

令和3年度 5-④

大村市 認知症基礎講習会



認知症基礎講習会

BPSD

～対応法・治療法～



遠山 啓亮

認知症

中核症状

認知機能障害

思考・推理・判断・適応・問題解決

- 記憶障害
- 判断力低下
- 見当識障害
- (失語)
- 言語障害
- 失行
- 失認

BPSD(周辺症状)

- 不安
- 抑うつ
- 興奮
- 徘徊
- 不眠
- 被害念慮
- 妄想

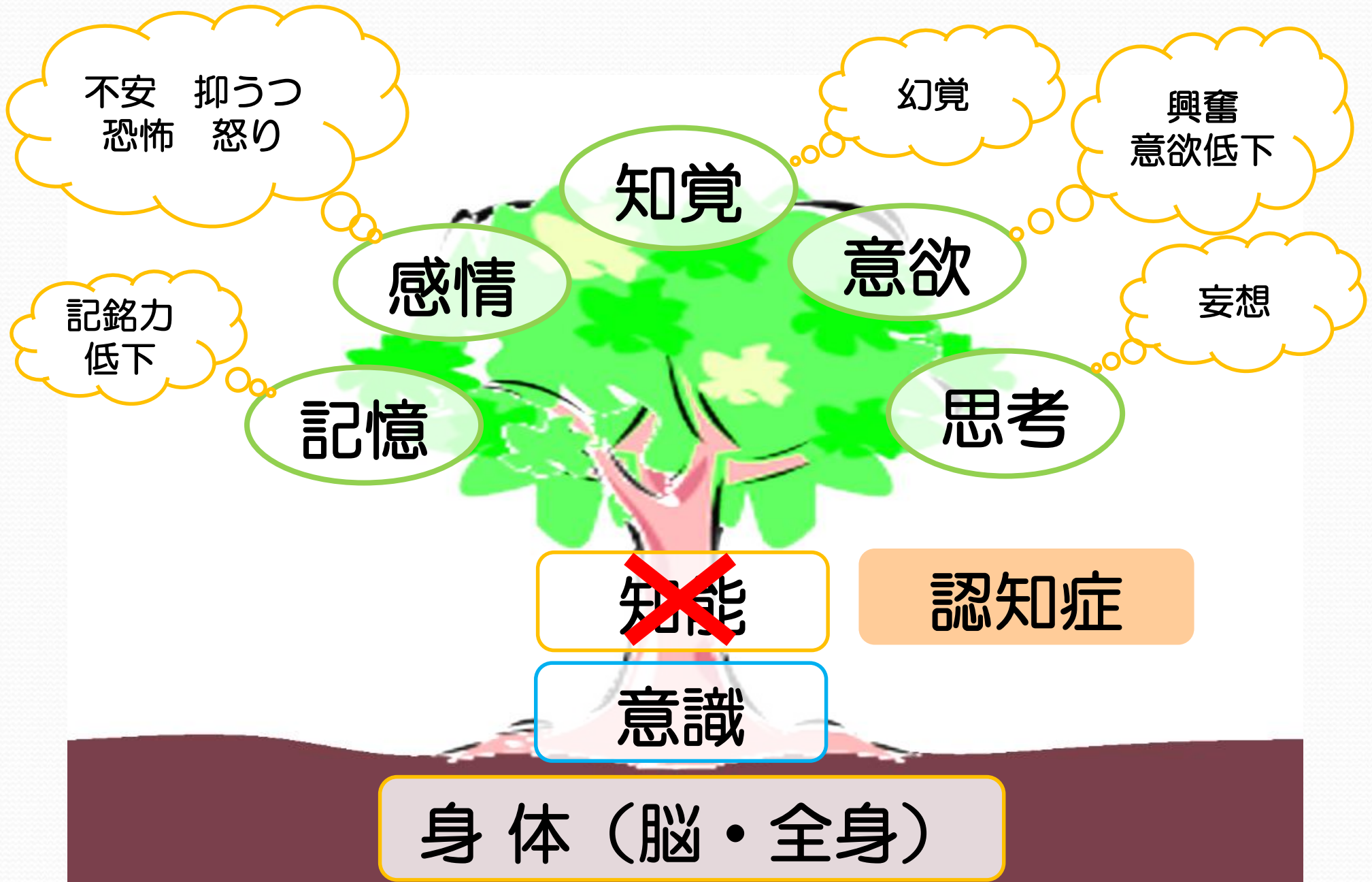
認知症疾患診療ガイドライン2017

✓ 中核症状 → 「認知機能障害」

✓ 周辺症状 → 「認知症の行動・心理症状」



「BPSD」



BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

「認知症に伴う精神症状・行動異常」

✓ 活動亢進が関わる症状

焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、異常行動

✓ 精神病様症状

幻覚、妄想、夜間行動異常

✓ 感情障害が関わる症状

不安、抑うつ

✓ アパシーが関わる症状

自発性・意欲の低下、情緒欠如、興味の欠如

BPSDの評価

- ✓ NPI

10項目の精神症状の有無、頻度、重症度を評価

- ✓ Behave-AD

25項目について重症度を4段階評価

- ✓ CMAI

29項目の焦燥性興奮症状の評価

- ✓ SRI

前頭側頭葉変性症について用いられる

経時的に評価を行っていくことは患者さんを客観的に見ていく上で重要

過活動状態の考え方（興奮、不穏など）

- ✓ 「不穏状態」「興奮してる」と簡単に片づけない
- ✓ 行動異常と精神症状は単独でも混在でもありうる
- ✓ 行動異常
 - 徘徊、常同行為、濫集、弄便 など
- ✓ 精神症状
 - 幻覚、妄想、易怒性亢進 など
- ✓ この区別をできるだけやっていくことが重要
- ✓ なぜか？

行動異常への対処は、非薬物療法中心
精神症状への対処は、薬物療法中心

幻覚

- ✓ すべての知覚に対して生じる
- ✓ 幻視、幻聴、体感幻覚（幻触、幻臭、幻味）など
- ✓ 症状の出現時間帯、出現状況、薬物変更など、身体疾患の有無、心理的因子などを評価する
- ✓ 非薬物療法：音楽療法、認知行動療法 など
- ✓ 薬物療法：抗精神病薬（DLBには使えない）、抑肝散

妄想

- ✓ 物の盗られ妄想と被害妄想が多い
