

第2回 Heart Attack Conference

2020.12.03. 牧港中央病院, バイエル薬品 Web講演

認知症薬の薬剤管理

城間クリニック
城間清剛

1

1

COI

- 本講演に関する公表すべきCOIはありません.

留意事項

- 本講演では演者の私見や適応外処方が含まれております.
- 処方の際は添付文書をご確認いただき, ご本人, ご家族に説明の上, 治療をお願いいたします.

2

2

本日の内容

- 認知症の種類と特徴
 - 4大認知症
- 認知症の薬物療法
 - 中核症状治療薬
 - 周辺症状治療薬
- 認知症薬の薬剤管理

3

3

認知症 Major Neurocognitive Disorder

DSM-5 2013

【定義】

- 正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障を来たようになった状態を言う。

【診断基準】

- 以下の1つ以上の認知領域において以前の水準から有意な認知の低下がある。
 - 全般性注意，遂行機能，記憶，言語，計算，視空間認知，行為，社会的認知
- 日常生活に支障がある。
- せん妄のときのみに現われるものではない。

4

4

認知症の種類と特徴

・アルツハイマー型認知症 (AD) 50%

- ・アミロイド β が蓄積し脳細胞変性, 脳萎縮
 - ・早期からの顕著なものの忘れ
 - ・同じ話
 - ・曜日がわからない
 - ・段取りが悪くなる

・血管性認知症 (VaD) 15%

- ・脳梗塞や脳出血のあとに発症
 - ・感情不安定 (怒りっぽい, 意欲低下)
 - ・症状の変動
 - ・まだら認知症
 - ・脳血管障害が起きる度に段階的に悪化

・レビー小体型認知症 (DLB) 20%

- ・レビー小体が蓄積
 - ・初期はもの忘れ目立たない
 - ・人や動物, 虫などの幻視
 - ・夜中に夢を見て大声 (レム睡眠行動障害)
 - ・症状変動大きい
 - ・パーキンソン症状 (動作緩慢, 筋強直)
 - ・薬剤過敏性 (副作用がやすい)

・前頭側頭型認知症 (FTD)

- ・前頭葉や側頭葉の顕著な萎縮
 - ・初期はもの忘れ生じにくい
 - ・人柄や人格の変化
 - ・落ち着きない, 粗暴行為
 - ・社会ルールに反する行動
 - ・ワンパターン行動, こだわり行動
 - ・食嗜好の変化, 失語症

認知症疾患診療ガイドライン 2017 改変

知っていますか レビー小体型認知症 2010

浦添市認知症ケアパス 2018 改変

5

5

認知症の治療

・中核症状に対する治療薬

・コリンエステラーゼ阻害薬

- ・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 (リバスチタッチパッチ®, イクセロンパッチ®)

・NMDA受容体拮抗薬

- ・メマンチン (メマリー®)

・周辺症状に対する治療

- ・薬物療法
 - ・向精神薬
 - ・漢方薬
- ・非薬物療法

認知症疾患診療ガイドライン 2017 改変

6

6

認知症治療薬と副作用

種類	成分名 (商品名)	作用	副作用
コリンエステラーゼ阻害薬	ドネペジル (アリセプト)	認知機能, 意欲,	嘔気, 食欲不振, 徐脈, Q T 延長, 不整脈
	ガランタミン (レミニール)	活動性, A D L,	パーキンソン症状, 動作緩慢, 易怒性, 攻撃性, 興奮, 粗暴行為, 徘徊
	リバスチグミンパッチ (リバスタッチパッチ, イクセロンパッチ)	覚醒度, (食欲, 嚥下機能; パッチ剤のみ)	活動性低下 過鎮静 (皮疹, かゆみ : パッチ剤のみ)
NMDA受容体拮抗薬	メマンチン (メマリー)	静穏作用 (マンチンのみ)	傾眠, めまい, 過鎮静, 活動性低下 易怒性, 興奮

Rivastigmine Dermal Patch Solves Eating Problems in an Individual with Advanced Alzheimer's Disease 2012 DOI: [10.1111/j.1532-5415.2012.04182.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04182.x)
 認知症疾患診療ガイドライン 2017 改変 本スライドは適応外使用を含みます, 7

