

## うつ病①（高齢者）

- 高齢者うつ病は、65歳以上の高齢者に生じるうつ病を指す。成人早期のうつ病との違いは、①出現しやすい症状が異なること、②他の病気との区別が難しい場合があること、③薬の副作用が出やすいことなどが挙げられる。  
特に認知症との区別が重要だが、うつ症状自体は認知症の前駆症状や合併症状としてみられることもあり、判断に迷うことがある。他にもせん妄、薬物の影響、体の病気の影響などとの区別にも注意が必要である。
- **高齢者うつ病の特徴**  
抑うつ気分のような精神症状が目立たない。  
耳鳴り、めまい、ふらつき、手足のしびれなど自律神経症状の訴え  
頭痛、腰痛、胃部不快感などの不定愁訴  
物忘れ、理解力・判断力の低下が目立ち、  
認知症と誤診されやすい  
「出典：すまいるナビゲーター（うつ病） 大塚製薬株式会社ホームページ」
- **高齢者のうつ病治療ガイドラインに各種療法の有用性**
  - ・ 高齢者うつ病の診断では、双極性障害や身体疾患および脳器質性疾患を原因とするうつ症状、薬物治療による症状、認知症と慎重に鑑別し高齢者うつ病と認知症との併存を判断することが重要となる。
  - ・ 高齢者うつ病の臨床的特徴や心理社会的背景の十分な理解、患者の状態の評価、これらの因子に基づいた基本的な介入を行う必要がある。
  - ・ 抑うつ症状の軽減には、問題解決療法、回想療法/ライフレビュー療法、行動活性化療法、その他の心理療法が有効である
  - ・ 高齢者うつ病に対する薬物療法に関しては、新規抗うつ薬または非三環系抗うつ薬を用い、初めに最小有効用量を決定することが推奨されている。
  - ・ 治療抵抗性患者に対しては、抗うつ薬の切り替えおよびアリピプラゾール増強療法が使用可能である。
  - ・ 高齢者うつ病に対し、電気けいれん療法および反復経頭蓋磁気刺激療法が有用であることが確認されている。
  - ・ 運動療法、高照度光療法、食事療法は、ある程度の有用性が認められている。

## うつ病②（一般・認知症）

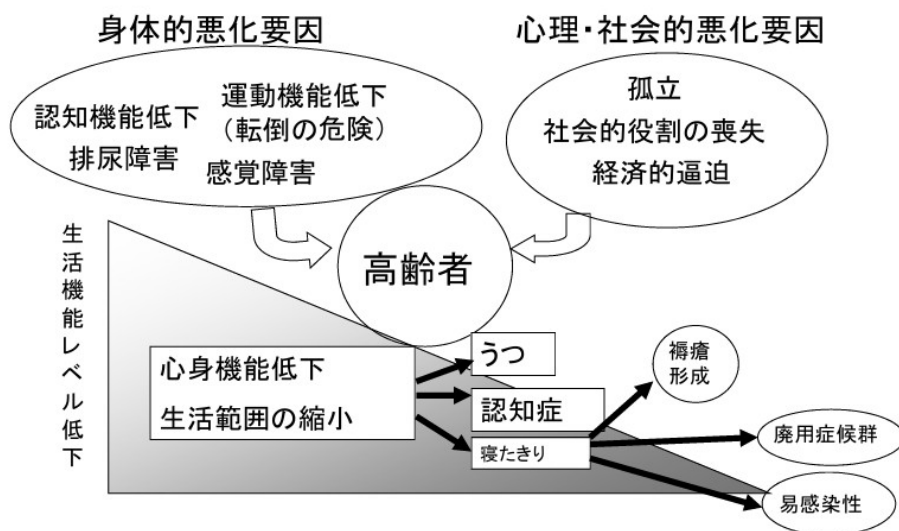


図2 老年症候群としての「うつ」「認知症」

出典：高齢者うつ病とアルツハイマー病に伴ううつ状態の比較検討  
 老年期認知症研修会誌 Vol.18 2018

表1 うつ（仮性認知症）と認知症の鑑別

	うつ	認知症
発症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
もの忘れの訴え方	強調する	自覚がない、自覚あっても生活に支障ない
答え方	否定的答え（わからない）	作話、つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
睡眠	障害ある	障害はない
日内変動	起床時に気分不良など変動あり	変化に乏しい
持続	数ヶ月単位	年単位
気分	動揺性	比較的安定

出典：高齢者うつ病とアルツハイマー病に伴ううつ状態の比較検討  
 老年期認知症研修会誌 Vol.18 2018

## うつ病③(高齢者)(診断・チェックシート)

- 「うつ病」の診断は非常に難しい。高齢者については、加齢、認知症等と混同するような症状が発症することも多い。客観的、診断の手助けになるようなチェック

チェックシートは、医師に相談する際に、症状を的確に伝えるためのもの。診断結果をあらわすものではない。  
結果の如何にかかわらず不安がある場合には、専門の医師に相談。

