

# 第1章 認知症治療の原則



**中館先生:** 認知症の治療では、中核症状の進行抑制と周辺症状（行動・心理症状 behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD）のコントロールとに分けて考えるのが一般的だと思います。両者に対して薬物療法を援用することが多いと思いますが、まず認知症治療における薬物療法の原則から話を始めていきたいと思います。海老手先生から口火を切って頂けますか。

## ■服薬管理の問題



**海老手先生:** 最初にお話すべきことは認知症治療における服薬管理の問題です。原則は認知症が軽度の段階から家族や周囲の人々が服薬管理に関わるべきであることを強調したいと思います。認知症と診断後、服薬管理に家族も関わって下さいと伝えと、家族から「薬の管理くらい患者本人ひとりでできますよ」「薬の管理くらい患者にやらせないと認知症が進むのではありませんか」と反論をされることが少なくありません。また、身体疾患などによってすでに数多くの薬を飲んでいる患者の家族に薬はきちんと服薬していますか、と尋ねると「よくわかりませんが多分服薬しているのではありませんか」と患者の服薬状況を把握していない場合もしばしば経験しています。

もの忘れ外来を受診した初診アルツハイマー型認知症ならびに健常者（非認知症）、認知症なのか否かの判断が困難であった受診者（軽度認知障害を含む）を対象に服薬に関して自立しているのか否かを検討した結果を **図 1-1** に示しました。これは、初診時に行っている生活障害の有無を判断する検査のひとつである IADL（instrumental activities of daily living）における服薬の管理の評価を抜粋したものです。健常者ではほぼ 100% の頻度で本人自らが薬の管理をできるのですが、軽微から軽度の段階に位置するアルツハイマー型認知症患者で服薬管理が自立しているのは半数弱

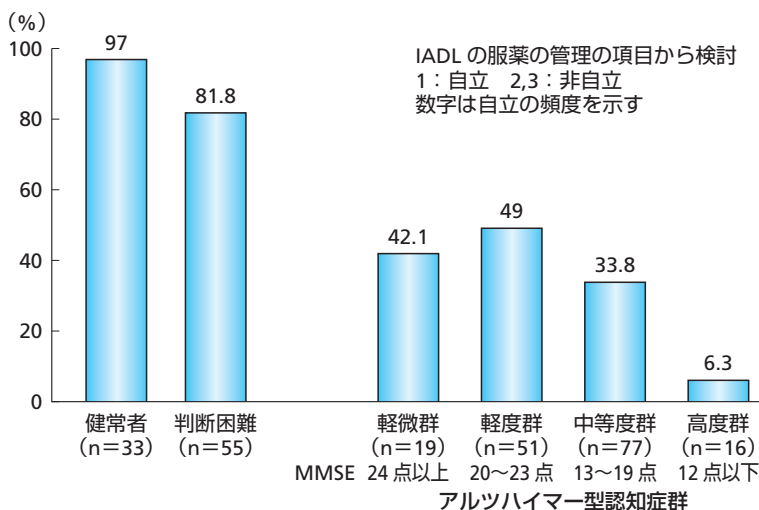


図 1-1 認知症診療における服薬管理の自立度の検討

(八千代病院 愛知県認知症疾患医療センター 初診患者 251 名)

との結果が得られています。つまり、アルツハイマー型認知症に進展すると認知機能障害が軽微の段階でも 2 人にひとりでは服薬管理ができにくくなっているといえるのです。この視点から考えますと、認知症診療では、認知機能障害が軽微、軽度の段階から家族や周囲の人々が服薬管理に関わるべきであると結論されるのです。



**加賀利先生:** 最近経験した事例ですが、87 歳、男性アルツハイマー型認知症患者ですが、家族が薬をティッシュペーパーの上に置いて出したら患者がそのティッシュペーパーを丸く切り始めオブラートのようにして薬を包んでティッシュペーパーごと飲み込んでしまったのです。家族がびっくりしてすぐに吐き出させたとのことでした。家族には以前から薬の管理は家族が行うように伝えていたのですが、ちょっと目を離した際の出来事だったようです。一部の家族では、服薬管理を患者だけに任せたり仮に服薬の援助をするにしても不十分だったりすることがあるようです。認知症と診断した後、認知症の軽重に関わらず服薬援助に家族や周囲の人々が携わることが必須といえます。

服薬に関して認知症診療に限らず身体疾患の治療を含めて高齢者におけるポリファーマシーの問題があるかと思います。図 1-2 は、認知症患者が初診時にどのくらいの種類の薬を飲んでいるかを調査した結果を示したものです。何種類服薬していたらポリファーマシーになるかとの厳密な定義はないようですが、7 種類以上とすると全患者の 2 割がポリファーマシーと考えられるわけです。おそらく 1 日 2 回あるいは 3 回服薬している薬剤も多いわけですから、家族や周囲の人々が服薬管理に関わるとするならば、服薬回数が多いほどその負担が大きくなることが予想されます。たとえば、患者と息子夫婦の 3 人暮らしで息子夫婦は仕事に出かけ日中留守になる場合、昼食後の服薬管理をどうしたらよいのでしょうか、さらに夫婦が朝早くから出勤するときに朝食後の服薬管理ができるでしょうか。認知症診療では服薬支援体制の構築が求められるのですが、独居患者の場合を含めて支援が困難になることも少なくありません。認知症患者における服薬の問題は医師が主導的に考えるべき課題といえるのです。

