


 原著

愛媛県における若年性認知症の実態調査

檜林 哲雄^{1,2)}, 石川 智久³⁾, 小森憲治郎²⁾, 清水 秀明²⁾,
福原 竜治²⁾, 谷向 知²⁾

要 旨

65歳未満で発症する若年性認知症患者 (early-onset dementia: EOD) の多くは、家庭生活や家計の中心的な担い手となっている症例が多く、日常生活に与える影響や経済的な影響が大きい。しかし EOD の有病率や社会福祉資源の利用実態の調査は少ない。今回我々は、愛媛県下の EOD の有病率や社会福祉資源の利用状況に関する実態調査を行った。調査対象施設は愛媛県下の 2,626 機関 (病院、

診療所、老人保健施設など) とした。対象施設に対して EOD の診断、障害者手帳・障害年金受給の有無、介護保険申請の有無などの項目を質問票の郵送にて調査した。県内の EOD 数は 18 歳から 64 歳人口における人口 10 万人あたり 53.4 人であった。疾患内訳は、脳血管性認知症が 40.3%、アルツハイマー病が 25.1%、その他が 31.4% であった。障害者手帳は取得ありが 33.9%、障害年金は受給ありが 29.1%、介護保険は利用ありが 57.4% であった。障害年金、障害者手帳、介護保険制度の利用状況は十分とはいえず、患者や家族の介護負担を増大させる大きな要因になっていることが明らかとなった。

はじめに

若年性認知症とは、65歳未満で原因となる器質的疾患により近時記憶障害や視空間認知操作の障害、失語、失認、遂行機能障害、判断力の低下など複数の認知機能低下を生じ、日常生活に大きな支障をきたす認知症を呈するようになったものの総称である (一ノ渡, 1997)。若年性認知症患者の多くは、その発症年齢の特性から、職場においては主導的あるいは管理的立場であったり、家庭においては家計を支える主たる存在、育児や家事の中心的な担い手

Epidemiology of Early-Onset Dementia in Ehime
Tetsuo Kashibayashi^{1,2)}, Tomohisa Ishikawa³⁾, Kenjiro Komori²⁾,
Hideaki Shimizu²⁾, Ryuji Hukuhara²⁾, Satoshi Tanimukai²⁾

¹⁾ 兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンターリハビリテーション西播磨病院 高次脳診療科 [〒 679-5165 兵庫県たつの市新宮町光都 1 丁目 7 番 1 号]

Department of Rehabilitation, Rehabilitation Nishi-Harima Hospital, Hyogo Prefectural Rehabilitation Center at Nishi-Harima (1-7-1 Koto, Shingu-cho, Tatsuno, Hyogo 679-5165, Japan)

²⁾ 愛媛大学大学院医学系研究科 脳・神経病態制御医学講座 脳とこころの医学分野 [〒 791-0295 愛媛県東温市志津川]

Department of Neuropsychiatry, Neuroscience Ehime University Graduate School of Medicine (Shitsukawa, Touon-shi, Ehime 791-0295, Japan)

³⁾ 兵庫県立姫路循環器病センター 高齢者脳機能治療室 [〒 670-0981 兵庫県姫路市西庄甲 520]

Institute for Aging Brain and Cognitive Disorders, Hyogo Brain and Heart Center at Himeji (520 Saishoko, Himeji-shi, Hyogo 670-0981, Japan)

であったりする。そのため、若年性認知症患者を抱える家族にとっては、認知症の生活障害に対する介護負担にとどまらず、就労・子育て・家事などの生活の基盤をなす活動に関する心理的・経済的側面や家事の負担の増大は、老年期認知症と比較して家庭生活そのものに与える直接的な影響が大きい (Freyne A et al., 1999, Sampson E et al., 2004)。老年期認知症に関しては、近年の啓発活動により診断・治療・社会的支援体制が徐々に整備され、社会的な認識が普及・浸透しつつある。一方、若年性認知症については、症候や処遇の点で老年期とは異なる点も多く、若年であるがゆえに障害者年金や介護保険制度など利用できる社会資源が限定されることなどから、当事者・家族だけで問題を抱え込んでいるケースが多く見受けられる。こうした、若年性認知症の有病率や介護状況、社会支援の利用実態については、本邦においてほとんど調査されておらず、社会的認識が低いのが実情である。そこで今回我々は、愛媛県下の若年性認知症の有病率や社会福祉資源の利用状況について実態調査を行った。

目 的

愛媛県下の医療機関および福祉介護施設にアンケート調査を実施し、若年性認知症患者の実態を把握し、愛媛県における若年性認知症の有病率を推定することを目的とした。また、原因疾患について調査し、疾患別の社会福祉資源の利用状況を明らかにすることによって、若年性認知症の支援体制における課題を考察する。

本調査は厚生省の研究助成に基づき行われ愛媛大学の倫理委員会の承諾を得て個人情報取り扱いおよびプライバシーに十分配慮した形で行った。

方法と対象

本研究での若年性認知症は平成 19 年 6 月 30 日以前に器質性により認知機能低下をきたし、かつ調査開始基準日の同年 7 月 1 日時点での年齢が 18 歳以上 65 歳未満である患者を対象とした。調査対象施

