

---

---

**解 説**

---

---

**高齢者のてんかんと認知症診療 ～臨床医が知っておくべきこと～**

川畑 信也 \*

**抄 録**

高齢者にみられるてんかん類似の病態と認知症診療における問題点のいくつかを検討した。てんかん類似の病態として、側頭葉てんかんと一過性てんかん性健忘、一過性全健忘の病像を解説した。これらの病態と認知症を鑑別するためには、丁寧に詳細な病歴聴取が必要である。高齢者4人にひとりは、ポリファーマシーの状態になっており、服薬管理が重要な課題である。認知症に進展した再来患者を外来で見極めることは難しい。通院患者の中で認知症に進展している患者を見極めるコツを示した。認知症患者が示す睡眠障害や暴力行為の薬物療法として、抗認知症薬のメマンチンあるいは睡眠薬、抗てんかん薬、抗精神病薬の使用法を解説した。メマンチンは、不眠や暴言、易怒性などの軽減に有効である。睡眠薬としては、オレキシン受容体拮抗薬が使用しやすい。高齢者では、ベンゾジアゼピン系睡眠薬の使用は可能な限り避けるべきである。高齢認知症患者に対してクエチアピンやリスペリドンを使用する時には少量から開始し漸増していく処方が望ましい。

---

**Abstract**

The author examined some of the problems in epilepsy-like pathology and dementia treatment in the elderly. The author explained the pathophysiology of temporal lobe epilepsy, transient epileptic amnesia and transient global amnesia. Careful and detailed medical history is required to distinguish these pathological conditions from dementia. A quarter of elderly patients with chronic disease are in a state of polypharmacy, and medication management is an important issue in the elderly. It is difficult to identify outpatients who have developed dementia. Here are some tips on how to identify outpatients who have progressed to dementia. The author explained how to use memantine or hypnotics, antiepileptic drugs, and antipsychotic drugs as medication therapy for sleep disorders and violent behaviors shown by dementia patients. Memantine is effective in reducing insomnia, abuse, and irritability. Orexin receptor antagonists are easy to use as hypnotics. The use of benzodiazepine hypnotics should be avoided as much as possible in the elderly. When using quetiapine or risperidone for elderly dementia patients, it is desirable to start with a small amount and gradually increase.

---

\* 八千代病院 愛知県認知症疾患医療センター長  
(かわばた のぶや)

キーワード：高齢者、てんかん、認知症、側頭葉てんかん、BPSD

## ●はじめに

高齢者では、脳血管障害やパーキンソン病などの神経疾患を持つことが多いが、ここでは、高齢者にみられるてんかん類似の病態と認知症について臨床医が知っておくべきことについて解説を行う。本稿で示す事例は、個人が同定されないように改変をしていることをお断りしておく。事例呈示に際し、文章による同意は得ていない。

## ●臨床医が知っておきたいてんかんおよび類似病態

てんかんは、小児と高齢者にしばしばみられる疾患とされるが、臨床医が診療の現場でてんかん発作を直に目撃することは稀ではないだろうか。ほとんどは、自宅などで生じたてんかん発作について後日診察室で患者や家族からその存在を聴取することが多いのではないかとと思われる。また、仮に患者が自宅などでてんかん発作を起こしたとしても、救急車で最寄りの総合病院などに搬送されることがほとんどであり、実際に個人開業している臨床医がてんかん発作を生じている患者を診療することもほとんどないといえる。前者の場合、患者や家族が訴える症状がてんかん発作に似ているが別の病態である可能性も否定できない。ここでは、てんかん自体の解説ではなく、実臨床で遭遇する可能性がある非けいれん性てんかん、てんかんに類似しているが臨床医がてんかんと鑑別すべき病態について事例を挙げながら解説をする。

### ①側頭葉てんかん

てんかんは、臨床的には全般性と焦点性、全般焦点合併性、分類不能に大別されるが、側頭葉てんかんは、焦点性てんかんのなかで意識減損発作を伴うタイプ（以前は複雑部分発作と呼ばれていた）に属している。以下に自験例を呈示する。73

歳、女性。2020年3月、自宅で突然起き出して衣服を脱ぎ始めた。手で納豆をかき混ぜる行動をしていた。その後、前方にのめり込んで動かなくなった。夫の呼びかけに反応せず5分くらいぼっとしていた。本人は、その間の記憶が全くないと言っている。MMSE(\*1): 29点、HDS-R(\*2): 26点、ADAS-J cog. (\*3): 2点、FAB(\*4): 10点、WMS-R(\*5): 13点で、いずれも非認知症の範疇であった。脳波では異常波などはみられなかった。レベチラセタム（イーケプラ®）を処方しながら経過をみていくが2022年5月まで同様の発作はない。

抗てんかん薬を発売している製薬会社などのパンフレットでは、認知症と側頭葉てんかんの鑑別は難しいとしばしば記載されている。それは誤りである。表1に示すように両者は、発症様式や意識レベルなど発作時の病態などを丁寧に聴取すれば鑑別に迷うことはまずない。病歴を丁寧に聴取すれば、発作的な病態（側頭葉てんかん）なのか発症時期が不確かで継続的に緩徐・進行している病態（アルツハイマー型認知症）なのかの鑑別は容易である。図1に側頭葉てんかんの典型的な臨床経過を示した。側頭葉てんかんでは、前兆を経てぼっとして静止し一点を見つめる、問いかけに答えない、自動的な動きなど意識が減損した状態が観察される。一方、アルツハイマー型認知症では、意識障害ではなく記憶障害が主体になっており、この点からも両者の鑑別は可能である。要は病歴をいかに丁寧に聴取するかであり臨床医の腕の見せ所ともいえる。

### ②一過性てんかん性健忘

一過性てんかん性健忘(transient epileptic amnesia)とは、一口で述べると、てんかん発作が原因で一過性に記憶障害が生じる病態である。表2に一過性てんかん性健忘の特徴を示した。中年から高齢者に発症することが多く、持続時間は

