

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

療養場所の違いに応じた認知症者のエンドオブライフケア充実に向けての調査研究
－COVID-19 流行の影響も踏まえて－
認知症者の Advance Care Planning の啓発と認知症（BPSD 含む）の治療ならびに急性期
病院における認知症ケア

研究分担者 葛谷 雅文 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 院長

研究要旨

認知症の人に対する advance care planning (ACP) の推進を目的とした啓発の一環として昨年度の成果を総説として公表するとともに、「認知症の緩和ケア実践ガイドライン（案）」の「10.認知症（BPSD 含む）の治療」ならびに「3）療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」の執筆を行った。

A. 研究目的

本年「認知症基本法」が成立した。その基本法には第三条の基本理念 第四項「認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること」、第十七条「認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護」が示されている。まさしく、エンドオブライフ (end of life, EOL) の意思決定においても認知症の患者の意向を十分に反映し、十分な意思決定支援を行い医療・ケアが提供されねばならない。

しかし、認知症の人のエンドオブライフケア (end of life care, EOLC) の実情に関して認知症の人以外の高齢者に比較し、例えば EOL の侵襲的な延命治療、不十分な緩和ケアや疼痛の管理など、不適切なケアが行われている実情が指摘されている (1-3)。一つの理由としては認知症の進行により自らの意思表示が困難な状況にあり、さらにはその家族も、本人の意思に関する情報が不足していること、認知症の人もその介護者も、時によっては医療者も認知症自体の十分な知識がなく、その進行具合や、どのような EOL が待ち受けてい

るか、それに対してどのようなケアをしたら良いかの十分な知識や情報が欠如している点などがあげられる (4,5)。

近年、EOL の医療・ケアについて本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである advance care planning (ACP) が注目されている。これは事前に患者本人、家族などの親しい人々、医療・ケア従事者が十分な医療情報の開示をしつつ、本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標としている。認知症患者こそが ACP を実行し、本人、家族が納得できる EOLC を受ける必要がある。

昨年認知症の人の ACP の実情、さらにはその効果、促進・阻害因子などについて報告されている論文をレビューして、検討した。本年度はこれまでのまとめとして、このレビュー内容を論文化し、広く公表することにより認知症の ACP の必要性のみならず、阻害因子、促進因子を明らかにし、広く ACP の実施の促進につなげたい。また当該研究班の成果として「認知症の緩和ケア実

践ガイドライン(案)」を作成しており、その中で「10.認知症(BPSD含む)の治療」ならびに「3)療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」の執筆を担当した。

B. 方法

昨年度報告書に挙げた内容を日本語総説として、日本老年医学会誌に「認知症の人へのAdvance Care Planningの現状とその役割—ナラティブレビュー」に投稿し、掲載された(研究成果を参照)6)。

「認知症の緩和ケア実践ガイドライン(案)」の「10.認知症(BPSD含む)の治療」ならびに「3)療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」の執筆に際しては、「認知症疾患治療ガイドライン2017」7)ならびに様々な関連する原著論文や総説を参考に記載した。内容は1.認知機能低下に対する治療、2.BPSDに対する医療、3.その他の重要な随伴症状に対する治療(疼痛、便秘、感染症、痙攣(てんかん)、治療負担、の項を設けて執筆した。また、「3)療養場所による緩和ケアの違い」のなかで「急性期病院」に関しては筆者自身の経験を踏まえ、認知症患者の急性期疾患における急性期医療の現場における対応や限界に関して、また入院中に起こりやすいせん妄に対する対応、退院支援などについて記載した。

(倫理面への配慮)

本研究は直接人を対象とした研究ではなく、倫理上の問題を認めない。

C. 結果

結果として「認知症の緩和ケア実践ガイドライン(案)」の「10.認知症(BPSD含む)の治療」ならびに「3)療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」の執筆の内容を記載する。

1) 10.認知症(BPSD含む)の治療

a) はじめに

認知症に対する治療は大きく分けて認知機能障害、すなわち認知症の本体に対する治療とBPSD、ならびにその他の随伴する症状に対する治療の二つあります。さらに治療方法として非薬物療法と薬物療法に分けることができます。認知症における緩和医療・ケアは必ずしも進行した末期認知症やエンド・オブ・ライフ期(EOL期)に限ったことではないですが、必要度においてはやはり末期認知症、EOL期が多いと思われ、本治療に関

