第105回日本精神神経学会総会

会長講演

高齢者精神医学の勧め

前 田 潔 (神戸大学大学院医学研究科内科系講座精神医学分野)

わが国社会は他に類を見ない勢いで高齢化している。65歳以上の高齢者の人口が総人口の7%を超えるとその社会を高齢化社会と呼び、14%を超えると高齢社会と称される。またWHOの定義によればその数字が21%を超すと超高齢社会となるそうである。わが国は1970年に高齢化社会、1994年に高齢社会、2007年に超高齢社会となった。

精神医学も「高齢者の精神医学」が大きな場を占めてこざるを得なくなってきた。私が最近、行った精神科医全般を対象とした調査では、認知症診療を不得手あるいはどちらかというと不得手であると答えた精神科医は46%もいた。約半数のひとが認知症診療を得意としていないのである。一方、平成17年の調査では34.2%の気分障害を筆頭に神経症性障害、統合失調症についで10.6%が認知症である。認知症は4番目に頻度の高い、重要な疾患である。

認知症をめぐる喫緊の課題は、MCIを含め早期診断の確立、Alzheimer病(AD)の根本療法、激しい BPSD などによる認知症高齢者の介護負担、後期・重度認知症患者への対応などがある。

高齢者精神医学にとってこの10年ほどは目覚ましい変化,発展のみられた期間であった。1999年にわが国初のAD治療薬ドネペジルが市販された。2000年には介護保険制度が導入され、成年後見制度が使いやすく改正された。地域権利擁護事業もスタートした。2000年前後に抗コリン作用の少ない抗うつ薬が相次いで市場に出てきた。これらは高齢者のうつ病性障害に好んで用いられた。有害事象の少ない新規抗精神病薬は1996年のリスペリドンを皮切りに2000年前後に薬価収載、製造承認がとられた。これらの出来事によって高齢者精神医学は目覚ましく変化した。

老人という言葉が行政用語から除かれて20年近くが経過している。老年という語は決してよいイメージではない。それに代わるものとして私は「高齢者精神医学」という語の使用を提案している。それによって若い精神科医がこの領域に悪くないイメージを持ち、関心を示してもらえればありがたいことである。

1. 高齢者精神医学,この10年の進歩

図1は国立社会保障・人口問題研究所が2006年に発表したわが国の人口動態であるが、わが国の人口はよく知られているように2005年の1億2777万人をピークに減少し始めている。少子高齢化はますます進み、2045年には高齢化率は

38.2%になると予測されている。人口の高齢化に伴って高齢者の精神医学がより重要となってきている。

高齢者精神医学にとってこの10年は目覚ましい変化,発展のみられた期間と言える(表1). 1999年にわが国初のAlzheimer病(AD)治療

第 105 回日本精神神経学会総会=会期: 2009 年 8 月 21~23 日,会場:神戸国際会議場・神戸商工会議所・クオリティーホテル神戸・ポートピアホテル

総会基本テーマ:わが国精神医学のめざす地平,坂の上の雲

会長講演 高齢者精神医学の勧め 司会:小島 卓也 (医療法人社団輔仁会大宮厚生病院)

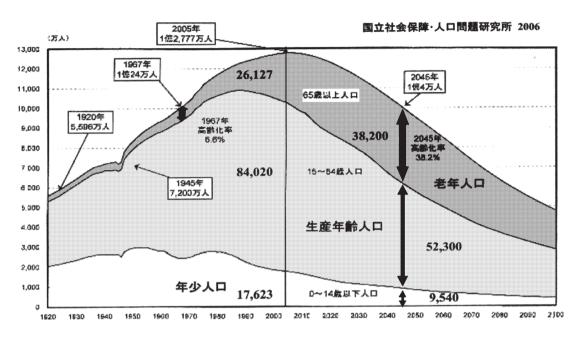


図1 わが国の人口動態 (2006)

