

治療

アリセプト®の投与意義

～認知症を治療するということ

佐々木 健

はじめに

私は1984年に認知症専門病院、きのこエスポール病院（精神科）を開設し現在に至っている。今回このようなテーマを与えられたことを機に、現場の臨床医としてこれまでの経験を振り返りながら（図①）、私なりに、認知症を治療するということと、その中でのアリセプト®の投与意義について述べさせていだきたい。

アリセプト®上市前の治療

— 1984～1999年

1984年当時は認知症を専門に扱う病院や

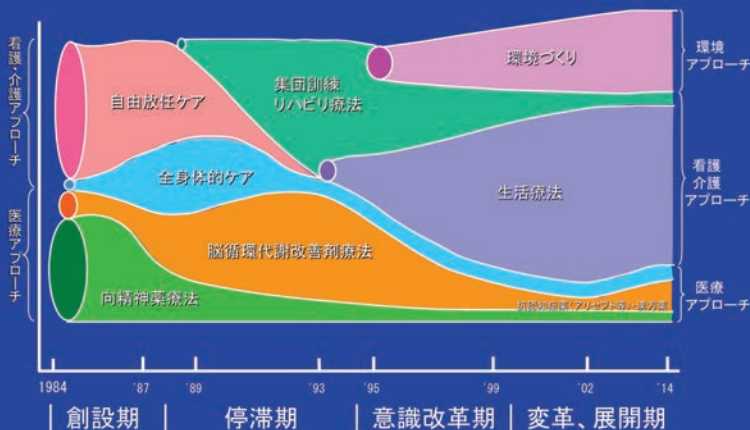
福祉施設は稀で、一部が精神病院の老人病棟に隔離されていた。また治療の方針も Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) を問題行動と称し、これらの行動を抑え込むことが治療であると信じられていた。体の自由を奪ったり、保護室に入れたりする「身体的抑制」、向精神薬等で行動を制限する「薬物的抑制」、禁止や叱責などによる「言語的抑制」、これらは「3つのロック」として、日常的に行われていた。

このような状況から脱却しようと、病院開設当初は、抑制や禁止は認知症高齢者を混乱させ

①

認知症の医療・看護・介護の内容の変化

(きのこエスポール病院)



病状も悪化させるといふ信念に基づき、自由に行動していただこうというコンセプトでスタートしたが、そのための代償もあった。自由行動にした結果、病棟の中は大混乱、病棟はちょうど駅の構内の混雑と終日同じ状態となっていた。病棟内の備品はあちこちに移動され収集され破壊され、最終的には病棟の中はベッド以外ほとんど備品がないという殺風景な環境となっていました。

また当時は認知症高齢者の行動に対する経験不足より、誤りをおかした。それは特殊性の発達である。回廊式廊下、監視カメラ、センサー、特殊寝巻、特殊トイレ・ベッドなど、認知症高齢者を特別視する見方からハード、ソフトを考えたということである。また薬物療法においても病院開設当初は自由放任といながら、一方では向精神薬投与を日常的に行っていた(図①と図②A)。

ところが開設1年もしないうちに向精神薬投

与による薬物的抑制の強さに気づかされ、これらに頼らない薬物療法はないかと考えた。そして1988年頃より、向精神薬療法を減らして、脳循環代謝改善剤による薬物療法を工夫した時期もあったが、この時代の薬物療法は功より罪のほうが多かったように思う。

薬物療法の失敗により、それに代わるものとして、1990年頃から積極的に非薬物療法を導入した。作業療法、音楽療法、ゲーム、レクリエーション、回想法等を行った(図①と図②B)が、集団的処遇の域を脱せず、職員側の自己満足にとどまっていた。特に医師、看護師などの職種では、狭義の医療的対応こそが認知症治療の主体であると考え、医療もケアも生活の中に含まれるという意識がなかったため、集団訓練、リハビリテーション療法は空回りし、十分に機能しなかった。最初の10年間で、認知症治療には、これまでの薬物療法を見直し、非薬物療法を積極的に導入すべきであると気づいた。

アリセプト[®]登場後の認知症を治療する ということの意識変革と薬物治療の変化

— 1999年 —

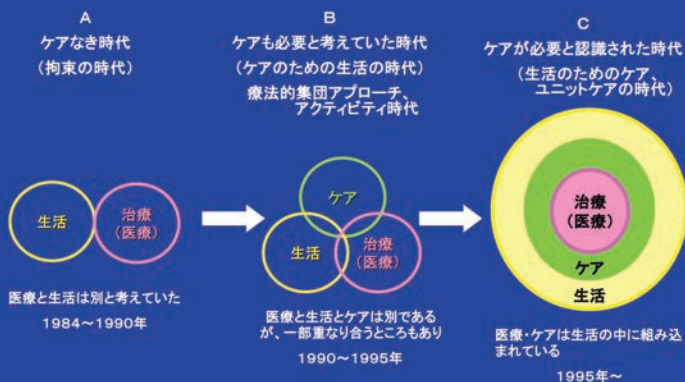
薬物療法や非薬物療法の限界で行き詰まっていた私は、1995年初めて、認知症ケアの先進国スウェーデンを訪問した。そこで待っていたのは、認知症の人が当たり前の生活をしているという新鮮な驚きであった。医療があえて前面に出ず、認知症の人がその人らしく生活を維持している様子に感銘を受けた。

