



初期認知症患者の心理と BPSD

橋本 衛

近畿大学医学部 精神神経科学教室

Psychological state of patients with dementia in the early stages and BPSD

Mamoru Hashimoto

Department of Neuropsychiatry, Kindai University Faculty of Medicine

抄 録

Person-centered care の中で「BPSD はその人の心の表現であり、その意味をその人の立場で理解して対応する視点を持つこと」の重要性が指摘されている。認知症患者は、「家族に迷惑をかけるかもしれない」「将来何もわからなくなるのではないか」といった不安や怖れ、「できなくなった自分自身への腹立ち」、「認知症になることへの憤りやあきらめ」、「周囲の人に認知症を知られられないなどの恥の感情」など、さまざまな心情を抱いて暮らしている。認知症患者の BPSD の背景には、このような“患者の想い”があることを理解し対応することが重要である。さまざまな“想い”で揺れ動く認知症患者に対して、「患者の声に真摯に耳を傾ける」「病気を診るだけでなく、病気の人を診る」ことが、現在の認知症医療では必要とされている。

Key words : 認知症, BPSD, 心理状態 (psychological state), 喪失感, 嫉妬妄想 (delusional jealousy)

1. はじめに

認知症患者の診察は、患者、家族、医師の3者が同席して行われるのが一般的である。その際、大半の医師は、患者が目の前に腰掛けていても、診察時間の多くを家族に顔を向け、家族の話にばかり耳を傾けているのではなからうか。また、患者に席を外してもらって家庭内での様子を家族に尋ねることはあっても、患者と医師の2者で面接が行われることはまずない。精神科診療では患者と医師との2者面接が基本であるが、認知症診療ではそのスタイルは決して一般的ではなく、主役であるべき患者がわき役へと追いやられてしまっている。確かに認知症患者の中には、まったく内服ができていなくても「薬はきちんと飲んでいます」と自信満々に話すなど、病態理解の乏しさから誤った情報を語る人がある。時には患者の言葉を鵜呑みにしたばかりに、誤った治療を実施してしまうこともある。そのため医師の

関心は認知症患者よりも家族に向かい、患者の意向はないがしろにされがちである。

認知症患者は、認知症を発症することによって、心身の健康だけでなく周囲からの信用や自尊心など数多くのを失うため、多大な喪失感を抱きながら生活しているはずである。しかし患者は、自身の悩みを医師に相談する機会をほとんど与えられていない。医師から尋ねられるのは、「今日は何月何日ですか」「昨日何をしたか覚えていますか」といった認知機能を確認されるような質問ばかりで、「心配なことはないですか、何でも話してください」と悩みを尋ねられたり、「わからなくなることはつらいですね」「先行きが心配になるのですね」と共感的に声をかけられたりすることはほとんどない。また診察場面では必ず家族が同席しているため、患者は家族に気兼ねをして本音を話していないかもしれない。実際のところ、認知症患者はどのような事を考え、どのような心理状態にあるのであろうか。

認知症の初期であれば、コミュニケーション能力は保たれ、自分自身の障害に対する自覚がある場合も多く¹、本人に直接聞き取りを行うことによって患者の心を知ることは可能なはずである。そこで、初期認知症患者に対して心理面接を行い、彼らの心理状態を調査した筆者の研究結果を最初に紹介する²。

2. 初期認知症患者の心理

本研究（熊本大学大学院生命科学研究部 倫理第1442号）の調査対象は、熊本大学病院認知症専門外来に通院中の軽度認知障害（Mild cognitive impairment；MCI）患者³と軽度アルツハイマー病（Alzheimer's disease；AD）患者⁴それぞれ49名である。対象者に対して、2名の臨床心理士が、筆者が作成した質問紙票を用いて半構造化面接を実施した。

図1に、「認知症になったらどのように生きていますか？」という質問に対する結果を示す。「周囲に迷惑をかけたくない」「（家族に迷惑をかけないように）入院・入所する」と回答した人が半数以上を占め、「早く死にたい」と訴える人も9名いた。イングランドでは、「根治が期待できない認知症患者であっても、質の高い生活を送ることが可能であることから、認知症になっても幸せに生きる権利を重視する」との理念のもと、Living well with dementia（認知症とともに良き生活（人生）を送る）を認知症に対する国家戦略として定め、さまざまな取り組みが行われている⁵。しかしながら本調査において、本邦における初期の認知症患者の意向は、Living well with dementiaからは程遠いことが明らかになった。

