

その多くが慢性疾患で根治がむずかしい。常に完璧な根治療法を選択することは不可能であり、症例ごとに治療のゴールをどこにおくかをよく考える必要があるといえよう。精神症状に対しては、薬物療法よりも環境調整、精神療法を優先、重視する。慢性疾患を抱えている例がほとんどであることから、慢性疾患患者への精神療法的アプローチが求められる<sup>11)</sup>。

現段階では、虚弱高齢者の精神症状に対する薬物療法のエビデンスは確立されていない。注意すべきは、精神症状だけをみて抗不安薬、抗うつ剤、睡眠薬などを安易に出さないこと。逆に身体症状にのみとらわれて、精神状態を軽視したり、処方された薬剤の精神への影響を軽くみることがないようにすることである。上記の繰り返しになるが、具体的な薬物処方としては、虚弱高齢者では抑うつ気分に加えて、アパシーが付加していることがほとんどであることから、賦活的な薬剤を中心に考慮する。多発脳梗塞がある場合はアマンタジンを使ってみる。ただし、せん妄惹起のリスクが高い点に注意する。アルツハイマー型認知症の合併も多いので、診断がついたならドネペジルのような意欲を上げる抗認知症薬を使ってみるのもよい。漢方では、身体が衰弱した状態（虚証）の患者に対する処方がある。補中益気湯はうつ気分、食欲不振にも効果があるとされる<sup>12)</sup>。

最後にまとめとして、虚弱高齢者の精神症状に対する一般的な注意点について、De Bernardini のアドバイスを記載する<sup>13)</sup>。

1. 不急不要な薬剤中止。
2. 現段階でもっとも重大な身体・精神病態から対応。
3. 精神症状は多彩なので、生活・介護など

でもっとも影響のある症状から治療する。

4. 薬物治療を含む治療計画の情報はすべてのスタッフが共有していること。
5. 患者は多くの身体、心理、社会的に多くの問題をかかえているが、そのなかでもっとも重要で一定に認められるものを治療行動の基礎におく。

## おわりに

虚血性高齢者は疫学的な研究対象というイメージが強いが、頻度が高く日常臨床においても遭遇する機会が多い。精神症状をともなっていることも多いが、単純なうつ症状のみというより複合的な像を示している。その点を理解し、高齢者の身体特性と精神特性を考慮しながらの治療が必要となる。

## 参考文献

- 1) Jürschik P, Nunin C, Botiqué T, et al. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55: 625-631.
- 2) 下方浩史, 安藤富士子. 虚弱の危険因子. *Geriatric Medicine* 2011; 49 (3): 303-306.
- 3) Mezuk B, Edwards L, Lohman M, et al. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 879-892.
- 4) 西真理子, 新開省二, 吉田裕人, ほか. 地域在宅高齢者における「虚弱 (Frailty)」の疫学的特徴. *日老医誌* 2012; 49 (3): 344-354.
- 5) St John PD, Tyas SL, Montgomery PR. Depressive symptoms and frailty. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; 28 (6): 607-614.
- 6) Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, et al. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999; 89: 1346-1352.
- 7) Hölttä EH, Laakkonen ML, Laurila JV, et al. Apathy: prevalence, associated factors, and prognostic value among frail, older inpatients. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13 (6): 541-545.
- 8) Bernal-López C, Potvin O, Avila-Funes JA. Frailty is associated with anxiety in community-dwell-

- ing elderly adults. *J Am Geriatr Soc* 2012 ; 60 (12) : 2373-2374
- 9) Ní Mhaoláin AM, Fan CW, Romero-Ortuno R, et al. Frailty, depression, and anxiety in later life. *Int Psychogeriatr* 2012 ; 24 (8) : 1265-1274.
- 10) 岡田和悟, 小林祥泰, 青木 耕, ほか. やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価. *脳卒中* 1998 ; 20 : 318-323.
- 11) アーサー・クラインマン. 病いの語り—慢性の病
- いをめぐる臨床人類学: 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳. 誠真書房: 1996. 303-332.
- 12) 大原健士郎, 西本雅彦, 宮里勝政, ほか. うつ病に伴う食欲不振に対する補中益気湯 (TJ-41) の効果. *Prog Med* 1994 ; 14 (6) : 1705-1712.
- 13) De Bernardini L, Innamorati M. Psychiatric comorbidity in the frail patient. *Arch Gerontol Geriatr* 2007 ; 44 (Suppl 1) : 139-142.

## 第 3 章

# 心気症・不安障害

**Case 1** ● 初診時は心気症状と不安が主とみられた女性

認知機能低下はみられなかったけれど…

### 患者背景

- ・初診時年齢：74 歳。
- ・性別：女性。
- ・既往歴：特記すべきものなし。
- ・家族歴：3 人姉妹の長女。親族に認知症例はない。
- ・主訴：身体の不調。

### 生活歴

- ・几帳面で融通の利かない性格。23 歳で結婚。1 男 1 女をもうける。会社勤めを 60 歳までしていた。その後、長男が経営する会社の経理の仕事を手伝っている。夫の死後は独居。身の回りのことは自分でできているという。教育歴 9 年。

### 現病歴

- ・X-10 年から、自分の血圧が気になり、1 日に 20 回くらい測定するようになった。
- ・X-3 年、夫が死亡。自らも急性肺炎を発症。さらにめまい症もあって入院したことがある。改善して退院したものの、その後、一段と体調を気にするようになった。すこしでも体調がわるいと血圧の変動のせいだと言う。頭部 MRI、MRA を検査したが異常はみつからなかった。近医ではアトルバスタチン(リビトール<sup>®</sup>)5 mg/日、カルベジロール(アーチスト<sup>®</sup>)2.5 mg/日、テルミサルタン(ミカルディス<sup>®</sup>)40 mg/日が処方されていた。内科より精神科を勧められて初診となる。

### 初診時所見

- ・初診時、礼容は保たれ、思考の乱れは認められなかった。焦燥感と言えるほどの症状はないが、身体動揺感と血圧が気になることを繰り返し訴えた。「フワーっとした、血圧が上がっていると思う」と言い、「血圧を測ってください」と言う。正常範囲にあることを告げるが、不安な様子であった。同伴した娘によると自宅でも同様に血圧測定を繰り返していると言う。物忘れがあるかと聞くと、「年相応だと言うが、念のため調べてほしい」と言う。印象としては、心気症状と不安が主であると思われた。

### 身体所見

- ・利き手：右
- ・身長：156 cm, 体重：53 kg, BMI：21.8。

- ・ 血圧：124/66 mmHg, 脈拍：82 回/分, 整.
- ・ 心電図, 胸部 X 線：特記すべき異常なし.
- ・ 血液検査：特記すべき異常なし.

#### 補発見的所見

- ・ 特記事項なし.

#### 臨床検査結果

- ・ MMSE：28/30.

ADAS：5/70.

- ・ GDS：7/30.

MADRS：15/70.

- ・ 改訂版ウェクスラー記憶検査 (Wechsler Memory Scale Revised；WMS-R)：言語性記憶指標…86, 視覚性記憶指標…103, 一般的記憶指標…90, 注意・集中力指標…79, 遅延再生指標…88, 論理的記憶 I…22, 論理的記憶 II…3.

#### 臨床経過

- ・ WMS-R において, 言語性記憶, 一般的指標, 注意・集中力が低く, とくに注意低下がみられたが, 生活機能障害がないことや MMSE, ADAS の結果が良好であったことから, 認知症の可能性はなく, 「身体表現性障害」と診断した.

