

高齢者への向精神薬処方に関する研究

奥村泰之

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究部 主任研究員

2017/6/23 (金) 15:00~17:00

第2回 高齢者医薬品適正使用検討会

厚生労働省専用第22会議室

※所属組織の見解を示すものではありません。

全体の要約

■ ①はじめに

- ◆ 在宅医療における副作用被疑薬の上位3位は向精神薬であり，安全対策の推進が必要

■ ②高齢者へのベンゾジアゼピン受容体作動薬

- ◆ ベンゾジアゼピンは主観的睡眠時間を改善する一方で，転倒などのリスクが増える
- ◆ 薬局や医師による患者教育などにより，休薬率が向上する
- ◆ 保険給付を制限する施策を導入している国もある
- ◆ 休薬を促す非薬物療法の普及や，処方抑制する施策が必要

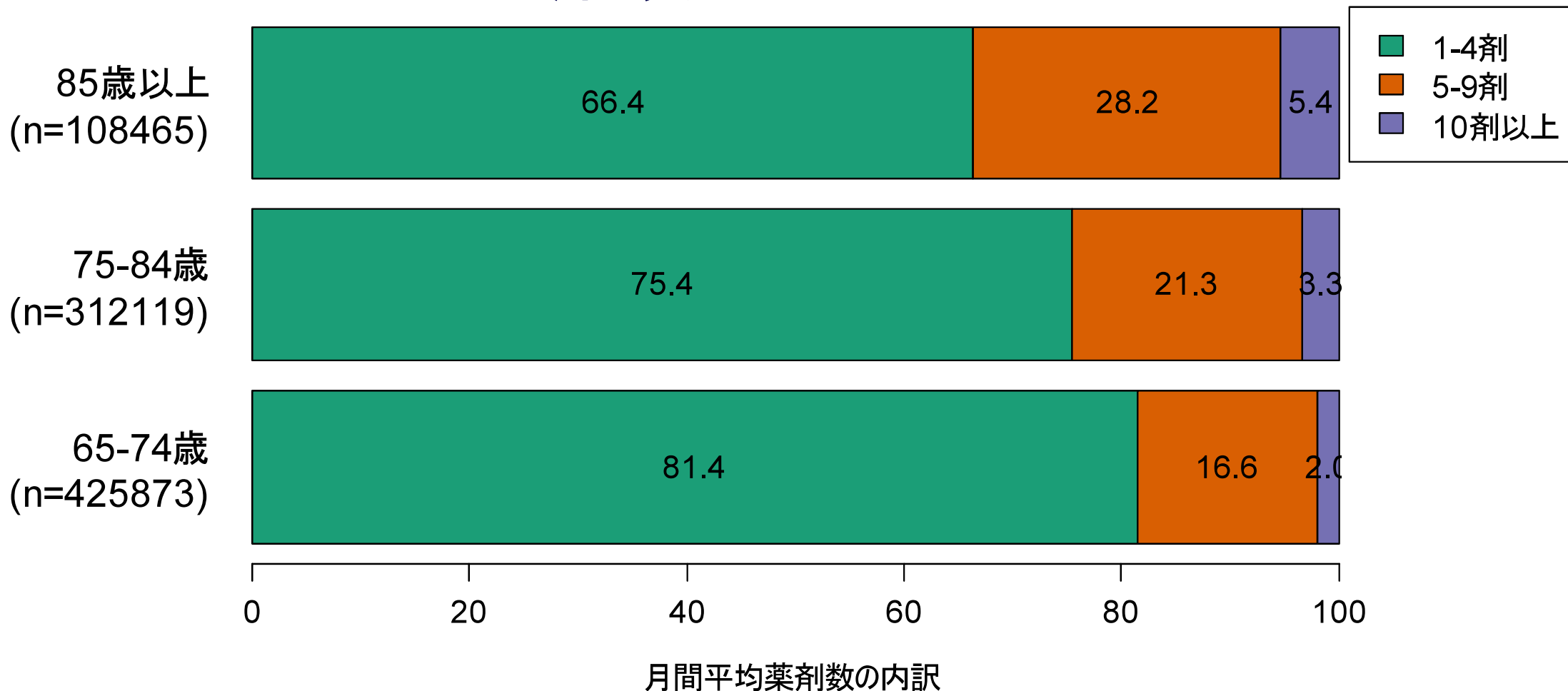
■ ③重複処方の問題

- ◆ 重複処方問題の中心は，ベンゾジアゼピン受容体作動薬である
- ◆ 複数の慢性身体疾患を患うと，重複処方のリスクが増える
- ◆ 重複処方の予防・改善を促すために，保険者や薬剤師の関与を強める施策が必要

■ ④BPSDへの向精神薬

- ◆ 抗精神病薬はBPSDを改善する一方で，死亡などのリスクが増える
- ◆ 米FDAの警告後に，認知症への抗精神病薬処方が減少している国もある
- ◆ 多職種複合的介入により，BPSDが改善する
- ◆ 非薬物療法の標準化や，抗精神病薬処方の透明性を向上する施策が必要

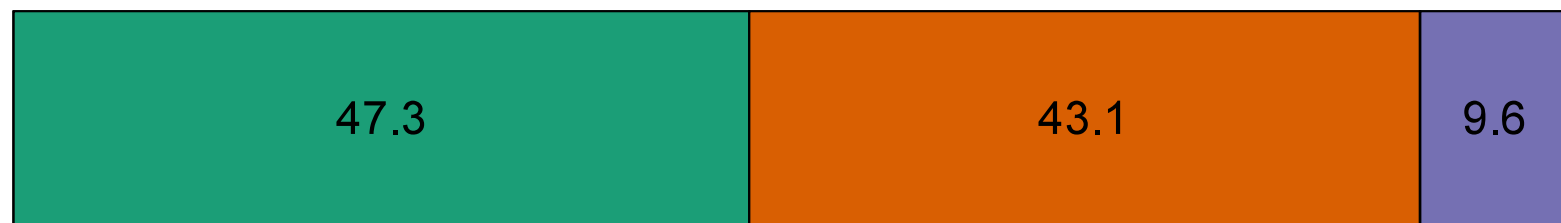
高齢の外来患者における薬剤数, 19%~34%は5剤以上



データ源は日本医薬総合研究所の処方箋データベースである。これは、2016年4月から2017年3月の間に、日本調剤512店舗で応需した、65歳以上の外来患者846,457名の全処方箋(514万枚)を、本検討会用に分析したものである。分母は患者数、分子は患者ごとの月間平均薬剤数(一般名の数)である。なお、頓用薬及び、軟膏剤・点眼薬等を除外している。

認知症の外来患者における薬剤数, 33%~53%は5剤以上

85歳以上
(n=10310)



1-4剤
5-9剤
10剤以上

75-84歳
(n=13526)



65-74歳
(n=4014)

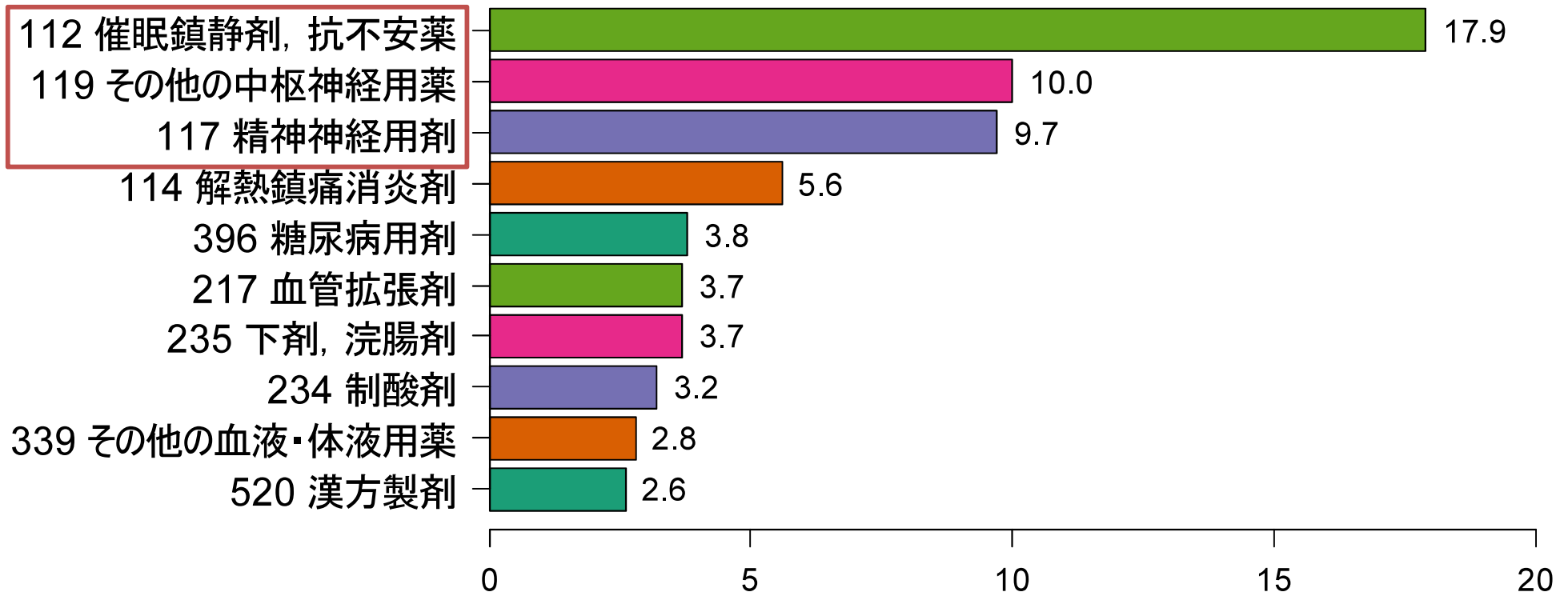


0 20 40 60 80 100

月間平均薬剤数の内訳

データ源は日本医薬総合研究所の処方箋データベースである。これは、2016年4月から2017年3月の間に、日本調剤512店舗で応需した、65歳以上の抗認知症薬処方のある外来患者27,850名の全処方箋(28万枚)を、本検討会用に分析したものである。分母は患者数、分子は患者ごとの月間平均薬剤数(一般名の数)である。なお、頓用薬及び、軟膏剤・点眼薬等を除外している。

