DOI：10.18883/johcu.0201.08

報　告

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

谷川 良博[1]　丹羽 敦[1]　小川 敬之[2]

抄　録

認知症に伴う行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：以下，BPSD）は，本人の性格，考え方，人間関係，周囲の環境，そして，身体疾患，服用薬物，認知症原因疾患などが影響して現れる個別性の強い症状である。一方，認知症ケア場面では，その個別性に応えているだろうか。本研究では，国内の認知症治療やケアに関する研究では認知症者のどのような言動や現象をBPSDととらえているのかを調査するため，BPSDについて調査あるいは評価した文献からBPSDを抽出し，BPSD項目リストを作成した。次に，BPSDの研究はどの領域でなされているかを整理するため，国際生活機能分類（ICF）での分類を試みた。その結果，ICFの心身機能，主に精神機能が対象であることがわかった。これは，認知症の中核症状と深く関連しているためと考えられた。一方，現在の機能障害に基づいた研究から，実生活のなかで生じる彼らの困りをとらえ，その解決を図ることがBPSDの予防や減少に寄与すると考えられた。

Key words:　認知症，認知症に伴う行動・心理症状（BPSD），国際生活機能分類（ICF）

1．序　文

認知症に伴う行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：以下，BPSD）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」と定義されている[1)]。BPSDは，本人の性格，考え方，人間関係，周囲の環境，そして，身体疾患，服用薬物，認知症原因疾患などが影響する[2)]個別性の高い症状といえる。1994年に国際老年精神医学会（International Psychogeriatric Association；IPA）は，BPSDの特徴的症状を心理症状と行動症状に分け，グループⅠ（厄介で対応が難しい症状），グループⅡ（やや処置に悩まされる症状），グループⅢ（比較的処置しやすい症状）の3群に分類を示している[3)]（Fig. 1）。

朝田ら[4)]による研究では，2012年時点で65歳以上の28％が高齢者認知症あるいは軽度認知障害であり，高齢人口の増加とともに増加し続けると予測されている。さらに，厚生労働省によると，1）早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し，BPSDが生じて医療機関を受診している，2）ケア現場での継続的なアセスメントが不十分であり，適切な認知

受稿：2015年7月1日　受理：2015年12月24日
[1] 広島都市学園大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻
〒731-3166　広島市安佐南区大塚東3-2-1
[2] 九州保健福祉大学保健科学部作業療法学科
〒882-0072　宮崎県延岡市吉野町1714-1

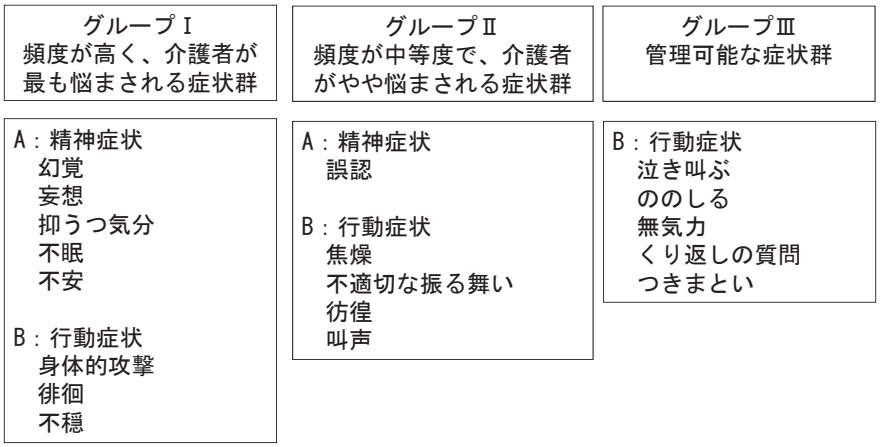

Fig. 1　BPSDの特徴的症状（文献３より改変）

症ケアが提供できていない等が課題となっており，高齢人口の増加を含めて，BPSD の早期発見やケア方法の確立が急がれていると報告されている[5)]。地域在住の認知症高齢者に対する訪問系モデル事業では，BPSD を伴う困難事例が多くを占めていた[6-7)]。これらから，認知症の適切な治療やケアには，その初期段階から BPSD について詳細に評価やアセスメントができることが必要である。しかし，認知症の支援者の BPSD に対する正確な理解についてはまだ課題があると思われる。BPSD の背景には，先に述べたように，個別性があり，環境等に影響されやすい。そのため，BPSD が客観的に整理されることなく，その対応や治療がなされていた場合，支援は誤った方向に進みかねない。