### 〔治療経過と診断の変遷〕

身体表現性障害との診断で, 抗不安薬, 抗うつ薬を投与しつつ, 経過をみていた. 1~2 年は血圧に関する訴えは少なくなっていたが, 身体動揺感の訴えは継続的に認められた. 3 年後にめまいで神経内科を受診したが, 異常はみつからなかった. 8 月頃より, 食欲不振がひどくなり, 体重が低下. 内科的には異常がみつからなかった. その頃から, 物忘れが目立ち始め, それまで作れた料理が作れない, 鍋を焦がす, 買い物に行って同じものを何度も買ってくるなどの症状があり, 長男家族と同居した. そこで再度の認知機能検査と頭部 MRI, 脳血流シンチを施行したところ, 認知機能低下が明らかで, 放射線学的にも特徴があり, 「アルツハイマー病 (AD)」と診断した. X+4 年頃から, あれほどしつこかった血圧の訴えが嘘のようになくなった. そのかわり認知機能低下が進行している.

#### 認知機能検査 (X+4 年後)

- ・ MMSE：19/30.
- ・ ADAS：18.3/70.
- ・ WMS-R 論理的記憶 I…1 点, 論理的記憶 II…0 点.

#### 画像所見

- ・ 頭部 MRI：軽度びまん性脳萎縮, 軽度海馬萎縮 (VSRAD 1.63) (図 3-1).
- ・ 脳血流シンチグラフィ：左右後部帯状回から楔前部, 左右頭頂葉, 左右側頭葉, 左右前頭葉, 左右後部帯状回に血流低下を認める. 前回より血流低下部の変化が明瞭化している (図 3-2).

### 〔本症例のまとめ〕

この症例を初診の段階で認知症があると診断することは不可能であり, もししたと

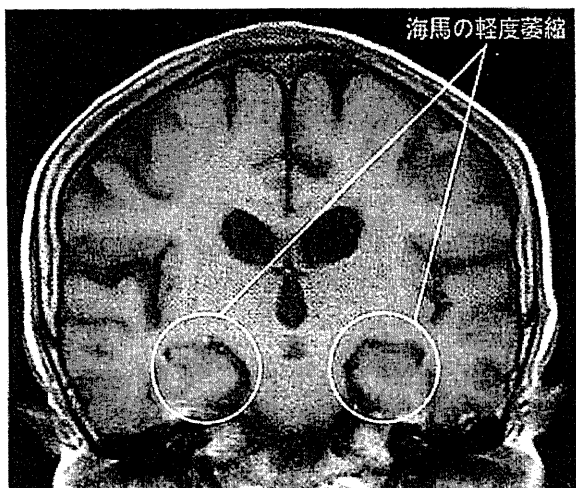


図 3-1 症例 1 の頭部 MRI 冠状断

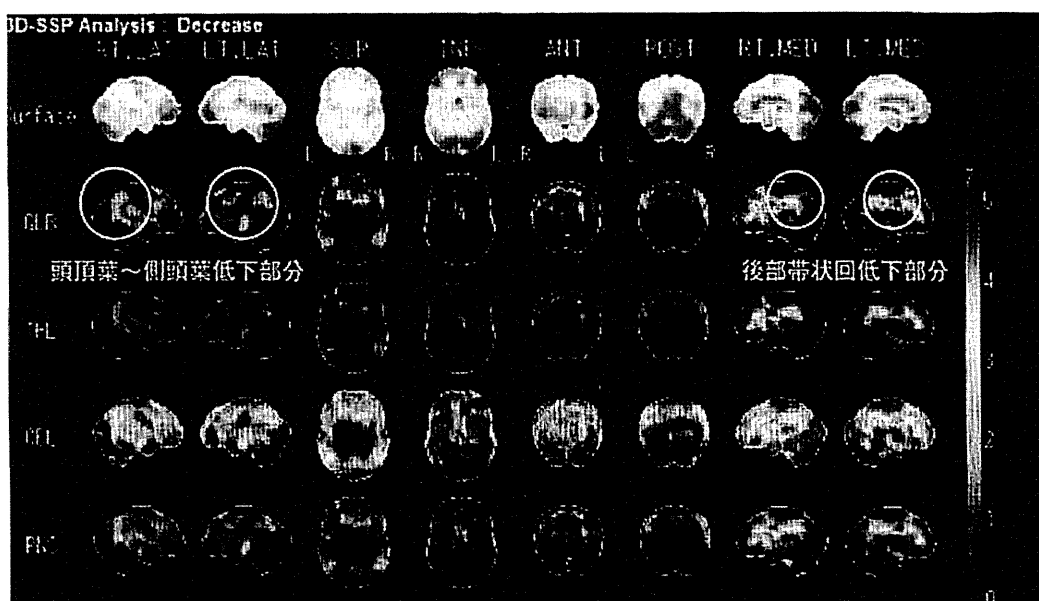


図 3-2 症例 1 の SPECT 3D-SSP

すれば過剰診断ということになるだろう。しかしながら後で振り返ると、経過の中で強迫症状、心気症状、めまい、食思異常症など多彩な症状があり、薬物の効果ははっきりしないといったやや気になる症状や徴候があったといえる。

高齢者で神経症レベルの患者を診療するうえで、症状が非定型的であったり、薬の効き目が十分でないときは、認知症の可能性を頭の片隅に置いておくことが重要である。さらに、心氣的傾向や不安症状が先行してあとから認知機能低下が目立ってくる AD 例では、認知機能の低下とともに、それまでの症状は消退し、むしろ多幸的になってしまうことが多いように思われる。

**Case 2** ● ここ2~3年で家に閉じこもるようになった女性

## 変貌の原因は身体症状と抑うつ症状？

**患者プロフィール**

- ・初診時年齢：80歳。
- ・性別：女性。
- ・既往歴：1年前に非定型抗酸菌症に罹患。排菌はないが抗生物質の内服を継続中。
- ・家族歴：2人兄弟の2番目、認知症歴なし。
- ・主訴：不眠、閉じこもり。

**生活歴**

- ・生育歴には特記すべき異常なし。教育歴8年(高等小学校卒業)。20歳で結婚後、1男2女をもうける。もともとはなんでもはっきり物を言う性格であったが、この2~3年で変わってしまったと家人は言う。

**病歴**

- ・昔から、便秘気味でしばしば内服していた。また、不眠、背部、腰部の痛みや腹痛を訴えることが多かった。ここ2~3年で家に閉じこもるようになった。デイサービスでも知らない人と話したくないから、行きたがらなかった。腹痛、便秘の訴えが続くので、X-1年に近医に検査入院したが、特に異常所見はなかった。詳細は不明だが、その頃から安定剤、抗精神病薬などが処方されていた。その後、意欲低下が目立つようになった。歩くのを嫌がり、杖歩行にもなり、転倒も何回かあった。外出をいやがり、庭の手入れが好きだったがそれもしなくなった。不眠も強くなった。夜間頻尿で2時間おきにトイレに行き、そのたびに介助が必要であった。腹部の不快感を訴えることが多く、湿布を貼るなどの奇妙な行為もみられた。状態がよくなるないので、通院していた内科からの紹介で受診した。
- ・受診時の内服薬は、スルピリド(ドグマチール<sup>®</sup>)150mg、アルプラゾラム(ソラナックス<sup>®</sup>)1.2mg、アムロジピン(アムロジン<sup>®</sup>)2.5mg、ベゲタミン<sup>®</sup>B 12.5mg、エスタゾラム(ユーロジン<sup>®</sup>)2mg、トリアゾラム(ハルシオン<sup>®</sup>)0.25mg。

**初診時所見**

- ・表情弛緩状。発語には深刻さがなく、常同的な訴えとなっている。

**身体的所見**

- ・利き手：右。
- ・身長：156cm、体重：52kg、BMI：21.3。
- ・血圧：128/78mmHg。
- ・難聴が強い。

**神経学的所見**

- ・仮面様顔貌あり。軽度の手指振戦を認める。筋固縮を認める。寡動傾向著明。

**検査所見**

- ・MMSE：16/30。
- ・ADAS：21.7/70。
- ・FAB：5/18。
- ・近時記憶・構成能力の低下が認められた。また見当識の低下も疑われた。FABの低下も認められ、思考の柔軟性や抑制コントロールなどの面でも低下が疑われた(近時記憶の低下の影響なども考えられるが)。
- ・血液検査：特筆すべき異常なし。
- ・心電図：T波陰転。

