

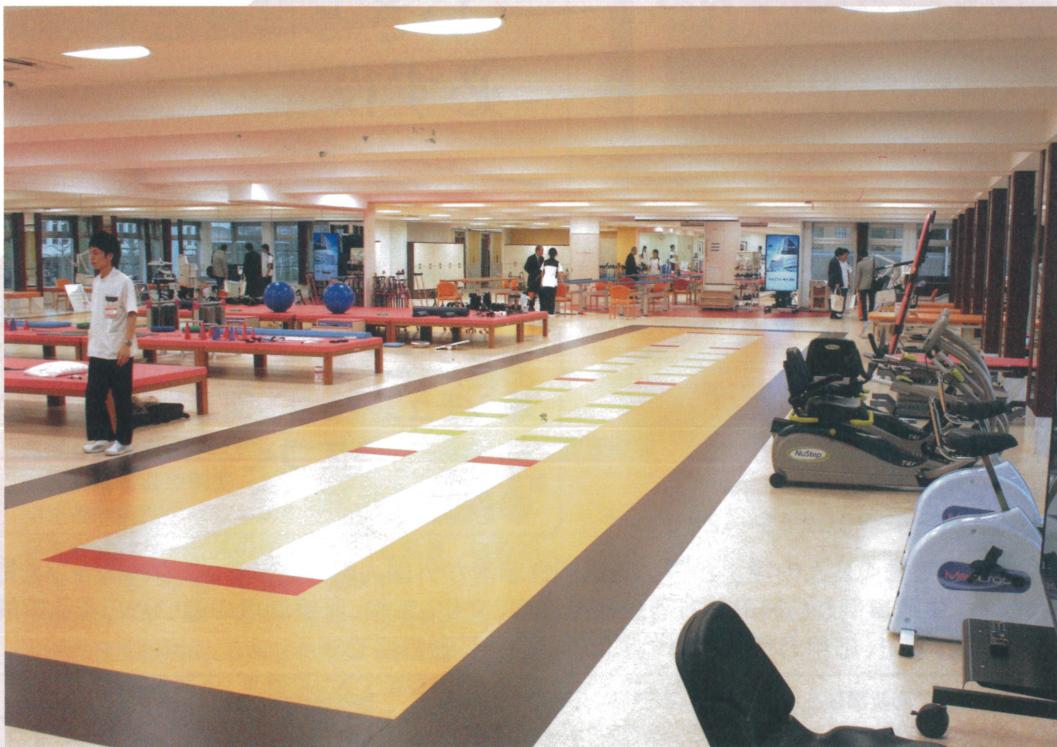
医療タイムス

週刊医療界レポート

2016.2/29 No.2245

特集

在宅復帰のリハビリテーション 施設・地域の多職種連携が大きな鍵に



特別企画

抗認知症薬の適量処方を実現する会 特別セミナー
**医師の裁量権・処方権を
抗認知症薬にも認めるべきだ**

ケーススタディ経営改革力

電子カルテ化の取り組み
業務改善につながる効果を目指して
医療法人翔南会 翔南病院

Top News

軽度者サービスの見直しへ、介護保険から除外も 厚労省
外国人の訪問介護、解禁へ 厚労省

医師の裁量権・処方権を 抗認知症薬にも認めるべきだ



認知症という言葉が登場してさほど時間は経たない。本当の専門医の育成は端緒に付いたばかりだという。一方で、医師の裁量権・処方権を奪う増量規定という問題もある。2月7日、抗認知症薬の適量処方を実現する会が開いた特別セミナーでは、認知症の考え方、薬とのあるべき関係が語られた。

取材●田川丈二郎

目の前の患者に薬の効果はどうなのかを観察する必要がある

わずかな経験であっても 認知症にかかわっていける

笠間市立病院医師の白土綾佳氏は、「認知症は町医者にまかせろ一町医者主導の認知症診療」と題して、白土氏自身が経験した症例を報告した。

現在白土氏の元に通うのは、高血圧や糖尿病などのプライマリ・ケアの患者と、あとは認知症患者だとう。割合としてはほぼ1対1ということだ。

白土氏が認知症に深くかかわったのは、2年目。自ら「少々心もとないと思われるかもしれないが」と言いつつも、「わずかな経験であっても認知症にかかわっていける」ということが、今後の認知症爆発社会と言われる状況に対するキーワード、処方せんになるのではないか」と指摘した。

