老年期精神障害の早期診断**

Diagnostic procedure of the elderly psychotic patients

飯塚 禮 二*

REIJI IIZUKA, M.D.

本文はすでに「精神科治療学」5巻873~881(1990)に、ほぼ同様の内容が発表されており、従って原著ではない。平成三年度P5医学心理学の同じ課題の講義が、私の最終講義となったのでここに掲載させていただくこととした。

なお、平成4年3月25日の講演会当日の講演内容は、未だ学会で未発表のものであるため本稿を掲載した。

索引用語：老年期精神障害、痴呆、アルツハイマー型痴呆

Key words : senile psychoses, dementia, alzheimer type of dementia

はじめに

世界一となったわが国の長寿化に伴って、老人の福祉と医療についての論議がしばしば行われるようになった。高齢の患者が受診・入院し、更に手術を受ける機会は急速に増えつつある。

精神科の領域においては、種々の原因に基づく老年者の痴呆についての介護、老年痴呆（以下特にことわらない場合は Senile dementia of Alzheimer type, すなわち、従来の初老期痴呆としての Alzheimer 病と老年痴呆 Senile dementia の両者を含むものとしてこの言葉を用いる）についての基礎的研究の進歩、血管性痴呆と老年痴呆の鑑別、その薬物治療の開発などに関心が集中しており、痴呆を軸として老年精神医学が考えられる傾向にある。たしかに臨床の実際から云えば、

このことは当然かも知れないが反面、老人がなんらかの精神症状を示す原因は極めて多彩である。しかも老人の特徴として早期に診断して適切な治療を行うか否かによって、予後に及ぼす影響は極めて大きい。本日は実際に私共の前に精神症状を示す老人が受診した場合、どういうことを頭において、どんな順序で診察を進めるかという観点から述べようと考えた。

老年患者の基本的な精神状態

——精神老化——

1. 身体の高齢性変化とその意味

年齢と共に全身の臓器に高齢性の変化が現われる。その現象や病理学的変化はよく知られているが、発生機序や臨床的意義については不明のものも少なくない。脳もこの高齢性の変化が最も顕著に出現する器官のひとつである。なかでもアルツハイマー神経原線維変化や、老人斑をはじめ顆粒空胞変性・小脳プルキンエー細胞のトルペード（軸索膨化）形成などは古くから知られた代表的なものである。また血管系の高齢性の病変の代表

* 順天堂大学医学部精神医学講座名誉教授
Department of psychiatry, Juntendo University School of Medicine, Tokyo, Japan

** 第260回順天堂医学会学術集会〔Mar. 25, 1992開催〕
〔May 20, 1992 原稿受領〕

である動脈硬化が脳動脈に現われることは多く、その結果、脳血管痴呆を代表とする様々の神経精神症状が現われることは周知の通りである。

これらの老化性変化は一定以上の年齢になれば、その程度や分布は別としてほとんどすべての人に現われると考えてよい。この場合老年痴呆では、その病変の量も分布も明らかに平均域を越えており、一方、健康な精神生活を送った老人の脳にも同じ種類の変化は、少量かつ局限された範囲とは云えほとんど発見出来るのが常である。これらの場合、老年痴呆では明らかに脳の病変と臨床症状との間に因果関係を想定できるが、脳動脈硬化症を含め軽い老化性病変を脳にみる場合、これと精神症状との関連性を断定することは極めて難しい。一方、最近のPETなどの結果を待つまでもなく、老人では脳血流量・脳グルコース代謝率が低下し、血管抵抗が増大していることは古くから知られていた。形態学のみならず病態生理学的にも、老人の脳のありようは若い頃とは異なっているものと考えなくてはならないが、これが可逆的な精神神経症状とどのような因果関係にあるかは、なお不明の点も多い。