- ・ 頭部 MRI：海馬萎縮、大脳皮質萎縮(図 3-3)。
  - ・ 脳血流シンチグラフィ：頭頂葉の血流低下(図 3-4)。
- 初期診断** ・ 生活機能の低下、使用薬剤、認知機能検査、放射線検査などより、AD およびその BPSD としての身体表現性障害、薬剤性パーキンソン症候群と診断した。

**【治療経過と診断の変遷】**

精神症状や神経症状の出現に対して、薬剤の影響が大きいと判断されたが外来では調整が困難であり、入院とした。ベゲタミンなどの眠前投与を中止し、ドネペジルを開始した。腹痛、夜間頻尿の訴えはしつこく繰り返されたため、ドネペジルの消化器症状の可能性も考えて少量維持とし、デュロキセチンを追加した。夜間の頻尿に対しては精神症状のみとは考えず、泌尿器科の意見もきいてプロピペリンを投与、眠剤と

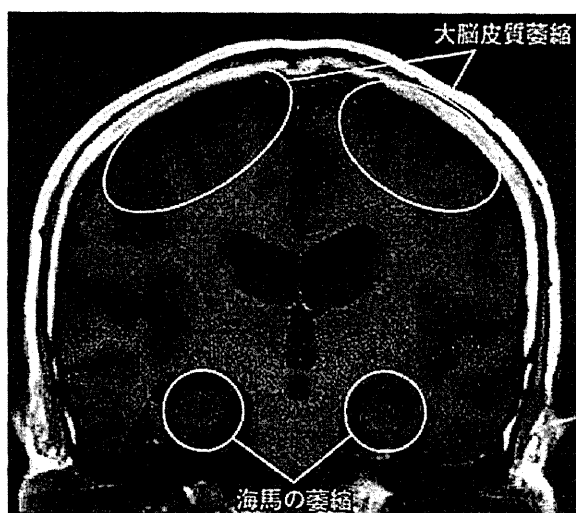


図 3-3 症例 2 の頭部 MRI 冠状断

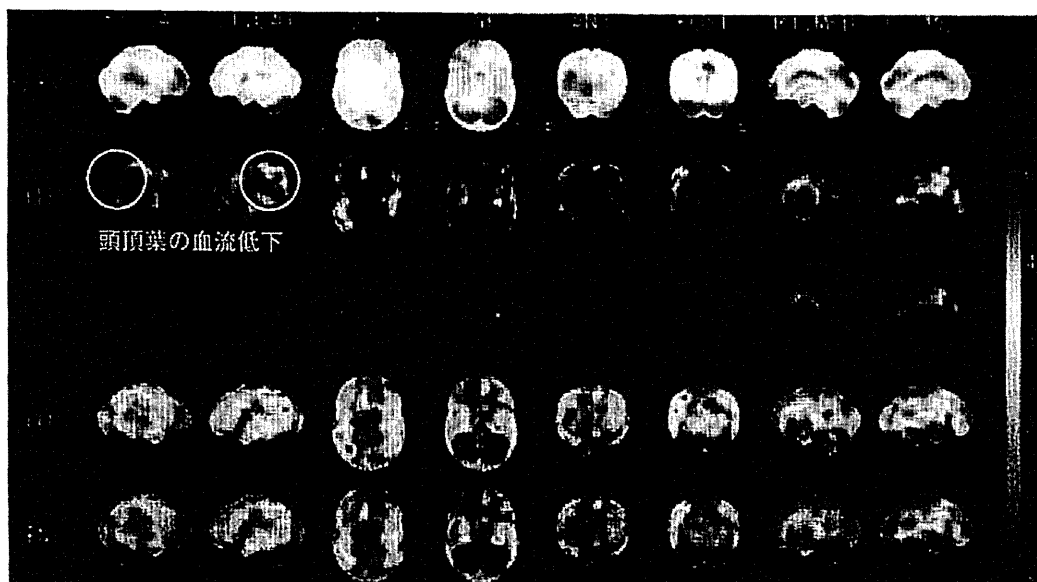


図 3-4 症例 2 の SPECT 3D-SSP

してリルマザホンも投与した。これにより症状は軽快したが、完全に消退することはなかった。自宅での介護可能と判断し退院となり、以後、外来通院中である。

退院時処方薬は、アムロジピン(アムロジン<sup>®</sup>)2.5 mg, デュロキセチン(サインバルタ<sup>®</sup>)20 mg, リルマザホン(リスミー<sup>®</sup>)1 mg, プロピペリン(パップフォー<sup>®</sup>)10 mg, ドネペジル(アリセプト<sup>®</sup>)3 mg.

#### [本症例のまとめ]

この症例はうつ状態、身体愁訴が前景にたつADと考えられる。経時的に見直すと、生活範囲が狭まったり意欲低下が目立ち始めた段階で何らかの認知症は疑えるように思える。しかしながら、実際には抑うつ気分や心氣的訴えのみが重視され、多くの精神系薬剤が処方されて錐体外路症状が出現し、状態像をさらにわかりにくくしていた。生活範囲が狭まった理由として、身体へのこだわりやうつ症状を考え、その治療を中心にしたくなるころだが、高齢者では認知症の始まりであることが多いのでうつなどの精神症状だけでなく、認知機能低下の徴候がないかについても問診などをおして配慮していく必要がある。

### Case 3 ③ 多彩な精神症状から不安障害+非定型精神病と診断されていた女性

#### 向精神薬の効果がはっきりせず、副作用も出やすくなった

##### 初診時

初診時年齢：68歳。

性別：女性。

既往歴：30歳頃、閉じ籠もった状態になり、精神科に入院。診断・治療の詳細は不明。  
家族歴：3人兄弟の2番目、長女。親族に認知症の人はいない。

主訴：不安感、落ち着きのなさ。

##### 生活歴

生育歴に特記すべき異常なし。24歳で結婚。以後、専業主婦であった。夫は会社役員であり、経済的困窮はない。1男2女をもうける。性格は気分の変動が激しい。几帳面であったという。

##### 要病歴

夫と2人暮らし。昨年までは元気だったが、今年に入って、気持ちが落ち着かない、光や音に過敏である、頭にざわめきがあり声が聞こえるなどの症状がでてきた。1年間で10kgの体重減少があり、不眠と動悸、腰痛、下肢痛などの訴えが強くなった。特に8月頃からひどくなり、また体がしびれて、体の芯が痛いという。歩行が小刻みになってきたため近くの市民病院精神科を受診した。「ちょっとしたことがすごく心配で不安になる」「不安だ、不安だ」と言う。薬の飲み方、生活の仕方などについて医師からの説明に対する理解が悪く、繰り返し確認を求める。病院に何度も電話して不定愁訴を訴え、薬の飲み方を聞き直す。「治りますか」と繰り返し、対応する職員が困り果てている。自宅でも夫への依存性が強く、つねに不安を訴えている。



不安障害および非定型精神病を疑い、オランザピン(ジプレキサ<sup>®</sup>)および抗不安薬、抗うつ薬を投与されたが、アカシジア、流涎、歩行困難など錐体外路症状がひどくなり、クエチアピン(セロクエル<sup>®</sup>)へ変更された。物忘れもあり、MMSE 22/30。頭部MRI異常なし。精神科より紹介されて当院受診となった。

