したアンケートは298名から回答を得ることができた。

若年認知症の人や家族を支援した経験のある人は、119名(39.9%)と回答者の半数以下であった。支援に際して困ったことを6択で複数回答してもらった結果は、回答が多い順に、「どのような社会資源サービスがあるかわからない」、「本人や家族の受け入れが難しいためにサービス利用に結びつけるのが難しい」、「使えるサービスがない」、「どの支援が必要かわからない」、「若年認知症の支援イメージがわからない」、「若年認知症の本人や家族の困っていることがわからない」であった。

支援経験別にみると、支援経験の有る者の56.3%が困ったと回答しているのは、「本人や家族の受け入れが難しいためにサービス利用に結びつけるのが難しい」であったのに対し、支援経験の無い者の62.3%が困ったと回答しているのは「どのような社会資源サービスがあるかわからない」であり、支援経験の有無により回答に差があった。

自由記載には、本人や家族の若年認知症の理解や告知・受容、若年者のニーズは既存の高齢者サービスでは充足できないこと、本人・家族の生計を支える制度の不足、支援者

の経験不足、戸惑い、支援者のマンパワーや時間の不足、専門相談体制の不備など、若年認知症であるがゆえの困難さが挙げられた。

支援に際して欲しかったアドバイスを6択で複数回答してもらった結果は、回答が多い順に「使える社会資源一覧表」、「相談できる機関」、「ニーズと社会資源を結びつけられるようなガイドライン」、「若年認知症専用のアセスメントシート」、「家族の状況がアセスメントできるシート」、「社会資源利用の妨げとなっていることが明確になるアセスメントシート」であった。支援経験別にみると、支援経験の有る者の59.7%、無い者の67.4%が欲しかったアドバイスは「使える社会資源一覧表」と共通していた。支援経験の有る者の回答は、多い順に「使える社会資源一覧表」、「相談できる機関」、「ニーズと社会資源を結びつけられるようなガイドライン」であり、支援経験の無い者の回答の多い順と比較して、一部順位に逆転があるものの、両者はほぼ同様の結果であった。

D. 考察

1) I群、II群、III群ともに成果を検証できる協力数を得られなかった。その理由として、予定期間内に対象者がいない、すなわち若年認知症の相談窓口である支援センターに、相談がないという課題があった。その要因については、支援センターが、若年認知症の相談窓口であることを住民が認識しておらず、未だ啓発の段階であり、相談窓口として機能していないことが考えられる。

また、研究設定期間が3か月と短かったことも課題であり、本研究の効果的な実施においては、さらに長い実施期間の設定が必要である。

2) 手法案を活用できたI、III群の結果から、手法案の役立つ点と課題が明らかになった。

これら結果から、今回開発した手法案につ

いては、活用できる面もあるが、改良の必要な点があることが明らかになった。

手法案のB（社会資源）シートや社会資源へつなぐCシートの内容は役立つという意見が得られた。社会資源の活用については、より詳細な情報の必要性が得られたことから、追記が必要である。また、A（現状を知る）シートについては、役立つという意見もあったが、現段階を知るためのシートとして、より支援の現状に即した内容への改編を行う必要があると考える。

3) 手法案活用に当たっても、手法案の内容が、一回の相談では把握できないこと、若年者の場合、本人・家族に迷いがあり、相談が中断して支援が止まり手法案を十分活用できないという状態がみられた。

高齢者に比べ、若年者では迷いに付き合う姿勢が支援者に必要であるが、相談が中断すると支援者がその時点で支援を辞めてしまうという課題があると考えられる。

若年認知症者の場合、一旦相談が中断しても、常に支援者がその対象者の存在を意識して、介入の機会を待つ心構えが必要であり、そのことを支援のあり方として示す必要があると言える。

4) アンケートの結果から、若年認知症の方やその家族の支援のためのアセスメントおよびコーディネイト手法を開発すること自体は、相談対応者のニーズに応じていると言える。

E. 結論

本研究結果から、現状の支援センターでは、1年目に開発した手法案があっても、若年認知症に対する具体的な支援ができないことが分かった。今回明らかになった課題と対応策として次のことが言える。

