

脳神経内科・向精神薬副作用

アカシジア（静坐不能）これだけ

原因薬・見分け方・治療の使い分け

医師・薬剤師・看護師へ

医知創造ラボ

監修：今村久司 脳神経内科専門医

①

開始・増量後の
静坐不能を疑う

②

まず原因薬を
減量・中止・変更

③

補助薬は
B6・ミルタザピン
β遮断薬

アカシジア = 静坐不能

「動いても楽にならないが、動かずにいられない」

主観：内的な体験

- ・ 強い落ち着かなさ
- ・ 内的な焦燥感
- ・ じっとしてられない苦痛

客観：外から見える動作

- ・ 足踏み・歩き回る
- ・ 椅子でそわそわ
- ・ じっとできない

抗精神病薬

定型・非定型とも

ハロペリドール
リスペリドン
オランザピン 等

制吐薬

消化器・救急でも注意

メトクロプラミド
(プリンペラン)
プロクロルペラジン

抗うつ薬

SSRI/SNRI・三環系

SSRI / SNRI
アモキサピン

多剤併用でリスク増

機序：中脳-線条体のドパミンD₂遮断+セロトニン/ノルアドレナリン関与

アカシジアの4タイプ（時間軸）

急性

数日～数週

遅発性

長期投与後
難治

離脱性

急減量後

慢性

3か月以上

投与開始・増量から 数日～数週

足の異常感覚

「むずむず」「這い回る」

不安・苛立ち

「じっとしてられない」

歩き回る・足踏み

絶えず体を動かす

夜間も持続

睡眠を妨げやすい

| 疾患 | 特徴 | アカシジアとの違い |
|-------------------|---------------------------|--------------------------------|
| 不安・焦燥 (精神症状悪化) | 思考内容の変化 (心配・恐怖・妄想) を伴う | アカシジアは思考は変わらず 「体が動かずにいられない」 |
| RLS 下肢静止不能症候群 | 夜間安静時に増悪 動かすと軽快 | アカシジアは昼間も持続 動いても楽にならない |
| せん妄 | 認知・見当識障害 意識変容を伴う | アカシジアは意識クリア |

迷ったら原因薬を減らして改善 = アカシジア

客観的アカシジア

体の動き・落ち着きのなさを観察して評価

主観的アカシジア① (自覚)

体を動かしたい・じっとしてられない感覚

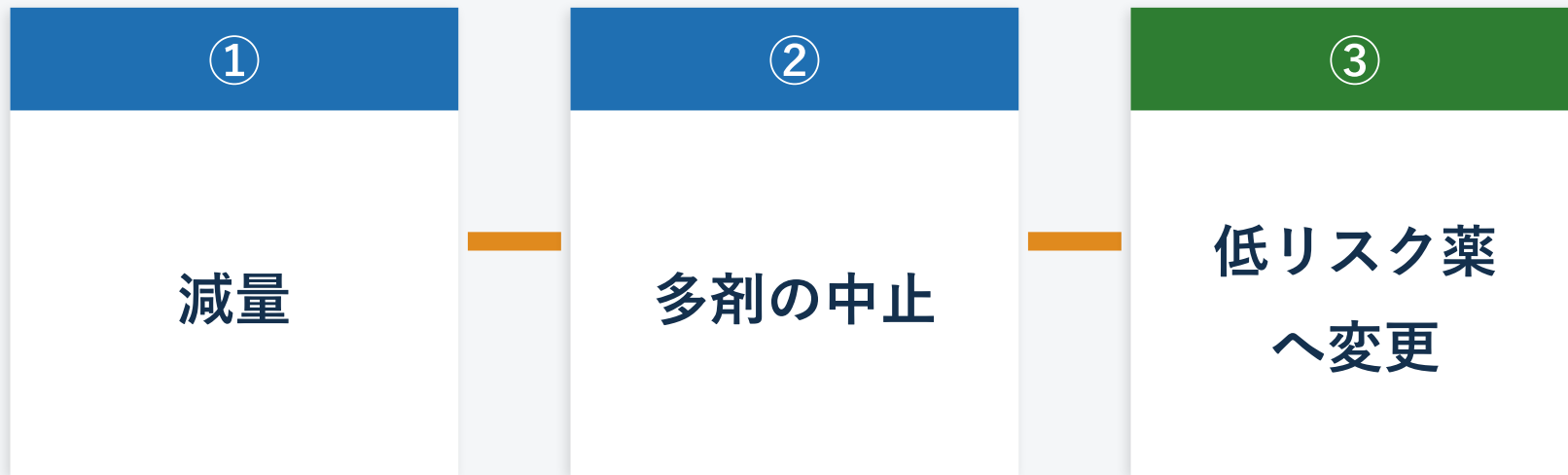
主観的アカシジア② (苦痛)

内的な苦痛・不快感の程度

総合臨床評価

全体的な重症度 (0~5点)

