
 総 説

認知症にともなう精神症状・行動異常(BPSD)とその対応

服部 英幸*

認知症に伴う精神症状、行動異常は以前、周辺症状と呼ばれていた。しかし、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の認識がひろまり、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 Quality of life (QOL) 低下、介護者のストレス増大を惹起する。BPSD のコントロールをどのように付けていくのかは認知症診療においてきわめて重要な問題である。

症状

BPSD には多様な症状が含まれている。国際老年精神医学会 (IPA) による分類では対処の困難さによって3つのグループに分けられている (表1)²⁾。もっとも、グループⅢ (比較的処置しやすい症状) に含まれている症状でも実際の現場では処置に悩まされる例は少なくない。BPSD の出現頻度は高く、本邦での報告では、認知症高齢者の88.3%に出現していた³⁾。おもな徴候・症状の有病率について

はばらつきがあるが、妄想、うつ、意欲低下などが高率に認められ、経過とともに増加する (表2)⁴⁾。BPSD の出現時期に関して、認知症の主要な原因疾患であるアルツハイマー型認知症 (AD) を例にとる。AD の経過は大きく3期に分けることができる。初期は物忘れが目立つ時期で、うつ症状が早期より出現することがある。この時期から3-5年経過すると中期に移行し記憶

表1 BPSD の症状

グループⅠ (厄介で対処が難しい症状)	グループⅡ (やや処置に悩まされる症状)	グループⅢ (比較的対処しやすい症状)
心理症状 妄想 不眠 幻覚 不安 抑うつ	心理症状 誤認	行動症状 泣き叫ぶ ののしる 無気力 繰り返し尋ねる シャドーイング
行動症状 身体攻撃性 徘徊 不穏	行動症状 焦燥 社会通念上の不適当な 行動と性的脱抑制 部屋の中をいつたり来 たりする わめき声	

表2 BPSD の有病率

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

* 御国立長寿医療研究センター行動・心理療科
(はっとり ひでゆき)

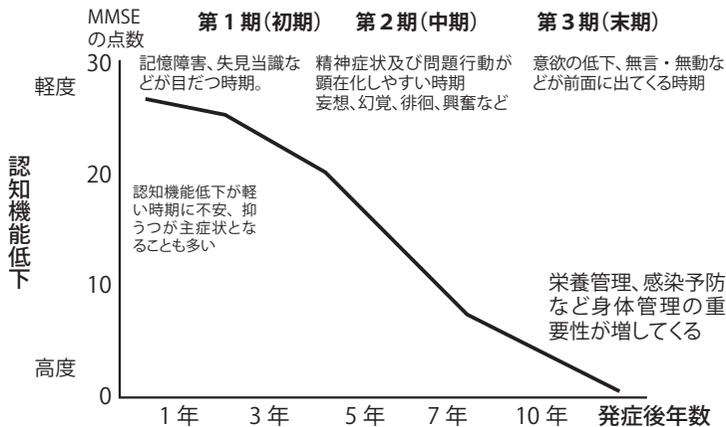


図1 アルツハイマー型認知症の経過とBPSD

障害、認知障害がさらに進行すると共に妄想、徘徊といった精神症状、問題行動が顕在化してくることが多い。記憶障害を基盤とする物取られ妄想が代表的なものであって、家人が攻撃の対象になることがしばしば認められる。その他に、嫉妬妄想、家人が別人と入れ替わっているとすり替わり妄想もよくみられる。幻覚に関しては、幻聴はほとんどみられないが、幻視は時折認められる。認知機能が重度に低下した時期には幻覚、妄想などの激しい症状は消滅し、意欲が低下した状態に移行する。この時期は栄養管理、感染予防など身体管理が重要となる(図1)。ここで大切なことは、認知症においては早期より身体医療への配慮が欠かせないということである。高齢者に多い疾患ということもあり、身体疾患を合併し、それが認知症の進行や症状の変化に大きく影響するためである。重度から終末期になると必要とされる医療ニーズは大半が身体医療となる。ADにおける、時間的変化や医療ニーズの多彩さや、移り変わりに配慮することなく、漫然と抗認知症薬や精神系薬剤を投与し続けることは、患者の生活機能、QOLを害することになる。認知症診療にかかわるものは、臨床経過と精神・身体医療のニーズの変化につねに配慮しなければならない。

