

若年認知症とは

はじめに 7)

65歳以前に発症し、現在も65歳以前の年齢にある認知症を総称して若年認知症とした。65歳以前の発症であれば現時点で65歳を過ぎていても若年認知症で良いのではという意見もあるが、65歳以上になると、①介護保険がどのような疾患でも適応され、②通常の年金が開始されることから、あえて現在も65歳以下と制限した。なお、より厳密に定義すれば、若年認知症は若年期認知症と初老期認知症に区分される。すなわち、若年期認知症とは18歳～39歳の間に発症した認知症性疾患の総称で、認知症の原因となる疾患の種類を問わない。また、初老期認知症とは、40歳～64歳の間に発症した認知症性疾患の総称で、若年期同様に認知症の原因となる疾患の種類を問わない。

若年認知症については、外国ではearly-onset dementiaやyoung-onset dementiaと記載されることが多いが、筆者はあえてworking age dementiaという言葉を使用している。労働人口の範囲は通常15歳から64歳までであるが、日本では18歳未満の脳障害は制度的に知的障害として扱われることや、大部分の子供が高校に進学し、労働に従事するのが18歳以降のため、18歳から64歳の範囲を労働人口とするのは、制度的にも実際的にも問題ないと考えている。若年認知症を年齢が単に若いだけと、early-onsetやyoung-onsetと分けても特徴は見えない。認知症が始まった時、その人が何をしていたかという社会的属性が大きな意味を持つためである。会社や家庭の中で会社員としてまた主婦として生き、病気になった結果、失職し収入が途絶えたり、家事・育児などが困難となり家庭が崩壊するのである。この意味をもって、「働き盛りの認知症」とするのが適当と考え、working age dementiaとした。以下、若年認知症の特徴を老年期認知症と比較しつつ明確にしてゆきたい。

1. 生物学的特徴 10)

1) 疫学

認知症の原因となる疾患は、全体で70程度あるといわれる。認知症者の人数は高齢者に多いが、原因となる疾患の好発年齢は、若年の方が多くいようである。なお、若年認知症として頻度の多い疾患にはアルツハイマー型認知症(AD)、血管性認知症(VaD)、レビー小体型認知症(DLB)、前頭側頭葉変性症(FTLD)、アルコール性認知症(AlcOD)などがある。ただ、AD、VaDとDLBは年齢依存的に増加するが、FTLDとAlcODは50～60代が好発年齢で、80歳過ぎの発症は非常に少なくなるといわれる。また、認知症全体における割合を見ると、ADは全年齢の範囲では1/2を占めるが、64歳以下の年齢に限ると全体の1/3以下に減少する。他方、FTLDは全年齢の範囲では1/10以下であるが、64歳以下では全体の1/4～1/3に増加する。

VaDは脳血管障害に基づく二次性認知症のため、脳血管障害とVaDの発症時期はほぼ同時期とすることができる。脳血管障害は老年期に多く発症するが、原因は35歳以前と以後では異なる。すなわち、35歳以前は、脳梗塞では非アテローム性血管障害、凝固・血液粘度異常、静脈血栓症、遺伝疾患、薬物乱用が、脳出血・くも膜下出血では動静脈奇形、血液疾患、もやもや病が多い。一方、35歳以降では、老年期とほぼ同じで、アテローム硬化、高血圧、糖尿病、心房細動、高脂血症、動脈瘤などが多いとされる。

2) 症状

AD、VaDとDLBは、一般に記憶障害の症状から発症するのに対して、FTLDとAlcODは行動障害や性格変化から発症する。その結果、初期には、対人関係に関する障害はADには少なく、FTLDやAlcODに多く見られる。さらに、若年に認知症という疾患の存在自体を知らないことによって、職場とともに家庭でのトラブルが見られたり、精神障害者や犯罪者に間違えられる例も多い。

3) BPSDの特徴 1, 7, 11, 12)

