

表2 効果が期待できるBPSD治療薬（症状別一覧）

		過活動症状			低活動症状		
		幻覚・妄想	不安・焦燥	易怒性、攻撃	意欲低下	自発性低下	抑うつ
抗認知症薬	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）				○	○	
	NMDA受容体拮抗薬（メマンチン）		○	○			
抗精神病薬	定型抗精神病薬（ハロペリドールなど）	○	○	○			
	非定型抗精神病薬（リスベリドン、オランザピン、クエチアピン、ベロスピロン、アリピプラゾール）	○	○	○			
抗てんかん薬	バルプロ酸ナトリウム（デバケン）、カルバマゼピン（テグレトール）		○	○			
抗うつ薬	SSRI（パロキセチン、フルボキサミン、セルトラリン、エシタロプラム）*				○	○	○
	SNRI（ミルナシبران、デュロキセチン）**				○	○	○
漢方薬	抑肝散	○	○	○			

\* SSRI：選択的セロトニン再取り込み阻害薬

\*\* SNRI：セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

問題視されず、十分な観察をされないうまま見過ごされることが多いが、このような状態には精神・身体的に重大な問題が潜行していることがある。また、こうした状態をすべて短絡的に「うつ状態」と判断して抗うつ薬などを投与すると過鎮静、症状悪化を来すことがあり、場合によっては生命の危険にさらすことになる。ここでも状態像の正確な把握が重要である。うつ状態では従来の三環系抗うつ薬は副作用が強く、使用されないことが多くなっており、SSRI、SNRIを第一選択薬として処方するのが一般的になっているが、効果が不十分なときはアモキサピンなどの三環系抗うつ薬を用いて著効することもある。うつ状態には不安、焦燥を伴うことが多いため、従来からベンゾジアゼピン系の抗不安薬を併用することが多かった。しかしながら、高齢者では筋弛緩作用、傾眠傾向により転倒などの事故が起こりやすくなる。ベンゾジアゼピン系薬剤の使用はなるべく控えるか、短期間の使用にとどめるようにする。

アルツハイマー型認知症の中核症状に効果があるとき

れているドネペジル、ガランタミンなどのコリンエステラーゼ阻害薬やNMDA受容体拮抗薬であるメマンチンなどの抗認知症薬はBPSDの軽減にも効果が期待できる。コリンエステラーゼ阻害薬は意欲の改善、自発性低下の改善に効果がある。反面、易怒性、焦燥感などを惹起して、かえって介護を困難にしてしまう例もみられる。メマンチンはドネペジルなどとは逆の効果がみられる。投与により静穏作用があり、過活動症状を軽減する効果が期待でき<sup>2)</sup>、従来なら必要であったような抗精神病薬や気分安定薬を投与せずにもすむこともある。反面、傾眠傾向、めまい、ふらつきといった副作用もあるので、状態を十分に観察しながら投与する必要がある。

以上、BPSD症状別の一般的な薬物療法について、表2にまとめた。しかしながら、BPSDに対する薬物療法に関しては十分なエビデンスのある薬物は少ない（図3）<sup>3)</sup>。そのため、症例ごとに試行錯誤しながら適合処方を決めているのが現状といえるだろう。

不安		幻覚・妄想		徘徊	
リスベリドン	B	リスベリドン	B	(リスベリドン)	
オランザピン	B	オランザピン	B		
クエチアピン	C1	アリピプラゾール	B		
		クエチアピン	C1		
		ハロペリドール	C1		
興奮性興奮		うつ状態		性的脱抑制	
リスベリドン	B	SNRI	C1	(SSRI)	
クエチアピン	B	SSRI	C1	(非定型抗精神病薬)	
オランザピン	B			(トラゾドン)	
アリピプラゾール	B				
バルプロ酸	C1	認知・不穏		睡眠障害	
カルバマゼピン	C1	リスベリドン	C1	ベンゾジアゼピン系	C1
(抑肝散)				リスベリドン	C1
				ドネペシル	C1
				抑肝散	C1

