

原著(短報)

認知症介護指導者のBPSDに対する解釈の検討

A trial study on interpretation of BPSD
by the dementia care instructors.

中村考一、滝口優子、山口晴保

Koichi Nakamura, Yuko Takiguchi, Haruyasu Yamaguchi

要旨

【目的】認知症介護指導者(以下、指導者)が認知症の行動・心理症状(BPSD)という用語をどのように解釈しているかを明らかにする。

【方法】指導者117人に対して、135種類の認知症による症状について、BPSD・中核症状・生活障害・判別できない、の4選択肢を設け、どれにあたるか単数回答により判断を求めた。回答結果から、選択肢の選択率が25%以上の症状を抽出し、選択率や重複数を症状別に確認した。また、国際老年精神医学会によるBPSDの分類と合致する16種類の症状について、単純コレスポネンス分析を行った。

【結果】135種類の症状について、分析対象とした68人で分析した。選択率が25%以上の症状の重複を数えたところ、25%以上の選択率の選択肢に重複がない「理解のばらつきが小さい症状」が58種類、2種類の選択肢で25%以上の選択率となっている「理解にばらつきのある症状」が64種類、3種類で25%以上の選択率の選択肢のある「理解のばらつきの大きい症状」が13種類抽出された。単純コレスポネンス分析の結果(イナーシャの寄与率による累積説明率は88.3%)、中核症状付近には、同じ話繰り返し、誤認などが付置された。また、BPSD付近には、性的逸脱、攻撃的行動、徘徊などが付置された。生活障害付近には、不眠、まつわりつきが付置された。

【結論】主なBPSDは性質も含めて理解されているが、半数以上の症状で、解釈がばらついていて、BPSDの概念の正しい普及が望まれる。

キーワード : BPSD、中核症状、生活障害、周辺症状、認知症介護指導者

社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1丁目12-1

受領日 : 2018年5月14日
再受領日 : 2018年8月16日
採択日 : 2018年9月5日

責任著者 : 中村考一
社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1丁目12-1
TEL : 03-3334-2173 (代表) FAX : 03-3334-2156
E-mail : nakamura4851@dcnet.gr.jp

英文誌名 : Tokyo Journal of Dementia Care Research

はじめに

1. BPSDと中核症状及び生活障害

認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) は、国際老年精神医学会 (International Psychogeriatric Association : IPA) によって、認知症の行動障害 (behavioral disturbance) に代わる用語として提唱された。具体的には「認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分または行動の障害による症状」と定義され、妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、徘徊、不穏、焦燥、社会通念上の不適切な行動と性的脱抑制、部屋の中を行ったり来たりする、叫声、泣き叫ぶ、ののしる、無気力、繰り返し尋ねる、シャドーイング(人につきまとう)のような症状が挙げられている¹⁾。本邦においては、同様の症状に対し「問題行動」や「周辺症状」等が用いられていたが、現在では、IPAによる提言が普及し「認知症の行動・心理症状」あるいは、「BPSD」が用語として多用されるようになった。本邦におけるBPSDの分類に関する研究は、佐藤ら²⁾谷川ら³⁾山口ら⁴⁾の研究のほか、認知症疾患診療ガイドライン2017における分類⁵⁾等、ごく少数である。

認知症の症状のうち、脳の損傷の影響を受けて一次的に発生する認知機能の障害は一般に中核症状と呼称されている。また、症状が具体的な生活場面に現れた場合、生活障害と呼ばれる。朝田は認知症の生活障害を「認知症の人にみられ、それゆえに個人的・家庭的活動と社会的参加を困難にする日常生活上の障害」としている⁶⁾。この定義に基づくと、たとえば、近時記憶障害は中核症状として分類され、近時記憶障害が生活場面に影響し、「食事を食べたのに食べたことを忘れて食事を要求」している場合、その行動は生活障害となる。すなわち、生活の具体的な場面において、認知機能障害の影響を受けて現れる動作レベルでの障害を生活障害と呼称し、それらの障害について、共通している症状の本質(本態)を一般化したものを中核症状と呼称していると理解できる。「食事の要求」が大声で攻撃的であれば、BPSDと判断される。このように視点を変えれば中核症状で

あり、生活障害でありBPSDであることが生じる。さらに、BPSDが普及する前に使用されてきた「周辺症状」は、中核症状と対比させる形で用いられてきた。すなわち、「周辺症状」という用語は、中核症状に加えて、介護者の関わり方や物理的環境、薬や身体疾患等の影響が加わり、二次的に発生する症状という前提を有している。以上をふまえ、改めて、IPAの定義するBPSDの具体例を見直すと、BPSDという概念が、中核症状との対比において定義されているのではないことがわかる。例えば、IPAにおいてBPSDとされている幻覚や誤認については、レビー小体型認知症であることを前提とすると脳の器質的な変化により生じる中核症状そのものと言える。このようにBPSDは、中核症状—周辺症状という考え方と異なった経緯で定義された状態像であり、概念として類似しているものの、完全には一致しない。しかし、実態としては周辺症状という用語に置き換わってBPSDという用語が使用されるようになったという本邦での歴史的経緯から、BPSDはすべて中核症状の影響を受けて二次的に生じる症状であるという誤解が生じている^{4,7)}。

