

認知症の症状は「分類」から「視点」への転換を ～BPSDを中心に

山口 晴保, 藤生 大我

要 旨

BPSD の概念が本邦では正しく広まっていないと考え、以下の点を解説した。

1) BPSD は IPA が示した医学用語であり、*treatable* だという姿勢から提唱された。単純に周辺症状を BPSD と置き換えるのではなく、本来の正しい意味合いで用いるべき点。

2) BPSD は反応性（二次的）に生じるだけではなく、脳病変の直接的な影響で生じる BPSD もある点。

3) 一人の認知症患者を、認知機能の視点で診ると認知症状（中核症状）、行動と心理の視点で診ると BPSD であり、この二つには重複もある。症状を中核症状と BPSD のどちらかに二分しようとするのではなく、患者を一人の人として多視点で評価し、適切に治療することが重要な点。

1. はじめに

日本認知症学会編集の「認知症テキストブック」では、認知症の症候学のセクションで、認知症の症状を中核症状、behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)、合併しやすい身体症状と分けて解説している。中核症状の解説の冒頭には『英語圏では認知症 dementia の中核症状 core symptoms という表現よりは、認知症状 cognitive symptoms という表現の方が一般的である。中核症状といういい方は主に本邦において認知症の行動・心理症状 (BPSD) の対概念として使われている』と、記載している (阪井, 前田, 2008)。教科書では症状を分類して記載する必要があるが、この流れで、本邦の医療・ケアの現場では「この症状はどちらなのか?」と、認知症の症状を中核症状と BPSD に二分する傾向がある。

しかし、幻視は BPSD の代表的な症状だが、レビー小体型認知症の診断基準では core clinical symptom とされ (McKieth et al., 2017)、BPSD というよりも中核症状では? などといった疑問を抱いている臨床医が多いのではないだろうか。この現状をふまえ、医療の現場では認知症の症状を分類するのではなく、「認知症の人の示す症状を認知機能の側面から診ると同時に行動・心理の側面などからも診るこ

と」、すなわち視点こそが重要だと本稿で指摘する。まずは、具体例を挙げる。

例 1：認知症の人が捜し物を繰り返す症状

この症状は中核症状か、それとも BPSD か？ という質問に本稿の読者はどう答えるか？ 記憶障害だから中核症状と答えるだろうか、それとも繰り返し行動だから BPSD と答えるだろうか、分類しようとするどどちらかを選ぶが、この症状の場合、認知機能の視点でみれば記憶障害という中核症状に該当するし、行動の視点でみれば、繰り返し行動という BPSD であるし、心理の視点でみれば不安という BPSD が症状を悪化させている可能性があるという理解できる。なお、BPSD の代表的な評価尺度である Neuropsychiatric Inventory (NPI) には「異常行動」の項があり、「繰り返し行動」が質問項目としてあげられている（博野ら、1997）。症状を二分しようとするスタンスでは行き詰まる。中核症状（認知機能障害）であり同時に BPSD でもある（重複している）ととらえればよいのである。

例 2：異食—消しゴムを食べた

異食を認知機能の視点でみれば、① 中等度以降、食べ物と見誤って食べてしまう「誤認」という中核症状、または ② 重度期以降、何でも手当たり次第口に入れてしまう口唇傾向 oral tendency という中核症状であり、行動の視点でみれば「食べられないものを食べてしまう」異常な行動で BPSD に該当する。この場合も認知機能の視点でみれば中核症状であり、同時に行動の視点でみれば BPSD でもある。

このように、中核症状であると同時に BPSD でもある症状は多々ある。認知症の人の症状は中核症状なのか BPSD なのかと分類するのではなく、どの視点で診るかが重要であることを示すのが、本稿の第 1 の目的である。

次に、日本認知症学会も加わって作成された「認知症疾患診療ガイドライン 2017」の BPSD の解説『BPSD は認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する』

（「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会、2017）という表現の妥当性について触れたい。先に示した例 1 や例 2 は認知機能障害が主たる要因として生じる BPSD であり、さしたる身体的・環境的・心理的要因がなくても生じる。BPSD は「必ずしも身体的・環境的・心理的要因への反応性（二次的）に生じるものではない」という点を指摘することが第 2 の目的である。

第 3 の目的は、BPSD という用語の差別的な側面の否定である。BPSD は「認知症の症状を行動と心理の視点でとらえたもの」に過ぎず、認知症医療・ケアの現場において、その要因への適切な対処が求められるものであるという正しい理解への期待である。多くの BPSD は treatable という考えに基づく予防・治療への期待でもある。

2. BPSD の定義

議論の前提として、BPSD の定義を示す。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、BPSD の定義、BPSD の病因、臨床症状の記載、研究の方向についてなどを議論した結果、behavioral and psychological signs and symptoms of dementia という用語が決まった（Finkel et al., 1996）。さらに、1999 年のアップデート会議で追加討議が行われて“signs and”が削除され、behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) の定義が示され、現在に至る（Finkel & Burns, 1999）。

1999 年の声明では“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.”と記載された。前半部では、「行動障害という用語は BPSD という用語に置き換えるべきである」と記載されている。後半部（下線部）は BPSD の定義を示した。これを直訳すると「認

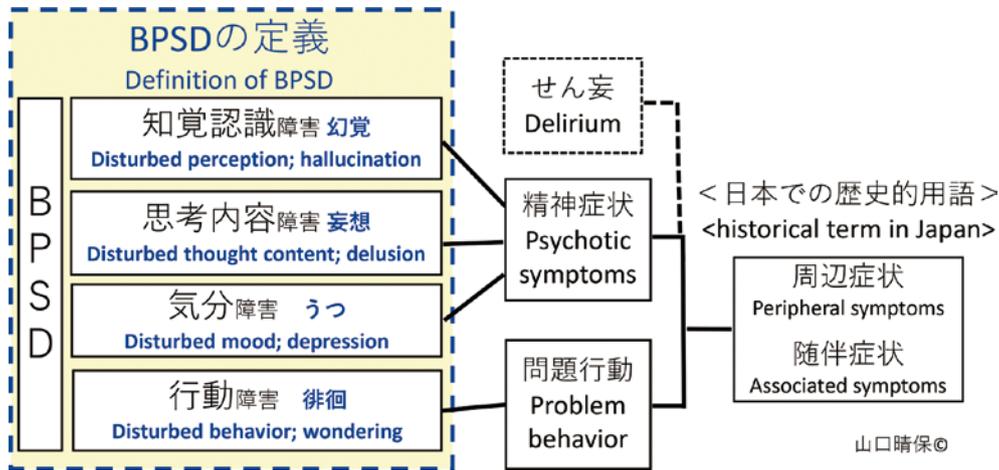


Fig. 1. Contents of the BPSD, and its relation to peripheral symptoms in Japan

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」となる (Finkel & Burns, 1999; 国際老年精神医学会, 2013). 知覚認識障害の代表は幻覚, 思考内容障害の代表は妄想, 気分障害の代表はうつ, 行動障害の代表は徘徊であろう (Figure 1).