( ) は推奨度なし

推奨グレード  
 A : 強い科学的根拠があり、行うように強く勧められる  
 B : 科学的根拠があり、行うように勧められる  
 C1 : 科学的根拠はないが、行うように勧められる  
 C2 : 科学的根拠がなく、行うように勧められない  
 D : 無効性あるいは害をなす科学的根拠があり、行わないように勧められる

図3 BPSD治療薬のエビデンス

(和田隆二, 他: 臨床精神薬理, 15: 13-17, 2012より引用)

おわりに

BPSD薬物治療は高齢者の身体特性に配慮して施行されるべきである。多病であることから、他の身体疾患をフォローしているかかりつけ医との連携が欠かせない。かかりつけ医向けのBPSD薬物療法ガイドライン<sup>4)</sup>が作成されており、それを参考にしてほしい。BPSDは薬物のみで対応すべきものではない。認知症国家戦略である新オレンジプランにおいても、認知症BPSD対応における医療・介護の連携が重視されている。そのなかで、在宅ケア、終末期医療における認知症対応について薬剤師の役割はますます大きくなっていく。認知症は複雑で理解の難しい病態であるが、避けることなく取り組んでい

ただけることを切望している。

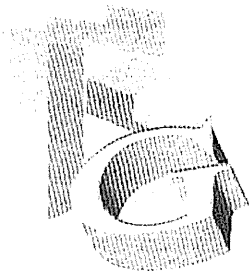
●引用文献

- 1) 亀山祐美, 他: 薬剤に起因する認知症様状態. 神経内科, 72 (Suppl. 6): 161-166, 2010
- 2) 工藤 喬: MemantineのBPSDに対する効果. 臨床精神薬理, 15: 53-58, 2012
- 3) 和田隆二, 他: 認知症疾患治療ガイドライン2010年版における薬物治療の位置付け. 臨床精神薬理, 15: 13-17, 2012
- 4) 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究班: かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン (http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c-at/2r98520000036k1t.pdf)

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視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, アハシー, 虚弱高齢者

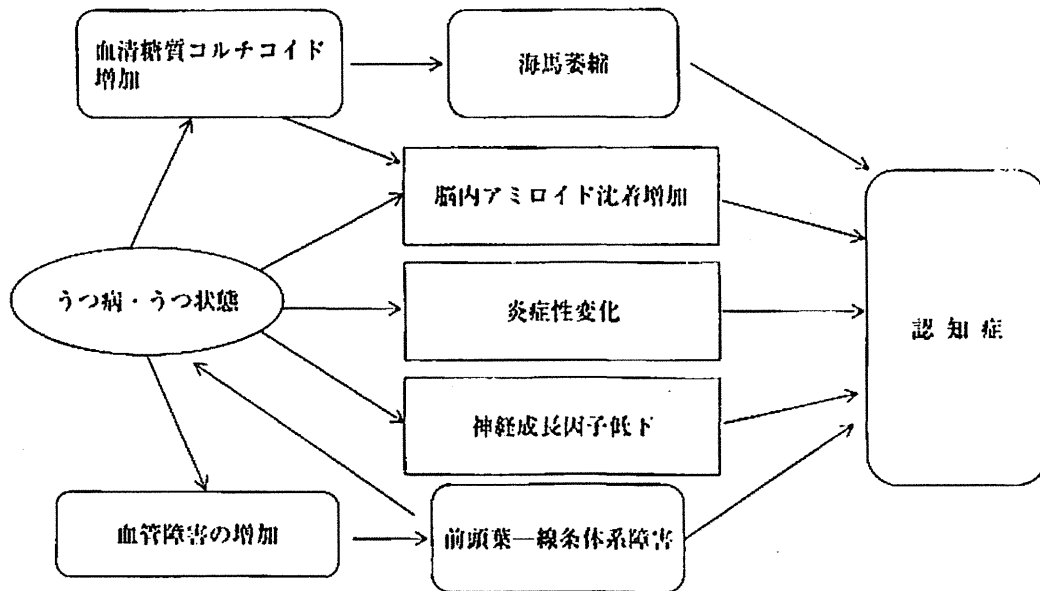
老年精神医学雑誌 25 : 34-41, 2014

### 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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。そのまゝに、「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伴ったうつ症状群」とする。脳血管障害やパーキンソン病に

