

総説

高齢者にみられる精神症候と精神症候群

— その病態，臨床精神医学的特徴，および治療可能性を中心に —

中川東夫

恵寿総合病院 心療内科

【要旨】

高齢者の人口増大に伴い，今後ますます高齢期の精神障害や認知症患者数の増加が予想される。高齢者の精神障害は，非高齢者とは異なる精神現象や症候，臨床精神医学的特徴を有するため，病像，病態，身体合併症，精神状態の評価，治療可能性，薬物の反応性など多岐にわたるアプローチによる正確な診断と適切な治療が必要である。本稿では，高齢者にみられる精神症候と精神症候群をとりあげ，Ⅰ幻覚・妄想に関係するもの，Ⅱ感情面・意欲面に関連するもの，Ⅲ行動面に関係するもの，Ⅳ内因性要因によると考えられるもの，Ⅴ認知症に関係するもの，Ⅵその他の要因によるものに分け，それぞれの病態，臨床精神医学的特徴，および治療（対応・対処法を含む）について述べた。高齢者の精神症候や精神症候群の理解を深めることは，高齢期のメンタルヘルスケアを考えていくうえで，極めて重要なものと思われる。

Key Words：高齢者，精神症候学，治療可能性

【はじめに】

わが国では，21世紀になっても65歳以上の高齢人口の増加に歯止めがかからず，世界でも稀にみる超高齢社会（super - aged society）を迎えている。それに伴って高齢者のひとり暮らしが増え，経済的困窮，社会的孤立，孤独死など深刻な社会問題に直面している。そのため，この年代のメンタルヘルスケアの重要性がますます高まっている。

高齢期は，ストレスを伴う多様なライフイベントが発生し，喪失体験，孤立，身体疾患をきっかけとして，加齢，病前性格，社会・心理学的背景，身体の衰弱や合併症，精神疾患・認知症の併発，多剤服用，環境の変化などが複雑に絡み合い，さまざまな精神障害が発症する時期でもある。それ故，高齢期では，他の世代とは異なる病態を形成し，精神症候や精神症候群も特有な様相を呈する。

本稿では，高齢者にみられる代表的な精神症候

と精神症候群をとりあげ，Ⅰ幻覚・妄想に関係するもの，Ⅱ感情面・意欲面に関連するもの，Ⅲ行動面に関係するもの，Ⅳ内因性要因によると考えられるもの，Ⅴ認知症に関係するもの，Ⅵその他の要因によるものに分けて述べ，それぞれの病態，臨床精神医学的特徴，および治療（対応・対処法を含む）について論じた。

Ⅰ 幻覚・妄想に関係するもの

1. 感覚遮断や感覚過敏が関連しているもの

1) シャルル・ボネ症候群（Charles Bonnet syndrome : CBS）

著しい視力低下のある人が，鮮明な人物や小動物などの幻視を繰り返し体験する視覚障害の一種である。発生には感覚遮断が関与するものと考えられている。1760 年，博物学者シャルル・ボネによって，89 歳になるボネの祖父の症例が記録され，そ

れに因んでこの名が命名された。祖父は、両眼白内障の術後、経過を追うごとに視力が悪化し、ついには失明状態となり、人物、鳥、馬車、建物などの鮮明な反復幻視を認めるようになった。CBS の概念は、1982 年に英語圏の精神医学に初めて導入され、高齢者における有病率は 10% から 40% で¹⁾、患者は幻視体験が現実のものではないという洞察力を持っている。この幻視の特徴のひとつに、「不思議の国のアリス症候群」(注 1) と呼ばれる精神現象がある。CBS は、統合失調症、うつ病性障害、片頭痛、てんかん、幻覚誘発剤依存 (LSD やメスカリン)、睡眠薬依存、伝染性単核球症 (EB ウイルス感染症) などで認められる。神経科学的には、f - MRI (functional magnetic resonance imaging) の研究で幻視と腹側後頭葉の活動との関係²⁾、加齢黄斑変性症と有色幻視との関連が示されている³⁾。治療は、片頭痛を原疾患とする場合、トリプタンや塩酸ロメリジンなどによる予防的治療、軽症例では非ステロイド性抗炎症薬が用いられる。抗精神病薬では、ハロペリドールとリスペリドンがある程度の有効性を示し、眼科的治療も提案されている。

2) 音楽性幻聴 (musical hallucination)

外部からの音刺激がないのにも関わらず、歌やメロディーなどの音楽が自然に聞こえる特異な現象である。高齢女性に多く、通常病識は保たれている。持続時間は長く、初期はさほど不快感を覚えないが、長期化するに従って苦痛を伴うようになる。関連する要因として、難聴、精神疾患 (統合失調症、うつ病性障害、強迫性障害など)、局所性脳病変、びまん性脳萎縮、てんかん、物質依存、薬物の影響が示唆される。なかでも難聴は頻度の高い合併症であることから、聴覚性 CBS とも呼ばれる。加齢に伴う脳の脆弱性や機能変化、機能的感覚遮断が病態生理に関係すると推測されているが、確立された治療法はなく、抗精神病薬、抗てんかん薬、認知症治療薬の投与によって症状が改善することがある。

