

200922011A

厚生労働科学研究費補助金
認知症対策総合研究事業

認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと
連携クリニカルパス作成に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 数井裕光

平成22(2010)年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 認知症の BPSD に対する原因疾患別治療マニュアルと 1
連携クリニカルパス作成に関する研究
数井裕光

II. 分担者報告書

1. BPSD ケアの実態調査研究 5
数井裕光

2. 「疾患別 BPSD 治療・ケアマニュアル」と
「心と認知の連携ファイル」作成のための研究 7
武田雅俊

3. 血管性認知症の BPSD の治療ケアマニュアルの作成 72
遠藤英俊

4. レビー小体型認知症における重症度別 BPSD の治療・
ケアマニュアル作成 75
井関栄三

5. BPSD 発現に関する遺伝子多型の研究 78
森原剛史

6. 「認知症疾患治療病棟で行動心理症状を治療中に生じる転倒・
転落についての研究」 80
田伏 薫

7. 「介護施設で対応困難な認知症の行動心理症状の検討」 99
釜江（繁信）和恵

8. 精神科救急における BPSD に関する研究 101
澤 温

9. 老人保健施設およびリハビリテーション専門病院における
認知症の疾患別 BPSD の実態調査とその対応法に関する研究 . . 113
西川 隆

10. 地域で認知症高齢者を支え合うことを目的とした 認知症啓発プログラムの効果・・・・・・・・・・	115
河野あゆみ	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・	127
IV. 研究成果の刊行物・印刷・・・・・・・・・・	132

I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
総括研究報告書

認知症のBPSDに対する原因疾患別治療マニュアルと
連携クリニカルパス作成に関する研究

主任研究者 数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

研究要旨：日本における認知症の行動心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD)ケアの実態を把握するため、患者家族88名、福祉職223名、かかりつけ医10名に対し、アンケート調査を実施した。BPSDのうち、在宅介護またはケア施設介護に於いて対応に苦慮し、認知症の専門病院（以下、専門病院）で入院治療を考慮する症状は、主に異常行動（徘徊など）、睡眠障害、妄想であった。認知症専門医（以下、専門医）受診の必要性は高く認識されていたが、受診率は44%であった。かかりつけ医が積極的に紹介する、専門医が往診することで、一層促進されたとの答えが多かった。患者家族の介護情報入手手段は、ケアマネージャー、家族会、マスコミが多く、具体性の高い情報を望んでいた。全ての医療・福祉機関で、患者情報を共有するための、「心と認知のケアファイル」の作成を提案したところ、多くの賛同が得られ、診断名、処方内容、注意点に加え、各患者のBPSDへの対応方法、声かけ方法など個別ケアの内容を加えることへの要望が高かった。

分担研究者

武田雅俊	大阪大学大学院医学系研究科精神医学 教授
遠藤英俊	国立長寿センター包括診療部 包括診療部長
井関栄三	順天堂大学医学部順天堂東京江東高齢者医療センター 助教授
森原剛史	大阪大学大学院医学系研究科精神医学 助教
田伏 薫	浅香山病院 総院長
釜江和恵	浅香山病院 認知症医療センター センター長
澤 温	さわ病院 理事長
西川 隆	大阪府立大学総合リハビリテーション学部 教授
河野あゆみ	大阪市立大学大学院看護学研究科在宅看護学 教授

A. 研究目的

BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症の行動心理症状)は認知症患者の生活の質を低下させ、介護者の介護負担を増大させる主たる要因であるが、適切な治療法は構築されていない。またBPSDに対する治療およびケアには、認知症の専門病院とケア施設の連携が必要であるが、両者の連携は必ずしも円滑に行われていない。本研究班の最終目標は、認知症患者のBPSDの治療、およびケアを専門病院とケア施設で連携して適切に治療できるシステムの構築、およびそれを具現化し

た連携パスの作成である。連携パスの作成のために本研究班で今後3年間に組みたいと考える重点課題は以下の5点である。①現在のBPSDケアの現状と問題点を抽出すること。②家族介護者やケア施設職員が理解でき、かつ日常の臨床場面で使用可能な「疾患別BPSD治療・ケアマニュアル」を作成すること。③長きにわたる認知症患者の診療経過、患者の有する疾患の特徴、症状などの解説、患者のBPSDに対する具体的な治療法、ケア手法などを個々人の患者ごとにまとめる「心と認知の連携ファイル」を作成し、その有用性を検証すること。④一

般市民が認知症診療に参加するための一般市民に対する認知症啓発プログラムを開発すること。この4つの成果を組みあわせて連携パスを作り、その有用性を検証する。⑤ケア施設で対応すべきBPSDか認知症専門病院で治療すべきBPSDかの基準を作成すること。ただし⑤の課題については、データ収集は平成21年より数井、釜江と新に加わった協力病院で開始し始めているが、達成は平成22年度の予定である。