表1に、臨床心理士が患者との面接中に聞き取った患者の“語り”を紹介する。98名の患者には98通りの“語り”があったが、本稿では字数の制限もあり10名の患者の“語り”を取り上げる。まずは一読

いただきたい。これらの“語り”から患者たちは、「家族に迷惑をかけるかもしれない」「将来何もわからなくなるのではないか」といった自責感や不安感、「（以前のように）行動できなくなった自分自身への腹立ち」、「認知症になることへの憤りやあきらめ」、「周囲の人に認知症を知られたくない」といった恥の感情など、さまざまな想いを抱いて日々暮らしていることが読み取れる。また患者たちは、認知症になりつつある自分を受け入れなければならないことを理屈としてはわかっているが、心情として受け入れ切れずに葛藤していることも読み取れる。

認知症で見られる症状は、記憶障害や言語障害などの認知機能障害と、妄想・不安・抑うつ・徘徊などの精神症状・行動障害に大別される。従来、周辺症状や問題行動などと呼ばれてきた精神症状・行動障害は、最近ではBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）「認知症の行動および心理症状」と呼ばれるようになった⁶。BPSDは、認知症の中核症状である認知機能障害以上に患者や家族のQOLを低下させ⁷、早期の施設入所をもたらす⁸、介護者の負担を増大させることが知られており⁹、その対応に注目されている。Person-centered care（すべての人に価値があることを認め尊重し、1人ひとりの個性に応じた取り組みを行ない、認知症をもつ人の視点や人間関係の重要性を強調したケア）を最初に提唱した英国のTom Kitwoodは、「BPSDはその人の心の表現であり、その意味をその人の立場で理解して対応する視点を持つこと」と述べ、BPSDの背景にある患者の心理に対応することの重要性を指摘した¹⁰。それでは、先述したような認知症患者の心理（苦悩）は、具体的にどのような形でBPSDとして表出されるのであろうか。BPSDの治療を実施する際に、どのように対応すればよいので

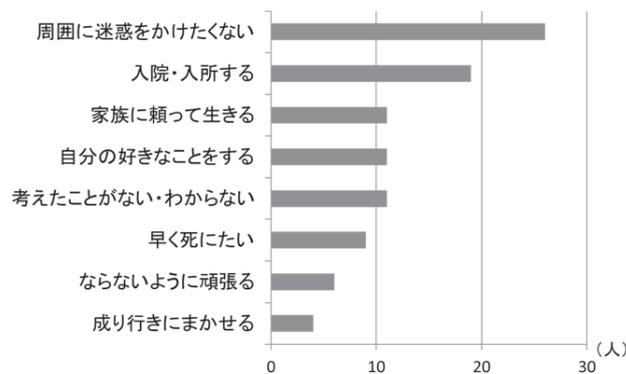


図1. 軽度認知障害、初期アルツハイマー病患者98名に対して、「認知症になったらどのように生きていますか？」の質問に対する回答

あろうか。この点について易怒性と妄想を取り上げ、考察を進めていく。

3. 易怒性の背景にある心理

易怒性はアルツハイマー病の軽度の時期から見られるBPSDの一つであり¹¹、認知症診療において易怒性を治療する機会は少なくない。脳障害が軽度の時期から見られる易怒性は、器質性の要因以上に心

理社会的な要因が強く関わっている症状と考えられる。それではアルツハイマー病患者たちは何に対して怒りを向けているのであろうか。表2に筆者の調査において、易怒性を示す患者から聞き取った怒りの具体的な対象を示す。注目すべきは易怒性を呈した半数以上の患者が「できなくなった自分」「物忘れをする自分」のように、自分自身に腹を立てていたことである。「物忘れをなじられること」「認知症扱

