高齢者の神経・精神機能

Neurological and Psychological Function of the Elderly

一色 俊行

TOSHIYUKI ISSHIKI

Department of Physical Therapy, Saitama Medical School Junior College: 38 Moro-Hongo, Moroyama-machi, Iruma-gun, Saitama 350-0054, Japan. TEL +81 492-76-1541

Rigakuryoho Kagaku 14(3): 115-122, 1999. Received Jun. 8, 1999.

ABSTRACT: It is well established that dementia is the most common organic disorder of neurological and psychological function in the elderly. The present report, therefore, deals with the definition, classification, causative disease and recent problems of dementia. It then describes clinical symptoms of dementia due to cerebrovascular disease and Alzheimer's disease, the diagnosis and treatment, and the method for nursing and care. The report also introduces the clinical symptoms of 'false dementia (depression)' and 'deliriant', which are often confused with those of dementia. In order to achieve further understanding of dementia, the method for distinguishing dementia from those diseases is described along with the representative evaluation scales for dementia, depression, and deliriant.

Key words: dementia, false dementia, deliriant

要旨: 高齢者の神経・精神機能に関して、その器質的障害の中心である痴呆に注目し、その定義、分類、原因疾患、今日の問題点、痴呆の大部分を占める脳血管性痴呆・アルツハイマー型痴呆の症状、診断と治療、看護と介護について紹介し、臨床場面によく痴呆と混同される仮性痴呆（うつ病）とせん妄状態を紹介した。また各々の疾患と痴呆との鑑別点を紹介することによって、痴呆の理解を深めることを目的とした。これら三つの疾患の代表的な評価スケールを紹介した。

キーワード: 痴呆、仮性痴呆、せん妄

埼玉医科大学短期大学：埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷 38（〒 350-0495）TEL 0492-76-1542

受付日 1999年6月8日

I. はじめに

高齢者の神経・精神機能という表題をいただき大変困惑した。高齢者の意識レベル、注意レベル、記憶、知能、高次脳機能障害（失語、失行、失認）など、どれも重要な機能が多数みられるからである。また、高齢者の特性（ここでは一応65歳以上とする）は、身体諸器官の老化（皮膚、髪、歯、脊椎の老化、身体諸機能の低下）。社会的な役割の変化（縮小）、喪失的な体験→老いの心理の形成（心の葛藤：不安、悲哀）。知的面の低下（特に記憶力）、知的作業のスピードの低下に反して、一般的知識、理解、語彙、判断力は比較的衰えない。すなわち、学習を重ね、柔軟な思考のパターンを開発するよう努力することで衰えを防止するばかりか、ある程度の向上も望める（流動性知能と結晶性知能）ことと、その機能の異常としては、①老化と関連をもつ症状（痴呆や意識障害など）が出やすい。②心身の関連が強い。③症状が非定型になりやすい。の3点が挙げられる。主な障害としても、器質的障害として、痴呆、脳血管障害など、機能的障害としてうつ病、神経症などがあるが、今回は痴呆を中心に述べる。

II. 痴呆とは

(1)定義

- ①一度獲得された知能の、後天的で慢性的な知能低下。
生れつき知能が低かったり、成人までに正常に知能が発達しない場合は精神遅滞（精神薄弱）と診断される。
- ②脳の器質性病変の存在。
脳が病気により変化している状態（萎縮、出血など）。
- ③意識障害がなく経過は非可逆的。

痴呆という言葉は、元来臨床診断で使われてきたため、どのくらい知能が障害されれば痴呆と言えるのか、明確な基準はない。また、医学的には上記の3点がそろった場合を狭義の痴呆と考えるが、最近では治療可能な痴呆の存在もあり、③については拡大解釈をする傾向にある。

まとめてみると、「知的な能力の低下により、職業や対人関係などを含めた、社会生活や日常生活に支障をきたすようになった状態。」と言える。また、ボケという言葉は医学用語ではなく、概念的には正常の老化から痴呆まで非常に広い範囲に対して使われている。

