この1冊で解決！

認知症のBPSD対応実践ガイドブック

薬物療法・非薬物療法のポイント

編集 新井哲明
筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

中外医学社

序

認知症に伴う行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD）は，認知症診療において最も対応に難渋する課題の一つである．妄想，幻覚，易刺激性，焦燥性興奮，不安，抑うつ，アパシー，睡眠障害，徘徊など，その現れ方は多彩であり，本人の苦痛や生活の質を低下させるだけでなく，家族や介護者の負担を増大させ，ときには自宅や施設での生活を困難にする大きな要因となる．

かつて認知症の人にみられるさまざまな行動は「問題行動」などと呼ばれ，周囲にとって困った行動や制御すべき行動などとみなされることがあった．しかし現在では，BPSD は脳の器質的変化だけでなく，身体状況，本人の性格，生活史，価値観，生活環境，家族や介護者との関係など，多くの要因が相互に作用して生じるものと理解されている．したがって，目の前の症状をただ抑えようとするのではなく，「なぜこの人に，今，この症状が現れているのか」を考えることが BPSD 対応の出発点となる．

「かかりつけ医・認知症サポート医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン（第 3 版）」では，この考え方に立ち，非薬物的介入を最優先することを明確にしている．まず症状の誘因や環境要因を探り，家族や介護スタッフとともにその改善を図る．主な確認事項として，身体的要因，精神疾患の既往，服薬状況，レビー小体型認知症の徴候などを挙げた．そして，これらの非薬物的対応を行っても症状が改善しない場合にのみ，向精神薬の使用を検討するという手順を示している．

しかし，ガイドラインを読んだだけで，すべての BPSD に迷わず対応できるとは限らない．実際の診療では，「これは BPSD なのか，せん妄なのか」「環境調整としてまず何をすればよいのか」「いつ薬物療法に進むのか」「何を治療標的とするのか」「何をもって有効と判断するのか」「症状が改善した後にどうするのか」など，ガイドラインだけでは答えを一つに決められない多くの問いに直面する．

本書を企画した最大の理由は，まさにここにある．本書はガイドラインの内容をもう一度詳しく解説するための本ではない．ガイドラインという「地図」を，実際の診療やケアの現場でどのように使うかを示すための本である．ガイドラインを基本に置きながら，それだけでは判断できない場面への対応を含めて，経験豊富な専門家の知見や実践上の工夫を取り入れ，ガイドラインと実臨床の間をつなぐことを編集の基本方針とした．

そのため本書では，まずBPSDの概念，分類，発生機序を整理し，症状の背景を構造的に理解する視点を示した．続いて，対応の原則，非薬物的介入，治療開始前の確認事項から，症候別の具体的対応，向精神薬の選び方と使い方，効果と副作用の評価へと進む．さらに，原因疾患によるBPSDの特徴，せん妄との見極め，多職種・地域連携，薬剤の減量・中止，そして今後のBPSD対応の展望までを取り上げた．単なる知識の羅列ではなく，ケーススタディや「現場ノート」なども取り入れ，初学者や非専門医にも「実際にどうするか」が伝わる構成を目指した．

この編集方針を実現するため，執筆は，ガイドライン作成に関わったメンバーに加え，認知症に関するさまざまな領域で診療・研究に携わってきたエキスパートの先生方にお願いした．各執筆者の経験に基づく実践的な知恵を盛り込みながら，一冊を通じてガイドラインの基本的な考え方を共有することを重視した．

また，BPSDへの対応は医師だけで完結するものではない．BPSDは家庭や介護施設など本人が生活する場で現れることが多く，家族，介護職，看護師，ケアマネジャー，ソーシャルワーカー，薬剤師などが得た情報を共有し，チームとして対応を考えることが不可欠である．そして，治療の中心にいるのは認知症の人本人である．向精神薬を使用する際には，その利益と不利益を本人・家族やケアチームで共有し，共同意思決定（shared decision making: SDM）を通じて方針を考える必要がある．こうしたBPSDへの対応を多職種で共有するという観点から，医師のみならず，認知症の人の医療・ケアに関わるさまざまな職種の方々にも本書を手に取っていただき，BPSDの理解や日々のケア，多職種での連携に活用していただきたい．読者が判断に迷ったときに本書を開き，「まず何を考え，何を確認し，誰と相談し，次に何をすればよいのか」を考える手がかりとなれば幸いである．

筑波大学医学医療系 臨床医学域 精神医学　新井哲明

CHAPTER 1

BPSD への対応の原則

POINT!!

