

# 大会長講演

認知症と酸化ストレス，そして認知レジリエンス

布村明彦

東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科

10月13日(金) 10:50~11:50  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

## 認知症と酸化ストレス，そして認知レジリエンス

布村明彦

東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科

アルツハイマー病 (AD) の疾患修飾療法 (DMT) として抗 A $\beta$  抗体医薬が米国 FDA より承認を取得し，わが国でもまもなく実用化の道が開かれようとしている。その一方で，さらなる治療効果の向上やより広い適応を目標にした多角的な治療標的の探索も推進すべきである。AD では前駆期やダウン症候群の患者試料，ならびに遺伝子改変動物や iPS 細胞モデルなどの検討から，早期病態における酸化ストレス (Oxidative Stress: OS) の関与が解明されている。近年，レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症においても同様に OS が病態に密接に関与するという知見が集積され，血管性認知症の基盤となる脳虚血の病態も OS との関連が深い。今後，認知症診療において，OS を指標にした発症予測マーカーや OS を標的にした早期介入戦略の確立が期待される。

AD 創薬パイプライン 2023 (Cummings J, et al. *Alzheimers Dement (N Y)* 9: e12385, 2023) によれば，現在治験途上にある AD の DMT 候補 111 剤中 OS 抑制作用に関連するものに，ムスカリン/シグマ受容体作動薬ブラルカメシン，血管拡張薬ヒドララジン，DHA・EPA (単独/併用)，鉄キレート薬デフェリプロン，チロシンキナーゼ阻害薬 (老化細胞除去)+フラボノイド (ケルセチン)，脳保護薬 (フリーラジカルスカベンジャー) エダラボン (経口製剤)，伝統的ハーブ *Flos Gossypii* 由来フラボノイド，コレステロール輸送調節薬ヒドロキシプロピル  $\beta$ -シクロデキスト

リン，脂肪酸合成酵素阻害薬 CMS121，ミトコンドリア機能増強薬ニコチンアミドリボシドなどが挙げられる。しかしながら，現時点で AD その他の認知症疾患における認知機能障害に対する進行抑制効果，あるいは健常高齢者や MCI 患者における認知機能低下や認知症発症率の抑制効果が RCT で証明された抗酸化物質はなく，高用量の抗酸化サプリメントの摂取よりも食餌由来の多様な抗酸化成分の摂取が OS 制御に望ましいと考えられている。

神経ホルミシス理論で説明される OS 適応反応の観点からは，ファイトケミカル摂取，適度な運動，認知刺激などを介する内因性抗酸化システムの活性化が重要であると考えられる。近年，身体活動量や認知症予防食餌法である Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) が認知レジリエンス (Cognitive Resilience)，すなわち脳病理が存在しても認知機能を保持させる機構に関連することが解明されている。また，認知レジリエンスに関連する重要な脳機能分子のひとつに転写リプレッサー RE1-Silencing Transcription Factor (REST) が挙げられるが，その神経保護作用の一部は OS 制御を介していることも示唆されている。認知症の多角的治療標的のひとつとして OS は有望なものであり，生活習慣と関連する非薬物介入の視点からも OS 制御を介する認知レジリエンス増強法の確立は今後の重要な研究課題である。

# 特別講演 I

「生涯学」の創出に向けて；  
超高齢社会における加齢観の刷新をめざす学際的研究

月浦 崇

京都大学大学院・環境学研究科

10月13日(金) 13:10~14:10  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

## 「生涯学」の創出に向けて

— 超高齢社会における加齢観の刷新をめざす学際的研究 —

月浦 崇

京都大学大学院・環境学研究科

「年をとる」ことに対する一般的なイメージは、「アンチ・エイジング」の言葉が示すように、ネガティブなものが多いであろう。しかし、年齢を重ねることは本当にネガティブなことだけなのであるか？

2020年に始められた科研費学術変革領域研究(A)「生涯学の刷新－超高齢社会における発達・加齢観の刷新」(領域代表：月浦崇)では、「成長から衰退へ」のような従来の固定的な加齢観ではなく、ヒトの生涯を社会的環境との相互作用の中で複雑な成長と発達を繰り返す生涯発達のプロセスとして捉え直すことで、ネガティブな加齢のイメージを刷新するための学際的研究を進めている。「生涯学」では、このような新しい生涯観の基盤となる基礎的エビデンスを、「脳とこころ」に関する神経科学・心理学的研究、「社会制度やソーシャルサポート」などの社会的・制度的環境に目を向ける社会学的研究、日本とは異なる生涯観・

加齢観を有する異なる文化に対する「フィールドワーク」を実施する文化人類学的研究を通して提供するのと同時に、これらの基礎的研究の成果を、「生涯学習」を通して社会へ還元する教育学的研究を進め、基礎と実践の両輪から新しい生涯観の基盤となる「生涯学」を体系化することをめざしている。現在、この研究プロジェクトには8つのコアの研究班(計画研究)と、これらのコアの研究や境界領域の研究を進める20の公募研究が参加し、「生涯学」の旗印の下で各自の研究を進めている。

本講演では、現在進めている「生涯学」のプロジェクトの概要を紹介しながら、各計画研究や公募研究がこれまでにどのような研究を進めてきているのかの一端を紹介する。これらの研究を通して、科学的エビデンスを基にした新しい生涯観を社会と共有し、超高齢社会の未来が明るいものとなるように貢献していきたいと考えている。

# 特別講演Ⅱ

## 認知症と終末期

大井 玄

都立松沢病院

10月13日(金) 14:25~15:25  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

## 認知症と終末期

大井 玄

都立松沢病院

今年米寿に達した筆者は、体力認知能力の衰え、難聴など、終末期における生存能力の衰えを現実経験しつつある。本稿はその体験と想いを濃く写した語りの抄録である。

筆者は最初内科臨床医として出発し、後に社会医学を学び、さらに老年医学と看取りを学んだ。

1978年、長野県佐久市における「寝たきり老人・ぼけ老人宅診事業」に参加し、認知症高齢者の被害妄想、夜間せん妄などの周辺症状（BPSD）を観察し、それらが認知症高齢者の「不安」に由来する「環境不適合症状」であり、おかれた人間関係の良し悪しと、認知能力の衰えに深く関連することを観た。この印象は、沖縄県佐敷村において琉球大学精神科真喜屋浩の得た結論と一致するものであった。真喜屋は佐敷村高齢者七〇八名全員を調べたところ、その四パーセント（二七人）は「老年性痴呆」と診断され、東京都の在宅高齢者の有病率と変わらなかった。しかし全例を通じてうつ状態、妄想、幻覚、夜間のせん妄を起こすものは見つからず、当時の東京都の調査結果と比べると信じがたい知見であった。東京都では「痴呆老人」の半数に周辺症状があり、二割に夜間せん妄があった。また佐敷村ではうつ状態が認められなかったのに、アメリカでは四分の一から半分がうつが報告されていた。佐敷村認知症高齢者における周辺症状の不在は、高齢者が敬意をもって処遇され、その誇りを傷つけられることが無い事実由来すると推察された。換言すれば、認知能力の衰えがあっても、周囲の適切な対応により、環境に良く適応していれば、周辺症状が生じるこ

とはない。

この知見は、その後、精神病院経営のデイケア、デイホームなど多くの施設で観察されている。特に「小山のおうち」では集団精神療法サイコドラマをもちいて、「呆けていても自分らしく生きていけるという実感」を抱かせることに成功している。

以上の知見は、世界で異次元的に多い精神科病床を、認知症高齢者を収容と拘束に利用しようとする動きに警鐘を発するものであろう。

認知症有病率は加齢とともに上昇し、七十代前半では数パーセントであるものが、後半では一割、八十代前半で二割、後半で四割、九十代で過半数を超える。疫学的には、ある年齢階層の過半数が示す生理的特性は、「その年齢階層を代表する特性」と見なされる。加齢に伴う認知能力の衰えを「医学的に」とどめ様とするのは効果の少ない努力と言えよう。超高齢者の認知症は生活障害を示すが、①適切な看護・介護で対応可能であり、②高齢者の死因の相当部分を占める悪性腫瘍における苦痛が少なく、③死の恐怖がない。従って超高齢者の認知症は、終末期の適応と見なすこともできよう。

認知症高齢者は、周囲の適切な対応によって、周辺症状を現すことなく過ごし、本人にとって苦痛もなく終末を迎えることが可能である。加齢とともに我々の認知能力が衰えが進むのは自然な現象である。したがって、認知症「患者」というよりも、認知症「当事者」と呼ぶのが相応しい。了

# 教育講演 1

脳アミロイドアンギオパチー (CAA) ;  
CAA 関連炎症とアミロイド関連画像異常 (ARIA) を中心に

坂井健二

新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院神経内科

10月13日(金) 10:50~11:50  
第2会場 (第一会議室, 8F)

## 脳アミロイドアンギオパチー (CAA)

— CAA 関連炎症とアミロイド関連画像異常 (ARIA) を中心に —

坂井健二

新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院神経内科

脳アミロイドアンギオパチー (CAA) は髄膜および脳実質の血管にアミロイドの沈着を認める疾患で、アミロイド  $\beta$  蛋白 ( $A\beta$ ) が沈着する孤発性  $A\beta$  型 CAA が最も多い。  $A\beta$  型 CAA では神経細胞で産生された  $A\beta$  が、intramural periarterial drainage pathway (IPAD) や glymphatic system といった脳間質液の排出機構を通じ、脳実質から排出される過程で血管壁に沈着して生じると考えられている。一方、長期経過した遺伝性トランスサイレチン (TTR) 型アミロイドーシス (ATTRv アミロイドーシス) で CAA を生じることが近年問題となっている。 ATTRv アミロイドーシスでは脈絡叢で産生された TTR が血管壁に沈着し、  $A\beta$  型とはアミロイドの沈着機序が異なる。

CAA では血管壁の変性によって、脳葉型の脳出血や微小出血、限局性のクモ膜下出血などを生じるが、炎症・血管炎を引き起こすことがある (CAA 関連炎症)。アミロイドが沈着した血管の周囲に炎症細胞の増加が見られること、CAA 関連炎症の急性期の脳脊髄液中では抗  $A\beta$  抗体や matrix metalloproteinases の上昇がみられること、CAA 関連炎症の脳実質でミクログリアの活性化が生じていることから、血管壁に沈着した  $A\beta$  に対する過剰な免疫反応によって炎症・血管炎が惹起されると推定されている。しかし、その詳細な病態は依然として不明である。

Alzheimer 病の疾患修飾治療として  $A\beta$  対す

る免疫療法が開発された。2023 年 8 月にわが国で lecanemab の製造販売が承認され、本年度中に日常診療で使用可能となる状況となっている。  $A\beta$  に対する免疫治療の副作用として、アミロイド関連画像異常 (amyloid-related imaging abnormalities : ARIA) が報告され、浮腫や浸出液の貯留 (ARIA-E) や出血の増加 (ARIA-H) がみられる。ARIA は apolipoprotein E の  $\epsilon 4$  のキャリアーで多く生じることがわかっており、lecanemab の臨床試験では ARIA-E は 12.6%、ARIA-H は 17.3% に生じた。

ARIA の病態について、  $A\beta$  に対する免疫治療によって CAA が増悪することが関連していると考えられている。能動免疫治療を受けた Alzheimer 病症例の病理学的な解析から、脳実質より除去された大量の  $A\beta$  が IPAD からの排出過程で血管壁に大量に沈着し、CAA が悪化することが明らかになっている。沈着した  $A\beta$  は血管壁の構造および機能の変化を生じさせ、  $A\beta$  に対する免疫反応も加わって、血管透過性の亢進や血管壁の破綻による浮腫・出血を生じると推定されている。ただし、  $A\beta$  に対する受動免疫治療を受け ARIA を発症した症例の病理学的な解析の報告はなく、ARIA の詳細なメカニズムは不明である。

本教育講演では、CAA について概説し、CAA 関連炎症や ARIA の病態について、我々の研究成果を含めた最新の成果を提示する。



# 教育講演 2

## Posterior cortical atrophy の症候学

船山道隆

足利赤十字病院神経精神科

10月13日(金) 10:50~11:50  
第3会場 (第二会議室, 8F)

## Posterior cortical atrophy の症候学

船山道隆

足利赤十字病院神経精神科

### 1. Posterior cortical atrophy とは

Posterior cortical atrophy (PCA) は脳の後方の皮質の萎縮が緩徐に進行し、主に視空間機能の障害が出現する、臨床に基づいた病態である。病理診断ではアルツハイマー病の例が多く、他にも皮質基底核変性症やレビー小体型認知症などの例も散見される。発症年齢が 50 歳から 65 歳といった若年に発症することが多いことも特徴である。

### 2. 初期の PCA の診断はしばしば困難

臨床家が注意すべきことは、PCA の初期症状は捉えにくく、しばしば見逃されることである。見逃される背景の筆頭には、認知症に関連する症状、すなわち、エピソード記憶の障害、失語症状、幻視や錯視、行動異常、パーキンソン症状を呈することが少ないことが挙げられる。さらに、PCA の初期では、認知機能のスクリーニングの検査において、図形の模写や計算といった一部の下位検査を除くと成績が良好であることも診断を見逃す大きな一因となる。実際に、認知症の専門外来でも初期の PCA が見逃される場合や、初期に眼科に受診して診断がなされていないままである場合や、2 次的に出現する精神症状に焦点が向いて誤診されている場合もある。

しかし、多くの PCA の例で顕在発症から数年のうちに就労が困難となり、家庭生活でも多くの問題が出現する。PCA と典型的なアルツハイマー病を比較すると、エピソード記憶と意欲は PCA

の方が良好に保たれているにもかかわらず、PCA では典型的なアルツハイマー病よりも日常生活での問題が多いことが明らかになっている。具体的には書字、電話の使用の能力、お茶やコーヒーを入れる能力、金銭の支払い能力、電化製品の使用能力、着衣、入浴、テーブルマナーなど日常生活に欠かせない能力の低下が目立つことが報告されている。

### 3. PCA の症候の特徴

PCA の初期症状の中で 7 割以上が視空間機能の障害と関連する症状であり、神経心理学的には背側型同時失認として捉えられる症状が多い。初期症状として読み、運転、着衣の障害も報告されているが、これらの障害も視空間機能の障害を背景とする場合が圧倒的である。その他、頻度は低いものの、視覚失認、相貌失認、失書、失算、視覚自体に関する症状が初期症状として挙げられる。進行期には、リーチングの障害や物を視覚で捉えることの困難さを伴うバリエーション症候群、皮質盲といった視覚に関する症状に加えて、萎縮の広がりによっては失語や失行症などを呈する。

視空間機能は生活上の動作と強く関連する機能である。視空間機能が低下すると、社会生活上は運転や機械操作や道順の把握や書字などが困難となり、日常生活上も携帯電話やリモコンなどの電子機器の操作、料理、整理整頓、着衣、入浴、食事動作などすべての活動に障害が及ぶ。

## 教育講演 3

治療困難な BPSD の定義とその対応；  
認知症医療に精神科医が必要とされるわけ

永田智行

医療法人永光会あいらの森ホスピタル認知症疾患医療センター

10月13日(金) 13:10~14:10  
第4会場 (中会議室, 7F)

## 治療困難な BPSD の定義とその対応

— 認知症医療に精神科医が必要とされるわけ —

永田智行

医療法人永光会あいらの森ホスピタル認知症疾患医療センター

1999年国際老年精神医学会におけるコンセンサス会議で「認知症の行動と心理学的症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD)」が定義された。

妄想、幻覚、焦燥、抑うつ、不安、多幸、無関心、脱抑制行動、易怒性、異常行動、食行動異常などが BPSD の下位症状に含まれ、約 9 割が何らかの BPSD を経験するとされる。介護者にとって避けては通れない課題とされ、心理的・身体的介護負担を増加させるだけでなく、経済的負担の増額にも繋がる。そのため、BPSD の病態を正確に把握して治療や予防の戦略をたてることは、それら介護負担や医療・介護費用の負担の軽減にもつながる。

BPSD を引き起こす 4 つの要因に、1) 遺伝的要因 (受容体遺伝子多型)、2) 神経生物学的要因 (神経化学、神経病理学)、3) 心理的要因 (病前性格、ストレスへの反応等)、4) 社会的要因 (環境変化と介護者の要因等) が挙げられ、個々の多様な属性とそれらの要因が複雑に組み合わせられ、各種症状を生じるものと考えられている。現在、その生物心理社会モデル (Bio-psycho-social model) の視点による原因検索と、症状の緊急性の 2 つの側面から各症状への治療方針が選択される。日本神経学会認知症疾患治療ガイドライン 2017 でも、症状の緊急性の評価 (1. 大うつ病の状態、2. 他者に危害を加える可能性が非常に高い妄想、3. 自分自身や他者を危険にさらす原因となる攻撃性) を行い、それら緊急性のない BPSD

に対しては原因となりうる要因の是正と非薬物的介入を行うことを推奨している。一方で、非薬物的介入で改善しない BPSD には向精神薬を中心とした薬物的介入が開始されるが、十分容量、十分な期間使用し、複数回薬剤を変更しても改善しない場合は一旦薬物療法を減量・中断もしくは入院することも検討される。2001 年米国で行われた、非定型抗精神病薬 (APSS) のアルツハイマー病患者に対する有効性と安全性を検証した調査: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness-Alzheimer's Disease (CATIE-AD) では、妄想、幻覚、焦燥に対する APSS の効果不十分と不耐用が原因で複数の薬剤変更 (2 回以上) を余儀なくされたケースが約 25% に及ぶことが分かった。また、非薬物療法の中でも、音楽療法や集団での回想法が抑うつや不安にある程度効果があると報告されているが、一部が効果不十分になることも予想される。そのため、薬物療法と非薬物療法を十分期間、複数回変更しても症状が改善しない「治療抵抗性」もしくは、「治療困難」な BPSD への治療戦略を検討することは、介護者と認知症の人々の苦悩を軽減するための次なる課題となる。

本講演では、それらの課題を解決するために、先行研究と治療指針の知見を基に、治療困難な BPSD に対して、現在適応されている治療法の紹介と、将来的に可能性のある治療戦略について概説していく。

# 教育講演 4

## 神経難病における認知症診療

玉岡 晃

筑波記念病院脳神経センター

10月13日(金) 14:25~15:25  
第4会場 (中会議室, 7F)

## 神経難病における認知症診療

玉岡 晃

筑波記念病院脳神経センター

2014年の難病法の成立以来、難病患者に対する施策が充実するとともに、指定難病の種類も著しく増加してきた（2021年11月1日現在で338種類）。難病法に基づく「難病」とは、「発病の機序が明らかでない、治療方法が確立していない、希少な疾患である、長期の療養を必要とする」という条件を満たす疾患である。また、「難病」のうち「指定難病」は、「患者数が本邦において一定の人数（人口の0.1%程度）に達しないこと、客観的な診断基準が確立していること」という要件を満たすものであり、病状の程度が認定基準に該当するとき、または、認定基準に該当しないが高額な医療の継続が必要な人（軽症高額該当）と認める場合に医療費助成に認定を受けることが出来るようになってきている。指定難病の中でも神経難病の占める割合は最も多く、認知機能低下を呈するものも少なくない。従って、認知症者の診断に際して、神経難病を見逃さないことは極めて重要である。

指定難病の申請には、「臨床調査個人票」を含めた書類の保健所に提出する必要があるが、指定難病に認定されると、医療費の助成や手当についてのサービスや、日常生活の支援や福祉制度、就労に関するものも含めた各種の相談を受けることが可能となる。また、その過程で、必要に応じて身体障害者手帳の交付を受け、疾患によっては「特定疾病」として40歳以上65歳未満でも公的介護保険サービスを利用したりすることが出来る。従って、認知症の原因疾患としての神経難病を見

逃さず、適切に診断することは、認知症者の福祉にとって極めて重要である。

神経難病で最も多いものはパーキンソン病であり、その運動症状だけでなく、非運動症状への対応も、生活の質の向上のためには重要である。認知症を伴うパーキンソン病（PDD）では記憶障害は比較的軽度であり、注意障害、遂行機能障害、視空間認知機能障害が認められる。また、アパシー、抑うつ症状や不安を含む気分の変化、幻覚、妄想、日中の過眠がしばしば出現する。パーキンソン病関連疾患では、進行性核上性麻痺（PSP）や大脳皮質基底核変性症（CBD）も認知症を呈することがあり、注意が必要である。前頭側頭葉変性症（FTLD）は、前頭葉と側頭葉の萎縮がみられ、行動異常が中心の行動異常型前頭側頭型認知症（bvFTD）、言語障害が中心の意味性認知症（SD）と進行性非流暢性失語症（PNFA）の3群に分類されるが、65歳以下のbvFTDとSDは指定難病に認定されている。また、行動異常や精神症状などに加え、筋萎縮性側索硬化症（ALS）を合併するものがあり、注意が必要である。

以上の変性性神経疾患のほか、多発性硬化症（MS）や神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症（HDLS）などの白質脳症も認知症を呈することがあり、血管性認知症と鑑別することが重要である。

本講演では、認知症を呈した神経難病の自験例を紹介し、神経難病に起因する認知症の診断とケアの要点について概説する。

# 教育講演 5

老年精神医学領域における遠隔診療の現在と未来

三村 將

慶應義塾大学予防医療センター

10月14日(土) 10:50~11:50  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

## 老年精神医学領域における遠隔診療の現在と未来

三村 將

慶應義塾大学予防医療センター

ビデオ会議システム等を用いた精神神経科領域の遠隔診療に関して、我々はこれまでうつ病に対する遠隔認知行動療法、強迫症に対する遠隔曝露反応妨害法、海外在留邦人へのメンタルヘルス支援、失語症の遠隔言語療法といった技法を主に臨床研究ベースで実施、報告してきた。さらに2020年以降は新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）のパンデミックに伴い患者の来院が困難になる中で、電話再診とともにビデオ会議システムを利用した遠隔診療も精神科の実臨床場面において、必要に迫られて普及・発展することとなった。最近ではセカンドオピニオン外来も遠隔で実施することが増えてきた。そのような状況のもと、本教育講演では、特に高齢者・認知症に対する遠隔診療、ビデオ会議システムの利用に関する利点と課題・問題点について述べる。老年精神医学領域における遠隔診療の導入には、医師等による診察場面と、臨床心理士等による神経心理検査（認知機能検査）場面の大きく2つを考えることができる。まず実診察に関しては、文字通り遠隔に在住している患者、引きこもり傾向や受診拒否傾向のある患者、不穏・興奮が強く受診勧奨が困難な患者、同席が困難な家族等の面談などを含めた精神的診察にはきわめて有力な手段となる。問題点としては、高齢者がそのような遠隔会議システム等のツールの操作に不慣れな場合があることや、遠隔診療の質を一定に保つことができない場合があることが挙げられる。また、対面・

リアルの臨場感が得られにくいことも課題であるが、今後、仮想現実やメタバースなどを含め、技術的な改善の余地は大いに期待できると思われる。第二に、神経心理検査の遠隔実施については、診察場面と同様に、遠隔在住の患者や受診が困難な患者の場合など、有用性が考えられる。遠隔検査の信頼性・妥当性に関しては、我々はこれまでMMSE、ADAS-JやMOCA-Jを高齢者に遠隔で実施した場合と対面で実施した場合とが同等であることを報告している（Iiboshi et al., 2019; Yoshida et al., 2019）。これらを踏まえて、2020年6月に日本老年精神医学会は日本高次脳機能障害学会、日本神経心理学会、日本認知症学会と共同で、会員に向けて、「新型コロナウイルス感染リスクの中で実施する認知機能検査について」とする案内を出した。この案内の中で、COVID-19の蔓延・流行下で当事者および検査者が安全・安心に認知機能検査を実施できる一般的注意や推奨、さらに検査結果の解釈における注意点を述べるとともに、遠隔神経心理検査の利用についても言及している。このような遠隔神経心理検査は、たとえば離島など遠隔地で心理検査を実施するマンパワーが不足している状況や、大規模治験等で中央一括評価が求められるような場面でも威力を発揮する。今後はCOVID-19パンデミックが終息したとしても、遠隔診療のさらなる普及や適切な診療報酬の付与・拡充などが課題であると考えられる。



## 教育講演 6

老年精神医学領域の実践における心理専門職の役割と課題；  
認知症本人・家族への心理支援を中心に

扇澤史子

東京都健康長寿医療センター精神科

10月14日(土) 10:50~11:50  
第2会場 (第一会議室, 8F)

## 老年精神医学領域の実践における心理専門職の役割と課題

— 認知症本人・家族への心理支援を中心に —

扇澤史子

東京都健康長寿医療センター精神科

老年精神医学領域において、加齢が危険因子である認知症が最も重要な疾患のひとつであることは言うまでもない。認知症の多くは進行性疾患であり、本人・家族が対峙する課題や悩みは病期に沿って様々に変わりゆく。認知症本人（以下、本人）は、日々の生活の躓きに直面し、自身の連続性がいずれ途切れ、自立／自律を喪失していくことに不安を抱き、一方の家族も変わりゆく本人を支えることと自分の人生との両立の難しさを想像し、悲観する。

心理職が彼らに最も多く出会うのは、アセスメントの場面である。不安を抱えて辿り着いた医療機関で最初に出会う専門職の一員として、十分な配慮のもと適切な検査法、面接法と観察法を駆使して、障害／保持されている機能を等しく検討し、生活障害の背景にどのような認知機能障害が関与し、これまでの習慣や強みでどう補うか、結果を環境の工夫や生活支援に生かすことは重要である。最初の出会いがアウトリーチの場合も、その後の関わりの糸口を絶たぬよう、本人との対話を通してアセスメントを行い、認知症に対する深い理解を背景に、本人の希望、生活課題、社会支援ニーズを把握する質の高い総合アセスメントにつなげたい。

なお、初期のサポート体制構築の有無は、その後の臨床像の複雑化の方向性を決めうるため、診断後支援として、病気やケアや社会資源について正しい知識を伝える「情報的サポート」と、認知症発症の事実に向き合いその人生史に意味づける「情緒的サポート」を両輪で提供することは重要である。筆者らは、前者として「認知症はじめて講座」を、後者として「私たちが話そう会（現在

休止中）」「家族交流会」を実施してきた。

また、病期のどこかでBPSDや生活障害の進行、介護者不在等の理由で本人が精神科に入院となることも少なくない。当センターでは、慣れた生活継続を阻んでいる身体的、環境的、心理・社会的要因を知り、多職種で模索したケア、生活史・元々の性格、本人の気持ち等を「ケアの提案書」として心理士がまとめ、次の生活拠点（自宅・施設・病院）の支援者に伝えてきた。これは本人らしさを尊重するケアをつなぐささやかな試みでもある。急性期の短い入院期間中に領域横断的ニーズを持つ人に、真に資する支援を行うには、一職種の専門性でできることは限られ、様々な時間帯や異なる場面で接する多職種が効果的に情報共有することは必須である。

このように終末期まで移りゆく状態像に合わせて、本人らしさの発揮や穏やかな生活に資する心理支援を提供することは、心理職の重要な役割である。ただしこれらの支援は、技法の純化・標準化が困難で従来の効果評価研究になじみづらく、エビデンスが乏しいと指摘される。心理支援の意義について公益性をもって説明し、効果を検証する研究を展開することは、診療報酬にもコミットできるようになることは、心理職の今後の重要な課題である。本人・家族、他職種から役割と意義が理解され、求められる職種になるために、他職種の専門性や文化を理解、尊重し、一つ一つの協働的支援を通して相乗的に心理職全体の知識・技能の水準を高めていくことも不可欠であろう。当日は、架空事例を通して心理職の役割と課題について考えたい。

# 教育講演 7

福祉ネットワークからこぼれる人の支援；  
高齢期の幻覚妄想状態と社会的孤立

井藤佳恵

東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム

10月14日(土) 13:10~14:10  
第2会場 (第一会議室, 8F)

## 福祉ネットワークからこぼれる人の支援

### — 高齢期の幻覚妄想状態と社会的孤立 —

井藤佳恵

東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム

幻覚妄想を背景とした「迷惑行為」によって隣トラブルが生じ、非自発的入院の対象となる独居高齢者に出会う。退院した彼らが元の住まいに戻るには福祉の視点に立った支援が必要となるが、福祉ネットワークを形成するはずの諸機関は、しばしば退院の大きな抵抗勢力となる。そもそも、非自発的入院の適応になるまで、福祉ネットワークが彼らをひろうことができないのはなぜなのか。

