

抗認知症薬の減薬により 症状改善を認めた症例 ～ポリファーマシーの観点から～

株式会社クリエイトエス・ディー

前田 康多、大成 友哉、後藤 良太、尾崎 覚

【背景①】

現在の医療では認知症を治療することは困難であり、進行を抑えることしかできない。

また、認知症は進行性であって抗認知症薬を使用しても徐々に進んでしまう。そのため、一般的に高度認知症になるにつれて抗認知症薬を増量していくことになる。

しかし、脳内のdopamine (DA) が低下し、acetylcholine (ACh) とのバランスが崩れることでAChが過剰になると覚醒状態の悪化、認知機能の悪化、嚥下機能の悪化、脚力の悪化、錐体外路症状などの発生が考えられる※1。

【背景②】

今回の症例より、抗認知症薬を増量した状態で年月を重ねると生理機能等の低下や脳内Ach-DAバランスが崩れることで強い副作用が発現した可能性を疑った。

このように、服用開始時に期待された効果が、経過とともに薄れているだけでなく、ポリファーマシーによる有害事象の一因となっているケースが考えられる。

そこで今回は、上述の疑いがある症例において医師、看護師およびケアスタッフ等との多職種連携を通じて減薬を実施した。

【事例1】

【患者A】 92歳 女性 / 2013年8月入居

【ADL】

要介護5 / 日常生活自立度 : IV / 排泄・入浴・食事 : 全介助

【病名】

アルツハイマー型認知症 / 高血圧

【入居当初】

夜間覚醒や這い出しがあり介護および薬剤にてコントロールしていた

【近況】

2017年頃より車椅子上でほとんど動かず、発語や開眼も乏しくなる

2018年9月頃～活気、覚醒がさらに低下し、日中帯も閉眼している

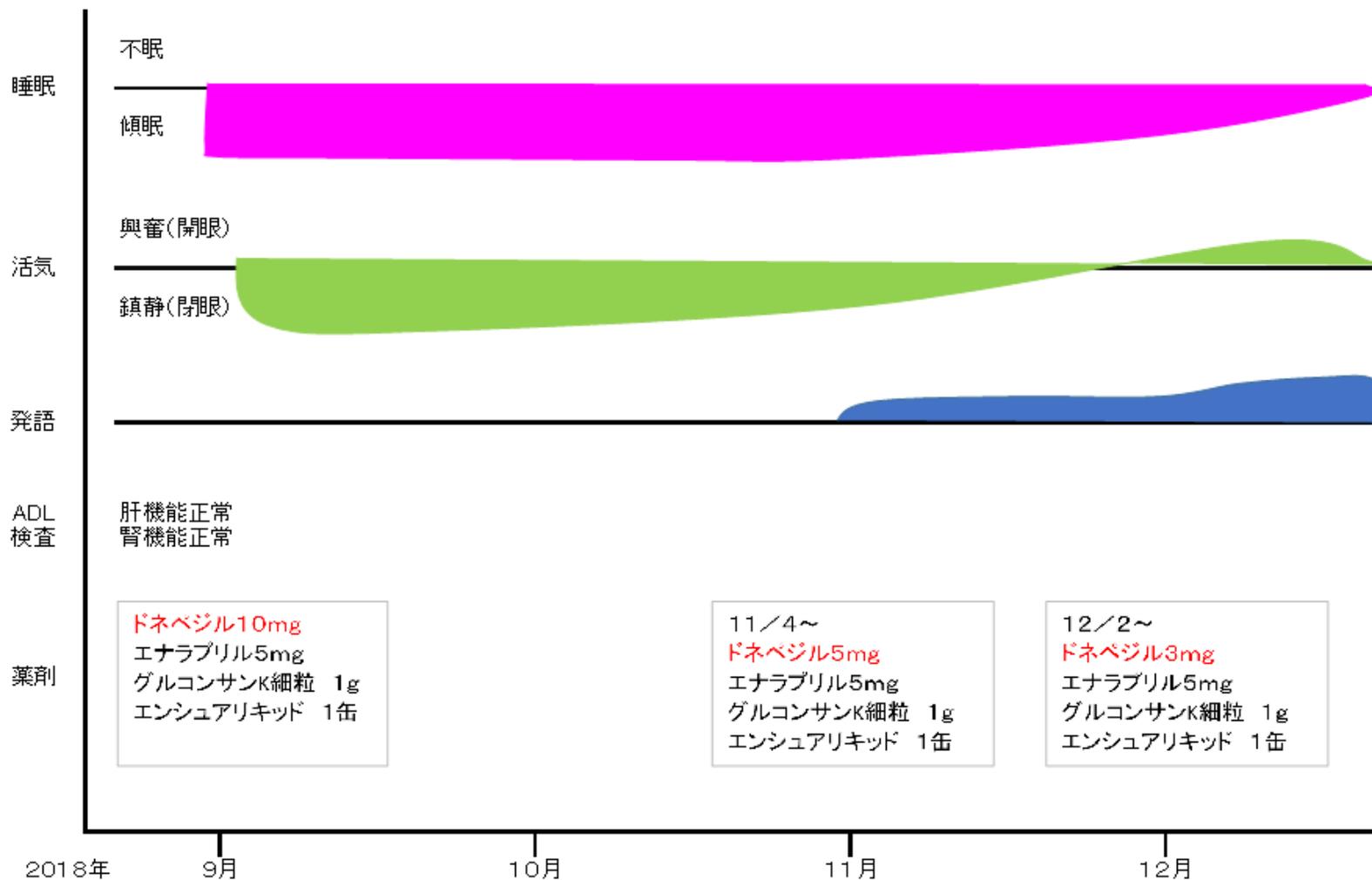
【主要薬の内服歴】

ドネペジル10mg、メマンチン20mgを入居時から5年以上服用している

入居前はいつから服用していたかは不明

(メマンチンは2017年9月より漸減→中止している)

