

# 認知症＝認知機能障害＋（社会）生活機能障害

## ◆ 物忘れの訴え≠認知症

物忘れ（主観的にせよ客観的にせよ）の訴えのある精神疾患？

物忘れだけではない他の症状は？

## ◆ 物忘れの訴え≠ドネペジル、メマンチン、リバスチグミンなどの出番

きちんと診断してから！（ほんとうにAD？）

身体的な除外は？

# 行動・心理症状

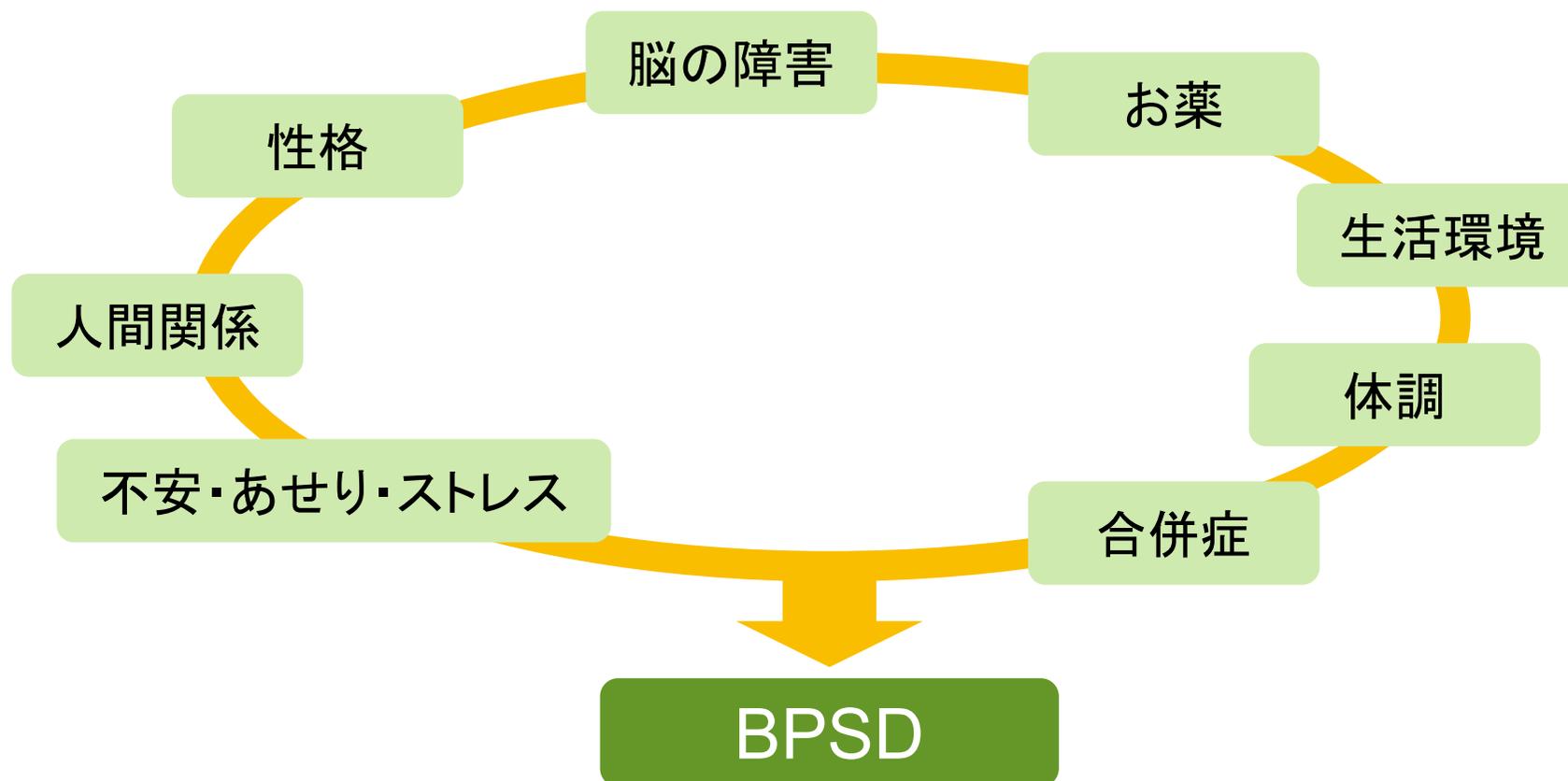
---

- Behavioral: 行動の
- Psychological: 心理的な
- Symptoms: 症状
- Dementia: 認知症

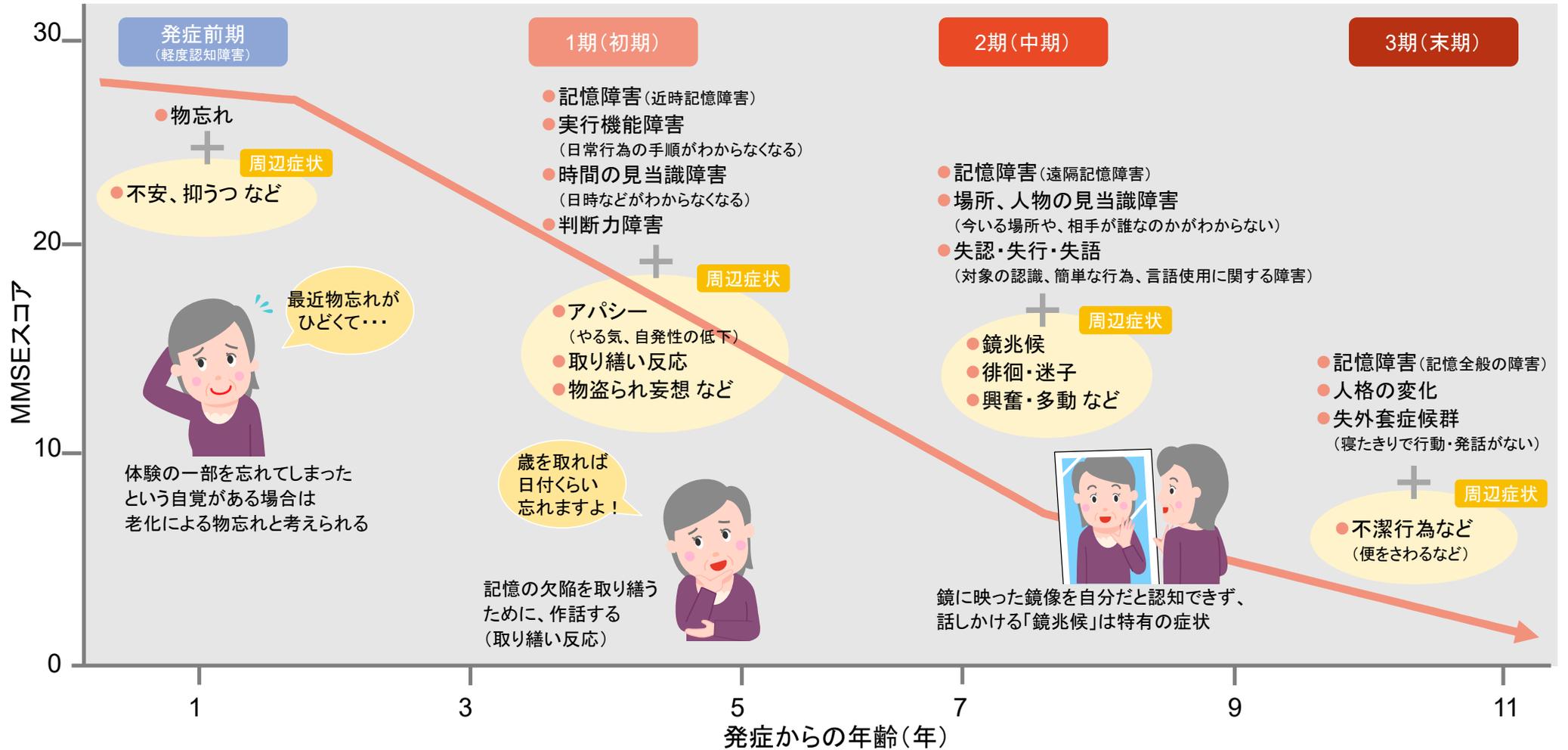
Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia  
= **BPSD** (認知症の行動・心理症状)

