第 38 回秋季日本老年精神医学会

口頭発表

10 月 13 日（金）8：40～11：41
10 月 14 日（土）8：40～11：16

OA-1

血漿認知症バイオマーカーと認知症発症の関係

――地域前向きコホート研究の成績より――

小原知之[1,2]，秦　　淳[2,3]，徳田隆彦[4]，
本田貴紀[2,3]，柴田舞欧[2,3,5]，中路重之[6]，
前田哲也[7]，小野賢二郎[8]，三村　將[9]，中島健二[10]，
伊賀淳一[11]，竹林　実[12]，二宮利治[2,3]

1）九州大学病院精神科神経科，
2）九州大学大学院医学研究院衛生・公衆衛生学分野，
3）九州大学大学院医学研究院附属総合コホートセンター，
4）量子医科学研究所脳機能イメージング研究部，
5）九州大学大学院医学研究院心身医学，
6）弘前大学大学院医学研究科，
7）岩手医科大学医学部内科学講座脳神経内科・老年科分野，
8）金沢大学大学院医薬保健学総合研究科脳神経内科学，
9）慶應義塾大学予防医療センター，
10）国立病院機構松江医療センター，
11）愛媛大学大学院医学系研究科精神神経科学講座，
12）熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学講座

【目的】地域高齢住民を対象とした前向きコホート研究の成績を用いて，血漿アミロイドβ（Aβ）42/40 比，リン酸化タウ 181（pTau181），glial fibrillary acid protein（GFAP），および neurofilament light chain（NFL）と認知症発症の関係を縦断的に検討した．

【方法】2012 年に福岡県久山町の高齢者調査を受診した 65 歳以上の男女 1,906 名（受診率：94％）のうち，認知症がなく保存血漿のある 1,346 名において，血漿中の Aβ42/40 比，pTau181，GFAP，および NFL を超高感度 ELISA Simoa を用いて測定した．この集団を 5 年間前向きに追跡し，認知症の発症リスクの算出には Cox 比例ハザ-ドモデルを用いた．

【倫理的配慮】本研究は，九州大学医系地区部局観察研究倫理審査委員会の承認を得て実施した．

【結果】追跡期間中に 151 名が認知症を，108 名がアルツハイマー病（AD）を発症した．まず，血漿 Aβ42/40 比と認知症発症の関係を検討したところ，血漿 Aβ42/40 比の低下に伴い全認知症と AD の発症リスクはいずれも有意に低下した（多変量調整後，傾向性 P＜0.01）．また，血漿 pTau181，GFAP，および NFL の上昇に伴い，認知症，とくに AD の発症リスクはいずれも有意に上昇した（傾向性 P≦0.03）．追跡開始時に軽度認知障害と診断された 174 名を除いて解析してもこれらの関連に変わりはなかった．さらに，既知の危険因子で構成されたモデルにこれら 4 因子を追加することで認知症発症の予測能がどの様に変化するか検証した．その結果，4 因子の追加により C 統計量は 0.727 から 0.765 と認知症発症の予測精度は有意に改善した（P＜0. 01）．

【考察】日本人地域高齢住民においても血漿 Aβ42/40 比の低下，血漿 pTau181，GFAP，NFL の上昇は認知症発症の有意な危険因子だった．また，これらの 4 因子は認知症の早期発見の有効な血液バイオマーカーであることが示唆される．

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．

OA-2

認知症高リスク高齢者に対する進展予防を目指した多因子介入ランダム化比較研究

――J-MINT PRIME 神奈川モデル 第一報――

井出恵子[1]，小田原俊成[2]，水嶋春朔[3]，齋藤京子[4]，
鈴木裕子[5]，櫻井　孝[6]，田栗正隆[7]，千葉悠平[1]，
阿部紀絵[1]，吉見明香[1]，菱本明豊[8]，山中太郎[9]，
荒井秀典[6]

1）横浜市立大学医学部精神医学教室，
2）横浜市立大学医学群保健管理センター，
3）横浜市立大学医学群医学部，4）淑徳大学教育学部，
5）SOMPO ケア株式会社認知症プロジェクト推進部，
6）国立長寿医療研究センター，
7）東京医科大学医学部医療データサイエンス分野，
8）神戸大学大学院医学研究科精神医学分野，
9）横浜旭中央総合病院

【目的】認知症のリスクをもつ高齢者を対象として，生活習慣病管理，運動，栄養，認知トレーニングの複合介入を行う多因子介入により，介入開始後 18 ヶ月までの認知機能障害の進行が抑制されるか検証する．

【方法】国立長寿医療研究センターを中心とする J-MINT 研究の一環として，神奈川県横浜市北西部に位置する若葉台団地在住の，生活習慣病を有するあるいは生活習慣病のリスクが高い高齢者を対象とし，複合的認知症予防プログラム（運動，栄養指導，認知機能訓練）の認知機能低下抑制に対する有用性を 18 か月間のオープンラベルランダム化比較試験で検討した（J-MINT PRIME　神奈川研究）．対象者選択基準は 1)横浜若葉台団地在住，2)登録時の年齢が 65 歳以上 86 歳未満，3)生活習慣病の治療中あるいは BMI，血糖値，脂質，血圧，喫煙歴の内，基準値外の項目を 2 つ以上有する者．主な除外基準は 1)MMSE24 点未満（または認知症の診断），2)要介護認定を受けている者．2020 年 3 月に募集開始し，2020 年 12 月より 2022 年 11 月まで（COVID-19 の影響で追加参加者を交え）それぞれ 18 ヶ月間の追跡を行った．主要評価項目は，登録時点から 18 ヵ月後までの認知機能 （コンポジットスコア）の変化量であり，MMSE，FCSRT，論理的記憶，DSST，TMT，数唱，単語想起課題それぞれの Z スコアから算出する．

【倫理的配慮】本研究は横浜市立大学倫理委員会にて承認を得た．

【結果】介入群 99 名（男性 46 名，女性 53 名），対照群 99 名（男性 45 名，女性 54 名）が参加した．ベースラインの MMSE スコアの平均は介入群，対照群ともに 28.6［28.3－28.9］であった．主要評価項目など結果は現在解析中であり，発表当日紹介する．

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．

OA-3

認知症患者の主観的 QOL の予測

――認知症外来における縦断研究――

西川直人[1)]，竹之下慎太郎[1)]，寺田整司[2)]，
三木知子[1,3)]，横田　修[2,3)]，林　　聡[2)]，矢部真弓[4)]，
今井奈緒[4)]，堀内真希子[4)]，髙木　学[2)]

1）岡山大学病院精神科神経科，
2）岡山大学学術研究院医歯薬学域精神神経病態学，
3）きのこエスポアール病院，
4）岡山大学病院医療技術部臨床心理部門／臨床心理センター

【目的】軽度の認知障害を持つ患者の主観的 quality of life（QOL）に関する縦断的な研究は少ない．本研究では，軽度認知障害（MCI）または軽度認知症の患者について，初診時と 1 年後の主観的 QOL を評価し，将来の主観的 QOL を予測する因子を特定した．

【方法】本研究は岡山大学の倫理委員会の承認を得ている．岡山大学病院精神科神経科の認知症外来を受診した患者から対象者を募集した．初診時に各種身体検査と，主観的 QOL を含む心理検査が実施され，複数名の精神科専門医によって臨床診断が決定された．1 年後のフォローアップ時に，再度主観的 QOL が評価された．主観的 QOL の評価には，WHOQOL-BREF を使用した．

【結果】142 例の対象者の内，50 例が認知症，81 例が MCI，11 例が正常と診断された．認知症群，MCI 群，正常群のいずれも，初診時と 1 年後の WHOQOL-BREF スコアは，合計点，各下位項目（身体健康状態，心理状態，社会関係，環境，一般）において有意な差はなかった．初診時の WHOQOL-BREF スコアは抑うつ症状と有意に関連していた．1 年後の WHOQOL-BREF を予測する因子として，「初診時の WHOQOL-BREF」，「片足立ち時間」，「幻覚」，「無関心」が有意に関連していた．

【考察】主観的 QOL を向上させるために，抑うつ症状に注意する必要がある．また，MCI および軽度認知症患者の主観的 QOL を維持するためには，下肢の筋力保持と身体平衡感覚の訓練，精神病症状の治療，アパシーの予防が有用である可能性がある．

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．

OA-4

地域一般高齢男性における睡眠時間の主観－客観乖離と健康転帰との縦断的関連

内海智博[1,2)]，吉池卓也[1)]，兼板佳孝[3)]，有竹清夏[4)]，
松井健太郎[1,5)]，河村　葵[1)]，長尾賢太朗[1,5)]，
繁田雅弘[2)]，鈴木正泰[6)]，栗山健一[1)]

1）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所睡眠・覚醒障害研究部，
2）東京慈恵会医科大学精神医学講座，
3）日本大学医学部社会医学系公衆衛生学分野，
4）埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科／保健医療福祉学部健康開発学科，
5）国立精神・神経医療研究センター病院，
6）日本大学医学部精神医学系精神医学分野

【目的】高齢者では本人が自覚する主観的睡眠時間が，終夜睡眠ポリグラフ（polysomnography : PSG）や活動量計で測定された客観的睡眠時間と乖離する睡眠状態誤認（主観－客観乖離）をしばしば認める．睡眠状態誤認は，客観的睡眠時間に対して主観的睡眠時間を短く見積もる過小評価から，長く見積もる過大評価まで，スペクトラムを呈するが，その長期的な健康転帰への影響は明らかにされていない．睡眠時間の過小評価は不眠症の病態と関連し，睡眠時間の過大評価は無自覚な睡眠不足と関連して健康に悪影響を及ぼす可能性が示唆される．

【方法】米国多機関コホート研究 MrOS Sleep Study に参加し，在宅 PSG による客観的睡眠時間評価および PSG 翌朝に主観的睡眠時間評価を行った 2674 名の地域高齢男性（平均年齢 76.3 歳）を対象とした．客観的睡眠時間に対する主観的睡眠時間の比（主客比）が総死亡リスクに及ぼす縦断的影響を COX 回帰分析にて検討した．

【倫理的配慮】本研究は NCNP 倫理審査委員会の承認を得て行われた．

【結果】主客比が高いほど有意に総死亡リスクが増加した（調整ハザード比：1.46，95% 信頼区間：1.19－1.79）．さらに，主客比を四分位にて 3 群に分けると，中主客比に比較し，高主客比（調整ハザード比：1. 28，95% 信頼区間：1.12－1.46）が有意に高い総死亡リスクと関連し，低主客比（調整ハザード比：0.97，　95% 信頼区間：0.85－1.11）は総死亡リスクと関連しなかった．これらの関連は客観的睡眠時間や全般的認知機能と独立していた．

【考察】睡眠時間の主観－客観乖離のうち，睡眠時間の過大評価は一般高齢男性における総死亡の危険因子であり，健康の維持・増進に重要な介入標的となる可能性が示唆される．

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．

OA-5

熊本県における認知症疾患医療センターの受診待機期間に関する一考察

宗　久美[1,2,3]，石川智久[1,2]，井上靖子[1,2]，
嶋田恵子[1,2]，大嶋俊範[4]，右山良子[5]，八十川太志[6]，
安武　綾[7]，五十嵐英哉[1]，王丸道夫[1]

1）医療法人洗心会荒尾こころの郷病院，
2）熊本県地域拠点型認知症疾患医療センター，
3）熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科，
4）荒尾市民病院脳神経内科，
5）熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課認知症対策班，
6）熊本県健康福祉部健康局健康づくり推進課企画・がん対策班，
7）熊本県立大学総合管理学部

【目的】認知症疾患医療センター運営事業においては，地域から求められる役割のひとつに鑑別診断があり，創設当初より事業の質をいかに担保するかという課題があげられていた．同時に，BPSD への即時対応も当初より求められているが，受診までの待機期間の長期化が課題となっている．荒尾こころの郷病院認知症疾患医療センター（以下，当センター）においても受診待機期間の長期化への対策は大きな課題のひとつである．本研究では，受診待機期間を可視化し，受診待機期間を短縮するための対策について課題をあげ考察する．

【方法】全国・九州の受診待機期間のデータを用いて，熊本県及び当センターと比較し，当センターにおける受診待機期間の現状と課題について後方視的に解析する．

【倫理的配慮】荒尾こころの郷病院倫理委員会の承認を得た．

【結果】「認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業報告書 2022」において全国の受診待機期間の平均は 14 日未満が最多で，次いで 15 日～1 ヶ月未満であり，九州のデータもほぼ同様であった．一方，当センターを含む熊本県全体の受診待機期間の平均は 1 ヶ月～3 ヶ月が最も多く，次いで 15 日～1 ヶ月未満となっており大きく異なっていた．

【考察】当センターのデータ上でも受診待機期間が長期化していることが明らかとなった．受診待機期間の長期化は，認知症疾患医療センターに期待されている早期受診，早期診断や即時対応の機能が十分に実現されないことにもつながる．しかし，現状では診断に関わる医師の不足などの問題もあり早急な解決は難しい．今後，認知症サポート医などを含めた地域連携体制構築を進めていくことが必要である．

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．

OA-6

実地医家における高齢患者の自動車運転，免許の可否に対する実態・意識調査

小菅英恵[1]，宮内友美[1]，藤田佳男[2]，武原　格[3]，
福田敏雅[4]，國松志保[5]，小林　覚[6]，星野雅弘[7]，
松浦常夫[8]，三村　將[9]，吉本一哉[10]，平川博之[11]，
西田伸一[11]，土谷明男[11]

1）（公財）交通事故総合分析センター，
2）千葉県立保健医療大学，
3）東京都リハビリテーション病院，
4）東京都眼科医会，5）西葛西・井上眼科病院，
6）エスペランサ法律事務所，7）（株）MOTOTECA，
8）実践女子大学，9）慶應義塾大学，
10）玉川医師会，11）東京都医師会

【目的】実地医家において免許を保有する高齢患者の運転や免許の可否などの相談・指導の現状や医師の意識を探るため，東京都医師会「高齢社会における運転技能および運転環境検討委員会」が実施した調査結果を報告する．

【方法】東京都医師会会員を対象に地区医師会経由で web によりアンケート調査を実施し 421 名の有効回答を得た．

【倫理的配慮】委員会の承認を得た上で，回答者には個人情報を収集せず，調査内容や主旨を説明し調査同意を得て実施した．

【結果】日常診療での患者との運転や免許返納の話題は，5 割強（233 名）の医師が「たまにある」と回答し，相談経験のある医師のうち，患者に免許返納などの具体的な指導を「たまにしている」医師は 6 割弱（166 名）であった．指導の結果，免許を返納した事例が「たまにある」医師は 5 割弱（139 名），指導をしたが患者が従わないなど困難事例が「たまにある（86 名）」「よくある（10 名）」と回答した医師がいた．認知症の場合に運転免許が取り消しとなる現行の制度について，6 割強（273 名）の医師が「適切な対応だと思う」と回答していたが，医師が運転免許証の可否に関わる認知症の診断に関与することについて尋ねた結果，3 割強（178 名）の医師が「できれば行ないたくない」と回答し，その理由を回答した者（249 名，回答率 59. 1%）のうち約 3 割が「専門外」を理由に挙げていることが示された．

【考察】調査より，医師が高齢患者の運転や免許の可否や認知症の診断に消極的となる背景には，専門性の問題や診療上の課題，さらには，患者との訴訟リスクや関係性が損なわれることへの懸念や不安といった心情面も示された．

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．

OA-7

アルツハイマー型認知症における行動・心理症状と脳形態の左右差との関連

亀山　洋[1)]，互　健二[1)]，髙崎恵美[1)]，樫林哲雄[2)]，高橋竜一[2)]，鐘本英輝[3)]，石井一成[4)]，池田　学[3)]，繁田雅弘[1)]，品川俊一郎[1)]，數井裕光[5)]

1）東京慈恵会医科大学精神医学講座，
2）兵庫県立リハビリテーション西播磨認知症疾患医療センター，
3）大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室，
4）近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門，
5）高知大学神経精神科学教室

【背景】アルツハイマー型認知症（AD）における行動・心理症状（BPSD）の神経基盤について探索した脳画像研究は多くあるが，依然としてその病態は明らかでない．近年，認知症における非対称性の変性がその臨床症状と関連するとの報告がある．本研究では AD 脳における非対称性の変化が BPSD と関連していると仮説を立て，脳画像解析に基づく検証を行った．

【対象と方法】全国 3 施設の認知症外来を 2015 年 1 月から 2020 年 7 月までに受診し，軽度 AD と診断された患者 121 名のデータを抽出した．頭部 MRI 画像から脳画像解析ソフトである CAT12 を用いて各部位の脳容積を計測した．また，Neuropsychiatric Inventory を用いて評価された各患者の BPSD を 4 つのクラスタリングされた BPSD に分類し，各部位の脳容積，脳形態の左右比との関連を解析した．なお本研究は各施設内の倫理委員会の承認を経て施行された．

【結果】網羅的な解析の結果，各 BPSD と脳容積との有意な相関は認められなかったが，攻撃性を示す BPSD スコアと前頭葉における右側の相対的萎縮を示す，L/R ratio 値とが有意に相関した（$r = 0.235$，$p = 0.009$）．更に攻撃性の有無に基づく群間比較においても，前頭葉の L/R ratio 値は上昇していた（$p = 0.029$）．一方，認知機能検査および背景因子と前頭葉の L/R ratio 値との関連は認められなかった．