B. 研究方法

標記の目的達成を目指して、平成21年7月5日に第1回班会議を開催し、新たな研究班の目的に対する理解を徹底し、班員の相互理解をふかめ、研究チーム内の役割分担を決めた。特に治療ケアマニュアル作成については、班員内の専門性に基づいて決定した。全ての研究に先立って現在のケア施設および在宅介護における BPSD 治療の現状と問題点を明らかにするために、家族介護者、介護施設職員、かかりつけ医にアンケート調査を行った。

C. 研究結果

①BPSDケアの現状と問題点の抽出：在宅介護、ケア施設でのBPSD治療・ケアの実態、対応に苦慮するBPSDの種類、専門病院とケア施設の連携に関する現状を把握するための調査を行った。数井は、在宅介護ケアの現状を調査するために、患者家族、介護支援施設職員、かかりつけ医のそれぞれに対し、1. 対応に苦慮するBPSD、2. 専門医受診の必要性に対する認識、3. 介護に関する情報の入手方法、4. 我々の提案する「心と認知のケアファイル」の是非と加えるべき内容についてアンケート調査を行った。一方、釜江は、様々な形態の入所施設において、対応に苦慮するBPSD、実際に入院を依頼した件数を調査した。西川は、老人保健施設と回復期リハビリテーション病院において、前向きにBPSDの出現頻度、種類、負

担度を調査した。田伏は、認知症専門病院でのBPSD治療中の転倒、転落に関するインシデント・アクシデント報告書の分析から転倒、転落の原因や傾向を分析した。澤は、精神科救急病院を対象に、BPSDのために精神科救急医療を利用する認知症疑い患者の実態調査を行った。

②「疾患別BPSD治療・ケアマニュアル」の作成：頻度が多い5大認知症に対してマニュアルを作成した。数井は認知症全般に対する総論部分と特発正常圧水頭症、前頭側頭型認知症を、武田はアルツハイマー病を、西川と遠藤は血管性認知症(4分類しこれらを分担して)を、井関・数井はレビー小体病を作成した。田伏と釜江は認知症治療専門病院における治療・ケアマニュアルを作成した。これらのマニュアルはケアの立場から河野と西川が校閲し、またケア施設の職員と家族介護者の校閲も受けた。遠藤は、さらに血管性認知症に対する専門医からかかりつけ医へ患者を紹介する際の連携シート試案を作成した。井関は、治療・ケアマニュアルを作る際には、疾患の重症度によって分けるべきと考えた。アルツハイマー病に対してはFASTに従って重症度分類し、これに沿ってマニュアルを作るが、レビー小体病に対しては重症度分類がない。そこでレビー小体病の重症度分類基準を作成した。またレビー小体病に対するアリピプラゾールの効果についての検討も開始した。森原はBPSDと遺伝子の関係を検討し、遺伝子多型に応じたマニュアル作成の可能性を検討している。

③「心と認知の連携ファイル」の作成：①の調査の結果、「心と認知の連携ファイル」作成についてはかかりつけ医、ケア施設職員、家族介護者の全てで90%以上の人の賛同が得られた。また記載すべき項目には、診断名、疾患ごとの留意点、処方内容、適切な声掛けの仕方、対応法を掲載して欲しいBPSDには異常行動、妄想、睡眠障害、暴力、易刺激性があった。これらの結果をふまえて、武田は平成21年12月より大阪大学病院神経科精神科でBPSD治療のために

入院した患者に対しては全例作成している。

④一般市民に対する認知症啓発プログラムを開発：河野は、地域在住の中高齢者に対し地域で認知症高齢者を支え合うことを目的とした認知症啓発プログラムを前向きに行い、その効果を検証した。

D. 考察

認知症患者の療養生活は専門医による診断からはじまる。認知症専門医は神経心理学的診察、神経画像検査などを通して診断行うとともに、患者の障害機能と残存機能を把握し、適切な治療、ケア手法を介護者に指導する。その後の患者の療養生活の中心は自宅である。自宅に住み、かかりつけ医の診療を受けながら通所ケア施設に通ってケア、リハビリテーションを受ける。従って、患者の安定した生活には家族介護者、ケア職員、かかりつけ医の役割が重要である。長きにわたる療養生活の間には BPSD が悪化し、認知症専門病院に入院が必要になることがある。また身体疾患によって身体科の治療を受ける必要が生じるときもある。しかしこれらの治療が終わったらまた通所施設とかかりつけ医による療養生活に戻る。以上のような流れが認知症患者の理想的な療養生活であると考ええる。このような療養生活を送るためには、医療とケアの円滑な連携が必要である。この連携を円滑に行うためにはいくつかの工夫が必要である。まずは介護者が治療やケアについて知識を得ることが必要である。特に BPSD は円滑な在宅介護生活を脅かす重要な症状なのでその対応法を知ることが重要である。今年度はまず、ケアの現場で困る BPSD の種類と頻度を様々な施設、方法で調査した。その結果、重点的に対応すべき BPSD が明らかになった。また医療とケア施設の連携の悪さの原因が明らかになった。また家族介護者、ケア施設職員の BPSD 対応に関する教育の不足も明らかになった。従って、これらの問題を改善させる手段を講じることが必

