ISSN 2433-4995　　認知症ケア研究誌 2：39-50，2018

原著

病識低下がＢＰＳＤ増悪・うつ軽減と関連する
認知症疾患医療センターもの忘れ外来365例の分析

Anosognosia attenuates BPSD and reduces depression in 365 people, who visited the Medical Center for Dementia to get a dementia check-up.

山口晴保[1, 2)]　中島智子[2)]　内田成香[2)]　松本美江[2)]　甘利雅邦[2)]　池田将樹[3)]　山口智晴[4)]
牧陽子[5)]　高玉真光[2)]

Haruyasu Yamaguchi[1,2)], Tomoko Nakajima[2)], Haruka Uchida[2)],
Mie Matsumoto[2)], Masakuni Amari[2)], Masaki Ikeda[3)],
Tomoharu Yamaguchi[4)], Yohko Maki[5)], Masamitsu Takatama[2)]

要旨

【目的】病識低下の程度と認知機能、うつ、BPSDとの関係を明らかにする。
【方法】対象は健常、MCI、認知症の計365名（平均80.1±5.9歳）。認知症初期症状11項目質問票（SED-11Q）を本人と家族の両者が記入し、その点差（家族－本人）を病識低下度とし、HDS-R、GDS15（うつ）、DBDスケール（行動障害）、病型、性別、妄想などとの関係を統計学的に検討した。
【結果】全体では、病識低下度は健常群（n=15）－0.467±3.03、MCI群（n=70）0.929±3.38、認知症群（n=280）2.68±3.65で、認知症群はいずれの群よりも有意に高かった。認知症群のなかで、SED-11Qの項目ごとの病識低下度は、「薬の管理」で最も大きかった。病識低下度はHDS-Rとの有意な弱い負の相関を示した（r=－0.221, p<0.001）。病識低下度はGDS15とも有意な弱い負の相関を示し（r=－0.349, p<0.001）、病識が低下するほどうつ傾向が軽かった。さらに、病識低下度はDBDスケールとも中等度の有意な正の相関を示し（r=0.485, p<0.001）、病識が低下するほど行動障害が強かった。妄想は女性に有意に多く（p=0.044）、妄想あり群3.74±3.47は妄想無し群1.85±3.44よりも病識低下度が有意に大きかった（p=0.004）。SED-11Q介護者点は、子供5.54±2.95よりも配偶者4.36±2.57が記入したほうが有意に低かった（p=0.021）。
【結論】認知症群では、病識が保たれるほどうつになりやすく、逆に病識が低下するほど行動障害が強くなった。さらに、薬の管理に対する病識低下が強かった。病識低下はBPSD（行動障害）と関連しており、妄想があると病識低下度が大きかった。介護者が本人の病識低下度を理解してケアすることが、BPSDの予防や薬剤管理などの生活支援に重要である。

キーワード：認知症、病識、BPSD、うつ、認知症疾患医療センター

1）認知症介護研究・研修東京センター
［〒168-0071　東京都杉並区高井戸西1-12-1］
2）老年病研究所附属病院認知症疾患医療センター
［〒371-0847　前橋市大友町3-26-8］
3）群馬大学大学院医学系研究科脳神経内科学
［〒371-8511　前橋市昭和町3-39-22］
4）群馬医療福祉大学リハビリテーション学部
［〒371-0023　前橋市本町2-12-1］
5）国立長寿医療研究センター長寿医療研修センター
［〒474-8511　愛知県大府市森岡町7-430］

責任著者連絡先：山口晴保
認知症介護研究・研修東京センター
［〒168-0071　東京都杉並区高井戸西1-12-1
TEL 03-3334-2173　FAX 03-3334-2718］
yamaguti@gunma-u.ac.jp

受領日：2018年1月11日
採択日：2018年1月29日
英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

はじめに

認知症の国家戦略である新オレンジプランでは、認知症の人が地域で穏やかに暮らし続けることを目指している。このためには、認知症の本人が自分の認知障害をどうとらえているかを、介護する側が知ることが極めて重要であり、認知症の人の病識への理解が求められている。

認知症の人は、自分の認知障害やそれにともなって生じる生活の困難を、実態よりも軽くみる（自らの認知機能・生活力を過信する）傾向がある。この症状は、欧米ではanosognosia（病態失認）といわれ、insight（内観）やself-awareness（自覚）の欠損と説明される[1-3]。

この病態失認という用語は、認知症に限らずさまざまな疾患で使われる。たとえば脳卒中左片麻痺患者が自分の左腕は麻痺していないと言うように自身の障害を気にかけない場合であり、Babinski[4]が1914年にこの用語（フランス語でanosognosie）を用いたのが始まりとされる[2, 5]。

認知症のanosognosiaについて、わが国ではどのような用語が従来使われてきたかを医学中央雑誌データベースで2017年12月に検索した。「認知症＋病態失認」で検索すると、原著論文は1件、学会報告5件、総説3件のみで、病態失認という用語は認知症領域ではあまり使われていなかった。病識欠如という用語も時に使われるが、認知症では病識がまったくないわけではなく、自覚もあり、「病識が不完全な状態」のことが多い。小澤[6]は「病態失認的態度」という用語を用いている。これも、病識は欠如ではなく、低下している様子を表現していると考える。われわれは、認知症では病識は低下しているが病感が残っていると考えている。

医学中央雑誌データベースを「認知症＋病識」で検索すると78件の原著論文が該当し（2017年12月）、日本語論文では「病識の低下」という表現が使われる傾向がみられた。羽生ら[7]は2007年の病識低下を測定した原著論文で「病識低下度」という指標を用いた。以上より、本論文では「病識低下」という用語を用い、その評価指標として「病識低下度」を用いることとした。

