



研修医のための教育講座

# 研修医のための精神医学

橋本 衛

近畿大学医学部 精神神経科学教室

Psychiatry for Residents

Mamoru Hashimoto

Department of Neuropsychiatry, Kindai University Faculty of medicine

## 抄 録

精神疾患を有する患者数は増加の一途にあり、精神科医療の重要性は増している。また、就労・教育現場でのメンタルヘルスや、災害支援など、さまざまな社会的問題に関連した「こころのケア」の重要性も指摘されている。このように精神科医療の重要性の高まる中で、医師臨床研修制度において精神科は必修科目となっている。精神科の研修では、医師として最低限必要な精神医学の素養を身につけるとともに、医師としての基本的価値観や資質を習得することが求められている。本稿では、精神科医療面接における留意点、法の下での精神医療、初期研修医が経験すべき疾患（せん妄、うつ病、統合失調症、認知症）について概説した。

**Key words** : 初期研修医, 精神科医療面接, 法の下での精神医療

### 1. はじめに

近年、精神疾患を有する患者数は増加の一途にあり、精神科医療の重要性は増している。また、就労・教育現場でのメンタルヘルスや、災害支援など、さまざまな社会的問題に関連した「こころのケア」の重要性も指摘されている。このように精神科医療の重要性が高まる中で、医師臨床研修制度の見直しが行われ、2020年度からの臨床研修では、精神科は必修科目になった。すなわち、すべての臨床研修医が少なくとも4週間の精神科研修を行う中で、医師として最低限必要な精神医学の素養を身につけ、さらに医師としての基本的価値観や資質を習得することが求められている。そこで本稿では、初期研修医が身につけておくべき精神医学について概説する。

### 2. 精神科医療面接における留意点

精神科の臨床業務の多くは医療面接で占められる。すなわち、精神疾患の診断から重症度評価、治療に至るまですべての過程に医療面接の要素が含まれている。医療面接を円滑に進めるための留意点を以下に示す。

#### ① 患者の語りを傾聴し尊重する

傾聴の姿勢は精神科のみならず、すべての医療面接における基本である。精神科診療では、明らかに誤っていたり、合理的ではない訴えがしばしばみられる。これらは患者の体験から生じ、患者にとっては動かしがたい事実であるため、その内容を誰からも否定されるものではない。そもそも誤りを否定してしまうと、精神症状の把握そのものが困難となる。従って、患者の語りを遮らず、関心を寄せ、共感的

理解を示しつつ傾聴する姿勢が重要となる。確かに患者の訴えがあまりにも現実離れしている場合、共感が難しいと感じることはある。例えば、「90歳になる夫が、毎日のように女のところに出かけていくのがつらいです。」と嫉妬妄想を訴える高齢女性患者に対して、妄想の内容に共感することは難しいかもしれない。しかし「ご主人が浮気をしているとお考えなのですね、それはつらいですね。」と、患者の心情に共感を示すことはさほど難しいことではない。

## ② 患者の体験は誰にでもあり得るものと伝える

精神疾患に対する偏見はまだまだ根強く存在する。そのため患者本人もまた、「これを話せば自分がおかしいと思われるのではないかと」危惧して、妄想や希死念慮などの精神症状を話したがる。このような場合には、「そのような状況になれば、誰にでもあり得ることである」と一般化すると患者は話しやすくなる。例えば、物盗られ妄想を訴える患者に対して、「自分が置いたと思っているところに大切なものが見つからなかった時は、“誰かが持って行ったのではないかと”と心配になることもありますが、あなたはどうですか？」と尋ねてみる。また希死念慮がある患者には、「そんなに辛いことがあれば、たいていの人は死にたいくらいの気持ちになると思いますが、あなたはどうですか？」と尋ねたりする。

## 3. 法の下での精神医療

精神科の入院は、入院形態の種類が一般診療科と大きく異なっている。これは、入院治療が必要であるにもかかわらず、患者の病識や現実検討能力が欠如し、患者本人から入院への同意が得られない場合が少なくないためである。このような場合、“入院したくない”という患者の意向を無視して強制的に入院させることになるため、患者の人権への配慮が必須となる。しかしこれまでの精神医療では、患者の人権を無視した医療行為が重大な問題となってきた。このような反省を受け、患者の人権を保護する目的で精神保健福祉法が制定され、精神医療は基本的にこの法律に則って行われている。

