

シンポジウム 抗認知症薬の 使い方を考える



Miyaoka Hirotoshi
宮岡 宏史等

北里大学医学部精神神経科

Oishi Satoshi
大石 卓士等

日本医科大学付属病院精神神経科
上田 智 諭

認知症医療の現状で考えること

宮岡 等

現在は認知症治療薬が注目される第二のピーチとも言える状態であり、一九九九年に内初の「アルツハイマー型認知症治療薬」としてアリセプト（ドネペジル）が発売され、長らく市場を占有していたが、二〇一一年にメマリー（マンチン）、リバスタツチパッチ・イクセロンパッチ（リバスクグミン）、レミニール（ガランタミン）が発売され、現在に至っている。

日本における認知症治療薬の歴史

パンは一九八六年に発売され、発売二年後には年間売上高が四〇〇億円を超える商品となつていて。一九八七年一〇月に「脳血管障害に対する脳循環・脳代謝改善剤の臨床評価方法に関するガイドライン」ができる、薬剤の認可にはプラセボ（偽薬）・薬剤の成分が入っていない）との二重盲検比較試験が必要になつた。九八年に旧厚生省による再審査がはじ

日本における認知症治療薬には悲しい過去がある。

私が医師になつた一九八〇年代前半には「脳循環代謝改善薬」として、多くの薬剤が高齢者を中心に用いられていた。たとえばア

認知症の薬物療法に関する問題点

アルツハイマー型認知症治療薬が四剤に増え、有効性が強調されることが多いが、臨床現場では多くの問題を感じている。いくつかあげる。

(1) 薬剤そのものの問題

○本当にプラセボと差があると言えるのか
四薬剤はいずれもプラセボとの比較試験で優つたとされている。しかし評価指標をこまかくみていくと、プラセボとの差はわずかであり、多數例を対象とした試験で統計学的有意差は認められているが、それが本当に臨床的にも意味をもつのか疑問に思う。

○「進行を遅らせる」という効果を臨床では評価できない

四薬剤はいずれも「薬剤でもプラセボでも認知症症状は増悪したが、その増悪の程度が薬剤ではプラセボより少なかつた」がプラセボとの比較試験で示されているのであり、「認知症症状が改善して、その程度がプラセボに優つた」のではない。添付文書の「効能・効果」にも「アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制」と記載されてい。

実際の臨床で、認知症症状が増悪しつつある症例をみて「進行が抑制されている」ことを評価することはできない。すなわち、実際の臨床では薬剤が有効かどうかを判断することができない。抗うつ薬など他の向精神薬では通常、改善の程度がプラセボに優つて検証されて発売されるため、プラセボに優つているかはわからなくとも、改善しなければ効いていないと判断できる。

認知症治療薬開始直後に一時的に「以前よりはつきりした」「しゃべることが多くなった」と家族や担当医が感じることがある。薬剤の性質からみてこのような変化が起つりうると考えると、薬剤が認可された理由とは異なる。これを強調するのであれば、新たに適切な臨床試験を行うべきであろう。

○中止すべき時期を判断できない

前記の理由によつて、個々の症例では「どの程度有効であるか」の決定ができないた

め、薬剤を中止すべき時期の判断が難しい。

また、臨床試験の結果や種々の事情から、アリセプトはアルツハイマー型認知症全般、メマリーは中等度と高度、リバスタッヂ・パッチとレミニールは軽度および中等度のアルツハイマー型認知症が適応となつていて、さらに複雑なことに、アリセプトの後発（ジエナリ

イマー型認知症での使用しか認められていない。

臨床現場ではこのような状況への対応が難しいためか、効果と副作用の関係を検証しないまま、だらだらと薬剤が継続され少くない。

(2) 臨床現場の問題

○不適切なアルツハイマー型認知症診断による処方

アルツハイマー型認知症に関する啓発活動がさかんになつたせいもあり、アルツハイマー型認知症は知つてゐるが、うつ病や身体疾患による軽度の意識障害など、他の精神疾患に関する知識は少ない医師が増えたようである。臨床場面では、判断能力や社会機能が低下している状態に対して、他の疾患が十分鑑別されないまま、抗認知症薬が処方されている場面に出会うことが増えた。

極端な事例であろうが、「記憶力が落ちた」と訴えたら頭部MRI検査を実施され、實際には年齢相応の変化であつたが、脳萎縮があると告げられ、他の知能検査も実施されないまま抗認知症薬を長期間処方されている症例に出会つて驚いたこともある。

○非薬物的なケアが軽視される

認知症では、本人や家族に対する生活指導

や社会資源の利用に関するアドバイスが不可欠である。現時点では改善する疾患ではないことを考へると、それが最も重要である。

ところが、認知症治療薬が発売されてから、

医師が「とりあえず薬物で治療してみる」という姿勢をとり、非薬物的なケアが軽視されているのではないか。認知症症状を改善させる薬剤ができたわけではないのだから、やはり治療の第一は非薬物的ケアであつてほしい。

○倫理的な問題

薬剤の服用は本人の同意のもとでなされねばならない。身体疾患における昏睡状態のように判断の意思表示ができる場合は治療が認められているが、元気な時に何らかの意思表示をしている場合には考慮する必要がある。また、精神疾患による興奮状態で、本人が治療を拒否している場合は、適切な保護者の同意のもとで治療し、症状改善後に治療経過を本人にも説明し同意を得るのが原則である。

認知症治療では、このあたりがどの程度考慮されているのであろうか。経口薬は本人の意思による服用と考へることもできるが、貼付剤は本人の手の届く身体部位に貼れば本人の意思、届かない部位に貼れば同意を得ていない治療に近いのではないか。自発的と非自

発的の間にあるような治療である。しかも認知症では、症状改善後にあらためて同意を得ることが難しい。もっと倫理的な検討が必要であろう。

○薬剤の宣伝が適切か

認知症治療薬に関する製薬メーカーの宣伝は非常に活発である。会社が自社商品の売り上げを伸ばすために宣伝するのは当然のことであるが、プライマリーケア医や患者・家族を対象とした講演会などで、「認知症の専門家」とされる医師が宣伝としか思えないことを話している場面にしばしば出会う。現場の医師が適切に情報を選ばなければ、不適切な治療になりかねない。

(3) 医療費との関係

アリセプト—〇mgとメマリー—〇mgを併用すると、患者一人に対して、現状の薬価では一日一〇六三・五円、一ヶ月約三万一九〇〇円、一年で約三八万円、もしこのままの薬価が続いている年間服用すれば約五八〇万円となる。

