

特集 認知症研究の最近の進歩 3 学会それぞれの立場から認知症を極める

若年性認知症の臨床的諸問題 ——日本老年精神医学会から——

新井 平伊

高齢社会の中で社会的問題となっている老年期の認知症に加えて、働き盛りを襲ういわゆる若年性認知症も注目を浴びている。そこで、ここではこの若年性認知症に関して、臨床的観点から臨床経過、診断、治療、介護や告知などの諸問題を概説した。臨床症状の多彩さや進行の速さに加え、家族を含め心理的および経済的影響が多大であることは臨床家が忘れてはならないポイントであろう。

<索引用語：若年性アルツハイマー病，臨床症状，診断，治療，告知，社会モデル>

はじめに

高齢社会の中で認知症が社会的にも大きな関心と呼んでいる中で、それに伴って初老期発症の認知症も注目を浴びるようになった。そもそも、1906年に Alzheimer, A. が症例報告した認知症症例は50代発症であり、アルツハイマー病(AD)は本来初老期認知症に属するものである。初老期発症認知症は、老年期認知症と違ってさまざまな問題を有しているため、筆者は1999年に若年性AD (younger patients with Alzheimer's disease: YPAD) 専門外来を開設した。ここでは、日本老年精神医学会の活動も視野に入れたうえで、YPAD 専門外来の経験から YPAD をめぐるさまざまな臨床的問題を概説する。

1. 医学用語の観点から

前述のようにADは本来初老期認知症に分類されていたが、20世紀後半からのAD研究の発展とともに老年認知症と質的に同じであるとの考えに基づき、両者を合わせてADまたはアルツハイマー型認知症と呼ばれるようになった。しか

し、後述するようさまざまな観点から、初老期発症認知症は依然として注目を浴び、疫学的研究から基礎・臨床研究まで広く行われている。わが国では、現在のところ約4万人の若年性認知症患者が存在するものとの疫学的研究がある²⁾。

医学的用語としては、初老期発症認知症 (presenile dementia) や早発型AD (early-onset AD: EOAD) と呼ばれている。しかし、わが国では疫学的研究などで医学・行政用語としても使われてきている。筆者も1999年からYPAD 専門外来を開設したが、これは一般人にわかりやすく印象に残るように名付けたものである。この場合の「若年」をjuvenileと訳すると18歳から64歳までが該当することになる。しかしこの年齢区分では、学問的・制度的に高次脳機能障害と重複する部分があり、介護保険制度からは初老期発症の認知症は40歳以降であることも考慮すると、40歳から64歳までを該当する年齢区分とすることが望ましいと判断する。そのために、英語訳はjuvenileではなく、YPADが適切であると考える。