しても主に進行した認知症に重点を置いた治療について記載します。

b) 認知機能低下に対する治療

現在、抗認知症薬としてアセチルコリンエステラーゼ阻害剤(acetylcholinesterase inhibitors, AChEI)ならびにN-methyl-D-aspartate(NMDA)受容体拮抗剤(メマンチン)がアルツハイマー型認知症に、一部がレビー小体型認知症に対して認知症の進行を遅延させる目的で使用されています。上記の治療薬の使用に関しては認知症の病期による使い分けが「認知症疾患診療ガイドライン2017」では提言され、重度認知症に対しては、「AChEIのドネペジル5~10mg、あるいはメマンチン、両者の併用を考慮する」とあります7)。

認知症の初期または中期においては、これらの薬剤を使用することに対して本人はなお理解して服用を希望する意思表示が可能です。一方で進行した認知症の場合これらの薬剤の服用を継続するか否かの判断、意思決定を自らすることは難しくなります。さらに末期の認知症において新たに上記の認知症薬を開始することはごくまれと思われ、逆にこれらの薬剤の中止(撤退)時を検討する必要性が出てきます。

認知症に対する薬物療法中止の影響を検討しているメタ解析によると、エビデンスは低いものの、中等度から進行したアルツハイマー型認知症に対してこれらの薬剤の中止により、継続して服用した対照に比較し2か月間の評価ではBPSD、さらには日常生活機能の悪化が起こる可能性が報告されています8)。従って認知機能のみならずBPSDに対しても症状緩和の意味ではこれらの薬物をできるだけ継続することが薦められます。しかし長期的な影響などに関してはなお不明ですし、さらに、これらの研究では進行した認知症の中でもEOL期の対象者に対しての効果に関する研究は含まれていません。

そのメタ解析の報告後に米国からナーシングホーム入所者のメディケア医療費請求データを用いた大規模な後ろ向き調査の報告がされています。それによると進行した認知症患者に対して入所中にAChEIの服薬を中止した対象者と継続した対象との比較で攻撃的行動の出現ならびに抗精神病薬の処方率に有意な差はありませんでした9)。一方で、同じくナーシングホーム入所中の進行した認知症患者のメディケア医療費請

求データの解析で、交絡因子で調整すると AChEI の中止群と継続群で救急外来受診、入院、死亡などの有害事象には有意な差はありませんでしたが、継続群で転倒や骨折のリスクが上昇したとしています 10)。これらのリスク上昇の要因は明らかではありませんが、AChEI による徐脈や失神との関与があったかもしれません。

一方これらの薬物の中断による生活の質 (quality of life, QOL) への影響に関しては報告も少なく、継続服用の QOL への効果はあったとしても軽微な効果と報告されています 11)。

これらの抗認知症薬をいつまで服用するのか、中止のタイミングをどのように考えるかの明確な指針は今のところありません。上記の米国のナーシングホーム入所中の進行した認知症に対する AChEI の中止例の報告では、新たな入所、高齢、理解・判断が不能、攻撃的行動、食欲低下、体重減少、食形態の変化、限られた予後、90 日以内の入院経験などが中止の関連因子として挙げられています 9)。

近年、認知症治療としてアミロイドベータ (A β) 形成に関わる抗体薬の開発が進んでいます。実際、アルツハイマー型認知症に対してレカネマブ (A β のプロトフィブリルおよび不溶性凝集体に対するヒト化 IgG1 モノクローナル抗体) が近日中に日本においても厚労省での承認が下りる予定です。この薬剤により認知機能の進行が抑制されることが臨床試験で確認されています 12)。しかし、これらの臨床試験は軽度認知障害ならびに早期の認知症患者が対象であり、少なくとも現時点では進行した認知症に対する適応はありません。