紹介元の内服薬は、クエチアピン(セロクエル<sup>®</sup>)100 mg、フルボキサミン(デプロメール<sup>®</sup>)50 mg×2錠、クロキサゾラム(セバゾン<sup>®</sup>)2 mg×3錠、フルニトラゼパム(ロヒプノール<sup>®</sup>)2 mg、ニトラゼパム(ベンザリン<sup>®</sup>)5 mg、トラゾドン(レスリン<sup>®</sup>)25 mg。車椅子で受診。座位保持がづらいという。起立は自力で可能。助けなしでベッドに横になれる。トイレは自力で行ける。布団の上げ下ろしはできない。すぐに不安になる。頭がのぼせる。何も頭に入らないという。表情はかたく、身体愁訴のみを訴え、それ以外へは注意が集中しないようにみえた。思考の混乱状態が顕著であった。

#### 初診時所見

身長：145 cm、体重：35 kg、BMI：16.6。

#### 身体所見

#### 神経学的所見

仮面様顔貌。動作緩慢を認めるが、筋固縮、振戦なし。小刻み歩行を認めた。脳神経異常なし。四肢腱反射異常なし。病的反射を認めない。

#### 初期診断

紹介元の精神科クリニックでは、強度の不安症状、強迫観念、身体愁訴など多彩な精神症状があり、身体愁訴の訴えは妄想レベルであると判断され、既往歴も考慮して不安障害および非定型精神病と診断された。

### 〔治療経過と診断の変遷〕

身体愁訴が強く、入院して検査・治療を行うこととなった。入院後も焦燥を伴った身体愁訴が多く、四肢に力が入らない、足のしびれがあるといい、臥床がちであった。夜間、頻回のナースコールがあり、30分おきにトイレに行こうとし、ふらついて転倒することもあった。夕方から夜間にかけて、病室のトイレのそばに誰かが立っているのが怖いという訴えも聞かれた。軽度のパーキンソン症状および幻視、焦燥などの精神症状があるが、薬剤の影響を否定できないため、処方薬は眠前のニトラゼパムを除いてすべて中止し、経過観察とした。1週間後には転倒の回数が減って歩行が安定してきたが、動作緩慢は残存した。プラミベキソールの投与開始、クエチアピンの再投与により、意欲改善、幻視、身体愁訴の軽減、ADLの改善がみられた。

#### 入院時検査結果

- ・血液検査：特記すべき異常なし。
- ・脈拍：66回/分、整。
- ・心電図：異常なし。
- ・胸部X線：特記すべき異常なし。

#### 認知機能検査

- ・MMSE：25/30。
- ・RCPM：19/36。

認知機能検査では、近時記憶の低下、失見当識を認めた。構成障害が疑われた。

#### 画像所見

- ・頭部MRI：軽度の大脳皮質および海馬萎縮をみとめる。少数のラクナが散在してい

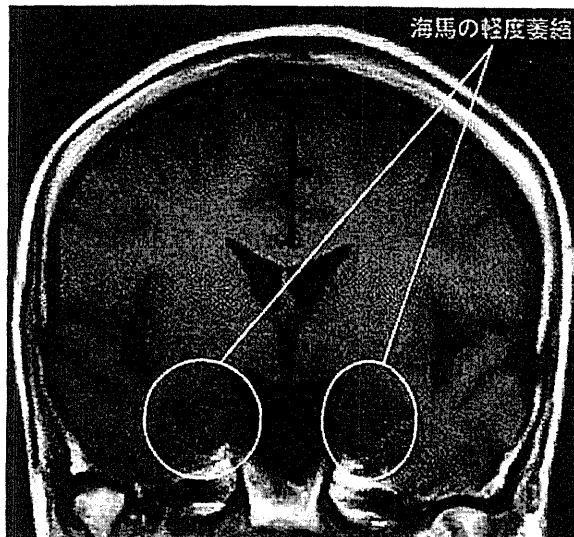


図 3-5 症例 3 の頭部 MRI 冠状断

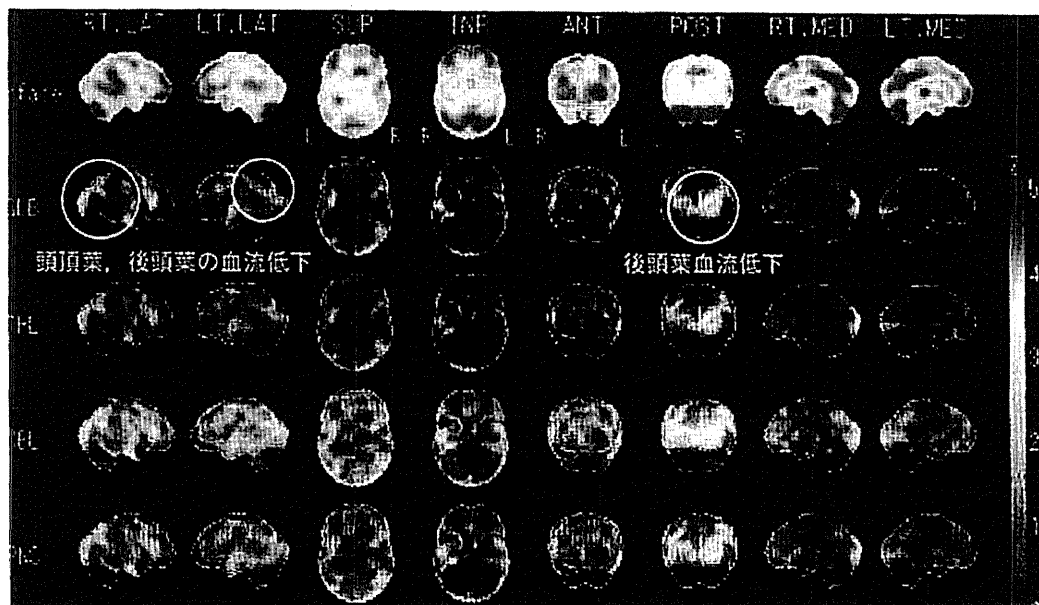


図 3-6 症例 3 の SPECT 3D-SSP

る(図 3-5).

・脳血流シンチグラフィ：両側頭頂葉、後頭葉の血流低下(図 3-6).

#### 【本症例のまとめ】

本症例は臨床経過、放射線学的検査を総合して、レビー小体型認知症(DLB)と診断した。診断基準<sup>1)</sup>の要件とされる認知機能低下があり、幻視もみられた。前医では、多彩な精神症状に注目し、不安障害および非定型精神薬の診断がついていた。経過の中で、薬物の効果が一定しないことや副作用が出やすい点に注意すべきであったかもしれない。認知機能低下が検査で明らかになった時点で、診断の見直しの必要性を感じて当院紹介となった。DLBではうつ症状などの精神症状が前駆しやすく、診断に

苦慮する。高齢者で、身体愁訴を含む多彩な精神症状を示しながら薬剤の効果がはつきりせず、副作用が出やすい症例では、DLBを念頭において経過をみる必要がある。

## Case 4 ● 物忘れに関する強迫的な訴えをしてくる男性

### 病識があるから認知症ではない？

#### 患者データ

- ・ 初診時年齢：75歳。
- ・ 性別：男性。
- ・ 既往歴：特記すべきものなし。精神科受診は今回のこと以外はないという。
- ・ 家族歴：伯父が認知症。70歳代後半の発症であるというが、診断など詳細不明。
- ・ 主訴：同じことばかり訴える。

#### 生活歴

- ・ 高校卒業後、自動車関係の会社で製造担当。60歳で定年退職したあとは、とくに仕事はしていない。28歳で結婚。妻と1男1女あり。有害薬品などの曝露歴はないという。性格は細かく、いろいろと気にしやすいという。

