

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2版)

本ガイドライン作成の背景と目的

平成27年度厚生労働科学特別研究事業によるかかりつけ医500人の調査では、家族がもっとも困る症状はもの忘れと共に興奮性 BPSD であり、かかりつけ医の半数以上がそれらに対して抗精神病薬を処方しているとの結果であった。しかし、本ガイドライン初版を常時参考にしているかかりつけ医は約10%のみであり、抗精神病薬使用の多くで家族からその同意を常に得ているかかりつけ医は28%であることも明らかとなった。

認知症に対する薬物治療は認知症原因疾患の適切な鑑別診断のもと行われることが重要であり、必要に応じて認知症疾患医療センターなどの専門医療機関との連携のもとに、身近な存在のかかりつけ医が適切に使用することで認知症の人の QOL 向上につながると考えられる。今回は、各薬剤の有効性と副作用について明確に記載するなどの改訂を中心にしてガイドライン第2版を作成した。

ガイドライン第2版の利用にあたって

- 今回の改訂は治療アルゴリズムや各薬剤の有効性と副作用を中心に分かりやすく記載した小改訂であり、従来のガイドライン(初版)の継続利用も可能であるが、医療安全の観点から第2版の使用を推奨する。
- EBM に基づく認知症治療ガイドラインは既に日本神経学会を中心にまとめられたものがあるが、ここではそのエビデンスを踏まえてより実践的なガイドライン作成を意図した。
- まずは非薬物的介入をご家族や介護スタッフと検討し実施すること。その上でもなお症状が改善しない際に薬物療法を考慮すること。
- 向精神薬(抗認知症薬、抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠導入薬など)は、認知症を専門とする医師による診断と治療方針を踏まえて使用されることを推奨する。
- 激しい BPSD と関連してご本人やご家族の生命や健康を損なうおそれがある場合は、各地区の認知症疾患医療センターとの連携を、また特に急を要する場合には精神科救急システムとの連携を推奨する。
- 本ガイドラインに基づく診療を継続する中で病状が悪化していると判断される場合は、認知症を専門とする医師や認知症疾患医療センターとの医療連携を図ることを推奨する。
- 継続使用で BPSD が軽快していると判断できる場合は、減量・中止の重要性に常に留意し、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ことを推奨する。
ただし、BPSD が軽快した段階での抗認知症薬の減量・中止に関しては、進行性疾患であることを鑑み、また中止後に認知機能障害が増悪したとの報告もあることから、必要に応じて医療連携のもとご本人やご家族の理解を得ながら慎重に行うことを推奨する。

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 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。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、逆に増悪させることもあるので注意が必要である。これらにより標的症状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（就寝時間、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
- パーキンソン症状の有無（振戦、筋強剛、寡動、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、または妄想などに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く、必要な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の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。

BPSD 治療に使われる主な向精神薬：使い方の留意点

抗認知症薬

アルツハイマー型認知症にはコリン分解酵素阻害薬およびメマンチン、レビー小体型認知症にはドネペジルが保険適用を受けているが、他の認知症疾患に対する使用は適応外使用となる。また、上記のような適応内の使用であっても、BPSDの種類によっては増悪することもあるので、常にリスクベネフィットの観点から使用の妥当性を検討すべきである。

【有効性の評価】

コリン分解酵素阻害薬は、抑うつ、アパシー・意欲低下、不安、幻覚、妄想、興奮・攻撃性、易刺激性などに有効であったとの報告があるが、薬剤間、研究間でばらつきがみられ科学的根拠は不十分で、実臨床では症例ごとに効果を評価する必要がある。重症度（病期）によって使えるコリン分解酵素阻害薬に違いがあるので、軽度、中等度、高度障害の判定が重要となり、病期に基づいて適応外となった際は医療連携の中で中止を含めて慎重に検討されることを推奨する。

メマンチンは、興奮・攻撃性、易刺激性、行動変化・異常行動、妄想に有効であったとの報告が複数あるが、統計学的に有意差を認めなかったという論文もあり、科学的根拠が不十分である。

レビー小体型認知症へのドネペジル投与は、本邦で行われた第Ⅲ相治験では実薬群、プラセボ群とも明らかな BPSD 改善がある一方、両群間では統計学的に有意差は得られなかった。したがって、レビー小体型認知症の BPSD に対するドネペジルの有効性は確認されていないが、本邦で行われた第Ⅱ相治験では探索的有効性評価の一つで BPSD に対する有効性が確認されていること、そしてレビー小体型認知症では抗精神病薬などへの過敏な反応（少量でも重篤な副作用が出やすい）が懸念されることから、レビー小体型認知症の BPSD が非薬物的介入のみで改善しない場合、ドネペジルは選択肢の一つとして検討可能である。ただし、ドネペジルにより逆に症状を悪化させることもあるのでその際には減量あるいは中止すること。