- BPSD 対応では，評価・SDM・介入を繰り返すことが重要になる．
- 評価では緊急性の評価・BPSD様症状の除外・認知症病型の把握が基本となる．
- SDM は非薬物的介入に直接つながり，薬物療法を適正化する点でも意義がある．

はじめに

本書の第 2 部 CHAPTER 4 には BPSD の症候別のアプローチに関する各論が並ぶ．本章ではそれらの前提となる共通原則を示す．BPSD を目の前にしたとき，かかりつけ医や認知症サポート医が最初にもつべき視点は何か．専門医とどの時点で連携し，向精神薬導入の前後をどう考え，SDM（shared decision making: 共同意思決定）をどのように実装するか．2025 年改訂の「かかりつけ医・認知症サポート医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン（第 3 版）」[1]は，非薬物的介入を第一選択とし，薬物療法は必要最小限にとどめるという原則を改めて明示した．また「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2025」[2]は，多剤併用，薬物有害事象，減薬設計の観点から BPSD 対応を見直す必要性を示している．さらに認知症基本法[3]は，本人の意思，権利利益，社会参加を支えることを認知症施策の基本理念として掲げている．本章では，これらの視点を踏まえ，現場で迷わないための総論を示したい．

1 BPSD 対応の順序

▶ まず何をどの順序で考えるか

BPSD 対応は，「症状が強いから早く抑える」という発想だけではうまくいかない．重要なのは，評価し，対話し，介入し，その結果を見直すという過程を繰り返すことである．実臨床では，次の 7 段階を意識すると整理しやすい．

1．緊急性の評価
2．BPSD 様症状の除外

JCOPY 498-22984

3. 認知症病型と治療リスクの把握
4. SDM による目標と方針の共有
5. 非薬物的介入の実施
6. 必要時のみ薬物療法の実施
7. 介入結果のモニタリングと調整

この順序の意義は，誤治療を避けることにある．感染，脱水，疼痛，便秘，睡眠障害，感覚障害，薬剤性有害事象などによる BPSD様症状を見落としたまま向精神薬を追加すれば，症状の背景を覆い隠し，かえって転倒，過鎮静，せん妄，誤嚥性肺炎などの有害事象を招きうる．また，どの状態を目標にするのかを共有しないまま非薬物的介入や薬物療法に進めば，本人・家族・支援者の評価軸が容易にずれる．BPSD 対応の原則とは，まず「薬を選ぶ」ことではなく，「薬を急がないための整理」と「何を目指すかの共有」を行うことにある．

▶ 専門医との連携は「最後の手段」ではない

少なくとも，重度のうつ状態，他害リスクの高い妄想，自他を危険にさらす攻撃性があるなど，緊急性が高い場合には速やかな紹介や共同診療を考えるべきである．また，レビー小体型認知症が疑われるが診断が固まらない場合，向精神薬への反応性や副作用の予測が難しい場合，短期間で処方が多剤化しそうな場合も，早期に相談した方が安全である．

一方で，専門医との連携を重症化後の紹介先としてのみ捉えるべきではない．認知症疾患医療センターや専門医療機関への相談は，BPSD対応が破綻した後ではなく，判断の質を高めるために早い段階から用いるべき資源である．非専門医にとって重要なのは，「自分で完結すること」ではなく，「どこまでを自分が担い，どの時点で専門医と役割分担するか」を明確にすることである．BPSD 診療の原則とは，治療責任を 1 人で抱え込まない姿勢でもある．

実務上は，紹介の質も重要である．単に「興奮が強い」「妄想がある」と送るだけでは，専門医側も背景を把握しにくい．紹介前に，発症時期，誘因と考えられるもの，症状の時間帯，身体要因の評価結果，既存薬，家族の困りごと，すでに試した非薬物的介入や薬物療法，現在の緊急度を整理して伝えると，紹介の効果は大きく上がる．

▶ 原因評価と鑑別は処方前の最低条件である

鑑別診断の詳細は成書に譲る．本章で確認しておきたいのは，鑑別が「専門的な

JCOPY 498-22984

追加作業」ではなく，向精神薬導入前の最低条件だという点である．

BPSD様症状の背景には，せん妄，身体疾患，薬剤性，生活環境の変化，ケア方法との不一致がしばしば存在する．認知症病型によっては特に注意すべきことが変わってくることもある．したがって，処方前には少なくとも以下を確認する必要がある．

・急性発症や日内変動があり，せん妄を疑わないか
・身体的苦痛や全身状態悪化が見逃されていないか
・現在の薬剤が症状を誘発・増悪していないか
・心理社会的な要因が影響していないか
・レビー小体型認知症など，薬剤過敏性を考慮すべき病型ではないか

ここで重要なのは，すべてをその場で確定診断することではない．向精神薬を急いで始める前に，「いま判断が未確定である」という事実をチームで共有し，経過観察，追加検査，専門医相談を組み込み，その不確実性を本人・家族と共有しながら安全側に動く姿勢が求められる．

2 SDM と非薬物的介入

▶ そもそも SDM とは何か

SDM とは，患者と医療・ケア提供者が，利用可能な選択肢，期待される利益，不利益，現実的な見通しを共有し，本人の価値観や生活上の優先事項を踏まえて方針をともに決めていく共同意思決定の過程である[4]．単に説明して同意を得る手続きではない．何を目標とし，どこまでの不利益を許容し，どのような生活を守るかを一緒に考える営みである．

