

## 原著

## 男女別にみた認知症高齢者の病前性格とBPSDの関連

Relationship between premorbid personality and BPSD in elderly people with dementia by gender.

野末波輝<sup>1)</sup>、薬袋淳子<sup>2)</sup>、成 順月<sup>2)</sup>

Namiki Nozue<sup>1)</sup>, Junko Minai<sup>2)</sup>, Shunyue Cheng<sup>2)</sup>

## 要旨

【目的】 認知症高齢者の病前性格とBPSDとの関連を男女別に明らかにする。

【方法】 病院に入院、または施設に入所しているBPSDを有する認知症高齢者と、そのキーパーソン216名を対象に、質問紙調査を実施した。BPSD12項目は担当の職員または認知症認定看護師に記入を依頼し、当事者の病前性格は日本語版Ten Item Personality Inventoryを用いて外向性、協調性、勤勉性、神経症傾向、開放性の5つに分類し、キーパーソンから回答を得た。男女別に属性とBPSD12項目との関連をカイ二乗検定で調べ、病前性格とBPSD12項目との関連はスピアマン相関係数を算出し調べた。BPSDの有無を従属変数とし、単変量解析で $p < 0.1$ の変数を独立変数として多重ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】 認知症高齢者121名に関する回答が得られた(回収率56%)。多重ロジスティック回帰分析の結果、男性では外向性傾向の性格はうつ(OR=0.54 : 95%CI 0.36-0.81)や不安(0.75 : 0.57-0.97)になりやすく、勤勉性傾向の性格は、うつ(0.73 : 0.53-0.97)になりやすいが、脱抑制(1.88 : 1.32-2.67)を起しやすく、協調性傾向の性格は食異常(1.60 : 1.17-2.12)、神経症傾向は易刺激性(1.47 : 1.10-1.97)を起しやすく、開放性傾向の性格はうつになりやすかった(0.45 : 0.21-0.95)。女性では、外向性傾向の性格は易刺激性(1.27 : 1.06-1.52)、協調性傾向の性格はアパシー(1.68 : 1.24-2.26)と食異常(1.49 : 1.15-1.92)を起しやすく、神経症傾向の性格は易刺激性(1.26 : 1.03-1.53)、勤勉性の性格は脱抑制(1.39 : 1.10-1.76)を起しやすかった。

【結論】 男女別における病前性格とBPSDの関連が示唆され、BPSDの各症状に対する予防的取り組みや対処方法など検討できると考える。

キーワード：認知症、BPSD、病前性格

1) 岐阜赤十字病院

2) 岐阜医療科学大学大学院保健医療学研究科

受領日：2020年1月8日

採択日：2020年3月16日

英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

責任著者：野末波輝

岐阜赤十字病院

〒502-8511 岐阜県岐阜市岩倉町3丁目36番地

E-mail : nozunamiki@yahoo.co.jp

## はじめに

BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia: 以下、BPSD)は論文により定義が異なる場合があるが、1996年に国際老年精神医学会でBPSDを「認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による症状」と定義された<sup>1)</sup>。

BPSDの症状は、抑うつ、せん妄、妄想、幻覚、徘徊、失禁、暴力、食異常といったものであるがBPSDであると共に認知症状であるものや、さらに環境や体調、薬剤などほかの要因が加わることもあり区別は難しい場合がある<sup>2,3)</sup>。東京都が行った調査によると、在宅認知症高齢者の79%になんらかのBPSDが認められ、特に認知症レベル中等度の場合のBPSD発現率は89.7%であった<sup>4)</sup>。BPSDは、介護者と患者のQOLの低下、介護者のストレス増大など、さまざまな問題が生じ、在宅介護を困難にする。また、多くの主介護者がBPSDへの対応方法が分からず、介護負担感を抱えてしまっていることが報告されている<sup>5,7)</sup>。BPSDに対して医療従事者が感じる困難と負担についても多くの報告があり、主には、離院行動、不眠、暴力行為などに対する予測ができない、看護師の説明を理解してもらえないなどであった<sup>8)</sup>。

一方で、BPSDは介護者の適正な介入と薬物療法によって症状の改善がみられることが明らかとなっている。加瀬らの報告では、落ち着く場所の確保や服薬調整管理により症状の改善がみられたことや、話題の工夫、本人生活ペース確保、自力可能課題実施といった対応が症状を改善させた。さらには、日常生活リズムの確保や嫌がることをしないと対応により症状が改善した<sup>9)</sup>。また、抗精神病薬を使用する群のほうがプラセボ投与群に比べて死亡率が増加する<sup>10)</sup>ことが報告されていることもあり、BPSDへの対応は非薬物的な対応が第一原則といわれている。これは、厚生労働省が推奨している、かかりつけ医のためのBPSDに対する抗精神病薬使用ガイドラインにも記載されており、BPSDは身体的および環境要因が関与することもあるため、対応の第一選択は非

