

2. 認知症とせん妄

長谷川典子¹⁾ 池田 学²⁾

要約 高齢者のせん妄は複合的な原因で起こることが多く、特に薬剤によるせん妄は減量中止で症状は改善されるため留意する。認知症とせん妄の鑑別が重要視されるが、実際は両者が併存している例がしばしばある。認知症の中でも脳血管障害を伴うタイプはせん妄を併発しやすく、内科的な全身管理と服薬管理が必要である。また、認知症にせん妄が併存していると、BPSDが重篤になるため、せん妄を診断して治療介入すれば介護負担の軽減が可能である。

Key words : せん妄, 認知症, 脳血管障害, BPSD, 介護負担

(日老医誌 2014; 51: 422-427)

はじめに

老年精神医学領域で重要な3大病態として、3D (dementia, depression, delirium) が挙げられており、中でも、せん妄はその直接の原因を同定して、適切に対応すれば治癒する病態であるため、見落さないよう留意する必要がある。また、せん妄を惹起しやすい背景として認知症があり、認知症の患者が身体疾患の加療のために入院しなければならない場合、せん妄を併発することが予想され、精神科リエゾンコンサルテーションの分野では、予防から治療まで内科医と連携しながら行うことがスタンダードとなっている。

せん妄

せん妄は、急性/一過性に経過し、軽度から中等度の意識レベルの低下を背景にして、様々な認知機能障害や精神症状を伴う症候群であり¹⁾、迅速な診断と積極的な介入を必要とする²⁾。せん妄の多くは可逆性であり、適切な対応により数日から数週間で改善するが³⁾、治療介入しなければ、永続的な脳障害や死亡の転帰が予測される。患者が死亡する場合は、せん妄の基礎疾患が原因になることもあれば、まとまらない衝動的行動が原因になることもある²⁾。症候群であるせん妄の発症は、多要因性であり、背景因子、誘発因子、直接因子が関与してい

る(図1)⁴⁾⁵⁾。つまり、ストレスだけではせん妄は発症せず、直接因子(単一でも意識障害をきたしうる要因)が存在し、背景因子(代表例は認知症)、誘発因子(代表例は集中治療室などの環境要因)が著明なほど、せん妄は発症しやすくなる⁴⁾⁵⁾。直接因子となる主な身体疾患をあげるが(表1)⁶⁾、高齢者を対象とした実地臨床では、アルコール誘発性のみならず、“薬剤性”(特に、抗コリン作用をもつ薬剤、ベンゾジアゼピン系薬剤)の評価が重要である⁴⁾。また、せん妄は高齢者に頻度が高く、認知症との鑑別が重要となるが、認知症に合併することも多いため注意を要する³⁾。

せん妄の診断

わが国でのせん妄の診断基準として頻用されているのは、アメリカ精神医学会精神障害の診断と統計の手引き第4版修正版(DSM-IV-TR)(表2)⁴⁾⁷⁾あるいは、国際疾病分類第10版 研究用診断基準(ICD-10 DCR)(表3)⁵⁾⁸⁾である。これらの診断基準に挙げられているような症候がみられ、その原因と考えられる脳疾患または全身性疾患を診察、検査、病歴で確認できればせん妄と考えてよく、幻視、妄想、抑うつ、不安などの精神症状は典型的なせん妄のときによくみられるが、診断上は必ずしも重視されていない⁵⁾。せん妄は意識障害のカテゴリーで、「注意の集中、維持、転導する能力の低下」という軽い意識障害までを含む⁴⁾。したがって、せん妄を診断するには、まず、意識障害の有無を診断し、意識障害が存在するならば、次に、その原因を探索しなければならない。軽い意識障害を見落とさないためには、急激な症状