【結果①】



ドネペジルの減量に伴い、睡眠や活気の改善が認められた

【結果②】

【薬剤調整歴】

2018/11/4 ドネペジル10mg→5mgへ減量

→大きな変化はないが、稀におしゃべり程度の発語あり

2018/12/2 ドネペジル5mg→3mgへ減量

→発語もはっきり出る時あり、笑顔も時折見られる
開眼している時間も増えてきた
看護師目線からも反応が出てきたとの評価

ドネペジルの減量により
ADL(日常生活動作)の改善が見られた

【結果③】

もともと、介護拒否のある患者であったが
年数を重ねるにつれて拒否がなくなり、活気低下が目立ってきた。

原因の一つに認知症の進行および生理機能低下による薬効増強
があると考えた。

そのため、まず抑制系に働きかけるメマンチン※²から減薬した。
しかし、それでも改善が乏しいためドネペジルの過量投与※³の
可能性を考慮して3mgまで減薬。

結果、発語や開眼、反応など改善につなげることができた。

※² 川畑信也：かかりつけ医・非専門医のための認知症診療メソッド，改訂2版，南山堂，2018，148p

※³ 平川亘：明日から役立つ認知症のかたん診断と治療，第1版 2刷，東京，日本医事新報社，2017，103p

【事例2】

【患者B】 81歳 女性 / 2013年4月入居

【ADL】

要介護5 / 日常生活自立度 : IV / 排泄・入浴・食事 : 全介助

