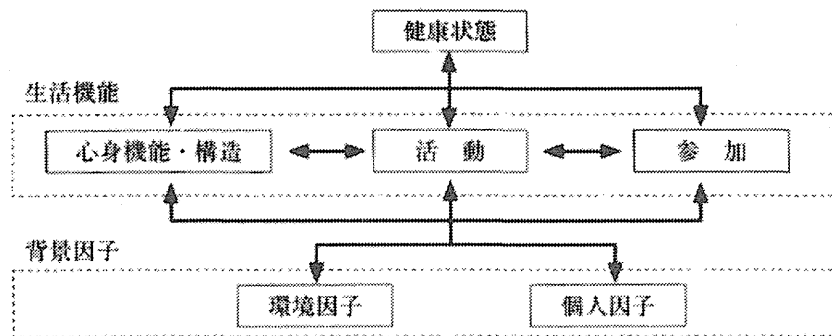




心身機能・構造：生理機能、心理、器官（骨、内臓、筋肉）
 活動：家事などの生活行為、日常生活動作能力
 参加：職業、家庭や社会での役割、地域社会参加
 健康状態：病気、怪我、妊娠、老衰
 環境因子：物的（住居、交通）、人的（家族、友人）、制度的
 個人因子：年齢、性別、職歴、価値観、生き様
 （大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用：目標指向的介護に
 立って、17-33、中央法規、東京、2009より改変引用）

図1 ICF（国際生活機能分類）の生活機能モデル

ルである「心身機能・構造」「活動」「参加」を一つにまとめた包括概念であり、この3つのレベルの間の関係と、それらに影響する3つの因子との関係を示したものが「生活機能モデル」である（図1）。「心身機能・構造」は生命レベル、「活動」は生活レベル、「参加」は人生レベルで「生きること」の側面をとらえたものである。つまり「生活機能モデル」とは「人が生きることの全体像」を指し、生活機能の3つのレベルに問題が生じた場合、それぞれを「機能障害」「活動制限」「参加制約」という。このモデルの活用においては、生活機能低下というマイナス面ばかりではなく、プラス面に注目することが重要とされ、とくに「活動」「参加」においては、「している活動」と「できる活動」を区別し評価することが重要とされている。

II. 症例呈示

〈症例〉84歳、女性

●主訴

娘に対して「物を盗んだ、財産を狙っている」と激しく罵る。

●生活歴

尋常小学校を卒業後、都会で保険の外交員をしていた。結婚後は山間部農村に住み、一男二女をもうけ、農業をしながら子育てをした。子どもの成人後は夫と二人暮らしであった。子どもは皆県内に在住し、時々交流している。高齢になってからも自動車を運転して友人宅へ行ったり、図書館へ行ったりするなど活動的であった。X-5年に夫が亡くなり、一人暮らしとなった。

●既往歴

気管支喘息、高コレステロール血症、狭心症に対して、テオフィリン 300 mg/日、シンバスタチン 5 mg/日、ジルチアゼム 90 mg/日が処方されている。かかりつけ医によると、状態は長年安定している。両膝に変形性関節症があり、時々関節内に注射をしたり湿布を貼ったりしている。その他特記すべき既往症はなく、手術歴もない。

●病前性格

社交的、活発、気位が高い、見栄っ張り

●現病歴

X-5年に夫が死亡したため一人暮らしになった。しだいに車の運転をしなくなり、同じことを何度も言うようになったため、X-3年春から長女夫

婦が本人宅に来て同居を開始した。サロンに参加する、隣人と交流するなど歳相応の社交性は保たれていた。生活費については本人と長女夫婦が折半しトラブルはなかった。その後長女の夫が亡くなり、二人暮らしとなった。X年の正月に大好きだった姉が亡くなり、本人はショックを受けていた。さらに春先にかけて、仲のよかった隣人2人が体調不良のため遠方の子ども宅へ転居した。5月に膝が痛くなり、楽しみに参加していたサロンに行けなくなった。7月になると、「長女が勝手に自分の部屋の中を探した」「薬を隠した」「通帳を盗んだ」「年金を狙っている」など、長女に対する猜疑的な訴えが多くなった。8月になると、ますます易怒的になり、連日のように長女を罵るため、長女と次女に伴われて当院を初診した。要介護認定は受けておらず、これまで介護保険サービスの利用はない。

●初診時現症

表出は自然であり、礼節は保たれ、抑うつ的ではない。軽度の難聴を認めるが、少し大きめの声で疏通可能。本人は横に長女がいるにもかかわらず、診察医に向かって小声で長女の悪口を言い続ける。長女は横で顔をしかめている。Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH) は28点で、妄想、興奮、無関心を認めた。症状は長女に対してのみ認め、次女や長男、隣人に対しては従来どおりの対応をしているとのことであった。

●身体的現症

身長144 cm、体重43 kg、血圧143/80 mmHg、脈拍76回/分で整、胸部聴診上正常、神経学的にも特記すべき異常はない。

●頭部CT所見

びまん性の脳萎縮を認めるが、年齢相応であり、内側側頭葉も保たれている。

●認知機能検査

改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) は26点、Mini-Mental State Examination (MMSE) は28点。

●診断

妄想性障害、軽度認知障害 (MCI)

●主治医の判断

母娘の関係が煮詰まっており、抗精神病薬を処方して身体のだるさなどが生じれば被毒妄想に発展することもある。外来で薬物療法を行うよりも、2人を分離するために入院させたほうが安全である。しかし、介護保険サービスを利用したことがないので退院調整がむずかしいだろうし、また入院させるとグループホームなどへ誘導される可能性が高い。よって薬物療法を行わずに本人と長女の生活を支援する体制を早急に整え、症状が増悪したら外来での薬物治療よりも入院を考える。

Ⅲ. 生活行為の評価

生活状況を把握するために、当院の訪問看護師と作業療法士が自宅へ赴き、本人と長女の生活行為を評価した。

1. 本人の主訴

仲のよい友達がその娘のところに行ってしまった。おしゃべりする相手もいなくなり寂しい。膝も痛くて立ちしゃがみや歩行がつかなく、毎日窓から外を見ているだけで、家ではなにもすることができない。

2. 生活状況

入浴、排泄、食事、更衣に関して本人、家族は支障を感じていない。20時に床に就き、6~8時に目覚める。変形性関節症のため両膝の軽度腫脹を認める。屋内・外とも杖歩行であるが、痛みのため移動動作、起居動作が困難になりつつある。身のまわりの整理整頓は本人がしているが、掃除、洗濯、買い物、調理などの家事は長女がしている。金銭管理と服薬管理は本人がしている。外出はほとんどせず、ずっと長女と2人きりである。寝る前に日記を書くことが長年の日課である。住環境は、屋内はほぼバリアフリーで、近くに公共交通機関はなく、自家用車が交通手段である。徒歩5分ほどのところに集会所があり、月1回、地域の高齢者が集まるサロンが開催されている。

表1 生活行為向上マネジメント表

アセスメント項目	心身機能 (精神機能, 身体機能等)	活動・参加 (運動・移動, セルフケア能力)	環境・個人因子 (用具, 環境変化, 支援と関係)
生活上の問題点	A. 長女への被害妄想 意欲低下 C. 両膝痛	B. 閉じこもり 移動能力は低下傾向 家庭内に役割がない	姉の死, 友人の転居 介護認定は受けていない 長女は対応に不慣れ
現状能力 (強み)	認知機能は保たれている (MCI レベル) 内科的には安定	身辺は自立 多趣味 (編み物, 俳句, 絵手紙 など) 社交的, 外出好き	攻撃の対象は長女のみ 送迎付きの介護予防教室 徒歩5分にサロン
対 策	①認知症治療薬 ②抗精神病薬 (入院も) ③整形外科的な治療 ④下肢筋力強化体操	⑤「健康長寿の会」へ参加 ⑥デイサービス通所 ⑦通所リハビリテーション	⑧要介護認定 ⑨訪問看護 (主に長女の思いを 聴く) ⑩かかりつけ医へ報告

