

IX. 神 経 ・ 筋  
アルツハイマー型認知症

鷺見 幸彦

特集 内科疾患の診断基準病型分類・重症度

臨床雑誌「内 科」第105巻 第6号〔2010年6月増大号〕別 刷

南 江 堂

Table 7. NINDS-AIREN による脳血管性認知症 (VaD) の分類

1. 多発梗塞性認知症
2. 戦略的部位の単一梗塞
3. 小血管病変に伴う認知症
  - a. 多発ラクナ梗塞
  - b. Binswanger 病
4. 低灌流
5. 脳出血による認知症
6. その他

[文献2)より引用]

### ■ 病型分類 (Table 7)

病巣の成因, 局在, 広がりにもとづいて, NINDS-AIREN では Table 7 のように分類されている。

#### 1. 多発梗塞性認知症

大脳皮質, 皮質下の大, 中梗塞の多発によるもので, 心原性塞栓症やアテローム血栓性脳梗塞が原因となる。脳卒中の発作後急激に認知機能が低下する場合や, 複数回の脳卒中発作後に段階的に認知機能が低下していく場合がある。

#### 2. 戦略的部位の単一梗塞による認知症

認知機能に直接関与する部位, たとえば海馬, 視床(とくに前核, 内側核), 角回, 前脳基底部, 後頭葉内側などの単一梗塞による。

#### 3. 小血管病変に伴う認知症

穿通枝領域(大脳深部灰白質や白質)に小梗塞が多発する多発ラクナ梗塞と, 広範な大脳白質の不全軟化や髄鞘脱落による Binswanger 病に分けられる。実際の臨床の間では, 小梗塞と大脳白質病変は同時に認められることが多く, 両者の区別は判然としないことが多い。

#### 4. 低灌流による認知症

脳の循環不全による認知症で, たとえば心停止

後の後遺症として海馬や広範な大脳皮質の神経細胞の障害によって生じる。

#### 5. 出血による認知症

脳出血やクモ膜下出血などの出血性病変による認知症で, 高齢者では, アミロイド・アンギオパチーによる多発性の脳葉型出血が代表的である。

#### 6. その他

### ■ 重症度

認知症の重症度に関しては, Mini-Mental State Examination (MMSE) スコアや改訂長谷川式簡易知能評価スケールなどが用いられる。概して 20 点以上を軽症, 10 点以上 20 点未満を中等症, 10 点未満を重症とすることが多い。さらに, VaD では種々の程度の神経脱落症状(運動麻痺や失語など)を伴い日常生活動作(ADL)の障害を伴うことが多いが, 機能評価としての Barthel Index が広く用いられている。

### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Washington DC, 1994
- 2) Román GC et al : Vascular dementia : diagnostic criteria for research studies. *Neurology* 43 : 250, 1993
- 3) Chui HC et al : Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers. *Neurology* 42 : 473, 1992
- 4) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders ; Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, Switzerland, WHO, 1992
- 5) Erkinjuntti T et al : Research criteria for subcortical vascular dementia in clinical trials. *J Neurol Transm [Suppl]* 59 : 23, 2000

# アルツハイマー型認知症

国立長寿医療研究センター脳機能診療部 鷺見幸彦

アルツハイマー型認知症(AD)は認知症の中でもっとも頻度が高く、今後増加が予想される疾患である。そのため日常診療の中で遭遇する機会が多い。また一般に認知症という疾患群を理解する際に、ADを基本的な概念として考えることが多く、すべての内科医にとって重要な疾患である。なおアルツハイマー型認知症とアルツハイマー病は同義である。

## ■ 診断基準

ADの診断基準として代表的なものは米国精神医学会診断統計便覧第4版(DSM-IV-TR)による診断基準(Table 1)<sup>1)</sup>と1984年に米国の国立精神

研究所(NINCDS)とアルツハイマー病協会(ADRDA)が共同で製作したNINCDS-ADRDA基準(Table 2)<sup>2)</sup>である。

DSM-IVによるADの診断基準は、米国精神医学会が1994年に作成した診断基準である。記憶を含む複数の認知機能障害とは、記憶以外にa)失語、b)失行、c)失認、d)実行機能の障害を指し、これらのうちの1つ、またはそれ以上の障害があることがA)の基準を満たすことになる。高齢者の認知症では、失語、失行、失認が初期から出現することはまれで、記憶障害+実行・遂行障害、記憶障害+見当識障害の組み合わせが多い。DSM-IVでは、AD、血管性認知症、一般身体疾患による

Table 1. DSM-IV(米国精神医学会診断統計便覧第4版)によるアルツハイマー型認知症の診断基準

- 
- A) 記憶を含む複数の認知機能障害
    - 1. 記憶障害
    - 2. 以下の認知障害がひとつ以上存在
      - a. 失語 b. 失行 c. 失認 d. 実行機能障害
  - B) 社会的・職業的な機能の障害/病前の機能の著しい低下
  - C) ゆるやかな発症と持続的な認知機能の低下
  - D) A)の障害が下記によらない
    - 1. 中枢神経系疾患(脳血管障害, パーキンソン病, ハンチントン病, 硬膜下血腫, 正常圧水頭症, 脳腫瘍)
    - 2. 全身性疾患(甲状腺機能低下症, VB<sub>12</sub>/葉酸/ニコチン酸欠乏症, 高カルシウム血症, 神経梅毒, HIV感染症)
    - 3. 物質誘発性の疾患
  - E) せん妄の経過中にのみ現れるものではない
  - F) 障害が他の第1軸の疾患では説明されない
    - 大うつ病性障害, 統合失調症など
- 

[文献1)より引用]

Table 2. NINCDS-ADRDA の診断基準

臨床的確診(probable AD)の診断基準
<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床的および神経心理学的検査で認知症が認められる</li> <li>・2つ以上の認知機能の障害</li> <li>・記憶と他の認知機能の進行性の悪化</li> <li>・意識障害がない</li> <li>・40歳～90歳の間の発症</li> <li>・進行性の記憶と認知障害の原因となる全身・脳の疾患がない</li> </ul>
臨床的疑診(possible AD)の診断基準
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症を起こすに十分な他の神経学的, 精神医学的, 全身的な異常所見がないにもかかわらず認知症が存在</li> <li>・発症の仕方, 症候, 臨床経過が典型的でない</li> <li>・二次的に認知症を起こすような全身性疾患や脳疾患があっても, それが患者の認知症の原因とはみなしがたい場合</li> <li>・他に特殊な原因がなく, しだいに進行する重篤な単独の認知障害の場合は, 研究上 possible AD とする</li> </ul>

[文献2)より引用]

認知症, 物質誘発性の持続性認知症, 複数の病因による認知症, 特定不能の認知症に分け鑑別診断の基準を示しているのが特徴である。

NINCDS-ADRDA: probable AD の診断基準は, 診断が確定(definite), 臨床的確診(probable), 臨床的疑診(possible)の三段階からなり, 診断確定は臨床的に probable の基準を満たしかつ病理学的に AD の所見があることによる。したがって臨床診断だけでは AD とは確定できず, 臨床診断としてもっとも確度が高いのは probable AD ということになる。この診断基準の特徴は, ① 診断基準に階層性をもたせたこと, ② 発症年齢に関する規定があること, ③ probable AD らしくない病像をとりあげていることがあげられる。具体的に probable AD らしくない病像とは, a) 卒中のような突然の発症, b) 初期からみられる局所性の神経所見(片麻痺, 感覚障害, 小脳性失調, 視野障害など), c) 発症時あるいは初期にみられる痙攣や歩行障害があげられている。

