

Predicting the Outcome of Dysphagia in Childhood Acute Cerebral Diseases

Haruka KUROKI¹⁾, Hiroto IKEZAKI²⁾, Sachi KIYONAGA¹⁾,
Nao OHMACHI¹⁾, Kenta MINODA¹⁾, Shinichi TATENO¹⁾

1) Department of Rehabilitation, Japanese Red Cross Kumamoto Hospital

2) Department of Speech-Language-Hearing Science, Kumamoto Health Science University

Abstract

Dysphagia is a common symptom associated with a number of childhood acute cerebral diseases. The purpose of this study was to investigate the factors affecting dysphagia recovery in patients with childhood cerebral disease.

Forty-two patients with childhood cerebral disease and disease-related dysphagia who were admitted to an emergency hospital between April 2009 and March 2014 were recruited. Multivariate analyses were performed to identify variables with a significant association with dysphagia recovery.

The mean age of the patients was 4.1 years (*SD* 4.3 years). At the time of discharge from the hospital, dysphagia had resolved in 16 patients (38.1%). Logistic regression analysis identified four factors that significantly predicted dysphagia recovery: Glasgow Coma Scale score, complication of respiratory diseases, presence or absence of developmental delay, and presence or absence of cough.

In patients with childhood cerebral disease-related dysphagia, these findings may have predictive value for feeding tube removal and successful oral intake before discharge from an emergency hospital.

Key words : acute cerebral diseases, dysphagia, respiratory disease, rehabilitation

対策：心理教育 免許失効前後の心理的・社会的ケア/サポートの必要性*

上村 直人*¹ 諸隈 陽子*²

*¹高知大学医学部 神経精神科学教室 講師 *²高知 一陽病院 理事長・院長

Key Words** 認知症, 運転中断, 診断後サポート, 心理教育, マニュアル

はじめに

近年、認知症と自動車運転の問題がわが国においても社会的に注目されるようになった。その契機としては、2002年の道交法改正において、認知症が一定の免許制限を受け得ることが法的に明文化されたことであろう。また、2014年6月1日から医師の任意通報制度が開始された。しかしながら、認知症医療に携わる医師にとり、法律で禁止されている認知症患者の運転行為に対し、その能力の評価や告知、および適切な中断方法などについて具体的な手段や有効な方法は見出されていないのが現状である。そこで筆者らは、これまで高知大学において、認知症患者とその家族に対して支援マニュアルを用いた運転中断に関するわが国でも珍しい心理教育を行ってきた。

これらの心理教育的アプローチの経験から、本稿では、1) 制度としての認知症の自動車運転の問題、2) 認知症の背景疾患別による運転行動の問題と交通事故危険性の差異、3) 認知症患者本人やその家族/地域性と自動車運転中断の社会的影響や心理教育の効果と課題について概説することとする。とくに認知症の告知後、なかなか運転中断につながりにくい高齢者や認知症特有の課題、認知症者の運転中断後の抑うつやサポート体制の

重要性について述べ、医師が認知症者に示す運転マニュアルや、運転中断に際して臨床診断後の精神医学的管理において注意すべき点に重点を置くことを予めお断わりしておく。そのため、免許制度や講習予備検査、任意通報制度、および諸外国の状況などについては別稿を参照されたい。

認知症者の運転の実態

わが国の65歳以上の運転免許保有者数は2014年度には1,600万人を超え、認知症の有病率から考えると、認知症患者の免許保有者数は推定で200万人近く存在すると考えられている(図1)²⁾。そのため、日常臨床で運転免許を持つ認知症患者に遭遇することは稀ではなくなっている。そして2014年6月1日から、医師が認知症と診断した場合は任意で公安委員会に通報できる仕組みが法的に可能となった。また、認知症性疾患の治療は専門医のみならず、かかりつけ医の多くがその治療を行っている現状からすれば、場合によっては医師が法的責任を問われることも予測されるため、臨床医は認知症患者の運転免許制度に関して知っておく必要がある。

筆者らは以前、認知症が初めて改正道交法において制限を受けるようになる頃に、認知症者30名の運転実態について、認知症者の運転状況と医師および家族の対応について調査した⁶⁾。その結果、多くの認知症者が発症後も運転を継続していることが明らかとなった(30名中22名, 73.3%)。とくに軽度認知症者の場合、運転の危険性が多いにもかかわらず、運転中断に至っている例は少なく、家族が対応に苦慮している実態が明らかとなった。その後も調査を継続し、改正道交法施行直前では22名中13名(59.1%)は運転を継続して

* Psychoeducation for dementing elderlies after post diagnostic care/support

** dementia, driving cessation, post diagnostic support, psychoeducation, manual

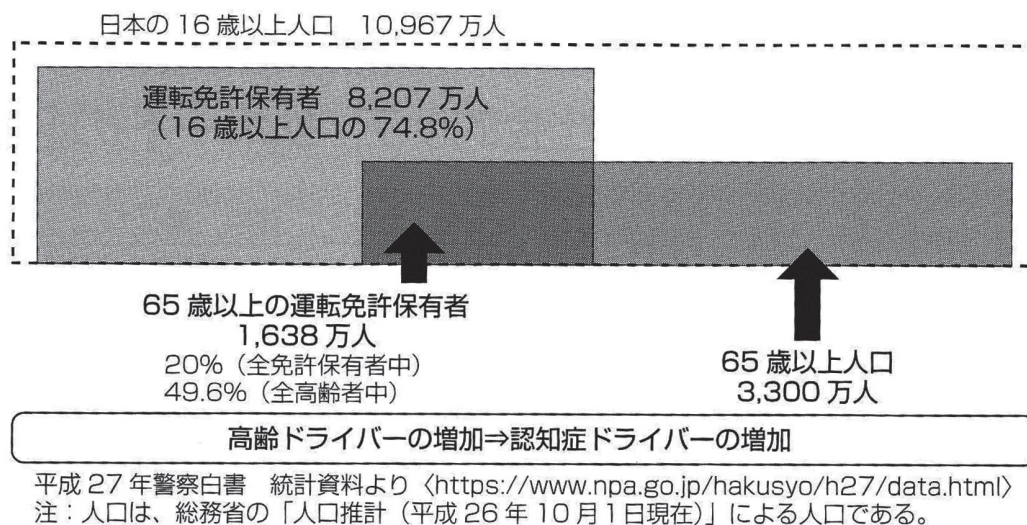
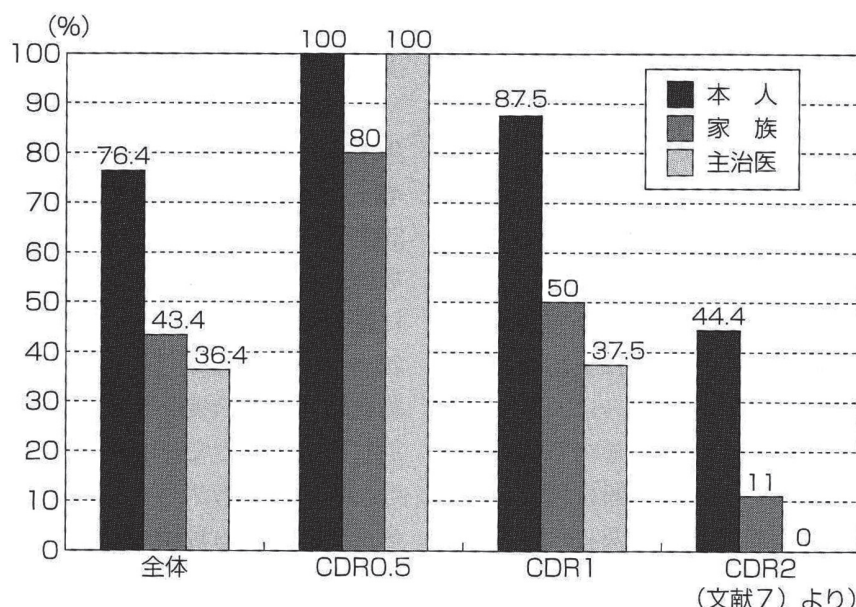


