

認知症初期集中支援チーム研修会

認知症と鑑別が必要な精神疾患

東京都健康長寿医療センター

認知症と鑑別が必要な精神疾患

- **せん妄**
- **うつ**
- **妄想性障害**
- **てんかん**

うつ病エピソードの概念

- 過去2週間以上にわたって以下の症状がほとんど毎日、ほとんど一日中続いている。

①抑うつ気分, ②興味・喜びの喪失, ③食欲減退,

④睡眠障害, ⑤精神運動制止または焦燥,

⑥易疲労性・気力低下, ⑦罪責感・無価値感,

⑧思考力・集中力低下, ⑨自殺念慮・自殺企図

- ①②は必須症状。必須症状を含む5つ以上の症状があれば大うつ病エピソード, 2~4つの場合は小うつ病エピソード

高齢者のうつ病の特徴

- **心理社会的な要因や身体的要因が影響**
- **不定のめまいや痛み、便秘や排尿困難といった身体的愁訴がめだつ。**
- **引きこもりやすいため精神運動機能が低下する。**
- **妄想ことに心気、貧困、罪業妄想を起こしやすい。**
- **認知症とまちがえられやすい。**
- **遷延化、難治化しやすい**
- **うつに対する薬物療法で副作用が生じやすい**

うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

	うつ病	アルツハイマー型認知症
発症	週か月単位、 何らかの契機	緩徐
表情・態度	沈鬱・不安・無欲的	通常は自然
もの忘れの 訴え方	強調する	自覚がない、自覚あっても 生活に支障ない
答え方	否定的答え（わからない）	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にA D L 障害強い	A D L の障害と一致
記憶障害	軽い割にA D L 障害強い 最近の記憶と昔の記憶 に差がない	A D L の障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

うつ病と認知症の関係

1. 独立した疾患としてのうつ病



認知症との鑑別が問題に



2. 認知症に先行するうつ状態
(DLBで時に見られる)



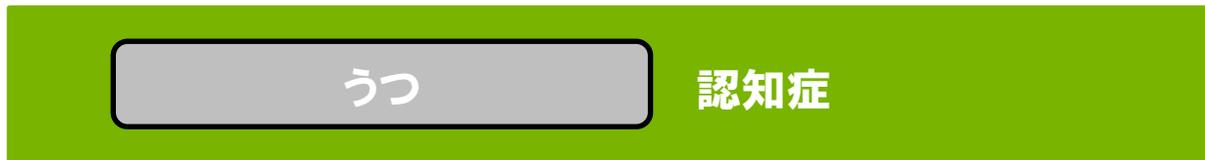
今後 認知症が出てくるかもしれない



3. 認知症の症状としてのうつ状態



今 認知症があるかもしれない



妄想性障害の概念

- **最も顕著な症状が妄想（非合理的で、訂正不能な思い込み）。**
- **妄想は1か月以上持続**
- **妄想に影響された行動以外は、それほど奇異な行動はなく、生活機能も障害されていない。**
- **躁病やうつ病エピソードが認められることがあっても、妄想の持続より短い。**
- **薬物や脳疾患に起因するものではない。**

高齢者の妄想性障害

妄想性障害の診断基準 DSM-5

- A. 1つまたはそれ以上の妄想が1か月間またはそれ以上存在する。
- B. 統合失調症の基準A（妄想、幻覚、まとまりのない発語、ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動、陰性症状）を満たしたことがない。
- C. 妄想またはそれから波及する影響を除けば、機能は著しく障害されておらず、行動はめだって奇異であったり奇妙ではない。
- D. 躁病エピソードもしくは抑うつエピソードが生じたとしても、それは妄想の持続期間に比べて短い
- E. その障害は物質または他の医学的疾患の生理的作用によるものではない

また醜形恐怖症や強迫症などの他の精神疾患ではうまく説明されない

妄想の例

- 被害妄想, 被毒妄想, 迫害妄想
- 物盗られ妄想
- 侵入妄想
- 幻の同居人妄想
- 嫉妬妄想, 不義妄想
- 恋愛妄想
- 注察妄想

高齢者の妄想性障害の病型

1. **被愛型** ある人物が自分に恋愛感情をもっていると妄想
2. **誇大型** 誇大的な妄想主題をもつ
3. **嫉妬型** 嫉妬妄想を抱く
4. **被害型** 自分が何らかの形で不当に攻撃されていると確信
5. **身体型** 身体機能や身体感覚を妄想主題とする
6. **混合型** 複数の妄想主題をもつ
7. **特定不能型** 妄想主題が特定不能

