



認知症の精神症状・行動異常 (BPSD)

服部 英幸[†]

IRYO Vol. 71 No. 8 / 9 (367-371) 2017

【キーワード】 精神症状, 行動異常, 認知症, せん妄

はじめに

認知症は、さまざまな原因によって生じた認知機能低下に基づく症状の集まり（症候群）であり、脳障害の直接的反映である記憶障害、見当識障害などの中核症状と、精神症状、行動異常に大別される。精神症状・行動異常は以前、周辺症状と呼ばれていたが、認知症の診療および介護においてこれらの症状にどのように対処するかが重要であると考えられるようになり、1996年に「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」と定義される Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSD) の名称が用いられるようになった¹⁾。BPSD が出現することによって在宅介護が困難となり施設入所を早め、医療費の増大をもたらし、介護者と患者の QOL 低下、介護者のストレス増大を惹起する。

制などが、基礎疾患による脳障害の直接的反映であると考えられるならば、これらは「中核症状」と考えることもできる。

BPSD の出現頻度は症状によって異なっているが、全体としての有病率は56%であり、5年間の追跡を行うと、ほぼすべての認知症例がどこかの時点で BPSD を発現している。症状別ではうつ、意欲低下、妄想（物とられ妄想、嫉妬妄想など）、不安、易刺激性（些細なことで感情が高ぶる状態）が高率に認められる（表1）²⁾。アルツハイマー型認知症を例にとると、BPSD はその経過の中で出現する症状に違いがある点が重要である。認知機能低下が軽度の時期には、うつ、不安、妄想が出現しやすい。中等度の時期には、攻撃性、多動、徘徊など多くの BPSD が認められる。重度の時期には、多くの場合それまで認められた厄介な BPSD が消退し、意欲低下のみが前面に出てくるようになることが多い。

症状、頻度、経過

図1に中核症状と BPSD の具体的な症状を示した。ただし、これらの症状分類はアルツハイマー型認知症をモデルとしたものであり、レビー小体型認知症における幻覚、前頭側頭型認知症における脱抑

BPSD の発症機序

ア. 生物学的な観点

一般的に、大脳皮質は食行動、性行動、喜怒哀楽などの感情を支配している間脳・辺縁系に対して抑制的に働き、食行動や、性行動、感情の露出が周囲

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 精神診療部 [†]医師
 著者連絡先：服部英幸 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 精神診療部
 〒474-8511 愛知県大府市森岡町7丁目430番地
 e-mail : hideyuki@ncgg.go.jp

(平成29年3月22日受付, 平成29年5月12日受理)

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

Hideyuki Hattori, Department of Psychiatry, National Center for Geriatrics and Gerontology

(Received Mar. 22, 2017, Accepted May12, 2017)

Key Words : psychological symptom, behavior disorder, dementia, delirium

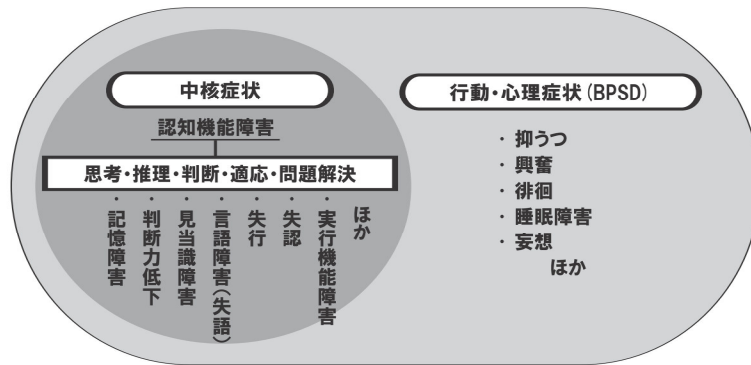


図1 認知症の中核症状と行動・心理症状 (BPSD)

認知症はさまざまな疾患を原因とする症候群である。中核症状と精神症状・行動異常 (BPSD) の2つに分類される。

表1 BPSDの有病率(文献2)より引用改変)