MCI: 軽度認知障害

3. 本人のニーズと作業療法士の見立て

対象者の「したい生活行為」に焦点をあてた生活行為向上マネジメント⁹⁾を活用し、ニーズ把握とアセスメント、プランの立案を行った。「興味・関心チェックリスト」から運動や絵手紙、習字、針仕事、編み物、俳句など多彩な趣味があることがわかった。健康への関心も高く、膝痛体操の本を買って家で体操をしていた。若いころからばりばり働いてきた人だけに、思うように身体が動かないためにイライラしている様子もうかがえた。娘との同居で家事など本人の役割がなくなってしまうことが、娘への攻撃的態度につながっている可能性があった。さらに、近くにいた友達とのおしゃべりが唯一の気分転換であったが、それもできなくなり、孤独感や疎外感が増加していた。

4. 長女についての評価

長女は途中からの同居である。そのこともあって、長女は本人のものの忘れや行動全般がとても気になる。行動1つひとつに口を出してしまうようである。その結果、本人と長女は売り言葉に買い言葉の言い合いになる。本人はまだ認知症段階とはいえないが、認知症への対応の仕方について長女に学んでもらう必要がある。

IV. ケア会議

出席者は本人、長女、次女、地域包括支援センターから保健師、主任ケアマネジャー、および当院の訪問看護師と作業療法士である。地域包括支援センターからの情報として、この地域には本人が以前参加していたサロンのほかに、介護予防事業として「健康長寿の会」が毎週開催されていることがわかった。そこでは下肢筋力強化のための体操や趣味の絵手紙、俳句、書道教室などが行われており、送迎もある。

会議結果を、生活行為向上マネジメント表を用いて説明する (表1)。生活上の問題点である、A. 長女への被害妄想、B. 閉じこもり、C. 膝関節痛に対して、本人が多趣味であり、外出好きなことを利用して、⑤「健康長寿の会」へ参加してもらい、他者との交流ができる場の提供を通して、趣味活動を再開し気分転換を図り、本人の「している活動」を増やす。長女との距離をおくという目的もある。あわせて膝痛対策だけでなく廃用症候群を予防するため、④下肢筋力強化体操を行ってもらう。長女に対しては⑨訪問看護を行い、長女の思いを傾聴するとともに対応方法を指導していく。経過をみて、②抗精神病薬や⑧要介護認定も検討する。以上を主治医へ報告し、主治医から

かかりつけ医にも連絡してもらうことにした。なお、「健康長寿の会」の参加についてはその場で本人の了解が得られ、翌週から早速利用することにした。

V. 経 過

「健康長寿の会」に参加したことを契機にして、しばらく休んでいたサロンにも歩いて行くようになり、参加者と話すことを楽しみにするようになった。趣味の短歌も再開し、体操の効果であるうか、膝の痛みも気にならなくなった。長女に対する被害的な言動は自然と消失した。長女も介護教室などに参加して、母親の心身の衰えを受容できるようになった。X+1年10月現在、月に1回の訪問看護と半年ごとの当院通院を継続している。精神科薬物療法は一度も行っていない。認知機能の低下も目立たず、被害妄想はない。

VI. 考 察

本症例は、家庭内での役割がなくなり、姉の死、友人の転居、膝痛による健康感の低下といった喪失体験が続いたことにより被害妄想を呈した症例である。生活機能モデルで説明するならば、参加制約と活動制限から機能障害を呈し、参加と活動を増やすことで機能障害も改善した。医学モデルは生活機能低下発生の因果関係の理解において、生活機能モデルの「左から右へ」の流れを重視するが⁹⁾、本症例のような「右から左」の流れにも目を向ける必要がある。すなわちBPSDの理解においても、認知症の人が生活のなかでおかれていく状況を的確に把握し、BPSDを引き起こす要因

を除外し、自己有効感がもてるよう生活行為の向上を図ることが重要である。また本症例では、作業療法士が本人の生活状況の評価とニーズを、訪問看護師が家族とのかかわりを、といったように、各専門職がそれぞれ得意領域のアセスメントを行い、さらに地域の社会資源に詳しい地域包括支援センターとのチームワークにより良好な結果を得ることができた。多職種連携チームの強化のためには、それぞれが他職種の得意領域、関心領域を把握することが重要である。

文 献

- 1) 長谷川静子：認知症病棟から精神科急性期治療病棟への転用に伴う取り組み、看護管理, 24 (2) : 166-171 (2014)。
- 2) 北村 立, 北村真希, 澁谷良子, 倉田孝一：精神科病院における認知症医療のあり方；石川県立高松病院における認知症入院患者の残存率と報酬面からの考察, 老年精神医学雑誌, 21 (1) : 82-90 (2010)。
- 3) 北村 立：認知症の早期対応と生活支援について, 日本未病システム学会雑誌, 19 : 41-45 (2013)。
- 4) 日本作業療法士協会「生活行為向上マネジメント」マニュアル作成委員会：作業マニュアル 57 「生活行為向上マネジメント」, 一般社団法人日本作業療法士会, 東京 (2014)。
- 5) 大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用；目標指向的介護に立って, 17-33, 中央法規, 東京 (2009)。
- 6) 大川弥生：ICF：「人」のよりよい生活・人生を支えるツール—在宅医療・介護における基本概念, 訪問看護と介護, 19 (2) : 106-110 (2014)。
- 7) 上田 敏：ICF (国際生活機能分類) の理解と活用；人が「生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか, 15-28, きょうされん, 東京 (2005)。

生活機能を踏まえた BPSD 薬物治療のあり方

北村 立

抄 録

BPSD の治療を行う場合に、短絡的に薬物治療を開始するのではなく、生活機能を評価したうえで治療に当たることの重要性について2症例を呈示して具体的に説明した。ICF（国際生活機能分類）の生活機能モデルは「人が生きること」全体を指す。このモデルを用いて、認知症の人の生活機能を評価することで、生じている問題を鮮明にすることができる。また、生活機能を評価することで、より機能的な多職種チーム医療が実践できる可能性を指摘した。

Key words : BPSD, ICF, 生活機能, ケア会議, チーム医療

はじめに

認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）は、脳に何らかの器質的な要因があり、これに身体的、環境的、心理的、性格的など種々の要因が加わることで生じると説明できる。BPSD の治療に関して、強い不安や興奮、激しい焦燥に対しては抗精神病薬の使用が一般に推奨されている。しかし、認知症であっても、生活に満足していたら強い不安は出現しないであろうし、興奮状態にもならないはずである。したがって、考えるべきは認知症の人が穏やかに暮らせる環境づくりやケアの方法であり、薬物だけで BPSD をコントロールしようとする態度は慎むべきである²⁾。筆者は、石川県立高松病院（以下、当院）での経験から、認知症の人と家族の生活を支援するという立場で臨床に当たれば、BPSD は悪化しにくいと考えている³⁾。さらに BPSD の治療においては、これを生活機能障害という観点からとらえることが重要であると

考えている。そこで、今回実例を挙げながら説明したい。なお症例呈示については、本人と家族には口頭で説明して同意を得たうえで、当院倫理委員会の承認を得た。内容に関しては、個人情報に配慮して報告の趣旨に反しない範囲で修正した。

I. ICF について^{4,5)}

ICF は、2001 年に WHO（世界保健機関）の総会で採択された。本来は International Classification of Functioning, Disability and Health であるが、日本語訳では ICF（国際生活機能分類）と略された。ここでいう生活機能（functioning）とは、人が生きることの3つのレベルである「心身機能・構造」「活動」「参加」を一つにまとめた包括概念であり、この3つのレベルの間の関係と、それらに影響する3つの因子との関係を示したものが「生活機能モデル」である（図1）。つまり「生活機能モデル」とは、「人が生きることの全体像」を指す。生活機能の3つのレベルに問題が生じた場合、それぞれを「機能障害」「活動制限」「参加制約」という。このモデルの各要素の内容を図2に示す。「心身機能・構造」は生命（生物）レベ

