

臨床すべてに役立つ!
やっぱり頼れる看護専門情報誌
© http://www.shorinsha.co.jp/

3 2017
Vol.33 No.3
月号

エキスパートナース Expert Nurse

特集

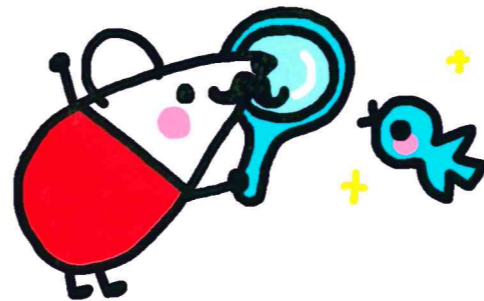
バッチリ回答!

本当に
知りたかった!

頻出ギモン

Q&A

- 輸液管理
 - 呼吸ケア
 - 急変対応
 - 感染対策
- ほか全28問



特集

ここまでわかった!

認知症・せん妄・身体拘束の

最新エビデンス

3 認知症治療薬を使う？使わない？

患者ごとに認知症治療が異なっていることにとまどうことがあります。どうしてそのような違いが出てくるのでしょうか？



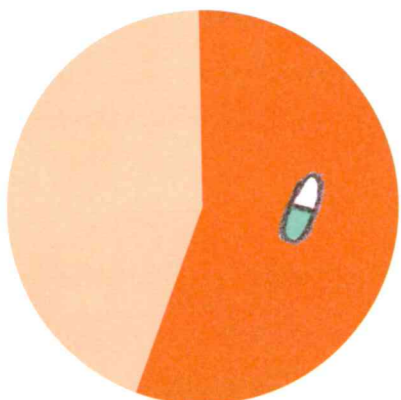
現在のエビデンス①

認知症患者への、認知症治療薬の処方率

●Kollerらは、米国の2009年のMedicare*5のデータを用いて認知症患者の分析を行いました¹。

●そのなかで、認知症治療薬(コリンエステラーゼ阻害薬およびメマンチン)の処方については、以下のような結果が出ました。

全認知症患者

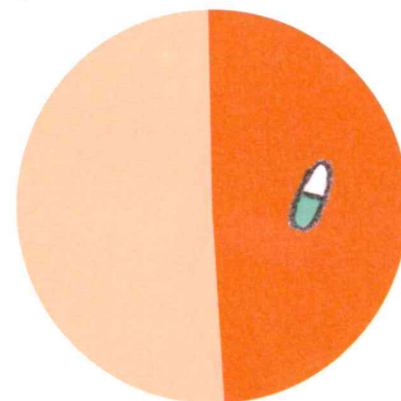


認知症治療薬の処方あり 55.8%



処方率に
差がある

新規の患者(診断1年以内)



認知症治療薬の処方あり 49.3%

新規の患者への認知症治療薬の処方開始をみると

- 施設入居患者は、施設外の患者にくらべて低い
- 専門医を受診しているか、処方を開始されているか否かは変わる
 - ▶プライマリケアのみの管理では60%に処方
 - ▶神経内科医および精神科医では処方率が高い
 - ▶老年科医では処方率が低い

*5【メディケア】=65歳以上の高齢者と65歳未満の障害者を対象とした米国の公的医療保険制度。データの二次活用でさまざまな分析の対象になっている。

現在のエビデンス②

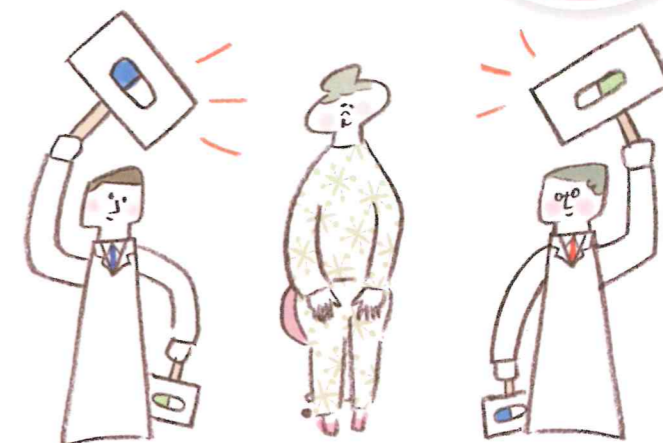
専門医とプライマリケア医の、認知症患者への介入の差

- Garcia-Ptacekらは、スウェーデンのDementia Registryに2011年から14年に登録された認知症患者について分析を行いました²。
- 60%は専門医、40%はプライマリケア医*6からの登録でした。

医師の専門性により
使用薬剤に
差がある

プライマリケア医は専門医と比較して…

- 対象患者は、高齢でMMSE(Mini Mental State Examination)が低く、ホームケアやデイケアを受けている割合が高い
- 診断については、画像診断や時計描画テストの実施率が低い
- 処方については、プライマリケア医は抗精神病薬の処方数が少なく、抗不安薬や睡眠導入薬が多い
- 認知症治療薬の処方については、コリンエステラーゼ阻害薬は同等、メマンチンはプライマリケア医で少ない



臨床で活かすためには？

- エビデンス不足という側面もありますが、国をこえて、認知症治療薬の使用に関して、医師の専門性による違いが出ています。
- 認知症の専門外の医師でも、認知症を診る機会が増えてきています。しかしながら、認知症の症状やその程度は個人によって異なり、個人の生活のなかで

薬の必要性の判断をし、使用する場合には効きすぎているか等を見きわめ、慎重にきめの細かい対応が求められます。

- 認知症治療薬の処方に関して、医師の専門性を背景にどのような方針で管理されてきたかを情報として知ること、認知症のケアに大切です。

〈引用文献〉

1. Koller D, Hua T, Bynum JP: Treatment Patterns with Antidementia Drugs in the United States: Medicare Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016; 64(8): 1540-1548.
2. Garcia-Ptacek S, Modéer IN, Käreholt I, et al.: Differences in diagnostic process, treatment and social support for Alzheimer's dementia between primary and specialist care: results from the Swedish Dementia Registry. *Age and Ageing* 2016[epub ahead of print].

