

図9 認知症(AD)の薬物療法

*2010年3月現在、申請中

まず対象が高齢者であるという認識が求められる。

「認知症が疑われる人を診察した場合、まず服用している薬を調べます。睡眠薬などの場合、夜間ではなく昼間に効き始め、一見、認知症のようにみえることもあります。薬は、基本的に年齢が進むほど投薬は減らすべきです」(東海林氏)。

ドネペジルは3mgから徐々に始め、こまめに増減する。80歳以上ならば5mg継続でなくとも3mgで良好な場合もある。若年で症状が重度ならば10mgの適応とし、興奮が現われた時は減量する。

BPSDの薬物療法は、妄想、徘徊、興奮といった活動性が高まっている状態を対象とする。非定型抗精神病薬は、リスペリドン、オランザピン、クエチアピンなどで有効性が報告されているが、米国からの死亡率上昇の警告についてはよく説明しなければならない。

「この系統はすべて副作用が強いため、増減しつつ血液もチェックして短期間に用いるようにします。過鎮静と高血糖は要注意です」(東海林氏)。

抑肝散は、マイルドな鎮静効果が得られる点で用いやすく、BPSDに使われる率が高まっている。高齢者ならば7.5g/日でなくとも2.5gずつ朝夜投与でもよい。

「ただ、低カリウム血症の副作用があるため、そのチェックは必要です。さらに抗認知症薬ではないので漫然と使わないことも大切。あくまでBPSDの鎮静が目的ということです」(東海林氏)。

過鎮静はなくドネペジルとの併用も可能だが、BPSD出現時に的確に用いたほうが効果は高いという。

BPSDの治療法にも選択肢はあるが、東海林氏が最も強調したいのは「BPSDの興奮・妄想・徘徊にはマイナートランキライザーと眠剤は絶対禁忌」ということだ。安易に用いるとかつて記憶力を落としてしまうことになる。

新薬の動向と「早期発見」の手掛かり

抗認知症薬の動向としては、海外ではドネペジルとともに標準治療薬として使われているガラントミン、リバスチグミン貼付剤、メマンチンが、

2010年2月から3月にかけて相次いで国内申請された。

ガラントミン、リバスチグミンはいずれもドネペジルと同様にアセチルコリンエステラーゼ阻害薬に分類され、ADの進行に関与するアセチルコリンの分解を遅らせる。メマンチンはNMDA受容体阻害薬で、同受容体の過剰興奮による脳の神経細胞死を防ぐ。

「メマンチンは効果が長く維持できるため、欧州・米国と同様にアセチルコリンエステラーゼ阻害薬との併用が進むのではないのでしょうか。その他、開発中の新薬についてはあまり芳しい進展はみられていません」(東海林氏)。

BPSDでも明確なエビデンスを持つ薬剤はなく、認知症とBPSDの治療は当面、本人の状態をよく観察し、こまめな対応が求められることになりそうだ。家族教育の充実やグループホームの活用などさまざまな工夫が必要となる。

「30年前は内科・外科病棟とも患者さんの主な年齢層は50代が多かった。いまは70～80代で、そのうち1～3割は認知症です。かかりつけ医の診療現場でも80歳の3割、90歳では5割を占めます」(東海林氏)。

つまり、日本の医師は診療科の別なく認知症患者と触れあっている。患者のかなりの部分が程度の差はあれ認知症だという事実を目を向けたいと東海林氏は言う。認知症対策の究極の手法ともいえる早期発見は、目の前にいる患者のわずかな変化に気づくことから始まるのかもしれない。

急性期入院料や外来医療を評価

2010年度の診療報酬改定では、認知症医療について、より急性期の入院料が引き上げられ、また認知症治療病棟退院調整加算など3項目が新設された。これら認知症医療に対する評価について、病院経営者の立場から大垣病院の田口真源先生に聞いた。

認知症疾患医療センターが要に

2010年度の診療報酬改定では、認知症医療が一段と評価された(図10)。認知症病棟入院料が見直され、より急性期の医療に高い保険点数が設けられた。認知症に対する入院治療は、中核症状はもとより周辺症状(BPSD)や身体合併症への対応が重要であり、これらに手厚い対応ができる認知症病棟の役割は大きい。

ただし、重症の認知症患者が来院する現状においては、短期入院で治療を終えることは難しく、入院が長期に及ぶケースも多い。

重症患者については入院段階で退院後の受け入れ先を探すものの、なかなか見つからない状況にある。症状が重症化してからでは患者家族はもちろんのこと、医療機関、福祉施設にとっても難しい対応を迫られることになる。

このため精神科としては認知症初期の段階から治療に関わる必要性を痛感している。認知症は症状の進行度合いや身体合併症などの状況に応じて、精神科医療、一般科医療、日常生活介護などが弾力的に双方向で連携する必要がある(図11)が、大切なのは患者を初期から一貫して診ていくことであ

る。

国の施策ではこの点について、認知症疾患医療センターが専門医療相談、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症・周辺症状への急性期対応など、初期段階からの一貫した対応により、地域で中核的な役割を果たすことになっている。

今回の診療報酬改定では、認知症外来医療が評価され、新たに認知症専門診断管理料500点(1人1回につき)が設けられた。算定要件は認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った

1-2 認知症医療の推進について

- 認知症医療の推進について
- 1. 認知症病棟入院料の見直し

現行	改定案
【認知症病棟入院料1】(1日につき)	【認知症治療病棟入院料1】(1日につき)
イ. 90日以内の期間 1,330点	イ. 60日以内の期間 1,450点
ロ. 91日以上の期間 1,180点	ロ. 61日以上の期間 1,180点
【認知症病棟入院料2】(1日につき)	【認知症治療病棟入院料2】(1日につき)
イ. 90日以内の期間 1,070点	イ. 60日以内の期間 1,070点
ロ. 91日以上の期間 1,020点	ロ. 61日以上の期間 970点

- 新設

認知症治療病棟退院調整加算 100点(退院時1回)
[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していること。

- 2. 認知症外来医療の評価

- 新設

認知症専門診断管理料 500点(1人につき1回)
[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

- 新設

認知症専門医療機関連携加算 50点(月1回)
[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

中央社会保険医療協議会総会の資料をもとに編集部作成

図10 2010年度診療報酬改定における認知症医療の評価

場合としている。

しかし、現在、同センターは全国に50施設程度しか整備されておらず、また偏在しているのが現状である。認知症患者は年々増加傾向にあり、同センターは2次医療圏に1カ所整備することが望ましいと考えている。

精神科は患者やその家族から敷居が高いとみられているが、同センターの設置により認知症に関する相談がしやすくなることが予想され、認知症の重症化を防ぐためにも同センターの早期整備が求められる。

専門医と一般医の連携加速を期待

また、新設項目として認知症専門医療機関連携加算50点(月1回)も設けられた。算定要件は外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算するとしている。この項目も

認知症患者を地域全体で診ることの重要性を示しており、認知症専門医と一般医との間で連携が進むことが期待される。

ただし、専門医には神経内科医、精神科医等が並列で含まれているが、神経内科医は診断医、精神科医は治療医という側面を持っているため、その役割を明確にすべきである。もちろん、神経内科医と精神科医が連携することが重要である。

新設項目としては、認知症治療病棟退院調整加算も設けられ、退院時1回100点という保険点数が算定できるようになった。算定要件は専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していることが明記されている。

だが、これらスタッフの退院調整に関わる労力は、先述の理由から相当なものであり、より一層の評価が求められる。

今回の診療報酬改定で認知症医療に光が当たったことは評価でき、認知症疾患医療センターが十分に整備され機能すれば、認知症初期



田口 真源

医療法人静風会大垣病院 院長

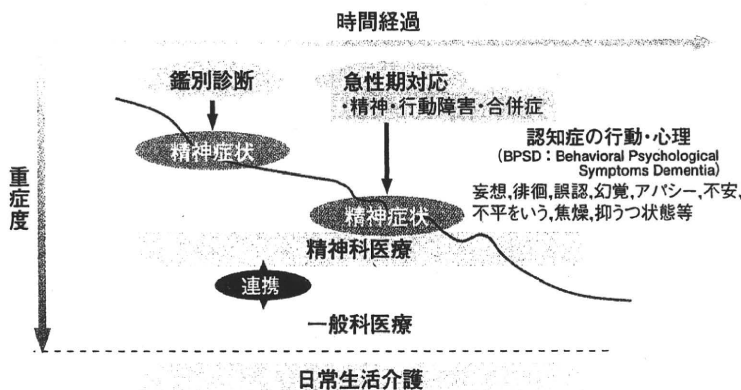
1956年生まれ。81年金沢医大卒。91年金沢医科大学医学部神経精神医学教室講師。94年大垣病院院長。岐阜県精神科病院協会副会長。日本精神科協会高齢者対策・介護保険委員(4月より委員長)。日本精神神経学会専門医、日本老年精神医学会専門医、日本睡眠学会認定医、医学博士。

