

高齢者に認められる精神症状について

海上寮療養所／桜新町アーバンクリニック
千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部 特任准教授
上野 秀樹

1. はじめに

人口の高齢化に伴い、認知症の人が増えています。地域で困ってしまうのは、認知症かどうかよくわからない、精神症状のある高齢者のケースです。このテキストでは、高齢者に認められる精神症状に関して、みきわめ方を概説したいと思います。

高齢者に認められる精神症状は、以下の3種類に分類すると対応方法が考えやすいです。

- ・アルコール関連障害、統合失調症、妄想性障害、うつ病などの精神障害、もしくはこうしたケースに認知機能障害が合併したケース
- ・せん妄状態
- ・認知症に伴う行動・心理症状

これらの精神症状、一見すると似ていることもありますが、対応方法が異なります。

まずはきちんと見極めることが大切になります。

2. 精神障害に認知機能障害を合併したケース

精神障害に認知機能障害を合併したケースとは、もともとアルコール関連障害、妄想性障害、うつ病などの精神障害があって、理性的に精神症状をコントロールできていた時には問題なかったが、認知機能障害を合併するようになり、精神症状が前面に出てきてしまったような場合です。最初にアルコール関連障害を説明しましょう。

2-1 アルコール関連障害

アルコール関連障害は高齢者で少なくない障害です。急性中毒としての酩酊状態と慢性中毒としてのアルコール依存症、アルコール精神病とに分類されます。

アルコール関連障害

- ・ 急性中毒
 - 普通酩酊
 - 異常酩酊（病的酩酊、複雑酩酊）
- ・ 慢性中毒
 - アルコール依存症
 - アルコール精神病
 - アルコール性幻覚症、アルコール性てんかん
 - アルコール性認知症、コルサコフ精神病、
 - アルコール性の嫉妬妄想等々

普通酩酊は普通の酔っ払い、複雑酩酊はいわゆる酒癖が悪い人で、酩酊時の興奮が激しいものの、その興奮状態は周囲の状況から了解可能なものです。病的酩酊とは、意識障害を合併して、激しい興奮状態を呈するもので、後に完全な健忘を残します。

慢性中毒は、アルコール依存症とアルコール精神病に分けられます。アルコール精神病とは、依存症をベースとして精神病状態を生じたものをいいます。アルコール精神病では、いわゆる嫉妬妄想を生じたり、ちょっとしたことで怒りだしたりする、易怒性などの精神症状が認められることが多いのです。

アルコール依存症とアルコール精神病は、対応方法、治療方法が異なるので区別して考える必要があります。

まず、アルコール依存症について説明しましょう。

2-1-1 アルコール依存症

依存症には、アルコールや覚醒剤などの物質摂取に依存するもの、買い物やギャンブルなどプロセスに依存するもの、人間関係に依存するものなど、いろいろなタイプがあります。

物質摂取に依存する依存症は、身体依存、もしくは精神依存があるかどうかでみきわめます。

- 身体依存

→アルコールや薬物の持続的あるいは反復使用により耐性が形成されることと、急激な中断によって離脱症状が出現することで判断します。耐性の形成とは、同じ効果を得るためにより多くの薬物が必要になることです。離脱症状は主として自律神経症状と精神症状よりなり、精神症状としてはせん妄、急性幻覚妄想状態、不安興奮、けいれん発作などがあります。これらの精神症状のなかでも、せん妄の出現が最も多いです。

- 精神依存

→その薬物を使用せずには居られなくなった精神状態をいいます。「その薬物を摂取すること」がすべてに優先するようになります。そのため、精神依存があると、人をだましてでも、嘘をついてでもお酒を飲もうとするので、話の内容が全く信用ならなくなります。アルコール依存症が「否認の病気」といわれる所以です。

依存性の薬物は、身体依存と精神依存のパターンにより、いくつかの種類に分けられます。

アルコールやバルビツール、さらには抗不安薬（ジアゼパム、ニトラゼパム）などは、精神依存があり耐性形成も早いけれども、離脱症状は長期大量使用によりはじめて出現します。また、反復使用により構音障害、精神機能低下などの症状を示し、その中断により不眠、不安、振戦、さらにはけいれん発作、せん妄状態といった離脱症状を呈します。

アルコール依存症になると、飲酒行動の異常が認められるようになります。ほとんどのケースで精神依存が認められ、適度に飲酒量をコントロールすることは不可能です。

連続飲酒発作や山型飲酒サイクルといって、飲酒→酩酊→入眠→覚醒→飲酒のサイクルを連日くり返すようになります。こうなると食事も水分もとらず、飲酒だけになるので、徐々に衰弱し、倒れて大けがをしたり（頭部外傷が多く認められます）、倒れているところを救急搬送されたりします。

治療は、点滴管理によることになるのですが、電解質補正に気を配らないと、CPM（橋中心髄鞘崩壊 central pontine myelinolysis）などを生じ、死亡したりすることがあります。また、身体依存が形成されている場合には、急激な飲酒中止により、激しいせん妄状態（振戦せん妄）を生じることがあります。これは、飲酒中止後1－3日後に出現するもので、かなり死亡率が高い病態です。完全に回復しない振戦せん妄は、ウェルニッケ脳症、さらにコルサコフ精神病

に移行することがあります。コルサコフ精神病は、記銘力障害、見当識障害、作話からなる精神病で、重度の者ではその瞬間の記憶しかなく、管理された環境以外では日常生活を送れません。

依存症状態の治療は、自助グループのグループワークによる治療が中心になります。すでに精神依存が形成されていることが多く、飲酒量のコントロール障害があるので、普通の人のように「適切な量の飲酒をやめる」ということはできません。したがって、依存症状態の治療は断酒のみです。一滴でも飲酒するともとの依存症状態（連続飲酒状態）に戻ってしまうので、よくよく注意が必要です。日本で、アルコールは禁止されている薬物ではないので、お金さえあれば手に入れることが出来、基本的に摂取は自由です。なのでだんしゅのためには、本人の強い意志が必要になります。

また、よくアルコール依存症の治療では、「底つき体験」が必要と言われます。「底つき体験」とはどん底状態の体験といったような意味です。どん底を体験して、「このままではいけない、酒をやめなければいけない」と本人が心の底から思わなければうまくいかないのです。

また、アルコール依存症では、周囲の迷惑を顧みず、ずっと酒を飲み続け、問題行動をしていることが多く、通常誰かがその人の生活を支えてあげなければ、この「依存症状態の生活」は継続できません。こういったアルコール依存症の人を支えている人のことをイネーブラーと呼びます。イネーブラーは、「この人は私が居なければだめになってしまう」などといって献身的に支えることを生き甲斐としていたりして、いわゆる「共依存状態」にあります。こういった場合には、イネーブラーにまずアルコール依存症や共依存状態に関して理解していただき、イネーブラー自身が変わってもらうことでアルコール依存症患者の治療を行います。（イネーブラーに援助をやめていただき、本人に「底つき体験」をしていただく等々）

アルコール依存症の自助グループやグループワークによる治療効果は、自分の体験を発表することだけではなく、参加者の体験発表を聞くことにあります。自分の悪い点、修正すべき点はわからなかったり、指摘されると怒ってしまったりするのですが、他人の問題点はよくわかるんですね。他人の発表を聞くとこの人のここがまずいんだということがわかる、それがそのまま自分にも当てはまるみたいな感じですよ。