2001年に米国神経アカデミーは, NINCDS-ADRDA の probable AD と DSM-III-R をもっと

Table 3. FAST によるアルツハイマー型認知症の重症度評価

1. 正常
2. 年相応 物の置き忘れなど
3. 境界状態 熟練を要する仕事の場面では, 機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難
4. 軽度のアルツハイマー型認知症 夕食に客を招く段取りをつけたり, 家計を管理したり, 買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす
5. 中程度のアルツハイマー型認知症 介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか, なだめすかして説得することが必要なこともある
6. やや高度のアルツハイマー型認知症 不適切な着衣, 入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁
7. 高度のアルツハイマー型認知症 最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失, 着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡

[文献6)より引用]

も信頼性の高い基準として推奨した<sup>3)</sup>。またこの診断基準は病理所見と対比した検討がなされている点でも信頼性が高い。ピッツバーグ大学アルツハイマー病センターのグループは, NINCDS-ADRDA を診断基準として, 1,139例の probable AD を 1980年代(1983～1989年)と 1990年代(1990～2000年)に分けて検討した<sup>4,5)</sup>。295名が剖検されており, 80年代では感度 94%, 特異度 52%, 90年代では感度 98%, 特異度 88% と上昇していた(平均感度 97%, 特異度 80%)。特異度は他の認知症の診断基準ができ, 診断能が上がったことによる。probable AD の診断に血管病変の存在は影響を与えると考えられるが, 7%に脳血管障害の合併がみられた。また血管性の危険因子と考えられる脳室周囲白室病変(PWML)は 30.5%にみられたが, PWMLの有無では Hachinski Rating Scale と New York University Scale for parkinsonism に差がみられたのみであった。probable AD は臨床的には均一な群と考えられる。



Table 4. 認知症の重症度評価 Clinical Dementia Rating CDR

	健康 CDR 0	認知症の疑い CDR 0.5	軽度の認知症 CDR 1	中等度認知症 CDR 2	高度認知症 CDR 3
記憶	記憶障害なし。時に若干の物忘れ	一貫した軽い物忘れ	中等度記憶障害、特に最近の出来事。日常生活に支障	重度記憶障害 高度に学習した記憶は保持。新しい記憶はすぐに忘れる	重度記憶障害。 断片的な記憶のみ残存
見当識	見当識障害なし	見当識障害なし	時間に対しての見当識障害あり。場所、人物の失見当識なし。時に地理的失見当識	常時、時間の見当識障害。時に場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力と問題解決	適切な判断力。問題解決	問題解決能力の障害が疑われる	複雑な問題解決に関する中等度の障害。社会的判断力は保持	重度の問題解決能力の障害。 社会的判断力の障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	仕事、買い物、ビジネス、金銭のとりあつかいなど普通の自立した機能	左記の活動の軽度な障害または疑い	左記の活動にかかわっていても自立した機能が果たせない	家庭外(一般社会)では独立した機能は果たせない	同左
家庭状況 趣味関心	家庭での生活 趣味、知的関心が保持されている	同左、または若干の障害	軽度の家庭生活の障害。複雑な家事の障害。高度の趣味関心の障害	単純な家事のみ。 限定された関心	家庭内不適応
介護状況	セルフケア完全	同左	時々激励が必要	身の回りのことに介助が必要	日常生活に十分な介助が必要。失禁頻繁

[文献 7)より引用]

**■ 重症度**

AD の重症度評価尺度としては、FAST (functional staging of dementia of the Alzheimer type) と CDR (Clinical Dementia Rating) がしばしば用いられる。FAST は AD の重症度を判定することを目的としており、Table 3 のように病期を 7 段階に分類している。この病期は認知症の重症度と対応している。旅行や買い物、運転といった日常家庭生活の具体的な状態が臨床指標として示されており、行動面から観察し評価できることが特徴である。そのため、正確な評価のためには介護者からの情報が必要となる。CDR は 1982 年に AD の病期を全体的に評価する目的で開発された。評価する対象は、記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家庭状況および趣味関心、介護状況の 6 項目で、それぞれを問題なし (CDR 0)、障害の疑いあり (CDR 0.5)、軽度障害 (CDR 1)、中等度障害 (CDR 2)、重度障害 (CDR 3) の 5 段階に評価す

る (Table 4)。このうち社会適応、家庭状況および趣味関心、介護状況については家族や介護者から情報を得る。評者間での信頼性が高く、他の認知症スケールとの妥当性も良好である。

**■ 軽度認知機能障害 (MCI)**

近年、新しい治療薬の開発に関係して画像、バイオマーカーを使ってより早期の認知症を見出すという研究が盛んに行われている。そのため

Table 5. 軽度認知機能障害健忘型: amnesic MCI (mild cognitive impairment) の概念

1. 記憶障害の訴えが本人、または家族から認められている
2. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
3. 日常生活動作は自立
4. 全般的認知機能は正常
5. 認知症ではない

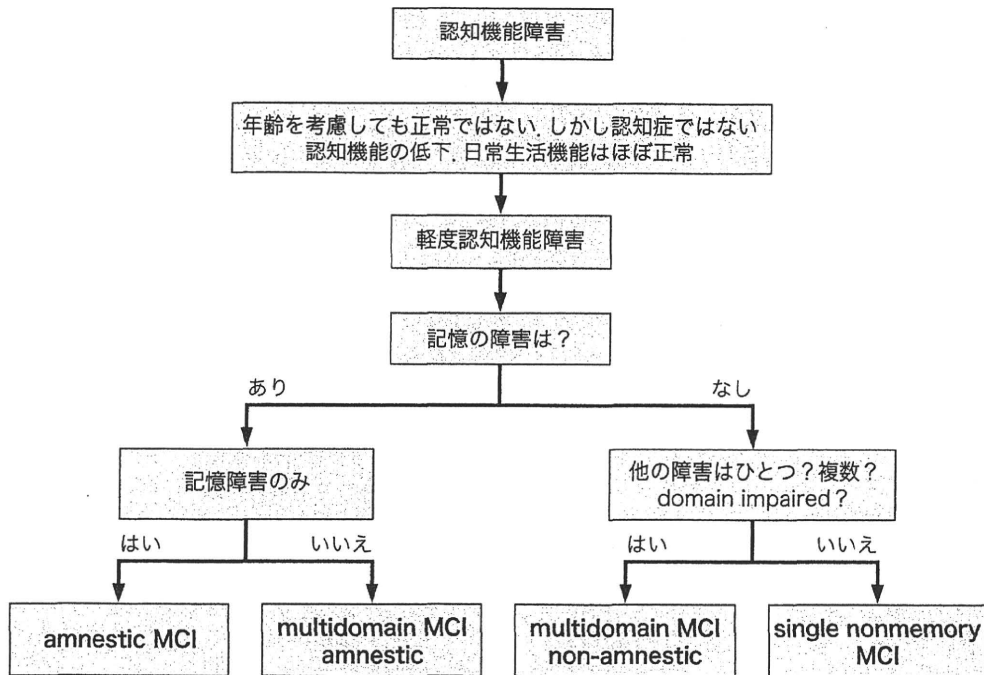


Fig. 1. 軽度認知機能障害の分類チャート

ADの前駆段階としてMCI(mild cognitive impairment)ことに健忘型MCIについての関心が高まっている。米国のPetersenらのグループは主としてADの前駆段階としてMCIの概念を提唱した。その定義として、①自覚的な記憶障害の訴えがある、②日常生活動作は正常、③全般的認知機能は正常、④年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在し、標準化された記憶検査で平均より1.5SD以下、⑤認知症ではない、⑥CDRのスコアは0.5とした。このMCIの概念への批判がいくつかあり、主な論点は、この定義でのMCIの有病率が約4%と低く年間12%が認知症に移行するのでは認知症の年間発症率を説明できない、本人の自覚的な記憶障害はあてにならない、などである。

