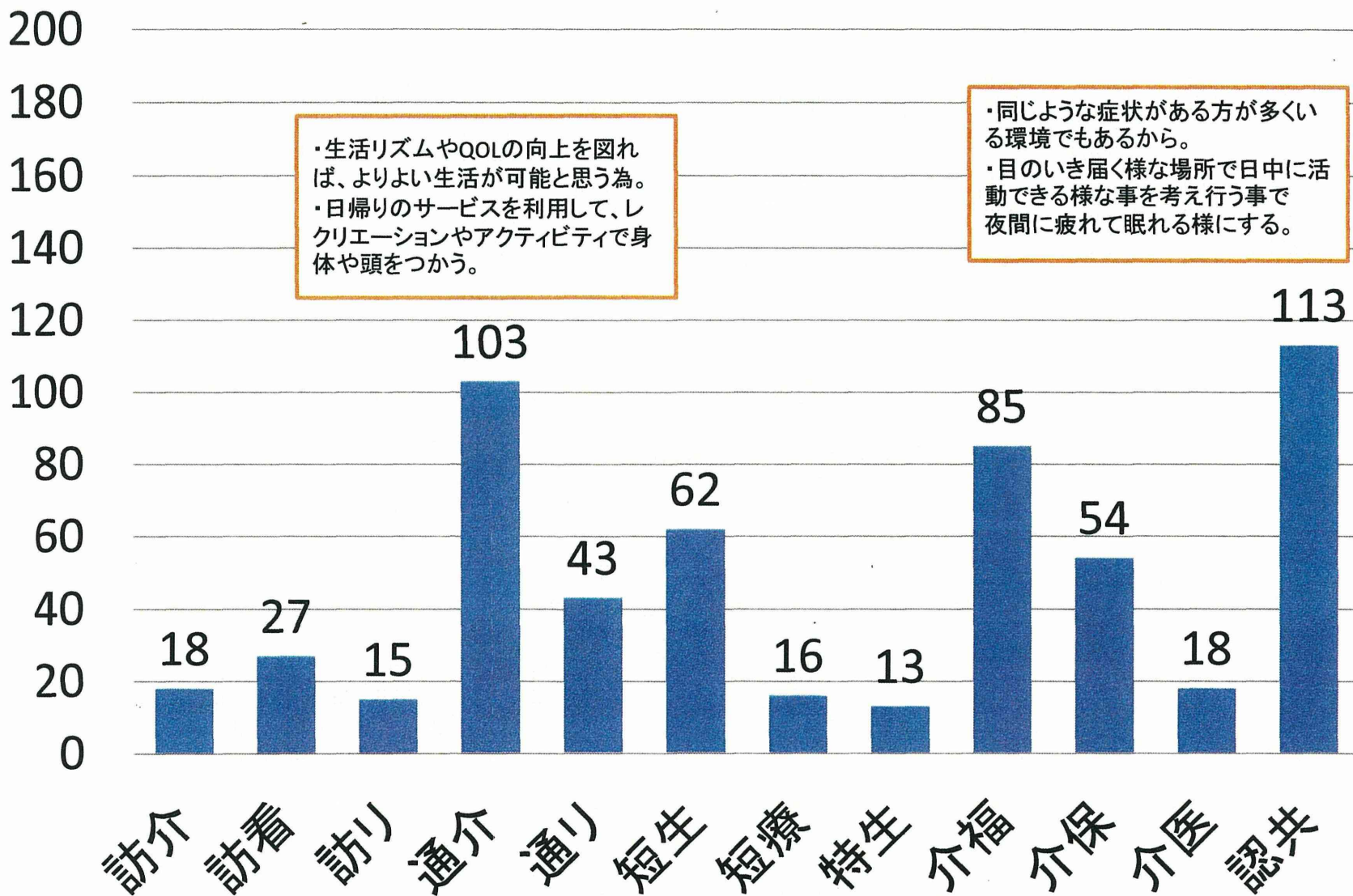
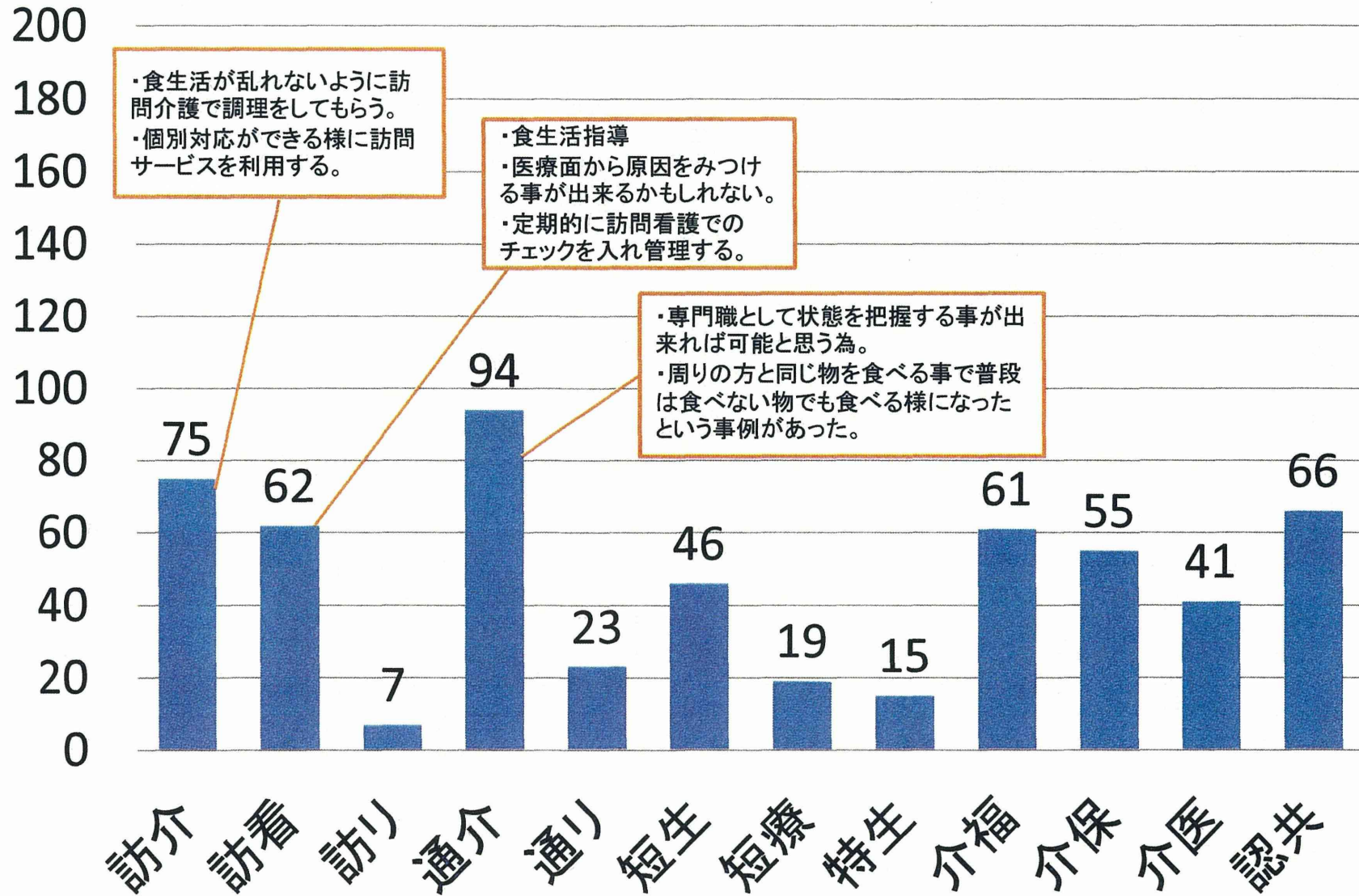


