

認知症ケアにはパーソンセンタードケアの概念が浸透しつつあり、原因疾患や重症度に応じたケアも増えてきました。その一方で、その場しのぎの対応、対応に苦慮するケースも依然としてあります。本特集では、実例を基に、BPSDのとらえ方、重度化の防ぎ方を考えます。

予防・改善・介護者教育

BPSD対応事例集

～ぐんま認知症アカデミーの取り組み

巻頭言

BPSDの考え方, とらえ方



群馬大学 医学部 保健学科 教授／認知症専門医
ぐんま認知症アカデミー 代表幹事

山口晴保

群馬大学医学部卒業後、同大学院で神経病理学を学ぶ。神経内科でアルツハイマー病の病理研究を始めた。近年は、群馬県の地域リハビリテーションの連携システムづくり、介護予防、認知症介護研究の普及に注力している。著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント一快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう 第2版』（協同医書出版、2010）などがある。

施設に入所している認知症の人の約8割に認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) があると言われ¹⁾、認知症ケアの現場では、BPSDへの対応が最大の関心事です。BPSDはケアの良し悪しに大きく左右される症状で、認知症ケアでは、BPSDへの適切な対応が極めて重要です。そこで、本特集の各著者がBPSDへの具体的な対応事例を示す前に、本稿ではBPSDの考え方を示し、BPSDを重度化させないように「予防」することが重要であることを強調します。

フランスの16のナーシングホームに居住する1,369人を対象にした研究で示されたエビデンスを、まず紹介します。この研究では、対象を、介入群は6ホームの172人、対照群は10ホームの130人とランダムに2群に分け、介入群には8週

間のスタッフ教育を行いました。その結果、介入群では焦燥性興奮などに改善が見られました²⁾。

このように、スタッフ教育で、BPSDが低減することが実証されています。介護者がBPSDの正しい知識を持ち、適切に対応することが求められています。

BPSD (行動・心理症状) の概念

BPSDは、1999年に国際老年精神医学会によって「その原因を問わず、認知症の人の示すさまざまな心理反応・精神症状・行動」を示す用語として定義されました³⁾。

では、行動症状とはどのようなものでしょうか。行動症状とは、本人の行動を観察していると分かる症状のことを指し

ますので、「大声を出している（喚声）」「落ち着かずイライラしている（不穏・焦燥）」などは、行動症状になります。一方、面接で本人から話を聞くと分かる、不安や抑うつ、妄想などが心理症状です。

BPSDは、記憶・見当識の障害や実行（遂行）機能障害などの認知症状（中核症状）に対峙する概念のように見えます。しかし、BPSDの一つである物盗られ妄想を例にとると、その背景には記憶障害という認知症状があるなど、両者を別物ととらえるべきではありません。認知症の人の示す症状のうち、認知症状を背景に、生い立ち・職歴などの個人因子や、住環境・ケア状況などの要因の影響を強く受けるものがBPSDです。BPSDの背景には、認知症を引き起こしている脳病変の存在があることを忘れてはなりません。また、認知症の原因疾患によって主要なBPSDが異なることから、脳病変の影響が大きいことが分かります（表）。

表 認知症の原因疾患と主要な BPSD

疾患	主要なBPSD
アルツハイマー型認知症	物盗られ妄想、徘徊、帰宅欲求
レビー小体型認知症	幻視、誤認妄想、うつ
前頭側頭型認知症	周回、常同行為、脱抑制、食行動異常
脳血管性認知症	感情失禁、強制泣き笑い、自発性低下

BPSDにはケア効果の大きいものと小さいものがある

レビー小体型認知症では、リアルな幻視が中心的な症状として出現します。この幻視は、どんなに素晴らしいケアを行っても消えるものではありません（減弱はします）。しかし、薬物療法（例えば抑肝散）ですぐに消えてしまうことがしばしばあります。これは、脳病変の影響が強いからです。同様に、前頭側頭型認知症に見られる脱抑制や常同行為も良いケアによって減弱はしますが、対処は簡単ではありません。それは、これらのBPSDが脳病変に起因する認知症状だからです。