精神科病床では患者を身体拘束する場合、(ア)自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、(イ)多動又は不穏が顕著である場合、(ウ)ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合、とその要件が厳密に規定されており、身体拘束の必要性の判断は、国家資格である精神保健指定医を有する

医師にのみ許可されている。さらに身体拘束中は頻回に医師が診察することが義務付けられるなど、その執行には厳格なルールが定められている。それに対して一般病床では、せん妄や認知症患者に点滴を実施する場合、点滴ルートを抜去されないようにミトンをはめたり、手足を拘束したりする処置が安易に実施されている。ぜひ初期研修医には、患者の同意を得ていない医療行為や、患者の行動を制限する処置は人権侵害に問われる可能性があることを、精神医療を通して学んでいただきたい。

## 4. せん妄 (Delirium)

### ① せん妄とは

せん妄は意識水準の低下に、精神運動興奮や幻覚・妄想などの活発な精神症状が加わった状態である。65歳以上の高齢者では入院症例の10~42%に生じると報告されるなど、高齢者では極めて頻度が高い病態である。せん妄は、短期間(通常数時間から数日)で出現し、一日の中で重症度が変動し、特に夜間に悪化しやすい。せん妄時に認められる精神活動の度合いによって、興奮が強い場合を過活動型、低下する場合を低活動型、それらが混同した場合を混合型と分類する。通常せん妄と呼ばれる病態は過活動型を指す。

昨今の高齢化の進展により、せん妄は一般診療科において日常的に遭遇する疾患となっている。せん妄が引き起こされると患者の入院日数が長引くだけでなく、死亡率が高くなる。また活発な精神症状や行動障害のため病棟での対応が難しくなるとともに、転倒などの事故が引き起こされるリスクが上がるため、可能な限り早期に対応することが必要な病態である。

### ② せん妄の要因

せん妄を引き起こす要因は、直接因子、促進因子、準備因子に分けて論じられる。表1にそれぞれの因子の詳細を示す。直接因子は意識障害の原因となる要因であり、脳血管障害や代謝・内分泌疾患などの身体疾患、薬剤などが含まれる。基本的に直接因子がない限りせん妄は生じない。促進因子には、環境変化、点滴、疼痛など、患者に心理的なストレスを与える要因が含まれる。促進因子単独でせん妄が生じることはないが、促進因子によって患者の不安感が高まり、活発な精神症状や行動障害へと発展する。準備因子はせん妄を引き起こしやすさを示す指標であり、脳の脆弱性と関連する。

表1. せん妄を引き起こす要因

直接因子	身体疾患（脳血管障害、内分泌・代謝疾患、呼吸器疾患、感染症など）、薬物中毒（アルコールなど）、薬剤（ベンゾジアゼピン系睡眠薬、抗コリン薬、麻薬、副腎皮質ステロイドなど）、睡眠障害
促進因子	急激な環境変化（入院・入所等）、睡眠障害、疼痛、便秘、騒音、感覚遮断（難聴、視力障害）、点滴・カテーテル留置、身体拘束など
準備因子	高齢、認知症、脳血管障害の既往、パーキンソン病、せん妄の既往など

③ せん妄の診断

せん妄の診断基準を表2に示す<sup>1)</sup>。A～Eの5つの要件すべてを満たす場合せん妄と診断する。Aの意識・注意の障害については、見当識障害の有無（日時や場所がわかっているか）、簡単な暗算（20から3ずつ引いていく）、会話内容がまとまっているか等で判断する。Cの認知障害については、Mini Mental State Examination (MMSE) や改訂長谷川式簡易知能スケール (Hasegawa's Dementia Scale-Revised ; HDS-R) などの認知機能検査を実施して判断する。

表2. DSM- 5のせん妄の診断基準

A	注意の障害（すなわち、注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下）および意識の障害（環境に対する見当識の低下）
B	その障害は短期間の間に出現し（通常数時間～数日）、もととなる注意および意識水準からの変化を示し、さらに一日の経過中で重症度が変動する傾向がある
C	認知の障害を伴う（例：記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚）
D	基準AおよびCに示す障害は、他の既存の、確定した、または進行中の神経認知障害ではうまく説明されないし、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況下で起こるものではない
E	病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が他の医学的疾患、物質中毒または離脱（すなわち、乱用薬物や医薬品によるもの）、または毒物への暴露、または複数の病因による直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある

④ せん妄の非薬物治療

せん妄の治療は、非薬物治療を継続しながら、直接因子となる身体疾患の治療や原因となる薬剤の変更・中止を行うことが基本となる。非薬物治療の具体例を表3に示すが、促進因子である心理ストレスの軽減が中心となる。

表3. せん妄の非薬物治療

認知機能や見当識への対策	見やすい場所にカレンダーや時計を配置する。頻りに日時や場所、治療スケジュールなどを伝える。
身体要因への対策	便秘や疼痛のコントロールを行う。
不動化への対策	可能な限り早期の離床を促す。自分で軽い運動や、自分で運動が困難な場合は受動的な運動またはリハビリなどを取り入れる。
感覚障害への対策	眼鏡や補聴器を積極的に使用する。理解しやすいようにゆっくりとわかりやすい言葉で話しかける。
睡眠障害への対策	昼夜のリズムを整えるために、昼間は部屋を明るく、夜間は転倒防止の意味でも薄暗く保つ。日中は患者の好きなテレビやラジオ、音楽などで刺激を与え、家族や知人に積極的に話しかけてもらう。

⑤ せん妄の薬物治療

せん妄の薬物治療は、非薬物治療の効果が無い場合に実施することが原則である。薬物療法では基本的に抗精神病薬が使用されるが、本邦においてせん妄に保険適用を有する薬剤はない。また高齢認知症患者に対する抗精神病薬の投与により死亡率が上昇するとの報告もあることから<sup>2)</sup>、せん妄に対して薬剤を用いる際には、患者及び家族に効果や副作用などについて十分な説明を行い、同意を得たうえで投薬することが望ましい。投薬の際には、単剤を少量から開始し、効果および副作用の評価を適宜行いながら用量を調整する<sup>3)</sup>。

薬剤の選択については、以下の手順で進めていく。

- 1) 低活動性せん妄には薬物治療は推奨されないの  
で、薬物治療の対象から除外する。
- 2) 内服の可否を確認し、内服困難な場合はハロペ  
リドールの静脈注射を行う。
- 3) 内服が可能な時は、糖尿病の有無を確認し、糖  
尿病が無い場合はケチアピン、リスペリドン  
から、有る場合はペロスピロン、リスペリドン  
から選択する。夜間せん妄には半減期が短い  
ケチアピン、ペロスピロンを、日中にまで興奮  
が及ぶ場合はリスペリドンを選択する。

5. うつ病 (Depression)

① うつ病とは

気分障害は気分または感情の障害を主徴とする精神疾患の総称であり、気分の変化は、通常は抑うつ（抑うつ状態）または高揚（躁状態）の方向に向かう。気分障害は反復性に起こる傾向があり、抑うつ状態だけを持つ場合をうつ病、抑うつ状態と躁状態の両

方を持つ場合を双極性障害と呼ぶ。

## ② うつ病の基本症状

うつ病でみられる代表的な症状を表4に示す。うつ病の中核症状は、抑うつ気分と興味や喜びの喪失である。抑うつ気分は、憂うつ、もの悲しさ、絶望感、気分の落ち込み、といった形で患者から報告される。表情が暗く小声で話したり、涙ぐんだりするといった外見上の変化からわかる場合もある。興味や喜びの喪失は、「趣味のゲームをしても何も面白くない」といった、これまで興味を持っていた趣味や娯楽に関心が持てなくなった状態である。精神運動の障害は傍から見ていて明らかに刺激に対する反応性が低下していたり、行動が遅くなったり、会話スピードが遅くなったりする状態である。うつ病では、自己を過小評価し、価値のない者であると考えたり、「罪責感」が強くなって、些細な出来事で自分を責めたりするようになる。うつ病が疑われた場合はこれらの症状の有無を確認する。

表4. うつ病で見られる症状

- |                         |
|-------------------------|
| 1. 抑うつ気分                |
| 2. 興味や喜びの喪失             |
| 3. 食欲の障害                |
| 4. 睡眠の障害                |
| 5. 精神運動の障害              |
| 6. 疲れやすさ、気力の減退          |
| 7. 罪責感、無価値観             |
| 8. 思考力や集中力の低下、決断困難      |
| 9. 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図 |

