

研究ノート

認知症高齢者のBPSDによるケアの困難さについて

高木ゆいか¹・中山慎吾²

Difficulties Caused by BPSD in the Elderly with Dementia in Long-term Care

Yuika TAKAKI¹, Shingo NAKAYAMA²

キーワード BPSD, ケアの困難さ

Keywords: BPSD, difficulties of care

1. はじめに

日本は、世界的にみても少子高齢化が進むスピードが速く、認知症高齢者数及び認知症有病率も今後さらに増加し、2025年の有病者数は約700万人になると推計されている（厚生労働省 2018）。認知症高齢者の増加に伴いBPSDの出現率も高くなっている。

BPSDとは、1996年の国際老年精神医学会（International Psychogeriatric Association）にて「認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）」として提唱されたものである¹⁾。BPSDは、「認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分、行動の障害の症候」と定義されている。行動症状と心理症状に分類され、行動症状は「通常は患者の観察結果によって明らかにされるもの」、心理症状は「通常は、主として患者や親族との面談によって明らかにされるもの」とされている。BPSDの症状は、認知症高齢者本人の施設入所や医療機関への入院緊急受診の契機となり、介護者の介護負担を高め、認知症高齢者と介護者のQOLを低下させ、医療介護の費用を高める重大な要因となっている。

BPSDの先行研究としては、佐藤・小木曾（2012）は、4県の介護老人保健施設20施設において有意抽出法を用いてサンプリングを行い、認知症高齢者の32項目のBPSDに対するケアの困難性を看護職と介護職の視点か

ら比較検討している。BPSDに対するケアの困難性については、困難（負担）4点、少し困難3点、あまり困難ではない2点、困難でない（負担でない）1点の4段階で評価している。得点が高いほどケアの困難性が増すというかたちで評価している。看護職は「行動的攻撃」、介護職は「自殺企図」が最も困難であると感じているとの結果が示された。看護職あるいは介護職において平均値が3.0以上のBPSDに着目し相関係数を求めると「睡眠障害」「多動」「せん妄」「徘徊・迷子」「易怒・興奮」「拒薬・拒否・拒絶」「不潔行為」の項目間においてすべて相関関係がみられた。看護職と介護職ではケアの困難性について異なる意識を持っており、それぞれの職種の補完をすることが必要であることを明らかにしている。

谷川ら（2016）は、国際老年精神医学会によるBPSDの特徴的症状に関する3群へのグループ分けの重要性について注意を喚起している。グループⅠは「BPSDの頻度が高く介護者が最も悩まされる症状群」、グループⅡは「BPSDの頻度が中等度で、介護者がやや悩まされる症状群」、グループⅢは「管理可能な症状群」である。このグループ分けでは症状の頻度とケアの困難性の双方が考慮されている。

BPSDに対するケアの困難度を明らかにすることは、介護負担の軽減についての考察を深めることにつな

¹ 891-0197 鹿児島市坂之上8-34-1 鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士前期課程

The International University of Kagoshima Graduate School of Welfare Society Master Program, 8-34-1 Sakanoue, Kagoshima 891-0197, Japan

² 891-0197 鹿児島市坂之上8-34-1 鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科教授

Professor of Welfare Society, The International University of Kagoshima, 8-34-1 Sakanoue, Kagoshima 891-0197, Japan

2018年5月25日受付、2018年7月20日採録

る。本稿では、既存研究を参考にしつつ精神科病院に入院した認知症高齢者のBPSDの出現状況とケアの困難性について検討する。

2. 研究方法

2.1. 調査方法

対象施設は、A精神科病院1施設である。佐藤・小木曾(2012)などの先行研究を参考にしてBPSDチェックリストを作成した。2018年1月から3月までの間にA精神科病院に入院した認知症患者11名を対象とした。チェックリストの記入は、精神科病院の地域連携室に勤務している精神保健福祉士5名が行った。チェックリストの記入においては、認知症患者のケアを行っている病棟看護師からの情報もふまえて入院後1週間のBPSDの頻度とケアの困難度について総合的に評価を行った。