病識低下を評価するには、①同一内容の質問紙を用いて、本人評価と介護者評価の乖離度（discrepancy）から示す方法と、②認知作業などのパフォーマンスを本人が予測したものと、実際に行った認知作業結果の乖離から示す方法がある（たとえば折り紙を本人は「できる」と言い、実際に作業するとできない場合）。評価結果を数値で示すには①の方法が適しているため、本研究では①の方法で、病識低下度を示した。①の代表的な方法としてはAnosognosia Questionnaire-Dementia（AQ-D)があり[8]、日本語版で信頼性・妥当性が検証されている[9]。

われわれはこの日本語版AQ-Dを用いてClinical dementia rating（CDR）やうつとの関係を解析し、アルツハイマー型認知症では進行により病識低下度が大きくなることや、病識が保たれているほどうつになる傾向をすでに示した[10]。AQ-Dは30項目からなり認知機能障害やIADLの障害（生活管理能力の低下）、情動や性格の変化などを尋ねるため、認知症による症状全般の病識を評価している。一方、羽生ら[7]が用いたのは記憶検査である生活健忘チェックリスト（Everyday memory checklist）で、この方法では記憶障害の病識についての評価となる。一言で認知症の病識といっても、認知機能障害の病識をみるのか、生活障害の病識をみるのか、さらには認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）の病識をみるのかという点をはっきりさせておく必要がある。

AQ-Dの質問項目は認知・生活・情動の障害を含み、全般的な病識を評価するのに優れているが、30項目であるため本人・家族が記入する負担が大きい。そこで、本研究では、認知症初期症状11項目質問票（Symptoms of Early Dementia-11 Questionnaire; SED-11Q）本人用・介護者用を用いて病識低下度を測定した（文末資料参照）。SED-11Qは本来は認知症のスクリーニングに用いる評価票で、認知障害やIADL障害を中心に11項目の設問があり、介護者評価で3項目以上にチェックがつくと認知症が疑われる[11]。SED-11Qを本人・介護者の両者が同時につけた点数の乖離度が、AQ-Dの解離度と有意な正の相関（$r=0.67, p<0.001$）を示すことから、SED-11Qを病識評価に用いることの妥当性を既に明らかにした[12]。よって、今回は、このSED-11Qによる病識低下度を用いた。

アルツハイマー型認知症において病識が低下すると、①介護者の介護負担が増えること[13]、ケアのコストも増えること[14]、②本人の危険な行為が増え[15]、とくに運転が危険なこと[16]、③財産処分や介護施設入所などの大切な判断が困難になること[17]、④うつにはなりにくく[10, 15, 18]、むしろ病識低下が本人の

QOLを高める傾向があること[19, 20]などが報告されている。臨床の現場では、病識が低下しているために認知症診断のための受診を拒否する例や、介護保険サービスの受け入れを拒否する例に出会う[7]。改正道路交通法の施行以降は、運転中止の受け入れを拒否する例に出会うことも増えた。さらに、介護保険の認定調査員からの質問に、本人が何でも「できる」と答えるために、実際の障害よりも軽く判定されることもしばしば経験する[5]。

病識低下はBPSDの悪化をもたらすと想定されるが、病識とBPSDとの関係については研究が極めて少ない[18]。われわれは、本人の病識低下を介護する側が理解してケアすることで（たとえば失敗を指摘しないケア）、BPSDを予防できたり軽減できると主張してきた[21]。今回の研究では、この主張の根拠となるデータを示すために、もの忘れ外来受診者を対象に、病識低下度と性差、認知機能、うつ、BPSDとしての行動障害などとの関係を検討し、病識低下と行動障害が関連することを示せたので報告する。

方法

1. 対象

調査の対象となった認知症疾患医療センターは、年間約700名が鑑別診断目的で新規に受診している。本研究の対象者は、2009年4月～2017年12月までにもの忘れ外来/神経内科外来を、認知症症状を主訴に受診した初診を中心とする患者のうち、SED-11Q[11]を本人と介護者（大部分は家族）が記入した患者383名からうつの18名を除いた365名（平均80.1±5.9歳；男性122例、女性243例）とした。この365名の診断内訳は、健常群15名、Mild cognitive impairment（MCI）群70名、認知症群280名だった。MCIの診断基準はWinbladらの診断基準[22]に準拠し、記憶障害の評価にはRivermead Behavioural Memory Testの物語再生を用いた。画像検査はMRIをルーチンに行い、撮影できない例ではCTを行った。核医学診断や随液バイオマーカーの検査はごく一部の例において、外部の機関で実施した。診断は日本認知症学会および日本神経学会の専門医計3名が担当した。

介護者280名のうち、属性が判明した225名の内訳は、配偶者64名（同居63名・別居1名）、子127名（同居45名・別居81名、不明1名）、嫁20名（同居16名・別居4名）、その他（甥姪や施設職員、ケアマネジャーなど；同居2名）14名だった。

2. 評価項目

認知機能は改訂長谷川式認知機能評価スケール（Hasegawa dementia scale-revised; HDS-R）を用いて357例で評価した。うつはGeriatric depression scale-15 items version（GDS15）を用いて330例で評価した。GDS15は本人が回答するので、一部では評価できなかった。BPSDの尺度としてはDementia behavior disturbance scale日本語版（DBDスケール）[23]を用いて67例で評価した。これはルーチンの評価項目ではないため例数が少ない。

病識についてはSED-11Q（1項目チェックがつくと1点で11点満点：文末資料）を本人と介護者（大部分は家族）が同時に評価し、[介護者得点]－[本人得点]＝病識低下度（点）で表した。病識低下度の得点範囲は－11点～＋11点で、認知症初期症状の自覚が高いほどマイナスに、自覚が低いほどプラスになる。なおSED-11Qの家族記入用紙には「被害妄想（お金を取られる）がありますか」と「幻視（ないものが見える）がありますか」の追加2項目がある。これらは1つでもチェックがつけば受診を勧める項目である。この評価用紙は文末資料として示したが、山口晴保研究室ホームページ（http://orahoo.com/yamaguchi-h/）からPDFファイルをダウンロードできる。

