

# 認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) に対する支援のあり方

林谷 啓美<sup>1</sup>・田中 諭<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 園田学園女子大学 人間健康学部 人間看護学科

<sup>2</sup> 医療法人達磨会 東加古川病院

## はじめに

わが国において、高齢化はさらに進み、2013年には65歳以上の高齢者人口が全人口の25%となった。また、認知症は、現在ですでに大きな社会問題になっており、今後ますます深刻になることが予想される。筑波大学、朝田隆教授の「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」という報告書によると、平成22年時点で全国における65歳以上の高齢者の認知症有病率の推定値は15%、約439万人と推計され、また全国のMCI（認知機能が正常でもなく認知症でもない中間の状態の人）の有病率推計値は13%、380万人と推計された<sup>1)</sup>。

一方、昨年度厚生労働省が推計した平成22年の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数は280万人としているが、65歳以上の高齢者の認知症高齢者約439万人との差である160万人は、日常生活自立度Ⅰ又は要介護認定を受けていない人である<sup>1)</sup>。MCIの人がすべて認知症になる訳ではないが、今回、MCIや軽度の認知症の人の存在数が示されたことは重要で、厚生労働省としても昨年度から早期診断、早期対応を初めとする認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）を作成し、本年4月から推進されている。

認知症においては、記憶障害、認知機能障害などの中核症状に加えて、幻覚、妄想などの精神症状や徘徊、暴力などの行動異常といった周辺症状が出現することが多い。周辺症状についての記載としては、Alzheimer（1906年）が自らの著書でアルツハイマー病（AD）の顕著な症状として、パラノイア、性的虐待の妄想、幻覚、大声で叫ぶ、などの行動症状を挙げている。1995年に米国で開催された国際老年医学会においてこれらの行動障害は“認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動障害”と定義され、以後、BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) と呼ばれている<sup>2)</sup>。

その特徴的症狀については、対応が困難な症状をグループⅠ、対応がやや困難な症状をグループⅡ、対応しやすい症状をグループⅢの3つに分類し、さらに心理症状と行動症状に分けている<sup>3)</sup>。BPSDとして特に問題となるのはグループⅠで、心理症状としては、妄想、幻覚、抑うつ、不眠、不安、行動症状としては身体的攻撃性、徘徊、不穏をあげている<sup>2)</sup>。

これらの人々を地域で支えていくためには、まずは認知症を正しく理解して適切な対応につながるような取組みが必要である。その取組みとして、厚生労働省は、「認知症サポーター」の養成を行っており、平成 25 年 3 月末時点で 400 万人の認知症サポーターが誕生する。予定としては、2017 年までに 600 万人、2025 年までに 1,000 万人まで増やす予定である<sup>1)</sup>。認知症高齢者やその家族への支援として、認知症の本人、その家族、専門職、地域住民など誰でも参加できて和やかに集う「認知症カフェ」の取組みも少しずつ広がっており、引き続き全国各地で展開される予定である。さらに、市町村を中心に、地域の様々な関係者、関係機関が十分に連携しながら、地域で生活する認知症の人々の見守りを含めた自助、互助のネットワーク作りも重要である。

この論文においては、まずは、認知症における行動・心理症状（周辺症状）（BPSD）について概説し、認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）について、研究論文をもとに支援のあり方について述べたい。

## I 行動・心理症状（周辺症状）（BPSD）について

### 1. BPSD の現状と問題点

高齢認知症患者のうち約 80% が BPSD を有しているといわれている。認知症では、軽症から中等症に進行すると BPSD が多く出現し、在宅介護が困難になり、介護者と患者の QOL (Quality of Life) が低下し、介護者のストレスが増大するなど、様々な問題が生じてくる<sup>2)</sup>。

### 2. BPSD の治療

BPSD に対する治療は、認知症高齢者本人や家族に負担を強いる場合に必要であり、比較的軽度の BPSD であれば、非薬物治療で対応可能な場合もある。中等度から重度の認知症高齢者本人もしくは介護者の QOL に影響を及ぼす BPSD であれば薬物治療が必要となる場合が多い。しかし、BPSD に対して適応症のある薬剤は現在のところない<sup>2)</sup>。

#### 1) 非薬物療法

アメリカ精神医学会の治療ガイドラインでは、非薬物療法は、行動、感情、認識、刺激の 4 つに分類されている。非薬物療法の目標は、和やかな人間関係と生活の場をもたらすことであり、非薬物療法の大きなメリットとして、薬物療法のような副作用の可能性がほとんどないことがあげられる<sup>2)</sup>。

