

週刊 日本医事新報

No. 4776

2015/11/7

11月1週号

p19 特集

乳幼児の喘鳴を鑑別する

- 乳幼児の喘鳴を鑑別するために必要な病態の知識(西田光宏ほか)
- 乳幼児の喘鳴を鑑別するために必要な薬物療法の知識(望月博之)
- 乳幼児の喘鳴を鑑別するために必要な肺聴診の知識(高瀬真人)

p1 巻頭

- 外来診断学: 2カ月前から増悪する指趾壊疽を主訴に受診した71歳男性(生坂政臣ほか)
- プラタナス: 裏側に隠されたもの……(朝倉健太郎)

p8 NEWS

- 診療所は微減、病院は赤字拡大—医療経済実態調査
- まとめてみました: 骨粗鬆症患者のBP製剤休薬で顎骨壊死が予防できるの?
- OPINION: 長尾和宏の町医者で行こう!!
- 人: ビッセン宮島弘子さん

p43 学術

- 今日の新しい臨床検査—選び方・使い方⑧
膠原病・自己免疫疾患(小柴賢洋)
- J-CLEAR通信: 医薬品の市販後安全対策(俵木登美子)
- 他科への手紙: 内科→救急部(有岡宏子)
- 差分解説: 妊娠と甲状腺機能低下症 他8件

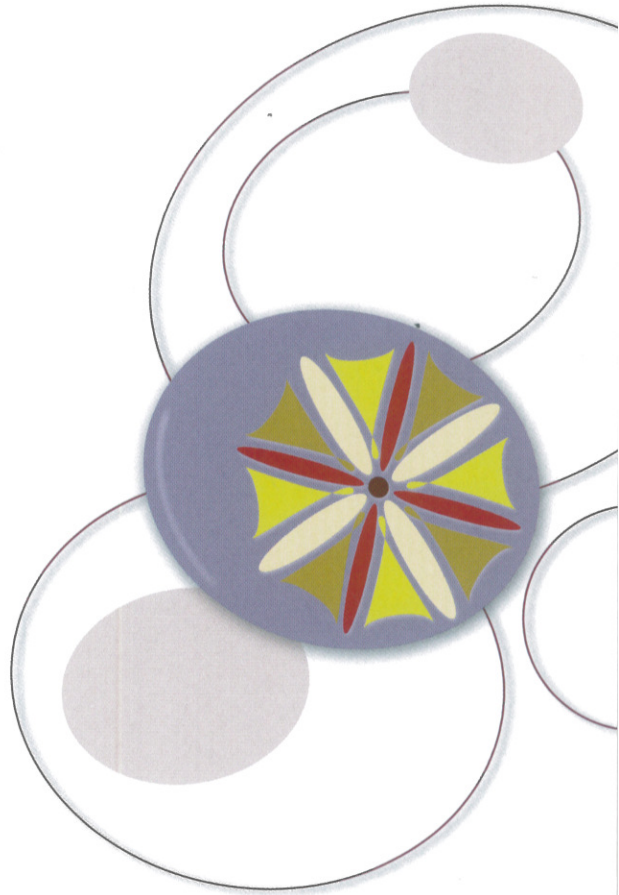
p60 質疑応答

- Pro⇔Pro: 花粉飛散時期に咳嗽を訴える非喘息患者の治療薬選択 他4件
- 臨床一般: 総コレステロールをわかりやすく説明するには? 他3件
- 法律・雑件: 自殺企図時の状態の診断に妥当性はあるか? 保険は適用される?

p72 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ● エッセイ ● ええ加減でいっちゃせ!
- 新薬FRONTLINE ● Book Review ● 私の一冊(阿部恵一郎)
- Information ● クロスワードパズル ● 漫画「がんばれ! 猫山先生」

p83 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



尾崎 癸



長尾和宏の

まちいしゃ 町医者で 行こう!!

第55回

「抗認知症薬の増量規定と個別化医療」

4種類の抗認知症薬と増量規定

認知症とその予備群を合わせて800万人という時代を迎えた。日本ではアルツハイマー型認知症(AD)に対して現在、ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンの4種類の抗認知症薬が保険適用である。いずれも認知機能やADLが低下する勾配を緩やかにするというエビデンスがある。しかし抗認知症薬は降圧剤や血糖降下剤と違い、飲んですぐにその効果を実感できるものではない。年単位で見て進行を遅らせるという薬であるので、家族から「治るのですか?」と聞かれたら、「改善を実感できる人もいますが、あくまで長い目で見て効果があるという薬です」と説明している。

ドネペジルの場合「1日1回3mgで開始して1~2週間後には5mgに増量する」という規定がある。5mgで効果不十分な場合や、高度認知症には10mgへの増量が推奨されている。添付文書には「なお、症状により適宜減量する」とのただし書きがあるものの、実態は異なっている。他の3つの抗認知症薬においてもドネペジルにならい3~4段階の増量規定が定められている。

レセプト査定の現状はさまざま

ドネペジル3mgで調子が良くても、5mgに増量した途端に明らかに興奮する人が存在する。また暴力、歩行障害、嚥下障害などで介護負担が増大することも少なくない。本来、こんな場合は薬を減量ないし中止すべきで、レセプトの摘要欄に理由を書けば3mgに戻すことが認められている都道府県が多いという。しかしコウノメソッドの提唱者である河野和彦医師は、レセプトの摘要欄にコメントを書い

たにもかかわらず「査定」をされ続け「損害額」は約400万円にも上るといふ。私自身も同様の経験をしてトラウマになっている。知人に聞いてもさまざまな声があり、現状、レセプト査定状況は地域や審査員によりかなりばらつきがあるようだ。「従わないと査定されるかもしれない」という意識があるので、増量規定に従っている医師が多い。

