

## 2. 認知症, うつ, せん妄

荒井 啓行

**Key words** : Minimum Geriatric competencies, 認知症, うつ病, せん妄, アルツハイマー病

(日老医誌 2011; 48: 651-654)

### はじめに 米国の卒前医学教育での Minimum Geriatric Competencies

2007 年 7 月, 米国医科大学連合 (Association of American Medical Colleges) とハートフォード基金 (Hartford Foundation) は, 老年医学教育において到達すべき達成目標に関するコンセンサス会議を主催した. この会議の課題は, 医学部学生が卒後医師として高齢者にきちんとした対応を行えるように, 最低限の到達目標を設定することである. 老年医学的対応能力を身に付けるためにどのような教育を行うかは各医科大学によって異なるが, 最低限の老年医学的対応能力の設定は医科大学卒業生の質を保証することになる. 2007 年 11 月この案は米国老年医学会からも承認を受けた. “Minimum Geriatric competencies” と呼ばれているものである<sup>1)</sup>. この中で, 高齢者に対する Medication Management (薬物治療の留意点) が最も重要な課題として第 1 項目に取り上げられている. 第 2 項目が, 認知症 (Dementia), うつ (Depression) とせん妄 (Delirium) となっている. 本邦においても認知症は 400 万人規模の疾患となっており, 老年科医がカバーすべき最重要テリトリーと言える.

### 認知症・うつ病・せん妄の関係

一般に, 認知症は「認知行動障害」, うつ病は「気分障害」, せん妄は「意識障害」に分類されその発症メカニズムや治療薬の選択も異なるため区別されるべきである. しかしながらこれら 3 つの病態は相互に密接な関係がある. 例えば, 1) うつ病が認知症に合併することがある; 2) うつ病のために一見認知症のように見えるう

つ病性仮性認知症が存在する; 3) うつ病で発症しているながら経過とともに次第に認知症へと移行するタイプがある, などである. また一般に高齢発症のうつ病は治療抵抗性である. 一方, 「認知症とせん妄」の関連も悩ましい. 1) せん妄が「急性発症の認知症」と誤解されることがしばしば見られる; 2) 一方でせん妄は認知症や脳梗塞など脳の器質的脆弱性を基盤に発症することが多い; 3) せん妄のエピソードが認知症発症に先行することがある. まずは認知症に軸足をおき認知症をしっかりと理解できるとうつ病やせん妄を鑑別する助けとなる.

### 認知症の始まりから終わりまで

認知症とは, 「脳の後天的な器質的障害によりいったん正常に発達した知能が低下した状態」とされている. 認知症は約 30 年の長い Disease Span を持つ疾患群である. 前半は正常を逸脱し軽度認知障害のステージを経て日常生活機能に問題をきたすまでの 20 年. 後半は認知症の診断を受けてからも生活機能低下は持続的に進行し終末期さらに死を迎えるまでの 10 年である. 前半の 20 年自らの脳に何が起きているのか自覚することは難しい. しかし, この期間は早期診断・早期治療さらには認知症予防や先制医療を考える上で大切である. 長期疫学研究はどんなリスクを抱えた人が認知症になりやすいかを明らかにしつつある. Reisberg らによって 1984 年提唱された認知症の重症度分類 (FAST 分類) をみると, 最重症に相当する FAST stage 7 では, 言語機能の喪失のみならず, 歩行能力の低下や着座能力の低下或いは笑う能力の喪失をきたすと記載されている<sup>2)</sup>. さらに, 2009 年 Mitchell らによって報告されたように, FAST stage 7 では, 摂食・嚥下障害を背景として発熱や肺炎を繰り返し, 昏迷・昏睡となり死を迎える. 図 1 に示すように, 米国では FAST stage 7 でナースিংホームに入所して

Dementia, depression and delirium in the elderly  
 Hiroyuki Arai : 東北大学加齢医学研究所脳科学研究部門  
 老年医学分野

