

在宅診療におけるBPSDの一例

【現病歴】

Alzheimer型認知症で近医にかかりつけの80歳代男性。待ち時間などを理由に通院を拒否し、ここ半年は妻が代理受診で薬剤のみ継続して処方を受けていた。最近物忘れがひどくなり、畑が気になり夜間頻回に様子を見に行く行動もみられはじめた。家人が往診を希望されたため当診療所へ転医となる。

【既往歴】 前立腺癌、高血圧、Alzheimer型認知症

【薬剤】	アムロジピンベシル酸塩5mg錠	1錠	
	メマリー錠20mg	1錠	朝食後
	ディオバン錠40mg	2錠	夕食後
	ミオナール錠50mg	2錠	
	プレタール錠100mg	2錠	朝夕食後
	ツムラ葛根湯エキス顆粒	7.5g	
	ツムラ抑肝散エキス顆粒※	7.5g	毎食後
	リスパダールOD錠0.5mg	1錠	夕食後

※抑肝散は自己中断されていた。

【生活歴】

身長：175cm 体重：53.6kg

飲酒歴：機会飲酒

喫煙歴：なし

アレルギー：なし

家族歴：不明

ADL：全自立

介護度：要支援 1

キーパーソン：妻

息子夫婦と同居

【ROS】

- 全身症状：発熱(-) 悪寒(-) 倦怠感(-) 体重変化(-) 食欲不振(-)
- 皮膚：発疹(-) 掻痒感(-)
- HEENT：頭痛(-) めまい(-) 眼充血(-) 難聴(+)
複視(-)
- 呼吸器：呼吸困難(-) 咳(-) 痰(-) 喘鳴(-)
- 循環器：胸痛(-) 動悸(-) 浮腫(-) 起坐呼吸(-)
- 消化器：腹痛(-) 悪心(-) 嘔吐(-) 下痢(-) 血便(-) 便秘(-)
- 筋骨格系：関節痛(-) 腫脹(-) 肩凝り(+)
- 神経：しびれ(-) 脱力(-) 痙攣(-)
- 精神：不安感(+)
物忘れ(+)
鬱傾向(-) 早朝覚醒(-) 不眠(-)

【身体所見】

バイタルサイン： BP:138/70mmhg HR:90回/min 整 SpO₂:99%

頭頸部： 眼瞼結膜貧血(-) 球結膜黄染(-) 甲状腺腫大(-) JDV(-)

頸部リンパ節腫脹(-)

胸部： 肺雑音(-) 心雑音(-)

腹部： 平坦 軟 圧痛(-)

四肢： 腫脹(-) 熱感(-) 振戦(-) すくみ足(-)

神経： 明らかな麻痺なし HDS-R：13点 FAST：4~5 (軽~中等度)

【採血検査結果】

血算

WBC:6400/ μ l RBC:445万/ μ l Hgb:13.7g/dl HCT:42.9%
MCV:96.4fl PLT:25.3万/ μ l

生化学

Alb:4.0g/dl AST:19U/L ALT:13U/L LDH:188U/L T-
Bil:1.2mg/dl γ -GTP:22U/l **BUN:24.4mg/dl** Cr:1.01mg/dl
eGFR:53.3ml/min/1.73m² Na:142mEq/L K:4.1mEq/L
Cl:102mEq/L HbA1c:5.4 CRP:0.1mg/dl
NT-proBNP:190pg/ml

症例サマリー

高血圧・Alzheimer型認知症で在宅療養中の80歳代男性。待ち時間などの理由から通院を拒否されており、家族受診のみで処方が続けられていた。最近になり夜間でも畑を頻回に見に行くなどBPSDと思われる症状がみられ始めた。往診が必要となったため当診療所に転医となった。

鑑別診断

【最もありえる病態】

Alzheimer型認知症の進行（BPSD症状）

【次にありえる病態】

薬剤性認知機能低下・BPSD症状

【見逃してはいけない（特に治療しうる）病態】

正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍

甲状腺機能低下症、VB12欠乏症

- 頭部外傷の既往なし
- 歩行障害、排尿障害はなく、その他明らかな神経症状もなし
- 甲状腺肥大・発汗減少・便秘・浮腫・体重増加・傾眠傾向など
甲状腺機能低下を示唆する所見なし
- 偏食、アルコール常飲はなく、大球性貧血を疑う検査所見なし