薬物的介入を原則とする姿勢が重要である<sup>11)</sup>。

認知症高齢者のBPSDを発症、悪化させる要因として、ライフイベント<sup>12)</sup>、疼痛<sup>13)</sup>、認知機能の悪化、過剰な薬剤の投与、身体合併症、便秘、発熱、疲労、環境の変化(音、光、陰、空間の広がりや圧迫)、患者にとって好ましくない家族環境、介護環境、ストレス<sup>14,15)</sup>、病前性格などがあげられている。特に、病前性格はBPSDの発症に影響を与えることがいくつかの先行研究で示されている<sup>16-19)</sup>。これらの研究は、フランスやアメリカで多く行われており、日本人を対象にした報告では、98名のアルツハイマー型認知症患者と41名のレビー小体型認知症を対象にNPIを用いてBPSDの評価をし、病前性格はNEO-FFIを使用して患者のキーパーソンに記入をしてもらい、BPSDと病前性格の関連を認知症の種類別に重回帰分析で調べたものがある<sup>18)</sup>。結果は、アルツハイマー型認知症では、協調性傾向で興奮・アパシー・易刺激性を起こしにくく、神経症傾向ではうつを起しやすかった。また、レビー小体型認知症では、協調性傾向で妄想を起こしにくく、開放性傾向で不安を起こしにくく、勤勉性傾向で興奮を起しやすかった。この研究課題は、対象者が少なかったことと同一施設のみの調査であり調査対象が少なかったことであった。

男女は脳機能の違いや、性格特性の違いからBPSDの現れ方が異なっている可能性が示唆されている。近年ではLeeらが軽度の認知症女性患者は男性患者よりもうつ病にかかりやすいことを報告し<sup>20)</sup>、Hugoらは過去の横断研究から認知障害を有する3,395名(男性1,056名、女性2,339名)のデータを使用し、男女の比較をした。その結果、男性は女性に比べて攻撃的行動、退行が多くみられ、女性は男性に比べてうつ症状が多くみられていた<sup>24)</sup>。また、男女の脳の違いとして、大木は大脳半球、扁桃核、海馬など多くの脳部位で男女差を形成し、これらの違いにより行動の違いを示すことを報告している<sup>21)</sup>。このように過去の先行研究や、男女の脳機能の違いから、BPSDの現れ方が異なっていることが示唆されているが、男女別に病前性格とBPSDを比較した研究は見あたらない。認知症高齢者のBPSDと病前性格の関連が男女別に明らかになることは、認知症患者に今

後起こりえる可能性のあるBPSDの予防と対応につなげることができる貴重な情報になると考えられる。

そこで、本研究では、男女別に認知症高齢者のBPSDと病前性格に関連があるのかを調べることを目的とした。

## 方法

### 1. 対象

研究協力の同意が得られたA、B、C病院の3か所、DグループホームとE特別養護老人ホーム1施設ずつに入院・入所している認知症高齢者、認知症高齢者のキーパーソン各216名。主治医により認知症があり、BPSDがあると判断された患者、入所者または、看護師長か認知症認定看護師により認知症があり、BPSDがあると判断された患者、入所者を対象者とした。

### 2. 調査内容

主な調査項目は①認知症高齢者の背景条件、②病前の性格特性、③現在のBPSDとした。

① 認知症高齢者の背景条件については、個人を特定する情報は収集せず、年齢、性別、続柄、現在の身体的疼痛の有無、認知症以外の精神的疾患の有無、BPSD発症前1年以内におきた重要なライフイベントに関する情報をキーパーソンから得た。

② 病前の性格特性もキーパーソンに尋ねたが、他者が性格を評価する信頼性と妥当性のある尺度が存在しないことや、先行研究で使用されているNEO-FFIは質問項目が多いことと、他者が病前性格を評価する信頼性・妥当性の検討がなされていないことから、本研究では、自己評定と友人評定でも信頼性、妥当性が証明されている小塩らが作成した日本語版Ten Item Personality Inventory<sup>22)</sup>を使用し、キーパーソンが回答した。この質問紙は10項目で構成され、外向性、協調性、勤勉性、神経症傾向、開放性の5つの因子を各2項目(標準・逆転項目)で測定する尺度で、まったく違うと思う～強くそう思うまでの7段階で回答する。また、同じ小塩らの論文内で既存のBigFive尺度であるFFPQ-50やFBS、FBS-S、

主要5因子性格検査、NEO-FFI日本語版との有意な相関がみとめられている。

③ BPSDの評価については、担当の職員または認知症認定看護師に、筆者が作成した質問紙を使用して妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、アパシー、脱抑制、易刺激性、異常行動、夜間行動、食異常の12項目について、それぞれの頻度をなし～毎日みられるの4段階で評価を依頼した。

### 3. データ収集方法

該当施設に施設側が記入する調査用紙とキーパーソン用の質問紙を配布した。施設側の調査用紙は担当者に記入を依頼し、後日研究者により調査用紙を回収した。キーパーソンへの質問紙はキーパーソンの来院時に施設側から手渡していただき、記入後に同封した返信用封筒で返信を依頼した。

### 4. 分析方法

- 1) 認知症高齢者の属性と男女別におけるBPSDの症状別出現頻度は記述統計で調べた。
- 2) BPSDに対して、症状なしと答えた場合は「なし」、その他は「あり」として、属性との関連を男女別にカイ二乗検定で調べた。
- 3) 病前性格とBPSD各症状の頻度との関連は、男女別にスピアマンの相関分析で調べた。
- 4) 男女別にBPSD各症状の有無を従属変数とし<sup>3)</sup>、で $p<0.05$ の病前性格を独立変数<sup>2)</sup>、で $p<0.1$ (先行研究より関連する可能性があるため)の変数で調整した多重ロジスティック回帰分析を行った。