在宅医療における副作用の被疑薬, 向精神薬が**上位3位**を占める



副作用が10件以上報告された被疑薬の構成割合

データ源は訪問業務を行っている薬局に対する横断研究である。これは、2013年に1,890薬局の薬剤師による訪問サービスを受けている5,447患者について、副作用情報などを収集した調査である。薬剤クラス名にある数字は薬効中分類を意味し、112はベンゾジアゼピン受容体作動薬など、119は抗認知症薬など、117は抗精神病薬などが含まれる。

高齢者へのベンゾジアゼピン受容体 作動薬

上市，33種類の経口薬

商品名		
アルプラゾラム	ゾピクロン	ブロチゾラム
エスゾピクロン [‡]	ゾルピデム酒石酸塩	ブロマゼパム
エスタゾラム	トフィソパム ^{*‡}	メキサゾラム [‡]
エチゾラム	トリアゾラム	メダゼパム
オキサゾラム	ニメタゼパム	リルマザホン塩酸塩水和物 [‡]
クアゼパム	ハロキサゾラム	ロフラゼプ酸エチル
クロキサゾラム	フルジアゼパム	ロラゼパム
クロチアゼパム	フルタゾラム [‡]	ロルメタゼパム
クロラゼプ酸二カリウム	フルトプラゼパム [‡]	クロナゼパム
クロルジアゼポキシド	フルニトラゼパム	クロバザム
ジアゼパム	フルラゼパム塩酸塩	ニトラゼパム

*医薬品医療機器総合機構の報告では、トフィソパムは、他のベンゾジアゼピン受容体作動薬と同等の依存性はないとされている^[1]

‡麻薬及び向精神薬取締法において、向精神薬の指定薬物ではないため、処方日数制限がない^[2]

[1] 医薬品医療機器総合機構: 調査結果報告書 (<https://www.pmda.go.jp/files/000217061.pdf>)

[2] 厚生労働省: 新たに向精神薬に指定される内服薬の投薬期間について (案)

(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000137949.pdf>)

様々な効能・効果

抗不安

鎮静

睡眠導入

抗痙攣

筋弛緩

様々な副作用

集中と注
意の障害

依存形成

傾眠

眠気

運動失調

過沈静

低血圧

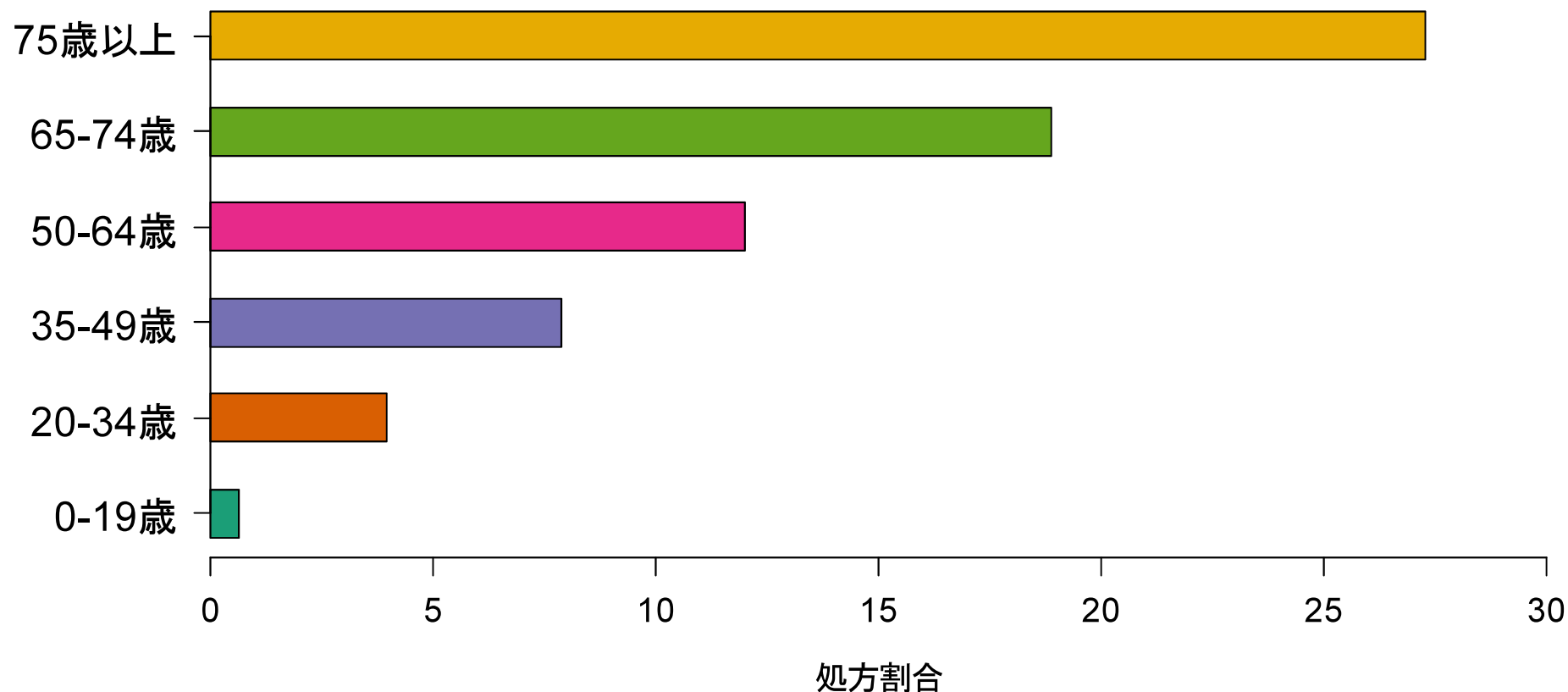
疲れ

持ち越し
効果

症状の
反跳

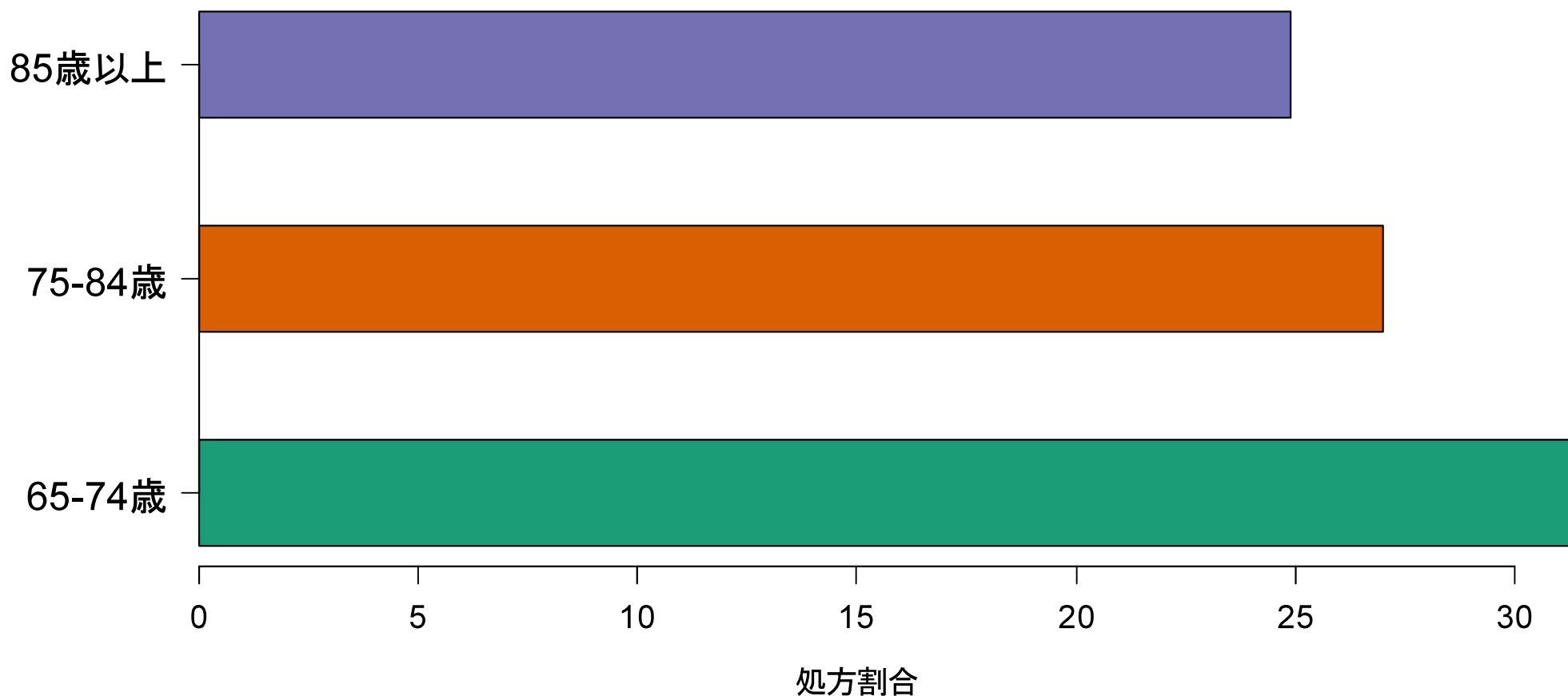
昏迷

一般身体科の外来患者における処方割合、加齢と共に増加



データ源はレセプト情報・特定健診等情報データベースのサンプリングデータセットである。これは、2011年10月診療分の外来患者のうち1%が層別抽出されたものである。解析対象集団は、通院精神療法の算定がない649,577名であった。分母は外来患者数、分子は抗不安・睡眠薬処方を受けた人数であるため、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の処方割合としては、やや過大評価されている。