3. 分析

SED-11Qによる病識低下度と、性別、年齢、妄想・幻覚、認知機能（HDS-R）、うつ（GDS15）、BPSD（DBDスケール）の関係を、t-test、Mann-Whitney U-test、分散分析、散布図や相関係数などで検討した。これらを全体365名または認知症群280名で検討した。有意な相関がみられた項目についてはSED-11Q本人点とSED-11Q家族点との関係を追加検討した。

SED-11Qの項目ごとの本人点・介護者点を検討した。また、SED-11Q介護者点が記入者の属性で異なるかも検討した。

高齢者では認知症の原因が単純でない症例が多いので、診断が重複しない純粋例としてアルツハイマー型認知症群167名（McKhannらの診断基準[24]に準拠）とレビー小体型認知症群14名（McKeithらの診断基準[25]に準拠）を抽出して2群間で比較した。

統計にはSPSS statistics Ver 24（IBM）を用い、多群間の比較には一元配置分散分析を行い、多重比較は等分散の有無によりBonferroni

またはDunnnet T3を使い分けた。年齢、HDS-R、GDS15、DBDスケールの2群間比較にはt-testを、病識低下度等の2群間比較にはMann-Whitney U-testを用いた。

4. 倫理的配慮

研究実施機関である老年病研究所倫理委員会の審査を受け、さらに筆頭著者が所属先の審査を受けた。また、患者・家族から匿名化した臨床データの利用について書面で承諾を得た。

結果

1. 病識低下度の全365名での分析

健常(n=15)・ MCI(n=70)・ 認知症(n=280)の3群間で基礎データと各評価尺度の比較を一元配置分散分析で行った（表1a）。年齢は群間で有意差がみられ（F(2,362)=9.445; p<0.001）、post-hocの多重比較（Dunnett T3）では認知症群が健常群（p=0.014）およびMCI群（p=0.020）よりも有意に高かった。HDS-R（n=357）は3群間で有意差があり（F(2,354)=122.36, p<0.001）、post-hocの多重比較（Dunnett T3）を行うと認知症群がほかの2群よりも有意に低く（p<0.001）、MCI群は健常群よりも有意に低かった（p=0.031）。GDS15（n=330）は有意な群間差を認めなかった（F(2,327)=1.57, p=0.210）。病識低下度（n=365）は群間に有意差があり(F(2,362)=11.07; p<0.001)、post-hocでは認知症群が健常群（p=0.003; Bonferroni）およびMCI群（p=0.001; 同）よりも有意に高値だった。

病識低下度に有意差が見られたので、追加解析を行った。SED-11Q本人点（n=365）は群間に有意差がなかった（F(2,362)=0.01; p=0.989）。SED-11Q介護者点（n=365）は群間に有意差があり(F(2,362)=17.70; p<0.001)、認知症群がほかの2群よりも有意に高かった（p<0.001; Bonferroni）。

評価人数が少ないDBDスケール(n=67)の結果は、表1bに分けて示した通り、MCI群(n=10)よりも認知症群（n=57）が平均で2倍近い高値で、有意差を認めた（p=0.006; t-test）。

2. 認知症群280名での分析

1）SED-11Qの項目ごとの質問内容と得点（表2）

病識低下度を示す介護者・本人評価間の乖離（差）が最も大きいのは「薬を管理してきちんと内服することができなくなった」の項目で、本人12.0%・介護者51.1%が該当するとチェックをつけ、病識低下度が0.391と最も大きかった。次いで、「同じことを何回も話したり、尋ねたりする」の項目が本人の47.0%・介護者の

表 1 各群の基礎データ

a 健常群、MCI群、認知症群、全体の各得点（平均±SD）と群間比較(一元配置分散分析)

群	数	男女比	年齢	HDS-R (n=357)	GDS15 (n=330)	SED-11Q 本人点 (n=365)	SED-11Q 介護者点 (n=365)	病識低下度 (n=365)
健常群	15	8:7	75.1±6.4	27.1±2.9	2.93±2.60	2.80±2.68	2.33±2.42	−0.467±3.03
MCI群	70	25:45	78.6±5.7	24.6±2.4	4.52±3.03	2.73±2.16	3.66±2.73	0.929±3.38
認知症群	280	89:191	80.8±5.8	16.6±4.6	4.46±3.40	2.77±2.54	5.45±2.91	2.68±3.65
全体	365	122:243	80.1±5.9	18.5±5.5	4.40±3.31	2.77±2.47	4.98±2.99	2.21±3.68
有意差			p<0.001	p<0.001	p=0.210	p=0.989	p<0.001	p<0.001

b MCI群と認知症群の計67名でのDBDスケール得点と群間比較（t-test）

群	数	男女比	年齢	DBD スケール
MCI群	10	5:5	75.7±6.2	12.0±8.11
認知症群	57	20:37	80.0±5.3	21.8±15.4
全体	67	25:42	79.4±5.4	20.4±14.9
有意差			p=0.023	p=0.006

表 2　認知症群280名でのSED-11Qの項目別点数

SED-11Q質問項目	SED-11Q 本人点*	SED-11Q 介護者点*	病識低下度(差)
同じことを何回も話したり、尋ねたりする	0.470	0.825	0.355
出来事の前後関係がわからなくなった	0.218	0.521	0.304
服装など身の回りに無頓着になった	0.155	0.366	0.211
水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった	0.129	0.359	0.230
同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる	0.332	0.496	0.164
薬を管理してきちんと内服することができなくなった	0.120	0.511	0.391
以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった	0.468	0.538	0.070
計画を立てられなくなった	0.214	0.436	0.221
複雑な話を理解できない	0.286	0.634	0.348
興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった	0.207	0.411	0.204
前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった	0.175	0.354	0.179
合計	2.77	5.45	2.68