BPSD 診療における SDM では，認知症をもつ本人が十分にその意思を言語化できない可能性に留意する必要がある．意思が表出しにくいことと，意思が存在しないことは全く別である．BPSD は時に本人の不快，恐怖，退屈，役割喪失，環境との不一致の表現でもある．したがって BPSD 治療における SDM は，治療選択の前に「本人は何に困っているのか」「何を守りたいのか」を再構成する作業だと理解した方がよい．本人，家族，医療・介護スタッフがそれぞれの知見を持ち寄り，「その人にとって望ましい状態は何か」を定めていくことが目標になる．

また，SDM はエビデンスに反する「希望の尊重」ではない．むしろ，エビデン

JCOPY 498-22984

スが十分ではない BPSD 領域だからこそ，治療の不確実性と本人の価値観を同時に扱う必要がある．どの程度の鎮静なら受け入れられるか，転倒リスクの上昇をどう考えるか，介護負担の軽減と本人の自発性低下のどちらを重くみるかは，医学的事実だけでは決めきれない．ここに SDM の必要性がある．

▶ 認知症の人の意思決定支援

認知症の人への SDM を現場で扱いやすくするには，意思形成支援，意思表明支援，意思実現支援の 3 段階に分けて考えると整理しやすい[5]．

まず，本人が状況を理解し，自分なりの考えをもてるように支援する．短く具体的な説明，情報量の調整，落ち着いた時間帯や場所の選択が重要である．ここでは「理解できるか」という本人要因だけでなく，「理解しやすい形で提示できているか」という説明者要因が問われる．

次に，形成された意思を表出しやすくする．認知症では，表情，しぐさ，拒否，選好，安心した反応など，非言語的情報が極めて重要である．結論を急がせないこと，質問を抽象化しすぎないことがポイントである．

最後に，表明された意思を現実のケアや治療にどう反映するかを考える．本人の希望がそのまま 100%実現できない場合でも，「どうすれば部分的でも実現できるか」を多職種で検討する．この段階を欠くと，SDM は「話は聞いたが何も変わらない」ものになってしまう．

この 3 段階を意識すると，「本人に判断能力がないから SDM はできない」という誤解を避けやすい．認知症診療における SDM は，完全な自己決定を求めることではなく，意思を最大限に汲み取り，生活に反映する支援の連続である．

▶ BPSD 診療で SDM をどう実践するか

BPSD が出現したら，まず身体的要因や環境要因を検討する．そのうえで，本人・家族・ケアチームで「何を目標にするか」を共有し，本人にとって安心できる環境調整やケアの変更を優先する．この時点で重要なのは，「症状を抑える」ことだけでなく，「本人は何を嫌がっているのか」「何があれば過ごしやすいのか」をチームで共有することである．本人の生活史，嗜好，役割，日課を再確認することは，SDM の出発点になる．

ここでの原則としては，介入を開始する前に，少なくとも次の 5 点を共有しておきたい．

・標的症状は何か
・その症状の誘因として何を疑っているか
・どのような状態を目標とするか
・誰がどの介入を担当するか
・いつ再評価して次の段階へ進むか

つまり，介入は「とりあえずやってみる」ものではなく，「目標を共有したうえで計画的に実施する」ものである．この共有が不十分だと，効果判定が曖昧になり，次の手段へ進む根拠も不明確になる．

▶ SDMにおける医師の役割

BPSD診療のSDMにおいて，医師は利用可能な選択肢とその利益・不利益を整理し，本人と家族が判断できる形で見通しを示し，本人の価値観を治療方針に結びつける役割を担う．そのため，まず医師は専門用語を説明するだけでなく，医学的見通しを実生活に結びつけて翻訳しなければならない．例えば，「この薬で何がどの程度改善しうるのか」「どのような副作用が起こりうるのか」「どのくらいの期間で評価すべきか」を，本人や家族の言葉で理解できるように示す必要がある．BPSD領域では不確実性が大きい．だからこそ，断定的に語るのではなく，見込みと限界を率直に共有する姿勢が重要である．

また，認知症では本人の意思表明が十分でないことも多いため，医師には本人を議論から外さない役割がある．家族や支援者の意見が前面に出やすい場面でも，過去の言動，表情，拒否，安心のサイン，生活史などを手がかりに，本人が何を嫌がり，何を守りたいのかを汲み取らなければならない．一方で，介護者の負担も見過ごすわけにはいかない．両者のバランスを踏まえながら，本人・家族の生活を破綻させない落とし所を模索する舵取りが求められる．

そのためには，専門的な立場から患者・家族の生活をより詳しく把握している看護師，介護職，ケアマネジャー，薬剤師，リハビリテーション職などとの多職種連携が重要になる．こうした連携は，SDMを支える重要な基盤でもある．

そして医師の役割は，方針を決めた時点で終わらない．開始後の効果判定，副作用評価，減量・中止の検討まで含めて，再評価の枠組みを最初から設計することも医師の責任である．すなわち医師は，SDMの結論を一方的に与える人ではなく，意思決定の場を安全かつ現実的に支える調整役であり，その過程に医学的責任を負う存在である．

JCOPY 498-22984