睡眠



食行動異常



BPSDに有効な介護サービスに関する調査

BPSDは認知症患者さんの生活の質、家族介護者、施設職員の介護負担を悪化させる症状です。BPSDは、一般的には薬物治療や患者さんへの適切な声かけ、対応などで対応されていると思いますが、介護サービスの利用により軽減させることも可能だと思っています。このアンケートはどのようなBPSDに、どのような介護サービスが有用なのかに関する皆様のご経験、お知恵を集めることを意図しています。整理した結果は広く公開する予定です。何卒、ご協力をお願い申し上げます。（*）貴施設で最もこのアンケートに答えるのに相応しい方お一人に御回答頂けたらと思います。（皆様でご相談いただき、まとめていただいても結構です。）

《どちらかを○で囲んでください》

【回答者】 匿名希望 あり

なし ↓
※匿名希望なしの場合、ご記入ください。

施設名:
回答者氏名:
連絡先 メールアドレス:
BPSD出現予測マップ調査協力 可 ・ 不可 (このアンケートの最後をご覧ください)

※匿名希望ありなしに関わらず以下ご記入ください。

【職種】 ケアマネジャー 介護福祉士 作業療法士 ソーシャルワーカー 看護師 ヘルパー 医師
その他(具体的に: _____)

【性別】 男 女

【経験年数】 _____ 年

【今の施設での勤続年数】 _____ 年

1. 妄想

「ありもしないことを思い込んだり、事実でないことを言い出すことがある。単なる疑いでなく、実際におこったことであると患者さんが確信している。」

例えば、

- ・ 誰かが危害を加えようと企てていると信じている (被害)
- ・ 誰かが金品を盗んでいると信じている (物盗られ)
- ・ 配偶者が浮気をしていると信じている (嫉妬)
- ・ 誰か招かざる客が家の中にいるように信じている (誰かがいる)
- ・ 家人が偽者であるかのように信じている (替え玉)
- ・ 自分の家が自分の家でない信じている (自分の家でない)
- ・ 家人が自分を捨てよう企てていると信じている (捨てられ)
- ・ テレビや雑誌が報じていることを実際に家の中であったことのように信じている (誤認)
- ・ その他、普通でないことを信じている (他妄想)

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の項に記入してください(サービス名を正式名称で記載しています。それぞれの正式名称に対して規定されているサービス内容については別紙「今回調査する介護サービスの一覧」をご覧ください。他の精神症状についても同様をお願いします。)

ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリエ) 通所介護 オ) 通所リハビリ

カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設

コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

2. 幻覚

「現実にはないものが見えたり聞こえたりすることがある。
単なる誤った考えではなく実際に音や映像などの異常な体験をしている。」

例えば、

- ・声や音が聞こえると言ったり、あたかも声や音が聞こえるかのように行動する(幻聴)
- ・実際に存在しない人と話をする(幻会話)
- ・他の人には見えないもの(人、動物、光など)が見えていると言ったり、見えているかのようにしている(幻視)
- ・他の人には臭わない臭いがすると言う(幻嗅)
- ・皮膚に何か触れていると言ったり、何かが這ったり触れたりしているのを感じているかのようにしている(幻触)
- ・明らかな原因がないのに、何かの味がしていると言ったりする(幻味)
- ・その他、普通でない感覚体験を言ったりする(他幻覚)

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の表に記入してください。

- ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリ エ) 通所介護 オ) 通所リハビリ
カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設
コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

3. 興奮

「協力することを拒否したり、介助を拒むことがある。患者さんが扱いにくい。」

例えば、

- ・介護をしようとしたときに混乱したり、入浴や更衣などの活動を拒否したりすることがある
- ・頑固で自分のやり方に固執する
- ・非協力的で他からの介護を拒否する
- ・扱いにくくなるような他の行動をする
- ・叫んだり悪態をついたりする
- ・ドアをばたんと閉めたり、家具を蹴ったり、ものを投げたりする
- ・他人を傷つけたり、殴ったりしようとする
- ・その他、攻撃的あるいは興奮した行動をする

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の表に記入してください。

- ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリ エ) 通所介護 オ) 通所リハビリ
カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設
コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