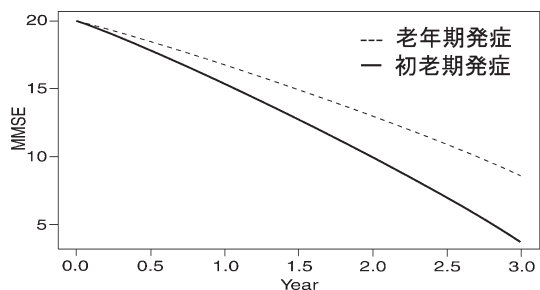


図1 認知機能低下速度：初老期発症と老年期発症の違い

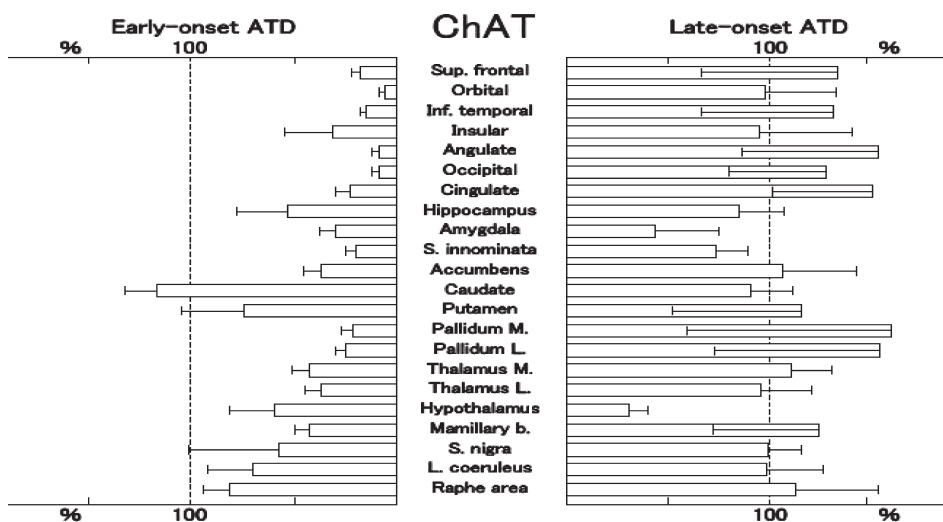


図2 アセチルコリン合成酵素活性：初老期発症と老年期発症の違い

2. 臨床的特徴から

老年期発症 AD (late-onset AD: LOAD) と YPAD を比較すると、まず認知機能障害の進行は YPAD の方が早く進行する (図1)。脳画像研究からは、MRI/CT 検査では YPAD では海馬萎縮が目立たず、頭頂葉萎縮だけが認められることが少なくない。SPECT 検査では、両者とも頭頂連合野や後部帯状回の血流低下が見られるが、YPAD ではその変化がより高度であることも見られている。これらの所見を裏付けるように、死後脳における神経伝達物質関連研究では、コリン作動系障害としてのアセチルコリン合成酵素活性低下が YPAD でより著しいことが示されている

(図2)。

臨床的には、より進行が早い印象があり、失語、失行、失認などの巣症状が目立つことも指摘されている。一方、身体的には元気なことが多いので、いろいろな行動化が起きやすく、これを周囲から見れば理解を超える場合も多く心理・社会的症状 (BPSD) と判断される症状が多いとも思われる。この際に、在宅でのリハビリテーションにも関わるが、患者の性別により病状や介護者の精神状態が異なってくることも重要であり (図3)、臨床家が常に配慮しておく必要がある。

	男性	女性
患者	退職後は家でブラブラ 何もすることがない！	家事をしなくてはならない ストレスも多いが、うまく 使えばリハビリにもなる！
介護者	仕事があり外で行動 気分転換が可能！	主婦が中心 精神的、経済的 ストレスが多い！

