

## 2 神経発達症群/神経発達障害群

### A 知的能力障害（知的発達症/知的発達障害）

intellectual disability (intellectual developmental disorder)

#### 診断基準・DSM-5

知的能力障害（知的発達症）は、発達期に発症し、概念的、社会的、および実用的な領域における知的機能と適応機能両面の欠陥を含む障害である。以下の3つの基準を満たさなければならない。

- A 臨床的評価および個別化、標準化された知能検査によって確かめられる、論理的思考、問題解決、計画、抽象的思考、判断、学校での学習、および経験からの学習など、知的機能の欠陥。
- B 個人の自立や社会的責任において発達のおよび社会文化的な水準を満たすことができなくなるという適応機能の欠陥。継続的な支援がなければ、適応上の欠陥は、家庭、学校、職場、および地域社会といった多岐にわたる環境において、コミュニケーション、社会参加、および自立した生活といった複数の日常生活活動における機能を限定する。
- C 知的および適応の欠陥は、発達期に発症する。

(DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル, p.33, 医学書院, 2014)

#### 病態

- 知的能力障害群はあくまでも病態像であり、一定の原因による疾患名ではない
- 知的の平均からの偏りなので、特別な原因がなくても一般人口の2.5%は知的能力障害群にあたり、軽度が85%を占める。
- 特殊型として染色体異常（ダウン症など）や、感染症、外傷などの出生前・周産期・出生後障害が原因となる。また、療育の欠如や虐待などによってもみられる。

- 対応が必要な問題行動としては、食事（過食・偏食・異食）、排泄（失禁・便いじり）、睡眠障害、多動、強迫行為、パニック、自傷行為など多岐にわたる。
- 発達段階や性格など個人差がかなり大きく、個々の事情にあった具体的な生活指導が必要である。

## ● 治療

療育指導が中心となる。自閉スペクトラム症の治療（p.17）を参照。

## B 自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害

autism spectrum disorder

### 診断基準 ● DSM-5

- A 複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥があり、現時点または病歴によって、以下により明らかになる（以下の例は一例であり、網羅したものではない）。
- (1) 相互の対人的・情緒的関係の欠落で、例えば、対人的に異常な近づき方や通常の会話のやりとりのできないことといったものから、興味、情動、または感情を共有することの少なさ、社会的相互反応を開始したり応じたりすることができないことに及ぶ。
  - (2) 対人的相互反応で非言語的コミュニケーション行動を用いることの欠陥、例えば、まとまりの悪い言語的、非言語的コミュニケーションから、視線を合わせることと身振りの異常、または身振りの理解やその使用の欠陥、顔の表情や非言語的コミュニケーションの完全な欠陥に及ぶ。
  - (3) 人間関係を発展させ、維持し、それを理解することの欠陥で、例えば、さまざまな社会的状況に合った行動に調整することの困難さから、想像上の遊びを他者と

(例：列に並んでいるとき)。

- (i) しばしば他人を妨害し、邪魔する（例：会話，ゲーム，または活動に干渉する；相手に聞かずにまたは許可を得ずに他人の物を使い始めるかもしれない；青年または成人では，他人のしていることに口出ししたり，横取りすることがあるかもしれない）。

- B 不注意または多動性-衝動性の症状のうちいくつかは12歳になる前から存在していた。
- C 不注意または多動性-衝動性の症状のうちいくつかは2つ以上の状況（例：家庭，学校，職場；友人や親戚といるとき；その他の活動中）において存在する。
- D これらの症状が，社会的，学業的，または職業的機能を損なわせているまたはその質を低下させているという明確な証拠がある。
- E その症状は，統合失調症，または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく，他の精神疾患（例：気分障害，不安症，解離症，パーソナリティ障害，物質中毒または離脱）ではうまく説明されない。

(DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル，pp.58-59，医学書院，2014)

## 病態

- 不注意，多動性および衝動性に特徴づけられた疾患であり，頻度は3～5%といわれており，男児に多いとされている。
- 客観的に判断する指標が検討されており，事象関連電位（P300やミスマッチ陰性電位）の異常や画像所見での前頭葉機能の障害などが報告されている。
- 落ち着きのなさなどの多動症状や，忘れ物をするなどの不注意症状，思ったままに行動するなどの衝動性の症状が代表的である。ここでいう衝動性とは攻撃的・暴力的という意味ではない。多動症状は成長に伴って落ち着くことが多い。
- 日常的なことで失敗することが多いために，二次障害としての自尊心の低下，うつ，素行障害などの出現に注意しなければならない。

らない。

## ● 鑑別診断

- 適応障害などの、環境要因や心因による問題行動と鑑別する。
- 学校・家庭など異なる2場面以上において多動や不注意症状があるかを教師・親にチェックしてもらう。
- 心理検査としてはWISC-Ⅲなどの知能検査が代表的であり、動作性IQと言語性IQに解離がみられることが多い。
- 症状の徴候があった年齢がDSM-Ⅳでは7歳であったが、DSM-5では12歳に引き上げられたことに注意が必要である。
- 17歳以上の大人の診断には満たすべき診断項目が少ないことに注意が必要である。