Alzheimer型認知症の進行または薬剤性によるBPSD症状が
疑われる

BPSD悪化原因となる薬剤

薬剤分類	薬剤名
神経系作用薬	抗パーキンソン病薬、抗コリン薬、抗不薬・睡眠薬(ベンゾジアゼピン系)、抗うつ薬、抗精神病薬
循環器薬	ジギタリス、 β 遮断薬、利尿薬
消化器用薬	ヒスタミンH ₂ 受容体拮抗薬
頻尿治療薬	抗コリン薬
抗癌薬	
ホルモン薬	ステロイド薬
感冒薬	市販薬でも起こることがある

今日の臨床サポート

攻撃性、妄想、幻覚、抑うつ、錯乱、せん妄などの精神症状は服用中の薬剤で引き起こされる可能性もある〈特に抗認知症薬（コリン分解酵素阻害薬、メマンチン）H₂ブロッカー、第一世代抗ヒスタミン薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、三環系抗うつ薬、その他抗コリン作用のある薬剤〉。

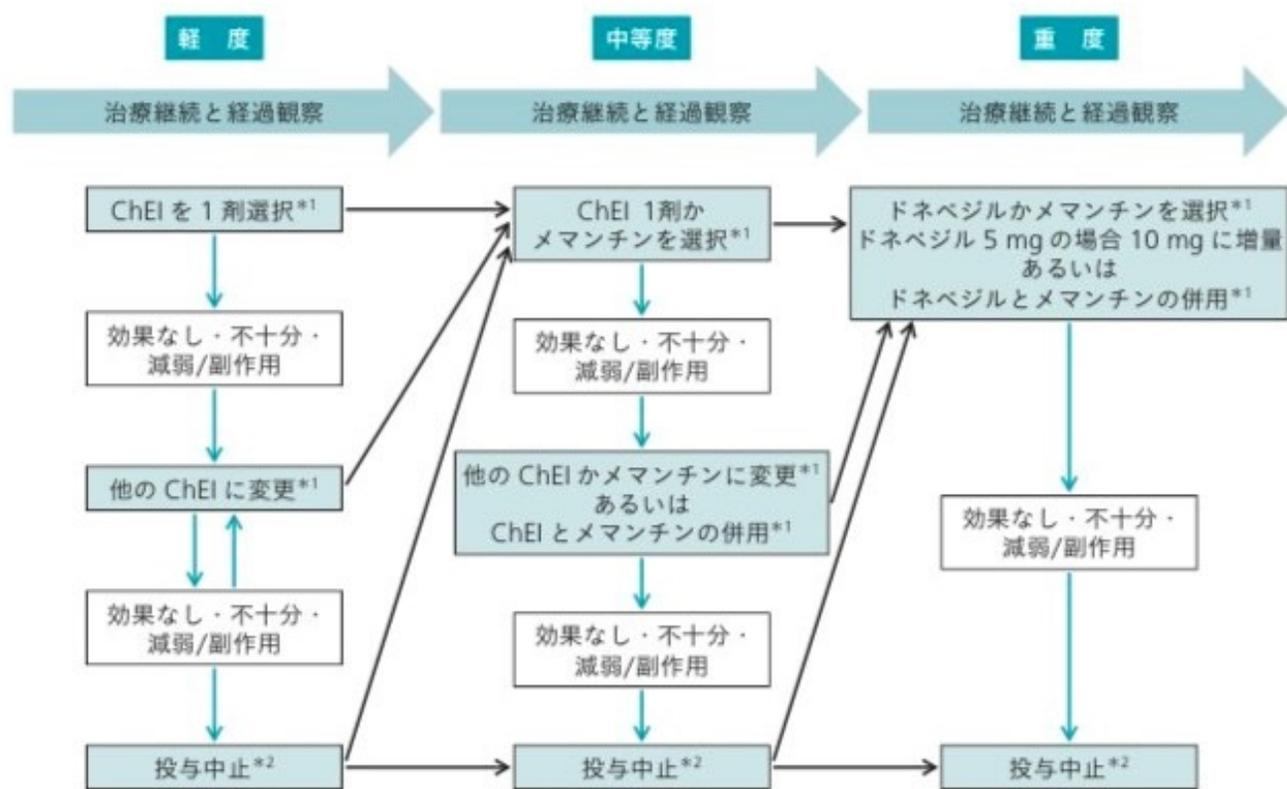
かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神病薬使用ガイドライン（第2版）

