

令和4年度 主治医研修会

認知症疾患の日常診療

令和5年1月23日 群馬メディカルセンター

渋川地区医師会 介護保険担当理事 田中 永




利益相反（COI）開示

演題発表に関連し、開示
すべきCOI関係にある企業
などはありません



本日のメニュー

- 認知症疾患医療センターの活動内容
- 認知症で見られる症状
- 症状別対応方法
- 私の薬物療法 

本日のメニュー

- **認知症疾患医療センターの活動内容**
- 認知症でみられる症状
- 症状別対応方法
- 私の薬物療法



認知症疾患医療センター

急速な高齢化の進展に伴い、今後、認知症疾患の増加が見込まれることから、県では、認知症疾患に関する早期診断・早期治療を行うとともに、医療・介護部門との連携を図り、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的として、県内14医療機関を「認知症疾患医療センター」に指定している。



認知症疾患医療センター指定医療機関一覧

番号	センター類型	法人名	病院名	住所
1	中核型	国立大学 法人群馬大学	群馬大学医学部附属病院	前橋市昭和 町3-39-15
2	地域拠点型	医療法人 中沢会	上毛病院	前橋市下大 島町596-1
3	地域拠点型	公益財団 法人老年 病研究所	老年病研究所附属病院	前橋市大友 町3-26-8
4	地域拠点型	医療法人 山崎会	サンピエール病院	高崎市上佐 野町786-7
5	地域拠点型	医療法人 群栄会	田中病院	北群馬郡吉 岡町陣場98
6	地域拠点型	医療法人 育生会	篠塚病院	藤岡市篠塚 105-1
7	地域拠点型	医療法人 大和会	西毛病院	富岡市神農 原町559-1

番号	センター類型	法人名	病院名	住所
8	連携型	社会医療 法人輝城 会	吾妻脳神経外科 循環器科	吾妻郡東吾 妻町大字原 町760-1
9	地域拠点型	医療法人 大誠会	内田病院	沼田市久屋 原町345-1
10	地域拠点型	医療法人 原会	原病院	伊勢崎市境 上武士898-1
11	地域拠点型	公益財団 法人脳血 管研究所	美原記念病院	伊勢崎市太 田町366
12	連携型	医療法人 山育会	日新病院	桐生市菱町 3-2069-1
13	地域拠点型	医療法人 穎原会	東毛敬愛病院	太田市上小 林230-1
14	連携型	医療法人 康生会	つつじメンタル ホスピタル	館林市小桑 原町1505



認知症疾患医療センターの役割

(1) 認知症疾患に関する専門医療相談

専門の相談員が、認知症に関する不安や悩みのある方、ご家族等からの様々な相談に対応するとともに、地域包括支援センター等と連携を図り、介護サービス利用などの調整を行う。

(2) 認知症疾患の鑑別診断・初期対応

鑑別診断や治療方針の選定が必要な方には、認知症疾患の診断を行うための検査（MRI、CT、心理テスト、血液検査等）や診察等を行い、診断に基づいた治療や初期対応等を行う。

(3) 認知症疾患の合併症・周辺症状への急性期対応

合併症や周辺症状（幻覚、妄想、徘徊等）に対する診断や入院治療を行うとともに、必要に応じて連携する医療機関で対応する体制を確保する。

(4) その他

ホームページやパンフレット等により認知症に関する情報提供を行ったり、関係機関に対して、認知症に関する知識の向上を図るための研修を開催する。



当認知症疾患医療センターの実績

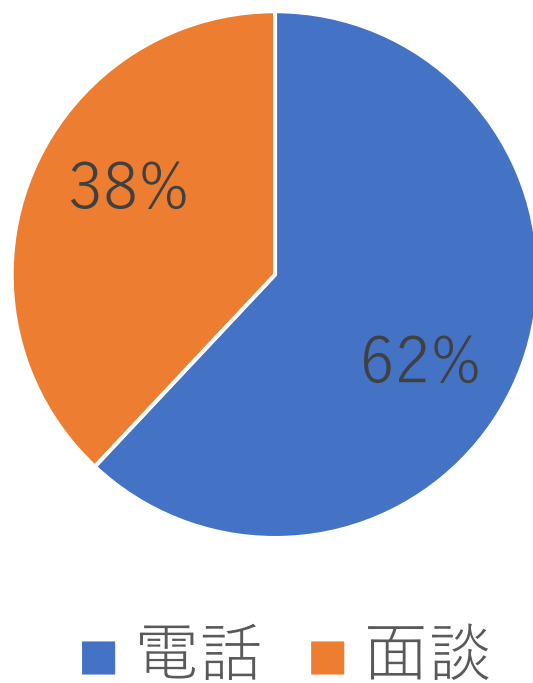
集計内容

- 1：集計期間
令和2年10月1日～令和3年9月30日
- 2：全体での相談件数(再相談を含む)
353件
- 3：初回相談件数 ※初めて当センターに相談した方
133件