\*1: Mini-Mental State Examination

\*2: Hasegawa Dementia Scale-Revised (長谷川式簡易知能評価スケール)

\*3: Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive component-Japanese version

\*4: Frontal Assessment Battery

\*5: Wechsler Memory Scale-Revised

表 1

アルツハイマー型認知症と側頭葉てんかんの違い

	アルツハイマー型認知症	高齢者(側頭葉)てんかん
発症様式	発症時期不明 緩徐進行	間欠的 発作的に生じる
意識レベル	清明	数分間の意識障害
首段(発作間欠期)	もの忘れ症状継続	生活に支障はない
主な症状	記憶障害	意識障害
記憶障害	継続してみられる	発作時あるはその後のみ
前兆(自動症など)	なし	しばしばみられる
抗てんかん薬	効果なし	効果を示す

表 2

一過性てんかん性健忘(transient epileptic amnesia)

- 周囲からは異常な行動はないように見えるにもかかわらず、記憶が完全に抜け落ちる健忘発作を繰り返す。
- 多くは中高年に発症、発作の持続は30分～60分。朝覚醒時に生じやすい。
- 記憶障害の特徴としては、過去の自伝的記憶や馴染みのある場所の認識低下(地誌的記憶の消失)。
- 発作中は記憶以外の認知機能は保たれる。
- てんかん性波形を示す脳波異常がみられる。しかし、発作時以外では異常がみられないことも少なくない。
- 抗てんかん薬に良好な反応を示す。

### 側頭葉てんかんの臨床経過

高齢者てんかんでは側頭葉てんかんが多いとされる

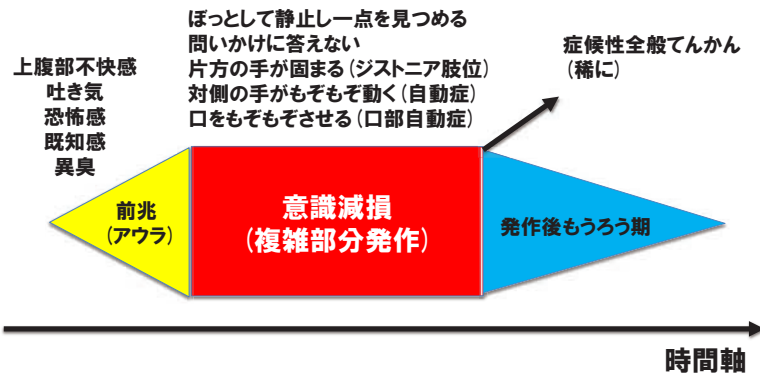


図 1

長くても2時間以内のことがほとんどである。朝起床後に生じやすく、再発をしやすいとされている。たとえば、朝起きたときに自分が今いる場所がわからない、自分の年齢や月日がわからないなどと訴えるが数十分するとそれらの症状が消失するのである。認知症でも起床時に同様の訴えをすることはあるが、それらの症状は朝に限らず1日のなかで断続的あるいは持続的にみられることから一過性てんかん性健忘との鑑別は可能である。

#### ③一過性全健忘(TGA)

一過性全健忘(transient global amnesia: TGA)は、外傷や脳血管障害などの明らかな原因なく発症する急性一過性の記銘力障害を示す病態と定義され、1958年に Fisher CM & Adams RD<sup>1)</sup>に

よって命名された臨床概念である。TGAの原因として、脳血管障害やてんかん、頭部外傷、片頭痛などが提唱され、多様な病態を含む症候群として捉えられることが多いが、Hodgesら<sup>2)</sup>は、TGAを純粋型とてんかん性、虚血性の3つに大別し、診断基準を公表している。表3に一過性全健忘の臨床像の特徴を示した。実臨床では、「突然記憶がなくなった」「急に認知症になった」などの訴えで患者が受診をしていくことが多く、その疾患概念を知っていれば診断を下すことは容易である。一過性全健忘の可能性が高いとき、患者や家族にその病態を説明し必要に応じて脳神経内科などに紹介をするとよい。以下に事例を呈示する。72歳、女性。○月□日夕方5時に知人宅にお歳暮を届けるために2人で外出した。訪問先の玄関で車から

表 3

## 一過性全健忘 (transient global amnesia :TGA)

急性発症の特異なタイプの記憶障害

- 発作時と同じ質問を繰り返し尋ねる(記録の低下)。たとえば、現在の居場所を何回も尋ね、周囲から教えてもらっても覚え込むことができず、すぐ同じ質問をする。
- 発作時の行動に異常はない。自分の置かれた状況を理解できず、困惑した様子を示す。
- 記憶障害は24時間以内に回復する。
- 回復後、発作中の出来事を想起できない(もともと覚えていない)。患者は、「一定期間の記憶が全くない」と訴える。
- 発作前の逆行性健忘を伴うことが多い。
- 発作中、発作後いずれも神経学的異常はない。
- 記憶の欠損以外に後遺症は認められない。

降りようとした際、患者が「なぜ、ここにいるの、どうして車から降りるのか理由がわからない」と何回も夫に尋ねていた。夫が訪問の理由を説明すると、その時には納得するがすぐに同様の質問を繰り返していた。訪問先では知人と支障なく会話をしており不審な様子はなかった。後日、訪問時以降から1時間ほどの記憶がないことに気づいた。また、訪問前の数十分の記憶があやふやなことも判明している。現在、日常生活に支障はないし、もの忘れもあまり目立たない。

