

茨城県における若年性認知症に関する実態調査

2009

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

池嶋 千秋

筑波大学

博士（医学）学位論文

茨城県における若年性認知症に関する実態調査

2009

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

池嶋 千秋

目次

略語	4
第1章 序論	5
第1節 背景	5
第2節 若年性認知症に関する文献的考察	5
第3節 目的	7
第2章 方法	8
第1節 対象者	8
第2節 アンケート調査	8
第3節 統計解析	9
第3章 結果	11
第1節 対象施設と回収率	11
第2節 患者の基本属性と認知症の基礎疾患	11
第3節 推計患者数および有病率	12
第4節 社会保障制度の利用状況	12
第5節 生活の場とサービスの利用状況	13
第6節 認知症の重症度とADL	13
第7節 合併症	14
第4章 考察	15
第5章 結論	18
図表	19
参考文献	34
参考資料	39

略語

AD: Alzheimer disease: アルツハイマー病

Alcohol: Alcohol related dementia: アルコール関連認知症

CADASIL: cerebral autosomal-dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy: カダシル

CT: computed tomography: コンピュータ断層撮影法

DLB: Dementia with Lewy bodies: レビー小体型認知症

DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition, Revised

DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition

EOD: early onset dementia: 若年性認知症

FTD: Frontotemporal dementia: 前頭側頭型認知症

FTLD: Frontotemporal lobar degeneration: 前頭側頭葉変性症

Head trauma: 頭部外傷後遺症

HIV: human immunodeficiency virus: ヒト免疫不全ウイルス

MRI: magnetic resonance imaging: 磁気共鳴映像法

Others: その他の認知症

PDD: Parkinson disease with dementia: 認知症を伴うパーキンソン病

SPECT: single photon emission computed tomography: 単光子放出コンピュータ断層撮影法

VaD: Vascular dementia: 脳血管性認知症

第1章 序論

第1節 背景

認知症はいったん正常に発達した記憶をはじめとする認知機能が低下し、日常生活に支障を来すことで特徴づけられる疾患群である。その原因疾患は主として記憶やその他の認知機能に障害を呈するアルツハイマー病 (Alzheimer disease; 以下 AD) や前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal lobar degeneration; 以下 FTL D) といった1次的な認知症に加え、脳卒中や脳外傷といった脳損傷の後遺症として2次的に発生する認知症がある。いずれの認知症も加齢に伴い有病率が上昇することが、これまでの研究で明らかにされている。

高齢者における認知症に対し、65歳未満で発症するものについては特別に、若年性認知症と呼ばれることがある。このうちさらに18-39歳で発症する認知症を若年期認知症(juvenile dementia), 40-64歳で発症するものを初老期認知症(presenile dementia)といい、いずれも特定の疾患を指す名称ではない。本研究では、「発病年齢と調査時点における年齢がいずれも65歳未満の者」を一括して若年性認知症(early onset dementia; 以下 EOD)と定義した。

若年性認知症は先進国における認知症患者全体の3分の1程度を占めるとされ、決して珍しいものではない¹。しかし、いわゆる生産年齢に該当する年代での発症によって、高齢者と比較してその社会経済的影響が大きいことが特徴である²。また、40歳未満の患者は介護保険制度の適用外であるなど、日本では高齢者医療と比較して、患者に対する救済策が十分とはいえないのが現状である。

第2節 若年性認知症に関する文献的考察

認知症研究において初老期認知症が一つの疾患群として取り上げられ始めたのは1950年代であり、若年期認知症については1960年代からである。これに対しEODとしての記載が現れたのは1980年代からのことである。

EODに関する疫学的研究は、これまで欧米を中心に実施されてきている。Mölsaら(1982)³は、フィンランドのTurkuにおける認知症患者の疫学的調査を実施した。ここで示された若年性認知症の人口10万人対有病率は、45-54歳の年齢階級で51.0、55-64歳では144.0であった。基礎

疾患は変性性認知症 (degenerative dementia) が最多であり、次いで動脈硬化に関連する認知症 (dementia with associated arteriosclerosis), パーキンソン病 (Parkinson's disease) の順で多かった。なお、ここでいう変性性認知症とは、認知機能検査において低下を認め、かつ代謝性、中毒性、外傷性、血管病変性やその他の症候学的な背景を持たない者に適用された。また、動脈硬化に関連する認知症は、多発脳梗塞 (multi-infarct dementia) や臨床的に動脈硬化 (arteriosclerosis) の兆候を認める認知症の者に適用された。Sulkavaら(1985)⁴ はフィンランドにおける 30 歳以上の重症認知症患者について解析を行い、その人口 10 万人対有病率は 30-64 歳で 32.7 であると報告された。基礎疾患は脳血管性認知症 (Vascular dementia; 以下 VaD) が最多であり、次いで 1 次変性性認知症 (Primary degenerative dementia), 脳血管性を除く特定原因による 2 次性認知症 (Secondary dementia, due to specific cause other than vascular) が続いた。なお、ここでいう 1 次変性性認知症とは、局所脳損傷を伴わない緩徐進行性の認知症と定義された。また、2 次性認知症には、外傷後脳症 (post traumatic encephalopathy) やアルコール関連認知症 (Alcohol related dementia; 以下 Alcohol), パーキンソン病などが含まれていた。アメリカでは、Schoenbergら(1985)⁵ がミシシッピ州で重症認知症患者に関する調査を行っており、人口 10 万人対有病率は 40-59 歳で 45.2 であった。基礎疾患は 1 次性慢性進行性認知症 (Primary chronic progressive dementia) が最多であり、次いで 2 次性認知症 (Secondary dementia) が続いた。なお、ここでいう 1 次性慢性進行性認知症には、AD を含む急性発症によらない緩徐進行性の認知機能低下を伴う疾患が分類された。また、2 次性認知症には多発梗塞性認知症 (multi-infarct dementia) や頭部損傷 (head injury) が分類された。Kokmenら(1989)⁶ はロチェスターでの調査を行っており、全認知症性疾患の人口 10 万人対有病率は 45-64 歳で 77.0~249.0 であり、AD では 55-64 歳で 50.0~86.0 と報告された。ここで示された認知症性疾患は、AD の他に、ピック病 (Pick's disease), ハンチントン病 (Huntington's disease), 脳血管疾患 (Cerebrovascular disease) などが含まれるが、個々の基礎疾患の占める割合は示されなかった。イギリスでは、Newensら(1993)⁷ が Northern Health Region で初老期 AD 患者 (presenile dementia of Alzheimer type) について調査を行っており、人口 10 万人対有病率は 45-64 歳で 34.6 あった。Ratnavalliら(2002)⁸ は Cambridgeshire Health Authority で全認知症性疾患に関する調査を行っており、人口 10 万人対

有病率は 45-64 歳で 81.0, 基礎疾患はハンチントン病が最も多く, 次いでADと前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia; FTD) が同数, さらに VaD, パーキンソン症候群 (Parkinsonian syndromes) の順で多かった. Harveyら(2003)⁹ がロンドンの 4 つの行政区で全認知症性疾患に関する調査を行い, 人口 10 万人対有病率は 30-64 歳で 54.0 であり, 基礎疾患の割合はAD, VaD, FTD, Alcoholの順で多かったと報告された. オランダでは, Rossoら(2003)¹⁰ がFTDに関する調査を行っており, 人口 10 万人対有病率は 45-64 歳で 4.0 と報告された.

日本におけるEODの疫学的研究は, 横田ら(2005)¹¹ と品川ら(2007)¹² による専門外来における調査と, 鳥取県を対象とした大城ら(1994)¹³, 国内 5 地域を対象とした一ノ渡ら(1997)¹⁴ による地域疫学調査のみである. 専門外来における調査では最多疾患はいずれもADであったのに対し, 地域疫学調査ではいずれもVaDであった. また, 人口 10 万人対有病率は鳥取県では 40-64 歳で 81.4, 国内 5 地域の合計では 18-64 歳で 32~47 と報告された. このように, これまでのEODの疫学的研究では調査ごとに設定が異なるため, 結果に差異が認められた(表 1). 本研究では, 一ノ渡らの調査を参考に茨城県における調査を実施した.

第3節 目的

茨城県内の若年性認知症患者について, 患者数, 基礎疾患, 社会的サービスの利用状況を明らかにする.

