

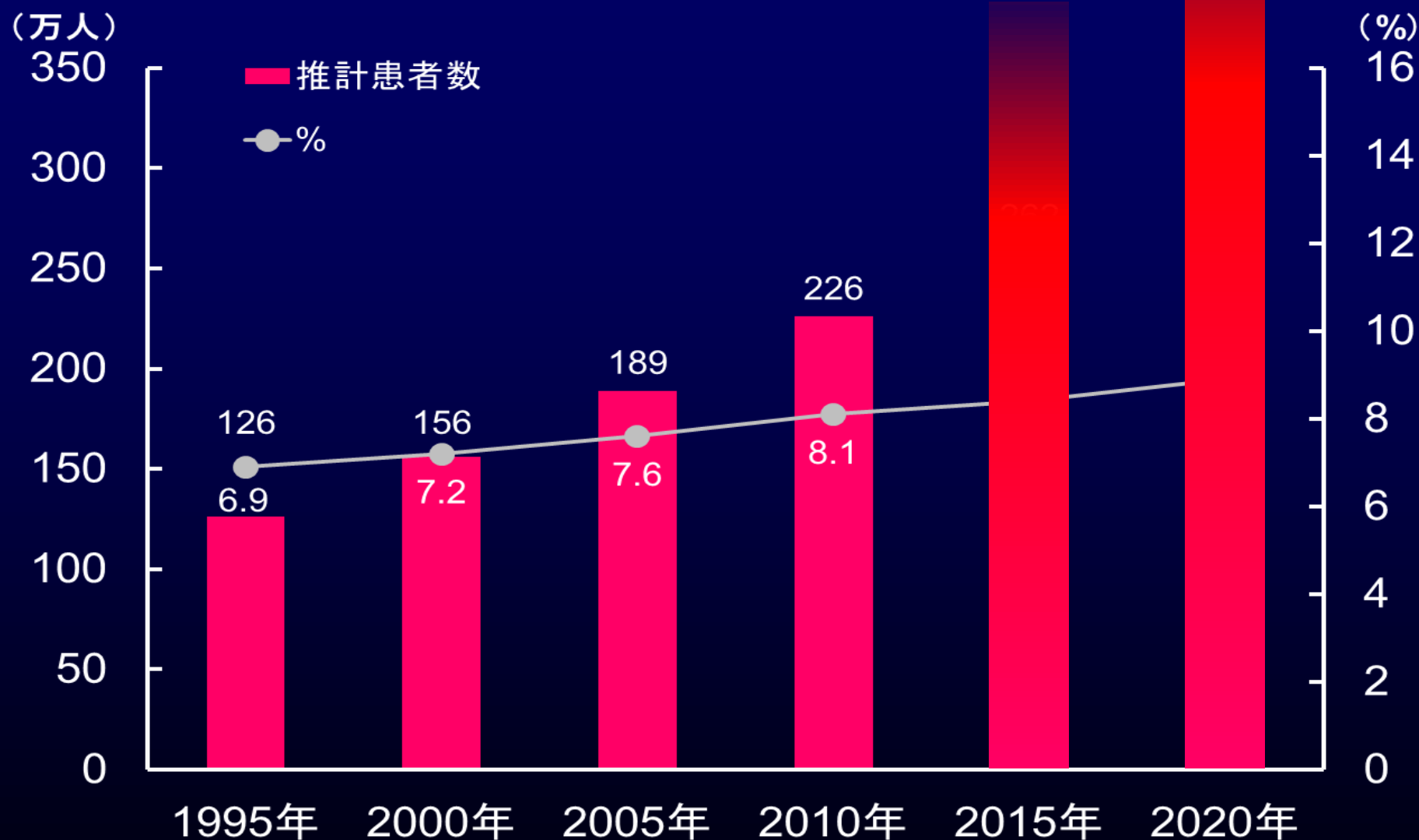
認知症に関わる睡眠の問題

熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学
池田 学

本日の内容

- 熊本県の認知症医療の実態
- 認知症とせん妄
- 認知症と向精神薬の使用状況
- レビー小体型認知症と睡眠障害

認知症を有する高齢者人口の推移



%は65歳以上の高齢者人口に対する認知症高齢者の出現率

厚生省「1994年 痴呆性老人対策に関する検討会報告」

認知症を有する高齢者人口の推移：

【説明】

このグラフは、長年にわたって認知症施策の根拠となり、教科書にもしばしば掲載されてきたので、ご存知の方も多いと思います。この推計グラフによりますと、現在日本における認知症者の数は、240万人-250万人と推定されていました。ところが、最近筑波大学精神科の朝田教授を研究班長として実施された認知症有病率調査で認知症者の数ははるかに多いという結果が提出され、平成23年度から都市部におけるデータを筑波大学、九州大学、熊本大学で追加して検討してみましたが、400万人を越えるという結果になりました。したがって、これまで従来の推計値を基に整備してきた社会資源や中心的に関わる医師やスタッフの数が、まったく足りていないという現場の実感とはよく一致した結果といえるかもしれません。このように、10年以上前の推計値と現在の患者数が大幅に異なり、サービスや専門職の増加が喫緊となっている精神疾患としては、この認知症以外に発達障害やうつ病があげられるかと思います。

認知症疾患医療センターの役割

1. 正確な早期診断
2. 的確な治療・介護計画の立案（早期対応）
3. 精神症状や行動障害（BPSD）の治療
4. 身体合併症への対応
5. 地域連携の構築

認知症疾患医療センターの役割:

【説明】

したがって、熊本モデルの特にユニークな点は、専門医療機関の地域偏在の解消を目指していることと、この連携システムを使って認知症にかかわる専門職の人材育成を行おうとしている点かと思います。

全国有数の長寿県

熊本県人口:181万人

熊本市人口:73万人

面積:7400km²

高齢化率:26.4%(H24)

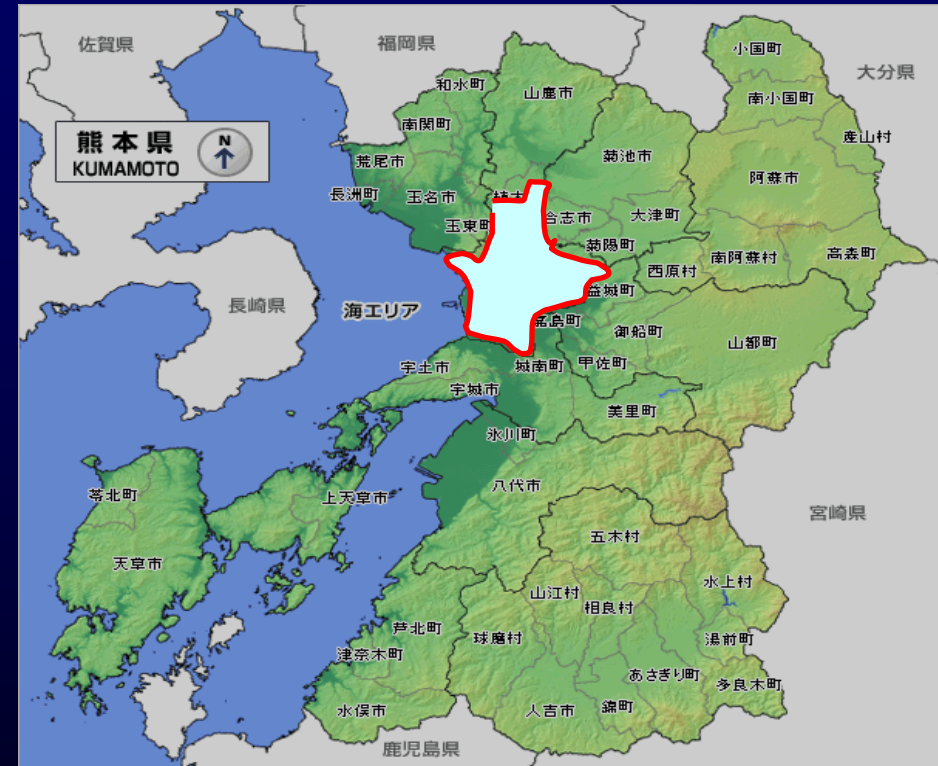
平均寿命:男性80.29歳(4位)

女性86.98歳(4位)

(H22国勢調査の基礎データ)

認知症高齢者数:約5.5万人

地域生活支援センター:81箇所



全国有数の長寿県:

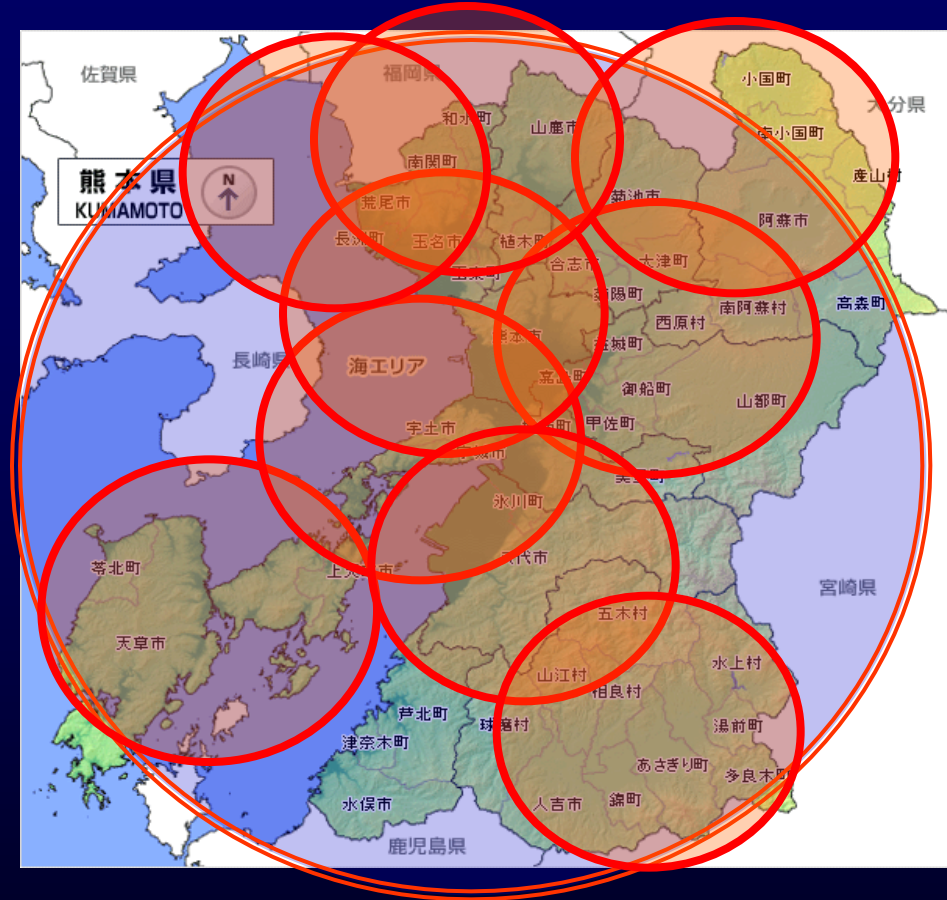
【説明】

まずはじめに、熊本県についてですが、熊本県は九州本島のほぼ中心に位置する県であり、西は有明海・八代海に面しており、周囲を九州山地をはじめとする山々に囲まれている自然豊かな県です。県全体の人口は約181万人で、昨年4月に熊本市が政令指定都市へ移行しています。

65歳以上の人口の割合を示す高齢化率は26.4%と全国平均を上回っており、平均寿命も男女とも4位と全国有数の長寿県と言えます。

認知症高齢者数も約5.5万人と推計され、地域の核となる地域包括支援センターは81箇所整備されています。

“熊本モデル”誕生



利用者の利便性、センターの負担軽減のために複数設置
一定水準以上の専門医療の提供するために、基幹型の設置

“熊本モデル”誕生：

【説明】

次に認知症疾患医療センター“熊本モデル”といわれる独自のシステムを紹介していきたいと思います。認知症疾患利用センターの整備については、先ほどお話ししたように、全国に150か所程度の設置が計画されており、熊本県にあてはめた場合2か所に認知症疾患医療センターが設置される予定でした。しかし熊本県の現状（今後の認知症高齢者の増加や地理的状況）を考えた場合、利用者の利便性や1ヶ所あたりのセンターの負担を軽減するために、センターを複数設置した方が望ましいと考えられました。しかし複数設置した場合、地域拠点型センターが総合病院ではないことから、身体合併症対応や高度検査機能をもたないなどの問題があげられます。そこで、地域拠点型センターをカバーする役割で基幹型センターを熊本大学病院に設置することで、一定水準以上の認知症医療が提供できるのでは考えました。これが基幹型センターと地域拠点型センターとからなる二層構造の“熊本モデル”誕生のきっかけです。

熊本県認知症疾患医療センターの役割

1. 正確な早期診断
2. 的確な治療・介護計画の立案（早期対応）
3. 精神症状や行動障害（BPSD）の治療
4. 身体合併症への対応
5. 地域連携の構築
6. 専門医療機関の偏在解消
7. 人材育成