	表 1	わが国精神医学のこの 10	年
--	-----	---------------	---

1994	65 歳以上の人口の割合が 14%となる 高齢社会
1996	risperidone
1999	donepezil, fluvoxamine JSPG 会員数 2500 ← 1000(1998)に急増
2000	介護保険制度始まる JSPG 専門医制度 paroxetine, milnaciplan
2001	老年精神医学会国際誌"Psychogeriatrics" 発刊される quetiapine, olanzapine, perospirone
2006	sertraline, aripiprazole
2007	blonanserin 65 歳以上の人口の割合が 21%となる 超高齢社会

薬ドネペジルが市販されたが、いまやドネペジルは広く一般市民にも知れ渡っている。このドネペジルの発売に期を一にしてもの忘れ外来が盛んになり、認知症診療が一気に全国に広がった²⁾。また 2000 年の介護保険制度の導入、成年後見制度

の改正,地域権利擁護事業のスタートは高齢者施策としてトッピクスであった。2000年以後にはわが国にも副作用の少ない抗うつ薬が相次いで市場に出てきた。やはり有害事象の少ない新規抗精神病薬は1996年のリスペリドンを皮切りに2000年以降に市販された⁷。これらの出来事によって高齢者精神医学は目覚ましく変化した。特に介護保険については、高齢者介護、認知症介護に果たした役割は筆舌につくしがたい³)。

2. subspecialty としての高齢者精神医学

精神医学でも「高齢者の精神医学」が大きな場を占めてこざるを得なくなっている。高齢者の精神医療で専門性が高いのは認知症診療である。筆者らが最近、行った精神科医全般を対象とした調査では、認知症診療を不得手あるいはどちらかというと不得手であると考えている精神科医は46%もいた(図2)。約半数の精神科医が認知症診療を得意としていないのである。統合失調症、気分障害の診療を不得手とする精神科医はせいぜいこの数字の1/4、1/5ではないかと思う。平成17

年の患者調査では34.2%の気分障害を筆頭に神経症性障害,統合失調症についで10.6%が認知症である。認知症は4番目に頻度の高い,重要な疾患である。認知症患者がどういう場所にいるかについての国の資料では,一定以上の認知症症状を有する介護保険受給者は169万人であるが,医療にかかっているいるのは32万人にすぎない(図3)。今後受診してくる患者の増加が予想されている。

著者が理事を務める日本老年精神医学会は会員数2500名を超え、精神医学関連の学会としては

認知症を診るのは 得意でない 得意である あまり得意でない まあまあ得意である

図 2 あなたは認知症診療は得意ですか? (March, 2009)

また高齢者の精神医学を主な対象としている主要な学会である。高齢者の精神医学(老年精神医学)そのものについては若い精神科医が積極的には関心を持たないという現象が指摘されてきた。2000年の老年精神医学会専門医制度発足に伴って過渡的処置による専門医となるために会員数は一挙に2.5倍となったが(図4)、その後、会員数の増加も専門医試験受験者数も極めて少数にとどまっている。若手精神科医を対象とした調査でも、老年期は一番人気のある心理学的分野に比較して1/7程度の人しか興味を持っていない。専門にしたい領域という問いに対しても気分障害51%、統合失調症40%に比較して、老年精神医学は21%にすぎなかった。

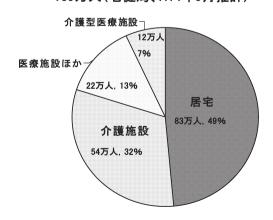
最も大きな subspecialty の学会のひとつである.