BPSDは、若年認知症と老年期認知症で内容は異なるが、出現頻度は50～60%とほぼ同じと考えられる。若年認知症に多いBPSDは、徘徊、興奮や暴力・暴言、精神症状であるうつ状態や意欲低下である。反面、老年期認知症に多いのは、幻覚や妄想などの精神症状と、夜間せん妄、不潔行為、自他の区別困難である(図1)。

なお、認知症において、介護の困難や対応が困難になる原因はBPSDの出現である。疾患ごとに発現しやすいBPSDの内容を事前に予測しておくことや、それらの症状が発現する以前、すなわち初期の時点で、家族にその対応法を指導ないし解説しておくことは、介護によって生じる虐待や混乱を未然に防ぐ上で大切な家族教育になる。すなわち、家族が適正な知識をもつこと及び公的介護の適切な導入は認知症者への虐待を防ぐ有効な手段と思われる。付け加えれば、若年認知症のBPSDに対し有効と思われる対応方法は、退

職前の社会的ないし家庭内の立場を配慮しつつ、趣味や能力を考慮したりハビリの導入である。

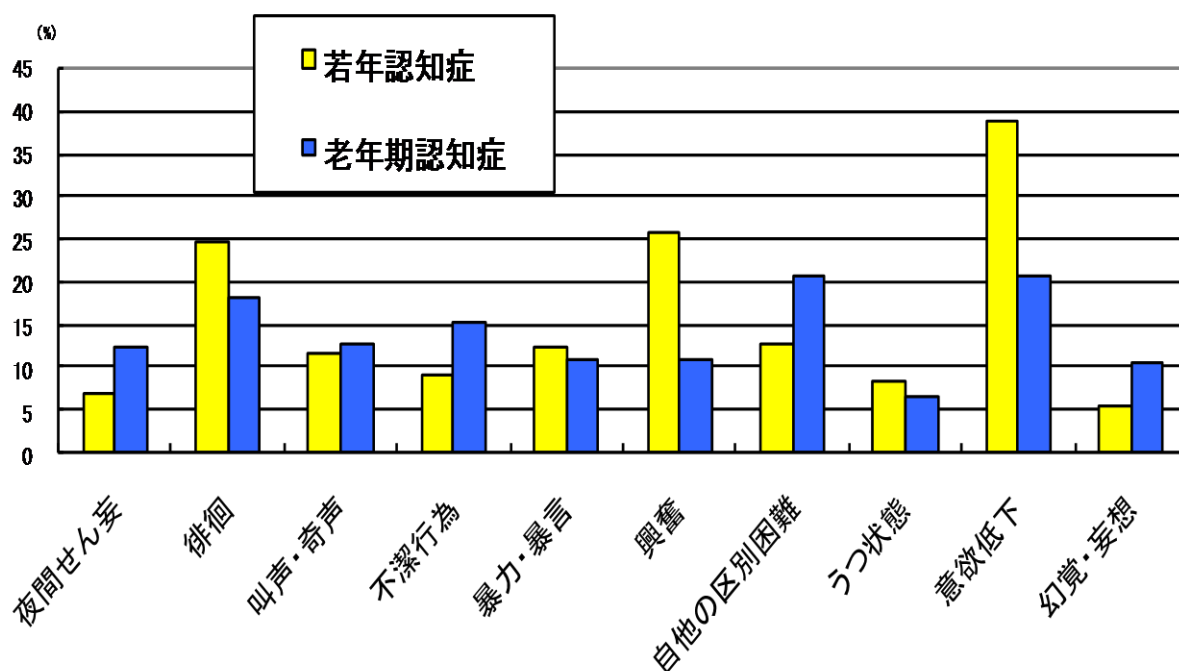


図 1. 若年認知症と老年期認知症の比較

2. 社会学的特徴 (8, 9)

1) 社会面の諸問題

社会面では、認知症が働き盛りに起こることによる社会的損失と家庭・地域の問題がある。社会的損失とは、労働力の喪失で、初期には、作業内容の間違いや情報処理スピードの低下などの形で現れる。若年認知症の場合、几帳面な性格の人が多く発症する印象があり、職場などでのミスは本人の致命的な信頼性の喪失とともに、会社自体のそれにもなりえる。