AD以外のBPSDの疾患別の特徴としては、血管性認知症(VD)ではうつ症状の出現頻度が高

い。レビー小体型認知症(DLB)では神経症状としてのパーキンソン症状のほかに、うつ症状と幻視が多くの患者に発現している。前頭側頭型痴呆(FTD)では焦燥・攻撃性の頻度が高いほか、同じ行為を繰り返す(常同行為)、それまでの性格と様変わりして非道徳的な行為をしてしまう(性格変化、脱抑制)などが特徴的に認められる。

せん妄とBPSD

しばしば混同されているのがせん妄とBPSDである。本来、別の状態であるが認知症においては両者ともに出現することがありうるのでよりわかりにくくなる。しかしながら対応の仕方が違ってくるので鑑別を試みることは重要である。主な鑑別点を表3にまとめた。せん妄は基本的に意識障害であって急性あるいは亜急性に発現する。極端な話、昨日と今日とで精神症状が全く違っていることもある。BPSDではこのようなことはまれである。また、せん妄では原因となるイベント(例えば内服薬の変更、脱水、手術など)が明らかであることが多いが、BPSDではいつから始まったかを明確にすることが難しい。症状・徴候ではせん妄では睡眠覚醒のリズムが崩壊し、半覚醒状態がガラガラと続くような印象がある。その一方で幻視、多動、焦燥といった活動性の激しい症状と自発性低下、注意散漫といった動きの鈍い状態が

交錯する。振戦などの神経症状を伴うこともある。せん妄とBPSDは時期的に重なって出現することがあり、対応を困難にすることがあるが原因の除去を含ません妄治療によりBPSDが大いに改善することも多い⁴⁾。

表3 認知症とせん妄の違い
せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
意識	混濁	正常
発症	急性、亜急性 (数時間から数日)	潜伏性、慢性 (数カ月～数年)
経過	一過性	持続性
症状の動揺性	あり(夜間増悪)	目立たない
知覚の障害	錯覚、幻覚	目立たない
脳波	異常 (広汎性徐波)	正常から軽度異常 (軽い徐波)

BPSDとしての抑うつとアパシー

認知症患者を診察する上で、注意すべき重要なポイントとしてBPSDとしての抑うつとアパシー(無気力、自発性低下とほぼ同義)がある。認知症に伴う精神症状として抑うつと診断されている例の多くはアパシーである。抑うつに伴う精神運動抑制とアパシーが混同されやすいがアパシーを抑うつと誤って安易に抗うつ剤を投与するとフラつきや転倒などを引き起こし、日常生活動作能力の低下が進んでしまうこともありうる。本人、家族からの問診で自責感、悲哀、睡眠障害、感情不安定性などがあつた場合はうつ症状が疑われる。一方、アパシーでは感情の動きに乏しく、無欲・無関心が前景にでる点で異なっている。アパシーでは身体疾患を合併して生じている可能性があるため、両者の鑑別が難しい場合、まずアパシーを疑って身体疾患の除外などを行い、脳賦活作用のある薬剤から投与していくのが良い(表4)。

表4 うつ状態とアパシーの差異

	うつ状態	アパシー
基盤にある病態	機能的、心因、環境因	器質性、慢性脳障害、全身衰弱
症状	悲哀感、喜びの喪失、精神運動抑制、焦燥感	意欲低下、無関心
認知症との関連	合併することはあるが、典型的症状を示さないことが多い	認知症にともなう精神症状のひとつである
評価法	GDS、CES-Dなど	やる気スコア、意欲の指標
治療法	抗うつ剤、急性期は精神的安静	脳賦活剤、作業療法などの非薬物的アプローチ

BPSDの評価方法

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する必要がある。わが国で用いられることの多い評価法を紹介する

1. Behavior Pathology in Alzheimer's disease (Behave-AD)

ADの精神症状に対する薬効評価を目的として開発された。本間らによって日本語版が作成された⁵⁾。介護者に対し面接を行なうことで評価する。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。

2. Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Cummingsらによって開発された評価尺度であり、博野らにより日本語版が作成された⁶⁾。介護者に対し面接を行なうことで評価する。10項目の精神症状、行動異常について有無と頻度を評価する。

3. コーエンマンズフィールド焦燥評価票(Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI)

Cohen-Mansfieldらによって作成された、介護者による評価方法である。きわめて具体的な症状により評価するため、介護者にとって実施しやすく、多忙な現場で使用するのに適している。日本語版も作成されている⁷⁾。

4. Dementia Behavior Disturbance Rating Scale (DBD)

介護者への質問形式で評価する。認知症患者によく認められる行動異常について28項目の質問からなり、出現頻度により点数化できる。全項目の得点により重症度を判定する。日本語版も作成されている⁸⁾。

BPSD 非薬物的対応

BPSD の治療には薬物療法と非薬物的対応の両者をバランスよく併用する必要がある。特に比較的軽度の BPSD に対処するには、最初に非薬物的対応を考慮する。一般原則として BPSD の原因が身体疾患などで治療しうる場合は最優先で除外する。また非薬物的対応は個々の症例に応じて選択し、患者、介護者の希望、尊厳を尊重することが大切である。対応方法として、環境への介入、行動的介入、心理的介入がある。

環境への介入としては認知症患者にとってストレスの少ない物理的環境を作っていくことが望まれる。時間的環境として睡眠覚醒リズムの維持が大切である。日中の身体活動を増やす。鎮静作用のある薬物は夕方から夜にかけて投与し、脳賦活作用のある薬や利尿剤は朝、昼に最大の効果が出るようにする。視覚、聴覚などの感覚低下が BPSD 発症に結びつきやすいので補助具使用や環境整備に配慮する。また、介護施設でのデイサービスおよび作業療法が有効である⁹⁾。広義の心理療法的アプローチとしては音楽療法、絵画療法などがあり一定の効果が期待できる。

BPSD 薬物療法

A. 薬物療法の前に考えておくべきこと

書き出しから逆説的であるが、認知症 BPSD をすべて薬物で治療しようとしてはならない。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慎まなければならない。まず、身体疾患治療、それまでの処方の見直し、環境調

表5 BPSD に対する薬物療法を始める前に考慮すべきこと

-
- ・身体疾患の有無のチェックと治療(脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
 - ・服用中の薬物の副作用やコンプライアンスのチェック
 - ・不適切な環境やケアのチェックと改善(騒音、不適切なケアなど)
 - ・介護サービスの利用を考慮する
-

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のが原則である(表5)。

症状が出現したらまずチェックするのは身体合併症の有無と、新たな出現の可能性への配慮である。高齢者では臨床的に見落としやすい小さな脳血管障害が、意外に多く発生する。加齢による皮膚の乾燥からかゆみが生じやすく、そのことが不眠、精神的不安定につながることもある。変形性関節症はきわめてありふれた状態で、体の痛みが不穏につながることもあることに配慮する。患者の生活背景や、服薬状況に配慮することは重要である。BPSD 治療薬の多くは眠気、ふらつきを惹起するため、以前より日常生活動作能力(ADL)が下がっている患者では、転倒の危険性が増してくる。服薬管理がきちんとできる状況にあるかの確認は極めて重要である。高齢者は多剤処方されていることが多いが、抗不安薬、抗パ剤、抗うつ剤、H₂ブロッカー、抗ヒスタミン剤、抗コリン剤などの認知症様状態を惹起する薬剤¹⁰⁾が併用されている場合は、可能な限り減量もしくは中止を考慮する。

薬物療法を行うに当たっては、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の中には効能・効果が認められていない(保険適外である)薬剤もあること^(注)を事前に本人・家族に十分に説明する必要がある。高齢者の薬物療法の原則であるが、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悪性症

候群を予防する。治療開始後しばらくはこまめに通院させて、副作用のモニターを欠かさないようにする。可能な限り、短期間で中止することを目指す。特にレビー小体型認知症では過鎮静、歩行障害等の副作用が出やすいのでより少量で治療するなどの注意が必要である（初期にはアルツハイマー病との鑑別が難しい場合も多い）。治療に難渋する場合は早期に専門医に紹介する。