日本老年精神医学会監訳で日本語訳が出版されている IPA の BPSD 教育パック日本語第 2 版 (国際老年精神医学会, 2013) では、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。不安、抑うつ、幻覚、妄想などがこれに入る』と、行動症状は『通常は患者の観察によって明らかにされる。攻撃的行動、叫声、不穏、焦燥、徘徊、文化的に不釣り合いな行動、性的脱抑制、収集癖、ののしり、つきまといなど』と記載されている。

本邦では、歴史的に周辺症状や随伴症状という概念が用いられてきたが (Figure 1), BPSD に重なるところが大きい (せん妄を周辺症状に含むなど、同一の概念ではない)。小澤 (1998) は『周辺症状とは、特定の病態や状況によって生じる症状であり、痴呆性疾患に常に見られるものではない。それらはせん妄や夕方症候群のような意識障害の一病態から、もの盗られ妄想や嫉妬妄想に代表される妄想や幻覚、あるいは不安、焦燥、不眠、攻撃性から、やや特殊な重複記憶錯誤や鏡像現象あるいは家族否認といった精神症状まで、さらには失禁、弄便、異食、過食、収集癖あるいは盗癖、徘徊……などの行動障害に至

るまで、ケアに難渋する多くの精神症状や行動障害が列挙される。』と記載している。そして、中核症状/周辺症状の関係について ① 統計学的に必須/必須でない (筆者注: 出現頻度で分ける), ② 治療・ケアによって改善困難な/可能な, ③ 脳障害の直接的表現/修飾された症状との考え方を列記した。出現頻度が低く、改善可能で、修飾されて二次的に出現するのが典型的な周辺症状という考え方である。

筆者の考える BPSD と周辺症状の関係を Figure 1 に示した。

3. 認知症の症状をとらえる中での BPSD の位置づけ

ここで認知症の診療に立ち帰り、認知症の人の示す症状を ① 認知機能, ② 神経機能, ③ 行動と心理, ④ 生活と 4 つの視点からとらえ、さらに症状に影響をおよぼす要因として、全身状態や服薬状況、環境要因も加味して、合計 6 つの視点で診療することの利点を示したい (Figure 2)。

1) 認知機能の視点: 認知症状ないしは中核症状

本邦では中核症状という用語が使われるが、欧米では cognitive symptoms (ないしは cognitive deficits) といわれ、直訳すると認知症状だということを「はじめに」で示した (筆者注: 本邦の介護現場では「認知症状」が「認知症の症状全体を指し示す」

山口晴保©

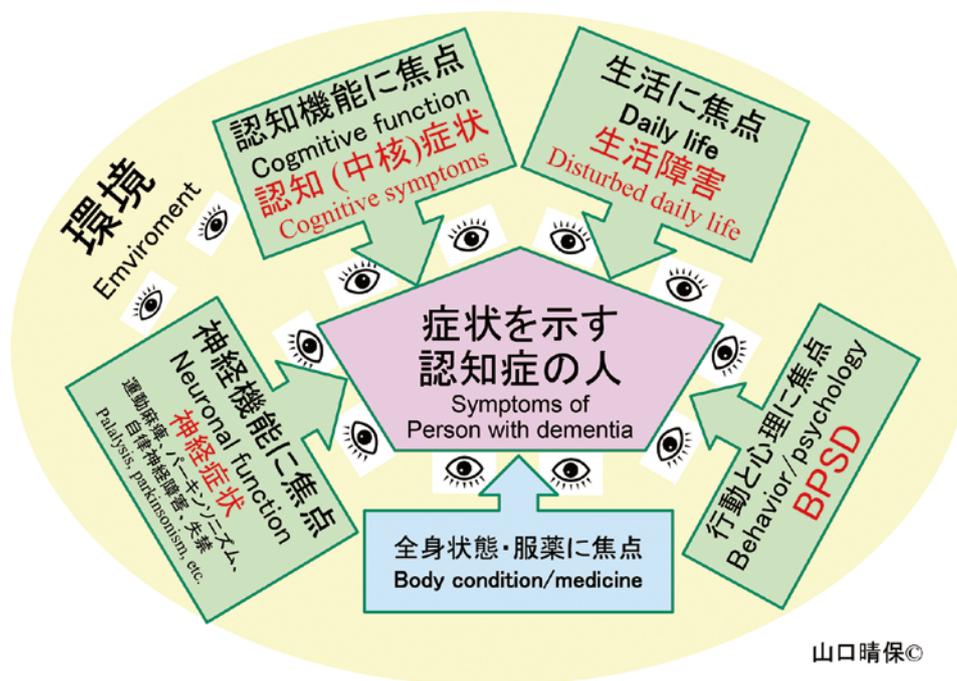


Fig. 2. Six perspectives around the person with dementia for assessment of symptoms.

と誤用されていることに注意を要す)。認知症の人の示す症状を認知機能の側面からとらえ、その障害を評価することが認知症診療では重要である。日本認知症学会編「認知症テキストブック」では、中核症状を、① 記憶障害、② 見当識障害、③ 言語機能の障害（失語）、④ 失行・失認、⑤ 実行機能の障害・前頭葉機能の障害という項目立てで解説している（阪井，前田，2008）。

2013年に出版されたDSM-5（American Psychiatric Association, 2013）では、認知症（正確にはmajor neurocognitive disorders）で障害される認知機能を① 複合注意（complex attention）、② 遂行機能（executive function）、③ 学習と記憶（learning and memory）、④ 言語（language）、⑤ 知覚-運動（perceptual-motor）（筆者注：失行や失認様の症状に該当）、⑥ 社会的認知（social cognition）（筆者注：社会脳とも言われる）の6つの主要な神経認知領域（neurocognitive domain）に分けている。認知症は精神障害ではなく神経認知障害だというスタンスである。

なお、欧米では認知症の症状をcognitive symptomsとnon-cognitive symptomsに分けた記載がみ

られる。2000年に本邦で発行された臨床精神医学講座のS9巻「アルツハイマー病」では、アルツハイマー病の症状を① 認知機能障害〔記憶の障害、言語機能の障害、行為の障害（失行）、構成能力（描画の模写）の障害、視空間認知機能の障害、知能（知性）の問題〕、② 非認知機能障害〔感情・意欲、人格変化、幻覚・妄想〕、③ 行動面での症状〔攻撃的な言動、徘徊と目的のない不適切な行動〕に分けて解説している（目黒ら，2000）。