#### 現病歴

- ・ X-3年前から、奥さんに対して横暴、暴力的だったり、奥さんのことを疑うようなことがあった。X-1年前より「記憶がぼっぼ、ぼっぼ消えてしまう」という訴えを家人にしつこくするようになった。物忘れの他に、自動車運転のときに、飲んでいないのに酒を飲んでしまったと心配したり、息子が運転するときも息子に酒を飲ませてしまったらどうしようと過度に心配する。近くの神経内科を受診して、HDS-Rを実施されたが28点で、認知症というよりも精神的なものかもしれない、大きな病院でみてもらうことを勧められた。日常生活上は問題ないが、世の中のことを危惧したり、2011年の東日本大震災以上のものが、ここに起こるに違いないと繰り返し訴えた。新聞や週刊誌を手放せず、自室に全部取り込んで、整理ができない。捨ててはいいのに物がなくなることが多い。半年前に家を近所の人に売った、など事実と反する考えが頭から離れず、そのことで、息子とけんかになり市役所まで行って説明してもらったことがある。3か月前より精神科クリニックに通院しているが、認知症の有無が気になり当科受診。
- ・ 内服薬は、セルトラリン(ジェイソロフト®)25mg 0.5錠、クロチアゼパム(リーゼ® 顆粒)10%(100mg/g)3mg。

#### 初診時所見

- ・ 礼容は保たれているが、やや緊張気味。表情は比較的柔和。軽度に多弁傾向があり、記憶がなくなっていくことを訴える。発語内容からは思考の乱れは感じられない。同席した妻が、医師に日ごろの様子を説明している間は不満そうにしているが、沈黙を守っていた。

#### 身体所見

- ・ 利き手：右。
- ・ 身長：159cm、体重：52kg。

#### 神経学的所見

- ・ 特記すべき異常なし。

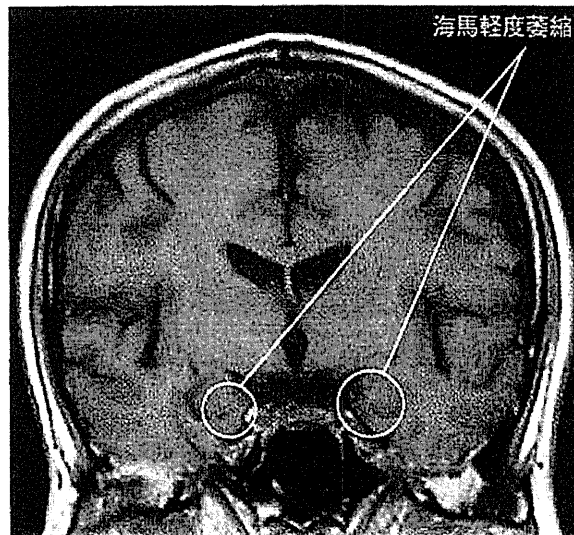


図 3-7 症例 4 の頭部 MRI 冠状断

- 検査所見 ・ 血液学的検査，心電図に異常所見なし。
- 初期診断 ・ 強迫性障害。

#### 【治療経過と診断の変遷】

臨床症状からは強迫性障害が最も考えられたが、「物がなくなることが多い」「記憶が飛んでいる」などの記憶障害を疑わせる訴えもあり，さらに詳細な検査を行うことにした。

#### 認知機能検査

- ・ MMSE：22点(見当識：-1, serial 7：-4, 遅延再生：-3)。
- ・ ADAS：13/70(単語再生：7.7, 口頭命令：1, 見当識：4, 単語再認：0.3)。
- ・ RCPM：28/36。
- ・ FAB：8/18。
- ・ WMS-R：論理的記憶 I：0, 論理的記憶 II：0。

#### 画像所見

- ・ 頭部 MRI：大脳皮質萎縮あり，海馬領域や扁桃体に軽度の萎縮を認める(図 3-7)。
- ・ 脳血流シンチグラフィ：両側頭頂葉，後部帯状回，右後頭葉の血流低下が認められる(図 3-8)。

#### 【本症例のまとめ】

近時記憶障害，失見当識があり，MRI で海馬を中心とした萎縮や血流低下が認められるため，初期 AD と診断した。脳血流シンチグラフィでは DLB の可能性も完全には否定できないが，臨床症状からは疑いにくい。AD の前駆症状として強迫性障害が出現したと考える。よく言われていることであるが，「認知症では病識がない」というのは必ずしも正しくない。AD の初期では，本例のように強迫的に物忘れを訴える例もある。「病識があるからうつ病だろう」と単純に決めつけず，経過を見ていく必要

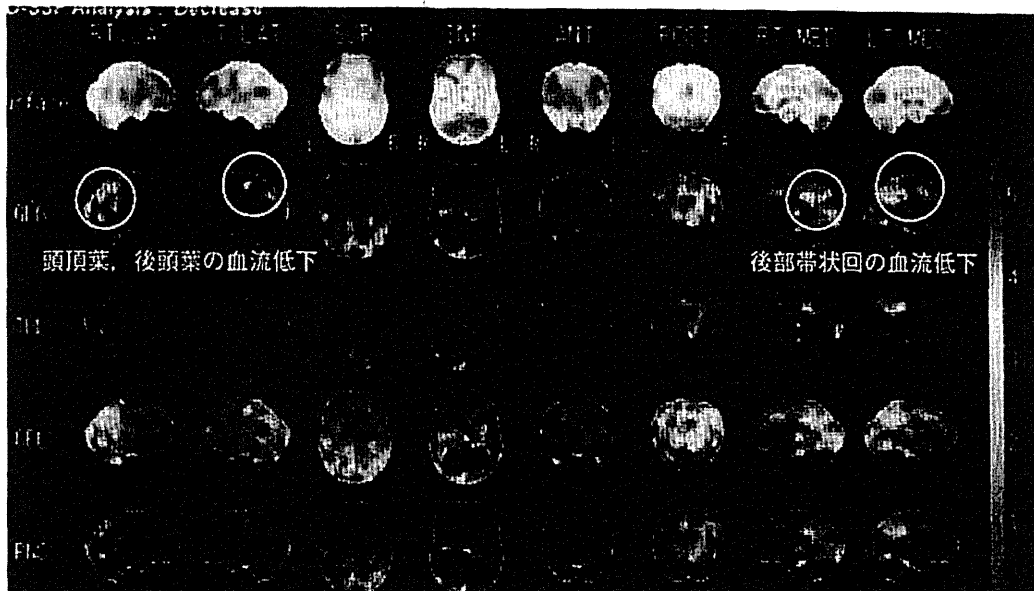


図3-8 症例4のSPECT 3D-SSP

がある。MMSE や HDS-R において遅延再生や失見当識が明らかな例では、MRI などの放射線学的検査も行ってみるほうがよいだろう。

### Case 5 ● 長期の身体愁訴にパニック発作を併発した女性

#### その内服薬、すべて必要？

**初診時**

初診時年齢：85歳。

性別：女性。

既往歴：56歳時に胆石症にて手術をうけた。それ以外は特記事項なし。

家族歴：4人兄弟の3番目。認知症歴なし。

主訴：胸苦感。

**生活歴**

生まれは関東地方で高等小学校卒。20歳で結婚。2男1女をもうける。75歳時、夫が死亡。以後独居していたが、3年前に娘の住む東海地方に引っ越して同居をはじめた。性格は小さいことを気にする。くよくよしやすい。

**現病歴**

パーキンソン症候群および高血圧と診断されて通院中であつた。身体愁訴は以前から多かったが、X-1年から、月に1回くらい急に胸が苦しくなり、動悸、手足のしびれを訴えるようになった。1日のうちでは午前中の調子が悪い。頓用のアルプラゾラム(ソラナックス)0.4mgを飲むと軽快した。近医にて検査を受けたが、内科的には異常なかつた。1か月前から食欲が進まなくなり、体重も2~3kg減つた。近医に受診し検査したが、このときも異常はなかつた。状態の改善がないため紹介受診となる。本人は物忘れをそれほど感じないという。身の回りのことは自分でできるが、家ではたいていボーッと寝て過ごしているという。同伴した娘によると、この

