

第38回 日本老年精神医学会

The 38th Annual Meeting of the Japanese Psychogeriatric Society

プログラム・抄録集

百寿社会を生きる

脳とこころのレジリエンス

春季大会

会 期：2023年6月16日(金)～18日(日)

会 場：パシフィコ横浜ノース

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1丁目1-2

大 会 長 布村 明彦 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科教授

副大会長 平川 淳一 平川病院院長、東京精神科病院協会会長、日本精神科病院協会副会長

忽滑谷和孝 東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科教授

事務局長 矢野 勝治 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科



The 38th Annual Meeting of Japanese Psychogeriatric Society
Spring Conference

第38回春季日本老年精神医学会

——百寿社会を生きる 脳とこころのレジリエンス——

Resilience of the Brain and mind in the Super-Aging Society

大会長挨拶	3
第38回日本老年精神医学会の開催にあたって	
会場へのご案内	4
大会参加者へのご案内	8
講演についてのご案内	12
教育講演、シンポジウム、合同シンポジウム、共催セミナー、 総会、理事会・評議員会、 第33回日本老年学会のご案内	15
日程表	27
第38回春季日本老年精神医学会大会プログラム	29
教育講演、シンポジウム、合同シンポジウム、合同ポスター	
講演抄録	37
教育講演	37
シンポジウム	41
合同シンポジウム	65
合同ポスター	71

第38回日本老年精神医学会

The 38th Annual Meeting of the Japanese Psychogeriatric Society

百寿社会を生きる 脳とこころのレジリエンス

Resilience of the Brain and Mind in the Super-Aging Society

春季大会

2023. **6.16** FRI **17** SAT **18** SUN

パシフィコ横浜ノース

〒225-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1丁目1-1

老年7学会との合同開催
合同シンポジウム | 本学会シンポジウム 他

秋季大会

2023. **10.13** FRI **14** SAT

日本教育会館

〒103-0003 東京都千代田区一ツ橋3丁目5-2

大会長講演 | 特別講演 | 教育講演 |
シンポジウム | 一般演題 他

秋季大会
演題募集期間
2023.2.14 - 4.13

大会長	布村 明彦	東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科・教授
副大会長	平川 淳一	平川病院・院長、東京精神科病院協会・会長、日本精神科病院協会・副会長
	忽滑谷 和孝	東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科・教授
事務局長	矢野 勝治	東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科

大会事務局 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1オザワビル2F (株)ワールドプランニング内
TEL: 03-5206-7431 (代) FAX: 03-5206-7757 E-mail: jps.talkai@nqfm.flbb.net

大会長挨拶

第38回日本老年精神医学会の開催にあたって

このたび第38回日本老年精神医学会の大会長を拝命いたしました東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科の布村です。伝統ある本学会の学術集会を担当させていただくことになり、大変光栄に存じます。2023年の本大会では、理事会承認のもと会期を春季と秋季の2回に分けて開催する新しい試みを導入いたしました。春季・秋季大会に共通の大会テーマとして「百寿社会を生きる脳とこころのレジリエンス」を掲げました。老年期の心理・社会的要因のみならず、脳病理をはじめとする生物学的要因に対しても脳とこころがレジリエンスを発揮し得ることが近年の研究から明らかにされています。基礎から臨床実践まで幅広い研究に通底するレジリエンス概念を核として、老年精神医学に関わる多職種が連帯を深め、明日の臨床・介護福祉現場の活力向上につなげていただきたいというメッセージを込めました。副大会長は平川淳一先生（平川病院院長、東京精神科病院協会会長、日本精神科病院協会副会長）ならびに忽滑谷和孝先生（東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科教授）にお引き受けいただきました。また、事務局長は当科の矢野勝治が務めます。

春季大会は、2023年6月16日（金）～18日（日）、パシフィコ横浜ノースにおいて日本老年学会を構成する7学会（加盟年順に日本老年医学会、日本老年社会学会、日本基礎老化学会、日本老年歯科医学会、日本老年精神医学会、日本ケアマネジメント学会、日本老年看護学会）が合同開催する第33回日本老年学会総会に合わせて開催されます。この会期に先立つ6月12日（月）～14日（水）には第12回IAGGアジア／オセアニア国際老年学会議が同会場で開催され、国際的・学際的“Gerontology Week”が準備されました。7学会との合同シンポジウムでは、本学会が主催するシンポジウム「高齢者のうつ病と認知症」のほかにも本学会会員が多数登壇します。また、17日（土）と18日（日）の両日には本学会独自のプログラムに1会場が割り当てられ、評議員会と社員総会が開かれるほか、ポジティブ精神医学の老年期への応用や疾患修飾薬の社会実装など重要なテーマを討論いたします。本大会参加者は自動的に7学会のプログラム（第33回日本老年学会総会）への参加が可能になります。

秋季大会は、2023年10月13日（金）～14日（土）、日本教育会館（東京都千代田区）において通常大会の構成で開催され、一般演題・シンポジウムはもちろんのこと、特別講演、教育講演、委員会企画プログラム、ならびに共催セミナーなど多数企画いたします。すでにプログラム委員から魅力ある提案が集積されており、企画のひとつには小阪憲司先生メモリアルシンポジウムも含まれています。会員の皆様には一般演題募集に応じていただいております。今後演題採択の手続きなど準備を進めてまいります。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが変更され、3年余り続いたわが国の同感染症対策はひとつの節目を越えました。春季大会は現地開催のみで合同シンポジウム以外のWEB配信（ライブ配信およびオンデマンド配信）は行いません。ご参加にあたって第33回日本老年学会総会の感染対策方針 <https://rounen33.jp/covid19.html> をご参照くださいますようお願いいたします。秋季大会も同様に現地開催のみの予定です。多くの皆様にご参集いただき、熱い議論の場となると同時に温かい交流の場となることを期待しております。本年は春季・秋季の両大会への参加により、割増の単位登録が可能になっておりますのでご確認ください。是非とも春の横浜会場、そして秋の東京会場へとお越しください。よろしくお願いいたします。

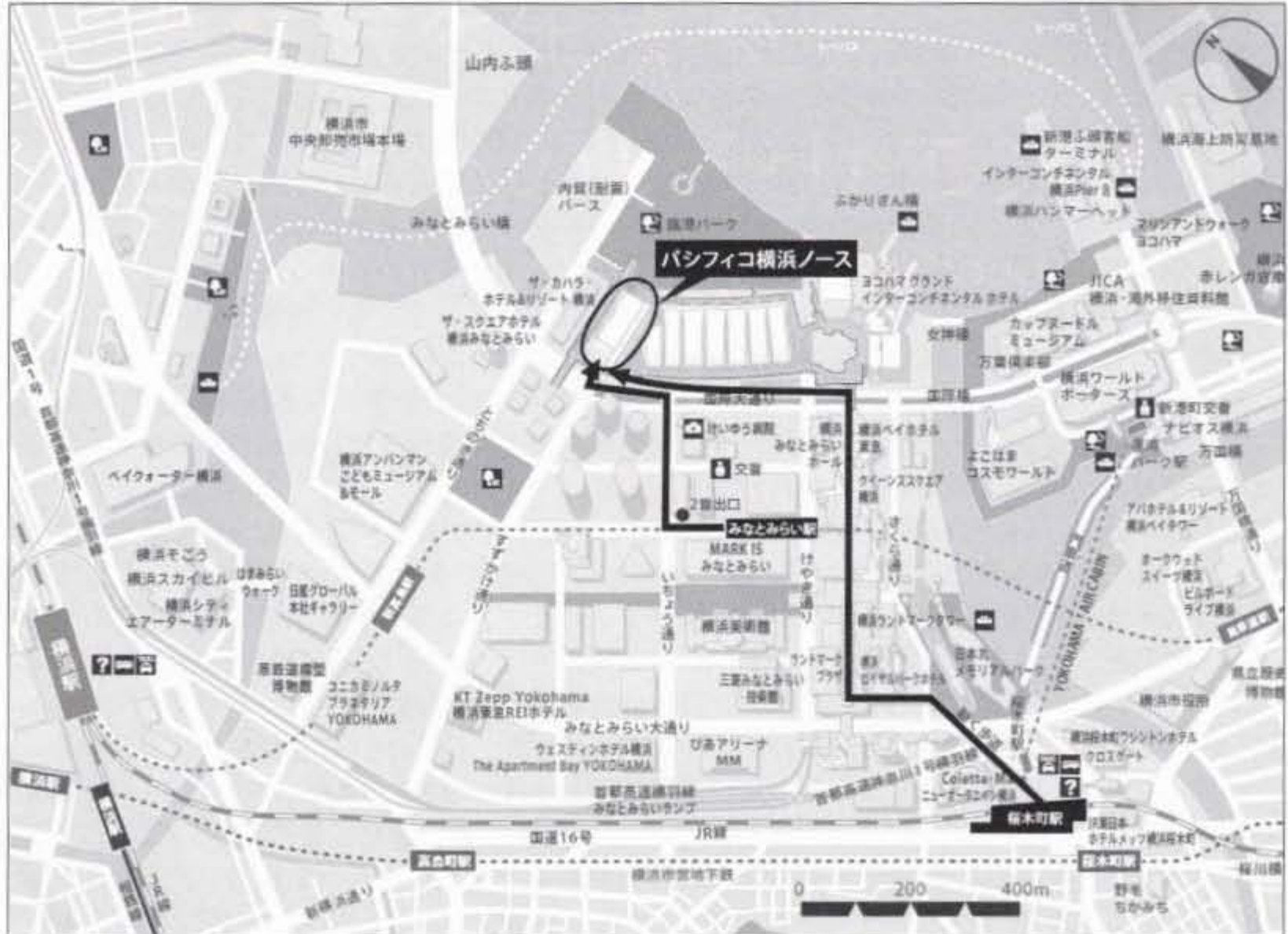
令和5年6月吉日

第38回日本老年精神医学会 大会長
東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科・教授 布村 明彦

会場へのアクセス

パシフィコ横浜ノース

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい 1-1-2



みなとみらい駅からのアクセス

- 徒歩 5 分（東急東横線・副都心線直通）
- 「2 番出口（いちよう通り口）」より、けいゆう病院方面へお進みください。

桜木町駅からのアクセス

- 徒歩 12 分、バスで 11 分、タクシーで 5 分（JR 京浜東北線・横浜市営地下鉄）
- *動く歩道がございます。雨にぬれずにアクセスできます。（一部施設は除きます）

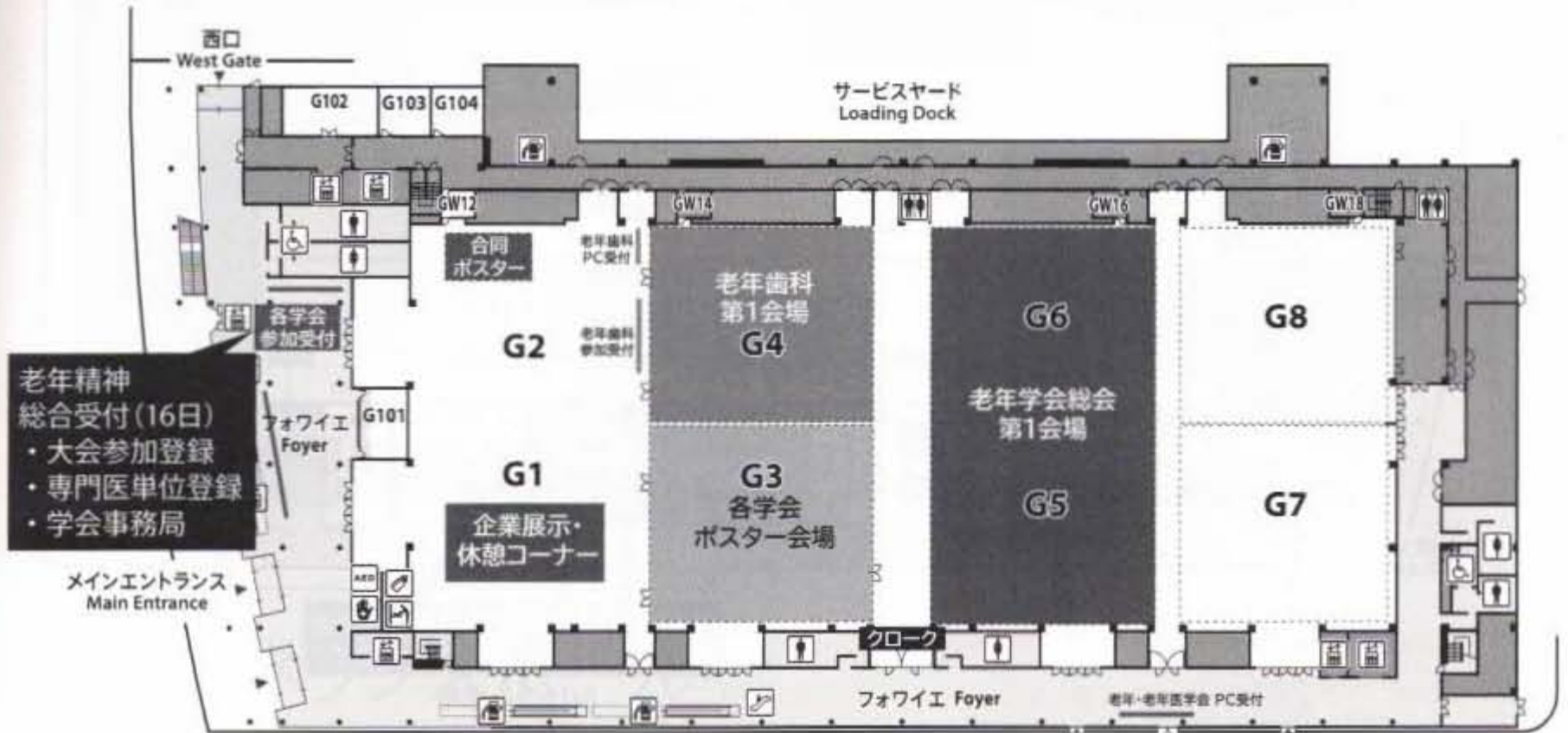
横浜駅からのアクセス

- 横浜駅よりタクシー 10 分、接続バスで 17 分
（JR 東海道線・横須賀線・京浜東北線・湘南新宿ライン、京浜急行線、相鉄線、空港リムジンバス）
- 連節バス「BAYSIDE BLUE」：東口バスターミナルより、「パシフィコ横浜ノース」（11 分）で下車。
- タクシー：東口ボルタ（地下 2 F）又は、YCAT のタクシー乗り場をご利用ください（10 分）
- 電車：みなとみらい線又は、JR 京浜東北線にお乗り換えください。

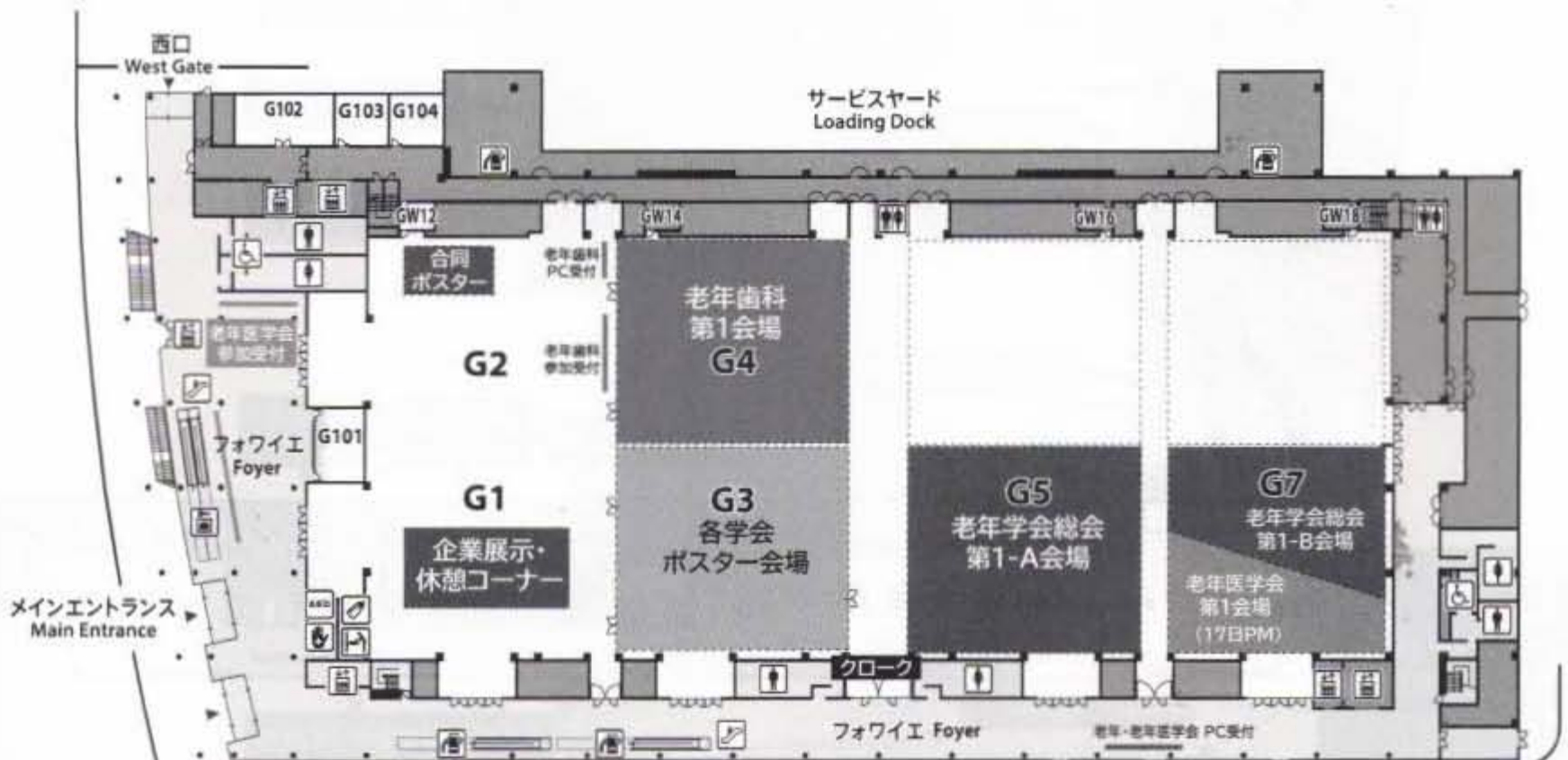
会場案内

ノース NORTH

1F 6月16日(金)



1F 6月17日(土)・18日(日)



大会参加者へのご案内

大会長 布村 明彦（東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科・教授）

副大会長 平川 淳一（平川病院・院長，東京精神科病院協会・会長，日本精神科病院協会・副会長）
忽滑谷和孝（東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科・教授）