分析には、統計分析ソフトSPSS ver.23を用いた。

### 5. 倫理的配慮

本研究は岐阜医療科学大学倫理委員会の承認(28-16)を受けて実施した。病院・施設長に本研究の趣旨、研究への協力は任意であり拒否や途中でやめることもでき、取りやめることで不利益を生じることはないこと、プライバシーには厳重に配慮することを口頭にて説明し、文書にて同意を得たうえで調査を開始した。対象の病院・施設に

倫理委員会がある場合は承認を得た。認知症高齢者のキーパーソンには、本研究の説明文書を使用し、調査への協力は自由であり拒否する権利があること、拒否することにより不利益は生じないこと、調査で得た情報が漏れないようにデータは厳重に取り扱いプライバシーに配慮すること、研究結果は本研究の目的以外には使用しないことなどを説明し、同意が得られたものを対象とした。

## 結果

調査票を216名分配布し、回収は121名分(回収率56%)であった。BPSDと病前性格の記載のあった121名(有効回答率100%)を分析対象とした。回答者であるキーパーソンは、子が約50%、配偶者が24%、その他嫁、婿などであった。

### 1. 認知症高齢者の属性

男性51名、女性62名で、平均年齢は83±7.81歳であった。70歳から80歳台で全体の約75%を

占めた。男女別におけるBPSDの症状別出現頻度は、男性において毎日みられる症状のうち最も多くみられた症状は易刺激性であり、次いで夜間行動、興奮、脱抑制であった。週2.3回みられる症状で最も多くみられたのは易刺激性であった。次いで妄想、興奮が多くみられた。女性において毎日みられる症状のうち最も多くみられた症状は、興奮、夜間行動であった。次いで幻覚、アパシーが多くみられた。週2.3回みられる症状で最も多かった症状は易刺激性であった。次いで興奮、夜間行動の順に多くみられた(表1.2)。

### 2. BPSDの症状別出現割合の男女比較

男性において最も多くみられた症状は易刺激性(54.9%)であり、次いで夜間行動(49.0%)、興奮(45.1%)であった。女性において最も多くみられた症状は、妄想(61.7%)であり、次いで興奮(56.5%)、易刺激性(56.5%)、夜間行動(54.8%)であった。全ての項目について項目ごとにカイ二乗検定を行ったが、有意な男女差は見られなかった

表1 認知症高齢者の属性

	全体n(%)	男性n(%)	女性n(%)
	n=121	n=51	n=62
年齢			
平均±SD	83±7.81	81.6±7.54	84.1±7.95
欠損	3(2.5)	2(1.8)	1(0.9)
認知症発症後の痛み			
なし	72(59.5)	31(27.4)	35(30.1)
あり	45(37.2)	20(17.7)	23(20.4)
欠損	4(3.3)	—	4(3.5)
認知症以外の精神疾患			
なし	106(86.7)	48(42.4)	50(44.2)
あり	14(12.3)	3(2.7)	11(9.7)
欠損	1(0.8)	—	1(0.9)
認知症発症1年前のライフイベント(複数回答)			
なし	80(66.1)	35(31.0)	40(35.4)
あり	41(33.9)	16(14.1)	22(19.5)
ライフイベントありのうちわけ(n=41)			
入院	36(29.8)	15(13.3)	19(16.8)
友人、近親者の死	19(16.8)	7(6.2)	10(8.8)
配偶者の死	11(9.1)	1(0.9)	9(8.0)
手術	11(9.1)	4(3.5)	7(6.2)
その他	21(17.3)	11(9.7)	10(8.8)

※性別欠損値8名

表2 男女別におけるBPSDの症状別出現頻度

	男性(n=51) n(%)				女性(n=62) n(%)			
	毎日	週 2.3回	週1回以 下	なし	毎日	週 2.3回	週1回 以下	なし
妄想	3(5.9)	13(25.5)	2(3.9)	33(64.7)	9(14.5)	16(25.8)	4(6.5)	33(53.2)
幻覚	1(2.0)	12(23.5)	3(5.9)	35(68.6)	10(16.1)	9(14.5)	6(9.7)	37(59.7)
興奮	7(13.7)	13(25.5)	3(5.9)	28(54.9)	12(19.4)	21(33.9)	2(3.2)	27(43.5)
うつ	3(5.9)	11(21.6)	0(0%)	37(72.5)	9(14.5)	9(14.5)	8(12.9)	36(58.1)
不安	1(2.0)	11(21.6)	3(5.9)	36(70.6)	9(14.5)	7(11.3)	5(8.1)	41(66.1)
多幸	4(7.8)	1(2.0)	0(0.0)	46(90.2)	3(4.8)	1(1.6)	0(0.0)	58(93.5)
アパシー	1(2.0)	9(17.6)	1(2.0)	40(78.4)	10(16.1)	3(4.8)	3(4.8)	46(74.2)
脱抑制	7(13.7)	7(13.7)	0(0.0)	37(72.5)	8(12.9)	10(16.1)	5(8.1)	39(62.9)
易刺激性	13(25.5)	14(27.5)	1(2.0)	23(45.1)	7(11.3)	24(38.7)	4(6.5)	27(43.5)
異常行動	4(7.8)	8(15.7)	0(0.0)	39(76.5)	5(8.1)	7(11.3)	4(6.5)	46(74.2)
夜間行動	11(21.6)	12(23.5)	2(3.9)	26(51.0)	12(19.4)	18(29.0)	4(6.5)	28(45.2)
食異常	4(7.8)	11(21.6)	0(0.0)	36(70.6)	8(12.9)	8(12.9)	1(1.6)	45(72.6)