3) 皮膚寄生虫妄想 (delusion of insect : Ekbom 症候群)

そのような事実がないにもかかわらず、「寄生

虫や虫などの病原体が身体の皮膚の上や下を這っている」などと執拗に訴える。身体表面に関わる幻覚で、患者はこの症状の存在に強固な信念を持つため、慢性化しやすい。本症候群の病態は、皮膚の異常感覚が、妄想を揺るぎないものとし、その妄想が体感の感覚器の情報に影響を与えていると推測される。英国皮膚科医会のガイドラインによると、50 歳以上では、男性よりも女性に多く (1 : 3)、その発症率は 10 万人当たり 1.9 人、平均罹病期間は 3.13 年とされる⁴⁾。脳内 (線条体) の過剰なドーパミンとの関連が指摘され⁵⁾、統合失調症、うつ病性障害、副甲状腺機能低下症、下垂体腫瘍、アルコール依存症などの報告例がある^{5,6)}。患者は、主に皮膚科を受診することが多く、治療に難渋するため^{4,6)}、皮膚科医が抗精神病薬の投与を必要と判断した場合、精神科医や心療内科医に相談することが望ましい。

4) 口腔内セネストパチー (oral cenestopathy)

「歯の隙間から苦い液体が噴出している」「口の中から物体が飛び出てくる」など奇妙な表現で、口腔内の知覚異常や不快感を執拗に訴える。単一症候的に持続することが多く、歯科領域や耳鼻咽喉科領域での異常はない。病前性格として、神経質、完璧主義、些細なことにこだわる傾向がある⁷⁾。明確な診断基準はないが、ICD - 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : 疾病および関連保健問題の国際統計分類)⁸⁾では、統合失調症圏内の疾患、身体表現性障害に、また DSM - 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision : 精神障害の診断と統計マニュアル)⁹⁾においては、妄想性障害 - 身体型 (somatic type) に分類される。加齢に伴う脳の器質的変化が関与している可能性があり⁷⁾、口腔の異常感による日常的なストレスのため、二次的に不安や抑うつ状態を呈することが多い。治療薬として、抗精神病薬 (リスペリドン、アリピプラゾールなど) が効果を発揮することもあるが¹⁰⁾、その効果はあくまでも限定的である。

2.固有性や同一性の認識障害に関連するもの

1) 妄想性誤認症候群 (delusional misidentification syndrome)

人物、場所、物品、身体部位などに対して、その同定を妄想的に誤認する病態の総称をいう。

①カプグラ症候群 (Capgras syndrome)

1923 年に Capgras が報告した人物誤認 (misidentification of a person) の一形式である¹¹⁾。「家族・恋人・親友などが瓜二つの替え玉に入れ替わっている」と確信し、外観が同一であるにもかかわらず、対象の同一性や真正さを否定する。替え玉妄想とも言われる。統合失調症で頻度が高く、認知症や頭部外傷で見られることもある。神経基盤として、大脳の右半球や前頭葉病変との関連が指摘されている¹²⁾。明確な治療法はないが、向精神薬や認知行動療法が試される場合もある。

②フレゴリ症候群 (Fregoli syndrome)

1927 年、仏の精神科医 Courbon と Fail¹³⁾ によって報告された人物誤認である。「ひとりの迫害者が様々な人物に変装して入れ替わり、自分の前に現れる」と確信し、外観の違いにもかかわらず実体の同一性を主張する。模倣と変装の名人である伊の喜劇俳優 Leopoldo Frégoli の名に由来する。統合失調症や脳血管障害や認知症などの器質性の精神障害、長期のレボドパ治療薬 (カテコールアミン作動薬) の使用で発症することもある。神経基盤として、右脳の辺縁系の関与が示唆されている。治療には、認知的再構築に焦点を当てた認知行動療法が効果を発揮する。

II 感情面・意欲面に関連するもの

1.退行期メランコリー (involutional melancholia)

Kraepelin の著した「精神医学教科書第 5 版」¹⁴⁾ではじめて提唱された概念であり、中年期から初老期へと移行する退行期に発症する。「精神医学教科書第 6 版」¹⁴⁾で躁うつ病とメランコリーを区別したが、「精神医学教科書第 8 版」¹⁴⁾ではメランコリーは躁うつ病に収載された。本症の発病の引き金として、退職、家族や親しい人との別れなど生活環境