*設問には有無で回答するので、この数字を100倍すると各項目の陽性率を示す。
たとえば0.470なら回答者の47.0%がこの項目にチェックをつけた

82.5%がチェックをつけ、病識低下度0.355だった。「複雑な話を理解できない」の項目も、本人28.6%・介護者63.4%がチェックをつけ、病識低下度0.348だった。一方、病識低下度が最も小さいのは「以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった」の項目で、本人の46.8%・介護者の53.8%がチェックをつけ、病識低下度は0.070だった。このように、項目により症状の自覚の程度にばらつきがあった。

2）疾患別

認知症群の中で病名が単一の純粋例だけでアルツハイマー型認知症群（n=167）とレビー小体型認知症群（n=14）をt-testとMann-Whitney U-testで比較すると（表3）、病識低下度は、アルツハイマー型認知症群では2.86±3.47と、レビー小体型認知症群の1.50±4.02よりも平均値で2倍近く高値だったが、有意差は認められなかった（p=0.202; Mann-Whitney U-test）。ほかの指標では、GDS15（うつ）のみが両群間で有意差を示し（p=0.038; t-test）、レビー小体型認知症群がアルツハイマー型認知症群よりも有意に高かった。

3）病識低下度と各種指標との相関

認知症群で病識低下度と①HDS-R、②GDS15、③DBDスケールとの相関を検討した。HDS-RとSED-11Q本人点・介護者点との相関も検討した。

①病識低下度とHDS-R（n=276）は有意な弱い

表 3 認知症病型別の各得点（平均±SD）と群間有意差（t-test#とMann-Whitney U-test$）

群	数	HDS-R (n=180)	GDS15 (n=165)	DBD スケール (n=34)	SED-11Q 本人点 (n=181)	SED-11Q 介護者点 (n=181)	病識 低下度 (n=181)
アルツハイマー型	167	16.5±4.58	3.86±2.97	19.1±14.5	2.46±2.35	5.32±2.82	2.86±3.47
レビー小体型	14	18.7±6.28	5.69±3.79	34.5±24.7	3.14±2.15	4.64±3.37	1.50±4.02
群間有意差		p=0.211#	p=0.038#	p=0.166#	p=0.143$	p=0.339$	p=0.202$

負の相関を示した（r=－0.221, p<0.001; Spearman）、HDS-R得点が低下するほど病識低下度がわずかに増大した。散布図を図1aに示す。この図から、HDS-R得点にかかわらず病識低下度はばらつきが大きいことが分かる。病識低下度とHDS-Rが弱いながらも有意な相関を示したので、SED-11Q本人点・介護者点とHDS-Rとの関係を追加解析すると、SED-11Q本人点（図1b）はHDS-Rと有意な相関がみられず（r=－0.059; p=0.325; Spearman）、SED-11Q介護者点（図1c）はHDS-Rと有意な負の弱い相関（r=－0.361, p<0.001, Spearman）を示した。

②病識低下度とGDS15との関係を示す散布図を図2に示す。病識低下度とGDS15（n=250）は有意な弱い負の相関を示し（r=－0.349, p<0.001; Spearman）、病識が低下するほどうつ傾向が軽かった（図2a）。病識低下度とGDS-15が有意な相関を示したので、SED-11Q本人点・介護者点とGDS15との相関を追加解析した。すると、SED-11Q本人点がGDS15と中等度の正の相関を示したが（r=0.657, p<0.001; Spearman）（図2b）、SED-11Q介護者点はGDS15と有意な相関を示さなかった（r=0.098, p=0.121）。

③病識低下度とDBDスケール（n=57）は有意な

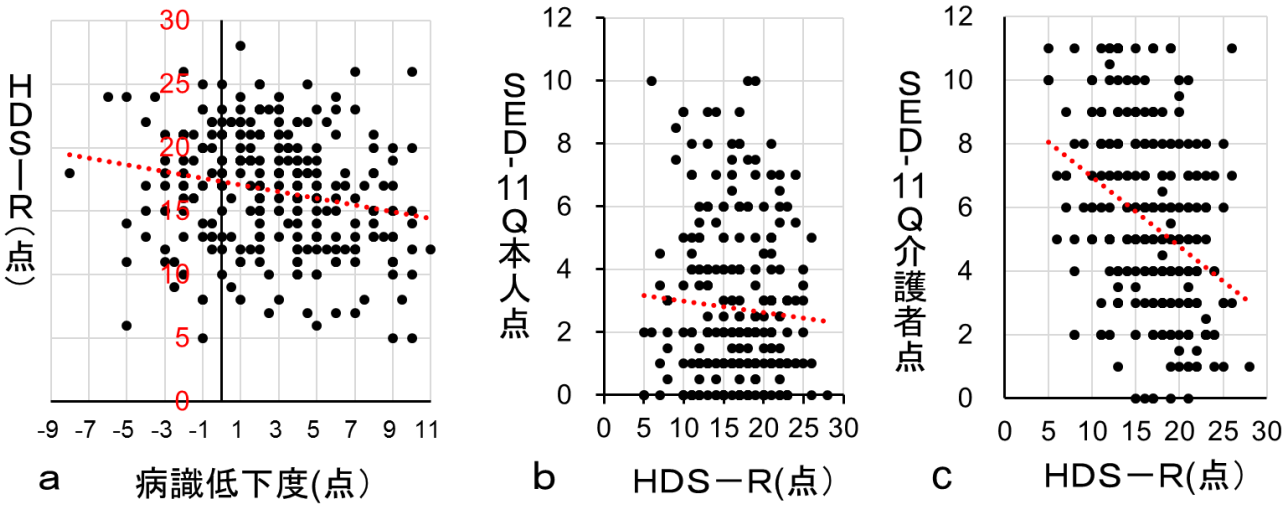

図 1 認知症群（n=276）でのHDS-RとSED-11Qとの相関
a：病識低下度は有意な弱い負の相関（r=-0.221,p<0.001；Spearman）
b：本人点は有意な相関なし(r=-0.059; p=0.325; Spearman）
c：介護者点とは有意な負の弱い相関（r=-0.361, p<0.001; Spearman）