図1 日本における高齢ドライバー数

図2 認知症患者の自動車運転能力評価：評価者の違いによる運転評価 (n=30)
～運転継続が可能と思うかどうか？～

いたが、改正道交法施行後も13名中5名(38.5%)が免許更新に成功し、運転を継続していた。なかでも特記すべきは、認知症者の運転能力に関する病識である(図2)。認知症者本人とその家族、主治医に運転の是非について質問をすると、ほとんどの認知症者が運転能力の低下を自覚しておらず、軽度認知症レベルでは家族も運転は大丈夫と回答していた。主治医はCDR0.5のごく軽度以外では運転継続が危険と判断していたが、認知

症者ではCDR2の中等度レベル以上でも自身の運転能力低下の自覚は乏しかった。このように、認知症者では病識の低下が運転能力の自覚低下にもつながっていると考えられた。そして主治医の運転中断勧告から1年後および4年後にさらに調査を行ったが、認知症であるにもかかわらず免許更新に成功する高齢者が続出した。そのため、認知症者では自己の認知症の病識や判断能力の低下を自覚できないことから、病状申請書はスクリー

表1 なぜ認知症者は運転をやめないのか？
運転中断の勧告・助言が困難な理由 (n=71)

理由 (複数回答あり)	回答数	%
本人の勧告・助言の拒否 (本人)	49	69
運転は生活に必要 (本人)	17	23.9
趣味・生きがいである (本人)	10	14.1
勧告・助言の理解不能 (本人)	10	14.1
本人がやめてくれない (拒否するから) (家族)	40	56.3
やめさせるべきかわからない (家族)	14	19.7
1人暮らしでどうしてよいかわからない (家族)	10	14.1
生活のためやめられない (家族)	8	11.3
やめさせたくない (家族)	6	8.5
まだまだ大丈夫 (家族)	4	5.6

(文献7) より)

ニングとして有効性がないことが判明し、今後社会的にも問題になることを指摘した。

その後、わが国で行われた認知症ドライバーの大規模実態調査として、2009年に日本老年精神医学会が行った調査が存在する³⁾。この調査は2008年1～3月に診断された認知症患者7,329人分のデータを分析したもので、全国各地の医師368人が参加している。その結果では、832人(11%)が調査時点で運転を継続し、運転している認知症患者の6人に1人が交通事故を起こしていた。また事故を起こした患者の約半数は75歳未満であり、人身事故も7%発生しているという結果であった。この調査は全国的規模のものであることからみても、認知症者の自動車運転の問題は地方だけの稀な問題ではなく、すでに認知症診療においてどこでも遭遇する問題となっている。

認知症患者が運転をやめない理由/背景

臨床現場で医師が運転中断の勧告を強く行っても認知症患者が運転をやめない理由として、病識の低下の他にもさまざまな背景があることが明らかとなった。筆者らは高知大学に通院中の認知症患者で免許を保持する患者本人、およびその家族に運転を中断できない/中断拒否をする理由について調査を行った(表1)⁷⁾。対象は高知大学医学部附属病院を1995～2005年に受診し、認知症

と診断され、かつ運転免許を保持する患者101名であった。その結果、主治医もしくは家族から運転中断勧告をされていた者は101名中87名(86%)で、87名中、運転中断に成功した者は9名(10.3%)、中断勧告をしているが運転能力の評価自体は困難であった者が7名(8%)、71名(81.6%)は勧告や助言をしても運転を継続していた。勧告・助言による中断成功者9名は中等度認知症レベルか、配偶者が免許を保持していたり、子どもが必要時に運転代行を行っていた。運転能力の評価が困難であった7名は、ごく軽度の認知症レベルか、もしくは意味性認知症患者であった。運転中断の勧告後も運転をやめない理由としては、患者本人の拒否:49名(69%)、生活上やめられない:17名(23.9%)、運転が趣味・生きがいだから:10名(14.1%)であった。一方、中断勧告や助言のない者は101名中14名(13.9%)で、2名(2%)が自然に運転中断し、4名(4%)は家族の説得で運転中断していた。このように、認知症の診断後ほとんどの患者に対して運転中断勧告がなされていたにもかかわらず、多くの患者が運転中断を拒否し、その後も運転を継続していた。すなわち、認知症ドライバーの運転中断には医師の対応のみではなく、医師の勧告を受け入れない心理社会的要因や、認知症の重症度および原因疾患を考慮した疾患対策が必要であると考えら

れる。

認知症ドライバーに対する医師の役割

医師は、高齢患者に対して認知症性疾患の存在を常に念頭において診療することが必要であり、患者が認知症であるならば、自動車運転について患者本人や家族とよく話し合ったうえで、運転中断勧告をした場合は、その旨をカルテに記載しておくことが必要である。その背景としては、善良なる管理者である医師は、認知症患者の運転も含めた生活上の問題点を指導する必要があること（善管注意義務）や、副作用を含めたさまざまな薬剤の特徴を適切に説明し、また生活面への影響にも触れる必要がある（説明義務）とされていることが挙げられる¹⁾。また、認知症患者に対して運転中断を勧告しても、病識が低下しているため理解されない場合もあるが、認知症患者の地域生活が運転に依存している場合や、生きがいや趣味活動の役割を担っている場合には中断勧告を拒否するケースが多いため、中断勧告を行う場合には前述したようなカルテ記載をした際に、「なぜ目の前の認知症患者は運転にこだわるのか」といった心理社会的な背景にも注目しておく必要がある。また、家族が免許や鍵を取り上げても、無免許運転にまで発展する認知症患者もいる。そのため、基本的態度として臨床医は認知症患者に運転中断を勧告するのみではなく、運転中断をした後の患者の通院や生活の継続性を提案しなければ、運転中断に至らない。

いずれにしても、本邦ではすでに認知症と診断した際の任意通報制度が施行されており、認知症患者は実質運転禁止という勧告を行う必要があるが、禁止の告知のみでは成功しない場合も稀ならず経験することがあり、無免許で交通事故を起こされる場合もあり得るため、免許の取り上げのみではなく、たとえ認知症であっても自動車運転を必要としない地域生活を模索することに医師も関与することが重要であると思われる。

事例提示－認知症の診断/運転中断告知後の精神的サポートの重要性

認知症の運転中断を勧告することは今や精神科

臨床では稀ではないことが多いが、単に中断を勧告するのみでは不十分であり、診断や勧告後のサポートをしっかりと検討したうえでの配慮が必要と考えられる。そこで筆者が経験した、運転中断勧告後に抑うつ状態を呈したレビー小体型認知症事例を紹介する。

症例は73歳 男性 無職 右利き。

主 訴：本人：物が歪んで見える。1カ月前から息子が自宅にいる。友人と外出中、人が見えると訴えるが、友人に否定された。家族：幻が見える。

生活歴：高卒。土木関係、農業に従事。夫婦2人生活。息子は県外、娘は県内在住。

既往歴：高血圧、糖尿病で近医通院中。白内障、緑内障で70歳時に手術。加齢黄斑はなし。

家族歴：父：心疾患 母：脳梗塞 精神疾患の家族歴（－）

病 歴：X－1年（72歳）頃から同居していない息子の姿が見えるようになった。その後も友人と外出した際に、人が見えると訴えるが、友人は否定。妻に言うとう喧嘩になるため、黙っていた。X年（73歳）頃から息子に似た人間が家の中におり、息子のようなのに挨拶もせず、垣根の向こうに隠れたりして息子らしくない行動をするので、息子ではないだろうと感じていた。同時期から、妻は軽いもの忘れをしたり、積極性が落ちたと感じるようになった。時々もの忘れはするが自覚があり、入浴、更衣、排泄は問題ない。

