

## 愛知県における若年認知症の就業、日常生活動作 および介護保険利用状況

コナガヤ ヨウコ ワタナベ トモユキ  
小長谷 陽子\*1 渡邊 智之\*2

**目的** 若年認知症の生活の実態を明らかにするため、愛知県において、医療機関、介護福祉施設、行政関係機関を網羅した調査を行った。

**方法** 愛知県内の医療機関、介護福祉施設、行政関係機関等に対し、2段階によるアンケート調査を行った。1次調査で若年認知症ありとした施設や機関に、本人の属性、認知症の原因疾患、合併症、家族歴、既往歴、認知症の程度、就労状況、日常生活動作（ADL）能力、認知症の行動と心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）の有無と内容、介護認定状況、サービス利用状況、障害者手帳・年金受給状況および現在の問題点などからなる調査票を送り回収した。

**結果** 調査時点で65歳以上の人を含めて、2次調査で重複を調整した後の総数は1,092人で、男性569人（52.1%）、女性520人（47.6%）、性別無回答3人であった。ADLのうち歩行と食事に関しては、それぞれ全体の42.9%、46.2%と約半数が自立していた。しかし、排泄（30.6%）、入浴（20.2%）、着脱衣（24.2%）の自立度はこれより低く、日常生活に何らかの介助が必要な人が多かった。就労や社会福祉制度の利用率は必ずしも高くなかった。

**結論** 若年認知症者の生活は、ADLや介護福祉サービスの利用状況などからは生活が厳しい現状であることが明らかとなった。介護保険の認定は40歳以上の約80%が受けているが、サービスは十分には利用されていない。社会福祉制度の周知や利用の促進を含め、若年認知症に対応する医療・介護福祉関係者や行政担当者の理解が不可欠である。

**キーワード** 若年認知症、生活実態調査、愛知県、就労状況、ADL、介護保険サービス

### I はじめに

認知症は一般的に加齢とともに発症リスクが高まるが、64歳以下で発症した場合は若年認知症とされる。働き盛りの人に起こり、生活や家族への影響が大きいと考えられるが、その実態は明らかでない。厚生労働省が2006年から2008年にわたって行った調査では、全国で約37,800人（18歳以上64歳まで）と推計された<sup>1)</sup>。原因疾患もアルツハイマー病（以下、AD）が多いとするものや<sup>2)3)</sup>、血管性認知症（以下、VD）

が多いとするものなど一定しない<sup>1)4)5)</sup>。一方で近年注目されている前頭側頭型認知症（以下、FTD）は若年者に多く<sup>2)4)</sup>、若年認知症は頭部外傷、感染症、脳腫瘍、変性疾患など原因が多様であるという特徴がある<sup>1)4)</sup>。

若年認知症は本人や家族だけでなく、社会的にも重大な問題であり、実態を把握し、医療機関、介護福祉施設、行政機関、企業を含め、疾患に対する知識と適切な対応を広く普及させる必要がある。しかし、既報告では、特定の病院の特定の診療科のみにおける調査だったり、地

\* 1 認知症介護研究・研修大府センター研究部長 \* 2 愛知学院大学心身科学部講師

域における調査でも比較的人口が少ない地域での調査であり、上記の目的のための基礎データとしては不十分であると考えられる。

本研究では、大都市である名古屋市を含む愛知県全体を網羅し、医療機関のみならず、介護保険施設、行政機関をも含めた調査を行い、若年認知症の生活の実態を把握できたので報告する。

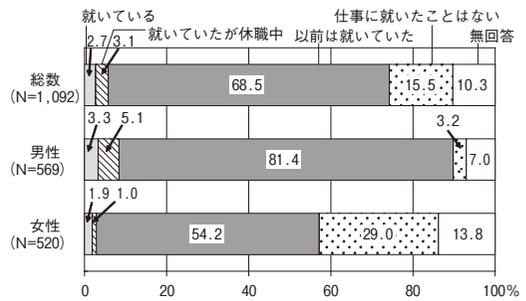
## Ⅱ 方 法

調査対象は64歳以下で発症した認知症とした。診断はDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition-revised (DSM-III-R) (American Psychiatric Association, 1987)の診断基準を用いた。調査地域は愛知県全域とした。調査方法は2段階で行った。

