

4. 高齢者の災害医療—精神面への中長期対応

服部 英幸

Key words : 認知症, 急性ストレス障害, 外傷後ストレス障害, 援助者へのケア

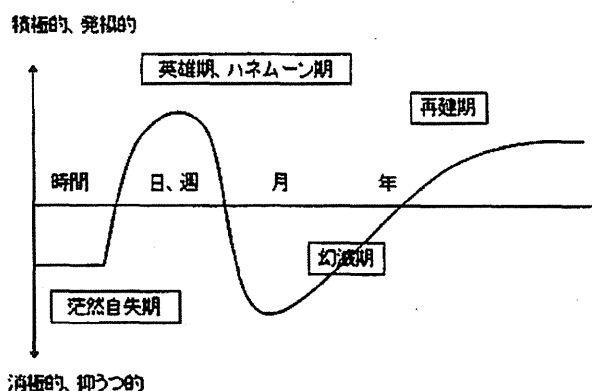
(日老医誌 2013; 50: 79-81)

災害発生時には身体的ダメージのみならず精神的ダメージの影響が長期にわたる。特に高齢者では環境の激変, 身体合併症の発生, 認知症合併などの影響で他の年齢層とはことなつた対応を必要とすることがある。今回の東日本大震災においても高齢者の精神医療の重要性が改めて認識されている。シンポジウムでは災害後的高齢者における心理特徴, 中長期とくに仮設住宅に移る頃に生じる精神的問題を含めて論ずる。また, 被災者の援助活動に携わることは多大なストレスを伴うため, 援助者の心理的安定を保つためのケアについても言及した。

被災後の経時的心理変化と精神症状

災害直後は, 近親者の死を含めた急激な変化を受けて, 精神的にもショック状態となり茫然自失となる。その後, 数日から数週間は状況に向けて頑張ろうという, やや高揚した時期(英雄期, ハネムーン期)があるものの, 次第に精神的な疲労や生活面での問題に直面することなどが重なり, 現状に対する幻滅, あきらめの心理に陥る時期が来る(幻滅期)。さらに, 時間が経つにつれて立ち直っていこうとする心理に移行していくとされる(図1)¹⁾が, 災害直後の段階から精神症状が出現(急性ストレス障害, Acute Stress Disorder: ASD)することも多く, さらに外傷後ストレス障害(PTSD)へと移行し, 精神的安定を取り戻すことが困難な事例も少なからず認められる。

高齢者に限定していない報告では, 1999年の台湾での震災後, 被災者に認められた精神疾患の頻度は61%であった。その中で, 高頻度であったのがPTSD(37%), 大うつ病(16%), ASD(9%)であった²⁾。日本にお



東日本大震災に対するこころのケア支援と復興支援対策ワークショップ。
精神神経学雑誌, 113, 2011, 749-772

図1 災害と心の回復の時間的経過¹⁾

る報告では新潟中越地震発生直後には59.3%に心理的困難を感じたという。関連因子としては女性, 震災時の強い恐怖感, 震災後も自宅にいること, 外傷受傷が有意であった³⁾。これまでの報告をまとめると, 被災直後にはASDその他の精神疾患が60%程度の出現頻度があり, そのうちの10%から40%がPTSDに移行するものと考えられる(図2)。

災害時における高齢者の精神症状

阪神大震災において, 震災後6カ月間に大学病院, 医療センターレベルの病院に受診した65歳以上の高齢者の精神疾患を後ろ向きに調査すると認知症, せん妄, うつ病などの気分障害, 不安障害(急性ストレス障害(ASD)およびPTSDを含む), 身体表現性障害, 睡眠障害が多かった⁴⁾。また, 地震発生後1週間以内に認知症患者の43%に症状の変化があり, 震災前には重度よりもむしろ軽度の認知症であった例に症状悪化例が多かった⁵⁾。ASDやPTSDを発症する例は少なく, せん

Mental management of elderly people in middle-long term after the wake of disasters

Hideyuki Hattori: 国立長寿医療研究センター行動・心理療法部

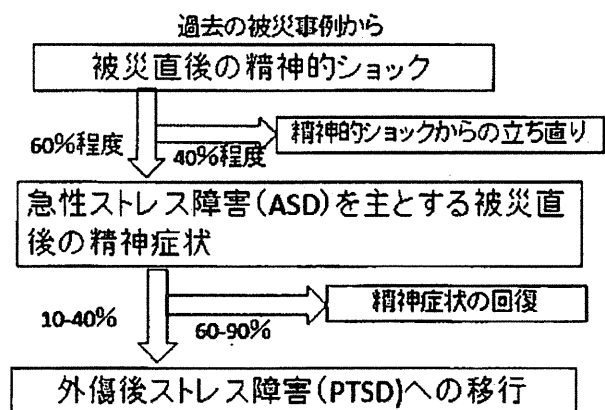


図2 過去の報告にみられる被災後の精神症状頻度

妄状態となる例が多かった⁶⁾。今回の東日本大震災の前後において認知症患者の状態を追跡した報告によると、被災後、避難所生活を強いられたアルツハイマー型認知症群を、被災しなかった群および被災はしたが避難所生活をしないですんだ群と比較すると、認知機能は被災した2群がともに、被災しなかった群に比し有意に低下していた。さらに精神症状・行動異常は避難所生活を強いられた群において他の群よりも有意に多く発生していたという⁷⁾。

これまでの報告をまとめると、全年齢で被災者に認められる精神疾患は環境変化、近親者の死、財産の消失などへの心理的反応としてのPTSD、うつ病などの気分障害が高頻度であるが、高齢者においては新たに発生する不安障害などのほかにもともと罹患していた認知症の悪化(症状変化)が高頻度に見られることがわかる。

中長期の心理—仮設住宅に入居するころからの被災者の心

今回の震災のあと、平成23年4月から11月にかけて、岩手、宮城、福島および周辺の自治体において仮設住宅の入居が行われた。避難所から仮設住宅に移る頃には、避難生活の長期化に伴うストレス反応や抑うつ状態が目立つようになり、専門的治療を必要とするようなPTSDやアルコール関連障害などの問題が本格化しやすい。また、入居して一段落すると、仮設住宅での生活や将来に向けての不安が目立ち始める。心理的、経済的な面において被災者間の個人差が大きくなり、他との比較のなかでストレスがたまりやすい状況になる。生活の援助、相談も含めた長期的な「メンタルヘルスケア」のウエイトが大きくなる。被災住民や行政職員対象にセミナーを開きうつ病や自殺等について問題意識をもってもらふことや、健康度調査を適切な時期に繰り返し行い、精神疾患

被災者の援助活動に携わることは多大なストレスを伴うため、心理的安定を保つためのケアが必要となる。援助活動時にみられるストレス反応には次のようなものがある

1. 過度の高揚感、万能感:
2. 罪責感、罪悪感
3. 同一化
4. 怒りと不信
5. 燃え尽き症候群

坂田三允編:精神看護工学スベール7. 救急・急性期Ⅱ 気分障害・神経症性障害・PTSD せん及、中山啓志、東京、2005. 101-117

図3 援助者のストレス

の早期発見・早期治療につなげることが必要とされる。

高齢者においては、さまざまな不安に対して、安心してもらうために、多く話せる雰囲気作りが大切であり、声かけ、雑談、体操、散歩、孤独にならないように配慮する。叱ったり注意をせず、焦らずゆっくり相手のペースにあわせて、繰り返し説明するような態度が求められる。生活に張り合いを取り戻せるように援助する。何か役割をお願いするのも有効である。

