

201026006A

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 22 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 数井裕光

平成 23 年(2011)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. 専門病院で入院治療をすべき BPSD の基準作成に関する研究 . . . 5
数井裕光
2. 疾患別重症度別治療・ケアガイドブックと連携ファイル作成 . . . 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 9
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 12
井関栄三
5. BPSD 発現に関する遺伝子多型の研究 14
森原剛史
6. 前頭側頭型認知症の時刻表的な生活に関する研究 16
田伏 薫
7. 地域での認知症連携システムに対するかかりつけ医の意識と
連携システム作成者の意識に関する研究 18
釜江（繁信）和恵
8. 精神科救急における BPSD に関する研究 20
澤 温
9. 島根県下の老人保健施設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 44
西川 隆

10. 地域住民に対する認知症啓発プログラムの長期効果と プログラムの評価指標の検討	46
河野あゆみ	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	49
IV. 研究成果の刊行物・印刷	57

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：行動心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)を呈した認知症患者を地域で診療するための地域連携クリニカルパスを作成するために、今年度は以下の研究を分担して行った。①疾患別重症度別治療ケアガイドブックを完成させ、堺市医師会のホームページに公開した。②「心と認知の連携ファイル」を2名の認知症患者に対して作成し、3ヶ月間運用し必要な改訂を経て完成させた。③入院治療が必要となるBPSDの基準（案）を作成した。④夜間休日帯にBPSDが発生した場合の受診状況を調査した。⑤医師会と認知症疾患センターを中心に先進的な連携システムが構築されている堺市において構築者としシステムを利用するかかりつけ医の意識を調査した。⑥地域住民に対する認知症啓発プログラムの長期効果を検討した。⑦BPSDの発現に関連する記憶障害にKIBRA遺伝子多型が関連することを明らかにした。⑧BPSDが特に顕著であるレビー小体型認知症に対する早期診断法の確立とBPSD発現に関する心理的要因の研究を行った。⑨BPSDが特に顕著な前頭側頭型認知症の時刻標的生活に関する研究を行った。⑩BPSD治療におけるスピリチュアル回想法の有用性を検討した。⑪老健施設におけるBPSDを明らかにした。

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 院長・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重要な要因であるが、適切な治療法は構築されていない。このBPSDを治療するための地域連携クリニカルパスを作成することが本研究の目的である。今年度は、このパスを円滑に運用するために必要な調査と下位システムの構築を行った。

B. 研究方法と C. 研究結果

①疾患別重症度別治療ケアガイドブックの作成（武田、数井）：認知症には様々な原因疾患があり、原因疾患によって損傷されやすい脳部位とその後の病巣の進展の仕方が決まっている。このため疾患と重症度が同じであれば出現しやすいBPSDもおおむね共通している。従って、疾患別・重症度別にBPSDの対応法をまとめることは有用である。そしてこのBPSDの対応法を患者に最も

近い家族介護者、そしてケア職員、かかりつけ医が習得することによって患者のBPSDの発現が予防できたり、悪化を防げたりする。このために今年度は疾患別重症度別治療ケアガイドブックシリーズ全10冊を作成し、広く普及させる初段階として堺市医師会のホームページで公開した。

②心と認知の連携ファイルの作成(武田、数井)：望まれる認知症患者の診療スタイルは、まず専門病院で正しい診断を受け、治療方針を決定してもらう。その後の生活の基本は、自宅で生活しつつケア施設に通いながら、かかりつけ医の診療を受けるというものである。しかし長きにわたる診療生活の間にはBPSDが悪化することがあり、この時は一時的に、専門病院で入院治療を受ける。そして治療が終わった時点で、また在宅の生活に戻る。このような診療生活を円滑に送るためには、患者情報の共有、および円滑な情報伝達が必要である。このために今年度は「心と認知の連携ファイル」を作成した。2人の患者に対して試験版を作成し、3ヶ月間運用し必要な改訂を行い完成させた。

③入院治療が必要となるBPSDの基準の作成(数井、釜江、田伏、武田)：患者の呈するBPSDが専門病院での入院治療を要する程度なのか否かが家族介護者、ケア職員、かかりつけ医にはわからず、困っていることが初年度の調査で明らかになった。専門病院数は限られているため、この医療資源を有効に利用することが重要である。そこで、現在どのような状態で専門病院に入院してきているかを調査することによってBPSD治療のための入院基準を作成した。

④精神科救急受診に至っていないBPSD患者の実態調査(澤)：BPSDで困ったときにすぐに対応してもらえる医療機関をもうけることは非常に重要である。しかし初年度の調査でBPSD緊急治療のために精神科救急システムを利用している患者はごく少数であることが明らかになった。そこで今年度は

BPSD治療を要する場合、患者、患者家族はどのように対応しているのかを955名の市民に対する調査で明らかにした。

⑤認知症連携先進地区におけるシステム構築者・利用者に対する調査(釜江)：大阪府堺市の認知症連携システム構築者18名に連携システム構築のために必要な手続きや重要な事項をアンケート調査した。また認知症相談医講習を受講した46名のかかりつけ医に連携システムの認知度、システムの有用な点、今後望むことなどをアンケート調査した。

⑥地域住民に対する認知症啓発プログラムの長期効果の検討(河野)：認知症患者を地域で診療していくためには地域住民の協力が欠かせない。初年度には認知症啓発プログラムによって地域住民の認知症に対する理解が進み、かつBPSDに対しても自分で対処可能であるとの認識を高めることが出来た。今年度はこのプログラムの長期効果を検証するとともにこのようなプログラムの効果を正しく評価できる尺度を作成した。