以前の中核症状（認知症状）と周辺症状（BPSD）という分類は、アルツハイマー型認知症には比較的よく当てはまるのですが、ほかのタイプにはあまり当てはまりません。そのため、疾患やBPSDの種類によっては、「良いケアをしているのにBPSDが良くならない」と思い悩む必要はありません。BPSDにはケアや環境などの因子の影響が少ないものもあります。良いケアは必須ですが、それだけでBPSDがすべて消えるわけではありません。

Point

BPSDの中には、脳病変の影響が強くてケア効果が少ないものや、個人・環境因子の影響が大きくケア効果が大きいものがあることを理解しておいてください。

なお、「周辺症状」という用語は、従来、「必発の中核症状に対して、出現するとは限らない症状」「身体状況やケアなどの環境因子が大きく影響して出現する症状」「治療が不可能な中核症状に対して治療可能な症状」などとして使われてきました。BPSDは上述のように、周辺症状の定義とは全く異なりますが、周辺症状とは大まかに一致します。

BPSDとせん妄

せん妄とは、「軽度の意識障害に、幻覚などの精神的興奮を伴った状態」を指します。BPSDの周辺症状としてせん妄を挙げている文献が多くありますが、国際老年精神医学会のBPSD教育パック³⁾では、せん妄はBPSDとは区別すべき状態として明示されています。なぜなら、せん妄は認知症の一症状としてとらえるのではなく、治療すべき症状としてとらえることが望ましいからです。

せん妄は、認知症にしばしば合併し、BPSDの悪化に見えます。

Point



個々の例が示す症状を、明確にBPSDとせん妄に区別することは難しいですが、例えば、BPSDが急に悪化した場合は、単純に認知症が進んだととらえるのではなく、せん妄を合併したのではないか、せん妄の誘因は何かと考えて治療することが大切です。

せん妄の誘因には、発熱、疼痛、脱水、

便秘などの身体症状、心不全や呼吸不全といった疾患、身体拘束、薬物などがあります。せん妄を生じさせる素地を認知症の脳病変がつくっており、そこにこれらの誘因が加わると、容易にせん妄を合併します。

最近、我が国でBPSDを悪化させる要因を調べた報告によると、睡眠薬・胃腸薬などの薬剤投与が38%、身体合併症が23%と、家族・介護環境の11%を大きく上回っていました⁴⁾。おそらく、この報告では薬剤や身体合併症によって誘発される「せん妄」を含めてBPSDの悪化ととらえているので、医療の要因の割合が大きくなっているのだと思います。

せん妄は、本来BPSDと区別すべきではありませんが、介護者にその区別は難しいばかりでなく、医師にも難しい場合が多々あります。不適切な薬物投与や、身体のどこかに炎症があり痛みがある、便秘がひどいなど、身体状況の変化に伴ってせん妄は誘発されます。実際、介護の現場では、不適切な薬剤投与や身体合併症の見過ごしによるせん妄（BPSDの悪化として現れる）が多いです。したがって、介護の現場にはせん妄を見抜く力が求められます。

せん妄への対応は、前述した誘因の除去です。薬物では、抑肝散（身体機能への副作用がない）がしばしば有効ですが、残念ながら無効例も多いです。重度な場合や誘因除去で改善しない場合は、抗精神病薬（身体機能への副作用を高率に有する）による治療が必要になります。

BPSD発症の背景

ここでは、脳病変やせん妄に起因するBPSD以外の、一般的なBPSDの背景にある心理的要因を、①自己洞察力の低下、②不安、③怒りの3点から論じます。

自己洞察力の低下： 正確な病識の欠如

認知症、ことにアルツハイマー型認知症では、本当は困っているはずなのですが、本人に尋ねると「困る」とは言いません。認知症になると日々の生活で失敗が増え、その都度介護者に失敗を指摘されて、本人も「変だな」という病感があります。しかし、自分の認知機能がどの程度障害されているかという正確な認識はありません。失敗しても他人のせいにして、言い訳をしたりして、介護者との意思疎通がうまく図れなくなります。これが自己洞察力の障害、または病態失認と言われる症状です。

認知症は、理解や記憶といった単純な認知機能が悪くなるだけでなく、自分の認知機能の状態を把握したり、社会のルールから外れないように自分の行動を監督したりする、より高次な（つまり人間だけが持つような高等な）認知機能が失われていきます。