開催日 2023年6月16日（金）～18日（日）

※16日～18日にかけて第33回日本老年学会プログラムも開催されます。

本学会会場 ①パシフィコ横浜「ノース，3階」

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1丁目1-2

Tel : 045-221-2155（総合案内） URL : <https://www.pacifico.co.jp/>

その他会場 ②パシフィコ横浜「アネックス」

参加受付について

第33回日本老年学会総会（7学会）すべてのプログラム（別途申込が必要なプログラムは除く）に参加できます。

本学会はWEB配信（LIVE配信およびオンデマンド配信）は行いません。現地開催のみとなりますのでご注意ください。

【事前参加登録をされた方】事前に登録されたご住所へお送りしております参加証（ネームカード）に、氏名・ご所属をご記入のうえ、会場内では必ずご着用ください。

※当日紛失などで再発行する際には、お時間をいただく場合がございますので、ご了承ください。

※事前参加登録者のみ「ポケットプログラム集引換券（参加証についています）」とポケットプログラム集を引き換えさせていただきます。会期中、日本老年精神医学会受付にて引き換えをお願いいたします。ポケットプログラム集は現地参加された方に限り、先着順で配布しますが、数に限りがありますことご了承ください。

●事前参加費（抄録集およびポケットプログラム含む）

登録方法：インターネットのみ

会員：15,000円／非会員：15,000円

学部学生・初期研修医：5,000円（大学院生，認定教育課程受講者は除く／証明書提示）

※参加証は所属氏名をご記入の上、会期中はご着用をお願い致します。

※消費税の取扱については「会員／不課税，非会員／課税，非会員（学部学生・初期研修医）／課税」となります。

【当日参加登録の方】学会当日に当日登録用紙をご記入のうえ、本学会参加登録受付にて参加登録を行ってください。受付でお渡しするネームカードに、氏名・ご所属をご記入のうえ、会場内では必ずご着用ください。

※7か所で各学会が受付を設けておりますので、本学会受付に来場ください。

※本学会用プログラム・抄録集（本誌）を配布いたします。

<6月16日(金)>

パシフィコ横浜「ノース(1階)」8:00~17:30

<6月17日(土)>

パシフィコ横浜「ノース(3階)」8:30~17:00

<6月18日(日)>

パシフィコ横浜「ノース(3階)」8:30~16:00

●当日参加費(抄録集含む)

会員:16,000円/非会員:16,000円

学部学生・初期研修医:6,000円(大学院生、認定教育課程受講者は除く/証明書提示)

※お支払いは現金のみです。

※参加証は所属氏名をご記入の上、会期中はご着用をお願い致します。

※消費税の取扱については「会員/不課税、非会員/課税、非会員(学部学生・初期研修医)/課税」となります。

第33回日本老年学会総会合同ポスター表彰式

日時:6月16日(金)18:00~18:40

会場:合同ポスター会場(G2, ノース1階)

参加費:無料

※参加登録者はどなたでもご参加いただけます。ただし、飲み物・おつまみ等は数量に限りがございますので、ご了承ください。

春季大会プログラム抄録集

春季大会プログラム抄録集の内容は、あらためて「第38回秋季大会日本老年精神医学会プログラム・抄録集(老年精神医学雑誌第34巻増刊号-II)」に含めて掲載する予定です。

参加者の方は、事前にお送りしております本プログラム抄録集を必ずご持参ください。

会場での呼び出し

会場内での呼び出しは一切行いません。緊急の場合は日本老年精神医学会総合受付(17日~18日)にて承り、掲示板(3階のみ)にて対応をいたします。

クローク(7学会共用)

場所:ノース1階・G3付近

時間:6月16日(金)8:00~20:00

6月17日(土)8:00~19:00

6月18日(日)8:00~18:00

(注)貴重品はお預かりできません。必ず各自で管理してください。

併設展示・書籍展示

場 所：ノース1階・G1・G2

時 間：6月16日（金）12：00～17：00

6月17日（土） 9：00～17：00

6月18日（日） 9：00～15：00

日本老年精神医学会認定専門医，専門心理士，上級専門心理士，認定医単位登録方法

大会に参加した場合，専門医，専門心理士，上級専門心理士，認定医の取得単位として10単位が与えられます。各資格保有者の方は，必ず「認定カード」をご持参いただき事務センター受付（16日：ノース1階，17日～18日：ノース3階）で参加単位登録を行ってください。また，カードをお忘れの方，紛失・再発行をご希望の方は，事務センター受付までお申し出ください。

カードの紛失・再発行の場合は2,000円（税別）で後日，再発行します。

※更新時に必要になる単位数：専門医（50単位），専門心理士（20単位），上級専門心理士（30単位），認定医（30単位）

日本精神神経学会専門医単位登録方法

日本精神神経学会の専門医単位登録方法が，2017年4月以後より，当日の単位受付方法が変更になりました。

会期中1回の登録で3単位取得となります。

会員カードをご持参のうえ，日本老年精神医学会専門医受付にお申し出ください。

日本神経学会専門医単位登録方法

春季大会における単位は認められておりません。秋季大会に参加いただくことによって以下の単位が認められています。ご注意ください。

認定単位：2単位

本学会秋季大会参加証（コピー）を保管していただき，更新の際に日本神経学会にご提出ください。

年会費納付，登録事項変更および入会のお申込み等

年会費納付，所属先等登録事項変更，入会を希望される方は，事務センター受付（17日～18日：ノース3階）をお尋ねください。

準機関誌「老年精神医学雑誌」販売および論文投稿

準機関誌「老年精神医学雑誌」等の書籍は，（株）ワールドプランニングブース（16日～18日：パシフィコ横浜ノース，1階展示エリア）にて販売しております。「老年精神医学雑誌」への論文投稿に関するご質問等については，事務センター受付（17日～18日：ノース3階）までお尋ねください。

ランチョンセミナー

本学会ランチョンセミナーの整理券は配布しません。

直接会場前にてお弁当をお受取りください。

なお、他の分科会共催セミナーにおいては当該分科会プログラムをご確認ください。

会場内でのお願い

- ・発表内容の写真撮影（カメラ付携帯電話も含む）およびテープ録音などはご遠慮ください（必要な場合は、必ず発表者の許可を得てください）。
- ・会場内での携帯電話の使用はご遠慮ください。

災害発生時の避難

- ・災害発生時には、各会場にて避難のアナウンスがありますので、それに従ってください。

第33回老年学会総会感染対策に関する方針（7 学会共通事項）

マスク着用について、国の指針では、個人の主体的な選択を尊重し、着用は個人の判断に委ねることとなっていますが、本大会参加者の多くは医療従事者であり、勤務施設でも施設内マスク着用が義務化されている場合が多いことから、以下のような対応とさせていただきたく存じます。

- ・マスク着用について
 - 1) 会場（建物）内は原則マスク着用でお願いします。
 - 2) 発表中の座長・演者はマスクの着用は不要ですが、質問者はマスク着用でお願いします。
 - 3) ポスター発表では、座長・演者・質問者共にマスク着用でお願いします。
- ・37.5℃以上の熱や咳、のどの痛みなどの症状がある方や全身倦怠感など体調がすぐれない方は、ご来場をお控えください。
- ・会場内では大きな声での会話はお控えください。
- ・会場内に設置した消毒液、手洗いなどでこまめな手指の消毒をお願いいたします。
- ・会場内では周囲の方との距離をあけて、密集を避けるようにご協力ください。

なお、今後の感染状況によっては、上記の内容が変更になる場合がありますが、ご了承いただきますようお願いいたします。

講演についてのご案内

教育講演・シンポジウム：演者・座長の方へ

講演時間：セッションにより異なります。別途ご連絡しております書面にてご確認ください。

機 材：デジタルプレゼンテーション（1面）となります。「機材について」の項を参照してください。

受 付：演者の方は、PC 本体または発表データをご持参のうえ、セッション 60 分前までに、PC 受付【パシフィコ横浜ノース G315（3 階）】にお越しください。

※午前 9 時 00 分からのプログラムの場合は、40 分前までに PC 受付をお済ませください。

※前日受付（6 月 16 日）は行なっておりません。

進 行：座長は講演開始 15 分前までに次座長席にお着きください。

各プログラム間に時間がないので、演者は前の演者の方の発表が始まりましたら次演者席にお着きいただき、座長の指示のもと講演を行ってください。時間厳守をお願いいたします。

機材について

【発表データ持参の場合（Windows のみ）】

1. 会場で使用する PC の OS は Windows 10 で、アプリケーションは PowerPoint 2019 です。なお、Macintosh の場合は、PC 本体をご持参いただければ、対応いたします。
2. 発表用データを、CD-R または USB メモリーに保存してご持参ください。保存されたファイル名は「演題番号・演題名」としてください。
3. 発表データは以下のもので作成してください。
[Windows 版 PowerPoint 2013 以降]
※Macintosh 版 PowerPoint での作成は、映像に支障をきたしますので、ご遠慮ください。
4. フォントは OS に標準で装備されているものでお願いいたします。画面レイアウトのバランス異常や文字化けを防ぐためにフォントは下記のものでお願いいたします。
日本語：MS ゴシック／MSP ゴシック／MS 明朝／MSP 明朝
英 語：Times New Roman／Century
5. 会場のスクリーンは 16：9 のワイドサイズです。4：3 のスライドでも投影可能ですが、16：9 のスライド作成を推奨いたします。
6. 動画や音声を使用する場合は、ご自身の PC をご持参のうえ、PC 受付にて係にお申し出ください。
7. 発表データは、会場内の PC にいったんコピーさせていただきますが、学会終了後に主催者側が責任を持って消去いたします。
8. PowerPoint の「発表者ツール」機能はご使用頂く事が出来ませんので、予めご了承下さい。

【PC 持参の場合（Macintosh・Windows 動画使用）】

1. PC（Macintosh・Windows の動画使用の場合）はご自身でお持込みください。
2. お持込みいただきます PC はミニ D-sub 15 pin もしくは HDMI のモニター出力端子が必要となります。この端子が無い PC をお持込みいただく場合には、別途変換コネクタを必ずご用意ください。

- 1. 動画ならびに画像の制限はありませんが、事前に再生できるかご確認ください。本体の液晶画面に動画ならびに画像が表示されましても、実際に外部出力されない場合があります。発表データを作成された PC とお持込みいただく PC が異なる場合はご注意ください。
- 2. スクリーンセーバーならびに省電力設定は予め解除してください。
- 3. 電源ケーブルは必ずお持ちください。バッテリーでのご発表はバッテリー切れとなることがありますのでご注意ください。
- 4. 会場にて用意したプロジェクターと接続ができない場合に備え、バックアップ用のデータ（CD-R または USB メモリー）をご持参ください。
- 5. PC の返却：発表終了後の PC は会場前方左側の PC オペレーター席にて返却いたします。
- 6. PowerPoint の「発表者ツール」機能はご使用頂く事が出来ませんので、予めご了承下さい。

PC 受付

演者の方は、PC 本体または発表データをご持参のうえ、セッション開始の 60 分前までに、PC 受付にお越しください。

場 所：パシフィコ横浜ノース「G315（3 階）」
日 時：6 月 17 日（金）8：30～17：00 ※前日登録も可能です。
6 月 18 日（土）8：30～13：50

進行

- 1. 座長の進行により、発表・討論を行ってください。
- 2. 座長は講演開始 15 分前までに次座長席にお着きください。
- 3. 演者は発表開始 10 分前までに次演者席にお着きください。

合同ポスター発表（16 日のみ）

発表者は「合同ポスター受付（パシフィコ横浜ノース 1 階「G2」内『合同ポスターゾーン』）」にお越しください。なお、座長・審査員は 16 時 20 分までに、合同ポスター受付にお越しいただき、評価表とリボンをお受け取りください。

合同ポスター展示要項：演者・座長および審査員の方へ

- 会場：パシフィコ横浜ノース 1 階「G2」内『合同ポスターゾーン』
- ・『合同ポスターゾーン』は各学会 7 つのブロック（各 5 題）に分かれております。
 - ・「ポスター受付」は『合同ポスターゾーン』内に 1 か所設けます。（16 日のみ）

スケジュール

- ＜貼り出し＞ 6 月 16 日（金）11：00～12：00
- ・右図の「タイトル・著者情報」「発表内容」に掲示ください。
 - ・画鋏・指示棒・演者リボンは各パネルにご用意します。
 - ・掲示期間は会期中 3 日間となります。

演題 番号	タイトル・著者情報 縦 20 cm×横 70 cm
発表内容 縦 180 cm×横 90 cm	

＜発表時間＞ 6月16日（金）16：30～17：30

- ・上記時間内で、各演題発表8分＋質疑4分計12分で5題のセッションを行います。
- ・セッション開始10分前にご自身のポスター演題前にご集合ください。
セッション開始後は、座長の進行に合わせてご発表・討論ください。
- ・発表時間以外においても、参加者と自由にディスカッションしてください
- ・発表内容を評価し、最優秀賞1題を選考します。

＜表彰式＞ 6月16日（金）18：00～18：40頃

- ・上記時間中、『合同ポスターゾーン』内にて、各学会別に演者全員に優秀賞をお渡しし、さらに最優秀賞1題の表彰を行います。
演者は全員受賞者となりますので、ぜひご参加ください。

＜撤去時間＞ 6月18日（日）13：00～14：00

- ・掲示期間は3日間で、最終日の上記時間帯に撤去（剥がし）いただきます。
- ・撤去時間を過ぎても貼られているポスターは日本老年学会事務局にて処分させていただきます。

【座長の先生方へ】

＜ご集合について＞

- ・セッション開始10分前の16：20までに『合同ポスターゾーン』内の「ポスター受付」にお越しください。

＜お渡しするもの＞指示棒、座長リボン、評価表＊

＊評価方法、評価表は各学会の方針を優先とします。優先事項がある場合は各学会よりご連絡します。

＜表彰式について＞

- ・セッション後、最優秀賞の選考を済ませ、ご参加ください。表彰の進行（役割）は以下の通りです。
 - 1) アナウンスにて5名全員の登壇。
 - 2) 座長より、各演者に表彰状（優秀賞）の贈呈。（座長2名交代で）
 - 3) 座長より、セッションの総評と「最優秀賞」受賞者の発表。→「表彰楯」贈呈は大内会長より。
 - 4) 全員で記念撮影後、降壇。
- ・表彰後、「評価表」はポスター受付にご提出ください。

教育講演のご案内

● 教育講演 1 「認知症の人への支持的精神療法のエッセンス」

日 時：6 月 17 日（土）11：00～12：00

会 場：老年精神第 1 会場（G301+G302, ノース 3 階）

座 長：松本 一生（（医）圓生会松本診療所（ものわすれクリニック））

演 者：繁田 雅弘（東京慈恵会医科大学精神医学講座）

● 教育講演 2 「レビー小体病から老年期精神疾患を考える」

日 時：6 月 17 日（土）14：00～15：00

会 場：老年精神第 1 会場（G301+G302, ノース 3 階）

座 長：小田原俊成（横浜市立大学保健管理センター）

演 者：池田 学（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

シンポジウムのご案内

● シンポジウム 1 「認知症前駆段階における神経精神症状」

日 時：6 月 17 日（土）9：00～11：00

会 場：老年精神第 1 会場（G301+G302, ノース 3 階）

座 長：品川俊一郎（東京慈恵会医科大学精神医学講座）

小林 良太（山形大学医学部精神医学講座）

1. 認知症の初期症状としての神経精神症状：Mild Behavioral Impairment について

演 者：松岡 照之（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学）

2. MCI 状態にある前駆期 DLB の臨床的整理

演 者：笠貫 浩史（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室，順天堂東京江東高齢者医療センター）

3. 前頭側頭型認知症の前駆状態における神経精神症状

演 者：品川俊一郎（東京慈恵会医科大学精神医学講座）

4. 軽度認知障害のある人のこころと行動の変化への対応

演 者：大石 智（北里大学医学部精神科学）

● シンポジウム2「ポジティブ精神医学／心理学を老年精神医学の臨床に活かす」

日 時：6月17日（土）15：00～17：00

会 場：老年精神第1会場（G301+G302, ノース3階）

座 長：三村 将（慶應義塾大学医学部精神神経科学教室）

須賀 英道（龍谷大学短期大学部社会福祉学科）

1. 地域高齢者を活かすポジティブ心理学

演 者：須賀 英道（龍谷大学短期大学部社会福祉学科）

2. ポジティブ心理学の応用で認知の予備力を高める

演 者：岩原 昭彦（京都女子大学発達教育学部）

3. 「認知症ポジティブ」の概念と臨床実践

演 者：山口 晴保（認知症介護研究・研修東京センター）

4. ポジティブ心理学的視点で認知症介護者を支える

演 者：田村 法子（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, 慶應義塾大学医学部医学教育統
轄センター）