## ● 治療

ペアレントトレーニングや生活技能訓練 social skills training (SST) などの療育指導が有効であるが、行える施設は限られている。対症療法として薬物療法も有効である。

- 多動・衝動性に対して

### 処方例

コンサータ 18mgを初回用量として、18～45mgで維持用量とする。1日1回朝投与とする。

徐放剤なので、午後遅くの服用は不眠を来すので注意が必要。

ストラテラ 1日0.5mg/kgを初回用量として、漸増。1.2～1.8mg/kgを維持用量とする。上限120mgを超えないこととする。1日2回朝夕服用が原則

## POINT

- 自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、知的能力障害群は神経発達症群であり、心因や環境要因によらない。
- 早期診断・早期治療が必要である。

## 13 神経認知障害群

大脳半球あるいは皮質下の構造のびまん性の器質性疾患により、いったん獲得された知的機能が広範に失われた結果起こる状態である。潜行性の発症と進行性の経過によって特徴づけられる。

最初に認知症と軽度認知障害について記載し、その後の下位分類について説明する。

### A 認知症および軽度認知障害

major neurocognitive disorder and mild neurocognitive disorder

#### 診断基準 • DSM-5

##### ●認知症 (DSM-5)

- 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、あるいは臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、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録された、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要する）。
- 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（例：うつ病、統合失調症）。

(DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル, p.594, 医学書院, 2014)

##### ●軽度認知障害 (DSM-5)

- 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軽度の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，軽度の認知機能の低下があったという懸念，および
- (2) 標準化された神経心理学的検査に，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録された，実質的な認知行為の軽度の障害

- B** 毎日の活動において，認知欠損が自立を阻害しない（すなわち，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は保たれるが，以前よりも大きな努力，代償的方略，または工夫が必要であるかもしれない）。
- 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（例：うつ病，統合失調症）。

(DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル，p.596，医学書院，2014)

## 病態

以下に，神経認知領域について説明する。

### 複雑性注意

外界からのさまざまな刺激から必要とされる特定の刺激を選択し，それに集中する能力。

- 持続性注意：一定の時間経過の中で注意を維持する能力。
- 分配性注意：同時に2つ以上の刺激に注意を向けつつ，注意を切り替える能力。
- 選択性注意：多くの刺激の中から1つの刺激に反応する能力。

### 実行機能

目的に向けて立案し，必要に応じて修正しながら効率的に行動する能力。具体的には，お湯を沸かしてお茶を入れる，切符を買って電車に乗るなどといったことが挙げられる。

## 16 緩和ケア

## A 緩和ケア（精神症状）

palliative care (psychological symptom)

### 定義・WHO

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疼痛や身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし、解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質（QOL）を改善させるためのアプローチである。

### 病態

現在わが国において、2人に1人が一生のうち一度は癌に罹患し、3人に1人は癌で亡くなっている。患者数の増加傾向と、治療の質の向上に伴い、心理社会的問題、スピリチュアルな問題への評価と対処も重要視されてきた。死を迎える人の精神状態を研究したキューブラー・ロスによると、すべての患者に当てはまるわけではないが、治癒する見込みのない患者は、否認、怒り、取引、抑うつ、受容といった死の5段階を経験し、その過程ではさまざまな精神症状を呈するとされている。

精神医学的診断としては、適応障害、うつ病、せん妄の3つが頻度の上位を占め、終末期になるにつれてせん妄の相対的頻度は増加する。患者自身の要因（身体症状、治療意欲・意思決定、事故・自殺など）、介護者の要因（家族自身の気持ち、患者とのコミュニケーション不足など）、医療者側の要因（治療方針、長期化、疲弊など）を考慮したうえで、その精神症状について、診断だけでなく、それらの要因についても適切に評価し、対処することが必要である。

また、適応障害、うつ病は、癌であれば落ち込んで当たり前との医療者の思い込みから見逃されたり、できれば関わりたくないという苦手意識により対処が十分されなかったり、せん妄では、不眠症と診断して睡眠薬を投与し、せん妄を増悪させてしまうこ

となどが見受けられる。

## ● 鑑別診断・治療

癌患者は、背景に身体症状や家族間の問題などが存在することがあり、精神的側面だけでなく身体的痛み、心理社会的な痛み、スピリチュアルペインといったトータルペインの視点に立って考えることが必要である。また、不安焦燥に関して、吐き気止めとして使用されるノバミンなどの抗精神病薬によるアカシジアが原因のこともあり、注意が必要である。