注：現段階の日本で認知症 BPSD に対して保険適用のある薬物はないが、平成23年9月に厚生労働省保険局医療課長の通達により、「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対してフマル酸クエチアピン（セロクエル）、ハロペリドール（セレネース）、ペロスピロン（ルーラン）、リスベリドン（リスパダール）の保険適用外使用が認められた。リスベリドン（リスパダール）は「パーキンソン病に伴う幻覚」に対しても保険適用外使用が認められた（保医発0928第1号平成23年9月28日付）。

B. 薬物療法の目標設定

認知症の経過の中で症状は変化するものである。患者の状態を細かく観察して漫然と同じ処方の繰り返しを行わないことが求められる。症状を完全に取りきるのではなく、使用する目的を明確にしておくこと。（例：在宅生活を維持するためなど）。本人の苦痛除去、ADL維持、介護負担の軽減などを優先する。特にDLBでは効果を出そうとすると副作用が強くなるが多く、全体の状況を考えた薬物療法となる。一般的傾向として、「精神症状には効果があるが、行動異常には効果が乏しい」点がみられる

◆本人の状態と介護困難とを総合して処方を決めたレビー小体型認知症例。

72歳女性。3年前より食思不振、意欲低下、不安感が強く、近医で「うつ病」と診断されて、フルボキサミンなどの抗うつ剤を処方されていた。半年前より、物忘れが認められ、歩行困難、動作緩慢が出現、転びやすくなってきた。さらに、「座敷に子供がいる。」「大勢の男の人がいる」といった訴えもあり、当院紹介受診。受診時の処方フルボキサミン100mg、オランザ

ピン 5 mg、エチゾラム0.5mg、プロチゾラム0.25 mg、トラゾドン25mgであった。初診時、歩行器を必要としたが、起立は可能。食事、洗面などは自立していた。精神症状は焦燥、幻視、注意散漫、反応遅延であった。神経学的には軽度の寡動、手指振戦などのパーキンソン症状をみとめた。改訂長谷川式知能スケール (HDS-R) 20点と軽度の認知機能障害を認めた。頭部MRIではびまん性脳萎縮のみ。脳血流シンチグラムでは両側後頭葉の血流低下を認めた。診断基準に照らし合わせて「レビー小体型認知症」と診断した。介護している家人の話では身体症状よりも精神症状のために介護が難しくなっているという。そこで、ドネペジルを投与したが、少量でもパーキンソン症状が悪化したため中止。非定型抗精神病薬はリスクが大きいと判断し、初診時の投薬を中止して、抑肝散7.5gを投与した、また睡眠障害改善のためラメルテオン8mgを投与したところ、幻視、焦燥感が軽快し、十分な睡眠が得られ、本人の精神的安定が得られた。日常生活動作能力は維持され、家族の介護負担が軽減した。

この症例では、パーキンソン症状と幻視の治療薬は相反する作用を持っている（錐体外路症状悪化と幻視などの精神症状悪化）ため、両方を完全に取り去ることは無理であると判断した。本人の生活機能の維持と精神症状安定による介護負担軽減を治療目標として処方した例である。当然、今後の症状の変化に添って抗パーキンソン剤投与などの修正は必要となるが、つねに、本人の状態、介護困難軽減など総合的に判断しての処方が求められる。

C. 症状別の薬物療法：過活動症状と低活動症状

認知症に見られる BPSD に対する薬物療法を考える際に、BPSD を過活動症状と低活動症状に分けてみるとわかりやすくなる。

「過活動症状」といえる例は多く、管理困難例として入所継続不可能と判断され、治療半ばで退院を迫られることもある。観察記録に、「不穏状

態」とか、「興奮している」と記載される例が多い。しかし、よく観察すると「不穏・興奮」のひとつで片づけられる状態の中にもさまざまな病像があり、それを見わけることで対応方法が決定し、よりきめの細かい薬物治療、ケアが可能になる。症状の詳細は他の項で論述されるが、重要なことは症状をよく観察して、適合した処方を行うことである。ハロペリドールなどの定型精神病薬、リスペリドン、クエチアピンなどの非定型抗精神病薬ともに幻覚、妄想には効果的であるが、気分易変性や焦燥・不安には効果的でない。気分の変動が激しい例ではバルプロ酸のような気分安定薬を験してみる。心情的な訴えを繰り返す焦燥の強い例では抗うつ剤が効果的で選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン-ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)を験してみる。抗精神病薬では歩行困難、嚥下障害などの錐体外路症状の出現に注意する。SSRIやSNRIではセロトニン症候群の出現に注意する。抑肝散は軽症レベルであれば、幻覚、妄想の軽減にも気分安定化にも効果がある。