設は愛媛県下の 2,626 機関 (147 病院 870 診療科、一般診療所 1,262 施設、特別養護老人ホーム 92 施設、老人保健施設 62 施設、グループホーム 246 施設、障害福祉サービス事業所 102 施設) である。調査期間は平成 19 年 7 月 1 日から同年 12 月 31 日とした。

まず、1 次調査として調査対象の各病院・施設を平成 19 年 7 月から 12 月に受診または利用した患者／利用者のうち、若年性認知症患者の有無、人数、性別について質問票を郵送し、回答を得た。次に 2 次調査として、若年性認知症患者が有りと回答のあった施設について、該当者の診断 (認知症の原因疾患)、発症年齢、障害者手帳・障害年金受給の有無、介護保険の申請の有無・要介護度、認知症の重症度、日常生活動作、そのほかの身体合併症の各項目を質問票の郵送にて調査した (図 1)。

なお、1 次調査における認知症の診断には the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition revised (DSM-III R) を用いた (APS 1987)。また、2 次調査における認知症の原因疾患の診断基準には、Alzheimer 病 (AD)、脳血管性認知症 (VaD) およびアルコール関連の認知症の診断は、The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV) を (APS 1993)、レビー小体型認知症 (DLB) および Parkinson 病に伴う認知症は、McKeith のレビー小体型認知症の臨床診断基準 (McKeith IG et al., 1996) を、前頭側頭葉変性症 (FTLD) の診断は Neary の Lund and Manchester criteria を用いた (Neary D et al., 1998)。発症年齢の推定については医師の診療録もしくは家族からの情報に基づいて行った。重症度については、回答者の印象で、軽症・中等症・重症のいずれに該当するかを問うた。

回収率の算出は対象施設分類ごとに行った。調査時年齢は基準日 (平成 19 年 7 月 1 日) での満年齢を算出した。複数施設からの患者の重複報告例の割り出しは、生年月日、イニシャル、性別、診断名、原疾患、合併症の一致をもって確認した。複数の医療機関／施設から報告のある同一症例については、医療機関の報告を優先した。集計実数を年齢階層ごとに回収率で除して推計値を算出し、基準日にもつ

第 1 次 調 査 用 紙

若 年 性 認 知 症 患者数第 1 次調査用紙

記載者御氏名 _____

施設名称 _____

記載年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

整理番号

1. 平成 19 年 (2007 年) 7 月 1 日より 12 月 31 日までの 6 ヶ月間に貴院を受診/入院していた人、ないし貴施設に通所/入所していた人の中に現在 65 歳未満で認知症の方がおられましたか (認知症の診断基準については別紙若年性認知症診断の手引きをご参照下さい)。

1) いた	2) いない
-------	--------

2. 上記の圈いで、「いた」と回答された場合、対象者について、性別、年齢 (受診/入院、ないし通所/入所時の年齢)、生年月日、現在の処遇形態を以下にご記入下さい (別紙を参考して下さい)。なお、記入欄が足りない場合は、別に用紙を付け足して、対象者全員についてご記入下さいませ。

No	性別	年齢	生年月日	現在の処遇形態 (○で囲んで下さい)
1				在宅、入院中、通院・通所中、入所中、他()
2				在宅、入院中、通院・通所中、入所中、他()
3				在宅、入院中、通院・通所中、入所中、他()
4				在宅、入院中、通院・通所中、入所中、他()
5				在宅、入院中、通院・通所中、入所中、他()
6				在宅、入院中、通院・通所中、入所中、他()

★ 備考

- 有病数の推定を計画しておりますので恐れ入りますが、該当者がおられない場合も、必ず本調査表をご返送下さい。
- 平成 18 年 10 月 23 日 (月曜日) までに同封の返信用封筒にてご返送くださいようお願い申し上げます。
- 該当される方々について、後日少し詳しい第 2 次調査を計画しております。何卒ご協力下さいますようお願いいたします。
- 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

《返送先》《連絡先》 〒791-0295 愛媛県東温市志保川
愛媛大学大学院医学系研究科 脳とこころの医学
谷川 知
TEL 089-960-5315 FAX 089-960-5317

本調査について、ご意見またはお気づきの事がございましたらご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。

「若年性認知症診断の手引き」

★ 若年性認知症の診断は、以下の 4 点を満たすことと考えて下さい。

□ 1. 記憶力の低下がある。

《具体例》

- 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
- 聞いたことをすぐ忘れたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
- 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。

□ 2. 以前と比べて、日常生活 (家事、金銭の扱い、身辺整理、対人関係など) や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。

□ 3. 知的障害 (ダウン症を含む精神発達遅滞) や自閉症でない。

□ 4. 現在 65 歳未満である。

★ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。疾患名にとらわれずにお答え下さい。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、ビンスワンガー病
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病、ピック病など前頭側頭葉変性症、脊髄小脳変性症、
3. 感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病進行期
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ベーチェット病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金薬、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞踏病、ウィルソン病
10. 植物状態	
11. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏、脳腫瘍 (傍腫瘍作用、術後を含む)