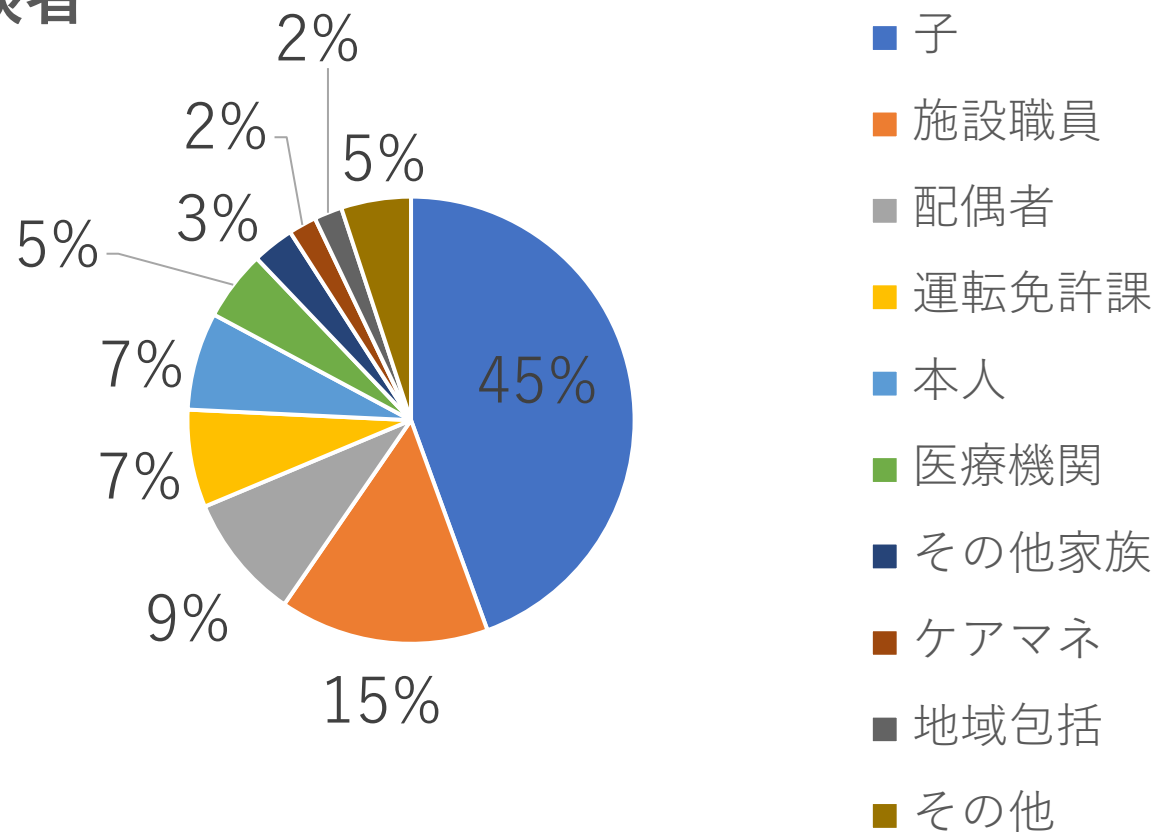


当認知症疾患医療センターの実績

相談方法

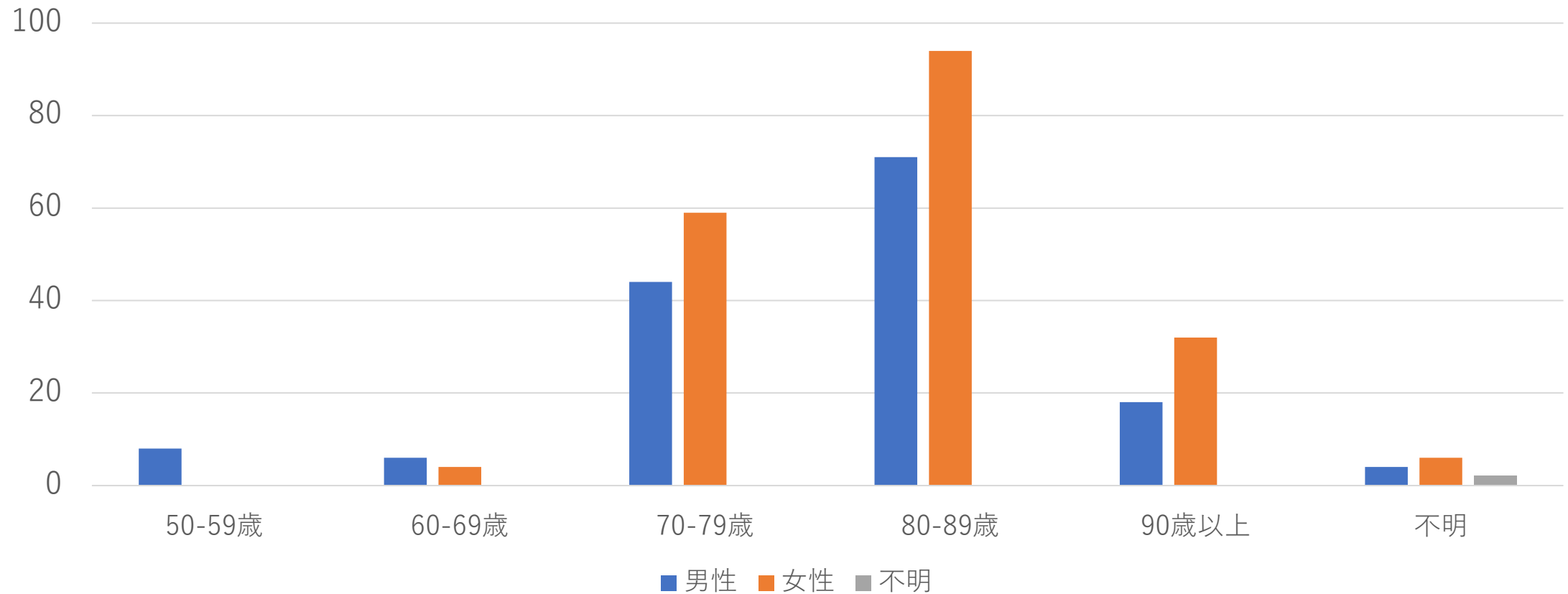


相談者



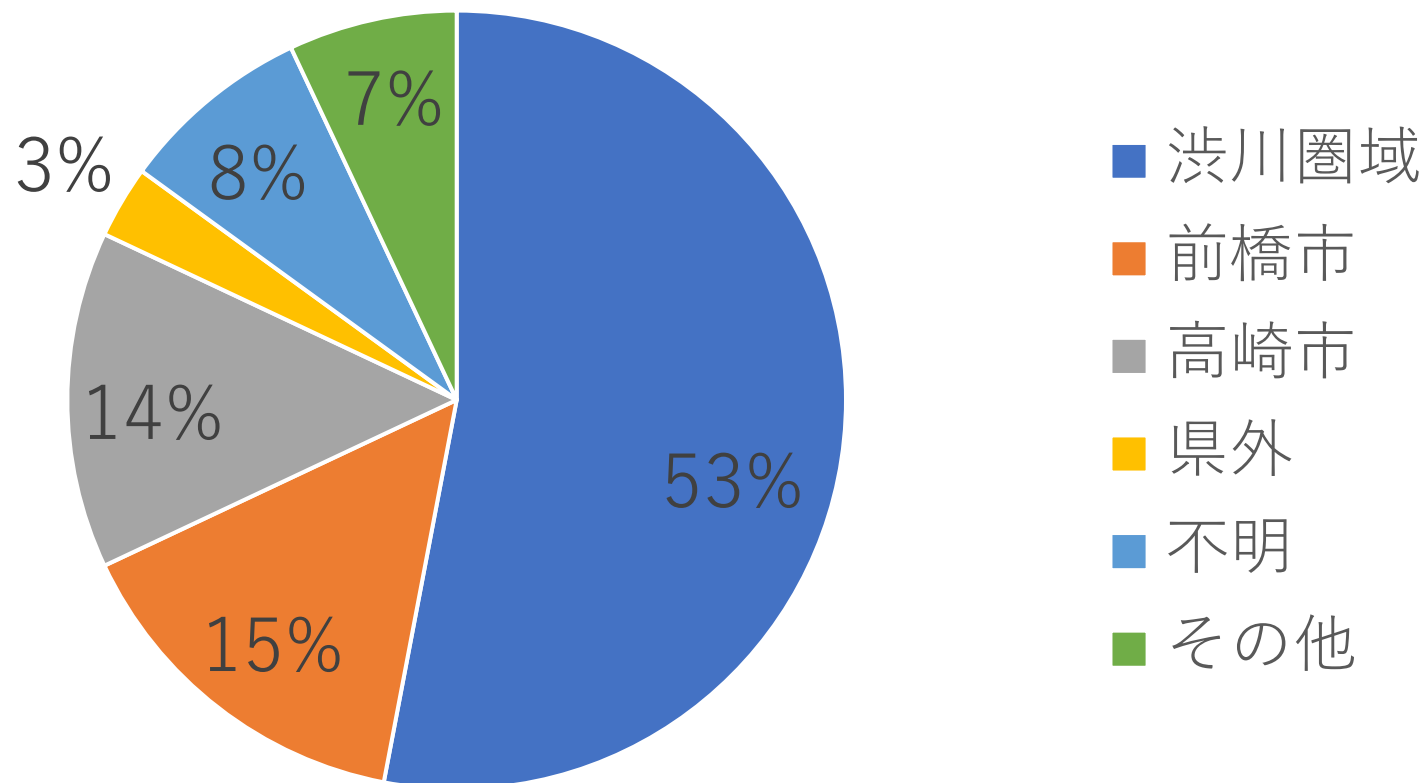
当認知症疾患医療センターの実績

年齢・男女比…全体での相談（353件）を対象



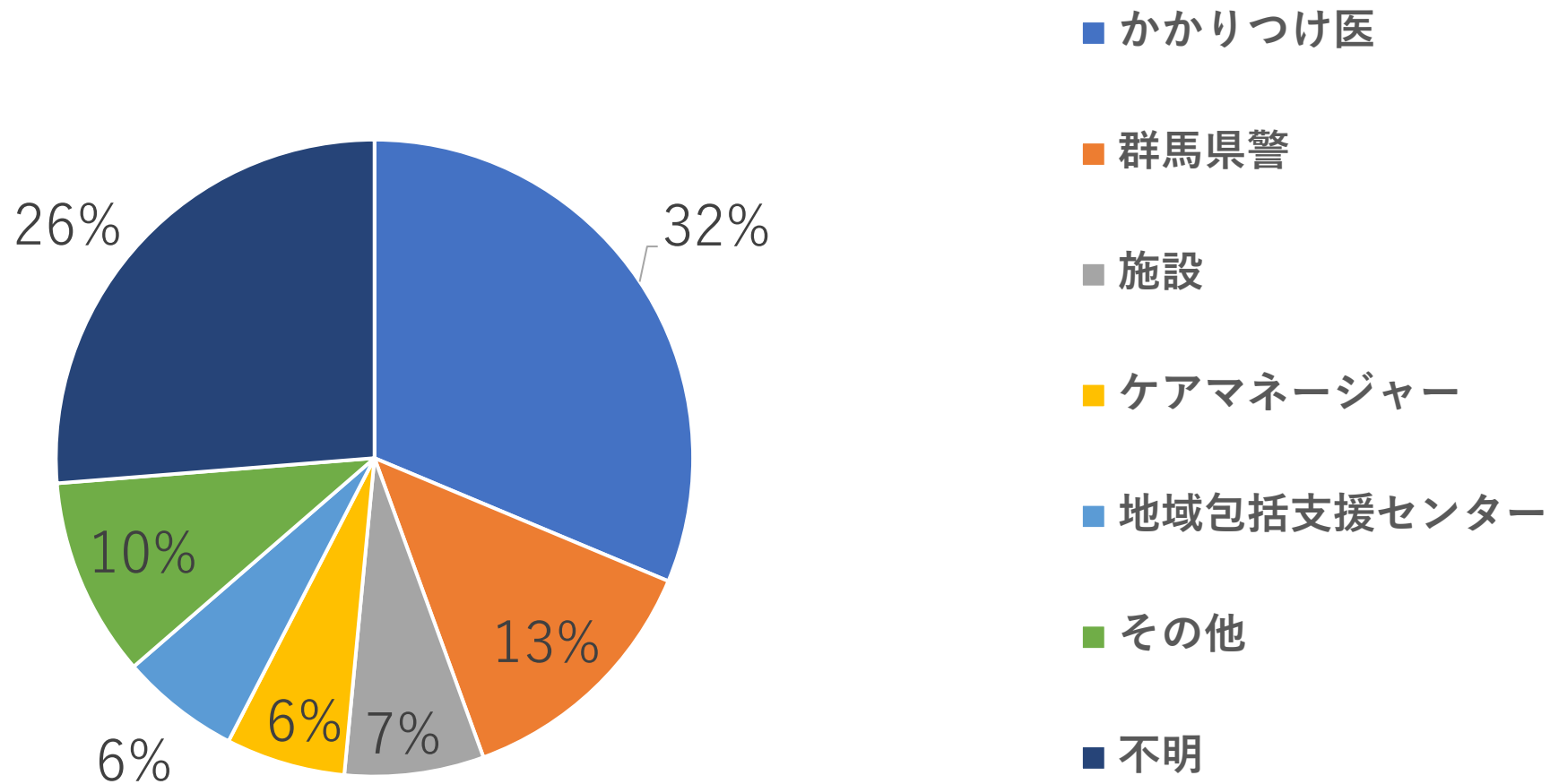
当認知症疾患医療センターの実績

初回相談時の対象者（133名）の地域別件数



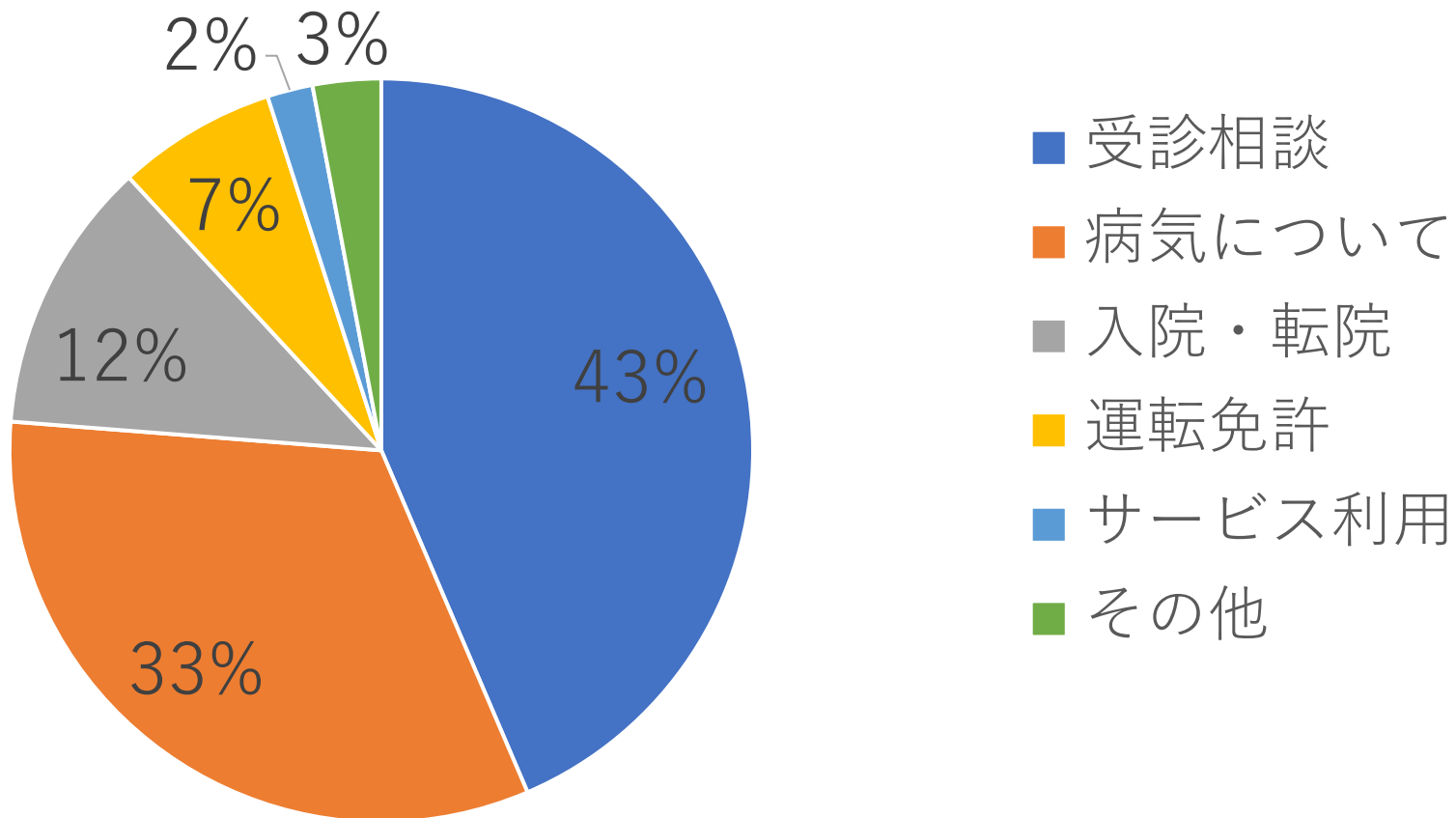
当認知症疾患医療センターの実績

紹介元



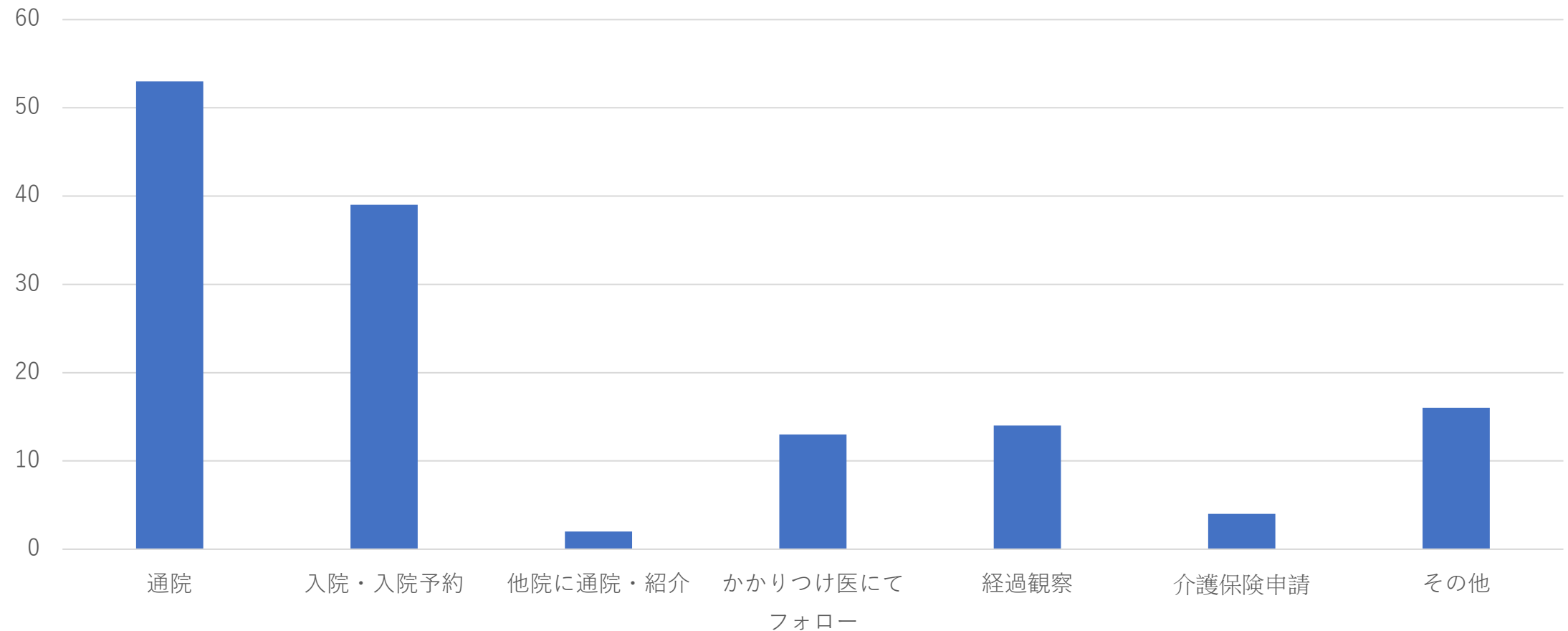
当認知症疾患医療センターの実績

初回相談時の相談内容



当認知症疾患医療センターの実績

受診後の経過



本日のメニュー

- 認知症疾患医療センターの活動内容
