V 高齢者の精神疾患

認知症周辺症状，せん妄

細井尚人
袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患センター センター長

Point 1 せん妄と認知症周辺症状を鑑別できる．

Point 2 せん妄は急性発症の意識障害，認知症周辺症状は慢性疾患（認知症）の増悪であることを理解する．

Point 3 薬物治療の特徴を理解する．

Point 4 認知症には長期的なかかわりが必要であることを理解する．

はじめに

高齢化社会に伴い，精神科救急医療においても，65歳以上の高齢者や認知症患者の受診が増加している．認知症の人口は200万人を超え，さらには若年性認知症患者も年々増加傾向にある．当院は精神科救急入院料病棟（いわゆるスーパー救急病棟）を有し，また千葉県精神科救急医療システムの基幹病院として千葉県の精神科救急医療の一翼を担っている．過去4年間に約1000例の新規入院があったが，そのなかで約27 %が65歳以上の高齢者であった．また，その6割以上がICD-10（国際疾病分類）のF0圏（症状性を含む器質性精神障害）であった．入院には至らないケースや認知症病棟に直接入院するケース，あるいは身体疾患のため一般身体科病棟に入院するケースを含めると，受診者の数は数えきれない．

本稿では，認知症周辺症状（BPSD）およびせん妄の鑑別・アセスメントを行い，治療可能な症状を治療し，また，治療できない症状を理解し，患者をサポートできるようになることを目標とする．

1．せん妄の診断と治療

症例1　87歳の男性

〔主訴〕幻視，興奮，暴力

〔既往歴〕高血圧症，発作性心房細動，発作性上室性頻拍

〔現病歴〕もともと，服薬したことを忘れるなど軽度の物忘れがあった．感冒をきっかけに「ネズミがみえる」「財布がなくなったから警察に行く」といいだし，夜間不眠や徘徊がみられるようになった．その後，肺炎と脱水症を併発して，かかりつけの内科病院に入院した．入院後，不眠，幻視，興奮，暴力行為がひどくなり，精神科に緊急受診となった．介護保険の介護度は要介護1である．

〔受診時身体所見〕バイタルサインは異常なし．意識については，自発開眼して質問にも答えるが，朦朧としており，宙をつかもうとする仕草がみられた．見当識障害は著明で，長谷川式簡易認知症スケールでは5点であった．

〔前医での処方内容〕塩酸ベラパミル，ハーフジゴキシン，

図1 症例1：MRI像

塩酸ピルジカイニド，アスピリン．エチゾラム 1 mg 分3食後．

〔検査所見〕血液検査：異常所見なし．頭部MRI検査（図1）：びまん性の脳萎縮（海馬付近の著明な萎縮）が認められた．脳波検査：6～8 Hzのθ波が中心で，α波はほとんどみられなかった．

〔診断〕①急性発症の精神病状態，②睡眠障害，③幻視，④軽度の意識障害，⑤日中のベンゾジアゼピン系薬剤の服用の所見から，せん妄と診断した．

〔対応と経過〕日中のベンゾジアゼピン系薬剤の服用の中止，日中の離床，眠前にクエチアピン25 mg 1錠を処方したところ，入院後2週間ほどで睡眠・覚醒リズム，疎通性が改善した．幻視の訴えも消失して精神症状はほぼ寛解した．長谷川式簡易認知症スケールは18点であった．デイサービスなどの介護保険サービスを受けながら自宅療養となった．

せん妄とは

せん妄とは急性に発症した軽度の意識障害による精神病態である．DSM-Ⅳ-TRやICD-10などの診断基準において，①注意力の低下と意識の混濁，②見当識障害，③睡眠－覚醒リズムの障害，④興奮，⑤幻視，⑥記憶障害，⑦症状の浮動性が主な症状である．一見覚醒しているようであるが，眠そうで集中力が低下している．応答はするが，時間や場所，人物などの見当識が障害されている．前駆症状として不眠がみられることが多く，不眠から睡眠－覚醒リズムの障害が起こり，せん妄を発症するパターンが一番多い．発症時期が比較的明瞭であり，症状が急激に出現・増悪する．また症状に浮動性があり，受診前日は興奮状態であったにもかかわらず，受診時には静穏で傾眠傾向であることも少なくない．人物や動物の幻視を訴え，ときにそれらを捕まえようとする仕草もみられる．そして大抵の場合，興奮して身体疾患の治療やケアに抵抗を示すため，問題となる．

表1 せん妄とBPSDの鑑別点

	せん妄	BPSD
発症様式	急性発症である	徐々に憎悪する
症状の変動	1日の中で変動しやすい（夕方から夜に悪化）	比較的時間に関係がない（夕方に憎悪する場合もある）
睡眠時の状態	睡眠覚醒リズムが乱れている	睡眠が確保されていても，症状を認める
症状	可逆的（原因の除去による）	不可逆的（とくに重度の場合）
他疾患との合併	認知症にも合併する	

原因[1)]

せん妄が発症する準備因子として，加齢や脳血管疾患，変性疾患など脳の器質的脆弱性がある．そこに，①ストレスや不安などの心理社会的変化，②入院や転居などの環境の変化，③疼痛や発熱などの身体的変化などの促進因子が加わり，薬物や手術，身体疾患などの直接因子が加わることによって発症する．**症例1ではもともと軽度の認知症があったが，身体疾患が発症して不眠となり，徘徊などの症状が出現した．入院による環境の変化に加え，患者を落ち着かせようと処方したベンゾジアゼピン系薬剤がさらに火に油を注ぐことになったと考えられる．**

鑑別診断

せん妄ではとくに認知症の周辺症状（BPSD）との鑑別が重要であるが，なかなか困難である（表1）．せん妄は急性で可逆的，認知症は慢性で不可逆的であるが，両疾患は完全には独立しておらず，せん妄は認知症に多くみられる合併症であるため，両者が合併した場合には，どこまでがせん妄の症