Tatsuru Kitamura : 石川県立高松病院
〒929-1293 石川県かほく市内高松ヤ36

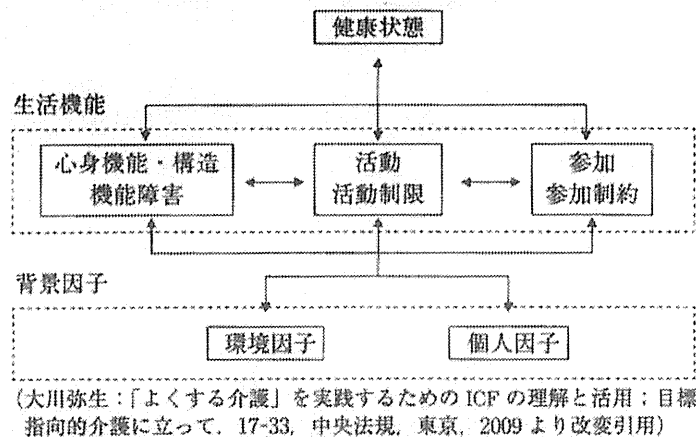
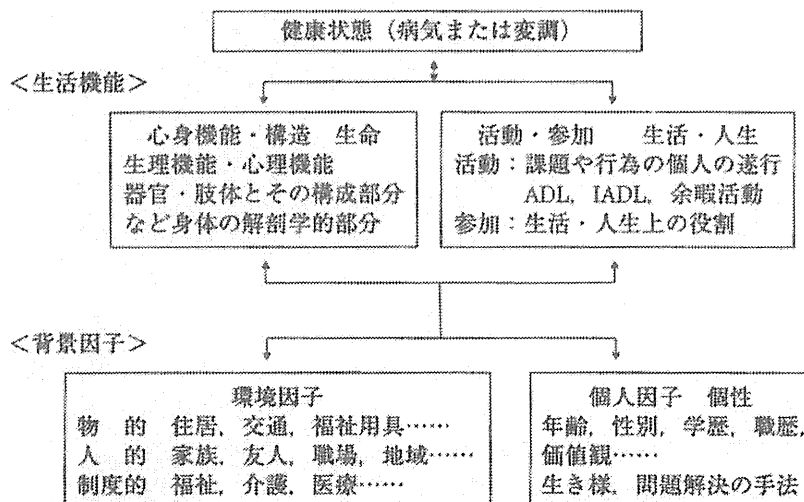


図1 ICF (国際生活機能分類) の生活機能モデル



ADL: 日常生活動作, IADL: 手段的日常生活動作

図2 生活機能モデルの各要素の具体的内容

ルで「生きること」の側面をとらえたものであり、内臓、骨、筋肉、生理機能、心理機能などが含まれる。「活動・参加」は生活レベルや人生レベルで「生きること」の側面をとらえたものであり、日常生活動作 (activities of daily living; ADL) や手段的日常生活動作 (instrumental ADL; IADL)、社会や家庭での「役割」などが含まれる。背景因子のうち、環境因子は、物的、人的、制度的なものがある。個人因子は個性とほぼ同義であり、学歴、職業歴や、さらには価値観、生き様などが含まれる。

II. 症例呈示

1. 被害妄想を抱いた一人暮らしの女性例

〈症例1〉72歳、女性

●主訴

物盗られ妄想、被害妄想、不眠

●生活歴

中学校卒業後、繊維関係の仕事をしていた。X-10年に夫が死亡して一人暮らしとなる。子どもは2人で、長男、次男とも自動車で30分以内のところに居住している。

●既往歴

特記すべきものなし。

●病前性格

活発、社交的

●現病歴

X-1年交通事故に遭い、腰椎など3か所を骨折したため整形外科の有床診療所に1年近く入院していた。X年1月に退院したが、もの忘れが目立ち、2月に近隣の総合病院でアルツハイマー型認知症と診断された。ドネペジルの処方を受けたが、やる気はなく閉じこもりの生活が続き、治療は中断した。近所に住む世話好きのAさん（男性）が日常生活全般にわたり、本人の面倒をみていた。しかし5月になると、「隣人が物を盗んでいく」「夜中に人が入って、口の中に毒をスプレーしていく」などと次々と訴えて、警察に通報したり、民生委員に苦情を言ったりするようになった。Aさんが否定すると、今度は「Aさんが通帳を盗んだ」と攻撃するようになった。このため、対応に困ったAさんに伴われて、X年6月上旬に当院を初診した。

●初診時現症

症状を説明するAさんの横で、「そんなことない」「嫌になった」「死にたい」とうつぶしたままつぶやいている。心理検査にはしぶしぶ応じたが、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は7点、Mini-Mental State Examination（MMSE）は9点であった。家族が同伴していないこともあり、その日は治療せずに帰宅してもらい、ケア会議を翌日に開催することにした。

●ケア会議

初診の翌日、本人宅において、当院訪問看護師、地域包括支援センター保健師、長男、Aさんが集まりケア会議を開いた。家の方々に鍵が取り付けられ、本人は鍵束を首からぶら下げていた。困っていることを尋ねると、延々と被害妄想を述べたが、そのうち「食事の用意がたいへん」「入浴するのが怖い」「息子には面倒をかけたくない」といった言葉も聞かれた。早急に介護認定を受ける

こと、当院から毎週訪問看護を行うことを決めて、本人には心配事があれば訪問看護師や保健師に電話するよう伝えた。保健師には民生委員に状況を説明してもらうことにした。Aさんは生活全般に過干渉気味であったため、食事の世話だけを依頼した。長男には本人も同意のうえで、通帳を管理してもらうことにした。会議後、長男に当院に来院してもらい、主治医が病状と見通しについて説明した。緊急時の入院は可能であることを保証して、近い将来には施設への入所が必要かもしれないが、できるかぎり在宅での生活を支えようということになった。薬物治療は不眠に対して抑肝散1包/夕食後、として処方した。

●その後の経過

当初、本人は訪問看護を嫌がっている口ぶりであったが、強く拒絶することはなく、2回目からは「だれかが口の中にスプレーしていった苦い」「朝、隣の畑に足跡があった」「夜中に物音がして一睡もできない」など、次から次へと病的体験を話した。一方で「食事の支度ができない。入院したいけど入院費が高いと息子に迷惑がかかる」などと言って、一人暮らしに困難さを感じている様子であった。X年6月末に要介護1と認定されたことで、7月からデイサービスを週に2回利用できることになった。最初のデイサービス後の訪問看護で、「楽しかった。歌も歌ったし、ペーパーフラワーも作った」などうれしそうに語った。これをきっかけに被害的な訴えは減少し、7月末には「夜中、口の中にスプレーされることや物音はなくなった」と言うようになり、以降、一度も被害妄想を訴えていない。10月には、以前のように友人数人ときのご探りに行ったり、ドライブに出かけたりするようになった。このころ、HDS-Rは17点、MMSEは16点であった。X+1年7月現在、買い物はAさんと行き、食事の支度は自分で行っている。生活ぶりから認知機能はさらに回復していると考えているが、本人は心理検査に応じない。訪問看護は適宜回数を減らしていき、現在は月に1回のペースである。週に2回

のデイサービスは継続している。処方に変更はない。

●考察

単身女性で、もともと活発な人が長期入院を契機にして、他者との接触機会が減じたことで発症し、「他人が住居に侵入して物を盗む、いたずらをする」といった内容の被害妄想があり、デイサービス通所や訪問看護といった孤独が解消される方向での支援により症状が消失した点で、Janzarik が提唱した、対人接触欠損パラノイドの臨床特性と一致する¹⁾。これを生活機能障害の観点から説明すると、一人暮らし（環境因子）、長期入院のため近隣との交流が減少（参加制約）、家事困難（活動制限）から被害妄想、孤独、不眠（機能障害）などを生じていたが、デイサービスでの余暇的な活動の増加や、訪問看護を含めた対人交流の増加などにより、被害妄想が消失したと説明できる。これと同じようなケースは全国に多いと思われる。対応方法としては、精神症状に対して抗精神病薬を用いたり、一人暮らしを解消するため施設に入所させたりすることもあるであろうが、本症例のように、簡便かつ安全な方法でよい結果を得ることもある。

2. 薬物治療抵抗性のレビー小体型認知症の例 〈症例2〉83歳、女性

●主訴

幻視に影響された言動

●生活歴

80歳近くまで夫と自営業を営んでいた。夫、長男夫婦、孫3人の7人家族。

●既往歴

甲状腺腫瘍

●病前性格

温厚

●現病歴

以前からもの忘れはあったが、日常生活に支障はなかった。X-2年夏、「胸が苦しい」「息ができない」と言って不穏になった。内科で検査を行ったが異常はなかった。まもなく「トイレの中