そこで，本研究では国内の先行研究において BPSD に関してどのようにとらえているかを調べ，国際生活機能分類（international classification of functioning, disability and health：ICF）を用いて課題について整理をした。ICF は，1980 年に世界保健機関において国際疾患分類の補助として発表され，心身機能・身体構造と，活動と参加とに分類して，ある健康状態にある人に関連するさまざまに異なる領域を系統的に分類するものである。ICF では心身機能・身体構造上の問題は「機能障害」，個人の活動の困難は「活動制限」，個人が生活や人生場面に関わる際の困難は「参加制約」と表現し，心身機能・構造，活動，参加の全てを含む包括用語として「生活機能（functioning）」を提唱している[8)]。

認知症の人の BPSD における生活機能の支援とは，彼らの生活上での課題を包括的に，相互関連性をとらえて支えることであり，より個別性が強いものと考えられる。これらを整理することによって，認知症ケアの新たな視点を提示できると考え本研究を行った。

２．研究目的

国内の BPSD の治療やケアに関する文献研究を行い，生活機能の支援に関する新たな視点と課題を考察する。

３．方　　法

研究は方法Ⅰと方法Ⅱについて段階的に行った。

3.1　方法Ⅰ　BPSD リストの作成

認知症者のどのような言動や現象を BPSD ととらえているのかを調査するため，BPSD について調査あるいは評価した文献から BPSD を抽出し，BPSD リストを作成した。

3.1.1　文献検索

国内での BPSD に関する研究論文から，BPSD を抽出する目的で文献検索を行った。検索方法は電子データベースによる検索とし，医学中央雑誌 Web ver.5（以下，医中誌）を利用した。検索期間は 2004 年から 2014 年の 11 年間と設定した。検索のキーワードは，「調査」と「評価」とした。BPSD を示す統制語は「行動心理学的徴候」と「行動症状」とした。認知症の統制語は「認知症」とした。従って，2004 年 12 月以前の名称である痴呆は含まれて

いる。手順は以下に示す。「調査」をキーワードに，1）「（調査＋行動心理学的徴候＋認知症）」OR「（調査＋行動症状＋認知症）」を検索した。つぎに，「評価」をキーワードに，2）「（評価＋行動心理学的徴候＋認知症）」OR「（評価＋行動症状＋認知症）」を検索した。「1）の結果（BPSDに関する調査）」OR「2）の結果（BPSDに関する評価）」で検索をした。BPSDは文化背景に左右される[9]こと，日本におけるBPSD観点の研究を目的とすることから検索対象の範囲は和文の原著論文とした。

3.1.2　対象文献の絞り込み

上記の検索を2014年12月1日18時と2014年12月5日20時に実施した。検索によって得られた文献のうち，紀要，地方学会誌，年報，会議録および事例報告を除外した。その後，BPSDを抽出することを目的に，1）BPSDとして調査項目，および調査結果を得た論文　2）BPSDを評価し，評価項目および結果を得た論文を選択した。条件に当てはまる文献は112件であった。

3.1.3　BPSD症状リストの作成

文献からBPSDをその表現のとおりに抽出した結果，総件数485件が得られた。485件のなかには，漢字熟語による表現，同じ症状だが表現の異なるものなどが混在していた。そのため，次に示す集約を実施してBPSD項目リストを作成した。1．漢字熟語の同症状を集約した。2．抽出した症状のまま記載したものは，1）文章による表現で要約できないもの　2）妄想内容の「不義」「侵入」「被害」「物盗られ」「被毒」「嫉妬」などの妄想　3）同じようにみえる症状「性的逸脱」と「異常な性行動」，「攻撃的行動」と「攻撃的言動」であった（Table 1）。

3.2　方法Ⅱ　ICF分類に基づいたBPSDの整理

方法ⅡではBPSDの研究はどの領域でなされているかを整理するため，ICFでの分類を試みた。

3.2.1　整理手順

文献より抽出した136項目をICFの定義に従い，以下のとおりに整理した。

1）BPSDリストについて

BPSDの原因や背景は勘案せず，表記のままを理解する。

2）BPSDに対応したICF項目の選択について

ICFの詳細分類（以下，詳細分類）の定義に基づき，BPSDを当てはめる方式で整理をした。

3）複数該当について

BPSDの中には，心身機能と活動・参加に複数該当するものがあった。その場合は，複数の領域にそれぞれを選択した。

4．結　　果

4.1　文献検索によるBPSD項目リスト

BPSDを集約した結果，136件となった（Table 1）。認知症の中核症状がBPSDとして挙げられた内容は，記憶障害から起こる「もの忘れ」，時間・場所の見当識障害から起こる「今と昔を混同」，「迷子」，失認では「人物失認」が含まれた。一方，身体機能面の排泄機能の低下では「失禁」が含まれた。

