

# グループホームにおける 認知症の三次予防

[最終回]

認知症介護研究・研修東京センター センター長  
山口晴保

## 全身状態・服薬の視点での 認知症三次予防

本シリーズ「認知症の三次予防」は第6回を迎え、一年間の連載を終えます。そこで、最後に全身状態・服薬と認知機能を取り上げました。

### 脳の情報入力系を保つ

脳の情報入力の代表は目と耳です。そして、白内障などによる視力低下や加齢による難聴が認知症の進行を早めます。ですから、白内障があれば手術を受けることで、老眼なら適切な眼鏡や拡大鏡を使うことが三次予防となります。ただし、脳の過剰な視覚刺激、すなわち「日課はテレビ番」といった生活（一方向性の過度な情報入力）は認知症の三次予防の観点からは薦められません。

難聴については、適切な補聴器を使うことが望まれます。ごく希ですが、難聴の原因が巨大耳垢のこともありますので、難聴があれば耳の中を一度チェックしてください。

目・耳の次は口です。唇や舌、口腔内はとても敏感な感覚組織です。そして、食物をしっかり噛むことが記憶機能の維持に欠かせません。介護者が気を利かせて、食物を刻んだりミキサーにかけると、記憶機能が悪化する可能性があります。適度に硬いものをしっかり噛むことで、歯根膜という歯の付け根からの感覚情報が脳に伝わり、記憶に関係する海馬神経細胞数が維持されるのです。

しっかり噛むためには歯が大切ですね。ですから歯周病予防はとても大切です。最近では、歯周病菌が血管内に入り込み、脳血管の動脈硬化を引き起こすこと、認知症のリスクになること、さらには微小脳出血を引き起こすことなどが報告されています。歯周病

菌、手強いです。口腔ケアで認知症の三次予防、とても重要です。

### 身体機能の維持

歩行スピードの低下と認知機能低下が並行して進むことが示されています。歩行自体は認知機能と無関係に見えますが、老化で繋がっています。

日本認知症グループホーム協会が2017年度から3年間行った厚生労働省の委託研究で、Barthel Indexを指標にしてADLの経年変化を調べました。すると、抗精神病薬を内服している入居者のADL低下量が、内服していない人よりも2倍くらい大きいことが示されました。抗精神病薬はBPSDが激しい場合などにやむなく用いられますが、BPSDが落ち着いている状態（NPI-NHというBPSD評価尺度で5点以下）でも抗精神病薬が1年以上継続投与されている例がありました。抗精神病薬は、パーキンソン症状を引き起こし、動作や嚥下が悪化します。状態が落ち着いたら、減量や中止を時々試みるべきです。

また、介護施設では、「寝たきり・終末期になるまでドネペジルなどのアセチルコリンを増やす薬剤が投与され続けている」と、しばしば耳にします。先ほどの調査でも、認知症の人の日常生活自立度IVで38%（61人中の23人）が服用していました。この系統の薬剤は脳内アセチルコリンを増やすことで、パーキンソン症状を悪化させる可能性があります。ですから、重度に進行して歩行障害が出ていたり嚥下障害が出ていたら使わないほうがベターです。日本では重度まで保険適応になっていますが、寝たきりの人を対象にして臨床試験が行われたわけではありません。歩けるレ

ベルの重度の人を対象にした治療成績から認可されている薬剤です。ところが「重度に適応」が一人歩きして、終末期まで内服している例が多々あるようです。

海外の研究では、重度では内服のメリットがないこと、また85歳以上では副作用が多いことが報告されています。実際、ドネペジル等のアセチルコリンを増やす薬剤を減量・中止することで、食欲が出た、穏やかになった、過活動が収まったといった事例に多々遭遇します。残念ながら、自ら考えずに前医の処方そのまま継続し続ける連携（嘱託）医が一定数いる現状が問題です。この問題には、施設スタッフが薬の副作用などの知識を持つことが大切です。アセチルコリンを増やす薬剤を止めることは認知症の三次予防にはなりません、しばしばBPSD低減・QOL向上効果をもたらします。薬剤のためにQOLが下がっていると思ったら、一週間中止して様子を見る勇気が必要です。

抗コリン剤というアセチルコリンの働きを抑える薬が認知機能を低下させます。代表は過活動膀胱治療薬（バタニス®を除く）、胃薬（H2阻害薬）、総合感冒薬（PL顆粒のプロメタジン）などです。ドネペジルとは反対方向に働き、認知機能が低下するだけでなく、せん妄の要因となります。そして、せん妄の治療には抗精神病薬が使われるので、身体機能や認知機能が低下するといった悪循環になりかねません。

アルツハイマー型認知症治療薬には、もう一つ、マンチンがあります。こちらは過剰投与で過鎮静となります。ボーッとして、日中ウトウトとです。特に腎機能が低下した高齢者に要注意です。おかしいと思ったら、一週間休薬すると、この薬剤が原因だったかどうかが判明します。

薬剤についてはもう一点、抗不安薬や安定剤の問題があります。日本ではエチゾラム（デパス®）がしばしば使われ、依存状態になっている高齢者によく遭遇します。そして、この薬剤を中止するだけで物忘れが改善することがしばしばです。

## ポリファーマシーをなくす

前述の調査では、認知症グループホームにおけるポリファーマシー（5～6剤以上の多剤投与）の実態が明らかになりました。平均6剤が投与され、11剤以上

が1割でした。多剤投与は転倒や認知機能低下をもたらすとされるので、服薬数をなるべく減らすことが三次予防に繋がります。

この調査対象者は平均88歳でした。認知症自体の生命予後が発症後10～15年で（個人差大）、この年齢なら余命は長くありません。ですから将来の合併症を防ぐ薬剤（例えばコレステロールを下げる薬剤）は基本不要です。ですが、我が国の医師は、超高齢者に対しても中年の患者と同様に処方する傾向があります。残念なことです。

昨年度、コロナ禍で高齢者の受診が減ったら、高齢者の寿命が延びたというニュースを耳にしました。薬をもらわないほうが、寿命が延びるようで……、真偽のほどは分かりませんが、興味深く聴きました。

グループホームの医療は外部医療機関との連携ですが、日々の様子を見ている介護スタッフが、生活状況をきちんと医療機関に伝え、ポリファーマシーであれば、①本当に必要な薬剤はどれなのかを確認する、②副反応が疑われたら直ちに連絡する、③なるべく薬剤を出さない医師と連携する、などがよいでしょう。

☆

今回は全身状態や薬剤が認知機能に大きく影響することを取り上げました。利用者の中心は80代後半です。目と耳と口の機能を維持し、自らの意思で身体を動かしてADLが維持できるようにすることが、認知症の三次予防になります。そして、薬剤の影響も大です。例えば中年の頃なら安定剤を内服しても認知機能には全く影響が出ない人も、超高齢となり認知症で脳が脆弱状態になると、大きな影響（認知機能低下）が出ます。

超高齢者には、薬剤を極力投与しない。特に予防薬を投与しない。ただし症状が出たら、対症療法としての治療薬が必要という考えが妥当です。

介護職が自ら医師との間にヒエラルキーをつくってはいけません。医師と対等の立場で認知症の人の健康管理に貢献してください。以上、私からのお願いで、このシリーズを終えます。次回は新シリーズです。



やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、神経内科専門医・リハビリテーション専門医・認知症専門医となった。群馬大学大学院保健学研究科教授を退官し、2016年10月から認知症介護研究・研修東京センター長。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』、『認知症予防』、『紙とペンでできる認知症診療術』（いずれも協同医書出版）、など。日本認知症学会名誉会員。ぐんま認知症アカデミー代表幹事。