2. 老人の精神的特徴——精神老化の一般症状——

老人の精神老化の特徴として古くから云われているのは、記憶力ことに最近経験した事柄の記憶の障害、いわゆる＜ド忘れ＞と称される想起障害（これは特に姓名の想起にいちじるしい）、感情の不安定性と意欲の低下、無関心、性格の変化、ことに従来の性格の尖鋭化のためにこれまで長所として働いてきた性格傾向が、むしろ短所として印象づけられること（自己中心的・猜疑心が深い・無遠慮・愚痴っぽい）などが一般に挙げられている。また老人は一般に不安心気状態・不安抑うつ状態に陥り易い特徴があることもよく知られている。

3. 老人をとりかこむ状況の変化

現在の社会は極めて流動的で変化に富んでいる。物質的な欲望や便利な生活の可能性を充足することは、以前にくらべ比較的容易となった。しかしながら、精神的な弾力性に乏しく、従来の経験を

通して学習した結果を大事にすることによって、生きて行こうとする老人にとっては激しい変化にうまく適応して行くことは、若い人の予想を越えた困難事であることが多い。生産可能性の多寡によってその人の評価がきまらねない現在の社会では、身体的おとろえも同時に伴っている老人にとっては、その中で以前と同じ自信と自己評価を持つこと自体が困難になって来つつあるといえよう。この問題は職場では定年——再就職などの形でただちに経済面にも影響する。

一方、家族の中ではこれまで一家の長としての誇りと自信を持ち、尊敬されていた立場は揺いで、経済的実権も次代に移ってゆく。このことは家庭内での老人の安住をどのように確保するかの問題ともからんで、次第に身体的衰えを自覚してゆく老人の気持を、ますます不安にかりたてる可能性を含む。配偶者・兄弟をはじめ身近の者を失うこともしばしばである。

こうして若い者と一緒に共同社会の活動を荷なたいと希望する一方で、いたわりと安息を与えられることを期待しながら、毎日を送るのが一般の老人の姿といえよう。

老年の患者に相对したら

1. 受診の目的

精神科の外来では、成人患者が単身で受診したか、付添いと一緒かによってある程度までの疾患内容の判断さえも出来ることがある。しかし高齢者の場合は例外を除いてほとんどが、付添または他科専門医の紹介状と一緒に来る。まずこれらを通して精神科受診の目的、あるいは患者・家族、他の専門科の医師の精神科医に対する要望や依頼を明確にすることが必要である。老人の患者では、患者自身の悩みや希望の他に、周囲の者が患者から受ける苦勞や心痛が受診の動機となる場合が多い。しかも患者と付添者との身分関係などによっては、案外肝腎の点が明らかにされずに、まわりくどい表現や、二次的・三次的な問題点が前面に出て、本質の所在が把握しにくい場合も存外にある。

多い。このことは予診をとるにあたって心しておく必要がある。

2. 病歴

高齢者であるから生活史は長く、家族歴も遡りにくい場合も多いが、可及的細かい家族歴と生活史を得ることは、老年患者の元来の性格や社会適応・家族関係等を知る上で重要である。また過去から現在までの同居家族の構成を知ることが、その患者に対して、家族がどのような環境的条件や精神的態度で接しているかを明らかにする上で重要である。後に述べるように、老人の精神症状の中には慢性難治性で、現在のところでは回復に向けての治療よりは、むしろ長期間の介護に重点をおかざるを得ないことも多い。この場合、診断のはじめから、その患者のおかれている人間関係の客観的状况と、表面には現われにくい雰囲気とを知っておくことは、患者の症状や経過の理解の上にも大切である。また患者の性格や社会内での人間関係を若い頃に遡って知っておくことは、後に述べるように、精神的な老化の場合に元来の性格の尖鋭化がまず微妙な人間関係の変化として現われて来ることが少なくないので、大きな参考となる。しかしながら、配偶者や同胞がない場合にはなかなか困難であるし、老人をとりかこむ家族間では、その老人に対して主観的な色彩の強い判断が述べられることが多いので、出来ればなるべく多くの関係者から、繰り返し情報を得るように心掛けることが大切である。

