

第13回

認知症の薬物療法に積極的にかかわろう

認知症は、アルツハイマー病が約70%、脳血管性認知症が約20%、レビー小体型認知症が約5%を占めると言われている（それぞれの病態、診断法、治療法などについては文献^[1, 2, 3]を参照）。不幸にして認知症になってしまった場合、現時点では認知症を治す薬剤はないため、三次予防として進行を遅らせる対策が重要になる。

アルツハイマー病であれば、薬物療法（コリンエステラーゼ阻害薬とNMDA受容体拮抗薬）で進行を遅らせることが可能だ^[1]。認知症の進行スピードが下がれば、患者の日常生活動作能力を維持できるので、介護者の介護時間や見守り時間が軽減し、医療費・介護費用の削減も可能となるだろう。

薬物療法を用いることができるのだから、薬剤師が果たせる役割は大きいと言える。たとえば、薬剤師は、認知症治療薬を服用している患者の家族、介護者に対して次のような患者の観察ポイントをわかりやすく伝え、処方薬が効いているかどうかを確かめてほしい。

- ①表情の変化：挨拶をするようになりましたか？表情は明るくなりましたか？
- ②会話能力：話のつじつまが合わないようなことは減りましたか？家族の話についてこられますか？
- ③自発性の変化：外出など自分で何かをしようとするようになりましたか？家事の手伝いをするようになりましたか？新聞を読んだりテレビを観るようになりましたか？
- ④もの忘れの頻度：探しものをする頻度は減りましたか？同じことを何度も言う頻度、聞き返す頻度は減りましたか？
- ⑤理解・コミュニケーションの変化：呼びかけたときの反応はどうか？
- ⑥反応の変化：介護時の反応はどうか？
- ⑦基本的な日常生活動作（ADL）の変化：食事や着替え、入浴、トイレの際にどの程度、介護

鍋島 俊隆

NPO 法人医薬品適正使用推進機構理事長／藤田医科大学客員教授／名古屋大学名誉教授／Alli. Cuza 大学（ルーマニア）名誉教授

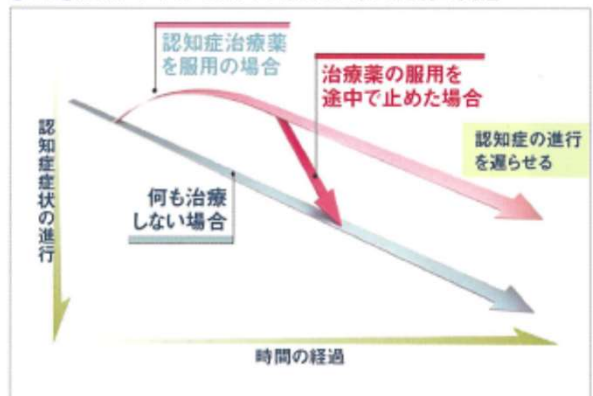
が楽になりましたか？

家族や介護者から上記の観察ポイントの結果を聞き取ったら、「認知症疾患診療ガイドライン2017」^[4]に照らし合わせ、病期（軽度、中等度、重度）に合った処方がなされているかを調べていただきたい。認知症の各病期に合わせて用量が増やされているか、治療薬を使い分けしているかなどを確認し、必要があれば処方医に情報をフィードバックすることが望ましいだろう。

治療薬を服用していても認知機能は徐々に低下するため、やがてアドヒアランスが低下する。また、薬効が少なくなったからといって服薬を途中で止めると認知機能が急激に低下し、再び服薬を開始してももとのレベルに機能は戻らない（**【資料】**）。したがって、薬剤師には服薬の順守率を維持するための指導が求められるのである。

本連載第11、12回で述べたように、地域に開かれた薬局では、三次予防への貢献はもちろん、市民へ認知症にならないための生活指導をすること（一次予防）、発症を遅らせること（二次予防）への介入も必要だと思う。がんばれ薬剤師！

【資料】認知症に対する介入の有無と症状の進行の関連



認知症治療薬の服用を家族の判断で止めてはいけない。進行を遅らせていた症状が、何も治療しない場合の症状と同じ状態になってしまうことがある

出典：Doody, R. S. et al. : Arch Neurol. 2001; 58, 427. 繁田雅弘氏監修版を改変

Profile なべしま・としか

1973年大阪大学大学院薬学研究科博士課程単位取得退学。名古屋大学大学院医学系研究科教授、同大学医学部附属病院薬剤部部長（兼任）、名城大学大学院薬学研究科教授、名城大学比較認知科学研究所所長（兼任）などを経て、現職

[1] 鍋島俊隆：アルツハイマー型認知症薬物治療ガイドライン11版、530-541（2022）、南山堂。 [2] 鍋島俊隆：脳血管性認知症薬物治療ガイドライン11版、542-546（2022）、南山堂。 [3] 鍋島俊隆：レビー小体型認知症薬物治療ガイドライン11版、547-552（2022）、南山堂。 [4] 認知症疾患診療ガイドライン2017、日本神経学会監修、「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編纂（2017）、医学書院