【病名】

アルツハイマー型認知症

【入居当初】

徘徊、他人の部屋への入室が続いていた
入居前も徘徊のため2回保護された経歴あり

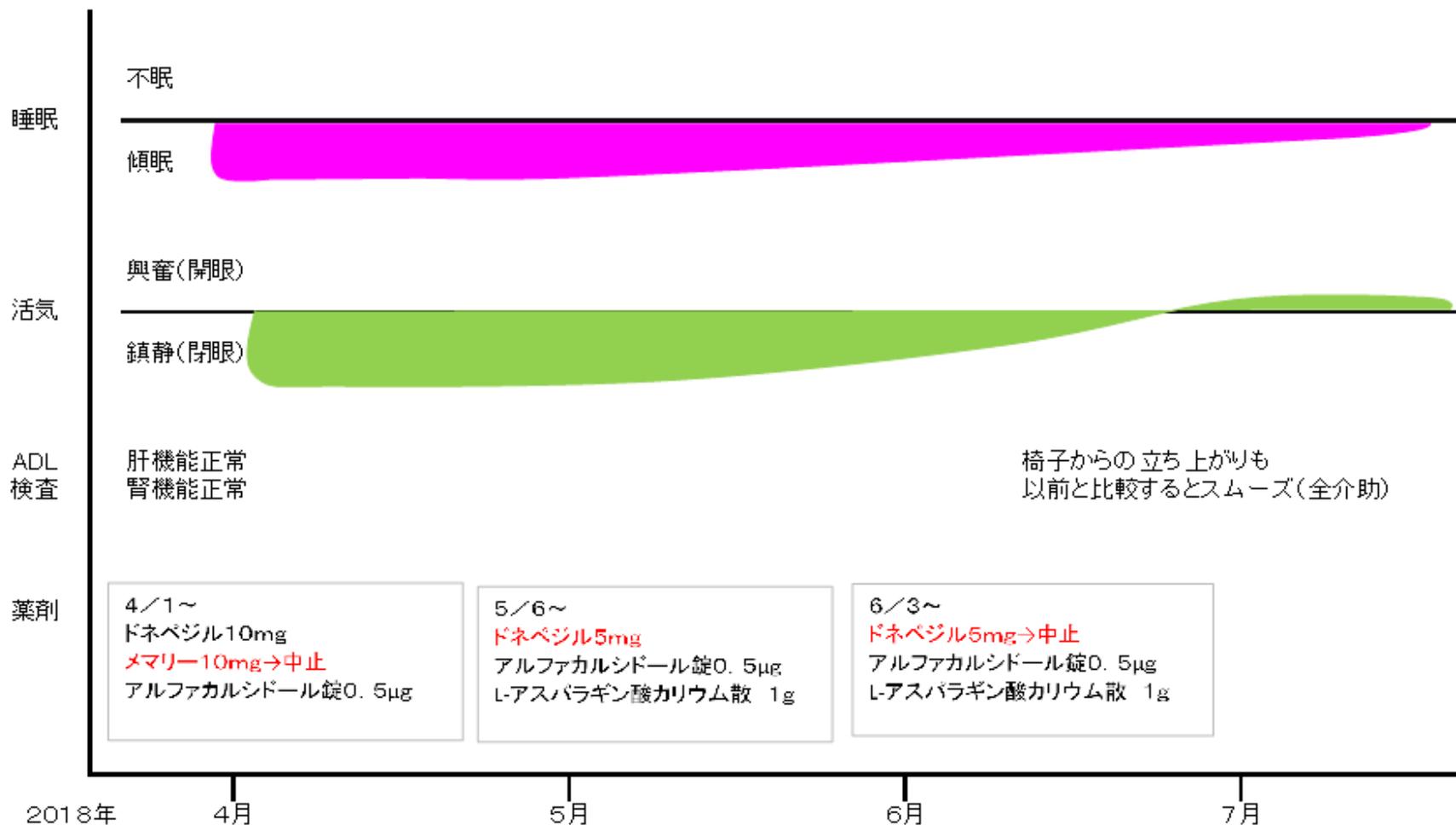
【近況】

2017年6月頃より日中に座位のまま活気低下あり(クエチアピン中止)
さらにその後も発語も乏しく、自走もなくなり傾眠傾向まで出現

【主要薬の内服歴】

ドネペジル10mgを入居前から9年以上服用している
メマンチンおよびクエチアピンは入居後、徘徊や不穏のため服用

【結果①】



メマンチンを中止するも睡眠、活気の改善は乏しく、
ドネペジルを減量した段階より改善が認められた。
そのためACh過剰が今回の一因と考えられる

【結果②】

【薬剤調整歴】

2018/4/1 メマンチン10mg中止

→再度傾眠、活気低下出現のため中止へ
中止後、状態の変化なし

2018/5/6 ドネペジル10mg→5mgへ減量

→傾眠改善傾向、発語も少し認められる

2018/6/3 ドネペジル5mg中止

→家族の希望もあり中止。傾眠が改善、開眼も認められた
また、話かけた後の反応も増え、椅子からの立ち上がりも
以前と比較するとスムーズになった

メマンチンとドネペジル2剤の減薬により**ADL改善**

【結果③】

入居前や入居時は徘徊や誤入室、他人の荷物を漁るなどの行動が目立っていた。