## ③ 抑うつを呈する患者を診たらどのように診断するか

抑うつを呈する患者を診察した際には、まずは身体疾患や物質・医薬品による抑うつかどうかを鑑別する。抑うつ状態を引き起こしやすい身体疾患には、中枢神経系疾患（パーキンソン病、脳血管障害、認知症など）、内分泌系疾患（甲状腺機能低下症、副腎疾患など）、自己免疫疾患（SLEなど）があげられる。また物質・医薬品には、アルコール、アンフェタミン、向精神薬、インターフェロン、副腎皮質ステロイドなどがあげられる。

身体疾患、薬物による抑うつ、さらに統合失調症などの他の精神疾患による抑うつを鑑別した後、うつ病か双極性障害かを判断する。双極性障害の診断には躁病エピソードの有無を確認する必要がある。具体的には、「夜眠らずに活動しても平気なことがあった」「数日間徹夜で仕事をしていても疲れなかった」「気が大きくなって浪費をしてしまった」「多くの仕事を引き受けたり習い事をかけもちしたことがあ

る」等の気分高揚や活動性亢進のエピソードの有無を確認する。ただしこれらの躁病エピソードは本人の自覚が乏しく、問診では聞き出せない場合があることにも留意する。双極性障害が除外できればうつ病と診断する。

## ④ 抑うつを呈する患者への初期対応

うつ病と診断後、うつ病の初期対応を行う。最初に、「うつ病とはどのような病気か」「どのような治療が必要か」について説明する。患者は「自分の頑張りが足りないせいで皆に迷惑をかけている」と自責的になっているため、うつ病という病気であることを確認してあげることが重要となる。患者は心身ともに疲弊しているため、仕事や学校を休ませるなどして、できるだけ早く休息をとらせる。物事を悲観的に捉え、退職、退学、離婚などを考えている場合には、重要な問題の決断はうつ病がある程度回復するまで延期するように指導する。家族には、患者に支持的に接し、静かに療養できる環境を整えるように提案する。「元気を出しなさい」「しっかりしなさい」などの激励や「気晴らしの誘い」は、患者にプレッシャーを与え、かえって逆効果になるため控えてもらう。希死念慮の有無を必ず確認し、希死念慮を呈する患者には自殺をしない約束をするか、死にたくなったときは必ず連絡するように伝える。なお患者は早く治って社会復帰しようと焦りがちであるので、回復の見通しを伝えておく（概ね3ヶ月以内で良くなるが、一進一退を繰り返しながら回復することが多い）。

## ⑤ うつ病の薬物療法

薬物療法は、抗うつ薬を十分量、十分な期間服用することが基本となる。副作用に注意し、少量から漸増することが原則となる。抗うつ薬は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）などの新規抗うつ薬の使用が推奨される。薬剤の詳細については成書を参照していただきたい。副作用としては、SSRIでは吐き気などの消化器症状に留意する。また抗うつ薬投与開始時もしくは増量時に、不安、焦燥、易刺激性、衝動性などの精神行動障害が生じることがあるので注意が必要である。

## ⑥ 緊急性の高いうつ病

うつ病患者が、表5に示す特徴を呈する場合は入院治療を考慮すべき状態であるため、緊急性が高い抑うつと考え早急に精神科に紹介する。

表5. 緊急性の高いうつの特徴

1. 罪業妄想や貧困妄想などの活発な妄想を伴う場合 2. 落ち着きなく歩き回るなど精神運動焦燥が顕著な場合 3. 切迫した希死念慮・自殺企図がある場合 4. 食事が全く摂れなくなっている場合 5. 昏迷状態（自発的運動が完全またはほぼ完全に欠如し、環境への反応性が顕著に低下した状態）を呈する場合
--

## 6. 統合失調症 (Schizophrenia)

### ① 統合失調症とは

統合失調症は、主として思春期に発病し、特徴的な思考障害、自我障害、感情障害、人格障害などを主徴とし、多くは慢性に経過する原因不明の精神病である。統合失調症はかつては精神分裂病と呼ばれていたが、精神分裂病という病名は、精神が分裂して何をするかわからない恐ろしい病気といった暗い印象を与え、ひいては精神障害に対する差別や偏見を助長する一因になっていた。また医師が患者や家族に病名を告知する際に、この病名が患者や家族に与える衝撃の大きさを考えて、はっきりと病名が告げられないことが多く、患者や家族が病名を知らないまま治療が続けられる場合が多かった。そこで平成14年に日本精神神経学会により、精神分裂病は統合失調症と改められることになった。

