

認知症 そのままでいい

第6回

認知症に薬は どれほど有用なのか

認知症の治療に薬は主役ではないが、困ったことに、医師は「薬で治さなくては」という意識が根強い。医師には、投薬が生活指導など他の治療より強力なアイデンティティ(自分は医師なのだと感じられる意識)になりやすいこと、「早期に薬を飲めば大丈夫」と喧伝するメディアからの影響が背景にある。

医師としての「負け」につながる

実際は、認知症は根治療法はなく確実な予防法もない。早くみつけたら止められることもない。医師はその医学的事実を知りながら直視できない。それは医師としての「負け」につながるという危機感を持つ人が多いからである。医師と向き合うとき、看護・介護職はそれを知っておいて損はない。認知症に対する薬には、認知症の中核症状の進行を一時的に抑制する抗認知症薬と、認知症の行動心理症状(BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia)に対する向精神薬の2つがある。連載ではこれまでも、認知症にまつわる薬について述べてきたが、今回は、薬物を主役のように使っている好ましくない現実と望ましいあり方を、基本的知識を振り返りつつ改めて考えたい。

抗認知症薬は、認知症のうちアルツハイマー病(AD=Alzheimer disease)とレビー小体型認知症(DLB= dementia with Lewy bodies)に対して使ってよいとされる薬剤である。4種類の薬が現在出ており、コリン分解酵素阻害薬に分類されるドネペジル(商品名アリセプト)、ガランタミン(同レミニール)、リバスチグミン(同リバスタッチパッチ、イクセロンパッチ。ともに貼付剤)と、NMDA受容体拮抗薬であるメマンチン(同メマリール)であり、DLBに適応があるのはドネペジル

だけである。基本的に、このうちのどれかを選んで低用量から処方し、増量する。

効能は、認知症の中核症状の一時的な「進行抑制」である。



中核症状とは、近時記憶障害(最近のことを覚えていられない)、見当識障害(時間・場所・人などの認識ができない)、遂行機能障害(家事や仕事を段取りよくできない)、着衣失行(着替えが上手にできない)などのことで、脳の細胞の変性すなわち劣化と脱落により生じる認知症固有の「脳の症状」である。薬の効果があつた場合、この進行を通常数カ月～1年半程度、ゆっくりにするか止めるかすることができる。これには個人差が大きく、まったく効果の出ない人もいる。注意したいのは、改善は目指していないことである。

見かけの効果副作用に注意

効能を記した各抗認知症薬の添付文書には、同時に「認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない」と明記してある。これはつまり、「薬による進行抑制」は見かけだけだということである。認知症は進行しているが、見かけ上の症状を抑えているだけという効果なのである。

ADやDLBと診断したら抗認知症薬をとにかく処方、という例が多い。本来は、認知機能の改善は期待できず、今のまま維持することであることをよく説明し、それでも服用したいという場合に処方すべきなのである。本人の気持ちも無視されることが多い。「認知症だから飲まなきゃだめ」と医師や家族から言われて、素直に飲みたくなる患者がどれほどいるか。本人の現在の状態を「そのままでもよい」と尊重し、心情を傷つけない配慮が最初に来るべきであろう。

副作用への留意も必須である。よ

く見られる副作用として、ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンでは、下痢、食欲低下、胃潰瘍など消化器症状、徐脈性不整脈、パーキンソン症状(手の震えや四肢のこわばり)など錐体外路症状に、メマンチンでは眠気やふらつきにそれぞれ注意が必要だ。さらに4剤とも、遅発性の副作用として数カ月ないし数年して興奮や徘徊が出現する可能性があり、認知症の進行とよく間違われる。

BPSDには「非薬物」が最優先

BPSDに対する見方、対応の仕方も、まだまだ不適切である。現実の臨床では、次のようなことがしばしば行われる。

認知症の人の家族が訴える。「怒りっぽくて暴言ばかり言うようになった」「頼みごとをしてもイライラするばかりで何もしない」「夜になるとごそごそ起きて寝てくれない」「ここは自分の家じゃないと言って出ていく」。これに医師が、「BPSDがひどいですね」「認知症が進んだのかもしれませんが」などと言い、鎮静効果のある漢方薬の抑肝散や抗精神病薬や睡眠薬を投与する。これらの薬剤にはもちろん認知症を改善する効果はない。主たる効果は鎮静効果(または催眠効果)、つまり眠くなり、だるくなり、しゃべったり動いたりしたくなくなる、という効果である。その意味で、

