

きらめき

プラス

Vol.54 皐月

梅左の六花八葉集その五
文楽

時代劇と能楽の融合

劇団グスタフ

堀川登志子

質問

閉塞性動脈硬化症で筋力が低下し、歩行困難のため車イスで生活している母(87歳要介護4)の介護をしています。父が3年前に亡くなり、母と実家での二人暮らしですが、近くにいる妹(結婚して子どもが二人います)がほぼ毎日のように手伝いにきてくれます。ケアマネさんやヘルパーさんともとてもよくしてくれるので、今のところ介護疲れで倒れることもなく何とかやっていきますが、最近母の様子がおかしく、30分前のことも忘れてしまうような状況です。本人も言われると、そうだったなと思うのですが、仮に認知症であっても最後まで母を家で看取るために、何かアドバイスをいただけましたら、ありがたいのですが。よろしくお願い申し上げます。

在宅医療は 健幸医療

長尾 和宏

医療法人社団裕和会・理事長
長尾クリニック・院長



お答えします

ケアマネさんやヘルパーさんに恵まれたことは本当に良かったと思います。なかなかそうはいかないのが現実ですから。また妹さんとの関係性もいいことも良かったです。昨今は兄弟姉妹でも親の介護を巡って仲たがいたり、なかには訴訟に至るような例もあるので心温まるお便りです。

さてお母さまが、「30分前のことも忘れてしまう」とのご様子について。結論から申しますと認知症による症状の可能性がありますが、30分前のことを忘れるというのは、「忘れる」というより、「新しいことが覚えられない」「ない」「記憶の保持ができない」状態。これは短期記憶の中核である海馬の働きが低下したために起きる現象でアルツハイマー型認知症の中核症状が疑われます。しかし87歳という年齢はまさに日本女性の平均寿命であることから、病気というより「老化」や「老い」と表現したほうが適切かもしれません。その意味では定期的に往診してもらっている病院の先生の「特に問題はない」という表現は、ある意味正しいのか

もしれません。但しそれが分かかって言っておられるのか、分からずに言っておられるのかは判断できません。しかしもし分かった上でそのような声をかけてくれる先生であるのなら、まさに良医ないし名医だと思います。

年齢に応じて短期記憶が徐々に低下しても、日々の生活に支障が無ければ少なくとも認知「症」という病気とは言えません。その意味では貴方の認識も概ね正しいのかもしれない。ただそうした症状に気がついたのがごく「最近」であるのであれば、もしかしたら認知症以外の病気の可能性も充分あります。認知症の診断には最低、頭部CT、甲状腺ホルモンの測定、長谷川式やMMSEなどの簡易な認知機能検査の3つの検査が必要です。CTを撮ってみたら慢性硬膜下血腫があり血腫を除く手術を受けたら記憶障害がすぐに治ったとか、採血して調べたら甲状腺機能低下症(橋本病)だった、なんてことも時々あります。ただ87歳という年齢を考えるとそれ以上の詳しい検査はあまり意味が無いのではとも思います。しかし最低限の3つの検査だけは受けてお

ないと、大きな損をする可能性があります。主治医とよく相談して下さい。

さて、もしアルツハイマー型認知症と診断したら自動的に抗認知症薬を処方する医師にはくれぐれも注意してください。アルツハイマー型認知症には現在、4種類の抗認知症薬が保険適応ですが、これらの薬には驚くべきことに「増量規定」なる奇妙な規則が我が国にのみ存在していました(過去形)。「増量規定」とはたとえば、ドネペジルという薬の場合、3mgで開始して2週間後には必ず5mgに増量しなければならぬという規則のことです。同様に他の3剤にも3〜4段階の増量規定が定められています。もし興奮や易怒性や食欲低下などの副作用が出現した場合に3mgへ減量することは、たとえ医師がレセプト摘要欄にその理由を書いていなくてもつかの道府県においては認められていませんでした。実は他の3剤の抗認知症薬もたとえ途中で副作用が出ても減量せずに反対に必ず最高容量まで到達せよ、という決まりでした。

そもそも脳に作用する抗認知症薬のような薬こそ本来は個別化医療が必要なはずで

す。また高度徐脈など命に関わる副作用が出た場合は増量ではなく減量ないし中止すべきです。これは素人でも分かる理屈です。しかし残念なことに患者さんの個別性を勘案した処方認められていませんでした。それどころか高度徐脈などの重篤な副作用情報も広報されていません。高血圧や糖尿病治療薬は病態に応じて適宜増減できますが抗認知症薬だけは、医師の裁量もありませんでした。