認知症に対する治療費は、限られた医療資源の中、この医療費を認知症に対応する施設や人的資源などにかけたほうがよいのではないかとも考えられる。
おわりに
認知症に対して、本当に有効と言える薬剤が今後開発される可能性は十分にあるし、少しでも効く可能性がある薬剤があれば試してみたいという本人や家族の考えも十分理解しなければならないと思う。そのうえで、過去の認知症治療薬の悲しい歴史を忘れられない筆者の持つている疑問を二名の専門家にぶつけたのが、本稿のもとになった研究会（二〇一二年一〇月に製薬メーカー二社と北里大学医学部精神科の共催で行つた認知症に関する研究会。ここに掲載した三論文は、その研究会における発表内容に、その後筆者三名で行つた多くの議論を加えて作成した）であった。認知症治療薬隆盛の中、認知症医療を考える機会となれば幸いである。
(みやおか・ひとし／精神医学)

国民皆保険という恵まれた保険事情がいつまで続くかわからない状況で、医療費は有効に活用されねばならない。個々の症例でみれば「この値段に見合うだけの効果が出ているか」を検討すべきであり、国全体を考えれ

抗認知症薬の限界と処方の原則

大石 智

世界最速で超高齢社会となつたわが国において、アルツハイマー型認知症（Dementia of Alzheimer Type : DAT）への対応は喫緊の課題であると言われている。DATは認知症原因疾患の五〇～六〇%を占め、その有病率は加齢とともに上昇する。高齢者人口の増加とDATの増加は、ほぼ同義であると言える。

DATは物忘れに伴う行動変化から始まり、緩徐であるが確実に生活能力が低下していく。当事者の不安のみならず、その症状は周囲の人々にも多くの影響を及ぼす。年齢を重ねて成熟し、さまざまな役割を果たしてきた方の記憶、知的能力、判断力、生活機能等に低下が生じれば、極端な場合は、尊敬を集めていた周囲からの評価が、侮蔑に変わってしまうこともある。そして、見守る家族は焦り、忘れてしまうがために繰り返される質問にいらだちを抱きがちになることがある。

こうした状況が放置され、認知症の方と家族への援助が不足した状態が続くと、虐待、心中、介護殺人という、悲しい結末にいたることがある。平成二四（二〇一二）年一二月二一日、厚生労働省は「平成二三年度高齢者虐待の防止」高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」を発表した。虐待判断件数は、養介護施設従事者等によるものが一五一件で、平成二二（二〇一〇）年度に比べて五七・三%増、養護者によるものが一万六五九九件で、平成二二年度に比べて〇・四%の微減だった。報告された虐待事例のすべてに認知症があるとは言えないが、少なくとも施設入居者の多くが認知症をもつていていることを考へる

海外では何年も前から四剤が使用されているが、DATを取り巻く課題は、わが国とそれほど大きな違いがないようである。
富士経済は二〇一二年九月六日付で、二〇二〇年の国内の認知症治療薬市場が二〇一年の倍近くに拡大し、二四七一億円になるとの報告をまとめ、公表した。二〇一年の市場規模は一二七四億円のため、今後一〇年内に約一二〇〇億円拡大することになる。同社は市場拡大とその予測の背景として、厚生労働省の在宅ケア推進による早期診断や早期治療の進展や、ジェネリック医薬品の登場による処方の拡大、新製品発売による市場の成長などを一因としている。薬物療法にこれだけの資金を集中させることができ、本当に必要な

療薬（抗認知症薬）は、ドネペジルが発売された一九九九年以降、この一剤しかない状況が続いていた。だが、二〇一年の一年間で三剤が承認された。

三剤の発売以降、各種メディアでDAT治療に関する話題を目にすることが増えた。新聞では「選択肢が増えたことは歓迎すべきである」「認知症治療新時代」など、明るく前向きな言葉が紙面に踊っていた。しかし、三剤が使用可能になつただけで、DATの治療は本当に「歓迎すべき」「新時代」になつただろうか。

海外では何年も前から四剤が使用されているが、DATを取り巻く課題は、わが国とそれほど大きな違いがないようである。

富士経済は二〇一二年九月六日付で、二〇二〇年の国内の認知症治療薬市場が二〇一年の倍近くに拡大し、二四七一億円になるとの報告をまとめ、公表した。二〇一年の市場規模は一二七四億円のため、今後一〇年内に約一二〇〇億円拡大することになる。同社は市場拡大とその予測の背景として、厚生労働省の在宅ケア推進による早期診断や早期治療の進展や、ジェネリック医薬品の登場による処方の拡大、新製品発売による市場の成長などを一因としている。薬物療法にこれだけの資金を集中させることができ、本当に必要な

のだろうか。

抗認知症薬が四剤出そろい、間もなく二年を過ぎようとしている今、その効果の限界と処方の原則を確認することは、今後のわが国における認知症医療を適正化し、真に当事者への援助を進めていくうえで適切な時期ではないかと考えている。

本稿では、臨床で時折遭遇する「適切とは言いがたい処方事例」を取り上げながら、抗認知症薬の臨床試験、先行研究における評価をおさらいし、その限界と処方の原則を論じることにする。

抗認知症薬とは

まずは抗認知症薬がどのような薬剤かということと、DATの症状を整理しておきたい。

現在使用可能な抗認知症薬はコリンエ斯特ラーゼ阻害薬であるドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）、リバスクグミン（リバスタツチパツチ、イクセロンパツチ）と、NMDA受容体拮抗薬であるメマニチン（メマリー）の四剤がある。

抗認知症薬の効果は、「DATにおける認知症症状の進行抑制」である。病態そのものの進行を抑制するわけではない。

DATの症状は中核症状と、行動心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD)に分類される。中核症状は中枢神経障害を背景にすべての患者に生じ、病期にしたがって進行する。初期には近時記憶障害、日時の見当識障害が生じ、次第に構成障害、失行、失算、場所の見当識障害へと進んでいく。ただし、その進行速度は一定ではない(図1)。