BPSDの出現頻度を調査時点と5年間の追跡で調べた。調査開始時点での有病率は56%であり、5年間の追跡を行うと、ほぼすべての認知症例がどこかの時点でBPSDを発現していた。

NPI BPSD items	調査開始時の有病率 (%)	5年追跡調査での有病率 (%)
Delusions (妄想)	18	60
Hallucinations (幻覚)	10	38
Agitation (焦燥) / Aggression (攻撃性)	14	45
Depression/Dysphoria (うつ状態)	29	77
Apathy/Indifference (意欲低下)	20	71
Elation/Euphoria (多幸)	1	6
Anxiety (不安)	14	62
Disinhibition (脱抑制)	7	31
Irritability/Lability (易刺激性)	20	57
Aberrant motor behavior (異常行動)	7	52
Any symptom (合計)	56	97

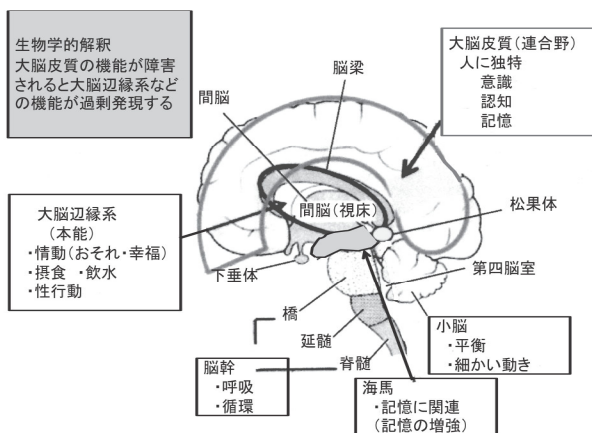


図2 BPSDの発症機序…生物学的視点

の状況に応じて適切であるように制御している。ところが、認知症の代表的な原因疾患であるアルツハイマー型認知症や前頭側頭型認知症では、大脳皮質での神経細胞脱落が著しくなり、大脳皮質による制御が働きにくくなる。それにより、間脳、辺縁系の機能が脱抑制状態になり、さまざまな精神症状、行動異常が生じてくる(図2)。たとえば、前頭側頭型認知症でみられる性的脱抑制や、重度のアルツハイマー型認知症でみられる異食、アルツハイマー型認知症や血管性認知症でみられる易怒性などは、このような機序で出現していると考えられる。

イ. 心因反応(環境への反応)という観点

主として、認知症の初期に認められる心理である。

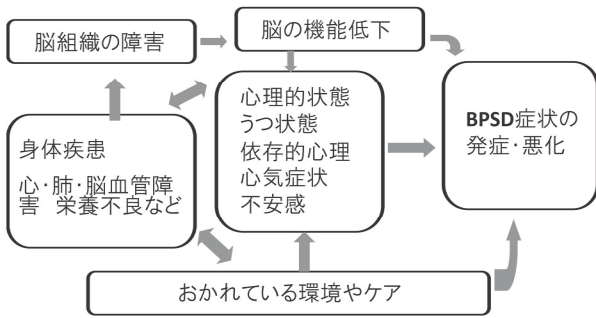


図3 BPSDの発症・悪化に関連する要因（文献3）より引用、改変
BPSDの発症機序 身体疾患罹患や環境要因など。

中核症状としての記憶障害や判断力低下が進むと、これまでは簡単にできていたはずの、周囲の状況への理解、適切な反応が困難になる。家族や周りの人と心を通わすことが難しく感じ、孤立感を深める。不安、焦燥感、寂しさを感じ、家庭で自分の居場所がない、なにをしてもいやがられるのではという感じを持ちやすくなる。家族も、認知症の初期には、本人の変化を受容できず、過度に励ましたり、できないことを強く指摘することが多いため、本人は「叱られた。なぜ叱られたのかわからない」という混乱した心理状態となり、さまざまな精神症状・行動異常へ発展する。

