

鑑別診断

認知症、せん妄、うつ病を鑑別する留意点は何ですか

回答者 栗田 圭一

はじめに

認知症、せん妄、うつ病は、高齢者に見られる代表的な精神症候群である。これらは総合病院やプライマリケアの場で頻繁に遭遇する臨床像であるが、しばしば混同されている。

認知症の特徴

認知症の基本障害は、記憶障害を含む複合的な認知の障害である。認知障害の特徴は、認知

症の原因疾患や病期によって異なるが、最も頻度の高いアルツハイマー型認知症に見られる典型的障害は、記憶・見当識・視空間・言語・実行機能の障害である。患者は、少し以前の出来事をすっかり忘れ、時間や場所を定位できず、病室を間違え、道に迷い、会話の意味をしばしば取り違え、自発的・計画的・合目的・効果的な行動を遂行できない。にもかかわらず、本人には障害がほとんど自覚されていない。しかし、意識は清明であり、軽度の注意障害を認めることはあっても、一定時間会話や作業に集中することができる。情動も、初期には不安や抑うつ気分を認めることがあるが、うつ病のようにそれが長期間持続することは少なく、全般的には平板であったり、多幸的であったり、ときに易刺激的であったり、怒りを爆発させたり、感情失禁が認められたりと多様である。皮質下型認知症やレビー小体型認知症では精神反応遅延が認められる。卒中型の血管型認知症を除くと、

障害は、通常、潜行性に出現し、緩徐に進行し、症状は長期的に持続する。

せん妄の特徴

せん妄の基本障害は、注意障害を伴う意識の障害である。患者は一定時間、注意を集中し、維持し、必要に応じて適切に転導することができない。注意の転導性は相対的に亢進し、行為や思考の首尾一貫性が失われ、会話も切れ切れになり、行動はまとまらない。注意障害は、即時記憶課題や連続7減算課題などの心理テストで捉えることもできる。意識と注意は全ての認知や知覚の基盤をなすものなので、せん妄では他の認知機能や知覚機能にも障害が及ぶ。患者の記憶は歪曲され、追想される内容は混乱し、時間・場所・人物を誤認する。書字障害が早期から認められるのも特徴的である。知覚障害（錯覚、幻覚、知覚過敏）では、幻視と錯視が多く、幻覚の現実性に対して妄想的確信を持つことも

ある。睡眠・覚醒サイクルが障害され、日中睡眠、夜間の焦燥性興奮、睡眠連続性の障害が見られる。情動は変動しやすく、不安、恐怖、抑うつ、易刺激性、怒り、多幸、無欲などが見られ、突発的に変化することもある。精神運動の特徴から、活動過剰型（興奮過覚醒型）と活動減少型（傾眠低覚醒型）の2型に区別される。障害は短期間（数時間～数日）のうちに急激に出現し、一日の中で変動し（夕方～夜間に悪化することが多い）、数日～数週間持続することが多い。

うつ病の特徴

うつ病の基本障害は、抑うつ気分を伴う感情と意欲の障害である。患者は、過去2週間以上にわたって、ほとんど毎日、ほとんど一日中、気持ちがあふさぎこみ（抑うつ気分）、以前興味を持っていたことに対しても興味が持てず、何をしても楽しむことができず（興味・喜びの喪

認知症、せん妄、うつ病の鑑別のポイント

	認知症	せん妄	うつ病
基本障害	記憶障害を含む複合的な認知の障害	注意障害を伴う意識の障害	抑うつ気分を伴う情動の障害
意識	意識清明	意識障害 (現実認識における清明度低下)	意識清明
認知	記憶・見当識・視空間・言語・実行機能障害 多くの場合、障害を自覚しない	注意障害 (注意を集中し、維持し、転換する能力の障害) 記憶・見当識・視空間・言語の障害 知覚障害 (錯覚・幻覚) 障害を自覚しない (疾病無関知)	注意・集中力の低下、 障害を過剰に自覚する
情動	多様 (平板、無欲、不安、抑うつ、多幸、易刺激的、怒り、感情失禁)	変動しやすしい (不安、恐怖、抑うつ、易刺激性、怒り、多幸、無欲)	抑うつ気分、興味・喜びの喪失、易疲労性・気力低下
精神運動	(皮質下型認知症、レビー小体型認知症などでは精神反応遅延が目立つ)	活動過剰型または活動減少型	制止または焦燥
睡眠	通常は障害されない	睡眠・覚醒サイクルの障害 (日中睡眠、夜間の焦燥性興奮、睡眠連続性の障害)	就眠障害、熟眠障害 (途中覚醒)、早朝覚醒
自殺	気分・感情の状態によっては注意	気分・感情の状態によっては注意	多い。常に注意を要する
身体的感訴	少ない	少ない	多い
発症の仕方	潜在性に発症 (数ヶ月～数年)、緩徐に進行	短期間 (数時間～数日) で発症	多くの場合状況因があり、比較的短期間 (数日～数週) で発症
症状の持続	長期的 (多くは永続的)	数日～数週	数週～数ヶ月
症状の変動性	変動はそれほど目立たない (例外：レビー小体型認知症)	一日の中でも変動する。夕方～夜にかけて悪化する場合が多い	午前中症状が強く、午後～夜にかけて軽快

失)、疲れやすく、億劫になる(易疲労性・気力の低下)。動作が緩慢になり、口数が減り、反応が遅くなっていること(制止)や、落ち着かず、じつとしていられないこと(焦燥)が周囲からも見て取れる。就眠障害、熟眠障害、早朝覚醒が見られ、食欲は減退し、体重は減少する。「自分が役に立たない」、「周囲に対して迷惑をかけている」という無能力感・罪責感に内面が支配され、自殺のことを繰り返し考える(自殺念慮)。注意・集中力も減退し、社会生活にも支障を生じているため、認知症と混同されることがある。しかし、記憶・見当識・視空間・言語などの道具的な認知機能に明白な障害は見られない。逆に、こうした認知障害が高齢者のうつ病エピソード中に認められた場合には、認知症の前駆症状としての抑うつ状態を考慮する必要がある。通常、意識は清明であり、重症の制止症状が認められない限りは疎通も良好で、

会話や行動にも首尾一貫性があり、知覚機能も

保持されている。喪失体験などのライフイベントが誘因となって比較的短期間のうちに発症し、通常は数週間〜数カ月間症状が持続する。朝に増悪し、夕方から夜にかけて幾分軽快するという日内変動も特徴的である。

おわりに

3つの精神症候群の鑑別のポイントを表に示した。

(仙台市立病院 神経精神科 部長 兼

認知症疾患センター 科長)