アルツハイマー型認知症では記憶障害を背景に、自分自身が崩れていきます。そして自分を守るバリア〈自己膜防衛網〉が形成され、不安・孤独な状況がつくられていきます。ですから、介護者の方か

ら手をさしのべないと交流できなくなっていくのです。

Point



介護者自身が「自分が認知症になったら」と考えて、相手の気持ちを押し量ることがケアの原点であり、大切なことです。

不安の蓄積

認知症になると、これまでうまくやれていたことができなくなります。これは、認知症の症状が生活障害を引き起こすからです。実行機能（遂行機能）の障害や記憶障害が主因となって、日々の生活で失敗するようになり、家族・介護者から失敗を指摘されると、反論や言い逃れをしますが、「変だな」という意識が生まれます。

このような失敗を重ねていく中で、自分の認知機能が失われていくことへの「不安」が徐々に増大していきます。

認知症の症状は目に見えにくく、他人が理解しにくいという特徴を持っています。表に見えるイライラ、暴言、反抗などの症状に潜む不安や孤独は見えにくく、さらに本人も取り繕うので、さらに見えにくくなります。

Point



取り繕ったり、同じことを何度も聞いたりするのは、不安があるからだと理解することが大切です。

怒り

失敗をした時に家族・介護者の漏らす何げない一言を、本人は「叱られた」とと

らえます。「小山のおうち」を運営して認知症の人の声に耳を傾けようと本人の思いを書き綴る活動を続けてきた高橋幸男医師によれば、利用者の多くが家族に叱られていると感じていると言います⁵⁾。

家族・介護者に咎められた時、本人は原因が自分にあることを正確に洞察する力が欠けているので、失敗を他人のせいにし、介護者との言い争いの種になります。そして、介護者から投げかけられる言葉を「非難」と受け取り、「怒り」を積もらせていきます。

このような感情が積もると暴言や暴力に結び付きます。特にアルツハイマー型認知症では、エピソード記憶の強い障害があるので、失敗した出来事の記憶は薄れていきます。しかし、「叱られた」という情動と結び付いた記憶は障害されないで、残存・蓄積していきます。これが限度（閾値）を超えると暴言や暴力となって現れます。

BPSDが出現しはじめると、介護者の「つらい・大変」という思いが本人を責める行動につながり、BPSDがさらに悪化するという悪循環に陥ります。そして、家庭での介護が困難になるまで悪化してしまうと、精神科病棟への入院などの避難的措置が必要になってしまいます。

BPSD予防の具体例

本人の気持ちを探る

「同じことを何度も繰り返して尋ねる」ことは、介護者を困らせるアルツハイ

マー型認知症の代表的な症状です。正常な人には理解できない行動なので、介護者はイライラしてしまいます。「記憶する機能が低下しているので、聞いたという行為そのものを忘れてしまい、また聞くのですよ」と介護者に説明すると、介護者は頭では理解します。しかし、実際に同じ質問が何度も続くと、イライラして「なぜ同じことを何度も聞くの」と言ってしまう。

では、どうしたらよいのでしょうか。聞いたことを覚えていないのは事実ですが、それだけで何度も繰り返し尋ねているわけではありません。背景に不安があるから何度も聞くのです。ですから、一緒においしいお菓子を食べながらお茶を飲み、昔話をしながら相手を褒めるなどすれば、不安が消えて安心し、質問が減るでしょう。対応の仕方を紙に書いて張り出しておくというのも一つの手ですが、本人の気持ちを探ることが本質的な対応策だと思います。

Point



BPSDは介護者が芽のうちに摘み取り、悪化しないような対応を実践できれば、重度化せずに、介護者も安心して過ごすことができ、それによって本人に笑顔が生まれ、BPSDがさらに減るという好循環が生まれます。

認知症による症状を予測しておく

妄想の場合も、被害妄想が出ることを介護者が心得ていれば、「あなたが盗ったでしょう」と迫られた時に、目くじらを立てずに穏やかに対応できます。予備

知識がなくていきなり盗人にされたら、誰でも言い争いになってしまいます。そのためあらかじめ、介護者に「あなたを犯人にして盗られたと言い出した時は冷静に話を聞き、相手の言うことを否定しないでオウム返しに答えて、“なくなって困ったね”と共感を示してくださいね」などと伝えておけば、「ああ来たな」とゆとりが生まれます。