代表的な非薬物療法は表 1 の通りである。

表 1 代表的な非薬物療法

| 非薬物療法               | 内容  |
|---------------------|---|
| 音楽療法                | 音楽を媒介にして行動、態度などを望ましい方向へ誘う治療法。たとえ認知症が進行しても残っている感情に働きかけ効果があるとされる。 |
| Reality Orientation | 現実見当識の強化、活動性の向上および現在と過去の違いを明確にする目的で行われる治療法。見当識の向上・強化に効果を示す。     |
| 回想法                 | 集団になって過去を思い出し、回想を通して自信獲得や心理的安定を計る治療法。                           |
| 芸術療法                | 絵や粘土細工などの表現手段を利用し、精神状態に働きかける治療法。不安の解消や、感情の解放に効果を示す。             |

(鈴木達也、野呂瀬準他：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 より引用)

## 2) 薬物療法

### (1) BPSD に対する治療原則

BPSD に対する治療は、本当に治療が必要であるかを十分検討し、その原因を見つけ、まずは非薬物療法で対応し、それでも治療困難な場合には薬物療法を試みる。特に BPSD は、抗コリン作用のある薬剤や抗かいよう薬など、高齢者が比較的服用機会の多い薬剤によっても引き起こされる場合があり、どのような薬を服用しているかを確認する。BPSD に対する薬物治療の原則として、まず、初期からの多量使用は避ける。そして、多剤併用をできる限り避け、増量や薬剤変更については慎重にする。また、副作用が出現した場合は基本的に薬剤減量か中止を行い、薬剤の減量時は基本的に漸減する<sup>2)</sup>。

### (2) 高齢者の特徴

薬物療法を開始するにあたり、注意すべき高齢者の特徴を十分に理解する。まず、高齢者では障害が多臓器にわたり、若年者に比し回復が遅れ、合併症を併発しやすい特徴がある<sup>2)</sup>。また、薬物に対する反応に個人差があり、治療域が狭いため副作用の発現頻度が高い<sup>2)</sup>。さらに、治療が家庭環境、社会環境に左右されることが多いなどの点を考慮した治療が望まれる<sup>2)</sup>。

### (3) 適切な薬物使用に関するガイドライン

「認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）」では、その計画の一つとして「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定を予定していたが、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業において行われた「認知症、特に BPSD への適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究」の成果として、当該ガイドラインが策定された<sup>4)</sup>。このガイドラインの方向性としては、向精神薬の使用に際して、身体拘束等を意図した投薬は避け、たとえ認知症になっても、本人の意思が尊重される医療サービスが提供されるように努めることを前提として、主な向精神薬の特徴や適切な使い方の留意点について示されている。BPSD に対する薬物療法の基本原則は、BPSD への対応の第一選択は非薬物的介入であり、多剤併用を避ける。BPSD の薬物療法は治療について十分な説明を行い、同意を得たのちに開始し、身体的原因がない・他の薬物の作用と関係がない・環境要因により生じたものではない・非薬物的介入に反応し

ないか、もしくは非薬物的介入が適切ではないという状態に限定するべきであるとしている<sup>4)</sup>。

## Ⅱ 認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する支援のあり方について

### 1. 認知症の中核症状と周辺症状

先にも述べたが、認知症の症状は、図1のように、認知症であれば必ず出現する中核症状と身体疾患、薬物、環境変化などの要因によって出現する周辺症状（BPSD：認知症の行動・心理症状）に分けられる。

BPSDは、認知症疾患と高齢者本人の素因（生来の性格など個人の特性）に環境の変化やストレス、不安・焦燥感や疎外感などが加わった結果に生じる症状でもあり、個別性が高く、介護者を含めた環境の影響を受けやすい。また、BPSDの背景には、高齢者本人が深いストレスを感じるような原因が見られることが多いため、BPSDの原因を探り、不快の誘引を取り除くことや、心地よい感覚を感じ、リラックスできる環境を提供することが重要である<sup>5)</sup>。

