

## &lt;Cover Letter&gt;

医療機関における“認知症”は、老化に伴う一般的な疾病の1つとして、進行抑制のための薬物療法や非薬物療法に重きが置かれることが多い。しかしながら、生活の中に入り込んでいく在宅医療においては、認知症自体へのケアは継続しつつも、いかに認知症と折り合いをつけて生活を継続していくか、患者とともにいる家族が疲弊しないためにどのように支援をしていくか、が問題となる場面が非常に多い。認知症患者および家族の生活に寄り添った在宅医療を展開する中で、医療機関で行われてきた治療からどのように変化(最適化)していく過程があるのか、当クリニックの症例をまとめて分析・検討した。

## &lt;当院の認知症診療データ ; 2021年10月～2024年2月末現在&gt;

	計	継続	中止	死亡	年齢	女性 (%)	生活場所		薬物療法						非薬物療法 DS/リハビリ
							居宅	施設	D	M	G	R	抑肝散	抗精神病薬	
アルツハイマー型	232	128	72	32	86.9	74.8	34	198	111	41	23	5	37	81	208
レビー小体型	28	21	4	3	89.2	85.7	5	23	10	11	2	1	14	9	18
脳血管型	10	8	1	1	84.7	60.0	3	7	1	4	0	0	4	7	7
その他	4	3	0	1	56.3	50.0	1	3	1	1	1	0	2	3	2

※D:ドネペジル, M:メマンチン, G:ガランタミン, R:リバスチグミン, DS:デイサービス

当院開院から2024年2月末までの認知症診療データをカルテベースでまとめた。病名が重複して登録されていた患者は、主たる認知症型で計上し、データが重複しないようにした。年齢、生活場所は2024年2月末時点のものとした。薬物療法は3か月以上継続されていたものを計上し、処方歴があっても短期での中止、未使用と判断したものは除外した。デイサービスやリハビリテーション(訪問・通所問わず)は3か月以上かつ週1回以上の定期的な利用者のみを計上した。

**患者数**としては、アルツハイマー型認知症が232人と圧倒的に多く、当院の認知症患者全体の84.7%を占めた。続いて多かったのはレビー小体型認知症で28人(10.2%)だった。脳血管性認知症は10名(3.6%)であった。その他として、前頭側頭葉型認知症1人、アルコール性認知症1人、(高度)若年性認知症2人であった。

**年齢**は平均を算出した。アルツハイマー型認知症で86.9歳、レビー小体型認知症で89.2歳、脳血管性認知症で84.7歳といずれも80歳を大きく超えていた。その他には2人の若年性認知症患者が含まれる影響で56.3歳であった。また**男女比**をみると、アルツハイマー型認知症で74.8%、レビー小体型認知症で85.7%、脳血管性認知症で60.0%を女性が占めていた。一般的な男女比は、アルツハイマー型認知症で1:2、レビー小体型認知症で2:1と言われているが、当院のデータではいずれも圧倒的に女性が多かった。

**生活場所**は、アルツハイマー型認知症で居宅34人、施設198人、レビー小体型認知症で居宅5人、施設23人、脳血管性認知症で居宅3人、施設7人であった。施設居住者が圧倒的に多いのは、開院から2023年3月まで施設中心の診療を行っていたことによる。小生が管理者になった2023年4月以降、居宅患者の診療に重点を置くよう方針転換してからは、徐々に居宅患者が増えている。

**薬物療法**については、抗認知症薬として保険適応のあるドネペジル、メマンチン、ガランタミン、貼付薬のリバスチグミンを別個に集計した。また認知症に伴う行動・心理症状(BPSD)に対して漢方薬が用いられることがあるが、中でも使用頻度の高い抑肝散を計上した。抗精神病薬もBPSD、特に興奮、不穏、せん妄、不眠等の症状に用いられることがある。使用頻度としてはリスペリドン、クエチアピンの2剤が多かったが、ここではまとめて集計した。複数の薬剤を使用している例があり、患者数と薬物療法の総数は一致しない。アルツハイマー型認知症ではドネペジル111例、メマンチン41例で、この2剤の使用者が多かった。ちなみにドネペジルの貼付剤を使用している例はなかった。BPSDに対して抑肝散37例、抗精神病薬81例の処方確認できた。重複処方もあるが、約40%(93人)の患者でBPSDに対する処方がなされていた。レビー小体型認知症ではメマンチンが11例と最も多く、ドネペジルは10例だった。抑肝散も14例と半数に処方されていた。

**非薬物療法**としては、教科書等で記載のある代表的な、現実見当識訓練、回想法などを実施している例はなかった。実際には、デイサービスへの通所やショートステイの利用、通所・訪問リハビリテーションが行われている例がほとんどで、これらを非薬物療法として計上した。アルツハイマー型認知症で89.7%、レビー小体型認知症で64.3%、脳血管性認知症で70.0%の人に、何らかの非薬物療法が実施されていた。実施されていない例に目を向けると、本人の頑なな拒否のほかに、家族やキーパーソンが必要ないと拒否している例が多く、施設より居宅でその傾向が強かった。