統合失調症患者に対して、「話が通じない」「何をしてもかすかわからない」「閉じ込めておかなければいけない」などの根強い偏見が未だに存在する。しかし、実際の統合失調症患者は、幻覚や妄想が活発な急性期を除けば健康な人と何ら変わりはなく、統合失調症患者に対する理由もない恐れや偏見を捨て去ることが重要である。

### ② 統合失調症の基本症状

#### A) 妄想

妄想は、病的につくられた誤った（不合理な、あるいは実際にありえない）思考内容あるいは判断で、根拠が薄弱なのに強く確信され、論理的に説得しても訂正不能なものとして定義される。誤った考えかどうかは、内容によっては判定が難しい。例えば、「両親は宇宙人である」は確実に誤りと判断できるが、「夫が浮気をしている」は十分にあり得る内容である。そのため妄想かどうかの判定は多くの情報を収集し、慎重に行うことが必要である。統合失調症の妄想として、心理学的な理由なしに突然不合理な思考が起こり、これが直感的な事実として確信される一次妄想が特徴的である。（例：犬が吠えたのを聞き、突然「これは父親が亡くなったのを知らせてくれていた」と確信する）

#### B) 幻覚

幻覚は対象なき知覚であり、外部の対象からの感覚入力がないのに、現実と区別がつかない知覚体験が生じることである。具体的には、周りに誰もいないのに、自分の悪口が聞こえてきたりする。幻覚はすべての感覚モダリティで生じうるが、臨床的に経験されやすいのは幻視と幻聴である。統合失調症では、幻聴の頻度が幻視よりも高く、威嚇的、卑猥、非難、侮辱的な声や、自分の生活や行動について逐一解説するような声が聞こえてくる。幻聴と会話する独語や、自分の考えが声になって聴こえてくる考想化声もよく見られる症候である。

#### C) 減裂思考

思路（目標に到達するまでの思考の進行過程）が障害され、思考を構成する観念の間に論理的連関がなく、思考のまとまりがなくなる症状である。

#### D) 自我境界の障害

患者自身の身体、精神、および影響がどこで終わるのかという明確な感覚が欠如する症状であり、統合失調症を強く疑わせる症状である。患者は、外部の物体と物理的に融合した感覚を訴えたり、自分の考えが他者に伝わる（考想伝播）、他者に考えを吹き込まれる（考想吹入）、自分の考えを抜き取られる（考想奪取）と訴えたりする。

#### E) 自閉性

自閉性とは、現実世界との接触を失う、あるいは接触を拒否し、自分だけの世界に閉じこもって生活しようとする態度をいう。

#### F) 感情鈍磨

外界からの刺激に対して自然な感情反応が起こらない状態である。幻覚や妄想などの活発な精神病症状を陽性症状と呼ぶのに対して、感情鈍磨や自閉性は陰性症状と呼ばれている。

#### G) 緊張病症状

無目的な（と思えるような）激しい興奮や昏迷状態を特徴とする。この状態では、患者は一見外界の刺激に対する反応性がほとんどなくなり、著しい思考の混乱から自発的で制御された意思の発動がほとんどできなくなる（拒絶、無言症）。外界からの刺激をオウム返しに繰り返したり（反響言語）、奇妙な姿勢を長時間取り続けたりする（カタレプシー）ことがある。

## H) 認知機能障害

注意、遂行機能、作動記憶、エピソード記憶の領域に軽度の障害を認める。認知機能障害は精神病症状（幻覚、妄想）の重症度よりも機能水準の予測因子として優れているとされている。

### ③ 統合失調症の診断

表6に統合失調症の診断基準を示す<sup>1)</sup>。幻覚、妄想などの特徴的な症状を一定期間認め、それらの症状のため社会生活に支障が生じていれば統合失調症と診断する。症状として、幻覚、妄想、思路障害が重要視される。

表6. DSM-5における統合失調症の診断基準  
(文献1より引用)