1) 手法案の課題

若年認知症支援に対して、支援者の持つべ

き意識のあり方や、想定される状況を網羅した支援方法の例示、地域にある資源情報の収集方法等、具体的な内容の加筆、改編が必要。

2) 支援者の相談に対する意識の課題

若年認知症者へは、数年にわたり継続的に寄り添う支援が必要であり、その認識を支援者が持つための意識啓発が必要。手法案にも、支援者の心構えとして持つべき姿勢を示すことが必要である。

3) 相談者の支援経験

若年認知症への支援は、高齢者に比べ機会が少なく、その手法も明らかでないが、手法案だけでは、十分な支援は行えない。支援者が迷った時に随時、スーパーバイズできる相談対応機関の設置が必要。

4) 支援センターの役割が住民に認識されていない

支援センターが、若年認知症の相談窓口であることを住民が認識し、その機能が活用されるための啓発が必要である。

以上の結果から、シートの改編および若年認知症者およびその家族の支援を行ううえで、今後取り組むべき内容は次の通りである。

①手法案の改編

手法案として作成したシートについて、B（社会資源活用）シートは役立つという意見が多かったが、まだ不足している内容（子育てに関する支援や診断方法、経済的支援などの考えられる事項全て）について加筆が必要。A（現状を知る）シートは、支援を行ううえで、当たり前を確認する内容を記述している点から、C（つながる）シートと並行して確認できるようにする。また、シート活用前に若年認知症に関わる際の、支援者の意識の持ち方や留意点などを、分かりやすく明記する。

さらに、地域にある資源情報の収集方法やシートを活用した事例集も加え、支援方法を具体的に示す。

②若年認知症支援の専門家の配置の検討

若年認知症支援に対してスーパーバイズ
ができる専門家を市町村圏域レベルに配置
し、若年認知症の支援に当たる際に生じる
支援者の不安に応じる体制づくりが望まれ
る。

③地域包括支援センターの役割の周知

支援センターは高齢者の支援だけでなく、
若年認知症の支援も行うことを、住民に啓発
し、その役割を周知していくことが必要であ
る。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

竹内さをり、沖田裕子、中西亜紀、塩見美抄
他（2012）：「若年認知症の社会参加を支援
するアセスメント手法およびコーディネー
ト手法の開発」，日本認知症ケア学会第13回
大会，アクトシティ浜松，2012. 5. 19～20

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

II. 分担研究報告

第1章

若年性認知症の医療および支援における現状

1-1. 若年性認知症の医療と現状

分担研究者 中西亜紀 大阪市立弘済院附属病院 神経内科・精神神経科部長

本研究の目的は、認知症の専門外来での診療を通じて得た結果や、実態調査を通じて、若年性認知症の医療の現状について示すことである。

もの忘れ外来を受診した患者について調査し、初診患者を受診する医師の経験年数、受診者の居住地と病院所在地の関係、継続受診と背景疾患の関係の結果から、専門性が期待される医療機関や医師への受診が集中している可能性が示唆された。

平成22年に実施した大阪市健康福祉局「若年認知症の実態調査」(回答数220件、回答率46.3%)の結果から、認知症診療経験があったとした医師185件(84.1%)のうち、65歳未満発症者の診療経験ありは77件(44.5%)であった。同じ標榜科でも診療状況は大きく異なり、「専門医」の認識が医師本人とそれ以外(行政側、福祉関係者、市民等)で異なる可能性が示唆された。調査当時は日本認知症学会専門医制度が開始されたばかりで調査対象とされていないが、認知症の専門医、専門医療機関の定義が曖昧であり、医師が専門と考えることと、市民が専門家であると期待しているものにずれがある可能性がある。少なくとも関連領域の診療に従事している医師であっても若年性認知症の診療経験は少ないことが推測され、受診が特定の施設に集中している可能性が高いことが分かった。

認知症の診断において、若年発症者と高齢発症者で生じる違いとしては、①背景疾患の違い、②病状および経過・予後の違い、③合併症の違い、④社会背景の違い、⑤使用可能な社会資源の違いなどが挙げられた。