★ 対象者については、性別、年齢 (施設受診/入院、または通所/入所されたときの年齢)、現在の処遇形態を記入して下さい。なお、対象者が 6 名以上になる場合は、別に用紙を付け加えて、対象者全員を報告して下さい。以下に、記載の例を示しましたので、参考になさって下さい。

<記載例>

No	性別	現在年齢	現在の処遇形態 (○で囲んで下さい)
1	男性	40	在宅、入院中、通院・通所中、入所中、その他()
2	女性	32	在宅、入院中、通院・通所中、入所中、その他()
3	男性	64	在宅、入院中、通院・通所中、入所中、その他()

図 1-a. 1 次調査用紙

とも近い人口動態調査の結果を使用し有病率を算出した。今回の調査では頭部外傷後遺症の患者は若年性認知症には加えなかった。また、アルコールによる認知機能障害はその他に加えた。推定有病率は年齢階層別、施設別の報告数をそれぞれの施設別の回収率で除し推定患者実数を計算し、さらに推定患者実数を 2005 年 10 月の愛媛県年齢階層別人口 (18-65 歳男性 416,274 人、女性 435,367 人) で割り 10 万人当たりの有病率として算出した。

結 果

1 次調査では、愛媛県下の 2,626 機関中 2,117 関連機関から回答を得た。回収率は 80.6% であった。このうち、若年性認知症の受診または施設利用があったのは 132 施設で、重複も含めた受診または利用者数は 457 人であった。これらに対し、2 次調査

を実施したところ、94 施設から回答を得、重複を含めた受診または利用者数は 341 人であった。施設回収率は 71.2% であった。調査基準日の年齢が 65 歳以上であった 7 人と、2 つの機関の重複例 11 人、3 つの機関の重複例 1 人を除外し、頭部外傷後遺症の患者を除外した結果、若年性認知症患者は 282 人であった (表 1)。今回の調査票の回収率をもとにすると、愛媛県内の若年性認知症患者数は、453.5 人と推定された。また、若年性認知症の発症率は 18 歳から 64 歳人口における人口 10 万人あたり 53.4 人であった。5 歳ごとの階層別では、男女ともに年齢が高くなるに従って認知症患者は増える傾向を認めた (図 2, 表 2)。

本調査にて明らかになった若年性認知症患者について解析すると、若年性認知症患者の調査基準日における平均年齢は 57.4±6.8 歳で、発症年齢の平均は 50.8±10.3 歳、男女比は、男性 65.4% で 35 歳-39

第 2 次 調 査 用 紙

若 年 性 認 知 症 の 実 態 調 査 (第 二 次 調 査 用)

施設名	回答者 氏名
1. 性別: 男, 女 2. 年齢: _____ 歳	患者イニシャル: (姓, 名の順) _____
3. 生年月日: 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

注意事項

1. 設問の中で、アンダーラインの箇所は直接ご記入下さい。それ以外の設問については、適当と思われる項目を○で囲んで下さい。

2. 最近1ヶ月間の状態についてご記入下さい。もし状態に波がある場合は、悪い状態の方をお書き下さい。

3. 現時点で、すでに死亡されている場合や退院・退所されている場合は、直近の1ヶ月間の状態についてご記入下さい。

A. 診断について (別紙1も参照して下さい)

1. 病名は
① _____
② _____

2. 発症時期は _____ 歳 (診療録による・家族等の陳述による) ←○で囲んで下さい

3. その原因は (不明であれば、不明とご記入下さい)
原因

4. 参考事項: 以下のような疾患を合併していますか。
 ①ダウン症など(知的障害) a. はい b. いいえ
 ②うつ病または統合失調症などの精神疾患 a. はい b. いいえ
 ③意識障害がありますか。 a. はい b. いいえ
 ④植物状態ですか。 a. はい b. いいえ

B. 医療・福祉サービスなど

1. 障害者手帳は
1. なし
2. 申請中
3. あり

2. 障害年金の受給は
1. なし
2. 申請中
3. あり (「あり」の場合は、以下も○で囲んでください！)
 a. 障害年金 (1級・2級・3級)
 b. その他の手当など(特定疾患・難病手当、生命保険・重度障害、その他)

4. 不明

3. 介護保険によるサービスの利用は
1. なし
2. 申請中

3. あり (「あり」の場合は、以下も○で囲んでください！)
(要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)

4. 現在の生活の場について 1)~4) のいずれかを○で囲んでお答え下さい。その上で、ご本人が現在受けておられる主なサービスに○をして下さい (サービスについては複数回答可)。

1) 自宅/在宅介護
a. 病院・診療所通院 b. 福祉施設通所 c. 介護保険によるサービス
d. その他 e. なし

2) 病院(入院)/施設(入所)
a. 病院・診療所 b. 知的障害者施設 c. 老人ホーム等の福祉施設
d. その他 ()