要となった。

BPSD は認知症の原因疾患によって頻出する症状が異なる。また同様に見える症状でも疾患によってその発現機序が異なるため対応法も異なる。しかしこれまでの多くのケアマニュアルは疾患別に整理されていることはほとんど無かった。今回の治療ケアマニュアルは疾患ごとに作成した。次年度にはそれぞれの疾患ごとのマニュアルに重症度の観点を加えて完成させる。

専門病院とケア施設とが連携していくためには情報を橋渡しする工夫が必要である。このために「心と認知の連携ファイル」を作成した。このファイルは当該患者独自の治療ケアマニュアルの役割も果たす。また認知症患者が住み慣れた地域で長く生活するためには一般市民の協力が必要である。このため一般市民に対する啓発活動も行い有効性が確認された。この啓発活動は認知症の早期診断のためにも重要である。

E. 結論

認知症患者の BPSD を適切に治療しケアできるシステム構築のためにケア施設における BPSD に実態調査を行った。また専門病院とケア施設とが円滑に連携できるようにするために「疾患別 BPSD 治療・ケアマニュアル」と「心と認知の連携ファイル」を作成した。また一般市民への啓発活動プログラムを考案しその有用性を確認した。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

BPSDケアの実態調査研究

主任研究者 数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）
研究協力者 杉山博通（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）
山本大介（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）
板東潮子（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

研究要旨：日本における認知症の行動心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）ケアの実態を把握するため、患者家族88名、福祉職223名、かかりつけ医10名に対し、アンケート調査を実施した。BPSDのうち、在宅介護またはケア施設介護に於いて対応に苦慮し、認知症の専門病院（以下、専門病院）で入院治療を考慮する症状は、主に異常行動（徘徊など）、睡眠障害、妄想であった。認知症専門医（以下、専門医）受診の必要性は高く認識されていたが、受診率は44%であった。かかりつけ医が積極的に紹介する、専門医が往診することで、一層促進されるとの答えが多かった。患者家族の介護情報入手手段は、ケアマネージャー、家族会、マスコミが多く、具体性の高い情報を望んでいた。全ての医療・福祉機関で、患者情報を共有するための、「心と認知のケアファイル」の作成を提案したところ、多くの賛同が得られ、診断名、処方内容、注意点に加え、各患者のBPSDへの対応方法、声かけ方法など個別ケアの内容を加えることへの要望が高かった。

A. 研究目的

認知症患者の診療にあたっては、専門病院とケア施設との円滑な連携と機能分担が不可欠である。本研究では、BPSDケアの実態を把握し、医療と福祉の機能分担と円滑な連携には何が必要かを明らかにするため、患者家族、福祉職、かかりつけ医のそれぞれに対し、主な焦点を4点（1. 対応に苦慮するBPSD、2. 専門医受診の必要性に対する認識、3. 介護に関する情報の入手方法、4. 我々の提案する「心と認知のケアファイル」について）に絞って、アンケート調査を行った。

B. 研究方法

患者家族、福祉職、かかりつけ医を対象に、平成21年10月26日から12月14日まで実施した。主に4点（1. 対応に苦慮するBPSD、2. 専門医受診の必要性に対する認識、3. 介護に関する情報の入手方法、4. 我々の提案する患者ファイルについて）に焦点を絞った質問を、患者家族、福祉職、かかりつけ医

ごとに設定し、主に選択式で回答させた。

C. 研究結果

患者家族88名（291名に配布、回収率30%）、福祉職138名（278名に配布、回収率50%）（ケアマネージャー46名、介護士54名、看護師12名、行政職員2名、他）かかりつけ医10名（10名に配布、回収率100%）、全236名から回答が得られた。

1. 対応に苦慮するBPSDについて

BPSDは、Neuropsychiatric Inventoryの項目を参考に設定したが、対応に困ると答えたBPSDは妄想、興奮、易刺激性、異常行動、睡眠障害が多く、特に患者家族では、睡眠障害が最多であった。専門病院での入院治療が必要と考えるBPSDには、異常行動、睡眠障害が多く、他に、患者家族では妄想、福祉職では食行動異常、かかりつけ医では興奮が多かった。また、3群とも、専門病院で入院治療すべきか、自宅あるいはケア施設で対応すべきか判断に悩み、入院の基準となる目安があればよいと考えている割

合が高かった。精神科病院への抵抗感を持つ割合は、福祉職で高く、患者家族、かかりつけ医では比較的低かった。3 群とも、精神科病院で、どのような治療が行われているか情報が開示されれば、抵抗感が減ると回答する割合が高かった。

