

- ・認知機能低下に伴って、周囲の状況把握が困難になり恐怖心とともに意欲が低下することがある。高圧的な態度や、画一的な接し方が精神的な萎縮を促進する。

◎ 評価方法

- ・アパシーの評価方法としては日常生活機能障害が軽い例には「やる気スコア」が有用であり、重い例では「意欲の指標」が有用である。
- ・どちらも GDS (Geriatric Depression Scale) などのうつ症状評価と同時にやって、気分障害と意欲低下の度合いを個別に評価するとよい。

治療方針

ここでは薬物療法にはふれない。

① ケア一般

アパシーに対するケアは、個々の症例におけるリスクを見極めて、それに応じた方法を考える。決して画一的な態度をとるべきではない。認知症の評価、全身状態の把握は基本的なことである。疼痛管理、排便コントロールなどできることはやっておく。認知機能が低下して困惑している場合は、ゆっくり繰り返して話し、常に安心感を与えつつ治療や他者との交流へつなげる。孤立した生活にならないような配慮も必要で、介護施設などとの連携が求められる。

② 認知症に伴うアパシーの非薬物療法

アパシーに対してはさまざまな非薬物療法が試みられており、絵画療法、運動療法、音楽療法、ベッド療法、回想法、複合的な方法などがある。Brodatyらの系統的レビューによると、エビデンスレベルの高い研究はほとんどないが、それぞれの方法でアパシーを改善する効果のあることが報告されている。そのなかでも効果を示したのは、結局、個々の患者の状態・嗜好に応じて複数の方法を組み合わせたり、環境を好ましいものに変えることであった。

■ 専門医へのコンサルト

- ・アパシーが急激に悪化したときは低活動型せん妄の可能性があり、身体疾患の鑑別、精神科的専門治療が必要となる。

在宅神経難病患者のケア

成田有吾 三重大学教授・基礎看護学

病態と診断

- ・神経難病には、神経変性疾患である筋萎縮性側索硬化症 (ALS)、多系統萎縮症 (MSA)、パーキ

- ンソン病、ハンチントン病、神経免疫疾患である多発性硬化症、重症筋無力症などがある。それぞれの処方例は他項目を参照されたい。ここでは神経難病患者の在宅介護にかかわる問題に触れる。
- ・診断名だけでなく重症度評価と介護負担に関する評価を行い、病態の観察と問診から近い将来に予想される状態を推定する。
- ・在宅では患者と同様に介護者からの聞き取りが欠かせない。療養場所に訪問して情報を得ることが原則である。
- ・在宅療養開始前に、十分な準備、人員および時間をとって療養者 (患者および家族) への説明を行う。
- ・ALS では、四肢・体幹の運動機能障害に加えて、嚥下、呼吸、コミュニケーションの障害が生じることを療養者が理解する必要がある。

治療方針

まず、訪問診療が可能な医師、訪問看護師、ケアマネジャーを確保し、多職種による医療・介護支援チームを結成する。専門医との連携が可能ならば、訪問診療する医師の標榜診療科は問題にならない。チーム内には、在宅での医療・福祉資源、経済的支援を含めた制度の知識が重要である。介護保険、身体障害者申請、各種医療費助成など、さまざまな切り口での利用の可能性をチーム内で検討する。

① 嚥下障害、流涎

嚥下障害は、流涎のほか、体重減少、食事時間の延長、むせ、誤嚥性肺炎の既往から判断される。食物の形状、経口摂取時の姿勢を調整し、口腔内衛生処置、嚥下リハビリテーションを試みる。改善されない場合には、進行の速度から、経管栄養への移行について早めに議論しておく。

療養者が胃瘻造設を選択した場合、ALS では呼吸機能が努力性肺活量 (FVC) 値の 50% 以上での経皮的内視鏡下胃瘻造設 (PEG) が安全とされる。それ以下に低下している場合、非侵襲的陽圧換気 (NPPV) 下の PEG を考慮する。

② 処方例) 流涎そのものに対しては、下記のいずれかを用いる。

- 1) アーテン錠 (2mg) 1回1錠 1日2-3回 (保外)
- 2) ポラキス錠 (2・3mg) 1回1錠 1日2-3回 (保外)

なお、ズコボラミン軟膏 (国内未承認)、ボトックス注射の有効性は知られているが、現在、保険適用外である。

③ 呼吸困難、呼吸苦

ALS では睡眠障害の背景に夜間の呼吸障害が生じていることがある。パルスオキシメーターでは

8.

BPSD

Essence!

- ❶ BPSD は入院治療を困難にする要因である。発生原因は心理学的機序と生物学的機序がある。
- ❷ 認知症の原因疾患および重症度により、出現する BPSD に違いがある。それを踏まえた対応が求められる。
- ❸ BPSD 症状を適切に評価し、背景因子を探ることがよりよい治療・ケアにつながる。
- ❹ 認知症との鑑別を要する病態として、せん妄とうつ病がある。
- ❺ BPSD への対応は、非薬物療法を優先させる。それでうまくいかないときに、初めて薬物療法を考慮する。BPSD のすべてを完全に取り去ることを目指さず、患者本人と介護者との関係を改善することを主目的にするのがよい。