【例】

正常の老化：正確には伝言を思いだせないが、訪問者があり、伝言があった事は覚えている。
病的な老化：訪問者があった事自体を覚えていない。

(2)痴呆の分類

①病因に関連した分類。

一次性痴呆：痴呆の本態、病因がいまだ明らかなでないもの。アルツハイマー型痴呆、ピック病など

二次性痴呆：痴呆の原因疾患の病態が明らかなもの。痴呆はその該当疾患の症状として理解される。脳血管性痴呆、脳腫瘍、進行麻痺など

②原因病巣の部位による分類。

皮質性痴呆：大脳皮質に主病変をおくもの。

アルツハイマー型痴呆、ピック病など

皮質下痴呆：大脳白質を含む皮質下に主病変をもつもの。
脳血管性痴呆、パーキンソン病など

③発病年齢による分類。

初老期痴呆：45～65歳未満の発病。アルツハイマー病、ピック病、脳血管性痴呆など

老年期痴呆：65歳以上の発病。アルツハイマー型老年痴呆、脳血管性痴呆など

(3)痴呆の原因疾患

脳血管性痴呆：脳梗塞、脳出血、バンスワングー病など

変性疾患：アルツハイマー型痴呆（アルツハイマー病、アルツハイマー型老年痴呆）、ピック病、パーキンソン病、ハンチントン舞踏病など

感染性疾患：クロイツフェルト・ヤコブ病（狂牛病）、エイズ脳症、進行麻痺、各種脳炎、脳膿瘍など

腫瘍性疾患：脳腫瘍（原発性、転移性）など

内分泌性疾患：甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、など

代謝性疾患：ビタミンB12低下症、ペラグラ、電解質異常など

外傷性疾患：慢性硬膜下血腫、脳挫傷後遺症など

中毒性疾患：アルコール脳症、ウィルソン病、肝性脳症、低酸素症など

その他：正常圧水頭症、SLE、多発性硬化症など

このなかで、アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆、それとこの2つの混合型痴呆が、痴呆全体の8～9割を

占めている。

III. 何故、今、痴呆が問題とされるか

(1)老齡化、痴呆患者の増加

老年人口（65歳以上）と一口にいても70歳前後と85歳では障害の程度も、問題点も大きく違っているため下記のように分類する人もいる。

65歳－75歳未満	Young old（前期高齢者）
75歳－85歳未満	Middle old（中期高齢者）
85歳以上	Old old（後期高齢者）

現在の老年人口は総人口の約15%。

老人の人口比率は	昭和10年 20人に1人
	昭和60年 10人に1人
	平成20年 5人に1人
	平成30年 4人に1人

老人の痴呆になる率は平成7年で6.9%と言われていたが、85歳以上では4人に1人（約25%）と言われ後期高齢者程痴呆が深刻な問題となる。

平成6年の平均寿命は、女性82.98歳、男性76.57歳でまだ伸びる傾向にある。

痴呆性老人の数は、

（1人を支える生産年齢人口）

1995年 126万人（老人の6.9%）	69人
2000 156万人	
2005 189万人（老人の7.6%）	
2010 226万人	
2015 262万人（老人の8.1%）	
2035 337万人（老人の10.5%）	21人

痴呆性老人の増加だけでなく、それを介護する人の不足が懸念される。

(2)治療や対応の困難さ

痴呆には後述するように治療の可能なものもあるが、残念なことに現在の医学では治療不能のものもある。この治療不能のものの代表がアルツハイマー型痴呆であるが、この割合が増えてきている。また、医療現場においても、家庭でも、我々医療従事者も家族も、痴呆性老人と共に生きていくことは初めての出来事で、個々の痴呆患者によってどういう場所で、どのような医療・看護・介護を受けることが適切なのかを見極める事が困難であることや、適切な施設や病院への入所がいろいろな要因で不可能な事がある。