1年くらいで置き忘れ、しまい忘れが目立つようになったとのこと。

・内服薬は、ニザチジン(アシノン<sup>®</sup>)75 mg, ベンジピン(コニール<sup>®</sup>)4 mg, テルミサルタン(ミカルディス<sup>®</sup>)40 mg, トリアゾラム(ハルシオン<sup>®</sup>)0.25 mg, マドパー<sup>®</sup>300 mg, ピタバスタチン(リパロ<sup>®</sup>)2 mg, エシタロプログラム(レクサプロ<sup>®</sup>)10 mg, エチゾラム(デパス錠<sup>®</sup>)0.5 mg×3錠, クロチアゼパム(リーゼ<sup>®</sup>)5 mg×3錠, 半夏厚朴湯エキス顆粒7.5 g, スルピリド(ドグマチール<sup>®</sup>)150 mg, アルブラゾラム(ソラナックス<sup>®</sup>)0.4 mg×頓用。

**初診時所見** ・眠れない、お腹が痛い、しんどい、胸が苦しいなど不定愁訴が多い。焦燥感も強く、精神的には不安定な状態であった。

**身体所見** ・利き手：右。  
 ・身長：153 cm, 体重：56 kg, BMI：23.9。  
 ・血圧：126/69 mmHg, 脈拍：86 回/分, 整。  
 ・心電図：異常なし, 91 回/分, 整。  
 ・心エコー図：EF：65.6%, 心筋の動きは異常なし。

**神経学的所見** ・手指振戦, 筋固縮, 歩行障害は認めない。明らかな錐体外路障害はみられない。その他, 特記すべき異常なし。

**初期診断** ・パニック障害。

### 【治療経過と診断の変遷】

内服薬整理と脳機能精査目的で入院となる。マドパー<sup>®</sup>が投与されていたが、錐体外路症状は認められなかった。以前、スルピリドが投与されていたことから、薬剤性のパーキンソン症候群があったものと判断しマドパー<sup>®</sup>を中止したが、神経症状の出現はなかった。起床時から朝食までの間に呼吸が苦しくなる、動悸がするという訴えが多く、ナースコールが頻回にみられ、ソラナックス<sup>®</sup>頓用にて軽快した。認知機能検査、放射線学的検査よりADおよびそれに伴う精神症状と診断し、ガランタミンを開始した。ベンゾジアゼピン系薬剤の変更、減量を行い、抗うつ薬も変更したところ、状態が比較的安定した。血圧に関しても安定したため、降圧薬減量が可能であった。

#### 認知機能検査

- ・MMSE：20/30(見当識・近時記憶の低下の可能性が示唆された)。
- ・ADAS：10/70。

#### 画像所見

- ・頭部MRI：びまん性大脳皮質萎縮、両側白質、基底核のラクナあり(図3-9)。
- ・脳血流シンチグラフィ：両側頭頂葉、側頭葉、後部帯状回の血流低下を認める(図3-10)。
- ・心筋シンチグラフィ：心筋の描出は良好で、H/M比の低下なし。H/M比2.71。

最終的な処方は、テルミサルタン40 mg, ニトラゼパム(ベンザリン<sup>®</sup>)5 mg, セルトラリン(ジェイゾロフト<sup>®</sup>)25 mg, ロラゼパム(ワイパックス<sup>®</sup>)0.5 mg×2錠, ザランタミン(レミニール<sup>®</sup>)8 mg×2錠, アルブラゾラム0.4 mg×頓用。

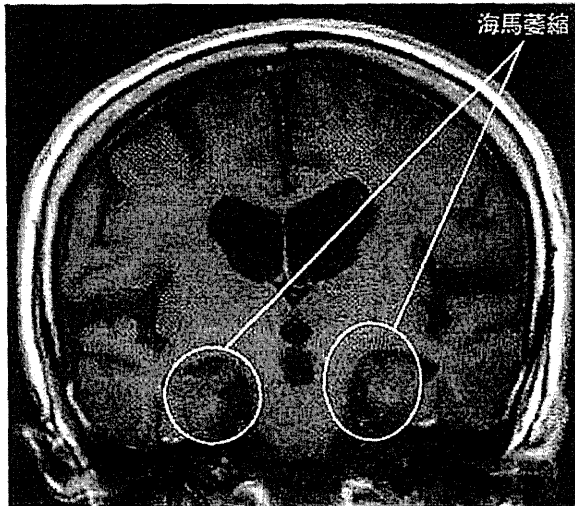


図 3-9 症例 5 の頭部 MRI 冠状断

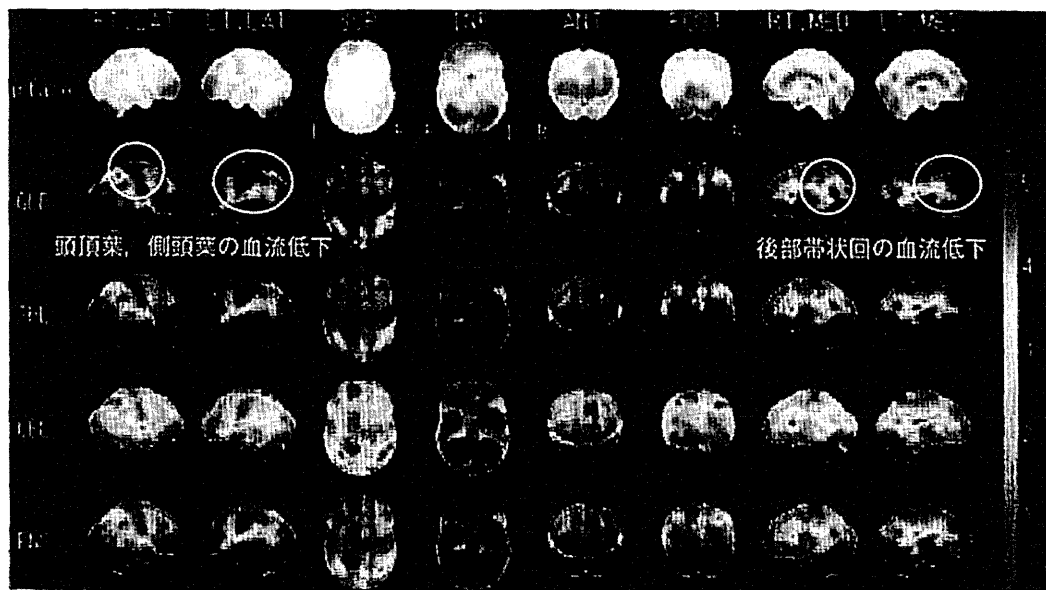


図 3-10 症例 5 の SPECT 3D-SSP

【本症例のまとめ】

本症例は長期にわたる身体不定愁訴があり、その後、パニック発作を伴うようになった。身体的な検査で異常が見つからないと、抗不安薬、抗精神病薬などが安易に投与され、それによりさらに病態が複雑になってしまった。意欲低下、記憶障害の段階で認知症を疑うべきであろう。ただし、薬剤の影響がどの程度であるか判断できず、入院での薬剤調整となった。高齢者ではいったん多剤併用してしまうと、減量・整理が必要だとわかっているにもかかわらず外来通院では困難であり、入院してもらうことが多い。

## Case 6 ④ 交通事故後に車への恐怖や抑うつなどが現れた女性

### 診断は PTSD で間違いない!?

#### ① 基本情報

初診時年齢：84 歳

性別：女性。

既往歴：40 歳時に左眼失明したというが詳細不明。53 歳時に胆石症、脳卒中歴なし、精神科通院歴なし。

家族歴：6 人兄弟の 3 番目。家族、親族に認知症、うつ病その他の精神疾患例はないという。

主訴：交通事故後の身体不調。

#### ② 生活歴

23 歳で結婚、出産歴なし。実子はなく、養女が 1 人いて、婿をとって同居している。養女によると性格は自分の意見を通したが、わがままであるという。教育歴 6 年 (高等小学校卒)。

