
総 説

認知症の BPSD に対する治療：最近の topics も含めて

成 本 迅*

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

Recent Advance of Treatment for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Jin Narumoto

Department of Psychiatry,

Kyoto Prefectural University of Medicine Graduate School of Medical Science

抄 録

認知症の経過の中で 80%以上の患者が何らかの行動と心理症状（BPSD）を認めると報告されている。BPSD は、患者自身にとって苦痛だけでなく、介護者にとっても対応が難しく負担になるため、在宅介護が破たんする主要因となる。

治療は、薬物療法と非薬物療法に分けることができ、薬物療法では抗認知症薬に加えて抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、気分安定薬などが用いられるが、鎮静や転倒などの副作用に注意が必要である。一方、非薬物療法は、介護者教育や環境調整など一般的なものから、音楽療法や光線療法といった特定の手法を用いるものがある。

本稿では、これらの治療法について概説し、治療効果や臨床で用いる際の注意点について述べた。BPSD は認知機能障害とも密接に関連しており、また医療だけで完結せず、他職種と連携しながら本人と家族を支えていくことが重要である。

キーワード：認知症、BPSD、薬物療法、非薬物療法。

Abstract

It has been reported that over 80% of patients with dementia experience behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) during their course of illness. BPSD cause serious distress for patients and constitute major factor that lead to institutionalization because it is often difficult to deal with.

Treatment for BPSD can be classified into pharmacotherapy and non-pharmacotherapy. Antipsychotics, antidepressants, hypnotics and mood stabilizers are used for pharmacotherapy in addition to antidementia drugs. We should be cautious for the side effects including sedation, fall and so on. Nonpharmacotherapy includes caregiver education and modification of environment. In

令和元年10月16日受付 令和元年10月16日受理

*連絡先 成本 迅 〒604-0963 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465番地

jnarumoto@koto.kpu-m.ac.jp

doi:10.32206/jkpum.129.03.177

addition, there are more specialized therapy including music therapy and light therapy.

Here, I described these treatments and how we can utilize them in our clinical practice. I would like to emphasize that BPSD are related to cognitive dysfunction and multidisciplinary team approach is critical to support patients and family.

Key Words: Dementia, BPSD, Pharmacotherapy, Nonpharmacotherapy.

はじめに

認知症の代表的な症状としては、記憶障害や実行機能障害などの認知機能障害があげられるが、一方でもう一つの主な認知症の症状であるBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) も、患者本人と家族に大きな苦痛を与え、在宅生活や施設での生活に支障を来す原因となる。BPSDには、興奮や徘徊、過食といった行動の過多と無気力、不食といった行動の過少、そして不安や抑うつといった心理症状と幻覚・妄想などの精神病症状が含まれる。特に興奮や暴言・暴力といった攻撃的な言動や、徘徊、不眠など、介護者が対応に苦慮する行動については、在宅介護の破たんを来して施設入所の原因になることが知られている。

図1にBPSDへの対応の手順を示す。BPSD発生の要因としては、痛みや便秘、頻尿などの身体的不快感やコミュニケーション障害のため患者のニーズを捉えられていないこと、さらには薬剤性の場合もみられる。このような要因が存在する場合には、まず原因を取り除くことが重要である(表1)。BPSDの治療は大きく薬物療法と非薬物療法に分けられ、非薬物療法については、介護者教育や環境調整といった一般的なものから、音楽療法、光線療法といった特別に設計された治療法がある。本稿では、主な治療法について概説し、現場で行う際の注意点などについて述べた。

薬物療法

BPSDに対する薬物療法については、患者の状態が変動しやすいことや身体疾患による影響が大きいことから臨床試験のデザインが難しく、効果のエビデンスが乏しい。また、抗精神病薬による死亡率上昇のデータもあることから、処方には慎重を要することは間違いない。