3. 認知症診療における画像診断の利用

認知症の診療では画像診断は欠かせないものである。しかしながら精神科医は画像診断になじみがあるとは言い難い。統合失調症や気分障害患者の診療では画像診断はそれほど必要性は高くないからである。図5はADの診断基準について最

介護

自立度Ⅱ以上の認知症高齢者 169万人(老健局、H14年9月推計)



医療

32万人(H17年患者調査)

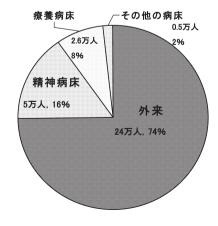


図3 認知症患者の所在

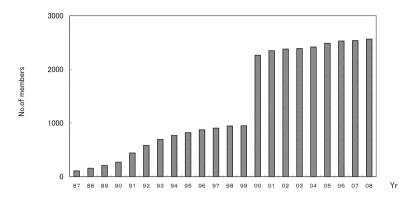


図 4 日本老年精神医学会会員数の推移

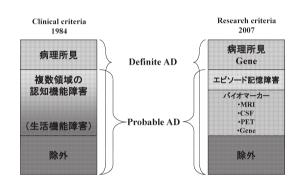


図 5 NINCDS-ADRDA criteria

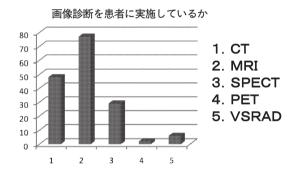


図 6 認知症診療における画像診断 (March, 2009)

近の考え方の変移を示したものである。ADの診断では CSF 中の物質測定と並んで画像診断の重要性が述べられている¹⁾. 図 6 はわれわれが精神科医を対象として行った画像診断に関する調査の結果であるが、75%で MRI が撮られていた。表2 はわれわれが行った別の調査であるが、神経内科医に比較して精神科医は CT 検査を多用しているようである。神経内科医は全例に MRI を施行しているが、精神科医は 94%にとどまっていた⁴⁾。

心理行動障害への抗精神病薬による対応

図7はADの経過の中で医療を必要とする時期とその理由を示したものである。ADの初期と中期にはBPSDのための医療が必要となる。BPSDは介護負担も大きく、患者および介護者

の QOL を著しく低下させる³⁾ この BPSD への対 応についてわれわれが行った調査を紹介したい。 図8は介護保険統計から神戸市における認知症の 有病率と BPSD を呈する認知症患者の割合を表 したものである. それによると高齢者の 0.2~0.3 %のひとが激しい BPSD を呈している こととなる。神戸市を例にとれば4千人になる。 また認知症を診療している精神科医の半数が, BPSDを示す患者の対応に困っている(図9). この BPSD への対応はまず環境調整、次いで薬 物による対応とされている。事実様々なガイドラ インには BPSD に対して抗精神病薬の有効性が 述べられている5,6,8)。しかし抗精神病薬には BPSD に対する保険診療上の適応はない、そこ で BPSD のコントロールは抗精神病薬の使用な しに可能かという問いをしたところ,2/3が事実

	全体	神経内科	精神科	p value
問診	100 %	100 %	100 %	1
血液検査	92 %	93 %	91 %	0.49
HDS-R や MMSE 等	100 %	100 %	100 %	1
CT	70 %	60 %	91 %	0.0015*
MRI	98 %	100 %	94 %	0.13
詳細な神経心理検査	45 %	39 %	59 %	0.048*
脳血流 SPECT	84 %	88 %	88 %	0.61
FDG-PET	5 %	4 %	6 %	0.45
髄液検査	26 %	39 %	13 %	0.0076*
MIBG 心筋シンチ	40 %	44 %	31 %	0.17
その他	8 %	9 %	6 %	0.51

表 2 各検査実施割合

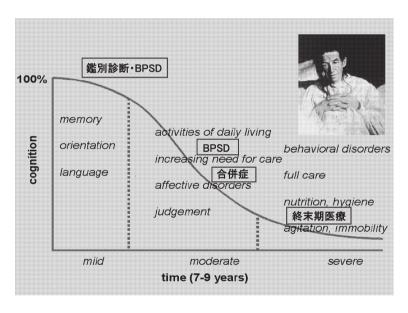


図7 Alzheimer 病: 臨床経過

上不可能と答えている(図 10)。BPSD に対して 抗精神病薬を処方する際,同意をとっているかと いう問いに対する回答を図 11 に示した。文章で 説明し文章で同意をとっているものは 3.1 %にす ぎず,口頭で説明し,口頭で同意をとっているも のを含めても半数にすぎなかった。

認知症をめぐる喫緊の課題は山積している.