の変化や喪失感が挙げられる。精神症状は、不安・焦燥感が前景に立ち、思考制止、意志および行動抑制は目立たないものの、抑うつ症状が悪化すると絶望感や被害妄想へと発展するという特徴をもつ。自己の価値感情の否定と不安から微小妄想を伴い、病識は欠如する¹⁵⁾。臨床的特徴として、匿病 (注 2) がみられるため、自殺の危険性が極めて高い。病相の反復はなく慢性的経過を辿りやすく、治癒せずに人格水準の低下がみられることもある。本症は、従来から妄想性うつ病もしくは精神病性うつ病といったうつ病性障害の亜型のひとつとして扱われてきたが、ICD や DSM など現在の国際診断基準では、感情障害や気分障害の中に埋没した存在となっている。治療に関しては、自殺の危険性を常に念頭において対応していくことが大切である。そのため、早期から電気けいれん療法 (electro - convulsive therapy : ECT) を視野に入れ対処する必要がある。

2.コタール症候群 (Cotard syndrome : CS)

1880 年、仏の神経科医ジュール・コタールの名前に由来する。重度のうつ病性障害でみられ、「自分はすでに死んでいる」「身体が腐っている」「血液や内臓を失っている」などグロテスクな妄想様観念を抱くことを特徴とする。CS は、「自分には価値がない」と思い込む「否認・微小妄想」と、「自分が悪いから罪を償う必要がある」と信じ込む「自責・罪業妄想」の 2 つが、極端に揺れ動くことで生じる。発症には遺伝、ストレス、薬剤の副作用などの要因が考えられ、パーキンソン病、片頭痛、脳腫瘍、外傷性脳損傷で出現する。CS の概念は、ICD および DSM 診断基準のいずれにも言及されていないが、高齢者や重症な抑うつ状態を呈する患者にみられることがある。治療には、死への欲求が強い場合、ECT が用いられる。

3.うつ病性仮性認知症 (depressive pseudodementia)

高齢者のうつ病性障害でしばしばみられる病態で、初期症状として、抑うつ感や意欲の減退が出現するが、若年者のように明確な症候を示さない。認知症特有の記憶障害や見当識障害はないが、注意・集中力・判断力が低下するため、見かけ上の認知症

様状態を呈する。物忘れを深刻に捉え、強い身体の不調を訴える傾向があり、心気状態を呈することが多い。脳の画像所見では異常がみられないが、長期予後調査では認知症に進行することが少なくない。本症の治療はうつ病圏の疾患であることから、それに準ずる。自信の回復や情緒の安定には、本人のよい部分を積極的に認め、小さな成功体験を積み重ねるための工夫も大切である。

4. 血管性うつ病 (vascular depression : VD)

高齢者のうつ病性障害の発症機序のなかで血管性因子が関与し、特に大脳皮質下白質や基底核を中心に無症候性脳梗塞を認める症例は、Krishnan ら¹⁶⁾、Alexopoulos ら¹⁷⁾ によって VD と呼ばれるようになった。再発率が高く慢性化しやすいのが特徴である。神経基盤として、線条体－前頭葉を連結する白質の機能障害が示唆され、脳画像所見において脳の深部白質病変を呈する。治療薬では、特に有効な薬剤があるというわけではなく、治療反応性は乏しい。VD の中でも出現頻度の高いアパシー (注 3) は抑うつ気分比べて抗うつ剤が奏功しにくい症状であることに留意する必要がある。

Ⅲ 行動面に関係するもの

1. 環境、病前性格、精神疾患に関連するもの

1) ディオゲネス症候群 (Diogenes syndrome : DS)

わが国では「ゴミ屋敷症候群」とも言われている。環境、健康、衛生に対する極度のセルフ・ネグレクト、溜め込み行為、社会的孤立、援助拒否を特徴とする複合的な病態を伴う行動障害である。孤立して生活している高齢者が、身だしなみに無頓着となり、不要な物を溜めこみ、生活環境が極端に悪化する。DS の呼称は、Clark ら¹⁸⁾ がシニシズム哲学 (注 4) と自然な生き方への回帰を説いた古代ギリシャの哲学者の名前から命名した。年間発生率は、60 歳以上のひとり暮らしの人で 10,000 人あたり約 5 人と推定され、診断後 1 ～ 4 年の死亡率が 47 ～ 50% に達する重篤な状態を呈する¹⁹⁾。認知症や精神障害を有しない高齢者にもみられ、直ちに病的とは言えない状態であり、患者の行動に続発する社

会的介入の結果、偶発的に発見される。心理・社会的背景、身体医学的・精神医学的・神経学的側面、社会福祉的・公衆衛生学的・倫理的分野などで多岐にわたる課題をもたらし、その介入、支援にあたっては多面的なアプローチが求められる。対応・対処法として、在宅介入による家の徹底的な清掃と消毒、認知行動療法で偏った考えや感情を持つ対象者に対処する一方で、今後の危機や貧困状態への侵襲的思考を用いた具体的な介入を必要とする。また、不安、拒絶感、社会的およびコミュニケーションスキルの回復などを実施するのも有用と考えられる。

2) 認知症に関連するもの

① 軽度行動障害 (mild behavioral impairment : MBI)

はじめは前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia : FTD) の初期症状として提唱されたが²⁰⁾、次第に他の認知症にも出現することが確認された。詳細は後項「V 項 2. 3)」で述べる。

