

座談会

アリセプトの使い方

- 高度 AD に対する10mgの処方 -



内海 久美子

砂川市立病院 精神神経科部長

徳田 禎久

禎心会病院 理事長 脳神経外科

穴澤 龍治

町立長沼病院 精神神経科

コメンテーター 齋藤 利和

札幌医科大学 神経精神医学講座教授

司会 アリセプトですが、2007年8月に高度ADの適応拡大が認められ、10mgへの増量と適宜減量が可能になりました。また、2007年12月にはアリセプト10mgの剤形が発売になりました。本日は、10mgに増量する意義やその際の注意点について、お話を伺いたいと思います。

さて、一般的にADの自然経過は、軽度の時期が2年、中等度が1・5年という報告があります。アリセプトを5mgから10mgに増量されるとき、先生方はご自分なりのタイミングをお持ちなのではないかと思えます。

まず内海先生にお伺いしたいのですが、10mgに増量をされるタイミングを具体的に教えていただけますか。

*FASTによるアルツハイマー型認知症の自然経過：B. Reisberg, et al.: Springer-Verlag, 18

~37(1985)

アリセプトを増量するタイミング

内海 はい。まず日常生活の中で、道具を使えなくなる、失行が出てきたときです。例えば私たちは北海道ですから、ストーブの付け方、消し方、コンロの使い方が分からなくなってしまう。ポットなんかもそうですね。電気を入れて水を入れる。その使い方が分からなくて、お茶をどうやって飲んでいいか分からないという方がいらっしやる。

あとは電話ですね。おそろしがって電話に出ることができない。それは電話機の使い方が分からないのか、もしくは電話でのコミュニケーションが取れないから出ないのか、定かではありませんが。

あるいは、引き戸なのに、ドアのつもりで押したり引いたりして、なかなか出られなくなってしまうようなことが見られます。

また、入浴拒否というのがけっこうあります。お風呂に入って、洗わないでそのまま出てしまう。洗髪ができなくなって、シャンプーも石鹸も使わなくて、ただザブツと入って出てしまう。



内海 久美子先生

あるいは着衣のときに、お風呂からあがって、新しい着替えが用意してあるにもかかわらず、また汚れた下着をつけてしまうというような、入浴でのトラブルが見られます。また上着をズボンのように下に履こうとするということも聞いています。お買い物に行っても、レジでお金を払うことができなくなる。

また、すでに亡くなってしまった配偶者がまだ生きていると思い込んで「まだ帰ってこないわよ、帰ってこない」と探し始めます。あるいは自分の子ども的人数や構成が分からなくなる。外では迷子になってしまう。そして自分の家ではトイレと

寝室の場所が分からなくて、ウロウロしている姿を見る。家族はガツクリしてしまいます。

あとは、コミュニケーションですね。会話が成立しづらくなってしまって、言葉が出なくなる。家族が認知症が進んできたかなという印象を持つたときに、「まだ手はありますよ。大丈夫ですよ。このお薬が10mgまで使えるようになりましたので、少し増量して効果を見てみませんか？」と提案させていただきます。

司会 ありがとうございます。主にADLの観点から増量のポイントを教えていただきました。

内海 重要な変化を、ご家族から言ってください。場合があるのですが、こちらから聞いてみないと分からないところがありますので、こちらから問いかけてみるということが必要ですね。

あとはツールとして、質問票をお渡ししています。安定している方ですと、アリセプトを3カ月処方しますので、「今度来院するときに、これに記載してきてくださいね」と、記憶能力やADLの低下が著しい箇所にチェックをしてもらいます。

質問票には、失禁が出てきたとか、あるいはB P S Dについても、いくつか項目があります。

そうすると家族は、何を伝えればいいか、どう
いう視点でその方を見ればいいかが分かります。

それで前回のものと比べて、「あ、ここがこ
うふうが悪くなったんだ」ということが分
かります。

司会 徳田先生はいかがですか？

徳田 私の場合は、投与を考えるタイ
ミングが大きく3つあります。

まず、日常生活の自立度をふまえ、常
時介助を必要とする状態になったとき
です。

2つ目は、3カ月に1回行っている
フォローアップで、5 mg投与1〜2年後
に症状がガクンと悪くなる時があり
ますが、そうしたときに考えます。多
くの先生が対応されているより早い
段階かと思えます。