夫は、認知症を心配し医療機関を受診してきているが、記憶の脱落は一過性であり、診察時には記憶障害は明らかではなく、改訂長谷川式簡易知能スケールHDS-Rなどの神経心理検査も全て正常範囲であった。診断のポイントは、①急性発症、②一過性に記録ができない(その結果、発作中に質問が反復される)、③記録の低下以外に異常は見当たらない、④発作前後の記憶が曖昧になっている、⑤発作以降では、発作前と同様の記憶の状態を示し日常生活も以前と変わりはない。一過性全健忘と紛らわしい病態として認知症、とくにアルツハイマー型認知症が挙げられるが、①もの忘れ症状は緩徐に出現し進行性である、②記憶障害以外に時や場所に対する見当識障害や注意障害などがみられる、③なんらかの生活障害が継続する(多少の動揺性はあるが)などの点から一過性全健忘との鑑別は容易である。

表 4

## 独居患者に対する服薬のすすめかた

- 服薬回数を1日1回に限定し一包化して確実に服薬できるようにする。
- 可能ならば同居していない家族が患者宅を訪問し服薬介助を行う。そのためには1日1回の服薬が原則。
- 訪問看護や訪問ヘルパーなどを利用して服薬介助を行う。そのためにも1日1回の服薬が原則。
- デイサービスなど介護施設での服薬を依頼する。
- お薬カレンダーなどを利用する。
- 同居していない家族が服薬時間に電話を入れて服薬を促す、服薬を確認する。
- 訪問服薬指導などの制度を利用する。服薬支援ロボット。
- 毎日服薬ができなくても仕方ないとの気持ちを持つことも必要かも(週4日、5日でも服薬できればよしの思い)。

## ●高齢者の服薬状況と独居高齢者の服薬管理

高齢者は、複数の身体疾患を持つことが多いので服薬する薬剤も増加をしていくことになりポリファーマシー(多剤併用)の問題が浮上する。図2は、2020年6月審査分の院内・院外処方別にみた年齢・薬剤種類数別の割合を示したものである。75歳以上では、7種類以上の薬剤が処方されている割合が院内処方では18.8%、院外処方では24.2%を占めていることがわかる。では、高齢認知症患者では何種類の薬剤を服薬しているのだろうか。図3は、75歳以上の初診認知症患者における服薬数を調査した結果である。7種類以上を服薬していた患者が21.3%を占めていた。つまり高齢者では認知症の有無にかかわらず4名から5名にひとりの割合でポリファーマシーの状態にあるといえる。服薬管理が問題になるのは、高齢独居患者、とくに認知機能が低下をしている患者の場合である。表4は、高齢独居患者に対する服薬管理の手立てを示したものである。最大の原則は、服薬回数を1日1回に限定することである。可能ならば一包化が望ましい。患者本人にとっての服薬の容易さとともに家族や訪問看護、訪問ヘルパーによる服薬介助の負担の軽減にも繋がる。訪問服薬指導あるいは居宅療養指導を利用して薬剤師による服薬管理も選択肢のひとつに挙げられる。

