

臨床医のために

痴呆性老人の臨床的特徴と対応

木村 真人

日本医科大学精神医学教室

Clinical features and management of elderly patients with dementia

Mahito Kimura

Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School

表1 AAMIの診断基準の要約

はじめに

現在，わが国では諸外国に例をみない急速な高齢化社会が進展しており，痴呆性老人も激増している．厚生省の報告では，1995年の痴呆性老人数は126万人（65歳以上人口の6.9%）であるが，2015年には約2倍の262万人（8.1%），2035年には337万人（10.5%）とピークを迎え，深刻な問題となることが予測されている．したがって，痴呆性老人の問題は社会全体で取り組まなければならない問題であるが，医療の果たす役割は大きい．本稿では，痴呆性老人の臨床的特徴と対応について概説する．

1. 痴呆の定義と診断

痴呆とは「ほぼ正常に発達してから後に起こった病的かつ慢性の知能低下状態」である．一般的にその基礎に進行性，変性性の脳疾患があり非可逆的であるが，その原因が治療可能な場合は可逆的なこともある．アメリカ精神医学会の診断マニュアル（DSM-IV）による痴呆の定義は，それまでの版に比べ簡略化され，記憶障害は必須で，失語，失行，失認，実行機能の障害のうち少なくとも一つが存在すること．また，認知障害による社会・職業的機能の著しい低下および病前の機能水準からの著しい低下を必須項目として，これらがせん妄のないときに出現していなければならない．そして，原因が何であるかによって，アルツハイマー型痴呆（DAT），血管性痴呆，他の一般身体疾患による痴呆，物質誘発性持続性痴呆，複数の病因による痴呆，特定不能の痴呆に分類されている．

2. 鑑別診断

1) 正常の加齢に伴う記憶低下：痴呆と健康老人の記憶低下との間には幅広い境界域があり，NIMHは老年

1. 年齢 50 歳以上
2. 主訴(下記のような記憶障害が日常生活に支障をきたしている)
(1) 人物や物の置き場所を思い出せない
(2) 努力して習得した言葉や仕事を思い出せない
(3) 電話番号や郵便番号を思い出せない
(4) 言われたことをすぐに言い返せない
(5) 記憶障害の進行はあくまで徐々である
3. 最近の記憶についての基準
記憶テストで成人平均値の 1SD 以下の低下を示す
例 ベントンの視覚記憶テスト 6 点以下
4. 知的機能についての基準
例 WAIS の言語理解サブテストで 9 点以上
5. 非痴呆
例 Mini Mental テストで 24 点以上

(文献2より引用)

性記憶障害（Aged-Associated Memory Impairment；AAMI）という概念を提唱し，その基準を設けている²．表1はAAMIの要点を整理したものである．

2) うつ病：高齢者のうつ病では，うつ病性仮性痴呆と呼ばれるような，痴呆と同様な症状を呈することがある．また，痴呆患者も初期に抑うつ症状を示すことが多い．うつ病の場合には抗うつ薬や電気けいれん療法で改善する．

3) せん妄：意識混濁を背景に，多少とも精神運動興奮を伴う意識変容状態がせん妄であり，高齢者では様々な身体疾患や薬物によっても出現する．痴呆とせん妄の鑑別は重要であるが，痴呆患者もせん妄をよく併発する．表2に痴呆，うつ病，せん妄の臨床病像の特徴を示した．

3. DAT と血管性痴呆の臨床的特徴とケア

DAT と血管性痴呆あるいはその混合型だけで全痴呆患者の 75～90% を占めるといわれる．従来，我が国

表2 痴呆,うつ病,せん妄の臨床病像の特徴

	痴呆	うつ病	せん妄
発症	潜行性	個々によって異なる	急激
初期症状	記憶障害	不快気分, 喜びの消失	集中困難, 意識障害
経過	徐々に進行性(年単位)	持続性(治療しなければ数カ月)	動揺性(数日から数週間)
家族歴	痴呆の家族歴のあることがある	うつ病の家族歴のあることがある	関連なし
記憶機能	近時記憶の障害が目立つ	断片的, 非連続的な障害	記銘力困難
記憶障害の訴え	多彩(通常欠如)	存在	欠如
言語障害	物品呼称が困難	返答が遅くなる	構音障害
感情機能	多彩(特に変化を認めないことがある)	抑うつまたは焦燥感	不安定

表3 アルツハイマー型痴呆と血管性痴呆の比較

	アルツハイマー型痴呆	血管性痴呆
発症年齢, 性差	70歳以上, 男<女	60~70歳, 男>女
経過	緩徐に確実に進行	階段状, 動揺性に経過
病職	± ~ -	初期にはあり
人格変化	しばしば著明, 人格の形骸化	比較的少ない, 性格尖鋭化
自然な感情反応	奇異な反応	保持される
痴呆の性質	全般性痴呆	まだら痴呆
初期症状	物忘れ, うつ状態	頭重, めまい, 物忘れ
神経症状	早期には出現しない	片麻痺, パーキンソンニズム, 仮性球麻痺, 歩行失調
特徴的症状	落ち着きのなさ, 内容のない多弁, 奇異な屈託のなさ	感情失禁, うつ状態, せん妄
身体合併症	原則として(-)	高血圧, 糖尿病, 心疾患, 動脈硬化, 腎硬化症
画像所見	び慢性の皮質の萎縮, 脳室の拡大	梗塞の存在

(文献3から引用し改変)