- **認知症で見られる症状**
- 症状別対応方法
- 私の薬物療法

ICD-10による認知症の診断基準（要約）

G1.以下の各項目を示す証拠が存在する。

1)記憶力の低下

2)認知能力の低下

1). 2)により、日常生活動作や実行機能に支障をきたす。

G2.周囲に対する認識（すなわち、意識混濁がないこと）が、基準G1の症例をはっきりと証明するのに十分な期間、保たれていること。せん妄のエピソードが重なっている場合には認知症の診断は保留。

G3.次の1項目以上を認める。

1)情動易変性

2)易刺激性

3)無感情

4)社会的行動の粗雑化

G4.基準G1の症状が明らかに6か月以上存在していて確定診断される。



DSM-5による認知症の診断基準

- A. 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚 - 運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている：
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったとう懸念、および
 - (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記憶された、実質的な認知行為の障害。
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない。



認知症様症状の原因

A) 中枢神経変性疾患

アルツハイマー病

レビー小体病

前頭側頭葉変性症

進行性核上性麻痺

ハンチントン病 など

B) 脳血管性障害

多発性脳梗塞

脳出血

もやもや病

ビンスワンガー病 など

C) その他

慢性硬膜下血腫

正常圧水頭症

脳腫瘍

無酸素脳症

中毒症

内分泌障害

栄養障害

代謝異常

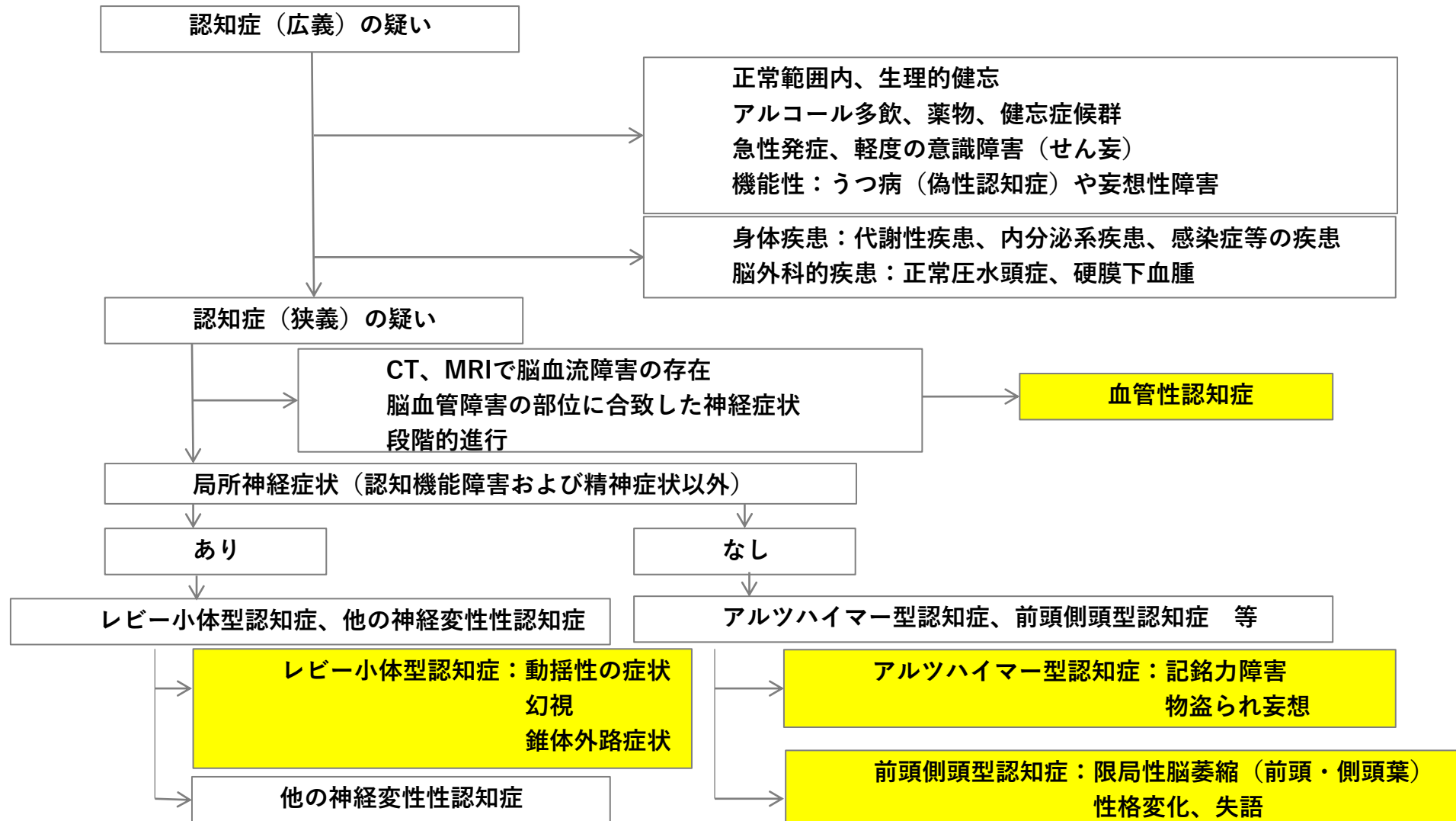
プリオン病

精神障害、

薬物・・・など



認知症の診断方法 (参考 認知症疾患診療ガイドライン2017 (医学書院))