高齢期の幻覚妄想は、統合失調症、妄想性障害、気分障害、認知症疾患等の症状、あるいはせん妄や薬剤性のものもあり、有病率は23%とも報告される(Reinhardt, 2015)。高齢期に発症する幻覚妄想状態の背景にしばしば脳の器質的変化があり、そこに心理・社会的要因の関与があると考えられ、彼らとの関わりを考える上で大切なのは、個々のケースにおいて、一つ一つの要因について熟考していくことである。

高齢者の非器質的幻覚妄想状態としてよく知られる遅発パラフレニー(Roth, 1955)と接触欠損パラノイド(Janzarik, 1973)は、ともに社会的孤立との関連が知られ、高齢者の幻覚妄想状態は、環境との相互作用において理解することの重要性が認識されている。しかしながら、幻覚妄想状態にある高齢者が自ら医療機関を受診することはま

れであり、彼らは地域住民を対象とした調査等でも把握されにくい。

多くの場合、精神科医が彼らと出会う頃には、妄想はすっかり体系化されている。我々が妄想の形成過程に立ち会う機会はあまりない。妄想形成の過程で彼らが体験した他者あるいは社会との関係のあり方は、彼ら自身の後方視的な語りと、関係した機関等が保持する記録から、想像し、組み立てるしかない。その場合も、情報の量、質ともに不十分で、彼らの心理的過程をたどることができないケースばかりではない。結果として、社会的孤立が妄想と深くかかわると知っていても、彼らが精神保健に関わるサービスを利用する以前の介入機転を検討することは容易ではない。

本発表は、高齢になってはじめて幻覚妄想状態を呈した女性のケースシリーズである。いずれも80代、一人暮らしの女性で、社会的孤立状態にあり、個人的、対人的、社会文化的要素の相互作用が妄想形成に与えた影響を解釈し得たケースを提示し、彼女たちがなぜ福祉ネットワークからこぼれたのか、どの時点で福祉ネットワークにすくい上げる可能性があったのかという視点から症例検討を行う。

# 教育講演 8

認知症診療における精神療法的視点；  
用いる言葉と内在する stigma への着目

大石 智

北里大学医学部精神科学

10月14日(土) 14:20~15:20  
第2会場 (第一会議室, 8F)

## 認知症診療における精神療法的視点

— 用いる言葉と内在する stigma への着目 —

大石 智

北里大学医学部精神科学

診察室で出会う認知症のある人は生活の中で失敗を経験し、恥の意識を抱き、人から失敗を指摘され、傷ついたところを抱えていることが多い。人は誰しも失敗を打ち明け相談することが得意ではない。認知症のある人の想いを想像し、代弁すると、想いが語られることは少なくない。その想いの傾聴を経て、苦しいところの変化が和らいていく過程に出会うことがある。認知症を前にして精神医学の無力さを感じることもあるが、こうした体験をすると、認知症のある人へのケアの世界で、精神科医が果たせる役割も少しはあるように思う。

一方、認知症のある人のところや行動の変化に、精神科医の態度や言葉が影響していることに気づくことがある。前医の言葉や態度への憤りを語る人、認知機能のスクリーニングテスト後に感じた悔しさを語る人がいる。理解できる理由によって生じたところや行動の変化を脳の神経病理学的変化による症状と解釈され、その解釈に基づく精神科医の態度や言葉が、本人のころを頑なにしていると思われる状況に出会うことがある。

かつて私は正確な情報を得ようと、陪席する家族やケアする人にばかり尋ねていた。家族やケアする人は本人の前で本人の失敗を語る。私の診察は本人を傷つけてばかりいた。「正確に答えられないに違いない」という私の中の認知症への stigma が、そうした態度を生み出していたと言える。

医療介護従事者の中に認知症への stigma が強くあることを、Alzheimer's Disease International の World Alzheimer Report 2019 に記された認

知症のある人たちの言葉が物語っている。診療の加害性を減らすには、精神科医の中にある認知症への stigma を弱めたい。だが人や社会にある stigma を弱める確実に効果的な方法は明らかになっていない。

Stigma を弱める方法として、いくつかの国と地域では認知症にまつわる言葉を見直す動きがある。認知症にまつわる望ましい言葉の手引きが作成され、web 上で公開されている。医学雑誌を眺めてみると“認知症のある人”を意味する言葉も、dementia patients, people living with dementia 等のように表現に違いがある。手引きには望ましくない言葉の使用が人と社会にある認知症への stigma を強め、望ましくない言葉は認知症のある人を傷つける可能性がある」と指摘している。手引きの活用が報道関係者、SNS を含むメディアを利用する人、医療介護従事者、あらゆる人に求められている。

だからと言って手引きを作り、公開するだけで認知症への stigma が解決するとは思わない。

Kate S は認知症にまつわる言葉の重要性を訴えつつも、報道関係者や研究者は視聴率や研究資金獲得のために、悲劇的な言葉を選びたがると指摘した。言葉を望ましいものにするのは難しいことなのかもしれない。しかし診察室で認知症のある人を前にしたとき、精神科医が自己に内在する stigma に自覚的になり、望ましくない言葉を避け、望ましい言葉を選びながら考え、記述し、語ることができたとしたら、それは精神療法の加害性を弱め、陪席するケアする人にも良い影響をもたらすのではないだろうか。

# 教育講演 9

## 遺言能力評価について

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

10月14日(土) 15:30~16:30  
第4会場 (中会議室, 7F)

## 遺言能力評価について

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

近年、高齢者の保有資産や死亡者数の増加を背景として相続額は増加しており、令和3年度の相続税の申告実績によると、被相続人数（死亡者数）が約140万人で課税価格の総額は約18兆円となっている。それに伴って、認知症等で判断能力が不十分な高齢者の遺言の有効性を巡る親族間の係争、いわゆる争族が増えている。われわれが、過去の判例を分析したところ、公証人による遺言能力の確認を経た公正証書遺言であっても、無効の判決が出ている事例があり、遺言能力評価の重要性が高まっている<sup>1)</sup>。

遺言能力の推定にあたっては、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（Revised version of Hasegawa's Dementia Scale: HDS-R）などの認知機能検査が使用されることが多く、判例においても参考にされている。しかしながら、認知機能と遺言能力は必ずしも一致せず、その得点のみで十分な評価ができるとは限らない。具体的には、遺言者が遺言の内容を理解していること、相続財産を把握していること、相続人を認識していること、相続手続きを理解していることが必要とされる。このため、遺言に必要な能力は、遺産の内容や相続人の人数などに関連し、複雑な内容になればなるほど高い能力が必要となる。

われわれは、死後の係争を防ぐために遺言作成時に遺言能力を直接評価するための観察式のチェ

ックリスト（椎名・名倉式遺言能力観察式チェックリスト）、及び検査（遺言能力スクリーニング検査）を開発した。前者は、実際の遺言作成場面において、本人の発言内容から、チェックリストの9項目に照らして評価し、遺言能力の精査が必要かどうかを推測する。一方、後者は、具体的に提示される相続や遺言場面に沿って、財産の配分や相続人、対人葛藤の有無などに関する認識に加えて、遺言に関連した知識の確認を行い、その理解の程度を評価する。チェックリストは、一般社団法人日本意思決定支援推進機構のホームページ（<https://www.dmsoj.com/igon>）よりダウンロードが可能であり、スクリーニング検査についても申し込みが可能である。

今後は、遺言の作成が可能かどうかを医師に相談されたり、裁判にあたって意見書の提出を求められたりするケースが増える可能性があり、本講演では、上記のような遺言能力の考え方や評価方法に関する知見について解説する。

1) 藤井美紗, 加藤佑佳, 椎名基晴, 名倉勇一郎, 小賀野晶一, 成本 迅: 遺言能力の有無が争点となった遺言無効確認請求訴訟判例の医学・心理学的検討 高齢者のケアと行動科学 2021; 26, 122-131.



# 教育講演 10

高齢者が被りやすい契約・商取引・社会生活上のトラブル；  
その実際と提言

山崎 宏

百寿グループ代表

10月14日(土) 16:40~17:40  
第4会場 (中会議室, 7F)

# 高齢者が被りやすい契約・商取引・社会生活上のトラブル

— その実際と提言 —

山崎 宏

百寿グループ代表

## はじめに

社会福祉士として20年超、1万兼超の相談対応と約2千件の問題解決に携わってきた。

高齢者が被りやすい契約・商取引・社会生活上のトラブルを未然に回避するため、患者接点を持つ医療者に実態を知っていただくとともに、既存患者やその家族が不利益を被らずに済むよう診察時に意識してほしいことをお伝えする。

## 高齢者をめぐる各種トラブルの現状と実態

### 1. 特殊詐欺

令和4年の認知件数は17,570件、総被害額370.8億円、被害単価218.6万円。被害者に占める高齢者の割合は86.6%（男性20.4%、女性66.2%）。アプローチ手段の86.3%が電話となっている。なお、令和5年の特殊詐欺対策予算は3.6億円。

振り込め詐欺救済法（2008年施行）の機能不全（振込先口座名義人が名乗り出たら救済の対象外）からもわかるように、現代は「ダマされるほうが悪い」自助社会。

当方では「固定電話を外せ。知らない番号からの携帯着信は無視せよ」と言い続けている。

### 2. 金融取引

#### (1) 悪質商法

令和4年の認知件数は約9万人、被害総額約259億円。消費者庁が特に喚起を促す悪質訪問販売詐欺は、以下の5つ。

- ① 不用品買取のはずが、大切な貴金属を買い取られてしまった！

- ② 屋根や外壁などの補修工事などを勧めるリフォーム工事

- ③ 無料点検で、高額な契約を結ばせたり、商品を購入させる「点検商法」

- ④ 公的機関の職員を装って、商品を購入させたり、お金を騙し取ったりする

- ⑤ 他に、アポセールス、キャッチセールス、SNS接触セールス（起業副業商法）等現場の感覚からすると、事件化しないケースが日常的に起きている可能性大。「ダマされていると気づかない」、「ダマされたい（応援したい）」高齢者が相当数いるように感じる。

当方に寄せられた相談は、身元保証&死後事務、パパ活、ネット起業塾、互助会。

#### (2) 銀行事務

高齢者は自分の預金を自由におろせない、実の子も親名義預金を簡単には引き出せない。

- ・都銀の標準ルール「一日20万円まで」、信金は「一回&月額上限20万円」。
- ・窓口の場合、用途と支払先について事情聴取。子やかかりつけ医への確認。警察連絡も。
- ・銀行判断で成年後見を半ば強制。「成年後見人をつけないと対応できない」は大ウソ。
- ・代理人カード発行の手間（親子関係証明書類要、親同席での手続き必須）
- ・親宛て請求書にもとづく送金代行のみ可

#### (3) 葬儀予約

- ・生命保険業界に倣い、互助会モデルから生前予約モデルへのシフト（20%は執行せず）

### 3. 遺言

- ・米国では遺言作成&ノータリー（公証）が常識。富裕層のほぼ 100%。日本では全国民の 10%。相続税課税対象者が 10%であることを考えれば妥当な数字か。
- ・元都銀幹部の話では、遺言信託の半分が平等相続。まさかの詐欺まがい商法でしかない。（均等割りなら遺言は不要だから、指定割合の場合のみ遺言が必要）
- ・複数の公証人の話によれば、訪問診療医、VIP 患者以外の出張作成例を知らない。
- ・争族における、遺言作成当時の認知機能に係る証言対応を拒否する医師が 8 割。
- ・遺言の強要、偽造、書き換えの相談が多い。「遺言を書くから争族になる」が私の持論。

### 4. 社会生活上の不利益

健常高齢者の“信用されない”現象。運転、証言、クレーム、飲食店・ショップのスタッフへの絡み等々。対応マニュアルのトラブル対応にある「もしかして、この人、認知症？」。

#### 貴学会への期待と提言

実際の被害者は、MCI 予備軍の一般高齢者であり、MCI 患者。その基本属性は、独居・持ち家・テレビ依存。彼らが唯一、聞く耳を持つ相手がかかりつけ医。そこで…。

#### 1. 「ボケてま宣言」キャンペーン

- ・高齢者の免許更新時の認知機能検査よりも安

価で簡便な検査パッケージの開発

- ・四半期ごとの簡易認知機能検査で見込める収益増
- ・携帯型「ボケてま宣言」カードの発行による世間的関心度の喚起

### 2. 院内での啓発機能 & 相談機能の強化

- ・8 割の患者がかかりつけ医に不満。3 大ニーズは、「診察時の心地よさ」、「相談窓口」、「健康維持の実践指導」。\*この調査結果は四半世紀前から変わっていない
- ・判断能力が完全に損なわれてしまう前にそなえておくべき（認知症第二の悲劇）の啓発
- ・（心身の健康以外の）社会的健康に寄与する外部相談窓口の確保
- ・2024 同時マイナス改定、2025 年問題による患者離れ対策としても有効

### 3. 市民啓発講座の積極展開

- ・7 割超の高齢者が「理想の相談相手はかかりつけ医」としている事実。
- ・医療費&介護費を抑制したい行政との利害一致。

#### まとめ

認知症確定診断前の MCI 患者、更には健常高齢者のリスクヘッジこそが重要。長生き時代の暮らしと人生を円滑にするために、貴学会が果たすべき役割はとて大きい。



# 小阪憲司先生メモリアルシンポジウム

10月14日(土) 8:40~10:40  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

座長：池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)  
小田原俊成 (横浜市立大学医学群保健管理センター)

## 老年精神医学への貢献

池田 学

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

## 神経病理学への貢献

新井哲明

筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

## レビー小体型認知症の治療法開発における貢献

小田原俊成

横浜市立大学医学群保健管理センター

小阪憲司先生の DLB の啓発と人材育成；  
DLB 研究会と DLB サポートネットワークの歴史を振り返りつつ

内門大丈

医療法人社団彰耀会メモリーケアクリニック湘南

## 介護者支援における貢献

眞鍋雄太

神奈川歯科大学臨床先端系認知症医科学分野認知症・高齢者総合内科

## 老年精神医学への貢献

池田 学

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

小阪憲司先生は、第4代日本老年精神医学会の理事長として、本学会の発展にも多大な貢献をして下さった。レビー小体型認知症に関しては、その発見、国際診断基準作成への関与、疾患啓発、当事者と介護者への支援体制の構築、治療薬の開発などを、常に主導して成し遂げられてきた。1つの疾患において、ここまで一貫した貢献は、私の知る限り少なくとも精神医学の領域では他に類

を見ないように思われる。老年精神科医と研究者の両方を目指す者にとって、誰もが目標とするモデルでもある。レビー小体型認知症に関しては、他のシンポジストが詳細に語られることになっているので、私は個人的なエピソードも交えながら老年精神医学をめぐる先生との思い出を語ってみたい。

KKM-2

## 神経病理学への貢献

新井哲明

筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy Bodies : DLB)<sup>1)</sup>は、現在アルツハイマー病 (Alzheimer's disease : AD) に次いで多い変性性認知症の 1 疾患単位として確立されている。それは、小阪憲司先生が、1970 年代後半に大脳皮質にレビー小体が出現する症例を見出し、それに基づいて「び慢性レビー小体病 (Diffuse Lewy Body Disease : DLBD)」<sup>2)</sup>や「レビー小体病 (Lewy Body Disease : LBD)」<sup>3)</sup>の疾患概念を提唱したことによる。

小阪先生は、詳細な症例検討の結果、レビー小体が脳幹に加えて辺縁系にも広がることを確認し、1980 年に LBD の概念を提唱した。そして、DLBD を「びまん型」、従来のパーキンソン病を「脳幹型」と位置づけ、脳幹に加えて辺縁系にもレビー小体が分布する例を「移行型」とした<sup>3)</sup>。さらに、1990 年にレビー病理に AD 病理を伴う症例群を通常型、AD 病理を殆ど伴わず、レビー病理のみの症例群を純粋型として分類した。欧米では、1984 年の先生の DLBD の概念提唱以降注目され、症例が蓄積され、1995 年の第 1 回国際ワークショップにおいて、先生の DLBD と LBD の概念が取り入れられ DLB と総称されるに至った<sup>1)</sup>。

第 3 回国際ワークショップのガイドラインでは、 $\alpha$ -シヌクレインに対する免疫組織化学染色を用いてレビー病理の分布が検討され、脳幹型、

辺縁型 (移行型)、新皮質 (びまん) 型の 3 型に分類された。また、本ガイドラインでは、レビー病理と AD 病理を組み合わせ、それぞれの病変の広がりや強さによって DLB らしさ (likelihood) を判定することとなり、より臨床像を反映したものとなった。

小阪先生の神経病理学へのご貢献は、これらの DLB の概念確立が最大のものであることは論を待たないが、他にも「石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病」(小阪・柴山病) の発見など多岐に亘り、これらの偉大な発見は、先生が主治医をされていた症例の病理検索が契機となってなされている。本シンポジウムを、臨床を研究の原点として大事にされていた先生の姿勢から改めて学ぶ機会とさせていただきたい。

- 1) McKeith I et al. : Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). *Neurology* 47 : 1113, 1996
- 2) Kosaka K et al. Diffuse type of Lewy body disease. A progressive dementia with numerous cortical Lewy bodies and senile changes of various degree. A new disease? *Clin Neuropathol* 3 : 185, 1984
- 3) 小阪憲司ほか : Lewy 小体病の臨床病理学的研究. *精神誌* 311, 1980

## レビー小体型認知症の治療法開発における貢献

小田原俊成

横浜市立大学医学群保健管理センター

わが国では、レビー小体型認知症（DLB）治療薬として、アリセプト®（現在はドネペジル；DNPも適用）とトレリーフ®が、それぞれDLBの認知症症状の進行抑制およびDLBに伴うパーキンソニズムに対し保険適用となり、両薬剤はDLBの中心の特徴である認知機能障害のほか、中核の特徴である幻視や運動障害など多彩な症状に悩むDLB患者の治療に使用されるようになっている。小阪憲司先生は、両薬剤の薬事承認に至る一連の臨床試験に携わり、わが国のDLB治療薬の開発に多大な貢献を果たされた。

アリセプト®（DNP）の国内第Ⅲ相試験の概要を以下に記す。プラセボ対照二重盲検比較（DB）試験は、プラセボ群、DNP 5 mg 群および 10 mg 群の 3 群全 142 例を対象として、12 週時点の主要評価項目（認知機能：MMSE および精神症状：BPI-2 の変化量）および安全性を評価した。DB 試験と統合して実施したオープンラベル継続長期（OLE）試験は、12 週の DB 試験後、移行期をへて全群に DNP 10 mg が投与され、52 週後の認知機能、精神症状および安全性が評価された。結果は、DB 試験で MMSE スコアは DNP 10 mg 群でプラセボ群に比較し有意な改善が認められたが、精神症状は全群に改善傾向がみられ、有意差は認められなかった。OLE 試験では、MMSE ス

コアはプラセボ群でも 20 週より有意な改善が認められ、DNP 10 mg とともに 52 週まで効果が継続した。発現率の高かった副作用としては、パーキンソニズム、消化器症状であった。

次に、トレリーフ®（ZNS）の国内第Ⅲ相試験の概要を以下に記す。DB 試験は、プラセボ群、ZNS 25 mg 群および 50 mg 群の 3 群全 351 例を対象として、12 週時点の主要評価項目（運動障害：UPDRS III トータルスコアの変化量）および安全性を評価した。DB 試験と統合して実施した OLE 試験は、12 週の DB 試験後、移行期をへて全群に ZNS 25～50 mg が投与され、52 週後の運動機能および安全性が評価された。結果は、DB 試験で UPDRS III トータルスコアは ZNS 25 および 50 mg 群でプラセボ群に比較し有意な改善が認められた。OLE 試験では、UPDRS III トータルスコアはプラセボ群でも改善が認められ、DNP 25 mg および 50 mg 群とともに 52 週まで効果が継続した。発現率の高かった副作用としては、体重減少、傾眠であった。

今回、演者は改めてこれら薬剤の臨床試験および関連研究のレビューを行うことにより、現在の DLB 治療の意義について改めて考える機会としたい。



KKM-4

## 小阪憲司先生の DLB の啓発と人材育成

— DLB 研究会と DLB サポートネットワークの歴史を振り返りつつ —

### 内門大丈

医療法人社団彰耀会メモリーケアクリニック湘南

1976年、小阪憲司先生は DLB (Dementia with Lewy Bodies) の研究において画期的な剖検報告を行い、その後国際的な DLB の研究を牽引しました。1995年には、英国で開催された第1回 DLB 国際ワークショップに参加し、1996年の DLB の診断基準の確立にも重要な役割を果たしました。2006年には、小阪先生を中心とする第4回 DLB/PDD 国際ワークショップが横浜で開催され、これを契機に日本が DLB の研究における一大拠点として世界的に認められました。その後、国内における臨床的・基礎的研究への機運が高まりました。

2007年11月、小阪先生は DLB 研究会を設立し、2008年には、第1回レビー小体型認知症家族を支える会を創設し、DLB 研究会と同時に開催するようになりました。2015年からは DLB サポートネットワーク (DLBSN) と名称を変更し、全国の各支部の自主的な運営を尊重する形で今日まで継続しています。現在、DLBSN は、2022年3月時点で全国20か所のエリアが独立して地域に根差した活動を展開する非営利組織として存在しています。

本発表では、小阪先生の DLB 研究における業績を紹介しつつ、小阪先生が横浜市立大学医学部

精神医学教室を退官後に行った DLB 研究会の創設と DLB サポートネットワークの歴史を振り返り、DLB の啓発活動及び人材育成への貢献について発表します。

DLB 関連年表 (小阪憲司先生の貢献を中心に)

1817年	パーキンソンがパーキンソン病を初めて報告
1912年	レビーがパーキンソン病患者の脳内でレビー小体を発見
1919年	トレティアコフが「レビー小体」と命名
1976年	認知症とパーキンソン症状を示し大脳皮質や扁桃核にレビー小体が多数存在する症例を世界で初めて報告
1980年	「レビー小体病」を提唱
1984年	「びまん性レビー小体病」を提唱
1991年	横浜市立大学医学部精神医学講座主任教授
1995年	レビー小体を伴う認知症の初の国際ワークショップが英国で開催
1996年	「レビー小体型認知症」の命名が決定。臨床・病理診断基準を発表
2003年	横浜市立大学医学部精神医学教室名誉教授、福祉村病院院長および長寿医学研究所顧問
2005年	診断基準改訂。パーキンソン病・認知症を伴うパーキンソン病・レビー小体型認知症をまとめて「レビー小体病」とよぶことが記載される
2006年	第4回国際ワークショップを日本 (横浜) で開催
2007年	レビー小体型認知症研究会とレビー小体型認知症家族を支える会が発足
2013年	朝日賞を受賞
2015年	レビー小体型認知症家族を支える会はレビー小体型認知症サポートネットワーク (DLBSN) に名称変更
2017年	診断基準改訂。

## 介護者支援における貢献

眞鍋雄太

神奈川県立大学臨床先端系認知症医科学分野認知症・高齢者総合内科

令和5年3月16日金曜日、筆者にとって生涯忘れる事が出来ない、悲嘆の記憶。あの日以来、悲嘆の波に襲われる日々が続いているが、本シンポジウムが自身への **grief care** になればと、小阪先生の啓発活動の軌跡を、介護者支援における貢献としてまとめたい。

2019年6月24日から26日の三日間、米国 Las Vegas において、**International Lewy Body Dementia Conference (ILBDC)** が開催された。筆者は、レビー小体型認知症 (**DLB**) 患者に対する我が国におけるケアの現状をテーマに招聘を受け、患者・家族会である「**DLB サポートネットワーク (DLBSN)**」の活動を中心に講演を行った。**DLBSN** は、小阪先生が2006年に主催された第4回 **ILBDC** を契機に、2008年に設立された「**DLB 患者家族を支える会**」の後継組織で、患者および家族、**DLB** を識りたい医療職、介護職、その他職種を対象とした交流会である。前年の2007年に **DLB** 研究会が設立されており、小阪先生としては、**Leby Body Dementia Association** が **IBDC** を後援している構図をイメージしての組織化であった。当時、小阪先生のご指導の下で学位論文をまとめた筆者は、毎週のランチタイムの度に、先生が「眞鍋君、ドクターが **DLB** のことを一番解ってないんだよ。まずは家族に理解してもらって、ドクターに知ってもらわないと。」と仰っていたことを思い出す。当時の先生は、旧会が主催する **DLB** 啓発キャラバンのシンボルとして、日本各地で非医療者向けの啓発活動を行われており、非医療者からの知識のボトムアップを図る、まさに、**LBDA** が **ILBDC** を支える構図を意識して介護者を起点とした啓発

活動に取り組まれていた。多忙を極める中にもかかわらず、疾患啓発の機会があれば嫌な顔一つせず各地へ出向き、介護者からの質疑応答に対応していらっしゃる先生のお姿は、筆者にとって素晴らしい見取り稽古であった。余談になるが、2011年及び2016年、無理を言って筆者縁故の特別養護老人ホーム（愛知県安城市）においてご講演を頂戴したのだが、講演後、介護職員からの数多の質問に対して真摯なご対応を頂き、育てることにおける小阪イズムを学ばせて頂くことが出来た。

2014年9月、アリセプト<sup>®</sup>が **DLB** への適応追加承認されてからの先生は、疾患啓発活動も特にご多忙を極めておられたが、同年11月からは、**DLB** の啓発 **CM** に女優の壇ふみさんと共演され、放送媒体を通じたお茶の間への疾患啓発も行われた。

この頃、一部の医療者に端を発した **non evidenced based medicine** が喧伝され、**DLB** 治療におけるアリセプト<sup>®</sup>への誤解が介護職を中心に広まった。こうした時世にあって、先生は、「ちゃんと理解すれば誤解だって分かるから、ドクターを教育しないとね。」と、正しい知識の普及に取り組まれた。

何れにしろ、正しい知識を持つことこそ介護者の援けになり、ひいては患者自身の福音となる。教えを乞う者に対して、その職種や立場を問わず分け隔てなく、それが最終的に **DLB** を患った患者の助けになると信じて真摯に知見を教授する。これが小阪先生の教えを受け、間近で先生と接することが出来た筆者が感じた小阪イズムの実践、介護者支援における貢献である。

# 委員会企画シンポジウム 1 ＜多職種協働推進委員会＞

10月13日(金) 8:40~10:40  
第3会場 (第二会議室, 8F)

## 老年精神医学と多職種連携

座長：笠貫 浩史 (聖マリアンナ医科大学病院神経精神科)  
加藤 伸司 (東北福祉大学総合福祉学部)

老年精神医学における公認心理師の役割

松田 修

上智大学総合人間科学部心理学科

専門職連携教育の基本から老年精神医学における多職種連携を再考する

諏訪さゆり

千葉大学大学院看護学研究院地域創成看護学講座

知ってしまうと協働せずにはいられない認知症の人の口腔

枝広あや子

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム認知症と精神保健

認知症者の活動・参加を促す作業療法

田平隆行

鹿児島大学医学部保健学科

## 老年精神医学における公認心理師の役割

松田 修

上智大学総合人間科学部心理学科

心理の専門職という点、以前は、臨床心理士という民間資格を有する専門職を指すことが多かった。今も臨床心理士は心理職の専門性を示す専門資格であることには変わらないが、民間資格であるという根本的な課題や、資格取得は、学部4年の専門分野や履修状況に関係なく、日本臨床心理士資格認定協会が指定した大学院のカリキュラムを修了すれば受験資格が得られるなど、2年間での養成を基本とすることで生じる養成上の課題などがあった。

言うまでもなく、近年、心の問題は国民の生活に関わる重要な問題となっており、心理に関する支援を要する者等の心理に関する相談、援助等の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正化を図り、国民が安心して心理的な支援を受けられるようになることが求められていた。こうした要請に応えるべく、関係者の努力により、平成29年9月に公認心理師法（平成27年法第68号）が施行された。現在、約7万人が公認心理師として登録しており、国民の心の健康の保持・増進のために、心理学の専門性を生かした活動が期待されている。受験資格を得るにはいくつかのルートがあり、その主なものは、4年制大学で指定された科目を履修して卒業後、さらに大学院で指定された科目を履修して修了するか、あるいは、法で定められた施設で2年以上の実務経験を積むルートなどがある。おおよそ6年間の養成期間が受験資格の要件となっている。ここからもわかるように、臨床心理士よりも長い時間をかけて、かつ、医学などの他の領域の知識や、基礎心理学