第2章 方法

第1節 対象者

茨城県内の認知症の医療や保健・福祉などに係る可能性がある全施設・機関に、2006年4月1日から9月30までの間に入院・入所または通院・通所した65歳未満の認知症患者。なお、患者の年齢は2006年4月1日を基準日とし、生年月日から算出した。

第2節 アンケート調査

茨城県および茨城県医師会に依頼し、認知症患者に係る可能性がある茨城県内の施設・機関(病院, 診療所, 介護老人保健施設, 特別養護老人ホーム, グループホーム, 訪問看護ステーション, 在宅介護支援センターおよび地域包括支援センター, 介護保険課・高齢福祉課・保健センターなどの行政機関, ケアマネージャー研究会および介護支援専門員連絡協議会, 民生委員)をすべて選出した。これらの施設・機関に対し2段階の郵送法でアンケート調査を実施した。1次調査では、調査対象の期間内に何らかの接触があった該当個人の有無を尋ねた。認知症の有無の判定にあたっては、アンケート用紙とともにDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised (DSM-III-R)¹⁵に基づく「若年性認知症診断の手引き」を送付した(参考資料1)。1次調査で該当者有りと回答した機関に対して、2次調査を施行した。ここでは該当者のイニシャル, 生年月日, 性別, 診断病名, 発症年齢, 現在の認知症の重症度, 日常生活動作(Activities of daily living; 以下ADL), 社会サービスの利用状況などの詳細な情報を得た(参考資料2)。なお1, 2次調査ともに、回答率を上げるために文書, ファックス, 電話により複数回の督促を行った。

2次調査で得られた結果のうち「診断名1」, 「診断名2」, 「その原因」の3項目の回答を照らし合わせ、報告症例を以下の診断基準に基づいて分類した。AD, VaD, 頭部外傷後遺症(以下Head trauma), Alcoholは、The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)¹⁶に従った。レビー小体型認知症および認知症を伴うパーキンソン病(dementia with Lewy bodies and Parkinson Disease with dementia; 以下DLB/PDD)はthe revised criteria for the clinical diagnosis of dementia with Lewy bodies¹⁷に、FTLDはLund and Manchester Criteria¹⁸

に準拠した。DSM-III-R の認知症の診断基準に合致するものの上記の疾患の診断分類に当てはまらないものは、「その他」(以下Others)として分類した。また、発達障害や認知症を伴わないと考えられる疾患などの非該当疾患を除外した。

その後イニシャル、生年月日、性別から同一個人の重複報告を割り出した。さらに患者数の推計にあたって1個人1情報となるよう、報告機関によって大学病院を含む専門病院の神経内科および精神科、精神病院、一般病院、医院および診療所、介護保険施設の順で情報を選択した。また、報告数の多かった上位9医療機関では詳細評価群として、報告症例に関して個人名を伏せた状態で診療録とコンピュータ断層撮影法(computed tomography; CT)や磁気共鳴映像法(magnetic resonance imaging; MRI)といった脳形態画像や単光子放出コンピュータ断層撮影法(single photon emission computed tomography; SPECT)による脳機能画像を確認した。

これらの調査は筑波大学倫理委員会の承認を得て行われ、実施に当たっては個人情報の保護を厳守した。

第3節 統計解析

本研究では、橋本ら(1990)¹⁹による難病患者数の推計方法を参考に有病率を算出した。アンケート調査の対象施設を種類により層別化し回収率を求め、年齢階級および層別化した施設ごとに単純集計した報告患者数を1次および2次調査の回収率で除し、それらを合計して推計患者数とした。有病率の算出には、2006年4月1日の茨城県常住人口調査結果²⁰を用いた。95%信頼区間はポワソン分布に近似させ算出した²¹。つまり、

n_{ij} = 種類別に層別化した施設*i*、年齢階級*j*の認知症患者報告数

w_i = 種類別に層別化した施設*i*の1次調査・2次調査の回収率の逆数

P_j = 年齢階級*j*の人口

種類別に層別化した施設*i*、年齢階級*j*の認知症患者数推定値を、 $m_{ij} = w_i n_{ij}$

と定義し、人口対*X*人あたりの有病率の推定値を $\hat{\lambda}_{ij} = \frac{m_{ij}}{P_j} X$ と定義する。

n_{ij} は期待値 μ_{ij} のポアソン分布に従っていると仮定すると、種類別に層別化した施設*i*、年齢階

級 j の認知症患者数推定値の期待値と分散は,

$$E(m_{ij}) = w_i \mu_{ij}, \quad V(m_{ij}) = w_i^2 \mu_{ij},$$

また人口対 X 人あたりの有病率推定値の分散は,

$$V(\hat{\lambda}_{ij}) = V(m_{ij}) \frac{X^2}{P_j^2} \\ = w_i^2 \mu_{ij} \frac{X^2}{P_j^2}$$

から, λ_{ij} の95% 信頼区間は, 種類別に層別化した施設 i , 年齢階級 j の認知症患者報告数 n_{ij} を μ_{ij} の推定値として用い $\hat{\lambda}_{ij} \pm 1.96 \frac{w_i X}{P_j} \sqrt{n_{ij}}$ として算出した.

推計患者数および人口10万人対有病率は, 20歳以降5歳刻みを1階級とした64歳までの各年齢階級, それらを統合した20-64歳の年齢幅, そして先行研究で最も多かった45-64歳の年齢幅での算出を試みた.

なお, 患者の重症度や日常生活動作, 社会サービスの利用状況などに関する項目については, 重複報告を除いた実数を集計した.

統計解析には Microsoft Office Excel 2003 (Microsoft) および SAS software, Version 9.1 (SAS Institute) を使用した.

第3章 結果

第1節 対象施設と回収率

1次調査の対象となったのは茨城県内の200床以上の病院、200床未満の病院、医院および診療所、介護老人保健施設、老人福祉協議会、グループホーム、介護保険課・高齢福祉課・保健センターなどの行政機関を含む市町村保健師連絡協議会、訪問看護ステーション、在宅介護支援センターおよび地域包括支援センター、ケアマネージャー、民生委員の11層2475施設であった。このうち2202施設から回答があり、層別の回収率は81.8～98.1%、全体の回収率は89.0%であった。1次調査で該当者ありと回答のあった285施設に対し2次調査を実施し、245施設から回答を得た。層別の回収率は66.7～95.5%であり、全体の回収率は86.0%であった。2次調査における報告患者数は719名であった。このうち、疾患名、発症年齢を確認し、統合失調症6名、発達障害(幼少期の髄膜炎、溺水など)4名、うつ病2名、その他4名を非該当患者として除外した。さらに発症年齢が65歳未満であるものの基準日における年齢が65歳以上の者32名と複数機関からの報告のあった41名における重複データを除外した。重複報告の内訳は、36名が2施設から、4名が3施設から、1名が4施設から重複して報告されていた。診断名の不一致はADとDLBの診断が4名、ADとAlcoholの診断が1名であり、これらはDLB4名とAD1名として集計した。その結果、621名(男性59.2%)が最終的な解析の対象となった(表2)。

第2節 患者の基本属性と認知症の基礎疾患

患者の基準日における平均年齢は56.9歳(標準偏差7.3, 年齢範囲22～64歳)であり、平均発症年齢は53.4歳(標準偏差7.9, 年齢範囲18～64歳)であった(表3,4)。

認知症の基礎疾患はVaDが42.5%と最も多く、次いでADが25.6%、Head trauma(外傷性脳損傷, 外傷性クモ膜下出血など)が7.1%、DLB/PDDが6.2%、Alcoholが2.7%、FTLDが2.5%、Othersが13.4%であった(図1)。

報告数上位9施設における詳細評価群は286名であり、この群と診療録情報のみの一般評価群と診断名の内訳を比較した。その結果、基礎疾患の割合はVaD, AD, Head traumaの順で多い点は両者とも同じであったが、一般評価群と比較して詳細評価群ではHead traumaと

DLB/PDD の割合が少なく、Others が占める割合が多かった(表 5)

VaD については、さらに下位分類による集計を行った。その内訳は、脳出血が 37.5%、脳梗塞が 34.1%、クモ膜下出血が 20.1%、多発性ラクナ梗塞が 2.3%、脳血管疾患の重複例が 2.0%、その他の脳血管疾患(カダシル(cerebral autosomal-dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy; CADASIL)や、もやもや病(MOYAMOYA disease) など)が 2.0%であった(図 2)。下位分類別の発症年齢の分布では、脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血ともに発症のピークは 55-59 歳の年齢階級にあった(図 3)

Others の内訳は、感染症後遺症(ヒト免疫不全ウイルス(human immunodeficiency virus; HIV)関連認知症や脳炎後遺症など)、脳外科手術後遺症(脳腫瘍術後など)、低酸素脳症などであった(表 6)。

第3節 推計患者数および有病率

茨城県における 20-64 歳の全疾患の推計患者数は 761 人であり、人口 10 万人対有病率は 43.3(95%信頼区間:40.4-46.5)であった(表 7,8)。35 歳以降 5 歳刻みの年齢階層別の有病率は、年齢階層が上がるごとに上昇していた。有病率を性別にみると、男性の最多疾患が VaD であるのに対し、女性の最多疾患は AD であった(図4)。

第4節 社会保障制度の利用状況

身体障害者手帳の取得状況は、全疾患では取得ありが 35.8%、申請中が 4.1%であるのに対し、取得していないが 48.3%で最も多かった。疾患別では、VaD で取得あり(49.2%)が取得していない(39.3%)を上回り、それ以外の個別の疾患では取得していない者の方が多かった(表 9)。

障害年金の受給状況は、全疾患では受給ありが 1 級から 3 級まで合わせて 14.5%、申請中が 3.6%であるのに対し、受給していないが 50.2%と半数を超えており、全ての疾患で受給していない率が高かった(31.3~61.4%)(表 10)。

要介護度の認定状況は、全疾患では未申請が 29.7%に対し、要支援 1 から要介護 5 までの認定を受けている者が 46.1%を占めていた。VaD での認定者は 57.3%、AD では 49.4%と約半数を

占めているのに対し、Head traumaとDLB/PDDでは未申請の者が59.1%、55.3%と過半数を占めた(表11).