【結論】初期の AD 患者において，攻撃性を伴う BPSD は前頭葉の左右比と関連した．脳容積と比較し，脳の左右比がより鋭敏に AD における攻撃性を検出する可能性がある．

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．

OA-8

軽度認知障害及び認知症の行動・心理症状への白質病変の影響

片上茂樹[1)]，鐘本英輝[1)]，垰本大喜[1)]，佐竹祐人[1)]，末廣　聖[1)]，佐藤俊介[1)]，竹田佳世[1)]，吉山顕次[1)]，樫林哲雄[2)]，高橋竜一[2)]，互　健二[3)]，品川俊一郎[3)]，石井一成[4)]，數井裕光[5)]，池田　学[1)]

1）大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室，
2）兵庫県立リハビリテーション西播磨病院，
3）東京慈恵会医科大学精神医学講座，
4）近畿大学放射線医学教室放射線診断学部門，
5）高知大学神経精神科学教室

【目的】軽度認知障害（mild cognitive impairment : MCI）及びレビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies : DLB）の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD）への白質病変（white matter lesion : WML）の影響に関する研究は少ない．今回，MCI，DLB，アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease dementia : ADD）の BPSD に WML が与える影響を検討した．

【方法】J-BIRD-RN 研究に参加した三施設の MCI 患者 180 名，DLB 患者 67 名，ADD 患者 276 名の MRI に対し，画像解析ソフト BAAD を用いて WML 及び灰白質容積を算出した．Neuropsychiatric Inventory（NPI）の各項目のスコアを目的変数，WML の容積，灰白質の容積，疾患の重症度（Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes），年齢，性別，教育年数，施設を説明変数として重回帰分析を行った．

【倫理的配慮】高知大学の倫理審査委員会の承認を得て，患者の個人情報を匿名加工し特定されないよう配慮した．

【結果】DLB，ADD では WML の容積は NPI の各項目のスコアと有意に相関しなかったが，MCI では妄想（$p = 0.005$）のスコアと有意な負の相関を，うつ（$p = 0.0287$），無為（$p = 0.0287$），脱抑制（$p = 0.0429$）と有意な正の相関を認めた．

【考察】DLB，ADD に比べて，MCI では WML が BPSD へ大きく影響する可能性が示唆された．また，前頭葉機能障害との相関が指摘されるうつ，無為，脱抑制と WML が正の相関をすることは，WML と前頭葉機能障害との相関に関する従来の指摘と矛盾しない結果であった．

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．

OA-9

軽度行動障害における感情調節障害ドメインが関連する脳領域の調査

――軽度行動障害の神経基盤――

今井　鮎，松岡照之，成本　迅

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学教室

【目的】軽度行動障害（mild behavioral impairment ; MBI）は認知症の前駆症状として注目されている．MBI は 5 つのドメインを持つが，中でも感情調節障害は最多で認知症リスクと関連している．このドメインに関する研究ではこれまでに frontoparietal control network の機能低下が報告されているが，構造変化を調べた研究はほとんどない．そのため本研究では，認知症や感情障害との関連性が強い側頭葉，前頭葉，頭頂葉の構造的変化と MBI の中でも特に感情調節障害との関係を調べることを目的とした．

【方法】この研究では，軽度認知障害 90 名，自覚的認知機能低下 13 名，認知機能健常者 20 名の合計 123 名の診療録を後方視的に評価した．性別，年齢，MMSE スコアを共変量とする共分散分析を用いて，10 領域の皮質厚・表面積・体積を MBI の有無で比較した．また，MBI の感情調節障害を有する群と MBI を有しない群も比較した．

【倫理的配慮】この後ろ向き研究は京都府立医科大学研究倫理委員会の承認を得ている（ERB-C-2115）．

【結果】解析の結果，MBI の感情調節障害を有する群では右海馬傍回と右縁上回の皮質厚が有意に減少していた．多重比較補正後は有意差がなかった．

【考察】MBI の中でも特に感情調節障害は，右海馬傍回と右縁上回における皮質厚の減少と関連していた．内側側頭葉と頭頂葉の神経変性はアルツハイマー型認知症（AD）の前臨床段階で認めることが多いため，MBI の中でも特に感情調節障害は AD を予測する可能性がある．

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．

OA-10

縦断的経過における BPSD（認知症の行動と心理症状）重症度の推移

――入院治療における NPI（Neuropsychiatric Inventory）下位症状の変化――

永田智行[1,2]，品川俊一郎[2]，小林伸行[3]，近藤一博[3]，繁田雅弘[2]

1）あいらの森ホスピタル認知症疾患医療センター，
2）東京慈恵会医科大学精神医学講座，
3）東京慈恵会医科大学ウイルス学講座

【目的】入院加療を要した認知症の行動と心理の症状（以下 BPSD）の縦断的推移を調査することで，治療介入後の症状の特徴を探索する．

【方法】対象者：認知症治療病棟（看護職員 20 : 1）に入院治療を必要とする認知症患者連続例．入院後 12 週までの期間に MMSE，NPI スコアの推移（週数：0，1，4，8，12）と内服薬の有無を調査した．対象者には非薬物療法を施行し，必要に応じて薬物療法を開始した．各 NPI の下位症状と療養期間，使用薬剤などとの関連性を調査した．

【倫理的配慮】対象者・家族に口頭で研究内容を説明し，書面にて同意を取得した．

【結果】認知症患者 31 例（平均年齢：86.5 歳，女性：74.2%，アルツハイマー病/レビー小体型認知症/血管性認知症/正常圧水頭症：22/2/4/3）の属性として，入院当時平均 MMSE スコア：10.5，平均 NPI スコア：15.4 であった．NPI 下位スコア（繰り返されたサンプル N＝140）を主成分分析によって，1）精神病・情動症候（妄想；幻覚；易怒性；不安），2）行動・概日リズム症候（異常行動；夜間行動；脱抑制），3）興奮・無関心症候（興奮；食行動；無関心）の 3 症候に分類した．各症候クラスターのうち，行動・概日リズム症候のスコアと治療期間との有意な相関関係（P＝0.017，ρ スコア＝－0.20）がみられたが，向精神薬服用との有意な関連性は定かではなかった．

【考察】入院治療介入後，各症状のなかで，行動と概日リズムの症候は時間の経過で改善されたが，向精神薬による薬物療法の影響は見いだせなかった．今後さらに，症例数を増やし，観察期間を延ばして検証する必要性がある．

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と，東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得ている．

OA-11

T1w/T2w 比画像を用いたアルツハイマー病における視空間認知の神経基盤の評価

大西弘樹[1,2]，松岡　究[1]，高橋誠人[1]，
北村聡一郎[1,3]，上田和也[1]，南　昭宏[1]，吉川裕晶[1]，
高田涼平[1]，井川大輔[1]，山室和彦[1]，
木内邦明[1,4]，牧之段学[1]

1）奈良県立医科大学精神医学講座，
2）奈良こころとからだのクリニック，
3）国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構量子生命・医学部門量子医科学研究所脳機能イメージング研究部，
4）市立東大阪医療センター精神科

【目的】アルツハイマー病（AD）ではミエリン形成の低下が認知機能低下と関連すると考えられている．本研究ではAD 患者の視空間認知機能と T1w/T2w 比画像により推定したミエリン含有量との関係を調べた．

【方法】AD 患者 57 名を対象として，Ray-Osterrieth Complex Figure Test 模写課題（ROCFT-c）により視空間認知機能を評価した．また頭部 MRI により T1 強調画像，T2 強調画像データを用いて T1w/T2w 比画像を作成した．年齢と利き手を共変量として設定し，voxel-based morphometry（VBM）を用いて，ROCFT-c 得点と T1w/T2w 比が有意に関連する脳領域を全脳的に探索した．

【倫理的配慮】本研究は奈良県立医科大学の医の倫理審査委員会で承認され，被験者よりインフォームドコンセントを得ている．個人が特定されないように匿名化し，最大限の倫理的配慮を行った．

【結果】右中側頭回と右楔前部において ROCFT-c 得点と T1w/T2w 比との間に，有意な正の関連性を認めた．

【考察】AD 患者において，右中側頭回，右楔前部のミエリン含有量と視空間認知機能の関係が示唆された．中側頭回，楔前部は視覚情報処理を担う脳領域と考えられ，ROCFT-c 得点と脳代謝の相関が報告されている．また先行研究で AD 患者においても，T1w/T2w 比の低下がミエリン含有量低下を反映することが報告されている．中側頭回，楔前部は，病早期より異常タウタンパクやアミロイド β 集積がそれぞれみられる部位である．両部位に生じた脱髄性変化が，視空間認知機能の低下と関連した可能性が考えられる．

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．

OA-12

演題取り下げ

OA-13

認知症診断における脳波検査の重要性

田中康裕

こだまホスピタル

【症例報告】老年期精神病状態として多くの高齢者が精神科を受診する．近年てんかんが背景にあることが指摘される．認知症状態で幻覚妄想を伴う場合，DLB と診断されることが多いと思われる．治療薬剤の選択に脳波検査が有用であった 3 例を経験したので報告する．

【倫理的配慮】本報告に際し，プライバシーに配慮し病歴の一部を改変し，患者および家族に説明し同意を得た．

【結果】症例 1：80 代女性．X－1 年頃から物忘れが目立つようになり，その後人物の幻視生じ，X 年 1 月当院初診．DLB を疑いドネペジル処方開始後症状が軽減した．4 か月後嫉妬妄想が激烈で暴力行為も生じたため，抗てんかん薬を処方し症状が収束した．症例 2：80 代男性．X－2 年頃から歩行緩慢となり，X－1 年過眠や視覚的異常体験が生じ，趣味の釣り準備ができなくなった．RBD 様症状の病歴も得た為，DLB を疑い塩酸ドネペジル使用開始したが，気分不快や痙攣を生じ中止．抗てんかん薬処方にて症状消退した．症例 3：90 代女性．X－5 年から介護保険サービス利用していた．X－1 年頃から夜間不眠・多動，会話性独語や人物幻覚に対する暴言生じたため当院初診．塩酸ドネペジルは既に使用されていたため，抗てんかん薬追加にて症状消失した．

【考察】認知症疾患において，脳波検査の詳細な報告は少ない．当院では 2018 年から脳波検査を新患でルーチン化したところ，多くの例でてんかん性異常の存在を確認することができた．これまで認知症や妄想性障害と診断していた例にも少なからず合併していた可能性があり，今後診断・治療に際し注意が必要である．

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．

OA-14

非放射性キセノンと CT を用いた脳血流測定

――ImageJ を活用し脳血流量測定の精度を高める試み――

中西幸治[1)]，小出求陸[1)]，林　伸介[1)]，東　賢志[1)]，山本誉麿[2)]，立花久大[3)]，澤　　温[1)]

1）社会医療法人北斗会さわ病院精神神経科，
2）ほくとクリニック病院，
3）西宮協立脳外科病院

【目的】当院では，脳血流（CBF）を非侵襲的かつ定量的に測定するため非放射性キセノンと CT を用いて測定している．従来の方法を改良し，ずれ補正や計算精度を高める処理を ImageJ（アメリカ国立衛生研究所：NIH で開発が進められたオープンソースの画像処理ソフトウエア）を利用して精度の高い CBF を得る試みを継続している．本研究の目的は，早期認知症診断に役立つ精度の高い CBF を得ることである．

【方法】【倫理的配慮】従来のキセノン CT による測定法では患者の体動などのノイズの影響を受けやすく，特に認知機能低下のある患者においては正確な CBF を測定することは困難であった．当院では計測時間の短縮のため 30％キセノンガスの吸入は 2 分間，洗い出しは 3 分間として基底核，側脳室の断面を比較して CBF を評価している．2 分吸入キセノン CT の CT 値の経時的変化量を ImageJ を利用して様々な工夫を重ね，ずれ補正や精度を高めることで精度の高い CBF を得る試みを継続している．

【結果】脳実質部分の CBF だけを表示し，ずれ補正を行い，外れ値を省き精度を高めることで改善版 CBF を得ることが出来た．

【考察】改善版 CBF を用いることにより認知症の診断，病態把握の精度を向上させることができる可能性があると考えられる．

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．

本研究は社会医療法人北斗会さわ病院の院内倫理委員会の承認を受けた．

OB-1

入院患者における睡眠薬処方の推移と院内インシデント発生の推移について

中澤太郎，大橋綾子，畑部暢三，
小原知之，中尾智博

九州大学大学院医学研究院精神病態医学

【目的】九州大学病院における 2019 年 4 月から 2021 年 3 月までの 3 年間における睡眠薬処方の推移と，同期間の院内のインシデント報告の推移を検討した．

【方法】2019 年 4 月 1 日から 2021 年 3 月 31 日の間に九州大学病院を退院した全入院患者のうち，入院中または退院時に睡眠薬を処方されたのべ 15,721 名（22,229 処方）を対象とした．診療録情報より，退院時処方もしくは入院期間中に最終的に処方された睡眠薬の処方薬剤名，および入院中の精神科リエゾンチーム介入の有無に関する情報を抽出した．さらに，同期間中の院内インシデント報告から，ドレーン・チューブ類の自己抜去および転倒の発生件数，およびせん妄合併の有無に関する情報を収集した．

【倫理的配慮】本研究は，九州大学医系地区部局倫理審査委員会の承認を得て実施した．

【結果】全入院患者における睡眠薬処方の内訳では，2019 年から 2021 年にかけて GABA 受容体作動薬の処方割合は 54% から 37% に低下した．一方，オレキシン受容体拮抗薬の処方割合は 34% から 52% に上昇した．また，精神科リエゾンチームの介入を受けた患者に限定した検討においてもオレキシン受容体拮抗薬の処方割合は 48% から 65% へ増加していた．さらに，同期間におけるせん妄を合併したインシデントは有意に減少した．

【考察】当院の入院患者において，リエゾンチーム介入例のみならず，一般診療科においても GABA 受容体作動薬からオレキシン受容体拮抗薬へと処方内容が推移していることが示された．せん妄を伴うインシデントの報告件数の低下には睡眠薬の処方内容の変化が影響している可能性がある．

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．

OB-2

高齢者における不定愁訴に対する漢方薬の使用経験

長濱道治，河野公範，山内真喜夫，飯島慶郎，
槻宅雅史，林真一郎，正岡　浩，伊藤　司，
佐藤皓平，錦織　光，山下智子，岡崎四方，
大脇孝治，和氣　玲，稲垣正俊

島根大学医学部精神医学講座

高齢者において，器質的異常がないにもかかわらず不定愁訴（身体的愁訴）を認める場合に，背景となる精神科的疾患として，身体表現性障害（心気症），うつ病，認知症（行動・心理症状）などが挙げられる．今回，我々は，高齢者における不定愁訴に対する漢方薬の使用経験について，自験例をまじえて報告する．なお，自験例の報告にあたっては，患者個人が特定されないように配慮し，本人および家族に口頭で承諾を得た．老年期うつ病と診断された 80 歳代の女性のケースでは，胆石症の手術を受けた後より，胸部不快感を認めたため，抗うつ薬とともに半夏厚朴湯を投与したが，症状の改善が得られないばかりか胃部不快感を認めたため，茯苓飲合半夏厚朴湯に切り替えたところ症状の改善を認めた．アルツハイマー型認知症の診断を受けた 70 歳代の女性のケースでは，動悸・呼吸苦を主訴として頻回に救急外来を受診するようになったため，抑肝散加陳皮半夏を投与したところ，症状の改善を認めた．いずれのケースも副作用を生じることなく症状の改善を認めた．不定愁訴に対する薬物療法として，抗うつ薬，抗不安薬（ベンゾジアゼピン系）が選択肢にあがるが，高齢者に対する抗不安薬（ベンゾジアゼピン系）の使用は，せん妄を惹起させたり，認知機能の低下・転倒につながる可能性があり，推奨されていない．それに対して，漢方薬は，向精神薬でみられるような副作用を生じないことが最大の特徴である．また，向精神薬によっても改善しない精神症状あるいは身体症状に対して漢方薬が奏効することがあり，高齢者に対する薬物療法において重要な治療選択肢となりうる．

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．

OB-3

重症筋無力症に併存した難治性うつ病に対して免疫グロブリン療法が有効であった一例

齊之平一隆[1)]，野村美和[2)]，仮屋麻衣[1)]，新井　薫[1)]，石塚貴周[1)]，佐々木なつき[1)]，福原竜治[1)]，中村雅之[1)]

1）鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野，
2）恒心会おぐら病院脳神経内科

【目的】重症筋無力症（myasthenia gravis ; MG）は，自己抗体の作用により神経筋接合部の刺激伝導が障害されて生じ，抗 AChR 抗体などが関与していると言われている．全身の筋力低下などを認めるが，抑うつ症状などの精神症状が出現するといった報告もある．今回我々は，MG に併発した難治性うつ病に対して免疫グロブリン療法が有効であった症例を経験したため報告する．