では欧米と異なり血管性痴呆が多いとされてきたが, 最近では欧米と同様に DAT が増加している。両者の臨床的特徴の比較を表3に示した³。DATは人格の形骸化と全般性痴呆が特徴であり, 一方血管性痴呆は人格の尖鋭化などは認められるものの, まだら痴呆で人格の核心部分は保たれていることが多い。したがって, 両者のケアにおいても相違点があり, その要点を表4に示した。

4. 随伴症状に対する対応

痴呆患者は一般的に心身のストレスに対する抵抗力が弱く, 様々な精神症状や行動異常が出現するが, 対応次第で症状の軽減は可能である。一見理由のわからない言動であっても, 患者なりの原因が見出されることも多い。また, 痴呆がかなり進んだ段階でも, 何らかの機能が残されており, その残存機能への働きかけも重要である。以下に幾つかの症状に対する対応について述べる。

1) 徘徊: DATに多いが, 時間を決めて一緒に散歩したり, 他のことに関心を向けるような働きかけも有用。

2) 妄想: 物盗られ妄想, 嫉妬妄想, 見捨てられ妄想などの出現が多い。頭ごなしに否定せず, 冷静に対応する。物盗られ妄想の時は, 一緒になくなった物を探してあげる。

3) 夜間せん妄: 前駆症状として集中困難, 不安焦燥感, 傾眠傾向, 不眠などがある。発熱や脱水などによっても起こるため, 身体状態のチェックが必要。生活リズムを整え, 日中の働きかけを多くする。

4) 攻撃的行動: 自尊心を傷つけられたり, 意志を適切に表現できない不快な表現の一つかもしれない。個々の原因によって対応を考える。無理に押さえ込まず気分を他のものへ転換させるようなかわり方も必要。

5) 不潔行為: 失禁の場合, すぐにオムツ着用をすることは望ましくない。トイレの場所がわからない, 手

表4 アルツハイマー型痴呆と血管性痴呆のケアにおける相違点

アルツハイマー型痴呆	血管性痴呆
仲間的, 楽しいなかで, なじみ関係を作る	個別的, 落ち着いたなかで, 信頼関係を作る
理屈による説得ではなく, 共感的納得をはかる	対抗的でなく 情況転換のなかで説明的了解をはかる
簡単にパターン化して繰り返し教える	理解・表現の弱点を補い ゆっくり教える

(文献4から引用し改変)

順がわからないなどの原因によるものなら, トイレに誘導し排泄援助をしてあげることによって改善することもある。

5. 治療

痴呆の約10%は可逆的であり,たとえば甲状腺機能低下症,脳梅毒,硬膜下血腫, V. B₁₂ 欠乏症,尿毒症,低酸素血症などによる場合,その予後は基礎疾患を治療する早さに依存する⁵。一般的な痴呆患者への治療は支持療法であるが,併存する身体疾患の適切な治療や随伴症状に対する薬物療法が重要である。とくに薬物療法では奇異的興奮,錯乱,過鎮静などの出現に注意し,必要最少限の投与量を心がける。

1) 幻覚・妄想,興奮,徘徊:高力価の抗精神病薬が有用。ハロペリドール(0.75~3mg)やリスペリドン(1~4mg)などを用いる。低力価のクローロプロマジンなどは鎮静や起立性低血圧などの副作用が出現しやすいため第一選択薬にはならない。

2) せん妄:上記のハロペリドールのほか,チアプリド(25~100mg),ミアンセリン(10~30mg)などが用いられる。

3) うつ状態:抗コリン性の副作用の少ない,ミアンセリン(10~30mg)やスルピリド(50~150mg)などが有用。スルピリドは錐体外路症状の出現に注意。

4) 不安焦燥感:ベンゾジアゼピン系薬剤も用いられ

るが,長時間作用型のは認知機能を悪化させることもあり注意する。短時間作用型のものやβブロッカーなどが用いられる。

5) 不眠:短時間作用型の睡眠薬,例えばロルメタゼパム(1mg)やプロチゾラム(0.25mg)あるいはトラゾドン(25~50mg)なども有用。

おわりに

痴呆疾患の多くは,完治させることは難しいが,治療可能な部分は存在する。適切な診断と対応,治療により痴呆の随伴症状を軽減させたり,痴呆そのものの進行をくい止めたり遅らせたりすることが可能である。また,患者ばかりでなく患者の家族に対する適切な助言,指導も重要である。今後,痴呆性老人とその家族に対する保健,福祉,医療からなるサポートシステムの構築が急務と思われる。

文献

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. American Psychiatri Press, Washington DC (1994): DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル(高橋三郎,大野 裕,染矢俊幸訳)1996,医学書院,東京。
2. 笠原洋勇:痴呆の診断の進め方。老年期痴呆診断マニュアル。日本医師会雑誌臨時増刊1995;114:75-93。
3. 長谷川和夫,諸川由実代:痴呆とは何か。痴呆とケアのマニュアル。1995;pp1-68 診療新社,東京。
4. 室伏君士,田中良憲,後藤基脚:痴呆性老人。老年期痴呆の医療と看護(室伏君士編)1998;pp128-194 金剛出版,東京。
5. Kaplan HI, Sadock BJ: Pocket Handbook of Clinical Psychiatry Second Edition. 1996.:カプラン臨床精神医学ハンドブック,DSM-IV 診断基準による診療の手引き(融 道男,岩脇 淳監訳)1997;医学書院,東京。

(受付:1998年11月9日)

(受理:1998年11月30日)