# 行動・心理症状（BPSD）の起こり方

BPSDはさまざまな要因がからみ合って起こります。



# アルツハイマー型認知症の症状の進行



## 認知症の治療目標

認知機能障害に対しては、病気の進行を遅らせることを目指した治療が行われます。  
一方、BPSDでは症状の改善を目指して、原因に合った治療が行われます。

「進行を遅らせる」  
ことを目指した治療

### 認知機能障害

- 記憶障害
- 失行・失認
- 見当識障害
- 失語 など

「症状を改善する」  
ことを目指した治療

### 行動・心理症状 (BPSD)

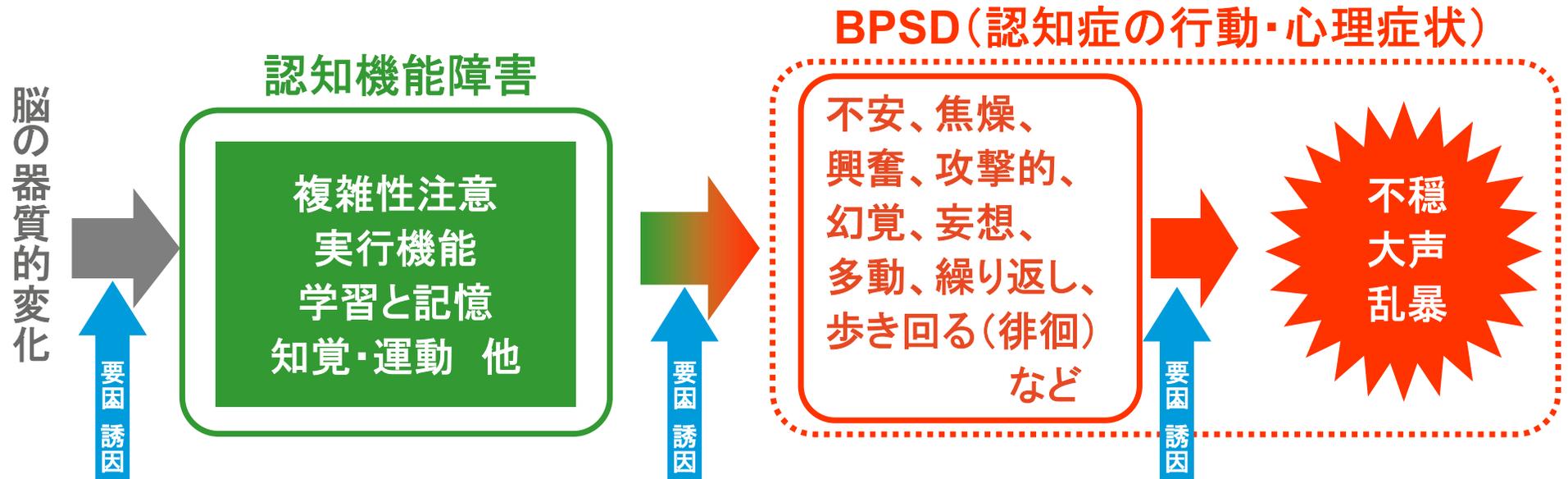
#### 行動症状

- 興奮 ● 大声を上げる・たたくななどの攻撃的な行為
- 徘徊・ひとり歩き ● 何度も同じ行為を繰り返す
- 拒絶 など

#### 心理症状

- 易刺激性 ● 不安・あせり(焦燥)
- うつ状態・無気力・無関心(アパシー)
- 妄想 など

# 認知機能障害とBPSD



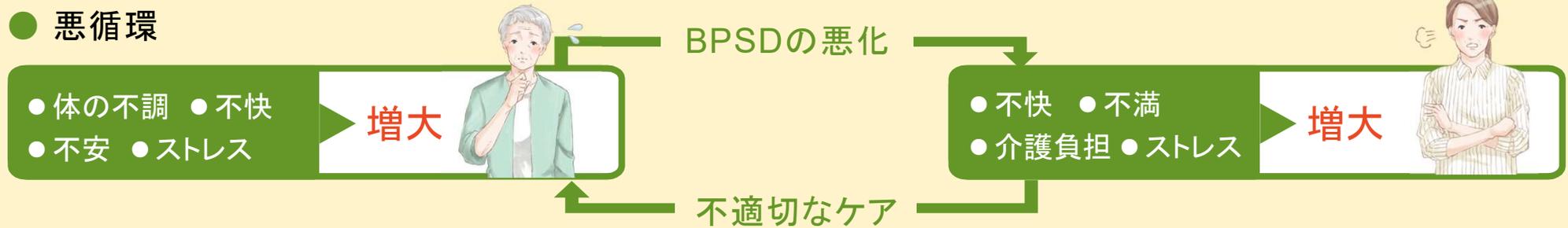
## 要因・誘因 (主なもの)

身体的要因	基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用等
環境的要因	なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激 (音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など)
心理・社会的要因	不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし

## アルツハイマー型認知症

# 行動・心理症状(BPSD)により認知症の方と介護者との間に起こる悪循環

### ● 悪循環



#### お薬を使わない治療やケアのポイント

- 言葉や言動、気持ちを否定しないで受け止める
- 安心して過ごせる環境を整える
- デイサービスなど、さまざまな介護サービスを利用して、多くの人に関わるようにする

#### お薬を使う治療のポイント

- 適切な対処を行っても改善しない場合には、お薬を使う治療も大切
- 認知症の方のリスクや介護する方の負担になっている症状に対して、適切なお薬を少ない量から始める
- 副作用が出てくる場合もあるので、気になったらすぐに主治医に相談する

### ● 好循環



アルツハイマー型認知症

## 行動・心理症状(BPSD)の治療: お薬を使わない治療

BPSDに対しては、お薬を使わない治療が優先して行われます。

### 物理的環境調整

安全で安心して暮らせるよう、住まいなどの環境を整えます。

- 家具の配置を工夫して、転倒や事故のリスクを減らす
- 照明の明るさを調整して、落ち着ける環境をつくる など

### 時間的環境調整

不安や混乱を感じないように、規則正しい生活リズムを整えます。

- 毎日デイサービスを利用する、毎日の食事時間を決めるなど、生活のルーチン化をはかり、次に何が起こるのか予測しやすい生活環境をつくる
- 寝る時間・起きる時間を決めて、睡眠のリズムを保つ など

### 身体的配慮

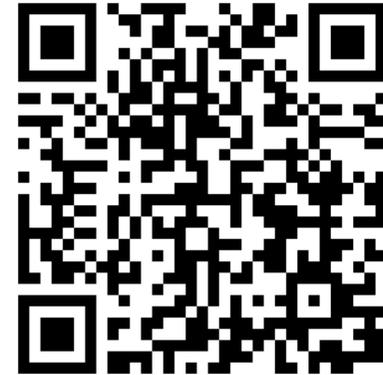
体の不調や痛みが軽くなるよう、健康状態に配慮した対応を行います。

- 定期的な声かけや飲みやすいカップを使用するなどして、水分摂取を促して脱水を予防する
- バランスのとれた食事を提供して、良好な栄養状態を維持する