家庭問題には、経済的困窮、家族全体ないし主たる介護者の燃え尽き徴候、家庭崩壊（子の非行、介護者の精神疾患罹患、主にうつ病やアルコール依存症）、虐待などが含まれる。なお、地域問題は患者と家族を地域でいかに支えるかという今後の課題であるが、まだ偏見が隠れている。

2) 家庭生活上の問題

休職や退職による収入減少などの経済面の問題、家庭介護せざる得ないという介護上の問題、患者を取り巻く家族・地域社会環境の問題がある。

① 経済的困窮

休職や退職によって収入が減じると、家族全体の生活が困難になるため、早期に社会保障に基づく公的支援制度の活用を勧めるべきである。休職による傷病手当金の申請に始まり、退職による失業保険の申請、病・医院での通院のための自立支援医療（精神通院医療 90%の公費負担）の申請、精神保健福祉手帳の申請、そして、初診時より 1年6カ月の時点以降の障害基礎年金や厚生年金の取得による生活費の支援や介護支援である。

年金に関しては通常 65歳以降の支給であるが、20歳以上の国民は、精神疾患や身体疾患に罹り、初診日より 1年6ヶ月を経ても障害が残る（認められる）場合、65歳以前であっても精神障害者または身体障害者年金の申請ができる。しかし、家族の話では、通院中の医療機関が精神科でないので、何もアドバイスがなかったとか、年金の適応がないなどと最初から家族に伝える医療職もいるという。

子供達は学生（小中高校、または大学）で、就労していない場合が多い。子供たちが高校や大学等に進学していれば自立したり、退学して就労する道もあるが、育英基金制度等の利用も一つの方法である。

さらに、自宅購入など住宅ローンが組まれている例は非常に多い。その結果、支払いができないとして退職金で一括支払いし、その後の生活費に事欠く状態となる例も多く見られる。病気が進行し、高度障害（障害一級相当）になると生命保険と相殺されることがある。それまで定額払いを続けるか、銀行と相談し支払いの延長を求めるなどして、ローンの支払額を極力少なくして負債の軽減を図れるようなアドバイスも必要である。これらの問題については、認知症専門医、MSWやインフォーマルなグループである若年認知症家族会（彩星の会、愛都の会、北海道ひまわりの会など）への相談を勧めるべきであろう。

②家庭生活の破綻

家族、特に主たる介護者（配偶者が多い点、老年期認知症とは異なる）は、介護疲れで燃え尽き状態（うつ状態）になったり、心理面の問題（病気の受容）が解決できずに、アルコール依存症になったり、家庭不和などが生じることが多い。介護は、患者を一人の介護者だけで見ないことが原則である。家族同志が役割や介護時間を分担し、介護者相互の燃え尽きをなくすよう指導したり、公的介護による支援をすべきである。

なお、男性の介護者の場合、他の介護者に頼らずに自らが抱え込むことが見られるが、暴力や放置などの虐待に発展することがままある。家庭内介護には、患者本人に対する支援と共に、介護者自身への支援が必要であるが、介護保険にはこの体制はないため、若年認知症家族会等に相談すべきである。

また、燃え尽き状態を見ると、妻が介護者であるより夫が介護者の場合の方が少ないように思える。これは、男性より女性の介護者の方が、対象者への介護に専念することが多いためと考えらる。また、子供は、母親が病気になった場合、父親が病気になった場合よりも、遺伝を強く感じる傾向にあるようだ。若年認知症のケースに関しては、子供達への心理的なサポートは重要と思われる。

③疾患に対する偏見

疾患の偏見に関して、家族内、近所・親戚等、そして医療・福祉機関など、それぞれに共通な内容が見られる。これは、「認知症は老人がなるもの」として、40-50歳代の認知症の存在を知らなかったり、認知症とは分からず、精神疾患（特にうつ病）や怠け者とみて対応することである。