治療のケースが増加し、ひいては患者の早期退院、早期社会復帰が実現可能になる。

精神科にはBPSD等により、家族関係が最悪の状態となって初めて来院する患者が多い。また、福祉施設でも対人関係が崩壊して最後に精神科に患者を紹介するケースが多々あるのが実情である。

わが国の認知症医療体制が現状のまま推移すれば、行き場を失った患者が“認知症難民”となり、社会的にもこれまで以上に大きな問題となるだろう。

こうした状況に陥らないためにも、認知症疾患医療センターが患者・家族と地域の専門医療機関、一般医療機関、大学病院、福祉施設等の橋渡しを行い、地域全体で診療できる体制を構築することが喫緊の課題である。



中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の資料をもとに編集部作成

図11 認知症の経過と医療の必要性

11. 社会的・制度的支援と家族介護

1) 介護保険*

● 遠藤英俊** / 三浦久幸**

Key Words : care insurance, nursing-care, *Nin-Nin Kaigo*, prevention of elder abuse

キーセンテンス

- ・ 認知症家族支援プログラムなどを通じて家族介護を支援することができる。
- ・ 老老介護や認認介護が大きな問題となっている。
- ・ 認知症の正しい理解をすすめる、高齢者虐待の防止が重要である。
- ・ 若年性認知症に関するコールセンターが設置された。

はじめに

認知症診療において、家族介護は個別性が高いとはいえ、精神的・身体的介護負担があり、社会的支援・制度的な支援がないと困難な場合が多い。認知症診療において制度を熟知することが必要であり、適宜アドバイスすることが認知症のマネジメントにおいて重要であろう¹⁾。また高齢者の介護は近年、核家族化や女性の社会進出の影響で、配偶者による老老介護やさらに認認介護が顕著になってきている。現状で最後まで自宅で介護することはますます困難になってきている。その点でも介護保険制度による介護支援は重要である。一方、いかに家庭介護を支援して一日でも長く在宅療養を継続させるか

が重要なポイントであり、在宅療養の支援、すなわち家庭介護の支援が重要な行動である。本章では社会的・制度的支援と家庭介護のあり方と今後の動向について概説する。

社会的・制度的支援

日本が高齢化社会から超高齢社会に急速に変化し、要介護高齢者の増加に伴い、高齢者の介護問題が家庭でも社会的にも負担になり始め、制度として介護保険を創設する必然性があった。また一方、制度家族の人数が減少し、家庭で介護をする環境が困難となり、介護を提供する制度が経済的にも現状でも介護保険が必要となった。介護保険制度は、このように介護問題を国として解決する一つの手段として創設された。これまでに福祉は措置制度が原則であったが、公的保険制度を導入することで、福祉を措置制度から契約制度へと大きく転換した。また、主体は利用者であり、利用者の自己決定、自己選択を原則とした。また、介護事業者の参入が自由化され、民間活用がねらいの一つとなった。こうした背景の上で、介護保険法は2000年4月に施行され、2006年4月に改正された。介護の社会化や、自立支援、サービスの民間化などを目的に介護保険が創設された。改正においては、主な内容としては、介護予防が重視され、新たな介護予防サービスの開発と普及が行われた。

* 11. Social support system and nursing care. 1) Care insurance.

** Hidetoshi ENDO, M.D. & Hisayuki MIURA, M.D.: 国立長寿医療センター病院包括診療部(☎474-8511 愛知県大府市森岡町源吾36-3) ; Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Aichi 474-8511, Japan.

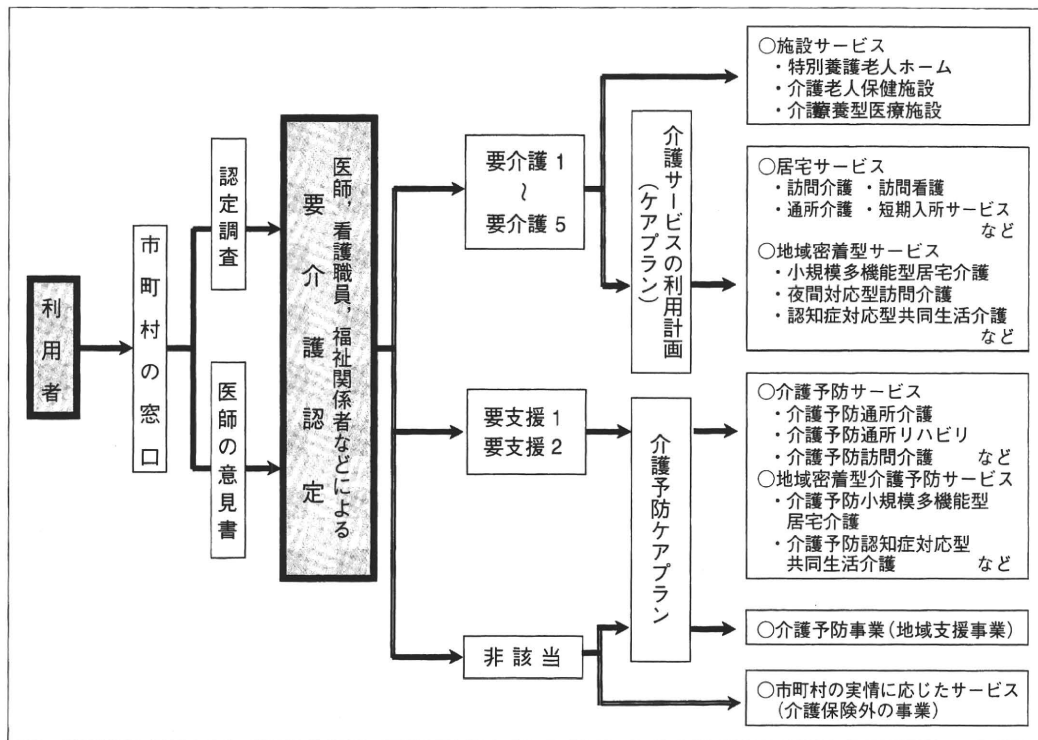


図1 サービス利用の手続きと内容

また、地域では地域包括支援センターが設立され、介護予防、虐待防止、地域包括ケアなどを行う多機能な地域の中核的な役割をもつ拠点が全国的に整備された。とりわけ地域において認知症の介護予防サービスはエビデンスがさらに必要ではあるが、今後期待できるサービスである。一方、施設においてはユニットケア化、小規模多機能居宅サービスの拡充が図られようとしている。

社会的・制度的支援の要は介護保険であり、介護サービスの利用の際には、保険者である市町村に申請を行う。始めの手続きとしては認定調査を受け、主治医意見書が必要となる。その結果を受け、各地域の介護認定審査会で検討される。その後市町村長の名前で認定が通知される。新しいサービス利用の手続きと内容を図1に示した。2006年4月からはこれまでのデイサービスやショートステイなどの介護サービスに加え、介護予防サービスが加わった。こうした介護サービスを利用しつつ、在宅介護を継続したり施設を利用することになる。この点では日本

における介護は量的にサービスが充実したことはいうまでもない。今後は介護は質的な向上をめざす必要がある。

また介護保険では、さらにサービス内容を担保し、本人の自己決定を支えるためにケアマネジメント制度を導入している。障害をもつ人に対してアセスメントを行い²⁾、ケアプランを立案した後介護サービスなどを提供し、その後モニタリングをする一連の行為をケアマネジメントという。ケアマネジメントが介護サービスや施設利用において必要な制度として位置づけられた。

さらに認知症ケアの方向性として、政策的に現在検討されていることは地域包括ケアの進展であり、地域の資源に応じたサービスの提供をめざしており、メインは小規模多機能居宅介護の設置である。また、地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師はとくに認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある³⁾。こうしたサービスは「生活圏」単位のサービス基盤の整

