

認知症診療 この10年とこれから

認知症の治療（薬物治療の観点から）
この10年とこれから

川畑 信也

はじめに

筆者がもの忘れ外来を本格的に開設したのは1996年である。その当時、もの忘れ外来の看板を掲げたとき、同僚の医師から「薬物療法や治療法のない病気を診察してどうするの？」と疑問符を投げかけられた記憶が今もよみがえる。筆者に与えられたテーマは、認知症の治療・この10年とこれからであるが、これからの観点に関しては、臨床医である筆者にはやや荷が重いので、ドネペジルが上市されて以来10年を経過した現在までのドネペジル治療を中心にしたもの忘れ外来の現況を報告したい。

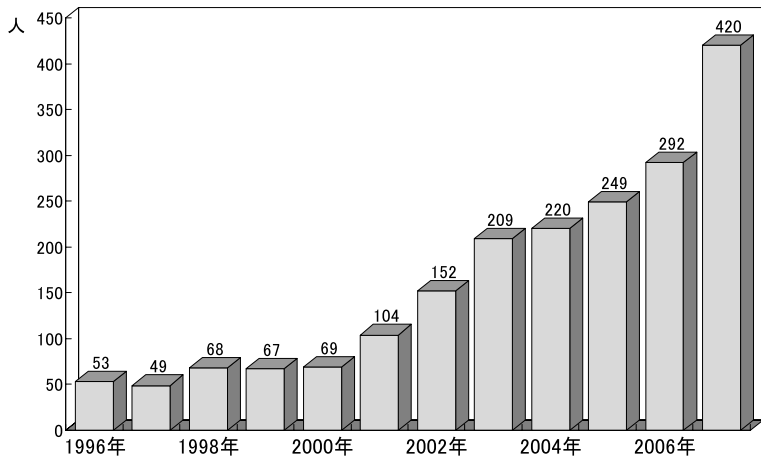
ドネペジルの登場が認知症の

早期受診に役だった！

図①は、筆者の開設しているもの忘れ外来における年次別受診者の推移を示したものである。ドネペジルが上市されるまでは年間60名前後の受診であったが、上市1年後の2001年度から受診者の増加が見られ始め、以降急増した結果2007年度には年間420名の受診を数えた。アルツハイマー型認知症に対する認識の拡大とともにそれまで薬物治療の選択肢がなかったアルツハイマー型認知症の症状進行の抑制を期待できるドネペジルの登場が患者さんならび

① もの忘れ外来受診者の年次別推移

n=1958



に家族の医療機関への受診意欲を高めた結果ではないかと思われる。

ドネペジル発売当初は錠剤だけであったが、その後細粒、口腔内崩壊錠が順次発売された。

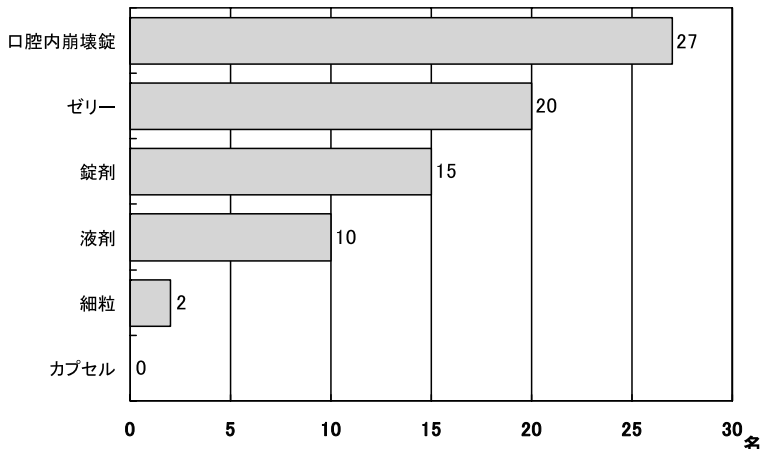
図②は、「三重県桑名市で開催された介護者対象の研修会において「服薬介助を行う上で望ましい薬剤の形態は？」のアンケート結果を示したものである。口腔内崩壊錠に次いでゼリー状のドネペジルの発売が期待されていることが分かる結果である。高齢患者さんあるいは嚥下障害を持つ患者さんへの使用が期待できる剤形である。

ドネペジル長期投与の有用性

認知症を専門とされないかかりつけ医の先生方のなかで、ドネペジルの効果が分からない、薬効の評価ができないなどの疑問を抱かれている方が少なからず見られる。また、家族や介護スタッフからドネペジルは服薬開始1年前後