4.2　ICFに基づいた整理の結果

BPSDが該当した第2レベル分類と詳細分類をFig. 2に示した。分類の表記はICFの方式に従い，心身機能（body functions）をb，活動・参加（activities and participation）をdとし，数字を組み合わせて表記した。

心身機能では主に精神機能が対象とされており，身体構造に関するものはなかった。精神機能の詳細分類18項目のなかで16項目が該当した。該当した精神機能の詳細分類とBPSD数をTable 2に示した。16項目でBPSDが最も多く該当したのは，『b1304 衝動の抑制』に21件で，主なものは「放尿」「性的行為」「脱抑制」「待てない」などが該当した。この『衝動の抑制』は，突如何かをしたいという強い衝動を抑制し，それに抵抗する精神機能[8]である。次いで，『b1470 精神運動統制』に20件で，「不穏」，「興奮」，「暴言」，「焦燥」，「自発性低下」などが該当した。『精神運動統制』は精神運動抑制（動作や会話が遅くなる）や精神運動興奮状態（不穏，落ち着きがなくなる）を起こすような精神運動統制の混乱において障害される機能である[8]。

活動では，日常生活活動（activities of daily living：以下ADL）の排泄と食事を中心とする限られたADLが対象であった。セルフケアの『d5300 排尿の

Table 1　BPSD項目リスト

	症状名		症状名		症状名		症状名
1	徘徊	35	同じこと（行為）を繰り返す	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	被毒妄想
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	目を離すと外にいく	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	近所に迷惑かける	121	無気力
20	依存	54	拒絶	88	攻撃的言動	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とれない	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

心身機能

精神機能
- b110意識機能
- b114見当識機能
- b117知的機能
- b122全般的な心理社会的機能
- b126気質と人格の機能
- b130活力と欲動の機能
- b134睡眠機能
- b140注意機能
- b144記憶機能
- b147精神運動機能
- b152情動機能
- b156知覚機能
- b160思考機能
- b164高次認知機能
- b167言葉に関する精神機能
- b180自己と時間の経験の機能

神経筋骨格系と運動に関連する機能
- b765不随意運動の機能
- b770歩行パターン機能

音声と発語の機能
- b340代替性音声機能

消化器系・尿路機能
- b525排便機能
- b535消化器系に関連した感覚
- b620排尿機能
- b630排泄機能に関連した感覚

活　動

学習と知識の応用
- d177意思決定

移動
- d460さまざまな場所での移動

セルフケア
- d530排泄
- d550食べること

参　加

コミュニケーション
- d310話し言葉の理解
- d330話すこと
- d350会話

対人関係
- d710基本的な対人関係
- d720複雑な対人関係
- d750非公式な社会関係

Fig.2　BPSDに詳細分類が該当した項目

管理』に「失禁」,『d5301 排便の管理』に「不潔行為」,「ろう便」が該当した。『d550 食べること』では,「異食」,「盗食」,「食行動異常」などが該当した。

参加では，コミュニケーションの理解面と他者とのトラブルが対象であった。『d310 話し言葉の理解』に「言うことを理解しない」,『d330 話すこと』に「作話」,『d350 会話』に「コミュニケーションが取れない」が該当した。対人関係では，『d710 基本的な対人関係』に「非難」「ののしる」,『d720 複雑な人間関係』に「攻撃的言動」,『d750 非公式な人間関係』に「近所に迷惑をかける」などが該当した。

該当しなかった領域は,心身機能では感覚と痛み,心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能，皮膚および関連する構造の機能であった。活動では「一般的な課題と要求」であった。参加では,「家庭生活」,主要な生活領域，コミュニティライフ・社会生活・市民生活であった。