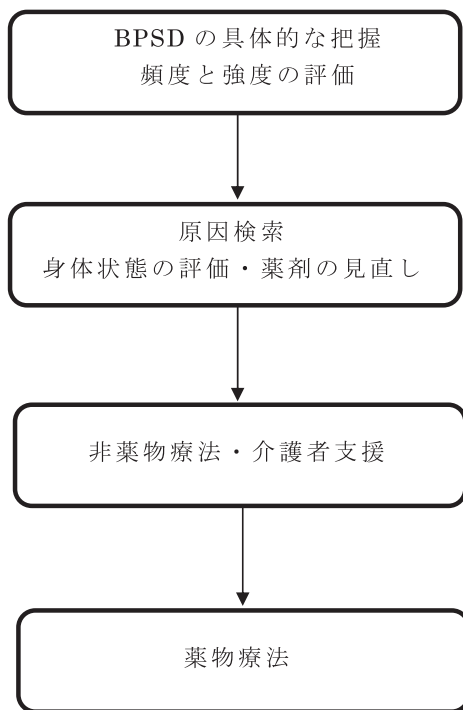


図1 BPSDへの対応手順

表1 BPSDが生じる要因

- | |
|---------------------------------|
| 1. 脳の障害そのもの |
| 2. 便秘、膀胱炎、頻尿や疼痛など不快・苦痛を伴う状態 |
| 3. 薬剤性 |
| 4. 不快な刺激がある、あるいは刺激が少なすぎる |
| 5. 本人が望んでいることを周囲の人がうまくとらえられていない |

しかしながら、臨床的には明らかに効果がみられ、それにより本人の苦痛が軽減できたり、在宅介護の破たんを防いだりできるケースがあることは間違いない。表2、3に薬物療法の効果があると考えられている症状と、そうでない症状をリストアップしている¹⁾。薬物療法を検討する際には、果たして効果が見込める症状なのか、あるいは投与による変化をきちんと評価できるかを確認しておく必要がある。変化を評価するためには、薬剤投与前の状態についてできるだけ行動生起の回数や強度を数値で評価しておくことよい。それにより客観的な効果の検証が可能となり、漫然とした投与継続や多剤併用を避けることにもつながる。また、どのような症状にどのような効果を期待して投与するのかを本人、介護者にわかりやすく伝えることが重要

で、せっかく効果が出ている薬剤を介護者が中止してしまうことがある。

1. 抗認知症薬

現在臨床で使用できる抗認知症薬は、コリンエステラーゼ阻害薬がドネペジル、リバスチグミン、ガランタミンの3種類とNMDA受容体拮抗薬であるメマンチンがある。コリンエステラーゼ阻害薬は、賦活系の薬剤としてとらえられ、興奮の原因となることが臨床的にはしばしば指摘されているが、文献的にはむしろBPSDの改善効果が報告されており、薬剤間の違いについては明確なエビデンスは今のところない²⁾。メマンチンもBPSDに対する効果が報告されている³⁾。報告されている効果については必ずしも大きなものではないが、進行抑制効果が期待できることから、BPSDを伴う症例でもまず

表2 薬物療法が効果的な可能性がある症状（文献1）より引用改変）

1. 不安、落ち着かなさ	5. 気分高揚
2. 悲しそうな様子	6. 乱暴な言動
3. 引きこもり	7. 妄想
4. 奇異な行動	8. 幻覚

表3 薬物療法が無効な可能性が高い症状（文献1）より引用改変）

1. 徘徊	13. 要求や質問を繰り返す
2. 他の部屋やトイレに入ってしまう	14. 同じ単語や文章を繰り返す
3. 同じ言葉を繰り返したり大声を出す	15. 物を隠す
4. 繰り返し物を叩いたり触ったりする	16. 車椅子に乗っている患者を押す
5. 性的脱抑制	17. 物をちぎる、トイレに流す
6. 不適切な性行動	18. 不注意で自分や他人を危険な状況に置く
7. 性格傾向に基づくケアの拒否	19. 異食
8. 収集行動	20. 物にぶつかったり、つまづいたりする
9. 物を盗む	21. 拘束をとってしまう
10. 弄便などの不適切な排泄行動	22. 自傷行為
11. 唾を吐く	23. レクリエーションなどに参加しない
12. 裸になったり不適切な服装をする	24. 食器を投げる、他人の食事を盗る、床に寝転ぶ

は抗認知症薬による治療を試みる事が望ましいと考える。

2. 向精神薬

次に向精神薬による治療について紹介する。抗精神病薬については、死亡率上昇の危険性が報告されているため、使用にあたっては少量から漸増し、鎮静や転倒傾向について細かくチェックしていく必要がある。厚生労働省がわかりつけ医向けに作成した抗精神病薬の使用ガイドラインがあり、用量も設定されているので参考にされたい⁴⁾。