Dementia and delirium

1) Noriko Hasegawa: 熊本市こころの健康センター

2) Manabu Ikeda: 熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野

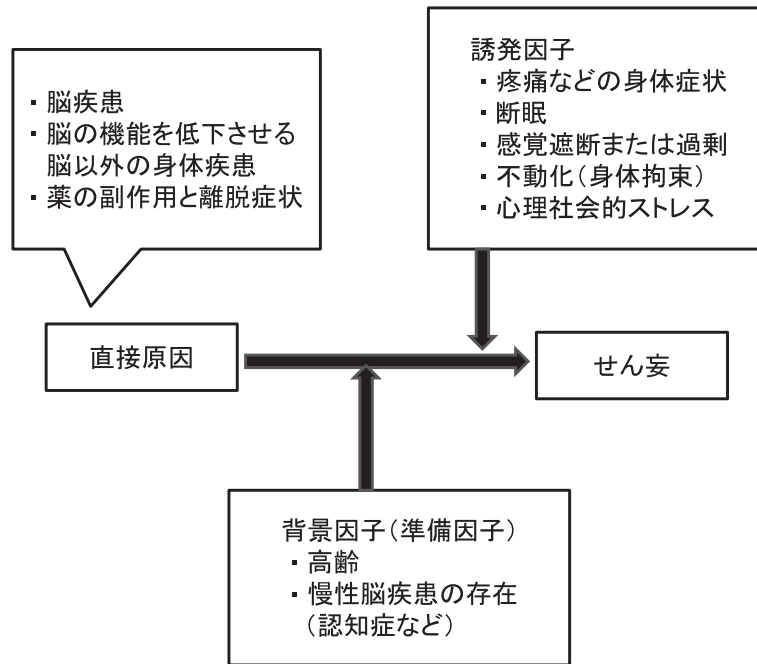


図1 せん妄の発症原因・要因
(文献4より一部改変)

表1 高齢者におけるせん妄の原因

- ①中枢神経疾患：脳血管障害、慢性硬膜下血腫、髄膜炎、脳膿瘍、脳腫瘍、頭部外傷
- ②代謝性疾患：脱水、電解質異常、低血糖、腎不全（尿毒症）、肝不全、甲状腺機能亢進症、クッシング症候群
- ③循環器疾患：うっ血性心不全、急性心筋梗塞、不整脈、ショック
- ④呼吸器疾患：呼吸不全（低酸素血症、高炭酸ガス血症）
- ⑤感染症：尿路、呼吸器
- ⑥その他の全身疾患：貧血、悪性腫瘍、感覚遮断（視覚、聴覚）、全身麻酔、外科手術、断眠、疼痛、尿閉、便秘
- ⑦環境変化（入院とくに集中治療、入所、旅行、転居）：精神的ストレス
- ⑧薬品：抗コリン薬、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗痙攣薬、抗パーキンソン病薬、ジギタリス、利尿薬、H₂ブロッカー、テオフィリン、消炎鎮痛薬、抗ヒスタミン薬、アルコール、市販の感冒薬

(文献6より)

変化があれば、意識障害があるのではないかと積極的に疑うことが重要である。

認知症とせん妄

認知症患者がせん妄を起こすことが多いため、従来、せん妄は認知症高齢者によくみられる行動異常のひとつで、認知症疾患に從属する随伴症状のひとつと考えられてきた⁵⁾が、現在用いられている疾病分類では、せん妄は認知症と同列の階層に並ぶ症候群のひとつである。また、汎用されているさまざまな認知症の診断基準ではせん妄の除外が必須条件となっている。したがって、せん妄は認知症に伴う行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) には含まれ

ない。そこで、「せん妄と認知症の鑑別」が教科書的に論じられてきたが、一度の診察で厳密に両者を鑑別することは困難であることも多い。2013年に発刊されたDSM-5⁷⁾においても、“Neurocognitive disorders (NCD)”という章に、せん妄は、mild NCD(ほぼMCIに相当)、major NCD(ほぼ認知症に相当)と並んで記載されているが、両者が同時に起きていることが想定されて記載されている(例：The clinician must determine whether the individual has delirium ; a delirium superimposed on a pre-existing NCD, such as that due to Alzheimer’s disease ; or an NCD without delirium.⁹⁾). さらに、せん妄から認知症への移行も今まで考えられていた以上に頻回である⁴⁾。要するに、認知症患者を診察する際、せん妄と認

表2 DSM-IV-TRによるせん妄の診断基準

-
- A. 注意を集中し、維持し、転導する能力の低下を伴う意識の障害（すなわち環境認識における清明度の低下）
 - B. 認知の変化（記憶欠損、失見当識、言語の障害など）、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現
 - C. その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間から数日）、1日のうちで変動する傾向がある
 - D. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある
-

(文献7より一部改変)

表3 ICD-10 DCRによるせん妄の診断基準 (DCR: Diagnostic Criteria for Research)