から臨床心理学を幅広くカバーする心理学の専門科目を修めることが求められている。

公認心理師法第2条によると、公認心理師は、その名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、以下の4つの行為を行うことを業とする者である。第一は、心理に関する支援を要する者の心理状態を観察し、その結果を分析することであり、これは心理アセスメントに相当する。第二は、心理に関する支援を要する者に対し、その心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うことであり、これは本人に対する心理支援に相当する。第三は、心理に関する支援を要する者の関係者に対し、その相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うことであり、これは家族や職場や援助者など、本人を支える人を支える心理支援であるのと同時に、関係者との連携・協働にも相当すると思われる。第四は、心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供を行うことであり、これは、心の健康に関する心理教育や、一次予防から、再発予防やリハビリテーションといった三次予防までを含む心の健康問題の予防活動に相当すると考えられる。

上記の4つの行為を専門とする公認心理師は、老年精神医学における多職種チームの一委員として、どのような役割を果たしていくことができるのだろうか。

当日は、公認心理師としての役割について、話題を提供するつもりである。

IKS1-2

## 専門職連携教育の基本から老年精神医学における 多職種連携を再考する

諏訪さゆり

千葉大学大学院看護学研究院地域創成看護学講座

多職種連携の能力を育成する専門職連携教育 (Interprofessional Education ; IPE) の歴史をたどろう。英国では、1997年に起きたブリストル王立小児病院事件や2000年のヴィクトリア・クリンビー事件に関する報告書の中で、事件の背景として、多機関の連携/協働が不十分であったと指摘された。その後、当時の英国保健省が「2004年までにすべての医療専門職のカリキュラムに共同学習・専門職連携学習を導入し、新しい質保証のしくみと連動させるための継続する」と述べ、英国の高等教育機関で IPE が広まっていった。

日本では1999年に起こった医療事故を踏まえ、各医療機関における安全管理指針などの策定、委員会設置、職員研修の実施などが行われ、「医療安全元年」と呼ばれた。しかし、その背景にある IPE や多職種連携の問題に着目されることはほとんどなかった。一方で、2000年頃から専門職連携 (Interprofessional Work : IPW) の基盤となる IPE の重要性が認識されはじめ、英国の取り組みを参考にしながら、保健・医療・福祉分野の学科や専攻を有する大学が IPE を導入するようになった。

その後、WHO が2010年に、「連携医療は、医療システムを強化し、健康アウトカムを改善する」と発信したことで、世界的に IPE が強力に推進されることとなった。

現在の日本では、卒前教育に IPE を取り入れる大学が増加している。医学教育では、令和4 (2022) 年度改訂版モデル・コア・カリキュラムにおいて、医師の資質・能力の1つとして多職種連携能力が挙げられた。他の医療専門職の基礎教育課程でも、身につける能力として多職種連携

が明記されるようになった。

日本の医療において、多職種連携は推進されている。その一つとして、身体疾患のために病院に入院した認知症患者に対する病棟におけるケアの質の向上を図るため、病棟での取り組みや多職種チームによる介入を診療報酬において評価する、認知症ケア加算が2016年からスタートしたことが挙げられる。ただし地域では、高齢者ごとにチームは編成され、高齢者の状態、環境等に応じてチーム編成は変化する。いかなるチームにも言えることだが、チーム・ビルディングには段階があるため、チーム内で意見や価値観の対立も当然起こる。

日本で挙げられている専門職連携のコンピテンシーは、欧米諸国より多くの要素を含んでいる。効果的なコミュニケーションを促進する対人能力やリフレクションなどのコンピテンシーは多くの国で挙げられているが、日本では、チーム全体に働きかけてチームとしての凝集性やまとまりを強め、さらにチームを編成する複数の専門職同志が良好な関係性になるように働きかけることなどもコンピテンシーとして位置づけられている。

専門職連携コンピテンシーを意識し、お互いが有する専門知識や実践状況から学び合い、相互に成長を支援できるようになることで、多職種カンファレンスでのディスカッションが患者中心で展開できるなどの効果が得られる。老年精神医学の領域においても、特に認知症の人の薬物療法やリスキーマネジメントに関する課題解決では、多職種連携を基盤とした事例検討などが一層重要になると考えている。

## 知ってしまうと協働せずにはいられない認知症の人の口腔

枝広あや子

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム認知症と精神保健

「出来ることなら歯を抜きたくない」誰もがそう願っている。そして誰もが認知症を発症する可能性がある。認知症に限らず精神科疾患のある高齢者は口腔の健康状態が不良である者は多く、それにより疼痛、不具合などの苦痛や経口摂取困難による低栄養、炎症の全身的波及など健康被害がもたらされる。ところがそういった者ほど、口腔に関する支援はおざなりになってしまう傾向がある。今後、認知症になっても歯を多く残している人が増えるのは自明であり、実際に認知症の人に対する歯科医療や口腔保健の機会は増える一方である。精神科と歯科の協働に意義があることは疑いようがない。

認知症の発症前後から口腔のセルフケア等の清潔保持や習慣的行動への興味が薄れ、また手指の巧緻性が低下することから、認知症高齢者の口腔内の状態は悪化していき口腔疾患リスクは高まる。歯周病は認知症のリスクファクターともなることが指摘されているが、それだけでなく、認知症発症後に、より一層口腔内の状態を悪化させるケースは少なくない。認知症の人が口腔の不具合を感じていても表現ができないときに、他害傾向が出現することも多く経験する。口腔は観察可能な部位でありながら、プライベートゾーンで敏感な組織であるので本人の協力がなければ観察できず、偶発的に課題を発見することはほとんどないため、他覚的に課題認識しにくい。口腔内のトラブルを、場所や症状などの確かな言葉を使って誰かに訴え、解決策として歯科受診を希望することは高度な判断力を要する。認知症の人が自分で訴えないからと言って、口腔の困りごとが無いとは限らない。したがって本人が歯科医療ニーズを判断できな

かったとしても、歯科受診（客観的判断）が必要であり、認知症が重度の者ほどニーズが増えるといえる。

認知症の進行とともに口腔機能低下はより深刻になっていくため、不十分な口腔衛生や歯周病の放置が誤嚥性肺炎のリスクとなる。口腔の健康状態の悪化、歯の欠損、咀嚼困難が生じていく過程で摂取可能食品は偏り、柔らかく栄養素密度の低い食品ばかりになるため、たんぱく質、ビタミン類ミネラル類等の不足を招き容易に低栄養から易感染状態に陥る。さらに認知症の進行とともに“食べる”という日常行動に障害が生じる。口腔の状態も含め多職種による多面的な評価を行い、生活モデルで有機的に連携を図ることが重要である。人生の最終段階に差し掛かる時期には、口腔機能低下と食べる機能の低下に寄り添いながら、comfortな口腔と、それを通じた大事な人とのコミュニケーションが確保できるように支え、尊厳に配慮した人生の幕引きを支援することが我々の役割である。

介護を経験した家族から、歯科の定期受診を早い段階からしておけば良かった、という後悔の念も語られることは多い。個別性が高い口腔の健康に関しては、本人の様子、口腔内所見、家族の様子を合わせて個別指導するのが適切である。そのためには、歯科受診して頂き個別指導をするのが最も効率が良い。そういった意味でも、診断後支援のなかで、心が落ち着いた機会を見計らって、これからの歯科との長いお付き合いを始める契機を作っていただければ、QOLへの長期的な効果が得られると考える。

IKS1-4

## 認知症者の活動・参加を促す作業療法

田平隆行

鹿児島大学医学部保健学科

作業療法士は、認知機能低下に伴う生活行為障害を詳細に観察、分析してリハビリテーションを行う。生活行為障害の早期発見や今後の先進情報技術を含めた早期支援や、重度化に伴う残存能力の活用など各ステージにおいて自立支援と介助負担軽減に努める必要がある。具体的には、手続き記憶などの残存する認知機能の活用、マーキングやアラートなどの視聴覚の手がかりの工夫、部分

化・簡素化した生活行為工程の練習、家族や介護者への支援技能の助言などである。これらの視点を多職種で共有・協働することで自立支援、過介助軽減に繋げることができると考えている。当日は、地域在住認知症高齢者の生活行為についての作業療法の観察と介入の視点について紹介し、生活能力を最大限に活かすための多職種連携について議論したい。





# 委員会企画シンポジウム 2 ＜作業療法ワーキンググループ＞

10月13日(金) 13:15～15:15  
第3会場(第二会議室, 8F)

認知症のリハビリテーションとは；  
生活機能を維持向上させるために

座長：河合 晶子(三重県こころの健康センター)  
北村 立(石川県立こころの病院)

認知症のリハビリテーションの紹介

山口智晴

群馬医療福祉大学リハビリテーション学部

認知症リハビリテーションの実際：大学病院での取り組み  
－認知症者の在宅生活を維持するための訪問生活指導と非訪問型生活指導－

堀田 牧

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

認知症のリハビリテーションの実際；地域型認知症疾患医療センターの取り組み

村井千賀, 北村 立

石川県立こころの病院

認知症のリハビリテーションの効果

新美芳樹

東京大学医学部附属病院早期・探索開発推進室

## 認知症のリハビリテーションの紹介

山口智晴

群馬医療福祉大学リハビリテーション学部

世間では認知症のリハビリテーションというと、認知機能の改善をイメージされる方が多いようである。しかし、認知症の原因疾患の多くは進行性の神経変性疾患であり、認知症のリハビリテーションにおけるアウトカムは、そもそも認知機能の改善ではないことが多い。

基本的に認知症は進行していくため、軽度認知障害の段階では、電子デバイスの活用といった代償手段や周囲のサポートも含めた環境調整などにより社会生活を継続できる。しかし、進行とともに日常生活の自立が困難になると、あるタイミングで「認知症」と診断される。例えば、アルツハイマー型認知症では、記憶だけでなく注意や遂行機能、見当識の低下により、初期から金銭や服薬の管理、調理や洗濯などの家事動作など複雑な生活行為が難しくなる。さらに進行すると、失行や失認など影響により目的に応じた行為の遂行が難しくなるため、徐々に入浴や更衣、排泄といったセルフケアの自立が困難となる。また、本人は日常生活上で様々な不便さを感じるが多くなり、場合によっては度重なる混乱や周囲の環境との不応から、認知症の行動・心理症状（BPSD）を認める場合もある。この様に、認知症の病期や原因となる疾患等によって生じる問題は異なる。また、認知機能に対する直接的な働きかけなのか、または生活機能やBPSDに対する働きかけなのかなどによっても、具体的な介入手段に違いが生じる。そのため、ひとことで「認知症のリハビリ

テーション」といっても、その関わり方は大きく異なるため、今後整理されるべき課題であろう。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、認知症の人に対するリハビリテーションについて「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常の生活を継続できるようにすることが重要」としている。この考え方に基づいて整理していくと、我々が実施すべきことが明確になる。まず、認知症である本人が望む生活を支援していくにあたり、原因疾患に特異的な認知機能の低下だけでなく、残存機能や生活習慣、実際に生活する環境、までを含めた生活行為のアセスメントを整理していく。それらに基づき、環境をどのように整え、どの様な反復練習を行い、周囲の介護家族や支援専門職がどの様に関わるのかについて明確にし、本人と周囲の家族やケア提供者でプログラムを遂行していく。このような生活行為に焦点化したリハビリテーションが在宅生活の場面で適切に提供されていくことで、認知症の人の在宅生活の継続に貢献できると考える。

当日は、日本作業療法士協会による令和4年度老人保健健康増進等事業の成果をお伝えするとともに、認知症の人に対するリハビリテーションの流れについて概説し、実際にリハビリテーションをどのように展開するか、事例も踏まえてご紹介したい。

IKS2-2

## 認知症リハビリテーションの実際：大学病院での取り組み

— 認知症者の在宅生活を維持するための訪問生活指導と非訪問型生活指導 —

堀田 牧

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

当院精神科の作業療法士は、原因疾患の診断を目的に認知症初期段階や軽度認知障害（MCI）を疑う患者、もしくは前頭側頭型認知症など診断や対応に専門性を必要とする患者で、CDR が 0.5～1 レベルの在宅生活者に対応する機会が多い。そのため、患者や家族の主訴は、もの忘れなどの認知症の症状に限らず、「リモコン操作ができなくなった」「掃除が雑になった」など、直近の生活に大きな影響はないものの、日常生活で明らかに変化した患者の行為に対する苦慮であり、今までできていた ADL や IADL を含めた生活行為の障害が問題となっている。また、認知症の原因疾患が神経変性疾患であれば、進行に伴った生活行為の低下を免れることは難しく、問題となる生活行為も患者のその時々々の病態や状況によって変容していくことは想像に容易い。よって、そのような患者の在宅生活に関わる生活行為の課題に対して、私たち作業療法士は ADL 評価や自宅環境評価を行い、患者が望む在宅生活が営めるようにリハビリテーションを施行している。

つまり、私たちが唱える認知症リハビリテーションとは、在宅生活を送る患者の病態に応じた生活行為の維持・改善を目標とする「生活に焦点を当てたリハビリテーション」である。したがって、リハビリテーションの場は患者の自宅であり、訪問生活指導として退院前訪問指導料や精神科訪問看護・指導料、または研究介入として作業療法士が訪問を行っている。

訪問生活指導のメリットは、患者の実生活に即した ADL 評価や生活環境の評価ができることだが、それ以外にも、自宅の設えや生活道具の配置

から患者の趣味嗜好や生活動線がわかるなど、住まいを構成してる様々な情報から患者が作り上げてきた「暮らし」「生き方」も含めた患者の全体像を把握できることである。そのため、例えば、患者に服薬管理の介入が必要と評価された場合、一律的に薬カレンダーや日めくりを導入するリハビリテーションではなく、患者が持ち合わせる他の生活機能の応用や元来の生活習慣を損なわない手段の検討など、患者の評価された服薬 ADL 機能に加えて患者自身が確実に実行できる工程や物品、環境を総合的に評価したリハビリテーションが実施できる。

しかし、昨今の新型コロナウイルス感染症蔓延期においては、訪問による生活指導を控える状況が続いたため、訪問が出来ない私たちは可能な範囲で行える生活指導として、患者の家族に自宅の居室や普段使っている生活家電のカメラ撮影を依頼し、回収した写真から生活の評価を行う Photo Assessment (PA) (Ishimaru et al, 2022) と、患者の自宅にあるパソコンやタブレットを ZOOM で病院にいる作業療法士とつなぎ、画面越しに生活指導を行う Online Management (O-MGT) を考案して開始した。いずれも自宅に向かない非訪問型の評価・支援方法だが、写真や動画による情報から最低限の ADL 評価とリハビリテーションの提供が可能であった。

このシンポジウムでは、訪問生活指導と非訪問型生活指導を紹介しながら、作業療法士が施行する認知症リハビリテーションの発展性について考えてみる。

## 認知症のリハビリテーションの実際

### — 地域型認知症疾患医療センターの取り組み —

村井千賀, 北村 立

石川県立こころの病院

認知症になっても、住み慣れた地域で ADL (食事, 排泄など) や IADL (掃除, 趣味活動, 社会参加など) に積極的に関わり, いつまでも本人の望む暮らしを実現していくことが, 高齢社会を迎えたわが国の目標である. 認知症治療においては, 薬物療法だけではなく, 認知症の行動・心理症状 (BPSD) を引き起こさないためにも, 生活障害に焦点を当てたりハビリテーションを行うことが重要であり, 新オレンジプランにも, 「実際に生活する場面を念頭に置きつつ, 有する認知機能等の能力をしっかりと見極め, これを最大限に活かしながら, ADL や IADL の日常の生活を自立し継続できるように努めること」が, 認知症の「適切な」リハビリテーションと示されている.

石川県では, 能登北部・中部圏域, 能登中部・石川中央圏域, 南加賀圏域の 3 医療保健福祉圏域の医療機関に地域型の認知症疾患医療センターを設置している. 当院は能登中部・石川中央圏域の金沢市を含む 5 市 4 町を担当している.

当院では平成 20 年度より, 全国に先駆け認知症対応の急性期病棟を運営し, 退院に際して退院前訪問や介護支援専門員を交えた退院時カンファレンスを行い, シームレスな在宅支援を実施してきた. さらに平成 25 年度からは, 多職種からなる在宅を支援する認知症支援チームを編成, また, 介護支援専門員やかかりつけ医と認知症の人の生活状況を共有する「生活状況確認シート」を作成,

認知症の人を地域で支えるネットワークを構築してきた.

認知症になっても自宅でいつまでも家族と共に暮らせる地域を作っていくためには, 診断後早期からの本人はもちろん家族の疾患に対する理解だけではなく, 具体的に生活の中で困りごとに対して丁寧な支援し, 様々な支援チームとのつながりや適切な時期に通所サービスの利用を促していくことが重要であると考えている. 当院では, 診断後支援として早期から, 作業療法士による本人の残存能力の評価に基づく, 本人がいつまでも積極的に IADL や ADL に参画できるよう支援をしている. また, 希望に応じて就労支援機関とも連携し, 就労支援も実施している. また, 車いすの生活になっても, 日中の安楽な車いす座位を確保できるよう, クッションや車いすの選定・調整, 家屋等環境の調整, 自動車の選定などに取り組んでいる. これらの取り組みをとおして, 日中は介護サービスを利用しつつ, 夕食から就寝の時間を家族とともに過ごし, 家族の交流を継続できるよう支援を実施している. さらに, 家族と買い物や散歩など外出を楽しめるよう支援を行っている.

今回, 高度認知症の方への在宅支援の実際の報告を通して, いつまでも自分らしく, 家族とともに生活しつづけられるために必要な取り組みについて考察したい.

IKS2-4

## 認知症のリハビリテーションの効果

新美芳樹

東京大学医学部附属病院早期・探索開発推進室

認知症は超高齢化がすすむなか、2025年には700万人、65歳以上の約5人に1人という割合にまで今後増加すると考えられている。今後、誰もが認知症とともに生きる、または介護者などとして認知症に関わる可能性がある、と考えられている。認知症の人が、何らかの不自由があっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができること、は今後の目指す方向と考えられている。このためにも、「認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場면을念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常生活を継続できるようすることが重要」（認知症施策推進大綱）であり、「実際に生活する場면을念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄など）やIADL（掃除、趣

味活動、社会参加など）の日常生活を自立し継続できる」（認知症施策推進総合戦略）ように、生活障害に焦点を当て、ADLやIADLなどの日常生活が継続できるような支援としてのリハビリテーションが求められている。リハビリテーションの効果に関するエビデンスは十分とはいえないものの、海外では、地域で生活する認知症高齢者に対し、訪問作業療法により改善したい活動を特定し、道具の使用などの代償練習や環境調整、介護者への対処行動などの介入により、本人・家族のQOL、家族の気分、健康状態などに改善がみられた、といった報告がなされている。今回、認知症のリハビリテーションの効果等を紹介するとともに、これまでに日本作業療法士協会を中心に、効果的な認知症のリハビリテーション手法をまとめる研究を行った結果を検証するところについて、紹介する。



# シンポジウム 1

10月13日(金) 8:40~10:40  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

## 高齢者うつ病の精神病理と神経病理

座長：新井 哲明 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)  
馬場 元 (順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック)

### 高齢者うつ病の内因性と亜型分類

上田 諭

東京さつきホスピタル精神科

高齢者うつ病から DLB への移行について；  
psychiatric-onset DLB に関する議論をふまえて

小口芳世, 笠貫浩史, 古茶大樹

聖マリアンナ医科大学神経精神科

### 高齢者のうつ病と認知症との生物学的オーバーラップ

品川俊一郎

東京慈恵会医科大学精神医学講座

### 高齢者うつ病の神経病理

河上 緒, 池田研二

公益財団法人東京都医学総合研究所分子病理・ヒストロジー解析室

## 高齢者うつ病の内因性と亜型分類

上田 諭

東京さつきホスピタル精神科

高齢者うつ病を論じる前提として、うつ病態の一元論と二分論を考えておく必要がある。現在の診断基準である DSM は、一元論の立場であり、うつ病を **major depressive disorder (MDD)** としてとらえる。一方、うつ病態を内因性と心因性とに分ける二分論がある。内因性うつ病は、脳病変が関与し、心理的なきっかけなくひとりで発症し、経過は外からの影響を受けない性質を持つ。これに対し心因性は、従来診断でいえば、抑うつ反応や抑うつ神経症などにあたり、発症と経過に環境の影響が大きい。これら2つは臨床経過も適切な治療法も大きく異なることから、二元論の立場が肝要であることは言うまでもない。一元論でとらえようとする現代の潮流は、臨床も研究も混乱を生んで当然であろう。

高齢者うつ病は、圧倒的に内因性である。本発表は、内因性うつ病を論じる。重症度を問わず、軽症から重症まで存在。契機なく発症し、苦悶に近い抑うつと悲しみを伴い、周囲の環境に左右されない。原発性に自殺念慮も生じやすい。感じられる苦痛と苦悶は、日常生活の抑うつや悲しみとは異質のもので、周囲は安易に共感や感情移入ができない。適切な治療は、薬物療法と電気けいれん療法である。

高齢者の内因性うつ病は、制止型、不定愁訴型、焦燥型の3つの亜型に分けられる(古茶の提唱した分類を修正した)。

制止型は、精神運動制止が優位な典型的なうつ病態である。「体が駄目になってしまう」という思いが高じれば心気妄想が生じ、「家族に迷惑をかけている」という気持ちは罪業妄想へ転じることがあり、「治療にお金ばかりかかる」という心

配は貧困妄想へ発展してもおかしくない。ただ、これらの「三大妄想」は、二次性の妄想様観念と呼ぶ方が適切だと思われる。

不定愁訴型うつ病は、かつての仮面うつ病にあたる。DSM 診断の浸透によって、この病態はうつ病から排除されかねず、身体症状症と誤診される危険がある。定型的うつ症状が少なく、身体不定愁訴が前景に現れる。シュナイダーのいう「身体感情」症状である。

焦燥型うつ病は、内的また外的に強い焦燥感を呈す。従来、「激越うつ病(**agitated depression**)」として単一の病態のように扱われているが、この型には3つの群がある。身体感情中心型、退行期メランコリー、うつ病性混合状態である。

身体感情中止型は、そわそわと落ち着きがなく、身体面の辛さを頻回に訴える。その意味で病識があり、治療を強く望んでいる。「三大妄想」が現れることもあるが、それは制止型と同様の二次性の妄想様観念である。

退行期メランコリーは、抑うつ発現の初期から、焦燥とともに罪業妄想が生じる。「大変な罪を犯した」といい、しばしば「警察に逮捕される」という被害妄想に発展する。「治療しても意味がない」と治療を求めず、その意味で病識は欠如している。自殺の危険も高い。

うつ病性混合状態は、DSM-5の「混合性の特徴」の基準を満たすような、開放的な気分、睡眠欲求の減少などが、抑うつ症状と同時にみられるが、症例数は少ない。

これらの亜型を分ける意義は、治療の違いを意識し、的確な治療を行うことにある。



S-1-2

## 高齢者うつ病から DLB への移行について

— psychiatric-onset DLB に関する議論をふまえて —

小口芳世, 笠貫浩史, 古茶大樹

聖マリアンナ医科大学神経精神科

レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies ; DLB) は、四大認知症の中でも精神病的症状が多彩であり、病初期に精神病的症状が多くみられることが、これまで言われてきた。このことは精神病理学的観点、すなわち「階層原則」の視点からみても矛盾はない。一方、アルツハイマー型認知症の前駆段階の軽度認知障害 (MCI) の概念が提唱されたのと同様、DLB においても前駆段階の臨床症状が注目され、2019 年の国際会議で議論がなされ、2020 年に prodromal DLB (DLB の前駆段階) の研究用臨床診断基準が公開された。本診断基準では、prodromal DLB は DLB への進行性を示唆する多様な臨床的徴候を有する認知症の前兆期として解釈される。この観点から、Lewy 小体を伴う軽度認知障害 (MCI-LB) に限らず、新たな臨床亜型として delirium-onset DLB および psychiatric-onset DLB (DLB-psych) が提案されるが、本講演においては、psychiatric-onset DLB に注目したい。

内海ら (2020) は DLB 発症時の初期症状に関して精神病的症状の発症頻度が約 42% と高率であったことを報告している。さらに MCI 段階でも幻視が出現するなど、認知症発症前の DLB に精神病的症状が関与した研究は数多くあるものの、いずれも研究方法や患者選択において限界があった。

そこで内海ら (2021) は、prodromal DLB の精神症候学的特徴を見つけるには、DLB の発症前に DLB 関連症状を呈する患者を長期的に観察することが重要であると考え、明らかな認知機能障害を伴わずに精神病的症状を発症し、その後 DLB を発症した 21 人の被験者のうち、DLB の前駆期であることが確認された段階で発症した精神病的症状に関する後方視的解析を行った。本研究の対象者のうち、DLB 前駆期全体における幻視、幻聴、

妄想、抑うつ症状の頻度は、それぞれ 42.9%、57.1%、52.4%、100% であり、過去の報告に比べて非常に高かった。さらに、Prodromal DLB において前景となる精神症状に着目して臨床経過の概要を国際疾病分類に当てはめると、カタトニア (緊張病) の特徴が 9 例 (42.8%)、妄想・幻覚症状が 5 例 (23.8%)、躁状態および/またはうつ状態が 7 例 (33.3%) であるとまとめられており、平均観察期間は  $9.1 \pm 4.6$  年 (平均  $\pm$  SD)、最終的に DLB と診断した年齢は  $71.3 \pm 6.1$  歳 (平均  $\pm$  SD) と報告されている。7 例 (33.3%) は経過中にせん妄を来している。実際、これら精神病的特徴は繰り返し発生するか、または相互に移行して寛解を繰り返し、最終的に DLB に移行するものと考えられた。今回、我々は長期経過で多様な精神症状を示した psychiatric-onset prodromal DLB の一例を経験したので、講演では経過等を簡単に示したい。

しかしながら、psychiatric-onset DLB において中核的な臨床的特徴を評価すると、パーキンソンニズムは抗精神病薬で起こり得ること、動作緩慢はうつ病でみられる精神運動制止と類似していること、レム睡眠行動障害は抗うつ薬で惹起されること、神経心理学的検査の結果はそのときの精神状態によって変動する可能性があるため、高齢者の抑うつの評価は臨床現場で困難なことも想定される。したがって、psychiatric-onset DLB の同定にはバイオマーカーが望ましい。剖検報告においては、DLB とうつ病との関連性を示唆する所見がいくつかみられており、レビー小体が高齢者うつ病に関与している可能性が指摘されている。

上述の議論はあるものの、prodromal DLB の精神症候学的特徴に関する数々の知見は実臨床において有用であると演者は考える。

## 高齢者のうつ病と認知症との生物学的オーバーラップ

品川俊一郎

東京慈恵会医科大学精神医学講座

古典的に、高齢者のうつ病は仮性認知症などの認知症類似状態を呈するため、認知症との鑑別が重要であると言われてきた。しかしながら1980年代前後から多数の疫学研究の結果が報告され、うつ病は認知症の強力な危険因子であると言われるようになった。メタアナリシスにおいてもハザード比は2倍程度と報告され、WHOによる「修正可能な認知症の危険因子」においてもうつ病が記載されている。この関連の理由についてよく知られるのは、うつ病の神経細胞障害仮説であり、抑うつ状態がグルココルチコイド・グルタミン酸の過剰分泌を招き、海馬の慢性炎症を引き起こすことで、神経細胞障害に至るというものである。それ以外にも、血管障害を通じて前頭葉の機能低下を引き起こす、認知症の原因タンパクであるアミロイドを増加させる、BDNF低下による神経新生の減少をもたらす、炎症性変化によって知機能低下に至るといったさまざまな仮説がある。

2000年代になると認知症の前駆段階である軽度認知障害（MCI）の段階に注目が集まるようになり、同時期に確立したアミロイドイメージングの技法はうつ病とアルツハイマー病の病態について再度注目を集めた。筆者らもうつ病の既往はMCIにおけるアミロイド蓄積と関連することを報告した。