で工事をしている」「たくさんの人の話し声がする」と幻視、幻聴を認めるようになった。内科で向精神薬が処方されたが、余計悪化したように思われた。孫娘がインターネットでレビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies ; DLB）のことで知り、その専門治療を行っているというB医院を受診した。種々の薬物治療を行うが改善しなかった。どの薬も開始直後はよい感じであるが、しばらくすると易怒的になるような印象を家族は受けた。勧められたサプリメントや注射も効果を感じなかった。「そこにいる子どもにお菓子をあげたら」や「知らない人がいるからお金が盗まれないように」など頻々と家族に訴える。このため知人の紹介でX年4月に長男の嫁と孫娘に伴われて当院を初診した。

●初診時現症

礼節は保たれ、接触性は良好で会話能力に支障はない。HDS-Rは15点、MMSEは19点であった。要介護1であるが人のなかに出ることを嫌がるため、週に1回訪問看護師が訪れて、入浴介助をしたり、一緒にカラオケをしたりしているとのことであった。それまでの薬歴を詳細に聴取して、薬物治療の困難さは理解できた。しかし、もともと穏やかな人で、幻視の内容も本人をひどく脅かすものではなく、基本的なADLも自立しているうえに、長男の嫁と孫娘という介護者が2人もいることから、大きな介護困難が生じているとは思えなかった。そこで、日常生活で最も困っていることを尋ねたところ、若いころからの便秘症で、排便の前に不穏になりやすいことがわかった。また88歳になっても快活な夫が、本人をととても大切にしており、「知らない子どもがいる」など非現実的なことを言うと、夫は「薬を飲ませて」と言い、また本人が「身体がだるい」と言うと、夫が「病院で点滴してもらって」と急かせるため、その夫への対応にも困っているとのことであった。さらに嫁は「孫娘はじょうずに対応しているが自分は自信がないし、ほかの人のようにデイサービスにも行ってもらいたい」と話した。

表1 生活行為アセスメント表 (当院受診前)

アセスメント項目	心身機能 (精神機能、身体機能等)	活動・参加 (運動・移動、セルフケア能力)	環境・個人因子 (用具、環境変化、支援と関係)
生活上の問題点	幻視に影響された言動	デイサービス拒否 入浴拒否	
現状能力 (強み)	身体的に大きな問題はない	更衣動作、排泄動作、屋内移動 は自立	本人は、穏やかな人 嫁、孫娘は、介護に熱心
対 策	次から次へと薬剤、サブ リメントを試みる	訪問看護	

太字はB医院での評価と対応を示す。

表2 生活行為アセスメント表 (当院初診時)

アセスメント項目	心身機能 (精神機能、身体機能等)	活動・参加 (運動・移動、セルフケア能力)	環境・個人因子 (用具、環境変化、支援と関係)
生活上の問題点	幻視に影響された言動 習慣性便秘、便秘時に不穏	デイサービス拒否 入浴拒否	夫が本人の言動を真に受けて心 配する 嫁は、介護面でどう対応すれば よいかわからない
現状能力 (強み)	身体的に大きな問題はない	更衣動作、排泄動作、屋内移動 は自立	本人は、穏やかな人 嫁、孫娘は、介護に熱心
対 策	不穏時に頓服 便秘のコントロール かかりつけ医へ紹介	訪問看護継続 (ケアマネジャーへ連絡)	当院から訪問看護を行い、家庭 での様子 (夫の様子や環境な ど) をチェックする 当院への電話相談

太字は当院初診時に行った評価と対応を示す。

●生活行為のアセスメント

ここまです生活行為アセスメント表に書き込んでみた。まずB医院での対応は、表1のように心身機能のみに焦点をあてたものであった。また主治医の治療とケアプランはまったく連動していなかった。筆者らは、表2のように問題点を抽出して対策を考えた。向精神薬はタンドスピロン10mg2錠/朝・夕のみとし、不穏の場合はクエチアピン12.5mgを頓服させることにした(認知症に対する抗精神病薬の使用については家族に文書で説明したうえで、口頭で同意を得た)。便秘には酸化マグネシウムを処方し、さらに腹痛などに対応できるよう、かかりつけの内科医に診療情報提供を行った。嫁には困ったときは当院へ電話で相談するように指示をして、後日、訪問看護を行った際に、夫の様子や、幻視が生じやすい環境についてチェックすることにした。利用中の居宅

介護サービスは当面継続することとして、筆者らの見立てと薬物治療の方針をケアマネジャーに説明した。さらに家族には通所サービスの開始を焦らないように説明した。

●経過

初診後の2週間は、嫁から頓服薬の効果や便秘のことについて数回相談があり、そのたび看護師が対応した。1か月後の再診では、クエチアピンの頓服は効果があったので、介護者も安心感が得られ、結局1か月で3回ほどしか服用させなかったとのことであった。便秘は酸化マグネシウムだけでは不十分であり、大建中湯を追加した。時々「つらい」「めまいがする」と訴えて、顔色が悪くなることが報告された。診察すると起立性低血圧を認め、食後低血圧も予測されたため、対応方法を家族に説明した。後日、看護師、作業療法士が訪問看護を行った。寝室からトイレの間の廊下が

黄色電球で暗いことや、寝室の置き物が幻視（錯視）の誘因になりやすいと思われた。夫は友人が亡くなり、妻だけが話し相手であり、一緒にカラオケに行きたいと話した。そこで、本人と夫をカラオケに連れて行くことを家族の目標にもらった。2か月後の再診では、本人は排便が規則的になり体調もよく、食後しばらく横になるようにしているのでめまいも減ったと話した。嫁は、幻視は変わらずあるが混乱することはない、皿洗いや洗濯など手伝おうという意欲も少しだけ出てきたと話した。このため処方箋は近医内科に依頼して、当院への通院は半年ごととした。

●考察

家族は幻視そのものよりも、便秘や夫への対応に困っており、前医の治療方針は家族のニーズとずれていたようである。DLBの場合、幻視がなくなるに越したことはないが、なくなる場合は本人や周囲がそれに振り回されないよう指導することが大切である。また本人や家族の話をじっくり聴くことで、教科書的にはよく知られているDLBの自律神経症状が、実際の生活に大きく影響していたこともわかった。家庭訪問で幻視（錯視）の起こりやすい環境をしばしば発見するので、DLBの治療に訪問診療や訪問看護は有力である。

おわりに

BPSDに対して、安易に薬物治療を行っているきらいがある。これは医師だけの責任ではなく、家族も介護職員もBPSDの特効薬を期待してしまうからである。医師も家族も介護職員も、BPSDを症状として、つまり機能障害という目でみてしまうと、とりうる対策は限られてくる。一方、BPSDを生活機能障害ととらえれば、選択肢が増えるうえに、他の利点もある。まず、生活機能を評価するには、本人や家族と長時間話したり、実際に家庭を訪れたり、多職種で評価したりしなければならない。このような語らいの時間をもつこ

とは、医療者や介護者、また家族にとっても、本人を理解する手助けになる。また多職種で生活機能を評価すれば、自然と職種ごとの役割も明確になる。たとえば、「心身機能・構造」は医師や看護師の領分である。「活動・参加」はケアマネジャーや作業療法士、訪問看護師が担当し、環境因子のうち制度的なことはケースワーカーが、住宅環境や福祉用具のことは理学療法士がかかわることができる。そして個人因子はチーム全員で共有するようにすれば、機能的なチームができるうえ、ケースによってどの職種が重要かもみえてくるはずである。昨今では、多職種による協働が声高に叫ばれ、また認知症初期集中支援チームの整備も進められているので、チームでの支援に不慣れな場合は、多職種で生活機能を評価するのがよいと考える。

アルツハイマー病研究会・第15回学術シンポジウムでは別の症例を呈示しましたが、この症例は「老年精神医学雑誌」に連載中の「老年期の精神医療における多職種協働の実践例報告 第10回」（第26巻第1号、2015年1月号）で発表したため、〈症例1〉に変更しました。

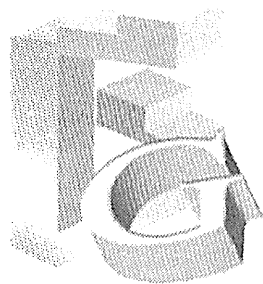
文 献

- 1) 濱田秀伯：精神症候学。第2版、355-356、弘文堂、東京（2009）。
- 2) 北村 立、森 京子：認知症患者への第二世代抗精神病薬投与と注意点。臨床精神薬理、14：1821-1827（2011）。
- 3) 北村 立：認知症の早期対応と生活支援について。日本未病システム学会雑誌、19：41-45（2013）。
- 4) 大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用：目標指向的介護に立って。17-33、中央法規、東京（2009）。
- 5) 上田 敏：ICF（国際生活機能分類）の理解と活用：人が「生きること」「生きることの困難（障害）」をどうとらえるか。15-28、きょうされん、東京（2005）。

