

第108回日本精神神経学会学術総会

教育講演

老年精神医学入門

朝田 隆 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)

認知症に関わる最近の話題として、まず最新の全国規模での疫学データを紹介した。ここでは従来の予想以上に認知症有病率が高くなっていることを強調した。次に、かつては認知症の二次的徴候とされた精神症状・行動異常 (BPSD) と生活障害について説明した。その上で、今後の認知症医療の場において、こうした問題に確かな対応技術の指導が求められると述べた。また認知症とうつ病の接点について述べた。とくに初老期以降に初発するうつ病が、認知症の前駆徴候であることが多い。そこでレビー小体型認知症を中心に臨床特徴や治療について概説した。最後に2013年に公表される予定であるDSM-5における認知症の扱いの方向性を説明した。とくに欧米でもDementiaという用語は嫌われているためこれが消え、Neurocognitive disorderという用語が新登場することを紹介した。

<索引用語：認知症，疫学，生活障害，うつ，DSM-5>

はじめに

老年精神医学がカバーする領域は広いが、中心は認知症とうつ病だと言っても大きな誤りではないだろう。本稿では、こうした分野におけるトピックスに注目してその概要を紹介したい。具体的には、まず晩発性認知症の疫学、認知症の精神症状・行動異常 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) と生活障害、認知症とうつ病の接点、そしてDSM-5における器質障害となる。以上をオムニバス形式で紹介する。

I. 晩発性認知症の疫学

1. わが国における従来の知見

わが国における近年の晩発性認知症の疫学的な知見は、あまりわかっていなかった。というのは概してデータは様々な方法による小規模調査から

の推定であり、全国規模で同一の方法で同時にと調査は久しくなされてこなかったからである。

従来の主だった疫学研究報告¹⁰⁾における最大公約数的な知見として、65~69歳での認知症有病率は1.5%だが、以後5歳ごとに倍に増加し、85歳では27%に達すると言われてきた。そして2011年時点でわが国の65歳以上の高齢者における有病率は10%程度と推定されていた。下方¹⁰⁾によれば、今後高齢者人口の急増とともに認知症患者数も増加し、2020年には325万人まで増加すると述べられている。

2. わが国における最新の全国調査

最新の全国調査³⁾は、全国6ヵ所 (新潟県上越市、茨城県利根町、愛知県大府市、島根県海士町、大分県杵築市、佐賀県伊万里市) において、65歳

第108回日本精神神経学会学術総会=会期:2012年5月24~26日, 会場:札幌コンベンションセンター, 札幌市産業振興センター

総会基本テーマ: 新たなる連携と統合——多様な精神医学・医療の展開を求めて——
教育講演 老年精神医学入門 座長: 武田 雅俊 (大阪大学医学部精神医学教室)

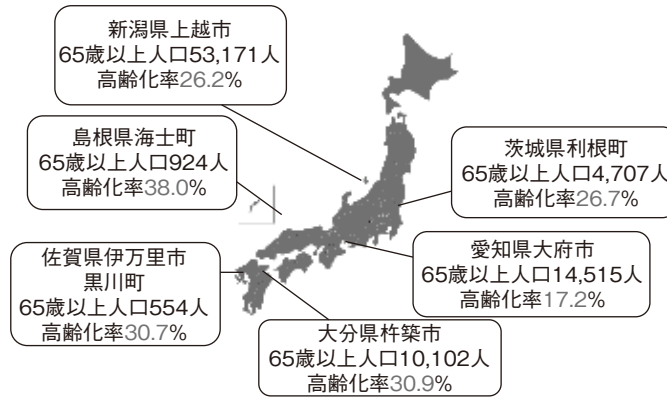


図1 認知症有病率調査地域

以上住民約 5,000 名を対象として調査された。各地域とも、調査方法は次のように統一された。① 調査地域における最新の年齢階層別人口を調査地域全体と地区別に調査する、② 調査対象人数の設定では、抽出調査を行うサイトの対象人数 $n=900$ 、男女比 1:1 として、5 歳きざみの各階層の対象人数を設定する。男女別に、各階層の対象人数が 100 人以上の場合には、そこから無作為抽出して 100 人とする。100 人を下回る年齢階層については全数調査する。基準日は平成 21 年 10 月 1 日とした。調査は 3 段階からなる。1 次は認知機能検査のみ、認知症などの異常が疑われる場合に 2 次として医師が一定の手順で構造化面接を行った。3 次では参加者の希望に応じて MRI を実施した。

