

<特集「認知症の臨床 最近の話題」>

認知症の看護

～脳の残存機能を活かした BPSD へ対応を目指して～

占部 美恵*

京都府立医科大学医学部看護学科

Dementia Care Directed at Intervention for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Through the Utilization of Remaining Brain Functions

Mie Urabe

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

抄 録

本稿では、BPSD への介入に関する文献を概観しながら、脳の残存機能を活かした BPSD への介入と課題について精神看護の視点から検討した。

BPSD に関連する中核症状は脳萎縮による機能障害が背景にあり、中核症状・身体症状・心理的要因・環境要因は相互に影響し合うことを視点に持ち、アセスメントすることが重要である。また、脳機能の障害を明らかにできると、残存機能を推測できるようになると考える。これらのアセスメントのプロセスは、認知症のケアを脳科学的なエビデンスを持って説明すると共に、認知症高齢者の尊厳や QOL を守るケアを可能にすると考える。

BPSD を呈する認知症高齢者は、ネガティブな情動を生起しやすく感受しやすい傾向が推察される。認知症の脳の障害と情動の関連を明らかにして、認知症高齢者のポジティブな情動を積極的に引き出す介入は、脳の残存機能を活かした、エビデンスに基づく認知症に対する非薬物的な介入となりうるものであり、今後の課題と考える。

キーワード：認知症, BPSD, 看護, 脳の残存機能。

Abstract

This paper examined issues involved in and interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) that utilize remaining brain functions from the perspective of psychiatric nursing. I also reviewed the literature regarding interventions for BPSD.

It is important to conduct an assessment keeping in mind that dysfunctions caused by brain atrophy underlie the core symptoms related to BPSD and that core symptoms, physical symptoms, psychological

平成24年10月19日受付

*連絡先 占部美恵 〒602-0857 京都市上京区清和院口寺町東入る中御霊町410

urabe@cmt.kpu-m.ac.jp

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

factors, and environmental factors interact with each other. Clarifying these brain dysfunctions enables the estimation of remaining brain functions. Thus, the process of these assessments allows for dementia care to be explained with neurological evidence and makes it possible to provide care that protects the dignity and quality of life of the older adults with dementia.

The older adults having dementia with BPSD tend to exhibit negative emotions and are prone to sensitivity. Future challenges include clarifying the relationships between brain disorders of dementia and emotions; evidence on dementia has shown that this will enable the provision of non-drug interventions that proactively elicit positive emotions from the older adults with dementia by utilizing their remaining brain functions.

Key Words: Dementia, BPSD, Nursing, Remaining brain functions.

はじめに

認知症の看護は、食事や排泄、清潔など日常生活への援助が中心であり、非薬物的介入が大部分を占めている。看護師には、対象を全人的に理解して人間的な配慮と尊厳を守りながら個別的な看護を行う¹⁾役割があり、認知症の看護においても健康的な側面に着眼しながらケアを展開していく。

認知症の激しい精神症状や行動症状を従来は周辺症状、随伴症状、問題行動と呼ばれており²⁾、認知症高齢者自身の日常生活を脅かし苦痛を増大させるだけではなく、介護者の負担を増し、在宅介護生活や施設入所生活が破たんする要因にもあげられていた³⁾。これらの精神症状や行動症状を、認知機能障害という中核症状と周辺症状に相当する behavioral and psychological symptoms of dementia (認知症の行動・心理症状、以下 BPSD) という⁴⁾。認知症の医学の進歩により、最近では認知症の中核症状を脳機能の障害から説明され、その障害に合わせた対応や生活への援助が提言されている。さらに、Kitwood が提唱した The person-centred care⁵⁾⁶⁾ が最近注目されているように、認知症高齢者を主体に考えていこうという意識に変化してきている。

しかしながら、BPSD は認知症高齢者や介護者を現在も苦しめており、精神医療では特に BPSD への対応が求められている。精神看護において経験的に積み重ねてきた BPSD に対するケアには、残存機能を活かしたケアがある。なかでも、認知症は脳の萎縮から脳機能が低下し