非薬物療法に関しては、様々な効果的な療法が提唱されています 7,13)。これらの EOL 期の認知機能自体への効果は明らかではありませんが、QOL に対する効果を認めるならば EOL 期であっても継続すべきです。一方で個々の対象者を尊重し、その人の視点に立って理解、ケアを実施するパーソン・センタード・ケアは病期に関わらず、認知症の治療においても基本です (他項を参照)。

いずれにしろ進行し、EOL 期にある認知症患者の認知機能自体の改善を目指すことは困難であり、できるだけ薬剤による副作用を回避し、QOL の向上を考えた医療が求められます。認知症の EOL 期には摂食障害や食思不振、体重減少が出現しますが、それらの症状を AChEI 自体が誘発、増強する可能性があり、それらの症状が出現した

際は中止を考えるタイミングかもしれません。また繰り返す転倒や攻撃性の増加を認めた場合も、メリット、デメリットを考えながら AChEI の中止のタイミングを計るべきです。これらの認知症薬の中止に関しては、その時点で説明に対して本人の理解を得ることは困難かもしれませんが、家族を含む介護者に対しての認知症に対する薬剤ならびに、それ以外の薬剤の撤退理由、そのメリット、デメリットを説明し、デメリットの方が大きいことを説明し、理解と同意を得る必要があります。

c) BPSD に対する医療

周辺症状は認知症のどの段階においても出現する可能性はあり、さらに認知症の進行により周辺症状の内容も変化します。様々な BPSD が存在しますが、1. 活動亢進が関与する焦燥性興奮 (agitation)、易刺激性 (irritation)、脱抑制、異常行動など、2. 精神病様症状として幻覚・妄想、夜間異常行動、3. 感情障害に関わる不安状態や抑うつ、ならびに不眠や昼夜逆転、4. アパシー (自発性・意欲の低下) などが一般的です。EOL 期の末期認知症では活動亢進よりむしろ活動量低下、寝たきり、失禁、弄便 (ろうべん)、無言・無動などが出現しやすくなります。

これらに関する対応は基本的にはまずは非薬物療法が試されます。日本や諸外国のガイドラインによると、活動亢進に関する BPSD には介護者を中心としたパーソン・センタード・ケアや適切な会話、リラクゼーション、感覚療法 (音楽療法やアロマセラピー)、行動療法などが有効とされています 7,14,15)。またこれに関係する徘徊、暴力、不穏なども焦燥性の興奮が関与していることも多く、同様な対応がまずは必要です。幻覚・妄想などに関してはまずは本人の訴えを傾聴し、否定も肯定もせずに受容的・共感的態度で接して、安心感を与えることが重要です。介護者自体が妄想の対象となる場合がありますが、その場合は介護サービスなどを使用し、本人との時間的、物理的距離を取る対応法が有用です 7)。不安などの感情障害は不安を回避するためにまずは安心させる声掛けや態度で接することが基本で、音楽療法の有効性が報告されています。アパシーに対しては運動療法、音楽療法、アニマルセラピーなどが試みられてはいますが、その効果に関しては十分なエビデンスがあるとはいえません。うつに対してはシステマティック・レビューで非薬物療法の

効果が報告されており、回想法、認知活性化療法（リハビリテーション）、音楽療法などに効果があると報告されています 16)。

上記の非薬物療法で十分な効果が得られない場合は薬物療法を考慮します。活動亢進にともなう BPSD に関してはハロペリドールなどの抗精神病薬は推奨されず、多くのガイドラインでは非定型的抗精神病薬、特にリスペリドンの使用が推奨されています 17,18)。その他抗てんかん薬であるカルバマゼピンやバルプロ酸なども使用されるケースがありますが転倒などには十分な注意が必要である。また抑肝散や抑肝散加陳皮半夏などの漢方薬の有効性もシステマティック・レビューとして報告されていますが、なおエビデンスの蓄積は十分とは言えません 19)。これらの漢方薬には甘草が含まれており、血清 K 値のモニターなど偽性アルドステロン症の出現などには注意を要します。その他チアプリドなども効果的である場合が有りますが、副作用の出現の問題があり、長期処方では避けるべきです 7)。