2) 神経機能の視点：神経症状

主症状ではないが、認知症の人には起立性低血圧などの自律神経症状、パーキンソニズムなどの運動障害も出現する。排尿コントロールの障害（神経因性膀胱）もみられる。終末期になると運動麻痺も出現し、嚥下障害が大きな問題となるが、これも認知症の症状であるとの理解が重要である。しかし、本邦の認知症に関わる医療・介護専門職でこの理解が不足していると、筆者は考えている。終末期に脳病変が高度・広範囲になり嚥下障害を来すことが死因に直結する。変性性認知症が死因となるという理解である。この理解が進んでいる英国では、女性の死因の第一位にDementia and Alzheimer's diseaseがあ

げられている (Public Health England, 2017). 認知機能障害と BPSD に加えて神経症状も認知症の症状だということを, 認知症専門医以外の一般臨床医や介護専門職などに広める必要がある。

3) 行動と心理の視点: BPSD

認知症の人の示す症状を, 心理と行動の視点でとらえた概念である。BPSD が提唱された背景には, 当時は cognitive symptoms に有効な治療がなく, 多様な病因で生じる BPSD はその要因に対応することで治療できることが多いことがあげられる。BPSD を treatable な症状として積極的に治療の対象としようという考えである (詳しくは後述)。

4) 生活の視点: 生活障害

ここで認知症の定義を振り返ると, 介護保険法第五条の二に「アルツハイマー病その他の神経変性疾患, 脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態をいう」と規定されている (筆者注: この定義は道路交通法でも用いられているので重要)。「日常生活に支障が生じる」という認知症の定義から, 症状を生活障害の視点で捉えることが, 認知症の人の生活を支える医療にきわめて重要である。認知症を発症した軽度の時点で IADL の障害があり, 中等度以降 ADL の障害が加わってくる (田平ら, 2019)。参加 (家庭内・家庭外での他者との交わり) の障害は, 軽度の時点からあり, 社会参加 (家庭外) が減少する。最近, IADL や ADL を詳細に評価する「認知症に対する生活行為工程分析表」が開発されたので, 生活障害の詳細な評価に用いると良い (田平ら, 2019)。

5) 全身状態と服薬内容

基礎疾患や併発している疾患など全身状態の影響, 投与されている薬剤の認知機能などに与える影響も認知症の症状に影響するので (例: 抗コリン剤や抗不安薬などによる認知機能低下やせん妄リスク, コリンエステラーゼ阻害薬により希に生じる易怒性や活動性の亢進), この視点も重要であろう (Jaïdi et al., 2018; Suzuki et al., 2014; 山口, 牧, 2010)。

せん妄のような意識障害も認知症の症状との鑑別

が大切である。BPSD にせん妄は含まれない。IPA の BPSD 教育パック日本語第 2 版ではせん妄と BPSD を区別することを求めている (国際老年精神医学会, 2013)。しかし, 医療の現場ではしばしば BPSD とせん妄が合併し, せん妄が BPSD を悪化させているので, 両者の区別には経過と治療への反応などによる鑑別が重要である。

6) 環境要因

介護者の言動といった人的環境, 温度や騒音, 広さなどの物理的環境も, 認知症の人の示す症状に影響を与える。とくに家族との関係性は重要である。同居者がいる場合は, 本人に同居者との関係性を質問し, 「いつも叱られている」など本人が感じていることを直接聞き取ることが, 適切な非薬物療法につながる。

このように, 認知症患者を「認知症に伴う様々な症状・困難を抱える一人の人間」として, その症状を, ① 認知機能, ② 神経機能, ③ 行動と心理, ④ 生活, ⑤ 全身状態や服薬内容の影響, さらにには ⑥ 環境要因からどんな症状・困難があるかを捉えることで, それを解決するための医療・ケアへと結びつくと考える (Figure 2)。

そのことを具体例へのケアを題材にして示してみる。

例 3: 軽度のアルツハイマー型認知症の妻は「今日は娘が来る日?」と, 同じ質問を何度も繰り返し夫に尋ねる。娘は遠方から時々来る。歩行は独歩可能。

このような事例にはどう対応するか, 6つの視点から考えてみる。

① 認知機能の視点: 認知症状 (中核症状) として記憶障害と見当識障害がある。これらへの対応法として, 日付や時間を正確に伝える大きな文字の電波時計を用意する, 隣にホワイトボードや貼り紙などで, その日の重要事項や娘の来る日を明示するなどの対応がある。

② 神経機能の視点: この事例では問題なさそうだが, 運動麻痺, パーキンソンニズム, 頻尿・尿失

禁などのチェックが必要。

③ 行動と心理の視点：繰り返し質問はBPSD（行動障害）である。娘の来訪に備えて、「娘が来たら一緒にカレーライスを作ろう」などと誘い、二人で何か作業ができれば、繰り返し行動が減る可能性がある。他の行動に注意を向けることが有効な可能性がある。また、BPSD（不安）が背景にありそうなので、不安を和らげる対応、やさしく「僕が覚えているから大丈夫だよ」という返答や、散歩に行くなど安心して過ごせる工夫を行うなどがある。また、日頃から「あなたがいてくれて嬉しい」などと感謝の言葉を夫が声かけできると良いだろう（山口, 2019）。

④ 生活の視点：日課や役割を作ることで質問回数が減る可能性がある。また、この繰り返し行動が介護者のイライラを引き起こして、両者の関係性を悪化させて、BPSDがさらに増強するリスクがある。そこで、介護者への介入、たとえば夫が「私は同じことを聴かれても、何度も優しく答えている。なんと優しい人間なんだろう」とポジティブに捉えることで、介護負担が減る（山口, 2019）。

⑤ 体調や服薬の視点：背景に体調変化や認知機能に悪影響をおよぼす薬剤の投与が無いかなどをチェックして対応する。

⑥ 環境の視点：本人が好きならリラックスできる音楽を流すなど、環境調整が有効かもしれない。デイサービスや地域の筋トレ教室に通うなども有効かもしれない。

上記の通り、6つの視点から様々な対応方法が考えられる。

このように、多面的に症状を捉える評価に加えて、本人の気持ちを尋ねて尊厳に配慮し、介護者の気持ちも忖度しつつ、本人に寄り添った医療・ケアを提供することが求められる。さらにはコメディカルスタッフと一緒に、認知症の人に全人的に対処する医療が望まれる（山口, 2016）。