2. 専門医受診の必要性について

専門医を受診する必要性について、専門医の診断を受けなければ、支障をきたしうると考えている割合は、福祉職で 81%、かかりつけ医で 70% と高かったが、必須であると考えている割合は、福祉職で 34%、かかりつけ医で 20% と低かった。また専門医を受診しやすくするためには、かかりつけ医が積極的に紹介する、専門医が往診を行うと回答した割合が多かった。また、専門医が出張するシステムについては、数ヶ月に 1 回くらいの需要があることがわかったが、有料であれば、1 時間あたり、5000 円以下の支払いをするという割合が高かった。

3. 患者家族の、介護情報入手先は、ケアマネジャー(22%)、家族会(18%)、マスコミ(14%)が高かった。入手しても、役に立たなかった原因として、3 群とも、実習形式が望ましい、情報に具体性がないという理由が多く、患者家族では、必要な情報が探せないという理由も多かった。

4. 「心と認知のケアファイル」について

「心と認知のケアファイル」の作成は 3 群とも 9 割以上が支持した。このファイルに掲載して欲しい項目としては、診断名、処方薬、注意点、BPSD への対処方法、声かけ方法が多かった。対応法を載せて欲しい BPSD としては、患者家族では、異常行動、妄想、睡眠障害が、福祉職では、異常行動、興奮、妄想が、かかりつけ医では妄想、興奮、易刺激性が多かった。

D. 考察

医療と福祉の機能分担、連携を円滑に行うために、専門病院で入院治療すべき BPSD の基準を作成し、専門病院での治療内容を公

開する必要がある。専門医受診を促進するには、かかりつけ医の紹介の強化、専門医の往診を啓発する必要がある。「心と認知のケアファイル」は、医療、ケア施設での情報共有のために、診断名、処方薬、注意点などを盛り込み、さらに個々の患者に必要とされる BPSD の対応法を盛り込んだ、個別性の高い内容である必要がある。

E. 結論

BPSD ケアの実態を把握するため、患者家族、福祉職、かかりつけ医に対し、アンケート調査を実施した。

F. 研究発表

1. 論文発表

Kazui H, Ishii R, Yoshida T, Ikezawa K, Takaya M, Tokunaga H, Tanaka T, Takeda M. Neuroimaging studies in patients with Charles Bonnet Syndrome. *Psychogeriatrics* 9:77-84, 2009.

数井裕光, 武田雅俊. 認知症の BPSD を考える ; AD, DLB, FTD を中心に -BPSD と関連する脳障害部位- 老年精神医学 20 増刊号 I; 128-133, 2009

杉山博通, 数井裕光, 武田雅俊. 老年期にみられる症候から診断への手順 ; 老年期の記憶障害- 老年精神医学 20; 1250-1255, 2009

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

「疾患別BPSD治療・ケアマニュアル」と「心と認知の連携ファイル」作成のための研究

分担研究者 武田雅俊（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

研究協力者 数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

杉山博通（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

木藤友実子（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

釜江和恵（財団法人浅香山病院 精神科）

西川 隆（大阪府立大学総合リハビリテーション学科）

研究要旨：原因疾患別に認知症の行動心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia:BPSD)をとらえ、ケアに関わる非医療者が理解できることを確認した「疾患別BPSD治療・ケアマニュアル」を作成した。マニュアルは、総論部分の「認知症全般」以下、「アルツハイマー病」、「血管性認知症」、「レビー小体病」、「前頭側頭型認知症」、「意味性認知症」、「進行性非流暢性失語症」、「特発性正常圧水頭症」それぞれに対する部分と「専門病院での治療」からなっている。さらに、個々の患者が呈しているBPSDに対して、医療者がこのマニュアルから必要な部分を取り出して患者の診療情報とともにまとめ、家族介護者に手渡し、家族介護者が当該患者をケアする際に役立て、かつ様々な職種の専門家が連携して患者の診療、ケアをするために役立てる「心と認知の連携ファイル」を作成した。

A. 研究目的

BPSDの治療と予防のためにはケアにかかわるヘルパー、介護福祉士、ケアマネージャー、家族介護者などの非医療者が、認知症の原因となる疾患のこと、認知症の原因疾患ごとに出現しやすいBPSDが異なること、それぞれの症状に対する治療法とケアの方法を理解することが重要である。しかし、これまでにケアに関わる非医療者が理解できることを確認し、かつ認知症の原因疾患別にBPSDをとらえ治療法とケアの方法を具体的に解説したマニュアルはほとんどなかった。そこで今回我々は認知症の原因疾患別にBPSD治療・ケアマニュアルを作成した。一方、認知症の一般臨床において、病院とケア施設の連携の悪さが問題となっている。本研究では、個々の患者が呈しているBPSDに対して、医療者が「疾患別BPSD治療・ケアマニュアル」から必要な部分を取り出して患者の診療情報とともにまとめ、家族介護者に手渡し、家族介護者が当該患者をケアする際に役立て、かつ様々な職種の専門