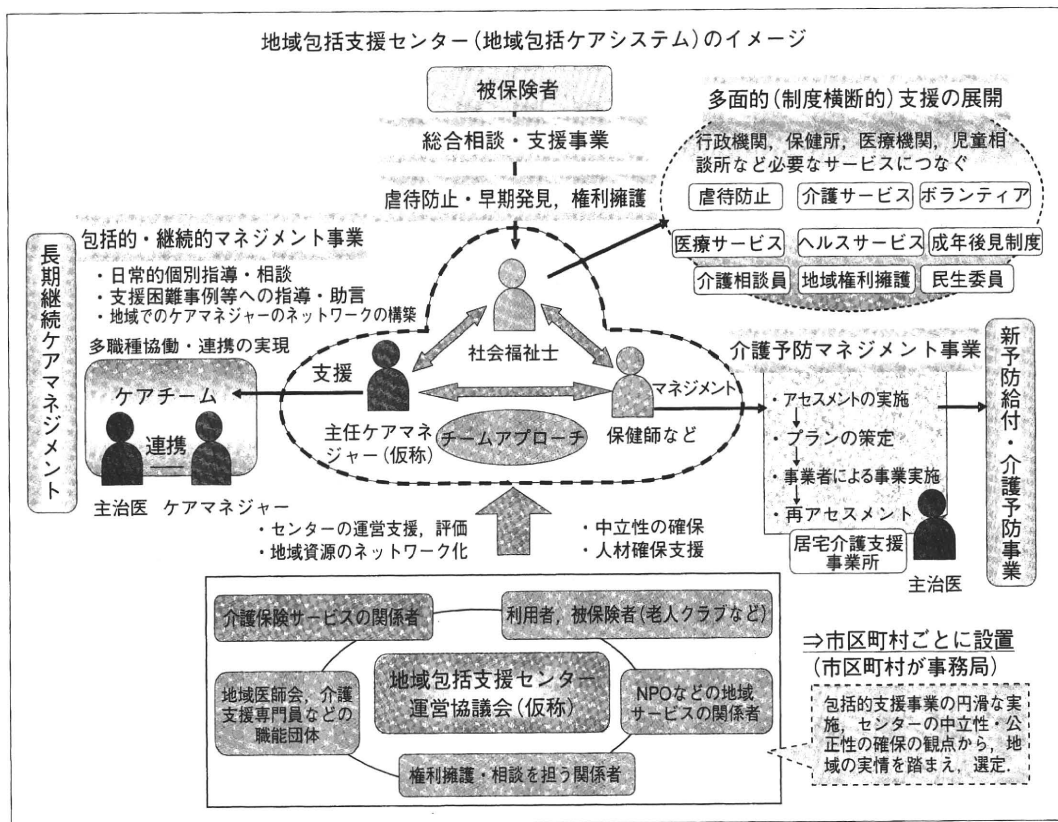


図2 地域包括支援センター

備が考えられており、認知症ケアに関する人材育成(専門資格化を含む)が重要であり、高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも重点が置かれるようになってきている。

改正介護保険の目玉は全国3,800箇所に及ぶ地域包括支援センターの開設である。総合的な介護予防システムの確立やケアマネジメントの体系的な見直しを踏まえ地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として創設されている。専門職種として社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの保健医療福祉に携わる専門職種を必置とされている。認知症や介護者もこの支援センターの直接もしくは間接的に対象となる。図2に地域包括支援センターを図示し、表1にその機能をまとめた。認知症対策に対しても地域包括支援センターは利用される。介護予防や相談支援、さらに高齢者虐待防止がその役割である。さらに地域包括支援センターは高齢者虐待の通報受理機関である。高齢者虐待の8割

表1 地域包括支援センターの4つの機能

- ①総合的な相談窓口機能
 - ・初期相談対応, 相談支援, 実態把握, 権利擁護 など
- ②介護予防マネジメント
 - ・介護予防プランの作成などの介護予防サービスの利用に要する業務
 - ・介護予防サービスの一部実施 など
- ③包括的マネジメント(マネジメントの統括)
 - ・市町村, 関係機関との調整
 - ・ケアマネジメントなどのバックアップ など
- ④権利擁護

程度は認知症があり、虐待を防止するための早期発見と介入を行う必要がある。そういう背景から高齢者虐待防止・養護者支援法が成立した。とくにこの法律では介護者支援に配慮する必要性を示した。医師はとくに身体虐待を発見する場合があり、適切な対応を要する高齢者ある。生命にかかわる高齢者虐待は通報義務がある。

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村

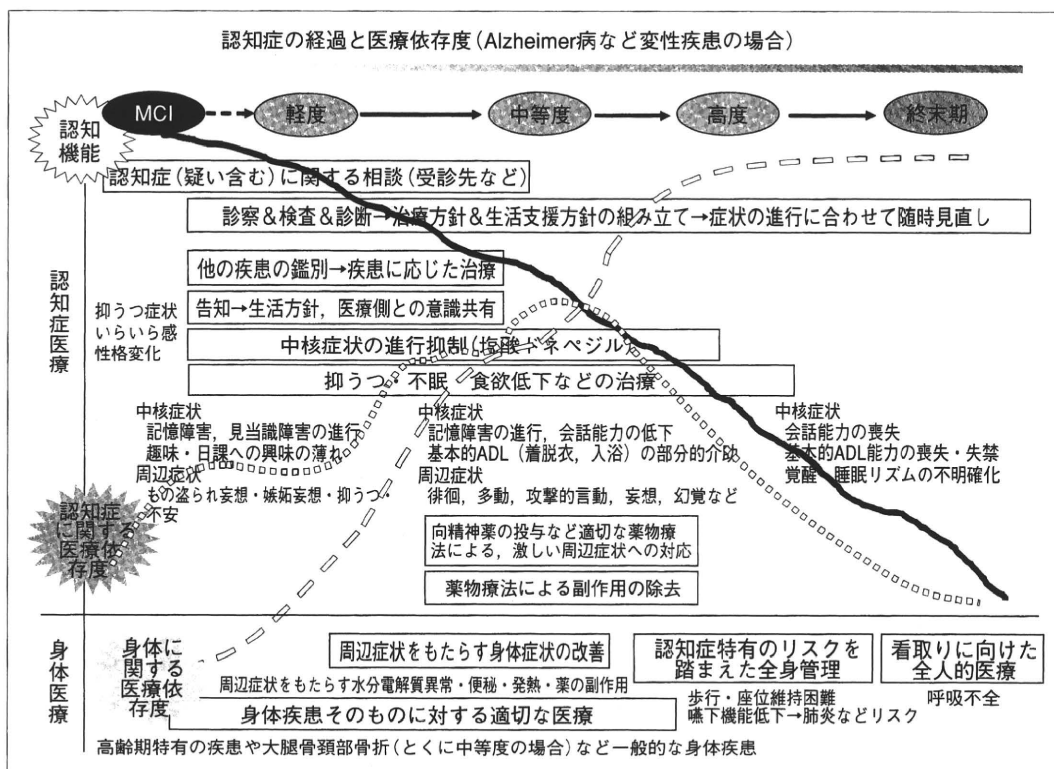


図3 認知症の経過と医療依存度 (東京都福祉保健局編資料を一部改変)

の指定, 監督を行うサービスが位置づけられた。とくに小規模多機能居宅介護サービスは在宅を一日でも長く在宅をつづけ, リロケーションダメージを回避することで, 新しい形のサービスといえる。認知症をもつ人にとって有用な地域の認知症や独居高齢者対策サービスとして期待される。その後有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。今後は民間の高齢者賃貸住宅等の住居の拡充が予想される。さらにサービスの観点からはインフォーマルケアの役割は今後ますます大きくなるであろう。

家庭介護

家庭介護を支援するためには, 家庭介護の限界があることを知りつつ, 介護の知識をもってもらうことが重要であり, そのために家族教育が必要である⁴⁾。たとえば, 認知症の家族支援プログラムなどがそれである。介護サービスの利用の仕方を知り, 病気の知識をもつことが重要である。そして, 介護の実践の中での仲間作りが重要であり,

いつでも相談できる場所をもつことが求められる。その後, 実際に介護の利用の仕方を知り, 相談窓口としての地域包括支援センターへの相談することを知ることが原点となる。

家庭介護におけるステージアプローチ

ここでは家庭介護の中でもとりわけ認知症の介護について総括する。医師としては認知症の進行にあわせて, 医療対応をベースにケアや対応に関する指導が必要となる。認知症のステージ別の家庭介護について, 時期にあわせて必要な支援をまとめる。図3に認知症の経過と医療依存度について示した。この図を踏まえて適切な時期に適切な診療やアドバイスを行うことが求められる。