第5節 生活の場とサービスの利用状況

患者の生活の場は全疾患では自宅が47.5%と最も多かったが、疾患別にみるとAlcoholでは88.2%もの患者が病院入院または施設入所しており、他の疾患では病院入院または施設入所している者は半数に満たなかった(表12).

自宅にいる者の利用しているサービスの内容は、全疾患を通して医療機関通院が最も多く(全疾患66.1%,疾患別59.0~100.0%),次いで介護保険サービスの利用であった(全疾患23.3%)(表13).

病院入院および施設入所者の利用しているサービスの内容は、全疾患では医療機関への入院(42.3%)と福祉施設への入所(41.0%)がほぼ同数であるが、疾患別に見ると医療機関への入院が特に多かったのはHead trauma(78.6%)とFTLD(100.0%)であった(表14).

第6節 認知症の重症度とADL

患者の重症度の内訳は、全疾患では軽度24.7%、中等度29.2%、重度36.1%であり、疾患別にみるとDLB/PDDで軽度の占める割合が42.1%と多い以外は、いずれの疾患でも重度の患者の割合が若干多い傾向にある(表15). ADLは、歩行ではADとDLB/PDD、Alcoholが自立の者が半数以上を占めたが、全疾患では自立の者は4割にとどまった(表16). 食事は、ADとOthersで自立の者が過半数を下回っているのに対し、Alcoholでは7割の者が自立であり、全疾患では5割の者が自立であった(表17). 排泄は、VaDでは全介助の者の占める割合が37.8%と最も多く、全疾患では自立の者が33.2%、全介助の者が32.7%と同程度の割合であった(表18). 入浴動作は、VaDでは自立の者が11.8%と特に低く、また、全ての疾患で自立の者は過半数に満たず(11.8~47.1%),全疾患では全介助が37.6%と最も多かった(表19). 着脱衣は、VaDでは自立の者が19.1%にとどまったのに対し、Alcoholでは自立の者が66.7%を占め、全疾患では全介助が35.2%と最も多かった(表20)

第7節 合併症

患者の合併症では、高血圧、糖尿病、心筋梗塞などの循環器疾患、高脂血症、てんかんの順で多く、合併症の種類は多岐にわたっていた(表 21)。

第4章 考察

茨城県における若年性認知症の基礎疾患は、大城ら(1994)¹³や一ノ渡ら(1997)¹⁴と同様にVaDが最多であり、次いでAD, Head traumaの順に多かった。この結果は近年の高齢者を対象とした認知症研究における最多疾患がADであること^{22,23}と相違している。この点を中心に考察を進めていく。

ADの最も重要な危険因子は加齢であることは知られており、また女性であることも危険因子の一つと考えられている。日本では特に女性の平均寿命が延長しており、このことが高齢者におけるAD患者増加の一因となっていると考えられる。一方で、VaDを引き起こす脳卒中の有病率・発症率は近年減少する傾向にある。例えば、日本で最も有名な地域疫学研究の一つである久山研究²⁴⁻²⁶では、脳卒中の発症率は若年層を除く全年齢層で減少している。この結果は高齢発症の認知症の背景疾患としてのVaDは減少傾向にあるが、若年層では減少していないことを示唆している。さらに、平均寿命の延長は若年性のAD患者数には関与していないと考えられる。これらの事由が高齢者と若年者の認知症背景疾患の乖離を説明するものであると考えられる。

もう一つの重要な問題点は脳卒中における若年者と高齢者の病因の違いである。高齢者のVaDにおける基礎疾患の割合を示したIkedaら(2001)²⁷の報告によると、多発性ラクナ梗塞が過半数を占め、脳出血、白質脳症(Leukoencephalopathy)と続いている。また、脳卒中標準登録研究班による日本全国120の専門機関から構成される脳卒中の大規模データベース事業では、16,630例を対象とした解析結果が公表されている(高橋と小林, 2001)²⁸。これによると、疾患ごとの年代別出現頻度はラクナ梗塞が70代にピークを有していたのに対し、クモ膜下出血が50代、脳出血が60～70代にピークがある。我々のVaDの基礎疾患における発症年齢の結果は、クモ膜下出血においてはこのデータベースが示すピーク分布と対応している(図3)。なお、脳梗塞および脳出血の分布が60-64歳で低下している理由としては、本研究では現年齢65歳以上の者は対象外としたため、60-64歳で発症したが年齢で除外された者がおり、その結果実際よりも少なく見積もられた可能性が考えられる。

さらに「若年世代の脳卒中の診断、治療、予防戦略に関する全国多施設共同研究」²⁹では18施設から得た7,245人の患者のデータを、50歳未満の若年群と50歳以上の高齢群に分けて解

析している。このデータによると、若年群における脳卒中の特徴は、高齢群との比較において脳出血やクモ膜下出血の占める割合が高いことである。我々の研究ではVaDの基礎疾患として脳出血とクモ膜下出血を併せて54.6%を占めているという点で、この報告を支持している。また、同報告では高齢患者の脳卒中の背景因子として、高血圧、糖尿病、高コレステロール血症、および非弁膜性心房細動の占める割合が多かった。一方、若年群では脳卒中全体においては男性、喫煙者および卵円孔開存の割合が高く、出血を伴う患者においては脳動静脈奇形、もやもや病の頻度が有意に高かった。これらの違いは、若年者における脳卒中の成因が高齢者とは異なっていることを示唆していると考えられる。

欧米との背景疾患の違いについては、フィンランドの研究において日本の50～60歳代男性の脳卒中発症率が白人男女の2倍以上であることが示されている³⁰。この年代の日本人中高年男性の脳卒中はその後減少していないことは先にも述べているとおりであり²⁴⁻²⁶、また、本研究においてVaDの男性の数が女性の2倍以上いる(図4)という結果は、この年齢層における日本の一般的な人口をもとにした脳卒中有病率とも一致していると考えられる²⁹。したがって、EODの背景疾患としてVaDが著しく多いことは、脳卒中男性の高い有病率に起因していると考えられる。

本研究ではさらに、多岐にわたる認知症の基礎疾患および合併症についても検討を行った。特に、Othersとして集計した疾患には稀な疾患が含まれており、詳細評価を実施した専門病院や研究機関からの報告の割合が多かったことが特徴としてあげられる。また、近年高齢者の認知症の基礎疾患として取り上げられることの多いDLBに関しては、若年者における地域疫学研究の報告はまだ少ない³¹。本研究では、認知症の基礎疾患として、変性疾患ではDLBがADに次いで2番目に多かったことも注目すべき点であると考えられる。

本研究では若年性認知症患者の実態を包括的に捉えるため、社会保障や福祉に関する項目についても検討を行った。社会保障制度等の利用状況では、疾患による差異が認められ、VaDでは身体障害者手帳も介護保険も比較的取得率が高かった。これに対しHead traumaでは、身体障害者手帳は取得しているが介護保険は申請していない傾向にあった。Head traumaは介護保険の適用疾患ではないために、長期的な介護を要する患者たちが取り残されている現状があったが、近年「高次脳機能障害」として広く救済するための施策が施行され、身体障害者手帳の取

得が進んできていると考えられる。

日常生活動作は、歩行、食事、排泄、入浴のいずれの項目においても、VaD で自立度が低い傾向にあった。これは、VaD 患者が認知機能の低下のみを呈しているのではなく、身体機能の低下も伴っていることが考えられる。

本研究の限界として、神経病理学的検査にもとづいて診断が下されていない点があげられる。加えて、EOD の患者は医療的な注意を引きやすくはあるものの、医療機関にかかっていない EOD 患者が検討されていない可能性も残る。患者の同定においては医療機関のみならず、介護保険施設にも及んだ。加えて、本研究では非常に高い回答率を得たことが有病率推定に関する精度を高めていると考えられる。最後に、日本には介護や公共サービスによる支持を要する多数の EOD 患者がいることが明らかになった。これらの患者たちは高齢者と比較しより経済的な支援を要している。日本における認知症に関する施策は高齢者を想定したものとなっており、若年認知症患者については次善策となっている。本研究が若年認知症施策への基礎資料を提供することとなることを期待する。