*6 認知症診療では、初期診療や日常診療を担うプライマリケア医やかかりつけ医に期待が寄せられている。しかし、プライマリケア医と専門医の役割分担は国や制度によって異なっていて、我が国のようなフリーアクセスの国もあればプライマリケア医がゲートキーパーの役割をする国もあり、単純な国際比較は難しい。

4 重症例で、認知症治療薬をやめたらどうなるの？

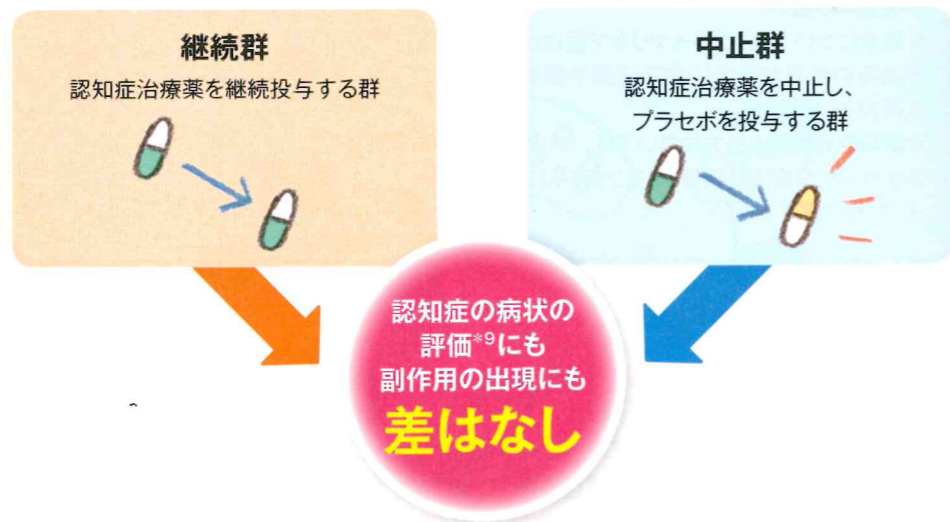
認知症治療薬は長期に処方される薬です。しかし薬の効果が期待されないほどに認知機能の低下が進んでしまった場合、認知症治療薬の中止が検討されます。軽症の認知症で治療中止が認知機能の低下をもたらすことが知られていますが、重症例についての研究は限られていました。



現在のエビデンス①

認知症治療薬を中止した場合の影響

●Herrmannらは、中等度から重度の施設入所のコリンエステラーゼ阻害薬を2年以上用いている認知症高齢者に対し、ランダム化し二重盲検*7でプラセボ*8を投与することで認知症治療薬中止の影響をみる研究を報告しています¹。



臨床で活かすためには？

- 認知症治療薬の服用を中止すると、症状が急速に悪化するのではないかと懸念から処方が続けられている場合があります。
- 中等度から重症の認知症患者の、認知症治療薬の中止は安全であると考えてよく、継続については適切に見直す必要があります。

〈引用文献〉

1.Herrmann N, O'Regan J, Ruthirakuhan M, et al. : A Randomized Placebo-Controlled Discontinuation Study of Cholinesterase Inhibitors in Institutionalized Patients With Moderate to Severe Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016; 17(2): 142-147.

*7【二重盲検】=研究の対象者が介入群と非介入群のどちらかに割り当てられたかを知ってしまうと、それが結果に影響を与えてしまう場合がある。そのため、どちらの群に割り当てられたかをわからなくすることを盲検と呼び、研究対象者だけでなく、研究結果を観察する研究者にもわからないようにする方法を二重盲検と呼ぶ。

*8【プラセボ】=偽薬のこと。なお、プラセボ効果とは、偽薬(有効成分を含まない薬)を処方しても、薬だと信じ込むことで何らかの改善がみられることをいう。

*9 この研究では、認知症の病状の評価にはClinician's Global Impression of Change (CGI-C)スケールが用いられている(認知機能や行動、生活機能に関して認知症の病状に変化があったかを専門家が評価する。「著明な改善」から「著明な悪化」の7段階のLikertスコア)。

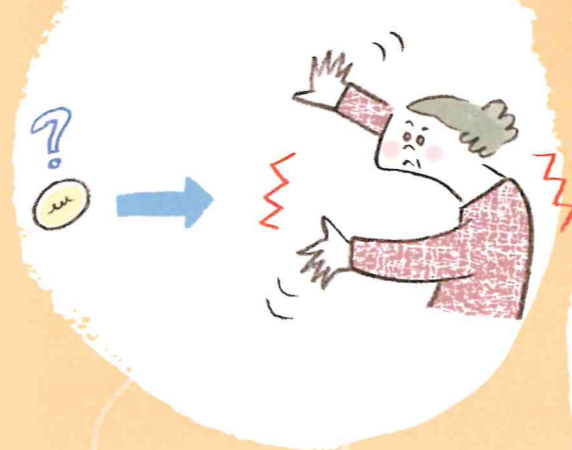
Part 2

せん妄の治療・ケアにかかる最新エビデンス

せん妄ケアの“これ本当?”に答えます



薬物療法の効果は？



非薬物療法は効果があるの？



せん妄、見落としていない？