② 認知症の行動と心理症状 (behavioral and psychological symptoms of Dementia : BPSD)

認知症の認知機能障害や記憶障害の中核症状によって引き起こされる二次的症狀を周辺症状といい、現在では BPSD と呼ばれる。徘徊、暴言・暴力、介護抵抗などの行動面の問題を包含する。詳しくは後述「V 項 2. の 4)」する。

Ⅳ 内因性要因によると考えられるもの

1. 遅発性パラフレニア (late paraphrenia)

発症年齢は通常 60 歳以後とされ、一人暮らしの女性で、視覚または聴覚障害者に多く、社会的に孤立した状況下で発症しやすい。病前性格は、約 25% の患者にパラノイア性格 (注 5) がみられ、隣人とのトラブルをきっかけとして妄想に発展しやすい。臨床精神医学的特徴として、妄想を主徴とし、約 33% の患者で幻覚 (特に幻聴) を伴うが、思考障害、情動障害、人格水準の低下は目立たず、記憶力や認知機能は保持される²¹⁾。ICD - 10 (注 6) や DSM - IV 診断基準では、この概念が採用されなくなったが、その病態の特異性から、統合失調症との関連性が示唆されている。抗精神病薬 (リスペリドン、プロナ

ンセリンなど) による治療が奏功することがある。また, 家族の見守りを強化するといったソーシャルワークによって精神症状が緩和され得るため, 周囲の支援の継続が大切である。

2. 遅発緊張病 (late catatonia)

中高年の女性に多く, 事故, 身体疾患, 生活上の大きな変化, 家族関係での悩みといった負荷のかかる体験や状況を契機に発症する²²⁾。精神症状の変遷が特徴的であり, 初期段階は, 不安・抑うつ症状, 次の段階では, 幻覚・妄想状態を主体とする。さらなる段階に入ると, 緊張病症状が出現し (注 7), 昏迷状態を呈した場合, 発熱, 発汗, 血圧変動, 頻脈, 頻呼吸といった自律神経症状, 血液生化学的検査では, 白血球と CK 値が上昇し, 悪性緊張病へ移行し生命に危険がおよぶこともある。白血球と CK 値の上昇は, 発熱, 発汗, 血圧変動, 頻脈などの自律神経系の障害, 感染症の合併との関連, 筋強剛や筋崩壊 (横紋筋融解) により生じるものと考えられる。この病態では, 悪性症候群との鑑別が非常に困難である。ほとんどの症例で, 症状は完全に消失せず, 慢性化かつ固定化し, 症状の残遺がみられる²³⁾。治療は, 病勢増悪期における抗うつ薬の反応性は非常に乏しく, 抗精神病薬は緊張病を悪化させるため, 使用には慎重を期する。また, ECT は, 極めて有効であり, 維持療法 (修正型電気けいれん療法: modified - electroconvulsive therapy) の必要性が認識されている。

V 認知症に関係するもの

1. 認知症と関係が深いもの

1) 物盗られ妄想 (delusion of theft)

認知症に起こりやすい被害妄想のひとつで, 「家の中の物を誰かが盗んでいく」と訴える。概して現金, 財布, 預金通帳など財産に関連する物が盗まれたと信じてやまない。記憶障害によって置き忘れていることを覚えていないため, 探すこともせず, “物が盗まれた” = “物が盗まれた” と即断する。長期にわたり介護してきた人が, 対象になりやすいことから, その対応策として, 被害者が介護者であった場

合, 必要に応じて本人との距離を置くのも方法のひとつである。また, 本人の信用している人が, 傍について話を聞き不安感を軽減することや, 医療機関で診察を受けることも有効である。

2) 侵入妄想 (delusion of invasion)

多くは高齢女性にみられ, 「誰かが家の中に入ってくる」と訴える。その内容は細部に至るまで現実に即しているため, 妄想と判断するのが困難な場合もある。大切な人との繋がり, 居場所や役割の喪失が引き金となるが, 背景には強い孤独感や不安感が存在する。本症候の対応には, 本人に自信と安心感を与えることに留意し, 「寄り添うこと」「共感すること」が大切である。また, 趣味や家事の一部への参加を促し, 自分の役割を担える居場所を提供し, 本人が「有益で必要な存在」であることを実感・認識できるよう促すことで, 症状の軽減が得られる。

3) 幻の同居人 (phantom boarder symptom: PBS)

高齢者にみられる特有の症候とされ, “家のなかに見知らぬ人 (招かれざる誰か) が住み込んでいる” と確信する。1984 年, Rowan²⁴⁾ によって命名され, はじめは晩発性の統合失調症として考えられていたが, 現在では, 誤認の一種として認識されている。主にアルツハイマー型認知症 (Alzheimer's dementia: AD), レビー小体型認知症 (dementia with lewy bodies: DLB) などの神経変性疾患, 血管性認知症やパーキンソン病によって発現することが指摘されている²⁵⁾。PBS に対する対応・対処法として, 本人の訴えを頭ごなしに否定せず, 傾聴と共感的な受け止めが大切である。一方で, 家族の言動がきっかけとなり, 妄想を引き起こすことがあるので, 注意を要する。例えば, 家族が本人の意見を聞かずに, 勝手に私物や家具を配置転換することなどは厳に慎むべきである。また, 本人の意図を汲み取り, 意思を尊重することも心に留めておく必要がある。