生理的健忘と認知症

	生理的健忘	認知症（アルツハイマー型認知症）
物忘れの内容	一般的知識など	自分の経験した出来事
物忘れの範囲	体験の一部	体験した全体
進行	進行や悪化はしない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし（病識低下）
学習能力	維持されている	新しいことを覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

（参考 認知症疾患診療ガイドライン2017（医学書院））



せん妄と認知症

	せん妄	認知症（アルツハイマー型認知症）
発症様式	急激（数時間～数日）	潜在性（数か月～数年）
経過と持続	動揺性、短時日	慢性進行性、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない

（参考 認知症疾患診療ガイドライン2017（医学書院））



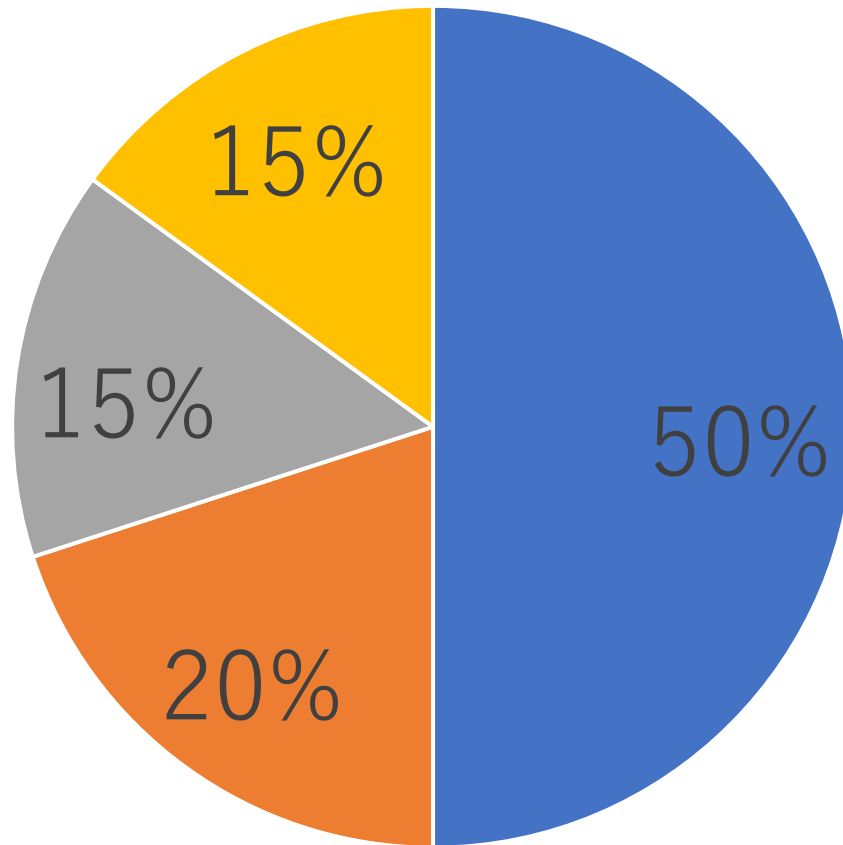
うつ病（偽性認知症）と認知症

	うつ病（偽性認知症）	認知症（アルツハイマー型認知症）
発症様式	急性	緩徐で潜在性
経過と持続	比較的短期、動揺性	長期、進行性
自覚症状	存在する （能力の低下を慨嘆する）	欠如することが多い （能力の低下を隠す）
身体症状	摂食障害、睡眠障害など	なし

（参考 認知症疾患診療ガイドライン2017（医学書院））



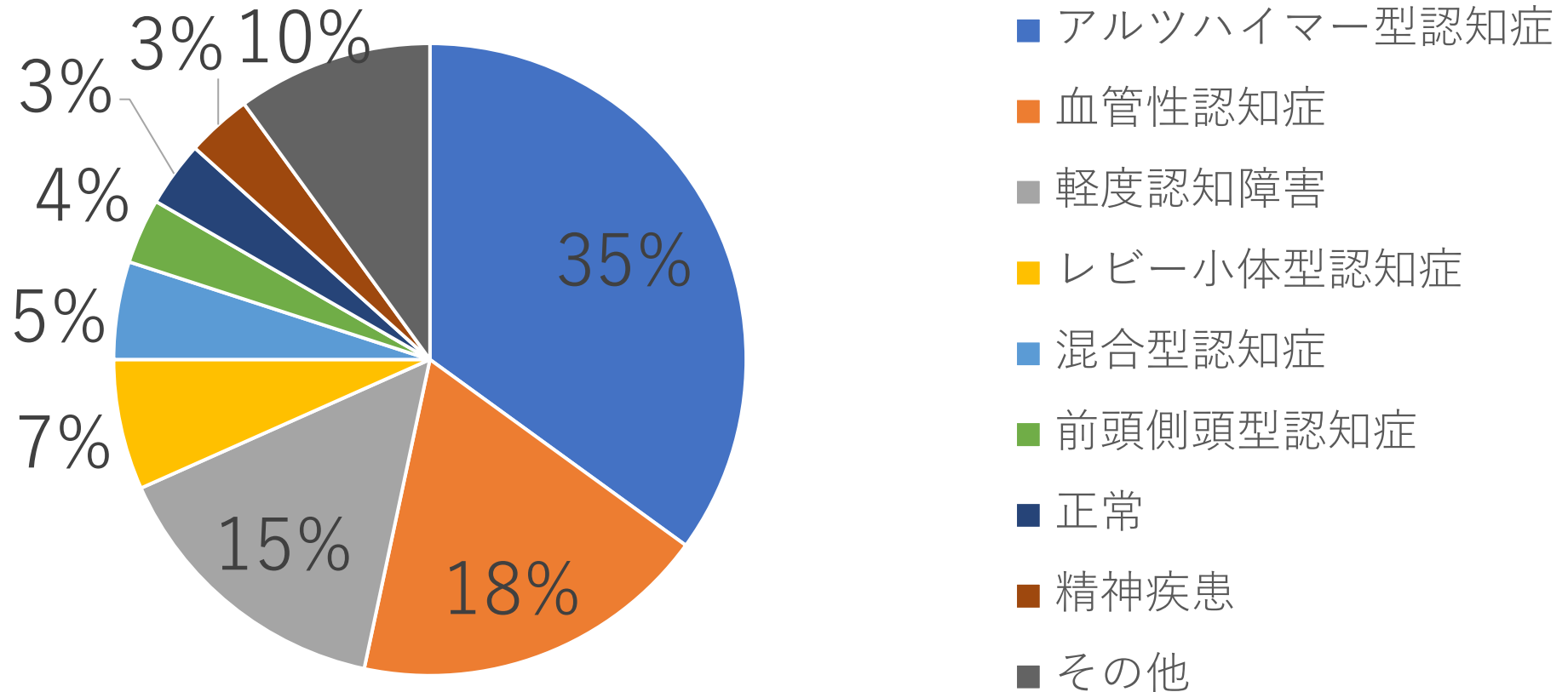
高齢者認知症の原因（小阪、織茂 2018年）



- アルツハイマー型認知症
- レビー小体型認知症
- 血管性認知症
- その他

田中病院認知症外来の初診時診断

令和2年10月～令和3年9月



三大認知症

- アルツハイマー型認知症
- レビー小体型認知症（DLB）
- 血管性認知症（VaD）



三大認知症の病態

□アルツハイマー型認知症

アミロイド蛋白が蓄積（老人斑の形成）

□レビー小体型認知症（DLB）

レビー小体（ α シヌクレインというタンパクが多量に蓄積したもの）が神経細胞内に異常蓄積

□血管性認知症（VaD）

多発性脳梗塞、脳出血などの脳血管性の障害による



アルツハイマー型認知症の臨床的特徴

- 記憶障害（とくに記銘力低下）と複数の認知障害（失行、失認、遂行機能障害など）があり、社会的・職業的機能が障害されている
- 穏やかな発症と緩徐な進行
- 流暢でもっともな言い訳（取り繕い）
- 笑顔が多く（多幸的）、おおむね困っていない（病識の欠如）
- 物盗られ妄想
 - ※ CTやMRI検査で内側側頭葉（特に海馬）の萎縮が目立つ