援助者への心のケア

被災者の援助活動に携わることは多大なストレスを伴うため、心理的安定を保つためのケアが必要となる。援助活動時には、過度の高揚感、万能感、同一化、燃え尽き症候群などのストレス反応がみられやすく、それに対して適切に対処していくことが求められる(図3)。以下のような点に注意する⁸⁾。

1. 医療者、援助者は、災害現場や死体の目撃、過剰な業務ストレスによって精神健康被害が悪化しがちである。業務内容、時期を明確にし、一週間以上にわたるときにはローテーションなどの工夫が必要である。
2. 派遣中の不眠が、派遣後のストレス症状と相関するので、睡眠確保が重要である。
3. グループ内で自分の経験や印象、気持ちの動揺などを発表しあうデブリーフィングを、定期的におこなう。

東日本大震災における精神医療の問題点

今回の震災に関しては過去の地震災害にない特異性がみられる。精神医療に関するものについては以下の点が問題であると考えられる。

1. 被災地の範囲が広大であり、地震、津波、原子力発電所事故など複合した要因があること。さらに、被害の程度に格差が大きく、原因も一様でないためにすべての地域で画一的な対応をおこなえないこと。

2. 支援機関となるべき病院、介護施設等が根こそぎ壊滅した地域では、従来の災害医療で想定されていたようなトリアージを行っても専門医療機関に搬送できず、避難所レベルで、継続して治療困難な精神疾患の治療を行わなければならないが、薬剤の調達などがきわめて困難な状況であったこと。

以上のようにこれまでの経験や知識をこえた状況が生じた今回の震災であるが、その中で、多くの医療関係者の皆様が献身的な努力をされていることは尊敬に値する。震災から時間が過ぎつつあるが、この努力が無駄にならないために我々一人ひとりの今後の行動が試されている。

文 献

- 1) 金吉 晴：東日本大震災に対するこころのケア支援と復興支援対策ワークショップ：基調講演記事原稿。精神神経学雑誌 113:763-772.
- 2) Chian J, et al: Prevalence of Psychiatric Disorders Among Bereaved Survivors of a Disastrous Earthquake in Taiwan. PSYCHIATRIC SERVICES 2003; 54 (2): 249-251.
- 3) Kuwabara H, et al: Factors impacting on psychological distress and recovery after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake, Japan: Community-based study. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2008; 62: 503-507.
- 4) 前田 潔, 岩井圭司：阪神大震災—高齢被災者における精神医学—。精神神経誌 1998; 100: 723-728.
- 5) 植木昭紀, 守田嘉男：痴呆を伴う高齢被災者への影響。老人性痴呆疾患センターでの調査から。老年精神医学雑誌 1998; 9: 44-50.
- 6) 前田 潔, 柿木達也：大規模災害における痴呆老人への対応—阪神大震災の影響—。精神神経学雑誌 1996; 98: 760-765.
- 7) Furukawa K, Ootsuki M, Kodama M, Arai H: Exacerbation of dementia after the earthquake and tsunami in Japan. J Neurol 2012; 259: 1243.
- 8) 坂田三允編：精神看護エクスペール7。救急・急性期Ⅱ 気分障害・神経症性障害・PTSD・せん妄。中山書店。東京。2005。p101-117.

第 55 回日本老年医学会学術集会記録

〈パネルディスカッション 4：高齢者医療とうつ〉

6. 虚弱高齢者の精神症状

服部 英幸

6. 虚弱高齢者の精神症状

服部 英幸

要約 高齢者におけるうつと認知症を論じるにあたり、虚血高齢者の精神症状という立場から論じた。虚弱高齢者は身体的な論点が多いが、精神症状を呈することも多く、臨床場面での扱いを必要としている。精神症状としてはうつ症状と認知機能低下の頻度が高く、虚弱が進行するリスクにもなっている。けれども虚弱高齢者の精神症状はそれだけにとどまらず、意欲低下、不安なども高頻度に認められる。これらの症状は身体疾患、生活機能と密接に関連しており、複合的な観点から治療にあたる必要がある。

Key words: 虚弱高齢者, 精神症状, 認知症, うつ, 不安, 意欲低下

(日老医誌 2013; 50: 759-761)

はじめに

このパネルディスカッションでは、高齢者のうつと認知症について発表することになっていた。しかし、うつと認知症の関連についてはこれまで多くの機会に話されているし、通りいっぺんの話をして意味がない。そこで、切り口をかえて、虚弱高齢者の精神症状としての「うつ」と「認知症」およびその他の症状について述べたい。虚弱高齢者に関してはサルコペニアや運動、栄養といった身体的な論点が多い。ところが、認知機能低下、抑うつ、不安などの精神症状を呈することも多く、臨床場面での扱いを必要としているが、虚弱高齢者の精神症状についてはあまり関心を持たれていないように見えるし、どの科で見ていくべきなのかもあいまいなままになっている。老年科、精神科の医師が共通して虚弱高齢者を包括的に診療していくための基礎的知識が求められている。

虚弱 Frailty の頻度, 病態

虚弱とは、老化に伴う種々の機能低下(予備能力の低下)を基盤とし、種々の健康障害に対する脆弱性(vulnerability)が増加している状態とされている¹⁾。つまり、何も対処しなければ寝たきりや死亡のリスクが高いが、可逆的などころも残されている状態といえる。操作的臨

床指標としては栄養、身体能力、筋力、うつ・活力、身体活動度の5項目で評価するのが一般的である²⁾。虚弱高齢者の頻度は評価方法により差異があるが、Fried criteriaを用いた地域研究では、75歳以上の高齢者の虚弱の頻度 frailty 9.6%、pre-frailty 47%であり³⁾、決して少ない数ではない。これまでの虚弱高齢者に関する研究は、地域研究が多く、その概念は社会医学的側面が強い。したがって、個々の症状の評価は大づかみであることが多い。しかし、地域に虚弱高齢者が多く認められる以上、外来診療で遭遇する高齢者には虚弱高齢者の頻度が大きい。その時は身体、精神症状の細かい把握が求められることになる。

虚弱にいたる機序は多因子である。加齢、高齢者特有の多病であること、生活習慣、社会経済的要因から、しだいに老年症候群を惹起し、虚弱の状態に移行する。適切な対応がなされなければ、生活機能が低下し、全面的な介護が必要な状態にいたる。うつやせん妄などの精神症状もまた、虚弱へとみちびくりスクリになりうる⁴⁾(図1)。

虚弱高齢者の精神症状(自験例から)

虚弱高齢者の精神症状について精神科外来での経験例をまとめた。症例は国立長寿医療研究センター精神科外来受診例16例に対して、心理検査による検討を行った。虚弱高齢者の診断基準として厚生労働省地域支援事業における二次予防対象者選定のための基本チェックリストにおいて基準を満たすものを対象とした。比較対象のため、虚弱状態を示さない「大うつ病」の高齢者35例、