一方で認知症側からみると、認知症の部分症状として抑うつが一定割合で出現することはよく知られており、特にレビー小体型認知症（DLB）でその頻度が高い。高齢者のうつ病に伴う不安・焦燥や運動緩慢、思考制止などはDLBの遂行機能障害、注意機能障害、パーキンソニズムと症候学的に類似しており、DLBのバイオマーカーの研究などから病態的関連も示唆されている。このようにうつと認知症は疫学的・生物学的にオーバーラップする病態であることが明らかになりつつあり、さらなる病態の解明が望まれている。

S-1-4

## 高齢者うつ病の神経病理

河上 緒, 池田研二

公益財団法人東京都医学総合研究所分子病理・ヒストロジー解析室

神経病理学は神経系統を対象とする病理学であり, Nissl, Alzheimer, Pick らをはじめとするドイツの精神科医によって開拓されてきた歴史がある。生物学的・脳科学的視点に立ちつつも, 精神病理学同様, 症例の個別性を重んじ, 精神疾患の病因, 診断, 治療方針を第一義に据えている。

高齢期うつ病に関して, うつ病と認知症は鑑別の対象であるだけでなく, うつ病は認知症のリスクファクターであることが判明している。変性性認知症疾患の初期にうつ病が出現することはよく知られており, 症例の脳病理を評価すると, アルツハイマー病 (Alzheimer's disease: AD), レビー小体病 (Lewy body diseases: LBD) や高齢者タウオパチー (神経原線維変化型老年期認知症 *senile dementia of the neurofibrillary tangle type: SD-NFT*, 嗜銀顆粒性認知症) などの変性性認知症疾患の診断を満たす症例が一定数存在する。AD においては臨床病理研究が進んでおり, 認知症を伴わない高齢者におけるうつ病の発症頻度が約 2-10% であるのに対し, AD では 30-50% であると指摘する報告もある。AD の病期に基づいたタウ (Neurofibrillary tangles, NFTs) やアミロイド  $\beta$  (老人斑) の脳内進展様式については, 各々 *staging* が提唱され, その臨床症状にはタウの進展が強く関連しており, *staging* の進

行に伴い, 不安, 焦燥, 食欲低下, 抑うつ, 睡眠障害から妄想や認知機能障害への症状の移行が報告されている。高齢者うつ病の器質的背景には, タウをはじめとする変性蛋白による病理変化が考慮されるものの, 器質因を有する症例の抑うつの表出はいずれも似通っており, 共通の病理基盤, すなわち特定の神経回路における機能障害が想定される。AD では, 青斑核 (ノルアドレナリン系) や縫線核 (セロトニン系) において, 海馬傍回より先に NFTs が形成されることが判明し, さらに SD-NFT では, 側坐核 (ドーパミン系) におけるタウの蓄積が妄想の発現に関与していることが報告されるなど, 関連する諸神経核の選択的脆弱性を考慮することは, 薬物治療にも還元できると思われる。

本発表では, 高齢者うつ病に関連するモノアミン系神経回路について触れ, 正常加齢変化および器質因となりうるアルツハイマー病, 高齢者タウオパチーやレビー小体型認知症などの変性性認知症の臨床神経病理学的特徴を概説する。加えて, 明らかな器質因を持たない高齢者うつ病の剖検例も紹介し, 高齢者うつ病の病態理解において, 精神病理学および神経病理学的観点から考察が深まる内容となれば幸いである。



# シンポジウム 2

10月13日(金) 8:40~10:40  
第2会場 (第一会議室, 8F)

これからの若い精神科医がもっと認知症を診るようになるために

座長：川勝 忍 (福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座)  
橋本 衛 (近畿大学医学部精神神経科学教室)

老年精神科医不足の現状と課題；大学教員の立場から

小林良太<sup>1)</sup>, 川勝 忍<sup>2)</sup>, 森岡大智<sup>1)</sup>, 鈴木昭仁<sup>1)</sup>

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

無床総合病院精神科兼認知症疾患医療センターにおける  
活動とリクルートにおける課題

渋谷 譲

日本海総合病院精神科

精神科病院における認知症診療の現状と若手精神科医師の育成

深澤 隆

医療法人青仁会青南病院

若手精神科医に認知症診療のやり甲斐を伝えていくために；クリニックの立場から

小林直人

医療法人湖山荘あずま通りクリニック

## 老年精神科医不足の現状と課題

— 大学教員の立場から —

小林良太<sup>1)</sup>, 川勝 忍<sup>2)</sup>, 森岡大智<sup>1)</sup>, 鈴木昭仁<sup>1)</sup>

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

精神医学は、遺伝学や脳神経画像、神経性生理機能などを扱う分子生物学的な側面から、心理学や疫学的、社会科学的手法を用いた心理・社会的なアプローチまで、研究分野の幅広さだけでなく、疾患の対象年齢も子供から高齢者まで、年齢幅も幅広い。それゆえ、精神科医を志す動機にも多様性が生まれやすい素地がある。

認知症は、認知機能障害のみならず、認知症に伴う行動心理症状（BPSD）を呈するため、精神科医の出番が必要な疾患である。また、疾患に対する家族教育はBPSDの軽減に繋がり、こういったアプローチは精神科医の真骨頂であると考えられる。さらに近年、老年期精神障害の背景に認知症を引き起こす神経変性疾患が存在する。すなわち、認知症の前駆期としての精神疾患に着目が集まってきており、認知症診療における精神科医に求められる役割はますます増えてきている。

しかしながら、認知症や老年精神医学をサブスペシャリティにする若い精神科医は少なくなっている印象がある。若手精神科医に対する日本での数少ない調査では、老年精神医学は、依存症

の次に人気がなかった。これは想像の域に過ぎないが、若い精神科医にとって、症候を捉えるための神経心理学や、画像診断などの神経放射線学、そして最終的な確定診断のもととなる神経病理学の知識などが求められる認知症診療は、心理・社会的な興味から精神科医になった者にとって、老年精神医学は、もしや敬遠されている分野なのかもしれない。さらに、まもなく認知症に対する疾患修飾薬が実装されそうであるが、これまでは根本的な治療薬がなかったことも老年精神科医不足に拍車をかけていた可能性がある。

こと海外に目を向けてみると、老年科医や老年精神科医不足に対する調査に関する論文が出版されており、老年精神科医不足は世界的な問題である可能性がある。

本シンポジウムでは、本邦及び海外における老年精神科医の現状について紹介しながら、いかに認知症診療を担う若い精神科医を増やすかについて、大学教員の立場から検討し、皆さんと議論したいと考えている。

S-2-2

## 無床総合病院精神科兼認知症疾患医療センターにおける活動と リクルートにおける課題

渋谷 譲

日本海総合病院精神科

当院は、山形県北西部、庄内地方の酒田市にある総合病院である。病床は 630 床で、そのうち精神科が非精神科病床 8 床を有するいわゆる無床総合病院精神科であり、入院診療の他、一般精神科外来、精神科リエゾン、児童思春期、緩和ケアといった診療にあたっている。2011 年から院内に地域型認知症疾患医療センターが設置され、通常精神科外来診療に加え、認知症に関連する新患が年間約 300 名受診する。

当院は精神科専門研修プログラムの連携病院として、専攻医を毎年受け入れている。精神科常勤医は発表者も含め 5 名いるが、発表者以外の常勤医は精神科専門医や指定医を目指す若手医師で占められている。常勤医全員が認知症関連に限らず全ての精神科領域の診療を担当し、発表者が適宜指導している状況である。

本シンポジウムのテーマである「若い精神科医がもっと認知症を診るようになる」ために何をすべきかを検討すると、2 つの方針が考えられる。

1 つは、若手精神科医に本学会の専門医を目指してもらうことである。認知症診療の質を担保するために専門医は欠くことができない。専門医が増えないことには指導医も研修施設も増えず、さらに専門医育成が困難となる悪循環に陥る。当院では認知症疾患医療センターを併設していることで多様な疾患や状態像の認知症を経験することができる。さらに精神科外来やリエゾンにおいて老年期うつ病やせん妄も診療することで、老年精神医学において代表的かつ重要な鑑別である 3D (dementia, depression, delirium) を広く経験する機会が得られる。この点は当院での研修の大き

なメリットと考えている。今後アルツハイマー病の疾患修飾薬が本邦で使用可能になることも、大きな後押しになると思われる。

しかし、これまでのところ専攻医からの本学会専門医を目指すとの宣言は、残念ながら聞かれていない。この経験が物語るように、専門医（を志す若手）獲得は容易ではない。

そこで 2 つ目の方針は、専門医にはならずとも通常業務で抵抗や問題なく認知症の診療を行うことができる精神科医を育成することと考える。

当院では 2015 年以来専攻医を毎年受け入れており、指導した専攻医は計 16 名を数える。認知症診療も常勤医師全員で分担しており、必然的に若い精神科医が認知症を診療する体制になっている。当院に来る専攻医は 1 年で異動することが多く、老年精神医学のあらゆる状況やニーズに応じる水準に到達するには研修期間が些か短すぎるが、基本的な診療技術と専門医へ紹介すべき状況か判断する能力を身につけることは可能と思われる。

幸い、当院を巣立った専攻医は、その後も精神科一般診療の中で認知症診療にも応じている者が殆どである。わずかにまだ 1 名ではあるが、認知症診療医の資格を自発的に取得した医師もみられた。専門医取得の意向に関わらず幅広く指導を行うことが、専門医育成の目標と有機的につながる可能性がある。

上記の案は、いずれも指導体制の充実が前提にある。当院の研修中は元より、研修終了後にも認知症診療のブラッシュアップができるよう環境を整えることも重要と思われる。

## 精神科病院における認知症診療の現状と若手精神科医師の育成

深澤 隆

医療法人青仁会青南病院

地域の精神科病院は、地域型の認知症疾患医療センターの運営を始め認知症の専門医療機関として医療を提供しつつ、高齢者が呈する様々な精神症状に対応するためにかかりつけ医や介護事業者、行政機関との連携を深化させおり、地域の認知症診療において欠かせない存在となっている。今後は高齢化の加速に伴い精神症状を呈する高齢者や認知症患者が増加することが予測され、精神科病院にはこれまで以上に地域の認知症医療介護連携の司令塔の役割を担いつつ各地域で医療的機能と社会的機能の2つの役割を果たすことが求められている。

精神科病院での認知症診療は、適時・適切な情報共有と医療介護連携に基づいた包括的なチームアプローチと身体的・精神的（心理的）・社会的な側面を総合的に考慮した全人的なアプローチに基づいた、より身近な存在として当事者や地域に寄り添った精神科医療を提供することが最も大きな特徴である。地域からの精神科医療に対する様々なニーズの拡大に伴い精神科病院に勤務する若手の精神科医にも地域の認知症診療の最前線で確定診断や鑑別診断、適切な薬物療法の導入や継続、行動心理症状への対応とトリアージ、地域の多職種との協働、認知症患者の終末期医療など多くの臨床的な能力が求められている。若手の精神科医は、精神科病院で様々な経験を重ねることにより実践的な知識と技術を習得することが出来る。

今後も精神科病院が地域で認知症診療において重要な存在としてあり続けるためには、若手医師がより積極的かつ継続的に認知症の診療や臨床研究に取り組むことが出来るように育成プログラムを充実させることが求められている。そのためには地域で認知症の診療や研究に関わる精神科医療機関や脳神経内科や脳神経外科などの医療機関と顔の見える連携を構築し、認知症の診断や治療に関して気軽に相談や検討することが出来る交流の場を設けることが必要不可欠である。また若手医師が初期研修医や専攻医の精神科医を志したなるべく早い時点から認知症診療に興味を持ち、その後もサブスペシャリティとして専門医の取得を目指し、生涯に渡り魅力を感じつつ学び続ける意欲を高めるための環境づくりも重要である。これからは精神科病院で認知症診療に従事する指導医や専門医が、地域の認知症医療介護連携で重要な役割を果たしていることの意義やその魅力を若手医師や地域に発信しつつ、精神科病院を含む地域の精神科医療機関が若手医師の育成を共通の目標として日々協力することが将来の地域全体の認知症医療やケアの向上に寄与することを認識すべきである。

当日は、八戸地域での当院の認知症診療の現状や取り組みを概説し、精神科病院におけるこれからの若手精神科医師の育成のあり方について考える。



S-2-4

## 若手精神科医に認知症診療のやり甲斐を伝えていくために

— クリニックの立場から —

小林直人

医療法人湖山荘あずま通りクリニック

演者が認知症診療を志すようになったのは、医師になるきっかけにもなった認知症を発症した祖母の影響が大きい。元々非常にしっかりとしていた祖母が認知症を患い、人間がどうしてこんな状態になるのか？このような疾患の患者を何とかしたいという純粋な気持ちが医師を目指すきっかけとなった。医学生時代もその気持ちは大きく変わることなく、卒業と同時に当時より認知症診療を行っていた母校である福島県立医科大学神経精神医学講座の門を叩き、現在に至っている。大学で長年教員として勤務しながら認知症診療や研究、後進の指導を行っていたが、一方では本来自分が求めていた患者支援ができていないことに歯がゆさを感じていた。その理由の一つに、認知症診療は医療だけでは解決できないことがあまりに多いという大きな壁にぶつかっていたことが挙げられる。このような葛藤を解消するために、平成 23 年 4 月より、現在のクリニックでの仕事を始めることとなった。あずま通りクリニックには 1 日平均約 70 人の患者が通院し、その大半を高年齢者、認知症疾患の患者が占めている。平成 25 年度には厚生労働省の「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」の委託を受けた実績もあり、平成 28 年 6 月より福島県から委託を受け、認知症疾患医療センター（連携型）として機能している。相談窓口として、地域医療連携室を設置し、医療だけでなく、介護サービス、家族相談がスムーズに受けられるような体制を整えている。認知症初期集中支援チームについても平成 25 年度のモデル事業から関わり、これまでに 300 名以上の対象者をアウトリーチで支援してきた。そ

の他、大学病院でも週 1 回半日の診療を継続しながら、他の専門医の先生方と若年性認知症をはじめとした診断困難例の精査ができるような連携体制を整えてきた。

このような多数の認知症患者を総合的に支援する施設であるがゆえ、若手医師の教育を行う場所として有効利用して頂けるよう、研修プログラム実施施設として登録し、学生実習、初期研修医、専攻医の教育にも専念してきた。認知症患者が急増している今、若手精神科医が認知症診療に興味を抱き、その道を究めていく、いわゆるサブスペシャリティとして専門医を取得し現場で活躍してもらえるよう、より一層働きかけていく必要がある。そこにおいての最大のポイントは、臨床経験を通じて「患者・家族を支援できた」という達成感を獲得してもらうことであろう。先にも述べたように認知症の患者を支援していくには、医療以外の専門的知識や経験を持ったスタッフと連携を図る必要があり、またその機会も多い。連携を必要とする場面で、医師がリーダーシップを取りながら、多職種連携をリードしていくことが若手医師の自己効力感の向上にも繋がる。介護福祉に携わるスタッフからの悩みとして、医療連携のハードルが高いことをよく耳にする。医師と気軽にコンタクトがとれる場所として、認知症初期集中支援チームへの参画や ICT を利用した現場スタッフとの情報共有が期待されているが、このような活動を通じて、若手医師の仕事へのやり甲斐・達成感をより一層向上させていくべき時ではないだろうか。



# シンポジウム 3

10月13日(金) 13:30~15:30  
第2会場 (第一会議室, 8F)

## プリオン病 update

座長：高尾 昌樹 (国立精神・神経医療研究センター病院臨床検査部・総合内科)  
山田 正仁 (国家公務員共済組合連合会九段坂病院内科 (脳神経内科))

### プリオン病診療ガイドライン 2023

高尾昌樹

国立精神・神経医療研究センター臨床検査部・総合内科

### 非典型的病像を呈するプリオン病におけるバイオマーカーの特徴

三條伸夫

東京医科歯科大学脳神経内科, 九段坂病院内科 (脳神経内科)

### プリオン病の画像所見とその病理学的基盤

坂井健二

新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院神経内科

### ヒトにおけるプリオン病と類縁疾患の伝播

山田正仁

国家公務員共済組合連合会九段坂病院内科 (脳神経内科), 東京医科歯科大学脳神経病態学分野 (脳神経内科), 金沢大学

## プリオン病診療ガイドライン 2023

高尾昌樹

国立精神・神経医療研究センター臨床検査部・総合内科

「プリオン病診療ガイドライン 2023」は、厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患政策研究事業)「プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究班」と、「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」によって、2023年2月に発刊した。ガイドラインは、両研究班により3年ごとに改訂されてきた。プリオン病は稀少疾患であり、かつ治療法が確立していないこともあって、科学的なエビデンスが乏しい疾患の代表である。したがって、通常の診療ガイドラインのような記載方法をとることは困難がある。しかし、ガイドライン自体はCQ形式を取り入れ、利用者の利便性を目指している。2023年からは、バイアスのない文献検索システムも一部に導入して、ひろく研究成果をガイドラインに反映するようにした。クロイツフェルト・ヤコブ病を代表とするプリオン病は、しばしば診断が難しい場合もあり、利用者に適切な情報や診療手順を提供できるような工夫がなされている。ガイドラインの項目としては、CQ 1.プリオン病の概説、CQ 2.プリオン病の病型、CQ 3.プリオン病の診断、CQ 4.プリオン病の重症度分類、CQ 5.プリオン病の治療、CQ 6.プリオン病の患者・家族に対する心理社会的支援、CQ 7.プリオン病の感染予防、CQ 8.

プリオン病の診療支援から構成される。診療の場面においては、プリオン病の感染性、あるいは感染対策といった具体的な対応策に関しての疑問が生じることも多い。その点に関しての記載は本ガイドラインでは必ずしも十分とはいえないが、研究班から発刊されている「プリオン病感染予防ガイドライン 2020」に詳細に記載されている。とくに、手術器具の滅菌、日常診療でのケア、病理解剖の手順・感染対策などが記載されているので、両ガイドラインを活用することで、よりよい診療を患者や家族へ提供できる。現在、クロイツフェルト・ヤコブ病の臨床診断方法の改訂が世界的にも進んでおり、MRIや脳脊髄液といったバイオマーカーの重要性が高まっている。本ガイドラインにもその概要が導入されている。ガイドラインのすべては研究班ホームページ <https://square.umin.ac.jp/prion/guideline/index.html> から無料でダウンロードできるのでご活用いただきたい。今後、ガイドラインをよりよいものにするために、皆様からの忌憚のないご意見を賜ればさいわいである。また、本ガイドラインの内容だけでなく、プリオン病に関してのご質問、診断支援、病理解剖などに関して、研究班で受け付けている。

S-3-2

## 非典型的病像を呈するプリオン病におけるバイオマーカーの特徴

三條伸夫

東京医科歯科大学脳神経内科, 九段坂病院内科 (脳神経内科)

プリオン病の代表的疾患である古典型クロイツフェルト・ヤコブ病 (CJD) は, 急速進行性認知症が出現した後, 様々な神経症状を呈し, 2~3 ヶ月で無動性無言状態に至る. 一方で, 緩徐進行型と呼ばれ, 特に発症初期には進行が遅いことが知られている MM2 皮質型孤発性 CJD, V180I 変異による遺伝性プリオン病 (CJD), 不眠や自律神経障害を呈する MM2 視床型孤発性 CJD, 小脳失調で発症する MV2 型 CJD, VV2 型 CJD

などの病型が知られている. さらに, ゲルストマン・ストライスラー・シェンカー病 (GSS) においては, 小脳失調で発症する P102 型 GSS が最も多いが, 痙性対麻痺やパーキンソン症候群で発症する P105L 型 GSS が, 特に本邦に多いことが知られている.

本講演では, それらの非典型的病像を呈するプリオン病における, 画像所見, 髄液所見, 脳波所見などについて, その特徴をお示しする.

## プリオン病の画像所見とその病理学的基盤

坂井健二

新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院神経内科

Creutzfeldt-Jakob 病 (CJD) をはじめとするプリオン病では、MRI の拡散強調画像 (DWI) で大脳皮質や大脳基底核に高信号を呈し、臨床診断基準に使用されている。MM2 視床型といった DWI で異常がみられない病型があるが、DWI の撮像は臨床現場でのプリオン病診断に必須な検査となっている。

演者を含む研究グループは、硬膜移植後 CJD の DWI を解析し、典型的な CJD の臨床病型を呈する非プラーク型と非典型的 CJD の病型をとるプラーク型で DWI 所見が異なることを明らかにした。非プラーク型ではヒト屍体由来硬膜が移植された側より DWI の高信号が出現し、経過で大脳皮質全体に拡大した。一方、プラーク型では視床や大脳基底核に DWI での高信号が局限し、長期経過においても拡大はみられなかった。これらの結果は非プラーク型とプラーク型のプリオン株の違いを反映していると推定され、非典型的な硬膜移植後 CJD の臨床診断に有用であると考えられた。

また、DWI 高信号の病理学的な基盤について、先行研究では組織の荒廃の程度、MM2 病変の程度、空胞の数などと DWI 高信号が関連したと報告されている。既報告では MRI の撮像から病理学的評価までの時間経過が一定しておらず、正確な比較検討が行われていない点が問題であった。演者を含む研究グループは、死亡前日または当日に頭部 MRI を撮影した孤発性 CJD (sCJD) の 2 症例を病理学的に解析し、DWI の病理学的な基

盤を検討した。

症例 1 は死亡時 78 歳男性。コドン 129 多型は Met/Met、コドン 219 多型は Glu/Glu であった。全経過 7 か月で、臨床病理学的に MM1 の sCJD と診断した。発症 3 ヶ月後と死亡当日に頭部 MRI を撮影した。発症 3 ヶ月後では両側頭頂葉、側頭葉、島皮質や被殻で DWI 高信号を認めた。死亡前日の画像では上前頭回や下側頭回で等信号となっていた。症例 2 は死亡時 71 歳女性でコドン 129 多型は Met/Met、コドン 219 多型は Glu/Glu。全経過 11 ヶ月で、臨床病理学的に MM1+2 の sCJD と診断した。発症 9 ヶ月後と死亡前日に頭部 MRI を撮影した。発症 9 ヶ月後では両側前頭葉、頭頂葉、側頭葉、後頭葉、被殻で DWI 高信号が認められ、中前頭回は死亡前日の画像で等信号となっていた。

頭部 MRI について、大脳皮質の DWI 高信号の程度を画像解析ソフトにより定量化した。画像解析を行った部位について、HE 染色や特殊染色を用いて病変の程度を定量的に解析した。結果として、組織における神経細胞由来とアストロサイト由来の空胞の比率が DWI 高信号と有意に相関し、神経細胞由来の空胞の比率が多い場合により高信号であった。また、DWI の高信号が経過で等信号に変化した領域では、高信号が持続していた領域と比較して有意に多くの macrophages/monocytes の組織への浸潤がみられた。これらの結果から、組織における神経変性の程度が DWI の高信号に関連していると考えられた。

S-3-4

## ヒトにおけるプリオン病と類縁疾患の伝播

山田正仁

国家公務員共済組合連合会九段坂病院内科（脳神経内科），東京医科歯科大学脳神経病態学分野（脳神経内科），  
金沢大学

プリオン病では感染因子プリオンの本体である感染型プリオンタンパク質（PrP<sup>Sc</sup>）が正常型 PrP（PrP<sup>C</sup>）を PrP<sup>Sc</sup> に変化させ、PrP<sup>Sc</sup> が細胞間を、全身レベルで、そして個体間を拡がることによってプリオン病の伝播が成立する。一方、アミロイドβタンパク質（Aβ）、タウ、αシヌクレイン、TDP-43 など、アルツハイマー病（AD）やレビー小体病等の神経変性疾患の原因タンパク質についても同様のメカニズムでプリオン様伝播がみられることが実験的に示されている。本講演では、プリオン病と、そうした類縁疾患のヒトにおける個体間伝播に焦点を当てる。ヒトのプリオン病のうち、プリオンへの曝露によって生じる獲得性プリオン病には、クールー、医原性 Creutzfeldt-Jakob 病（CJD）（硬膜移植、下垂体製剤ほか）、BSE 関連の変異型 CJD（vCJD）が知られている。わが国の獲得性プリオン病は 1 例の vCJD を除き全例が硬膜移植後 CJD（dCJD）であり、これまでに 156 例の報告がある。脳外科手術時の硬膜移植から dCJD 発症までの潜伏期間は 1–33（平均 13.5）年であった。dCJD には非典型的な病像を示し脳に PrP アミロイド斑形成を伴うプラーク型と典型的な CJD の病像を示す非プラーク型があり、実験的研究によりプラーク型は V2 プリオン株が PrP 遺伝子コドン 129 がメチオニンのホモ接合体のヒトに伝播した場合に生ずることが明らかになった。演者らは dCJD 例では孤発性 CJD 例と比べて Aβ 沈着が促進しており、特に脳血管 Aβ 沈着（脳アミロイドアンギオパチー：

CAA）との関連が強く、潜伏期間と CAA の程度が正の相関を示すことを見出した。同様の Aβ 沈着が英国の下垂体由来成長ホルモン使用例についても報告されている。CAA は通常高齢者にみられる病態である。しかし、近年、乳幼児期に脳外科手術歴や硬膜使用歴があり、若年発症で脳出血等を発症する非遺伝性 CAA 症例が報告されている。55 歳未満発症の非遺伝性 CAA の症例報告は自験例を含め 36 例あり、そのうち 29 例は脳外科手術/硬膜移植を受けていた。脳外科手術/硬膜移植から CAA 発症までの期間は 25–49（平均 34.5）年であった。dCJD 脳で Aβ 病理がみられる例、硬膜移植/脳外科手術歴のある若年発症 CAA 例のデータを総合すると、硬膜移植/脳外科手術によって Aβ seeds に曝露されると、曝露後 11 年以上で CAA を中心とする Aβ 病理を生じ、25 年以上の経過で CAA 関連脳出血等を発症することが推測された。演者らは Aβ が CAA として伝播しやすいのかをみるために、異なった Aβ 病理を有するヒト剖検脳のホモジネートをマウス脳に接種した。興味深いことに、剖検脳の Aβ 病理の特徴に関わらずヒト脳を接種された全てのマウス群において CAA が主な特徴であった。手術器具等に付着した Aβ がプリオン様伝播を引き起こす活性（seeding 活性）を不活化するための方法を確立することは急務であり、著者らは *in vitro* の系で不活化のためのオートクレーブの条件を検討し報告した。





# シンポジウム 4

10月13日(金) 15:40~17:40  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

## 社会は認知症をどうみてきたか

座長：繁田 雅弘 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)  
中西 亜紀 (厚生労働省老健局)

趣旨説明

**繁田雅弘**

東京慈恵会医科大学精神医学講座

指定発言：共生社会の構築を推進するための認知症基本法が成立して

**中西亜紀**

厚生労働省老健局

「視線の病」としての認知症

**川村雄次**

NHK 第1制作センター (福祉)

認知症の人への取材と、活動をともにして見えてきたこと

**銭場裕司**

毎日新聞社会部

認知症はいかに理解・包摂されようとしてきたか？；  
社会学から見た認知症をめぐる実践

**井口高志**

東京大学大学院人文社会系研究科

## 共生社会の構築を推進するための認知症基本法が成立して

中西亜紀

厚生労働省老健局

2023年6月14日、「共生社会の構築を推進するための認知症基本法（以下基本法と略）」が成立した。議院立法によるもので、この法律はわが国において、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に進め共生社会の実現を推進することを目的としている。

一方、アルツハイマー病の新しい治療薬の上市に向けた動きもあり、認知症をとりまく社会の状況は、まさに新しい時代を迎えている。

これまで我が国では、2011年の介護保険法改正、2012年の「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」、2015年「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」の策定という流れの中で、「地域包括ケアシステムの実現」という基本方針に基づき、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らし

く暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みが進められてきた。さらに、2019年6月18日に「認知症施策推進大綱」（以下、大綱）が取りまとめられた。大綱においては、基本的な考え方として、認知症の発症・進行を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策推進するとされている。古い認知症観をとりはらうこと、バリアフリーの推進も施策に盛り込まれてきている。大綱の対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025年までとされており、策定後3年目にあたる2022年に、施策の進捗状況について中間の振り返りを行った。現在、振り返りに基づき施策を進めているところだが、今後1年以内に基本法は施行され、計画を策定し認知症施策を進めていくこととなる。

