



取り戻したいのは、穏やかな日常 守りたいのは、記憶の絆

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

中等度及び高度アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制
<効能・効果に関連する使用上の注意>

- アルツハイマー型認知症と診断された患者にのみ使用すること。
- 本剤がアルツハイマー型認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない。
- アルツハイマー型認知症以外の認知症疾患において本剤の有効性は確認されていない。

【用法・用量】

通常、成人にはメマンチン塩酸塩として1日1回5mgから開始し、1週間に5mgずつ増量し、維持量として1日1回20mgを経口投与する。

<用法・用量に関連する使用上の注意>

- 1日1回5mgからの漸増投与は、副作用の発現を抑える目的であるので、維持量まで増量すること。
- 高度の腎機能障害(クレアチニクリアランス値:30mL/min未満)のある患者には、患者の状態を観察しながら慎重に投与し、維持量は1日1回10mgとすること(「慎重投与」及び「薬物動態」の項参照)。
- 医療従事者、家族等の管理の下で投与すること。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- てんかん又は痙攣の既往のある患者[発作を誘発又は悪化させることがある。]
- 腎機能障害のある患者[本剤は腎排泄型の薬剤であり、腎機能障害のある患者では排泄が遅延する(「用法・用量に関連する使用上の注意」及び「薬物動態」の項参照)]。
- 尿pHを上昇させる因子(尿細管性アシーナシス、重症の尿路感染等)を有する患者[尿のアルカリ化により本剤の尿中排泄率が低下し、本剤の血中濃度が上昇するおそれがある。]
- 高度の肝機能障害のある患者[使用経験がなく、安全性が確立していない。]

2. 重要な基本的注意

- 投与開始初期においてめまい、傾眠が認められることがあるので、患者の状態を注意深く観察し、異常が認められた場合は、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。また、これらの症状により転倒等を伴うことがあるため、十分に注意すること。
- 通常、中等度及び高度アルツハイマー型認知症では、自動車の運転等危険を伴う機械的操作能力が低下することがある。また、本剤により、め

まい、傾眠等があらわれることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事せないよう注意すること。
(3)他の認知症性疾患との鑑別診断に留意すること。

(4)本剤投与により効果が認められない場合、漫然と投与しないこと。

3. 相互作用 併用注意(併用に注意すること)

ドバミン作動薬:レボドリ等 ヒドロクロロチアジド 腎尿細管分泌(カチオン輸送系)により排泄される薬剤:シメチジン等 尿アルカリ化を起こす薬剤:アセタゾラミド等 NMDA受容体拮抗作用を有する薬剤:アマンダジン塩酸塩、デキストロメトルファン臭化水素酸塩水和物等

4. 副作用

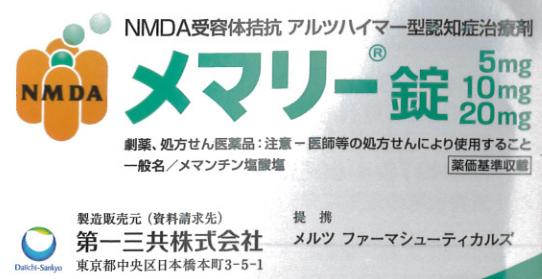
国内における承認前の臨床試験において、1,115例中408例(36.6%)に副作用が認められた。主な副作用は、めまい4.7%(52例)、便秘3.1%(35例)、体重減少2.2%(24例)、頭痛2.1%(23例)等であった。

(1)重大な副作用

- 痙攣(0.3%):痙攣があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 失神(頻度不明^(注))、意識消失(頻度不明^(注)):失神、意識消失があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 精神症状(激越:0.2%、攻撃性:0.1%、妄想:0.1%、幻覚、錯乱、せん妄:頻度不明^(注)):精神症状(激越、幻覚、錯乱等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

^(注)自発報告又は海外において認められている副作用のため頻度不明。

●その他の使用上の注意等は製品添付文書をご覧ください。



Geriatric Medicine

老年医学 2013・Vol. 51

特集

座談会

褥瘡治療薬の現状と外用剤の有用性

- 宮地 良樹(京都大学大学院医学研究科皮膚生命科学講座皮膚科学教授)
門野 岳史(東京大学大学院医学系研究科皮膚科学講座准教授)
市岡 滋(埼玉医科大学形成外科・美容外科教授)
安部 正敏(医療法人社団廣仁会札幌皮膚科クリニック副院長)