2. 認知症介護実践者等養成事業と認知症介護指導者

現在、認知症による症状・障害の理解およびケアについて、介護専門職等に対する教育・研修の機能を果たしているのが指導者である。指導者は、認知症介護実践者研修(講義・演習等38.5時間、職場実習4週間)、認知症介護実践リーダー研修(講義・演習56時間職場実習4週間)を受講・修了した上で、認知症介護研究・研修センターにおいて実施する認知症介護指導者養成研修(講義・演習149時間、職場実習4週間、他施設実習3.5日)を修了した者である。指導者の多くが高齢者施設等に勤務しながら、認知症介護実践研修等における講師の役割を担っている。現在、当該研修は、標準シラバスが作成され、全国で内容を統一して実施されているものの、参考図書として発行されているテキストにおいてはBPSDの分類や発生機序については、執筆者間で統一したモデルを用いて解説されていない。BPSDをどのように理解するかは、認知症の人に対するケアの質に

大きく影響する。より厳密に理解しケアを検討する必要がある。

本研究では、以上をふまえ、指導者がBPSDをどのように解釈しているかを明らかにすることを目的とする。

なお、本研究は指導者に対する質問紙による調査によって行うが、BPSDのリストとしては、谷川らによる研究の成果を活用した³⁾。谷川らは、BPSDに関する過去の医療やケアの文献研究を行い、2004年から2014年までに発表された和文の原著論文において、BPSDとして扱われていた136種類(重複を除くと135種類)の症状を抽出し分析に利用している(表1)。この分類については、国内の文献で実際に利用されている用語を抽出しており、「排泄」「怒り」等、BPSDに分類しにくい内容を含んでいるが、これらが先行研究においてはBPSDとして理解されていた事実があることから、指導者の解釈の実態を把握する基準として利用することとした。

方法

1. 対象

対象者は、平成28年10月～平成29年3月の間で、BPSDに対するケアの標準化を目指した調査研究であるBPSDスポット調査の説明会に参加した指導者とした。なおBPSDスポット調査は、入居施設を対象とした調査であったため、本調査に協力した指導者は、入居施設に所属する者であった。

2. 調査方法及び分析方法

指導者に対して、谷川らの論文においてBPSDとして取り扱われていた136種類の症状について、「中核症状である」「生活障害である」「BPSDである」「判別できない」の4種の選択肢を設けた無記名の質問紙を配布し、どれにあたるか考えるか単数回答により回答を求めた。4種の選択肢について回答結果がどのように分布していたか確認した。BPSDの理解を検討する上では、各症状の回答結果がばらついているかどうかを確認することが指標の一つとなる。また、単数回答で4種の選択肢を設けていることから、回答結果が全

体の25%以上である選択肢がいくつあるかを基準にして、「選択率が25%以上の選択肢が1つであった症状(1類型)」を「解釈のばらつきが小さい症状」、「選択率が25%以上の選択肢が2つであった症状(2類型)」を「解釈にばらつきのある症状」、「選択率が25%以上の選択肢が3つであった症状(3類型)」を「解釈のばらつきの大きい症状」と操作的に定義した上で、回答結果を分類した。さらに、IPAにおいてBPSDとして列挙されている16種類のBPSD(抑うつ、無気力、誤認、幻覚、妄想、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、徘徊、性的逸脱、ののしる、不適切な行動、同じ話繰り返し、まつわりつき、不眠)について、単純コレスポネンス分析によって回答の傾向を分析した。解析には、IBM® SPSS® categories ver.22を用いた。

3. 倫理的配慮

調査への協力は任意とし、回答しないことによる不利益はないことを説明した。また、調査協力者の匿名性を確保すること、調査結果の目的外使用はしないことなどを説明し、調査票の返送をもって同意を得た。当該研究の報告にあたって、認知症介護研究・研修東京センターにおける倫理委員会の承認を得た。

結果

1. 回収率等

117人の参加者のうち、81人から回答を得ることができた(回収率69.2%)。そのうち無回答率が、30%以上であるか、回答に重複のある13人を除外した、68人を分析対象とした(有効回答率84.0%)。なお、調査後、136種類の症状を確認したところ、「異食」が重複していたため、今回分析に使った症状は135種類とした。

2. 選択肢の選択率と重複

135種類の症状(表1)に対する回答結果について、選択率が25%以上の症状を数えたところ、「BPSDである」では87種類(うち26種類が選択率50%以上)、「中核症状」であるでは37種類(うち8種類が選択率50%以上)、「生活障害である」

表1 谷川論文におけるBPSD症状リスト(14と134は共に異食で重複)