現在の我々にまず求められるものは、痴呆の早期発見である。そのためには、痴呆の疑いがあるかどうかをみ

る力が必要とされる。もし必要なら、病院（神経科、精神科、老年科）できちんと診断してもらい、治療や介護を受けることになる。

IV. 2大痴呆疾患

(1)脳血管性痴呆

脳血管障害、主に脳梗塞が原因となる痴呆です。脳血管障害の約30～40%が痴呆を起こすと言われている。脳血管障害は加齢とともに増加するので脳血管性痴呆の発症も高齢になるに従って多くなる。脳動脈硬化が進行して脳梗塞、脳軟化あるいは脳出血などの脳器質性変化をきたすと脳血管性痴呆となる可能性が出てくる。特に、小梗塞が多数存在する多発梗塞で起こりやすいといわれている。

脳血管性痴呆にはいくつかの特徴がある。まず、既往症に高血圧や脳卒中発作を認めること、また、麻痺や言語障害などの局在性の神経症状が多くみられること。臨床経過としては、比較的急性に発症し、また階段状に増悪する。これは新しい梗塞が発症するときに、ある容積の脳実質が失われて症状が悪化するためと考えられている。脳梗塞の病巣の分布が不均衡で不連続なため、知的機能の低下が一様でなく、まだら状に低下しており、まだら痴呆とも呼ばれている。これらの症状は脳循環状態の変動に伴って一過性に改善、増悪し動揺性があります。

また、アルツハイマー型痴呆との比較を表1に示した。

(2)アルツハイマー型痴呆

初老期のアルツハイマー病（早発性アルツハイマー病）と老年期のアルツハイマー型老年痴呆（晩発性アルツハイマー病）を区別しないで、アルツハイマー型痴呆と呼ぶようになってきている。

①特徴

症状の中心は記憶（特に記銘力）の障害と見当識障害。病気の進行によって第1期から第3期までに分けられる。病理学的にはアルツハイマー神経原線維変化と老人斑の出現。

②症状（意識清明な状態で）

記憶の障害；記銘力障害（短期記憶障害）が主体。

他に長期記憶障害として、逆行性健忘。

見当識障害；人、場所、時間の認識障害。

抽象思考の障害。

神経心理学的症状（高次大脳皮質機能障害）；

失語、失行、失認など。

性格変化。

表1 アルツハイマー型痴呆と比較

	脳血管性痴呆	アルツハイマー型痴呆
性別	男性に多い	男女比は1:3, 女性に多い
経過	階段状に増悪, 浮動傾向	進行性, 固定傾向
病識の欠如	末期になって起こる	早期に起こる
自覚症状	初期に頭痛, しびれ感, めまいなど	少ない
精神症状	まだら痴呆 末期まで人格は保持される その他巣症状, 神経学的局所症状が多い	全般的痴呆 人格の崩壊は著明 多幸性, 多弁のことがある

③痴呆の進行によるステージ

最初から完成された痴呆になる訳ではなく, “症状は段々に進んでいく”。

【第1期】

軽度の知能低下と非特殊的人格変化を主とする時期。

記銘・記憶障害と空間見当識障害が目立つ。

幻覚, 妄想, 抑うつ状態, 感情易変性などの随伴精神症状。

【第2期】

進行した知能低下と巣症状が特徴。

各種の神経心理学的症状のほかに, 語間代, 保続症, Kluver-Bucy 症候群, 神経学的身体症状が高頻度に見られる。

【第3期】

高度の痴呆状態。けいれん発作や四肢屈曲拘縮などの姿勢異常。

いまだ有効な治療法は見つかっていない。最近の研究では, アルツハイマー神経原線維変化と痴呆の関連性や, アポ蛋白E (アポE) の遺伝子についての解析が進められている。

V. 痴呆の診断と治療

(1) 早期の診断

痴呆の確定診断は病院で専門医の診察を必要とする。アルツハイマー型痴呆に対しては, 別紙の長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) などのテスト法や, 行動評価法 (日常生活, 日常会話, 意志疎通, 具体的例示) なども参考にしなるべく早期に診療を受けるようにする。脳血管性痴呆は痴呆の出現以前に診療されている場合が多い。