3. 現在症

本人あるいは付添者から、受診の目的や、これまでの性格、生活史、現在の状況等を知ったならば、現在症の把握にとりかかる。この場合もっとも最初に考えるべきことは(1)元来の知能程度と最近の変化(2)意識障害の有無の2点を出来る限り正確に把握することである。これは何も老人に限らず、すべての精神医学的診察の出発点である。すなわち精神薄弱と意識障害を除外した所からはじめて、その他の精神疾患の診断が出発するのであるが、最近はこの点が比較の見逃されている傾向がある。次いで(3)覚醒度の把握

(4)身体所見へと進む。

(1) 元来の知的水準の把握

老人の元来の知的水準がどの程度であったかを知ることは二つの点で重要である。すなわち第一は元來知的水準のあまり高くない老人の場合、若い時は体力もあり、またその当時の社会機構が比較的単純であったこともあって、その人なりに適応した社会生活が可能であったのが、体力と精神能力の老化のために適応力が低下し、同時に本人をとりかこむ社会や家庭の状況が変化した場合に、知的水準が低く人格構造が単純で、もろい程不適応を起こし易く、様々の精神身体症状の出発点となることが少なくない。この点については勿論知能検査も必要であるが、後に述べる痴呆との鑑別を考えるためには総合知能指数のみではなく、各項目ごとの減退率もよく検討して判断することが必要である。現実には学歴・職歴・趣味や対人関係を聞くことによって、元來の知的水準の凡そを推定することが可能なことが多い。

(2) 意識障害

老人は種々の身体的および精神的悪条件のもとで、意識障害を示す場合が少なくない。勿論、意識障害がある程度以上になればその判断は困難ではない。ここで問題となるのはごく軽い意識障害、最近の脳神経外科の規準でいえばI₁~I₂程度の場合である。後に詳しく述べるが、軽い意識障害が痴呆と誤解されていることがしばしばある。これは意識障害の起こりはじめにも、また重い意識障害からの回復の過程においても起こりうる。その鑑別はなかなか困難なことも多い。勿論、この場合の意識障害および痴呆はいずれも軽いものを指しており、それぞれの状態像が完成した場合には鑑別は困難ではない。

(3) Vigilance (覚醒度) の把握

人間の意識状態は常に同一なものではなく、通常一定の周期と幅の範囲内で大きく変化しており、その間に状況に応じて様々の変化が絶えず起っている。たとえば、混雑した通勤電車の中で立ってもまれているときは覚醒度は比較的高く保たれるが、うまく座れると低下しはじめることが多い。

最も周期がはっきりとしており、一定性のあるものの例としては睡眠と覚醒のリズムがある。覚醒度が年齢によってどう変わるかの検討は、脳波と日内リズムの変化の研究を基礎として発展したが、その知見は比較的最近になって得られたものが多い。老齢の患者の精神状態の把握には、覚醒度の変化を少なくとも数日以上のリズムの恒常性と、変化の両面からとらえるように心掛けておくことが重要である。それは意識障害の初期には覚醒度の低下を必ず伴うし、また薬物を用いるにあたって、その薬物が覚醒度をどう変化させるかを考えることも重要である。たとえば原則として、夜間は覚醒度を下げて睡眠の導入を容易にし、昼間は覚醒度を上げて精神活動能力の水準がより高く保たれるようにすることが望ましい。薬剤の効果がこれに逆に働くとなかなか望まれる治療結果は得難いことになる。

（４）身体的検査

老年に伴って身体の多くの臓器に加齢に基づく変化が起こる。そのうち一部はさまざまな自他覚的症状を伴い、〈疾患〉として治療の対象となる。これらのうちには生理的な老化現象として考えられるものも数多く、〈疾患〉との境界は必ずしも明瞭ではないことも少なくない。極端に言えば、ほとんどすべての老人は詳細に検査すれば、いくつかの〈疾患〉を持っていることが多い。眼科・耳鼻科・歯科等の疾患の中には、ことに生理的変化としての変化が即〈疾患〉としてとりあげられる場合が少なくない。従って老人の身体的検索に際しては、必ずといってよい程まで発見される生理的変化ともいえる〈疾患〉と、ただちに治療を必要とする〈病変〉とを区別することが先ず大切である。