7

認知症の症状

・中核症状

- ・全般性注意
- ・遂行機能
- ・記憶
- ・言語
- ・計算
- ・視空間認知
- ・行為
- ・社会的認知

・行動・心理症状（BPSD）

1. 活動性亢進の症状
 - ・攻撃性, 興奮, 粗暴行為, 易怒性,
 - ・暴言, 暴力, 易刺激性, 不機嫌,
 - ・脱抑制
 - ・異常行動, 徘徊, **せん妄**
2. 精神病様症状
 - ・幻覚, 妄想, 夜間行動異常
 - ・誤認, 錯視, 嫉妬妄想, **被害妄想**
 - ・レム睡眠時行動障害
3. 感情障害
 - ・不安, うつ状態, 焦燥
4. 活動性低下の症状
 - ・気力低下, アパシー, 意欲低下
 - ・食欲低下,
 - ・感情不活発, **せん妄**

認知症疾患診療ガイドライン 2017 改変

8

8

日常診療で困るBPSD

- ・ せん妄
- ・ 攻撃性，興奮，粗暴行為，易怒性
- ・ 被害妄想
- ・ 気力低下
- ・ 食欲低下，体重減少

9

9

日常診療で困るBPSD の検討すべきこと

- ・ せん妄
- ・ 攻撃性，興奮，粗暴行為，易怒性
- ・ 被害妄想
- ・ 気力低下
- ・ 食欲低下，体重減少

認知症治療薬の副作用でないかどうか，減量や休薬について検討する。

10

10

日常診療で困るBPSD の薬物療法

- ・ せん妄
- ・ 攻撃性，興奮，粗暴行為，易怒性
- ・ 被害妄想
- ・ 気力低下
- ・ 食欲低下，体重減少

保険診療で承認
されている治療
薬はありません。

参考：アルツハイマー型認知症に伴うアジテーションに対するブレクスプラゾールの有効性，安全性を検討する，多施設共同，プラセボ対照，無作為化，二重盲検，並行群間比較試験 [医薬品情報データベース]

11

11

厚生労働省保険局医療課長 通達 2011年9月28日 保医発 0928第1号

保険適応外使用が認められている治療薬

- ・ 器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性
 - ・ ケチアピン
 - ・ ハロペリドール（内，注）
 - ・ ペロスピロン
 - ・ リスペリドン
- ・ パーキンソン病に伴う幻覚
 - ・ リスペリドン

12

12

BPSDの治療

FDA 警告 2005

アメリカ精神医学会
BPSDに対する抗精神病薬治療
ガイドライン 2015
(日本語版訳 2017)

J-CATIA研究 2016



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。

かかりつけ医のための B P S D に対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版） 2015 厚労省HP 8p

13

日常診療で困るBPSD

- ・ **せん妄**
- ・ **攻撃性，興奮，粗暴行為，易怒性**
- ・ **被害妄想**
- ・ **気力低下**
- ・ **食欲低下，体重減少**

14

14

せん妄

・過活動型せん妄

- ・不穏，興奮，幻覚（幻視），妄想，不眠など

・混合型せん妄

- ・過活動型と低活動性の症状が混在

・活動低下型せん妄

- ・無気力，無関心，無表情，食欲低下，傾眠など

A New Data-Based Motor Subtype Schema for Delirium. 2008 改変

15

15

せん妄の治療

せん妄の臨床指針 ―せん妄の治療指針 第2版 日本総合病院精神医学会
2015

・推奨事項

- ・内服が可能な患者 ラメルテオン
- ・抗精神病薬は，予防投与よりも不穏時指示としての使い方が合理的である。
- ・高リスク患者には，術後せん妄予防としての抗精神病薬が選択肢となりうる。

禁 忌

・クエチアピン	<u>6. 25mg</u> <u>12. 5mg</u> <u>25mg</u> 50mg 100mg	糖尿病
・ペロスピロン		
・リスペリドン 液剤	<u>0. 5mg</u> <u>1mg</u> <u>2mg</u>	
・オランザピン（口腔内崩壊錠）	<u>1. 25mg</u> <u>2. 5mg</u> <u>5mg</u> <u>10mg</u>	糖尿病
・ハロペリドール注		パーキンソン病 重症心不全
・ラメルテオン	4mg <u>8mg</u>	
・ミアンセリン	10 30 60mg	

