

BPSDの定義、その症状と発症要因

Definition, clinical issues and etiology of BPSD

国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 (AMED) 「BPSDの解決につながる各種評価法と、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)

AMED research group entitled “Development of comprehensive BPSD prevention/treatment guideline, associated with newly-developed BPSD-related scales and positive care for supporting smile life.” (Principal investigator: Haruyasu Yamaguchi)

はじめに

認知症の行動・心理症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) が重要であるのは、ケアする側 (家族、介護職員、看護師等) からするとBPSDで困ることが多く、ケア負担の要因となり、しばしば介護放棄や身体拘束にもつながるからです。認知症の本人も、本来なら怒る程でもないことで怒ったり、家族に暴力を振るってしまったり、BPSDはどちらにとっても望まれない症状です。この認知症ケアで重要なBPSDという用語はさまざまな使われ方をしています。そこで、BPSDの定義ととらえ方や発症要因などを本稿で解説します。認知症ケアの領域でBPSDが正しく理解され、適切な対応がなされるよう本稿が役立つことを期待しています。

1. BPSDの定義

1996年に国際老年精神医学会 (International Psychogeriatric Association; IPA) が

認知症の行動障害に関する合意会議 (Consensus Conference on the Behavioral Disturbance of Dementia) を開催しました[1]。この会議では、BPSDの定義、BPSDの病因、臨床症状の記載、研究の方向についての議論が行われ、Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementiaという用語を行動障害 (behavioral disturbance) という用語に代えて用いるべきだということが決まりました。さらに、1999年のアップデート会議で追加討議が行われた結果”Signs and”が削除されてBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)の定義が示されました[2,3]。

1) IPAの定義

BPSDの定義をまず英文で示すと

“symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia”となります (図1)。これを直訳すると「認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による症状」となります[2,3]。

国際老年精神医学会が主催したアップデート合意会議1999年の声明
 “The term behavioral disturbances should be replaced by the term behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), defined as: symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia.”

- ①行動障害(behavioral disturbances)という用語はBPSDという用語に置き換わるべきだ。
- ②BPSDは「認知症患者にしばしば生じる、知覚認識または思考内容または気分または行動の障害による症状」と定義される。

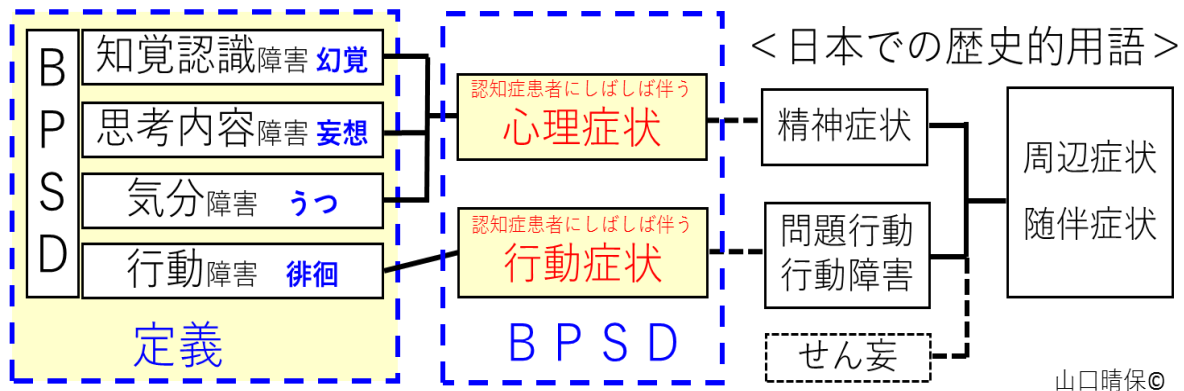


図1 BPSDの定義 (IPA)

具体的には、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」として、妄想、誤認、幻覚、うつ、アパシー、不眠、不安があげられています[2]。行動症状は「通常は患者の観察によって明らかにされる」として、徘徊、焦燥・攻撃性、介護に対する抵抗、不適切な性的行動、破局反応、夕暮れ症候群、叫声、不穏、文化的に不釣り合いな行動、収集癖、ののしり、つきまといが示されています[2]。しかし、たとえば「不安そうにうろうろしている症状」の心理面をみれば不安という心理症状で、うろうろしている行動は行動症状です。このように心理症状と行動症状の区別は明確ではないと理解できます。焦燥も「不安が行動化され落ち着きがなくなり、多少の気分易変や被刺激性の亢進が伴った状態」と我が国では定義され[4]、焦燥は心理症状でもあり行動症状でもあることがわかります。

ここで認知症に立ち返ると、認知症の症状は歴史的には以下のように分けられます。

なお、認知症の生活障害(活動・参加障害)も症状の一つですが、これについてはあとで触れます。

- ① **認知症状(中核症状)**：脳の精神機能ではなく認知機能の障害です。欧米では **cognitive symptoms** といわれ、直訳すると認知症状です。しかし、我が国の介護現場では「認知症の症状」の意味で「認知の症状」を詰めて「認知症状」と誤用されています。日本では認知症の認知障害に対して中核症状という用語が用いられてきました。そこで本稿では、誤解を防ぐために「認知症状(中核症状)」と表記します。
- ② **精神(心理)症状**：うつや妄想などの精神症状をいいます。BPSDでは「精神」という用語に代えて「心理」という用語を用いているので行動・心理症状となります。
- ③ **行動障害**：問題行動ともいわれてきました。介護側が困ることが多いからです。この②と③を合わせたものがBPSDで、我が国では周辺症状や随伴症状といわ

れたものにほぼ相当します(図1)。認知症状(中核症状)は必ず出現しますが、BPSDは認知症の人全員にみられるわけではないという意味から周辺症状や随伴症状などの用語が使われてきた歴史があります。なお、周辺症状や随伴症状にはせん妄が含まれるとする教科書がありますが、BPSDにせん妄は含まれません。せん妄は意識障害の一種で、認知症の症状であるBPSDとは区別されます。せん妄は症状が変動し、適切な治療で軽快するのでBPSDとは区別して対応する必要があります。そして認知症にせん妄が伴っている場合、せん妄が軽快するとBPSDも改善します。

しかし、現場ではしばしばBPSDとせん妄が合併し、せん妄がBPSDを悪化させていますし、両者の区別がつきにくいことも少なくありません。

2) BPSDの意味

「症状」という用語には、「同年齢の健常者には通常はみられない」、すなわち「異常な状態」という意味合いがあります。BPSDの定義は「認知症患者にしばしば出現する、①知覚の異常な認識(幻覚など)、②情報の異常なとらえ方(妄想など)、③異常な気分(うつなど)、④異常な行動(徘徊など)」です(図1)。医学では、健常者が誰でも行うものは正常な行動、ごく少数の人が行う行動は異常とします。血液などの生化学的検査値の場合は、平均±2SD(標準偏差の2倍)の範囲に全体の95%が入るので、そこから外れた5%を異常値とします。医学モデルでは、少数派は「異常」とされるのです。「症状」は医学用語です。主観的に「異常」と判断するのではなく、客観的に「異常」と判断されたらBPSDという医学用語を使います。