家が連携する助けとなる「心と認知の連携ファイル」を作成した。

B. 研究方法

①「疾患別 BPSD 治療・ケアマニュアル」の作成：認知症の専門家が分担して作成した。これらのマニュアルは、家族介護者 2 名とケア施設職員 3 名に読ませ、理解困難な点を抽出させた。

②「心と認知の連携ファイル」の作成：主任研究者が今年度の「心と認知の連携ファイル」作成の是非についてかかりつけ医、ケア施設職員、家族介護者に対して調査を行った。また連携ファイルに加えるべき内容についても調査を行った。この結果および大阪大学附属病院神経科精神科の医師、看護師の意見を加味し、この連携ファイルを作成した。

C. 研究結果

①「疾患別 BPSD 治療・ケアマニュアル」：頻度の多い 5 疾患、アルツハイマー病(武田、

27,348 字)、血管性認知症(西川・遠藤、28,830 字)、レビー小体病(井関・数井、31,525 字)、前頭側頭葉変性症の3病型(数井・杉山)(前頭側頭型認知症(18,797 字)、意味性認知症(10,806 字)、進行性非流暢性失語症(19,338 字))、特発性正常圧水頭症(数井・木藤、28,323 字)のマニュアルを作成した。また疾患によらず、理解しておくべき事項もあるため、総論部分として認知症全般(数井、10,943 字)を設定した。さらに主任研究者が行った今年度の調査で明らかになった精神科専門病院での治療概要を知りたいとの家族介護者やケア施設職員の要望に応えるために「専門病院での治療」(釜江、4,177 字)についても作成した。家族介護者、ケア施設職員が理解困難であった用語は平易な言葉に置き換えた。様々なBPSD に対して具体的な対応法が複数記載されていて使用しやすいと、家族介護者、ケア施設職員の評判も良かった。

②「心と認知の連携ファイル」:このファイル作成についてはかかりつけ医、ケア施設職員、家族介護者の全てで90%以上の人の賛同が得られた。また記載すべき項目には、診断名、疾患ごとの留意点、処方内容、適切な声掛けの仕方、対応法を掲載して欲しいBPSD には異常行動、妄想、睡眠障害、暴力、易刺激性があったため、これらは記載することとした。そして平成21年12月より大阪大学病院神経科精神科でBPSD 治療のために入院した患者に対しては全例作成している。

D. 考察

今回作成した「疾患別BPSD 治療・ケアマニュアル」を「心と認知の連携ファイル」に有効に利用するためには、医師がその内容に精通し、必要部分を適切に選択する必要がある。認知症専門医は不足しているため、この役割をかかりつけ医に担ってもらわなければならない。すなわちこのシステムを円滑に機能させるためには、かかりつけ医

の認知症診療能力を向上させる活動も並行して行う必要がある。今後はこのマニュアルと連携ファイルの円滑な運用方法を専門医内で確立し、その後、少人数のかかりつけ医の協力を得て、かかりつけ医が利用しやすいシステムの構築を行う必要がある。

E. 結論

「疾患別BPSD 治療・ケアマニュアル」と「心と認知の連携ファイル」を作成した。

F. 研究発表

1. 論文発表

Kazui H, Ishii R, Yoshida T, Ikezawa K, Takaya M, Tokunaga H, Tanaka T, Takeda M. Neuroimaging studies in patients with Charles Bonnet Syndrome. Psychogeriatrics 9:77-84, 2009.

数井裕光、武田雅俊. 認知症に対する神経心理学的研究 —阪大精神科の研究を中心に— 特別企画 認知症研究への貢献と到達点 —西村健先生を偲んで—Cognition and Dementia 8(4): 109-111, 2009.

数井裕光、武田雅俊. 認知症のBPSD を考える ; AD, DLB, FTD を中心に —BPSD と関連する脳障害部位— 老年精神医学 20 増刊号 I; 128-133, 2009

2. 学会発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし

血管性認知症と診断された患者さんにご家族、および周囲の皆さんへ

(第1版：平成22年1月10日)

平成 21－23 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究」研究班編

血管性認知症と診断された患者さんと
そのご家族、および周囲の皆さんへ

平成21－23年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業

「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス
作成に関する研究」研究班

主任研究者

大阪大学大学院医学系研究科精神医学分野 数井裕光

分担研究者

大阪大学大学院医学系研究科精神医学分野 武田雅俊、森原剛史

国立長寿センター包括診療部 遠藤英俊

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター 井関栄三

浅香山病院 田伏 薫、釜江(繁信)和恵

さわ病院 澤 温

大阪府立大学総合リハビリテーション学部 西川 隆

大阪市立大学大学院看護学研究科在宅看護学 河野あゆみ

研究協力者

大阪大学大学院医学系研究科精神医学分野 杉山博通、山本大介、木藤友実子、林 紀
行

大阪府立大学総合リハビリテーション学部 大西久男

はじめに

私たちは、認知症患者さんの診療においてはまず原因となっている病気を診断することが大切だと考えています。原因となっている病気によって出やすい症状や進行の仕方が異なります。したがって治療法も異なるし、患者さん自身や周囲の皆さんに注意をお願いするポイントも異なるからです。