血液生化学検査：特記すべき異常なし

神経心理検査 MMSE：23点（見当識：－2

Serial-7：－4 想起：－1）GDS：10/15

臨床経過

初診後、塩酸ドネペジルを開始した。幻視や錯覚は減少したが、寝言を言ったり、段差がわからず転びやすくなった。

初診半年後、妻の迎えを忘れたり、友人との約束を忘れることがあった。運転では自宅車庫で接触自損事故を起こしたり、畑に作業道具を忘れることが目立ち始めた。

運転行動・習慣

農業のため、畑まで軽トラックを毎日使用。妻の買い物や自身、妻の通院に月に数回運転する。遠方までは出かけることはない。交通違反や交通事故はないが、最近センターラインが歪んで見えたり、道路標識がわかりにくくなったと感じるようになった。

運転中断勧告（初診3カ月後）

〈本人への告知〉

「レビー小体型認知症という認知症に罹患しており、現在、ごく軽度レベルである。そのため視覚に関する異常感覚、あなたの場合は幻が見えたり、人物が見える。今後認知症は進行していくが、薬物治療を行うことができる。センターラインが歪んで見えるなどの症状は脳の病気の影響であるため、今後運転はやめたほうがよい」

〈家族への告知〉

「病気については先ほどご本人に述べた通りであり、薬物治療はできるが、自動車運転はやめるほうがよい。日本の法律でも禁止されている。そこで本人の移動や用事のある時は、奥さんが運転を代行してあげてほしい」

臨床経過（初診3年後）

運転中断勧告後、速やかに運転を控えるようになった。妻が代わりに運転を代行し、畑や通院も夫を連れて行くようになった。初診1年後、本人から「運転をしたら危ないことはわかっているが、運転できないのは寂しい、つらい」「生きている喜びがなくなった感じが毎日して憂うつです」という訴えがあり、妻にも毎日同じような訴えをすることが判明した。その後薬物治療は導入せず、妻と遠方に住む息子さんの協力を得て移動の確保や趣味である農作業は継続し、夫婦で出かけるように指導した。そして、診察の度に運転に関する思いを取り上げながら、日常の過ごし方のアドバイスや認知機能低下に伴う生活のしづらさへの共感的態度を意識していった。初診後3年目に運転免許を返納した。

この事例から、専門医を含め、かかりつけ医は認知症患者の運転に関わらざるを得ないが、その際には医師は運転行動評価の継続を行う必要があり、患者や家族が運転をやめたといっても実際は

運転をやめていなかったり、再開をしてしまうことや無免許運転もあり得ることが懸念された。同時に、家族は認知症患者の運転中断後にもストレスを抱えている場合が多く、運転を禁止することへの罪悪感や、リハビリへの期待などさまざまな思いをもっている存在であるため、認知症の背景疾患、重症度を把握し、道交法に関する法律的情報を提供したり、5学会の合同ガイドラインの情報提供、最近では任意通報制度の導入などを行い、カルテ記載を怠らない姿勢が重要であると思われる。

支援マニュアルを用いた認知症高齢者の自動車運転に対する心理教育

筆者らは高知大学において、認知症者の自動車運転に対する家族への心理教育のあり方について、荒井らが作成した支援マニュアル²⁾を用いての検討を行った。本マニュアルは、認知症高齢者の運転を中断しても地域生活が可能となるような心理教育マニュアルであり、内容的には認知症の診断、背景疾患別の運転行動の鑑別、運転の危険性や中断勧告をいつすべきかの指標が示され、告知後の本人、家族への対応が具体的に述べられている。研究対象は2010年6月～2014年8月までに高知大学医学部附属病院の物忘れ外来を受診し、認知症と診断され、もしくは認知機能の低下をきたしている者のうち、当院倫理委員会承認の研究参加同意を得られた71名を対象とした。評価項目は年齢、臨床診断、MMSE、CDR、NPI、ZBI、GDS、FASとなっている。介入は対象者の介護家族に1時間程度の支援マニュアルを用いた面接方式で心理教育を施行した。臨床診断確定1カ月以内に教育を行う早期介入群（A群）、診断後3カ月後に同様の心理教育を行う後期介入群（B群）の2群間で分析した⁵⁾。2群間の比較にはMann-WhitneyのU検定を、経時的変化の検討はWilcoxonの符号順位検定を用いた。その結果、患者特性、介護者の属性には2群間で有意な差はなく、3カ月後の評価時に得られた家族介護者のZBI、GDS、FASの比較において2群間で有意差は見られなかった。初回と3カ月後の評価の比較では、早期介入群でFAS数値が32.4から29.6（P

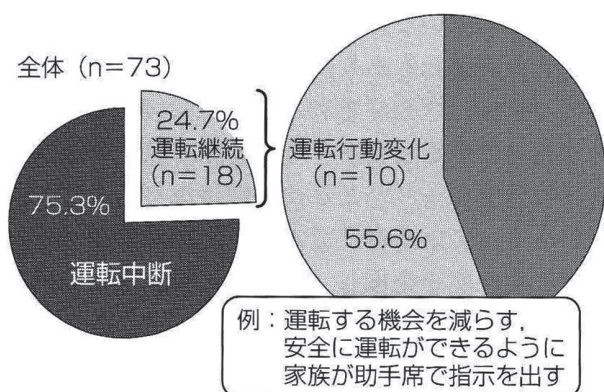


図3 心理教育の効果（運転中断および運転行動の変容）

=0.04) と有意な低下が見られた。それ以外にも図3に示すように、運転中断が全体の75.3%であったが、運転継続をしていても、55.6%が家族教育後になんらかの運転行動変化を起こしていたことから、認知症ドライバーへの早期対応として有効であると考えられた。その他の効果は数値として表しにくい、約1時間の心理教育に携わった臨床心理士からは、「どう対処したらよいか具体的に書かれているので、参加者は非常に熱心に聞いてくれる」との感想が得られた。これらの検討から、支援マニュアル²⁾には認知症患者を運転中断に導く手段として一定の有効性があると考えられた。またFASの低下から、患者への批判的態度を軽減させ得る可能性が示唆された。今後、さまざまな認知症の背景疾患を含めた症例数を増やしながら支援マニュアルの効果検証を行うことで、地域社会での高齢者の安全で安心な在宅生活継続を可能とする手法が確立され得るため、社会的にも有益なものと思われる。

なお、現在このマニュアルは厚労省の研究事業として荒井により改訂作業が行われており、近々公開が予定されている。

おわりに

認知症者では、運転中断を勧告しても病識が低下しているため理解ができない場合もあるが、認知症患者の地域生活が運転に依存している場合、生きがいや趣味活動の役割を担っている場合には中断勧告を拒否するケースが多い。そのため、中断

勧告を行う場合には認知症の背景疾患や重症度などをふまえたうえで、「なぜ目の前の認知症患者は運転にこだわるのか」といった心理社会的な背景に注目しておく必要がある。また認知症の告知や運転中断の勧告に際しては、任意通報制度や5学会合同のガイドラインはできているが、単に中断を勧告したままで医師の役割を終えたと思っていると、事例提示で見られたような2次的なうつ状態を患者が引き起こしかねない。したがって、認知症者が運転を諦めざるを得ないことへの心理的配慮や、運転中断後の精神的サポートを常に考慮しなければならないと考えられる。

これまで筆者らは、心理教育に際して上述のマニュアルを使用してきたが、このマニュアルは国立長寿医療研究センター長寿政策科学研究部のホームページより、家族介護者用の冊子である「認知症高齢者の自動車運転を考える 家族介護者のための支援マニュアル 認知症高齢者の安全と安心のために」²⁾ からダウンロードできるので、ぜひ参照していただきたい。