第5章 結論

茨城県内の若年認知症患者についてその実態を明らかにするために、アンケート法による調査を行った。認知症の基礎疾患は VaD, AD, Head trauma の順であり、高齢者の認知症と差異を認めた。20-64 歳の年齢階級における人口 10 万人対有病率は、43.3(95%信頼区間:40.4-46.5)であり、35 歳以降 5 歳刻みの年齢階層別の有病率は、1 つ階層が上がるごとに上昇していた。若年性認知症患者では、各種社会保障制度やサービスの利用状況は決して高いとはいえなかった。今後は若年性認知症の基礎疾患それぞれの特徴を踏まえた、医療的、社会的な取り組みが必要とされると考えられる。

図表

表1 若年認知症の地域疫学研究

著者	年	国	地域	年齢範囲	人口母数	患者数	有病率	対象疾患
Mölsä et al. ³	1982	Finland	Turku	45-54		10	51.0	全認知症性疾患
				55-64		24	144.0	
Sulkava et al. ⁴	1985	Finland		30-64	6,120	2	32.7	重度認知症
Schoenberg et al. ⁵	1985	USA	Mississippi	45-64	5,489	1	18.2	重度認知症
Kokmen et al. ⁶	1989	USA	Rochester	45-49		2	77.0	全認知症性疾患
				50-54		1	40.0	
				55-59		2	86.0	
				60-64		5	249.0	
Newens et al. ⁷	1993	UK	Northern Health Region	45-64	655,800	227	34.6	アルツハイマー病
大城ら ¹³	1994	日本	鳥取県	40-64	209,621	100	81.4	全認知症性疾患
一ノ渡ら ¹⁴	1997	日本	5地域	18-64	3,729,706	1,203	48.1	全認知症性疾患
Ratnavalli et al. ⁸	2002	UK	London	45-64	326,019	59	81.0	全認知症性疾患
Harvey et al. ⁹	2003	UK		30-64	240,766	130	54.0	全認知症性疾患
Rosso et al. ¹⁰	2003	Netherlands	Zuid-Holland	30-59	1,435,769	21	1.5	前頭側頭型認知症
本研究	2006	日本	茨城県	20-64	1,799,340	761	42.3	全認知症性疾患

表 2 茨城県施設分類別回答数と回収率および報告患者数

施設分類	1次母数	1次回答数(回収率)	2次母数	2次回答数(回収率)	報告患者数	非該当患者 除外後*
病院(200床以上)	54	53 (98.1)	22	21 (95.5)	209	188
病院(200床未満)	113	106 (93.8)	21	16 (76.2)	180	169
診療所	1269	1111 (87.5)	46	37 (80.4)	53	46
介護老人保健施設	103	91 (88.3)	31	28 (90.3)	64	58
老人福祉施設協議会 (特別養護老人ホームを含む)	297	272 (91.6)	54	44 (81.5)	58	48
グループホーム	242	198 (81.8)	45	41 (91.1)	52	40
市町村保健師連絡協議会 (介護保険課・高齢福祉課・ 保健センターを含む)	69	66 (95.7)	9	8 (88.9)	23	20
医師会訪問看護ステーション	100	93 (93.0)	19	18 (94.7)	32	23
在宅介護支援センターおよび 地域包括支援センター	156	145 (92.9)	25	22 (88.0)	30	19
ケアマネージャー (ケアマネージャー研究会および 介護支援専門員連絡協議会を含む)	25	21 (84.0)	3	2 (66.7)	1	1
民生委員	47	46 (97.9)	10	8 (80.0)	17	11
計	2475	2202 (89.0)	285	245 (86.0)	719	621

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

表 3 茨城県 疾患分類別平均年齢(歳)

	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
男性	56.5	56.9	59.1	49.4	59.3	58.6	55.0	55.3
女性	57.4	56.7	58.7	45.5	61.1	—	59.7	55.6
計	56.9	56.8	59.0	48.9	60.3	58.6	56.8	55.5

全体の平均年齢は 56.9 歳, 標準偏差 7.3, 年齢範囲は 22~64 歳であった.

表 4 茨城県 疾患分類別平均発症年齢(歳)

	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
男性	53.3	54.1	56.1	45.5	55.8	55.5	51.0	51.5
女性	53.4	53.5	54.3	43.0	57.1	—	56.5	50.6
計	53.4	53.9	55.1	44.7	56.5	55.5	53.2	51.1

全体の平均発症年齢は 53.4 歳, 標準偏差 7.9, 年齢範囲は 18~64 歳であった.

表 5 詳細評価群と一般評価群における疾患割合の比較(%)

	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
詳細評価群	100.0	43.8	22.1	4.3	2.5	4.1	1.0	22.2
一般評価群	100.0	36.4	28.7	14.2	11.3	0.4	4.9	4.1

全体に占める割合は, 個々の疾患別にみると VaD, AD, Head trauma の順で多い点で一般評価群と詳細評価群は一致している.

詳細評価群では Others の占める割合が一般評価群と比較して約 5 倍多い.

表 6 その他の疾患の内訳

その他の疾患	男性	女性	計
感染による脳症	8	6	14
脳外科手術後遺症(脳腫瘍など)	3	7	10
低酸素脳症/無酸素脳症	6	0	6
脊髄小脳変性症/多系統萎縮症	2	1	3
正常圧水頭症	2	1	3
多発性硬化症	1	2	3
皮質基底核変性症	2	1	3
HIV 関連	2	1	3
進行性核上性麻痺	2	0	2
ミトコンドリア脳筋症	1	1	2
てんかん	0	2	2
Fahr 病	0	2	2
筋萎縮性側索硬化症(湯浅・三山型)	0	1	1
重症筋無力	0	1	1
神経ベーチェット病	1	0	1
全身性エリテマトーデス	0	1	1
早老性認知症	0	1	1
糖尿病性腎症	0	1	1
白質ジストロフィー	0	1	1
ハンチントン舞踏病	1	0	1
辺縁脳炎	1	0	1
ヤコブ病	0	1	1
重複*	3	0	3
不明	7	10	17

*2 つ以上の認知症性疾患が重複している場合

表 7 茨城県 性別年齢階級別推計患者数

年齢	人口		患者数総計*				男性				女性			
	男性(人)	女性(人)	人数	有病率**	95% 信頼区間		人数	有病率	95% 信頼区間		人数	有病率	95% 信頼区間	
20-24	83,271	79,439	3.9	2.4 (	0.9 -	6.2)	2.8	3.4 (	1.1 -	10.2)	1.1	1.4 (	0.3 -	7.3)
25-29	96,459	88,106	9.9	5.4 (	2.9 -	9.9)	7.4	7.7 (	3.8 -	15.5)	2.5	2.8 (	0.9 -	9.2)
30-34	113,863	104,676	9.3	4.3 (	2.3 -	8)	6.5	5.7 (	2.7 -	12.1)	2.8	2.7 (	0.9 -	8.1)
35-39	103,033	96,091	9.8	4.9 (	2.7 -	9.1)	4.2	4.1 (	1.6 -	10.3)	5.6	5.8 (	2.6 -	13.1)
40-44	92,569	88,944	21.6	11.9 (	7.8 -	18.1)	13.9	15.0 (	8.9 -	25.3)	7.8	8.8 (	4.4 -	17.5)
45-49	94,619	91,634	45.2	24.3 (	18.1 -	32.4)	32.3	34.1 (	24.2 -	48.1)	12.9	14.1 (	8.2 -	24.1)
50-54	110,943	107,770	109.4	50.0 (	41.5 -	60.3)	71.8	64.7 (	51.4 -	81.5)	36.3	32.4 (	23.3 -	45.1)
55-59	128,545	126,070	242.4	95.2 (	83.9 -	108.0)	139.9	108.8 (	92.2 -	128.4)	102.5	79.1 (	65.0 -	96.2)
60-64	98,153	95,155	328.2	169.8 (	152.4 -	189)	187.5	179.9 (	155.3 -	208.5)	137.9	143.7 (	121.5 -	169.8)
20-64	921,455	877,885	779.6	43.3 (	40.4 -	46.5)	455.4	49.4 (	45.1 -	54.2)	309.2	35.2 (	31.5 -	39.4)
45-64	432,260	420,629	725.1	85.0 (	79 -	91.4)	420.6	97.3 (	88.4 -	107.1)	265.7	68.8 (	61.3 -	77.2)