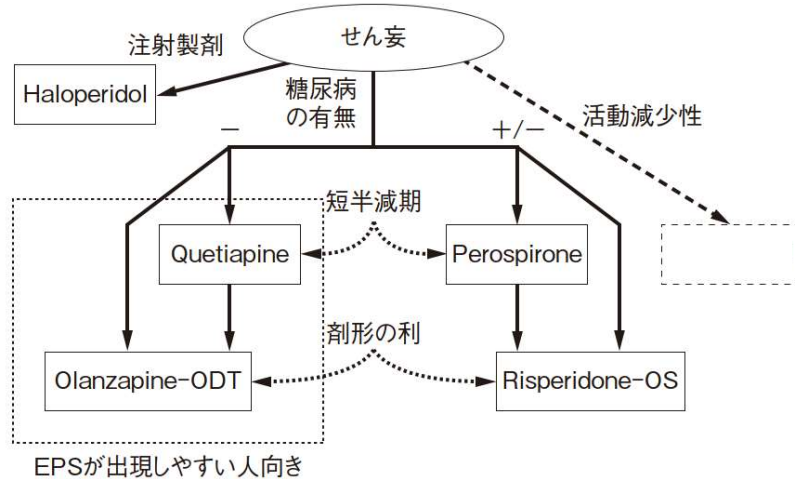
せん妄の臨床指針 ―せん妄の治療指針 第2版 日本総合病院精神医学会 ―せん妄指針改定班 2015 改変
かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版） 2015 厚労省HP

16

16

せん妄に対する薬物療法アルゴリズム

せん妄の臨床指針 – せん妄の治療指針 第2版 日本総合病院精神医学会
2015



せん妄の臨床指針 – せん妄の治療指針 第2版 日本総合病院精神医学会 せん妄指針改定班 2015 改変

17

17

せん妄

・過活動型せん妄

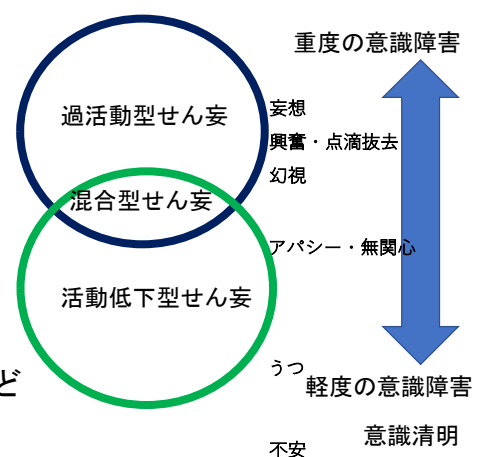
- ・ 不穏, 興奮, 幻覚 (幻視), 妄想, 不眠など

・混合型せん妄

- ・ 過活動型と低活動性の症状が混在

・活動低下型せん妄

- ・ 無気力, 無関心, 無表情, 食欲低下, 傾眠など



・ A New Data-Based Motor Subtype Schema for Delirium. 2008 改変
・ 明日から役立つ 認知症のかんたん診断と治療 平川亘 2017 改変

18

18

せん妄の治療

- ・過活動型せん妄 （ 活動低下型せん妄 ）
- ・ リバスチグミンパッチ（4.5mg）1～0.5 枚 / 1～3日毎
- ・ シチコリン注 500 ～ 1,000 mg + 生食 100 （ 50ml ） DIV

本スライドは適応外使用を含みます。

高齢者術後譫妄に対するRivastigmineを用いた予防・治療，第114回日本外科学会定期学術集会，平川亘，2014.

意識障害に対するリバスチグミンの効果，認知症治療研究会誌，平川亘，2015

明日から役立つ 認知症のかんたん診断と治療 平川亘 2017 一部改変

19

19

せん妄に対するリバスチグミンパッチによる治療



発熱で入院した慢性腎不全の患者さん。夕方までは普通だったが、夜になり突然豹変。点滴を抜きしベッドから降りようとする。



3時間ほど不穏と興奮が続いたため、このままでは危険と判断。リバスタッチ®4.5mgを貼付。



翌朝、まったく元の状態に戻っている。このあと順調に経過し自宅退院となった。処方したのはリバスタッチ®4.5mg1枚のみ。



効果は40分後から現れた。おとなしくなり、我を取り戻した感じてあった。睡眠薬も鎮静薬も使わずに寝てしまった。

本スライドの事例は適応外使用事例です。

提示症例は臨床症例の一部を示し全ての症例で同様の経過をたどるものではありません。

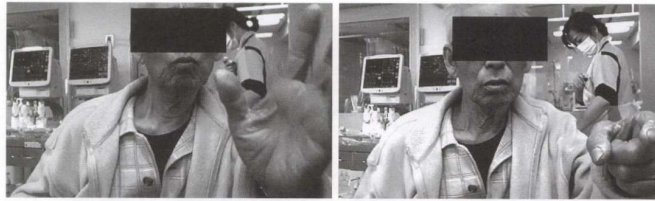
高齢者術後譫妄に対するRivastigmineを用いた予防・治療，第114回日本外科学会定期学術集会，平川亘，2014.

