

認知症患者の QOL を評価する QOL-D の 6 項目（陽性感情、陰性感情&陰性行動、コミュニケーション能力、落ち着きのなさ、他者への愛着、自発性&活動性）の平均得点について、入院時と退院時とで paired t-test にて比較検討した。その結果、DLB 例における落ち着きのなさ以外は、すべて入院時より退院時の方が有意に改善していることが示された。すなわち、陽性感情(表 27A)、コミュニケーション能力(表 27C)、他者への愛着(表 27E)、自発性&活動性(表 27F)の平均得点は、AD および DLB ともに入院時よりも退院時において有意に増加し、落ち着きのなさ(表 27D)の平均得点は、AD において入院時よりも退院時に有意に減少していた。

### (30) 短期入院群と長期入院群の比較 1 (表 28)

精神科入院が長期に及ぶ原因を明らかにするため、入院期間が 6 ヶ月未満を短期入院群、6 ヶ月以上を長期入院群として、 $\chi^2$  検定にて両群間の違いを比較検討した(表 28)。その結果、長期入院群では短期入院群に比し、①DLB よりも AD の頻度が高い、②要介護度が高い、③高血圧と糖尿病の頻度が低い、④廃用症候群の頻度が高い、⑤薬物療法施行の頻度が低い、⑥非薬物療法施行および環境調整施行の頻度が高い、⑦BPSD のうち抑うつと脱抑制の頻度が低い、という結果が得られた。

性別、教育歴、教育年数、職業、既往身体疾患、既往精神疾患、過去の精神科受診歴、同居家族の有無、介護者の有無、入院前の生活の場、入院前のサービスの利用の有無、受診経路、入院形態、入院理由、入院中の隔離・抑制の有無などには有意差は認められなかった。

### (31) 短期入院群と長期入院群の比較 2 (表 29)

さらに、寝たきり度、施行した非薬物療法および環境調整の数、認知機能検査の結果、BPSD の重症度等について t 検定にて比較検討した(表 29)。その結果、長期入院群では短期入院群に比し、①寝たきり度が高い、②施行した非薬物療法および環境調整の数が多い、③退院時の HDS-R および MMSE の点数が低い、④入院時の QOL-D における陽性感情およびコミュニケーション能力が高いなど結果が得られた。また、BPSD に関しては、①興奮に関する入院時および退院時の頻度、重症度、負担度、②易刺激性に関する入院時および退院時の重症度、入院時の負担度、③睡眠障害に関する退院時の頻度、重症度、負担度および入院時の負担度が、いずれも長期入院群の方が短期入院群より有意に高かった。無為無関心については、入院時および退院時の重症度は長期入院群で有意に高かったが、退院時の負担度は同群で有意に低かった。また、抑うつについては、入院時の重症度および負担度が、長期入院群で有意に低いという結果であった。

### (32) 改善が認められた BPSD において有効であった治療法の比較 (表 30)

各 BPSD において、薬物療法、非薬物療法、環境調整の 3 種類の対応法のうち主治医が有効であったと判定した対応法の例数について、Cochran Q 検定および McNemar 検定により比較検討した(表 30)。その結果、無為無関心と多幸以外において有意差が認められた。まず、妄想、興奮、易刺激性、睡眠障害の 4 つでは、薬物療法が有効とされた例数が最も多く、次に環境調整の例数が多く、非薬物療法が最も少なかった。一方、脱抑制、異常行動、食行動異常の 3 つでは、薬物療法と環境調整の例数が同程度であり、非薬物療法がこれらより少ないというパターンを示した。

また、抑うつにと不安についても、有効とされた例数が最も多かったのは薬物療法であり、有意に少なかったのは抑うつでは環境調整、不安では非薬物療法であった。

## [2] 認知症治療病棟の有効性と問題点

最も多い診断名はADであった(54%)。入院前の住居は自宅44名、施設18名、他の病院・病棟10名であったが、退院先の住居は自宅16名、施設40名、他の病院・病棟16名であり、有意に変化していた( $p < 0.001$ )。大半の患者(75%)には介護者があり、配偶者と娘がその大半であった。14名(19.4%)が重症な身体合併症のために他の病院・病棟に退院となった。平均入院期間は92.0日であった。NPI-NH 合計得点、合計介護負担度得点は退院時に有意に減少していたが(Bonferroni-corrected  $p < 0.05$ )、CDR 得点、PSMS 得点は変化していなかった。NPI-NH 得点、介護負担得点の下位項目でみると、興奮、異常行動、睡眠障害において有意に改善していた(Bonferroni-corrected  $p < 0.05$ )。入院4週間後にも評価した60名では、4週間後の時点でNPI-NH 合計得点、合計介護負担度得点は有意に改善していたが(Bonferroni-corrected  $p < 0.05$ )、退院時にはさらに改善していた(Bonferroni-corrected  $p < 0.05$ )。重症な身体合併症のために他の病院・病棟に退院となった14名とそれ以外の58名とを比較したところ、重症な身体合併症を認めた群で有意にCDR、PSMSの得点が悪く(uncorrected  $p < 0.05$ )、特に退院時のPSMS得点が悪かった(Bonferroni-corrected  $p < 0.05$ )。

## [3] アルツハイマー病患者における食行動障害についての調査

対象となったAD患者220名の内訳は、男性60名、女性160名で、平均年齢81.6歳、平均MMSE17.1点であった。健常高齢者の内訳は、男性12名、女性18名、平均年齢80.1歳、平均MMSE27.3点であった。

健常者における食行動障害の有症率は26.7%であったのに対し、AD患者全体では81.4%の患者が何らかの食行動障害を有していた。軽症例でも69.7%に食行動障害が見られ、認知症の重症度が上がるにつれ、食行動障害の有症率も増加した。

5つの領域中、食欲の亢進、食事の好み、食習慣の3つの領域で、患者群3群いずれも健常者群よりも有症率が有意に高かった。嚥下障害については、重度群においてその他の群よりも有意に頻度が高かった。

重症度とスコアとの関係は、重症度と有症率との関係と同様の傾向を示したが、食事の好みについては、中等度群の方が重症度群よりも有意に高スコアであった。

## 2. 画像研究

半年後に、後部帯状回の前部における有意な脳皮質容積減少が認められた。また、その変化率は半年間におけるアパシー評価スコア変化と有意な相関を示した。脳梗塞後半年間で、梗塞部位と離れた後部帯状回に容積減少を認め、さらに容積減少の程度が大きいほど、アパシー症状の変化も大きいことが示された。

## 3. 病理研究

### (1)妄想を伴う神経原線維変化型認知症患者の側坐核におけるタウ蓄積

神経原線維変化型認知症 7 例全例において、側坐核の神経細胞体およびニューロピルに高度のタウ陽性構造が観察された。これらの構造は使用した抗タウ抗体すべてに陽性であった。AT8 を用いた免疫電顕では、AD の神経原線維変化を構成する paired helical filaments に類似の線維構造が陽性を示した。サルコシル不溶性画分のイムノブロットでは、68, 64, 60kDa のトリプレットを示し、脱リン酸化後は 6 種類の全てのアイソフォームのバンドが検出され、AD と同じパターンを示した。AD22 例中 17 例で側坐核にタウ陽性構造が認められ、そのうち 9 例では、タウ陽性構造の密度が神経原線維変化型認知症と同程度であった。正常高齢者 11 例中 5 例に側坐核にタウ陽性構造が認められ、そのうち 2 例は神経原線維変化型認知症と同程度の強いタウ陽性像が認められたが、この 2 例はいずれも 90 歳代の超高齢者であった。

### (2)運動症状及び非運動症状で初発した皮質基底核変性症 (CBD) における臨床病理学的特徴の比較検討

2 群間で性差、発症年齢、死亡年齢、罹病期間、脳重に有意な差はなかった。精神症状初発例の初期症状は自発性低下 2 例、自己中心的行動 1 例、易怒性や幻視を伴うせん妄様行動 1 例で、最終臨床診断はピック病 2 例、老年期精神障害 1 例、統合失調症 1 例であった。精神症状初発例では、全例でパーキンソニズムや歩行障害を中期まで認めず、非対称性のパーキンソニズムは 1 例のみで末期に認め、2 例は死亡時期近くまで歩行は自立していた。対して運動症状初発例では全例が初期からパーキンソニズムや歩行障害を呈し、末期には歩行不能で寝たきりとなっていた。神経細胞脱落の程度は、運動症状初発例のルイ体と黒質において精神症状初発例より有意に高度であった。一方、タウ病理はいずれの解剖学的部位でも 2 群間で有意な差がなかった。

## D. 考察

### 1. 調査研究

#### (1)BPSD により精神科に入院となった認知症患者の実態調査

本調査は 2 部構成になっており、まず調査 1 では、BPSD により精神科に入院となった認知症患者の大まかな実態を明らかにするため、認知症疾患医療センターに指定されているか認知症専門病棟を有し、認知症治療に力を入れている精神科病院 16 施設の 382 例について、年齢、性別、診断、入院期間、初診から入院までの期間、BPSD の種類・内容、転帰について調査した。