4) せん妄 (delirium)

身体疾患を伴う患者に多くみられるが, 認知症患者でも起こる可逆性の意識障害である。急速に進行し症状は浮動性で, 特に夜間に悪化する (夜間せん妄)。65 歳以上の高齢者では若年者に比し 4 倍の頻

度となり、手術後、発熱、熱傷などで増加する。入院患者の有病率は 14 ～ 24%，救急科に入院の高齢者では、10 ～ 30%と報告されている⁹⁾。高活動型と低活動型せん妄に分類されるが、両者が混在する混合型せん妄は、予後不良である。本症候の対応と治療は、まず可能な限り原因を除去することである。それには、直接原因となる身体疾患の適切な治療、薬剤整理を行い、誘発要因を減らすための工夫として、環境操作・調整（見当識の回復を補助、刺激の強さを調整）、支持的介入（患者に安心感を与え経過や転帰を教示、家族支援への情報提供）、薬物療法（低活動型と高活動型せん妄では治療薬が異なる）が有効である。

2. 認知症に関連するもの

1) DLB の幻覚・妄想

DLB では、幻覚・妄想との親和性が高く、とりわけ繰り返し出現する幻視は、診断基準の中核的特徴に挙げられている²⁶⁾。幻視は人や動物、物といった比較的具体的かつ鮮明なイメージとして捉えられる。他の幻覚や体系的な妄想が出現することもある。脳の MRI、MIBG 心筋シンチグラフィ（cardiac ¹²³I - meta - iodobenzylguanidine scintigraphy）、ダットスキャン検査（DaT Scan）、SPECT（single photon emission computed tomography）、PET（positron emission tomography）などの形態および脳機能検査が鑑別診断に用いられる。DLB の幻視の神経基盤を SPECT、PET を用いて探索した複数の先行研究では、幻視と右後頭葉の血流・代謝低下との関連性が示されている^{27,28)}。DLB の症状は変動する認知機能障害、幻視、パーキンソン症状、REM 睡眠行動障害など多岐にわたるが、早期から対症的に治療介入を行うことが重要である。しかし、現時点で根本的な治療法はない。

2) 軽度認知障害（mild cognitive impairment : MCI）

認知症とも認知機能が正常ともいえない状態を指す。当初は、記憶障害と認知症との関連で注目されたが、その後、記憶障害以外のカテゴリーの認知障害も含まれるようになり、AD に限らず多数の認知症疾患の初期症状とみなされている。

DSM - 5⁹⁾ において、神経認知障害（neurocognitive disorders）は、老化（老年変化）を主要な原因とする脳の器質性疾患の総称をいい、以前まで認知症（dementia）と呼ばれていたものは、“大神経認知障害（major neurocognitive disorder）”となり、軽度認知障害は、“軽度神経認知障害（mild neurocognitive disorder）”と命名された。

3) 軽度行動障害（mild behavioral impairment : MBI）

MCI と同様に認知症の前駆段階と考えられ、行動障害を軸として捉えた概念であり、意欲減退、感情調整不全、衝動制御障害、社会的な不適合、感覚や思考内容の異常の 5 つが挙げられている。診断基準は、①50 歳以降から始まる行動または性格の変化を認め、少なくとも 6 か月以上持続すること、②対人関係などにおいて少なくとも最低限の障害を生じていること、③併存症は存在するかもしれないが、他の疾患では説明がつかないこと、④認知症の診断基準は満たさないことである。高齢者に初発する精神症状は、MBI または精神疾患によるものかの鑑別が困難なことも少なくない。そのため、認知機能検査や脳画像所見を縦断的に検討していく必要がある。

4) 認知症の行動と心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD）

「認知症患者にしばしば生じる知覚認識、または思考内容、または気分あるいは行動の障害による症状」と定義される²⁹⁾。認知症の中核症状（記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能障害、視空間認知障害、失行、失認、失語など）から引き起こされる間接的な症状をいう。本人の性格や本人を取り巻く環境や人間関係、心理状態が強く影響するため、人それぞれ個人差がある。国際老年精神医学会（International psychogeriatric association）の BPSD 教育パック²⁹⁾では、その背景因子として、①遺伝的要因（遺伝子異常）、②神経生物学的要因（各種神経伝達物質など脳の神経化学的变化、③脳の病理学変化、④心理学的要因（個人の性格やストレスに対する反応など）、⑤概日リズム障害、⑥社会的要因（環境や介護者の要因）を挙げている。治