- 簡易抑うつ症状尺度(Quick Inventory of Depressive Symptomatology: QIDS-J)は、16項目の自己評価尺度。  
睡眠に関する項目(第1ー4項目)、食欲／体重に関する項目(第6ー9項目)、精神運動状態に関する2項目(第15、16項目)は、それぞれの項目で最も点数が高いものを1つだけ選んで点数化し、それ以外の項目(第5、10、11、12、13、14項目)は、それぞれの点数を加算します。うつ病の重症度は、睡眠、食欲／体重、精神運動、その他の合計点数(0点から27点)で評価する。

1	寝つき
2	夜間の睡眠
3	早く目が覚めすぎる
4	眠りすぎる
5	悲しい気持ち
6	食欲低下
7	食欲増進
8	体重減少(最近2週間で)

9	体重増加(最近2週間で)
10	集中力/決断
11	自分についての見方
12	死や自殺についての考え
13	一般的な興味
14	エネルギーのレベル
15	動きが遅くなった気がする
16	落ち着かない

## うつ病③(高齢者)(治療)

抗うつ薬(スルピリド含む)	高齢者のうつ病の治療には、心理社会的要因への対応や臨床症状の個人差に応じたきめ細かな対応が重要である。高齢者のうつ病に対して三環系抗うつ薬は、特に慎重に使用する薬剤に挙げられている。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	三環系抗うつ薬(アミトリプチリン[トリプタノール]、アモキサピン[アモキサン]、クロミプラミン[アナフラニール]、イミプラミン[トフラニール]など)は、SSRIと比較して抗コリン症状(便秘、口腔乾燥、認知機能低下など)や眠気、めまい等が高率でみられ、副作用による中止率も高いため、高齢発症のうつ病に対して、特に慎重に使用する。スルピリド[アビリット、ドグマチール]は、食欲不振がみられるうつ状態の患者に用いられることがあるが、パーキンソン症状や遅発性ジスキネジアなど錐体外路症状発現のリスクがあり、使用はできるかぎり控えるべきである。SSRI(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]、パロキセチン[パキシル]、フルボキサミン[デプロメール、ルボックス])も高齢者に対して転倒や消化管出血などのリスクがある
	投与量、使用方法に関する注意	痙攣、緑内障、心血管疾患、前立腺肥大による排尿障害などの身体症状がある場合、多くの抗うつ薬が慎重投与となる。三環系抗うつ薬とマプロチリン[ルジオミール]は、緑内障と心筋梗塞回復初期には禁忌であり、三環系抗うつ薬とエスシタロプラムはQT延長症候群に禁忌である。スルピリドは使用する場合には50mg/日以下にし、腎排泄型薬剤のため腎機能低下患者ではとくに注意が必要である。褐色細胞腫にスルピリドは使用禁忌である。SSRIは急な中止により離脱症状が発現するリスクがあることにも留意する。他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意 SSRIの使用
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	SSRIの使用に当たっては、CYPの関与する相互作用などを受けやすいため、併用薬に注意が必要である。特にフルボキサミンはCYP1A2を、パロキセチンはCYP2D6を強く阻害し、併用禁忌の薬剤もあることから、注意が必要である。CYPの関与する主な相互作用は、別表4(p.34)を参照。また、非ステロイド性抗炎症薬や抗血小板薬との併用は出血リスクを高めることがあるため注意が必要である。

## うつ病④(治療薬の副作用)

### ● セロトニン症候群 (服用早期や増量時にセロトニン機能が異常亢進)

#### <症状>

精神症状: 不安、焦燥感(いらいら感)、錯乱、興奮

身体症状: 身体が勝手にピクピク動く、筋強剛(身体が固くなる)

自律神経症状: 発熱、発汗、下痢、脈が速くなる、呼吸が早くなる

#### <対処>

服薬を中止し、安静にすればすみやかに軽快する。もし、セロトニン症候群で無かった場合は、薬を急にやめることがかえって危険なこともあるので、注意が必要。

### ● 離脱症候 (減量や中断時に)

#### <症状>

精神症状: 不安感、不眠、イライラ感や落ち着きのなさ

身体症状: めまい、吐き気、だるさ、耳鳴り、手足のしびれるような感じ、耳鳴り、電気が流れたようなビリビリとした感覚(シャンビリ感)

#### <対処>

服用を再開するとすぐに改善する

・セロトニン受容体作用(セロトニン5HT<sub>3</sub>) 吐き気・下痢(一過性)

・ノルアドレナリン受容体作用: 血圧上昇・頭痛

・α1受容体遮断作用: ふらつき・立ちくらみ・射精障害

・ヒスタミンH1受容体遮断作用: 食欲亢進・体重増加・眠気

・ムスカリン受容体遮断作用: 口渇・便秘・尿閉・眼圧上昇

出典: 抗うつ剤の種類・特徴とその限界 Vol.53  
No.7 2017 ファルマシア