【方法】症例は 64 歳女性. 50 歳時に抑うつ気分，意欲低下，不眠などを認めうつ病と診断されたが，症状は薬剤治療抵抗性であった．64 歳時に重度の抑うつ症状から亜混迷状態となった．同時期に左目眼瞼下垂を認め，抗 AChR 抗体が陽性であり MG と診断された．重度の抑うつ症状，亜混迷状態に対して電気けいれん療法を施行し，MG に対して免疫グロブリン療法を行なった．

【倫理的配慮】発表に際して患者のプライバシー保護に配慮し，本人から書面にて同意を得た．

【結果】重度の抑うつ症状，亜混迷状態に対して電気けいれん療法を行うも寛解に至らず，免疫グロブリン療法により AChR 抗体価の低下と共に，抑うつ症状は劇的に改善した．MG に対する免疫グロブリン療法が精神症状に有効であった．

【考察】MG に伴う抑うつ症状は，免疫調節異常による視床下部-下垂体-副腎の機能や中枢性コリン作動性の障害，疾患自体が悪化し二次的な精神的異常をきたすことなどが報告されているが不明な点が多い．本症例は，電気けいれん療法を行うも抑うつ症状の改善は乏しく，免疫グロブリン療法で抑うつ症状などが改善した．MG 患者に抑うつ症状を認めた際には，積極的に MG に対する治療を行うことが必要である．

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．

OB-4

認知症高齢者に対する小集団の楽しさプログラムと個別での作業療法との比較

本家寿洋[1)]，根本直久[2)]

1）北海道医療大学大学院リハビリテーション科学研究科，
2）介護老人保健施設ケアステーションひかり

【目的】認知症ケアの現場では，マンパワー不足が慢性的に生じており，個別での関わりが困難な現状（吉田他 2020，永田他 2016）がある．したがって，小集団でのプログラムが可能になれば，マンパワー不足でも認知症の非薬物療法の有効性が期待できると考えた．そこで演者らは，これらの改善に向けた小集団の認知症楽しさプログラム（以下，楽しさ PG）を開発した．本研究の目的は，機能訓練や ADL あるいは余暇活動を個別に介入する群（以下，通常 OT 群）と，余暇活動の楽しさ評価法の 18 の楽しさの経験の有無を余暇活動の具体例を通して思い出してもらい，その後に余暇活動を実施して楽しさを振り返る介入群（以下，楽しさ PG 群）で，認知症の中核症状や周辺症状および作業参加の改善での比較検証をすることである．

【方法】研究デザインは，非ランダム化単盲検並行群間比較試験とし，対象者は介護老人保健施設に入居している CDR1～3 の認知症高齢者であり，通常 OT 群 16 名，楽しさ PG 群 14 名の合計 30 名とした．本研究は，事前測定→各群 12 週間での 1 回 60 分の 15 回実施→事後測定の手順で実施した．主要アウトカムは MOHOST，副次アウトカムは MMSE，FIM，NPI とした．両群の比較検証は，両群の変化量での群間比較を実施した．

【倫理的配慮】大学の倫理委員会の承認を得て実施した．対象者には文書と口頭で説明し，同意を得た．

【結果】平均年齢は，通常 OT 群は 89.6 歳で楽しさ PG 群は 86.8 歳で両群間の有意差はなかった（p＝.45）．実施前の MOHOST，MMSE，FIM，NPI も両群間に有意差はなかった．変化量の群間比較は，MOHOST（p＝.001），FIM（p＝.005）で楽しさ PG 群の方が有意に得点の変化量が高く，MMSE は有意差がないが効果量（r）＝0.34 であった．

【考察】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．本研究の結果より，通常 OT 群よりも楽しさ PG の方が認知機能や ADL および作業参加が改善する可能性が見えてきた．

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．

OB-5

COVID-19 の罹患を契機に重度のうつ病エピソードを発症し電気痙攣療法を要した一例

土井貴弘，小笹俊哉，国本晃佑，仲里　伸，
松下泰士，三浦隆義，土井　拓

医療法人杏和会阪南病院

【目的】COVID-19 の後遺症として抑うつ，不安などの精神症状が出現することが知られている．COVID-19 を罹患した後に重度のうつ病エピソードを発症し，舌を噛み切るなどの自殺企図を認めたため電気痙攣療法を要した初老期女性の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する．

【方法】60 歳代前半女性．生来健康だが父親は自殺により他界している．最終学歴は短大卒で，30 歳代前半に結婚し挙児はない．X－6 年からパートで保育士として働いていた．X－1 年 12 月に COVID-19 に罹患し約 10 日間のホテル療養を行ったが，非常に苦痛な経験となった．X 年 1 月に復職したがミスが目立ち，気分の落ち込みも認めた．X 年 3 月上旬に退職し近医精神科でうつ病の診断を受けて通院を開始したが症状は悪化し続けた．X 年 4 月下旬に自殺企図を繰り返したため同年 5 月 1 日に当院を受診した．診察時，重度の抑うつ症状を認め，不安・焦燥が著しく医療保護入院となった．

【倫理的配慮】個人情報保護に留意し，学会発表への本人・家族への同意を取得した．

【結果】入院 3, 4 日目にベッドからの飛び降り，弾性ストッキングの口への詰め込みなどを行い，身体的拘束を要した．入院 6, 7 日目に立て続けに舌を噛み切り自殺を図ったため入院 10 日目から修正型電気痙攣療法を開始した．計 12 回の治療が終了した時点で抑うつ症状は消失しており，維持療法としてベンラファキシンの内服を開始した．その後一年半以上寛解状態を維持している．

【考察】COVID-19 の後遺症のリスクファクターとして女性，高齢であることなどが報告されている．本症例はそれに加え遺伝的脆弱性，ホテル療養によるストレスなどの環境要因が重なり重度のうつ病エピソードを発症したと考えられた．

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．

OB-6

当院認知症治療病棟において身体的拘束ゼロを成功させた取り組み

川﨑洋介[1,2]，浅川　理[1]，小川　徹[1,3]，
上田譲二[1]，高嶋純子[1]，原　京子[1]，
深澤文江[1]，辻　教子[1]，中込琴子[1]

1）特定医療法人南山会峡西病院，
2）杏林大学医学部精神神経科学教室，
3）ふるさと診療所

【目的】令和 4 年度精神保健福祉資料（630 調査）では，精神科病院の身体的拘束指示数は 10,903 件あり，そのうち認知症（F0）が 4,677 件（42.9%）で，認知症入院者の拘束率は 6.4% と他の精神疾患と比較して高率となっている．そうした中で，当院認知症治療病棟において身体的拘束ゼロの取り組みに成功することができたことから報告する．

【方法】行動制限最小化委員会を中心に職員の研修や隔離拘束体験，当事者アンケートを行ない，行動制限に対する意識改革を行なった．また転倒予防を理由とした身体的拘束を行なわないように事故予防研究会を中心に医師，看護師，薬剤師，作業療法士などの多職種の意見を取り入れた転倒予防策とともに，「転倒しても骨折させない」対策を行なった．

【倫理的配慮】患者特定に繋がらない最小限の情報を用いるよう考慮し，本学会での発表に関して当院倫理委員会の承認を得た．

【結果】認知症治療病棟において平成 25 年度に身体的拘束延べ人数 16 人（平均拘束日数 39.3 日）であったが，平成 30 年度には身体的拘束延べ人数 0 人となり令和 3 年度まで身体的拘束ゼロを継続することができた．また身体的拘束と転倒インシデント（相関係数 0.40），身体的拘束と大腿骨骨折事故（相関係数－0.48）には強い相関はなかった．

【考察】身体的拘束が転倒や骨折事故予防に効果的であるという誤った認識など身体的拘束に対する職員の意識改革を行なっていくと同時に，「転倒しても骨折させない」対策を行なうなど，多職種が協働することで医療安全を偏重しすぎずに患者人権を擁護し，身体的拘束を行なわない認知症治療を実践できたものと考えられた．

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．

OB-7

レビー小体型認知症を背景としたうつ病の一例

――臨床経過や画像バイオマーカー所見の変化についての考察――

森岡大智[1)]，小林良太[1)]，川勝　忍[2)]，坂本和貴[1,2)]，鈴木昭仁[1)]

1）山形大学医学部精神医学講座，
2）福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座

【目的】近年，レビー小体型認知症（DLB）では前駆期から多彩な精神症状を呈することが報告されている．うつ病の経過中にDLBと診断された一例について，臨床経過や画像バイオマーカー所見の変化を報告する．

【倫理的配慮】患者・家族より書面で同意を得，匿名性に配慮した．山形大学医学部倫理審査委員会において承認を得た．

【症例】80代女性．X－7年，抑うつ気分や食思不振などの症状を認め，第1回入院．うつ病の診断で薬物療法を行うも無効だった．食思不振や希死念慮が遷延し，緊張病性亜昏迷として修正型電気けいれん療法（mECT）を行うと症状は改善した．入院中のMIBG心筋シンチグラフィで洗い出し率の亢進を認めたが，H/M比の低下は見られなかった．MMSEは症状改善前後でいずれも26点だった．X年，誘因なくうつ病が再燃し，「虫が見える」と幻視様の発言もきかれ，第2回入院．MMSEは0点（施行不能）～7点と変動性で，経過中に上肢の筋強剛や安静時振戦がみられた．MIBG心筋シンチグラフィとDAT-SPECTを施行すると，いずれも異常所見がみられ，Probable DLBと診断された．薬物療法への反応性は乏しく，mECTを計3回施行すると症状は速やかに改善した．一方でせん妄が約1か月継続した．せん妄改善後のmECT後のMMSEは20点で，パーキンソン症状にも改善がみられた．

【考察】高齢発症の反復性うつ病，特に緊張病症状を伴う場合には，DLBの背景を検討する必要がある．前駆期DLBの精神症状に対してmECTが有効な可能性があるが，思考に際してはせん妄やその他の合併症に留意すべきである．前駆期DLBの段階では画像バイオマーカーが陰性である場合もあり，必要に応じて繰り返し検査を行う必要がある．

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．

OB-8

うつ病の入院治療歴を有するpsychiatric-onset DLBの2症例

深津孝英，兼本浩祐

愛知医科大学精神科学講座

【目的】うつ病の入院治療歴があり，のちにレビー小体型認知症と診断変更を行った2症例を報告する．

【症例】症例1は初診時70歳代女性．X－8年に焦燥を伴う抑うつ気分，食欲不振，ふらつき，呼吸困難感が軽快せず，内科病院から当院精神科病棟に転院し，うつ病として医療保護入院が行われた．幻視やパーキンソニズムは認めなかったが，便秘，尿失禁を認めた．MRI；VSRAD　0.80，DATスキャン；集積低下なし，SPECT（eZIS）；前頭葉有意の血流低下，MIBG心筋シンチ；集積低下あり，MMSE 21点であった．退院後MMSEは30点まで回復し，うつ症状や尿失禁も軽快した．X－7年抗うつ薬は継続投与していたが，再度行ったMIBG心筋シンチでも集積は低下していた．X－2年記銘力障害，レム睡眠行動障害，転倒エピソードが出現し，DATスキャンでは集積低下が確認された．症例2も初診時70歳代女性．X－2年心臓ペースメーカー挿入後，亜急性に貧困妄想や希死念慮が出現し，うつ病として医療保護入院による加療が行われた．X－1年にスルピリドによる過敏性，繰り返す転倒，強い不安感が認められ，MIBG心筋シンチやDATスキャンでは集積低下を認めた．

【倫理的配慮】本研究は愛知医科大学病院倫理委員会の承認を受けた．

【考察】2症例とも当時抗うつ薬による薬物療法により，症状は軽快したが，完全寛解まで至らず，現在はレビー小体型認知症として通院加療を継続している．高齢うつ病患者においてはレビー小体病を背景に有する者が一定程度存在すると考えられ，核医学検査も組み合わせた慎重なフォローアップが必要であると考えられた．

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．

OB-9

自己分身症候群を呈し，probable DLB と考えられた 1 例

坪内賢太，岩下正幸，稲村圭亮，石井洵平，
松田勇紀，山崎龍一，品川俊一郎，繁田雅弘

東京慈恵会医科大学精神医学講座

自己分身症候群とは自己を対象とした替え玉妄想であり，Christodoulou によって提唱された妄想性誤認症候群の一型である．今回我々は自己分身症候群を呈し，probable DLB と考えられた 1 例を経験したので，若干の考察を加えて報告する．

症例は入院時 75 歳の右利き女性．入院した時点では心気症状が主訴で，不安焦燥が強く，反復性うつ病の診断であった．経過中に，焦燥が強く保護室隔離となったが，その後「怖い人が点滴を抜きにくる」といった幻視を訴え，また MRI 検査を施行しようとすると「他に本物の A（本人）がいるので私には必要ない」と訴えた．食事も「私のものではなく本物の A のものなので食べない」と訴えた．症状は持続し，クエチアピンやペロスピロンなどの抗精神病薬にも反応せず，混迷様の病像を呈した．そのため薬剤を減量し，看護師との関わりを増やすなど日中の活動性を向上させたところ，1 ヶ月程度で症状は軽快し，尋ねれば「A がいる」とは言うものの，食事や入院生活は可能な状態となり，幻視の訴えも消退した．DATSCAN や MIBG 心筋シンチグラフィー検査では有意な所見を認めなかったが，認知機能検査において変動が大きく，注意機能の低下が目立ち，パーキンソニズムも出現し，診断基準に基づき probable DLB と考えられた．

本例の症状は妄想性誤認症候群の中でも，比較的稀である自己分身症候群と考えられた．自己分身症候群の神経基盤についてはこれまで報告が少なく，その病態機序を考える上で貴重な症例と思われた．なお症例提示にあたっては，患者および家族からの同意を得て，プライバシー保護の観点から一部改変した．

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．

OB-10

前頭側頭型認知症の危険因子の検討

――アルツハイマー型認知症と比較して――

大越麻加[1,2]，品川俊一郎[1]，高崎恵美[1]，
須佐由子[2]，稲村圭亮[1]，繁田雅弘[1]

1）東京慈恵会医科大学精神医学講座，
2）一般財団法人精神医学研究所附属東京武蔵野病院

【目的】前頭側頭型認知症（FTD）は，若年発症の認知症としてはアルツハイマー型認知症（AD）に次いで多いとされる．FTD は介護負担が高く，診断や介入が行われるまでに時間を要することが多い．本研究の目的は，本邦において FTD の発症危険因子を明らかにすることで，より正確な診断を可能とすることである．

【方法】2015 年 4 月から 2020 年 12 月までに東京武蔵野病院を受診した患者の診療録を後方視的に調べ 75 歳以下かつ DSM-5 を用いて FTD と診断された患者 50 名を抽出した．また，対照群として DSM-5 を用いて AD と診断されかつ，年齢と性別，教育歴，MMSE を統制した患者 48 名を抽出した．FTD に特徴的な危険因子を検討するため，両群の症候学的特徴，CDR，臨床症候学的因子，社会心理的因子の有無と診断との関係を比較した．

【倫理的配慮】本研究は東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を経て行い，後方視的研究に必要なオプトアウトも行った．

【結果】FTD 患者は AD 患者に比べて，病前は几帳面な性格傾向が有意に多いこと，糖尿病の既往が有意に少ないことが示された．回帰分析では有意ではなかったが，精神疾患の既往も影響を与えることが示唆された．

【考察】これらの危険因子の特徴を明らかにすることで，TD の早期発見・早期介入につながることが期待される．

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．

OB-11

前頭側頭型認知症に brexpiprazole が効を奏した１例

丸山惣一郎，西田圭一郎，山本真梨乃，島本優太郎，小野真由子，青木浄亮，青木泰亮

医療法人社団瀬田川病院

【目的】前頭側頭型認知症は認知機能障害に加えて脱抑制や常同行為を認め，本人は症状に対して苦悩を呈し介護者は多様な困難を呈することが多い．現在薬物療法としてエビデンスレベルが高いのはセロトニン再取り込み阻害薬であるが，全例には奏功しているとはいえないと考える．今回，前頭側頭型認知症周辺症状の治療に関して方法を模索する．

【方法】80 歳女性患者で脱抑制や精神運動興奮が目立つ方が X 年来院された．突然泣き出すなどの感情失禁を認めており，脱衣行為も認めていた．

同胞 4 名の第 2 子として出生し，高校卒業後結婚し 2 男を設けた．自営業の飲食店を 70 歳までした．X－9 年ころから計算ができない，人を覚えていないなどが目立つようになった．A 病院に通院したが，「夫が浮気をしている」と述べるなど妄想を訴えていた．そのため X 年当院受診となった．本症例に対して brexpiprazole を処方した．

【倫理的配慮】患者さん本人，家族から学術発表の同意は得ており，また適応外処方であることは理解を得ている．倫理委員会の承認が不要な研究課題である．

【結果】Brexpiprazole は著効し次回来院時には笑顔で苦痛なく，家族も満足な印象であった．また，錐体外路症状などの副作用を認めていなかった．

【考察】前頭側頭型認知症に対して brexpiprazole が効を奏した症例を経験した．Brexpiprazole は 5HT-1A に対する親和性が高く，部分作動薬としての効果が期待される．ドパミン受容体部分作動薬としての効果は妄想などの精神病症状に効を奏したと考えた．本症例に関して前頭側頭型認知症の治療方法に際する考察を加えて発表する．