3) 既に死亡
a. 死亡の日は: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4) 現在の生活の場は不明

C. 認知症の程度 (1~4のいずれかを○で囲んでお答えください)

1. 軽 度: 仕事や社会活動では確かに障害を認めるが、自立した生活を営むことはまだ可能で、衛生面は保たれ判断力はほぼ正常である。

2. 中 等 度: 自立生活を営むことは危険であり、ある程度の指導が必要。

3. 重 度: 日常生活動作には障害がある (例えば最低限の衛生状態を保てない) ので、絶えず観察を要する。整容を保てず、話は支離滅裂があるいは発語は聞かれない。

4. 判定困難 (理由: _____)

D. 現在の日常生活動作
(1~5について、a・b・cのいずれかを○で囲んでお答えください)

1. 歩 行	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
2. 食 事	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
3. 排 泄	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
4. 入 浴	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
5. 着脱衣	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助

E. 現在の合併身体疾患
 現在診断がついている、あるいは治療している疾患名をお答え下さい。
 (とくに重要なものを3つまで具体的に書き下さい。*なければ「なし」)
 <例>
 高血圧, 糖尿病, 高脂血症, 心筋梗塞・狭心症, 悪性腫瘍,
 消化管疾患 (例: 胃潰瘍), 肝臓・脾臓・胆嚢の非腫瘍性疾患 (例: B型肝炎),
 膠原病, アルルギー性疾患, 泌尿生殖器の非疾患 (例: 膀胱炎),
 整形外科疾患 (変形性腰椎症)

1. _____ 2. _____ 3. _____

ご協力ありがとうございました。

図 1-b. 2 次調査用紙

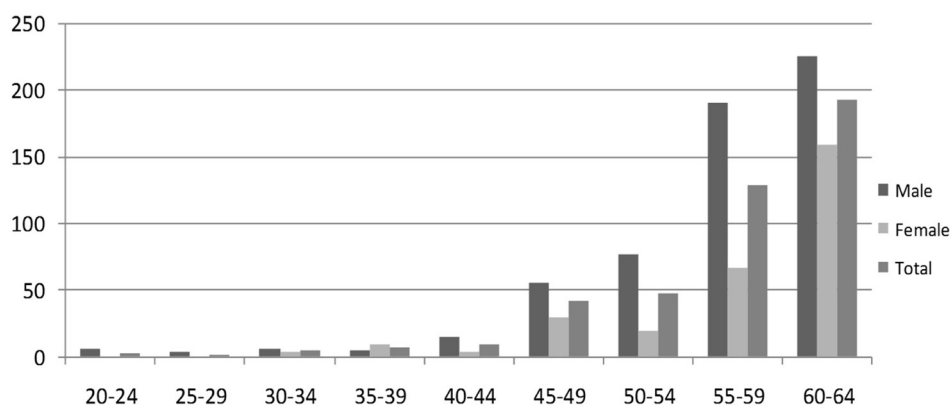
表 1. 施設別回収状況

施設分類	1次調査		2次調査		報告患者数 (人) 非該当患者除外後	
	対象施設数	回答施設数 (回収率%)	回答施設数	回答数 (回収率%)		
病院	862	689 (79.9)	42	34 (81.0)	205	196
一般診療所	1,262	963 (76.3)	35	22 (62.9)	41	35
特別養護老人ホーム	92	88 (95.7)	10	9 (90.0)	12	10
老人保健施設	62	57 (91.9)	17	13 (76.5)	25	24
グループホーム	246	225 (91.5)	27	15 (55.6)	17	16
障害福祉サービス事業所等	102	95 (93.1)	1	1 (100)	1	1
計	2,626	2,117 (80.6)	132	94 (71.2)	301	282

歳の階層を除き男性の有病率が高いという結果であった。2次調査のアンケートの回答者は病院、診療所の7割以上が主治医であった。施設からの回答や主治医以外からの回答の場合、背景疾患について

は診療録あるいは介護保険の主治医意見書の記載に基づいた主治医による病名であった。主な背景疾患の内訳をみると、VaD 113人 (40.1%), AD 71人 (25.2%), FTLD9人 (3.2%), その他が89人 (31.6%)

(prevalence rate /100,000)



(year)

図2. 年齢階層別有病率
各年齢階層別人口で各実数を除し、有病率を算出した。

表2. 年齢階層別有病率

	Male		Female		Total	
	n	prevalence	n	prevalence	n	prevalence
20-24	1	6.1	0	0.0	1	3.1
25-29	1	4.1	0	0.0	1	2.0
30-34	2	5.6	1	3.2	3	4.4
35-39	1	4.6	3	9.9	4	7.3
40-44	4	15.1	1	3.6	5	9.2
45-49	14	56.1	8	29.9	22	42.5
50-54	23	77.1	6	19.0	29	47.5
55-59	73	191.2	27	66.5	100	128.4
60-64	66	225.3	51	158.8	117	192.7