BPSDは症状であり、医学的に異常なものというニュアンスがあると理解してください。しかし、人の感情や行動に異常・正常の

境目を引くのは簡単ではありませんし、安易に“異常”とすることは問題があります。

「普通の人ならやらない行動がBPSDとみなされる傾向がある」と理解してください。

さらに「文化的に不釣り合いな行動」がIPAの教育パックでBPSDに例示されています[2]。人間が社会で生きて行くには社会のルールを守る必要がありますが、社会のルールを逸脱する行動はBPSDとされます。これは社会的認知(社会脳)の障害の結果として生じます(注:社会的認知(社会脳)は、DSM-5の認知症診断基準で、障害される認知6境域のひとつとして示されました)。

いくつかの例を挙げて考えてみましょう。食べ物ではないもの、たとえば消しゴムを食べたらBPSDでしょうか? 異食は行動障害という視点からはBPSDに含まれると考えられます。しかし、消しゴムを食べ物と誤認して食べたのならいわゆる「中核症状」(失認)に該当します。アルツハイマー型認知症で発語や歩行が困難になる時期まで重度になって、何でも手当たり次第に口に運んだのなら「口唇傾向(oral tendency)」という両側側頭葉障害の症状に該当し、やはり認知症状(中核症状)といえます。本間[4]は『多くの周辺症状は、程度の差は別としても、痴呆の中核症状に関連していることも確かであり、明確な境界線を引くことが困難な場合もある。たとえば、人物誤認は単純な見当識障害とみることもできるし、妄想性の障害と考えることもできる。基本的には(周辺症状は)痴呆の中核症状の一部が行動化されたものと考えられる』と指摘しています。このように線引き(分離)しようとするのが困難を生じるので、認知症状(中核症状)であると同時にBPSDでもあると理解の方が容易です。

次の例は帰宅願望です。施設の入居者が①「帰りたい」とつぶやいた、②「帰りたい」と大声をだした、③玄関ドアの前に立ち続けた、④玄関ドアの前で「帰せ!」と怒鳴っ

た、⑤さらにドアを蹴った、どれがBPSDでどれがBPSDではないのでしょうか？ ①以外をBPSDととらえる人が多いのでしょうか。BPSDかどうかの判断基準の一つが、「誰もが行うような正常な行動か、世間の常識を逸脱した異常な行動か」という点です。社会のルールを逸脱すると異常=BPSDという症状と判断されます。しかし、自分の意に反して施設に入れられたら多くの方が帰りたいと思うでしょう。たとえドアを蹴っても、本人の視点にたてば「正当な行為」なのでBPSDには該当しないと考えるケア専門職もいるでしょう。しかし、社会通念（常識的なルール）に照らし合わせて、その場で生じている事態を客観的にとらえることが大切です。

介護現場では、「この行動はBPSDだからしょうがないよね」と、BPSDと判断した途端に対応を放棄する事態がしばしば生じていると聞きます。本来は、その場で生じている事態をBPSDと判断すればこそ、そこから解決策を探る対応が始まるのです。BPSDを誤用しないでほしいと思います。

次に排尿を題材にしましょう。尿失禁はBPSDでしょうか？ 行動障害を評価する指標としてDementia behavior disturbance (DBD) scale[5]が用いられますが、この項目のなかに尿失禁が含まれています。DBDに従えば尿失禁はBPSDとなってしまいます。ここでよく考えてみると、①尿失禁は認知症に特有の症状ではない、②脳・脊髄の排尿調節中枢が壊れると生じる、③健全な高齢女性は姿勢変換などで漏れることもあるなど、高齢者にしばしばみられる生理的な機能障害の要因が主であり、BPSDに該当しない要素がたくさんあります。筆者らは尿失禁はBPSDではないと考えます。

さらに加えれば、洋式トイレで便座のふたを開けずに排尿したらBPSDでしょうか？

可能性としては、ふたをふたと認識でき

なかった失認や、ふたと認識できたが開け方がわからなかった・開けてから排尿する一連の手順ができなかった失行が考えられます。失行・失認は認知症状（中核症状）です。「便座のふたを開けずに排尿」という行動を、「多くの人はそうしないし、多くの介護者が困る症状」という視点で見ればBPSD、失行・失認という視点で見れば認知症状（中核症状）、ADLの視点で見れば生活障害となります。起こっている事象をどの視点で見るかによって、その行為がBPSDかどうかは180度変わってくるといえるのです。ですが、どの視点も本人が洋式トイレを使えるようにするための対応策を考える上では必要です。

「介護者が困る」という判断についての補足です。一人の介護者が「私が困る」から、これはBPSDだと判断するのでは、主観的な判断となってしまいます。そうではなく、社会の多くの方が困ると判断するだろうという客観的な判断がBPSDに求められます。

では、ケアする側への負担が大きい放尿という行為を考えてみましょう。認知症の人が玄関で排尿したら異所排尿というBPSDでしょうか？ そうとも言えますが、トイレの場所がわかれば玄関でしなかったと思われるので、見当識障害という認知症状（中核症状）なのかもしれません。また、この人には、少なくとも尿意があり、部屋の中で排尿してはダメと思い、本人なりに適所を見つけて排尿したのかもしれませんが。社会のルールから逸脱し、通常は排尿しない場所に排尿したら、客観的に判断するとBPSDとなります。BPSDとしたあとで、“放尿“することにつながった理由を推測し解決策を検討する必要があります。

皆さん、尿意を催したけど、近くにトイレがない。困った。もうがまんできない。目の前に風呂場があったらそこに排尿しますか？ そこに排尿する人は異常でしょうか？ 風呂場に排尿すること自体は日本社

会のルールを逸脱しています。しかし、トイレを見つけられないときに、よりよい排泄場所として考えると、そこにするしかないわけです。私たちでも、異所排尿の可能性にあります。認知症の人が同じことをした時に、それをBPSDという「症状」としてとらえるかどうかは意見の分かれるところかもしれないかもしれません。医学的にみたらBPSDだけど、人間学的にみたら、これを異常な行動と判断することに抵抗を感じるでしょう。このように、BPSDはあくまでも医学用語であり、認知症ケアの中でどう使うかは今後の課題と考えます。

夜間頻尿で何度も呼ばれて大変とケアする側が感じてしまう場合も、実はドネペジルが原因ということもあります。これもBPSDなのだろうか？ などと考え始めるときりがなくなります。認知症状（中核症状）とBPSDは明確に区別できるものではなく、相互に絡み合っており、さらに環境や体調、薬剤などほかの要因も加わります。