ウ. その他の因子

身体疾患の新たな発生や悪化が脳機能の低下をきたし、それがBPSDにつながることもある。運動器疾患の痛み、脱水、下痢などで精神症状・行動異常が出ている可能性を考慮すべきである。また、入院、災害などの環境の変化がBPSD発症を促進することがある（図3）³⁾。

🔍 状態評価

BPSDとされている状態は数多く、多忙な医療・介護の現場で対応を考えるためには整理しておく必要がある。本人の様子を観察して、発語・行動が過多になっている「過活動症状」と、動きが少ない「低活動症状」に分けられる（図4 A, B）⁴⁾。過活動症状は看護記録などで単に「興奮」と表現されることが多い状態であるが、躁状態、うつ状態、常同行動など多くの症状が包含されており、それぞれでケアの方法、使用する薬物が異なる。低活動状態は、しばしば「うつ」として対応されるが、意欲低下（ア

パシー）や身体症状にともなう意識障害（せん妄）である可能性もある。過活動症状にくらべて低活動症状は見落とされやすく、放置されていることも多いが、重篤な身体・精神疾患をともなっていることもあるので注意が必要である。

BPSDの診断・治療の向上および適切な介護プランを作成するためには信頼できる評価法を用いて患者の状態を把握し、スタッフ間での情報共有を進める必要がある。わが国で用いられることの多い評価法を紹介する（表2）。Cohen-Mansfield Agitation Inventory（コーエンマンズフィールド行動異常評価尺度、CMAT）は、具体的な行動異常（叫ぶ、たたくなど）を頻度によって点数化する。介護者による評価方法であり、簡潔でわかりやすく負担が少ない。Behavior Pathology in Alzheimer’s disease (Behave-AD) は、介護者に対し面接を行うことで評価する。妄想観念、幻覚、行動障害、攻撃性、日内リズム障害、感情障害不安および恐怖の7分類25項目と介護負担と患者への危険性評価1項目からなる。Neuropsychiatric Inventory (NPI) は、最もよく知られた評価方法であり、研究手段としても多用される。博野らにより日本語版が作成された⁵⁾。評価方法によっていくつかの種類が用意されている。また、日本で開発された評価方法として、BPSD-ASがあり、直接観察方式で評価する⁶⁾。

🔍 BPSDのケアと薬物療法

入院、介護施設入所など、それまでの生活から急激に環境が変化するときは不安が高じやすくなるうえ、医療、介護スタッフの不適切なアプローチが発症の契機となりうる。声掛けは高齢者のペースでゆっくりと、安心感を大切にする。話に集中できる静かな環境があるといい。スタッフが話した内容を認知症高齢者が理解する時間をとる。一度に多くのことを指示せず、一つ一つ理解できたかを確認しながら次のステップへ進むことを心掛けたい。イラストを使ったり、色彩を豊富に使うなどの非言語的コミュニケーションを多用するとよい。感覚機能低下が障害となっていることもあり、補聴器、メガネなどの補助具を積極的に使う。個々の事例で差が大きいので、過去の行動特性や家庭での状況などの情報を把握しておくことが、案外有用である⁷⁾。