文 献

- 1) 新井 誠：主治医のためのミニ法知識. Medical ASAHI 10:49, 2004.
- 2) 荒井由美子：認知症高齢者の自動車運転を考える 家族介護者のための支援マニュアル 認知症高齢者の安全と安心のために. 国立長寿医療研究センター. <<http://www.nils.go.jp/departments/dgp/index-dgp-j.htm>> (2015.3.15)
- 3) 池田 学：日本における認知症患者の運転に関する疫学的知見と新たな法規制. Psychiatry Today Congress Reports No.26 Physician's Report. pp.9-11, 2010.
- 4) 上村直人：痴呆患者の自動車運転の実態と医師の対応. 精神経誌 107:1328-1334, 2005.
- 5) 上村直人, 今城由里子：支援マニュアルを用いた認知症高齢者の自動車運転に対する心理教育 ～世界に発信する日本初の心理教育ツールと精神医学的效果検証～. 日社精医会誌 24:283-289, 2015.
- 6) 上村直人, 掛田恭子, 北村ゆり, 他：痴呆性疾患と自動車運転 日本における痴呆患者の自動車運転と家族の対応の実態について. 脳神経 57:409-414, 2005.
- 7) 上村直人, 惣田聡子, 岩崎美穂, 他：なぜ認知症患者は運転をやめないのか. 日本社会精神医学会抄録. 2006.

13

認知症例（医療）

「一人暮らしを続けたい」若年性アルツハイマー病患者の社会参加と在宅生活支援を行った事例

堀田 牧^{*1} 福原竜治^{*2} 池田 学^{*3,*4}
 Maki Hotta Ryuji Fukuhara Manabu Ikeda

はじめに

若年性認知症（early-onset dementia：EOD）は発症年齢が40～60代と若く、認知機能の低下による生活行為の障害がみられても、身体機能は維持されていることが多いため、65歳以上で発症する高齢認知症（late-onset dementia：LOD）患者に適したケアサービスは、EOD患者にとって最適ではない場合も少なくない。また、患者本人の病識の低下が顕著である場合も多く、患者と家族介護者に必要な介護サービスを導入する際に困難を伴いやすい。

熊本大学医学部附属病院（以下、当院）では、2009年（平成21年）より認知症専門外来を開設しているが、近年、65歳未満で発症するEOD患者の受診が増加傾向にある。われわれの認知症専門外来では、主に若年性アルツハイマー病（early-onset Alzheimer's dementia：EOAD）患者を対象とした、多職種によるデイサービス導入を見据えた外来集団プログラムを行っており、堀田はそのチームの一員としてかかわっている。

今回、病識低下が著しく、「今まで通り一人暮らしを続けたい」という希望をもつ独居のEOAD患者に対して、生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）を用いた外来集団プログラムへ導入し

た。本例ではプログラム終了後、若年性認知症コーディネーター、介護支援事業所、主治医、OT等、多職種にて支援を行い、試行錯誤を経て、子育てボランティアや得意な料理をしながら自宅で一人暮らしを続けることができた。EOAD患者に対する多職種協働の一例として紹介する。

事例紹介、インテーク、アセスメント、プラン

1. 事例紹介（外来初診時）

A氏、60代前半、女性

主訴：A氏：今の暮らしで困ることはない。次女：リモコン操作を教えても忘れてしまう。簡単な料理しかつくらず同じ物を買ってくる。職場から帰るとぐったりしている。

現病歴：X-2年、人の名前を思い出せなくなった。X-1年ごろから家族に対して怒りっぽく頑固になり、家電を正確に操作できなくなった。勤務先が閉店になると、自宅にひきこもりがちになったが、店が再開すると、本人は楽しく勤めに出かけた。しかし、職場ではミスが増えていた。次女はものの忘れが進行したと感じ、X年、当院認知症専門外来を受診させた。

^{*1} 熊本大学医学部附属病院神経精神科、作業療法士 〒860-8556 熊本県熊本市中央区本荘1-1-1、^{*2} 同、医師、講師、^{*3} 大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室、医師、教授、^{*4} 熊本大学、客員教授

生活史：高校卒業後、結婚して2子をもうける。夫の死後、自宅マンションにて家事をしながら独居。数年前から販売員として勤務する。余暇には習い事や友人との登山に出かけている。長女、次女とも主婦だが、時折次女が料理をつくりにくる。

キーパーソン：次女

介護保険：未申請

障害・合併症：なし

神経心理所見：MMSE 24/30, ADAS 8.4/70, GDS 6/15, NPI 興奮, うつ, 無為, ZBI 23/88, CDR 0.5

推定罹病期間：2年

診断：EOAD 初期。診断名は次女の要望により本人へは未告知。

2. インテーク

本例では一度、主治医からA氏と次女に対して、デイサービス導入を見据えた外来集団プログラムへの参加を勧めたが、本人承諾が得られず、見送られていた。しかしその後、A氏の退職を機に再度参加を勧めたところ了承され、初診より半年後のインテークとなった。面談はA氏と次女の両者に対して個別に行った。

1) A氏

化粧、服装等の整容および礼節は保たれていた。緊張感は見られず、疎通性も良好であった。

最近のことについて：「退職したばかり。仕事で一度ミスをしたため迷惑をかけられないと思い、自分から退職した」、「毎週、体操に通っている」、「外に出たほうがいいと思っている。友人がやっている子育て支援を手伝いたい」

もの忘れについて：『娘さんはどう捉えていますか?』、「……特に何も言わないですね」、「最近、どんなニュースがありました?」、「大豪雨がありましたね、どこの国かわからないけど」、「担当の医師の名前は?」、「〇〇先生でしょ?」（正解）

興味・関心チェックシート：「友人と出かけることが多く、山登りや映画にしょっちゅう行っています」、「料理はしてますよ」

本人のダイヤモンド：「何も困ることはありません、一人暮らしでそれなりにやっているの」

2) 次女

最近の様子について：「職場から、本人の働きぶりでは続けられないと連絡があり、自分から退職を切り出すように促した」、「子育てボランティアも勧めてみたが、周りが動かないと何もしない。ぼーっと過ごしている」、「一人暮らしだから、母に何かする時間をつくってあげたい。軽度の状態なので維持したい」、「私から言われることには反発、抵抗をすることがある」、「頼れる先がほしい」という気持ちがある」

3. アセスメント

1) A氏

社交性が保たれ自尊心は高いが、病識に乏しく、もの忘れに対する否認が強かった。また^{ばあ}合わせ・取り繕いの態度が顕著であった。記憶力や注意機能の低下が明らかであり、今後、献立を立てて料理を行う、人と約束をして出かける等の計画的な行動や、火の元の安全確認、金銭の自己管理等が、独居生活ではうまくいかなることが予想された。また、意欲の低下から、家事や習い事が続かなくなり、自宅で無為に過ごすようになることも予想された。一方、料理や子育てボランティアへの関心自体は保たれていることから、集団での活動に慣れるのか評価する必要があると思われる。

2) 次女

母親の病状回復に必要な方法を必死に模索していた。次女自身が病名告知を控えてほしいと言う等、認知症に対して身構えていると感じられた。また、病前でできていたことと今とを比較し、できていないことばかりに目が向いていることから、認知症に関する正しい情報提供や頼れる相談先が必要と思われた。

4. プラン

A氏はかろうじて生活を維持しているが、気位の高さや病識の低下、意欲の低下から自閉的傾向にあるため、集団の中でA氏が得意とする料理を活かし、役割を担いながら充実感や達成感を得られる参加ができれば、デイサービス利用等、再

び社会とつながる機会を得るのではないかと考えた。そこでA氏には、「レクリエーションを中心に、OTが実施するEOD患者対象の外来集団プログラム（隔週1回、90分、全6回、グループ規模4～5名）へ導入し、プログラム終了後は、再び自閉的な生活にならないようにデイサービス利用につなげ、自宅での一人暮らしと趣味活動を多職種にて支援する」というプランを立案した。