高齢者の妄想性障害の特徴

- 自ら抱える妄想主題以外の事柄には正常な反応
- 一般には社会適応も良好
- 病識をもたないことも多い
- 結果として受診には至っていない事例が多い
- 嫉妬妄想が多い

中年期以降に発症する妄想性障害の特徴

遅発パラフレニー

- 女性に多い
- 人格は保たれている
- 未婚，一人暮らし，難聴，子供が少ないなどの社会からの孤立が関与していると考えられている。
- ときに幻聴が見られることもある。

接触欠損パラノイド

- 60歳以降の発病が多い
- 女性，単身生活者，精力的な性格の人が多い
- 疎通は良好
- 「他人が住居に侵入する」「物を盗まれる」「いたずらされる」「近隣住民から迫害される」といった妄想が多い
- 孤独が解消される方向での状況変化の中で妄想が軽減することがある

いずれも，社会の中での孤立が妄想成立の背景にあるものと考えられる。

高齢者の妄想性障害への対応

- 家族や周囲に強い不信感を抱いているため受診せず、
ことに被害型では治療に応じないことも多い
- 臨床症状をよく確認するが、その際に妄想を無理に修正
したり強引に薬物療法をすすめない。
- 家族や同席者の治療に対する理解は必須
- 身体機能の低下や認知症が背景にあることがあり注意
が必要
- 妄想の診断告知は慎重に行う

高齢者の妄想性障害 家族への対応

- 家族は妄想に振り回され疲弊しており、時には抑うつ状態や本人への虐待につながっていることもある。
- 同居している家族はことに妄想の対象になっていることがある。
- 十分な薬物療法を行うが完治をめざすのではなくおりあっていくことが必要になる。
- リスクが高い場合は入院治療が必要な場合もある

てんかんの概念

- **大脳ニューロンの過剰な発射に由来する反復性の発作（てんかん発作）を特徴とする慢性の脳疾患**
- **原因**
 - **症候性：何らかの脳の障害を証明できる**
 - **特発性：様々な検査をしても脳の障害が証明できない**
- **発作のタイプ**
 - **全般発作：発作のはじめから脳全体に発作があらわれる**
 - **部分発作：脳のある部分から発作が始まる**

事例 病歴 1

60歳 女性

主訴 もの忘れ

現病歴 X-2年 めまいを訴えるようになった

X-1年 車で自損事故。気分不快を訴えるため近医から大きな病院の神経内科を紹介された。MRI を撮像するが所見なし

X年になり 忘れやすい。曜日の感覚があいまいになる。

外出することが億劫になった。心療内科を紹介され

パキシル30mgアビリット100mg リーゼ10mg メイラックス2mg デパス1mg

投与されたが改善せず9月中旬に初診

既往歴：特記すべきことなし

教育歴：9年

事例 病歴 2

初診時所見

意識は清明で指示には従える。

手指に軽度の微細な姿勢時振戦。

腱反射は全般性に亢進。Babinski徴候は無反応。

MMSE : 19/30(3,2,3,2,0,8,1) HDS-R : 16/30 (3単語再生は0)

近時記憶障害と見当識障害をみとめた。

頭部MRIでは特記すべき所見なし。

SPECT : 前頭葉を中心に散在性に血流低下 特定の変性疾患を疑わせる所見なし。

甲状腺ホルモンを含め血液生化学検査には特記すべきことなし

事例 病歴 3

経過

ものの忘れはますますひどくなり、同じことを何度も聞く。
気分にもらがあり突然やっていることを投げ出してしまふ。
調子のよい時もありよくなったかと思うときもある。
しかしめまい、ふらつき、食欲不振は持続的にある。
子供の時から偏食があり、これはかわらない。特に甘いものを異常に食べるということもない。