連載

高齢者診療のワンポイント・アドバイス

Low T3症候群, euthyroid sick syndrome

- 岩本 俊彦(国際医療福祉大学高齢者総合診療科教授)

第55回日本老年医学会学術集会

ディベートセッション

3. 高齢者の非経口栄養法の適応

- 小川 滋彦(小川医院院長)
長尾 和宏(長尾クリニック院長)

No.12
ライフ・サイエンス

講演2

経腸(管)栄養療法の罪

長尾 和宏

長尾クリニック院長

●はじめに

当クリニックでは、外来と在宅の両方の診療を行っており、在宅症例に対して経皮内視鏡的胃瘻造設術(percutaneous endoscopic gastrostomy;PEG)ないし、経腸(管)栄養療法を導入した20例のうち6例は神経難病の症例である。0歳の先天性食道閉鎖症症例から100歳までの症例を在宅で診ている。

本日は、主に高齢者の老衰や認知症症例に対する経腸(管)栄養療法の罪を中心に取り上げることとする。なお、胃瘻自体には、良し悪しではなく、功と罪は胃瘻を使用するスタッフの側にあると私は思っている。

また、2012年に出発した私の18作目の著書『平穏死』10の条件』は、生前の意思(living will:LW)を啓発する本でもある。この観点から経腸(管)栄養療法の罪について述べてみたい。

●「ハッピーな胃瘻」と「アンハッピーな胃瘻」

2012年末に、本ディベートのテーマである『胃ろうという選択、しない選択¹⁾』という本を出版したが、この中で、「ハッピーな胃瘻」、「アンハッピーな胃瘻」、「自然に任せる」という3つの選択肢を提示した。横軸に寿命、縦軸に生活の質(quality of life:QOL)をとり、破線は、意思疎通ができるかどうか、あるいは自分の唾液さえも誤嚥するかどうかの境界を示している(図1)。

認知症の終末期における経腸(管)栄養療法は、

2年程度の延命効果があるとの報告があるが、それだけではなく、「ハッピーな胃瘻」の状態をできるだけ継続するのがわれわれ在宅医の仕事である。当クリニックのある尼崎市でも尼崎在宅NST研究会を中心としたNST(nutrition support team)活動が続けられているが、胃瘻を造設したときから口腔ケア、嚥下リハビリテーションを開始して、再び経口摂取ができる状態にするための努力を行っていく。すなわち、図1の破線をできるだけ下げる努力をし、経口摂取ができるようになって、元気になり、褥瘻も治り、「ハッピーな胃瘻」の期間が長くなるようにしていくのが、われわれ医療者の務めである。また、それは介護者が年金の受け取りでハッピーなのではなく、あくまで本人がハッピーになるようしなければならない。

しかし、PEGを造設する病院と次を受け継ぐ施設や在宅で意思疎通がうまくいっていないと「ハッピーな胃瘻」は難しくなる。また、こういう連携が地域にないところも多く存在するのが現状である。

●人生のステージ

私は市民を対象として、高齢者の水分・人工栄養について話をする際には、いつも、年をとるということを、水分摂取量からみると「みずみずしい柿」が「干し柿」に変化していくことにたとえる。水分含量を下げて、心機能を温存して、長く生き延びようとする姿だと説明している。またカロリー面からみると、燃費が悪いガ

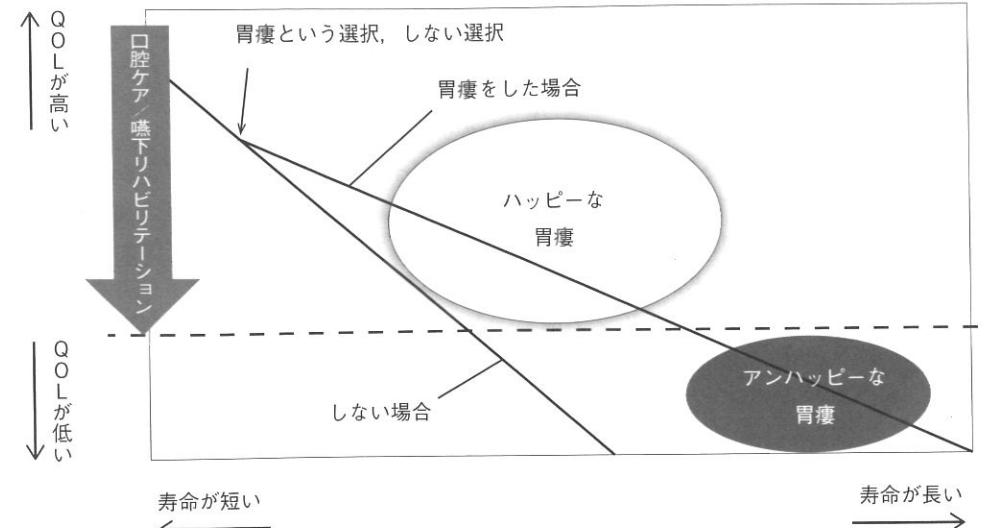


図1 「ハッピーな胃瘻」と「アンハッピーな胃瘻」(文献1より引用)

