

透析患者の認知症

——最近の知見——

堀川直史

埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

key words : リエゾン精神医学, サイコネフロジー, 高齢透析患者, 認知症, うつ病

要 旨

透析患者の認知症の原因やこれと類縁の病態については、これまでよりも詳しく知られるようになった。一方、その治療とケアについては今も大きな進歩はみられない。透析患者の認知症の原因には、共通の危険因子、腎性の危険因子、透析に関係する危険因子などがあり、これが複合的に作用して認知症が発病する。このために有病率も上昇する。認知症類縁の病態には、軽度認知機能障害、健忘障害、うつ病性仮性認知症などがあり、早期の治療が必要である。認知症の治療とケアには、薬物療法、非薬物療法、社会的支援をさらに充実させること、家族ケアなどがあるが、非薬物療法と社会的支援の充実が中心となる。

はじめに

透析患者に生じる認知症の理解および治療とケアは、現在の透析医療における大きな問題の一つである。透析患者の認知症の原因やこれと類縁の病態については、これまでよりも詳しく知られるようになった。一方、その治療とケアについては今も大きな進歩はみられない。このような透析患者の認知症の理解、高齢者および高齢透析患者の心理、これらを踏まえた治療とケアに関する最近の知見について述べる。

1 透析患者における認知症

透析患者における認知症の有病率は、一般人口調査

の結果に比較して高く、約3倍に達する¹⁾。この高い有病率はなぜ生じるのだろうか。この問題について、現在は次のように考えられている²⁾(図1)。すなわち、透析患者の認知症の危険因子には、

- ① 共通の危険因子 (高齢, 糖尿病, 高脂血症, 高血圧など, 脳ばかりではなく腎にも悪影響を与えると意味で共通と呼ばれている)
- ② 腎性の危険因子 (尿毒症, 貧血, 低ナトリウム血症など)
- ③ 透析に関係する危険因子 (透析中の血圧低下, 脳浮腫など)

の三つがある。このうち、①と②は脳血管障害と神経細胞の変性を助長し、血管性認知症とアルツハイマー型認知症両方の発病や進行を促進する。また、②と③は神経細胞に直接的な損傷を与え、これも認知症の原因となる。このように、透析患者における認知症は複数の因子が総合的に作用した結果であり²⁾、そのために有病率も上昇するのであろう。

認知症の症状は、中核症状 (記憶障害, 思考・判断能力の低下) と周辺症状に分けられる。周辺症状には多様な症状が含まれるが、発動性低下 (意欲低下よりも広い概念であり, 心身の活力の全体的低下を意味する) と抑制低下 (感情と行動をコントロールする能力の低下) が中心である。そのほかに、主に思考・判断能力の低下によって周囲の出来事や事情を曲解し、妄想などの狭義の精神病症状が生じることもある。

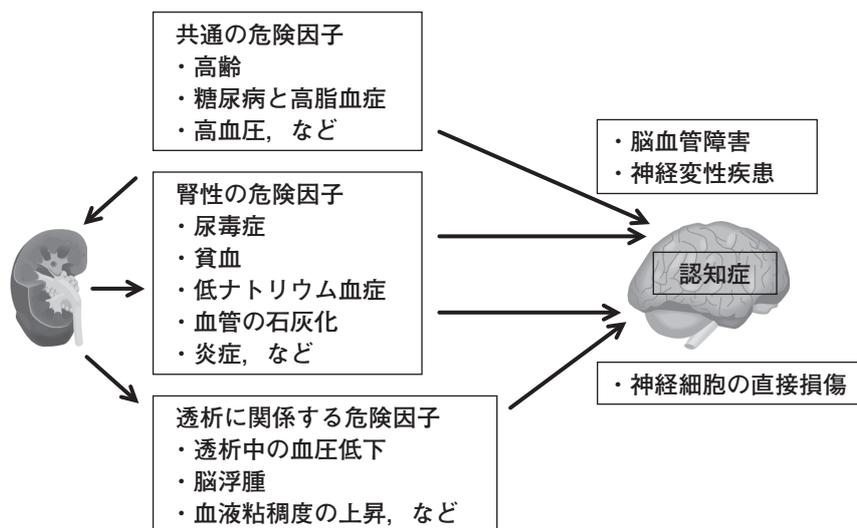


図1 透析患者の認知症の発病に関わる因子
(文献2に基づいて作成)

