
BPSDの病態と治療

BPSD, Pathology and Treatment

日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科

今井幸充*

はじめに

認知症は、記憶、見当識などの認知機能の障害を中核症状に妄想、幻覚、不眠、不安、恐怖などの精神症状をはじめ徘徊、興奮、不適切な行動など、周辺症状と位置づけられている行動・心理症状（BPSD）が出現する。BPSDは、その対応が難しく、介護破綻に繋がることから、その病態と治療について述べる。

1. BPSDの定義

認知症の多くに行動の異常がみられ、以前これを「問題行動」と呼んでいたが、その侮蔑的な意味から、最近では国際老年精神医学会（IPA）が提唱したBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms on Dementia 認知症の行動心理学的症候）¹⁾を用いている臨床家が多い。「殴る」「蹴る」「たたく」などの行動の異常と「妄想」「幻覚」「抑うつ」などの心理症状の両者を表現するもので、IPAは「認知症において頻繁に見られる知覚、思考内容、気分、行動の障害」と定義している。

2. BPSDの出現頻度

疫学調査では、在宅認知症者の80%に行動の異常すなわちBPSDが認められ、重症度別頻度を図1に示す²⁾が、BPSDの出現は個人差が大きいものの中程度の時期にピークがみられる³⁾。病型別に見ると⁴⁾、アルツハイマー病 85.7%、脳血管性認知症 89.3%と両疾患の出現に大きな差異は見られない。

3. BPSDの発症要因

認知症者は、適切な判断ができなくなり、また言

語によるコミュニケーションが十分に果たせなくなることから、不安、焦燥、自責、攻撃、拒否といった感情が生じ、これらがBPSD発症に関連する⁵⁾。すなわち、能力の衰退がストレスとなり、または繰り返えされることで精神症状が発症すると言われ⁶⁾、これらの精神症状は、心的防衛とも考えられている⁷⁾。一方、アルツハイマー型認知症（ATD）では、アセチルコリンやセロトニンなどの神経伝達物質の減少に伴う攻撃や焦燥⁵⁾、あるいは脳循環障害とうつ病の関連が指摘されているように⁸⁾脳器質性要因によるものや、せん妄など意識障害により、多彩な精神症状の出現が見られる。

BPSDの発症には、心理社会的のみならず身体的あるいは脳器質的な要因が関与するが、Evans⁹⁾が指摘するように、高齢者の精神障害は症状出現が非特異的なため、その原因を特定することは容易でない。

4. 疾患別BPSDの特徴

ATDのBPSDは、多彩で、自発性低下は全ての経過で高頻度に見られ、軽度では心気、抑うつといった症状が多く、また高度になると、失禁、人格水準の低下、徘徊などが目立つ¹⁰⁾。このように、BPSDの発現は個人差が大きいものの、病期の進行に依存した一定の変遷が指摘されている¹¹⁾。

症状別では、ATDでは妄想が、脳血管性認知症では抑うつが有意に多い。レビー小体型認知症（DLB）は、初期から幻視がみられ、その頻度は60～70%と高く、中でも人物の幻視が最も多く、動物や虫の幻視も比較的多いのが特徴である¹²⁾。その他に妄想性人物誤認症候群、盗害妄想や迫害妄想などの妄想、不安やうつ症状などの精神症状や易刺激性、異常行

* Yukimichi Imai: Professor, Japan College of Social Work, Graduate School of Social Services