- ✓ 物の盗られ妄想は認知症に伴う記憶力低下が大きく影響している
- ✓ 被害妄想は体系化した妄想が多くみられ、統合失調症に似る。記憶力が保たれているケースも多い
- ✓ 「妄想がある」と簡単には片づけられない
- ✓ 身体因子（視力低下、難聴、せん妄）、薬剤、環境要因（独居、性格傾向）、気分障害の有無、などを評価

妄想

- ✓ 非薬物療法：「直ちに否定をしない」

理屈で本人の行動を封じ込めない、共感を示す

別のことに注意をむける（注意をそらす）

代用品などで安心感を与える

- ✓ 薬物療法：非薬物療法が無効な場合や焦燥・興奮を伴う場合は早急に薬物療法を行う

少量の抗精神病薬、抑肝散、抗認知症薬 など

焦燥

- ✓ イライラして落ち着かない状態
- ✓ 徘徊、常同行為、暴言・暴力、大声などの「表出」
- ✓ 認知機能の低下、気分障害の存在、身体的不快感、薬物療法の副作用（アカシジアやセロトニン症候群）などが原因となることがある
- ✓ 非薬物療法：不快な刺激を取り除く、リラクゼーション、ケアする側が「落ち着いて対処する」、安心感を与える
- ✓ 薬物療法：原因薬物があれば中止する

抗不安薬、抗うつ薬（SSRIなど）、少量の抗精神病薬

易怒性、攻撃性

- ✓ 認知症は「怒りの感情が起こりやすい」状況にある
- ✓ 「感情」は忘れないため、認知症初期からみられる
- ✓ 自傷行為などに至る場合もある
- ✓ 認知機能障害を受け入れられない怒り、被害妄想、身体的接触を伴うケアに対する怒り、周囲からの対応に対する怒り、などが原因。
- ✓ 非薬物療法：穏やかに対応する

身体的接触を伴う場合は、説明をして行う

怒りが静まるのを待つ（クールダウン）、距離をおく

理屈で説得しない、リラクゼーション

易怒性、攻撃性

- ✓ 薬物療法：非薬物療法が無効の場合、精神症状や行動化が著しい場合、などは早急に薬物療法を開始する

抗認知症薬の副作用の場合もあり、中止や減量を検討する

抗精神病薬を少量から使用する

気分安定薬（抗てんかん薬）も有効な場合がある

気分障害が存在する場合は、抗うつ薬なども検討する

暴力

- ✓ 認知症患者の7-32%にみられる
- ✓ 掴みかかる、たたく、引っ張る、蹴る、かみつく、ものを投げるなど
- ✓ 男性、痛みの存在、うつ、幻覚妄想、重度の認知障害、意思疎通の困難な場合、スタッフとの関係性 などが原因
- ✓ 暴力が発生した状況を多角的に検討し、原因検索する。それにより対処法を検討していく
- ✓ 暴力が発生する引き金、暴力を減らす対応、を考える