- 便秘や糖尿病の管理、口腔ケアなど、BPSDに影響する体の病気を日頃から治療しておく など



# ガイドラインでは

- 認知症疾患診療ガイドライン2017(第3章 治療)
- それをもとにした、「かかりつけ医のためのBPSD  
に対応する向精神薬使用ガイドライン(第3版)」  
最新版です！



[https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/degl\\_2017\\_03.pdf](https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/degl_2017_03.pdf)



[https://www.rounen.org/guidline/pdf/ninchi\\_guidline\\_04.pdf](https://www.rounen.org/guidline/pdf/ninchi_guidline_04.pdf)

# BPSDと非薬物療法

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．

## BPSDと非薬物療法

非薬物療法	アウトカム
認知刺激	認知機能改善の可能性 <sup>3)</sup>
音楽療法	不安に対しては中等度，抑うつや行動障害に対してはわずかな効果を認める <sup>4)</sup>
運動療法	ADL 改善および認知機能改善の可能性 <sup>5)</sup>
回想法	個人療法で気分，幸福感，認知機能 <sup>6)</sup> ，集団療法でうつの改善の可能性 <sup>7)</sup>
光療法	認知機能，睡眠，行動障害，精神病症状に効果なし <sup>8)</sup>
アロマセラピー	行動障害などに有効との報告もあるが，エビデンスは弱い <sup>9)</sup>
鍼治療	認知機能は薬物療法と有意差なし．ADL は薬物療法のほうが良好 <sup>10)</sup>

# 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)

## 本ガイドライン作成の背景と目的

令和6年度厚生労働科学特別研究事業によるかかりつけ医200人の調査では、66%が従来のガイドライン(第2版)を活用しており、83%が抗精神病薬の処方経験があり、多くがガイドラインに対して認知症の原因・診断別の対処法に関する情報を求めている。以上から、ガイドラインは認知されており、認知症の原因・診断を加味した頻用薬剤の適正使用に関する情報提供が必要と考えられた。これまで、一部の抗精神病薬については、器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性に対して処方した場合は、実情に応じて使用とそれに対する措置(脚注)がなされてきた。そして、近年、新たな抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬等が上市され、それらの効果や副作用に関するエビデンスが蓄積するとともに、既存薬の効果や副作用に関する評価も変化してきている。例えば、抗精神病薬の中には、アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動に適応を有するようになったものがある。BPSDに対するこれらの薬剤のエビデンスは不足しているが、社会的・医療的重要性や需要の大きさから、これらのエビデンスに加えて専門家の経験や意見(エキスパートコンセンサス)および最新の知見を反映した現時点で最適と考えられるガ

