

患者の精神症状・行動異常 (BPSD) の重症度について報告する。

I. センター病棟の概要

国立長寿医療研究センター病院では平成 23 年 4 月よりもの忘れセンターを開設した。外来部門に次いで 9 月より、センター病棟が開設された。この病棟に関してはすでに報告されている²⁾が、概要について再紹介する。

センター病棟は急性期病院 (平均在院日数: 約 17 日) の一般病棟 (30 床) であって、精神科が主となる Medical Psychiatry Unit (MPU)^{16,20)}ではない。身体科が主となって治療を行う。4 人床 5 室 (20 床)、個室 10 床よりなり、スタッフは看護師数: 常勤 22 人 (うち認知症看護認定看護師 1 人)、非常勤 3 人、看護助手 2 人である。認知症ケアに求められる転倒予防などの対策²¹⁾および BPSD のための専門的ケア、対応方法を研究、実践¹⁵⁾している。

治療の対象は、入院治療が必要な身体疾患があるにもかかわらず、認知症 BPSD により一般病棟での管理がむずかしい症例および、認知症 BPSD の治療を行ううえで、精神科病院では困難なレベルの身体合併症の管理を必要とする症例である。院内の一般病棟で、せん妄や BPSD が生じた場合は、まず認知症サポートチーム (dementia support team; DST) が相談、アドバイスをし、センター病棟への転棟適応についても評価、決定するシステムを立ち上げている¹²⁾。

センター病棟入院患者は、認知症に関して専門でない医師が主治医の場合、副主治医として認知症専門医が必ず担当し、治療・管理に当たる。認知症専門医は老年科、神経内科、精神科の医師であり、日本老年医学会、日本老年精神医学会、日本認知症学会等の専門医である。

II. 対象と方法

対象は平成 24 年 4 月 1 日以降にセンター病棟に入院し、平成 25 年 3 月 31 日以前に退院した症例である。入退院時に電子カルテ上に記載された

診断名、高齢者総合評価表を後ろ向きに検討した。年齢、性別、在院日数、当院他病棟より転入例および当院他病棟への転出例数、入院元および退院先 (自宅、介護施設、他の病院など)、身体合併症診断名、認知症の原因疾患、基本的生活機能 (basic activities of daily living; BADL) の評価として Barthel Index、入院前の介護負担の評価として Zarit 介護負担尺度を全例について検討した。認知機能に関しては Mini-Mental State Examination (MMSE) を用いて評価したが、入院時の状態により検査不能例があり、少数例のサンプル調査とした。

認知症 BPSD の評価として、コーエン・マンズフィールド agitation 評価票 (Cohen-Mansfield Agitation Index; CMAI) 日本語版⁹⁾を全例に入院時および退院時に評価した。CMAI 日本語版は攻撃的行動 11 項目と非攻撃的行動 11 項目、計 22 項目について評価する。それぞれの項目で重症度に従って 1~7 点をつけ、合計点をとる (表 1 に評価項目と評価方法を記載した)。センター病棟で入院治療できる BPSD のレベルを明らかにする目的で、当センター内の他の一般病棟からの転入例、センター病棟から院内他病棟への転出例、および精神科病院へ紹介した症例の CMAI について比較検討した。センター病棟において治療可能な BPSD レベルを明らかにするために、一般病棟から引き受けた症例、一般病棟に戻すことができた症例、および精神科病院に依頼した症例について比較検討した。一般病棟に戻る患者は、BPSD の状態が管理可能である場合に限られる。したがって、院内一般病棟からの転入例、一般病棟への転出例における CMAI 得点は一般病棟で受け入れ可能なレベルと不可能なレベルを表現している。一方、センター病棟での管理が困難な症例の大半は協力病院である近隣の精神科病院に依頼しているので、転院例の CMAI 得点はセンター病棟での治療の限界レベルを表現していると考えられた。

統計処理: 同一症例の入退院時の CMAI 得点の比較に関しては、対応のある t 検定を用いた。転出例、転入例、精神科病院への紹介例の比較に関

表1 コーエン・マンズフィールド agitation 評価票 (CMAI) 日本語版

攻撃的行動		最近2週間の頻度:	
1. つばを吐く		1	なし
2. 悪態をつく、攻撃的発言		2	1週間に1回未満
3. 叩く (自分を叩く場合も含む)		3	1週間に1ないし2回
4. 蹴る		4	1週間に数回以上
5. 人や物につかみかかる		5	1日に1ないし2回
6. 押す		6	1日に数回以上
7. 奇声を発する		7	1時間に数回以上
8. 叫ぶ		以上で点数化する。	
9. 噛み付く			
10. ひっかく			
11. 物を引き裂く・壊す			
非攻撃的行動			
1. あてもなくウロウロする			
2. 不適切な着衣・脱衣			
3. 常に不当に注意を引いたり、助けを求める			
4. 同じ言葉を繰り返す・ひっきりなしに質問する落ち着きのなさ			
5. 別の場所へ行こうとする			
6. 不平不満を言う			
7. 反抗的言動			
8. 物を不適切に取り扱う			
9. 物を隠す			
10. 何度も同じ行為を繰り返す			
11. 落ち着きのなさ			
合計点		点	

しては、一元配置分散分析を行い、平均値検定は Tukey test にて解析した。分析ソフトとして Stat Mate Ver4.01 を用いた。

倫理的配慮：入院患者の背景調査に関しては、匿名化し、対象者の氏名等の情報が公表されないように配慮した。また、結果の公表に際しては対象者個人が特定されないように配慮した。

Ⅲ. 結 果

平成24年度の延べ入院患者数は411人で女性の比率が高かった。MMSEの平均値は19.0点であった。急性疾患の入院例が多いということもあり、入院時の日常生活動作能力 (activities of daily living; ADL) は低値であった。入院時および退院時のADLには有意差を認めなかった (表2)。

入院時診断および目的は認知症BPSDが最も多く、次いで肺炎が多かった。全体として疾患は各

表2 センター病棟入院患者の背景

入院総数	411人 (男性153人, 女性258人)			
	平均	標準偏差	最小値	最大値
年齢 (歳)	81.5	8.7	46	102
在院日数 (日)	31.0	26.0	1	144
在棟日数 (日)	26.1	22.2	1	127
Zarit 介護負担尺度	28.7	19.8	12	76
MMSE (N = 19)	19.0	6.8	10	27
入院時 Barthel Index	44.9	32.7	0	100
退院時 Barthel Index	48.9	31.9	0	100

領域にまたがっており、さまざまな科によりセンター病棟が利用されていた (図1)。BPSD治療を行った例は、もともと身体合併症 (うっ血性心不全、COPD (慢性閉塞性肺疾患)、パーキンソン症候群など) の治療中であった患者に精神症状・行動異常が出現したために入院となったものが大半であった。入院患者の認知症原因疾患としては