表1. 初期の認知症患者の語り

- ① 自分は弱い人間だから落ち込んだらいかんと思う。そのため落ち込むことができない。自分のことがわからなくなることが心配、でも心配してもどうにもならん。全くわからなくなったら死んだほうがましだと思う。迷惑をかけるくらいなら、楽な死に方をと思う。妻に申し訳なく思うが、なりたくてなったわけでもないからね。(50代男性、アルツハイマー病)
- ② 「物忘れをする」と指摘する周りの人達が間違っていると思う。一方で、忘れっぽくなっていると思ってしまう自分もいる。病気だと思ったり、年相応だと思ったりする。グレーな気分。イライラするのは薬の副作用なのか、それとも今の状態のせいなのか。何回も指摘されると感情が高ぶるが、感情が高ぶるのも病気のせいなのか？(50代男性、軽度認知障害)
- ③ 自分がしたいように生活できていて、娘も応援してくれている。知り合いからよく誘われるので、嫌がられてないんだなと思う。このままぼーとしたらどうしようかと心配。家族には迷惑をかけたくない。まだ初期だけど、ゆくゆくは認知症になるのかと思うと寂しくなる。(60代女性、アルツハイマー病)
- ④ 最近段取りが悪くなった。自分もわからないならば、相手もわからないだろうと思うと、物忘れを認められるようになった。子供も言いたいことを我慢しているようだから、自分もそうしている。地元の病院にお薬手帳を見せるのが嫌、ばれたくない。友達が多かったが、自分の病気について話をするとなると変に思われるのではないかと思ひ、特定の人としか交流していない。(70代男性、アルツハイマー病)
- ⑤ 生活に支障はないが物忘れはある。誰にでもある程度。病院に来てこの科に来ることで、「自分はこんな病気になったのか」と落ち込む。(70代女性、アルツハイマー病)
- ⑥ いつも言われていることができていない。それで「なんでできないの」と怒られる。妻からはプライドが高いと言われる。妻は厳しく全く褒めない。でも小さいことでも褒めて欲しい。認知症になるのではないかと、今は50%くらい心配している。今の仕事を1年でも長く続けたいが、仕事で迷惑をかけるようになればやめようと思う。家族にはできるだけ負担をかけたくない気持ちが強い。(60代男性、軽度認知障害)
- ⑦ 自分が病気だと意識するようになって前よりも良くなったと思う。何か言われると理不尽に感じて怒ってしまうが、怒ったあとに後悔する。これまでできていたことがなぜできないかと思う。家族には迷惑をかけたくない、かけるなら死にたい。このまま自分がわからなくなるとかな、それはそれで幸せなんじゃないかな。わからないことは尋ねればよいと妻は言うが、自分からは尋ねたくない。(70代男性、軽度認知障害)
- ⑧ 認知症になっているのかな。時々こんな状態が「認知症かな」と思う。昔は物忘れを指摘されるとかっとなっていたが、今は「ごめん」という感じ。自分に自信がない。忘れないようにと気をつけるが、「これであっているのかな？」「十分かな？」と自信がない。家族がわかってくれるようになってイライラしなくなった。「何で私がこうなったのだろう」と思う。昔は娘から「ああして、こうして」と頼まれていたが、それがなくなって寂しい。自分としては頼まれた方が嬉しい(70代女性、アルツハイマー病)
- ⑨ 仕事で「あれはどうだったか、どこだったか」と焦って失敗してしまう。小さなパニックになる。周りから見れば「何をしているのだろう」と思われている。自分の能力を100%発揮できないから、通院せざるをえない。(60代男性、軽度認知障害)
- ⑩ 自分がこの病気になって、「周りに迷惑をかけていないか」と思うことがある。忘れっぽくなったので、「間違っていたらごめん」と最初に一言いっている。情けなくなったときは、その話題に触れないようにしている。自己表出を控えるような生き方をしたい。(70代女性、アルツハイマー病)

表2. 初期認知症患者のイライラや怒りの対象

対象	人数(名)
できなくなった自分	8
物忘れをする自分	3
思い通りにならないこと	3
物忘れをなじられること	4
認知症扱いされること	3
物忘れを指摘されること	1
その他	5

いされること」のように、怒りの対象を周囲に向けている患者が多いのではないかと予想していただけない、筆者にとっていささか驚きの結果であった。

臨床場面で易怒性を治療する際に、家族の対応の拙さが易怒性を誘発している可能性を考え、介護者への疾患教育に重点を置くことが多い。しかしながら本調査結果は、「物忘れをする自分自身に対してもどかしさや苛立ちを感じているところに、周囲から配慮のない言葉をかけられた時に怒りが生じる」という構図を示唆している。すなわち、認知症患者の易怒性の発現には、「自己肯定感の低下」が重要な役割を果たしているのである。従って易怒性への対応には、介護者教育や薬物療法に加えて、患者本人の自己肯定感を高めるような働きかけ、例えば「家庭内での役割を増やす」といったアプローチも必要となる。