また次女には、A氏の介護をできるだけ無理なく続けていくことができるよう、EOD患者の集団プログラムと並行して、認知症専門医や精神保健福祉士により実施されている認知症疾患教育プログラムへ参加してもらい、介護負担感の軽減を図ることと、ケアサービス導入の支援を立案した。

これらの詳細について、「生活行為向上マネジメントシート」に示したが、当院の外来集団プログラムは実施回数を全6回とし、集団への適応を通じてデイサービス導入を行うことを目的として運用されている（表）。そのため、患者と家族の両者に対して評価と介入を行う必要があり、MTDLPを本プログラムに合わせ一部改訂している。また、ICFコードだけでは認知症領域特有の病態に関する付帯情報を網羅することが難しかったため、別紙にて情報を補完する等の工夫をした。

経過（X+6カ月～X+1年）

外来集団プログラムの初回、A氏は緊張した面持ちで参加したが、すぐに同年代の仲間と打ち解けて過ごすことができた。ゲームレクではスコア付けの担当だったが、ゲーム観戦に集中するあまりスコアを付け忘れており、複数課題は困難であった。一方、本人の得意なお菓子づくりの作業では、手順に迷っている他参加者の手助けをしたり、白玉を湯がきながら「これ、洗っときましょうか?」、「私やります」と自発的に役割を担って複数の作業を同時に実行する場面が観察された。また別の調理場面では、白板に記された作業工程を読むようスタッフに促がされても材料しか読まない、スタッフが他参加者との共同作業を指示するがA氏だけでどんどん作業を進める等、記憶

や注意の悪さと状況判断の低下がみられた。そのため、共同作業よりも1人で行う作業を任せられることが多かった。しかし、つくったものを家族に食べてもらい、ねぎらいの言葉に笑顔になる等、A氏は作業や他参加者との交流を通して得られる達成感や喜びを感じて過ごしていた。

一方、次女は強い介護負担感を抱いており、「腹が立つ、気が休まらない、誰かに介護を任せたい」と疾患教育プログラム中ではネガティブな発言が多く、「(A氏が)家ではないことを病院ではよそ行きの顔で行っている」と話した。しかし、「本人が病院ではこんなに笑顔になるんですよ、家ではないんですよ」と、A氏が積極的に参加することを次第に評価するようになり、デイサービス利用の有用性に理解を示すに至った。そこで、介護保険申請の具体的な手続きの説明を精神保健福祉士が行い、OTが施設をいくつか紹介した。

結果（X+1年～X+1年9カ月）

プログラム終了後、次女は包括支援センターに連絡を取り、介護保険申請を行った。A氏は要支援2と判定され、次女はケアマネジャーや若年性認知症コーディネーター等、地域生活にかかわる専門職に相談することができるようになった。

A氏のほうは、「楽しかった。また来たいです」とプログラム終了を惜しみ、集団への適応はみられたが、共同作業よりも1人で役割を果たせる環境が向いていると思われた。そこで主治医より、デイサービスで利用者の手助けや、食事の準備、片づけ等、役割を担って過ごす「ボランティア」と称したデイサービス利用を勧めた。A氏はいくつかの施設を「ボランティア」と称して体験利用したが、「何であんなおじいさんばかりのところに!」、「子どもがいるところがいい」とデイサービスを拒否した。今後の支援を再検討しているOTに、次女から自宅近所の児童福祉施設に「本当のボランティア」として通えないかと相談があった。インテーク時、子育て支援の手伝いに関心を示していたことから、A氏の自発的な社会参加が可能になるのではないかと考え、目標をデイ

表 生活行為向上マネジメントシート

生活行為向上マネジメントシート										
利用者：A氏		担当者：堀田		記入日： 年 月 日						
生活行為 ア セ ス メ ン ト	生活行為の 目標	本人	習い事や趣味をしながら、一人暮らしを続けたい							
		キーパーソン：次女	母に何かする時間をつくってあげたい、頼れる先がほしい							
	アセスメント 項目	心身機能・構造の分析 (精神機能、感覚、神経筋骨格、運動)		活動と参加の分析 (移動能力、セルフケア能力)		環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)				
	生活行為を 妨げている要因	MMSE:24/30点、b130意欲の低下、 動機づけが困難、b140注意の配分 が困難、b144近時記憶の低下、 b164もの忘れに対する病識がない		d175場合合わせ、取り繕いが顕著、 d210家電の操作が困難、d220仕事 でミスが増え、業務の遂行困難、 d630簡単な料理しかつくらな くなった、d845退職して社会参加が 減った		e410次女はA氏の病態に対応 できず、介護負担を感じている (ZBI:23/88)、e580介護保険申 請は行っていない				
	現状能力 (強み)	b114見当識は保たれている、b126 社交性は良好、子育て支援に関心は 示す、b167言語機能は保たれてい る		d630食事はつくっている、d640家 事は続けている、d920映画や登山 に友人と出かける		e410次女は頼れる相談先を求 めている、e450認知症外来に は家族を支援する体制があり、 専門スタッフが配置されている				
	予後予測 (いつまでに、どこま で達成できるか)	2M:意欲や活力レベルが維持され、 周囲に対する興味関心が示される		2M:プログラム参加により集団活 動が定着、3M:家事や習い事は継続 している、3M:デイサービスの見学 参加を予定する		3M:次女はA氏の病態を理解 してデイサービス導入を検討 し、介護保険申請を行う				
	合意した目標 (具体的な生活行為)	3M:ひきこもらず社会参加が維持できるように、デイサービスに通う 3M:習い事や趣味を続けながら、楽しみのある一人暮らし生活を送る								
自己評価*	初期	実行度	5/10	満足度	5/10	最終	実行度	8/10	満足度	9/10
*自己評価では、本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう										
生活行為 向上 プ ラ ン	実施・支援内容	基本的プログラム		応用的プログラム		社会適応的プログラム				
	達成のための プログラム	①外来集団プログラム：A氏は集団 プログラム、次女は家族疾患教育プ ログラムに参加(隔週1回、90分、 全6回)、②習い事のスケジュール を次女と共有し、一緒に支度をする、 ③簡単な料理でもつくったら次女夫 婦を招いて一緒に食べる		*当院の外来支援プログラムでは、 基本的プログラムと応用的プログラ ムの区切りをせず、継続支援を行っ ている		④介護サービス導入の準備、⑤ 自宅での料理、家事の継続、⑥ 習い事の継続				
	本人	①集団療法に参加し、他参加者と交 流しながら活動する(料理、ゲーム、 運動等)、②習い事の前日に、1人で 準備物を用意し、次女に確認しても らう、③献立を立てたら次女へ伝え た後で取りかかり、わからなくなっ たら助言を求める				④デイサービスを見学、体験利 用する、⑤⑥負担なく継続でき るスケジュールを次女と考えて 組む				
	家族や支援者	次女：①家族疾患教育プログラムに 参加し、認知症の症状や対応方法、 社会資源を学び、今後の方向性を考 える、②③見守りと必要に応じた助 言、OT：①プログラムの運営と各 職種の情報集約、主治医への報告、 方向性の相談、作業遂行能力と対人 交流技能の評価 OT・主治医：② ③診察時に確認、Dr：①疾病教育、 PSW：①社会資源情報の提供、CP： ①家族のメンタルヘルス、Ns：①認 知症の対応・ケア				次女：④介護申請、デイサービ スの選定と見学、⑤⑥負担なく 継続できるスケジュールを組 む、OT・主治医：④適切なデ イサービスへの助言、⑤⑥外来 診察時に進捗状況の確認				
	実施・支援期間	X+6ヵ月 ～ X+1年								
達成	☐ 達成 ☐ 変更達成 ☒ 未達成(理由：デイサービス利用に拒否を示したため) ☐ 中止									
本シートの著作権(著作人格権、著作権財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複製・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。										