⑦BPSDの発現に関連する遺伝子の探索研究(森原)：認知症の様々な症状に遺伝子多型が影響することが明らかになっている。今回アルツハイマー病患者の記憶障害にKIBRA遺伝子多型が影響することを明らかにした。記憶障害が病識欠如を悪化させること、病識欠如は様々なBPSDの発現にかかわることがわかっている。そのため間接的にはあるが、BPSD発現に影響する遺伝子を特定できたと考える。

⑧レビー小体病(DLB)に対する早期診断法の確立とBPSD発現に関する心理的要因の研究(井関)：53例のDLB患者に対する調査からレム睡眠行動障害、嗅覚異常、便秘が初期症状として多かった。また元々神経症傾向のあった患者が行動化する確率が高いことが明らかになった。さらに共観的、受容的対応と専門的説明をすることによって精神症状が軽減する可能性が示唆された。

⑨前頭側頭型認知症(FTD)の時刻標的生活

に関する研究 (田伏) : FTD 患者の入院後の活動パターンを IC タグモニタリングシステムで観察した。その結果、入院前の常同行動が形を変えて入院後も持続していることが明らかになった。FTD に対する BPSD の入院治療に有用な知見であると考えられた。

⑩BPSD 治療におけるスピリチュアル回想法の有用性の検討 (遠藤) : 老人ホーム入所中の 12 名を介入群と対照群に割り付け、スピリチュアル回想法の効果を検討したところ有効性が示唆される結果が得られた。ケアスタッフへの研修をおこない導入することも検討してもよいと考えられた。

⑪老健施設における BPSD 研究 (西川) : 老健施設入所中の 84% が認知症を有し、様々な BPSD を呈していることが明らかになった。対応としては入所者の不安にさせない対応が重要であると考えられた。

D. 考察

本研究では BPSD を有する認知症患者を地域で診療するためのシステムの構築を目的としている。私たちの考えるシステムでは、まず地域住民に対する認知症啓発プログラムで一般地域住民の認知症に対する知識を高め、認知症に対する抵抗感を払拭しようと思っている。この地域住民に対する介入によって、家族が認知症になったときに家族介護者が持つべき基本的な知識を有することになる。またこの知識は近隣に認知症患者がいた場合にその患者及び家族を援助する際にも役立つ。認知症サポーターの育成につながる研究である。実際に認知症患者をケアしたり診療したりする立場になった人には、さらに疾患別重症度別治療ケアガイドブックを用いて認知症に関するより詳しい知識を持ち、また治療ケアの方法を

習得してもらおう。

認知症患者の診療は専門病院での診断と治療方針の決定からはじまる。我々のシステムではこのはじめて診断してもらったときに心と認知の連携ファイルを発行してもらおう。そしてこの連携ファイルを用いて、かかりつけ医、ケア職員、家族介護者、専門医間で情報を共有しながら在宅生活を送るのが基本的な生活である。長きにわたる認知症患者の診療生活においては、時に BPSD が悪化し専門病院での治療が必要となることがある。その際の入院治療の必要性の目安として今年度作成した入院基準を用いる。また緊急時に BPSD 治療を行ってもらえる病院を設定し、精神科救急システムを一般市民に広報する。しかし精神科救急システムを利用せずにおれるようにすることが最も大切なことであるため、認知症の診断を正しくしてもらい、かかりつけ医を持つ必要性も併せて広報する。その他、KIBRA 遺伝子多型、患者の病前性格などで BPSD の発現を予測するシステム、特に BPSD が顕著となりやすい DLB、FTD に対する特別な対応、スピリチュアル回想法、老健施設での知見についても連携パス作成に可能な限り利用しようと思っている。

E. 結論

連携パス作成に必要な複数の下位システムの構築を行った。今後はこれらのシステムを利用した連携パスを作成する。さらに日本中のどこでも必要な改訂を加えることによって我々のパスが利用できるように一般化するためのマニュアルも作成する。

F. 研究発表

それぞれの分担研究の所に記載

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

専門病院で入院治療をすべきBPSDの基準作成に関する研究

分担研究者：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：釜江（繁信）和恵（財団法人浅香山病院）
田伏薫（財団法人浅香山病院）
武田雅俊（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）
山本大介（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）
正木慶大（医療法人達磨会東加古川病院精神科）
八田直己（医療法人清順堂ためなが温泉病院）

研究要旨：4つの専門病院にBPSD治療目的で入院した連続例に対して、入院時にNeuropsychiatric Inventory(NPI)を用いてBPSDを評価するとともに入院目的となったBPSDを特定した。そして入院治療が必要となりやすいBPSDに対して、そのBPSDを治療目的とした患者群と他のBPSDを治療目的とした患者群のNPIスコアの比較から入院治療をすべきBPSDの基準を頻度の多い症状に対して症状ごとに作成した。さらに入院1週間後、1ヶ月後、退院時（6ヶ月を超えて在院した患者については6ヶ月後）にNPIを再施行し、症状の推移を明らかにした。興奮、妄想、異常行動、睡眠障害の治療が入院目的として多かった。入院基準については、それぞれのNPIスコアが8、6、8、6以上で入院治療必要と考えられた。また入院後1週間でNPI総得点は速やかに減少し、1ヶ月後にさらに減少したがその後はあまり変化しなかった。このことよりBPSDの治療に要する期間は1ヶ月程度と考えられた。