2.2. 倫理的配慮

調査目的について病院長に説明し同意を得たうえで、病院内の倫理委員会において承認を得ている。得られたデータは学術的な目的以外には使用しないことを約束した。さらに、個人名が特定されないよう個人情報には十分配慮した。

3. 調査結果

3.1. BPSDの頻度

図1は、入院後1週間のBPSDの頻度を表したものである。32項目のBPSDのうち、症状なしは「4. 自殺企図」「14. 幻視」「22. 依存」「26. 火の不始末」「27. 収集癖」「28. 不潔行為」「31. 異食」「32. 過食」の8項目であった。症状があった各項目の頻度の平均値を求めたところ、5日以上6日未満は「2. 不安症状」「7. 気分の易変性」「10. 多動」「11. 妄想」「16. 逸脱行動」「29. 排泄」の6項目、6日以上7日未満は「5. 自発性低下」「18. 易怒・興奮」の2項目、7日は「1. 睡眠障害」「3. 抑うつ症状」「6. 心気」「13. 幻聴」「15. せん妄」「23. 人物誤認」「24. 人物に関する状況誤認」「25. 場所に関する状況誤認」「30. 多弁」の9項目であった。

3.2. BPSDのケアの困難度

図2は、BPSDのケアの困難度を表したものである。佐藤・小木曾(2012)の研究をもとに、困難でない(負担でない)1点、あまり困難ではない2点、少し困難3点、困難(負担)4点の4段階で評価している。点数が低いとケアの困難度が低く点数が高いとケアの困難度が高いというかたちとなる。32項目のBPSDのうち、症状なしは

「4. 自殺企図」「14. 幻視」「22. 依存」「26. 火の不始末」「27. 収集癖」「28. 不潔行為」「31. 異食」「32. 過食」の8項目であった。

1ケース以上に症状があった項目に関して、症状があったケースの点数の平均値を求めた。2点以下は、「3. 抑うつ」「5. 自発性低下」「8. 感情失禁」「9. 焦燥」「11. 妄想」「13. 幻聴」「23. 人物誤認」「24. 人物に関する状況誤認」「25. 場所に関する状況誤認」「29. 排泄」「30. 多弁」の11項目であった。3点以上の項目は、「1. 睡眠障害」「2. 不安症状」「6. 心気」「7. 気分の易変性」「10. 多動」「12. 被害妄想」「15. せん妄」「16. 逸脱行為」「17. 徘徊・迷子」「18. 易怒・興奮」「19. 拒薬・拒食・拒否」「20. 言語的攻撃(暴言)」「21. 行動的攻撃(暴力)」の13項目であった。平均値の高さにより判断すると、ケアスタッフが最も困難だと感じている症状は「19. 拒薬・拒否・拒絶」であり、次いで「16. 逸脱行為」「21. 行動的攻撃(暴力)」であると考えられる。

佐藤・小木曾(2012)の研究と比較すると、「1. 睡眠障害」「15. せん妄」「16. 逸脱行為」「17. 徘徊・迷子」「18. 易怒・興奮」「19. 拒薬・拒否・拒絶」「20. 言語的攻撃(暴言)」「21. 言語的攻撃(暴力)」の項目において類似した平均値が認められた。

3.3. BPSDのケアの困難度と頻度

図3は、BPSD各項目のケアの困難度と頻度の平均値を散布図に描いたものである。この結果からBPSDの症状は3グループに分けられる。1つ目のグループは「ケアの困難度が2以上で頻度が5日以上」の項目群、2つ目のグループは「ケアの困難度が2以上で頻度が5日未満」の項目群、3つ目のグループは「ケアの困難度が2未満で頻度が6日以上」の項目群である。

