

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

認知症患者における体感温度調査～認知症患者は寒がりになるか～

研究分担者 橋本 衛 熊本大学医学部附属病院神経精神科

研究要旨 研究目的：日常の診療場面で、認知症患者がまるで寒がりになっているかのように感じるケースをしばしば経験する。そこで本研究では、認知症と“寒がり症状”との関連を検討した。研究方法：熊本大学神経精神科認知症外来通院中の認知症患者(130名)の介護者に対して、我々が独自に作成した“寒がり症状”チェックリストを実施し、認知症における“寒がり症状”の頻度を調べた。さらに、寒がり群と非寒がり群の二群間で、年齢、性別、教育歴、MMSE得点、NPI下位項目、BMI、体温、甲状腺機能を比較し、“寒がり症状”と関連する要因を検討した。結果：130名中43名(33.1%)に“寒がり症状”が認められた。対照的に、暑がりになった患者はわずか1名(0.8%)であった。寒がり群と非寒がり群の二群間の比較では、寒がり群が非寒がり群よりも有意に年齢が若かった。また、不安、無為、睡眠障害の頻度が寒がり群で有意に高かった。BMIならびに甲状腺機能には有意差は認めなかった。まとめ：“寒がり症状”は認知症では一般的にみられる症状であることが示された。“寒がり症状”を引き起こす要因については、身体症状よりもむしろ心理面との関連が強い症状である可能性が考えられた。本研究で得られた知見は、認知症患者のより良いケアマネジメントの実践に大いに寄与するものとする。

A. 研究目的

日常の診療場面で、認知症患者がまるで寒がりになっているかのように感じるケースをしばしば経験する。具体的には、「暑い部屋の中でクーラーをつけずに窓を閉め切っている」、「5月や6月になってもコタツに入っている」、「何枚も重ね着をしている」といった行動である。このような行動は、窓の開け閉めやクーラーの温度調節などをめぐって家族とトラブルになるだけでなく、脱水や熱中症などの重篤な病態を引き起こす可能性もあり、適切な対応が必要な症状である。しかしながらこのような“寒がり症状”は、認知症に関する成書や文献には全く記載されておらず、その頻度や病態さらにはその発現機序については全く不明な症候である。

本研究では、“寒がり症状”が認知症患者において、どの程度の頻度でみられる症状なのか、

本症状の発現に関連する要因は何か、の2点について検討した。

B. 研究方法

(研究対象)

平成25年8月13日～12月24日の期間に、熊本大学医学部附属病院神経精神科の認知症専門外来を受診した患者の中から、下記の～の基準を満たす者を対象として選択した。

認知症(DSM- R)、もしくは軽度認知障害(MCI)(Petersen,2003)である

上記の期間中に心理検査を受けた(MMSE、Neuropsychiatric Inventory ; NPI など)

信頼出来る介護者がいる

本研究の同意を得られた

対象患者総数は130名(男性44名、女性86名)、平均年齢は78.2±8.4歳、平均教育年数は11.5±2.7年、平均MMSEスコア20.3±6.0点であ

った。認知症重症度は、CDR0.5が46名、CDR1が49名、CDR2が19名、CDR3が5名と軽症例が多かった。疾患別には、アルツハイマー病（脳血管障害を伴うアルツハイマー病を含む）が79名（60.7%）、MCIが21名（16.2%）、血管性認知症（VaD）が11名（8.5%）、レビー小体型認知症（DLB）が8名（6.2%）、糖尿病や甲状腺機能低下症などの代謝性疾患による認知症が4名、前頭側頭葉変性症（FTLD）2名、正常圧水頭症（NPH）2名、その他もしくは不明3名（5.4%）であった。

（評価方法）

“寒がり症状”は、表1に示す“寒がり症状”チェックリストを介護者に実施し評価した。本チェックリストでは、主質問として「患者さんは以前と比べて寒がりになったと感じますか」という質問を行い、その質問に対して「はい」と回答した患者を「寒がり群」に、「いいえ」と回答した患者を「非寒がり群」に分類した。さらに「寒がり群」に対しては、10項目の下位項目を質問した。

次に“寒がり症状”に関連する要因を検討するため、患者の身長、体重、体温を受診時に測定した。さらに甲状腺機能を最も近い時点で実施された血液データから参照した。認知機能をMMSE、認知症重症度をCDR、精神症状をNPIを用いて評価した。

表1.“寒がり症状”チェックリスト

患者さんは以前と比べて寒がりになったと感じますか？

→「はい」or「いいえ」

「はい」の場合は次のどれに当てはまりますか？

1. 暑いのに窓を閉め切る
2. 暑いのにクーラーをつけない
3. 暑いのに長袖を着ていたりする
4. 夏になっても冬の布団に入る
5. 暖かくなってもコタツに入っている
6. 「寒い寒い」という
7. 家族と体感温度が合わない
8. 脱水、熱中症になったことがある
9. 重ね着が増えた
10. その他の寒がりと感じる言動