新潟県上越市（65 歳以上人口 53,171、高齢化率 26.2%）、茨城県利根町（4,707、26.7%）、愛知県大府市（14,515、17.2%）、島根県海士町（924、38.0%）、大分県杵築市（10,102、30.9%）、佐賀県伊万里市黒川地区（554、30.7%）において得られた結果を示す³⁾。全国レベルでの参加率は 64.7%（調査期間中の死亡例もあり、最終的には 70%位）と満足できるものであった。図 1 に示す対象とした 65 歳以上の住民における認知症有病率は、平均で 15.75%（12.4~22.2%）であった。従来報告されてきた有病率と比較して明らかに高い。

これらの 6 地域のうち 4 地区のデータをもとに 5 歳きざみの年齢階層別の認知症有病率を図 2 に

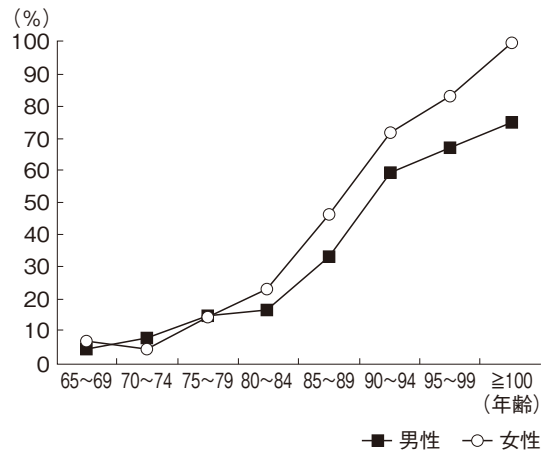


図2 年齢階層別認知症有病率 (6 地域)
参加者群における年齢階層別認知症患者の割合 (N=744)

示した。今回の調査結果からは、年齢階層を問わず全体に有病率が従来の推定値より高いことが見て取れる。とくに 85 歳を超えると 3 人に 1 人、90 歳以上では過半数が認知症であった。

基礎疾患では、アルツハイマー型認知症 (AD) が最多で 65.8%、次いで脳血管性認知症 (VD) 17.9%、レビー小体型認知症 (DLB)/パーキンソン病の認知症 4.1%、前頭側頭型認知症 (FTD) 0.9%という結果であった。かつてわが国では VD が最多で AD がこれに続くと言われてきたが、1990 年代以降はとくに AD が多いと言われるようになった。今回の結果はこの傾向がさらに進んだと解釈

できる。

以上をまとめると、認知症の有病率は、2010年時点で10%程度と予測した従来の報告を上回っている。しかし今回の調査の多くが、全国平均(22.5%)よりも高齢化率の高い地方の市町である。それだけに今回の数字から全国における有病率を推定することには危険性が伴うと考えられる。2012年7月現在、都市部での調査が実施中であり、この結果と併せて最終結果が示される予定である。

II. 認知症の精神症状・行動異常 (BPSD) と生活障害

認知症になると本人の意図とは裏腹に、やることなすことが裏目に出て、周りにとっては迷惑行為 (BPSD) になってしまう。このBPSDへの対応の基本は、本人の脳障害 (軽度か重度か) と対応法や環境調整という2大要素に、どのような配慮をするかにある。その上で、BPSDへの具体的な対応法を用意することになる。認知症介護者の中には、こうしたBPSDなどに起因するストレスフルな日々の介護からうつ病、うつ状態に陥る人も少なくない⁴⁾。さらにまれに殺人や心中が生じることもある⁶⁾。

認知症の生活障害とは筆者の造語だが、「生活障害」を仮に次のように定義している。

「認知症患者にみられる日常生活上の障害である。明らかな運動障害や感覚障害を伴わないことが一般的である。従来は単症状 (失行・失認など) と呼ばれた固有の局所病変に呼応する症候も含まれる。原因は主に局在性の脳障害にあると示唆されるが、脳内の広範な病変や複数の障害器官が関与してもよい。」

この生活障害とBPSDには類似点も多く、例えば原因が脳器質障害とは限らず、介護者の対応の仕方にも起因することがある。しかしいくつか重要な差異がある。前者の現れ方には比較的連続性があるのに対して、後者は突発的でありがちだ。また介護者の影響という意味では、前者は次第にストレスを蓄積させる性格であるのに対して、後



図3 生活障害の一コマ

者は一触即発の危険性が高い。さらに前者は基本的に日常生活動作 (ADL) 障害に関連する。

こうした生活障害、例えば服を着られない (図3)、歯ブラシを使えないとかいったことへの科学的対策が注目されることは極めて稀であった。介護者の経験や勘により対応されてきた。神経心理学の領域では、脳巣症状と呼ばれることもあるこのような症状は、いまだに現象の記述にとどまっている。