● シンポジウム3「アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装をめぐる」

日 時：6月18日（日）9：40～11：50

会 場：老年精神第1会場（G301+G302, ノース3階）

座 長：栗田 主一（東京都健康長寿医療センター研究所, 認知症未来社会創造センター）

田中 稔久（三重大学医学部神経・筋病態学）

1. アルツハイマー病疾患修飾薬の実用化を踏まえた今後の認知症医療の展望

演 者：岩坪 威（東京大学大学院医学系研究科神経病理学, 国立精神・神経医療研究センター
神経研究所）

2. アミロイド陽性早期アルツハイマー病の診断体制の整備に向けて

演 者：石井 賢二（東京都健康長寿医療センター研究所神経画像）

3. アルツハイマー病疾患修飾療法の実践：安全性と安全管理を中心に

演 者：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））

4. アルツハイマー病疾患修飾薬導入後の医療サービス提供体制について

演 者：田中 稔久（三重大学医学部神経・筋病態学）

5. 認知症の精神科医療への影響と今後の展望

演 者：池田 学（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

● シンポジウム 4「共生社会実現に向けて職域を超えた連携：各職種の役割と今後の展望」

日 時：6 月 18 日（日）13：50～15：50

会 場：老年精神第 1 会場（G301+G302, ノース 3 階）

座 長：内海久美子（砂川市立病院精神科）

田中 志子（（医）大誠会内田病院）

1. 共生社会実現のために認知症予防は必要である

演 者：浦上 克哉（鳥取大学医学部認知症予防講座（寄付講座））

2. 多職種連携による認知症の人と家族支援

演 者：矢吹 知之（高知県立大学社会福祉学部，認知症介護研究・研修仙台センター）

3. 高齢者のオーラルフレイルと認知機能

演 者：上田 貴之（東京歯科大学老年歯科補綴学講座）

4. 認知症・高齢精神障害者支援における精神保健福祉士の役割と展望

演 者：柏木 一恵（公益財団法人浅香山病院医療福祉相談室）

5. Advance Care Planning から考える共生社会：急性期病院の看護職の Short Trip

演 者：立原 怜（鳥根県立中央病院）

合同シンポジウム（日本老年学会）のご案内

● 合同シンポジウム 6「高齢者のうつ病と認知症」※第 38 回春季日本老年精神医学会主担当プログラム

日 時：6 月 16 日（金）14：20～16：20

会 場：老年学会総会第 2 会場（G303, ノース 3 階）

座 長：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）

山口 修平（鳥根県病院局病院事業管理者，鳥根県立中央病院）

1. 抑うつとアパシーの理解と鑑別

演 者：三瀧 真悟（鳥根大学医学部附属病院脳神経内科）

2. 認知症の危険因子または前駆症状としてのうつ病

演 者：鐘本 英輝（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

3. 認知症に伴う抑うつ状態の治療

演 者：橋本 衛（近畿大学医学部精神神経科学教室）

4. 認知症の人の食べられない：認知症に伴う抑うつ症状に関連しているかもしれないとき

演 者：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）

ランチョンセミナーのご案内

- ランチョンセミナー 1 ※直接会場にご来場ください（整理券はございません）

6月17日（土）12：15～13：05

テーマ：プロティノパチーイメージングと体液バイオマーカーに基づく早期認知症診療の確立

演 者：伊東 大介（慶應義塾大学医学部生理学，慶應義塾大学病院メモリークリニック）

座 長：吉岩あおい（大分大学医学部看護学科実践看護学講座老年看護学領域，大分大学医学部付属病院総合診療・総合内科学講座）

会場：老年精神第1会場（G301+G302，ノース3階）

共 催：エーザイ株式会社

- ランチョンセミナー 2 ※直接会場にご来場ください（整理券はございません）

日 時：6月18日（日）12：05～12：55

テーマ：レビー小体型認知症関連のパーキンソニズムの治療

演 者：繁田 雅弘（東京慈恵会医科大学精神医学講座）

座 長：池田 学（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

会 場：老年精神第1会場（G301+G302，ノース3階）

共 催：住友ファーマ株式会社

生涯教育講座／心理士講習会のご案内

2023年度はWEB配信を予定しております。

適宜学会HPに掲載いたしますので、ご確認ください。

簡易な神経所見のとり方実践講座／神経学的所見のとり方 実践講座(アップグレードコース)のご案内

2023年度は秋季大会で開催を予定しております。

適宜学会HPにてご案内いたしますので、ご確認ください。

総会のご案内

日 時：6 月 18 日（日）13：05～13：50
会 場：老年精神第 1 会場（G301+G302, ノース 3 階）

理事会・評議員会のご案内

● 理事会

日 時：6 月 16 日（金）17：30～19：00
会 場：パシフィコ横浜（G221, ノース 2 階）

● 評議員会

日 時：6 月 17 日（土）13：15～14：00
会 場：老年精神第 1 会場（G301+G302, ノース 3 階）

日本老年精神医学会特別奨励賞授与式および 専門医認定試験成績優秀者表彰式のご案内

日 時：6 月 18 日（日）13：05～13：50（総会中）
会 場：老年精神第 1 会場（G301+G302, ノース 3 階）

第 33 回日本老年学会のご案内

開催形式：

現地開催／ライブ配信／オンデマンド配信（後日）が視聴可能なハイブリッド形式にて開催

WEB 対象セッション：

＜ライブ配信＞「合同ポスター」・「総会」を除く全ての日本老年学会セッションを対象予定
＜オンデマンド視聴＞対象セッションは上記と同様

視聴期間：2023 年 7 月 3 日（月）正午より、同年 7 月 31 日（月）正午まで

視聴方法：分科会参加証に記載されている「ログイン ID, PASS」を入力の上、第 33 回日本老年学会ホームページより視聴

● 会長講演「私の考える日本の老年学の課題と展望」

日・時：6月16日（金）11：55～12：25

会 場：老年学会総会第1会場（G5・6，ノース1階）

座 長：大島 伸一（国立長寿医療研究センター名誉総長）

演 者：大内 尉義（国家公務員共済組合連合会虎の門病院）

● 特別講演1「実り多い豊かな人生私は創造的でありたい；人生100年時代を生きるということについて」

日 時：6月16日（金）10：35～11：25

会 場：老年学会総会第1会場（G5・6，ノース1階）

座 長：北 徹（神戸市看護大学）

演 者：若宮 正子（NPO法人ブロードバンドスクール協会，一般社団法人メロウ倶楽部，熱中小学校（一般社団法人熱中学園））

● 特別講演2「健康寿命を延伸するウォークアブルなまちづくり；スマートウエルネスシティの取組みとともに」

日 時：6月16日（金）13：25～14：15

会 場：老年学会総会第1会場（G5・6，ノース1階）

座 長：樂木 宏実（大阪労災病院）

演 者：青木 由行（筑波大学スマートウエルネスシティ政策開発研究センターアドバイザー（前・内閣府地方創生推進事務局長））

● 特別講演3「ビジネスイノベーションによる超高齢社会の課題解決：“従来常識”の打破と加齢科学・老年学の役割」

日 時：6月17日（土）11：10～12：00

会 場：老年学会総会第1-A会場（G5，ノース1階）

座 長：旭 俊臣（医療法人社団弥生会旭神経内科リハビリテーション病院）

演 者：村田 裕之（東北大学スマート・エイジング学際重点研究センター企画開発部門，村田アソシエイツ株式会社）

● 特別講演4「長寿社会の新たな生き方・社会の仕組みづくりにおける「学」の役割」

日 時：6月17日（土）13：10～14：00

会 場：老年学会総会第1-A会場（G5，ノース1階）

座 長：白澤 政和（国際医療福祉大学）

演 者：秋山 弘子（東京大学名誉教授，東京大学高齢社会総合研究機構，東京大学未来ビジョン研究センター）

● 特別講演 5「遺伝子・脳・AI から迫る老化研究：急速に進化を始めた AI にどう立ち向かう？」

日 時：6月18日（日）11：10～12：00

会 場：老年学会総会第1-A会場（G5，ノース1階）

座 長：下川 功（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻病理学分野）

演 者：鎌谷 直之（株式会社ステージン医療人工知能研究所）

● 合同ポスター発表

日 時：6月16日（金）16：30～17：30

会 場：合同ポスター会場（G2，ノース1階）

座 長：内門 大丈（（医社）彰耀会メモリーケアクリニック湘南），

柴田 展人（順天堂東京江東高齢者医療センターメンタルクリニック）

<日本老年精神医学会>

GP5-1

シャルル・ボネ症候群やせん妄が当初疑われ、レビー小体型認知症の診断に至った一例

岡部 究（東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科）

GP5-2

当院における高齢者の不眠およびせん妄に対する薬剤選択指針について

矢野 勝治（東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科，東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター）

GP5-3

レビー小体型認知症の症状に関する当院看護師の意識調査について：医師によるレクチャーと VR コンテンツ体験の有用性もふまえて

森川 文淑（医療法人社団圭泉会旭川圭泉会病院）

GP5-4

精神科病院における認知症への関与：多職種協働と地域連携

久保田正春（日下部記念病院精神科）

GP 5-5

当院地域型認知症疾患医療センターにおけるレビー小体型認知症の入院治療状況

川崎 洋介（特定医療法人南山会峡西病院，杏林大学医学部精神神経科）

● 第33回日本老年学会総会

日 時：6月16日（金）11：30～11：50

会 場：老年学会総会第1会場（G5・6，ノース1階）

● 第33回日本老年学会総会合同ポスター表彰式

日 時：6月16日（金）18：00～19：00

会 場：合同ポスター会場（G2，ノース1階）

参加費：無料

※参加登録者はどなたでもご参加いただけます。ただし、飲み物・おつまみ等は数量に限りがございますので、ご了承ください。

● 合同シンポジウム 1「地域包括ケアにおける在宅看護の役割と展開」

日 時：6月16日（金）9：00～10：30

会 場：老年学会総会第1会場（G5・6，ノース1階）

座 長：白木 裕子（株式会社フジケア，日本ケアマネジメント学会）

石橋みゆき（千葉大学大学院看護学研究院）

演 者：服部万里子（渋谷介護サポートセンター）

石橋みゆき（千葉大学大学院看護学研究院）

山中 崇（東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座）

● 合同シンポジウム 2「フレイルの多面性と予防：特に運動・ポピュレーションアプローチについて」

日 時：6月16日（金）9：00～11：00

会 場：老年学会総会第2会場（G303，ノース3階）

座 長：甲斐 一郎（東京大学）

海老原 覚（東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野）

演 者：葛谷 雅文（名鉄病院）

山田 実（筑波大学人間系）

久野 譜也（筑波大学大学院スポーツウエルネス学学位プログラム，内閣府 SIP 包摂的コミュニティプラットフォームの構築プログラムディレクター）

土井 剛彦（国立長寿医療研究センター研究所老年学・社会科学研究センター予防老年学研究部）

飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構未来ビジョン研究センター）

● 合同シンポジウム 3「急性期病院におけるせん妄ケアのシステム化と専門職連携」

日 時：6月16日（金）9：00～11：00

会 場：老年学会総会第3会場（G304，ノース3階）

座 長：塩田美佐代（医療法人社団真養会法人本部看護・介護統括局）

小川 純人（東京大学大学院医学系研究科老年病学）

演 者：窪田 容子（千葉大学医学部附属病院）

小川 純人（東京大学大学院医学系研究科老年病学）

忽滑谷和孝（東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科）

吉田 光由（藤田医科大学医学部歯科口腔外科学講座）

● 合同シンポジウム 4「多職種がかかわる基幹病院での高齢者医療の展開」

日 時：6 月 16 日（金）9：00～11：00

会 場：老年学会総会第 4 会場（G403, ノース 4 階）

座 長：吉岡佐知子（松江市立病院看護局）

横山 俊一（鹿児島共済会南風病院高齢者・健康長寿医療センター）

演 者：廣瀬 大輔（国家公務員共済組合連合会 虎の門病院高齢者総合診療部）

齊田 綾子（富岡地域医療企業団公立富岡総合病院）

柴田 将宏（日本医科大学附属病院患者支援センター）

那須いずみ（虎の門病院薬剤部）

山元 智穂（公益社団法人鹿児島共済会南風病院高齢者・健康長寿医療センター）

● 合同シンポジウム 5「ポストコロナの超高齢社会のあり方」

日 時：6 月 16 日（金）14：20～16：20

会 場：老年学会総会第 1 会場（G5・6, ノース 1 階）

座 長：神崎 恒一（杏林大学医学部高齢医学）

近藤 克則（千葉大学・国立長寿医療研究センター）

演 者：三村 将（慶應義塾大学予防医療センター）

村山 洋史（東京都健康長寿医療センター研究所）

奥田 龍人（認定 NPO 法人シーズネット）

深堀 浩樹（慶應義塾大学看護医療学部）

山田 実（筑波大学人間系）

● 合同シンポジウム 6「高齢者のうつ病と認知症」

第 38 回日本老年精神医学会合同シンポジウム 6 参照（p.17 参照）

● 合同シンポジウム 7「高齢者の就労をめぐる諸問題と老年学の貢献」

日 時：6 月 16 日（金）14：20～16：20

会 場：老年学会総会第 3 会場（G304, ノース 3 階）

座 長：石橋 智昭（公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団）

藤原 佳典（東京都健康長寿医療センター研究所）

演 者：塚本 成美（城西大学大学院経営学研究科）

渡辺修一郎（桜美林大学健康福祉学群）

小川 敬之（京都橘大学健康科学部作業療法学科）

藤原 佳典（東京都健康長寿医療センター研究所）

● 合同シンポジウム 8 「人生 100 年時代における社会のあり方：インフラの整備を含めて」

日 時：6 月 17 日（土）9：00～11：00

会 場：老年学会総会第 1-A 会場（G5，ノース 1 階）

座 長：久野 譜也（筑波大学大学院人間総合科学学術院）

岸井 隆幸（一般財団法人計量計画研究所）

演 者：神田 昌幸（大和ハウス工業株式会社都市環境創造部，大阪府・大阪市特別参与）

吉崎 典孝（三井不動産株式会社）

阪口 伸六（元・大阪府高石市長）

● 合同シンポジウム 9 「高齢者の在宅診療とその課題」

日 時：6 月 17 日（土）9：00～11：00

会 場：老年学会総会第 1-B 会場（G7，ノース 1 階）

座 長：三浦 久幸（国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部）

古屋 純一（昭和大学歯学部口腔機能管理科学講座）

演 者：和田 泰三（医療法人学縁会おおさか往診クリニック）

古屋 純一（昭和大学歯学部口腔機能管理学部門）

梶井 文子（東京慈恵会医科大学医学部看護学科老年看護学）

大澤 誠（医療法人あづま会大井戸診療所）

石山 麗子（国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻先進的ケア・ネットワーク開発研究分野）

● 合同シンポジウム 10 「モデル生物を用いた老化のメカニズム解明への新展開」

日 時：6 月 17 日（土）14：05～16：05

会 場：老年学会総会第 1-A 会場（G5，ノース 1 階）

座 長：福井 浩二（芝浦工業大学システム理工学部生命科学科）

東 浩太郎（東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座）

演 者：小野 悠介（熊本大学発生医学研究所筋発生再生分野）

辻村 恭憲（新潟大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野）

東 浩太郎（東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座）

清水 逸平（順天堂大学循環器内科）

杉本 昌隆（東京都健康長寿医療センター老化制御老化細胞）

● 合同シンポジウム 11 「エンドオブライフの医療とケア」

日 時：6 月 17 日（土）16：15～18：15

会 場：老年学会総会第 1-A 会場（G5，ノース 1 階）

座 長：菊地 悦子（武蔵野大学看護学部）

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）

演 者：藤田 冬子（神戸女子大学看護学部）

山口 泰弘（自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸内科）

井藤 佳恵（東京都健康長寿医療センター研究所）

大野 友久（浜松市リハビリテーション病院歯科）

● 合同シンポジウム 12 「AI/ICT/ロボットの高齢者ケアへの活用と展望」

日 時：6月18日（日）9：00～11：00

会 場：老年学会総会第1-A会場（G5，ノース1階）

座 長：大河内二郎（介護老人保健施設竜間之郷）

本田 幸夫（東京大学大学院工学系研究科人工物工学研究センター特任研究員）

演 者：伊藤沙紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅・緩和ケア看護学，筑波大学ヘルスサービス開発研究センター）

池田 紫乃（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学，一般社団法人日本ケアテック協会）

加藤 健治（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター）

小林 宏気（東京未来大学福祉保育専門学校介護福祉科，SOMPO ケア株式会社，一般社団法人ワイズ住環境研究所，京都芸術大学大学院学際デザイン研究領域（学生））

森 武俊（東京大学次世代知能科学研究センター，東京大学大学院情報理工学系研究科知能機械情報学専攻）

● 合同シンポジウム 13 「オーラルフレイルの予防と多職種連携」

日 時：6月18日（日）9：00～11：00

会 場：老年学会総会第1-B会場（G7，ノース1階）

座 長：平野 浩彦（東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科）

飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構未来ビジョン研究センター）

演 者：飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構未来ビジョン研究センター）

山田 律子（北海道医療大学看護福祉学部（老年看護学））

池邊 一典（大阪大学大学院歯学研究科有床義歯補綴学・高齢者歯科学講座）

小嶺 祐子（厚生労働省保険局医療課）

● 合同シンポジウム 14 「災害と高齢者・今後の対応」

日 時：6月18日（日）13：10～15：10

会 場：老年学会総会第1-A会場（G5，ノース1階）

座 長：狩野 徹（岩手県立大学社会福祉学部社会福祉学科）

松岡 千代（甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科老年看護学）

演 者：白木 裕子（株式会社フジケア，一般社団法人日本ケアマネジメント学会）

松岡 千代（甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科）

加藤 伸司（東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科，認知症介護研究・研修仙台センター）

飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構未来ビジョン研究センター）

田中 彰（日本歯科大学新潟生命歯学部口腔外科学講座）

● 合同シンポジウム 15「高齢者の定義：その後の展開と展望」

日 時：6月18日（日）13：10～15：10

会 場：老年学会総会第1-B会場（G7，ノース1階）

座 長：荒井 秀典（国立長寿医療研究センター）

鈴木みずえ（浜松医科大学臨床看護学講座）

演 者：石井 伸弥（広島大学大学院医系科学研究科）

西田裕紀子（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター）

岩崎 正則（東京都健康長寿医療センター研究所）

栗田 圭一（東京都健康長寿医療センター）

原田 謙（実践女子大学人間社会学部）

下澤 達雄（国際医療福祉大学医学部臨床検査医学）

● 合同シンポジウム 16「高齢者の自動車運転をめぐって」

日 時：6月18日（日）15：20～17：20

会 場：老年学会総会第1-A会場（G5，ノース1階）

座 長：島田 裕之（国立長寿医療研究センター研究所老年学・社会科学研究センター）

三重野英子（大分大学医学部看護学科）

演 者：中嶋 正浩（警察庁交通局運転免許課高齢運転者等支援室）

上村 直人（高知大学保健管理センター医学部分室）

田中 耕市（茨城大学人文社会科学部）

高橋 信彦（一般社団法人日本自動車工業会安全技術政策委員会車両安全部会長）

土井 剛彦（国立長寿医療研究センター研究所老年学・社会科学研究センター予防老年学研究部）

福富 昌城（花園大学社会福祉学部社会福祉学科）

荒井 秀典（国立長寿医療研究センター）

理事会，評議員会，総会，入会・住所変更，論文投稿等のお問い合わせ

公益社団法人日本老年精神医学会

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル2F

Tel：03-5206-7434 Fax：03-5206-7757 E-mail：rouseioffice@rounen.org

第 38 回春季日本老年精神医学会 日程表

【6 月 17 日(土)】 総合受付
ノース 3 階(8 時 30 分～17 時)

時間	老年精神第 1 会場 (G301+G302, ノース 3 階)
8:50～9:00	開会の辞
9:00～11:00	シンポジウム 1 「認知症前駆段階における神経精神症状」 座長：品川俊一郎 小林 良太 演者：松岡 照之 笠貫 浩史 品川俊一郎 大石 智
11:00～12:00	教育講演 1 「認知症の人への支持的精神療法のエッセンス」 座長：松本 一生 演者：繁田 雅弘
12:15～13:05	ランチョンセミナー 1 「プロテオパチーイメージングと体液バイオマーカーに基づく早期認知症診療の確立」 座長：吉岩あおい 演者：伊東 大介 共催：エーザイ株式会社
13:15～14:00	評議員会
14:00～15:00	教育講演 2 「レビー小体病から老年期精神疾患を考える」 座長：小田原俊成 演者：池田 学
15:00～17:00	シンポジウム 2 「ポジティブ精神医学／心理学を老年精神医学の臨床に活かす」 座長：三村 将 須賀 英道 演者：須賀 英道 岩原 昭彦 山口 晴保 田村 法子

【6 月 18 日(日)】 総合受付
ノース 3 階(8 時 30 分～16 時)