サービス利用から「本当のボランティア要員」として児童福祉施設へ通うことに修正し、多職種で共有した。

まず、若年性認知症コーディネーターが児童福

祉施設にA氏の現況を伝え、A氏と共に見学へ出かけた。当該施設は認知症者のボランティア受け入れが初めてだったため、連絡窓口の担当者を決め、A氏と面接を行い、ボランティアの試行を

勧めた。試行では、A氏は子どもたちと鬼ごっこをしたり、子どもに乞われて絵を描いたり、終始笑顔で楽しげに子どもたちと過ごしていた。その後、A氏は週1回、「本当のボランティア」として児童福祉施設に1人で通うことになり、再び社会参加をしながら生活するようになった。

一方、自宅では料理の段取りが悪くなり、おかずがサラダという献立が続いて手の込んだ料理をしなくなる。同じ物を何度も購入して冷蔵庫の食材を腐らせる、鍋を焦がす等、A氏が得意としていた料理にも問題が表在化してきた。しかし、A氏は「大丈夫」と認めず親子喧嘩になる、と次女からOTに相談があった。これまでOTが自宅訪問を提案してもA氏は承諾しなかったことから、ヘルパー導入にも拒否が予想された。一方同じころ、主治医がA氏にガスコンロをIHクッキングヒーターに切り替える勧めをしていた。そこで、IHへの切り替えと、「IHの操作を教える先生」という名目のヘルパー導入を提案した。A氏は素直に受け入れ、ヘルパーを「IHの先生」と慕い、週3回IHを使いながら一緒に料理を行うようになった(図)。これをきっかけに、普段の食事の様子やものの忘れによる生活行為の低下等、暮らしぶりに関する情報がヘルパーからケアマネジャーと次女に報告され、次女からOTへ状況が伝わるようになった。また、OTは「IHの先生へご挨拶」と称した自宅訪問が可能となり、A氏の外来受診時に、主治医とOTから暮らしぶりのフィードバックを行う、という多職種協働の支援体制が構築された。そして、A氏はこれらの支援環境下でボランティアと家事をしながら、現在も一人暮らしを続けている。

考察^{1~4)}

本例は、A氏が希望する一人暮らしを維持するために、日中に通える場所を見立て、安全な家庭生活を送れるよう、多くの支援やサービスを必要とした。しかし、プライドの高いA氏の性格もあり、支援体制の構築には難渋した。

これらの背景にはまず、EODの社会生活背景



図 自宅で「IHの先生」と一緒に料理を行っている場面

への理解と利用しやすいサービス環境が、LODと比較して不足している点が挙げられる。近年EODを対象としたサービス環境は増えつつあるが、2013年(平成25年)の熊本県の調査によると、県内のEODを受け入れているケアサービス施設数は、LODを対象とした施設数約2,000件に対して76件と、いまだ少数である。EOD特有の疾患および心理的特性を把握したサービスが普及し、EODがアクセスしやすくなることが望まれる。また、EODの多くは、家庭の経済基盤を支えている就業者や主婦等、現役で社会的役割を担う年代であるため、認知症になるとその立場を放棄せざるを得ないケースが少なくない。A氏もまた、社会参加が十分可能な年代にもかかわらず、認知症のために職場を去り、生活範囲が狭小化した経緯があった。そのため、リタイアした年代であるLODと比較すると、EODは社会的役割意識が高く保たれている傾向にある。そこでA氏に「ボランティア」と称し、本人の役割を明確にしたデイサービス導入を図ったが拒否を示した。その後、次女から児童福祉施設でのボランティア相談があり、A氏も自ら希望したことから、児童福祉施設への情報提供→見学→試行、という段取りを多職種で綿密に協調しながら支援し、A氏の真のニーズである社会参加を達成することができた。当院の外来集団プログラムは介護サービス導入を目標とするものであるが、多職種で情報を共有しながら、目標を本人に合わせ柔軟に変更した点が

よかったものと思われた。

もう一つ重要なことは、病識低下が著しい患者に、介護サービスをいかに納得して受け入れてもらうか工夫を要した点である。A氏はデイサービスには拒否を示したが、「IHの先生」は受け入れが良好であった。「IHの先生」のようにA氏が違和感なくサービスを受け入れられる環境を構築できたのは、「デイサービス」「介護」という言葉に拒否を示すA氏的心情と病態を、家族と多職種で十分に共有していたからに他ならない。A氏のように認知機能の低下が軽度で、かろうじて生活を維持している患者では、できていないことを指摘しても否認を示す傾向が強く、病識を求めることは難しい。また年齢相応の経験に基づいた自尊心をもっているため、「サービスを受ける立場」よりも「苦手なIHの操作を先生から教えてもらう立場」という設定でヘルパーを導入するほうがA氏は納得すると思われた。このように、介護サービス導入に関しても、患者特性を理解した柔軟で慎重な対応が求められると思われる。

以上を踏まえると、A氏が「できることは続けたい」という意思を示し、役割をもって社会参加を望むことは当然のことであり、家族と多職種が協働でA氏の一人暮らしを支援する意味は大きい。

おわりに

EODは神経変性疾患であるため、その時点で維持できている生活行為はいずれ低下することが

考えられる。そのためEODのMTDLPにおいて、OTは患者の現状と予後予測の評価を丁寧に行い、協働する多職種の専門性を熟知したうえで、患者と家族のニーズに応じた介入計画を立案できることが重要であろう。

今回のA氏への支援は、MTDLPを用いたプログラム導入以降が本格的な多職種連携の介入となった。しかし、A氏の一人暮らしを多職種で支援できたのはMTDLPの手法を駆使した結果と考えている。今後は、集団プログラム以降も個別にMTDLPが展開できるよう工夫し、多職種協働での支援体制が浸透するよう、可能なかぎり努めていきたい。また、A氏が一人暮らしを望む間は、できるかぎりの支援介入を継続していくつもりである。

文献

- 1) 宮永和夫:若年認知症の治療とケア. 老年精神医学雑誌 20:855-864, 2009
- 2) 熊本県健康福祉部長寿社会局 認知症対策・地域ケア推進課:若年性認知症ケアのポイント(熊本県若年性認知症ケア・モデル事業実施報告書). 2-18, 2012
- 3) 朝田 隆:若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究[厚生労働科学研究費補助金(長寿科学研究事業)]. 平成 18-20 年度報告書, 2009
- 4) 池田 学:生活行為障害の分析に基づく認知症リハビリテーションの標準化に関する研究[厚生労働科学研究費補助金(長寿科学研究事業)]. 平成 27 年度総括・分担研究報告書, 2016



認知症性疾患におけるアパシー

福原 竜治*

抄録：認知症性疾患におけるアパシーについて概説した。アパシーは発動性の低下、興味関心の減少、情動の鈍化の3つの次元で評価されるが、うつとの症状のオーバーラップがあり鑑別が重要である。本稿では、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症の四大認知症に生じるアパシーについて概説し、画像研究により示されたアパシーの神経基盤についても触れる。

精神科治療学 32(1) ; 11-14, 2017

Key words : *apathy, Alzheimer's disease, vascular dementia, dementia with Lewy bodies, frontotemporal lobar degeneration*

I. はじめに

アパシーと呼ばれる症状は、精神科診療において比較的よく遭遇するものの1つである。この症状は様々な精神神経疾患に生じうる。うつ病では初期から回復期の全般にわたり出現し、また統合失調症においても慢性期の症状の主体となることが少なくない。脳器質性疾患においても高い頻度で出現し、アルツハイマー型認知症や脳血管障害、前頭側頭葉変性症、HIV、頭部外傷、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、ハンチントン舞蹈病にアパシーが生じることが知られている。アパシーの中心となる症状は、目的ある行動 (goal-oriented behavior) の低下であるとされており、認知機能や日常生活動作や QOL と関連することが示されている。アパシーは、幻覚妄想状態や興奮状態に比較すると緊急性や重篤性が低くみつもられ、見過ごされたり放置されたりする場合がある。