3つ目は、最初に来院されたときの
重症度が中等度後半から高度の患者
さんで経過がよくないときです。2〜3
カ月様子を見て、早めに高次機能

検査をしますが、5 mgで効果が見
られないときは、早めに10 mgを使
うことを考えています。

司会 徳田先生、10 mg投与に
関して画像上の変化を参考にされて
いますか？

徳田 私のところでは、画像検査
として、主にMRI(VSRAD)、SPECT、
MRSを行っており、定期的に6カ
月毎に診るようになっていますが、
10 mg投与のタイミングは症状
から考えており、画像はあくまで
参考で家族への説明に補助として
使っています。

司会 穴澤先生は、いかがですか？

穴澤 そうですね、お二人の先生
と同じように、私はそこまで細かく
具体的にどのいった行動の変化が
現れたとか、症状が現れたとかい
うことではなくて、まずは感覚的
に診ています。

というのも、徳田先生がおっしゃ
っていたように、5 mgをずっと長
く投与しています。しかし、ある
ときから診察に来られるたびに
変化が見られることがあるので
す。「ああ、アリセプトを増量
する時期が来たのかな？」と感
じます。



徳田 禎久先生

慢性期の統合失調症の方が、表情が緩んできたり、精気がなくなってくるということがよくあります。似たようなことが認知症の方にも起きてきて、「ああ、ひよっとしたらアリセプトを増量する時期が来たかな?」と思つて、家族に「最近は何と比べてどうなんですか?」と聞いてみると、「いや、たしかに少し悪くなつてきている。認知症が進んで来ているような感じがする」といったような一言が聞かれます。そうしたら、「今はアリセプトを5mg投与しています。最近10mgまで使えるようになりましたが、増やしてみましようか?」といったような提案をします。

司会 それは、内海先生、徳田先生がおっしゃっておられた具体的な項目のうちの、何かが変化したときでしょうか。

穴澤 はい。結果的にはそのとおりです。先ほどお話ししたように、確かめることもありすが、「ご家族から言ってくることも多いですね。『これこれ、こういうことができなくなった、こういう失敗をするようになった』と。そういうときに、もさらに具体的に普段の状況を聞いた上で、増量をお勧めします。」

アリセプトを増量するための工夫

司会 増量される中で、とくに工夫されていらっしゃることはありますか。

穴澤 そうですね。副作用については注意しています。実際はアリセプトを増量しても副作用が出てくる方というのは、そんなに多くはないのですが、副作用が出たときに、インフォームーションをしておいて、5mgを2錠投与します。

副作用が出て飲んでいるうちに慣れてきます

が、それでもやはり副作用で困るのであれば、5 mgに減量することも考慮するわけです。

そして、次の来院時に、とくに副作用が出ていなかったよ、ということであれば、せつかく10 mgの錠剤がありますので、10 mgに変更します。

5 mgで副作用が出ていなくて、10 mgになって副作用が出て、仕方なく5 mgに戻したという方は、様子をみながら6 mg、8 mg、10 mgと中間用量を経ながらも一度増量しています。

司会 なるほど。内海先生は、増量に関して何か工夫されていらっしゃる点がありましたら、教えてくださいいただけますか。

内海 私も10 mgにするときに、穴澤先生と同じように5 mgを2錠投与しています。副作用を経験したことがあり、そのようにしています。まず、5 mg錠を2つ飲んでいただき、「副作用だなと思つたら、お電話ください」と。そしてそのときには、「もう1回5 mgに下げてください」と。すると薬が無駄になりません。5 mg×2で安定したら、やはり10 mg 1錠にします。コストも安くな

りますので。

司会 ありがとうございます。徳田先生はいかがですか？

徳田 私は5 mgから8 mg、その後10 mgにしています。1例だけですが、3 mgから5 mgに増量したときに、不整脈が出た症例がありました。もともと時々発作性頻拍があった患者さんでした。

ご高齢で心臓の病気を持っていたりっしゃる方というのは結構いますが、アリセプトの用量依存的な副作用と考えられましたので、5 mgからの増量でも慎重にすることとしました。具体的には、最初8 mgを増やして2週間投与しまして、循環器系の問題を確認しつつ、血液検査をして10 mgに増量しています。8 mgに増やして肝機能障害を起こした症例が1例ありましたが、ほとんどの症例では問題なく投与できています。