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．

OB-12

神経核内封入体病（NIID）の 3 症例

今村研介[1)]，原口昌明[1)]，高森和沙[1,2)]，齊之平一隆[1)]，永田青海[1)]，瀬戸下玄郎[1)]，﨑元仁志[1)]，佐々木なつき[1)]，石塚貴周[1)]，福原竜治[1)]，中村雅之[1)]

1）鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野，
2）鹿児島県立姶良病院

【目的】神経核内封入体病（NIID）はエオジン好性の硝子体様の封入体が，中枢神経系および末梢神経系をはじめ，一般臓器の細胞の核内に広くみられる疾患である．若年型と成人型に分けられ，成人型では大脳白質の髄鞘，軸索が消失し，認知機能低下を呈する．頭部 MRI では，拡散強調画像（DWI）で皮質髄質接合部に高信号を認める．2011 年に NIID の診断に皮膚生検の有効性が報告され，2019 年に NIID の原因が *NOTCH2NLC* の CGG リピートの異常伸長であることが報告された．今回我々は，認知症の鑑別のため当院を紹介受診し，NIID と遺伝子診断した 3 例を経験したため報告する．

【症例】3 例ともに 60～70 代の女性．3 例とも 60 代から認知症の行動・心理症状を認め，精査目的で当院当科に紹介となった．

【方法】*NOTCH2NLC* の CGG リピートに対して repeat primed　PCR を行った．また，神経心理学的検査，頭部 MRI などの精査を行った．

【倫理的配慮】発表に関しては，本人及び家族から同意を得ており，個人情報は全て匿名化し特定されないように十分に配慮する．遺伝子解析については鹿児島大学桜ヶ丘地区臨床研究倫理委員会の承認を得ており，文書による説明と同意を得て行った．

【結果】3 例とも *NOTCH2NLC* の CGG リピートの異常伸長を認め，NIID と遺伝子診断が確定した．HDS-R や MMSE，FAB で失点が目立った．全例で頭部 MRI DWI で皮質髄質接合部に高信号所見を認めるなど NIID の特徴的な画像所見を有していた．

【考察】頭部 MRI　DWI で深部白質や皮質下白質に高信号を認める前頭葉機能低下などの認知機能低下症例は，NIID を鑑別に上げることが重要である．

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．

第 38 回秋季日本老年精神医学会

ポスター発表

10 月 13 日（金）13：15〜16：35
10 月 14 日（土）　9：15〜11：35

PA-1

レビー小体型認知症患者の幻視症状に対する生活環境調整の実践

石丸大貴[1,2]，鐘本英輝[2]，堀田　牧[2]，永田優馬[2]，佐竹佑人[2]，小泉冬木[2]，垰本大喜[2]，池田　学[2]

1）大阪大学医学部附属病院医療技術部リハビリ部神経科・精神科，
2）大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

【目的】Dementia with Lewy Bodies（DLB）患者二例に対して，生活環境の調整により幻視の改善を試みた実践を報告する．

【倫理的配慮】発表に際し，本人と家族より口頭・書面で同意を得た．

【症例紹介】家族の協力のもとカメラを用いて生活環境を評価する Photo assessment of living environment（PA-LE）と幻視の症候学的評価に基づいて，幻視に関連する環境要因を確認し，個別的に環境調整を行なった．

症例 1 は DLB と診断された 78 歳の女性で，Mini-Mental State Examination（MMSE）は 11/30 であった．見知らぬ人，子供，猫の幻視を経験しており，恐怖感を抱いていた．幻視は主にリビングと寝室で生じていた．PA-LE では，ソファーのクッション，絨毯の模様，ハンガーに掛かった衣類など，いくつかの環境誘因が確認された．

症例 2 は DLB と診断された 88 歳の女性で，MMSE は 5/30 であった．見知らぬ男，子供，動物の幻視を経験しており，妄想的な思考に発展していた．幻視は主にリビングと寝室で生じていた．PA-LE では，ハンガーに掛かった衣類，人形の置物など，いくつかの環境誘因が確認された．

二例に対して，PA-LE と幻視の特徴に合わせて環境的・心理的な非薬物的介入を実施した．環境調整では，服をハンガーに掛けずに収納する，人形を目隠しシェードで隠すなど，幻視の誘因となる個々の環境要因の除去を指導した．環境調整に加えて，否定的な気分の改善と幻視出現後の対処方法を個別化した内容で心理教育を実施した．

一部の幻視の持続や新規の幻視の出現を認めたが，環境調整を施した場所での幻視は二例とも消退した．

【考察】生活環境と症候の詳細な評価を合わせることで，幻視の誘因となる環境刺激を特定し，有用な環境調整が提案できるかもしれない．

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．

PA-2

L-DOPA の増量により BPSD が増悪したレビー小体型認知症の一例

――失敗症例から学んだ教訓――

黒須貞利，加藤薫子，高階憲之

松涛会南浜中央病院

【目的】DLB の薬物療法では，BPSD が最も活発な時に合わせて L-DOPA を投与するのが効果的である．一方 L-DOPA 投与が BPSD を悪化する症例もある．このような症例を経験したので報告する．

【倫理的配慮】発表に当たって，個人の特定がないよう，秘密保持の配慮を行った．

【症例】80 歳代　女性　発表に際し，本人家族に同意を得た．

【現病歴】X－4 年頃の発病か．同年 5 月右大腿骨頚部骨折術後に 8 月に特養入所となった．X 年 3 月から暴力が目立つため，6 月当院初診となった．

【初診時所見】近時記憶・時間の見当識障害，視空間認知障害がみられた．また，幻視と軽度のパーキンソニズムが認められた．頭部 CT 上は海馬の萎縮は軽度であった．レビー小体型認知症と診断された．当日入院となった．

【入院後経過】L-DOPA 300 mg を 15 時と夕食後に投与開始した．

その後夕方の不穏は消失したが，午前中は大声で独語した．朝食後に処方追加した．午前の不穏が改善した．入院 2 週後，L-DOPA 200 mg（朝夕食後）を減量した．その後穏やかに経過した．

【今回の経過】X＋1 年 1 月，本人が COVID-19 に感染．隔離された．

2 月上旬から大声で独語しながら徘徊するようになった．L-DOPA を 200 mg から 350 mg に増量したが，増量した時間帯が特に衝動的で落ち着かなかった．L-DOPA を中止して，クエチアピン 200 mg を追加した．現在 75 mg に減量．前よりは落ち着いている．

【考察】本症例の場合，COVID 19 の感染と隔離によるストレスが加わっている．ストレスがある場合，ドパミンが上昇するため，L-DOPA の増量が逆効果だったと考えられる．

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．

PA-3

音楽性幻聴を伴う レビー小体型認知症の一例

岸本由紀，阿部和夫，武田敏伸，森村安史

一般財団法人仁明会

【目的】音楽性幻聴は高齢の女性に多く，難聴，精神疾患，てんかん，びまん性脳萎縮，などの背景疾患が考えられているが，レビー小体型認知症（DLB）で認められることは稀である．今回，我々は音楽性幻聴を伴った一例を経験したため報告する．

【症例】80 歳女性，これまでに精神科治療歴なし．難聴のため X－5 年頃から補聴器を使用するも上手く使えず，自宅に閉じこもる事が多くなった．X 年 5 月頃よりもの忘れがあり，「歌がきこえ，お祓いする人の姿が見える」と話すようになり，10 月の当院診察時にも「甲子園の歌や童謡が聞こえ，煩くて眠れない」と話された．頭部 MRI では大脳皮質全体の軽度萎縮，MIBG 心筋シンチグラフィーは取り込み低下，ドーパミントランスポーター SPECT では線条体での集積低下を認め，心理検査は MOCA-J 18 点，ノイズパレドリアでも視覚認知の障害が示唆，注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動と構築された具体的な幻視の存在から DLB と診断した．コリンエステラーゼ阻害薬を開始，増量したが，症状はむしろ増悪し「流行歌を歌っている 9 人グループの姿が目の前に見え眠れない」と訴えた．クエチアピンを追加，本人・家族への疾患教育を行い病状は安定化した．

【倫理的配慮】個人情報保護に留意し，発表に際し本人・家族に同意を得た．

【考察】この症例で特徴的であったのは，増悪時に音楽性幻聴と幻視が活発となったことであり，聴覚障害によるシャルル・ボネ症候群との関連性も推測される．音楽性幻聴に対する薬物療法について未だ一定のコンセンサスは得られていないが，今回は，クエチアピンの併用により軽快をみた．

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．

PA-4

余暇活動の 18 の楽しさを学んだ プログラムは好きな活動より 作業参加の改善に有効か

――シングルシステムデザイン（AB 法）の単一事例研究――

大山千尋[1)]，本家寿洋[2)]，岩間穂乃実[3)]，
畠山茂樹[1)]，内海久美子[1)]

1）砂川市立病院，
2）北海道医療大学リハビリテーション科学部，
3）イムス札幌内科リハビリテーション病院

【目的】レビー小体型認知症（以下，DLB）に対して，18 の余暇活動の楽しさプログラムは作業参加の改善に有効か検討する．

【対象と方法】対象は A 病院に入院中で CDR2 の DLB を有する 70 歳代の女性である．研究デザインは SSD（AB 法）とした．A 期（ベースライン期）は好きな活動（花を育てる）とし，B 期は 18 の余暇活動の楽しさを講義形式で学ぶプログラムを実施した．場所は OT 室で 1 回 40 分～60 分を目安に実施し，時間帯も 15～16 時で介入時間を一定にした．実施回数は各期 8 回行い A 期と B 期の間に 4 日間のウォッシュアウト期を設けた．測定指標は人間作業モデルスクリーニングツール（以下，MOHOST）を使用し，自己相関を確認後に加減速線法と ± 標準偏差帯法（以下，2DS 法）を用いてデーターを検討した．その他に ADL 評価で FIM とパラチック老人行動尺度，BPSD 評価で NPI を実施し前後比較を検討した．

【倫理的配慮】当院倫理委員会の承認（2021-研 3）を得ており，本人へ文書で説明し同意を得た．

【結果】MOHOST の結果をバートレット検定により，有意な自己相関係数や系例依存性は確認されなかった．そのため，加減速線法と ± 2DS 法を実施した．加減速線法により A 期はわずかに下降傾向し，B 期は上昇傾向を示した．± 2DS 法は，8 個全てのデーターで 2DS 帯の上位に位置した．前後比較の結果は，ADL は移動や身辺処理，社会的交流で改善し，BPSD の悪化は見られなかった．

【考察】加減速線法により MOHOST と ADL は B 期で有意な改善が見られた．よって，18 の余暇活動の楽しさプログラムは好きな活動を実施するよりも DLB 高齢者の作業参加が改善する有効性があると考える．

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．

PA-5

認知機能低下に幻覚と不随意運動を合併しレビー小体型認知症か脳血管性認知症かで鑑別を要した１例

普天間国博，比嘉リキ，比嘉　大，
嵩原駿平，高江洲義和，近藤　毅

琉球大学病院

【症例】糖尿病，慢性腎不全（透析中）の既往のある 70 代男性．周産期・発達の異常はなし．普通高校卒業後，公務員を経てスポーツ店を経営．40 代までは特に問題なく生活し精神科通院歴もなかった．50 代で小脳出血発症後に歩行障害，注意障害が出現し，近医内科にて高次脳機能障害との診断．就労は不可能となったが，家族の介護により 60 代までは在宅で穏やかに生活していた．70 歳ごろより小刻み歩行などの不随意運動が出現．X 年（当院受診 3 か月前），かかりつけ内科でパーキンソン病薬（レボドパ）を開始し 400 mg まで増量したところ，「殺し屋が来た」と訴え興奮状態となり家族とともに当院初診．幻覚妄想を伴う精神運動興奮状態で精神科入院治療が必要と判断され同日，当院に医療保護入院となった．入院後，レボドパを 200 mg まで減量したところ興奮状態は軽減したものの幻覚妄想は一部残存し，認知機能の低下（HDS-R：10 点相当）を認めた．入院後の頭部 MRI では両側大脳基底核（右＜左）で陳旧性のラクナ梗塞の多発を認め，ドパミントランスポーターシンチでは両側線条体の描出は良好であったことから脳血管性認知症と診断した．その後，レボドパを漸減終了したところ認知機能は改善しなかったが，幻覚妄想は消失し不随意運動の悪化も認めなかったため，入院 128 日目に一般内科病院へ転院となった．

【考察】幻覚と認知機能低下に不随意運動を合併し，レビー小体型認知症か脳血管性認知症かで鑑別を要した症例である．レボドパはパーキンソン病及びパーキンソン症候群で使用される薬剤であるが，副作用で幻覚妄想状態を呈しうる．本例のように腎不全患者では副作用も出現しやすいため細心の注意が必要である．

【利益相反と倫理的配慮】本演題に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない．発表にあたり，患者プライバシー保護に配慮し，本人とご家族から書面にて同意を得た．

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．

PA-6

相貌認知障害と左無視を呈し皮質下諸核に 4 リピートタウ蓄積を有した Pick 病の一例

三木知子[1,2]，横田　修[1,2,3]，石津秀樹[3]，
安田華枝[3]，原口　俊[4]，竹之下慎太郎[1]，
寺田整司[1]，髙木　学[1]

1）岡山大学学術研究院精神神経病態学，
2）きのこエスポアール病院精神科，
3）慈圭病院精神科，
4）南岡山医療センター脳神経内科

【目的】Pick 病は bvFTD での初発が多く，相貌認知障害の報告は乏しい．我々は，相貌認知障害で発症し皮質下諸核に 4R タウ蓄積を伴う Pick 病の一例を経験したので報告する．

【症例】49 才，人の顔がわからない．51 才，HDS-R 16 点．物の名前が言えない．53 才，道を間違える．易怒性．67 才，口唇傾向．左半側無視．69 才，左優位の筋強剛，左下肢拘縮．死亡．

【倫理的配慮】学会発表について家族から書面で同意を得た．

【病理】脳重 957 g．肉眼的に側頭葉，次いで前頭葉の高度萎縮．海馬，扁桃核も高度萎縮．光顕で海馬 CA1 から側頭葉皮質，眼窩回，直回，下頭頂小葉では全層変性を認め，黒質の神経細胞脱落は高度．海馬歯状回で巣状に顆粒細胞の完全脱落を見る．AT8 で球状や馬蹄形の典型的形態の Pick 小体を扁桃核，海馬から側頭葉皮質，一次運動野を含め前頭葉皮質，皮質下・脳幹諸核，小脳歯状核に認める．分布は Irwin らの phase III．Pick 小体は多くが RD 3 陽性，4R-tau 陰性，Bielschowsky 銀陽性，Gallyas 陰性．しかし一部は Gallyas 陽性．加えて 4R-tau 陽性神経細胞内封入体を線条体，視床下核，下オリーブ核，小脳歯状核にも認めた．Ramified astrocyte は海馬から側頭葉，前頭葉皮質，皮質下諸核にあり．Gallyas 陽性や 4R tau 陽性のアストロサイト病変も少数あり．Braak NFT stage II, Saito AGD stage I. Aβ, TDP-43, FUS 病理, astrocytic plaque，tufted astrocyte なし．

【考察】経過中に相貌認知障害や半側無視を呈する例でも Pick 病は否定できないと考えられた．4R tau 蓄積を皮質下諸核に認める例は以前も経験したが［1］，形態特徴が既知の 4R tauopathy に合致せずその意義は不明である．

1）Ikeda C. Neuropathology 2017 ; 37 : 544.