現状の精神医学的治療では、依存症から完全に回復することは相当難しく、再飲酒してしまう人が多くいます。治療者側としては、一生懸命治療をして本人

を（飲酒可能なくらいに）元気になるとまた飲酒再開！で、まるで「賽の河原の石積み」をしているような印象です。

2-1-2 アルコール精神病

アルコール依存症をベースに精神病が生じてきます。アルコール精神病でよく認められる嫉妬妄想は、長期の過量飲酒による性的不能や、生活の乱れのために配偶者から見放されているという状況から了解可能なことが多い妄想です。例えば、こういったケースがありました。

<ケース>80歳男性

妻は、10年前に亡くなり、現在は長女一家と同居しています。若い頃は連日一升酒を飲むこともあったほどの大酒家です。7-8年前からは断酒しています。若い頃に、アルコール性の肝機能障害による黄疸のため、短期間入院加療したことがあるそうです。数年前から軽いもの忘れが認められるようになり、最近では時々長女のことかわからなくなり、自分の妻であると思ったりするようになりました。そして、半年前から長女の夫に対して攻撃的な言動が目立つようになり、易怒的で、ちょっとしたことで怒りだし、激しく興奮するようになったのです。

長期大量の飲酒歴があり、アルコールによる肝障害も認められた人です。アルコール精神病として興奮しやすさ、さらに嫉妬妄想が認められるようになりました。嫉妬妄想は通常「妻が浮気をしている」という内容のことが多いのですが、このケースでは長女のことを妻と間違え、その夫に対して嫉妬妄想を生じていたのでした。

長期大量の飲酒歴がある方でも、高齢になると飲酒していないこともあります。こうしたアルコール関連障害のケースでは、過去の飲酒歴を尋ねないとアルコール精神病であるかどうか分かりません。このように、もともとの精神障害を鑑別するためには、飲酒歴などを含め、生活歴や病歴などの詳しい聴取が必要となります。

2-2 妄想性障害

次に妄想性障害についてご説明しましょう。妄想性障害は、高齢発症の統合失調症圏の病気です。

統合失調症は、15-25歳の若い頃に発病のピークがあり、慢性進行性で、幻覚や妄想、させられ体験などの陽性症状といわれる症状と、人格レベルの低下、感情鈍麻などの陰性症状といわれる症状が出現してきます。多くのケースで、自分が精神的な病気で治療が必要であるという、いわゆる病識はありません。発病年齢が若いと、人格が完成する前に人格レベルの低下が生じてしまうので、予後が不良なことが多いのです。

これに対して妄想性障害は、すでに人格が完成した後、50-60歳代で発症することが多いので疾病による人格レベルの低下はそれほど目立ちません。そのため、妄想に関連した行為や態度を除くと対人的な対応には大きな異常はなく、それなりに普通に生活をしている場合があります。こうした妄想性障害の人に認知機能障害を合併すると、理性的なコントロールが利かなくなるため、妄想が生活の前面に出てくることになります。

妄想性障害は、単身者や社会的に孤立している人に多い傾向があり、何らかのきっかけで、身体的な疼痛、不快感や違和感を電波・電磁波、光線などによるものと感じて、被害妄想が発展してくるのではないかと考えられています。

それでは、認知症に伴う行動・心理症状としての被害妄想とはどう区別すればいいのでしょうか。

認知症に伴う妄想は、

- ・ 内容が物盗られ妄想のように現実的
- ・ 妄想の対象が具体的で、しばしば身近な特定の人である
- ・ 自分の存在基盤を侵されるという危機感が強い

などの特徴があります。

妄想性障害との鑑別は、妄想の内容によります。普通に考えると荒唐無稽であり得ないような内容の妄想は、妄想性障害の可能性があるので。

<ケース>65歳女性

市営住宅に居住する単身、独居の人。4年くらい前から、近くに住む外国人が自宅の排水路や自宅内に農薬を撒いて、嫌がらせをしてくると訴えるようになりました。まかれた農薬のために体がだるく、体調が悪いといいます。留守にしていると侵入されると訴えて、自宅のフェンスには鉄条網をつけ、外出するときには友人に留守番を頼み、門を外から施錠してしまいます。(留守番の友人は外に出ることが出来ません。)

この人は、軽いもの忘れや判断力の低下は認められましたが、対人的な接触、

話し方などは普通でした。しかし、近隣の外国人から攻撃されるという話を始めると止まりません。自宅内で異臭がするという場所を示し、さらに自宅周囲の「農薬を撒かれた場所」を案内してくれましたが、もちろん、異臭はしませんし、農薬をまかれたような形跡もありませんでした。

<ケース>60歳男性

2階建てアパート1階に居住する単身、独居の人。建設作業員の仕事をしています。アパート2階の住人から電波で攻撃されている、そのために体がぴりぴりと痛むと訴えています。

訪問したところ、対人接触は普通で、言葉遣い等、全く問題ありません。仕事も普通にこなしているようです。しかし、アパートの天井をみると電線が張り巡らせてあります。ご本人に聞くと「電波攻撃を和らげるため」だそうです。この人は認知機能障害はほとんどありませんでした。

認知症に伴う行動・心理症状としての被害妄想は、もの忘れや判断力の低下がある認知症の人が周囲の環境に適応できずに混乱したり、言葉で表現するのが苦手な認知症の人の言葉にならないメッセージの可能性があります。認知症に伴う行動・心理症状としての被害妄想に対しては、認知症の人が混乱しないような環境の調整、さらに寄り添って傾聴し、被害妄想に込められた本人の思いを共有することが改善につながります。しかし、妄想性障害の場合、妄想の訴えには一定の距離をとらないと、私たちが妄想の中に取り込まれてしまい、妄想の対象にもなりかねないので対応には注意が必要です。

2-3 うつ病

もう一つ、高齢者に多い精神障害としてうつ病をご紹介します。高齢者のうつ病にはいくつか特徴があります。

まず、抑うつ気分の訴えが目立たない一方で、意欲や集中力の低下が目立ち、不安やいらいらの訴えが多いことです。いらいらや不穏が強い「激越型」というタイプのうつ病がよく見られます。

<ケース>65歳男性

63歳で定年後、年金生活。妻と長男一家と同居していました。1年半前に狭心症の発作を起こしたことがあります。1年前より、眠れないという訴えが聞かれるようになり、3ヶ月前からいらいらして落ち着かないことが多くなり、排

尿を気にして頻回にトイレに行くようになりました。1週間前より、じっとしていられず、家の中を歩き回り、髪をかきむしったり、大声を出したりするようになり、精神科外来を初診しました。診察室でもじっとしていることが出来ず、壁に頭を打ち付けたり、頻回にトイレに行きたがり、制止すると、突然ズボンと下着を下ろし、診察室内で排尿しようとしたりしています。

このケースでは、1年半前の狭心症の発作から、心筋梗塞を起こすのではないかという不安を募らせたことが、うつ病の発症につながりました。不眠の訴えが最初の症状であったようです。少し鎮静作用がある抗うつ剤の内服治療で徐々に症状は改善しました。

さらに、高齢者ではうつ病に伴う微小妄想という妄想が認められることがあります。

微小妄想とは、

自分の価値を実際よりも低く信じ込んでしまう妄想です。微小妄想には、心気妄想、貧困妄想、罪業妄想の三種類があります。

心気妄想とは、健康面で自分の価値を実際よりも低く信じ込んでしまう妄想です。すなわち、実際にはそうではないのに、自分が回復不可能な重い病気にかかっていると信じ込んでしまうのです。人間誰でも高齢になれば、ひとつやふたつ体の不調があるものです。必要以上にそれを気にしているうちに不安が募り、「重い病気にかかっているのではないか」と信じ込むようになっていきます。