認知症の外来患者における処方割合、 高齢でも**4人に1人**は処方



データ源は社会医療診療行為別調査である。これは、2008~2010年6月審査分の外来患者のうち層化無作為二段抽出されたものである。解析対象集団は、抗認知症薬処方のある7,316名であった。分母は外来患者数、分子はベンゾジアゼピン受容体作動薬処方を受けた人数である。

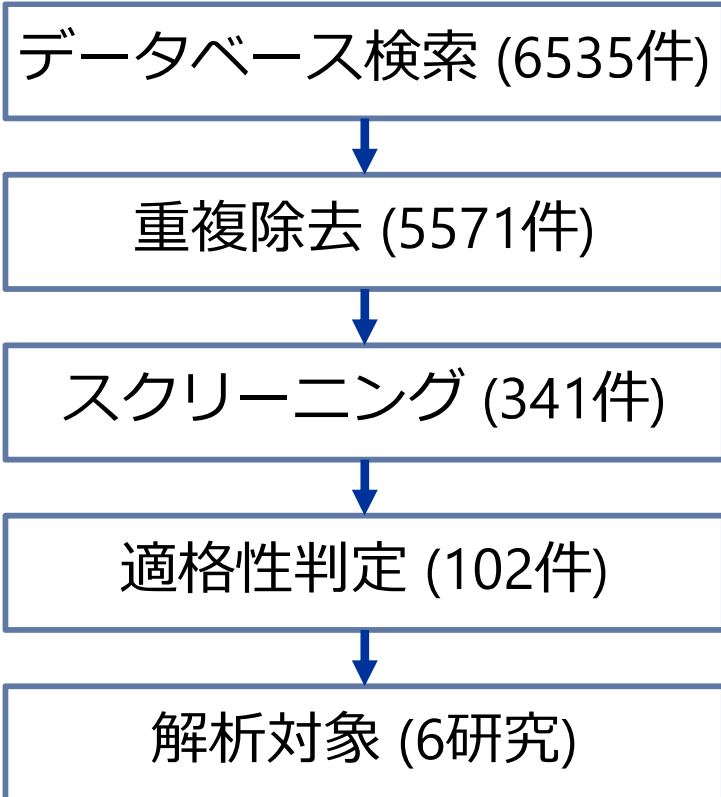
高齢者へのBZ*, **ベネフィット**と**リスク**

*ベンゾジアゼピン受容体作動薬

アウトカム	研究数 (患者数)	効果推定値 (95%信頼区間)
主観的睡眠時間	8研究 (601名)	平均値差: 25.2分 (12.8, 37.8)*
中途覚醒回数	6研究 (441名)	平均値差: -0.6回 (-0.4, -0.8)*
睡眠の質	8研究 (719名)	標準化平均値差: 0.14 (0.05, 0.23)*
転倒	13研究 (1016名)	オッズ比: 2.6 (0.9, 5.4)
認知機能障害	10研究 (712名)	オッズ比: 4.8 (1.5, 15.5)*
日中の疲れ	7研究 (829名)	オッズ比: 3.8 (1.9, 7.8)*

データ源は、高齢者 (平均年齢60歳以上) における不眠へのベンゾジアゼピン受容体作動薬の有効性を検討したプラセボ対照無作為化比較試験のメタアナリシスである。これは、1966~2003年に出版された論文及び未出版の研究を統合したものである。

認知症に伴う不眠へのBZ, プラセボに対する**優越性は不透明**



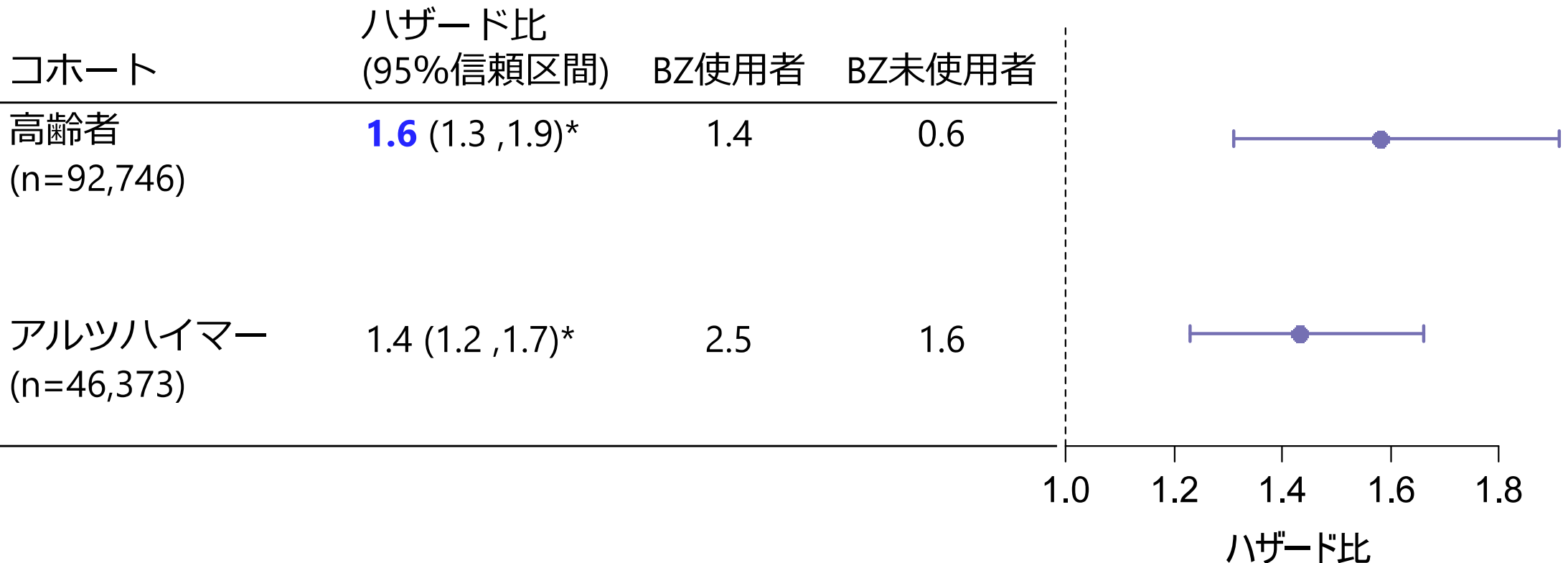
プラセボ対照試験のメタアナリシスの結果,
BZの臨床試験を同定できず

薬剤	研究数 (患者数)
メラトニン	4研究 (222名)
ラメルテオン	1研究 (74名)
トラゾドン	1研究 (30名)

データ源は、認知症における不眠への薬物療法の有効性を検討したプラセボ対照無作為化比較試験のメタアナリシスである。これは、2016年3月迄に出版された論文及び未出版の研究を統合したものである。

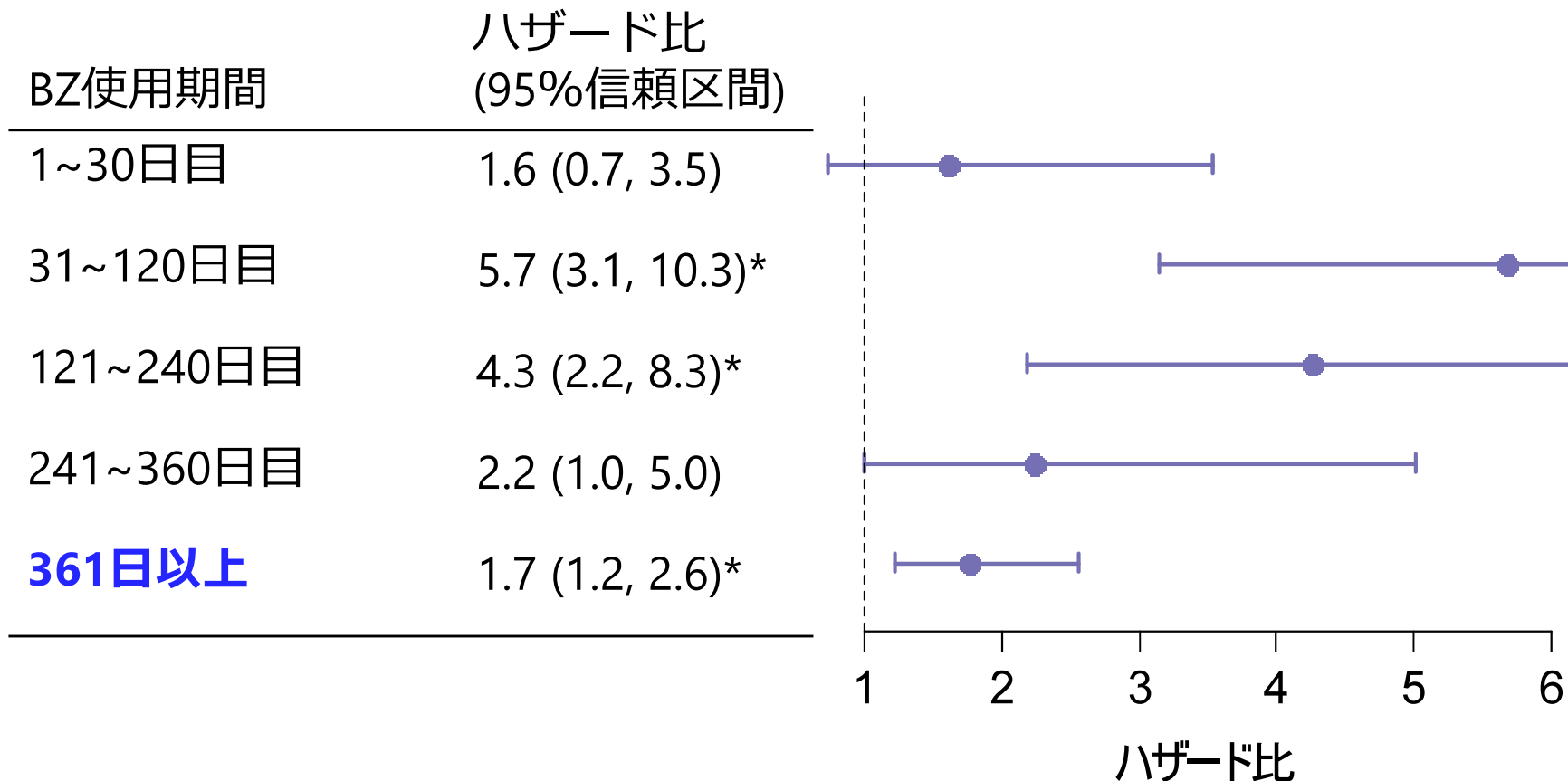
BZ使用，大腿骨頸部骨折**1.6**倍増 (高齢者)