#### ③ 病歴

ももとは大変活発で元気な人であったが、X-1 年、カラオケに行った帰りに、横断歩道を渡っているときに自動車にはねられ、外傷性くも膜下出血、上腕骨骨折などの重傷を負った。約 1 か月間入院後、四肢麻痺などはなく、日常生活動作能力は自立した状態で、自宅に戻った。入院中はせん妄などの精神症状、異常行動はなかった。退院後から、車への恐怖を強く訴え、全身倦怠感、耳鳴り、激しい頭痛、腹部不快感、食欲不振などの身体愁訴が多くなった。睡眠中に大声を出したり、隣にいる夫を蹴ることもあった。内科、耳鼻科などでの検査では異常がみつからなかった。徐々に抑うつ気分が強くなり、「死にたい」という訴えもきかれるようになり、しだいに意欲の低下も目立ってきた。日中は自室にこもることが多く、動作が緩慢になっていた。また、物忘れも出てきたということで受診した(車椅子で受診)。表情はうつ状で、仮面様ともとれる。動作緩慢で、発語は少ないが、体調不良を強く訴えた。また、よく聞くと、カーテンや電球が人の顔にみえるともいう。前医での内服薬は、フルボキサミン(ルボックス<sup>®</sup>) 25 mg、ゾルピデム(マイスリー<sup>®</sup>) 5 mg。

#### ④ 身体診察

利き手：右。

身長：146 cm、体重：45 kg、BMI：21.1。

血圧：101/64 mmHg、脈拍：69 回/分、整。

心電図、胸部 X 線に特記すべき異常なし。

血液検査：特記すべき異常なし。

#### ⑤ 検査結果の所見

動作緩慢以外には錐体外路症状は認めない。その他、特記すべき以上を認めない。

#### ⑥ 初期診断

心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder ; PTSD)。

### [治療経過と診断の変遷]

主治医は交通外傷後の PTSD に伴う、抑うつ、精神運動抑制があり、せん妄が合



併しているかも知れないと判断し、セルトラリン、アルプラゾラムを投与した。抑うつ気分は改善したが、身体動揺感、「松の木が人の顔に見える」「箆筒がななめに倒れそうに見える」などの錯視とも思える症状が断続的にみられ、クエチアピンを加えたり、セルトラリンをミルナシプランに切り替えるなど薬物の変更を繰り返したが、状態は変化しなかった。初診3か月後、家族が物忘れを気にして検査を希望したため、認知機能検査、頭部MRI、脳血流シンチグラフィを施行した結果、軽度の認知機能低下とDLBを疑わせる所見が認められた。主治医はこの段階で、DLBが基盤にあると判断し、ドネペジルの投与を開始。3mgから5mgへと増量して外来で経過をみていた。X+2年には歩行障害、姿勢変換困難、筋固縮などの錐体外路症状が強くなって転倒が多くなり、リハビリテーション目的の入院を行ったが、あまり変化しなかった。

#### 認知機能検査

- ・MMSE：24/30.
- ・RCPM：18/36.

#### 画像所見

- ・頭部MRI：前頭葉、側頭葉に比較的強いびまん性大脳皮質萎縮。海馬萎縮および両側基底核に小梗塞巣散在(図3-11)。
- ・脳血流シンチグラフィ：両側前頭葉、頭頂葉、側頭葉、後頭葉内側における血流低下を認める(図3-12)。
- ・MIBG心筋シンチグラフィ：遅延相における心筋描出不良。H/M比1.32。

#### [本症例のまとめ]

医師は、診断をするうえで決定的と思えるほどに重要な病歴や検査結果があると、他の診断の可能性について無意識のうちに排除しようとする傾向がないとはいえない。診断とは合わない症状や徴候があっても、都合のいい理由をつけて合理的に説明しようとする。こうして誤診にいたってしまう。

この症例では、交通外傷という大きな出来事があり、時間的因果関係がありそうな経過で抑うつ症状、身体不定愁訴が出現した。車に対する恐怖の訴えもあり、診断はPTSDで間違いないと判断してしまった。物忘れや動作緩慢についてはうつ状態にもとづく精神運動抑制として説明しようとした。幻視についても高齢者では抑うつ状態に精神病症状を伴うこともあることから矛盾はないと考えた。恥ずかしい話だが、家族が物忘れについて不安を感じ、検査を求めたことが診断見直しの契機となった。結果はDLBを強く示唆するものであり、その後の経過もDLBとして間違いのないものとなった。高齢者では、初診時点でそれほど重要と思われないような徴候でも認知症の可能性を否定せずに検査し、経過をみることが大事であることを教えられた症例である。

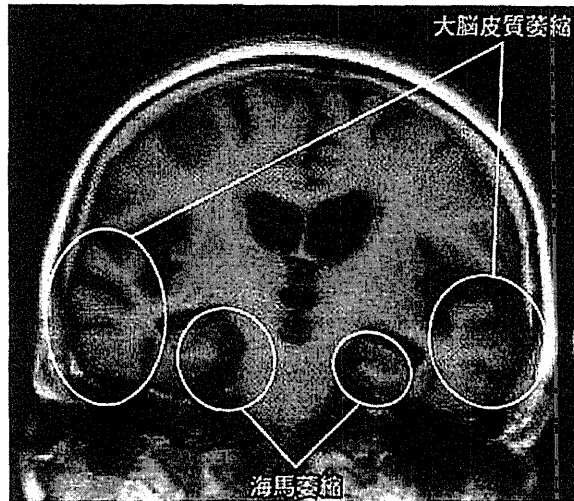


図 3-11 症例 6 の頭部 MRI 冠状断

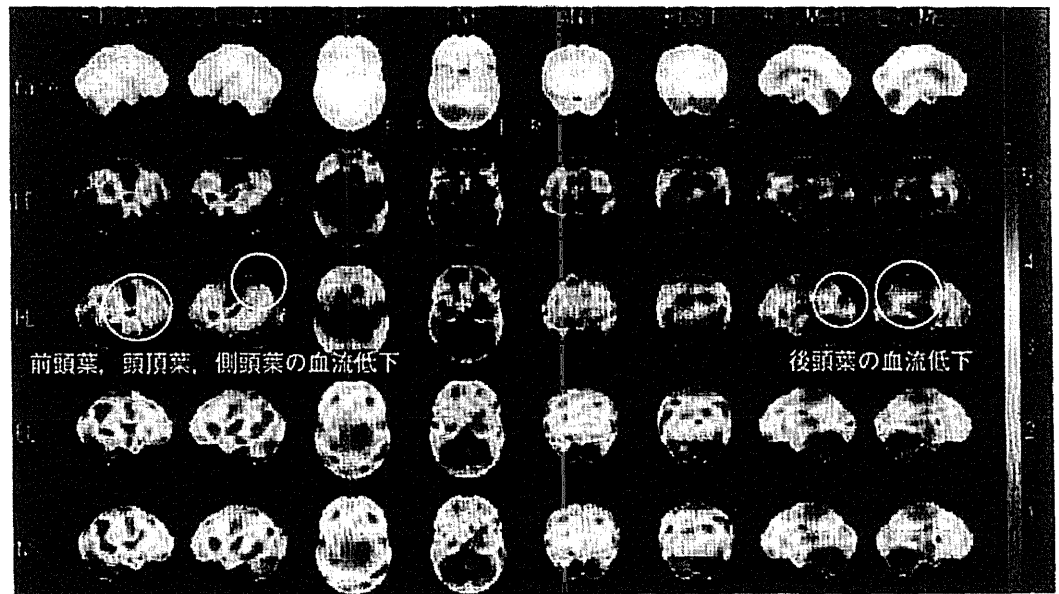


図 3-12 症例 6 の SPECT 3D-SSP

### 鑑別診断のポイント

この章では、認知症と鑑別を要する疾患として、不安を基盤とする疾患群の症例を提示した。ICD-10 の分類では F4 のカテゴリに入る疾患群であり、身体表現性障害、強迫性障害、パニック障害、PTSD などが含まれる。ところで、認知機能の低下した状態にある患者は強い不安を抱くものだろうか？ そうだとすればそれはどのような機序によって生じるのであろうか？