<ケース>70歳男性

些細な身体的異常を気にして医療機関に頻繁にかかっています。10年前から吐き気がして胃がむかむかすると訴え、自分は胃がんで先行きが長くないと信じ込んでしまいました。胃カメラをして、その結果異常がないことを説明されても、「自分は胃がんで先行きが長くない」という考えは変わりません。

この男性の場合、医学的検査で否定され、この10年間やせることもなく、元気に過ごしていることを指摘されても、「自分は胃がんにかかっている、先行き長くない」という考えは訂正されませんでした。

貧困妄想とは、経済的な面で自分の価値を実際よりも低く信じ込んでしまう妄想です。実際には金銭的に困ることはないのに、お金がないと思い込み、明日からの生活にも困ってしまうと思い込みます。通常の説得では訂正されません。

例えば財布に数万円の現金がいつも入っていても、さらに自分の預金通帳に多額の預金があるのをみても貧困妄想は訂正されないのです。

<ケース>70歳女性

結婚して、2児をもうけ、主婦をしていた人です。1年前から、膝関節症が悪化し、かかりつけの整形外科で手術を勧められるようになりました。半年前から、不眠が認められるようになり、いろいろな体調不良を訴えて、医療機関にかかるようになりました。検査しても特に異常は認められず、本人は「誰も私の苦しさをわかってくれない」と訴えていました。3ヶ月前から、「請求書がたくさん来ていて、支払えない」と訴えるようになり、同居の娘さんがスーパーで食材を買ってきたのをみると、「おまえ、お金がないのにどうやって買ったの？」などと聞いたり、「これはお金を払っていないから食べることは出来ない」などと、自宅で用意された食事に手を付けずに残してしまうようになりました。

膝の手術を勧められ、不安が募り、うつ病の発病に結びついたようです。3ヶ月前からは、貧困妄想を生じるようになりました。領収書やレシートを見ても、財布の中に現金があるのをみても訂正されませんでした。

罪業妄想とは、社会的な側面で自分の価値を実際よりも低く信じ込んでしまう妄想です。実際にはそんなことはないのに、重大な犯罪を犯してしまった、取り返しのつかないことをしてしまったと信じ込みます。

<ケース>63歳男性

食思不振、るいそうの進行で内科病院に入院していた人に往診しました。診察すると、本人は、「俺はとんでもないことをしてしまった。兄貴の子供を殺してしまった」とさめざめと泣いています。

このケースでは、診察時、本人の兄とその息子さんが同席していました。本人の訴えは事実ではなかったのですが、「殺されたはずの甥」が目の前にいるのをみても、罪業妄想は訂正されませんでした。

うつ病でこうした微小妄想が認められる場合には、専門的な精神科治療が必要になります。

2-4 もともとの精神障害をみきわめるためには

このようなもともとの精神障害が関連したケースでは、生活歴、病歴の聴取がとても大切です。

また、統合失調症、躁うつ病などでは、遺伝的な要因もあるので、

- ・ 血のつながった親族で、精神科にかかったり、自殺した人がいるかどうか

という情報も診断の上で有効です。親族にこうした病気の人がいるからといって、かならずこうした病気になるわけではないことにも注意してください。

統合失調症では、対人関係に問題を生じることが多く、過去の交友関係（親しい友人がいたかどうか、等々）、引きこもりや理由のはっきりしない学業・仕事の中断があったかどうかなどの情報も診断の上で参考になります。

3. せん妄状態

こうしたもともとの精神障害をみきわめた後は、せん妄状態を鑑別することになります。

行動・心理症状のある認知症のケースでは、半分以上のケースでせん妄状態を合併しています。せん妄状態とは、意識レベルの低下を背景に、不安、いらいら、不眠を伴い、幻覚（特に幻視）や妄想を認めたり、興奮状態となったりすることのある状態のことです。日中はしっかりしているのに、夜になると落ち着きがなくなって動き回ったり、ごそごそとずっと荷物の整理をしていたり、幻覚を訴えたり... こういった場合には、せん妄状態の可能性を考える必要があります。

まず、症例をみてみましょう。

<ケース>84歳男性 アルツハイマー型認知症

数年前に妻が亡くなった頃から、物忘れが認められるようになり、徐々に進行しています。脳卒中発作はありません。物忘れや判断力の低下が進んだため、しばらく前から同居している長男が介護するようになっています。半年前にふらつきが認められるようになり、日中はしっかりしているのに、夜間を中心におかしい言動が認められるようになりました。誰もいないのに、「人が3人いる」

と言ったり、「死んだはずの人がそこにいる」などと暗闇を指さしては、軽い興奮状態となったりしていたのです。

半年前から日中はしっかりしているのに、夜間に幻視や興奮状態が認められるようになっていました。これがいわゆる（夜間）せん妄といわれる状態です。病院で頭部MRIを撮影したところ、アルツハイマー型認知症の所見が認められ、半年前に軽度の脳出血を起こしていて、そのために、夜間せん妄を生じるようになったことがわかりました。

このようにせん妄状態は数時間の間に急激に始まり、夕方から夜間にかけて悪化する傾向があり、夜間せん妄と呼ばれます。夕方になるとそわそわして落ち着かなくなり、「私、帰ります」と言って荷物をまとめたり、うろうろと歩き回ったりする、いわゆる夕暮れ症候群も、自宅にいるのに自宅であるということがわからなくなっていて、見当識障害がある状態です。夕暮れ症候群も軽度の意識障害を生じて見当識障害が認められている、軽いせん妄状態の可能性がります。

せん妄状態は、認知症などで脳の機能が低下した人に薬物の内服、身体機能の低下などで生じます。特にマイナートランキライザー（緩和型精神安定剤）系の抗不安薬や睡眠導入剤によって引き起こされていることがあります。こうした薬物は依存を引き起こしやすく、急な中止は離脱症状を生じる可能性があり、注意が必要です。また、環境変化でせん妄状態を生じてしまうことも多く、混乱しないような環境をつくることも大切になります。

3-1 意識障害について

せん妄状態は、軽度～中等度の意識障害をベースに生じてきます。ここで意識障害について考えてみましょう。

意識とは、舞台とその照明にたとえられます。舞台全体に十分な照明があたっているとき、私たちは舞台全体を見ることができます。そうすると周囲の状況をすばやくかつ正確に理解することが出来、出来事をはっきりと記憶し、周囲の状況も理解することが出来ます。こうした状態で、人間はまとまりのある適切な「思考」ができ、外部からの刺激にすばやく、的確に対応できるのです。このような「意識清明な状態」に対して、舞台全体の照明が低下した状態が、意識混濁といわれる状態です。意識混濁は、JCSなどの意識障害の評価スケールで評価されます。

3-3-9度方式（Japan Coma Scale：JCS）

I 覚醒している状態

- 1：見当識は保たれているが、意識清明ではない。
- 2：見当識障害がある。
- 3：自分の名前、生年月日が言えない。

II 刺激に応じて一時的に覚醒する状態

- 10：普通の呼びかけで容易に開眼する。
- 20：大声で呼びかけたり強く揺すったりすることなどで開眼する。
- 30：痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

III 刺激をしても覚醒しない状態

- 100：痛みに対して払いのけるなどの動作をする。
- 200：痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300：痛み刺激に全く反応しない