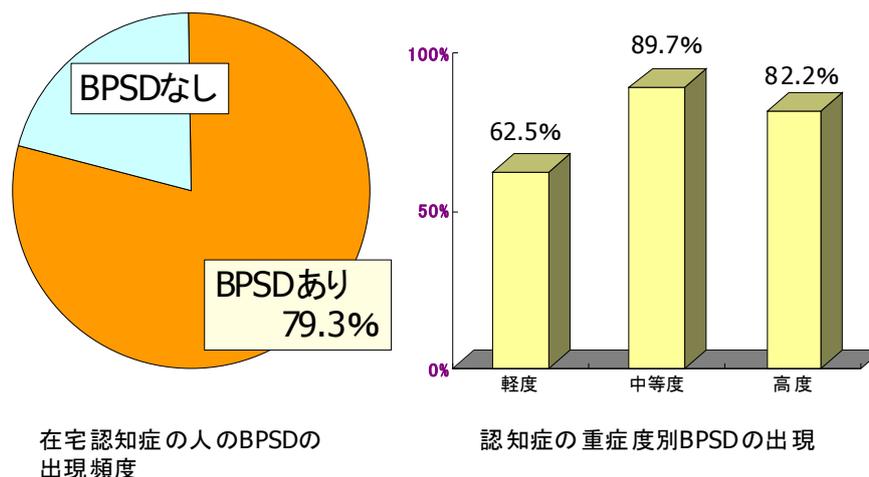


図1 アルツハイマー型認知症のBPSDの出現頻度

出典：文献10) から作図

表1 非定型抗精神病薬の注意すべき合併症

	糖尿病	パーキンソン病	皮質下部の脳障害	心血管系低血圧	脱水等の身体的疲弊
リスペリドン (リスパダール)	慎重	慎重		慎重	慎重
ペリスピロン (ルーラン)	慎重	慎重		慎重	慎重
オランザピン (ジブレキサ)	警告・禁忌				
クエチアピン (セロクエル)	警告・禁忌			慎重	
アリピプラゾール (エビリファイ)	警告・禁忌			慎重	
ハロペリドール				慎重	慎重
クロルプロマジン			原則禁止		慎重
理由	悪化	EPS悪化	高熱反応	血圧低下	悪性症候群

出典：文献14)

動などの頻度も70%以上との報告もある¹²⁾。

前頭側頭型認知症 (FTD) は、初期から欲動性の脱抑制に伴うだらしなさ、非社交性、社会的逸脱行為、暴力行為、無関心や感情起伏が平板化する感情鈍麻などがみられる。行動異常としては、常同行為、注意障害や「時刻表的生活」と言われる¹³⁾ 強く時間に規定される行為、保続、反復行為が目立つ。また食行動異常として、病初期から食欲亢進、嗜好の変化が出現し、中期には盗食や異食行為、さらには咀嚼行為の異常が見られ誤嚥の原因にもなる。

5. BPSD の治療

BPSD の治療では、適切な介護と薬物療法の2つの視点からアプローチすることが求められるが、こ

こではBPSDの薬物治療を中心に述べる。

BPSDの治療薬として、フェノチアジン系やブチロフェノン系の薬剤が一般的に使われていたが錐体外路症状などの副作用を来しやすいことから、比較的穏やかな非定型抗精神病薬が用いられるようになった¹⁴⁾。しかし、臨床試験で死亡例が多く報告されたことから、2004年以降英国や米国の国家機関がこの薬剤の使用に関する警告・勧告を発した¹⁵⁾。特に心不全、心臓関連死や脳血管障害に注意が必要で、また糖脂質代謝異常の出現頻度も高く、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールは糖尿病患者およびその既往歴を有する患者には禁忌である(表1)。しかし、実際の臨床では、BPSD患者の93%に薬物を投与され、そのうちの81%が抗精神病薬を処

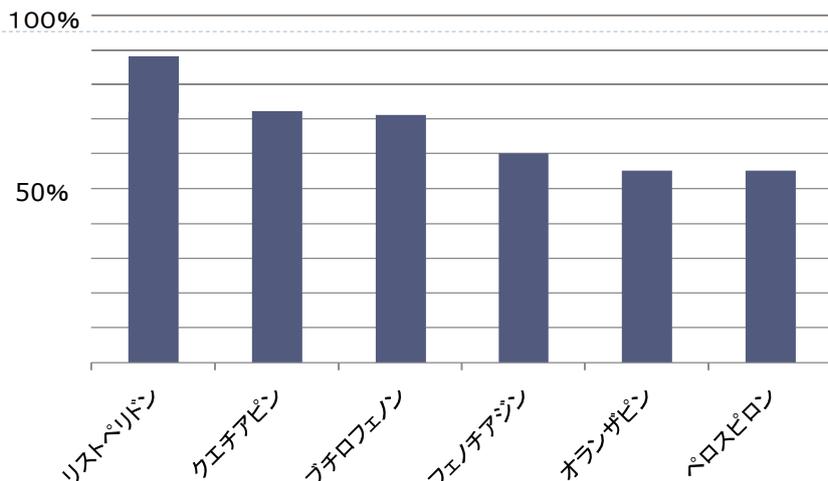


図2 向精神薬の使用頻度（重複回答 n = 785）

出典：文献16）から作図

方し、中でもリスペリドンを処方する頻度が88.3%と高かった（図2）¹⁶⁾。これらの薬剤は、医療保険適応外であってもBPSDの治療に使う医師が多い¹⁶⁾。反面、治療効果に疑問も持つ報告もある¹⁷⁾。そしてリスペリドンやオランザピンは抗コリン作用が強いことからせん妄の出現に注意すべきであろう¹⁸⁾。