最も大切なことは、BPSDかどうかを検討することではなく、「本人はどうしたいのか、本人が何で困っているのか、ケアする側は何で困っているのか」を推測することです。そしてその困りごとを解決するのが適切なケアです。その第一歩が、生じている事態を客観的に把握することです。

BPSDの多くはケアする側が困る症状です。BPSDの評価尺度であるNeuropsychiatric Inventory (NPI)では、項目ごとに重症度・頻度と介護負担感（Distress）を同時に評価します。実際に生じている症状の程度と、それによって生じる負担感を分けて評価するのです。BPSDは介護者が困る症状が大部分を占めますが、本人自身が困っている症状もあります。対応策を考えるときには、誰が困っているのか、対象者を明確にして評価することが重要です。

認知症状（中核症状）とBPSDを分けるメリットとして、認知症状（中核症状）は基本

的に治せませんが、BPSDは薬物・非薬物治療や環境調整などのケアで改善することが多いという点があります。

3) 認知症のなかでのBPSDの位置づけ

認知症の全体像のなかでのBPSDの位置づけを筆者らは図2に示すようにとらえています。まず認知症の定義を振り返ると、介護保険法第五条の二に「脳血管疾患、アルツハイマー病そのほかの要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能およびそのほかの認知機能が低下した状態をいう」と規定されています（図2の破線囲み内が認知症の定義）。認知症状（中核症状）と生活障害が定義に含まれて必須要件ですが、BPSDは定義に含まれていません（注：介護保険法第五条の二では、法律としてはBPSDを含めた認知症の全体をカバーしていますが、BPSDを伴わないケースもあるので、定義には必須要件のみを含め、BPSDを定義に含めていないと解釈しています）。

筆者らは、認知症の定義を基盤に、認知症状（中核症状）、BPSDに加えて活動・参加障害（生活障害）、進行期の運動障害（運動麻痺やパーキンソンニズム、嚥下障害）も含めて認知症全体をとらえるべきだと考えています（図2）。認知症のアセスメントでは、①認知機能低下の程度＝認知症状（中核症状）、②BPSD、③IADLとADLの状況＝活動障害と、家族や友人・ご近所など周囲との関わりの障害＝参加（社会生活）障害、の少なくとも3つの視点から評価することが必要です。認知症は生活に支障をきたすため、幅広くとらえることが求められます。

脳病変をはじめとするさまざまな要因がBPSDに影響を及ぼします（図2）。しかし、多くの教科書などで、単純化された図式（図3）が使われています。この図はレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症ではうまくあてはまりません。

2. BPSDという用語の用いられ方

1) ケア領域でのBPSD

認知症ケア領域の研究者の間でもBPSDという用語の使われ方はまちまちです。認知症ケア学会の編集している認知症ケア基

本テキスト「BPSDの理解と対応」(ワールドプランニング)のなかで、長田と佐藤[6]は『BPSDは非常に包括的な概念である。現在のBPSD概念は、認知症疾患に特有の症状、ほかの身体疾患および精神疾患が重複して現れる症状、病気になる以前からの性格傾向や環境への反応などの、個別性のある症

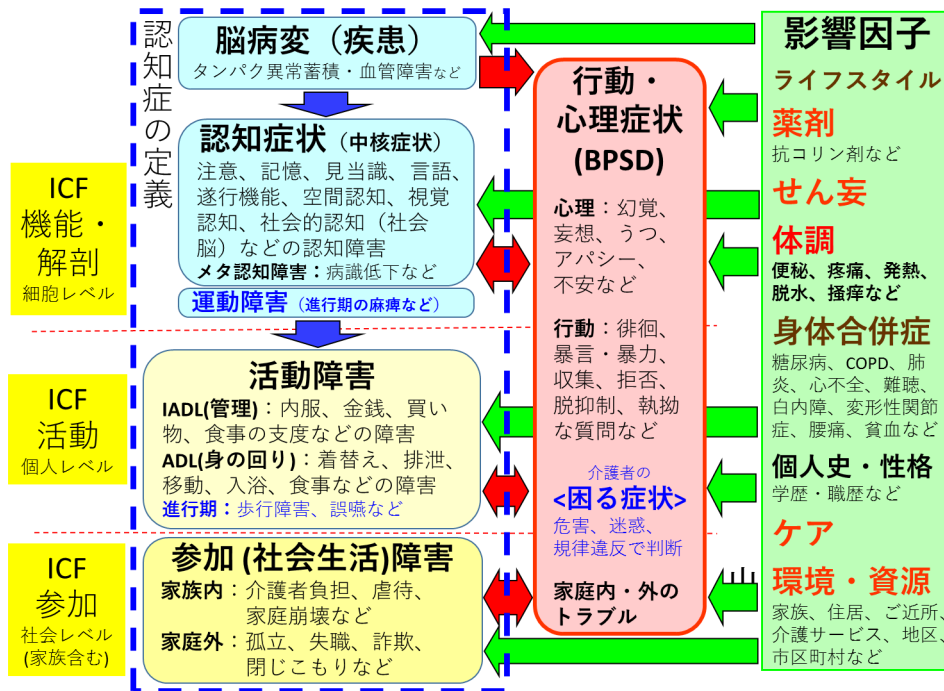


図2 認知症の全体像とBPSDの位置づけ

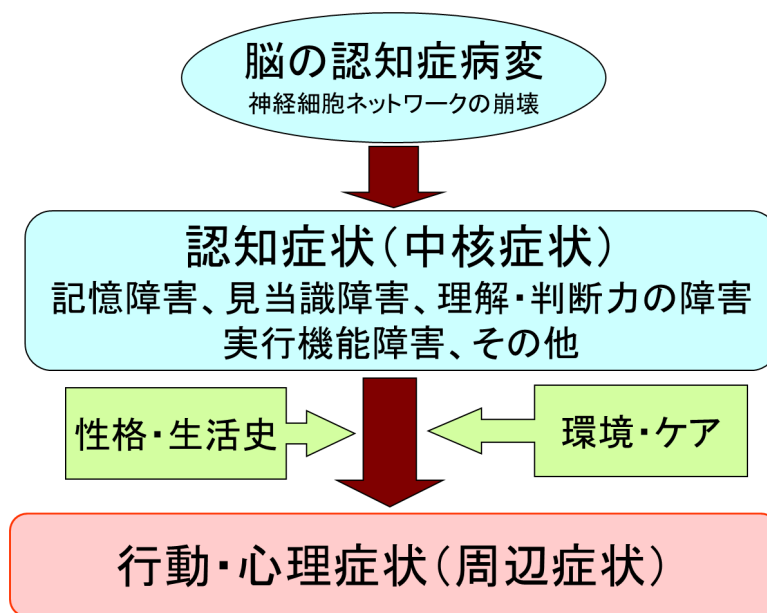


図3 単純化され、しばしば用いられる認知症の全体像。性格・生活史・環境・ケアなどが影響を与えて二次的にBPSDが発症するという説明

状などさまざまな要因のものを含んでいる』と指摘しています。

佐藤[7]は、認知症の症状に関連した34件の文献から、BPSDには、どのような症状が含まれるのかを抽出し、131項目の症状リストを作成しました。これらをKJ法による概念分類を行うことにより、BPSDの概念をより明確にし、さらに、身体症状を除いた129症状を、①中核症状関連の症状・行動：広い意味では中核症状に含まれるが環境や心理的要因の影響を受けているもの、②精神症状：認知症以外の精神疾患でもみられる症状、③行動コントロールの障害：身体状況や環境との相互作用で生じ「外的な行動」に焦点を当てたもの、④対人関係の障害：身体状況や環境との相互作用で生じ「対人」に焦点を当てたもの、の4カテゴリーに分類しました。この表は「行動・心理症状の分類」として認知症ケア基本テキスト[6]に掲載されています。