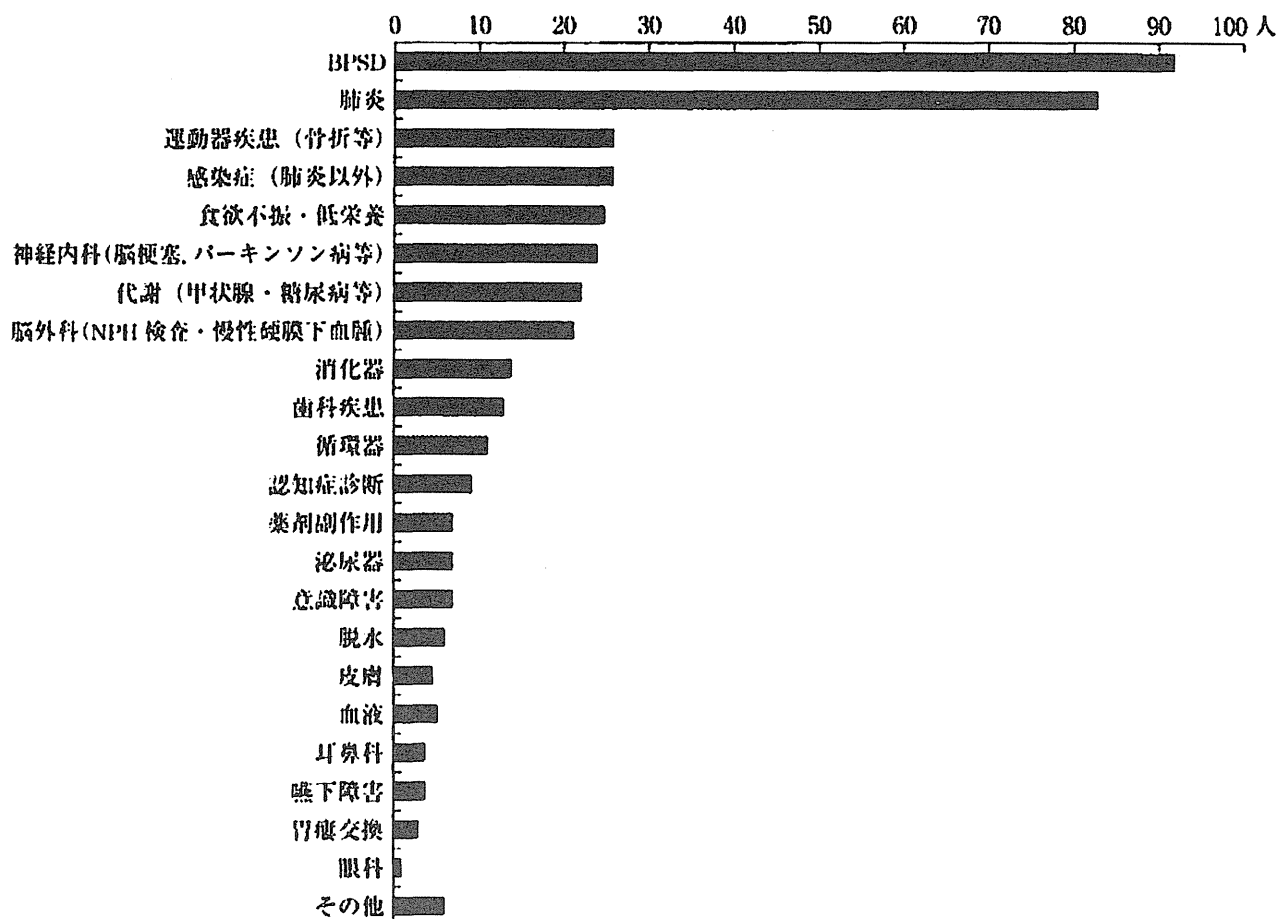


図1 入院時主病変

アルツハイマー型認知症が最も多く、次いでレビー小体型認知症が多かった。前頭側頭型認知症は比較的少なかった。診断は入院時点でつけられていた症例および入院中に診断された症例の両方が含まれている(図2)。

入院前の生活場所(入院元)と退院後の行き先を比べると、老人保健施設などの介護施設への退院が増加していた。自宅の比率が下がっていたものの、全体の48%の症例で自宅復帰が可能であった。精神科病院への転院は4%であり、精神科病院からの受け入れ(3%)とほぼ同じ比率であった(図3)。

入退院時のBPSDを比較すると、退院時は入院時に比して、攻撃的行動、非攻撃的行動ともに有意に改善した。すなわち、センター病棟では身体疾患の治療とともにBPSD治療も可能であることが示唆された(図4)。CMAI下位項目攻撃的行動

において、院内転出および転入例に比して、精神科病院転院例は有意に高値を示した。CMAI下位項目非攻撃的行動では転出例に比して、転入例および精神科病院転院例は有意に高値を示したが、転入例と転院例の間には有意差がなかった。合計点において、院内転出例に比して転入例と転院例は有意に高値を示した(図5)。

IV. 考 察

入院目的別では身体合併症治療を外来で行っている症例のBPSD治療が多かった。これらはこれまで精神科病院に依頼することが多く、身体管理面で精神科病院に過度の負担を強いてきた症例である。こうした症例の多くを一般病院で継続治療できることの意義は大きいと考えられる。身体疾患は多岐にわたり、さまざまな科が病棟を利用して治療に当たることができた。侵襲度の小さい手