そこで現場の医療・介護職と家族・市民が集まり、おかしなルールに異議を唱えるべく「抗認知症薬の適量処方を実現する会」を2015年11月に設立しました。私が代表理事になり全国各地で様々な活動をしてきました。その結果、2016年6月1日、ついに厚労省から「抗認知症薬の少量投与を容認する」旨の連絡が出て増量規定は撤廃されました。まさに「適量処方を実現」したのです。しかし大手製薬企業がスポンサーについている大手メデイアはこの朗報(当たり前のことなのですが)をほとんど報じていません。だから抗認知症薬の副作用を知らない上に、「増量規定」に従うべきだと盲信している臨床医が残念ながらいまだに多

いのです。その結果、抗認知症薬の副作用、
敢えて命名するなら「薬害・認知症」に苦し
められている本人やご家族が後をたたない
のが現状です。私の外来には抗認知症薬に関
する相談が全国から毎日舞い込みます。

私は「認知症の人に占める薬剤の役割は
5%以下である」とあちこちで繰り返し述
べ、書いてきました。認知症の人に必要な
支援とはその人ができないことだけを相手
のプライドを傷つけないように上手に支え
寄りそうことです。まだ自分でできること
はやった方が認知症の進行が遅くなりま
す。だからまだやれることまで手伝う過保
護はいけません。介護保険制度を上手に利
用して日々の生活をどう楽しむのかをケア
マネさんと一緒に考えてください。

そもそも人間の尊厳とは何でしょうか？
私は「最期まで口から食べること」、「たとえ
車椅子になっても外出できること」、「そし
て「できるだけ自力でトイレに通うこと」と
考えます。そうした尊厳や本人と家族の想
いを大切にしてくれるケアマネさんや介護
職に出会えるかどうか、今後の在宅療養
の大きな鍵になります。そのためには、私
の書いた本を参考にしてください。「ばあち

やん、介護施設を間違えたらもつとボケる
で！」とか「家族よ、ボケと闘うな！」(ブッ
クマン社)などを是非とも読んで下さい。認
知症ケアに関する生で具体的な情報を沢山
ゲットしておいて下さい。

そして最後のご質問「認知症であつても
最期まで家で暮らせるか」に対するお答え
は、「もちろん大丈夫！」です。しかしまこ
とに残念ながら病院の地域連携室のスタッ
フや開業医の中には「認知症になつたら在
宅は無理なので施設か精神病院へ」と信じ
ている人が沢山います。しかし現実は今も
違っています。私は300人も在宅患者さん
を診ていますが、大半が認知症がらみです。

「がらみ」というのは、お母さんの閉塞性動
脈硬化症と同様に糖尿病をはじめとする生
活習慣病や慢性心不全などの臓器不全症や
がんなどの合併症を持つているという意味
です。そしてなかには「おひとりさま」も沢
山おられます。いくら仲のいい老夫婦でも、
もし一人が亡くなればその日から「おひと
りさま」になります。そして90歳近くにな
れば大半の人は大なり小なり認知症になり
ます。世の中に沢山おられる「おひとりさ
まの認知症」は、24時間定期巡回型訪問介

護・看護という制度があるので最期まで自
宅で楽しく暮らすことができます。地域の
医療と介護が連携して見守り、自宅で看取
っている(平穏死)のが実態です。つまり「お
ひとりさまの認知症」であつても自宅で最
期まで普通に暮らしています。介護に疲れ
たらデイサービスやショートステイを最大
限活用して下さい。もしご家族が、それも
複数おられるのであれば、自宅での平穏死
は全く可能です。但し、以上のことに理解
のある医師が必要です。療養方針に賛同し
看取って頂かないといけないからです。医
師のお考えを識別するにはたとえば拙書や
この文章を読んでもらいその反応を観察す
ることで可能かと考えます。

本人が自宅での平穏死をいくら望んでい
てもご家族の意向で施設や精神病院に入れ
られる人が多いのも現実です。日本という
国は時に本人の意思よりも家族の意思の方
が優先される極めて珍しい国です。そして
子どもが我が親の尊厳を奪っている場合が
実に多いのです。だからこそ子どもがこう
した記事や書籍やネットなどで多くの認知
症療養に関する情報を得ておくことが大切
なのです。頑張ってください。