この手引き書は、認知症患者さんの生活がよりよくなるようにとの願いを込めて、平成21年度から23年度にかけて厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究」のために集まった認知症の専門家が作成しました。この手引き書は、私たちが別に作成した「認知症と診断された患者さんとそのご家族、および周囲の皆さんへ」と併用することにより、病気についての理解がより進むように作られています。ですから、この手引き書は「認知症と診断された患者さんとそのご家族、および周囲の皆さんへ」を読まれた後に読んでいただきたいと思います。

この度、ご本人やご家族の誰かが認知症と診断されたことにショックを受けられたかもしれません。それは多くの認知症が現在の医学ではまだ完全に治すことができないという理由によるものだと思います。しかし、認知症についての十分な知識を持っておられないために、過度の不安を感じておられる側面もあると思います。実際、それぞれの原因に対する治療法や患者さんの生活の質（Quality of life: QOL）を改善させるためのケアの仕方、社会制度などは以前と比べてとても進歩しています。そして認知症に対する治療法は医学の中でもとても活発に研究されている領域であり、近い将来、有望な薬が使えるようになると考えられています。ですから、いま大切なことは、この未来の治療薬が開発されるまでの間、患者さんによりよい状態を保ち続けていただくということです。そのためにもそれぞれの認知症に対する正しい知識を持って、未来につながる適切な治療を受け、適切な生活を送っていただきたいと思います。

この手引き書が皆さんのお役に立つことを願っています。またこの手引き書は皆さんと一緒に定期的に改訂していききたいとも思っています。この手引き書に対してのご感想もお知らせください。皆さんと一緒に現状をよりよくすることが私たちの願いです。

血管性認知症

血管性認知症は脳の血管障害による認知症です。脳の血管障害には脳梗塞や脳出血・くも膜下出血・硬膜下血腫なども含まれますが、あとで説明しますように、認知症の原因となるものの多くは、大・小の脳梗塞・脳出血や脳の広い範囲の血流低下によるものです。それらの原因の違いにより症状も経過もさまざまですが、重要なことは、血管障害の治療を適切におこなえば、多くの血管性認知症の進行をくいとめる、あるいは症状が少しでも良くなる可能性があるということです。

日本における血管性認知症は、血圧や栄養のコントロールに関する知識が普及するとともに少なくなってきましたが、今でも認知症の原因としてはアルツハイマー病のつぎに多く、認知症患者さんの約20～30%を占めています。年齢はアルツハイマー病よりやや低い60歳代から70歳代の方に多く、またアルツハイマー病が女性に多いのに対して、血管性認知症は男性に多くみられます。以下の説明でも「アルツハイマー病と比較して」という表現をしばしば用いますが、これは認知症の原因の半分近くを占めるアルツハイマー病と比較することで、この病気の特徴がいっそう明らかになるからです。

血管性認知症の病気の進み方には「階段状」および「まだら（斑）認知症」と表現される2つの特徴がみられます。階段状というのは、全体としてはゆっくりと進行しますが、ちょうど階段を一段ずつ降りるように、急に悪くなる時期としばらく安定している時期が交互にやってくるというものです。また、「まだら認知症」とは、アルツハイマー病では言語・行為・視空間認知・記憶・情報の関連付けなど多くの能力が全体的に低下するのにくらべて、斑（まだら）模様のようにある部分が障害され、ある部分は保たれていることを指すものです。ほかに血管性認知症では、手足の麻痺や感覚障害などの神経症状を多く伴っているという特徴がみられます。これらの特徴は脳の血管障害をくり返すことにより認知症が進んでいくことを示すものです。ただし、広い範囲の血流低下がゆっくりと進む血管障害ではこれらの特徴に気づかれないこともあります。

では、血管性認知症の原因と症状、そしてその対応方法について、もう少し詳しく見ていきましょう。

1. 血管性認知症の原因

(1) 危険因子

血管障害を生じる危険性が高くなる基礎疾患として、高血圧・糖尿病・高脂血症の3つがまず挙げられます。いずれも全身の動脈硬化をまねく病気で、血管が詰まったり破れやすくなるのです。ほかに心臓弁膜症や不整脈など心臓の血流が滞って血栓ができやすい病気も、その血栓が心臓からはがれて塞栓となり下流の血管を詰まらせやすくなります。