処方内ではメモリーが当てはまる。他者からの譲渡による服薬もなし。

表 1 | Alzheimer 型認知症治療薬の特徴

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アダマンタン誘導体
作用機序	AChE 阻害	AChE 阻害 nAChR アロステリック 増強作用	AChE 阻害/BuChE 阻害	NMDA 受容体拮抗
適用	①軽～中等度 5 mg ②重度 10 mg	軽～中等度 24 mg	軽～中等度 18 mg	中等～重度 20 mg
用量	①3 mg(2週) →5 mg ②5 mg(1月) →10 mg	8 mg(1月)→16 mg(1月) →24 mg	①4.5 mg(1月) →9 mg(1月) →13.5 mg(1月) →18 mg ②9 mg(1月)→18 mg	5 mg(1週)→10 mg(1週) →15 mg(1週)→20 mg
用法	1日1回	1日2回	1日1回 パッチ剤	1日1回
半減期 (時間)	70～80	5～7	3.4	60～80
最高濃度到達 (時間)	3～5	0.5～1	8	1～7
代謝	肝臓 CYP3A4, 2D6	肝臓 CYP2D6, 3A4	非 CYP	腎排泄

認知症診療ガイドライン2017



*1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択。
*2 急速に認知機能低下進行例があり、投与中止の判断は慎重に。

図 1 | 病期別の治療薬剤選択のアルゴリズム

認知症診療ガイドライン2017

前医でドネペジル（アリセプト）を試した際に攻撃性が出現したため、メマンチン（メマリー）へと変更になっている。軽～中等度認知症である本症例においてはメマリー20mgは多い？（メマリー増量時も家族受診のみ）



家人と相談の上、抑肝散を再開しメマリーを中止してみることに

- メマリーを中止し1週間経過したころより、畑へ通う回数は減少。
- メマリーの半減期を考えると、メマリーによる薬剤性精神症状か抑肝散の効果かは判断が難しい。
- 家人から物忘れは変わらないと訴えあり、ガランタミン（レミニール）を開始とした。

最終診断

BPSD

(薬剤性または認知症の進行による)

BPSD : 認知症の行動・心理症状

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

➤ 認知症は症候群であり、認知症を呈する疾患は70程度ある。その中でもアルツハイマー一型認知症（約68%）、脳血管型認知症（約20%）、レビー小体型認知症（約5%）、前頭側頭型認知症（数%）の4つの認知症で認知症の大部分を占めている。

➤ 認知症症状＝認知機能障害（中核症状）＋BPSD（周辺症状） 「認知症診療ガイドライン2017」

➤ 認知機能障害：全般的注意障害、遂行機能障害、記憶障害、失語、視・空間認知障害、失行、社会的認知障害

➤ BPSD：活動性亢進（焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、異常行動）、精神病症状（妄想、幻覚、夜間行動異常）、感情障害（不安、うつ状態）、アパシー

疾患	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症
疫学	女性に多い	男性に多い	60歳以降、男性に多い	初老期に多い
発症	緩やか	比較的急	緩やか	緩やか
進展	スロープを降りるように	発作のたびに階段状に進行(例外あり)	進行性、動揺性	
全経過	10年(2～20年)	7年	ADより短い(7年)	一般的に臨床経過は速い
記憶障害	初めから出現	比較的軽度	初期はADに比べ軽度	ADに比べ軽度
身体症状	重度になるまで出現しない	精神症状に先行 or 並行して悪化	パーキンソン症状。転倒、自律神経症状	失禁は早期に出現する
精神症状・徴候	もの取られ妄想(ADに特徴的。軽度で出現)	意欲、意識、感情の障害	ありありとした幻視・認知機能の動揺、構成障害、レム睡眠行動障害、妄想性誤認症候群	人格の変化、感情の平板化、脱抑制、無関心、常同性、食行動異常
予防・治療	塩酸ドネペジル、ガラントミン、リバスチグミン、メマンチンが有効	生活改善、薬物(抗血小板療法など)による予防が可能	精神症状については塩酸ドネペジル、リバスチグミンが有効	SSRIが有効。著しいBPSDには非定型抗精神病薬を使用