### (1) 第1次調査

今回の調査では、平成18年4月の時点で開設されている愛知県内の老人福祉法に基づく施設・居住系サービス事業所、知的障害者施設の関連施設、愛知県内の全病院、診療所は医師会名簿記載の診療科のうちで、下記の診療科を標ぼうしている診療所、介護療養型医療施設、行政機関等の5,604カ所に対して1次調査票を送付し、回答を依頼した。調査の対象は便宜上次の4群に分類した。①介護保険施設など(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症対応型グループホーム、有料老人ホーム)、②知的障害者施設など(知的障害者更生施設、授産施設、通所介護)、③病院、診療所など(全病院および標ぼう科が精神科、神経内科、老年科、脳神経外科、内科の診療所、介護療養型医療施設)、④保健所、社会事務所など(保健所、社会事務所、市町村保健センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所)である。調査内容は、対象となった事業所などにおいて、平成18年4月1日から同年9月30日までの6カ月間に関わった若年認知症の有無、性別、生年月日、発症年月日である。本調査における該当者を明確にするとともに、回答者が医師とは限ら

図1 調査時の就業状況



ないことに配慮し、参考資料として診断基準と診断の手引きを同封した。調査期間は、平成18年10月25日から12月12日までであった。

### (2) 第2次調査

第1次調査で該当する若年認知症の人が「いる」と回答した施設や機関に2次調査票を郵送し、回答を得た。性および生年月日により、同一人物について複数の施設や機関から重複して回答があったと判断された対象者については、集計の際に調整して「1人」として扱った<sup>6)</sup>。調査内容は、本人の属性、認知症の原因疾患、合併症、家族歴、既往歴、認知症の重症度、就労状況、日常生活動作(ADL)能力、認知症の行動と心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)の有無と内容、介護認定状況、サービス利用状況、障害者手帳・年金受給状況などである。

これらの調査項目のうち、若年認知症の人数、性別、年齢、発症年齢、原因疾患について<sup>6)</sup>、また認知症の重症度、BPSDについてはすでに報告したので<sup>7)</sup>、今回は就労状況、ADL(歩行、食事、排泄、入浴、着脱衣)、介護認定状況、サービス利用状況、障害者手帳・年金受給状況について解析した。

職業については現在の就労状況を問い、就業中あるいは休職中の人には、職業の内容について8つの選択肢を示した。ADLは、歩行、食事、排泄、入浴、着脱衣の各項目について、自立、一部介助、全介助の3段階とした。介護認定は認定の有無と受けている場合はその介護度の選択肢を示した。利用しているサービスは8つの

選択肢を示し、複数回答とした。障害者手帳は有無を問い、所持している場合はその種類の選択肢を示した。障害年金についても受給の有無と、受給者には種類を聞いた。

調査期間は平成19年1月11日から同年2月28日までであった。

施設別および疾患別のADLの検定は、 $\chi^2$ 検定またはFisher'sの正確確率検定に依った。

### Ⅲ 結 果

若年認知症の人数や原因疾患、年齢および発症年齢などについては既に報告した<sup>6)</sup>が、ここに概要を示す。2次調査で重複を調整した若年認知症の人数は、男性569人、女性520人、性別無回答3人の計1,092人であった。調査時平均年齢は60.7±7.1歳で、発症年齢の平均は55.1

±7.8歳であった。原因疾患は全体では、VD(34.1%)、AD(34.9%)が多く、次いでFTD(5.9%)であった。男性ではVDが最も多く(42.2%)、次いでAD(24.8%)であり、女性ではADが最も多く(45.8%)、次いでVD(25.4%)であった。人口10万人当たりの有病者の頻度を5歳ごとの年齢階層別にみると、男女とも60~64歳で最も多く(182.2人、150.6人)、次いで55~59歳(90.6人、81.7人)であった。また、原因疾患別にみるとAD(10.1人)とVD(9.9人)の有病率はほぼ同じであった。