S-4-1

## 「視線の病」としての認知症

川村雄次

NHK 第 1 制作センター（福祉）

TV ディレクターとして 20 年間に数十本、認知症に関する番組を作ってきた。発端は 2000 年、島根県出雲市の看護師、石橋典子さんとの出会이었다。翌年、彼女がニュージーランドに旅して、1 人のオーストラリア人女性の講演を聞き、「自分と同じことを考えている人だ」と直観したが、英語が不得意なのでどういう人が教えてほしい、と相談された。買って来た本を見ると、「1995 年に 46 歳でアルツハイマー病と診断された」と書かれていた。クリスティーン・ブライデン。認知症の当事者だった。

2 年後の 2003 年は「認知症当事者活動元年」というべき年になった。石橋さんが奔走してクリスティーンの著書の日本語版『私は誰になっていくの?』を出版。岡山と松江で彼女の講演会を開いたのだ。タイトルは『内側から見た痴呆』と『当事者が語る痴呆診断』。(認知症への改称が決まったのはこの後だった。) NHK では、同行取材にキャスターによるインタビューを加えて、クローズアップ現代『痴ほうの人 心の世界を語る』として放送した。私が認知症について制作した初めての番組である。日本では当時、「本人は何も分からないからいいけれど、介護する家族が大変」というのが「常識」だったので、衝撃をもって受け止められた。

放送後、「本人が何もわからないのではないことはわかったが、それによって介護は変わるのか?」などの反響があり、番組の連作が始まった。また日本国内でも、クリスティーンに触発されて実名で講演を行う当事者が次々に現れるようになった。そうした「声」を伝え、それによって医療、介護、社会がどう変わるのかを見届けることが、

私たち取材する側の問題意識になっていく。発症し診断された人自身がよりよく生きるために何が必要かが重要なテーマとして認識されるようになったのだ。

そんな中で 2008 年の NHK スペシャル「認知症 なぜ見過ごされるのか 医療体制を問う」が転機になった。スタジオに認知症の本人、家族に加え、医療、介護の専門家、さらに行政の担当者、厚生労働大臣も集まって議論したこの番組には副産物があった。収録後、「認知症について立場をこえて話し合えるこうした場がほしかった」という声があがり、新宿の居酒屋に出演者が全国から再結集。約 2 か月に 1 度のペースで居酒屋勉強会「お福の会」が開かれるようになったのだ。会長は日本老年精神医学会理事長として番組に出演した小阪憲司さん。毎回 15 分程度の話題提供と参加者全員での討議。36 回開催した。2012 年には、その中から「認知症と診断された当事者とともに考えること」に焦点をしばった『認知症当事者研究』勉強会が発足。これまで 25 回開催してきたが、2014 年には、参加する「当事者」が集まって、「日本認知症ワーキンググループ（現在は一般社団法人認知症本人ワーキンググループ）」が結成された。「私たち抜きに私たちのことを決めないで」を掲げたこのグループが当初から求めたのは、「認知症とともによりよく生きる」ことを支える基本法の制定だった。

「共生社会を実現するための認知症基本法」が成立した今、それをどう形にしていくのかを伝え、ともに考えることが、私たち取材者の課題である。

この発表の演題名「『視線の病』としての認知症」については、当日お話ししたい。

## 認知症の人への取材と、活動をともにして見えてきたこと

銭場裕司

毎日新聞社会部

報道に携わる人間はこの社会が少しでも良くなることを願って、記事を送り出している。社会で起きている問題取材してスポットライトを当てるのはそのためであり、支援の手が行き届いたり、法令が整備されたりすることで、一人でも困難から救われてほしい。そんな願いがある。

認知症が題材になった過去の記事もそのような思いから生まれてきた。具体的に振り返ってみよう。1997年の毎日新聞の連載は、認知症になった親が安心して過ごせる民間老人ホームにたどり着くまでに娘が直面した困難をつづる。全体の一部ではあるがこんな記載もある。

<母に妄想が出始めた。「殺される」。近くのすし店やコンビニに走り込んで、父のことをののしる>

<(母の)ぼけはさらに悪化する。壁に大便を塗る。止めようとする父。孫である長女と友達はその場に來合わせ立ちすくんだ>

記事の主眼は、親の「安息の地」を見つけるまでにボロボロになる娘の姿からこれから多くの人と同じ立場になりうることを社会に問うたものだ。取材が行き届いた労作で、読者からの反響も大きかったようだ。

こうした問題提起の記事は社会に必要な。だが、その一部の記載から「認知症になると何も分からなくなる」という偏見を生み出す恐れがないとは言えない。記事を読んだ読者が、自分は認知症になりたくない、と感じたとしても無理はないだろう。

私自身も自分が書いた記事によって偏見を与えたかもしれない経験がある。

認知症をテーマに取材を始めたのは行方不明の問題がきっかけだった。2011年に当時勤務して

いた北九州市で、ある認知症の男性が家を出たまま、行方不明になった。その行方は今も分からない。

その後、取材を進める中で知ったのが、路上などでせつかく保護されたのに身元が分からず、仮の名前を付けられて施設で暮らす人たちの存在だった。認知症の「身元不明者」と呼んでいる。

私は大阪市西淀川区の路上で保護された重い認知症の男性取材した。自分の名前を伝えることが難しく身元がわかる所持品もない。「西淀太郎」という仮の名で暮らして2年がたっていた。

この男性の記事を書いて情報提供を求めると、すぐに家族が名乗り出た。家族は行方不明者届を出して捜し続けていたのに警察のミスで身元を特定できなかったことが判明する。その後も18年前に路上で保護された認知症の男性の存在を埼玉県が公表すると、身元が判明した。こちらも警察や行政が連携して動いていれば、もっと早く家に帰れていた。

一連の記事では認知症に偏ったイメージを持たれないように表現ぶりに気をつけた。例えば「徘徊」という言葉は特別な場合を除いて使っていない。だが、甘かったのかもしれない。この取材についてある場所で講演した際、大学生が口にした感想に驚いた。

「認知症の人はチップを身体に埋め込んで(GPSで)場所が分かるようにした方がいいですね」

認知症の人をまるで人として見ていないような言葉は、その後の私の取材を変えるきっかけになる。当日のシンポジウムでは、認知症の人たちと長く活動をともにする中で見えてきたことを紹介したい。

S-4-3

## 認知症はいかに理解・包摂されようとしてきたか？

— 社会学から見た認知症をめぐる実践 —

井口高志

東京大学大学院人文社会系研究科

本報告では、社会学（者）の立場から、認知症がいかに理解され包摂されようとしてきたのか、特に認知症ケアの「先駆的实践」を念頭に置きながら 40 年程度のスパンの現代史の断片を簡単に振り返る（詳しくは、井口高志 2020『認知症社会の希望はいかにひらかれるのか』を参照）。

社会学の重要なミッションに「意図せざる結果」の発見がある。意図せざる結果とは、あることを目指してなされた行為によって、目標とは違った帰結、時に目標を裏切るような帰結となってしまうことを捉えようとする視点である。この発想は「社会は認知症をどう見てきたか」というタイトルにある「社会」の捉え方と深く関係している。例えば、今回のシンポジウムのような文脈で認知症と社会という言葉が並べられた時、多くの場合、認知症が認知症ではない人たちを中心とした社会の外、周辺部に置かれてきたということが前提となっている。ここから、認知症に関連した実践における目標は、いかに主流社会の方に包摂していくかとか、われわれ（主流社会）がいかに理解するかとなりがちである。あるいは、高齢化に伴うその数の増加をもって、多数派にとってもわれわれの問題と捉えざるを得なくなってきたという論理で主題とされているかもしれない。

それは目標としてももちろん正しいだろう。だが、これまで認知症や、認知症の人たちが置かれてきた場もまた「社会」である。それは家族であるかもしれないし、施設を中心とした医療・福祉であるかもしれない。多くの場合は見えにくい、それぞれの社会の文脈の中で認知症の人たちの理解や

包摂が目指されてきた。このように社会の領域が複数に分かれているため、ある領域の最善の努力として目指されたことが、他の領域の観点から見た際に、それは異なった帰結として映りうる。そのような観点のズレを見ていくことで、「意図せざる結果」が浮き上がってくる。

認知症に対する排除やスティグマなどの否定的な視線を問題にし、社会への参加や包摂などを課題としていく際に、明確な意図に基づく排除や、現在から見ると時代錯誤な行いを批判することはもちろん大事である。だが、それと同時にあるいはそれ以上に、認知症の理解や包摂を目指してこれまでなされてきた先駆的实践の帰結や、それらが何に対抗してなされてきたのかを確認していくことも重要である。すなわち、その時代の最善とも言える「先駆的实践」はいかなる意味で先駆的であり、また、先駆的な実践であるにもかかわらず、あるいはそれゆえに生まれてしまう帰結とはいかなるものか。これらは、理解や包摂の実践を反省的に考えることにつながる。そして、この視点は、現在の最先端地点にある基本法の制定や当事者による運動についても向けていくことができる。現時点ではもちろんその結果についての経験的データに基づく分析はできないが、これからどのような帰結が生まれうるのかを考えていく上でも、これまでの実践の歴史とともに、その歴史を見ていくスタンスを考えることは重要である。本発表および私がこれまで書いてきたこと、そしてこれからも続けようとしていることは、そうした試みである。



# シンポジウム 5

10月13日(金) 15:40~17:40  
第2会場 (第一会議室, 8F)

## 神経変性疾患における疾患スペクトラムをどう考えるのか

座長：笠貫 浩史 (聖マリアンナ医科大学病院神経精神科)  
品川俊一郎 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)

### 非定型 AD からみた疾患スペクトラム

樫林哲雄<sup>1)</sup>, 数井裕光<sup>2)</sup>

1) 兵庫県立リハビリテーション西播磨病院, 2) 高知大学医学部神経精神科学講座

### FTLD からみた疾患スペクトラム

品川俊一郎

東京慈恵会医科大学精神医学講座

### PDD/DLB からみた疾患スペクトラム

岩田邦幸, 藤城弘樹

名古屋大学精神科

### 老年精神医学における類型と疾患単位

笠貫浩史

聖マリアンナ医科大学病院神経精神科

## 非定型 AD からみた疾患スペクトラム

榎林哲雄<sup>1)</sup>, 數井裕光<sup>2)</sup>

1) 兵庫県立リハビリテーション西播磨病院, 2) 高知大学医学部神経精神科学講座

IWG-2 診断基準 (2014) では非典型アルツハイマー型認知症 (非定型 AD) として, **Posterior variant Alzheimer** 型認知症 (PvAD), **Logopenic variant AD** (LvAD), **Frontal variant AD** (FvAD) が明記されている. このうち PvAD は病初期から後部皮質領域の神経変性に伴って, 進行性に視空間・視覚認知機能障害を呈する. 視空間機能障害, **Gerstmann** 症候群, **Balint** 症候群, 失行等が特徴的な両頭頂 (背側) 変異型, 基本的視知覚の障害を呈し両側後頭葉の萎縮が特徴的な一次視覚症候群, 計算, 綴り等非視覚的な症状を呈する優位半球頭頂葉優位型等, 様々な病態スペクトラムを呈する. 発表では自験例を報告し, PCA の様々な病態を包含した **PCA Classification framework** (Crutch ら 2017) を解説する. LvAD は病初期から喚語困難と文の復唱の障害を中核症状とする病態で, バイオマーカー検査等で背景病理が AD と確定しているか否かの違いはあるが, Gorno-Tempini らによる原発性進行性失語における **Logopenic** 型進行性失語と同じ病態と考えられる. 中核症状以外に音韻性錯誤が目立つ症例と目立たない症例, さらには AD で見られる進行性失語で喚語困難を呈するが復唱障害が目立たない症例や漢字の想起障害から進行する自験例を紹介し, 言語症状による **IMP-SPECT** の低下部位の違いから症状スペクトラムについて考察する. FvAD は PvAD, LvAD と比較すると報告が少なく, 疾患群としての定義が難しい. 典型的な自験

例を報告し, **Behavioural variant** と **dysexecutive variant** の 2 つのサブタイプの形態画像, 機能画像の特徴を解説する.

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院では 2021 年より MCI と診断した 85 歳以下の全例に対して診断目的の CSF 検査の有用性について説明, 同意が得られた患者に対して AD バイオマーカー検査を行っている. 2021 年 4 月から 2023 年 3 月までに CSF 検査を実施し, 神経心理検査と頭部 MRI と **IMP-SPECT** を実施した MCI 連続例 67 例に関して, p-tau 陽性 (T+) または A $\beta$  42/40 低下かつ p-tau 陰性 (A+T-) を AD とすると, 40 例 (59.7%) が AD だった. 40 例中 14 例は **IMP-SPECT** の z-Graph で後部帯状回, 楔前部に 2SD 以上の血流低下を認める定型 AD パターン, 10 例は PvAD パターン, 9 例は FvAD パターン, 2 例が特異的な低下なし, 1 例が iNPH 様の変化を認めた (MRI では **DESH** なし). LvAD を含む PPA は 4 例と AD 全体の 10% だった. PvAD パターンの 10 例中 6 例がイオフルパン **SPECT** で低下を認め, AD+LBD の背景病理が推定された. s/o FvAD 9 例中 4 例で易怒性, 無関心が見られ **Behavioural variant AD** と考えられた. これらの症例の **APOE** 遺伝子型についても解析中であり, 本発表ではこの結果を含めた非定型 AD の疾患スペクトラムについても報告する.



S-5-2

## FTLD からみた疾患スペクトラム

品川俊一郎

東京慈恵会医科大学精神医学講座

変性性認知症性疾患においては、原因となる異常タンパクが蓄積し、それが大脳皮質の損傷を起し、それによって臨床症候群が引き起こされるというセントラルドグマがある。前頭側頭葉変性症 (FTLD) あるいは前頭側頭型認知症 (FTD) は前頭葉と側頭葉前方部に病変の主座があり、行動変容や失語症状などを呈する疾患群である。この病態は歴史的にも Pick 球の取り扱いを巡って疾患概念が定まらず、「Pick 病」という名称が定着しなかった経緯があり、現在もその臨床-病理学的多様性から概念が揺れ続けている。

疾患の中核となる行動型 FTD (bvFTD) だけを考えても、その臨床-病理相関は複雑であり、3 リピート Tau や 4 リピート Tau, TDP43 (Type A~E), FUS など多くの背景病理を包含する。この病理学的な異質性に加え、FTLD 概念自体

が原発性進行性失語 (PPA) という症候学的にも病理学的に多彩な臨床症候群を取り込んでいることも病態理解をさらに複雑にする。意味性 PPA は主に TDP43-Type C が背景病理となり、非流暢性 PPA は主に 4R Tau が背景病理となるが、例外ももちろんある。右側頭葉優位例については、依然として疾患概念そのものが定まっていない。

加えてこれらの臨床症候群は縦断的に変化し、経過を通じて別の臨床像に移行することもしばしばある。すなわち FTLD においては背景タンパクからの臨床表現型のバリエーションが横断的にも、縦断的にも多様であると言える。この FTLD の異質性が高くカテゴリーで考えられないという点は、現在疾患単位が揺れている精神疾患とも類似している。我々精神科医こそがこの問題を考え、整理していく必要がある。

## PDD/DLB からみた疾患スペクトラム

岩田邦幸, 藤城弘樹

名古屋大学精神科

認知症を伴うパーキンソン病 (Parkinson's disease with dementia ; PDD) とレビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies ; DLB) は、ともに  $\alpha$ -シヌクレインを主成分とするレビー小体で特徴づけられるレビー小体病 (Lewy body disease ; LBD) の臨床病型である。両疾患の臨床的特徴には、認知機能障害、認知症の心理行動症状 (BPSD)、パーキンソニズム、自律神経障害、睡眠障害が挙げられる。PDD と DLB は、認知症とパーキンソニズムの発現時期によって臨床的に鑑別される。現行の操作的な基準では、パーキンソニズムが認知症の発症に 1 年以上先行した場合を PDD、パーキンソニズム発症の 1 年以内に認知症が出現するか認知症が先行した場合を DLB としている。実際には PDD と DLB の間は連続性があり、スペクトラムを形成すると考えられる (ここでは LBD スペクトラムとする)。ただし、認知機能障害の進行やパーキンソニズムに対するレボドパの反応性などに両者の違いはあり、臨床的に区別する意義は存在する。また、病期によっても臨床症状は多様であり、LBD スペクトラムの理解には縦断的な視点も必要である。

神経変性疾患に対する疾患修飾治療の開発のためにも早期診断の重要性が指摘されている。アルツハイマー病 (Alzheimer's disease ; AD) では 2007 年に前駆期 AD (prodromal AD) の診断基準が示されたが、パーキンソン病 (Parkinson's disease ; PD) や DLB においても、診断閾値に達する前の臨床像が前駆期と位置づけられ、その概

念が整理されつつある。軽度認知機能障害を伴う PD (PD-MCI) は 2012 年、前駆期 PD は 2015 年 (2019 年に改訂)、前駆期 DLB は 2020 年にそれぞれ研究用診断基準が提案された。いずれの診断基準においても、レム睡眠行動障害 (rapid eye movement behavior disorder ; RBD) が記載されており、 $\alpha$ -シヌクレイン関連疾患の臨床指標として RBD が注目されている。しかし、RBD を指標とした前向きコホート研究の結果から、孤発性 RBD (isolated RBD ; iRBD) の段階で PD と DLB のいずれかを発症予測することは困難であるといえる。そのため、RBD から進展する病態を決定づける因子は  $\alpha$ -シヌクレインの他にもあることが示唆される。PET イメージング研究などから PDD や DLB において、 $\alpha$ -シヌクレインのみでなく、 $\beta$ -アミロイドやタウなどのタンパク質が病態に影響を与えることが指摘されている。これらの混合病理を想定すると、LBD スペクトラムは PDD と DLB だけでなく、iRBD、認知症を伴わない PD、PDD、パーキンソニズムを伴う DLB、パーキンソニズムを伴わない DLB、アルツハイマー病を伴う DLB などの病態から構成されると考えられている。

本シンポジウムでは、上記について概説した上で、混合病理の可能性を含めて神経病理の進展と臨床症候との関連について考察し、横断的・縦断的な視点から PDD/DLB スペクトラムの全体像をまとめる。

S-5-4

## 老年精神医学における類型と疾患単位

笠貫浩史

聖マリアンナ医科大学病院神経精神科

「臨床を始めた時期・時代」が異なると《臨床知の拠り所》は世代間でかなり変わる」という世代間相違の大きさは、精神科臨床現場でよく知られたことだろう。臨床診断ひとつとっても、**comorbidity** を積極的に採る向きもあれば、単一の病態水準に厳に収斂する立場を堅守する者もある。こうした事情は「精神障害」の視座の多様さに由来している。操作的診断を用いて実証的に客観的特徴を割り出す行為と、「了解可能か・不能か」という了解概念を主軸に据えて臨床上の個別性を尊重しながら見立てと治療を進めていく営みとは、「人のこころ・精神」と向き合う方法がだいぶ異なっている。日進月歩の前者に比して、後者に纏わる口頭伝承的な性質や非自然科学的特質は、世代を経るごとに継承されにくくなっている。後者を《古びた「心」の物差し》と揶揄する者もあるかもしれない。

上記診断学のジレンマと本シンポジウムのテーマ「神経変性疾患の疾患スペクトラムをどう考えるのか」は無縁ではない。神経変性疾患は神経細胞脱落や病的蛋白蓄積、特徴的な凝集体形成を特徴とした疾患群であり、光学顕微鏡下でその「疾患らしさ」が明確に確認できる点ですぐれて身体医学的で、自然科学的分類法に無理なく収まる。一方、老年精神医学において「内因性」と捉えられてきた諸類型は理念型であり、人文社会的分類となっている。たとえば大方の精神科医は高齢者のなかにも「内因性うつ病」と称される臨床的一群があることを認めておられると思うが（演者もその立場である）、**vascular depression** と並ん

でここ四半世紀ほど知見の積まれてきた「神経変性疾患が関与する **late-life depression**」は操作的診断で定められる「高齢者のうつ病」を対象にしているのであって、《高齢者の内因性うつ病 ≡ 「老年期うつ病」》と神経変性疾患について知見を積んできたわけではない。神経変性疾患がうつ病を直接惹起するのならそれは外因性だが、悩ましいのは《「内因性うつ病」が高齢者に生じ、そこに神経変性疾患が横たわっているケースがある》事実である。ここに若い世代の精神科医たちが自覚的であるだろうか、という問題がある。「変性疾患バイオマーカー所見や剖検脳所見と、標準化面接等でピックアップされた症状とを照合すれば、疾患と類型の関係性が明らかにできるだろうか」という命題については、残念ながら「**No**」と答えねばならない。伝統的精神医学の俎上に乗る内因性精神障害の「類型」は症状の集合体ではないからである。こうした議論は机上の空論ではないと演者は考える。病因が明らかにされている疾患に生じる各種の精神症候（群）は症状そのものでしかなく、「内因性」の内因性たる所以は別にあるため、症候と蛋白蓄積の対応関係に単純化することができないのである。内因性たる所以とはすなわち、**Tellenbach** のいう《**Endon**（内なるもの）》の変調である。自然科学的手法で **Endon** を詳らかにすることに私たちは成功していない。

本講演では精神病理学の大家たちが共通して主張する「古典に学ぶ」ことの重要性を紹介しつつ、上記の基本問題について再整理を試みたい。



# シンポジウム 6

10月13日(金) 15:40~17:40  
第3会場 (第二会議室, 8F)

## 治療可能な認知症・早期診断と予防へのアプローチ

座長：浦上 克哉 (鳥取大学医学部保健学科認知症予防学講座 (寄付講座))  
浦谷 陽介 (倉敷平成病院脳神経内科・認知症疾患医療センター)

一般内科疾患に伴う認知機能障害；症例を中心に

**浦谷陽介**

倉敷平成病院脳神経内科・認知症疾患医療センター

脳炎・脳症による認知症

**三品雅洋**

独立行政法人労働者健康安全機構東京労災病院脳神経内科

脳機能計測による認知症の早期診断と予防

**児玉直樹**

新潟医療福祉大学医療技術学部診療放射線学科

診断後支援に必要な認知症予防のアドバイス

**浦上克哉**

鳥取大学医学部保健学科認知症予防学講座 (寄付講座)

## 一般内科疾患に伴う認知機能障害

— 症例を中心に —

涌谷陽介

倉敷平成病院脳神経内科・認知症疾患医療センター

一般内科疾患の中には、アルツハイマー病やレビー小体病を含むいわゆる変性型認知症と鑑別を要する認知機能障害を呈する疾患も多い。また、変性型認知症患者において新たな内科疾患が発症することにより、症状の進行や変容を呈する場合も多い。また、加齢による代謝機能障害の影響により薬剤による認知機能障害もしばしば経験される。

認知機能障害を起こしうる一般内科疾患の代表的なものには、甲状腺疾患（甲状腺機能低下症など）、肝性脳症、脱水症・電解質異常、膠原病、感染症、各種ビタミン欠乏症などがある。また、心不全をはじめとする心疾患や慢性閉塞性肺疾患等の肺疾患では、認知機能障害（せん妄を含む）が臨床症状の前景に立つ場合もある。睡眠時無呼吸症候群による日中の眠気や注意障害が、もの忘れ外来・認知症外来への受診のきっかけになる場合もある。

薬物による行動心理症状（BPSD）の悪化・変動を含む認知症様症状には、一般内科疾患に対す

る処方薬のみならず市販薬（いわゆる OTC 医薬品、及び健康食品等も含む）も関わっていることもある。抗認知症薬や向精神薬も、患者や介護者が望まない形での認知機能障害や BPSD の変容をきたす場合があり注意が必要である。

このように高齢者に新たに出現した認知機能障害やいわゆる BPSD を含む認知症患者の症状の変化・変動に、少なからず一般内科疾患や薬物が関連している場合もあるため、適切な診察や検査を行い、治療や療養指導につなげることが重要である。

エピソード記憶障害をはじめとする認知機能障害は、患者本人の体調管理能力（食事、排泄、服薬など）に重大な影響を及ぼすことを念頭に、普段から身体的観察を行い、家族やケアスタッフとの情報共有・連携することが必要である。また、医療機関や処方薬局の間での情報共有・連携も重要である。

本講演では、症例提示を中心に鑑別診断に不可欠な内科疾患の知識の重要性を再認識したい。

S-6-2

## 脳炎・脳症による認知症

三品雅洋

独立行政法人労働者健康安全機構東京労災病院脳神経内科

成人の脳炎・脳症は、早期介入が原病の治療だけでなく、その後遺症としての認知症予防の鍵である。しかし、バイオマーカーによる確定的な診断には時間がかかる。頭痛や発熱がない例も散見する。実臨床での早期介入のポイントを議論したい。

脳炎の約 20% が単純ヘルペス脳炎で、診断・治療が遅れると高度の後遺症をきたす。現在ヘルペス・インフルエンザ・COVID-19・HIV は抗ウイルス薬が存在する。後者 3 つは迅速診断が可能で、それぞれの治療を開始すれば良い。しかし、単純ヘルペス脳炎診断のための髄液中単純ヘルペスウイルス DNA 高感度 PCR は 10 日以上かかる。この結果を待たずに、単純ヘルペス脳炎が少しでも疑われる全ての患者に対して、アシクロビル(ステロイドも考慮)を迅速に開始する。

梅毒はかつて認知症の主因であったが、コロナ禍で罹患増加が報告されている。認知症鑑別の採血の必須項目である。陽性例では HIV 検査も実施する。

Creutzfeldt-Jakob 病はまだ治療不可能だが、プリオン蛋白抗体薬など治療の可能性が見えてき

た。感染予防も重要で、画像・脳波・RT-QuIC 法などできちんと診断すべきである。

重症 COVID-19 の 1/3 で認知機能が低下すると報告されている。これが可逆的か否かは今後の研究が待たれるが、感染予防と重症化を回避する治療が重要である。

膠原病・傍腫瘍症候群・抗 NMDA 受容体脳炎などの自己免疫性疾患は、しばしば認知症の原因になる。抗体が診断の決め手になるが、本邦では網羅的に検査することはできない。

多発性硬化症は、再発予防に疾患修飾薬が選択できるようになり、身体機能に加え、認知機能の維持が再発予防の目標となってきた。その疾患修飾薬の一部には、妊婦での禁忌や、副作用として進行性多巣性白質脳症があり、専門医が治療選択にかかわる必要がある。

### 参考文献

「単純ヘルペス脳炎診療ガイドライン」作成委員会. 単純ヘルペス脳炎診療ガイドライン 2017  
[https://www.neurology-jp.org/guidelinem/herpes\\_simplex\\_2017.html](https://www.neurology-jp.org/guidelinem/herpes_simplex_2017.html)

## 脳機能計測による認知症の早期診断と予防

児玉直樹

新潟医療福祉大学医療技術学部診療放射線学科

認知症および軽度認知障害（MCI）の予防を推進するためには、予防に関する啓発および知識の普及、予防に資すると考えられる地域活動の推進、予防に係る情報の収集が重要である。また、認知症および軽度認知障害の予防、診断、治療、リハビリテーション、介護方法など、科学的知見に基づく研究の実施も必要である。認知症の早期診断や予防に貢献できる脳機能計測として、機能的MRI（fMRI）やNIRSなどがある。NIRSは近赤外光を用いた脳血流計測であり、波長は600～1,800 nm程度である。特に600～950 nmの波長は水による吸収を受けず、比較的深くまで生体内に透過するため、生体内部の情報を得る場合にこの領域の光を用いることが多い。近赤外光を用いた計測装置は脳深部には到達できないなど不十分な点はあるものの、神経心理学的検査を併用することにより診断精度が向上すると考えられている。NIRSを使用して言語流暢性課題やストループ課題遂行時のNIRSによる前頭前野の脳血流計測では、認知症診断の可能性が示唆されている。また、NIRSは課題実施中の前頭前野活動をリアルタイムで計測できるため、より脳活動を上げようと努力をすることで、ニューロフィードバック効