抗認知症薬の効果である「DATにおける認知症症状の進行抑制」は、「DATにおける中核症状の進行抑制」と理解できる(図1、2)。

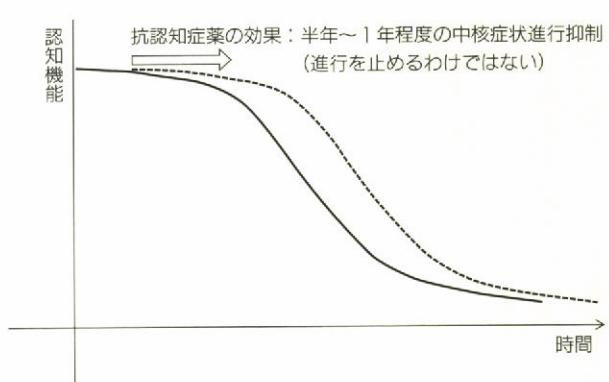


図1 アルツハイマー型認知症の経過と抗認知症薬の効果

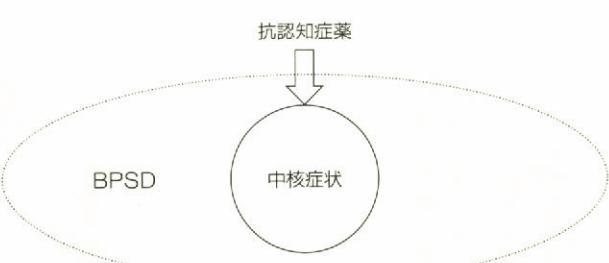


図2 アルツハイマー型認知症の症状と抗認知症薬の効果の関係

- ・抗認知症薬の効果は中核症状の進行抑制である
- ・BPSDはすべての認知症の方に生じるわけではない

適切とは言いたい処方例と その背景因

型認知症の症状を考慮したかかわり方が指導された。

本稿のテーマである抗認知症薬の処方の原則を論じるうえで、適切とは言いたい処方例を考えることは、よい反面教師になるであろう。ここにいくつかの症例を提示する。症例では、不適切な処方が不明確にならない範囲で、個人情報には修正を加えた。

〔症例1〕 七〇歳台、男性

X一二年頃から、脈絡を欠く会話、常的な行動、易怒性が顕在化し、A病院神経内科で前頭側頭型認知症と診断された。ドネペジルが開始された。妻への暴力は散発し、抗精神病薬が併用された。X年一月頃からは通所しているデイサービスでもスタッフに暴力をふるうため、A病院神経内科で相談したところ、ドネペジルが10mgに增量された。暴力は軽快せず、X年四月からはメマンチンが併用された。易怒性、暴力に困り果てた妻はケアマネージャーと相談し、当院当科を受診した。診察と精査の結果、前頭側頭型認知症の診断は変わらないが、抗認知症薬が易怒性を強めている可能性が考慮されたため、ドネペジルとメマンチンは漸減中止され、前頭側頭

〔症例2〕 七〇歳台、女性

X一二年頃から物忘れが増え、近医を経てB病院を受診し、DATと診断され、ドネペジルが開始された。X一年一月頃から、ぼ

ーっとしていることが増えた。家族がB病院で相談したところ、ドネペジルは10mgに增量された。状態は変わらず、むしろ活動性は低下した。X年三月、ドネペジルはガランタミンに変更された。しかし同様の状態が続いたため、X年六月、当院当科を初診した。精査の結果、診断は変更されなかつたが、心電図上、完全房室ブロック、徐脈が明らかとなり、ガランタミンは中止され、循環器内科併診となつた。

〔症例3〕 七〇歳台、男性

高血圧症の既往あり。X一二年頃から物忘れを自覚していた。家族はそれほどひどくはないし、年のせいだと評価していた。X年一月、車の鍵を紛失した。結局、鍵は見つかつたのだが、物忘れへの不安が強まり、かかりつけ医を受診した。問診と改訂長谷川式簡易知能評価尺度を実施されたが、それ以外の検査は行われず、「それほど心配ないが、認知

適切とは言いたい処方例のいくつかを提示した。これらの背景にはどのような要因があるだろうか。そこには、「どうせ治らないから」という医師の意識が垣間見える。こうした意識は、認知症のようにみえる治療可能な疾患（慢性硬膜下血腫やビタミンB12欠乏症など）を見逃したままの処方につながる。また、根本的な治療が困難な変性性認知症であつても、診断によつて援助の手法は異なる。薬物療法を開始したことは、医師に「治療している感覚」をもたらし、家族にも「治療を受けている感覚」をもたらす。結果的に漫然と服用しているが、基本的な療養指導を含む必要な非薬物療法が不足してしまいやすい。さらに、「画期的な効果は期待できない」という理解は、「たいした副作用はない」という誤解を生じやすい。副作用の評価が不分なまま処方されていることも少なくない。DATは多くの疾患と同様に、慎重な鑑別診断が必要である。そして、抗認知症薬も多

くの薬剤と同様に、慎重投与事項、禁忌、副作用への配慮が必要である。さらに、DATの治療においては、その症状が多くの心理社会的要因から影響を受けることを考慮し、家族への教育、介護職との連携が欠かせない。医師には抗認知症薬の限界と処方の原則を理解し、薬物療法に拘泥せず、本人と家族に寄り添いながら援助する姿勢が求められる。

抗認知症薬の限界

抗認知症薬の処方の原則を理解するためには、その効果の限界を知る必要がある。ここでは、抗認知症薬の限界を知るために、わが国の臨床試験と海外の先行研究における評価を総括する。

(1) 臨床試験における評価

国内における抗認知症薬の臨床試験について簡単にまとめてみる。いずれも試験デザインは無作為抽出プラセボ対照試験、評価期間は二四週、主要評価項目は認知機能の評価が設定され、評価尺度にはADAS-Jcog (Alzheimer's Disease Assessment Scale [ADAS] の認知機能下位検査日本版) あるいはSIB (Severe Impairment Battery) が設定されている。副次的評価項目は全般的

な薬剤と同様に、慎重投与事項、禁忌、副作用への配慮が必要である。さらに、DATの治療においては、その症状が多くの心理社会的要因から影響を受けることを考慮し、家族への教育、介護職との連携が欠かせない。

な臨床症状の評価が設定され、評価尺度には全般臨床症状評価、CIBIC-plus (the Clinician's Interview-Based Impression of Change plus caregiver input) 等が用いられている。ちなみに、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンでは副次的評価項目でプラセボ群との間に有意差を認めていない。

ADAS-Jcog は単語再生、口頭言語能力、言語の聴覚的理解、喚語困難、口頭命令に従う、手指および物品呼称、構成行為観念運動、見当識、単語再認、テスト教示の再生能力、以上一項目からなる。平均施行時間はおよそ四〇分、多くはトレーニングを受けた臨床心理士が実施している。ADAS は世界的に、DAT を対象とした臨床試験で最も広く用いられている。しかし、その評価に評価者の主観の影響が生じないとは言えない。そして、DAT の中核症状は、身体的情況、家族の対応の仕方、介護サービスの利用など、さまざまな要因から影響を受ける。さらに、統計学的な有意差が確認されているとはいえ、実薬群とプラセボ群の得点差はそれほど大きなものではない。