療は、原則的に音楽療法、芸術療法、回想法などの非薬物療法によって対応するが、それでも改善せず本人や介護者の安全が保障されない場合、はじめて薬物療法の選択となる。その使用に際しては、症例ごとにベネフィットとリスクを慎重に検討することが肝要である。高齢者のベンゾジアゼピン（Bz）系睡眠薬の作用として、転倒、骨折、認知機能の低下が知られているが、非 Bz 系睡眠薬においても同様である。認知症の睡眠障害に対する薬物療法の効果のエビデンスは乏しく、安全を第一に考慮しなければならない。介護者の負担を最小限にするには、訪問活動、ショートステイ、デイサービスなどの在宅・支援サービス利用が有効と考えられる。また、介護する家族に家族会などへの参加を促し、認知症の知識や介護技術を学ぶことによって、ストレスや疲れの軽減に繋げることも有益である。

5) 夕暮れ症候群（sundown syndrome）

日没から夜にかけて高まる混乱、多動、不安、焦燥、攻撃性、妄想的言動、徘徊などの精神症状をいう。基本的に入院や施設入所の認知症患者にみられ、日没症候群とも呼ばれる。原因は特定されていないが、概日リズムの障害を基盤として、疼痛や便秘などの不快な身体症状、日中の日照不足、日中の鎮静剤投与などが推定されている。秋または冬の時期に発生率が高く、AD に伴う報告が多いが、血管性認知症、FTD、DLB でもみられる。明確な定義や診断基準はないが、“場所に対する見当識障害”と呼ばれ、“記憶の逆行性喪失”（注 8）が根底にあると考えられる。それにより、夕方になると、家族の帰宅を迎えようとしたり、夕食で帰宅するという気持ちが生まれる。また、職員の夕刻の帰宅時間に合わせて、見捨てられ不安や孤独感が生じ、落ち着かなくなるため、帰る素振りや雰囲気を作らないようにすることも心にとめておく必要がある。このように、非薬物的療法な対応が原則であり、帰宅願望、孤独感、見捨てられ不安から生じる言動を一旦は受け入れ、対応策を講じる必要がある。例えば、「もう少しゆっくりして行って下さい」「途中までお送りしましょうか」などの語りかけもひとつである。

VI その他の要因によるもの

1. その他の精神障害などが関連するもの

1) オセロ症候群（Othello syndrome : OS）

確固たる証拠もないのに浮気を疑う、相手を強く束縛しようとするといった嫉妬妄想に始まる様々な行動を指す。根底には、「パートナーから裏切られるのではないか」「浮気をして自分をないがしろにするのではないか」との恐怖心や孤独感から根拠のない嫉妬が抑えられなくなる。シェイクスピアの四大悲劇のひとつ「オセロ」で、貞淑な妻に激しい嫉妬の念を抱く主人公の名前から、1951 年、英国の精神科医ジョン・トッドによって、OS と命名された。この物語は、伊の軍人オセロが、部下から「妻が不倫をしている」とウソの証拠を差し出され、それを信じ込んで偽りの不倫相手と妻を殺す。のちに真実を知ったオセロが、妻の遺体の側で自殺する。恋人関係や夫婦関係には周囲も公正な判断がつきにくく、「嫉妬される方が悪い」「本人を安心させてあげればよいのではないか」といった気軽な判断をすることもあるが、それが最終的に悲劇を生むという教訓である。妄想性障害、妄想性パーソナリティ障害、アルコール依存症などで出現し、DSM - 5⁹⁾では、妄想性障害－嫉妬型（Jealous type）に相当する。対応・対処として、過去の経験による大きな認知の歪みの是正、嫉妬妄想の根本にある部分の対処を探索し、取り去ることが重要である。また、本人に自分自身の行動をコントロールできていないことを理解させ、偏った認知の歪みの修正や自己肯定感を高めることを目的とした認知行動療法も有効な治療法である。

2) 通過症候群（Durchgangs - Syndrom）

1956 年に独の Wieck によって提唱された概念で³⁰⁾、意識障害のひとつである。本症候群は、特定の症状や状態像を指すのではなく、脳障害の急性期から慢性期に移行していく際の間段階で一時的に起こる精神の変調をきたす。心理・精神的な機能障害の程度に応じて、軽度（主に情動障害）、中等度（幻覚・妄想、自発性低下、記憶障害など）、重度（健忘症候群など）に分けられる。ステロイド精

神病や内分泌精神病、パーキンソン病における幻覚妄想状態などが含まれる。せん妄状態からの回復過程で、本症候群を経過する例も少なくない。中枢神経系に起こった器質的な損傷の治療が、最優先になり、精神症状が認められた場合、向精神薬の投与が試みられる。精神的な不安が症状を増長させることもあるので、不安を煽るような因子はなるべく取り除くことが有益である。

2.ガス灯現象 (gas - light phenomenon)