	症状名		症状名		症状名		症状名
1	徘徊	35	同じこと(行為)を繰り返かえず	69	迷子	103	他者トラブル
2	興奮	36	心気	70	待てない	104	脱衣
3	不安	37	過活動	71	無断外出	105	多弁
4	暴力	38	過食	72	夜間不眠	106	独言
5	妄想	39	作話	73	いいがかり	107	突然の行動
6	睡眠障害	40	アパシー	74	怒り	108	取り繕い
7	うつ状態	41	易転倒	75	意識レベル低下	109	日内変動
8	幻覚	42	感情失禁	76	異常性	110	破壊行為
9	攻撃的行動	43	拒食	77	異常な性行動	111	破損
10	暴言	44	拒否	78	応答しない	112	反復脅迫
11	幻視	45	幻聴	79	大きな音出す	113	被害妄想
12	焦燥	46	昼夜逆転	80	落ち着きのなさ	114	非難
13	抑うつ	47	入浴拒否	81	日内リズム障害	115	火の不始末
14	異食	48	被害妄想	82	家でないと言う	116	不快
15	不穏	49	目を離すと外に行く	83	体を揺さぶる	117	不適切な行動
16	易怒性	50	乱暴	84	感情不安定	118	不平不満
17	攻撃性	51	今と昔を混同	85	危険行為	119	まつわりつき
18	易刺激性	52	帰宅願望	86	奇声	120	希死念慮
19	異常行動	53	恐怖	87	近所に迷惑をかける	121	無気力
20	依存	54	拒絶	88	攻撃的行動	122	性的行為
21	介護抵抗	55	拒薬	89	猜疑心	123	もの忘れ
22	多動	56	無為	90	寂しがる	124	物を隠す
23	不潔行為	57	混乱	91	自傷行為	125	ものを使って音を出す
24	不眠	58	嫉妬妄想	92	視線合わせない	126	文句を言う
25	意欲低下	59	収集癖	93	失禁	127	夜間浅眠
26	同じ話くり返し	60	性的逸脱	94	自発性低下	128	夜間行動異常
27	せん妄	61	妄想を背景とする抗議行動	95	自分のやり方にこだわる	129	夕暮れ症候群
28	脱抑制	62	チューブ類の抜去	96	食行動異常	130	放尿
29	盗食	63	ろう便	97	食欲低下	131	大声
30	コミュニケーションが取れない	64	介護者のいうことを理解しない	98	同じものを食べる	132	不適切な移動
31	無関心	65	尿失禁	99	侵入妄想	133	他者と交わらない
32	物盗られ妄想	66	ののしる	100	人物失認	134	異食
33	夜間せん妄	67	排泄	101	性的問題	135	不義妄想
34	誤認	68	人物誤認	102	多幸	136	認めない

では31種類(うち5種類が選択率50%以上)、「判断できない」では70種類(うち4種類が選択率50%以上)が該当した。分類の結果、「理解のばらつきが小さい症状(1類型)」が58種類(表2)、

「理解にばらつきのある症状(2類型)」が64種類(表3)、「理解のばらつきの大きい症状(3類型)」が13種類抽出された(表4)。

表2 解釈のばらつきが小さい症状(1類型のみ25%以上)