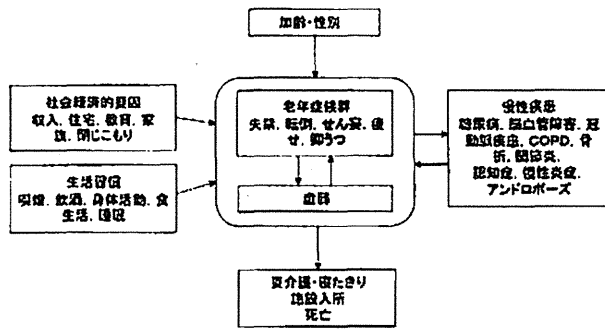


図1 高齢者の虚弱の要因と老年症候群
文献4より引用

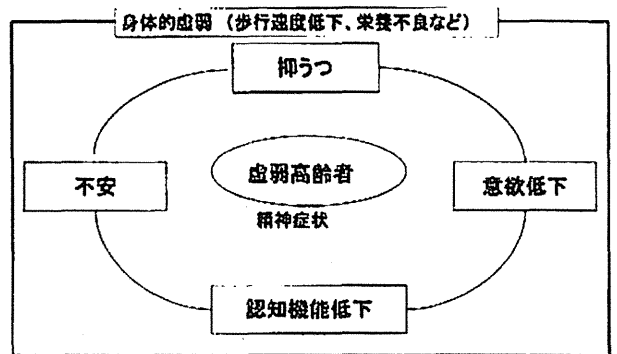


図3 虚弱高齢者の精神症状

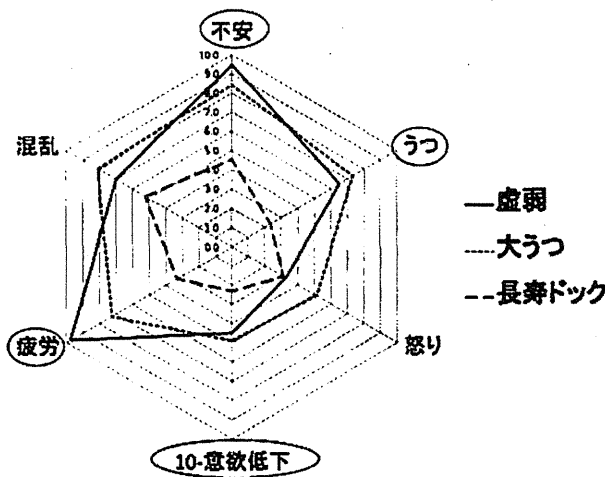


図2 虚弱高齢者の心理特性 (POMSを用いた評価)

うつ症状も虚弱もない対象として当院高齢者人間ドック(長寿ドック)受診者42例にも同じ検査をおこなった。

虚弱高齢者が精神科受診のきっかけとなった主訴としては、「生きていても仕方がない」「楽しくない」といったうつ症状が多く、ついで身体不定愁訴、意欲低下、物忘れの順であった。虚弱高齢者の心理特性を明らかにするためにPOMSという心理検査を施行したところ、虚弱高齢者では大うつ病に比べて、不安感と精神的疲労感が強いことがわかった。抑うつ気分も強いが大うつ病よりは軽かった。意欲低下は大うつ病と同等であった(図2)。今回の研究は予備的研究であり、症例数がすくなく統計的解析まではできていないが、全体として大うつ病とは異なった心理特性を有している可能性が示唆された。

虚弱高齢者の精神症状 (これまでの報告)

虚弱高齢者の精神症状については、これまで自記式評価尺度により「うつ症状」があるかどうかを評価するような研究が多かった。確かに、うつ症状は認知機能低下

と並んで、虚弱高齢者の最も重要な精神症状であるが、精神科的にみるとそれ以外にも対応すべき症状がある。

これまでの報告をみると、うつ症状に関しては高頻度に合併し、うつの存在が身体的虚弱の悪化要因であるなど報告が多くだされている³⁾。これらに関するメタアナリシスもある⁶⁾。認知機能に関しては、虚弱であることあるいは虚弱状態が悪化することはアルツハイマー型認知症および血管性認知症発症の有意なリスクである^{7,8)}。MCIに関しても身体的虚弱の程度が重いと、高率にMCIに移行するというコホート研究がなされた⁹⁾。

うつと認知症以外に、虚弱高齢者でみとめられる精神症状として、臨床で考慮しておくべき状態は意欲低下(アパシー)と不安である。アパシーはうつとよく似ているが、自責感、悲哀といった感情はみられない。治療方法が違うので区別が重要である。虚弱高齢者では、アパシーが高頻度に認められる。地域研究では、調査対象全体の23.1%にアパシーが認められた¹⁰⁾。心身ともに疲労しているように見える虚弱高齢者だが、心はつよい不安感が支配している。HADS-Aを使った地域調査によると、虚弱高齢者では強い不安感を持っていることが示された¹¹⁾。

筆者らの外来自験例の検討および文献的な考察をまとめると、図3のようにまとめられるだろう。

精神症状を呈した虚血高齢者の1症例

虚血高齢者における精神症状の具体的なイメージを持ってもらうため、遭遇することの多い症例を紹介する。

80歳 男性。30年前より糖尿病と高血圧があり服薬を続けていた。若い頃ヘビースモーカーで1日40本喫煙を継続。10年前より動作時の息切れ、咳、痰が多くなり、内科にて慢性閉塞性肺疾患(COPD)と診断されているが、通院治療で去痰剤のみ服用中である。3カ月前に転倒して腰椎の圧迫骨折。現在、疼痛は軽減してい

るといふが、身の回りの事には介助が必要な状態である。1日の大半を自室で過ごし、外出はほとんどしない。食欲なく、最近やせてきた。睡眠は夜間頻尿で中途覚醒が多い。近医にて「うつ」があると診断され、エチゾラム、フルボキサミンが投与されたが、ふらつきがひどくなり転倒。当科紹介となった。

初診時所見：身長165 cm、体重52 kg、BMI 19.1、体重減少1年で10 kg、酸素飽和度93%、血液検査：RBC 350×10^4 、Hb 10.6、Ht 35、TP 6.3、Alb 3.1 g/dl。顔貌は表情に乏しく、寡黙。聞けば自殺念慮があるといふが、実際に企図したことはないといふ。「体がえらい」といふ疲労感の訴え、身体不調の訴えが多いが、自分を責めるような発言はない。物忘れもないといふ。

神経学的には、動作は全体に緩慢だが、筋固縮、振戦はみとめない。

心理、認知機能検査：MMSE 21/30、GDS 8/15、やる気スコア26/42、意欲の指標8/10。軽度の認知機能低下、軽度の抑うつであるが意欲の低下が目立っている。

頭部MRI：右基底核に陳旧性小梗塞巣あり。その他、両側基底核および深部白質にラクナ多発していた。

この症例の状態像をまとめると、身体的には虚弱とっていい状態を示している。精神症状はうつというより意欲低下いわゆるアパシーであるといえる。このような症例では意欲低下の治療を通しての生活機能の改善を目標とすることになる。まずは、運動療法、作業療法など賦活的な非薬物療法的アプローチを優先させる。それで効果がない時は薬物療法をおこなうが、原則として抗うつ剤は控える。不安も強いが、ベンゾジアゼピン系薬剤は筋弛緩作用が強く、転倒の危険が高いので最小限度の処方とすべきであろう。意欲の改善を求めて、シンメトレル、釣藤散の処方 considering 身体面の変化、有害事象の発現に注意しながらの治療をおこなう。

虚弱高齢者の精神症状への対応

最後に、虚弱高齢者の精神症状に対する、一般的な注意点について De Bernardini は次のようなアプローチが必要であるといふ¹²⁾。

1. 不急不要な薬剤中止
2. 現段階で最も重大な身体・精神病態から対応
3. 精神症状は多彩なので、生活・介護などで最も影響のある症状から治療する。
4. 薬物治療を含む治療計画の情報はすべてのスタッフが共有している。

5. 患者は多くの身体、心理、社会的に多くの問題を抱えているが、その中で最も重要で一定に認められるものを治療行動の基礎におく

虚血性高齢者は疫学的な研究対象というイメージが強いが、頻度が高く日常臨床においても遭遇する機会がおおい。精神症状を伴っていることも多いが、単純なうつ症状のみというより複合的な像を示している。その点を理解し、高齢者の身体特性と精神特性を考慮しながらの治療が必要となる。