イドラインが必要であると考えられた。そこで、今回、治療薬についての情報のアップデートとそれに基づくアルゴリズムの見直しを中心に、ガイドライン第3版を作成した。作成に当たっては、日本認知症学会、日本老年精神医学会、日本神経学会、日本精神神経学会、日本老年医学会、日本神経治療学会による監修を受けた。

# 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)

## 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

誘因、環境要因等を探り家族や介護スタッフとその改善を図る。

確認要件

- BPSD様症状を引き起こしうるような身体的原因はない(特に、感染症、脱水、各種の痛み、便秘、視覚・聴覚障害等)。
- 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)。
- レビー小体型認知症を鑑別する(認知機能の変動、パーキンソン症状、幻視、夢に合わせた寝言や体動等)。
- 服用中の薬物と関係ない。
- 服薬遵守に問題がない。
- 本人・家族より十分な理解に基づいた同意が得られている。

幻覚・妄想

易刺激性・焦燥性興奮を伴う場合は、「易刺激性・焦燥性興奮」を参照する。

薬剤選択の順番として、副作用の観点から、あるいは症候によっては、まずメマンテンや抑肝散の投与を検討する。これらにより標的症狀が改善せず緊急性が高い(他者に危害を加える可能性がある、自分自身や他者を危険にさらす)場合、抗精神病薬の投与を検討する。

レビー小体型認知症に見られる幻視には、まずコリンエステラーゼ阻害薬を投与することが望ましい。

易刺激性・焦燥性興奮

コリンエステラーゼ阻害薬の副作用であることを否定した上で、保険適用と副作用に留意しながらメマンテン、抑肝散、抗精神病薬の使用を検討する(詳細は各論を参照)。

アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する過活動又は攻撃的言動に対しては、プレクスピプラゾールが保険適用を有する。抗精神病薬は様々な副作用を起こす可能性があることから、十分に注意して使用する(詳細は抗精神病薬の項を参照)。

焦燥感、易刺激性、興奮を認めない徘徊に対しては、向精神薬のエビデンスは不十分であるため、非薬物的介入を推奨する。

不安・抑うつ

易刺激性・焦燥性興奮を伴う場合は、「易刺激性・焦燥性興奮」を参照する。

抗うつ薬やタンドスピロン、抑肝散、クエチアピンの使用を検討する。

アパシー

非薬物的介入が基本だが、コリンエステラーゼ阻害薬が有効なことがある。

睡眠障害

睡眠障害睡眠衛生指導や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、病態に応じてメラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬、抗うつ薬(トラゾドン)の使用を検討する。

副作用のモニタリング

BPSDに対する薬剤開始後、服薬状況の確認とともに、副作用の出現に留意する(各薬剤の副作用の詳細は後述の各論を参照)。

- 覚醒度
  - ・ 日中の眠気、起床時の遅れ、活気のなさ等
- 表情・動作
  - ・ 動作緩慢、筋強剛、振戦、小刻み歩行、前後左右の体の傾き、仮面様顔貌、流涎、むせこみ、転倒等
- 情動
  - ・ 薬剤の賦活作用による不安感、焦燥感、易怒性等
- 食事
  - ・ 嘔気・嘔吐、食欲低下、体重減少、過食等
- 排泄
  - ・ 便秘、下痢、尿閉、尿失禁等
- バイタル
  - ・ 徐脈、不整脈、起立性低血圧、高血圧等
- 血液検査
  - ・ 肝酵素上昇、高血圧、低カリウム、低ナトリウム等

効果の評価(投与前後の定量的評価尺度の利用も推奨される)

- 患者本人の苦痛の軽減
- 介護者/家族の負担の軽減
- 定量的評価
  - ・ 尺度としては、NPIが広く用いられており、家族や介護者が評価する簡易版(NPI-Q)が存在する。  
NPI: Neuropsychiatric Inventory NPI-Q: Neuropsychiatric Inventory - Questionnaire

薬物治療のリスク・ベネフィット評価

- 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。

# 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)

## BPSD治療アルゴリズム②

誘因、環境要因等を探り家族や介護スタッフとその改善を図る。

<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

易刺激性・焦燥性興奮を伴う場合は、「易刺激性・焦燥性興奮」を参照する。

薬剤選択の順番として、副作用の観点から、あるいは症候によっては、まずメマンチンや抑肝散の投与を検討する。これらにより標的症状が改善せず緊急性が高い(他者に危害を加える可能性がある、自分自身や他者を危険にさらす)場合、抗精神病薬の投与を検討する。

レビー小体型認知症に見られる幻視には、まずコリンエステラーゼ阻害薬を投与することが望ましい。

### 易刺激性・焦燥性興奮

コリンエステラーゼ阻害薬の副作用であることを否定した上で、保険適用と副作用に留意しながらメマンチン、抑肝散、抗精神病薬の使用を検討する(詳細は各論を参照)。アルツハイマー型認知症に伴う焦燥感、易刺激性、興奮に起因する過活動又は攻撃的言動に対しては、ブレクスピプラゾールが保険適用を有する。抗精神病薬は様々な副作用を起こす可能性があることから、十分に注意して使用する(詳細は抗精神病薬の項を参照)。

焦燥感、易刺激性、興奮を認めない徘徊に対しては、向精神薬のエビデンスは不十分であるため、非薬物的介入を推奨する。

### 不安・抑うつ

易刺激性・焦燥性興奮を伴う場合は、「易刺激性・焦燥性興奮」を参照する。抗うつ薬やタンドスピロン、抑肝散、クエチアピンの使用を検討する。

### アパシー

非薬物的介入が基本だが、コリンエステラーゼ阻害薬が有効であることがある。

### 睡眠障害

睡眠障害睡眠衛生指導や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、病態に応じてメラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬、抗うつ薬(トラゾドン)の使用を検討する。