骨折発生率 (100人年)



データ源はフィンランドのアルツハイマー型認知症レジストリである。これは、2005~2011年の地域住民全例が登録されたものである。アルツハイマー型認知症を有さない高齢者コホートは、性別・年齢をマッチングした上で、2倍の対象者数を抽出している。解析対象集団は基準時 (診断時) の1年以内にベンゾジアゼピン受容体作動薬の処方がない者、曝露はベンゾジアゼピン受容体作動薬の使用 (参照基準は未使用)、アウトカムは大腿骨頸部骨折による入院までの時間である。認知症の診断時点を基準時とし、約2年間追跡している。

BZ使用, 交通事故2.2倍増, 使用**1年後もリスク**は持続

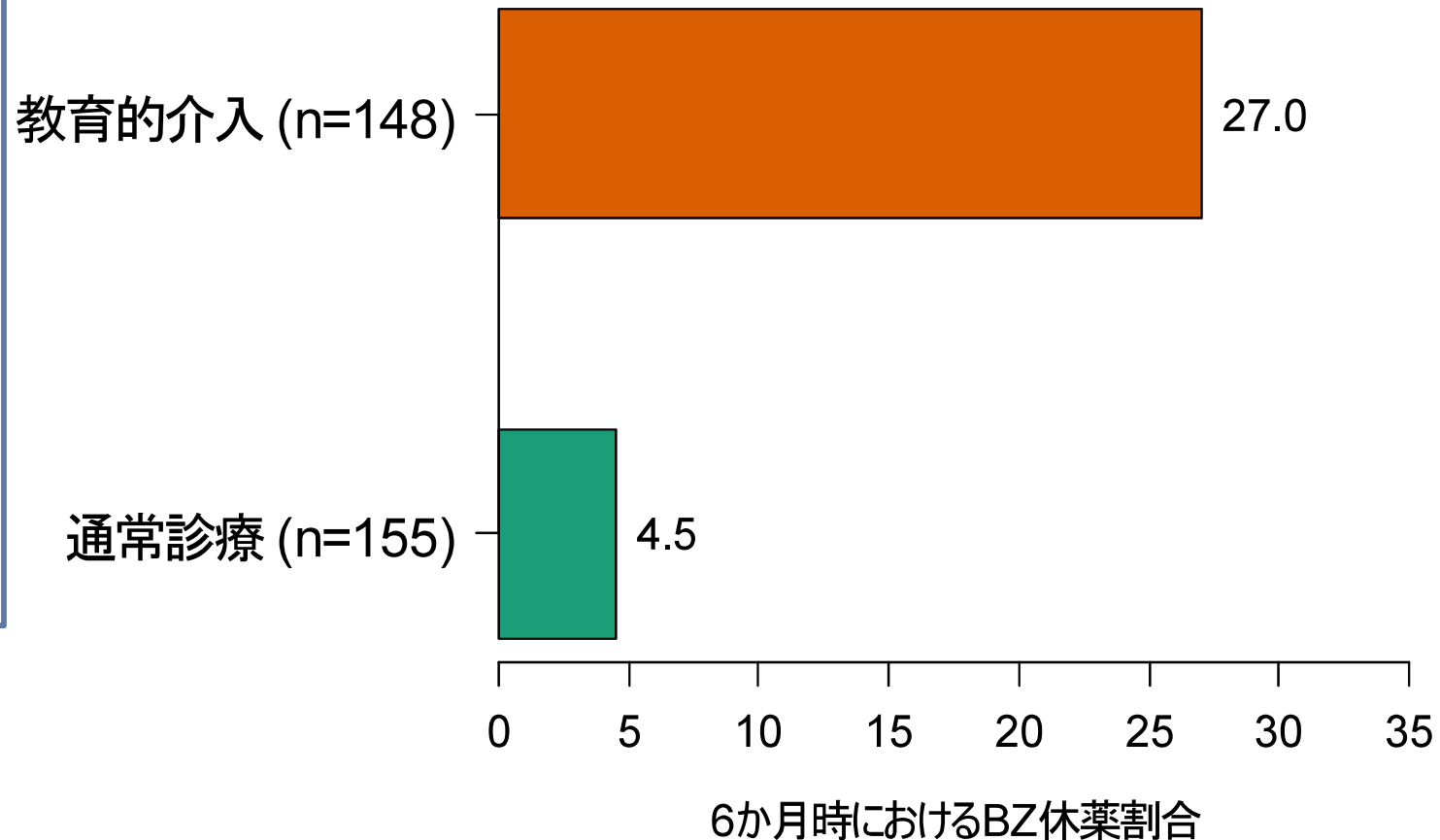


データ源は米国ワシントン州におけるコホート研究である。これは、2003~2008年の民間保険加入者のうち、運転免許を保持する21~79歳が登録されたものである。解析対象集団は登録時の初期3か月間に睡眠薬の処方がない者、曝露はゾルピデムの使用期間 (参照基準は未使用)、アウトカムは運転手としての交通事故発生までの時間である。なお、高齢者に限定したコホートではない。

薬局での患者教育冊子，BZ休薬8倍増

患者教育冊子

- ①BZの知識テスト
- ②テストの解答と解説
- ③セルフアセスメント
- ④副作用
- ⑤代替手段
- ⑥休薬の成功事例
- ⑦主治医/薬剤師の指導の下での減薬法



You May Be at Risk.



You are currently taking
Ativan® (Lorazepam)

データ源はカナダにおけるクラスター無作為化比較試験である。調査対象は2010~2012年における3か月以上 (平均10~11年) のベンゾジアゼピン受容体作動薬使用者，年齢は65~95歳，比較形式は2群の優越性試験，割り付け単位は30の薬局，主要評価項目は6か月時点における休薬である。

Tannenbaum C et al: Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med. 2014 Jun;174(6):890-8.

医師による複合的介入，BZ休薬**3**倍増

患者教育

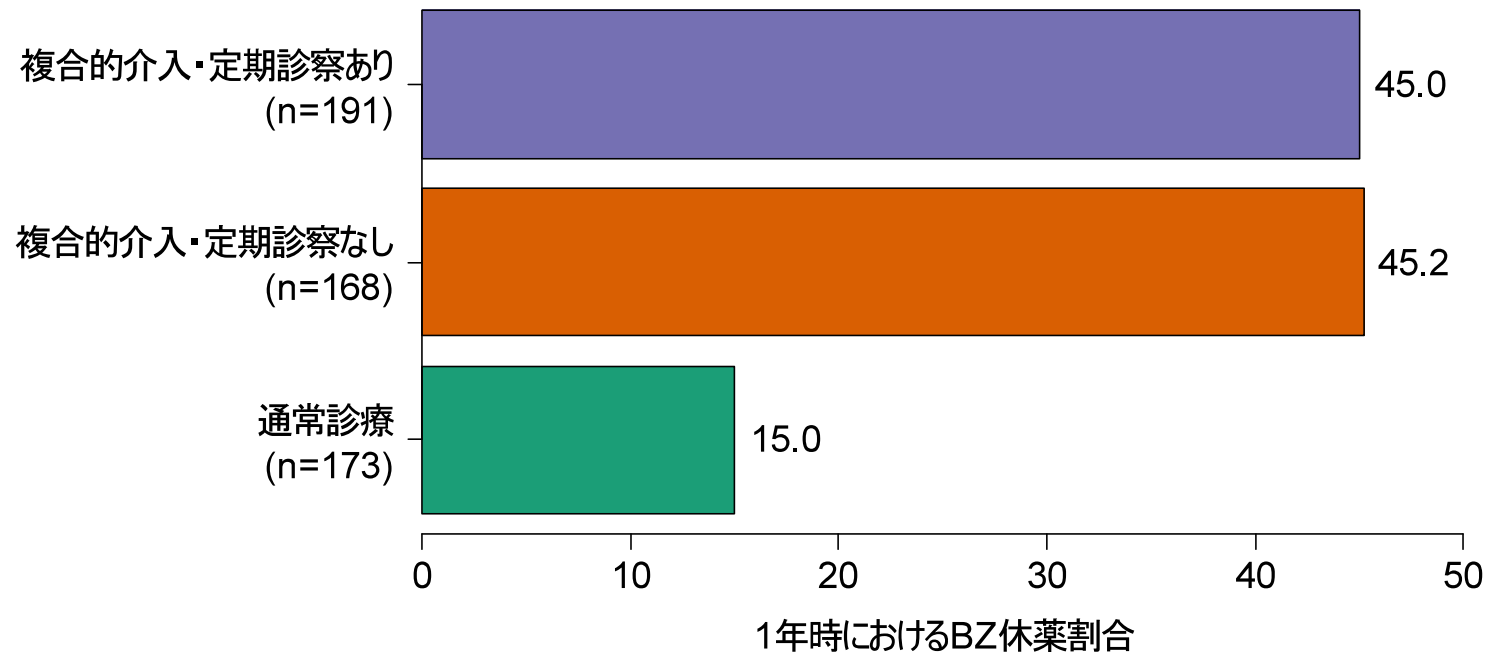
- ①BZの依存・離脱症状
- ②長期使用による副作用
- ③減薬への不安低減
- ④睡眠法の冊子

