
新しいガイドラインを踏まえた 適切なBPSD治療

Appropriate Management of BPSD based on new Guidelines

東京慈恵会医科大学 精神医学講座 教授

品川 俊一郎*

はじめに

認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) は、本人の苦痛、家族・介護者の負担、死亡率の上昇、入院・施設入所の誘因となり、認知症医療の中心的な課題であり続けてきた。BPSDは、かつて「問題行動」「行動障害」として介護者の視座から語られることが多かったが、国際老年精神医学会 (IPA) はBPSDを「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」と定義し、認知症に一般的に起こりえる介入可能な症候として位置付けた¹⁾。現在は、標準的治療と個別化を両立させるため、エビデンスに基づく介入と、共同意思決定 (shared decision making : SDM) を見据えた各種のガイドライン改訂が進んできた。

BPSD概念の確立と評価尺度

BPSDに関する臨床研究と治療開発の転機は、評価尺度の開発でBPSDが測定可能になったことである。特に、Behave-AD²⁾ やNPI (Neuropsychiatric Inventory)³⁾ は、妄想・幻覚、焦燥・興奮、抑うつ、睡眠などの症状を定量化し、治療効果を検証可能にした。結果として、「印象」でしか語れなかったBPSDが「評価により再現可能な症状」に変化し、薬物療法と非薬物療法の双方で介入研究によるエビデンス構築の機運が高まった。

抗精神病薬治療のエビデンスと安全性

1990年代以降の非定型抗精神病薬の登場により、焦燥性興奮や攻撃性、精神病症状を標的としたランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial : RCT) が蓄積した。しかし、2005年のメタアナリシスでは、非定型抗精神病薬がプラセボより死亡リスクを高める可能性が報告され⁴⁾、規制当局の警告と社会的な逆風につながった。一方で、警告後に抗精神病薬の使用は減少したものの、抗うつ薬、抗てんかん薬、オピオイドの使用が増えたという問題も報告され⁵⁾、特定の薬剤を規制するだけでは安全性とアウトカムの最適化には繋がらないことも示唆された。本邦でも、適応外使用の現実 (適応がないことを認識しつつ処方しており、その際の同意説明は不十分である) が指摘され⁶⁾、さらにアルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease : AD) の日本人を対象とした前向き研究では、継続使用群と非使用群で短期死亡率に差が乏しい一方、新規開始群で開始後の死亡率の上昇が報告された⁷⁾。

ガイドラインが求める原則

そのような流れの中で、BPSDに対する薬物療法のガイドラインが2010年代中盤から各国で作られるようになった。本邦を含む各国のガイドラインにおいて、抗精神病薬を含む薬物療法は、症状の重症度・危険性・本人に著しい苦痛がある場合に

* Shunichiro Shinagawa: Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine, Professor

限定し、まず非薬物療法を十分に検討する、という原則が共有されている⁸⁾。非薬物療法はエビデンスの集約が難しいが、実際に重要なのは、個別の介入方法そのものよりも、BPSDに至った背景や経過を十分なアセスメントの繰り返しで同定することである。特に、Person Centered Careで知られるKitwoodの枠組みを参照にして、身体疾患・疼痛・薬剤・睡眠状況、環境要因、関係性を系統的に点検したうえで、介入を検討することが望ましい⁹⁾。様々な要因で複合的に出現するBPSDに対して適切なアセスメントを行い、ガイドラインを用いて判断の根拠を説明できれば、①治療とケアの標準化・均てん化、②多職種連携の共通言語化、③処方 of 適正化が可能になる。それらを基盤に、本人・家族とのSDMを行い、尊厳とQOLを重視した個別化ケアへつなぐ流れが理想と考えられる(図1)。

筆者が関わった「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)」においては、非薬物療法を優先しつつ、薬物療法の適応を安全性と出口戦略まで含めて明確化する方向が強まっている。症候の整理も実臨床に即して見直され、第2版と比べると、「幻覚・妄想」と「易刺激性・焦燥性興奮」、「抑うつ」と「アパシー」を区別する一方、過食・異食・徘徊・介護抵抗などは薬物治療の妥当性が乏しいものとして扱いを再検討する枠組みを示した¹⁰⁾。また近年、本邦でADに伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する過活動または攻撃的言動を対象とする保険適用の薬剤が登場した。適応内での治療選択肢が広がった点は臨床的には有用であるが、副作用の観点から引き続き慎重な投与を心がける必要がある。

「BPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン第3版」のポイント

本邦では「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)」、「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」が相次いで2025年に改訂され、また「認知症疾患診療ガイドライン」も現在改訂中であり、2026年に発表予定である。

これからの課題

第一に、薬物療法と非薬物療法の最適な組み合わせである。大規模試験のプラセボ群でもNPIが改善することが示され^{11) 12)}、ケア介入や経過変動を前提に「どのタイミングで薬物を使用すべきか」は依然として大きな課題である。第二に、反応予測に基づく個別化医療である。抗精神病薬反応には身体合併症や認知・身体機能、初期重症度など

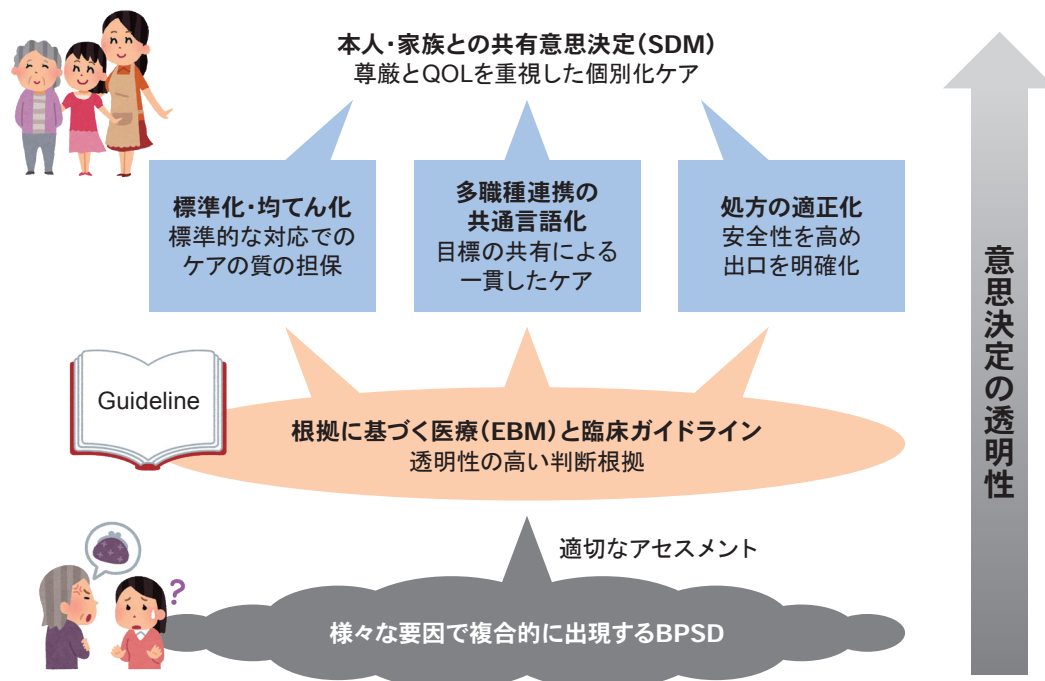


図1 BPSD対応におけるガイドラインの役割

が関与しうることが示され¹³⁾、開始前の層別化と開始後の早期判定が実装課題となる。第三に、症状を「切迫性（危険・苦痛）」と「薬物妥当性（有益性と再現性）」の2軸で整理し、繰り返し見直すという臨床姿勢である。これは、標準化・均てん化と個別化を両立させる枠組みとなりえる。(図2)

結語

BPSD治療は、適切なアセスメントから始まり、非薬物療法を基本としながら必要時に薬物療法を慎重に導入し、効果と副作用を反復的に評価し、減量・中止まで見据えることが求められる。共生可能な地域社会の実現のためにも、ガイドラインによってSDMと多職種連携が標準化されたBPSDの治療とケアが実現することを願う。