文 献

- 1) 葛谷雅文：超高齢社会における虚弱の評価と介人の重要性。日本医事新報 2012; 4559: 27-31.
- 2) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol 2001; 56A: M146-M156.
- 3) Jurschik P: Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. Arch Gerontol Geriatr 2012; 55: 625-631.
- 4) 下方浩史, 安藤富子：【高齢者の虚弱 評価と対策】虚弱の危険因子 (解説/特集). Geriatric Medicine (0387-1088) 2011; 49 (3): 303-306.
- 5) Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, van Eijk JT, Guralnik JM: Exploring the Effect of Depression on Physical Disability: Longitudinal Evidence From the Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. Am J Public Health 1999; 89: 1346-1352.
- 6) Mezuk B, Edwarda L, Lohman, Choi M, Lapane K: Depression and frailty in later life: a synthetic review. Int J Geriatr Psychiatry 2012; 27: 879-892.
- 7) Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Tang Y, Bennett DA: Frailty is associated with incident Alzheimer's disease and cognitive decline in the elderly. Psychosom Med 2007; 69 (5): 483-489.
- 8) Avila-Funes JA, Carcaillon L, Helmer C, Carriere I, Ritchie K, Rouaud O, et al: Is frailty a prodromal stage of vascular dementia? Results from the Three-City Study J Am Geriatr Soc 2012; 60 (9): 1708-1712.
- 9) Boyle PA, Buchman AS, Wilson RS, Leurgans SE, Bennett DA: Physical frailty is associated with incident mild cognitive impairment in community-based older persons. J Am Geriatr Soc 2010; 58 (2): 248-255.
- 10) Holtta EH, Laakkonen ML, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkala KH: Apathy: prevalence, associated factors, and prognostic value among frail, older inpatients. J Am Med Dir Assoc 2012; 13 (6): 541-545.
- 11) Bernal-Lopez C, Potvin O, Avila-Funes JA: Frailty is associated with anxiety in community-dwelling elderly adults. J Am Geriatr Soc 2012; 60 (12): 2373-2374.
- 12) De Bernardini L, Innamorati M: Psychiatric comorbidity in the frail patient. Arch Gerontol Geriatr 2007; 44 Suppl 1: 139-142.

日本臨牀 第71巻・第6号（平成25年6月号）別刷

特集：高齢者の救急医療

認知症に伴う精神症状・行動異常(BPSD)

服部英幸

II. 高齢者の特性

認知症に伴う精神症状・行動異常(BPSD)

服部 英幸

Behavioral and psychological symptoms of dementia—diagnosis and treatment

Hideyuki Hattori

Department of Psychiatry, National Center for Geriatrics and Gerontology(NCGG)

Abstract

Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia(BPSD) can be interpreted as cognitively impaired patients' responses to external stimuli. The causes of BPSD include physical, psychological, and environmental factors, although combinations of these factors usually contribute to the development of BPSD. Representative conditions that should be distinguished from dementia include delirium, aphasia, and depression. It is important to differentiate depression from apathy associated with dementia. A well-balanced combination of drug therapy and non-pharmacological methods is required for the treatment of BPSD. Non-pharmacological methods should be considered first to address moderate BPSD in particular. It is advisable to carefully provide drug treatment following environmental control and non-drug treatment, and minimize adverse effects taking into consideration the physical characteristics of the elderly. Regarding methods for formulation according to the symptom, hyper- and hypoactivity symptoms should be addressed separately.

Key words: behavioral and psychological signs and symptoms of dementia(BPSD), delirium, depression, apathy, treatment

1. BPSDの発生機序

認知症においては記憶、認知の障害(いわゆる中核症状)に加えて精神症状、行動異常が出現することが多い(図1)。こうした症状は以前、周辺症状と呼ばれていたが、認知症の診療および介護においてこれらの症状にどのように対処するかが重要であると考えられるようになった。1996年に「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」と定義

される behavioral and psychological signs and symptoms of dementia(BPSD)の名称が用いられるようになった¹⁾。

認知症の中核症状は基盤にある脳障害(アルツハイマー型認知症など)の直接的反映であるとされる一方で、BPSDは、残存する神経機能が外部からの刺激に対して反応した結果であると解釈されている。その発生要因には身体的因子、心理的因子、環境的因子があり、多くの例では複数の要因が絡み合ってBPSDの出現を促

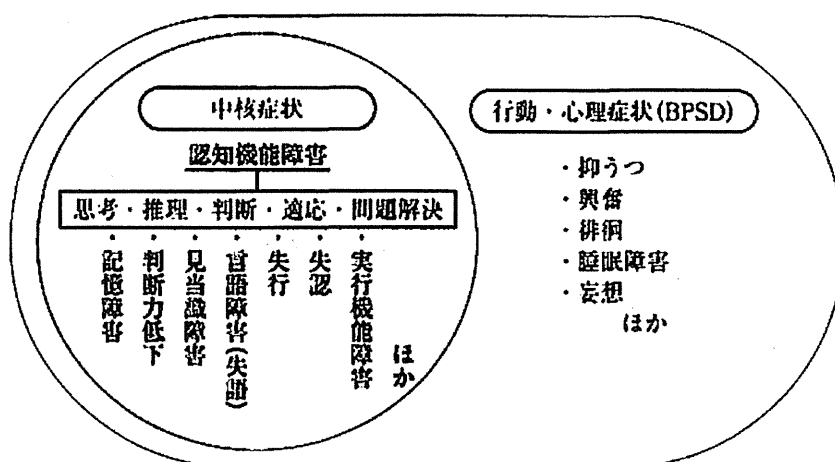


図1 認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)

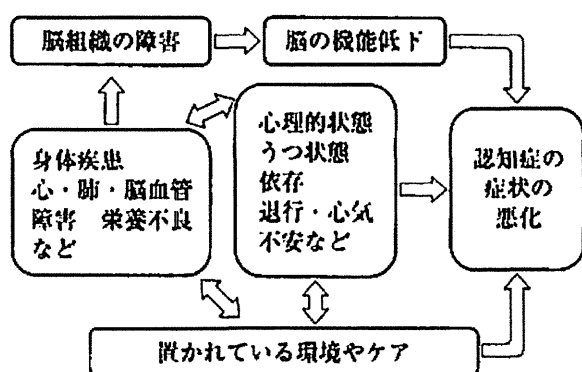


図2 認知症の症状に関連する要因

している。BPSDの新たな出現あるいは増悪を認めただけの場合、それぞれの因子にあてはまるものがないかを考慮しながら対処することが必要である(図2)²⁾。

2. BPSDにはどのようなものがあるか

BPSDには多様な症状が含まれている。主な徴候・症状の有病率についてはばらつきがあるが、妄想、うつ状態が高率に認められる³⁾。

BPSDの症状は過活動症状と低活動症状に分けてみるとわかりやすくなる。過活動症状といえる例は多く、観察記録に、「不穏状態」とか、「興奮している」と記載されやすい。しかし、よく観察すると様々な病像があり、それを見分けることで対応方法が決定し、よりきめの細かい薬物治療、ケアが可能になる(図3)⁴⁾。

低活動症状とは、元気がなくなってしまった

ようにみえる認知症の状態である。過活動症状と違って、一見おとなしく、手がかからないようにみえるので問題視されず、十分な観察をされないまま見過ごされることが多いが、このような状態には精神、身体的に重大な問題が潜行していることがある(図4)⁵⁾。