その結果、診断は AD が約 5 割を占めて最も多く、次いで DLB、VaD、混合型認知症、FTLD の順となった。性別はやや女性の方が多く、特に AD では有意に女性が多かった。年齢は、AD、DLB、VaD は 70 台後半から 80 台であるのに対し、FTLD は 60 台が有意に多かった。入院期間は、全体の約 4 割が 7 ヶ月以上、約 3 割が 1 年以上と長期に及んでいた。AD の約 6 割、DLB の約 7 割が初診から 3 年以内に入院となっていた。

BPSD の頻度は、興奮が最も高く (60%)、次いで易刺激性 (43%)、異常行動 (37%)、睡眠障害 (36%)、妄想 (30%)、無為無関心 (29%)、食行動異常 (23%)、幻覚 (17%)、脱抑制 (14%)、不安 (14%)、抑うつ (11%)、せん妄 (7%)、多幸 (2%) の順であり、1 例につき平均 3.25 個の BPSD が認められた。疾患別では、AD では興奮 (暴言、暴力)、DLB では、妄想 (迫害妄想、幻の同居人妄想、替え玉妄想)、

幻覚（幻視、幻聴）、抑うつ（悲哀感、罪責感、絶望感）、不安（過度の心配、過度の緊張）、無為・無関心（会話の減少、感情の平板化）、脱抑制（衝動行為）、睡眠障害（入眠障害）、食行動異常（食欲低下）、FTLD では、脱抑制（常同行為）および食行動異常（過食、嗜好の変化、常同的食行動）の頻度が有意に高かった。一方、有意に頻度が低い BPSD としては、AD における抑うつ、過度の緊張、衝動行為、食欲低下、嗜好の変化、VaD における自発性低下および感情の平板化、FTLD における幻視、暴言などが挙げられた。以上から、精神科に入院となった認知症患者に認められた BPSD は疾患によってある程度の特徴があり、それに則した対応が必要であると思われた。

転帰は、AD、VaD、DLB、FTLD いずれにおいても施設入所が約 3 割前後で最も多く、FTLD を除き次に多いのが自宅退院で約 2 割前後であった。FTLD のみ、転院が 2 番目に多く、自宅退院は 3 番目であり、他疾患より自宅退院が困難であることが示唆された。

調査 2 では、対象を頻度の高い AD と DLB に絞り、BPSD への効果的な対応法を抽出するとともに、転帰に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的に、多数の項目についてさらに詳細な調査を行った。

BPSD に関する項目では、入院の原因となった主たる BPSD としては、興奮が最も多く、5 割弱の頻度を占めていた。次いで、異常行動が 2 割強、妄想が 2 割弱、易刺激性と睡眠障害が 1 割強、幻覚と食行動異常が 1 割弱と続いた。性別による違いでは、興奮と易刺激性が有意に男性で多かった。疾患別では、幻覚、抑うつ、不安、無為無関心、脱抑制、睡眠障害、食行動異常が DLB において AD より頻度が高かった。約 4 割の患者に誘因が認められ、心理・社会的要因が最も多く、次いで身体的要因、薬剤性の順であった。

施行された薬物療法の種類と頻度は、抗認知症薬が全体の 5 割強、抗精神病薬が 5 割弱に使用され、この 2 種類が中心であった。抗認知症薬は、AD の 5 割、DLB の 7 割に用いられており、内訳はメマンチンの頻度が最も多く、次いでドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンの順であった。抗精神病薬は、AD の 5 割、DLB の 4 割に使用され、内訳はクエチアピンが最も頻度が高く、次いでリスペリドン、オランザピン、アリピプラゾール、クロルプロマジン、チアプリドの順であった。抗うつ薬は、AD の 2 割、DLB の 4 割に使用され、トラゾドンが最も頻度が高く、その他 SSRI、SNRI、ミルタザピン、スリピリドなどが同程度に用いられていた。気分安定薬は、AD および DLB の 2 割に用いられ、バルプロ酸が最も多く、次いでカルバマゼピンとリチウムであった。睡眠薬は、AD および DLB の 1/4 に使用され、ラメルテオンとプロチゾラムの頻度が高かった。

非薬物療法では、作業療法の頻度が約 7 割と最も高く、運動療法が約 5 割%とこれに次ぐ頻度で用いられていた。次いで、パーソンセンタードケア、音楽療法、回想法、リアリティオリエンテーション、バリデーション療法の順に頻度が高かった。

環境調整では、入院環境の調整が AD の 7 割、DLB の 5 割で施行され、静かな環境の確保が最も頻度が高かった。その他、照明の調節、音楽を流す、居室の変更、個人の背景・文化の維持などが同程度の頻度で施行され、家族の疾患教育もこれらと同程度に行われていた。

多くの例ではこれらの薬物療法、非薬物療法、環境調整が組み合わされて施行され、無為無関心と多幸を除いた BPSD において 8 割以上の改善率を示し、その有効性が示された。このことは、入院時と退院時の NPI 得点の paired t-test の結果からも裏付けられた。また、QOL-D もほとんどの項目が入院時より退院時に有意に改善していることから、NPI 得点の低下は薬物治療による

副作用としての過鎮静によるものではないことが示された。異常行動、脱抑制、食行動異常には薬物療法と環境調整が同程度に有効であり、妄想、幻覚、興奮、不安、抑うつ、易刺激性、睡眠障害には薬物療法が最も有効であり、次いで環境調整、非薬物療法の順で有効であった。

このように高い改善率を示しているものの、計 205 例中入院期間が 6 ヶ月以上に及んだ 96 例について入院長期化の理由について調べた結果では、「BPSD が改善しない」が 44 例 (45.8%) と最多であったことから、BPSD の治療の成否がやはり入院期間に大きく影響すると言える。長期化の理由で 2 番目に多かったのは「家族の受け入れの問題」(36.5%) であった。このように、長期化の理由には、大きく分けて「患者自身の理由」と「社会的理由」があり、その頻度は同程度であった。また、1 例につき平均 1.25 個の理由がある計算となることから、長期化の理由は複合的であることも明らかとなった。

短期入院群と長期入院群を比較した際、長期入院群において有意差が認められたのは以下の項目であった。①要介護度が高い、②高血圧および糖尿病の頻度が低い、③廃用症候群の頻度が高い、④薬物療法施行の頻度が低く、非薬物療法および環境調整施行の頻度が高い、⑤抑うつおよび脱抑制の頻度が低い、⑥寝たきり度が高い、⑦退院時の HDS-R および MMSE の点数が低い、⑧入院時および退院時の興奮、無為無関心、易刺激性、睡眠障害の NPI 点数が高い、⑨入院時の抑うつの NPI 点数が低い、⑩入院時の QOL-D の陽性感情とコミュニケーション能力の点数が高い。以上から、BPSD に関しては、興奮、易刺激性、抑うつ、無為無関心、睡眠障害の重症度が入院の長期化と関連する可能性が示唆された。

本調査の限界としては、まず施設間の症例数や疾患の割合にばらつきが大きいことが挙げられる。したがって、本調査で算出された BPSD の頻度を、本邦における BPSD の有病率をみなすことはできない。しかしながら、本邦では、BPSD が激しい認知症患者は精神科で対応することが一般的であるのにもかかわらず、精神科に入院した認知症患者の BPSD についての実態には不明な点が多かったのも事実であり、本調査はそれらについて多くの知見を提供している点で意義があると思われる。本調査の結果からも、長期入院患者は全体の 4 割程に及んでおり、長期化の要因を明らかにするとともにそれに対する対策を早急に講じる必要がある。本調査において、長期入院群に有意をもって認められた複数の特徴の意義については不明な点も多く、ロジスティック回帰分析や多変量分散分析等を用いてさらに入院長期化要因について詳細に検討する必要がある。

現時点で、本調査の結果を基に長期入院の典型例を記載すると次のようになる。

「暴力、易怒性、徘徊、妄想、不眠などの BPSD のため、家族が介護の限界を訴え入院。薬物療法、非薬物療法、環境調整が組み合わせて行い、徘徊と易怒性は軽度残存するものの退院が可能なレベルまで改善。しかし、家族の受け入れが進まず、入院を継続しているうちに肺炎を繰り返すようになった。徐々に自発性が低下し、臥床して過ごすことが多くなり、認知症も進行。施設入所について検討しているが、家族の希望と合致する施設がなかなか見つからず、入院が長期化している」。

## (2) 認知症治療病棟の有効性と問題点

2 施設の前向き研究の結果からも、認知症治療病棟における BPSD に対する治療は有効であることが示された。BPSD の改善に伴い介護負担も改善していた。BPSD は入院後 4 週間の時点で改善し

ていたが、退院時にはさらに改善していた。しかし、BPSD が改善しているにもかかわらず、自宅に退院できる患者の数は減少していた。重症な身体合併症のために他の病院・病棟に退院となったのは 14 名 (19.4%) であり、我々の先行研究の 33.0% よりも減少傾向であった ( $p = 0.055$ )。認知症の重症度が高く、ADL が低いほど重症な身体合併症が生じており、先行研究と同様の結果であった。このような患者に対して認知症治療病棟のスタッフが慎重に観察したり、十分なケアをするようにしていることが、重症な身体合併症の減少につながっていると考えられる。

