

慢性疾患・認知症高齢者の療養生活を支える！

臨床 老年看護

会員制 隔月刊誌 企画/日総研グループ 発行/日総研出版© 臨床老年看護 第23巻第1号 平成28年1月30日発行(奇数月30日発行)

特集1

老年期うつ病と 認知症 見分け方とケア

- 老年期うつ病と認知症の見分け方
- 看護師による老年期うつ病患者への認知行動療法 ほか

2016 1・2月号

特集3

夜間緊急時の 連絡・対応と スタッフ教育

新連載

認知症高齢者の
終末期ケア
看護師の役割と
スタッフ教育

特集2

高齢者尿路感染症 予防と治療・ケア



地域医療を支える町医者の底力に学ぶ

医療・看護・介護
そして人間とは長尾クリニック 院長
医療法人社団裕和会 理事長 長尾和宏

ながお かずひろ ● 1958年香川県生まれ。1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。1995年兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業し、現在に至る。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、日本内科学会認定医、日本在宅医学会専門医、労働衛生コンサルタント。日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本慢性期医療協会理事、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、エンドオブライフ・ケア協会理事。関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授。『高齢者の望む平穏死を支える医療と看護』（メディカ出版）など、著書多数。

認知症にはお薬より小旅行を

「ボケ」が「認知症」に
なった背景

新聞を読んでいると「認知症」という言葉が毎日、目につきます。単なる物忘れは認知症ではありません。日常生活に支障を来す状態になって、初めて認知症と呼ばれます。ただし、両者には連続性があります。そもそも、認知症は何十もの病気の総称です。

また、「認知症」という言葉は誕生してまだ10年足らずの造語です。10年前までは「ボケ」や「痴呆」と言われていました。筆者は、「認知症」という言葉に、まだ慣れません。「認知機能障害」なら分かるのですが、不思議なことに、途中を省略して「認知症」という短縮型になったことに未だに違和感を覚えるのは歳のせいでしょうか。看護師さんや介護士さんは、さらに短縮してよく「ニンチが進んだ」と言いますが、これにも違和感があります。本来なら認知機能が改善して良いことのはずなのですが、反対の意味で使われているからでしょうか（笑）。

ところで、10年前まで「ボケ」で済ま

されていたものが、ある時から「病気」に格上げされたのはなぜでしょうか。病気ならば、ちゃんと診断して、治療して、管理しないと、とえています。こうした企みを「医療化」と呼びます。「ボケ」が「医療化」された理由の一つは、抗認知症薬の登場でしょう。病気に昇格した途端に、製薬会社には巨大な“市場”が生まれたからです。

そもそも認知症は薬で治るのでしょうか。「治る」の定義が、昔の正常な状態まで戻すこととするならば困難でしょう。しかし、QOLを保つエビデンスがある抗認知症薬があります。日本では現在、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種類の抗認知症薬が認可されています。しかし、認知症の薬は降圧剤のように飲んですぐに効果を実感できるものではありません。何年という単位で見ても進行を遅らせるという薬です。ですから、「治るのですか？」という質問に対する回答は、「短期間で改善する人もいますが、あくまで長期的に期待される効果です」となります。薬剤ですから、当然、レスポonderやハイパーレス

ポonderと呼ばれる人たちがいます。ある量を超えて投与すると、今度は、「効きすぎ」という状態になります。すなわち、興奮や易怒性という副作用が前面に出て介護負担が増大します。つまり、薬の量によっては「改善」するどころかQOLが低下する人もいます。これは、認知症介護の現場で働く人であれば誰でも知っていることでしょう。もし知らないという看護師さんがいるならば、今回、ぜひ知っていただきたいことです。

抗認知症薬の増量規定

抗認知症薬は、いずれも少量から開始して、段階的に増量する規定が添付文書に書かれています。例えば、ドネペジル（商品名アリセプト）の場合、アルツハイマー型認知症に対して3mgで開始して2週間後に5mgに増量することになっています。しかし、3mgで調子が良くても、5mgに増量した途端に、興奮、暴力、歩行障害、嚥下障害などが起こって介護負担が増大することを時々経験します。