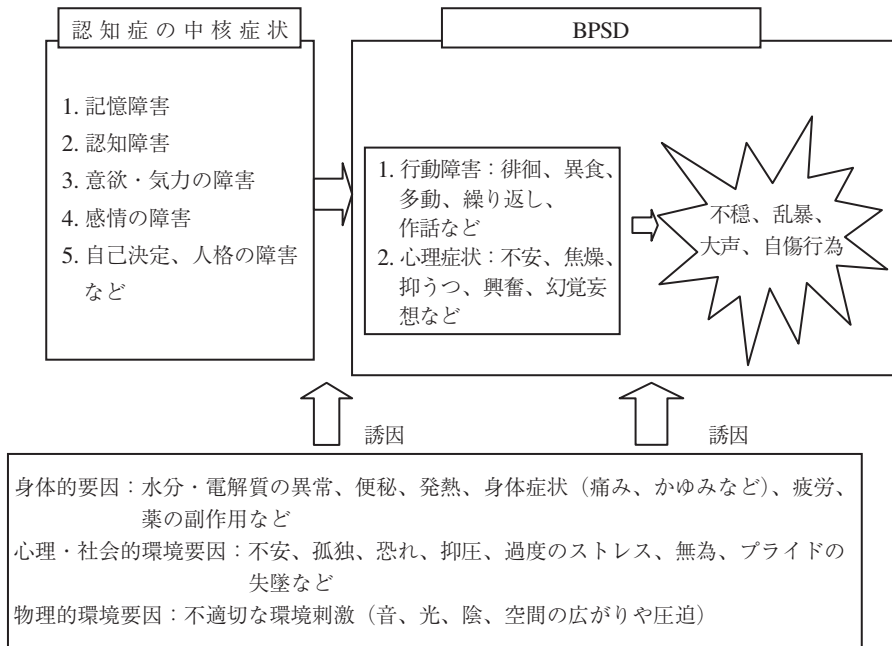


図1 認知症の中核症状と BPSD

(得居みのり：V認知症の病態と治療、2. 認知症疾患の病態、「認知症の人々の看護」、医歯薬出版株式会社編、2013より引用)

### 2. BPSD に対するケアの困難

BPSD が出現する要因は個々によって差があり、一概に言うことはできない。そのため、よりいっそうケアが困難となる。

一般病院で身体的治療を受ける認知症高齢者に対するケアの困難について、BPSD とその対応

についての割合が高い<sup>6)</sup>。

また施設においては、認知症高齢者の攻撃的行動が起りやすい勤務帯とその内容について明らかになっている。起りやすい時間帯は日勤帯で、排泄介助、清潔ケアといった日常生活介助時に発生し、それらの理由として「抵抗」や「拒否」、「痛み」などが考えられた<sup>7)</sup>。それは、排泄介助・清潔ケアが患者の意に反して行われたり、ケアが「痛み」を伴ったという状況から発生していると考えられるため、患者の日常生活のケアを行うときは、患者の感情や体調、疾患などをアセスメントし、それに伴った援助の方法を施行する必要がある<sup>7)</sup>。それに関連して、認知症高齢者の全体像を把握することが、認知症高齢者にとってのよりよいケアにつながる。図1のように、BPSDの誘因が、身体的要因（水分・電解質の異常、便秘、発熱、身体症状（痛み、かゆみなど）、疲労、薬の副作用など）、心理・社会的環境要因（不安、孤独、恐れ、抑圧、過度のストレス、無為、プライドの失墜など）、物理的環境要因（不適切な環境刺激：音、光、陰、空間の広がりや圧迫）と関連しているため、患者一人ひとりの日常生活に関する細やかなアセスメントとそれに基づいた看護はもっとも重要であるといえる。

認知症高齢者における BPSD への対応は困難を極めるため、近年、精神病院への入院が増加傾向にある。さらに、精神科外来を受診する認知症高齢者の BPSD は重篤で緊急性が高い<sup>8)</sup>といわれている。

認知症患者に対する精神科医療の経緯として、1988年、老人性痴呆疾患治療病棟、重度痴呆患者デイケアが新設された<sup>9)</sup>。1989年には老人性痴呆疾患センターが創設され、認知症に対する精神科医療はスタートした。2000年、介護保険制度が施行され、介護サービスの整備が進み、2004年、「痴呆」から「認知症」へと用語が改められ、2006年、高齢者を地域で支える地域包括支援センターが創設され、2008年、認知症におけるより高い専門医療の提供と、介護との連携の中核機関として「認知症疾患医療センター」事業がスタートした<sup>9)</sup>。

