

6 認知症の行動・心理症状 (BPSD) のコントロール

1 認知症の中核症状と行動・心理症状

1) 中核症状と行動・心理症状

認知症には大きく分けて2つの症状があります。「中核症状」と「周辺症状」です(表1)。

中核症状とは、認知症の定義にもある記憶障害、見当識障害(時間や場所などの障害)、段取りが立てられないなどの遂行機能障害などの症状のことです。

表1▷ 認知症の中核症状と行動・心理症状 (BPSD)

中核症状		記憶障害 見当識障害(時間・場所・人) 遂行機能障害 失行, 失認, 失語など
行動・心理症状 (BPSD)	行動症状	易怒性・興奮 暴言・暴力 不穏 徘徊 食行動異常 収集癖 介護抵抗など
	心理症状	妄想 幻覚 抑うつ 不安, 焦燥 不眠, 昼夜逆転 無為, 無気力, 無関心

「行動・心理症状」は「周辺症状」とも言われますが、最近ではBPSD（認知症に伴う行動および心理症状）という言葉が使われています。

このBPSDで主なものは、易怒性や興奮、不穏、徘徊などの行動症状のほか、妄想、幻視、抑うつ、無気力・無関心などの心理症状です。これらの障害は、主に認知症の中期で現れますが、中核症状よりも先に現れることもあります。

2) 行動・心理症状の治療のための分類

行動・心理症状(BPSD)の治療を念頭に置いた場合、易怒性や興奮、妄想、幻視などの「陽性症状」と、抑うつ、無気力、無関心などの「陰性症状」というふうに分けると便利です(図1)¹⁾。

認知症の症状は、記憶や見当識などの障害(中核症状)と、易怒性や興奮、妄想などの症状(BPSD)が様々に組み合わせられて出現します。介護者にとっては、記憶障害などの中核症状よりも、易怒性や興奮などのBPSDのほうが問題になることが多く、認知症患者さんの生活の質(QOL)を下げ、介護を困難にします。

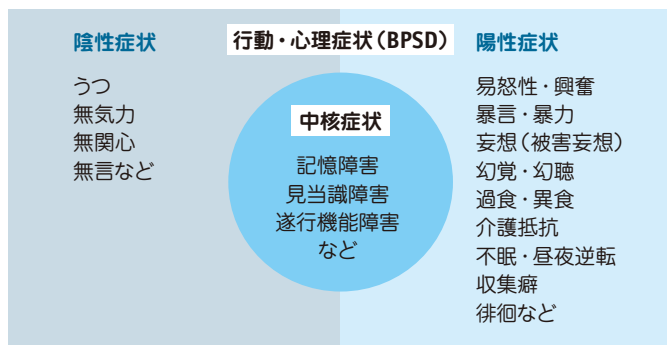


図1▷ 認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)：陰性症状と陽性症状

3) 行動・心理症状の出現パターン

① アルツハイマー型認知症の経過例

図2はアルツハイマー型認知症(ATD)の経過の一例です。

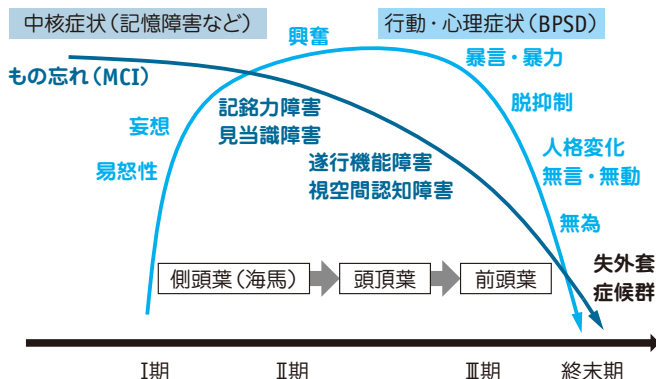


図2▷ アルツハイマー型認知症の経過(例)

MCI: 軽度認知障害

ATDは側頭葉から頭頂葉、そして前頭葉と障害されていく病気です。症状は病気の進行に伴って、側頭葉症状→頭頂葉症状→前頭葉症状というように変化していきます。

中核症状は多くの場合、①記憶障害、②見当識障害、③遂行機能障害、視空間認知障害という順番で出現します。

図2の例では行動・心理症状(BPSD)はもの忘れの進行と並行して、①易怒性、②妄想、③興奮や暴言・暴力、④脱抑制という経過で認められています。これはあくまで一例であり、認知症によっては経過の途中で徘徊や幻視などが認められることもあります。

