

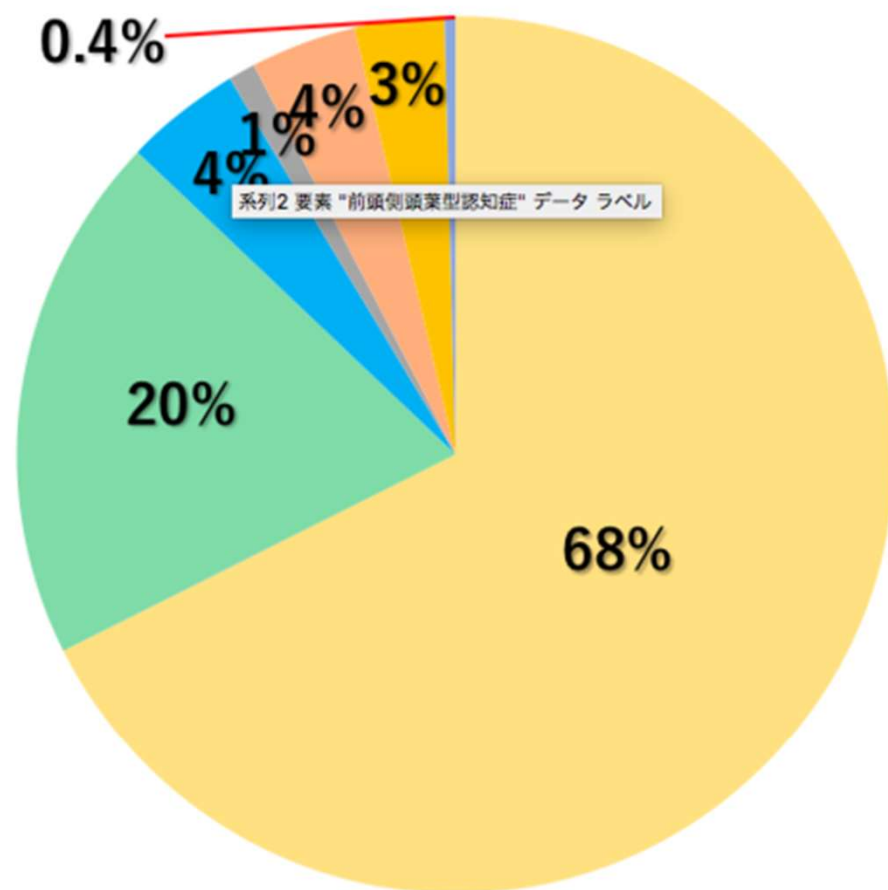
認知症の診断と対応、
精神疾患の診断と対応

認知症を呈する主要な疾患

代表的な認知症	可逆性の認知症
アルツハイマー型認知症	甲状腺機能低下症
血管性認知症	慢性硬膜下血腫
レビー小体型認知症	正常圧水頭症
前頭側頭型認知症	ビタミン欠乏症

厚生労働省「『認知症の基礎』
～正しい理解のために～」より

認知症の種類とその割合



- アルツハイマー型
- 脳血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭葉型認知症
- アルコール性
- 混合型
- その他

軽度認知障害とは

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

出典：Petersen RC et al. Arch Neurol 2001

本人と家族の

- 「将来認知症になってしまうのではないか」という **不安** に応え、
- 「認知症ではないから病気ではない、だから、
病院へもかかる必要はない。」という **誤解** に対応していくこと

アルツハイマー型認知症
dementia of Alzheimer type; DAT

Alzheimer's disease (AD)

senile dementia Alzheimer's type (SDAT)

アルツハイマー型認知症の症例 (68歳・女性)

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもの
のしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。
結婚した娘のところは何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えて
いない。

買い物へはいくが、同じものを大量に買ってしまい 冷蔵庫内で腐らせて
しまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。

最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記銘 3/3、集中・計算 5/5、

再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか？の問いに対し、“えーっと何月
でしたっけ”と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見て
こなかったから と言いつつ訳す。

アルツハイマー型認知症の特徴

特徴

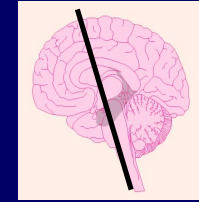
- 近時記憶・エピソード記憶の障害が多い
- 見当識障害・視空間認知の障害
- 失語・失行・失認など
- 場合わせ、取り繕い反応