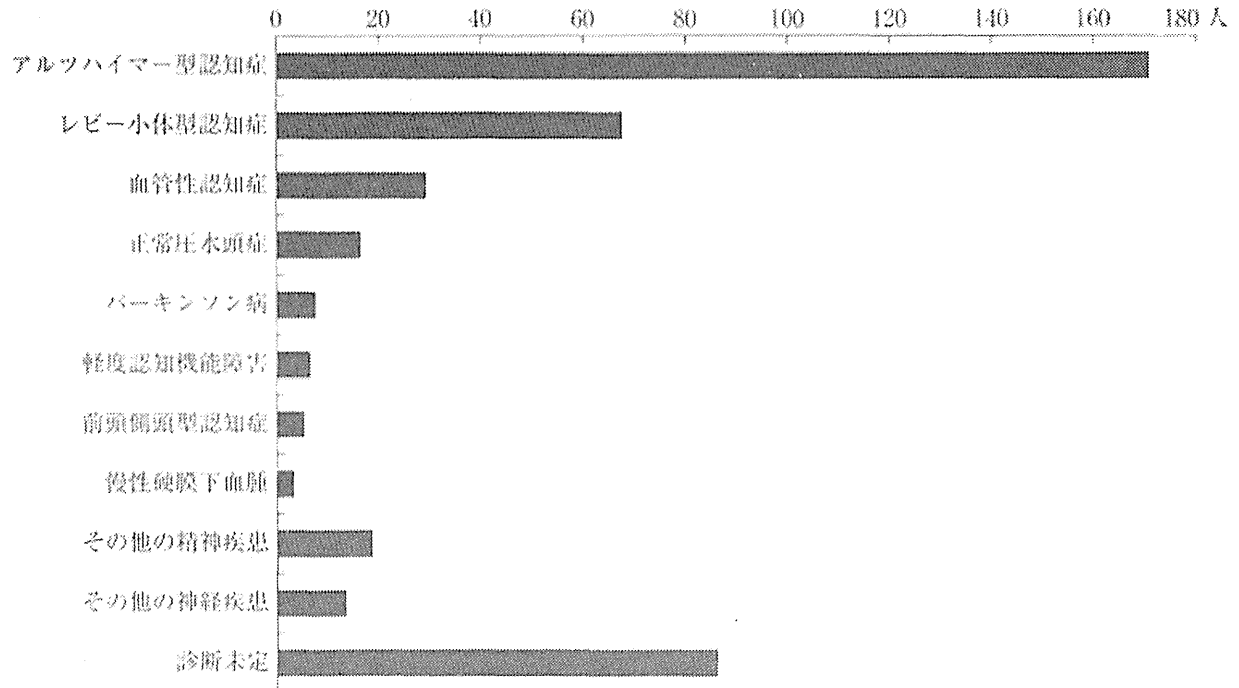


図2 認知症患者の原因疾患内訳

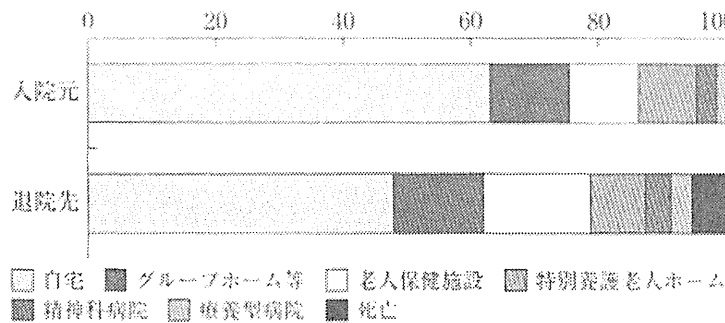


図3 入院元と退院先の比較

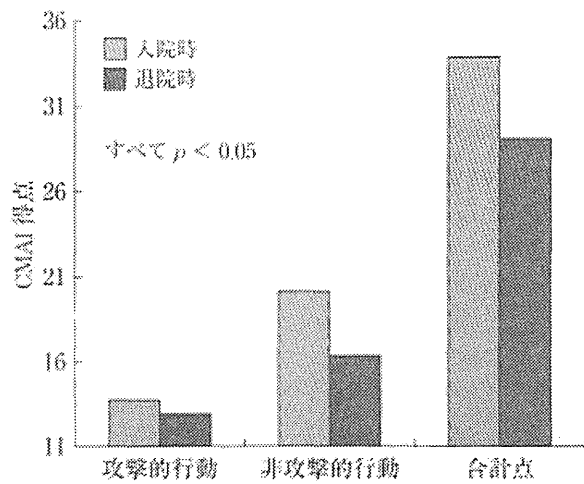


図4 入退院時のBPSD比較

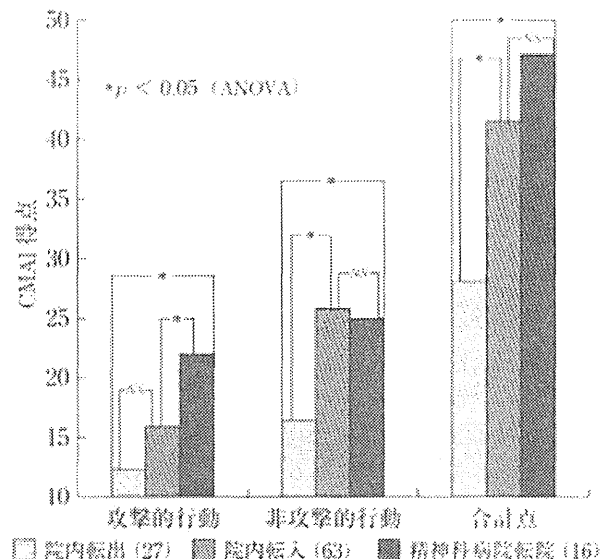


図5 院内転入、院内転出、精神科病院紹介例におけるBPSD評価

術では周術期の管理も行えた。認知症の原因疾患別ではアルツハイマー型認知症に次いでレビー小体型認知症が多かった。有病率の高いアルツハイマー型認知症が多いのは当然であるが、多彩なBPSDとともに歩行障害、嚥下障害、自律神経系の障害が出やすいレビー小体型認知症はこれまでの一般病院でも精神科病院でも治療が困難であった疾患であり、センター病棟の力が最も発揮できる疾患といえる。一方で、前頭側頭型認知症の入院例は少なかった。これは、レビー小体型認知症に比較して身体合併症の頻度が低いと思われることも理由であるが、常同行為や脱抑制など前頭側頭型認知症に特有のBPSDに十分対応できなかったことも原因であると考えられる。

BPSDの治療のみが主目的の病棟ではないが、入院時に比して、退院時にはCMAIの改善がみられた。病棟におけるBPSDケアおよび治療が有効であることが示唆された。一方で、図5で明らかのように、精神科病院への転院例は攻撃的行動が激しい症例であった。非攻撃的行動に関しては、従来なら精神科病院に依頼していたようなレベルでも管理可能であった。図4と図5を比較すると他病棟からの転入例におけるCMAI平均値は、入院例全体の平均値に比して高値となる傾向がみられた。このことは一般病棟での管理困難例が発生したときには、BPSDが強い例でも受け入れて治療を行ったことを示唆している。

今回の結果は、一般病院でも、これまで考えられてきた状態よりもより広く、認知症患者を受け入れることができることを示している。当然、限界があり、精神科病院との連携は不可欠である。しかしながら、どのような状態になれば専門機関に送るべきであるかについて、現状では明確な基準はない。今回の研究では、連携が必要となるようなBPSDの状態に関して、数値として明示することができた。急性期病院をはじめとする一般病院においては、認知症の状態についての評価をより適切に行うことにより、これから増え続けるであろう認知症患者の身体合併症治療のニーズに応えていくことができると考える。

センター病棟が機能していくうえで、DSTとの連携はきわめて有効であった。センター病棟はDSTとの連動で、一般病棟から受ける過度の負担を軽減することができる。また、DSTは一般病棟での認知症患者診療に大きな役割をもち有効であるが、認知症治療病棟という後ろ盾があることでより大きな力を発揮する。認知症治療病棟とDSTの両者がともにあって連携し合う体制ができることが、一般病院での認知症身体合併症治療にとって重要であると考えられる。

認知症患者の身体合併症を入院治療する際、精神科医と身体科医の協力が不可欠ではあるが、すべての精神科医が認知症を専門としているわけではなく、数的にも一般病院において認知症患者BPSDを精神科医が責任をもつことは現実的に不可能である。十分な知識をもった認知症専門医であるなら、精神科医でなくても、上記に述べた回診チームや認知症治療病棟のような体制が整えば、たとえBPSDを伴った症例でもある程度の管理はできると考えられる。もちろん、高度の専門性が求められるようなBPSDに関しては老年精神医学の専門家との連携が重要である。筆者らの施設では老年科、神経内科、脳外科、精神科が認知症専門科として、入院患者が他の身体科主治医の場合は副科として関与する体制をとっている。その際、認知症対応に関して得手不得手があるのは当然なことであるので、それぞれの科で症例ごとに緊密な連携を取り合っており、病院全体としてサポートしているが、限界を超えた症例では近隣の精神科病院との連携を行っていることはいうまでもない。

センター病棟はBPSDを示す認知症身体合併例の治療を行うことを主目的とするが、激しいBPSDを示す症例には対応できず、精神科病院に依頼した例があった。その点はこの病棟の現段階での限界を示しているといえよう。とくにCMAIでの攻撃的行動を示す例が治療困難であった。しかしながら、これまで一般病棟では受け入れ困難であった症例の多くを受け入れて身体治療を行うことはできた。一般病院と精神科病院との間には、

受け入れ可能な身体疾患重症度と認知症 BPSD 重症度との間に大きな落差があるのが現実であり¹³⁾、その狭間に多くの患者が取り残されて、受けるべき治療を受けられない事態が多くみられた。この病棟は、その落差を埋める一つの試みである。

最後に、本研究自体の限界として、BPSD のなかでも低活動症状の評価が不十分であった。CMAI は多忙な現場でも比較的評価しやすく、数値化できる利点があるが、意欲低下や、食欲不振などの低活動症状については評価困難である。低活動症状を示す認知症例は一般病棟でも受け入れ可能であることが多いが、センター病棟で意欲低下や食欲不振例の全身管理を行った症例も少なくない。このような症例の状態評価を正確に行っていくことが、今後の課題のひとつといえるであろう。

本研究は公益社団法人日本老年精神医学会の利益相反委員会の承認を受けた。

文 献

- 1) 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム：新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2R 認知症と精神科医療とりまとめ、平成23年11月29日。http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xah3-at1/2r9852000001xal3.pdf
- 2) Bee Gek Tay L, Chew Chan MP, Sian Chong M : Functional improvement in hospitalized older adults is independent of dementia diagnosis ; Experience of a specialized delirium management unit. *J Hosp Med*, 8 (6) : 321-327 (2013).
- 3) 服部英幸 (編), 精神症状・行動異常 (BPSD) を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班 : BPSD 初期対応ガイドライン : 介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つ、ライフ・サイエンス、東京 (2012).
- 4) Hattori H : Role of geriatric hospitals for dementia care in the community. *PSYCHOGERIATRICS*, 12 (2) : 124-126 (2012).
- 5) 本間 昭, 新名理恵, 石井徹郎, 繁田雅弘ほか : コーエン・マンズフィールド agitation 評価票 (Cohen-Mansfield Agitation Inventory ; CMAI) 日本語版の妥当性の検討. 老年精神医学雑誌, 13 (7) : 831-835 (2002).
- 6) 木川好章, 須波雅一, 佐山裕一, 斉藤眞子ほか : 認知症の地域連携 高度認知症患者の身体合併症における現状. 日老医誌, 50 (2) : 208-210 (2013).
- 7) 木之下徹, 鳥羽研二 : 高齢者を診る～認知症と関連疾患 第2回認知症と身体合併症 (座談会). 日本医事新報, No.4453 : C1-C6 (2009).
- 8) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代 : 中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難. 老年看護学, 17 (2) : 65-73 (2013).
- 9) 熊谷 亮, 井関栄三 : 認知症の身体合併症は適切に治療されているか : 一般病棟における身体拘束の課題を含めて. 老年精神医学雑誌, 21 (1) : 22-26 (2010).
- 10) 松原三郎 : 認知症専門病棟における精神科救急医療と身体合併症医療. 老年精神医学雑誌, 18 (11) : 1176-1183 (2007).
- 11) 三浦信義 : 医療機関側の問題 : 身体疾患の治療が必要な認知症患者はどこに入院すればよいのか. 認知症の最新医療, 2 (3) : 137-141 (2012).
- 12) 中谷祐貴子 : 認知症と精神科医療. 老年精神医学雑誌, 23 (5) : 544-557 (2012).
- 13) 成田真人 : 高齢患者の身体合併症における「病-病連携」の現状 : 一般科に身体合併症患者をつなぐ困難さ. 精神科看護, 38 (7) : 17-21 (2011).
- 14) Sampson EL, Leurent B, Blanchard MR, Jones L, et al. : Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission ; A prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28 (10) : 1015-1022 (2012).
- 15) 佐々木千佳子 : 認知症患者の看護・ケアを学ぶ A. 病院の看護・介護. 月刊薬事, 54 (9月増刊号) : 145-150 (2012).
- 16) 重村 淳, 野村総一郎, 上村秀樹, 桑原達郎 : 日本における medical psychiatry の現状と課題. 精神科治療学, 17 (12) : 1493-1498 (2002).
- 17) 島田佳代, 上田今日子, 大谷綾子, 川所みき子 : 急性期病院での認知症高齢者看護の困難性. 川崎市立川崎病院院内看護研究集録, 65 : 59-62 (2011).
- 18) Sparks MB : Inpatient care for persons with Alzheimer's disease. *Crit Care Nurs Q*, 31 (1) : 65-72 (2008).
- 19) 山口真源 : 認知症における入院および外来精神科治療 : 薬物治療を中心に. 日本精神科病院協会雑誌, 32 (4) : 338-344 (2013).
- 20) 上村秀樹 : MPU (medical psychiatry unit) での経験から. 精神科, 21 (1) : 1-6 (2012).