時間	老年精神第 1 会場 (G301+G302, ノース 3 階)
9:40～11:50	シンポジウム 3 「アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装をめぐる」 座長：栗田 圭一 田中 稔久 演者：岩坪 威 石井 賢二 山田 正仁 田中 稔久 池田 学
12:05～12:55	ランチョンセミナー 2 「レビー小体型認知症関連のパーキンソニズムの治療」 座長：池田 学 演者：繁田 雅弘 共催：住友ファーマ株式会社
13:05～13:50	社員総会
13:50～15:50	シンポジウム 4 「共生社会実現に向けて職域を超えた連携：各職種の役割と今後の展望」 座長：内海久美子 田中 志子 演者：浦上 克哉 矢吹 知之 上田 貴之 柏木 一恵 立原 怜
15:50～16:00	閉会の辞

第 38 回春季日本老年精神医学会

大会プログラム

教育講演 1	
6月17日(土)	
老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)	
1416	松本 一生 ((医) 圓生会松本診療所 (ものわすれクリニック))

抄録掲載ページ → p.38

K-1 11:00~12:00
 認知症の人への支持的精神療法のエッセンス
 繁田雅弘 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)

教育講演 2	
6月17日(土)	
老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)	
小田原俊成 (横浜市立大学保健管理センター)	

抄録掲載ページ → p.40

K-2 14:00~15:00
 レビー小体病から老年期精神疾患を考える
 池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)

シンポジウム 1
6 月 17 日(土) 9:00~11:00 老年精神第 1 会場 (G301+G302, ノース 3 階)
認知症前駆段階における神経精神症状
品川俊一郎 (東京慈恵会医科大学精神医学講座) 小林 良太 (山形大学医学部精神医学講座)

抄録掲載ページ → p.42-45

S-1-1
認知症の初期症状としての神経精神症状；Mild Behavioral Impairment について
松岡照之 (京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学)

S-1-2
MCI 状態にある前駆期 DLB の臨床的整理
笠貫浩史 (聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室, 順天堂東京江東高齢者医療センター)

S-1-3
前頭側頭型認知症の前駆状態における神経精神症状
品川俊一郎 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)

S-1-4
軽度認知障害のある人のこころと行動の変化への対応
大石 智 (北里大学医学部精神科学)

シンポジウム2

6月17日(土) 15:00~17:00

老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

ポジティブ精神医学／心理学を老年精神医学の臨床に活かす

三村 将 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)

須賀 英道 (龍谷大学短期大学部社会福祉学科)

抄録掲載ページ → p.48-51

S-2-1

地域高齢者を活かすポジティブ心理学

須賀英道 (龍谷大学短期大学部社会福祉学科)

S-2-2

ポジティブ心理学の応用で認知の予備力を高める

岩原昭彦 (京都女子大学発達教育学部)

S-2-3

『認知症ポジティブ』の概念と臨床実践

山口晴保 (認知症介護研究・研修東京センター)

S-2-4

ポジティブ心理学的視点で認知症介護者を支える

田村法子 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, 慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター),

色本 涼 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, 慶應義塾大学医学部百寿研究センター), 藤澤

大介 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, 慶應義塾大学病院医療安全管理部)

シンポジウム 3

6月18日(日) 9:40~11:50

老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装をめぐって

栗田 主一 (東京都健康長寿医療センター研究所, 認知症未来社会創造センター)

田中 稔久 (三重大学医学部神経・筋病態学)

抄録掲載ページ → p.54-58

S-3-1

アルツハイマー病疾患修飾薬の実用化を踏まえた今後の認知症医療の展望

岩坪 威 (東京大学大学院医学系研究科神経病理学, 国立精神・神経医療研究センター神経研究所)

S-3-2

アミロイド陽性早期アルツハイマー病の診断体制の整備に向けて

石井賢二 (東京都健康長寿医療センター研究所神経画像)

S-3-3

アルツハイマー病疾患修飾療法の実際：安全性と安全管理を中心に

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))

S-3-4

アルツハイマー病疾患修飾薬導入後の医療サービス提供体制について

田中稔久 (三重大学医学部神経・筋病態学), 新美芳樹 (東京大学医学部・医学部附属病院早期探索開発推進室), 栗田主一 (東京都健康長寿医療センター研究所)

S-3-5

認知症の精神科医療への影響と今後の展望

池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)

シンポジウム 4

6月18日(日) 13:50~15:50

老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

共生社会実現に向けて職域を超えた連携：各職種の役割と今後の展望

内海久美子 (砂川市立病院精神科)

田中 志子 ((医) 大誠会内田病院)

抄録掲載ページ → p.60-64

S-4-1

共生社会実現のために認知症予防は必要である

浦上克哉 (鳥取大学医学部認知症予防講座 (寄付講座))

S-4-2

多職種連携による認知症の人と家族支援

矢吹知之 (高知県立大学社会福祉学部, 認知症介護研究・研修仙台センター)

S-4-3

高齢者のオーラルフレイルと認知機能

上田貴之 (東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

S-4-4

認知症・高齢精神障害者支援における精神保健福祉士の役割と展望

柏木一恵 (公益財団法人浅香山病院医療福祉相談室)

S-4-5

Advance Care Planning から考える共生社会：急性期病院の看護職の Short Trip

立原 怜 (島根県立中央病院)

合同シンポジウム 6

<第 33 回日本老年学会総会／第 38 回日本老年精神医学会>

6 月 16 日(金) 14:20～16:20

老年学会総会第 2 会場 (G303, ノース 3 階)

高齢者のうつ病と認知症

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)

山口 修平 (島根県病院局病院事業管理者, 島根県立中央病院)

抄録掲載ページ → p.66-69

GS06-01

抑うつとアパシーの理解と鑑別

三瀧真悟 (島根大学医学部附属病院脳神経内科)

GS06-02

認知症の危険因子または前駆症状としてのうつ病

鐘本英輝, 池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室)

GS06-03

認知症に伴う抑うつ状態の治療

橋本 衛 (近畿大学医学部精神神経科学教室)

GS06-04

認知症の人の食べられない: 認知症に伴う抑うつ症状に関連しているかもしれないとき

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)

合同ポスター発表
 <第33回日本老年学会総会>

6月16日(金) 16:30~17:30
 合同ポスター会場 (G2, ノース1階)

内門 大丈 ((医社) 彰耀会メモリーケアクリニック湘南)
 柴田 展人 (順天堂東京江東高齢者医療センターメンタルクリニック)

抄録掲載ページ → p.72-76

GP5-1

シャルル・ボネ症候群やせん妄が当初疑われ、レビー小体型認知症の診断に至った一例

岡部 究, 小川佳那, 古川はるこ, 亀山 洋, 鮫島大輔, 忽滑谷和孝 (東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科), 繫田雅弘 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)

GP5-2

当院における高齢者の不眠およびせん妄に対する薬剤選択指針について

矢野勝治 (東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科, 東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター), 仙石鍊平 (東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター, 東京慈恵会医科大学附属第三病院脳神経内科), 内木場あゆみ (東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター, 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部), 泉 祐介 (東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター, 東京慈恵会医科大学附属第三病院総合診療部), 朝倉真奈美 (東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター, 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部), 鈴木真紀子 (東京慈恵会医科大学附属第三病院薬剤部), 布村明彦 (東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科, 東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター)

GP5-3

レビー小体型認知症の症状に関する当院看護師の意識調査について; 医師によるレクチャーとVRコンテンツ体験の有用性もふまえて

森川文淑, 村山友規, 浅田香奈, 田端一基, 白川幸子, 直江寿一郎 (医療法人社団圭泉会旭川圭泉会病院)

GP5-4

精神科病院における認知症への関与; 多職種協働と地域連携

久保田正春, 中村ひとみ, 精進直幸 (日下部記念病院精神科)

GP5-5

当院地域型認知症疾患医療センターにおけるレビー小体型認知症の入院治療状況

川崎洋介 (特定医療法人南山会峡西病院, 杏林大学医学部精神神経科), 小川 徹 (特定医療法人南山会峡西病院, ふるさと診療所), 井上雅博, 川口 敦 (特定医療法人南山会峡西病院)

教 育 講 演 1

認知症の人への支持的精神療法のエッセンス

繁田雅弘

東京慈恵会医科大学精神医学講座

6月17日(土) 11:00~12:00
老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

認知症の人への支持的精神療法のエッセンス

繁田雅弘

東京慈恵会医科大学精神医学講座

個人精神療法すなわち言葉による治療は、以前は認知症の人は対象としていなかった。会話の理解力が低下し、また話したことも忘れてしまうと考えられていたからである。しかし以前から認知症の人にも精神療法的介入は有効であることが指摘されていた。従来様々な種類の精神療法が試みられており、うつ状態に対する効果を示すデータはある。しかし他の心理症状に対する効果に関するエビデンスは十分ではない。認知症を患うことで生じる心理状態は孤独感や無価値感（自分に価値がなくなったという感情）といった感情や、自尊感情や自己効力感の低下であるが、治療によるそれらの心理状態の変化を的確に測定できる方法が確立していないこともエビデンスの確立を難しくしていると考えられる。そのような状況ではあるが、演者は数年前から認知症の人との対話に取り組んできた（『認知症の精神療法 アルツハイマー型認知症の人との対話』HOUSE 出版、2020）。

今回は精神療法のなかでももっとも広く用いられている支持的精神療法を、自験例を中心に引き上げて説明したい。一般に、支持的精神療法によって自己評価が回復して自我機能が高まると、現実検討能力や感情のコントロール能力が改善し、思考力や防衛機能、統合機能なども改善して、自分が置かれた状況を以前よりも的確に認識することができるようになり、最終的に状況に合わせた適応能力を発揮することができるようになると思われる。それが支持的精神療法の戦術である。それ

は一般の精神障害だけでなく認知機能低下に伴う精神症状にも有効性が期待できると考えられた。

アルツハイマー型認知症や軽度認知障害の人を対象として、精神症状や困難な状況について行っている支持的アプローチによる治療的対話を行ってきた。それを支持的精神療法の試みとして紹介したい。例えば、自動車運転免許の返納について、「あなたの運転はいざというときに危険を回避できない可能性があるので免許を返納しなければならない」といった説得は、あまり効果を期待することはできない。免許の返納といった本人にとっての不都合な判断は、自尊感情や自己効力感が高く維持されていなければできないものだからである。上記の説得はむしろ自尊感情や自己効力感を低めるものと考えられる。自分に自信を持ち決断を実行できるとの意識がなければ困難を伴う判断はできない。アルツハイマー型認知症や軽度認知障害では、失敗が続き自信を失いがちである。そのような状況の人に対して「あなたは運転さえもできない人になった」という説得は自発性や意欲を失わせ日課や役割に消極的にしてしまうのではないだろうか。それよりも“まだまだしっかりしておられるから、困難な判断でさえもご自信で可能である”といった方向の対話のほうが自尊感情や自己効力感を維持できる可能性がある。今回は上記のような葛藤を有する状況や心理症状を取り上げて支持的精神療法について具体的に述べてみたい。

教 育 講 演 2

レビー小体病から老年期精神疾患を考える

池田 学

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

6月17日(土) 14:00~15:00
老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

レビー小体病から老年期精神疾患を考える

池田 学

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

演者も多少関わった2020年に出版された研究用のprodromal レビー小体型認知症の診断基準では、(1)MCI、(2)delirium onset、(3)psychiatric onsetの3タイプが示されている。そして、psychiatric typeとして、late-onset major depressive disorderとlate-onset psychosisが示されている。また、Utsumiら(2021)は、幻覚・妄想、カタトニア、躁・うつ、といった激しい精神症状のため精神科病棟に入院して治療を受け、平均9.1年後にレビー小体型認知症を発症した21例の特徴を検討しているが、全例がprodromal期間中にうつ病を発症したことを明らかにしている。Nagaoら(2014)が65歳以上に発症した統合失調症および妄想性障害(late-onset schizophrenia and delusional disorder: LOSD)患者11例と年齢をマッチさせた健常対照例の剖検報告では、レビー小体病理はLOSD群で頻度が高かった(36.4% vs 19.4%)と報告している。

我々はDLBの指標的バイオマーカーを検索した最遅発性統合失調症様精神病(very late-onset schizophrenia-like psychosis: VLOSLP)(Howardら、2000)患者を、結果が陽性(VLOSLP+LB)か陰性(VLOSLP-LB)かで群わけし、その臨

床症状を比較した。その結果、34例のVLOSLP患者のうち、11例(32%)がバイオマーカー陽性となり、指標的バイオマーカーにてDLBの前駆状態である可能性が考えられるVLOSLP患者では、そうでないVLOSLP患者に比べ、全般的な認知機能に差はないものの、精神運動速度が遅く、幻視の有症率が高く、幻聴がある場合は幻視を伴うことが多く、後頭葉・頭頂葉の血流が低下しているといった、DLBでも報告されている特徴が確認された。

DLBでは中核的特徴として幻視が特異的だが、幻聴など幻視以外の幻覚(Tsunodaら、2018)や誤認妄想を中心とした妄想も多く(Nagahamaら、2007)、その中には恋愛妄想(Suehiroら、2021)や皮膚寄生虫妄想(Taomotoら、2022)など、奇異な妄想も多く見られる。また、身体症状症(Onofrjら、2011)や心気症(Fujishiroら、2016)も、しばしばDLBやパーキンソン病で見られることが報告されている。

本講演では、進歩が著しいバイオマーカー並びに神経精神症候学を用いて、レビー小体病から老年期精神疾患を改めて考える機会としてみたい。

シンポジウム 1

6月17日(土) 9:00~11:00
老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

認知症前駆段階における神経精神症状

座長: 品川俊一郎 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)
小林 良太 (山形大学医学部精神医学講座)

認知症の初期症状としての神経精神症状: Mild Behavioral Impairment について

松岡照之

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

MCI 状態にある前駆期 DLB の臨床的整理

笠貫浩史

聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室, 順天堂東京江東高齢者医療センター

前頭側頭型認知症の前駆状態における神経精神症状

品川俊一郎

東京慈恵会医科大学精神医学講座

軽度認知障害のある人のこころと行動の変化への対応

大石 智

北里大学医学部精神科学

認知症の初期症状としての神経精神症状

— Mild Behavioral Impairment について —

松岡照之

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

軽度行動障害 (mild behavioral impairment: MBI) は、認知症の初期症状と考えられており、認知症前駆段階を同定するのに有用かもしれない。MBI の診断基準は、50 歳以降から始まる行動または性格の変化を認め、少なくとも 6 ヶ月以上継続し、対人関係などにおいて少なくとも最低限の障害を生じ、他の精神疾患や認知症を除外することとなっている。Mild cognitive impairment (MCI) は認知機能障害が軽度であり、認知機能障害の軸で考えた場合、認知症の前駆段階と考えられているが、MBI は認知症の前駆段階を行動障害の軸で考えたものになる。MBI はアルツハイマー型認知症 (AD)、前頭側頭型認知症 (FTD)、レビー小体型認知症 (DLB)、脳血管性認知症 (VaD) などに移行する可能性がある。MBI の症状として意欲低下 (アパシーなど)、感情調節不全 (不安、抑うつ症状など)、衝動制御障害 (興奮、脱抑制、強迫観念など)、社会的不適合 (共感の欠如、洞察力の欠如など)、感覚や思考内容の異常 (妄想、幻覚) の 5 つのドメインがあり、感覚や思考内容の異常のドメインが一番認知症への移行のリスクが高いという報告がある。また、感情調節不全、衝動制御障害、意欲低下は preclinical AD や AD スペクトラムで多く、prodromal DLB では幻覚、抑うつ症状、不安、アパシーが多いと言われており、各認知症の前駆段階において、MBI の症状が異なる可能性がある。MBI と関係する因子についての報告も多いが、アミロイドや

タウなどのアルツハイマー病理との関係を示唆する報告が多い。MBI の画像研究では、側頭葉内側を中心とした側頭葉の萎縮や、Default Mode Network (DMN)、Salience Network (SAN)、Frontoparietal control network (FPCN) などのネットワーク内の機能低下や深部白質病変の関与が示唆されている。これらの脳領域の変化は AD や FTD の初期にみられる変化であり、その脳内変化により MBI が生じていることが推測されている。つまり、MBI は認知症のリスクファクターというよりも、認知症の初期症状の可能性の方が高いと思われる。前頭葉萎縮や SAN の機能低下を認める MBI 患者は FTD へ、SAN、DMN、FPCN の機能低下を認める MBI 患者は DLB へ、DMN や FPCN の機能低下、側頭葉内側の萎縮を認める MBI 患者は AD へ、深部白質病変を認める MBI 患者は VaD か AD へ移行する可能性がある。またアミロイドベットやタウベットを用いた画像研究では、アミロイドやタウの脳への蓄積が増えるほど、MBI が重症化しており、アルツハイマー病理が進展するほど MBI が重症化することも示されている。また neuromelanin-sensitive MRI を用いた研究では、青斑核中尾部のシグナルが高いほど MBI が重度であり、ノルエピネフリンが MBI に関与していることが示唆され、 β ブロッカーなどの薬が MBI に有効であるかもしれない。

S-1-2

MCI 状態にある前駆期 DLB の臨床的整理

笠貫浩史

聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室、順天堂東京江東高齢者医療センター

2020年に発表されたDLB前駆状態 (prodromal DLB) の臨床研究用診断基準中に則り、「DLBのMCI状態」は近年MCI with Lewy bodies (MCI-LB) と表記されることが多くなっている。DLB初期像の臨床的多様性を反映してprodromal DLBは3亜型 (精神症状発症型、せん妄発症型、MCI-LB) に分かたれるが、その中でいわゆる診断基準の体裁を取って同論文に明文化されたのは、既報・知見が多いMCI-LBのみであった。ここにprodromal DLB概念全体が未だ成熟の途上過程にあることが示されているといえよう。同診断基準が定めるprobable MCI-LBは、認知機能水準がMCI段階にあるという必須項目に加え、①「中核的特徴 (認知変動、幻視、RBD、特発性パーキンソニズム) 2つ以上合致」②「中核的特徴1つが合致+proposed biomarkers (基底核ドパミントランスポータイメージング、ポリソムノグラフィ、MIBG心筋シンチグラフィ) 1つ以上の異常」という2種類いずれかの診断必要項目を満たすことが診断の要件となっている。これはprobable DLBを下敷きにした合理的かつ順当な診断システムであるし、また常に異同が問題となるパーキンソン病のMCI状態 (PD-MCI) との区別についても言及している点で臨床的な使い勝手の良さを感じる内容となっている。