さらに、家族、特に主な介護者となる配偶者は、それらの偏見のため、他者の目を気にし、家に閉じこめたり、無理を押し付けたりすることで、患者との間にトラブルや虐待が見られることが多い。

また、地域社会の人々は、病気に対する知識や理解がないために、その家族全体に偏見を持ったり、無関心を装うことも、家族を孤立させる方向に向かわせることになる。

④地域社会での支援体制

家庭内の支援と共に、市町村ぐるみの地域支援をどうするかは、今後の認知症における中心的な課題といえる。家庭内や施設内対応でなく、地域内対応が重視され、家族や施設職員だけの介護でなく、地域住民全体による見守りと役割分担が大切になる。まさに、認知症者も含む「住み場所作り」であるが、社会や家庭から切り離された施設隔離でなく、認知症になっても地域の中に暮らせる街作りといえる。

介護保険の改正の流れを見ると、老人人口の増加、それに伴う認知症者数の増加、そして施設整備が困難となる財政状況などのために、地域の皆に責任転嫁する流れが出たと考えるより、人は皆社会的動物であり、隔離・隠蔽されるべき存在ではなく、ともに社会を構成する存在であることを気づいたと考えた方が良いと思う。私は、認知症を「疾病と捉え、治療するために入院する存在」と言うより、「障害と捉え、ハンディキャップを持ちながら社会生活する存在」と考える。また、単に介護され、保護されるものでなく、社会の構成員として、自らの希望と役割を持ちつつ、社会に貢献する存在とも考えたい。認知症者の就労のため、一般就労や福祉就労（作業所や授産施設）を地域に整備すべきというのは、この延長上にある考え方である。

3) 就労の延長ないし再就労

①職場の対応

初期の場合、薬物治療などによって職場への復帰が可能になることもあり、この点は老年期認知症と転帰が異なる。しかし、現実的には、職場復帰が困難な例が多い。職場に指導する人員はなく、また指導方法も確立していないことも理由である。是非、高次脳機能障害者の復帰プログラムの様な取り組みが行われるべきである。いずれにしても、病休や休職の期間での早期退職は検討課題であろう（医療機関初診後1年6ヶ月以降に障害年金が取得可能になることを考慮すれば、最低でもそれまでの期間雇用が継続されるべきであろう）。

②再就労

本人が再度就労を希望する場合や、医師が就労可能と判断される場合には、福祉就労が勧められるべきである。現時点では、障害者自立支援法の訓練等給付（就労継続支援）や職親制度が利用可能と思われるが、

使用する障がい者はすくない（表1）。医療従事者に制度を周知し、利用者を増やすべく努力が必要である。問題は、自立支援法の主体が市町村単位であるため、数が少ない若年認知症者が利用できる施設はゼロに近いということである。当面はモデル事業などであっても、再就労をめざすために、県単位ないし広域で訓練等給付（職業訓練）が可能な施設を意図的に作る必要があると考えている。

なお、就労の継続や再就労については、職場の対応が様々であり統一的な対応は困難である。今後の重要な課題と位置づけられる。

表1. 利用可能な自立支援施設

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）		

4) 若年認知症はなぜ早く見つけやすいか（表2）

認知症は「発達した認知機能が再度低下した状態」であるが、認知機能の低下や行動障害や精神症状に基づく社会生活／日常生活場面での適応障害（Adjustment disorder with cognitive impairment or behaviour disturbance）と考えることも出来る。すなわち、環境と人の相互作用の中で生じる疾患である。以下、どのような環境が関連し、また早期に発見されるかを述べたい。

①能力面での不適応

作業能力の低下、特に頭脳労働やサービス業に従事していると、単純労働や農業などの第一次産業に従事する場合より、容易に適応障害を起こす。記憶障害と共に、企画、応用、実行などの遂行機能や注意・記憶機能などの前頭・側頭葉の機能が初期に障害されやすいためである。それに対して、運転や機器操作などの手続き記憶はADは障害されにくいので、単純労働や第一次産業従事者は気づかれにくいと思われる。混乱などは、サービス業＞工業など＞農業の順に起きやすいと考えている。