ソリン車が燃費がよいハイブリッドカーに進化していくことにたとえて、ある年齢から僕が遺伝子が働いてきて、燃費がよくなっていくことを人生のステージとして説明している。

超高齢・多死社会を迎えて、非がんの場合は多くの人が、胃瘻を造設するかしないかという二者択一を迫られる。そのときに、干し柿やハイブリッドカーの話をどう考えるかと問題提起を行っている。

●『報道ステーション』で胃瘻と平穏死が扱われた

胃瘻の新規造設件数はこの10年間で10倍に増え、現在40~60万人ともいわれている。その多くが高齢者に適用されており、先頃放送されたテレビ朝日(ANN系列)の『報道ステーション』でも胃瘻が扱われた。その中で、日本老年医学会のガイドライン²⁾から「本人の人生のためにならなければ、本人や家族などとの合意で、栄養を控えたり中止も選択肢に含まれる」と引用され、さらに、この中で、「平穏死」という言葉も使用された。

●人工栄養を題材にした映画『愛、アムール』がカンヌ映画祭でパルム・ドール賞受賞

2012年のカンヌ映画祭のパルム・ドール賞は『愛、アムール』という作品が受賞した。これはフランスの在宅医療を題材にした映画だ。元ピアノ教師の80歳を超える夫婦が主人公である。妻は脳梗塞で倒れ半身不随になるが、在宅を強く希望し、車椅子で退院し、夫が献身的に介護していく。しかし、妻は次第に衰弱していく。そこに「遠くの長女」が帰ってきて、入院を強く勧める。妻との約束を守って入所させずに看護師を雇うが、妻が虐待に遭っていることを知る夫は苦悩を深め、その果てにあるとんでもない決断をするというストーリーである。是非ご覧いただきたい。

フランスでは、2005年にレオネット法という病院での終末期ケアにおける人工的な延命治療の中止について定めた法律ができた。しかし、在宅医療ではまだ適用されていないことがこの映画からも垣間みられる。

胃瘻を導入したいという人はたくさんいるが、導入したくないという意思をもっている人もたくさんいる。先の映画では「遠くの長女」であつ

たが、家族、多くの場合は遠くの長男が親の平穏死をぶち壊すのを目の当たりにしてきている。欧米は自己決定の文化であるため、終末期の意思決定に際し、家族の意思はほとんど関係ない。しかし、日本では、本人の意思よりも、「親を敬い、できるだけ長生きしてほしい、延命措置でもよいからそれを施し、餓死させてはいけない」という家族の希望の方が上位にくる。これは、韓国、中国、そしてタイなどのアジア圏に共通している。

在宅死と病院死が逆転したのは、日本では1976年である。韓国では日本より四半世紀遅れて2003年である。アジアの国々は、日本の人工栄養補給の行き先をみつめているともいえる。

最近の自験例では、有名な医師が97歳で、先述した干し柿のようになって亡くなろうとしていたが、私の本を読んで、「このとおりやってくれ」と本人がリクエストしてきた。しかし、その息子も孫もみんな偉い医師で、東京の病院から飛んできて、最後の最後に、「うちの病院に連れて行く。俺はおやじに親孝行していないから、最後の最後は最高の医療を施して親孝行したい」と言わされた。そういうとき、われわれはどうしたらよいのだろうか。

●胃瘻の罪

1. 口から十分食べられるのに、一切食べさせないのが現代医療？

口から十分食べられるのに、病院で胃瘻を造設してきた患者は一切食べたらだめだということが多い。いつからこのような都市伝説ができたのだろうか。一生食べたらだめ、食べたら死ぬといわれて自宅に帰ってきた胃瘻を有する約20例の患者のうち17例は経口摂取している。

2. 食べたら誤嚥性肺炎で死ぬぞという脅迫系医療

まだ十分に経口摂取できるのに、「食べたら誤嚥性肺炎で死ぬぞ」と脅かす脅迫系医療が、容認ないし放置されている気がする。十分経口摂取ができるのに、最初から放棄ないしは禁止されている症例を多くみてきた。それが多くの病院で行われている胃瘻の実態なのではないかと