1. 早期認知症介護

認知症の告知を受けたのちのショックを家庭でどう受けとめるか, どう受けとめられるかが重大な課題である。早期から地域密着型サービスや地域包括支援センターが認知症の人と家族を支えることができれば診断後に混乱すること

なく、病気の受容が可能となる。また、地域の家族会の支援も精神的な支援が可能となり重要な意味をもつ。また、仕事をもっていたり、子供が小さいなど、さまざまな課題がある場合もあり、コールセンターなどで地域の情報が入手できればより心強い。

2. 初期認知症介護

初期から介護サービスの利用が重要な意義がある。地域での情報があり、早期からデイサービスやショートステイなどのレスパイトケアを利用することが重要である。そのためには介護保険の利用がポイントとなる。申請をし、要介護認定を受けることが第一歩となる。この時期には薬物療法も重要であるが、とくに病気の悪化の予防のための取り組みが重要となる。

3. 中期認知症介護

この時期はBPSDがしやすい時期でもあり、ケアマネジャーと相談して、よりよいケアプランを立案し、サービスを効率的に利用することである。とくに認知症のセンター方式などの利用が有効である。可能な限り在宅療養を続けるようなサービスの利用が重要となる。

4. 重度認知症介護

認知症の末期はさまざまな形がある。転倒、骨折がきっかけとなり、寝たきりになりやすい。この時期になると在宅サービスでは訪問看護の利用なども行われる。また、介護負担から施設利用も増加する時期である。さまざまな施設形態があり、症状や本人にあわせた適切な施設を選択する必要がある。

5. 終末期認知症介護

認知症が長期になると嚥下障害が出て、肺炎を起こしやすくなる。終末期には経管栄養などを行うかどうか問題となる。また、人工呼吸器を装着するかなども大きな課題であり、可能な限り早期に本人のふだんからの意向を聞いておくことが重要である。

その他の認知症介護

1. 男性介護者について

最近では核家族化し、認知症の家庭介護においても高齢の配偶者が行うことも増加しており、

老老介護や認認介護も問題がよく報告されるようになってきている。なかでも男性介護者は慣れない家事などをはじめ、身体的・精神的な負担があるため、過大も山積している。介護サービスを利用するなどして高齢者虐待に至らないような支援が必要である。

2. 若年性認知症対策について

若年性認知症の家庭内の課題は高齢者の場合とは異なる面もあり、経済的・生活の問題や仕事の問題など特別な対応が必要な場合もある。厚生労働省も2008年の緊急プロジェクトを踏まえ、認知症対策を重点課題として、2009年10月からはコールセンターを設置した。これにより家庭介護の課題も電話で相談できる体制が開始された。

3. 高齢者虐待について

介護負担が昂じた場合や、経済的な問題があると家庭内の虐待が起こる場合がある。高齢者虐待の被害者のうち6割から8割に認知症があるとの報告もある。家庭介護の限界を知りつつ、支援することで高齢者虐待数を減少させたいと考えている。まずは誰しもが認知症の理解を深め、自分のこととして介護や生活を考える必要がある。

おわりに

本稿では介護保険制度を踏まえて、家族や要介護高齢者に対して必要な社会的・制度的な支援と家庭介護について、総括した。また、新しいケアの形としての地域包括ケアやインフォーマルケアの促進こそが重要となることを概説した。今後のケアの発展に期待したい。

文 献

- 1) 中村重信・編著. 痴呆疾患の治療ガイドライン. 東京: ワールドプランニング; 2003.
- 2) 認知症の人のためのケアマネジメント. センター方式の使い方・活かし方. 東京: 認知症介護研究・研修東京センター; 2005.
- 3) 遠藤英俊. 痴呆性高齢者のクリティカルパス. 愛知: 日総研; 2004.
- 4) 遠藤英俊. 認知症・アルツハイマー病のよくわかる本. 東京: 主婦の友社; 2008.



国立長寿医療研究センター
内科総合診療部 部長

遠藤 英俊
えんどう ひでとし

ジャマイカへの旅

今回私が紹介する旅は講演のため訪れたジャマイカである。ジャマイカへの旅は日本からニューヨーク経由で十七時間ほどの行程である。二〇〇九年五月に、事前の検討を行ったところ、外務省ホームページの危険情報ではジャマイカは、首都キングストン市のダウンタウン地区及びスパニッシュ・タウンなどの首都圏を中心に、武器や麻薬の密輸に絡んだギャング同士の抗争による殺人事件が発生するなど、治安は深刻な状況にあるとされていた。

ジャマイカは大アンティル諸島で三番目に大きい島であり、キューバから一六〇km南に位置する、面積一〇九九一km²の島国である。山がちな島で中央部には山脈が連なり、国内最高峰は首都キングストンの東部近郊にあるブルーマウンテン山脈のブルーマウンテン山(標高二二五六m)である。その名にちなんだブルーマウンテンコーヒールはあまりに有名である。観光も主要産業で、モンテゴ・ベイやオーチョ・リオスなどは、有名なリゾート地である。次回は必ず訪れたい場所である。公用語はイギリス英語である。首都はキングストンであり、ノーマン・マンレー国際空港を擁し、政治、経済、金融、全ての政府組織がある中心地である。また世界中で聞かれている音楽レゲエ発祥の地であり、レゲエの神様ボブ・マーリーの銅像や博物館がある。日本人も観光目的に訪問するが、レゲエミュージアムの訪問を目的とした観光客が多い。

このような情報と、見知らぬ土地への関心もあり、両者が混在した不安な気持ちのまま機上の人となった。ジャマイカの空港へは夜遅くつき、不安な面もあったが、主催者が車を手配してくれていて、安心した。日本人にとり交通手段の確保は重要である。ジャマイカでも高齢化がはじまり、特に栄養の改善により糖尿病が増加し、脳卒中が課題になってきている。その中でジャマイカでは血管性認知症が目立つようになり、講演会のメインテーマは「血管性認知症の現状と対策」であった。二日間の会議では気づくと参加者はほとんど大学等の医師・研究者であり、九〇%以上が黒人であった。日本の認知症の医療とケアの現状を報告したが、脳SPECTはジャマイカでは一台もないとのことであった。また打ち上げは屋台のようなモールで食事した。カリブ海一との触れ込みであったが、味は普通であった。こうして三泊四日のジャマイカの旅は終わった。帰国するにはどうしてもニューヨークで夜間にトランジットする必要があり、ニューヨークで二泊して友人に会って帰国した。ジャマイカへの旅は他の旅行と異なり、異なる人種や文化について考えさせられる旅であった。

2. 音楽療法

遠藤 英俊*
えんどう ひでとし

佐竹 昭介*
さたけ しょうすけ

洪 英在*
ほん よんじえ

田代真耶子*
たしろま やこ

三浦 久幸*
みうら ひさゆき

近藤 真由**
こんどう まゆ

- 音楽療法とは心身の障害の軽減回復，機能の維持改善，生活の質の向上を目的に意図的，計画的に音楽を治療として用いることである。
- 音楽療法は受動的音楽療法と能動的音楽療法との2つに分けられる。
- 音楽療法の実践においては認定音楽療法士も存在し，全国的にもさまざまな取り組みがなされている。
- 認知症に対して能動的音楽療法によるエビデンスを示していく必要がある。

Key Words 認知症，受動的音楽療法，能動的音楽療法，認定音楽療法士，fNIRS

音楽療法とは音楽の持つ生理的，心理的，社会的働きを用いて，心身の障害の軽減回復，機能の維持改善，生活の質の向上，問題となる行動の変容などに向けて，音楽を意図的，計画的に使用することである。したがって認知症に対しても，治療上の効果を期待して行うこととなる。たとえ認知機能は改善せずとも，QOLの向上に繋がるなど，何らかの効果を示す根拠が必要である。音楽療法の実践においては認定音楽療法士も存在し，さまざまな取り組みがなされており，少なくとも認知症に対して能動的音楽療法による効果を示していく必要がある。これまでに当センターでは認知症高齢者に対して外来や病棟での音楽療法の長年の経験をもっている。さらに我々のグループでは音楽療法の実践と，脳血流を測定することで，音楽の持つ生理的かつ客観的評価をめざしている。本稿ではその現状と課題について総括する。

□ 音楽療法とは？

日本音楽療法学会による定義によれば，音楽療法とは「音楽の持つ生理的，心理的，社会的働きを用いて，心身の障害の軽減回復，機能の維持改善，生活の質の向上，問題となる行動の変容などに向けて，音楽を意図的，計画的に使用すること」とされている。

