

実践！ グループホーム ケア

[第6回]

認知症介護研究・研修東京センター センター長
山口晴保

ビーピーエスデーって難題？

ある研修会で、認知症疾患医療センター担当の精神科医が、BPSDで入院する原因の大部分がせん妄だという講演をしました。一方、国際老年医学会はBPSDとせん妄は区別しようと提言しています。さらに、認知症介護のテキストを見ますと、「BPSDは記憶障害・見当識障害・判断力障害などの中核症状を背景に、不安感やストレスなどの心理的要因が作用して出現する」と書かれています。BPSDって二次的に生じるものなのでしょうか？

BPSDは、かつて周辺症状といわれたものだと記載している本もあります。いろいろ疑問がわいてきます(そういう性格なものですから)。そこで、原点に立ち返って、BPSDを調べてみました。

BPSDの定義

国際老年精神医学会が、behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) の概念を平成8年に提唱しました。単純に「認知症に伴う行動症状と心理症状」がその定義です。そこには、せん妄によって生じるとか、よくないケアによって二次的に生じるとか書いてありません。単に行動を見て分かる「行動症状」……正常範囲から逸脱した行動と、(本人の)話を聞いて分かる「心理症状」……正常範囲から逸脱した心理の総称がBPSDという捉え方です。

例えば、レビー小体型認知症にみられる幻視や錯視(見間違い)、行動障害型前頭側頭型認知症の激高はBPSDに分類されますが、いわゆる中核症状に相当すると私は考えます。アルツハイマー型認知症のアパシー(自発性低下)もBPSDですが、前頭葉などの脳病変の直接的影響で出現しますので、いわゆる中核症

状です。

細かいところに目を向けると、いわゆる中核症状とBPSDの境界は曖昧になってきます。なので、私は中核症状という言葉を使わずに、認知症状(欧米の言い方)とBPSD(と通常いわれるもの、たとえそれが認知症状であっても)があり、さらに「くっきりと二分する」という発想を棄てればよいと考えています(BPSDには認知症状もある)。中核症状という用語は周辺症状ないしは随伴症状という用語とペアで使えば混乱がないと思います。ただし、これは、認知症といえばアルツハイマー型認知症という時代の遺物でしょうが。

BPSDはどれ？

尿失禁はBPSDに含まれますか？ 行動障害の評価表であるDBDスケールには尿失禁の項目があり、行動障害には含まれています。しかし、ADL障害や生活障害はBPSDに含まないという記載が多いと思います。

では、食事について、①食べ物を投げる、②偏食(好きなものだけを食べる；こだわり、常同行動)、③異食(手に取った石けん、紙などを食べる)、④拒食、⑤食べこぼし、どれがBPSDですか？ おそらく意見は一致しないと思います。①や②はBPSDらしいですね。③はBPSDと捉える人が多いかもしれませんが、認知症状(失認)が色濃いです。④はドネペジルの影響で食欲が低下していたりと多要因で生じる症状ですが、無理矢理入所させられたので立腹して食べないのであればBPSDともいえます。⑤は生活障害でBPSDには含まれないと考える方が多いのではな

いでしょうか。

このように捉えていくと、認知症の進行とともに誰にも出現する尿失禁や食べこぼしなどの生活関連症状であって、認知症がなくても高齢者全般にみられる症状はBPSDに含まない。一方、普通はみられない「正常範囲から逸脱した」症状をBPSDという捉え方が浮き彫りにされます。

BPSDの原因は？

国際老年精神医学会はBPSDのガイドブックを出しています。その第二版は日本語訳が出版されていますので、興味ある方はお読みください。

このガイドブックでは、BPSDは、①遺伝的要因、②脳内神経伝達物質の変化、③脳病変、④その他(性格や環境要因など)、多要因で発生するとしています。一方、日本の認知症関係の書籍を見ますと、BPSDは不安やストレス、ケア、環境などの要因で二次的に生じると強調しているものが多いです。これは、かつて周辺症状といわれていたものをBPSDと置き換えたことによる問題点だと感じています。BPSDを使うなら、BPSDのオリジナルの定義どおりに使う必要があります。そこで、周辺症状とBPSDの違いを浮き彫りにします。それには平成8年以前の著作を見ればよいのです。

我が国ではBPSD以前は、周辺症状だけでなく、随伴症状という用語が使われていました。そして、中核症状を背景に二次的に発生するのが随伴ないしは周辺症状という捉え方でした。さらには、せん妄が周辺症状の1つとして含まれていました。

一方、BPSDガイドブックでは、二次的に生じることが強調されていませんし、せん妄はBPSDと鑑別が必要と書かれています。例えば、入院患者が幻覚妄想で興奮状態になった時、それがせん妄なのか、BPSDなのかを見分けなさいということです。せん妄は意識障害で治療可能、認知症は認知障害(で根本的治療不可能)なので、区別が必要という考え方です。でも、見た目は区別が付きません。幻覚妄想や興奮はBPSDに該当するからです。そこで、大切なポイントが2点あります。

まず、その入院患者に認知症があるかどうかです。BPSDのDはdementia(認知症)です。BPSDは認知

症の人に出現する症状なので、その人が健常ならBPSDではないし、その人が認知症ならBPSDといえます。よって、認知症の人場合はせん妄なのか、あるいはBPSDなのか、区別がつかないのです。そこで経過を見ます。これが、もう1つのポイントです。夕方興奮していたのに、翌朝元の状態に戻っていれば、せん妄です。そして、その人が認知症ならば、昨夜の状態は「認知症+せん妄=せん妄によるBPSD」だったのです。

BPSDガイドブックでは、せん妄と認知症を区別しましょう、それはせん妄はきちんと治療すべきだからですと示す一方で、BPSDの数ある原因の1つとして、脳内神経伝達物質の変化に伴うせん妄をあげています。例をあげると、PL顆粒という代表的な感冒薬にはアセチルコリンの働きを弱める薬剤(抗コリン剤)が含まれていて、せん妄が引き起こされます。薬が切れればせん妄も治まり、元の認知症状態に戻ります。

つまり、せん妄はBPSDを悪化させます。それゆえ、冒頭の「精神科病院のBPSD入院の大半はせん妄」が理解できるのです。

☆

長々と屁理屈を並べましたが、BPSDは単に行動と心理の症状を一括りにしただけです。認知症で脳が変化して認知機能が低下して起こるBPSDもあれば、ケアの影響を色濃く受けて出現するBPSDもあると、太っ腹で泰然と構えるのがよいのではないのでしょうか。

BPSDよりも周辺症状が好きというケアスタッフがもしかたかもしれません。この意見は、周辺症状は私たちのチカラで解決できるとがんばっているケアスタッフに多いと思います。その心意気は素晴らしいです。でも、それが行き過ぎると、この人の暴言や徘徊が治まらないのは私たちのケアが悪いからと落ち込んでしまいます。ほどほどに、いろんな要因があるよねと、笑顔で、楽しく仕事をしましょうね。



やまくち・はるやす ● 群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、神経内科専門医・リハビリテーション専門医・認知症専門医となった。群馬大学大学院保健学研究科教授を退官し、2016年10月から認知症介護研究・研修東京センター長。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』、『認知症予防』、『紙とペンでできる認知症診療術』(いずれも協同医書出版)、など。日本認知症学会副理事長。ぐんま認知症アカデミー代表幹事。