筆者らは、日本認知症ケア学会編集のテキストに示された表なので、この分類に準拠するのが妥当と考えますが、この表にはせん妄が精神症状として含まれていたため、それを除いた表をBPSDの分類として表1に示します。

谷川[8]らは、2004年から2014年の11年間に日本で発表された和文原著論文を検索し、112の文献からBPSDに相当する用語を抽出し、これを国際生活機能分類に当てはめて136項目を分類しています。これらの研究からBPSDの概念が拡大して使われていることがうかがわれます。

認知症疾患ガイドライン2017[9]では、European Alzheimer Disease Consortiumが2,354名のアルツハイマー型認知症患者を対象にBPSDをNPIで評価・分析した結果に従い、BPSDを以下の4つのカテゴリーに分けて説明しています。

① **活動性亢進**：焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、徘徊や攻撃的行動などの異常行動

など

② **精神病様症状**：幻覚・妄想（アルツハイマー型認知症では健忘を背景にしたもの盗られ妄想や被害妄想、レビー小体型認知症では誤認や幻視・錯視を背景にした嫉妬妄想や幻の同居人）、夜間行動異常

③ **感情障害**：不安、うつ

④ **アパシー**：自発性や意欲の低下、情緒の欠如、不活発、周囲への興味の欠如解説の中で、レビー小体型認知症の幻視やレム睡眠行動異常は BPSD というより“中核症状”としてとらえられると指摘している点や、アルツハイマー型認知症では早期から青斑核の神経細胞脱落があるので不安は必ずしも反応性ではない（注：脳の認知症病変により直接生じる）ことを指摘しています。このように、BPSDには脳の認知症病変（神経細胞脱落や老人斑・神経原線維変化など）によるダメージを直接反映して生ずるものがあるとの指摘は、筆者らの考えと一致します。

このガイドラインではBPSDを4カテゴリーに分類していますが、対応法を考えるとときにこの分類が役立ちます。筆者らは、BPSDの薬物療法にあたっては、①と②を合わせて過活動性BPSD（陽性徴候）、③と④を合わせて低活動性BPSD（陰性徴候）に分けるのが実用的と考え、新たなBPSD評価票の開発に取り組んでいるところです。過活動性BPSDであれば、賦活系の薬剤（ドネペジルなど）の減量で落ち着くことをしばしば経験します。それだけでは不十分であれば、必要な場合のみ、抑肝散や少量の抗精神病薬など鎮静系の薬剤を使います。低活動性BPSD（とくに④）であれば、メマンチンの減量・中止（使用されていれば）でしばしば改善します。BPSDの評価（たとえばNPI）は通常は総得点を示しますが、過活動と低活動または上記4カテゴリーに分けて評価

表1 BPSDの分類

分類	行動・心理症状
1. 中核症状関連の症状・行動 ①記憶障害から直接起こる症状・行動 ②記憶障害からくる日常生活上の障害 ③時間の見当識障害 ④場所の見当識障害 ⑤失認・誤認 ⑥作話 ⑦コミュニケーション障害 ⑧病気の認識 ⑨整容能力の低下 ⑩社会生活上の判断能力	①記憶障害, 自分の言ったことを忘れる, ものの収容場所を忘れる, 繰り返し同じものを買ってくる, 同じ事柄・質問を繰り返す, 食事や食べ物を何度も要求する, 薬を何度も要求する ②火の不始末, かぎの不始末, 水の不始末 ③1日の時間帯が分からない, 時間の混同, 今日が何日か繰り返したずねる, 昼夜逆転 ④外出して迷子になる, 出口を探して歩き回る, 他者の家・部屋に入る, トイレ以外での排泄 ⑤人物誤認, 鏡現象, 人形やぬいぐるみを生きている子どものように扱う, 異食, 食べ物以外のものをしゃぶっている ⑥作話, つじつまの合わないことを言う, 死んだ人について生きているかのように話す ⑦会話ができない, 意思疎通が困難 ⑧病識の欠如, 病気であることを認めない ⑨身なりに無頓着, 不潔なままである ⑩職場で仕事ができなくなる, 問題のある契約をしたり連帯保証人になる, つり銭が分からない, 日常機器を使用できなくなる, 薬を自己管理できない, 危険なのに車の運転をしたがる, 道路で車の危険が分からない, 人前で状況にそぐわない言動をする, 他人のものと自分のものの区別がつかない, トイレの水を流さない, トイレに行く途中で失禁する, トイレ以外で排泄する, 歩けないのに立ち上がって歩こうとする
2. 精神症状 ①幻覚 ②妄想 ③睡眠障害 ④気分・不安障害 ⑤自発性の低下 ⑥感情コントロールの障害 ⑦その他	①幻視 (幻聴・幻触・その他) ②妄想, 被害妄想, 物盗られ妄想, 嫉妬妄想, 同居人妄想, 被害妄想 ③睡眠障害 (不眠), 夜間不穏, 夜に家族を起こす, 昼夜逆転 ④抑うつ, 不安, 強迫, 心気, 不眠の訴え, 薬を何度も要求する, 夜に何度もトイレに行きたがる ⑤自発性の低下, 無関心, 1日中うとうとしている, 好癖 ⑥気分の易変, 易怒, 焦燥, 興奮, 不機嫌, 感情失禁, 多幸, 人格変化 ⑦被害念慮, 邪推
3. 行動コントロールの障害 ①脱抑制 ②性的問題がある ③外出要求 ④徘徊 ⑤食の異常 ⑥不穏行動 ⑦物への執着 ⑧作業への執着 ⑨持続性の低下 ⑩活動性の低下 ⑪その他	①脱抑制, 他人の所有物をまちがえても平気である, 他人のものを持っていく, 他人のものを盗む, 独言, 大声奇声, 自傷行為, オムツをはずして布団に排泄する, 不潔行為 ②卑わいな言葉を言う, 人前で自慰をする, 性的逸脱 ③ひとりで外出したが, 帰宅要求, 無断離脱 ④徘徊 ⑤過食, 甘味嗜好への変化, 拒食, 異食 ⑥落ち着きのなさ, 夜間不穏, 多動 ⑦物が捨てられない, 隠ぺい, 収集癖, 金銭への異常なこだわり, 他者の者をいじる, 物を執拗にいじる ⑧仮性作業, 常同行動, 器物破損, 破衣 ⑨行動が続かない ⑩無言, 無為無動 ⑪自殺企図
4. 対人関係の障害 ①依存 ②孤立 ③拒否 ④攻撃	①依存, つきまとい, 寂しが, 仕事のじゃまをする, 困らん妨害, 夜に家族を起こす ②孤立, 他者とかかわるのをきらう ③拒否, 拒食, 拒薬, 着替えを拒否する, 入浴を拒否する, 家族と話そうとしない, 家族と会おうとしない, 他者の好ききらいが激しい ④攻撃的行動, 器物破損, 攻撃的な言葉, 非難, 誹告, 他者とのトラブルが多い