BPSDは症状分類のためにあるのではなく、認知症の人の示す言動を心理と行動の視点で評価し、その背景要因をさぐり、非薬物療法を中心に適切

に対処することが、認知症医療・ケアで求められているのである。

医師が臨床の場で実践できる非薬物療法（傾聴、共感、感謝、褒めることなど）については別に記載した（山口, 2016）。また、BPSD教育パック日本語第2版（国際老年精神医学会, 2013）のモジュール5「薬物によらない対応」の記載も参考になる。ウェブサイト「認知症ちえのわnet」<https://chienuwa-net.com/>には、BPSDに対する様々な対応法のアイデアと、その一部については実施したときの奏功確率が掲載されているので参考にさせていただきたい。また、AMED研究（2017～2019年度）数井班と山口班の合同で作成したウェブサイト「認知症の人の行動・心理症状（BPSD）を包括的に予防・治療するための指針」<https://www.bpsd-web.com/>にはBPSDに関する様々な資料を掲載しているので、活用していただきたい。様々な非薬物療法の効果については別途総説を参照していただきたい（Abraham et al., 2017; de Oliveira, 2015）。

4. BPSDの適切な理解

1) BPSDの判断基準

どのような状態だとBPSDと判断するかを考察する。前項のBPSDの定義で示したように、BPSDという概念は、①IPAという医学会が示した医学的な概念であり、②認知症患者（patients）にみられる「症状 symptoms」である。「症状」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・障害」disturbanceという意味合いがある。BPSDは症状であり、医学的に正常でない状態というニュアンスがある。しかし、人間の心理や行動に異常・正常の境界線を引くことは容易ではない。実際の医療・介護の現場では、介護する側が困る症状かどうかでBPSDとされる傾向がある。

例4：一般病棟に入院した認知症患者が以下①～④の行動をとったとき、どれがBPSDか？

- ① 病室で「帰りたい」とつぶやいた
- ② 病室で「帰りたい」と大声をだした

- ③ 病棟エレベータのドアの前に立ち続けた
- ④ 病棟エレベータの前で「帰せ！」と怒鳴り、
ドアを蹴った

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、それとも世間の常識・社会のルールを逸脱した異常な行動か」という点であろう。DSM-5 で示された認知ドメインの一つ「社会的認知」で考えると、どの行動が社会のルールを逸脱する異常行動なのかと考えることで、どれが BPSD なのかが判断される。この例では③と④は BPSD に該当、①は BPSD ではない、②が BPSD かどうかは状況次第と筆者は考える。

自分の意に反して入院させられれば多くの人が帰りたいと思う。つまり「帰宅願望」は正常で正当な願望である。それがどのレベルの行動に至ると BPSD という症状なのかは、現状では医療者側の判断に委ねられており、医療者側にとっての迷惑行為は BPSD とされる傾向があるだろう。なお、IPA の BPSD 教育パック日本語第 2 版では「文化的に不釣り合いな行動」が BPSD に例示されている（国際老年精神医学会、2013）。

2) BPSD は厄介な症状という偏見をなくす

BPSD は認知症の人の示す症状を心理と行動の視点で捉えた「症状」に過ぎないが、医療・介護の現場では、「BPSD のある人＝（専門職側にとって）困った人」と、その人の尊厳を傷つける差別的な意味合いで用いられることがあり、このような使い方は厳に慎むべきと考える。

前述のように、BPSD は「医学モデル」の用語である。一方、パーソンセンタードケアの提唱者である Kitwood (1997) は、その著書『Dementia reconsidered: The person comes first (直訳は「認知症再考: 人間第一」, 和訳書のタイトルは「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 (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」

への転換として示された。Kitwood の祖国である英国ではこの流れに沿って BPSD の代わりに「challenging behavior」という用語が使われている (Stokes, 1996)。医学的な symptom という用語ではなく、認知症の人が「発言・発声」「行動」「表情・様子」として欲求を表に現したものが challenging behavior だとするケアのための用語である。“challenging”には、医療・ケアを提供する側が（どのように対処するか）試されているという意味がある。そして、BPSD という用語で医学的にネガティブにとらえるのではなく、本人の欲求表現 (challenging behavior) であり、当然の権利だとポジティブにとらえる立場であろう。パーソンセンタードケアでは、本人を一人の人間として大切にケアして尊厳を守り、ケアする側も一人の人間として尊重される双方向の関係性を重要視している。そして、このようなケアの有効性が報告されている (Kim & Park, 2017)。

新井は BPSD 教育パック日本語第 2 版「認知症の行動と心理症状」の巻頭言の中で『「周辺症状」には、対応に困る厄介な症状といった誤解に基づく偏見 (いわゆる stigma) が関係し、また意識障害に基づく「せん妄」も含まれているなど医学的問題もあることから、さらには「パーソンセンタードケア」など介護への導入にも重要であることから、新たな概念として BPSD の提唱は自然の流れだったと思われる。』と述べている (国際老年精神医学会, 2013)。BPSD という用語を、困った認知症の人へのレッテル・代名詞として使うのではなく、症状だからこそ治療の対象であり、その背景要因を探り、そこにアプローチしてこそ適切な認知症医療・ケアといえるだろう。なお、BPSD の治療はあくまでも非薬物療法が基本であることが、BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン (第 2 版) に示されている (認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班, 2016)。医療の現場では、薬物療法も同時に必要なことが多々あり、その場合は、このガイドラインに則って適切な薬物療法を行うことが求められる。ただし、治療開始前に投与されていた薬剤が BPSD の悪化をもたらしている場合もあり、その疑いがある場合は、その薬剤を

一時的に中止して反応を見るといった対応(その後、必要なら適量を投与)も必要である。

認知症医療・ケアの現場では、「この症状はBPSDだからしょうがないよね」と、どうにも対処できないものがBPSDで、対処可能なものはBPSDではないといった誤った使われ方をしばしば耳にする。BPSDという症状だからこそよくなる可能性があり、適切な医療・ケアの対象なのである。

BPSD教育パック日本語第2版(国際老年精神医学会, 2013)のモジュール1「BPSDとは何か」、すなわちイントロダクションのKey messageで「BPSDは治療可能(treatable)であり、一般的に認知症の他の症状や症候に比べると治療によく反応する」と強調されているように、認知症は治療できないと諦めるのではなく、治療可能な症状・症候に対して積極的に治療しようという姿勢からBPSDという用語が提唱されたと考えられる。