果が生じ、より高い認知機能向上効果も期待できる。

fMRIには、課題遂行型fMRIと安静時fMRIがある。課題遂行型fMRIは視覚課題や認知課題などを実施した際の脳賦活部位を特定することが可能であり、健常者に比べて認知症患者で脳活動が低下している部位を特定することもできる。安静時fMRIでは、脳領域間のネットワークの機能的結合について評価する。特に強い機能的結合を示す神経ネットワークにDMN（Default Mode Network）があり、DMNには内側前頭前野、後部帯状回、外側頭頂葉、海馬などの脳領域が含まれており、アミロイドの沈着が出現する領域と一致しており、注目されている。また、ASMR（Autonomous Sensory Meridian Response）を聴いている際の脳機能を計測することで、疼痛や抑うつ症状の改善、リラクゼーション効果が明らかとなり、ASMRの医療分野での活用も期待されるようになってきた。

本シンポジウムでは、NIRSやfMRIなどの脳機能計測による認知症の早期診断や予防に関する研究について紹介する。



S-6-4

## 診断後支援に必要な認知症予防のアドバイス

浦上克哉

鳥取大学医学部認知症予防講座（寄付講座）

2023年8月21日に厚生労働省の専門部会で疾患修飾薬であるレカネマブが承認された。レカネマブの投与対象は軽度認知障害（MCI）と軽度のアルツハイマー型認知症になると思われる。MCIはこれまで抗認知症薬の投与対象とされておらず、十分な診断後支援がなされてこなかった。投与対象となるMCIは、アミロイドPETあるいは髄液中のアミロイド $\beta$ 蛋白を測定し、それらの結果から脳内へのアミロイド $\beta$ 蛋白の沈着が証明されなければならない。今後MCIの診断率が向上すると見込まれるが、アミロイド $\beta$ 蛋白陰性のMCI、副作用（脳出血等）の出現が懸念され投与ができないMCI、2週間ごとの点滴静注に通うことができないMCI、費用が高く支払いが難しく投与を受けられないMCIなど多くの治療対象とならない方々が出る可能性がある。また、レカネマブの投与対象となっても効果は27%とされており、効果が十分得られない方も少ないと思われる。そのような方々がMCI難民とならないように診断後支援が必要と考える。

診断後支援でまず大事なことは診断の告知である。告知においてMCIという病態を正しく理解してもらうことが重要である。MCIと診断した際に、まず認知症ではないが正常な状態でもないことを正しく伝える。MCIは日本語では軽度認知障害というネーミングなため軽度の認知症と誤解をされる方が多くみられる。MCIは認知症ではないことを、しっかりと理解してもらわなければならない。次にMCIは放置しておくこと認知症になる可能性が高いこと、しかし予防的アプローチを行えば正常に復帰したり、MCIに留まって

おくことができる可逆的状态であることを伝えることが重要である。

予防的アプローチとして大事なのが、生活習慣病への適切な対応である。生活習慣病の中でも高血圧、糖尿病、脂質異常症の認知機能に与える影響が報告されている。これらの病気を持っていると認知症になる危険度が増すが、適切にコントロールをすれば認知機能の低下を防ぐことができる。これらの疾患を有しているMCIであれば、これらの疾患のコントロールを厳重に行うべきであり、そのことをしっかりと伝えて理解を得ることが求められる。

日々の生活習慣が認知症発症に関与しており、その生活習慣の改善が認知症予防につながる。具体的には、食事、喫煙、飲酒、睡眠、運動、知的活動、コミュニケーションなどが重要な項目であり、科学的エビデンスのある予防法をできる限り紹介する。

自動車運転は地域社会においては生活の基盤を支える重要な交通手段である。認知機能の面からはMCIは即禁止でなく運転が可能な場合もある。未永く安全運転ができるよう認知症予防のアドバイスをすることが望まれる。

成年後見制度という認知症の人の権利を守る制度があるMCIレベルでは任意後見制度の対象であり制度内容の紹介等をして、認知症になった際の備えへのアドバイスもすべきである。

MCIは放置すれば認知症に移行する可能性が高いので、定期的な経過観察を行い積極的に予防のアドバイスすべきである。



# シンポジウム7

10月13日(金) 15:40~17:40  
第4会場 (中会議室, 7F)

## 症例から考える、いわゆるグレイゾーンや 経過観察の方の運転可否判断と復帰

座長：朝田 隆 (メモリークリニックお茶の水, 東京医科歯科大学)  
堀川 悦夫 (福岡国際医療福祉大学)

加齢によるワーキングメモリー機能の変化と運転への影響

宇阪直行

京都大学名誉教授

認知機能低下の方への運転断念の勧奨とその後のフォロー

井手芳彦

佐世保中央病院認知症疾患医療センター

他院からの紹介を受けての運転可否判断の諸問題

安藤志穂里

札幌病院リハビリテーション科

職業運転者の運転可否判断と復職支援

一杉正仁

滋賀医科大学社会学講座

<話題提供>

堀川 悦夫 (福岡国際医療福祉大学)

朝田 隆 (メモリークリニックお茶の水, 東京医科歯科大学)

## 加齢によるワーキングメモリー機能の変化と運転への影響

苧阪直行

京都大学名誉教授

加齢によるワーキングメモリーの機能の衰えの兆しは、物忘れや行為のし忘れの自覚から始まることが多いが、運転にも影響を及ぼす。運転は、知覚、とくに視聴覚から得た情報を刻々と自己の身体技能を通してハンドルやブレーキに迅速的確に伝達制御する技能であり、知覚と短い記憶であるワーキングメモリとの連携なしには考えられない。運転時には、車は運転者自身の身体の延長となり、自己の分身となるが、その制御には外界の的確な認知とアクティブな記憶であるワーキングメモリを介したしなやかなハンドルさばきとブレーキ操作が必要となる。目的地に到達するには、注意に導かれて、保持と操作（処理）が自転車の両輪のように連携し働き、ワーキングメモリにおける情報の保持とそれに見合った操作が必須である。しかし、ワーキングメモリ容量の低下した高齢運転者の場合、注意の容量には厳しい制約が生じるため、運転中に別のことを考えるなど（マインドワンダリング）、無理に新たな操作や情報を加えようとすると、オーバーフローが生じ、すでに保持していた情報が失われ事故につながる場合がある。認知制御については、操作や保持の順序も重要で、あわててブレーキの代わりにアクセルを踏んでしまったり、交通標識を見まちがえて逆方向に進入してしまったりする事故につながる。これはワーキングメモリーの注意資源に厳しい制約があることに起因する。マルチコンポーネントモデルでは、

ワーキングメモリは視覚空間的スケッチパッド、音韻ループ（言語性ワーキングメモリ）とエピソードバッファ（長期記憶）の3つの従属システムを中央実行系（注意制御を実行するシステム）が制御するとされる。運転では、中央実行系は空間（運転時のオプティカルフローやナビ用地図の認知など）や言語（道路標識や音声ナビによる地図の認知など）のワーキングメモリ情報にその都度重要性に応じて注意の配分を行い、統合（バインディング）する機能を担う（エピソードバッファは経験や知識などと結びついたシステム）。注意制御を含む実行系、空間や言語ワーキングメモリは外側前頭前野の働きと海馬などの空間マッピング機能が関わるとされ、これらの領域は加齢とともに機能低下することもわかってきた。ワーキングメモリには大きな個人差があるものの、数字スパンなどの単純課題では加齢の影響はさほど大きくないが特徴統合テスト（色、形と位置の特徴の組み合わせ再生）など複雑タスクでは影響が大きいこともわかってきた。また、高齢者は情報の保持ではなく、統合などの操作の遅さがワーキングメモリのパフォーマンスを低くしているともいわれる。認知機能の低下を防ぎ、ヒューマンエラーを最小限に抑えるには運転者の個別のワーキングメモリの働きをAIで補完させるワーキングメモリデザインが必要であろう。

S-7-2

## 認知機能低下の方への運転断念の勧奨とその後のフォロー

井手芳彦

佐世保中央病院認知症疾患医療センター

当センターを受診する人には、以下のステップを踏んで検査を受けてもらい、最終的に自動車運転を続けてもよいのか、やめるべきかを判断する。

1) 受付時に自動車運転をしているかどうかを精神保健福祉師があらかじめ確認する。本人と家族に運転中の事故の既往歴、ヒヤリハットの有無、日常的に家族が困っているかどうかなど。

2) 高次脳機能検査担当のスタッフはルティーンの検査をおこない、検査時の被験者の動作をコメント欄に記載。注意力、集中力、作業が速いか遅いかなど。

3) 担当医が診察時におこなう簡易高次脳機能テストは、簡単な2枚の絵の間違いさがし、錯視誘発検査、道路標識の意味を問う検査、Trail Making Test (TMT) など。

4) 身体運動能力は、指タッピング、筋固縮（筋強剛）、四肢腱反射などをチェック。

5) 病歴・高次脳機能検査の結果・各種脳画像・身体運動能力などを総合し、本人と家族に診断結果を伝える。軽度の認知機能低下か、すでに認知症になっているか。

6) 現状と今後の自動車運転の必要性を尋ねる。

自動車運転はどうしても必要なのか。仕事のためか、趣味の範囲か。週に何回ほど利用するか、一回の運転は時間的にどれくらいか、一般道のみか高速道も運転するのかなど。

7) 診断と運転の現状を総合し、運転を続けることにより事故を起こすリスクがどの程度想定されるのかを医療者が判断。

8) 認知機能が低下し自動車運転が危険だと医療者側が判断し本人も納得したら、「運転免許返納の誓約書」を発行。本人に署名してもらい、原本とコピーをそれぞれセンターと本人が保管。

9) 免許証返納を拒否する人に対しては、免許返納を勧めたことを示す「自動車運転に関する確認書」を家族に渡し、カルテに記載。

10) 運転免許を実際に返納したか否かは、診療一ヶ月後に自動車運転免許証を管理する県公安委員会へ書面で問い合わせる。

11) 以上のステップを踏んで実際に免許証を返納した人の割合は、誓約書発行の80%、確認書発行の40%。これらの数値が高いのか低いのか、当日討論したい。

## 他院からの紹介を受けての運転可否判断の諸問題

安藤志穂里

札幌病院リハビリテーション科

当院では自動車運転可否判断の評価項目として、高次脳機能検査（MMSE, MOCA-J, WAIS-IV, TMT, J-SDSA, Kohs-IQ, FAB, BIT, ROCFT, WAIS符号検査, CAT/PASAT, WMS-R等）、ドライブシミュレーター（Honda セーフティナビ）、教習所での実車評価を対象者の状況に応じて行っている。対象者は主に当院の回復期リハビリテーション病棟に入院し退院後に運転再開を希望する脳血管障害の方が多く、他院からの紹介を受けて外来で運転可否判断を行う事例もある。当院で経験した2例を提示する。

**事例1** 70代男性タクシー運転手。運転勤務中にアクセルとブレーキを踏み間違えて前の車に追突した。勤務先の会社から物忘れの検査をすすめられた。これまでも事故には至らなかったがアクセルとブレーキを踏み間違えたことは何度かあった。運転可否判断について当院を紹介受診した。診察所見：本人のみの受診。神経学的な異常なし。礼節は保たれ、会話による意思疎通は問題なし。物忘れの自覚はない。妻から同じことを何度も言うと言及される。

神経心理学的検査所見：MOCA-J 25/30. WAIS-IV 合成得点では FSIQ; 107, VCI; 126, PRI; 89, WMI; 109, PSI; 87, GAI; 110. 全般的な知能としては「平均—平均の上」、言語理解指標では「平均の上—非常に高い」であったが、知覚推理指標及び処理速度指標では「平均の下—平均」であった。

運転シミュレーター：動作のムラが大きく、認知・判断を伴う操作の遅れがみられた。周辺状況

変化に応じた動作が不安定であった。

可否判断：MCIと診断し、所定の診断書を管轄の運転免許センターに提出した。適性検査及び2種免許の継続の可否についての検討が必要であることを書き添えた。

**事例2** 60代男性、介護施設の送迎運転手。2年前にパーキンソン病と診断され内服治療を開始された。

現在Yahr 2。「運転についての診断書」を職場から求められているとして当院を紹介受診した。

神経心理学的検査所見（紹介元）：MMSE 30/30. FAB 30/30. Kohs-IQ 124.5 (131/131)

CAT/PASAT（正答率）2秒；76.6%/1秒；50%. TMT-A；71秒 TMT-B；97秒. ROCFT 模写 34/36・即時再生 30/36・3分後再生 23.5/36. BIT 通常検査 144/146・行動検査 80/81.

運転シミュレーター：動作のムラは小さく、認知・判断を伴う操作や周辺状況変化に対して安定した対応が可能であった。

可否判断：運転継続可と判断し紹介元の主治医に報告。主治医が本人の職場へ対応した。

事例は、いずれも職業運転を含めて現に運転を継続している状態での可否判断であった。事故防止の観点から今後このようなニーズは増加すると考えられるが、職業の継続可否に関わる問題となるため包括的な介入が求められる。また、外来受診という時間的制約、必要な検査を行うマンパワー及び診療報酬上の問題（検査の大部分は算定できない）など、運転可否判断の適応や方法について今後も検討されるべき点は多い。

S-7-4

## 職業運転者の運転可否判断と復職支援

一杉正仁

滋賀医科大学社会医学講座

### 1) 疾病がある人の復職

わが国では高齢化がすすみ生産年齢人口が減少しつつある。2021年には、生産年齢人口の割合は59.4%、高齢人口の割合は28.9%である。したがって、65歳以上の高齢者や何らかの障がいを持つ人が就業することは、わが国における経済活動を持続するうえで重要である。また、労働人口の3人に1人は、何らかの病気の治療を行いながら仕事をしているという<sup>1)</sup>。したがって、疾病の治療をしながらも就業を続けることや、疾病の治療後に復職することもあるので、労働者の疾病治療と仕事の両立は必要である。

### 2) 自動車運転再開に影響する要因

疾病発症前に自動車運転を行っていた患者が運転再開を検討するうえでは、様々な身体及び認知機能が調べられ、慎重に判断が行われる。そして、通常のリハビリテーションに加え、ドライビングシミュレーターなどを用いて自動車運転能力が評価される。これら患者の背景を検討し、退院後に自動車運転が再開できる要因や早期に運転が再開できる要因を調べた。まず、福井県における多施設後向き検討では、生活環境や個人因子を含めて運転再開に影響する因子が調査された。その結果、社会環境因子が自動車運転再開における独立した関連因子であり、公共交通が不便なほど、代替運転者がいないほど、運転が再開されていることが分かった<sup>2)</sup>。次に、脳血管障害でリハビリテーション病院に入院し、自動車運転再開を希望していた患者を対象に、退院後1か月以内の早期に自動車運転を再開した群(発症から平均3.8か月)及びそれ以降に運転を再開した晚期群(発症から平均11.4か月)に大別し、背景因子が比較された<sup>3)</sup>。その結果、2群間で身体の状態、神経心理学的検査結果に有意差はなかったが、復職後に自

動車の運転が必要な人の割合は、早期再開群で88.9%と、晚期再開群の44.4%に比べて有意に高かった。したがって、医学的評価が同等であっても、仕事で自動車運転が必要であるという社会的要因が早期の運転再開に影響を及ぼすことがわかった。

### 3) 職業運転者の復職を判断する際に行うべきこと

職業運転者では、通常の自動車運転に加え、心身の負荷がかかる。すなわち、長時間の運転を余儀なくされるなど業務に時間的制約がある、乗客や取引先とのやり取りがある、慣れない箇所を走行することがあるなどである。したがって、まずは心身の負荷に耐えうるべく全身状態を良好に保つ必要がある。さらに、単に自動車を運転する能力に加え、多くのタスクを処理する能力やストレスに対応する能力も必要である。これらの能力を確認するには、自動車運転シミュレーターを活用して、復職後の業務を想定した訓練が必要である。

次に、職場に復帰後には、本人の状態を考慮したうえで就業環境を検討する必要がある。すなわち、タクシー運転者であれば夜間の勤務を避けることや、自動車の整備など難易度の低い業務から開始し、段階的に運転業務に移行するなどの配慮が望まれる。事業所は運転者の状態を十分に理解したうえで、運転再開を前提に中・長期的な対応をとることが望まれる。

したがって、事業者、運行管理者、産業医、運転者が有機的に連携して、体調変化による事故を予防する体制構築が必要である。

### 【参考文献】

- 1) 厚生労働省：令和3年版厚生労働白書。
- 2) Sato M., et al. *Healthcare*. 2021;9(11):1469.
- 3) 井上拓也, 他. *日職災医誌*. 2019;67:521-525.





# シンポジウム 8

10月14日(土) 8:40~10:40

第2会場 (第一会議室, 8F)

## 高齢者の孤独の現状理解とその対策

座長：大塚耕太郎 (岩手医科大学神経精神科学講座)

忽滑谷和孝 (東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科)

孤独の現状と孤独に影響を与える因子

忽滑谷和孝

東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科

孤独と健康被害

小林幸恵

西九州大学看護学部看護学科

孤独と自殺

大塚耕太郎

岩手医科大学医学部神経精神科学講座, 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座, 岩手県こころのケアセンター

団地自治会による一人暮らし高齢者の孤独死予防の取り組み

田中博子

帝京科学大学医療科学部看護学科

## 孤独の現状と孤独に影響を与える因子

忽滑谷和孝

東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科

近年高齢化が進み、それに伴って孤独死も増えている。東京都23区内における65歳以上の孤独死が2003年には1,441人が2020年には4,207人となった。究極の孤独が孤独死と考えられているが、孤独死イコール孤独であるとは限らない。人間は生まれながらにして孤独であると言われているが、普段孤独をどのような意味で使われているかは、明確にすべきである。英語ではlonelinessといい、孤立のsolitudeとは分けている。後者は他の人々との接触、関係、連携がないことを指すのに対して、前者は自分が一人であると感じる心理状態であり、主観的のものである。孤立していても孤独を感じない場合もあるし、逆に家族と一緒に住んでいても孤独を感じることはある。ライフサイクルから孤独を考えると、児童期では物理的に一人となった経験、いわゆる孤立が中心であるが、思春期になると、周囲に人がいても疎外感からくる孤独感を体験する。青年期になると他者との関係だけではなく、自分自身の考え方からくる孤独感が芽生え、老年期に至ると交流の少なさに加え、役割の喪失から無価値観が孤独感に影響を与えている。

孤独感に与える大きな因子の一つに社会的孤立があるが、孤立の定義によって孤立率は3.0%～35.1%とばらつきがある(齋藤雅茂 2015)のと同様に、用いる尺度によって孤独感を抱える率

も異なる。孤独感の評価尺度としては1980年のRussel Dの開発したUCLA孤独感尺度の第三版が日本語訳され、今では10項目や3項目のshort-formも用いられ、また、Lubben Social Network scaleも6項目の簡略版がある(栗本鮎美, 2011)。

2020年春から新型コロナウイルス感染が本格的に猛威を奮い、今までの人との繋がりが分断され、経済苦、運動不足による不健康などさまざまな領域に影響を及ぼした結果、孤独感を抱える人が増えた。UCLAの3項目のshort formが用いた孤独感は女性35.1%に対して男性39.5%と多く、高齢者23.7%に対して20歳代が42.7%と高率であった(上田路子 20022)。孤独な高齢者が注目される中、意外な結果であり、ネガティブなイベント多くなる中高齢者の幸福感が高まるいわゆるエイジングパラドックスと同じ現象であろう。

孤独感に影響を与える因子として、一般的に男性、一人暮らし、主観的健康感の低さ、不健康な身体状態が挙げられ、高齢者に限定すると、未婚やパートナーの喪失、限られた社会的ネットワーク、主観的不健康感、低い社会活動レベル、そしてうつ病やうつ状態の罹患の因子が加わる(Dahlberg L, et al, 2022, 舛田ゆづ 他, 2012)。

他にも孤独に影響を与えると思われる因子について紹介する予定である。

S-8-2

## 孤独と健康被害

小林幸恵

西九州大学看護学部看護学科

内閣官房孤独・孤立対策担当室が令和 5 年 3 月に公表した「人々のつながりに関する基礎調査 (令和 4 年)」の調査結果によれば、わが国の孤独感の状況は、令和 3 年度と比較して、孤独感が「時々ある」、「たまにある」の割合が増加し、「決してない」が減少したとされる<sup>1)</sup>。また、孤独感が「しばしばある」、「常にある」と回答した人々は、健康状態について「あまりよくない」、「よくない」と回答する割合が高かったと報告している<sup>2)</sup>。

孤独感と健康被害については、主に身体面に関する研究報告が 1970 年代頃からあり、他者とのつながりがほとんどない人は、人との触れ合いが多くある人よりも、循環器疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患、癌、消化器疾患など、死に至るあらゆる疾患によって死亡する確率が 2~3 倍高かったとされている<sup>3)</sup>。これは、同じように孤独感を感じている若年者と高齢者を比較した研究において、若年者よりも高齢者の方が運動習慣が少なくなることや、食習慣については高脂肪の食事が増えるとした報告<sup>4)</sup>から考えても、孤独感を感じている高齢者は、特に生活習慣の停滞による健康被害の影響を受けやすい状況にあると考えられる。

高齢者が孤独感を抱くきっかけとしては、幾多の喪失体験 (配偶者との死別、退職、子どもの独立、病気など) がある。高齢者の孤独感の類縁感情には、「疎外感」、「嫉妬」があるとされ、周囲への警戒心を高める一方、自尊感情が低下し、外出機会の減少 (閉じこもり) に至り得る。これが体力の低下 (フレイル)、主観的健康感の低下や、刺激が少なくなることによって、脳萎縮を引き起こし、認知症に至るとの指摘もある<sup>5)</sup>。孤独感そのものや自尊感情の低下から目を背け、気を紛らわせるものとして、アルコール、薬物乱用、喫煙、ギャンブル、過食による肥満・糖尿病の誘発、性的行動などを引き起こす<sup>6,7)</sup>。また、経済的困窮に伴う低栄養<sup>8)</sup>や、自己に対する無関心からくるセルフケアの低下を起こす。

孤独感の強さの度合いから、その後の抑うつ感

の変化が予測でき、抑うつ症状のレベルからその後の孤独感を予測することができるとされる<sup>9)</sup>。孤独感と抑うつ感は一括りにされることもあるが、実は異なる経験である<sup>10)</sup>。孤独感は「警告」として人とのつながりを希求するのに対し、抑うつ感には「無関心」になる。孤独感とは、社会性を取り戻そうとする重要なサインであるといえる。

### 【参考文献】

- 1) 内閣官房孤独・孤立対策担当室 (2023) : 「人々のつながりに関する基礎調査 (令和 4 年)」, 6.
- 2) 1 再掲, 39.
- 3) L.F. Berkman and S. L. Syme, (1979) : “Social networks, host resistance and monality: A nine-year follow-up study of Alameda County midme” *American Journal of Epidemiology* 109, no. 2 : 186-204.
- 4) L. C. Hawkey and J. T. Cacioppo, “Aging and loneliness: Downl quickly?” *Current Directions in Psychological Science* 16 (2007) : 187-191.
- 5) Qiushan Tao (2022).: Different loneliness types, cognitive function, and brain structure in midlife: Findings from the Framingham Heart Study, *eClinicalMedicine*.
- 6) 木村充 (2023) : 高齢者の社会的孤立・孤独とアルコール問題, *老年精神医学雑誌*, 34(2), 135-139.
- 7) Cacioppo, J. T, & Patrick, W. (2008). *Loneliness; Human nature and the need for social connection*, The Garamond Agency, Massachusetts. (カシオポ J. T, & パトリック, W. (著) 柴田裕之 (訳) (2010). *孤独の科学* 人はなぜ寂しくなるのか, 河出書房新社, 165.
- 8) 新井清美, 榎原久孝 (2015) : 都市公営住宅における高齢者の低栄養と社会的孤立との関連, *日本公衛誌* 第 62 巻第 8 号, 379-389.
- 9) 7 再掲, 150.
- 10) 7 再掲, 139.

## 孤独と自殺

大塚耕太郎

岩手医科大学医学部神経精神科学講座, 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座,  
岩手県こころのケアセンター

高齢者の自殺は従来から自殺対策における重要課題である。高齢者のうつや自殺の背景には、身体的不調、喪失体験、個人的な悩み、心理的孤独、心理的支援の乏しさ等の状況がある。個人的苦悩体験に晒され、身体的衰えや身体疾患を抱え、またうつ病への罹患もあり、周囲に家族がいるものの心理的孤立の状況に陥っている。

地域においては、自殺対策として啓発活動やスクリーニング等医療モデルのみならず、ソーシャルサポート等の援助体制、地域の心の健康づくり、そして地域の関連機関のネットワーク等包括的な予防体制が重要である。そして、新型コロナウイルス感染症の問題が拡大して以降、孤立・孤独の問題はあらためて顕在化した。

孤立対策の推進強化の観点から国では、2021年12月以降に孤独・孤立対策推進会議が開催され、2021年2月、内閣官房に孤独・孤立対策が設置され、孤独・孤立双方への社会全体での対応、当事者や家族等の立場に立った施策の推進、人と人との「つながり」を実感できるための施策の推進を基本理念とした重点計画が示された。また、厚生労働省では2023年1月孤独・孤立対策のための自殺防止対策事業の公募を行うなど、孤独・孤立対策としての自殺対策への支援強化が打ち出され、そして、施策の推進のため、「孤独・孤立

対策推進法」((令和5年5月31日成立 令和5年6月7日公布))が成立した。この法律は基本理念や国等の責務、施策の基本事項、国及び地方の推進体制等を定めている。たとえば、基本理念の一つとして「当事者等に対しては、その意向に沿って当事者等が社会及び他者との関わりを持つことにより孤独・孤立の状態から脱却して日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるようになることを目標として、必要な支援が行われること」を示している。

2022年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱(自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～)では、孤立・孤独対策など関連施策との連携が重要な課題として掲げられている。地域における自殺対策を地域のさまざまな領域がかかわるような包括的に地域づくりとしてすすめる、差し迫った自殺問題への対処であるだけでなく、今後地域が抱えていくであろう健康保健問題への対処にもつなげていく必要があると考えられる。今年度は自治体では自殺対策の計画策定が行われている。本発表では、自殺対策における高齢者の自殺予防は重要な役割を担っており、高齢者の孤立、孤独を防ぐ自殺対策の実践について取り上げる。なお、発表にあたっては個人情報の保護などの倫理的配慮を行う。

S-8-4

## 団地自治会による一人暮らし高齢者の孤独死予防の取り組み

田中博子

帝京科学大学医療科学部看護学科

人々は、自分の人生を最期まで自分らしく生き抜きたいと望むものである。わが国においては、超高齢社会に伴う問題が多様化し、急速に進行している。家族構成や世帯状況は時代と共に変化し、単独世帯の増加に伴い、一人暮らし高齢者の孤独死問題は深刻化している。

2020年（令和2）に東京都監察医務院が発表した統計によると、一人暮らしの高齢者の異状死は、東京都特別区だけでも4,200人を超え、死後の経過日数は、男女ともに2~3日で発見されている。また、「令和3年版高齢社会白書」では、誰にも看取られずに発見される死を、15.9%が非常に身近に感じ、34.8%がまあ身近に感じていることが報告されている。特に、近年は、新型コロナウイルス感染症の影響で、家族との交流や地域の人々とのつながりが減少し、孤独死は他人ごとではない。特に、一人暮らしの高齢者においては、誰にでも起こりうる問題といえ、地域の人々による協力と支援体制の充実が求められる。

高度経済成長期に建てられた団地でも、配偶者の死亡や別居により、一人暮らしの高齢者が増加し、孤独死問題が深刻化している。孤独死に至るハイリスクは、通院患者や介護サービスを受けている一人暮らしの要介護者（原，2007）である。孤独死は、貧困の極みにある独居の慢性疾患患者が、病気によって就業不能となり、次いで失業により生活崩壊という生活サイクルに陥り、最終的に持病の悪化、新たな疾患が引き金となって起こる（額田，1999）。筆者は、住み慣れた地域で生活している、一人暮らし高齢者の意思決定支援の一環として、団地自治会で行っている孤独死予防