表3 BPSDの症状別出現割合の男女比較

	男性(n=51)		女性(n=62)		p
	あり n(%)	なし n(%)	あり n(%)	なし n(%)	
妄想	18(38.3)	33(64.7)	29(61.7)	33(53.2)	0.22
幻覚	16(31.4)	35(68.6)	25(40.3)	37(59.7)	0.33
興奮	23(45.1)	28(54.9)	35(56.5)	27(43.5)	0.23
うつ	14(27.5)	37(72.5)	26(41.9)	36(58.1)	0.11
不安	15(29.4)	36(70.6)	21(33.9)	41(66.1)	0.61
多幸	5(9.8)	46(90.2)	4(6.5)	58(93.5)	0.51
アパシー	11(21.6)	40(78.4)	16(25.8)	46(74.2)	0.60
脱抑制	14(27.5)	37(72.5)	23(37.1)	39(62.9)	0.28
易刺激性	28(54.9)	23(45.1)	35(56.5)	27(43.5)	0.87
異常行動	12(23.5)	39(76.5)	16(25.8)	46(74.2)	0.78
夜間行動	25(49.0)	26(51.0)	34(54.8)	28(45.2)	0.54
食異常	15(29.4)	36(70.6)	17(27.4)	45(72.6)	0.82

χ<sup>2</sup>検定注：毎日、週に2・3回程度、週に1回以下を「BPSDあり」  
BPSDが見られない場合に「BPSDなし」とした

(表3)。

## 3. 男女別における属性とBPSDの関連

年齢は、平均83歳(±7.81)で2群にした。男性は83歳以上に比べ未満の方が、有意に妄想( $p=0.002$ )、幻覚( $p=0.006$ )、異常行動( $p=0.039$ )がみられやすかった。女性は83歳以上に比べ未満は、食異常を起こしにくい可能性があり

( $p=0.085$ )、痛みがないほうが脱抑制を発症しやすい可能性( $p=0.067$ )、精神疾患を有するほうが幻覚を発症しやすい可能性( $p=0.092$ )があった。また、認知症発症前に重大なライフイベントの経験がない方が、妄想( $p=0.08$ )を起こしやすい可能性があり、幻覚は有意に発症しにくかった( $p=0.036$ ) (表4.5)。

表4 男性における属性とBPSDの関連

		年齢		p	痛み		p	精神疾患		p	ライフイベント		p
		83歳未満	83歳以上		あり	なし		あり	なし		あり	なし	
		妄想	あり	61.9	12.0	*	25.0	41.9	ns	33.3	35.4	ns	37.5
	なし	38.1	88.0		75.0	58.1		66.7	64.6		62.5	65.7	
幻覚	あり	52.6	13.0	*	20.0	38.7	ns	0.0	33.3	ns	37.5	28.6	ns
	なし	47.4	87.0		80.0	61.3		100.0	66.7		62.5	71.4	
興奮	あり	45.5	50.0	ns	60.0	40.0	ns	100.0	47.9	ns	56.8	40.0	ns
	なし	54.5	50.0		51.6	48.4		0.0	52.1		43.8	60.0	
うつ	あり	36.4	25.0	ns	25.0	29.0	ns	0.0	29.2	ns	25.0	28.6	ns
	なし	63.6	75.0		75.0	71.0		100.0	70.8		75.0	71.4	
不安	あり	27.3	25.0	ns	30.0	29.0	ns	33.3	29.2	ns	18.8	34.3	ns
	なし	72.7	75.0		70.0	71.0		66.7	70.8		81.3	65.7	
多幸	あり	18.2	12.5	ns	15.0	6.5	ns	0.0	10.4	ns	6.3	11.4	ns
	なし	81.8	87.5		85.0	93.5		100.0	89.6		93.8	88.6	
アパシー	あり	33.3	25.0	ns	20.0	22.6	ns	0.0	22.9	ns	31.3	17.1	ns
	なし	66.7	75.0		80.0	77.4		100.0	77.1		68.8	82.9	
脱抑制	あり	18.2	33.3	ns	35.0	22.6	ns	0.0	29.2	ns	18.8	31.4	ns
	なし	81.8	66.7		65.0	77.4		100.0	70.8		81.3	68.6	
易刺激性	あり	63.6	54.2	ns	50.0	58.1	ns	33.3	56.3	ns	50.0	57.1	ns
	なし	36.4	45.8		50.0	41.9		66.7	43.8		50.0	42.9	
異常行動	あり	34.8	19.0	*	25.0	22.6	ns	33.3	22.9	ns	25.0	22.9	ns
	なし	65.2	81.0		75.0	77.4		66.7	77.1		75.0	77.1	
夜間行動	あり	45.5	41.7	ns	50.0	48.4	ns	0.0	52.1	ns	68.8	40.0	ns
	なし	54.5	58.3		50.0	51.6		100.0	47.9		31.3	60.0	
食異常	あり	18.2	33.3	ns	25.0	32.3	ns	0.0	37.3	ns	37.5	25.7	ns
	なし	81.8	66.7		75.0	67.7		100.0	68.8		62.5	74.3	