各年齢階層別人口で各実数を除し、有病率を算出した。

であった。男女別でみると、男性では VaD が 42.7% と AD の 20.5% に比べて 2 倍以上多いのに対し、女性では、VaD 35.7%、AD 33.7% とほとんど同率であり、男女で違いがみられた（図 3）。VaD のサブタイプは、脳出血 31 人（37.5%）、脳梗塞 46 人（34.1%）、クモ膜下出血 21 人（20.1%）、多発性脳梗塞 5 人（4.4%）、脳出血と脳梗塞の混合型 4 人（3.5%）、不明が 7 人（6.1%）であった。また、認知症のその他の原疾患の詳細についてみると、アルコールによる認知機能障害が 27 人（8.4%）と最も

多かった（表 3）。

認知症の重症度では、軽度 59 例、中等度 92 例、重度 116 例で、重度が最も多かった。障害年金受給では、不明を除外すると、受給していたのは全体の 29.1% であり、疾患別では、VaD が 23 例（34.3%）、AD が 10 例（16.9%）であった（図 4）。受給の等級をみると、VaD における 1 級受給者の比率が高く、その他の疾患では多くが 2 級受給者であった。障害者手帳の取得状況は、全体で「あり」が 93 例、「なし」が 157 例であり、疾患別では「あり」が、VaD

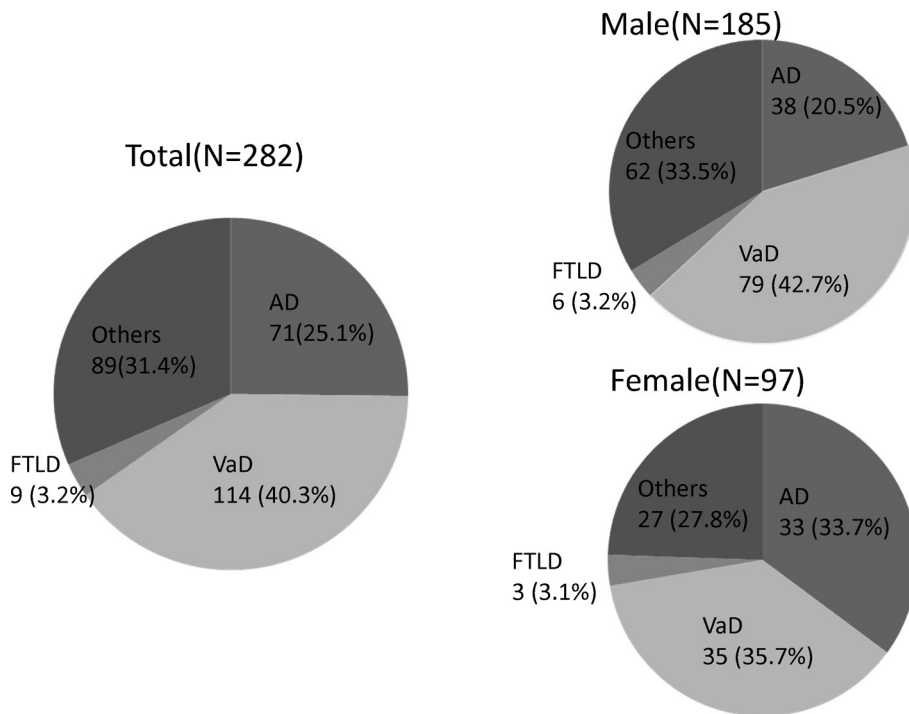


図 3. 男女別背景疾患の内訳

表 3. その他の背景疾患の内訳

	n
アルコール関連の認知機能障害	27
脳炎・髄膜炎後遺症	10
脳外科手術後（脳腫瘍など）	10
CO中毒・低酸素脳症	9
神経梅毒	4
脊髄小脳変性症	4
大脳皮質基底核変性症	3
その他（MS, DNTC, 多系統萎縮症, ヤコブ病など）	7
レビー小体型認知症	2
未診断	14

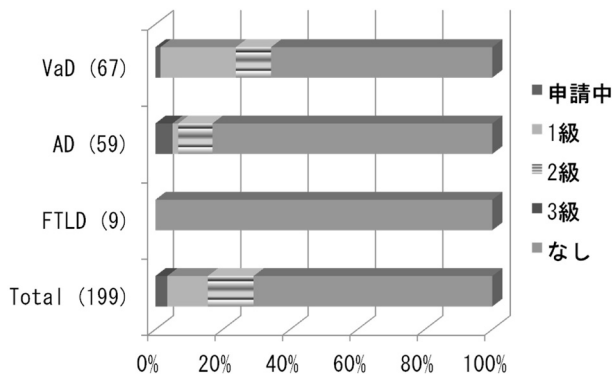


図 4. 障害年金受給状況

考 察

が 48 例 (48.0%), AD が 11 例 (16.2%) であった (図 5)。介護保険の利用状況をみると, 2 号被保険者に該当する 40 歳以上でのみの集計では, 介護サービスの利用ありあるいは介護保険申請中が 143 例 (57.4%), 利用なしが 106 例 (42.6%) であった。調査時点での要介護度についてみると, 要支援は AD の 3 人のみで, 要介護 1-5 の各割合は 10.0%, 17.4%, 20.1%, 22.1%, 26.1% と要介護状態が重症化するにつれて増加していた (図 6)。