しかし、MCI-LBの臨床的把握は、それほど簡

潔には済まない難しさを孕んでいる。たとえば精査時点で認知の変動が目立つ例においては、いずれの認知機能状態を優勢な認知機能水準と捉えるべきか、悩ましい事例が多々ある。また、こうした例においては多くの場合広義の意識変容を示すことが少なくないことから、挿間性の産出性精神症状が稀ならず生じる。そうした臨床経過を具に辿れば、精神症状発症型のprodromal DLB (DLB-psych) と見立てるべき症例か、MCI-LBの範疇で捉える症例なのか、必然的に迷うこととなる。精神科臨床現場のわれわれはDLB-psychとMCI-LBの区別に悩む症例を日々扱っている。認知障害評価と精神症状評価をどの時点で実施し、どの程度両者の重みづけを勘案して分類するのが適当かという論点は、まだ議論が十分でない点かと思われる。上記の論点の検討において画像ないし体液バイオマーカーの果たす役割は少なくないだろうし、予後予測を検討するうえでもその意義は大きいものと考え、さらには臨床表現型がMCI-LBを示すがバイオマーカー所見が陰性である場合、いわゆるmimicsとして診るべきかどうかという論点についても今後知見の集積と議論が必要である。本シンポジウムではこうしたMCI-LBをめぐる諸課題について演者から論点を示し、実臨床での現実的なMCI-LB概念の収斂について諸先生方と検討させて頂きたいと思う。

前頭側頭型認知症の前駆状態における神経精神症状

品川俊一郎

東京慈恵会医科大学精神医学講座

前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia: FTD) は前頭葉と側頭葉前方部に病変の主座があり、多彩な行動変容や失語症状などを呈する変性性認知症性疾患群である。タウや TDP-43、FUS などの変性蛋白が神経細胞内に蓄積し、臨床的には、発症早期に冒される脳領域に応じて、行動型 FTD (bvFTD)、進行性非流暢性 PPA (nfvPPA)、意味性 PPA (svPPA) の 3 型に大別される。

壮年期から初老期にかけての発症が多く、その社会・経済的損失や介護負担が大きいばかりでなく、健忘症状よりも脱抑制や常同行動、意欲低下などの行動変容が前景に立つため、精神疾患との鑑別がしばしば問題となる。そのため、病初期あるいは前駆期における適切な診断がより重要となる。

前駆期の診断においてはバイオマーカーの開発が必要である。PET などの神経画像マーカー、

体液マーカーとして NfL などの神経変性マーカー、遺伝子マーカーなどがあるが、ヘテロジニアスな疾患群であるため、アルツハイマー病 (AD) などの他の疾患に比べても疾患特異的なバイオマーカーの開発が困難である。

2022 年に研究用の前駆期の診断基準が提唱されたが、これは遺伝子保因者を組み込んだものであり、欧米と異なり遺伝例が少ない本邦においてはその前駆期について知られていることは少ない。

演者らは病理診断確定 FTD 例の前駆段階において、既知の前頭葉症状に加え、耳鳴りやめまい、頭痛といった不定愁訴や無口、つじつまの合わない言動、被害妄想などの精神症状が見られることを報告した。また変性蛋白の差によって前駆段階の臨床症候が異なることも報告した。これらは FTD の前駆期における適切な診断の一助になる可能性がある。

S-1-4

軽度認知障害のある人のこころと行動の変化への対応

大石 智

北里大学医学部精神科学

認知機能障害が軽症のうちに受診する人が増えている。認知機能障害が軽症のうちに受診することは、認知症以外の根本的な回復を期待できる原因が早めに見つかる機会を増やす。根本的な回復を期待できない認知症疾患だったとしても、強みを活かし、苦手なことが補われ、個別性と本人の価値を重視する望ましいケアに早めにつながることであれば、生活に安心を取り戻すことを期待できる。そして認知機能障害が軽症のうちに受診する人が増えれば、軽度認知障害と診断される機会も増える。軽度認知障害のある人は日常生活、社会生活に支障はないし、将来、認知症の状態にならない人もいるし、認知機能が正常になる人もいる。だが認知症前駆段階と認識されがちな軽度認知障害という診断は、いつ認知症になるのだろうかという不安と、認知症を予防することへの期待を抱かせる。認知症を予防する強い力を医学は持ち合わせていないのに、軽度認知障害のある人に通院を促すことは、軽度認知障害という未熟な概念を世にひろめた医学が抱かせる不安を用いた通院の無理強い、あるいは部分的な医療化と感じることがある。一方、軽度認知障害のある人に抑うつや不安、焦燥など、こころや行動の変化があることは、その後の認知症への移行と関連があることを指摘する報告もある。だからといって、軽度認知障害のある人にこころと行動の変化を認めた時、これを将来の認知症疾患の発症リスクが高いと認識させることは、本人、家族、医師に認知症疾患発症予防を目的化させかねない。そして不

確実な予防のための取り組みに時間的、経済的コストを消費させ、認知症疾患が発症したときの落胆を強めかねない。軽度認知障害のある人にこころや行動の変化を認めたときに医師に求められるのは、不確実な予防のための取り組みを勧めることではない。こころと行動の変化を緩和することである。こころと行動の変化の理由を紐解き、理由になり得る回復可能性のある身体疾患、処方薬等の物質、精神疾患の併存を見落とさないことである。そして軽度認知障害のある人のこころを想像し、個別性を重視し、本人の価値を中心とし、関係性の勾配を水平に近づける対話である。その際、忘れてはならないのは軽度認知障害のある人、家族、社会と医師の中にある軽度認知障害、認知症へのスティグマである。人々の中にある軽度認知障害、認知症へのスティグマは、不確実な予防への欲求、認知機能障害による生活上の変化への本人の落胆、家族や身近な人からの批判、認知症疾患を発症することへの恐れを強めかねない。軽度認知障害のある人のこころや行動の変化に強く推奨できる薬物療法はない。だが心理療法には期待を持つことのできる報告がある。日常診療に際し、医師が自身に内在するスティグマを意識化し、スティグマを強めない言葉、態度を心掛けることが、ケアの持つ加害性を弱めるだろう。医師は軽度認知障害のある人に対して力不足である。軽度認知障害についてわからないことが多いことを自覚し、せめて軽度認知障害のある人を傷つけないということをしるべきである。

シンポジウム 2

6月17日(土) 15:00~17:00
老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

ポジティブ精神医学／心理学を老年精神医学の臨床に活かす

座長：三村 将 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
須賀 英道 (龍谷大学短期大学部社会福祉学科)

地域高齢者を活かすポジティブ心理学

須賀英道

龍谷大学短期大学部社会福祉学科

ポジティブ心理学の応用で認知の予備力を高める

岩原昭彦

京都女子大学発達教育学部

『認知症ポジティブ』の概念と臨床実践

山口晴保

認知症介護研究・研修東京センター

ポジティブ心理学的視点で認知症介護者を支える

田村法子^{1,2)}, 色本 涼^{1,3)}, 藤澤大介^{1,4)}

- 1) 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, 2) 慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター,
3) 慶應義塾大学医学部百寿研究センター, 4) 慶應義塾大学病院医療安全管理部

地域高齢者を活かすポジティブ心理学

須賀英道

龍谷大学短期大学部社会福祉学科

人生 100 年といわれる今日、長寿を生き抜くためには健康が基本である。しかし、ここで意味する健康とは病気の反対語でないことは言うまでもないだろう。高齢になるにつれて身体やこころの面に何らかの病気を含めた機能低下が生じてくるのは避けられない事実である。病気を含めた機能低下にありながら、幸せ感をもって長寿をまっとうするには、自己評価の視点転換が欠かせない。これが原因追及といったパソジェネシスによる問題解決手法の方向性からウェルビーイングの活用によるサルートジェネシスへの転換である。病気を含めた機能低下にある状態が客観的には変わらなくても、ウェルビーイングによる自己評価の有無によって主観的な幸せ感は全く異なったものとなる。さらにこの自己評価は環境・対人関係へも肯定的な解釈となり、二次的に状態像の変容にもつながっていく。気分向上からのモチベーションの増進によって行動変容に至り、出てきた結果を自己評価によって肯定的にみなし、達成感を得る。これによって気分向上に至るというサイクルが生み出される。このサイクルがウェルビーイング思考の基本であり、レジリアンス強化にも繋がる。この方向性は個人に限定されず、relationship(絆)の強化によって、家族・社会での受容性の向上や連帯感による行動変容を生み出し、ウェルビーイングの拡大に至る。こうした発想転換によって今後の社会における健康長寿へと繋がるのである。このサルートジェネシス手法を主眼に well-being 実践プログラムを作成した。

well-being 実践プログラムでは次の 6 点を日常生活の中でホームワークとして実践していく。1) ウェルビーイング思考の気づき、2) 目標を決めて行動し達成感を得る、3) 感謝の気持を感じる、4) 自分の強みに気づき伸ばす、5) 自己肯定し自分の成長に気づく、6) 日常会話を楽しくする

この well-being 実践プログラムでは、既に大学生を対象にした学習気分・意欲の向上のほか、休職者に対する就労気分・意欲の向上や、一般人を対象にしたメンタルヘルス向上など、各種分野での効果を実証してきた。そこで、高齢者など一般地域住民への活用も期待される。一般地域住民の生活ではさまざまなイベントが開催されるが、その中で well-being 実践プログラムを含めたセミナーを行い、参加した高齢者が日常生活の中でホームワーク実践していくことが望ましい。セミナーではウェルビーイング手法の情報提供ではなく、参加者自身が、抱えた問題解決ではなく同時に体験できている楽しいことや良かったことに気づきを主眼としている。楽しく参加できることで継続につながる。

また高齢者における心身状態の健全維持には、歩くことなど体を自己意思で動かせることも重大要素であり、今後は身体面とメンタル面、さらには地域社会などでの絆の強化といった社会性の役割評価も満たされることが望ましい。そのためにもメンタルアプローチが単独で対応していくのではなく、各分野とのコラボレーションが最適であることは言うまでもない。

ポジティブ心理学の応用で認知の予備力を高める

岩原昭彦

京都女子大学発達教育学部

認知の予備力は、脳内に存在する神経病理の量と認知機能の障害の程度との間にある個人差を説明するために提唱された仮説であり、「脳の老化、病理、障害に対する認知機能や日常機能の感受性の違いを説明するのに役立つ認知処理過程の適応性」と定義される。アルツハイマー病に関連する神経病理学的な徴候があっても、認知症の症状を示さない人が多数存在するのは、種々の活動に従事することで認知機能の蓄えが脳内にできたからだと考えられている。疫学研究で得られた数多くの証拠が示していることは、教育歴や複雑な仕事への従事だけでなく、余暇や文化的活動、身体的活動、豊かな対人関係の構築といった種々の人生経験が、加齢や病気と関連した神経病理学上の進行に対抗する予備力を与えることである。知的活動や身体的活動に従事することで、新たなシナプスが形成されたり、シナプスの活動が高まり豊かな神経ネットワークが構築されたりすると考えられている。豊かな神経ネットワークが構築されることで、加齢にともなって神経ネットワークが崩壊し始めても、神経ネットワークの使用効率が高められたり、本来使用すべき神経ネットワークとは別の神経ネットワークが構築されたりすることで、ある一定の課題遂行成績を保つことが可能になる。

認知の予備力を高める背景因子としての態度的要因が再び注目を浴びてきている。性格特性としての誠実性や開放性、ポジティブ心理学的要因としての人生満足度や素因的楽観性は、軽度認知障害やアルツハイマー病の発症リスクを低下させることが明らかになってきた。また、人生の目的や

人生の意味というポジティブ心理学的な要因が、認知機能の低下や神経疾患に対する潜在的な保護因子となり、認知症を発症する確率を低下させるという研究もある。近年では、各種の活動と認知機能の維持や改善との関連性を支えている背景因子についての研究も行われるようになってきた。食習慣や運動習慣が認知症予防に寄与すると分かっているにもかかわらず、運動の習慣を確立したり、食習慣を改善したりすることは難しい。同様に、知的な活動に従事することや社会的に参加することに積極的に関与しなければいけないと思っても、なかなか重い腰が上がらない高齢者も数多く存在する。自分の存在の意義を感じ、人生に目的を持ち、よりよい状態を目指して前向きにさまざまな事に挑戦できる特性こそが、種々の活動に関わる源となっていると考えられる。

新型コロナウイルス感染症の大流行の中で、老いに対する自己知覚と認知症や精神疾患との関連性が再び注目を浴びることとなった。老いに対する自己知覚が否定的である高齢者の認知症発症リスクが高まることが報告されている。年を取ることによって否定的になることで、ポジティブに思考することが難しくなるとともに、自己効力感や動機づけが低下することで、種々の活動に参加しなくなることが認知症の発症リスクを高めるというメカニズムが推定されている。ポジティブ心理学的な個人的素因とライフタイム活動との関連性を老いの自己知覚や動機づけの予備力という観点から再考し、認知の予備力と認知症予防との関連性の最先端について検討してみたい。

『認知症ポジティブ』の概念と臨床実践

山口晴保

認知症介護研究・研修東京センター

認知症ポジティブ (Dementia-positive) は、①認知症にやさしい地域：Dementia-friendly community と、②認知症になっても能力を発揮できる：Dementia-capable の2つの概念を合わせ持つ。2019年6月に発表された認知症施策推進大綱のなかにも認知症ポジティブの考えが盛り込まれている。認知症になっても、もてる能力を発揮し (Dementia-capable)、日課や役割をもち、地域とつながって (共生：Dementia-friendly community) 生活していくことが望まれる。

認知症ケアは、1)ネガティブケア、2)ニュートラルケア、3)ポジティブケアに分けることができる。

1)ネガティブケア：代行して本人の能力を奪うケアや、身体拘束・薬剤でBPSDを抑えるケア、ネガティブの定着。

2)ニュートラルケア：BPSDは医学用語で症状を示している。この症状の原因を見つけて対応することで、BPSDを軽減しよう・なくそうという医学的アプローチ。ネガティブを無くす (マイナスをゼロに)。

3) ポジティブケア：その人のレジリエンスを高めよう、長所を伸ばそうというポジティブ心理学のアプローチ。認知症の人が、認知症という困難 (不幸ではない!) を抱えながらも、前向きに明

るく生きられるケア。『認知症になっても幸せ』と、価値観の転換をめざす。認知症の人が持てる能力を発揮して、他者の役に立ち、褒められ、その人の尊厳が守られる。本人も家族も医療・介護職も、ポジティブ心理学を応用して、ポジティブ感情を増やし、前向きに well-being に生きることが望まれる。

日本人には「認知症は恥」「認知症と公言すればバカにされる」「家族に迷惑をかけるなら死にたい」など、認知症に対するネガティブイメージが強く根付いている。これを打ち砕いて、「認知症になっても楽しく前向きに暮らせるようになること」を支援したいが、障害受容の前に、アルツハイマー型認知症では病識低下という課題が立ち上がる。アルツハイマー型認知症では病感があっても、自己の認知機能低下の度合いを正確には把握できていない (自己の認知機能を過大評価＝病識低下)。そこで、①まずは本人の病識を高めて自覚を少し持ってもらい、②次いで、自分が認知症であることを受け入れて前向きに生きるように支援する (障害受容の支援)、③そして、社会参加へ。このように、本人が自らの認知症を受け入れて前向きに生きることが well-being に繋がると考えて臨床実践を行っているので、その一端を紹介したい。

ポジティブ心理学的視点で認知症介護者を支える

田村法子^{1,2)}, 色本 涼^{1,3)}, 藤澤大介^{1,4)}

1) 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室, 2) 慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター,
3) 慶應義塾大学医学部百寿研究センター, 4) 慶應義塾大学病院医療安全管理部

認知症の中核症状、行動・心理症状 (BPSD) は家族介護者の大きな負担となる。家族介護者の心理的負担は、家族介護者自身のうつリスク因子、認知症者の BPSD 症状の悪化、施設入所を早めること、ひいては虐待にもつながる、といった報告がある。つまり、認知症者と家族介護者は“鏡あわせ”と考えられ、家族介護者の心理的介入によって、介護者自身の抑うつ・不安、介護負担の軽減、認知症者の BPSD 症状の緩和、QOL 向上、施設入所を遅らせることにつながることが報告されている。

家族介護者の心理的介入方法として、心理教育、支持的療法などがあるが、特に、認知行動療法に基づく複合的介入プログラムの効果が大規模研究で実証されている。また、近年、介護におけるポジティブ面も注目されている。先行研究から、ポジティブ感情は介護者の健康に保護的に働くことが示されており、介護に対するポジティブ感情の向上によって、介護者の抑うつ・不安の低下、介護継続の意思に良い影響を与えること、認知症者の施設入所を遅らせることが報告されている。

これらの知見をもとに、我々の研究チームでは、認知行動療法とポジティブ心理学に基づく集団形

式の複合的介入プログラムを開発し、効果研究を行なった。プログラムは隔週 2 時間、全 6 回で、認知症に関する知識、応用行動分析を用いた BPSD 症状への対応、認知行動療法とポジティブ心理学を活かした介護者のストレスマネジメント (行動活性化、認知再構成、マインドフルネス・スキルなど) で構成され、プログラム参加者はセッション中でのグループワーク、自宅でのホームワークを行った。結果、介護負担感の軽減、介護に対するポジティブ感情の向上、介護の意味の向上が認められた。介護負担感の軽減には、マインドフルネスによって、与えられた状況に対する受容と楽観性が促されたことが影響したと考えられた。また、異なるアプローチの組み合わせはポジティブ感情の向上に寄与すると言われている。本プログラムでは応用行動分析などによる実践的な介護スキルと、マインドフルネスなどによる認知症者との関係性の見直しを取り入れていた。それらがポジティブ感情、介護の意味の向上に影響したと考えられた。

当日は研究結果と本プログラムの詳細について報告する。

シンポジウム 3

6月18日(日) 9:40~11:50

老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

アルツハイマー病疾患修飾薬の社会実装をめぐる

座長：栗田 圭一 (東京都健康長寿医療センター研究所, 認知症未来社会創造センター)

田中 稔久 (三重大学医学部神経・筋病態学)

アルツハイマー病疾患修飾薬の実用化を踏まえた今後の認知症医療の展望

岩坪 威

東京大学大学院医学系研究科神経病理学, 国立精神・神経医療研究センター神経研究所

アミロイド陽性早期アルツハイマー病の診断体制の整備に向けて

石井賢二

東京都健康長寿医療センター研究所神経画像

アルツハイマー病疾患修飾療法の実践：安全性と安全管理を中心に

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)