レビー小体型認知症の臨床的特徴

- 認知機能の動揺
(注意力や覚醒度の日内変動を認める)
 - 繰り返される現実的な幻視とそれに基づく行動
 - パーキンソニズム (筋肉硬直、動作緩慢)
 - レム睡眠行動障害
-
- 抗精神病薬で悪化
 - 反復する転倒、失神
(自律神経症状：起立性低血圧や便秘)
 - 抑うつ症状
 - 初期の記憶障害は目立たない
- ※ CTやMRI検査では内側側頭葉は比較的保たれる



血管性認知症の臨床的特徴

- **歩行障害**（小刻み歩行、突進現象など）
- **尿失禁**
- 転倒の既往
- 頻尿や尿意切迫
（神経因性膀胱や過活動膀胱による）
- 気分変化、無為、抑うつ、情動失禁（悲観）、不眠

血管性認知症の診断基準

- 認知症があること
- 脳血管障害があること
- 両者に因果関係があること

脳血管障害発症からおおむね3ヶ月以内の認知症症候の出現、知的機能障害の急激または段階的な増悪



認知症診断における画像検査

CT、MRI（形態画像）

- 脳の形（形態）を調べる
- 脳の血腫、腫瘍の有無、梗塞・出血、萎縮の有無を調べる
- 慢性硬膜下血腫
- 脳腫瘍
- 頭部外傷
- 脳出血
- 脳梗塞
- アルツハイマー型認知症

SPECT、PET（機能画像）

- 脳血流が低下や糖代謝の低下を調べる
- 脳血流低下や糖代謝の部位を確認することで認知症の原因を調べる
- アルツハイマー型認知症
- VaD
- DLB
- FTD

中核症状とBPSD（周辺症状）

中核症状

認知症の症状の中核を成す

BPSD（行動・心理症状）

BPSD: Behavioral and Psychological
Symptoms of Dementia

中核症状に基づいて現れる様々な症状
⇒ 周辺症状とも呼ばれる



中核症状とBPSD（周辺症状）

周辺症状

行動症状

昼夜逆転
暴言・暴行
介護抵抗
徘徊
火の不始末
不潔行為
異食行動
性的逸脱行動

改善は困難

中核症状

認知症状

注意障害、遂行機能障害、
健忘、失語、構成障害、
失見当識、錯視、
(幻視)、脱抑制

心理症状

(幻 視)
幻 聴
妄 想
抑うつ
(アパシー)
不 安
焦 燥

改善が可能



主な認知機能障害

(認知症疾患診療ガイドライン2017 (医学書院) より抜粋)

認知機能	症状名		初期から発現しやすい認知症
全般的注意	全般的注意障害	必要な作業に注意を向けて、それを維持し、適宜選択、配分することができない。いろいろな作業でミスが増える。ぼんやりして反応が遅い。	各種 認知症
遂行機能	遂行機能障害	物事を段取りよく進められない。	前頭側頭型認知症
記憶	健忘	前向き健忘：発症後に起きた新しいことを覚えられない。	アルツハイマー型認知症 レビー小体型認知症
言語	失語	発語、理解、呼称、復唱、読み、書きの障害	前頭側頭型認知症 アルツハイマー型認知症
視空間認知	構成障害	図の模写、手指の形の模倣などができない。	アルツハイマー型認知症 レビー小体型認知症
	地誌的失見当識	よく知っている場所で道に迷う。	アルツハイマー型認知症
	錯視 幻視	無意味な模様などを人や虫などに見間違える。実際にはないものが見える。	レビー小体型認知症 レビー小体型認知症
社会的認知	脱抑制など	相手や周囲の状況を認識し、それに適した行動がとれない。	前頭側頭型認知症



主なBPSD（行動・心理症状）

心理症状

- 不安・焦燥
- 抑うつ
- （アパシー）
- 妄想
- （幻視）
- 幻聴
- 易刺激性（易怒性）

行動症状

- 徘徊
- 昼夜逆転
- 不潔行動
- 介護抵抗
- 暴言・暴行（興奮）
- 性的逸脱行動
- 異食行動



BPSDの出現頻度（アルツハイマー型認知症）

	日 本 (2005 Shimabukuro J <i>et al.</i>) (一部改変)	アイルランド (2004 Mirakhur A <i>et al.</i>) (一部改変)	米 国 (1993 Cohen D <i>et al.</i>) (一部改変)
アパシー	97	76	22
妄想	62	50	21
易刺激性/動揺性	60	63	6
不快感/抑うつ	53	54	24
不安	51	50	15
異常行動	47	65	17
興奮/暴力	45	63	29
脱抑制	31	30	—
幻覚	26	28	11
快活/多幸	14	17	—
食欲異常	—	64	—
睡眠障害	—	54	—

単位 %



本日のメニュー

- 認知症疾患医療センターの活動内容
- 認知症で見られる症状
- **症状別対応方法**
- 私の薬物療法

認知症への基本的な環境と対応

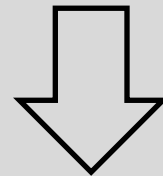
環 境	対 応
<ul style="list-style-type: none">□ 周囲が穏やか□ 安心して眠れる□ 知り合いが近くにいる□ 一人でない□ 安心して排泄できる (場所を確保)□ 危険な物がない (戸棚などにしまう)	<ul style="list-style-type: none">□ 穏やかな声掛け□ 気持ちをくみ取る□ 散歩をする□ 刺激を避ける□ 役割を持たせる□ 人とのふれあいの場をつくる



物忘れ（記憶障害）

話題を変え、「忘れること」を利用する

食べたばかりだが、そのことを忘れ、催促してくる



- 「さっき食べたでしょ」と事実を伝える……×
- 「準備するから、待っててね」と待っているうちに忘れてもらう……○
- あらかじめ用意しておいた本人の好きな果物や少量の菓子などを差し出し「もうすぐできるから、それまで我慢して」……○

人物を認識できない（失見当識）

否定をしないで、まず受け入れる

別の人（両親や兄弟、友人など）と間違えられる

- 強く否定しない（言い争わない）
- その人になりきってしまう

泥棒や恨んでいる人と間違えられて興奮される

- 言い争うとよけいやこしくなる
- 一度姿を消す
- 「こんにちは！○○です」など先に安心してもらう



時間、日付、季節などが分からない (失見当識)

無理に間違いを正さない

1. 会話の中で「そろそろ夕飯ですね」「寒くなってきましたね」「もうすぐ春ですね」など、時間や季節を感じられる言葉をかける
2. 決まったところに大きな日めくりのカレンダーを掛けておく(置いておく)

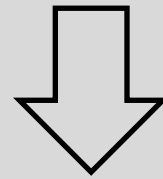
- 日常生活にさほど影響しないことが多いため、あまり必死にならない
- 日付を理解してもらおうと思わず、不安がっていたら不安を取り除くことを心掛ける



言葉がスムーズに出てこない（失語）

ゆったりとした雰囲気ですべてを傾ける

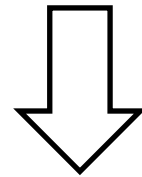
「あれ」「これ」などスムーズに言葉が出てこない



- 先回りして質問する…… ×
- 話を遮る…… ×
- しばらく待っても思い出せないようなら「メガネを取ってほしい？」「〇〇さん(人の名前)のこと？」などと確認して復唱してもらおう…… ○