調査時点の就業に関しては、男性では、「就いている」が3.3%、「就いていたが現在休職中」が5.1%、「以前は就いていた」が81.4%であり、女性では「就いている」が1.9%、「就いていたが現在休職中」が1.0%、「以前は就いていた」が54.2%であり、「仕事に就いたことはない」が29.0%であった(図1)。「就いている」または「就いていたが現在休職中」の場合の雇用形態は、該当する812人のうち、男性(512人)では、「常時雇用されている一般従業員」が56.6%と最も多く、次いで「自営業・自由業」14.1%であった。女性(297人)では、「常時雇用されている一般従業員」が34.3%と多く、次いで「臨時雇い・パート・アルバイト」21.9%であった(図2)。

図2 職業

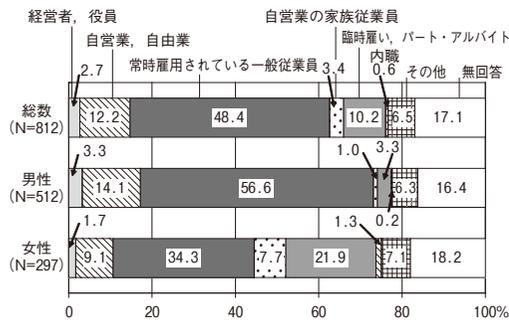


図3-A 日常生活動作 歩行

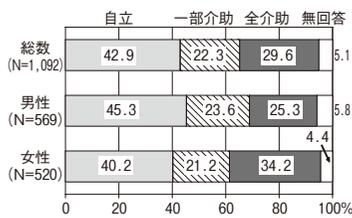


図3-B 食事

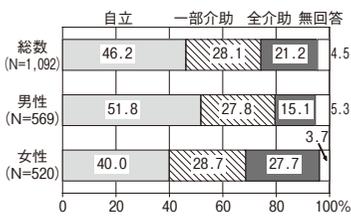


図3-C 排泄

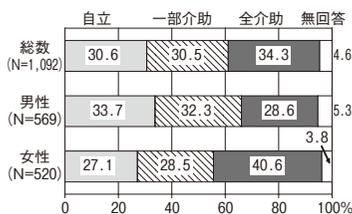


図3-D 入浴

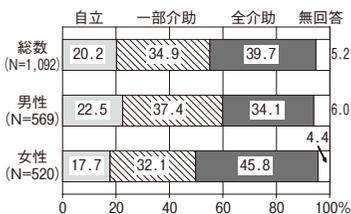
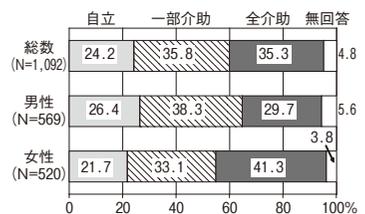


図3-E 着脱衣



ADLのうち歩行と食事に関しては、それぞれ全体の42.9%、46.2%と約半数が自立していた。しかし、排泄(30.6%)、入浴(20.2%)、着脱衣(24.2%)の自立度はこれより低く、日常生活に何らかの介助が必要な人が多

表1 施設別の若年認知症日常生活動作

(単位 人, ( )内%)

	介護保険施設等	知的障害者施設等	病院・診療所等	保健所・福祉事務所等
総数	343(100)	56(100)	369(100)	324(100)
歩行				
自立	92(26.8)	24(42.9)	214(58.0)	139(42.9)
一部介助	79(23.0)	17(30.4)	57(15.4)	91(28.1)
全介助	153(44.6)	13(23.2)	76(20.6)	81(25.0)
無回答	19( 5.5)	2( 3.6)	22( 6.0)	13( 4.0)
p値*	<0.001	0.179	<0.001	<0.001
食事				
自立	129(37.6)	25(44.6)	198(53.7)	153(47.2)
一部介助	97(28.3)	19(33.9)	92(24.9)	99(30.6)
全介助	101(29.4)	11(19.6)	59(16.0)	60(18.5)
無回答	16( 4.7)	1( 1.8)	20( 5.4)	12( 3.7)
p値*	0.062	0.068	<0.001	<0.001
排泄				
自立	60(17.5)	13(23.2)	153(41.5)	108(33.3)
一部介助	108(31.5)	24(42.9)	105(28.5)	96(29.6)
全介助	160(46.6)	18(32.1)	89(24.1)	108(33.3)
無回答	15( 4.4)	1( 1.8)	22( 6.0)	12( 3.7)
p値*	<0.001	0.191	<0.001	0.630
入浴				
自立	18( 5.2)	8(14.3)	132(35.8)	63(19.4)
一部介助	128(37.3)	24(42.9)	105(28.5)	124(38.3)
全介助	180(52.5)	21(37.5)	110(29.8)	122(37.7)
無回答	17( 5.0)	3( 5.4)	22( 6.0)	15( 4.6)
p値*	<0.001	0.017	0.168	<0.001
着脱衣				
自立	39(11.4)	12(21.4)	136(36.9)	77(23.8)
一部介助	122(35.6)	25(44.6)	116(31.4)	128(39.5)
全介助	166(48.4)	17(30.4)	95(25.7)	107(33.0)
無回答	16( 4.7)	2( 3.6)	22( 6.0)	12( 3.7)
p値*	<0.001	0.092	0.026	0.002