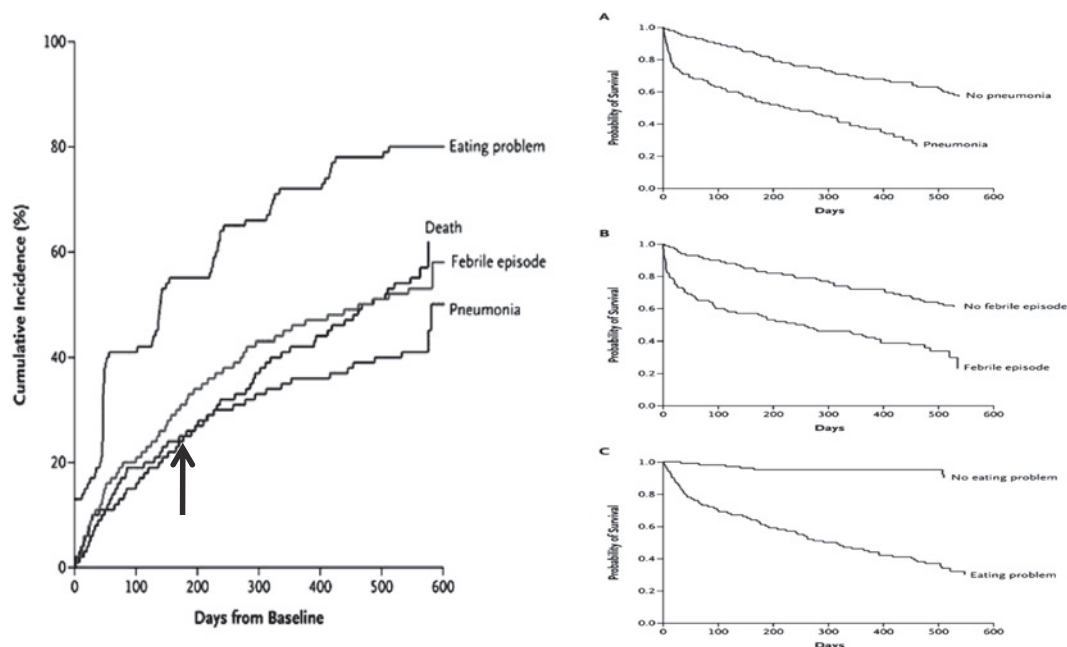


図1 The clinical course of advanced dementia (文献3より)

結果: 18 か月の観察期間で 177/323 (54.8%) が死亡。生存期間の中央値は 478 日。

入所 6 か月以内に死亡する確率は 24.7% (矢印)。肺炎の発症率: 41%, 肺炎以外の発熱疾患: 53%, 摂食嚥下困難: 85%。これらの病態が起こると死が間近い。

から 50% の患者が死を迎えるまでの平均在所日数は約 600 日と短い<sup>3)</sup>。「認知症」という病名からは、すべての ADL が低下し最終的には生命維持のための「食べる」機能を失い、誤嚥性肺炎のため命の灯が消えていく患者の姿は想像できない。2005 年、高齢認知症患者には非定型であれ抗精神病薬の使用は心不全死や肺炎死のリスクを高めるため行うべきではないとの強い勧告が米国 FDA から出されたことは記憶に新しい。近年開発された PET によるアミロイドイメージング画像を見るとアルツハイマー病ではアミロイド沈着の最初期ホットスポットは側頭・頭頂部の大脳皮質領域から始まると思われる<sup>4)</sup>。しかし、アルツハイマー病剖検脳を用いた神経病理学的研究は、アミロイド沈着や神経細胞脱落は大脳皮質に留まらず、大脳基底核、視床下部さらには脳幹部にまで広がっていることを明らかにしている<sup>5)</sup>。脳幹部が機能停止すれば「脳死」である。老年科の医師にとって「認知症」という用語にある意味違和感を禁じえないのは、日常の臨床経験から「認知症は単に認知機能だけの問題ではない」と感じてきたからである。それは、認知症の最終段階においては、摂食・嚥下障害、低栄養、ザルコペニア、胃ろう造設の可否、誤嚥性肺炎、転倒予防など老年症候群の内科的諸管理が避けて通れない問題となるからである。認知症医療の最終章は終末期医療に

他ならないのである。

## 認知症の診断と周辺症状の治療の留意点 (図 2)

認知症の診断は、3つのステップに分けて考えるとい<sup>6)</sup>。第1のステップは、患者の認知機能低下(家族に問診したり簡便な心理検査を行ったりすることで確認できる)が、うつ病やせん妄によって引き起こされているのではないことを確認することである。第2のステップは、甲状腺疾患、正常圧水頭症、ビタミン欠乏などの治療可能な認知症を鑑別する。認知症類似状態を来す薬物があるので服用薬は OTC 薬も含めてすべてチェックすることが推奨される(詳細は老年医学会ホームページの「高齢者に慎重投与を要する薬物リスト」参照)。第3のステップは、3大認知症であるアルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体を伴う認知症のいずれに該当するかを考える。この3つの疾患で全認知症のおよそ 80% が該当する。この3大認知症のいずれにも該当しない場合は、前頭側頭葉変性症、皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、クロイツフェルトヤコブ病、慢性髄膜炎、多発性硬化症など稀少認知症疾患を考える。周辺症状は神経伝達物質異常などの脳内病変、身体疾患の合併などの全身的要因と生活環境からくる社会的要因が単独あるいは複合して発生するものと考えられている。介護