減薬

- ①2~3週に10-25%減
- ②長半減期に切り替え

定期診察

- ①2~3週に1度診察
- ②振り返りと目標設定



データ源はスペインにおけるクラスター無作為化比較試験である。調査対象は2010年における6か月以上 (中央値4~5年) のベンゾジアゼピン受容体作動薬使用者、比較形式は3群の優越性試験、割り付け単位は75名の総合診療医、主要評価項目は12か月時点における休薬である。複合的介入の医師は、約3時間の患者教育等に関する研修を受けている。なお、高齢者に限定したコホートではない。

諸外国，BZ処方期間の推奨・制限

国	施策
イギリス	漸減期間を含め4週間までに制限
フランス	不眠治療は4週間まで，不安治療は12週間までに制限
カナダ	1~2週間までに推奨
デンマーク	不眠治療は1~2週間まで，不安治療は4週間までに推奨

諸外国，BZ給付制限施策

国	施策
フランス	2014年12月，催眠鎮静作用を目的としたベンゾジアゼピン受容体作動薬の保険償還率が，65%から15%に削減された。
オランダ	2009年1月，抗不安作用・催眠鎮静作用を目的としたベンゾジアゼピン受容体作動薬が，保険給付の対象外とされた。例外は，①てんかん，②治療抵抗性不安症，③複数の精神疾患併存，④終末期である。

施策への期待

非薬物療法 (睡眠衛生教育, 認知行動療法, 減薬法) への診療報酬評価

認知症に伴う不眠に対する臨床試験の推進

一部の例外 (短期間の処方など) を除く処方抑制施策の導入

催眠作用目的の適応外使用薬 (抗うつ薬や抗精神病薬) の治験の推進

安全性に劣る代替薬 (バルビツール酸系睡眠薬) の処方制限

[1] 奥村泰之: ベンゾジアゼピン受容体作動薬に対する処方抑制施策の国際動向. 月刊薬事 58 (8): 39-45, 2016.

[2] 奥村泰之, 稲田健, 松本俊彦, 清水沙友里: 診療報酬改定による抗不安・睡眠薬の高用量・多剤処方の変化. 臨床精神薬理 18(9):1173-1188, 2015.

[3] 引地和歌子, 奥村泰之, 松本俊彦, 谷藤隆信, 鈴木秀人, 竹島正, 福永龍繁: 過量服薬による致死性の高い精神科治療薬の同定: 東京都監察医務院事例と処方データを用いた症例対照研究. 精神神経学雑誌 118: 3-13, 2016.

[4] Okumura Y, Togo T, Fujita J: Trends in use of psychotropic medications among patients treated with cholinesterase inhibitors in Japan from 2002 to 2010. International Psychogeriatrics 27 (3): 407-415, 2015.

[5] Ichikura K, Okumura Y, Takeuchi T: Associations of adverse clinical course and ingested substances among patients with deliberate drug-poisoning: a cohort study from an intensive care unit in Japan. PLOS ONE 11(8): e0161996, 2016.

重複処方の問題

重複処方の定義，複数の医療機関から 同種・同効薬を**同時期**に入手



米・仏，重複処方問題の中心はオピオイド



Cepeda MS et al: Drug Saf 35, 325-334, 2012

Gilson AM et al: J Pain 13, 103-111, 2012

Han H et al: PLoS One 7, e46246, 2012

Han H et al: Pharmacoepidemiol Drug Saf 23, 26-35, 2014

Jena AB et al: BMJ 348, g1393, 2014

McDonald DC et al: Pharmacoepidemiol Drug Saf 23, 1258-1267, 2014

Nordmann S et al: Pain Physician 16, 89-100, 2013

Pauly V et al: Drug Alcohol Depend 113, 29-36, 2011

Pauly V et al: Drug Alcohol Depend 126, 13-20, 2012

Pradel V et al: Pharmacoepidemiol Drug Saf 18, 36-43, 2009

Pradel V et al: Pharmacoepidemiol Drug Saf 13, 473-481, 2004

Wilsey BL et al: Pharmacoepidemiol Drug Saf 20, 1262-1268, 2011

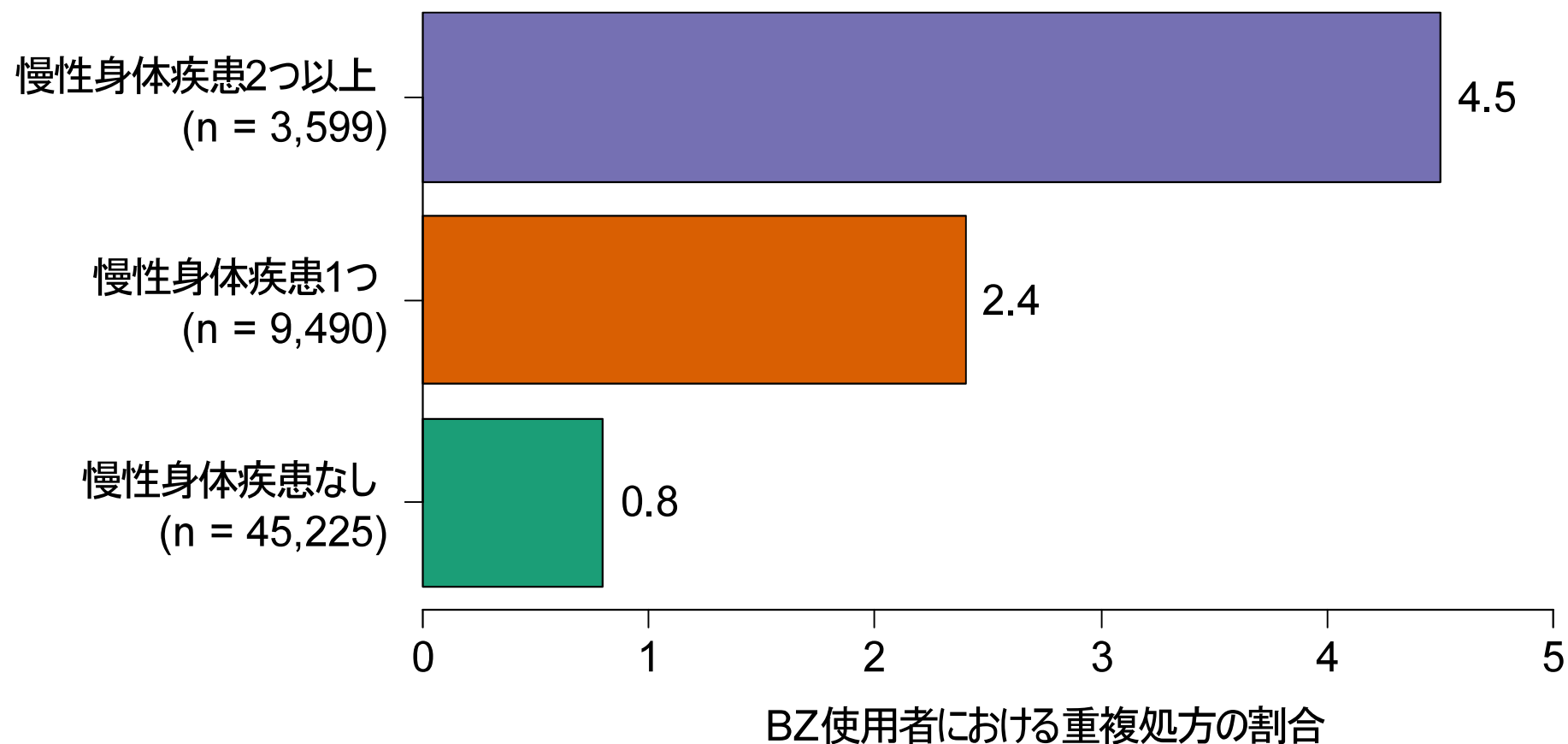
Wilsey BL et al: Drug Alcohol Depend 112, 99-106, 2010

日本，重複処方問題の中心はBZ

順位	60～64歳	65～69歳	70歳以上
1位	催眠鎮静剤，抗不安薬	催眠鎮静剤，抗不安薬	催眠鎮静剤，抗不安薬
2位	精神神経用剤	鎮痛，鎮痒，収斂，消炎剤	鎮痛，鎮痒，収斂，消炎剤
3位	鎮痛，鎮痒，収斂，消炎剤	精神神経用剤	精神神経用剤
4位	解熱鎮痛消炎剤	解熱鎮痛消炎剤	解熱鎮痛消炎剤
5位	消化性潰瘍用剤	総合感冒剤	下剤，浣腸剤