5．考　　察

5.1　BPSD 項目リストに関する考察

1）BPSD と中核症状との関連

本間[10]は，BPSD 症状は認知症の中核症状と関連しており，中核症状の一部が行動化されたものが含まれていると述べている。これは中核症状が BPSD の要因となることを示している。BPSD リストに中核症状の表記そのものとして挙がった項目は,「もの忘れ」と「人物失認」であった。「もの忘れ」は記憶障害であり,「人物失認」は相手の顔をみても誰かわからない状態で認知力の低下である。一方,似た表現として「人物誤認」が挙がった。これは「誰かと勘違いする」行為であり，これらの違いについて，繁田[11]は顔が認識できないという能力低下は中核症状で，顔を誤って認識する症状は BPSD であると述べ，能力低下を中核症状としている。以上のことから，支援者が中核症状による機能・能力低下と BPSD とを区別できることによって，適切なケアにつながると考えられた。

2）BPSD の整理に関する課題について

BPSD リストのままでは羅列であり，諸項目をどのような視点で整理するかによって BPSD に対する見かたが異なる。佐藤ら[12]は，文献から抽出した BPSD の 131 項目を KJ 法によって，神経生理学的，身体的，個人的，対人的，環境的な影響要因として８領域（中核症状と関連が深い症状・行動，活動性の低下，関係性の偏り，攻撃性，精神症状，感情コントロールの障害，行動コントロールの障害，重度化に伴う症状・行動）に分類した。

IPA では，BPSD の特徴的症状を心理症状と行動症状に分け,グループⅠを厄介で対応が難しい症状,

Table 2　精神機能・詳細分類とBPSD該当数

詳細分類		BPSD 数
b110 意識機能	b1100 意識状態	1
	b1101 意識の連続性	4
	b1102 意識の質	2
b114 見当識機能	b1140 時間に関する見当識	2
	b1141 場所に関する見当識	1
	b1142 人に関する見当識	1
b117 知的機能		1
b122 全般的な心理社会的機能		5
b126 気質と人格の機能	b1260 外向性	1
	b1263 精神的安定性	3
	b1265 楽観的主義	1
	b1266 確信	1
b130 活力と欲動の機能	b1302 食欲	5
	b1304 衝動の抑制	21
b134 睡眠機能	b1340 睡眠の量	1
	b1341 入眠	1
	b1342 睡眠の維持	1
	b1343 睡眠の質	1
	b1344 睡眠周期に関連する機能	2
b140 注意機能	b1400 注意の維持	1
b144 記憶機能	b1442 記憶の再生	1
b147 精神運動機能	b1470 精神運動統制	20
b152 情動機能	b1520 情動の適切性	3
	b1521 情動の抑制	5
	b1522 情動の範囲	9
b156 知覚機能	b1560 聴知覚	1
	b1561 視知覚	1
	b1565 視空間知覚	1
b160 思考機能	b1601 思考の形式	1
	b1602 思考の内容	12
b164 高次認知機能	b1641 組織化と計画	1
	b1644 洞察	1
b167 言語に関する精神機能	b1670 言語受容	1
	b1671 言語表出	2
b180 自己と時間の経験の機能	b1800 自己の経験	1
b340 代替性音声機能	b3401 多様な音を発すること	2
b525 排便機能	b5253 排便の抑制	1
b535 消化器系に関連した感覚	b5351 膨満感	1
b620 排尿機能	b6202 排尿の抑制	2
b765 不随意運動の機能	b7653 常同性と運動保続性	1
b770 歩行パターン		1

グループⅡをやや処置に悩まされる症状，グループⅢを比較的処置しやすい症状の３群に分類している。IPA の分類は，「対応」と「処置」に象徴されるようにケアする側からみた分類と考えられる。本研究の BPSD リストには，「本人は困っていないが，ケアする側が困る行為（と考えられる）」が含まれていた。例えば，「同じ話を繰り返す」は，本人は昔楽しかった事柄を話している状況で，それを聞く側は何度も同じ話を聞かされるために苦痛を感じる。その行動は第三者によって BPSD と表現される。BPSD の定義は「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」であり，介護者が感じる迷惑や負担は含まれない。現状の BPSD に関する表現の多くは，その用語から「この行為・言動をされるとケアする側が大変だろう」と推測させる要素が含まれていると考えられた。三好[13] は BPSD の理解について，「BPSD の概念は広い範囲で多様なものを含んでいる」と述べており，多様に含まれた要因をどのように解き明かしていくかが今後の課題と考えられる。その解決のひとつとして考えられるのが，認知症者を主体とした整理ではないかと推察された。