尊敬される環境をつくる

古い研究ですが、重度のBPSDが生じる頻度を東京と沖縄で比べると、東京の方が沖縄よりもずっと高いという結果があります⁶⁾。

沖縄では、高齢者が敬われる文化があり、認知症の人のおかしな言動を受け入れるという素地があります。

一方、東京では、家族（特に息子や娘）が認知症のおかしな言動を受け入れることができません。そして「なんてバカなことをしているんだ」「そんなことじゃダメだろ」などと直ちに非難が始まります。そして、これがBPSDの火種になっていきます。認知症になっても、尊敬される環境ならば、BPSDが重度化せずに穏やかに過ごせるわけです。

ポジティブな視点で BPSDに対応

筆者のもの忘れ外来では、BPSD予防の家族指導が重要なウエートを占めています。家族に最初に、「失敗しても褒め

てください。とにかく褒めてください」と伝えます。家族は「また失敗しないように、過ちは気づかせて正さなければならない」と思い込んでいるので、げげんな顔をします。どうしてこのように伝えるかということ、①これが大原則であり、②いきなり自分の考えと反対のことを言われるので驚いて情動へのインパクトが大きく記憶に残るからです。相手が納得するように、「もしあなたが失敗した人の立場だったら、いちいち指摘して責めてほしいですか？」「あなたは責められた時うれしいですか、それともつらいですか？」「褒められた時はうれしいですか？」と尋ねるレトリックを使います。

「褒めようとする」と「責めようとする」は視点が180度違います。人間の脳は、責めようすると悪いところばかりが見えてきます。そして責めれば、責めた行為を正当化するために、さらに相手の欠点ばかりに気づきます。逆に褒めようと心掛けた途端に、脳は相手のよい点を探し出します。そして、褒めれば、自分の褒めた行為を正当化するために相手のよい点にさらに気づいて、自分の発言が妥当だったと脳が納得します。これが脳の合理化というメカニズムです。

Point



人間の脳は、自分の行動・発言を正当化するように絶えず働きます。ですから、いつもポジティブな発言・行動が大切なのです。

物事には何でも二面性があります。一つの失敗であっても、その行為の悪い面に目を向けるのではなく、その行為を行おうとした意欲に目を向ければ褒めることができます。脳はネガティブなことに目を向けた途端に、ネガティブなことをどんどん掘り起こしていき、負の悪循環に陥ります。逆にポジティブなことに目を向ければ、次々とポジティブなことを掘り起こしてくれるのです。

筆者は、「介護をしなければならないという現実があるなら、ネガティブなことに目を向けてますますつらい介護にするのではなく（つらさは脳が感じている）、ポジティブな視点を持って、大変な中にも喜びがある介護にしてほしい（喜びは脳が感じている）」と介護者に伝えています。

BPSDと神経伝達物質

前項で「褒める」ことを述べましたが、褒めた人も、褒められた人も、脳の中では「報酬」をもたらす神経伝達物質のドーパミンが放出され、喜びが生まれます。さらに、ドーパミンは脳を目覚めさせ（覚醒レベル上昇）、記憶・学習能力が高まります⁷⁾。また、ドーパミンは意欲の根源です。褒められることでやる気が生まれます。認知症の人の失敗には目をつぶり、褒め続けることで本人も介護者も楽しくなれるのです。

抑肝散という漢方薬が、BPSDに対してしばしば優れた効果を発揮します。こ

の薬には、脳のセロトニン系を調節して穏やかにする作用があります。認知症の人のイライラ（焦燥）や易怒性の症状は、セロトニンを増やすことでよくなります。脳内のセロトニンを増やすには、①歩行などの律動的な運動を1日30分以上行うこと、②運動は屋外の明るいところで昼間行うこと、③セロトニンの原料となるトリプトファンをたくさん含むバナナを食べることが有効です⁸⁾。そのため、屋外で一緒に楽しく散歩をすると、セロトニンが増え、イライラが落ち着くでしょう。

また、認知症の人の多くが抑うつ症状を持ち、やる気をなくしています。このような状態には、SSRIという新しいタイプの抗うつ剤がしばしば有効ですが、これはシナプスでのセロトニン濃度を高める薬剤です。