音楽療法の歴史は古く，古来より音楽は人々の

心身を癒す目的で用いられてきた。旧約聖書には，ユダヤの王サウルのこころの病を治すために，羊飼いのダビデが豎琴を弾いて治療したと記されている。音楽は人々の暮らしや宗教と深く結びつき現在に至っており，音楽によってこころが鎮められたり，逆に鼓舞されたりするなどの効果があることを，人々は皆，経験的に知っていた。その後，第1次世界大戦で負傷した兵士に対する心身のケアに音楽療法が用いられ，アメリカ，ヨーロッパを中心に発展した。第2次世界大戦後，アメリカでは大学の教育プログラムの1つに音楽療法コースが設立されたが，日本でもアメリカの論文に影響を受けた櫻林仁が1962年、『生活と音楽』を記し，この頃からわが国における音楽療法は始まった。当初は障害児教育の分野で行われていたが，現代では精神科，高齢者，健常者など医療，福祉，教育の領域に活動の場を拡げている。

このように，音楽療法の対象領域が幅広いのは，音楽には多種多様なジャンル，楽曲があり，あらゆる年代のさまざまな好みや気分などのニーズに応えることができるため，幅広い対象者に，あらゆる目的に応じた音楽療法の提供が可能であるからである。

音楽療法は，その実施形態から大別すると，受動的音楽療法と能動的音楽療法との2つに分けられる。前者は，音楽を受動的に聴取することで治

*国立長寿医療研究センター **東海大学

療効果を得ようとするもの、後者は対象者自身が歌ったり楽器を演奏したりすることで効果を得ようとするものであるが、それぞれ対象者、その目的に応じて使い分けられ、実施されている。

しかし、音楽療法で得られる効果は主観的には感じられるものであっても、客観的指標によってデータで示すことが難しいために、医療の代替、補助療法としては正規の立場を得られていないのが現状である。

□ わが国における音楽療法の現状と今後

1960年代以降、日本でも障害児、精神科、高齢者施設などの各領域で音楽療法が取り入れられるようになり、当初は臨床音楽療法協会とバイオミュージック学会とが、2001年に統合される形で日本音楽療法学会が設立され、現在では全国で6,000人を超える会員を擁する団体である。現在日本には、その日本音楽療法学会の認定音楽療法士が1,631名(2009年6月現在)いる。しかし、その多くは正職員という正規の立場を得られず、非常勤であったり、もしくは別の資格を有して(たとえば介護職員として)勤務するかたわらで音楽療法を行っていたり、ボランティアで行っているなど非常に不安定な立場にあり、専門職として認められていないのが現状である。現在、日本音楽療法学会は音楽療法士の国家資格化、音楽療法の保険点数化などを働きかけているが、今後、音楽療法が医療の代替、補助療法として認められるためには、客観的指標によって効果を証明し、そのデータを積み重ねていくこと、また音楽療法がどこでも同じレベルの療法が受けられるよう教育を充実させ、音楽療法士の質を向上、安定させることが必須である。

□ 音楽療法が認知症患者に貢献できること

客観的指標を用いて音楽療法の有効性を検討した研究のうち、とくに認知症領域での効果の証明に関与すると思われる研究の一例を報告する。

はじめに、前頭前野の賦活化に音楽聴取が貢献できることを示したデータの1例を示す(図1)。このデータは、日立メディコ社製光トポグラフィ(ETG-100)を用い、健常成人15名に対し

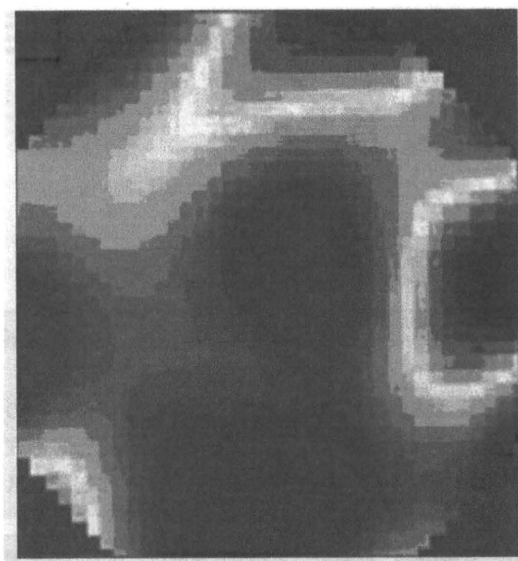


図1 タスクB(能動的)聴取時の前頭前野賦活化の一例

て行ったものである。タスクとして使用したのは、J.S. バッハ作曲 平均律クラヴィーア曲集第1巻第1番ハ長調プレリュードの冒頭1分間であり、聴取A(受動的聴取)と聴取B(能動的聴取)をABABAの順に交互に聴取するブロックデザインで行った際の、前頭前野の賦活状態を捉えたものである。すなわち、被験者は同一の曲を、聴取AではBGMのように受け身に聴き流し、聴取Bでは楽曲に集中し、積極的、能動的に聴取するよう指示した。したがって、同一の曲を聴取する際に、AとBとでは聴取する態度のみを意図的に替えるという複雑なものであったため、その指示が正確に行える健常成人15名に対し行った。

図1は、受動的に聴き流した聴取Aより、能動的に聴取したBで賦活した部位が赤色で示されている。このように、タスクBでより前頭前野が賦活していることを示している。つまり、耳から入ってくる聴覚情報は全く同一の音楽でありながら、意図的に聴取する心構え、態度を替えるだけで、前頭前野の賦活状態は変化するということを示したデータである。この傾向は移動の差はあれ15例全例でみられ、統計的にも有意であった²⁾。

音楽を受動的に聴取することは、どんな状態であっても(ベッド上安静であっても、電車で通勤

中でも) 手軽に用いられる音楽療法の1つの形である。しかし、ただBGMとして聴き流した場合と、積極的に能動的に聴取した場合は、このように前頭前野の血流状態に違いが生じることが示された。このことから、認知症予防や、認知機能の改善に音楽療法を用いる場合、前頭前野を賦活させることが重要であるため、いかに音楽療法に能動的に、やる気を持って取り組むかがその効果を左右するといえる。

次に、認知症患者の意欲、積極性に関与する事例を紹介する。認知症患者の前頭前野を測定した1例である。この研究は、島津製作所製fNIRS(近赤外線分光法)を用い、認知症患者がMMSEを行っている際の前頭前野を計測したものである。すなわち言葉に詰まるような、ご本人にとってわからないことを答えているときと、ご本人にとって答えやすい、すらすら解答が出てくるようなときとを比較したところ、後者のほうが脳局所の血流が増加した。このように、本人にとって得意なことを話すような状況であれば、話そうとする意欲が高まる。当然のことながら、発話が増え、発話が増えれば前頭前野は賦活するというを示している。これらの結果から、たとえ認知症症状があっても、一生懸命、何かに能動的に取り組めば、前頭前野は賦活されるということが示された。しかしそのためには、本人の好きなことや得意なことで、やる気が出るよう、意欲的に取り組めるようにすることが必要といえる。つまり、音楽療法の効果を高めたかったら、対象者の好みをきちんと把握して、好み、気分にあうもの、意欲的に取り組めるものを提供することが大切であるといえるのではないか。そのことが、音楽療法の効果をより高めるための留意点である。

□ 音楽療法の認知症領域での発展性

超高齢化社会に突入しようとしている日本で、平成22年現在の高齢化率は22.5%と、実に人口の4人に1人が65歳以上の高齢者になろうとしている。また、日本人の平均寿命が延び、高齢化社会が進むなか、65歳以上の高齢者のうち8.1%が認知症を有し、85歳以上では27.3%に上るといえる。

高齢者の方々には、ただ長生きするのではなく、健康に心豊かに暮らせる老後が求められる。したがって、認知症の発症を少しでも遅らせること、認知症を発症せずに天寿を全うできる人を増やすこと、すなわち認知症の予防、進展抑制が大切であり、音楽療法はその一部に貢献できると考える。

音楽療法には、回想法と類似の効果があるといわれているが³⁾、見当識が失われていくなか、断片的な記憶の世界で生きる認知症患者にとって、昔懐かしい音楽は、過去と今の自分とがつながる時間ということができ、これが回想法と同様の効果を与えると考えられる。また、音楽を用いた回想法では、よりポジティブな回想を促すなどの効果もあるといわれている⁴⁾。