薬物療法は万能ではなく、生活機能低下、誤嚥性肺炎などの新たな疾患の併発などリスクが大きい。

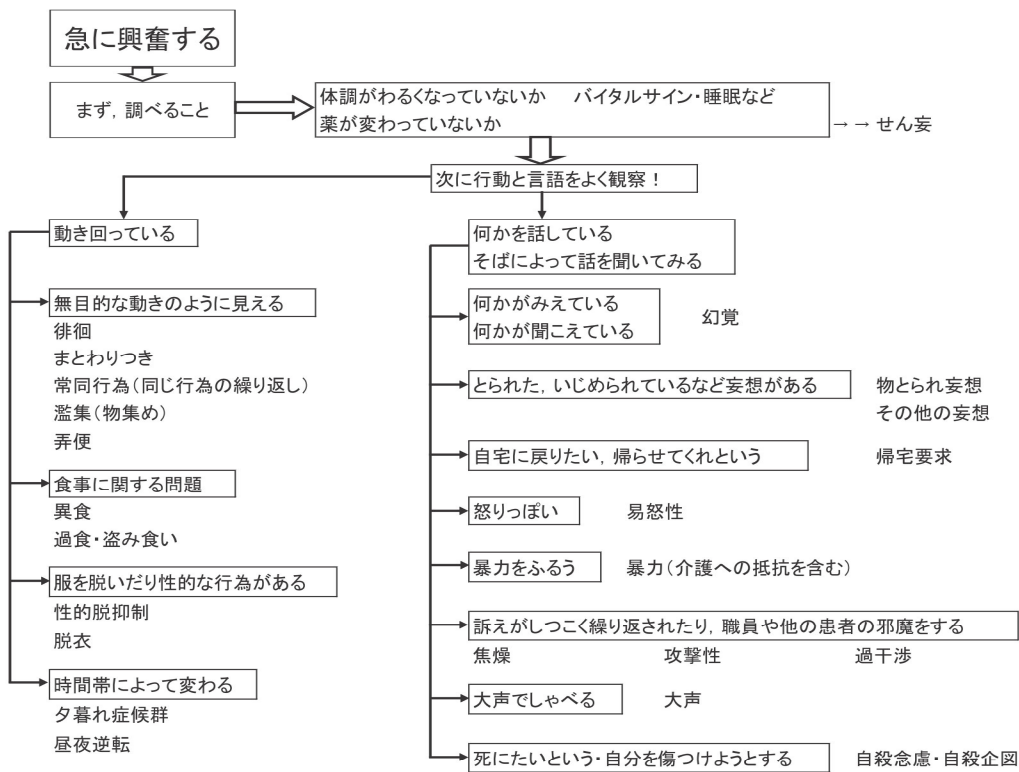


図4A BPSDの過活動症状(いわゆる興奮・不穏)の見方(文献4)より引用, 改変)
BPSDの状態評価 過活動症状. 単に「不穏」と表現しただけでは次の対応につなぐことができない。

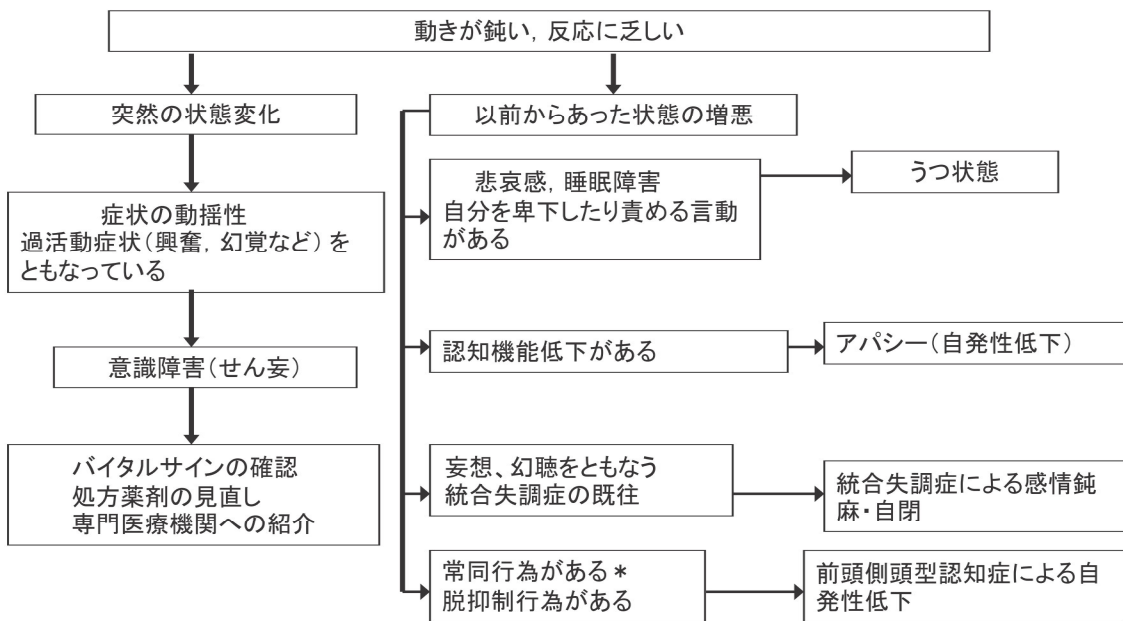


図4B 低活動症状(いわゆる「うつ状態」)の見方(文献4)より引用, 改変)
BPSDの状態評価 低活動症状. 過活動症状に比して見落とされやすく, 放置されていることも多いが, 重篤な身体・精神疾患をともなっていることもあるので注意が必要である。