21) 鶴飼克行, 水野 裕, 尾崎公彦, 関谷隆宏ほか:
老人性認知症治療病棟における身体合併症診療
の現状と問題点, 老年精神医学雑誌, 18 (3):
305-310 (2007).

22) 鷺見幸彦: 認知症の身体合併症医療はどうある
べきか, 老年精神医学雑誌, 23 (増刊-I):
101-107 (2012).

Availability of treatment for physical comorbidities of dementia patients in general hospitals

— Experiences at the Dementia Care Unit of the
National Center for Geriatrics and Gerontology —

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

*Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders,
National Center for Geriatrics and Gerontology*

General hospitals frequently face difficulties in providing dementia patients with in-patient care for their comorbid physical illnesses. In the National Center for Geriatrics and Gerontology, physical comorbidities in such patients are treated in general ward settings at the Dementia Care Unit. This report describes our experiences at this unit. During hospitalization, patients were treated mainly by the departments dealing with their physical illnesses, with backup support from dementia specialists from the gerontology, neurology, and psychiatry departments. We provided in-patient care to dementia patients to treat their physical illnesses, such as pneumonia, as well as to those whose behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) had been exacerbated during treatment of physical illnesses. The most common underlying causes of dementia were Alzheimer's disease and Lewy body dementia. Overall, 4% of patients were transferred to psychiatric hospitals. When evaluated using the Cohen-Mansfield Agitation Index (CMAI, Japanese version), the range and severity of their BPSD were significantly improved at discharge compared with those at admission. Although we were able to provide appropriate care to patients for whom in-patient support in general ward settings had been considered infeasible, there were several patients who exhibited severe aggressive behavior and had to be transferred from the unit. The present study objectively confirmed that general hospitals have the capacity to provide in-patient care to more dementia patients than previously possible.

Key words : behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), physical comorbidity, in-patient care, general hospital

特集 術後高次脳機能障害

高次脳機能障害とその評価

三浦 利奈 服部 英幸

麻 酔
第 63 卷 11 号 別 刷
克誠堂出版株式会社

特集 術後高次脳機能障害

高次脳機能障害とその評価

三浦 利奈* 服部 英幸**

キーワード 高次脳機能障害, 神経心理学

1 高次脳機能障害とは

“高次脳機能障害”という用語はここ 10 年ほどで世間一般にも幅広く浸透してきたが, それには 2001 年からスタートした高次脳機能障害支援モデル事業の功績が大きいと筆者は考えている。この文脈で用いられている“高次脳機能障害”とは行政的支援対策としての診断名である¹⁾。一方, この定義が生まれるよりも前に医学の領域でも“高次脳機能障害”という用語は用いられており, この文脈では“脳血管障害などの脳損傷患者で認められる, 記憶障害, 失語, 失行, 失認, 半側空間無視, 遂行機能障害などの症状”と定義づけられる。“神経心理学的症状”という用語もあるが, 神経心理学 neuropsychology は“脳の構造と心の働きの相関を知ろうとする”²⁾学問, 方法論を含めて定義するならば“脳の器質的機能的損傷によって生じる症状から, 脳の機能について追究する”学問であるので, 高次脳機能障害と神経心理学的症状は同じものを見ていると考えてよいであろう。cognitive dysfunction の直訳である“認知機能障害”も同じ意味で使われる。この“認知”という用語は, 心理学, 特に認知心理学の領域では“感覚器への入力情報が変形, 減少, 精緻化, 蓄積, 回復され使われる”過程であり, “人間がおそらく行うであろうあらゆることに関与する”と定義されている³⁾。一方で, 社会心理学, 臨床心理学といったほかの領域でも, さまざまな専門用語

に“認知”は用いられており(認知的評価理論, 認知的不協和理論, 認知行動療法など), さらに神経心理学の領域ではさまざまな脳の機能をまとめる広義の“認知”機能としてだけではなく, 社会的認知, 視覚認知, 聴覚認知と狭義で用いられることもある。このように, “認知”は重なっている部分はあるが多様性のある用語であるため, 本論では“認知”機能障害は用いず, “高次脳機能障害”と表現することにする。ちなみに, 高次脳機能障害学会は英語表記を higher brain dysfunction としている。また, 高次脳機能障害が“高次・脳機能障害”ではなく“高次脳・機能障害”と誤解されることも筆者の経験上ゼロではない。“高次脳機能障害”とは“高次の脳機能の障害”である⁴⁾。これがもっとも簡潔な医学的・神経心理学的な定義である。

2 さまざまな高次脳機能障害

脳損傷を有する症例の蓄積によって明らかとなった, 失語, 失認, 失行といった高次脳機能障害の古典的な症候学的分類は現在に引き継がれ, それらに加え, 全般性注意障害, 半側空間無視, 記憶障害, 遂行機能障害などの症状名も幅広く用いられている。これらの用語が意味しているのは, 言語, 認知, 行為, 全般性注意, 方向性注意, 記憶, 遂行機能の障害であり, これらの機能が高次脳機能の主な構成要素ともいえる。ここで注意しなければならないのは, これらの機能すべてが整然と並べられた箱のように並存し, すっきりと区分され, それぞれの機能に一对一で対応する神

* 独立行政法人国立長寿医療研究センター精神診療部

** 独立行政法人国立長寿医療研究センター行動・心理療法学科

表 1 散在性認知機能と局在性認知機能

認知機能（＝高次脳機能*）	神経基盤（対応する高次脳機能を以下に示す領域“のみ”が担うわけではない*）
注意・集中（＝本論での全般性注意*）	網様賦活系（脳幹・視床核）、 右側に偏在した多様式性連合野（前頭前野、頭頂）
記憶	辺縁系（特に海馬、間脳）
遂行機能と社会的認知	前頭葉
話しことばの実質的側面（音韻、統語、意味）	
読字と書字	言語優位半球
計算	
行為（高次の運動制御）	
空間的方向性注意	
複雑な視知覚機能	非言語優位半球
構成	
言語のプロソディ的要素	

*印がついた箇所は筆者が追記した。

（Hodges JR 著、森 悦郎監訳、臨床家のための高次脳機能のみかた、東京：新興医学出版社；2011 より改変引用）

神経基盤が存在するわけではない、ということである。これらの機能の散在性（distributed）、局在性（localized）⁵⁾（表 1）を想定すると理解しやすい。ここでの局在性とは、主に言語優位半球が担う機能か、あるいは非言語優位半球が担う機能かという側面化も含んでいる。そして、さまざまな高次脳機能を働かせるためには全般性注意（generalized attention、後述）が土台となり⁶⁾、さらにその土台となる意識・覚醒レベルの維持が前提となる。

ここからはさまざまな高次脳機能の土台となる、意識・覚醒レベル、全般性注意、散在的な機能、局在的な機能を順に見ていくことにする（検査名は下線で強調）。

1) 意識・覚醒レベル

当然ではあるが、意識レベルが著しく低下した状態で高次脳機能の評価を行っても無意味である。日本式昏睡尺度（Japan coma scale）やグラスゴー昏睡尺度（Glasgow coma scale）での評価が重要であるが、これらの中には言語による応答が必要な評価項目が含まれている。そのため意識レベルは正常でもなんらかの言語の障害（後述）によって応答できない場合も想定しておく必要がある。