今後このような問題に科学的に対応する上で最も基本となるのは、認知症の医療に関わる医師とコメディカルの連携によって、個々の障害内容を精緻に描写することだと思う。というのは食事、排泄、着脱などの日々繰り返される動作を子細に観察すると、実に多くの運動や行為の連続体であることがわかるからだ。そのどの部分ができないのか、どこで連続性が絶たれるのか、これには実に多くのパターンがあるのに客観的な記述は手つかず状態を脱していない。このように臨床的に極めて有用な仕事は医師とコメディカルの連携によってのみなし得ると思われるだけに、多くの関係者の参入が待ち望まれる。

こうした現状において、筆者らは新たな対応の試みを開始した。つまり経験と勘頼みであったケアを客観的なものとしてマニュアル化する方向性である。換言すれば、誰であってもその生活障害にこのように対応すればうまくゆく方法の探求と整理である。そこでまず、WHOによる国際生活機能分類をもとに基本的な生活行為を構成する個々の動作を全て抽出して、時系列に並べた。次にこれらをアニメーション化した。その一方で、認知症患者のケア施設で働くスタッフの中から、とくにその技術が優れていると評判の高い人達を全国規模で募った。この人々に上記の資料を送って、個々の行為においてみられる典型的な障害パターンとそれらへの対応法を答えてもらった。こうした準備段階を経て、優れたケアスタッフが一堂に会した。ここでは、ロールプレイ形式で認知症当事者にみられる生活障害を演じてもらった。適宜、図示したり小道具を使って問題点が誰にもわかってもらえるように努めた。一同が理解したところで、当事者役に対する指導・手助けの方法を個々のケアスタッフが実践した。この課程は、箇条書き的に記録するとともに、動画として映像に収めた。

こうしたプロセスにより多くの人々が生活障害を客観的にとらえて対応を講じる教材ができあがった。マニュアル化という目的に達するには、これから多くのケアに関わる人々に実践してもらってその有効性を検証する必要がある。

Ⅲ. 認知症とうつ病の接点

うつ病に伴う認知症的な状態、「仮性認知症」の概念は古く名高い。従来はこれと認知症とは異なる可逆的な状態と思われていた。ところが最近では、うつ病相期に仮性認知症を呈した人は将来認知症に進展する危険性が高いと考えられるようになった。例えばKralとEmery⁷⁾は、うつ病性仮性認知症と診断された患者を中央値8年間にわたって追跡した。その結果、期間中に44名の対象のうち39名は、一旦はうつが寛解しても、典型的なADの臨床像を呈するに至ったと報告している。

またAlexopoulosら¹⁾は57名の患者を平均で3年間追跡している。彼らは「可逆性痴呆」という概念を用いて、これがあれば認知症を発症する危険性は5倍程度高まると報告している。

最近、私どもの大学病院に難治性あるいは激しい副作用が出やすいうつ病患者と紹介されてくる少なからぬ患者が実は認知症だと判明する経験を重ねている。認知症の中でもそのようなものとして、DLBが最も多い⁷⁾。こうした症例をいわば操作的に評価してゆくと、コタル症候群や激越うつ病の概念を満たしたり、少なからぬ症候が該当したりすることが稀でない。このような高齢者うつ病の亜型に関する概念は再検討に値すると思われる。

Ⅳ. MCI状態ではうつを伴いやすいか？

認知症の前駆状態とされる軽度認知障害 (mild cognitive impairment : MCI) 状態において、うつが高頻度に認められるか否かは興味深いところである。Cardiovascular Health Studyという疫学調査の1横断調査により、MCI状態でみられる精神神経症状の有症率が調査された⁸⁾。3,608名中320名がMCIと判断された。この43%に何らかの症状があり、その内訳は20%がうつ、15%がアパシーであった。われわれも同様の地域調査を行い、うつ症状・うつ病のある者ではない者に比べてMCIの有症率が高いこと(26.2%, 17.9%)を報告している⁵⁾。

またスペインの報告⁹⁾で、MCI状態にある個人114名を平均3年にわたって追跡したものがある。36%にあたる41名は調査開始の時点でうつであった。このうちの85%にあたる35名は後に認知症を発症した。しかし開始時にうつがなかった者では24名にすぎなかった。すなわちMCIにうつを伴う場合は、うつのないMCIの2倍以上の危険性で認知症を発症するということになる。

このように両者の合併は高率にみられ、しかもこのようなケースは認知症へと進展しやすいので、臨床の場で高齢のうつ病・うつ状態のケースに遭遇した場合は、MCIの併存を想起する必要がある。