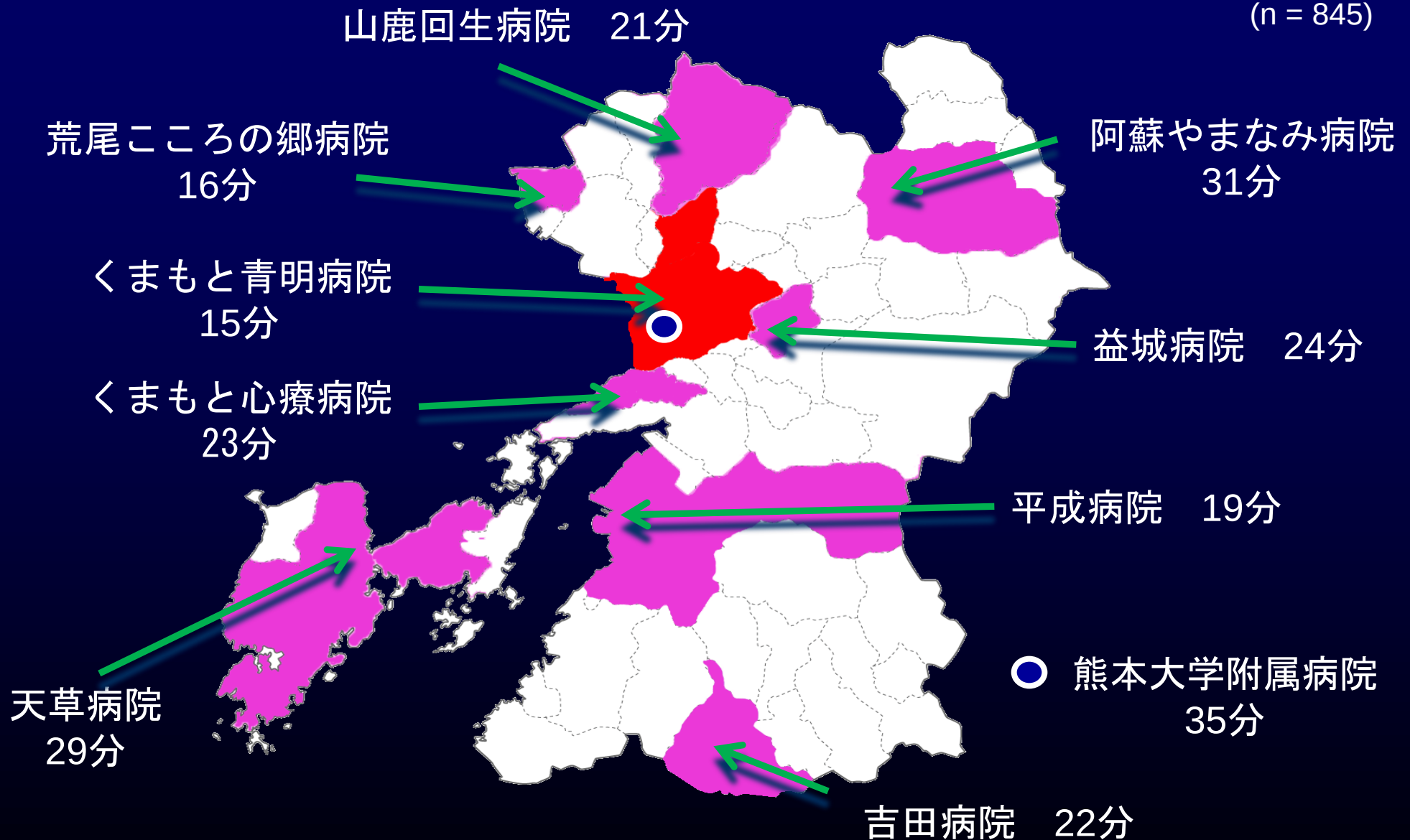
熊本県認知症疾患医療センターの役割:

【説明】

したがって、熊本モデルの特にユニークな点は、専門医療機関の地域偏在の解消を目指していることと、この連携システムを使って認知症にかかわる専門職の人材育成を行おうとしている点かと思います。

各認知症疾患医療センターへの平均通院時間

(n = 845)



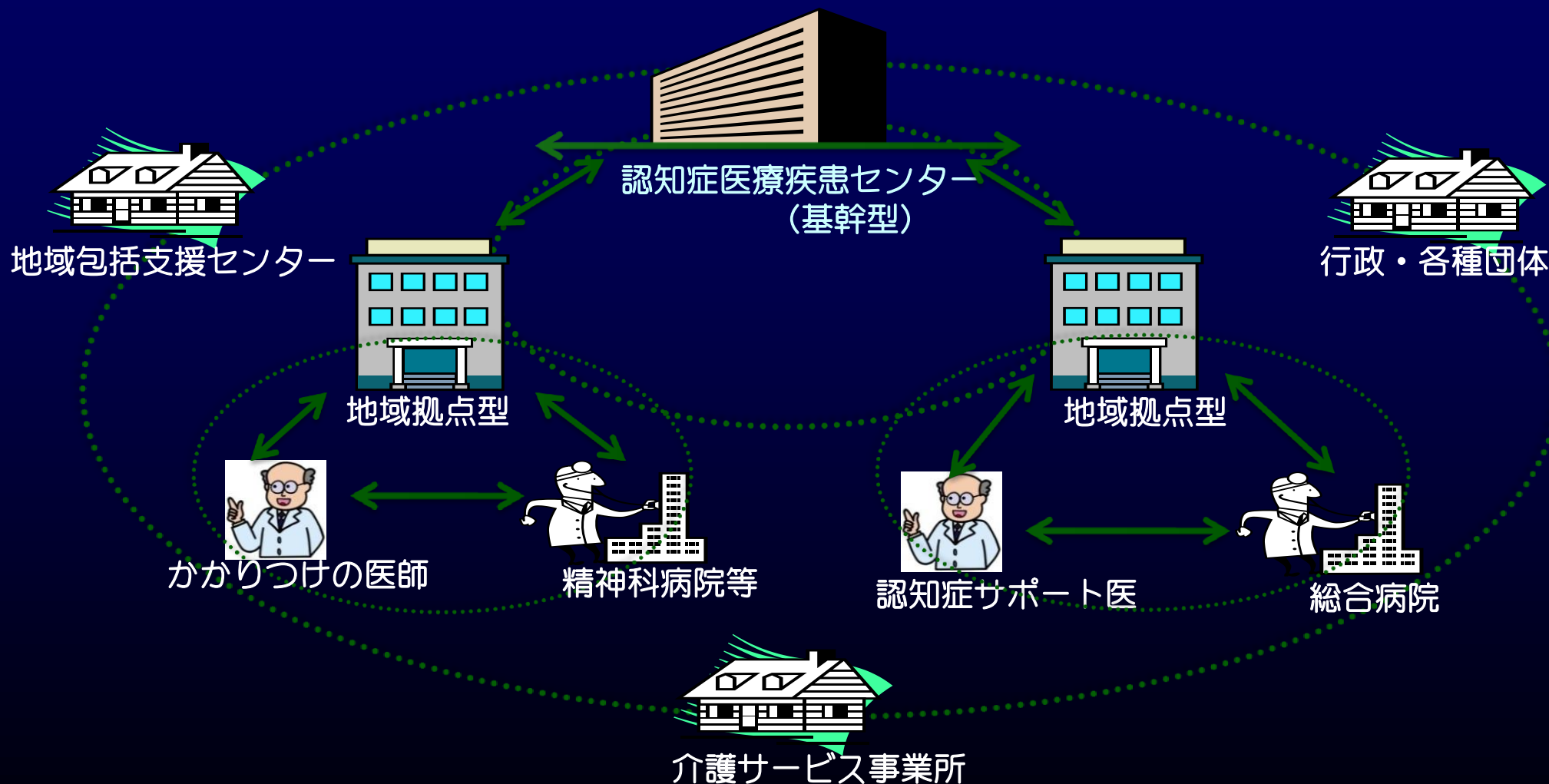
各認知症疾患医療センターへの平均通院時間：

【説明】

これは、一昨年（調査時：2012年）のある時点で、845名の外来患者の通院時間を調査した結果ですが、東京や大阪からの受診者もある大学を除けば、地域拠点型はほぼ30分以内の通院時間になっており、専門医療機関の地域偏在の解消については、通院時間という点からはまずまず目標は達成できていると思われます。

熊本県認知症疾患医療センターの整備について

地域での拠点機能を担う9つの「地域拠点型」と、県全体を統括する「基幹型」
(熊本大学附属病院)の2層構造として整備する。

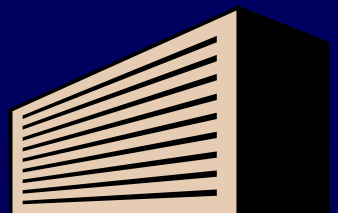


熊本県認知症疾患医療センターへの整備について:

【説明】

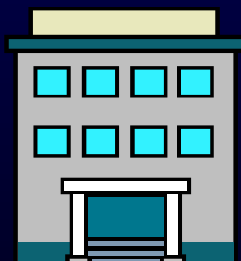
先ほど提示したような認知症医療の課題に対応するために、2008年から全国150か所を目処に国が整備を進めているのが、認知症疾患医療センターです。熊本県の人口は180万人で、人口比からは当初2か所のセンターの設置を県から相談されましたが、先に述べた患者数とサービスの不均衡、重度のBPSDや身体合併症を抱えた高齢者を移送することなどを鑑み、二次医療圏に一カ所程度の整備を県と共に国に逆提案し、半年間の交渉の後認められました。2009年から熊本大学神経精神科に設置された基幹型センターと当初7か所、現在は9か所の精神科病院に設置された地域拠点型センターの2層構造で、10か所のセンターが一体となって認知症疾患医療センターを運営しています。認知症医療の最前線に立つ地域拠点型センターは、それぞれの地域でかかりつけ医や総合病院、地域包括支援センターや介護施設と、各地域の特性を活かしたネットワークを構築しています。基幹型センターの大学は、鑑別困難例の重度合併症例などへの対応の他、研修や人材育成など教育機関としての特性を活かして各地域拠点型センターをバックアップしています。

地域拠点型への専門的支援



基幹型

- 緊急入院受入れ
(空床確保)
- 診断困難例
- 独居例



地域拠点型



若手医師

コメディカル

専門医を派遣

地域拠点型
センターの医師



認知症専門外来を展開

地域拠点型スタッフの専門技術の向上

地域拠点型への専門的支援:

【説明】

まずはじめに、地域拠点型センターへの専門的支援として、大学で教育を受けた専門医の派遣があります。

現在は、基幹型センターから専門医を週に一回6か所の地域拠点型センターに派遣し専門外来を展開しています。また、昨年4月からは2か所の地域拠点型センターに常勤医を派遣できるようになりました。

専門医の派遣には3つの大きな目的があり、まず熊本大学病院で教育を受けた専門医が若手の医師を連れて、現場で指導を行なうこと、それから、地域拠点型センターの医師に対するサポート、さらにコメディカルスタッフに対しても指導・教育を行なうことです。

この取り組みは、大学の若手医師だけでなく、地域拠点型センタースタッフの専門技術の向上につながるものです。

その他、地域拠点型センターへのサポートとして、基幹型センターに空床確保することで重篤な身体合併症のある患者の緊急入院の受け入れが可能となりました。

熊本県かかりつけ医認知症対応力向上研修

●受講要件：かかりつけ医認知症対応力向上研修（基礎編）を修了者

第1回（基礎編）

全国共通



第1回（ステップ編）



第2回（ステップ編）

県・基幹型共催（県独自）



県独自の修了書授与



県庁ホームページに
修了者名簿を掲載

■基礎編 36名受講（累計521名）
■ステップアップ編受講（累計189名）
H22年度：88名，H23年度：52名
H24年度：49名

●研修プログラム

- 第1回（ステップ編Ⅰ） 認知症の診断
- 第2回（ステップ編Ⅰ） 認知症の治療・ケア
- 第1回（ステップ編Ⅱ） 認知症のBPSDの薬物治療
- 第2回（ステップ編Ⅱ） 認知症診療の流れ



かかりつけ医を巻き込む工夫を：

【説明】

認知症者の数に比べて認知症専門医や認知症専門医療機関の数は全国的に充足していない状況にあり、地域で認知症者を支えていくには、かかりつけ医の積極的な関与が必要不可欠で、かかりつけ医の認知症診療の技術向上を図ることが重要です。そのような中2006年度より国が定めた要綱に基づいて、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業がスタートしていますが、熊本県では、さらに、かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講した認知症に関心の高いと思われるかかりつけ医に対して、基幹型センターがステップアップ編を企画し、2010年度より研修会を開催しています。これは、月曜夜の大学の講義室ですが、熱気に溢れています。研修内容はスライドに示す通りで、各年度1回目のステップアップ研修時にアンケート調査を行い、研修時に取り上げてほしい内容や疑問点を調査し、その内容に応える形で2回目のステップアップ研修を実施しています。研修対象者はかかりつけ医認知症対応力向上研修（基礎編）を終了し、さらにスキルアップを希望した医師で、毎年2回実施されるステップアップ編を受講した医師へは県知事名で修了証を授与し、県庁ホームページ等で修了者名簿を公表し広く住民に周知を図っています。すでに、189名のかかりつけ医が研修を終了しておられます。