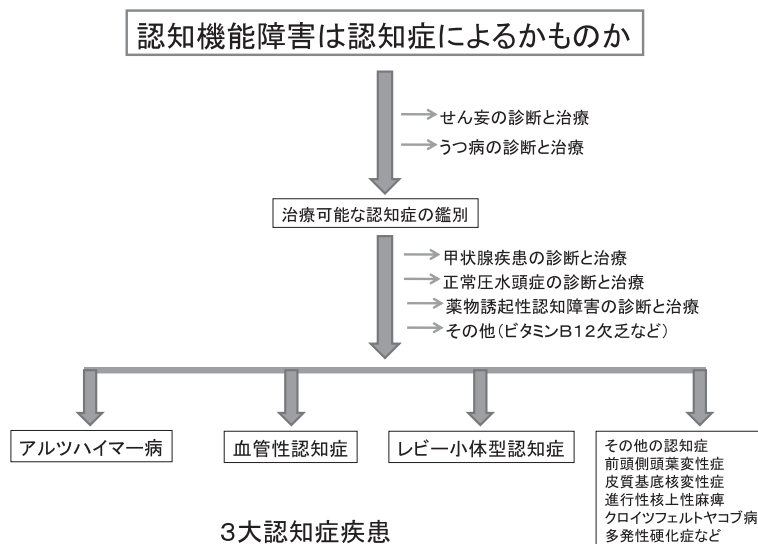
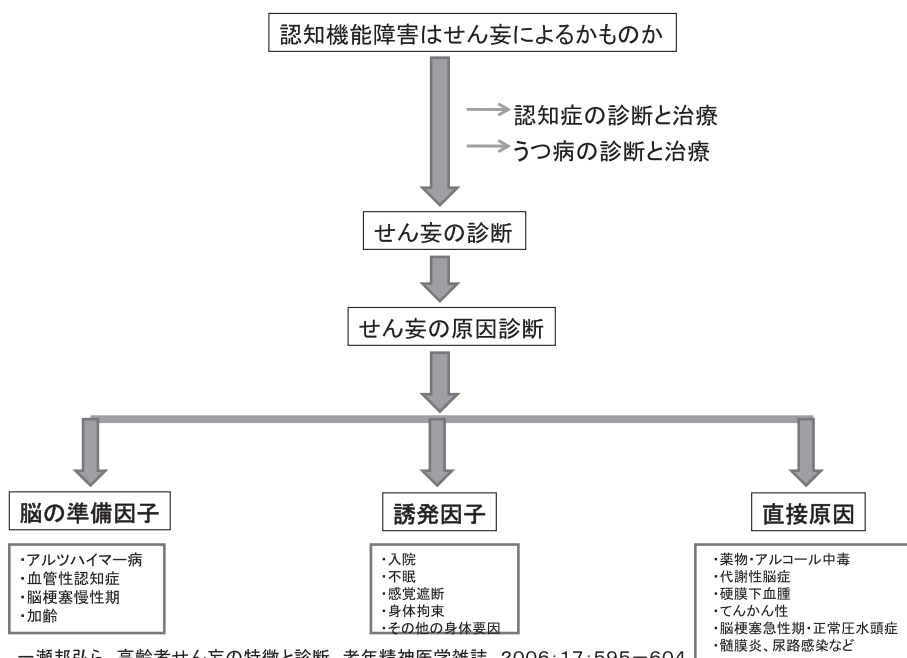


図2 認知症のステップワイズ診断法



一瀬邦弘ら、高齢者せん妄の特徴と診断、老年精神医学雑誌 2006;17:595-604

図3 せん妄の診断における留意点

者が患者に怖い顔で非常に厳しく接したりすれば、興奮が生じたり、逆に抑うつ状態を呈することもある。一方、介護者が消耗した状態になれば、患者への対応もうまくなできなくなる。患者の誤りを1つ1つ訂正したり折檻したりすることで現実の世界に連れ戻そうとしないで、患者の住む世界を尊重しながら「共感と受容」が大切である。つまり、介護者から患者への歩み寄りが大切である。患者固有の人生史に語りかけることで、患者は「大切に

されている。この人は味方なんだ」と安堵するであろう。治療薬としては抑肝散、チアプリド、リスペリドン・クエチアピンなどの非定型抗精神病薬を用いることがあるが、抗精神病薬は命の炎の消えかかった予備能力の乏しい高齢者には毒となり兼ねない。高齢認知症患者における非定型抗精神病薬の使用は、心不全や肺炎による死亡のリスクを高めるため認知症高齢者へ使用されるべきではないとする米国FDAからの勧告が2005年4月に出