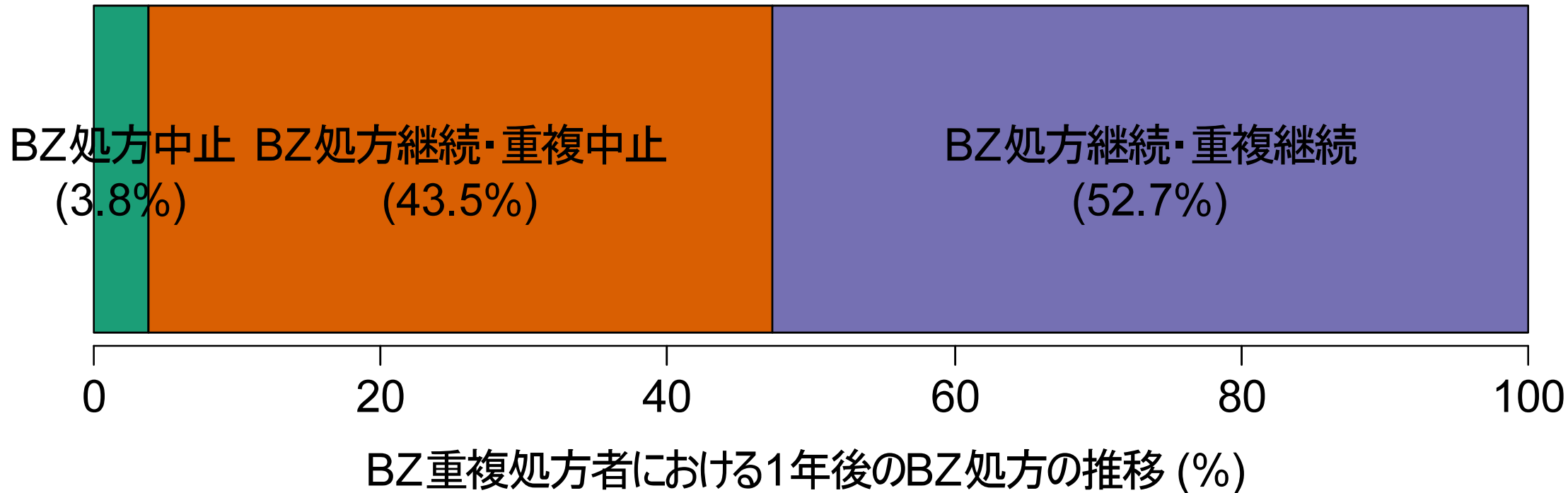
データ源は協会けんぽのレセプトデータベースである。これは，2011年12月診療分の調剤レセプトのうち，3施設以上より重複処方があった5,247名を観察したものである。薬効分類別に構成割合が高い順に表示している。薬効分類「催眠鎮静剤，抗不安薬」にはベンゾジアゼピン受容体作動薬のうち29剤が含まれる。

BZ重複処方，身体疾患の数に比例



データ源は日本医療データセンターのレセプトデータベースである。これは、2012年10月から2013年9月の間に、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の処方があった外来患者を観察したものである。解析対象集団は58,314名、分母は外来患者数、分子は重複処方者数である。重複処方は、30日超の重複する期間に、2施設以上からベンゾジアゼピン受容体作動薬が処方されていることと定義している。慢性身体疾患は、Charlsonスコアで定義される17傷病の数を意味する。なお、高齢者に限定した対象ではない。

BZ重複処方者, **53%**は1年後も問題継続



データ源は日本医療データセンターのレセプトデータベースである。これは、2012年10月から2013年9月の間に、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の重複処方があった外来患者757名を2014年9月迄追跡したものである。分母は最初の年の重複処方者数、分子は次の年の重複処方の推移者数である。重複処方は、30日超の重複する期間に、2施設以上からベンゾジアゼピン受容体作動薬が処方されていることと定義している。なお、高齢者に限定した対象ではない。

施策への期待

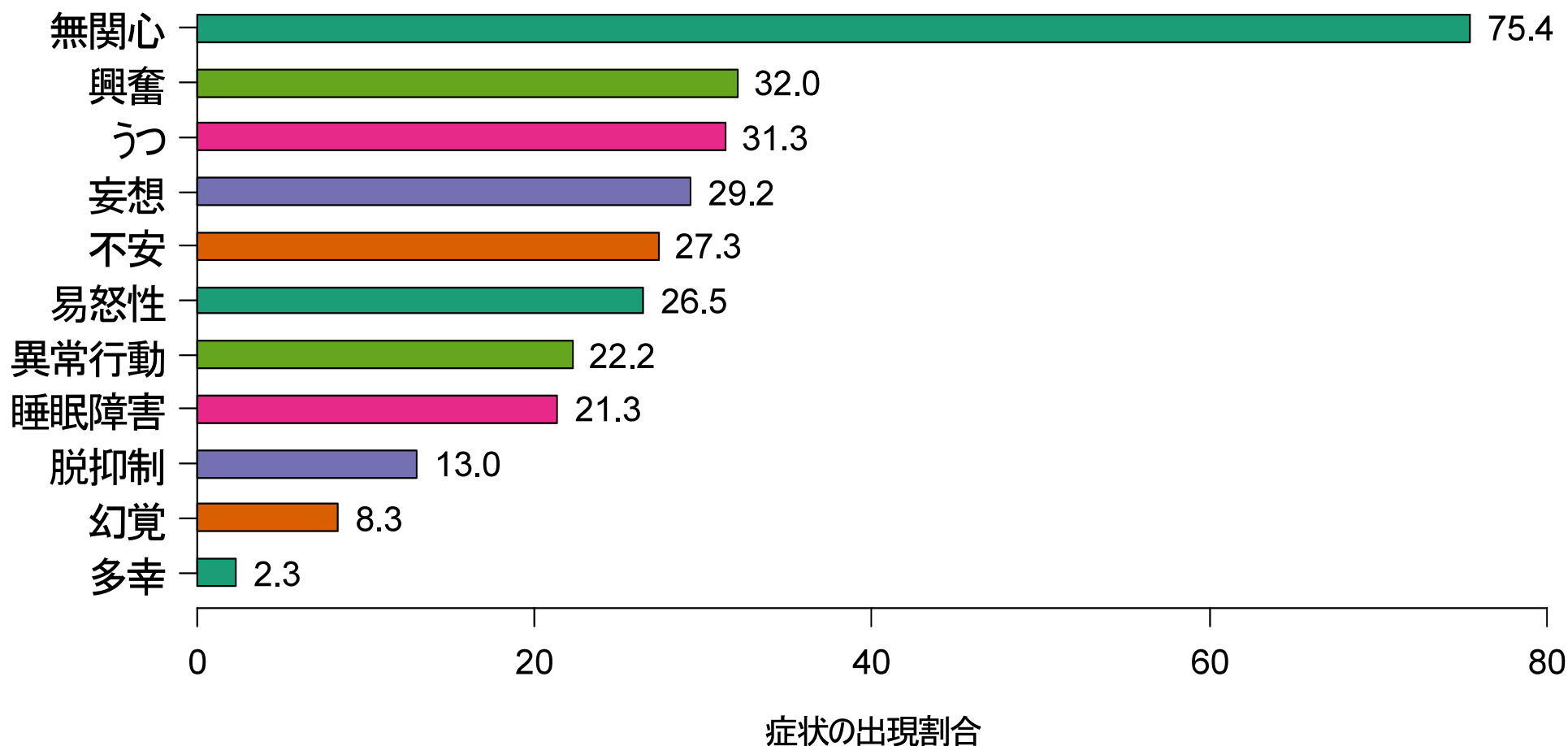
保険者による処方モニタリングの導入

薬剤師による関与の強化

BPSDへの向精神薬

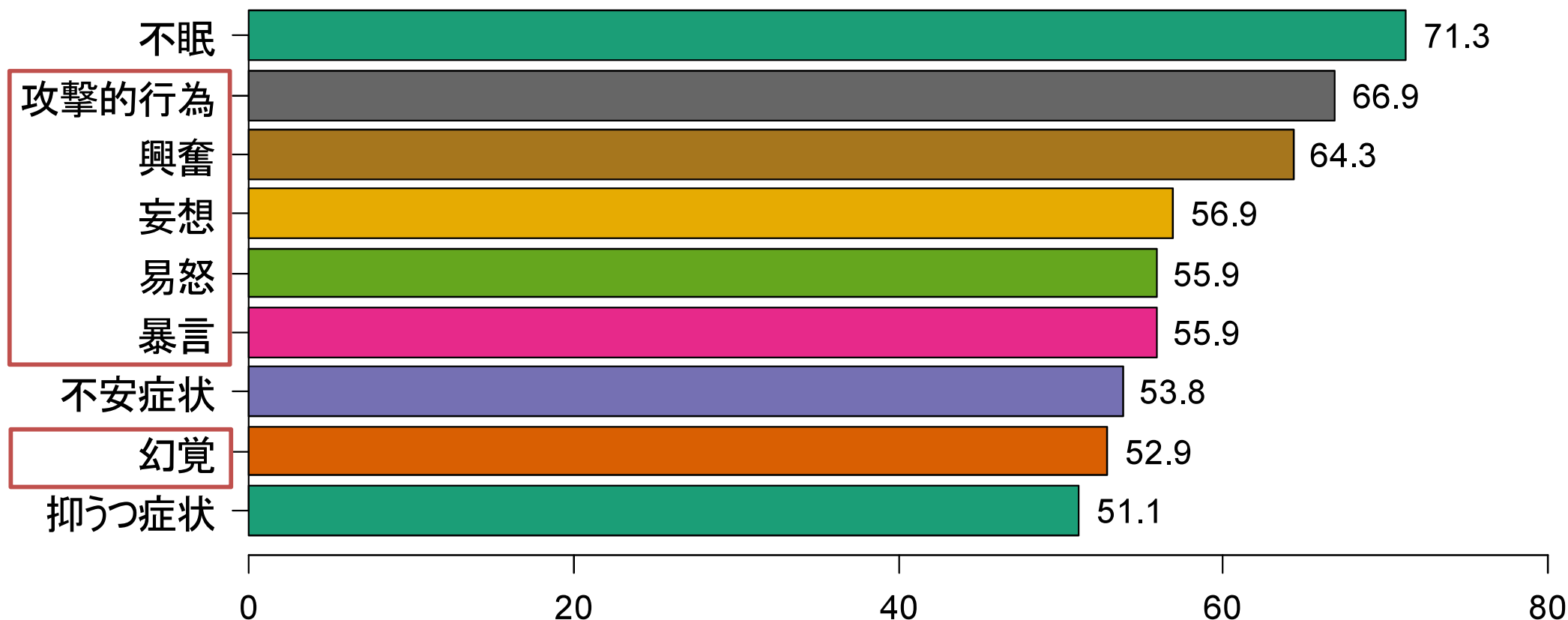
BPSD*の出現割合

*認知症の行動・心理症状



データ源は認知症患者に対する横断研究である。これは、2008~2013年に10の医療機関においてアルツハイマー型認知症の診断を有する684患者の過去1か月間のBPSDの状況を、Neuropsychiatric Inventory (12/13項目版) で評価したものである。