### (3) アルツハイマー病患者における食行動障害についての調査

AD 患者の 80% 以上に何らかの食行動障害があり、重症度が高まるにつれ有症率も高くなる傾向が示された。軽症例でもその 7 割近くに食行動障害を認めたことから、AD 患者をケアする際には、病初期から食行動の変化に留意する必要があることが示唆された。また、重症度によって食行動障害の内容に差があり、軽度の段階から食欲の異常が多くみられ、中等度では食の好みの変化や食習慣の変化が問題となり、重度では嚥下の問題が顕在化していた。重症度別の食行動障害の特徴を理解することで、将来を予見したケアができることが期待される。

## 2. 画像研究

脳梗塞患者は、発症後半年間で、後部帯状回 において有意な萎縮を示したが、この部位の萎縮は、脳梗塞に伴う神経損傷により生じた二次的な神経変性過程（ワーラー変性）を反映するものと考えられた。後部帯状回自体は機能構造的なハブであり、各被験者の異なった部位の梗塞の影響の共通部位として、萎縮が目立ちやすいと考えられる。

発症後半年間における萎縮の程度は、同時期のアパシー評価尺度得点と相関を示した。後部帯状回の背側部は、Default mode network (DMN) を構成する腹内側前頭葉、Cognitive control network (CCN) を構成する前頭頭頂葉との結びつきが深く、後部帯状回はこれら 2 つのネットワークを介して、効率的な目的志向的な行動を実現することが想定される。後部帯状回の障害は、目的指向的行動を妨げ、結果としてアパシー症状を増大させるものと思われる。

## 3. 病理研究

### (1) 妄想を伴う神経原線維変化型認知症患者の側坐核におけるタウ蓄積

神経原線維変化型認知症患者の側坐核に高度のタウ蓄積が生じていることを初めて明らかにした。7 例中 6 例に生前持続性の妄想が認められていることから、側坐核のタウ蓄積による機能異常が妄想と関連する可能性が示唆された。解剖学的に側坐核は中脳辺縁系に属し、中脳腹側被蓋野からドーパミン系の投射を受けている。統合失調症患者では、側坐核の機能異常により中脳腹側被蓋野からドーパミン放出が過剰となることが精神病症状の出現に関与する可能性が報告されていることから、本研究の結果は認知症における妄想的出現機序を考える上で極めて興味深いものと考えられた。

### (2) 運動症状及び非運動症状で初発した皮質基底核変性症 (CBD) における臨床病理学的特徴の比較検討

今回の検討から、非運動症状で初発した CBD 例では、ルイ体と黒質の変性が運動障害で初発した CBD 例よりも軽度であることが明らかになった。検討した非運動症状初発の CBD 例においては全例でパーキンソニズム、歩行障害、姿勢反射障害を早期には欠き、3 例では非対称性運動障害も中期までは欠如していた。2 例では末期まで拘縮を欠き、介助なしで歩行可能であった。これらの特徴は運動障害で初発した CBD 全例において四肢に拘縮が出現し寝たきりとなったのと対照的であった。両群間で罹病期間に有意差はなかったため、これらの臨床像の違いは罹病期間では説明されない。CBD の変性所見の分布と臨床像の多様性については以前から指摘されているが、今回の検討から運動障害の有無と変性所見の分布の関連性が明らかになった。

病理学的に診断された CBD 例における精神症状や行動異常を調べた報告は少ない。Wenning らは、CBD 症例においてアパシー、易刺激性、脱抑制のいずれかを呈していた頻度は 58%、抑うつは 38%であったと報告した。Yonas らは、病理学的 CBD36 例中 8 例において精神症状を認め、それには行動コントロールの異常が 8.3%、うつが 8.3%、強迫的行動が 8.3%、易刺激性が 8.3%、脱抑制が 2.8%であったと報告した。Lee らは、病理学的 CBD において最も頻度の高い行動異常は social withdrawal であったと報告した。我々の非運動症状初発の CBD 例や運動症状初発の CBD 例においても、脱抑制、抑うつ、常同が頻度が高く、次いで、攻撃性、アパシー、自己中心的行動、social withdrawal、多幸が続いていた。そのため、CBD の 9 例中 2 例の臨床診断は FTD であった。これらの結果は病理学的 CBD 例の一部は FTD を呈するとの報告と一致している。

## E. 結論

精神科に入院した認知症患者では、1 例につき平均 3.25 個の BPSD が認められ、疾患によってある程度異なった BPSD の特徴を有する。入院期間は、約 4 割の例で 7 ヶ月以上と長期であり、転帰は施設入所が最も多い。AD および DLB では、入院の原因となる BPSD として、興奮が最も多く、次いで異常行動、妄想、易刺激性、睡眠障害、幻覚、食行動異常などが多い。BPSD に対する治療法は、薬物療法、非薬物療法、環境調整が組み合わせられ、無為無関心と多幸以外の BPSD は 8 割以上の高い改善率を示す。妄想、幻覚、興奮、不安、抑うつ、易刺激性、睡眠障害では、薬物療法、環境調整、非薬物療法の順で有効性が高く、異常行動、脱抑制、食行動異常には薬物療法と環境調整が同程度に有効である。しかしながら、興奮、易刺激性、無為無関心、睡眠障害の重症度が長期入院群で高いことから、BPSD の治療の成否が入院期間に影響する可能性がある。ただし、入院長期化の理由は複合的であり、患者自身の理由と社会的理由が同程度に関与することから、入院期間短縮のためには、定式化された BPSD の治療法の確立が必要であるのみならず、家族の疾患教育や介護系施設との連携強化などの多面的な対応が重要と思われる。今後はこれらの要因を包含したクリニカルパスの作成が課題である。AD の食行動障害は軽度の段階からすでに高頻度に見られ、重症度が高くなるほど有症率も高くなる傾向がある一方で、重症度によってその内容に差がある。各時期に問題となりやすい食行動異常を理解することで、適切な治療およびケアを行うことができ、介護の負担を減らすことができる可能性がある。

BPSD の器質的基盤として、認知症における自発性低下に、ハブとしての後部帯状回の障害を介した神経ネットワークの障害が関連する可能性が示唆された。一方、認知症における妄想には、側坐核の神経細胞内のタウ蓄積による機能異常が関連する可能性がある。パーキンソニズム等の

運動症状を欠き、FTD 様の精神症状や行動異常を呈する例の病理背景として CBD の可能性があることを常に念頭に置く必要がある。

その成り立ちに多様な要因が関与する BPSD の病態生理に基づいた対処法を確立するためには、本研究のような多面的アプローチをさらに進めていく必要がある。

## F. 健康危険情報

特になし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Kondo D, Hino H, Shibuya K, Fujisawa K, Kosaka K, Hirayasu Y, Yamamoto R, Kasanuki K, Minegishi M, Sato K, Hosokawa M, Arai T, Arai H, Iseki E: An autopsied case of corticobasal degeneration showing cerebral atrophy over a protracted disease course of 16 years. *Neuropathology*, in press
2. Hosokawa M, Arai T, Masuda-Suzukake M, Kondo H, Matsuwaki T, Nishihara M, Hasegawa M, Akiyama H: Progranulin reduction is associated with tau phosphorylation in P301L tau transgenic mice. *J Neuropathol Exp Neurol*, in press
3. Tamura M, Nemoto K, Kawaguchi A, Kato M, Arai T, Kakuma T, Mizukami K, Matsuda H, Soya H, Asada T: Long-term mild-intensity exercise regimen preserves prefrontal cortical volume against aging. *Int J Geriatr Psychiatry*, in press
4. 新井哲明:タウオパチー. *Dementia Japan* 29, in press
5. 新井哲明:タウオパチー病理変化の基礎. *Dementia Japan* 29, in press
6. 新井哲明:TDP-43 蛋白症. *神経病理診断の標準化 I. 病理と臨床* 33: 283-288, 2015
7. Tagami S, Okochi M, Yanagida K, Kodama T, Arai T, Kuwano R, Ikeuchi T, Takeda M: Relative ratio and level of amyloid- $\beta$  42 surrogate in cerebrospinal fluid of familial Alzheimer's disease patients with presenilin 1 mutations. *Neurodegener Dis* 13: 166-170, 2014
8. Yamashita M, Nonaka T, Hirai S, Miwa A, Okado H, Arai T, Hosokawa M, Akiyama H, Hasegawa M: Distinct pathways leading to TDP-43-induced cellular dysfunctions. *Hum Mol Genet* 23: 4345-4356, 2014
9. Kawakami I, Hasegawa M, Arai T, Ikeda K, Oshima K, Niizato K, Aoki N, Omi K, Higashi S, Hosokawa M, Hirayasu Y, Akiyama H: Tau accumulation in the nucleus accumbens in tangle-predominant dementia. *Acta Neuropathol Commun* 2: 40, 2014
10. Arai T: Significance and limitation of the pathological classification of TDP-43 proteinopathy. *Neuropathology* 34: 578-588, 2014
11. 新井哲明:BPSD 対応の現状と展望. *BIO Clinica* 29: 42-46, 2014
12. 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, 2014