(人) n=68

NO	状態	BPSDである (%)		中核症状である (%)		生活障害である (%)		判断できない (%)		無回答 (%)	
1	攻撃的行動	54	(79.4)	4	(5.9)	4	(5.9)	6	(8.8)	0	(0.0)
2	暴力	52	(76.5)	4	(5.9)	6	(8.8)	6	(8.8)	0	(0.0)
3	暴言	52	(76.5)	4	(5.9)	5	(7.4)	7	(10.3)	0	(0.0)
4	徘徊	52	(77.6)	3	(4.5)	9	(13.4)	3	(4.5)	1	(1.5)
5	物盗られ妄想	49	(72.1)	11	(16.2)	4	(5.9)	4	(5.9)	0	(0.0)
6	興奮	47	(70.1)	8	(11.9)	5	(7.5)	7	(10.4)	1	(1.5)
7	攻撃的言動	45	(68.2)	9	(13.6)	3	(4.5)	9	(13.6)	2	(2.9)
8	妄想を背景とする抗議行動	45	(67.2)	6	(9.0)	5	(7.5)	11	(16.4)	1	(1.5)
9	不潔行為	44	(64.7)	4	(5.9)	16	(23.5)	4	(5.9)	0	(0.0)
10	収集癖	43	(64.2)	10	(14.9)	10	(14.9)	4	(6.0)	1	(1.5)
11	被害妄想	43	(64.2)	10	(14.9)	6	(9.0)	8	(11.9)	1	(1.5)
12	異食	42	(61.8)	13	(19.1)	8	(11.8)	5	(7.4)	0	(0.0)
13	性的逸脱	42	(62.7)	7	(10.4)	3	(4.5)	15	(22.4)	1	(1.5)
14	妄想	40	(58.8)	16	(23.5)	2	(2.9)	10	(14.7)	0	(0.0)
15	破壊行為	39	(58.2)	9	(13.4)	3	(4.5)	16	(23.9)	1	(1.5)
16	作話	37	(55.2)	13	(19.4)	5	(7.5)	12	(17.9)	1	(1.5)
17	攻撃性	37	(54.4)	12	(17.6)	4	(5.9)	15	(22.1)	0	(0.0)
18	不穏	37	(54.4)	8	(11.8)	8	(11.8)	15	(22.1)	0	(0.0)
19	ろう便	37	(56.1)	5	(7.6)	16	(24.2)	8	(12.1)	2	(2.9)
20	嫉妬妄想	35	(52.2)	10	(14.9)	8	(11.9)	14	(20.9)	1	(1.5)
21	侵入妄想	35	(53.8)	10	(15.4)	6	(9.2)	14	(21.5)	3	(4.4)
22	帰宅願望	34	(50.7)	10	(14.9)	14	(20.9)	9	(13.4)	1	(1.5)
23	被毒妄想	32	(47.1)	16	(23.5)	4	(5.9)	16	(23.5)	0	(0.0)
24	易怒性	32	(47.1)	15	(22.1)	5	(7.4)	16	(23.5)	0	(0.0)
25	不安	31	(45.6)	16	(23.5)	10	(14.7)	11	(16.2)	0	(0.0)
26	物を隠す	30	(44.1)	13	(19.1)	10	(14.7)	15	(22.1)	0	(0.0)
27	夜間行動異常	29	(42.6)	8	(11.8)	16	(23.5)	15	(22.1)	0	(0.0)
28	盗食	28	(41.2)	13	(19.1)	13	(19.1)	14	(20.6)	0	(0.0)
29	大きな音出す	28	(42.4)	7	(10.6)	15	(22.7)	16	(24.2)	2	(2.9)
30	落ち着きのなさ	24	(36.4)	12	(18.2)	15	(22.7)	15	(22.7)	2	(2.9)
31	過食	21	(31.8)	14	(21.2)	15	(22.7)	16	(24.2)	1	(1.5)
32	もの忘れ	5	(7.4)	53	(77.9)	5	(7.4)	5	(7.4)	0	(0.0)
33	人物誤認	7	(10.4)	46	(68.7)	9	(13.4)	5	(7.5)	1	(1.5)
34	人物失認	7	(10.6)	44	(66.7)	7	(10.6)	8	(12.1)	2	(2.9)
35	今と昔を混同	14	(20.9)	43	(64.2)	7	(10.4)	3	(4.5)	1	(1.5)
36	誤認	13	(19.1)	41	(60.3)	5	(7.4)	9	(13.2)	0	(0.0)
37	介護者のいうことを理解しない	5	(7.5)	38	(56.7)	10	(14.9)	14	(20.9)	1	(1.5)
38	同じ話くり返し	16	(24.2)	33	(50.0)	9	(13.6)	8	(12.1)	2	(2.9)
39	コミュニケーションが取れない	4	(6.0)	33	(49.3)	14	(20.9)	16	(23.9)	1	(1.5)
40	日内変動	9	(13.4)	33	(49.3)	14	(20.9)	11	(16.4)	1	(1.5)
41	迷子	12	(17.9)	33	(49.3)	13	(19.4)	9	(13.4)	1	(1.5)
42	睡眠障害	11	(16.2)	12	(17.6)	37	(54.4)	8	(11.8)	0	(0.0)
43	夜間不眠	7	(10.6)	9	(13.6)	37	(56.1)	13	(19.7)	2	(2.9)
44	尿失禁	7	(10.4)	16	(23.9)	34	(50.7)	10	(14.9)	1	(1.5)
45	不眠	13	(19.1)	10	(14.7)	34	(50.0)	11	(16.2)	0	(0.0)
46	夜間浅眠	9	(13.4)	11	(16.4)	33	(49.3)	14	(20.9)	1	(1.5)
47	視線を合わせない	6	(9.1)	8	(12.1)	15	(22.7)	37	(56.1)	2	(2.9)
48	体を揺さぶる	7	(11.1)	13	(20.6)	7	(11.1)	36	(57.1)	5	(7.4)
49	多幸	11	(17.2)	12	(18.8)	5	(7.8)	36	(56.3)	3	(4.4)
50	応答しない	7	(10.6)	14	(21.2)	12	(18.2)	33	(50.0)	2	(2.9)
51	認めない	10	(14.9)	9	(13.4)	15	(22.4)	33	(49.3)	1	(1.5)
52	性的行為	13	(19.1)	7	(10.3)	15	(22.1)	33	(48.5)	0	(0.0)
53	心気	15	(22.4)	10	(14.9)	9	(13.4)	33	(49.3)	1	(1.5)
54	文句を言う	14	(20.9)	6	(9.0)	15	(22.4)	32	(47.8)	1	(1.5)
55	非難	16	(23.9)	8	(11.9)	11	(16.4)	32	(47.8)	1	(1.5)
56	多弁	13	(19.7)	14	(21.2)	8	(12.1)	31	(47.0)	2	(2.9)
57	アパシー	12	(18.5)	13	(20.0)	11	(16.9)	29	(44.6)	3	(4.4)
58	チューブ類の抜去	16	(23.9)	13	(19.4)	16	(23.9)	22	(32.8)	1	(1.5)