の取り組みに関する研究に取り組んでいる。今回、その中の一例を取り上げ紹介する。

研究協力を得た団地では、【個人の状況をふまえた介入の難しさ】はあるが、団地自治会、民生委員、住民、高齢者の交流の場としてつくったサロンの有償ボランティアによる見守り体制を築き、【手さぐりしながら高齢者を見守る】、【高齢者の暮らしぶりや健康状態を把握する】、【踏み込み過ぎず日々の生活の中での安否確認をする】という、自治会独自の孤独死予防を行っている。自治会が積極的に始めたあいさつ運動は、住民と高齢者のつながりがつくられ、高齢者の暮らしぶりを察した隣人による手助けができる関係にまで発展し、【つくられていく住民同士の互助関係】がある。団地自治会は、認知症の進行、医療依存度が高くなった高齢者に対しては、地域包括支援センターへの橋渡しの役割を果たしているが、訪問看護などを利用するようになると、個人情報の保護が絡み、生活状況の把握が難しくなる。それでも、生活に踏み込みすぎず、高齢者とほどよい距離を保ちながら、洗濯物や室内の明かりなど生活の様子を手掛かりにして、見守りを行っている。このような、一人暮らし高齢者の孤独死予防の取り組みは、団地自治会役員の課題認識と孤独死予防への熱意、街や団地住民への愛情が自治会役員・住民を動かし、団地自治会ならではの活動につながっている。孤独死予防対策においては、団地自治会の取り組みだけに依拠するのではなく、民生委員・専門職と連携して地域全体で支える取り組みが必要である。



# シンポジウム 9

10月14日(土) 13:15~15:15  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

## 老年期精神障害と認知症病態の鑑別・併存を 臨床・病理の立場からそれぞれ考える

座長：河上 緒 (東京都医学総合研究所分子病理・ヒストロジー解析室)  
品川俊一郎 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)

アルツハイマー病を背景とした老年期精神障害

鐘本英輝

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

レビー小体病を背景とした老年期精神障害

小林良太<sup>1)</sup>, 川勝 忍<sup>2)</sup>, 森岡大智<sup>1)</sup>, 鈴木昭仁<sup>1)</sup>

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

精神疾患との鑑別を要する経過を呈した前頭側頭葉変性症症例について  
タウイメージングを用いた検証

互 健二

量子科学技術研究開発機構脳機能イメージング研究部, 東京慈恵会医科大学精神医学講座

神経病理からみた老年期精神障害と認知症病態；タウオパチーを中心に

河上 緒

公益財団法人東京都医学総合研究所分子病理・ヒストロジー解析室

## アルツハイマー病を背景とした老年期精神障害

鐘本英輝

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

アルツハイマー病 (AD) では一般的には初期に健忘型軽度認知障害を呈し、その後記憶障害の強い認知症に至ることが多い。一方で AD の一部で初期に精神症状が主徴候となり、老年期精神障害と診断される状態を経る場合があることが議論されている。疾患修飾薬の対象が軽度の症例であることを考えると、このような初期に老年期精神障害をきたす AD 症例の検討は今後より重要になる。

AD との関係が最も検討されている精神障害がうつ病である。うつ病高齢者でのアミロイド PET におけるアミロイド  $\beta$  ( $A\beta$ ) 集積や、末梢血や脳脊髄液での  $A\beta$  の変化の報告などは、一部のうつ病高齢者が AD による認知症の前駆状態であることを示唆するものである。一方で若年発症のうつ病やうつエピソードの繰り返しも後の認知症発症リスクと関係すること、うつ病患者の状態変化によって脳脊髄液での  $A\beta$  に縦断的な変化が見られることが報告されていることなど、うつ病が AD 発症の危険因子であることを示唆する報告も多く存在する。また、実臨床では軽度の認知機能障害やそれに伴う生活上の変化から、心理反応としてうつ状態を呈していると考えられる初期の AD 症例も多く経験する。うつ病と AD の関係を考える際にはこれらの要素を複合的に検討する必要があるだろう。

高齢発症の幻覚妄想を主徴候とする精神病性障害も、AD において認知症に先行する可能性がある。60 歳以降に発症する、認知症や気分障害、

身体疾患によらない幻覚妄想状態を呈する病態は最遅発性統合失調症様精神病 (Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: VLOSLP) と呼ばれる。VLOSLP に相当する対象の神経病理学的な研究では、嗜銀顆粒病やレビー小体病との関係が多く報告されており、AD との関係を示唆する報告はほとんど見られなかった。しかし、AD バイオマーカーを用いた我々の検討では、17 例の VLOSLP 患者のうち 9 例でバイオマーカーが陽性であった。この検討では VLOSLP 患者の平均年齢が 80 歳を超えており、さらにバイオマーカー陽性群は陰性群に比べて発症年齢が高く、評価時年齢も高かった。VLOSLP の中でもより高齢な場合、AD との関係を検討する余地があるだろう。

先述の我々の VLOSLP の検討では、AD バイオマーカー陽性群では陰性群に比べ、複雑な記憶課題の即時再生は同程度でも、遅延再生が低くなる傾向が見られた。これは AD バイオマーカー陽性の VLOSLP 患者において、AD に典型的な近時記憶障害が軽度存在していることを示唆している。しかし、老年期精神障害の個別症例の検討では、横断的な臨床像のみでこのような違いを認識することは難しいことが多い。バイオマーカーの活用も含め、老年期精神障害を呈している患者においてどのように AD の存在を特定するのか、またそのことがその後の介入方針にどのような影響を与えるのか、検討する必要がある。



S-9-2

## レビー小体病を背景とした老年期精神障害

小林良太<sup>1)</sup>, 川勝 忍<sup>2)</sup>, 森岡大智<sup>1)</sup>, 鈴木昭仁<sup>1)</sup>

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

レビー小体型認知症 (DLB) は, 認知症発症前から, 嗅覚障害やレム睡眠行動障害, 抑うつなどの症状を呈する. 近年, 前駆期 DLB の研究用診断基準が策定され, 軽度認知障害から発症するタイプ (MCI-LB), せん妄から発症するタイプ (Delirium-onset DLB), 精神疾患から発症するタイプ (Psychiatric-onset DLB) の 3 つのサブタイプに分類された.

Psychiatric-onset DLB の特徴は, 幻視や他の幻覚, カプグラ症状を含む体系化された妄想を特徴とする老年期発症のうつ病及び遅発性精神病で, しばしば入院を必要とするほど重症となるとされている. 老年期発症うつ病や遅発性精神病の他にも, Psychiatric-onset DLB として, 遅発性緊張病や遅発性強迫性障害, 遅発性躁病, 遅発性パニック障害などの報告が相次いで行われており, 中には病理学的な検索が行われた報告もでてきている. また, 緊張病や昏迷を特徴とする重度の精神病症状を呈し, 長期間寛解と増悪を繰り返した後に DLB を発症する可能性も報告されている. このように老年期発症の精神疾患のみならず中年期以降の精神疾患でも, 背景に DLB が存在する可

能性を考慮する必要があることが示唆される.

Psychiatric-onset DLB の同定には, DLB の指標的バイオマーカーが役に立つことがあるが, これらのバイオマーカーは, 抗うつ薬などの影響を受ける可能性があることに注意が必要である. また, すべての老年期発症精神障害にバイオマーカーを適用するわけにはいかないだろう.

我々精神科医にとって一番重要な点として, Psychiatric-onset DLB 患者も, DLB の支持的特徴の一つである“抗精神病薬に対する重篤な過敏性”を有する可能性があることである. それゆえ, 老年期発症の精神疾患には定型抗精神病薬の使用は避けるほうが無難であろうが, 本当に過敏性を DLB と同程度有するかは不明である. そして, 精神障害が薬物過敏性や薬物抵抗性である場合, 修正型電気けいれん療法が適用されうるが, DLB に対するのエビデンスはいまだ不十分である.

本シンポジウムでは, 現在までのレビー小体病を背景とした老年期精神障害をレビューし, 指標的バイオマーカー適用の問題点や修正型電気けいれん療法適用に関する現状などを議論したい.

## 精神疾患との鑑別を要する経過を呈した前頭側頭葉変性症症例についてタウイメージングを用いた検証

互 健二

量子科学技術研究開発機構脳機能イメージング研究部, 東京慈恵会医科大学精神医学講座

前頭側頭葉変性症 (FTLD) は前頭側頭葉に病態の主座を置く, 神経変性疾患の総称である。FTLD は他の認知症と比して特に若年者の比率が高く, その診断, 治療, 社会支援体制の確立は喫緊の課題である。一方, 症状と背景病理の両者が一意対応しておらず, 生前診断は極めて困難である。ときに精神疾患との鑑別に困難を要し, その疾患概念も進行性核上性麻痺などの運動症状を呈する疾患をも包括するような形で拡大している。以上より, このような疾患自体の不均一性や臨床診断の難しさが治療法開発の大きな障壁となっている。

FTLD の背景病理の多くはタウ蛋白 (タウ) あるいは TAR DNA-binding protein of 43kDa (TDP-43) の二種類の異常蛋白の蓄積が占めており, 非侵襲にこれら蛋白を検出する技術が, より正確な診断へとつながる可能性がある。近年, ポジトロン断層撮影 (PET) と放射性リガンド

によりタウ病変の蓄積を脳内で可視化するタウイメージングが登場した。数多くのタウ PET リガンドが開発され, アルツハイマー病を中心にその臨床的有用性が示されつつあるが, 未だ FTLD に対する有用性を示した報告は乏しい。量子科学技術研究開発機構が開発したタウ PET 薬剤 18F-flozorotau (PM-PBB3) は AD のみならず FTLD に伴うタウ病変に対する有効性を示し, 個別診断への可能性を示した, 数少ないタウ PET リガンドである。FTLD 患者においても, 特徴的な部位での集積増加が認められることが示されている。本発表では病初期に精神疾患との鑑別を要し, 経過の中で 18F-flozorotau PET 検査を施行した FTLD 症例について提示する。FTLD におけるタウイメージングの活用はタウ病態の進行を予測・追跡するのみならず, 精神疾患との鑑別に有用な可能性がある。

S-9-4

## 神経病理からみた老年期精神障害と認知症病態

— タウオパチーを中心に —

河上 緒

公益財団法人東京都医学総合研究所分子病理・ヒストロジー解析室

老年期精神障害（老年期精神病）は、変性性認知症のとくに **prodromal** 期において出現することが知られている。病理変化がごく初期の症例では、臨床症候や画像診断上、認知症の併存が確認されず、診断に苦慮する症例も多い。

タウとは、微小管結合蛋白の一つであり、神経細胞に多く発現し、微小管の重合促進、安定化に関わるタンパク質である。タウ蛋白が細胞内に蓄積する疾患群は、タウオパチーと総称され、その生化学的性状によって、アルツハイマー型認知症 (**Alzheimer's disease : AD**)、神経原線維変化型老年期認知症 (**senile dementia of the neurofibrillary tangle type : SD-NFT**)、慢性外傷脳損傷などは **3+4** リピータウオパチーに、ピック病 (**Pick disease : PiD**) は **3** リピータウオパチーに、嗜銀顆粒病、皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺などは **4** リピータウオパチー

に分類される。器質的背景をもつ老年期の精神病状態の責任病巣としては、辺縁系領域や前頭葉皮質に着目した報告が多い。病態に関して **mesolimbic dopaminergic pathway** や **serotonergic pathway** などの神経回路の機能障害を示唆する病理報告が相次いでおり、演者らも **SD-NFT** において、**mesolimbic dopaminergic pathway** の要の神経核である側坐核の高度タウ病変と幻覚妄想との関連を報告している。

当日は代表的なタウオパチーと老年期精神障害との臨床病理連関を概説し、さらに臨床的に精神病状態を呈するも病理変化が変性性認知症の初期であったために認知症の診断に至らなかった老年期精神障害例を紹介し、神経病理という研究手法を基に変性性認知症と老年期精神障害の病態を包括的に捉える構成としたい。



# シンポジウム 10

10月14日(土) 13:15~15:15  
第4会場 (中会議室, 7F)

## 高齢者の QOL を改めて考える

座長：忽滑谷和孝 (東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科)  
宮川 晃一 (順天堂大学医学部附属浦安病院メンタルクリニック)

### 看護からみた高齢者の QOL とその関わり

永野栄美, 神山稔枝  
慈恵柏看護専門学校

### 認知症疾患を持つ人の QOL 評価

竹之下慎太郎<sup>1)</sup>, 寺田整司<sup>2)</sup>

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

### QOL 研究の潮流と展望

新岡大和  
青森県立保健大学理学療法学科

高齢者の主観的幸福感・QOL を高めるために精神科医にできること；  
サクセスフル・エイジングのためのメンタルヘルス

喜田 恒<sup>1,2)</sup>, 新村秀人<sup>1,3)</sup>, 文 鐘玉<sup>1)</sup>, 色本 涼<sup>1,4)</sup>, 三村 将<sup>1,5)</sup>

1) 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, 2) 社会医療法人あさかホスピタル, 3) 大正大学心理社会学部,  
4) 慶應義塾大学医学部百寿総合研究センター, 5) 慶應義塾大学予防医療センター

## 看護からみた高齢者の QOL とその関わり

永野栄美, 神山稔枝

慈恵柏看護専門学校

WHO (世界保健機関) は QOL (quality of life) を「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義している。医療の現場では QOL の概念は、「生活の質」「生命の質」「人生の質」などと訳され、おもに「生活の質」として使用されている。看護職である私たちの考える、高齢者にとってのより良い QOL とは、老年期という長い期間を身体的・心理的・社会的にできるだけ自分らしく生活を営み、充実して過ごすことである。人が生活を営むうえで食べる、排泄する、身体を清潔にする、環境を整える、活動する、休息する(眠る)といった繰り返し行われる日常生活行動(ADL)が基本となっている。あたりまえに繰り返されるはずの ADL も、高齢者にとっては加齢に伴う変化や疾患、治療により思うようにすすめることが困難になっていく。「最後まで自分の口から食べたい」「下の世話をされるのは情けない。這ってでもトイレに行きたい」という言葉を何度となく耳にしてきた。年齢を重ねても、人間らしいあたりまえの生活を自分の力で営みたい欲求は変化することはなく、その欲求が満たされないことが「生活の質」に影響すると考えられる。

マズローの唱える欲求の5段階説(欲求階層説)では、最下層の欲求が満たされて初めて次の段階の欲求に向かう。すなわち最も優先度の高い、生きていくための基本的・本能的な「生理的欲求」が満たされてこそ次の段階の欲求に繋がるのである。あたりまえに ADL を遂行し、人生の最期まで元気に健康で楽しく、そして自分らしく毎日が送れることを目指し、高齢者の持つ強みやもてる

力を活かしながら、充実感を感じられるよう支援させていただくことが看護の役割である。

演者は看護の基礎教育に携わっており、看護学生に対して老年看護学を教授している。本校では老年看護学のねらいを「加齢に伴う様々な変化に応じた生活の支援、そして人生の終末まで、できるかぎり自立して人間らしい尊厳を保持するように援助していくことである」としている。若い看護学生は加齢に伴う変化を実感しづらいため、その一つ一つをイメージさせながら、高齢者の視点に合わせて問題解決するための援助を見出せるよう指導している。高齢者は、生きてきた時代背景、生まれ育った環境、経験の積み重ねによって、人生観、価値観が形成され、一人ひとり異なる。看護学生がそのことを理解し、その一人ひとりに合わせた援助を工夫できるよう指導している。

看護は一方向ではなく、相互に作用しあっている。看護の対象に尊敬の念を抱き関わることで、看護する側もまたケアされ成長を遂げることが出来る。看護者は、患者と関わり看護を提供するなかで、いつのまにか患者から癒され心が穏やかになったり、人生を学ぶ機会を得る。看護者はそのことに感謝し、その思いを患者に伝えることはとても重要なことである。看護者が感謝の気持ちを伝えると、患者がとても嬉しそうな表情をすることがある。高齢者は、加齢変化により自尊心が低下し QOL も低下してしまうことがあるが、感謝されることは、喜びや生きがいにつながるのではないかと考える。「高齢者の看護」という時間を共有するなかで、患者と看護する側がケアしケアされ、互いの QOL を高めることがなされているのではないかと考える。

S-10-2

## 認知症疾患を持つ人の QOL 評価

竹之下慎太郎<sup>1)</sup>, 寺田整司<sup>2)</sup>

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

認知症疾患を持つ人の状態を評価し、治療や支援の効果を測定する方法として、生活の質 (quality of life, QOL)、日常生活機能、介護者の負担度、認知機能、身体機能など、様々な角度からのアプローチが考えられ、多彩な評価スケールが、臨床や研究で用いられている。中でも、本人の幸福感や満足感と直接的に結びつく QOL は、介護・看護・医療のアウトカムとして、最終的な目標となるべき重要な指標である。認知症疾患を持つ人の QOL 評価において、認知機能障害のため自身の状態を適切に評価することが難しい場合を想定して、観察者 (介護者) が本人の QOL を評価する客観的 QOL 評価スケールが、数多く開発されている。QOL 評価にあたって、観察者の評価と、主観的な幸福感や満足感は乖離するため、本人による主観的な QOL 評価が、本質的には最も重要である。しかし、認知症疾患において客観的 QOL と主観的 QOL が、どのように関連しているかを検討した研究は少ない。そこで、我々は、岡山大学病院精神科神経科物忘れ外来の受診患者を対象に、客観的 QOL と主観的 QOL の関連性を調査する研究を実施した。本研究では、客観的 QOL 評価スケールとして short QOL-D (short version of quality of life questionnaire for Dementia)、主観的 QOL 評価スケールとして WHO QOL-BREF26 (World Health Organization quality of life-BREF26 questionnaire) を

使用した。岡山大学で開発された short QOL-D は、観察者が患者の過去 4 週間の様子を振り返って評価する認知症患者用の客観的 QOL 評価スケールである。一方、WHO QOL-BREF26 は、認知症に特化したスケールではないが、世界的に使用される主観的 QOL 評価スケールである。外来患者 253 名が対象となり、認知機能正常例 45 名、軽度認知障害 103 名、認知症 105 名が含まれた。患者自身がスケールに回答を記入することが求められるため、認知症は軽症例のみを対象とした。解析の結果、主観的 QOL (short QOL-D の総合得点) は、客観的 QOL (WHO QOL-BREF26 の総合得点) と有意に関連しており、それは解析対象を軽度認知症例に限っても同様であった。この結果は、少なくとも認知機能が正常から軽症の認知症の範囲にあれば、主観的 QOL の評価に加えて客観的 QOL を評価することに、積極的な意味があることを示唆している。一方で、中等症以上の認知症において、客観的 QOL 評価が主観的 QOL 評価を補うことができるのかという事や、また、認知症が進行していく各段階において、どのような客観的および主観的 QOL 評価スケールを用いて評価することが適切かという事は、未だ明確になっていない。現在までの、認知症疾患を持つ人の QOL に関する研究から得られた知見に基づいて、今後の展望について考察したい。

## QOL 研究の潮流と展望

新岡大和

青森県立保健大学理学療法学科

WHO は 1994 年に QOL の定義を「個人が生活する文化や価値体系の中で、目標、期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」とし、WHOQOL 尺度を開発した。QOL は多面的・多次的に構成されていることから、定義づけが難しく、多くの測定尺度が開発されてきた中で、一定のコンセンサスが得られるような取り組みは大きな成果であった。ただ、それ以前からも、社会政策、社会心理学、医学、老年学の 4 領域で QOL 研究は進められていた経緯がある。特に、医学分野と社会心理学分野で盛んであった。

医学分野で扱われる QOL は身体的な側面に着目され、医療効果を測定する目的で測定され、“健康関連 QOL (Health-related QOL: HRQOL)”として扱われている。疾患特有の症状やその影響をより詳細に測定することを目的とする疾患特異別尺度、様々な疾患を持つ人や一般に健康といわれる人々に共有する要素によって構成されている包括的尺度がある。

一方、社会心理学分野では、幸福な生き方・老い方とは何か、生活の満足あるいは幸福とは何かといった心理的側面に着目され、日常生活や人生全体に対する主観的な満足度や充実度を測定し、“生活満足度”や“モラール”、“主観的幸福感 (Subjective Well-being: SWB)”といった概念として扱われている。最近では、“生きがい”も注目されている。

QOL の測定尺度の研究でいえば、HRQOL が影響を受ける範囲は身体的要因とその治療効果に限定的であり、心理・社会・環境的要因を反映しにくく、SWB などは心理・社会・環境的要因の

影響は受けやすいが、身体的要因との関係が弱い。WHOQOL に代表される包括的尺度は質問数が多く、短縮版である WHOQOL26 も身体・心理・社会・環境的要因を広くカバーしているが、包括的尺度という性質からやや内容が抽象的である。WHO は HRQOL、SWB の双方の視点をもった QOL の測定尺度が適切としているが、QOL の測定尺度はそれぞれの特徴を理解した上で、対象の目的に相応しいものが適切に用いられることが重要であろう。

QOL への介入研究でいえば、HRQOL は実施されている治療の効果判定として用いられるため、その疾患・治療に感度が高い疾患特異的な測定尺度が多く開発されており、その介入方法は明確である。SWB は過去も含めた人生の捉え方に影響を受け、生きがいは現状も踏まえた未来に向けた展望の影響を受けるため、これらを改善させるためには、身体・心理・社会・環境的要因を含んだ包括的な介入が必要であるが、特に障害を抱えた高齢者にとって身体的要因は改善が難しいことが多い。過去の捉え方は変化させられるかといった難題もある。他方、障害高齢者や後期高齢者を対象とした場合、スピリチュアリティ的要因も QOL に少なくない影響を与えている印象があるが、スピリチュアリティ的要因が含まれた QOL の測定尺度が用いられることは一般的ではない状況である。

本シンポジウムではこのような QOL 研究の流れを概説しつつ、課題・展望について報告する。限られた時間ではあるものの、聴講される皆様にお役立て頂ければ幸いです。



## S-10-4

## 高齢者の主観的幸福感・QOL を高めるために精神科医にできること

— サクセスフル・エイジングのためのメンタルヘルス —

喜田 恒<sup>1,2)</sup>, 新村秀人<sup>1,3)</sup>, 文 鐘玉<sup>1)</sup>, 色本 涼<sup>1,4)</sup>, 三村 將<sup>1,5)</sup>

- 1) 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, 2) 社会医療法人あさかホスピタル, 3) 大正大学心理社会学部,  
4) 慶應義塾大学医学部百寿総合研究センター, 5) 慶應義塾大学予防医療センター

超高齢社会では、サクセスフル・エイジングという言葉は様々な文脈で使われて多様化し、定義されるようになった。

加齢による脳の老化は精神の老化とストレスを克服する能力の減退をもたらし、一般人には体験を保守的・懐疑的に受け取りやすくなり、孤独になりやすく、興味や関心が狭窄することで過去に生きようとし、用心深く頑固になり、内向的で閉じこもりがちになるなど、生理的範囲でのパーソナリティ変化を来す。一方で、90歳を超えるような超高齢者に接すると、様々な問題を抱えていてもそれらをポジティブに捉え、周囲の支えを上手に受け入れる者の多いことに気づく。高齢者の主観的幸福感や Quality of Life (QOL) を論じる際、高齢になっても若い頃の活動を維持し、活動的・積極的に生活すべきとする議論がある一方、近年では、加齢により活動能力が落ちることは避けられず、社会の第一線から徐々に退いて穏やかに生きることを求める議論が優勢である。その過程で新たに獲得し、幸福感や QOL を高める精神的基盤に自我の統合 (Ego integrity) や英知 (Wisdom)、老年的超越 (Gerotranscendence) がある。

E. H. Erikson は「心理社会的発達理論」を提唱し、生まれてから老年になるまでの各段階の課題を解決していかなければ心理的危機に陥るとした。その最終の第 8 段階が「老年期」で、現役世代を退いて人生を振り返り、価値あるものだったかを問うて受け入れることが重要な課題で、自我の統合や英知の獲得を経て死に対しても安定し

た態度を持てるようになると説明される。それに伴いサクセスフル・エイジングも「発達課題に適応して、望ましい形で加齢が進行すること」へと変化した。さらに Erikson 自身が 80 歳を超え、心身機能の衰えと社会的ネットワークが縮小する体験の中で新たな課題に見舞われると予測し、提唱したのが第 9 段階「超老年期」である。自身と周囲の人や環境に対する基本的な信頼関係を築き直すことが必要で、先んじて L. Tornstam の提唱した老年的超越の獲得、即ち身体的健康や外に向けた活動、社会的役割を重視せず、社会的ネットワークの縮小に囚われないことで乗り越えられるとした。これらの獲得が老年期・超老年期における主観的幸福感の質の変化と享受に繋がる。

一方で、加齢と共に全ての高齢者が自我の統合や老年的超越の域に達するわけではなく、その背景にある一定のパーソナリティ特性をそもそも有するか、それに近づくことが必要なのかもしれない。我々が東京都荒川区で行う高齢者・超高齢者コホート研究では、主観的幸福感の高い者は外向性 (Extraversion)・誠実性 (Conscientiousness) の高いパーソナリティ特性を有し、その向上には自我の統合や老年的超越の獲得、地域との繋がりの確保が求められると示唆されている。従って高齢者がより高い主観的幸福感や QOL を享受して精神的健康長寿を達成するには、そうしたパーソナリティ特性への理解や自我の統合・老年的超越獲得の支援に加え、コミュニケーションの重視と質の高いケアやソーシャルサポートの充実に向けた施策が有効である。



# シンポジウム 11

10月14日(土) 15:30~17:40  
第1会場 (一ツ橋ホール, 3F)

## アルツハイマー病疾患修飾薬をめぐる諸課題

座長：池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)  
布村 明彦 (東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科)

### アルツハイマー病疾患修飾療法の現状と展望

小野賢二郎

金沢大学医薬保健研究域脳神経内科学

### 治療導入からフォローアップ時の脳画像と体液バイオマーカー

田中稔久

三重大学医学部神経・筋病態学

### 治療導入からフォローアップ時の臨床評価

數井裕光

高知大学医学部神経精神医学講座

### 社会実装に向けた歩みと展望

栗田圭一

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, 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター

総括

池田 学

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

## アルツハイマー病疾患修飾療法の現状と展望

小野賢二郎

金沢大学医薬保健研究域脳神経内科学

認知症の基礎疾患として最も多いアルツハイマー病 (Alzheimer's disease : AD) の使用可能な治療薬には現在、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬と NMDA 受容体拮抗薬があるが、これら薬剤は症状改善薬であり AD の病理変化自体は食い止められず、症状はいずれ進行する。そこで病理変化自体を食い止める疾患修飾療法の開発が急務となっている。

AD の病理学的特徴としては、アミロイド  $\beta$  蛋白 ( $A\beta$ ) から成る老人斑、タウ蛋白 ( $\tau$ ) から成る神経原線維変化、さらに神経細胞死・脱落があげられる。病態生理においては、まず、アミロイド前駆体蛋白から切り出された  $A\beta$  が細胞外で異常凝集することにより、神経原線維変化、そして神経細胞死につながる過程が有力視されている (アミロイド仮説)。また、従来、 $A\beta$  が凝集していく過程で、オリゴマーやプロトフィブリルなど多様な  $A\beta$  種が形成され、最終的に脳アミロイドとして蓄積した老人斑に神経毒性があるとされてきたが、近年の研究ではオリゴマーやプロトフィブリルのような早期・中間凝集体の毒性も重要視されている (オリゴマー仮説)。我々は、高

速原子間力顕微鏡を主に用いて  $A\beta$  プロトフィブリルがモノマーから最終段階である線維が形成される経路 (on-pathway) とは違った経路 (off-pathway) に位置する可能性があることやプロトフィブリルが細胞外から膜損傷を与えて神経毒性を発揮することを報告した。さらに、最近、我々は、抗プロトフィブリル抗体であるレカネマブがプロトフィブリルへ高い親和性で結合し取り囲むことで細胞毒性を軽減させることを示した。

上述のアミロイド仮説、最近ではオリゴマー仮説に基づいて、抗アミロイド薬を中心に AD の病態ステージに応じた様々な疾患修飾療法が開発されてきた。残念ながら多くは失敗に終わったが、いくつかの有望な薬剤も残っている。2021年6月、アメリカ食品医薬品局 (FDA) は世界初の AD 根本治療薬としてアデュカヌマブを条件付きで承認した。同年末に日本国内での承認は見送られたが、2023年7月にレカネマブが FDA で正式承認され、本邦でも同薬剤の承認審査結果が待たれている。

