

認知症の人に対する抗精神病薬使用についての説明書（2024.02 版）

■抗精神病薬とは

*脳の中で神経細胞の信号(興奮)を伝える神経伝達物質であるドーパミンなどの働きを弱めます。

■抗精神病薬が効く症状は

*ドーパミンの働きが弱まると、①意欲が低下して行動の活力が落ちます→徘徊や無断外出などが鎮まり、行動が落ち着きます。②興奮が減ります→暴言・暴力や怒りっぽいなど、本人が我慢できない症状が減ります。③思い込みが減ります→幻覚（ないものが見えたり聞こえる）や妄想（誤った観念を頑なに信じる；本人視点では真実だが）を抑えます。

*このように介護者が困る症状（過活動性の行動・心理症状；BPSD）の治療で使われます。

■抗精神病薬の副作用

*ドーパミンが働かなくなることの一番の副作用はパーキンソン症状です。体の筋肉が硬くなり、動きが鈍く少なくなり、表情も乏しく、会話も減ります→その人らしさが減ります。歩行が遅くなり、転びやすくなります。誤嚥（むせ）が増えます。

*元気で活力高い人に少量使うと副作用は出にくいですが、足腰が弱く飲み込みも悪いと少量でも副作用が出ることがあります。→転倒骨折や誤嚥性肺炎などで死亡率が高まります。

*脳血管障害のリスクが高まること、心臓の働きが悪くなるリスクなどが報告されています。

■抗精神病薬が必要な状況は

*上記のように、副作用がある薬なので、①ケアなど他の方法では解決できない症状の場合に限り、②やむを得ない場合にのみ、③注意して使います。

*まずは、本人にやさしく接するなど、本人を大切にケアを行って問題の解決を図ります。さらに抑肝散やメマンチン（メマリ）など副作用の少ない・弱い薬を使っても症状が治まらないとき、つまり、ほかに打つ手がない時に抗精神病薬を検討します。

*やむを得ない場合とは、①行動を止めないと本人に危険がある（例：無断外出→行方不明→死亡する危険）、②介護者に暴言・暴力・妄想に基づく執拗な攻撃などがあり介護が限界を迎えている、③施設でほかの利用者やスタッフに危害を加える などの場合です。

■抗精神病薬（本来は統合失調症の薬）の認知症への使い方

*下の表にあるように、認知症では安全に配慮して、統合失調症で使われる量よりもずっと少量で使用します。ごく少量で開始し、副作用がないことを確認しながら、少しずつ増量します。

*効果が出たら、漫然と継続しないで、減量～中止を試みます。身体機能の低下を防ぐためです。

■本人・介護者へのお願い

*上記をご理解いただいた上で、抗精神病薬の使用に同意願います。

*症状の悪化や、ふらつき、むせなどの副作用が出現したら、すぐに中止して連絡をください。

*連絡先：認知症疾患医療センター 027-XXXXXXXXXX（直通；平日の日中）

休日や夜間の緊急時は代表電話 027-XXXXXXXXXXへ

表 各種抗精神病薬の特徴 等価：リスペリドン 1mg＝クエチアピン 77mg＝アリピプラゾール 1.8mg＝ハロペリドール 1mg

物質名（製品名）	認知症		統合失調症 投与量 mg	半減期	備考
	開始量 mg	最大 mg			
クエチアピン（セロクエル）	12.5～25	75	150～600	4時間	糖尿病に禁忌
リスペリドン（リスパダール）	0.25～0.5	1	2～6	1日	高血糖や低血糖
ペロスピロン（ルーラン）	2	8	12～48	6時間	高血糖や低血糖
アリピプラゾール（エビリファイ）	1～1.5	3	6～24	2.5日	血糖上昇の警告
クロルプロマジン（ウィンタミン）	4～8	20	50～450	12時間	第一世代（古い）
ハロペリドール（セレネース）	0.3	1.5	3～6	1～2日	第一世代（古い）
チアプリド（グラマリール）	25	75	適応外	6時間	第一世代（古い）

統合失調症：代表的な精神疾患です。認知症よりも大量に投与されることが多い

半減期：薬が代謝されて、血液中の濃度が半分になるまでの時間。長いと翌日に持ち越す