今日の臨床サポート

➤ 認知症家族が最も困る症状は、物忘れとともに興奮性BPSDである。

- Alzheimer型認知症でのBPSD

アパシーが30～80%の患者で出現する最も頻度の高い症状。うつ状態も頻度の高い症候で42%に認められる。妄想の頻度は36%でその半数以上がもの取られ妄想である。幻覚は18%で認められ、幻聴より幻視が多い。認知症の程度が中等度以上になると、徘徊や興奮、易刺激性が目立つようになり、多動や繰り返し行動も見られる。

アパシー(無為)	抑うつ
気分はフラット 無関心	気分は落ち込む
自覚なし	自覚あり
危険行動は少ない	危険行動(希死念慮)がみられる

BPSDの治療

- アルツハイマー型認知症治療薬にはコリンエステラーゼ阻害であるドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンとNMDA受容体拮抗薬であるメマンチンの4種類がある。
- ChEIの3種では認知機能障害への治療効果に明らかな差はないがBPSDに対する効果の違いが報告されている。

ドネペジル：抑うつ・アパシー・不安に改善傾向あり

ガランタミン：不安・脱抑制・異常行動・興奮/攻撃性に改善傾向あり

リバスチグミン：アパシー・不安・脱抑制・食欲低下・夜間異常行動に改善傾向あり

（メマンチン：興奮・妄想・幻覚・易刺激性を優位に減少）

BPSD：非薬物的介入を最優先させる

- 非薬物療法は認知機能障害のみならずBPSD、日常生活機能の改善を目指すものである。介護者に対する適切な介入は燃え尽きやうつを軽減させる。
- 在宅診療では介護サービスの見直しや介護保険の区分変更などについてCMと相談していく。

認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など、認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を、紙面やコンピュータを用いて行う。個人療法とグループ療法がある。
認知刺激	元来は、リアリティオリエンテーションから発展してきたもの。認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした、活動やディスカッション(通常はグループで行う)などのさまざまな関与を指す。認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示する介入法としての集団リアリティオリエンテーションは、近年では、認知刺激に属するものとするものも多い。
認知リハビリテーション	個別のゴール設定を行い、その目標に向けて戦略的に、セラピストが患者や家族に対して個人療法を行う。日常生活機能の改善に主眼が置かれ、障害された機能を補う方法を確立する。
運動療法	多種多様なプログラムが存在する。週2回～毎日、20～75分程度のプログラムが報告されている。運動の内容は、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などに分類され、これらの複数の運動を組み合わせることでプログラムを構成することが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在する。週1～5回、10～60分のプログラムが報告されている。音楽を聴く、歌う、打楽器などの演奏、リズム運動などの方法があり、これらを組み合わせることでプログラムを構成することが多い。
回想法	高齢者の過去の人生の歴史に焦点をあて、ライフヒストリーを聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて、心を支えることを目的としている。
認知行動療法	この場合、「認知」とは、物事の受け取り方や考え方を指し、精神状態が不安定なときに歪みがちな認知を修正することで、ストレス軽減を図る精神療法の技法の1つである。認知症診療の場面では、介護者に対する介入法として試みられているが、エビデンスレベルは高くない。

認知症診療ガイドライン2017

認知症者への介入	認知機能訓練、認知刺激、経皮的電気刺激療法(経頭蓋、末梢)、運動療法、音楽療法、回想法、ADL訓練、マッサージ、レクリエーション療法、光療法、多感覚刺激療法、支持的精神療法、パレード療法、鍼治療、経頭蓋磁気刺激法、筋弛緩法 など
介護者への介入	心理教育、スキル訓練、介護者サポート、ケースマネジメント、レスパイトケア、介護者のセルフケア、認知行動療法 など

認知症診療ガイドライン2017

BPSD：不安

- 不安は、さまざまな認知症のBPSDの原因や誘因になりうる重要な症状であり、安心させる声掛けや態度で接する事が基本である。

非薬物療法では、音楽療法と認知行動療法が有効である可能性があり考慮する。

薬物療法では、リスペリドン、オランザピン、クエチアピンの投与を検討する。

作用機序	薬剤名	対象となるBPSDの症状	注意点	半減期（時間）	用量（mg）*
セロトニン受容体・ドパミン受容体遮断	リスペリドン	・幻覚 ・妄想 ・焦燥 ・興奮 ・攻撃	高血糖あるいは糖尿病を合併している場合にも使用可能。 パーキンソン症状に注意。	20-24	0.5-2.0
	クエチアピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLBに対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	6-7	25-100
	オランザピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLBに対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	22-35	2.5-10
ドパミン受容体部分刺激	アリピプラゾール		高血糖あるいは糖尿病では慎重投与。 鎮静・催眠作用が弱い。	47-68	3-9