4. 嫉妬妄想を呈したアルツハイマー病症例

「配偶者や恋人が不貞を働いている」と確信する嫉妬妄想は、統合失調症、パラノイア、アルコール依存症、気分障害、器質性精神疾患などのあらゆる精神疾患で引き起こされることが知られているが、従来比較的稀な症候と考えられてきた。しかしながらアルツハイマー病の最初の報告例とされる女性症例の初発症状が嫉妬妄想であったように¹²、認知症では決して稀な妄想ではない¹³⁻¹⁵。嫉妬妄想は、しばしば妄想対象への暴力に発展するため、早急な介入が必要となる症状である。ここからは、認知症患者の心理状態が嫉妬妄想の発現にどのように関与しているのかについて、若年性アルツハイマー病症例を通して考えてみたい¹⁶。

【症例】 63歳男性

【主訴】 日付がわからなくなってきた

【生活歴】 大学卒業後町役場に就職し、60歳で定年退職となる。退職後は地域の役員を務めるなど活発に過ごしていた。実子3人は独立し、妻と2人暮らし。妻は看護師としてパート勤務を続けており、日中留守にすることが多い。夫婦ともに過去に不貞の事実はない。

【現病歴】 X-2年頃から計算がしにくくなり、集金したお金の計算が合わないことが増え、地域の役員の仕事に支障をきたすようになった。同時期から物忘れがみられるようになり、会合の日時を間違うようになった。X-1年頃から漢字の書き間違いが増えて来たため、認知症の始まりではないかと心配した妻に伴われて筆者の元を受診した。なお妻の話では、日常生活は自立し、自動車運転についても事故や道

迷いもなく安定していた。

【初診時現症】 穏やかな表情、態度で礼節は保たれ、医師からの質問にもはきはきと返答した。認知機能低下に対する自覚はあり、「複雑な作業がしにくくなった」と語った。最近のエピソードの想起に支障があり記憶障害を認めた。加えて、(5+7)のような一桁の足し算を誤る著しい計算障害、平仮名の書字障害を認めた。立方体の模写はできず、構成障害は明らかであった。錐体外路症状を含めて、明らかな神経学的異常所見は認めなかった。初診時のMini-Mental State Examination (MMSE) は19点で、軽度の認知症状態であった。

【脳画像検査】 頭部MRIでは、両側頭頂葉に強調を有するびまん性脳萎縮ならびに海馬萎縮を認めた。IMP-SPECTでは、右側優位の両側頭頂葉、側頭葉、前頭葉ならびに後部帯状回の血流低下を認めた。

【診断と治療】 緩徐進行性の臨床経過、記憶障害を含む複数の認知領域の機能低下の存在、ならびに脳画像所見から若年性アルツハイマー病と診断し、抗認知症薬を開始した。病院へは2週ごとに通院してもらい、外来作業療法を行った。作業療法では、苦手になっている計算や書字の訓練を中心としたプログラムを実施した。

【その後の経過】 初診後1年を経過した時点で認知機能の再評価をしたところ、MMSEが19点から16点に低下し、計算障害や構成障害が進行していた。この時点では自動車運転には支障はみられていなかったが、認知機能障害の悪化により交通事故を引き起こす危険性が高いと判断し、妻や作業療法士と相談の上、「運転を中止することが望ましい」と患者に伝えた。患者は「そうですか」と運転中止を受け入れた様子であった。

【妄想の発現】 運転を中止するように告げた2週間後の診察では、患者は浮かぬ表情で活気がなく、抑うつ的になっている印象を受けた。しばらくして、妻が自宅の2階で作業をしていると、「誰か男が来ていたのか!」と妻を詰問するようになった。次第に被害的な言動が増え、「お前たちは自分を邪魔者に行っている」と言うようになった。さらに訴えはエスカレートし、「妻のところに男が通っている」「俺が認知症だからお前が馬鹿にしている」と訴え、興奮して妻につかみかかるようになった。患者の変化に戸惑った妻は、病院の作業療法士に相談の電話をかけた。