「低活動症状」とは、元気がなくなってしまったように見える認知症の状態である。徘徊などの過活動症状と違って、一見おとなしく、手がかからないようにみえるので問題視されず、十分な観察をされないまま見過ごされることが多いが、このような状態には精神、身体的に重大な問題が潜行していることがある。また、こうした状態をすべて、短絡的に「うつ状態」と判断して、抗うつ剤などを投与すると過鎮静、症状悪化をきたすことがあり、場合によっては生命の危険にさらすことになる。ここでも状態像の正確な把握が重要である。うつ状態では従来の三環系抗うつ薬は副作用が強く、使用されないことが多くなっており、SSRI、SNRIを第1選択薬として処方するのが一般的になっているが、効果が不十分なときはアモキサピンなどの三環系抗うつ薬を用いて著効することもある。スルピリドは100mg程度までの少量で抗うつ作用があり、眠気も少ないので以前は頻用されていたが、高齢者ではジスキネジアなどの有害事象がし

ばしば出現するため、使用頻度は激減している。しかし、適合する症例を選んで少量から始めると著効する例は少なくない。うつ状態には不安、焦燥を伴うことが多いため、従来からベンゾジアゼピン系の抗不安薬を併用することが多かった。しかしながら、高齢者では筋弛緩作用、傾眠傾向により転倒などの事故が起こりやすくなる。ベンゾジアゼピン系薬剤の使用はなるべく控えるか、短期間の使用にとどめるようにする。

アルツハイマー型認知症の中核症状に効果があるとされているドネペジル、ガランタミンなどの抗コリンエステラーゼ剤やNMDA受容体拮抗薬であるメマンチンはBPSDの軽減にも効果が期待できる。抗コリンエステラーゼ剤は意欲の改善、自発性低下の改善に効果がある。反面、易怒性、焦燥感などを惹起して、却って介護を困難にしている例も見られる。メマンチンはドネペジルなどは逆の効果がみられる。投与により静穏作用があり、過活動症状を軽減する効果が期待でき¹¹⁾、従来なら必要であったような抗精神病薬や、気分安定薬を投与せずにもすむこともある。反面、傾眠傾向、めまい、ふらつきといった副作用もあるので状態を十分に観察しながら投与する必要がある。

以上、BPSD症状別の一般的な薬物療法について、図2にまとめた。

しかしながら、BPSDに対する薬物療法に関しては十分なエビデンスのある薬物は少ない(図3)¹²⁾。そのため、症例ごとに試行錯誤しながら適合処方を決めているのが現状といえるだろう。BPSDへの具体的な対応の一例として「大声」を出している症例について記載する。勿論、すべての症例で同じアプローチが奏効するわけではないが、一つの参考にされることを希望する。

◆BPSDへの対応と薬物療法:絶えず大声を出している重度アルツハイマー型認知症(AD)例
83歳男性。6年前より記憶障害、失見当識など認知機能低下がみられた。3年前より当科通院。初診時HDS-R15点。頭部MRIにて海馬の萎縮を認め、脳血流シンチグラムで頭頂葉、後

	抗認知症薬		抗精神病薬			抗うつ薬			漢方薬
	アセチルコリンエステラーゼ阻害剤(ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン)	MMDA受容体拮抗薬(メマンチン)	ブチロフェノン系(ハロペリドール)	SDA(リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、ペロスピロン)(*1)	ベンズアミド系(スルピリド)	SSRI(ハロキセチン、フルボキサミン、サートラリン、エスシタロプラム)(*2)	SNRI(ミルナシبران、デロキサセチン)(*3)	抑肝散	
過活動症状									
幻覚・妄想			○	○	○			○	
不安・焦燥		○	○	○				○	
易怒性、攻撃		○	○	○				○	
低活動症状									
意欲低下	○				○	○	○		
自発性低下	○				○	○	○		
抑うつ					○	○	○		