1

BPSD とは何か～高齢者の特性と認知症～

認知症においては記憶や認知の障害に加えて精神症状・行動異常が出現することが多い。こうした症状は以前は周辺症状とよばれていたが、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った。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、患者と介護者の quality of life (QOL) 低下、介護者のストレス増大を惹起する。本項では BPSD とは何か、どのような機序で生じるのか、どのような対処を考えるべきであるかについて論じる。

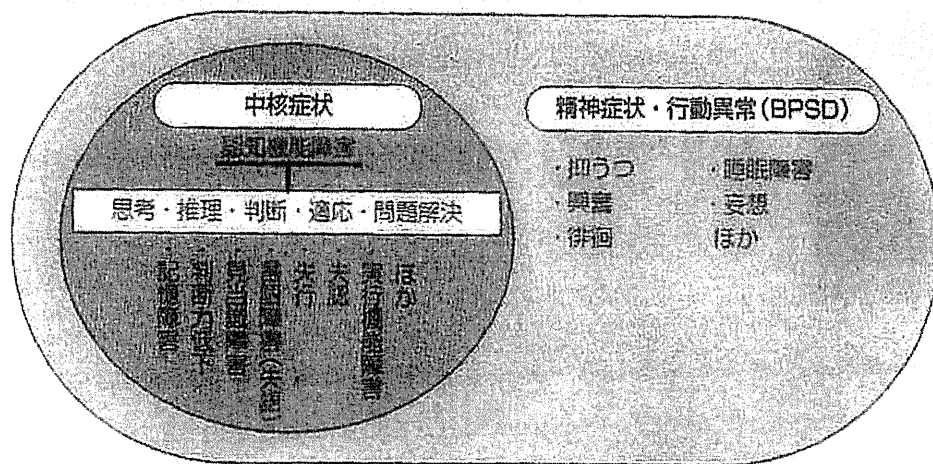


図1 認知症の中核症状と精神症状・行動異常 (BPSD)

2 中核症状とBPSD, その関連は？

よく知られているように、認知症は1つの疾患単位ではなく、多様な原因から生ずる症候群である。認知症は中核症状と精神症状・行動異常 (BPSD) の2つの症状群から構成されている (図1)。中核症状は記憶障害、認知障害、実行機能障害などであり、程度の差はあれすべての患者にみられる。基盤となる疾患による神経細胞の脱落に伴う能力の喪失の表現と考えられ、疾患の進行とともに悪化する。

BPSD は疾患の重症度 (進行) とは比例せず、認知機能障害の軽い段階から出現する症状や、重度になってから高頻度にみられる症状などがある。国際老年精神医学会の調査によると横断的なBPSDの有病率は56%であるが、5年経過を追うとほぼすべての症例で出現している²⁾。うつ症状、意欲低下 (アパシー)、易刺激性 (些細なことでかっとなること)、妄想などの頻度が高い (表1)。

BPSD は中核症状とは異なり、残存する神経細胞の障害に対する反応であると考えられるが、これには2つの機序が想定される。その1つは心理学的な機序である。認知症の初期の段階では、病的状態というはっきりとした自覚 (病識) がなくとも、認知機能の低下から周囲の環境に対する不適応感が強まる³⁾。この状態は精神的疲労を引き起こしやすく、そこから、うつ症状、気分易変性、被害妄想へと発展しやすくなる。Alzheimer型認知症 (AD) の初期にみられやすいうつ気分、物盗られ妄想などはこのような心理的機序から出現していると考えられる。

もう1つは、生物学的な機序である。人間の行動は、もともとある本能的な欲求を学習や思考などを通して、社会的常識に合う形で表現することで成立している。この本能的な部分の中枢は間脳、辺縁系であり、それを制御しているのが大脳皮質 (特に前頭葉) である。進行したADや前頭側頭型認知症では、大脳皮質の神経細胞脱落が強く生じる。そのため、大脳皮質が行っている、間脳、辺縁系に対する制

表1 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 (%)
妄想 (delusions)	18	60
幻覚 (hallucinations)	10	38
焦燥 (agitation)/ 攻撃性 (aggression)	14	45
うつ状態 (depression/dysphoria)	29	77
意欲低下 (apathy/indifference)	20	71
多幸 (elation/euphoria)	1	6
不安 (anxiety)	14	62
脱抑制 (disinhibition)	7	31
易刺激性 (irritability/lability)	20	57
異常行動 (aberrant motor behavior)	7	52
合計 (any symptom)	56	97

(International Psychogeriatric Association : The IPA complete guides to BPSD 2012. Specialists guide, p.6, 2012より引用)

御(抑制作用が主である)が外れ、それらの機能が過剰に発現しやすくなる。そのことから、脱抑制、激しい感情、異食などのBPSDが生じやすくなると考えられる。

3 経過の中で出現する BPSD が変化する

認知症の主要な原因疾患である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。初期はもの忘れが目立つ時期で、うつ症状、妄想が早期より出現することがある。物盗られ妄想は記憶障害を基盤とし、家族が攻撃の対象になることがしばしば認められる。この時期から3~5年経過すると中期に移行し記憶障害、認知障害がさらに進行するとともに妄想、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。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退し、意欲が低下した状態(アパシー)が主症状になることが多い。この時期は栄養管理、感染予防などの身体管理のほうが重要となる。

ここで大切なことは、認知症においては早期から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~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、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。認知症診療に関わる者は、臨床経過と精神・身体医療のニーズの変化に常に配慮しなければならない(図2)⁴⁾。