### ● 適応障害

#### ● 処方例

ソラナックス (0.4mg) 1～2錠 分1～2 食後  
ふらつき、眠気などの副作用に注意し、少量より開始

#### ● うつ病

癌になれば落ち込むのは当たり前と思わずしっかりと評価すること、抑うつの有無を観察のみに頼らず直接患者に問うこと、不眠、食欲低下、全身倦怠感など癌による身体症状や抗癌治療によって起こると考えられるものもうつ病の診断基準に気をつけ評価することが大事である。また、ステロイドによる気分への影響も注意が必要である。

#### ● 処方例

ソラナックス (0.4mg) 1～2錠 分1～2 食後  
1週間程度で評価し改善しない場合  
ジェイゾロフト (25mg) 1～3錠 分1 夕食後  
ふらつき、眠気などの副作用に注意し、少量より開始  
※病状においては、併用で開始することもある。  
※ルボックスは、CYP3A4を軽度阻害するため、同酵素で代謝される薬物の血中濃度を上昇させる可能性がある。骨髄移植時にはCYP3A4により代謝されるシクロスポリンが使用されるので、相互作用に注意を払う。  
また、パキシルはCYP2D6の強い阻害作用をもつ。タモキシフェン (ノルバデックス) によるホルモン療法を受けている乳癌患者に対しての投与には注意を要する。タモキシフェンの、抗腫瘍効果をもつ活性代謝物エンドキシフェンへの代謝



## 17 向精神薬の使用法

# A 抗精神病薬

antipsychotic agents

## ● 抗精神病薬とは

メジャートランキライザー major tranquilizer とも呼ばれる，抗幻覚・妄想作用を有する薬物の総称である。統合失調症のほかに双極性障害，抑うつ障害群，神経認知障害群などに使用する。二次性の精神病状態（症状精神病，器質精神病）であるならば，その原疾患に対する必要な処置をすると同時に抗精神病薬療法を始める。ただし，二次性の場合には，統合失調症より耐性が低く，副作用が出やすいので注意が必要である。

コントミン，レボトミン，セレネース等の従来から使用されている薬物を定型抗精神病薬と呼び，ジプレキサ，リスパダール，ルーラン，セロクエル，エビリファイ，ロナセン，クロザリル等の錐体外路症状，高プロラクチン血症などの副作用の少ない新しい薬を非定型抗精神病薬と呼んでいる。

## ● 種類

(経口薬のみ)

商品名	一般名	剤型	初期投与量 (mg)	最大投与量 (mg)
<b>非定型抗精神病薬</b>				
リスパダール	リスベリドン	錠剤，細粒，口腔内崩壊錠，液剤	2	12
インヴェガ	バリベリドン	徐放剤	6	12
ロナセン	プロナンセリン	錠剤	4	24
ジプレキサ	オランザピン	錠剤，口腔内崩壊錠，細粒	5	20
セロクエル	クエチアピン	錠剤，細粒	50	750
クロザリル	クロザピン	錠剤	12.5	600
エビリファイ	アリピプラゾール	錠剤，口腔内崩壊錠，散剤，液剤	6	30
ルーラン	ペロスピロン	錠剤	12	48
ロドピン	ゾテピン	錠剤，細粒	75	450

(次頁へ続く)

商品名	一般名	剤型	初期 投与量 (mg)	最大 投与量 (mg)
<b>定型抗精神病薬</b>				
セレネース	ハロペリドール	錠剤, 細粒, 液剤	0.75	6
インプロメン	プロムペリドール	錠剤, 細粒	3	36
コントミン ウインタミン	クロルプロマジン	錠剤	30	450
ヒルナミン レボトミン	レボメプロマジン	錠剤, 散剤, 顆粒 (レボトミン), 細 粒 (ヒルナミン)	25	200

すべての薬剤に共通する禁忌薬剤はエピネフリンである。ジプレキサとセロクエルの経口薬は糖尿病患者での使用は禁忌となっている。リスパダールは代謝産物も活性を持つことと、腎排泄であることから、腎機能低下患者には投与量を減らすか、他の薬剤を検討する。

## ● 使用法

### 初発患者

最も多くの薬剤が利用できるのはもちろん経口投与であり、患者の病識、治療に対する自主性などの面からも可能な限り経口投与を基本とすべきである。

原則的に、初発の幻覚・妄想などの症状には、非定型抗精神病薬単剤による治療を行う。

### 再発患者

再発の場合、これまでの治療歴を調べ、以前に効果のあった薬剤を使うことが賢明である。これまで服用していた薬剤が効いていない場合、単に作用がなかっただけならば、同じ薬剤の増量を試みる。錐体外路症状などを呈した場合には、抗パーキンソン病薬を加えるか、この副作用を呈する頻度の少ない薬剤を試みる。

### 興奮の激しいときなど

特に急性期においては治療に対する理解がなく拒薬したり、興奮が強く内服困難なことも多い。早急な鎮静を必要とすることもあり、そのようなときには注射剤を使用する。病識に乏しくても患者に治療の必要性を説明し、強制的な印象を与えない配慮が必要である。セレネース (1A = 5mg) は比較的安全に使用でき、