愛媛県における若年性認知症の実態について, 愛媛県下の全医療機関および福祉施設を対象に, アンケート調査を行った。それをもとに推定した若年性認知症患者の有病率は, 18 歳から 64 歳人口における人口 10 万人あたり 53.4 人であった。若年性認知症の疫学調査に関しては, これまでにもいくつかの報告がある (Molsa PK et al., 1982. Kokmen E et al., 1989. 大城等ら, 1994. Ratanavalli E et al., 2002. Har-

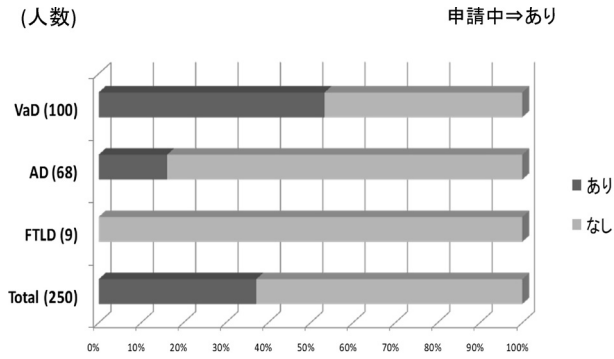


図 5. 障害者手帳の取得状況

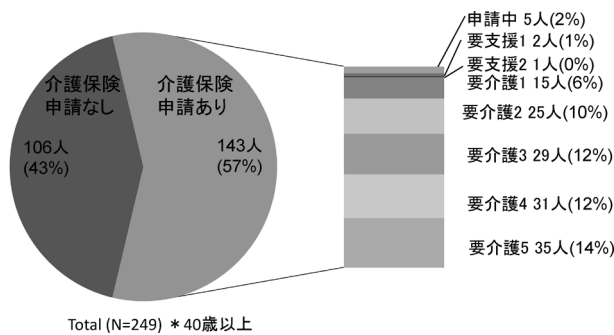


図 6. 介護保険申請状況

vey RJ et al., 2003. 宮永和夫ら, 1993. McMurtray A et al., 2006. Williams T et al., 2001). しかし、これらの先行研究では、認知症専門外来における若年性認知症患者を対象とした調査であるものが多く、調査対象に一定のバイアスがかかっていると考えられる。また、地域差や調査対象とした年齢による違いもあり、有病率の推定値は、調査対象年齢人口10万人あたり11人から81.4人とばらつきが大きい。今回の調査では、調査対象を愛媛県下の認知症専門外来を含む全医療機関および介護福祉施設を調査対象としたことで、先行研究よりもバイアスが少なく考えられる。

若年性認知症の原因疾患別では、最も割合が高かったのは VaD であった。男女別にみた場合でも、VaD が最も多かったが、女性の場合は男性に比べて AD を原疾患とする若年性認知症の割合が高いことが特徴であった。このことは、我が国において脳血管イベントのリスクは男性の方が女性に比べて高いこと (Kitamura A et al., 2008), AD 発症のリスクファクターの一つに女性であることが関連していると推察される (Lin RT et al., 1998, Gao S et al., 1998). 脳血管障害のイベントについては、禁煙、節酒、食生活の改善、運動習慣の改善、高血圧等の生活習慣病の管理など、予防しうる因子が明らかになっているため、脳血管イベントの予防対策は、若年性認知症発症の予防対策にも大きく寄与するものと考えられる。

社会福祉制度の利用状況をみると、障害者年金、障害者手帳、介護保険制度のいずれも十分に活用されているとは言えない現状が明らかとなった。年金を受給できる資格があるにも関わらず申請をしておらず経済的に行き詰まっているケースは多く、制度に対する知識情報の普及が十分でないと考えられる。また、障害者年金は初診後1年6カ月を経てから、障害者手帳では、精神の場合初診後6カ月、身体の場合症状固定後から申請資格が認められるといった、診断から申請までに期間を要すること、さらに、障害者年金や障害者手帳の場合は、障害の部位ごとに作成できる診療科や医師が限定されているといった制度により十分に制度が運用されていないと推察される。障害の有無や程度の診断は慎重かつ公平、適正に行われるべきものであるが、一方で介護保険制度は、障害者年金や障害者手帳と比較すると診療と期間の制限が無く、制度の普及は十分されていると思われる。しかし、介護保険制度の申請資格があっても、また介護認定を受けていても実際の制度活用には至っておらず、家族のみで介護を続けているケースは少なくないため、制度の運用について検討していくことが必要である。患者本人や家族の、制度利用に対する心理的な抵抗感も背景にあることが推察される。たとえば、障害者手帳をもつことにより、税金の控除など金銭面で優遇を受けられる一方で「障害者」として社会から認知されること

への抵抗感や、デイサービスへ通所することへの抵抗感などである。デイサービスについては、若年性認知症患者にも対応した施設なども全国で取り組みがはじまったばかりで、今後もさらに充実していくことが求められる。