舞台全体の照明が暗くなってしまった意識混濁に対して照明が舞台の一部にしかなかった場合は意識狭窄といわれる状態です。

せん妄状態とは JCS 1 けた程度の軽度～中等度の意識障害を背景に、異常体験や異常行動などの精神症状が加わったものをいいます。せん妄状態は、過活動型、活動低下型、混合型に分類されています。

せん妄状態の分類

- ・過活動型 (hyperactive type) 幻覚、妄想、不眠、興奮
- ・活動低下型 (hypoactive type) 無表情、無気力、傾眠状態
- ・混合型 過活動型と活動低下型の両方の特徴を併せ持つタイプ

3-2 せん妄状態のみきわめのポイント

ここで、せん妄状態のみきわめのポイントを表に示します。

せん妄状態 みきわめのポイント

- ・ 状態が短時間のうちに変動するかどうか
- ・ 夕方～夜間にかけて増悪するかどうか
- ・ 人格が変わってしまうかどうか
- ・ 幻視の存在（小動物幻視など）
- ・ （せん妄状態の間の記憶障害の存在）
- ・ 見当識障害の存在

<状態が短時間のうちに変動するかどうか>

まず、状態が短時間の間に変動するかどうかポイントとなります。

これは、意識混濁における意識レベルが変動しやすいことによります。日中はしっかりしているのに、夜間になると言動にまとまりがなくなり、翌朝になるとまたしっかりしていたり、数時間ごとにはっきりしている状態と言動がまとまらない状態を繰り返したりするなどの特徴でみわけることができます。たとえば認知症ではこんな短時間に状態が変化することはありません。

<ケース>75歳男性 アルツハイマー型認知症

数年前に発症したアルツハイマー型認知症の男性です。2週間前に右中大脳動脈のアテローム性脳梗塞を起こして入院中で、軽度の左片麻痺が残っています。時々言動がまとまらなくなり、幻視を訴えたり、病棟内を徘徊していると思うと、数時間後にはしっかりとした受け答えが出来たりしています。

このケースは、数時間ごとに意識レベルの変動が認められ、意識レベルの変動に伴い精神症状が変化しています。

<夕方～夜間にかけて増悪するかどうか>

次のポイントは夕方から夜間にかけて増悪するかどうかです。生まれつきの全盲の人、光を感じたことがない人でも、夜間せん妄を生じることがあります。周囲が暗くなるためではなく、人間の体内時計に関係したメカニズムにより、夕方から夜間にかけてせん妄状態が増悪するのです。

<ケース>84 歳女性 アルツハイマー型認知症

8 年前から認知機能障害が認められるようになり、徐々に進行しています。受診時、HDS-R 18 点で本人の意識は清明でした。主介護者の夫から、夕方からの易怒性、易刺激性の亢進で困っている旨の相談を受けました。午前中はとても穏やかな状態だが、毎日決まって午後 3 時とか 4 時頃になると落ち着かなくなり、易怒的になって夜もその状態が続きます。

発症に体内時計が関係しているため、毎日一定の時刻に調子が悪くなる人が多いのです。

<ケース>77 歳男性 血管性認知症

受診時 HDS-R 11 点のピンスワンガータイプの血管性認知症の人です。肺炎で 1 週間ほど総合病院内科に入院したとき、夜間に落ち着かなくなり、安静の指示に従えずに点滴を自己抜去したり、病棟内の徘徊を続けたため、家族が夜間に付き添いをしました。夜間に攻撃的となることが多かったといえます。

血管性認知症の人は、せん妄状態を合併しやすいことが知られています。夜間せん妄のために、日中には認められない徘徊や攻撃性が認められています。

<人格が変わってしまうかどうか>

次の判別のポイントは、せん妄状態になったときに人格が変わってしまうかどうかです。

<ケース>85 歳女性 アルツハイマー型認知症

自宅から特養に入所した人です。受診時の HDS-R は 18 点でした。日中は、穏やかで物腰がていねいな人ですが、夕方になるとそわそわと落ち着きがなくなります。そして夕食後からは、ユニット全体を自分の家を思い込んで、スタッフや他の利用者に「人の家に勝手に入ってくるな」「いったい何をしている」と大声で激しい罵声を浴びせています。

この人の場合、日中は穏やかで控えめ、涙もろい人でしたが、せん妄状態を生じると徐々に易怒的で攻撃的な人格が変わってしまっています。そして、せん妄状態が改善する朝になると、もとの穏やかで控えめな涙もろい人に戻っているのです。

<幻視の存在（小動物幻視など）>

4 つめのポイントは、幻視が存在するかどうかです。レビー小体型認知症のありありとした色彩豊かな幻視に対して、せん妄状態の時の幻視は、小さな虫がたくさん見えたり、小人が見えたり、小さな動物の幻視が多く、またあまり鮮明でないことが多いのが特徴です。

<ケース>64 歳男性 アルコール離脱性せん妄

もともと大酒家の男性です。5 年前に妻を亡くしてから酒浸りの生活になっていました。その後、世話になっていた女性から捨てられ、一大決心をして断酒しました。断酒 2 日目から言動のまとまりがなくなりました。火のついていないタバコをまるで吸うような仕草をしては、灰皿で消す動作を繰り返し、小さな虫がたくさんいるとあって、何も無いテーブルの上で指で虫をつまむような動作を繰り返しています。

<せん妄状態の間の記憶障害の存在、見当識障害>

5 つめのポイントはせん妄状態の間の記憶がないことが多いことです。軽度～中等度の意識障害をベースとしているので、見当識障害が認められます。また、意識障害のために注意力、集中力が低下し、記憶力が低下しているのです。認知症の人で、せん妄状態を合併している場合、認知症の症状として記憶がないのか、せん妄状態のために記憶がないのか、わからないことも多いものです。

3-3 せん妄状態の理解のために 2 因子モデル

こうしたせん妄状態を理解するためには、2 因子モデルが便利です。

2 因子モデルとは、せん妄状態を準備状態（せん妄状態を起こしやすい状態）にある誘因が加わることで生じると考えるモデルです。

せん妄の準備状態 脳の機能低下状態

- ・ 認知症などで脳の機能が低下しているとき ～特に脳血管障害～
- ・ 身体的な病気が重症のとき

せん妄の誘因

- ・ 身体的誘因

→薬剤の内服（抗パーキンソン剤、抗不安薬、三環系抗うつ薬、H2受容体拮抗薬、ステロイド剤等々）、血圧の一時的変動、心肺機能の低下、発熱、下痢、脱水状態、貧血、手術直後、飲酒及び断酒

- ・ 心因、環境因

→急激な環境変化、離別、死別、経済的問題、感覚遮断状況（周囲からの孤立感）、睡眠遮断、身体抑制

認知症などで脳の機能が低下しているとき、特に脳卒中発作（脳梗塞や脳出血）があった方はせん妄を起こしやすくなります。若い人でも、身体的な病気が重症でICUなどに入院しているときに、せん妄状態（ICU症候群と呼ばれる）を合併することがありますね。これは、身体的な病気が重症なために、脳の機能も低下してしまっているのが原因です。

こういった脳の機能が低下している状態に、誘因が加わるとせん妄状態を発症します。誘因のうち、多いのが薬剤の内服で、パーキンソン病の治療薬、三環系の抗うつ剤、抗不安薬や睡眠導入剤、消化性潰瘍の治療薬（H2受容体拮抗薬）、ステロイド剤などがせん妄状態を起こしやすいことが知られています。