2003年9月にスウェーデンのストックホルムでMCIに関するConsensus Meetingが行われ、その内容は2004年の『Journal of Internal Medicine』に掲載された<sup>8)</sup>。ここではMCIの臨床型のheterogeneityとその原因の多様性が強調され、可能性のある原因としては、変性性、血管性、代謝障害、外傷性、精神疾患、その他があげられた。MCI

と診断した後には記憶障害が存在するかどうかで2群に分かれ、記憶障害のある群ではさらに記憶障害のみなのか他の領域にも認知機能障害があるのかでamnesic MCIとmultidomain MCI amnesicに分類される。一方、記憶障害のない群では障害が単一の領域なのか複数あるかによって、multidomain MCI non-amnesicとsingle non-memory MCIに分類される(Table 5)。このうちamnesic type: 健忘型が従来のMCIに相当する。この健忘型のクライテリアをFig. 1に示した<sup>9)</sup>。

文献

- 1) American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV), 1994
- 2) McKhann G et al: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 34: 939, 1984
- 3) Knopman DS et al: Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 56: 1143, 2001
- 4) Lopez OL et al: Research evaluation and diagnosis of probable Alzheimer's disease over the last two decades: I. Neurology 55: 1854, 2000

- 5) Lopez OL et al : Research evaluation and diagnosis of probable Alzheimer's disease over the last two decades : II. Neurology 55 : 1863, 2000
- 6) Reisberg B et al : Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 435 : 481, 1984
- 7) Hughes CP et al : A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatry 140 : 566, 1982
- 8) Winblad B et al : Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus : report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Int Med 256 : 240, 2004
- 9) Petersen RC et al : mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. Arch Neurol 62 : 1160, 2005

## INFORMATION

### がん医療マネジメント研究会 第8回シンポジウム

**日時** 2010年7月17日(土) 13:30~18:00

**会場** 品川インターシティーホール(☎108-6105 東京都港区港南2-15-4)

**テーマ** がん医療における質を考える

#### プログラム

第1部 特別講演「診療報酬改定が目指すがん医療の質の向上とは」

第2部 がん医療における質を考える

**参加費** 3,000円(当日, 受付にてお支払いください)

**申込方法** ホームページ(<http://www.medi-net.or.jp/cdm/>)のフォームをご利用されるか, 必要事項(氏名, 勤務先名/住所, 職種, 聴講券送付先住所)を記入のうえ, Fax またはメールでお申込みください。

**問合せ先** がん医療マネジメント研究会事務局 株式会社シナジー内  
☎101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-4-2 日専連朝日生命ビル6F  
Tel 03-5209-1851 Fax 0120-773-685 E-mail : cdm@syg.co.jp

**受付期間** 7月12日(月)まで

**お知らせ** 希望者には, 当日, 受付にて参加証を発行いたします。

(第5回)

# 認知症における地域連携の重要性と問題点

独立行政法人 国立長寿医療研究センター

在宅医療・地域連携診療部 部長 鷺見 幸彦

## ◆ I) なぜ連携か

この10年間に認知症のケアは個人から地域全体によるケアへと大きく変化しつつある。その背景には介護保険制度の開始による認知症介護に関する議論の高まりや、認知症に対する啓発活動によって、家族だけのケアから社会全体で支えるケアへ、介護サービスを中心に第三者の力を借りる、という方向へ考え方が変化してきていることがあげられる。また今後爆発的に増加することが予測される認知症はいまや特殊な脳の変性疾患ではなく、common diseaseとなってきた。このような状況下で認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築するために、平成20年度から厚生労働省において「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が開始された。この中で認知症の医療に関する主な課題が以下の通りまとめられた。

- ① 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- ② 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- ③ 認知症の行動・心理症状 (BPSD) の治療が未確立
- ④ 身体合併症の治療が適切に行われていない

このプロジェクトにおいては、これらの課題に対して、専門医療体制の強化、専門医とかかりつけ医、介護サービスの連携体制の強化が提言された。平成18年度から施行された介護保険制度改革のなかで示されている、地域包括支援センターを拠点とする地域包括支援ケアシステムを念頭に置き (図1)、認知症ケアと医療の地域連携の必要性について医療の視点からのべ、医療者の果たすべき役割、問題点と検討課題を提示する。

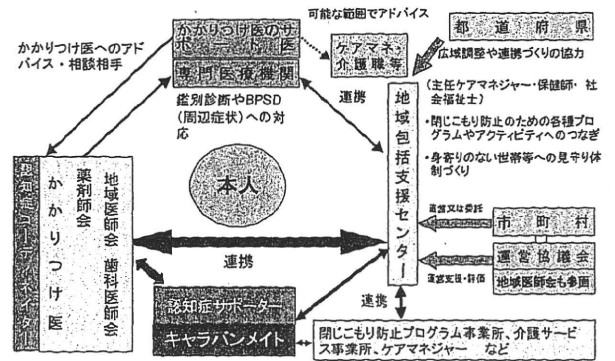


図1 かかりつけ医、サポート医と地域包括支援センターの連携

## ◆ II) 医療

### 1) 専門医が足りない

専門医療機関の主な役割は、診断と、合併して起こってくる多様な病態への対応が中心になる。ひとつは認知症の鑑別診断を行うことであり、第2に経過中起こってくる、うつやせん妄の治療を行うことである。第3は身体合併症を起こして入院が必要になった際の受け入れと治療である。また激しいBPSDのため介護が困難な場合、精神科病院での対応が必要となることもある。かかりつけ医としての機能も基本的には必要であり、地域によっては後述するサポート医としての機能も兼ねることになる。また専門医療機関として院内、院外の認知症に対する啓蒙活動、教育活動が求められる。このように専門医には多様な機能が求められるが、偏在することなく各地域に充足する状態からは遠い。平成22年4月現時では日本老年精神医学会専門医が763名、日本認知症学会の専門医が156名であり絶対数が足りないことは明らかである。

表1 認知症サポート医の役割

- ①都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案・講師
  - ②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医(推進医師)との連携体制の構築
  - ③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力
- 地域における「連携」の推進役を期待されている