4. うつ・不快

「悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、死にたいと言ったりする。」

例えば、

- ・涙ぐみやむせび泣きをすることがある
- ・悲しかったり元気がないような言動がある
- ・自分を卑下したり、失敗するような気がすると言ったりする
- ・自分を悪人であるとか罰せられるべき人間であると言ったりする
- ・非常にがっかりしていたり、未来がないと言ったりする
- ・家族の重荷であるとか、自分がいなくなった方が家族はうまくいくと言ったりする
- ・死にたいと言ったり、自殺について語ったりすることがある
- ・その他、うつや悲哀を示すような徴候がある

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の表に記入してください。

ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリエ) 通所介護 オ) 通所リハビリ

カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設

コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

5. 不安

「特に理由もないのに神経質になったり、心配したり、恐れたりしている。

あるいは緊張したり、落ち着かなくなったりする。介護者がいなくなることを嫌がる。」

例えば、

- ・計画された事物に対して心配であると言う
- ・ふるえを感じたり、リラックスできなかつたり、過剰に緊張しているときがある
- ・明かな原因がなく、神経質に息苦しさや、あえぎや溜息をついたり訴えたりする
- ・明かな病気がないのに、神経質に胃がムカムカしたり、動悸がしたりすると訴える
- ・車に乗ったり、友達と会ったり、人混みに出かけたりすることなどの落ち着かない場所や状況を嫌がる
- ・介護者がいなくなると落ち着かなくなったり混乱したりする(そばを離れないようにしてと懇願する)
- ・その他、不安を示すような徴候がある

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の表に記入してください。

ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリエ) 通所介護 オ) 通所リハビリ

カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設

コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

6. 無為・無関心

「周囲の事や物事を行うことに関心をなくしたり、新しいことを始めようとする気がなくなっている。会話や雑用に参加することが難しくなっている。」

例えば、

- ・今までと比べて自発性や活発さが少なくなっているように見える
- ・会話しようとするのが少なくなった
- ・感情が平板になった
- ・家事に対しての貢献が少なくなった
- ・他人の活動や計画に関心がなくなってきたように見受けられる
- ・友達や家人に対する関心を失っている
- ・今までの興味に対し熱心でなくなっている
- ・その他、新しいことに関心がないことを示すような徴候がある

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の表に記入してください。

- ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリ エ) 通所介護 オ) 通所リハビリ
カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設
コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

7. 脱抑制

「深く考えずに衝動的に行動する様に見える。

公衆の面前では通常行ったり言わないようなことを行ったり言ったりする。介護者や他人を困らせることをする。」

例えば、

- ・結果を考えているようには思えないように衝動的に行動する
- ・全く見知らずの人にあたかも知人であるかのように話しかける
- ・他人の感情を配慮しない、あるいは傷つけるようなことを言う
- ・今までは言わなかった粗野なことや卑わいなことを言ったりする
- ・公衆の面前では通常話さないような非常に個人的なプライベートなことを開けっぴろげに話したりする
- ・今まで的人格からは予想されないような風に他人に無礼を働いたり触ったり抱きしめたりする
- ・その他、衝動の自制を失っていることを示す徴候がある

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の表に記入してください。

- ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリ エ) 通所介護 オ) 通所リハビリ
カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設
コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

8. 易刺激性・不安定性

「易刺激的で容易に平穩を乱す。気分が非常に変わりやすい。記憶障害や今までの行為ができなくなったことによる葛藤ではなく、今までとは異なった異常な易刺激性、短気、急速な情動の変化がみられる。」

例えば、

- ・些細なことで不機嫌になったり、興奮して怒ることがある
- ・機嫌が良かったのが一分後には怒っているような急激な気分の変化がある
- ・計画されたことが遅れたり待たされたりすることをうまく処理できず短気である
- ・気むずかしく、易刺激적であり 瞬間的に怒る
- ・議論好きで調子をあわせていくことが難しい
- ・その他、易刺激性を示す徴候がある

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の表に記入してください。

- ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリエ) 通所介護 オ) 通所リハビリ
 カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設
 コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

9. 異常行動

「歩き回ったり、繰り返し引き出しを開けたり、繰り返しまみ上げたり、ひもを巻き取ったりするなどの繰り返し行為をする。」

例えば、

- ・明かな目的もなく家の周辺を歩き回ったりする
- ・引き出しや戸棚などを開けて引っかきまわす
- ・繰り返し服を脱いだり着たりする
- ・繰り返し行う行動や習慣がある
- ・ボタンをもてあそんだり、摘んだり、ひもを巻きとったりするなどの繰り返し行為をする
- ・過剰にせかせかして、じっと座っていられなかったり、過剰に足や指をとんとんと叩くことがある
- ・その他、何か繰り返し行う行為がある

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで下の表に記入してください。

- ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリエ) 通所介護 オ) 通所リハビリ
 カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設
 コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

10. 睡眠

「睡眠障害がある(夜中に1,2度トイレに行くだけで、戻ってきてすぐに眠れる場合は除く)。夜中に起きて
いることがある。夜中にうろろしたり、洋服を着たり、周囲の人の睡眠を妨げたり、というようなことがある。」

例えば、

- ・入眠に困難がある
- ・夜中に起きる (夜中に1,2度トイレに行くだけで、戻ってきてすぐに眠れる場合は除く)
- ・夜中にうろろ歩き回ったり、行ったり来たりしたり、不適切な行動をしたりする
- ・夜中周囲の人を起こす
- ・夜に、朝の1日の始まりだと思って、起きて、着替えて、出かけようとする
- ・朝早すぎる時間に起きる(以前に習慣的に起きていた時間に比べて)
- ・日中過度に眠っている
- ・その他、夜中に周囲の人を悩ますような行動をする

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで
下の表に記入してください。

- ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリ エ) 通所介護 オ) 通所リハビリ
カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設
コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

