

認知症初期集中支援チーム研修会

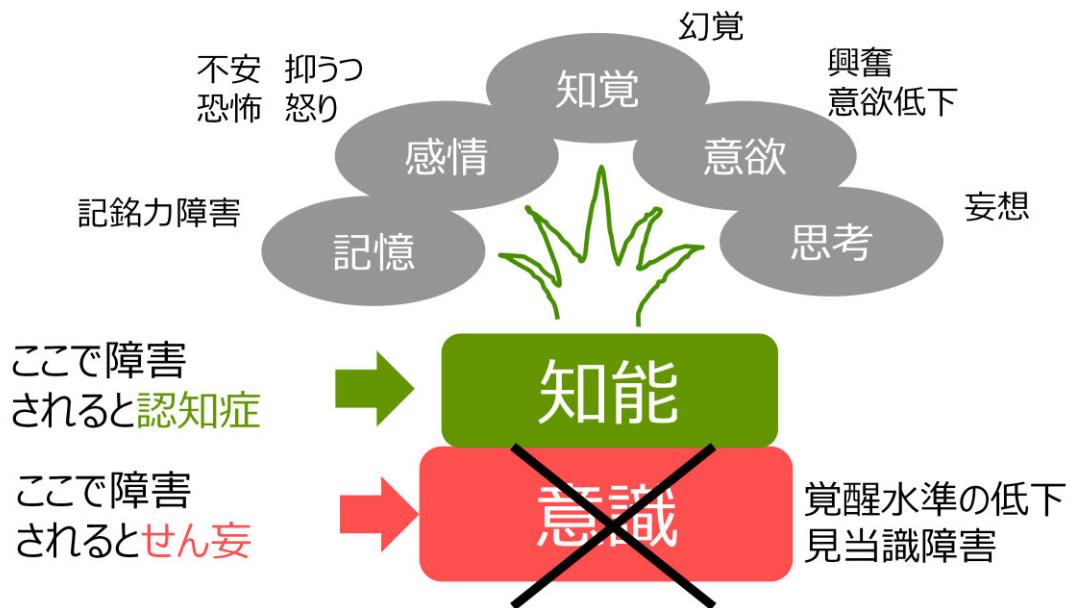
認知症と鑑別が必要な精神疾患

東京都健康長寿医療センター研究所
粟田主一

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

せん妄の概念



われわれの記憶、感情、知覚、意欲、思考といった知能は意識の上にのっており、意識の機能が低下すれば知能も低下する。

認知症では 意識が正常(覚醒)な状態で知能が低下した状態となる。せん妄の本態は意識障害であるため、認知症と区別のつかない知能の障害が出現する。

せん妄とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～一週間	永続的
知的能力	動搖性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時々あり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

ポイント：経過が重要

せん妄との最も大きな違いは発症様式である。前者は急性であり、認知症、特にアルツハイマー型認知症では潜行性に発症し、緩徐に進行する。何日の夜からと特定できる発症は前者の特徴である。また、夜間に増悪することが多く、夜間せん妄ともいわれる。注意力の散漫という形での意識障害と幻視および運動不穩はせん妄の三徴であるが、高齢者では幻視を伴わないこともある。また、通常は運動不稳のために多動となることが多いが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もある。

せん妄の原因

- アルコール、薬物または薬物中毒
- 感染症、特に肺炎と尿路感染症
- 脱水状態および代謝異常
- 感覚遮断（環境変化）
- 心理的ストレス

国際老年精神医学会:プライマリケア医のためのBPSDガイド、アルタ出版、2005 を一部改変

せん妄の原因としては様々なものがある。アルコールや薬物、肺炎や尿路感染症等の感染症、脱水状態や電解質異常、感覚遮断や心理的ストレス(入院、旅行等の環境の変化など)などがある。そのため、せん妄の対処には原因を適切に把握する必要があり、身体的診察や臨床検査等も必要である。

せん妄の原因となる主要な薬剤

- 抗パーキンソン病薬
- 抗コリン薬
- 抗不安薬
- 抗うつ薬
- 循環器用薬：ジギタリス、 β ブロッカー、利尿薬
- H2受容体拮抗薬
- 抗癌薬
- ステロイド

せん妄を来す可能性のある主要な薬剤を示す。特に頻尿や尿失禁に対して使用される抗コリン薬や胃潰瘍や胃炎に用いられるH2受容体拮抗薬は見逃されやすいので注意を要する。せん妄が疑われたときに、これらの薬剤の使用によるものではないかを検討する必要がある。

せん妄の評価法

- Delirium Rating Scale(Trzepacz)
改訂版 DRS-R-98
- NEECHAM confusion scale
- 看護スタッフ用せん妄評価スケール(DRS-J)
- Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU)

せん妄の予防とケア

1. せん妄の原因となる身体因子の調整

水分・電解質バランス 血圧 排泄 睡眠覚醒リズム
疼痛 体温

2. 環境調整

感覚遮断状態の是正 慣れ親しんだものを周りに置く

3. コミュニケーションの工夫

頻繁な声掛け ゆっくりとはっきりした声で
一度に一つのことを
現在の状態と治療について説明（理解していないようでも
案外効果あり）

4. 家族への援助

家族の不安への対処 一過性のできごとでずっと続かない

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ADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

うつ状態とアルツハイマー型認知症の違いを示す。

うつ状態は半年以上前から潜行性に緩徐に発症することはなく、生活史上の何らかの契機が認められることが多い。通常は長くても数ヶ月前からの発症が多い。うつ状態では本人は症状を強調するが、アルツハイマー型認知症では本人は過小評価することが多い。とりつくろう様な答えはアルツハイマー型認知症に特徴的と言つていい。この傾向が顕著となると明らかな作話となる。思考内容に関しても違いがあり、うつ状態では自責的あるいは自罰的となる。

一方、アルツハイマー型認知症では他罰的となる。この結果、もの盗られ妄想の出現につながることがある。

認知症の症状（時に初発症状）としてうつ状態を示す場合があり、また、うつ状態がアルツハイマー型認知症の危険因子であるという報告もあり、慎重な対応が必要である。

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 → 今後 認知症が出てくるかもしれない
(DLBで時に見られる)



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



うつ病、うつ状態と認知症の関係は多様である。1. のように認知症と鑑別される疾患としてのうつ病が存在する。この場合うつ病としての治療が奏功すれば、認知機能は改善する。

2. のようにうつ状態が先行し、その後さまざまな認知機能障害が加わってくる例も存在する。DLBでは時にうつ状態が先行しその後DLBに特徴的な症状が加わってくことがある¹⁾²⁾。

また認知症の経過の中で抑うつ状態が出現することもある。記憶障害や遂行障害が軽度で病識の障害が軽度の段階で、このような状態に陥ることがある。

この1-3によってうつに対する対応、治療法が異なってくる。

1の場合うつ病としての治療を行いその効果をみる

2の場合はうつとしての治療をおこないつつ、他の認知機能障害が出現してこないかを観察する。DLBに先行している場合には抗うつ薬に対する過敏反応がおこりうることも念頭におく。

3の場合は認知機能障害があるかどうかをまずチェックする必要がある。抗うつ薬よりもアセチルコリンエステラーゼ阻害薬が有効なことがある。

出典

1) McKeith IG et al: Operational criteria for senile dementia with Lewy body type (SDLT). *Psychol Med*, 22:911-922, 1992

2) 高橋 晶ら: レビー小体型認知症(DLB)の前駆症状、初期症状. *老年精神医学雑誌*, 22(増刊-I):60-64, 2011

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當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がある。

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が多い
- 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

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