## BPSD治療アルゴリズム③

### 副作用のモニタリング

BPSDに対する薬剤開始後、服薬状況の確認とともに、副作用の出現に留意する  
(各薬剤の副作用の詳細は後述の各論を参照)。

- 覚醒度 ・ 日中の眠気、起床時の遅れ、活気のなさ等
- 表情・動作 ・ 動作緩慢、筋強剛、振戦、小刻み歩行、前後左右の体の傾き、仮面様顔貌、流涎、むせこみ、転倒等
- 情動 ・ 薬剤の賦活作用による不安感、焦燥感、易怒性等
- 食事 ・ 嘔気・嘔吐、食欲低下、体重減少、過食等
- 排泄 ・ 便秘、下痢、尿閉、尿失禁等
- バイタル ・ 徐脈、不整脈、起立性低血圧、高血圧等
- 血液検査 ・ 肝酵素上昇、高血圧、低カリウム、低ナトリウム等

### 効果の評価(投与前後の定量的評価尺度の利用も推奨される)

- 患者本人の苦痛の軽減
- 介護者／家族の負担の軽減
- 定量的評価 ・ 尺度としては、NPIが広く用いられており、家族や介護者が評価する簡易版(NPI-Q)が存在する。

NPI:Neuropsychiatric Inventory NPI-Q:Neuropsychiatric Inventory - Questionnaire

### 薬物治療のリスク・ベネフィット評価

- 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。

## 抗精神病薬①

BPSDに対して抗精神病薬を使用する際には、薬剤使用の一般的な利益・不利益を共有し、本人の意向を把握し、SDMを通じて使用の可否を決定するように努める。有効性の評価を行い、常に減量・中止が可能かを検討し、長期使用は避ける。

アルツハイマー型認知症と診断された患者のうち、焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動が見られる患者に対しては、ブレクスピプラゾールが保険適用となる。また、クエチアピン、ハロペリドール、ペロスピロン、リスペリドンに関しては、原則として、器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認めるとの通達がある(2011年9月28日、厚生労働省保険局医療課長、保医発0928第1号。社会保険診療報酬支払基金、第9次審査情報提供)。この中で、ハロペリドールは錐体外路系副作用が強いことから、パーキンソン病、レビー小体型認知症には使用禁忌であることに留意する。

## 抗精神病薬①

### 有効性

焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動が見られるアルツハイマー型認知症の患者に対しては、ブレクスピプラゾールが保険適用となっているため、前項の「BPSD治療アルゴリズム」に定めた薬剤選択の原則を考慮した上で投与を検討する。なお、他の抗精神病薬との併用時のブレクスピプラゾールの有効性および安全性は確認されていないので、原則としてそのような併用は行わない。

上記に対してブレクスピプラゾールが無効であった場合や、アルツハイマー型認知症以外の認知症における同様の症状に対しては、上記の厚生労働省保険局医療課長通達や既報告を参照し、リスペリドン、ペロスピロン、クエチアピンの使用を考慮しても良い。チアプリドは、脳梗塞後遺症に伴う精神興奮・徘徊・せん妄に保険適用があるため、血管性認知症患者における易刺激性・焦燥性興奮に対して使用を考慮しても良い。

アルツハイマー型認知症の患者において、幻覚・妄想、不安・抑うつ、睡眠障害等が、焦燥感、易刺激性、興奮に起因する過活動又は攻撃的言動に伴って生じた場合にも、ブレクスピプラゾールの使用を検討する。睡眠障害に対しては、睡眠薬の項の記載に従った薬剤選択を行い、それでも改善のない場合は、クエチアピンの使用を考慮してもよい。

レビー小体型認知症の幻覚・妄想、易刺激性・焦燥性興奮、不安・抑うつ、睡眠障害に対して、クエチアピンの使用を考慮しても良い。焦燥感、易刺激性、興奮を認めない徘徊に対しては、抗精神病薬のエビデンスは不十分であるため、非薬物的介入を推奨する。

## 抗精神病薬②

### 副作用

抗精神病薬の使用は、死亡・転倒・骨折等のリスクを高める。

重大な副作用として、悪性症候群、遅発性ジスキネジア、麻痺性イレウス、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)、肝機能障害、横紋筋融解症、不整脈、高血糖、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡、けいれん、無顆粒球症、肺塞栓症、深部静脈血栓症等があるので注意を要する。

その他よくみられる副作用として、眠気、ふらつき、過鎮静、認知機能低下、歩行障害、嚥下障害、誤嚥性肺炎、構音障害、寡動、振戦、起立性低血圧、食欲低下等がある。

### 留意点

- ❑ 診断と症状を見極め、それらが効能に合致する場合は保険適用のある薬剤を優先的に使用し、その次に副作用の発現が少ないセロトニン・ドパミン受容体拮抗薬もしくはドパミン受容体部分刺激薬を使用する(次スライド参照)。
- ❑ 抗精神病薬の併用(2剤以上)は避ける。
- ❑ 2週間位の時間をかけて薬効を評価する。症状を完全に消退させるまで増量するのではなく、QOL確保の観点から非薬物療法との併用のもと維持用量を検討する。
- ❑ 常に減量・中止が可能かを検討し、長期使用は避ける。抗精神病薬でBPSDが軽快した場合には、投与開始4カ月以内に減量・中止を試みる。
- ❑ 副作用を認めたら速やかに減量もしくは中止を検討する。悪性症候群等重篤な副作用が出現した時は直ちに中止する。
- ❑ 抗精神病薬の副作用は、使用開始後の早期に出現する場合は見つけやすいが、1カ月以上もしくはさらに長期に使用している段階で出現することもあるので注意すること。
- ❑ アドレナリンを投与中の患者は抗精神病薬の投与は禁忌となる。

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)

抗精神病薬③

作用機序	薬剤名	推奨される 初期投与量(mg) *	最大投与量 (mg)*	禁忌、高齢者投与に おける注意事項	対象となるBPSD
SDAM <sup>1)</sup>	ブレクスピプラゾール	0.5	2	糖尿病では注意	アルツハイマー型認知症の焦燥感、易刺激性、興奮に起因する過活動又は攻撃的言動
SDA <sup>2)</sup>	リスペリドン	0.5	2	糖尿病では注意 錐体外路系の副作用が出やすい	器質的疾患に伴う精神運動興奮状態・易怒性
	ペロスピロン	4	12	糖尿病では注意 錐体外路系の副作用が出やすい	器質的疾患に伴う精神運動興奮状態・易怒性
MARTA <sup>3)</sup>	クエチアピン	12.5	100	糖尿病では禁忌 鎮静・催眠作用が強い	器質的疾患に伴う精神運動興奮状態・易怒性