3) BPSDと認知機能障害(認知症状・中核症状)との関係性

「はじめに」で、BPSDと認知機能障害が重複する二つの例を示したが、理解を深めるため、さらに議論を進める。

IPAのBPSD教育パック日本語第2版にはBPSDが例示されているが、全てを網羅しているわけではない。佐藤(2011)は、認知症、精神症状、周辺症状、問題行動、BPSDをキーワードに文献検索し、ヒットした論文34編より症状項目を収集して129項目を抽出、これらを概念分類した。その結果、BPSDを①中核症状関連、②精神症状、③行動コントロールの障害、④対人関係の障害、の4カテゴリーに分類した。この成果を元に、長田と佐藤(2011)は日本認知症ケア学会編集の認知症ケア基本テキスト「BPSDの理解と対応」にBPSDの一覧表を示した。①中核症状関連のBPSDについては、『広い意味で「中核症状」に含まれるが、環境との相互作用で起こる心理的要因の影響も加わった行動群と考えられる』と記載している。この①群には、記憶障害から直接起こる症状・行動として「繰り返し同じものを買う」など、記憶障害からくる日常生活上の障害として「火の不始末」「鍵の不始末」など、

時間の見当識障害として「今日が何日か繰り返したずねる」など、場所の見当識障害として「外出して迷子になる」など、失認・誤認として「人物誤認」「鏡現象」「人形を生きている子どものように扱う」など、作話として「死んだ人を生きているかのように話す」など、コミュニケーション障害として、「意思疎通が困難」など、病気の認識の障害として「病識の欠如」「病気であることを認めない」など、整容能力の低下として「身なりに無頓着」「不潔なままでのいる」など、社会生活上の判断能力の障害として「職場で仕事ができない」「道路で車の危険がわからない」「トイレの水を流さない」「トイレ以外で排泄する」などが示されている。これら中核症状関連のBPSDとして示されたものは、認知機能の視点では中核症状であり、行動・心理の視点ではBPSDであるといえる。

中村ら(2018)は認知症介護指導者(筆者注:高度な研修を受講した認知症ケアのエキスパート)117名を対象としたアンケート調査を行い、彼らがBPSDをどのようにとらえるかを検討した。IPAの教育パック日本語第2版で示されているBPSDの16症状についての回答を単純コレスポネンス分析すると、「環境要因の影響が大きく、いわゆるBPSDらしさをもったBPSD」として攻撃的行動・徘徊・性的逸脱などが、「認知障害に近いBPSD」として誤認や同じ話の繰り返しなどが、「生活障害に近いBPSD」として不眠やまつわりつきが示された(Figure 3)。

繰り返しになるが、筆者が伝えたいことは、認知症の人の示す症状を行動と心理の視点で見たものがBPSDであるに過ぎないという点である。ちなみに、認知症疾患診療ガイドライン2017(「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会, 2017)では、『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”として捉えられる』と指摘している。

以上より、中核症状とBPSDに症状を分けるという考え方ではなく、両者には重複もあるとするのが適切であろう。

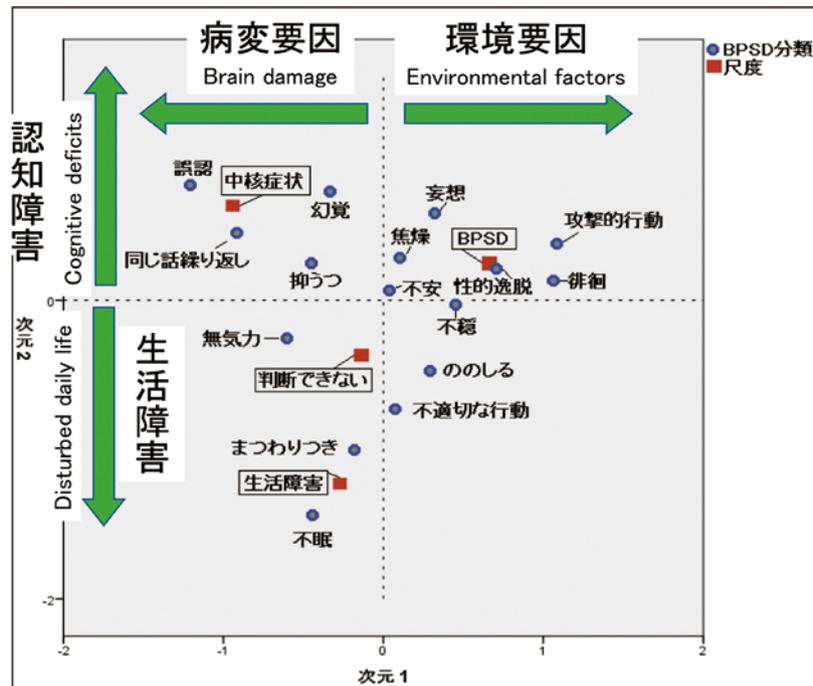


Fig. 3. Tendency of the answer from 117 dementia care expert to 16 items of IPA's BPSD with Simple Corresponding Analysis. Sited from Nakamura et al. (2018)

5. BPSD は二次的に発症するか？

まずは例 5 から BPSD を検討してみよう。

例 5：アルツハイマー型認知症の A 氏と介護者 B 氏の会話

「今日はどこに行くの？」と A は B に 5 分おきに何度も尋ねた。すると、B は「なんで、何度も同じことを訊くの。ポケちゃってホント困る」といった。すると、A は「私をバカにして！」と、B を叩いた。

この例の中には二つの BPSD がある。前半の繰り返し質問と後半の暴力である。繰り返し質問は認知機能障害を色濃く反映したいわば一次的な BPSD であり、後半の介護者を叩いた暴力は介護者の言葉への反応であり、介護者要因によって二次的に生じた BPSD である。このように BPSD には、いわば脳器質的变化に直結する一次的な BPSD と、そこに人的環境要因が加わって生じる二次的な BPSD

がある。誘因（きっかけ）となった介護者要因が大きい二次的な BPSD は、予防や対応が比較的容易である。一方、行動障害型前頭側頭型認知症にみられる突然の暴言・暴力（いわゆるスイッチ易怒）や突然の無断外出のように、介護者が誘因を理解できない BPSD も多い。

BPSD の病因 etiology について、本邦では、中核症状に性格などの本人要因やケアを含む環境要因が働いて（反応性に・二次的に）生じるとした図（Figure 4a）をしばしば目にする。ちなみに、国が実施要領を定めている認知症介護実践者研修（筆者注：認知症介護専門職向けの研修制度）の参考書として出版されている「認知症介護実践者研修標準テキスト」（ワールドプランニング）では、BPSD 出現メカニズムについて『認知機能障害が原因で起こる「もの忘れ」「見当識障害」「判断力の障害」などの中核症状が背景にあり、それに加えて不安感や焦燥感、ストレスなどの心理的要因が作用して生じるものと考えられている。』と、Figure 4a に示すとらえ方で記載されている（加藤，2016）。一方、IPA の BPSD 教育パック日本語第 2 版（国際老年精神