※認知症サポート医は必ずしも専門医である必要はない。

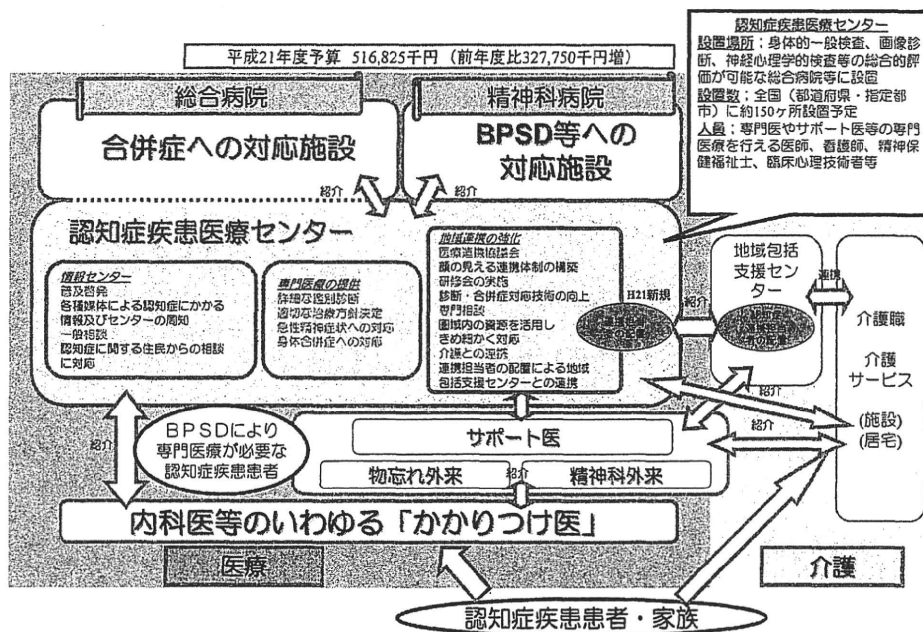
## 2) 認知症サポート医

図1のような役割分担のもとで連携を推進するためには、かかりつけ医に一層の知識と技術が必要となる。厚生労働省では平成16年度老人保健事業推進費等補助金による事業として「地域における認知症性高齢者の早期発見・対応のあり方に関する調査研究事業」を立ち上げ、「認知症患者の増加に対応した、かかりつけ医の対応向上研修のあり方に関する研究会」を発足させた。その目的はかかりつけ医の認知症対応向上のための研修のあり方や、かかりつけ医の診療および地域における役割を支援サポートする認知症診療に習熟した医師との連携方法およびシステムのあり方などについて幅広く検討し、あわせて研修のモデル事業を実施することである(表1)。平成17年から認知症サポート医養成研修事業を開始し、平成18年度からかかりつけ医認知症対応力向上研修事業を開始した。認知症サポート医養成

研修事業は、認知症の早期診断等に関するかかりつけ医への助言や、認知症医療体制の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成をめざしている。実施は国立長寿医療センターに委託して行われ平成17年度にテキストおよび研修用DVDの作成を行い、初年度の平成18年度は札幌、東京、福岡、大府(2回)で研修が行われ、318名(44都道府県、13指定都市)のサポート医が誕生した。受講希望者は各県および、政令指定都市の医師会の推薦をうけて受講する。平成22年度もすでに東京(第1回)、福岡で実施されさらに今年度内に京都と名古屋、東京で実施予定である。今年度内には1500人のサポート医が誕生する。サポート医のうち55%は精神科、神経内科、老年科といった認知症のひとがもともと受診しやすい科の医師であるが、45%は循環器や泌尿器科医といった本来は認知症を専門としない科の医師であった。サポート医の97%がかかりつけ医対応力向上研修に係る活動に関与し、69.2%が地域における認知症の人の支援体制の構築に係る活動をしていた。サポート医の増加に対して、サポート医間の連携、さらなる認知症対応力の向上を目指して、平成21年度からサポート医フォローアップ研修が開始された。またサポート医の連携を高めるためのポータルサイトも開設される予定である。

## 3) 認知症疾患医療センター(図2)

平成元年度から平成18年度まで、「老人性認知症センター事業」として国庫補助が行われていたが、





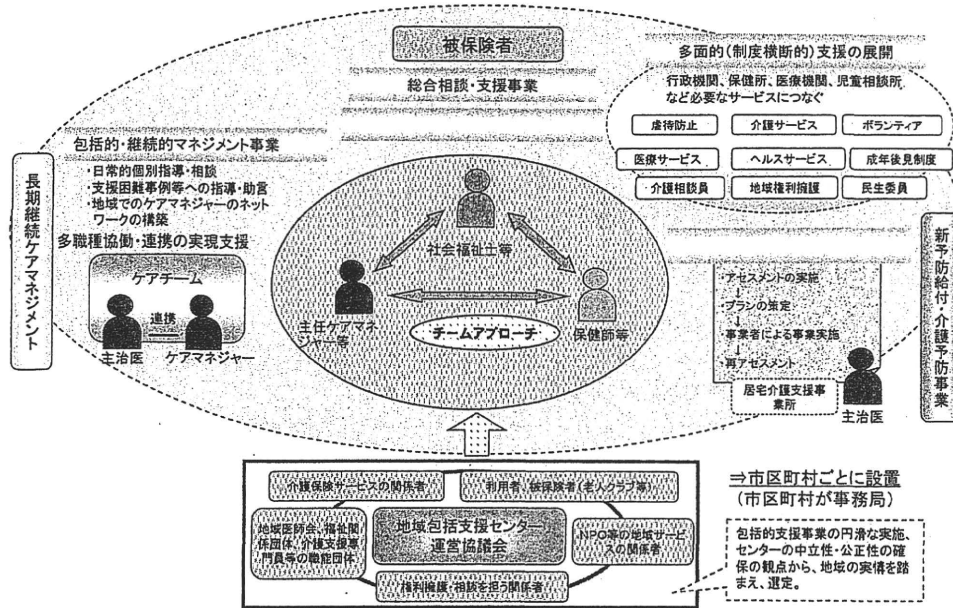


図3 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ

各施設の機能のばらつきや、地域における関係諸機関の連携の中心として十分な機能を果たしていないといった課題が明らかになっていった。そのため平成20年度から指定基準をより厳格なものとした「認知症疾患医療センター運営事業」が創設された。本事業における認知症疾患医療センターの役割は以下の通りである。

- ①認知症疾患について、鑑別診断や周辺症状への対応、身体合併症への対応を行う専門医療機関としての機能
- ②周辺症状への対応や身体合併症への対応を行う医療施設の空床情報の把握と情報提供、病態に応じた他の医療機関への紹介、かかりつけ医等地域の医療関係者への専門的な医療研修の実施、協議会の開催や専門的な相談への対応など地域の医療機関や介護施設等の関係者との連携を行うなど、認知症疾患に関わる地域の医療機能の中核機関としての機能
- ③地域住民に対する普及啓発や相談への対応など、認知症疾患に係る医療に関する情報センターとしての機能

また、平成21年度から、④連携担当者を配置することにより地域包括支援センターとの連携機能を強化し、地域における医療と介護の連携の拠点としての機能が、加えられ、さらに、平成22年度予算においては、⑤認知症の周辺症状や身体合併症に対する双方の医療を担う基幹的な機能を果たす総合病院型

のセンターを新たに位置付けられることとなった。

現在、県内に8ヶ所整備されている県がある一方で、1ヶ所も整備されていない都道府県も多く存在する状況である。また上記の機能がある程度有し、すでに地域連携が十分構築されている地域では新たに申請しない状況も見られる。

### ◆Ⅲ）地域包括支援センターの重要性（図3）

地域包括支援センターは平成18年度から地域において高齢者の生活を支える役割を果たす総合機関として設置が開始され、現在全国で約4,000所に設置されている。保健師・主任ケアマネジャー・社会福祉士の3職種が、包括的・継続的ケアマネジメント事業、総合相談・支援事業、虐待対応などの権利擁護、介護予防マネジメント事業などを行っているが、業務が多忙なため、地域の認知症の方を支えるという点において十分な機能を果たしていない地域包括支援センターが少なくないとの指摘もある。「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の提言を受け、平成21年度から認知症疾患医療センターの整備された地域の地域包括支援センターに認知症ケアの専門家を配置し、医療と介護の連携を強化するという認知症地域連携強化事業が開始されたが、未だ十分に実施されているとは言えない。より実施しやすい事業への改善に向け、検討が行われているところである。

