



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

【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】

『平穩死・10の条件』(ブクマン社)、『抗がん剤・10のやめどき』(ブクマン社)『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。

認知症に効く薬は本当にあるのか？

フランスと日本の差異をどう受け止める

医学博士 長尾 和宏

フランスは 抗認知症薬を否定

認知症と診断されると、家族は必ず投薬を求めてくる。抗認知症薬という名前の薬があるからだ。抗がん剤や抗アレルギー剤のように「抗(あらがう)」という言葉がついた薬にすがろうとする。果たして本当に認知症に効く薬はあるのだろうか。結論から言えば現時点では、残念ながらノーである。薬に頼ろうという考えはやめたほうがいい。人によっては、使い方によってはある一定期間効果がある抗認知症薬は存在するので、全面否定ではない。しかし降圧剤のようにずっと効く抗認知症薬は存在しないことを知って欲しい。それどころか、大切な人が抗認知症薬の副作用により大きな被害を被らないよう気をつけてほしい。

現在、日本で使われている抗認知症薬はドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンの4種類である。一方、フランス保健省は8月1日より抗認知症薬を保険適応除外とした。フランスでは医療技術の評価を担う高等保健機構(HAS)

がなかった。厚生省や日本医師会から通知が出たものの現在でも撤廃を知らない医師がいる。まさに医学会とメディアが一体となって増量キャンペーンが今も続いているのが日本である。

医学部劣化の象徴

フランスと日本の解離をどう考えるのか。日本の臨床試験は副作用例を脱落例とし成績優秀患者だけを集めてプラセボ群と比較していた。成績優秀者だけをまとめて検討すれば、成績優秀という結論になるに決まっている。また当時の臨床試験では80歳以上は対象から除外されているが、処方量の半分が85歳以上という現状とは解離している。また副作用

が薬の有用性を5段階で評価して保険償還のあり方を定期的に見直している。有用性のレベルに応じて国が負担する割合が決まる。もし有用性が不十分なら今回のHAS除外措置のように国の負担はゼロとなる。HASは4種類の抗認知症薬を患者の行動障がいやQOLや死亡率への影響が確立されていない一方、潜在的に重篤な副作用があることから「医療上の利益が不十分である」と判断した。

日本では過剰処方が続く

一方、日本では4種類の抗認知症薬の「過剰処方」が現在も続いている。医療経済研究機構の調査によると抗認知症薬の処方率は85歳以上の高齢者の17%に上る。しかも年間処方量の半分近くが85歳以上である。日本で抗認知症薬の過剰処方が続いている理由は、専門医学会が診療ガイドラインで抗認知症薬の使用を強く推奨しているからである。

そもそも4種類の抗認知症薬には易怒性、悪心・嘔吐、歩行障がい、高度除脈などの重篤な副作用がある。その結果、体重減少、サルコペニア(筋肉量の減少)などの副作用が認められる。日本にはフランスのHASのような独立した評価機関が無い。そのため、薬の利益と不利益に関する客観的評価ができない。今後、フランスのように二刀両断とするか、症例によっては個別性を重視した少量投与しないし適量投与を推奨するのか、日本の薬事行政は岐路に立たされている。

全国各地で開催されている認知症の市民フォーラムでは「早期発見・早期投薬」が現在も定番である。本来は予防法や非薬物治療を説くべきだろうが、製薬会社が主導するところなる。その結果、「医原性の認知症」が増え続けている。上記の抗認知症薬起因性認知症のほかに

ア、寝たきり、心停止などに陥ることがある。また抗認知症薬に対する脳の感受性は大きな個人差がある。しかし一旦薬を開始したらその後は機械的に開始量から2〜3段階増量しなければならないという「増量規定」が存在した。本来、薬剤とは感受性、年齢、体重、重症度、要介護度などを考慮して必要最低量を期間限定で使うべきものだ。しかし専門家は「必ず最高量まで増量」と開業医に説いて回った。個別性は無視して一律に機械的に増量するという日本独自の文化が維持されてきた。

私たちは2015年11月に一般社団法人「抗認知症薬の適量処方を実現する会」を設立した。抗認知症薬の副作用で暴れたため施設や精神病院に入れたと、後で後悔する家族が全国各地に多数おられ「薬害認知症裁判」が起こる寸前であった。そこでHP上で抗認知症薬の副作用で苦しむ全国の事例を集積し厚生労働委員会で議論をして頂いた。その結果、2016年6月に増量規定は撤廃され少量投与を含む適量処方が可能となった。しかし共同通信系以外の大手メディアはほとんど報

多剤投薬起因性認知症や高齢者には推奨されない薬剤投与による薬剤性認知症もある。また抗認知症薬を投与されている人の7割が甲状腺機能検査未実施という現実を考えると、本物の認知症よりも医原性認知症のほうが多いのではないかとさえ思う時がある。

製薬会社から多額の講演料を受け取っている医学部教授が報道されている。一部の教授は製薬企業の宣伝マンとなっているが、その弟子や研修医はどんな風に育っていくのか。この10数年間の抗認知症薬のプロモーションは医学・医学部の劣化を象徴している。これは医療倫理の問題だ。いずれにせよ、フランスのHASのような評価機関の設置が急務ではないか。その守備範囲は生活習慣病やジェネリック医薬品にも及ぶべきだ。しかし利益優先のまま医師への過剰な宣伝が野放しになっている。その結果、効果が乏しい高価な薬が今日も過剰に処方されている。社会保険財政が困窮するのは当たり前である。国民皆保険制度堅持を真剣に願うのであれば、薬の厳格なチェックを国家課題とすべきだ。

世界の視点で情報を発信する総合誌

2018 October

KōRON10

MONTHLY

発行・株式会社財界通信社 平成30年10月1日発行
毎月1回1日発行 第51巻10号
昭和47年11月10日第三種郵便物認可

提言

税と社会保障の一体改革を

新内閣の誕生にあたって、

次世代の国民にツケを回さない予算を

(日本赤十字社 葛飾赤十字産院 院長)

(知音俳句会代表、俳人協会理事)

リレー対談 三石 知左子氏 VS 西村 和子氏

子育て経験ある女性医師が働ける環境こそが医療を変える
医師に大切なミッション教育後進のロールモデルになりたい

特別寄稿

日本の未来を開く地域づくり

—どこに住んでも幸せに生活できる国をめざして—

防災の世界を解剖する⑭

災害時要支援者対策の行詰まり

～登録すれば助けられると思われなかったために～

月刊公論