司会 消化器系の副作用をご経験された場合には漸減する、もしくは8 mgなどの中間用量を投与するなど、先生方はいろいろ工夫されています。しやるということが、よく分かりました。



穴澤 龍治先生

さて、話は変わりますが、増量や治療についてのインフォームドコンセントに関して、工夫されていらっしゃるご家庭がありましたらぜひ教えてください。

徳田 初診のときには、ご本人にはもちろん、ご家族にも細心の注意を払って対応しています。というのは、常識的な話ですが、ご家族がどう対応してくれるのかによって周辺症状の出方が全く変わりますし、ご本人が初対面で私を信頼してくれるのかどうかでその後の診療がスムーズに行くかどうかが決まるからです。本人用と家族用と別の説明用紙を作っていますが、初診時の患者さん

の重症度、自覚症状の有無に応じて、インフォームドコンセントの仕方を変えています。

本人には重症度にかかわらずできるだけ問題が軽いことを簡単に話します。「記憶力、判断力、実行能力が少し落ちていきます」「しかし、今はまだ軽いので3カ月毎に診せてください」または「あなたの問題は軽いのですが、悪くならないよう少し薬を飲みながら頭も使うようにしましょう」という具合です。

その上で、日常生活上、脳の活性化のために具体的にどんなことをして欲しいのかを、本人の趣味・習慣も考えて説明します。

本人に病識がある場合は、一緒にご家族にも注意事項の説明書を渡しますが、病識がない場合や家族との関係がうまくいっていないと感じたときは、後日家族を呼んで改めて詳しく説明します。

具体的には「ケアの注意点」と「介護のサボり方」を話します。「症状は、脳の病気によって起こっているため本人に注意したり責めたりするのはお門違いであること」を告げ、「最初から一生

懸命すると、息切れし共倒れになるので、ヘルパーさんやデイサービス、ショートステイの利用を考えておくこと」など具体的に話します。問診のときから看護も含めわれわれと患者さんの関係をつまく作ることが大切で、経験上、治療がうまくいかない場合は、私と患者さんの関係がまずいからだと思っています。

司会 そうですね。対応の基本ということで、皆さん共通していらっしゃるものがあるのですね。
穴澤 薬を投与する以上に大切なことかも知れませんがね。

インフォームドコンセントでの工夫

司会 消化器症状に対する対応を含めて事前の対応が大切ですが、インフォームドコンセントとして工夫されていらっしゃることがありましたら、教えてくださいいただけますか？

内海 私の場合は、エーザイさんが作っているアリセプトの小冊子（アリセプト手帳）を使用しています。その小冊子を使って、こういう副作用

があるんですよ、と描いてある絵で説明します。とても分かりやすいのです。その場合に、「それではそういうときにはどうしたらいいのですか？」ということをも、家族から必ず聞かれますね。

司会 なるほど。そうですね。

内海 そうしますと、例えば初めの頃は、「吐いて2食くらい欠食していたら、お薬の服用を一度止めてください」とお話したこともあります。それでも家族は不安なんだな、というのがすぐ分かりまして、「そのときにはお電話ください」と言っています。そうすると、比較的安心していただき、「あ、分かりました」と話されます。

司会 先ほどの徳田先生のお話のように、BPSDをどうやって事前に予知するか、抑えることができるかという全体のお話があり、さらに消化器の症状に関しても事前にある程度ムンテラが必

要だというお話でしたね。

内海 そうですね。

消化器症状に対する対応

司会 穴澤先生は、今のお二人の先生のお話を聞いて、どのようにお考えですか。

穴澤 そうですね。消化器症状については、事前にこういう副作用が出る可能性はありますとお話します。ただし「20〜30人に1人くらいですから、あまり怖がる必要はありません。消化器症状の副作用が出て、飲んでいるうちに治まってくることが多いので、なるべく飲ませ続けてください」と説明します。

それでも、全く食べられなくなるという場合には、止めてもらいます。

実際に吐き気がひどいと、食欲が低下したという方は、そんなに多くはありません。今まで、3人くらいでした。

多くの方を診てきましたが、消化器症状が出てアリセプトを止めなければいけないほどひどいという人は、今まででも1人が2人くらいです。服用の初期には、副作用が出て食欲をなくしたが、またすぐに食べられるようになったという方がほ