高齢者本人の問題ではなく、家族の高齢者への虐待によって生じる現象を指す。高齢になると、家族内での役割や家族との対話も減り、孤立傾向に陥るため、日常生活において言動の変化が現れ、些細な過ちを起こす機会が増える。家族や周囲の人たちは、本人の変化を過度に心配し、それを“精神障害の発症”と捉え、ついには入院にまで至る場合がある。このような状況は“ガス灯現象”と呼ばれる。米国映画「ガス灯 (Gas Light)」のタイトルに由来する³¹⁾。その内容は、結婚を機に、新妻が夫から物忘れや窃盗癖を指摘され、次第に夫の策略的会話に翻弄され、妻が自信を失い自らの正気を疑うようになる。本編は、妻の心理過程を恐怖感によって表現し、家族の欺瞞を描写している。ガス灯現象は、相手から誤った情報を強要される一種の虐待ともいえることから、精神障害や認知症の患者を診察する場合、医師は家族の一方的な陳述を信じ込まないことを戒めている。特に家族が高齢者に対して悪意や陰性感情、無責任な態度をとっている時には、注意すべきである。

3.薬剤による影響

高齢者の脳機能は、身体疾患や薬剤の影響を受けやすく、肝臓や腎臓の機能の低下によって薬剤の代謝・排泄能力が遅くなり、血中濃度も上昇しやすくなる。そのため、通常量の薬剤でも不安・うつ状態、不眠、せん妄などの副作用が生じることも少なくない。また、6種類以上の薬剤が処方されている場合、薬剤の相互作用や有害事象の危険性が高まり、さまざまな精神医学的な副作用が出現する。したがって、高齢者の多剤併用の対策は、医療機関の間で薬剤情

報を共有することが重要であり、患者の曖昧な訴えに対して安易な投薬せず、必要最低限の薬剤の投与が望ましい。換言すれば、「薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下などの問題につながる状態（ポリファーマシー）」を回避することにつきる。また、鎮痛薬、 β -ブロッカー、抗がん剤、副腎皮質ステロイド薬、血圧降下薬などの薬剤によって、抑うつ状態を誘発する場合がある。そのため、高齢者のうつ病性障害との鑑別にも留意する必要がある。

【おわりに】

高齢者の精神障害は、①脳の器質的な変化や身体機能の影響を受けやすく、②症状や経過が非定型の様相を呈し、③心気的な訴えが多く、神経症的な要素を持つ傾向があり、④治療反応性において個人差が大きく、予後や生活の質にも影響を与えることが特徴と言える。治療者はそのことを念頭に置き、一人一人の患者の病前性格、社会・心理学的背景、身体および精神疾患の存在や併存、服用薬の相互作用や副作用、環境の変化などを考慮し、正確な診断のもと、適切な治療を選択することが求められる。

COI：本総説に関して開示すべき利益相反はない。

【注釈】

注 1：典型的には自分の身体全体や一部が大きく、あるいは小さく感じる（身体図式障害）、視界に生じる物体の大きさ、位置と距離に関する錯覚的誤認、空中浮揚の錯覚的感覚が認められる。

注 2：匿病（Dissimulation）は、病気を隠蔽し、精神疾患であることを認めず精神的健康を偽装する。これに対して、詐病（Malingering）は、経済的または社会的な利益の享受などを目的として、病気であるかのように偽る行為をいう。

注 3：認知症高齢者の BPSD のなかで、日常のあらゆる事象や自分自身に対してやる気や関心が失われていく、いわゆる“無気力”に陥った状態は「アパシー（apathy）」と呼ばれ、しばしばうつ病性障

害と混同される。アパシーはうつ病性障害とは異なり、症状への自覚意識の乏しく、抑うつ気分はみられない。

注 4：現代のシニシズム (cynicism) 哲学は、倫理的・社会的価値に不信感を抱き、社会的関与の必要性を拒絶する態度と定義される。元々は古代ギリシャの哲学の学派であり、ソクラテスの弟子のうち、有名なプラトンとクセノフォンを除いた一派を小ソクラテス派といい、そのひとつがキュニコス派 (犬儒派) であった。キュニコスとは「犬のような人」という意味で、野良犬のような生き方に由来し、キュニコスの英語 cynic から、「シニシズム」と呼ばれる。ディオゲネスは、独自の生活様式を実践することで世間を批判し、人々の生活状況を変えることを説いた。しかし、現在、ディオゲネス症候群と呼ばれる病態は、この概念と異なる枠組みとなりつつあり、その名称とは齟齬が生じている。

注 5：自分に対して非常にこだわりが強く、何ら明確な理由や根拠もなく、あるいは何の関係もない僅かな出来事から曲解して、人から攻撃される、陥れられるなど常に他人が自分を批判しているという妄想を抱く。そのため、対人関係に問題が生じ、社会適応に支障をきたす。

注 6：ICD - 10 では、「F22.0 妄想性障害」の欄には、「(含) 遅発性パラフレニア」と記載され、この中に包摂されると考えられる。

注 7：緊張病症状は、(1) 情動易変：動機のない陽気さや易刺激性、短時間の怒りと攻撃の爆発へと変わりやすいこと、(2) 拒絶症：外来刺激だけでなく、自己の内的発動性に対して無為を背景とした拒絶という形をとること、(3) 昏迷：外界からの刺激に全く反応せず、緘黙 (無言)・無動となることによって特徴付けられる。