認知症が進行し末期になると、やがて興奮や脱抑制症状などは目立たなくなり身体症状が出現し、歩けなくなります。

認知症の終末期では、記憶の障害はさらに重度になり、疎通性が悪くなり、やがて興奮もなくなり、無為となります。この頃には身体の関節が徐々に硬くなり、最後には寝たきりの状態(失外套症候群*)になります。そして多くの場合、低栄養や脱水症、誤嚥による肺炎などで命を落とします。

*失外套症候群: 大脳皮質全般(外套)の大規模な機能障害によって大脳皮質の機能が完全に失われてしまった状態。自発的に話したり動いたり認識したりすることがなく、精神的な反応はほとんどなくなる。

② 認知症の行動・心理症状出現パターン

中核症状とBPSDの出現には様々なパターンがあります。

代表的な認知症であるATDでは、記憶の障害が最初に認められ、ついで見当識障害が出現し、その後に遂行機能障害が出現します。その経過の途中で易怒性や被害妄想などが出現することがあります。

対して脳血管性認知症(VD)では、意欲の低下から始まり、ついで記憶障害が認められることが多いようです。VDでは同時に、歩行障害や構音障害などが認められます。

レビー小体型認知症(DLB)では、抑うつ症状で始まることが多く、認知症と診断される前にうつ病の治療を受けていることも少なくありません。

前頭側頭型認知症(FTD：ピック病)では易怒性や興奮、暴言、非道徳的な行為などで始まります。また、記憶障害は目立たず、易怒性や妄想(特に被害妄想)から始まることもあります。多くの場合、家族も認知症とは思っていない時期ですが、実は怒りっぽくなったり、変に勘繰るようになるなどの変化が、症状が明らかな記憶障害よりも先に現れることもあります。家族は親のそのような変化を認知症の症状とは気づかず、「どうしてそんなに怒るんだろう」とか、「どうしてそんなふうに勘繰るんだろう」としか思わないのではないかと思います。

③ 記憶障害が目立つケース

認知症の経過中、記憶力の低下に比べてBPSDが目立たないこともあります(図3)。85歳以上の高齢者の認知症では、BPSDはあまり気づかれず、主に記憶障害だけしか目立たないこともあります。

記憶障害は若年者の認知症では問題ですが、85歳以上の高齢者であれば患者さん本人も家族もあまり問題にしないことが多いものです。多少もの忘れがあっても、難しいことができなくても、もの忘れだけであれば介護していて苦労することは少ないのではないかと思います。認知症の経過ではこのパターンが一番幸せかもしれません。

④ 易怒性や妄想などの行動・心理症状が目立つケース

これとは逆に、記憶障害よりもBPSDが目立つ場合があります(図4)。

DLBでは、初期には抑うつ症状で始まることが多いのですが、その後

記憶力の低下

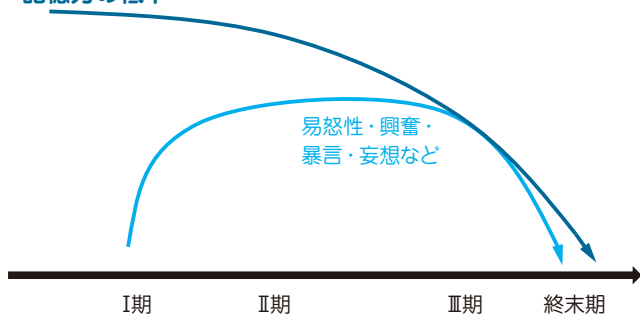


図3▷ 行動・心理症状 (BPSD) よりも記憶力の低下 (記憶障害) が目立つケース

記憶力の低下

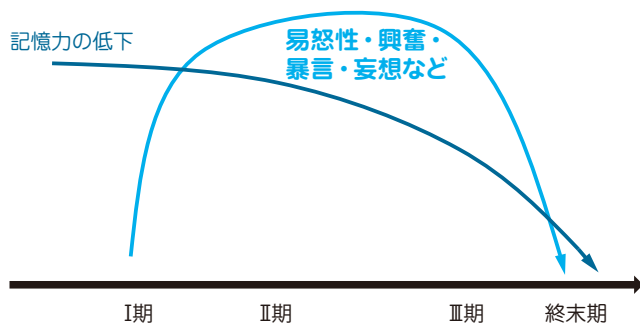


図4▷ 記憶力の低下 (記憶障害) よりも行動・心理症状 (BPSD) が目立つケース

に妄想や幻覚が出現することがあります。DLBが重症化すると、無為、無反応となり、話すこともできなくなります。何を言ってもわからない、ぼんやりしている状態です。80歳以上の高齢者に多いのですが、いわゆる意識障害を認める認知症です。DLBだけでなく、ATDがレビー化した場合にも同じような症状になります。