\* 推奨される初期投与量、最大投与量はエキスパートオピニオン(ワーキンググループおよび関連学会のコンセンサス)

・ 禁忌、高齢者投与における注意事項は添付文書を参照

1) セロトニン・ドパミン・アクティビティ・モジュレーター (serotonin dopamine activity modulator)

2) セロトニン・ドパミン受容体拮抗薬 (serotonin dopamine antagonist)

3) 多元受容体作用抗精神病薬 (multi acting receptor targeted antipsychotics)

令和6年度厚生労働科学特別研究事業 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班  
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)  
(2025年6月現在)

不安	リスペリドン オランザピン クエチアピン
焦燥性興奮	リスペリドン アリピプラゾール その他(抑肝散、チアプリド、カルバマゼピン、セルトラリン、エ スシタロプラム、トラゾドン)
幻覚・妄想	抗認知症薬 その他(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)
うつ症状	SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬) SNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)
徘徊	リスペリドン?
性的逸脱行為	SSRI?
暴力、不穏	焦燥性興奮とおなじ




 スマートライフプロジェクト/  
睡眠に係る特設webコンテンツ


 もっと詳しく  
知りたい方は  
「健康づくりのための睡眠ガイド2023」  
を参照してください。


 ひと、くらし、みらいのために  
厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

## 睡眠に関する推奨事項

### 高齢者

- ★ 寝床にいる時間は8時間以内を目安に!
- ★ 日常の食生活や運動、寝室の睡眠環境などを見直して、睡眠休養感を高めましょう!
- ★ 長い昼寝は夜間の良眠を妨げるので日中は長時間の昼寝は避け、活動的に過ごしましょう!

### 成人

- ★ 睡眠時間は6時間以上を目安として必要な睡眠時間を確保しましょう!
- ★ 日常の食生活や運動、寝室の睡眠環境などを見直して、睡眠休養感を高めましょう!
- ★ 睡眠の不調・睡眠休養感の低下を感じる時は病気が潜んでいることもあるので注意が必要!

### 子ども

- ★ 小学生は9~12時間、中学・高校生は8~10時間を参考に睡眠時間を確保しましょう!
- ★ 朝は太陽の光を浴びて、朝食をしっかり摂り、日中は運動をして、夜更かしはほどほどに!

- 個人差を踏まえて取り組みましょう!
- 生活習慣や睡眠環境、嗜好品の取り方を見直しても症状が続き、日常生活に支障をきたす場合には、睡眠障害の可能性があるので、早めに医療機関を受診しましょう!


 スマートライフプロジェクト/  
睡眠に係る特設webコンテンツ


 もっと詳しく  
知りたい方は  
「健康づくりのための睡眠ガイド2023」  
を参照してください。

全体の方向性

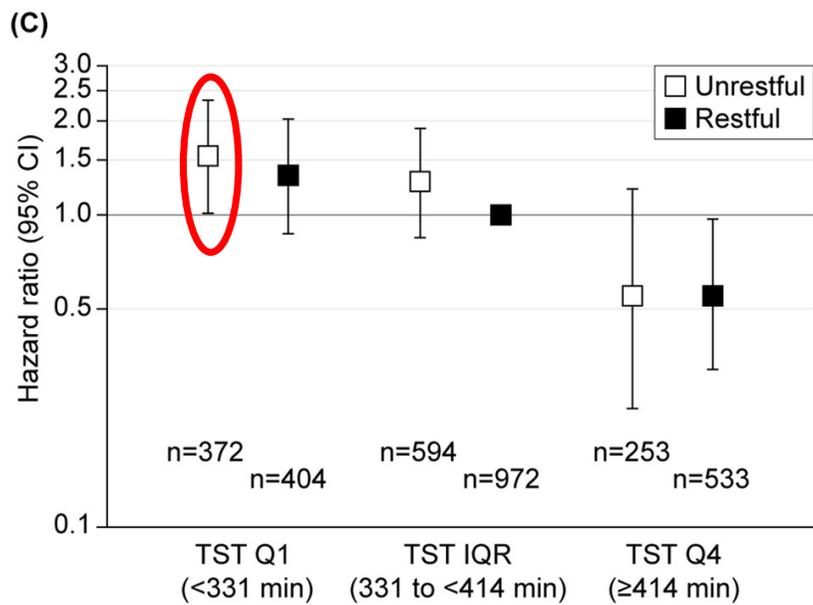
個人差を踏まえつつ、日常的に質・量ともに十分な睡眠を確保し、心身の健康を保持する

対象者※	推奨事項
高齢者	<ul style="list-style-type: none"><li>● 長い床上時間が健康リスクとなるため、床上時間が8時間以上にならないことを目安に、必要な睡眠時間を確保する。</li><li>● 食生活や運動等の生活習慣や寝室の睡眠環境等を見直して、睡眠休養感を高める。</li><li>● 長い昼寝は夜間の良眠を妨げるため、日中は長時間の昼寝は避け、活動的に過ごす。</li></ul>
成人	<ul style="list-style-type: none"><li>● 適正な睡眠時間には個人差があるが、6時間以上を目安として必要な睡眠時間を確保する。</li><li>● 食生活や運動等の生活習慣、寝室の睡眠環境等を見直して、睡眠休養感を高める。</li><li>● 睡眠の不調・睡眠休養感の低下がある場合は、生活習慣等の改善を図ることが重要であるが、病気が潜んでいる可能性にも留意する。</li></ul>
子ども	<ul style="list-style-type: none"><li>● 小学生は9～12時間、中学・高校生は8～10時間を参考に睡眠時間を確保する。</li><li>● 朝は太陽の光を浴びて、朝食をしっかり摂り、日中は運動をして、夜ふかしの習慣化を避ける。</li></ul>