とんどですね。

司会 そうですか。先生は、消化器の症状に關して、何か具体的に薬物治療で対応されるということはありますか？

穴澤 そうですね、このようなケースがあります。別の病院でアリセプトを投与してもらっていて、吐き気がひどくて、止めざるを得なかったのですが、それでも認知症の進行が怖いので、「何とかしてほしい」と私の病院に紹介されてきました。

それで再びアリセプトで治療することにしたのですが、ドンペリドンを併用して、アリセプトをまず3mg投与しました。1週間後に来院され、吐き気は全くないということでしたので、ドンペリドンはそのまま継続してアリセプトを5mgに増やし、今も維持していますが消化器症状は出ていません。

司会 なるほど。内海先生は消化器症状に対応する上で、何か具体的に処方されていますか？

内海 吐き気が強い場合にドンペリドンを投与

します。それから、下痢です。軟便、下痢を数例経験したことがあります。そのときは、ピオフェルミンや軽い止瀉剤を服用します。家族が「これ以上認知症状が進んでほしくないの、何とかありませんか？」というときには、消化器症状を防ぐ薬剤を使います。

循環器系の副作用に対する対応

司会 ありがとうございます。消化器症状のお話を詳しくお聞きしてきましたが、循環器系の副作用について、日常の臨床の中で注意すべきことはありますか。

徳田 もの忘れ外来をもつて10年になりますが、長い間、循環器系の副作用はほとんどないと思っていました。しかし、1例経験してから、循環器系疾患を持つている患者さんには、アリセプト投与後心電図、血圧の変化を確認するようにしています。

司会 先生がご経験されたのはどのような症例ですか。

徳田 もともと循環器科にかかっていたのですが、動悸を訴えるようになりました。かかりつけの先生に診ていただき、一時アリセプトを中止し経過を見ていただきました。3mgから5mgに増量したケースでしたが、動悸が出たことがあります。それ以降は、消化器症状に加え「血圧の変化や動悸など変わったことがあつたら話してください」と必ず言いますが、10mg増量時にはとくに注意しています。

司会 そういったところも、ちゃんと注意していらっしゃる。なるほど。他の先生で定期的に心電図をとられることはありますか？

内海 私も、1例ペースメーカーが必要になつた方がいるのを聞いて、そのとき循環器の先生に「アリセプトと関連があるのですか？」ってお聞きしたのですが、「それは何とも言えない」と言われました。

それからは、私はアリセプトを投与する前に、まず心電図をとります。そして、投与後にまた心電図をとります。何例か徐脈が出てきたことがあ

り、それで10 mgから5 mgに減量しました。そして循環器の先生に診ていただいて、ご意見を伺います。

そうしたら、「この場合には投与を止めたほうがいいです」。あるいは「これぐらいだったら大丈夫だから、投与してください」という意見をいただいています。

それから、徐脈とQTcの延長が出てきたら嫌なので、必ず循環器の先生にコンサルトをします。

司会 そうしますと、お二人の先生の共通認識といいますが、循環器の合併症や既往歴など背景に目を配りながら、場合によっては定期的に心電図を見るといような注意を払っていらっしゃるということですね。

内海 ええ、そうですね。

司会 日本医科大学の加藤貴雄先生（内科学教授）が以前クリニシアンに記事を書かれて、循環器系との関連を踏まえた留意点についてコメントをされています。先生方がおっしゃっているように、循環器系の既往歴とか、合併症に注意をする

べきではないかということですね。

そしてコリンエステラーゼ阻害薬は、比較的安全な薬ではあるが、投与対象は高齢の方なので、自律神経系を含めて、目配り気配りが必要であるということを書かれています。

穴澤 私の病院は循環器の常勤の先生がいっぱやらないので、相談できないのですが、徐脈になる人というのは、たまにいます。そういう場合は、やはり減量せざるを得ないのかなと思っています。

とくに入院されている方は、毎朝ちゃんと脈を測ったりしますので、最近脈が遅くなったということであれば、やはり注意しなければいけないと思っています。

司会 認知症の方を診る中で、全身症状のモニタリングというのは、大事なことだということですね。

穴澤 高齢の方が多いですからね。

増量によるアリセプトの効果

司会 分かりました。さて、アリセプトを増量していった中で、ご家族とか介護の方の反応を具体的に伺いたいのですが。徳田先生いかがですか。

徳田 効果の話ですね。色々な段階の患者さんを診ていきますので重症度別に話すのがよいでしょうが、まとめて言ってしまうと、ざっと10人のうち2人は一時的にせよ意欲や活動性がある、進行が遅くなるのが6人、効果がなく進行のスピードが変わらないのが2人と見ています。