*用量は添付文書、国外の文献およびエキスパートオピニオンを参考

DLB：レビー小体型認知症

BPSD：焦燥性興奮

- 非薬物療法としては、グループ活動、音楽療法、タクティールケア、マッサージの有効性が示されており検討する。

薬物療法としては、リスペリドン、アリピプラゾールなどの非定型抗精神病薬の有効性が示されている。また抑肝散の使用も検討する。

作用機序	薬剤名	対象となるBPSDの症状	注意点	半減期（時間）	用量（mg）*
セロトニン受容体・ドパミン受容体遮断	リスペリドン	・幻覚 ・妄想 ・焦燥 ・興奮 ・攻撃	高血糖あるいは糖尿病を合併している場合にも使用可能。 パーキンソン症状に注意。	20-24	0.5-2.0
	クエチアピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLBに対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	6-7	25-100
	オランザピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLBに対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	22-35	2.5-10
ドパミン受容体部分刺激	アリピプラゾール		高血糖あるいは糖尿病では慎重投与。 鎮静・催眠作用が弱い。	47-68	3-9

*用量は添付文書、国外の文献およびエキスパートオピニオンを参考

DLB：レビー小体型認知症

BPSD：幻覚・妄想

- 受容的に接して不安を軽減させることを第一に考える。薬剤性の可能性について確認する。Alzheimer型認知症において、抗認知症薬で改善しない場合には、リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールなどの非定型抗精神病薬を検討する。また、抑肝散も検討してよい。

作用機序	薬剤名	対象となるBPSDの症状	注意点	半減期（時間）	用量（mg）*
セロトニン受容体・ドパミン受容体遮断	リスペリドン	<ul style="list-style-type: none"> ・幻覚 ・妄想 ・焦燥 ・興奮 ・攻撃 	高血糖あるいは糖尿病を合併している場合にも使用可能。 パーキンソン症状に注意。	20-24	0.5-2.0
	クエチアピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLBに対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	6-7	25-100
	オランザピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLBに対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	22-35	2.5-10
ドパミン受容体部分刺激	アリピプラゾール		高血糖あるいは糖尿病では慎重投与。 鎮静・催眠作用が弱い。	47-68	3-9

*用量は添付文書、国外の文献およびエキスパートオピニオンを参考

DLB：レビー小体型認知症

BPSD：うつ症状

- 非薬物療法としてはソーシャルサポートの利用、回想法、音楽療法が有効である。わが国では介護サービスの利用が現実的な対応である。一定期間これらの治療を行っても改善を認めない場合はSSRIやSNRIなどの抗うつ薬を考慮する。

種類・作用機序	薬剤名	対象となる BPSD の症状	注意点	用量 (mg)
SSRI	フルボキサミン	抑うつ 前頭側頭型認知症の脱抑制 常同行動	分3、食直後	25-100
	パロキセチン		分1、夕食直後	10-40
	セルトラリン		分1	25-50
	エスシタロプラム		分1、夕食後、QT 延長例禁忌、 上限 10mg	10
SNRI	ミルナシプラン	抑うつ 心気症状としての疼痛	分3、MAO 阻害薬との併用禁忌、 前立腺肥大合併例で尿閉の危険	15-60
	デュロキセチン		分1、夕食直後、肝腎機能障害に禁忌	20-40

BPSD：徘徊

- 徘徊の理由・原因を認知症者の立場になって考え対処する。リスペリドンの処方でもよいが科学的根拠は不十分である。

チアプリドは脳梗塞後遺症に伴う徘徊に保険適用を有しており考慮してよい。

これらの対応でも困難な場合は施設入所サービスなどの介護サービスの利用も検討する。

BPSD：睡眠障害

- まず睡眠障害の正確な把握と鑑別診断を行う。また影響しうる身体症状(疼痛、頻尿、掻痒など)、心理・社会ストレス、嗜好品、薬剤があれば改善する。日中の日光浴や身体活動を促し、睡眠環境の改善を図る。可能であれば高照度光療法も検討する。薬物療法としてはトラゾドン、リスペリドンの使用を検討しても良い。しかしベンゾジアゼピン系睡眠薬は鎮静や転倒などの有害事象が起こりやすいので推奨されない。