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．

PA-7

Cotard 症候群軽快後も反対症が続いている進行性核上性麻痺の 1 症例

熊谷　亮

医療社団法人踏青会下総病院

【目的】Cotard 症候群（CS）は否定観念や反対症を特徴とした症候群であり，様々な疾患を基礎として発症する．今回 CS を呈し，症状軽快後も反対症が持続している進行性核上性麻痺（PSP）を経験したため，ここに報告する．

【方法】症例の経過・検査結果等を示し，若干の考察を行う．

【倫理的配慮】発表については本人および家族に説明し，書面での同意を得た．また，内容についても個人が特定されないよう配慮した．

【結果】以下に症例を提示する．80 代女性．長らく躁うつ病として治療が行われていた．X－11 年に A 病院に入院したが，迷惑行為や反社会行為・人格変化が認められるようになった．認知症も疑われたが検査の結果否定的とされ，X－7 年 B 病院に転院．その後徐々に理解力の低下やパーキンソニズムのほか，反対症の訴えが目立つようになった．X 年に PSP に診断変更されたが，その後帯状疱疹や重症貧血など身体的不調が続き，これに伴い否定観念や不死観念が出現し CS に移行した．身体症状の軽快に合わせて否定観念・不死観念は消失し，抑うつなどの気分障害も認めていないが，反対症は残存したまま X＋4 年現在に至っている．

【考察】本症例は probable PSP-F（ほぼ確実な，前頭葉徴候を主徴とする PSP）に該当すると考えられる．CS を呈した期間の前後にも反対症が出現しており，反対症自体が PSP-F の病態，おそらくは前頭葉機能障害と大きく関与していると考えられた．

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．

PA-8

アルツハイマー型認知症での認知機能低下とミクログリア活性化

――PET イメージング研究――

安野史彦[1,2]，木村泰之[1,2]，小縣　綾[2,3]，阿部潤一郎[2]，南　博之[1]，南ひかる[1]，二橋尚志[1,2]，服部沙織[2]，下田信義[4]，春日健作[5]，池内　健[5]，武田章敬[1]，櫻井　孝[1]，伊藤健吾[1,2]，加藤隆司[1,2]

1）国立長寿医療研究センター病院，
2）国立長寿医療研究センター脳機能画像診断開発部，
3）岐阜医療科学大学薬学部薬学科，
4）国立長寿医療研究センター分子機能解析室，
5）新潟大学脳研究所

【目的】脳内ミクログリア活性化とアミロイド/リン酸化タウ病理の集積の定量値が，AD 患者の認知機能の年間変化率をどの程度予測しえるかについて比較検討を行った．

【方法】AD 病理陽性が示された AD および MCI 患者（n＝17）について検討した．全般的認知機能（ADAS 得点）と記銘力（WMS-R 論理記憶-I 得点）の年間変化率（%）を評価した．髄液検査によりアミロイド/リン酸化タウの集積の定量を行った（Aβ42/40 比と p-tau 濃度）．^{11}C-DPA713 をリガンドとして用いた positron emissoion tomography（PET）により，側頭葉内側部ミクログリア活性化について定量した（^{11}C-DPA713- BP_{ND}）．認知機能の年間変化率を目的変数，アミロイド/リン酸化タウ病理の集積およびミクログリア活性化を説明変数としたステップワイズ重回帰分析による検討を行った．

【倫理的配慮】本研究は World Medical Association の倫理規定に基づき施行された．倫理委員会によって承認され，全被験者に対して文書による説明および同意を得た．

【結果】最終的なモデルにおいて，^{11}C-DPA713- BP_{ND} に基づくミクログリア活性化の程度のみが全般的認知機能および記銘力の年間変化率の予測因子として残った．ベイズ統計に基づくステップワイズ回帰分析においても，^{11}C-DPA713- BP_{ND} のみを説明変数とするモデルが最適であることが示された．

【考察】我々の結果は，AD 患者における認知機能の低下に対して，脳内のアミロイドもしくはリン酸化タウ蛋白の集積以上に，ミクログリアの活性化の程度が重要であることを示した．ミクログリアの活性化は，アミロイドおよびリン酸化タウ蛋白の神経毒性と神経細胞障害の発現をもたらす主要な要因であることが考えられ，AD 治療戦略において，病的なミクログリア活性の抑制が有効である可能性が示された．

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．

PA-9

アルツハイマー型認知症(AD)における Frontal Assessment Battery(FAB)による前頭葉機能評価

――健常者と軽度認知障害(MCI)を含む重症度による FAB の検討――

岡本一枝[1)]，古田　光[1,2)]，井藤佳恵[2)]，扇澤史子[1)]，今村陽子[1)]，髙岡陽子[1)]，青島　希[1)]，植田那月[1)]，大森佑貴[1)]，松井仁美[1)]，片岡宗子[1)]，清水真央[1)]，粟田主一[2)]

1）東京都健康長寿医療センター，
2）東京都健康長寿医療センター
認知症未来社会創造センター

【目的】AD では比較的早期から前頭葉機能の障害が見られ経過とともに進行するが，どのように進行するのかについてはほとんど検討されてきていない．そこで，本研究では FAB を用いて健常者及び，MCI を含め AD の重症度における前頭葉機能障害について検討を行うことを目的とした．

【方法】2017 年 7 月から 2023 年 2 月までに A 病院物忘れ外来を受診し，正常加齢（健常），MCI due to AD（MCI），AD と診断された者のうち，HDS-R，MMSE，FAB を受験し，CDR 0～3 に該当する 1316 名（81.7±6.2 歳　男：女＝337 名：979 名）を対象とした．なお AD の重症度については，CDR1 を軽度とし，CDR2～3 を中等度以上とした（健常群：181 名，MCI 群：292 名，AD 軽度群：618 名，AD 中等度以上群：225 名）．

【倫理的配慮】本研究は当センター倫理委員会の承認を受けた．

【結果】FAB の合計点および下位項目について Kruskal-Wallis 検定（多重比較は Bonferroni 法）を行った結果，［把握行動］は有意差が見られなかったが，FAB の合計点，［類似］［語流暢性］［運動系列］［葛藤指示］では，健常群＞MCI 群＞AD 軽度群＞AD 中等度以上群であった（$p<.01$～.05）．また［GO/NO-GO］では健常群＞MCI 群＞AD 軽度群・AD 中等度以上群であり（$p<.01$），AD 軽度と AD 中等度以上群との間には有意差が見られなかった．

【考察】FAB 全般的に正常加齢から MCI にかけて前頭葉機能障害が始まり AD の経過に伴い重症化していった．一方で，把握行動に示される環境刺激に対する被影響性については AD が進行しても比較的保持されていた．ただし，FAB の評価においては，AD が進行にするにつれ前頭葉機能以外にも理解力や判断力などの全般的な認知機能低下も進行するため，解釈にはそれを考慮する必要がある．

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．

PA-10

DTI 及び NODDI を用いたアルツハイマー型認知症における表情認知の神経基盤

髙橋誠人[1,2)]，松岡　究[1)]，大西弘樹[1)]，北村聡一郎[1,3)]，吉川裕晶[1)]，南　昭宏[1)]，上田和也[1)]，木内邦明[1,4)]，牧之段学[1)]

1）奈良県立医科大学精神医学講座，
2）一般財団法人信貴山病院ハートランドしぎさん，
3）国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構量子生命・医学部門量子医科学研究所脳機能イメージング研究部，
4）市立東大阪医療センター精神科

【目的】アルツハイマー型認知症（AD）は表情認知障害を来たす事が報告されている．我々は，先行研究において，左鉤状束の微細構造の変化と不快感情の認識能の低下が相関する事を報告した．今回，鉤状束だけでなく解剖学的に鉤状束と関連し，表情認知との関わりが報告される脳領域の神経突起の評価を行った．

【方法】AD 74 例，健常高齢（CN）28 例を対象として，表情認知課題（FEST）の得点や拡散テンソル画像（DTI），神経突起方向分散・密度画像（NODDI）について，二群間の比較や FEST 得点との相関を調べた．

【倫理的配慮】本研究は奈良県立医科大学の医の倫理審査委員会で承認され，被験者よりインフォームドコンセントを得ている．また，個人が特定されないように匿名化し，最大限の倫理的配慮を行った．

【結果】FEST の総得点及び下位項目について，CN 群と比較して AD 群で低かった．AD 群では両側鉤状束の異方性比率（FA）の低下や拡散平均の拡散量（MD）の上昇を認め，FEST の総得点と両側鉤状束の MD との間に負の相関を認めた．また，AD 群では，島，扁桃体，側頭葉における方向散乱画像（ODI）の有意な低下を認め，島，扁桃体において ODI と FEST の総得点との間に正の相関を認めた．

【考察】島，扁桃体，側頭葉は AD 患者においてタウタンパクやアミロイドβの集積が報告される部位であるが，本研究においても，これらの脳部位において微細構造変化がみられた．さらに，これらの脳部位や関連する鉤状束における微細構造変化と表情認知の低下が相関することが示唆された．

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．

PA-11

ロゴペニック型進行性失語症の標準失語症検査の下位項目と相関する脳萎縮領域

東　晋二[1,2]，根本清貴[3]，越部裕子[1,4,5]，宮崎峻弘[1,2]，中目華子[5]，渡辺亮平[3]，井上　猛[2]，朝田　隆[5]，新井哲明[3,4]

1）東京医科大学茨城医療センターメンタルヘルス科，
2）東京医科大学精神医学分野，
3）筑波大学医学医療系精神医学，
4）筑波大学附属病院認知症疾患医療センター，
5）メモリークリニックお茶の水

【目的】ロゴペニック型原発性進行性失語症（lvPPA）における標準失語症検査（SLTA）の各項目と各脳領域の体積の相関を調べた．

【方法】lvPPA 患者 14 名（68.6±8.4 歳，男：女＝8：6，MMSE 20.3±5.0 点，RCPM 23.4±6.9 点）を対象とした．3D T1 MRI 画像の各脳領域の脳体積を FreeSurfer 7.2.0 で測定し，点数にばらつきがあり，Shapiro-wilk 検定で正規分布を示した下位項目の得点との相関を解析した．

【倫理的配慮】本研究は筑波大学と東京医科大学の倫理委員会の承認を得ている．

【結果】文の復唱の得点低下は皮質の灰白質の体積低下と相関が強く，多くの大脳皮質領域と有意な相関を示した．一方で，呼称・口頭命令に従う・語の列挙の得点低下は皮質下灰白質や白質の体積低下と相関が強かった．漢字単語の書字と書取，計算はごく一部の脳領域と相関を示したのみであった．

【考察】文の復唱は lvPPA の大脳皮質の萎縮の中核症状であり，皮質下灰白質や白質の萎縮は失語症状の heterogeneity の一因と考えられた．

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．

PA-12

MCI からアルツハイマー型認知症への進行予測における，心理検査の有用性について

――MMSE と J-COGNISTAT による検討――

古川はるこ[1]，小川佳那[1]，都留京子[1]，阿部健太[1]，鮫島大輔[1]，亀山　洋[1]，岡部　究[1]，忽滑谷和孝[1]，繁田雅弘[2]

1）東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科，
2）東京慈恵会医科大学精神医学講座

【目的】軽度認知障害（MCI）が疑われる患者に施行した認知機能検査の結果を用い，経時的変化を観察することによって，アルツハイマー型認知症（AD）の早期発見に有用な指標を明らかにする．

【方法】2007 年 10 月から 2022 年 6 月までの間に，慈恵医大附属柏病院精神神経科外来において認知機能検査を受検した患者のうち，以下の 3 点を満たす 44 名（男性 18 名，女性 26 名）を対象とした．(1)初診時の診断が MCI かつ MMSE の点数が 24 点以上，(2)終診時もしくは最新の診断名が MCI または AD，(3)初診時から 1 年ごとに 4 回（T0-T1-T2-T3）の認知機能検査（MMSE，J-COGNISTAT）受検歴がある．(2)の診断名によって，MCI レベルを維持している 21 名（MCI 群）と，AD へ進行した 23 名（AD 群）に分け，二元配置の分散分析を行った．T0 における各群の平均年齢は MCI 群 73.1±6.6 歳，AD 群 75.5±6.7 歳．MMSE の平均点は MCI 群 27.8±1.8 点，AD 群 26.7±2.1 点であった．

【倫理的配慮】当大学倫理委員会の承認を得た．

【結果】MMSE の遅延再生と総得点，J-COGNISTAT の見当識と記憶において，時間と群の主効果および交互作用が認められた．T0～T1 の時点では MMSE の遅延再生と総得点には有意な群間差はみられず，J-COGINISTAT では T0 の時点で見当識と記憶に有意な群間差がみられた．

【考察】MCI から AD への進行予測においては MMSE のみでは不十分であり，J-COGINISTAT 等複雑な近時記憶の課題が含まれる検査を施行する必要があることが示唆された．

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．

PA-13

認知症疾患医療センターで正常加齢と判断した超高齢者の特徴（その 1）

――MMSE と ADL·IADL について――

柳渡彩香[1)]，藤井一輝[2)]，秋葉光浩[2)]，河崎一仁[2)]，木川昌康[1)]，畠山茂樹[1)]，内海久美子[1)]

1）砂川市立病院認知症疾患医療センター，
2）砂川市立病院医療技術部放射線科

【目的】正常超高齢者の認知機能や生活能力を調べたコホート研究は多数あるが，医療機関を対象とした報告は乏しい．超高齢者の能力変化が加齢によるか疾病によるか判断が難しく，その基準も曖昧である．そこで物忘れを主訴としながらも加齢と判断された超高齢者の MMSE と ADL/IADL を後方視的に調査した．

【方法】対象は 2012 年～2023 年に物忘れを主訴に当院を初診し以下の条件を満たした初診時年齢 80～94 歳の 142 例．1)診察時において顕著な認知機能障害を認めない．2)生活障害がある場合，認知機能ではなく運動機能や感覚機能によるものである．3)MRI で病的顕著な変化を認めない．初診時年齢で超高齢者を 85～89 歳（80 代後半群），90～94 歳（90 代前半群）に分け，80～84 歳（80 代前半群）を比較対象として，MMSE 得点と ADL(6 項目)/IADL（8 項目）の要支援者割合を比較した．

【倫理的配慮】書面で本人と家族の同意と当院倫理委員会の承認を得た．

【結果】1)MMSE：Kruskal-Wallis 検定と多重比較の結果，年代順に 27.0 点，24.5 点，21.0 点で高齢ほど得点が有意に低かった．下位項目では時と場所の見当識，シリアルセブン，遅延再生が高齢ほど有意に低かった．2)ADL/IADL の要支援者割合：ADL は 80 代前半群と 80 代後半群は概ね自立していたが，90 代前半群は約 2 割の人が歩行と入浴に支援を要していた．IADL はカイ二乗検定と残差分析の結果，高齢ほど支援を要する人が有意に多く，80 代前半群で 1～2 割だったのが，80 代後半群では 3～5 割に増加し，90 代前半群では 5～8 割の人が支援を要していた．

【考察】80 代後半群の MMSE は 24 点のカットオフ値をわずか上回っていたが，90 代前半群は見当識と記憶障害を認め，カットオフ値に届かなかった．ADL は自立しているが IADL は年齢とともに要支援者は増加した．

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．

PA-14

認知症疾患医療センターで正常加齢と判断した超高齢者の特徴（その 2）

――脳血流画像での加齢変化――

藤井一輝[1)]，秋葉光浩[1)]，河崎一仁[1)]，柳渡彩香[2)]，木川昌康[2)]，畠山茂樹[2)]，内海久美子[2)]

1）砂川市立病院医療技術部放射線科，
2）砂川市立病院認知症疾患医療センター

【目的】認知症の画像検査において 85 歳以上の超高齢者を検査する機会が多くなっている．そこで物忘れを主訴に受診したが加齢と判断した超高齢者の脳血流画像変化を検討した．

【方法】対象は 2012 年～2023 年に物忘れを主訴に初診となった超高齢者のうち，ADL・IADL・MMSE および CT・MRI 検査の結果，加齢と判断した 85～89 歳（80 代後半群）52 例，90～94 歳（90 代前半群）23 例．比較対象群として 80～84 歳（80 代前半群）67 例を対象とした．99mTc-ECD SPECT データを，80～94 歳全例および MMSE 中央値以上と未満の 2 郡に分けて SPM8 による相関解析を，各年齢群において 2 群間比較を行った．

【倫理的配慮】書面で本人と家族の同意を得ており，当院倫理委員会の承認を得た．

【結果】80～94 歳全例の加齢による血流低下について相関解析では角回・前部／後部帯状回・楔前部・頭頂葉・前頭葉内側等において相関を認めた．MMSE 中央値以上の群では前部帯状回・前頭葉内側等で，MMSE 中央値未満の群では角回・後部帯状回・楔前部等において相関を認めた．2 群間比較では，80 代前半群と 90 代前半群間では（両側）前頭葉内側・前帯状回等で有意な血流差を認めた．

【考察】加齢とともに後部帯状回や頭頂葉の血流低下が認められ，アルツハイマー型認知症（AD）の特徴的所見を示していたことは，超高齢になるにつれ AD 発症率が高くなる実態に合致している．また MMSE 中央値未満の群ではその特徴が顕著であったことから AD の前駆状態が含まれている可能性があった．また前頭葉内側の血流低下は加齢による生理的変化と考えられる．

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．

PA-15

体感幻覚を伴う老年期のうつ病患者における脳機能画像および有効な治療法の検討

松井仁美[1,2]，大森佑貴[1]，岡村　毅[3]，土屋大樹[1,2]，清水真央[1,2]，片岡宗子[1,2]，古田　光[1,2]

1）東京都健康長寿医療センター精神科，
2）東京医科歯科大学精神行動医科学分野，
3）東京都健康長寿医療センター研究所

【目的】体感幻覚は，高齢者のうつ病に伴いやすい症状であり，通常の薬物療法が奏功しない例も多く，入院加療を要することもある．今回，過去 4 年間の当院の入院患者を対象にカルテ調査を行い，体感幻覚を伴ううつ病の症例を特定し，症状と治療について，脳機能画像に関する考察を交えて分析を行った．

【方法】2018 年 8 月から 2022 年 7 月までの期間に当科で入院治療を行い，うつ病と診断され，DaT-SPECT を実施した症例を特定し，年齢，性別，体感幻覚の有無，DaT-SPECT の所見，有効であった治療，その後の診断，について調査した．なお，入院時点で認知症やその他の器質的疾患と診断されている症例は除外した．

【倫理的配慮】研究に際して，当院の倫理委員会の承認を得た．

【結果】対象は全 78 例で，年齢は 67～92 歳（平均 80.5 歳），男女比は 13：65 であり，そのうち 33 例で体感幻覚を認め，部位は口腔が 15 例と最も多く，皮膚が 8 例，消化管 4 例，咽頭部 3 例であった．有効であった治療は，電気けいれん療法が 17 例と最も多く，抗うつ薬単剤で治療が可能であったのは 3 例のみであった．また，24 例で DaT-SPECT で集積低下を認め，7 例は 1 年以内にレビー小体型認知症と診断された．