認知症の専門医療の提供

* 2011年からは基幹型も含む10センターの合計件数

	2009. 12	2010. 12	2011. 12	2012. 12
1. 相談件数 (訪問も含む)	143件	471件	571件	578件
2. 新規患者数	106件	203件	223件	194件
3. 外来受診件数	2777件	3200件	3876件	3982件
4. 入院件数 (うち基幹型件数)	40件	43件 (14件)	59件 (14件)	65件 (25件)

2013年度 1センターあたりの件数(1ヶ月)
相談61.4件 新規患者22.4人 再来患者270.5人

熊本県認知症コールセンター(活動実績)

家族交流会



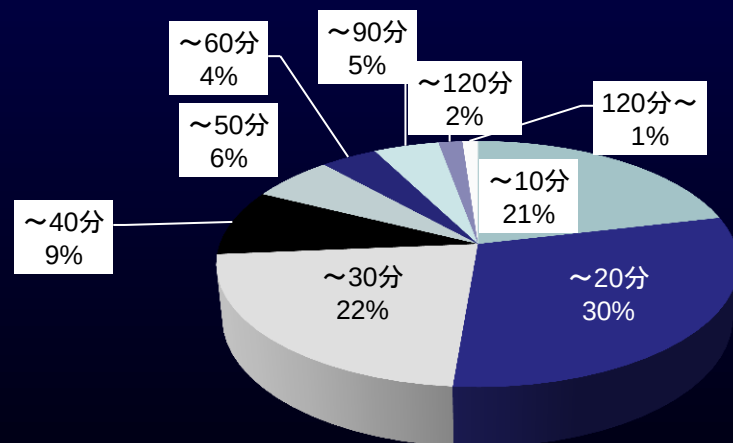
★活動内容

- ・ 電話相談
- ・ 家族交流集会：40回(毎月2回)
- ・ 若年期認知症の集いを定期的開催

過去の相談件数



1回あたりの相談時間



火の国あんしん受診手帳(連携パス)

■効果1

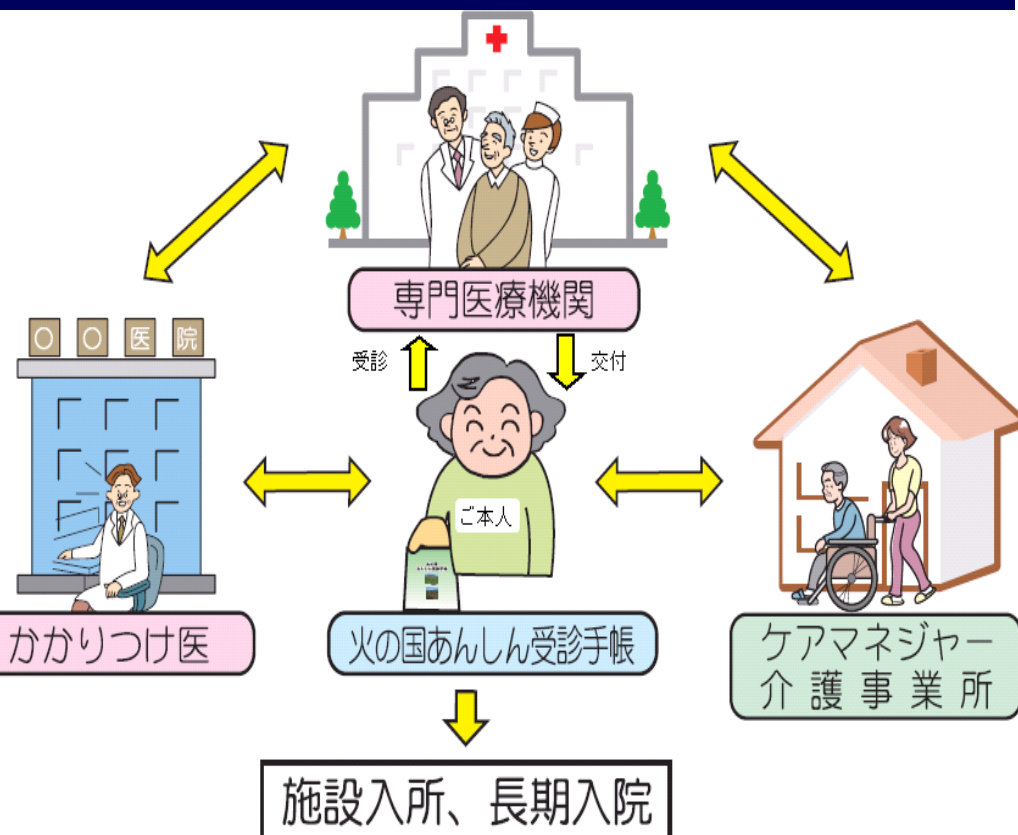
診療情報の共有による適切な医療の提供

■効果2

医療機関相互、医療と介護の連携強化

■効果3

介護施設におけるより適切なケアの提供
(服薬管理含む)



医療・介護連携のための

**火の国
あんしん受診手帳**



© 2010 熊本県くまモン

熊本県認知症疾患医療センター

医師記入

先生が記入してください

認知症機能評価スケール

(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30
(年 月 日)	MMSE	/30	HDS-R	/30

参考となる指標

(MMSE)

19～23 軽度	10～18 中等度	9 以下 重度
----------	-----------	---------

(HDS-R) 重症度別平均点

非認知症	24.3±3.9点	軽度	19.1±5.0	中等度	15.4±3.7
やや高度	10.7±5.4	非常に高度	4.0±2.6		

※高齢者のための知的機能検査の手引きより引用

認知症診断名

診 断 名		確定・疑い	診断日	年	月	日
		確定・疑い	診断日	年	月	日
		確定・疑い	診断日	年	月	日

時系列で経過
を確認できる

認知症の診断
日と病名が確認
できる

医師記入

先生が記入してください

お薬情報

現在服用中のお薬を記入してください。（お薬手帳などに記載・添付されている情報書などお薬に関する資料を添付されても構いません。）

例）アリセプト（5mg）1錠 朝食後 平成20年3月から もの忘れに対して } 熊大病院
アダラートL（10mg）1錠 朝食後 平成18年5月から 高血圧症に対して }

薬品名	用量・投与法	いつから	何に対して	医療機関名

（変更があれば加筆してください）

治療効果・副作用 （中止理由、変更理由もお書きください。）

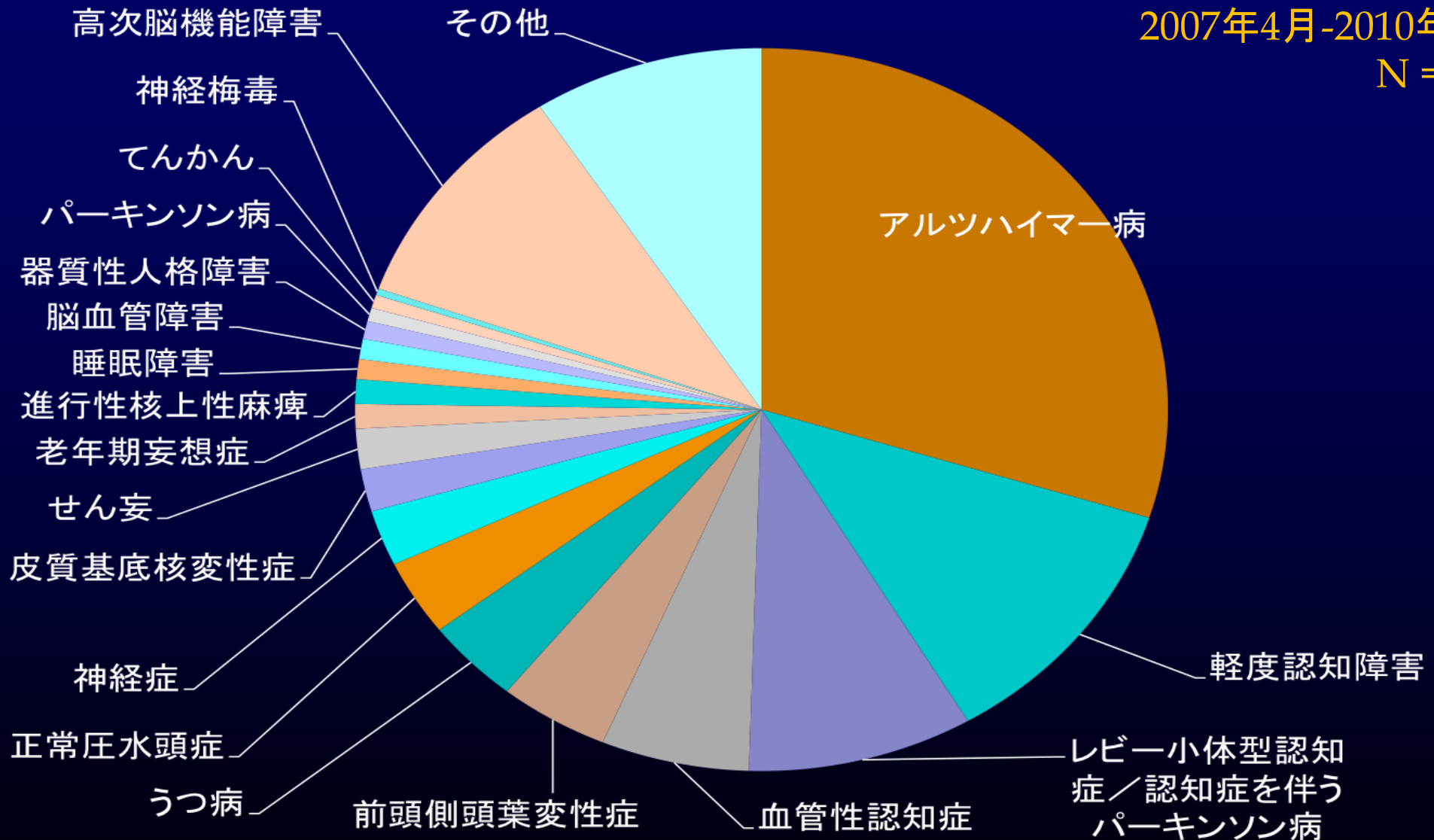
--

処方薬が何の目的
で、いつから処方
されているが一目で
わかる

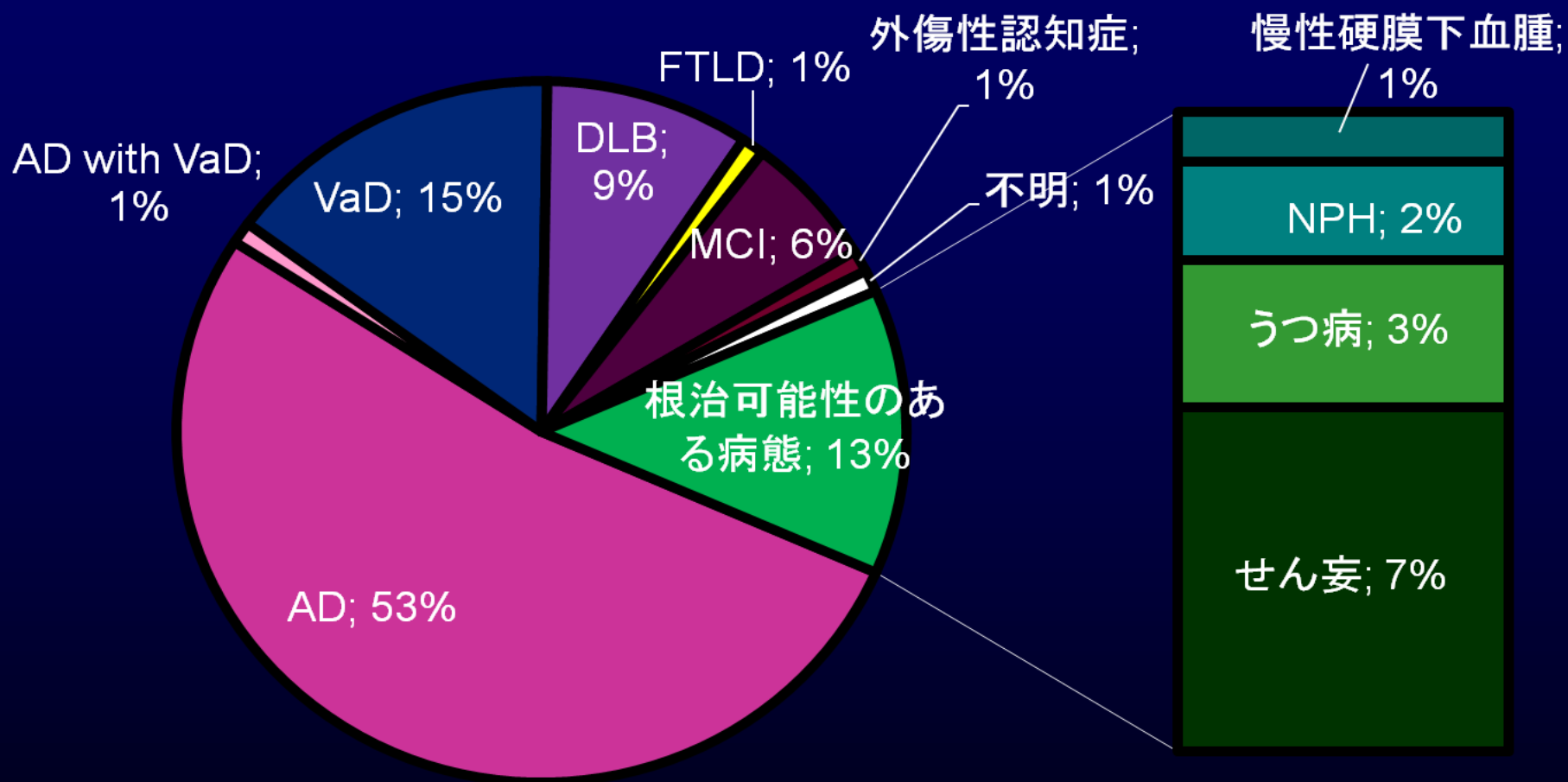
治療効果や副作用の
確認

熊本大学神経精神科専門外来受診患者の診断内訳

2007年4月-2010年9月
N = 975



精神科病院専門外来初診連続100例の診断内訳



精神科病院の専門外来連続50症例における「せん妄」

せん妄例: 19/50 (38%)