抗うつ薬については、抗コリン作用の強い三環系、四環系抗うつ薬の使用は避け、SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)、もしくはSNRI (Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor)、NaSSA (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant) を用いる。認知症患者のうつ状態に抗うつ薬を使用する場合は、まず悲哀感がみられるようなうつ状態なのか、活動性低下や無関心を主体とする無気力の状態なのかを鑑別する必要がある。うつ状態であれば、悲観的な言葉や涙を流すなどの言動、罪責感などがみられる。一方、無気力状態であれば、そのような言動はみられず、不活発な生活を送っているものの、興味が持てたり、関心があることには取り組もうとしたりする。無気力状態には薬物療法による効果は期待できず⁵⁾、後述する非薬物療法が中心となる。

睡眠薬は、不眠やせん妄の際に用いるが、一方で夜間の転倒や持ち越し効果などが問題となる。まず使用を検討すべきなのはメラトニン受容体作動薬のラメルテオンである。身体疾患により入院した高齢者にラメルテオンを投与してせん妄の予防効果を報告されている⁶⁾。せん妄を繰り返している症例では入院時などに予防的に用いてもよいと考える。また、オレキシン受容体拮抗薬であるスボレキサントや抗うつ薬のトラゾドンも認知機能を低下させたり、筋弛緩による転倒傾向を来したりすることがないため認知症患者には使いやすい薬剤である。ベンゾジアゼピン系の睡眠薬については、出来る限り使用を避けることが望ましいが、他の薬剤が

無効の場合で、夜間介護者がずっと付き添って起きていないといけないため在宅介護が破たんしそうになっているケースでどうしても処方を検討する場合がある。その場合は、せん妄の誘発を避けるために、少量の抗精神病薬を併用することもある。

非薬物療法

非薬物療法についても、薬物療法と同様かそれ以上に効果を検証することが難しく、一貫して効果が証明されている治療はないのが現状である。また、有意な改善効果が報告されていても、その効果量は低いものにとどまっている。しかしながら、一般的な治療法として下記に紹介する対応の手順については、薬物療法を考える前にすべての症例について試みるべきものである。

1. 一般的治療法

まずは認知症の人が過ごしやすい環境を整えることが重要である。刺激が多すぎても少なすぎてもBPSD出現の原因となる。一部の認知症患者で聴覚や視覚が過敏になっている場合があり、特に施設などで難聴の高齢者に合わせて大音量でテレビをつけている場合に注意が必要である。逆に聴覚障害や視覚障害で周囲からの刺激が伝わらなかつたり、認知症が高度で言語的コミュニケーションがとれないために周囲からの働きかけが少なくなつたりして、刺激が乏しくなっている場合がある。このような場合には、無気力とそれに伴う廃用性の認知機能低下が進んでしまつたり、自己刺激行動として机をたたき続けたり、大声をあげたりすることがある。このような場合には、定期的に非言語的な刺激を提供することが必要である。また、ある程度の運動や日中の光暴露が生活リズムを整えるために重要である。

次に介護者教育であるが、まずは患者のできることできないことを介護者に伝えてうまくサポートできるようにすることで、患者の不満が軽減でき、ひいてはいろいろと興奮を低減することにつながる。また、コミュニケーションの取り方、具体的には視線を合わせてゆっくりと

話すことを指導する⁷⁾。たいていの場合、介護者は患者のコミュニケーション能力が保たれているときと同じような話しかけ方を続けていることが多く、それがコミュニケーションエラーを生んで互いに不満を募らせる結果となる。それ以外では、興奮したり同じことにこだわったりしたときなどに気をそらすことができる方法を一緒に探すこともある。このような場合、もともと介護者が行っている方法について聞いて十分に評価し、それに付け加えてできることを探すことが重要である。理想的な対応であっても、介護者が継続して行うことができなければ、かえって介護者が自信を失ってしまったり、治療関係が壊れたりするきっかけになり、治療に悪影響を及ぼす可能性もある。

介護者教育にあたっては、介護者と協働する関係を築くことが重要であり、そのためには介護者が今出来ていることを評価し、介護での苦勞に十分共感することが前提となる。介護者は自分のことを相談してはいけないと思っていることも多く、診察の際に一言介護者の健康や気分転換ができていくかについて触れるのも一つの方法である。