BPSDの症状や原因を細かく検討することなく, ただ「興奮しているから」「不穏だから」と鎮静効果のある抗精神病薬や抗不安薬をやみくもに投与することは最もつづしまなければならない。まず, 合併

身体疾患治療, それまでの処方の見直し, 環境調整, ケア, 非薬物療法を試み, 最後の手段としての薬物療法を用いる。

患者の生活背景や, 服薬管理がきちんとできる状

表2 認知症 BPSD の評価方法

BPSD の症状, 重症度を数値として評価する方法. スタッフ間で情報を共有するために有用である.

評価方法	評価対象となるBPSD	対象者	方法	評価者
CSDD	うつ	在宅, 入所	直接観察と介護者へのインタビューの併用	専門職
CMAI	焦燥	在宅, 入所	直接観察	介護者
Behave-AD	包括的評価	在宅	介護者へのインタビュー	専門職
NPI-D	包括的評価	在宅	介護者へのインタビュー	専門職
NPI-Q	包括的評価	在宅, 入所	介護者への質問紙	介護者
NPI-NH	包括的評価	入所	介護者へのインタビュー	専門職
BPSD-AS	包括的評価	在宅	直接観察	専門職

CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia. CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory (コーエンマンズフィールド行動異常評価尺度). Behave-AD : Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease. NPI-D : Neuropsychiatric Inventory with Caregiver Distress Scale. NPI-Q : NPI-Brief Questionnaire Form. NPI-NH : NPI in Nursing Home Version. BPSD-AS : BPSD-assessment scale. (文献7)

況にあるかの確認はきわめて重要である。BPSD 治療薬の多くは眠気, ふらつきを惹起するため, 転倒の危険性が増す。

認知症の多くは高齢者であり, 当然のことだが高齢者の薬物療法の原則に則して処方する。原則として少量から開始し, 症状をみながら徐々に調整し, 効果のある最小量で治療する。中止するときも徐々に中止するようにして離断による副作用を予防する。家族および本人に副作用があり得ることをあらかじめよく話しておく。さらに, BPSD に対して処方される薬物は保険適応外である薬剤もあることを事前に本人・家族に十分に説明する必要がある。具体的な使用薬剤については, 非専門医のための BPSD 薬物療法ガイドラインが厚生労働省研究班により作成されている⁸⁾。「かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>) 処方のためのアルゴリズムも記載されているので参考にしてほしい。

著者の利益相反: 本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) Finkel SI, Costa e Silva J et al. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr*. 1996; 8 Suppl 3 : 497-500
- 2) The IPA complete guides to BPSD 2012, Specialists guide, module 1, p 6.
- 3) Wells CE 編, 池田久男 訳. 痴呆, 東京: 医学書院; 1974, p 123.
- 4) 服部英幸編: BPSD 初期対応ガイドライン. 東京: ライフサイエンス: 2012; P114-38.
- 5) 博野信次, 森 悦朗, 池尻義隆ほか. 日本語版 Neuropsychiatric Inventory -痴呆の精神症状評価法の有用性の検討-. *脳神経* 1997; 49; 266-71.
- 6) 北村葉子, 今村 徹, 笠井明美ほか. 認知症における行動心理学的症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) の直接行動観察式評価用紙の開発 信頼性と妥当性の検討. *高次脳機能研* 2010; 30; 510-22.
- 7) 鷺見幸彦監修. 初めての認知症看護. 東京: エクスナレッジ: 2014; 65-77.