本来ならば、薬を減量ないし中止すべきですが、医師によっては薬が効いていないと判断をして10mgに増量する場合があります。もちろん、さらに怒りっぽくなるため、強力な鎮静剤で対応することになります。副作用で転倒し寝たきりになり、そして廃用症候群となり、さらには胃瘻造設、という悪循環に陥る人もいます。つまり、増量規定があるために

す。そもそも、脳というネットワーク臓器に作用する抗認知症薬こそ、その時のその人に合う適量を探すさじ加減がとても重要で、最も個別化医療が必要な病態であると考えます。

この問題は2007年から名古屋フォレストクリニックの河野和彦医師が指摘し続けてきました。しかし「医師の裁量で適宜増減できる」という周知はなされておらず、増量規定に従わないとレセプトでカットされると思っている医師がまだたくさんいます。最近の調査によると、9つの県ではドネペジル3mg投与は認めていません。つまり、都道府県の国保連合会によって保険の審査に大きな地域差があるのです。

怒りっぽくなるのは
主作用か？

抗認知症薬の増量に伴い現れた「易怒性」は主作用でしょうか。それとも副作用でしょうか。大声を出して暴れるために施設入所や精神病院入院を余儀なくされた人は少なくありません。「易怒性は副作用ではなく主作用」と主張する専門医がいますが、私は主作用ではなく副作用だと思います。一方、もし主作用と考えるならば中止どころか、逆に増量する医師がいます。当然、易怒性は収まりません。私は、こうした場合は、一時的に抗認知症薬の中止や減量を考慮すべきであると考えます。

こうした思いから、『ばあちゃん、介護施設を間違えたらもっとボケるで！』や

『家族よ、ボケと闘うな!』(いずれも共著、ブックマン社)などの一般書を書き、講演などでも「抗認知症薬の副作用」について啓発してきました。看護師さんにもぜひ、こうした副作用を見た時には、抗認知症薬の中止や減量することを提案していただきたいと願います。

そもそも認知症=アルツハイマー型認知症(AD)ではありません。約半分を占めるADが抗認知症薬の保険適応病名です。一方、前頭側頭型認知症には、抗認知症薬は禁忌であるにもかかわらず誤って処方されている場合があります。さらに、レビー小体型認知症(DLB)がアリセプトの保険適応に加わりました。DLBへのアリセプトは5mgないし10mgが投与されています。しかし、薬剤過敏性が特徴とされるDLBには、本来ならばアリセプトは1mgないし1.5mgの少量から開始して、さじ加減で至適容量の設定を行うべき病態だと考えます。その人に合う薬剤量を超えた場合は、副作用の方が前面に出ないか心配です。

以上の経緯から「一般社団法人抗認知症薬の適量処方を実現する会」なるものを立ち上げました。私が代表理事を務めるこの会の活動の主体は、本会のホームページ上です(<https://www.tekiryo.jp/>)。4種類の抗認知症薬の副作用の実態調査を行い、行政や医療現場に提言を行う予定です。老年看護の現場で働くみなさまの、現場の声をぜひとも書き込んでいただければ幸いです。

旅行で認知症が改善する!?