初心者であるのになぜ治療がうまくいったのか。白土氏は、「ひ

笠間市立病院医師 **白土綾佳氏**

と言でいてしまえばコウノメソッド^{*}の治療をしたから」と言い切る。

白土氏は、自身が経験した症例を1つ報告した。初診時74歳の女性で、2007年と09年に原因不明の意識障害で総合病院に緊急搬送された。10年には、床下に水たまりがいっぱいあるという幻視症状が出現した。幻視症状はレビー小体型認知症で見られるといわれている。さらに12年には、法事の席で献杯用に用意されていたお酒を、始まる前に皆にふるまってしまうという失態を犯すなど、おかしな行動が見られるようになった。その後脳神経外科でアルツハイマー型認知症との診断を受けた。実はその直前に行った長谷川式ではさほど点数は落ちていなかったことから、認知症ではないと診断されていた。しかしう1度実施したところ、点数が悪化しており、改めて認知症といわれたという。MR Iでは海馬が委縮しているから、アルツハイマー型であろうと診断された。



白土綾佳氏

「町医者こそ認知症患者をよく診られる」と白土氏は語った



※コウノメソッドとは、認知症治療の第一人者である医師、河野和彦氏(名古屋フォレストクリニック院長)が提唱・実践する認知症に対する治療体系。診断や症状評価に応じたきめ細かな薬物療法により、症状の改善例を多数生み出してきた。河野氏はコウノメソッドを全国に広げようとマニュアルを公開。また、「コウノメソッド実践医」への登録を呼びかけている。

增量規定に従つたことが 症状悪化の大きな原因

ここで認知症の中核症状を改善するアリセプトの服用を3mgから開始し、增量規定によって2週間後に5mgに自動的に増量された。薬の服用を開始して半年後によく転ぶようになった。この段階で長谷川式の点数を確認したところアップをしており、主治医は「薬が合っているから症状が改善している」と診断した。ただ家族の実感としては、「全くよくなっているとは思えなかった」という。

14年2月には、長谷川式の点数が下がり、医師から

は薬の増量を勧められ、3mgから5mg、5mgから8mgへと増量。その結果食欲が低下し、全く食事が摂れなくなり、家族は医師にアリセプトの量を5mgに減らしてもらった。ただこのときには歩行障害、認知機能の低下などが急激に悪化していたという。

15年2月、家族の希望で薬をリバスタッチに変更。4.5mgから增量規定により9mgに増え、このときまでは家族の印象としては認知機能が改善していった様子があったというが、その後13.5mgまで増えたときに再び食欲が低下し、尿失禁も増えた。いたたまれず家族が薬の量を以前に戻すことを求めたが、主治医は「薬は最高量まで増やすことに決まっている」と返答。ここで家族は主治医に見切りをつけ、白土氏の外来を訪れたという。

白土氏はいう。「この治療でなにがいけなかつたか」というと、增量規定に従つたことが大きな原因ではないか。白土氏によれば、認知症中核薬を増量する際には、「効いたら止めろ」が鉄則だという。薬の効果は釣鐘上に現れ、至適量を超えると悪化することもあるのだ。そのことを白土氏は、「体重33kgの88歳女性と、体重80kgの62歳男性と同じ薬の量でいいのか」と表現する。その上で、標準的な使い方の目安を知ることは大事だが、目の前の患者にとってはどうなのかをよく観察していくことが必要だとした。「薬は本来患者を救うために開発してきたものであり、工夫して使うことによって患者自身をよりよくすることはできる。ゆえに敵視することはないが、使い始めたら薬を疑つていくことも必要となる」とし、「足し算だけではなく、引き算の発想も大切ということだ」と訴えた。

少量投与でも効果がある患者は 間違いなく存在する

抗認知症薬の適量処方を実現する会 代表 長尾和宏氏

認知症は生活障害 サポート次第で在宅生活は可能

抗認知症薬の適量処方を実現する会代表を務める長尾和宏氏は、まずは認知症診療の在り方について言及した。長尾氏は、認知症は在宅医療で診るべきではないかという。長年地域の開業医として認知症診療に取