また、基礎疾患ごとに出現しやすいBPSDがある。アルツハイマー型認知症では早期より物盗られ妄想や嫉妬妄想が出現しやすい。血管性認知症(VD)では感情が不安定になり(感情失禁)、うつ症状の出現頻度が高い。レビー小体型認知症ではうつ状態と幻視を高頻度に認める。前頭側頭型認知症(FTD)では早期より、同じ行動を延々と繰り返し行う(常同行動)などの行動異常が多く認められる。性格の変化は特徴的で、それまで品行方正だった人が万引きをして周囲を驚かせるようなこともみられる。

3. 認知症と鑑別すべき状態

認知症と鑑別すべき状態として重要なものは、せん妄、失語症、うつ状態である。うつ状態については、次項で論述する。

1) せん妄

せん妄は著しい意欲低下、突然あらわれる行動異常を特徴とする。睡眠覚醒リズム障害、注意力低下、誤認、幻覚妄想なども比較的特徴的である。基本的に意識障害であって急性あるいは亜急性に発現する。昨日と今日とで精神症状

急に興奮しはじめた人がいる！

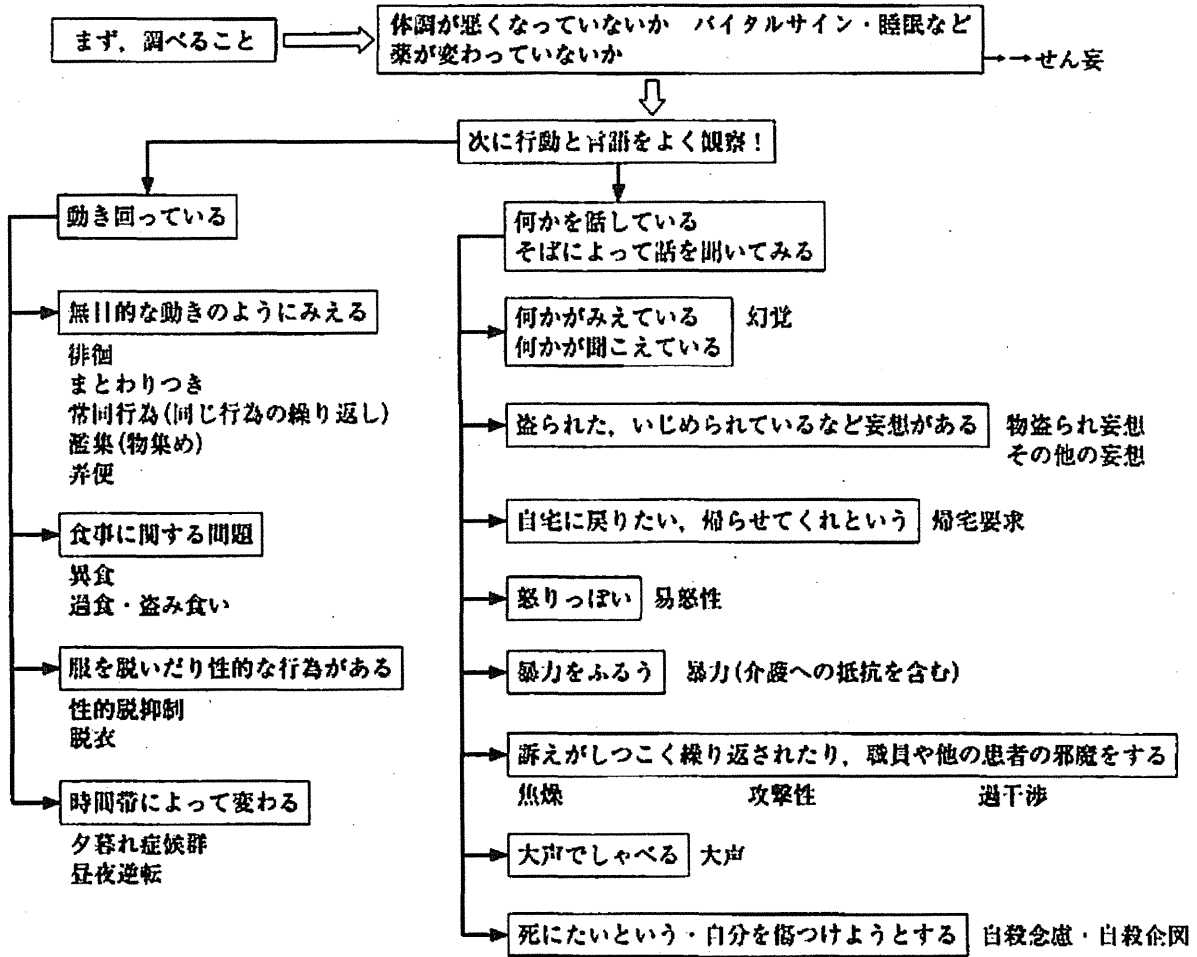


図3 過活動症状(いわゆる興奮・不穏)の見方

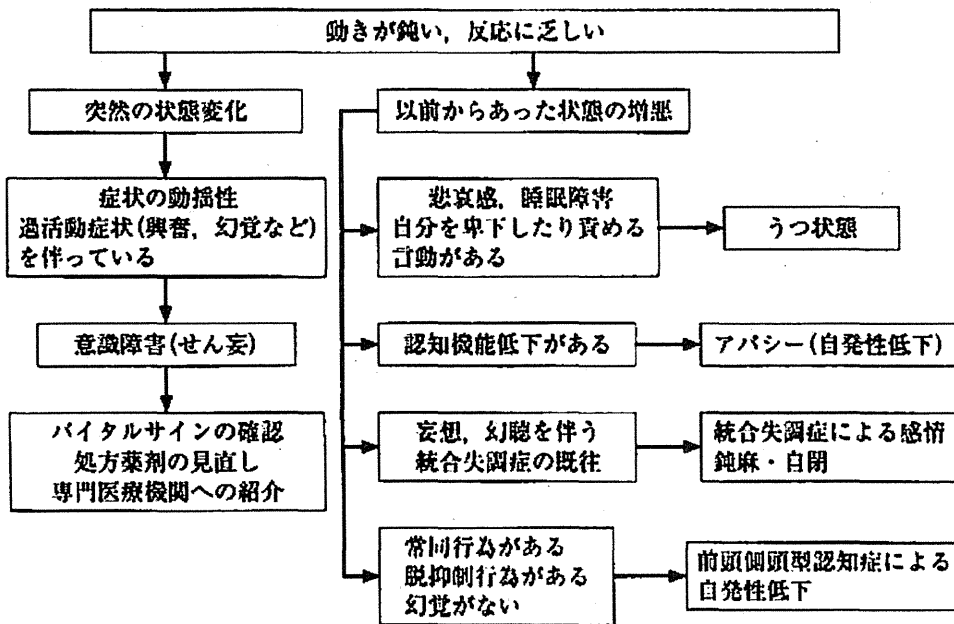


図4 低活動症状(いわゆる‘うつ’と呼ばれることが多い状態)の見方

表1 せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
発症のしかた	急激、夕刻から夜間に多い	様々
症状の持続性	数日～数週	数カ月～数年、進行性
症状の動揺性	多い	少ない(例外：レビー小体病)
注意集中	困難	ほぼ保たれる
幻覚	しばしば、特に幻視	少ない(例外：レビー小体病)
見当識	障害	重症で障害(時間、場所、人物の順)
自律神経症状	発汗、頻脈	正常

が全く違うこともある。BPSDではこのようなことはまれである。また、せん妄では原因となるイベント(例えば内服薬の変更、脱水、手術など)が明らかであることが多いが、BPSDではいつから始まったかを明確にすることが難しい(表1)。