しかし、この症状から続発して心身の機能低下、QOL や日常生活動作の低下をきたしやすく、特に高齢者においては、注目すべき症状の1つである。アパシーはうつ状態との症状のオーバーラップ (図1)^{3,9)}があり、うつ病の部分症状として捉えられる場合もある。しかしそれぞれ独立した症状であり、また治療も異なることから鑑別が重要である。また、アパシーは、初期認知症において、最も高頻度にみられる症状である⁸⁾。本稿では、主に四大認知症性疾患に出現するアパシーについて概説する。

II. アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease : AD) におけるアパシー

アパシーは頻度の高い症状であるが、近年まで取り上げられることは比較的少なかった。初期には、1991年に Marin¹³⁾が「意識障害、認知障害、情動的苦悩によらない動機づけの欠如ないしは減弱した状態」とアパシーを定義し、アパシーの臨床像を「目的ある行動、認知、情動の低下」の概念から説明した。

2001年に、Starkstein ら²³⁾は Marin のアパシーの診断基準を改変作成し、連続319名の AD について検討、37%にアパシーが見られることを示した。この319名の中で、13%はアパシーのみを呈

Apathy in dementia.

*熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野
〔〒860-8556 熊本県熊本市中央区本荘1-1-1〕

Ryuji Fukuhara, M.D., Ph.D. : Department of Neuropsychiatry, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, 1-1-1, Honjo, Chuo-ku, Kumamoto-shi, Kumamoto, 860-8556 Japan.

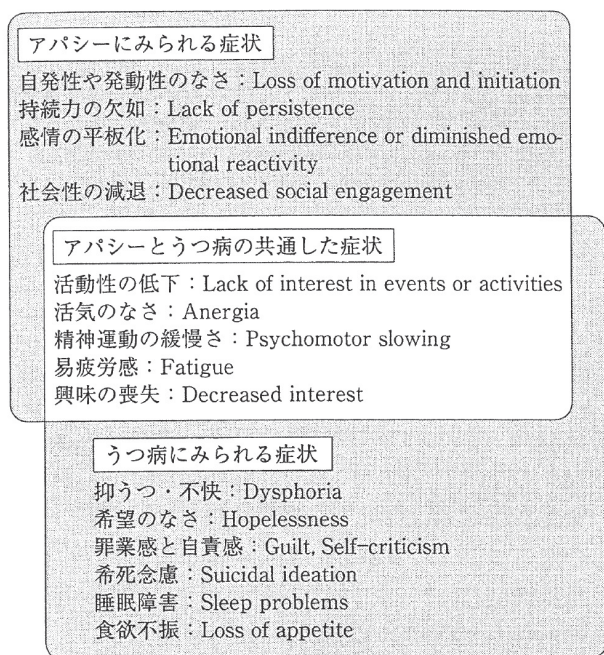


図1 アパシーとうつにおける臨床症状の関係
 (文献3, 9より引用, 改変)

しうつ症状を認めず、アパシーとうつ症状の両方を呈したものが24%、うつ症状のみを呈したものが25%であった。このようにアパシーとうつ症状は並存して存在することが多い。われわれの施設におけるNeuropsychiatric Inventory (NPI)⁴⁾を用いた集計では69.3%のADにアパシーを認めるなど、頻度の高い症状である(図2)⁸⁾。ADにおけるアパシーの神経基盤としては前部帯状回皮質が想定されている。剖検による前部帯状回皮質のブランク断面積²⁴⁾と神経原繊維変化¹⁵⁾、およびPET²⁰⁾における前頭葉の代謝がアパシーの評価スケールと関連し、アパシーは頭頂葉や側頭葉よりも前部帯状回の病変との関連が深いことが示されている²⁾。また、(¹¹C) Pittsburgh Compound-B (PIB)を用いたPET研究においても、NPIのアパシーの下位項目が前部帯状回を含む脳の前方部のアミロイドβの沈着と関連することが示されている¹³⁾。

Ⅲ. 脳血管障害、脳血管性認知症 (VaD) におけるアパシー

脳血管障害患者においてもアパシーは頻度の高い精神症状である。急性期の脳卒中後の患者の検

討では、10%がアパシーを呈し、10%がアパシーとうつを合併、22.5%がうつを呈していたとしている²²⁾。我々の地域疫学調査では、ADの42.9%にアパシーがみられたが、VaDの71.4%に出現していた⁷⁾。我々の施設におけるVaDでは患者の73.8%にアパシーが見られるなど高頻度である(図2)。脳血管障害では四肢の麻痺などを合併することもあり、廃用症候群(図3)に陥り寝たきりになりやすい。脳血管障害では急性期後のpost-stroke depression (PSD)が知られており、回復期リハビリテーションが進みにくいことが経験される。Levyら¹²⁾によって示されたように、認知症を伴う器質性精神障害において、アパシーとうつはそれぞれ独立した症状であり、PSDにおいてもこれら2つの症状が含まれていると考えられる。アパシーには易疲労、興味の喪失、精神運動の緩慢さなどといったうつ状態による精神運動制止に類似する症状(図1)がみられるため、アパシーをうつ状態の部分症状として捉えられやすいが、治療や対応方法が異なるため見極めが重要である。アパシーでは抑うつ気分、自責感、希死念慮などの気分感情面での症状が欠如していることや、病状に対する本人に深刻味が少なく苦悩が希薄であるという特徴に対して、うつでは本人の苦悩が明らかであることが鑑別点になるであろう。Matsuzakiら¹⁶⁾は回復期リハビリテーション病院において治療中である脳卒中後患者に対し、アパシーとうつのそれぞれ個別の尺度を用いることでPSDを評価し、リハビリテーションの効果との関連について検討した。その結果、アパシーとうつの両方の症状を有する患者も少なくなかったが、各々独立した症状であることが示され、それぞれの症状が入院後4週間後のリハビリテーション効果に負の影響を与え得ることが明らかにされている。脳血管障害におけるアパシーの神経基盤研究では、アパシーは前頭前野の局所脳血流低下¹⁸⁾と関連し、また無症候性脳梗塞や高度の白質病変がアパシー発現に関与している¹⁰⁾ことなどが報告されている。

Ⅳ. レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies: DLB) におけるアパシー

アパシーはDLBにおいても頻度の高い症状で

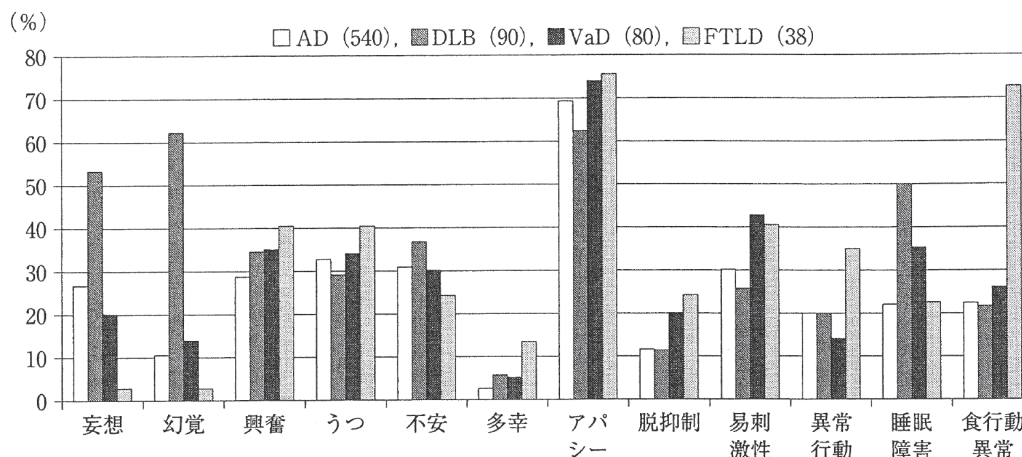


図2 四大認知症の行動・心理症状BPSD (NPI (Neuropsychiatric Inventory) による有症率の比較)