【考察】高齢者のうつ病に伴う体感幻覚は，抗うつ薬のみでは症状の改善を認めず，抗精神病薬による付加療法や電気けいれん療法が必要になる症例が多い．また，うつ病の診断にもかかわらず DAT-SPECT で集積異常を認める例が多く（体感幻覚あり 72.7%：なし 46.8%），体感幻覚を伴ううつ病の多くはレビー小体型認知症などの DaT-SPECT で集積低下を認める器質的疾患が背景にある可能性があることが示唆された．

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．

PA-16

グループホームと認知症対応型通所介護における行動心理症状の特徴

田平隆行[1]，佐賀里昭[2]，丸田道雄[3]，下木原俊[4]，岡部拓大[5]，磯　直樹[5]，韓　侊熙[6]，南　拓磨[7]，川越雅弘[7]

1）鹿児島大学医学部保健学科，
2）信州大学医学部保健学科，
3）長崎大学生命医科学域（保健学系），
4）鹿児島大学大学院保健学研究科博士後期課程，
5）東京家政大学，
6）国際医療福祉大学福岡保健医療学部，
7）埼玉県立大学研究開発センター

【目的】グループホーム（GH）は，認知症者に対し家庭的環境で能力発揮を狙う居住型サービスである．認知症対応型通所介護は，認知症者に特化した通所介護（通所介護）であり，ともに行動心理症状（BPSD）への対応が重要だが，その特徴は不明である．本研究では介護認定調査を用いて各々の BPSD 特徴を比較した．

【方法】A 市で 2021 年度に認定調査を受けた GH 利用者 1239 名（女性 80.8%，86.9 ± 6.9 歳）と通所介護利用者 140 名（女性 61.44%，84.0 ± 6.9 歳）とした．認定調査の BPSD 関連 17 項目について認知症自立度判定基準に基づき全体および重症度別（軽度，中等度，重度）に発生割合を χ^2 検定にて比較した．

【倫理的配慮】埼玉県立大学倫理委員会の承認（22005）を受けている．

【結果】GH は通所介護に比し年齢が高く，女性，独居が多く，歩行可能者は少なかった．重症度は GH（軽度 32.4%，中等度 56.5%，重度 9.6%）と通所介護（軽度 38.6%，中等度 49.3%，重度 9.3%）に差はなかった．BPSD 発生数は，GH4.1/17，通所介護 4.9/17 と通所介護が有意に多かった．特に作話（41.4 vs 53.6%），ひどいもの忘れ（43.9 vs 65.0%），同じ話（41.0 vs 53.6%），話がそれる，において通所介護の割合が有意に高かった．GH が多かったのは，中等度の介護抵抗のみであった．

【考察】通所介護利用者は，共同生活である GH 者と比較し重症度に差はないが，BPSD 発生数が多く，作話やひどいもの忘れ，同じ話などの発生割合が高かった．BPSD を有しながらも在宅生活を継続できている家族等の協力/介護負担が伺えた．

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．

PA-17

易怒性，幻覚妄想を伴い，PART 主体の病理像を呈した超高齢者の神経病理学的検討

永倉暁人[1,2]，河上　緒[2,3]，木村　朴[2,3]，
池田研二[3]，櫻井圭太[4]，新里和弘[1]，
大島健一[1]，長谷川成人[3]，加藤忠史[2]

1）松沢病院精神科，
2）順天堂大学医学部精神医学講座，
3）東京都立医学総合研究所，
4）国立長寿医療研究センター放射線診療部

【背景】認知機能低下に伴い易怒性，幻覚妄想が出現した Primary age related tauopathy（PART）の一例を，神経病理学に検討し報告する．発表にあたって同意を取得し，個人を特定できないようプライバシー保護に配慮した．

【症例】死亡時 92 歳の男性．89 歳時，前立腺肥大症のため尿道カテーテルが留置された．認知機能低下は健忘主体に軽度であったが，自宅庭に自尿を撒く等の異常行動に加え，家族への嫌がらせ，易怒性も出現し，当院を初診.「庭に肥料を与えるため」と尿散布の正当性を訴え，家族の方がおかしいと主張した．見当識障害はなく，時事的な話題や，電車等の交通機関利用も可能．MMSE 26/30 点．MRI で両側側頭葉内側主体の萎縮を認めた．92 歳で体感幻覚，被害妄想出現し入院となった．HDSR 14/30 点．X 年肺炎で死去した．

【病理】脳重量　1,381 g．マクロで脳回萎縮や脳溝拡大を認めず．中脳の着色良好．AT8（抗タウ）免疫染色では海馬から側頭葉新皮質にかけて広範に神経原線維変化，Neuropil Threads を認めた（Braak NFT stage IV）他，側坐核に特異的なタウ蓄積を認めた．α-synuclein 免疫染色では，扁桃体や海馬にα-synuclein 陽性の細胞質内封入体や Lewy neurites を限局的に認め，辺縁型と判定した．

【考察】PART では妄想，易刺激性，行動異常が出現する一群がある．本症例は行動障害や易怒性を伴い，認知機能障害は軽度であり，老年期精神障害の臨床像を呈した．病理学的には辺縁系のタウ病変が主体であるが，synuclein 病理によってさらに同領域の機能障害が加速した可能性も示唆される．我々の検討では側坐核を中心とする中脳辺縁系ドーパミン回路の機能異常と精神症状との関連が示唆されており，今後さらなる追加検討が必要である．発表では凍結脳の生化学解析の解析も含めて報告する．

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．

PA-18

認知症高齢者の希死念慮の特徴と背景

――精神科入院中の診療録の希死念慮に関連する記述の質的分析――

扇澤史子[1]，岡本一枝[1]，井藤佳恵[2,3]，今村陽子[1]，
髙岡陽子[1]，青島　希[1]，植田那月[1]，大森佑貴[1]，
松井仁美[1]，畠山　啓[1]，齋藤久美子[1]，
古田　光[1,3]，粟田主一[3]

1）東京都健康長寿医療センター精神科，
2）東京都健康長寿医療センター研究所，
3）東京都健康長寿医療センター
認知症未来社会創造センター

【目的】診断から十余年に及ぶ認知症の経過で，認知症の本人が何を背景に希死念慮を抱き，それをどう表現し，どのような支援が必要かを知ることは，認知症臨床に携わる支援者において重要な課題である．本研究では A センター精神科に入院した認知症患者を対象に，診療録から希死念慮の有無と希死念慮を示すに至った背景を検討することを目的とした．

【方法】2021 年 4 月～2022 年 3 月の認知症入院患者 161 名のうち，多職種でケア介入をした 133 名のうち，診療録から希死念慮の有無と希死念慮に関連する記述について 2 名以上の公認心理師で質的分析をした．

【倫理的配慮】当センター倫理委員会の承認を受けた．

【結果】対象のうち希死念慮を示したのは 16 名（AD 3 名，DLB 10 名，その他 3 名）であった．希死念慮に関連する診療録の 61 の記述から 18 のサブカテゴリーを抽出し，7 のカテゴリー＜苦痛・痛み＞＜生きる拠り所の喪失＞＜自己像の喪失＞＜自律の喪失＞＜尊厳の喪失＞＜生きる意味の喪失＞＜孤独＞に分類された．

【考察】サブカテゴリーのうち「他者に依存せざるを得なくなったことの受け止め」や「役割の喪失」は，Joiner ら（2012）が自殺念慮との関連性を指摘した【負担感の知覚】に，「周囲への無理解」や「関係性の中での孤立」は【所属感の減弱】に相当し，また「身体的苦痛」，「拘束，ルート類に対する苦痛」，「重要な人との死別」は【自殺潜在能力】に関連すると考えられた．Joiner らの 3 つの自殺関連要因はいずれも，認知症患者に親和性のある内容であり，支援においてこれらの有無や程度を見立てることも重要と考えられた．

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．

PB-1

高齢者を多く診るかかりつけ病院における精神科コンサルテーションリエゾンの取り組み

田端一基[1,2]，直江寿一郎[1]，森川文淑[1]，村山友規[1]，松本昭範[2]，菅原　睦[2]，猪俣光孝[1]，折井　裕[2]，福井　実[2]，丸谷　眞[2]，西森博幸[2]，直江綾子[1,2]

1）医療法人社団圭泉会旭川圭泉会病院，
2）医療法人社団慈成会東旭川病院

【目的】身体科治療において精神科コンサルテーションリエゾン（以下，リエゾン）は重要な役割を担っているがそのフィールドは主に総合病院等の大規模な病院である．今回われわれは 107 床のかかりつけ病院におけるリエゾンの活動について調査を行った．

【方法】令和 4 年 5 月から令和 5 年 3 月の間にコンサルテーションを受けた 30 症例について後方視的に解析した．

【倫理的配慮】発表に際し両院の倫理委員会の承認を受けた．患者の匿名性保持，個人情報の流出防止には十分配慮した．

【結果】症例の内訳は男性 13 名，女性 17 名，58 歳から 94 歳まで平均は 80 歳であった．約 8 割の 23 例を認知症疾患が占め，残りは精神疾患であった．リエゾン期間は最短 0.25 か月から最長 10 か月，平均は 2.1 か月であった．コンサルト内容は認知症の行動・心理症状が 18 例，神経症状が 9 例，癌ターミナルが 4 例であった（重複有）．認知症の疾患別で検討するとアルツハイマー型認知症では食行動異常が，レビー小体型認知症では神経症状が，血管性認知症と前頭側頭型認知症では不穏・興奮が多かった．転帰は元の病院，施設，家庭に戻る，リエゾン終了などの良好なものが 16 例と過半数を占め，残りはリエゾン継続 4 例，精神科への転院 1 例，高次転送 1 例，死亡が 8 例であった．

【考察】高齢者症例が多いこと，先行報告ではせん妄のコンサルトが多いのに対し本解析では認知症の行動・心理症状や神経症状が多くかかりつけ病院ではリエゾンに求められるニーズが異なることが示唆された．今後の課題としてはリエゾンによるアウトカムについて検討し，リエゾンチームを立ち上げ効率的な運用を行うことが考えられた．

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．

PB-2

高齢がん患者を対象とした入院時生活技能訓練の試み

副島沙彩[1]，村上理菜[1]，田中元樹[2]，土方奈奈子[2]，小川朝生[1]

1）国立がん研究センター東病院精神腫瘍科，
2）国立がん研究センター東病院リハビリテーション科

【目的】高齢がん患者のなかには，入院を契機に認知機能低下が指摘される事例や，入院により認知機能低下および行動・心理症状（BPSD）の悪化等も懸念される．そこで当院では認知機能の評価および，認知機能の維持を目的に入院時生活技能訓練を試行している．これまでの取り組みを振り返り考察する．

【方法】2022 年 4 月から当院に入院中のがん患者のうち，術前の簡易認知機能検査（Mini-Cog）で認知機能低下が疑われ，プログラムの参加を口頭にて同意された 65 歳以上の者を対象とした．プログラムは 1 時間程度，1 回あるいは 2 回実施した．プログラムの構成は 1 回目にリアリティ・オリエンテーション，回想法，手指運動，実行機能のトレーニングとして献立表や料理の手順書の作成，予算の計算を行った．2 回目にリアリティ・オリエンテーション，実行機能のトレーニングとして買い物リストを作成し，地図を用いて買い物リストに沿って買い物を行った．実際の場面を想定した物品の選択や調理手順の模擬訓練も実施した．評価は Trail Making Test，必要に応じて MMSE 等の認知機能評価，ロートン分類に基づく IADL 評価を行った．参加者には本プログラムが試行段階であることを説明し，参加して良かったか，難易度に関して 4 件法で評価を依頼した．プログラムによって得られたアセスメント等に関しては，精神腫瘍科チームとリハビリテーションチームに共有した．

【倫理的配慮】参加者は 3 名以下であり，当院の規定に則り倫理審査は不要と判断した．個人の特定がないよう秘密保持の配慮を行った．

【結果と考察】3 名に施行した．いずれもプログラムに参加してやや良かったあるいは良かったと回答が得られ，今後の実施可能性が確認された．

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．

PB-3

副腎機能不全に伴う精神症状を認めたアルツハイマー型認知症の一例

西園久慧，井上千種，西岡　慧，池原真人，
中村一太，柴原　浩，豊永武一郎

飯塚記念病院

【目的】副腎機能不全は死亡率や生活の質低下が示唆され，臨床転帰を改善するために患者，医療スタッフの意識を高めることが求められている．重度で未治療の副腎機能不全は，易怒性，興奮，見当識障害などの精神症状につながると報告されており，今回我々は副腎機能不全に伴う精神症状を合併したアルツハイマー型認知症の1症例を経験したので考察を交えて報告する．

【方法】症例報告

【倫理的配慮】本患者及び家族の同意を得た上で，発表に際しプライバシー保護に努めた．

【結果】初診時80代後半男性．徘徊，易怒性，暴力行為などを認め，X年12月に当院初診した．外来でも興奮や暴力行為が見られ，同日入院加療の方針となった．HDS-R：14点，MMSE：17点，頭部MRIで関心領域の萎縮を認め，アルツハイマー型認知症の診断とした．症状に対して，適応外使用であることの説明を行った上で，デパケンを使用したが，効果は乏しかった．入院中に変動のある見当識障害を認め，血糖測定を行ったところ，測定感度未満の低血糖発作を認めた．原因精査で早朝コルチゾール3.3μg/dlと副腎機能不全を疑う所見があり，グルココルチコイド療法を行った．その後，認知機能に変化は認めなかったが，精神症状は改善し，同年3月に退院となった．

【考察】当初はアルツハイマー型認知症による周辺症状に対して，薬剤加療を行ったが，治療反応に乏しく，のちに副腎機能不全による精神症状の合併があることがわかった．臨床症状だけでの鑑別は非常に難しく，副腎機能不全への意識を高め，病歴や診察，検査所見などから，慎重に診断・治療を行う必要があると考えられた．

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．

PB-4

ADHD特性をもつ軽度認知障害者の運転行動特性

上村直人[1)]，藤戸良子[2)]

1）高知大学保健管理センター医学部分室，
2）高知大学医学部神経精神科学講座

【目的】発達障害者の自動車運転と交通安全対策として，運転能力評価方法の探索的研究を行った．

【方法】2015年年1月1日～2023年3月31日までの期間で高知大学医学部付属病院を受診し，物忘れを主訴として受診た患者を対象とした．発達障害特性はWender Utha Rating Scale（WURS）で30点以上とした．MCI者を比較対象とした．両群間の比較は運転シミュレーター，道路標識の認識テスト成績を比較検討した．

【倫理的配慮】本研究は高知大学医学部倫理委員会の承認を得て行った．

【結果】研究対象の基準を満たした100名（平均年齢：71.4±10.4歳）中，発達障害特性ありは12名（ADHD群）で，MCIと診断された88名（MCI群）であった．ADHD群とMCI群で年齢，性別，MMSE合計得点に差はなかった．運転シミュレーター成績では，ADHD群でタイミング検査の平均時間とハンドル操作時間も有意に遅かった．車間距離もADHD群ではMCI群よりも優位に短く，安定した車間距離の保持が困難であった．注意配分能力ではADHD群では赤信号はMCI群より少し遅い傾向であった．道路標識の認識ではADHD群は黄色信号認識ではMCI群より有意に遅く，青色信号では有意には早い結果であった．

【考察】ADHD特性を持つ場合，信号機の色別に反応時間や認識の違いが明らかとなった．道路標識の認識においてもADHD群とMCI群では追い越し禁止，幼稚園ありの標識の理解が低く，認知度に差異があることが示唆された．

【結語】結果から，ADHD特性を考慮した運転時の指導や，道路標識の設置や標識の色使いなどのデザインの工夫により交通安全教育や事故対策に応用できると考えられる．

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．

PB-5

高齢運転者の過去の物損事故が将来の人身事故を予測する

山本保天[1)]，藤田佳男[1)]，高階勇人[2)]，松岡伸輔[2)]，蒲池康浩[3)]，山縣　文[1)]，平野仁一[1)]，岸本泰士郎[3)]，有馬康之[2)]，松尾壮一郎[2)]，文　鐘玉[1)]，堀込俊郎[1)]，田澤雄基[1)]，色本　涼[1)]，三村　將[1)]

1）慶應義塾大学精神・神経科，
2）三井住友海上火災保険株式会社，
3）MS&AD インターリスク総研株式会社，
4）慶應義塾大学医学部ヒルズ未来予防医療・ウェルネス共同研究講座

【目的】高齢運転者による交通事故が注目されている．高齢運転者の交通事故には認知機能の低下，身体機能や疾患の影響，運転態度など様々な因子が影響する．なかでも，交通事故を頻繁に起こす事故惹起運転者は，不安全な運転態度を継続していることが交通行政の分野で経験的には知られている．しかし，実際の事故データとの関連を示した報告は少ない．そこで本研究では，保険会社の有するデータベースを解析し，高齢者の交通事故に関与する因子を明らかにすることを目的とした．

【方法】三井住友海上社が保有する 2013 年から 2021 年までの期間を網羅する個人情報を含まないデータベースに，連続 5 年間以上の自動車保険契約の登録がある保険加入者（$N=3$，102，120）を対象とし，事故登録状況を調査した．直近 6 年間に人身事故を起こした者とそうでない者とで，調査対象期間内の過去の人身事故および物損事故の有無とその回数を算出した．