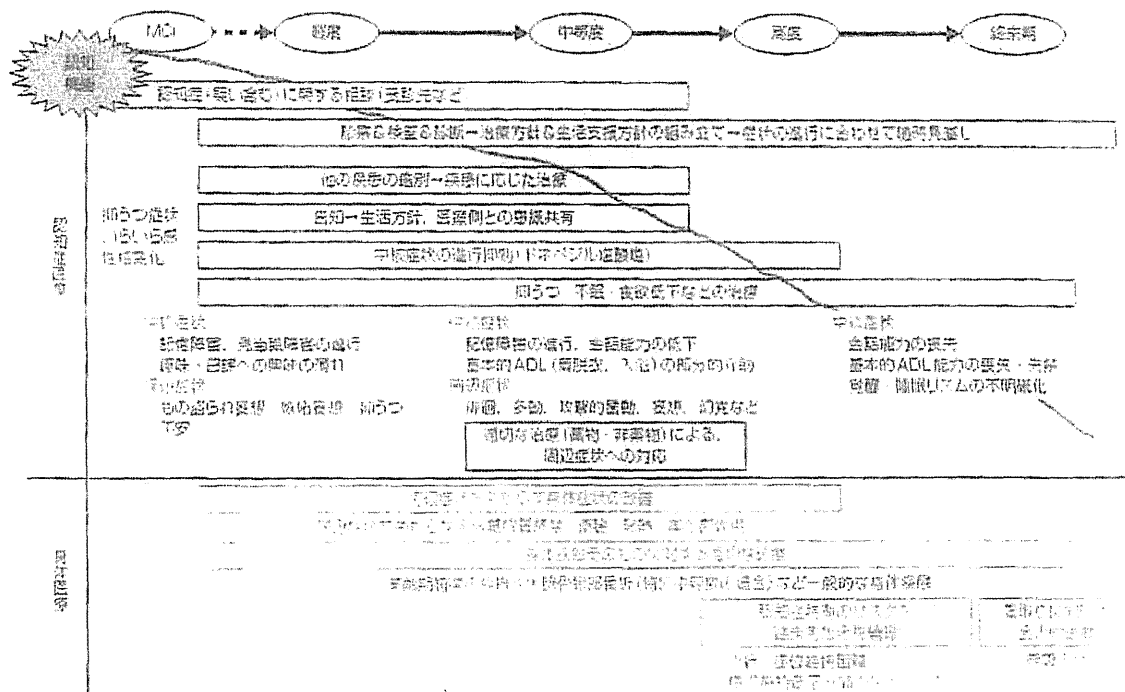


図2 認知症の経過と必要な医療～Alzheimer型認知症など変性疾患の場合
 (国立長寿医療研究センター編：認知症サポート医養成研修テキスト，平成24年版，p.9, 2012より引用)

4 基礎疾患ごとに出現しやすいBPSDがある

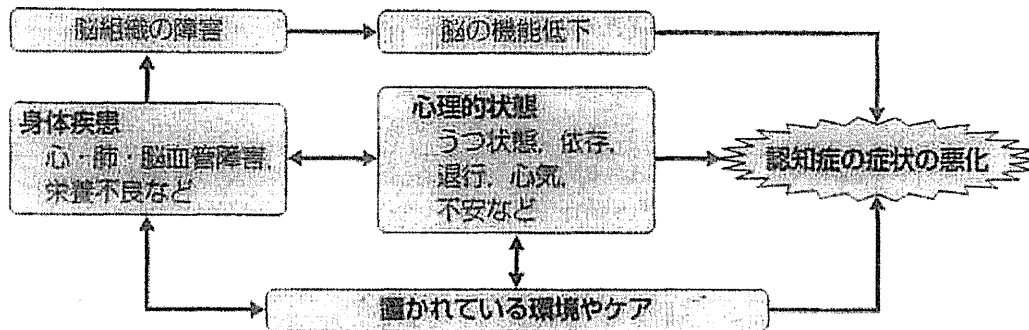
BPSDには多彩な症状が含まれるが、基盤となる疾患により出現しやすい症状群がある(表2)。これらの症状は疾患特異的ということではなく、すべての疾患にみられるが、頻度の高さにおいてある程度の特徴がある。ADでは、初期には物取られ妄想、嫉妬妄想、うつ状態を多く認める。認知機能低下がはっきりしない段階で妄想のみが目立つことも多い。認知機能低下が進むにつれて徘徊、収集癖が高頻度に見られる。血管性認知症では感情の変化が激しくなる感情失禁やうつ症状および意欲低下の出現頻度が高い。睡眠・覚醒リズムが障害されて、昼夜逆転傾向になる例も多い。Lewy小体型認知症では神経症状としてのParkinson症状のほかに、うつ症状と幻視が多くの人に発現している。特にうつ症状の合併頻度は大きい。前頭側頭型認知症では焦燥・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。

5 BPSD悪化要因

認知症の悪化要因は図3⁵⁾のように、身体(生物学的)レベル、心理レベル、環境レベルの3段階がある。ADなどの原因疾患が進行すると脳機能は低下し、中核症

基礎疾患ごとに出現しやすいBPSD

Alzheimer型認知症	物取られ妄想, 嫉妬妄想, 収集癖, うつ状態
血管性認知症	感情失禁, うつ状態, 睡眠・覚醒リズムの障害
Lewy小体型認知症	幻視およびさまざまな幻覚, うつ状態, Rem睡眠関連行動障害
前頭側頭型認知症	常同行為, 脱抑制, 意欲低下