2 認知症に類縁の病態

認知症には類縁の病態がある。ここでは、「軽度認知機能障害 (mild cognitive impairment)」と「健忘障害 (amnesic disorder)」(いずれも DSM-IV, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.) による) について、主に認知症との関係を述べる。

軽度認知機能障害は、認知症の中核症状と周辺症状はみられるが、いずれも軽度で日常生活に対する影響がほとんどない場合である。また、健忘障害は、認知症の症状のうち、記憶障害(主に記銘力の低下)と見当識障害はあるが、明らかな思考・判断能力の低下がみられないものをいう。この二つはいずれも認知症の軽症型であり、次第に悪化して認知症に移行することが多い。したがって、早期に認知症としての治療(この場合は、主に認知症治療薬の使用)を開始することが望ましい。

軽度認知機能障害も健忘障害も一般的には日常生活に対する影響は小さい。しかし、透析患者の場合そうはいえない。透析を受けながら生きるという生活は通常の日常生活と異なっている。特に問題になることは、軽度認知機能障害であっても健忘障害であっても、患者のセルフケアが乱れ、治療ノンアドヒアランスが生じやすいこと、および特に透析開始前後に問題になるが、透析への「適応」^{注)}が円滑に進行しない場合があることなどであろう。

注) 「適応」という言葉であるが、①患者が新しい生活に対するなんらかの対処方法をもっていること、②比較的快乐な気持ちでいられること、③なんらかの活動が再開されること、と規定されている³⁾。筆者の意見であるが、適応という言葉は、透析を「受け入れる」「受容する」というよりも患者の心理をより適切に表現しているように思われる。

3 高齢透析患者のうつ病

うつ病は比較的頻繁にみられ⁴⁾、高齢患者では認知症との鑑別が問題になることがある。この場合の「うつ病」であるが、症状とその短期経過からなる診断基準によって診断される。すなわち、原因に関する判断を含んでいないので、正確にはうつ病という病気ではなく、この基準によって規定された抑うつ症候群を診断していることになる。表1に、典型的な症状のそろった「大うつ病」の診断基準(DSM-IV)を示した。

このよううつ病は、さまざまなストレスと「個人的要因」が重なり合って生じると考えられている。このうち、個人的要因では、①うつ病は女性に多い、②うつ病にかかりやすい「性格特徴」があるかもしれない、③うつ病にかかりやすい「体質的・遺伝的素因」もあるかもしれないなどといわれているが、②と③については今も明確な所見が得られていない。

透析患者のうつ病は、透析開始前後と、維持透析期に新たなストレスが加わったときに多く生じる⁵⁾。このときのストレス因子(表2)は、

① 腎不全の原疾患の悪化や透析の合併症の出現な

表1 「大うつ病エピソード」の診断基準

1. 抑うつ気分 (ほとんど1日中)
2. 興味の喪失 (ほとんどすべてに興味が無い)
3. 食欲低下, 体重減少
4. 不眠
5. 精神運動制止 (外からみて元気がない), 焦燥 (外からみて落ち着かない)
6. 易疲労, 気力の減退
7. 無価値感, 罪責感
8. 集中力・決断力の低下
9. 自殺念慮, 自殺企図

