MONTHLY

世界の視点で情報を発信する総合誌

2016
9
SEPTEMBER

KōRON

発行・株式会社財界通信社　平成28年9月1日発行　毎月1回1日発行　第49巻9号　昭和47年11月10日第三種郵便物認可

安倍「未来チャレンジ内閣」に果たして未来はあるのか

月刊公論

リスクと害でもない「中庸」とは

医学博士　長尾　和宏

週刊誌の薬の過熱報道

6～7月にかけてある週刊紙が8回連続で薬の副作用特集を組み大きな反響があった。そして全国の医療現場は大混乱に陥った。その話題は薬だけでなく不要な手術にまで及んでいる。市民が内心感じている医療への疑問が一挙に焙りだされた。汎用薬の商品名が掲載されているので、実際にその薬を飲んでいる人の反応は大きかった。よく読めば薬局でもらう薬剤情報の副作用欄が強調されているだけなのだが大きな活字になると影響力は実に大きい。当院においても「怖くなったのでやめたい」と申し出る患者さんが続出した。当然ながら、その薬をやめても問題なさそうな患者さんと絶対にやめてはいけない患者さんがいる。特に後者の場合は患者さんに納得頂くまで説明するのに相当なエネルギーを要した。

実は毎号、私自身のコメントも掲載されている。ショッキングな大見出しの横に登場するのであたかも私が薬を全否定していると受け取った人も多かったようだ。またこの報道内容をライバル週刊誌は『ねつ造だ！』と煽るなど報道合戦は過熱している。私は内心いいことだと思って眺めている。私はこの2～3年、多剤投与や残薬、そして抗認知症薬の副作用などに取り組んできたからだ。だから企画に協力したのだが、荒っぽい編集に毎回驚いてもいる。

生活習慣病で医療機関からたくさんの薬を処方されている人には一連の報道は相当な劇薬となったようだ。当然医療界の反発や混乱も大きい。なかには厚労省の意図ではないかと勘繰る人もいたが、週刊誌とは単に売上を最優先に考えているメディアである。2～3年前はがん医療を全否定した慶応大学の医師が受けに受けたことは記憶に新しいが、今年はどうやら生活習慣病薬を全否定する週刊誌が大受けする年のようである。

抗認知症薬の少量投与が容認

去る6月1日、厚労省から「抗認知症薬の少量投与を容認する」旨の通達が出た。たとえばドネペジルという認知症の進行を遅らせるという効能を謳った抗認知症薬の場合、3mgで開始した2週間後には必ず5mgに増量しなければならない。そんな「増量規定」という世にも不思議な規則が存在した。そして興奮や易怒性が出現した場合、3mgへ減量するという行為は、たとえレセプト摘要欄にコメントを書いても認めない都道府県があった。しかし6月1日の通達以降、その人に合った量を処方する医師の裁量がようやく認められたのだ。

他の3剤の抗認知症薬についてもドネペジル同様に3～4段階の「増量規定」があり、途中で副作用があっても最高容量まで到達させることが最高の医療であると多くの医師は洗脳されてきた。現在も大半の医師はそう信じている。しかし本来、脳に作用する抗認知症薬のような薬こそ個別性を重視したサジ加減が必要なはずだ。しかし患者さんの個別性を勘案した処方はこれまで認められていなかった。おかしな話である。

高血圧や糖尿病治療薬は病態に応じて適宜増減できるのに、なぜ抗認知症薬だけが医師の裁量権が無かったのか。そこで2015年11月に現場の医療・介護職や家族・市民が集まり「一般社団法人抗認知症薬の適量処方を実現する会」を設立した。私が代表理事を拝命し、その時のその人に適した量の抗認知症薬を使えるよう国に求めてきた。そして今回

薬と過剰でも過少

長尾和宏
（ながお　かずひろ）
医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長

1984年　東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、
1991年　医学博士（大阪大学）授与
1995年　兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る
日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授（高齢総合医学講座）
［医学博士］
日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント
【著書】
『平穏死・10の条件』（ブックマン社）、『抗がん剤・10のやめどき』（ブックマン社）『胃ろうという選択、しない選択』（セブン＆アイ出版）『がんの花道』（小学館）『抗がん剤が効く人、効かない人』（ＰＨＰ研究所）『大病院信仰、どこまで続けますか』（主婦の友社）など。
医学書
スーパー総合医叢書・全10巻の総編集（中山書店）第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。

まさに我々適量処方が「実現」したわけである。

つまり1)興奮や易怒性を副作用と認めた。2)規定量ないし最高容量以下の少量投与を認めた。3)医師の裁量権が再確認された、わけである。易怒性は副作用とされていなかったのだが今回副作用と認められた。また少量投与自体は認められていなかったが「少量でも有効な症例がある」ことや「医師の裁量で適宜調節可能」であることなどが確認された。

リスクと利益の分水嶺が「中庸」

一連の活動を通じて感じたことは、抗認知症薬に重篤な副作用があることを知らない臨床医が多いことだ。また残念なことだが最低限の検査も行わず、物忘れ＝抗認知症薬といった構図が少なからずある。また薬剤過敏性を特徴とするレビー小体型認知症には少量の抗認知症薬が適量となることが多いのだが、それを無視したプロモーションが今日も繰り広げられている。一方、ピック病には興奮系薬剤である抗認知症薬は適応が無いばかりか禁忌である。しかし現実には結構処方されている。抗認知症薬には易怒性や興奮以外にも吐き気や歩行障害、そして高度徐脈という重篤な副作用もある。私も心拍数20にまで下がった人が、ドネペジルを中止しただけで数日後に自然に回復した症例を経験した。もし副作用であると気がつかずにいたらそのまま亡くなっていただろう。そう思うと今回の通達と抗認知症薬の副作用の啓発は急ぐべきである。脳に作用する薬の適正使用が当会の今後の大きな課題となる。またどれくらいの個体差があるのか、至適容量設定の標準化や少量投与のエビデンス構築なども求められる。

今回、抗認知症薬の適量処方が認められた。しかし主作用と副作用のバランスを考慮するなかで、どんな量を「適量」と考えるべきなのか。また至適容量設定の具体的手順だけでなく、さらには抗認知症薬の〝やめどき〟に関する議論も始まるだろう。認知症は一般の開業医も外来や在宅で相当数を診ている。どんな薬にも必ず「害」がある。そして害の一部である「リスク」や「副作用」と呼ばれるものは、確率の問題でもある。しかし当然利益もあるわけで、本来はリスク（害）と利益を天秤にかけて評価すべきものである。つまり薬を全否定するだけでは現代人は必ず損をする。今、必要なことはリスクと利益の分水嶺はどこなのか、を見極めることだ。薬は過剰でも過少でもよくない、つまり「中庸」を探し求める作業こそが今後の老年医学の大きな課題になる。

（ながお・かずひろ）