その認知症治療病棟においては、在宅への転帰を果たす患者は少数であり、短期治療を目標にかかげながら、現実には治療後に元通りの生活を続けることの出来る患者は少ないという<sup>10)</sup>。さらに、認知症治療病棟への入院により、BPSDは優位に改善することが示されたが、日常生活自立度は低下し、医療的な処置は増加するという側面が存在することが明らかになっている<sup>10)</sup>。

また、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症各疾患において、睡眠障害および BPSD 出現の割合が高かった<sup>11)</sup>。レビー小体型認知症の BPSD の出現では、「妄想」、「幻覚」、「不穏」の割合が突出していた<sup>11)</sup>。各疾患において比較的高い割合で出現していたのは、心理症状では「妄想」、「不安」、「不穏」、「誤認」、行動症状では「徘徊」であった<sup>11)</sup>。このように心理症状が出現する割合が高く、さらに徘徊が強くと出現すると、在宅生活は困難になり、精神科病院に入院する状況となる<sup>11)</sup>。精神科看護における BPSD に対する看護介入は、なじみの関係をつくる、安定した場所の確保、行動症状・心理症状の背後にある要因をアセスメントする、自尊感情を守る関わり、コミュニケーションの工夫、介入のタイミングを見計らう、セイフティマネージメント、非薬物療法への参加を勧めるであった<sup>12)</sup>。今後は、精神科における処遇や環境

的特徴から、認知症の重篤な BPSD に対してどのようなセイフティマネジメントが必要かを明らかにしていく必要がある<sup>12)</sup>。今後も精神病院への入院が増加することが予想されるため、それが重要な課題となる。

### 3. 看護者としての支援

一般病院において、患者の日常の様々な言動を分析した結果、行動には意味があることがわかり、適切な看護実践に結びついた<sup>13)</sup>という報告がある。また、認知症高齢者のニーズを総合的にとらえることができれば看護者の問題行動としての見方、捉え方が変わり、問題行動が問題ではなくなることがわかったという<sup>13)</sup>。患者に関する事など、生活背景を合わせた情報の共有化ができれば、無用な行動抑制や看護者の認識不足も是正することができ、一般病院における認知症高齢者のケアが適切にできる<sup>13)</sup>。

また看護師は、認知症患者の認知症高齢者の生活世界を意味ある世界として捉え、自己の存在を脅かす可能性のある生活世界に立ち向かう積極的な姿として彼らの行動を具体的に捉え、支援する必要がある<sup>14)</sup>。つまり、認知症高齢者を肯定的に捉えることが重要だといえる。

そして、認知症患者と関わる中で、BPSD は意思表示のひとつと捉えることがケアの第一歩であり、決して意思のない存在ではなく、表出されているあらゆるものから本人の意思を確認していくことが重要である<sup>15)</sup>。さらに、認知症高齢者の思いに近づき、心に寄り添おうと努力し、認知症高齢者本人の考えを取り入れるという視点に経ったケア、相手の行動を肯定も否定もしないケア、身体拘束や叱責という人権擁護の観点から好ましくないケア、認知症高齢者本人がしたいように行動してもらうという考えを持ったケア<sup>16)</sup>が大切である。

### 4. 認知症高齢者とその家族を地域で支える

痴呆性高齢者の要介護度と家族主介護者の痴呆の問題行動の保有状況および背景要因を検討した。その結果、家族主介護者の介護状況は、1. 身体介護、2. 身体介護と痴呆性高齢者の異常行動および痴呆・精神随伴症状に関連する見守り、3. 1. 2. の混在に特徴付けられた<sup>17)</sup>。家族だけで認知症高齢者を支えていくのには限界がある。厚生労働省も、できるだけ地域で認知症高齢者を見守る方針を打ち立てている。認知症高齢者とその家族を地域で支えるためには、個人の認知症の否定的なイメージの改善や正しい知識の普及、認知症の症状に対応する自己効力感を高めるだけでなく、認知症高齢者やその家族を支えるための地域づくりが必要である<sup>18)</sup>。

自宅という住まい環境は、周辺に広がる地域社会とのかかわりも含めて、その人が長年の暮らしのなかで編み上げてきた生活の中身や内面の軌跡と切り離しがたく結び合わされている<sup>19)</sup>。認知症の進行や BPSD の出現により自宅での生活が難しくなると、子どもが住む地域や施設への入所などにより、長年住み慣れた自宅、地域から離れなければならない状況になる。そのときに変化するのは物理的環境だけではないことを認識しておくことが重要である。