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

**人口 10 万人対推定期間有病率

表 8 茨城県 疾患別年齢階級別推計患者数

VaD				AD			Head trauma		
年 齢	人数	有病率	95% 信頼区間	人数	有病率	95% 信頼区間	人数	有病率	95% 信頼区間
20-24	0.0	0.0	(0.0 - 2.4)	0.0	0.0	(0.0 - 2.4)	2.5	1.5	(0.5 - 4.9)
25-29	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)	7.4	4.0	(2.0 - 8.1)
30-34	2.8	1.3	(0.4 - 3.9)	0.0	0.0	(0.0 - 1.8)	2.5	1.1	(0.3 - 3.7)
35-39	7.0	3.5	(1.7 - 7.3)	1.4	0.7	(0.2 - 3.2)	0.0	0.0	(0.0 - 1.9)
40-44	16.6	9.2	(5.7 - 14.8)	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)
45-49	20	10.7	(6.9 - 16.6)	1.4	0.8	(0.2 - 3.4)	9.8	5.3	(2.8 - 9.7)
50-54	50.2	22.9	(17.4 - 30.2)	21.4	9.8	(6.4 - 14.9)	9.7	4.4	(2.4 - 8.3)
55-59	107.4	42.2	(34.9 - 50.9)	71.2	28.0	(22.2 - 35.3)	10.2	4.0	(2.2 - 7.3)
60-64	151.6	78.4	(66.9 - 92)	95.7	49.5	(40.6 - 60.5)	14.0	7.3	(4.3 - 12.2)
20-64	355.6	19.8	(17.8 - 21.9)	191.3	10.6	(9.2 - 12.2)	56.1	3.1	(2.4 - 4.0)
45-64	329.1	38.6	(34.6 - 43)	189.9	22.3	(19.3 - 25.7)	43.7	5.1	(3.8 - 6.9)

DLB/PDD				Alcohol			FTLD		
年 齢	人数	有病率	95% 信頼区間	人数	有病率	95% 信頼区間	人数	有病率	95% 信頼区間
20-24	0.0	0.0	(0.0 - 2.4)	0.0	0.0	(0.0 - 2.4)	0.0	0.0	(0.0 - 2.4)
25-29	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)
30-34	0.0	0.0	(0.0 - 1.8)	0.0	0.0	(0.0 - 1.8)	1.2	0.6	(0.1 - 2.8)
35-39	0.0	0.0	(0.0 - 1.9)	0.0	0.0	(0.0 - 1.9)	0.0	0.0	(0.0 - 1.9)
40-44	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)
45-49	0.0	0.0	(0.0 - 2.1)	1.1	0.6	(0.1 - 3.1)	1.1	0.6	(0.1 - 3.1)
50-54	3.2	1.5	(0.5 - 4.2)	1.4	0.6	(0.1 - 2.9)	3.2	1.5	(0.5 - 4.2)
55-59	13.9	5.5	(3.2 - 9.2)	8.9	3.5	(1.8 - 6.7)	4.3	1.7	(0.7 - 4.2)
60-64	23.7	12.3	(8.2 - 18.3)	9.3	4.8	(2.5 - 9.0)	8.5	4.4	(2.3 - 8.5)
20-64	40.9	2.3	(1.7 - 3.1)	20.7	1.2	(0.7 - 1.8)	18.4	1.0	(0.6 - 1.6)
45-64	40.9	4.8	(3.5 - 6.5)	20.7	2.4	(1.6 - 3.7)	17.1	2.0	(1.3 - 3.2)

表9 茨城県 疾患分類別身体障害手帳の取得状況(%)

取得状況	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
あり	221 (35.8)	129 (49.2)	25 (15.8)	18 (40.9)	7 (18.4)	6 (35.3)	5 (31.3)	31 (37.8)
申請中	25 (4.1)	19 (7.3)	1 (0.6)	3 (6.8)	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)
なし	298 (48.3)	103 (39.3)	107 (67.7)	18 (40.9)	24 (63.2)	10 (58.8)	6 (37.5)	30 (36.6)
不明	73 (11.8)	11 (4.2)	25 (15.8)	5 (11.4)	6 (15.8)	1 (5.9)	4 (25.0)	21 (25.6)
計	617 (100.0)	262 (100.0)	158 (100.0)	44 (100.0)	38 (100.0)	17 (100.0)	16 (100.0)	82 (100.0)

VaDで「取得あり」が「取得していない」を上回り、それ以外の個別の疾患では取得していない者の方が多かった。

表10 茨城県 疾患分類別障害年金の取得状況(%)

障害年金	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	FTLD	Others
なし	310 (50.2)	127 (48.5)	97 (61.4)	18 (40.9)	25 (65.8)	5 (31.3)	37 (38.1)
申請中	22 (3.6)	13 (5.0)	4 (2.5)	2 (4.5)	0 (0.0)	1 (6.3)	2 (2.1)
1級	57 (9.2)	23 (8.8)	12 (7.6)	3 (6.8)	2 (5.3)	3 (18.8)	13 (13.4)
2級	29 (4.7)	10 (3.8)	9 (5.7)	2 (4.5)	3 (7.9)	1 (6.3)	4 (4.1)
3級	4 (0.6)	1 (0.4)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.3)	1 (1.0)
不明	195 (31.6)	88 (33.6)	35 (22.2)	19 (43.2)	8 (21.1)	5 (31.3)	40 (41.2)

全疾患では受給ありが1級から3級まで合わせて14.5%、申請中が3.6%であるのに対し、受給していないが50.2%と半数を超えており、全ての疾患で受給していない率が高かった。

表 11 茨城県 疾患分類別要介護認定の取得状況(%)

介護保険	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
なし	183 (29.7)	42 (16.0)	51 (32.3)	26 (59.1)	21 (55.3)	6 (40.0)	6 (37.5)	31 (37.8)
申請中	22 (3.6)	19 (7.3)	2 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.2)
要支援1	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
要支援2	2 (0.3)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
要介護1	28 (4.5)	16 (6.1)	5 (3.2)	1 (2.3)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0)	4 (4.9)
要介護2	43 (7.0)	23 (8.8)	11 (7.0)	0 (0.0)	1 (2.6)	2 (13.3)	3 (18.8)	3 (3.7)
要介護3	79 (12.8)	44 (16.8)	22 (13.9)	1 (2.3)	1 (2.6)	2 (13.3)	1 (6.3)	8 (9.8)
要介護4	70 (11.3)	39 (14.9)	14 (8.9)	3 (6.8)	5 (13.2)	2 (13.3)	2 (12.5)	4 (4.9)
要介護5	62 (10.0)	27 (10.3)	25 (15.8)	0 (0.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (6.3)	7 (8.5)
不明	127 (20.6)	51 (19.5)	27 (17.1)	13 (29.5)	8 (21.1)	1 (6.7)	3 (18.8)	24 (29.3)

VaD および AD での認定者は約半数を占めているのに対し、Head trauma と DLB/PDD では未申請の者が過半数を占めた。

表 12 茨城県 疾患分類別生活の場(%)

生活の場	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
自宅/在宅介護	293 (47.5)	101 (38.5)	90 (57.0)	25 (56.8)	27 (71.1)	2 (11.8)	9 (56.3)	39 (47.6)
病院/施設	227 (36.8)	125 (47.7)	42 (26.6)	13 (29.5)	5 (13.2)	15 (88.2)	3 (18.8)	24 (29.3)
既に死亡	16 (2.6)	8 (3.1)	0 (0.0)	1 (2.3)	2 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (6.1)
不明	81 (13.1)	28 (10.7)	26 (16.5)	5 (11.4)	4 (10.5)	0 (0.0)	4 (25.0)	14 (17.1)

全疾患では自宅が最も多かったが、疾患別にみると Alcohol では病院入院または施設入所している者が最も多く、他の疾患では病院入院または施設入所している者は半数に満たなかった。

表 13 茨城県 自宅/在宅介護者の受けているサービスの内訳(%)

サービスの種類	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
病院・診療所通院	238 (66.1)	79 (59.0)	73 (65.8)	23 (76.7)	25 (92.6)	2 (100.0)	7 (77.8)	29 (61.7)
福祉施設通所	20 (5.6)	9 (6.7)	5 (4.5)	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (8.5)
介護保険によるサービス	84 (23.3)	41 (30.6)	25 (22.5)	2 (6.7)	1 (3.7)	0 (0.0)	2 (22.2)	13 (27.7)
その他	11 (3.1)	5 (3.7)	2 (1.8)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.1)
なし	7 (1.9)	0 (0.0)	6 (5.4)	0 (0.0)	1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

自宅にいる者の利用しているサービスの内容は、全疾患を通して医療機関通院が最も多く、次いで介護保険サービスの利用であった。

表 14 茨城県 施設入所者の受けているサービスの内訳(%)

サービスの種類	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
病院・診療所入院	101 (42.3)	51 (38.3)	11 (24.4)	11 (78.6)	2 (40.0)	6 (40.0)	3 (100.0)	17 (70.8)
知的障害者施設入所	1 (0.4)	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
老人ホーム等の福祉施設入所	98 (41.0)	61 (45.9)	26 (57.8)	1 (7.1)	3 (60.0)	4 (26.7)	0 (0.0)	3 (12.5)
その他	39 (16.3)	20 (15.0)	8 (17.8)	2 (14.3)	0 (0.0)	5 (33.3)	0 (0.0)	4 (16.7)

病院入院および施設入所者の利用しているサービスの内容は、全疾患では医療機関への入院と福祉施設への入所がほぼ同数であるが、疾患別に見ると Head trauma と FTLD では医療機関への入院が圧倒的に多かった。

表 15 茨城県 疾患別認知症の程度(%)