認知症の症状に関連する要因

(Wells CE 編; 池田入男訳; 倫栄, p.123, 医学書院, 1974 より引用)

状態を主とする認知症悪化は当然生じるが、身体疾患罹患が脳機能に影響を及ぼし、認知症悪化につながる事が非常に多い点に注意する。肺炎、骨折など高齢者に多い疾患は、主疾患の治療が成功した後も認知症悪化のため生活機能低下が生じ、それが介護困難につながる。このような状態は老年症候群とよばれ、高齢者医療において最も配慮すべき状態である。もともとの患者の性格や、うつ病罹患の既往などが認知症の病像に影響を与えることがある。特に精神系疾患の治療を受けて薬物の服用をしているかどうかは必ず調べておく必要がある。近親者の死亡、引越し、災害による避難などのほか、家族や介護スタッフの不適切なケアなど、本人を取り巻く環境の変化が認知症悪化の主要な原因となりうる。入院自体が環境の変化として認知症悪化の要因となりうる。

6

BPSD 評価

目の前に精神症状・行動異常を示す患者がいたとき、たとえば激しい動きや多弁、大声をあげていると、単純に「興奮」「不穏」だと判断してしまう。逆に、何もしようとせず食事もとろうとしない患者は「うつ」になっていると記載する。これでは、患者の状態に即して適切な対応をとることは難しい。一見、同じような「興奮」の中にはさまざまな状態が含まれており、それを見分けていくことがその後の治療、ケアに結びつく。

具体的に、いわゆる「不穏」「興奮」(過活動症状ともいえる)の患者について考え

表3 認知症 BPSD の評価方法

	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.

てみると、その中には、躁状態による高揚気分、うつ状態による不安焦燥、前頭側頭型認知症でよくみられる常同行為などである可能性がある。逆に反応の鈍い人（低活動症状）では、真のうつ病のほかに、認知症が進んでいることによる無為無欲状態（アパシー）、身体疾患が潜行している意識レベル低下（低活動せん妄状態）の可能性がある。鑑別は専門医でないとなかなか難しい面もあるが、一見した状態のみで判断せずもう一步踏み込んで状態を観察する態度をもち続けてほしい。

BPSD の重症度がある程度、客観的に評価して、経過、治療効果を判定するさまざまな評価尺度が用いられている（表3）。評価の仕方により、介護者への質問による方法と直接観察による方法に分けられる。質問形式の中で NPI (neuropsychiatric inventory) はいくつかの型があるが研究用として用いられることが多い。多忙な現場で看護師、介護士が評価しやすいものとして、直接観察による CMAI (Cohen-Mansfield agitation inventory) がある。ただし、CMAI では低活動症状は評価できない。

7 BPSD と区別すべき病態

異常行動のすべてを BPSD とみなしてはならない。介護者にとって困る症状はすべて BPSD とみなされやすいが、実際には BPSD ではないことも多い。たとえば、リウマチなどの運動器疾患があり、疼痛と運動制限のためにトイレに間に合わないで失禁してしまった場合に、これを徘徊、放尿の BPSD とみなし睡眠薬などを投与すると、かえって状態を悪くする。認知症による BPSD であるのか、他の原因（特に身体疾患）がないかについて配慮する。

精神疾患の中で、認知症 BPSD と鑑別すべき状態はいくつかあるが、特に「高齢

者うつ病」と「せん妄」には注意する。うつ病と認知症の合併はしばしば認められる。ADにおいては、大うつ病は26%、小うつ病は26%の高率に合併が認められる⁹⁾。一方で、高齢者のうつ病ではもの忘れを強く訴えたり、実際に認知機能低下をきたす症例も多くみられ、「仮性認知症」と名づけられる状態が古くから知られていた。この考え方には、うつ病と認知症は別のものであり、鑑別することは可能であるという認識がある。実際に多くの医療スタッフ向けのテキストには高齢者うつ病と認知症との症状の違いが必ず記述されている。しかし、実際の臨床場面では鑑別ができない症例にしばしば遭遇する。その理由はADや血管性認知症などの認知症の症状の1つがうつ症状、うつ病であることや、うつ病自体から認知症に高頻度に移行することによると考えられる。そのため、高齢者うつ病と認知症は共通の基盤による一続きのスペクトラムであるとする考え方もある。認知症とうつ病の病態についての詳細は成書を参照してもらう¹⁰⁾として、ここでは鑑別に有用な症状の一部を紹介する。それは「微小妄想」である。

微小妄想とは、自分を過小評価する妄想のことであり、高齢者うつ病では非常に多く出現する。認知症で多くみられる意欲低下(アパシー)では認められず、うつ病と認知症(特にAD)との鑑別には有用である。微小妄想には次の3つがある。

- ・疾病妄想：病気になってもう治らないと信じ込む。
- ・貧困妄想：お金が全くなくなってしまったと信じ込む。
- ・罪業妄想：自分とはんでもない悪事を働いたと信じ込む。