せん妄を起こしやすい薬物

- ・ 抗パーキンソン病薬
- ・ 抗コリン薬
- ・ 抗不安薬、睡眠導入剤
- ・ 抗うつ薬
- ・ 循環器用薬：ジギタリス、 β -ブロッカー、利尿薬
- ・ H2受容体拮抗薬
- ・ 抗がん剤
- ・ ステロイド剤

3-4 2因子モデルによるせん妄状態の分析

以下、せん妄状態のケースを提示しながら、このモデルで分析を行ってみましょう。

<ケース>70 歳女性

数年前にももの忘れで発症した軽度のアルツハイマー型認知症の人で、消化管出血の既往があります。言動がまとまらなくなり、「認知症が急に進んだのではないか」ということで家族に連れられて精神科病院を初診しました。2 日前からトイレの場所がわからなくなり、部屋の中で放尿してしまったり、夜間不眠となり徘徊し、奇声を上げたりしているといえます。採血したところ、Hb が 6.5g/dl と低下していました。いつもの採血では貧血を指摘されることはないとのことでした。かかりつけの外科に逆紹介し輸血を行ったところ、まとまらない言動は消退しました。

せん妄状態のために言動がまとまらなくなり、「認知症が急に進んだ」と家族が感じたケースです。このケースでは、せん妄の準備状態は、

軽度のアルツハイマー型認知症

であり、せん妄状態の誘因は

貧血

でした。誘因の貧血を輸血で改善することでせん妄状態は改善しています。

このように準備状態もしくは、誘因のどちらかを改善することが出来れば、精神科薬物療法は必要ないのです。

<ケース>95 歳男性

10 年以上前に脳梗塞を生じ、血管性認知症を生じた人です。軽度の右片麻痺が残っています。HDS-R12 点の認知機能障害が認められました。夜間不眠で、頻回にトイレに行くため、かかりつけ医からプロチゾラムという睡眠導入剤を一錠処方されました。眠前に内服させたところ、夜間に蒲団を何回もかけ直したり、ひもを結ぶような仕草を長時間繰り返すようになりました。

こちらは、せん妄状態のために夜間の行動にまとまりがなくなったケースです。

このケースでは、せん妄の準備状態は、

HDS-R12 点の血管性認知症

であり、誘因は

睡眠導入剤 プロチゾラム 1T の内服

でした。誘因であったプロチゾラムの処方を中止してもらったところ、せん妄状態は速やかに消退しました。

このように緩和型精神安定剤の抗不安薬、睡眠導入剤の内服でせん妄状態を生じているケースは多いものです。

緩和型精神安定剤は、

- ・身体的な緊張を緩和
- ・精神的な緊張を緩和

することで、不安や緊張を改善する効果があります。高齢者がこれらの薬物を内服したときには、筋緊張の低下から転倒しやすくなります。また、精神的な緊張緩和からは意識レベルの低下、それによってせん妄状態を生じてしまうことがあるのです。

緩和型精神安定剤の減量・中止は離脱症状を生じることがあり、また睡眠導入剤の減量・中止では反跳性の不眠が生じるため、急激な減量、中止は避けなければなりません。

<ケース> 70歳男性 アルツハイマー型認知症

発症して数年になる受診時 HDS-R 15点のアルツハイマー型認知症の人です。発症当時、不安を訴えることが多く、焦燥感も認められたため、かかりつけ医から抗不安薬である

エチゾラム(0.5) 3T/3×

を継続して処方されていました。1-2ヶ月前から夜間不眠となり、夕方から易怒的になるとのことで紹介されて来院しました。夜間せん妄が生じていることが疑われました。

このケースでは他に誘因となるような要因はなく、エチゾラムの内服が誘因の可能性が高いと考えられます。すでに不安や焦燥感を訴えることはなくなっており、抗不安薬の継続的な内服の必要性は低いものと考えられ、減量することとなりました。まず、3T/3×を2T/2×に減量し、不安、焦燥感の訴えが再燃しないことを2週間経過をみて確認し、さらに1T/1×夕に減量しました。ここでも2週間の経過をみて、問題がないことを確認して中止としました。エチゾラムの減量で易怒性は徐々に改善しています。

このように抗不安薬の減量は、ゆっくりと慎重に行う必要があります。

<ケース> 83歳女性 アルツハイマー型認知症、気管支喘息

夫を亡くし、単身生活となった数年前からもの忘れが認められるようになり、徐々に増悪しています。半年前から夕方から夜間に「誰かがいる」「泥棒に入られた」と訴えて、警察を呼ぶことが続いていました。心配した親族が、介護施設入所待ちの間、気管支喘息の治療の名目で内科病院に入院させました。内科病院では個室を利用し、病棟生活に適応し穏やかに過ごしていました。入院中のHDS-Rは15点でした。

入院して1ヶ経った頃、体幹部を中心にかゆみを伴う湿疹が生じ、皮膚科医

から薬疹の疑いと診断されました。そこで、内服していた

モサプリド 3T

テオフィリン(100) 3T/3×

カルボシステイン 4T/2×

がすべて中止となり、薬疹の治療と喘息の発作の予防のために

プレドニゾロン(5) 6T ステロイド剤

ファモチジン(20) 1T/1×朝 H2受容体拮抗薬

が開始となりました。処方変更2日後の日中から落ち着かない状態となりました。病棟内を徘徊し、他の病室に入り込んでしまったり、急に廊下で歌を歌い出したりし始めたのです。さらに夜間になるといらいらし始め、廊下を徘徊して出口を探しています。病棟スタッフが自室に戻るよう促しても拒否し、杖を振り回してスタッフを威嚇するに至りました。

内科病院に入院前も軽度の夜間せん妄を生じていたケースです。入院後に再燃した激しいせん妄状態の準備状態は、

HDS-R15点のアルツハイマー型認知症

でした。誘因となったのは、

ステロイド剤とH2受容体拮抗薬の内服

でした。皮膚科医と相談の上、ステロイド剤を漸減して、H2受容体拮抗薬を中止しました。さらに精神科薬物療法を必要としたケースです。

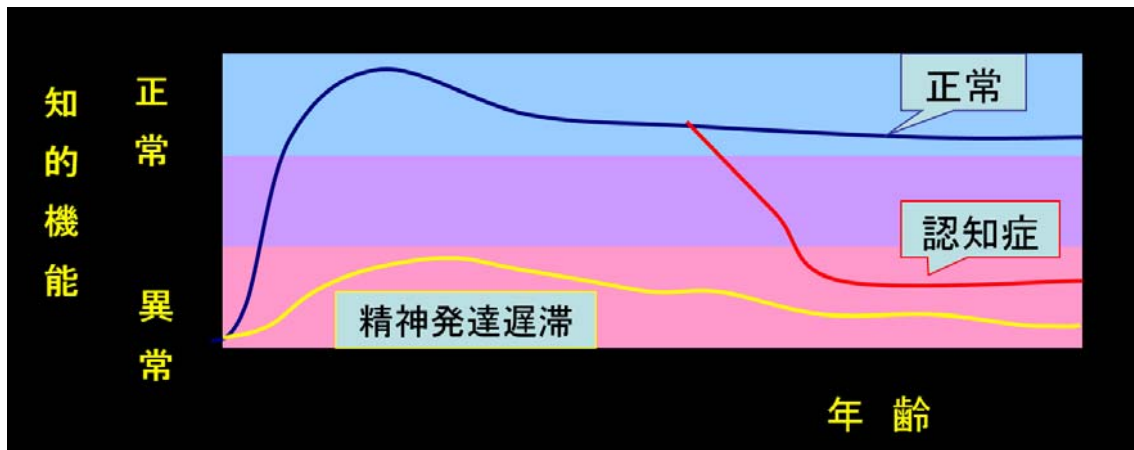
3-5 精神症状が認められる高齢者

高齢者に精神症状が認められる場合には、まず、もともとの精神障害があるかどうかをみきわめます。その後、せん妄状態を鑑別し、適切な対応を行います。さらに精神症状が残っている場合には、認知症の行動・心理症状として、環境の調整、ケアや対応の工夫を行うこととなります。