専門医療機関への期待としては、現段階では、認知症の専門医療提供には限界があることを考えると、まず専門医の育成、スキルアップとともに診療に携わる医師を広く増やすことが必要である。また、医療・福祉のネットワークと情報共有として、患者・家族に必要なニーズをさらに検討し、求められる各種情報を集約して、各機関が共有できる仕組みを構築していくことが必要であると考えられた。

A. 研究の目的

認知症の専門外来での診療を通じて得た結果や、実態調査を通じて、若年性認知症の医療の現状について示すことである。

B. 研究方法

平成21年度にもの忘れ外来を受診した初診患者635名のうち、併設施設入居者を除く594

名を対象とした調査を行った。

また、大阪市健康福祉局「若年認知症の実態調査」では、平成20年12月1日から1月31日を調査対象期間とし、大阪市の精神科、神経内科、心療内科、脳神経外科の標榜医療機関、関連学会専門医(日本神経学会、精神神経学会、老年医学会、老年精神医学会)が所属もしくは学会認定施設、大阪府「認知症の医療ガイド」

に掲示の医療機関、府下の医系大学病院、大阪精神科病院協会所属病院および大阪市立弘済院附属病院の 475 施設を対象として調査票を送付し、220 件（46.3%）の回答を得た。

（倫理面への配慮）

本研究で行った調査では、調査協力者に対して研究目的・内容を説明し、同意を得た上で行うとともに、個人情報の保護については細心の注意を払い行った。

C. 研究結果

1) もの忘れ外来の初診患者に占める 65 歳未満患者割合は、もの忘れ外来経験 20 年目医師で 10.0%、13 年目医師 4.32%、1 年目医師 2.08%となっていた。患者振り分けは、氏名や曜日指定がない場合、相談員が近い日程から順に割り振って予約をとっている。

新規受診者の住所地は、全年齢層に比し、病院所在地の占める割合が低く（46.0%対 30.0%）、隣接市を除く府下全域（4%対 13%）、他府県（4%対 10%）も多く、遠方からの受診が多いことが明らかとなった。

継続受診の割合は、65 歳未満での発症者では 21%に及び、そのうちアルツハイマー病（AD）では FAST5 以下の者では 15%の継続に対して 6 以上のものでは 32%が継続していた。前頭側頭葉変性症（FTLD）では 28%が継続受診をしている。

2) 平成 22 年に実施した大阪市健康福祉局「若年認知症の実態調査」（回答数 220 件、回答率 46.3%）の結果では、18.0%の医療機関が認知症対応不能と回答している。また、認知症診療経験があるとした医師 185 件（84.1%）のうち、65 歳未満発症者の診療経験ありは 77 件（44.5%）であった。

D. 考察

1) もの忘れ外来の受診についての調査結果から、若年発症者では、経験年数の多い医師を受

診する者が多い可能性が示唆された。

初診患者を受診する医師の経験年数、受診者の居住地と病院所在地の関係、継続受診と背景疾患の結果から、専門性が期待される医療機関や医師への受診が集中している可能性が示唆された。

また、若年発症者では、軽度 AD よりも高度 AD の患者や FTLD の通院継続が多い可能性が高いことが分かった。

2) 大阪市の調査から、同じ標榜科でも診療状況は大きく異なり、「専門医」の認識が医師本人とそれ以外（行政側、福祉関係者、市民等）で異なる可能性が示唆された。

調査当時は日本認知症学会専門医制度が開始されたばかりで調査対象とされていないが、認知症の専門医、専門医療機関の定義が曖昧であり、医師が専門と考えることと、市民が専門家であると期待しているものにずれがある可能性がある。少なくとも関連領域の診療に従事している医師であっても若年性認知症の診療経験は少ないことが推測され、受診が特定の施設に集中している可能性が高いことが分かった。

E. 結論

1) 専門医療機関への期待

若年発症の認知症の患者・家族は、複数の専門病院を受診していることも少なくなく、そこには、より高度な鑑別診断・診断精度を求めている場合が想定される。一方、当院が高度医療機器を備えた病院ではないが患者家族支援を重視している（認知症教室、本人サポートの会、家族会などの設置）特徴を持つことを考えると、診断のみならず、診断に基づいた各種生活指導などの支援を専門医療機関にも求めている可能性が高い。