高齢者で微小妄想があったら重度のうつを疑い、治療を進めていくことが求められる。

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4にまとめる。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(たとえば内服薬の変更、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、半覚醒状態がダラダ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。ただし、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言ひせん妄治療によりBPSDが大いに改善することも多い。

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～数日)	潜伏性、慢性(数ヵ月～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)

初期の状態ではせん妄か、認知症による精神症状・行動異常かの区別はきわめて困難。

8

BPSD の非薬物療法

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つく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薬は朝、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。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。

9

主治医としてやれること

1 薬物療法

BPSD に対する薬物療法はあくまで対症療法であり、認知機能改善をもたらさない。むしろ、有害事象を惹起しやすく、転倒などのリスク増大の危険がある。しかし、ケアを含む非薬物的アプローチでも状態が改善しない症例があるのが現実であり、薬物療法はまさに最後のとりでであるといえる。では、認知症 BPSD 薬物療法を行う意義はどこにあるのか。

薬物療法は医師が行う特権的行為である。一般的な医療(たとえば腫瘍、循環器疾患、うつ病などでも)ならごく当たり前「患者自身」の「疾患を根治する」「症状を消失させる」と言うだろう。しかし認知症、特に BPSD に対する薬物療法はそう

ではない。あえていえば「患者とそのまわりの人々の関係」を「より持続的に耐えやすくする」ことである。つまり、認知症薬物療法は認知症本人の状態のみでなく、家族や施設の介護スタッフの状況も考えて行うべきなのである。仮に、介護困難な状態が続くと、家族やスタッフは疲弊し、徒労感に打ちひしがれる。精神的なバランスを崩すこともある。それは、認知症介護に反映され、結局、認知症患者本人の状態悪化に結びついていく。患者と介護者の関係性を良好に保つことが最も重要であると考え、そのためには、抗精神病薬などの投与により、一時的に患者の認知機能低下といった悪影響が出現する局面もあるだろう。もちろん、このような状態を漫然と継続すべきでなく、環境調整その他に努力して、最終的には薬物の軽減を図るようにすべきであることは当然である。

BPSD に対する薬物療法を始める前に注意すべき事項は多い。前述のように症状が出現したら、医師としてまずチェックするのは身体合併症と服用している薬剤である。身体合併症では、運動器疾患に伴う疼痛、皮膚疾患による掻痒感などが不穏につながる。便秘、下痢、排尿困難なども BPSD 出現を促す要因になりうる。さらに、BPSD 出現時に見つかる小さな脳血管障害は意外に多いことも心にとどめておく。次に、注意すべき併用薬剤は抗不安薬、抗 Parkinson 病薬、抗うつ薬、 H_2 受容体拮抗薬、抗ヒスタミン薬、抗コリン薬、市販のかぜ薬などがある。これらの薬剤の影響が疑われたら、新たな薬剤を追加する前に減薬することを優先する。

薬物療法がどうしても必要であると考えられたとき、まず、患者自身の環境について考える。服薬管理を行うことができる認知機能があるか、介護者がいるか、転倒の危険性が高い身体状況、環境ではないかなどを確認する。薬物選択にあたっては、症状を見極めて状態像を把握し、適合する薬剤選択を行うようにする。単純に不穏、興奮があるからと決めつけず、どのような症状によるものなのかを見極める習慣をつける。また、認知症の時間的経過の中で症状は大きく変化する。過活動症状は認知機能低下とともに消退する。同じ薬を漫然と投与せず、常に見直す努力が求められる。そのときの原則は常に、高齢者薬物療法の 3S (small dose, short duration, simple pharmacy) である。

BPSD の症状別の薬物療法のエビデンス(表 5)¹⁰⁾と、筆者の経験を加えた薬物療法の実際的使用法(表 6)を参考にしてもらいたい。ドネペジル塩酸塩、メマンチンなどの抗認知症薬が BPSD にも有効である例が少なからずある。それぞれの薬剤の特徴を抑えておくと、現場で役立つことが多い。さらに詳しい薬物療法の実際上の注意点については BPSD 薬物療法ガイドラインが出されているので参考にしてもらいたい¹⁰⁾。

現段階では、BPSD を治療するための薬剤は、BPSD 自体に関しては保険適用がない。そのため、家族や本人には保険外使用であることを十分に説明して処方を行

表5 認知症の精神症状・行動異常 (BPSD) に対する有効な薬物はあるか？

症状	薬品名	エビデンスレベル	症状	薬品名	エビデンスレベル
不安	・リスベリドン	B	うつ状態	・SNRI	C1
	・オランザピン	B		・SSRI	C1
	・クエチアピン	C1	暴力・不穏	・リスベリドン	C1
焦燥性興奮	・リスベリドン	B	徘徊	・(リスベリドン)	
	・クエチアピン	B		性的脱抑制	・(SSRI)
	・オランザピン	B	・(非定型抗精神病薬)		
	・アリピプラゾール	B	・(トラゾドン)		
	・バルプロ酸	C1	睡眠障害		・ベンゾジアゼピン系
	・カルバマゼピン (抑肝散)	C1		・リスベリドン	C1
幻覚・妄想	・リスベリドン	B	・ドネペジル	C1	
	・オランザピン	B	・抑肝散	C1	
	・アリピプラゾール	B			
	・クエチアピン	C1			
	・ハロペリドール	C1			