参考文献

1) Finkel SI, Burns A. BPSD Consensus Statement. International Psychogeriatric Association, Milwaukee; 1999.
 2) Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, et al. Behavioral symptoms in Alzheimer’s disease: phenomenology and treatment. Journal of Clinical Psychiatry. 48; 9-15, 1987.
 3) Cummings JL, Mega MS, Gray KK, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive

assessment of psychopathology in dementia. Neurology. 44 (12) ; 2308-2314, 1994.
 4) Schneider LS, Dagerab KS, Insel P, et al. Risk of Death With Atypical Antipsychotic Drug Treatment for Dementia-Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials-. JAMA., 294 (15) ; 1934-1943, 2005.
 5) Rubino A, Sanon M, Ganz M, et al. Association of the US Food and Drug Administration Antipsychotic Drug Boxed Warning With Medication Use and Health Outcomes in Elderly Patients With Dementia. JAMA Net Open; 3 (4) ; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7189225/>.2020.
 6) 本間 昭: 認知症の精神症状・行動障害 (BPSD) に対する抗精神病薬の使用実態に関するアンケート調査. 老年精神医学雑誌, 17 (7) ; 779-783, 2006
 7) Arai H, Nakamura Y, Taguchi M, et al. Mortality risk in current and new antipsychotic Alzheimer’s disease users: Large scale Japanese study. Alzheimer’s & Dementia, 12 (7) ; 823-830, 2016.
 8) American Psychiatric Association. Practice Guideline on the Use of Antipsychotics in Patients with Dementia. 2016.
 9) Kitwood T.M. Dementia Reconsidered: The Person

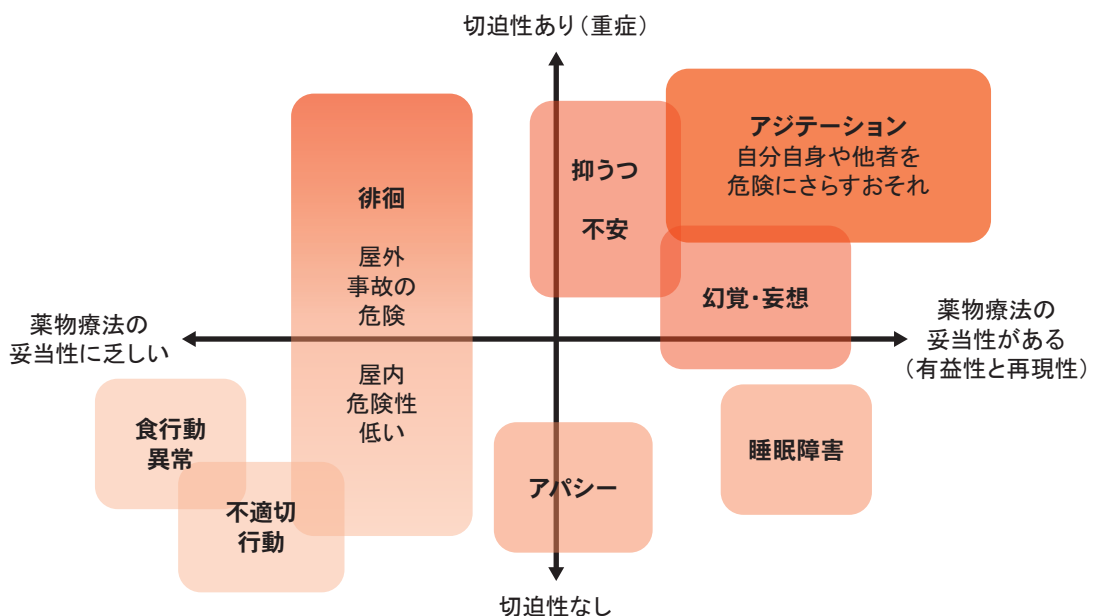


図2 薬物の妥当性と症状の切迫性からみた症候の再分類

- Comes First. Open University Press, 1997.
- 10) 厚生労働省. かかりつけ医のためのB P S Dに対応する向精神薬使用ガイドライン (第3版) <https://www.mhlw.go.jp/content/001518446.pdf>; 2025.
 - 11) Nagata T, Shinagawa S, Inamura K, et al. Pathogenesis and personalized interventions for pharmacological treatment-resistant neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *J Pers Med*, 12 (9) ; 1365, 2022.
 - 12) Nagata T, Shinagawa S, Shigeta M, et al. The time-dependent trajectory of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Psychogeriatrics*, 20 (4) ; 542-543, 2020.
 - 13) Nagata T, Nakajima S, Shinagawa S, et al. Baseline Predictors of Antipsychotic Treatment Continuation and Response at Week 8 in Patients with Alzheimer's Disease with Psychosis or Aggressive Symptoms: An Analysis of the CATIE-AD Study. *Journal of Alzheimer's disease*. 60 (1) ; 263-272, 2017

この論文は、2026年3月7日(土)第26回東北老年期認知症研究会で発表された論文です。