明日から役立つ 認知症のかんたん診断と治療 平川亘 2017 一部改変

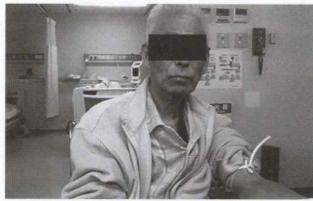
20

20

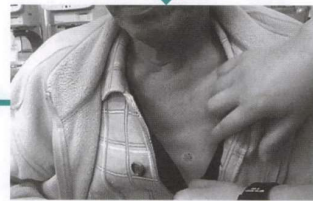
せん妄に対するリバスチグミンパッチによる治療



膵臓がんの患者さん。入院3日目。入院後、何も問題はなかったが、2日目の夜から様子がおかしくなった。落ちつきがなくなり、荷物をまとめて「帰る!」と言い出した。興奮してまったく寝なかったとのこと。看護師が「今日は検査がありますよ」と言うと、「早く終わらせろ! 終わったら早く帰る!」と言い、点滴もさせてくれず、すべてのことを拒否。



1時間後、落ちつきを取り戻した。拒否していた点滴も、問題なく実施。その後は不穏もなく、リバスタッチ®貼付は7日間で終了した。



家族の了解を得てリバスタッチ®4.5mgを貼付。

本スライドの事例は適応外使用事例です。

提示事例は臨床症例の一部を示し全ての症例で同様の経過をたどるものではありません。

高齢者術後譫妄に対するRivastigmineを用いた予防・治療, 第114回日本外科学会定期学術集会, 平川亘, 2014.
明日から役立つ 認知症のかんたん診断と治療 平川亘 2017 一部改変

21

21

BPSDの治療

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)

- ・ 抗精神病薬
- ・ 抗うつ薬
- ・ 睡眠薬

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行っ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に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。

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)

2015 厚労省HP 8p

22

22

BPSDの治療 抗精神病薬

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	① 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
	② 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

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） 2015 厚労省HP 改変

23

23

BPSDの治療 抗うつ薬

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
	① 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	ミルナシブラン	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、肝機能障害に禁忌	20-40
NaSSA	② 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

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） 2015 厚労省HP 改変

24

24

BPSDの治療 睡眠薬

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
	③ 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	5 -7.5 - 10
	① 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 クリスマイシン併用禁忌	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。

異環系抗うつ薬	○トラゾドン	不安,催眠作用	分 1 就寝前,抗コリン作用弱い 催眠作用あり, 心毒性低い	12.5~100
---------	--------	---------	-----------------------------------	----------

かかりつけ医のための B P S D に対応する向精神薬使用ガイドライン (第 2 版)

2015 厚労省HP 改変

25

25

日常診療で困るBPSD

- ・ せん妄
- ・ 攻撃性, 興奮, 粗暴行為, 易怒性
- ・ 被害妄想
- ・ 気力低下
- ・ 食欲低下, 体重減少

26

26

攻撃性，興奮，粗暴行為，易怒性に対する治療①

- | | |
|---|-----------------|
| ・抑肝散加陳皮半夏，抑肝散 2.5g ～ 7.5g | 注意 低K，偽アルドステロン症 |
| ・チアプリド 12.5mg, 25mg ～ 75mg (AD, VaD) | 注意 パーキンソニズム |
| ・クロルプロマジン 3mg, 6.25mg, 12.5mg ～ 75mg (DLB, FTD) | 注意 パーキンソニズム，肝障害 |
| ・クエチアピン 3mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg, ～ 200mg | 糖尿病禁忌 |
| ・オランザピン 1.25mg, 2.5mg, 5 ～ 10mg | 糖尿病禁忌 |
| ・リスペリドン(液，錠) 0.5mg, 1mg, 2mg | 注意 パーキンソニズム |
| ・メマンチン 10 ～ 20mg | 注意 過鎮静，興奮 |