老人の場合、時にこれらの身体的な障害の訴え方が、その時々状況によって、あるいは診断者に対する患者の感情的な態度によって全く異なったり、あるいは、精神的に加工されて違った形で述べられる場合があることを心得ておくことが必要である。これは家庭や入院生活における老人の健康状態、ことに自覚的訴えがその老人の感情や

情緒的反応によっていちじるしく異なって、時には一体どの程度に判断したらよいのか迷う場合のあることとも共通している。

老人の心因反応と神経症——代償とその破綻——多元的観点の必要性——

以上述べた所をまとめると、老人の存在は身体的（これは脳が最も重要かつ中心的ではあるが、決して脳のみに限らない）制限と、元来の性格に深く結びついた老人の心性に由来する条件と、家族を含めてひろく現代一般社会の持つ特徴と、いくつもの要因によって規定されていることがわかる。老人はこのような複雑にからみあった、自己と他者との流動的な関係の中で生きていると考えなくてはならない。この様相は不安定な基礎の上にあって、なんとか精神・身体両面での平衡を保っている状態に他ならず、これがどうか可能な限りは、その老人は〈病人〉としての症状や訴えを示さずに社会生活を続けることが可能である。すべての老人は何等かの意味で不確実な部分や変化した部分を持ちながら、与えられた条件の下で生きている訳である。この状態はとりもなおさず、代償に成功して社会内に止まっていると表現できる。

この代償状態は、いずれかの点で平衡がくずれば容易に破綻に落ちいる。身体条件が悪化した場合でも、環境条件に急激な変化が起こった場合でもそれは同様に起こりうるし、現われる症状もその原因の如何を問わずその人に固有の傾向がある。特に元来の性格に出発する精神的老化のありようが重要な鍵を持つ。この点は代償不全から再代償状態へと回復する可能性を考える場合に特に重要である。

老人の示す多くの精神症状、ことに心因反応あるいは神経症の範疇に入るものの経過は、まさしくこれに相当する。従って、ある一つの状況要因や身体要因をとりあげるよりは、その老人をとりかこむ多元的要因の相互布置をまず大づかみに把握し、その中で最も意義の大きいもの、あるいは治療的働きかけによって、変化させ得るものを早

く見極めることが早期診断にとって重要である。なぜならば、経過と症状の相違はあるものの、ほとんどの場合、老人の可逆性精神症状はその老人の人間生活における代償能とその破綻、そしてそれからの再構築の経過と考えられるからである。

痴 呆

老人の示す精神症状の中には、痴呆と意識障害に基づく部分が重要な役割を荷なっていることが極めて多い。これらの症状のゆえに、様々の行動の異常を伴うことは当然である。従って鑑別診断のためには、患者の示す全体の病像の中で、痴呆と意識障害の果たしている役割の大きさを見分けることが重要である。通常、次のような手順でこの問題を整理するのが便利である。

1. 精薄と痴呆

痴呆は元来、一度は正常域にまで発達した知能が脳の器質性障害のために持続的に低下したものであり、精薄は何等かの原因で、もともと知能発達が障害されたまま恒常的に経過するものである。従って、生活史と病歴を正確に知ることが出来れば、その区別はそれほど困難ではない。特に痴呆の初期には精薄には見られない、往年の知能水準の高さの残りが、面接の際に所々で表現されることに注意する必要がある。

この理想的にはわかりきったことが臨床の実際では案外見逃がされている。たとえば、Down 症候群では40歳位で脳に Alzheimer 型痴呆と同様の病変が見られることは周知であるが、この場合、通常の Alzheimer 型痴呆が示すような高度の痴呆には陥らず、元来の精薄の原型が保存されている場合が多い。しかしながら、最近は専ら脳の病変の相似性が重要視され、臨床症状の相違はあまり注目されていない。こういう単純なことが、Down 症候群と Alzheimer 型痴呆の近縁性を不当に強調して誤解を生むもとともなる。

2. 意識障害と痴呆

意識障害がある程度以上に重くなれば、その存在を判断することは容易である。しかし極めて軽

度の場合には、その存否を見極めることはなかなか困難で、前述したように軽い意識障害を痴呆と誤診することは決して稀ではない。Wieck のいう通過症候群とは、まさしくこの点を問題とした概念である。