Hideoaki 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  
〒171-8511 東京都大田区森田町西原 3-5



(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<sup>20)</sup>。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<sup>20)</sup>。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<sup>21)</sup>。

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)<sup>20)</sup>。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<sup>22)</sup>。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<sup>23)</sup>。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<sup>22)</sup>、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<sup>23)</sup>。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<sup>24)</sup>。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<sup>15)</sup>。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<sup>25)</sup>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<sup>14)</sup>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<sup>16)</sup>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<sup>13)</sup>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しんどくなる」「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(アバシー)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的対応であるが、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「アバシー」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。アバ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つた場合はうつ症状が疑われる。一方、アバ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)<sup>16)</sup>。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<sup>13)</sup>。アバシーの評価方法としては「意欲の指標」<sup>26)</sup>などさまざまなものがあるが、うつとの区別には岡田ら<sup>27)</sup>の「やる気スコア」が有用である。

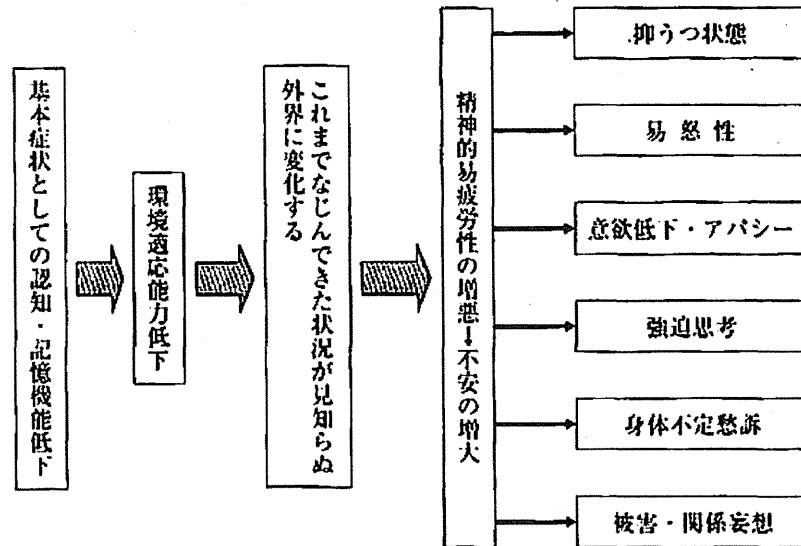


図2 初期アルツハイマー型認知症にみられる精神症状の機序仮説

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

<p>アパシーとうつ病で共通してみられる症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>活動性の低下: Lack of interest in events or activities</li> <li>活気のなさ: Anergis</li> <li>精神運動の緩慢さ: Psychomotor slowing</li> <li>易疲労感: Fatigue</li> <li>興味の喪失: Decreased interest</li> </ul>
<p>うつ病でみられる症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>抑うつ・不快: Dysphoria</li> <li>希望のなさ: Hopelessness</li> <li>罪業感と自責感: Guilt, Self-criticism</li> <li>希死念慮: Suicidal ideation</li> <li>睡眠障害: Sleep problems</li> <li>食欲不振: Loss of appetite</li> </ul>
<p>アパシーでみられる症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自発性や発動性のなさ: Loss of motivation and initiation</li> <li>持続力の欠如: Lack of persistence</li> <li>感情の平板化: Emotional indifference or diminished emotional reactivity</li> <li>社会性の減退: Decreased social engagement</li> </ul>