BPSDの原因

記憶障害などの認知症状を基盤に、
不安や心身ストレスが蓄積し、誘発される

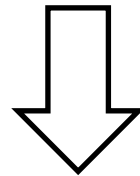


環境、対応、健康状態、心理状態などの影響で
行動・心理症状(周辺症状)は起こる

例) 家族の対応、介護環境、薬物療法、身体合併症・・・

BPSDへの基本的対応

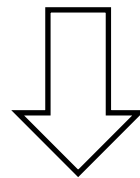
- ありのままの本人の言動に注目し、本人にとっての**意味や理由を探る**
- 背景、頻度、場面などの**パターンをつかみ**不安や心身のストレスを取り除く
- 安心や、**心身の充足感**（楽しみ、喜び、やりがい、自信、誇らさ）を日常的に大切にする



それでもダメな場合に薬物療法を検討する

BPSDへの基本的対応

- ありのままの本人の言動に注目し、本人にとっての**意味や理由を探る**
- 背景、頻度、場面などの**パターンをつかみ**不安や心身のストレスを取り除く
- 安心や、**心身の充足感**（楽しみ、喜び、やりがい、自信、誇らさ）を日常的に大切にする



それでもダメな場合に薬物療法を検討する

不安

殆どのBPSDの基盤にある

- 「いろいろできなくなっている」
- 「健康であった頃の自分でなくなっている」
- 「今後が心配」
- 「周りから必要とされていない？」 など

Point

不安を取り除く

ex) これまで通りに接する

ex) 役割を与える

ex) 寄り添う



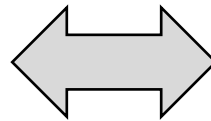
抑うつ

頑張らせず、休養を促す

うつ病など抑うつ状態に対応するときの原則

抑うつ

- 抑うつ気分
- 意欲の低下
- 不眠や食欲不振
- 興味関心の低下
- **苦痛**



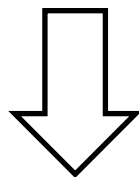
アパシー

- 自発性や意欲低下
- 情緒の欠如
- 不活発
- 周囲への興味の欠如
- **困ってない**

アパシー

- 自発性の低下
- 意欲の低下
- 情緒の欠如
- 不活発
- 周囲への興味の欠如

BPSDというより、本来の認知症の症状（中核症状？）



介護サービスを利用し、活動性亢進を目指す

妄想

同じ感情を共有し、味方になる

大切な物をどこかにしまい、そのまま忘れ、「誰かがとったに違いない」と疑う（物盗られ妄想）

⇒ 「それは困りましたね、一緒に探しましょう」と一緒に探す

⚠ 「私じゃないわよ」と否定・・・×

Point

もし見つけても、自分の手柄にはせず、「このあたりを探してみましよう」と上手に導き、本人に見つけてもらう



幻視

理解させようとしない

誰もいないのに、さも親しい人と話しているかのように、独り言を言っている

- ⇒
- * 「誰もいないよ」と遮る ×
 - * 放っておく（見守る） ○
 - * 「そろそろこっちでお茶にしましょう」などと
現実の世界にやんわりと誘導する ○

Point

否定しない
その時の本人の感情をくみとる



幻聴

否定も肯定もしない

- 誰も言っていないのに「悪口を言われた」
 - いるはずが無いのに「娘の声が聞こえる」
など
- ⇒
- * 「悪口なんて言われてない」などと否定する・・・×
 - * 「私にも聞こえたわ」と肯定する・・・・・・・・・・×
 - * 訴えに耳を傾け、本人の気持ちに寄り添う・・・・○

Point

話の内容には否定も肯定もしないし
本人の感情には共感する



易怒性

介護者が冷静になって対応する

- 自然に話題を変えながら、注意を別方向に
- 一旦その場を離れ、間を置く
- 日常生活や環境を見直す
(原因となることがあったら改める)

Point

- 無理をしない
- ムキにならない
- 頻繁に激高したり、すぐ暴力に至るようなら受診を



徘徊

一緒に出掛けて、徘徊の理由を探る

- 現役と錯覚して通勤しようとしている？
- 外の空気を吸いたい？
- 自分の居場所が分からなくなった？
- 家に帰ろうとしている？

⇒ とにかく一緒に出掛けて、要因や傾向を探る

もし、徘徊を制止しようとする...



徘徊（つづき）

制止せず、気持ちを落ち着かせる

しばらく徘徊に付き合った後、

「おなか空きましたね。（今日は）帰って食事にしましょう」

「寒くなってきましたね。風邪をひいたら大変だから、

（今日は）帰りましょう」

「名刺をつかってポケットに入れておく」「よく行く商店街やスーパーのなどに、一人歩きをしていたら教えてもらうようにあらかじめ、お願いしておく」などの工夫も



昼夜逆転（不眠）

日中の活動性をあげる

- 毎朝必ず起床時間に起きてもらう
- 日中、何かしらの作業（家事の手伝い、農作業、デイサービスなど）をしてもらう
- 昼寝など決まった時間以外、臥床しない



- 上記の事柄を数日間続ける
- アルコール、ニコチン、カフェインは避ける
- 日中はもちろん、夜間も「寝よう」と意識しないで、一日の終わりに疲れて自然に眠くなるようなリズムを作る

尿失禁

激しく叱責しない

排尿パターンの把握

オムツなどをチェックしタイミングを見て一緒にトイレへ（トイレ誘導）

失禁していたら・・・

「ちょっと濡れたから替えましょう」「新しいほうが気持ちいいですよ」
などとサラリと対応

Point

「失敗」したことを隠す行為
羞恥心や自尊心のあらわれ
プライドを傷つけないよう配慮を



興奮

興奮している理由は？

優しい態度で接し、気持ちを探りながら、興奮している理由を考える

⇒原因を取り除くことで、興奮が治まることも

本人や介護者に身体的な危険性がなく、周囲が許容できる範囲で、好きなだけ怒ってもらおう
(怒鳴り散らしてもらおう)

⚠️ 暴力……逃げる



脱抑制（性的逸脱行動など）

人間の本能的な衝動を抑えることができなくなり、理性的な行動をとれない（前頭葉症状 or 薬物？）

- 大声を出す
- 何度も人を呼ぶ（ナースコール頻回）
- 他者の物を盗る（食事を食べる、物を収集する など）
- 性的逸脱行為
- 暴言・暴力

性格的な要因での**性的逸脱行為**に対しては**毅然とした態度**で接することが重要

 暴力……逃げる



本日のメニュー

- 認知症疾患医療センターの活動内容
- 認知症で見られる症状
- 症状別対応方法
- **私の薬物療法** 



認知症への薬物療法

中核症状への薬物療法

□ 抗認知症薬

BPSDへの薬物療法

□ 抗認知症薬

□ 漢方薬

□ 向精神薬 (抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬、睡眠薬など)





抗認知症薬

認知症状・中核症状の進行抑制が主な目的

- コリンエステラーゼ阻害作用
- ドネペジル(アリセプト)
 - ガランタミン(レミニール)
 - リバスタチグミン(リバスタッチ、イクセロンパッチ)

- NMDA受容体阻害作用
- メマンチン(メマリー)





ドネペジル（アリセプト）

- アセチルコリンエステラーゼ阻害薬
- 軽度から高度まで、全てのADに適応
- 覚醒レベルが上昇（活動性が増す）
- DLBの幻視に高い有効性（アリセプト）

副作用

暴言、暴行、抵抗、徘徊が増す など

⇒ 減量、抑肝散やメマンチンなどを併用





ガランタミン（レミニール）

- アセチルコリンエステラーゼ阻害作用に加え、APL作用（ニコチン性受容体の促進作用）を有する
- 軽度から中等度のADに適応
- アセチルコリンを増やすとともに、その反応性も向上
⇒ シナプス前のAch、DA、5-HTの放出が増加
- BPSDを悪化させにくい
- 開始後、増量後に一過性の嘔気、食欲不振などの消化器症状が出やすい





リバスチグミン (リバスタッチ、イクセロンパッチ)