-
- A. 意識混濁、すなわち、周囲に対する認識の明瞭性の衰退、注意を集中したり、持続させたり、あるいは移行させたりする能力の減退を伴う
 - B. 次の認知障害が共にあること
 - (1) 即時想起および近時記憶の障害、遠隔障害は比較的保たれる
 - (2) 時間、場所または人物に関する見当識の障害
 - C. 次の精神運動障害のうち、少なくとも1項があること
 - (1) 寡黙から多動への予想しがたい急激な変化
 - (2) 反応時間の延長
 - (3) 会話の増加あるいは減少、驚愕反応の増強
 - D. 次の睡眠または睡眠・覚醒周期障害のうち、少なくとも1項があること
 - (1) 不眠、重症例では、完全な睡眠の喪失があり、日中に眠気を伴ったり、伴わなかったりするし、また睡眠・覚醒周期の逆転も起りうる
 - (2) 症状の夜間増悪
 - (3) 混乱した夢および悪夢、それらは覚醒後に錯覚や幻覚として残ることもある
 - E. 急激な発病と症状経過の日内変動
 - F. 上記A～D項に記載した臨床症状発現の原因と考えられるような基礎となる脳疾患または全身性疾患（精神作用物質には関与しないもので）の存在を、神経学的診察を含む身体的診察や臨床検査、または病歴において客観的に確認できること
-

(文献8より)

知症をカテゴリー診断で分けることが問われているのではなく、治療可能なせん妄を診落としてはならないことが示唆されている。高齢者において認知機能が急激に低下する、あるいは認知症の行動・心理症状 (BPSD) が急性に発現・増悪した場合、認知症の発症あるいは認知症の急性増悪と考えるのではなく、まずは、せん妄を疑うべきである。

認知症患者のせん妄の有症率は、調査対象で異なり、地域や入院では22%から89%と報告されている¹⁰⁾。また、認知症疾患医療センター地域拠点型の機能を担う単科精神科認知症専門外来における我々の検討では、19.4%の有症率であった。各認知症の診断別で症率が異なり、もっとも高頻度にせん妄の合併がみられたのは血管性認知症 (34.4%)であった¹¹⁾。また、神経変性性認知症に脳血管障害が併存すれば、せん妄有症率が高率になることが示された¹¹⁾。外来で、脳血管障害を有する認知症患者を診療する場合、せん妄の有無を診断し治療介入することはもちろん、せん妄を惹起しやすい薬剤の処方と服薬管理は、他の認知症患者よりも留意する必要がある。また、この研究では認知症患者にせん妄が併存すると、日常生活動作 (ADL) が低下し、BPSDが重

篤になることも明らかになった¹¹⁾。急激なADL低下、BPSDの増悪もせん妄を疑う指標となると考えられる。

認知症とせん妄の症候と診断³⁾

せん妄の診断においては、軽度の意識障害を診落とさないために、まずは、注意、記憶、見当識といった認知機能の障害について評価する。診察では、問いかけに対する反応が遅かったり、ぼんやりとしているようなら軽度の意識障害の可能性がある。意識障害 (注意障害) があると、集中の困難、注意の維持や他へ向けることの困難が生じるため、数の順唱や逆唱を行わせその有無を調べる。せん妄では、特に逆唱の障害が強いとされる。記憶障害では、前向健忘も逆向健忘も起こりうるが、注意障害や見当識障害に基づくことが多く、記憶錯誤も認められる。進行性の神経変性認知症患者の場合も、これらの症候はしばしばみられるが、突然には出現せず徐々に障害される。例えば、アルツハイマー病の場合、時の見当識は比較的早期に障害されるが、場所の見当識が障害されるにはかなりの経過を要する。つまり、各疾患の認知症の重症度と不釣り合いに重度な症状が突然みられた場合は、認知症にせん妄の合併を疑う。このように、認