事例 病歴4

脳波検査を施行

両側中心部に孤発性の鋭波が頻発
過呼吸で増強

抗うつ薬、抗不安薬の減量を図るとともに
デパケン600mgを開始 投与後2か月くらいから
不定のふらつき、食欲不振が改善。

血中濃度をみながら800mgまで増量。

食欲不振は消失し、意欲もやや改善してきたが、
脱抑制的言動や不定のふらつきは残存

6か月後からデパケンをエクセグラン200mgに変更。

10か月後には意欲も改善、他も以前にもどったとご家族から話あり。

MMSE27/30

高齢者のてんかん

- 65歳以上でのてんかんの有病率 一般人口の1% 約35万人
- 今後増加する可能性がある
- てんかん発作重積状態をおこしやすい
- 若年に比べ初回発作後の再発がおこりやすい
- 背景に器質的な脳疾患が存在する確率が高い
- 治療に対する反応性は一般的には良好

高齢者のてんかん 診断

病歴が重要 高齢初発の複雑部分発作
半数以上で痙攣をおこさない
発作が持続する非痙攣性てんかん重積状態
もある。

側頭葉に発作の焦点があると側頭葉ことに海馬の機能低下
⇒記憶障害が持続することあり

身体疾患（貧血、電解質異常、低血糖、肝障害、腎障害、
心疾患ことに心臓伝導障害）に注意

脳波は重要 てんかん波がとられられる感度は必ずしも高くない。

MRIで背景に脳血管障害がないかどうかを確認
ただし半数には病変がない。

高齢者のてんかん 発作の形

症候性部分てんかんが多い

発作型としては 部分発作が多い

部分発作としては

①単純部分発作

②複雑部分発作(けいれんを伴わないことが多く50%)

側頭葉に焦点があることが多い

1-3分程度の意識の減損と自動症（周りの物を意味なくさわる、口をぺちやぺちやさせるといった手と口の自動が多い）

半数程度に上腹部不快感や既視感といった前兆あり

③二次性全般化発作（40%）がある

參考資料

せん妄の薬物療法 1

薬を用いた定期治療を開始する。頓服対応のみでは効果不十分。

- 主剤選択は別紙アルゴリズムに従う。
- 定期開始量はリスペリドン換算で0.5mgとし、適宜0.5mg刻みで調整する。夕食後内服とする。1日量は最大4mg程度までとする。
- 等価換算量：リスペリドン1mg = セレネース2mg = エビリファイ4mg = ジプレキサ2.5mg = セロクエル66mg = ルーラン8mg = グラマリール100mgを目安に。
- 定期使用量 + 1日頓服使用量を目安に次回の定期使用量を決定する。治療開始時期には使用量が必然的に増えるが、この薬剤は効果がないのではと焦らないこと。せん妄治癒にはおおよそ1～2週間はかかる（直接原因が改善傾向にある場合）ものと覚悟しておくこと。

せん妄の薬物療法 2

- せん妄の状態像に応じて、適宜主剤の変更も考慮すること。
(過活動性の時期にはリスペリドン使用していても、低活動性となったらエビリファイに変更するなど。)
- 感情の起伏が激しい、イライラが強い場合→デパケンRまたは抑肝散を定期的に追加する。
(いずれも肝障害時には使用注意。デパケンRは200mgから開始し、200mg刻みで調整。最大800mg程度。抑肝散は3包分3毎食間で。)
- デジレルorテトラミドは睡眠深度を深めるために使用。鎮静作用を翌日に持ち越しやすいため、日中の傾眠が気になる場合は使用中止あるいは減量する。
- 睡眠リズムを整えるロゼレムは、せん妄予防効果もあるため、基本、全症例適応であり、退院時まで入れたままで構わない。

せん妄の薬物療法 3

- 低活動せん妄の場合は、エビリファイを推奨。その際、定期内服は朝食後投与とする。頓服はいつでも使用可。
- アルコール離脱せん妄の場合は、ジアゼパム＋抗精神病薬にて治療開始する。
- 人工呼吸器管理下にて鎮静を凶っている場合、セレネース(5)0.25～0.5A＋生食50mlを24時間持続点滴で併用すると、呼吸器離脱後のせん妄予防効果があるという報告があるため推奨する。眠前の時間帯に30分程度で点滴しても構わない。
- 糖尿病にはジプレキサ、セロクエルは禁忌（必ずしもエビデンスは高くない）。腎障害時にはリスペリドン、グラマリールは原則使用注意。
- パーキンソニズムありの場合、第一選択はセロクエル、第二選択はエビリファイとする。内服困難であればコントミン筋注か生食50mlに混ぜて30分で点滴。