抗精神病薬の開始時・増量時に系統的に評価する



< 補助薬より先 >

※ 減量・変更を直接比較したRCTは存在しない（観察研究・専門家意見ベース）

効果＋忍容性が良い補助薬（2024年ネットワークメタ解析より）

1

ビタミンB6

安全性が高く使いやすい

SMD -0.92（参考）

2

ミルタザピン

15mg/日・鎮静/体重増に注意

SMD -1.20（参考）

3

プロプラノロール

20～60mg/日・喘息は禁忌

SMD -0.78（参考）

出典：Gerolymos 2024 JAMA Netw Open / Furukawa 2024 Schizophr Bull（NMA）

| 薬剤 | 用量 | 注意点 |
|---------------|--------------|--------------------|
| プロプラノロール | 20～60mg/日 | 喘息は禁忌 適応外使用 |
| ビタミンB6 | 高用量 安全性良好 | 妊娠・授乳でも相対的に安全 |
| ミルタザピン | 15mg/日 | 鎮静・体重増加に注意 |
| BZD（ベンゾジアゼピン） | 短期/限定的 | 高齢者は回避 転倒・依存リスク |
| 抗コリン薬 | 短期/限定的 | 高齢者は回避 せん妄リスク |

※ NMA参考値（JAMA 2024）：ミルタザピン SMD -1.20 / B6 -0.92 / プロプラノロール -0.78

難治例

多剤併用を整理

→ クロザピンへの変更

→ ECT（電気けいれん療法：最終手段）

高齢者

抗コリン薬は回避

（せん妄リスク）

BZDも転倒・依存注意

パーキンソン病

ドパミン補充を先に確認

クエチアピン等

低D₂遮断薬を検討

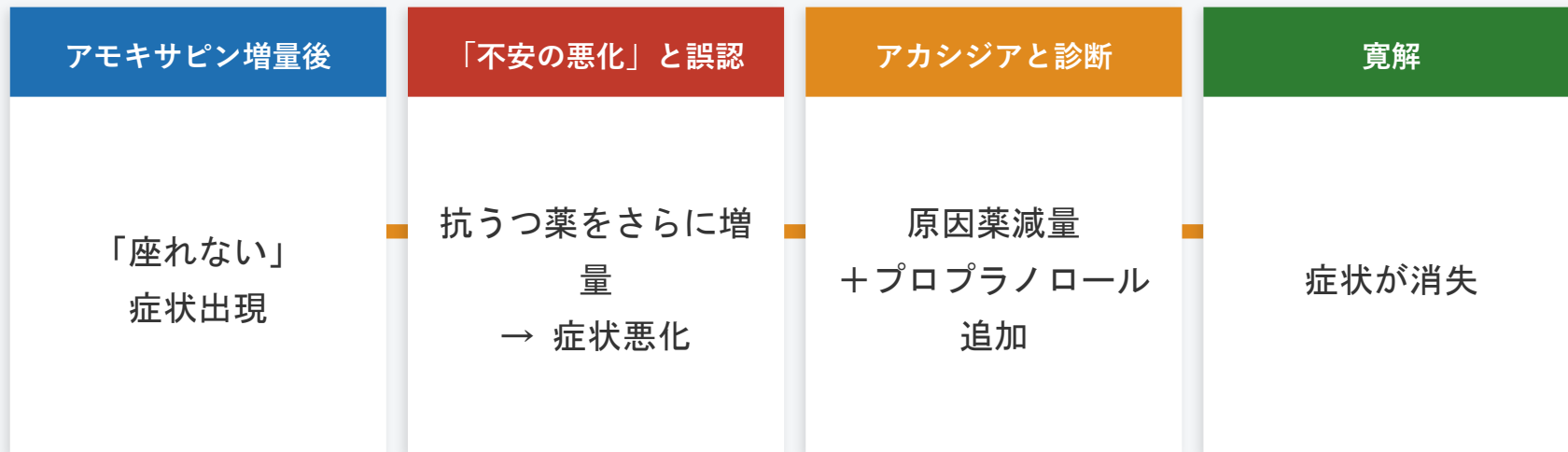
鉄欠乏

血清フェリチンを確認

鉄補正でRLS/

アカシジア改善の可能性

48歳女性・うつ病



「精神症状の悪化」と判断する前に、薬の開始・増量歴を必ず確認

⚠ 「精神症状の悪化」と決めつけない

激しい苦痛は衝動性・自殺念慮を高める

アカシジアによる苦痛は強く、患者は「なぜか体が落ち着かない」と言語化できないまま追い詰められることがある

「これは薬の副作用です」と伝え、早期に緩和する

原因薬の調整＋補助薬で症状は緩和可能。患者・家族への説明が回復の鍵。

原因薬の把握（開始・増量歴の確認）

BARSで重症度を評価

鑑別：不安・**RLS**・せん妄

まず原因薬を調整（減量・中止・変更）

補助薬は使い分け＋同意（適応外）

経過フォロー（改善確認・再燃監視）

押さえる3点

①

開始・増量後の
静坐不能を疑う

②

まず
原因薬

③

補助薬は
B6・ミルタザピン
β遮断薬