精神症状

- 妄想（物盗られ妄想）
- 意欲低下
- 易怒性

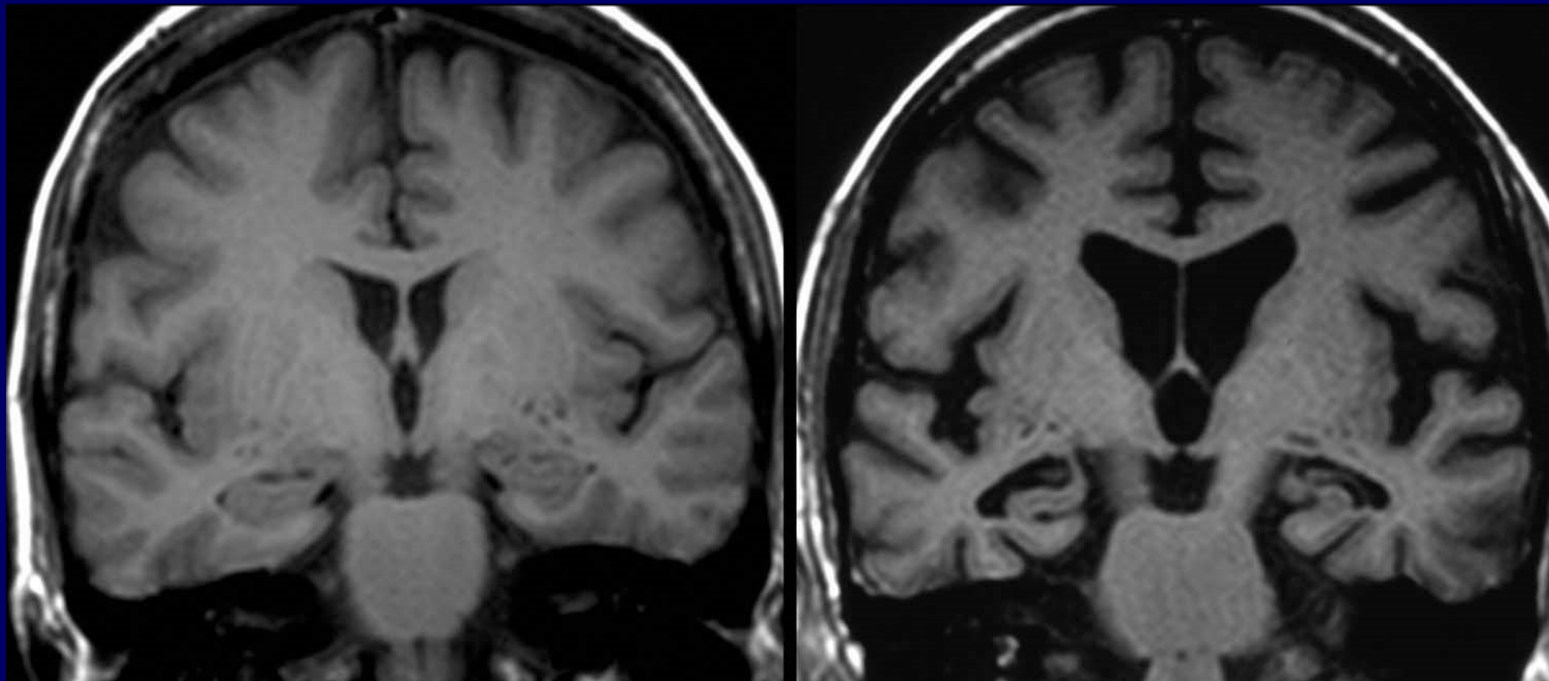
本人の取り繕いがあるので、症状を過小評価せず、家族・介護者の話を聞いて現存能力をみきわめる必要がある。

MRI



Control

AD



VSRAD (早期アルツハイマー型認知症診断支援システム)

(Voxel-based Specific Regional analysis system for Alzheimer's Disease)

Not for Diagnosis page 1

処理フロー: **VSRAD解析結果レポート** VSRAD plus (3.00.0012)
[1] 標準フロー sws1.2228871_sag1_21img/hdr.xml

患者ID: 92636 撮影日: 2011.08.22
 名前: Nihei Kiiko 生年月日: 1937.08.20 年齢: 74歳 性別: F

Zスコア解析結果(自動算出)

基本解析結果

関心領域内の萎縮の程度 0.15

目安 0~1... 関心領域内の萎縮はほとんど見られない
 1~2... 関心領域内の萎縮がやや見られる
 2~3... 関心領域内の萎縮がかなり見られる
 3... 関心領域内の萎縮が強い


その他の解析結果(参考)

(1) 脳全体の中で萎縮している領域の割合 (Zスコア2.0を超えるボクセルの割合) 2.37 %
 (2) 関心領域の中で萎縮している領域の割合 (Zスコア2.0を超えるボクセルの割合) 0.00 %
 (3) 関心領域の萎縮と脳全体の萎縮との比較 (脳全体の萎縮を1とした場合) 0.00 倍

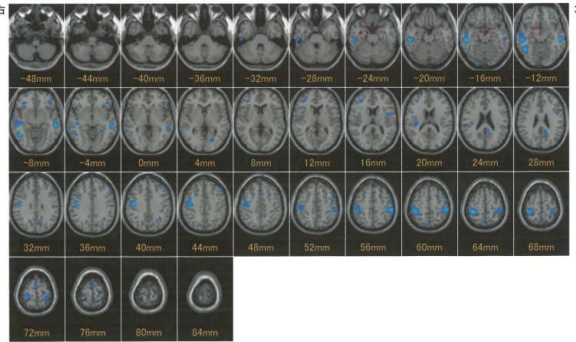
所見(医師が記入)

担当医師: 読影医師:
 記載日: 評価:
 コメント: AD(前駆期を含む)に特徴的な萎縮が明確に認められる
 AD(前駆期を含む)に特徴的な萎縮は明確ではないが一部認められる
 ADに特徴的な萎縮は認められない
 ADに特徴的な萎縮の評価は困難である
 その他(所見欄参照)

※脳全体における萎縮の程度をご確認ください。2.0以上が有意に萎縮している領域です。(この色で囲まれた領域が関心領域です。)