【副作用】

コリン分解酵素阻害薬：心伝導障害や不整脈、失神、虚血性心疾患、消化性潰瘍、肝機能異常、痙攣、脳血管障害、錐体外路症状、また、食欲不振、嘔気・嘔吐、腹痛、下痢、めまい、CK 上昇、貧血等、ならびに活動性亢進に関連すると思われる BPSD 出現（興奮、不眠、不穏、幻覚ほか）に注意する。

また上記副作用として挙げた疾患が併存する場合、非ステロイド性消炎鎮痛剤投与中、尿路閉塞、気管支喘息・閉塞性肺疾患やその既往等がある例では慎重に投与する。貼布剤では紅斑・掻痒、皮膚炎等の局所症状に注意する。

メマンチン：けいれん、精神症状（激越、攻撃性、妄想、その他の興奮性 BPSD）、めまい、傾眠、転倒、頭痛、肝機能異常、CK 上昇、便秘、食欲不振、血圧上昇、血糖値上昇、浮腫、体重減少等に注意する。

けいれんの既往、腎機能障害、重症尿路感染等尿 pH を上昇させる要因、高度の肝機能障害等がある例では慎重に投与すること。

【留意点】

（必ずチェックしてから薬物投与を開始して下さい。）

- 定められた開始用量から始め漸増すること。ただし副作用により増量できない時には中途の用量でとどめるか、または他剤への変更を考慮する。
- 高齢、低体重、肝・腎機能低下、過敏などの状況を勘案し、添付文書の最高用量を超えないこと。
- 適用用量より少量の投与継続については、認知機能障害への有効性や副作用出現頻度等に関するエビデンスは得られていないことに留意する。なお、厚生労働省は国民健康保険中央会と社会保険診療報酬支払基金に対して、抗認知症薬の少量投与については個々の患者の症状に応じて薬剤費の支払いに関する判断を行うようにとの事務連絡を行っている（2016年6月1日）、少量投与に関してはレセプトの摘要欄にその理由などを記載することが望ましい。
- 投与後に活動性増加や易怒性などで介護負担がむしろ増大する場合は中止し、他剤に切り替える。
- BPSD 発現には脳病変の進行、生活環境、対人関係、本人の性格など多様な要因が関わるため、個々の症例ごとに最適な治療を得よう努める必要がある。
- 薬物相互作用に注意すること。
コリン分解酵素阻害薬ではコリン作動性薬剤との併用による相互の作用増強、抗コリン薬による相互の作用減弱に注意する。
メマンチンはドパミン作動薬の作用を増強する可能性がある。アママンジンとメマンチンは相互に作用を増強する可能性がある。
- 減量・中止に関しては、進行性疾患であることを鑑み、また中止後に認知機能障害が増悪したとの報告もあることから、専門医へのコンサルテーションおよびご家族の同意のもとに行うことを推奨する。

抗精神病薬

アルツハイマー病を始め認知症疾患に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減薬、中止が可能か検討する。

【有効性の評価】

幻覚・妄想に対して、リスペリドン、オランザピン、アリピプラゾールなどの使用を推奨する。クエチアピンの使用を検討してもよい。レビー小体型認知症のBPSDに対して、クエチアピンとオランザピンの使用を考慮しても良い。

不安に対して、リスペリドン、オランザピンの使用が推奨され、クエチアピンの使用を考慮してもよい。

焦燥性興奮 (agitation) には、リスペリドン、アリピプラゾールは有効性が実証されており使用を推奨する。オランザピンについては使用を検討してもよい。チアピドも興奮や攻撃性に対する有効性が報告され、脳梗塞後遺症に伴う精神興奮・徘徊・せん妄に保険適応もあるため考慮してもよい。

暴力や不穏に対して抗精神病薬の使用を考慮してもよい。

睡眠障害に、リスペリドンの使用を考慮してもよい。

徘徊に対するリスペリドンの使用を考慮してもよいが、科学的根拠が不十分である。

性的脱抑制に、抗精神病薬の使用を考慮するが、科学的根拠は不十分である。

なお、保険適応外使用にはなるが、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）。

【副作用】

高齢認知症患者への抗精神病薬投与により死亡率が1.6～1.7倍高くなる（米国食品医薬品局（FDA）、2005年及び2008年）。また、転倒や骨折のリスクも高まるので注意を要する。