当然、重症度が高い方に改善が少ないのですが、その変わらないケースというのは重症度が高いケースではないかと思っています。

司会 それはどういうことですか？

徳田 明らかに短期間に悪化する2人については、重症度が高いために生活上の問題が目立ちやすいことありますし、本人管理の服薬が不規則となるので効果が出ないというような問題もありますが、初めに話しましたように、5割では不

十分で早めに10mgとすべきと考えて最近10mgにしています。このような症例では10mgとしても、「明らかによい」ということはあまりありませんが、進行が遅くなったと答える家族が8割くらいいます。

司会 多くの先生のお話をお聞きしていると、アリセプトで短期的には意欲が上がったとか、不安そうだった表情に余裕が出てきたとか、それから会話の歯車がかみ合うようになったとお聞きしたことがあります。徳田先生はそういった経験はございますか。

徳田 アリセプトを投与している間に、ご家族の対応が変わってきます。よい意味で変わってくるわけです。だんだん病気が分かってくるから。そうすると周辺症状を中心としていったほうがよいかもしれませんが、症状の進行が止まった感じになることがあります。

症状が重症でも、家族が非常に優しくなると、本当に患者さんは変わります。このような背景もあるのですが、8割くらいの家族が悪化が

止まったという感じになるのは事実です。

司会　そうですか。

徳田　私は、10 mg投与である程度認知症の悪化のスピードが遅くなり止まった感じになってくれれば、それで十分だと思っております。

司会　なるほど。ありがとうございます。この10 mgの効果については、内海先生どのようにお考えですか。

内海　私も、徳田先生と同じ感想を持っています。最初、認知症の初期の患者さんに3 mg、5 mgと投与したときには、患者さんが本当に明るくなった、意欲が上がった、積極的になったと思いましたが、「何かいい点ありませんか？」とお聞きすると、「このお薬があつてよかった、早く来てよかった」というご家族の肯定的な意見が返ってきます。

しかし、認知症の症状が高度の方の場合は、認知症の症状が悪化して、10 mgを投与しても、その次に来院されたときに「何か変わったいいところはありませんか？」と聞いても、「いやあ、同じ

です」と答えられる方が9割くらいです。

しかし、例えばこういうところはどこですか？」と具体的に聞いていくと、「あ、そういえば、例えば新聞の日付を見て、お薬を確かめる行為が出てきた」とか、「そういうえば入浴拒否が少なくなつたな」と言われます。デイサービスを利用していらっしゃる方には「デイサービスのスタッフに、何か変わった点があつたら、ぜひ書いてきてもらつてください」とお話すると、「デイサービスでゲームを楽しめるようになったとか、明るくおしゃべりをするようになった」と返ってくることもありま

す。デイサービスの専門スタッフですと、ちょっとした変化をきちんととらえてくれるのですが、ご家族はやっぱり大変なほうばかりに目がいきま

すので、9割が大変で1割はいいことがあつても、私たちには報告いただけません。

ですから積極的に聞かなければ、アリセプトの効果は分からないと思います。それで今回調べてみたら、「ほんの少しでもいいことなかつたですか？」って積極的に聞いてみますと、6割の方

は、「そういえば、「ここがよくなった」と言われます。」

例えば「お客さんを嫌がらなくなったということとはありませんか」とお聞きすると、「そういえば、そんな気がします」と答えられます。それで「ああ、それでは10mg飲んでいてよかったですね。まだまだあきらめないで自宅で見ているこうね、がんばろうね」と、「ご家族にお話します。」

そういう意味では、認知症が急激に悪化している中で、10mgを投与することが、患者さんと家族に希望を与えていると思います。「まだがんばろう」、「やる手はあるから」、そのように家族にエールを送ることができるようになり、10mgの処方が可能になったことは、とても福音だと思っております。