() は推奨度なし。

(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 より引用)

表6 BPSD に対する薬物療法

		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	抑うつ
抗認知症薬	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (ドネペジル)						○	
	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (ガランタミン)			○	○		○	
	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (リバスチグミン)		○				○	
抗精神病薬	NMDA 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)		○		○			
抗うつ薬	SDA (リスベリドン, オランザピン, クエチアピン, ペロスピロン)		○	○	○			
	SSRI (パロキセチン, フルボキサミン, 塩酸セルトラリン, エスシタロプラム)			○				○
抗てんかん薬	SNRI (ミルナシプラン, デュロキセチン)						○	○
	バルプロ酸ナトリウム, カルバマゼピンなど			○	○			
漢方薬	抑肝散		○	○	○			
	補中益気湯, 八味地黄丸など (いわゆる補剤)						○	

SDA: 非定型抗精神病薬 (セロトニン, ドパミン拮抗薬), SSRI: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬, SNRI: セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬。

すべて, 薬剤投与時は高齢者の身体特性と副作用の出現に注意する。

う。ただし、2011年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」に対してケチアピンフマル酸塩、ハロペリドール、ペロスピロン、リスベリドンの保険適用外使用が認められた。また、リスベリドンは「Parkinson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）。

BPSD治療は医師個人の力でどうにかなるものではなく、ケア、リハビリテーションなど、多職種協同のチーム医療の中で多面的アプローチを行っていくものである。その1例について症例を提示する。

症例

コメディカルとのチーム医療で対処したBPSD～大声を出す症例～

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-R 15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、後部帯状回の血流低下を認め、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ヵ月前の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出た。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、絶え間なく続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塩酸セルトラリン12.5mg、睡眠促進のためにラメルテオン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。

2 BPSD 診療連携

認知症BPSDへの対応は困難なことが多く、家族の介護負担を増大させる主要な原因となっている。一般病院での対応ができず、身体合併症治療を行えない例も多い。その理由を考えてみると、専門家でないことBPSDの症状評価が難しいことが多く、どのような対応をしてよいかわかりにくいこと、BPSDの治療自体が困難で薬物治療も副作用のリスクが大きいことなどがある。

そのため、BPSD例の治療あるいは管理は専門家との連携が欠かせない。どのような場合に精神科などの専門医に依頼すべきかについて表7にまとめた。認知症専門医がいる施設としては、2008年より認知症疾患センターが全国に展開されており、現在200ヵ所以上のセンターがある。また日本老年精神医学会および日本認知症学会が、それぞれ認知症専門医認定を行っており、ウェブ上で公開されている。

■ 専門医に紹介すべき BPSD レベル

1. 原因疾患の診断に苦慮する
2. 精神病症状(幻覚, 妄想, せん妄など)を伴っている
3. 行動異常が激しく, 自分を傷つけたり, 身の回りのものを壊す, 他者を傷つけるおそれがある
4. 抗認知症薬などを試みたが効果に乏しく遷延化が懸念される

しかしながら認知症専門医はまだ少なく, 地域でのニーズをまかなえるほどには至っていない。地域のかかりつけ医と専門医との仲介を行う役割として期待されているのが認知症サポート医であり, 2014年現在, サポート医研修の修了者が3,000名を超えるところまで来ている。

高齢者が増大し, 認知症を伴った患者の治療は, 小児科を除くほとんどすべての科で不可避となっている。認知症疾患センターや地域の認知症サポート医との連携を常に行っていくことで, BPSD 対応を向上させ, 認知症患者の治療を進めていくことが求められている。

■ 文献

- 1) Finkel SI, et al.: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 8 (Suppl 3): 497-500, 1996.
- 2) International Psychogeriatric Association: The IPA complete guides to BPSD 2012, Specialists guide, p.6, 2012.
- 3) Hattori H, et al.: Clinical psychological tests useful for differentiating depressive state with Alzheimer's disease from major depression of the elderly. *Psychogeriatrics* 10: 29-33, 2010.
- 4) 国立長寿医療研究センター編: 認知症サポート医養成研修テキスト, 平成 24 年版, p.9, 2012.
- 5) Wells CE 編: 池田久男訳: 痴呆. 医学書院, p.123, 1974.
- 6) Starkstein SE, et al.: The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 162: 2086-2093, 2005.
- 7) 朝田 隆: うつ病一治療・研究の最前線 関連疾患 うつ病と認知症の鑑別. *医学のあゆみ* 244 (5): 459-462, 2013.
- 8) 馬場 元: 高齢うつ病と認知症はスペクトラムか—アミロイドβを中心に—. *Depression Frontier* 11 (1): 46-52, 2013.
- 9) 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.
- 10) 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 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c-att/2r98520000036k11.pdf>

(服部英幸)

高齢者の在宅・施設介護における

性的トラブル 対応法

鈴木俊夫・佐藤裕邦・荒木乳根子・遠藤英俊 著



タブー視されてきた介護の場での
性的トラブル解決の指針となる本。



黎明書房

2 薬剤とセクシュアリティ

高齢者介護の現場で性とセクシュアリティが問題となることは稀^{まれ}ではない。しかしながら多くの教科書では十分に対応されておらず、授業においても十分に取り上げられることはない。しかし介護の現場では患者からセクハラを受けることも稀ではない。そのために最低限その関連の知識をもち、現場で適切に対応することは大事なことである。本節では特に薬剤とセクシュアリティの関係について総括する。