本症例の経過を概観した時、主治医による自動車運転の中止勧告が患者の嫉妬妄想の契機となったことは明白である。それでは運転中止勧告が患者の心

理にどのような変化を引き起こし、妄想へと発展したのだろうか。

5. 嫉妬妄想の発現機序

嫉妬妄想の発現に配偶者への劣等感が重要な役割を果たしていることが、以前より指摘されている^{17,18}。特に精神的、身体的に大きな変化がもたらされる老年期は、夫婦間の格差が生じやすく、配偶者への劣等感が芽生えやすい年代とされている。老年期に夫婦間の格差を引き起こす最大の要因として認知症が挙げられる。認知症によって引き起こされる日常生活活動 (Activities of daily living ; ADL) の障害により、患者は配偶者に生活を依存せざるを得なくなり、配偶者との関係性において劣位へと移行する。提示症例の場合であれば、元々「複雑な作業ができなくなった」と思い悩んでいたところに担当医から運転を止めるように告げられ、「自動車運転もできなくなった」という喪失体験が、配偶者への劣等感を強く植え付けることになったと考えられる。また認知症に脳梗塞や悪性腫瘍、慢性関節リウマチなどの重度の身体合併症が加わると、嫉妬妄想が誘発されやすいことも報告されている¹³。身体症状は認知機能障害よりも患者には自覚されやすいことや、身体合併症が加わることにより患者は自宅に閉居がちとなり、生活を配偶者により強く依存しなければならなくなるなどの理由により、身体合併症は配偶者への劣等感を一層強調すると考えられている。夫婦間の格差は、患者側だけではなく、配偶者側の要因によっても拡大する。介護に携わっている配偶者の多くは、「自分が夫(妻)の分までしっかりしなければ」と張り切る傾向があり、この配偶者の張り切りが夫婦間の格差をさらに拡げる方向に作用する。

では劣等感はどういうようにして嫉妬妄想へと発展するのであろうか。濱田は被害妄想の発現に関して“ルサンチマン (ressentiment)”との関連性を論じている¹⁹。“ルサンチマン”とは、弱者が強者に持つ、怨恨や憤り・反感・逆恨みの感情で、現実社会では覆すことができない社会の上下関係などを、「強者が悪い、弱者が良い」と価値において転倒させる心理過程を指す。濱田は、「どうしても変えられない外界を内面において価値を転倒させることで、倒錯した復讐を遂げる対処行動ないし自助努力ともいえる点で、“ルサンチマン”は妄想にも適応可能である」と述べた。そして被害妄想の成立に先立って患者には、「自分には価値がない」とか「他人に迷惑をかけている」と訴える無力性の段階があり、その後低い自己評価を転倒させて、「自分は悪くない」「本当は自分は他人から迷惑をかけられている」と確信するよ

うな被害妄想に転ずると論じている。この仮説を認知症患者の嫉妬妄想に当てはめた時、患者は当初認知症によって生じた自己存在価値の低下を自覚し、「何もわからなくなった」「配偶者に迷惑をかけている」と悲観し自責的になるが、やがて患者は自分を責め続けることに耐えられなくなる。そこで「配偶者が浮気をするので自分は迷惑している。自分は被害者だ。」と自分と配偶者の立場を心の中で逆転させ、配偶者を攻撃することで自分自身の価値(心)を守ろうとする。提示症例においても、嫉妬妄想を呈する前に抑うつ的な時期があり、まさしくこの仮説通りの経過をたどっている。このように認知症患者の嫉妬妄想は、自己存在価値の低下を復権しようとする心の表現であると考えられることができる。

6. 嫉妬妄想の治療

提示症例に対する治療経過を以下に述べる。「嫉妬妄想が患者の喪失体験と妻への劣等感を基盤に生じている」との仮説に従い、「患者の喪失感に対処し、妻への劣等感をやわらげる」ことに主眼に置いた治療介入を実施した。妻には妄想が引き起こされた機序を詳しく説明し、自己肯定感を高めるために、「お父さんがいてくれて助かった」のように患者をたてる声かけや、家庭内での役割を増やすことを提案した。配偶者の頻回の単独外出は嫉妬妄想を誘発する要因となるため、妻には、妄想がおさまるまではできる限り単独での外出を控えるようお願いした。さらに夫婦2人が孤立しないように、別居の長男に、できる限り実家を訪問し、両親の緩衝役としての役割を果たすとともに、妻の話し相手になり妻の心的負担を軽減するように依頼した。計算や書字の訓練を中心に実施していた作業療法は、達成感よりもむしろ機能低下を患者に自覚させているだけではないかと反省し、成功体験を実感できるようなプログラムに改めた。薬物治療として、アルツハイマー病患者の妄想に対して有効性が示されているリスペリドンを開始した²⁰。これらの介入を同時に実施したところ、嫉妬妄想は3ヶ月程度で消失し、その後は妄想が再燃することもなく穏やかに在宅での生活を継続できた。