帰国後、病院の職員の意識改革を行った。それは認知症を治療するということについての意識改革でもあった。それまでわれわれは認知症の人を脳の器質性障害を持った特別な存在ととらえ、病气や病気が引き起こす行動障害を抑制するのが仕事であると考えていた。当時、認知症の人の様子は、生活を続けようとしてかえって不適応反応を起こし、混乱しているようだった。そこでわれわれは認知症を治療するために

②

認知症病棟における入院治療理念の変遷

(きのこエスポール病院)



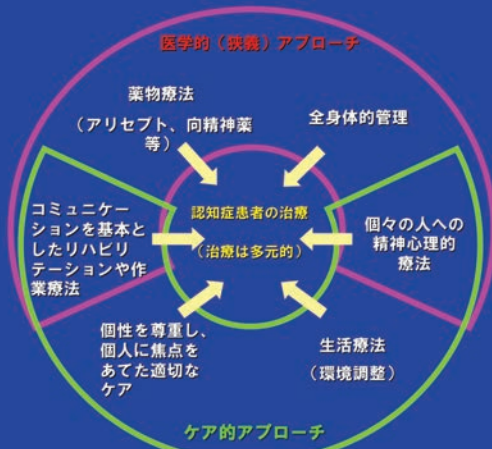
※生活という概念はまだ不明確。ここではごく一般の人々が日々を送っているありさまの程度の意。

は、病気の部分のみに焦点をあてて、その制御に
 関与することのみが仕事ではなく、生活が維持できるよ
 うな医療・ケアが仕事であるという意識を変えた(図②C)。そ
 して、病棟の中に家具を入れ、台所、風呂などを作り、ユニ
 ット化するとともに、病院という殺風景な環境を生
 活感のあるものに変え、職員もユニットで固定化して、
 より人間的接触ができるようにした。これまでの経験から
 認知症の人が起こすBPSDは環境への不適応や人間関係
 の悪化(関係性障害)によるものが多く、このような改革は
 治療的成果もあったようである。

アリセプト®が上市された1999年は、わが国の認知症
 ケアの中でも大きな変化の兆しがあった。スウェーデン
 で、1980年代後半に始まったグループホームの活動が
 わが国にも紹介され、いわゆるノーマライゼーションの考
 えも認知症ケアにおいて導入されはじめ、特殊から一般へ、
 集団から個別への流れがケアの方向を、

③

認知症疾患に対する治療のアプローチの多様性



その後大きく変えていくことになった。大型福祉施設で陥りやすい業務中心、職員中心の画一的ケアを見直し、生活的・個別的ケアを目指す

ユニットケアも1999年に始まっている。しかし当時、ケアの変化は徐々に始まっていたが、医療の現場での変化は未だ乏しい状況であった。それでも、アリセプト[®]が上市された1999年は、これまで臨床の場でその功をほとんど実感できなかった薬物療法で、それが実感できる症例を経験することができたという点で、画期的な年であったと思う。上市直前にはアリセプトに過度の期待を持たないようという専門家の意見を新聞が報じていたと記憶しているが、上市以来、一貫してエーザイが全社をあげて、一般の人々への認知症という病気の啓発や認知症ケアの普及などに努力されたことは、実地の臨床医として大いに助かった。私自身、これまでの薬物療法失望体験から、アリセプト[®]登場以後、希望を実感できる症例が出てきてくれたことは驚きであった。

おわりに

アリセプト[®]上市から15年になるが、以来私は認知症の薬物療法において、その限界もふまえながら、認知症の治療の多様性を常に考え、日々の診療にあたっている(図③)。

認知症の人の数は462万人に達しようとしており、認知症は特殊な脳の病気というより普通の病気になったように思える。この30年間の認知症の医学は急激に変化をとげ、発症以前の発症抑制の時代へ移ってきたように思う。

しかし現実には、発症した人々の増加も著しいものがある。そのため進行抑制を目指す、多様性を持った医療的対応の進歩の必要性を強く感じる。薬物療法においても発症抑制の薬物の開発、同時に進行抑制薬物の開発が期待される。私にとって進行抑制薬物は認知症の臨床医療を行う上で、料理に例えれば、味に重要な影響を与えるスパイスであると考えている。今後、しばらくの間は種々のスパイスを上手に使って、

その人に合ったおいしい料理が提供できるように認知症の臨床医療に携わりたいと思う。そういった意味で、その第一歩として登場したアリセプト[®]という薬剤は、私にとっても認知症の人にとっても、家族にとっても、大きな意義があったと思う。そして将来にわたり、その意義は続くものと思っている。

(医療法人社団きのこ会

きのこエスポール病院 院長)