ていく疾患であるため、それらのケアのエビデンスを脳の残存機能から説明できたならば、個別的な認知症高齢者の非薬物的介入の開発にもつながると考える。そこで本稿では、最近出版された BPSD への介入に関する文献を概観しながら、脳の残存機能を活かした BPSD への介入と課題について精神看護の視点から検討したいと考える。

BPSDのアセスメントと、 認知症高齢者の尊厳、QOLを守るケア

BPSD は中核症状に身体的要因、心理的要因、環境要因が加わることで誘発されるといわれている⁷⁾ ように、認知症の看護において、BPSD に関連する中核症状は脳萎縮による機能障害が背景にあり、中核症状・身体症状・心理的要因・環境要因は相互に影響し合うことを視点に持ち、アセスメントすることが重要である (図 1)。

認知症の看護に携わる者は、認知症高齢者の日常生活を援助する中で様々な中核症状および BPSD と直面する。日常生活の中で出現している中核症状や BPSD の背景にある脳の障害を知り、日常生活の阻害状況や影響、および現在どのような残存機能があるのか、というアセスメントが日常生活への援助の基本となる。次に、それらは認知症高齢者の心理や取り巻く環境にどのように影響し合っているのか、というように相互の関連性を考慮しながらアセスメントしていく。さらに、その人はどのような人生を歩み、どのような生活を営み、本来はどのような性格だったのか、というような生育歴や生活歴