(2) 先行研究における評価

わが国においては四剤がそろつて間もないが、海外においてはこれまで長期間、広く用

いられており、臨床的有用性に関する報告が数多く集積されている。

二〇〇五年、コリンエステラーゼ阻害薬の臨床的有用性を科学的に検証することを目的に、四〇〇を超える文献調査が海外で実施された^①。そのうち基準を満たした二二の報告について評価した結果、個々の調査研究における解析手法に不備があること、症状改善の程度がそもそも限定的である場合が多いことなどから、対象とした薬剤の臨床的有用性を支持する根拠の弱さが指摘された。

二〇〇六年、抗認知症薬四剤の臨床的有用性と費用対効果などについて、それまでに報告された多数の文献を対象に詳細な解析が海外で実施された^②。その結果、臨床的に有用であることは示唆されるものの、対象者や効果判定手法の多様性、調査期間の非統一性の問題などから、一定の結論を導き出すことの難しさが指摘された。

柳澤は、これら複数の先行研究の結果を総括したうえで、DAT がいまだ原因論的に多様な症候群であること、長期にわたる経過の中で症状は多岐にわたり、それらは中枢神経障害の要因ばかりでなく、環境によつても変容しうることを指摘している。そして、画一的にとらえることはできない臨床像を示す DAT に対する薬剤の有用性を客観的に、また

定量的に評価することはきわめて困難である

と結論づけている。

抗認知症薬の処方の原則

(1) 「処方以前」がまずは肝心

最近は啓発活動の影響もあってか、物忘れが軽症のうちに医療機関を受診する方が増えている気がしている。物忘れが顕在化してから短時間しか経っていない方でも、認知症を疑つて、かかりつけ医や専門医療機関を受診する傾向にある。

こうした経過を呈するものほど、DATを含む変性性認知症以外の、回復可能性のある疾患を慎重に評価する必要がある。慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、甲状腺機能低下症、ビタミンB12欠乏症などは、発見までに時間がかかると、その認知機能障害は不可逆的になる。DATの診断は基本的には除外診断である。丁寧な病歴聴取と身体診察、神経心理学的診察、血液検査、画像検査による診断が求められる。

また、DATと診断されたとしても、薬物療法より先んじて行うべきは、認知症の方と家族の心理に配慮した丁寧な説明、基本的な療養指導、家族への教育、介護保険サービスとの連携である。

(2) 抗認知症薬の限界を伝える

処方前に効能・効果、副作用を説明するだけではなく、その限界も説明することが求められる。本人と家族は、薬物療法に多くの期待をもっている。期待を裏切り、落胆を招くことは、当事者を苦しめるだけではなく、医師との間の信頼関係を損なうかもしれない。

効果が「認知症症状の進行抑制」であり、病態そのものの進行抑制ではないこと、効果は半年から1年程度の抑制にとどまるること、すべての方に効果がみられるわけではないこと、さまざまな生じうる副作用とそれによってもたらされる症状と、必要な対処法等について話し合う必要がある。

また、「効果の有無を評価することは困難である」ということも伝えておく必要がある。DATの進行速度は一定ではない。その速度は病期によって緩急がつく。同じDATという診断であっても、進行速度には個人差も大きい。したがって、厳密な意味で「進行抑制」という効果を評価するのは困難になる。薬剤を開始後、当事者にとつて気になるのは効果の有無である。開始されたあとで「実は効果の有無はわかりにくいのです」と説明され、「中止しようか、中止したらどうなるだろうか」という新たな悩みと不安を与

えることは避けたい。

(3) 服用しないという選択肢を否定しない

「効くかもしれない薬剤を服用しない」という選択をすることは、難治性疾患をもつ方、家族にとつては難しいことである。本人に判断ができないときは家族が判断するところになるが、服用しないという判断をしたいが悩むとき、家族には罪悪感が生まれることもある。服用しない選択肢を選ぶことが決して誤りではないこと、医師とともに考えながら時間をかけて判断をしてもいいことを伝え、本人と家族だけに判断を委ねずに、ともに考えていく姿勢が求められる。

(4) 禁忌項目に配慮する

服用する希望が明らかになつた場合には、禁忌項目への配慮が求められる。とくにドネペジルトリバストチグミンでは、特定の薬剤に対する過敏症既往歴のある方には禁忌になつていて、薬剤過敏症既往歴と添付文書の確認が求められる。

(5) 慎重投与事項に配慮し、開始後は効果よりも有害事象に配慮する

ドネペジル、ガランタミン、リバストチグミンはアセチルコリン作用を増強する。したが

つて、消化性潰瘍の既往、非ステロイド性解熱鎮痛剤服用中、徐脈性不整脈の既往、低カリウム血症、錐体外路症状などの確認が必要である。マンチンはてんかんの既往がある患者では注意しなければならない。DATは経過中にてんかん発作が生じることもあり、配慮が求められる。既往歴、常用薬の確認は当然であるが、血液検査、心電図検査、脳波検査も事前に実施することが望ましい。

開始後は有害事象が生じる恐れ、いずれの薬剤も易怒性や焦躁、マンチンでは眠気やめまいが副作用として生じる可能性がある。これらが生じると、高齢者では日常生活自立度の低下を早め、介護負担を強めることにつながる。副作用が生じたら、中止を積極的に判断すべきである。

(6) 中止を検討するときのこころがける

重度まで進行し、意思疎通が困難になつたり寝たきりになつたりした場合、効能・効果である「認知症症状の進行抑制」を求めるよりも、身体合併症の予防やケアが治療の主眼になるので、中止を検討すべきである。さらに、意思疎通が困難な患者では副作用の発見が遅れ、寝たきりの患者では吐気、嘔吐のために誤嚥性肺炎を起こす危険性が高くなるので、中止を積極的に考慮する必要がある。

おわりに

抗認知症薬の限界と処方の原則に関して概説した。そもそも、DATはその発病機序に関しても、いまだ不明な点が多くあり、病因論的にも多様な症候群と言わざるを得ない。

そして、その経過は長期にわたる。中核症状もBPSDも、さまざまの要因から影響を受け、一様ではなく変容する。したがって、画一的にとらえることはできない臨床像を示すDATに対する薬剤の有用性を、客観的に定量的に評価するのはきわめて困難と言わざるを得ない。薬物療法は何を標的にするのかを明確にしなければ、漫然と処方することになりかねない。処方を考える場合には、そういふた限界を内包した薬剤であることを認識する必要がある。

薬物療法に関する参考文献

- (1) Kaduszkiewicz, H., Zimmermann, T., Beck-Bornholdt, H.P. et al.: Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 331: 321-327, 2005.

- (2) Loveman, E., Green, C., Kirby, J. et al.: The clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for Alzheimer's disease. *Health Technol Assess* 10: iii-iv, ix-xi, 1-160, 2006.