また、音楽を用いることで活動性が向上したり、身体運動を誘発するなど脳にも好ましい刺激となり、認知機能が向上したり、残存機能を最大限に高めたり、精神的安定を促したり、ひいては高齢者のQOLを向上することにつながるなどの効果も得られる。このような、音楽が脳や心身に与える物理的な刺激や、療法の場で患者とセラピストが交わす温かな時間、精神的充足、それら両面が脳の可塑性をも促進し、脳内のネットワークを再度、構築、強化し、認知機能を向上させることにつながると思える。このように、音楽療法は認知症患者にさまざまな効果をもたらすことから、高齢者領域での音楽療法の導入は今後さらに増加するのではないだろうか。しかし、個々にスポットをあてた療法としてではなく、ただ単に大勢の人を楽しませることを目的とした音楽レクリエーションのようなところも多い。もちろん、レクリエーション自体を否定するつもりは全くないが、やはり療法として行うのであれば、セラピストが専門性を活かし、きちんとした目的を持ち、個々の患者の嗜好に合わせた音楽療法の提供が重要である。

まとめ

高齢化社会の現代、今後ますます認知症患者の増加が想定されるわが国で、寝たきりではなく元気に生き生きと暮らせることが求められる。高齢者を対象とした音楽療法では、機能の維持および

改善, 活動性の向上, 認知症予防, 認知症の進行を遅らせる, QOLの向上などが期待される。

音楽療法で認知症そのものを改善することは難しい。しかし, 認知症の中核症状である認知障害, 記憶障害, 見当識障害などは, 患者の心理状態や身体的状況によって左右されることから, それらの症状に音楽療法が貢献できることは少なくない。また, 認知症の進行を遅らせたり, 認知症予防に必要な前頭前野の賦活化は, 音楽を用いたアプローチであれば, より活動性を高めたり, 楽しんで行うことができるなどトレーニングが容易となる。たとえば, ある言葉のみを抜いて歌うトレーニングでは, 注意, 集中を促し, 認知機能の向上を目的とした活動となり, 季節に合った歌を歌うトレーニングでは, 見当識強化, そしてそこから回想法のような展開にもつながる。

こういった脳に刺激となるようなトレーニングも, 音楽療法であれば楽しんで取り組み, さらに意欲的に取り組みれば前頭前野も賦活化すると, 認知症患者に音楽療法を用いる利点は数多い。認知症そのものの改善には至らなくても, 対象者が健康に, 心豊かに, その人がその人らしく, 周囲との関係も良好に天寿を全うする……, そこに音楽療法が貢献できることは少なくない。

文 献

- 1) 渡辺恭子: 老年期認知症患者を対象とした音楽療法に関する研究。風間書房, 東京, 2008
- 2) 近藤真由, 灰田宗孝, 村上 優, 他: 音楽療法の新しい客観的指標の探索—聴取状況による違い: 受動的音楽聴取と能動的音楽聴取。日本音楽療法学会誌 7 (2): 138-144, 2007

こうして乗り切る、切り抜ける 認知症ケア 家族とプロの介護者による究極の知恵袋

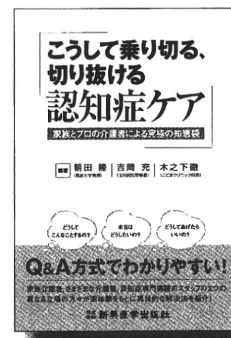
編著: 朝田 隆(筑波大学教授)
吉岡 充(上川病院理事長)
木之下徹(こだまクリニック院長)

本邦認知症 BPSD の第 1 人者が、実際に現場で日々なされている創意工夫を
あますことなく紹介。知っているだけでラクになる知識が満載です。ドク
ターもケアスタッフも、家族もみんなで読んで下さい。

認知症ケアの現場でよく起こる「困った」「キレそう」な場面を厳選。介護に
携わる人々による多方面からの視点を元に練られた、具体的で現実に役立つ
対応策を Q&A で紹介。

主要目次

在宅の認知症の人への対応/介護スタッフ・関連職域の人たちの疑問や悩み/
病院・施設での認知症対応/起こりがちな病気と障害/用語解説



A5判 204頁
定価1,785円
(本体1,700円+税5%)
ISBN978-4-88002-809-5



株式会社 新興医学出版社
〒113-0033 東京都文京区本郷6-26-8

TEL 03-3816-2853 FAX 03-3816-2895
http://www.shinkoh-igaku.jp
e-mail: info@shinkoh-igaku.jp

特集

高齢者の幻覚妄想；妄想性同定錯誤症候群とその周辺



高齢者の幻覚妄想と病理学的背景

藤城弘樹，井関栄三

抄録

頻度の高い変性性認知症であるアルツハイマー病（AD）とレビー小体型認知症（DLB）の病理診断基準を示し、加齢に伴う脳病理変化と変性性認知症の連続性という観点から、老年期の幻覚妄想の病理学的背景について考察した。妄想性同定錯誤症候群はレビー小体病に疾患親和性を有するが、常に症状を認めないことから、発現機序を病理学的背景のみで説明することは困難であるかもしれない。

Key words：レビー小体病，神経原線維変化，老人斑，病理診断基準，カプグラ症候群

老年精神医学雑誌 21：671-676，2010

はじめに

若年期の精神疾患の既往がなく、老年期になって初めて幻覚妄想を呈することはまれではない。加齢とともにその頻度が増加することから、加齢による脳病理変化が症状発現に関与している可能性が考えられる。幻覚妄想を呈する高齢者では認知症を伴うことが多いが、一方で明らかな認知症を呈さない場合もあり、高齢者の幻覚妄想の発現機序は一様ではないと思われる。

本稿では、頻度の高い変性性認知症であるアルツハイマー病（Alzheimer's disease；AD）とレビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies；DLB）の病理診断基準を示し、加齢に伴う脳病理変化と変性性認知症の連続性という観点から、老年期の幻覚妄想の病理学的背景について考察する。

妄想性同定錯誤症候群と疾患親和性について

妄想性同定錯誤症候群（delusional misidentification syndrome）は、人物・場所・物品・身体部位などに対して、妄想的に同定を誤る病態の総称であり、カプグラ症候群，*illusion de Frégoli*（フレゴリの錯覚），*syndrome of intermetamorphosis*（相互変身症候群），*syndrome of subjective doubles*（自己分身症候群）の4つの現象を含む¹⁰⁾。このうち最も頻度が高いのがカプグラ症候群であり、脳器質性疾患のうちDLBで多く認められることが報告されている¹¹⁾。最近，Josephs¹³⁾は、1996～2006年におけるMayo Clinicの臨床データを用いて、後方視的にカプグラ症候群を呈した患者の基礎疾患を検討した。47例中9例が機能性精神疾患や脳血管障害などの非神経変性性疾患であり、38例が神経変性疾患を有していた（表1）。神経変性疾患を基礎疾患とした群では、26例がレビー小体病（16例がDLB，10例が認知症を伴うパーキンソン病）であり、次いで7例がADであった。また，Ballardら¹⁴⁾は、剖検により

Hiroshige Fujishiro, Eizo Iseki：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・PET/CT 認知症研究センター
〒136-0075 東京都江東区新砂 3-3-20

表1 カブグラ症候群を呈した47例の基礎疾患

診断名	症例数
神経変性疾患：38例	
レビー小体病（レビー小体型認知症16例，認知症を伴うパーキンソン病10例）	26
アルツハイマー病	7
特定不能の認知症	3
前頭側頭型認知症	1
失語症を呈する認知症	1
非神経変性疾患：9例	
統合失調症	2
アンフェタミン中毒	2
脳内出血（脳腫瘍の外科的切除後の右前頭葉部位，心筋梗塞に対する抗血栓療法後のクモ膜下出血による左側頭葉部位）	2
壊死性髄膜脳炎に対する右側頭葉摘出術後	1
集中治療室における敗血症性ショックからの回復過程	1
右側頭頂葉部位の急性虚血性梗塞後	1

(Josephs KA : Capgras syndrome and its relationship to neurodegenerative disease. *Arch Neurol*, 64 : 1762-1766, 2007 をもとに作成)

確定診断に至った症例を用いた検討において、DLBでは40%に妄想性同定錯誤症候群を認めたのに対して、ADでは10%に認められたことを報告した。これらの報告は、妄想性同定錯誤症候群がAD、DLBのいずれの疾患においても数多く認められ、とくにDLBに疾患親和性を有することを示している。