## ●日常臨床で認知症患者を見分けるコツ

患者あるいは家族がもの忘れを主訴に受診した

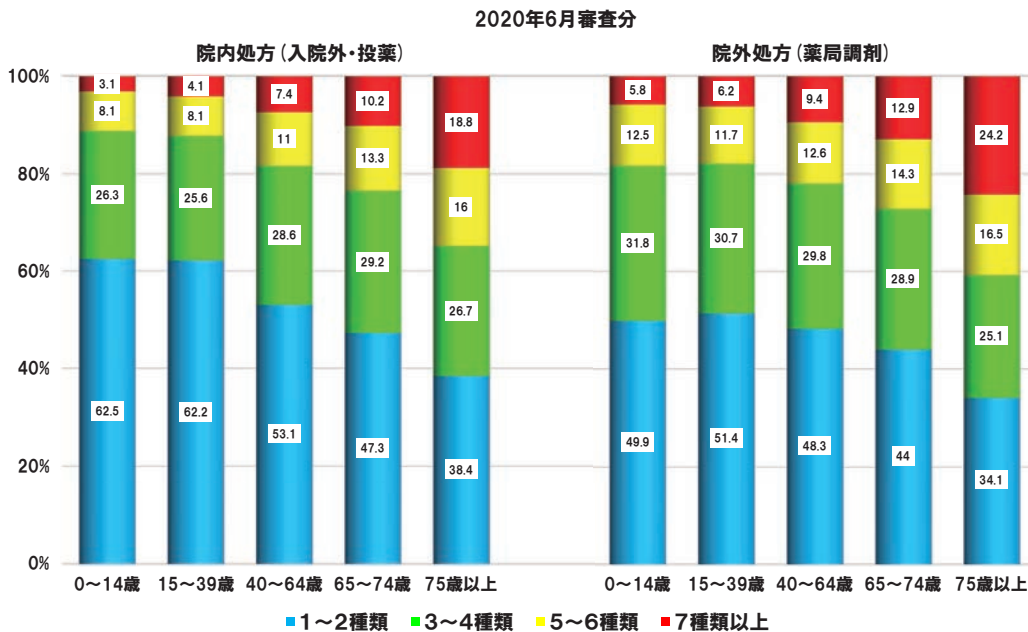


図 2

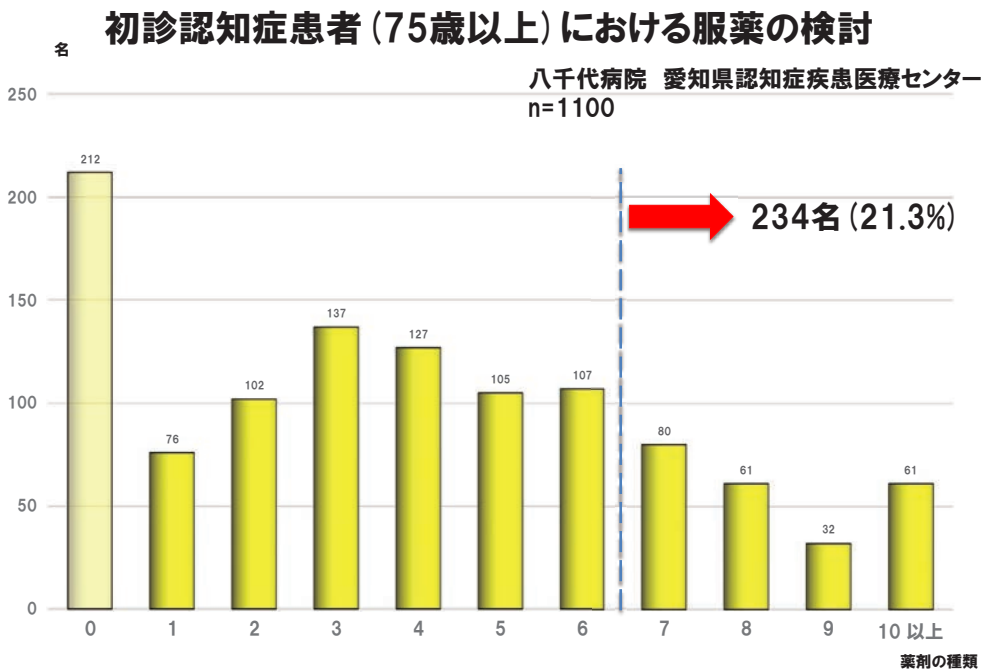


図 3

表5

### 再来患者でアルツハイマー型認知症を疑うポイント

#### 言動

- 明らかにもの忘れがあるのに患者本人が「私はどこも悪くない」、「困ったことは全くない」と答える
- 診察の際、以前と異なって自信なさそうに返事をする、あやふやな話が多い
- 前回の外来で指示した大切なことを忘れて、「そんなこと言われましたっけ？」と答える
- 会話で昔話が多くなってきた、あやふやな話が多くなってきた
- 診察室での会話で、患者さんが何回も確認する、何回も聞いてくる
- 診察室にて口数が少なくなってきた、自分から話をしない、ぼっーとしていることが多い。

#### 受診行動

- 予定されている外来日を間違えることが頻繁になった
- 受診する頻度が以前と比べて多くなってきた、あるいは受診しないことが多くなった
- 処方した薬を紛失する、何回も薬を取りに来ることが多くなった
- 薬の飲み忘れが異常に多い、処方しようとすると、まだ1か月分残っているなどと言う

#### 外観

- 季節に合わない薄着あるいは厚着がみられる。たとえば、明らかに気候的には暑いと思われるのに厚着をしている
- (女性) 今までと比して口紅が異常に濃い、化粧が年齢に不釣り合いで奇異な印象を受ける
- ボタンをしっかりとかけていない、下着が見えているのに頓着していない、整容が以前に比してだらしくなってきた

#### 受付・会計の様子

- 会計の際、大きな紙幣(1万円札)を使用することが多くなってきた、小銭扱いが苦手な様子が観察される
- 保険証の紛失が多い、持参していないなどと言って保険証の確認ができないことが多い。
- 預かった診察券や保険証を返したのにしばらくすると返してもらっていないと言い張る
- カバンや小物入れから必要とする物をなかなか探しだせない

りあるいは認知症ではないかと訴えたりする場合には、認知症を標的に病歴聴取や問診を行うことができるのでその診断は比較的容易といえる。問題は、外来通院をしている患者が認知症に進展しているのか否かを見分けるときである。なぜならば、人は日々の微妙な変化に気づくことが苦手であり、長い期間での状態の変化に対して鈍感なことが多いからである。認知症は高齢になる程発症しやすい疾患であり、80歳代の患者では認知症に進展しているのではないかとの視点で診療を進めることが肝要である。表5は、再来患者で認知症かなと疑う患者の行動や言動、態度・様子を示したものである。患者の言動で注目すべき点として、自身のもの忘れに対しての認識が乏しいことが挙げられる。健常高齢者では、自身のもの忘れに敏感になっていることが多く認知症になることを恐れているので、診察室でもの忘れの存在を肯定するあるいはやや大袈裟に訴えることが多い。診察室で、もの忘れなどはしないと訴える患者ほ

ど認知症に進展している可能性を否定できない。また、前回の診療で重要なことを伝えたのに全くそのことを覚えていない点も記憶の低下が病的な可能性を考えさせる。受診行動では、予定日以外にしばしば受診することが多くなってきた、薬がないはずなのに受診してこない、薬を紛失したと言って受診することが増えたなどの行動は認知症を考えさせるものである。受付や会計で少額の診療費に対して1万円札を頻繁に使用する、保険証や診察券の紛失が多い、確認行動や言動が多い点も認知症を示唆する態度・様子である。いずれにしても再来患者では、認知症に進展しているのではないだろうかとの視点で診療を進めるように心がけたい。

#### ●睡眠障害を示す認知症患者の薬物療法

認知症診療のなかで夜間寝ない、しばしば深夜に中途覚醒をする、夜間に起き出して間食をしたり出て行こうとしたりするなどの行動障害がみら

表6

## かかりつけ医のためのBPSDに対する向精神薬使用ガイドライン(第2版)

- ①従来ベンゾジアゼピン系睡眠薬は広く使用されているが、高齢者に対して睡眠薬の安易な導入は避けるべきである。
- ②高齢者で非ベンゾジアゼピン系睡眠薬がベンゾジアゼピン系睡眠薬よりも安全とする根拠は不十分。
- ③高齢者では超短時間作用型の非ベンゾジアゼピン系睡眠薬(ゾルピデム、ゾピクロン、エスゾピクロン)を考慮してもよい。
- ④ベンゾジアゼピン系睡眠薬が無効な時に増量することは推奨できない。
- ⑤ベンゾジアゼピン系抗不安薬を睡眠障害に使用することは推奨されない。