河野医師は2007年からドネペジルの増量規定が生み出す諸問題を指摘してきた。本来なら減量ないし中止を考慮すべき場合に、逆に「薬が効いていない」と判断して10mgに増量する医師のほうが圧倒的に多い。するともちろん易怒性はさらに激しくなり、強力な鎮静剤や向精神薬が必要となる。するとフラフラして転倒→寝たきり→食事量低下→胃瘻という循環に入る。つまり増量規定による「造られた認知症」、さらに言えば「医原病としての認知症」が増えているのではないか。

本来、脳に作用する抗認知症薬こそ、その時のその人に合う量を探さじ加減が大切で、個別性が求められる。しかし4種類の抗認知症薬は、いずれも3~4段階の増量規定が定められ、それに縛られているのが現状だ。

新オレンジプランへの違和感

認知症という言葉は誕生してまだ10年たらずだ。一方、10年前までは「ボケ」や「痴呆」だったことを知らない医療・介護職が大勢いるのもまた驚きだ。それどころか最近、「ボケ」が差別用語になったと聞き呆れている。ちょっと前まで「ボケ」で済まされていたものが、ある時から「病気」に格上げされ、早期診断して治療と管理をしなきゃ、と国は

謳っている。今年から始まった“新オレンジプラン”には違和感がある。

「ボケ」が「医療化」された理由のひとつは抗認知症薬の登場であろう。病気に昇格した途端に巨大な薬の“市場”が生まれる。たしかに若年性認知症の方は病気である。しかし90歳の陽気な老人が短期記憶を保持できないことはとても病気とは思えず生理現象なので、「ボケ」の方が相応しいのではない。認知症と単なる物忘れは別物で、日常生活に支障を来す状態になってはじめて認知症となる。ただし両者には連続性がある。

そもそも認知症は何十もの病気の総称である。認知症＝ADではない。約半分を占めるとされるADが抗認知症薬の保険適用である。しかしうつ病をADと誤診されドネペジルを投与されている人がいる。あるいは前頭側頭型認知症(FTD＝ピック病)であるのにドネペジル10mgが投与され暴れ回っている人を診た。もちろんドネペジルの中止ですぐに穏やかに戻った。その専門家はピック病であることは診断していたが、ドネペジルが適用外ないし禁忌であることを知らなかった。このように専門家であっても誤診・誤処方が多い。そんな想いから『家族よ、ボケと闘うな！ 誤診、誤処方だらけの認知症医療』という本を書いた。

認知症療養に医療が占める割合はどれくらいとイメージするだろうか。5%以下という医者がいる一方、95%が医療、薬だという専門家もいる。これは凄い認識のギャップだ。“新オレンジプラン”では、早期に専門家に紹介して認知症との診断を受け、抗認知症薬を開始することになる。私は、在宅で診ている認知症の人がプランの網にかからないことを願っている。その網にかかると、行き先は介護施設や精神病院。これは地域包括ケアが目指す方向とは真逆ではないか。一方、介護施設での人手不足は深刻で、介護の質が担保されていない現状は、報道されている通りである。これも『ばあちゃん、介護施設を間違えたらもっとボケるで！』に書いた。

「抗認知症薬の適量処方を実現する会」設立の経緯

抗認知症薬の増量に伴い出現する「興奮や易怒」は家族から見れば副作用であろう。暴れるため泣く泣

く施設や精神病院に入れたと悔やむ家族が多数いる。しかしある専門家はNHKのテレビ番組で「易怒は副作用ではなく主作用なので中止してはいけない。飲み続けることが大切」と説いていて驚いた。そんな専門家に教育されている開業医は易怒を診た時に薬を中止どころか逆に増量し、さらに深刻な事態に陥る。最近、注目されているレビー小体型認知症(DLB)にも昨年9月からドネペジルの処方が認められた。しかし薬剤過敏性が特徴のDLBでもドネペジルは3mgから開始し、5mg、10mgに増量、減量は5mgまでしか認められていない。これは少量投与で十分な患者が大半であるとする河野医師の経験と全く矛盾している。

がん性疼痛にはそれを抑えるオピオイドの至適用量設定(タイトレーション)が医師の裁量下に行われている。同様に脳に作用する抗認知症薬もその時々個性性を重視したさじ加減が大切であろうが画一的な増量規定に縛られている現実がある。認知症の個別化医療のためには介護者の視点から見た抗認知症薬の新たなエビデンス構築が急がれる。それにより無駄な医療費も削減可能となる。また住み慣れた地域で最期まで暮らす、という地域包括ケアの理念にも合致する。つまり、①抗認知症薬の増量規定に従うと不幸になる人が少なからず存在する、②至適用量は大きな個体差があり少量でも効果がある人が存在する、③抗認知症薬が全く必要ない人も多く存在する—ということである。

以上の経緯から一般社団法人「抗認知症薬の適量処方を実現する会」を立ち上げ11月23日(祝)に都内で設立総会を開催する。本会はホームページ上で活動が主体となる。抗認知症薬の副作用の実態調査を行い適量投与に関するエビデンスの構築と提言を行う。詳しくは同日に発売予定の拙書『認知症の薬をやめると認知症がよくなる人がいるって本当ですか?』(現代書林)で述べる。この拙文を読んで頂いている先生にも本会にご入会頂き情報提供をお願い申し上げたい。認知症の個別化医療に少しでも寄与できれば幸いである。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外來・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『犯人は私だった！ 医療職必読！「平穩死」の叶え方』(日本医事新報社)など