従来嫉妬妄想は、難治性の経過をたどると考えられてきた^{17, 21, 22}。しかし提示症例では良好な治療経過であったため、本治療経過と先行研究の知見を組み合わせ、著者は、「認知症者の嫉妬妄想治療マニュアル」を作成した (<https://www.bpsdmap.com/download/index.cgi>)。本マニュアルは、嫉妬妄想の発現機序を理解し、その原因を取り除くこと(特に患者の劣等感への対応を重視した)に主眼を置

いた。具体的な介入の手順であるが、最初に嫉妬妄想の発現機序を配偶者に説明し、配偶者の病態理解を深めるとともに、配偶者から治療協力への同意を得る。その後、表3に示す非薬物治療を実行する。薬物治療についてはBPSD治療においては非薬物治療が効果がない時に実施することが原則とされているが、本マニュアルでは薬物治療を初期介入の時点から非薬物治療と並行して行うこととした。

ここからは治療マニュアルを実際に使用し、その有効性を検証した結果を紹介する²³。熊本県内の5つの認知症疾患医療センターにおいて、嫉妬妄想を呈し治療介入が必要となった12例の認知症患者（レビー小体型認知症7例、アルツハイマー病3例、血管性認知症2例）に対して、治療マニュアルに沿って

3～6か月間治療介入を実施した。嫉妬妄想の重症度をNeuropsychiatric Inventoryを用いて治療の前後で評価し、治療マニュアルの有効性を検証したところ、12例中10例（83.3%）において、治療後に嫉妬妄想が軽減・消失した。そのうちの4例では、抗精神病薬などの薬物治療を実施することなく、非薬物治療のみで嫉妬妄想が改善した。この結果は、発現機序を考慮し、患者の心情に配慮した治療介入を行えば、嫉妬妄想のような難治性とされるBPSDであっても、十分な改善が期待できることを示している。

7. おわりに

急速に高齢化が進展する本邦において、できるだ

表3. 嫉妬妄想治療マニュアルにおける非薬物治療方法

A. 介護者への介入

1. 病態説明：嫉妬妄想の発現機序の説明
2. 配偶者の単独外出を減らす、もしくはデイサービス中に行う。その際、妄想がおさまるまでの一時的な処置であることを伝える。
3. 家庭内で患者に役割を与える（家事の手伝いなど）
4. 患者の身体機能維持を図る（デイケアや訪問リハビリなど）
5. 配偶者が患者に弱みを見せる（例：腰が痛いといって本人にマッサージをしてもらうなど）
6. 患者を尊重するような声かけ（例：お父さんが手伝ってくれて助かるよ）
7. 不貞を責められた時の対応（例：心配ないよ、ずっと一緒だよ）
8. 配偶者以外の家族への協力を促す
9. 飲酒している場合は中止

B. 医療従事者への介入

1. 抗パーキンソン病薬を内服中の患者は、処方内容を見直す（担当医師と相談しながら、可能な限り少量で、L-Dopaを中心とした処方内容に変更する）
2. せん妄を誘発する可能性のある薬剤（抗コリン薬、H2ブロッカー、ベンゾジアゼピン系の薬剤など）の中止、減量