開眼状態が保たれていたら覚醒レベルは良好というわけではない。傾眠状態にあるか、あくびが多いか、注意の集中度は保たれているか、周囲の状況の理解は良好かについても確認が必要である²⁾。これらは後述の全般性注意と重なっている部分でもある。

2) 注意：全般性注意

“注意力散漫だ”“注意してなかった”などと“注意”という単語は日常生活で頻繁に用いられている。辞書的な定義は“何かをする際の心がけとして、思わぬ失敗をしない（大事な点や微妙な変化などを見落とさない）ように気を配ること/起こりうる危険や災害から身を守るために、慎重に行動したり周囲の状況に十分に気を配ったりすること（新明解国語辞典第 7 版）”である。神経心理学的な注意の定義もこれらを言い換えたり、掘り下げたり、分類したりしたものである。加藤⁶⁾は、注意は全般性注意 generalized attention と方向性注意 directed attention とに分けられ、前者の障害は全般性注意障害、後者の障害は半側空間無視（後述）と述べている。さらに過去の研究に基づき、注意の 3 つのコンポーネント（選択機能 selection、覚度・アラートネスないしは注意の維持機能 vigi-

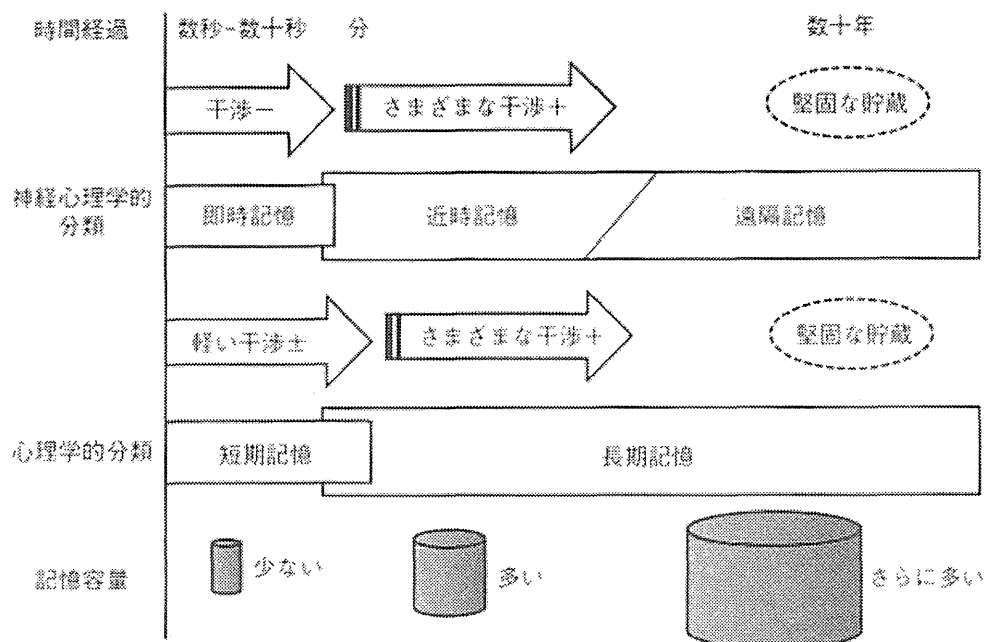


図 1 記憶の時間的側面から見た分類

(石合純夫, 高次脳機能障害学, 第2版, 東京: 医歯薬出版: 2012 より一部改変引用)

lance, alertness, or sustained attention. 注意による制御機能 control or capacity) を想定している。選択機能とはたくさんの刺激の中のある特定の刺激に焦点を置く機能, 覚度・アラートネスないしは注意の維持機能とは注意の強さ・感度を維持する機能, 制御機能とは, 変換と分配, つまり現在進行中の処理を中断してほかのより重要な刺激に反応し, その後また元の刺激に戻ったり, 2つ以上の刺激に注意を同時に配分したりするような機能である。また山鳥²⁾は, 注意の選択性 selectivity, 持続性 coherence, 転動性 distractibility, 多方向性 universality, 感度 sensitivity の5つの機能を紹介している。

《評価》

注意障害の特徴や程度の評価にはさまざまな検査が用いられているが, ここでは代表的なものを列挙する。

標準注意検査法 (Clinical Assessment for Attention: CAT) は注意のさまざまな側面を評価するために標準化された検査である。CAT は次に述べるサブテストで構成されている。① span (数唱, 視覚性スパン), ② cancellation and detection test (視覚性抹消課題, 聴覚性検出課題), ③ sym-

bol digit modalities test, ④ memory updating test, ⑤ paced auditory serial addition test, ⑥ position stroop test, ⑦ continuous performance test。所要時間は約2時間を要するため, 必要に応じて抜粋して実施することも可能である。本検査で評価対象となっているのは, いわゆる短期記憶, 選択性注意, 分配性注意, 注意の変換, 注意による制御, 持続性注意である。CATのほかにも, trail making test や stroop (color-word) test も頻繁に用いられる検査である。

3) 記 憶

記憶は, 辞書上は「過去に経験したことの印象や一度意識にとどめたことの内容が脳裏にとどめられ, 随時再現できる状態にある (ようにすること。また, その内容 (新明解国語辞典第7版)」と定義されているが, 神経心理学的には, 対象を登録 registration し, 把持 retention し, 再生 recall する, 脳の機能と定義づけられる²⁾。記憶は想起までの時間とその内容によって分類される (図1²⁾, 図2³⁾)。臨床的に高頻度で観察されるのはエピソード記憶障害である前向性健忘 anterograde amnesia, 逆向性健忘 retrograde amnesia である。脳への損傷時期が明確で, その損傷のために記憶

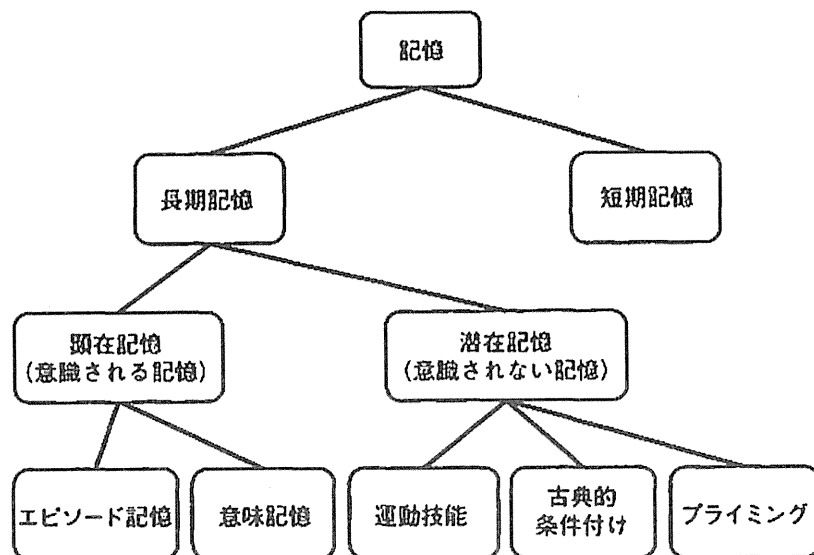


図2 記憶の内容的側面から見た分類

(Hodges JR 著, 森 悦郎監訳, 臨床家のための高次脳機能のみかた, 東京: 新興医学出版社; 2011 より一部改変引用)

障害が生じている場合, 発症時点よりも新しい情報の記憶障害が前向性健忘, その時点より前の情報の記憶障害が逆行性健忘である。一方, エピソード記憶がないか, あるいはほぼ保たれているにもかかわらず, 意味記憶障害が重篤な患者も多数報告されている。

《評価》

まず初めに, 以下に述べる記憶課題は言語刺激, 視覚刺激が用いられているため, 言語, 視覚認知, さらに空間認知, もちろんこれらの機能の土台となる全般的な注意が保たれているかを確認しなければならない。

近時記憶の評価: 標準化された記憶検査バッテリーとして代表的なものはウェクスラー記憶検査, リバーミード行動記憶検査がある。前者は言語刺激, 視覚刺激を記録し, ある一定の時間を置いたあとで想起する, いわゆる機械的な机上の記憶を見る検査といえる。一方, 後者はあらかじめ決められた約束事を遂行したり, 隠し場所を覚えておいたり, より日常生活に即した記憶の検査である。ほかにも Rey auditory verbal learning test (単語リストを記録して想起する), Rey osterrieth complex figure test (複雑な図形や幾何学図形を記録して想起する) などがある。