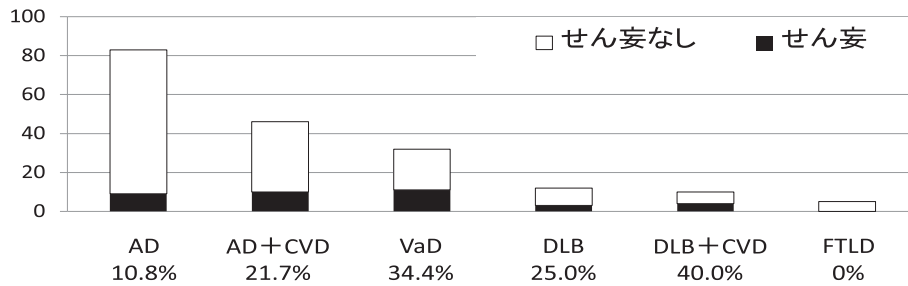


図2 認知症原因疾患別せん妄有症率

AD：アルツハイマー病，CVD：脳血管障害，VaD：血管性認知症，DLB：レビー小体型認知症，FTLD：前頭側頭葉変性症
(文献11より作成)

知症に併存したせん妄を診断する場合、各認知症の症候学を理解していることが、せん妄の診断補助となる。

精神症状としては、幻視や錯視の頻度が高い。これらは、認知の障害に起因して、恐怖や不安を惹起させ、興奮、妄想、睡眠の障害など多彩な精神症状が急激に出現する。レビー小体型認知症の場合、患者自身がリアルな幻視の内容を詳細に語ることが多いが、せん妄の場合、患者自らは幻覚妄想に代表される精神症状は忘れており、診察同伴者から語られると患者は否認することが多いという特徴はある。しかし、両者を厳密には鑑別できないこともある。臨床現場で重要なことは、「幻視」の表出があれば、短絡的にレビー小体型認知症と診断するのではなく、まず治療可能なせん妄の可能性を考え、診察時に投与されている薬剤の確認、身体疾患の状態を確認し、せん妄に対する治療的介入を行うことが優先される。つまり、せん妄の鑑別後、あるいは治療後に、レビー小体型認知症かどうかは診断すればよい。

せん妄の症候は、終末期などに出現するものを除き、通常は一過性かつ可逆性である。認知症は数年の経過で進行するので、現在の病像が以前からあったのか、あるいはこの数日で生じているのかなどは、患者によく接している人物に確認しなくてはならない。つまり、家族、介護職員など患者の症候を24時間以上は観察した介護者から、症候を聴取することが必須である。この場合、医学的な知識を持っていない家族は、「ものわすれが急に悪くなった」としか表現できないため、医療者側がせん妄を想定した適切な質問をし、患者の病歴・症候の聴取する必要がある。

せん妄のマネージメント

せん妄の治療は、総合的なマネージメントを意味し、せん妄の病態診断と治療は並行して進められる。優先さ

れるのは生命的危険度の高いものから順である。外来でせん妄を疑った場合、身体医学的な診察（頭部CT、頭部MRI、血液検査といった補助診断に必要な検査を含む）を自身で行うか、その診察を受けられるよう救急医あるいは各種の専門医に早急に依頼する、あるいは精神科病棟への入院を行う、といった適切な連携が必要である。せん妄の治療は、非薬物療法が第一選択である。直接原因が身体疾患によるものであればその治療を行い、薬物が原因の場合は、可能であれば原因薬物を減量もしくは中止することを検討する。同時にせん妄を惹起している誘発因子を調整する。薬物療法は、夜間の興奮などの精神症状を緩和するために、抗精神病薬を必要最小限用いる。

また、せん妄の予防でエビデンスがあるのは、非薬物的予防介入のみである¹²⁾。せん妄予防の基本は、上述したように直接原因となりうるものを回避するよう管理することである。たとえば、不必要なベンゾジアゼピン系の薬剤の中止、抗コリン作用のある薬剤の制限、脱水予防などである。せん妄発症のリスクが高い症例（高齢、認知症など）には、せん妄の予防が大切であり⁹⁾、とくに脳血管障害を有する認知症患者の場合は、血圧コントロールを含む内服薬管理を介護者（患者は認知症で飲み忘れるため）が行う必要がある。また、睡眠覚醒リズムの保持も予防には重要で、認知症患者の場合は、日ごろからデイサービス等を利用して、生活リズムを整えておくことよい。

おわりに

せん妄はひとつの疾患単位を意味せず、症候群であり、せん妄症候群と診断したあと、興奮や抵抗を鎮静化しながら、病態を見極めて評価し、治療可能な病因をコントロールして病因の除去を行うことになる⁵⁾。したがって、