幻覚・妄想などの症状に対してはリスペリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールなどの非定型精神病薬が使用されます。なお、これらに対するシステマティック・レビューではその効果は限定的であるとしています 20)。なお、レビー小体型認知症に対してこれらの抗精神病薬に使用は副作用が出現しやすく、極力使用を控えることが推奨されます 14)。アパシーに関しては上記の AChEI の効果が確認されていますが、抗うつ薬や抗てんかん薬の効果は確認されていません。また抑うつ症状に対しても少なくとも軽度から中等度のうつ状態に対しての抗うつ剤の使用は効果が期待できず、むしろふらつきなどの副作用が出現しやすく推奨できないされています 7, 14)。また睡眠障害に対する薬物療法としてはベンゾジアゼピン系の催眠鎮静剤は認知機能自体に及ぼす影響や転倒のリスクが明らかにされており、できるだけ避けたい薬剤です。メラトニンやメラトニン受容体作動薬に関しても認知症に伴う睡眠障害に対する効果は乏しいとされています。コクランレビューでは不十分な研究ながらトラゾドンとオレキシシン受容体拮抗薬の有効性が報告されています 21)。

これらの薬剤、特に非定型抗精神病薬は基本的には少量から投与し漸増しますが、長くとも 4 週間の使用で効果が確認できなければ継続せず、漸

減しながら中止します。また、効果を認める場合も長期投与による副作用の可能性を注意しながらメリットとデメリットを考慮し継続を決めます。しかし、絶えず中止できるタイミングを計るのが重要であり、継続よりもむしろ投与期間を定めて投与し、効果があったとしても 3 か月ほどの使用の後には漸減を試みるべきです 15, 17,18)。実際にコクランレビューによると 3 か月間の使用後、抗精神病薬を中止しても周辺症状の悪化につながらないケースが多いことが報告されています 22)。

d) その他の重要な随伴症状に対する治療

i) 疼痛

疼痛は進行した認知症患者に高頻度で随伴する症状であることが報告されています。これらの疼痛の存在は QOL を低下させ、BPSD の出現に関与しているだけでなく、うつ症状にも連動しています。一方でそれら疼痛に関して不十分な介入しか行われていないとの報告もされています。その原因の一つは、特に進行した認知症患者が主観的な疼痛の表出が困難なことが挙げられています（認知症の疼痛評価に関しては他項を参照）。

疼痛に対する治療は、まずはその原因を特定することではありますが、特定ができなかったり、さらに原因を除去することが困難であったりする場合も多いです。特に慢性的な疼痛の場合はそれにあたります。非薬物療法としてはマッサージ（指圧）、温（冷）湿布、音楽療法、個別の環境の改善などがありますが、その「効果は限定的です 23)。疼痛の軽減が図れない時は速やかに薬物療法を考慮すべきです。

薬物療法としてはまずは比較的副作用が少ないアセトアミノフェンが一般的には推奨されません。疼痛の有無にかかわらず進行した認知症にアセトアミノフェンの投与により行動症状の軽減が図られた、との報告もありますがエビデンスとしては弱く、痛みの存在を推定せずに使用することは推奨できません 18)。アセトアミノフェンの効果を見ながら、無効な場合はオピオイド、特に短時間作用型のものを最初に試みます。経口薬の使用が難しい場合は貼付剤を使用します。認知症に特化したものではありませんが高齢者の慢性疼痛管理の指針が米国老年医学会から出されており、それによるとアセトアミノフェンを 325～500mg/4 時間ごと、または 500～1,000mg/6 時間ごと（最大量 4g/日）としています 24)。あくまで

も体格の異なる米国の指針であり、日本人高齢者の場合、特に EOL 期では体重減少を認めることが多いこともあり、その半分量を想定して、最大量は 2g/日程度と考えてください。Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) や Cyclooxygenase-2 (COX-2) 選択的阻害薬は高齢者にとっては、胃腸障害、血圧、心機能、腎機能への影響が大きく、できるだけ避けるべきとされています 24)。

ii) 便秘

進行した認知症の便秘に関しては様々な要因がある可能性があります。まずは高齢者自体が腸の動きが不活発となり便秘を起こしやすく、BPSDや疼痛への対応のための非定型精神薬やオピオイドの使用をはじめ、使用している薬剤の影響を受ける可能性があります。また、認知症の中のレビー小体型認知症やパーキンソン病に伴う認知症の場合は自律神経障害によって便秘を生じやすくなります。便秘により排便困難を伴う場合は排便行為自体が衰弱している認知症患者の体力を消耗させてしまいます。