11. 食行動異常

「食欲、体重、食習慣に変化がある。好みの食物のタイプに変化が生じている」

例えば、

- ・食欲が不振になっている。
- ・食欲の亢進がある
- ・体重が減少している
- ・体重が増加している
- ・一度に口の中に過量の食物を入れるなど、食行動の変化がある
- ・過量の甘い物や他の決まったタイプの食物を欲しがると、好きな食物の種類に変化がある
- ・毎日全く同じタイプの食物を食べたり、全く同じ順序で食物を食べたりするなどの食行動を呈している
- ・その他、何か食欲や食行動の変化がある

Q. このような症状に対して有効だと思われる介護サービスを有効性が高いと思う順に3つ選んで
下の表に記入してください。

- ア) 訪問介護 イ) 訪問看護 ウ) 訪問リハビリ エ) 通所介護 オ) 通所リハビリ
カ) 短期入所生活介護 キ) 短期入所療養介護 ク) 特定施設入居者生活介護 ケ) 介護老人福祉施設
コ) 介護老人保健施設 サ) 介護療養型医療施設 シ) 認知症対応型共同生活介護

A.

1	2	3

Q. なぜ、その介護サービスが有効だと考えられましたか。その理由を教えてください。

A.

12.上記以外に、介護サービスを利用していただく中で、皆さんが行った対応によって、患者さんのご自宅でのBPSDが軽減したり、在宅生活が円滑に送れるようになったりしたご経験、そのときの対応法や声かけ法などもまとめたいと思っております。皆さんが家族介護者にご指導して在宅生活が円滑になった例についてもお教えてください。以下に自由にご記入いただきたいと思っております。

お忙しい中、アンケートにご協力いただき誠にありがとうございました。

(*)BPSD出現予測マップに関する調査研究に関してご協力をお願い

私たちは、H25年度厚労科研「BPSDの予防法と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発研究(代表 数井裕光)」で、「BPSD出現予測マップ」なるものを作成しました。これは、研究班の班員の施設(大阪大学・熊本大学・愛媛大学の精神神経科、東北大学高次機能障害学講座、兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター、財団新居浜病院)にH.20年8月1日-H.25年7月31日の5年間に初診となった認知症患者さんのNPIデータ約2400例分を収集し、どのような疾患がどのような重症度の時にどのようなBPSDがどのような割合で出現し、そのときの介護負担度がどのようなものかを整理した表です。家族介護者、医療・介護スタッフの皆さんに、介護、治療されている患者さんにどのようなBPSDが出現しやすいかをあらかじめ知っておいていただくことにより、BPSDが軽度のうちに発見し、早期から対応できるようになるのではないかと考えております。オレンジプランの中では初期集中支援チームの人達をご家族に支援するときに使えるのではないかと考えております。いずれは広く一般に公開する予定なのですが、その前に、実臨床で活動されておられる皆様に使用していただき、有用性、色々な場面での使用法のご提案、問題点のご指摘などをいただきたいと思っております。つきましては、BPSD出現予測マップ(調査版)ができた時点で、このマップを一定期間(3ヶ月間くらいでしょうか)ご使用いただき、その後のアンケート調査にご協力いただけないでしょうか。ご協力いただける方は、このアンケートの最初の部分の「BPSD出現予測マップ調査協力 可・不可」の可を丸で囲んでいただきますようお願い申し上げます。ご多忙中、恐縮ですが、ご協力お願い申し上げます。

BPSD出現予測マップ作成委員会

大阪大学精神医学 数井裕光、吉山顕次
熊本大学神経精神医学 池田 学、橋本 衛
東北大学高次機能障害学 森 悦朗
愛媛大学神経精神医学 谷向 知
財団新居浜病院 小森憲治郎
兵庫県立西播磨総合リハビリテーション病院 横山和正、榎林哲雄

SCI 及び MCI における無為・無関心の脳内基盤に関する研究

研究分担者 田中稔久

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 准教授

研究要旨

研究目的：主観的もの忘れ（Subjective cognitive impairment: SCI）患者と軽度認知障害（Mild cognitive impairment: MCI）患者に見られる BPSD のうち、負担の主たる原因と考えられる無為・無関心の脳内基盤を調べることを目的とした。

研究方法：大阪大学医学部附属病院神経科精神科外来を受診した、SCI 患者と MCI 患者 80 例について、NPI における無為・無関心の得点と脳容積との関係を調べた。

結果：SCI および MCI 患者の無為・無関心の NPI の得点の平均は 2.6 ± 3.0 であった。この得点と MMSE の得点に有意な相関は見られなかった ($r_s = -0.13$, $p = 0.25$)。年齢、性別、MMSE、頭蓋内容積を共変量として多重回帰分析を行った結果、無為・無関心の得点と右側坐核、右扁桃核、右海馬傍回、右尾状核の脳容積が有意に負の相関を示した ($p < 0.001$)。また多重比較補正を行っても同様の結果であった。

まとめ：SCI および MCI 患者において、右側坐核、右扁桃核、右海馬傍回、右尾状核が無為・無関心の得点と関連のある部位として同定できた。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

吉山顕次	大阪大学精神医学・助教
数井裕光	大阪大学精神医学・講師
高橋竜一	西播磨総合リハセンター・医長
鐘本英輝	大阪大学精神医学・大学院生
鈴木由希子	大阪大学精神医学・大学院生
佐藤俊介	大阪大学精神医学・大学院生
山本諭希	大阪大学精神医学・技術補佐員

A. 研究目的

アルツハイマー型認知症において、無為・無関心は記憶の障害と並んで早期に現れる重要な

症状と言われているが、昨年度の研究にて、軽度認知障害（Mild cognitive impairment: MCI）の段階で BPSD が見られ、そして無為・無関心が NPI にて得点、負担度とももつとも多く見られた。この無為・無関心の脳内基盤を調べることで、その本質が理解でき、対応に役立つと考え、主観的もの忘れ（Subjective cognitive impairment: SCI）患者と MCI 患者に見られる無為・無関心の脳内基盤を調べることを目的とした。