A. 研究目的

入院治療が必要となりやすいBPSDとその程度を明らかにし、専門病院で入院治療すべきBPSDの基準を作成する。またBPSD治療に要する入院期間を明らかにする。

B. 研究方法

対象は、浅香山病院、大阪大学附属病院神経科精神科、ためなが温泉病院、東加古川病院にBPSD治療目的で入院した連続例。調査期間は2009年5月11日から2010年11月30日。入院時にNPIを施行した。また入院治療必要と考えられたBPSDをNPI12項目の中から選択（複数選択可）した。そして入院治療が必要となりやすいBPSDについて、その症状が入院治療対象であった患者群と、その他のBPSDが対象であった患者群との間で、そのBPSDのNPIのスコアを比較した。また、BPSDが改善するために要する期間を明らかにするため

に、入院1週間後、1ヶ月後、退院時にNPIを再施行した。6ヶ月を超えて在院している患者群は退院困難群と定義し、入院6ヶ月後にNPIを施行し、観察終了とした。

C. 研究結果

全施設で157名がBPSD治療目的で入院となった。うち17名は身体疾患の治療のために転院、または死亡により中止となったため解析から除外した。

入院目的となったBPSDは興奮、妄想、異常行動、睡眠障害の順であった。興奮が入院治療の原因であった患者96名のNPI興奮スコアは 7.7 ± 3.8 、他のBPSDが原因であった患者44名の興奮スコアは 5.0 ± 4.0 であった。感度と特異度が共に高くなるようにROC解析で基準を決めると、カットオフは8でそのときの感度は0.65、特異度は0.66であった。同様に、妄想が原因であった患者62名の妄想スコアは 7.7 ± 3.9 、それ

以外の患者 78 名の妄想スコアは 3.4 ± 4.3 で、カットオフは 6 (感度 0.69、特異度 0.71)。異常行動が入院の原因であった患者 60 名の異常行動スコアは 8.0 ± 4.2 、それ以外の患者 80 名の異常行動スコアは 5.4 ± 4.9 で、カットオフは 8 (感度 0.68、特異度 0.6)、睡眠障害が入院の原因であった患者 58 名の睡眠障害スコアは 8.2 ± 3.5 、それ以外の患者 82 名の睡眠障害スコアは 5.0 ± 4.6 で、カットオフは 6 (感度 0.81、特異度 0.54) であった。6 ヶ月以内に退院可能であった患者群の NPI 総得点の推移は、入院時 56.9 ± 22.9 、1 週間後 19.4 ± 19.7 、1 ヶ月後 9.5 ± 11.8 、退院時 7.9 ± 14.1 であった。退院困難群では入院時 48.2 ± 25.9 、1 週間後 20.4 ± 15.5 、1 ヶ月後 12.3 ± 14.5 、6 ヶ月後 11.6 ± 13.2 であった。

D. 考察

入院に至る BPSD のうち頻度の高い症状は興奮、妄想、異常行動、睡眠障害であった。またそれぞれの症状により主治医が入院治療必要と判断する程度が明らかになり、この結果からそれぞれの症状に対して入院治療が必要となる基準が作成できた。6 ヶ月以内に退院できた群と退院困難群との間で NPI の得点においては差がなかった。また入院 1 ヶ月後に症状がほぼ改善していたことから、入院期間は約 1 ヶ月でよいと考えられた。このことより退院後の介護サービスなどの調整は入院時より開始する必要があると考えられた。今後、認知症患者数は増加するが、BPSD を治療するための病床数には限りがある。今回の調査結果が、入院の必要性や優先度、期間を判断する目安になると考える。また BPSD に対しては、早期入院、短期治療が適切で、かつ可能であると考えられた。

E. 結論

入院に至る頻度の高い BPSD とその程度、

必要な入院期間が明らかとなり、BPSD 治療のための入院基準を作成できた。

F. 研究発表

1. 論文発表

・Kazui H、Yoshida T、et al. Different characteristics of cognitive impairment in elderly schizophrenia and Alzheimer's disease in the mild cognitive impairment stage. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra.* (in press)

・Yoshida T、Kazui H、et al. Protein synthesis in the posterior cingulate cortex in Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* (in press)

・Takaya M、Kazui H、et al. Global cerebral hypoperfusion in preclinical stage of idiopathic normal pressure hydrocephalus. *J Neurol Sci.* 2010;298(1-2):35-41.

2. 学会発表

・Kazui H、Sugiyama H、Yamamoto D、et al. A survey on the current status of BPSD care for patients with dementia at home and care facilities in Japan. *ICAD, Honolulu, 2010. July 11-15.*

・杉山博通、数井裕光ら。BPSD ケアの実態と、医療と福祉の機能分担と円滑な連携についての調査。第 25 回日本老年精神医学会、熊本、2010. 6. 24-25

・繁信和恵、田伏 薫、数井裕光介護老人施設で対応困難な認知症の行動心理症状の検討 - 専門医療機関での入院治療が求められる認知症の行動心理症状- 第 25 回日本老年精神医学会、熊本、2010. 6. 24-25

