

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

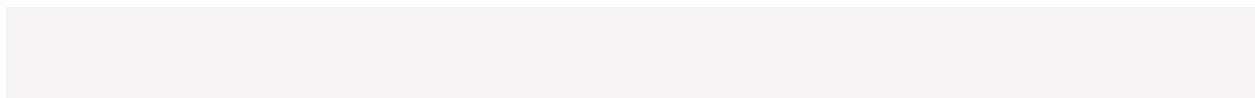
- 今回の改訂は治療アルゴリズムや各薬剤の有効性と副作用を中心に分かりやすく記載した小改訂であり、従来のガイドライン(初版)の継続利用も可能であるが、医療安全の観点から第2版の使用を推奨する。
- EBM に基づく認知症治療ガイドラインは既に日本神経学会を中心にまとめられたものがあるが、ここではそのエビデンスを踏まえてより実践的なガイドライン作成を意図した。
- まずは非薬物的介入をご家族や介護スタッフと検討し実施すること。その上でもなお症状が改善しない際に薬物療法を考慮すること。
- 向精神薬(抗認知症薬、抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠導入薬など)は、認知症を専門とする医師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。

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



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)

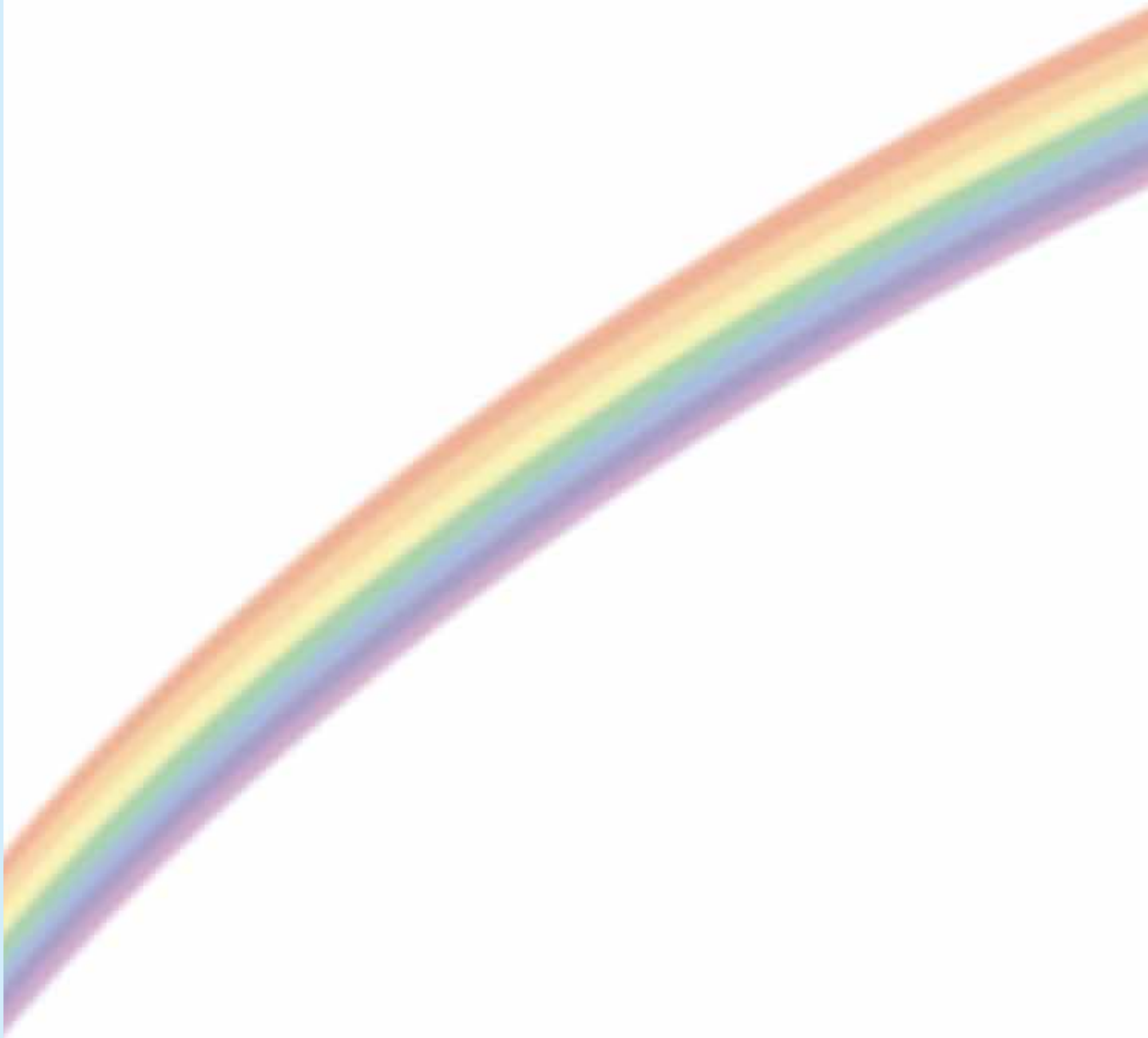
エーザイ (株)、ノバルティス (株)

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