仮性痴呆 (うつ病) との鑑別も重要である。早期の診療により, 診断と治療方針が決まる。診断によって, 家族が症状を理解できる (困惑, 不安, ジレンマの軽減)。家族の心理的な負担の軽減 (1人で抱え込まず, 相談する場所がある)。治療や家族の心理的安定, 家族の接し方

の変化が, 患者さんの症状を安定にする。

(2) 治療可能な痴呆

脳血管性痴呆を代表に感染性, 内分泌性, 代謝性, 中毒性などの多くの痴呆。

予防: 危険因子の除去, 基礎疾患の治療。

治療:

①薬物療法 (脳循環・代謝改善剤, 栄養剤など)

②その他の治療法

アルツハイマー型痴呆に関しては予防は困難。治療に関しても, 痴呆を直接治療できる薬物はないが,

a) 残された脳の働きを改善し, 維持するための脳循環・代謝改善剤。

b) 痴呆の随伴症状 (周辺症状) に対して用いる向精神薬。

その他の治療法

c) 精神療法的アプローチ (ケア): 接し方によって患者の症状や態度が変わる。経験と情報交換, 接する人の個性や患者さんの特性によって応用していくことが重要である。

d) 本来残存している能力が, それを使う機会がないか, 能力がないと周囲が思い込んで使わせないために能力が低下し, 生活レベルが下がり, 痴呆が本来よりも一見悪化している事がある。リハビリ可能な部分を探してリハビリをする。

VI. 痴呆の看護・介護

基本的な態度: 親切で優しく, 患者の訴えをよく聞いてあげる。大声で叱ったり, 理屈で説得をしようとなない。患者をはずかしめたり非難するような事は言わない。患者さんが問題行動を何故するのかを汲み取るようにする。

(1) 不可逆的部分と可逆的部分を見極めること。

治療可能なものはきちんと治す。しばしば, 意識障害や全身衰弱が合併している。

(2)在宅介護，施設への入所，病院への入院，介護者のメンタルヘルス

患者さんにとって必要だったり（合併症や随伴症状），また介護する家族の構成によっては早期に施設への入所を検討する。特別養護老人ホームなどは入所までに数年を要する場合があるので早めに申し込む事も必要である。また，場合によっては入所までの短期間に限って，病院に入院することもできる場合がある。在宅介護は介護者の家族に非常な負担をかけるので，行政の各種サービスを受けることをすすめたい。患者の家族のなかには，「痴呆は治らない」「行政の各種サービスを知らない」「行政のサービスを受けるのは恥」などと考えて，治るものも放っておいたり，無理をして介護者がなんらかの病気になったり，家族の崩壊や心中事件，安楽死事件になることもある。患者をみるものが心身ともに健康であるように，患者の家族，施設の職員，病院の医療従事者，行政のスタッフがより密接に連携して，痴呆性老人の生活しやすい環境を作っていく事が重要だと思われる。

VII. 痴呆との鑑別の重要な障害，仮性痴呆（うつ病）とせん妄状態

今までは痴呆に関して述べてきたが，最後に痴呆との鑑別の重要な障害を二つ紹介する。

(1)仮性痴呆（うつ病）：高齢者における精神障害のなかで機能的障害の代表は老人性のうつ病である。老年期のうつ状態は，種々の身体因，脳の老化，社会的心理的要因などが関与し，その病像を複雑化しているが，基本的には若い人のうつ状態と変わらない。感情障害，思考障害，意欲の障害を主症状とし，落ち込んだ気分，動作が緩徐になり，小さな声で話す。話の内容は悲観的で，死にたいなどの希死念慮がある。食欲も不振となり，体重の減少に加えて早朝覚醒型の不眠があればまずうつ病を疑ってよい。高齢者のうつ病は一般に難治性で，自殺の危険がより強いだけでなく，動作や思考のスピードが遅くなり，注意の集中が困難になるために記憶力の低下や判断障害が起こり，一見すると痴呆様の症状を呈し仮性痴呆とも呼ばれる。表2に痴呆との鑑別を記す。