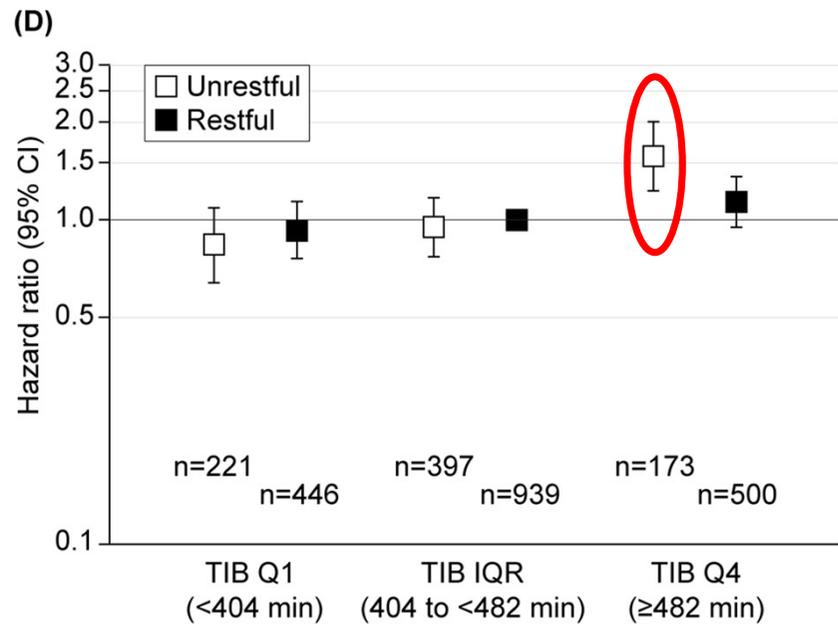
※ 生活習慣や環境要因等の影響により、身体の状態等の個人差が大きいことから、「高齢者」「成人」「子ども」について特定の年齢で区切ることは適当でなく、個人の状況に応じて取組を行うことが重要であると考えられる。

中年で睡眠時間短い・寝た気がしない  
 高齢者で布団に長くいる・寝た気がしない

死亡リスクアップ



客観的睡眠時間 (中年)



臥床 (床上) 時間 (高齢者)

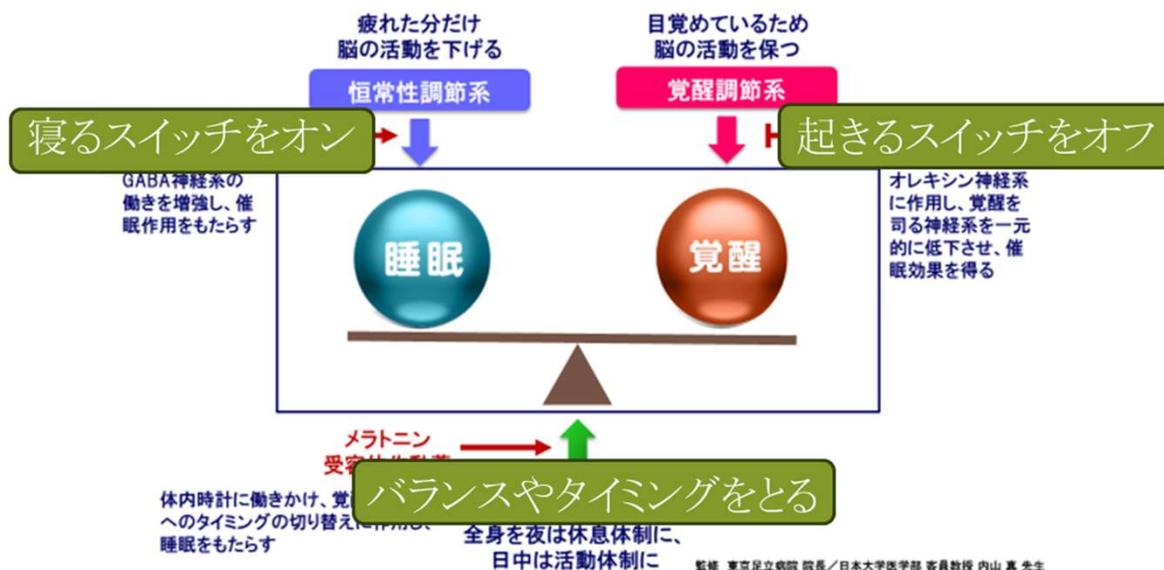
# BPSDには睡眠も大事らしい

---

- 睡眠薬といえばBz!?
- しかし注意も必要だったはず
- 依存とか耐性とかを除くと、
  - 抗けいれん作用
  - 抗不安作用
  - 筋弛緩作用
  - 催眠作用
- これらがこじれると、、、

# せん妄のことを考えると

## 睡眠薬の位置づけに関する模式図



BEL20SS0129

監修 東京足立病院 院長 / 日本大学医学部 客員教授 内山 真 先生  
内山 真, Mebio 2012; 29(3): 97-103, より改変

- せん妄の本態  
→ 何らかの理由による意識障害
- 寝るスイッチオン  
→ 要は人工的な意識障害をつくる
- 寝るスイッチオンの薬 ÷ Bz系  
(自称非Bz系含む)  
→ 要はせん妄を作る

## ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存

英語名：Benzodiazepine dependence

### A. 患者の皆様へ



ここでご紹介している副作用は、必ず起こるというものではありません。ただ、副作用は気づかずに放置していると重くなり健康に影響を及ぼすことがあるので、予防をしたり、早めに対処することが大切です。そこで、より安全な治療を行う上でも、本マニュアルを参考に、患者さんご自身、またはご家族に副作用の予防法や対処法を知っていただき、気づいたら医師あるいは薬剤師に連絡してください。