3. 痴呆の原因と鑑別診断

痴呆の診断基準については最近、DSM III-R・ICD 9 (ICD10原案) などをはじめいくつかのものが公表され実用化されている。それぞれいくらかの相違点はあるが、記憶障害を中心に据え、これに種々の大脳高次機能障害、すなわち判断力・計算力障害、失語・失認・失行等、および性格変化などを加味し、しかもその程度が患者の日常の社会生活を妨げる程度にまで達していること、またその症状の原因として脳器質性疾患が証明、あるいは強い蓋然性をもって疑われること等が挙げられている。臨床の実際では記憶障害、あるいはそれに基づく行動異常や、人格変化などを家族をはじめとする周囲の人々に気付かれて受診に至る場合が圧倒的に多い。患者自身が〈記憶障害〉(物忘れの訴)で受診する場合は、痴呆ではなく、神経症圏の心気症状を考えた方がよい。

ところで従来痴呆は脳器質性疾患に基づく症状であり、一度起こると回復不可能な非可逆性症状であるとされていた。しかし最近、治療の対象となる可逆的な場合でも、前述の条件を満たす症状であれば痴呆と呼ぶようになった。すなわち treatable dementia と呼ばれるものである。従って痴呆と診断される症状を診た場合には、まずもってこの種のいわゆる“原因が脳以外にある”痴呆を、鑑別の対象とすることが必要である。内分泌系ないしは代謝障害性の疾患が主なものであり、臨床症状と検査所見とに基づいて、これらの疾患に想いをいたせば鑑別はさほど困難ではない。

次の段階は脳原発の痴呆(外因性)の鑑別である。慢性アルコール中毒・慢性薬物中毒・頭部外傷・てんかん等については病歴を正確に得ること、脳波所見・画像診断等から診断はそれ程困難ではない。C-J 病・進行麻痺・AIDS はいずれも感染

症の範疇に属する疾患であるが、わが国では現在のところ数は多くない。進行麻痺・AIDS については血清学的診断が決定的な意義を持ち、C-J については脳波所見が参考となることは周知の通りである。最近さらにミトコンドリア脳筋症のなかに、Alzheimer 型痴呆を思わせる患者のあることが知られてきた。この場合は血中ピルビン酸値の測定や筋生検等により診断が可能である。これらの疾患が、痴呆症状を示し得ることを基礎的知識として知っていることは重要であり、次に患者を前にして「知らざるにらず 思い至らざるなり」の失敗をしないことである。

4. 原発性神経変性疾患による痴呆

Alzheimer 型痴呆・Pick 病がその主要なものである。その他の神経変性疾患でも痴呆を伴う場合は少なくないが、そのほとんどは精神症状に基づいてではなく、神経学的症状に重点をおいて診断が下される。その代表的な例は Huntington 舞蹈病である。最近 Parkinson 病と痴呆についても多くの研究があるが、少なくとも早期診断に重点をおいて考える限り、Parkinson 病では明瞭な痴呆が症状の前景に立つ場合はないと考えてよい。若し Parkinsonism と痴呆とが早期から明瞭に認められたならば、何らかの Parkinsonism を伴う痴呆性疾患か、Alzheimer 型痴呆と Parkinson 病の合併を考えるのが一般的といえよう。

5. Alzheimer 型痴呆 (SDAT) と脳血管性痴呆

1) 脳血管性痴呆

脳血管性痴呆はそのほとんどが脳動脈硬化のために、脳の循環障害が起こった結果現われる臨床症状であり、ごく一部に、その他の閉塞性動脈炎やアミロイドアンギオパチーなどの特殊な動脈疾患が加わるにすぎない。従って一般的には、脳血管性痴呆という場合には、脳のみならず全身を含めての動脈硬化の既往症、および現在症の把握からはじめなければならない。すなわち血圧・脂質代謝異常の有無、糖尿病・腎機能・心機能・眼底血管像などにまず注意を払うべきである。もっとも動脈硬化は全身の動脈に極めて不均一に起こるものであるので、他の臓器に動脈硬化性所見の認