2003年から2014年に熊本大学医学部附属病院高次脳機能外来を受診し認知症と診断された患者748名における検討。アパシーはすべての認知症において出現頻度が高い (Hashimoto, M.: Assessment and diagnosis of BPSD. Asia Dementia Forum, Tokyo, November 20, 2016より一部改変)。

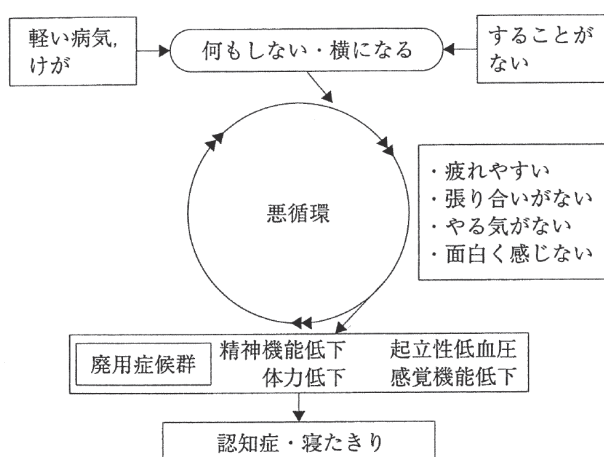


図3 廢用症候群

あり、我々の施設の集計においても62.2%の患者に出現するなど幻覚や妄想と並んで頻度が高い(図2)。DLBのアパシーに着目した研究は少ないが、動物モデル¹⁾や薬理学的研究²⁵⁾による知見からアパシーとドーパミン作動性ニューロンの関連が示唆されている。対象にADも含まれているが、¹²³I-FP-CIT SPECTとアパシーの評価尺度を用いた研究⁵⁾がある。それによると、NPIのアパシーの下位項目と、Apathy Inventory¹⁹⁾のうち発動性の低

下が両側線条体のドーパミントランスポーター取り込みと関連していた。線条体は皮質からの情報入力を受けて視床を通過して主に前頭葉皮質に投射しており、前頭葉機能低下との関連が示唆されている⁵⁾。

V. 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLN) におけるアパシー

FTLDにおいてもアパシーは頻度が高い症状であり、我々の集計では75.7%に及ぶ患者において出現している(図2)。Eslingerら⁶⁾による、FTLDのアパシーをApathy Evaluating Scale (AES)¹⁴⁾を用いて評価したvoxel-based morphometry研究では、アパシーは右半球の尾状核の頭部を含む線条体領域、中および下側頭回の後方領域などとの関連があり、左半球では関連部位は検出されなかったと報告されている。その中で、FTLDにおいてはアパシーが強くないほど、社会的認知が保たれていることが示されており、近年着目されている心の理論をはじめとする社会的認知能力の低下にアパシーが関わっていることが示唆されている。

VI. ま と め

四大認知症性疾患におけるアパシーについて概

説した。認知症性疾患において、アパシーはほとんどすべての疾患に出現する頻度の高い症状である。うつとの鑑別は薬物療法を含む治療方針を決定する上で重要である。アパシーは発動性の低下、興味関心の減少、情動の鈍化の3つの次元により評価され、臨床像がケースによってやや異なる場合もある。また、臨床的に経験することだが認知機能低下の自覚のある患者が、失敗をおそれ引っ込み思案になり実際の能力にしては社会参加が減少している例も少なくない。このようにアパシーの病態には不均一さがあり、今後さらに病態の解明が進み新たな知見が得られることが期待される。

文 献

- Berridge, K.C. : Comparing the emotional brains of humans and others animals. In : (eds.), Davidson, R.J., Scherer, K.R. and Goldsmith, H.H. *Hand Book of Affective Sciences*, Oxford University Press, New York, p.25-51, 2003.
- Boublay, N., Schott, A.M. and Krolak-Salmon, P. : Neuroimaging correlates of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease : a review of 20 years of research. *Eur. J. Neurol.*, 23 ; 1500-1509, 2016.
- Boyle, P.A. and Malloy, P.F. : Treating apathy in Alzheimer's disease. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 17 ; 91-99, 2004.
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K. et al. : The Neuropsychiatric Inventory : Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44 ; 2308-2314, 1994.
- David, R., Koulibaly, M., Benoit, M. et al. : Striatal dopamine transporter levels correlate with apathy in neurodegenerative diseases : A SPECT study with partial volume effect correction. *Clin. Neurol. Neurosurg.*, 110 ; 19-24, 2008.
- Eslinger, P.J., Moore, P., Antani, S. et al. : Apathy in frontotemporal dementia : behavioral and neuroimaging correlates. *Behav. Neurol.*, 25 ; 127-136, 2012.
- Ikeda, M., Fukuhara, R., Shigenobu, K. et al. : Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community : findings from the first Nakayama study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 75 ; 146-148, 2004.
- 池田学 : 老年期のうつ病—認知症との関係を中心に—, 神庭重信, 黒木俊秀編 : 現代うつ病の臨床, 創元社, 大阪, p.245-256, 2009.
- 城野匡, 池田学 : 高齢者のうつ病とその周辺—高齢者のうつ病とアパシー—. *老年精神医学雑誌*, 19 ; 420-427, 2008.
- 小林祥泰 : 血管性認知症のリスクと早期診断. 認知症の予防と治療 (平成18年度業績集), 長寿科学振興財団, 愛知/東京, p.147-154, 2007.
- Landes, A.M., Sperry, S.D., Strauss, M.E. et al. : Apathy in Alzheimer's disease. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 49 ; 1700-1707, 2001.
- Levy, M.L., Cummings, J.L., Fairbanks, L.A. et al. : Apathy is not depression. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 10 ; 314-319, 1998.
- Marin, R.S. : Apathy : a neuropsychiatric syndrome. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 3 ; 243-254, 1991.
- Marin, R.S., Biedrzycki, R.C. and Firinciogullari, S. : Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatr. Res.*, 38 ; 143-162, 1991.
- Marshall, G.A., Fairbanks, L.A., Tekin, S. et al. : Neuropathologic correlates of apathy in Alzheimer's disease. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 21 ; 144-147, 2006.
- Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S. et al. : The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *J. Affect. Disord.*, 176 ; 56-60, 2015.
- Mori, T., Shimada, H., Shinotoh, H. et al. : Apathy correlates with prefrontal amyloid β deposition in Alzheimer's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 85 ; 449-455, 2014.
- Okada, K., Kobayashi, S., Yamagata, S. et al. : Post-stroke apathy and regional cerebral blood flow. *Stroke*, 28 ; 2437-2441, 1997.
- Robert, P.H., Clairet, S., Benoit, M. et al. : The apathy inventory : assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 17 ; 1099-1105, 2002.
- Rosen, H.J., Allison, S.C., Schauer, G.F. et al. : Neuroanatomical correlates of behavioural disorders in dementia. *Brain*, 128 ; 2612-2625, 2005.
- Starkstein, S.E., Mayberg, H.S., Preziosi, T.J. et al. : Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 4 ; 134-139, 1992.
- Starkstein, S.E., Fedoroff, J.P., Price, T.R. et al. : Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*, 24 ; 1625-1630, 1993.
- Starkstein, S.E., Petracca, G., Chemerinski, E. et al. : Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry*, 158 ; 872-877, 2001.
- Tekin, S., Mega, M.S., Masterman, D.M. et al. : Orbitofrontal and anterior cingulate cortex neurofibrillary tangle burden is associated with agitation in Alzheimer disease. *Ann. Neurol.*, 49 ; 355-361, 2001.
- Zhang, L., Zhou, F.M. and Dani, J.A. : Cholinergic drugs for Alzheimer's disease enhance in vitro dopamine release. *Mol. Pharmacol.*, 66 ; 538-544, 2004.