注 \*χ<sup>2</sup>検定, Fisher'sの正確確率検定 (“自立”, “一部介助”, “全介助” 間での比較)

かった(図3-A~E)。施設別では、介護保険施設等では、食事は自立が比較的多かったが、その他は全介助が有意に多かった。知的障害者施設等では、歩行と食事は自立が多く、排泄、入浴、着脱衣は一部介助が多かった。病院・診療所では、歩行、食事および排泄で自立している人の割合が有意に多かった(表1)。原因疾患別では、VDでは、食事は自立している人が多いが、入浴、着脱衣は一部介助が有意に多く、歩行は全介助が自立よりやや多かった。ADとFTDでは、歩行、食事は自立している人が多いが、排泄、入浴、着脱衣は全介助が多かった。パーキンソン病(以下、PD)では、どの項目でも一部介助や全介助が自立より多く(歩行は一部介助と同数)、自立度が低かった(表2)。

介護認定は対象となる40歳以上の1,080人の79.0%が受けており、認定されている場合の要支援・要介護認定区分をみると、要介護5が19.8%と最も多く、次いで要介護4の17.3%であった(図4)。施設別では、老人

表2 疾患別の若年認知症日常生活動作

(単位 人, ( )内%)

	血管性認知症(VD)	アルツハイマー病(AD)	前頭側頭型認知症(FTD)	パーキンソン病	頭部外傷後遺症	アルコール依存症	脳腫瘍	感染症	その他
総数	399(100)	408(100)	69(100)	42(100)	35(100)	32(100)	11(100)	6(100)	168(100)
歩行									
自立	129(32.3)	221(54.2)	36(52.2)	2( 4.8)	15(42.9)	20(62.5)	3(27.3)	3(50.0)	62(36.9)
一部介助	115(28.8)	59(14.5)	15(21.7)	19(45.2)	12(34.3)	4(12.5)	-(-)	2(33.3)	35(20.8)
全介助	133(33.3)	113(27.7)	14(20.3)	19(45.2)	6(17.1)	5(15.6)	7(63.6)	-(-)	60(35.7)
無回答	22( 5.5)	15( 3.7)	4( 5.8)	2( 4.8)	2( 5.7)	3( 9.4)	1( 9.1)	1(16.7)	11( 6.5)
p値*	0.491	<0.001	<0.001	<0.001	0.148	<0.001	0.206	1.0	0.013
食事									
自立	202(50.6)	169(41.4)	30(43.5)	11(26.2)	18(51.4)	22(68.8)	3(27.3)	3(50.0)	73(43.5)
一部介助	132(33.1)	99(24.3)	16(23.2)	13(31.0)	11(31.4)	4(12.5)	3(27.3)	3(50.0)	47(28.0)
全介助	47(11.8)	125(30.6)	19(27.5)	16(38.1)	4(11.4)	3( 9.4)	5(45.5)	-(-)	39(23.2)
無回答	18( 4.5)	15( 3.7)	4( 5.8)	2( 4.8)	2( 5.7)	3( 9.4)	-(-)	-(-)	9( 5.4)
p値*	<0.001	<0.001	0.082	0.622	0.012	<0.001	0.804	1.0	0.003
排泄									
自立	115(28.8)	137(33.6)	18(26.1)	2( 4.8)	13(37.1)	17(53.1)	2(18.2)	3(50.0)	42(25.0)
一部介助	150(37.6)	94(23.0)	19(27.5)	17(40.5)	13(37.1)	7(21.9)	2(18.2)	3(50.0)	51(30.4)
全介助	115(28.8)	162(39.7)	28(40.6)	21(50.0)	7(20.0)	5(15.6)	7(63.6)	-(-)	66(39.3)
無回答	19( 4.8)	15( 3.7)	4( 5.8)	2( 4.8)	2( 5.7)	3( 9.4)	-(-)	-(-)	9( 5.4)
p値*	0.040	<0.001	0.247	<0.001	0.336	0.014	0.132	1.0	0.063
入浴									
自立	59(14.8)	98(24.0)	14(20.3)	2( 4.8)	9(25.7)	15(46.9)	1( 9.1)	3(50.0)	27(16.1)
一部介助	174(43.6)	118(28.9)	20(29.0)	17(40.5)	13(37.1)	9(28.1)	2(18.2)	2(33.3)	53(31.5)
全介助	145(36.3)	177(43.4)	30(43.5)	21(50.0)	10(28.6)	5(15.6)	8(72.7)	-(-)	75(44.6)
無回答	21( 5.3)	15( 3.7)	5( 7.2)	2( 4.8)	3( 8.6)	3( 9.4)	-(-)	1(16.7)	13( 7.7)
p値*	<0.001	<0.001	0.047	<0.001	0.666	0.073	0.060	1.0	<0.001
着脱衣									
自立	78(19.5)	105(25.7)	15(21.7)	3( 7.1)	9(25.7)	16(50.0)	2(18.2)	6(100.0)	38(22.6)
一部介助	174(43.6)	126(30.9)	22(31.9)	18(42.9)	14(40.0)	7(21.9)	2(18.2)	-(-)	55(32.7)
全介助	126(31.6)	163(40.0)	27(39.1)	19(45.2)	10(28.6)	6(18.8)	7(63.6)	-(-)	66(39.3)
無回答	21( 5.3)	14( 3.4)	5( 7.2)	2( 4.8)	2( 5.7)	3( 9.4)	-(-)	-(-)	9( 5.4)
p値*	<0.001	0.001	0.182	0.002	0.529	0.043	0.132	-	0.023

