

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

事例検討  
行動心理徴候 (BPSD) への  
アプローチ

# その後の対応と経過について①

## 1 行動心理徴候の薬剂的コントロール(緊急)

### (1) 譫妄、徘徊等の異常行動

ジプレキサ(2.5mg)1錠 1日1回 夕食後 から開始  
その後5mgに増量・・・を和らげる)

⇒ 徘徊(トイレを探して外に出ること)とせん妄は消失した

### (2) 不安・焦燥

パキシル10mg→20mgに増量 効果なし

ワイパックス(0.5mg)1錠 夕食後で開始し

徐々に増量し、1mg 2錠 1日2回 朝夕食後で

⇒ 頻尿は改善し、3-4時間あくようになった。

昼夜逆転が改善し、介護者が夜眠れるようになった。

# その後の対応と経過について②

## 2 身体的問題の評価と対応

- 食欲の低下は、歯肉の出血が見られたため、訪問歯科診療を紹介し、歯の治療をして、食欲が改善した。
- 便秘については、トイレに座ってもいきむことを忘れていたため、慢性便秘になっており、薬でコントロールを行った。
- 頻尿、腹痛については、内科的疾患の除外するために、採血、検尿、レントゲン、腹部エコーなど負担の少ない検査を実施し、内科合併症がないことを確認、不安焦燥によって頻尿腹痛が出現していると評価された。
- 身体的問題を解決し、体調を整え、苦痛なく過ごせるようにすることは、BPSD改善にも効果がみられた。
- 昼間の不安、焦燥感(腹痛の訴え)は続いており、引っ掻いたり、噛みついたりする行為も続いている。

# その後の対応と経過について③

## 3 本人の心理的援助

- 「早くいこう」「早くもってきて」など昼間の焦燥感については、薬剤の効果は十分でない。昔の写真と一緒に見るような心理療法(回想法)的なアプローチを試みるも反応なし。
- Aさんは、「人が多いから困るんです」「1人では寂しくていられない」「一生懸命やります」「皆が私を自由にしてくれない」などと口にするが、その意味するところは推測できず、コミュニケーションはほとんど成立しなくなってきた。

## 4 ご家族・介護者への教育的支援

- 受診時には、徘徊などのご本人の行動の意味と対処法と一緒に考えるなどご家族への教育的支援を丹念に行った。

# その後の対応と経過について④

## 5 介護者支援

- すぐに介護保険の申請を行い、要介護3と認定された。誰かが自宅に来ると、「早く帰ってもらって！」とあって、落ち着かなくなり、訪問サービスの導入が困難であった。
- 近隣のデイサービスを2回／週で開始し、家族の休息になり、とても感謝され、週3回に増やした。その後、デイサービスで、職員に噛みつくだけでなく、他の利用者の顔を引っ掻いてしまい、デイサービスの受け入れを断られた。介護者はショックで、極度にやせ（10kgの体重減）、家族や親戚が、心配して、Aさんの施設の入所申し込みを勧めた。
- ケアマネジャーの努力で、認知症専門デイサービスの利用が可能となり、週1回から再度デイサービスを開始し、2回、3回/週と増やしていった。介護者の健診を行い、身体的な異常なく、徐々に介護者の体調は回復していった。

# ミニレクチャー

# アルツハイマー型認知症患者の 心理状況

ADでは感情の中枢(辺縁系)は末期まで保たれる

## ● 不安感

- 自分はどこにいるのだろう
- この人たちは誰だろう
- 次にどうすればいいのだろう

## ● もどかしさ

- 言葉がでてこない
- 字が書けない
- ストーリーが覚えられない

## ● 自発性低下・うつ

- 当たり前前にできていた事ができない
- 失敗したら笑われる(叱られる)
- 転んでしまうのでは？

## ● 混乱

- 今はいつ？ ここはどこ？
- 料理の手順がわからない！
- どの電車に乗ればいいのかろう！

## ● 被害感

- 被害的な態度を持つ  
⇒自分の周囲で起こっている不可解な事柄に理由付けする

# 認知症の方からみた世界

- **奇妙な世界に迷い込んだ感覚**

- 「何？どこ？いつ？誰？なんで？」といった不可思議の事が連続して起こる。現実の世界がわからなくなり、知らない世界に迷い込んだように感じる。不安と緊張の連続。

- **情報の処理ができない、外界への恐怖心**

- 世界が飛ぶようで追いつけず、時間が早く過ぎるように感じ、ついていけないため、焦りや混乱、動揺がおこる。
- 周囲の音や声、光など刺激が多すぎると、怯えたり、怒ったり、時に自分の世界に入ったりする

