

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 行動心理徴候の薬剤コントロール(緊急)

(1) 譫妄、徘徊に対して、ジプレキサ(2.5mg)1錠 1日1回 夕食後  
後日5mgに増量 ⇒ 徘徊とせん妄は消失

(2) 不安・焦燥に対して

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 朝夕食後で維持

⇒ 頻尿、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

- 食欲の低下は歯肉炎が原因。出血見られたため、訪問歯科診療を紹介し、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、慢性便秘になり、薬でコントロールを行った。
  - 頻尿、腹痛は、内科疾患を除外するために、採血、検尿、レントゲン、腹部エコーなどの検査を実施し、合併症がないことを確認した。  
⇒ 不安・焦燥によって頻尿、腹痛が出現している。
- ～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～
- しかし、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た、。

# その後の対応と経過について③

## 3 本人の心理的援助

- 昼間の焦燥感には薬剤は無効
- 昔の写真と一緒に見るような回想法的なアプローチを試みたが反応なし。
- まもなく、意味のあるコミュニケーションは成立しなくなった。

## 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

- 介護保険を申請、要介護3と認定。
- 自宅に他人が来ると不穏となる⇒訪問系サービス導入は断念
- デイサービスの利用を開始⇒介護者のレスパイト。
- デイサービスで、職員に噛みつき、他の利用者の顔を引っ掻いた⇒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10kgの体重減。家族や親戚が心配し、Aさんの施設への入所の申し込みを勧めた。
- ケアマネジャーの調整で認知症専門デイサービスの利用が可能に
- 介護者の健診で身体的な異常なく、次第に介護者の体調は回復。