【倫理的配慮】従前から通常の業務を目的として保有している匿名加工情報を利用した研究であることを踏まえ，本学倫理委員会にて承認が不要な研究課題と判断された．

【結果】人身事故の第一当事者となった者はそうでない者と比べて 4.7 倍過去に物損事故を起こしていた（オッズ比：4.98）．65 歳以上の高齢者に対象を絞っても同様の傾向を認めた．

【考察】本結果は，物損事故の発生が将来の人身事故の高い予測因子であることを示した．人身事故を起こす高齢者には，過去の物損事故の経験を運転行動の変容に生かせない要因があることが示唆された．この要因および諸機能の影響を明らかにし，個別性の高い指導や介入を行うことで，適切かつ効果的な高齢者へのモビリティ支援が可能になると考えられる．

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．

PB-6

高齢者の運転寿命延伸を目的とした地域事業と支援体制の構築

――千歳市高齢ドライバーサポート事業の取組――

作田直人[1)]，中野倫仁[1)]，清水　剛[1)]，佐々木努[2)]，山田恭平[2)]，山北　武[3)]，富永　壮[4)]，吉田　肇[5)]

1）医療法人資生会千歳病院，
2）北海道千歳リハビリテーション大学，
3）千歳市介護予防センター，
4）千歳市北区地域包括支援センター，
5）千歳市向陽台区地域包括支援センター

【目的】当法人は千歳市から認知症地域支援推進員の委託を受け，その中で千歳リハビリテーション大学等と共同して自動車運転と移動手段を考える会を開催し，地域住民を対象とした啓発に取り組んできた．2021 年度からは高齢ドライバーサポート事業を開催し，高齢者自身が①正確な情報を持つ②運転寿命延伸を目指す③移動生活を見つめ直すことを目的としながら，関係機関で地域支援体制の構築を図ってきた．今回はこの支援の成果について検討していく．

【方法】事業参加者へのアンケート調査及び関係機関への聞き取り調査による．

【倫理的配慮】本発表は当院倫理委員会の承認を受けている．また参加者から論文，学会発表の対応，公開の際に個人情報の加工がなされる等を千歳市の同意書で同意を得ている．

【結果】2018 年の開始から参加者は増加傾向にあり，直近 2022 年度は延べ 128 名が参加．約 7 割の参加者が「年齢的な能力低下を考えて昼間の運転にしたり，スピードダウンを意識するようになった」「参加してからいつ免許返納するかを考えるようになった」「時々思い出して，頭や目，手足を動かすようになった」など，普段の生活に変化があったと回答した．また希望者には自動車学校での実車訓練の参加や，免許返納後の生活に向けて，移動手段に関する制度の説明や介護予防教室等の紹介，もの忘れの相談など，支援を行ってきた．本事業の詳細な実施内容については学会当日に発表する．

【考察】本事業は，高齢者自身が運転継続の可否について考える機会となり，また相談対応によって免許返納後の代行移動手段や健康サロン，地域包括，医療機関など，必要な社会資源へとつなげる支援体制構築が成されたと考える．

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．

PB-7

ポジティブ心理学による認知症介護者への介入効果の検討

佐藤順子[1,2]，仲秋秀太郎[1,3]，佐藤博文[1,2,4]，色本　涼[5,6]，松岡照之[7]，成本　迅[7]，明智龍男[1]，三村　將[8]

1）名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学，
2）資生会八事病院，
3）共生会みどりの風南知多病院，
4）原駅前ヒロメンタルクリニック，
5）慶應義塾大学医学部精神神経科学教室，
6）慶應義塾大学医学部百寿総合研究センター，
7）京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学，
8）慶應義塾大学予防医療センター

【目的】精神症状を伴う認知症介護者の介護負担は重い．しかし，介護の否定的影響を緩和する方法が主体では効果は継続しない．そこで，介護の肯定的評価に注目するポジティブ心理学により，介護者が個人的資質として持つ「強み」やレジリエンスを活かし，介護への対処能力を引き出す方法に着目した．本研究は精神症状が併発している認知症患者の介護者を対象に，従来の介護カウンセリングにポジティブ心理学を統合した介入を開発・有効性を検討し，介護者の主観的幸福感と「強み」，レジリエンスを高めることが目的である．

【方法】アルツハイマー型認知症（AD）と診断された外来患者の介護者を対象．介護者の主観的幸福感を高めるポジティブ感情を主体とした介入を介護者に施行した．施行前後に患者の精神症状，介護者のうつ，介護負担，介護者の主観的幸福感，人生に対する満足感，強み，介護者の自己効力感などを評価した．

【倫理的配慮】研究プロトコルはM病院倫理委員会で承認，患者と介護者から書面同意を得た．

【結果】介入後に，介護者の介護負担，主観的幸福感，強み，自己効力感などは有意に改善したが，患者の精神症状や介護者の人生に対する満足感は有意な変化はなかった．精神症状の重度な患者の介護者は，介入前後にこれらの評価の改善を認めなかった介護者もあった．

【考察】ポジティブ心理学を統合した介入方法は，介護者の主観的幸福感や強みを高める効果があった．介護者の問題対処能力の改善には有効であったが，認知症の精神症状が重度の患者における介護者は，十分な効果なく，今後の課題である．

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．

PB-8

日本における認知症患者の家族介護者を対象とした集団プログラムにおける背景理論の動向

福留尚典，大山一樹，嶋田洋徳

早稲田大学人間科学研究科

【目的】わが国における認知症高齢者は年々増加していくことが推定されており，それに伴い家族介護者も増加することが指摘されている（厚生労働省他，2019）．認知症高齢者等の家族介護者は，特に精神的負担感を有することが報告されている（認知症介護研究・研修仙台センター，2018）．

しかしながら，日本において家族介護者に対する心理的枠組みからの支援方略は，未だ体系化されていないことが指摘されている（鈴木，2022）．そこで，本論考では日本における家族介護者に対する集団プログラムを実施している文献を概観した上で，その展望について検討することを目的とする．

【方法】本論考では，認知症高齢者の家族介護者を対象とした集団家族支援プログラムが行われた学術論文を対象とした．文献検索には，文献データベースを用いて，スクリーニングを実施した．

【倫理的配慮】倫理委員会の承認が不要な研究課題である．

【結果】抽出された13編の文献のうち，5編が認知行動理論を背景理論としており，8編は特定の背景理論は確認されなかった．5編の内，3編の集団認知行動療法（CBT）プログラムは過去3年以内に刊行されており，残りの2編は，いずれも2014年に刊行されていた．

【考察】本論考の結果から，近年，介護の現場において集団CBTプログラムの実践が必ずしも多いとはいえないものの，行われていることが明らかにされた．介護における不安は，介護への非機能的対処方法によって，生起することが予測されている（Cooper et al., 2006）．そのため，従来は情緒的サポートを目的としていたものの，今後は集団CBTのような介護における問題解決方略に焦点をあてた介入の実施が求められていると考えられる．

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．

PB-9

大都市の認知症疾患医療センター 10 年間の初診患者の動向

古田　光[1,2,3,4]，扇澤史子[3]，土屋大樹[1,4]，大森佑貴[1]，片岡宗子[1,4]，松井仁美[1,4]，岡本一枝[3]，今村陽子[3]，青島　希[3]，上田那月[3]，加藤真衣[3]，畠山　啓[5]，齋藤久美子[5]，粟田主一[3]

1）東京都健康長寿医療センター精神科，
2）東京都健康長寿医療センター心理，
3）東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター，
4）東京医科歯科大学精神科，
5）東京都健康長寿医療センター認知症未来社会創造センター

【目的】東京都健康長寿医療センターは 2014 年認知症疾患医療センターの指定を受けたが，指定前後 10 年間の初診患者の実態を調査し，経年的な変化があるかを検討する．
【方法】認知症疾患医療センター指定前の 2013 年度と，指定後の 2014 年～2022 年度の物忘れ外来初診患者を，各年度ごとに，人数，年齢，性別，初診時診断について調査した．
【倫理的配慮】個人が特定できないデータを解析した．
【結果】10 年間の初診患者合計は 8,873 人（男性 2,931 人，女性 5,942 人），平均年齢は 80.4 ± 7.5 歳だった．経時的変化として，初診患者の平均年齢が 2012 年 79.9 歳，2022 年 81.3 歳で，経年的に高くなる傾向があった．軽度認知障害（MCI）の比率は 2013 年 12.9% だったが，徐々に増加し 2018 年度以降は約 30% で推移した．認知症と診断された患者のうち，アルツハイマー型認知症（AD）とレビー小体型認知症（DLB）の占める割合は，それぞれ 2013 年度 87.2% と：3.9% だったが，AD は徐々に割合が減り，DLB は徐々に割合が増え，2022 年度は 71.7% と 16.8% であった．
【考察】2012 年以降はオレンジプランが作成され，国を挙げた認知症施策が展開されてきた．また，地域でも認知症の啓発活動がより盛んとなった．初診患者で MCI の比率が高くなったのは，認知症に対する啓発が進み，軽症で受診する患者が増えたためと考えた．アルツハイマー型認知症の診断割合が減り，DLB の診断割合が増える傾向にあり，これは DLB についての理解が深まった，もしくは物忘れ以外でも認知症を疑い物忘れ外来を受診するようになった結果だろう．認知症疾患医療センターの指定および国や地域での認知症啓発活動が受診行動を変化させた可能性がある．

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．

PB-10

6NC 統合電子カルテデータベース（6NC-EHRs）を用いた高齢者の睡眠障害の薬物治療の実態調査

南ひかる[1]，南　博之[1]，溝神文博[2]，木ノ下智康[3]，都留あゆみ[4]，安野史彦[1]

1）国立長寿医療研究センター精神科，
2）国立長寿医療研究センター薬剤部，
3）国立長寿医療研究センター先端医療開発推進センター臨床研究支援部，
4）国立精神・神経医療研究センター病院臨床検査部

【目的】高齢者の睡眠障害における薬物治療の実態を調べ，その課題を検討する．
【方法】複数の国立高度専門医療研究センターの電子カルテを統合した，6NC 統合電子カルテデータベース（6NC-EHRs）を用いて，高齢者の睡眠障害の治療に実際に用いられた薬剤の内容を調査した．2015 年 4 月から 2022 年 8 月までの間，国立高度専門医療研究センターの外来に受診し，睡眠障害の治療のために薬剤を処方された患者を対象とした．ベンゾジアゼピン系薬剤，非ベンゾジアゼピン系睡眠薬，新規睡眠薬（スボレキサント，レンボレキサント，ラメルテオン）が処方された患者数を調べ，(1)64 歳未満の成人と 65 歳以上の高齢者，(2)施設間，(3)診療科間で，それぞれの薬剤を処方された患者数の割合を比較し，国立高度専門医療研究センターにおける，高齢者の睡眠障害における薬物治療の実態を検証した．
【倫理的配慮】本研究については国立長寿医療研究センター倫理委員会で承認のうえ，既存の診療情報を利用した研究であるため，国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部のホームページに情報公開され，研究対象者が拒否することができるデータ提供保留期間が設定されている．
【結果】我が国の高度専門医療を代表する医療機関における高齢者の睡眠障害の薬物治療の実態を，国内外のガイドラインに照らして評価し，その問題点と課題を検討する予定である．
【考察】ガイドラインの公開やさまざまな啓発活動で，高齢者の睡眠障害の薬物治療では副作用の少ない新規睡眠薬の処方が推奨されているが，我が国の代表的な医療機関の現状を介してその実態を検討することには重要な意義があると考える．

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．

PB-11

当院の高齢アルコール依存症入院患者に対する記述統計

松原拓郎，長谷部憲一，茶谷圭祐，森川恵一，松原三郎

社会医療法人財団松原愛育会松原病院

【目的】厚労省による飲酒実態調査の結果では，60 代後半の 0.5－1.0%，70 代前半の 0.6－1.6% がアルコール依存症であることが示され，高齢者のアルコール依存症は社会的な問題として示唆されている．一方，高齢アルコール依存症患者に対する入院治療を調査した大規模な報告は認めておらず実態は明らかではない．これらの背景から，本発表では我々が行った当院の高齢者アルコール依存症に対する入院治療の実態調査の結果を報告する．

【方法】2021 年 1 月 1 日から 2022 年 12 月 31 日までに当院精神科救急，急性期治療病棟に入院したアルコール依存症の患者を対象とした．データは項目別に記述統計を行い，人数と割合を示した．

【倫理的配慮】データは統計的に処理し，個人情報が識別できないよう配慮した．松原病院の倫理委員会の承認を得た．

【結果】53 名を対象とした．平均年齢は 74 歳で，91% が男性であった．平均在院日数は 73. 3 日で全患者群とほぼ同じ（73.6 日）であり，14 名が 3 ヵ月以上 1 年未満，4 名が 1 年以上の長期入院であった．入院契機は精神運動興奮が 14 名（26.4%）と最も多く，幻覚妄想状態（5 名，9.4%），暴力（4 名，7.5%）と続いた. 41 名（77.4%）が入院前に連続飲酒状態であった．退院先については，自宅への帰住が 25 名（58.1%）であった．自宅復帰率については全患者群（53.4%）と有意差は認めなかった（chi-sqare 0.8，p＝0.37）．長期入院者のほとんどは，家族が自宅への帰住を拒否し，介護保険施設も依存症の診断があることから受け入れを拒否したことで帰住地が見つからなくなり長期化していた．

【考察】高齢アルコール依存症患者の自宅への帰住率は低くなかったが，スティグマから長期化するケースが一定数認められた．

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．

PB-12

ダウン症候群における認知症の有病率と危険因子

竹之下慎太郎[1)]，寺田整司[2)]，井上友和[3)]，黒住　卓[3)]，西川直人[2)]，三木知子[1,4)]，横田　修[2,4)]，髙木　学[2)]，末光　茂[3,5)]，桑野良三[3)]

1）岡山大学病院精神科神経科，
2）岡山大学学術研究院医歯薬学域精神神経病態学，
3）社会福祉法人旭川荘，
4）きのこエスポアール病院，
5）川崎医療福祉大学医療福祉学科

【目的】本邦ではこれまでに，ダウン症候群（DS）を対象とした認知症の有病率やリスク因子に関する大規模な調査は行われていない．DS を持つ人における認知症に対して，適切な予防と治療が提供されるためには，その実態を明らかにする必要がある．

【方法】2019 年から 2020 年にかけて，全国の障害者施設 9 法人の協力を得て，入所している成人知的障害者を対象に認知症有病率調査を行った．認知症専門医が介護者と面接を行い，認知機能の経過を聴取し，診断基準（DSM-5，ICD-10，DC-LD）を用いて診断した．

【倫理的配慮】本研究は旭川荘と岡山大学の倫理委員会の承認を得ている．対象者から同意が取得できた例と，同意能力が不十分な場合には保護者から同意が得られた例を組み入れた．本研究は日本財団の助成を受けて実施した．

【結果】調査対象の内，DS を持つ対象者は 133 例だった．133 例中，46 例が認知症と診断された．DS 全体の平均年齢±標準偏差は 50.1±11.9 歳だった．認知症有病率は，40－49 歳で 30.8%，50－59 歳で 31.6%，60－69 歳で 65.5%，70 歳以上で 100% だった．加齢と脂質異常症が，認知症診断の有無と有意に関連していた．

【考察】DS を持つ人における認知症の有病率は一般人口に比べて若年から高率である．

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．

PB-13

1077 人での Bispectral EEG（BSEEG）を用いた死亡リスク予測

Yoshitaka Nishizawa, Takehiko Yamanashi, Taku Saito, Pedro Marra, Kaitlyn Crutchley, Nadia Wahba, Johnny Malicoat, Kazuki Shibata, Tsuyoshi Nishiguchi, Sangil Lee, MD, Ryan Cho, Tetsufumi Kanazawa, Gen Shinozaki

スタンフォード大学，大阪医科薬科大学

【目的】せん妄は危険であり，転帰不良の予測因子であるが，見過ごされがちである．我々はこれまでに，せん妄の検出と死亡率を含む患者転帰の予測に，新規アルゴリズムを用いたバイスペクトル脳波（BSEEG）の有用性を報告してきた．本研究では，正規化 BSEEG（nBSEEG）スコアを採用し，これまでのコホートのデータを統合して，患者転帰の予測について検討した．また，BSEEG 法が年齢に関係なく，せん妄の運動サブタイプに依存せずに適用可能かどうかを検証することを目的とした．

【方法】各コホートの BSEEG 生データから nBSEEG スコアを算出し，患者を BSEEG 陽性群（nBSEEG＞＝0）と BSEEG 陰性群（nBSEEG＜0）に分類した．ログランク検定および Cox 比例ハザードモデルを用いて，全対象者およびサブタイプにおける BSEEG スコア陽性群および陰性群の 90 日および 1 年転帰を予測した．

【結果】全対象者 1077 名において，BSEEG 陽性群は，年齢，性別，CCI，せん妄状態などの共変量調整後，陰性群と比較して 90 日（ハザード比 1. 33［95％CI　1.16－1.52], p＜0.001）および 1 年（ハザード比 1.22［95％CI　1.06－1.40］，p＝0.00368）の死亡率が著しく高かった．サブタイプの異なる患者において，低活動群は 90 日死亡率（ハザード比 1.41［95％CI 1.12－1.76］，p＝0.00289）および 1 年死亡率（ハザード比　1. 32［95％CI　1.05－1.67］，p＝0.0174）が有意に高く，これは同じ共変量の補正後も有意であった．多動群のうち，BSEEG 陽性群は BSEEG 陰性群と比較して，統計学的に有意なレベルには達しなかったが，高い死亡率を示した．