表3 選択率25%以上が2類型であった症状

(人) n=68

状態	BPSD である (%)		中核症状である (%)		生活障害である (%)		判断できない (%)		無回答 (%)	
1 感情失禁	19	(28.4)	36	(53.7)	6	(9.0)	6	(9.0)	1	(1.5)
2 幻視	20	(29.4)	32	(47.1)	3	(4.4)	13	(19.1)	0	(0.0)
3 同じこと (行為) を繰り返かえす	19	(27.9)	32	(47.1)	9	(13.2)	8	(11.8)	0	(0.0)
4 幻聴	22	(32.8)	31	(46.3)	2	(3.0)	12	(17.9)	1	(1.5)
5 家でないと言う	18	(27.3)	28	(42.4)	11	(16.7)	9	(13.6)	2	(2.9)
6 幻覚	27	(39.7)	26	(38.2)	0	(0.0)	15	(22.1)	0	(0.0)
7 取り繕い	19	(28.4)	22	(32.8)	12	(17.9)	14	(20.9)	1	(1.5)
8 混乱	23	(34.3)	21	(31.3)	12	(17.9)	11	(16.4)	1	(1.5)
9 焦燥	34	(50.0)	17	(25.0)	7	(10.3)	10	(14.7)	0	(0.0)
10 昼夜逆転	19	(28.4)	4	(6.0)	39	(58.2)	5	(7.5)	1	(1.5)
11 入浴拒否	29	(43.3)	2	(3.0)	24	(35.8)	12	(17.9)	1	(1.5)
12 夕暮れ症候群	33	(49.3)	7	(10.4)	20	(29.9)	7	(10.4)	1	(1.5)
13 介護抵抗	35	(51.5)	5	(7.4)	18	(26.5)	10	(14.7)	0	(0.0)
14 不適切な行動	24	(36.9)	7	(10.8)	18	(27.7)	16	(24.6)	3	(4.4)
15 放尿	28	(41.2)	13	(19.1)	17	(25.0)	10	(14.7)	0	(0.0)
16 希死念慮	17	(25.4)	10	(14.9)	7	(10.4)	33	(49.3)	1	(1.5)
17 性的問題	19	(28.8)	9	(13.6)	9	(13.6)	29	(43.9)	2	(2.9)
18 不適切な移動	18	(26.9)	13	(19.4)	7	(10.4)	29	(43.3)	1	(1.5)
19 突然の行動	19	(28.4)	13	(19.4)	7	(10.4)	28	(41.8)	1	(1.5)
20 自傷行為	25	(37.9)	8	(12.1)	5	(7.6)	28	(42.4)	2	(2.9)
21 不義妄想	25	(37.3)	10	(14.9)	4	(6.0)	28	(41.8)	1	(1.5)
22 いいがかり	24	(36.4)	5	(7.6)	10	(15.2)	27	(40.9)	2	(2.9)
23 異常な性行動	23	(34.8)	14	(21.2)	2	(3.0)	27	(40.9)	2	(2.9)
24 拒絶	22	(32.8)	10	(14.9)	10	(14.9)	25	(37.3)	1	(1.5)
25 怒り	22	(33.8)	8	(12.3)	10	(15.4)	25	(38.5)	3	(4.4)
26 恐怖	20	(29.9)	13	(19.4)	9	(13.4)	25	(37.3)	1	(1.5)
27 猜疑心	19	(28.8)	11	(16.7)	12	(18.2)	24	(36.4)	2	(2.9)
28 拒薬	22	(32.8)	9	(13.4)	13	(19.4)	23	(34.3)	1	(1.5)
29 反復脅迫	23	(34.3)	15	(22.4)	6	(9.0)	23	(34.3)	1	(1.5)
30 破損	26	(39.4)	11	(16.7)	6	(9.1)	23	(34.8)	2	(2.9)
31 不快	17	(25.4)	15	(22.4)	13	(19.4)	22	(32.8)	1	(1.5)
32 大声	33	(48.5)	4	(5.9)	9	(13.2)	22	(32.4)	0	(0.0)
33 危険行為	25	(37.9)	11	(16.7)	8	(12.1)	22	(33.3)	2	(2.9)
34 脱衣	22	(33.3)	8	(12.1)	15	(22.7)	21	(31.8)	2	(2.9)
35 目を離すと外にいく	26	(38.8)	7	(10.4)	13	(19.4)	21	(31.3)	1	(1.5)
36 ののしる	29	(43.3)	5	(7.5)	12	(17.9)	21	(31.3)	1	(1.5)
37 異常行動	34	(50.7)	8	(11.9)	5	(7.5)	20	(29.9)	1	(1.5)
38 過活動	26	(38.8)	9	(13.4)	12	(17.9)	20	(29.9)	1	(1.5)
39 夜間せん妄	29	(43.3)	7	(10.4)	11	(16.4)	20	(29.9)	1	(1.5)
40 無断外出	22	(33.3)	11	(16.7)	14	(21.2)	19	(28.8)	2	(2.9)
41 ものを使って音を出す	30	(44.1)	5	(7.4)	14	(20.6)	19	(27.9)	0	(0.0)
42 拒否	30	(44.8)	9	(13.4)	9	(13.4)	19	(28.4)	1	(1.5)
43 乱暴	38	(56.7)	6	(9.0)	5	(7.5)	18	(26.9)	1	(1.5)
44 奇声	29	(43.9)	13	(19.7)	6	(9.1)	18	(27.3)	2	(2.9)
45 食行動異常	25	(37.9)	11	(16.7)	13	(19.7)	17	(25.8)	2	(2.9)
46 多動	26	(38.8)	16	(23.9)	8	(11.9)	17	(25.4)	1	(1.5)
47 無関心	11	(16.2)	24	(35.3)	17	(25.0)	16	(23.5)	0	(0.0)
48 火の不始末	13	(19.1)	20	(29.4)	28	(41.2)	7	(10.3)	0	(0.0)
49 意欲低下	12	(17.6)	20	(29.4)	24	(35.3)	12	(17.6)	0	(0.0)
50 日内リズム障害	8	(12.1)	19	(28.8)	30	(45.5)	9	(13.6)	2	(2.9)
51 意識レベル低下	3	(4.5)	26	(39.4)	7	(10.6)	30	(45.5)	2	(2.9)
52 無気力	15	(22.4)	21	(31.3)	14	(20.9)	17	(25.4)	1	(1.5)
53 異常性	14	(21.2)	18	(27.3)	5	(7.6)	29	(43.9)	2	(2.9)
54 自発性低下	13	(19.7)	17	(25.8)	15	(22.7)	21	(31.8)	2	(2.9)
55 依存	11	(16.2)	8	(11.8)	31	(45.6)	18	(26.5)	0	(0.0)
56 他者トラブル	14	(21.2)	3	(4.5)	29	(43.9)	20	(30.3)	2	(2.9)
57 排泄	2	(3.1)	15	(23.4)	26	(40.6)	21	(32.8)	4	(5.9)
58 自分のやり方にこだわる	8	(12.1)	10	(15.2)	26	(39.4)	22	(33.3)	2	(2.9)
59 他者と交わらない	11	(16.2)	5	(7.4)	24	(35.3)	28	(41.2)	0	(0.0)
60 不平不満	13	(19.1)	3	(4.4)	23	(33.8)	29	(42.6)	0	(0.0)
61 同じものを食べる	12	(18.2)	15	(22.7)	20	(30.3)	19	(28.8)	2	(2.9)
62 食欲低下	10	(15.2)	14	(21.2)	18	(27.3)	24	(36.4)	2	(2.9)
63 まつわりつき	15	(22.4)	6	(9.0)	18	(26.9)	28	(41.8)	1	(1.5)
64 無為	11	(16.4)	14	(20.9)	17	(25.4)	25	(37.3)	1	(1.5)