 灰白質容積相対的低下レベル DBグループ: 武蔵病院DB(標準フロー、デフォルト/ラメータ)
 2.0 健康者DB: 64~86歳男女(80例)
 6

Axial (標準脳) ※背景に表示されているMRI画像は標準脳であり、被験者画像ではありません。

右  左

米国のアルツハイマー病治療薬

承認時期	薬剤名	主な効能
1996年	ドネペジル (アリセプト)	認知機能の一時的な改善
2000年	リバスチグミン	
01年	ガランタミン	
03年	メマンチン	
14年	メマンチン+ドネペジル	
21年	アデュカヌマブ (アデュヘルム)	「アミロイドβ」の除去
23年	レカネマブ (レケンビ)	認知機能の悪化を抑制

(注) カッコ内は製品名

国内

1999年11月

2011年7月

2020年6月

2011年6月

レビー小体型認知症 (DLB)

Dementia with Lewy Bodies

びまん性レビー小体病

Diffuse Lewy body disease(DLBD)

レビー小体型認知症とは

- 変性性認知症ではアルツハイマー病について多い疾患
- 障害される神経系が多系統なため、認知機能症状以外に精神症状やパーキンソニズム、自律神経症状など多彩な症状がでることが特徴。
 - 認知機能症状** 初期には記憶障害よりも、遂行障害や問題解決能力の低下、構成障害や視空間認知障害、注意の障害がめだつ
 - 精神症状** リアルで具体的な幻視や妄想
 - パーキンソン症状** 動きが遅くなる、手が震える、転び易くなる
 - 自律神経症状** たちくらみ、排尿障害、失神
- しっかりしているときと居眠りをするときの差が激しいなど、症状の変動が大きく現れる。（数分から日の単位まで多様）

レビー小体型認知症の特徴

神経症状

- パーキンソン症候群がある（固縮・小刻み歩行）

その他の症状

- 繰り返す転倒
- 失神
- 抗精神病薬に対する感受性亢進

[基11]

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもか
かわらずカメラが使えない。覚まし時計があわせられない。
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

レビー小体型認知症の治療

- 早期診断の必要性
- 塩酸ドネペジル(アリセプト) 等の投与
- 抗精神病薬への注意。
- 抑肝散など漢方薬の投与
- 抗パーキンソン薬の投与
- 身体のリハビリ

国際疾病分類(ICD-10)

- F 0 症状性を含む器質性精神障害
- F 1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- F 2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
- F 3 気分（感情）障害
- F 4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
- F 5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
- F 6 成人の人格及び行動の障害
- F 7 知的障害（精神遅滞）
- F 8 心理的発達障害
- F 9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害
詳細不詳の精神障害

前頭側頭型認知症 (FTD)

frontotemporal dementia

[基12]

前頭側頭型認知症とは

- 前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症、
タウ蛋白の異常蓄積が原因
- 前頭葉が主として障害されると、**人格や行動の変化**がみられる
(自らを抑えることができず衝動的な行動や、同じ行為を繰り返す。
時に反社会的な行動につながることもある。あらゆることに意欲が
なく、何もしなくなる 等)
⇒**行動変容型前頭側頭型認知症**
- 側頭葉が障害されると、**言葉の障害**が初期から目立ってくる
 - ◎ 言葉数が減り、字を読んだり、書いたりすることが難しくなる
⇒**進行性非流暢性失語**
 - ◎ 言葉の意味が失われる (「電車って何ですか」など)
⇒**意味性認知症**

[基13]

前頭側頭型認知症 (62歳・女性)

主 訴：異常行動

家族歴：姉が認知症

現病歴：平成X年4月頃から不眠、7月頃から無口になった。本来は社交的でおしゃれな性格だったが、家族とも口をきかなくかった。

平成X+2年6月頃から異常行動出現

- 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
- 全裸で洗濯物を乾かす。
- ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわからない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。夫が片づけても再び散らかす。

平成13年1月 初診 神経学的に特記すべき所見なし。MMSE 19/30
病識は全くなく、夫の言っていることはすべて嘘であると言いきる。

前頭側頭葉変性症の特徴

特徴

- 前頭葉と側頭葉に萎縮
- 緩徐に発症し、進行する
- 早期から性格変化、社会性の消失がみられる
- 手続き記憶、エピソード記憶、視空間認知能力は保たれる
- 運動性失語症様の症状（進行性非流暢性失語）
- 語義失語（意味性認知症）