よくみられる副作用として、眠気、ふらつき、過鎮静、歩行障害、嚥下障害、構音障害、寡動、振戦、起立性低血圧、食欲低下などがあるので注意する。

【留意点】

(必ずチェックしてから薬物投与を開始して下さい。)

- 低用量で開始し、症状をみながら漸増すること。
- 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。
- 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。
- 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。悪性症候群など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、一ヶ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。

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

抗うつ薬

アルツハイマー病を始め認知症疾患に対する抗精神病薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減薬、中止が可能か検討する。

【有効性の評価】

抑うつ状態に対して、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）やSNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）の使用を考慮してもよい。

不安に対して、トラゾドンの有効性が報告されているが科学的根拠は不十分である。

性的脱抑制にたいしてSSRI、トラゾドンの使用が報告されているが科学的根拠は不十分である。

抑うつとアパシーの鑑別は難しい場合も少なくなく、アパシーはSSRIにより悪化するリスクも報告されているので、必要に応じて適切な医療連携を推奨する。

【副作用】

抗うつ薬全般の副作用は、てんかん発作閾値の低下、緑内障の悪化、心血管疾患の悪化である。SSRIで頻発する副作用は、嘔気下痢などの消化器症状であり、多くは開始直後に認められる。食直後に服用する、ゆっくりと漸増するなどにより対応する。症状が強い時は中止し変薬する。また、転倒のリスクがある。SSRIは、消化管出血や脳出血のリスクを高めることが報告されている。NSAIDsや抗血小板薬との併用は注意を要する。SSRI以外で留意する副作用は、前立腺肥大症状の悪化である。

【留意点】

(必ずチェックしてから薬物投与を開始して下さい。)

- 必ず初期投与量から開始し、その後は副作用に留意しつつ、必要に応じて慎重に常用量まで漸増する。
- 三環系抗うつ薬は、認知機能低下などの副作用があるため原則使用しない。
- 併存する身体疾患の治療薬と併用する際には、併用禁忌薬・慎重投与薬に配慮が必要であり、添付文書などの医薬情報の確認を要する。

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
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

抗不安薬

アルツハイマー病を始め認知症疾患に対する抗不安薬の使用は適応外使用であり、患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。有効性の評価を行い、常に減薬、中止が可能か検討する。中等度以上の認知症患者の不安症状にはベンゾジアゼピン系抗不安薬は推奨しない。

【有効性の評価】

初期の認知症患者における軽度の不安症状に対して、有効性が報告されているが科学的根拠は不十分である。レビー小体型認知症のレム睡眠行動異常に対してクロナゼパムの使用を考慮してもよい。

【副作用】

ベンゾジアゼピン系抗不安薬は、75才以上の高齢者、中等度以上の認知症患者には副作用が発現しやすく、せん妄、過鎮静、運動失調、転倒、認知機能低下のリスクが高まるため、使用は推奨しない。

長時間作用型（ロフラゼパ酸エチルなど）は短時間作用型（エチゾラム、クロチアゼパムなど）より有害事象が出現しやすい。短時間作用型（エチゾラム、クロチアゼパムなど）では健忘、連用後の中断で反跳性不安が生じることがある。

【留意点】

（必ずチェックしてから薬物投与を開始して下さい。）

- 一時的に使用し、長期もしくは定期的には使用しない。
- 多くのベンゾジアゼピン系薬物は肝臓で代謝されるため、高齢者では常用量より少ない量から開始する。

睡眠薬

まず、非薬物療法的介入（日光浴、日中の離床やレクリエーションなどの環境調整）を試みる。患者のリスクベネフィットを考慮し、十分なインフォームドコンセントを行って使用する。

【有効性の評価】

従来よりベンゾジアゼピン系睡眠薬は広く使われてきたが、高齢者に対して睡眠薬の安易な導入は避けるべきである。また、高齢者において非ベンゾジアゼピン系睡眠薬がベンゾジアゼピン系睡眠薬よりも安全とする根拠は不十分であるが、高齢者では睡眠薬の半減期が延長するため超短時間作用型の非ベンゾジアゼピン系睡眠薬であるゾルピデム、ゾピクロン、エスゾピクロンを考慮してもよい。