χ<sup>2</sup>検定 \*p<0.05 値は%を示す

注：毎日みられると週に2・3回程度、週に1回以下を「BPSDあり」

BPSDが見られない場合に「BPSDなし」とした

表5 女性における属性とBPSDの関連

		年齢		p	痛み		p	精神疾患		p	ライフイベント		p
		83歳未満	83歳以上		あり	なし		あり	なし		あり	なし	
		妄想	あり	55.6	46.7	ns	43.5	48.6	ns	54.5	46.0	ns	31.8
	なし	44.4	53.3		56.5	51.4		45.5	45.0		68.2	45.0	
幻覚	あり	55.6	36.7	ns	47.8	34.3	ns	63.6	36.0	†	22.3	50.0	*
	なし	44.4	63.3		52.2	65.7		36.4	64.0		77.3	50.0	
興奮	あり	70.8	50.0	ns	43.5	60.0	ns	63.6	54.0	ns	68.2	50.0	ns
	なし	29.2	50.0		56.5	40.0		36.4	46.0		31.8	50.0	
うつ	あり	44.4	46.7	ns	52.2	40.0	ns	45.5	42.0	ns	40.9	42.5	ns
	なし	55.6	53.3		47.8	60.0		54.5	58.0		59.1	57.5	
不安	あり	11.1	23.3	ns	30.4	40.0	ns	27.3	34.0	ns	27.3	37.5	ns
	なし	88.9	76.7		69.6	60.0		72.7	66.0		72.7	62.5	
多幸	あり	22.2	6.7	ns	0.0	8.6	ns	9.1	6.0	ns	9.1	5.0	ns
	なし	77.8	93.3		100.0	91.4		90.9	94.0		90.9	95.0	
アパシー	あり	11.1	33.3	ns	21.7	28.6	ns	18.2	28.0	ns	31.8	22.5	ns
	なし	88.9	66.7		78.3	71.4		81.8	72.0		68.2	77.5	
脱抑制	あり	22.2	33.3	ns	21.7	45.7	†	45.5	34.0	ns	45.5	32.5	ns
	なし	77.8	66.7		78.3	54.3		54.5	66.0		54.5	67.5	
易刺激性	あり	33.3	63.3	ns	69.6	51.4	ns	63.6	54.0	ns	59.1	55.0	ns
	なし	66.7	36.7		30.4	48.6		36.4	46.0		40.9	45.0	
異常行動	あり	11.1	23.3	ns	36.4	22.0	ns	36.4	22.0	ns	27.3	72.7	ns
	なし	88.9	76.7		63.6	78.0		63.6	78.0		25.0	75.0	
夜間行動	あり	44.4	40.0	ns	65.2	51.4	ns	54.5	56.0	ns	68.8	40.0	ns
	なし	55.6	60.0		34.8	48.6		45.5	44.0		31.3	60.0	
食異常	あり	13.0	33.3	†	30.4	25.7	ns	27.3	28.0	ns	36.4	22.5	ns
	なし	87.0	66.7		69.6	74.3		72.7	72.0		63.6	77.5	

χ<sup>2</sup>検定 †p<0.10 \*p<0.05 値は%を示す

注：毎日みられると週に2・3回程度、週に1回以下を「BPSDあり」

BPSDが見られない場合に「BPSDなし」とした

表6 男女別におけるBPSD各症状の頻度と性格の相関分析

	男性 (n=51)					女性 (n=62)				
	外向性	協調性	勤勉性	神経症傾向	開放性	外向性	協調性	勤勉性	神経症傾向	開放性
妄想	-0.10	0.04	-0.13	0.02	-0.25	0.12	-0.13	-0.09	0.17	0.09
幻覚	-0.14	-0.02	-0.16	0.05	-0.20	-0.01	-0.18	-0.22	0.18	-0.08
興奮	0.00	-0.03	0.27	0.01	-0.19	0.23	-0.02	0.19	-0.07	0.21
うつ	-.505**	-0.13	-.332*	0.20	-.315*	0.09	0.01	0.24	0.22	0.02
不安	-.298*	0.01	-0.07	0.09	-0.15	-0.07	-0.04	0.17	-0.16	-0.06
多幸	-0.12	-0.10	-0.12	0.14	0.02	-0.05	0.01	0.02	-0.11	0.19
アパシー	-0.27	0.27	-0.02	0.00	-0.03	-0.21	.493**	-0.08	-0.11	-0.18
脱抑制	0.21	0.14	.531**	-0.26	0.24	0.13	0.14	.394**	0.03	0.18
易刺激性	-0.05	-0.24	0.00	.334*	-0.16	.281*	-0.13	0.07	.316*	0.19
異常行動	0.14	-0.12	-0.12	0.00	-0.09	0.08	-0.12	0.07	0.12	0.06
夜間行動	0.16	0.13	0.05	-0.04	-0.06	0.12	-0.09	0.10	.276*	-0.06
食異常	-0.09	.397**	0.10	-0.24	0.05	-0.19	.434**	0.03	-0.08	-0.21