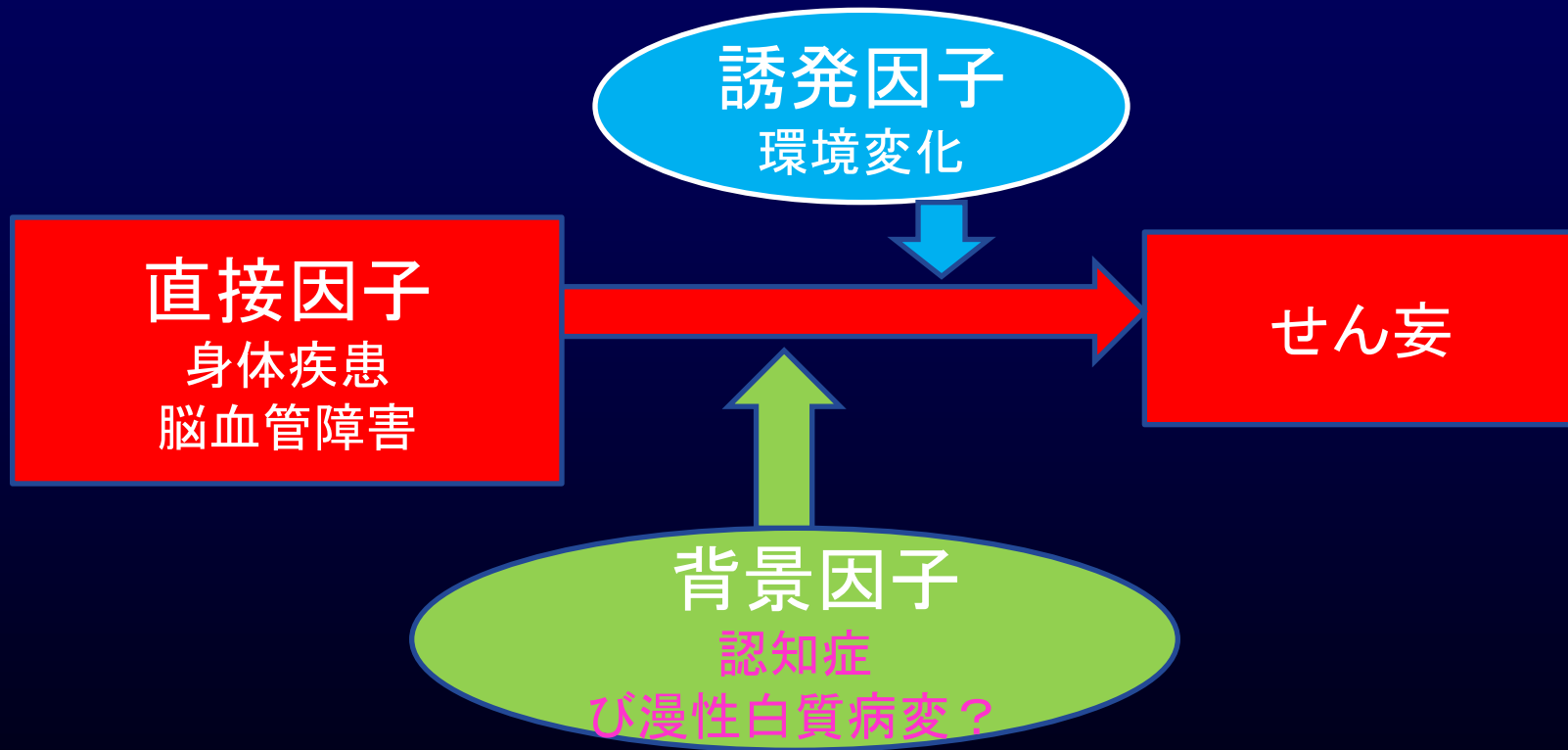
せん妄のみ : 6/19

せん妄＋認知症: 13/19

主たる要因

昼夜逆転	8
薬剤誘発性	4
服薬遵守の障害	4
アルコール	2
身体疾患	1
不明	1

せん妄



せん妄:

【説明】

現在、老年精神医学領域で重要な3大病態として、3Dが挙げられており、なかでも、せん妄はこの図のように、必ず直接因子が関与しており、その原因を同定して、適切に対応すれば治すことのできる病態でもあり、老年精神医学に関わる医療者にとって、せん妄の知識とその対応は必須のものと言われるようになっていきます。

背景因子、誘発因子が著明なほど、せん妄を誘発しやすいと考えられており、背景因子の代表は認知症で、誘発因子の代表は入院といった環境変化です。認知症の患者が、身体疾患の加療のために入院しなければならない場合、せん妄を惹起しやすく、精神科リエゾンコンサルテーションの分野では、予防から治療まで対応法の検討は近年のトピックとなっています。

Topic 1：認知症とせん妄

- 認知症とせん妄は深く関連していると推察されているが、包括的な疫学研究は少ない
 - ☆認知症患者のせん妄の有症率は、調査対象により22%から89%と異なり、外来患者での報告例はない
- 認知症外来患者を対象とした認知症の原因疾患別のせん妄の有症率を調査し、あわせて、脳血管障害の併存との関連を検討した

Topic 1 認知症とせん妄

【説明】

このように、認知症とせん妄は深く関連していると推察され、認知症患者が入院すればせん妄を惹起する可能性が高いのですが、包括的な疫学調査は少ない状態です。認知症患者のせん妄の有症率は地域居住、入院患者、救急入院患者といった調査対象でおこなわれており、結果は22から89%と大きく異なっていますが、外来患者での報告例がありません。外来認知症患者で疫学調査を行い、認知症の原因疾患別のせん妄頻度がわかれば、入院前にせん妄リスクをマネジメントし予防計画を立案できます。また、入院認知症患者に重なったせん妄では、認知機能低下や生活機能低下、再入院のリスク、死亡率への影響があると報告があります。外来通院患者においても、せん妄が併存することで生活機能低下や行動障害などのBPSDを増悪させているのであれば、せん妄を正確に診断し治療することで、すみなれた環境で生活することが可能となり、介護負担軽減にも寄与すると考えられます。そこで、臨床現場に反映できるエビデンスを得るために、認知症外来患者を対象とした認知症の原因疾患別のせん妄の有症率を調査しました。あわせて、神経変性認知症と脳血管障害の併存との関連、認知機能・日常生活動作・BPSDの評価も行いました。

方法

- ・ 期間：2010年4月～2011年9月
- ・ 対象：精神科病院認知症専門外来初診連続例 261名
(認知症疾患医療センター 地域拠点型)
- ・ 認知症の診断基準 (DSM-III-R) を満たさないもの、
同意のとれないものは除外
- ・ せん妄の診断：DSM-IV-TR, 重症度：DRS-R 98
- ・ 脳血管障害の病型診断：患者情報を知らない専門医がCTで
- ・ 認知機能： Mini Mental State Examination (MMSE)
- ・ ADL： Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
- ・ BPSD： Neuropsychiatric Inventory (NPI)

方法

【説明】

2010年4月から2011年9月に、単科精神科の認知症専門外来を初診した261名の連続例を対象としました。

DSM-ⅢRの認知症の診断基準を満たさないものと同意のとれなかった1例は除外し、206名がサンプリングされました。

せん妄の診断はDSM-Ⅳ-TRでおこない、直接因子が同定できたものを集計し、重症度はDRS-R98を使用しました。

せん妄の有症率調査にあわせて、認知機能をMMSE、日常生活動作をPSMS、認知症の行動および精神症状であるBPSDをNPIで評価しました。

臨床背景および日常生活障害と BPSDの評価

	全患者 (n = 206)	せん妄なし (n = 166)	せん妄あり (n = 40)	p値
年齢 (SD)	81.4 (6.0)	81.0 (6.1)	82.8 (5.3)	0.090
男性 (%)	64 (31.1)	54 (32.5)	10 (25.0)	0.356
教育年数 (SD)	8.5 (2.1)	8.5 (2.2)	8.3 (1.8)	0.540
認知機能 MMSE (SD)	15.9 (6.0)	16.1 (6.0)	14.7 (6.1)	0.162
脳血管障害 (%)	94 (45.6)	68 (41.0)	26 (65.0)	0.006*
せん妄重症度 DRS-R98 severity (SD)	10.8 (5.4)	8.9 (3.4)	18.5 (5.0)	<0.001*
日常生活動作 PSMS (SD)	4.0 (1.9)	4.2 (1.9)	3.3 (2.1)	0.013*
BPSD NPI (SD)	11.1 (12.4)	9.8 (11.2)	16.2 (15.7)	0.019*

*p < 0.05 t検定 or χ^2 検定

臨床背景および日常生活障害とBPSDの評価

【説明】

単科精神科を受診する外来患者の平均年齢は81.4歳と高齢で、認知機能を示すMMSEは15.9で、中等度の認知症の患者を対象としていました。

対象者は、せん妄のあり、なしでは、年齢、性別、教育年数、認知機能に統計学上の有意差はみとめられませんでした。

しかし、脳血管障害があるものは、せん妄なしで41%であったのに対し、せん妄ありでは65%であり、せん妄あり群で有意に脳血管障害を併存していました。

せん妄の重症度はせん妄あり群で有意に高いといった当然の結果が得られ、DRS-R98という汎用されているスケールは認知症に重なったせん妄でも有用であることが示唆されました。

また、認知症にせん妄が併存していると、日常生活動作が低下し、BPSDが重篤に評価されていました。せん妄を正確に診断し、加療すれば、これらの症状が改善されると示唆されます。

認知症原因疾患別せん妄有症率

Hasegawa N, et al. Inter Psychogeriatr 2013

診断	全患者 (n = 206)		せん妄患者 (n = 40)		せん妄有症率 (19.4%)
	n	%	n	%	%
アルツハイマー病	129	62.6	19	47.5	14.7
脳血管性認知症	32	15.5	11	27.5	34.4
レビー小体型認知症	22	10.7	7	17.5	31.8
前頭側頭葉変性症	5	2.4	0	0	0
その他	18	8.7	3	7.5	16.7

認知症原因疾患別せん妄有症率

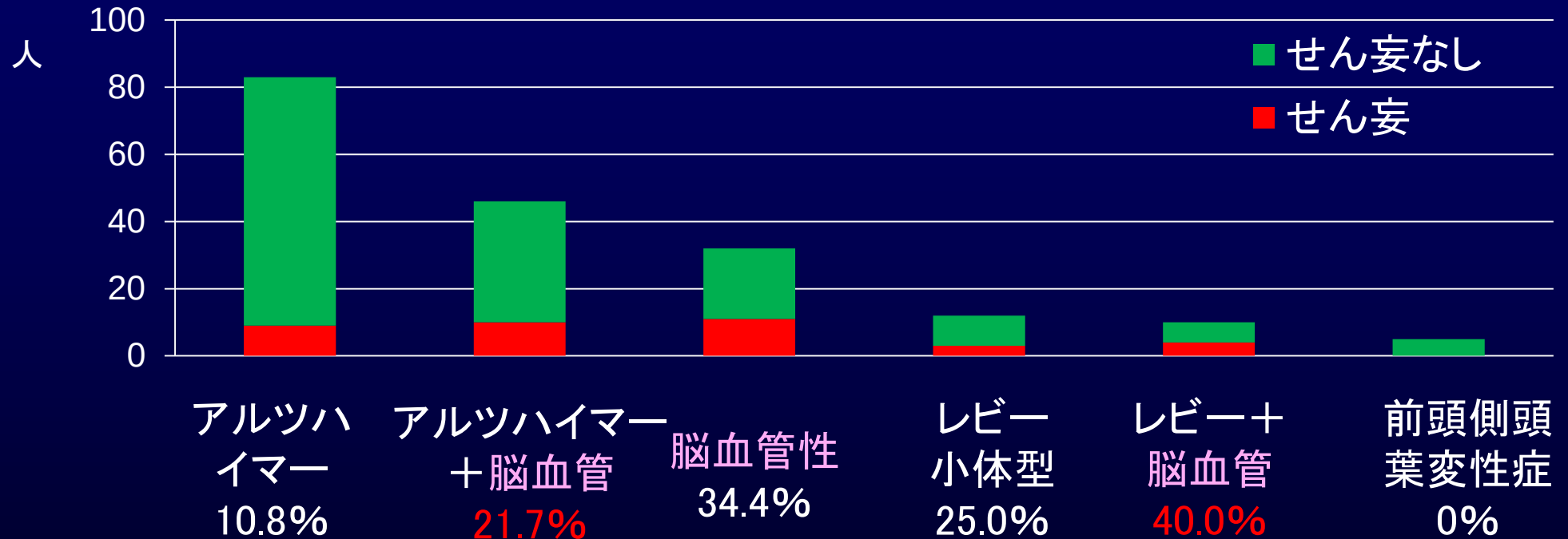
【説明】

認知症外来患者のせん妄は、206名中40名で認められ、19.4%の有症率でした。原因疾患別では、アルツハイマー型認知症で14.7%であったのに対し、脳血管性認知症で34.4%、レビー小体型認知症で31.8%と高率で、前頭側頭葉変性症では、せん妄はみとめられませんでした。このように、原因疾患別でせん妄の有症率は異なりました。