長田久雄, 佐藤美和子: 認知症の行動・心理症状の考え方. 日本認知症ケア学会編「BPSDの理解と対応—認知症ケア基本テキスト」, ワールドプランニング, 2011, p8を一部改変 (せん妄はBPSDとは区別すべき病態であり、原典から除いた)。

することが、適切な対応法につながると考えます。

最新のガイドラインとは正反対に、今から30年以上前の行動障害についての記載を振り返ります。我が国において老年精神医学領域の研究情報誌の草分けである『老年精神医学』（老年精神医学雑誌の前身）の3巻1号（1986年）に「老年期に見られる行動異常」が特集されています。対象は老年期精神障害全般で認知症に限定したものではないですが、①外出・徘徊：他者に外出の目的が理解できるが、外出の時間や場所や目的が不合理な「行動異常としての外出」、他者に動き回る目的が理解できない状況で動き回る徘徊、②不潔行為：放尿・排便、弄便、糞食、汚染下着を引き出しの中などに隠す行為、③仮性作業行為と盗み：ほかの入居者に対するおせっかい行為や整理されているものを散らかす行為、盗み、④攻撃性：暴力、暴言、⑤拒食（過食・異食など）：不食を加えた食行動異常、⑥セックスにまつわる行動異常：露出、不適切な自慰、相手への接触や性行為、⑦対人的な行動異常；近隣、老人会などでの行動異常、が組み込まれています。今から30年以上前の特集ですが、行動障害の内容は今とあまり変わりません。

2) BPSD評価尺度の用語

BPSDの評価用紙の中にどのような用語が出てくるか、代表的な尺度を示します。

近年では標準的なBPSD尺度となったNPIは、妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無関心、脱抑制、易怒性、異常行動の10項目で評価しますが、夜間行動と食行動を加えた12項目版もあります[10]。

薬剤の臨床試験などで使われるBehavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)は、①妄想観念：もの盗られ妄想、自分の家でないという妄想、配偶者・介護者の誤認妄想、見捨てられ妄想、不義妄想、猜疑心の妄想、そのほか、②幻覚：幻視、

幻聴、幻嗅、幻触、そのほか、③行動障害：徘徊、無目的な行動、不適切な行動、④攻撃性：暴言、威嚇や暴力、不穏、⑤日内リズム障害：睡眠・覚醒の障害、⑥感情障害：悲哀、抑うつ、⑦不安および恐怖：約束や予定の不安、そのほかの不安、ひとりぼっちにされる恐怖、そのほかの恐怖、の7カテゴリー25項目を評価します[11]。

介護保険認定調査票では、当初は第7群「問題行動」として表2に示す19項目が挙げられていました[12]。そして2009年に改訂されて項目の入れ替えが行われ、項目名称も第4群「精神・行動障害」となっています。列記すると、①物を盗られたなどと被害的になる、②作話、③泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる、④昼夜の逆転がある、⑤しつこく同じ話をする、⑥大声をだす、⑦介護に抵抗する、⑧「家に帰る」等と言い落ち着きがない、⑨一人で外に出たがり目が離せない、⑩いろいろなものを集めたり、無断でもってくる、⑪物を壊したり、衣類を破いたりする、⑫ひどい物忘れ、⑬意味もなく独り言や独り笑いをする、⑭自分勝手に行動する、⑮話がまとまらず、会話にならない、となります。

旧調査票の項目名の多くは介護保険主治医意見書の「認知症の周辺症状」記載欄の項目となっています（表2）。こちらは改訂が行われていません。

以上、どんな項目がBPSDとして扱われているかの理解を深めるために、幾つかの調査票の項目を示しました。筆者らは、ここに示した全てがBPSDだとは考えていません。ここでは、参考までにどのような用語がBPSDや周辺症状として使われているかという歴史と現状を示しました。

3) 人格変化とBPSD

新福[13]は、人格について、1994年に『人間の全体性のうちの情意的側面を人格として、知的側面である知能に対比させるのが

表2 介護保険認定調査票（旧）の第7群「問題行動」の質問項目

項目名	質問
幻視・幻聴	実際にはないものが見えたり聞こえたりする
妄想	物を盗られたなどと被害的になること
作話*	作話をし周囲に言いふらす
昼夜逆転	夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある
攻撃、焦燥**	暴言や暴行を行う
	助言や介護に抵抗する
	しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる
	大声を出す
徘徊	目的もなく動き回る
	家に帰ると言い落ち着きがない
	外出すると、病院、施設、家などに一人で戻れなくなる
	一人で外に出たがり目を離せない
火の不始末	火の始末や火元の管理ができない
不潔行為	不潔な行為を行う
異食	食べられないものを口に入れる
政敵問題行動	周囲が迷惑をしている性的行動がある
収集癖*	いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる

*は主治医意見書の「認知症の周辺症状」記載欄の項目に含まれない

**主治医意見書では暴言、暴行、介護への抵抗の3項目に分割されている

通例となっている。そして、知能の解体を痴呆、人格の解体を人格障害と呼ぶのが通例である』『性格 (character) も人格 (personality) とほぼ同じもので、……人格では、現実適応や衝動・感情のコントロール、人間関係の調節などの機能が重視される』と記載しています。

高内[14]は、2000年に『人格は個人の複雑な精神機能を統一している全体的特性と定義され、意識と並んで、人間の精神機能の最も高度な面を表す概念である』と記載し、さらに「その人らしさ」という用語も持ち出して説明しています。

認知症と人格障害について、濱中[16]は1986年に、『痴呆においては感情・意思・衝動、およびその素質、傾向性である性格の面の障害もなんらかの程度に必ず見いだされるものであって、その意味では痴呆と

はむしろ知・情・意を包括する全人格の崩壊であるといわなければならない』と記載しています。「全人格の崩壊」は、まさに後述する「医学モデル」の観点ですが、アルツハイマー型認知症の終末期には「全人格の崩壊」があてはまるのも事実です（赤ちゃんが発達により人格を獲得し、認知症による人生の終末期には赤ちゃんの状態に戻り、獲得した人格が失われる）。