値はスピアマンの相関係数を示す \*p < 0.05 \*\*p < 0.01

表7 多重ロジスティック回帰分析による病前性格とBPSDとの関連

男性	性格	BPSD	調整前			調整後		
			OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
外向性	うつ		0.53	0.36-0.81	0.002	0.54	0.36-0.81	0.003
	不安		0.74	0.57-0.97	0.028	0.75	0.57-0.97	0.029
協調性	食異常		1.43	1.10-1.85	0.008	1.60	1.17-2.12	0.003
	うつ		0.71	0.52-0.96	0.026	0.73	0.53-0.97	0.022
勤勉性	脱抑制		1.80	1.30-2.49	0.000	1.88	1.32-2.67	0.001
	易刺激性		1.45	1.09-1.93	0.011	1.47	1.10-1.97	0.010
神経症傾向	うつ		0.69	0.49-0.98	0.036	0.45	0.21-0.95	0.037
開放性								

BPSDの有無を従属変数、性格を独立変数、年齢で調整

女性	性格	BPSD	調整前			調整後		
			OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
外向性	易刺激性		1.24	1.04-1.47	0.017	1.27	1.06-1.52	0.010
	アパシー		1.66	1.23-2.23	0.001	1.68	1.24-2.26	0.001
協調性	食異常		1.50	1.16-1.95	0.002	1.49	1.15-1.92	0.003
	脱抑制		1.40	1.10-1.78	0.006	1.39	1.10-1.76	0.007
勤勉性	易刺激性		1.27	1.04-1.55	0.021	1.26	1.03-1.53	0.026
	夜間行動		1.21	1.00-1.46	0.054	—	—	—
神経症傾向								

BPSDの有無を従属変数、性格を独立変数、年齢、痛み、精神疾患、ライフイベントで調整

#### 4. 男女別におけるBPSD各症状の頻度と性格の相関分析

男女ともに正の相関がみられたのは、勤勉性傾向と脱抑制、神経症傾向と易刺激性、協調性傾向と食異常であった。男性において負の相関がみられたのは、外向性傾向とうつ、不安。勤勉性傾向とうつ、開放性傾向とうつであった。女性において正の相関がみられたのは、外向性傾向と易刺激性、協調性傾向とアパシー、神経症傾向と夜間行動であった(表6)。

#### 5. 多重ロジスティック回帰分析による男女別病前性格とBPSDの関連

男性では、外向性傾向の性格は、うつ(OR=0.54: 95% CI 0.36-0.81) や不安(0.75 : 0.57-0.97)の発症確率が有意に低く、勤勉性傾向の性格は、うつ(0.73 : 0.53-0.97)の発症確率が有意に低いが、脱抑制(1.88 : 1.32-2.67)を発症する確率が有意に高かった。協調性傾向の性格は食異常(1.60 : 1.17-2.12)、神経症傾向は易刺激性(1.47 : 1.10-1.97)を発症する確率が有意に高かった。開放性傾向の性格は、うつ(0.45 : 0.21-0.95)の発症確率が有意に低かった。女性では、外向性傾向の性格は、易刺激性(1.27 : 1.06-1.52)の発症確率が有意に低く、協調性傾向の性格は、アパシー(1.68 : 1.24-2.26)の発症確率が有意に低く、食異常(1.49 : 1.15-1.92)を発症する確率が有意に高く、神経症傾向の性格は、易刺激性(1.26:1.03-1.53)、勤勉性の性格は脱抑制(1.39 : 1.10-1.76)を発症する確率が有意に高かった(表7)。

### 考察

#### 1. BPSDと性格の関連

男性の勤勉性傾向の性格は脱抑制、神経症傾向の性格は易刺激性、協調性傾向の性格は異食を起しやすという結果が得られ、これらについて考察していく。

勤勉性の項目が高い人の性格特性として時間を守る、几帳面な、きちんとした、野心のある性格があげられている<sup>23)</sup>。また、脱抑制は主に前頭葉の障害により引き起こされ、衝動のコントロール

ができないために突発的な行動や逸脱行動をしてしまう症状である<sup>24)</sup>。過去の研究では、前頭葉の機能低下や脳萎縮にはストレスが関連していることを示唆している。Bremnerは、持続するストレスは脳萎縮を起こし、正常な人に比べて海馬の機能低下をすることが報告している<sup>25)</sup>。また、PTSD患者を対象に行った研究では、持続するストレスを受けている患者は前頭葉の機能が低下することを明らかにしている<sup>26)</sup>。このようにストレスは前頭葉の機能低下、脳萎縮の原因となるが、勤勉性の性格はストレスをため込みやすい性格であることも明らかになっている。いつも時間に追われている、多くの仕事を抱えている、野心的、強い目標達成意欲があるといった者は、多くのストレスをため込んでしまう性格である<sup>27)</sup>。勤勉性は多くの仕事をこなし、責任感のある性格で、ストレスをため込みやすいことが推察され、前頭葉の機能低下、脳萎縮が進行しやすく脱抑制の症状を起こしやすかったことが考えられる。レビー小体型認知症では前頭葉の障害が指摘されているが<sup>28)</sup>、Tabataらのレビー小体型認知症に限定した研究結果では、勤勉性の病前性格が興奮を起こしやすかったことを報告している<sup>18)</sup>。興奮は易刺激性や脱抑制とは異なった症状ではあるが、同じく前頭葉の障害により引き起こされやすい症状であり、この結果は本研究との関連性が示唆された。