向精神薬が処方されることのある症状



症状別の向精神薬の処方割合

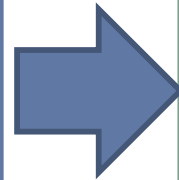
データ源はかかりつけ医に対する横断研究である。これは、2012年に医師会に加入する内科等の院長604名に対して、向精神薬の使用状況などを聴取した調査である。分母はかかりつけ医師数、分子は向精神薬を処方することがあるBPSDの症状である。

かかりつけ医のためのBPSDガイドライン、 興奮・幻覚などへの薬物療法

第1選択薬

抗認知症薬

(アセチルコリンエステラーゼ阻
害剤, NMDA受容体拮抗薬)



第2選択薬

抗精神病薬

抑肝散

気分安定薬

(バルプロ酸, カルバマゼピン)

BPSDへの抗認知症薬、 プラセボに対する優越性は不確実

調査対象	介入/対照 (n)	主要評価項目	統計的 有意性
BPSDを呈するアルツハイマー型認知症 ^[1]	ドネペジル (103) プラセボ (105)	24週時の精神症状 (NPI)	×
BPSDに対し12週のドネペジル治療を受けたアルツハイマー型認知症 ^[2]	ドネペジル (41) プラセボ (55)	12週時の精神症状 (NPI)	○
強い焦燥性興奮を伴うアルツハイマー型認知症 ^[3]	ドネペジル (128) プラセボ (131)	12週時の興奮状態 (CMAI)	×

BPSDへの抗認知症薬の有効性を検討したプラセボ対照無作為化比較試験について、主要評価項目の群間差の有意性検定の結果を纏めたものである。何らかのBPSDを組み入れ時点で呈している患者を対象とした試験を収集している。なお、系統的レビューではない。NPIはNeuropsychiatric Inventory, CMAIはCohen-Mansfield Agitation Inventoryと呼ばれる、症状評価尺度の略語である。

[1] Tariot PN et al: A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease in the nursing home setting. J Am Geriatr Soc. 2001 Dec;49(12):1590-9.

[2] Holmes C et al: The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease. Neurology. 2004 Jul 27;63(2):214-9.

[3] Howard RJ et al: Donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2007 Oct 4;357(14):1382-92.

BPSDへの抗認知症薬、 プラセボに対する優越性は不確実

調査対象	介入/対照 (n)	主要評価項目	統計的 有意性
強い焦躁性興奮を伴うアルツハイマー型認知症 ^[1]	リバスチグミン (31) プラセボ (31)	6週時の興奮状態 (CMAI)	×
強い焦躁性興奮を伴うアルツハイマー型認知症 ^[2]	メマンチン (74) プラセボ (79)	6週時の興奮状態 (CMAI)	×
焦躁性興奮を伴うアルツハイマー型認知症 ^[3]	メマンチン (182) プラセボ (187)	24週時の精神症状 (NPI) 24週時の認知機能 (SIB)	×

BPSDへの抗認知症薬の有効性を検討したプラセボ対照無作為化比較試験について、主要評価項目の群間差の有意性検定の結果を纏めたものである。何らかのBPSDを組み入れ時点で呈している患者を対象とした試験を収集している。なお、系統的レビューではない。CMAIはCohen-Mansfield Agitation Inventory, NPIはNeuropsychiatric Inventory, SIBはSevere Impairment Batteryと呼ばれる、症状評価尺度の略語である。

[1] Ballard C et al: Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. BMJ. 2005 Apr 16;330(7496):874.

[2] Fox C et al: Efficacy of memantine for agitation in Alzheimer's dementia: a randomised double-blind placebo controlled trial. PLoS One. 2012;7(5):e35185.

[3] Herrmann N et al: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of memantine in a behaviorally enriched sample of patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr. 2013 Jun;25(6):919-27.

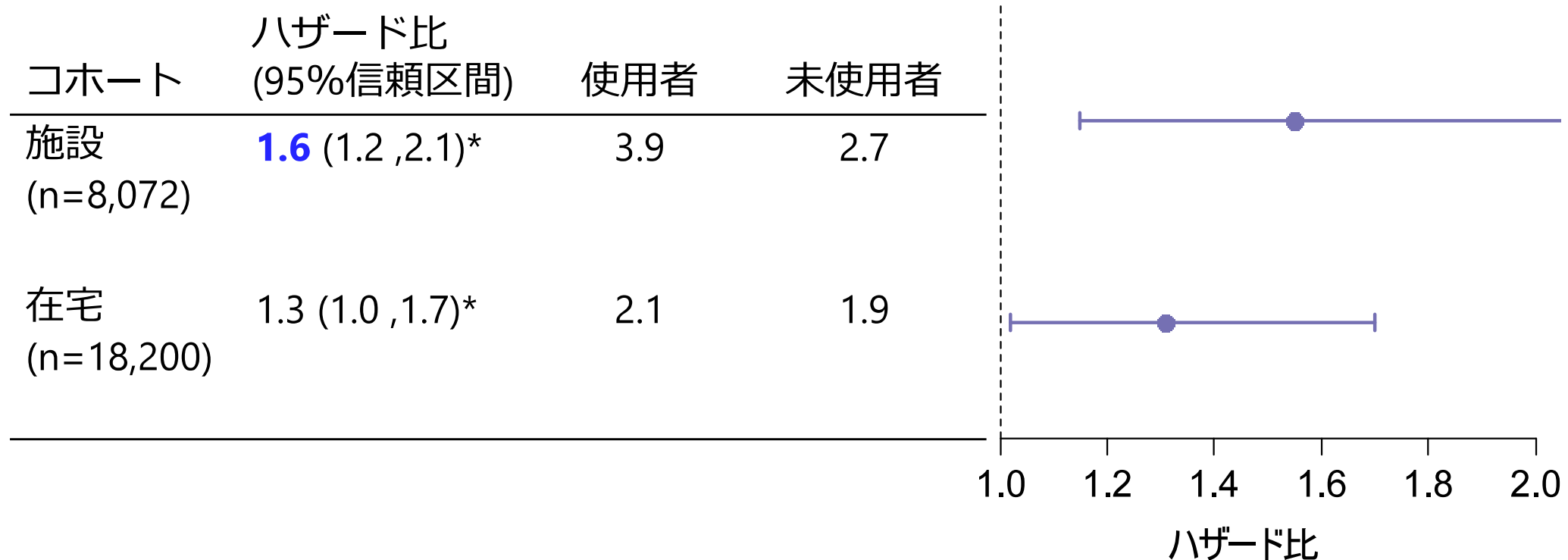
BPSDへの抗精神病薬、 ベネフィットとリスク

アウトカム	研究数 (患者数)	効果推定値 (95%信頼区間)
精神症状 (NPI, 0~144点)	7研究 (3158名)	平均値差: -1.8点 (-3.0, -0.7)*
精神症状 (BPRS, 18~126点)	11研究 (2137名)	平均値差: -2.8点 (-4.4, -1.3)*
興奮状態 (CMAI, 29~209点)	7研究 (2251名)	平均値差: -1.6点 (-2.5, -0.7)*
死亡	14研究 (5407名)	オッズ比: 1.5 (1.1, 2.2)*
脳血管イベント	9研究 (3667名)	オッズ比: 2.5 (1.4, 4.6)*
錐体外路症状	12研究 (4471名)	オッズ比: 1.7 (1.4, 2.1)*

データ源は、BPSDへの非定型抗精神病薬の有効性を検討したプラセボ対照無作為化比較試験のメタアナリシスである。これは、2013年迄に出版された論文を統合したものである。メタアナリシスの適格基準では、BPSDの症状は限定していないが、攻撃性や幻覚を標的症状とした試験が中心である。NPIはNeuropsychiatric Inventory, BPRSはBrief Psychiatric Rating Scale, CMAIはCohen-Mansfield Agitation Inventoryと呼ばれる、症状評価尺度の略語である。

抗精神病薬使用，死亡**1.6**倍増 (施設)

30日死亡率



データ源はカナダのオンタリオ市の調剤・医療・人口動態データベースである。これは、1997~2002年の65歳以上の地域住民全例が登録されたものである。解析対象集団は基準時 (新規処方時) の1年以内に抗精神病薬の処方がない認知症患者，曝露は非定型抗精神病薬の使用 (参照基準は未使用)，アウトカムは死亡までの時間である。抗精神病薬の未使用者は，年齢や性別などをマッチングした上で，同数の対象者を抽出している。

2005年，米FDA，添付文書で警告の発出*

*2008年，非定型抗精神病薬から全抗精神病薬に拡大

WARNING: INCREASED MORTALITY IN ELDERLY PATIENTS WITH DEMENTIA-RELATED PSYCHOSIS

Elderly patients with dementia-related psychosis treated with antipsychotic drugs are at an increased risk of death. Analyses of seventeen placebo-controlled trials (modal duration of 10 weeks), largely in patients taking atypical antipsychotic drugs, revealed a risk of death in drug-treated patients of between 1.6 to 1.7 times the risk of death in placebo-treated patients. Over the course of a typical 10-week controlled trial, the rate of death in drug-treated patients was about 4.5%, compared to a rate of about 2.6% in the placebo group. Although the causes of death were varied, most of the deaths appeared to be either cardiovascular (e.g., heart failure, sudden death) or infectious (e.g., pneumonia) in nature. Observational studies suggest that, similar to atypical antipsychotic drugs, treatment with conventional antipsychotic drugs may increase mortality. The extent to which the findings of increased mortality in observational studies may be attributed to the antipsychotic drug as opposed to some characteristic(s) of the patients is not clear. ZYPREXA (olanzapine) is not approved for the treatment of patients with dementia-related psychosis. [See Warnings and Precautions (5.1, 5.14) and Patient Counseling Information (17.2)].