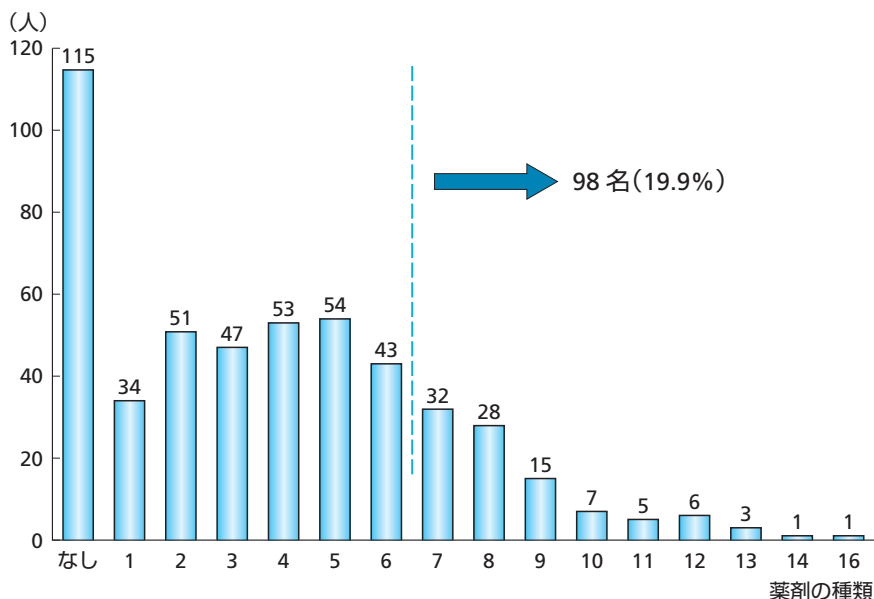


図 1-2 初診認知症患者における服薬の検討

(八千代病院 愛知県認知症疾患医療センター 初診患者 493 名)



独居患者の服薬管理をどう進めていくかは解決が困難な問題だと思いますが、加賀利先生、どのような選択肢あるいは方法があるのでしょうか。



2つの視点からアプローチを考えていくべきであると考えています。まず服薬回数をどれだけ減らすことができるのか、2つ目は支援に関わる人間やシステムをどう確保していくかです **表 1-1**。

- ①服薬回数に関しては、1日1回の服薬だけに絞るのが理想でありまた原則といえます。しかしながらどうしても1日3回服薬しなければならない薬剤もあるわけですからその場合にはなんらかの工夫が必要になってきます。
- ②服薬援助に関しては、近くに家族が住んでいる場合、その家族が患者宅を訪れて服薬の援助を行うようにしますが、そのためにも1日1回の服薬が望ましいでしょう。1日の中で2回あるいは3回と家族が患者宅を訪問することはなかなか難しいのではないのでしょうか。
- ③近くに家族がいない場合には、訪問看護や訪問ヘルパーを利用し服薬管理と援助を行います。デイサービス施設に薬を預け利用日にはそこで服薬援助をしてもらう選択肢も考えられます。

**表 1-1** 独居患者に対する服薬のすすめかた

- 服薬回数を1日1回に限定し一包化して確実に服薬ができるようにする。
- 可能ならば同居していない家族が患者宅を訪問し服薬介助を行う。そのためには1日1回の服薬が原則。
- 訪問看護や訪問ヘルパーなどを利用して服薬介助を行う。そのためにも1日1回の服薬が原則。
- デイサービスなど介護施設に服薬介助を依頼する。
- お薬カレンダーなどを利用する。
- 同居していない家族が服薬時間に電話を入れて服薬を促す、服薬を確認する。
- 訪問服薬指導などの制度を利用する。服薬支援ロボットの利用。
- 毎日服薬ができなくても仕方ないとの気持ちをもつことが必要かも（週4日、5日でも服薬できればよしの思い）。

- ④在宅患者訪問薬剤管理指導あるいは居宅療養管理指導を利用する手もあります。前者は医療保険を利用し、後者は介護認定を受けている患者が対象となります。いずれも週4回まで保険薬局による自宅訪問が可能です。最近は服薬支援ロボットなどの貸し出しを行いながら確実に服薬管理を実施している薬局もあります。
- ⑤よく行われていることですが、カレンダーに薬を貼り付けて服薬を促す、あるいは家族が服薬時刻に電話を入れて服薬を促す、確認をする方法もありますが、記憶障害や時に対する見当識障害が進んだ段階の認知症では確実な服薬を期待できない場合があるかと思います。たとえば家族からの電話を切った後で服薬の指示をすぐに忘れてしまうかもしれません。
- ⑥医師はどうしても毎日の服薬が当然と考えがちですが、独居認知症患者の場合には週5日くらい服薬をしてくれればよしの気持ちを持って処方を行うほうがよいように感じています。毎日確実に服薬をと考えるとつい無理が出てしまい服薬自体がうまくいなくなるかもしれません。



もの忘れ外来に紹介されてくる認知症患者の中に、独居にも関わらず複数の薬を1日3回服薬するよう処方されている患者がみられます。主治医は、本当に1日3回服薬ができる、あるいは服薬をしていると考えているのでしょうか。認知症患者あるいは認知症が疑われる高齢者では1日1回、それが無理ならば1日2回の服薬ですむ薬剤を選択すべきではないでしょうか。多くの医師は患者がきちんと決められた回数で服薬をしていると過信あるいは盲信しているのではないのでしょうか。処方権は医師にしかないわけですが、認知症患者あるいは認知症が疑われる高齢者に対する服薬について、医師の側で再度考えていくべき問題ではないかと思います。

## ■診断後に医師がやるべきこと



アルツハイマー型認知症を始めとする多くの認知症疾患に根治的治療薬がない現状で、認知症と診断した後、医師はどのようにすればよいのでしょうか。