②他者による気づき

定年以前には、多くの人と接触することが多いため、感度の高い人（変化に敏感に反応する人など）に遭遇したり、仕事上の処理速度や正確さなどについて、同じ職場や職種で、他者と客観的に比較し評価される。反面、退職者では実際範囲が少なくなり、周囲が変化に気づく機会が少なくなり、他者と比較すべき共通の活動内容がなくなったり、評価が出来にくくなる。また、家族も近親者も、緩徐に進行する認知症の場合、大きな失敗や場違い行動をしない限り、軽微な変化に気づくことが困難なことも多い。

但し、初老期に多いFTDは行動障害や性格変化が初期に見られ、記憶障害が目立たないため、うつ病、統合失調症、強迫神経症などの精神疾患や、違法行為のため犯罪者に誤診される可能性は大きい。

③定期健康診断などで、医療機関の受診手段や経路が多い

定年以前には、人間ドックやもの忘れ外来などを能動的に受診する行動をとる。これは、定期検診などの習慣があるためである。他方、老人は、種々の条件（車の免許の制限や禁止による受診手段の欠如、自動車や電車などでの遠距離受診が困難）のため、能動的・自発的な受診は少なく、受動的な受診となりやすい。すなわち、高齢者の認知症の場合、家族や近親者が気づかない限り、放置されることが多かったり、受診してもかかりつけ医などの非専門医受診が多く、診断が出来ない場合が多いと考えられる。

④情報を得て、病識をもつ機会が増える。

高齢者は、自らが罹患している疾患に関心があり色々悩むものの、積極的に情報を収集したり、分析することは少ない。若年者は、高齢者に比して、ネットや書物などによる情報を得る手段や機会を多く持て、かつ意欲や関心がある。近年、若年認知症への関心が高いのも、もの忘れ、置き忘れ、ど忘れ、などの自覚症状を有する若年期の人口が増加したことや、若年期にも認知症が発症する事実が知られたためでもある。現象があっても、それを表す言葉がないと、それは存在しないのと同じである。しかしそれを表す言葉や知識があれば、より強い病識が生まれ、早期受診が可能となる。これは、認知症だけでなく、うつ病や統合失

調症でも同じである。うつ病や統合失調症の症状を理解し、客観視できていれば、それらの疾患が発症しても、初期ならばいわゆる病識も持て、自発的・能動的な受診が見られるからである。

表2. 早期発見の理由

特徴		若年認知症	老年期認知症
不適応	対人交流	・上司、同僚、友人によって軽度の変化で気づかれやすい。	・交流が制限されるため、気づかれにくい。
	社会活動・社会参加	・余暇活動などでも失敗が目につく。	・受動的な社会参加に留まったり、閉居しているため目立たない。
	職業	・仕事の内容が高度・専門的であれば、より軽度の失敗でも目につきやすい。	・退職しているため、判断の場がない。
生理		<ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患との区別は比較的容易である。 ・うつ病などの精神疾患などに間違われることがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ものわすれを老化のためと誤解する。 ・身体疾患にマスクされる ・精神遅滞や低学歴を否定できないことがある
検診		<ul style="list-style-type: none"> ・自発的・能動的である。 ・専門医へも選択して受診することが可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・受け身、家族の感度による。 ・かかりつけ医への受診が中心（非専門医）
認知症についての知識（病識）		・情報量が多いため、病識を持ちやすい。	・情報が限定していたり、なかったりするため病識は生じない。

3. 福祉的特徴

1) 福祉制度に対する知識の普及

若年認知症者は、介護保険による施設や在宅支援などの対応が制限されていることが多い。介護保険に明記された「初老期の認知症」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見られることがある。また、障害者自立支援法上の施設で若年認知症を障害と捉えないことにより普及が制限されていたり、手帳や通院公費制度の活用が知られていない問題もある。たとえ本人ないし家族の希望がなくても、医療従事者（特にかかりつけ医や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・ディジーズ）」ととらえ、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共に、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る。