13. 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 <sup>123</sup>I-IMP brain perfusion SPECT and <sup>123</sup>I-MIBG myocardial scintigraphy. *Annals of Nuclear Medicine* 28(3):203-211, 2014
14. Fukuhara R, Ghosh A, Fuh JL, Dominguez J, Ong PA, Dutt A, Liu YC, Tanaka H, Ikeda M. Family history of frontotemporal lobar degeneration in Asia – an international multi-center research. *International Psychogeriatrics* 26(12):1967-71, 2014
15. Matsushita M, Ishikawa T, Koyama A, Hasegawa N, Ichimi N, Yano H, Hashimoto M, Fujise N, Ikeda M. Is sense of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia? *Psychogeriatrics* 14 : 87-92, 2014
16. Ikeda M, Mori E, Matsuo K, Nakagawa M, Kosaka K. Donepezil for dementia with Lewy bodies: a randomized placebo-controlled, confirmatory phase III trial. *Alzheimer's Research & Therapy* [in press]
17. Mori E, Ikeda M, Nagai R, Matsuo K, Nakagawa M, Kosaka K. Long-term donepezil use for dementia with Lewy bodies: results from an open-label extension of phase III trial. *Alzheimer's Research & Therapy* [in press]
18. Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in patients with dementia. *Journal of Clinical Psychiatry* [in press]
19. 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
20. 北村立: 認知症にみられる抑うつ. *Depression Frontier* 12(1), 25-31, 2014.
21. 北村立, 北村真希, 関奈緒子, 山川 透, 日野昌力: 家庭内虐待を受けた認知症高齢者の臨床的特徴に関する検討. *老年精神医学雑誌*, 25(9):1027-1053.2014.
22. Matsuoka T, Kato Y, Taniguchi S, Ogawa M, Fujimoto H, Okamura A, Shibata K, Nakamura K, Uchida H, Nakaaki S, Koumi H, Mimura M, Fukui K, Narumoto J. Japanese versions of the Executive Interview (J-EXIT25) and the Executive Clock Drawing Task (J-CLOX) for older people. *Int Psychogeriatr* Aug;26(8):1387-97, 2014.
23. Matsuoka T, Fujimoto H, Kato Y, Fukui K, Narumoto J. Late-onset psychosis in older outpatients: a retrospective chart review. *Int Psychogeriatr* Nov; 18:1-2, 2014.
24. Royall DR, Matsuoka T, Palmer RF, Kato Y, Taniguchi S, Ogawa M, Fujimoto H, Okamura A, Shibata K, Nakamura K, Nakaaki S, Koumi H, Mimura M, Fukui K, Narumoto J. Greater than the Sum of Its Parts:  $\delta$  Improves Upon a Battery's Diagnostic Performance. *Neuropsychology* (in press)
25. Yasuno F, Kazui H, Morita N, Kajimoto K, Ihara M, Taguchi A, Yamamoto A, Matsuoka K, Kosaka J, Kudo T, Iida H, Kishimoto T, Nagatsuka K. Low amyloid- $\beta$  deposition correlates with high education in cognitively normal older adults: A pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry*. (in press)
26. Yasuno F, Taguchi A, Kikuchi-Taura A, Yamamoto A, Kazui H, Kudo T, Sekiyama A, Kajimoto K, Soma T, Kishimoto T, Iida H, Nagatsuka K. Microstructural abnormality in white matter, regulatory

- T lymphocytes and depressive symptoms after stroke. *Psychogeriatrics*. (in press)
27. Yasuno F, Taguchi A, Kikuchi-Taura A, Yamamoto A, Kazui H, Kudo T, Sekiyama A, Kajimoto K, Soma T, Kishimoto T, Iida H, Nagatsuka K. Possible protective effect of regulatory T cells on white matter microstructural abnormalities in stroke patients. *J Clin Cell Immunol*. 2014, 5: 221
  28. Kiuchi K, Kitamura S, Taoka T, Yasuno F, Tanimura M, Matsuoka K, Ikawa D, Toritsuka M, Hashimoto K, Makinodan M, Kosaka J, Morikawa M, Kichikawa K, Kishimoto T. Gray and white matter changes in subjective cognitive impairment, amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a voxel-based analysis study. *PLoS One*. 2014;9(8)
  29. Matsuoka K, Yasuno F, Taguchi A, Yamamoto A, Kajimoto K, Kazui H, Kudo T, Sekiyama A, Kitamura S, Kiuchi K, Kosaka J, Kishimoto T, Iida H, Nagatsuka K. Delayed atrophy in posterior cingulate cortex and apathy after stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 [Epub ahead of print]
  30. Kitamura S, Yasuno F, Inoue M, Kosaka J, Kiuchi K, Matsuoka K, Kishimoto T, Sahara T. Increased binding of 5-HT<sub>1A</sub> receptors in a dissociative amnesic patient after the recovery process. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2014;224(1):67-71.
  31. Yasuno F, Taguchi A, Yamamoto A, Kajimoto K, Kazui H, Sekiyama A, Matsuoka K, Kitamura S, Kiuchi K, Kosaka J, Kishimoto T, Iida H, Nagatsuka K. Microstructural abnormalities in white matter and their effect on depressive symptoms after stroke. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2014;223(1):9-14.
  32. Matsuoka K, Yasuno F, Inoue M, Yamamoto A, Kudo T, Kitamura S, Okada K, Kiuchi K, Kosaka J, Iida H, Kishimoto T. Microstructural changes of the nucleus accumbens due to increase of estradiol level during menstrual cycle contribute to recurrent manic episodes—a single case study. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2014 28;221(2):149-54.
  33. Yasuno F, Matsuoka K, Kitamura S, Kiuchi K, Kosaka J, Okada K, Tanaka S, Shinkai T, Taoka T, Kishimoto T. Decision-making deficit of a patient with axonal damage after traumatic brain injury. *Brain Cogn*. 2014;84(1):63-8
  34. Nagao S, Yokota O, Ikeda C, Takeda N, Ishizu H, Kuroda S, Sudo K, Terada S, Murayama S, Uchitomi Y. Argyrophilic grain disease as a neurodegenerative substrate in late-onset schizophrenia and delusional disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Jun;264(4):317-31
  35. Terada S, Oshima E, Ikeda C, Hayashi S, Yokota O, Uchitomi Y. Development and evaluation of a short version of the quality of life questionnaire for dementia. *Int Psychogeriatr*. 2014 Aug 27;1-8.
  36. Honda H, Terada S, Sato S, Oshima E, Ikeda C, Nagao S, Yokota O, Uchitomi Y. Subjective depressive mood and regional cerebral blood flow in mild Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2014 May;26(5):817-23.
  37. Terada S, Oshima E, Sato S, Ikeda C, Nagao S, Hayashi S, Hayashibara C, Yokota O, Uchitomi Y. Depressive symptoms and regional cerebral blood flow in Alzheimer's disease. *Psychiatry Res*. 2014 Jan 30;221(1):86-91.
  38. Oshima E, Terada S, Sato S, Ikeda C, Oda K, Inoue S, Kawada K, Yokota O, Uchitomi Y. Left frontal lobe hypoperfusion and depressive symptoms in Alzheimer's disease patients taking

cholinesterase inhibitors. Psychiatry Res. 2014 Dec 30;224(3):319-23.

39. Ikeda C, Yokota O, Nagao S, Ishizu H, Morisada Y, Terada S, Nakashima Y, Akiyama H, Uchitomi Y. Corticobasal degeneration initially developing motor versus non-motor symptoms: a comparative clinicopathological study. Psychogeriatrics. 2014 Sep;14(3):152-64.
40. 長尾茂人, 横田 修:遅発性統合失調症及び妄想性障害の神経変性基盤としての嗜銀顆粒病 (argyrophilic grain disease). PSYCHOABSTRACT 2014; 209: 25-26