怒ったり、イライラしたり、寝ないで動いている人には、それらを鎮める効果がある。しかし、これが「効きすぎる」と日中から寝ていたり、ぼんやりしていたり、ふらふら歩いたりする状態になる。

これらの薬のうち主要なものは、統合失調症や双極性障害のための薬であり、認知症(とBPSD)に処方することは本来認められていない。あくまで医師の裁量で処方されている。実は、「認知症高齢者に抗精神病薬を処方すると、死亡率は1・6倍以上上昇する」(米国食品医薬品局の警告)とわかっている。処方する医師のほとんどはそれを知っている。家族にそのことをきちんと説明している医師はどれだけいるだろうか。処方の公式な基準である厚生労働省研究班の「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)」には、第一に「非薬物的介入を最優先する」と書かれている。一番大切な「非薬物的介入」を検討せず、すぐに薬に走っている現状は大きな問題なのである。認知症の中核症状は、脳の細胞変性つまり劣化、そして脱落のせいであった。BPSDはそうではない。イライラ、怒りっぽさ、不機嫌、活気のなさ、物盗られ妄想や嫉妬妄想まで、ほとんどは心理的反応である。認知症(とくにADの軽～中等度)になり、記憶の間違いや家事がうまくできないことを指摘され、叱られ、恥をかかされたこと、張り合いのある生活や役割がなくなってしまったこと。それらに対する正常な脳の反応が大部分である。ところが周囲は、それを「認知症のせいだ」と決めつける。周囲の言い方や行動のせいだとは思わない。

認知症の人は、自分はこれでよいと思える「自己肯定感」を失いつつある人がほとんどだ。結果、自分への否定的評価にはとくに敏感になる。失敗の指摘や修正を受ければ、不安が増し反発や落ち込みや妄想的言辞へ至っても無理はない。認知症人の「周囲が困る問題行動」をみたら、まずは、周囲が本人を傷つけない対応をしているかどうか、を確認したい。さらに、本人が自信とやりがいをもてるような生活を送れているか、を知りたい。それが、ガイドラインが最優先すべきだという「非薬物的介入」のスタートである。

生活へ目配り医師に助言を

認知症の臨床でもっとも大切なことは、認知症の人を「そのままよい」と認めて心情を尊重し、生活を豊かに張り合いあるものにするることである。抗認知症薬は、その補助にすぎない。BPSDという用語は安易に用いられすぎている。生じた問題を認知症の人のせいにし、周囲の自分たちが影響を与えていると感じさせないようにする用語でもある。医師は一般に、「心情」や「生活」に強くない。精神科医でもかなり多くがそうである。「症状」を診て薬を出すという行為に慣れすぎて、症状以外への対応が鈍感だ。医師の姿勢が変わることが第一だが、看護・介護職の人たちにはその医師の鈍い部分に気をつけてもらいたい。胃腸の弱い人に抗認

知症薬の処方をしていたら、「おなか大丈夫でしょうか」と声をかけてほしい。生活が不満足で荒れている人に抗精神病薬を出そうとしたら、「生活のせいではないでしょうか」と言って待ったをかけてほしい。日中寝てばかりで夜騒ぐ人に睡眠薬を用意していたら、日中の過ごし方の助言をしてほしい。医師に物申すのは簡単ではないかもしれないが、認知症の人の幸せのためにぜひ勇気を出して。



うえだ じゅん
上田 諭

日本医科大学医学部講師。新聞記者から医師に転身し、精神科で高齢者中心に診療。医師を含め認知症に関わる専門職は、家族など介護者だけでなく本人を尊重すべきだとの姿勢で患者に寄り添う。

本論文は、メディカ出版「医療と介護Next」に掲載されたものです。そのため、一部の内容に執筆当時の情報がございます。