司会 ありがとうございます。穴澤先生はどうお考えですか。

穴澤 そうですね。そこまでは具体的に聞いていませんが、感触から言えばお二人の先生と同じです。少し元気になってきたとか、動きがよくな

ってきたとか、少し対応がよくなってきたと感じます。

司会 先生は、どのようにご家族から情報を得ていらつしやるのですか。

穴澤 ご本人からは有効な情報を得られることが少ないので、ご家族からの情報になると思います。「ご家族から「変わりない」と言われますと、私は「変わりない」ということは、それは効果ですよ」と説明しています。

認知症の症状が急激に悪化していたのが、なだらかになってくる。それが効果なのかなというように捉えています。

このことが、アリセプトを10mgに増量する福音というように内海先生はおっしゃっていましたが、私もそのとおりだと思います。認知症の症状が進んできていて、5mgを投与していても、症状が徐々に進んでいるといった話を、「ご家族からよくお聞きします。私たちが、気がつかなくてもご家族が悪化してきていると感じているのであれば、そこで10mgを増やすことをご家族に提案してもいいの

かなと思います。ご家族が安心されます。

「ご家族も認知症の患者さんのことを愛していらつしやるわけですよね。」

司会 そうですよね。

穴澤 何としてでも、愛するお父さん、お母さんの認知症の症状の進行を止めたいと。尊厳を守りたいというご家族の気持ちに応える一つの方法として、5 mgから10 mgに増やします。

お薬というのは、直接非常によく効くものだといったような印象というか先入観がありますので、10 mgに増やせると……例えばアリセプトの5 mgを飲んでいらっしゃる方が、まだ10 mgがあるぞと思うわけです。ご家族にとつても、やはり光明ですよな。

司会 そうですね。

穴澤 光明。そのように私は思っています。

司会 もともと進行していく疾患なので、維持することが重要と伺います。具体的なベネフィットはなかなか見つけづらいと思いますが、ご家族やスタッフに聞いてみると、内海先生のお話のように、具体的にコミュニケーションがとれるよう

になったとか、意欲が少し向上したという情報を得られるかも知れませぬね。

穴澤 内海先生のように詳しく細かく聞いていくと、「やはりよくなった点というのはありますよ」ということです。だから、10 mgに増やす価値があるということですよ。

司会 10 mgへの増量タイミングは、添付文書上では、高度ADの場合に使用するとなっております。では高度ADとは何かといったときに、進行のスピードがゆっくりだったけれども、急激になってきたというときに増量の一つのタイミングと先生方は考えていらつしやるということではよろしいでしょうか。

穴澤 そうですね。もう一つはご家族の気持ちを汲みとつて10 mgへの増量を考えています。

例えば、ご家族から「認知症がもつと進んで本当に悪くなつたらどうしよう」といった言葉が聞かれたときが、10 mgに増やす前段階なのかなと思います。私自身はそういうふうにかけてやるのです。アリセプトには維持効果がありますの

で、重症化防止のために投与する必要があります。
司会 そうですか。

内海 私も、高度とは何かということを考えさせられます。高度には結局ADLがかなり落ちてきて、介助が必要、常に見守りが必要という、そういう一つのイメージとか、あるいは失禁してしまうとか、一般的に言えば、だれが見ても認知症というようなイメージがあると思うのです。

FASTの6でも、かなり日常生活に支障がある場合が高度と。アルツハイマー型認知症の方の場合、比較的ADLは保たれています、記憶障害がどんどん進む方がおられます。記憶障害だけでいえば高度という人は、けっこういらっしゃるのです。

そうした場合、私は重症度は、FASTではなくCDRを使っています。CDRですと、記憶障害のところは3になります。

この記憶障害は本当に振り向いたらすぐに忘れてしまっている。5分前のことは何であったかと。これも私は高度というべきだろうと思います。

ですからMMSEが12点という目安の先生もおられますが、私はどちらかというと記憶障害にポイントの比率が高い長谷川式(HDS-R)を使用しています。HDS-Rが10点前後になると、もうCDRの記憶障害は3になっています。そういう方を私は高度といいたいだろうと思います。ですから10mg投与した人で、CDRで2の人がどのくらいいたかなというのを振り返って見ますと、2〜3割は、まだ2の段階でした。

患者さんとご家族にとつて何が必要なのかというと、今の良い状態、この中等度の時期を、まだ何年か過ごしたいということです。それがいちばん大切なことだと思えます。

失禁してオムツをするようになって、ご飯を食べさせてもらって、すべてが全介助の段階を、長く延ばすのではなくて、この中等度の段階をいかに延ばしてあげられるのかということが、われわれの役割じゃないかなと思っています。