厚生労働省ホームページ「かかりつけ医のためのBPSDに対する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」から作成  
令和4年5月27日現在。

れる、夜間に頻繁にトイレに行くので困っているなどの訴えがなされ、医師に夜間寝るようにしてほしいと依頼をする家族が少なくない。原則は日中の活動性を高め昼寝などを極力しないなどの睡眠衛生指導であるが、ここでは薬物療法に絞って解説をする。近年の睡眠障害に対する薬物療法の原則は、ベンゾジアゼピン系睡眠薬の使用を控えることである。依存性や転倒の危険性などから特に高齢者ではベンゾジアゼピン系睡眠薬の処方では避けたいものである。表6は、厚生労働省が公表している「かかりつけ医のためのBPSD<sup>(\*)</sup>に対する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」で睡眠薬に関する記載をまとめたものである。非ベンゾジアゼピン系睡眠薬がベンゾジアゼピン系睡眠薬よりも安全であるとの根拠は不十分であるが、実臨床では注意しながらある程度は使用せざるを得ないのが現状である。認知症患者にみられる睡眠障害に対して使用可能な薬剤としては、抗認知症薬のメマンチンおよびオレキシン受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬、鎮静作用の強い抗うつ薬、抗精神病薬が挙げられる。以下で筆者が実施している処方手順を示す。

- ①睡眠薬や抗認知症薬の服薬歴が全くない患者では、まず抗認知症薬のメマンチン(メマリー®)5mg就寝前の服薬を試みる。メマンチンは、副作用として傾眠や鎮静効果がみられることから催眠・鎮静効果を期待して処方を開始する。

10mgまで増量しても睡眠を確保できないときにはメマンチンに他の薬剤の追加を考える。

- ②抗認知症薬を服用中で過去に睡眠薬を使用したことがない患者では、オレキシン受容体拮抗薬のスボレキサント(ベルソムラ®)あるいはレンボレキサント(デエビゴ®)の処方を考慮する。筆者の経験では、スボレキサントの睡眠効果は3通りに分かれ、睡眠の確保が可能でかつ翌朝への持ち越し効果がなくすっきり覚醒できるタイプ、全く睡眠効果を示さないタイプ、睡眠の確保は可能だが翌朝起きられず昼近くまで寝てしまうタイプである。レンボレキサントは、1日1回5mg就寝直前の服薬とし10mgまで増量が可能である。高齢認知症患者では、5mgから開始し、睡眠確保ができないときには15分から30分後にさらに5mgの追加を行うとよい。
- ③非専門医はあまり使い慣れていないと思われるが鎮静・催眠効果を期待して少量の抗精神病薬を選択することもある。糖尿病がなければクエチアピン(セロクエル®)12.5mgあるいは25mgの夕食後あるいは就寝前の服薬が睡眠確保に役立つことを経験する。中枢神経系のヒスタミンH1受容体拮抗作用によって鎮静作用(眠気)を生じると推測されている。クエチアピンは、睡眠障害に対しては保険適用外使用になるので注意が必要となる。厚生労働省保険局医療課長「医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱いについて」(保医発0928第1号平成23年9月28日)にて、「原則としてフマル酸クエチアピンを器質疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める」との通達がなされている。クエチアピンを処方した際には、これらの要旨を保険請求時に症状詳記するとよい。糖尿病が存在するとクエチアピンは禁忌となるのでリスパリドン(リスパダール®)が選択肢にあがるが、この薬剤は、鎮静効果はみられるが睡眠の確保にはあまり効果を発揮しないようである。

\*6: Behavioral and psychological symptoms of dementia

- ④抗精神病薬を使用したくないと考える先生にあっては鎮静系抗うつ薬のひとつであるミアンセリン(テトラミド®)をトライしてみるとよいかもしれない。標的症状は、睡眠障害(不眠)ならびに夜間の不穏や落ち着きのなさ、せん妄などになる。夕食後10mgの服薬から開始し効果がなければ20mg、30mgと増量していく。1日量として30mgを目安とし、この用量で効果がみられないときには非ベンゾジアゼピン系睡眠薬を追加するか他剤に変更する。
- ⑤非ベンゾジアゼピン系睡眠薬については、単独で処方することもあるがむしろ他の薬剤で効果が乏しいときに睡眠効果の増強のために追加、併用の形で処方するとよい。たとえば、メマンチン10mgで効果が乏しいときにエスゾピクロン(ルネスタ®)を1mgあるいは2mgの用量で追加する。あるいはミアンセリン10mgの段階で効果がないときにエスゾピクロンの追加を行うと朝までの睡眠確保が可能になることがある。

### ●易怒性や暴言、暴力行為を示す認知症患者の薬物療法

暴言や威嚇言動、さらに暴力行為がみられるのでおとなしくさせる薬を処方してほしいと家族や介護施設から求められることがある。その際に効果を期待できる薬剤は、抗精神病薬あるいは抗てんかん薬、一部の漢方薬、抗認知症薬のメマンチンである。以下に暴言や暴力行為に対する薬物療法の実際を解説する。

- ①処方の原則は、効果を期待できるとともに可能な限り有害事象を生じさせない薬剤から選択をしていくことである。
- ②メマンチンの処方がない患者では、まずメマンチンの投与を考える。メマンチンは、認知症の進行抑制効果とともに患者の行動や感情、言動を緩和させる作用が期待される。全ての患者に効果を発揮するわけではないが暴言や不穏、威嚇言動に対してやや鎮静的に働くことが少なくない。その結果として暴力行為の