せん妄の有無と脳血管障害の病型

	CVD without delirium (N=68)	CVD with delirium (N=26)
Multiple lacunar infarcts	4	5
Leukoencephalopathy	39	10
Lacunars + leukoencephalo	13	7
Multiple infarcts	3	1
Strategic single infarct	8	1
Large cortical infarcts	1	2
Cerebral hemorrhage	0	0
Subarachinoid hemorrhage	0	0

脳血管障害併存のせん妄有症率が高い



Fisher直接確率 $p=0.033$

脳血管障害併存のせん妄有症率は高い

【説明】

脳血管障害が併存している場合の結果です。

アルツハイマーのみでは10.8%に対し、それに脳血管障害が併存すれば、せん妄は21.7%となり、レビーでも同様の結果で、神経変性認知症に合併するとせん妄の有症率が増加していました。

過去の研究で、入院のせん妄患者において、変性認知症26%に対して、血管性は52%という報告があり、外来例と同様の結果を示していることから、血管障害を指摘されている認知症患者の場合、あらかじめせん妄惹起の可能性を想定し、予防計画を立案し介護者教育ができる可能性が示唆されます。

今回の結果から、認知症の原因疾患と脳血管障害の併存の有無を明らかにすることで、せん妄の予防的介入を行うことができると考えられます。

考察

- ・ 認知症の原因疾患によってせん妄の有症率は異なっていた。すなわち、ADの14.7%, VaDの 34.4%, DLBの31.8%にせん妄を認めたが、FTLDには認めなかった。
- ・ 神経変性性認知症におけるせん妄は、脳血管障害の併存が関連していることが示唆された(CVDを併存するADならびにDLBでは、併存しない例と比較してせん妄の出現率は1.6倍以上)。
- ・ せん妄を伴った認知症患者の場合、日常生活動作が低下し、BPSDがより重篤であることが示唆された。

考察

【説明】

認知症外来患者において、認知症の原因疾患によってせん妄の有症率は異なり、神経変性認知症に脳血管障害の併存が関連していることが示唆されました。

この結果から、せん妄を惹起しやすい群がしぼられるため、該当する患者とその介護者を重点において、せん妄の病態説明と対応、予防策を提案できます。

そして、せん妄を伴った認知症患者の場合、日常生活動作が低下し、BPSDがより重篤であることが示唆されました。

せん妄による行動精神障害は治療可能であり、せん妄を見落とさず診断し加療すれば、うわのせされた部分の改善が見込めます。

疫学調査からのエビデンスのみでは、まだ臨床に活用できる段階ではありませんが、今後も、総合病院や地域といった調査の対象を広げて、予防的介入を実施し、日常臨床に応用できる継続的・縦断的な認知症とせん妄の研究を行いたいと考えております。

Topic 2 : 認知症専門外来初診患者の 向精神薬の使用状況

期間 : 平成25年4月1日～平成26年3月31日

対象 : 精神科病院認知症専門外来

(認知症疾患医療センター地域拠点型)

初診連続例

MMSE、GDS、NPIを施行された172例

- 男性44名、女性128名
- 平均年齢 81.0歳、平均MMSE 18.4

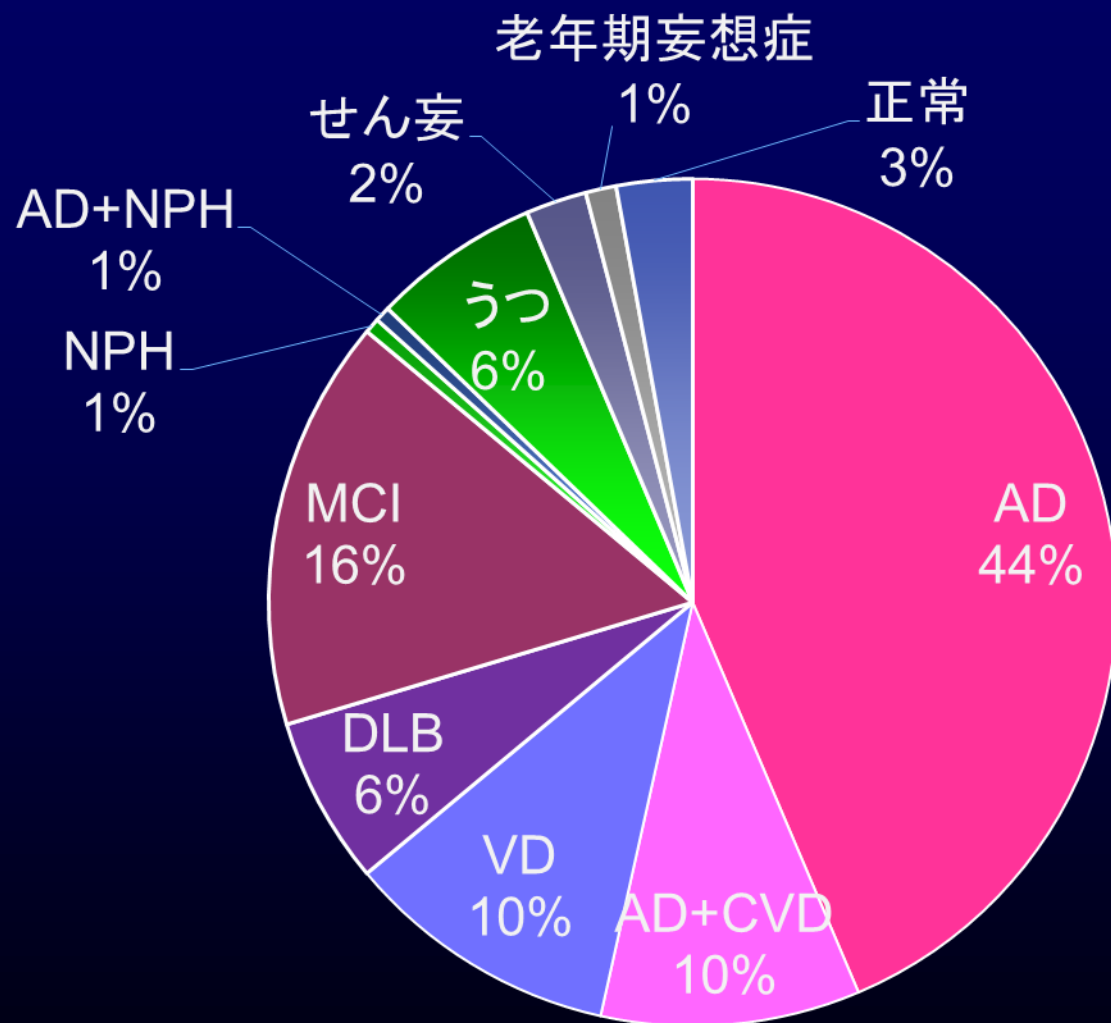
Topic 2 認知症専門外来初診認知症専門外来初診患者の向精神薬の使用状況

【説明】

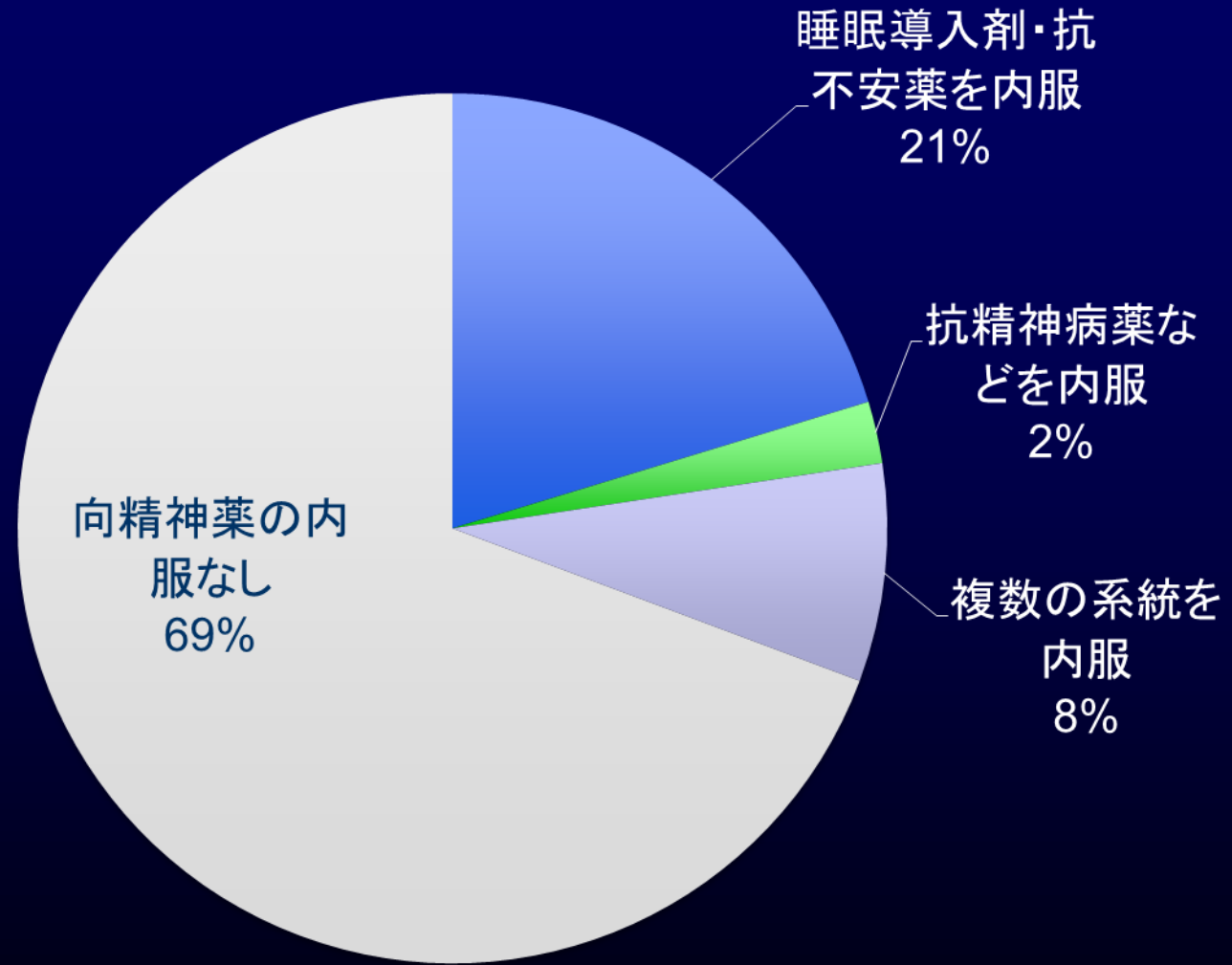
高齢になるほど不眠が増え、日本ではその大部分は睡眠薬や向精神薬で対応されていると思われますが、認知症においても睡眠の問題は本人のみならず、介護者にとっても大きな負担となります。認知症患者に対して、そういった薬物での対応により、夜間の転倒、昼間の傾眠、昼夜逆転、せん妄などが起こりやすいことがわかっていますが、実際にどういった薬物を用いられているかはこれまで検討されていません。

そこで、認知症外来患者を対象に病型別の睡眠問題の有症率、すでに向精神薬を処方されている患者の割合、その内容について調べ、初診後もその薬剤を継続する必要があったかどうかについて検討しました。