暴力

- ✓ 非薬物療法：「スタッフ」も「患者」も守る

緊急対応として、応援を呼ぶ、安全を図る

刺激があれば回避させてクールダウンさせる

落ち着くまでつきそう（スタッフ、家族）

チームとして「共通認識」をもち、情報を「共有」する

- ✓ 薬物療法：鎮静や気分安定を目的とする

抗精神病薬、気分安定薬、抗うつ薬

せん妄

- ✓ 脳機能不全であり、原因は様々である
- ✓ 「せん妄があるかもしれない」という目で患者をみることで気づきやすくなる（介護者の「意識」が重要）
- ✓ リスク因子は、不眠、脱水、薬物、痛み、不快な環境（温度、湿度、音）、拘束、運動不足、など
- ✓ せん妄は原因除去により対処できることも多いので、低活動性であっても「放置」しないこと
- ✓ 非薬物療法：環境調整、運動、生活リズムの確立
- ✓ 薬物療法：原因薬剤の中止、抗うつ薬、抗精神病薬

低活動状態の考え方（感情障害、アパシー）

- ✓ おとなしく、手がかからない
- ✓ それゆえに問題視されずに放置されがちになる
- ✓ 低活動状態の原因

せん妄（低活動性）、うつ、アパシー（意欲低下）

自閉・感情鈍麻

- ✓ うつとアパシーは混同されやすいが、原因病態も対処法も異なるので、鑑別が必要
- ✓ 薬物の副作用の可能性もある

うつ病、うつ状態

- ✓ 認知症初期から出現する症状のひとつ
- ✓ 老年期うつか認知症初期の症状か、見分けが難しい
- ✓ うつの存在はQOL低下につながり、介護者の負担も増えるため対処が必要
- ✓ 非薬物療法：運動、マッサージ、音楽など芸術活動
- ✓ 薬物療法：抗うつ薬、気分安定薬

抗不安薬は安易に使用しない、長期化を避ける

不眠

- ✓ 高頻度にみられる症状のひとつ
- ✓ 入眠困難、睡眠持続困難、疲労回復の困難、などを伴う
- ✓ 原因は様々であり、原因により治療法が異なる
- ✓ レム睡眠障害、睡眠時無呼吸症候群、ムズムズ脚症候群など特殊な不眠もある
- ✓ 非薬物療法：有酸素運動、生活リズムの確立、環境調整
- ✓ 薬物療法：睡眠導入剤の使用は慎重に行う必要がある

抗うつ薬、抗精神病薬、気分安定薬 など

体内時計を調整するタイプの睡眠剤は比較的安全

アパシー（意欲低下）

- ✓ 高頻度にみられる精神症状のひとつで、ADLと密接に関連している
- ✓ 自発性がない、感情の平板化、無関心
- ✓ うつ病との鑑別が重要となる。見分けるポイントは、興味の喪失や意欲の減退について「苦痛」を感じるかどうかである（苦痛があるとうつ、苦痛がないとアパシー）
- ✓ 「意欲の指標」で評価することができる
- ✓ 非薬物療法：生活リズムを整える、自律を促す、廃用症候群がみられる場合はリハビリを行う
- ✓ 薬物療法：抗認知症薬の使用、睡眠薬・抗精神病薬の減量・中止

まとめ

- ✓ BPSDは各症状の発症原因、リスク因子などを知り、患者個々の評価をきちんと行うこと
- ✓ 患者の症状変化の「時間経過」を考慮すること（急激な変化なのか、慢性的な変化なのか）
- ✓ 多職種で多角的に評価を行うこと
- ✓ スタッフの不適切な対応が症状の原因である可能性も忘れないこと
- ✓ 薬物療法の介入時期を見誤らないこと、薬物療法の副作用で症状が出現してる可能性を忘れないこと
- ✓ 情報を共有してスタッフが共通認識をもつことで、均てん化されたケアを継続して提供していくこと

認知症の人は

「知的」に生きるのではなく

「素敵（素的）」に生きる

受講お疲れ様でした

次の單元へ
お進みください