アルツハイマー病疾患修飾薬導入後の医療サービス提供体制について

田中稔久¹⁾, 新美芳樹²⁾, 栗田圭一³⁾

1) 三重大学医学部神経・筋病態学, 2) 東京大学医学部・医学部附属病院早期探索開発推進室,

3) 東京都健康長寿医療センター研究所

認知症の精神科医療への影響と今後の展望

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薬の実用化を踏まえた

今後の認知症医療の展望

ARIA

Aβ 蓄積

早期AD = 50% MCI ~ 70% AD
 アミロイドPET
 Aβ PET
 軽度MCI ↑ Aβ ↓
 軽度Aβ ↑ 93

ドネマブ (Eli Lilly)
 22-35% 改善
 80% PET
 2023.3月 (2023.5)
 岩坪 威

★タウ↑は抑止

東京大学大学院医学系研究科神経病理学, 国立精神・神経医療研究センター神経研究所

アルツハイマー病 (AD) の脳病理変化を構成するアミロイドβ (Aβ), タウなどの病因的な意義が遺伝学, 臨床病理学的研究により解明され, 疾患修飾療法 (disease-modifying therapies: DMT: 疾患メカニズムに即した治療法) の臨床開発が急速に進捗しはじめている。DMT の奏功には, 病理学的変化が進行して認知症症状が完成する以前の, 臨床症状が軽い時期を対象とすることが重要となる。そこで, 画像・バイオマーカーなどの客観評価法を駆使して, 軽度認知障害 (MCI) 期など早期段階で DMT を実用化することを目標に, 大規模臨床観察研究 AD Neuroimaging Initiative (ADNI) が米国で 21 世紀初頭に開始された。日本でも 2007 年より米国 ADNI と互換性のある形で J-ADNI が実施され, MCI を中心に 537 例が登録・追跡された。J-ADNI の完遂によりアミロイド PET などの評価体制が確立され, アミロイド陽性 MCI (プロドローマル AD) における認知機能変化の日米での高い類似性が実証された¹⁾。そして 2023 年には抗 Aβ 抗体医薬レカネマブが米国で迅速承認を取得し, 日本を含むグローバル第 3 相試験も一次エンドポイントを満たして終了し, 本邦を含む各国での臨床実用が待たれている²⁾。今後の DMT 治験は現在進行中の AHEAD 試験や Trailblazer 3 試験に代表される, さらに早期段階の無症候期 (プレクリニカ

ル期 AD) を対象とする官民パートナーシップ型治験として展開される方向性にある。DMT 治験の本格化とともに, 適格な被験者の競合も生じ始め, 効率的な参加者リクルートの方策が課題となった。その解決のため, DMT 治験参加に適格な条件を満たす参加者からなる「トライアル・レディ・コホート (TRC)」の構築が世界で進められ, 本邦で J-TRC 研究が開始された。主に無症候期にある高齢者を対象に, インターネットを介して認知機能検査等を行う J-TRC ウェブスタディで参加者が広く募集され, ついで来院で行う J-TRC オンサイト研究で精密な認知機能検査, アミロイド PET, 血漿バイオマーカー評価などが行われ, 現在までにそれぞれ 13000 名, 530 名が登録された。本講演では AD の分子病態研究に基盤を置く DMT 開発の流れを概観しつつ, その実用化が今後の認知症医療に与えるインパクトについて考察したい。

1) Iwatsubo T et al. Japanese and North American Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative studies: harmonization for international trials. *Alzheimers Dementia* 14:1077-1087, 2018

2) van Dyck CH et al. Trial of lecanemab in early Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 388:9-21, 2023

70% AD = 20% MCI ~ 50% AD (USA)
 ★Aβ ↓ は抑止 (Aβ 42 ↓ 20%)

S-3-2

アミロイド陽性早期アルツハイマー病の診断体制の整備に向けて

・アミロイド PET 56 施設
 2023.10.1 現在

・MRI 519/年 ARIA 2 例以上の 7 例

石井賢二

文京区立神経内科

東京都健康長寿医療センター研究所神経画像

2種の抗アミロイド抗体薬がアルツハイマー病における脳アミロイド病理を修飾することのできる疾患修飾薬として米国で承認され、1剤については認知機能低下の進行抑制効果についても承認申請が出されている。疾患修飾薬治療を開始するにあたり、アミロイド陽性の早期アルツハイマー病患者を確実に診断する体制を整備する必要がある。そのための課題と将来展望について述べる。

脳アミロイド病理を修飾する薬剤の治療対象者を選択するためには、脳アミロイド病理の存在(アミロイド陽性)を確認する必要がある。臨床症状に基づくアルツハイマー病の臨床診断は、死後病理診断と比較すると30%程度の偽陽性・偽陰性があることが知られており、正確な診断は特に早期において難しい。現在脳アミロイド病理を確認する手段としてアミロイドPETと脳脊髄液検査(アミロイドβ)が確立した検査法である。前者は診断技術として薬事承認が得られているが、保険収載がされておらず、十分な普及に至っていない。後者の腰椎穿刺自体は基本的な手技であるが、髄液採取には特有の留意点があり、外来診療の中に実装するためには人員・場所の確保やトレーニングが必要になる。それぞれ適正使用ガイドラインに基づいて品質の確保と普及を図る必要がある。アミロイドPET検査については、診断薬の製造・撮像・読影についての認証制度が学会で定められており、実施施設要件となる見込みである。PETはコストが高く施設の準備が必要なため検査へのアクセスが限られる可能性がある。脳脊髄

液検査はPETに比べコストがかからないが侵襲性があり、多数例を効率よく実施することは難しい。これらの確定的な検査を実施する前に、血液検査などによりリスクの高い被験者をスクリーニングすることも期待される。また、アミロイド陽性早期アルツハイマー病患者の中でも、いかにして有効性の高い対象者を絞り込むことができるかについても検討してゆく必要がある。

疾患修飾薬治療が開始されれば、ARIAなどの有害事象をモニタリングするため頻回のMRI検査も必要となる。これらの実施体制と診断の質の確保も必要となる。

現在実用化に近い疾患修飾薬は、脳におけるアミロイド蓄積を減少させる効果があるが、その効果を客観的に確認する方法はアミロイドPETを経時的に繰り返すことであり、治験ではこの方法がとられた。しかし、治療薬の効果判定にアミロイドPET検査を用いることは現在の効能効果外の使用であり、実臨床でアミロイドPETにより疾患修飾薬の効果を判定することはできない。治療効果を客観的に評価する方法の確立も必要である。

現在タウPETや様々な体液バイオマーカーも開発されている。これらのものから最適なものを組み合わせ、いかに最小の手順とコストで確実に治療対象者を選択し、治療効果や治療終了後の再発を正確にモニタリングできるか、実践的なストラテジーの構築が待たれるところである。

アルツハイマー病疾患修飾療法の実際

— 安全性と安全管理を中心に —

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）

Alzheimer 病（Alzheimer's disease : AD）に対する疾患修飾療法（disease-modifying therapy : DMT）の臨床応用が間近になっている。本講演では最近の抗アミロイド抗体薬（aducanumab/lecanemab/gantenerumab/donanemab）の第3相試験の情報等に基づき、それらが臨床応用された場合に想定される薬剤使用の実際について、特に安全性と安全管理を中心に概説する。それらの薬剤の使用においては、対象の選択（ADによるMCIあるいは軽度認知症でアミロイドマーカー陽性ほか）、投与法（2週あるいは4週ごとの点滴静注や皮下注等）、効果の評価法（認知機能、アミロイドマーカーほか）、安全管理（有害事象のモニタリングと対応）等の問題がある。それらの薬剤の有害事象で比較的頻度が高いのはインフュージョンリアクション（infusion-related reaction : IRR）（輸注反応）とアミロイド関連画像異常（amyloid-related imaging abnormalities : ARIA）である。IRRは抗体薬を始めとするタンパク製剤の投与時に発現する有害反応を指し、発熱・悪寒などの非特異的な症状が多い。一方、ARIAは抗アミロイド抗体によって生じる特異的な事象である。ARIAについてまとめると以下のようである：・ARIAには脳浮腫や脳溝滲出液によって特徴づけられるARIA-Eと、微小出血や脳表ヘモジデロシスによって特徴づけられるARIA-Hがある。・ARIAの機序として、脳血管

アミロイド沈着（脳アミロイドアンギオパチー cerebral amyloid angiopathy : CAA）との関連（抗アミロイド抗体による炎症や血管壁の破綻）が考えられており、抗体薬投与なしに自然に生じるCAA関連炎症（CAA-ri）では抗アミロイド抗体上昇やARIAと同様の画像所見がみられる。・ARIAは抗体投与開始後比較的早期（3ヵ月前後）に起こる場合が多い。・ARIAは無症状の場合が多いが、頭痛、錯乱、めまい、視野障害等に症状を呈する場合があります、稀には死亡例もある。・ARIAのリスクは、アポE4保有者、投与前MRIで多数の微小出血がみられる例、抗凝固薬や抗血小板薬使用例等で高い。・薬剤投与前および投与後定期的にMRIを撮像しARIAをモニタリングする必要がある。・ARIAのマネジメントは臨床症状と画像上のARIAの重症度により、無症状の軽度ARIA例における薬剤投与継続のケースから、有症状あるいは中等度から高度ARIA例における一時的あるいは永続的な投与中断のケースまで、ARIAの評価に応じた対応が必要である。・治療としてステロイドパルス療法や血漿交換療法、さらに症状に応じた治療（抗けいれん薬など）を考慮する。抗体薬の使用にあたっては、上記の有害事象について把握し安全性を確保することができる体制（専門人材および設備等）が必要である。

S-3-4

アルツハイマー病疾患修飾薬導入後の 医療サービス提供体制について

田中稔久¹⁾, 新美芳樹²⁾, 粟田圭一³⁾

1) 三重大学医学部神経・筋病態学, 2) 東京大学医学部・医学部附属病院早期探索開発推進室,
3) 東京都健康長寿医療センター研究所

アルツハイマー病疾患修飾薬の開発には長い努力のおかげで、米国ではようやく2021年から現在にかけ2薬剤が迅速承認されることになった。わが国でもその1剤が現在PMDAに申請中の状況であり、この薬剤の承認可否は現在不明ではあるものの他に複数のアルツハイマー病疾患修飾薬の臨床治験が施行されていることから、このような薬剤が上市されることは時間の問題であると考えられる。国の認知症に対する対応としては、認知症に対して対症療法的薬剤は流通しているものの、抜本的効果のある新薬の開発がなかなか進まなかったことから、認知症のひとを地域で支えることを主体とした施策が打ち立てられてきた。2012年に公表された「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン)、2015年に策定された「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)に続いて、2019年に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」においては、認知症の発症を遅らせ、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を推進することが目的とされている。ここでの「共生」とは認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、または認知症があってもな

くても同じ社会でともに生きるという意味であり、「予防」とは「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味で用いられている。このような我が国の認知症に対する施策の中では、医療は認知症疾患医療センターが地域の中核となって活動する立て付けとなっている。このセンターとは地域において認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるように診断後等支援や、研修事業および「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化等の地域連携の促進を行うことを役割とする施設とされている。実際の医療という視点では、センター発足時より鑑別診断、身体合併症対応、BPSD対応といったものが期待されて当初に割り当てられていることから、アルツハイマー病疾患修飾薬のような高度な鑑別技術と安全管理を要するであろうと想定される業務を全てのセンターで必ずしも担えるような立て付けにはなっていない。本発表ではこのような背景から、認知症に対する医療サービス提供体制に関して、現状の整理をおこない、アルツハイマー病疾患修飾薬導入後の在り方に関して議論させていただきたい。

認知症の精神科医療への影響と今後の展望

★ 認知症基本法 2023 成立、実社会の実現に向けての

★ 2023.8 月 講習会開始

★ 厚労省 12 月 3 日に進捗報告書

★ 認知症 Dep. 家庭も大切

★ 認知症に力を入れる

池田 学

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

アルツハイマー病の疾患修飾薬が上市された場合に、認知症医療の中心的役割の一端を担うことが今後も期待されている老年精神科医は、アルツハイマー病の病態機序、各種バイオマーカー、疾患修飾薬の標的分子や期待される効果・限界・予想される副作用、副作用のモニタリング、などに熟知しておく必要があることは言うまでもない。

疾患修飾薬に関しては、治験段階での使用経験がある専門医はいるものの、わが国での実臨床における使用経験者はいない（ようやく米国で、Aducanumab, Lecanemab の実臨床での使用が始まったところである）。全ての薬物療法にいえることではあるが、治験の対象者と実臨床での対象は大きく異なる。例えば、ドネペジル投与による頻尿やメマンチン投与によるふらつきや眠気は、治験段階ではほとんど注目されず、実臨床での使用が始まって間もなく使用上の重要な注意事項となった。従って、実臨床での投与が始まった場合は、精神科医に限らず、既に注目されているアミロイド関連異常（ARIA）以外の副作用も慎重にモニタリングを続ける必要があると思われる。

精神科医の働く多くの施設では、MRI やアミロイド PET が設置されていることは少ないであろう。当事者や介護者が疾患修飾薬による治療を希望した場合、また治療の選択肢の一つとして自ら勧める場合に、これらの診断バイオマーカーや

疾患修飾薬の投与を実施できる施設と連携しておくことは重要であろうし、長期のフォローを担う場合にも疾患修飾薬を開始した医療機関との連携や役割分担は欠かせない。すなわち、スクリーニング・診断・薬剤投与体制を連携機関との間で予め十分に協議しておくことが必要であろう。

また、当事者や介護者が疾患修飾薬による治療を希望した場合には、MCI 段階からの正確な告知が必要となる。アルツハイマーという病名だけでなく、疾患の進行過程や予想される症状などを詳細に説明した後の不安や抑うつに対する（場合によっては長期にわたる）精神的ケアが必要になるかもしれない。さらには、認知機能障害の程度や既往歴、身体疾患の併用治療薬などにより、むしろ疾患修飾薬の対象にならない場合の方が多いことが予想されるが、早期絶望に繋がらないように寄り添い、他の治療選択肢を提示し、議論を重ねて当事者が納得する支援を続けられるかが、精神科医としての力量を問われるところではないだろうか。

<参考文献>

- ・岩田 淳、橋本 衛編、アルツハイマー病治療の新たなストラテジー。先端医学社、2022
- ・Cummings J, et al. Lecanemab : Appropriate use recommendations. J Prev Alz Dis 2023 (in press)

★ 認知症、認知症の予防

シンポジウム 4

6月18日(日) 13:50~15:50
老年精神第1会場 (G301+G302, ノース3階)

共生社会実現に向けて職域を超えた連携； 各職種の役割と今後の展望

座長：内海久美子 (砂川市立病院精神科)
田中 志子 ((医)大誠会内田病院)

共生社会実現のために認知症予防は必要である

浦上克哉

鳥取大学医学部認知症予防講座 (寄付講座)

多職種連携による認知症の人と家族支援

矢吹知之

高知県立大学社会福祉学部, 認知症介護研究・研修仙台センター

高齢者のオーラルフレイルと認知機能

上田貴之

東京歯科大学老年歯科補綴学講座

認知症・高齢精神障害者支援における精神保健福祉士の役割と展望

柏木一恵

公益財団法人浅香山病院医療福祉相談室

Advance Care Planning から考える共生社会：急性期病院の看護職の Short Trip

立原 怜

島根県立中央病院

共生社会実現のために認知症予防は必要である

浦上克哉

鳥取大学医学部認知症予防講座（寄付講座）

2019年5月16日に政府から認知症施策推進大綱が決定され、認知症への共生と予防を2本柱とした。認知症対策は日本だけでなく世界的な大きな課題である。現在3秒に1人の割合で認知症が発症してきていると報告されWHOも「認知症のリスク軽減のためのガイドライン」を公表した。できる予防対策に取り組むことは必要不可欠と考える。しかし、立法化が進められている認知症基本法では、共生だけで良い、予防は削除しろという意見が優勢である。はたして予防は不要なのだろうか？

まず認知症予防については、概念や議論がかみ合っていないことが課題としてあげられる。公衆衛生学の教科書に予防についてきちんと書かれ、国家試験にも出題されているが、第1次予防が病気の発症予防、第2次予防が病気の早期発見・早期治療、第3次予防が病気の進行防止である。狭義の予防（第1次予防）ではなく広義の予防の概念（第1次から第3次までの予防）で対応すべきと考える。認知症という病気は20年～30年という長い期間にわたって徐々に進行していく病気であり、3つの予防段階の間に明確な境界線はありません。第1次予防から第3次予防までを切れ目なく行っていくことが求められる。

多くの人が予防と考えている第1次予防については、これまで科学的根拠が乏しかった。しかし、2017年に出されたLancetの総説では認知症の危険因子のうち約35%は修正可能な要因であると述べている。2020年には改訂版が出され、

修正可能な要因は40%まで上がった。つい最近まで、修正可能な要因0%と考えられてきたことからみると驚くべき進歩である。修正可能な危険因子は45歳未満では低学歴、45～65歳では肥満、アルコール過剰摂取、高血圧、外傷性脳損傷、聴力低下、66歳以上では糖尿病、大気汚染、運動不足、社会的孤立、うつ病、喫煙などである。この中で最も高い%を示したのが聴力低下の8%であった。早期の聴力低下への対応が必要となっている。Framingham heart studyでは血管危険因子への介入により、血管性認知症が半減したことが報告されている。FINGER研究では対照群では介入群に比較して認知症のリスクが約1.3倍高まったと報告している。このような大規模臨床試験においても認知症の第1次予防の科学的根拠が示されてきている。我々の研究グループも鳥取県伯耆町において軽度認知障害（MCI）を対象とした予防介入により、介入群は非介入群に比較して認知機能の有意な改善を認めた。「とっとり方式認知症予防プログラム」と命名し、現在普及啓発活動を行っている。

地域共生社会の実現には、以前存在していた支え合いの機能が必要である。しかし、超高齢社会の日本では2025年には認知症患者数が65才以上の5人に1人になると推計されており支えあう健全な高齢者が存在しなくなる。共生社会実現のためにも予防は必要であり、共生と予防は認知症対策の車の両輪であると考ええる。

S-4-2

多職種連携による認知症の人と家族支援

矢吹知之

高知県立大学社会福祉学部、認知症介護研究・研修仙台センター

はじめに

高齢者虐待は依然として社会課題である。平成 18 年に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下、高齢者虐待防止法）」に基づく対応状況調査においても高止まりであることが報告されている。法律における未然防止にかかる内容は、各市町村自治体に対し虐待の防止に資する体制整備として「広報・啓発」「ネットワーク構築」「行政機関連携」「相談・支援」の 4 項目について、実施を推し進めているが、とくに「ネットワーク構築」の全体の実施率が低く、地域住民と関係機関・事業所との連携による見守り体制構築に課題が残る。すなわち、住民も含めた多職種連携の有機的で無理のない持続可能なアプローチが必要である。高齢期の在宅介護の継続には、多くの専門職の連携が欠かすことができない。本報告では、在宅生活における多職種連携の視点から虐待の未然防止とそのための地域づくりのアプローチについて検討する。

1. 虐待の蓋然性の自覚と多職種による予兆察知の傾向

高齢者虐待の未然防止には、事象が発生する前により個別的で身近なかかわりが求められる。認知症を発症し支援が必要な方のもっとも身近な存在は、養護者たる家族であり、接触する機会の多い居宅系サービス事業所のスタッフである。著者らは、専門職（介護支援専門員、訪問介護スタッフ、通所介護スタッフ）に家族の虐待の蓋然性を察知するかを調査分析し、その後家族介護者が自