うつ状態の評価スケールとして自己評価式の Zung のうつ状態の評価スケールを資料につける。

表2 仮性痴呆と痴呆の鑑別

	仮性痴呆	痴呆
発症様式	痴呆様症状以前に抑うつ状態	痴呆症状
感情障害	不安・心気症状	殆どなし
症状出現までの期間	数週以内	数ヵ月以上
うつ病の既往歴	しばしばあり	原則としてなし
見当識障害	殆どなし	よくみられる
症状に対する訴え	多い	殆どなし
自殺傾向	しばしばあり	殆どなし
夜間の憎悪	ない	あることが多い
質問に対する反応	沈黙や知らない，忘れた	言い訳や誤答

表3 せん妄と痴呆の鑑別

	せん妄	痴呆
発症様式	急性・亜急性	慢性
持続期間	時間から週単位	月から年単位
臨床経過	一過性，日内変動（特に夜間）	持続性，進行性
意識	低下，混濁	正常
知覚障害	錯覚・幻覚（特に幻視）	殆どない
睡眠覚醒リズム	日中傾眠，夜間不眠	障害されにくい
精神機能の障害	高次から低次機能まで	高次機能の障害

(2)せん妄状態：せん妄は認知機能の低下、睡眠障害や錯乱を伴った急性の精神症状群で、中枢神経に侵襲が及んだ際に起こる器質性精神障害の代表的なものである。精神症状を伴った意識障害の特殊型（意識変容）として考えられている。高齢者ではしばしば認められ、特に夕方から夜間にかけて出現することが多く（夜間せん妄）急性に出現する一過性の精神症状群で、その間に限って、普段にはみられなかった行動異常がみられる。時に軽い動揺を示しながら数週間持続することもある。昼間は比較的落ち着いていることが多い。

表3に痴呆との鑑別を記す。

せん妄状態の評価スケールとしてせん妄評価尺度(DRS)を資料につける。

VIII. まとめ

- (1)高齢者の神経・精神機能として痴呆について紹介した。
- (2)痴呆との鑑別の重要な疾患であるとともに、高齢者の精神機能障害としてもよくみられる疾患である、仮性痴呆とせん妄状態について紹介した。
- (3)痴呆（改定版長谷川式簡易知能評価スケールを資料とする）、仮性痴呆とせん妄状態の各評価スケールを紹介した。

■改訂 長谷川式簡易知能評価スケール

合計得点		/30	
施行日	年 月 日	施行者名	
氏名		検査場所	
生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	歳 男・女
診断名			
備考	(教育年数： 年)		

No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年 0 1 月 0 1 日 0 1 曜日 0 1	
3.	私達が今いるところはどこですか？ (自覚的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？施設ですか？) (の中から正しい選択をすれば1点)	0 1 2	
4.	これから言う3つの言葉を覚えてみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく。) 1: a)桜 b)猫 c)電車 2: a)梅 b)犬 c)自動車	0 1 0 1 0 1	
5.	100から7を順番に引いてください。 (100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。最初の答が不正解の場合、打ち切る。)	(93) 0 1 (86) 0 1	
6.	私がこれから言う数字を逆から言ってください。(6-8-2、3-5-2-9) (3桁逆順に失敗したら打ち切る。)	2-8-6 0 1 9-2-5-3 0 1	
7.	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自覚的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え) (正解であれば1点。) a)植物 b)動物 c)乗り物	a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2	
8.	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの。)	0 1 2 3 4 5	
9.	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒待ってもでない場合にはそこで打ち切る。) 5個までは0点、6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点	0 1 2 3 4 5	

満点：30
カットオフポイント：20/21 (20以下は痴呆の疑いあり)

合計得点	
------	--

資料 Zung の自己評価うつスケール

アンケート

氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 明・大・昭 年 月 日生

あなたの気分について、おたずねします。(○印をつけてください)

1. 気が沈んで、ゆううつだ	な し	ときに	しばしば	常に
2. ささいなことで泣いたり、泣きたくなる	な し	ときに	しばしば	常に
3. 夜、よく眠れない	な し	ときに	しばしば	常に
4. 最近やせてきた	な し	ときに	しばしば	常に
5. 便秘している	な し	ときに	しばしば	常に
6. ふだんより動悸がする(胸がドキドキする)	な し	ときに	しばしば	常に
7. 何となく疲れやすい	な し	ときに	しばしば	常に
8. 落ち着かず、じっとしていられない	な し	ときに	しばしば	常に
9. いつもよりイライラする	な し	ときに	しばしば	常に
10. 自分が死んだほうがほかの人は楽に暮らせると思う	な し	ときに	しばしば	常に
11. 朝方一番気分がいい	な し	ときに	しばしば	常に
12. 食欲はふつうにある	な し	ときに	しばしば	常に
13. 異性の友人とつき合ってみたい(茶のみ友だちがほしい)	な し	ときに	しばしば	常に
14. 気持はいつもさっぱりしている	な し	ときに	しばしば	常に
15. いつもと変わりなく仕事(身のまわりのこと)ができる	な し	ときに	しばしば	常に
16. 将来に希望(楽しみ)がある	な し	ときに	しばしば	常に
17. 迷わずに物事を決めることができる	な し	ときに	しばしば	常に
18. 役に立つ人間だと思う	な し	ときに	しばしば	常に
19. 今の生活は充実していると思う(今の生活に、はりがある)	な し	ときに	しばしば	常に
20. 今の生活に満足している	な し	ときに	しばしば	常に

●評価点の出し方 評価点=粗点 $\times\frac{5}{4}$: 評価点 50 点以上をうつ状態

●粗点の出し方

設問の 1～10 までは

なし…1点 ときに…2点 しばしば…3点 常に…4点

設問の 11～20 までは

なし…4点 ときに…3点 しばしば…2点 常に…1点

<粗点の合計の 4 分の 5 が評価点>

●評価基準

正常群……………39 点以下

境界群……………40～49 点

うつ状態群……………50 点以上

資料 Delirium Rating Scale (DRS)

		採点者	採点日時	年	月	日	時
項目		判定					
1	発症の時間経過	0. 変化なし 1. 緩徐な光症, 6カ月以内 2. 急性な行動や人格の変化, 1カ月以上にわたる 3. 急激な行動の変化, 1ないし3日程度					
2	知覚障害	0. 兆候がない 1. 離人感や疎隔体験 2. 錯視または知覚の誤り 3. 外界についての現実吟味の著しい混乱					
3	幻覚の種類	0. 幻覚なし 1. 幻聴のみ 2. 幻視がみられ, 幻聴の有無は問わない 3. 幻触, 幻臭, 幻味があり, 幻視や幻聴の有無は問わない					
4	妄想	0. 妄想なし 1. 体系化された妄想 2. 新しい妄想 3. 漠然とした妄想					
5	精神運動行動	0. 精神運動制止あるいは焦燥感がない 1. 軽度の不穏, 震え, 不安 2. 中等度の興奮 3. 激しい興奮					
6	テストによる認知力の程度	0. 認知障害がない 1. ごく軽度の認知障害 2. 一領域のみの障害 3. 多くの領域に認知障害 4. 重度の認知障害					
7	身体的障害	0. 認めない 1. 身体疾患がある 2. 身体要因を認める					
8	睡眠・覚醒周期の障害	0. 障害を認めない 1. 日中の眠気, 夜間の睡眠の持続性困難 2. 頻回の居眠り夜間不眠, 睡眠・覚醒周期の逆転 3. 眠気が強く覚醒困難 4. 昏迷または昏睡					
9	気分の動揺性	0. 認めない 1. 時間経過の中で変動 2. 明らかな気分変動 3. 重篤な情動の脱抑制, 怒りの爆発					
10	症状の変動	0. 症状は安定 2. 症状は夜間に悪化 4. 症状の強さは動揺し, 24時間の期間に漸増, 漸減					
		計 / 32					