C. 介護福祉サービスの利用

1. デイサービスを導入もしくは回数を増やす

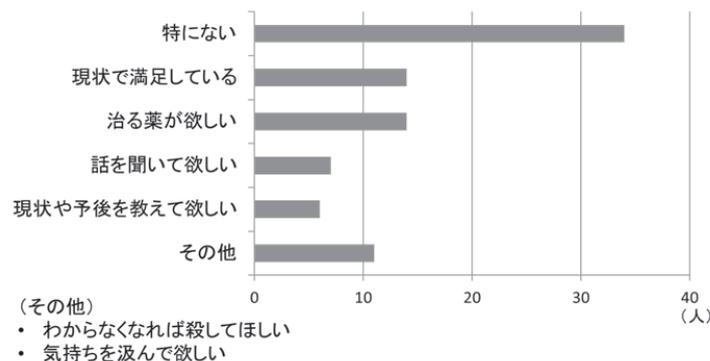


図2. 軽度認知障害、初期アルツハイマー病患者98名に対して、「病院（医療）に対して望むことはありますか？」という質問に対する回答

け早期に認知症を発見し、当事者の意向を重視した支援を提供する取り組みが、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の中で実践されている（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>）。しかしまだ認知症の根治薬が存在しない現在の認知症医療に対して、「早期発見すなわち早期絶望」との批判もある。図2に、筆者の調査における、「病院（医療）に対して望むことはありますか？」の質問に対する回答を示すが、「特にない」という回答が最も多く、中には「わからなくなれば殺してほしい」という回答もあった。これらの回答は、多くの初期認知症患者は医療に失望し、何も期待していないことを示している。残念ながら「治る薬が欲しい」という希望には当面応えることはできそうにない。一方で、「話を聞いて欲しい」「病状や予後を説明して欲しい」「気持ちを汲んで欲しい」という要望には応えることはできるはずである。認知症と診断され希望を失った患者が、「認知症とともに幸せに生きて行こう」と決意できるような支援が、現在の認知症医療には求められている。

引用文献

- Ávila-Villanueva M, et al. (2017) Subjective Cognitive Decline as a Preclinical Marker for Alzheimer's Disease: The Challenge of Stability Over Time. *Front. Aging Neurosci.* 9: 377
- 橋本衛ら (2020) 初期認知症者の心理状態を重視したBPSDの予防と対応. *老年精神医学雑誌* 31: 329-337
- Petersen RC, et al. (1999) Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.* 56: 303-308.
- McKhann G, et al. (1984) Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 34: 939-944.
- 平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業. 認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書. 平成25年3月公益財団法人東京都医学総合研究所
- Finkel SI, et al. (1996) Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 8 (Suppl. 3) : S497-500.
- Burgio L (1996) Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: Behavioral approaches. *Int Psychogeriatr* 8 (Suppl 1) : S45-52
- O'Donnell BF, et al. (1992) Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 5: 45-52
- Germain S, et al. (2009) Does cognitive impairment influence burden in caregivers of patients with Alzheimer's disease? *J Alzheimers Dis.* 17: 105-114.
- Kitwood T 著, 高橋誠一訳. 認知症のパーソンセンタードケア. 東京: 筒井書房; 2005
- Kazui H, et al. (2016) Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. *PLoS One.* 11: e0161092
- Alzheimer A (1907) Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Allemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medicine* 64: 146-148
- Hashimoto M, et al. (2015) Clinical features of delusional jealousy in elderly patients with dementia. *J Clin Psychiatry* 76: 691-695.
- Ikeda M, et al. (2003) Delusions of Japanese patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 527-532.
- Tsai SJ, et al. (1997) Delusional jealousy in dementia. *J Clin Psychiatry* 58: 492-494.
- 橋本衛ら (2013) 認知症患者における嫉妬妄想の神経基盤. *神経心理学* 29: 266-277.
- Cobb J (1979) Morbid jealousy. *Br J Hosp Med.* 21: 511-518.
- Seeman MV (1979) Pathological jealousy. *Psychiatry.* 42: 351-358.
- 濱田秀伯 (2015) ルサンチマンと妄想形成. ラクリモーサー濱田秀伯著作選集, 群馬病院出版会, 高崎, p.91-98
- Shigenobu K, et al. (2002) Reducing the burden of caring for Alzheimer's disease through the amelioration of "delusions of theft" by drug therapy. *Int J Geriatr Psychiatry* 17: 211-217.
- Breitner BCC, et al. (1994) The organic and psychological antecedents of delusional jealousy in old age. *Int J Geriatr Psychiatry.* 9: 703-707
- Jørgensen P, et al. (1985) Paranoid psychosis in the elderly. A follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 72: 358-363.
- 橋本衛 (2019) 認知症患者の妄想の発現に関わる要因について. *Dementia Japan* 33: 215-223