精神症状

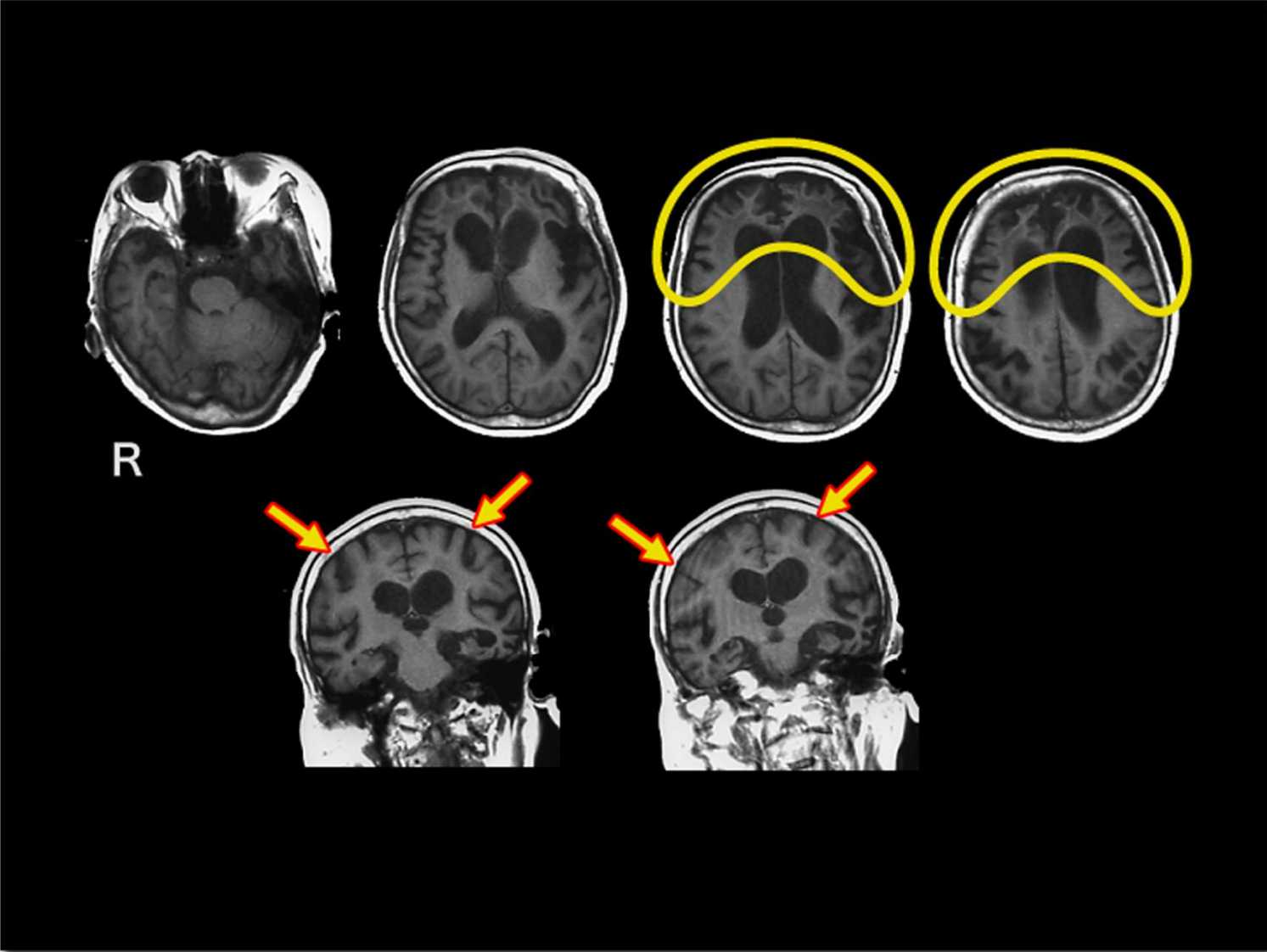
- 被影響性の亢進
- 脱抑制
- 常同行動
- 自発性の低下
- 特定の物に執着する

前頭側頭葉変性症の特徴

神経症状

- 麻痺や固縮など局所神経徴候は初期にはみられないことが多い。
- 運動ニューロン型では、上肢に顕著な筋力低下と筋萎縮がみられる。

特徴的な精神症状を把握し、ケアへつなげていく。



前頭側頭型認知症の治療

- 薬物療法の可能性
（SSRI,抑肝散など）
- 抗精神病薬はあまり使わない
- 抗消炎剤（抗酸化作用）
- 非薬物療法の可能性
（場の設定、チームでの関わり、常同行動等への対応は
- 異食への対応

脳血管性認知症
Vascular dementia

[基14]

血管性認知症とは

- アルツハイマー型認知症の次に多い病気。
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破裂したり(脳出血)して起こる
- 高血圧症や糖尿病などの生活習慣病や心臓病などを治療し、規則正しい生活をする事で、発症や進行の予防が可能

[特徴]

- ◎症状が突然現れたり、段階的に悪化・変動したりする。
- ◎認知症だけでなく、脳が障害を受けた場所によって、歩行障害、言葉が理解できない、感情のコントロールができないなどの随伴症状が早期から見られる。