しかし，コミュニケーションに制約を伴う認知症者であることを考えると，その整理は困難であろう。一方，ICF は個人を中心とした生活機能を分類したものである。そこで，BPSD がみられる認知症者においても，ICF でその生活領域を整理することが可能ではないかと推測し，整理を試みた（方法Ⅱ）。

5.2　ICF をもとにした領域に関する考察

ICF の構成要素をもとに整理した結果，以下の３点を特徴として示す。１）心身機能の領域，特に精神機能が主な対象である　２）活動では，ADL の排泄と食事を中心とする限られた動作が対象である　３）参加では，コミュニケーションの理解面と他者とのトラブルが対象である。この３点について考察をする。

現在の BPSD に関する研究領域は，心身機能面の精神機能面に偏りがみられた。精神機能の詳細分類は中核症状と密接な関係がある。精神機能面への偏りについては，BPSD 症状は認知症の中核症状と関連し，中核症状の一部が行動化されたものが含まれている[10] ことから，この領域を重点的にみていると考えられた。活動･参加では，食事と排泄，コミュニケーションの理解，対人トラブルは，ケアする側がその対応や介護する上で苦慮する項目であることから，研究領域として多くの報告がされている。

一方，非該当領域の「家庭生活」に注目した。家庭生活は，買い物や家事，調理，他者への援助，掃除などの手段的日常生活動作（instrumental activity of daily living：以下，IADL）を主としたものである。ICF では，参加制約は個人が生活や人生場面に関わる際の困難[8] であり，生活の主体は認知症者，つまり個人である。BPSD を伴う認知症者は生活や人生場面に関わっていないのだろうか。

諸外国では認知症の初期段階や軽度認知障害（mild cognitive impairment：MCI）を有する地域在住高齢者で，無気力，興奮，不安，いらいら，抑うつ，妄想などの精神症状を高い確率で伴うとの報告[14-15] がある。橋本[16] によると，レビー小体型認知症やアルツハイマー型認知症などの疾患別によって認知症の初期段階から特有な BPSD を起こすと報告している。日本では在宅生活を送る認知症高齢者本人に焦点を当て，日常生活での困りやその行動面に着目した研究は少ない[17]。そのため，認知症の進行とともに IADL が低下することは知られているが，それらが生活上の困難や BPSD にどのように影響しているか，つまり認知症者の生活に関する障害を研究した報告は少ない。

BPSD の研究は認知症の重度化傾向の者を対象にしているため，家庭生活を営むことが困難な状況であると推察できる。生活に関係する領域として，朝田[4] は，認知症者の生活上の困難について『生活障害』を示し，それを「認知症の人にみられ，それゆえに個人的・家庭的活動と社会参加を困難にする日常生活上の障害」と定義した。河野[18] は，認知症者が実生活でどのような生活上の困難を抱え，どのような援助によって改善，悪化したのかを客観的に示すことが課題であると述べている。これらは ICF の参加制約の定義と共通するものであり，認知症者の家庭生活，彼らを生活者としてとらえる視点が重要であることを意味している。近年では，客観性の

重要性と同時に，認知症者の「取り繕い」行動に焦点を当て心理過程を考察しBPSDを肯定的にとらえる研究[19]も報告されている。

このように，現在の機能障害を中心とした研究から，日々の暮らしのなかで生じる彼らの生活障害をとらえ，その解決にターゲットをあてることがBPSDの予防や減少に示唆を与えると考えられた。

6．結　論

国内でのBPSDに関する研究領域を整理し，ケアの糸口を探ることを目的にICFを用いて整理を行った。その結果，現在のBPSDに関する研究領域については，心身機能面の機能評価を重点的にみていることがわかった。今後の課題としては認知症者の重症度（軽度～重度）のそれぞれの段階に応じた生活障害に関する視点，つまり，認知症者のADLとIADLについて偏りなく調査，研究することであると考えられた。評価を偏りなく実施するには困難が予測されるが，今回用いたICFの視点は全体像の俯瞰と個別性の両面に活用できることも本研究において明らかになった。

引用文献

1）国際老年精神医学会（著）．日本老年精神医学会（監訳）認知症の行動と心理症状BPSD．第2版．東京：アルタ出版；2013．p.13-29.

2）粟田主一．BPSD概念の提唱と臨床への寄与．老年精神医学雑誌 2010；21（8）：843-849.