4 認知症の行動・心理症状

4-1 認知症とは

認知症とは、一旦正常に発達した知的機能が持続的に低下して、日常生活・社会生活に支障を来すようになった状態のことをいいます。



認知症の症状は、通常「認知機能障害」と「行動・心理症状（BPSD）」の2種類に分けて考えます。このうち、認知機能障害とは、脳の神経細胞が死滅・脱落することによって直接的に生じてくる、記憶障害、見当識障害、判断力の低下などの症状をいいます。認知症であれば、必ず脳の神経細胞の脱落が認められるので、認知症の人では認知機能障害は必発です。また、

認知症の悪化＝脳の神経細胞の脱落の進行
 なので、認知症の進行に伴い、認知機能障害は増悪していきます。

それに対して、行動・心理症状とは「認知機能障害を持っている認知症の人に、もともとの性格、周囲の環境、人間関係などの様々な要因が絡み合って生じてくる症状」のことをいいます。具体的には、不安、抑うつ、興奮、徘徊、不眠、被害念慮、妄想などのことです。例えば、認知症の初期段階では、自分の認知機能障害に気づき、不安になったり、将来のことを考えて、抑うつ的になります。さらに認知機能障害が進行すると、忘れること自体を忘れてしまい、記憶障害に関する病識が失われるので、自分がしまい場所を忘れてなくしたものを「誰かが盗った」などと訴えたりすることがあります（物盗られ妄想＝被害関係妄想）。こういった被害妄想のために興奮したりすることもあります。また、場所がわからなくなると徘徊が認められたりします。

さて、それぞれの症状に関して、みていきましょう。

4-2 認知機能障害

認知機能障害を具体的に説明しましょう。

<記憶の障害>

記憶は、あたらしい出来事を記憶し、その記憶を保持して、あとで思い出すという3段階に分けて考えることができます。認知症では、最初の「あたらしい出来事を記憶する」ことができなくなることが多く、「記銘力障害」と呼ばれます。認知症の人で「今言ったことをもう忘れているのに、昔のことはよく憶えている」ということはよくありますね。認知症が進行すると昔のことを思い出すこともできなくなってしまいます。

<正常な物忘れと病的な物忘れ>

人間は、すべてのことを記憶しておくことはできません。ふつうの方でも多少の物忘れはあるものです。それでは、正常な物忘れと病的な物忘れの区別のポイントは何でしょうか？
二つポイントがあります。

正常なもの忘れと病的なもの忘れを見分けるポイント

- 物忘れの自覚があるかどうか
- 忘れたのが、出来事全体か、それとも出来事の一部か

一つ目のポイントは、物忘れの自覚があるかどうかという点です。これは物忘れの程度の問題です。物忘れが進行すると「自分が物忘れをする」ということも忘れてしまって、物忘れの自覚が失われてしまうのです。そうすると、たとえばしまい場所を忘れたために、大切なものが見あたらなくなると「誰かが盗った」と思いこみ、いわゆる物盗られ妄想が出てきたりします。

二つ目のポイントは、出来事全体を忘れてしまうという点です。ふつうの人は、例えば昨日の夕食のメニューの内容を細かく記憶していないこともあるかもしれませんが、食事をしたこと自体は記憶しています。病的な物忘れでは、食事をしたという出来事全体を忘れてしまうんですね。出来事全体を忘れてしまうため、認知症の人は「いつの間にか時間がたっている」とか「時間がとんでいる」という体験をされることがあります。

記憶のつながりが切れてしまい、いつの間にか時間がたっている、これほど恐ろしくて不安が募ることはないでしょう。なぜ、自分がここにいるのか、なぜこんなことをしているのかが、急にわからなくなってしまうのです。

<見当識障害>

見当識とは、自分の周囲の状況を理解する能力のことをいいます。自分の周囲の状況を時間的な状況（今日の日付や曜日、季節など）、場所的な状況（今いる

場所はどこか)、人に関する状況（周囲にいる人は誰か）に分けて考えます。

見当識 自分の周囲の状況を理解する能力

（時間一場所一人）

- ・ 時間 →時刻、日付、季節など
- ・ 場所 →自分がどこにいるのか
- ・ 人 →自分の周囲にいる人が誰か

アルツハイマー型認知症では、見当識障害が「時間一場所一人」の順番で進行していくので、その方の見当識障害がわかれば、認知症の程度がだいたいわかります。

<理解・判断力の低下>

認知症になると理解・判断力が低下します。考えるスピードが遅くなり、複数の出来事が重なるとうまく処理できなくなります。何かをされていて途中で話しかけられると、混乱して何もできなくなってしまったりします。好きだったテレビドラマに興味を示さなくなるのも、認知症の始まりのことがあります。大勢の登場人物や話の筋道を理解することが難しくなるのです。

認知症の人は、「町の騒音が怖い」と訴えたりすることがあります。私たちは都会のターミナル駅の雑踏の中で誰かと話をしているときも、相手の言うことを理解できます。これは、私たちの脳が、背景の雑踏の騒音から必要な相手の声を拾い出してくれるからです。認知症の人にとっては、背景の雑音も相手の声もそのままの大きさに聞こえてくるため、「町の騒音が怖い」という体験が聞かれたりするのです。おなじように「ひとの笑い声や話し声がおそってくるように感じる」と訴える方もいます。

こういった理解・判断能力の低下のため、認知症の人は自分のことだけで精一杯になっていることがあります。周囲から見ると自己中心的になったように見えてしまうのです。

認知症は、脳の神経細胞が死滅して知的な能力が低下し、社会生活に支障を来した状態なので、神経細胞が死滅してしまうことで生じてくる中核症状が、認知症の基本の症状です。認知症早期徴候観察リスト（OLD）という、中核症状から認知症の始まりを判断する簡単な検査があります。4項目以上のチェックがあると認知症の可能性が高いと言われています。

認知症早期徴候観察リスト

4 項目以上のチェックがあると認知症の可能性が高いと言われています

- いつも日にちを忘れている
- 少し前のことをしばしば忘れる
- 最近聞いた話を繰り返すことができない
- 同じことを言うことがしばしばある
- いつも同じ話を繰り返す
- 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある
- 話の脈絡をすぐに失う
- 質問を理解していないことが、答えからわかる
- 会話を理解することがかなり困難
- 時間の観念がない
- 話のつじつまを合わせようとする
- 家族に依存する様子がある（質問されると家族の方を向くなど）