血管性認知症は脳の血管障害によるものですから、やはりこれらの基礎疾患がある場合に認知症を発症する危険性が高くなります。

(2) 脳血管障害の分類

図1に脳血管障害の分類を示します。脳血管障害は大きく分けて、頭蓋内出血と脳虚血に分類されます。虚血とは血流が途絶えたり極端に低下するという意味です。

□で囲った病気が、血管性認知症の原因となるものです。

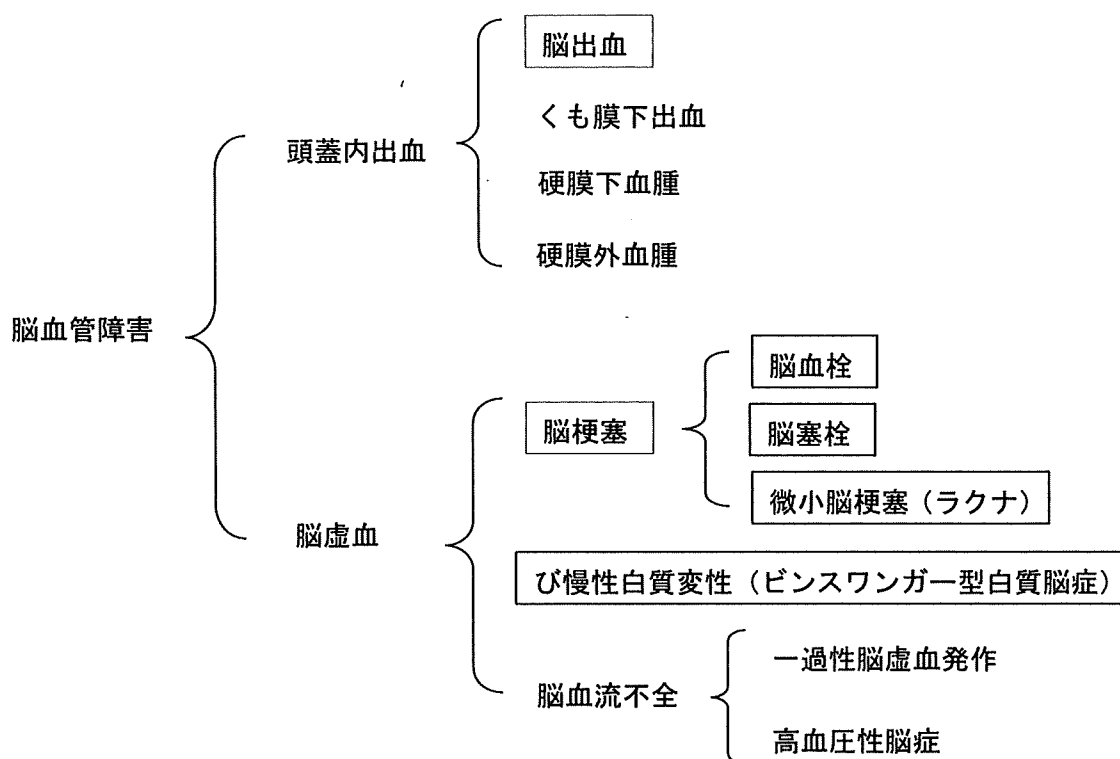


図1 脳血管障害の分類

(3) 血管性認知症の分類

上に述べた脳血管障害のうち、血管性認知症の原因となる病気を脳病変の大き

さ・数などの種類も加えて分類しなすと、表1のようになります。

表1 血管性認知症の分類

I. 脳出血後認知症

- a. 大出血
- b. 重要な脳部位に局限した小出血

II. 脳虚血性認知症

A. 脳梗塞後認知症

- a. 大梗塞
- b. 重要な脳部位に局限した小梗塞

B. 進行性血管性認知症

- a. 多発梗塞性認知症
 - ・多発性皮質下微小梗塞（ラクナ）
 - ・多発性皮質梗塞
 - b. ビンスワンガー型血管性認知症（び慢性白質変性）
-

大出血や大梗塞、重要な脳部位に局限した小出血や小梗塞による認知症は、いずれも明らかな脳血管障害の発作（脳卒中発作）の後に認知症があらわれます。重要な脳部位とは、脳の多くの場所と連絡して通信基地のように働いている部分で、視床・尾状核・海馬・帯状回などが含まれます。たとえ小さな病変でもこれらの部分に病巣が生じれば、連絡している広い範囲の脳機能の低下を招いて、認知症があらわれることになるのです。

多発性皮質下微小梗塞による認知症とビンスワンガー型血管性認知症は、いずれも皮質下の白質（神経の導線の束）が徐々におかされるもので、明らかな脳卒中の発作がみられずに階段状に進行していきます。実は、この2つが血管性認知症の代表ともいえるタイプで、この手引書で説明している血管性認知症のさまざまな特徴も主としてこの2つの病気を念頭においています。