谷川ら(2016)が注意喚起している国際老年精神医学会によるBPSDの特徴的症狀に関する3群へのグループ分けと比較すると、1つ目のグループはグループI「BPSDの頻度が高く介護者が最も悩まされる症状群」、2つ目のグループはグループII「BPSDの頻度が中等度で、介護者がやや悩まされる症状群」、3つ目のグループはグループIII「管理可能な症状群」とある程度重なりと考えることができる。

各グループを見ると、3つのグループ全てにおいて症状群の内容について完全な一致は認められなかった。1つ目のグループ「ケアの困難度が2以上で頻度が5日以上」の項目群は、「1. 睡眠障害」「2. 不安症状」「6. 心気」「7. 気分の易変性」「10. 多動」「11. 妄想」「15. せん妄」

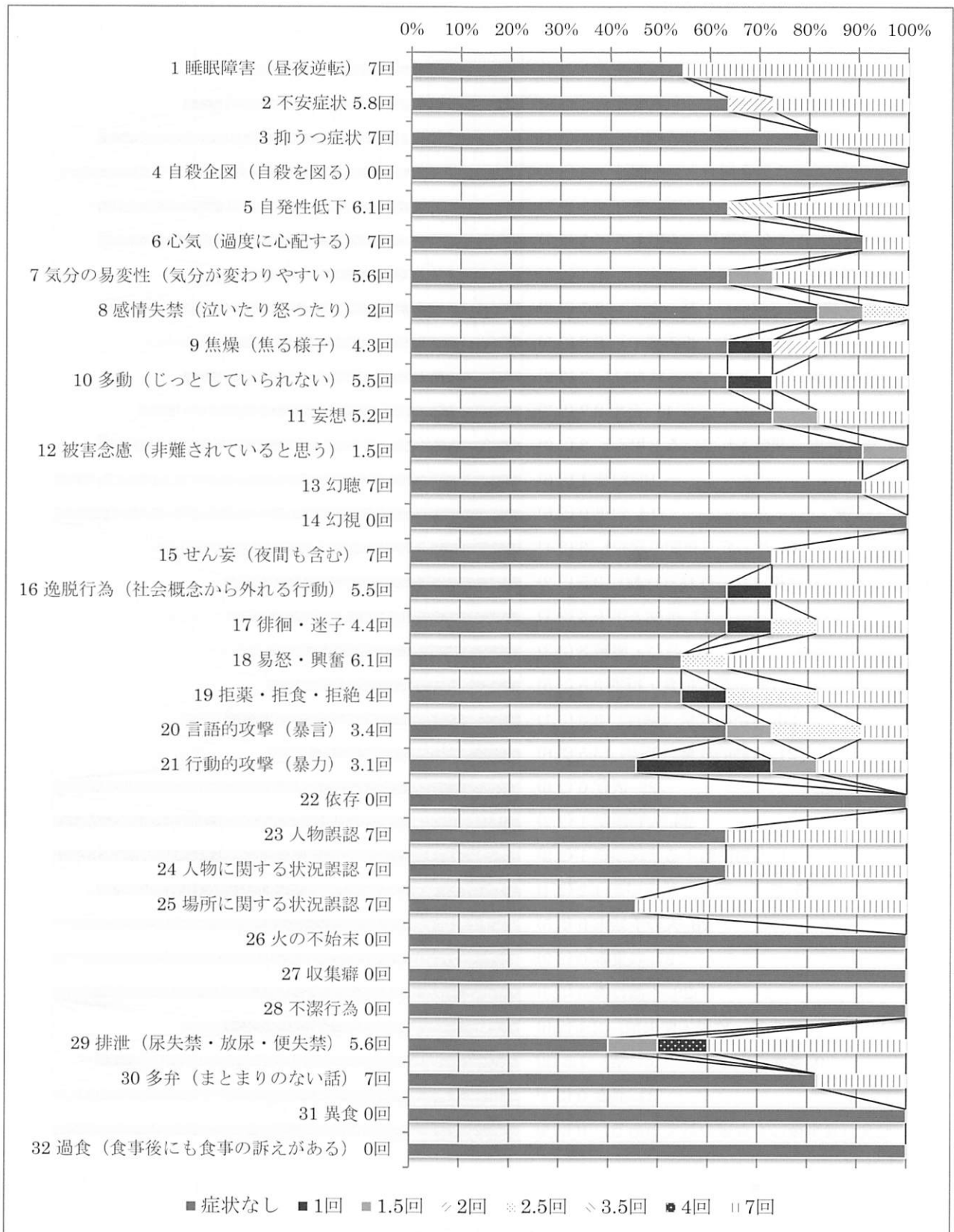


図1 BPSDの頻度 (入院後1週間)²⁾

注：項目名の右の数値は症状ありのケースの頻度の平均値。

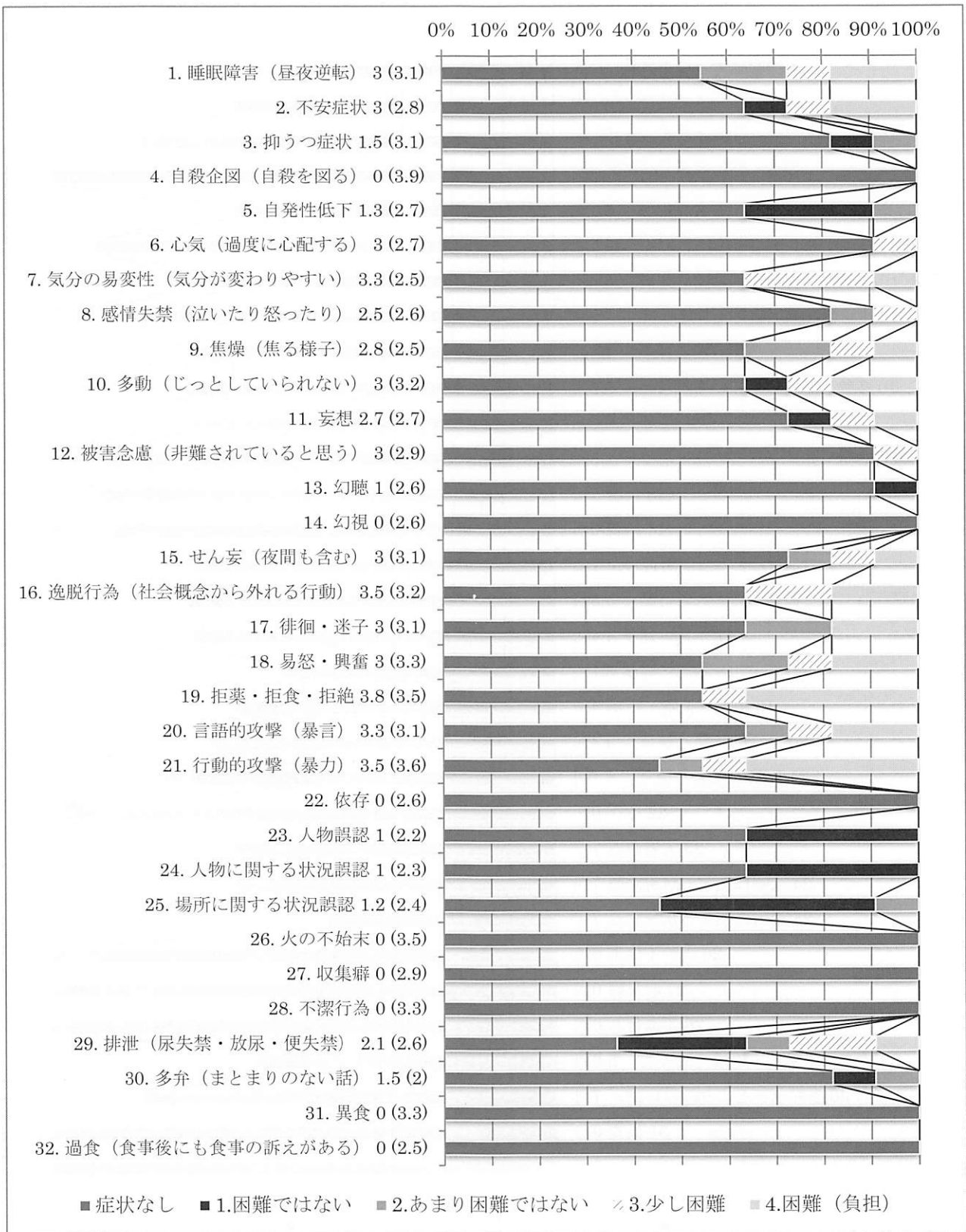


図2 BPSD のケアの困難度

注：項目名の右の数値は症状ありのケースの困難度の平均値。