（倫理面への配慮）

本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部倫理委員会の承認を得た上で実施された。

C. 研究結果

130名中43名(33.1%)に“寒がり症状”が認められた。下位項目の頻度を図1に示すが、「寒い寒い」と言う、重ね着が増えたといった、寒いのを異常に寒がっているようにみえる項目だけではなく、暑いのに窓を閉め切る、クーラーをつけない、暑いのに長袖を着ていたりするといった、暑いのを感じにくくなっているようにみえる項目も多くみられた。その他の項目の中には、「掛け物が増えた」「体温が上がった」「シャワーの温度が高い」といった内容が含まれていた。一方、本調査において、「暑がりになった」と回答した患者はわずか1名(0.8%)であった。

図 1

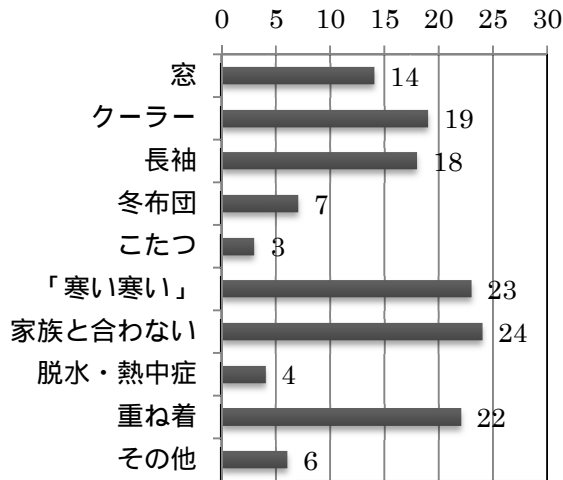


表 2 に寒がり群と非寒がり群との間の患者背景と基礎代謝に関連する要因の比較を示すが、寒がり群が非寒がり群よりも有意に年齢が若かった。また寒がり群のほうが男性が多く、MMSE が低い傾向があった。

表 2 . 患者背景の 2 群間の比較

	寒がり群	非寒がり群	p 値
性別(男性%)	43.2	27.9	0.08
年齢 (歳)	72.9±8.7	81.0±6.7	<0.001
教育歴 (年)	11.7±2.5	11.4±2.8	0.55
MMSE 得点	18.7±7.0	21.1±6.0	0.053
CDR(0.5/1/2/3)	16/16/6/4	30/33/13/1	0.17
BMI	21.5±3.9	22.7±4.6	0.20
体温 ()	36.4±0.4	36.4±0.4	0.59
甲状腺機能			
TSH	2.06±1.47	2.53±2.56	0.31
FT4	1.25±0.45	1.23±0.17	0.79

図 2 に寒がり症状と背景疾患との関連を示すが、疾患によって多少の頻度の差はあるものの、その差は有意水準には至らなかった。次に、寒がり症状と精神症状との関連について図 3 に示す。NPI の下位項目において、不安、無為、睡眠障害の 3 つの項目で、寒がり群が非寒がり群よりも有意に高い頻度で認められた。

図 2 ■寒がり群 ■非寒がり群

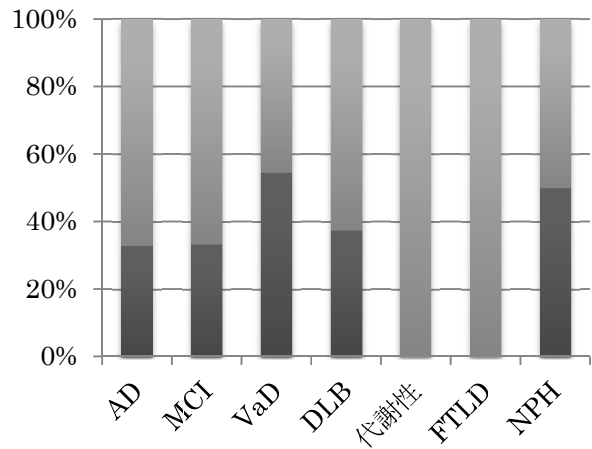
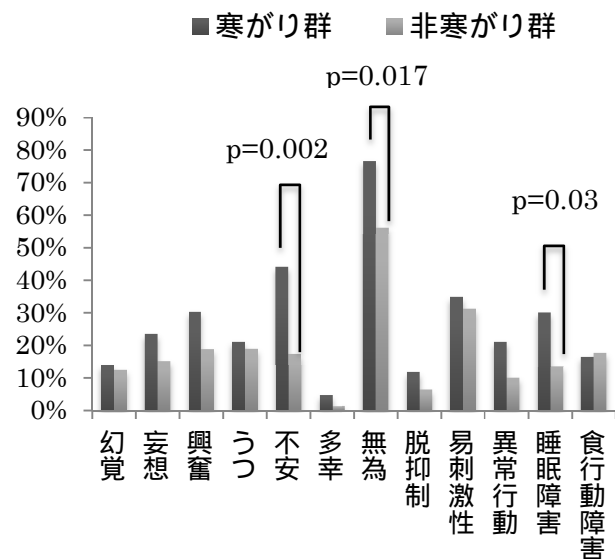