認知症の程度	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
軽度	147 (24.7)	64 (25.7)	39 (25.0)	10 (25.0)	16 (42.1)	3 (17.6)	0 (0.0)	15 (18.8)
中等度	174 (29.2)	90 (36.1)	36 (23.1)	8 (20.0)	9 (23.7)	9 (52.9)	6 (37.5)	16 (20.0)
重度	215 (36.1)	76 (30.5)	63 (40.4)	20 (50.0)	9 (23.7)	4 (23.5)	7 (43.8)	36 (45.0)
判定困難	16 (2.7)	10 (4.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	1 (2.6)	1 (5.9)	0 (0.0)	3 (3.8)
不明	44 (7.4)	9 (3.6)	18 (11.5)	1 (2.5)	3 (7.9)	0 (0.0)	3 (18.8)	10 (12.5)

DLB/PDD で軽度の占める割合が多い以外は、いずれの疾患でも重度の患者の割合が若干多い傾向にある。

表 16 茨城県 疾患別 ADL 状況:歩行(%)

歩行	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
自立	252 (40.8)	80 (30.5)	84 (53.2)	18 (40.9)	22 (57.9)	12 (75.0)	8 (50.0)	28 (34.1)
一部介助	116 (18.8)	59 (22.5)	23 (14.6)	8 (18.2)	7 (18.4)	1 (6.3)	2 (12.5)	16 (19.5)
全介助	184 (29.8)	108 (41.2)	29 (18.4)	14 (31.8)	6 (15.8)	3 (18.8)	2 (12.5)	22 (26.8)
不明	65 (10.5)	15 (5.7)	22 (13.9)	4 (9.1)	3 (7.9)	0 (0.0)	4 (25.0)	16 (19.5)

ADとDLB/PDD, Alcoholが自立の者が半数以上を占めたが, 全疾患では自立の者は4割にとどまった.

表 17 茨城県 疾患別 ADL 状況:食事(%)

食事	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
自立	312 (50.6)	140 (53.4)	73 (46.2)	23 (52.3)	22 (57.9)	12 (70.6)	8 (50.0)	34 (41.5)
一部介助	131 (21.2)	67 (25.6)	29 (18.4)	10 (22.7)	6 (15.8)	2 (11.8)	1 (6.3)	16 (19.5)
全介助	116 (18.8)	46 (17.6)	34 (21.5)	7 (15.9)	7 (18.4)	2 (11.8)	4 (25.0)	16 (19.5)
不明	58 (9.4)	9 (3.4)	22 (13.9)	4 (9.1)	3 (7.9)	1 (5.9)	3 (18.8)	16 (19.5)

ADとOthersで自立の者が過半数を下回っているのに対し, Alcoholでは7割の者が自立であり, 全疾患では5割の者が自立であった.

表 18 茨城県 疾患別 ADL 状況:排泄(%)

排泄	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
自立	205 (33.2)	75 (28.6)	58 (36.7)	15 (34.1)	18 (47.4)	11 (64.7)	7 (43.8)	21 (25.6)
一部介助	153 (24.8)	78 (29.8)	32 (20.3)	10 (22.7)	8 (21.1)	2 (11.8)	2 (12.5)	21 (25.6)
全介助	202 (32.7)	99 (37.8)	47 (29.7)	15 (34.1)	9 (23.7)	4 (23.5)	4 (25.0)	24 (29.3)
不明	57 (9.2)	10 (3.8)	21 (13.3)	4 (9.1)	3 (7.9)	0 (0.0)	3 (18.8)	16 (19.5)

排泄は, VaDでは全介助の者の占める割合が最も多く, 全疾患では自立の者と全介助の者が同程度の割合であった.

表 19 茨城県 疾患別 ADL 状況:入浴(%)

入浴	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
自立	140 (22.7)	31 (11.8)	53 (33.5)	12 (27.3)	16 (42.1)	8 (47.1)	5 (31.3)	15 (18.3)
一部介助	187 (30.3)	108 (41.2)	34 (21.5)	9 (20.5)	8 (21.1)	5 (29.4)	3 (18.8)	20 (24.4)
全介助	232 (37.6)	114 (43.5)	49 (31.0)	19 (43.2)	11 (28.9)	4 (23.5)	5 (31.3)	30 (36.6)
不明	58 (9.4)	9 (3.4)	22 (13.9)	4 (9.1)	3 (7.9)	0 (0.0)	3 (18.8)	17 (20.7)

VaD では自立の者が特に低く、全ての疾患で自立の者は過半数に満たず、全疾患では全介助が最も多かった。

表 20 茨城県 疾患別 ADL 状況:着脱衣(%)

着脱衣	全疾患	VaD	AD	Head trauma	DLB/PD	Alcohol	FTLD	Others
自立	172 (27.9)	50 (19.1)	54 (34.2)	16 (36.4)	16 (42.1)	10 (66.7)	6 (37.5)	20 (24.4)
一部介助	170 (27.6)	92 (35.1)	37 (23.4)	7 (15.9)	8 (21.1)	3 (20.0)	1 (6.3)	22 (26.8)
全介助	217 (35.2)	111 (42.4)	46 (29.1)	17 (38.6)	11 (28.9)	2 (13.3)	5 (31.3)	23 (28.0)
不明	58 (9.4)	9 (3.4)	21 (13.3)	4 (9.1)	3 (7.9)	0 (0.0)	4 (25.0)	17 (20.7)

VaD では自立の者が少なく、Alcohol では自立の者が3分の2を占め、全疾患では全介助が最も多かった。

表 21 茨城県 疾患別合併症の内訳

合併症	Head DLB/							
	全疾患	VaD	AD	trauma	PDD	Alcohol	FTLD	Others
高血圧	167	125	22	6	2	2	3	7
糖尿病	76	47	13	2	2	4	2	6
心筋梗塞・狭心症・循環器	45	32	3	2	1	3	0	4
高脂血症	44	19	12	2	4	0	1	6
てんかん	34	10	6	5	0	1	1	11
消化管疾患	29	11	7	2	2	3	2	2
肝臓・脾臓・胆嚢	19	11	1	2	0	1	0	4
腎機能	14	9	1	0	1	2	0	1
整形外科疾患	13	7	2	2	0	0	0	2
水頭症	12	11	0	1	0	0	0	0
泌尿生殖器	10	6	3	0	0	0	0	1
呼吸器疾患	9	5	1	0	2	1	0	0
悪性腫瘍	8	5	2	0	0	0	0	1
皮膚科疾患	6	4	0	0	0	1	0	1
アレルギー性疾患	3	2	1	0	0	0	0	0
膠原病	1	1	0	0	0	0	0	0
甲状腺	1	0	1	0	0	0	0	0

*重複回答あり

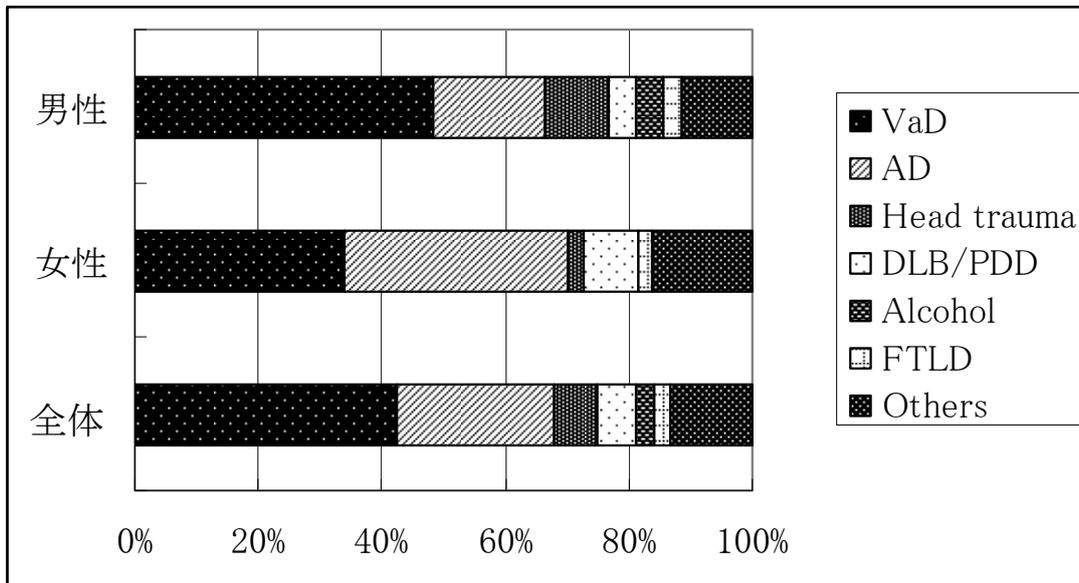


図1 性別疾患割合

全体ではVaDが42.5%と最も多く、次いでADが25.6%、Head traumaが7.1%、DLB/PDDが6.2%、Alcoholが2.7%、FTLDが2.5%、その他の疾患が13.4%であった。性別にみると、男性の最多疾患がVaD(47.5%)であるのに対し、女性ではAD(34.6%)であった。