3）国際老年精神医学会（著）．日本老年精神医学会（監訳）．痴呆の行動と心理症状：BPSD．東京：アルタ出版；2005．p28-29.

4）研究代表者 朝田隆．平成24年度厚生労働科学研究費補助金　都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応．（オンライン），入手先＜http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Rep-ort_Part1.pdf＞，（参照 2014-11-30）.

5）厚生労働省．認知症対策等総合支援事業の実施について．（オンライン），入手先＜http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520-000035rgf_1_1.pdf＞，（参照 2014-11-30）.

6）久次米健市．認知症初期集中支援チーム．日本臨床内科医会会誌 2014；28（5）：655.

7）独立行政法人 国立長寿医療研究センター．認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業報告書，（オンライン），入手先＜http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/roken/rojinhokoku1_24.pdf＞（参照 2014-12-01）.

8）世界保健機関．国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－．東京．中央法規；2002．p.3-28，p.58-68，p.150-160.

9）佐藤美和子，長田久雄．認知症の行動・心理症状（BPSD）リストの作成の試み－介護福祉従事者のBPSDの理解と対応の実態を通して－．高齢者のケアと行動科学　2007；13（1）：41-51.

10）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　1998；9（9）：1019-1024.

11）繁田雅弘．認知症の行動・心理症状（BPSD）を理解するために．認知症ケア事例ジャーナル　2011；3（4）：371-375.

12）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　2006；12（1）：19-24.

13）三好功峰. BPSDとは. 臨床精神医学　2000；29（10）：1209-1215.

14）Geda YE, Roberts RO, Knopman DS, Petersen RC, Christianson TJ, Pankratz VS, Smith GE, Boeve BF, Lunik RJ, Tangalos E, Rocca WA. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and normal cognitive aging：population-based study. Arch Gen Psychiatry 2008；65（10）：1193-1198.

15）Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, Mckeith I, Brayne C：Prevalence, correlates and course of behavioral and psychological symptoms of dementia in the population. The British journal of Psychiatry 2009；194（3）：212-219.

16）橋本衛．アルツハイマー病のBPSD－DLBとの比較－．老年精神医学雑誌　2013；24（増刊Ⅰ）：79-86.

17）岡本豊子, 中村美優．認知症高齢者の対処行動－「取り繕い」行動に焦点を当てて－．日本認知症ケア学会　2011；10（3）：306-314.

18）河野禎之，永田慎吾，安田朝子，木之下徹，神戸泰紀，川瀬康裕他．レビー小体型認知症の人の生活のしづらさに関する調査票（the Subjective Difficulty Inventory in the daily Living of people with DLB; SDI-DLB）の開発と信頼性，妥当性および有用性の検討．老年精神医学雑誌　2014；25（10）：1139-1152.

19）岡本豊子，中村美優．認知症高齢者の「取り繕い」「場合わせ反応」に関する文献検討．日本認知症ケア学会誌　2012；10（4）：484-489.

DOI：10.18883/johcu.0201.08

Review of studies on BPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia）in Japan and related problems

Yoshihiro TANIKAWA[1] Atsushi NIWA[1] Noriyuki OGAWA[2]

Abstract

Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) are symptoms specific to each individual that are influenced by their personality, way of thinking, relationships, surrounding environment, physical disorders, drug prescription, and underlying causes of dementia. Do health care professionals address the issue of individuality in dementia care settings? The present survey aimed to examine what behaviors and remarks of dementia patients were regarded as BPSD by previous studies on dementia treatment and care in Japan. Descriptions of BPSD were extracted from papers involving surveys and reviews on BPSD to create a list of BPSD-related items. Following this, the international classification of functioning (ICF) of the extracted descriptions was implemented to identify fields in which research on BPSD is conducted. The results of the classification suggest that previous studies focused on psychological and physical functions, psychological in particular, as categorized by the ICF, presumably because core symptoms of dementia are closely associated with the psychological function. The results also contribute that BPSD will be prevented or reduced by conducting studies of current functional impairment in dementia patients to identify and address their problems in daily life.

Key words: dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia（BPSD）, international classification of functioning, disability and health（ICF）

[1] Hiroshima Cosmoplitan University, Faculty of Health Sciences, Department of Rehabilitation
3-2-1 Otsukahigashi, Asaminami-ku, Hiroshima 731-3166, Japan
[2] Kyushu University of Health and Welfare
1714-1 Yoshino-cho, Nobeoka-shi, Miyazaki 882-0072, Japan