認知症の操作的診断基準であるDSM-III-R (1987年)では、人格変化 (personality changes) が抽象的思考の障害、判断の障害、失語や失行などの高次脳機能障害とともに症状4項目の一つとして取り上げられていました（この4項目のうちの一つ以上が診断に必須）。高内[14]によれば、DSM-III-Rの解説には『人格の変化は痴呆においてしばしばみられ、病前の性格特徴の変

化ないしは先鋭化をきたす。……次第に無欲状になり、引きこもりがちになる。……社会的関与は狭小化し、人格はその輝きを失い、まわりからみるとその人らしさが失われたように見える』などと書かれています。

しかし、1994年のDSM-IVでは、認知障害の側面が強調されるようになり、人格変化は診断基準から削除されました。これについて高内[14]は、『最近の操作的診断基準では痴呆における記憶・認知障害が強調される反面、人格変化についての言及は見られなくなる傾向にある。その背景として痴呆の病態についての考え方の変化、つまり精神機能をすべて脳の認知機能に還元する見方が強まっていることと、人格変化を客観的、定量的にとらえることの難しさから操作的基準にそぐわないものとして避ける趨勢にある』と分析しています。

小澤[15]は1998年に、『脳血管性痴呆の場合はその人の特徴が強調されるという人格変化であったのに対して、アルツハイマー型痴呆ではその人独特の在り様が失われるという方向をもつ人格の変化』が生じるとし、認知症の原疾患によって異なる人格の変化が生じることを示しています。また、認知症が進行する過程についても、『アルツハイマー型痴呆では、……人格→認知→意識の順に障害が進み、その意味において“人格の上層からの衰退・低下”であるのに対して、脳血管性痴呆はその逆であり“人格のいわば下層からのくずれによる痴呆といえる”』と人格変化の過程が異なることも指摘しています。認知症の原疾患による人格変化のあり方によってBPSDの表現型が異なる可能性があります。

ほかにも、「人格の退行」、「人格の形骸化」などの用語も2000年以前の文献には認知症の症状として出てきます。

その後、2013年に出版されたDSM-5では、認知症で障害される認知機能を6領域に

分け、新たに社会的認知 (social cognition) が入りました。社会的認知とは、他者と共存して社会で暮らすための認知機能で、新福[13]が人格として示した「現実適応や衝動・感情のコントロール、人間関係の調節などの機能」が含まれます。他人の気持ちに共感し・慮り、社会のルールを守って、社会に適応して生きていくための認知機能が社会的認知 (社会脳) です。そしてこの社会的認知機能の障害が前景に立つのが行動障害型前頭側頭型認知症 (前頭前野が萎縮するタイプ) です。

歴史を振り返ってみると、2000年以前は人格障害といわれていたものが強調されなくなり、認知症になってもその人らしさ (personhood) を大切にするというパーソンセンタードケアの考え方が普及し、精神機能障害の一部が社会的認知機能 (社会脳) 障害という考え方で復活したと筆者らは解釈しています。まさに、認知症を「精神機能」から「社会脳という認知機能」で理解しようというトレンドと解されます。そして社会脳が障害されて出現した症状は、病識低下、共感の困難、脱抑制、易怒性などとしてとらえられます。また、「発動性の低下 (アパシー)」もDSM-III-Rでは人格障害の症状の一つとして解説されていますが、最近ではBPSD (心理症状) へととらえ方が変化しています。

認知症 (dementia) の語源は、1800年にフランスで出版されたPinelの著書に出てくるdémensとされています。英単語dementiaは、精神や知能を意味するmentia (日本語のメンタルやメンタリティーと同語源) に、低下や喪失を意味するdeという接頭語が付いて構成されています。古くは、認知症とは精神 (機能) や知能の低下としてとらえられてきました。たとえば室伏[17]は1984年の著書のなかで、認知症は「後天的に起こった持続的な精神衰弱状態」という定義を示しています。2004年に痴呆に代えて認知症とい

う用語が提唱されて以降、認知症のとらえ方が「精神」から「認知」へ変化してきているという流れが、ここでもみてとれます。

4) 医学モデルとしてのBPSD

IPAは老年精神医学領域の医師を中心とした学会であり、BPSDは「認知症患者 (patients with dementia) にみられる症状」と定義されることから、BPSDは「医学モデル」の用語です。パーソンセンタードケアの提唱者であるKitwoodは、その著書『Dementia reconsidered: The person comes first (直訳は「認知症再考：人間第一」、訳書タイトルは「認知症のパーソンセンタードケア」)』(筒井書房)のなかで、これまでの医学モデルに基づいた認知症の見方を再検討し、認知症の人の立場に立った「その人らしさ (personhood)」を尊重するケアへのパラダイムシフトを訴えました。これは認知症の人の行動を「不合理で意味がない」とみなす古い考え方である「医学モデル」から、その人の行動の意味を明らか

にする「人モデル」への転換です。英国ではこの流れに沿ってBPSDの代わりに「Challenging behavior」という用語を使う人たちがいます[18]。ケアの領域ではどんな用語が適切なのかを、我が国でも今後検討する余地があると考えます。

3. BPSDの発症要因

たとえばアルツハイマー型認知症の人が、もの忘れを指摘されたときに、相手に対して声を荒げた行動がBPSDだとすれば、「相手が指摘したこと」が誘因です。このBPSDの背景には「アルツハイマー型認知症で記憶障害があること」や「アルツハイマー型認知症で病識が低下しているため、もの忘れの自覚に乏しいこと」、さらには「ふだんから間違いを指摘され不満が積もっている状態」や「もの忘れに伴って自分が壊れていく漠然とした不安を抱えていること」などたくさんの要因(背景因子)があります。そこで、BPSDが生じたとき、その直前の出

