

週刊 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4611

2012年
(平成24年)

9月8日

プライマリケア・マスターコース

子どもを診る12の方法—耳も鼻も覗いてみよう
どう診る? そのめまい・ふらつき—帰してはいけないめまい
在宅医療 はじめの一步—認知症患者のBPSD

目録記事

腎臓石灰化・尿路結石既往例の骨粗鬆症治療薬の使い方

NEWS

集中連載スタート 「総合医」の時代は来るか

マンスリーレクチャー

在宅医療

はじめの一步

第18回

認知症患者のBPSD

いらはら診療所理事長 (千葉県松戸市)

苛原 実

はじめに

認知症の人への医療提供は、高血圧や糖尿病といった疾患の場合とは異なる。高血圧や糖尿病などでは多くの場合、投薬と定期的検査でコントロール可能であり、外来通院で治療はほぼ完結する。一方、認知症では、投薬などの外来管理では治療は完結せず、認知症が起因となる生活障害にも関わる必要がある。すなわち、生活歴や家族歴をよく知っている「かかりつけ医」が、時として生活の場に往診をすることで診ていく疾患である。

さらに、認知症であることはその人の属性の1つにすぎない。通常の人と同じく地域で暮らす生活者であり、老化を起因とする様々な疾病を有しており、それらの治療も含めた総合的な医学管理と、状況に応じた多職種協働による医療・介護提供が必要である。

BPSDとは何か

BPSDとは認知症の人にしばしば出現する

在宅医療に必要な不可欠な視点

頻度の高い病態や疾患

がん性疼痛

褥瘡

栄養障害

摂食嚥下障害

認知症患者のBPSD

心不全

慢性呼吸不全

転倒・骨折

パーキンソン病

診断治療技術・医学管理

実地医家に役立つノウハウ

知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害である。

かつては問題行動などと呼ばれていたこともあったが、これは周囲の人たちが問題あると感じているということを表した呼び方であり、本人にとってはそれは切実な訴えや思いの表現であることから、1996年に米国で行われた国際会議で、behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)という用語を用いることで合意がなされた。

BPSDで理解しておくべきことは、激しいBPSDが見られるからといって、認知機能の障害が進行しているわけではないということである。アルツハイマー型認知症の場合、BPSDは初期から中期にかけてよく見られ、症状が進行すると身体機能が低下していき、BPSDも少なくなっていく。

加えて、意識障害の一部であるせん妄とBPSDを区別することも、治療する上では必要である。せん妄は急性脳症候群であり、認知症でなくとも認められることがある。入院といった環境の急激な変化などをきっかけとして起こってくることが多い。