When using ZYPREXA and fluoxetine in combination, also refer to the Boxed Warning section of the package insert for Symbyax.

米FDAの警告前後、 抗精神病薬の処方トレンド

国名	調査年	指標	処方の減少率 (事前→事後)
イギリス ^[1]	1995~2011	初めて認知症診断を受けた患者における診断時の処方割合	63%減 (19.9%→7.4%)
アメリカ ^[2]	1999~2007	認知症患者における四半期ごとの外来での処方割合	29%減 (17.7%→12.6%)
フランス ^[3]	2003~2011	認知症患者における月ごとの薬局での処方割合	28%減 (14.2%→10.2%)
イタリア ^[4]	2002~2008	抗認知症薬使用者における1年ごとの薬局での処方割合	25%減 (24.2%→18.1%)
ドイツ ^[5]	2004~2009	認知症患者における1年ごとの処方割合	8%減 (35.5%→32.5%)
日本 ^[6]	2002~2010	抗認知症薬使用者における同月の外来での処方割合	0%減 (21.3%→21.3%)

[1] Martinez C et al: BMJ Open. 2013 Jan 7;3(1). pii: e002080; [2] Kales HC et al: Arch Gen Psychiatry. 2011 Feb;68(2):190-7; [3] Gallini A et al: Eur Neuropsychopharmacol. 2014 Jan;24(1):95-104; [4] Franchi C et al: Eur Neuropsychopharmacol. 2012 Aug;22(8):569-77; [5] Schulze J et al: Eur Neuropsychopharmacol. 2013 Sep;23(9):1034-42; [6] Okumura Y et al: International Psychogeriatrics 27 (3): 407-415, 2015.

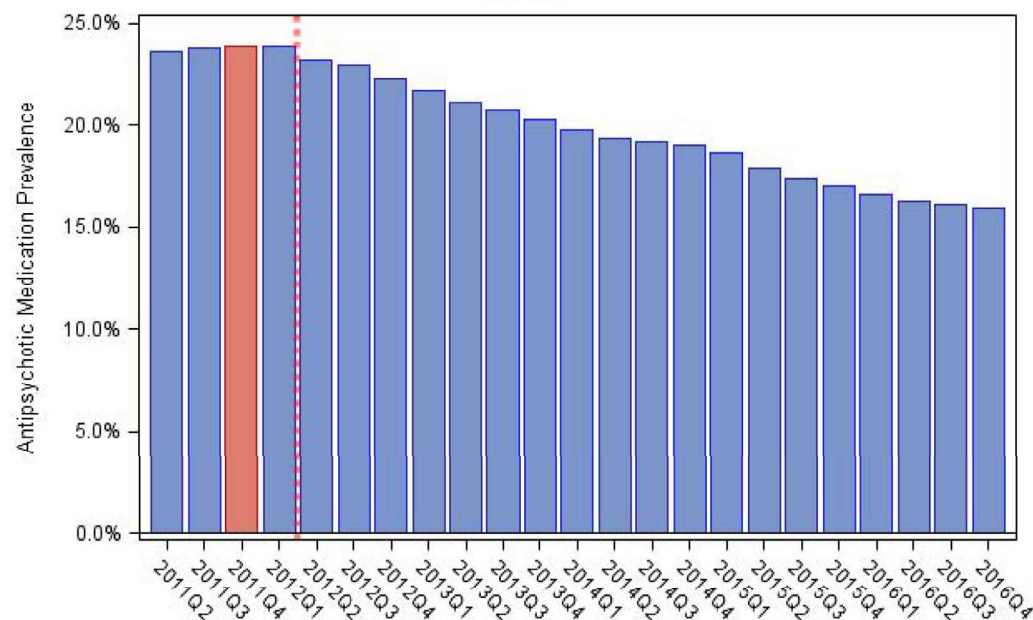
2012年，米CMS， 施設入所者への抗精神病薬処方抑制施策

ケアスタッフ等への教育の強化

非薬物療法の推進

抗精神病薬処方の透明性の向上

Quarterly Prevalence of Antipsychotic Use for Long-Stay Nursing Home Residents, 2011Q2 to 2016Q4



	Provider Name	Q1 Measure Score	Q2 Measure Score	Q3 Measure Score	
1	BURNS NURSING HOME, INC.	28.57143%	30.76923%	29.26829%	21.42857%
2	COOSA VALLEY NURSING FACILITY	24.07407%	22.64151%	18.18182%	15.78947%
3	HIGHLANDS HEALTH AND REHAB	11.42857%	9.67742%	8.57143%	9.09091%
4	EASTVIEW REHABILITATION & HEALTHCARE C	17.14286%	13.63636%	15.49296%	15.27778%
5	PLANTATION MANOR NURSING HOME	21.42857%	22.09302%	23.07692%	25.5814%

[1] Centers for Medicare & Medicaid Services: CMS announces partnership to improve dementia care in nursing homes (<https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Press-Releases/2012-Press-Releases-Items/2012-05-30.html>)

[2] National Nursing Home Quality Improvement Campaign: National partnership to improve dementia care in nursing homes: antipsychotic medication use data report (March 2017) (https://www.nhqualitycampaign.org/files/AP_package_20170413.pdf)

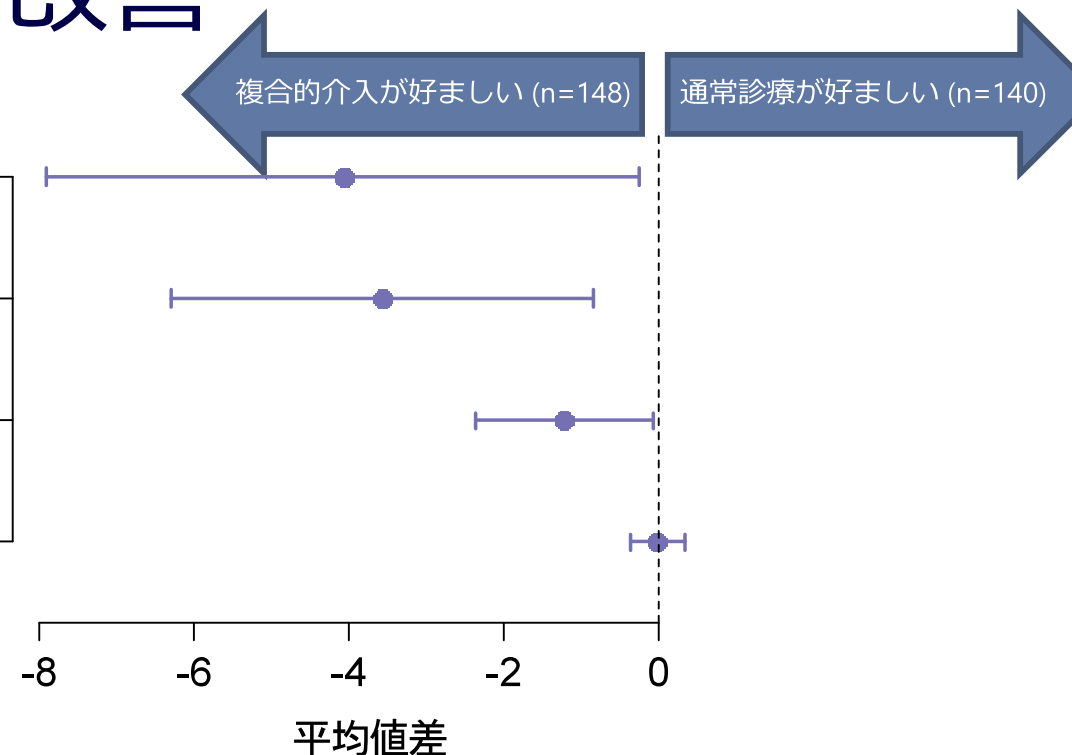
[3] Medicare nursing home compare dataset (<https://data.medicare.gov/data/nursing-home-compare>)

施設での多職種複合的介入、 興奮状態と精神症状の改善

複合的介入

- ①生理的なニーズ評価
- ②痛みの評価
- ③情緒面のニーズ評価
- ④快適さ第一優先のケア
- ⑤鎮痛剤の使用
- ⑥精神科コンサルテーション/向精神薬の使用

興奮状態
(CMAI, 29-203点)
精神症状
(NPI, 0-144点)
痛みの観察
(PACSLAC, 0-24点)
痛みの推測
(RAI-MDS, 0-6点)



データ源はオランダにおけるクラスター無作為化比較試験である。調査対象は2010~2012年において中等症以上の認知機能障害と興奮状態を呈する入所者、比較形式は2群の優越性試験、割り付け単位は21のユニット、主要評価項目は6か月時までの興奮状態、精神症状と痛みである。複合的介入のケアスタッフは、3時間の複合的介入に関する研修を5回受けている。CMAIはCohen-Mansfield Agitation Inventory、NPIはNeuropsychiatric Inventory、PASCALCはPain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate、RAI-MDSはResident Assessment Instrument-Minimum Data Setと呼ばれる、症状評価尺度の略語である。

[1] Pieper MJ et al: Effects of a stepwise multidisciplinary intervention for challenging behavior in advanced dementia: a cluster randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2016 Feb;64(2):261-9.

[2] Pieper MJ et al: Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OP!) that targets pain and behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial. Palliat Med. in press.

施策への期待

非薬物療法の標準化と評価

抗精神病薬処方への透明性の向上

適応外使用薬 (抗精神病薬や抗うつ薬など) の治験の推進