B. 研究方法

大阪大学医学部附属病院神経科精神科を受診し、SCI 及び MCI の診断基準を満たす 80 例について、神経心理学的検査と頭部 MRI を行った。神経心理学的検査として、総合的な認知機能の評価に Mini-Mental State Examination (MMSE)、近時記憶の評価にウェクスラーメモリースケールの論理記憶 II、うつ状態の評価に Geriatric Depression Scale (GDS)、BPSD の評価に Neuropsychiatric Inventory (NPI) を用いた。画像解析については次の事を行った。①MRI 画像に対し、NPI の「無為・無関心」得点との関連をみるため、SPM8 を用いて voxel base の相関解析を行った。②年齢、性別、MMSE、頭蓋内容積を共変量とした重回帰分析を行い、多重比較補正には Small volume correction (SVC) を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は、大阪大学研究倫理審査委員会にて審査され、承認を得て行われている。

C. 研究結果

被験者は 80 名であり、NPI 以外の検査結果等の情報を表 1 に示す。

表 1 被験者情報

	平均±標準偏差
男性/女性	32/48
年齢	74.0±4.4
発症年齢	71.6±10.3
MMSE	26.9±2.1
論理記憶 II	6.8±8.4
GDS	4.7±3.9

NPI の各項目の得点については表 2 のとおりであり、昨年度の結果と同様に、無為・無関心の得点をもっとも多かった。この得点と MMSE の得点に有意な相関は見られなかった ($r = -0.13$, $p = 0.25$)。

表 2 NPI の各項目の得点

	平均±標準偏差
総合点	8.4±10.4
妄想	0.4±1.3
幻覚	0.3±1.1
興奮	0.9±2.2
うつ・不快	0.4±1.2
不安	0.5±1.8
多幸	0.04±0.2
無為・無関心	2.6±3.0
脱抑制	0.3±1.5
易刺激性・不安定性	0.4±1.0
異常行動	0.5±1.8
睡眠	1.0±2.3
食行動異常	1.0±2.4
認知機能変動	1.4±1.3

年齢、性別、MMSE、及び頭蓋内容積を共変量として多重回帰分析を実施したところ、「無為・無関心」得点の増加に伴い、右側坐核、右尾状核、右扁桃核、右海馬傍回の脳容積が有意に低下 ($p < 0.001$ uncorrected) していた。各部位を図に示す。また、SPM の結果を表 3 に示す。

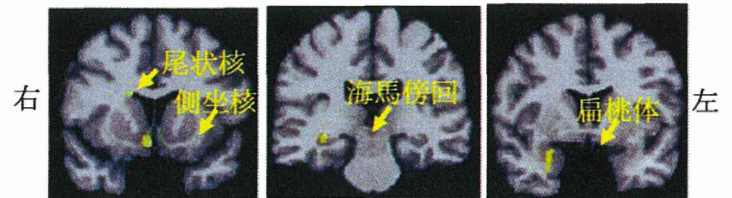


図 相関が見られた脳部位

各画像は頭部 MRI 冠状断で、相関が見られた部位を黄色で示す

表 3 SPM の結果

脳部位	座標			p 値	Z 値
	x	y	z		
右海馬傍回	36	-22	-14	<0.001	3.97
右側坐核	4	10	-14	<0.001	4.15
右扁桃核	28	0	-20	<0.001	3.39
	30	0	-33	<0.01	3.23
	28	8	-24	<0.01	3.21
右尾状核	15	14	18	<0.001	3.7

多重比較補正を実施したところ、右側坐核、右尾状核、右扁桃核、右海馬傍回において容積が有意に低下 (FWE corrected) していた。

D. 考察

SCI および MCI において、BPSD がすでに見られ、無為・無関心がもつとも得点が多く、MMSE の得点と相関がないことから、MMSE で測定できる認知度とは相関がないといえる。また、無為・無関心の得点は、右側坐核、右尾状核、右扁桃核、右海馬傍回の脳容積と関連しており、以下のことが考えられる。

側坐核は、報酬、快楽、嗜癖、恐怖などに重要な役割を果たすため、無為・無関心はこれらの機能低下の結果と捕らえることが出来るかもしれない。

扁桃核は、情動に重要な役割を果たすため、無為・無関心は情動の低下と捕らえることが出来るかもしれない。

海馬傍回は記憶の符号化や検索に重要な役割を果たすとされるが、無為・無関心は、周りの刺激に対して、記憶にうまくアクセス出来ずにいるということを反映しているのかもしれない。

尾状核は自発運動と関連があるかもしれない、無為・無関心との関連も考えられるかもしれない。

E. 結論

SCI および MCI において、BPSD がすでに見られ、無為・無関心がもつとも得点が多く、これらの得点の増加に伴い、右側坐核、右尾状核、右扁桃核、右海馬傍回の脳容積が有意に低下していた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Asaduzzaman M, Uddin MJ, Kader MA, Alam AH, Rahman AA, Rashid M, Kato K, Tanaka T, Takeda M, Sadik G. In vitro acetylcholinesterase inhibitory activity and the antioxidant properties of Aegle marmelos leaf extract: implications for the treatment of Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*. 14(1):1-10,2014.

Morihara T, Hayashi N, Yokokoji M, Akatsu H, Silverman MA, Kimura N, Sato M, Saito Y, Suzuki T, Yanagida K, Kodama TS, Tanaka T, Okochi M, Tagami S, Kazui H, Kudo T, Hashimoto R, Itoh N, Nishitomi K, Yamaguchi-Kabata Y, Tsunoda T, Takamura H, Katayama T, Kimura R, Kamino K, Hashizume Y, Takeda M Transcriptome analysis of distinct mouse strains reveals kinesin light chain-1 splicing as an amyloid- β accumulation modifier. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 111(7):2638-2643,2014.

Ikeda S, Kazui H, Tanaka T, Ishii R, Aoki Y, Hata M, Canuet L, Yoshiyama K, Iwase M, Takeda M. Association of CSF tap-related oscillatory activity and shunt outcome in idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Psychogeriatrics*. *In press*.