注 \*χ<sup>2</sup>検定, Fisher'sの正確確率検定 (“自立”, “一部介助”, “全介助” 間での比較)

保健施設等では、95.9%の人が認定を受けており、要介護5が31.2%と最も多かった。病院・診療所等では認定を受けている人の割合は50.4%と約半数であった。年齢別では、40歳代では54.9%，50歳代では74.4%，60歳代前半「60～64歳」では79.9%，65歳以上では87.1%と、年齢が上がるほど介護認定を受けている人の割合が高かった。

サービスの利用内容では、デイケア・デイサービス利用が39.9%と最も多く、次いでショートステイ15.8%の順であった(図5)。施設別では、居住系施設では、特別養護老人ホームが34.7%と最も多く、次いでデイケア・デイサービスが26.8%であった。病院・診療所等ではデイケア・デイサービス利用が最も多く27.1%であった。年齢別では、40歳未満では、訪問介護、ショートステイ、デイケアを利用しており、40歳以上では、デイケア・デイサービス利用が最も多かったが、次いで多かったのは、40歳から64歳までではショートステイであり、65歳以上では特別養護老人ホームであった。

障害者手帳の取得者の割合は、精神障害者手帳1級、2級、3級がそれぞれ6.9%、3.1%、0.9%、身体障害者手帳1級、2級、3級がそれぞれ14.1%、7.2%、4.3%であり、合計すると36.5%と約3人に1人の割合で取得しており、取得している人の中では身体障害者手帳1級が最も多かった(図6)。施設別では、老人保健施設等では45.2%、知的障害者施設等や病院・診療所等ではそれぞれ23.2%、22.8%が取得していた。保健所・福祉事務所等では取得している人の割合が42.9%と老人保健施設等とほぼ同じであった。