次に、本研究では男女ともに神経症傾向の性格は易刺激性を起こしやすかったことについて検討する。易刺激性とはささいな刺激に反応し怒ったり不機嫌となることである。また、易怒性と同義に使用されることもある<sup>29)</sup>。BigFiveにおける神経症傾向の性格とは心配性、神経質、感情的な傾向がみられることを指す<sup>23)</sup>。認知機能低下や、前頭葉の機能が低下することで認知症発症前の感情面や、情緒面の不安定な性格特性がより強く表れることや、感情のコントロールができなくなることにより易刺激性の症状が起しやすかったことが推察される。過去のアルツハイマー型認知症を対象に行われた先行研究では、協調性の欠如した性格で焦燥性興奮、易刺激性、アパシーシンドロームが多くみられた<sup>17)</sup>と報告がある。本研究では協調性傾向の性格と易刺激性に有意差は見られなかったが、協調性の欠如した性格は一般

的に自分勝手や、わがままといった感情のコントロールに関する負のイメージの強い性格であり、本研究結果と同様に病前性格が強くてたことにより、症状が起こりえたことが推察されることは一致していた。神経症傾向の性格や協調性の欠如した性格とった、感情のコントロールが苦手なことが多い性格では易刺激性が起きやすいことが予測できるといえる。

本研究では男女ともに協調性傾向の性格は異食を起こしやすいという結果が得られた。過去に行われた研究では、Augusteがアルツハイマー型認知症患者を対象に調査を行い、反社会的な性格、ナルシストな病前性格に食異常が多かったことを報告<sup>16)</sup>しているが、本研究とは異なった結果であった。本研究から得られた協調性傾向の性格が食異常を起こしやすかったことは、先行研究と一致しておらず、その原因も明らかにすることはできなかったが、認知症患者の食異常と性格に関する研究は少なく、今後も調査を行っていく必要がある。

## 2. 男女別にみたBPSDと性格の関連

男性は外向性、勤勉性、開放性傾向の性格はうつを起こしにくかった。精神医学上、うつと性格特性に関連があることを明らかにしており、高いニューロチズム、低い外向性、低い誠実性といった性格の人はずつになりやすい<sup>30)</sup>。外向性は、社交的、活動的な性格であり、開放性は、好奇心がある、興味が広い性格であるため<sup>23)</sup>うつが少なかったと推察される。

過去のBPSDと性差について行われた研究では、Leeらが軽度の認知症患者では男性より女性のほうがうつを発症しやすく、BPSDの性差について示唆された<sup>20)</sup>。本研究では性差とうつに有意差はみられなかったが、うつの出現率は男性27.5%、女性41.9%で女性のほうが高かったことは先行研究を支持していた。一方、女性は協調性傾向の性格でアパシーが多くみられた。過去の先行研究<sup>17,18)</sup>では、アルツハイマー型認知症で協調性傾向の性格はアパシーを起こしにくいことが報告されているため、本研究は異なった結果が得られた。協調性は柔軟な、気の良い性格<sup>23)</sup>であり、先行研究と同様にアパシーになりにくいことが推

察される。本研究で異なった結果が得られた原因としては、入院中は治療や検査のために不快な刺激が患者には加わり陽性症状が出現しやすく、本研究は入院・入所患者を中心に調査が行われたため興奮や易刺激性といった陽性症状が約50%出現しており、アパシーの件数が男性11名、女性16名と少なかったことが原因の1つと考えられる。高齢者ではアパシーとうつは鑑別が難しいことも多く、両者が合併して出現していることも少なくないという報告<sup>31)</sup>もあり原因と考えられる。協調性傾向の性格でアパシーが起こりやすかったことは先行研究や、生理学的な面からも明らかではないが本研究では母数が少ないために誤差が生じた可能性が考えられる。先行研究も少なく今後も調査を行っていく必要がある。

## 3. 本研究の限界と課題

本研究は、性格調査を患者本人に行うことが困難であり、友人間のペア評定で相関係数が正の方向性であることが確認されているTIPI-Jを用いてキーパーソンが評価したので、他者評価による影響バイアスは避けられなかったと考える。また、認知症の原因疾患も考慮しなければならないという課題を残した。しかし、病前性格とBPSDを比較した研究は未だに少なく、今回の研究結果で病前性格とBPSDとの関連に男女差があることは一定の知見が得られた。今回はBPSDの有無のみで検討したが、BPSDの重症度を加味した詳細な検討も今後望まれる。今後起こりうるBPSDを予測することで認知症、軽度認知症の段階から早期の予防につなげることができ、医療や介護の現場でBPSDによる負担が軽減されることが期待される。今後は大規模な前向きコホート研究の実施や、BPSDの予防策を充実することが望まれる。