2 アルツハイマー病の病理診断基準

ADの病理所見の構成要素として、神経細胞脱落に加えて、老人斑と神経原線維変化 (neurofibrillary tangle ; NFT) の形成が重要である。老人斑 (アミロイドβタンパクの沈着) は大脳を中心に広範囲に認められ、前頭・側頭葉の底面に最初に出現し、次いで一次運動・知覚野を除く新皮質に広がる。最終的には海馬、一次運動・知覚野を含む全大脳皮質に広範かつ高度に出現する²⁾。Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) 分類では、老人斑の大脳における密度によって、none, sparse, moderate, frequentに分類されている¹⁶⁾。NFTは、その脳内病理の進展過程によってNFT Braakステージが作成され、ステージの進展とともに認知機能障

害が進行する²⁾。すなわち、NFTは内嗅野皮質に最初に出現し、その後、大脳辺縁系皮質、新皮質に進展する。NFTが海馬領域に限局する時期がステージI-IIであり、主に辺縁系皮質に広がる時期をステージIII-IVとし、新皮質に広がる時期をステージV-VIと分類する。

ADの病理診断で頻用されるThe National Institute on Aging-Reagan Institute Criteria (NIA-RI)⁷⁾では、老人斑とNFTの両者の程度によって、low-likelihood (none, NFT Braak 0-II), intermediate-likelihood (moderate, NFT Braak III-IV), high-likelihood (frequent, NFT Braak V-VI)に分類され、病理診断が行われている。つまり、病理所見が臨床的なADらしさを反映することを意味し、病理所見のみで疾患の有無を決定づける明確な基準は示されていない。

3 レビー小体型認知症の病理診断基準

DLBの重要な病理所見は、神経細胞脱落に伴うレビー小体の出現である。しかし、パーキンソン病 (Parkinson's disease ; PD), 認知症を伴うパーキンソン病 (Parkinson's disease with dementia ; PDD) との臨床病理学的異同の問題や、AD

表2 レビー小体型認知症の病理診断基準

		アルツハイマー病理		
		NIA low (NFT Braak 0-II)	NIA intermediate (NFT Braak III-IV)	NIA high (NFT Braak V-VI)
レビー 病理	脳幹型	low	low	low
	移行型 (辺縁型)	high	intermediate	low
	新皮質型	high	high	intermediate

NIA : NIA-RI 診断基準, high : high-likelihood, intermediate : intermediate-likelihood, low : low-likelihood
 (McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, et al.; Consortium on DLB : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; Third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65 : 1863-1872, 2005 をもとに作成)

脳においてもレビー病理を認めることから、臨床診断と病理所見をどのように結びつけるかに関心が向けられた⁹⁾。このような背景から、第3回国際DLBワークショップにおいて、DLB臨床症候群を呈する病理学的背景としてlikelihoodの概念が導入された¹⁵⁾。すなわち、脳幹型、移行型(辺縁型)、新皮質型に分類されるレビー小体の脳内分布とAD病理の程度を考慮し、DLB臨床症候群を呈する病理所見を、high-likelihood, intermediate-likelihood, low-likelihoodに分類する試みである(表2)。この病理診断基準では、レビー小体の脳内分布が広範囲になるにつれてDLB臨床症候群(DLBらしさ)を呈する一方で、AD病理の程度が強くなれば、DLBらしさが目立たなくなることを意味している。

4 PD Braak ステージと臨床症状の関連について

NFT Braak ステージに対して、レビー病理の進展過程を示すPD Braak ステージ³⁾では、延髄の迷走神経背側核からレビー病理が出現し、脳幹部を上行性に黒質を経由して大脳辺縁系、新皮質へ至る。また、迷走神経背側核と同時期から嗅球の前嗅核にレビー病理が出現する。この進展過程はPDを想定して作成されており、黒質のドパミン

神経細胞脱落による錐体外路症状の出現がPDの発症に相当し、病期の進展に伴って、認知機能障害や幻覚などの精神症状が出現すると考えられている。しかし、レビー病理が脳幹部から大脳へ上行するPD Braak ステージの進展過程がPDおよびPDDに相当するのに対し、DLBではこれとは異なる大脳から脳幹部に下行する進展過程もあることが示されている¹⁶⁾。また、必ずしもPD Braak ステージに合致しない偶発的レビー小体の存在が明らかとなり、それらの症例がDLBの前駆状態である可能性も指摘されている⁸⁾。近年、PDとDLBの早期診断の観点から、発症前の前駆症状に関心が高まっており、嗅覚異常、便秘などの自律神経症状、レム睡眠行動障害(REM sleep behavior disorder ; RBD)などが注目されている¹⁷⁾。

〈症例〉86歳、男性

●現病歴

70歳代より便秘と、睡眠時の四肢の動きと大声を伴う異常行動が出現した。82歳時、交通事故による頸椎挫傷で入院した。入院中の約2か月間、ベッド上での絶対安静を持続していたが、天井の模様を見て「たくさんの蟻が動いている」と訴え、「隣室に5~6人の友人が来て、自分の葬式をしている」と幻覚妄想が出現した。退院後、幻

覚妄想は認めなかったが、同時期よりフライパンの焦げたにおい気づかないなどの嗅覚異常を認め、患者本人にもおいがしないことを自覚していた。

84歳時、新しいことが覚えられないため長年続けてきたパソコン教室をやめ、同時期より歩行が不安定となり、杖を使用するようになった。明け方に「人が立っている」と時々訴えることがあった。

86歳5月に転倒し、大腿骨骨折を生じ、整形外科に入院となった。手術後、幻覚妄想が出現し、小動物・子どもが見えると訴えた。また、見舞いに来た娘を見て「お前は偽物だ。本物の娘をどこに隠した？」と言い、娘が3人存在していて交互に入れ替わっていると訴えた。退院後も幻覚妄想が持続するため、順天堂東京江東高齢者医療センターメンタルクリニック（以下、当科）に受診となった。

●初診時所見

礼容は保たれ、表情の乏しさは目立たず、発語は正常で、言語理解は良好であった。精神症状として、人物・小動物の幻視、カプグラ症候群を認めた。健忘の訴えはあったが、認知機能障害は診察レベルでは明らかでなかった。神経学的には、寡動・軽度の姿勢反射障害を認めたが、四肢の筋固縮・振戦は認めなかった。

●検査所見

血液・生化学検査では異常を認めなかった。神経心理検査では、Mini-Mental State Examination (MMSE) 30点であった。Bender Gestalt Test (BGT) は108点で、「線が二重に見える」と視覚認知障害を示唆する発言を認めた。画像検査では、頭部MRIは海馬領域を含む大脳の萎縮は年齢相応で、血管障害は認められなかった。¹⁸F-FDG PET画像では、両側頭頂・後頭葉にびまん性の糖代謝低下を認めた。MIBG心筋シンチグラフィでは、心筋に有意な取り込みの低下が認められた。幻視、RBD、神経機能画像の結果から、レビー小体病と診断し、ドネペジル塩酸塩とクエチア

ピンの投与を開始した。主治医から病状説明を繰り返すことで幻視は残存するものの冷静に対応できるようになり、落ち着いて過ごしていた。しかし、同年12月に長年の旧友が他界したあとより、幻覚妄想が悪化し、「自分の部屋に20人くらいの来客があり、眠れない」と訴えるようになった。その後、外来で薬物調整を行い、通院加療を継続している。

本症例では、当科受診時に認知機能はほぼ保持され、独居生活も継続できていたが、骨折・親友の他界などの心理的・身体的負荷を契機として幻覚妄想が悪化し、カプグラ症候群を呈した。また、82歳の交通事故による入院時に一時的に幻覚妄想が認められており、便秘・嗅覚異常・RBDを認めたことから、この時点ですでにレビー病理が背景として存在し、心理的・身体的負荷が加わることによって、幻覚妄想が誘発された可能性がある。なお、匿名性に配慮し、本症例の病歴に若干の修正を加えている。

5 認知機能正常高齢者における病理所見

Knopmanら¹⁴⁾は、認知機能が正常である39例(74~95歳、中央値85歳)の剖検脳の病理所見について報告している。いずれの症例もADの病理診断基準であるNIA-RIのhigh-likelihoodを満たさなかったが、4例がintermediate-likelihoodの基準を満たした。レビー病理は5例(13%)に認められ、1例にのみ新皮質にレビー小体を認めた。また、12例(31%)に嗜銀顆粒性グレインを認めた。これらの結果は、認知機能が正常であっても、有意な病理所見が認められる症例がまれではないことを示している。Casanovaら⁶⁾は、40歳以上で発症した統合失調症の剖検脳において、対照群に比較して有意にNFT BraakステージIII-IVの割合が高いことを報告し、大脳辺縁系に出現するNFTと精神症状の関連について考察している。Brodatyら⁹⁾は、50歳以上で発症した27例の幻覚妄想を呈した患者のうち、9例が5年以内に認知症を発症し、5例がADと臨床診断さ