・眠れない症状を改善する睡眠薬や、不安な気持ちを落ち着かせる抗不安薬といった薬の多くが、「ベンゾジアゼピン受容体作動薬」という種類に属します。

・ベンゾジアゼピン受容体作動薬を長く服用し続けることで、その薬を服用したいと強く感じる気持ちが見られることがあり、これを精神依存と呼びます。また、同じように長く服用し続けることで、もともと得られていた効果が弱くなり（耐性と言います）、同じような効果を得るために薬の量が増えたり、薬の服用量を減らしたときや、中止したときに、不快な症状（離脱症状と言います）を生じることがあり、これらを身体依存と呼びます。

・このような依存の状態となると、薬を減量・中止しにくくなることがあります。

・依存を予防するためには、必要以上に長く服用し続けることを避ける必要がありますので、主治医とよく相談してください。

厚生労働省：重篤副作用疾患別対応マニュアル ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存



<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1j27.pdf>



## Use of Drugs Affecting GABA<sub>A</sub> Receptors and the Risk of Developing Alzheimer's Disease and Dementia: a Meta-Analysis and Literature Review

Kimia Vakili<sup>1</sup> · Mobina Fathi<sup>1</sup> · Rasoul Ebrahimi<sup>2</sup> · Sarina Ahmadian<sup>3</sup> · Maral Moafi<sup>4</sup> · Mohammad Javad Ebrahimi<sup>4</sup> · Armin Tafazolimoghadam<sup>5</sup> · Ali Davoodi<sup>6</sup> · Amirreza Eghbaldoost<sup>7</sup> · Kimia Eyvani<sup>8,16</sup> · Hani Ghayyem<sup>1</sup> · Mehraeen Jashni Pour<sup>9</sup> · Mohammadreza Kosari<sup>10</sup>  · Sepideh Niknejad<sup>6</sup> · Ali Sanaye Abbasi<sup>8</sup> · Ameneh Zarebidoki<sup>11</sup> · Melissa Andrew<sup>12</sup>  · Shanna Trenaman<sup>13</sup>  · Zehra Batool<sup>14</sup> · Fatemeh Sayehmiri<sup>15</sup> · Kaveh Ebrahimzadeh<sup>15</sup>

- GABA<sub>A</sub>受容体に作用する薬（主にベンゾジアゼピン、ゾルピデムなど）と、将来の認知症／アルツハイマー病（AD）リスクの関連を検討したメタ解析。
- PubMed/Scopusで2024年5月までの英語論文を検索し、症例対照10＋コホート9の計19研究（約295万人）を統合した。
- GABA作動薬の使用が認知症（RR 1.15）とAD（RR 1.21）のリスク上昇と関連していた。薬剤別ではゾルピデム（RR 1.28）、BZD（RR 1.11）でも同様の関連がみられた。研究間のばらつき（異質性）は大きく、追跡期間（5～11年）が異質性に関係していた。
- 結論として、ゾルピデムとBZDの使用は認知症／ADリスク増加と関連する可能性がある。

## SYSTEMATIC REVIEW OPEN



# Comparative efficacy and safety of daridorexant, lemborexant, and suvorexant for insomnia: a systematic review and network meta-analysis

Taro Kishi <sup>1</sup>✉, Toshikazu Ikuta <sup>2</sup>, Leslie Citrome <sup>3</sup>, Kenji Sakuma<sup>1</sup>, Masakazu Hatano<sup>1,4</sup>, Shun Hamanaka<sup>1</sup>, Yasufumi Nishii<sup>1</sup> and Nakao Iwata <sup>1</sup>

- 成人不眠症に対する 3剤のDORA（ダリドレキサント／レンボレキサント／スボレキサント）を、二重盲検RCTを集めて比較したネットワーク・メタ解析
- 1か月時点で入眠・総睡眠時間などの指標は、いずれのDORAもプラセボより改善。一方で一部用量で傾眠が増える可能性が示唆された。
- 耐性・離脱・反跳不眠の明確な証拠がなく睡眠構築も悪化しにくいことから、DORAは成人不眠症の治療選択肢として概ね有利と結論づけている

RESEARCH

Open Access



# Prescription of psychotropic drugs by non-psychiatrist specialists in Morocco: current practices and educational needs

Imane Bensouda Korachi<sup>1\*</sup>, Inès Diouri<sup>2</sup>, Oumnia Bouaddi<sup>3,4</sup>, Adil Najdi<sup>5</sup>, Majdouline Obtel<sup>6,7</sup>, Abdallah Badou<sup>4,8</sup>, Lahcen Belyamani<sup>4,9</sup>, Mohamed Khalis<sup>3,4,6,10†</sup> and Roukaya Benjelloun<sup>2†</sup>

他診療科の医師の、、、

- 22.7%が向精神薬処方について不安
- 2年間で精神科関連の生涯教育を受けたのは11.3%
- 54.7%が向精神薬の処方に関する知識の拡大に興味←よいことですね
- 34%が追加の研修に興味無し

# BPSDの最中、どうするべきか？

---

- ごはんを食べたのがわからない
- さっき食事したばかりなのに、「ご飯はまだ？」と  
いってイライラしている

# BPSDの最中、どうするべきか？

---

- 時間や状況がわからない
- 夜中に、これから家に帰ると言って騒いでいる（自宅以外だと思っている）

# BPSDの最中、どうするべきか？

---

- 時間や状況がわからない
- 施設にて。夜中に、迎えが来てこれから家に帰ると言って、探し歩いている。

# BPSDの最中、どうするべきか？

---

- 物盗られ妄想
- 自分がどこかにしまい忘れた財布を、嫁が盗ったという
- 自分が長男に財布を預けたのを取り上げられたという

# BPSDの最中、どうするべきか？

---

- 相手の状況や立場を理解（相手にとっての事実を理解）：お腹がすいて困っている、物を盗られて怒っている、、、等
- 否定や非難は避ける：感情的な反応でBPSDは悪化
- 注意を他の事に向けるように具体的に指示や提案：TV見ている、飴なめていて、タオルたたんでいて、、、等

## まとめ

---

BPSDについて紹介した

---

BPSDは認知症において、本人、介護者、家族とも負担になることがある

---

必要に応じて、適切な対応、非薬物治療、薬物治療を導入することが望ましい