障害年金等の受給者の割合は、障害年金、損

図4 介護認定の有無と認定区分

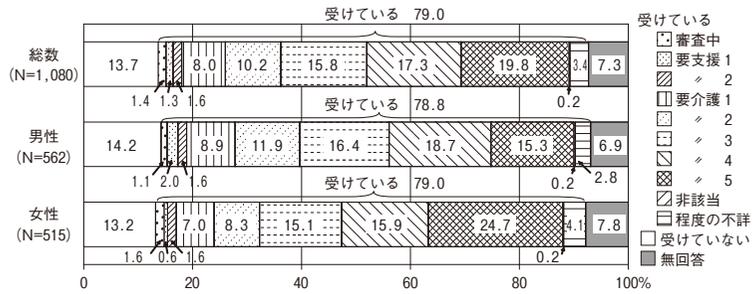


図5 現在利用しているサービス

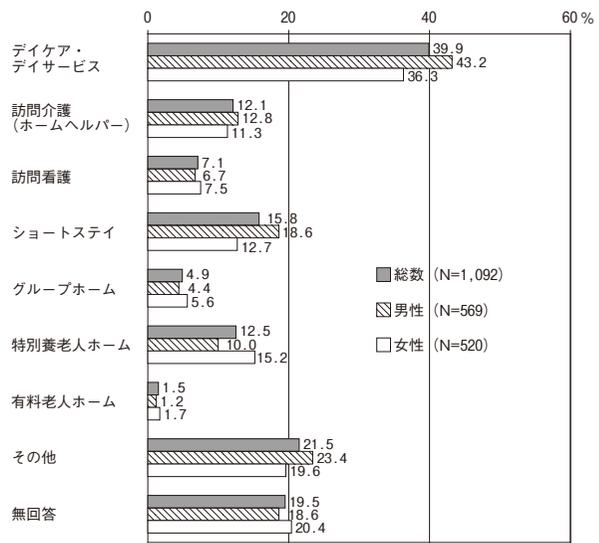
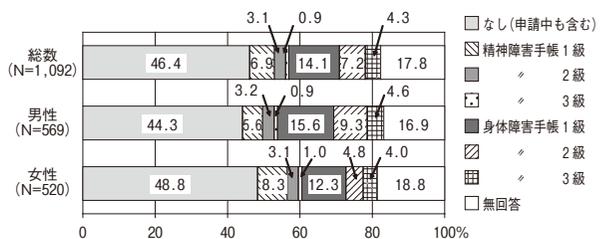


図6 障害者手帳の所有状況



害年金、特定疾患・難病指定、その他がそれぞれ、18.1%、0.1%、1.5%、1.6%であり、合計すると21.3%であった。受給している場合の種別は障害年金が多かった(図7)。障害年金等受給者を施設別にみると、老人保健施設等、知的障害者施設等および保健所・福祉事務所等

では受けている人の割合がそれぞれ24.1%，から28.6%であったが，病院・診療所等では13.6%と低かった。

## Ⅳ 考 察

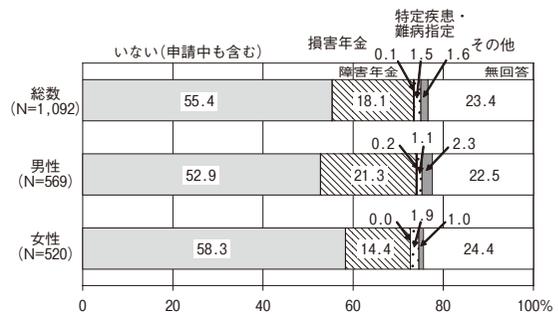
わが国における若年認知症についてはいくつかの報告があるが，内容は人数や有病率，発症年齢，原因疾患等に限定されていて，就労状態，ADL，介護保険のサービス利用，障害者手帳・年金受給状況等に関してはほとんど記載がない<sup>1)~6)</sup>。

就労に関しての報告は少ないが，認知症の人と家族の会が2001年に行った調査では，発症時に仕事に就いていた人の割合は62.1%とされており，調査時も仕事を続けているのは6.6%であった<sup>8)</sup>。今回の調査でも休職中を含めても，職業に就いていると回答したのは男性で8.4%，女性では2.9%と大変厳しい状況が伺えた。