められないことは、決して脳動脈硬化を否定する材料とはならない。

脳血管性痴呆については、従来、もっぱら多発梗塞性痴呆 (Multiinfarct Dementia ; MID) が代表として考えられていた。すなわち脳動脈硬化のために脳に多発性の小梗塞巣が、主として大脳基底核を中心に大脳皮質・白質に出来るためとされる痴呆である。

その臨床特徴は①段階的に悪化すること、すなわち症状が急に起こり、その後安定化したと思っていると再び悪化する場合が多い。初期には痴呆といっても、ある精神機能は比較的よく保たれており、いわゆる「まだら痴呆」の特徴を示す。②種々の局所神経症状、たとえば深部腱反射亢進、あるいはその左右差、Babinski 反射その他の病的反射の出現、歩行障害殊に麻痺、嚥下障害などが精神症状の出現に伴って現われることが多い。③上記精神身体症状の出現とともに、意識障害を伴うことが多いなどに要約し得る。

脳血管痴呆と Alzheimer 型痴呆の鑑別に有用なものとして、以前から Hatchinski の脳虚血評価点数表とか、松下の天秤法とよばれる一種の rating scale が広く用いられている。これらは、いずれも MID を代表的な脳血管性痴呆と考えて考案されており、その限りにおいては有用性が認められる。

一方で最近、大脳白質にひろくびまん性の血管性病変を持つ痴呆例の存在が問題となっている。これは大脳白質ことに前頭葉に、CT 上いわゆる Periventricular lucency (PVL) と呼ばれる低吸収域が認められ、比較的軽いがびまん性に広がる髄鞘崩壊を示し、白質の細小動静脈の線維化や小動脈の硬化像が認められるものである。これらの症例では勿論、大脳基底核部を中心に小梗塞、あるいはラクネを伴う場合も多く、MID とは異なる独立した疾患とはいえない。ただこの種の白質の病変が、高度であると Alzheimer 病の初期に類似した臨床像を示す場合があり得ることに十分留意する必要がある。临床上は CT あるいは MRI (T₂強調画像では high density) での PVL に留意する

以外に特に方法はないのであるが、血管性痴呆の中にこのような、臨床的には Alzheimer 型痴呆によく似た経過をとるものがあることを知っておく必要がある。

一方、同じ白質病変を中心とするものに、古くから云われている Binswanger 病がある。これはむしろ後頭葉白質に病変が強く、髄鞘崩壊も高度で時に嚢胞を形成し、臨床的には高度の痴呆に陥るものである。ただしこの病気は、昔から有名である割に実際には稀なものと考えられ、先に述べた白質障害型との区別も明瞭ではない。また大脳白質に多数の小梗塞巣がありながら、これが瘢痕化して CT 上は低吸収像を示さないために、臨床上 MID の診断をおきにくい場合もある。

血管性痴呆の診断は、上に述べた臨床上的特徴と CT、あるいは MRI などの画像診断から最近はかなり確率度で可能となったが、やはり最終的には剖検の所見を待たなければならない。

2) Alzheimer 型痴呆

Alzheimer 型痴呆は稀に見られる家族性発症を別にすると、主として散発性に発現し、女性にやや多い。老年期 (65歳以上) の痴呆患者のうち、わが国では約 30% を占めるが欧米ではその頻度をもっと高い。

発病は徐々に、初期には精神症状のみが現われ神経症状は認められないのが常である。臨床的には前に説明した痴呆の諸症状が認められるが、殊に記憶障害——通常は〈物忘れ〉が異常に高度である——が家族から訴えられる場合が多い。初期には患者自身も“物忘れがひどくて”と述べることもあるが、あまりそれに悩んでいる様子はない。この点は抑うつ状態や神経症の老人が、真剣かつ執拗に〈物忘れ〉を主訴として訴えるのとは異なる。Alzheimer 型痴呆の場合は、自己の記憶障害のために起こった周囲への迷惑などはすでに忘れてしまっている場合が多く、家族の深刻な訴え方と奇妙なコントラストを示すことがしばしばである。初期の記憶障害は短期記憶ないし比較的最近経験したことの忘却で、いわゆる記銘力障害の形を示す。従って当然、見当識も不確実となる。次第