せん妄と認知症の鑑別点について述べたが、実際の臨床場面では区別が難しいことが多い。特にレビー小体型認知症は症状の動揺性、幻覚を伴うことなど、せん妄との区別が極めて難しく、ある程度経過をみないとわからない。そのため初期には、どちらとも区別せずに対応を行う必要に迫られることが多い。

2) 失語症

脳血管障害によって起こることが多いが、ウェルニッケ型失語では急に発語内容が滅裂となり、認知症が始まったと誤解されることがある。麻痺などの神経症状を伴わず、言語症状のみのときに注意が必要である。前頭側頭型認知症の初期にみられることもある。

4. BPSDとしての抑うつとアパシー

認知症患者を診察するうえで、注意すべき重要なポイントとして、抑うつとアパシー(無気力、自発性低下と同義として考える)がある。認知症に伴う精神症状として抑うつと診断されている例の中に、多くの場合アパシーと診断できる例が含まれている。アパシーは全身衰弱や脳機能の障害に伴って出現する自発性低下の状態を表す。悲しい、自分を責めるといようなうつ状態に特有の症状がない。気をつけてみないと抑うつとアパシーが混同されやすいが、ア

パシーを抑うつと誤って安易に抗うつ薬を投与するとふらつきや転倒などを引き起こし、日常生活動作能力の低下が進んでしまうこともありうる。本人、家族からの問診で自責感、悲哀、睡眠障害、感情不安定性などがあつた場合はうつ症状が疑われる。アパシーでは身体疾患を合併して生じている可能性があるため、両者の鑑別が難しい場合、まずアパシーを疑って身体疾患の除外などを行い、必要なら脳賦活作用のある薬剤から投与していくのがよいと思われる(表2)。

5. BPSDの非薬物的対応

BPSDの治療には薬物療法と非薬物的対応の両者をバランスよく併用する必要がある。特に比較的軽度のBPSDに対処するには、最初に非薬物的対応を考慮する。一般原則としてBPSDの原因が身体疾患などで治療する場合是最優先で除外する。また非薬物的対応は個々の症例に応じて選択し、患者、介護者の希望、尊厳を尊重することが大切である。対応方法として、環境への介入、行動的介入、心理的介入がある。

環境への介入としては、認知症患者にとってストレスの少ない物理的環境を作っていくことが望まれる。時間的環境として睡眠覚醒リズムの維持が大切である。日中の身体活動を増やす。鎮静作用のある薬物は夕方から夜にかけて投与し、脳賦活作用のある薬や利尿剤は朝、昼に最大の効果が出るようにする。視覚、聴覚などの感覚低下がBPSD発症に結びつきやすいので、補助具使用や環境整備に配慮する。行動的介入として、例えば恐怖症における行動療法のような

表2 うつ状態とアパシーの鑑別

	うつ状態	アパシー
基盤にある病態	機能性, 心因, 環境因	器質性, 慢性脳障害, 全身衰弱
症状	悲哀感, 喜びの喪失, 精神運動抑制, 焦燥感	意欲低下, 無関心
認知症との関連	本来は別の病態, 認知症と合併することはある	認知症に伴う精神症状である
評価法	GDS, CES-Dなど	やる気スコア, 意欲の指標など
治療法	抗うつ剤	脳賦活剤, 作業療法などの非薬物的アプローチ

な確立した方法があるわけではないが、徘徊、焦燥状態などについて参考となる行動的介入法がある。また、抑うつ、無気力で引きこもり状態となっている患者に対し、介護保険を適用したデイサービスがしばしば有効である。その方法論について今後更に研究されることが望まれる。広義の心理療法的アプローチとしては音楽療法、絵画療法などがあり一定の効果が期待できる。

6. BPSDの薬物治療

認知症BPSDをすべて薬物で治療しようとしてはならない。BPSDの症状や原因を細かく検討することなく、ただ‘興奮しているから’、‘不穏だから’と鎮静効果のある抗精神病薬や抗不安薬をやみくもに投与することは最も慎まなければならない。まず、身体疾患治療、それまでの処方の見直し、環境調整、ケア、非薬物療法を試み、最後の手段として薬物療法を用いるのが原則である。

薬物療法を行うにあたっては、家族および本人に副作用がありうることをあらかじめよく話しておく。BPSD治療薬の多くは眠気、ふらつきを惹起するため、以前より日常生活動作能力(ADL)が下がっている患者では、転倒の危険性が増してくる。服薬管理がきちんとできる状況

にあるかの確認は極めて重要である。更に、BPSDに対して処方される薬物の中には効能・効果が認められていない(保険適応外である)薬剤もあることを事前に本人・家族に十分に説明する必要がある。高齢者の薬物療法の原則であるが、少量から開始し、症状をみながら徐々に調整し、効果のある最少量で治療する。中止するときも徐々に中止する。特にレビー小体型認知症では過鎮静、歩行障害などの副作用が出やすいのでより少量で治療するなどの注意が必要である。治療に難渋する場合は早期に専門医に紹介する。

1) 薬物療法の目標設定

認知症の経過の中で症状は変化するものである。患者の状態を細かく観察して漫然と同じ処方の繰り返しを行わないことが求められる。症状を完全に取りきるのではなく、使用する目的を明確にしておくこと(例：在宅生活を維持するためなど)が大切である。本人の苦痛除去、ADL維持、介護負担の軽減などを優先する。特にレビー小体型認知症では効果を出そうとすると副作用が強くなる出ることが多く、全体の状況を考慮しての薬物療法となる。

2) 症状別の薬物療法：過活動症状と低活動症状で分ける

過活動症状では、ハロペリドールなどの定型

注：現段階の日本で認知症BPSDに対して保険適応のある薬物はないが、平成23年9月に厚生労働省保険局医療課長の通達により、‘器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性’に対してソマル酸クエチアピン(セロクエル)、ハロペリドール(セレネース)、ペロスピロン(ルーラン)、リスベリドン(リスバダール)の保険適応外使用が認められた。リスベリドン(リスバダール)は‘パーキンソン病に伴う幻覚’に対しても保険適応外使用が認められた(保医発0928第1号、平成23年9月28日付)。

抗精神病薬、リスベリドン、クエチアピンなどの非定型抗精神病薬ともに幻覚、妄想には効果的であるが、気分易変性や焦燥・不安には効果的でないこともある。気分の変動が激しい例ではバルプロ酸のような気分安定薬を試してみる。心気的な訴えを繰り返す焦燥の強い例では抗うつ薬が効果的で選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン-ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)を試してみる。抗精神病薬では歩行困難、嚥下障害などの錐体外路症状の出現に注意する。SSRIやSNRIではセロトニン症候群の出現に注意する。抑肝散は軽症レベルであれば、幻覚、妄想の軽減にも気分安定化にも効果がある。

低活動症状、特にうつ状態ではSSRI、SNRIを第1選択薬として処方するのが一般的になっているが、効果が不十分なときはアモキサピンなどの三環系抗うつ薬を用いて著効することもある。スルピリドは100mg程度までの少量で抗うつ作用があり、眠気も少ないので以前は頻用されていたが、高齢者ではジスキネジアなどの有害事象がしばしば出現するため、使用頻度は激減している。しかし、適合する症例を選んで少量から始めると著効する例は少なくない。うつ状態には不安、焦燥を伴うことが多いため、従来からベンゾジアゼピン系の抗不安薬を併用することが多かった。しかしながら、高齢者では筋弛緩作用、傾眠傾向により転倒などの事故が起こりやすくなる。ベンゾジアゼピン系薬剤の使用はなるべく控えるか、短期間の使用にとどめるようにする。