- (3) 柳澤勝也「Alzheimer病の新承認薬—その効能と限界」[BRAIN and Nerve] 大三巻、八六三一八六八頁、110-11年

(おねごと・やくわく／精神医学)

薬物療法に関しては、他に手段がなく、臨床試験を経て承認されている以上、抗認知症薬の使用を否定するつもりはない。実際にその恩恵を受けている方もいる。医師には限界と原則を理解し、慎重な使用が求められる。薬物療法より重視すべきで急がれるのは、DATも含む認知症の方たちが受容されやすい社会の構築である。介護職、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、医師ら、認知症にかかる援助職のみならず、多くの人々が認知症に関して理解を深め、世界最速で超高齢社会になつたわが国だからこそと語られるよう、認知症の方たちが暮らしやすい社会を目指したいものである。

〔文 献〕

- (1) Loveman, E., Green, C., Kirby, J. et al.: The clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for Alzheimer's disease. *Health Technol Assess* 10: iii-iv, ix-xi, 1-160, 2006.

- (2) Kaduszkiewicz, H., Zimmermann, T., Beck-Bornholdt, H.P. et al.: Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 331: 321-327, 2005.

- (3) 柳澤勝也「Alzheimer病の新承認薬—その効能と限界」[BRAIN and Nerve] 大三巻、八六三一八六八頁、110-11年

(おねごと・やくわく／精神医学)

薬物療法に関しては、他に手段がなく、臨床試験を経て承認されている以上、抗認知症薬の使用を否定するつもりはない。実際にその恩恵を受けている方もいる。医師には限界と原則を理解し、慎重な使用が求められる。薬物療法より重視すべきで急がれるのは、DATも含む認知症の方たちが受容されやすい社会の構築である。介護職、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、医師ら、認知症にかかる援助職のみならず、多くの人々が認知症に関して理解を深め、世界最速で超高齢社会になつたわが国だからこそと語られるよう、認知症の方たちが暮らしやすい社会を目指したいものである。

認知症治療 薬の副作用と

上田 謂

知りいただきたい)

「生活を診る」ことこそ治療

「認知症が治る新しい薬が出たとテレビや新聞で見たのですが、先生は出してくれないのですか?」

昨年来、認知症患者さんのご家族からこう聞かれることが相次いだ。これまで一種類しかなかつたアルツハイマー型認知症（アルツハイマー病）に対する薬剤が、四種類に増えたという情報や宣伝を知つてのことである。しかし、ご家族の認識には大きな間違いがある。それは、新たな抗認知症薬もまた「治る薬」や「よくなる薬」ではなく、効果があつても「認知症の進行を遅らせる薬」でしかないことだ。正確な情報を伝えることが責務であるはずのNHKをはじめとするテレビメディアや新聞の伝え方が、家族のやむにやまれぬ「治つてほしい」期待を過剰にあおつてしまっているのである。製薬会社の広告やCMも同様の傾向がある。

メディアも製薬会社もご家族も、必ずわきまえておかなくてはならないことは、「認知

症は治らない病気だ」ということである。それを「治そう」とするのは、患者さんに対する過酷な間違った姿勢であり、あたかも抗認知症薬を飲めばよくなる・治るかのような報道や広告は、患者さんや家族を欺くことと言つて言い過ぎではない。

ただしそれは、病気をあきらめなさいといふことではない。大切なことは、「認知症は治らない」ことを認め、その人を「助け、共にし、慰める」ことである。なにも特別なことはない。難治な身体の病をもつ人々や家族がみな行い、また努めていることである。

諸検査と問診で診断が決まれば、抗認知症薬を処方し、あとは記憶を中心とした認知機能の変化を改訂長谷川式簡易知能評価尺度(HDS-R)やMini-Mental State Examination(MMSE)などのスケールで適宜判定し、介護の負担となる行動心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)の程度を家族から聴取しながら、抗認知症薬や向精神薬を調整していく——これがおおかたの診療の実態かも

認知症の人々にとって一番大事なことは、病をもちながらもいかに生き生きと生活できるか、ということである。だとすれば、認知症の治療とは「生活を診る」ことが中心にならなければおかしい。決して、認知症の症状ばかりに注目し、問題にして矯正しようとすることではない。介護者との交流、周囲の人たちと共にする「仕事」、安樂な気持ちで過ごせる日常——言い換えれば、社会性と活動性と役割をもつた生活ができるかどうかが焦点になるべきはずである。ところが、現実の診療は、症状にしか注目されないことが目立つ。

認知症の進行を遅らせる薬は、治療法ではないことを踏まえながら、患者さんが生きがいをもち充実した生活を送ることを「希望」として支える。それが、認知症にかかわる医療者、援助者、介護者の出発点である。

(なお、本稿では、主に高齢のアルツハイマー型認知症の初期から中期を対象として述べる。重度のアルツハイマー型認知症や他の認知症、若年認知症は原則含まないことを承

しない。

疾患の症状に注目し、その改善を目指すことを中心にするこうした手法は、うつ病や統合失調症などの精神疾患なら通用するかもしれない（現実の精神科診療の主流である）。

しかし、認知症診療がこれでは、最も大切な「生活」が抜け落ちてしまう。認知症になつた人は、認知機能や実行機能（段取りよく家事や仕事をこなす能力）が衰え、必然的に活動が少くなり、役割や生きがいも失つていく。みずからそれを漠然と感じ、不安も増大する。それらの機能維持を少しでも支え、部分的にでも回復させるものがあるとすれば、それは現在の抗認知症薬などではなく、充実した「生活」だけである。

認知症臨床で重要な位置にいる精神科や神経内科などの医師の役割は、まず①正確な診断であろう。なかでも薬剤性やアルコール性、慢性硬膜下血腫、甲状腺ホルモン異常などの「治る認知症状態（treatable dementia）」ではないことを見分けることである。しかし、最も重要な仕事は、②家族と本人への生活・介護指導にある。日中どんな過ごし方をして、どのように食事をし、どんな時間に寝て起きているか。どんな楽しみがあるのか、不満なことやつまらないことはないのか。それを本人や家族から聴いたうえで、規則正しい

生活と「楽しく生き生きと過ごせる生活」をつくる相談を家族と行う。認知症を受け入れたうえでの家族の介護への指導も重要である（詳細は後述）。そして最後が、③抗認知症薬の薬物療法である。B P S Dがある場合は、抗精神病薬（主に統合失調症に適用となる薬）を中心とする向精神薬や神經の高ぶりを抑える漢方薬（抑肝散）の検討を要するかもしないが、安易には処方しない。