メラトニン受容体作動薬やオレキシン受容体作動薬の使用も考慮してもよいが、その有効性や副作用については、未だ科学的根拠は不十分である。

ベンゾジアゼピン系睡眠薬が無効な時に、増量することは推奨しない。

ベンゾジアゼピン系抗不安薬を睡眠障害に使用することは推奨しない。

【副作用】

非ベンゾジアゼピン系睡眠薬も、ベンゾジアゼピン系抗不安薬と同様の副作用がある。とくに、鎮静作用や筋弛緩作用からふらつきやすく、転倒や骨折のリスクが高くなるので、夜間のトイレなどには注意を要する。

【留意点】

（必ずチェックしてから薬物投与を開始して下さい。）

- 少量投与に留め、漫然と長期に投与せず減量・中止を検討し、必要に応じて医療連携を利用しコンサルテーションを仰ぐ。
- 従来から既にベンゾジアゼピン系睡眠薬を使用している場合には、注意深く観察しながら漸減するか、ゾルピデム、ゾピクロン、エスゾピクロンへ切り替えることを考慮する。

作用機序	薬物名	対象	特徴・注意点	用量 (mg)
GABA _A 受容体作動薬	ゾルピデム	入眠障害	超短時間作用型、半減期 2.5 時間	5
	ゾピクロン	入眠障害	超短時間作用型、半減期 3.5-6.5 時間	7.5
	エスゾピクロン	入眠障害	超短時間作用型、半減期 5.1 時間	1-2
メラトニン受容体作動薬	ラメルテオン	不眠症	フルボキサミンとの併用禁忌	4-8
オレキシン受容体拮抗薬	スボレキサント	不眠症	半減期 10 時間	15*

* 米国では 5mg/日 から漸増可能であるが、国内では 65 歳以上に 15mg/日 で用量固定されている。

参考資料・文献

参考資料

1. 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
2. 認知症疾患治療ガイドライン 2010. 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会
3. The International classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual, Second Edition (ICD-II). American Academy of Sleep Medicine, editor. Westchester, IL, 2005
4. BPSD 初期対応ガイドライン 2012. 精神症状・行動異常 (BPSD) を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班
5. 睡眠薬の適正使用ガイドライン 2014. 睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班

参考文献

1. Wang J, Yu JT, Wang HF, Meng XF, Wang C, Tan CC, Tan L. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2015;86(1):101-9.
2. Matsunaga S, Kishi T, Iwata N. Memantine monotherapy for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015 Apr 10;10(4):e0123289.
3. Stinton C, McKeith I, Taylor JP, Lafortune L, Mioshi E, Mak E, Cambridge V, Mason J, Thomas A, O'Brien JT. Pharmacological Management of Lewy Body Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2015;172(8):731-42.
4. Street JS, Clark WS, Gannon KS, Cummings JL, Bymaster FP, Tamura RN, Mitan SJ, Kadam DL, Sanger TM, Feldman PD, Tollefson GD, Breier A. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. Arch Gen Psychiatry. 2000 ;57(10):968-76.
5. Bains J, Birks J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2002 Oct 21;(4):CD003944. Review. Pub.
6. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015 ;63(11):2227-2246.

利益相反 (COI) 開示

日本医学会「医学研究のCOIマネジメントに関するガイドライン」に基づく所属学会利益相反指針に従い利益相反を公開した。2014年1月-2015年12月における営利目的企業・団体の役員、顧問などに対する対価、講演・助言・原稿執筆などへの謝礼、奨学寄附金などの研究助成金、著作権使用料などに関するCOIを記載した。

新井平伊 (主任研究者)

エーザイ (株)、第一三共 (株)、ノバルティス (株)、イーライリリー (株)、大塚製薬 (株)、小野薬品工業 (株)

秋山治彦 (分担研究者)

なし

石郷岡純 (分担研究者)

MSD (株)、大日本住友製薬 (株)、大塚製薬 (株)、ノバルティス (株)、武田薬品工業 (株)

中島健二 (分担研究者)