疾病と性的行動について

疾病の症状そのものにおいてもセクシュアリティと関係する場合がある。そもそも、パーキンソン病は性的な行動異常が観察されることがある。また、認知症の症状の1つに嫉妬妄想^{しつともうそ}がある。また前頭側頭型^{ぜんとうそくとうがた}認知症では反社会的行為が見られることがある。さらにクリューバー・ビューシー症候群においても性的な異常行動が主症状となる場合がある。

パーキンソン病の症状には大別して運動症状と非運動症状がある。非運動症状の中には、精神症状、自律神経症状などが含まれる。主要症状は以下の4つである。振戦^{しんせん}、無動、固縮が特に3主徴として知られている。これらの神経学的症候をパーキンソニズムと呼ぶ。また、病的賭博^{とぼく}、性欲亢進^{こうしん}、強迫的買い物、強迫的過食、反復常同行動、薬剤の強迫的使用などのいわゆる衝動制御障害がパーキンソン病に合併することが知られるようになっている。

前頭側頭型認知症では、常識の欠如や判断力の低下により反社会的行為が見られることがあり、性的な異常行動を示すことがある。具体的には、例えば男性患者が下着をつけずに歩いたり、女性風呂に入浴しようとするなどである。

クリューバー・ビューシー症候群は純粹な扁桃体由来の症候群ではないが、扁桃体を含む関連症候群である。その症状は以下に示すように多彩である。感情の鈍麻・無関心、逆に過剰反応を示す、視覚失認、口唇傾向、例えば何でも口に入れる、食べ物でないものも食べる、時に過食を起こす。恐怖感の低下、危険なものを避けなくなる。さらに性的感覚の亢進症状がある。クリューバー・ビューシー症候群は何らかの原因で両側の扁桃体の障害を受けた時に発症すると考えられており、ヘルペス脳炎（ヘルペスウイルスは側頭葉内側など大脳辺縁系を侵すことが知られている）、ピック病、戦争や交通事故などでの頭部外傷などでクリューバー・ビューシー症候群様の症状が確認されている。

薬剤と性機能障害について

性機能障害（インポテンス）は、勃起、射精、あるいは両者の欠陥と定義される。性的機能不全は、全身性疾患の過程（糖尿病）やそれらの治療（薬物）、性器、内分泌系の特異的疾患あるいは精神科的障害に二次的に続発する。かつては性的機能不全の男性の大多数は心理的基礎原因をもっていると考えられていた。現在は、インポテンスの男性の大多数は糖尿病などの器質性基礎疾患の要素を持っていると考えられている¹⁾。

性欲の減退に関して、性欲やリビドー（性的衝動）の減少は、男性ホルモンすなわちテストステロンの欠乏に起因する。他の原因は、心理的要因や習慣性薬物の乱用（ヘロイン、アルコール、コカイン）などが含まれる。勃起不全と薬剤に関しては、シメチジン、スピロノラクトン、ケトラコナゾール、クロニジン、メチルドパ、ベータ遮断薬、サイアザイド利尿薬、抗コリン作動薬、抗鬱薬、鎮静薬、バルピツレート、モノアミン酸化酵素阻害薬、ベンゾジアゼピン、向精神病薬^{（こうせいしんびょうやく）}および他の乱用薬（アルコール、メサドン、コカイン、ヘロイン）との関連が知ら

れている。射精欠如に関しては、グアネチジン、フェノキシベンザミンにより引き起こされることは知られている。

薬剤と性的行動について

薬剤によっては、ヒトの性的行動を変容させることがある。医療の分野ではこのことは常識ではあるが、性的行動異常を薬剤と結びつけることが容易ではなく、知識として知っておく必要がある。

パーキンソン症状をきたしやすい薬剤

近年医学の進歩が急速で、種々の薬が作られるようになったが、薬によっては、副作用としてパーキンソン症状が出たり、あるいはパーキンソン症状を悪化させたりすることがある。

以下の薬（向精神薬、抗不安薬、精神安定剤、^{せいとぞい}制吐剤など）は必ずパーキンソン症状が出るというのではなく、その可能性がある薬である（表3-1）。まずはこうした性的な行動や性に関連した症状が出た場合には薬剤との関連を疑う必要がある。多くの薬剤は安全と考えられており、高齢者では漫然と長期間使用されることが多いため、こうした有害事象を見逃す可能性が高い。薬剤師や医師と連携し、少しでも薬剤数を減量または中止し、有害事象の発生を未然に防ぐ必要がある。

おわりに

高齢者自身の性格によるものがあるが、疾病そのものにより、セクシュアリティが高まることもある。

薬剤は有用性もあるが、有害事象もある。急性の有害事象はわかりやすいことが多いが、慢性の場合には把握が遅れる傾向があり、わかりにくいことも多い。そこで常に有害事象を日頃から理解し、患者の行動を十分に観察する必要がある。情報収集にはナースや介護職の他、家族の協力も得ながら、少しでも有害事象の発言を減少させることが重要であ