遠隔記憶の評価: autobiographical memory

interview (自伝的記憶インタビュー), 社会的出来事の検査が代表的な検査である⁷⁾。

意味記憶の評価: 意味記憶は物体, 事実, 概念などに関する, 言語さらにはさまざまな感覚モダリティに基づく幅広い知識であるから, それらも網羅する検査を作成し標準化するというのは困難な作業である。現実的には障害されていると推測される領域, あるいは保たれていることを確認したい領域に的を絞った検査を実施する。例えば“語”の意味記憶障害を評価するためには, ウェクスラー成人用知能検査(Wechsler adult intelligence scale: WAIS)-IIIの単語, 理解, 線画 (あるいは写真, 物品の) 呼称, 名前を聴覚提示された線画の指示, 線画のカテゴリー分け (極力言語情報を排除した状態での意味理解の確認のため) などを行う。

4) 見当識

見当識とは“外界の関係の中での自己の認識”⁸⁾であり, 時間の見当識は常に流れている時間軸のどこに自分が存在しているか, 場所の見当識は無限の広がりを持つ空間のどこに自分が存在しているかを認識することである⁹⁾。見当識は先述の意識レベル, 覚醒レベルの低下, さらに近時記憶障害の影響も受ける。これもすでに強調したことであるが, 言語機能が低下している患者の評価

には注意を要する。

《評価》

時間に関しては、年月日、曜日、時間、季節、特に入院患者においては、入院日と現時点での経過日数（入院してからどのくらい経ったか）、場所に関しては、県名、市名（町名）、地方名、建物名、階が質問項目として用いられる。

5) 遂行機能

遂行機能とは、言語、行為、認知、記憶などの高次脳機能を制御し統合する“より高次”の機能である⁷⁾。日常生活に即して考えれば、効果的に生活するためには、行動は適切で、修正可能であり、やる気があり、破壊的ではなく、衝動的に反応することなく、環境における変化を監視し、予測し、目標を設定してプランニングして実行することが必要であり⁵⁾、これらが遂行機能である。“前頭葉機能”という用語も同様の意味で用いられることもあるが、前頭葉は“より高次”の機能“のみ”を行っているわけではないので（運動、言語機能の一端も担っている）、本論では遂行機能を用いる。

《評価》

遂行機能の評価のためには、記憶と同様、言語、認知、全般性注意、さらに課題によっては方向性注意などの症状の有無と程度を確認しなければならない。

遂行機能の評価には、標準化されたテストバッテリーである遂行機能障害症候群の行動評価（Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome: BADS）、幅広く用いられている検査としては Wisconsin card sorting test, trail making test, stroop test, 流暢性課題, Iowa gambling test などがある。trail making test, stroop test は先述の全般性注意の評価としても用いられることがある。これらの検査で評価していると想定しているのは、抽象的行動、セット転換能力、反応抑制、発散的思考、将来的展望を見据えて行動を決定する能力である⁵⁾⁷⁾。

6) 社会的認知

神経心理学の領域で、ここ数年の間に大きく注目されるようになった症状が社会的認知の障害である。ここではその症状について紹介するにとど

める。内側前頭葉眼窩面皮質に損傷を有する患者では、先述の遂行機能の検査の良好な結果であるにもかかわらず、人格や社会的な行動に大きな変化が生じることがある（もちろん、遂行機能障害を伴うこともある）。もっとも有名な症例は、Phineas Gage である⁵⁾。また、眼窩皮質と扁桃体、側頭極、島皮質の神経ネットワークに損傷を受けると顔の表情から感情を読み取ることが困難になる場合もある⁵⁾。さらに自閉症やアスペルガー症候群などの発達障害の研究に基づいた心の理論 theory of mind が、神経心理学の領域でも有用なものとなっている。心の理論とは自己と他者の幅広い心的状態を類推し行動する能力であり、前頭葉に病変を有する患者では、共感の喪失、他者への配慮の欠如、他者の立場に立って考えることの困難さ、ユーモアを理解することの困難さを呈することがある⁵⁾⁷⁾。

7) 言語

脳損傷（その多くは言語優位半球である左半球）によって生じる言語機能の障害である“失語”は、高次脳機能の中でも歴史が古く、膨大な知見が蓄積されている領域である。詳細は専門書に譲るとし、ここでは失語症の全体像をつかむための最初の視点を提示する。

表出：発語は流暢か非流暢か/表出される語は意味のある語か、無意味な音の羅列か/発せられた語にひずみはあるか（つまり、仮名表記できる音か否か?）/表出が音韻レベルか単語レベルか文章レベルか/復唱は可能か/眼前の対象物の名前を呼びだすこと（呼称）は可能か/文字（仮名、漢字、数字）の音読は可能か/書字は可能か

理解：聴覚提示された刺激（音韻レベル、単語レベル、文章レベル）の理解が可能か/視覚提示された刺激（音韻、単語、文章、仮名表記、漢字表記）の理解が可能か（読解）

《評価》

多角的に評価する標準化された検査として用いられているのは、標準失語症検査（Standard Language Test of Aphasia: SLTA）、Western Aphasia Battery: WAB）失語症検査である。

8) 認知

視覚、聴覚、触覚といった感覚モダリティから

得た情報がなんであるかを理解することを、視覚認知、聴覚認知、触覚認知と呼ぶ(余談であるが、“認知”という用語は先述のようにほかの領域でも多用されているため、その領域での定義を確認する必要がある)。脳損傷で生じる視覚認知、聴覚認知は視覚失認、聴覚失認、触覚失認と呼ばれる。なお、理論上は“味覚失認”“嗅覚失認”も存在することになるが、PubMed で検索するかぎり、報告数は視覚失認、聴覚失認、触覚失認に比べ、きわめて少ない。失認も、失語と同様、症例の蓄積により発症メカニズムが明らかになってきている。詳細はほかの専門書を見ていただくこととし、ここでは代表的な症状を紹介する。

視覚失認：統覚型視覚失認、統合型視覚失認、連合型視覚失認、相貌失認、地誌的見当識障害(失認という用語は用いていないが)

聴覚失認：純粋語盤、環境音失認、感覚性失音

触覚失認：(現時点では視覚失認、聴覚失認のように一般化された下位分類は存在しない)

《評価》

標準化されている検査は視覚失認の総合的なスクリーニング検査の標準高次視知覚検査のみである。各症状の詳細な評価については、個別にテストバッテリーを作成する必要がある。

9) 行 為

行為においても辞書上の定義を確認すると、“人間がなんらかの目的を持って、ある結果を伴うことをすること(新明解国語辞典第7版)”であり、脳損傷によって生じた行為の障害は失行と呼ばれる。失行は“運動執行器官に異常がないのに、目的に沿って運動を遂行できない状態”である³⁾。失語同様歴史が古く、古典的で基本的な考えは現在まで受け継がれているが、用語の使い方、症状分類については変遷がある。古典的な分類名は、観念失行、観念運動失行、肢節運動失行であるが、近年では、パントマイム失行、使用失行、概念失行などの症状名も認められる。

《検査》

標準化された検査としては標準高次動作性検査が用いられているが、個々の症状が多様であるため、それに加えて独自に検査を組み立てて実施することが多い。

10) 注意：方向性注意

先述の注意のうち、方向性注意が障害されると半側空間無視(半盲とは異なる)と呼ばれる症状が認められる。右半球損傷で左半側空間無視が認められることが多い。

《検査》

Behavioral Inattention Test (BIT (行動性無視検査))、さらに BIT の中にも含まれているが、抹消試験、線分二等分試験、図形などの模写や描画などを行うことが一般的である。

11) 構 成

ここでの構成とは、細部を明確に知覚し、対象の構成部分の関係を把握して正しく合成し、組み合わせしていく能力のことであり、構成障害とは、著しい視覚障害や運動障害が原因とは考えられないが、構成的な課題に現れる障害のことである⁷⁾。構成障害は先述の半側空間無視によって引き起こされることも、半側空間無視が認められないにもかかわらず構成障害を呈する場合も存在する。

《検査》

図形の模写(立方体を含む)、自発描画、Kohs 立方体組み合わせテスト、WAIS-III の積み木課題などが代表である。

3 過去の術後高次脳機能障害/
術後認知機能障害 (postoperative
cognitive dysfunction : POCD) 研究で
用いられた神経心理学的評価