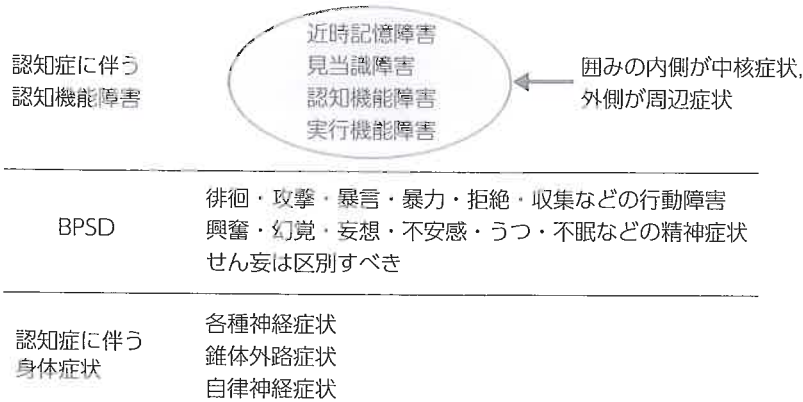


図1 アルツハイマー型認知症の中核症状と周辺症状

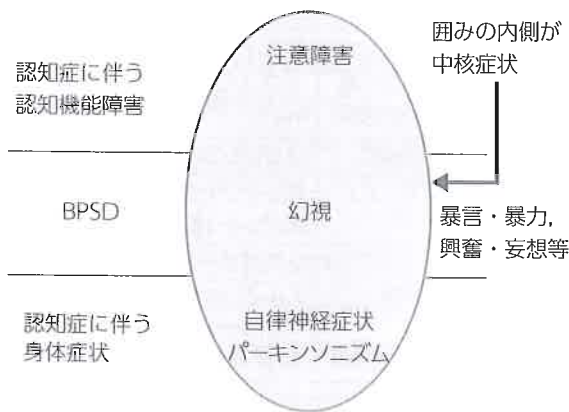


図2 レビー小体型認知症の中核症状と周辺症状

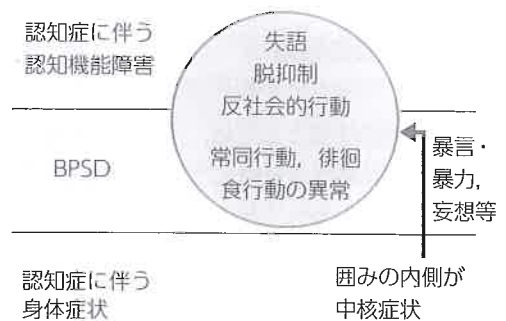


図3 前頭側頭型認知症の中核症状と周辺症状

BPSDの特徴から診断する

認知症の中で最も頻度が高いアルツハイマー型認知症の症状は、脳の変性に由来する中核症状と周辺症状に分けられる(図1)。周辺症状は一部の身体症状を除いてBPSDとほぼ一致する。しかし、これはアルツハイマー型認知症の場合であり、他の変性型認知症では異なった様相を示す¹⁾。

例えば、レビー小体型認知症で見られる幻

視は、脳の変性に由来する中核症状でもあるが、同時にBPSDでもある。また、レビー小体型認知症では身体症状としてパーキンソニズムが見られるが、これも中核症状の一部である(図2)。

前頭側頭型認知症では、失語や反社会的行動などは脳の変性に由来する中核症状でもあり、BPSDでもある(図3)。

このように、BPSDの内容を診察することで診断につながることもあり、注意深い観察が大切である。

表1 BPSD悪化の原因となる薬剤

分類	薬剤名
神経系作用薬	抗パーキンソン薬, 抗コリン薬, 抗不安薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系), 抗うつ薬, 抗精神病薬
循環器用薬	ジギタリス, β遮断薬, 利尿薬
消化器用薬	ヒスタミンH ₂ 受容体拮抗薬
抗がん剤	
頻尿治療薬	抗コリン薬
ホルモン薬	ステロイド
感冒薬	市販薬でも起こることがある

BPSDの診察

診察の手順としては、身体所見を診ることから始めることが大切である。BPSDは肺炎や便秘等の身体合併症から起こることも多い。また、自分は病気ではないと思っている人に、いきなり問診から始めては診察を拒否されることもありうる。

多くの高齢者は体のどこかに不調があり、医師が診察に来て血圧を測ったり、聴診をしたりすることに抵抗は少ない。診察は、まず脈を取り、血圧を測って、聴診するというように、身体の末梢から中枢へと進めていく。声かけをしながら診察し、「胸の音はいいですね」などなるべくポジティブな言葉を使うようにする。関節炎や歯の痛みでBPSDを起こすこともあるので、胸部の聴診や腹部の触診だけでなく、関節の触診だけでもしておきたい。

情報収集のやり方

問診では世間話から始めて、何が困っていて、何をしたいのか、何を欲しくないのか等を聞き取れるように、考えながら話

表2 BPSDによく用いられる薬剤

症状	薬剤名(商品名)
不安, 焦燥	ワイパックス0.5mg, レスリン25mg, セディール5mg
焦燥, 易怒性, 攻撃性, 脱抑制	デパケン100mg, 分2
概日リズム障害, 睡眠障害	ロゼレム8mg, マイスリー5mg, アモパン7.5mg, レスリン25mg
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25mg,
DLBの幻視	アリセプト3mg, 抑肝散5g, セディール5mg
レム睡眠行動障害	リボトリール0.5mg, ロゼレム8mg, アリセプト5mg
FTDの常同行動, 脱抑制, 食行動異常, 性的逸脱	ジェイゾロフト50mg, ルボックス50mg, レスリン25mg
夕暮れ症候群	ロゼレム8mg
注意低下, アパシー	アリセプト5mg, リバスタッチパッチ18mg
幻覚, 妄想, 暴力など	リスパダール0.5mg, セロクエル25mg (DLB), ジプレキサ2.5mg (DLB), ルーラン4mg (糖尿病患者)

DLB: レビー小体型認知症

FTD: 前頭側頭型認知症

※用量は1日分

を進めていく。筆者の場合は、まずは出身地を聞き、その土地のことなどを話しながら打ち解けて、会話を進めていくことが多い。

また、服薬内容は必須の情報であり、市販薬を含めて確認が必要である。BPSD悪化の原因となる薬剤(表1)の服用の有無を確認して、もし服用していれば、他の薬剤への変更などの配慮が必要である。高齢者の場合はいくつかの疾患を合併しているため、複数の医療機関から薬剤を処方されていることが多く、重複している薬剤がないかどうか調べておくとうい。