(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

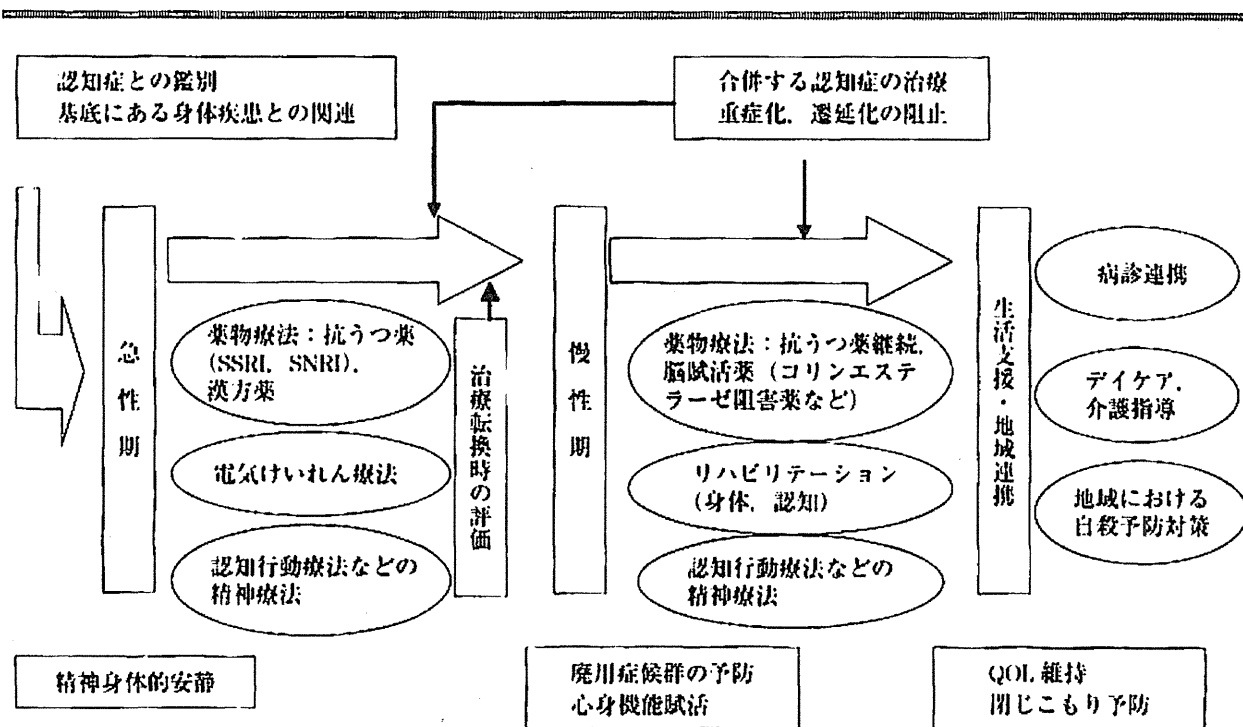


図3 高齢者うつ病の治療戦略モデル

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)<sup>12)</sup>。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。閩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<sup>13)</sup>。「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<sup>14)</sup>。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<sup>15)</sup>。これに関して楯林<sup>16)</sup>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<sup>17)</sup>。認知行動療法や精神療法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<sup>2)</sup>、筋力トレーニング<sup>3)</sup>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<sup>4)</sup>。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<sup>10)</sup>。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<sup>11)</sup>、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<sup>12)</sup>。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<sup>13)</sup>、さらにADの有意なリスクであるとされている<sup>14)</sup>。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临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<sup>15)</sup>。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<sup>16)</sup>。

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入が効果的であるかどうかの検討がなされ始めている<sup>12)</sup>。