POCD 研究では高次脳機能の評価がとても重要であり、これまでの研究でもさまざまな検査が行われている(表2)。概観すると、全般性注意、近時記憶、遂行機能に関する検査が多い。これらの領域が術後の影響をもっとも受けやすいと推測される。POCD で想定されている手術のあとに失語、失認、半側空間無視のような局在的な高次脳機能障害を呈することはきわめて少ないかもしれない。

■おわりに

いずれにしても、患者の身体的負担などを考慮すると評価に費やせる時間も限られると思うが、

表 2 術後高次脳機能障害の評価のために用いられた神経心理学的検査

著者	神経心理学的検査	想定される評価対象
Shaw PJ. et al. ¹⁰⁾	Trail Making Test Part B WMS : Information, Orientation, Mental Control, Logical Memory, Digit Total, Visual Reproduction, Associate Learning WAIS : Block Design, Vocabulary	全般的注意 遂行機能 即時記憶 近時記憶 見当識 構成 言語
Moller JT. et al. ¹¹⁾	Visual Verbal Learning Test Concept Shifting Test Stroop Color Word Interference Test Paper and Pencil Memory Scanning Test Letter-Digit Coding Four Boxes Test	近時記憶 全般的注意 遂行機能 全般的注意 遂行機能 近時記憶 全般的注意 即時記憶 全般的注意(反応速度)
Ancelin ML. et al. ¹²⁾	dual task (simultaneous visual selection and counting of auditory stimuli) Verbal and Visual Span delayed recall of first names and their associated faces, and prose recall to recognize previously presented items as compared with novel stimuli shape matching, semantic and functional categorization and reproduction of three-dimensional figures word and syntax comprehension, naming and verbal fluency	全般的注意 遂行機能 即時記憶 近時記憶 近時記憶 ブライミング 視空間的処理 構成 言語
Rasmussen LS. et al. ¹³⁾	MMSE Visual Verbal Learning Test Concept Shifting Test Stroop Colour Word Test Letter-Digit Coding Four Boxes Test	(スクリーニング検査) 近時記憶 全般的注意 遂行機能 全般的注意 遂行機能 即時記憶 全般的注意(反応速度)
Johnson T. et al. ¹⁴⁾	Visual Verbal Learning Test Concept Shifting Test Stroop Color Word Interference Test Letter Coding Test	近時記憶 全般的注意 遂行機能 全般的注意 遂行機能 即時記憶

上台となる高次脳機能, 散在的な高次脳機能, 局在的な高次脳機能それぞれに視点をおいて, POCD を明らかにしていただきたい。

引用文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 国立障害者リハビリテーションセンター, 高次脳機能障害診断基準, 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業ホームページ http://www.rehab.go.jp/ri/brain_fukyu/handankizyun.html
- 2) 山島 重, 神経心理学入門, 東京: 医学書院; 1985.
- 3) ナイジェル・C・ベンソン著, 清水佳苗, 大前康彦訳, マンガ心理学入門—現代心理学の全体像が見える, 東京: 講談社; 2001.
- 4) 山田規敏子, それでも脳は学習する, 東京: 講談社; 2007.
- 5) Hodges JR 著, 森 悦郎監訳, 臨床家のための高次脳機能のみかた, 東京: 新興医学出版社; 2011.
- 6) 加藤元一郎, 注意とその障害について, 日本高次脳機能障害学会 Brain Function Test 委員会編, 標準注意検査法・標準意欲評価法 (CAT・CAS), 東京: 新興医学出版社; 2006. p.13-7.

- 7) 石合純夫. 高次脳機能障害学. 第 2 版. 東京：医歯薬出版；2012.
- 8) Lezak MD 著. 鹿島晴雄総監修. レザック神経心理学的検査集成. 東京：創造出版；2005.
- 9) 三浦利奈. 認知症簡易検査法の回答における患者別難易度差への対応—質疑応答. 週刊日本医事新報 2014；4693：67-9.
- 10) Shaw PJ, Bates D, Carlidge NE, French JM, Hervise G, Julian DG, et al. Neurologic and neuropsychological morbidity following major surgery：comparison of coronary artery bypass and peripheral vascular surgery. *Stroke* 1987；18：700-7.
- 11) Moller JT, Cluitmans P, Rasmussen LS, Houx P, Rasmussen H, Canet J, et al. Long-term postoperative cognitive dysfunction in the elderly：ISPOCD1 study. *Lancet* 1998；351：857-61.
- 12) Ancelin ML, de Roquefeuil G, Ledesert B, Bonnel F, Cheminal JC, Ritchie K. Exposure to anaesthetic agents, cognitive functioning and depressive symptomatology in the elderly. *Br J Psychiatry* 2001；178：360-6.
- 13) Rasmussen LS, Larsen K, Houx P, Skovgaard LT, Hanning CD, Moller JT, et al. The assessment of postoperative cognitive function. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001；45：275-89.
- 14) Johnson T, Monk T, Rasmussen LS, Abildstrom H, Houx P, Korttila K, et al. Postoperative cognitive dysfunction in middle-aged patients. *Anesthesiology* 2002；96：1351-7.

ABSTRACT

Overview and Assessment of Cognitive Function in Interpreting Postoperative Cognitive Dysfunction

Rina MIURA, Hideyuki HATTORI

Department of Psychiatry, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu 474-8511

The most important point for evaluation of the postoperative cognitive dysfunction is that we understand "cognitive function". First, we described the definition of the "cognitive function" and second, outlined each function (dysfunction) and introduced the main assessment methods from the view point of neuropsychology. Cognitive function (dysfunction) described in this paper includes consciousness (confusional state, disturbance of consciousness), generalized attention (disorder of generalized attention), memory (amnesia), orientation (disorientation), executive function (dysexecutive syndrome), social cognition (social cognitive impairment), language (aphasia), cognition (agnosia), behavior (apraxia), directed attention (unilateral spatial neglect), and construction (constructional disorder).

key words：cognitive function, neuropsychology

特集 術後高次脳機能障害

麻酔薬の高次脳機能への影響 —基礎研究から見えるもの—

祖父江和哉* 野手 英明* 徐 民恵*

キーワード 高次脳機能, 動物モデル, アルツハイマー型認知症

はじめに

わが国における高齢者人口は急速に増えており、ますます高齢者に対する手術は増加していくと考えられる。近年、周術期管理の重要性が再認識され、合併症なく手術を終え、速やかに社会生活に戻れることが求められている。特に高齢者では周術期に合併症を生じると、入院期間が延長し、さらには退院後の日常生活動作能力(activities of daily living: ADL)の低下や予後を悪化させる。

高齢者の術後合併症は、呼吸系合併症や尿路感染症が主である。それらに比べると神経合併症は0.3-0.7%と少ないが、脳血管障害を起こした患者の死亡率は高く、術後合併症としては重要である。神経系合併症は、器質的神経障害(脳卒中、脊髄傷害)と機能的神経障害(せん妄、術後認知機能障害)に大別できる。機能的神経障害まで含めると、高齢者の約30%に術後神経系合併症が発症していることになる¹⁾。

本稿では、主に周術期の認知機能の障害と麻酔薬との関連性を中心に、基礎研究の結果をまとめる。

1 実験動物における高次脳機能の評価方法

げっ歯類は、比較的扱いやすく、脳の高次脳機能の研究に使用されることも多い。遺伝子解析、免疫染色、電気生理学的手法などが一般的に行わ

れるが、機能を直接評価する方法とはいえない。また、ポジトロン断層撮影法(positron emission tomography: PET)により脳代謝を画像的に評価することは可能であるが、やはり高次脳機能を直接評価する方法ではない。そこで、各種行動テストが行われる。活動性の評価としてオープンフィールドテスト、うつ様行動の評価方法として強制水泳テストや尾懸垂テスト、学習と記憶の評価方法としてモリス水迷路、8方向放射状迷路、バーンズ円形迷路テスト、恐怖条件付けテストが代表的である。研究開始前には、それぞれの検査の特性を十分に理解したうえで、複数の検査をどのように組み合わせるかを慎重に検討する必要がある。しかしながら、ヒトの脳との構造や機能に違いがあり、研究結果が臨床に直結しないことが大きな問題である。