猿が仲間同士で行う毛繕いをグルーミングと言います。このような行動にもセロトニンを増やしてイライラ解消の効果が期待されます⁸⁾。このグルーミングを介護に取り入れ、本人と介護者が、お互いに肩たたきや手のマッサージなどを行うことで、する人の脳も、される人の脳でもセロトニンが増えて、共に穏やかな表情になります。

BPSD予防のまとめ

好意を持って接する人々に囲まれていれば、認知症の人は、BPSDという自己防衛機構を働かせずに、安心して過ごせま

す。病識が損なわれている本人にとっては身に覚えのない非難に対して、防衛しようとする行動がBPSDに結び付いていくからです。認知症の人は、自分の状況を把握する、相手の状況を把握するといった認知機能が損なわれているので、介護者がそのことに気づき、相手を好意的に解釈する必要があります。これが受容です。

例えば、夜中に探検（徘徊）している状態を「困った」行動ととらえるのではなく、「働き者だね」「何を捜しているの」などと声かけできるようになってほしいのです。

発症の早期から受容の大切さを家族に伝え、認知症の人が抱える困難を理解してもらい、起こり得るBPSDとその対処のコツを伝えることで、BPSDは予防できます（重症化しないという意味で）。

BPSDが重度になってから医療機関を受診して、抗精神病薬などの投与を受けるのではなく、早期から介護者と連携して対処することで、BPSDの芽を摘む対応ができ、認知症の人が笑顔で安心して暮らしていくことにつながります。

認知症の人は、その場の空気を読み、状況に応じて適切な行動を取ることが困難になり、不安を抱えて生きています。認知症の人が能力を発揮しながら楽しく生活できるような安心を与えるケアで、BPSDを予防しましょう。

引用・参考文献

- 1) Deudon A, Maubourguet N, Gervais X, Leone E, Brocker P, Carcaillon L, Riff S, Lavallart B, Robert PH. Non-pharmacological management of behavioral symptoms in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 24 : 1386-1395, 2009.
- 2) Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes : a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 22 : 1025-1039, 2010.
- 3) Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack <http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdarchives/bpsdrev/4BPSDfinal.pdf> (2011年1月閲覧)
- 4) 木之下徹：認知症の『周辺症状』(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」実施主体、財団法人ばけ予防協会（平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業）
- 5) 高橋幸男：認知症への非薬物療法 心理教育（サイコエデュケーション）、老年精神医学雑誌，Vol.18, No.9, P.1005～1010, 2007.
- 6) 大井玄他：ボケ老人の異常精神症状発現率：地域環境指標たり得るか 日本公衆衛生雑誌，No.31, P.569～571, 1984.
- 7) 山口晴保他：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第2版，P.154～162，協同医書出版社，2010.
- 8) 有田秀穂：認知症介護はセロトニンで楽になる，P.87～107，青春出版社，2010.

【ぐんま認知症アカデミー概要】

筆者が代表幹事を務めるぐんま認知症アカデミー (<http://happytown.orahoo.com/ninchi/>) は、2005年12月に誕生した研究会組織です。群馬県内の認知症の医療・リハビリテーション・ケアに関係する専門職の連携を深め、技術を高め、また、認知症の予防や支援に関する研究を推進し、医療・福祉の向上に寄与することを目的にしています。

毎年春には、「医療～ケア」をテーマにした教育講演2題などの研修会を、秋には介護研究の発表や教育講演の研究会を行い、どちらも認知症ケア専門士の教育単位認定を受けています。このボランティア団体の特徴は、無料ホームページやメールの活用

により登録費・年会費を無料で運営しており、参加費はワンコインの500円、製薬メーカーの後援は全くありません。秋の研究発表では、県社会福祉協議会と県医師会の資金提供による優秀発表への賞金授与などを行っています。

今回の特集では、このぐんま認知症アカデミーの運営にボランティアとして貢献している幹事が各項目を担当しています。群馬の実力を遺憾なく発揮しているものと確信しております。

最後に、この特集を構成したのは筆者ではなく、幹事の一人である福島富和氏（明正会認知症ケア研究所）であることを申し添えます。