（4）血管性認知症の検査と診断

血管性認知症と診断するためには、知的な能力が衰えている状態（認知症）であることを確かめる「状態診断」と、その原因が脳血管障害であることを確かめる「原因診断」が必要です。

状態診断のためには、社会や家庭での生活に支障をきたすようになったという病気の経過（病歴）を家族や介護者から聞き取る「問診」と、患者さんの知的な能力を知能テストなどで測定する「認知機能検査」を行います。日本でよく用いられる簡単な認知機能検査には、ミニ・メンタル・ステイト検査、改訂長谷川式認知症尺度、N式認知症機能検査などがあります。

原因診断は、CTやMRIのような脳の形を調べる検査、そしてSPECT（スペクト）などの脳の血流を調べる検査によって行います。これらは脳の形や状態を画像にする検査なので、まとめて脳画像検査といいます。CTやMRIにより、脳出血や脳梗塞の数や大きさ・場所、また脳の委縮の状態がわかります。SPECTでは、脳血管障害の影響によって脳全体の血流低下や脳細胞の活動の低下の広がり、偏りが明らかになります。

2. 血管性認知症でよくみられる症状

多くの調査では、血管性認知症の患者さんはアルツハイマー病の患者さんと比較して、うつ状態におちいりやすく、また身体機能の低下が目立ちますが、知能はより保たれるといわれています。しかし、脳のどこにどのような順序でどのような種類の血管障害が生じたかによって個人個人の患者さんの症状はさまざまです。ですから、以下の説明はどの患者さんにも当てはまるというわけではないことに注意してください。

認知症の患者さんの症状は、(1)認知機能障害、(2)精神行動障害、(3)神経症状、(4)日常生活活動（ADL）の障害にわけて考えると理解しやすいと思います。認知機能障害とは、健康な時に患者さんが持っておられた知的な能力が低下した状態で、言語・視空間認知・行為・記憶・遂行機能（情報を関連づけ操作する機能）の各領域の障害や、それらを総合した能力である見当識や知能の障害を含んでいます。精神行動障害は、たとえば妄想や徘徊など、病前にはみられなかった精神面・行動面の症状があらわれたものです。神経症状はこの手引きでは、麻痺や感覚障害など基礎的な身体能力にあらわれる症状を指します。ADLの障害は患者さんが単独では身の回りのことや家事をこなすことができなくなる状態を指します。

（1）認知機能障害

①遂行機能の障害

遂行機能とは、ある目的をもった一連の行動を有効に進めるための機能で、目標の設定、計画の立案、計画の実行、効果にもとづく行動の再調整などの要素が含まれます。この機能は、あとで述べる言語、対象・空間認知、行為、記憶などの認知機能の上位に位置してそれらの下位の機能を監督・操作するもので、複数の情報に同時に注意を配分して相互に関係づけたり、不要となった情報を捨て去ったりする役目を担っています。この機能をつかさどっているのはおもに前頭前野と呼ばれる前頭葉の前の部分です。多くの複雑な日常生活行動や社会行動はこの機能が働かなければ適切に実行することができません。

料理を例にとれば、まずメニューを決め、必要な材料をそれぞれの店で買ってきて、どの材料をどのように切って、煮るのか焼くのか蒸すのかなど、多くの行程を適切な順序やタイミングでこなしていかななくてはなりません。その間、常に最初の計画通りにできているかをチェックし、うまくいっていない場合にはその時点で最善の対応策を考え、当初の計画に変更を加えることが必要です。

実は、料理は毎日行わねばならない家事の中で最も遂行機能を要する複雑な活動です。ですから、女性の患者さんでは、料理が1人でうまくできなくなるという症状が一番早く気づかれる症状であることも多いのです。あるいは、料理をしなくなって店屋物ですませたり、出来合いのものを買ってきたりすることで気づかれることもあります。

そのほか遂行機能の障害は、仕事や行事などにおける要領や段取りの悪さ、判断力の低下としてあらわれます。いずれも、血管性認知症の初期の症状として気づかれることが多いものです。

②記憶障害（物忘れ）

記憶は複雑な行動を行うために必要な情報をたくわえておく機能なので、その障害は、遂行機能の障害とともにもっとも早い段階で気づかれやすい症状です。

軽い物忘れは、記憶の内容がどこかにたくわえられていても、必要な時に自分でそれを効率良く思い出すことができない場合に生じます。ヒントが与えられれば思い出せることが多く、また自分でも物忘れを自覚しています。これは前頭葉の情報を検索する機能の低下によって起こりますが、健康な高齢者でも程度の差はあれ、よくみられるものです。

強い物忘れは、側頭葉の内側にある海馬という記憶中枢や、海馬と連絡をもっている脳部位に病巣が生じた場合におこります。記憶内容をたくわえておくことができないために、ヒントが与えられても全く思い出すことができません。患者さんは、約