Aoki Y, Kazui H, Tanaka T, Ishii R, Wada T, Ikeda S, Hata M, Canuet L, Katsimichas T, Musha T, Matsuzaki H, Imajo K, Yoshida T, Nomura K, Yoshiyama K, Iwase M, Takeda M. Noninvasive prediction of shunt operation outcome in idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Scientific Reports* *In press*.

吉山顕次 特集：高齢者によくみられるうつ病臨床に役立つ Q&A 1. うつ症状を起こす薬剤はありますか *Geriatric Medicine (老年医学)* 52(10):1217-1220, 2014

2. 学会発表

吉山顕次 認知症診療のための地域連携 精神科病院認知症セミナー in 大阪 大阪市, 2014.7.12

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

作成上の留意事項

1. 「A. 研究目的」について
 - ・厚生労働行政の課題との関連性を含めて記入すること。
2. 「B. 研究方法」について
 - (1) 実施経過が分かるように具体的に記入すること。
 - (2) 「(倫理面への配慮)」には、研究対象者に対する人権擁護上の配慮、研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明と同意（インフォームド・コンセント）に関わる状況、実験に動物対する動物愛護上の配慮など、当該研究を行った際に実施した倫理面への配慮の内容及び方法について、具体的に記入すること。倫理面の問題がないと判断した場合には、その旨を記入するとともに必ず理由を明記すること。なお、ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（平成16年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号）、疫学研究に関する倫理指針（平成19年文部科学省・厚生労働省告示第1号）、遺伝子治療臨床研究に関する指針（平成16年文部科学省・厚生労働省告示第2号）、臨床研究に関する倫理指針（平成20年厚生労働省告示第415号）、ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針（平成18年厚生労働省告示第425号）、厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針（平成18年6月1日付厚生労働省大臣官房厚生科学課長通知）及び申請者が所属する研究機関で定めた倫理規定等を遵守するとともに、あらかじめ当該研究機関の長等の承認、届出、確認等が必要な研究については、研究開始前に所定の手続を行うこと。
3. 「C. 研究結果」について
 - ・当該年度の研究成果が明らかになるように具体的に記入すること。
4. 「F. 健康危険情報」について
 - ・研究分担者や研究協力者の把握した情報・意見等についても研究代表者がとりまとめて総括研究報告書に記入すること。
5. その他
 - (1) 日本工業規格A列4番の用紙を用いること。
 - (2) 文字の大きさは、10～12ポイント程度とする。

認知症患者の嫉妬妄想に対する治療ガイドラインの作成に関する研究

研究分担者 池田 学

熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野 教授

研究要旨

研究目的：認知症患者の嫉妬妄想に対する治療ガイドラインを作成する

研究方法：我々が前年度に実施した調査結果ならびに認知症患者の嫉妬妄想に関する過去の文献から、嫉妬妄想の危険因子、臨床特徴を抽出した。抽出された危険因子、臨床特徴を基に、複数の認知症専門医により「嫉妬妄想治療ガイドライン」を作成した。

結果：以下の 10 項目が認知症患者における嫉妬妄想の危険因子の可能性のある要因として抽出された。

1.DLB であること、2.抗パーキンソン病薬を内服していること、3.配偶者に不貞の過去があること、4.患者が重度の身体疾患（特に運動障害を伴うもの）合併していること、5.配偶者が健康であること、6.配偶者が単独で頻回に外出すること、7.患者の喪失体験（離職、運転中止、家事の中止など）、8.患者が飲酒していること、9.夫婦二人暮らしであること、10.認知機能障害が軽症であること。これらの危険因子を参考に、1.嫉妬妄想の発現機序に関する説明、2.嫉妬妄想の早期発見と予防、3.嫉妬妄想チェックリスト、4.介入方法の説明、の 4 つの項目から構成されるガイドラインを作成した。

まとめ：今回作成したガイドラインの最大の特徴は、チェックリストを用いることにより、当該患者の嫉妬妄想を引き起こしていると推測される要因を包括的に洗い出し、それらすべての要因に対して同時に介入するようにした点である。本ガイドラインの有効性は、平成 27 年度に検証予定である。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

橋本 衛	熊本大学医学部附属病院 神経精神科 講師
田中 響	熊本大学大学院医学教育部 大学院生
畑田 裕	熊本大学大学院医学教育部 大学院生
小山明日香	熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野

A. 研究目的

妄想は認知症患者において高頻度に認められる BPSD であり、介護者にとって最も負担になる BPSD の一つである。その一方で、妄想は薬物治療や非薬物的介入に比較的反応しやすい症状であり、妄想を早期に把握し治療介入を行うことは、患者本人のみならず介護者が質の高い生活を送るためにも重要である。

認知症患者では物盗られ妄想、誤認妄想などのさまざまな妄想が認められるが、本研究では、「配偶者が不貞を働いている」と確信する嫉妬妄想に注目し、その治療・介入方法を開発することが主

たる目的である。

前年度は第一段階として、嫉妬妄想の臨床特徴を調査し、その発現機序を検討した。その結果、嫉妬妄想は認知症患者の 5.8%にみられるなど決してまれな症候ではないこと、6 割近い患者で暴力へと発展することなどが明らかとなり、早期の発見・対応が必要であることを報告した。さらに嫉妬妄想の主要な危険因子として、1. レビー小体型認知症 (DLB) であること、2. 患者の身体合併症、3. 介護者が健康で頻回に外出することなどが明らかになった。

本年度は、前年度の研究成果を踏まえて、認知症患者の嫉妬妄想に対する効果的な治療・介入方法を開発するための第二段階として、「嫉妬妄想治療ガイドライン」を作成した。

B. 研究方法

まず、我々が前年度に実施した調査結果に加えて、認知症患者の嫉妬妄想に関する過去の文献から、嫉妬妄想の危険因子、臨床特徴を抽出した。本研究で参照した文献を以下に列挙する。

- Breitner BCC et al. (1994) The organic and psychological antecedents of delusional jealousy in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Cannas A et al. (2009) Othello syndrome in Parkinson disease patients without dementia. *Neurologist*.
- Chou KL et al. (2005) Drug-induced psychosis in Parkinson's disease: phenomenology and correlations among psychosis rating instruments. *Clinical neuropharmacology*.
- Cipriani G et al. (2012) Dangerous passion: Othello syndrome and dementia. *Psychiatry and clinical neurosciences*.
- Cobb J (1979) Morbid jealousy. *British journal of hospital medicine*.
- Graff-Radford et al. (2012) Clinical and imaging features of Othello's syndrome.