特 集

高齢者の神経疾患と「うつ」
アルツハイマー型認知症と「うつ」

服部英幸



アルツハイマー型認知症と「うつ」

服部英幸

抄 録

うつ病と認知症は高齢者において高頻度に見られる疾患である。アルツハイマー型認知症（AD）においては、血管病変や脳内アミロイドタンパク沈着など、共通の病態基盤をもつ可能性があることが示されつつある。ADにおいてうつ状態を呈する心理機序について、中核症状である記憶障害、失見当識などから環境不適応感が生じていることが重要であると考えられる。高齢者のうつ状態には身体疾患罹患や生活機能低下が密接に関連することから、治療においては精神症状の改善とともに生活機能維持の観点を重視する必要がある。最近注目されている虚弱高齢者は、高頻度に見られる状態であり、随伴する精神症状としてのうつに配慮することが求められる。

Key words：うつ、認知症、アルツハイマー型認知症、アバシー、虚弱高齢者

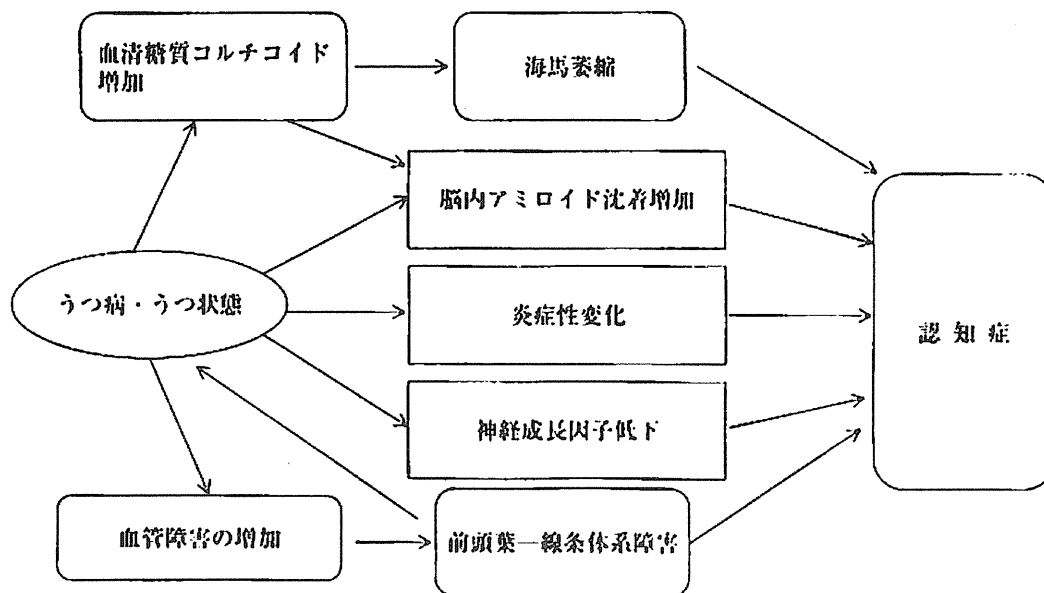
老年精神医学雑誌 25：34-41, 2014

はじめに

うつと認知症、とくにアルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease：AD）およびその前駆状態ともいえる軽度認知障害（mild cognitive impairment：MCI）との鑑別、相違点については古くから論じられてきた。最近では共通の脳内病態が存在する可能性が注目されており、これまで多くの論文、総説が書かれてきた。最近も、簡潔で有用な総説が出されている¹⁾。現段階で、ここにさらになにかを加えることなどできないと思えるくらいである。ただし、これらの論文、総説において若干、軽視されている論点もあるように思える。それは、認知症とうつの臨床は、多くの例で高齢者の病態であり、高齢者の身体特性を考慮せずに臨床を行うことはできないという点である。

もちろん、若年性認知症とうつの問題も重要であり、これについては優れた解説も出されている²⁾。本稿では、高齢者におけるADとうつについて、老年医学的に問題となっている点を交えて考えたい。とはいえ、まずは従来通り、ADとうつとの関連について簡単に振り返りたい。そのまえに、「うつ」という術語で表現しようとしていることについて補足する。英語では“depression”の一言で表される状態であるが、日本語では「うつ病」「うつ状態」「うつ症状」など接尾語がくっついてくるので、専門外の人にはわかりにくい。さまざまな説明がありうるが、この総説では大うつ病と閾値下うつ病、小うつ病をまとめて「うつ病」と総称する。「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指しており、うつ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、「他の精神、身体疾患および薬物使用に随伴したうつ症状群」とする。脳血管障害やパーキンソン病に

Hideyuki Hattori：独立行政法人 国立長寿医療研究センター行動・心理療法部
〒174-8511 愛知県大府市森岡町鎌倉35



(Byers AL, Yaffe K: Depression and risk of developing dementia. *Rev Neurol*, 7 (6): 323-331, 2011 より改変引用)

図1 うつ病・うつ状態から認知症への移行を介在しうる因子

みられる抑うつ気分、精神運動抑制などが相当する。ADなどの認知症でも「うつ状態」を呈するが、あとで述べるようにこれが大うつ病のような「うつ病」の併存であるのか、随伴する「うつ状態」なのかについては区別が困難なことが多い。

アルツハイマー型認知症と

「うつ病」の病態

—— 強調される共通基盤 ——

うつ病と認知症の合併はしばしば認められる。ADにおけるうつ病の合併に関して、大うつ病の合併26%、小うつ病26%と高率に認められる³⁰⁾。一方で、高齢者のうつ病ではもの忘れを強く訴えたり、実際に認知機能低下をきたす症例も多くみられ、「仮性認知症」と名づけられる状態が古くから知られていた。この考え方には、うつ病と認知症は別のものであり、鑑別することは可能であるという認識がある。実際、多くの医療スタッフ向けのテキストには高齢者うつ病と認知症（とくにAD）との症状の違いが必ず記述されている。しかし、実際の臨床場面では鑑別ができない症例にしばしば遭遇する。その理由はADや血管性認

知症などの認知症の症状のひとつがうつ症状、うつ病であることや、うつ病自体から認知症に高頻度に移行することによると考えられる³¹⁾。そのため、高齢者うつ病と認知症は共通の基盤による一続きのスペクトラムであるとする考え方もある³²⁾。

うつ病から認知症へ移行するメカニズムは、いくつかの可能性がある（図1）³³⁾。血管病変が高齢者うつ病に関連することは以前から知られており、脳内動脈硬化に関連するうつ病は1990年代より重視されるようになってきた。うつ病は糖尿病、高血圧などの動脈硬化因子とは独立に脳卒中の危険因子であり、脳卒中の発生頻度が増す。わが国の報告でも脳卒中の発生頻度が非うつ病例では12%であるのに対してうつ病例では25%と高頻度に認められた³⁴⁾。さらに、無症候性脳血管障害の症例でもうつ病が高頻度に認められることがわかり、「血管性うつ病」の概念が提唱された³⁵⁾。ADの病態に血管因子が重要であることがしだいにわかってきており、血管病変を介したうつ病とADの関連が明らかになってきつつあるようである。

さらに、ADとうつ病との類似性の基盤には、

脳内のアミロイドタンパク沈着がある。ADの基本的な病態は脳内に不溶性アミロイドタンパクが沈着することであるが、高齢発症の大うつ病の神経病理学的検討ではADと診断できるアミロイド沈着の比率が高く²⁾、アミロイドPETを用いた研究においても高齢者うつ病ではADと類似したアミロイド集積を認めた³⁾。バイオマーカーを用いた臨床研究においても、高齢者うつ病の血清Aβ40/Aβ42の比率がADと同様に高くなっているという報告があり、そのような症例をamyloid-associated depressionと表現する研究者もいる⁴⁾。そのほかに、海馬歯状回の神経新生の減少がうつ病の病因のひとつでありADと共通するという仮説が主張されている⁵⁾。うつ病では脳血管障害、神経栄養因子の低下による海馬での神経新生障害が認められる。また、視床下部―下垂体―副腎系(HPA-axis)の機能亢進による糖質コルチコイド増加が生じることが知られているが、これにより海馬の神経細胞障害が生じうる。Alexopoulosら⁶⁾は高齢うつ病の特徴として、認知症でも認められる実行機能障害を伴いやすいことから、前頭―線条体の関連から疾患モデルを構築し、前頭葉の障害の重要性を強調した。