に長期記憶も障害され、これらは進行性の経過をとる。血管性痴呆の際にしばしば見られる、『記憶障害』の程度が日によって消長を示すことはまず見られない。これはすでに述べた通り、特に急性期からの回復後に『血管性痴呆』の患者が示す『記憶障害』には、多かれ少なかれ自然経過としての意識障害が加わっているからである。従って Alzheimer 型痴呆患者の初診時には、病歴を出来る限り詳細に聞いて、少なくとも精神身体症状のなかに、血管性をはじめ何らかの意識障害のエピソードを考えさせる症状は認められなかったことを確かめ得れば有用な判断資料となる。

引き続いて判断力障害・抽象思考の障害、その他、高次脳機能の障害が加わって次第に人格水準が低下する。これらは約 1～2 年間に経過する場合が多く通常第Ⅰ期と呼び、なお不十分ながら独力で身の整理を行うことは可能である。続いて 50～60 歳台位までに発病した狭義の Alzheimer 病では、失語・失認・失行等の巣症状が明らかに認められる場合が多いが、高齢発症の時にはそれ程に明かではない。痴呆がある程度進行した頃、付随的な症状として、抑うつ状態・不眠・徘徊・妄想幻覚・易刺激性・感情の変わり易さ、などさまざまな精神症状や、それと関連する行動の異常を認める場合が多い。これらは介護者の立場からは、痴呆それ自体よりも苦勞する症状である。幸いなことにこれらの精神症状は、適当な薬物治療と治療環境の配慮によって比較的軽快し易い場合が多いので、なるべく早く必要な治療を行うべきである。

上述の不眠・徘徊に伴い、あるいは引き続いて、殊に夜間を中心にせん妄状態の出現することがある。多くは精神的あるいは身体的なきっかけに引き続いて、軽い精神運動興奮と幻覚妄想を伴った意識障害の形で出現する。初期からの経過を知ることが出来れば、Alzheimer 型痴呆の経過中に現われたせん妄状態と判断出来るが、初診であると血管性痴呆の初期症状としての脳循環障害の結果の症状かと迷わされ易い。また Alzheimer 型痴呆の経過中に脳循環障害が起こり、混合型痴呆

(Alzheimer 型痴呆の脳病変と、血管障害による脳病変が共に存在して、臨床上的痴呆症状が、主としてそのいずれに基づくかを判断し難いもの。全痴呆患者の約10%位にみられる)へと進行してゆく場合もあり得ることを忘れてはならない。

発病後2～3年経過して、上述のような症状が見られるようになると常時介護が必要となり、時に全身痙攣発作やミオクロニーなどが現われる。CT 像や MRI では、大脳皮質と脳室系両方の左右対称的な拡大、すなわち脳萎縮像が明瞭に認められる。初老期発症の狭義の Alzheimer 病では、この時期に錐体路症状、錐体外路症状をはじめ神経症状がほとんどの症例に出現するが、高齢発症では痴呆を中心とした精神症状が中心の場合が多い。

次いで失禁・発語減少から無言・意志発動性が減じて食事にも介助が必要となり、最終的には認識能の喪失に陥り、失外套症候群の状態となる。この状態を第Ⅲ期と呼ぶ。最近ではケアが良好となったせいもあり、第Ⅲ期は約10年近く続く。

以上のような臨床経過から、Alzheimer 型痴呆の臨床診断はほぼ可能であるが、確診は剖検によらなくてはならない。

6. 痴呆の評価法とその早期診断上の意義

痴呆の疑いのある患者を診察した際に、その有無および程度を評価したいと考えることはしばしばある。この目的のために、最近では種々のテストがひろく用いられるようになった。わが国では長谷川式簡易知能評価スケール・国立精研式痴呆スクリーニングテスト・MMS (Minimental State Examination, 邦訳版あり)・GBS などいくつかのものが用いられている。重要なことは、(1) これらのテストにはそれぞれの作成にあたって目的とする所があり、一様ではないこと(2) これらのテストの得点を優先して痴呆の診断を行うのではなく、診察の結果をテストである程度確認するものであるという思考の順序をあやまらないこと(3) 意識障害があると思われたならば行わないことである。