<p>A. 特徴的症狀（以下の症狀のうち、2つ以上が1ヵ月以上存在、少なくとも(1)~(3)のどれか一つは必要） (1)妄想 (2)幻覚 (3)まとまりのない発語 (4)ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動 (5)陰性症狀（感情平板化、意欲欠如）</p> <p>B. 社会性または職業的機能の低下</p> <p>C. 持続期間：少なくとも6ヵ月以上</p> <p>D. 統合失調感情障害と気分障害を除外</p> <p>E. 物質の影響や一般身体疾患によるものを除外</p> <p>F. 広汎性発達障害の既往があれば、顕著な幻覚や妄想が1ヵ月以上存在</p>
---

### ④ 治療導入のための医師の姿勢

統合失調症患者の診察では、患者に対して予断を持つことなく、患者の訴える話を中立的に真剣な態度で傾聴する姿勢が医師には要求される<sup>4)</sup>。患者は幻覚や妄想を自らの症状として捉えることができない。患者は体験している幻覚、妄想を他者が自分に向けた悪意であると確信し、自分に危害を加えている相手をどうにかして欲しい、嫌がらせを止めさせて欲しいと思っている。そのため医師が患者の思いを理解してくれるのかどうかは患者にとって重要となる。医師が病気の症状と断定しても患者は受け入れることを拒否しがちである。そこで、「あなたが希望して受診されたわけではないようですが、せっかく来られたのですから、どのようなことがあったのかをお話しいただけませんか」と受診に至った経緯を話題にすると導入がスムーズにいくことが多い。

### ⑤ 統合失調症と自殺

自殺は若年統合失調症患者における死因の第一位とされ、患者の5~6%が自殺により死亡すると報告されている。統合失調症患者では自殺は唐突に発生し、事前の徴候や言葉での意思表示がないことが多い。特に将来に高い期待を抱いていた若い男性で、高水準の脳機能から低下を生じたため、夢が実現す

る可能性が低いと自覚し、治療の有効性に対する信頼感を失った患者においてリスクが高いとされている。統合失調症患者の診療では、たとえ症状が改善したとしても、自殺の危険性について絶えず留意することが大切である。

### ⑥ 抗精神病薬の副作用

統合失調症の薬物療法は抗精神病薬の投薬が中心となる。抗精神病薬を投薬せずに統合失調症が改善することはないといっても過言ではない。薬物療法の詳細は成書を参照いただきたい。実臨床において一般診療科の医師が統合失調症に対して薬物療法を導入する機会は稀であり、初期研修医としては抗精神病薬の副作用を理解することがより重要となる。副作用は薬剤のアドヒアランスを低下させ、治療効果を減弱させるだけでなく、患者のQOLの低下や、場合によっては生命にもかかわるため注意が必要である。

副作用として第一に理解しておくべき症状は、ドパミン受容体遮断作用による錐体外路症状である。投薬開始後すぐに生じる急性ジストニア、長期間の使用によって生じる遅発性ジスキネジアに注意する。重篤な副作用として、悪性症候群、横紋筋融解症があり、臨床症状の観察が重要となる。心血管系への作用としてQT延長が生じるリスクがあるので、投薬中に一度は心電図の施行が望ましい。抗コリン作用による便秘や、糖尿病を有する患者への投薬にも留意する。

## 7. 認知症 (Dementia)

### ① 認知症とは

認知症は、何らかの器質性脳障害により永続的に知的機能が低下し、その結果、日常生活に支障が生じている状態と定義される。器質性脳障害は、脳に明確な病変を認めないうつ病などの精神疾患との鑑別を、永続的は、一過性に認知機能低下を示すせん妄との鑑別を意図している。知的機能の低下については、認知症の中核は認知機能障害であることを、日常生活に支障が生じている状態については、たとえ認知機能が低下しても日常生活が自立している限り認知症とは呼ばないことを示している。

### ② 軽度認知障害とは

軽度認知障害 (Mild cognitive impairment; MCI) は、一貫して認知機能の低下がみられるが、認知症ではない状態すなわち日常生活が概ね自立している状態をさす。MCIは認知症予備軍として位置づけられ、高率に認知症へと進行するハイリスク群では

あるが、その中には認知症へと進行しない例や、正常に戻る例が2割程度存在するとされている。2022年に実施された疫学調査では、本邦における認知症患者数は443万人、MCI患者数は559万人、併せて1,000万人を越える認知症もしくは認知症予備軍が存在することが報告された<sup>5)</sup>。これは65歳以上の高齢者の約3割を占める数であり、高齢者を診察する際には、常に認知症を念頭に置く必要がある。