思われる。

のことから、冒頭で述べたとおり、これは胃瘻の罪ではなくて、胃瘻を扱っている医療スタッフの罪だと考えている。

3. ガイドラインでは中止できるとしても、中止の報道をされたら医師は逮捕！？

先述したように日本老年医学会のガイドラインが『報道ステーション』でも紹介された。しかし、当番組での中止例は本当の中止例ではない。また、先日の『NHKスペシャル』でも、人工栄養を中止する決断をされた翌日、中止する前に肺炎で亡くなられた症例が紹介された。

高齢者医療を担っている医師を対象に日本老年医学会や新聞が実施したアンケート調査では、過去1年間に胃瘻などの人工栄養療法を中止したり、そもそも最初から量を差し控えたことがあると2~5割の医師が回答し、そのうち2割の医師は人工栄養療法を中止したことがあると回答している。

しかし、中止についてはテレビで放映されたことが1度もない。実は、われわれのところにもテレビカメラが入って、実際に非開始あるいは中止例を撮影している。しかし、テレビ局内の放送コードに引っ掛かるということで、放送はされなかった。日本老年医学会のガイドラインでは中止できるとし、2割の医師が中止の経験があると回答しているにもかかわらず、それを公にしたら逮捕される可能性があるというものが現実である。延命治療の中止に関する議論が行われるのはいつであろうか。

LWが、遺言と同じように法的に有効になり、LWを遵守しなかった医師は、例えば処罰されるといった法的担保を整備するなどの議論が必要ではないか。これは既に8年間国会で審議されているが、様々な圧力が掛かってスキップされているのが現状である。

4. 自分がやられたくないものをなぜ患者にはやっているのか？

われわれ医師が、もし90歳の高齢になって、老衰ないし認知症のような状態になったとして、「胃瘻はどうですか」とアンケートをとったところ、8、9割の先生方が「ノー」と回答したという

結果が出ている。「では、自分がやられたくないものをなぜ患者にはやっているのか」と、患者さんによく質問されて、私自身も答えに窮している。いくらハッピーな胃瘻はよいのだといつても、果たしてどうなのだろうか。

5. 医療経済的な議論がタブーになっている

現実～胃瘻ムラ、胃瘻専門アパートの存在～

2013年2月20日の参議院の特別委員会で終末期、尊厳死について75分間の議論が行われた。その結びの言葉で、安倍総理は、「高齢者の尊厳、人間の尊厳と経済的な議論は分けて考えなくてはいけない」と回答した。実際、医療経済的な胃瘻の議論はタブーになっている。胃瘻専門アパートに象徴される「胃瘻ムラ」が存在するのが実情ではないか。

私は、2012年、スイスのチューリッヒで開催された「死の権利・世界大会」に日本代表として出席した。世界各国の方と様々な意見交換を行ったが、こんな問題が存在するのは日本だけであった。まさにガラパゴス化している。

私は、「日本の国民皆保険制度の光と影」という話をした。光の部分は世界最低の投資レベルで最高のパフォーマンス、すなわち長寿社会を実現している国民皆保険制度はすばらしいという話である。一方の影の部分は社会保障が手厚いが、胃瘻ムラ、胃瘻専門アパートに象徴されているという話である。この影の部分も直視していく必要があるのではないか。

●アドバンス・ケア・プランニング、アドバンス・ディレクティヴのコアとなるLW

LWとは、人間としての尊厳を保って死を迎えるために、生命をただ引き延ばすだけの延命



「地域包括ケア」の中でのACPへ

図2 アドバンス・ケア・プランニング

治療を拒否する意思表示を、患者自身が精神の健全なときに書面にしておき、不治の病になり、末期状態になったときに延命治療の拒否に効力を発揮させるものである。しかし、日本では、LWは法的に認められていない。

一方、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)、アドバンス・ディレクティヴ(AD)、心肺蘇生拒否(do not attempt resuscitation : DNAR)の議論が始まっている。LWの関係は図2のように表すことができる。LWはAD、あるいはACPのコアになる部分であり、LW抜きでACPは成り立たない。したがって、患者が元気なうちに家族、医療者とよく話し合い、終末期の希望を文書で残しておくことが重要である。

文献

- 1) 長尾和宏：胃ろうという選択、しない選択、セブン＆アイ出版、東京、2012.
- 2) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として、日本老年医学会、東京、2012.