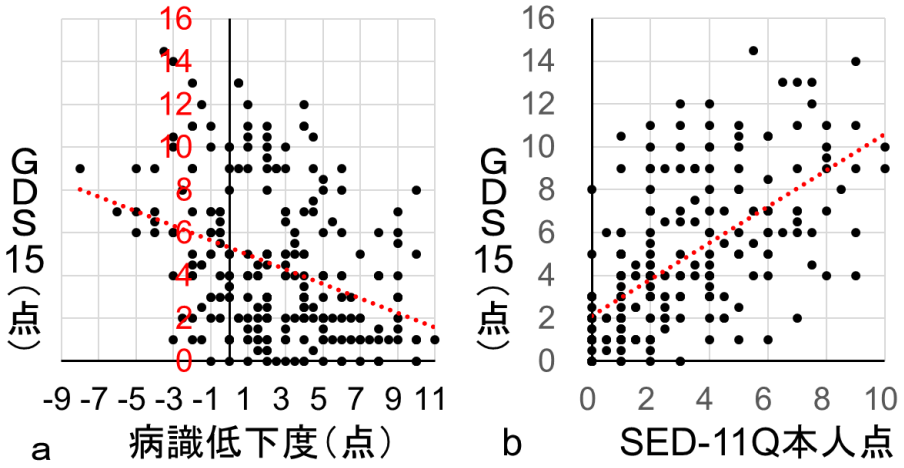

図 2 認知症群（n=250）でのGDS15とSED-11Q本人点および病識低下度との相関
a：病識低下度は有意な弱い負の相関（r=-0.349, p<0.001; Spearman）
b：本人点は有意な中等度の正の相関（r=0.657, p<0.001; Spearman）

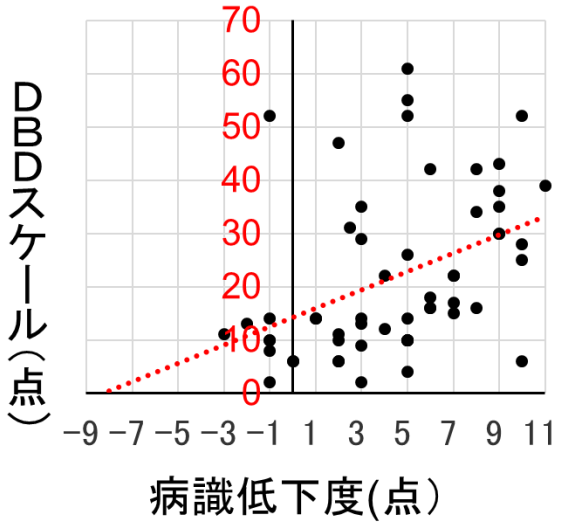

図 3 認知症群(n=57)での行動障害(DBDスケール)と病識低下度の相関(r=0.485, p<0.001; Spearman)。有意な中等度の正の相関を示した。

中等度の正の相関を示し（r=0.485, p<0.001; Spearman）、病識が低下するほど行動障害が強かった。散布図を図3に示す。

4）性差

認知症群での性差について、Mann-Whitney U-testで男女2群間の比較を行った。病識低下度は、男性（n=89）2.48±3.43、女性（n=191）2.77±3.75で有意差はなかった（p=0.534）。SED-11Q本人点（p=0.403）・介護者点（p=0.186）も性別で有意差は見られなかった。HDS-R, GDS5, DBDスケールには性別による有意差はみられなかった。

認知症群での年齢はt-testで検討し、男性78.9±5.9歳、女性は80.7±5.9歳で女性が有意に高齢であった（p=0.004）。

5）妄想と幻視（SED-11Q介護者用追加項目）

SED-11Qの介護者のみが記入する追加2項目について、Mann-Whitney U-testで検討すると、「被害妄想（お金を取られる）がありますか」は男性認知症者11.4%、女性認知症者22.4%と、女性が約2倍の陽性率で有意に高かった（p=0.044）。「幻視（ないものが見える）がありますか」項目の介護者記入では男性認知症者7.1%、女性認知症者16.3%と、女性が約2倍だったが、有意差がみられなかった（p=0.173）。

SED-11Q介護者用追加項目「妄想」の有無による2群間で病識低下度を、この項目に回答のあった224例で検討すると、妄想あり群（n=42）は病識低下度3.74±3.47で、妄想無し群（n=182）の1.85±3.44よりも有意に高かった（p=0.004; Mann-Whitney U-test）。さらに、SED-11Q本人点は有意差がなかったが、SED-11Q介護者点は、妄想あり群6.82±2.89、妄想無し群3.08±2.44と、妄想あり群が有意に高値だった（p<0.001; Mann-Whitney U-test）。