*1 SDA: 非定型抗精神病薬(セロトニン、ドパミン拮抗薬)

*2 SSRI: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬

*3 SNRI: セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

図2 効果が期待できるBPSD治療薬(症状別一覧)

(文献12より引用)

不安	幻覚・妄想	徘徊
risperidone B	risperidone B	(risperidone)
olanzapine B	olanzapine B	
quetiapine C1	aripiprazole B	性的脱抑制
	quetiapine C1	(SSRI)
	haloperidol C1	(非定型抗精神病薬)
焦燥性興奮	うつ状態	(trazodone)
risperidone B	SNRI C1	睡眠障害
quetiapine B	SSRI C1	ベンゾジアゼピン系 C1
olanzapine B		risperidone C1
aripiprazole B	暴力・不穏	donepezil C1
バルプロ酸 C1	risperidone C1	抑肝散 C1
carbamazepine C1		
(抑肝散)		

() は推奨度なし

推奨グレード

- A 強い科学的根拠があり、行うように強く勧められる
- B 科学的根拠があり、行うように勧められる
- C1 科学的根拠はないが、行うように勧められる
- C2 科学的根拠がなく、行うように勧められない
- D 無効性あるいは害をなす科学的根拠があり、行わないように勧められる

図3 BPSD治療薬エビデンス

(文献13より引用)

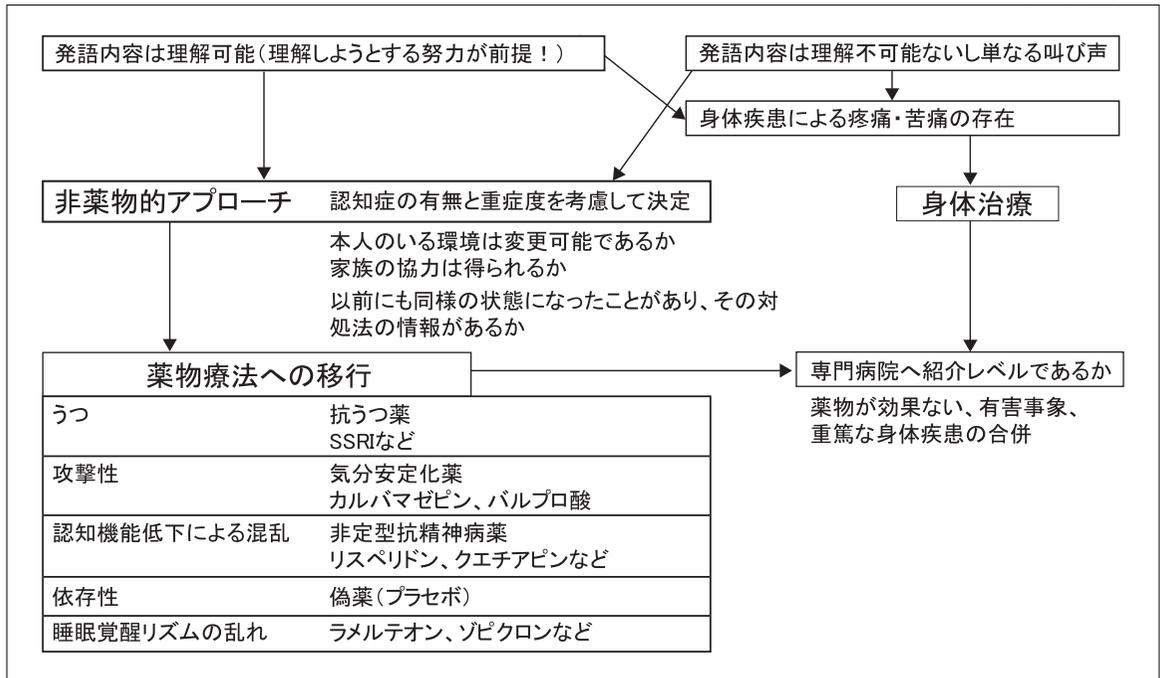


図4 BPSDに対する薬物治療を含めた対応例(大声を出す症例)