## 2. 学会発表

1. 新井哲明, 安部秀三, 栗田裕文, 大川恵子, 池嶋千秋, 太刀川弘和, 池田学, 烏帽子田彰, 北村立, 松岡照之, 安野史彦, 横田修, 朝田隆: 地域型認知症疾患医療センターに入院した認知症患者に認められるBPSDの実態. 第33回日本認知症学会学術集会, 横浜, 2014年12月1日
2. 新井哲明: 認知症性神経変性疾患におけるタウの重要性. 第33回日本認知症学会学術集会, 横浜, 2014年11月30日
3. Arai T, Kawakami I, Kobayashi Z, Yokota O, Niizato K, Oshima K, Hosokawa M, Akiyama H: Does frontotemporal dementia associated with chorea suggest the diagnosis of frontotemporal lobar degeneration with fused in sarcoma positive inclusions of the basophilic inclusion body disease subtype? 9th International Conference on frontotemporal dementias. Vancouver, Canada, October 23-25, 2014
4. 根本清貴, 田村昌士, 新井哲明, 朝田隆: 80歳以上の健常後期高齢者のTc-99m ECD脳血流SPECTデータベースの開発. 第19回日本神経精神医学会, つくば市, 2014年10月1日
5. 東晋二, 新井哲明, 朝田隆: TDP-43欠損変異体発現が与えるPoly(A)+RNA局在への影響. 第19回日本神経精神医学会, つくば市, 2014年10月1日
6. 根本清貴, 田村昌士, 加藤守匡, 松田博史, 新井哲明, 征矢英昭, 朝田隆: 軽度運動による高齢者の楔前部および前頭前野における脳血流. 第19回日本神経精神医学会, つくば市, 2014年10月1日
7. 関根彩, 根本清貴, 神崇慶, 新井哲明, 朝田隆: 激越うつ病と診断されていた、嗜銀性顆粒認知症とLewy小体型認知症の合併が疑われた一例. 第19回日本神経精神医学会, つくば市, 2014年10月1日
8. 畑中公孝, 新井哲明, 岩切雅彦, 井出政行, 田中芳郎, 朝田隆: 頻回のパニック発作および不安焦燥感が持続した非定型的認知症の1剖検例. 第19回日本神経精神医学会, つくば市, 2014年10月1日
9. Arai T, Abe S, Kurita H, Ikeda M, Eboshida A, Kitamura T, Matsuoka T, Yasuno F, Yokota O, Asada T: Clinical characteristics of demented patients with prolonged stay in a psychiatric hospital in Japan. Alzheimer's Association International Conference 2014, Copenhagen, Denmark, July 14, 2014
10. 新井哲明: 前頭側頭型認知症の臨床病理の新知識. ワークショップ1 精神科医が知っておくべき神経学の新知識, 第110回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014年6月26日
11. 河上緒, 池田研二, 新井哲明, 大島健一, 新里和弘, 勝瀬大海, 平安良雄: tangle-predominant dementiaの精神医学的特徴. 第29回日本老年精神医学会, 2014年6月13日

12. 厚東知成, 新里和弘, 新井哲明, 齋藤正彦: 石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病 (DNTC)の2例. 第29回日本老年精神医学会, 2014年6月13日
13. 浅見大紀, 羽田舞子, 新沼館卓也, 石川正憲, 新井哲明, 朝田隆: 軽度認知機能障害 (MCI)患者を対象とした精神科デイケアの取り組み. 第29回日本老年精神医学会, 2014年6月12日
14. 小林禅, 河上緒, 新井哲明, 横田修, 大島健一, 新里和弘, 秋山治彦, 水澤英洋;本邦における behavioral variant of frontotemporal dementia (bvFTD)の臨床病理像. 第55回日本神経学会総会学術研究会, 東京, 2014年6月6日
15. 新井哲明: 分子生化学からみた PSP と CBD. Super Expert Session 3, PSP と CBD:鑑別は可能か, 第55回日本神経学会学術大会, 福岡, 2014年5月24日
16. 細川雅人, 新井哲明, 鈴掛雅美, 近藤ひろみ, 松脇貴志, 西原真杉, 長谷川成人, 秋山治彦: タウトランスジェニックマウスにおいてプログレンユリンの減少はタウのリン酸化に影響を与える. 第61回日本実験動物学会, 札幌札幌, 2014年5月15日
17. Ikeda M. ASAD Joint Symposium on Dementia. Frontotemporal Dementia in Asia. 14th Asian & Oceanian Congress of Neurology, The Venetian Macao, Macao, China, March 2-5, 2014
18. Ikeda M. Keynote address: Overview on the diagnosis and management of frontotemporal lobar degeneration. 9th Annual Meeting of Taiwanese Society of Geriatric Psychiatry, Chung Shan Medical University, Taichung city, Taiwan, March 16, 2014
19. Ikeda M. Symposium: Young onset dementia: need for more research. Care situations for young onset dementia in Asian countries. International Psychiatric Association 2014 International Meeting, Beijing, China, October 23-26, 2014
20. Ikeda M. Plenary Lecture: Fronto-temporal dementia. 8th Congress of Asian Society Against Dementia, Colombo, Sri Lanka, November 14-16, 2014
21. Ikeda M. Symposium: Epidemiology & Risk. Epidemiology of early-onset dementia. 8th Congress of Asian Society Against Dementia, Colombo, Sri Lanka, November 14-16, 2014
22. 甲斐恭子, 天野浩一郎, 田中 響, 畑田 裕, 福原竜治, 遊亀誠二, 石川智久, 橋本 衛, 池田 学. アルツハイマー病における食行動障害についての調査. 第33回日本認知症学会, 横浜, 11月29-31日, 2014.
23. 北村立:生活機能をふまえた BPSD 薬物治療のあり方. アルツハイマー病研究会 第15回学術シンポジウム, 東京都, 2014.04.19.
24. 北村立:地域の視点から認知症医療を考える 認知症医療において精神科病院が果たすべき役割. 日本老年精神医学会, 東京都, 2014.06.13.
25. 北村立:生活機能をふまえた認知症医療. 地域からこころの医療を考える会, 栃木県, 2014.09.06.
26. 松岡照之, 成本 迅, 藤本 宏, 加藤佑佳, 谷口将吾, 柴田敬祐, 中村佳永子, 福居顯二. 認知症患者に対する薬物療法-抗認知症薬投与前後の向精神薬の使用頻度について-. 第29回日本老年精神医学会. 2014, 6, 12, 東京.
27. 藤本 宏, 柴田敬祐, 松岡照之, 加藤佑佳, 谷口将吾, 中村佳永子, 成本 迅, 山田 惠, 福居顯二. アルツハイマー型認知症における病態失認と関連する脳領域の検討-Voxel-based morphometry を用いた検討-. 第29回日本老年精神医学会. 2014, 6, 13, 東京.

28. 加藤祐佳, 成本 迅, 松岡照之, 谷口将吾, 藤本 宏, 小川真由, 柴田敬祐, 中村佳永子, 福居顯二. 事例報告とアンケート調査から分析する身体疾患治療にまつわる医療同意能力の現状. 第 29 回日本老年精神医学会. 2014, 6, 12, 東京.
29. 脳梗塞後うつ病患者における脳白質微小構造ならびに制御性 T 細胞数の検討/ シンポジウム: 精神医学およびメンタルヘルスのためのバイオマーカー活用のフロントライン 安野史彦 日本精神神経学会:2014 年:横浜
30. Microstructural abnormality in white matter, regulatory T lymphocytes and depressive symptoms after stroke. Yasuno F. 9th Japanese Society for Molecular Imaging: 2014: Osaka
31. 梗塞後の慢性期における後部帯状回萎縮とアパシー症状 安野史彦ら 日本老年精神医学会: 2014 年
32. The effect of electroconvulsive therapy on psychiatric symptoms of dementia with Lewy bodies (DLB). Matusoka K, Yasuno F et al. 10<sup>th</sup> International Congress on Non-Motor Dysfunctions in parkinson's Disease and Related Disorders: 2014: Nice
33. Microstructural abnormality in white matter, regulatory T lymphocytes and depressive symptoms after stroke. Yasuno F. 14<sup>th</sup> International College of Geriatric Psychoneuropharmacology 2014: Tsukuba
34. 三木知子, 横田修: プレナリーセッション症例 1, 第 15 回 アルツハイマー病研究会, 東京, 2014.4.19
35. 小林 禅、河上 緒、新井哲明、横田修、大島健一、新里和弘、秋山治彦、水澤英洋: 本邦における前頭側頭葉変性症の臨床病理学的特徴. 第 55 回日本神経学会学術総会, 福岡, 2014.05.21-24
36. 池田智香子, 横田修, 長尾茂人, 石津秀樹, 森定ゆみ, 寺田整司, 中島良彦, 秋山治彦, 内富庸介: 運動症状及び非運動症状で初発した皮質基底核変性症における臨床病理学的特徴の比較検討. 第 55 回 日本神経病理学会総会学術研究会, 東京, 2014.6.5-7
37. 池田智香子, 横田修, 長尾茂人, 石津秀樹, 寺田整司, 須藤浩一郎, 森定ゆみ, 長谷川成人, 内富庸介. 嗜銀顆粒病症例における軽度の進行性核上性麻痺病理に関する検討. 第 55 回 日本神経病理学会総会学術研究会, 東京, 2014.6.5-7
38. 長尾茂人, 横田修, 池田智香子, 原口 俊, 寺田整司, 内富庸介: 歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症 3 症例での臨床病理検討. 第 55 回 日本神経病理学会総会学術研究会, 東京, 2014.6.5-7
39. Shigeto Nagao, Osamu Yokota, Yasuyuki Tanabe, Takashi Haraguchi, Katsuaki Sakane, Chikako Ikeda, Etsuko Oshima, Seishi Terada, Yosuke Uchitomi: An autopsy case of homozygous dentatorubral-pallidolusian atrophy.. European Federation of Neurological Societies 2014, Istanbul, Turkey, 2014.05.31-06.03
40. 小林禅、河上緒、新井哲明、横田修、大島健一、新里和弘、秋山治彦、水澤英洋: 本邦における behavioral variant of frontotemporal dementia (bvFTD) . 35 例の臨床病理像
41. 第 55 回 日本神経病理学会総会学術研究会, 東京, 2014.6.5-7
42. 池田智香子, 横田修, 長尾茂人, 石津秀樹, 原口俊, 鎌田正紀, 池田和代, 高田忠幸, 久米広大, 出口一志, 森田光哉, 市原典子, 寺田整司, 内富庸介: FUS 遺伝子変異 (R521S) を有する家族性筋萎縮性側索硬化症の一剖検例. 第 29 回日本老年精神医学会, 横浜, 2014.6.12-13