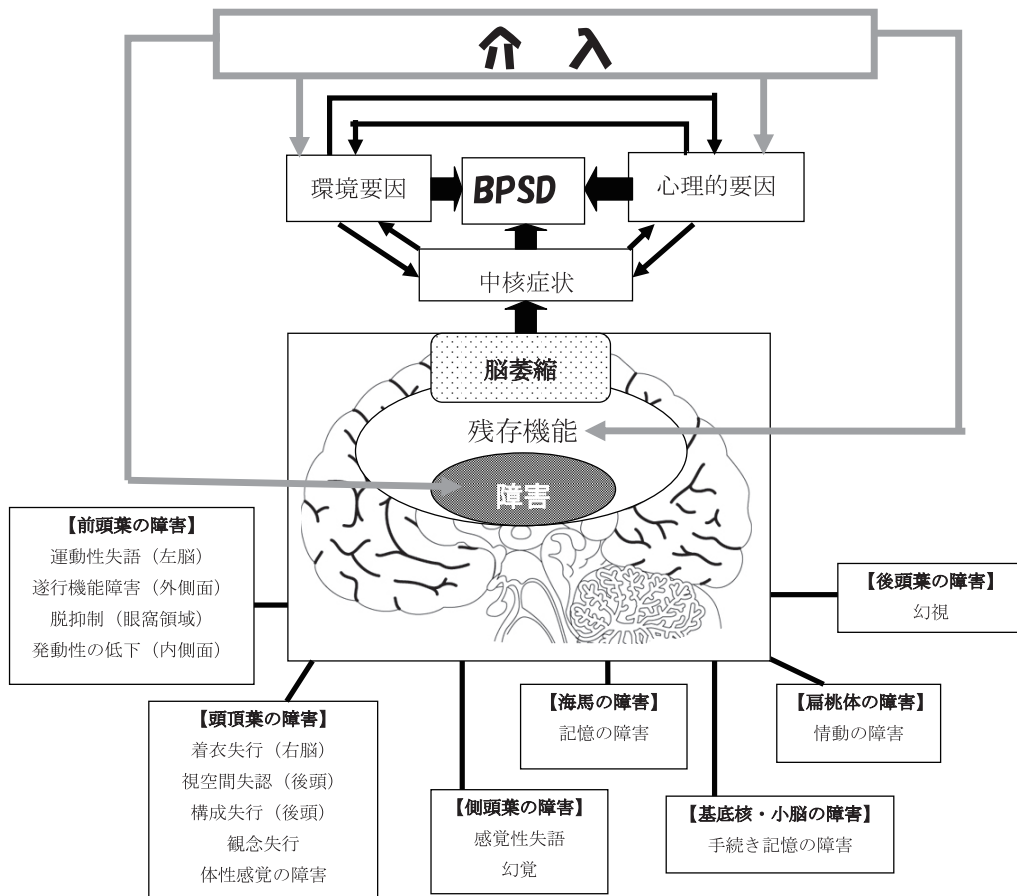


図1 BPSDのアセスメントと介入

を知り、それらが心理的要因、環境要因、更にはBPSDにどのように影響しているかをアセスメントする。このアセスメントのプロセスは、ケアの根拠に脳科学的なエビデンスを持って捉えたと共に、認知症高齢者を全人的に捉え、尊厳やQOLを守るケア、つまり本人の価値観や生き方、好みに合わせた生活を守るケアへ導くことを可能にすると考えられる。

そこで、認知症高齢者の尊厳やQOLを守るケアを目指し、BPSDのアセスメントの主要な項目である中核症状および心理的側面への介入について述べたい。

脳機能の障害と中核症状、 残存機能への介入

近年では多くの文献において、認知症高齢者の中核症状について脳の萎縮部位および脳機能の障害の側面から説明されるようになった。各認知症の疾患における中核症状、残存機能について日常生活の中で観察することは、生活への影響を詳細に捉えてケアするために重要である。そこで、日常の診療やデイケア、作業療法などから観察された朝田⁸⁾、池田⁹⁾、藤本¹⁰⁾、山崎¹¹⁾、繁信¹²⁾らの著書の記述を一部改変し、脳の障害部位、脳機能の障害、BPSD、残存機能を表1にまとめた。

このように脳機能の障害を知って日常生活に

表1 認知症疾患ごとに出現する障害, BPSD および残存機能

疾患	脳の障害部位	脳機能の障害	BPSD	残存機能
アルツハイマー病 (AD)	頭頂葉 側頭葉 海馬領域	視空間認知障害 失行、失認、感覚性失語 近時エピソード記憶障害 意味記憶の障害	アバシー (無為、無関心) アジテーション (興奮、暴言、暴力、拒絶、 介護への抵抗) 易刺激性、物取られ妄想 徘徊、夕暮れ症候群 睡眠覚醒リズム障害	作業記憶・手続き記憶は比較的保 持される 取り繕うことができる 日常的な会話ができる 施設やデイケアを続けることで慣 れる。
脳血管性認知症 (VaD)	皮質下 多発性ラクナ梗塞 ビンスワンガー型 海馬、前脳基底部 両側視床	実行機能障害 意欲低下、集中力の低下 思考緩慢、記憶障害 神経症状 (パーキンソン症状、錐体外路徴候、仮 性球麻痺、前頭葉徴候、神経因性膀胱) 歩行障害、失禁 ※出血、梗塞部位によって症状が異な る。	アバシー (無為、無関心) 抑うつ	合併する神経症状のために、実際 の認知症状よりも重く見られやす い。
レビー小体型認知症 (DLB)	大脳皮質 辺縁系 基底核 脳幹	皮質性症状 構成失行、視空間失認 錯視、遂行機能障害 皮質下症状 パーキンソン症状 意識レベルの変動 再生記憶の障害	幻視 妄想性誤認症候群 レム睡眠行動障害	症状の変動性があり、オンになっ た時が介入の機会になる。
前頭側頭葉変性症 (FTLD)	皮質前方 前頭葉 側頭葉	常同行動、 短絡的、衝動的 興味・関心の低下、多幸	脱抑制 反社会行動 常同的食行動、食行動の異常	初期は海馬の機能が保たれてお り、認識面の崩れが少ない。

朝田⁹⁾、池田¹⁰⁾、藤本¹⁰⁾、山崎¹¹⁾、繁信¹²⁾らの著書の記述 (一部改変) を表にまとめた

おける BPSD を観察すると、日常生活の中で生じる認知症高齢者の生活のしづらさを予測することが可能になる。同時に、効果的ではない対応の根拠も明らかにできると考える。例えば、トイレの場所がわからなくなっているアルツハイマー病 (以下 AD) の高齢者に対して、離れた場所からの「そこではありません」「あっち」というような抽象的な言葉かけは、感覚性失語を伴っている場合は言語的理解が困難であるために、言葉だけで理解を求めることは難しい。さらに、視空間認知障害によって指示されている空間がわからずに混乱することも考えられ、興奮、暴言、介護への抵抗など BPSD の原因にもなりうる。BPSD の原因につながる対応の根拠を明らかにすることは、新たな対応への工夫につながり、効果的な対応への示唆にもつながると考える。