## 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

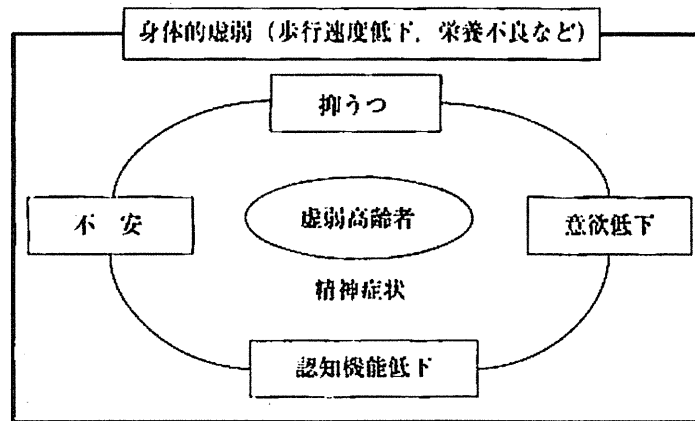


図4 虚弱高齢者の精神症状

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, 241 (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 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) : 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) 切目栄司, 辻井農唯, 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 medi-us ; 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, McHarg 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, Edwarda 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) 橋林義孝: うつと軽度認知機能障害. *Modern Physician*, **26** (12) : 1905-1907 (2006).
- 34) 橋林義孝: 認知症高齢者にいかに対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 : 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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が多く<sup>3)</sup>、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<sup>4)</sup>。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<sup>10,19,21)</sup>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<sup>11)</sup>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<sup>12)</sup>。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<sup>2,3,13)</sup>、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<sup>8,17)</sup>。

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吾 35

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<sup>2)</sup>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)<sup>16, 20)</sup>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<sup>2)</sup>および BPSD のための専門的ケア、対応方法を研究、実践<sup>15)</sup>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<sup>12)</sup>。

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、基本的な生活機能 (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<sup>9)</sup>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: 同一症例の人退院時の 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・マンスフィールド 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) の治療中であつた患者に精神症状・行動異常が出現したために入院となつたものが大半であつた。入院患者の認知症原因疾患としては