## 1 全般性不安障害と認知症

徘徊、攻撃性など、認知症の精神症状は認知機能障害の進行によってさまざまに変化する。その基盤は当然、中核症状としての認知機能低下、記憶障害に由来するであろう。この章で問題となるのは認知症との鑑別であり、認知機能がそれほどはっきりとしない時期が問題となる。その中には軽度認知障害(MCI)の段階も入ってくる。MCIではうつ状態が高頻度に認められるが、不安症状も高頻度に認められ、Behave-ADを用いた研究報告によると対象となったMCI例の52%に認められたという<sup>2)</sup>。また、MCIでは不安症状が認知機能低下の要因となっている<sup>3)</sup>。性差もあり、全般性不安障害と診断される例が男性において高頻度であるという<sup>4,5)</sup>。ADにおける精神症状・行動異常の中で頻度が高いのは、抑うつとアパシーだが、その次に多いのが不安である<sup>6)</sup>。また、カナダにおける地域研究では、不安の頻度は非認知症例で4%であったが、ADでは16%と高頻度であったという<sup>7)</sup>。認知症に伴う不安症状の現れ方はさまざまであり、症例報告で提示したようなパニック障害、身体表現性障害は、臨床場面においてしばしば遭遇する。その他に、予定が入っていることを何度も繰り返して聞く「Godot症候群」や、独りで残されたときに、何度も電話をかけて家人を困らせるような状態もよくみられる。これらの状態は家人の介護困難感を増大させる大きな要因となりうる。MCIレベルの症例でGodot症候群を伴うと、ADへの移行率が高いとの報告がある<sup>8)</sup>。一方で、このような不安症状は、認知機能が中等度以上に低下するにつれて次第に軽減ないし、消退していくようである。

認知症患者で不安感が増大し、さまざまな症状へと発展していくのはどのような機序によるのかについて、原田らは自我心理学的検討により、初期ADの不安の原因として、物忘れによって行動を司っているはずの自分がいつの間にか統制できなくなっており、今までの自分とは異なっていることに気づくことが基盤にあるとした<sup>9)</sup>。筆者らは軽度AD患者の心理に関して、心理検査(Cornel Medical Index; CMI)を行って検討した。その結果、ADでは周囲の環境に対する不適応感を強く感じ、緊張が強いことがわかった<sup>9)</sup>。CMIにおいて、環境に対する不適応感は「物事を急いでしなければならないときは頭が混乱する」「いつも指示や命令をとりちがえる」「見知らぬ人や場所がとても気になる」「そばに知った人がいないとおどおどする」などの質問で評価される。認知症例では、記憶障害、失見当識などの認知機能低下を基盤として、このような感覚をつねに抱きつつ生活しているのではないかと推察されたのである。健康人においても、例えば、慣れない海外での旅行先で財布をなくしたりすると、どうしていいかわからず、混乱してしまい、周囲への警戒感や不適応感をいだき緊張状態となりがちであるが、それが長期間続いている状態といえるかもしれない。そして、このような緊張状態は精神的な疲労感を生じ、そこから、不安感が強くなり、抑うつ、易怒性、強迫症状などへと発展していくと考えられる(図3-13)。

BPSDとしての不安はAD以外の疾患でも多くみられる。血管性認知症(VaD)では、Neuro Psychiatric Inventory(NPI)を用いた地域研究において、18%の合併率が

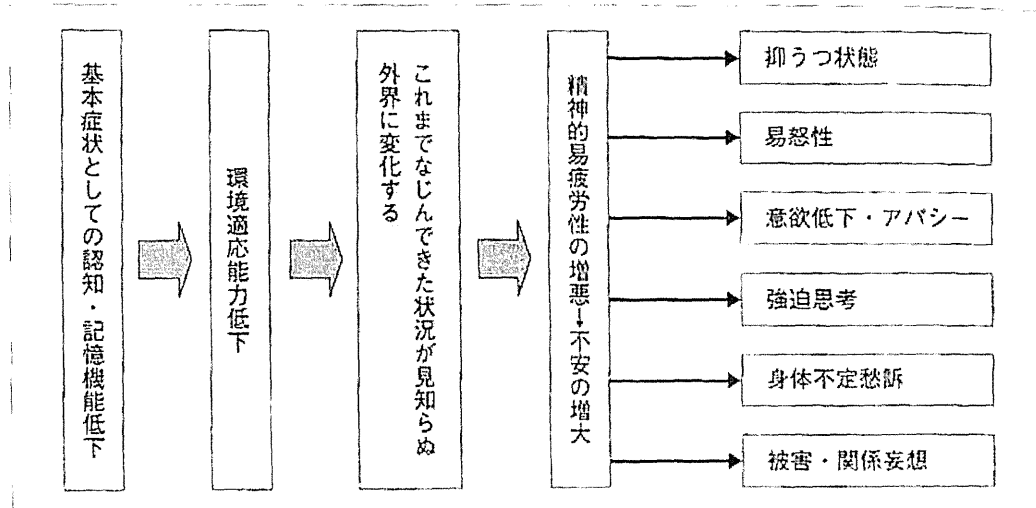


図 3-13 初期アルツハイマー病にみられる精神症状の機序仮説

認められたという<sup>10)</sup>。DLBにおいても、NPIによる検討では、depression, apathyに次いで不安の項目の点数が高くなる<sup>11)</sup>。DLBでは精神症状の表現型が多彩であり、不安を基盤とした強迫、心気症状が妄想、重度の抑うつなどと同時に出現することがある<sup>12)</sup>。前頭側頭型認知症(FTD)においても、初期徴候として心気症が出現することがある<sup>13)</sup>。

## 2 身体表現性障害と認知症

身体表現性障害は高齢者診療においてしばしば遭遇する。DSM-IV-TRによる身体表現性障害と心気症の診断基準を挙げておく(表 3-1, 2)。

高齢者では不安感は精神的不安定さにつながり、そこから身体状態への過剰なこだわりへと広がっていきやすい。それでなくても高齢者は多病であり、何かしら身体不調を抱えていることが多い。さらに、意識されているいまいにかかわらず、身体不調の先に、近づく死を感じている<sup>14)</sup>。したがって、不安感は身体表現性障害、とくに心気症という形で表現されやすくなる。認知症の初期においても不安感が高まりやすい状況があり、身体表現性障害が認知機能低下に先行あるいは併存することが多くなる。疫学調査では、DLBでは身体表現性障害が高率に合併する(12%)、ADでは2.3%である<sup>15)</sup>。DLBでは身体表現性障害が初発症状であることも多い<sup>16)</sup>。DLBにおける身体表現性障害の表現型の中では、心気症(87%)、胃腸症状を伴う多発性の疼痛(73%)、転換性麻痺症状(60%)、知覚脱失(53%)、緊張病様症状(53%)が多いという<sup>17)</sup>。

高齢者の心気症に対する従来の精神的アプローチは、患者の環境、心理の分析を中心としてきた<sup>18)</sup>。これはこれで重要なアプローチであるが、背景にあるかもしれない認知機能低下への配慮が減ってしまうことには、注意を払わなければならない。