軽減につながることもあるのでまずメマンチンをトライするとよい。効果が期待できるときには10mgの段階で症状の軽減を図れることが多い。

- ③抗てんかん薬は、感情の安定化を期待できることから、カルバマゼピン(テグレートール®)あるいはバルプロ酸(デパケンR®、バレリン®、セレニカ®など)の使用を考える。カルバマゼピンは、重篤な皮膚症状や血液異常を発現することがあるので使用しづらい薬剤ともいえる。高齢認知症患者では、バルプロ酸によって眠気や倦怠感が出現する可能性があるため服薬は夕食後あるいは就寝前が望ましい。バルプロ酸は、初回用量として1回200mgから開始し、2週間後の観察期間を経て効果が不十分ならば400mgに増量する。400mgを1回で服薬してもよいが200mgの段階で不都合な状態がなければ朝夕に分けて服薬してもよい。1日最大用量を600mg前後に設定し、これで効果がないあるいは不十分ならば他剤に変更する。不都合な状態として過剰な眠気が生じることがあり、翌朝起きられないあるいは翌日ぼつとした状態が継続する患者がみられる。その場合には増量や継続は難しいと判断すべきである。有害事象として肝障害やアンモニアの増加があるとされるので、3か月から半年単位で肝機能などのチェックを怠らないようにしたい。
- ④かかりつけ医の先生がたにとって抗精神病薬の使用には躊躇することが多いと思われる。そのなかでチアプリド(グラマリール®)は、かかりつけ医の先生がたが比較的しばしば使用している抗精神病薬であろう。易怒性や暴言、暴力行為の軽減を期待できる薬剤であるが、筆者の外來に紹介されてくるチアプリドがすでに処方されている患者をみるとその処方用量がやや多いように感じる。1日50mgを最大用量とし、その範囲内で処方の工夫をすべきである。なぜならば、1日150mgの服薬では薬剤性パーキンソニズムを発現する危険性が高いからである。初回25mgを夕食後あるいは就寝前の服薬から開



## クエチアピン(セロクエル®) 処方手順

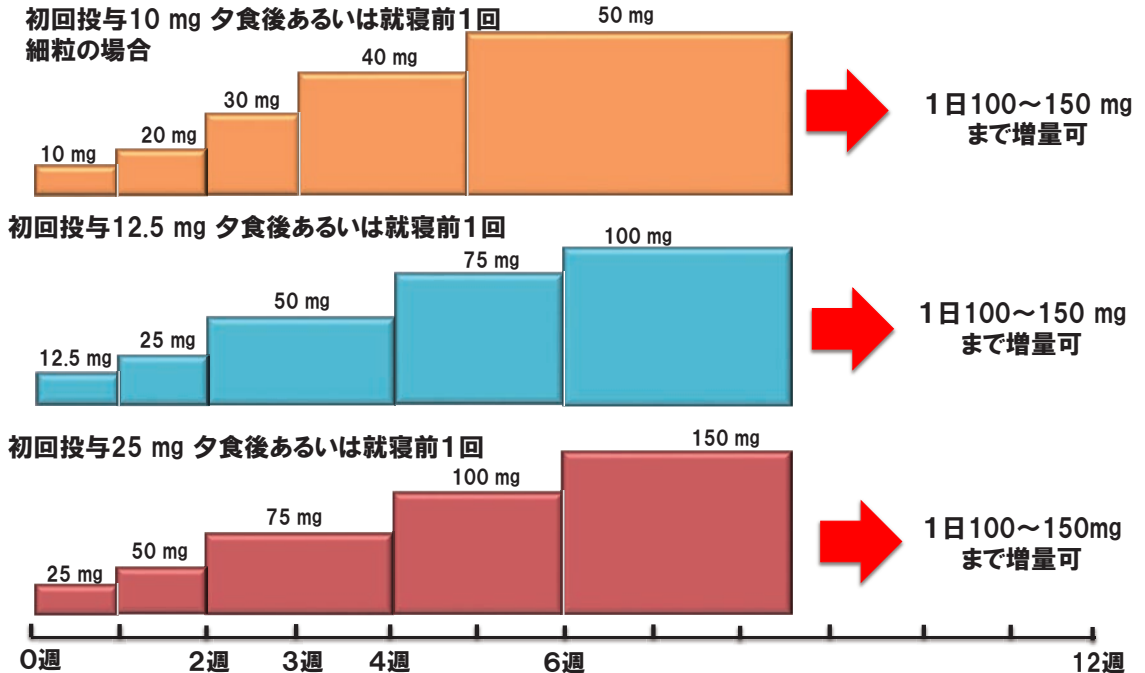


図4

始し、効果がなければ50mgに増量する処方手順が望ましい。効果があるからといって長期間処方すべきではなく、3か月ほどで減量から中止を考えていくべきである。長期に服薬するほど薬剤性パーキンソニズムが発現しやすいとされている。

- ⑤チアピド以外では、非定型抗精神病薬のクエチアピン(セロクエル®)が比較的有害事象の出現が少なく使用しやすい薬剤かもしれない。図4に示した処方手順が考えられるが、筆者は、25mg錠を夕食後あるいは就寝前1回の服薬から開始をしている。効果がなければ50mgに増量するがこの用量で効果が発現しない場合には他剤に変更するようにしたい。クエチアピンは催眠効果も期待できるので夜間の睡眠障害や行動障害を標的に処方してもよい。クエチアピンは糖尿病患者には禁忌である。内科外来に通院している患者では糖尿病あるいは耐糖能異常を持つ場合も少なくないので、処方開始に際し

てこれらの有無を必ず聴取するようにしたい。糖尿病があって暴言や暴力行為がみられる場合には、抗精神病薬としてはリスパリドン(リスパダール®)を選択することが多い(図5)。リスパリドン0.5mgあるいは1mgを夕食後か就寝前の服薬から開始し、効果がなければ0.5mgずつ増量し、1日最大量を2mgに設定する。非定型抗精神病薬は、定型抗精神病薬(ハロペリドールやクロロプロマジンなど)に比して錐体外路徴候(パーキンソン症状など)が出現しにくいとされるが、多数の論文を対象に抗精神病薬の有効性と安全性を検討したメタ解析<sup>3)</sup>では、非定型抗精神病薬のなかでプラセボと比して有意に錐体外路徴候を発現した薬剤はリスパリドンのみであったとされる。動作が緩慢になった、表情が乏しい、発語が少ないあるいは単調になった、嚥下困難が出てきているなどの症状がみられるときには錐体外路徴候が始まっていると考えるべきであり、薬剤の減量から中止を