抗  $A\beta$  抗体を中心に AD に対する疾患修飾療法の開発は着実に進んでいる。

S-11-2

## 治療導入からフォローアップ時の脳画像と体液バイオマーカー

田中稔久

三重大学医学部神経・筋病態学

アルツハイマー病 (AD) に対する疾患修飾薬の開発が長期間進められてきたが、わが国でも一般に使用される時代が目前となっている。Aducanumab は認知機能が正常な健康で高齢のドナーから得られた抗アミロイド  $\beta$  ( $A\beta$ ) ヒト抗体に由来するものであり、米国では 2021 年 6 月に迅速承認された。Lecanemab は  $A\beta$  プロトフィブリルに対するモノクローナル抗体であり、米国では 2023 年 1 月に迅速承認され、同年 7 月に本承認され、我国では 2023 年 8 月に厚生労働省内の審議会において医薬承認が了承されており、現在は承認にむけた手続きが進められている状況である。Donanemab はピログルタミル化した  $A\beta$  を特異的に認識するモノクローナル抗体であり、第 3 相臨床治験において認知機能の低下の抑制を達成したことが 2023 年 7 月に報告された。これら抗体製剤は今までの抗認知症薬よりも有効性が高いことは確かだが、高額であること、安全性に留意する必要があることなどの課題がある。まず対象者を適切に選択するためには、脳内  $A\beta$  の蓄積を確認する必要があり、その方法の 1 つがアミロイド PET である。 $A\beta$  など重合した蛋白は  $\beta$  シート構造を有することが知られているが、この構造に結合親和性のある thioflavin-T の誘導体から  $^{11}\text{C}$ -PIB (Pittsburgh compound B) というプローブが作成され、さらに半減期の長くデリバリー可能なプローブとして  $^{18}\text{F}$ -flutemetamol,  $^{18}\text{F}$ -florbetaben,  $^{18}\text{F}$ -florbetapir などが開発されている。また体液バイオマーカーを使用した鑑別方法としては、脳脊髄液 (CSF) から認知症性疾

患を積極的に診断する技術が進められている。AD 患者の CSF においては  $A\beta$  のうちアミノ酸 42 個からなる  $A\beta_{42}$  が減少しており、総タウ蛋白およびリン酸化タウ蛋白が増加していることが報告されている。CSF 中のタウ蛋白の増加する疾患は、皮質基底核変性症、前頭側頭型認知症、クロイツフェルト・ヤコブ病、正常圧水頭症などがあるが、CSF 中の  $A\beta_{42}$  の減少およびリン酸化タウの増加に関しては AD に特異性が高いものと理解されている。リン酸化タウに関してはタウの多くの Ser/Thr 部位がリン酸化されており、CSF リン酸化タウに関しては従来 Thr181 部位のリン酸化タウを測定されてきたが、近年 Thr217 部位のリン酸化タウの方が AD の病理学的診断とより正確に一致するという報告がなされている。そして、血液中の  $A\beta_{42}$  の測定、リン酸化タウを測定する方法も可能となっている。次に安全性に留意するためには、投与前に頭部 MRI 検査を行って脳血管障害者を適切に除外することと、投与後に定期的な頭部 MRI 検査を行って ARIA (Amyloid-Related Imaging Abnormalities) と呼ばれる変化を早期に確認することが求められている。ARIA には ARIA-E (浮腫) と ARIA-H (出血) の 2 種類があるが、特に頭痛・めまいなどの症状がある場合は慎重な対応が求められる。本発表では、治療導入からフォローアップ時の脳画像と体液バイオマーカーに関して、今後活用が期待される疾患修飾薬を適切に、そして安全に使用するための情報についての現状の整理をおこないたい。

## 治療導入からフォローアップ時の臨床評価

数井裕光

高知大学医学部神経精神医学講座

最近、私の外来に、「疾患修飾薬が使えるようになるらしいので診察を受けて、アルツハイマー病（AD）だったら使って欲しいと思って来ました」と新聞の切り抜きを持って初診する人が散見されるようになったきた。このように疾患修飾薬に対する期待は大きいと感じている。

さて、本薬剤がどのような形で使用されるのかについては不確定であるが、van Dyckらの論文（N Engl J Med 2023）を参考に考えると、薬剤が導入される患者は、Clinical Dementia Rating（CDR）0.5の軽度認知障害（MCI）段階か CDR1の初期の認知症段階のAD患者で、かつ Wechsler Memory Scale-IVの論理的記憶の遅延再生の得点、同年齢の健常者の平均値の1標準偏差を超えて下回るエピソード記憶障害を認める患者となる可能性がある。Wechsler Memory Scale（WMS）-IVは我が国ではまだ標準化されておらず、第2版にとどまっているが、これまでの我が国のMCIに対する研究においてWMS-revisedの論理的記憶の遅延再生が用いられているので、これで代用できると思われる。van Dyckらの論文では、経過観察には、CDRのSum of Boxesが用いられており、薬剤導入時とあわせてCDRの正確な評価は必要になると思われる。その他、Alzheimer's Disease Assessment Scaleの14項目版（ADAS-cog14）、Alzheimer's Disease Composite Score（ADCOMS）、Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living Scale for Mild Cognitive Impairment（ADCS-MCI-ADL）が用いられている。ADCOMSは、

早期ADの変化を感度よく検出することを目的として、ADAS-cog、Mini-Mental State Examination（MMSE）、CDRの3つの臨床評価尺度を組み合わせて開発された評価指標で、ADCS-MCI-ADLはMCIの人のADLを評価する尺度である。本邦のこれまでの臨床で使用されている認知検査はスクリーニング検査が多く、経過観察に適した検査は少ない。特に本薬剤使用時に必要となる軽症までのADの人の経過を評価できる検査は少なく、今後検討が必要である。このような中で、日本版RBMTは使用可能ではないかと感じている。ADの人で低下しやすい記憶の検査で、さらに日常生活を送るために必要な日常記憶を評価する検査なので結果から記憶障害による生活の支障の状況が想像できる。さらに4つの並行検査があるため、繰り返し施行による練習効果を低減でき、記憶の維持が評価できる可能性がある。検査時間は平均27分と報告されており、許容範囲内ではないかと思っている。

本薬剤は、ADの人の社会生活の維持を目指す薬とも言える。令和4年度の診療報酬改定で対象となった若年性認知症の人に対する治療と仕事の両立支援制度を活用し、かつ本薬剤の投与を受けながら仕事を続ける若年性ADの人が増えると思われる。従って、仕事の維持、生活の質の維持、生きがいなどに関する評価も必要だと思われる。また本薬剤の使用によって行動・心理症状が予防できるのではないかと考えており、この点に対する評価も必要だと思われる。

S-11-4

## 社会実装に向けた歩みと展望

栗田主一

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，社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター

2023年8月21日に厚生労働省の専門委員会が **lecanemab** の製造販売承認を了承した。このニュースを通して、アルツハイマー病の疾患修飾療法（DMT）の実臨床への導入に向けた医療サイド・行政サイドの動きが活発化している。演者はすでに「社会・患者の側からみたアルツハイマー病疾患修飾療法」というタイトルで、①わが国の認知症施策の中での DMT の位置づけ、②人々の認知症に対する考え方の変化、③医療へのアクセシビリティの問題と安全性への懸念、④社

会的コストと社会的価値の考量、⑤DMT の対象にならない認知症、という観点から、DMT の社会実装に伴う課題・影響・展望について考察した（脳神経内科 99 : 1-6, 2023）。本シンポジウムでは、そこでの考察を踏まえた上で、DMT の実臨床への導入を視野に入れた医療サービス提供システムの整備に向けた動きと医療機関レベルでの具体的な活動を紹介しながら、今後の課題と展望について考察する。

## 総括

池田 学

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

今年6月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、9月にはアルツハイマー病に対する疾患修飾薬レカネマブが本邦で初めて製造販売を承認された。2000年前後に初めての抗認知症としてドネペジルが上市され、介護保険制度が開始された時以来の、大きな変革期が認知症診療に訪れようとしていることは間違い

なさそうである。オーガナイザーの布村先生から「総括」することを指示されたので、4人のエキスパートのお話を伺った後に、少し解説を加えたり、時間の都合で省略された事項があれば補完したりすることにより役割を果たして、総合討論につなげてみたい。



# シンポジウム 12

10月14日(土) 15:30~16:30  
第2会場 (第一会議室, 8F)

## 認知症と発達障害

座長：上村 直人 (高知大学医学部神経精神科学教室)  
橋本 衛 (近畿大学医学部神経精神科学教室)

## MCI と高齢期の ADHD

上村直人<sup>1)</sup>, 永野志歩<sup>2)</sup>, 小松静香<sup>3)</sup>, 藤戸良子<sup>3)</sup>

1) 高知大学保健管理センター, 2) 高知医療センター, 3) 高知大学神経精神科学講座

## 意味性認知症と自閉スペクトラム症

佐久田静, 橋本 衛

近畿大学病院神経精神科学教室・メンタルヘルス科

支援者にとっての認知症困難事例とされて表面化する地域の発達障害高齢者；  
認知症初期集中支援チームの取り組みから

繁信和恵

公益財団法人浅香山病院精神科, 大阪大学大学院連合小児発達学研究科行動神経学神経精神医学寄附講座

## MCI と高齢期の ADHD

上村直人<sup>1)</sup>, 永野志歩<sup>2)</sup>, 小松静香<sup>3)</sup>, 藤戸良子<sup>3)</sup>

1) 高知大学保健管理センター, 2) 高知医療センター, 3) 高知大学神経精神科学講座

注意欠陥多動性障害 (ADHD) の特徴は、高齢になっても持続することが指摘され始めているが、高齢になると、軽度認知障害 (MCI) の症状と混同されることが多い。現在、MCI 患者における ADHD の実際の割合は不明である。軽度認知障害 (MCI) とは、記憶力は低下しているが、日常生活には支障がない状態で日常生活には支障がない状態である。注意欠陥多動性障害 (ADHD) は、不注意、多動、多弁を特徴とする生得的な障害である。最近の研究において、成人期になっても ADHD の特徴が診断されていない患者は、MCI 患者に分類される可能性があることが指摘されている。MCI における ADHD の有病率は明らかになっていないがその推定には方法論的限界があり、その背景として、ADHD の症状 (DSM-5) が MCI と重複しているためである。そこで我々は、Wender Utah Rating Scale (WURS) を用いて、MCI 高齢者のうち ADHD の可能性が高い患者の割合を調べた。対象は MCI 基準を満たす高齢患者 36 人 (男性 11 人、女性 25 人、平均年齢  $72.4 \pm 7.6$  歳) を対象とした。MCI 患者を WURS 得点により、[MCI/ADHD (+)] 患者と [MCI/ADHD (-)] 患者に分類した。小児期および現在における自閉症の特徴、不注意、多動性、推定知能指数を比較した。MCI/ADHD (+) 群に 9 例 (25.0%)、MCI/ADHD (-) 群に 27 例で、MCI/ADHD (+) 群であった。MCI/ADHD (+) 群には男性が多く、若年で来院し、学校教

育年数が長く、自閉スペクトラム症の傾向が強かった。

以上から男性および現在の多動性が、MCI 患者における ADHD の可能性の有意な予測因子であった。

本件等では MCI 患者の 4 分の 1 が ADHD の可能性があった。男性の性別、MCI 診断時の多動性は、MCI 患者における ADHD の可能性の予測に役立つと考えられた。研究の限界点としてこれらの結果は単一施設の小規模症例研究から得られたものであり、さらに多数の症例を用いた縦断的研究が必要であると考えられる。

シンポジウムでは MCI と ADHD 研究の意義、諸外国の疫学研究、課題についても触れる予定である。

### 参考文献

Shiho Nagano MD<sup>1,2,3</sup> | Naoto Kamimura MD, PhD<sup>1,6</sup> | Satoko Sota CP, PhD<sup>1,3</sup> | Hidetoshi Takahashi MD, PhD<sup>1,3,4</sup> | Narufumi Suganuma MD, PhD<sup>3,5</sup> | Hiroaki Kazui MD, PhD<sup>1</sup>

Predictors of probable attention deficit hyperactivity disorder in elderly patients with mild cognitive impairment visiting a memory clinic May 2023 Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports<sup>o</sup> 2(2) DOI : ° 10.1002/pcn 5.104

S-12-2

## 意味性認知症と自閉スペクトラム症

佐久田 静, 橋本 衛

近畿大学病院精神神経科学教室・メンタルヘルス科

自閉スペクトラム症 (Autism spectrum disorder ; ASD) は先天性の疾患で, 幼児期から特徴的な社会性と行動の障害を呈し, 生涯にわたって症状が持続する神経発達症である. DSM-5 の ASD 診断基準では, 社会的コミュニケーションの障害と, 限局され反復的な行動の 2 つが必須とされている. 典型的な ASD では生後 2 年目頃から社会性の障害 (他者との情緒的交流の乏しさ, 表情や身振りなど非言語的コミュニケーションを理解することの難しさ, 集団行動や同年代と遊ぶことの困難さ) や, 限局された反復的な行動 (同一性への固執や習慣へのこだわり, 常同運動強度で過度に執着する興味など) が明らかになる.

意味性認知症 (semantic dementia ; SD) は, 初老期から老年期に発症する神経変性疾患で, 病初期には片側, 進行すると両側の側頭葉に限局した萎縮が出現する. 主症状は意味記憶障害による語義失語や相貌認知障害だが, SD では病初期から人格行動変化が出現する例があり, とくに右優位萎縮例は顕著な人格行動変化を呈する. Neary らによる SD 診断基準には「共感性の喪失」「関心の対象が狭小化し没頭すること」「吝嗇」が支持的特徴として挙げられており, 他にも「自己中心的な行動」「時刻に合わせて, 毎日同じスケジュールをこなす」「同じテーマへのこだわり」などが先行研究で報告されている.

我々は神経変性疾患の SD で見られる社会性の障害と常同性へのこだわりが, 神経発達症である ASD の特徴に似ているのではないかと考え, SD 患者における ASD に類似した症候について検討した. まず SD 患者 20 名 (右優位萎縮 : 6 名) と, 比較対象として SD に年齢と性別を一致させた AD 患者 20 名に対し, 親面接式自閉スペクトラム評定尺度 (PARS-TR) の成人期版を用いて, 主介護者に ASD に類似した行動の有無の聞き取りを行った. その結果, SD と AD いずれも認知症発症前に ASD 類似の行動はほとんどなかったが, 発症後の SD は成人 ASD と診断可能なほどに類似した言動が多く, さらに SD は進行するほど ASD に似た症候が増えていた. 一方で AD は認知症発症後も ASD 類似の行動は少なく, 病気の進行と ASD 類似の症候の重症度に関連は見られなかった. さらに言語機能が比較的保たれた SD 患者 14 名と, 同じく SD に年齢と性別を一致させた AD 患者 14 名に心の理論課題の「優しい嘘課題」を実施したところ, SD は AD に比べて正答率が低かった. これらの介護者への間接的評価および本人への直接的評価の結果から, SD は ASD と類似した症候を呈することが明らかとなった. 当日は SD と ASD の共通する行動特徴の神経基盤についても若干の考察を交えて発表する.

## 支援者にとっての認知症困難事例とされて表面化する 地域の発達障害高齢者

— 認知症初期集中支援チームの取り組みから —

繁信和恵

公益財団法人浅香山病院精神科／大阪大学大学院連合小児発達学研究所行動神経学神経精神医学寄附講座

日本で発達障害の概念が語られるようになったのは、1970年代以降と思われる。「発達障害者支援法」により、福祉の分野で発達障害は知的障害とは別途に法が整備され、支援が行われるようになった2005年度からである。そのため、現在の知的障害のない高齢の発達障害者が、幼少期に発達障害の診断を受け、療育や支援を受けていた可能性は非常に低いと考えられる。そのような背景の中で、本人・家族ともに、様々な生きづらさを経験しながらも、発達障害を自覚することなく長年生活してきたことが推測される。高齢者の発達障害の調査・研究は国内・海外ともに非常に少ないのが現状である。

そのようなことから認知症初期集中支援チームが多く設置されている地域包括支援センターにおいても、相談にのぼった高齢対象者のアセスメントの中で高齢の発達障害を疑うことは難しいことが推測される。また発達障害者が高齢になり認知症を併発して相談にのぼる場合もあるであろう。

青年期の発達障害者が二次障害として幻覚妄想を呈したり、セルフネグレクト状態になった場合に統合失調症と誤診されることがあることは知られている。一方で知的障害のない高齢発達障害者は、若い頃から発達障害者として支援者が関わってきた事例はほぼ皆無である。不適応症状が顕著になり、二次障害として幻覚妄想を呈したり、セルフネグレクト状態が生じ、高齢になって初めて地域包括支援センターを中心とした高齢者支援の関わりが始まる事例が大半である。そのため支援者は発達障害があることに気づかず、あるいは知

らされず、一般的な虚弱高齢者や認知症高齢者として関わりや支援を開始する。しかしせっかくの初期介入や関わりが、通常の高齢者支援のよううまく機能せず、返って見かけの症状が増悪したり、支援が中断してしまうことも多い。そういった点から支援者にとっての困難事例となることも多い。

一見、認知症のように見える病像を、基底に発達障害があるのではないかという点から、見直した時、発達障害の特性に、加齢による心身の機能低下が加わり、認知症や精神疾患のような症状を呈している反応性の状態と理解できることが少なくない。元々の発達特性が加齢ともない先鋭化することも考えられる。また、高齢になればなるほど認知症が合併してくる割合も増加する。発達障害の特性をもつ高齢者が日常生活に更に支障きたすようになり、配偶者との死別や子供の独立などにより地域で孤立することが実際に起こっている。

通常の高齢者支援、認知症高齢者支援の方法でうまくいかない場合は、発達障害の特性を合わせ持たないか、再度アセスメントし直すことが重要である。

ここでは、認知症初期集中支援チームに認知症の介入困難事例として依頼があったが、実際は認知症ではなく発達障害の素因を持つ高齢者であることが推測された事例、また発達障害者が高齢になり認知症を併発した場合の事例に対するケアや対応の工夫を紹介する。

# シンポジウム 13

10月14日(土) 16:40~17:40  
第2会場 (第一会議室, 8F)

## 精神科医が知っておくべき稀な遺伝性認知症

座長：中村 雅之 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野)  
森 康治 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)

### 遺伝性前頭側頭型認知症の臨床と病態

森 康治

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

精神科医が知っておくべき稀な遺伝性認知症；アルツハイマー病，神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症，神経核内封入体病，など

石塚貴周，崎元仁志，中村雅之

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野

精神科医が知っておくべき稀な遺伝性認知症；パーキンソン病，レビー小体型認知症，血管性認知症 (CADASIL, CARASIL など)，神経有棘赤血球症

崎元仁志，石塚貴周，中村雅之

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野

## 遺伝性前頭側頭型認知症の臨床と病態

森 康治

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

本邦での前頭側頭型認知症 FTD（前頭側頭葉変性症 FTLD）は、欧米に比べて孤発例が多いとされているが、一部に遺伝性が疑われる症例もみられる。遺伝性 FTD の代表的な原因遺伝子変異としては、*MAPT* 変異、*GRN* 変異、*C9orf72* 変異の 3 つが挙げられ、これらはいずれも常染色体顕（優）性遺伝形式をとる。他にも *CHMP2B*、*TARDBP*、*TBK1*、*SQSTM1*、*UBQLIN1*、*VCP* などの変異が遺伝性 FTD を引き起こすことが示されている。FTD は ALS との間に類縁性が指摘されているが、遺伝子ごとに ALS を合併しやすいものの合併しにくいものが区別される。

*MAPT* と *GRN* は、17 番染色体の中のごく近傍に位置しており、Frontotemporal dementia and parkinsonism linked to chromosome 17: FTDP-17 の原因遺伝子として同定された。

*MAPT* はタウタンパク質をコードしており、その病原性変異はタウタンパク質の微小管結合ドメインあるいはスプライシングに関わる領域付近に集中している。臨床フェノタイプとしては行動異常型 FTD が多いとされる。

*GRN* 遺伝子にコードされるプログラニューリン PGRN は、成長因子である。PGRN は Sortilin と呼ばれる受容体との結合を介して、ライソソームに移行する。*GRN* 変異はフレームシフトやス

プライシング異常、premature stop などにより PGRN のハプロ不全を引き起こす。*GRN* のホモ欠失変異では、Neuronal ceroid lipofuscinoses とよばれるライソソーム病の一種がみられるため、*GRN* 変異型 FTD の病態にライソソーム異常が想定されている。神経病理学的に PGRN の蓄積は認められず、TDP-43 タンパク質が蓄積する。*GRN* 変異型 FTD でも最も多い臨床フェノタイプは行動異常型 FTD であり、非流暢型の原発性進行性失語が次ぐ。

*C9orf72* 変異では 9 番染色体の短腕に存在する *C9orf72* 遺伝子の非翻訳領域に GGGGCC という 6 塩基の異常伸長を認める。欧米では遺伝型 FTD の原因として最も多い。*MAPT* 変異や *GRN* 変異では ALS の合併は稀であるのに対し、*C9orf72* 変異ではしばしば ALS を認められる。転写により生じたりピート RNA は RNA foci として凝集し、また非翻訳領域の GGGGCC リピートがリピート関連開始コドン非依存性翻訳により、ジベプチドリピートタンパク質が脳内に多数蓄積する。分布のパターンは異なるものの *GRN* 変異と同様に TDP-43 の凝集・蓄積が認められる。臨床的には行動異常型 FTD が多いが、前駆期に高頻度に精神病症状を呈することも知られている。

S-13-2

## 精神科医が知っておくべき稀な遺伝性認知症

— アルツハイマー病，神経軸索スフェロイド形成を伴う  
遺伝性びまん性白質脳症，神経核内封入体病，など —

石塚貴周，崎元仁志，中村雅之

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野

遺伝性のアルツハイマー病 (AD) は AD の 1% 未満と稀で，常染色体顕性遺伝 (優性遺伝) 性を示し，原因遺伝子として，主に *PSEN1*，*PSEN2*，*APP* の 3 つの遺伝子が同定されている。遺伝性 AD の臨床的特徴として，若年発症と多彩な精神神経症状の合併が挙げられ，認知機能障害以外に気分障害などの精神症状，錐体路・錐体外路症状，けいれん，ミオクローヌスなど様々な症状を呈する。

神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症 (HDLS) は常染色体顕性遺伝 (優性遺伝) 性に脳白質の変性をきたし，*CSF-1R* 遺伝子変異を有する。臨床症状として，抑うつなどの精神症状，脱抑制や易怒性，アパシーなどの前頭葉症状がみられる。運動症状としては，錐体路・錐体外路症状，球症状，小脳失調などがみられ，てんかん発作は約半数にみられる。頭部 MRI では前頭葉や頭頂葉の中心性萎縮や脳梁の菲薄化に加え，T2 強調画像や FLAIR 像で脳梁膝部と膨大部に高信号がみられ，白質病変の一部に拡散強調画像で持続する高信号域を呈する例がある。頭部 CT では側脳室前角周囲や頭頂葉皮質下白質に特徴的な微小石灰化がみられる。

神経核内封入体病 (NIID) は神経細胞やグリア細胞，全身臓器の細胞核内の好酸性核内封入体形成を特徴とし，*NOTCH2NL1* 遺伝子の GGC トリプレットリピートの異常伸長が原因である。記憶力障害や見当識障害などの認知症症状が中核症状だが，易怒性や脱抑制，アパシーなどの前頭葉症状で気付かれる場合もある。縮瞳や膀胱直腸

障害などの自律神経障害も多くみられ，一過性の意識障害や失神，頑固な頭痛を繰り返し，てんかんの合併もみられる。頭部 MRI の拡散強調画像で大脳の皮髄境界に沿った遷延する高信号域を認めるのが特徴的である。

その他のトリプレットリピート病として，Huntington 病 (HD) と歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症 (DRPLA) を紹介する。HD は *HTT* 遺伝子の CAG リピート 36 回以上の異常伸長で発症する常染色体顕性遺伝 (優性遺伝) 性の疾患である。精神症状として，うつや落ち着きのなさ，強迫症状などを認め，人格変化のため頑固で自己中心的となり，易怒性，易刺激性，衝動性などがみられる。他の認知症に比べ若年発症で，緩徐進行性に皮質下認知症を示す。頭部 MRI では尾状核萎縮を伴う側脳室前角の開大を認める。DRPLA は *ATN1* 遺伝子の CAG リピート 48 回以上の異常伸長で発症する常染色体顕性遺伝 (優性遺伝) 性の疾患である。発症は平均 30 歳台で，成人型は小脳失調や舞踏病アテトーゼ運動，認知症，精神病症状などを呈する。歯状核，赤核，淡蒼球，ルイ体に変性を認め，頭部 MRI では小脳と脳幹の萎縮，成人発症長期例では T2 強調画像で大脳白質にびまん性の高信号域を認める。

これらの疾患は頻度的には稀なものが多いが，精神症状を呈することも多く，精神科医はその特徴について認識し，診療に当たる必要がある。今回は，それぞれの疾患の特徴について自験例を含めて報告する。

## 精神科医が知っておくべき稀な遺伝性認知症

— パーキンソン病, レビー小体型認知症, 血管性認知症 (CADASIL, CARASIL など), 神経有棘赤血球症 —

崎元仁志, 石塚貴周, 中村雅之

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野

アルツハイマー病 (AD), レビー小体型認知症 (DLB), 血管性認知症 (VaD), 前頭側頭型認知症 (FTD) が4大認知症として挙げられ, それぞれ遺伝的異質性や多因子性が確認されている。今回は遺伝性パーキンソン病 (PD) や, PD や DLB などのレビー小体病 (LBD) の遺伝的リスク因子, 単一の遺伝性 VaD に加え, 当教室で研究を行なっている神経有棘赤血球症 (NA) について, 実際の臨床経過と最近の知見について報告をする。

1997年に家族性PDの原因遺伝子として $\alpha$ シヌクレイン ( $\alpha$ Syn) をコードするSNCA遺伝子が初めて同定され, PD患者の剖検脳で観察されたレビー小体の主成分が $\alpha$ Synと同定された。その他の機序としてライソゾーム機能不全やミトコンドリア障害が報告され, 遺伝性PDの遺伝子変異としてSNCA遺伝子変異 (PARK1, PARK4) 以外にもParkin遺伝子変異 (PARK2) など現在までに約24種類報告されている。GBA遺伝子の機能的変異をホモ接合性に有するとゴーシェ病となるが, ヘテロ接合性保因者にLBDが多発することから, GBA遺伝子変異がLBDのリスク因子として報告された。報告によって異なるが, LBDにおけるGBA遺伝子変異保有率は3.5~31%と頻度は高く, 若年発症で幻視やレム睡眠行動障害が出現しやすく認知機能がより低下すると言われている。

遺伝性VaDでは, 単一遺伝疾患として主な疾患はCADASIL (cerebral autosomal dominant

arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy), CARASIL (cerebral autosomal recessive arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy), ファブリー病などがある。いずれも前頭葉機能を反映する遂行機能障害や自発性低下を呈する。CADASILは50歳未満で脳梗塞を発症し側脳室周囲の白質病変が特徴的であった親子例を発端としてNOTCH3遺伝子の変異が同定され, CARASILは本邦でHTRA1のホモ接合体変異によりHTRA1酵素活性の低下が本疾患を発症させることが明らかにされ疾患概念が確立した。また, 最近の知見ではHTRA1変異のヘテロ保因者にVaDが多発することも注目されている。

最後に当教室で研究を行なっているNAは, 神経症状と末梢血の有棘赤血球症を呈する疾患の総称である。NAの中でハンチントン病類似の運動症状を呈するNAの中核群にChAcとMLSがある。共に, 尾状核頭部の神経変性と有棘赤血球症を特徴とする。ChAcの発症年齢は約30歳, MLSは約50歳であり, 両疾患とも多彩な精神神経症状を呈し, 前頭葉症状を含めた皮質下性認知症を認める。

これら遺伝性PD, LBD, CADASIL, CARASIL, NAは頻度的には稀なものが多いが精神症状を呈することも多く, その特徴について精神科医は認識しておき診療に当たる必要があると考えている。

COI関係のある企業はなく, 発表に際し患者本人の同意を得ている。