European journal of neurology

- Jorgensen P et al. (1985) Paranoid psychosis in the elderly. A follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica*.
- Kingham M et al. (2004) Aspects of morbid jealousy.
- Luaute JP et al. (2008) Neuroimaging correlates of chronic delusional jealousy after right cerebral infarction. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*.
- Marsh L et al. (2004) Psychiatric comorbidities in patients with Parkinson's disease and psychosis. *Neurology*.
- Poletti M et al. (2012) Dopamine agonists and delusional jealousy in Parkinson's disease: a cross-sectional prevalence study. *Movement disorders*.
- Richardson ED et al. (1991) Othello syndrome secondary to right cerebrovascular infarction. *Journal of geriatric psychiatry*.
- Seeman MV (1979) Pathological jealousy. *Psychiatry*.
- Shepherd M (1961) Morbid Jealousy. Some clinical and social aspects of a psychiatric symptom. *Journal of mental science*.
- Sibisi CD (1999) The phenomenology of delusional jealousy in late life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Silva JA et al. (2000) Stalking behavior in delusional jealousy. *Journal of forensic sciences*.
- Tsai SJ et al. (1997) Delusional jealousy in dementia. *Journal of clinical psychiatry*

抽出された危険因子、臨床特徴を基に、複数の認知症専門医により「嫉妬妄想治療ガイドライン」を作成した。なおガイドライン作成の際に、「認知症患者治療ガイドライン」(医学書院、2010)を参照した。

(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

以下の 10 項目が認知症患者における嫉妬妄想の危険因子の可能性のある要因として抽出された。

1. DLB であること
2. 抗パーキンソン病薬を内服していること
3. 配偶者に不貞の過去があること
4. 患者が重度の身体疾患（特に運動障害を伴うもの）合併していること
5. 配偶者が健康であること
6. 配偶者が単独で頻回に外出すること
7. 患者の喪失体験（離職、運転中止、家事の中止など）
8. 患者が飲酒していること
9. 夫婦二人暮らしであること
10. 認知機能障害が軽症であること

上記の危険因子を参考に作成した「嫉妬妄想治療ガイドライン」を資料 1 に示す。本ガイドラインは以下の 4 つの項目から構成されている。

1. 嫉妬妄想の発現機序に関する説明
2. 嫉妬妄想の早期発見と予防
3. 嫉妬妄想チェックリスト
4. 介入方法の説明

D. 考察

認知症の嫉妬妄想の過去の知見を参考に、「嫉妬妄想治療ガイドライン」を作成した。本ガイドラインの最大の特徴は、チェックリストを用いることにより、当該患者の嫉妬妄想を引き起こしている可能性がある要因を包括的に洗い出し、それらすべての要因に対して同時に介入するようにした点である。ここでは、その中の主要な介入方法について説明する。

嫉妬妄想の発現には配偶者への劣等感が重要な役割をはたしていることは以前から指摘されている。特に認知症では、認知機能低下や生活障害の

ために介護者である配偶者に依存せざるを得なくなり、患者は自己の存在価値の低下を実感し、そこで生じた劣等感が嫉妬妄想へと発展する機序が想定される。そこで本ガイドラインでは、夫婦間の格差を減少させることに力点を置いた。具体的には、患者に対しては、家庭内で役割を与えたりリハビリを実施することによって自尊心の回復を促し、一方配偶者に対しては、患者に劣等感を抱かせないような対応方法を指導することとした。

嫉妬妄想は DLB において頻度が高く、また難治性になりやすい。また DLB 患者は抗精神病薬への過敏性が高く、薬物療法を実施する際にも特別な注意が必要である。そこで本ガイドラインでは、DLB とそれ以外の疾患を区別し、それぞれに対して個別の薬物治療ガイドラインを作成した。

嫉妬妄想は性生活などの夫婦間のデリケートな問題にもかかわっているため、家族が医療従事者に相談することをためらっているうちに暴力などの激しい症状に進展しまっていることは少なくない。そこで、医療者側から家族に対して「最近、浮気をしていると責められることはないですか」などと尋ねてみる。特に前記の危険因子を有するハイリスク患者では、「嫉妬妄想が生じるリスクが高いことをあらかじめ説明しておく」といった予防的対応を実施する。また、医師以外の担当者を治療者側に加えることにより、家族が気軽に相談できるように工夫した。

本年度は認知症患者の嫉妬妄想に対する有効な治療・介入方法を開発するための第二段階として、「嫉妬妄想治療ガイドライン」を作成したが、その有効性を実際に検証できていないことが最大の問題点としてあげられる。この点に関しては、平成 27 年度に熊本県内の 10 か所の認知症専門外来（全て熊本大学から認知症専門医が派遣）において本ガイドラインを用いて嫉妬妄想の治療を行い、その有効性を検証する予定である。

（ガイドラインの検証予定医療機関）

熊本大学医学部附属病院、くまもと青明病院、荒尾こころの郷病院、くまもと心療病院、山鹿回生病院、阿蘇やまなみ病院、平成病院、吉田病院、

国立病院機構菊池病院、みつぐまち診療所

E. 結論

認知症患者における嫉妬妄想治療ガイドラインを作成した。本ガイドラインの最大の特徴は、チェックリストを用いることにより、当該患者の嫉妬妄想を引き起こしていると推測される要因を包括的に洗い出し、それらすべての要因に対して同時に介入するようにした点である。本ガイドラインの有効性は、平成 27 年度に検証予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・ 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]
・ 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]
・ 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
・ 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. *Int Psychogeriatr* 2014 [Epub ahead of print]