#### ◆IV) 地域の人たちをまきこむ

厚生労働省は2005年4月に認知症の人を支え誰もが暮らしやすい地域を作ることを目標に、「認知症を知り、地域を作る10ヵ年」キャンペーンを開始した。認知症サポーター100万人キャラバン」はその活動のひとつで国民に認知症への正しい理解と認知症の人に対する支援の機運を高めるために始められた。認知症サポーターとなるためには市町村がコーディネートする認知症サポーター養成講座を受講する。この講座の講師をつとめるのが別に養成されたキャラバンメイトである。講座は60-90分で標

準的なテキストとDVDを用いて行われる。当初100万人を目指したが、現在166万人に達しており、一般の人たちの認知症への関心の高まりを物語っている。サポーターはなにか特別な役割を担うわけではなく、認知症の人の理解者であることを認識して認知症の人や家族を温かい目で見守り、可能な手助けをしたり適切な窓口へ伝えることができることが期待されている。

付記：本稿の作成に当たっては長寿医療研究センター第二脳機能診療科医長の武田章敬先生から多くの助言をいただいた。



# 高齢者うつ病は認知症と どこがちがうのか——対処法は？

服部英幸 国立長寿医療センター行動・心理療法科

## 高齢者うつ病の特性

はじめに、本誌の読者ならばしばしば経験したことがあると思われる、比較的よくみられる高齢者うつ病の一例を提示する。

79歳女性。20年前より高血圧にて継続的に投薬を受けている。3年前より変形性膝関節症のため杖歩行となり、好きだった畑仕事ができなくなって自宅で過ごすようになってきた。

半年前より時折、眩暈、しゃべりにくさを感じるようになったという。

1か月前より不眠、頭重感、四肢のしびれを頻繁に訴えるようになった。しばしば、なにも楽しいことがない、死にたいといい、体がだるいからといって日中も布団のなかで過ごすことが多くなった。家人は物忘れも出てきたという。

初診時、改訂長谷川式知能スケール22点。血液検査、内分泌検査、心電図、胸部レントゲンを行ない異常なし。頭部MRIでは基底核と深部白質にラクナ梗塞巣を多数認めた。

この症例では、長年の高血圧と関連すると思われる脳血管の動脈硬化、脳血管障害が認められ、さらに運動器疾患に伴う生活範囲の狭小化を伴って、次第に抑うつ気分、喜びの喪失、自殺念慮などうつ病に特徴的な症状が加わっていることがわかる。さらに認知機能低下を思わせる症状もある。

こうした身体機能低下に伴う日常生活動作能力低下がうつ病の契機になることが多いのが高齢者

での特徴である。若年層でのうつ病と違い、高齢者でのうつ病あるいはうつ状態には、身体、心理、社会的に多くの因子が関与する。したがって、その成立機序を理解するためには、精神医学的な視点のみならず老年医学的視点から診療していくことが必要である。

## うつ病・うつ症状・うつ状態

うつ病は、さまざまな精神機能のなかで気分・感情が主に障害される疾患のひとつである。記憶・思考の障害を示すこともあるが、付随的なものである。診断基準として頻用されるDSM-IV-TRにおいて「大うつ病」(以下、MD)と記述されている一群が典型的な病像であり、「うつ病」というとMDをさすことが多い<sup>1)</sup>(表1)。診断基準をみていただくとわかるとおり、抑うつ気分、喜びの喪失といった精神症状に加えて、全身倦怠感、体重減少あるいは増加といった身体症状をほとんど常に伴っていることが特徴である。つまり、「うつ病」とは単純な精神疾患というよりも心身相関的病態である。MDの診断基準を満たすほどの症状はないが、うつ病として治療すべきものを「閾値下うつ病」あるいは「小うつ病」として分類する。

「うつ症状」は抑うつ気分など、うつ病にみられる精神症状をさして使用されることが多く、うつ



表1 DSM-IV-TR 大うつ病の診断基準

- A. 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起している。これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分、あるいは(2)興味または喜びの喪失である。
1. 抑うつ気分(患者の言明、または他者の観察によって示される)
  2. 興味・喜びの著しい減退(患者の言明、または他者の観察によって示される)
  3. 著しい体重減少、あるいは体重増加(たとえば、1か月で体重の5%以上の変化)、または食欲の減退または増加
  4. 不眠または睡眠過多
  5. 精神運動性の焦燥または制止
  6. 疲労感、または気力の減退
  7. 無価値感、罪責感(妄想的であることもある)
  8. 思考力や集中力の減退、または、決断困難
  9. 死についての反復思考
- B. 症状は臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- C. 症状は、物質(例：乱用薬物、投薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例：甲状腺機能低下症)によるものではない。
- D. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛するものを失った後、症状が2か月を越えて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

文献1)より引用、一部改変

病と必ずしも一致しない。近親者の死に対する悲哀反応としても出現する。

「うつ状態」はいろいろな使われ方をされているが、ここでは「他の精神、身体疾患および薬物使用に伴ったうつ症状群」とする。脳血管障害やパーキンソン病にみられる抑うつ気分、精神運動抑制などが相当する。アルツハイマー病(以下、AD)などの認知症でも「うつ状態」を呈する。

## 精神医学と老年医学の間にある 高齢者うつ病

高齢者うつ病の精神医学的背景として社会・心理学的側面と生物学的基盤を考える必要がある<sup>2)</sup>。社会・心理学的背景として、心身機能の低下と孤独の受容ができないままであることと、過去の記憶が重くのしかかり、未来への展望が少なくなることを理解する必要がある。生物学的基盤として重視されるのがモノアミン(セロトニン、ノルアドレナリン、ドパミン)作働系の神経の機能異

常である。モノアミン系は意欲、気分と関連しており、特にセロトニンの役割が重視されている。

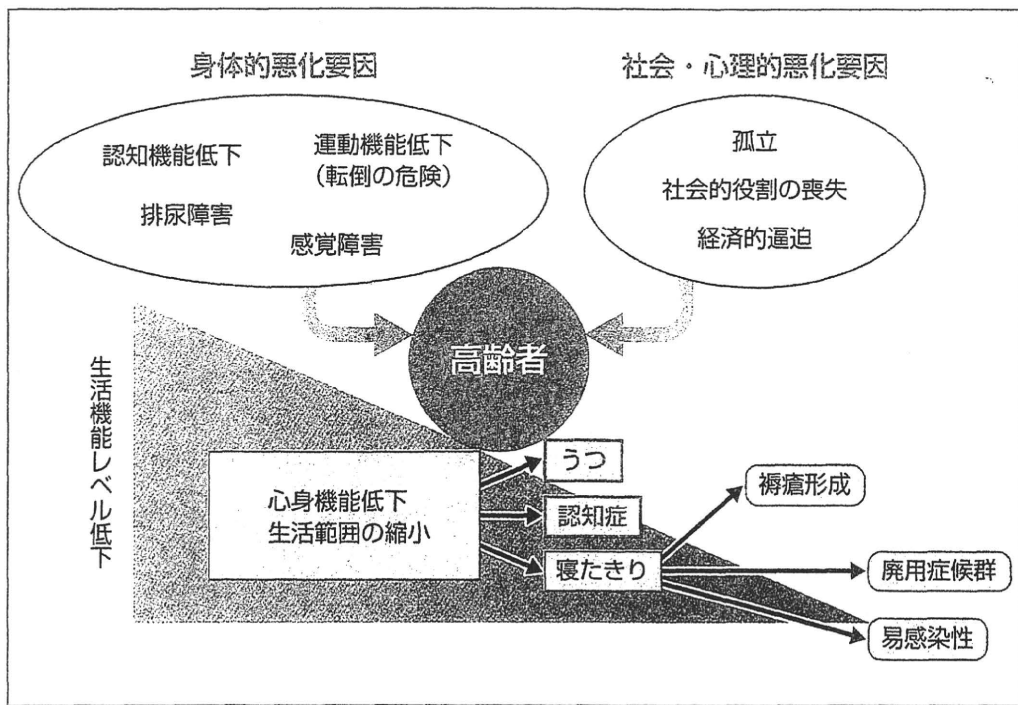
うつ病は精神疾患としてのみ捉えられがちだが、高齢者においては日常生活動作能力の低下、身体疾患の並存など老年医学的視点が必要不可欠である。多くの場合、高齢者では身体的機能低下と精神的機能低下が連動する。身体疾患を有するとうつ病になりやすく、うつ病の患者は身体疾患が高率に発症したり治療が困難になる。