部带状回の血流低下をみとめ、ADと診断した。ドネペジルを投与したが、認知機能低下が進んだ。3か月まえのHDS-R 6点。尿失禁もあり、言語理解も悪くなっていた。2週間前に転倒して腰椎圧迫骨折発症。入院となった。病棟にて、常に「おーい」「誰か来てくれ」と大声で叫ぶため、病棟内の他患者から苦情がでた。本人に注意しても理解できない様子であった。原因として、絶え間なくつづく疼痛とそれに対する不安、夜間の睡眠不足が考えられた。鎮痛のための治療を整形外科に依頼するほか、ナースによる頻回の訪室や、昼間のリハビリテーションを行なうなどの対処を試みたうえで、不安感、気分不安定性を取り除くためにサートラリン12.5mg、睡眠障害を改善する目的でラメルテオン8mgを投与したところ、夜間の大声はなくなり、昼間も軽減した。

大声を出す認知症例への対処について図4¹³⁾にまとめた。

BPSD診療・介護の地域連携、プライマリドクターの役割

最後になるが、BPSD診療・介護と地域連携の重要性について簡単に述べる。BPSDは介護負担が大きく、医療介入の必要性が高い。患者の状態に合わせて総合病院、単科精神病院、介護施設が有機的に連携できることが望ましいが、地域でのBPSD管理の専門医師、看護師の有無などの情報が少ないことが問題である。認知症BPSD地域連携において直接的な連携(医療機関、介護施設との直接的な関係作り)は研修会、地域連携バス、定期的会合など「顔の見える連携」が求められる一方で、総合病院における認知症BPSD対応能力を向上させることで、認知症身体合併症患者の入院受け入れを増加させ、間接的に地域連携を向上させることも地域連携の重要な側面であると考えられる。認知症の専門医療機関には、上記の2つの形の地域連携も含めたさまざまな側面に対応することが求められる。プライマリケアを担うドク

ターの皆さんは、身体疾患治療のなかで、認知症に対応せざるを得ない事例を多く経験されると思われる。中核症状に加えて、BPSDについての知識と対応方法を身につけることで、患者本人のみならず、介護する家族の負担を軽減することが期待される。

文献

- 1) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, 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) 国際老年精神医学会: モジュール 2 臨床的な問題 In 痴呆の行動と心理症状。日本老年精神医学会監訳。東京、アルタ出版、2005、p27-49
- 3) Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, et al : Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004; 75: 146-8.
- 4) 国際老年精神医学会: モジュール 1 BPSD の重要性。In 認知症の行動と心理症状 BPSD。日本老年精神医学会監訳。東京、アルタ出版、2013、 p 13-19
- 5) 本間昭、朝田隆、新井平伊 他: 老年期痴呆の臨床的評価法: 変化に対する全体的評価とサイコメトリックテスト。老年精神医学雑誌、10、193-229、1999
- 6) 博野信次、森悦朗、池尻義隆 他: 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49、266-271、1997
- 7) 本間昭、新名理恵、石井徹郎 他: コーエン・マンフィールド agitation 評価票(Cohen-Mansfield Agitation Inventory; CMAI)日本語版の妥当性の検討。老年精神医学雑誌、13(7): 831-835、2002
- 8) 溝口環、飯島節、江藤文夫 他: DBD スケール(Dementia Behavior Disturbance Scale)による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究。老年医誌、30、835-840、1993
- 9) 山田思鶴、鳥羽研二: 痴呆に対するデイ・ケアの効果及び任意選択性作業療法の比較検討。日本老年医学会雑誌、42、83-89、2005
- 10) 亀山祐美、秋下雅弘: 認知症に対する薬物療法 2) 薬剤に起因する認知症様状態。神経内科、72(Suppl.6): 161-166、2010
- 11) 工藤喬: Memantine の BPSD に対する効果。臨床精神薬理 15: 53-58、2012
- 12) 和田健二、中島健二: 認知症治療ガイドライン2010版における薬物治療の位置付け。臨床精神薬理、15: 13-17、2012
- 13) 服部英幸: BPSD の症状別初期対応—「大声」。服部英幸編: BPSD 初期対応ガイドライン。ライフサイエンス、東京、2012、p173