現段階では認知症の専門医療提供には限界があることを考えると、まず専門医の育成、スキルアップとともに診療に携わる医師を広く

増やすことが必要である。

2) 医療・福祉のネットワークと情報共有

若年発症者は、高齢者とは異なる疾患や背景の特徴があるため、患者・家族に必要なニーズをさらに検討し、求められる各種情報を集約して、各機関が共有できる仕組みを構築していくことが必要である。例えば、専門医療機関から、必要な情報、スキルを提供できる福祉施設へつながるためには、医療機関側が、どこの施設が適切であるかの情報を持たなくてはならない。あるいは、どうすれば必要な情報を得ることができるのかを知らなくてはならない。医療・福祉のネットワーク化は重要であり、そのために行政に求められる役割も大きいと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

中西亜紀 (2010) : 「若年性認知症患者の受診状況～大阪市若年認知症の実態調査からの考察～」. 第29回日本認知症学会学術集会, ウィンク愛知. 2010. 11. 5～6

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第1章 若年性認知症の医療および支援における現状

研究報告 1. 若年性認知症の医療と現状

中西亜紀（大阪市立弘済院附属病院 神経内科・精神神経科部長
大阪市健康福祉局健康推進部 医務主幹）

若年性認知症の医療について、認知症の専門外来での診療を通じて報告する。我々の病院では、平成9年から「もの忘れ外来」を開設し診療を行っているが、平成21年に大阪市北部エリア(8区)担当の認知症疾患医療センターに指定され、専門医療機関としての活動を続けるとともに、日常診療では徐々に様々な課題を抱えた症例が増えている印象がある。

1. もの忘れ外来での診療から

平成21年度にももの忘れ外来を受診した初診患者635名のうち、併設施設入居者を除く594名を対象とした調査(平成22年第29回日本認知症学会発表)では、以下のことが明らかになった。

- 1) もの忘れ外来の初診患者に占める65歳未満患者割合は、もの忘れ外来経験20年目医師で10.0%、13年目医師4.32%、1年目医師2.08%となっていた。患者振り分けは、氏名や曜日指定がない場合、相談員が近い日程から順に割り振って予約をとっている。若年発症者では、経験年数の多い医師を受診する者が多い可能性が示唆された。(Table.1)

Table.1 H21年度 65歳未満患者の診療状況

医師	認知症外来診療経験年数	初診65歳未満患者数	65歳未満患者受け持ち割合(%)	初診患者総数(併設施設除く)	初診患者受け持ち割合(%)	初診患者に占める65歳未満患者割合(%)
A	20	17	56	162	27.27	10.0
B	13	5	17	139	23.40	4.32
C	4	6	20.7	111	18.69	4.5
D	1	2	6.9	96	16.00	2.083
E	5(非)	0	0	70	11.00	0
合計		30		578		5.0

非:非常勤勤務、* 年度途中から診療医師を除く

65歳未満では、経験年数の多い医師を受診する者が多い。
* 患者の予約振り分けは、指名や曜日指定がない場合は、相談員が近い日程から順に割り振っている。

Fig.1 もの忘れ外来新規受診者の住所地

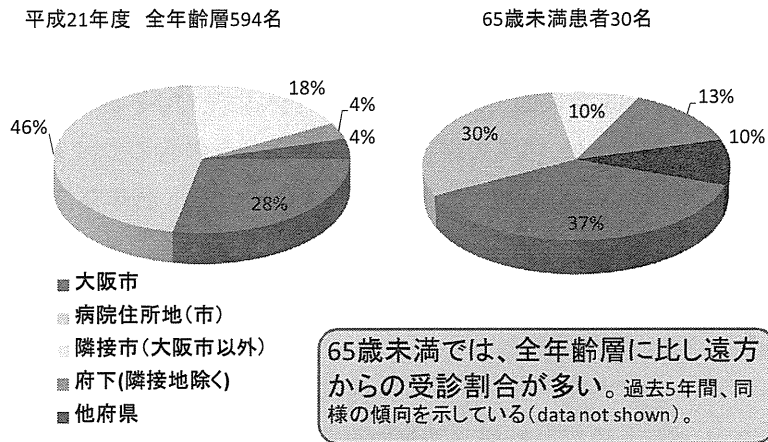


Table.2 65歳未満患者の継続受診

疾患		総数(人)	65歳未満(人)	65歳未満発症者(人)
アルツハイマー病	軽中等度	111	7 (6.3%)	17 (15.0%)
	高度	31	8 (25.0%)	10 (32.0%)
前頭側頭葉変性症		21	6 (28.0%)	6 (28.0%)
上記以外		20	1 (5.0%)	1 (5.0%)
合計		156	22 (14%)	34 (21%)