幻視の有無と病識低下度も同様に検討したが、有意差は認められなかった。

6）認知症群でのSED-11Q介護者点の記入者種別での検討

次に、SED-11Q介護者点を、その他14名を除く配偶者・子ども・嫁の記入者種別3群間で、一元配置分散分析により検討した。まず、病識低下度については、この記入者3群間で有意差が認められなかった。しかし、SED-11Q介護者点は、配偶者（n=64）が記入すると4.36±2.57、子ども（n=127）が記入すると5.54±2.95、嫁（n=20）が記入すると5.48±2.64で、3群間で有意差が見られ（F(2,208)=3.847, p=0.023）、post-hocで配偶者と子どもの間のみ有意差が認められ（p=0.021; Bonferroni）、配偶者が子どもよりも有意に低い点数だった。嫁はほかの2群と有意差がなかった。介護者種別間で有意差が見られたので、これが同居・別居に関連するか追加解析を行った。配偶者と嫁の大部分は同居していたので、介護者が子供の126例（1名は同居か別居か不明で除く）で検討すると、別居の子供81名では5.30±3.11、同居の子供45名では5.97±2.66で、同居のほうがSED-11Q介護者点がやや高値で、Mann-Whitney U-testで統計学的有意差はみられなかった（p=0.182）。

考察

今回、認知機能低下にともなって病識が少しずつ低下することを示した（図1a）。この傾向は従来の報告と一致するが[10, 12, 18]、相関係数は低く、われわれの研究では、認知機能そのものの病識を評価する尺度ではなく、SED-11Qという生活状況を中心とした評価尺度を用いたために、認知機能低下をダイレクトに反映しないので、相関係数が低かったと考える。

今回、図1b, cに示したように、認知機能低下にともなってSED-11Q介護者点が増えていくが、SED-11Q本人点は増えないことにより、その差である病識低下度が増大する。とはいえ、図1aに示したように、個人差が大きく相関係数は小さい。病識低下は認知機能低下とは独立して生じると考えられており[3]、個々の症例において認知機能とは別に病識低下度を評価す

る必要があると考える。

認知症の病型と病識低下との関係について述べる。従来から病識低下がアルツハイマー型認知症の特徴と考えられ、病識に関する研究の多くはアルツハイマー型認知症を対象として進められてきた。羽生ら[7]は、生活健忘チェックリストを用いて検討し、病識低下がアルツハイマー型認知症群の65%、MCI群の34%、レビー小体型認知症群の6%、血管性認知症群の36%に認められたと報告した。今回のわれわれの結果でも、レビー小体型認知症よりもアルツハイマー型認知症で病識低下度が高い傾向が示された。前頭側頭型認知症は頻度が低いので、定量的な検討は難しいが、行動障害型前頭側頭型認知症は病識低下が著しく、前頭葉眼窩面の機能低下と病識低下との関係が示唆されている[2, 18]。

アルツハイマー型認知症における病識低下と関係する脳部位については、前頭葉眼窩面の機能低下による脱抑制よりも、大脳内側面や頭頂葉の機能低下がより重要と推測される[1]。前頭葉内側面（前部帯状回）と頭頂葉内側面（後部帯状回など）を結ぶ系はデフォルトモードネットワークといわれ、内観（insight）に関係するとして最近注目されている。アルツハイマー型認知症ではこの系が早期から障害され、内観の障害、すなわち病識低下が生じると推測される[26]。さらに、アルツハイマー型認知症では早期から第三者視点取得（third person perspective taking）の機能が低下すると考えられる[1]。われわれは山口キツネ・ハト模倣テストによって、手指の形の模倣が早期から困難になること、さらにアルツハイマー型認知症でのハトの形の失敗パターン（両手掌が胸に向くよう内向きの形を検者が提示するが、被検者は両手掌が外向きのパターンを示す）が第三者視点取得の障害によると考えられることを報告した[27]。

アルツハイマー型認知症ではMCIのステージから病識が低下しているという報告がある[28]。今回の対象者でもMCI群で病識低下度が健常よりも高い数値を示したが、健常者の例数が少なく有意差は示せなかった。MCI群を病識保持群と病識低下群に分けると、病識低下がアルツハイマー型認知症への進行リスクであることが経過観察から示されている[29]。MCIであっても、病識低下度を評価することが予後予測に役立つといえよう。

病識低下とうつに関しては、従来の研究で病識が保たれているほどうつ傾向があることが示されている[10, 15]。SED-11Qを用いたわれわれの以前の研究でも病識低下がうつと関係していることを示した[18]。うつにより、日頃の健忘をより強く自覚することで、うつ群は病識をむしろ過剰にもつ（病識低下度の点がマイナスになる）。今回のわれわれの結果では、健常群の平均点がマイナスになった。これは、今回の健常群が地域住民ではなく、「もの忘れ外来を受診した健常者」であるため、本人が症状を自覚して受診したというバイアスによるものと考えた。

今回、われわれはSED-11Qの「薬を管理してきちんと内服することができなくなった」項目で本人評価12.0%・介護者評価51.1%と、「できないことの自覚」と「客観」に大きな差があること示した。認知症医療では薬の管理が極めて重要であり、SED-11Qを本人・介護者の双方が記入することが、内服支援にも役立つ情報となる。

また、今回、SED-11Qの「複雑な話を理解できない」項目で病識低下が強いことも示した。病識低下はしばしば認知症の人の大切な判断（decision making）を困難にする[17]。財産の処分や相続、入院・介護施設への入所の場面で適切な判断をすることが困難になる。アルツハイマー型認知症では、たとえ支援を受けて判断しても、その判断を覚えていることが難しく、後日もの盗られ妄想などに結びつきやすい。今回の結果でも、妄想をもつ群では病識低下度が有意に高かった。自己決定には本人の病識を把握した上での判断への支援（shared decision making）が必要となると考える。