1 または 2 を含む 5 つ以上の症状が 2 週間以上持続 → 大うつ病エピソード

DSM-IV の記載を一部省略。

表2 維持透析期におけるストレス因子

- ① 腎不全の原疾患の悪化や透析の合併症の出現など
- ② 患者の生活において生じるストレス因子
 - (a) 透析とセルフケアの苦痛
 - (b) 社会と家庭における役割がさらに縮小する
 - (c) 死を差し迫った恐怖として感じる患者もいる
 - (d) 家族, 知人, ほかの患者などの死に出会う

表3 うつ病性仮性認知症と認知症の鑑別点

	うつ病性仮性認知症	認知症
抑うつ気分	あり	まれ
自律神経失調症状	あり	まれ
妄想がある場合, その内容	心気妄想, 貧困妄想, 罪業妄想	物取られ妄想, 嫉妬妄想
抑うつ症状と認知症の時間的關係	抑うつが先行	不定
うつ病の既往	あることが多い	まれ
抗うつ薬の効果	あることが多い	不明確

特に重要と思われることに下線。

表4 社会・家庭での役割が縮小したあとの高齢者の心理

類型	自分と自分の過去・現在についての見方	関心・注意がどこに(何に)向かっているか	社会参加	現在の人間関係
円熟型	肯定的に評価	将来	積極的	よい人間関係を作ろうと努力し, 満足もしている
ロッキングチェア型	(記載なし)	他人に依存して受け身・消極的	他人に依存して受け身・消極的	他人に依存して受け身・消極的
自己防衛型	(記載なし)	いつまでも仕事をしようとする	いつまでも仕事をしようとする	(記載なし)
外罰型	過去の失敗に固執し, それを他人のせいにする	(過去)	(少ない)	他人に敵意をもち, 攻撃的にもなる
内罰型	過去の失敗に固執し, 自分を責める	(過去)	(少ない)	孤立

文献6に基づいて作成。()は筆者が追記。

どの腎不全・透析に関係するもの

② 患者の生活において生じるストレス因子に分けられる。①が特に高齢透析患者に起こりやすいことはいうまでもない。②のストレス因子も高齢期には頻繁に生じる。代表的なものは喪失体験である。透析患者はそれまでも多くの喪失を体験しているが、高齢透析患者では、(a) 透析そのものとセルフケアの苦痛に加えて、(b) 社会と家庭における役割がさらに縮小し、(c) 死を差し迫った恐怖として感じる患者もいる(将来における喪失を恐れ悲しむことを「予期的喪失反応」「予期的悲哀」などという)。そして、(d) 高齢透析患者は、家族, 知人, さらに長い間ともに闘病生活を送ってきたほかの患者などの死に出会うことが多い。

以上、うつ病の記載が長くなったが、高齢者のうつ病では抑うつ症状に認知機能の低下が加わって認知症との区別が難しくなる場合がある。この状態を「うつ病性仮性認知症」という。うつ病性仮性認知症はうつ病の治療によって回復可能であり、両者の鑑別は重要である。この鑑別の要点を表3にまとめた。

4 高齢者の心理・高齢透析患者の心理

透析患者の認知症の治療とケアを述べる前に、前提となる知識の一つとして一般的な高齢者の心理、高齢透析患者の心理について簡単に触れておきたい。

4-1 高齢者の心理

老年心理学・老年精神医学では、高齢者の心理について多くの研究があり、それに基づくさまざまなモデルも提唱されている。その中で、社会・家庭での役割

表5 世間で高齢者の心理的特徴といわれること、およびそれに関する実証的研究の結果

研究結果のまとめ	
慎重	実証されない、または適応的な変化とみる
心気傾向	長寿とともに過去のものになりつつある
自己中心的	実証されない
依存的	実証されない
変化への適応が困難	実証されない
考え方が保守的	実証されない
がんこ、独善的	認知機能低下の結果と考えられる

文献6に基づいて作成。

が縮小したあとの高齢者の心理に関する代表的なモデル⁶⁾を表4に示す。また、世間でしばしば高齢者に特徴的といわれる心理傾向があるか⁶⁾(表5)、これらの大部分は実証されたものではない⁶⁾。