せん妄の診断とマネジメントは、予防を含め、介護者、各種医療機関、介護事業所との連携が必要となる。

なお、本稿は近著を加筆・修正したものである¹³⁾。

文 献

- 1) 数井裕光：臨床精神医学講座 S7. 総合診療における精神医学，中山書店，2000.
- 2) アレン・フランセス著，大野 裕，中川敦夫，柳沢圭子訳：精神疾患診断のエッセンス DSM-5 の上手な使い方，金剛出版，2014，p150-154.
- 3) 福原竜治：認知症 臨床の最前線（池田 学編），医歯薬出版，2012，p152-155.
- 4) 八田耕太郎，岸 泰宏編：病棟・ICU で出会うせん妄の診かた，中外医学社，2012，p2-18.
- 5) 一瀬邦弘，日本老年精神医学会編：改訂・老年精神医学講座：各論，ワールドプランギング，2009，p107-135.
- 6) 日本老年医学会編：老年医学テキスト改訂第3版，メジカルビュー社，2008，p78-80.
- 7) 高橋三郎，大野 裕，染矢俊幸訳：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル，医学書院，2002.
- 8) 中根允文，岡崎祐士，藤原妙子，中野秀之，針間博彦訳：ICD-10 精神および行動の障害：DCR 研究用診断基準新訂版，医学書院，2008.
- 9) American psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition (DSM-5), American psychiatric publishing, 2013, p592-643.
- 10) Fick DM, Agostini JV, Inouye SK: Delirium superimposed on dementia: a systematic review. Journal of American Geriatric Society 2002; 50: 1723-1732.
- 11) Hasegawa N, Hashimoto M, Yuuki S, Honda K, Yatabe Y, Araki K, et al.: Prevalence of delirium among outpatients with dementia. Int Psychogeriatr 2013; 25: 1877-1883.
- 12) Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al.: A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999; 340: 669-676.
- 13) 長谷川典子，池田 学：せん妄. 日常臨床に必要な認知症症候学（池田 学編），新興医学出版，2014，p81-87.

理解を深める問題

問題 1. せん妄について正しいのはどれか，2つ選べ。

- a パーキンソン病患者にはせん妄がおこりにくい。
- b 患者の家族にせん妄の情報提供をすることは有用である。
- c 身体疾患患者におけるせん妄は致死率には関与していない。
- d 環境的，支持的介入はすべてのせん妄患者に推奨される。
- e 興奮を伴うせん妄治療ではベンゾジアゼピン系薬剤が第一選択である。

問題 2. せん妄が併存しやすい認知症はどれか，2つ選べ。

- a 前頭側頭変性症
- b 大脳基底核変性症
- c レビー小体型認知症
- d アルツハイマー型認知症
- e 脳血管性認知症

問題 3. 脳卒中後，在宅で療養していたが，急に「しんどい」とデイサービスに行かず，臥床して，ときおりベッドの中で何かつぶやくようになった。夜になると焦燥がつよく，壁をみて「小人がいる」と叫ぶこともある。対応として正しいのはどれか 1つ選べ。

- a 統合失調症かうつ病の可能性があるので，精神科を受診させる。
- b 新たな脳血管障害が発症していないか，救急で専門外来を受診する。
- c レビー小体型認知症が発症したと考えられるので，ものわすれ外来を予約する。
- d せん妄なので，抗精神病薬を処方してもらう
- e 意欲が低下しているのでデイサービスにいくように何度も促し，夜間は眠るように繰り返し説明する。

問題 4. 幻覚について誤っているのはどれか，2つ選べ.

- a 難聴の高齢者は音楽性幻聴を訴えることがある
- b せん妄では，幻視より幻聴が特徴的である
- c レビー小体型認知症ではありありと見える幻視が特徴である
- d アルコール幻覚症は主に幻聴である.
- e 高齢者のうつ病では口腔内異常感覚を訴える

問題 5. 在宅療養中，せん妄と診断された場合，今後の治療方針で間違っているのはどれか，2つ選べ.

- a 大声をだしたり，暴れる可能性があるので，精神科病院への入院を検討する
 - b 住み慣れた環境での療養が望ましいので，入院せずに加療できないか検討する
 - c 身体に加療のために入院が避けられない場合，BPSDを予防するために低用量の抗精神病薬を持続処方する
 - d 現在内服している処方薬を確認し，必要最低限を内服する方針とする
 - e 覚醒睡眠リズムが整うように，日中は動くように促す.
-