表 3-1 パーキンソン症状をきたしやすい薬剤

- ① フェノチアジン系
 - クロールプロマジン (コントミン, ウインタミン)
 - トリフルプロマジン (ベスプリン)
 - フルフェナジン (フルメジン, アナテンゾール)
 - トリフロペラジン (トリフロペラジン)
 - ペルフェナジン (トリオミン, PZC)
 - ペリシアジン (ニューレプチル, アパミン)
 - チオリダジン (メレリル)
- ② ブチロフェノン系
 - ハロペリドール (セレネース, ケセラン, プロトンボン, リントン)
 - ピパンペロン (プロビタン, ルバトレン)
- ③ チオキサントン系
 - クロルプロチキセン (トラキラン, クロチキセン)
- ④ ジフェニルブチルピペリジン系
 - ピモジド (オーラップ)
- ⑤ イミノベンジル誘導体
 - カルピプラミン (デフェクトン)
 - クロカプラミン (クロフェクトン)
- ⑥ インドール誘導体
 - オキシペルチン (ホーリット)
- ⑦ 制吐剤
 - メトクロプラミド (プリンペラン, モルペラン, プロメチン)
 - フェノチアジン系 (ノバミン, トレステン, ビレチア)
- ⑧ 降圧剤
 - レセルピン (レセルピン, セルパシル)
 - アルファーメチルドーパ (アルドメット)
- ⑨ 脳循環代謝改善薬
 - フルナリジン (フルナール)
 - シンナリジン (アプラクタン)
- ⑩ その他
 - スルピリド (アビリット, ドグマチール, ミラドール)
 - チアプライド (グラマリール)
 - ドンペリドン (ナウゼリン)
 - シサプリド (アセナリン, リサモール)
 - リチウム (リチウム)

る。

また、在宅や施設介護の現場で性的トラブルが起きた場合には、事実関係を正確に把握し、冷静に対応することが求められる。適切な対応方法には正解はないが、薬剤の変更も含め、早期に発見し、予防的対応も重要であろうし、疾病やその薬剤の影響を検討する必要がある。

注

- 1) 仲谷達也「性機能障害」『今日の治療指針 2010』医学書院, p.931-932

ORIGINAL ARTICLE: EPIDEMIOLOGY,
CLINICAL PRACTICE AND HEALTH

Cerumen impaction shown by brain magnetic resonance imaging in patients with cognitive impairment

Tsutomu Nakashima,^{1,2} Saiko Sugiura,¹ Shinji Naganawa,³ Minoru Yasue,⁴ Yoshitaka Inui,⁵ Takashi Sakurai,⁶ Yasue Uchida,^{1,7} Michihiko Sone,² Masaaki Teranishi,² Tadao Yoshida,² Kengo Ito⁵ and Kenji Toba⁶

Departments of ¹Otorhinolaryngology and ⁵Radiology, ⁶Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Departments of ²Otorhinolaryngology and ³Radiology, Graduate School of Medicine, Nagoya University, ⁴Department of Otorhinolaryngology, Kamiida Daiichi General Hospital, Nagoya, and ⁷Department of Otorhinolaryngology, Aichi Medical University, Nagakute, Japan

Aim: Hearing loss is a risk factor for the progression of dementia. Cognitive improvement is occasionally found after removal of cerumen impaction. Because patients with dementia do not usually complain about cerumen impaction, detection methods are important. The present study aimed to investigate whether cerumen impaction is observable using brain magnetic resonance imaging.

Methods: Participants were six patients whose hearing level improved 15 dB or more unilaterally or bilaterally after the removal of cerumen impaction. A radiologist who was blind to the impaction side and whether magnetic resonance imaging scans were taken before or after impaction removal classified cerumen impaction as positive, negative or unclear.

Results: Three ears classified as impaction positive and five ears classified as impaction negative corresponded accurately to the presence or absence of cerumen impaction. Among four ears classified as unclear, two did and two did not have cerumen impaction.

Conclusion: Careful examination of the external ear canal on brain magnetic resonance imaging can be used to detect cerumen impaction. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 16: 392–395.

Keywords: cerumen impaction, dementia, external ear canal, hearing loss, magnetic resonance imaging.

Introduction

Among elderly patients admitted to a skilled nursing facility or undergoing evaluation for a memory disorder, hearing and mental status improved significantly after the removal of cerumen impaction. Because individuals with a cognitive disorder or dementia do not usually complain of cerumen impaction, detection is important so as to reduce hearing impairment. Visualization of the external ear with an otoscope is a basic method of detection. However, it is occasionally difficult to estimate cerumen thickness, which is positively associated with

hearing impairment. Our goal was to investigate whether brain magnetic resonance imaging (MRI) is useful for cerumen impaction detection.

To our knowledge, there have been no published reports of MRI for cerumen impaction. If this method was used to detect cerumen impaction, it might help to improve hearing and cognitive ability in cognitively impaired patients.

Methods

Patients

The participants were six patients whose hearing level improved 15 dB or more unilaterally or bilaterally after the removal of cerumen impaction, from a larger study of 55 patients described previously.¹ The study was approved by the Committee for the Ethics of Human Research for the National Center for Geriatrics and

Accepted for publication 6 February 2015.

Correspondence: Professor Tsutomu Nakashima MD, Department of Otorhinolaryngology, National Center for Geriatrics and Gerontology, 7-430, Morioka-cho, Obu City, 474-8511 Japan. Email: tsutomun@med.nagoya-u.ac.jp