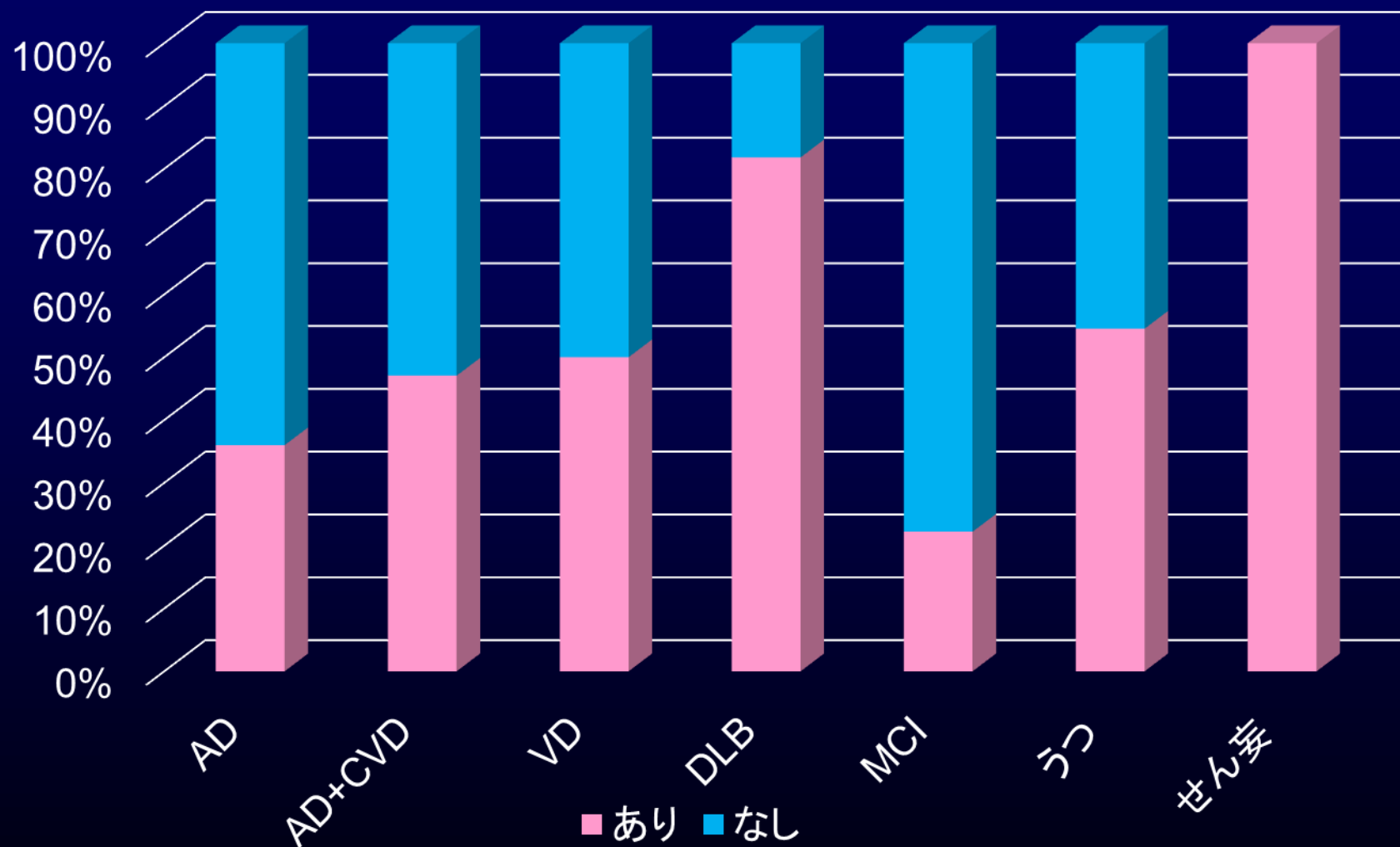
初診患者172例の診断内訳



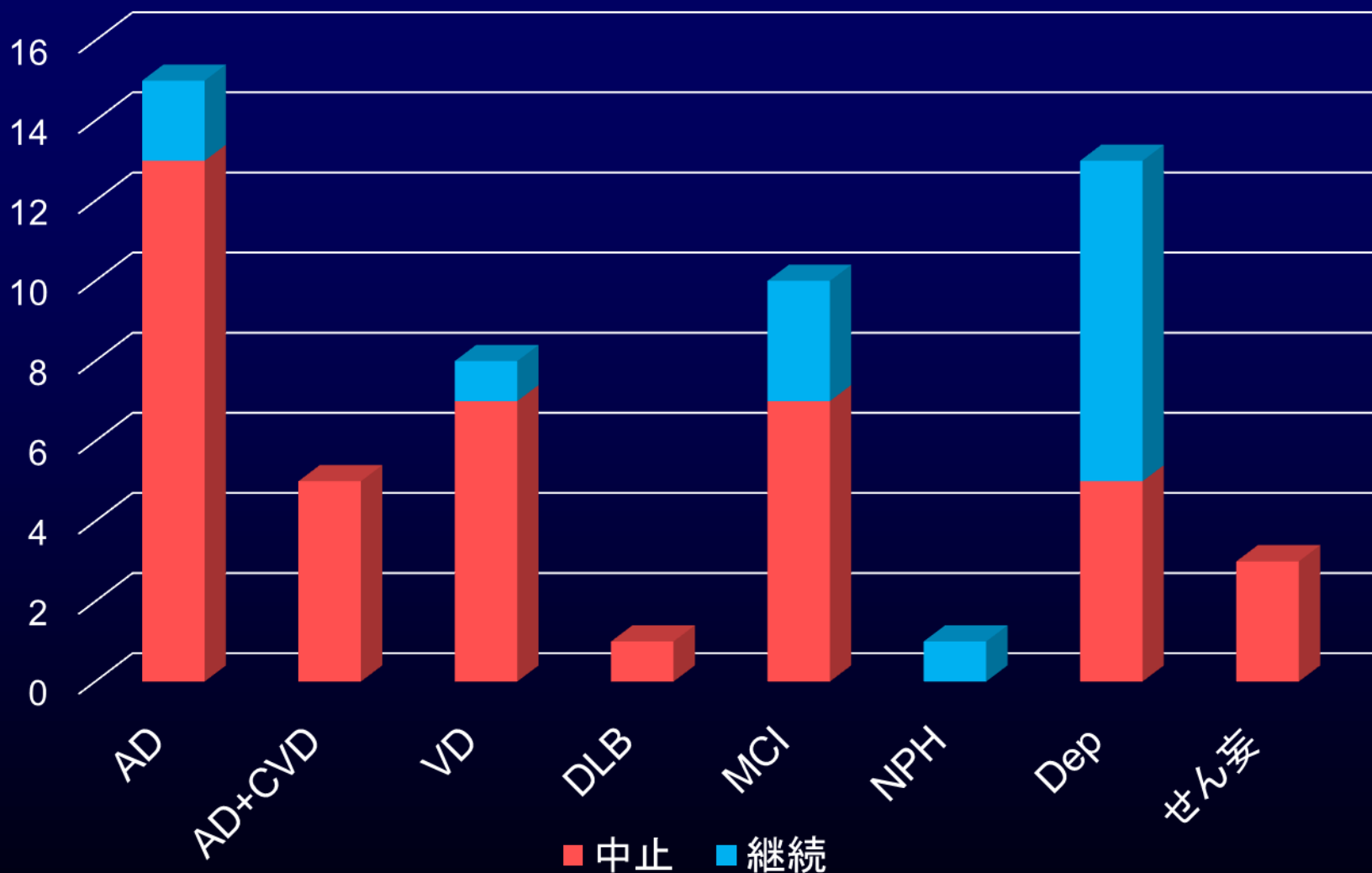
向精神薬の内服状況



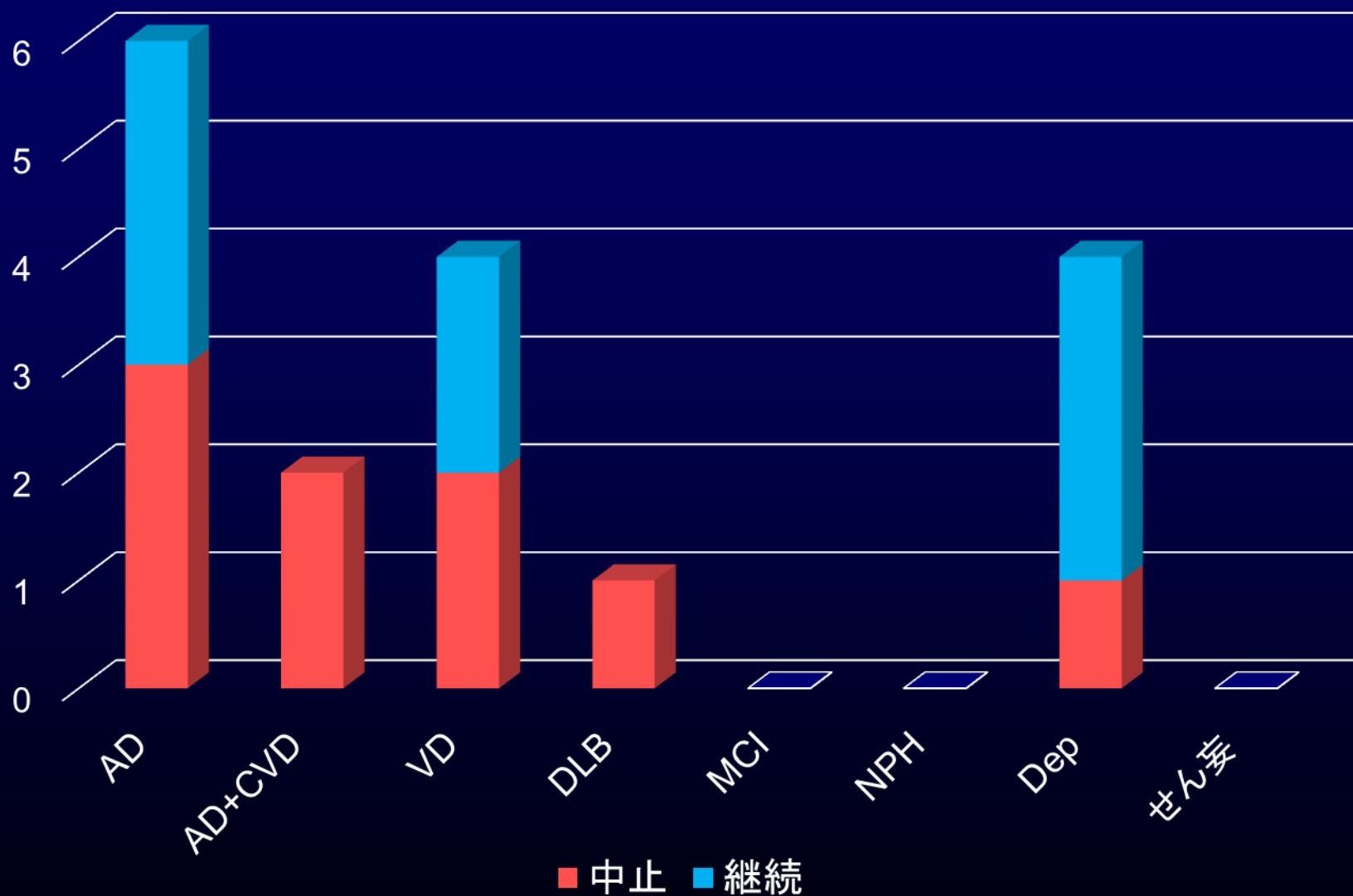
NPIによる睡眠障害の有症率



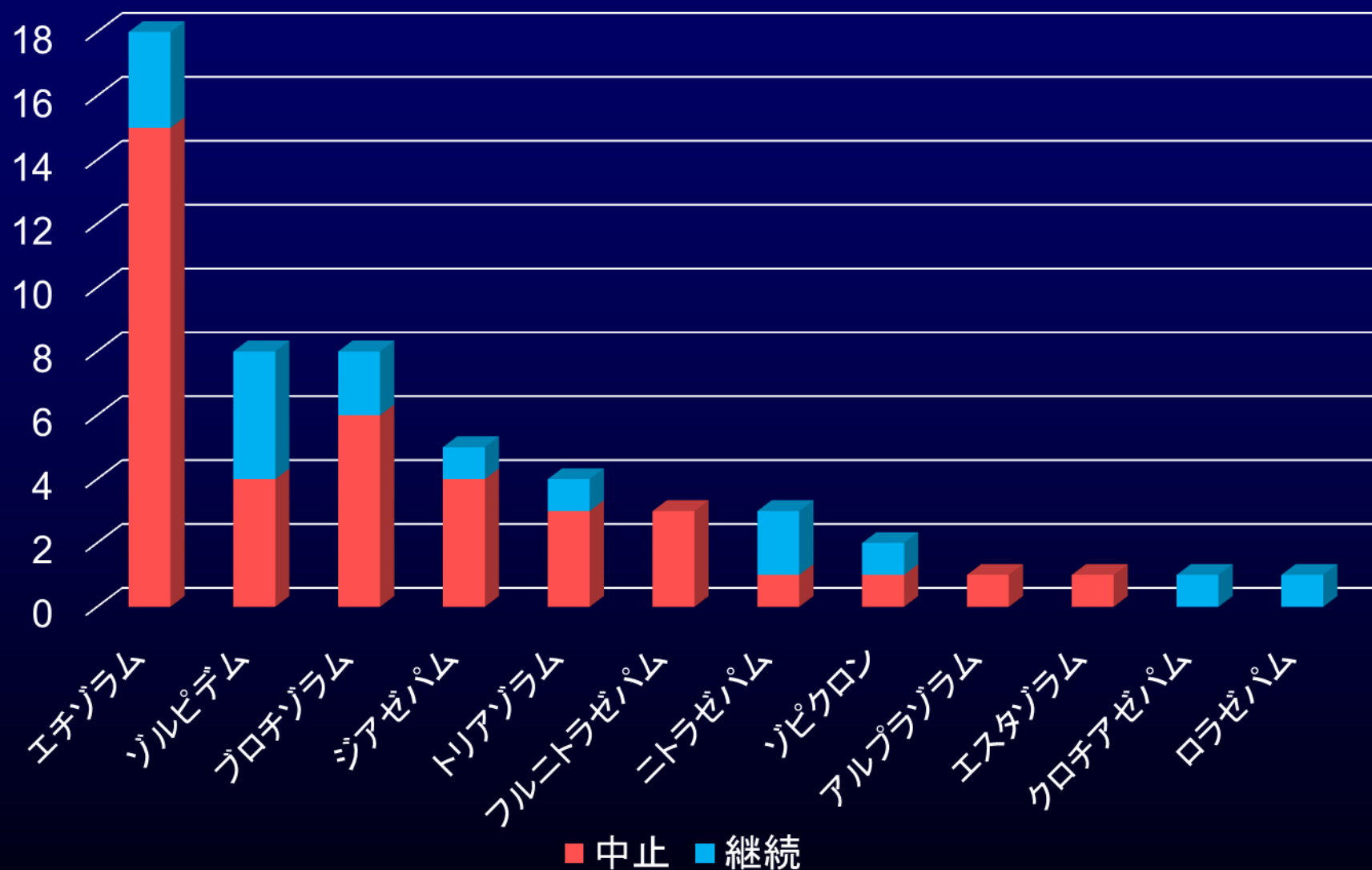
疾患別睡眠導入剤 内服中止数



疾患別抗精神病薬等の内服中止数



睡眠導入剤・抗不安薬の中止・継続

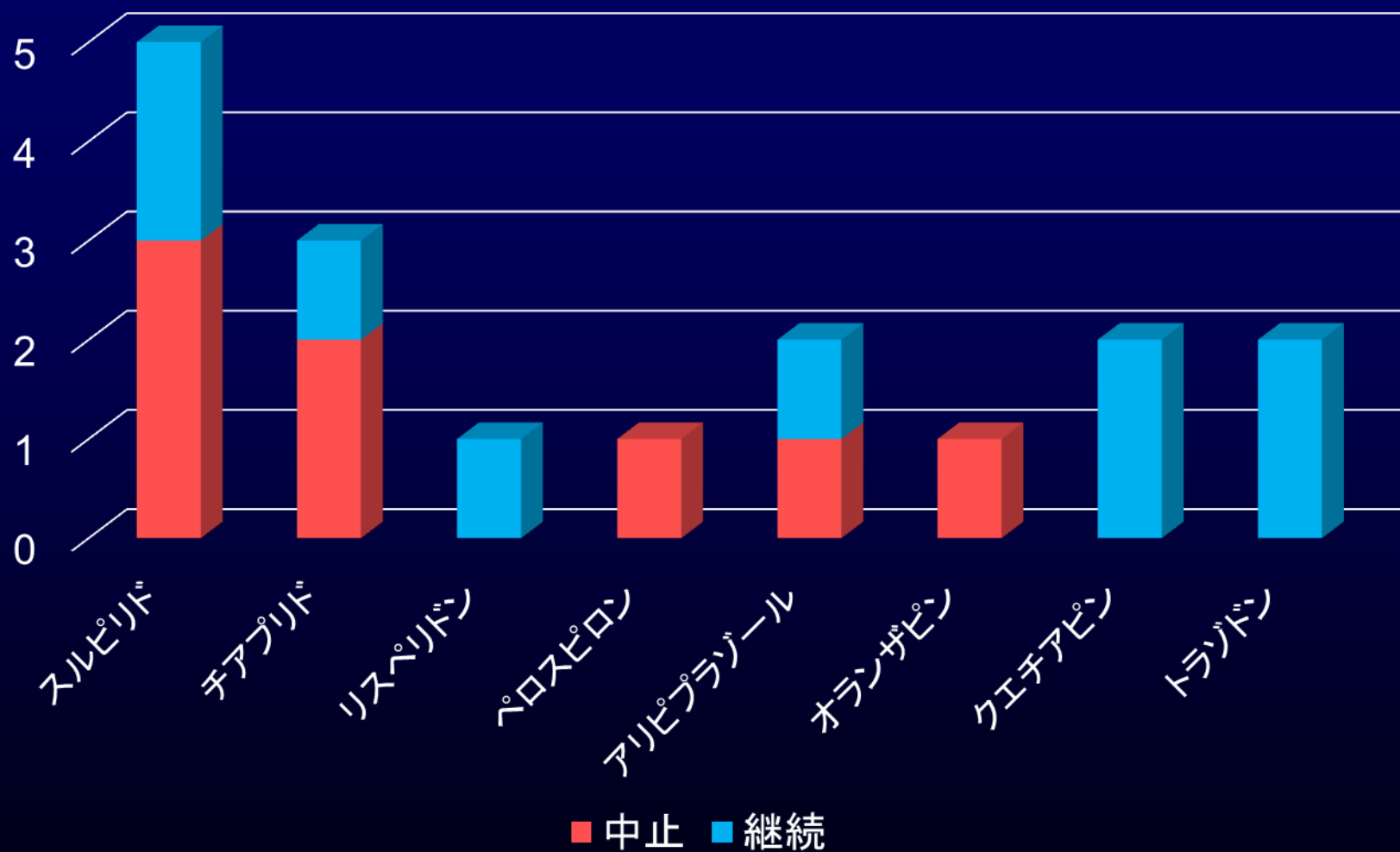


睡眠導入剤・抗不安薬の中止・継続

【説明】

睡眠導入剤・抗不安薬の大部分は初診時に中止されています。また、処方内容としては、エチゾラム（デパス）が最も多く処方されており、定義上は睡眠導入剤でなく、抗不安薬である点が処方する側にもされる側にも抵抗が少ないという要因が大きいのではないかと推測しました。また、常用量依存が形成されやすく、患者さんが中止を嫌う傾向もあると考えられます。

抗精神病薬などの中止・継続



考察

- ・ 認知症を疑われて専門外来を初診した患者の31%に何らかの向精神薬が処方されていた.
- ・ 認知症に処方されていた睡眠導入剤・抗不安薬の大部分は、初診時に中止することができた.

考察

【説明】

認知症専門外来初診患者の31%に何らかの向精神薬が処方されていましたが、睡眠導入剤・抗不安薬についてはその大部分を初診時に中止することができていました。