されていることは留意すべきである。介護施設の急激な拡大に伴って、介護スタッフが安易に抗精神病薬の処方希望する現状は憂慮すべきである。「刺激すべし・抑えるべからず」との信念から一切の抗精神病薬を使用しない認知症療養病棟が仙台市にある。この施設ではラベンダーによる嗅覚刺激やスキンシップを大切にし患者の顔には笑顔があふれている<sup>7)</sup>。

### うつとアパシー

内科の医師にとってうつ状態またはうつ病の診断は得意ではない。うつに類似の状態にアパシーがあるが、活動性低下などいくつかの症状はうつとオーバーラップしている。認知症に合併してよく見られる「意欲低下、無為、寝てばかり」状態はアパシーであってうつではない。これをうつ病と混同して抗うつ剤を使用しても改善は見られないことが多い。認知症では脳内アセチルコリン低下が基盤にあるので、抗うつ剤として三還系抗うつ剤が投与された場合に三還系抗うつ剤の抗コリン作用により認知機能・意欲ともにさらに悪化する可能性があるので注意すべきである。通常うつ病の患者は自分自身の今の姿を映す鏡を持っているので、今の自分の姿を情けない・つらいと苦痛に感じているのに対して、アパシーの患者は無為で寝てばかりいる自分自身のことを困ったとも苦痛とも感じていない。苦痛を感じているのはむしろ家族の方である。城野らはこの苦痛の有無がうつとアパシーの鑑別上重要であると指摘している<sup>8)</sup>。

### せん妄の診断と治療 (図3)

せん妄は認知症や脳梗塞などによる脳の脆弱性や全身疾患などを背景に幻視などの異常体験や興奮を主とする「意識障害」であって、気分障害でも認知・行動障害でもない。多くは意識変容が主で活動性は亢進する急性錯乱状態である。例えば、「脳梗塞の既往がある80歳女性が、突然つじつまの合わないことをしゃべりはじめ、道路に出ようとしたり、幻視があるためかしきりに何かを掴もうとしたりする動作を繰り返した。食思不振と脱水

を認め点滴治療により軽快したが、当日の自分の行動は全く想起できなかった。」図3のようにせん妄を理解する上で、脳の準備因子、誘発因子と直接因子に分けて考えると分かりよい<sup>6)9)</sup>。脳の準備因子としては、加齢、アルツハイマー病や陳旧性脳梗塞などが挙げられる。誘発因子としては、入院をきっかけ、不眠、難聴など感覚遮断や身体拘束などである。また、直接原因としては、薬物・アルコール中毒、脱水、代謝性脳症、硬膜下血腫、てんかん、脳梗塞急性期、髄膜炎、肺炎、尿路感染症など多様である。治療は原因の究明とその除去にあることは言うまでもないが、準備因子や誘発因子へも十分配慮が必要である。内服剤としてはリスペリドンのシロップ剤やオランザピンの口腔内崩壊錠は使用しやすい。

### 文 献

- 1) [http://www.pogoe.org/Minimum\\_Geriatric\\_Competencies](http://www.pogoe.org/Minimum_Geriatric_Competencies)
- 2) Reisberg B, Ferris SH, Franssen E: An ordinal functional assessment tool for Alzheimer's-type dementia. *Hosp. Community Psychiatry* 1985; 36: 593-595.
- 3) Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al.: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361: 1529-1538.
- 4) Okamura N, Federo-Tavoletti M, Kudo Y, Rowe CC, Furumoto S, Arai H, et al.: Advances in molecular imaging for the diagnosis of dementia. *Expert Opin Med Diagn* 2009; 3: 709-716.
- 5) Ogomori K, Kitamoto T, Tateishi J, Sato Y, Suetsugu M, Abe M: Beta-protein amyloid is widely distributed in the central nervous system of patients with Alzheimer's disease. *Am J Pathol* 1989; 134: 243-351.
- 6) 日本老年医学会編：健康長寿ハンドブッケー実地医家のための老年医学のエッセンス、メジカルビュー社、2011、p12-24.
- 7) Fujii M, Sasaki H: Stimulations but not neuroleptics. *Geriatr Gerontol Int* 2009; 9: 217-219.
- 8) 城野 匡, 池田 学：高齢者のうつ病とアパシー. *老年精神医学雑誌* 2008; 19: 420-487.
- 9) 一瀬邦弘, 中村 満, 竹澤健司, 清水輝彦, 石川洋世, 中島さやかほか：高齢者せん妄の特徴と診断. *老年精神医学雑誌* 2006; 17: 595-604.