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

疾患別重症度別治療・ケアガイドブックと連携ファイルの作成

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）
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：認知症患者の在宅診療を円滑に行うために疾患別重症度別治療ケアガイドブックと心と認知の連携ファイルを作成した。ガイドブックは、総論、アルツハイマー病（初期、中期、後期）、レビー小体病（初期、中期、後期）、血管性認知症、前頭側頭型認知症（初期・中期、後期）の全10種類を作成した。そして堺市医師会のホームページで医師限定で公開した。心と認知の連携ファイルについては、2人の患者に対して作成し、3ヶ月間使用した。この間、1ヶ月に一回連携会議を開催し、連携ファイルの内容と運用法について問題点を明らかにし、改訂を重ねて完成版を作成した。その結果、患者情報を一元化するページと連携に関するページに特化した。患者情報としては、今後近い将来出現しうる症状、患者の好み趣味、人となりを加えた。

A. 研究目的

家族介護者、ケア施設職員、かかりつけ医に対する初年度の調査で、現在出版されている認知症患者に対する治療・ケアマニュアル本には、分量が多すぎる、自分の患者に必要な情報がどこにあるのかわからない、専門用語が多く理解しにくいなどの問題点があり、多くの人たちが利用していないことが明らかになった。このためこれらの問題を克服したガイドブックを作成した。また認知症患者のための地域連携パスを円滑に使用するためには、家族介護者、ケア施設職員、かかりつけ医、専門医間で患者の情報を共有する必要があると考えた。このため心と認知のケアファイルを作成した。

B. 研究方法

疾患別重症度別治療ケアガイドブック：昨年度に作成した疾患別治療ケアガイドブックの第1版（アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症）に重症度別の観点を取り入れ改訂した。このガイドブックは担当の専門医が、患者の診断名、重症度から最も適切なものを選

択し、患者家族、ケア職員、かかりつけ医にわたすという使用法を考えている。重症度別の観点をとり入れた理由は、必要な情報に絞ることにより見やすくするためと、早期の患者の家族に進行期の情報を提供し悲観することを防ぐためである。心と認知の連携ファイル：連携ファイルに加えるべき項目を家族介護者、ケア職員、かかりつけ医から聴取して2人の患者に対して連携ファイル試作版を作成した。そしてこの2人の患者に対して3ヶ月間使用した。この間、1ヶ月に一回連携会議を開催し、連携ファイルの内容と運用法について問題点を明らかにし、改訂を重ねて完成版を作成した。

C. 研究結果

疾患別重症度別治療ケアガイドブック：ガイドブックは、総論、アルツハイマー病（初期、中期、後期）、レビー小体病（初期、中期、後期）、血管性認知症、前頭側頭型認知症（初期・中期、後期）の全10種類を作成した。見やすくするためにガイドブックには随所にイラストを入れたが、今後、

広く公開することを考え、イラストは全てこの研究のために作成してもらった。またガイドブックの公開法を検討し、まずは大阪府下で最も認知症連携システムが構築されている堺市において、医師会所属の医師限定で公開することとした。堺市医師会で実際にガイドブックを利用していただき、ガイドブックの内容と公開の方法について今後検討する予定である。

心と認知の連携ファイル:連携ファイルの内容については、議論の末、患者情報を一元化するページと連携に関するページに特化した。情報の一元化ページには、患者が利用している医療機関とケア施設、ケアマネジャー名、要介護度、患者の身体状況、認知症の診断名と病歴、重要な検査名とその結果、現在認めている認知障害と精神症状、今後近い将来出現しうる症状、患者の好み趣味、人となりなどを記載しまとめることとした。連携に関するページは、読んで欲しい対象者を指名して、質問したりコメントを書いたりする。指名された者は次の診療日やケア日に回答を記入する。この内容については患者に関わる全ての人に周知したいため、その内容を読んだ者はサインをすることとした。ただし、この連絡は次の診療日までは対象者が読むことはないため、緊急の場合は、連携ファイルを用いずにFAXか電話で連絡する運用法をとることとした。

D. 考察

今回作成したガイドブックは患者家族を中心に、ケア職員、かかりつけ医の認知症診療に対する知識と技能を高めるために作成した。連携ファイルは情報共有の道具として有用と考えるが、家族介護者やケア職員からかかりつけ医や専門医への記載が多く、短い診療時間内で処理できないことがあるのではないかとということが危惧された。この点も含め、実際の運用法については、今

後さらに検討が必要である。

E. 結論

認知症患者の在宅診療を円滑に行うために疾患別重症度別治療ケアガイドブック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, Yoshida T, et al. Different characteristics of cognitive impairment in elderly schizophrenia and Alzheimer's disease in the mild cognitive impairment stage. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra.* (in press)

・Yoshida T, Kazui H, et al. Protein synthesis in the posterior cingulate cortex in Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* (in press)

・Takaya M, Kazui H, et al. Global cerebral hypoperfusion in preclinical stage of idiopathic normal pressure hydrocephalus. *J Neurol Sci.* 2010;298(1-2):35-41.

2. 学会発表

・Kazui H, Sugiyama H, Yamamoto D, et al. A survey on the current status of BPSD care for patients with dementia at home and care facilities in Japan. ICAD, Honolulu, 2010. July 11-15.