43. 横田修: 前頭側頭葉変性症 (FTLD) の症候-治療と介護に役立つ視点について-. 第 16 回若年認知症研究会, 東京, 2014.6.13
44. Shigeo Murayama, Akatsu H, Arai N, Iritani S, Oshima K, Kakita A, Furukazu H, Saito Y, Takao M, Takanashi M, Tanaka S, Nishimura K, Niwa S, Miyata H, Mochizuki H, Yamada M, Yokota O, Yoshida M: The essential role of Brain Bank Committee, Japanese Society of Neuropathology, in establishing Japan Brain Net
45. XVIII International Congress of Neuropathology, Rio de Janeiro, Brazil 2014.9.14-18
46. 池田智香子, 横田 修, 石津秀樹, 大島悦子, 長尾茂人, 寺田整司, 内富庸介: 多数の RD4 陽性 RD3 陰性神経細胞内封入体を基底核・脳幹・小脳に伴った Pick 小体を有する Pick 病の一部検例. 第 42 回臨床神経病理懇話会・第 10 回日本神経病理学会近畿地方会, 和歌山, 2014.11.15-16
47. 山下龍子, 阿部慶一, 高山恵子, 近藤啓子, 横田修, 佐藤由樹, 則清泰造, 佐藤創一郎, 中島唯夫, 林 英樹, 中田謙二, 浅羽敬之, 田中立歩, 田中和芳, 森定ゆみ, 藤田文博, 板倉久和, 岡部伸幸, 内富庸介 (Middle Western Japan - Dementia Study Group):
48. 精神科病院において, 非経口的な栄養摂取を継続的に受けている患者の現状 (1).
49. 第 33 回 日本認知症学会学術集会, 横浜, 2014.11.29-12.1
50. 池田智香子, 横田修, 長尾茂人, 石津秀樹, 寺田整司, 原口俊, 大島悦子, 長谷川成人, 内富庸介: 嗜銀顆粒病における進行性核上性麻痺病理の形成と進展: 免疫組織化学的・生化学的検討. 第 33 回 日本認知症学会学術集会, 横浜, 2014.11.29-12.1
51. 武田直也, 横田修, 本田肇, 寺田整司, 内富庸介: 前頭側頭型認知症における国際診断基準の有用性と注意点. 第 34 回 日本精神科診断学会, 松山, 2014.11.13-15
52. 横田修: 四大認知症の病理学: 特に臨床診断に関係する知見について. シンポジウム DSM-5 Major and Mild Neurocognitive Disorders に関して. 第 34 回 日本精神科診断学会, 松山, 2014.11.13-15
53. 横田修: 認知症の行動障害の治療とケア. 第 38 回日本心身医学会中国四国地方会 教育講演, 倉敷, 2014.12.6

#### H. 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。

# 調査1の結果

## 表1 調査1の対象

実施医療機関名	症例数	AD	DLB	VaD	FTLD	Mixed	NPH	MCI	その他	不明
1 栗田病院	108	56	12	8	7	16	1	4	3	1
2 石川県立高松病院	47	21	20	3	2	0	0	0	1	0
3 きのかエスポワール病院	41	33	2	2	4	0	0	0	0	0
4 石崎病院	41	8	3	12	3	9	0	0	6	0
5 北山病院	26	22	1	1	2	0	0	0	0	0
6 奈良県立医科大学付属病院	24	10	5	2	2	2	2	0	1	0
7 京都府立医科大学付属病院	19	9	4	1	0	1	1	3	0	0
8 ナカムラ病院	17	10	3	3	1	0	0	0	0	0
9 仁保病院	12	6	0	6	0	0	0	0	0	0
10 加賀こころの病院	7	3	0	2	0	0	0	0	0	2
11 メープルヒル病院	6	2	1	1	0	1	0	0	1	0
12 平成病院	10	5	3	1	0	0	1	0	0	0
13 くまもと心療病院	9	4	1	1	2	1	0	0	0	0
14 阿蘇やまなみ病院	5	3	0	2	0	0	0	0	0	0
15 荒尾こころの郷病院	5	2	0	2	0	0	0	0	1	0
16 山鹿回生病院	5	2	1	0	1	0	0	1	0	0
計	382	196	56	47	24	30	5	8	13	3

## 図1 疾患の内訳

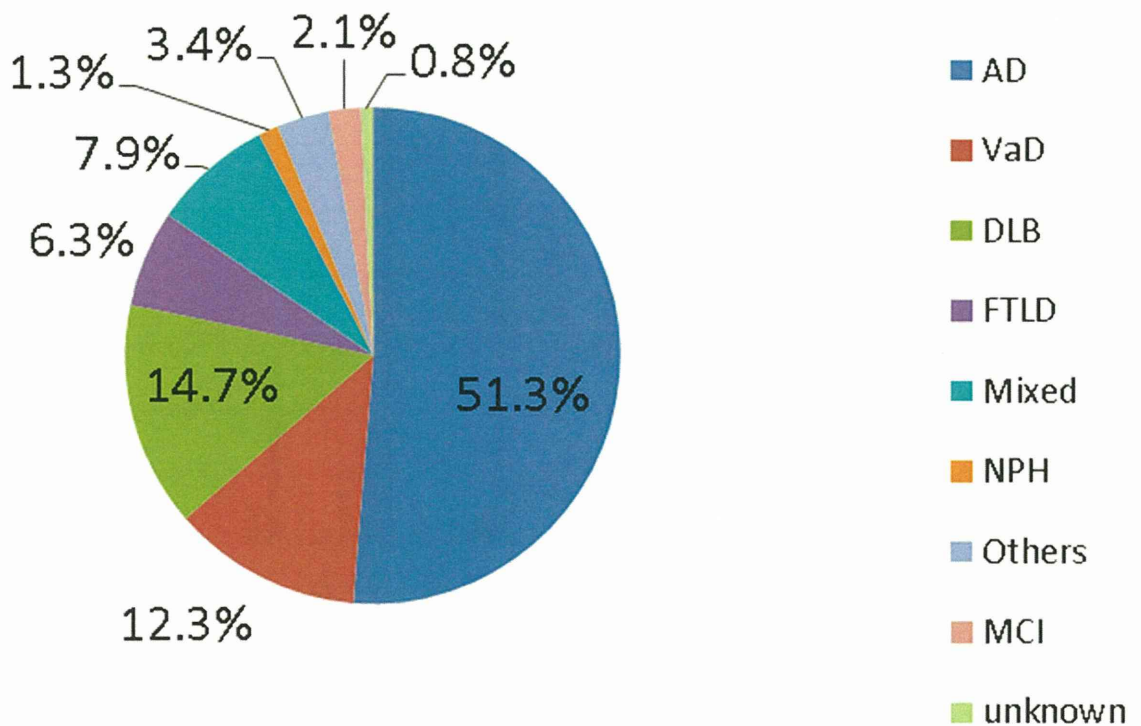
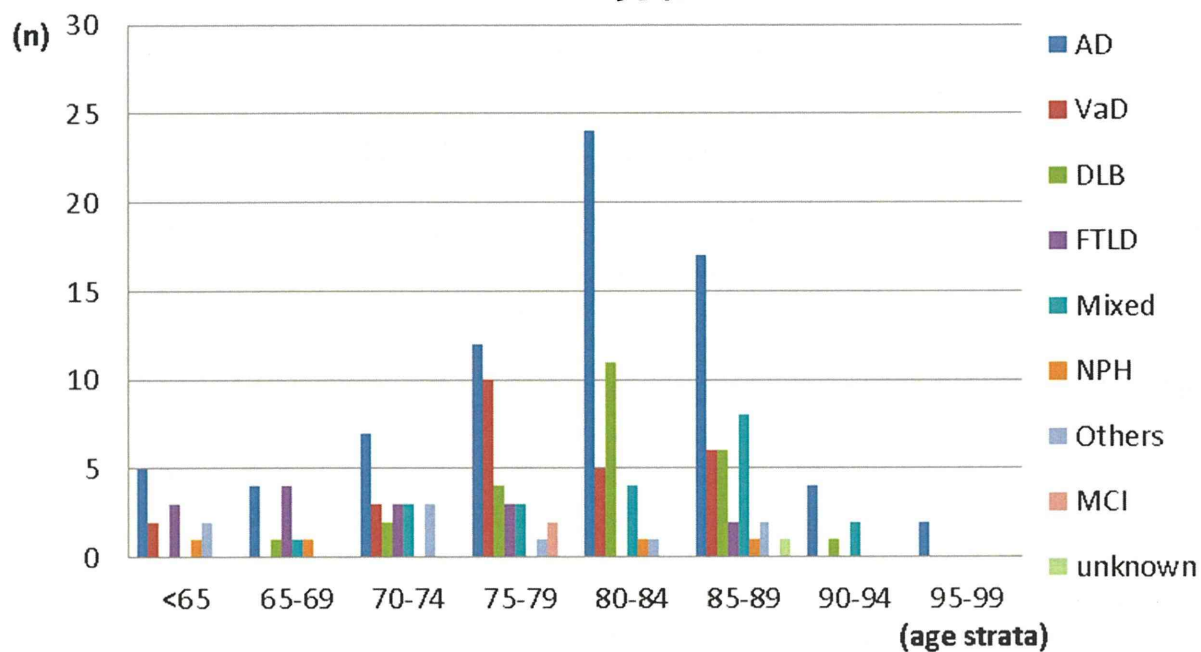