脳血管性認知症の特徴

特徴

- 脳の損傷部位・程度によって異なる。
- 比較的保たれている部分と、そうでない部分がある。

精神症状

- 意欲の低下、自発性の低下
- 感情失禁
- 夜間せん妄 など

再発することが多く、しかも、そのたびに階段状に悪化する。

→ 脳血管障害の再発を予防する。

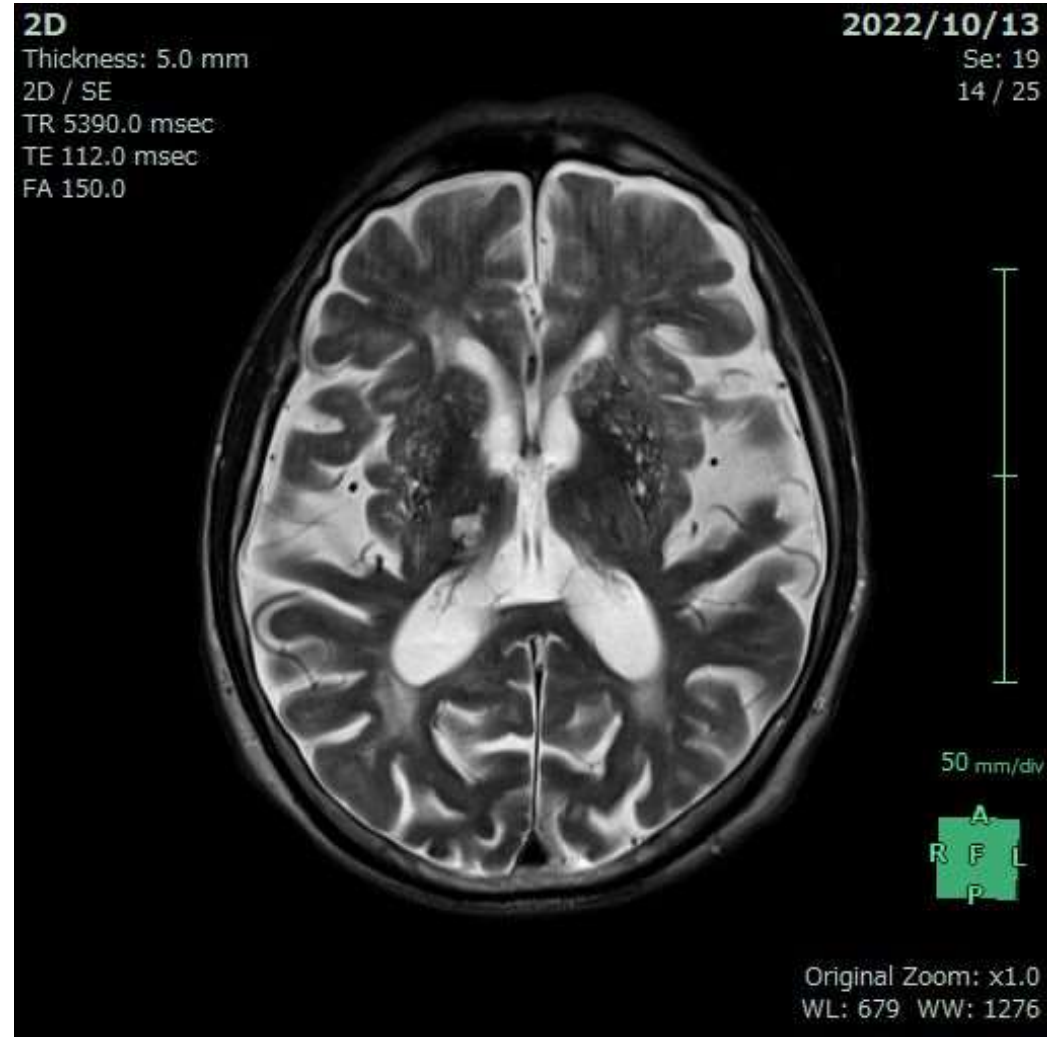
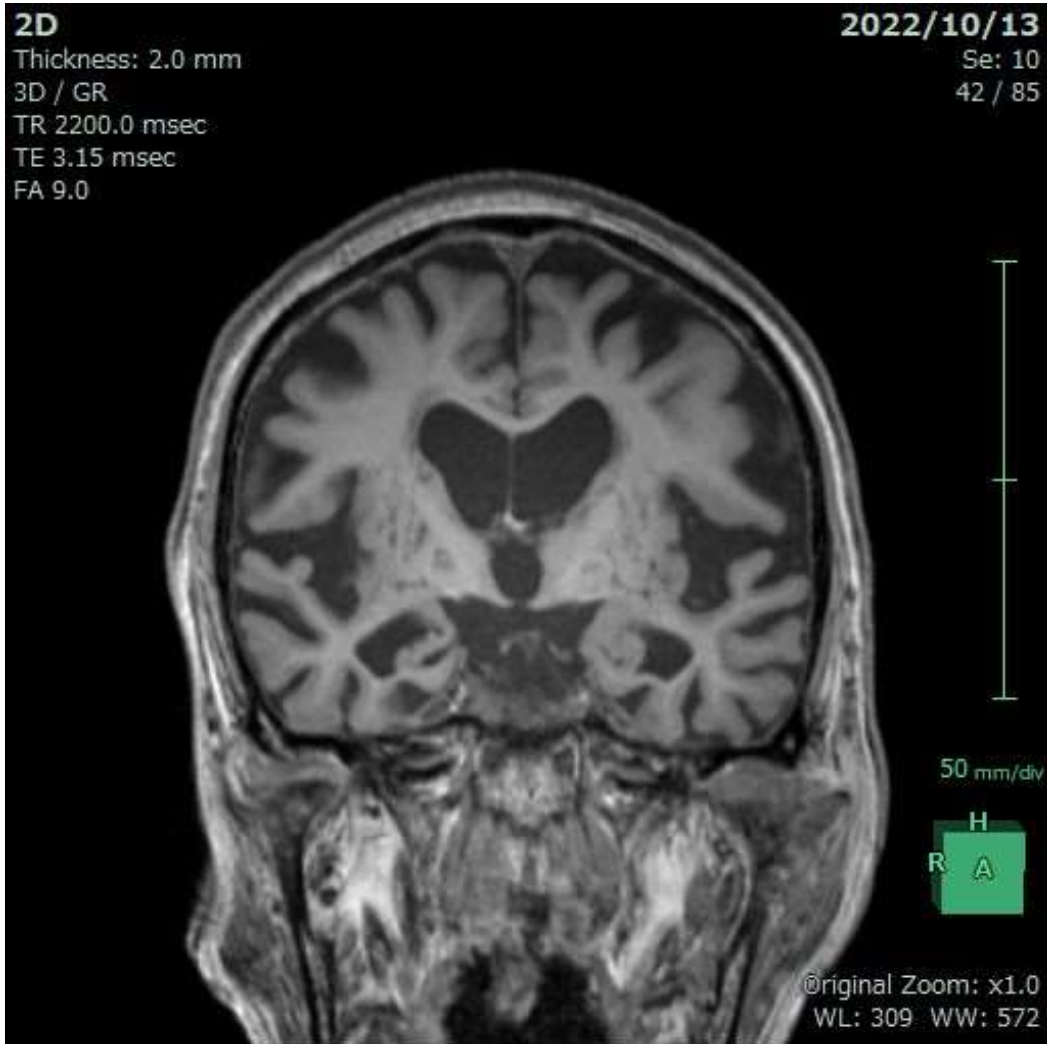
脳血管性認知症の特徴