なぜ薬物療法よりも生活指導・介護指導が優先するのか。それは、生活指導を行わずに抗認知症薬を処方しても無駄だからである。

生活リズムが整い、役割や楽しみのある生活があるからこそ、抗認知症薬の症状進行防止効果が力を發揮するのであり、リズムの乱れた無為な生活をしていれば、どんな新薬であっても副作用は出ても薬効は出るわけがない。同様に、介護指導を行わずにB P S Dに対して向精神薬を出して、有害なだけである。それは表層的な対症療法しかない。

本当の治療というのは、症状の原因や背景に対処することである。一見同じ症状でも、原因によつて正しい対処は異なる。原因を考ええて対処するのが大切なのは、そのためである。認知症においては、生活・介護指導こそが、記憶障害などの中核症状とB P S Dに対する基本的な治療の第一歩なのである。

忘れてよい できなくてよい

中核症状とB P S Dの背景を考えるために

治療、すなわち精神療法（または心理療法）の一環であるが、得意なはずの精神科医もいまだほとんどできていない。なかには「医者のすることじゃない」といううそぶきすら聞こえる。もちろん臨床心理士やケアマネージャーら、できる人なら誰がやつてもよい。しかし、これは最も重要な認知症の「治療」なのである。医師の関与がまったくないなら、それは治療放棄になる。

医師のアイデンティティが薬物療法一筋になりかねない医療の現状のなかで、精神科医までが「症状に処方する」という悪い癖を身につけつづつある。患者さんが呈する幻覚・妄想、うつ、不安といった精神的な「症状」に対応して、薬剤を出して抑えればいいという構えである。それは表層的な対症療法しかない。

本当の治療というのは、症状の原因や背景に対処することである。一見同じ症状でも、原因によつて正しい対処は異なる。原因を考ええて対処するのが大切なのは、そのためである。認知症においては、生活・介護指導こそが、記憶障害などの中核症状とB P S Dに対する基本的な治療の第一歩なのである。

このように生活・介護指導は、面接による

に、認知症になつた人の心情を想像してみた
い。

記憶の欠損や遂行機能（段取りよく家事などをこなすこと）の悪化をまず家族ら他人に指摘されることから始まり、「また失敗するのでは」「自分はどうしてしまつたのか」と徐々に不安が増大する。自信がなくなり、人の中や交流の場に出たくなくなり、趣味も気後れしてしまう。それを家族に指摘・注意され、取り繕つてしのごうとする態度は、病識がないと受け取られがちだが、実は自尊心（プライド）だけはなんとか保つていていき気持ちがあるからである。意図地になつたりひきこもつたりするのも、同じ心情からだと推察できる。

このとき回復したいもの、つまり治療目標は、興味をもつて体を動かすこと（＝活動性）、周囲の人と交流すること（＝社会性）、新たな生きがいや楽しみをもつること（＝役割の獲得）である。これらの回復が認知機能の維持・改善へつながることは、臨床的にしばしば経験されることで、自明なことではないだろうか。抗認知症薬は、これを補助するのがせいぜいである。

回復に向けて介護対応はどうすべきか。まず、記憶や日常生活上の本人のできないこと

入れることである。それが前提と心得て、支障のないよう生活上の工夫を考えるのである。「どうして忘れるの」「どうしてできないの」という嘆きは、早めにこころの中に閉じ込め消してしまう。これまで長年頑張つてくれたのだから、もう努力しなくていいよ、そのままのあなたでいいんだ、という気持ちをもちたい。

「指摘しない、議論しない、叱らない」の鉄則はもちろんのこと、「それをやつて」とか「こうしなきや」と言葉だけで「指導」するのではなく、お膳立てをする・助ける・一緒にする、を介護の信条とする。医療者や援助者は、家族や介護者に対し、介護の苦労や努力を認めて労つたうえで、介護者が本人をなんとかして「治そう」としていいのか、「今今までよい」と受け入れられているか、そのうえで「助け、共にし、慰める」という気持ちで接することができているかどうか、

筆者の考え方とは異なり、抗認知症薬は認知を取り戻して初めて、進行防止効果をもつた。抗認知症薬は、このような活動性と社会性を改善すると強く主張する医師がいた。さいたま市認知症疾患医療センター長の丸木雄一氏である。昨年秋の講演で丸木氏は、ある抗認知症薬を新たに開始した七〇人の患者のうち、六割の人の認知機能が改善した（MMS Eで判定）と報告した。にわかに信じがたいことであったが、実はこれには隠れた秘密があつた。丸木氏は初診患者全員に対し、初診

具体的には、家族のみでは負担が大きいことを

とがほとんどであるから、介護保険を使つた公的サービスの導入を積極的に勧める。とにかく効果が期待できるのはデイサービスである。日中起きていることでの昼夜のリズム、通所と所内での軽い運動による活動性と体力の維持、スタッフや通所者との交流、出かけ先があることでの役割の獲得など、多くの重要な利点が得られる。この際に注意すべきことは、家族が無理に行かせようとしないことである。ケアマネージャーなど第三者から「ぜひ来てほしい」「みんなが待つてるよ」という言い方で勧めてもらうことである。あくまで二次的であるが重要な効果として、介護者に自由な時間ができ、介護に余裕が生まれることも大きい。

抗認知症薬は、このような活動性と社会性を取り戻して初めて、進行防止効果をもつた。抗認知症薬は、このような活動性と社会性を改善すると強く主張する医師がいた。さいたま市認知症疾患医療センター長の丸木雄一氏である。昨年秋の講演で丸木氏は、ある抗認知症薬を新たに開始した七〇人の患者のうち、六割の人の認知機能が改善した（MMS Eで判定）と報告した。にわかに信じがたいことであつたが、実はこれには隠れた秘密があつた。丸木氏は初診患者全員に対し、初診

当日の帰りその足で市役所へ行き介護申請するよう説き、多くがデイサービスを利用していたのである。認知機能改善効果は、適切な介護指導によって始まつたデイサービスの効果が大きかつたことがうかがわれる。

かかわり方でBPSD改善

認知症の介護や診療で大きな問題となるBPSDへの対処においても、重要なのはやはり背景と成因を考えることである。

重大な誤解は、不機嫌や易怒性や無気力、物盗られ妄想や嫉妬妄想、暴言や不眠や徘徊などが、すべて認知症からくる脳萎縮など脳器質的原因による症状だと思われていることである。そのために、身体科医だけでなく精神科医までが、これらにすぐに向精神薬で対処しようとする傾向が強い。前述した「症状に処方」の悪しき単純思考である。もちろん精神薬が有効な場合もあるが、少なくとも初期からいきなり薬物に頼るのは間違っている。