③ 認知症患者を診察する際の注意事項

認知症患者は、「ボケてきたことを認めたくない」との思いが強く、診察に対して拒否感を示すケースが少なくない。そのため本人が納得しないうちに唐突に認知機能検査を始めようものなら、「私をバカ扱いして」と怒り出し、二度と病院を受診しなくなってしまう。そのため、最初は世間話をしたりして関係性を構築することに努め、その後さりげなく“物忘れ”の話題を持ち出し、「物忘れの検査を受けても良い」と患者が納得してから検査を始めるのがコツである。

④ 認知症診療に必要な検査

認知症診療において実施すべき検査として、血液生化学検査、認知機能検査、脳画像検査があげられる。血液生化学検査では、認知機能低下を引き起こしうな身体疾患を鑑別するため、肝機能、腎機能、血糖、電解質異常、貧血の有無を確認する。加えて、ビタミン欠乏 (B1, B12, 葉酸)、甲状腺機能、梅毒感染の有無を確認する。認知機能検査としては、HDS-R や MMSE が一般的に用いられる。初期研修医としては HDS-R 程度は実施できるようになることが求められる。脳画像検査については、MRI や CT を用いて脳萎縮や脳血管障害の有無などを確認する。特に脳血管障害や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍などの早急に対応すべき疾患を鑑別するため、認知症が疑われる患者では MRI, CT 検査は必須である。

⑤ 認知症の診断

基本的に認知症の診断は、以下の2段階で進める。最初に認知症かどうかの診断を行い、うつ病やせん妄などの認知症と間違えやすい疾患を除外する。認知症であることが確認できれば、第2段階として病型診断を行う。その際に、今後の治療方針を見据えて、A. 治療可能な認知症、B. 治癒は困難だが進行予防が可能な認知症、C. 治癒が期待できない認知症、に分類すると理解しやすい。

⑥ せん妄、うつ病と認知症との鑑別

せん妄と認知症との鑑別のポイントを表7に示す。基本的にせん妄の発症は急速であり、発症後に症状が動揺する。またせん妄は興奮や幻覚、睡眠障害などの精神症状を伴いやすい。

うつ病と認知症の鑑別のポイントを表8に示す。うつ病患者は物忘れを実際よりも強く訴えがちであり、一方認知症では物忘れを否認する傾向がある。脳画像所見の有無も重要な鑑別ポイントである。

表7. せん妄と認知症の鑑別のポイント

	せん妄	認知症
主症状	意識障害	認知機能低下
発症のしかた	急性	慢性
持続時間	数日~数週	数年
症状の変動性	+	±
記憶・見当識障害	+	+
興奮、幻覚	+	±
睡眠障害	+	±

表8. うつ病と認知症の鑑別のポイント

	うつ病	認知症
主症状	抑うつ気分	認知機能低下
発症のしかた	亜急性	慢性
物忘れの自覚	強い	乏しい
うつ病の既往	多い	少ない
脳画像検査の異常	なし	あり

⑦ 認知症の病型診断

A) 治療可能な認知症 (Treatable dementia)

治療が可能な認知症には表9に示すようにさまざまな疾患がある<sup>6)</sup>。これらの疾患を見逃さないためには、血液検査と脳画像検査は必須である。

表9. Treatable dementia を来す主な原因疾患 (文献5より引用改変)

頭蓋内占拠性病変	慢性硬膜下血腫, 正常圧水頭症, 脳腫瘍
中枢神経系感染症	神経梅毒, 単純ヘルペス脳炎
炎症性疾患	自己免疫性辺縁系脳炎, 多発性硬化症, 神経ベーチェット症候群
内分泌異常	甲状腺機能低下症, クッシング症候群, アジソン病, 低血糖
代謝性疾患	肝性脳症, 肺性脳症, 高・低 Na 血症, 高・低 K 血症, 高・低 Ca 血症, 慢性腎不全, ビタミン B1 欠乏症, ビタミン B12 欠乏症, 葉酸欠乏症, ニコチン酸欠乏症
中毒	水銀中毒, 一酸化炭素中毒
アルコール関連疾患	Wernicke 脳症など