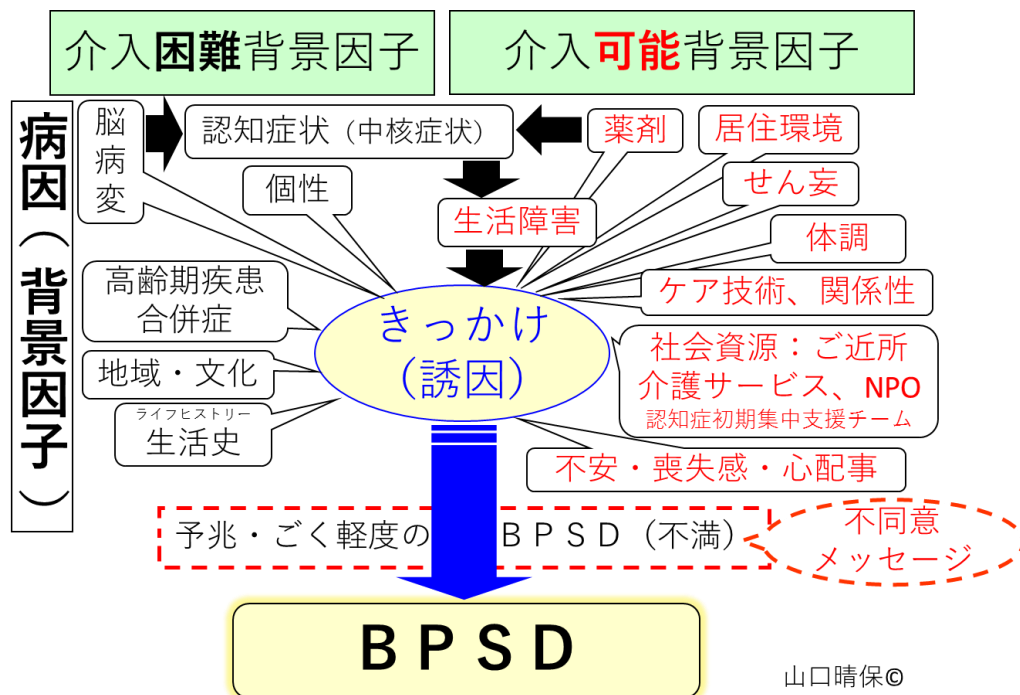


図4 BPSDの病因(背景因子)ときっかけ
背景因子ときっかけに対応することでBPSDは予防・治療が可能

来事を誘因（きっかけ；トリガー）として、BPSDの原因となる背景因子と区別して解説します。

1) BPSD の病因（背景因子）

BPSDの背景因子は多数あります。IPAのBPSD教育パック[2]では、遺伝的要因（遺伝子異常）、神経生物学的要因（各種神経伝達物質の変化など脳の神経化学的変化や、脳の病理学変化、概日リズム障害、心理的要因（その人の性格やストレスに対する反応など）、社会的要因（環境や介護者の要因）をあげています。

筆者らはBPSDの要因を図4に示すようにまとめました。左側の要因は介入が困難なもので、以下の5要因があげられます。

- ① **脳病変**：脳病変そのもので生じるBPSDは、たとえば行動障害型前頭側頭型認知症の脱抑制や無断外出などで、この疾患の認知症状（中核症状）でもあります。血管性認知症におけるうつやアパシーも前頭葉白質病変と関連があるなど、脳病変が強く影響します。
- ② **認知症状（中核症状）**：たとえば幻視はBPSDに分類されますが、レビー小体型認知症において幻視は中核的臨床像であり認知症状（中核症状）といえます。このようにBPSDでありながら認知症状（中核症状）でもあるものがあり、BPSDと認知症状（中核症状）は明確に区別できず、むしろ重複しているという理解が必要です。
- ③ **高齢期疾患（身体合併症）**：変形性膝関節症、腰痛症、呼吸不全、心不全など日常生活の活動を制限する因子がBPSDの背景となります。たとえば配偶者が元気に出歩き、自分は自宅から出られず、そして配偶者から介護を受ける状態になると、嫉妬妄想が出やすくなります。
- ④ **地域・文化**：認知症をオープンにすることが恥ずかしいといった地域文化など

が、本人の心理的ストレスや介護者の介護負担を増やし、BPSDの要因となります。

- ⑤ **生活史（ライフヒストリー）**：その人の歩んできた歴史がその人の性格や価値観や行動に影響を与えます。

図4 右側には介入が可能な要因をあげました。

- ① **薬剤**：ドネペジルなどの認知症治療薬が大きく影響します。興奮性・過活動性BPSDの場合はドネペジルの中止や減量で劇的に改善する事例をしばしば経験します。また、メマンチン過量投与による低活動性BPSD（過沈静；アパシー）にもしばしば遭遇します。高齢者では、ポリファーマシー（多剤投与）や、抗コリン作用をもつ薬剤の投与、向精神薬などが要因となります。
- ② **居住環境**：BPSDの多くは対人関係において発生するので、人的な生活環境は大きく影響します。そのほか、マンションか一戸建てか、温度や騒音などの物理的な環境も影響します。
- ③ **せん妄**：せん妄（意識障害）はBPSDと区別しますが、BPSDの悪化要因としてきわめて重要です。せん妄を治療して良くなることでBPSDが著しく改善するケースもしばしばあります。
- ④ **生活障害**：認知症が引き起こすIADLやADLの障害が、自分で上手にできないことでのいらつきや自信喪失となり、BPSDの背景となります。
- ⑤ **体調**：便秘、脱水、発熱、疼痛、掻痒などはせん妄の誘因として大切ですが、これらは易怒性・焦燥などのBPSDの背景要因にもなります。
- ⑥ **ケア技術・関係性**：介護者が失敗を指摘したり非難する態度などがBPSDを悪化させます。ケア技術は大きな要因ですが、これだけでBPSDを良くしようとす

ると無理が生じます。たくさんの要因のなかの一つという位置づけの理解が必要です。

- ⑦ **社会資源**：地域の中でどれだけ介護保険サービスを使えるか、インフォーマルサポートがどれだけ充実しているか、担当ケアマネジャーの力量、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームの関わりなど、いろいろな要因が BPSD に影響します。
- ⑧ **不安・喪失感・心配事**：記憶障害や見当識障害で過去と現在のつながりが失われ、遂行機能障害によりできないことが増えることなどから、自分の存在が失われていく漠然とした不安感や喪失感が生まれ、BPSD の背景となります。「こんなこともできないの」「もっとしっかりしてよ」などの周囲からの指摘が、さらに不安・喪失感や抑うつを悪化させ、いらいらを募らせます。

上記のようにたくさんの要因があり、そのどれがBPSDに結びついているのかをひもとくことでBPSDへの対応策が見えてきます。氷山にたとえると、BPSDは水面の上に出ている(顕在化した)部分で、大部分(氷山では90%)が水面下に隠れています。この隠れているさまざまな要因に気づき、本人の気持ちを共感的に理解して対応策を探す方法が「ひもときシート」です。ひもときの手順については認知症介護情報ネットワーク (DCnet) のサイト (<https://www.dcnnet.gr.jp/>) をご活用ください。

図2と図4にはBPSDにさまざまな要因が影響することを図示しました。一方、単純化した図3では、BPSDが環境やケアの影響を受けて二次的に生じるというとらえ方をしています。不十分です。

BPSDの研究では、脳の病変部位や血流低下部位とBPSDとの関連が指摘され、BPSDの生物学的要因が明らかにされつつあります。たとえば血管性認知症のアパシーは前

頭前野の血流低下と関連しています。長濱[19]は、レビー小体型認知症の人物誤認(伴侶など身近な人をよく似た他人と誤認)は両側前頭弁蓋部、左島皮質、左海馬、左側坐核の血流低下と関連し、顔の視覚認知は正しくできるが期待される情動(親しみ)がわからないことが、よく似た他人という誤認に結びつくと考えられています。BPSDの生物学的要因を明らかにする研究が少しずつ進んでいます。