たとえば、脳卒中後片麻痺を生じた症例においても、うつ病併発によりリハビリテーションの意欲がなくなり、運動能力の回復が遅れることなどがある。心疾患、関節炎、癌、肺疾患では日常生活上の運動制限とは無関係にうつ病を悪化させるという(図1)。

## 高齢者うつ病の評価方法

臨床場面における高齢者うつ症状の評価として

図1 老年症候群としての「うつ」「認知症」



よく用いられるのが Geriatric Depression Scale (GDS)である。30の質問項目に「はい」「いいえ」で答えてもらう自記式検査法であり、うつ状態の有無を判定するスクリーニングとして有用である。30項目は煩雑なため、15項目による短縮版が頻用される。

重症度の判定にはハミルトンうつ病評価尺度 (Hamilton Rating Scale for Depression ; HAM-D), モントゴメリー—アスバーグうつ病評価尺度 (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale ; MADRS)が用いられる。

さらにうつ病・うつ状態と混同されやすい症候としてアパシーがある。アパシーは精神医学的には意欲・関心の障害として捉えられ、高齢者では主としてAD、血管性認知症等に高頻度に認められる精神症状である。アパシーをうつ状態と誤って安易に抗うつ剤を投与するとフラツキや転倒などを引き起こし、日常生活動作能力の低下が進んでしまうこともありうる。そのための検査法として「意欲の指標」<sup>3)</sup>および「やる気スコア」<sup>4)</sup>がある。

## うつ病・うつ状態と認知症

うつ病は抑うつ気分、精神運動抑制などから知症に類似の症状を示すことが知られており、性痴呆(認知症)と呼ばれてきた。認知症とう病・うつ状態との関係は複雑であるが、いくつかの相違が認められる(表2)。

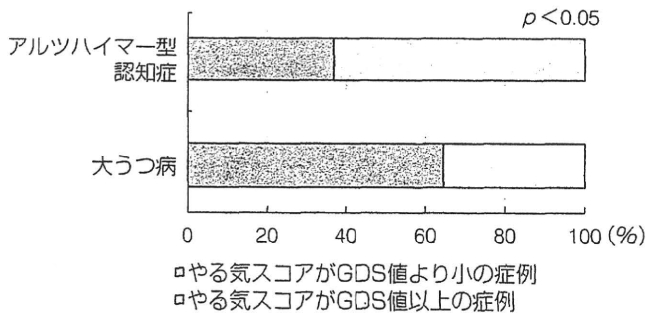
しかしながら、実際の臨床場面では両者を区別することが困難なことが多い。治療の面から個々の症例において両者の鑑別がきわめて重要あり、評価方法の確立が望まれる。放射線学的には脳血流シンチおよびPETを用いた検討において、ADでは頭頂葉、側頭葉、前頭葉、後部帯回の血流低下が特徴的であり、うつ病では前頭野背外側部の低下を認める。脳血流シンチやPETは大変有用な方法ではあるが検査可能な施設に限界がある。

多くの医療・介護の現場で使用できる方法としては容易に実施でき、なおかつ信頼できるもの

表2 うつ(仮性認知症)と認知症の鑑別

	うつ	認知症
発症	週単位または月単位 何らかの契機あり	緩徐
もの忘れ の訴え方	強調する	自覚がない, 自覚があっても生活に支障ない
答え方	否定的答え(わからない)	作話, つじつまをあわせる
思考内容	自責的, 自罰的	他罰的
失見当	軽い割に ADL 障害が強い	ADL の障害と一致
記憶障害	軽い割に ADL 障害が強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADL の障害と一致 最近の記憶が主体
睡眠	障害がある	障害はない
日内変動	起床時に気分不良など変動あり	変化に乏しい
持続	数か月単位	年単位
気分	動揺性	比較的安定

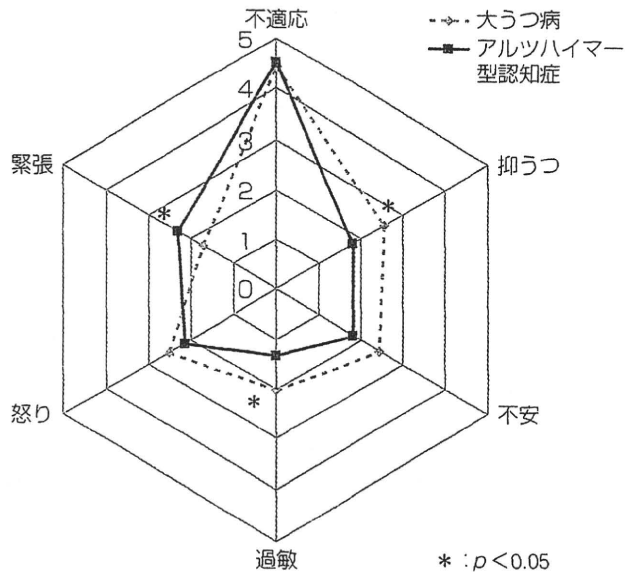
図2 やる気スコアと GDS はアルツハイマー型認知症とうつ病の鑑別に有用である



必要で、できれば過去に頻用されてなじみのある検査法を用いたい。

そこで我々は GDS, やる気スコア, コーネルメデイカルインデックス (CMI) という, よく知られている検査法を組み合わせることで両者の鑑別が可能であるかを検討した。臨床症状, 放射線学的検査とともに典型的所見を示す高齢者 MD と AD 例において上記の 3 つの検査を同時に施行した。その結果, やる気スコアの値と 30 項目 GDS の値を比較し, やる気スコアの値が大きい症例の割合を比べたところ, AD 群ではやる気スコア高値例が, MD 群では GDS 高値例がそれぞれ有意に多く

図3 アルツハイマー型認知症では緊張がつよく, 大うつ病では抑うつ, 過敏が目立つ

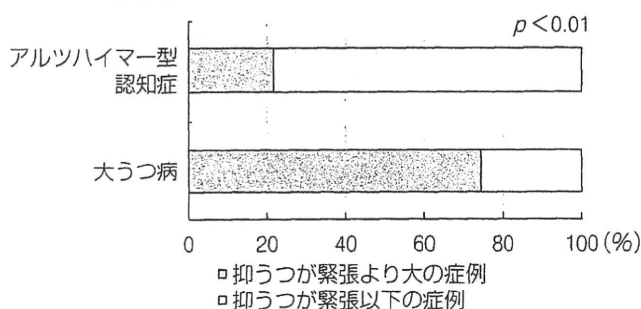


認められた(図2)。

CMI 精神下位項目の 6 カテゴリーについて MD 群と AD 群を比較した。抑うつ, 過敏の項目では有意に MD 群で高値であった。一方, 不適応および緊張では AD 群において高値であり, 緊張では有意差を認めた(図3)。各症例における緊張カテゴリのスコアと抑うつカテゴリのスコアを算