# ミニレクチャー

# 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. 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%)

## 3. 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

## 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. 役割の維持と創造・尊厳・居場所

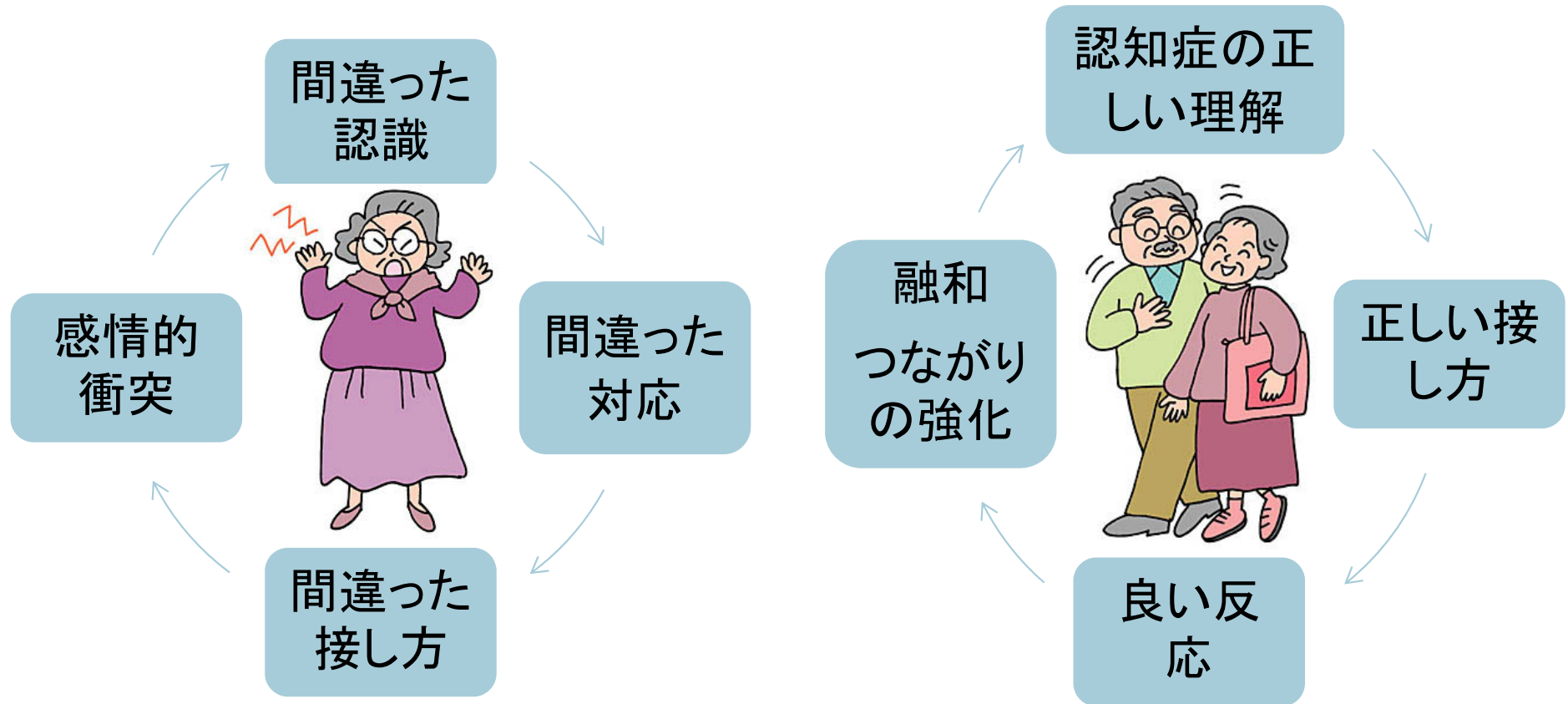
役割と尊厳、安全に配慮された穏やかな環境、リズムのある生活と適度の刺激

## 7. 薬剤の適正な使用

# ① 家族への教育的介入

## 早期からの家族への教育的介入の重要性

### 悪いサイクルから良いサイクルに





## ② 悪化要因の除去

1.薬剤(37.3%)、2.身体合併症(23%)、3.家族・介護環境(10.7%)

### 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、β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

# ③ ケア導入／④ 環境の改善

## リズム運動と日光の効果

- **リズム運動が脳を大脳皮質を鎮静化させる**

リズム運動がセロトニン神経の覚醒時自発発射を亢進させ、脳を鎮静化させる。(例:ウォーキング、ジョギング、坐禅、歌唱の呼吸法)⇒5分以上のリズム運動で $\alpha$ 波出現

- **太陽の光が脳内の5-HT(セロトニン)を増やす**

起床後2時間以内に日光を浴びる。睡眠障害、概日リズム障害の是正にも有効

## サーカディアンリズムの改善

- 午前中、屋外、活動的に。午後3時以降はおだやかに。昼寝はしない。夕食後しばらく起きておく。食事と排泄のリズム。

## 適度の刺激

- **適度のストレス**は、 $\alpha 2$ アドレナリン受容体を介して、大脳皮質(前頭前野)の細胞を活性化する。**一方、過度なストレス**(過剰なルアドレナリンの分泌)は、 $\alpha 1$ あるいは $\beta$ 受容体を刺激して、皮質の細胞を抑制する。

## 穏やかな環境

- 多すぎる光 ⇒ 適度な光(午前中は明るく、夕方から暗く)、多すぎる音 ⇒ おだやかな、なじみのある曲多すぎる人 ⇒ 知っている人も含めて3-4人まで

# ⑦ BPSDの薬物療法の基本

- 第一選択は非薬物療法。使用にあたっては説明と同意が必要
- 身体的原因、環境要因がなく、非薬物介入の効果がない例が対象
  - － 器質的、病的、中等度以上、緊急性の高いケース
- 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
- BPSD≠治療対象。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）
- 副作用を予測し、チームで確実にモニタリングする
  - － 歩行障害・転倒、嚥下・構音障害、寡動・無表情、起立性低血圧、過鎮静など
- 増量は数日待つ
- 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剣、慎重に使い、しっかりモニタリング
9. 家族へのアプローチ ~レスパイトと早期から教育的支援~
10. 役割の維持や尊厳が重要

# 《参照》 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
レム睡眠行動障害	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* 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、リバスパッチ
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	デバケン100mg 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25mg or ジブプレキサ2.5mg (DLB)、ルーラン4mg(DMのある時)

\* 全て商品名で表示

# 《参照》 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 (リスペリドン)	セロクエル (クエチアピン)	ルーラン (ペロスピロン)	ジプレキサ (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 夕で開始	2.5mgあるいは、 5mgで開始
副作用	錐体外路症状、 過鎮静がでやすい。 半減期長い (増量慎重に)	パーキンソン症 状は比較的少ない。 DLBで推奨	副作用少なく、 半減期短い	DLBで推奨
特徴	錠剤、細粒、内 用液など剤形	糖尿病で禁忌	セロクエル等使 えない時	糖尿病で禁忌、 ザイデイス錠