認知症のうつ症状や自発性の低下に抗うつ剤を使うが、最近では少量のSSRI（selective serotonin reuptake inhibitor）やSNRI（serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor）が選択されることが多いが、その効果について不明な点もある¹⁸⁾。抗てんかん薬のカルバマゼピンやバルプロ酸は双極性感情障害に用いるが、認知症の易怒や攻撃などの激しい行動の異常に有効である。バルプロ酸は、比較的 low 容量で効果が得られるが、カルバマゼピンはふらつきや過鎮静等の副作用が比較的高頻度で出現する¹⁸⁾。

抗不安剤は、ふらつき、めまい、倦怠感などの中樞神経抑制作用やせん妄などの副作用が多いので、薬剤選択の目安として半減期が短いものを選択すると良い。中でもエチゾラムは比較的使いやすい。ベンゾジアゼピン系睡眠薬についても、抗不安剤と同様の副作用がある。不眠の訴えには、短半減期睡眠導入剤のプロチゾラム（レンドルミン）やロルメタゼパム（ロラメット）、リルマザホン（リスミー）を第一選択に用いる。認知症の昼夜逆転や夜間せん妄に伴う不眠は、睡眠導入剤で症状を遷延させてしまうこともあるので、効果が得られないときは増量よりもチアプリドの併用を考えるとよい。

おわりに

BPSD の治療目的は、認知症者の日常生活の混乱を改善し、生活の質の向上のための医療支援である。薬物療法は、この目的を達成させるための一つの手段であるが、対症療法に過ぎない。BPSD の改善のみに主眼を置いた抗精神病薬の増量は、行動制限出現に繋がり兼ねないが、それを避けるのが介護者との密接な連携によるBPSDの発症要因の解明である。

文献

- 1) Finkel S, Costa J, Silva E, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioural and Psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 12. 1060-1061, 1997
- 2) 東京都福祉局：高齢者の健康と生活に関する実態調査；専門調査結果報告書，東京都福祉局，1996年
- 3) 朝田隆：認知症と行動異常—認知症疾患・経過・重症度との相関—．*老年精神医学誌* 13:152-156, 2002
- 4) 池田学，福原竜治，田邊敬貴：認知症の行動異常と他の症状との関連．*老年精神医学誌* 13：157-162, 2002
- 5) 三好功峰：認知症における行動異常の生物学的・精神病理学的理解．*老年精神医学誌* 13：163-168, 2002
- 6) 杉山善朗：老年期のストレスの心理．*老年精神医学雑誌* 5：1325-1332, 1994

- 7) 今井幸充：認知症性老人のもつ危機とその対応. 老年社会科学 14 Suppl. : 23-30, 1992
- 8) 藤川徳美, 山脇成人, 藤田康信ほか：初老期・老年期うつ病と潜在性脳梗塞の関係についての臨床研究；MRI を用いての検討. 精神経誌, 94:851-863, 1992
- 9) Evans: How are the elderly different? In Improving the Health of Older Peopl: a World View (R.L. Kane, J.G. Evans and D.Macfadyen, Eds). 1990, Oxford University Press, Oxford.
- 10) 今井幸充, 本間 昭, 長谷川和夫, 稲田陽一：アルツハイマー型認知症の精神症状と CT 所見, 日本老年医学会雑誌 21 : 410-419, 1984
- 11) Schneck MK, Riesberg B, Ferris SH: An overview of current concepts of Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 139, 165-173, 1982
- 12) 長濱康弘：レビー小体型認知症の BPSD. 老年精神医学雑誌 21 : 858-866, 2010
- 13) 繁信和恵：前頭側頭型認知症の BPSD. 老年精神医学雑誌 21 : 867-871, 2010
- 14) 中村裕：高齢者における定型抗精神病薬から非定型抗精神病薬へのスイッチング. 老年精神医学雑誌 18 : 746-750, 2007
- 15) 大沼徹, 新井平伊：高齢者における非定型向精神薬の使用指針. 老年精神医学雑誌 18:752-758, 2007
- 16) 本間昭：認知症の精神症状・行動障害（BPSD）に対する抗精神病薬の使用実態に関するアンケート調査. 老年精神医学雑誌 17 : 779-783, 2006
- 17) 阪井一雄, 前田潔：認知症と非定型抗精神病薬。老年精神医学雑誌 18 : 739-745, 2007
- 18) 水上勝義：アルツハイマー病における BPSD の治療と対応. 老年精神医学雑誌 8 : 872-884, 2010

この論文は、平成 22 年 6 月 12 日（土）第 18 回九州老年期認知症研究会で発表された内容です。