出してMD群とAD群で比較したところ、AD群では緊張高値例が、MD群では抑うつ高値例がそれぞれ有意に多く認められ、強い有意差が見られた(図4)。以上の結果から、やる気スコアが高値であること、抑うつよりも緊張が強いことがADの特徴であり、鑑別に有用な結果と考えられた。

図4 CMIにおける抑うつと緊張の比は鑑別に有用である



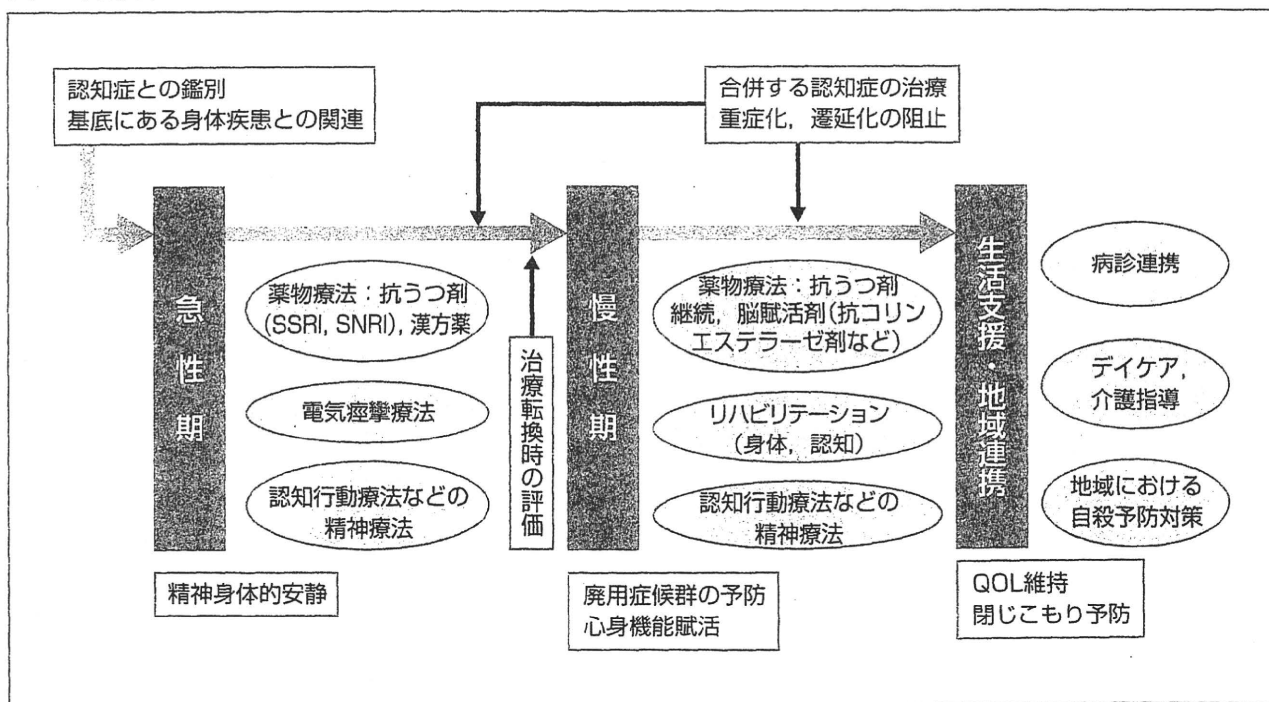
## 治療と介護

高齢者のうつ病診療には、精神医学的視点と老年医学的視点を複合することが重要であり、うつ病に絡み合うように出現する認知症を常に念頭におく必要がある。この特徴に則した治療戦略を図5にまとめた。

症状、経過から大きく3つの柱がある。急性期、慢性期、生活支援・地域連携である。うつ病の治療に入る前提として、認知症・身体疾患の合併の評価治療を並行して行なう必要がある。抑うつ気分が強い急性期、増悪期には他の年齢層と同じくそれまでやっていた仕事や家事、ストレスの元となる事柄から切り離して休ませ、睡眠を十分にとらせる。

うつ病では従来どおりの治療により抑うつ気分が軽快したのちにも意欲が戻ってこない時期がしばらく続く。この時期、高齢者では急性期の安静から引き続いて起こってくる運動機能低下、日常

図5 高齢者うつ病の治療戦略モデル



生活動作能力低下といった廃用症候群の予防が極めて重要になってくる。すなわち、急性期における安静中心の治療から、賦活を主とする治療へ変換する必要がある。

精神、運動機能維持のための身体リハビリテーションは効果があるとされる。運動以外の物理療法として以前から光療法がうつ病に効果があるとされてきたが、高齢者うつ病においても効果が認められている。介護サポートによる生活支援も認知症例と同様に重要である。また慢性期における運動療法が効果的であることは述べたが、在宅うつ病患者に対するデイケアがうつに対して効果があることの検証が今後必要となるであろう。

さらに重要な問題として自殺がある。日本の高齢者の自殺率は諸外国と比較しても高く、そのなかでも女性の比率が高い。また都市部に比べて農村部で高くなっている。若年者に比べて、自殺行動が既遂となる割合も非常に高い。高齢者の自殺の動機としては病苦が6割以上を占めており、家庭問題がそれに続くが、その背景にはうつ病などの精神疾患が存在していることが多い。

地域での調査によると、社会的サポートがないこと、日常生活動作能力の低下が自殺と関連することがわかり、これに対して高齢者の自殺予防への取り組みが地域レベルでなされるようになってきた<sup>5)</sup>。うつ病を手がかりに自殺念慮のある高齢者をスクリーニングし、適切に治療を導入したり継続的にフォローすることが、高齢者自殺を予防

することに有効であったとされる。

## ●●●●● まとめ

高齢者うつ病の診療には多岐にわたる要因を考慮する必要があるが、精神医学的要素と老年医学的要素の複合として整理できる。認知症合併の配慮、生活習慣病の治療・予防といった医学的対処に加えて、高齢者うつ病に対する介護サポートを実践する方法論の確立、専門家の養成が必要である。また他の年齢層と同じくプライマリケアから専門医への受け渡しを円滑に行なうシステムの構築も今後の課題となる。

### ●参考・引用文献

- 1) American Psychiatric Association 著、高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き 新訂版、医学書院、137-139、2003。
- 2) 服部英幸：高齢者うつ病、日本老年医学会雑誌、45(5)、451-461、2008。
- 3) 大内尉義、鳥羽研二：高齢者の新しい総合的機能評価法の開発とその応用、日本老年医学会雑誌、37(6)、469-471、2000。
- 4) 岡田和悟、小林祥泰、青木耕ほか：やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価、脳卒中、20(3)、318-323、1998。
- 5) 高橋邦明、内藤明彦、森田昌宏ほか：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動——老年期うつ病を中心に、精神神経学雑誌、100(7)、469-485、1998。

服部英幸 ● はっとりひでゆき  
国立長寿医療センター行動・心理療法科  
〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

NURSING BOOK INFORMATION

医学書院

# 精神科の薬がわかる本

姫井昭男

ざっと知っておきたい。大事なことだけ知りたい。副作用と禁忌だけは押さえない——そんなニーズに応えます。「よくある質問への答え方」「患者さんへの説明のポイント」「副作用マップ」付き。

●A5 頁208 2008年  
定価2,100円(本体2,000円+税5%)  
[ISBN978-4-260-00763-4]

「日本医事新報」別刷

第4472号(2010年1月9日発行)