・杉山博通, 数井裕光ら. BPSD ケアの実態と、医療と福祉の機能分担と円滑な連携についての調査. 第 25 回日本老年精神医学会、熊本、2010. 6. 24-25,

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

血管性認知症のBPSDの治療ケアマニュアルの作成

分担研究者 遠藤英俊（独立行政法人国立長寿医療研究センター）

研究要旨：血管性認知症のBPSDの症状はさまざまであり、個別性が高いために、対応が困難な場合がある。具体的には妄想や徘徊、感情失禁などの症状があり、その程度も様々である。そこで今年度は軽度認知症を対象にして認知症のスピリチュアル回想法を導入し、認知症のQOLやスピリチュアリティスコアへの効果、有用性に関する研究を行った。最終的にはケアによりBPSDへの影響を検討する。前年度の研究で作成したアルゴリズムとあわせて、これらを総合的に利用することで治療ケアマニュアルとすることが可能となる。

A. 研究目的

本研究の目的は、血管性認知症のBPSDの症状はさまざまであり、個別性が高いために、対応が困難な場合がある。具体的には妄想や徘徊、感情失禁などの症状があり、その程度も様々である。そこで本研究ではケアへの影響を及ぼすとされる認知症のスピリチュアルケアを導入し、その有用性について検討した。

B. 研究方法

研究方法としては有料老人ホームへの入居者でコントロール群6名と介入群6名を無作為に選択し、臨床心理士が回想法のリーダーとして、週1回のセッションを6回を1クールとして2クール行った。その際介入の前後でMMSE、スピリチュアリティスケール、PGCモラルスケールの評価を別の臨床心理士が行った。

（倫理面への配慮）本研究は国立長寿医療研究センターの倫理委員会の承認を得て行われ、研究発表、研究報告にあたっては匿名性に配慮し、個人情報の保護に留意する。

C. 研究結果

初年度は血管性認知症のBPSDに対する薬

物療法アルゴリズムを作成したが（表1）、治療はあくまで、個別性が高いため、認知症の心のケアに注目し、認知症の人へのスピリチュアルケアを導入した。その研究の評価としては図1に示したように、スピリチュアリティスコアは90点満点で介入前の61.8から介入後は65.8へ、また図2に示したようにコントロール群では変化がなかったが、介入群ではPGCモラルスコアが4.3から5.8へ改善した。

D. 考察

スピリチュアル回想法はオーストラリアで開発され、2010年に日本に導入された。本研究ではその日本での効果について検証したところ、プリミティブではあるが、認知症の人、スタッフに対してよい影響がある可能性が示唆された。本ケアを広めるためにはさらに、検討を加え、介護職むけの研修が必要となるが、その価値は大きいものと思われる。

E. 結論

血管性認知症のBPSDに対する新しいケアの方法を導入したところ、認知症の人にもスタッフ側にもよい効果が観察され、BPSD

への治療とケアの一つの手段となりうる
ことが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 遠藤英俊、三浦久幸：特集 認知症治療の今後を予測する 1. 認知症治療の現状と今後. 医薬ジャーナル. 46(5):67-71, 2010
 - 2) 遠藤英俊、木之下徹、永田久美子、東海林幹夫、田口真源：特集 I 認知症・BPSDの医療とケアの今. Science of Kanpo Medicine. 34(2):94(8)-106(20), 2010
 - 3) 遠藤英俊、三浦久幸：社会的・制度的支援と家族介護 1) 介護保険. 神経内科. 72(Suppl. 6):217-221, 2010
 - 4) 遠藤英俊：「わが旅」ジャマイカへの旅. 日本医師会雑誌. 139(4), 2010
 - 5) 遠藤英俊、佐竹昭介、洪 英在、田代真耶子、三浦久幸、近藤真由：音楽療法. 内科系総合雑誌 モダンフィジシャン. 30(9):1169-1172, 2010
- 以下単行書になります削除されますか？
- 6) 遠藤 英俊編：高齢者への服薬指導Q&A. 医薬ジャーナル社. 2010.8
 - 7) 遠藤英俊：運動療法と運動処方 第2版 佐藤祐造 編 III. 生活習慣病の臨床知識と運動療法の実践20. 認知症. 文光堂. :223-226, 2008
 - 8) 遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸：特集 エビデンスに基づいた運動療法・運動処方—健康支援・疾病予防に対するアプローチ [各論]認知症 臨床スポーツ医学. 文光堂. vol. 27(11). 1247-1249. 2010
 - 9) 遠藤英俊：9-2-5 認知症 第9章 精神科医療. 精神保健福祉白書 2011年版 岐路に立つ精神保健医療福祉—新たな構築をめざして. 中央出

版. P149.

2. 学会発表

- 1) 遠藤英俊：介護保険の新たな展開. 第52回日本老年社会科学会 教育講演1. 2010. 6. 17
- 2) 遠藤英俊：いま、ここが知りたい 1. 10年目を迎えた介護保険の反省と今後の展望. 第52回日本老年医学会学術集会 神戸企画. 2010. 6. 24
- 3) 遠藤英俊：シンポジウム15 「認知症の早期発見と予防に関するシンポジウム」. 第49回日本生体医工学会大会. 2010. 6. 27