対象: 21年度4~6月のA医師自験例のうち、継続通院(3回以上受診)をしていた認知症患者156名。アルツハイマー病(AD)は、FAST 6以上を高度とした。

Table.1,2より、65歳未満患者は専門医療機関の継続受診が多い可能性がある。65歳未満継続受診患者は、高度アルツハイマー病、前頭側頭葉変性症に多い。

■ 使用した診断基準

アルツハイマー型認知症 (Alzheimer type Dementia (AD)) : National Institute of Neurological and Communicational Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders (NINCDS–ADRD)

脳血管性認知症 (Vascular Dementia (VaD)) : National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association International Pour la Recherche et l’Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN),

レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy Bodies (DLB)) : Consensus guidelines for clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies¹⁾

前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal lobar degeneration (FTLD)) ,前頭側頭型認知症 (Frontotemporal dementia (FTD)、意味性認知症 (Semantic Dementia (SD))):FTLDの臨床的診断基準 (Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria.)^{2,3)}

1)小阪憲司: レビー小体型痴呆の概念と臨床像; Cognition and Dementia 4(1):9-14, 2005

2)Neary D. et al: Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria.; Neurology, 51: 1546-1554, 1998

- 2) 新規受診者の住所地は、全年齢層に比し、病院所在地の占める割合が低く(46.0%対 30.0%)、隣接市を除く府下全域(4%対 13%)、他府県(4%対 10%)も多く、遠方からの受診が多いことが明らかとなった。(Fig.1)
- 3) 継続受診の割合は、65歳未満での発症者では21%に及び、そのうちアルツハイマー病(AD)ではFAST5以下の者では15%の継続に対して6以上のものでは32%が継続していた。前頭側頭葉変性症(FTLD)では28%が継続受診をしている。若年発症者では、軽度ADよりも高度ADの患者やFTLDの通院継続が多い可能性が高い。(Table.2)
- 以上の1)～3)より、専門性が期待される医療機関や医師への受診が集中している可能性がある。

2. 平成22年3月大阪市健康福祉局「若年認知症の実態調査」より

大阪市調査は、平成20年12月1日から21年1月31日を調査対象期間とし、大阪市内の精神科、神経内科、心療内科、脳神経外科の標榜医療機関、関連学会専門医(日本神経学会、精神神経学会、老年医学会、老年精神医学会)が所属もしくは学会認定施設、大阪府「認知症の医療ガイド」に掲示の医療機関、府下の医系大学病院、大阪精神科病院協会所属病院および大阪市立弘済院附属病院の475施設を対象として調査票を送付し、220件(46.3%)の回答を得たものである。

- Q2：認知症患者(疑いを含む)への診断・治療の対応を行ったことがあるか、行うことができるかお答えください。
- Q2-1：認知症患者が認知症以外の身体疾患を発症した時の対応を行ったことがあるか、行うことができるかお答えください。

認知症患者の対応	Q2 認知症	Q2-1 身体疾患
行ったことがある	173	139
対応を行ったことはないが、対応は行うことができる	3	7
対応を行うことはできない	39	37
回答なし	5	37

Q2 結果：18.0%の医療機関が認知症対応不能と回答している。(N=220)