疾患ごとの社会福祉制度の利用状況では、障害者年金、障害者手帳の受給は VaD が多く、AD などの変性性疾患では介護保険制度の利用が多い傾向がみられた。これは、VaD では、運動機能障害を伴うことが多いため、身体に関する障害年金・手帳の受給が多くなり、介護保険制度は老年期認知症との関連で社会的に認知されているため、AD などの変性性疾患患者で利用がすすんでいるのではないかと推察される。ただし、要介護度別にみると、日常生活に介助が必要な状態になるほど介護保険サービスの利用はすすんでおり、介護保険制度が社会に定着してきていることを示している。また、VaD の場合は、診断書作成にあたって、変性疾患と比較して発症時期や状態変化が明確であるという要素も考えられる。変性疾患の場合、その初期症状だけをとりあげても、老年期認知症と若年性認知症で違いがあり、若年性認知症では認知機能障害に加えうつなどの精神症状を呈することが多く (Toyota Y et al., 2007)、発症の時期の決定や診断にも苦慮することが少なくない。また、診療科の違いや、認知症に対する医師自身の関心や連携の度合いによっても差がみられる。そのため、社会保障制度の利用につながりにくいのではないかと推察できる。若年発症の変性性認知症性疾患に対する症候の理解を深めていくことも求められる。

これらの要因は、若年性認知症を抱える家族の介護の直接的な身体的負担・心理的負担、経済的負担、若年性認知症にも対応できる介護福祉サービスが少ないことによる本人・家族の不安感につながり、若年性認知症の症状そのものの特性による負担などが複合して、介護負担感を増大させているものと考えられる。実際、若年性認知症を有する患者の介護者は、老年期認知症を有する患者の介護者と比較して、介護者負担が高いとした報告があり (Freyne A et al., 1999, Sampson E et al., 2004)、今後は当事者だけ

でなく若年性認知症患者の家族を含めた支援が必要である。

今回の調査は調査対象を愛媛県下のすべての医療機関および介護福祉施設を調査対象とした大規模な調査であった。調査票を郵送する手法での調査であり、回答者が現在の主治医の他、介護士や担当のソーシャルワーカーが診療録から回答する場合も散見された。今回の調査においては調査機関に赴いて診断をつけるというような3次調査は行っておらず、疾患の精度についての限界はあると思われる。しかし、医療機関と施設からの複数回答があった場合には、当初、医療機関からの病名を優先するというように決めていた。しかし、実際は医療機関と施設間での病名の違いはみられなかったことから、診断については主治医の診断が反映された回答になっているものと考えられる。今回の調査において約4割を占めた VaD の診断については、局在性神経徴候や症状がその障害に病因的関連を有すると判断される脳血管疾患の同定が必要であるなど、今回の手法では原因疾患の同定の精度に関しては限界があると思われるが、過去の報告においても原因疾患については今回と同様に VaD が大多数を占めていた (宮永和夫ら, 1993, Fujihara S et al., 2004.) ことから、若年認知症の背景疾患としては VaD が最多の認知症であると推測される。

まとめ

愛媛県における若年性認知症の実態について、医療機関および介護福祉施設を対象に調査を行った。県人口から推察した若年性認知症の有病率は18歳から64歳人口において、約2,000人に1人の割合で発症していた。背景疾患としては、VaD、ADが多く、次いでアルコール関連疾患が多くみられた。彼らに対して障害年金、障害者手帳、介護保険制度の利用状況は十分とはいえず、患者や家族の介護負担を増大させる大きな要因になっている。これらの制度利用を促進するためには、正確な情報提供や適正な制度運用をはかることや、若年性認知症患者に対応できる介護福祉サービスの開発・普及をおこ

なっていくことなどが必要であり、今後解決すべき課題が明らかとなった。

本稿の要旨は第105回日本精神神経学会（2009年、神戸）において発表した。本研究は、科学研究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」（課題番号H18-長寿-一般-022研究者代表朝田隆）の一環として行われた。