そのため、メマンチンおよびクエチアピンを併用することで症状緩和を図っていた。

しかし、年数が経過するにつれて活気低下や傾眠など出現。患者Aと同様の理由によりクエチアピン、メマンチン、ドネペジルの順で減量、中止をした。

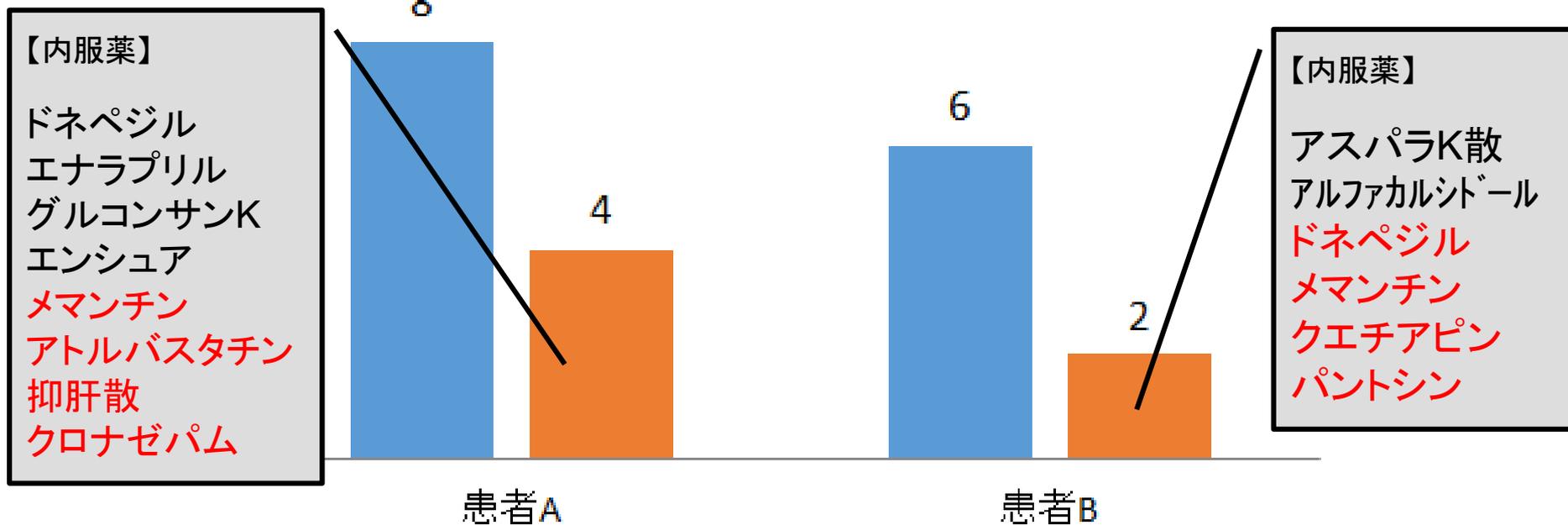
中止後、傾眠は改善し、立ち上がりも介助は必要であるが薬剤中止前後でスムーズになった。

抗認知症薬の完全な内服中止に関しては、家族様の意向と内服年数等を検討した上で実施した。

【減薬】

※赤字は中止になった薬剤

■ 入居時内服薬 ■ 最終内服薬



最終的に患者AおよびBともに半数以上
減薬することに成功

今回の2症例ともに以前は介護拒否や徘徊など認知症による興奮様症状が出現していた。

しかし、年月が経過すると共に鎮静様症状が出現するようになってきた。

この一因として**生理機能の低下および脳内Ach-DAバランスの崩れによるAch過剰によるもの**と考え、減薬、中止を提案、実行することで改善につなげた。

このことから、**長期に抗認知症薬などacetylcholinesterase(AchE)阻害作用を有する薬剤を服用している場合には、鎮静様症状が前面に出現しているか等の状況を十分に確認した上で、多職種連携の中で適切な減薬提案を行っていく必要がある。**