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

表1. 血管性認知症のBPSD治療アルゴリズム

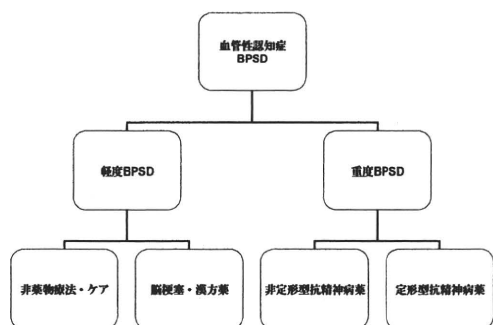


図1. スピリチュアル回想法のスピリチュアリティへの効果

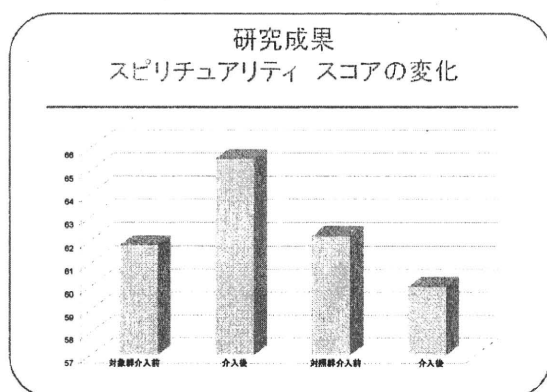
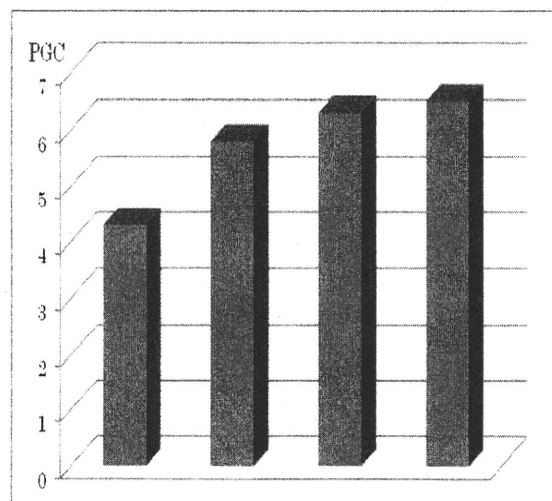


図2. スピリチュアル回想法のPGCへの効果



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

分担研究者 井関栄三 （順天堂東京江東高齢者医療センター）

研究要旨：レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies: DLB）は、アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease: AD）に次いで頻度の高い神経変性認知症疾患であり、AD とは臨床症状や薬物治療の効果が違うことから、疾患特異性を考慮した薬物治療・ケアが望まれている。しかし、疾患別の治療とケアの方法は確立されていない。AD に比較して、DLB の病初期では、幻視に代表される精神症状が特異的であり、介護負担への関与が深いことが明らかとなっている。そのため、DLB の早期診断の確立とともに、幻視が出現する心理社会的要因を検討し、心理的介入を含めた治療・ケアマニュアルを作成した。

A. 研究目的

幻視はレビー小体型認知症（DLB）の中核症状のひとつであり、脳の器質的要因や心理的要因が関与していると考えられ、病初期に出現し、介護負担に深く影響することが明らかとなっている。しかし、DLB の早期診断や心理的要因と幻視に対する心理的介入法の開発についての報告はほとんどない。本研究では、①DLB の早期診断の確立、②DLB における幻視の出現時の心理的要因の検討、および、DLB の幻視に対する心理的介入法の開発を行なった。

B. 研究方法

当院物忘れ外来において Probable , Possible DLB の診断基準を満たす症例を対象とした。①Probable DLB49 例, Possible DLB4 例の計 53 例（平均年齢 78.5 歳、男性 25 例、女性 28 例、記憶障害出現から平均 3.4 年、平均 MMSE16.5 点）に対して、質問紙票を用いて後方視的に前駆症状を含めた臨床症状の頻度について検討した。また、

介護者が患者の記憶障害に気付いた年度と比較して、何年前から症状を認めたかについて調査した。②明らかな幻視を訴える Probable DLB 36 例に対して、妄想を伴い行動化がある 12 例（行動化群；男性 8 例、女性 4 例、平均年齢 80.6±6.5 歳）と行動化がない 24 例（非行動化群；男性 11 例、女性 13 例、平均年齢 79.8±6.7 歳）の 2 群について比較検討した。初診時に本人または介護者が記入する形式化された質問紙をもとにして、病前性格としての神経症傾向（神経質、心配性、几帳面など）の有無、症状出現のきっかけの有無、居住形態を調査した。また、幻視を訴える DLB の 2 症例に対して、以下のような心理的介入を行なった。まず、病識の有無として、見えたものを症例が幻視と認識しているかを査定し、病識がない場合は獲得を目標にした介入を行なった。次いで、幻視の受容や予防・軽減、付随する不安などの軽減を目標に、日常生活上の工夫や環境調整を促す介入を行

なった。(倫理面の配慮) 本研究は当院倫理委員会の承認を得た。患者や家族の負担や苦痛、不利益が最小限になるよう留意した。報告は個人情報に配慮し、守秘義務を遵守した。患者や家族から研究参加の同意を書面で得た。

C. 研究結果

①記憶障害出現年度に、レム睡眠行動障害(45%)、うつ(17%)、嗅覚異常(44%)、便秘(68%)、失神(12%)、起立性低血圧(20%)の各症状を認めた。

②行動化群と非行動化群における神経症傾向の有無を χ^2 検定で比較した結果、行動化群は非行動化群よりも有意傾向ながら神経症傾向が多かった($p<.10$)。居住形態、症状発生のきっかけの有無については両群間に有意な偏りはなかった。心理的介入を行なった2症例のうち、症例1はトイレの中に人が見え、不安を感じていた。しかし、共感的・受容的対応と専門的説明によって幻視体験から心理的距離をとることができ、不安が軽減した。症例2は大勢の人が自室にいるなどの幻視が出現したが、症例1と同様の介入のほか、自室に財布を放置し盗まれるか試すなどの経験を経て、心理的安定が得られた。このような心理的・環境的介入は、DLBの幻視や付随する不安などの軽減に有用であると考えられた。

D. 考察

幻視に伴う行動化が認められるDLB患者の特徴として、病前性格として神経症傾向があることが示唆された。また、このような神経症傾向を持つDLB患者には心理的介入が有用であると考えられた。

E. 結論

主要徴候のみならず、前駆症状を含めた

関連症状の有無に留意することで幻視出現前のDLBの早期診断の可能性が示された。DLBの幻視や、それに伴う妄想化には心理的要因が関係しており、DLBの幻視に対する心理的介入は有用であった。心理的要因についてさらに詳細に検討するとともに、心理的介入方法の改善、幻視の出現前における予防的心理介入が重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

藤城弘樹, 井関栄三(2010) 高齢期の幻覚妄想の病理学的背景 老年精神医学会雑誌 21: 671-676.