### リスペリドン (リスパダール®) 処方の手順

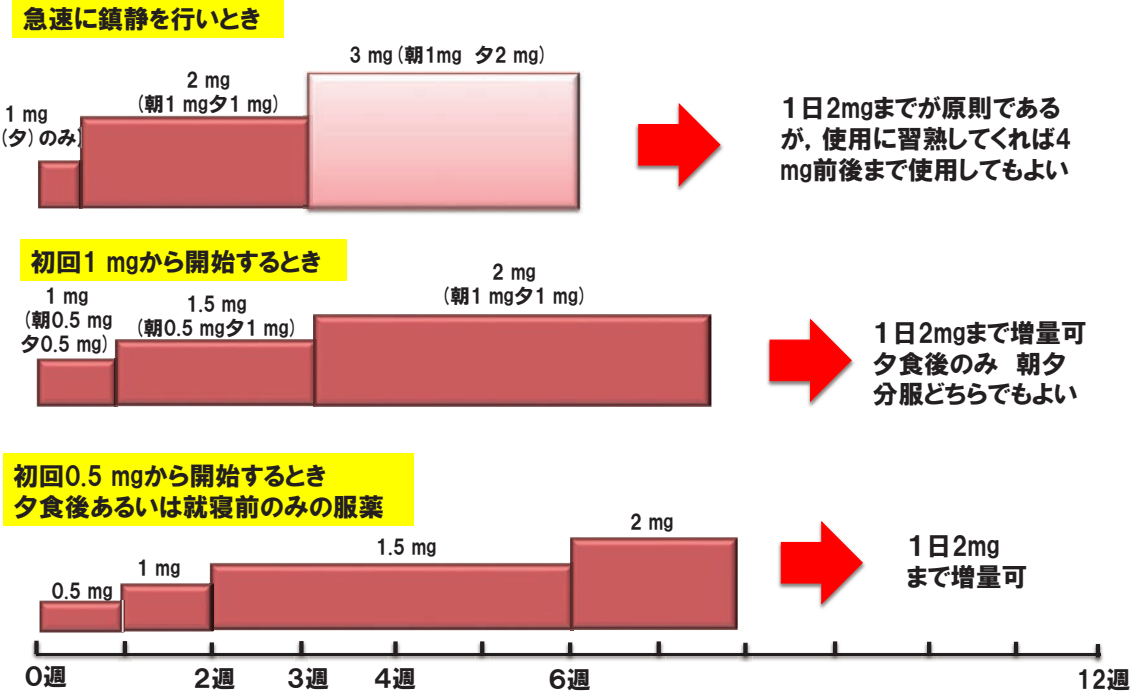


図5

考えていくべきである。表7に抗精神病薬を使用する際のコツを示した。

#### ●2022年5月改正の道路交通法

高齢ドライバーの免許更新の厳格化を目的に2017年3月に改正道路交通法が施行されたが、今回2022年5月にさらに改正が重ねられた。主な変更点は、運転技能検査(実車試験)が新設されたこと、認知機能検査の内容の変更、高齢者講習の一元化の3点である。以下でこれらを中心に変更点の概要を解説する(図6)。

- ①過去3年間で特定の交通違反(速度違反や一時停止違反、信号無視など)をひとつでも犯した75歳以上の免許更新希望者には、運転技能検査(実車試験)の受検が義務化されている。運転技能検査は、自動車学校などのコースを運転し、一時停止や信号通過などの課題について100点からの減点方式で採点を行う。一種免許は70点以上、二種免許は80点以上で合格とな

表7

かかりつけの先生がたが抗精神病薬を使用する際のコツ
◆非定型抗精神病薬のなかで1剤あるいは2剤を選択し使い慣れるようにする。DMがない事例ではクエチアピン(セロクエル®)、ある事例ではリスペリドン(リスパダール®)、チアプリド(グラマリール®)。
◆クエチアピンは、12.5 mgあるいは25 mg 夕食後1回の服薬から開始する。1週以内に再来として様子を聴取。効果あれば継続、なければ25 mgあるいは50 mgに増量する。効果を期待できる事例は25 mgあるいは50 mgで症状の軽減をみることが多い。
◆リスペリドンは、0.5 mg夕食後1回の服薬から開始。効果あれば継続、なければ1 mgに増量する。1 mgを朝夕食後に分けてもよい。
◆同一薬剤を5事例前後に処方してみると使い勝手がなんとなく会得できるかも。副作用の視点からはクエチアピンがやや安全か。
◆クエチアピン 50 mg、リスペリドン 1 mgで効果発現が乏しいときには認知症専門医療機関に紹介するとよい。

る。不合格者は繰り返し受検することが可能であるが、免許更新期間満了までに合格ができないと免許の更新はできない。その場合でも希望者は原付免許や小型特殊免許などは継続することが許可される。運転技能検査は、教習所などが行う認定検査による代替が可能とされる。