図3 若年性アルツハイマー病：男女の違い

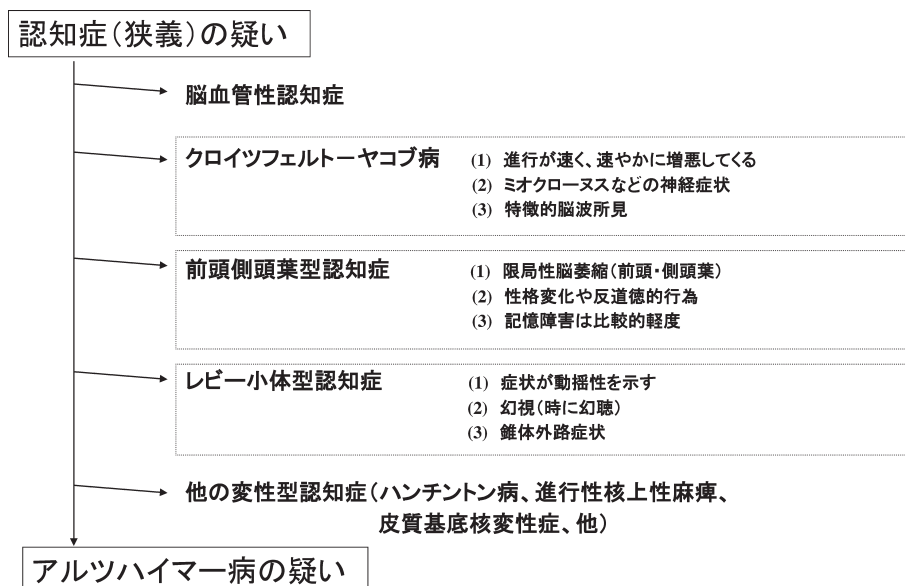


図4 認知症(狭義)の診断

3. 診断的観点

診断についてはLOADの場合と基本的に異なることはない。基本的な考え方として、ADの診断は他の認知症を引き起こす疾患を除外していくことと画像検査や神経心理検査所見によりADの特徴を見つけていくことに変わりはない(図4, 5)。YPADでの問題は、診断過程において重要な役割を占める脳画像検査において、LOADではポイントとなる海馬・海馬傍回の萎縮がなくても、頭頂葉・頭頂連合野の萎縮の方がより目立っている場合にはYPADを疑うことが重要である

ということである。最近の主流を占める脳画像解析ソフトを用いても、海馬萎縮は目立たないことがあるので注意を要する。また、臨床では図4に示す診断過程よりも、いわゆる治療可能な認知症との鑑別が必要な図5の過程が重要であることも認識しておく必要がある。

4. 治療的観点

治療的にも老年期の認知症と大きな違いはない。しかし、薬物療法のみにも偏ることなく、リハビリテーションや認知・行動療法(とくに初期)、そ

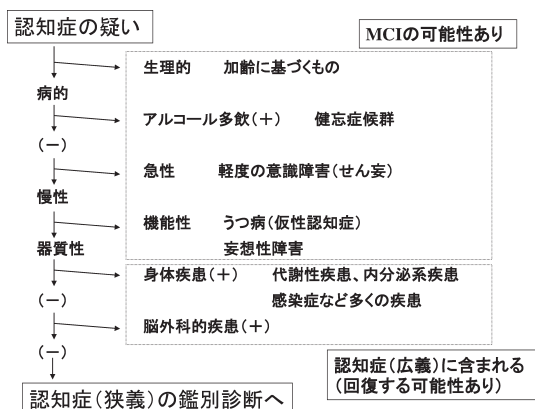


図5 認知症診断の第一段階

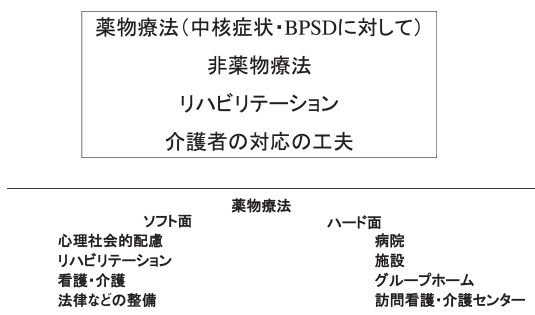


図6 認知症治療の4本柱

して環境調整や介護の方法など非薬物療法がより重要であることが指摘できる(図6)。

また、病期が中等症以上に進行した段階では、塩酸ドネペジルを増量するとか、シロスタゾールを加える¹⁾など、少しでも進行予防に繋がる対策をとることを考慮すべきであろう。

5. 社会資源利用の観点

前述のようにYPADでは非薬物療法も重要であることを指摘したが、その中の1つにも入ると思われるものが社会資源の利用である。

とくにYPADの家族は制度を利用することに躊躇する傾向があるように思われるが、家族に説明するのは「もし患者さんがきちんと気持ちを表現できたら、家族の幸せを願っている」というこ

今まで日本のため、家族のため、頑張ってきた人が不幸にして認知症になったわけだから
当然の権利として、申請する。

- 障害者自立支援制度(公費負担)
- 精神障害者手帳
- 障害者年金
- 介護保険
- 特別障害・身体障害・住宅ローン免責

図7 社会保障制度の積極的利用

患者さんは、家族の幸せを願っているはず！
自分の犠牲になって
家族が不幸な人生を送ってほしくないと思っているはず！

1. 家族だけで悩まないように！
→ 担当医、行政、家族会、地域介護センターなどに相談
2. 家族だけが犠牲にならないように！
→ DS、ショートステイ、ヘルパー、訪問看護、グループホーム、介護施設、認知症病棟