アルツハイマー型認知症の中核症状に効果があるとされているドネペジル、ガランタミンなどの抗コリンエステラーゼ薬やNMDA受容体拮抗薬であるメマンチンはBPSDの軽減にも効果が期待できる。抗コリンエステラーゼ薬は意欲の改善、自覚性低下の改善に効果がある。反面、易怒性、焦燥感などを惹起して、かえって介護を困難にってしまう例もみられる。メマンチンはドネペジルなどとは逆の効果がみられる。投与により静穏作用があり、過活動症状を軽減する効果が期待でき、従来なら必要であったよ

表3 BPSDに対する薬物療法

	抗認知症薬		抗精神病薬		抗うつ薬		漢方薬
	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン)	NMDA受容体拮抗薬 (メマンチン)	ブチロフェノン系 (ハロペリドール)	SDA(リスベリドン、オランザピン、クエチアピン、ロスビロロン) ¹⁾	SSRI(パロキセチン、フルボキサミン、サートラリン、エスシタロプラム) ²⁾	SNRI(ミルナシプリン、デユロキセチン) ³⁾	
過活動症状							
幻覚・妄想				○			○
不安・焦燥			○				○
易怒性、攻撃			○				○
低活動症状	○						
意欲低下							
自覚性低下							
抑うつ							

¹⁾SDA: 非定型抗精神病薬・セロトニン、ドパミン拮抗薬、²⁾SSRI: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬、³⁾SNRI: セロトニン-ノルアドレナリン再取り込み阻害薬。

うな抗精神病薬や気分安定薬を投与せずにはな
しながら投与する必要がある。
こともある。反面、傾眠傾向、めまい、ふらつき
以上、BPSD 症状別の一般的な薬物療法につ
きといった副作用もあるので状態を十分に観察
いて、表3にまとめた。

参考文献

- 1) Finkel SI, et al: 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): 497-500, 1996.
- 2) 独立行政法人国立長寿医療研究センター(編): 認知症サポート医養成研修テキスト, 第4版, p113-114, 2012.
- 3) The IPA Complete Guides to BPSD—Specialists Guide, module 1, p6. IPA Publishing, 2012.
- 4) 精神症状・行動異常(BPSD)を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班: BPSD 初期対応ガイドライン(服部英幸編), ライフ・サイエンス, 2012.

特集：高齢者における意識障害の原因と対策

Seminar 高齢者における意識障害の原因と対応

2. 精神疾患による意識障害

—せん妄・てんかん・認知症—

服部 英幸

特集 高齢者における意識障害の原因と対策

Seminar 高齢者における意識障害の原因と対応

2. 精神疾患による意識障害

—せん妄・てんかん・認知症—

服部 英幸

KEY WORD

- せん妄
- てんかん
- 認知症
- 意識障害

SUMMARY

■高齢者における精神疾患による意識障害は、せん妄、てんかんのような精神症状を伴う意識障害と、レビー小体型認知症やアルツハイマー型認知症など意識障害を伴う認知症疾患の2つのタイプに分けられる。せん妄の原因は身体疾患・薬物の影響など背景は多岐にわたる。睡眠覚醒リズムの障害が基盤にあり、幻視、興奮などの過活動症状、抑うつ、意欲低下などの低活動症状など多彩な精神症状を呈する。高齢者のてんかんは、けいれん発作を示さず記憶の欠損を主症状とすることがあり、認知症と間違われやすい。認知症の原因疾患であるアルツハイマー病ではけいれん発作を伴いやすい。レビー小体型認知症では自律神経症状を伴いやすく、失神などの一過性意識障害を高頻度に認める。

■ 高齢者における意識障害と精神症状

意識障害というと「刺激に反応しない」「閉眼して動かない」というイメージであるが、様々な精神症状、行動異常を示す意識障害(あるいは意識変容)の状態が存する。人間の精神機能の中で意識はすべての精神活動の根底にある(図1)。記憶、感情、思考、言語能力などの精神機能は、意識が明晰であることの基盤の上に成り立っている。知能は記憶、思考、判断などの総合的な精神機能により現実の問題解決を行う能力とみなすことができるが、これも意識作用が健全であることが前提である。ちなみに、認知症は後天的な脳障害による知能の低下とみなされており、意識の障害はない。本稿では、高齢者において特に問題となる精神症状、認知機能低下を伴った意識障害の病態とその原因疾患について論述する。

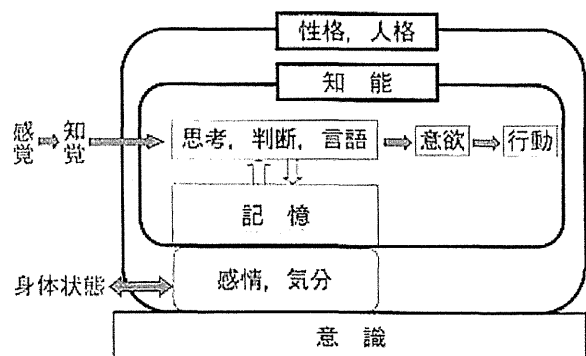


図1 精神機能の構造

高齢者において、精神症状を伴う意識障害を大別すると、次の2通りが想定される。すなわち、

- a. 精神症状を伴う意識障害……身体疾患に伴うせん妄、てんかん
- b. 意識障害を伴う精神疾患、特に認知症疾患……レビー小体型認知症、アルツハイマー

■はっとり ひでゆき(国立長寿医療研究センター行動心理療法部)

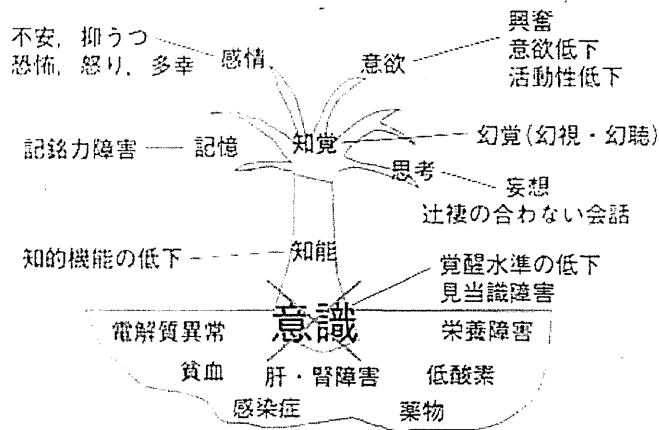


図2 せん妄の症状と病態 意識障害が根本である(文献1より引用)

表1 せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
意識	混濁	正常
発症	急性, 亜急性(数時間から数日)	潜伏性, 慢性(数カ月～数年)
経過	一過性	持続性
症状の動揺性	あり(夜間増悪)	目立たない
知覚の障害	錯覚, 幻覚	目立たない
脳波	異常(広汎性徐波)	正常から軽度異常(軽い徐波)

初期の状態ではせん妄か、認知症による精神症状・行動異常かの区別は極めて困難!!