ですから、先ほど言った高度という一つの定義……FASTの6とか、MMSEが12点とか、そ

こで10 mgを投与する意味って何だろうと考えています。高度の少し手前の中程度の段階で、10 mgを投与して少しでも認知能力やADLを今の状態に保つために使用することだと思えます。

まだ家族も頑張ってみようという一つの希望の意味も含めて、10 mgに増量しています。

司会 専門の先生方の立場からすると、ご自分の「このタイミング」が増量するタイミングなんでしょうなというお考えが、先生方それぞれの中にあつて、数値化してデジタルに表すというのは、なかなか難しいと思います。

今までなんとなく多くの先生方が、認知症の症状がものすごくひどくなつてからでないと、10 mgにしてはいけないのではないかというお考えを持つていらつしたのが、実はそうではなくて、それより早い段階で増量したほうがいいんじゃないかというお話なのかとお聞きしていました。

徳田 早い段階で増量してよい。FAST6からだと、タイミングは遅く意味がないとさえ思っています。

司会 もう少し早い段階での投与でしょうか。
徳田 もっと早い段階で使わなくてはならない。
司会 そうですか。

徳田 なぜなら、新薬の開発が以前の予測よりすごく遅れているからです。

私は、アリセプトが発売されたときに、当然ながらリリーフ役の薬だと思っていました。認知症が軽い状態を長く持たせ、原因そのものを治す新薬にバトンタッチしよう。

ABが10年も15年以上も前から蓄積しているの、この物質をターゲットとした新薬に意味があるのかという議論もあります。内海先生も穴澤先生もおつしたように、もっと早い時期に、悪い状況にならないようにしておかないと、新薬が出て遅かつたでは患者さんが困ります。

現場としてのお願いは、相当早い段階で10 mgに増やせるようにして欲しいというものです。

司会 とところで先生は、やはり3 mgは初期用量で、5 mg、10 mgが臨床用量とお考えですか。

徳田 はい。

司会 だとすると、5 mgと10 mgの間は、8 mgなどの中間用量を自由に先生方の裁量で使用したいと。

徳田 5 mgで効いている症例と10 mgでなければ効かない症例もあるわけですから、十分に使用させてくださいよ。欧米では発売当初から倍量が認められていたわけですから。

アリセプトはいつまで投与すべきか

司会 いろいろとお聞きしてきましたが、先生がアリセプトをお使いになっていらつしやる中で、どこまで薬物治療を続けられるかというところについて、ご意見をいただけませんか。

穴澤 飲めるだけ続けていただくということですね。

司会 どうしてでしょうか

穴澤 何度もお話していますが、維持効果です。認知症の進行を遅くできることが明らかだからです。先生方も経験されていると思いますが、費用面も考慮して、外来で診ていた患者さんが、介護

老人保健施設に入ることになり、仕方なしにアリセプトを止めることがあります。

それで2、3年経って、特別養護老人ホームに入ってきて、久しぶりに会いました。そのとき、「おお、だれだれさん久しぶり」って言っても、ぜんぜん分からないのです。容貌も変わっているし、認知症の症状が明らかに悪くなっている。アリセプトを止めた以外の原因は考えられないですよ。明らかにアリセプトは効いています。しかし、介護保険主体の老人保健施設では使えない。これは大きな問題です。

これは明らかに日本の損失です。アリセプトの中断により認知症を進行させている。却って医療費や介護費などのお金がかかっていることは明らかです。

アリセプトには維持効果があるので、できるだけ続けていただく。とくに意識がはっきりしている患者さんには、使っていただきたい。

ご家族にとっては、アリセプトを止めるということは、もう見捨てられたというような感覚なの

です。ものすごい高度の患者さんでも、「頼むから続けてください」とご家族に頼まれるのです。それで「続けさせていただきます」ということになり投与し続けます。

ですから、薬の効果うんぬんというようなことがまずありますが、ご家族の心情も考える。ご家族と率直に意見交換をしますけども、そこら辺のところの兼ね合いですよ。

たしかに医療経済の面から言ったら、安くない薬なので、改善が見込めないということになれば、止めちゃったほうがいいのかもしいないけれども、ご家族の心情も考えなくてはなりません。