4-2 高齢透析患者の心理

高齢透析患者の心理に関する精密な方法による研究は、今回筆者が検索した限り、発見することができなかった。しかし、前項の表4の記載は、高齢透析患者にもあてはまる部分が多い。なお、表4は社会・家庭での役割が縮小した高齢者に関するモデルであり、透析を続けるという重要な役割をもつ高齢透析患者は正確にいうとこのモデルの対象外であるが、このモデルを知っていることによって高齢透析患者の心理の理解が深まるように思われる。

長い間透析を受け、現在も仕方がないものとして透析を続け、死が訪れるまでこの生活を続けると述べる患者は多い。このような患者は、話を聞くと、表4の「円熟型」と同じように、過去と現在の自分を肯定的に評価し、虚勢を張っているのではなく、将来の死に対する恐怖も比較的軽いように思われる。透析に耐え続けてきたことが理由の一つになって、自分の生き方についての自信や死生観が確立されたということができるかもしれない。

一方、主に透析開始前後の時期に透析をしてまで生きたくないと述べる高齢患者も稀ではない⁷⁾。しかし、この場合もよく話を聞くと、腎不全・透析を加齢などに伴う変化ととらえ⁷⁾、これも運命と考えて状況に適応しようとしていることが多いように思われる。

5 透析患者の認知症の治療とケア

この場合にも透析患者の一般的な心理的治療とケア

表6 透析患者の心理的治療とケア

1. できるだけよい身体的状態を作り、保つ
2. 身体的自覚症状の緩和
3. ていねいな身体的ケア
4. 喪失を最小限にする工夫
5. 社会的支援の充実と家族ケア
6. 「理解に基づく共感」
7. 「指導」「教育」の工夫：ペイシャントエンパワーメント
8. 向精神薬の使用

(表6)が基本になる。これについては筆者も何回か述べる機会^{8,9)}があったので、参照していただければ幸いである。本稿では要点のみを記載する。

5-1 身体的な治療とケア

精神症状の種類を問わず、心理的治療とケアの出発点は同じである。まず行うことは、日常的な身体的な治療とケアを丁寧に行うことであり(表6の1~4)、これはそのまま重要な心理的ケアになる。すなわち、身体的な状態がよくなれば、それに伴って患者の心理も改善することが多い。また、このような丁寧な身体的治療とケアによって、少なくとも一部の患者は、自分がこの病院で医療者に尊重されていると感じることもできる。

5-2 共感および指導・教育の工夫

前述の身体的な治療とケアに加えて重要なことは、「理解に基づく共感」と「指導」「教育」の工夫である(表6)。

(1) 理解に基づく共感：患者の気持ちは

患者にしかわからない

共感は通常「感情的共感」であり、「相手の気持ちを自分の気持ちのように感じることを意味する。し

病気と治療 に関する 効果	治療目標の決定・明確化 セルフケアレベルの上昇 セルフケアに関する自己効力感の上昇 知識の増加 症状そのものの改善	狭義の 効果 ペイシャント エンパワメント の 効果	ペイシャント エンパワメント の 広義の 効果
話し合いと 自己決定に 伴って生じ る効果	協力的な治療関係の形成 全般的な自己評価の上昇 心理社会的適応レベルの上昇 QOLの上昇		

図2 ペイシャントエンパワメントの効果
(文献10に基づいて作成。直接的な効果と思われるものに下線)

かし、われわれと患者は別の人間であり、感情的共感を正確に行うことは不可能である。われわれが実際にできることは、患者の話を聞くことに集中し、わからないときは患者に質問して、患者の症状、苦痛、医療に対するニーズなどをできるだけよく理解することである。われわれが「なるほど、この人はそういうことが言いたかったのか」と思うときがあるが、これがここで述べる患者の心理の理解である。このときには、患者も自分の言いたいことの少なくとも一部はこの医療者に通じたと感じることが多い。実際に、「先生、わかった」と尋ねる患者もいる。このようにして、次第に協力的な治療関係が生じるのであろう。「認知的共感（理解しあうこと）」という言葉もあるが、筆者はこのようにして生じる協力的な治療関係を「理解に基づく共感」と呼んでいる。