【考察】BSEEG 法は，年齢層に関係なく，せん妄のサブタイプに依存せず，患者の死亡率を予測することを示唆した．

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言を遵守し，人間参加プロトコルはアイオワ大学病院・診療所（UIHC）施設審査委員会の承認を得た．

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．

人　名　索　引

O：口頭発表　P：ポスター発表　TA：大会長講演　TK：特別講演　K：教育講演
KKM：小阪憲司先生メモリアルシンポジウム　IKS：委員会企画シンポジウム　S：シンポジウム
K：教育企画　座：座長
※発表者は太文字

【あ】
青木浄亮　OB-11
青木泰亮　OB-11
青島　希　PA-9, PA-18, PB-9
秋葉光浩　PA-13, PA-14
明智龍男　PB-7
浅川　理　OB-6
朝田　隆　座 TA-1, 座 S-7, 座 K-10, PA-11
阿部和夫　PA-3
阿部紀絵　OA-2
阿部健太　PA-12
阿部潤一郎　PA-8
新井　薫　OB-3
新井哲明　**KKM-2**, 座 S-1, PA-11
荒井秀典　OA-2
有竹清夏　OA-4
有馬康之　PB-5
粟田主一　**S-11-4**, PA-9, PA-18, PB-9
安藤志穂里　**S-7-3**

【い】
飯島慶郎　OB-2
伊賀淳一　OA-1
五十嵐英哉　OA-5
井川大輔　OA-11
井口高志　**S-4-3**
池内　健　PA-8
池田研二　S-1-4, PA-17
池田　学　座 KKM, **KKM-1**, 座 S-11, **S-11-5**, OA-7, OA-8, PA-1
池原真人　PB-3
石井一成　OA-7, OA-8
石井洵平　OB-9
石川智久　座 OA-4～6, OA-5
石塚貴周　**S-13-2**, S-13-3, OB-3, OB-12
石津秀樹　PA-6
石丸大貴　**PA-1**
磯　直樹　PA-16
井出恵子　**OA-2**
井手芳彦　**S-7-2**
井藤佳恵　**K-7**, PA-9, PA-18
伊藤健吾　PA-8
伊藤　司　OB-2
稲垣正俊　OB-2
稲村圭亮　座 K-3, OB-9, OB-10
井上　猛　PA-11
井上千種　PB-3
井上友和　PB-12
井上靖子　OA-5
猪俣光孝　PB-1
今井　鮎　**OA-9**
今井奈緒　OA-3
今村研介　**OB-12**
今村陽子　PA-9, PA-18, PB-9
岩下正幸　OB-9
岩田邦幸　**S-5-3**
岩間穂乃実　PA-4

【う】
上田和也　OA-11, PA-10
上田　諭　**S-1-1**
上田譲二　OB-6
上田那月　PB-9
植田那月　PA-9, PA-18
内門大丈　KKM-4
内海久美子　座 K-8, PA-4, PA-13, PA-14
内海智博　**OA-4**
浦上克哉　座 S-6, **S-6-4**

【え】
枝広あや子　**IKS 1-3**

【お】
扇澤史子　**K-6**, PA-9, **PA-18**, PB-9
王丸道夫　OA-5
大井　玄　**TK-2**
大石　智　**K-8**
大越麻加　**OB-10**
大島健一　PA-17
大嶋俊範　OA-5
大塚耕太郎　座 S-8, **S-8-3**

大朏孝治　OB-2
大西弘樹　**OA-11**, PA-10
大橋綾子　OB-1
大森佑貴　PA-9, PA-15, PA-18, PB-9
大山一樹　PB-8
大山千尋　**PA-4**
岡崎四方　OB-2
小縣　綾　PA-8
岡部　究　PA-12
岡部拓大　PA-16
岡村　毅　PA-15
岡本一枝　**PA-9**, PA-18, PB-9
小川朝生　PB-2
小川佳那　PA-12
小川　徹　OB-6
小口芳世　**S-1-2**
苧阪直行　**S-7-1**
小笹俊哉　OB-5
小田原俊成　座 KKM, **KKM-3**, OA-2
小野賢二郎　**S-11-1**, OA-1
小野真由子　OB-11
小原知之　**OA-1**, 座 OB-1～3, OB-1
折井　裕　PB-1

【か】
笠貫浩史　座 IKS 1, S-1-2 座 S-5, **S-5-4**
樫林哲雄　**S-5-1**, OA-7, 座 OB-7～9, OA-8
數井裕光　S-5-1, **S-11-3**, OA-7, OA-8
春日健作　PA-8
片岡宗子　PA-9, PA-15, PB-9
片上茂樹　**OA-8**
加藤薫子　PA-2
加藤伸司　座 IKS 1
加藤隆司　PA-8
加藤忠史　PA-17
加藤真衣　PB-9
兼板佳孝　OA-4
兼本浩祐　OB-8
鐘本英輝　**S-9-1**, OA-7, OA-8, PA-1
蒲池康浩　PB-5
上村直人　座 S-12, **S-12-1**, **PB-4**
亀山　洋　**OA-7**, PA-12
仮屋麻衣　OB-3
河合晶子　座 IKS 2
川勝　忍　座 S-2, S-2-1, S-9-2, OB-7
河上　緒　**S-1-4**, 座 S-9, **S-9-4**, PA-17
川越雅弘　PA-16
河崎一仁　PA-13, PA-14
川﨑洋介　**OB-6**
河野公範　OB-2
河村　葵　OA-4
川村雄次　**S-4-1**

【き】
木内邦明　OA-11, PA-10
木川昌康　PA-13, PA-14
岸本泰士郎　PB-5
岸本年史　座 K-4
岸本由紀　**PA-3**
喜田　恒　**S-10-4**
北村聡一郎　OA-11, PA-10
北村　立　座 IKS 2, IKS 2-3
木ノ下智康　PB-10
木村　朴　PA-17
木村泰之　PA-8

【く】
國松志保　OA-6
国本晃佑　OB-5
熊谷　亮　**PA-7**
栗山健一　OA-4
黒須貞利　**PA-2**
黒住　卓　PB-12
桑野良三　PB-12

【こ】
小泉冬木　PA-1
小出求陸　OA-14
神山稔枝　S-10-1
越部裕子　PA-11
小菅英恵　**OA-6**
児玉直樹　**S-6-3**
古茶大樹　S-1-2
小林　覚　OA-6
小林直人　**S-2-4**
小林伸行　OA-10
小林幸恵　**S-8-2**
小林良太　**S-2-1**, **S-9-2**, OB-7
小松静香　S-12-1
近藤一博　OA-10
近藤　毅　PA-5

【さ】
齋藤京子　OA-2
齋藤久美子　PA-18, PB-9
齋藤正彦　座 K-7
齊之平一隆　**OB-3**, OB-12
坂井健二　**K-1**, **S-3-3**
坂本和貴　OB-7
佐賀里　昭　PA-16
﨑元仁志　S-13-2, **S-13-3**, OB-12

佐久田　静　**S-12-2**
作田直人　**PB-6**
櫻井圭太　PA-17
櫻井　孝　OA-2, PA-8
佐々木　努　PB-6
佐々木なつき　OB-3, OB-12
佐竹祐人　OA-8, PA-1
佐藤皓平　OB-2
佐藤順子　**PB-7**
佐藤俊介　OA-8
佐藤博文　PB-7
鮫島大輔　PA-12
澤　温　OA-14
三條伸夫　**S-3-2**

【し】
色本　涼　S-10-4, PB-5, PB-7
繁田雅弘　座 TK-2, 座 S-4, OA-4, OA-7, OA-10, OB-9, OB-10, PA-12
繁信和恵　**S-12-3**
品川俊一郎　**S-1-3**, 座 S-5, **S-5-2**, 座 S-9, OA-7, OA-8, OA-10, OB-9, OB-10
柴田展人　座 PB-1～3
柴田舞欧　OA-1
柴原　浩　PB-3
渋谷　譲　**S-2-2**
嶋田恵子　OA-5
嶋田洋徳　PB-8
島本優太郎　OB-11
清水　剛　PB-6
清水真央　PA-9, PA-15
下木原　俊　PA-16
下田信義　PA-8

【す】
末廣　聖　OA-8
末光　茂　PB-12
菅原　睦　PB-1
須佐由子　OB-10
鈴木昭仁　S-2-1, S-9-2, OB-7
鈴木正泰　OA-4
鈴木裕子　OA-2
諏訪さゆり　**IKS 1-2**

【せ】
瀬戸下玄郎　OB-12
銭場裕司　**S-4-2**

【そ】
宗　久美　**OA-5**
副島沙彩　**PB-2**

【た】
垰本大喜　OA-8, PA-1
互　健二　**S-9-3**, OA-7, 座 PA-8～11, OA-8
高江洲義和　PA-5
髙岡陽子　PA-9, PA-18
髙尾昌樹　座 S-3, **S-3-1**
高階勇人　PB-5
髙木　学　OA-3, PA-6, PB-12
髙崎恵美　OA-7, OB-10
高階憲之　PA-2
高嶋純子　OB-6
高田涼平　OA-11
高橋誠人　OA-11, **PA-10**
高橋竜一　OA-7, OA-8
高森和沙　OB-12
田栗正隆　OA-2
武田章敬　PA-8
竹田佳世　OA-8
武田敏伸　PA-3
竹之下慎太郎　**S-10-2**, OA-3, PA-6, **PB-12**
竹林　実　OA-1
武原　格　OA-6
嵩原駿平　PA-5
田澤雄基　PB-5
立花久大　OA-14
田中稔久　**S-11-2**
田中博子　**S-8-4**
田中元樹　PB-2
田中康裕　**OA-13**
田端一基　**PB-1**
田平隆行　**IKS 1-4**, **PA-16**
玉岡　晃　**K-4**

【ち】
千葉悠平　OA-2
茶谷圭祐　PB-11

【つ】
月浦　崇　**TK-1**
槻宅雅史　OB-2
辻　教子　OB-6
土谷明男　OA-6
土屋大樹　PA-15, PB-9
坪内賢太　**OB-9**
都留あゆみ　PB-10
都留京子　PA-12

【て】
寺田整司　座 K-9, S-10-2, OA-3, PA-6, PB-12

【と】
土井貴弘　**OB-5**
土井　拓　OB-5

徳田隆彦　OA-1
富永　壮　PB-6
豊永武一郎　PB-3

【な】
直江綾子　PB-1
直江寿一郎　PB-1
仲秋秀太郎　PB-7
長尾賢太朗　OA-4
中尾智博　OB-1
永倉暁人　**PA-17**
中込琴子　OB-6
仲里　伸　OB-5
中澤太郎　**OB-1**
中路重之　OA-1
中島健二　OA-1
永田青海　OB-12
永田智行　**K-3**, **OA-10**
永田優馬　PA-1
中西亜紀　座 S-4, **S-4-指**
中西幸治　**OA-14**
永野栄美　**S-10-1**
永野志歩　S-12-1
中野倫仁　座 PB-4～8, PB-6
中目華子　PA-11
長濱道治　**OB-2**
中村一太　PB-3
中村雅之　座 S-13, S-13-2, S-13-3, OB-3, OB-12
成本　迅　**K-9**, OA-9, PB-7

【に】
新岡大和　**S-10-3**
新里和弘　PA-17
新美芳樹　**IKS 2-4**
新村秀人　S-10-4
西岡　慧　PB-3
西川直人　**OA-3**, PB-12
錦織　光　OB-2
西田圭一郎　OB-11
西田伸一　OA-6
西森博幸　PB-1
二宮利治　OA-1
二橋尚志　PA-8

【ぬ】
忽滑谷和孝　座 S-8, **S-8-1**, 座 S-10, PA-12
布村明彦　**TA-1**, 座 TK-1, 座 S-11

【ね】
根本清貴　PA-11
根本直久　OB-4

【の】
野村美和　OB-3

【は】
橋本　衛　座 S-2, 座 S-12, S-12-2
長谷川成人　PA-17
長谷部憲一　PB-11
畠山　啓　PA-18, PB-9
畠山茂樹　PA-4, PA-13, PA-14
秦　　淳　OA-1
畑部暢三　OB-1
服部沙織　PA-8
馬場　元　座 S-1
林　　聡　OA-3
林　真一郎　OB-2
林　伸介　OA-14
原　京子　OB-6
原口　俊　PA-6
原口昌明　OB-12
韓　侊熙　PA-16

【ひ】
東　賢志　OA-14
東　晋二　座 PA-1～4, **PA-11**
比嘉　大　PA-5
比嘉リキ　PA-5
土方奈奈子　PB-2
西園久慧　**PB-3**
菱本明豊　OA-2
一杉正仁　**S-7-4**
平川博之　OA-6
平野仁一　PB-5

【ふ】
深澤　隆　**S-2-3**
深澤文江　OB-6
深津孝英　**OB-8**
福井　実　PB-1
福田敏雅　OA-6
福留尚典　**PB-8**
福原竜治　OB-3, 座 OB-10～12, OB-12
藤井一輝　PA-13, **PA-14**
藤城弘樹　S-5-3
藤田佳男　OA-6, PB-5
藤戸良子　S-12-1, PB-4
普天間国博　**PA-5**
船山道隆　**K-2**, 座 PA-5～7
古川はるこ　**PA-12**
古田　光　PA-9, 座 PA-15～18, PA-15, PA-18, **PB-9**
文　鐘玉　S-10-4, 座 OA-12～14, PB-5

【ほ】
星野雅弘　OA-6
堀田　牧　**IKS 2-2**, PA-1
堀内真希子　OA-3
堀川悦夫　座 S-7
堀込俊郎　PB-5
本家寿洋　**OB-4**, PA-4
本田貴紀　OA-1

【ま】
前田哲也　OA-1
牧之段　学　OA-11, PA-10
正岡　浩　OB-2
松井健太郎　OA-4
松井仁美　PA-9, **PA-15**, PA-18, PB-9
松浦常夫　OA-6
松岡　究　OA-11, PA-10
松岡伸輔　PB-5
松岡照之　座 OA-7～11, OA-9, PB-7
松尾壮一郎　PB-5
松下泰士　OB-5
松田　修　座 K-6, **IKS 1-1**
松田　実　座 K-2
松田勇紀　OB-9
松原三郎　PB-11
松原拓郎　**PB-11**
松本昭範　PB-1
眞鍋雄太　**KKM-5**
丸田道雄　PA-16
丸谷　眞　PB-1
丸山惣一郎　**OB-11**

【み】
三浦隆義　OB-5
三木知子　OA-3, **PA-6**, PB-12
右山良子　OA-5
三品雅洋　**S-6-2**
水嶋春朔　OA-2
溝神文博　PB-10
南　昭宏　OA-11, PA-10
南　拓磨　PA-16
南　ひかる　PA-8, **PB-10**
南　博之　PA-8, PB-10
三村　將　S-10-4, **K-5**, OA-1, OA-6, PB-5, PB-7
宮内友美　OA-6
宮川晃一　座 S-10
宮崎峻弘　PA-11

【む】
村井千賀　**IKS 2-3**
村上理菜　PB-2
村山友規　PB-1
森岡大智　S-2-1, S-9-2, **OB-7**
森川恵一　PB-11
森川文淑　PB-1
森　康治　座 S-13, **S-13-1**, 座 PB-9～13
森村安史　PA-3

【や】
安武　綾　OA-5
安田華枝　PA-6
安野史彦　**PA-8**, 座 PA-12～14, PB-10
八十川太志　OA-5
柳渡彩香　PA-14
矢野勝治　座 OA-1～3
矢部真弓　OA-3
山内真喜夫　OB-2
山縣　文　PB-5
山北　武　PB-6
山口智晴　**IKS 2-1**
山崎　宏　**K-10**
山崎龍一　OB-9
山下智子　OB-2
山田恭平　PB-6
山田正仁　座 S-3, **S-3-4**
山中太郎　OA-2
山室和彦　OA-11
山本誉磨　OA-14
山本真梨乃　OB-11
山本保天　**PB-5**

【よ】
横田　修　OA-3, PA-6, PB-12
吉池卓也　OA-4
吉岩あおい　座 K-5
吉川裕晶　OA-11, PA-10
吉田　肇　PB-6
吉見明香　OA-2
吉本一哉　OA-6
吉山顕次　OA-8, 座 OB-4～6

【わ】
涌谷陽介　座 S-6, **S-6-1**, 座 K-1
和氣　玲　OB-2
渡辺亮平　PA-11

【欧文名】
Gen Shinozaki　PB-13
Johnny Malicoat　PB-13
Kaitlyn Crutchley　PB-13
Kazuki Shibata　PB-13
Nadia Wahba　PB-13
Pedro Marra　PB-13
Ryan Cho　PB-13,
Sangil “Lee, MD”　PB-13
Takehiko Yamanashi　PB-13
Taku Saito　PB-13

Tetsufumi Kanazawa　PB-13
Tsuyoshi Nishiguchi　PB-13
Yoshitaka Nishizawa　**PB-13**