- ②従来の認知機能検査を見直し、時計描画テスト

## 2022年5月施行の改正道路交通法による免許更新の流れ

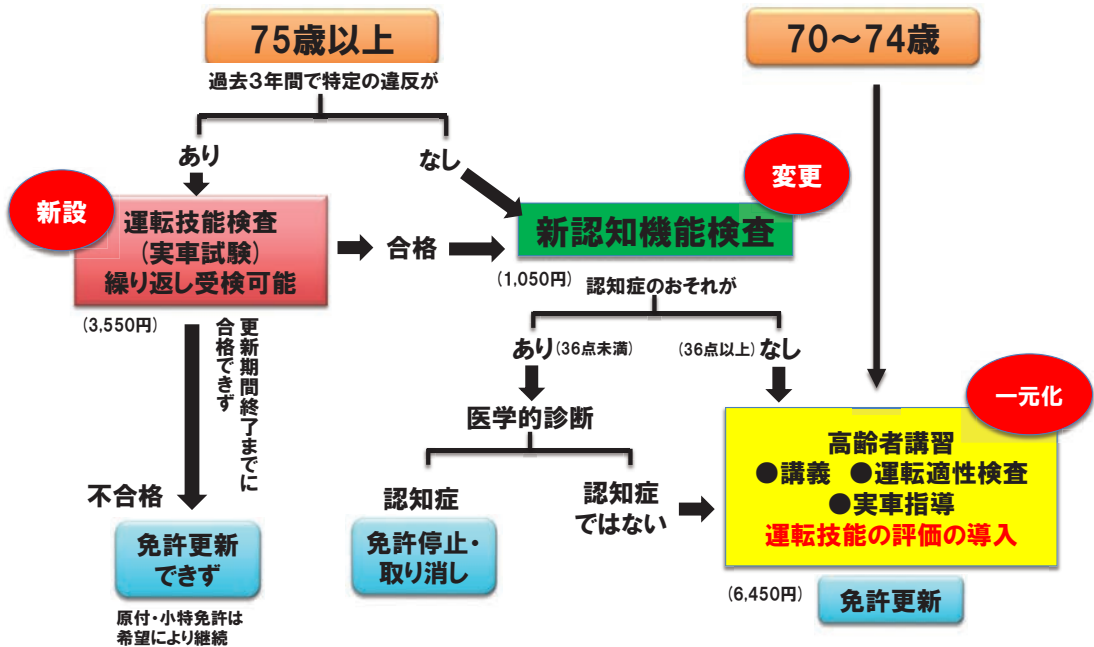


図6

を廃止、3区分判定から2区分判定とする。具体的には、時間の見当識課題と手がかり再生記憶課題の2つとし、36点未満は「認知症のおそれあり」、36点以上は「認知症のおそれなし」と判定される。検査手数料として1,050円が必要である。例外事項として、認知症に該当する疑いがないと認められるかどうかに関する医師の意見および当該意見に係る検査の結果が記載された診断書などを提出することで認知機能検査が免除になるとされている。

- ③ 認知機能検査で「認知症のおそれあり」と判定された者は、医師による認知症の有無についての診断を求められる。ここで認知症と診断された者は、免許取消し・停止の処分がなされる。「認知症のおそれなし」と判定された者は高齢者教習に進む。
- ④ 高齢者教習は、今まで2時間講習と3時間講習に分かれていたが一元化し2時間講習とする。運転適性検査(30分)と講義(座学、30分)、実車指導(60分)からなるが、運転技能検査に合格

した者は実車指導を免除される。

- ⑤ 認知機能検査・高齢者講習・運転技能検査の受検・受講の順番は自由であり、受検者の都合や予約状況で選択をすることが可能である。

上記以外に今回の改正では、サポートカー限定免許が新たに設定されている。これは安全運転支援装置(衝突被害軽減ブレーキとペダル踏み間違い時加速抑制装置)が搭載された普通自動車を運転することができる免許である。衝突被害軽減ブレーキとは、前方の車両や歩行者を検知し衝突の可能性があるときには運転者に対して警報、さらに衝突の可能性が高い場合には自動でブレーキが作動する機能、ペダル踏み間違い時加速抑制装置は、発進時や低速走行時に間違えてアクセルペダルを踏み込んでしまったときにエンジン出力を抑え加速を抑制する機能である。これらの装置が後付けになっている車は同免許の対象にならない。サポートカー限定免許は、年齢に関わらず持つことが可能であり、その申請(切り替え)は任意で運転免許センターや警察署で申請を行うことができ

る。この限定免許にできるのは普通免許だけであり中型(8トン限定)や大型、二種免許などの免許を有する人は、申請によって免許の一部取り消しを行なった後、普通免許を取得した上で申請をすることになる。サポートカー限定免許でサポートカー以外の普通自動車を運転すると違反となり、違反点数2点、反則金7,000円が科せられている。

本稿について著者に開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 1) Fisher CM, Adams RD : Transient global amnesia. *Trans Am Neurol Assoc*, 1958, 83 : 143-146.
- 2) Hodges JR, Warlow CP : Syndromes of transient amnesia : towards a classification. A study of 153 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1990, 53 (10) : 834-843.
- 3) Stefan Leucht, Andrea Cipriani, Loukia Spineli et al. : Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia : a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 2013, 382 : 951-962.

## 参考文献

- 1) 日本神経学会 : 認知症疾患診療ガイドライン2017, 2017, 医学書院, 東京.
- 2) 川畑信也 : 知っておきたい改正道路交通法と認知症診療, 2018, 中外医学社, 東京.
- 3) 川畑信也 : 改訂新版 かかりつけ医・非専門医のための認知症診療メソッド, 2018, 南山堂, 東京.
- 4) 川畑信也 : 事例から考える認知症のBPSDへの対応—非薬物療法・薬物療法の実際, 2018, 中外医学社, 東京.
- 5) 日本神経学会 : てんかん診療ガイドライン2018, 2018, 医学書院, 東京.
- 6) 川畑信也 : 臨床医のために医学からみた認知症診療 医療からみる認知症診療 診断編, 2019, 中外医学社, 東京.
- 7) 川畑信也 : 認知症に伴う生活習慣病・身体合併症 実臨床から考える治療と対応, 2019, 中外医学社, 東京.
- 8) 川畑信也 : 臨床医のために医学からみた認知症診療 医療からみる認知症診療 治療編, 2020, 中外医学社, 東京.