認知症の初期から中期においては、BPSDで脳神経障害や脳機能の欠損からくるものはむしろ例外的である。重要な要因は、対人関係性の悪化にある。周囲から間違いを指摘され、不安が増すなかで、周囲の接し方が変

化し、以前の「頼れる人」は孤立して役割を失い、最悪の場合「お荷物」扱いにさえなり、安心できる居場所もなくなってしまう。そのような周囲の対応や立場の変化がBPSDを生む背景になるのである。

認知症症状を生む要素を端的に示し、認知症ケアで重視される「Kitwood（キットウッド）の公式」（表1）には、脳中枢神経の障害である神経学的障害のほかに、対人心理要因（Social Psychology）が挙げられている。

パーソン・センタード・ケア（その人らしさを尊重するケア）を推進した英国の臨床心理士キットウッドは、認知症の関連症状にとって、ケアの質、すなわち対応の仕方こそが重要であることを鋭く指摘し、この考え方は最近の国際学会でも重要なテーマになつている。

昨年、『朝日新聞』（二〇一二年八月二〇日付）は「入院より在宅めざせ」という認知症政策を論じた社説のなかで、BPSDに対する「社会の偏見」を指摘し、「初期から適切に対処すれば、（中略）本人らしい暮らしを続けることもできる」「社会の知恵が問われている」と論じた。しかし残念なことに、「適切に対処」とは何なのか、具体的な「知恵」は何も提示されていなかつた。

その社説を受けて、六日後にケアマネージ

ヤーを務めた経験をもつ主婦が同紙「声」欄（二〇一二年八月二六日付、東京本社版）にした投書にはこうあつた。「確信を持つて言えるのは『徘徊や大声を出すなどの症状』は治まるということです。どんな症状にも必ず原因がありました。原因を探り、根拠に基づき介護することで認知症の症状は少しづつ治まつていきました」。「原因」とは、決して脳の萎縮のことなどではない。まさに対人心理要因を中心とした環境的要因を指すものである。中身の乏しい社説と異なり、はるかにBPSDの本質をついた実効性のある内容であった。このような見方と対応こそが、認知症臨床にいま最も欠けていて、それゆえに最も必要なものなのである。

かかわりと対応が、認知症の症状を明らか

表1 Kitwoodの公式

$$\text{認知症症状} = P + B + H + NI + SP$$

P : Personality 性格

B : Biography 生活史

H : Physical Health 身体の状態

NI : Neurological Impairment 神経学的障害

SP : Social Psychology 対人心理要因

に変えるのである。可能な限り、より長い時間かかわる（放任しない）こと、プライドを傷つけるような言動を慎むこと、感情を不安定にする言動はとらないこと。もしやたらに不機嫌であったり、拒否的または暴力的な言動がみられたりする場合は、それを嘆いて嫌悪感をもつのではなく、なぜそなのかを考え、対応の工夫をしてみるとことである。

ただし、たとえばせん妄という身体不調に基づく意識の混乱のように、薬物でないと対処できないものもある。それは医師の処方の出番である。しかしそういうケースは多くない。BPSDへの対応は、薬物療法三割、非薬物療法七割⁽²⁾と心得る。⁽³⁾

二〇〇七年の海外の研究⁽⁴⁾で興味深い結果が示された。施設入所中の認知症の人（中等度～重度）のBPSDに対して、抗精神病薬クエチアピンとプラセボ（薬効のない偽薬）を投与して比較したところ、六週間でどちらも大きくBPSDが改善したのである。つまり、薬効がBPSDを鎮めたのではなく、研究のためにかわりやケアが濃厚になつたことがBPSD改善に働いたと考えられるのである。

二〇一二年の国内の臨床研究⁽⁴⁾でも、入院中の比較的重度の認知症のBPSDに対して、抗うつ薬、抗精神病薬、漢方薬（BPSDに

用いられることが多い抑肝散）の三種を投与して比較したが、どれも効果があり差はみられない。これも、看護師や医師が研究で介出し、患者さんとの交流が密になつたために生じた結果であることが強くうかがわれる。

家族や介護する人たちには当初、大きな負担がかかることは確かである。しかし、認知症の人を変えようとせず「いまのあなたでよい」と受け入れて、認知症の人の心情と言動に合わせてかかわることで、結局は介護が安楽なものになることが多い。認知症との診断を割り切りと覚悟で受け入れ、受容した介護、さらに公的サービスを利用した助力を得た介護をすることで、報われない疲れではなく、心地よい疲れが訪れる。つらい現実にぶち当たれば、誰もが、「戸惑いと現実否定」の気持ちに襲われる。どうして私だけがこんな苦境に、という思いの「拒絶と怒り」の感情を経て、「開き直り」の気持ちにいたり、最後には「理解と受容」ができるようになる。

家族のその感情の過程を促し支えていくのが、認知症をみる医師など医療者の大事な仕事である。もちろん、認知症患者さん本人との対話は言うまでもない。時に、本人をそつちの内で家族にばかり話を聞いて進める診察場面に出くわすことがある。認知症の人には

直接でここを整理し癒す精神療法はできないうといふ「俗説」がまかり通っているが、ころを通じさせる面接を望まない認知症の人などいない。少なくとも、中等度まではみなそうである。

根本の姿勢を間違えた情報

惑わされはならないのは、メディアや製薬会社などからの玉石混交の情報提供である。

昨年、某製薬会社が、料理ができないとか一人で外出できないとかの「生活障害」に注目を促す内容の全面広告を載せた（二〇一二年八月四日付、『朝日新聞』東京版）。そこには、「最近では、（中略）薬の種類（飲み薬か、貼り薬など）を選べるようになっています。すでに診察を受けている方にも、治療を見直すことが有効な場合があります」と記されていた。あたかも、薬を変えたら「生活障害」がよくなると言わんばかりの記述であった。まれに少しは改善することがあるかもしれない。しかし、それより前にずっと大事なことは、生活障害でできないことを「助ける、一緒にする」ことである。認知症治療に対する根本的な姿勢を間違った広告というしかない。

ある製薬会社主催の講演会では、講師の医師から、無気力の症状にいいのはA薬、戸惑いや困惑の症状にはB薬、攻撃性にはC薬（A、B、Cはいずれも抗認知症薬）が合うなどと教示が行われていた。認知症の薬の選択に困る医師たちは、それを実践するのであろうか。前述したように、原則的に認知症の脳神経障害が無気力や困惑や攻撃性の主因なのではない。なぜそんな症状が生じるようになつたのか、背景と成因を考え、その対処をすることが、先決で不可欠である。成因の多くは、対人心理的な要因が占める。