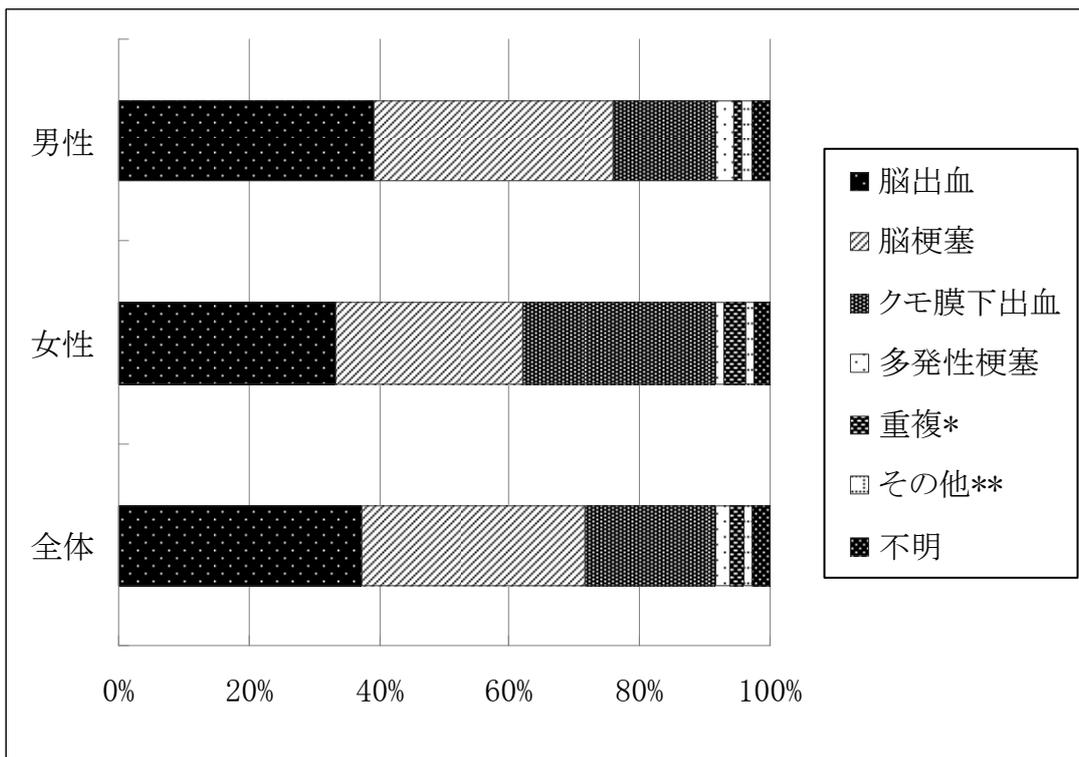


図2 性別脳血管性認知症の内訳

*重複:脳梗塞と脳出血など2度以上の発作のもの

**その他:カダシル、もやもや病など

全体では脳出血が37.5%、脳梗塞が34.1%、クモ膜下出血が20.1%、多発性ラクナ梗塞が2.3%、脳血管疾患の重複例が2.0%、その他の脳血管疾患が2.0%であった。性別にみると、脳出血は男性では39.1%、女性では33.3%といずれも最多であったが、2番目に多かったのは男性では脳梗塞36.9%に対し、女性ではクモ膜下出血29.8%であった。

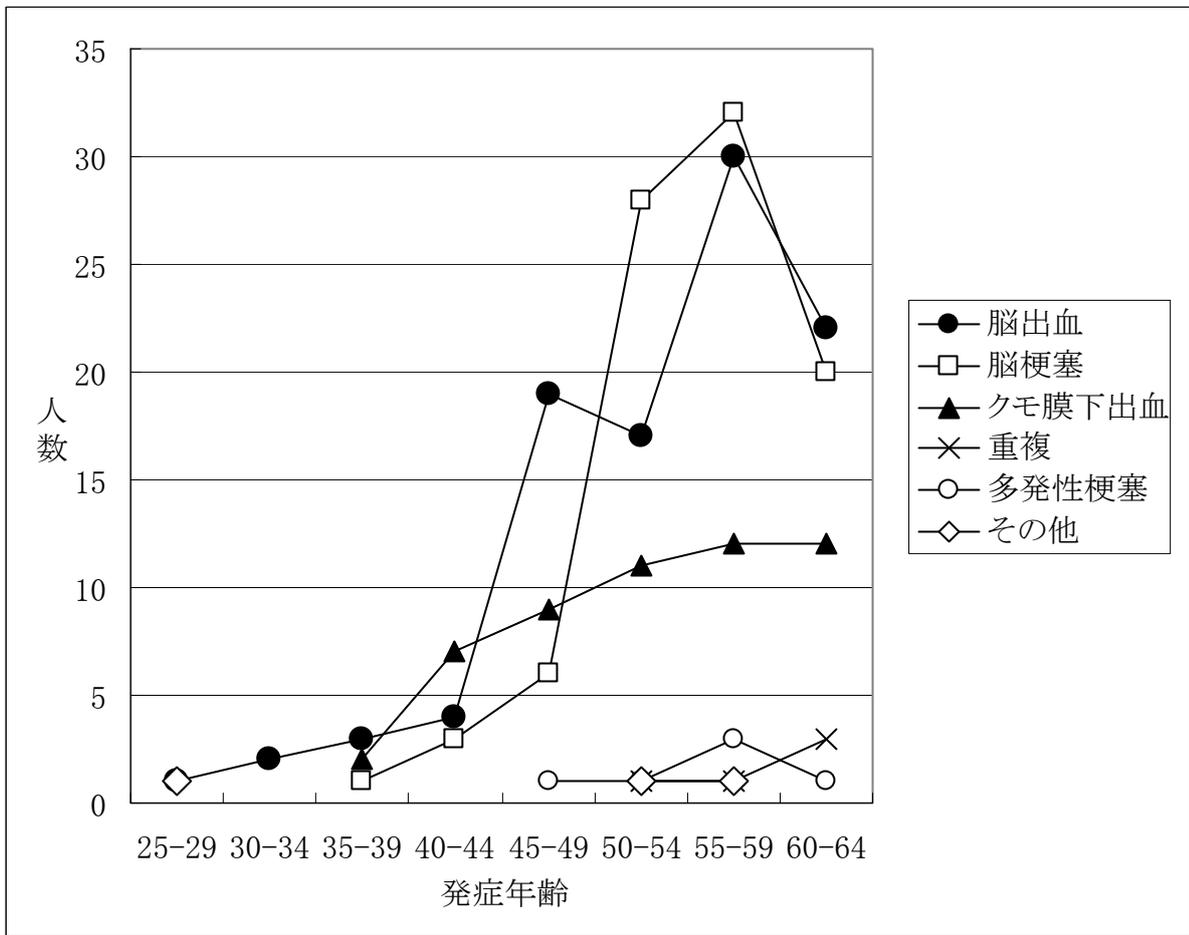


図3 VaDの下位分類別発症年齢の分布

脳出血, 脳梗塞, クモ膜下出血ともに発症のピークは55-59歳の年齢階級にあった.