司会 ご家族が先生とコミュニケーションをした上で決めるということですね。

穴澤 そうですね。まず、どうしますかとご家族にお尋ねします。物理的に飲めなくなった場合は、それは仕方ないですよ。でも、まだ飲めるといったような状態であれば、胃ろうをしても、マージンチューブをしていても、できるだけ続けま

す。

しかし、どれだけコストパフォーマンスがあるのだろうといったような疑問が出てくれば、ご家族と率直に話し合います。

司会 内海先生はいかがですか？

内海 同じです。結局家族は本当に一縷の望みを託しながら、この薬とずっと付き合ってきたわけですから。もう寝たきりでほとんど言葉もない状態になっておられて、嚥下もあまりよくないとなった場合には、私が「どうしましうかね」とお尋ねすると、家族は見捨てられたというように思うんですよ。

ですから顔色を見ながら、「いや、もう少しがんばってみましょうね」ということでアリセプトを続けさせていただく。本当に家族は、医者から見捨てられたことによって、治療環境も悪くなりますので、そのため、家族の心情を考えてアリセプトを継続します。

しかし、誤嚥する可能性がすごく強い場合は、服用を止めたほうがいいですよということを話します。医療経済的なこと、そして家族のこと、

本人のこと、いろいろなファクターを秤にかけて、微妙に判断しているというのが現状だと思えます。

穴澤 自分の場合を考えても、自分の親だったり、女房だったり、そういうことを考えると、ずっとアリセプトを続けさせたいですものね。もう駄目だろうと、気持ちの3分の2、4分の3、5分の4まで思っけていても、たとえ100分の1でも、ひよつとしたらまた会話ができるようになるかもしれないとか、こっちの発した刺激に反応するようになるかも知れないと期待します。そう考えるとアリセプトは止められないですもの。

司会 徳田先生何かございますか。

徳田 まったく同じですね。私の病院は老健もグループホームも持っています。残念ながら老健では、アリセプトは使い切れません。負担はとてもできません。

ですからグループホームに入っているほうが圧倒的にいい。それははっきりしています。アリセプトを使用できるわけですから。

患者さんとコミュニケーションができるかどうか

かということ、すごく大切なことだと思つていきます。それがうまくいかないときには、ご家族に判断を求めますが、大半の例はアリセプトを続けていきます。

司会 いろいろなご意見をいただきました、本日ありがとうございます。

(了)

(2009年5月12日 収録)

コメント

札幌医科大学における認知症の診療

齋藤 利和

認知症治療において薬物療法に関わる種々の問題への対処の大切さは座談会で諸先生が指摘しているとおりで。もちろん適切な薬物療法には正確な診断が必要ですし、それができる総合的なシステムを整えることも重要だと思います。札幌医科大学でも中野倫仁先生、小林清樹先生を中心に認知症の専門外来、パス入院のシステムが整いつつありますのでその概要を紹介します。

専門外来は毎週水曜日、新患は午前中に2名を診察しています。新患予約は、現在は約2カ月待ちの状態です。2009年4月からは2泊3日のパス入院を勧め、正確な診断に努めています。クリニカルパスに沿って、1日目は脳波・血液検査・心電図・胸部Xpなど入院時一般検査、2日目はリバーミード行動記憶検査とFrontal Assessment Battery (FAB) を施行し必要であれば髄液検査 (Aβ40/42、リン酸化タウ) も施行しています。3日目は頭部MRIと脳血流SPECTを施行し退院としています。

退院後、検査結果の説明をします。画像検査の結果も、正常例・異常例のサンプル資料を見てもらいながら分かりやすい説明に努めています。治療についても、例えば認知症なら、アリセプトの進行抑制効果・副作用 (消化器系、精神神経系) の説明をします。介護保険制度の説明にも努めています。この説明の際には、教育的な見地から予診をとった前期研修医と病棟医の後期研修医も同席してもらいます。

かかりつけ医との連携も大切であり、患者さんの利便と認知症専門外来の混雑緩和の見地から経過・検査結果など詳細な情報提供書を書きアリセプトの処方等その後の経過観察をお願いしています。ただし併存症があり、複数科が係わらなければならぬケース、またBPSDが見られるケースなどは大学で経過を診るようになっています。課題は山積していますが、認知症の治療の発展を目指して努力を重ねて行きたいと思えます。

(札幌医科大学 神経精神医学講座 教授)