2 初期アルツハイマー型認知症の心理

ADとうつ病が共通の生物学的基盤をもつかもしれないという議論が多くなっているが、視点を変えて、うつ病あるいはうつ症状がADに伴いやすい点を心理学的に考察してみる。原田ら⁷⁾は自我心理学的検討により、初期ADの不安の原因として、もの忘れによって行動を司っているはずの自分がいつのまにか統制できなくなっており、今までの自分とは異なっていることに気づくことが基盤にあるとした。また、Kobayashiら⁸⁾はJanetの概念を援用し、うつ症状に伴う心理的緊張低下が認知機能低下を促進しているとした。筆者らの、心理検査(Cornell Medical Index ; CMI)による検討⁹⁾では、初期AD患者は周囲の環境に対する不適応感を強く感じ、緊張が強いことがわ

かった。CMIにおいて、環境に対する不適応感は「物事を急いでしなければならないときは頭が混乱する」「いつも指示や命令を取り違える」「見知らぬ人や場所がとても気になる」「そばに知った人がいないとおどおどする」などの質問で評価される。認知症例では、記憶障害、失見当識などの認知機能低下を基盤として、このような感覚を常に抱きつつ生活しているのではないかと推察されたのである。健康人においてもたとえば、慣れない海外の旅行先で財布をなくしたりすると、どうしてよいかわからず、混乱してしまい、周囲への警戒感や不適応感を抱き緊張状態となりがちであるが、それが長期間続いている状態といえるかもしれない。そして、このような緊張状態は精神的な疲労感を生じ、そこから、不安感が強くなり、抑うつ、易怒性、強迫症状などへと発展していくと考えられる(図2)。

3 臨床場面で遭遇するうつ症状とうつ類似状態(アパシー)との鑑別

ADとうつ病の生物学的基盤の研究や心理学的考察から、実際の臨床に関連する事項に話を移す。ここで問題になるのは当然治療の対応であるが、そこで区別を念頭におかないと先へ進めない状態が「うつ症状」と「アパシー」の違いである。ともに、ADに出現しやすい状態ではあるが、対応が異なる。アパシーを抑うつと誤って安易に抗うつ薬を投与するとふらつき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。本人、家族からの問診で自責感、悲哀、睡眠障害、感情不安定性などがあった場合はうつ症状が疑われる。一方、アパシーでは感情の動きに乏しく、無欲・無関心が前景に出る点で異なっている(表1)¹⁰⁾。この両者の差異を検討するためには、気分の評価とともに意欲の評価を行うとよい¹¹⁾。アパシーの評価方法としては「意欲の指標」¹²⁾などさまざまなものがあるが、うつとの区別には岡田ら²⁰⁾の「やる気スコア」が有用である。

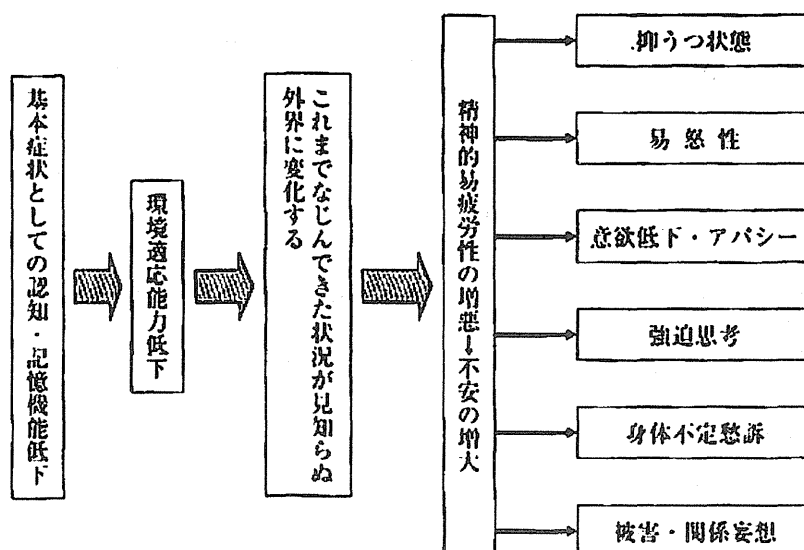


図2 初期アルツハイマー型認知症にみられる精神症状の機序仮説

表1 うつ病とアパシーの共通する症状、うつ病でみられる症状、アパシーでみられる症状

アパシーとうつ病で共通してみられる症状

活動性の低下: Lack of interest in events or activities
 活気のなさ: Anergis
 精神運動の緩慢さ: Psychomotor slowing
 易疲労感: Fatigue
 興味の喪失: Decreased interest

うつ病でみられる症状

抑うつ・不快: Dysphoria
 希望のなさ: Hopelessness
 罪悪感と自責感: Guilt, Self-criticism
 希死念慮: Suicidal ideation
 睡眠障害: Sleep problems
 食欲不振: Loss of appetite

アパシーでみられる症状

自発性や発動性のなさ: Loss of motivation and initiation
 持続力の欠如: Lack of persistence
 感情の平板化: Emotional indifference or diminished emotional reactivity
 社会性の減退: Decreased social engagement

(Boyle PA, Malloy PF: Treating apathy in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 17: 91-99, 2004; 城野 匡, 池田 学: 高齢者のうつ病とアパシー. 老年精神医学雑誌, 19 (4): 422, 2008)

4 高齢者うつ病の治療とアルツハイマー型認知症

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、治療

においても他の年齢層とは異なる問題点が生じる。まず、精神症状の治療のみに気をとられていると、薬物の影響や慢性化により廃用症候群など高齢者特有の身体機能低下を招きやすい。そのため、当初の精神症状はよくなったのに日常生活動作機能

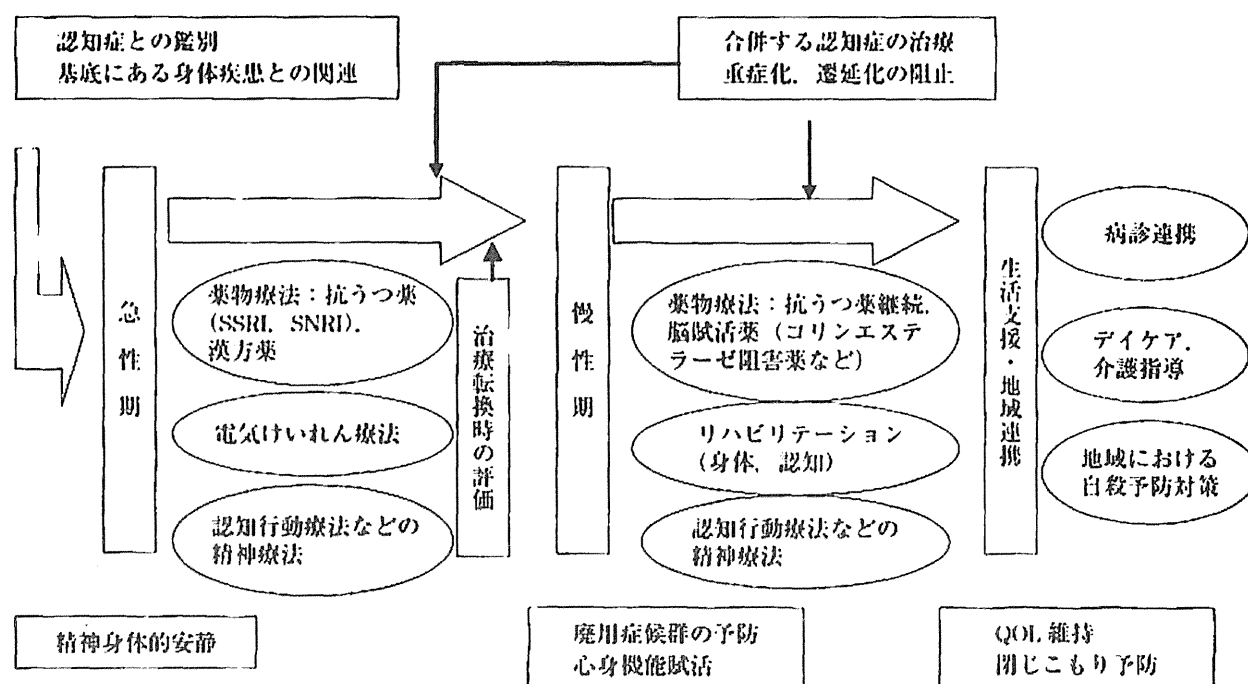


図3 高齢者うつ病の治療戦略モデル

は改善しないという事態が生じやすい。この特徴に則した治療が求められる（図3）¹³。症状、経過から大きく3つの柱がある。①急性期、②慢性期、③生活支援・地域連携である。うつ病の治療にはいる前提として、認知症・身体疾患の合併の評価治療を並行して行う必要がある。大うつ病の急性期の一般的な治療は精神的安寧と抗うつ薬服用が基本であり、これは、高齢者においても変わらない原則である。閾値下うつ病でも同じ考え方でよい。また、他の原因による「うつ状態」においても原因除去や治療を行ってもうつ症状のみが残存する場合はこの原則に従う。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。