一方、脳機能の障害から、残存機能や健康的な側面も推測できるようになると考える。例えば、最近の事を忘れても昔の事は覚えていた

り、昔従事していた仕事や作業などができるといように、認知症高齢者に関わる人たちが経験的に知っていることがある。これは、海馬領域の萎縮によって近時エピソード記憶の障害が生じていても、手続き記憶に関与するといわれている基底核部位が障害されていない場合は作業記憶や手続き記憶は比較的保持されるというように説明できる。脳の変性疾患である認知症において脳の残存機能を見出すことは、認知症高齢者の自尊心を傷つけない対応や BPSD の予防につながり、認知症高齢者の尊厳を保ち生活の質を維持もしくは高めるために重要と考える。

例えば、表 1 に示している AD における取り繕う行動は、自らを守る行動にも考えられ、健康的な反応の一つと捉えることができる。精神分析では自我を守る心のしくみを防衛機制といい、抑圧、否認、投影退行などがある。山崎は、防衛機制に気づくことは認知症ケアにつながると述べている¹³⁾。精神看護では、防衛機制を理解することは本人の苦痛や不安の理解につなが

ると考える。本人が必死で守るものを保証することは、崩壊してしまいそうな脆弱な自我を守り、安全感や安心感につながると考える。ADにおける取り繕う行動を、記憶低下による自我の崩壊への恐れや自己を守る手段と理解したならば、認知症高齢者に対する想いや対応が変化するであろう。さらに、安全感や安心感は、認知症高齢者との関係の構築の基盤となるために精神看護では大切にしており、BPSDにおける不安や不穏を軽減する可能性を有していると考ええる。

しかしながら、防衛機制や安全感、安心感は脳のどの部位がどのように機能しているか明らかにされていない。また、脳の委縮が防衛機制や安心感、安全感にどのように影響しているかもわかっていない。安全感や安心感は、認知症高齢者に対する効果的な介入のためだけでなく、人間が精神的な健康を保ちながら生きて行く上でも重要な概念であるため、今後の知見を蓄積していくことが課題と考える。

心理的側面への介入

BPSDの背景には、認知症高齢者の心理特性があげられている。加藤は不快感、焦燥感、不安感、被害感、混乱、自発性の低下、うつ状態をあげ、これらの心理特性の背景には、物忘れや見当識障害、判断力の低下があることを述べている¹⁴⁾。松田は、妄想の心理的背景に物事が思い通りに運ばないという不如意感、焦燥感や精神的孤立をあげている¹⁵⁾。記憶や認知機能などの低下は、今まで出来ていたことができなくなったために不確かな感覚や自尊感情の低下につながり、その結果として対人関係や心理面に影響を及ぼす場合や、意欲そのものに影響する場合など、様々な影響の仕方が考えられる。

筆者らは、精神科病院に入院しているアルツハイマー型認知症(DAT)・血管性認知症(VaD)・レビー小体型認知症(DLB)におけるBPSDの出現傾向を調査した¹⁶⁾。その結果、対処が難しい症状とやや処置に悩まされる症状とされている13項目¹⁾のうち、全ての疾患で20%以上出現していたのは、心理症状では「妄想」、「不安」、

「不穏」、「誤認」の4項目、行動症状では「徘徊」の1項目であった¹⁶⁾。また、精神科看護における認知症高齢者のBPSDへの対応に関するケーススタディの文献検討では、7項目の介入方法が明らかになり、これらのうち「なじみの関係をつくる」、「安定した場所の確保」、「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」の5項目が認知症高齢者の情動に働きかけるものであった¹⁷⁾。これらの結果は、情動への介入が効果的であることを示唆するものであった。大脳疾患である認知症になっても辺縁系の情動機能は保たれると述べられている¹⁸⁾ように、看護や介護の現場における認知症高齢者の反応からも、情動は残存している機能であると十分に考えることができる。