種類・作用機序	薬剤名	対象となる BPSD の症状	注意点	用量 (mg)
NaSSA	ミルタザピン	抑うつ、不安、 催眠作用、食欲増進作用	分 1、就寝前、血糖上昇のリスクあり	7.5-30
四環系	ミアンセリン	不安 催眠作用 焦燥	分 1、就寝前、抗コリン作用弱い、 催眠作用あり、心毒性が低い	10-30
異環系	トラゾドン		分 1、就寝前、抗コリン作用弱い、 催眠作用あり、心毒性が低い	25-100

BPSD：アパシー（無為）

- 非薬物療法としては、個々の認知症者に合わせた治療的なアクティビティーの有効性が示唆されている。わが国においては介護サービスのプログラムとしてうけるのが現実的な対応と思われる。薬物療法としてはコリンエステラーゼ阻害薬が第一選択になる。そのほかメマンチンも考慮してよいが、抗うつ薬、抗てんかん薬の効果は認められていない。

まとめ

- BPSDには非薬物的介入を最優先させる
- 抗認知症薬にもBPSDを悪化させる可能性がある
- 認知症の重症度やBPSDの症状によって抗認知症薬を選択する

FAST (Functional Assessment Staging) Alzheimer型認知症の重症度判定ツール

重傷度		特 徴	臨床的特長
正常	1	主観的にも客観的にも機能低下を認めない	・過去(5～10年)の出来事を覚えている
	2	発後の主観的機能低下 社会的に活動性、実行力の低下を認めない	・物の名、地名、目的を忘れる ・社会的には適応している ・注意深い観察により不安を訴えることが認められる
痴呆の疑い	3	社会的場面における客観的高度機能低下	・重要な約束を忘れる ・日常生活(買い物、支払い)では障害がない
軽度	4	日常生活の複雑な場面での実行の欠如	・メニューに適した材料の買い物が困難である ・経済面での混乱やミスを生じることがある ・家庭内での生活(着替え、入浴など)には障害がない ・精神的に不安定な状態が認められる
中等度	5	日常生活における基礎的な場面での不適切な行動	・着替えを適切に行えない(介助が必要) ・入浴を忘れる ・車の運転が不安定になる ・感情障害が出現する
高度	6	着替え・入浴・排便排尿の自律機能低下 (a)服を正しく着られない (b)入浴を自立して行えない (c)排便排尿の自立の低下 (d)尿失禁 (e)便失禁	・歩行がしだいに不安定になる(小刻み、ゆっくり) ・不安、焦燥感が強い ・幻覚・妄想が出現することがある ・パジャマの上に服を重ねて着る ・くつひもが結べない ・入浴の手順が混乱する ・入浴を忘れる ・トイレで水を流さない ・ズボンを自分であげない
きわめて高度	7	失語・歩行障害・意識障害 (a)数種の単語(最大限6語程度)しか使用しない (b)意味のある単語は一語のみとなる (c)歩行能力の喪失 (d)着座能力の喪失 (e)笑顔の喪失 (f)混迷および昏睡	・意味のない単語の羅列は可能 ・「はい」「いいえ」「わかりました」等のみ発語する ・しだいに発語はなくなり、ブツブツと口の中で独り言をつぶやくのみとなる ・歩行困難となる ・歩行不能後、約1年ぐらいで座位姿勢を保てない ・泣いたり、笑ったりする表情は存在 ・表情は失われる ・眼球運動は可能 ・嚥下・咀嚼は可能 ・嚥下・咀嚼能力の欠如、経管栄養が必要 ・外部の刺激に対して発声する

BPSD 治療アルゴリズム

まずアルゴリズムにより対応方針を
確認すること

非薬物的介入を最優先する

出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、家族や介護スタッフとその改善を探る。
デイサービスなどの導入も検討する。