本スライドは適応外使用を含みます。

コウノメソッドでみる認知症処方セクション 第2版 2018 改変

演者，城間の私見 含む

明日から役立つ 認知症のかんたん診断と治療 平川亘 2017 改変

27

27

攻撃性，興奮，粗暴行為，易怒性に対する治療②

開心術後(全身麻酔・体外循環)のICU症候群の治療(昼夜逆転・せん妄対策)
 攻撃性(大声を出す・噛んだりする・叩くなど)が著しい患者への対応

経口投薬が困難な事例

- | | 注 意 | 禁 忌 |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|
| ・リスペリドン(液) 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg | パーキンソニズム
悪性症候群 | |
| ・オランザピン(OD) 1.25mg, 2.5mg, 5 ～ 10mg | 悪性症候群 | 糖尿病 |
| ・ハロペリドール(注) 0.5 ～ 1A(5mg) DIV, 筋注 | パーキンソニズム
悪性症候群 | パーキンソン病
重症心不全 |

結論: プラセボと比較してハロペリドール投与は，短期間の死亡率，ICU滞在期間，に
 有意な影響はなく，有害事象のリスクの増加はなかった。

Haloperidol for the management of delirium in adult intensive care unit patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. DOI:10.1016/j.jcrr.2019.01.009

コウノメソッドでみる認知症処方セクション 第2版 2018 改変

明日から役立つ 認知症のかんたん診断と治療 平川亘 2017 改変

本スライドは適応外使用を含みます。

演者，城間の私見 含む

28

28

日常診療で困るBPSD

- せん妄
- 攻撃性, 興奮, 粗暴行為, 易怒性
- 被害妄想
- 気力低下
- 食欲低下, 体重減少

29

29

被害妄想に対する治療

- | | | |
|-----------------|--|------------------|
| • 抑肝散加陳皮半夏, 抑肝散 | <u>2.5g</u> ~ 7.5g | 注意 低K, 偽アルドステロン症 |
| • チアプリド | <u>12.5mg, 25mg</u> ~ 75mg (AD, VaD) | 注意 パーキンソニズム |
| • クロルプロマジン | <u>3mg, 6.25mg, 12.5mg</u> ~ 75mg (DLB, FTD) | 注意 パーキンソニズム, 肝障害 |
| • クエチアピン | <u>3mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg,</u> ~ 200mg | 糖尿病禁忌 |
| • オランザピン | 1.25mg, <u>2.5mg, 5</u> ~ 10mg | 糖尿病禁忌 |
| • リスペリドン(液, 錠) | <u>0.5mg, 1mg, 2mg</u> | 注意 パーキンソニズム |
| • メマンチン | <u>5</u> ~ 20 mg | 注意 過鎮静, 興奮 |

本スライドは適応外使用を含みます。
 コウノメソッドでみる認知症処方セレクション 第2版 2018 改変
 明日から役立つ 認知症のかんたん診断と治療 平川亘 2017 改変

演者, 城間の私見 含む

30

30

家族とのQ & A その1

- 認知症治療薬を止める説明
 - 脳を活性化する薬が効きすぎて、イライラ、怒りっぽさがでているようなので、一度、薬を休薬してみます。
 - 薬が逆の方に働いて、グッタリしているようです。
- 認知症治療薬を止めて、認知症が悪くなりませんか？
 - 脳の薬でイライラ、怒りっぽさ、グッタリが続く方が脳の働きによくないので、一旦、休薬して様子を見ます。
 - 周辺症状が続く方が認知症によくないです。
 - 休薬で、認知症が急激に進行することは通常はないといわれています。

31

31

家族とのQ & A その2

- 周辺症状の治療薬についての説明
 - イライラ感、落ち着きのなさなどの周辺症状に対して、国が認可したお薬（安定剤）は実はありません。
（一部は、適応外処方を厚生労働省が承認しています）。
 - 別の病気のお薬を、使って治療しているのが現実です。
 - 日本では統合失調症の薬ですが、海外では、うつ病や、躁うつ病などの治療薬として認可されている薬もあります。
 - ガイドラインに基づいた治療薬です。

32

32

日常診療で困るBPSD

- せん妄
- 攻撃性，興奮，粗暴行為，易怒性
- 被害妄想
- 気力低下
- 食欲低下，体重減少

33

33

気力低下・食欲不振・体重減少をきたした高齢者への処方例

- 食欲不振，体重減少，（ 気力低下？・衰弱？ ）
 - コリンエステラーゼ阻害薬の休薬検討
 - リバスチグミンパッチ（4.5mg）0.5 ～ 1 枚
 - 小建中湯 2.5g or 人参養栄湯 3g or 補中益気湯 2.5g
 - スルピリド（50mg） 0.5～1錠／日 + ポラプレジンク 75～150mg
 - ミルタザピン（15mg）0.5～1錠