- アセチルコリンエステラーゼ阻害作用と、ブチルコリンエステラーゼ阻害作用のデュアル阻害作用を有する
- 軽度から中等度のADに適応
- ドネペジルよりアパシーが改善？
- パッチ剤のため皮膚症状が現れやすいが、消化器症状は殆どない？（日本では、治験で消化器症状が多く、内服の発売ができなかった）





メマンチン（メマリー）

- 中等度から高度のADに適応
- グルタミン酸受容体を抑制
 - ⇒ I. 神経細胞死を抑える
 - II. 興奮を抑える（行動障害を抑制）
- 他のAD治療剤と併用できる
 - ドネペジルに追加することで、易怒性などのBPSDが改善する
- 眠気に注意





抗認知症薬の特徴

	ドネペジル (アリセプト)	ガランタミン (レミニール)	リバスチグミン (リバスタッチ、 イクセロンパッチ)	メマンチン (メマリー)
	コリンエステラーゼ阻害薬			NMDA受容体アンタゴニスト
作用機序	アセチル型酵素の みを阻害	アセチル型酵素阻害と ニコチン酸受容体調整	アセチル型とブチリ ル型酵素を阻害	低親和性NMDA受容体 オープンチャンネル阻害
血清半減期 (hr)	70-80	5-7	3.3	60-80
投与方法	3-10mg 分1	8-24mg 分2	4.5-18mg 貼付	5-20mg 分1
代謝	CYP2D6 CYP3A4	CYP2D6 CYP3A4	nonhepatic	nonhepatic (腎排泄)
適応	軽度AD～高度AD DLB (アリセプトのみ)	軽度AD～中等度AD	軽度AD～中等度AD	中等度AD～高度AD
主な副作用	食欲不振、興奮、 悪心・嘔吐	食欲不振、 悪心・嘔吐	適用部位皮膚症状、 食欲不振、悪心・ 嘔吐	浮動性眩暈、 傾眠





BPSD治療アルゴリズム

□ 非薬物療法的介入を最優先する

出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、家族や介護スタッフと改善策を探る（例、デイサービスの導入など）

□ 薬物療法前の確認要件

- 他に身体的原因（感染症、脱水、各種の痛み、など）はない
- 他の薬物（抗コリン薬、H2ブロッカー、ベンゾジアゼピン系薬剤など）の作用と関係ない
- 服薬遵守に問題ない
- 家族等との間で適用外使用に関するインフォームドコンセントが得られている





不安

SSRI（抗うつ薬）

- レクサプロ（SSRI）は抗不安作用があり、比較的副作用も少ないため高齢者に使いやすいため、一週間以上は継続投与し効果をみる
- QT延長症候群や胃腸障害に注意する



ベンゾジアゼピン系抗不安薬（デパスを含む）は使用しない
理由）過鎮静を起こしやすく、認知機能が悪化する
脱抑制を引きおこすことがある





抑うつ

抗うつ薬

- SSRI・・・パロキセチン(パキシル)、フルボキサミン(ルボックス、デプロメール)、セルトラリン(ジェイゾロフト)、エスシタロプラム(レクサプロ)
- SNRI・・・ミルナシبران(トレドミン)、デュロキセチン(サインバルタ)
- NaSSA(ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬)
・・・ミルタザピン(リフレックス、レメロン)
- その他・・・トラゾドン(レスリン、デジレル、アンデプレ)



アパシー

リバスタッチなどの抗認知症薬





アパシー

抗認知症

- コリンエステラーゼ阻害薬
 - ドネペジル(アリセプト)
 - ガランタミン(レミニール)
 - リバスチグミン(リバスタッチ、イクセロンパッチ)
- NMDA受容体拮抗薬
 - メマンチン(メモリー)

抗うつ薬での効果はほとんど期待できない(うつではないので)





妄想

非定型抗精神病薬

- リスペリドン(リスパダール)
- オランザピン(ジプレキサ)
- アリピプラゾール(エビリファイ)



錐体外路症状に注意

- ハロペリドール(セレネース)やスルピリド(ドグマチール)は、ドパミンD2受容体拮抗作用が強いいため、要注意
- DLBでは顕著に悪化する

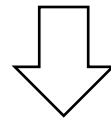




幻視

アリセプト

視空間認知機能が低下しておこる錯視や幻視の場合は、レビー小体型認知症 (DLB) と考え、DLBの保険適用薬であるアリセプトを投与



幻視が残る場合もあるが、殆どのケースで情動が安定する

夜間にのみ幻視が出現する場合はせん妄も視野に、夕食後にメマンチンやオレキシン受容体拮抗薬(デエビゴ、ベルソムラ)、更にはリスペリドン(⚠ DLBでは錐体外路症状が悪化)などの投与で、夜間の睡眠を確保し、昼夜のメリハリをつける





幻聴

妄想と同様

- リスペリドン(リスパダール)
- オランザピン(ジプレキサ)
- アリピプラゾール(エビリファイ)



錐体外路症状に注意

- セレネース(ハロペリドール)やドグマチール(スルピリド)は、ドパミンD2受容体拮抗作用が強いため、要注意
- DLBでは顕著に悪化する



昼夜逆転（不眠）

□ 抗認知症薬

NMDA受容体拮抗薬

□ 睡眠導入薬

オレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬

□ 漢方

抑肝散、抑肝散加陳皮半夏を追加投与





昼夜逆転（不眠）

NMDA受容体拮抗薬（メマンチン）

- アルツハイマー型認知症を併発している場合はメマンチン（メマリー）を投与（他のコリンエステラーゼ阻害薬に追加投与も可能）
- メマンチンは5mgから開始し、一週間毎に5mgずつ増量し、維持量20mgとする
- 増量の途中で効果が出たら、その時の量を維持しても良い
- 服薬のタイミングとしては、寝ていて欲しい時間の4時間前（夕食後？）を目安とする





昼夜逆転（不眠）

オレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬

- **入眠困難**にはレンボレキサント（**デエビゴ**、5～10mg）、**中途覚醒**にはスボレキサント（**ベルソムラ**～15mg）が有効
- ラメルテオン（ロゼレム、8mg）の効果発現には一か月以上かかる
- エスゾピクロン（ルネスタ、～2mg）も効果的
- ゾルピデム（マイスリー、5～10mg）は**せん妄**と**保険病名**（統合失調症と躁うつ病を伴う不眠症には使用できない）に注意
- **ベンゾジアゼピン系薬物**（エチゾラムを含む）は使用しない
- 睡眠導入薬は2種類まで





昼夜逆転（不眠）

抑肝散や抑肝散加陳皮半夏を追加投与

- 不眠症に効果
- 神経の高ぶりを抑え安定させる
- 成人1日7.5gを2～3回に分割し、食前又は食間に経口投与する
- 睡眠導入薬に含まれない
(2種類の睡眠導入薬と併用できる)





易怒性

ベンゾジアゼピン系薬物を中止する

ドネペジルを中止し、メマンチンを追加する

熟睡してもらうためオレキシン受容体拮抗薬を投与

抑肝散、抑肝散加陳皮半夏を投与

とにかく、上記の事柄を徹底する

- 上記が無効の場合に、抗精神病薬や抗てんかん薬を検討
- 傾眠、ふらつき、誤嚥などの原因となる過鎮静に注意
- 認知機能が低下するとBPSDは悪化する





暴言・暴行、興奮、逸脱行為など

ベンゾジアゼピン系薬物を中止する

ドネペジルを中止する

オレキシン受容体拮抗薬を投与

抑肝散、抑肝散加陳皮半夏を投与

とにかく、上記の事柄を徹底する

□ それでも無効の場合・・・

クエチアピン、リスペリドン、オランザピン、アリピプラゾール
カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウム etc.

□ 傾眠、ふらつき、誤嚥などの原因となる過鎮静に注意 



認知症への対応

- 安心できる環境を提供する
- 穏やかに対峙する
- 適切な薬物療法

ご清聴ありがとうございました