確認要件

- 他に身体的原因はない（特に、感染症、脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など）
- 以前からの精神疾患はない（あれば精神科受診が望ましい）
- 服用中の薬物と関係ない（注1）
- 服薬遵守に問題ない
- 適応外使用も含めて当事者より十分なインフォームドコンセントが得られている（注2）

注1：激越、攻撃性、妄想、幻覚、抑うつ、錯乱、せん妄、等の精神症状は服用中の薬剤で引き起こされる可能性もある（特に、抗認知症薬（コリン分解酵素阻害薬、メマンチン）、H2プロモカー、第一世代抗ヒスタミン薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、三環系抗うつ薬、その他の抗コリン作用のある薬剤）。関連が疑われる場合には投与を中止するなど添付文書に準じた適切な処置を行うことと。薬剤については「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015*（日本老年医学会）」を、せん妄の治療については「せん妄の治療指針第2版（日本総合病院精神医学会）」を参照されたい。

↓< 抗認知症薬を含め保険適応外使用が多いので、次ページ以降の各薬剤の解説を参照すること >

幻覚、妄想 焦燥、攻撃性

抗認知症薬の副作用を否定した上で、保険適用上の最大用量以下もしくは未服用の場合には、メマンチンやコリン分解酵素阻害薬の増量もしくは投与開始も検討可能だが、逆に増感させることもあるので注意が必要である。これが改善しない場合は、その薬剤は減量・中止の上、抗精神病薬、抑肝散や気分安定薬（注3）の使用を検討する。なお、抗認知症薬は重症度によって保険適用薬が異なるので注意すること（次頁参照）。

抑うつ症状 アパシー（無為）

コリン分解酵素阻害薬を用い、改善しない場合抗うつ薬の使用を検討する。

不安、緊張 易刺激性

抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬の有効性が示唆されているが、抗不安薬は中等度以上の認知症では使用しない。

睡眠障害

睡眠覚醒リズムの確立のための環境調整を行ったうえで、病態に応じて睡眠導入薬/抗うつ薬/抗精神病薬の使用を検討する。

過食、異食、徘徊 介護への抵抗

向精神病薬の有効性を示唆するエビデンスは不十分で科学的根拠に乏しい。

低用量で開始し、症状をみながら漸増する

- どの薬剤でも添付文書の最高用量を超えないこと
- 薬物相互作用に注意すること
- 用量の設定では、年齢、体重、肝・腎機能などの身体的状況を勘案すること

日常生活のチェック

（必ずチェックしてから薬物投与を開始して下さい。）

- 日中の過ごし方の変化
- 昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- 夜間の睡眠状態（就床時間、起床時間、夜間の徘徊回数など）の変化
- 服薬状況（介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど）の確認
- 水分の摂取状況（特に制限を必要としない限り）
- 食事の摂取状況
- 排尿や排便の変化
- パーキンソン症候の有無（振戦、筋強剛、舞動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など）
- 転倒傾向の有無

↓
薬物療法のリスク・ベネフィットを常に考慮する。
QOLの確保に逆効果であると判断すれば減量・中止を行う。

注2：かかりつけ医は、まずなるべく平明な表現でもって、薬剤使用の一般的な利益・不利益を説明し、本人の意向を把握するよう努める必要がある。平明な表現で説明をしてもなお本人の理解が及ばない場合や、本人の意向が確認できない場合、または妄想などと関連して自己の医療についての利益・不利益を判断する実際の能力を明らかに欠く場合には、本人の同意以外に治療上の根拠を探すべきである。具体的には、第一に事前指示書の有無を確認する必要がある。事前指示書により代理人の指定がある場合には、本人が指定した代理人に対してインフォームドコンセントを行う。事前指示書などによる事前の代理人指定がない場合には、適当な家族（本人との間に信頼関係があることが望ましい）に対してインフォームドコンセントを行うことが適当である。（白石弘巳：老年精神医学会誌、2002）

注3：抑肝散、バルプロ酸、カルバマゼピンは焦燥性興奮に対して有効であったとの報告があるが科学的根拠は十分でない。必要ない場合には考慮しても良い。とくに高齢者の興奮症状の場合は、副作用の観点から抗精神病薬投与前に検討することは可能。ただし、抑肝散による低カリウム血症、バルプロ酸による死亡リスク、カルバマゼピンによる皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）にはとくに注意する。