図2. 疾患別の性別および年齢分布

A. 男性



B. 女性

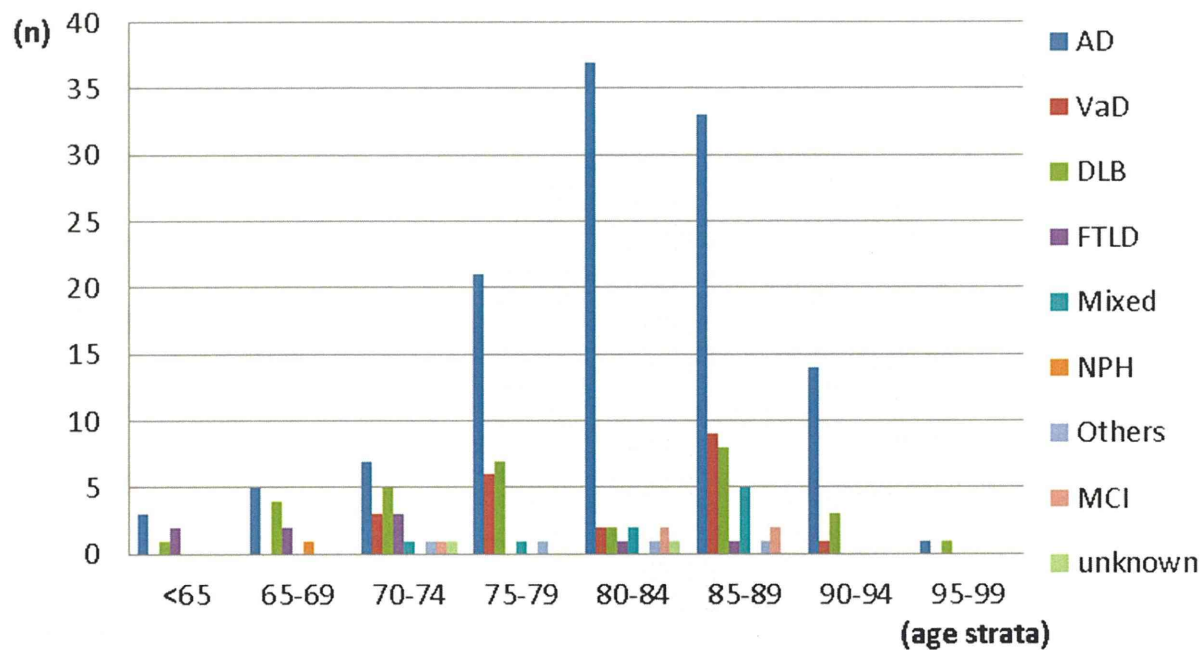




図3A. 全疾患の入院期間

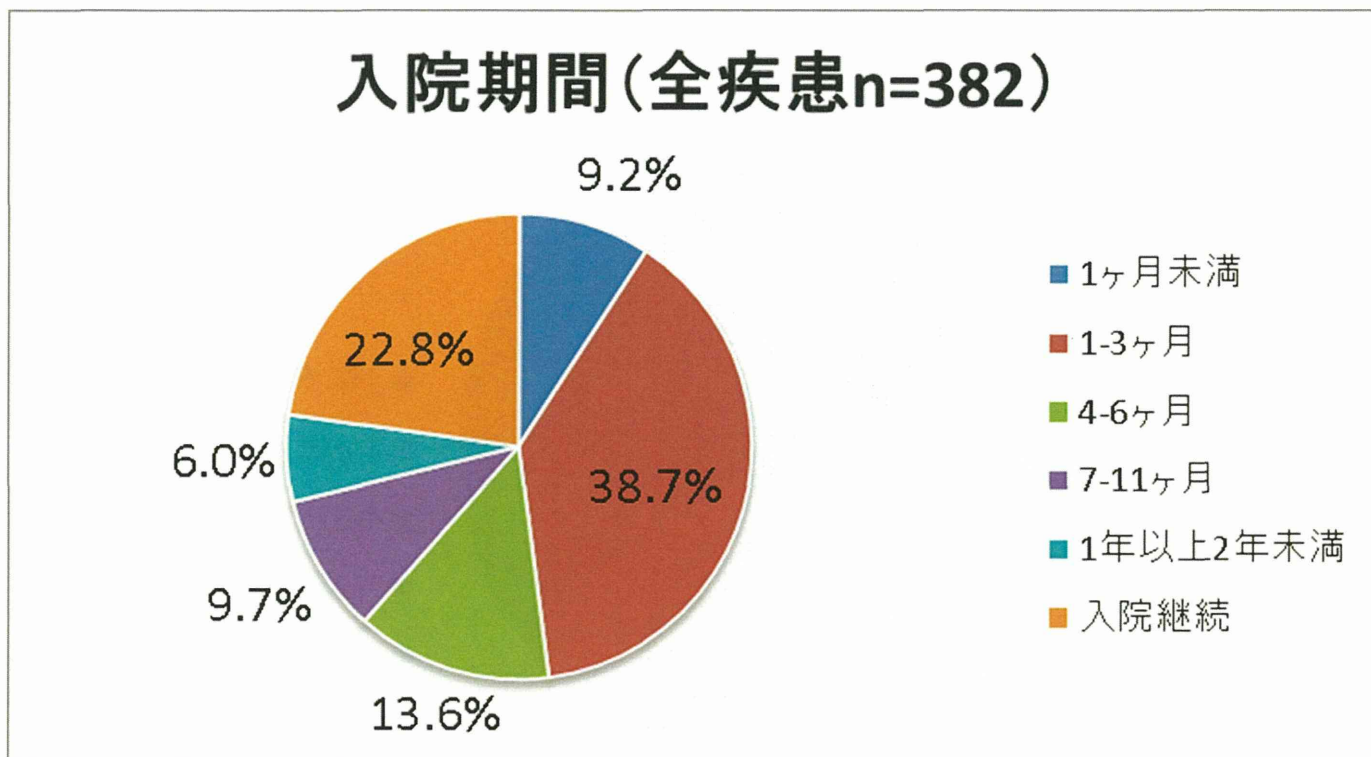


図3B. 疾患別の入院期間

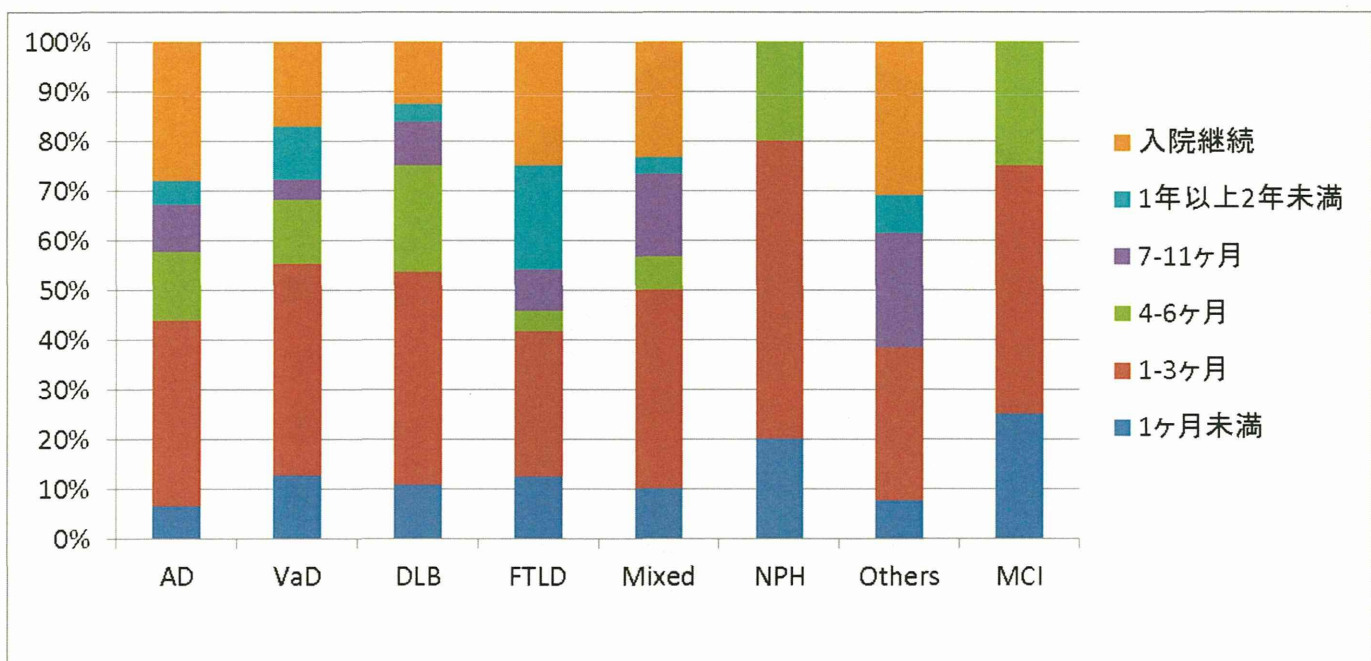
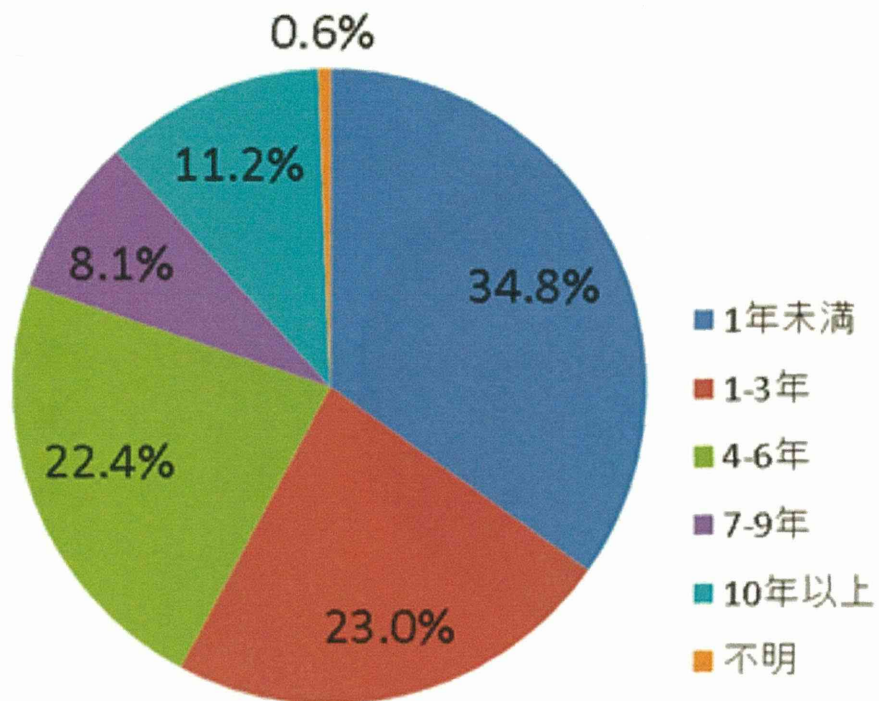


図4. 初診から入院までの期間

A. AD



B. DLB

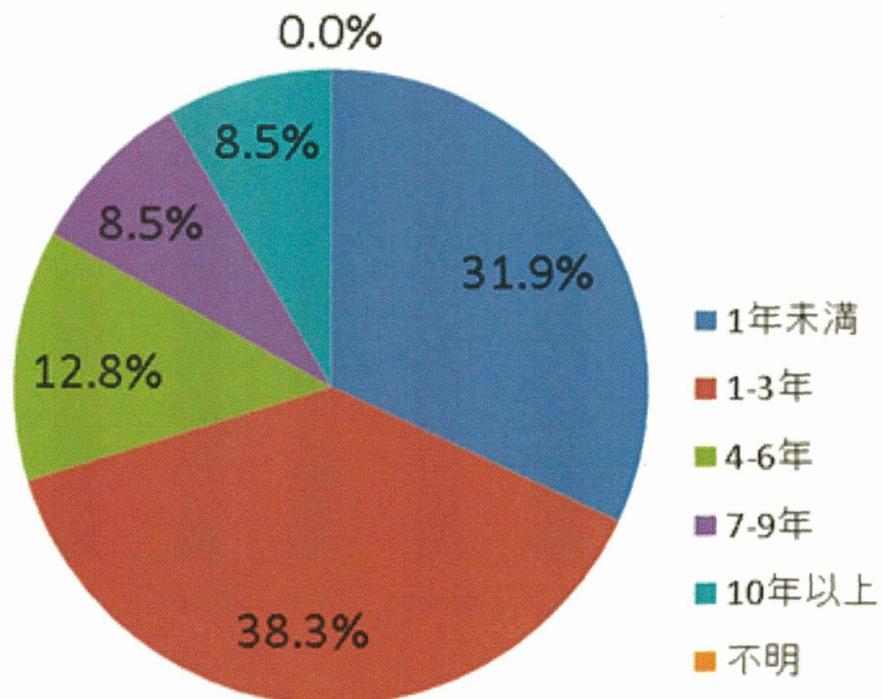


表2 疾患ごとの各BPSD症状の実数

	AD (n=196)	VaD (n=47)	DLB (n=56)	FTLD (n=24)	Mixed (n=30)	NPH (n=5)	Others (n=13)	MCI (n=8)	unknown (n=3)	All (n=382)
妄想	65	5	26	0	12	1	6	0	1	116
幻覚	27	2	30	0	2	0	2	2	0	65
興奮	133	25	34	10	17	2	6	1	3	231
抑うつ	12	5	16	0	1	1	2	3	1	41
不安	24	5	17	0	1	1	3	1	0	52
多幸	4	1	1	1	0	0	1	0	0	8
無為無関心	56	10	26	10	4	2	0	3	1	112
脱抑制	21	3	14	12	0	0	2	0	1	53
易刺激性	87	21	30	4	14	2	5	1	1	165
異常行動	80	15	23	13	6	0	3	2	1	143
睡眠障害	73	15	30	2	9	1	3	3	1	137
食行動異常	36	12	21	13	4	0	1	2	0	89
せん妄	13	4	7	0	1	0	2	0	1	28
のべ合計	631	123	275	65	71	10	36	18	11	1240

表3 AD, VaD, DLB, FTLDにおける各BPSD症状の出現頻度の比較

	AD (n=196)	VaD (n=47)	DLB (n=56)	FTLD (n=24)
妄想	33.2%	10.6% ▽	46.4% ▲	0.0% ▽
幻覚	13.8%	4.3% ▽	53.6% ▲	0.0% ▽
興奮	67.9% ▲	53.2%	60.7%	41.7% ▽
抑うつ	6.1%	10.6%	28.6% ▲	0.0%
不安	12.2%	10.6%	30.4% ▲	0.0% ▽
多幸	2.0%	2.1%	1.8%	4.2%
無為無関心	28.6%	21.3%	46.4% ▲	41.7%
脱抑制	10.7%	6.4%	25.0% ▲	50.0% ▲
易刺激性	44.4%	44.7%	53.6%	16.7% ▽
異常行動	40.8%	31.9%	41.1%	54.2%