・ 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

・ 池田 学. 前頭側頭型認知症または前頭側頭型軽度認知障害. *老年精神医学雑誌* 25 : 862-867, 2014

・ 池田 学. 認知症医療における基幹型認知症疾患医療センターの役割と課題. *老年精神医学雑誌* 25 : 738-743, 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

・ 池田 学. 認知症患者を支える地域ネットワーク -熊本モデルにおける実践を通して-. *精神神経学雑誌* 116 : 395-400, 2014

・ 池田 学. 進行性失語の症状と対応 -PNFA と

SD を中心に、老年精神医学雑誌 25 増刊号 I : 37-42, 2014

・小阪憲司, 池田 学. レビー小体型認知症に対する薬物療法. 精神医学 56 : 191-197, 2014

・橋本 衛. 抗認知症薬の使い分け. 認知症の最新医療 4(2): 58-63, 2014

2. 学会発表

・ (Plenary lecture) Ikeda M. Fronto-temporal dementia. 8th Congress of Asian Society Against Dementia, Colombo, Sri Lanka, November 14-16, 2014

・ (S) Ikeda M. Symposium: Epidemiology & Risk. Epidemiology of early-onset dementia. 8th Congress of Asian Society Against Dementia, Colombo, Sri Lanka, November 14-16, 2014

・ (S) 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

・ Ikeda M (招待講演) 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

・ Ikeda M (招待講演) ASAD Joint Symposium on Dementia. Frontotemporal Dementia in Asia 14th Asian & Oceanian Congress of Neurology, The Venetian Macao, Macao, China, March 2-5, 2014

・ Hashimoto M, Fukuhara R, Ichimi I, Ogawa Y, Ikeda M. The relationship between abstract

attitude and stereotyped behavior in patients with frontotemporal lobar degeneration (FTLD). 9th International Conference on Frontotemporal Dementias, Vancouver Canada, October 23-26, 2014.

・ 池田 学. 基調講演: 認知症の医療連携. 日本医療マネジメント学会 第 12 回佐賀支部学術集会, 嬉野市, 2月 22 日, 2014

・ (S) 池田 学. シンポジウム: び慢性白質障害の臨床的鑑別と病理. 精神症状から鑑別する白質障害. 第 55 回日本神経学会総会, 福岡市, 5月 24 日, 2014

・ (教育セミナー) 池田 学. 日本神経学会第 2 回メディカルスタッフ教育セミナー: 認知症の病態の理解に基づく合理的なケア・リハビリテーション. 前頭側頭葉変性症の病態とケア・リハビリテーション. 第 55 回日本神経学会総会, 福岡市, 5月 24 日, 2014

・ (S) 池田 学. シンポジウム: 精神疾患の医療計画への追加の意義と効果-地域医療連携の必要性と可能性と効果の観点から考察する. 認知症と地域連携. 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜市, 6月 26-28 日, 2014

・ (S) 池田 学. シンポジウム: 認知症と高次脳機能障害. 認知症の医療連携 -熊本モデルの概要と今後の課題-. 第 64 回日本病院学会, 高松市, 7月 3-4 日, 2014

・ (基調講演) 池田 学. 「認知症疾患医療センターの現状と今後の課題」. 第 2 回認知症疾患医療センター全国研修会, 砂川市, 9月 13 日, 2014

・ (市民公開講座) 池田 学. 心の病気の臨床 求められていること、脳科学にできること. 「認知症の臨床: 求められていること、脳科学にできること」. 第 37 回日本神経科学会, 京都, 9月 21 日, 2014

・ (特別講演) 池田 学. 「認知症の人と家族を支える地域連携」. 第 20 回全国の集い in 岡山 2014, 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク, 9月 14-15 日, 岡山市

・ (特別講演) 池田 学. 認知症の初期発見からケア推進まで~認知症独居高齢者をどう支えるか~「認知症の治療と予防のための地域連携 -熊本モデルを

中心に-」。第4回認知症予防学会，江戸川区，9月27-28日，2014

・（パネリスト）池田 学。「認知症の治療と予防のための地域連携 -熊本モデルを中心に-」。第15回介護保険推進全国サミット in くまもと，熊本，10月30-31日，2014

・（市民公開講座）池田 学。認知症の予防・治療・介護。「認知症の予防・治療・介護と地域連携」。第73回日本公衆衛生学会，宇都宮，11月7日，2014

・（S）池田 学。認知症予防とケア-適時適切な支援の提供。「認知症の地域連携とアウトリーチ」。G7 Dementia Summit Legacy Event，東京，11月5-6日
東京

・（S）池田 学。シンポジウム。「認知症の言語症状を徹底的に討論する」。第38回日本高次脳機能障害学会学術総会，仙台，11月28-29日，2014

・（教育講演）池田 学。「前頭側頭葉変性症」。第33回日本認知症学会，横浜，11月29-31日，2014

・（S）橋本 衛。レビー小体型認知症。「レビー小体型の薬物療法」。第29回日本老年精神医学会総会、千代田区、日本教育会館、6月12-13日、2014

・（特別講演）橋本 衛。レビー小体型認知症の妄想-被害妄想と誤認妄想-。第20回九州老年期認知症研究会。福岡(福岡県中小企業振興センター)。6月7日，2014

・（S）橋本衛。DSM-V Major and Mild Neurocognitive Disorders。「4大認知症 症候学、画像からの分類」。第34回日本精神科診断学会。松山(大和屋本店)，11月13-14日，2014

・（S）橋本 衛。「Semantic dementiaの言語障害の本質は何か」。第38回日本高次脳機能障害学会、仙台市、仙台国際会議場、11月28-29日、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

認知症患者の嫉妬妄想治療ガイドライン

熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野

(平成 27 年 1 月)

医療機関：

担当医氏名：

協力者氏名（職種）：