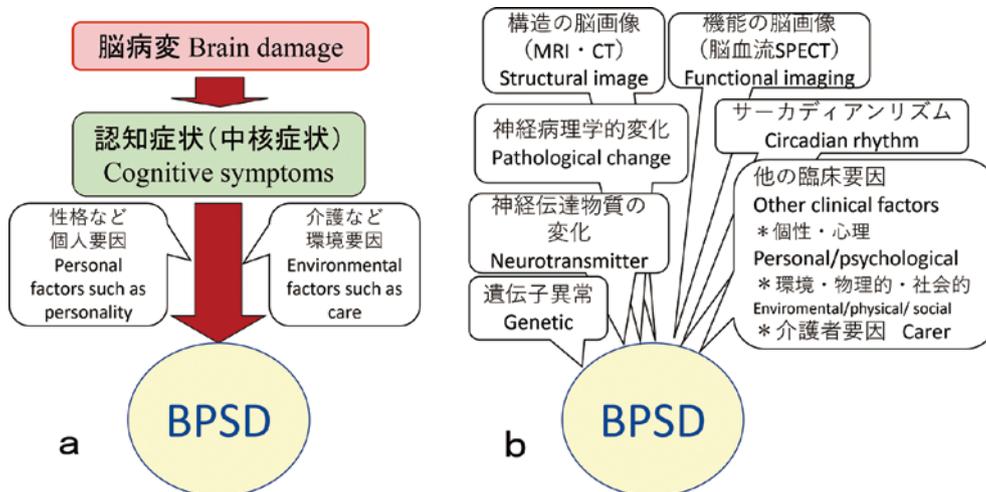


Fig. 4. Etiology of BPSD
 (a) Explanation popular in Japan
 (b) Explanation in IPA Guidebook of BPSD

医学会, 2013) が示しているのは「BPSDが多要因で生じ、脳の神経病理学的変化は多要因の一つに過ぎないと」という考え方である。その要因として、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变化や、脳の病理学変化、概日リズム障害）、心理学的要因（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）を列挙している。これらの項目を元に筆者が Figure 4b を作成した。IPA の BPSD 教育パック日本語第 2 版には Figure 4a に示すような反応性に生じるといふ説明は見当たらない。

脳の病理組織学、形態画像や機能画像による検討の進歩により、BPSD の生物学的要因が明らかにされつつある。たとえばアルツハイマー病では嗅内皮質が最初期に侵され、海馬も早期に侵される部位である事実は、作話や記憶の錯誤から発展する妄想のように、記憶障害に関連した妄想がアルツハイマー型認知症で頻度が高いということを示している(池田, 2010)。さらに池田 (2014) は、感覚情報を統合する上位中枢（連合野）ほど神経原線維変化が強く、正しく入力された感覚情報も統合・処理面で障害されるので幻覚・妄想に発展しやすいと説明している。アルツハイマー病で強く冒される下頭頂小葉（角回と縁上回）は異種感覚連合野として概念・言語・行

為の遂行・空間認知などの高次機能に関わり、角回病変が「誰かがいる妄想」と関連することを示唆している。さらに、「もの盗られ妄想」については、楔前部の機能低下により自分がものを置いた場所を想起するのが困難になることと関連すると考察している。アミロイドイメージングを用いた Alzheimer Disease Neuroimaging Initiative (ADNI) 研究からは、易刺激性と前頭葉・帯状回・頭頂葉の、不安と前頭葉・帯状回のβアミロイド沈着が有意に相関すると報告されている (Bensamoun et al., 2016)。不安の背景として青斑核の神経細胞脱落が重視されることが、認知症疾患診療ガイドライン 2017 (「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会, 2017) でも記載されている。血管性認知症のうつは左前頭葉病変、アパシーは両側大脳基底核病変と関連すると報告されている (Hama et al., 2007)。長濱 (2010) 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ことと考察している。池田 (2014) は、レビー小体型認知症の特徴である「ありありとした幻視」は、後頭連合野の病変に加えて、青斑核、縫線核、黒質、マイネルト核の病変が関与し、さらに、これら諸核の

病変は、抑うつ、不安、焦燥にも関与していると述べている。さらに、行動障害型前頭側頭型認知症を例に取れば、前頭前野の萎縮に伴って、病識の欠如、脱抑制、常同行動、被影響性の亢進、社会性を欠く行動、自発性の低下などのBPSDが出現する（長谷川ら、2012）。また、辺縁系、とくに扁桃核～海馬傍回が冒される嗜銀顆粒性認知症の臨床特徴は、不機嫌、衝動性、易刺激性や焦燥といったBPSDにあり、病変部位を反映している（池田、天野、2012）。この嗜銀顆粒性認知症の情動面の症状は、行動障害型前頭側頭型認知症などでの易怒性と相同なものにとらえられがちであるが、両者には違いがある。行動障害型前頭側頭型認知症では「我が道をゆく行動」や「常同的な行動」が現れ、これを阻止すると怒りが放置しておけば怒ることはない。これに対して嗜銀顆粒性認知症ではしばしば「理由のない怒り」が見られる。これは両疾患での侵される脳領域の相違に基づくものと考えられると、池田は指摘している。

このようにBPSDを生物学的要因からとらえる研究が少しずつ進んでいる。脳病変により直接BPSDが生じるというメカニズムが明らかにされつつある。

環境やケアによって反応性にBPSDが誘発されるという考え方は、環境やケアに関わることでBPSDを予防・治療できるという点で魅力的だが、BPSDは多要因で引き起こされるという基本的理解が必要だと考える。また、BPSDはtreatableと書いたが、認知機能障害の直接的な症状として出現するBPSDは環境調整や適切なケアのみではなかなか改善しない。このことを介護専門職が理解して、「私のケアが悪いから改善しない」と介護負担感が増大したり抑うつ状態になったりすることを避ける必要がある。

まとめると、① BPSDには脳病変により直接的に生じ、環境要因の影響が無いか僅かであるものがあり、必ずしも反応性（二次的）に生じるのではない。そして、この群のBPSDは、医療・介護の現場でBPSDと認識されていないことが多い。② 認知症疾患治療ガイドライン2017での『BPSDは認