型認知症、血管性認知症である。

高齢者のせん妄

高齢者の特性としての多病、身体機能低下があり、身体的不調は精神的変調となって現れやすい。神経系の加齢変化も精神活動に影響を与える。せん妄とはそのような心身相関から生じる精神症状である。せん妄の原因は身体疾患・薬物の影響など多岐にわたる。その本質は意識障害であって、睡眠覚醒リズムの障害が基盤にある(図2)。症状は多彩であるが、過活動症状(多動、興奮、幻覚、妄想など)および低活動症状(抑うつ、意欲低下いわゆるアパシー)に大別される。せん妄状態になると認知機能低下を来して、認知症との鑑別が困難なことがある。

認知症とは異なるせん妄の特徴として、発症が急激である。症状が動揺する。可塑性がみられるなどの特徴が挙げられる(表1)。突然の精神症状や行動異常が出現したときはせん妄を疑い、原因を探って除去するようにする。外科領域での術後せん妄の危険因子としては、認知症の合併、術後の疼痛などがある。

せん妄の診断については、注意散漫、集中困難、症状の変動などの精神症状に着目する。睡眠覚醒リズムの急激な障害は重要な手がかりとなる。次に、身体状態についてせん妄の原因となるものがないかを把握する。神経学的診察、薬物の使用歴チェック、動脈血酸素飽和度(SpO₂)、血液・生化学検査(Ca、Mg、NH₄を含む)、心電図などを実施する。

せん妄治療の基本は原因の究明とその除去であり、薬物療法・ケアにより、睡眠・覚醒のリ

表2 一過性てんかん性健忘の臨床特徴

臨床項目	
好発年齢	中～高年
性差	特になし
好発時間	起床時(約70%)
持続時間	30～60分(時に数日)
出現頻度	月数回
合併するほかの発作症状	幻臭, 既視感, 自動症, 意識消失など(約70%)
抗てんかん薬への反応率	約90%
脳波所見	側頭部または前頭側頭部にてんかん性異常波
脳画像所見(MRI)	時に海馬硬化所見あり

(文献4より引用)

内リズムを回復させることである。

1. 薬物療法

せん妄は、発症すると管理が極めて難しく、薬物療法が必要となる状況も多い。内服が不可能な状況もしばしば遭遇する。日本総合病院精神医学会より、多動・興奮などの過活動症状を示すせん妄例での薬物治療指針が出されているので、参考にしてもらいたい。低活動症状の場合は、脳血流改善薬やアマンタジンなどで意欲改善を図りつつ、運動療法、音楽療法などを積極的に行い、日中の覚醒度を上げるようにする。身体面での調整も重要である。水分、電解質バランス、排泄などであるが、特に重要なのは疼痛緩和と睡眠覚醒リズムのコントロールである。

2. 非薬物療法

環境面では、時間や場所の認知を遮断するような状況を変えていくことが望まれる。昼と夜の区別のつかない病室や、騒音で何も聞き取れない環境は好ましくない。せん妄患者は意識障害による認知機能低下を来しており、周囲の状況を把握することが難しくなっている。コミュニケーションの工夫が必要で、頻繁な声かけを行い、ゆっくりと大きな声で、一度に1つのことだけを伝えることを心掛ける。家族への心理的援助も重要である。せん妄は、突然激しい精神症状を呈することがあり、家族は不安を強く感じる。せん妄の原因や治療により改善し得る

ことを伝えることで、安心させる必要がある。家族の面会の頻度を増やすことが、患者の精神的安定への効果を期待できる。

高齢者のてんかん

高齢者における記憶障害の原因として、最近注目を浴びているのがてんかんである。高齢者のてんかんの原因は若年者と異なり、脳血管障害が多い。そのほかに頭部外傷、後述するアルツハイマー型認知症、脳腫瘍などがあるが、全体の1/3は原因不明である¹⁾。

高齢発症のてんかんの病態は、多くは側頭葉てんかんであり、典型的には上腹部からこみあげてくる不快感などの自律神経症状、意識が減損して動作停止、口をベチャベチャと鳴らす自動症、数分間のもうろう状態といった発作パターンをとる。その中で認知症と間違われやすいものが、一過性てんかん性健忘である(表2)²⁾。てんかんでは基本的に発作中以外での出来事を忘れることはなく、日常生活を自立して営むことができる点で認知症と区別できる³⁾。しかしながら、健忘や易怒性などの精神症状が発作の形をとらないで、重急性に持続する症例もある。認知症との鑑別には脳波が重要な役割をもつ。治療としては、抗てんかん薬の投与で改善が期待できる⁴⁾。

表3 レビー小体型認知症の臨床診断基準

1. 中心的特徴：進行性の認知障害
2. 中核的特徴：
 - 中核的特徴2つ→ probable DLB；中核的特徴1つ→ possible DLB
 - a. 注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺
 - b. 現実的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視
 - c. 自然発生の(誘因のない)パーキンソニズムの出現
3. 示唆的徴候：
 - 中核的特徴1つ以上+示唆的徴候1つ以上→ probable DLB；
 - 中核的特徴なし+示唆的徴候1つ以上→ possible DLB
 - a. REM睡眠行動異常(RBD)(悪夢を伴う大声や体動などを示す)
 - b. 抗精神病薬に対する感受性の亢進
 - c. SPECT/PETでの基底核のドパミントランスポーター取り込み低下
4. 支持的特徴

繰り返し転倒・失神、一過性の意識障害、自律神経障害、幻覚、妄想、うつ症状、CT/MRIで側頭葉が比較的保たれている、脳血流SPECT/糖代謝PETで後頭葉の取り込み低下、MIBG心筋シンチグラフィで取り込み低下、脳波で徐波および側頭葉の鋭波

(文献10より改変引用)

意識障害を伴う認知症性疾患

認知機能低下を主症状とする疾患の中には、経過中に意識障害を呈するものがある。アルツハイマー型認知症や血管性認知症では、けいれんなどのてんかん発作を併発しやすい。一方、レビー小体型認知症では自律神経失調症状を多く認め、一過性の意識障害を伴うことがある。

1. アルツハイマー型認知症の意識障害

アルツハイマー型認知症はほかの認知症性疾患に比して、てんかん発作を起こしやすい疾患である。病期の進行に伴っててんかん合併の頻度が上がっていく。おそらく、脳障害が進んでいくことと関連していると推測されるが、動物モデルを用いた研究では、てんかん発作とアルツハイマー型認知症の認知機能低下が、共通の病態によって惹起されているという可能性が示唆されている¹⁾。

2. レビー小体型認知症(DLB)の意識障害

DLBは認知機能低下、幻視、パーキンソン症状の出現を特徴とする変性疾患であり、大脳、間脳などの中枢神経系のみならず脊髄中間外側

核や交感神経節にレビー小体形成を認める²⁾。DLBではしばしば意識障害を認める。その理由は、この疾患では自律神経症状が生じやすく、起立性低血圧が50~70%で認められ、それと関連して、失神などの一過性意識障害が生じやすいことによるらしい³⁾。2005年に出されたDLB診断基準内に支持的所見として失神、一過性意識障害が記載されている(表3)⁴⁾。

DLBの特徴を考慮した診断方法としてMIBG心筋シンチグラフィがあり、取り込み低下の所見が診断的特徴となる。

文 献

- 1) 明智龍男, 石黒千映子: 周術期の精神症状, とくにせん妄について, ICUとCCU 2005; 29: 419-424.
- 2) 薬物療法検討小委員会編: せん妄の治療指針—日本総合病院精神医学会治療指針1, 星和書店, 東京, 2005.
- 3) 森野道晴: 高齢者のてんかんと鑑別疾患(Q&A), 日本医事新報 2012; 4582: 55-56.
- 4) 伊藤ますみ: 高齢者のてんかん—とくに側頭葉てんかんと関連について—, 老年精神医学雑誌 2011; 22: 941-946.
- 5) 清水秀明: 意識障害(せん妄, てんかん性健忘)との鑑別, 臨床老年看護 2012; 19(6): 2-6.
- 6) 徳田孝彦, 中川正法: 認知症の重症化に伴う医