器質的疾患（悪性腫瘍による腸の閉塞など）が無く機能性便秘という前提では通常の便秘解消法である食事内容の改善（食物繊維の多い食事）、飲水、運動、排便習慣をつけるなどの一般的な便秘解消法を試みます。しかし、進行した認知症患者に実行することは難しいかもしれません。便秘を誘発している可能性のある薬剤をできるだけ避け、腹部のマッサージ、腹部を温めるなどをまずは試みます。効果が無い場合は、まずは浸透圧性下剤の使用を試み（酸化マグネシウムの使用は高マグネシウム血症に注意）、効果不十分な場合は大腸刺激性下剤を追加します。使用する際にはまずは少量から漸増します。経口摂取が出来ない場合は、自宅では使用しづらいですが坐薬、浣腸、摘便などを組み合わせて排便を管理します。服薬が可能な場合は漢方薬の大建中湯など虚弱な対象者には効果的かもしれません。オピオイドによる便秘は消化管などの末梢のオピオイド受容体へ拮抗作用のあるナルデメジンが使用できます 25)。

iii) 感染症

認知症の EOL 期における感染症としては尿路感染ならびに肺炎、特に誤嚥性肺炎が高頻度で観察されます。ただ、自ら訴えることが困難であり、錯乱や行動異常により発見されることも多いと

思います。一般には抗生剤の投与が使用されますが、認知症の EOL 期の肺炎に関しての抗生剤の使用に関しては議論があるところです。抗生剤の多くは経静脈的に投与され、進行した認知症患者にとっては点滴をされる理由も理解できずに点滴用の針を刺されるとい痛みを伴う介入を受け、しかも多くは点滴を維持するために身体抑制を強要される場合もあります 26)。しかも、必ずしも抗生剤が奏功するとは限りませんし、また一時的に回復したとしても、誤嚥による肺炎を何度も繰り返すこととなります。そのたびごとに衰弱し、苦痛を伴う医療行為がなされることとなります。従って、抗生剤により治療を施すべきか否かは、ACP により聴取した本人の希望や介護者とも十分に話し合いって個別に対応すべきだと思います。

iv) 痙攣（てんかん）

認知症の進行に伴いけいれん（全般性または部分発作）の出現が見られることがあります。てんかん自体は認知症の進行に悪影響を及ぼし、さらには転倒や外傷、死亡リスクを上昇させることが報告されています。特にてんかん発作の再発のリスクが高い場合は薬物療法の適応となります。抗てんかん薬としてはアルツハイマー型認知症に伴うてんかんに関してはレベチラセタムやラモトリギンが推奨されています 21)。一方、フェニトイン、フェノバルビタールやバルプロ酸は認知機能自体への影響や歩行不安定などを誘発しやすく、推奨されない薬剤として挙がっています 27)。日本のガイドラインではラモトリギンとガバペンチンの使用を推奨しています 7)。

v) 治療負担

認知症に限ったことではありませんが、EOL 期においては、疾病予防・治療や症状緩和のための介入が本人の負担（精神的ならびに身体的）になったり、苦痛になる可能性があります。延命を目的とした介入は言うに及ばず、可能な限り本人の負担に配慮した介入ケアが重要です。EOL 期では服薬をすること自体が負担であり、通常の予防目的の介入も可能な限り撤退することを考慮する必要があります。また、絶えず投与中の薬剤の必要性を考え、できるだけ投薬を少なくする行為が必要です。QOL に対して効果が少なく負担が多い人工的水分栄養療法、血液検査、身体抑制は可能な限り避け、QOL 低下に大きく関与する不穏、疼痛、便秘などに対する介入に重きを置くことが重

