

総説

ガイドライン批判（5）

認知症疾患診療ガイドライン 2026

薬剤治療偏重、せん妄誘発薬剤を軽視

薬のチェック編集委員会

Web資料A

薬のチェック編集委員会
2026-9-14

Web資料A 表1：せん妄の原因：物質、接し方と病気

1. 薬剤（表2参照）アルコール、嗜癖物質
2. 不適切な接し方（特に認知症に対して）Web資料B参照
3. 病気
1) 脳の組織が物理的あるいは感染症で壊される 出血、脳梗塞、脳腫瘍、脳膿瘍、寄生虫 感染症（脳炎、髄膜炎）
2) 病気で脳の働きに有害な物質が作られる 高血糖（糖尿病）、高アンモニア血症（肝不全） 炎症性サイトカイン過剰（重症敗血症） ホルモン過剰（甲状腺ホル、男性ホル、副腎皮質ホル等） がん末期で、高カルシウム血症、TNF- α 過剰など
3) 必要なものが不足 低酸素血症、脳虚血（原因としてのけいれん） 低血糖、ビタミンB1欠乏、水/電解質/酸塩基平衡異常 その他栄養（他のビタミン等）/必須物質の欠乏 ホルモン欠乏（インスリン、女性ホルモンなど）
4) 精神の病気