注 8：記憶の逆行性喪失とは、蓄積されたこれまでの記憶が、現在から過去にさかのぼって失われていく現象をいう。新しい記憶からタイムスリップするように過去へ向かって忘れていく。

【文献】

- 1) de Morsier G: Le syndrome de Charles Bonnet. hallucinations visuelles des vieillards-sans deficiencie mentale. Ann Med Psychol 125: 677-702, 1967.
- 2) Jan TH, del Castillo J: Visual Hallucinations: Charles Bonnet Syndrome. West J Emerg Med 13: 544-547, 2012.
- 3) Podoll K: Das Charles Bonnet-Syndrom. Fortschr Neurol Psychiat 57: 43-60, 1989.
- 4) Trabert W: 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports. Psychopathology 28: 238-246, 1995.
- 5) Huber M, Kirchler E, Karner M, et al.: Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? Med Hypotheses 68: 1351-1358, 2007
- 6) Al-Imam AML: A systematic literature review on delusional parasitosis. J Dermatology Dermatologic Surg 20: 5-14, 2016.
- 7) 岡村 毅, 杉下和行, 新井仁美: 高齢者の口腔セネストパチー20 症例の後方視的調査. 精神医学 54: 811-817, 2012.
- 8) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders ; Clinical discription and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992. (融道雄, 中根允文, 小宮山実 (監訳): ICD-10 精神および行動の障害. 医学書院, 東京, 1993)
- 9) American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5) . American Psychiatric Association, Washington DC. 2013 (高橋三郎, 染谷俊幸, 北村秀明ほか訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 10) 井川 雅子, 山田 和男: 向精神薬が著効した口腔内セネストパチーの 3 例. 日本口腔顔面痛会誌 10: 17-22, 2017.
- 11) Capgras J, Reboul-Lachaux J: Illusions des sosies dans un delire systematisé chronique. Bull Soc Clin Med Ment 2: 6-16, 1923.

- 12) Devinsky O: Delusional misidentifications and duplications ; right brain lesions, left brain delusions. *Neurology* 72: 80-87, 2009.
- 13) Courbon P, Fail G: Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques* 85: 289-290, 1927
- 14) 濱田秀伯, 古茶大樹編著, 慶應義塾大学精神病理研究グループ著. メランコリー : 人生後半期の妄想性障害. 弘文堂, 2008.
- 15) 古茶大樹 : 特集“非定型”な精神病について退行期メランコリー *Schizophrenia Front* 12, 29-33, 2012.
- 16) Krishnan KRR, Hays JC, Blazer DG: MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 154: 497-501, 1997.
- 17) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al: 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 54: 915-922, 1997.
- 18) Clark AN, Mankikar GD, Gray I: Diogenes syndrome: A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1: 366-368, 1975.
- 19) Reyes-Ortiz CA: Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther* 27: 117-121, 2001.
- 20) Taragano FE, Allegri RF: Mild behavioral impairment: the early diagnosis. *Int Psychogeriatr* 15: 12-12, 2003.
- 21) Roth M: The natural history of mental disorder in old age. *J Ment Sci* 101: 281-301, 1955.
- 22) Sommer M: Zur Kenntnis der Spätkatatonie. *Z Gesamte Neurol Psychiatr* 1: 523-555, 1910.
- 23) 古茶大樹: 遅発緊張病について. *日本生物学的精神医学会誌* 21: 3-7, 2010.
- 24) Rowan EL : Phantom boarders as a symptom of late paraphrenia. *Am J Psychiatry* 141: 580-581, 1984.
- 25) Hwang JP, Yang CH, Tsai SJ: Phantom boarder symptom in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 417-420, 2003.
- 26) McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 89: 88-100, 2017.
- 27) Perneczky R, Drzezga A, Boecker H, et al: Cerebral metabolic dysfunction in patients with dementia with Lewy bodies and visual hallucinations. *Dement Geriatr Cogn Disord* 25: 531-538, 2008.
- 28) Firbank MJ, Lloyd J, O'Brien JT: The relationship between hallucinations and FDG-PET in dementia with Lewy bodies. *Brain Imaging Behav* 10: 636-639, 2016.
- 29) 国際老年精神医学会（日本老年精神医学会監訳）: 認知症の行動と心理症状 BPSD（2 版）. アルタ出版, 2013.
- 30) Wieck HH: The Concept of Transit Syndromes and of Function-Psychoses. Symposium "Exogenous Reaction Types and Their Relation to Endogenous Psychoses" vi World Congress of Psychiatry, Honolulu, August 30, 1977 (To be published in *Psychiatr Clin*, Karger, Basel)
- 31) Barton R, Whitehead JA: The gas-light phenomenon. *Lancet* 21: 1258-1260, 1969.