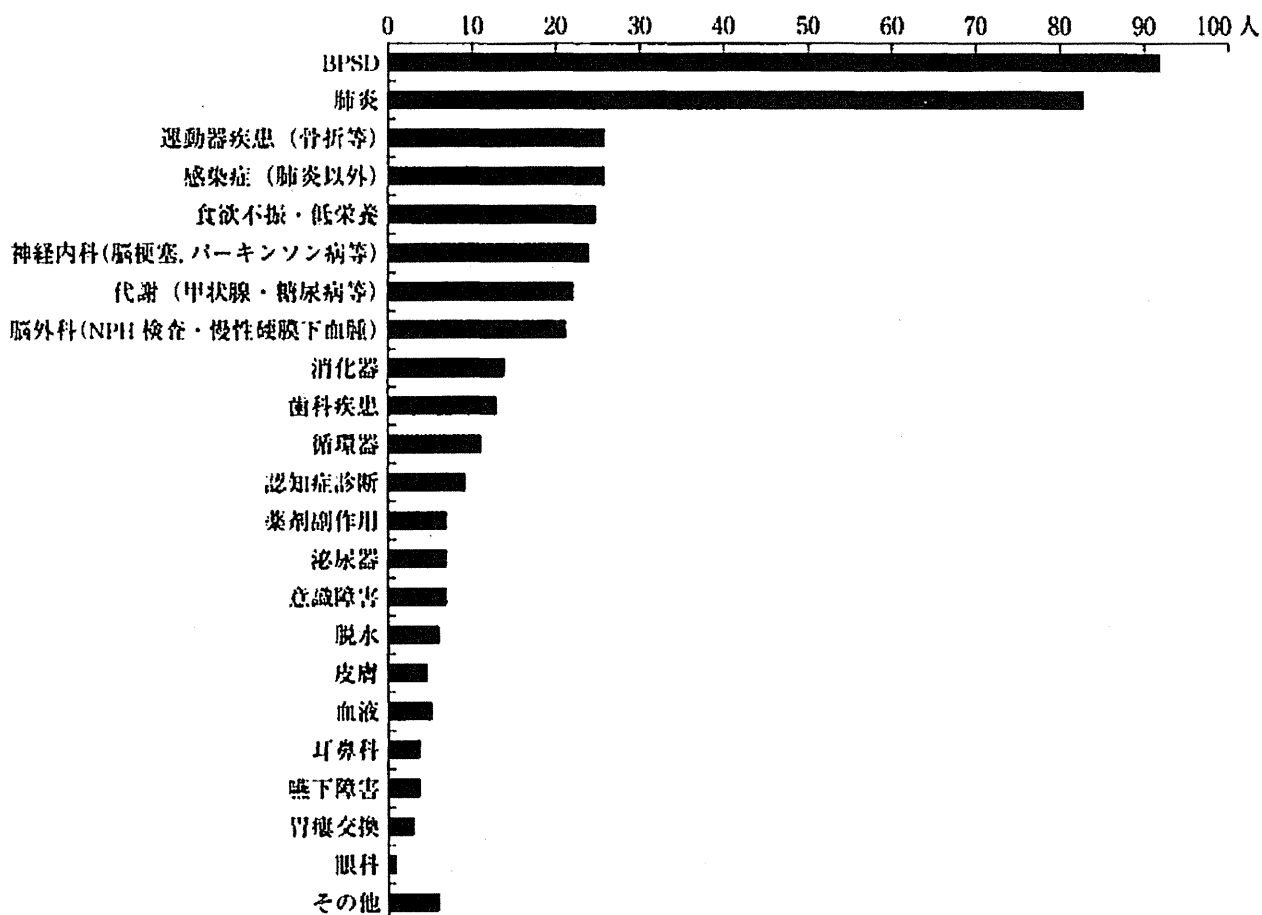


図1 入院時主病変

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

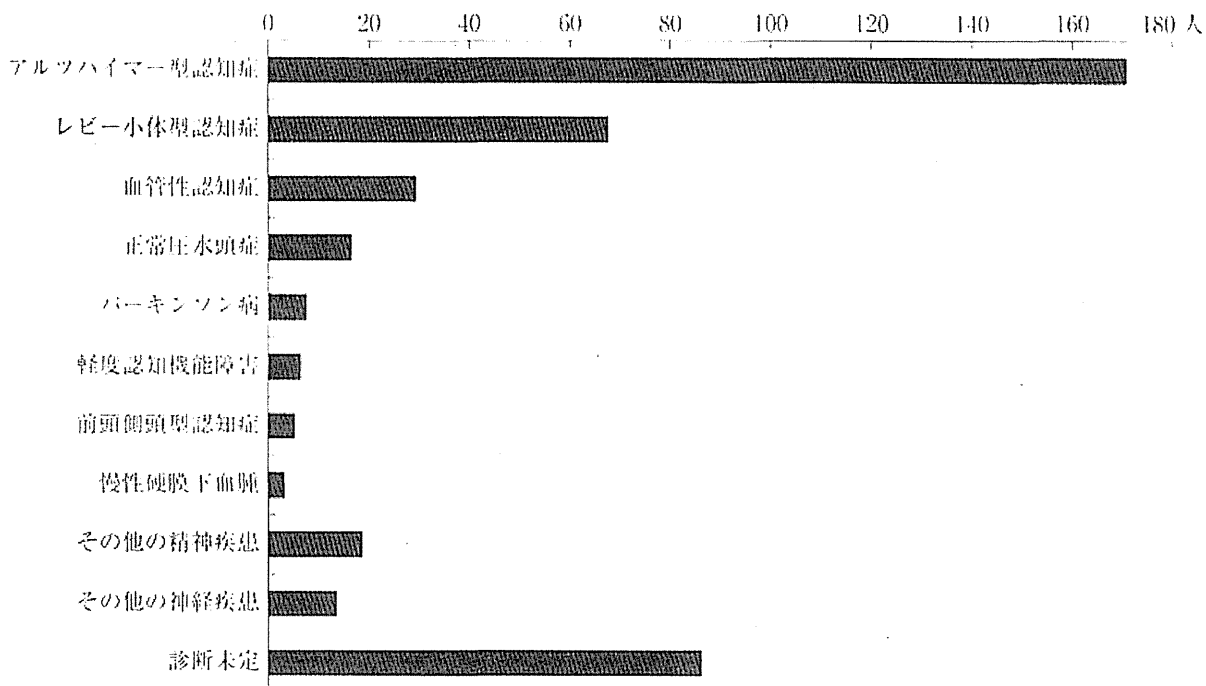


図2 認知症患者の原因疾患内訳

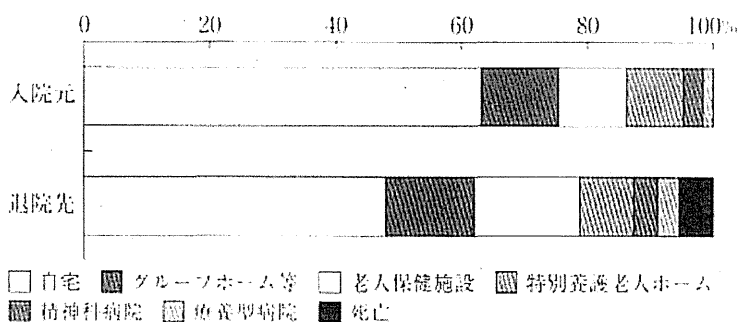


図3 入院元と退院先の比較

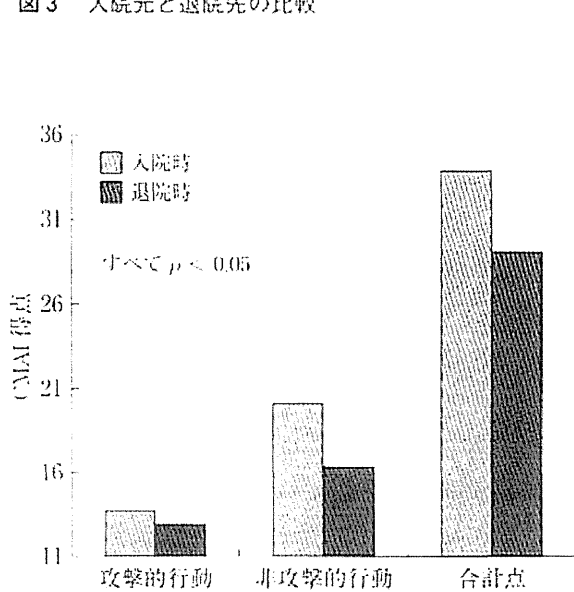


図4 入退院時のBPSD比較

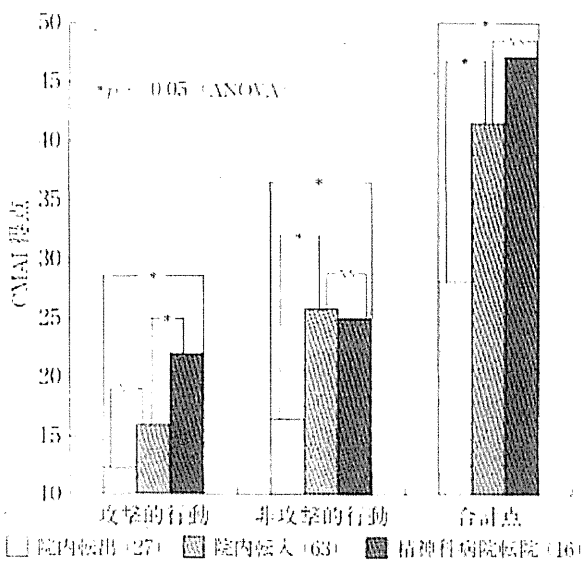


図5 院内転入、院内転出、精神科病院紹介におけるBPSD評価



術では周術期の管理も行った。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<sup>2)</sup>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を整えれば、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症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<sup>14)</sup>、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-att/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, 斉藤真子ほか : 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, 田所みき子 : 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) 山口貞源 : 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-1): 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

第54回日本老年医学会学術集会記録  
〈パネルディスカッション2：高齢者の災害医療〉

#### 4. 高齢者の災害医療—精神面への中長期対応

服部 英幸