Web資料A 表2 せん妄を生じうる主な薬剤とその対処方法

薬効分類	薬剤名一般名(主な商品名)	せん妄以外の症状	中止・減量の方法など	その他治療方法の原則
H2ブロッカー	ファモチジン(ガスター)、シメチジンなど	感染症悪化、アレルギー、免疫異常の治療が遅れる	即中止、軽快後、どうしても必要な少量を再開	中止のみで可、余分な治療は複雑化のもと
抗ヒスタミン剤	鎮静性：クロルフェニラムなど種々 非鎮静性：オロパタジンなど種々	(熱性)けいれん誘発。発熱時には非鎮静性もせん妄、けいれんの原因となる	即中止、軽快後、どうしても必要な少量を再開	中止のみで可、余分な治療は複雑化のもと
プロトンポンプ阻害剤(PPI)	オメプラゾール(オメプラール)、ランソプラゾール(タプロン)、ラベプラゾール(バリエット)、エソメプラゾール(ネキシウム)、ポノプラザン(タケキャブ)	下痢、軟便、味覚異常、肺炎、重い大腸炎、尿路感染症、腎障害など、認知症、がん誘発など(全身のプロトンポンプ阻害で身体各部位の不調)	即中止、軽快後、胃・十二指腸潰瘍で、どうしても必要な少量を再開。逆流性食道炎で継続は禁。	中止のみで可、余分な治療は複雑化のもと
ロイコトリエン受容体拮抗剤	モンテルカスト(キプレス、シングレア)、ブランドカスト(オン)	肝障害、劇症肝炎、好酸球増多、血管炎(多発性肉芽腫症)、うつ自殺念慮など	即中止、必要な例はほぼない	中止のみで可、余分な治療は複雑化のもと
睡眠剤、鎮静剤、抗不安剤	特に短時間型睡眠剤：トリアゾラム(ハルシオンなど)、ゾルピデム(マイスリーなど)で生じやすい。新規睡眠剤ラメルテオン、ブレガバリン(リカ)なども同様。 オレキシン受容体拮抗剤：スボレキサント(ベルソムラ)、レンボレキサント(デエビゴ)	ねむけ、翌日夕方には離脱性の「せん妄」、前向き健忘、うつ病、依存、交通事故、感染症の悪化、発がん性もあり 入眠直後の幻覚・金縛り・カタプレキシー(情動脱力発作)等の特徴とする「ナルコレプシー」が起こりうる。	運用後突然中止で禁断症状として、けいれんや幻覚を生じうるので、徐々に徐々に減量・中止(睡眠剤など半減期の短いものはジアゼパムに変更後、減量・中止)のこと 離脱症状はベンゾジアゼピン剤よりは少ない。	入眠直後幻覚・金縛りなどがあれば、 軽度でもカタプレキシーを起こす前に中止を
抗うつ剤	SRI：特にパロキセチン(パキシル)、セルトラリン(ジェイプロクト)、SNRI：デュロキセチン(サインバルタ)など	焦燥感、アカシジア(静座不能症)、攻撃性が高まり、敵意、他害行為、犯罪も、自殺念慮、自殺企図、自殺既遂あり	急激な減量不可、急な中断でもせん妄、を起こす。早めに徐々に減量、余分な治療は複雑化のもと	
AD/HD(注意欠如・多動性障害)用剤	メチルフェニデート(コンサータ)、リスデキサンフェタミン(ビバミセ)、アトモキセチン(ストラテラ)、guanfacine(インチュニア)	悪夢、不眠、うつ病など。メチルフェニデートでは、特に依存、補導増加、学業成績の低下など、guanfacineでは血圧低下	徐々に減量して、中止を。	一度使いだすと中止が困難になる。安易な使用は厳禁
抗インフルエンザウイルス剤	オセルタミビル(タミフル)	呼吸抑制・停止、低酸素性けいれん、突然死、肺炎、感染症が重症化、糖尿病、出血傾向	そもそも不要。幼児、高齢者、ハイリスク者は特に危険、中止のみ	低酸素によるけいれんに抗けいれん剤は禁忌。酸素吸入と人工呼吸を
	バロキサビル(ゾフルーザ)	下痢、下血など出血傾向、菌血症を伴う敗血症から、敗血症性ショックウイルス減少は見かけだけ。突然死も	1回服用なので、害が起これば防ぎようがない、用いない。用いなくても治る。	高齢者、ハイリスク者は特に危険、ともかく用いないこと
抗精神病用剤(神経遮断剤)、制吐剤	定型抗精神病剤：フェノチアジン、ブチロフェノン(ハロペリドール)、スルピド、 非定型抗精神病剤：リスペリドン、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾール、ブレクスピラゾール(レキサルティ)	錐体外路症状(ジストニア、アカシジア、パーキンソン症状、悪性症候群)、血圧低下、けいれん、致死的不整脈、突然死、脳梗塞、低体温も	一時中止、軽快後、どうしても必要な少量を再開	軽症で気づいて、錐体外路症状やカタニアには抗パーキンソン剤、悪性症候群になればベンゾジアゼピン剤
抗躁病剤	炭酸リチウム	同上＋甲狀腺障害(機能亢進も低下も)		
アルツハイマー型認知症用剤	ドネペジル(アリセプト)、ガランタミン(レミニール)、リバスチグミン(リバスタッチ・パッチ)	パーキンソン症状、下痢、嘔吐、心停止、致死性不整脈、消化性潰瘍、突然死	中止	早期に中止すれば特別な治療は不要
	メマンチン(メマリー)	けいれん/幻覚/妄想/活動性低下、歩行障害、失禁	中止	早期に中止すれば特別な治療は不要