老人の妄想と幻覚

——内因性病像——

老人が妄想や幻覚を示すことは決して少なくない。これらの症状を主訴として受診した場合には、前述の通り痴呆・意識障害(せん妄状態)、時には老人性難聴等についてまず考慮することが重要である。殊にこれまで全く健康な社会生活を行い、幻覚や妄想を示したことなかった老人が急にこれらの症状を示した場合には、まず第一に脳および全身各臓器に何らかの疾患が発病し、その結果症候精神病としての幻覚妄想が現われたのではあるまいかと考えて、必要な診察および検査をただちに行うべきである。一般的常識としては、このような場合意識障害が前景に出てくるが、時には妄想幻覚が主要症状となる場合もあり得る。

痴呆老人が経過中に妄想幻覚を示すことが少なくないことはよく知られている。この場合は、患者の示す痴呆の程度に応じてその内容もまとまりがなく単純で、通常はひとつのテーマが長続きせず転導性に富んでいるものが多い。ただ軽い痴呆の場合は、老人が確信をもって述べるとかなりの真実性を帯び、時には家族までそれに巻き込まれてしまい判断が難しくなる場合もある。また前述したように、痴呆の有無にかかわらず老人の場合、せん妄状態に陥り易く、この場合には当然幻覚や妄想が活発に見られることが少なくない。

以上はいずれも、これまで幻覚や妄想を示さなかった老人が急速に症状を示した場合の問題である。もし若い頃から妄想幻覚が続き、精神分裂病の診断を受けたことのある老人が、最近これらの異常体験が再発、あるいは活発化した場合には、長期経過の中で老人となった精神分裂病患者として考えてよい。むしろ老人の精神分裂病患者は減多に老年痴呆には陥らないが、脳血管障害による諸症状(必ずしも痴呆とは限らない)を併発することがままあり、その場合意識障害を伴う妄想幻覚が現われることがある。これを従来の精神分裂病による妄想幻覚と鑑別することは治療上の観点から重要である。

老年期に入って、これまで述べた他の疾患を除外して最後に残るものに、老年期の原発性妄想状態あるいは遅発分裂病と呼ばれる一群がある。学問的には重要な意味があり、またこの病気の存在を知っておくことは大切であるが、頻度の低い疾患であるのでここでは詳しく述べない。いずれにしても、鑑別診断のおしまいに残されるものである。

ま と め

老年期の精神障害の早期診断を考えるにあたって、日頃の臨床で、著者自身が行っている診断の順序と考え方の要点について述べた。毎日の外来では、ほぼこの程度のことが頭の中で考えられて

いれば、そう大きな間違いは起こさないで診断の方向性を決められるのではないかという程度の内容である。勿論、比較的容易に難度の高い診断の出来ることもあれば、いくら苦勞してもどうしても判断の出来にくい場合もある。最後に述べておきたいことは、老年精神障害の診断のために是非必要なことは、狭義の精神症状を示さない、しかし老人特有の心性が如何にして発現し、どう進展してゆくかを長く経過を追って観察理解すること、これがすべての精神症状理解のための基礎知識となり、出発点となるものと思う。そう思って考えれば、そういう＜健康な＞老人はわれわれのまわりに大勢いるし、やがては自分自身を顧みることですぐ足りの時がくることになる。

研究発表・業務報告に!

(有)庄美メディカル

PRESENTATION

スライド製作
出力

カラスライド・ブルーバック
フィルムレコーダ
ページプリンタ(ポストスクリプト)
プロッタ
電算写植

地下鉄本郷3丁目
後楽園
庄美メディカル
水道局
順天堂大 医院 東京医科歯科大
JR御茶ノ水

〒113 東京都文京区本郷
2-14-5

TEL (03)5689-4345
(03)5689-4346

FAX (03)5689-4346