項目名の右の括弧内の数値は佐藤・小木曾 (2012) による困難度の平均値。

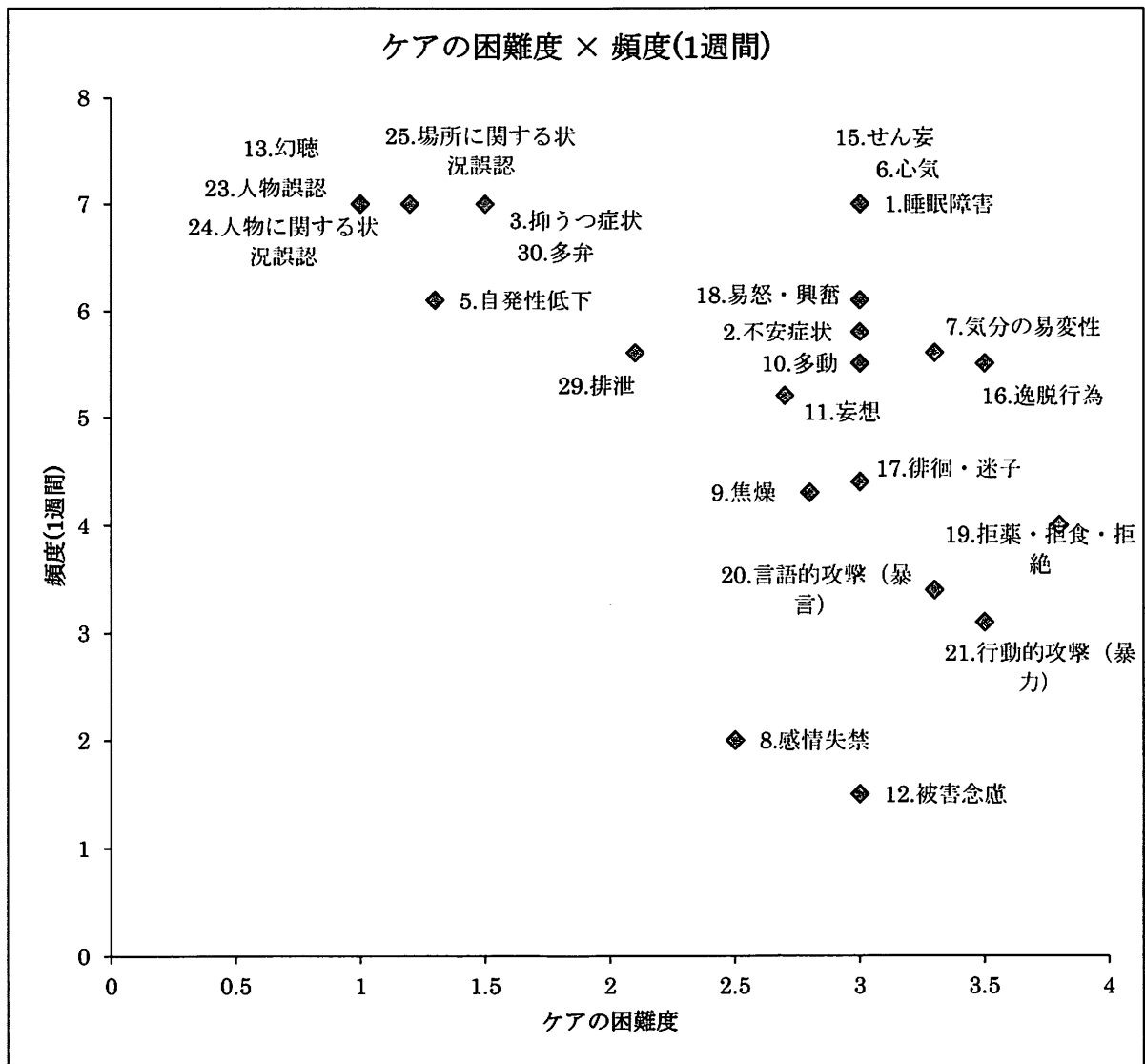


図3 BPSDのケアの困難度と頻度

「16. 逸脱行為」「18. 易怒・興奮」「29. 排泄」の10項目であり、これらはBPSDの頻度が高くケアの困難性が高い項目群であるといえる。

この10項目のうち、国際老年精神医学会がBPSDの3分類のグループI「BPSDの頻度が高く介護者が最も悩まされる症状群」に含まれる項目と重なると見なしうる項目をあげると、「1. 睡眠障害」「2. 不安症状」「6. 心気」「7. 気分の易変性」「10. 多動」「11. 妄想」「18. 易怒・興奮」の7項目であり、かなりの部分重なっている。ただし、同じグループIに含まれると見なしうる「12. 被害念慮」と「21. 行動的攻撃」は、本研究で扱ったケースではケアの困難度は高いが、頻度は比較的低かった。「3. 抑うつ症状」と「13. 幻聴」もグループIに含まれると見なしうるが、本研究で扱ったケースでは頻度は高いがケアの困難度は比較的低かった。

4. まとめ