抗コリン剤	抗コリン剤系抗パーキンソン剤、三環系抗うつ剤系、頻尿・尿失禁用の抗コリン剤、抗精神病剤、鎮静性抗ヒスタミン剤などが長期使用される抗コリン剤の代表。ほかに、鎮痙剤(腹痛止め)、抗潰瘍剤、鼻水止め、オピオイド、降圧剤なども(その他は、 Web資料の表3：認知機能への影響の強と別抗コリン剤リスト参照)			
抗パーキンソン剤	ビペリデン、トリヘキスフェニジル、レボドパ製剤、アママンジン、プロモクリプチン、セレギリン、ベルゴリド、カベルゴリン等	幻覚、妄想、尿閉、長期使用で、認知症に、特に新しい強力な薬剤ほど認知症の害が大きい。	一時中止、軽快後、どうしても必要な少量を再開	早めなら中止、減量のみで可。抗精神病剤は、使ってもごく短時間のみに、できるだけ早く中止のこと
ステロイド剤	種々	あらゆるタイプの精神症状があらゆる時期に生じうる。胃潰瘍、小腸、大腸潰瘍、穿孔、感染症、発がん、その他種々	減量が基本。長期使用後中断は離脱症状。減量で悪化するなら再度増量考慮	減量で十分。抗精神病剤など余分な治療は複雑化のもと、使用しても短時間で中止のこと
解熱・鎮痛剤	非ステロイド抗炎症剤(NSAIDs)：イブプロフェン(ブルフェン)、ロキソプロフェン、ジクロフェナクなど	けいれん、脳症、感染症増悪、敗血症、多臓器不全	解熱目的では絶対に使わない、使っているなら即中止。非感染性の疼痛の鎮痛・抗炎症性目的にのみ使用	制吐剤や抗精神病剤は厳禁(けいれんを誘発し危険)
	アセトアミノフェン(カロナールなど)	アセトアミノフェンでも、積極的に平熱まで下げるとは危険	40℃を超える場合にのみ、少量使用	鎮痛目的でも、感染症の痛みならごく少量に
抗生物質	イミペネム、ペニシリン、セフェム、マクロライド剤(クラリスロマイシン、アジスロマイシンなど)	はき気、けいれん、ピクつき	即時中止、けいれん誘発のない他の代替抗生剤に変更	制吐剤や抗精神病剤は厳禁(けいれんを誘発し危険)
抗菌剤	キノロン剤(シプロフロキサシンなど種々)	腱断裂、けいれん、大動脈解離	中止。害のない他の抗生物質に変更	
抗結核剤	イソニアジド、エチオナミド	けいれん、末梢神経障害など	一時中止し、その後減量して再開	
禁煙用剤	バレニクリン(チャンピックス)	自殺、心筋梗塞や脳卒中も	即中止。	ニコチン製剤が安全
降圧剤	種々(特にカルシウム拮抗剤、β遮断剤、α遮断剤など)	脱力、集中力など精神活動の鈍化、記憶力低下、免疫抑制など	減量/中止。ストレスの原因を見直す	特に不要
インターフェロン	インターフェロンα、α-2a、α-2b、ベグインターフェロンなど	あらゆるタイプの病気が生じうる	早めに中止。重篤なら即時中止	原則として無治療で回復を待つ
コレステロール低下剤	スタチン剤、フィブラート剤、PCSK9阻害剤など	糖尿病、免疫抑制、感染症悪化、発がん、心疾患、認知症など	もともと不要、即時中止	中止のみで可、余分な治療は複雑化のもと
ワクチン	HPV、B型肝炎、はしか、おたふくかぜ、3種混合、4種混合(百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ)、Hib、肺炎球菌、日本脳炎、髄膜炎菌、帯状疱疹、特にアジュバント添加ワクチンは危険(脳傷害を起こすため)	局所反応(痛み、腫れ)、失神、けいれん、脳症、運動障害、ギランバレー症候群など、各種自己免疫疾患に加えて、発がん性もあり	不要なワクチンが多い	余分な治療は複雑化のもと、せいぜい対症療法
その他				
交感神経刺激	抗うつ剤(三環系)、喘息用薬(アドレナリン、β作動剤、テオフィリン剤)、咳止め(エフェドリン系：市販品にあり)、昇圧剤、覚醒剤、鼻水止め(プソイドエフェドリン)など			
交感神経抑制	抗不整脈剤、局所麻酔剤、制吐剤、降圧剤(αブロッカー、βブロッカー)、排尿促進剤(αブロッカー)など			
コリン作動剤	アルツハイマー型認知症用剤(ドネペジル他、上記参照)、重症筋無力症用剤、排尿促進剤、腸蠕動促進剤など			
オピオイド剤	モルヒネ等オピオイド、コデイン、中枢性鎮咳剤、			
抗ウイルス剤	アシクロビル、バラシクロビル、ファムシクロビルなど帯状疱疹用剤、ガンシクロビル、抗HIV剤			
抗がん剤	種々あり、白質脳症などにより脳機能低下			
性ホルモン剤	男性ホルモン剤、抗男性ホルモン剤(男性型脱毛用剤、前立腺肥大用剤)、女性ホルモン剤、抗女性ホルモン(乳がん用剤、子宮内膜症用剤、排卵誘発剤)			
乳酸アシドーシスを生じる薬剤	ビタミン抜きでの高カロリー輸液(せん妄が初期症状、重症化すると、ショック、汎血球減少症、各種ホルモン分泌低下、後遺障害としてウェルニッケ脳症なども)、ビグアナイド剤、			
その他	強心配糖体、アルミニウム塩、ピスマス、金製剤、造影剤、利尿剤(低ナトリウムで)、血糖降下剤(SU剤、インスリン)など			