睡眠障害	37.2%	31.9%	53.6% ▲	8.3% ▽
食行動異常	18.4%	25.5%	37.5% ▲	54.2% ▲
せん妄	6.6%	8.5%	12.5%	0.0%

(▲有意に多い、▽有意に少ない、p<.05)

表4 疾患ごとのBPSD症状の詳細

A. 妄想

	AD (n=196)	VaD (n=47)	DLB (n=56)	FTLD (n=24)	All (n=382)
物盗られ妄想	14.3%	8.5%	7.1%	0.0%	11.0%
迫害妄想	9.2%	6.4%	23.2%▲	0.0%	11.3%
嫉妬妄想	2.0%	0.0%	3.6%	0.0%	2.9%
幻の同居人妄想	1.5%	0.0%	7.1%▲	0.0%	1.8%
替え玉妄想	0.5%	0.0%	5.4%▲	0.0%	1.0%
わが家ではない妄想	3.6%	0.0%	5.4%	0.0%	2.9%
見捨てられ妄想	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
テレビ妄想	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他の妄想	3.6%	4.3%	12.5%	0.0%	5.0%

(▲有意に多い、▽有意に少ない、p<.05)

B. 幻覚

	AD (n=196)	VaD (n=47)	DLB (n=56)	FTLD (n=24)	All (n=382)
幻視	9.2%	4.3%	42.9%▲	0.0%▽	12.3%
幻聴	4.6%	0.0%	17.9%▲	0.0%	5.5%
幻臭	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
体感幻覚	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.5%
幻味	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
その他の幻覚	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

(▲有意に多い、▽有意に少ない、p<.05)

C. 興奮

	AD (n=196)	VaD (n=47)	DLB (n=56)	FTLD (n=24)	All (n=382)
介護への抵抗	40.3%	34.0%	41.1%	25.0%	35.3%
叫声	16.3%	17.0%	17.9%	20.8%	15.7%
暴言	41.8%▲	34.0%	28.6%	12.5%▽	36.6%
暴力	35.7%▲	25.5%	21.4%	16.7%	30.1%
その他の興奮	1.0%	2.1%	0.0%	0.0%	0.8%

(▲有意に多い、▽有意に少ない、p<.05)