表4 選択率25%以上が3類型であった症状 (人) n=68

状態	BPSDである (%)	中核症状である (%)	生活障害である (%)	判断できない (%)	無回答 (%)
1 せん妄	20 (29.9)	18 (26.9)	6 (9.0)	23 (34.3)	1 (1.5)
2 脱抑制	18 (26.9)	22 (32.8)	5 (7.5)	22 (32.8)	1 (1.5)
3 独言	19 (28.8)	18 (27.3)	7 (10.6)	22 (33.3)	2 (2.9)
4 感情不安定	19 (28.8)	20 (30.3)	7 (10.6)	20 (30.3)	2 (2.9)
5 易刺激性	22 (32.4)	18 (26.5)	8 (11.8)	20 (29.4)	0 (0.0)
6 うつ状態	17 (25.0)	18 (26.5)	14 (20.6)	19 (27.9)	0 (0.0)
7 抑うつ	21 (31.3)	23 (34.3)	6 (9.0)	17 (25.4)	1 (1.5)
8 寂しがる	18 (27.3)	9 (13.6)	17 (25.8)	22 (33.3)	2 (2.9)
9 近所に迷惑をかける	17 (25.8)	5 (7.6)	25 (37.9)	19 (28.8)	2 (2.9)
10 拒食	22 (32.8)	9 (13.4)	19 (28.4)	17 (25.4)	1 (1.5)
11 失禁	2 (3.0)	17 (25.8)	25 (37.9)	22 (33.3)	2 (2.9)
12 易転倒	7 (10.4)	19 (28.4)	21 (31.3)	20 (29.9)	1 (1.5)
13 待てない	10 (14.9)	22 (32.8)	17 (25.4)	18 (26.9)	1 (1.5)

3. IPAの定義による16種類のBPSD評価の特徴

主なBPSDについての理解を確認するために、特にIPAにおいて、BPSDとして提示されている症状と合致する16種類の症状について、単純相関分析によって回答の傾向を分析した(図1)。単純相関分析とは、2つの変数のカテゴリーの主成分を抽出し作成した2軸で表現される平面に、カイ2乗距離に基づいて各カテゴリーをプロットする分析である。単純相関分析では、相対的に関連が強いものほど近くに付置され、関連が弱い項目ほど遠くに付置される。また、2軸が交差する原点か

ら離れているカテゴリーほど影響力の高いカテゴリーと言える。分析の結果、各次元が全体の情報をどの程度説明しているかを示す、イナーシャの寄与率では、次元1の説明率は47.5%、次元2は40.8%であり、累積説明率は88.3%であった。単純相関分析では、2軸の性質を研究者が解釈する。次元1は中心から正の方向に「BPSD」が付置され、負の方向に「中核症状」が付置されていることから、次元1の軸は中核症状の影響が強いのか、それ以外の要因の影響が強いのかをあらわしており、正の方が「環境要因が大きいBPSD」、負の方向が「器質要因が大きいBPSD」