4-3 行動・心理症状

認知症のもう一つの症状、行動・心理症状について考えてみましょう。

不安やいらいら、夜間の不眠や抑うつ状態、物盗られ妄想のような被害妄想や幻覚、興奮して暴力をふるったりする症状のことをいいます。

例えば、認知症の初期段階では、自分の物忘れや理解・判断力の低下に気づき、不安を感じたり、将来のことを考えて、うつうつとした気分になったりすることもあるでしょう。さらに物忘れが進行すると、忘れること自体を忘れてしまい、自分がしまい忘れるということを思いつかなくなり、自分がしまい場所を忘れてみあたらないものを「誰かが盗った」などと訴えたりすることがあります（物盗られ妄想⇔被害関係妄想）。こういった被害妄想のために興奮したり、相手に暴力をふるってしまうこともあります。また、どこかへ行こうと思って出かけたものの、行く先がわからなくて徘徊してしまったりします。

これらの症状は、物忘れや判断力の低下がある認知症の人が、周囲の環境に反応して出てくる症状です。同じ物盗られ妄想でも、もともと激しい性格の方は行動化が激しいなど、行動・心理症状の内容にはもともとのその方の性格や素質も大きく影響しています。

なぜ、認知症の人にこのような行動・心理症状が認められることがあるのでしょうか？その原因の一つには、認知症の人は、新しい出来事やストレスに弱く、

混乱しやすいことがあげられます。人生で何か新しいこと、予想していないことが起こった場合、対応するにはある程度の知的な能力が必要です。認知症の人は、知的な能力の低下のために新しい出来事、予想していない出来事に対応することができずに混乱してしまうだけでなく、その混乱のために今まで簡単にできていたこともできなくなってしまうのです。認知症の人は、とても混乱しやすく、傷つきやすい状態になっているのです。

認知症の人は、込み入ったことを考えられないために短絡的な反応を起こしやすいことも原因の一つです。例えば、大切にしまったはずのものが見当たらないと、自分がどこかへしまい忘れてたり、すでに使ってしまったりした可能性は考えられないため、「誰かが盗った」と思い込んで、物盗られ妄想が出てきたりしてしまうのです。不安や心細さから、出来事を被害的に解釈しやすい傾向もあって、被害的な訴えが認められることが多いのです。

もう一つの理由は、認知機能障害が進行した認知症の人でも、感情は残っていることが多いということです。細かい具体的な内容は忘れてしまっても、感情に結びついた記憶は残ることが多く、ご家族がつい怒ってしまったたりした記憶が残ってしまうことがあります。

また、行動・心理症状は言葉で表現するのが苦手な認知症の人の言葉にならないメッセージの可能性があります。例えば、便秘でおなかが張って苦しいときに、認知症の人は言葉でうまく表現することが出来ません。しかし、おなかが張って苦しければ、いらいらするでしょうし、大声を出したり、人に暴力を振るってしまうかも知れません。こうした認知症の人の「言葉にならないメッセージ」を読み取るためには、ご本人のことをとことん知ることが必要になります。

認知症の人は、知的な能力の低下のためにいろいろな出来事に反応して行動・心理症状を生じやすい傾向があります。しかし、同じ理由で認知症の人の行動・心理症状は家族・介護者の接し方の工夫で改善することも多いのです。また、認知症の人の言葉にならないメッセージを読み取ることが出来れば、行動・心理症状は改善していくことでしょう。

ケアや介護方法の工夫で行動・心理症状が改善した症例をご紹介します。

<ケース>75歳女性

10年前から物忘れが認められるようになり、徐々に進行しています。脳卒中発作の既往はありません。夫と二人暮らしで、独立した二人の息子がいますが、今は夫や息子の顔を見ても誰だかわからない状態です。

子供達からは施設入所を勧められていましたが、夫は大丈夫だからと二人暮らし

しを続けていました。

その後、夫が急性心筋梗塞を発症し、入院することになりました。さすがに一人暮らしは困難なので、本人は長男宅に引き取られることになりました。

長男宅では、トイレの場所がわからず、そこら中に排泄するようになってしまいました。また、長男宅に移って数日してから、不安といらいらが強まり、「どうにかしてくれ、殺してくれ」と叫び声を上げて、不安を訴える状態が昼夜関係なく一日に何回も認められるようになりました。

デイサービス、ショートステイを利用して何とか介護を続けていましたが、行動・心理症状は続き、ご家族は疲弊していきました。1ヶ月後に、認知症対応のグループホームに入所することができました。入所後はうそのように精神状態は落ち着き、笑顔が認められるようになったそうです。

私が、どうして精神症状が治まったのか尋ねたところ、次のように説明してくれました

・排泄の問題

息子宅では、どこに排泄してしまうかわからなかったため、なるべく部屋にいてじっとしてもらっていましたが、しかし、グループホームでは、排泄を疑わせる行動が認められた場合には、トイレに誘導することで自由に過ごしてもらうことができていました。

・家事の問題

もともと本人は家事が好きな働き者の方でした。息子宅では、家事をさせるととんでもないことをしてしまうため、なるべく何もさせないようにしていました。グループホームでは、積極的に手伝っていただくことで、役割が与えられ、生き甲斐が生まれ、生活に張り合いが出て、精神症状の改善が認められることになったのです。

このケースでは、「どうにかしてくれ。殺してくれ」という叫び声は実は、「私にも何か出来ることをさせて欲しい」という認知症の人の訴えだったのです。訴えが満足されたことで、行動・心理症状は改善していきました。

5. 精神科医療

認知症の人、高齢者の人の精神症状に対して、最後の手段として精神科医療⇨精神科薬物療法を行わなくてはならない場合もあります。ここでは、精神科医療に関してご説明します。

5-1 精神科医療とは

精神科医療も医療のひとつです。

医療では、まず「診断」という作業を行い、その診断に基づいて治療を行います。

5-2 精神科医療における診断

精神科医療の診断はどのように行われるのか、みてみましょう。

二段階の診断 第一段階 「状態像診断」

精神科医療においては、診断は二段階で行われます。

第一段階は、「状態像の診断」です。「状態像」とは何でしょう？

一言でいえば、精神的な状態を特別な用語で表したものです。

実際の「診断」を症例を通して考えてみましょう。

<ケース> 70歳男性

日中から誰もいないのに誰かと会話しているような独り言を言っています。最近物忘れが認められるようになり、「しまっておいたはずの財布がない」と騒ぎ、同居の長男の嫁が盗ったに違いないと怒っています。

このケースでは、誰かと会話しているような独り言（独語といいます）が認められています。「なぜ一人でしゃべっているのか」を本人に確認する必要がありますが、「誰もいないのに人の声が聞こえてきている」、いわゆる「幻聴」という幻覚がある可能性が高いと思われます。

幻覚とは何でしょうか？

幻覚とは、実際にはその感覚に対応する対象が存在しないのにあるように感じ

てしまうという症状です。人間には、聴覚、視覚、味覚、嗅覚、触覚という、いわゆる五感と呼ばれる感覚がありますが、この五感のそれぞれに対応した幻覚があります。

例えば、誰もいないのに人の声が聞こえてきたりすると「幻聴」があるということになります。実際には何も無いのに、「床に小さな虫がたくさんいる」などと言って、腰をかがめて何かをつまむような動作をする場合には、「幻視」があると判断します。

物盗られ妄想

この症例では、実際にはそんなことはないのに、「自分の大切なものが盗まれた」と信じ込んでしまっています。「物盗られ妄想」と呼ばれる「妄想」の一種です。

それでは、妄想とは何でしょうか？

妄想とは、事実ではないけれど本人が事実と信じ込んでしまっている考えのことをいいます。妄想かどうかで大切なのは、「事実ではない」ということです。

- ・ 妄想 →事実ではないが、本人が確信していて、通常の説得では訂正不可能な考え
 ～念慮（妄想よりも確信の程度が弱い考え）
- ・ 内容によっていろいろな妄想に分類される
 →被害妄想、関係妄想、微小妄想（罪業妄想、心気妄想、貧困妄想）