図8 家族のQOLにも配慮

とであり、それぞれの家族のQOLを確保するためには現時点で利用できる社会資源や制度は最大限利用するということである(図7)。たとえば、自立支援法や介護保険、そして障害者年金や住宅ローン免除(かなり条件は厳しい)などを検討する。また、どうしても家族だけで介護したり悩んだりしがちであるので、相談できる窓口を積極的に利用し社会資源の利用を心掛けるべきである(図8)。

6. 告知の観点から

YPADの場合とはとくにごく初期の段階で自らが仕事などでの作業能力において今までとは何となく異なることを自覚していることが多い。筆者の専門外来では、すでに進行してしまった症例は別として、画像所見も含めてすべて診断結果を告知することになっているので、むしろこのような場合にはいわゆる「腑に落ちる」といった感じで納

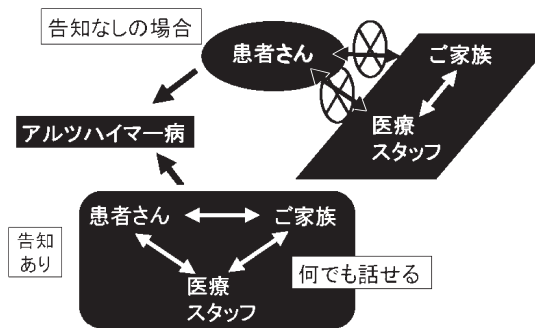


図9 告知の重要性

得されることが少なくない。

認知症における告知の問題はまだまだいろいろな意見があるのが現実であるが、初期のYPADで社会生活を送っている状況では告知の上その後の療養体制を急ぐことがより重要であると考え、未告知のままでは、本人だけが一人で今までと異なる自分に悩み苦しむことになる(図9)。告知後には、本人、家族、そして医療スタッフが全員で協力体制を引くことができる。もちろん、告知直後の精神的打撃にも十分な配慮と支援が必要であることは言うまでもない。

おわりに

認知症の医療に関しては、今後も発展が期待できますます充実していくものと予想される(図10)。しかし、YPADを含め認知症患者の初期から末期までに至る長い経過を個人の療養生活と考



「認知症を極める！」とは？ 日本老年精神医学会
→ 認知症の有無に関わらず、幸福感が得られる社会

図10 医療モデルから社会モデルへ

えると、医療以外の看護・介護・福祉さらには社会学や政策までも関わる充実が必要であり、いかに認知症に対する社会モデルを確立するかが今後の課題になる。大局的には認知症に対する医学的対応としてはADの克服だけが目的ではなく、認知症があってもなくても高齢者が充実した生活を送ることができるような社会を目指すことにある。日本老年精神医学会は、このような大きな流れの中で少しでも貢献できることを願って活動している。

文 献

- 1) Arai, H., Takahashi, T.: A combination therapy of donepezil and cilostazol for patients with moderate Alzheimer disease: pilot follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17; 353-354, 2009
- 2) 朝田 隆: 厚生労働省科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 総合研究報告書「若年性認知症の実態と対応の基礎基盤に関する研究」, 2007

Clinical Issues of Younger Patients with Dementia
—Japan Psychogeriatric Society—

Heii ARAI

Department of Psychiatry, Juntendo University, School of Medicine

Younger patients with Alzheimer's disease (YPAD) present many clinical aspects different from people with late-onset Alzheimer's disease. The author reviewed terminological, diagnostic, and therapeutic issues, as well as support systems for YPAD and concerns related to disclosure. The Japanese Psychogeriatric Society is a leader in this field, focusing not only on treatment of AD, but also comprehensive support systems for people with dementia.

<Author's abstract>