情動における脳機能では、扁桃体が情動記憶の形成と価値判断においてシステムの中心といわれている¹⁹⁾。MRIの画像においてADでは海馬、内嗅野皮質や海馬傍回、扁桃体の有意な容積減少がみられ²⁰⁾、前頭側頭型認知症(FTD)では側頭葉優位の委縮を呈する²¹⁾。DLBでは、扁桃体はレビー小体の好発部位であり、特に副基底核と基底核に多いことが報告されている²³⁾。これらの所見より扁桃体の機能障害があることが示唆され、残存している認知症高齢者の情動に何らかの影響を及ぼしていると考えられる。

前述したトイレに迷ったADの高齢者の場合、言語的理解の困難や視空間認知障害から混乱するだけではなく、関わる人の制止や指示する口調や表情から、非難されたというようなネガティブな情動として伝わり、その反応として怒ったり落ち着かなくなったりすることがある。BPSDは不安や不穏などネガティブな情動を伴うことが多く、認知症高齢者自身を苦しめ、攻撃的な行動を伴う場合は介護者との関係に影響を及ぼす。これらのような日常生活や入院生活における観察より、BPSDを呈する認知症高齢者は、ネガティブな情動を生起しやすく感受しやすい傾向があるのではないかと推察する。関わる人がイライラしている時には不穏になり、笑顔で接した時には笑顔になるという、まるで鏡のよ

うな認知症高齢者の情動反応は、認知症高齢者のケアに携わる多くの人々が経験することである。これは単に看護者や介護者を模倣しているのか、情動を体験しているのか、今後検討する必要がある。しかしながら、笑顔が人間にもたらす心理的・身体的な感覚はこの世に誕生してから培ってきた感覚であり、先にも述べた安心感や安全感の基盤となる感覚だと考えられる。だからこそ、笑顔は対人コミュニケーションにおいて最も基本的なスキルであるが、認知症高齢者のポジティブな感情を引き出す重要な介入の一つと考える。さらに、情動が認知症の脳の障害とどのような関連があるのか明らかにできたなら、認知症高齢者のポジティブな情動を積極的に引き出し、ネガティブな情動に囚われた苦痛から解放する可能が広がると考える。これは、脳の残存機能を活かした、エビデンスに基

づく認知症高齢者に対する非薬物的な介入となりうるものであり、今後の課題である。

結 語

脳萎縮による機能障害がBPSDの背景にあること、中核症状・身体症状・心理的要因・環境要因は相互に影響し合うことを視点を持ったアセスメントのプロセスは、ケアの根拠に脳科学的なエビデンスを持って捉えると共に、認知症高齢者を全人的に捉え、尊厳やQOLを守るケアへ導くことを可能にすると考えられる。認知症の脳の障害と情動の関連を明らかにして、認知症高齢者のポジティブな情動を積極的に引き出す介入は、脳の残存機能を活かした、認知症に対するエビデンスが示された非薬物的な介入となりうるものであり、今後の課題と考える。