ADLの自立度は，朝田の報告でも，歩行，食事に関しては自立が多いが，排泄，入浴および着脱衣ではそれより自立度が低いとされ<sup>1)</sup>，著者らの結果と同様である。介護保険施設の利用者では他の施設・機関の利用者に比べて，重度の割合が多く，ADLも歩行，排泄，入浴，着脱衣と全般にわたって全介助が必要な人の割合が多かった。言い換えれば，このような人々は家庭での介護は困難であり，入所施設を利用していることが明らかとなった。一方，疾患別にはADやFTDなどの変性疾患では，歩行や食事は比較的自立し，排泄，入浴，着脱衣に介護が必要であり，VDの場合は歩行には介助が必要でも，食事や排泄などでは一部介助にとどまっている。PDではADLは全般に全介助であり，疾患によって必要とされるサービスが異なることがわかった。

介護保険で利用しているサービス内容に関しては，病院・診療所からは無回答が多く，医療機関では，対象者が利用しているサービス内容を十分には把握していない可能性が考えられた。39歳以下では，訪問介護，ショートステイ，デイケアを利用しており，40歳以上では，デイケ

図7 障害年金の受給状況



ア・デイサービスが多かった。若年認知症では，デイケア・デイサービスが最も利用されており，若年の人に適したサービス内容の充実が求められる。また英国では，全国的な規模で若年認知症に対するサービスが展開されており，デイケア（14%），在宅ケア（13%）などのサービス以外にも，情報と助言（17%），介護者支援（12%）などのサービスがよく利用されており，幅広いサービスが充実している<sup>9)</sup>。

障害者手帳は約半数が取得しておらず，年金の受給者は約2割と少なかった。精神障害者手帳は1～3級を合わせても10.9%と，身体障害者手帳1～3級の取得者25.6%より少なかった。認知症であれば日常生活や社会生活が困難であるという条件にあてはまる場合が多いと考えられるが，医療機関や福祉関係者においてもこれらの制度が周知されていない可能性がある。認知症を専門としない医療機関や診療所には，ソーシャルワーカーがいない場合があり，診断後の社会支援の情報がうまく伝わっていない場合が考えられる。障害年金を含む何らかの年金を受給している人は21.3%であり，就労の現状と合わせて考えると，若年認知症とその家族の経済状態は不安定であると考えられた。

## Ⅴ ま と め

若年認知症の人の生活は，就労状況などからも経済的に厳しい状況であることが明らかとなった。介護保険の認定は40歳以上の約80%が受けているが，サービスの利用は若年認知症に

適したサービスが少ないことや受け入れ側の認識不足などもあり、十分には進んではない。社会福祉制度の周知や利用の促進を含め、若年認知症に対応する医療・介護福祉関係者や行政担当者の理解が不可欠である。

### 謝辞

本研究は平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等事業費によった。調査にご協力いただいたすべての方々に感謝する。

### 文 献

- 1) 朝田隆. 総括研究報告. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究)「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」平成18年度～平成20年度総合研究報告書. 2009; 1-21.
- 2) Yokota O, Sasaki K, Fujisawa Y, et al. Frequency of early and late-onset dementias in a Japanese memory disorders clinic. *Eur J Neurol* 2005, 12: 782-90.
- 3) Shinagawa S, Ikeda M, Toyota Y, et al. Frequency and clinical characteristics of early-onset dementia in consecutive patients in a memory clinic. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 24: 42-7.
- 4) 宮永和夫, 米村公江, 一ノ渡尚道, 他. 日本における若年期および初老期の痴呆性疾患の実態について. *老年精神医学雑誌* 1997; 8: 1317-31.
- 5) 大城等, 黒沢洋一, 岩井伸夫, 他. 鳥取県における初老期の痴呆の有病率. *日本公衛誌* 1994; 5: 424-7.
- 6) 小長谷陽子, 渡邊智之, 小長谷正明. 若年認知症の発症年齢, 原因疾患および有病率の検討-愛知県における調査から-*臨床神経* 2009; 49(6): 335-41.
- 7) 小長谷陽子, 渡邊智之, 小長谷正明. 若年認知症の行動と心理症状(BPSD)の検討-愛知県における調査から-*神経内科* 2009; 71(3): 313-9.
- 8) (社)認知症の人と家族の会編. 若年期痴呆介護の実態調査報告書. 京都: 2002.
- 9) Ready or not. A survey of services available in the UK for younger people with dementia. *Alzheimer's Society London Website* 7-9. ([www.alzheimers.org.uk](http://www.alzheimers.org.uk))