

BPSD の病態と対応

新井 哲明 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)

認知症の症状は、認知機能障害による中核症状と、行動・心理症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) とに大別される。BPSD には、興奮、叫声、不穏、焦燥、徘徊、社会文化的に不適切な行動、性的脱抑制、収集癖、暴言、つきまとい、不安、抑うつ、妄想、幻覚などの症状が含まれる。2015年1月に発表された認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) では、認知症の人の地域での生活を強化する基本方針が示されたが、BPSD はこの施策を阻害する最大の要因の一つである。

BPSD は、多かれ少なかれ脳の病理学的変化 (器質的要因) が基盤にあり、そこに心理・社会的要因あるいは誘因が加わって出現すると考えられるが、その発生メカニズムについては未だ不明な点が多い。また、BPSD により自宅あるいは施設での対応が困難となった場合に精神科に入院となることが多いが、施行される治療法や転帰の実態についても不明な点が多く、BPSD の標準的な症状評価法や定式化された治療プログラムは確立されていない。

アルツハイマー病 (AD) やレビー小体型認知症 (DLB) などの変性性認知症においては、特定の病理構造物の密度と分布が中核症状の

程度と相関することが報告されているが、これらと BPSD との関連については不明な点が多い。最近初老期以降に出現する精神病症状や抑うつ症状と、嗜銀顆粒病や神経原線維変化型認知症などのタウオパチーやレビー小体病との関連が報告され、BPSD の病理基盤の解明につながる知見として注目される。

我々は以前、認知症疾患医療センターおよび認知症専門病棟を有する精神科病院 16 施設に 1 年間に入院した AD と DLB の約 200 例における BPSD とその治療および転帰の実態について調査した。入院の原因となる BPSD としては、興奮が最も多く、次いで、異常行動、妄想、易刺激性、睡眠障害、幻覚、食行動異常などであった。その約 4 割に BPSD の誘因が認められ、心理・社会的要因、身体的要因、薬剤性の順に頻度が高かった。BPSD への対応は、まず非薬物療法・環境調整を行い、その効果が不十分な場合に薬物療法を行うことが原則であり、有効な薬剤として、抗認知症薬、気分安定薬、漢方薬 (抑肝散)、非定型抗精神病薬などが挙げられる。認知症の人の感情を安定させることが BPSD の予防につながると考えられ、その手段の一つとしてデイケアや認知症カフェなど安心して過ごせる居場所の確保が重要と思われる。