図 3



D . 考察

“寒がり症状”は同居家族とのトラブルを引き起こすだけではなく、脱水や熱中症などの重篤な合併症を引き起こし得る重要な症候である。にもかかわらず、認知症患者が寒がりになることについてはこれまで全く注目されていなかった。本研究では“寒がり症状”が認知症患者の約 3 分の 1 にみられるなど、認知症では一般的にみられる症状であることが示された。

本研究において注目すべき事実は、暑がりになる患者がわずか 1 名であったことである。認知症者が単に気温を把握できないだけであるならば、暑がり患者と寒がり患者が同等数みられても良いは

ずである。しかし暑がり患者がほとんどいなかった本研究結果は、「寒がる」ことに何らかの意味があることを示している。

“寒がり症状”を引き起こす神経基盤については明らかではないが、寒がり群の方が MMSE 得点が低い傾向がみられたことから、認知機能がより強く障害されることにより周囲の環境を把握出来ない可能性が考えられた。また、寒がり群の方が年齢が低かったことから、単に加齢による症状ではないと考えられた。さらに、不安、無為、睡眠障害などの精神症状が寒がり群で頻度が高かったことから、精神的な不安定さが“寒がり症状”を誘発しているの可能性が考えられた。一方で、“寒がり症状”により、無為や睡眠障害などの精神症状が引き起こされている可能性も考えられた。代謝機能には二群間で差がなかったことも併せて考えれば、この“寒がり症状”は、身体症状よりもむしろ心理面との関連が強い症状である可能性が高い。

本研究でえられた知見は、認知症患者のより良いケアマネジメントの実践に対して大いに寄与するものと考えられる。

E . 結論

認知症と“寒がり症状”との関連を検討した。認知症患者の約 3 分の 1 に“寒がり症状”を認め、“寒がり症状”は認知症では一般的にみられる症状であることが示された。“寒がり症状”を引き起こす要因については、身体症状よりもむしろ心理面との関連が強い症状である可能性が考えられた。本研究で得られた知見は、認知症患者のより良いケアマネジメントの実践に大いに寄与するものと考えられる。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1.論文発表

Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in patients with dementia. J Clin Psychiatry [in press]

Hasegawa N, Hashimoto M, Koyama A, Ishikawa T, Yatabe T, Honda K, Yuuki S, Araki K, Ikeda M. Patient-related factors associated with depressive state in caregivers of patients with dementia at home. Journal of the American Medical Directors Association 15:371.e15-18

Matsushita M, Ishikawa T, Koyama A, Hasegawa N, Ichimi N, Yano H, Hashimoto M, Fujii N, Ikeda M. Is sense of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia? Psychogeriatrics 14 : 87-92, 2014

Sakamoto F, Shiraishi S, Yoshida M, Tomiguchi S, Hirai T, Namimoto T, Hashimoto M, Ikeda M, Uetani H, Yamashita Y. Diagnosis of dementia with Lewy bodies: diagnostic performance of combined ¹²³I-IMP brain perfusion SPECT and ¹²³I-MIBG myocardial scintigraphy. Ann Nucl Med 28(3):203-211, 2014

Nishio Y, Hashimoto M, Ishii K, Ito D, Mugikura S, Takahashi S, Mori E. Multiple thalamo-cortical disconnections in anterior thalamic infarction: complications for thalamic mechanisms of memory and language. Neuropsychologia. 2014; 53: 264-273.

橋本 衛, 眞鍋雄太, 森 悦朗, 博野信次, 小阪憲司, 池田 学 . 認知機能変動評価尺度 (Cognitive Fluctuation Inventory : CFI) の内容妥当性と評価者間信頼性の検討 . Brain and Nerve 66 : 1463-1469, 2014

宮川雄介, 橋本 衛, 池田 学 . 軽度認知障害の

長期予後 . 臨床精神医学 43 : 1475-1480 ,
2014

畑田 裕 , 橋本 衛 , 池田 学 . 診断の進め方
臨床と研究 91 : 873-878 , 2014

H . 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし