

治療

精神症状にどのように対処すべきでしょうか

回答者 埴原 秋児

認知症の症状は大きく中核症状と周辺症状に分けられる。中核症状とは、大脳の障害に直接起因する症状であり、複数の領域の認知機能の障害を指す。記憶障害（健忘）は認知症の必須症状でありDSM-5などの国際的診断基準にもあげられている。その他の中核症状としては失語、失行、失認、実行機能障害などがある。一方、周辺症状とは、幻覚、妄想、うつ、徘徊、焦燥、攻撃性といった精神や行動の異常であり、

認知症に見られる精神症状は、周辺症状に分類されてきた。最近では、これらの精神症状や行動異常は「認知症の行動・心理学的徴候（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）」という用語で表現されることが多い。BPSDという用語には、これらの徴候は脳の機能障害が基盤にあるものの、患者の個別的な要因、例えば、病前の性格、現在の環境的な要因、患者を取り巻く心理的状況などが複合された結果生じるものという考えによる。BPSDは全ての認知症患者に見られるわけではないが、経過の中で60～90%と高頻度で見られ、必ずしも認知症の重症度には比例しない。また、精神症状が受診のきっかけとなり、認知症の診断に至ることも少なくない。BPSDは、本人や介護者の生活の質を低下させる大きな要因となり、認知症患者が在宅生活を継続するにあたって、これらの精神症状への対応は重大な課題である。

頻度の高いあるいは介護負担の重い症状としては、妄想、焦燥、うつなどがあげられる。これらの症状の発現する誘因には、心理面では、不安、孤独、ストレス、自尊心の侵害など、環境面では、介護者の交代、転居などの環境変化、身体面では、基礎疾患や併発症の悪化、電解質異常、発熱、薬剤の副作用などがあげられる。精神症状への対応は、これらの要因の有無や評価をし、まずは併発する身体疾患の治療、環境調整、福祉サービスの利用などの介入を第一に行う。環境の調整や介護者が適切に対応することで精神症状はある程度改善できることが多い。アルツハイマー病に見られる物盗られ妄想の背景には、興味や関心の対象が自己の近辺に集中し、不安や孤独感が妄想を悪化させる可能性があり、デイケアやデイサービスなどの利用により、興味や関心が外に向いて、妄想の改善や情緒の安定化が図られることがある。

たとえ十分な介入が行われたとしても、BP

SDが明らかに本人の苦痛や介護者の負担になっている場合には抗精神病薬や抗うつ薬による薬物療法も考慮される。うつ症状には抗うつ薬が有効であるが、抗コリン作用のないセロトニン選択性再取り込み阻害薬(SSRI)や選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)がよく使用される。しかし、SNRIは前立腺肥大のある患者に尿閉を惹起する可能性があり使用に注意が必要である。抗精神病薬による薬物療法の対象となる症状には、せん妄や中等度以上の焦燥、身体的攻撃性、幻覚、妄想がある。抗精神病薬は錐体外路系の副作用の少ない非定型抗精神病薬が使用される場合が多く、用量も少量で十分なことが多い。常に低用量から開始し、用量を漸増する。定型的抗精神病薬ではハロペリドールで0.5mg/日から、非定型抗精神病薬では、リスペリドンでは0.5mg/日から、オランザピンでは5mg/日より開始する。抗精神病薬の投与に当たって

は標的となる症状を明確にし、過鎮静や錐体外路系症状の副作用やADLの状況などに留意しながら投与する。一定期間以上にわたり症状の改善が見られた場合には、漫然と投薬を続けず減量や中止など投薬内容を常に検討する。現在本邦では認知症に伴う精神症状や行動異常に対して適用を得ている薬剤はなく、これらの使用は保険適用外投与に当たることには注意が必要である。また、2005年4月にFDAから認知症高齢者に対する非定型抗精神病薬の使用により死亡率の上昇が報告された。最近、また、定型的抗精神病薬であるハロペリドールの使用でも同様に死亡率の上昇が報告されている。いずれにせよ、抗精神病薬の投与に当たっては、常にリスク・ベネフィットの観点を持ち、十分なインフォームド・コンセントの基に投与が行われる必要がある。高齢者の不眠も頻度が高いが、転倒の危険を避けるため筋弛緩作用が弱く蓄積の少ない代謝プロフィールの睡眠導入剤の使用

が推奨される。また、抗うつ剤のトラゾドンが不眠治療に有効な場合もしばしば経験される。ここでは十分ふれなかつたが、認知症の種類により出現するBPSDにばらつきがあることが知られている。たとえば、レビー小体型認知症では幻視や誤認妄想の頻度が高い。また、抗精神病薬投与により錐体外路症状が出現しやすく転倒の危険性も高い。認知症の鑑別診断を行った上での診療が重要である。日常診療で認知症高齢者の精神症状に対応が求められる機会はますます増加すると思われる。対応に困難を感じたら必要に応じて専門医への紹介を行い、重度のBPSDが見られる場合は老人性認知症疾患治療病棟などでの短期の入院治療も有効である。

(信州大学医学部 助教授 保健学科)

文献

- 1) 犬塚伸、天野直二：精神症状・行動障害治療ガイドライン老年精神医学雑誌、16、75-91(2005)
- 2) 日本神経学会治療ガイドラインAd Hoc委員会、

次号予告 549号(2006年 5月、6月合併号) (敬称略)

特集:運動器の10年-肩の痛み

肩関節外科の基礎を築いた先人たち 松戸整形外科病院 三笠元彦

肩の痛みの診断

私の肩診察法 群馬大学 高岸憲二
肩関節の画像診断 秋田大学 井樋栄二
関節鏡からみた肩関節疾患の病態
昭和大学藤が丘リハビリテーション病院 簡井廣明
五十肩周辺疾患の診断および鑑別 日本医科大学 伊藤博元

肩の痛みに対する保存療法

肩の痛みに対する保存療法の留意点
橋本淳整形外科 院長 橋本 淳
五十肩に対する保存療法 慶應義塾大学 小川清久
難治性五十肩に対するマニプレーション
いわき市総合磐城共立病院 相澤利武
五十肩に対するジョイント・ディステーション
信原病院 橋本 卓
腱板断裂に対する保存療法 秋田大学 皆川洋至
肩関節不安定症に対する自然経過と保存療法
松戸整形外科病院 黒田重史

肩関節疾患に対する手術療法

疼痛疾患全般に対する手術療法
奈良県心身障害者リハビリテーションセンター 尾崎二郎
五十肩に対する鏡視下靭帯切離術 横浜南共済病院 山崎哲也
腱板断裂に対する鏡視下腱板形成術
船橋整形外科スポーツ医学センター 菅谷啓之

トピックス

肩周囲の絞扼性末梢神経障害の治療 慶應義塾大学 池上博泰
石灰沈着に対するショック・ウェーブ療法
千葉県こども病院 西須 孝
腱板断裂症と Interleukin 1 β 久留米大学 後藤昌史

日本神経学会治療ガイドライン、
ドライン2002、42、781-833(2002)

3) プライマリケア医のためのBPSDガイド…国際
老年精神医学会(著)、日本老年精神医学会(翻訳)、
アルタ出版、2005年