身の虐待の蓋然性の場面について明らかにした。その結果、認知症の人を介護する家族について専門職は 250 人中 85% が直観的に察知しており、家族は 850 人中と 56% が虐待の蓋然性を自覚していることが明らかになった。このことから、家族介護者自身が接触でもっとも身近な居宅介護サービスにかかわる専門職連携は家族支援や虐待未然防止について有益である。しかし、その専門職間の関わる機会は極めて少ないことから、より身近な機会で気兼ねない緩やかなつながりが地域では求められる。

2. 認知症カフェの地域化、住民主体の傾向

虐待防止法で示されるフォーマルなネットワークづくりは当然重要であるが、認知症の人を支える地域社会をつくるためには、当事者・生活者目線であり、地域住民も抱合された見守り体制づくりが求められる。そこで、全国で約 8,000 ヶ所運営されている認知症カフェは、地域のフォーマルかつインフォーマルな社会資源として有効な社会資源である。2022 年に実施した全国調査（3,659 ヶ所が回答）の結果では、運営者では地域包括支援センターが 33.6%、次いで多いのは地域住民で 22.1% であった。また、開催場所は以前は高齢者施設等が多かったものの、いまは 76.3% が地域の中のスペースで開催されている。認知症カフェの地域化と住民運営や共同運営の拡大は、緩やかな見守り体制やネットワークづくりとして有効である。課題は、リスクの高い家族介護者の参画の促し方であろう。

高齢者のオーラルフレイルと認知機能

上田貴之

東京歯科大学老年歯科補綴学講座

高齢者の口腔機能が低下した状態を表すオーラルフレイルが注目され、高齢者の口腔機能の評価や管理の重要性が高まっている。口腔機能の改善により認知機能の改善がみられるなど、口腔機能と認知機能の密接な関係性が感じられる場面は多い。その一方で、口腔機能の検査が実施不可能な原因の第1位は、認知症であった。一般の歯科の日常臨床においても、認知症患者への対応に苦慮することが多い。

2018年に日本老年歯科医学会は、「認知症患者の義歯診療ガイドライン」を公表した。その後2019年には、「認知症の人への歯科治療ガイドライン」を発行している。日本補綴歯科学会は、義歯などの治療を行う際の治療の難易度を測定するプロトコルの使用を推奨している。これは、Axis IからIVまでで構成されている。Axis Iは口腔内の状態、Axis IIは身体社会的状態、Axis IIIは口腔関連QOL、そして、Axis IVは精神心理学的評価となっている。このように、臨床の場での歯科治療の難易度は、単に口腔内の歯科医学的な

状態の難易度のみならず、精神心理的な側面が大きく影響していることが伺われる。このように、歯科治療の場での認知症への理解や対応への取り組みは、少しずつではあるが着実に進んできている。

研究の面では、口腔機能の低下と認知機能の低下には関係があることが多く報告されている。しかし、その大半は横断研究であり、縦断研究や介入研究は少なく、エビデンスレベルの高いものはほとんどない。認知機能と口腔機能との相関について新たな研究を展開するために、2021年に日本補綴歯科学会、日本老年精神医学会、日本老年歯科医学会、認知症と口腔機能研究会とが認知機能と口腔機能の相関に関する探索的研究(ECCO)プロジェクトを立ち上げ、臨床研究を行っている。

本講演では、歯科における高齢者のオーラルフレイルへの取り組みを紹介するとともに、口腔機能と認知機能の関するこれまでの知見と現在の取り組みについて供覧したい。

S-44

認知症・高齢精神障害者支援における 精神保健福祉士の役割と展望

柏木一恵

公益財団法人浅香山病院医療福祉相談室

超高齢社会である我が国においては認知症を含む治癒しない慢性疾患の増加とともに、障害を抱えて生きる人々も増加している。その人々にとっての医療とは、病と付き合いつつQOLを保ちながら生きるための支援へと変化してきている。認知症に限らず、高齢者の慢性疾患は長いスパンの関わりが必要であり、疾患の初期から終末期に至るまでには複雑にまたがるニーズが想定され、必要な介護サービスや法律的な課題も変化する。必然的に医療・介護・福祉の多様な専門職のタイムリーな介入が必要になり、横断的、重層的、かつシームレスな多職種連携が病と障害を抱えて生きる人々を支えるための仕組みとして益々重要になってこよう。医療、介護、福祉の社会資源が有機的に連携し、本人やその家族が住み慣れた地域での暮らしを安心して続けられるような支援体制を構築していくために、精神保健福祉士が果たす役割を考察したい。

精神保健福祉士は、社会福祉学を学問的基盤として、本人主体、権利擁護、自己決定権の尊重などを価値とし、それを前提に精神障害者の抱える生活課題の解決のための援助や、社会参加に向けての支援活動を通して、ご本人の自己実現とその人らしいライフスタイルの獲得を目標としてきた。主として統合失調症などの精神障害者の社会復帰や地域生活支援を中心として実践を展開してきたが、昨今では胎生期から高齢期までひとの生涯におけるライフステージごとのメンタルヘルス課題に対応が求められ、認知症、発達障害、依存症など対象とする領域も広がってきている。

一方で長く精神科病院に入院している高齢の精神障害者や地域で暮らす精神障害者の高齢化の問題も精神保健福祉士にとっては避けては通れない

課題である。あるいは8050問題に象徴される複合的課題を持つ世帯、治療やサービスを拒否する支援困難事例、虐待、孤独死など、高齢化の進行と並行して顕在化してきた様々な課題に精神保健福祉士は向き合う必要がある。介護保険施設や精神科病院での虐待の事案も目立つ。身体拘束など不十分なケアをされても異議申し立ての困難な人の人権を守ることに精神保健福祉士はもっと敏感でなければならないと思う。そのための具体的な手立てを様々な職種を巻き込み、提案していく必要がある。

精神保健福祉士には、本人や家族の視点に立ち、他職種の役割や働きを十分に理解し、適時適切な支援を引き出すこと、支援ニーズの変化を見逃さず、必要な情報を整理し、切れ目ない支援を提供できるようにすることなど個別ケースワークを基盤として、多職種連携における下支えの役割を担う必要がある。しかしいくら多職種連携が円滑に行われてもそれだけで、住み慣れた地域での暮らしを保障することはできない。地域自体の福祉力や介護力の弱体化が、セルフネグレクトや介護拒否、介護うつや虐待などの社会的な問題を生み、ゴミ屋敷も孤立死もその延長線上にある。問題の発見が遅れ深刻化すればするほど地域からの排除が強化されていく。地域自体の力を底上げしていく発想なしに「住み慣れたところで、その人らしい暮らし」など望むべくもない。地域の中で、病や障害を抱える高齢者がその人らしく生きていくためにはその人を支える地域住民の理解や力が必要であり、その地域住民を支える様々な専門職の結集が必要である。共生社会を実現するために我々精神保健福祉士の連携力が問われるところである。

Advance Care Planning から考える共生社会

— 急性期病院の看護職の Short Trip —

立原 怜

島根県立中央病院

近年、¹⁾人生の最終段階に至るまで一人ひとりの意向を尊重しつつ医療・ケアへの意思決定を支援する方法として Advance Care Planning (以下、ACP) が注目されている。日本における ACP の適切な理解と活用のために、2019 年に日本老年医学会から「ACP 推進に関する提言」が発表された。日本老年医学会では「ACP は将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」¹⁾と定義されており、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することが ACP の目標である。

身体疾患が原因で急性期病院に入院となる高齢者のなかには、意識障害や進行した認知症のため、すでに明確な意思表示が困難となっている方もいる。こうした場合でも、何とか高齢者の意向を汲み取るため、筆者は日常ケアのなかに表れる意思を捉えようとする。入院以前の高齢者をよく知っている家族や支援者に本人の思いを推し量ってもらいそれを聴くように努めている。それでも、高齢者本人の意向にどれだけ近づくことができているのだろうかと考えないことは無い。また急性期病院における ACP では、終末期医療の決定にのみ焦点が当てられる傾向があることや、入院前の生活とのつながりが考慮されていない場合もあるため、入院前・退院後の情報の共有が非常に重要だと考えている。ACP は誰かに強要されて行うものではないが、意思表示が困難となった高齢者の意思決定の際に、本人の推定意思を補強するも

のとなり、医療・ケアの決定に関わる我々の助けとなるものでもあると考えている。その一方で、病院や高齢者ケア施設では高齢者やその家族が ACP という考え方に触れる機会があるものの、日常生活においてはどれほどの人が自分の将来の医療・介護について具体的に考え、話し合う機会をもつことがあるのだろうかという疑問もある。

筆者は島根県出雲市にある急性期病院で勤務しているが、高齢者が入院となってしまったり介護施設に入所となったりする前から、ACP について知る機会が必要なのではないかと考えていた。院内で定期的に行われている市民への公開講座で、将来自らが、または家族がどのような医療・介護を受けながら生活を送っていくことが望ましいかを考えてもらったこともあるが、医療の場に関係が濃い方々が対象になっていたように思う。そこで病院や高齢者ケア施設ではなく、より生活に身近な場所での啓発が大切ではないかと考えたため、筆者を含めた老人看護専門看護師の有志では、2022 年に出雲市の補助を受け、商業施設に買い物のために訪れた市民に対して ACP の普及・啓発活動を行う機会を得た。また同時に、ACP の実情を把握するための調査を行った。こうした経験を踏まえ、将来に備える ACP から考える共生社会と、その実現に向けた看護職の連携・役割・今後の展望について、皆さんと共に考える機会としたい。

1) 日本老年医学会：ACP 推進に関する提言，2019. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf

合同シンポジウム 6

<第 33 回日本老年学会総会／第 38 回日本老年精神医学会>

6 月 16 日(金) 14:20～16:20
老年学会総会第 2 会場 (G303, ノース 3 階)

高齢者のうつ病と認知症

座長：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)
山口 修平 (鳥根県病院局病院事業管理者, 鳥根県立中央病院)

抑うつとアパシーの理解と鑑別

三瀧真悟
鳥根大学医学部附属病院脳神経内科

認知症の危険因子または前駆症状としてのうつ病

鐘本英輝, 池田 学
大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

認知症に伴う抑うつ状態の治療

橋本 衛
近畿大学医学部精神神経科学教室

認知症の人の食べられない：認知症に伴う抑うつ症状に関連しているかもしれないとき

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

抑うつとアパシーの理解と鑑別

三瀧真悟

島根大学医学部附属病院脳神経内科

うつ病は認知症と同様に年齢とともにその頻度は増加し、日常臨床では遭遇しやすい疾患である。治療が可能であるいわゆる「治る認知症」という点から高齢者の認知症とうつ病を鑑別することは重要であるが、容易ではない。その理由の一つは認知症に伴う行動・心理症状で最も頻度が高いとされるアパシーと抑うつの鑑別が困難な点があげられる。アパシーは目的志向性の行動や認知活動の減弱を伴った動機付けの障害であり、抑うつとは異なる臨床的特徴や神経基盤を有しているが、アパシーと抑うつの区別は両者が合併することや症候の重なる点から混同される場合がある。アパシーの特徴は情動反応の平坦化、興味の減退、無関心、発動性の低下などであり、抑うつと共通

の要素が存在するが、アパシーでは抑うつとは異なりネガティブな気分、悲哀感、否定的思考、身体的訴えなどを欠いている点が特徴である。アパシーの評価方法のなかで、我々は Starkstein らのアパシースケールを「やる気スコア」として日本語訳し、わが国でも使用可能であることを報告している。アパシーと抑うつが独立した症候群であることは、上述した臨床症状の違いに加え、機能的 MRI や脳血流 SPECT あるいは PET を用いた研究からも支持されており、それぞれ異なった神経基盤が存在することが示されている。神経基盤が異なるということは、選択すべき治療薬も異なる可能性を示唆しており、治療という観点からも両者の違いを認識することには意義がある。

認知症の危険因子または前駆症状としてのうつ病

鐘本英輝, 池田 学

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

うつ病はその後の認知症の発症リスクが高いことが報告されているが、認知症に先行するうつ病が認知症の危険因子なのか、それとも認知症の原因となる神経変性疾患の初期症状、つまり認知症の前駆症状として生じているものなのかを検討することは、認知症の予防や早期診断を考える上で重要である。認知症においてうつ病との関係が最も検討されているのはアルツハイマー病 (AD) 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 β ($A\beta$) 集積や、末梢血や脳脊髄液での $A\beta$ の変化が報告されていることは、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。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。レビー小体型認知症 (DLB) においては AD 以上に先行するうつ病について報告されており、prodromal DLB のサブタイプとして提唱された psychiatric-onset において、高齢発症のうつ病がその主要な位置に置かれている。実際にう

つ病高齢者における DLB の指標的バイオマーカーの陽性率の高さや、その後の DLB へのコンバート率の高さに関する報告があり、DLB においてはうつ病は危険因子というよりも前駆状態としての文脈で語られることが多い。一方で平均年齢 40 歳程度のうつ病患者を対象とした研究では、 α シヌクレイン mRNA の発現がうつ病の重症度と相関したことを報告している。このことはうつ病が DLB を含む α シヌクレイノパチーの危険因子である可能性も示唆している。このように、現時点では高齢者のうつ病は認知症の危険因子・前駆症状のどちらの要素も含んでいるという報告が集積しており、両者を念頭に置き高齢者のうつ病に対応することが臨床では求められるだろう。前駆症状という観点からは、うつ病の背景にある器質因によって、第一選択とする治療法が異なる可能性があるが、現時点ではそのようなエビデンスに乏しい。今後の研究に期待しつつ、現時点では認知症の危険因子の可能性のあるうつ病の予防や早期診断を啓発し、一般的なうつ病と同様に治療にあたりつつ、認知症へのコンバートの可能性を念頭におき対応するのが望ましいだろう。

認知症に伴う抑うつ状態の治療

橋本 衛

近畿大学医学部精神神経科学教室

抑うつは認知症患者に高頻度に見られる BPSD の一つであり、患者本人の QOL や ADL を低下させるだけでなく、介護者にも多大なストレスや負担感を及ぼす症状である。そのため認知症診療に携わる医療従事者には、抑うつの早期発見、早期介入が求められる。

一般的に抑うつ状態の治療の主軸は、抑うつを引き起こした原因によって異なってくる。適応障害によって引き起こされた抑うつ状態は、環境調整や精神療法が主軸となり、アルコールや薬剤などの物質関連の抑うつ状態に対しては、原因物質の除去が主軸となる。甲状腺機能低下症やパーキンソン病などの他の医学的疾患による抑うつは、原疾患の治療が第一選択となり、うつ病による抑うつ状態は、抗うつ薬主体の薬物療法と心理教育が治療の主軸となる。

認知症に伴う抑うつには、適応障害、医学的疾患、うつ病が主たる要因として関与している。認

知症患者は社会や家庭における役割など様々なものを喪失し、その変化に適応できずに抑うつが生じる。適応障害による抑うつは比較的病識が保たれやすい病初期や喪失体験の多い若年性認知症で見られることが多く、自殺企図にもつながることもあるため、早急な治療介入が必要である。適応障害を背景としているため、抗うつ薬だけでは症状の改善は期待できず、喪失感への対応に主眼を置いた非薬物療法が治療の中心となる。認知症疾患そのものが引き起こす抑うつに対しては、コリンエステラーゼ阻害薬や抗パーキンソン病薬などの薬物療法が、うつ病による抑うつは抗うつ薬を中心とした薬物療法が検討される。多くの症例では、これらの要因が比重を変えながら関わっているため、目の前の患者の抑うつが、どの要因が中核となって引き起こされているのかを見極めたうえで、非薬物療法、薬物療法を実施することが重要となる。

GS06-04

認知症の人の食べられない： 認知症に伴う抑うつ症状に関連しているかもしれないとき

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

食事は、高齢者にとって栄養を摂るという目的とともに、生活を彩る楽しい時間でもあります。しかし、アセスメントが不十分なままに不適切な食事ケアが行われてしまうと、本人にとっての苦痛になるばかりか、場合によっては誤嚥性肺炎を誘発してしまう可能性もあります。

認知症と診断されている人に、経口摂取量の低下が生じている時、食べられないのか食べたくないのか、あるいは関連要因が口腔や消化器の状態を含む身体機能なのか、認知症の症状なのか、精神的要因なのかを、様々な角度からアセスメントする必要があります。認知症そのものが影響して食べる機能の低下が起こっているケースの多くは、中等度の後半から重度に進行した状態です。認知症が軽度の段階では、食べる機能を含む基本的なADLは自立しているため、食べられない症状が出ている時には認知症以外の要因を視野に入れて検討しなければなりません。認知症軽度の高齢者の食欲低下には、ストレスを伴うライフイベント、配偶者や家族との別離、生活支援の不足や孤独、不安や抑うつ、代謝性疾患、痛み、視覚・聴覚の

機能低下、心臓病、口腔や咽頭のトラブル、消化器症状などありとあらゆる様々な要因があります。また高齢期の薬剤の多剤併用は、思わぬ副作用が出現し食欲不振を引き起こすことが知られています。特に地域生活をされている認知症の人で、独居や高齢者世帯のケースでは、生活支援も視野に入れ、かつ本人の語る言葉も十分に聞き取って、課題を整理し、焦らず取り組むことが重要です。

認知症の症状に関連した食事計画や食料調達、調理の不十分さ、またその結果生じてくる栄養バランスの低下や脱水、自らの機能低下を自覚したうえでの未来への悲観、心細さ、葛藤、焦り、不安や抑うつ症状は互いに影響しあい、フレイルサイクルを加速します。本人が何かの理由で安心・リラックスできずに食欲低下することは決して不自然な事ではありません。本人が何に悲観し不安を感じているのかを理解する支援者や、共に季節の風を感じ散歩に誘ってくれる支援者、一緒に食べてくれる支援者の存在が鍵になるかもしれません。シンポジウムではケースを提示し、考察したいと思います。

合同ポスター

<第33回日本老年学会総会>

6月16日(金) 16:30~17:30
合同ポスター会場 (G2, ノース1階)

座長: 内門 大文 ((医社)彰耀会メモリーケアクリニック湘南)
柴田 展人 (順天堂東京江東高齢者医療センターメンタルクリニック)

シャルル・ボネ症候群やせん妄が当初疑われ、レビー小体型認知症の診断に至った一例

岡部 究¹⁾, 小川佳那¹⁾, 古川はるこ¹⁾, 亀山 洋¹⁾, 鮫島大輔¹⁾, 忽滑谷和孝¹⁾, 繫田雅弘²⁾

1) 東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科, 2) 東京慈恵会医科大学精神医学講座

当院における高齢者の不眠およびせん妄に対する薬剤選択指針について

矢野勝治^{1,2)}, 仙石鍊平^{2,3)}, 内木場あゆみ^{2,4)}, 泉 祐介^{2,5)},
朝倉真奈美^{2,4)}, 鈴木真紀子⁶⁾, 布村明彦^{1,2)}