文 献

- 1) 社団法人日本看護協会. 看護にかかわる主要な用語の解説 概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/yougokaisetu.pdf>, (2012.3.29)
- 2) 池田 学. 精神科臨床におけるBPSDの今後の課題. 老年精医 2007; 18: 1289-1291.
- 3) 武井 明, 尾崎孝志. 痴呆老人の在宅介護・施設入所が破綻する要因—痴呆老人50例の検討結果から—. 病・地域精医 1998; 41: 57-63.
- 4) International Psychogeriatric Association. Brodaty H, Finkel SI (eds.) (日本精神医学会監訳). BPSD 痴呆の行動と心理症状, 第1版. 東京: アルタ出版, 2005; 29-39.
- 5) Tom Kitwood. Dementia Reconsidered the person comes first. 高橋誠一訳. 認知症のパーソンセンタードケア. 第5刷. 東京: 筒井書房, 2011; 176-179.
- 6) Tom Kitwood. The Technical, the Personal, and the Framing of Dementia. Soc Behav 1988; 3: 161-179.
- 7) 北川公子. 第4章 看護学からの対応. 日本認知症ケア学会編. BPSDの理解と対応. 東京: ワールドプランニング, 2011; 39-50.
- 8) 朝田 隆. 第3章 精神医学からの対応. 日本認知症ケア学会編. BPSDの理解と対応. 東京: ワールドプランニング, 2011; 25-32.
- 9) 池田 学. 第6章 BPSDの評価と診断 治療・ケアのコツ. 本間 昭監修. 認知症 BPSD—新しい理解と対応の考え方—. 東京: 日本医事新報社, 2010; 94-105.
- 10) 藤本直規. 認知症の医療とケア. 京都: クリエイツかもがわ, 2011; 40-55.
- 11) 山崎秀樹. 認知症ケアの知好楽—神経心理学からスピリチュアルケアまで—. 東京: 雲母書房, 2011; 147-158.
- 12) 繁信和恵. 前頭側頭型認知症の非薬物療法—作業療法的アプローチによる取り組み. 池田 学編. 専門医のための精神科臨床リュミエール前頭側頭型認知症の臨床. 東京: 中山書店, 2010; 66-73.
- 13) 山崎秀樹. 認知症ケアの知好楽—神経心理学からスピリチュアルケアまで—. 東京: 雲母書房, 2011; 212.
- 14) 加藤伸司. 第5章心理学からの対応. 日本認知症ケア学会編. BPSDの理解と対応. 東京: ワールドプランニング, 2011; 56-60.
- 15) 松田 実. 第2章 症候から認知症の人の思いを読む. 本間 昭・木下 徹監修. 認知症 BPSD—新しい理解と対応の考え方—. 東京: 日本医事新報社, 2010; 34-36.
- 16) 片丸美恵, 宮島直子, 村上新治. 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

- 比較より一」. 老年精医 2010; 21: 445-463.
- 17) 片丸美恵, 宮島直子, 村上新治. 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～. 看科研会誌, 2008; 11: 3-13.
- 18) 山崎秀樹. 認知症ケアの知好楽—神経心理学からスピリチュアルケアまで—. 東京: 雲母書房, 2011; 38.
- 19) 湯浅茂樹. 扁桃機能における somatotopy—情動発現の機構から. Brain Nerve 2009; 61: 1395-1404.
- 20) 羽生春夫. MRI. 荒井啓行, 浦上克哉, 武田雅俊, 本間 昭編. 老年期認知症ナビゲーター, 第1版. 東京: メディカルレビュー社, 2006; 242.
- 21) 池田 学, 田邊敬貴. 前頭側頭型認知症. 荒井啓行, 浦上克哉, 武田雅俊, 本間 昭編. 老年期認知症ナビゲーター第1版. 東京: メディカルレビュー社, 2006; 108-109.
- 22) Eizo Iseki, Toshinari Odawara, Kyoko Suzuki, et al. A pathological study of Lewy bodies and senile changes in the amygdala in diffuse Lewy body disease. Neuropathology 1995; 15: 112-116.

著者プロフィール



占部 美恵 Mie Urabe

所属・職: 京都府立医科大学医学部看護学科・講師

略 歴: 1986年3月 北海道大学医療技術短期大学部看護学科卒業

1986年4月～1988年3月 医療法人北仁会旭山病院 精神科看護師

1988年4月～1990年1月 医療法人愛全会愛全病院 看護師

老人保健施設リラコート愛全 看護師

1991年10月～2002年3月 医療法人北仁会旭山病院 精神科看護師

2005年9月 札幌医科大学大学院保健医療学研究科看護学専攻修了(看護学修士)

2006年1月～2007年4月 医療法人社団同仁会長野病院 精神科看護師

2007年5月～2011年3月 北海道大学大学院保健科学研究院基盤看護学分野・助教

2011年4月～ 現職

2012年4月～京都大学大学院医学研究科人間健康科学系・博士後期課程在学中

専門分野: 精神看護学 (認知症, アルコール依存症)

主な業績: 1. 片丸美恵, 宮島直子, 村上新治. 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一. 老年精神医学雑誌. 2010; 21: 445-455.

2. 片丸美恵, 宮島直子, 村上新治. 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. 2008; 11: 3-13.