認知症医療に大切なものは何でしょうか。あるいは、抗認知症薬が占める割合はどれくらいでしょうか。医師によっては、お薬のウェイトが9割という人から1割という人までおり、とても大きな差があります。ちなみに私は1割派です。

認知症の人に最も大切なことは、「不安」を緩和することだと考えます。その人ができないことだけ、さりげなく手伝うことです。上から目線ではなく、横から支え、寄り添うことではないでしょうか。閉じ込めるのではなく、自由に動き回れる環境を整備すること。そして、口から食べる喜びを最期まで支えること、自力での排泄を支援することでしょう。それをお薬に期待しても叶いません。

西宮市の「NPO法人つどい場さくらちゃん」は認知症の家族を支援する市民団体です。理事長の丸尾多重子さんは、毎年、要介護状態にある認知症の人を引き連れて、北海道やお伊勢さんなどへの2泊3日の旅行を続けてこられました。2014年は沖縄旅行で、その様子はテレビのドキュメンタリー番組でも紹介されました。そして2015年は、何と台湾まで旅行されたのです。11月3~5日、要介護5を数人含む35人が台北市を訪れました。国内にも車いすのまま乗れる観光バスがありますが、台湾にもちゃんとありました。いまや、海外旅行であっても、国内同様、快適な空の旅ができる時代な

のです。

ご一行さまは、寺院や博物館の見学だけでなく、台北104にも昇りました。要介護5の認知症の人たちは、台北市の街並みにとても反応しました。2日目にはみなさんの顔がみるみるいきいきしてきました。移動をするということは、ここまで認知症を改善して元気にするのかと改めて感心しました。ちなみに、抗認知症薬を飲んでいる人は一人もいませんでした。

ところで、「どうして遠距離旅行なの?」と思われるでしょう。かつて私も同じ疑問を持っていました。しかし、丸尾さんいわく「要介護5だからこそ外国旅行」なのだそうです。普通は施設や病院に閉じこめてしまうのですが、あえて遠くまで旅行することが大切なのだそうです。確かに、要介護状態の人の表情がみるみる明るくなり、帰国後も穏やかな精神状態が続いています。丸尾さんとの共著

『ボケた家族の愛しかた』(高橋書店)と『親の「老い」を受け入れる』(ブックマン社)という2冊の近著にも、この様子を書いています。

考えてみれば、余命1カ月の末期がんの人でも、在宅医療ではヨーロッパまで旅行しています。病院の“外泊”は、在宅では“外国泊”なのです。私も訪問診療を終えて台北のホテルまで駆け付けました。万が一、誰かが病気になったり思いがけぬ急変があったりした場合に対応するためには、医師がいた方がよいかなという思いで。

今回の小旅行で「移動という尊厳」という言葉の意味をたくさん教えられました。認知症の人が増えるという報道が過熱する中、たとえ認知症で要介護5になっても、近場であれば海外旅行も十分可能であることが証明されました。

認知症の人へのお薬と旅行。みなさんは、どちらが大切だと思いますか?

楽しく学べる実践的な参加型研修

困った介護スタッフの 自信・主体性を引き出す リーダーシップ 演習+事例

自分らしい接し方・関わり方で実践できる
後藤美香氏 株式会社アライブ・ワン 代表取締役

仙台 16年 3/26 (土) ショーケー本館ビル
東京 16年 4/9 (土) 日総研研修室(廣瀬お茶の水ビル)

参加料(税込) 本誌購読者 15,500円 一般 18,500円

時間 10:00~16:00

詳しくはスマホ・PCから 日総研 14269 で検索!

プログラム

1. 介護現場で求められるリーダースキル
●スタッフが離職を決意する時・留まる時
●主任・リーダーとして絶対に備えているべき能力とは ほか
2. 事例で学ぶ やっていませんか?主任・リーダーのNG行動
●スタッフのやる気を失わせるリーダーの特徴 ほか
3. 演習で理解 自分のリーダースタイルの特徴・コミュニケーションの癖を活かそう!
~コミュニケーションカードで自己理解を深める
●自分を知ることによる様々なメリット
●「コミュニケーションカード」で自己分析 ほか
4. 演習で理解 効果的な「ほめ方」「叱り方」入門
●すぐにできる!スタッフの「存在承認」
●否定しない叱り方・受け取りやすい叱り方 ほか
5. 事例で学ぶ 「困ったスタッフ」の関わり方
●やる気のないスタッフへ ●コミュニケーションが苦手なスタッフ ほか