(2) 「指導」「教育」の工夫：ペイシャントエンパワメント

透析では、指導、教育が重視される。しかし、特に患者のセルフケアは生活の大きな変更であり、実行することは難しい。特に、患者がそのつもりにならなければ、なにも変わらない。このときの工夫がペイシャントエンパワメントである。ペイシャントエンパワメントは患者を元気づけることなどではない。このときの「パワー」は「患者の自己決定」あるいは「自己決定権」であり、ペイシャントエンパワメントは患者の自己決定を促し、それを尊重するという考えであり、そのための具体的な方法を含んでいる。

ペイシャントエンパワメントでは、医療者は、患者を「指導」「教育」しようと思う必要はない。医療者がまず行うことは「情報提供の工夫」である。個々の患者について、特に重要な情報は何か、それをどの

ような方法で伝えると効果的かなどを考える。そのうえで、「患者が実際にまずできることは何か」を話し合い、患者が自分のアイデアを述べるのを待ち、このアイデアについて「具体的に相談」する。最初は「ごく小さな生活の変更」でよい。このような話し合いを通して、患者は生活を少しずつ変更し、セルフケアレベルが次第に上昇していく（狭義の効果）。

ペイシャントエンパワメントによって期待される効果は、上述のセルフケアレベルの上昇だけではない。医療者と患者との話し合いおよび患者の自己決定に伴って、さらにいくつかの効果が期待される（広義の効果）¹⁰⁾。これらを図2に示した。特にこの広義の効果は、認知症であっても、それが比較的軽症であれば有用である。

(3) 向精神薬の使用¹¹⁾

以上に加えて、向精神薬が使用されることもある（表6）。透析患者についてある程度の効果があるとおおむね確認された向精神薬は、うつ病に対する抗うつ薬（一般には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬が用いられる）の効果のみである。そのほかに、抗不安薬と睡眠薬も不安および不眠に有効であろう。ただし、抗不安薬と睡眠薬には依存性や認知機能の低下などの副作用があり、可能であれば常用量下限の一時的な使用にとどめることが望ましい。

認知症そのものに対する薬物療法であるが、一般に中核症状と周辺症状の両方にコリンエステラーゼ阻害薬やNMDA受容体拮抗薬などの認知症治療薬が有効であることが確認されている。しかし、その効果は限定的で、明確な臨床的效果がみられることは少ない。

5-3 高齢透析患者の場合に注意すべきこと

高齢透析患者の場合も行うことは同じである(表6)。注意すべきことは、相手が高齢者で、よく理解できないだろう、ある程度手を抜いても許されるだろうなどと考えること、反対に高齢者なので特に丁寧にと考えて、馬鹿丁寧あるいは慇懃無礼な態度をとってしまうことなどであろう。

また、認知機能が軽度低下している場合(上述の軽度認知機能障害、健忘障害などの場合など)には、情報提供の方法をさらに工夫し、家族がどのように協力できるかについても患者、家族と話し合うことがとりわけ重要になる。さらに、家族の負担は大きいので、以下に述べる認知症の場合と同様、社会的支援の利用をさらに充実させることや家族ケアも考えるべきであろう。

5-4 認知症の場合に追加して行うこと

明確な認知症がある場合には、表6の一般的な心理的治療とケアに加えて、①認知症の薬物療法、②非薬物療法、③社会的支援をさらに充実させること、④家族ケアなどが行われる¹⁾(表7)。このうち、認知症の薬物療法で透析患者にも使用可能な認知症治療薬はコリンエステラーゼ阻害薬のガラントミンとドネペジルであるが¹¹⁾、上述のように薬物療法の効果に大きな期待をかけることはできない。したがって、認知症の治療とケアでは、非薬物療法と社会的支援の充実が中心になる¹⁾。