②服薬介助を行う上で望ましい薬別の形態は？

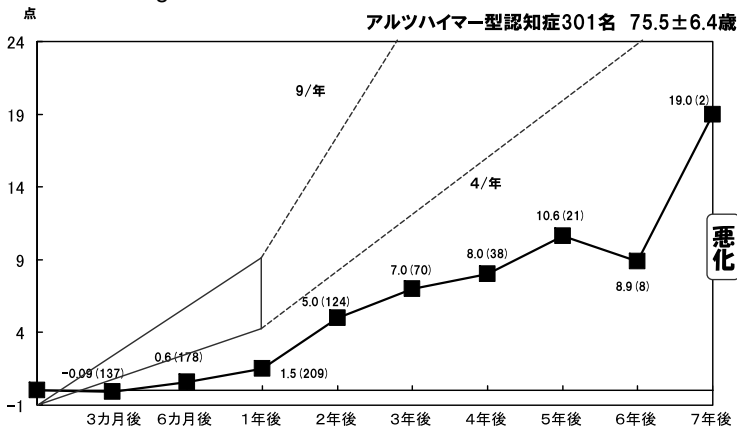
n=79



桑名市介護支援事業研究会2008 1 17でのアンケート

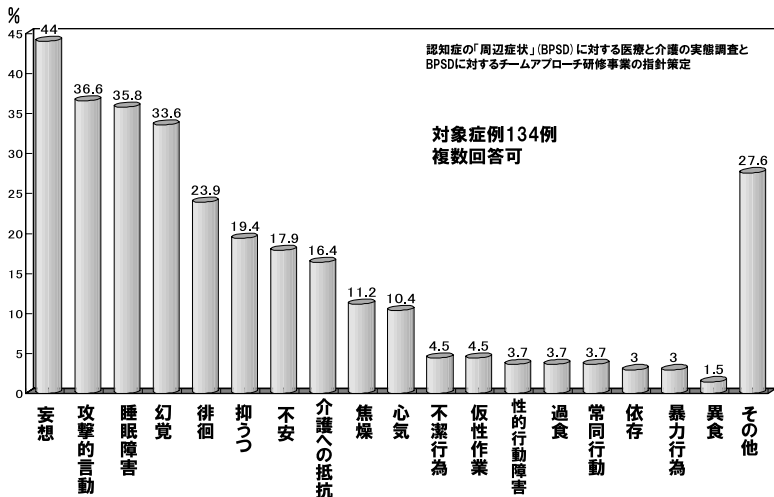
で効果が消失し再び進行していくのでは？などといったドネペジルに対するネガティブな意見を受けることも多い。ここではドネペジルが上市されて以来7年間にわたって追跡してきた筆者のもの忘れ外来でのデータを紹介し、ドネペジルの長期的な有用性について考えてみたい。対象は、1999年12月からドネペジルの投与が開始され、3カ月以上継続して服薬が可能かつ定期的に神経心理検査が施行できたアルツハイマー型認知症患者さん301名である。使用した神経心理検査が、Alzheimer's disease assessment scale 認知機能下位検査日本版 ADAS-J cog.である。ドネペジル投与開始時の ADAS-J cog.総得点は17・5点で、投与1年後までは大きな変化を認めず、2年後から有意な増加（悪化に該当する）が見られ始めその後緩徐な悪化を示した後、6年後には21・6点、7年後には35・5点に悪化していた。年間の平均変化（各評価時得点からその前年の評価時得点を引いた

③ ADAS-J cog.からみたドネペジルの長期効果



点数を平均したもの（は、1・2点から4・0点の範囲である。図③は、ドネペジル開始時を起点として各評価時得点の増減をグラフで示したものである。投与開始から3カ月後では0・1点の改善を示していたが、以降、6カ月後0・6点、1年後1・5点、2年後5・0点、3年後7・0点、4年後8・0点、5年後10・6点、6年後8・9点、7年後19・0点と緩徐に悪化していた。アルツハイマー型認知症における未治療自然経過におけるADAS-cog.の変化は、年間4点から9点の悪化を示すといわれている。これをグラフに図示すると実線から点線の悪化を示すものと推測され、全経過を通じてドネペジル投与による認知機能障害の遅延は明らかである。ドネペジル投与によって目に見える改善が認められない場合でも長期的な視点から勘案すると、認知機能障害の進展抑制効果が期待されることから気長に服薬するよう患者さんあるいは介護家族を指導することは理にかなったも

④ BPSDの種類と出現頻度



のといえる。

BPSDの薬物治療

認知症診療における薬物治療の柱として、①中核症状に対する抗認知症薬、②行動障害・精神症状BPSDに対する向精神薬の二つが挙げられる。日常診療では、後者の占める役割もまた大きい。しかし、わが国における在宅認知症患者さんのBPSDの実態は十分明らかになされていない。図④は、2008年に報告された「認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定²⁾」のなかで明らかにされたBPSDの種類と出現頻度をグラフ化したものである。在宅認知症患者さんを介護する家族が抱えるBPSDの中で頻繁に見られるものは、妄想(おそらく物盗られ妄想)ならびに攻撃的言動、睡眠障害、幻覚、徘徊、抑うつ、不安、介護への抵抗などである。これらをター

⑤BPSD と薬物の選択

抗精神病薬



**精神病症状
暴力行為 易怒性**

抗うつ薬



**抑うつ状態 焦燥
睡眠障害 易刺激性**

抗けいれん薬



易怒性 暴力行為

抗不安薬



**不安症状 不眠
焦燥**

ゲットにした薬物治療ならびに非薬物療法のスキルを身につけておくことが臨床医に求められることである。認知症患者さんに見られるBPSDは多彩であるが、薬物治療の対象になり得るBPSDは、精神病症状（幻覚、妄想）と抑うつ状態・うつ病、睡眠障害、易怒性・暴力行為・威嚇行為、不安の5種類くらいにすぎない。図⑤にBPSDとそれに対応する薬物を示した。大部分のBPSDには非薬物療法、すなわち上手な介護、適切な対応が第一選択となることは論を待たない。

（八千代病院 神経内科部長）

文献

- 1) 未発表データ（投稿予定）
- 2) 財団法人ほけ予防協会…認知症の「周辺症状」（BPSD）に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書（2008）