V. DSM-5における器質障害

精神医学領域で最も流通している操作的診断の基準は、アメリカ精神医学会による Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) のシリーズであろう。これは1958年に初版が出されて以来、版を重ね、2013年の公表を目指して現在DSM-5が準備中である。DSM-5では、認知症の領域でこれまでにない大きな改訂がなされる²⁾。というのは、従来の版、例えばDSM-IVでは、認知症関連の章は、「せん妄、認知症、健忘および他の認知障害」という診断カテゴリーであった。ところが現在進行中のDSM-5では、神経認知障害 (neurocognitive disorder) として一括りにされた。ここではせん妄、大神経認知障害 (major neurocognitive disorder)、小神経認知障害 (minor neurocognitive disorder) と3分類されている。老年精神医学における最も重要な疾患群は、この神経認知障害とうつ病など気分障害であると思われる。そこで本稿では、大・小の神経認知障害を簡単に紹介する。

特徴としては、まず認知症 (dementia) という術語が消えて大神経認知障害となった。次に近年、認知症の前駆状態という意味で軽度認知障害 (MCI) という用語が普及したが、これが小神経認知障害にほぼ相当する。大・小いずれの神経認知障害であっても、それぞれの基礎疾患は共通している。つまりアルツハイマー病、脳血管性認知症、前頭葉側頭葉変性症、高次脳機能障害、レビー小体型認知症、パーキンソン病、HIV感染症、物質使用、ハンチントン舞蹈病、プリオン病、その他である。またアルツハイマー病に合併しやすい精神病状態とうつ病についても、Appendixにおいてそれぞれの診断クライテリアが示されている。

おわりに

精神医学において、認知症の問題は避けて通れないものとなっている。事実DSM-5においても、この分野には大きな改変がなされつつある。精神

科的な発想と臨床技術は、認知機能はもとより、BPSDや生活障害に対して有用なものと期待される。

文 献

- 1) Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., et al.: The course of geriatric depression with reversible dementia : a controlled study. *Am J Psychiatry*, 150 ; 1693-1699, 1993
- 2) American Psychiatric Association : The Future of Psychiatric Diagnosis (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx?DSM-5>). 2012
- 3) 朝田 隆 : 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業 認知症の実態把握に向けた総合的研究. 平成22年度総括・分担研究報告書. 2011
- 4) Cuijpers, P.: Depressive disorders in caregivers of dementia patients : A systematic review. *Aging Mental Health*, 9 ; 325-330, 2005
- 5) Hidaka, S., Ikejima, C., Kodama, C., et al.: Prevalence of depression and depressive symptoms among older Japanese people : comorbidity of mild cognitive impairment and depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27 ; 271-279, 2012
- 6) 加藤悦子 : 介護殺人—司法福祉の視点から. クレス出版, 東京, 2005
- 7) Kral, V. A., Emery, O. B.: Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Can J Psychiatry*, 34 ; 445-446, 1989
- 8) Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., et al.: Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment : results from the cardiovascular health study. *JAMA*, 288 ; 1475-1483, 2002
- 9) Modrego, P. J., Ferrandez, J.: Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type. *Arch Neurol*, 61 ; 1290-1293, 2004
- 10) 下方浩史 : 我が国の疫学統計. 痴呆症候学3. *日本臨床*, 62 (増刊号4) ; 121-125, 2004
- 11) Takahashi, S., Mizukami, K., Yasuno, F., et al.: Depression associated with dementia with Lewy bodies (DLB) and the effect of somatotherapy. *Psychogeriatrics*, 9 ; 56-61, 2009

An Introduction to Geriatric Psychiatry : Recent Topics

Takashi ASADA

Department of psychiatry, University of Tsukuba

In this lecture, first, the author reported the latest national data for the prevalence of dementia. A higher prevalence than the previously estimated one was stressed : about 14 percent prevalence for individuals aged 65 and older throughout Japan. Second, the author discussed the notion of behavioral and psychological symptoms of dementia and impairment of the daily life function. The strategy for the treatment of these characteristic problems shown by individuals with dementia is indispensable for clinical services. Third, the recent findings about the relationship between dementia and depression were reported. The author explained the importance of the depressive symptoms that appeared during the prodromal stage of Lewy body dementia. Finally, the newly proposed definition and terminology of organic mental disorders including dementia in the DSM-5 by American Psychiatric Association were reported.

<Author's abstract>

<**Key words** : dementia, epidemiology, daily life dysfunction, depression, DSM-5>