り組んできたからこそ、精神科の病院や施設に入れるのではなく、「最期まで在宅で暮らすことができ、もちろん子どもが遠方にいる独居高齢者であっても在宅で暮らすことができる」と強調した。つ



長尾和宏氏

まり認知症は、基本的には生活障害なので、1人で生活できなくなるが、そこさえサポートできれば死ぬまで在宅で暮らせるというのだ。

在宅医療の中で、長尾氏は必ず冷蔵庫の中を見る。そこではインスリンが大量に置いてあることもあった。その高齢者は、大学病院の糖尿病内科に通院しているが、「医師からインスリンを打てと言われるが患者は打ててない。というか、打てない。むしろ打ったかどうか覚えていないというのが実態だ」。つまり認知症なのである。ともすれば大学病院や総合病院は診療科が細分化されているので、糖尿病の主治医は血糖値しか診ておらず、認知症であるということに気づいていないというのだ。

もっと言えば、胃ろうが造設されているのに、インスリン注射を打てと言われる患者もいるという。胃ろうで摂取カロリー量を調整すればいいのではと長尾氏は思うのだが、胃ろうでは決められたカロリーを、その上でインスリンを複数回打たなければならないという現実があるという。結局タテ割りであり、複合的に見ていくことができない。

長尾氏は、「びっくりするような現実が、ごろごろ転がっている。気づかないのは、病院の医師だけだと指摘した

その上で長尾氏は、認知症という言葉ができるまだ10年程度であることを強調した。つまり、認知症の専門医がいまだ存在していないのが現実というのだ。現在は認知症診療は、ある病院は精神科医、ある病院では神経内科医、他の病院では内科医など決まっていない。例えば精神科医は統合失調症やうつ病が、神経内科医は神経難病が得意であり、その得意分野から認知症にアプローチすることとなる。認知症を専門的に研究している医師は多くはないということだ。

患者に合った薬量の発見こそが 医師のさじ加減

現在認知症は、アルツハイマー型、レビー小体型、ピック病、脳血管性認知症を四大認知症と呼ぶが、長尾氏が強調するのは、認知症などの病名はさして重要なことだという。病名は変わるものであり、アルツハイマー型が一生そのままは限らず、症状への対応こそが必要となるのだ。

ピック病は、行動的な症状が特徴とされている。ア

大盛況となった会場。東北からの来場者もいた



ルツハイマー型はかなり落ちこむ症状が見られる。そのとき行動的な副作用があるアリペストを服用するとどうなるか。ますます問題行動を起こすこととなる。

その一方で、抗認知症薬であるアリペストが発売されて15年が経った。添付書類によればアリペストは3mgで投与を開始し、2週間経ったら必ず5mgにしなければならない。高度認知症になれば10mgの投与をすることとなる。增量規定だ。ほかの抗認知症薬リバスクチグミン、レミニール、メマリーについても同様の增量規定がある。

しかしこれは長尾氏自身が経験したことであるが、アリペスト3mgで投与した際には何も起こらなかつた患者が、5mgにしたら怒りっぽくなつた。長尾氏は当然3mgに戻したのだが、レセプト的には、5mgで怒り出したり3mgに戻しましたとコメントを記入しても査定されて認められない自治体が存在しているという。

「そもそも脳に作用する薬は非常に個人差がある。例えばモルヒネなどは、1で効く人もいれば、10必要な人もいる。その人に適した至適量設定を探すことが必要だが、その人その人に合った量を見つけることが、まさに医師のさじ加減のはずだ」と長尾氏は述べる。事実、1979年には医師の処方権・裁量権について、それを認めるとの厚生大臣（当時）の回答があり、さらには2002年に改めてその確認を厚労省にしたところ、「効能効果などにより機械的に判断するのではなく、（中略）個々の症例に応じて適切に判断されるべきもの」との回答があった。

長尾氏は、「少量投与でも効果がある患者は間違いなく存在する。その一方で、保険では少量投与が認められていない」と強調。医師の裁量権を抗認知症薬にも認めるべきであると改めて訴えた。