身体症状

- 動脈硬化のリスク（高血圧症・心疾患・糖尿病など）
- 老年期によくみられる病態（脱水・感染症など）

神経症状

- 排尿障害、歩行障害、麻痺、病的反射
- 仮性球麻痺に伴う嚥下障害、構音障害
- パーキンソン症候群 など



認知症治療の最前線

- 発症前の診断治療の重要性
- 生活習慣病の適切な治療
 - 糖尿病、高血圧・脂質代謝異常症（高脂血症）
など生活習慣病のコントロール
- 認知症になっても改善できる治療は
- 根治療法はあるのか
- 遺伝子のスイッチは変えられるか。

[制22]

若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は **3.78万人** と推計
- 18~64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、**脳血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、レビー小体型認知症3.0%**の順であった。

認知症高齢者との違い

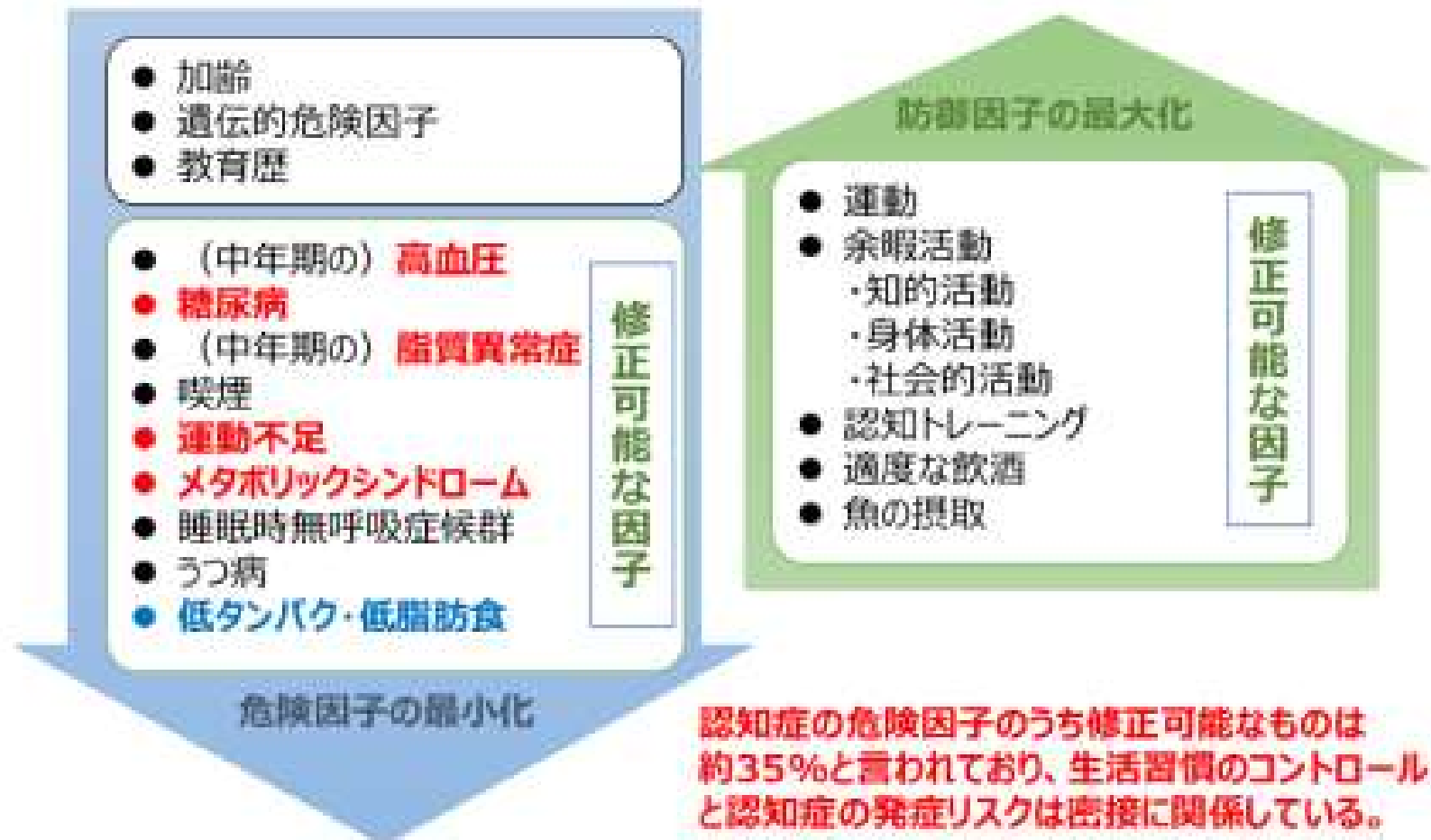
- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断にくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い
(就労、子供の教育・結婚 等)

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

- ・ 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い (H24年度 : 39.1%)
※認知症高齢者からの相談では男性は **9.1%**
- ・ 本人からの相談が多い (H24年度 : 40.0%)
※認知症高齢者からの相談では本人からは **0.9%**
- ・ 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※の認知症高齢者の電話相談における割合は：
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