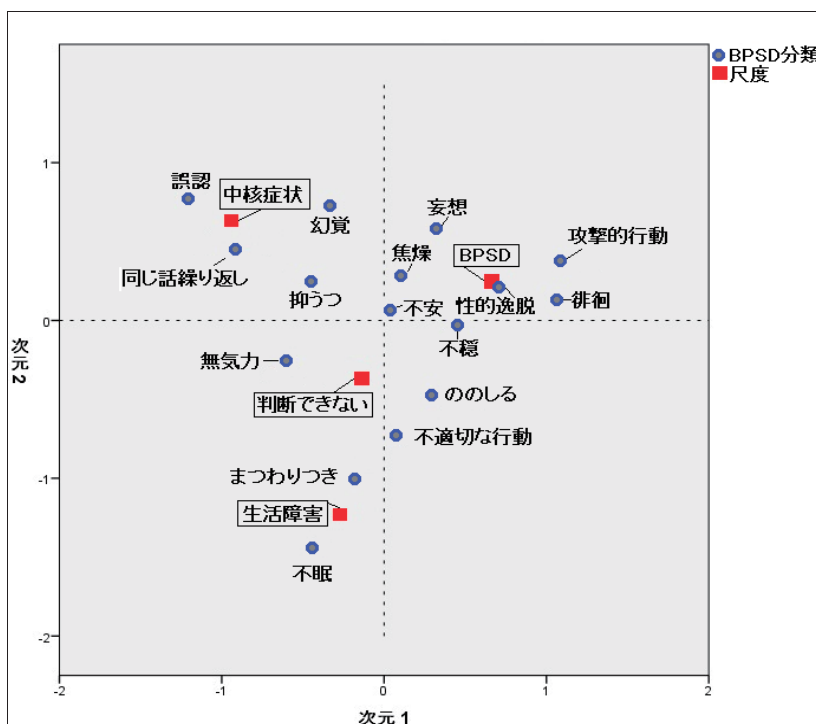


図1 BPSD16症状の回答の傾向

を示していると解釈した。次元2は正の方向に「中核症状」「BPSD」が付置され、負の方向に「生活障害」が付置されていることから、この軸は症状の要因の質を表しており、正の方向が認知機能障害の影響の大きい症状、負の方向が認知機能障害の影響が小さい生活上の障害を示していると解釈した。

以上の解釈のもとに16症状の位置を次元1の軸でとらえると、同じ話繰り返し、誤認、幻覚、抑うつなどは、中核症状寄りに付置され、攻撃的行動、徘徊、性的逸脱、妄想などはBPSD寄りに付置された。また、焦燥、不安、不適切な行動は、中核症状とBPSDの中間の0ポイント付近に付置された。同様に、次元2の軸で16症状の位置をとらえると、不眠、まつわりつき、不適切な行動などが生活障害寄りに付置され、誤認、幻覚、妄想、同じ話繰り返し、攻撃的行動などが中核症状・BPSD寄りに付置された。また、不安、不穏、徘徊などは、両者の中間の0ポイント付近に付置された。

考察

調査では、「BPSDである」との回答率が最も高かった「攻撃的行動」でも、今回協力の得られた指導者のうち2割の指導者は「BPSDである」と回答していなかった。また、IPAでBPSDと明示されている症状についても、「BPSDである」が最も選択率の高い尺度とならなかった場合があったほか、指導者の25%以上が「判別できない」と回答した項目が、135種類の症状の半数以上である70種類にのぼった。すなわち、指導者が認知症の症状をBPSDと捉えるのか、中核症状ととらえるのか、あるいは生活障害ととらえるのかには、大きなばらつきがみられた。

回答がばらついた理由について考察する。まず、回答者がBPSDの概念を十分理解していない可能性があるが、他の項目と重複のない症状で、「BPSDである」の1類型のみが選択された項目31種類をみると、それぞれBPSDとして定義されている症状が選択されていたことから、一定の理解はあったものと考えられる。そのほか、コレスポネンス分析において、幻覚・抑うつが中核症状

及びBPSDの間に付置されたが、これは、BPSDとして示されているが認知症の疾患によっては中核症状として生じる症状であり、回答者が、症状の特徴を理解したうえで回答したことを示唆している。また、「放尿」と「失禁」という症状について回答の差を見ると、放尿の選択率のトップは「BPSDである」であったのに対し「失禁」の選択率トップは「生活障害である」となった。放尿は不適切な場所で排尿をする症状であるが、場所の見当識障害等により、トイレの場所がわからないことなどが影響する。一方で失禁は必ずしも認知症の症状とは言えず、身体機能を含めたADLの低下等の影響を受けやすい。すなわち、類似の症状であってもその微妙な差を捉え回答されると言える。以上のことも、BPSDの基本的状態像や症状に一定の理解があったことを示唆している。

以上を前提とすると、回答がばらつく結果となった背景の一つには、IPAによるBPSDの定義が中核症状を前提とした二次的な症状としてBPSDを定義していないことが影響していると思われる。例えば「幻視」はIPAの定義ではBPSDであるが、同時に認知症の中核症状という説明も成り立つ。すなわち、「BPSDである」という選択肢と「中核症状である」という選択肢を単数回答で並列的に尋ねたことによる限界が影響していると考えられる。同様に、生活障害は認知障害(中核症状)に起因しているので、生活障害は同時に中核症状でもあり、択一である今回の設問では回答しにくかったと推測される。今回中核症状・BPSD・生活障害の3類型に該当する(25%以上)の項目は一つもなかったが、BPSDと生活障害の2類型に該当した「拒食」を例に考察する。拒食が「BPSDである」は32.8%で最も頻度が高く約1/3の指導者がBPSDと回答した。食事を拒否することは「普通でないこと」なので、これをBPSDという症状としてとらえ、その要因を探って(ひもといて)適切に対処することは必要である。ひもといた結果、拒食の原因が「食事を食事と認知できていなかった」「失行で上手に食べられない」のであれば認知障害でもあり「中核症状である」13.4%も理解できる。摂食という重要な生活行為を拒むのは「生活障害である」28.4%

や、いろいろな要因があるから「判断できない」24.4%も頷ける。このように一つのBPSDでも見方を変えれば中核症状や生活障害であり、そもそも明確に分けようとすることに限界があった。