そこで、よりヒトに近い生物として霊長類を用いた研究が行われている。霊長類を使用した高次脳機能に関する研究結果は、げっ歯類のそれよりはヒトに近いと考えられる。近年、霊長類の脳への遺伝子操作が可能となっており、遺伝子組換えマウモセット²⁾やウイルスベクターを用いた遺伝子導入ニホンザルやマカクザルが作成されている。マカクザルへの遺伝子導入により、特定の神経回路を遮断することも可能となっており³⁾、今後の研究成果が期待される。一方で高コストや倫理的側面の指摘もあることは事実であり、それらの制限から特定の研究機関でのみ実施可能な研究となっていることも問題である。

*名古屋市立大学大学院医学研究科麻酔・危機管理医学分野

各領域におけるうつ病の診かた

老年内科領域

服部英幸

Summary

- 高齢者のうつ病診療を行う際には、高齢者の精神・身体特性に配慮する。加齢とともにさまざまな臓器の機能低下が出現し、老年症候群を惹起しやすい。心理的には心身機能の低下と孤独の受容困難が契機となりやすい。
- 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、その逆も多い。症状の特徴は、身体愁訴が多く、妄想形成にいたりやすい。妄想は自己を過小評価する妄想(微小妄想)が主である。
- 認知症とうつ病の鑑別は難しいことが多いが、認知症に伴う意欲低下(アパシー)との区別は治療上重要である。治療は薬物のみならず、電気けいれん療法、運動療法等を組み合わせる。
- 過剰な安静は廃用症候群の原因になる。フレイルは老年内科の重要なテーマとして、急速に注目を集めるようになったが、うつ状態の併存が多く配慮が求められる。

高齢者の身体特性と疾患の特徴

加齢とともにさまざまな臓器の機能低下が出現し、若年層とは異なる症状の現れ方や、薬物代謝の変化がみられるようになる。当初は単一臓器の疾患であったものが、多臓器の障害へと広がりやすい。病状が治癒、軽快したとしても、生活機能障害や老年症候群と呼ばれる独特の症状が残存することが多く、それがケア、介護に大きな影響を及ぼす(図1)。身体的要因のみならず、心理・社会的要因が絡み合って、生活機能低下が進行しやすい。したがって、高齢者医療では老年医学的総合機能評価(comprehensive geriatric assessment: CGA)を行って、高齢者のQOL向上につなげる全人的医療を行う必要がある¹⁾。うつは代表的な老年症候群の一

つであり、その発症機序、評価、治療、ケアのすべての面において、身体と精神あるいは老年医学と精神医学の複合的視点から考えていくことが求められる²⁾。

高齢者うつの発症機序

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。社会・心理学的側面としては、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という時間感覚に悩まされることを理解する必要がある³⁾。死そのものは表立って恐怖・不安の対象とはなりにくく、むしろ希求の言葉を口にする人が多いが、そこにいたる

キーワード：老年症候群、認知症、アパシー、フレイル、総合機能評価
はっとり ひでのみ：独立行政法人国立長寿医療研究センター精神診療部

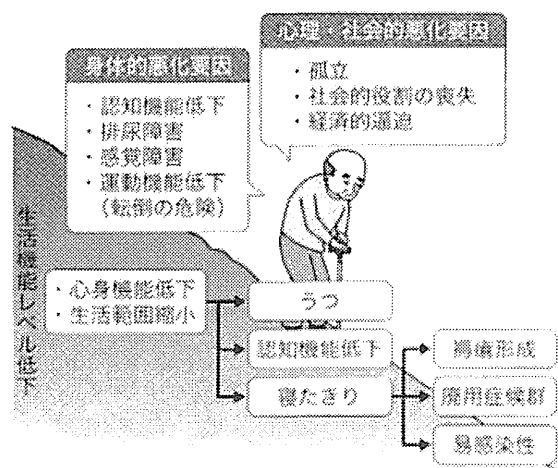


図1 高齢者の身体特性と生活機能低下（老年症候群）

過程としての心身機能低下、社会的な役割喪失への不安が発症に関わってくる。発症契機として自らの身体疾患罹患が多く認められるのは、日常臨床上経験されることである。

高齢者では多くの場合、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を高率に合併し、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、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。うつ病単独でも日常生活動作（ADL）能力の低下、介護困難を呈するが、身体疾患にうつ病が併発することにより治療効果が減殺される可能性が高くなる。生活習慣病とうつ病の関連も重要である。高齢者うつ病・うつ状態のリスクとして、喫煙、認知機能、拡張期血圧、body mass index、高血圧、糖尿病などのvascular factorと関連がある。

表1 高齢者うつ病の特徴

1. 心気的傾向が強い（身体愁訴が多い）
2. 不安・焦燥感が強い
3. 妄想形成をきたしやすい（微小妄想、被害妄想）
4. 意識障害を伴うことがある（薬物作用によるうつ状態の場合に多い）
5. 仮性認知症（認知症のようにみえるうつ状態）
6. 身体合併症が多い

高齢者うつの症状と評価方法

高齢者にみられるうつ病では、他の年齢層とは異なる特徴がいくつかある。すなわち身体愁訴が多く、妄想形成にいたりやすい。妄想は自己を過小評価する妄想（微小妄想）が主である。微小妄想には、自分は病気になって治らないと信じ込む「疾病妄想」、貧乏でお金がないと信じ込む「貧困妄想」、自分はとんでもない罪を犯してしまったと信じ込む「罪業妄想」がある。薬物の影響によりうつ状態になることも多い。身体疾患や不眠などのために処方を受けている高齢者は多く、診療に際しては内服薬の確認を必ず行う（表1）。

高齢者うつの評価方法には、自記式と観察式があるが、自記式でよく用いられるのがGeriatric Depression Scale（GDS）である。15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、5点以上で「うつ傾向あり」とする。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り、5項目の短縮版も常用される。観察式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-Åsberg Depression

Column

老年症候群

高齢者に多くみられ、原因はさまざまであるが、治療とともに介護・ケアが重要である一連の症状、所見である。骨折、尿失禁、褥瘡などが含まれる。さまざまな要因が複合的に関わって生じるため、原因を特定しにくく「年のせい」などと軽視されやすいが、介護・ケアによる生活機能、QOLの低下抑制が重要である⁴⁾。

表2 うつ状態とアパシーの鑑別

	うつ状態	アパシー
基盤にある病態	機能性、心因、環境因	器質性、慢性脳障害、全身衰弱
症 状	悲哀感、喜びの喪失、精神運動抑制、焦燥感	意欲低下、無関心
認知症との関連	合併することはあるが、典型的症状を示さないことが多い	認知症に伴う精神症状の一つである
評価法	GDS、CES-D など	やる気スコア、意欲の指標
治療法	抗うつ薬、急性期は精神的安静	脳賦活薬、作業療法などの非薬物的アプローチ

Rating Scale : MADRS) が用いられる。うつ症状と鑑別すべき病態であるアパシー(無気力、自発性低下とほぼ同義)の評価も、高齢者では重要であり、そのための検査法として意欲の指標および「やる気スコア」がある。

うつと認知症の関連

うつ病は抑うつ気分、精神運動抑制などから認知症に類似の症状を示すことが知られており、仮性痴呆(認知症)と呼ばれてきた。うつ気分がひどくなったために本来できるはずの思考、行動がとれなくなった状態である。したがって、治療が奏効すればもとの行動や思考ができるようになる。不眠や「自分はもうダメになった、悪いのは自分だ」などの自分を責めるような言動、悲しいなどの訴えがある場合はうつ状態にあると考えられる。しかしながら実際の臨床場面では、両者の区別が困難であることが多い。

認知症患者を診察するうえで、注意すべき重要なポイントとしてアパシーがある。認知症に伴う精神症状として抑うつと診断されている例の多くはアパシーである。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、フラツキや転倒などを引き起こし、ADL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、自責感がない点が異なっている(表2)。

Alzheimer型認知症以外では、Lewy小体型認知症において、高率にうつ状態を合併する。診断に重要な認知機能低下や幻視、Parkinson症候群の出現に前駆してうつ症状が認められ、高齢者のうつ病と診断されて治療を受けている場合がある。経験的には、副作用が多く薬物療法が難航するような症例で、経過を追うと次第に幻視や認知機能低下といった典型的な症状が出てくることがある。Lewy小体型認知症に特有の薬剤過敏性が影響しているのではないかと考えられる。

高齢者うつの対応と治療： 薬物と非薬物療法との統合的治療

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。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ADLは改善しないという事態が生じやすい。うつ病に絡み合うように出現する認知症を常に配慮する。この特徴に即した治療戦略を図2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・治療を並行して行う必要がある。大うつ病の急性期の一般的な治療は精神