要です。

2) 「3) 療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」

緩和ケアが関わる認知症患者が急性期病院に入院する原因は、予期せぬ疾患や外傷（脳血管障害、虚血性心疾患、転倒による骨折など）、その他様々な急性期疾患、特に感染症や、さらにはもともと持っていた慢性期疾患（悪性腫瘍、慢性心不全など）の悪化などによるものが多いと思われまます。現在病院の機能分化が進み、急性期病院の主な役割は、その入院の原因となった症状・疾患を精査して、その疾患や外傷の治療を行うことです。残念ながら認知症のケアや看取りを行うことを想定されていない医療機関と言えます。

急性期病院では入院の原因となった症状の精査や疾患・外傷の治療を進めるにあたり、その行程や医療方針の説明を患者本人や介護者（主に家族）に行い、それぞれに対して同意（インフォームド・コンセント）を得ながら、医療を進める必要がありますが、進行した認知症患者にそれを求めることが難しいことが多くあります。介護者（多くはご家族）にとっても、ご本人の意向などの事前情報が無い時には意思決定が難しいことが珍しくありません。

進行した認知症の場合、その余命は限られており、現在の急性期疾患が治療できたとしても、治療による負担、侵襲はさらに認知機能の低下を進め、身体機能にも影響を与え、かえって余命を短くする可能性もあります。さらには残り少ない家族と共に過ごす時間に制限を与える可能性もあります。また事前に ACP などを経て本人の医療に対する希望や優先順位の情報が無かったとしても、日頃の本人の言動や態度から本人の望むであろう医療をご家族と共同で推測をして、方針を決めていくことも必要な場合があるかもしれません。この行為自体も ACP であり、医師とご家族だけではなく、状況が許せば認知症患者自体、さらには担当看護師などの複数のスタッフが関与することが重要です。この院内で行う ACP は介護者（家族）にとっても後日に、その方針決定に後悔や思い煩うことを少しでも減らすためにも重要であると思えます 28)。

入院中のせん妄の出現は高齢者全般に起こりやすいことですが、特に進行した認知症患者には高頻度で出現します。入院中のせん妄対策に関

してはまず進行した認知症患者に関しては高い確率でせん妄を起こすことを予測して、できるだけそのリスクを排除し、予防に努める必要があります。薬物によるせん妄のリスクを減らすために、そのリスクのある薬剤の使用にも配慮が必要です。

認知症患者に限ったことではありませんが、急性疾患の治療のみが急性期病院の役割ではなく、退院先の選定やその退院先の医療またはケアにしっかりと情報共有をはじめとする医療・ケア情報の橋渡し作業が必要となります。急性期病院のみで医療・ケアは終結するわけではなく、引き続き次の医療現場でも継続医療・ケアが必要な場合が多くあり、またこれらの連携も医師のみではなく、看護師、理学療法士をはじめとする多職種間の連携も重要です。また退院先も、亜急性期病院、慢性期病院、自宅（訪問診療、訪問看護）、介護施設など多岐にわたります。

現在ではほとんどの急性期病院で退院支援部門が存在し、主にそこが連携業務を行うこととなります。医療行為の連携のみならず、病院内で話し合われた意思決定の内容やそのプロセスなども重要な情報であり、次の現場に引き継ぐ必要があります。

D・E. 考察と結論

認知症の EOLC の充実には認知症という、徐々に自らが意思決定を行うこと自体が困難になる疾病の特殊性から、通常の疾患における EOLC の進め方とはかなり異なる点が存在しているのは明らかである。当該研究班の成果としての総説「認知症の人への Advance Care Planning の現状とその役割—ナラティブレビュー」6)は EOL を見据えた認知症患者を対象とした ACP の現状や問題点などが明らかにしたとともに、認知症患者に対する ACP の重要性や、その克服すべき問題点も明らかにすることができた。当該研究班の成果を総説として公表することにより、この認知症患者を対象とした ACP の理解が深まり、医療・介護の現場における ACP の取り組みが加速されることを期待する。

「認知症の緩和ケア実践ガイドライン(案)」で当該分担研究者が担当した「10.認知症(BPSD含む)の治療」ならびに「3)療養場所による緩和ケアの違い」になかで「急性期病院」では認知症の「治療」(特に薬物治療)や認知症患者が何らか