環境やケアによってBPSDが誘発されるという考え方は、ケアする側が関わられる要因として魅力的ですが、BPSDは多要因で引き起こされるという基本理解が求められます。

2) BPSDの誘因

上記に示した多様な背景因子によりBPSDが生じやすい基盤が作られ、不安や不満がうっ積しているところにケアする者からのきつい言葉などの誘因(きっかけ)が加わると、顕著なBPSDとなります。火山にたとえると、様々な要因が積み重なってマグマだまりができているところに、誘因が加わって火山が爆発するというイメージです。アルツハイマー型認知症では家族介護者に「どんなときに怒りますか?」と質問してみると、介護者が「この人の気に入らないことを言うとすぐに怒る」と答えてくれます。これが怒りスイッチ(誘因;きっかけ)です。ご家族に「それがスイッチですね。スイッチを入れないようにしたら、怒らなくなって介護が楽になりますよ」と指導します。このようにアルツハイマー型認知症の易怒性ではスイッチ(誘因)があることが多いのですが、行動障害型前頭側頭型認知症ではスイッチが入らなくてもいきなり怒ります。これは、ハワイ島の溶岩台地のようなイメージです。爆発ではなく、あちこちからマグマがわき出ている状態です。

火山の爆発予知では、地殻の微細な変化

(ずれや地震)をとらえて、危険度を示し警報を出します。BPSDにおいても不安・不満などの現れを「予兆」として気づけばBPSDを防ぐ・減らすことができるのではと考えられます。伊東[20]は介護施設での観察から、BPSDが生じる前に出現するいろいろな認知症の人が満足していない兆候を見いだしました。この予兆を早めにキャッチすることでBPSDを回避しようと、「不同意メッセージ」と名付け、5つにまとめています。①服従：やりたくないアクティビティをやらされる、②謝罪：アクティビティなどでできないことが露呈したときに「ごめんなさい」と謝る、③転嫁：簡単な紙折り作業ができないとき、「紙が変だから」と紙のせいに責任転嫁する、④遮断：聞こえないふり、寝たふり、視線をそらすなど、⑤憤懣：気に入らないことをぶつぶつと独語で怒る、です。この不同意メッセージは認知症の人の表情や言葉や仕草に現れます。それに気づいて、ほめる、優しく接する、本人が納得するタイミングややり方を検討するなどの対応がBPSD回避に有効と考えられます。これらの「不同意メッセージ」を予兆ととらえて早期介入することでBPSDを回避できるというエビデンスを示す研究を筆者らが始めています。

まとめ

本稿ではBPSDの定義を解説し、その病因を示しました。その中で、BPSDは「症状」を示す医学用語であり、BPSDとするには客観的な判断が求められることを解説しました。

パーソンセンタードケアでは、認知症の人に現れる症状は、「脳の障害」+「身体的健康」+「生活歴」+「性格傾向」+「社会心理(人間関係)」の総体で、一人ひとりに異なる症状が出現するととらえます[21]。図2に示したように認知症を全人的に理解

し、図4に示したBPSDに影響を与えるさまざまな要因に適切に対応することで、BPSDを低減し、さらに予兆に気づき(芽を摘み)、発生のきっかけ(誘因)をなくすことで、BPSDは予防・回避しようという考えを示しました。

BPSDの多くは同時に認知症状(中核症状)でもあり生活障害(活動・参加障害)でもあることを本稿で示しました。この症状はBPSDだろうか悩むよりも、その症状で、本人であれ家族であれ困っている人がいれば、その問題の解決策に知恵を絞ることが家族を含めたケアする者やその支援者の努めだと考えます。

なお、本総説は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の平成29年度認知症研究開発事業「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」(代表：山口晴保：課題番号17dk0207033h0001)の研究の一環として、研究開発代表者と研究開発分担者(内藤佳津雄、谷向智、内田陽子、田中志子、藤澤大介、伊東美緒、山上徹也、内藤典子、滝口優子)の全員で執筆しました。

COI開示：なし

文献

- 1) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, et al: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 8(Suppl 3): 497-500, 1996.
- 2) 国際老年精神医学会(日本老年精神医学会監訳): 認知症の行動と心理症状BPSD(2版). アルタ出版、2013.
- 3) Finkel SI, Burns A: BPSD Consensus Statement. *International Psychogeriatric Association*, 1999.

- 4) 本間昭：痴呆における精神症状と行動障害の特徴. 老年精神医学雑誌 9(9): 1019-1024, 1998.
- 5) 溝口環、飯島節, 江藤文夫, 他: NPI スケール (Dementia Behavior Disturbance Scale) による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日本老年医学会雑誌 30(10): 835-840, 1993.
- 6) 長田久雄、佐藤美和子：認知症の行動・心理症状の考え方. 日本認知症ケア学会編「BPSDの理解と対応—認知症ケア基本テキスト」、ワールドプランニング、1-11, 2011.
- 7) 佐藤美和子：介護実践における認知層の行動・心理症状の捉え方と対応の検討. 桜美林大学大学院国際学研究科老年学専攻2010年度博士学位論文、2011.3.
- 8) 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.
- 9) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会：認知症疾患ガイドライン2017、医学書院、23-24, 2017.
- 10) 博野信次、森悦朗、池尻義隆、他: 日本語版 Neuropsychiatric Inventory 痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. 脳と神経 49(3): 266-271, 1997.
- 11) 朝田隆、本間昭、木村通宏、他：日本語版 BEHAVE-ADの信頼性について. 老年精神医学雑誌 10: 825-834, 1999.
- 12) 犬塚伸、高橋徹、天野直二：痴呆の行動異常判定の原則と基準. 老年精神医学雑誌 13(2): 143-151, 2002.
- 13) 新福尚武：血管性痴呆における人格障害—とくに人格の先鋭化、発動性の減退など. 老年精神医学雑誌5(12): 1456-1462, 1994.
- 14) 高内茂：人格変化. (臨床精神医学講座 S9アルツハイマー病)、中山書店、107-107, 2000.
- 15) 小澤勲：痴呆老人から見た世界—老年期痴呆の精神病理. 岩崎学術出版社、137-138, 235-236, 1998.
- 16) 濱中淑彦：臨床神経精神医学：意識・知能・記憶の病理. 医学書院、181, 1986.
- 17) 室伏君士：老年期の精神科臨床. 金剛出版、11, 1984.
- 18) Stokes G: Challenging behaviour in dementia: a psychological approach. In: Woods RT (ed) Handbook of the Clinical Psychology of Ageing. Wiley, 601-628, 1996.
- 19) 長濱康弘：レビー小体型認知症のBPSD. 老年精神医学雑誌21(8): 858-866, 2010.
- 20) 伊東美緒：認知症の方の思いを探る. 介護労働安定センター、7-24, 2013.
- 21) ドーン・ブルッカー (水野裕監訳)：VIPSですすめるパーソン・センタード・ケア. クリエイツかもがわ、67-72, 2010.