## &lt;考察&gt;

左に示した通り、当院の認知症患者は、アルツハイマー型と診断されているケースが圧倒的に多く、一方で脳血管性の割合が少なかった。厚生労働省の資料<sup>1)</sup>によると、日本の認知症患者に占めるアルツハイマー型の割合は67.6%、脳血管性は19.5%、レビー小体型は4.3%である。当院のデータではアルツハイマー型が80%超を占めていたが、これは在宅医療という“診察場所のバイアス”である可能性が高い。一方で脳血管性が3.6%と極端に少なく見えるが、この一因にはデータ処理上の問題がある。病名が重複登録されていた場合、アルツハイマー型として処理したケースが多く、結果的に脳血管性が主体と判断した患者が少なくなった。実際には(集計はしていないが)高血圧、糖尿病の罹患率は非常に高く、血管性の要素も大いに混在していると考えられる。

さて、今回着目したいのは「**在宅医療における認知症の薬物療法及び非薬物療法の変遷**」である。データとして示せなかったが、抗認知症薬の開始時期は、ほぼ全例で訪問診療開始前であり、訪問診療開始後に抗認知症薬が開始されたのは、興奮、不眠に対して抑制効果を期待してメマンチンが開始された5例のみ(アルツハイマー型4例、レビー小体型1例)であった。**訪問診療開始後にむしろ抗認知症薬が中止されている例**は多く、死亡・中止例を除くと、2023年12月末時点で36例確認できた。特に施設ではその傾向が見られたが、居宅では本人より家族の希望で抗認知症薬が継続されている例が多かった。一方で、興奮、せん妄、不眠などの**BPSDに対して、訪問診療開始後に漢方薬や抗精神病薬が開始・追加されている例**は多く、2023年12月末時点で18例確認できた。

医療機関での認知症治療は、抗認知症薬による認知機能低下の改善・進行抑制が主体となるが、在宅医療における認知症治療の本質は、認知機能の改善・進行抑制(認知機能テストの得点向上)ではなく、**認知症という困難を抱えつつも本人及び家族が穏やかに生活を続けることができるように支援すること**である。そのためには、在宅生活や施設での集団生活を困難にさせる大きな要因であるBPSDを予防する、出現しても重症化する前に対処し上手に付き合っていくことが極めて重要であり<sup>2)</sup>、薬物療法の着眼点も抗認知症薬の使い分けよりは、BPSD予防及び治療薬にシフトする。当院のデータ分析の結果からもその傾向が読み取れた。

そして何より毎日のケアにおける非薬物療法が非常に重要となる。当院のデータでは、非薬物療法として、デイサービスでのストレッチ、体操、レクリエーション、さらに通所・訪問リハビリテーションが主体となっていたが、以下に示した通り、非薬物的介入にはたくさんの方法がある。

## 【認知症の非薬物的介入】

## 認知症患者への介入

認知機能訓練、認知刺激、経皮的電気指摘療法(経頭蓋刺激、末梢刺激)、運動療法、音楽療法、回想法、ADL訓練、マッサージ、レクリエーション、光療法、多感覚刺激療法、支持的精神療法、バリデーション療法、鍼灸療法、ストレッチ訓練など

## 家族・介助者への介入

心理教育、スキル訓練、介護者サポート、ケースマネジメント、レスパイトケア、介護者のセルフケア、認知行動療法など

非薬物療法というと、どうしても認知機能に直接的に作用することを意図した認知行動訓練や認知刺激を想起しがちだが、BPSDの発症予防・重症化予防の観点から、生活機能・対人交流機能・社会的生活の維持に着目して行っていく必要がある。何より家族、介護者、医療関係者ら本人の支援に関与する者は、本人に関わる行為・交流の全てが非薬物療法となっていると包括的に捉える必要がある<sup>3)</sup>。非薬物療法は、認知症という疾患に対して行うものではなく、認知症を患ったその人に対して行われるケア全体を含んでいるという全人的視点が求められている。

## &lt;Next Step&gt;

在宅医療においては、認知症の非薬物療法が重要となることが認識できた。多職種が連携して、認知症患者の全人的ケアを行っていきたい。また、今回まとめたデータをもう少し詳細に解析し、論文として報告したい。

## &lt;参考文献&gt;

- 1) 厚生労働省老健局. 認知症施策の総合的な推進について, 令和元年6月20日. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519620.pdf>
- 2) 山口智晴ら. アルツハイマー病の非薬物療法. 日老医誌; 49: 437-41, 2012.
- 3) 大沢愛子ら. 認知症に対する非薬物的療法とそのエビデンス. 日老医誌; 57:40-44, 2020.