DLBガイドライン改訂（2005）

- 中心的特徴（必須）
 - 認知症の存在
- コア特徴（probable DLB 2つ, possible DLB 1つ）
 - 特発性のパーキンソニズム
 - 構築され具体的な内容の幻視体験
 - 注意や明晰さの著明な変化を伴う認知機能の変動
- 示唆的特徴
 - レム睡眠行動障害（レム睡眠行動異常症）
 - 重篤な抗精神病薬に対する過敏性
 - 基底核でのドパミントランスポーターの取り込み低下
- 支持的診断特徴
 - 反復する転倒、失神
 - 一過性の意識消失
 - 系統化した妄想、幻視以外の幻覚、抑うつ
 - SPECT/PETでの後頭葉低活性を伴う全般性低活性
 - MIBG心筋シンチグラムでの取り込み低下

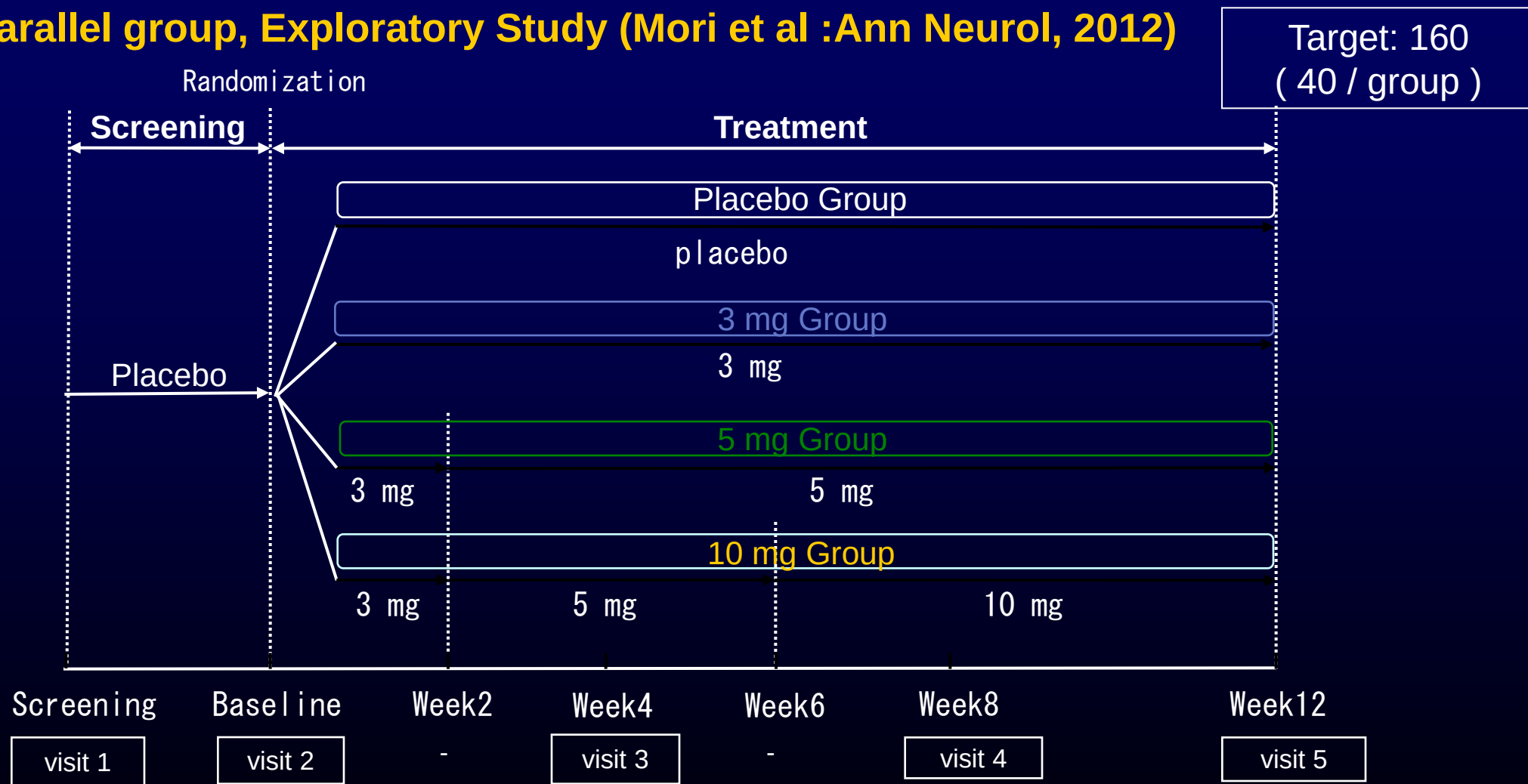
DLBガイドライン改訂

【説明】

この後、レム睡眠行動障害(異常症)(RBD)が症状として認められれば、その診断を強く支持することになるDLB(dementia with Lewy bodies, レビー小体型認知症)について、その睡眠の特徴について述べたいと思います。

Donepezil Study in Japan (第II相 探索試験)

Multicenter, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Parallel group, Exploratory Study (Mori et al :Ann Neurol, 2012)