- **体の異常が認識できない**

- 痛みやかゆみ、排泄の不快感、空腹感、渇き、眠気など身体の不快感が自分で処理できず、混乱、怒りを体験している。

永田久美子氏監修 アルツハイマー病のケアの要点を要約

# 認知症の方からみた世界

- **自分自身が失われていく不安**
  - 見当識の弱まりに加え、上記のような体験の中で、自分が粉々になったり、ぼんやりおぼろになるような体験をしている。
- **過去も未来もない時間のはざまにただよう**
  - 大切な出来事や大切な人がいまそこに存在するよう感じる
  - 過去がなくなると同時に、未来の感覚もなくなっていく

永田久美子氏監修 アルツハイマー病のケアの要点を要約

# BPSDの特徴

- **複合的要因によって起こる。**  
[環境や心理的状态]、[患者の生来の性格]、  
[認知症という病理的变化]
- **必ず出現するわけではない。**
  - 一般的に、在宅で65%、施設で90%と言われているが...
  - 61%に1つ以上のBPSD、31%は重度のBPSD(地域住民対象)  
(Constantine G. L et al; Am J Psychiatry; 2000)
  - BPSDの出現頻度:なし50%、環境改善のみ31%、薬剤治療  
19%、要入院1%未満 (梶原診療所高齢者ケア外来)
  - 35.3%(AD295例;在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク調査)
- **様々な程度とタイプがある。**
  - 病的,気質性(薬剤の効果+)～環境性,反応性、重度～軽度

# BPSDの特徴

- 軽度の時から中等度の時期にかけて増大、重度になると減少
  - 初診時にBPSDが重度なものは、後の経過でも重度の事が多い
- 疾患別に特徴がある。
  - BPSDの出現は、アルツハイマー型、脳血管性よりも、レビー小体型、前頭側頭型のほうが多い
  - BPSDの内容は、疾患毎に特徴がある。  
〔 とられ妄想：AD、幻視・誤認：DLB 〕  
〔 反社会的行為・常同行為：FTD 〕

# 在宅でのBPSD対応の基本

## 1. 介護者・家族への早期からの教育的支援:

認知症の正しい理解、接し方、コミュニケーションの指導

## 2. ケア導入とレスパイトケア・デイサービスにBPSDの予防効果

## 3. BPSDの悪化要因の除去:

薬剤(37.3%)身体合併症(23%)家族・介護環境(10.7%)

## 4. 環境の改善

## 5. 非薬物療法

回想法、タクティール、アロマ、音楽、園芸、作業療法など

## 6. 尊厳と役割の維持と創造

役割と尊厳、安全に配慮された穏やかな環境、リズムのある生活と適度の刺激

## 7. 薬剤の適正な使用

# BPSD悪化の原因となる薬剤

| 薬剤分類   | 薬剤名   |
|--------|---|
| 神経系作用薬 | 抗パーキンソン病薬、抗コリン薬、抗不安・睡眠薬（ベンゾジアゼピン系）、抗うつ薬、抗精神病薬 |
| 循環器薬   | ジギタリス、 $\beta$ 遮断薬、利尿剤                        |
| 消化器用薬  | H2遮断薬   |
| 頻尿治療薬  | 抗コリン薬   |
| 抗ガン剤   |   |
| ホルモン薬  | ステロイド剤  |
| 感冒薬    | 市販薬でも起こることがある                                 |