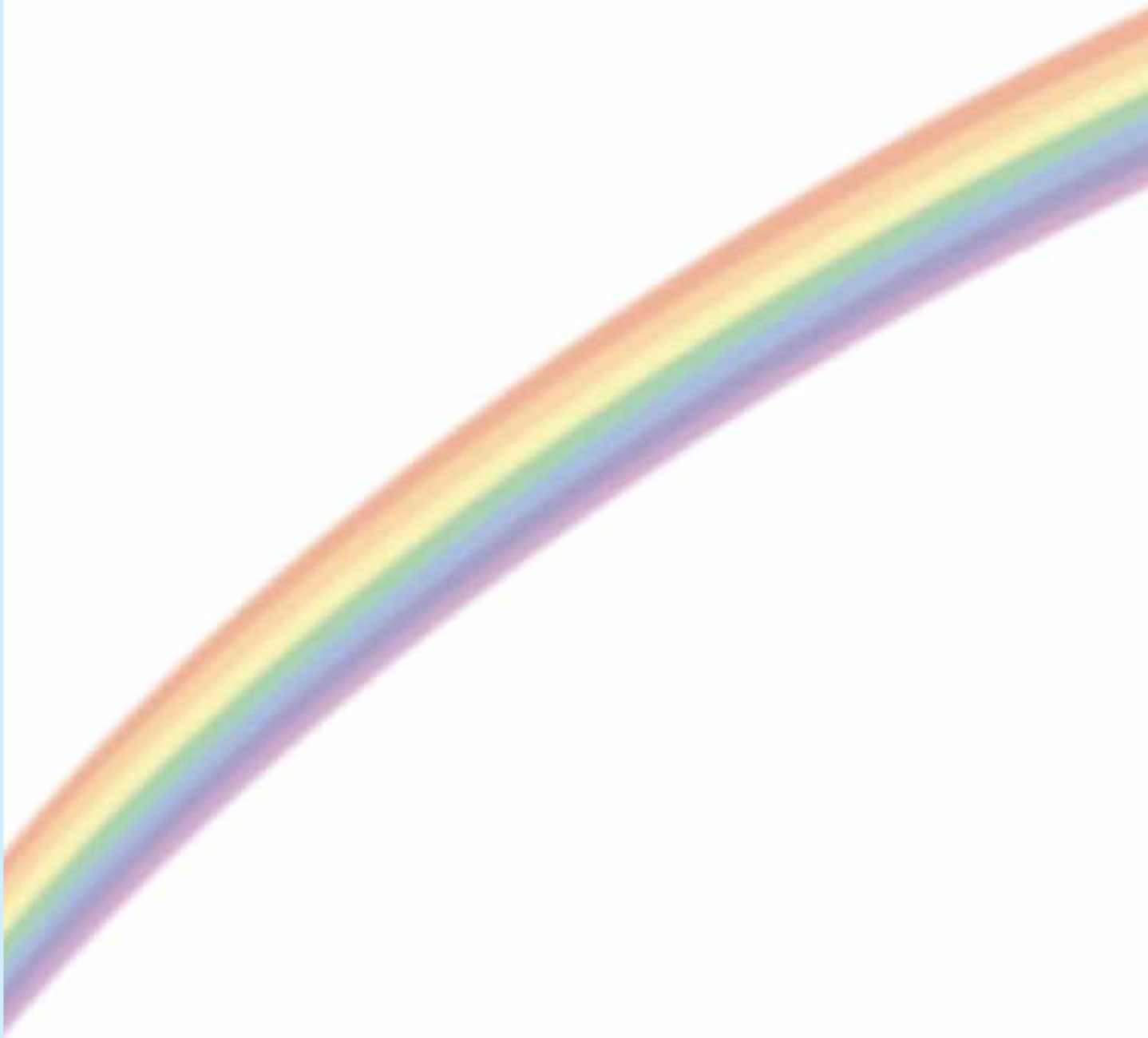
エーザイ (株)、ノバルティス (株)

本間昭 (分担研究者)

認知症総合支援機構株式会社、エーザイ (株)、第一三共 (株)、ヤンセンファーマ (株)、小野薬品工業 (株)、武田薬品工業 (株)、大塚製薬 (株)、佐藤製薬 (株)、ノバルティス (株)、(株)ワールドプランニング、三菱田辺製薬 (株)、(株)Promedico

COI マネージメント

- (1) 所属学会および所属機関へ申告のもと規約に則りマネージメントされているが、加えて研究者全員からの申告を受けた主任研究者においても管理している。
- (2) 推奨する薬剤の選択は、研究におけるエビデンスを最優先し決定したが、エビデンスが不足する部分については、エキスパートオピニオンも参考にした。
- (3) 本ガイドラインに掲載する薬剤については、利益相反を有しない分担医師により、上記エビデンスおよび情報に基づく客観的審査を行って、最終的に決定した。



平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（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作成