本スライドは適応外使用を含みます。

高齢者のうつ病治療ガイドライン 2020

コウノメソッドでみる認知症処方セレクション 第2版 2018

演者，城間の私見 含む

34

34

気力低下 をきたした高齢者への処方例

- 気力低下, アパシー, うつ (疑) ・ 不安状態 (疑)
 - コリンエステラーゼ阻害薬
 - リバスタグミンパッチ (4.5mg) 1~0.5 枚/日 または
 - ドネペジル (3mg) 0.5 錠
 - 抗うつ薬
 - ミルタザピン (15mg) 0.3~0.5~1 錠/日 (夕食後) または
 - パロキセチン 5~10 mg
 - 漢方薬
 - 人参養栄湯 2.5~5g
 - 補中益気湯
 - 半夏厚朴湯

本スライドは適応外使用を含みます。

高齢者のうつ病治療ガイドライン 2020

コウノメソッドでみる認知症処方セクション 第2版 2018

演者, 城間の私見 含む

35

35

症例 83歳 男性 興奮, 徘徊, 盗癖

- アルツハイマー型認知症+血管障害性パーキンソン症候群 ^{ID}
- 高血圧, 人工骨頭置換, 認知症 ドネペジル開始 漸増10mg/日
- H31. 4. 認知症症状悪化. 徘徊, 畑作物窃盗, 霊がいると塩まき, 不穏.
前医処方; ドネペジル 10mg, バルプロ酸 100mg, パーキストン 200mg.
- R2. 2. 紹介受診. ドネペジル中止. バルプロ酸 300mg ↑, クロルマジン 100mg追加.
- 肝機能障害出現. クロルマジン中止. チアプリド50mg.
- R2. 4. パーキンソニズム悪化, 食思低下, 過鎮静, 床ずれ.
- R2. 10. マンチン5mg (タ), ケチアピン50mg, パーキストン100mg (朝), チアプリド 25mg (不穏時).
ニコニコしている. 朝の散歩も本人のペースでできる. 盗癖なし.
「いただきます」「ごちそうさま」を言ってくれるので介護している家族は
うれしい, と語る. 不穏時頓用でほどよく落ち着く.

本スライドの事例は適応外使用を含みます. 個人情報保護のため一部加工しています.

提示症例は臨床症例の一部を示し全ての症例で同様の経過をたどるものではありません.

36

36

症例 84歳 女性 気力減退，食欲不振

- アルツハイマー型認知症 ID
- 高血圧，不整脈，弁膜症，低K，不眠症，変形性関節症。 52kg. 145cm.
- H20. 1. 認知症にて初診。ドネペジル開始。5mg継続。ゾピクロン 10mg.
- H22. 11. 易怒性，被害妄想。デイサービスで，食事，フロを後回しにされている～。
デイサービスを抜け出して，近くの店に行こうとする。
抑肝散 7.5g 追加で症状改善。
- H30. 5. 体重 44kgに減少。ドネペジル 3mg・抑肝散 2.5gに減量。ノバルジン 25mg開始。
人参養栄湯処方したが飲みづらいと言うので中止。8月からドネペジル中止。
- R1. 8 ポラプレゾン 75mg，エソピクロン 2mg，スルピリド (50mg) 0.5錠，小建中湯2.5g。
体重 低値 30kg，車いす。上記処方で，食欲改善。体重漸増。
体重 40kgに回復。杖歩行に回復。

本スライドの事例は適応外使用を含みます。 個人情報保護のため一部加工しています。
提示事例は臨床事例の一部を示し全ての症例で同様の経過をたどるものではありません。

37

37

認知症のBPSD治療で 専門医に紹介するポイント

- 専門医受診を希望
- 言語障害や行動障害が著しい
- BPSDの興奮が著しく複数の精神薬を用いても改善困難
- 認知機能障害が急速に発症，進行

38

38

認知症薬の薬剤管理のまとめ

- 認知症のせん妄，興奮，粗暴行為，気力低下，食欲不振，の薬物療法，薬剤管理について報告した。
- 認知症治療薬の副作用を理解し周辺症状悪化時の減薬・休薬について紹介した。
- 周辺症状の治療薬の特性を理解して少量から開始し漸増すること，薬物療法により認知症の諸症状への治療の可能性について報告した。

39

39

ご清聴ありがとうございました

本講演のスライドレジメPDFが必要な場合は、
以下のサイトから、ダウンロードしてご利用ください。

城間クリニック www.shiroma-clinic.com

40

40