認知症（認知機能低下）の危険因子と防御因子



出典：認知症疾患ガイドライン2017（日本神経学会）

Livingston G. et al, Lancet, 2017 (390): 2673-734

認知症（BPSD）と紛らわしい病気や状態

うつ病

気分が落ち込んで元気がなくなる病気ですが、認知症のように見えることがあります。抗うつ剤という種類の薬で症状改善が期待できます。



難聴や視力障害 （白内障）

耳が遠くなったり、目が悪くなって、外から受け取る情報量が減った結果、認知症のようにみえることがあります。補聴器の使用や白内障の治療が必要です。



薬の飲みすぎ

複数の医療機関に同時並行で通院していて、薬を飲みすぎている場合や、間違って薬を飲んだ場合、認知症のようになることがあります。

リロケーション・ダメージ

- 施設入所
- 部屋の移動
- ショートステイ
- 入院
- 認知症による見当識障害
- せん妄の存在
- うつ状態（ホームシック）

非薬物療法

① 回想法

回想を通して自信獲得や心理的安定を計る

② 音楽療法

内容は多岐にわたる

音楽を媒介に、行動、態度、構えを望ましいもの

③ その他

学習療法、絵画療法、園芸療法、ペット療法

治療的レクリエーション

神経成長因子（NGF：nerve growth factor）

神経軸索の伸長及び神経伝達物質の合成促進作用、神経細胞の維持作用、細胞損傷時の修復作用、脳神経の機能回復を促し老化を防止する作用等を持ち合わせた重要なタンパク質です。特に、樹状突起の機能低下を防ぐ働きがアルツハイマー病や痴呆症の予防・治療に有効であると注目されています。

NGFに重要な因子

- 脳の栄養
- 運動・習慣
- 好奇心
- 笑い
- ポジティブ・シンキング
- 睡眠リズム
- 恋愛
- 感動

101歳の修道女 シスター・マリー

ナン・スタディの協力者の1人に101歳で亡くなったシスター・マリーという方がいました。

シスター・マリーは亡くなる直前まで知能テストで高得点を獲得し続け、修道院の毎日の日課などもきちんとなし、他の修道女とのコミュニケーションも問題なく取れていました。つまり、認知症とみられる症状は微塵もなかった、ということです。

ところが、彼女の死亡後に行われた病理解剖で彼女の脳は何年も前から萎縮していたことが明らかになった上、脳組織には老人斑や神経原線維変化が多数見つかりました。彼女の脳がアルツハイマー病を発症していたことは疑う余地がありませんでした。

78歳 女性

生活歴：55歳ころまで保育士をしていた。

既往歴：特記なし

X年、テレビで認知症の報道を見て、物忘れがあるとの自覚からかかりつけ医より紹介、夫とともに認知症外来に受診。ADの診断にて、本人と夫に病名、病状を告知し抗認知症薬投与を開始した。介護保険は自立であったため自宅で学習療法等を行っている。当院の認知症DC通所。

X+11年現在2か月に1回の通院を継続している。

介護保険：自立

X年 MMSE: 23点

HDSR：24点

VSRAD: Zスコア 3.87

eZIS：zスコア 2.38

頭部 MRI: 前頭葉、シルビウス裂を中心とした脳萎縮

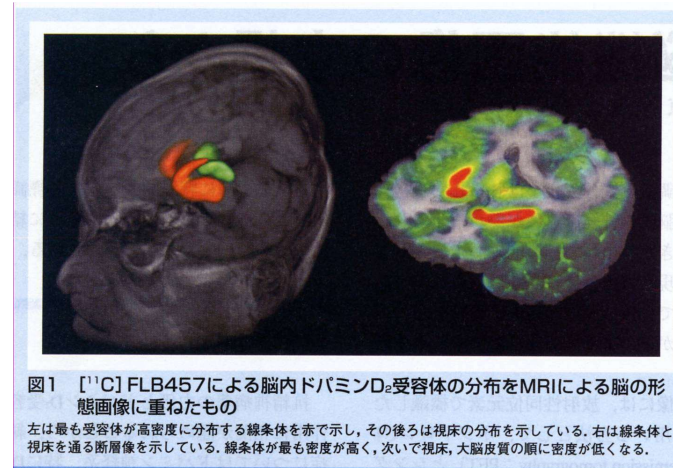
X+11年

MMSE：18点

HDSR: 16点

国際疾病分類(ICD-10)

- F 0 症状性を含む器質性精神障害
- F 1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- F 2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
- F 3 気分（感情）障害
- F 4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
- F 5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
- F 6 成人の人格及び行動の障害
- F 7 知的障害（精神遅滞）
- F 8 心理的発達障害
- F 9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害
詳細不詳の精神障害



神経伝達物質とニューロン

アセチルコリン：自律神経、記憶（陳述記憶、出来事記憶、意味記憶、顔細胞）

ドーパミン：運動機能、認知行動（ワーキングメモリー、技の記憶）、情動、睡眠、思考

セロトニン：意欲、気分の調整、食欲、性機能、意志の発動、思考

ノルアドレナリン：驚きや怒り

アドレナリン：不安、恐怖

GABA：気分（不安、焦燥）、不眠

エンドルフィン：快気分

統合失調症

- 人口の約1%
- 統合失調症の症状
 - 幻覚、妄想、思考・行動の解体、陰性症状
- 統合失調症患者の85%は認知機能障害を持つ
- 認知機能障害のため、
 - 情報の入力から行動の出力までの過程
 - 言葉を記憶し、物事に注意を向け、計画に基づいて行動を起こし、効率よく作業を進めることが苦手になる
- 10-20代に発症するため社会機能の学習が遅れる