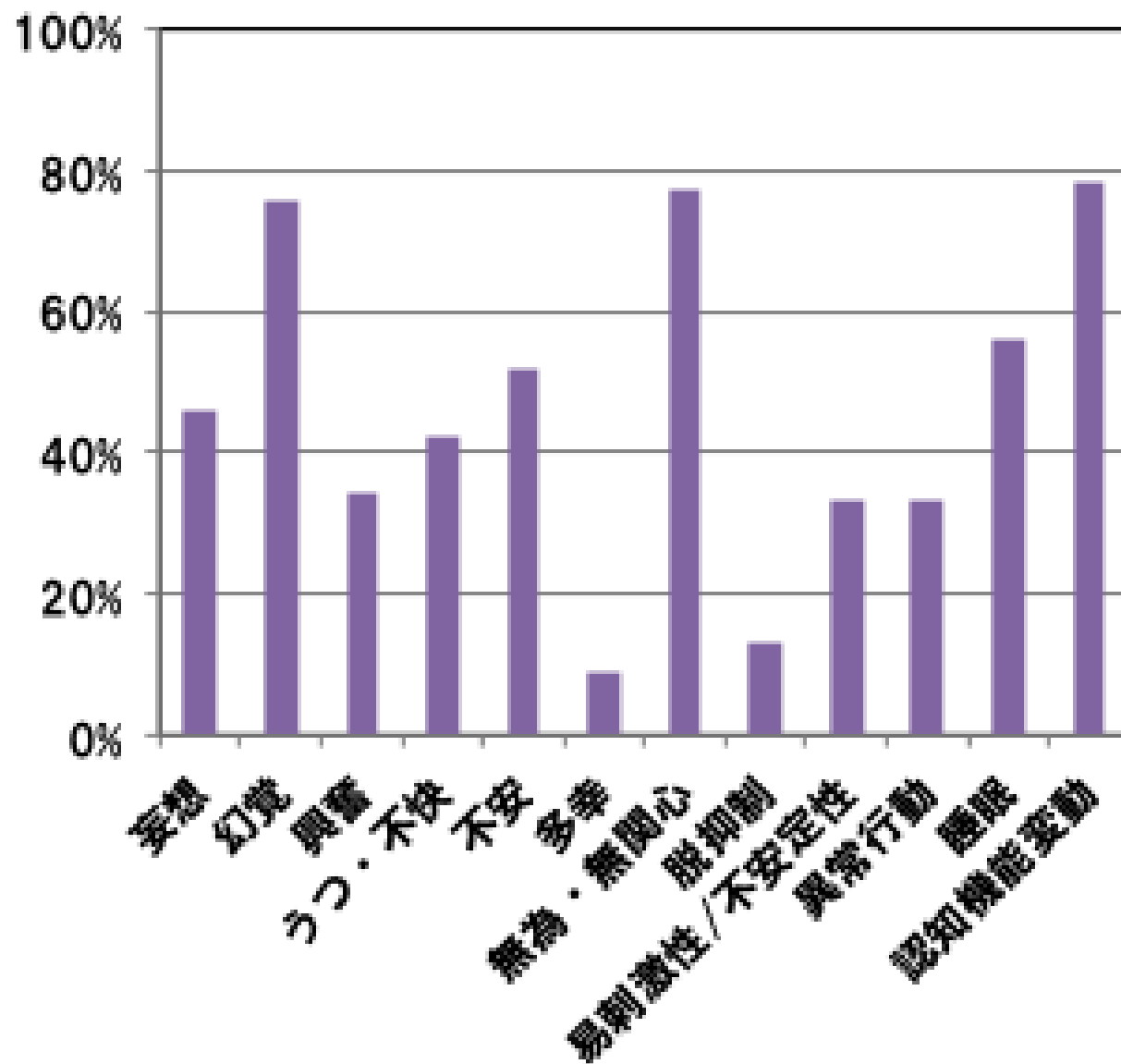


ドネペジルによるDLBの治験

【説明】

日本ではドネペジル(アリセプト)を用いたプラセボ対象二重盲検試験がDLBに対して行われましたが、異なる用量3mg, 5mg, 10mg を投与させた場合の効果と安全性を確認することを目的とした試験です。2007年11月から2009年11月の間に日本国内の精神科もしくは神経内科の計48の専門施設を受診した患者の中から167人のprobable DLBの患者がエントリーし、最終的に140人がランダムに割り付けられました。

NPI個別項目別症状を有する被験者の割合



NPI個別項目別症状を有する被験者の割合

【説明】

この臨床試験の際に取られたベースラインの被験者の症状をNPIにて調べた結果です。

NPI (Neuropsychiatric Inventory)とは、介護者が認知症の精神症状を項目別にその頻度と重症度を評価するもので、このドネペジル治験にエントリーしたDLB患者の場合、60%弱に睡眠の問題があることが明らかになりました。

DLBを対象とした臨床試験のベースラインにおける NPI 睡眠項目の各下位質問の有無

下位質問	下位質問が 「あり」の例数	FAS全体 (135例) に対する割合	睡眠症状ありの 症例(72例) に対する割合
1. 寝付きに障害がありますか。	26	19.3%	36.1%
2. 夜間に起きますか。 (ただトイレに行くために、一夜に1～2回覚醒し、すぐにもう一度寝入る場合にはありとしないこと)	47	34.8%	65.3%
3. 夜間に徘徊したり、歩き回ったり、不適切な活動を始めたりしますか。	32	23.7%	44.4%
4. 介護者を起こしたりしますか。	27	20.0%	37.5%
5. 夜間に覚醒し、朝で一日を始める時間と考え、服を着たり、外へ出ようとしていますか？	16	11.9%	22.2%
6. 朝、あまりにも早くに起きますか(以前の習慣よりも早く)。	30	22.2%	41.7%
7. 昼間に過剰に眠りますか。	35	25.9%	48.6%
8. その他、何か困るような夜間帯の行動はありますか。	20	14.8%	27.8%

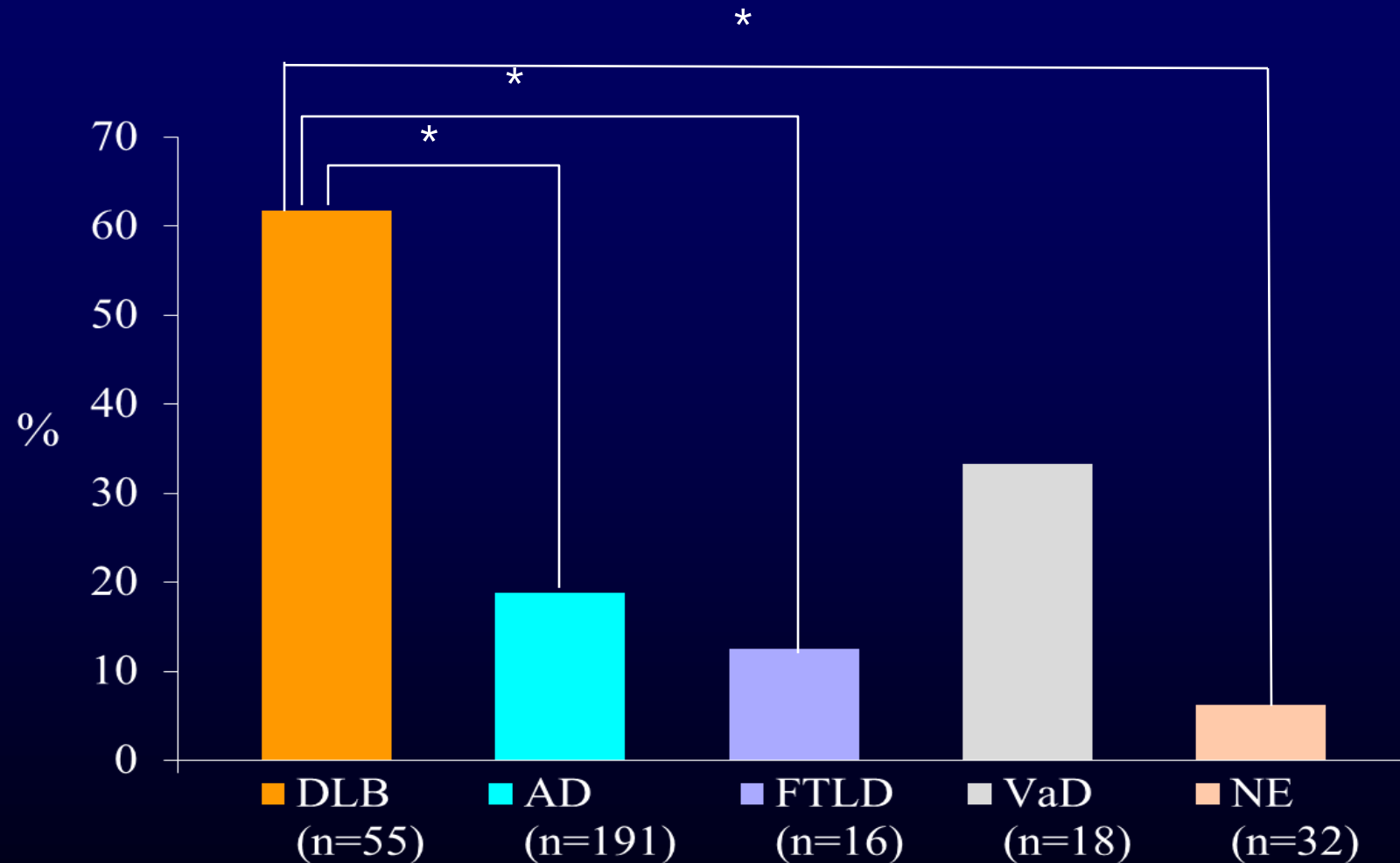
FAS: Full Analysis Set, 最大の解析対象集団

DLBを対象とした臨床試験のベースラインにおける NPI 睡眠項目の各下位質問の有無

【説明】

NPIの睡眠に関する部分の結果をさらに詳しく見たところ、夜間の中途覚醒や徘徊、昼間の傾眠が目立ちました。ただし、RBDとしての症状の有無を問うような質問はNPIには入っていないため、この治験のデータからは、その点は明らかにできませんでした。

Sleep talking の出現率



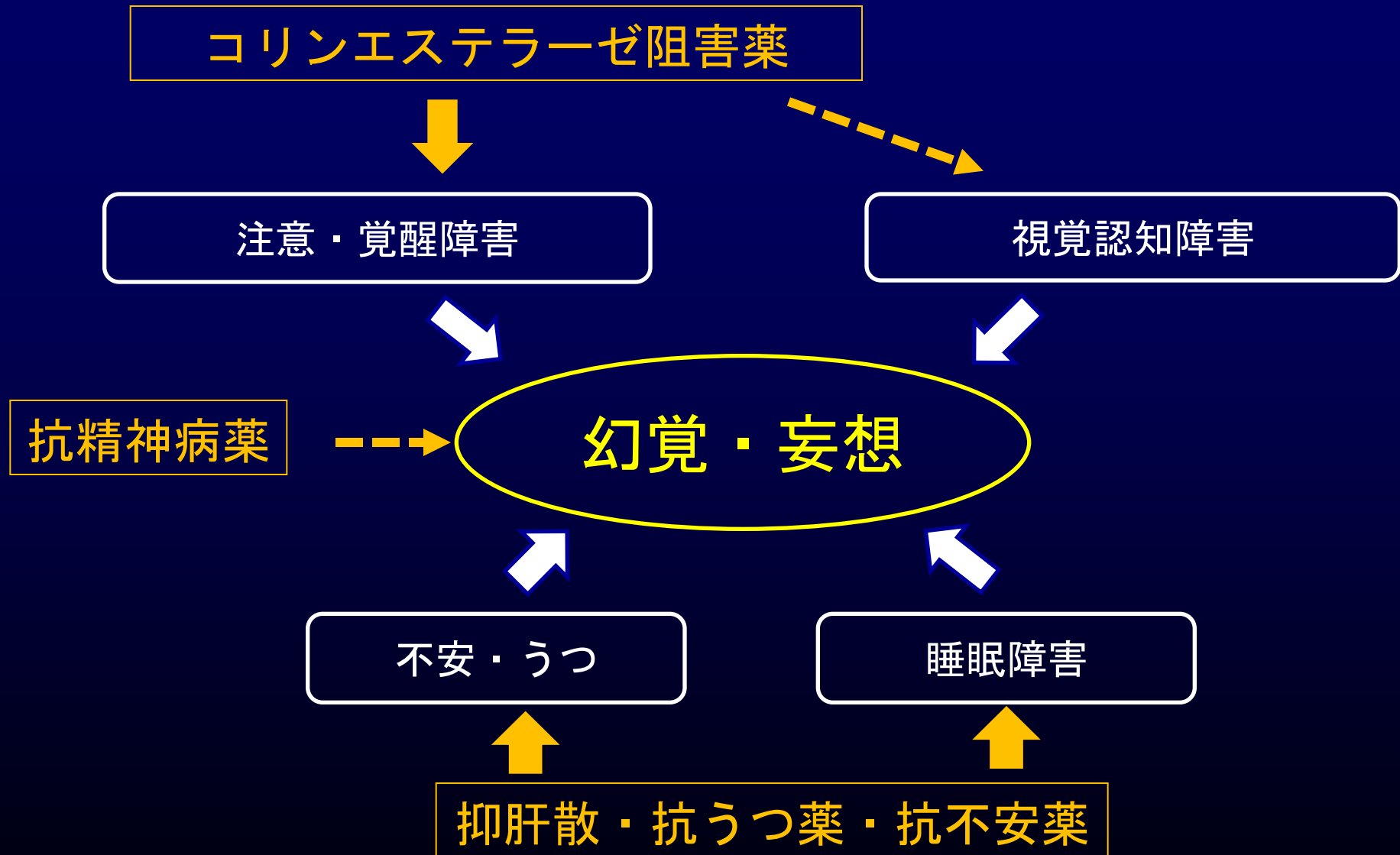
* p value < 0.001

Sleep talkingの出現率

【説明】

これまでDLBにおいてRBDの有病率がどれぐらいあるかを調べるのは至難の技であり、全例にPSGを実施するといった方法を取ることは未だできておりません。しかし、RBDの症状の一つである寝言の有無を、すでに認知症ときちんと診断された患者群を対象に認知症の病型別にその出現率を見た結果がこのスライドです。他の認知症やコントロール群と比べてDLBでの出現率が群を抜いて高いことがわかります。したがって、認知症と診断されるが、その病型としてアルツハイマー病なのか血管障害性認知症なのかDLBなのか迷う場合には、寝言についての問診を取ることは有用と思われます。

DLB患者の精神症状と治療



9 th ASAD
14 – 16 September 2015
Kumamoto, Japan



The 9th International Congress of the
Asian Society Against Dementia
(ASAD)

The 30th International Kumamoto Medical Bioscience Symposium

New research horizons for dementia in Asia

Kumamoto, Japan
2015

Kumamoto University
Faculty of Life Sciences
Department of Neuropsychiatry

1-1-1, Honjo, Chuo-ku, Kumamoto
860-8556 Japan www.kumamoto-neuropsych.jp
TEL: +81-96-373-5184 FAX: +81-96-373-5186



The 9th of International Congress Asian Society against Dementia

【説明】

2015年9月14-16日には、熊本にて認知症に関する国際学会が開催されます。認知症と睡眠は今後も大きなテーマとして認知症専門家と睡眠専門家との大きな架け橋となると思いますので、ご興味のある方はぜひともご参加をお待ちしております。