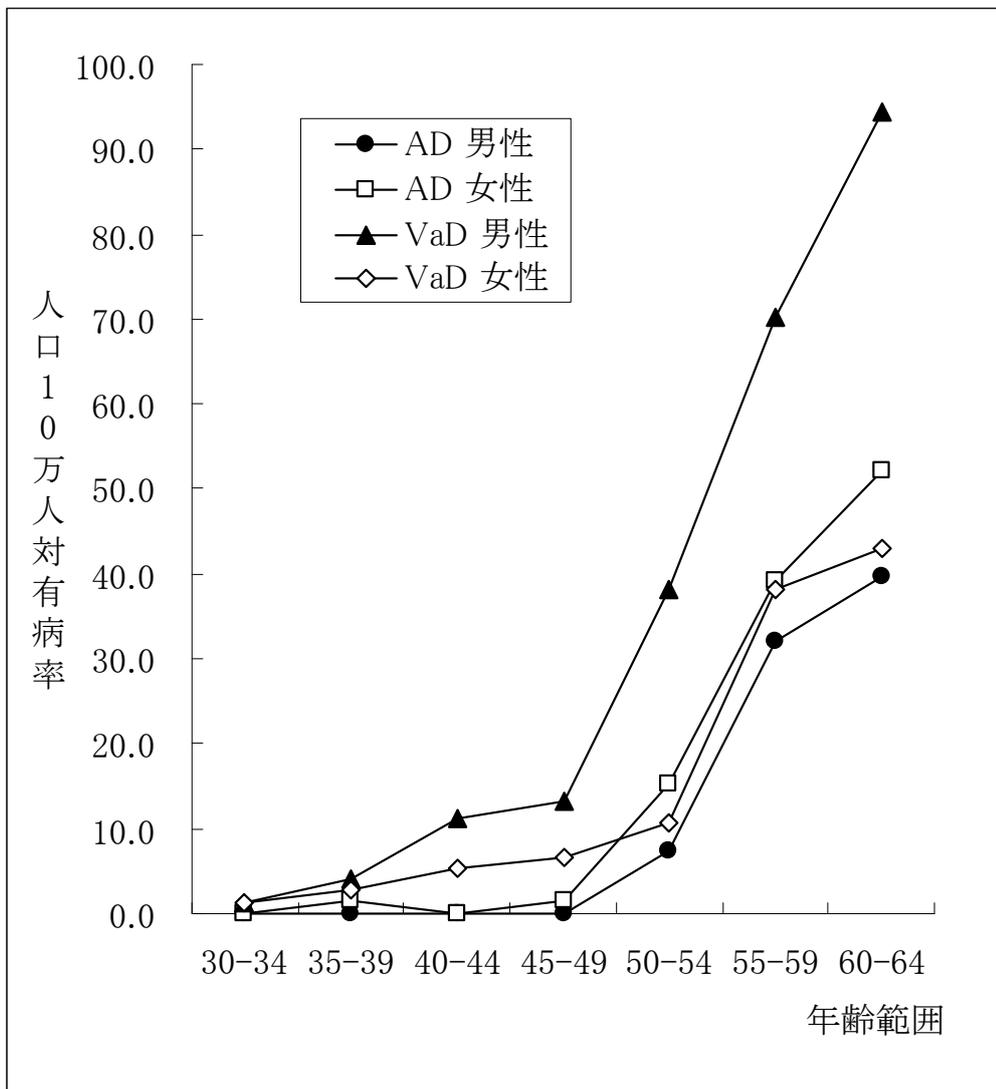


図4 ADとVaDの性別・年齢階級別の有病率
 最多疾患は男性では全年齢階級でVaDであるのに対し、
 女性では49歳以下ではVaD、50歳以上ではADであった。

参考文献

1. Fadil H, Borazanci A, Haddou EAB, Yohyaoui M, Korniychuk E, Jaffe SL, and Minagar A. EARLY ONSET DEMENTIA. *International Review of Neurobiology*. 2009;84:245-262.
2. Sampson E, Warren J, Rossor M. Young onset dementia. *Postgrad Med J*. 2004;80:125-139.
3. Mölsa PK, Mattila RJ, Rinne UK. Epidemiology of dementia in a Finnish population. *Acta Neurol Scand*. 1982;65:541-552.
4. Sulkava R, Wikström J, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V, Lahtela K, Palo J. Prevalence of severe dementia in Finland. *Neurology*. 1985;35:1025-1029.
5. Shoenberg BS, Anderson DW, Haerer AF. Severe dementia prevalence and clinical features in a biracial US population. *Arch Neurol*. 1985;42:740-743.
6. Kokmen E, Beard CM, Offord KP, Kurland LT. Prevalence of medically diagnosed dementia in a defined United States population: Rochester, Minnesota, January 1 1975. *Neurology*. 1989;39:773-776.
7. Newens AJ, Forster DP, Kay DW, Kirkup W, Bates D, Edwardson J. Clinically diagnosed presenile dementia of the Alzheimer type in the Northern Health Region: ascertainment, prevalence, incidence and survival. *Psychol Med*.

- 1993;23:631-644.
8. Ratanavalli E, Brayne C, Dawson K, Hodges JR. The prevalence of frontotemporal dementia. *Neurology*. 2002;58:1615-1621.
 9. Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN. The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74:1206-1209.
 10. Rosso SM, Kaat LD, Baks T, Joosse M, Koning I, Pijnenburg Y, Jong D, Dooijes D, Kamphorst W, Ravid R, Niermeijer M.F, Verheij F, Kremer H.P, Scheltens P, Duijn C.M, Heutink P, Swieten J.C. Frontotemporal dementia in The Netherlands: patient characteristics and prevalence estimates from a population-based study. *Brain*. 2003;126:2016-2022.
 11. Yokota O, Sasaki K, Fujisawa Y, Takahashi J, Terada S, Ishihara T, Nakashima H, Kugo A, Ata T, Ishizu H, Kuroda S. Frequency of early and late-onset dementias in a Japanese memory disorders clinic. *Eur J Neurol*. 2005;12:782-790.
 12. Shinagawa S, Ikeda M, Toyota Y, Matsumoto T, Matsumoto N, Mori T, Ishikawa T, Fukuhara R, Komori K, Hokoishi K, Tanabe H. Frequency and clinical characteristics of early-onset dementia in consecutive patients in a memory clinic. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2007;24:42-47.

13. 大城等, 黒沢洋一, 岩井伸夫, 能勢隆之. 鳥取県における初老期痴呆の有病率.
日本公衆衛生雑誌. 1994;41:424-427.
14. 一ノ渡尚道. 厚生科学研究「若年痴呆の実態に関する研究」1997
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association;1987.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1993.
17. 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. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*. 1996;47:1113-1124.
18. 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. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria.

Neurology. 1998;51:1546-1554.

19. 橋本修二, 福富和夫, 永井正規, 中村好一, 佐々木隆一郎, 大野良之, 柳川洋.
難病の全国疫学調査に基づく患者数の推計方法に関する一考察. 日本公衆衛生雑誌. 1990;37:768-773.
20. 茨城県企画部統計課人口労働グループ. 茨城県常住人口調査結果報告書.
<http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/koso/statistics/population/2006.html>
21. 中村好一. 基礎から学ぶ楽しい疫学(第2版). 医学書院,2006.
22. Yamada T, Hattori H, Miura A, Tanabe M, Yamori Y. Prevalence of Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies in a Japanese population. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;55:21-25.
23. Meguro K, Ishii H, Yamaguchi S, Yamaguchi S, Ishizaki J, Shimada M, Sato M, Hashimoto R, Shimada Y, Meguro M, Yamadori A, Sekita Y. Prevalence of dementia and dementing disease in Japan: The Tajiri Project. *Arch Neurol*. 2002;59:1109-1114.
24. Kubo M, Kiyohara Y, Ninomiya T, Tanizaki Y, Yonemoto K, Doi Y, Hata J, Oishi Y, Shikata K, Iida M. Decreasing incidence of lacunar vs. other types of cerebral infarction in a Japanese population. *Neurology*. 2006;56:1539-1544.
25. Kubo M, Kiyohara Y, Kato I, Tanizaki Y, Arima H, Tanaka K. Trends in the

- incidence, mortality, and survival rate of cardiovascular disease in a Japanese community. The Hisayama Study. *Stroke*. 2003;34:2349-2354.
26. Ueda K, Hasuo Y, Kiyohara Y, Wada J, Kawano H, Kato I, Fujii I, Yanai T, Omae T, Fujishima M. Intracerebral Hemorrhage in a Japanese Community, Hisayama: Incidence, Changing Pattern During Long-term Follow-up, and Related Factors. *Stroke* 1988;19:48-52.
27. Ikeda M, Hokoishi K, Maki N, et al. Increased prevalence of vascular dementia in Japan. A community-based epidemiological study. *Neurology*. 2001;57:839-844.
28. 高橋一夫, 小林祥泰, 脳卒中標準登録研究班 JSSRS group. 本邦の脳卒中の現況と変遷—脳卒中データベースより. 成人病と生活習慣病. 2005;35:391-398.
29. 峰松一夫, 矢坂正弘, 米原敏郎, 西野晶子, 鈴木明文, 岡田久, 鴨打正浩. 若年者脳卒中診療の現状に関する共同調査研究. 若年者脳卒中共同調査グループ(SASSY-Japan). *脳卒中*.2004;26:331-339.
30. Aho K, Reunanen A, Aromaa A, Knekt P, Maatela J. Prevalence of stroke in Finland. *Stroke*. 1986;17:681-686.
31. Bronebroek M, Breteler MMB. Epidemiology of non-AD dementias. *Clin Neurosci Res*. 2004;3:349-361.

參考資料

「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》
 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 2) 聞いたことをすぐ忘れてたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 3) 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、クモ膜下出血、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、進行麻痺
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、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞蹈病、ウイルソン病
10. 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）、植物状態

★ 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。

〒305-8575

つくば市天王台 1-1-1

筑波大学大学院人間総合科学研究科精神医学 朝田 隆

謝辞

本論文を終えるにあたり、終始懇篤なる御指導ならびに御助言を賜りました筑波大学大学院人間総合科学研究科教授 朝田隆先生に深甚なる謝意を表します。

また、研究の遂行ならびに論文作成にあたり多大な御協力を賜りました、筑波大学大学院人間総合科学研究科准教授 水上勝義先生、愛媛大学大学院医学系研究科准教授 谷向知先生、筑波大学大学院人間総合科学研究科講師 佐々木恵先生、安野史彦先生、慈恵会医科大学精神医学講座助教 品川俊一郎先生、筑波記念病院精神科 山里道彦先生に心より御礼申し上げます。