## B) 進行予防可能な認知症

血管性認知症は脳血管障害によって引き起こされる認知症であり、脳血管障害が予防できれば、進行や発症を予防することができる疾患である。診断には、脳血管障害の部位や程度が認知症を十分引き起こし得るかどうか、脳血管障害が生じた後から認知症が生じたかどうかことが重要となる。

## C) 治癒が期待できない認知症

このカテゴリーには、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease: AD)、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの神経変性疾患が含まれる。個々の認知症の診断については成書を参照いただきたい。

## ⑧ アルツハイマー型認知症の薬物治療

ADの治療薬は、ADの症状に対する治療薬（症状改善薬）と、ADの変性過程に直接作用する治療薬（疾患修飾薬）とに大別される。

### A) 症状改善薬

ADではアセチルコリン作動性神経系の障害により、記憶障害などの認知機能障害が引き起こされると考えられている<sup>7)</sup>。そこでアセチルコリンを分解する酵素であるコリンエステラーゼの働きを阻害することにより脳内アセチルコリンの濃度を高め、AD患者の認知機能障害を改善することを目的としたコリンエステラーゼ阻害薬が開発され、抗認知症薬として主として用いられている。またADでは、グルタミン酸神経系が過剰に活性化するため、N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体などが過剰に刺激され、シグナル伝達を障害するとの仮説がある<sup>8)</sup>。このグルタミン酸神経系の過剰活性に着目して開発されたのがNMDA受容体拮抗薬のメマンチンである。メマンチンは、グルタミン酸のNMDA受容体への結合を阻害することで、NMDA受容体の過剰刺激を抑制し、認知機能を改善すると考えられている。これらの症状改善薬の使用により一時的な認知機能の改善が期待できるが、いずれもADの神経変性過程に作用する薬剤ではないため、病気の進行そのものを遅らせることはできない。

### B) 疾患修飾薬

ADは、「アミロイドβ蛋白 (Amyloid β protein; Aβ) の蓄積が起因となってタウ病理の拡散と神経細胞死が引き起こされ、認知症の発症へと繋がる」との考えが、“アミロイド仮説”として広く支持されている<sup>9)</sup>。この「アミロイド仮説」を基盤とし、脳内

に蓄積したAβを除去することにより認知症の進行を遅らせることができる薬剤（抗Aβ抗体薬：レカネマブ、ドナネマブ）が発売されている。これらの薬剤の有効性として臨床試験では、認知症重症度評価として汎用されているCDR-SBを指標とした場合、レカネマブでは約27%、ドナネマブでは約29%の進行抑制効果を認めている。ただし抗Aβ抗体薬の使用により、脳浮腫や脳出血などの重篤な有害事象が引き起こされる可能性があるため、使用の際には、専門の医療機関において慎重に投薬することが定められている。

## 8. おわりに

近畿大学病院メンタルヘルス科では、初期研修医に対して4週間の臨床研修を受け入れている。その間に初期研修医には、精神疾患に対する偏見の払拭、患者の生活を第一に考える全人的医療の実践、そして患者の訴えを真摯に傾聴する姿勢の習得を求めている。

## 引用文献

1. 日本精神神経学会 日本語版用語監修、高橋三郎、大野裕監訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京、2014
2. US Food and Drug Administration (2005) FDA Public Health Advisory: Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. [http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/antipsychotics.htm]
3. 日本総合病院精神医学会せん妄指針改定班。日本総合病院精神医学会治療指針1：せん妄の臨床指針 第2版：せん妄の治療指針。星和書店、東京、2015
4. 武田雅俊、鹿島晴雄編集：コア・ローテーション 精神科。金芳堂、京都、2004
5. 令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究
6. 丹羽篤：認知症ハンドブック。中島健二、天野直二、下濱俊、富本秀和、三村将編集。p128-133。医学書院、東京、2013
7. Francis PT, et al. (1999) The cholinergic hypothesis of Alzheimer's disease; A review of progress. J Neurol Neurosurg Psychiatry 66: 137-147
8. Parsons CG, Stöffler A, Danysz W (2007) Memantine: A NMDA receptor antagonist that improves memory by restoration of homeostasis in the glutamatergic system-Too little activation is bad, too much is even worse. Neuropharmacology 53: 699-723
9. Selkoe DJ, Hardy J (2016) The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease at 25 years. EMBO Mol Med. 8: 595-608