このように、結果がばらついた背景として、調査の構造上の限界が指摘できるが、指導者であってもBPSDの定義が十分周知されていないことも影響していたと考えられる。例えば、「つきまとい(シャドーイング)」は、IPAの解説¹⁾においてBPSDとして明確に取り上げられているが、実践研修等においてはあまり触れられない症状である。この症状について「中核症状である」の選択率が最も多く、「判断できない」の選択率が25%以上であったことも、IPAによる解説が十分周知されていないことを類推させる。

また、「生活障害」について、失禁等、生活障害として分類できる症状で回答率が高かった症状もあったが、夜間不眠、尿失禁、不眠、夜間浅眠、睡眠障害など睡眠関連の症状が多くを占めた。生活障害の定義自体の理解が不十分であることが回答結果のばらつきに影響を与えている可能性も示唆される。種々のテキストを見ても、認知症の症状は中核症状と周辺症状という2分類が多く、生活障害が症状としてあまり着目されなかったという経緯も関与していると考えられる。認知症の定義に立ち返れば、認知症は「生活に支障を生じた状態」であり、生活障害の認識と生活障害へのケアを重視していく必要がある。

また、さまざまな認知症の人の行動を、「症状」としてとらえるかどうかに関する考え方のばらつきが影響した可能性がある。横井⁸⁾は、4カ月に及ぶ観察調査から、同じBPSDでも他者のこころの状態を推定する能力の有無、内省する能力の有無、自己意識の有無などによって質的に相違があることを指摘している。例えば「帰宅願望」は、IPAの分類において焦燥の一つとして定義されているBPSDであるが、軽度の認知症の人であれば実際に家に帰って用事を済ませると納得し、その後施設に帰ってからもしばらくは帰りたいという訴えは聞かれないという場合もある。このような場合、認知症の人の帰りたいという訴えは、BPSDというよりも人として自然な「帰りたい」という訴えに近いと言える⁹⁾。以上のように、自

宅に帰っても「帰りたい」という訴えがあるような状態像と、認知機能の影響が少なく、帰れば用事を済ませ納得が得られるような状態像とは、必要な支援が異なる。このような複数の要因が想定できる状態像について、「判別できない」という回答をした者も一定数いたものとする。今回調査に用いた項目には、帰宅願望以外にも、寂しがる、排泄、不平不満、文句を言う、認めない、待てない、異常性、不快、恐怖、怒り、多弁等の症状は「判別できない」という回答が多かった。認知機能障害の影響が捉えにくい症状が「判別できない」と回答された結果、回答がばらついたことが示唆される。

以上の要因から今回の結果のばらつきは生じていると考えられるが、このような混乱の背景には、認知症の人の状態を認知症の行動・心理症状(BPSD)という医学会が定めた用語を使って医学の視点から理解することに限界があると考えられる。下線部の症状とは医学用語であり、「健常者には通常見られない状態」を示している。「普通でない状態」に対してどのように治療するかという視点である⁴⁾。一方、介護の領域においては、症状・障害を前提としない生活の支援も射程に入れたうえで専門的なケアが行われている。また、ケアするうえでは、対処しようとする症状が、どのような要因を背景にして成り立っているかが重要な問題となる。先の例に挙げたように、同じ帰宅願望ととらえられる状態であっても認知機能障害の影響が大きく、自宅に帰っても帰りたい場合もあれば、認知機能障害が軽度であり自宅に帰ることで目的を達成できれば納得が得られる場合もある。これらを一つの帰宅願望と理解すると、その状態に対するケアをミスリードする恐れもある。介護者の目の前で生じている事象をBPSDかどうか分類することは重要ではない。その事象が生じている要因をきちんと分析し、それぞれの要因に適切に対処することこそが重要で、基本原則であろう⁴⁾。認知症の人の発言や行動を介護に適した形で捉えることができるような概念整理が望まれる。

COI : なし

文献

- 1) 国際老年精神医学会(日本老年精神医学会監訳) : 第2版認知症の行動と心理症状BPSD(2版), アルタ出版, 2013.
- 2) 佐藤美和子, 長田久雄 : 認知症の行動・心理症状(BPSD)の概念整理の試み. 高齢者のケアと行動科学 12(1) : 19-24, 2006.
- 3) 谷川良博, 丹羽敦, 小川敬之 : 国内における認知症の行動・心理症状(BPSD)研究に関する考察とその課題. 健康科学と人間形成 2(1) : 75-83, 2016.
- 4) 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 (AMED) 「BPSDの解決につなげる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発～笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」研究班(研究開発代表者 : 山口晴保) : BPSDの定義、その症状と発症要因. 認知症ケア研究誌 2:1-16, 2018.
- 5) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会 : 認知症疾患診療ガイドライン2017. 医学書院, 2017.
- 6) 朝田隆 : 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症の有病率と認知症の生活機能障害への対応」. 総合研究報告書(研究代表者 : 朝田), 2013.
- 7) 角徳文 : 誤解されやすい認知症の症状について. 認知症ケア事例ジャーナル 8(1) : 28-32, 2015.
- 8) 横井輝夫, 岡村仁 : 認知症者のBPSDの解釈モデルについての検討. 老年精神医学雑誌 19 : 997-1008, 2008.
- 9) 佐藤信人, 中村考一 : 「2014年度全国生協連グループ社会福祉事業等助成事業認知症高齢者のBPSDの予防・軽減に資する効果的実践事例の収集方法の検討報告書」 2015.