藤城弘樹, 井関栄三, 村山憲男, 笠貫浩史, 太田一実, 新井平伊, 佐藤潔(2011) 特発性レム睡眠行動障害の長期経過の後に、場所依存性に幻視が出現したレビー小体型認知症の一例 精神医学 53: 7-13.

2. 学会発表

村山憲男, 井関栄三, 太田一実, 藤城弘樹, 佐藤 潔(2010) レビー小体型認知症の幻視に対する、心理的・環境的介入. 第11回日本認知症ケア学会(神戸)

太田一実, 井関栄三, 村山憲男, 藤城弘樹, 佐藤潔(2010). 幻視に対して心理的介入が有効だったレビー小体型認知症の事例検討. 日本老年精神医学会(熊本)

太田一実, 村山憲男, 藤城弘樹, 佐藤 潔, 新井平伊, 井関栄三(2010) 幻視に対して心理的介入が有効であったDLBの症例検討 第4回DLB研究会(横浜)

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

厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)
分担研究報告書

BPSD発現に関する遺伝子多型の研究
分担研究者 森原剛史 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)

研究協力者 林紀行 横小路美貴子 田中稔久 工藤喬 田上真次 山本美都子 桐生幸歩
(大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)

研究要旨: BPSDに関する生物学的理解は乏しい。BPSDと遺伝子の関係はこれまでほとんど研究されていない。BPSDについて関与する遺伝子が明らかになることで、病態メカニズムの解明が進むだけでなく、まったく新しい着想による治療法が生まれる可能性がある。本研究では統合失調症や気分障害など他の精神疾患の研究成果も積極的に導入しながらBPSDに関連する遺伝子を探索していく。

A. 研究目的

現在臨床開発が進んでいるアルツハイマー病治療薬の標的はアミロイド病理である。アミロイド病理の重要性を明らかにしたのは家族性アルツハイマー病原因遺伝子の同定に負う面が大きい。BPSDについても関与する遺伝子が明らかになることで、病態メカニズムの解明が進むだけでなく、まったく新しい着想による治療法が生まれる可能性がある。

BPSDと遺伝子の関係はこれまでほとんど研究されていない。本研究では他の精神疾患の研究成果も積極的に導入しながらBPSDに関連する遺伝子を探索していく。

B. 研究方法

大阪大学医学部附属病院精神科受診症例でBPSDを含む詳細な神経心理所見が得られている患者に十分な説明と文書による同意を得たうえ遺伝子採血を行う。

匿名化された血液からゲノムを抽出する。アルツハイマー病のリスク遺伝子であるApoEを

はじめ、統合失調症や気分障害のリスク遺伝子として報告がある遺伝子を中心に調べる。

遺伝子情報は、匿名化されたBPSDを含む臨床情報と連結する。両者の関連を解析する。
(倫理面への配慮)

本研究は認知症患者の臨床データを扱うため、個人情報の秘匿には厳重な管理を行うとともに、解析はデータを匿名化した後に行った。

C. 研究結果

これまでに収集されたゲノムの検体数は以下のようなものである。大阪大学がある吹田市在住の高齢健常者400検体以上、アルツハイマー病と臨床または病理診断された検体が500以上、厳密な認知症診断は行われていないが、ADAS等を含む詳細な認知機能検査が行われた地域高齢者の検体147検体、大阪大学医学部附属病院を受診した脳血管障害48検体が収集されている。しかしながらこのうち大阪大学医学部附属病院の患者でNPIスコアが得られているゲノム検体数は80に留まった。

KIBRA遺伝子多型について解析を行った。この多型はアルツハイマー病の発症リスクにはなっていなかったが、認知症においてもエピソード記憶と関連があることが分かった(Dement Geriatr Cogn Disord. 2010)。統合失調症、うつやパニック障害で注目されているセロトニン2A受容体(HTR2A)の遺伝子多型(rs6313)の検討を行った。検体数が限られ、予備的検討の段階であるがNPIの無為において弱い関連傾向がみられた(p=0.06)。

D. 考察

BPSDの臨床データがそろっている検体は75検体と全体のうちのわずかであった。75検体では十分な統計学的パワーが期待できない。他の臨床活動との連携をすすめながら、BPSD臨床情報のある遺伝子採血を今後進めていく必要がある。

E. 結論

KIBRA 遺伝子多型が認知症においてもエピソード記憶に関連することを見出した。予備的結果ではあるが HTR2A と無為の関連が示唆された。

F. 研究発表

KIBRA Genetic Polymorphism Influences Episodic Memory in Alzheimer's Disease, but Does Not Show Association with Disease in a Japanese Cohort.