知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する』とするBPSDの解説は身体・環境・心理要因を強調しており、Figure 4aに示した考えに近く、諸要因を併記しているだけで要因間の因果関係には触れていないBPSD教育パック日本語第2版（Figure 4b）とは少し異なる。

本邦では周辺症状は人的・物的環境要因などが加わって反応性（二次的）に生じるという考えがあり（小澤、1998）、この周辺症状をBPSDという用語に単純に置き換えたために、BPSDは反応性に生じると反応性の部分が強調される傾向にある。ここでは、反応性でないBPSDが多々あることと、反応性かどうかはBPSDを判断する材料ではないということを強調したい。

6. さいごに

BPSDという用語はIPAが示した医学用語であり、周辺症状とは異なる概念である。よって、単純に周辺症状をBPSDと置き換えるのではなく、本来の正しい意味合いで用いるべきであろう。BPSDは反応性（二次的）に生じるという固定的な考え方ではなく、脳病変の直接的な影響で生じるBPSDもある点に留意しつつ、BPSDは積極的に（非薬物療法のみで十分な効果が得られない場合には、薬物療法との併用も躊躇せず）治療しようという姿勢から提唱された概念であることを留意したい。そして、認知症の人の症状を中核症状とBPSDのどちらかに二分しようとするのではなく、一人の認知症の人を、認知機能障害の視点で診る、同時に行動と心理の症状の視点でも診る、さらには神経障害や生活障害の視点で診る、そして全身状態も診て、環境をチェックし、本人の声を聞き、認知症の人の尊厳に配慮した適切な医療の提供を認知症学会専門医などの臨床家がめざしてほしいのである。

認知症の症状を「分類」から「視点」への転換を行うことで、複数の視点・多様な価値観からBPSDだけでなく認知障害や生活障害も含めた介入戦略を練ることが可能となる。そして、本人の状態や意向

に沿った介入が可能となることで、認知症の人が穏やかに暮らせることをアウトカムとした医療を提供できることを期待している。

補 遺

BPSDに関する3つの評価指標を我々の研究グループがAMED研究の成果物として新規に開発し、著作権フリーでDCnet (<https://www.dcnnet.gr.jp/>)にてウェブ公開しているため、研究にも臨床にも活用していただければ本望である。

- 1) BPSDの評価尺度 BPSD+Q: 特徴は、① 全27項目、② BPSDを過活動性、低活動性、生活関連に分けてサブスコアを算出でき、治療計画に用いやすい、③ BPSDの重症度点と介護負担度点によって定量的に効果を示せる、④ 主治医意見書に周辺症状として記載されている症状を全て含む、⑤ 介護者への質問紙形式であり、介護者が記入できる、⑥ 妥当性や信頼性が既に報告されている(内藤ら, 2018; 藤生ら, 2020), である。
- 2) BPSD 気づき質問票 57 項目版: BPSD は生じてから対処するのではなく、発症前に気づいて予防することや、ごく軽度の段階でなるべく早く気づいて対処し重度化させないことが重要であり、これを開発した(藤生ら, 2019)。BPSD 予防に活用できる。
- 3) 認知症介護肯定感尺度 21 項目版: 家族介護者が記入することで、自分が介護することのよい点 merit に気づき、介護負担が軽減する効果がある(藤生ら, 2018)。検証については論文投稿中である。

これらの指標を臨床の場で活用して BPSD を予防し、また適切な対応をされること、そして認知症の人とその家族介護者が笑顔で暮らせること願ひ、稿を終える。

謝辞: 本稿についてコメントをいただいた認知

症介護研究・研修東京センターのスタッフに深謝します。本稿は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) の認知症対応型 AI・IoT システム研究推進事業「BPSD 予測・予防により介護負担を軽減する認知症対応型 AI・IoT サービスの開発と実装」(代表研究開発者: 山口晴保; 課題管理番号 JP20us0424001; 2020~2022 年度) の成果物の一つとして執筆した。

COI: 開示すべき COI 情報は無い。

文 献

- Abraham I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, Gudmundsson A, Soiza R, O'Mahony D, Guaita A, Cherubini A (2017) Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open* 7: e012759
- American Psychiatric Association (2013) Neurocognitive disorders. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM-5)*, pp 591-643, American Psychiatric Publishing, Washington, DC
- Bensamoun D, Guignard R, Furst AJ, Derreumaux A, Manera V, Darcourt J, Benoit M, Robert PH, David R (2016) Associations between Neuropsychiatric Symptoms and Cerebral Amyloid Deposition in Cognitively Impaired Elderly People. *J Alzheimers Dis* 49: 387-398
- de Oliveira AM, Radanovic M, de Mello PC, Buchain PC, Vizotto AD, Celestino DL, Stella F, Piersol CV, Forlenza OV (2015) Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *Biomed Res Int* 2015: 218980
- Finkel SI, Burns A (1999) BPSD Consensus Statement. International Psychogeriatric Association, Milwaukee
- Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N (1996) 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
- 藤生大我, 内藤典子, 滝口優子, 伊東美緒, 山上徹也, 山口晴保 (2019) BPSD 予防をめざした「BPSD 気づき質問票 57 項目版 (BPSD-NQ57)」の開発. *認知症ケア研究誌* 3: 24-37