退院支援の課題

- 事例

40歳男性、27歳のころに幻覚妄想状態にて発症。その後8回の入退院をしている。H30年4月に隣市のグループホームに入所。作業所に通っていたが、施設職員の生活指導がうまくゆかず幻覚妄想状態、思考障害の悪化にてH31年3月入院となった。

問題点：

- スタッフの陰性症状や脆弱性への理解が薄かった。
- 病院との連携が希薄
- 本人の期待度が高かった

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて

我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。平成26年には精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、この理念を支えるための精神医療の実現に向けた、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性も示されている。

平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（※）の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。

※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意

※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与

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

うつ病と認知症の関係

1. 独立した疾患としてのうつ病
2. 認知症に先行するうつ状態（DLBなどで時に見られる）
3. 認知症の症状としてのうつ状態

認知症との鑑別が問題に

今後 認知症が出てくるかもしれない

今 認知症があるかもしれない

双極性障害の症状

うつ病の時期とは、DSM-IV 診断基準によれば、毎日のように

- (1) ほとんど1日中憂うつで、沈んだ気持ちになる
- (2) ほとんどのことに興味を失い、普段なら楽しくやれていたことも楽しめなくなる
- (3) 意欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する
- (4) 寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚めるなどの不眠が起こるか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
- (5) 話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいらいらして落ち着きがなくなる
- (6) 疲れやすいと感じ、気力が低下する
- (7) 「自分には価値がない」と感じ、自分のことを責めてしまう
- (8) 何かに集中したり、決断を下すことが難しい
- (9) 「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

の症状のうち、少なくとも(1)か(2)のどちらかを含む5つ以上の症状が、2週間以上続く場合をさします。

躁病の時期は、

- (1) 気分が良すぎたり、ハイになったり、興奮したり、調子が上がりすぎたり、怒りっぽくなったりして、他人から普通のあなたとは違うと思われる
- (2) 自分が偉くなったように感じる
- (3) いつもよりおしゃべりになる
- (4) 色々な考えが次々と頭に浮かぶ
- (5) 注意がそれやすい
- (6) 活動性が高まり、ひどくなると全くじっとしていられなくなる
- (7) 後で困ったことになるのが明らかなのに、つい自分が楽しいこと（買い物への浪費、性的無分別、ばかげた商売への投資など）に熱中してしまうといった症状のうち、少なくとも(1)を含む、4つ以上（1が怒りっぽいだけの場合は5つ以上）の症状が1週間以上続く場合をさします。

日本うつ病学会ホームページ「躁うつ病とつきあうために」より抜粋

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（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

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、特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

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は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がある。
- ・ 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 てんかん波がとらえ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

せん妄の診断

- ・ 急性の発症と症状の動揺
- ・ 注意力の欠如
- ・ 思考の錯乱
- ・ 意識レベルの変化

2つ目までは必須項目であり、あとひとつをみたせば診断してよい。なお、アルコールやベンゾジアゼピン系薬あるいはバルビツール酸系薬の離脱症状ではせん妄をきたすことがあるが、これは振戦せん妄といわれ区別され、治療も異なる。認知症との区別は、血管障害を除き、認知症は緩徐に進行するのに対してせん妄は急激に来ると経過が異なる点があげられる。

危険因子

認知症、高齢、男性、重症患者、うつ状態、複数薬物、聴視覚障害（難聴や白障）、感染症、アルコール常飲、疼痛、手術後、身体抑制などがリスクファクターとされている。

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。

1.睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分

1. 睡眠時間の長い人、短い人、季節でも変化、8時間にこだわらない
2. 歳をとると必要な睡眠時間は短くなる

2.刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法

1. 就寝前4時間のカフェイン摂取、就床前1時間の喫煙は避ける
2. 軽い読書、音楽、ぬるめの入浴、香り、筋弛緩トレーニング

3.眠たくなってから床に就く、就寝時刻にこだわりすぎない

1. 眠ろうとする意気込みが頭をさえさせ寝つきを悪くする

4.同じ時刻に毎日起床

1. 早寝早起きでなく、早起きが早寝に通じる
2. 日曜に遅くまで床で過ごす、月曜の朝がつらくなる

5.光の利用でよい睡眠

1. 目が覚めたら日光を取り入れ、体内時計をスイッチオン
2. 夜は明るすぎない照明を

6 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣

朝食は心と体の目覚めに重要、夜食はごく軽く
運動習慣は熟睡を促進

7 昼寝をするなら、15時前の20～30分

長い昼寝はかえってぼんやりのもと
夕方以降の昼寝は夜の睡眠に悪影響

8 眠りが浅いときはむしろ積極的に遅寝・早起きに

寝床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る

9 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のびくつき・むずむず感には要注意

背景に睡眠の病気、専門治療が必要

10 十分眠っていても日中の眠気が強い時は専門医に

長時間眠っても日中の眠気で仕事・学業に支障がある場合は専門医に相談
車の運転に注意

11 睡眠薬の代わりに寝酒は不眠のもと

睡眠薬代わりに寝酒は、深い睡眠を減らし、夜中に目覚める原因となる

12 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

一定時刻に服用し就床、アルコールとの併用をしない