Hayashi N, Kazui H, Kamino K, Tokunaga H, Takaya M, Yokokoji M, Kimura R, Kito Y, Wada T, Nomura K, Sugiyama H, Yamamoto D, Yoshida T, Currais A, Soriano S, Hamasaki T, Yamamoto M, Yasuda Y, Hashimoto R, Tanimukai H, Tagami S, Okochi M, Tanaka T, Kudo T, Morihara T, Takeda M.

Dement Geriatr Cogn Disord. 2010 Sep 25;30(4):302-308.

Association study of KIBRA gene with memory performance in a Japanese population.

Yasuda Y, Hashimoto R, Ohi K, Fukumoto M, Takamura H, Iike N, Yoshida T, Hayashi N, Takahashi H, Yamamori H, Morihara T, Tagami S,

Okochi M, Tanaka T, Kudo T, Kamino K, Ishii R, Iwase M, Kazui H, Takeda M.

World J Biol Psychiatry. 2010 Oct;11(7):852-7.

Association between CAG repeat length in the PPP2R2B gene and Alzheimer disease in the Japanese population.

Kimura R, Morihara T, Kudo T, Kamino K, Takeda M.

Neurosci Lett. 2011 Jan 10;487(3):354-7. Epub 2010 Oct 26

The chitinase 3-like 1 gene and schizophrenia: evidence from a multi-center case-control study and meta-analysis.

Ohi K, Hashimoto R, Yasuda Y, Yoshida T, Takahashi H, Iike N, Iwase M, Kamino K, Ishii R, Kazui H, Fukumoto M, Takamura H, Yamamori H, Azechi M, Ikezawa K, Tanimukai H, Tagami S, Morihara T, Okochi M, Yamada K, Numata S, Ikeda M, Tanaka T, Kudo T, Ueno S, Yoshikawa T, Ohmori T, Iwata N, Ozaki N, Takeda M.

Schizophr Res. 2010 Feb;116(2-3):126-32.

「アルツハイマー病と遺伝要因」

森原剛史 林紀行 横小路美貴子 武田雅俊
老年精神医学雑誌 2010年 第21巻 第11号 1264-1269 ページ

2. 学会発表

Identification of a gene which controls A β accumulation using APP Tg mice with mixed genetic background

T MORIHARA, N HAYASHI, M YOKOKOJI, H Akatsu#, E Fukusho, H Kazui, H TANIMUKAI, S TAGAMI, M Okochi, T TANAKA, T KUDO, M Takeda

Alzheimer's Association International Conference on Alzheimer's Disease (ICAD) Honolulu, USA July 10-15 2010 (口演)

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。

研究報告書レイアウト (参考)

(具体的かつ詳細に記入すること)

厚生労働科学研究費補助金 (難治性疾患克服研究事業) 分担研究報告書

前頭側頭型認知症の時刻表的生活に関する研究

研究分担者 田伏 薫 財団法人浅香山病院

研究要旨

本研究では、無銭飲食などの脱抑制的行動が常同的に見られていた前頭側頭型認知症 (FTD) 患者の入院後の活動パターンについて IC タグモニタリングシステムを用いて、連続してモニタリングした。その際に入院直後から一定の活動リズムが形成されたことが分かった。さらに入院による生活環境の変化が FTD 患者の時刻表的な生活の活動リズムに変化を及ぼさなかった例として本症例を紹介した。

A. 研究目的

無銭飲食などの脱抑制的行動が常同的に見られていた前頭側頭型認知症 (FTD) 患者の入院後の活動パターンについて IC タグモニタリングシステムを用いて、連続してモニタリングする。

B. 研究方法

無銭飲食等の脱抑制的行動が常同化し入院したFTD患者1名を研究対象者とした。入院前の生活パターンを家族より聴取し、入院後の様子については看護記録より収集した。また、入院後は IC タグモニタリングシステムをもちいて、患者の時間別歩行距離や歩行場所を連続して長期間モニタリングした。

(倫理面への配慮)

大阪大学医学部医学倫理委員会及び財団法人浅香山病院の倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加要請時は、患者の意思決定代理人が研究内容についての説明を受け、研究参加及び症例の発表に署名によって同意した。

C. 研究結果

多い時で1時間に1000m以上歩行することもあった。夜間帯 (0:00~6:00) には歩行距離はまったく算出されなかった。また、活動時間帯は、どの日も6:00から24:00の間にあり、昼夜の活動リズムは入院1日目からついていた。(図1) 朝の活動開始時間が入院前後で同じであり、また、入院後11:00に自室もどるこ

帰宅する時間と一致した。その他に、14:30 ごろには、入院前は飲食店で飲食しており、入院後はテーブルに座ってパズルをしていた。また就寝時刻もほぼ一致していた。(図2)

本研究の症例は、入院後約3ヶ月で退院し、特別養護老人ホームに入所した。入院期間中の生活が詳細に申し送られていたため、そこでの生活は、入院中とほぼ同様の活動リズムが継続されている。そのため、内服薬の増量や隔離、及び身体拘束もしないで対応できていた。

D. 考察

本研究では、患者は入院直後から新たな活動リズムが形成されたというより、入院前からあった時刻表的生活の活動リズムが入院後も継続していたと考えられる。

本研究の症例のように時刻表的な活動リズムが確立しているFTD患者に対しては、入院前の活動リズムを詳細に把握し、入院直後からその時刻表的な活動時間に合わせた病棟生活を支援することが重要だと考えられる。

E. 結論

本研究では入院後に生活環境が変化しても、入院前の活動リズム自体は維持されることが示唆された