

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



今回は、岩手県奥州市在住の銀行にお勤めの59歳の男性からのご相談です。



父がガンで亡くなった昨年6月ぐらいから同居している母(82歳)が同じことを何度も聞いたり、話したりするようになりました。

加齢によるものと軽く考えていたのですが、心配した娘たちが母を認知症の専門病院に連れて行き、初期のアルツハイマー型認知症と診断されました。毎月定期的に受診して、昨年の12月までは病院から出る4種類の薬を服用していたのですが、今年に入ってからぼーっとしたり、イライラしたり、夜眠れない日々が続くようになったため担当医師に相談したところ、詳しい説明もないまま3月から薬が3種類増え、7種類になってしまいました。服用開始時にそれぞれの薬の内容、副作用などをお聞きしていたのですが、薬の量が減っていくことに不安を感じていた長女が「しばらく薬を減らすなり中止して、様子をみていただけませんか」とお聞きしても、(気のせいだと思うのですが)不快そうな表情をされ、「進行を遅らせるために、常に薬の効果と副作用をチェックしながら患者様の症状に合わせて処方しています。一時的に副作用はあっても、時間とともに落ち着いているので問題ありません」と言われただけで、その後、病院からは詳しい説明はありません。たくさん薬を服用していると身体の負担も大きく、副作用の危険性が高まるのではないかと娘たちも心配しています。また本当に薬を減らしたり、中止をするという選択肢は考えられないのでしょうか。わかりにくい文章で申し訳ございませんが、何かアドバイスなどをいただければ幸いです。宜しくお願い致します。

お答えいたします！

結論から申しますと貴方の考えが正しくて、そのお医者さんが言われる事は間違っていると思います。認知症の人が怒りっぽくなつた時にその原因として一番に考えないといけないのが、抗認知症薬の副作用や多剤処方の影響です。まずは抗認知症薬の減量ないし中止、そして多剤処方の改善、つまり減薬を考えることが重要です。火事に喩えるならば、火事が起きたら水をかけて消火をすべく、油を注いで炎上させるのは間違いです。でもそのお医者さんにはその知識が無いようで大変残念に思いました。

増量規定は撤廃された

医者に「認知症」と診断されたら誰もが薬を希望されます。現在、日本で保険適応になっている抗認知症薬は4種類あります。ドネペジル(商品名アリセプト)、ガランタミン(レミニール)、リバスタチグミン(リバスタチパッチ、イクセロンパッチ)、メマンチン(メマリ)。これ

らは、認知症の進行を抑制するということで保険適応になっていますが、抗認知症薬を飲み始めたら怒りっぽくなったという人が少なからずいます。NHKの認知症啓発番組では専門医が「怒る元気も無かった人が怒る元気が出たことは良いことなので絶対に中止してはいけない」と繰り返し述べていました。実はこの考えの根底には「抗認知症薬の増量規定」なるものがありました。

4種類の抗認知症薬はいずれも少量から開始したら必ず2〜4倍まで増量しなければならぬという「規定」がありました。たとえばドネペジル(商品名アリセプト)の場合、3ミリグラムで開始して2週間後には必ず5ミリグラムに増量しなければならぬ、と。しかし3ミリグラムで調子が良くて5ミリグラムに増量した途端に興奮、暴力、歩行障害などが起きて介護負担が増えることが少なからずありました。本来こんな時は3ミリグラムに減量ないし中止すべきでしょうが、増量規定がそれを許しませんでした。逆に「薬が効いていないので10ミリグラムに増

量だ」という考えの医師もいました。減量と反対に増量すると、当然ながら易怒性はさらに激しくなり、強力な鎮静剤が必要になります。すると、ふらつき→転倒→骨折→寝たきり→食事量低下→胃ろう、という悪循環に陥ることがあります。あるいは暴れるため泣く泣く施設や精神病院に入ることになります。本来、脳に作用する薬こそサジ加減が重要で最も個別化医療が必要な病態のはずです。でもそれが叶わない現実がありました。

そこで私は山東昭子参議院議員を顧問に迎え「一般社団法人 抗認知症薬の適量処方を実現する会」を設立しました。同会のホームページ上で抗認知症薬の副作用情報の収集を開始したところ多数の副作用情報が寄せられました。いずれも抗認知症薬の減量ないし中止で穏やかな状態に戻りました。抗認知症薬には易怒性や歩行障害という副作用があること自体を知らない医師も多かったです。いずれにせよ抗認知症薬の増量規定は撤廃されました。しかしそもそも認知症≠抗認知症薬ではあ

りません。四つの抗認知症薬はアルツハイマー型認知症が適応病名です。ただしドネペジルだけはレビー小体型認知症にも投与できますが、他の三剤は適応ありません。また前頭側頭型認知症(ピック病)は適応がないばかりか有害です。

「薬害認知症」から逃げる

2018年6月、フランス厚生省は抗認知症薬に関する重大な発表を行いました。アルツハイマー型認知症の治療薬4種を保険適用から外すというものでした。「これらの薬を使うことで症状の緩和、死亡率の低下といった良い結果が得られる証拠は不十分である一方、有害事象の多さは無視できない」という理由でした。一方日本では、フランスと異なり抗認知症薬偏重の医療が現在も行われています。

私は多剤処方による認知症と抗認知症薬の副作用による認知症を総称して「薬害認知症」と呼んでいます。本来、薬の処方は、本人の年齢、体重、症状、感受性などに応じて医師が適量を模索するべきです。しかし認知症医療においては

異常事態が16年以上も放置されてきました。詳しい事情は拙著『認知症の薬をやめると認知症が良くなる人がいるって本当ですか?』、『抗認知症薬の不都合な真実』(いずれも現代書林)や『その症状、もしかして薬のせい?』(セブン&アイ出版)などを参照ください。

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?

僕が「コウノメソッド」で変わった理由

「認知症の薬をやめると認知症がよくなる人がいる」というのは、決して落語の話ではない。そんなおかしな話があるのが今の認知症医療の現状なのだ。本書は今の認知症医療(診断と処方)が抱えるさまざまな問題点を、町医者(長尾)と介護ライター(東田)の立場から実証的に列挙し、改善するための方法論を提言している。



著者：長尾和宏 東田勉
出版社：現代書林
価格：1,540円(税込)

きらめき⁺プラス

Volunteer

2022 June Vol.93



思い切って飛び込んだら
新しい世界が広がった

山田 火砂子

虐待サバイバーの私だからできること

丘咲 つぐみ

選ばれる保育園 大切なのは「人」

堀川 伸一