COI開示：なし

## 文献

- 1) 国際老年精神医学会(日本老年精神医学会監訳) : 認知症の行動と心理症状BPSD(2版). アルタ出版, 2013.
- 2) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED) 「BPSDの解決につなげる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発～笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」研究班(研究開発代表者: 山口晴保) : BPSDの定義、その症状と発症要因. 認知症ケア研究誌 2: 1-16, 2018.
- 3) 中島紀恵子編: 認知症の病態と治療. 認知症の人々の看護. pp62-63, 医歯薬出版株式会社, 2013.
- 4) 東京都福祉局 : 高齢者の健康と生活に関する実態調査. 専門調査結果報告書. 東京都福祉局, 東京, 1996.
- 5) 鈴木達也、野呂瀬準、須田(二見) 章子、他 : 認知症の周辺症状(BPSD)への対応. 日医大医学会誌 6(3): 135-139, 2010.
- 6) 佐伯あゆみ、大坪靖直 : 認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究. 家族看護学研究 13(3): 132-142, 2008.
- 7) 杉浦圭子、伊藤美樹子、三上洋 : 家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性. 日本老年医学会雑誌 44(6): 717-725, 2007.
- 8) 鈴木みずえ、桑原弓枝、吉村浩美、他 : 急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連. 日本早期認知症学会誌 6(1): 52-57, 2013.
- 9) 加瀬裕子、多賀努、久松信夫、他 : 認知症の行動・心理症状(BPSD)と効果的介入. 老年社会科学 34(1): 29-38, 2012.
- 10) Schneider LS, Dagerman KS, Insel P : Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. JAMA 294(15): 1934-1943, 2015.
- 11) 厚生労働省 : かかりつけ医のためのBPSDに対する抗精神病薬使用ガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c.html> 2018.9.2. 2012.
- 12) 木戸又三 : 痴呆の悪化要因について. 老年精神医学雑誌 3(1): 67-74, 1992.
- 13) 鈴木みずえ、吉田良江、高井ゆかり、他 : 認知症高齢者における疼痛の有症率と疼痛が認知症の行動・心理症状(BPSD)に及ぼす影響. 老年看護学 19(1): 25-33, 2014.
- 14) ぼけ予防協会 : 認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定に関する調査報告書. ぼけ予防協会, 2008.
- 15) 林谷啓美、田中諭 : 認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)に対する支援のあり方. 園田学園女子大学論文集 48: 105-112, 2014.
- 16) Auguste N, Federico D, Dorey J-M, et al : Role of personality, familial environment, and severity of the disease on the behavioral and psychological symptoms of dementia. Psychol Neuropsychiatr Vieil 4(3): 227-235, 2006.
- 17) Archer N, Brown RG, Reeves SJ, et al : Premorbid personality and behavioral and psychological symptoms in probable Alzheimer disease. Am J Geriatr Psychiatry 15(3): 202-213, 2007.
- 18) Tabata K, Saijo Y, Morikawa F, et al : Association of premorbid personality with behavioral and psychological symptoms in dementia with Alzheimer's disease patients. Psychiatry Clin Neurosci 71(6): 409-416, 2017.
- 19) Rouch I, Dorey J-M, Boublay N, et al : Personality, Alzheimer's disease and behavioural and cognitive symptoms of dementia: the PACO prospective cohort study protocol. BMC Geriatr 14: 110, 2014.
- 20) Lee J, Lee KJ, Kim H : Gender differences in behavioral and psychological symptoms of patients with Alzheimer's disease. Asian J Psychiatr 26: 124-128, 2017.
- 21) Lövhem H, Sandman P-O, Karlsson S, et al : Sex differences in the prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia. Int Psychogeriatr 21(3): 469-475, 2009.
- 22) 小塩真司、阿部晋吾、カトローニピノ : 日本語版Ten Item Personality Inventory (TIPI-J)作成の試み. パーソナリティ研究 21(1): 40-52, 2012.
- 23) 下仲順子、中里克治、権藤恭之、他 : 日本語版NEO-PI-Rの作成とその因子的妥当性の検討. 性格心理学研究 6(2): 138-147, 1998.
- 24) Huttenlocher PR, Dabholkar AS : Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. J Comp Neurol 387(2): 167-178, 1997.
- 25) Bremner JB : Does stress damage the brain?. Biol Psychiatry 45(7): 797-805, 1999.
- 26) 西川隆、徳永博正、池尻義隆、他 : 外傷後ストレス障害(PTSD)の神経心理学. 脳と精神の医学 17(1): 7-17, 2006.

- 27) 木村一博、室田敬一、永井義一：ストレス耐性のリスクとしてのタイプA行動パターン-日本人男性の冠動脈疾患親和性行動の特徴. 産業ストレス研究 6(3): 153-157, 1999.
- 28) 長濱康弘：レビー小体型認知症のBPSD. 老年精神医学雑誌 21(8): 858-866, 2010.
- 29) 高橋智：認知症のBPSD. 日本老年医学会雑誌 48(3): 195-204, 2011.
- 30) 黒木俊秀、七田千穂：パーソナリティ特性とうつ病. 臨床精神医学 44(4): 457-463, 2015.
- 31) Tekin S, Cummings JL : Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical Neuropsychiatry: an update. J Psychosom Res 53(2): 647-654, 2002.