表7の②認知症の非薬物療法には以下のようなものがある。(a)よい感情的交流を保ち(このときに、表6の一般的な治療とケア、一般的な高齢者や高齢透析患者の心理の理解が役立つ)、(b)無用の刺激を避けることの二つは、非薬物療法の基本である。そのほか

に、(c)ライフレビュー・セラピーは、患者のこれまでの生活の中で特に充実していた時期について聞き、話し合うことである。このような話し合いの中で患者の感情が活発になり、現実認識が多少なりと改善して、周辺症状が軽減する場合もある。(d)視力や聴力の補正は、適切な眼鏡や補聴器の使用、印刷物などに大きな活字を使うことなどである。これらは直接に患者の現実認識を改善しようとする治療であり、このときも周辺症状が軽減する場合がある。(e)リアリティ・オリエンテーション(患者を傷つけないように注意しながら、現在の状況を丁寧に説明すること)も同じような意味をもっている。(f)行動療法は、問題となる行動を別の行動に置き換えようとする治療であるが、透析の日常臨床でこれを行うことはかなり難しい。

おわりに

以上に述べたような治療とケアを行うときには、個々の患者との話し合いや丁寧な観察が求められる。しかし、大勢の患者にこれを行うことは不可能であろう。提案したいことは、まず1人あるいは数人の患者を選び、その医療機関の職員全員が関わるプロジェクトとしてこのような治療とケアを行ってみることである。最初は、なんらかの効果が期待できる中等度の認知症の患者を選ぶとよいであろう。このようにして少しでもよい方向への変化がみられれば、それを次の患者に生かすことができる。また、医療者もある程度の自信をもつようになり、認知症に関する苦手意識が軽くなるかもしれない。いずれにせよ、透析患者の認知症の治療とケアは現在と今後の大きな課題の一つである。

文 献

- 堀川直史, 志賀浪貴文: 認知症. 腎と透析, 76(増刊号): 314-316, 2014.
- Kurella TM, Yaffe K: Dementia and cognitive impairment in ESRD: diagnostic and therapeutic strategies. *Kidney Int*, 79: 14-22, 2011.
- Massie MJ, Holland JC: Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. *Handbook of Psychooncology*; Oxford University Press, Oxford, pp. 273-282, 1990.
- 堀川直史, 大村裕紀子, 國保圭介, 他: プライマリケアを受診する慢性身体疾患患者のうつ病. *精神科治療学*, 23: 977-984, 2008.
- 堀川直史: コンサルテーション・リエゾン精神科医からみ

表7 認知症の場合に追加して行うこと

-
- ①認知症の薬物療法
 - ②認知症の非薬物療法
 - (a)よい感情的交流を保つ
 - (b)無用の刺激を避ける
 - (c)ライフレビュー・セラピー
 - (d)視力や聴力の補正
 - (e)リアリティ・オリエンテーション
 - (f)行動療法
 - ③社会的支援をさらに充実させる
 - ④家族ケア
-

- た透析患者の精神障害, 9年前の調査との比較検討. 臨牀透析, 15: 629-632, 1999.
- 6) 下中順子: 老年期の適応. 老年心理学: 下中順子編, 培風館, 東京, pp. 77-89, 1997.
- 7) 平松 信: 高齢透析患者の精神・心理. Modern Physician, 33: 1114-1118, 2013.
- 8) 堀川直史: 透析患者にみられる精神障害. 診断と治療, 101: 1041-1047, 2013.
- 9) 堀川直史: 透析導入前後の患者の心理と精神症状. 透析スタッフ, 2: 10-17, 2014.
- 10) Aujoulat I, d'Hoore W, Decache A: Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? Patient Educ Couns, 66: 13-20, 2007.
- 11) 堀川直史: 向精神薬の至適投与. 腎と透析, 74: 415-420, 2013.