## お わ り に

認知症高齢者やその家族が住みなれた地域で安心・安全な生活をし続けることは何よりも大切である。そのためには、まずは、地域住民の認知症高齢者に対する理解や協力体制が必要である。また、地域における民生委員や見守り推進委員、自治会、商店街の方々の協力は不可欠である。そして、その人々を取り巻く医師、かかりつけ医、ケアマネージャー、看護師、ソーシャルワーカー、介護士なども重要な役割を担っており、その地域の様々な関係者、関係機関が十分連携することが必要である。そのため、地域で生活する認知症の人々の見守りを含めた自助、互助のネットワーク作りを、今後もしていきたいと考える。そのことがひいては認知症高齢者やその家族が住みなれた地域で安心・安全な生活をし続けることにつながるのである。

特記：「痴呆」と表記している文献についてはそのまま引用した。この論文の筆者は、「認知症」と表記している。

### 引用文献

- 1) 厚生労働省：[http://www.mhlw.go.jp/houdou\\_kouhou/kaiken\\_shiryou/2013/130607-01.html](http://www.mhlw.go.jp/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/130607-01.html), 2013.
- 2) 鈴木達也、野呂瀬準他：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.
- 3) 工藤 喬、武田雅俊：BPSD の総論（特集 BPSD の生物学），老年精神医学雑誌，16(1)，9-15, 2005.
- 4) 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c.html>
- 5) 中島紀恵子編：認知症の人々の看護，医歯薬出版株式会社，認知症の病態と治療，62-63, 2013.
- 6) 平田弘美：施設における痴呆老人による攻撃的行動の分析，福島県立医科大学看護学部紀要，49-56, 2003.
- 7) 下平きみ子、伊藤まゆみ：身体的治療を受ける認知症高齢者ケアの教育プログラム開発のための基礎的研究，北関東医学，62(1)，31-40, 2012.
- 8) 池田学：精神科臨床における BPSD の今後の課題，老年精神医学雑誌，18(12)，1289-1291, 2007.
- 9) 瀏野勝弘：精神科病床における認知症治療の現状と課題-2025年への提言-，老年精神医学雑誌，23(5)，2012.
- 10) 吉江悟、白石弘己：認知症治療の運営実態および在院期間の関連要因，老年精神医学雑誌，18(2)，197-207, 2007.
- 11) 片丸美恵、宮島直子他：精神科病院に入院中の認知症高齢者における睡眠と BPSD の実態調査，および BPSD に対する看護介入の検討-アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症の比較より-，老年精神医学雑誌，21(4)，2010.
- 12) 片丸美恵、宮島直子他：精神科看護における認知症高齢者の BPSD への対応と課題-「問題行動」をキーワードとしたケーススタディの文献検討から-，看護総合科学研究会誌，11(1)，3-13, 2008.
- 13) 植田洋子、海段小百合他：一般病棟における認知症高齢者の行動障害把握に関する取り組み-センター方式を利用して-看護学統合研究，11(1)，2-19, 2009.
- 14) 宮地普子、阿保順子他：変容した生活世界へ対峙する認知症高齢者の防衛の形，日赤看護学会誌，11(2)，11-19, 2011.
- 15) 松本明美、赤石三佐代：BPSD を表出する認知症高齢者の看護-攻撃的行動に対する看護師の捉え方とケア-，ヘルスサイエンス研究，15(1)，33-38, 2011.

- 16) 九津見雅美、杉浦圭子他：施設入所認知症高齢者にみられる BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) とケアとの関係, 大阪大学看護学雑誌, 14(1), 1-10, 2008.
  - 17) 遠藤まり子、野川とも江：痴呆性高齢者の家族主介護者からみた痴呆の問題行動と要介護度との関連, 埼玉県立大学紀要, 4, 77-86, 2002.
  - 18) 丸尾智実、河野あゆみ：地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラムの試み－プログラム実施前後の質問紙調査による評価－, 日本地域看護学会誌, 15(1), 52-60, 2012.
  - 19) 外山 義：自宅でない在宅－高齢者の生活空間論, 医学書院, 18-37, 2003.
- 

〔はやしたに ひろみ 老年看護学〕  
〔たなか さとる 精神看護学〕