考察：標榜科などのみでは、認知症患者対応ができるかどうか、判断しにくい現状がある。

また、精神科・神経内科すなわち認知症の専門医ではないということに関して、市民と医師側の認識にずれがある可能性もある。

Q4：認知症を専門の一つとしている医師がいるかお答えください。

		件	(N=220)
①	いる	87	
②	いない	95	
③	その他	1	専門医でないが常識の範囲内で診ている
	回答なし	2	
	回答不要	35	

Q4-1：Q4において「1」の場合、若年認知症の診療経験があるかお答えください。

		件
①	ある	77
②	ない	31
③	その他	0
	回答なし	2
	回答不要	110

Q13：平成19年4月1日から平成20年9月30日の間に若年認知症（疑いを含む）に対応されたことがあるかお答えください。

		件
①	若年認知症患者の対応を行った	70
②	若年認知症患者の対応は行っていない	107
	回答なし	7
	回答不要	36

Q4,13 結果：若年認知症診療経験のない医師が少なくない。

考察：「専門家」の定義があいまいではあるが、若年認知症の対応は広く行われてはいないことが推察される。

以上より、大阪市調査は、回答数 220 件、回答率 46.3%で、認知症診療経験あり 185 件 (84.1%) のうち 65 歳未満発症者の診療経験ありは 77 件 (44.5%) であった。同じ標榜科でも診療状況は大きく異なり、「専門医」の認識が医師本人とそれ以外（行政側、福祉関係者、市民等）で異なる可能性が示唆される。調査当時は日本認知症学会専門医制度が開始されたばかりで調査対象とされていないが、認知症の専門医、専門医療機関の定義が曖昧であり、医師が専門と考えることと、

市民が専門家であると期待しているものにずれがある可能性がある。少なくとも関連領域の診療に従事している医師であっても若年性認知症の診療経験は少ないことが推測され、受診が特定の施設に集中している可能性が高い。

3. 若年発症者と高齢発症者で求められる医療に違いはあるのか

認知症の診療において、若年発症者と高齢発症者で生じる違いを考えると、1) 背景疾患の違い、2) 病状および経過・予後の違い、3) 合併症の違い、4) 社会背景の違い、5) 使用可能な社会資源の違いなどを挙げることができる。

- 1) 背景疾患の違い：疾患内訳として、脳血管性認知症の頻度が非常に高く、変性疾患では前頭側頭葉変性症の頻度が比較的高いこと等が挙げられ、加齢とともに急速に増加するアルツハイマー病の患者数は相対的には低いものとなる。また、若年発症者では遺伝的背景を有する者が少なくない。そのため希少な疾患である場合もあり、鑑別診断により高度な専門性が求められる場合がある。
- 2) 病状および経過・予後の違い：若年発症者では、ひとたびBPSD（認知症に伴う心理面と行動の障害：Behavioral Psychological Symptoms of Dementia）が生じると若く体力もあり激しい病状を呈することもある。病状進行が早い者も少なくなく、背景疾患の違いから個々の原因疾患を理解した対応が必要である。
- 3) 合併症の違い：高齢者では身体機能が低下しており、種々の内科疾患や整形外科疾患を合併していることが多いが、若年者では認知症のみの発症者も多いため、もともとかかりつけ医がない場合も少なくない。
- 4) 社会背景の違い：若年発症者は、患者本人が就労していたり育児中であったり、社会的な役割が大きい現役世代である。そのため、疾病罹患による療養が困難となやすく、より急いで様々な生活支援を確保することが求められる。
- 5) 使用可能な社会資源の違い：大きな違いは、介護保険を使用できるかどうかを挙げることができる。40歳以上65歳未満の年齢においては特定の原因疾患の認知症のみ介護保険利用が認められているものの、40歳未満については、全く利用できない。また、介護保険利用可能な場合でも、若年発症者が高齢者の中に入って支援を受けることについての困難がある。

自立支援法に基づく精神障害に関する支援の利用は、あらゆる年齢において可能ではあるが、例えば統合失調症の方のためのサポートシステムの中で認知症の方に適切なケアが行うことができるかどうかは、必ずしも明確ではない。

4. まとめ

1) 専門医療機関への期待

若年発症の認知症の患者・家族は、複数の専門病院を受診していることも少なくなく、そこには、より高度な鑑別診断・診断精度を求めている場合が想定される。一方、当院が高度医療機器を備えた病院ではないが患者家族支援を重視している（認知症教室、本人サポートの会、家族会などの設置）特徴を持つことを考えると、診断のみならず、診断に基づいた各種生活指導などの支援を専門医療機関にも求めている可能性が高い。