本研究では、2018年1月から3月までの間にA精神病院に入院した認知症患者11名について入院後1週間のBPSDをチェックリストで評価し、先行研究と比較した。今回の調査では、BPSDの頻度とケアの困難さについて着目した。調査結果では、「1. 睡眠障害」「2. 不安症状」「6. 心気」「7. 気分の易変性」「15. せん妄」「16. 逸脱行為」が、BPSDの頻度が高くケアの困難性が特に高かった。しかし、「19. 拒薬・拒食・拒絶」や「21. 行動的攻撃(暴力)」のようにケアの困難性は高いが頻度は比較的低い項目もある。これらの調査結果からBPSDの頻度とケアの困難性には相違があるため、ケアの困難性と頻度の双方に着目しBPSDの緩和に向けたケアを実践することが本人及びケアスタッフのQOLの向上に寄与することが示唆された。さらにチェックリストの内容

を工夫し、より多くのケースに関して検討を行っていくのが今後の課題である。

注

- 1) この段落における BPSD の説明は、栗田 (2010) を参考にまとめている。
- 2) BPSD の症状が1日のうちに少しでも見られた場合を1回とした。たとえば「2回」とは、入院後1週間の間に BPSD の症状が見られた日が2日あったことを示す。なお、チェックリストに「1~2回」といった記入がなされる場合があり、その際は「1.5回」とし、「2~3日」を「2.5回」とした。

文献

- 栗田圭一 (2010). 「BPSD の概念の提唱と臨床への寄与」『老年精神医学雑誌』, 21 : 843-849.
- 内閣府 (2017). 「平成29年版高齢社会白書 (概要版)」東京 : 内閣府
(http://www8.cao.go.jp/kourci/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/sl_2_3.html, 2018.5.13).
- 佐藤八千子・小木曾加奈子 (2012). 「介護老人保健施設における認知症高齢者の BPSD に対するケアの困難性」『岐阜経済大学論集』, 46(1) : 79-89.
- 谷川良博・丹羽敦・小川敬之 (2016). 「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.
- 鄭尚海 (2012). 「認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) を改善するための支援およびその支援における自己効力感に関する文献研究」『生活科学研究誌』, 11 : 47-54.