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、すぐ申請するように指導すべきである。

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得ない場合が多い。これらの場合、地域包括支援センターや保健所などフォーマルな

組織とともに、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組織にも早めに相談を勧めるべきである。

4. 医療・介護的特徴

若年認知症を診断したり治療する医療機関は少ない。我々の研究班が平成18年度に調査した時には、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・診断の告知 (2, 4)

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、本当に悩むのは告知後であろう。本人の反応について、エリザベス、キュブラー・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辿るとの前提で、表3に纏めてみた。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う。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、子供達への影響も大きく、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。

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、原因や対応方法が分からない。	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。	

2) 非薬物的治療と介護 3, 5, 6, 7, 12, 13, 14)

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リハビリテーションである。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。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。但し、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テーション）、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。

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分かってきた。池田らはFTD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。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、時に認知機能（記憶、遂行機能、語の流暢性など）を改善する効果が見られる。

また、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実施したことがある。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。結果は、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た。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」と言って楽しそうに家を出るとのことであった（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できたと思う。

②FTDの非薬物的治療

FTDの介護は薬物療法同様に困難という意見をよく聞く。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思っている。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リ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、時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4参照）。

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	環境整備、他の行動への転化、趣味・レクリエーション	抗うつ薬、抗精神病薬（非定型）
	過食	環境整備	

③他の疾患の治療

記憶障害は抗認知症薬（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチン）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。

おわり

認知症を生物学的特徴、社会的特徴、福祉の特徴、医療・介護的特徴に分けて論じた。認知症は第2期（中期）を過ぎると十分な判断ができなくなる（？）と理解されていることが多いために、無意識のうちに家族中心の対応となる。しかし、この時点であっても患者を無視して良いわけではなく、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、初期は、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し、医療、福祉ともに、治療や介護の押しつけではなく、インホームド・コンセントの上で、本人の意思や希望を確認することが第一である。

私は、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。現在、70代の認知症の人を診察するとき、若年認知症と同じ意識を感じるからでもある。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、老年期と若年期をどのように区別できるかを心配しつつ、今この文章を書いている。

文献

1. Eimer M: Management of the behavioral symptoms associated with dementia. Prim Care 16: 431-450, 1989.
2. エリザベス・キュブラーロス著、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.
3. 藤沢嘉勝、横田修：前頭側頭型認知症の治療。老年精神医学雑誌 18(6)：616-625, 2007.
4. 若年認知症家族会編：若年認知症—本人・家族が紡ぐ7つの物語—。中央法規出版、東京、2006.
5. 池田学：前頭側頭型痴呆の臨床症状と現在の治療・ケア。老年精神医学雑誌4(増刊号)、45-53, 2003.
97：179-192, 1995.
6. 今井幸充：認知症ケアの標準化とスキルアップをめざして。ぐんま認知症アカデミー第2回秋の研究発表会特別講演より(2007年12月)。
7. 宮永和夫：若年認知症の臨床、新興出版、東京、2007.
8. 宮永和夫：老年期における社会的要因の臨床症状への影響。精神科治療学 18(5)：543-9, 2003.
9. 宮永和夫：若年認知症の在宅支援。新医療 No.371, 30-33, 2005.
10. 宮永和夫：認知症は増えているか。からだの科学。日本評論社、東京、2006.
11. 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.
12. 世界老年精神医学会、日本老年精神医学会監訳：BPSD 痴呆の行動と心理症状、アルタ出版、東京、2005.
13. 種村純、椿原彰夫：認知リハビリテーション。永井書店、大阪、2009.
14. Wood RL, Fussey I: Cognitive Rehabilitation in Perspective. Taylor & Francis, UK, 1990.
(清水一ら訳：認知障害のリハビリテーション、pp238-265, 医歯薬出版、東京、1998).