の急性疾患の罹患のために急性期病院に入院したさいの対応や問題点を記載した。

認知症自体の薬物療法は EOL でのそれら継続してきた薬物療法の撤退が問題となる。また、周辺症状や疼痛なども基本的には非薬物療法が選択されるべきではあるが、その症状緩和に対しては有害反応とのバランスを考えできるだけ苦痛を摂ることを優先し治療すべきと思われる。

急性期病院では受診、入院した原因疾患の治療が積極的になされる医療機関であることをまずは認識すべきである。従って、ACP などを通じて、急性期疾患に罹患した場合にどのような医療を行うのかなども話し合われる必要がある。患者や家族が望まないような医療が施されることが避けるため、また急性期病院を受診・入院したが、結局積極的な治療を望まないことが後にわかり、何もせずに退院するなど認知症患者自身の負担を軽減する上でも、救急医療現場の負担を軽減する上でも避けたいものである。

引用文献

- 1) Davies N, et al. Quality end-of-life care for dementia: What have family carers told us so far? A narrative synthesis. *Palliat Med.* 2014 28(7):919-930.
- 2) Evers MM, et al. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. *Psychiatr Serv.* 2002;53(5):609-13.
- 3) McCarthy M, et al. The experience of dying with dementia: a retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997;12(3):404-9.
- 4) World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2023 Apr 6]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=6824BB66A3FB83FC03C5F073C69545DB?sequence=1>.
- 5) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2019 [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>.
- 6) 葛谷雅文, 他. 認知症の人への Advance Care Planning の現状とその役割—ナラティブレビュー—. *日老医誌* 2023 ; 60 : 201-213.
- 7) 日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン、https://www.neurology.jp/guidelinem/nintisyo_2017.html
- 8) Parsons C, Lim WY, Loy C, et al. Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2(2):CD009081.
- 9) Niznik JD, et al. Impact of deprescribing AChEIs on aggressive behaviors and antipsychotic prescribing. *Alzheimers Dement.* 2020;16(4):630-640
- 10) Niznik JD, et al. Risk for Health Events After Deprescribing Acetylcholinesterase Inhibitors in Nursing Home Residents With Severe Dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(4):699-707.
- 11) Parsons C, et al. Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors or memantine or both, in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2(2):CD009081.
- 12) van Dyck CH, et al. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med.* 2023;388(1):9-21.
- 13) Wang C, et al. The management of dementia worldwide: A review on policy practices, clinical guidelines, end-of-life care, and challenge along with aging population. *Biosci Trends.* 2022;16(2):119-129
- 14) National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2007.
- 15) Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence

- (NICE); 2018 Jun.
- 16) Burley CV, et al. Nonpharmacological approaches reduce symptoms of depression in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2022;79:101669.
 - 17) Bjerre LM, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician.* 2018;64(1):17-27.
 - 18) Frederiksen KS, et al. A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. *Eur J Neurol.* 2020;27(10):1805-1820.
 - 19) Lee J, et al. Traditional East Asian Herbal Medicine Treatment for Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmaceuticals (Basel).* 2022;15(2):174.
 - 20) Mühlbauer V, et al. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;12(12):CD013304.
 - 21) McCleery J, et al. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11(11):CD009178.
 - 22) Van Leeuwen E, et al. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD007726.
 - 23) Saragih ID, et al. Efficacy of non-pharmacological interventions to reduce pain in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2023;32(15-16):5286-5299.
 - 24) American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Pain Med.* 2009;10(6):1062-83.
 - 25) Candy B, et al. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;9(9):CD006332.
 - 26) Heerema E. When to Use Antibiotics in Late-Stage Dementia. <https://www.verywellhealth.com/antibiotic-use-in-advanced-dementia-98209>
 - 27) Purushotham M, et al. The Association Between Alzheimer's Disease and Epilepsy: A Narrative Review. *Cureus.* 2022;14(10):e30195.
 - 28) 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」. https://www.jpn-geriatrics.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf
- F. 健康危険情報
特になし
- G. 研究発表
1) 論文発表
葛谷雅文, 他. 認知症の人への Advance Care Planning の現状とその役割—ナラティブレビュー—. *日老医誌* 2023 ; 60 : 201-213.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
特になし