- 藤生大我, 内藤典子, 滝口優子, 中村考一, 山口晴保 (2020) 介護施設における介護保険主治医意見書に基づいた「認知症困りごと質問票 (BPSD+Q)」の有用性~NPI-Q・NPI-NH との比較. 老年精神医学雑誌 31 : 389-402
- 藤生大我, 山上徹也, 山口晴保 (2018) 認知症家族介護者がポジティブ日記をつけることの効果. 日本認知症ケア学会誌 16 : 779-790
- Hama S, Yamashita H, Shigenobu M, Watanabe A, Kurisu K, Yamawaki S, Kitaoka (2007) Post-stroke affective or apathetic depression and lesion location : Left frontal lobe and bilateral basal ganglia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257 : 149-152
- 長谷川典子, 石川智久, 橋本 衛, 池田 学 (2012) 前頭側頭葉変性症と高次脳機能障害. *Cognition and Dementia* 11 : 34-41
- 博野信次, 森 悦朗, 池尻義隆, 今村 徹, 下村辰雄, 橋本 衛, 山下 光, 池田 学 (1997) 日本語版 Neuro-psychiatric Inventory —痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. *脳と神経* 49 : 266-271
- 池田研二 (2010) 神経病理学の立場からみた BPSD のメカニズム. *Cognition and Dementia* 9 : 107-112
- 池田研二 (2014) BPSD の神経病理. *Dementia Japan* 28 : 18-27
- 池田研二, 天野直二 (2012) タウオパチーの臨床と病理. *信州医学雑誌* 60 : 410-418
- Jaidi Y, Nonnonhou V, Kanagaratnam L, Bertholon LA, Badr S, Noël V, Novella JL, Mahmoudi R (2018) Reduction of the anticholinergic burden makes it possible to decrease behavioral and psychological symptoms of dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 26 : 280-288
- 加藤伸司 (2016) 認知症の行動・心理症状 (BPSD). 認知症介護実践者研修標準テキスト (認知症介護研究・研修センター監修), pp 106-119, ワールドプランニング, 東京
- Kim SK, Park M (2017) Effectiveness of person-centered care on people with dementia : a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging* 12 : 381-397
- 国際老年精神医学会 (2013) 認知症の行動と心理症状 BPSD (2 版) (日本老年精神医学会監訳), アルタ出版, 東京
- McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor JP, Weintraub D, Aarsland D, Galvin J, Attems J, Ballard CG, Bayston A, Beach TG, Blanc F, Bohnen N, Bonanni L, Bras J, Brundin P, Burn D, Chen-Plotkin A, Duda JE, El-Agnaf O, Feldman H, Ferman TJ, Ffytche D, Fujishiro H, Galasko D, Goldman JG, Gomperts SN, Graff-Radford NR, Honig LS, Iranzo A, Kantarci K, Kaufer D, Kukull W, Lee VMY, Leverenz JB, Lewis S, Lippa C, Lunde A, Masellis M, Masliah E, McLean P, Mollenhauer B, Montine TJ, Moreno E, Mori E, Murray M, O'Brien JT, Orimo S, Postuma RB, Ramaswamy S, Ross OA, Salmon DP, Singleton A, Taylor A, Thomas A, Tiraboschi P, Toledo JB, Trojanowski JQ, Tsuang D, Walker Z, Yamada M, Kosaka K (2017) Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 89 : 88-100
- 目黒謙一, 山鳥 重, 高内 茂, 宇野生威 (2000) 症状. 臨床精神医学講座 S9 巻アルツハイマー病 (松下正明総編集), pp 79-136, 中山書店, 東京
- 長濱康弘 (2010) レビー小体型認知症の BPSD. 老年精神医学雑誌 21 : 858-866
- 内藤典子, 藤生大我, 滝口優子, 伊東美緒, 山上徹也, 山口晴保 (2018) BPSD の新規評価尺度 : 認知症困りごと質問票 BPSD+Q の開発と信頼性・妥当性の検討. 認知症ケア研究誌 2 : 133-145
- 中村考一, 滝口優子, 山口晴保 (2018) 認知症介護指導者の BPSD に対する解釈の検討. 認知症ケア研究誌 2 : 116-125
- 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班 (2016) かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン (第 2 版). 厚生労働省ウェブページ, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf> (2021.1.15 確認)
- 認知症施策推進関係閣僚会議 (2019) 認知症施策推進大綱. 首相官邸ホームページ, https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/pdf/shisaku_taikou.pdf, 2019.6.18 (2021.1.15 確認)
- 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会 (2017) 認知症疾患診療ガイドライン 2017, pp 23-24, 医学書院, 東京
- 長田久雄, 佐藤美和子 (2011) 認知症の行動・心理症状の考え方. BPSD の理解と対応—認知症ケア基本テキスト (日本認知症ケア学会編), pp 3-11, ワールドプランニング, 東京
- 小澤 勲 (1998) 痴呆老人から見た世界—老年期痴呆の精神病理, pp 1-6, 岩崎学術出版社, 東京
- Public Health England : Major causes of death and how they have changed. In Health profile for England 2017, <https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england> (Checked on January 15, 2021)
- 阪井一雄, 前田 潔 (2008) 中核症状. 認知症テキストブック (日本認知症学会編), pp 64-70, 中外医学社, 東京

佐藤美和子（2011）介護実践における認知症の行動・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年度博士学位論文要旨, p 1-19

Stokes G (1996) Challenging behaviour in dementia: a psychological approach. In: Handbook of the Clinical Psychology of Ageing (Woods RT ed), pp 601-628, Wiley, New Jersey

Suzuki H, Inoue Y, Mikami K, Gen K (2014) The influence and changes in the dosages of concomitantly used psychotropic drugs associated with the discontinuation of donepezil in severe Alzheimer's disease with behavioral and psychological symptoms on dementia: a preliminary open-label trial. Ther Adv Psychopharmacol 4: 37-42

田平隆行, 堀田 牧, 小川敬之, 村田美希, 吉浦和宏, 丸

田道雄, 池田由里子, 石川智久, 池田 学 (2019) 地域在住認知症患者に対する生活行為工程分析表 (PADA-D) の開発. 老年精神医学雑誌 30: 923-931

山口晴保 (2016) 紙とペンでできる認知症診療術—笑顔の生活を支えよう, pp 198-249, 協同医書出版, 東京

山口晴保 (2019) 認知症ポジティブ: 脳科学でひもとく笑顔の暮らしとケアのコツ, pp 109-218, 協同医書出版, 東京

山口晴保, 牧 陽子 (2010) 塩酸ドネペジルの副作用と少量維持投与の必要性: 易怒性や暴言・暴力などの効き過ぎ症状と循環器系副作用の低減. 老年精神医学雑誌 21 (SuppleII): 127

Change from “classification” to “perspective” for symptoms of dementia : Focused on BPSD

Haruyasu Yamaguchi, Taiga Fujii

Tokyo Center for Dementia Care Research and Practices

In Japan, the term “behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)” is somewhat differently used from its original definition, which was defined by the International Psychogeriatric Association (IPA). The author stressed 3 points as follows :

1) BPSD is a medical term, and is different from “peripheral symptoms” used in Japan. Therefore, it is not appropriate to replace “peripheral symptoms” into BPSD. The IPA proposed the term BPSD, because it is treatable, and should be treated appropriately.

2) Some of BPSD are not a secondary event, but they directly caused by brain lesion.

3) Instead of dividing symptoms of dementia into cognitive (core) symptoms and BPSD, they should be evaluated from the perspectives of cognitive function and psychology/behavior as well as neurological function, daily life and environmental factors. There is an overlap between cognitive symptoms and BPSD. Multi-perspective evaluation of the whole symptoms appeared in a person with dementia (PWD) is critically important, and this may result in good practice in medical care.

Address correspondence to Dr. Haruyasu Yamaguchi, MD, PhD, Tokyo Center for dementia care Research and Practices (1-12-1 Takaidonishi, Sugunami-ku, Tokyo 168-0071, Japan)