薬物治療はうつ症状とアパシーの違いに注意しながら行う。ADに伴ううつ症状に、抗認知症薬と少量の選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor；SSRI）やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor；

SNRI）の併用が有効との考えがある¹⁴。「認知症疾患治療ガイドライン」では認知症のうつ状態に対する薬物療法としてSSRI、SNRI、ドネペジルが挙げられている²⁰。ただし、2011年に出された論文によると認知症に伴ううつ病には抗うつ薬が無効であるという結果が報告された²¹。これに関して楯林²²は、先の論文の見直しを行い、軽症例と中等症以上の例に分けて、軽症例では環境調整や非薬物療法を重視し、中等症以上では抗うつ薬の投与を推奨している。抗うつ薬による有害事象が出現しやすい症例では漢方薬も考慮すべきである。そのなかでも柴胡加龍骨牡蠣湯の有効性が注目されている²³。認知行動療法や精神療法的アプローチも必要であるし、回想法などの非薬物的アプローチも認知症に伴ううつ病に対して有効である可能性がある。

うつ病では従来通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。若年層では薬物投与と生活指導程度で回復を待つことができるが、高齢者では急性期の安寧から引き続いて起こってくる運動機能低下、

□特集

日常生活動作能力低下といった廃用症候群の予防がきわ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。その時期の見極めとして、不眠、抑うつ気分、精神運動抑制、焦燥などが改善、消失したあとに意欲低下が残存している状態では賦活治療へ移行することが望ましい。この時期には精神、運動機能維持のための身体リハビリテーションその他の物理療法も効果がある。運動療法では有酸素運動²⁾、筋力トレーニング³⁾が高齢者うつ病に効果的であるとの報告がある。治療には時に年単位の時間を必要とし、その間に日常生活動作能力の低下など高齢者特有の危険を回避していく必要がある。介護サポートによる生活支援は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。

5 虚弱高齢者のアルツハイマー型認知症とうつ

冒頭で、高齢者の認知症とうつを考える際に、高齢者の身体特性に配慮すべきであると述べた。最後に、最近老年医学の分野で重視されるようになった虚弱高齢者 (frail elderly) と認知症 (とくにAD) とうつおよびその他の精神症状との関連について簡単に述べたい。虚弱とは、老化に伴う種々の機能低下 (予備能力の低下) を基盤とし、種々の健康障害に対する脆弱性 (vulnerability) が増加している状態とされている²⁰⁾。つまり、なにも対処しなければ寝たきりや死亡のリスクが高いが、可逆的なところも残されている状態といえる。操作的臨床指標としては栄養、身体能力、筋力、うつ・活力、身体活動度の5項目で評価するのが一般的である¹⁰⁾。75歳以上の高齢者の虚弱の頻度は軽度例をいれると56.6%であり¹¹⁾、決して少ない数ではない。地域に虚弱高齢者が多く認められる以上、臨床場面でも遭遇する機会が増えると思われる。そのときは身体、精神症状の細

かい把握が求められることになる。虚弱高齢者は認知機能低下、抑うつ、不安などの精神症状を伴うことが多いが、虚弱高齢者の精神症状についてはあまり関心をもたれていないようにみえるし、どの科で診ていくべきなのかも曖昧なままになっている。老年科、精神科の医師が共通して虚弱高齢者を包括的に診療していくための基礎的知識の修得が求められている。

これまでの報告をみると、虚弱高齢者ではうつ症状を高頻度に合併し、うつの存在が身体的虚弱の悪化要因であるなど報告が多く出されている²¹⁾。認知機能に関しては、虚弱高齢者は高率にMCIに移行することが明らかになり⁷⁾、さらにADの有意なリスクであるとされている⁸⁾。うつと認知症以外に、虚弱高齢者で認められる精神症状として臨床上考慮しておくべき状態は意欲低下 (アパシー) と不安である。虚弱高齢者では、アパシーが高頻度に認められる。地域研究では、調査対象全体の23.1%にアパシーが認められた¹¹⁾。心身ともに疲労しているように見える虚弱高齢者であるが、心中は強い不安感が支配していることがわかっている。HADS A (anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale) を使用した地域調査によると、虚弱高齢者では強い不安感をもっていることが示された⁶⁾。

以上のように、虚弱高齢者の精神症状は、単純なうつ症状のみということではなく、複合的な像を示しているようである (図4)。その点を理解し、高齢者の身体特性と精神特性を考慮しながらの治療が必要となる。地域での連携対応として、要介護高齢者に生活機能改善プログラムによる介人が効果的であるかどうかの検討がなされ始めている¹²⁾。

■ おわりに

認知症とうつの鑑別、治療は古くて新しい問題といえる。「仮性痴呆 (Pseudodementia)」といわれたころから、関連性の強さは指摘されてきたが、最近にいたって脳内の共通基盤が明らかになって

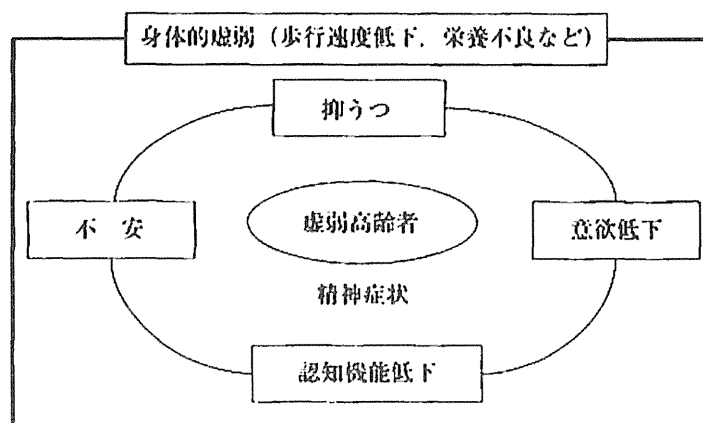


図4 虚弱高齢者の精神症状

きている。一方で、超高齢化の時代を迎えて、この問題を精神症状、認知機能の範囲のみで考えることはできず、老年医学的な観点からの高齢者の身体特性も含んだ複合的な視点からの取組みが求められている。高齢者医療にかかわる精神科医として、虚弱高齢者への対応にも積極的に取り組むべきであろう。