1) 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科, 2) 東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター,
3) 東京慈恵会医科大学附属第三病院脳神経内科, 4) 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部,
5) 東京慈恵会医科大学附属第三病院総合診療部, 6) 東京慈恵会医科大学附属第三病院薬剤部

レビー小体型認知症の症状に関する当院看護師の意識調査について;
医師によるレクチャーと VR コンテンツ体験の有用性もふまえて

森川文淑, 村山友規, 浅田香奈, 田端一基, 白川幸子, 直江寿一郎
医療法人社団圭泉会旭川圭泉会病院

精神科病院における認知症への関与; 多職種協働と地域連携

久保田正春, 中村ひとみ, 精進直幸
日下部記念病院精神科

当院地域型認知症疾患医療センターにおけるレビー小体型認知症の入院治療状況

川崎洋介^{1,2)}, 小川 徹^{1,3)}, 井上雅博¹⁾, 川口 敦¹⁾

1) 特定医療法人南山会峡西病院, 2) 杏林大学医学部精神神経科, 3) ふるさと診療所

シャルル・ボネ症候群やせん妄が当初疑われ、 レビー小体型認知症の診断に至った一例

岡部 究¹⁾、小川佳那¹⁾、古川はるこ¹⁾、亀山 洋¹⁾、鮫島大輔¹⁾、忽滑谷和孝¹⁾、繫田雅弘²⁾

1) 東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科、2) 東京慈恵会医科大学精神医学講座

【目的】レビー小体型認知症（以下 DLB）では幻視やパーキンソニズム、レム期睡眠行動異常症（以下 RBD）が観察されることが多い。視力低下が進行し、その後不眠が出現。診療経過中に DLB の診断に至った症例を経験したので報告する。

【倫理的配慮】症例報告にあたり、本人及び家族より同意を取得し、匿名性に十分注意を行った。

【症例】69 歳、男性、家族歴はなし。X-14 年頃、自覚症状はなかったが運転免許の更新の際に視力低下を指摘され、眼科を受診。明確な原因や診断に至らず、セカンドオピニオンを経て杆体錐体ジストロフィーと診断を受けた。日常生活を何とか 1 人で送れる範囲でとどまっていたが、X-1 年頃より急激に視力低下を呈し、視覚障害 1 級となった。X 年不眠を主訴に紹介受診。不眠に加えて、幻視もあるとのことであった。当初シャルル・ボネ症候群を鑑別に考えたが、幻視はゾルピデム内服後の意識変容時に一過性に呈している様子であったため否定的であった。そのため高齢であることや視覚障害、薬剤を危険因子とした、せん妄を疑い治療を開始した。物忘れは困るほどではないながらも、少なからずあるようで、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下 HDS-R）は 18 点（5 物品提示後の直後想起は視覚障害のため施行を見送ったため 25 点満点とした。以下同じ。）、頭部画像検査では年齢相応の脳萎縮であり、疾患特異的な器質的異常は認めなかった。不眠やせん妄改善に焦点を当てる診察を継続していたが、X+1 年に服薬していない状態で「いるはずのない虫が見える。」といった幻視やパーキンソニズム

と思われる歩行障害、睡眠中に大声をあげ時には動き出すと行動、失禁などが確認された。神経内科医と連携をとりながら MIBG 心筋シンチグラフィを施行し、取り込み低下が認められたため、Probable DLB と診断した。治療方針として訪問看護や訪問リハビリ、デイサービスなどの導入といった社会資源調整を行い、薬物療法としてドネペジル塩酸塩、レボドパ・ベンセラジド（4:1）配合、抑肝散、レンボレキサントの処方をし、経過観察をしている。RBD 症状は少なからず残存するものの、うつ症状や幻覚の悪化といった行動心理症状は出現しておらず、また運動機能の顕著な悪化も見られていないため、診察時には「大きな変わりはありません。」と述べてくれ日常生活に大幅な支障を与えるような新規所見は観察されていない。なお X+3 年の HDS-R は 20 点であり、神経心理学的検査上の大幅な認知機能の低下は見られていない。

【考察】杆体錐体ジストロフィーは網膜色素変性（RP）と同義的使用され、発症機序は視細胞の一つ杆体の異常とされる。現在有効な治療方法は確立されていない。RP は遺伝性進行性疾患であり、原因遺伝子も多く発見されている。しかし遺伝形式が明らかでない孤発例が最も多く、本症例も家族歴はないため孤発例と考えられる。そうした中で本症例が RP と DLB を偶発的に合併した可能性も否定できないが、RP の進行が急激に進んだ時期と DLB の諸症状が出現した時期が比較的重なっており、さらなる報告や研究が望まれる。

GP5-2

当院における高齢者の不眠およびせん妄に対する 薬剤選択指針について

矢野勝治^{1,2)}, 仙石鍊平^{2,3)}, 内木場あゆみ^{2,4)}, 泉 祐介^{2,5)}, 朝倉真奈美^{2,4)}, 鈴木真紀子⁶⁾, 布村明彦^{1,2)}

- 1) 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科, 2) 東京慈恵会医科大学附属第三病院認知症疾患医療センター,
3) 東京慈恵会医科大学附属第三病院脳神経内科, 4) 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部,
5) 東京慈恵会医科大学附属第三病院総合診療部, 6) 東京慈恵会医科大学附属第三病院薬剤部

【目的】 近年、当院における診療場面において高齢患者とくに認知機能低下を伴う高齢者が増加している状況を受け、その円滑な診療遂行と安全確保を支援する観点から、高齢者の不眠およびせん妄に対する薬剤選択指針を作成し、院内の普及を図る。

【方法】 当院認知症疾患医療センター（センター長 布村）において2021年6月に「高齢者の不眠・せん妄に対するワーキンググループ（WG 長 仙石）」を発足させた。睡眠薬では、転倒や認知機能低下リスクと関連する鎮静型睡眠薬（GABA-A受容体作動薬、すなわちベンゾジアゼピン受容体作動薬）以外に、非鎮静型睡眠薬（オレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬）の使用が普及しつつある現況を踏まえ、近年発出された海外のガイドラインなどを参照して「高齢者の不眠に対する薬剤選択指針」を作成した。併せて日本総合病院精神医学会による「せん妄に対する薬物療法アルゴリズム（2015）」や厚労省保険局医療課通知「保険適応外使用薬の使用を審査上認める事例（2011年9月28日）」などを参照して「高齢者のせん妄に対する薬剤選択指針」を作成した。これら2つの指針は院内の転倒転落防止WG、医療安全委員会、外来病棟委員会、ならびに病院運営委員会の承認を得て、2022年1月に回覧文書ならびに病院端末上に公表し、同年4月発行の当院のセーフティマネジメントマニュアルに掲載した。

【結果】 「高齢者の不眠に対する薬剤選択指針」で

は、オレキシン受容体拮抗薬レンボレキサント2.5～5 mg、スボレキサント10～15 mg、あるいはメラトニン受容体作動薬ラメルテオン4～8 mgを推奨し、やむを得ずベンゾジアゼピン受容体作動薬を用いる場合はエスゾピクロン1 mgを推奨することとした（肝機能障害時の選択方法や併用禁忌・減量規定などを併記）。

「高齢者のせん妄に対する薬剤選択指針」では、過活動型あるいは混合型せん妄に対して、内服可能な場合にはクエチアピン12.5～25 mg（糖尿病には禁忌）、ペロスピロン4 mg、あるいはリスベリドン0.5～1 mgを推奨し、内服困難あるいは緊急に静穏化を要する場合にはハロペリドール2.5 mg（筋注、静注あるいは点滴静注、重症心不全・パーキンソン病・レビー小体型認知症には禁忌）の使用を推奨することとした。低活動型せん妄には認知症ケアチームを介する個別の検討を推奨した。

指針導入前3か月間（2021年10～12月）と導入後3か月間（2022年2月～4月）を比較すると、鎮静型と非鎮静型睡眠薬の処方比率に有意な変化が認められ、鎮静型睡眠薬の処方比率が70%から59%に減少していることが明らかになった（フィッシャーの正確確率検定、 $p<0.0001$ ）。

【考察】 指針導入前後を比較すると高齢者の睡眠薬選択において指針に沿った変化が認められており、今後さらに転倒発生率の変化などを調査したい。

レビー小体型認知症の症状に関する当院看護師の意識調査について

— 医師によるレクチャーと VR コンテンツ体験の有用性もふまえて —

445

森川文淑, 村山友規, 浅田香奈, 田端一基, 白川幸子, 直江寿一郎

医療法人社団圭泉会旭川圭泉会病院

【目的】レビー小体型認知症（以下 DLB）は変動を伴う認知機能障害や精神症状に加え、運動症状、自律神経症状などの多彩な神経症状が認められる。2015 年 1 月に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）には、認知症の人やその家族の視点の重視が掲げられている。医療者が DLB の症状や患者、介護者の困りごとを体験し理解することが患者、介護者の治療満足度の向上に寄与する可能性があると考えられるが、その取り組みに関する報告は未だ乏しい。そこで今回、当院の看護師へ DLB に関する医師によるレクチャーおよびバーチャルリアリティー（以下 VR）コンテンツを体験した前後にアンケートを行い、DLB の症状に対する理解度や実感度、また患者の苦痛、介護者（家族）の負担、医療者（看護師）が重点的に看護すべき症状の捉え方にどのような変化を及ぼすか調査を行った。

【方法】2023 年 2 月 1 日から 6 日に当院で開催された、DLB に関する医師によるレクチャーおよび VR コンテンツ（Linaria-360, TSUNAGU-360）体験会に参加した当院の看護師 58 名（年齢：39.8±10.4 歳、性別：男性 12 名（20.7%）、精神科看護従事歴：8.5±8.0 年）を対象にアンケートを行った。なお上記の VR コンテンツは DLB の症状を仮想的に体験する機器であり、本研究では DLB の 4 つの中核的特徴（認知機能の変動、幻視、レム睡眠行動異常症、パーキンソニズム）を体験した。本研究に際し住友ファーマ株式会社の協力を得た。本研究は当院の倫理委員会

の承認を得ている。

【結果】①DLB の 4 つの中核的特徴について理解できていると回答した看護師は体験会前 32/58 名（62.1%）から、体験会后 58/58 名（100.0%）と有意に増加した（ $p<0.001$ ）。②VR コンテンツを体験し DLB の 4 つの中核的特徴について実感できたと回答した看護師は 58/58 名（100.0%）であった。③DLB の 4 つの中核的特徴の中で患者、介護者（家族）、医療者（看護師）にとって最も苦痛が大きい、最も負担が大きい、最も看護が必要と推測される症状は、それぞれ体験会前は幻視 36/58 名（62.1%）、認知機能の変動 26/58 名（44.8%）、レム睡眠行動異常症 26/58 名（44.8%）であったが、体験会後はいずれもパーキンソニズム 26/58 名（44.8%）、24/58 名（41.4%）、28/58 名（48.3%）であった。④DLB の 4 つの中核的特徴の中で最も患者の苦痛、介護者の負担が大きく、医療者の看護が必要と推測される症状としてパーキンソニズムと回答した割合は、患者の苦痛 24.1% から 44.8%（ $p=0.014$ ）、介護者の負担 10.3% から 41.4%（ $p<0.001$ ）、医療者の看護が必要 10.3% から 41.4%（ $p<0.001$ ）、といずれも体験会前後で有意に増加した。

【結論】本研究の結果から、医師によるレクチャーおよび VR コンテンツ体験によって、看護師の DLB の症状についての理解や実感が深まること、また患者の苦痛、介護者の負担、医療者の看護が必要と推測される DLB の症状の捉え方が変化する可能性が示唆された。

GP5-4

精神科病院における認知症への関与

— 多職種協働と地域連携 —

久保田正春, 中村ひとみ, 精進直幸

日下部記念病院精神科

認知症の人を支えていくためには、医療・介護・予防が、住まいや生活支援・福祉サービスと連携し、関係する職種が協働することが求められる。そのため、2005 年の介護保険法改正によって地域包括支援センターが創設されて以降、2012 年 6 月の「今後の認知症施策の方向性について」による地域包括ケアシステムの実現をめざした基本プラン、そして 2012 年認知症施策推進 5 ヶ年計画〔オレンジプラン〕により集中支援チームが設置され始めるなど、包括支援体制や地域連携体制について整備が進んでいる。

一方認知症疾患治療センターとして指定を受けた精神科病院において、①専門医療相談 ②鑑別診断とそれに基づく初期対応 ③合併症・周辺症状への急性期対応 ④かかりつけ医等への研修会の開催 ⑤認知症疾患医療連携会議の開催 ⑥情報発信といった役割が求められていた。

日下部記念病院においても平成元年より老人性痴呆疾患センターを、平成 21 年よりは認知症疾患医療センターとして、地域での認知症の人への貢献を目指している。平成 18 年の病棟の改築により、機能性病棟が編成される中で認知症疾患治療病棟が組み込まれ、さらに、高齢者に特化し

たデイケアの開設、物忘れ外来の開設、平成 26 年より初期集中支援チームへの参画、令和元年 9 月若年性認知症相談支援センター設立など行なわれて体制を整えつつある。

多職種・地域連携の実際として、認知症疾患治療病棟においては、歯科往診体制、アニマルセラピー、理学療法導入、身体合併症対策として内科医師による往診と深部静脈血栓症対策として血管外科医師の往診も受け、看護介護の現場では看護、介護、看護補助者、外国人技能実習生などが協働してケアに当たっている。地域との連携の中では、認知症疾患医療センターとして（令和 4 年度相談電話数 3865 件、鑑別診断数 418 件）、若年性認知症医療センター（令和 4 年度相談件数 167 件）として、また地域の 5 箇所の初期集中支援チームと連携し、医師（アドバイザーやサポート医として）、精神保健福祉士、認知症認定看護師がチーム員として参画し、地域の初期の認知症者や、困難事例に対応を行うとともに、県下でケース検討も含めた勉強会も行ってきた。当日はこれらの概要とともに、多職種・地域連携の中でかかわった認知症の事例も提示し、認知症の人の症状進行経過に応じた連携について報告する。

当院地域型認知症疾患医療センターにおける レビー小体型認知症の入院治療状況

川崎洋介^{1,2)}, 小川 徹^{1,3)}, 井上雅博¹⁾, 川口 敦¹⁾

1) 特定医療法人南山会峡西病院, 2) 杏林大学医学部精神神経科, 3) ふるさと診療所

【目的】当院地域型認知症疾患医療センターは精神科病院が母体で精神科病床と認知症治療病床を有することもあり, 入院を希望して受診するケースも多い。アルツハイマー型認知症では入院の判断や入院病床の選定は比較的円滑におこなっているが, レビー小体型認知症 (DLB) は認知機能や精神症状, 身体症状の特徴とギャップから入院の判断や入院病床の選定に苦慮することがある。そのため, 今回, 当センターにおける DLB の入院に関して, どのような症状を入院の理由としていたのか, また入院した病床がどのような理由で選定されていたのかを調査し, DLB の入院の判断と入院病床の選定を適正かつ円滑化する目的で調査をおこなった。

【方法】2018 年 1 月から 2022 年 9 月までに当センターを受診し DLB の診断となった者のうち, 入院治療になった DLB 患者 24 名 (男性 9 名, 女性 15 名, 平均年齢 83.4 歳) の入院の理由となった症状, 入院時の認知機能の程度, 入院した病床とその症状の傾向について, 入院時の診療録の記載内容および改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R), 医療保護入院届の記載内容を調査した。

【結果】DLB の診断であった者は当センター受診者の約 5% にあたる 56 名で, そのうち 42.9% が入院となっていた。入院理由として妄想が 11 名, 幻視が 10 名と幻覚妄想が最も多く, パーキンソン症状は 2 名と少なかった。また入院者全体の HDS-R 平均は 17.8 点であった。入院した病床は精神科病床が 12 名, 認知症治療病床が 12

名であった。精神科病床入院者の HDS-R 平均は 22.3 点で, 入院理由として妄想が 8 名, 幻視が 5 名と幻覚妄想が最も多く, 次いでうつ状態が 5 名であった。また, うつ状態 5 名の HDS-R 平均は 24 点と精神科病床入院者の HDS-R 平均よりも高かった。一方, 認知症治療病床入院者の HDS-R 平均は 13.3 点で, 入院理由として幻視が 6 名, 妄想が 3 名と幻覚妄想が最も多く, 次いで暴言暴力が 6 名であった。また, 暴言暴力 6 名の HDS-R 平均は 12 点と認知症治療病床入院者の HDS-R 平均よりも低かった。

【結論】精神科病院を母体とする当センターではパーキンソン症状などの身体症状より幻覚妄想を中心とした精神症状を理由に入院となることが多かった。そのうち, うつ状態が理由で入院となるケースでは認知機能障害は軽度であり, うつ状態は DLB 初期段階の症状と考えられ, 精神症状の治療が主体となることから精神科病床での入院に適応できたものと考えられた。一方, 暴言暴力が理由で入院となるケースでは認知機能障害が顕著であり, 精神科病床の環境には適応できず, 認知症治療病床での入院が必要になったものと考えられた。DLB では幻覚妄想, 抑うつ状態, 暴言暴力など精神症状により在宅や施設での対応が困難となり入院となることが多く, 抑うつ状態といった初期段階では精神科病床, 暴言暴力といった進行した段階では認知症治療病棟での入院をおこなうなど病期によって入院環境を検討する必要があるものと考えられた。

第39回

日本老年精神医学会

SDGsを求め進化する
老年精神医学の未来

すべての人に健康と福祉を

2024.7.12(金)・7.13(土)

会場

札幌コンベンションセンター

〒003-0006 北海道札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1

大会長

内海 久美子

(砂川市立病院)

副大会長

高丸 勇司

(小樽市立病院)

中野 倫仁

(資生会千歳病院)

大会事務局

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1オザワビル2F (株)ワールドプランニング内

TEL 03-5206-7431 FAX 03-5206-7757 E-mail jps.taikai@rounen.org

協力企業一覧（五十音順）

エーザイ株式会社

住友ファーマ株式会社

第38回春季日本老年精神医学会

大会長：布村 明彦

副大会長：平川 淳一、忽滑谷和孝

事務局長：矢野 勝治

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル2F

Tel: 03-5206-7431 Fax: 03-5206-7757

第38回春季日本老年精神医学会

プログラム・抄録集

2023年6月16日発行

編集・発行

第38回春季日本老年精神医学会

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル2F

(株)ワールドプランニング内

TEL: 03-5206-7431 FAX: 03-5206-7757

E-mail: jps.taikai@rounen.org

ホームページ: <http://www.rounen.org/>

発行人

布村 明彦

製作

株式会社ワールドプランニング