介護者へのアプローチは、上記のような内容をプログラム化したものが開発されて効果検証の研究が行われている。われわれも応用行動分析学をベースにした介入を試みて、BPSDの改善を報告している⁸⁾。応用行動分析は、行動の前後の状況を観察して、行動を維持する要因を明らかにして介入のポイントを考えるための手法である。この手法で重要なのは、行動の前に起きていることだけでなく、行動の後に生じている状況について着目することである。食事をした後に空腹感がなくなることが食事という行動を維持しているように、例えば大声をあげた後に、周囲からの注目が集まるといった変化は

行動を維持していることがある。

2. 構造化された治療法

無作為割り付け試験により効果が検証されたアルツハイマー型認知症の興奮に対する非薬物療法としては、光線療法、音楽療法、アロマセラピーなどがあげられる⁹⁾。音楽療法は中等度から重度の施設入所患者に用いられ、どれも有効性を報告しているが、このうちSakamotoらによる研究が日本で行われたもので、39例の高度アルツハイマー型認知症患者を、受動的に音楽を聞かせた群、能動的に相互交流を持ちながら演奏に参加させた群と音楽を全く用いない群に割り付けて効果を検証している¹⁰⁾。結果として、相互交流を持ちながら演奏に参加させた群で有意に興奮の改善がみられた。光線療法については、結果はばらつきがあり、効果を報告しているものもあれば、悪化を報告しているものもある。アロマセラピーについては、メリッサ（レモンバーム）を用いた研究で有意な興奮の改善が報告されている。

このような構造化された方法は、コストや人手がかかることから普段の実践ではまだまだ用いられることが少ない。普及も視野に入れた非薬物療法の開発が望まれる。

おわりに

本稿では、BPSDへの対応手順と主な治療について紹介した。BPSDの生じる原因はさまざま、症状も多彩であることから、治療の有効性を臨床試験で示すことは難しいが、臨床場面では丁寧に症状を評価し、家族や介護関係者と連携することで少なくとも生活に及ぼす影響を軽減すること可能である。そのためにも、症状評価のための情報収集と対応にあたっての介護者支援が重要であることを強調しておきたい。

文 献

- 1) Groulx B. Assessment and approach of patients with severe dementia. The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 8: 10-13, 2006.
- 2) Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuro-

- psychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *JAMA*, 289: 210-216, 2003.
- 3) Gauthier S, Loft H, Cummings J. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23: 537-545, 2008.
- 4) 厚生労働省. 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. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>
- 5) Berman K, Brodaty H, Withall A, Seeher K. Pharmacologic treatment of apathy in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 20: 104-122, 2012.
- 6) 飯干紀代子: 今日から実践 認知症の人とのコミュニケーション 感情と行動を理解するためのアプローチ. 中央法規出版, 東京, 2011.
- 7) Hatta K, Kishi Y, Wada K, Takeuchi T, Odawara T, Usui C, Nakamura H; DELIRIA-J Group. Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 71: 397-403, 2014.
- 8) Sato J, Nakaaki S, Torii K, Oka M, Negi A, Tatsumi H, Narumoto J, Furukawa TA, Mimura M. Behavior management approach for agitated behavior in Japanese patients with dementia: a pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9: 9-14, 2013.
- 9) Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Alonso-Búa B, de Labra C, González-Abraldes I, Maseda A. Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. *Clin Interv Aging*, 11: 175-184, 2016.
- 10) Sakamoto M, Ando H, Tsutou A. Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *Int Psychogeriatr*, 25: 775-784, 2013.

著者プロフィール



成 本 迅 Jin Narumoto

所属・職：京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学・教授

略 歴：1995年3月 京都府立医科大学医学部 卒業

1995年4月 京都府立医科大学精神神経科

2001年3月 京都府立医科大学大学院修了

2005年4月 京都府立医科大学精神神経科

2016年7月～現職

専門分野：老年精神医学

最近興味のあること：老年精神医学の知識を企業や他業種に伝えることに取り組んでいます

主な業績：1. 成 本 迅. 「実践！認知症の人にやさしい金融ガイド 多職種連携から高齢者への対応を学ぶ」. 京都：クリエイツかもがわ, 2017.

2. Narumoto J, Okada T, Sadato N, Fukui K, Yonekura Y. Attention to emotion modulates fMRI activity in human right superior temporal sulcus. *Brain Res Cogn Brain Res*; 12; 12: 225-231, 2001.