文 献

- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, DC : American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (1993) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC : American Psychiatric Association
- Freyne A, Kidd N, Coen R, Lawlor BA (1999) Burden in carers of dementia patients : higher levels in carers of younger sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry* 14 : 784-788
- Fujishima M, Kiyohara Y. Incidence and risk factors of dementia in a defined elderly Japanese population : The Hisayama study. 2002 ; *Ann N Y Acad Sci* 977 : 1-8
- Fujihara S, Brucki SMD, Rocha MSG, Carvalho AA, Piccolo AC (2004) Prevalence of presenile dementia in a tertiary outpatient clinic. *Arq Neuropsiquiatr* 62 : 592-595
- Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S (1998) The Relationships Between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry* 55 : 809-815
- Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN (2003) The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 74 : 1206-1209
- 一ノ渡尚道 : 厚生省科学研究費補助金. 若年痴呆の実態に関する研究. 平成8年度報告書, 1997
- Kitamura A, Sato S, Kiyama M, Imano H, Iso H, Okada T, Ohira T, Tanigawa T, Yamaguchi K, Nakamura M, Konishi M, Shimamoto T, Iida M, Komachi Y (2008) Trends in the incidence of coronary heart disease and stroke and their risk factors in Japan, 1964 to 2003. *The Akita-Osaka Study. J Am Coll Cardiol* 52 : 71-79
- Kokmen E, Beard CM, Offord KP, Kurland LT (1989) Prevalence of medically diagnosed dementia in a defined United States population : Rochester, Minnesota, January 1 1975. *Neurology* 39 : 773-776
- Lin R-T, Lai C-L, Tai C-T, Liu C-K, Yen Y-Y, Howng S-L (1998) Prevalence and subtypes of dementia in southern Taiwan : Impact of age, sex, education, and urbanization. *J Neurol Sci* 18 : 67-75
- McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson DW, Hansen LA, Salmon DP, Lowe J, Mirra SS, Byrne EJ, Lennox G, Quinn NP, Edwardson JA, Ince PG, Bergeron C, Burns A, Miller BL, Lovestone S, Collerton D, Jansen EN, Ballard C, de Vos RA, Wilcock GK, Jellinger KA, Perry RH (1996) Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB) : report of the consortium on DLB International Workshop. *Neurology* 47 : 1113-1124
- McMurtray A, Clark DG, Christine D, Mendez MF (2006) Early-onset dementia : Frequency and causes compared to late-onset dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 21 : 59-64
- 宮永和夫, 米村公江, 荒井節子, 齊藤芳雄, 権平達二郎 (1993) 若年発症痴呆についての疫学調査報告. *老年精神医学雑誌* 4 : 1029-1033
- Molsa PK, Mattila RJ, Rinne UK (1994) Epidemiology of dementia in a Finnish population. *Acta Neurol Scand* 65 : 541-552
- Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, Freedman M, Kertesz A, Robert PH, Albert M, Boone K, Miller BL, Cummings J, Benson DF (1998) Frontotemporal lobar degeneration : a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 51 : 1546-1554
- 大城等, 黒沢洋一, 岩井伸夫, 能勢隆之 (1994) 鳥取県における初老期の痴呆の有病率. *日本公衛誌* 41 : 424-427
- Ratanavalli E, Brayne C, Dawson K, Hodges JR (2002) The prevalence of frontotemporal dementia. *Neurology* 58 : 1615-1621
- Sampson E, Warren J, Rossor M (2004) Young onset dementia. *Postgrad Med J* 80 : 125-139
- Toyota Y, Ikeda M, Shinagawa S, Matsumoto T, Matsumoto N, Hokoishi K, Fukuhara R, Ishikawa T, Mori T, Adachi H, Komori K, Tanabe H (2007) Comparison of behavioral and psychological symptoms in early-onset and late-onset alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 22 : 896-901
- Williams T, Dearden AM, Cameron IH (2001) From pillar to post - A study of younger people with dementia. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 25 : 384-387

Epidemiology of Early-Onset Dementia in Ehime

Tetsuo Kashibayashi^{1,2)}, Tomohisa Ishikawa³⁾, Kenjiro Komori²⁾, Hideaki Shimizu²⁾,
Ryuji Hukuhara²⁾, Satoshi Tanimukai²⁾

¹⁾Department of Rehabilitation, Rehabilitation Nishi-Harima Hospital,
Hyogo Prefectural Rehabilitation Center at Nishi-Harima

²⁾Department of Neuropsychiatry, Neuroscience Ehime University Graduate School of Medicine, Ehime, Japan

³⁾Institute for Aging Brain and Cognitive Disorders, Hyogo Brain and Heart Center at Himeji

Patients with onset of dementia before the age of 65 years, defined as early-onset dementia (EOD), play in strain the family budget and are a considerable socio-economic burden. Despite this there have been very few systematic studies on the prevalence of EOD and the use of related social welfare services. The aim of this study was to investigate the prevalence of EOD and the use of social welfare services by families with an EOD family member in Ehime. A postal survey requesting information on EOD cases was sent to 2,626 institutions in Ehime, including hospitals, medical office, and health-care facilities for the elderly. Survey questions concerned EOD diagnosis, as well as the existence or absence of a disability certificate, disability pension, and care insurance. The estimated prevalence rate of EOD was 53.4 per 100,000 population of the age 18 to 64 years. Of the illnesses that cause EOD, vascular dementia was the most frequent (40.3%) followed by Alzheimer's disease (31.4%). As for social security systems, only 33.9% of EOD patients had a disability certificate, 29.1% disability pension, and 57.4% care insurance. This low prevalence of social security systems was found to greatly increase the burden on patients and caregivers.

Address correspondence to Dr. Tetsuo Kashibayashi : Department of Rehabilitation, Rehabilitation Nishi-Harima Hospital, Hyogo Prefectural Rehabilitation Center at Nishi-Harima (1-7-1 Koto, Shingu-cho, Tatsuno, Hyogo 679-5165, Japan)