某製薬会社では、服薬で脳内の各種のレセプターが活性化して、神経伝達物質であるドパミンやセロトニンやノルアドレナリンが増えてBPSDにも効くと宣伝して、認知症臨床に迷う医師の頭をかく乱させる。うつ病のことならともかく、認知症でもともとそれらの神経伝達物質が不足しているなどという証拠はない。不足していないなら正常なのだから、増やす必要もない。明らかなのは、抗認知症薬のうち三種の働きがアセチルコリンを分解する酵素の阻害作用であり、それにより認知症患者さんで欠乏しているアセチルコリニンを増やす、ということだけである。仮説にもなっていない原理は、単なる空想にすぎない。

医師が集まる認知症関連の学術研究会でも、話題の中心は抗認知症薬を中心とした薬物療法である。その大多数が製薬会社の共催または協賛であることが背景にある。講師として登場する認知症を専門とする医師たちの大前提には、次のような認識があることを忘れてはならない。

認知症研究の第一人者である新井平伊先生⁽⁵⁾はこう語られる。「通常の認知症医療でこの

視点（筆者注：「介護者の対応の工夫」）を指す）がもつとも重要ではないかと思われる。（中略）家族の対応の部分を再チエックしてみると必要がある。家族は（中略）様々な感情的葛藤に苛まれるため、過激に反応し怒り暴言をぶつけてしまう。

また、同じく第一人者である本間昭先生⁽⁶⁾も「大半の認知症状は複数の要因によつて修飾される。大別すれば、服用薬を含む身体的要因、心理的要因および環境・ケアであろ

表2 家族の嘆きに答えて

- 「薬を飲んでも、いつまでもよくならないんです」
- いつくなるかと思いわずらわず、今がふつうなんだと思いませんか。
 - できないことがあっても、元気で楽しく暮らすことを考えませんか。
 - あなたご自身も自分の趣味や時間をぜひ増やしてください。
 - ⇒回復したい目標は何かをわかつてもらう
- 「外づらだけよくて、うちではわがままばかりです」
- 私たちも含めて誰もがそうではないでしょうか。
 - 礼節を保てるということは素晴らしいことなのでは。
 - あなたを信頼しているから何でも言えるんです。
 - ⇒「困った人と介護で苦しむ私たち」の構図に陥らないよう努める
- 「誤りを認めないで、取り繕うことばかり上手で……」
- 間違ってもいいと思ってあげてくれませんか。
 - 正常と見てほしいと思うのは自然なことです。
 - 誰だって人前で恥はかきたくないものです。
 - ⇒能力低下を感じているからこそ取り繕うことを理解してあげる
- 「探し物ばかりして、私を盗んだ犯人にします」
- やることがなくて、不安ばかりの生活になってしまいかねませんか。
 - 楽しみや満足できることをみつけてお膳立てしましょう。
 - デイサービスにぜひ見学に行ってください。
 - ⇒満足や楽しみのない生活が「思い込み（妄想）」を生むことを知る
- 「私が出かけると、女（男）に会いに行ったとか言って……」
- ふだんよくお話ししていますか。
 - 一緒に何か楽しみをされていますか。
 - 今晩から同じ部屋でふとんをくつけて寝てあげてくれませんか。
 - ⇒「嫉妬」の原因である孤独感・疎外感に気づかない悪循環になる

う。つまり、これらの修飾要因に対応する介入なしには薬物療法の意義は乏しい」と、あるべき介入の姿を指摘されていく。

薬物療法に悩む前にすべきことがあるのである。(実際の対応のヒント「家族の嘆きに答えて」を表2に示した)

薬に頼らず、心情に沿う対応

「認知症への対応 抗精神病薬に頼るな」という真っ当な論説(記者有論)が最近、

「朝日新聞」に登場した(11013年1月15日付)。日本の医師がBPSDへの対処に、主に統合失調症に適用される抗精神病薬を多用していることを批判する記事であつた。認知症高齢者に抗精神病薬を投与すると、死亡率が一・六倍以上上昇することは医学界ではすでによく知られており、米国食品医薬品局から警告も発せられている。記事は、危険を知りながら医師が無策であることを明らかにしたもので、意義はある。しかし、これだけでは不十分である。本稿で述べたとく、その記事は「抗認知症薬にも頼るな」と同時に

うたうべきであった。抗精神病薬にせよ、抗認知症薬にせよ、認知症治療を薬頼みで行うこと、根本的に反省を迫らされているのである。

昨年、アルツハイマー型認知症の母とその息子の人生を描いた映画『わが母の記』(原田真人監督)が高い評価を受けた(キネマ旬報ベストテン六位、第三回日本アカデミー賞一二部門で優秀賞受賞)。世評の高さの大きな部分は、母役の樹木希林さんの演技によるところが間違いなく大きい。某製薬会社の

テレビCMでみせる認知症の老人役のわざとらしい演技とは比べ物にならない、胸を打たれる名演であった。作中、認知症の母は徐々に激しいBPSDを呈するようになり、その息子(役所広司さん)や娘たちは、母の「問題行動」に困り果て、どうやってその行動を抑えたいかと対策をあれこれ話し合う。そのとき、聞いていた孫娘(宮崎あおいさん)が怒って声をあげる。

「みんな、おばあちゃんの気持ちになつてないじゃないの」

そして、孫娘は最後まで、祖母の気持ちに寄り添う介護をしようとするのである。

この声は、認知症治療にかかる私たちがつねにこころの中で反芻したい言葉である。

(文 献)

(1) 上田論、大久保善朗「Kitwoodの公式の有用性—対人心理要因への介入でBPSDが著明に改善したAD症例」「精神医学」五三巻、九〇

(2) 高橋智「認知症の「周辺症状への対応」—薬物療法三割、非薬物療法七割」「老年精神医学雑誌」二一巻増刊号一、一一七—一三三頁、1101〇年〇月

(3) Zhong, K.X., Tarot, P.N., Mintzer, J.: Quetiapine to treat agitation in dementia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Curr Alzheimer Res* 4: 81-93, 2007.

(4) Teranishi, M., Kurita, M., Nishino, S. et al: Efficacy and tolerability of risperidone, yohimbane and fluvoxamine for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Clin Psychopharmacol*, 2013 (in press).

(5) 新井平伊「アルツハイマー病の治療」「精神科治療学」二五巻増刊号(今日の精神科治療ガイドライン)、一〇一—三頁、11010年

(6) 本間昭「アルツハイマー病の薬物療法の現状」「日本老年医学会雑誌」四九巻、四三一—四三六頁、11011年

(ペエダ・ヤムコ／精神医学)

17 こころの科学No.169/5-2013