文 献

- 1) 朝田 隆：関連疾患 うつ病と認知症の鑑別。医学のあゆみ, 244 (5) : 459-462 (2013).
- 2) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, et al.: 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, 54 : 915-922 (1997).
- 3) Alexopoulos GS, Schultz SK, Lebowitz BD : Late-life depression ; A model for medical classification. *Biol Psychiatry*, 58 (4) : 283-289 (2005).
- 4) 馬場 元：高齢うつ病と認知症はスペクトラムか；アミロイド β を中心に。 *Depression Frontier*, 11 (1) : 46-52 (2013).
- 5) Banerjee S, Hellier J, Dewey M, Romeo R, et al.: Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD) ; A randomised, multicentre, double-blind, placebo controlled trial. *Lancet*, 378 : 403-411 (2011).
- 6) Bernal-Lopez C, Potvin O, Avila-Funes JA : Frailty is associated with anxiety in community-dwelling elderly adults. *J Am Geriatr Soc*, 60 (12) : 2373-2374 (2012).
- 7) Boyle PA, Buchman AS, Wilson RS, Leurgans SE, et al.: Physical frailty is associated with incident mild cognitive impairment in community-based older persons. *J Am Geriatr Soc*, 58 (2) : 248-255 (2010).
- 8) Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Tang Y, et al.: Frailty is associated with incident Alzheimer's disease and cognitive decline in the elderly. *Psychosom Med*, 69 (5) : 483-489 (2007).
- 9) Byers AL, Yaffe K : Depression and risk of developing dementia. *Rev Neurol*, 7 (6) : 323-331 (2011).
- 10) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, et al.: Frailty in older adults ; Evidence for a phenotype. *J Gerontol*, 56 (3) : M146-M156 (2001).
- 11) 原田宗忠, 西田麻衣子, 山田裕子, 国立淳子ほか：初期アルツハイマー型認知症の高齢者における不安と自己の側面。日本認知症ケア学会誌, 8 (1) : 40-50 (2009).
- 12) 服部英幸：高齢者うつ病。日老医誌, 45 : 451-461 (2008).
- 13) Hattori H, Yoshiyama K, Miura R, Fujie S : Clinical psychological tests useful for differentiating depressive state with Alzheimer's disease from major depression of the elderly. *PSYCHOGERIATRICS*, 10 : 29-33 (2010).
- 14) Holtta EH, Laakkonen ML, Laurila JV, Strandberg TE, et al.: Apathy ; Prevalence, associated factors, and prognostic value among frail, older inpatients. *J Am Med Dir Assoc*, 13 (6) : 541-545 (2012).
- 15) Jacobs BL, Praag H, Gage FH : Adult brain neurogenesis and psychiatry ; A novel theory of depression. *Mol Psychiatry*, 5 (3) : 262-269 (2000).
- 16) 城野 臣, 池田 学：高齢者のうつ病とアパシー。老年精神医学雑誌, 19 (4) : 420-427 (2008).
- 17) Jurschik P : Prevalence of frailty and factors asso-

□特集

- ciated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain ; The FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr*, 55 (3) : 625-631 (2012).
- 18) 切日榮司, 辻井農雄, 松尾順子, 白川 治: 高齢者における気分障害の診断と治療: 器質因との関連. *臨床精神薬理*, 15 (10) : 1651-1657 (2012).
- 19) Kobayashi T, Kato S : Depression-dementia mediators ; In between depression and the manifestation of dementia symptoms. *PSYCHOGERIATRICS*, 11 : 177-182 (2011).
- 20) Kumar A, Kepe V, Barrio JR, Siddarth P, et al.: Protein binding in patients with late life depression. *Arch Gen Psychiatry*, 68 : 1143-1150 (2011).
- 21) 葛谷雅文: 超高齢社会における虚弱の評価と介入の重要性. *日本医事新報*, 4559号 : 27-31 (2012).
- 22) Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, Mellarg AM, et al.: Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder ; Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 180 : 411-415 (2002).
- 23) Mezuk B, Edwards L, Lohman M, Choi M, et al.: Depression and frailty in later life ; A synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27 : 879-892 (2012).
- 24) Mizoguchi K, Sun N, Jin XL, Kase Y, et al.: Saikokaryukotsuboreito, a herbal medicine, prevents chronic stress-induced dysfunction of glucocorticoid negative feedback system in rat brain. *Pharmacol Biochem Behav*, 86 (1) : 55-61 (2007).
- 25) 日本神経学会 (監), 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会 (編): 認知症のうつ症状に対する有効な薬物療法はあるか. *認知症疾患治療ガイドライン2010*, 第1版, 107-108, 医学書院, 東京 (2010).
- 26) Ohira T, Iso H, Satoh S, Sankai T, et al.: Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese. *Stroke*, 32 (4) : 903-908 (2001).
- 27) 岡田和悟, 小林祥泰, 青木 耕, 須山信夫ほか: 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 : 318-323 (1998).
- 28) Penninx BW, Rejeski WJ, Pandya J, Miller ME, et al.: Exercise and depressive symptoms ; A comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57 (2) : 124-132 (2002).
- 29) 下田健吾, 木村真人: トピックス 若年性認知症とうつ状態. *治療*, 93 (12) : 2401-2405 (2011).
- 30) Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG : The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 162 : 2086-2093 (2005).
- 31) Sun X, Steffens DC, Au R, Folstein M, et al.: Amyloid associated depression ; A prodromal depression of Alzheimer disease? *Arch Gen Psychiatry*, 65 : 542-550 (2008).
- 32) Sweet RA, Hamilton RL, Butters MA, Mulsant BH, et al.: Neuropathologic correlates of late-onset major depression. *Neuropsychopharmacology*, 29 (12) : 2242-2250 (2004).
- 33) 橋本義孝: うつと軽度認知機能障害. *Modern Physician*, 26 (12) : 1905-1907 (2006).
- 34) 橋本義孝: 認知症高齢者にいかに抗うつ薬を用いるべきか. *老年精神医学雑誌*, 24 (8) : 778-782 (2013).
- 35) 鳥羽研二: 高齢者の生活機能評価ガイド, 134, 医歯薬出版, 東京 (1999).

調査報告

一般病院での認知症身体合併症治療は
どこまで可能なのか

— 国立長寿医療研究センター認知症病棟での経験 —

服部英幸・鷺見幸彦・櫻井 孝・遠藤英俊・鳥羽研二

国立長寿医療研究センターもの忘れセンター

抄録

入院治療が必要な認知症身体合併症を、一般病院で受け入れられないことが多い。国立長寿医療研究センターでは一般病棟としての認知症身体合併症治療病棟を開棟している。その経験について報告する。入院中の主科は身体治療科であり、認知症専門医（老年科、神経内科、精神科の医師）が副科としてかわる。肺炎などの身体治療のほか、身体疾患治療中にBPSDが悪化した症例の入院治療を行った。認知症原因疾患別ではアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症が多かった。精神科病院への転院は全体の4%であった。BPSDの状態と重症度をコーエン・マンズフィールド agitation 評価票（CMAI）日本語版で評価したところ、入院時に比して、退院時には有意に改善していた。一般病棟で受け入れ不可能な程度の症例を治療できたが、攻撃的行動の強い症例では転院依頼が必要な場合もあった。今回の研究では、一般病院において、これまでより多くの認知症患者の入院を受け入れられることを客観的数値として評価できた。

Key words : BPSD, 身体合併症, 入院治療, 一般病院

老年精神医学雑誌 25 : 185-192, 2014

序 言

認知症で医療機関を受療している患者数は多く、平成20年には38万人であった¹⁾。認知症患者は、転倒による骨折や肺炎などの身体疾患に罹患しやすく、身体疾患合併症例は増加していくものと考えられる²⁾。さらに、身体不調がそのまま精神症状・行動異常（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）の悪化につながることも多く³⁾。身体合併症治療にはBPSDへの配慮が必要である。認知症身体合併症に関しては、認知症身体合併症治療において、精神科病院と一般病院との機能分担が提唱された⁴⁾。精神科病院における認知症治療病棟においても身体合併症治療は熱心に実践されてはいる^{10,19,20)}が、身体合併症治

療に関しては、急性期病院をはじめとする一般病院（以下、一般病院）の役割が大きい。一方、一般病院では、身体治療のための入院患者のうち、70歳以上の42.4%に認知症を認めるという報告¹¹⁾もあり、一般病院での認知症患者診療も緊急を要する課題となっている。しかし、一般病院での認知症患者の受け入れは十分とはいえず、治療を必要とする患者を受け入れることができない例が多くみられる¹²⁾。認知症ケアに関しても、さまざまな提案がなされているが^{2,3,13)}、一般病院での認知症患者の身体疾患治療およびケアはどのように行っていけばよいのかについては、今後の大きな課題である^{8,17)}。

本論文では、国立長寿医療研究センター病院においてももの忘れセンター内に開設された認知症患者の身体合併症を治療する病棟（以下、センター病棟）での実践について報告するとともに、その解析結果から一般病院において管理可能な認知症

(受付日 2013年10月18日/受理日 2013年11月18日)

Hideyuki Hattori, Yukihiko Washimi, Takashi Sakurai,
Hidetoshi Endo, Kenji Toba

〒474 8511 愛知県大府市森岡町源井35