★薬のチェックNo120(2025年)のWeb資料表2(<https://medcheck.jp.org/wp-content/uploads/2025/07/web02.pdf>)を改訂

Web資料A 表3:抗コリン剤:認知機能への影響の強さランク分類

ACBスコア3(強度)			ACBスコア2(中程度)		
薬効分類	一般名	代表的商品名	薬効分類	一般名	代表的商品名
三環系抗うつ剤	アミトリプチリン	トリプタノール	抗パーキンソン剤	アマンタジン	シンメトレル
	アモキシサピン	アモキサン	抗けいれん剤	カルバマゼピン	テグレトール
	イミプラミン	トフラニール	抗ヒスタミン剤	シプロヘプタジン	ペリアクチン
	クロミブラミン	アナフラニール	H ₂ ブロッカー	シメチジン *b	タガメット
	トリミブラミン	スルモンチール		ファモチジン*c	ガスター
腹痛止め	アトロピン	アトロピン		その他H ₂ ブロッカー	アルタット、アシンノンなど
	ブチルスコポラミン*a	ブスコパン*a	抗不整脈剤	ジソピラミド *b	リスモダン
(抗潰瘍剤) 麻酔補助剤	プロバンテリン	プロバンサイン	抗精神病剤	ピモジド *b	オーラップ
	スコポラミン	ハイスコ	ACBスコア1(軽度)		
鎮静性 抗ヒスタミン剤	クロルフェニラミン	ボララミン	抗ヒスタミン剤	アリメマジン	アリメジン
	クレマスチン	タベジール		セチリジン	ジルテック
	ジフェンヒドラミン	レスタミン		ロラタジン	クラリチン
	ヒドロキシジン	アタラックス	睡眠剤・安定剤	アルプラゾラム	コンスタン
	ジメンヒドリナート	ドラマミン		ジアゼパム	セルシン/ホリゾン
	ケトチフェン	ザジテン		その他各種睡眠剤・安定剤	
	プロメタジン	ヒベルナ	降圧剤	アテノロール	テノーミン
	眠気のする抗ヒスタミン剤各種 *a			カプトプリル	カプトリル
				ニフェジピン	アダラート
頻尿・尿失禁用の 抗コリン剤	オキシブチニン	ボラキス	強心剤	ジゴキシシン	ジゴシン
	フェソテロジン	トビエース	利尿剤	フロセミド	ラシックス
	フラボキサート	ブラダロン	ステロイド剤	ヒドロコルチゾン	ソル・コーテフ
	プロピペリン	バップフォー	オピオイド	モルヒネ	MSコンチン
	ソリフェナジン	ベシケア		フェンタニル	フェンタニル
抗精神病剤	トルテロジン	デトルシトール		コデイン	コデイン
	クロルプロマジン	コントミン、ウインタミン		(下痢止め)	ロペラミド
	クロザピン	クロザリル	気管支拡張剤	テオフィリン	テオドール
	トリフロペラジン	トリフロペラジン	抗凝固剤	ワルファリン	ワーファリン
	オランザピン	ジブレキサ	硝酸剤	イソソルビド	ニトロール
	ケチアピン	セロクエル			
	その他各種抗精神病剤 *a				
SRI(抗うつ剤)	パロキセチン	パキシル			
抗パーキンソン剤 (抗コリン剤系)	トリヘキシフェニジル	アーテン			
	ビペリデン *a	アキネトン *a			

<http://www.agingbraincare.org/> のACBスコアを元に筆者改訂

*a: 元の表にはないが、筆者の判断で追加。

*b: 他のランク表 (Anticholinergic Drug Scale) では中程度にランクされているので、中程度のスコアとした。

*c: 薬のチェックの評価では、少なくともスコア2である。

薬のチェックNo120(2025年)のWeb資料3を改訂