□特集

れたことを報告した。これらの結果は、明らかな認知症を呈さない幻覚妄想状態が、ADの初期症状である可能性を示している。

まとめ

老年期に頻度が高いADとDLBの病理診断基準を示し、加齢に伴う脳病理変化と変性性認知症の連続性という観点から、高齢者の幻覚妄想の病理学的背景について、先行文献を加えて考察した。

妄想性同定錯誤症候群、とくにカプグラ症候群は、レビー小体病に疾患親和性を認めることから、特定部位におけるレビー病理の存在が症状発現の病理学的背景にあると考えられる。レビー小体病に関する先行研究では、幻覚妄想や妄想性同定錯誤症候群の基礎にある視覚認知障害に、脚橋被蓋核のコリン系神経細胞の脱落¹⁸⁾、黒質-扁桃核ドパミン作動性線維路の変性¹²⁾、二次視覚路のレビー病理の出現²⁰⁾などの関与が指摘されている。しかし、レビー小体病でも常に幻覚妄想が出現するわけではないことから、器質的要因ばかりでなく、本稿で呈示した症例のように、心理的・身体的負荷が幻覚妄想の発現に関与する可能性がある。Capgrasら⁵⁾は、カプグラ症候群の最初の論文で、その病態について「情感的判断の結論」(conclusion d'un jugement affectif)と述べており、幻覚妄想や妄想性同定錯誤症候群の発現機序を、病理学的背景のみで説明することは困難であるように思われる。

本研究は平成21-22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」においてなされた成果の一部である。

文 献

- Ballard C, Holmes C, McKeith I, Neill D, et al.: Psychiatric morbidity in dementia with Lewy bodies ; A prospective clinical and neuropathological comparative study with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, **156** : 1039-1045 (1999).
- Braak H, Braak E : Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathol*, **82** : 239-259 (1991).
- Braak H, Del Tredici K, Rüb U, de Vos RAI, et al.: Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiol Aging*, **24** : 197-211 (2003).
- Brodsky H, Sachdev P, Koschera A, Monk D, et al.: Long-term outcome of late-onset schizophrenia ; 5-Year follow-up study. *Br J Psychiatry*, **182** : 213-219 (2003).
- Capgras J, Reboul-Lachaux J : L'illusion des "so-sies" dans un délire systématisé chronique. *Bull Soc Clin Méd Ment*, **11** : 6-16 (1923).
- Casanova MF, Stevens JR, Brown R, Royston C, et al.: Disentangling the pathology of schizophrenia and paraphrenia. *Acta Neuropathol*, **103** : 313-320 (2002).
- Consensus recommendations for the postmortem diagnosis of Alzheimer's disease. The National Institute on Aging, and Reagan Institute Working Group on Diagnostic Criteria for the Neuropathological Assessment of Alzheimer's Disease. *Neurobiol Aging*, **18** : S1-2 (1997).
- Frigerio R, Fujishiro H, Ahn TB, Josephs KA, et al.: Incidental Lewy body disease ; Do some cases represent preclinical dementia with Lewy bodies? *Neurobiol Aging* 2010 (in press).
- 藤城弘樹, 村山憲男, 井関栄三 : レビー小体病としてのレビー小体型認知症. *精神科治療学*, **24** : 1357-1364 (2009).
- 藤城弘樹, 村山憲男, 井関栄三 : カプグラ症候群. *脳とこころのプライマリケア*・第6巻 ; 幻覚と妄想, シナジー, 東京 (印刷中).
- Iseki E, Marui W, Nihashi N, Kosaka K : Psychiatric symptoms typical of patients with dementia with Lewy bodies ; Similarity to those of levodopa-induced psychosis. *Acta Neuropsychiatr*, **14** : 237-241 (2002).
- Iseki E, Kato M, Marui W, Ueda K, et al.: A neuropathological study of the disturbance of the nigro-amygdaloid connections in brains from patients with dementia with Lewy bodies. *J Neurol Sci*, **185** : 129-134 (2001).
- Josephs KA : Capgras syndrome and its relationship to neurodegenerative disease. *Arch Neurol*, **64** : 1762-1766 (2007).

-
- 14) Knopman DS, Parisi JE, Salviati A, Floriach-Robert M, et al.: Neuropathology of cognitively normal elderly. *J Neuropathol Exp Neurol*, **62** : 1087-1095 (2003).
 - 15) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, et al.; Consortium on DLB : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; Third report of the DLB Consortium. *Neurology*, **65** : 1863-1872 (2005).
 - 16) Mirra SS, Heyman A, McKeel D, Sumi SM, et al.: The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) ; Part II. Standardization of the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, **41** : 479-486 (1991).
 - 17) Rodriguez-Oroz MC, Jahanshahi M, Krack P, Litvan I, et al.: Initial clinical manifestations of Parkinson's disease ; Features and pathophysiological mechanisms. *Lancet Neurol*, **8** : 1128-1139 (2009).
 - 18) Schmeichel AM, Buchhalter LC, Low PA, Parisi JE, et al.: Mesopontine cholinergic neuron involvement in Lewy body dementia and multiple system atrophy. *Neurology*, **70** : 368-373 (2008).
 - 19) Yamamoto R, Iseki E, Marui W, Togo T, et al.: Non-uniformity in the regional pattern of Lewy pathology in brains of dementia with Lewy bodies. *Neuropathology*, **25** : 188-194 (2006).
 - 20) Yamamoto R, Iseki E, Murayama N, Minegishi M, et al.: Investigation of Lewy pathology in the visual pathway of brains of dementia with Lewy bodies. *J Neurol Sci*, **246** : 95-101 (2006).

研究

と
報告

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1例*

藤城弘樹^{1,2)} 井関栄三 村山憲男¹⁾ 笠貫浩史^{1,2)}
 太田一実¹⁾ 新井平伊²⁾ 佐藤 潔¹⁾

抄録

精神医学 53:7-13 2011

約30年間の特発性レム睡眠行動障害(REM sleep behavior disorder; RBD)の経過の後に場所依存性に幻視が出現し、発症早期のレビー小体型認知症(Dementia with Lewy bodies; DLB)の診断に至った症例を経験した。本症例は50歳頃よりRBDが出現し、80歳時に軽度の記憶障害、起立性低血圧と不安定歩行を認め、83歳時に山岳部の別荘で幻視が出現した。その後、別荘を訪れるたびに幻視を認めた。都市部の自宅では、長年の主治医が他界したときのみ幻視が出現した。本症例における幻視の発現機序には、器質要因とともに心理・環境要因が関与していると考えられた。

Key words

Dementia with Lewy bodies, Visual hallucination, REM sleep behavior disorder, ¹⁸F-FDG PET

序言

高齢者には幻覚・妄想を前景とする病態がしばしば認められ、形態画像上で脳萎縮や脳血管障害の所見を呈することが多く、脳器質性要因の関与が考えられている¹⁾。一方、近親者の喪失体験など孤立をもたらす社会心理的要因の関与も重要と

され、非器質性・内因性精神障害と診断される症例も少なくない^{11,15)}。高齢者における幻覚・妄想は在宅介護を困難にする主たる要因であり^{1,8)}、その発現機序を明らかにすることは、医学的観点のみならず、看護・介護の観点からも重要である。

レビー小体型認知症(dementia with Lewy

2010年4月16日受稿, 2010年6月15日受理

* Location-dependent Visual Hallucinations in a Woman with Probable Dementia with Lewy Bodies and Idiopathic Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder

- 1) 順天堂大学江東高齢者医療センター・PET/CT 認知症研究センター (☎ 136-0075 東京都江東区新砂3-3-20), FUJISHIRO Hiroshige, ISEKI Eizo, MURAYAMA Norio, KASANUKI Koji, OTA Kazumi, SATO Kiyoshi: PET/CT Dementia Research Center, Juntendo Tokyo Koto Geriatric Medical Center, Juntendo University School of Medicine, Tokyo, Japan
- 2) 順天堂大学医学部精神医学, ARAI Heii: Department of Psychiatry, Juntendo University School of Medicine

0488-1281/11/¥500/論文/JCOPY