# デイケア利用者におけるうつの実態と デイケアの効果

\*1 認知症介護研究・研修大府センター

\*2 国立長寿医療センター

\*1 森 明子  
\*1 鈴木 亮子  
\*1 小長谷 陽子  
\*2 服部 英幸



## デイケア利用者におけるうつの実態と デイケアの効果

<sup>1</sup> 森 もり

<sup>1</sup> 明子 あきこ

<sup>1</sup> 小長谷陽子 こながや ようこ

<sup>1</sup> 鈴木亮子 すずきりょうこ

<sup>2</sup> 服部英幸 はつとり ひでゆき

はじめに

我が国では自殺者が年間3万人を超え、交通事故による死亡者数の年間7000〜8000人と比べてきわめて深刻な状況である<sup>1)</sup>。年齢別では、60歳以上の高齢者が最も多く、動機としては「健康問題」が特に高率である<sup>1)</sup>。

加えて、高齢者の精神疾患の中で、うつ病・うつ状態(以下、うつ)は、認知症よりも高頻度に見られる主要な疾患の一つである<sup>2)</sup>もの、抑うつ気分や精神運動静止が必ずしも目立たず、不安・焦燥や仮性認知症を来しやすいことが指摘されている<sup>3)</sup>。

老年医学的にはうつ病は老年症

候群の一つであり、後期高齢者で高頻度に認められ、精神科医と内科医、整形外科医との連携の重要性や、介護サービス利用の必要性が指摘されている<sup>4)</sup>。

その介護サービスの一つとして、通所リハビリテーション(以下、デイケア)がある。デイケアは、介護認定を受けた高齢者に外出の機会を提供し、社会的孤立感の解消、リハビリテーションによる心身機能の維持向上の効果が期待されているサービスである<sup>5)</sup>。

本研究は、デイケア利用者に関する断調査を実施し、デイケア利用者とうつの実態と経過を検討するとともに、これらの結果から、うつに対するデイケアの有効性について

若干の考察を加える。

### 対象と方法

愛知、三重県内の2カ所のデイケアを利用しての要介護高齢者を対象とし、重篤な身体障害、重度の視覚、聴覚、言語障害を有する者は除外した。実施前に、十分な説明を行い、文書による同意を得た。対象者は32名で、男性12名(37.5%)、女性20名(62.5%)、平均年齢は79.0±9.2歳、デイケアの平均利用回数2.4回/週(1〜4回/週)、要介護度は平均2.0(範囲1〜4)であった。

疾患は、脳出血、脳梗塞など脳血管疾患が19名(59%)、腰椎圧迫骨折や大腿骨頸部骨折など整形外

科疾患が8名(25%)、大うつ病1名(3%)、パーキンソン病などその他の疾患は4名(13%)であった。調査項目は、うつ状態の尺度としてGeriatric Depression Scale short version (GDS-15)<sup>6)</sup>を用いた。15項目からなる質問票に「はい/いいえ」で回答してもらった。点数が高いほどうつ傾向が強いことを示す。

また、全般的認知機能はMini-Mental State Examination (MMSE)<sup>7)</sup>で評価した。見当識、物品名の呼称、計算、短期記憶、図形模写などからなり、30点満点である。23点以下を認知機能低下とする。

さらに心理状態を把握するため、やる気スコア(Apathy Scale 島根医科大学第3内科版)<sup>8)</sup>を用いた。これは、脳卒中患者の意欲低下を適切に評価する方法で、「物事に打ち込みますか?」「毎日張り切ってますごしていますか?」など14項目の質問をし、被検者は各質問に「全くない・全く違う」から「おおいに・まさに」の4段階で回答する。0〜3点の評価点を与え、



0～42点の範囲で16点以上の場合、意欲低下と判断する。

また、うつの臨床判断として、モントゴメリーアスバーグうつ評価尺度日本語訳 (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: MADRS-J)<sup>9)</sup>を用いた。抑うつ改善を敏感に反映させることを目的とし、「悲しみ」「睡眠減少」「集中困難」など10項目について0～6点までの7段階で評定する。60点満点で、高得点であるほどうつ状態が重度であることを示し、9点以下を正常範囲、10～34点を中等度、35点以上を重症のうつと判断する。

以上の指標を用いて、各対象者

図1 疾患によるGDS-15の得点の差

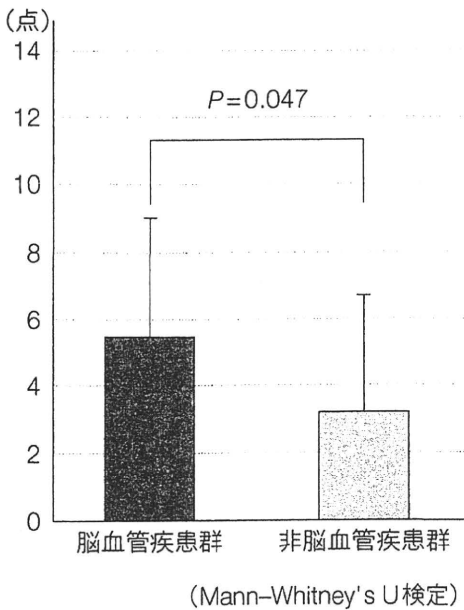


表1 うつの有無による2群の各指標の比較 (mean ± SD)

	うつあり	うつなし	P値
n(人)	15	17	
GDS-15(点)	7.2 ± 3.3	2.1 ± 1.9	< 0.001
MMSE(点)	23.1 ± 4.8	23.2 ± 5.3	0.829
やる気スコア(点)	18.1 ± 8.5	14.7 ± 6.4	0.167
MADRS-J(点)	7.1 ± 5.8	1.8 ± 1.3	< 0.001

(Mann-Whitney's U検定)

## 結 果

ベースライン期、その1カ月後、6カ月後の合計3回評価した。

うつ状態の尺度であるGDS-15を、脳血管疾患群(19名)とそれ以外の非脳血管疾患群(13名)の2群で比較したところ、脳血管疾患群では5.5 ± 3.5点、非脳血管疾患群では3.2 ± 3.6点であり、脳血管疾患群が有意に高い結果となった(図1)。一方、

認知機能のMMSEは2群で有意差が認められず、脳血管疾患群22.9 ± 5.0点、非脳血管疾患群23.4 ± 5.0点であった。

次に、GDS-15の5点以上を「うつあり」群、4点以下を「うつなし」群と定義した結果、32名中15名(47%)が「うつあり」群、17名(53%)が「うつなし」群に該当した。うつの有無による2群の属性として、平均年齢は「うつあり」群が79.4 ± 9.8歳、「うつなし」群が77.4 ± 9.2

気スコアでは有意差が認められなかった(表1)。

さらに、「うつあり」群と「うつなし」群の2群で、ベースライン期、1カ月後、6カ月後の経時的変化を分析した。両群ともGDS-15、MMSE、やる気スコアでは有意な経時的変化は認められなかった。ただしMADRS-Jにおいてのみ、「うつあり」群の1カ月後から6カ月後の間で有意に低下(改善)し(P=0.014)、「うつなし」群でもベースライン期から1カ月後で有意な低下(改善)を認めた(P=0.020)(表2、図2)。

## 考 察

### (1) デイケア利用者のうつの実態

今回の対象者32名の中で、うつの診断がされていたのは1名(3%)であったが、GDS-15という高齢者に適した指標を用いると、47%という高い頻度でうつ(傾向)が認められた。このことから、診断はなされていないが、うつ状態の要介護高齢者が多く存在することが明らかとなった。葛谷らの調