

BPSDに使用される薬について

薬局長 坂本 京子



超高齢化社会へ進む日本において、厚生労働省によると、認知症の患者数は、2012年に462万人、2025年には、678万人に増えると推計されて、認知症も大きな問題となってきています。

認知症の症状は、中核症状と行動・心理症状（周辺症状）の大きく2つに分かれています。中核症状は、もの忘れ、判断力の低下、時間や場所の見当がつかないなどの認知症患者にほぼ共通しておこる症状です。これらの症状を改善する薬は、症状の悪化を遅らせるに留まり、根本的治療には至っていないのが現状です。

一方、行動・心理症状（周辺症状）は、中核症状に伴っておこる症状であり、夜間せん妄、幻覚、妄想、意欲低下、睡眠障害、抑うつ状態など、人によって症状は様々です。

行動・心理症状(周辺症状)は、英語では Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia と言い、BPSD（ビーピーエスディー）という略語が使われています。

身体的要因や環境要因が関与することもあり、ストレスの少ない環境を作り心理療法的アプローチを行うなど、非薬物的対応がまず検討されます。それでも改善が見られない場合に薬物治療が検討されます。

一般的に過活動性症状（夜間せん妄、幻覚、妄想、不安、焦燥、攻撃的行動、徘徊など）に対しては、抗精神病薬を、低活動性症状（意欲低下、自発性低下、抑うつ）に対しては抗うつ剤が使用されます。

認知症患者の多くは、高齢者のため、薬の服用量は、低用量で使用されますが、それでも、眠気や筋弛緩作用などの副作用を併せもち、日常生活における転倒・骨折の危険が伴いますので注意が必要です。



中核症状と行動・心理症状との関係

【当院で BPSD に使用されている薬】

○抗精神病薬……リスペリドン、クエチアピン、オランザピン

※但しクエチアピンやオランザピンは高血糖あるいは糖尿病を合併する患者には使用してはいけません。

○抗うつ剤……フルボキサミン、パロキセチン、ミルナシプラン、サインバルタ

○漢方薬……抑肝散

○睡眠薬……ゾルピデム、ゾピクロン（非ベンゾジアゼピン系睡眠薬）

【個々の行動・心理症状（周辺症状）について非薬物的対応と薬物的対応】

①物盗られ妄想のひどい患者さんへの対応

→まず処方薬を疑ってみる

*ベンゾジアゼピン系薬剤が認知機能低下や物盗られ妄想に影響している可能性があります。

→盗まれたことを否定せず、一緒に探す

→整理整頓して見つけやすい環境にする

②夜間の徘徊のひどい患者さんへの対応

→施設を「自宅に近い環境」に調整する

*抑肝散及びクエチアピン錠を処方する

③昼夜逆転のひどい患者さんへの対応

→眠れない原因を探る

身体的問題・精神的問題はないか

薬物・アルコールなどの影響はないか

就寝する部屋の環境を確認する

*オランザピン錠を少量処方する

④暴言・暴力のひどい患者さんへの対応

→デイサービス/ショートステイの導入を検討する

*抑肝散及びクエチアピン錠を処方する

⑤抑うつ症状のひどい患者さんへの対応

→抑うつ症状の評価と原因を考える

→過剰及び不適切な処方を確認する

→抑うつ症状のきっかけを探る

*フルボキサミン、パロキセチン、ミルナシプラン等を処方する

⑥不安の強い患者さんへの対応

→傾聴により現状の把握をする

→ケアカンファレンスにより不安要因を除去する

*強い不安に対してリスベリドン、オランザピン、クエチアピンなどを処方する。

*比較的弱い不安に対して抑肝散を処方する。



最後に継続使用でBPSDが軽快していると判断できる場合は、必要に応じて減量・中止を実施し、できるだけ長期使用は避けるのが原則です。

当院でも、「物忘れ外来」がありますので、ご心配の方はご相談ください

かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神病薬使用ガイドライン（第2版） 参考
認知症ケア 現場で活かせるレシピ集 Gノート増刊 Vol.3 No.6 井階友貴 編集 羊土社 参考