表3 抗精神病薬の特徴

薬剤名	リスパドロン (リスパダール®)	クエチアピン (セロクエル®)	ペロスピロン (ルーラン®)	オランザピン (ジプレキサ®)
用量	0.5～1mg, 1日1回で開始 2mgでは副作用が出やすい	25mg, 1日1回で開始 75mgまで	4mg, 1日1回(夕)で開始	2.5 or 5mg, 1日1回で開始
副作用	錐体外路症状, 過鎮静が出やすい	パーキンソン症状は比較的少ない DLBで推奨	副作用は少ない 立ちくらみ, 体重増加など	DLBで推奨
特徴	錠剤, 細粒, 内用液などの剤形	糖尿病患者で禁忌	セロクエル等が使えない時に使用	糖尿病患者で禁忌

DLB: レビー小体型認知症

家族からの情報も重要である。本人を目の前にしては言いにくいこともあるため、本人のいないところで聞くようにする。生活歴や職歴などを事前に入手しておく、問診を進めやすい。

BPSDの治療

BPSDの治療は環境整備や家族指導を含めた非薬物療法を第一に考えるべきである。発熱や便秘などの異常があれば、必要な検査と治療を行う。また、BPSDの中には医療だけでは解決できないことも多くあり、介護職や家族を含めたチームアプローチが必要である²⁾。サービス担当者会議などには積極的に関わるようにしたい。

以上の試みでうまくいかない場合、激しいBPSDで家族が疲弊して在宅での介護が限界に近づいていると感じる場合には、抗精神病薬などの薬剤投与を考えるべきである。

薬物療法

BPSDの薬物療法を行う場合は、個々の症状に対しての投薬を考えることが基本である。表2に症状とそれに対応する薬剤を提示した。

これらの中で、特に抗精神病薬を使う場合には、様々な副作用があること、生命予後に影響を与えることなど、リスクを十分に考慮した上で投与する。

抗精神病薬を投与する場合は副作用を考えながら消去法で薬剤を決めていき(表3)、単剤投与で、少量から始めることを基本とする。特にレビー小体型認知症では抗精神病薬に過敏で副作用が出やすいので、通常投与の4分の1より始める。4～6週で効果が見られない場合には薬剤の変更を考える。

投薬開始後のモニタリングを確実にを行い、電話連絡でもよいので投薬した翌日から服用をしたのか、副作用はなかったのかを聞くようにする。訪問診療で診ている場合には、投薬開始後3日～1週間以内に再度訪問して診察することが望ましい。副作用としては、便秘、過鎮静、ジスキネジア、ジストニア、アカシジアなどの錐体外路症状がある。

また、抗精神病薬は常に止めることを意識しながら投与をすることを忘れてはならない。

おわりに

認知症の人のBPSDに対しては、症状の背景を考えながら診察や情報収集をしていくこ

とが重要である。身体合併症によりBPSDが悪化することがあり、また、抗精神病薬を投与する時は十分に情報提供をし、慎重に投与する必要がある。

認知症の人の役割と尊厳の維持を常に考えながら診察に当たるべきである。

●文献

- 1) 本間 昭, 他 監: 認知症BPSD~新しい理解と対応の考え方~, 日本医事新報社, 東京, 2010, p2.
- 2) 苛原 実: 認知症の世界へようこそ, ヒボ・サイエンス出版, 東京, 2012.



家族指導の注意点は？



- 家族は24時間介護していること、長い家族間の歴史があることを理解する
- 「怒らないで、優しくしなさい」などの精神論だけではだめ
- カットになったらその場を離れる、デイサービスを利用して生活にリズムをつけるなど、具体的なアドバイスをする
- 大変な時期は頻回の訪問と電話連絡をする。それでもうまくいかない場合はショートステイを利用して分離を考える
- 家族も多職種チームの一員であることを認識する

column

抗精神病薬の副作用で徘徊

訪問診療に行っているグループホームから利用者の徘徊が止まらなると連絡があった。訪問してみると、確かに椅子にじっと座っていられず、すぐに立って部屋の中を歩き出す。座っていても下肢を小刻みに動かしていた。投薬内容を調べると、抗精神病薬のリスパダールが処方されていた。入居前に処方されていたようで、そのまま継続されていたとのこと。リスパダールの副作用によるアカシジアではないかと思い、徐々に減量していった。すると、徘徊も減ってきて、リスパダールを完全に中止する頃には、小刻みな下肢の動きもなくなった。

抗精神病薬は、症状が落ち着いたら中止しなくてはいけないと痛感した。