病識低下が介護者に与える影響については、Zarit介護負担尺度などで、病識が低下するほど介護負担が増えることが報告されている[13, 14]。受診拒否や介護の拒否、さらには自分の失敗の否認などが介護者には大きな心理的負担となる。よって、介護者が病識低下を症状のひとつとして理解し、受け止められるようになる介護者教育が必要だと考える。

病識低下とBPSDについては研究が少ないが、Starksteinら[30]は、170名のアルツハイマー型認知症を対象として、認知機能障害の病識が低下するほど妄想とアパシーをともないやすく、逆にうつが減ることを示している。今回われわれは行動障害の評価尺度であるDBDスケールを用いて、病識低下度とDBDスケールが中等度の正の相関を示すことを明らかにした。BPSDのケアでは、本人の病識低下度を把握し、失敗の指摘を避けるなど、本人の気持ちに配慮してケアすることで、BPSDの発症や悪化を防ぐケアが望まれる。介護する家族からして

みれば、失敗を減らしたいゆえに「失敗を指摘して当然」と考える。しかし、失敗を指摘された本人は失敗の自覚がなく（病識が低下しており）、指摘に対して立腹し、声を荒げたり暴力に結びつく。

このように顕在化するとBPSDだが、その誘因は介護者側にあることを介護者教育で理解してもらうことがBPSDの予防に役立つと考える。

本研究の追加解析では、SED-11Qの「妄想」の出現率が、男性よりも女性が倍ほど高く、さらに妄想がみられる群は病識低下が強いことを示し、アルツハイマー型認知症での先行研究と一致した[30, 31]。レビー小体型認知症では妄想出現の背景に病識低下があることも報告されており[32]、病識低下度の把握は妄想への対応でも役立つと考える。妄想の出現が男性よりも女性に多いことが従来から報告されており、数井ら[5]は女性で病識低下度が大きいと報告した。われわれも女性の方が病識低下度が大きいと推測したが、今回の結果では明らかな性差はみられなかった。

羽生ら[7]は配偶者と配偶者以外が記入した場合を比較して有意差がなかったと報告している。そこで、記入者の属性との関係を検討してみた結果、SED-11Q介護者点が子供よりも配偶者で有意に低いことが示された。配偶者は同居しているが、子供は同居の場合と別居の場合があるので、このことが影響する可能性があり、追加検討すると、同居の子供のほうがむしろSED-11Q介護者点が高かった。よって配偶者のSED-11Q介護者点が低いのは、同居のためではないと推測された。配偶者の方が子どもよりも優しいのか、興味がもたれる。介護者要因が評価に与える影響については、介護者の介護負担やうつが強いと評価点が高くなる（本人のできないことを指摘する）という報告があるが[33]、今回は介護者要因を検討していない。

研究の限界について述べる。今回の調査は後ろ向き調査で、きちんとデザインされたプロトコルで全例に調査したのではないことがあげられる。たとえば行動障害型前頭側頭型認知症で本人からの聴取が難しい例などが対象から外れている。アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症でも前頭葉症状が強い例や病識低下が著しい例などで記入を拒否した場合も対象から外れている。また、今回の研究対象者はもの忘れ外来受診者に限られた。今後は施設入所者など違った対象者で病識低下とBPSDとの関係などを研究して普遍化を図りたい。

また、DBDスケールは一部の例でしか評価できなかった。

「はじめに」で述べたように、わが国では認知症と病識についてあまり研究されておらず、関心も薄いことが医学中央雑誌データベースの検索から明らかになった。パーソンセンタードケアを推進するには、認知症の人の病識とBPSDについて、わが国でさらなる研究が推進されることが望まれる。

謝辞：本研究は、国立研究開発法人日本医療究開発機構（AMED）の平成29年度認知症研究開発事業「BPSDの解決につなげる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発～笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」（代表研究開発者：山口晴保：課題番号17dk0207033h0001）の一部として行った。

COI：なし

文献

1) Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi H: Anosognosia in Alzheimer's disease dementia In: Alzheimer's Disease. Nova Science Publishers, 1-16, 2016.
2) Wilson RS, Sytsma J, Barnes LL, et al: Anosognosia in dementia. Curr Neurol Neurosci Rep 16(9): 77 (6), 2016.
3) Sunderaraman P, Cosentino S: Integrating the constructs of anosognosia and metacognition: A Review of recent findings in dementia. Curr Neurol Neurosci Rep 17(3): 27, 2017.
4) Babinski J: Contribution a l'etude des troubles mentaux dans l'hemiplegie organique cerebrale (anosognosie). Rev Neurol 27: 845-848, 1914.
5) 数井裕光: アルツハイマー病の病態失認. 老年精神医学雑誌 12(8): 890-896, 2001.
6) 小澤勲: 痴呆老人からみた世界－老年期痴呆の精神病理. 岩崎学術出版社, 1998.
7) 羽生春夫、佐藤友彦、赤井知高他: 老年期認知症患者の病識生活健忘チェックリストを用い、介護者を対照とした研究. 日本老年医学会雑誌 44(4): 463-469, 2007.
8) Migliorelli R1, Tesón A, Sabe L, et al: Anosognosia in Alzheimer's disease: a study of associated factors. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 7(3): 338-344, 1995.
9) Sato J, Nakaaki S, Murata Y, et al: Two dimensions of anosognosia in patients with Alzheimer's disease: reliability and validity of the Japanese version of the Anosognosia Questionnaire for Dementia (AQ-D). Psychiatry Clin Neurosci 61(6): 672-677, 2007.

10) Maki Y, Amari M, Yamaguchi T, et al: Anosognosia: patients' distress and self-wareness of deficits in Alzheimer's disease. Am J Alzheimers Dis Other Demen 27(5): 339-345, 2012.

11) Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi H: Symptoms of Early Dementia-11 Questionnaire (SED-11Q): A brief informant-operated screening for dementia. Dement Geriatr Cogn Dis Extra 3(1): 131-142, 2013.

12) Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi H: Evaluation of anosognosia in Alzheimer's disease using the Symptoms of Early Dementia-11 Questionnaire (SED-11Q). Dement Geriatr Cogn Dis Extra 3(1): 351-359, 2013.

13) Turró-Garriga O, Garre-Olmo J, Vilalta-Franch J, et al: Burden associated with the presence of anosognosia in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 28(3): 291-297, 2013.

14) Turró-Garriga O, Garre-Olmo J, Reñé-Ramírez R, et al: Consequences of anosognosia on the cost of caregivers' care in Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis 54(4): 1551-1560, 2016.

15) Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, et al: Insight and danger in Alzheimer's disease. Eur J Neurol 14(4): 455-460, 2007.

16) 寺川智浩、玉井顯、池田学: 認知症高齢者の自動車運転に関するアンケート調査～アルツハイマー病患者の自動車運転に対する患者と家族の認識の乖離に関する検討. 老年精神医学雑誌 20(5): 555-565, 2009.

17) Cosentino S, Metcalfe J, Cary M S, et al: Memory awareness influences everyday decision making capacity about medication management in Alzheimer's Disease. Int J Alzheimers Dis 2011: 483-897, 2011.

18) Kashiwa Y, Kitabayashi Y, Narumoto J, et al: Anosognosia in Alzheimer's disease: association with patient characteristics, psychiatric symptoms and cognitive deficits. Psychiatry Clin Neurosci 59(6): 697-704, 2005.

19) Conde-Sala JL, Reñé-Ramírez R, Turró-Garriga O, et al: Clinical differences in patients with Alzheimer's disease according to the presence or absence of anosognosia: implications for perceived quality of life. J Alzheimers Dis 33(4): 1105-1116, 2013.

20) Conde-Sala JL, Turró-Garriga O, Garre-Olmo J, et al: Discrepancies regarding the quality of life of patients with Alzheimer's disease: a three-year longitudinal study. J Alzheimers Dis 39(3): 511-525, 2014.

21) 山口晴保: 紙とペンでできる認知症診療術: 笑顔の生活を支えよう. 協同医書出版, 2016

22) Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al: Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med 256: 240-246, 2004.

23) 溝口環、飯島節, 江藤文夫, 他: DBDスケール(Dementia Behavior Disturbance Scale)による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日本老年医学会雑誌 30(10): 835-840, 1993.

24) McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al: 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(7): 939-944, 1984.

25) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al: Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. Neurology 65(12): 1863-72, 2005.

26) Bertrand E, Landeira-Fernandez J, Mograbi DC: Metacognition and perspective-taking in Alzheimer's disease: A mini-review. Front Psychol 7: 1812. eCollection 2016, 2016.

27) Yamaguchi H, Takahashi S, Kosaka K, et al: Yamaguchi fox-pigeon imitation test (YFPIT) for dementia in clinical practice. Psychogeriatrics 11(4): 221-226, 2011.

28) Kelleher M, Tolea MI, Galvin JE: Anosognosia increases caregiver burden in mild cognitive impairment. Int J Geriatr Psychiatry 31(7): 799-808, 2016.

29) Gerretsen P, Chung JK, Shah P, et al: Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative: Anosognosia is an independent predictor of conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease and is associated with reduced brain metabolism. J Clin Psychiatry pii: 16m11367, 2017.

30) Starkstein SE, Sabe L, Chemerinski E, et al: Two domains of anosognosia in Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 61(5): 485-490, 1996.

31) Yoon B, Shim YS, Hong YJ, et al: Anosognosia and its relation to psychiatric symptoms in early-onset Alzheimer disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 30(3): 170-177, 2017.

32) 太田一実、井関栄三、村山憲男、他: レビー小体型認知症の臨床症状出現に関連する心理社会的要因の検討　アルツハイマー型認知症との比較. 老年精神医学雑誌 23(4): 457-465, 2012.

33)Perales J, Turró-Garriga O, Gascón-Bayarri J, et al: The longitudinal association between a discrepancy measure of anosognosia in patients with dementia, caregiver Burden and Depression. J Alzheimers Dis 53(3): 1133-1143, 2016.

ISSN 2433-4995　　認知症ケア研究誌 2：39-50, 2018

文末資料：SED-11Q 介護者記入用紙

介護者記入

認知症初期症状11質問票

記入日：　　年　　月　　日

患者様お名前　　ID

記入者お名前　　関係

記入方法　家族等　・　家族等から聞き書き

最近1か月の状態について、日々の生活の様子から判断して,あてはまるものに○を付けてください(ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます)。

	同じことを何回も話したり、尋ねたりする
	出来事の前後関係がわからなくなった
	服装など身の回りに無頓着になった
	水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
	薬を管理してきちんと内服することができなくなった
	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
	計画を立てられなくなった
	複雑な話を理解できない
	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
	認知症初期症状11質問票　合計項目数

次の2項目も、あてはまるものに○をつけてください。

	被害妄想(お金を取られる)がありますか
	幻視(ないものが見える)がありますか

ISSN 2433-4995 認知症ケア研究誌 2：39-50, 2018

文末資料: SED-11Q 本人記入用紙

本人記入

質問票

記入日 ： 年 月 日

お名前 ID:

記入方法 ご本人記入 ・ 聞き書き

最近ご自身の1か月の状態について、あてはまるものに○を付けてください。
（ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます。）

	同じことを何回も話したり、尋ねたりする
	出来事の前後関係がわからなくなった
	服装など身の回りに無頓着になった
	水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
	薬を管理してきちんと内服することができなくなった
	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
	計画を立てられなくなった
	複雑な話を理解できない
	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
	合計項目数