またFTDでは、初めから易怒性や暴言、非道徳的な行動が目立ちます。初期には記憶障害はほとんど認められないのが特徴です。もの忘れだけで

あればよいのですが、易怒性や興奮、妄想、徘徊などがあると家族や介護者の負担が大きくなります。

またATDでもDLBでも、病気が進行すると前頭葉や情緒の中核である辺縁系が障害され、FTD(ピック病)と同じような症状を認めるようになることがあります。認知症のピック化です。こうなるとATDでもDLBでも、ピック症状の治療を必要とするようになります。

4) 介護を困難にする行動・心理症状

認知症はほとんどの症例で、経過の途中でこの行動・心理症状(BPSD)が出現します。易怒性は男女どちらにも認められますが、妄想、特に物盗られ妄想はアルツハイマー型認知症(ATD)の女性に多いようです。「財布を盗られた」とか「通帳を盗られた」など、お金にまつわる妄想が多く、娘や嫁など、身近な介護者が攻撃対象になります。

問題になるのは特に“お嫁さん”の場合です。嫁が攻撃対象になると夫である息子の対応は非常に難しいことになります。易怒性ととも介護を困難にするのがこの妄想ですから早々の対応、治療が必要になります。

家族など介護者にはこれらのBPSDについて説明する必要があります。親に出ている症状、怒りっぽくなったり、「財布を盗った」と妄想するなどというのは認知症の症状であるということ、そして仮にその段階でまだ「もの忘れ」だけであっても、今後、易怒性や妄想などの症状が出現する可能性があることを家族や介護者に伝えることが求められます。

BPSDのこと、易怒性や妄想があることを介護者が前もってわかっていたら、困惑することも少なくなり、多少なりとも余裕を持った対応ができるようになります。認知症は「記憶の障害だけではない」ことを知ってもらおうのです。

BPSDの初期には介護者の理解と対応の仕方だけで対処できるのですが、BPSDが進行すると、やはり少量の抗精神病薬が必要になります。コリンエステラーゼ阻害薬がその原因である場合には、薬を減量することで大半が解決します。

5) プライマリケア医に求められること

認知症治療で避けなければならないのは、記憶障害の改善だけに目がいき、この行動・心理症状(BPSD)のコントロールがおろそかになることです。

介護を困難にするのは記憶障害よりもBPSDです。これを防ぐためには、コリンエステラーゼ阻害薬を適切に使うことです。それが適量処方(多くの場合は少量投与)です。

認知症治療薬を少量で使うことは、効果不十分で認知症を悪化させるのではないかという懸念があると思いますが、実際には3年、5年という長期的な経過をみると、規定量での治療より、少量での治療のほうが認知症の中核症状の悪化も少なくて済みます。

認知症治療薬が過剰に投与されると、歩行困難になる、誤嚥するなどの身体症状も現れます。介護を困難にするBPSDの悪化、身体症状の悪化を防ぐために、特にプライマリケア医の先生方は、まずは認知症治療薬の適量処方をお考え下さい。

認知症を専門としないプライマリケア医でも、この点だけを考慮して頂ければ認知症治療は「かんたん」です。詳しくはIV章「かんたん治療〈外来編〉」、V章「かんたん治療〈病棟編〉」で述べますが、認知症治療で大事なのは「BPSDのコントロール」です。そして「認知症は良くすることができると」思って下さい。老いた脳を若返らせることはできませんが、認知症の症状を良くすることはできます。

認知症高齢者の一番身近にいる医師はプライマリケア医です。非認知症専門医です。そして急性期病棟の医師です。こうした先生方が認知症治療について理解を深めて下さることで、すべての認知症患者さん、高齢の患者さんが救われるのです。

文 献

- 1) 河野和彦: コウノメソッドでみる認知症診療. 日本医事新報社, 2012.