# BPSDの薬物療法の基本

- 患者の苦痛を和らげ、暮らしにくさを改善することが目的
- 具体的にどういう時に用いるか？
  - 器質的、病的なもの、中等度以上
  - 緊急性の高い(生活が破綻しそう)
- BPSD=治療対象ではない。具体的な症状を治療の対象とする。
- 薬剤は基礎疾患と副作用で選択する
- 少量から開始が基本 (用法に書かれているのは統合失調の使い方)
- 単剤使用が基本 (4～6週で改善なければ別の薬に変更)
- 確実にモニタリングする
- 増量は数日待つ(少なくとも2日待つ)
- 常に減らせないか、止められないかを検討(米国FDAのtalk paper)

# BPSDによく用いられる薬剤

| 分類                     | 薬剤名   |
|------------------------|---|
| 概日リズム障害、睡眠障害           | ロゼレム、マイスリー5mg、アモバン7.5mg、レスリン2.5mg                         |
| 抗うつ薬                   | ジェイゾロフト25mg,ルボックス25mg、パキシル10mg、レスリン2.5mg                  |
| DLBの幻視                 | アリセプト(1～2.5mg)、抑肝散5g、セテール5mg                              |
| REM睡眠行動障害              | リボトリール0.5mg、ロゼレム、アリセプト                                    |
| FTDの常同性、脱抑制、食行動異常、性的逸脱 | ジェイゾロフト50mg 1*、ルボックス50mg2*<br>レスリン2.5mg                   |
| 夕暮れ症候群                 | ロゼレム  |
| 注意低下、アパシー              | アリセプト、リバスタッチ  |
| 不安、焦燥                  | レスリン2.5mg、セテール5mg、ワイパックス0.5mg                             |
| 焦燥,易怒性,攻撃性,脱抑制         | デパケン50mg～100mg/日 分2 (気分安定)                                |
| 幻覚、妄想、暴力など             | リスパダール0.5mg、セロクエル25mgorジブプレキサ2.5mg (DLB)、ルーラン4mg (DMのある時) |

# 抗精神病薬

幻覚、妄想、攻撃性、焦燥、敵意、暴力など

| 薬剤名 | リスパダール<br>(リスペリドン)                       | セロクエル<br>(ケチアピン)               | ルーラン<br>(ペロスピロン)   | ジプレキサ<br>(オランザピン)    |
|-----|--|--------------------------------|--------------------|----------------------|
| 容量  | 0.5 mg～1mg。2 mgでは副作用がでやすい。               | 25mgから始める。75mgまで。              | 4mg1錠 1日1回<br>夕で開始 | 2.5mgあるいは、<br>5mgで開始 |
| 副作用 | 錐体外路症状、<br>過鎮静がでやすい。<br>半減期長い<br>(増量慎重に) | パーキンソン症<br>状は比較的少ない。<br>DLBで推奨 | 副作用少なく、<br>半減期短い   | DLBで推奨               |
| 特徴  | 錠剤、細粒、内<br>用液など剤形                        | 糖尿病で禁忌                         | セロクエル等使<br>えない時    | 糖尿病で禁忌、<br>ザイデイス錠    |

# 薬剤のモニタリング

- 使用開始時、増量時のモニタリングは慎重に行う
- 抗精神病薬の副作用
  - 過鎮静
  - 錐体外路症状
    - ジスキネジア
    - ジストニア
    - アカシジア(静坐不能)
    - 固縮
  - 高熱の場合、悪性症候群(急に中止した場合)
  - その他(尿閉;6時間以内、便秘3日以内)

# BPSDのアプローチのまとめ

1. BPSDのアプローチの目標は、本人の苦痛を和らげ、“暮らしにくさ”を改善すること
2. まずは十分に観察し、行動の意味を考える
3. 緊急性を考慮にいれること
4. 基礎疾患によって異なるアプローチ(正しい診断が大切)
5. チームでのアプローチが重要
6. 適切なケア(デイサービス)の導入がBPSDを防止する
7. 規則正しいリズムのある生活+適度の刺激
8. 薬物療法はもろ刃の刃、しかし上手く使えば生活を立て直す力
9. 家族へのアプローチ ~レスパイトと早期から教育的介入~
10. 役割の維持や尊厳が重要