妄想は確信の度合いが強いため、普通に論理的に説得しても訂正されることはなく、説得するとかえって妄想が強まってしまったりします。このため、妄想に対応する場合には、「否定せずに傾聴する」ということが基本になります。

この症例のように、幻聴や物盗られ妄想が認められる場合は、「幻覚妄想状態にある」と状態像診断することになります。

さて、第一段階で
「幻覚妄想状態」

という診断がなされました。

このように、第一段階の状態像診断は、十分な知識と観察能力さえあれば、現場で本人をみているご家族、介護職でもある程度判断することが可能なものです。

第二段階 「疾病診断」

次は、このような状態像を生じる病気の診断をおこなうこととなります。症例のような「幻覚妄想状態」を生じうる病気をここにあげてみましょう。

統合失調症、覚醒剤精神病、アルコール精神病、認知症性疾患、等々

この症例では、「誰かと会話しているような独り言」がいつ頃からあるのかわかりません。もし、20歳代や30歳代の若い頃からあって、他にも被害妄想があったりしたら、統合失調症の幻聴に基づく独語かもしれません。また、過去に継続的に多量に飲酒していたことがあれば、アルコール精神病による幻聴、独語の可能性もあります。最近生じたという物忘れは、こういった精神病のある方にアルツハイマー型認知症が合併したものなのかもしれません。

また、最近物忘れが認められるようになってから、独り言や物盗られ妄想が認められるようになったのであれば、この幻覚妄想状態は、認知症に伴う行動・心理症状の可能性もあります。

このように第二段階の疾病診断では、いろいろな可能性を考える必要があります。正確な診断をするためには「いつ頃からどのような状態であったか」「他にどんな病気を持っていたか」「その方を取り巻く環境はどうであったか」などいろいろな情報が必要になります。

第二段階の疾病診断は専門家でも難しいことが多いのです。

ここでがっかりしてはいけません。精神科の治療は、第一段階の状態像診断に対応して行われるので、仮に第二段階の疾病診断が少し間違っても治療上はほとんど問題はないのです。

実は、この症例で幻覚妄想状態の原因の病気が

統合失調症にアルツハイマー型認知症が合併したものであっても

アルツハイマー型認知症

であっても、行われる薬物療法の内容はあまりかわらないのです。

この症例のように幻聴があったり、被害的な内容の妄想がある場合には、主に抗精神病薬という種類の精神科薬を使用することになります。

同じ病気で同じような状態像であっても、薬物療法の効果や副作用の出方は、

患者さんによって千差万別です。薬物療法は内服してみてもからの調整がとても大切なのです。

精神科的治療では、第一段階の状態像診断がとても大切なのです。

5-3 精神科薬物療法

次に精神科的治療の要である薬物療法についてご紹介します。

まず、用語をいくつか理解してください。

精神科薬、向精神薬 ←精神科で用いられる薬物全体を意味する用語です。

精神科薬は、いくつかの種類に分けることができます。

緩和型精神安定剤（マイナー・トランキライザー、マイナー）

抗精神病薬（メジャー・トランキライザー）

抗うつ剤

抗けいれん薬

それぞれ簡単にご説明しましょう。

緩和型精神安定剤（マイナー・トランキライザー、マイナー）

緩和型精神安定剤とは、抗不安薬、睡眠導入剤として利用される薬物です。日本では緩和型精神安定剤が長期間にわたって漫然と投与されつづけていることが多く、その長期的な内服継続により身体的依存、精神的依存を生じてしまっていることも多いのです。特に高齢者においては、筋緊張低下による転倒の増加、精神的な緊張緩和による意識レベルの低下、せん妄状態などの重篤な副作用が多いため、できる限り使用しないようにすることが望ましいです。少なくとも新たな使用開始は可能な限り避けるべきです。

緩和型精神安定剤を急激に減量、中止すると、種々の自律神経症状、不安、不眠、集中困難、けいれん発作、意識障害、せん妄状態などの重篤な精神症状を伴う離脱症候群を生じる恐れがあります。また、睡眠導入剤として使用されていた場合には、その減量・中止は反跳性不眠を生じます。長期間内服していた人に対しては、その精神的依存を考慮すると、減量・中止の強制は避けた方がよいと考えられます。このように減量、中止には細心の注意が必要であり、精神科医の関与が必要となる場合もあります。

抗精神病薬（メジャー・トランクライザー、メジャー）

幻覚、妄想や、興奮状態、躁状態、せん妄状態などの治療に有効な薬物です。1952年、世界で最も最初に開発された精神科薬のクロールプロマジンという抗精神病薬でした。

副作用としては、歩行障害、嚥下障害、構音障害、寡動、無表情、過鎮静、遅発性ジスキネジア、悪性症候群などがあります。

基本的に認知症の行動・心理症状に対する使用は適用外使用です。高齢者の転倒・骨折のリスクを高めることも知られています。どうしても必要な場合に、細心の注意を払い、なるべく少量を期間を限って使用すべきです。

抗うつ剤

抑うつ状態の改善に有効な薬物です。最近開発された比較的副作用の少ないSSRI、SNRIといった種類の抗うつ剤が主流になっています。

抗けいれん薬

けいれん発作に有効な薬物です。感情状態を安定させる作用もある薬物が多く、精神的な安定をもたらすために使われることもあります。

5-4 認知症の人の薬物療法の原則

ここでは、認知症の薬物療法の原則に関して考えます。認知症は圧倒的に高齢者の割合が高いですね。一般的に高齢者は、若年者に比較して薬物反応に敏感で、薬物投与に伴う副作用が認められることが多いことが知られています。この主な原因は、加齢に伴う薬物のクリアランスの低下や、その他の身体内の薬物動態の変化によると考えられています。

さらに、認知症は、脳の機能が低下した状態であり、中枢神経系に有効な薬物の副作用が認められやすい状態です。必要があって薬物療法を行う場合も少量から開始して、副作用の出現に注意しながら調整を行うことが大切になります。若い人の薬物療法では副作用が可逆的な場合でも、高齢者では不可逆的となることも多いことにも留意する必要があります。

さらに、認知機能低下により、服薬の管理が難しくなることも多い。飲み忘れによるコンプライアンスの低下の他、「薬は大切。飲み忘れてはいけない」という思いが強く、内服したことを忘れて何回も内服してしまい、意識障害からせ

ん妄状態を生じたケースもあります。服薬管理方法に対する細やかな配慮も必要となります。

認知症高齢者の薬物療法の基本は以下のようにまとめられます。

- ・疾患、状態像の治療のために必要最小限の薬物のみを投与すること
- ・不要と思われる薬物療法は中止すること。薬物療法の中止でQOLの改善が認められることはよくあることです
- ・高齢者の薬物療法においては、副作用が不可逆的となることも多い。薬物療法を調整する場合も、期待される効果の出方ではなく、副作用が出現しているかどうかを基準とする必要があります
- ・投与する場合には、ごく少量より投与を開始し、副作用が出現していないかどうか、注意深く観察を行うことが必要です。特に在宅医療においては、家族やケアをしている人に薬物で生じる副作用の情報を詳しく提供し、観察してもらうようにする必要があります
- ・できる限り単純な投与方法として飲み間違いを防ぐこと。血中濃度モニタリングが可能な薬物に関しては、定期的に行い、コンプライアンスを確認すること。