MCI を含め早期診断の確立,ADの根本療法,激しい BPSD などによる認知症高齢者の介護負担,後期・重度認知症患者への対応などのほかに高齢者虐待,自動車運転の適否,介護保険の見直し,施設における介護とケアなどが考えられる。倫理的には成年後見制度や治験などにおける代諾・意思決定の問題がある。

老人という言葉が行政用語から除かれて20年

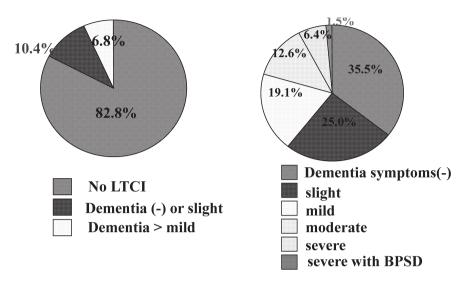


図 8 介護保険統計からみた BPSD (2003)

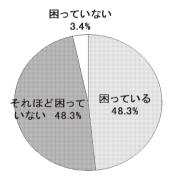


図9 周辺症状の認知症患者の 診療について

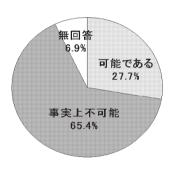


図 10 抗精神病薬を使用しない で BPSD を コントロー ルすることについて

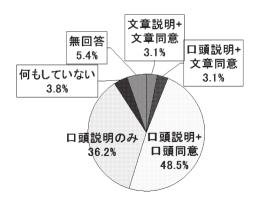


図11 抗精神病薬使用の説明

近くが経過している。老年という語は決してよいイメージではない。それに代わるものとして私は「高齢者精神医学」という語の使用を提案している。高齢者という語のイメージは老人、老年という語のそれよりも悪くはないかなと考えている。それによって若い精神科医がこの領域に悪くないイメージを持ち、関心を示してもらえればありがたいことである。

文 献

- 1) 前田 潔:シンポジウム 「軽度認知機能障害 (MCI) と初期痴呆の機能および形態画像」。 Psychiatry Today, 4; 22-23, 2004
- 2) 前田 潔:地域における痴呆疾患戦略—メモリー クリニック(もの忘れ外来)における経験—. 精神経誌, 107(4); 398-400, 2005
- 3) 前田 潔:認知症高齢者一介護負担一。CLINI-CIAN, 563 (54); 1057-1062, 2007
 - 4) 前田 潔, 山本泰司, 小田陽彦:認知症診断にお

ける SPECT の利用―専門医アンケート調査―。老年精神 医学雑誌, 20 (増刊号 III); 35-41, 2009

- 5) 小田陽彦,前田 潔:老年期精神障害の特徴と非 定型抗精神病薬。日本薬剤師会雑誌,58 (7);861-864, 2006
- 6) 小田陽彦,山本泰司,前田 潔:【精神医療の新 しい潮流―内科診療のために】高齢者に多い精神症状と非 定型抗精神病薬,総合臨床,54 (12);3086-3091,2005
- 7) 大下隆司,白川 治,波多腰正隆ほか:老年期痴 呆性疾患に伴う精神症状・問題行動に対する risperidone, perospirone の有用性についての比較検討、臨床精神薬理, 7;999-1006,2004
- 8) 阪井一雄,前田 潔:非定型抗精神病薬と老年 期精神疾患,認知症と非定型抗精神病薬. 老年精神医学雑 誌,18(7);739-745,2007
- 9) 柴田敬祐,内田直樹,上原久美ほか:若手精神科 医はいかにして老年精神医学に興味を持つのか;多施設ア ンケート調査解析。第24回日本老年精神医学会発表, 2009