

長尾和宏先生

先日、書籍の感想をメールしました、 の 　　です。

実は私は以前から先生の著書のいくつかを家庭医学のコーナーで見つけては愛読していました。先生のファンの一人です。

私が日常的に内科・認知症診療していて感じている事がほとんど書かれていて、価値観が非常に近いと誠に勝手ながら親近感をもっていました。

多くの患者さんに本当に必要とされるのは大病院の専門外来ではなく先生のような「町医者目線」ではないでしょうか？私も大病院外来の誤投薬・誤処方にあえぐ認知症患者の実態を憂いて、 ばかりです。正論を貫こうとすると反体制派にされてしまうという医療界の理不尽な現状も悔しいですが、河野 Dr の立ち上げた研究会に先生が参加してくれた事は心強いです。

今回の新著である「家族よ、ボケと闘うな！誤診・誤処方だらけの認知症医療」の「往復書簡」という前代未聞の形式にも驚きましたが、近藤誠氏の鋭い分析&指摘の数々に驚きました。トップクラスの医療ジャーナリストではないでしょうか？近藤氏と長尾先生のハイレベルな内容の往復書簡は臨床医の心に強く響くものでした。できるだけ多くの人に読んでほしい内容です。以下に私が特に感銘を受けた内容について、感想を述べたいと思います。

往復書簡3；早期発見、早期治療に意味はあるの？

近藤氏の仰るように、現状で厚労省・自治体が早期発見・早期治療を煽るのは私も不可解で疑問だと感じています。

現状のサポーター制度も大病院への紹介受診&検査入院を誘導した結果、ほぼ全員同じ診断で同じ薬を飲まされてサポーター医に返却されるだけのベルトコンベア的な画一化されたシステムです。状況も環境も症状も違うのに血が通っておらずパターン化しています。国が指定した認知症医療センター（

）？では個別の対応が面倒なので意図的にそうしているのではないかと勘繰ってしまいます。つまりマススタディー用のデータ集めの道具です。これでは本人と家族の不安と副作用が増幅するだけで、厚労省や自治体が推奨する認知症医療センター（大学病院）など初めから受診しない方が患者のためではないか？とすら感じます。

往復書簡 6 ; 進行が止まる人、止まらない人

「患者さんの7割が誤治療されているからその誤りを正す」私の外来患者もまさにそうです。1人でも多く誤りを正したいと意気込んでいるのですが、

で中々思うようにいかないのが現実です。薬のウエートが1割、正しい薬の処方と良い介護が必要不可欠だというのは私も全く同意です。現状では介護云々以前に誤処方^誤で狂わされているケースがあまりにも多すぎるので、私も河野 Dr と同じ怒りを常に感じています。「増量しないと効果が持続しない」と言われて年齢・体調関係なしに全員強制増量されているというのが現実であり、高齢者の減薬の指針や減量していく指導は皆無です。現状の保険医療システム下では認知症治療薬は増量あるのみであり、これを右へ倣えで遂行するのが優良保険医であり、それに逆らう医者は不良保険医としてレセプト制裁を受けるわけです。製薬会社が厚労省や医師会までも支配しているのではないかとすら感じます。残念ながら、近藤氏の希望を一般保険医が実践するのは非常に難しく、レセプト切られてもお上に反抗できるような河野 Dr のような猛者は少ないと思われま^す。お上は医療費を抑制しろと言いつつ不要な過剰投薬を野放しにしているのは全く理解できません。

往復書簡 7 ; 4つの薬が有効とされているけれど...

先生の仰るように、「体格も症状も年齢もそれぞれ違う人に同じ薬を同じように増量していいわけがない。増量に関しては能書きがあるが、減量すべき状態やタイミングについては説明がない。」というのは素人でもわかる程理不尽なものであり、これが患者側の不安をさらに増幅させていると思われま^す。患者側が認知症薬を減量してくれ、中止してくれと懇願しても、副作用の知識がなく増量規定を遵守する処方医から怒鳴られ叱責され無視されるといった切実な声を毎度のように聞かされます。現在の強制増量規定がある限り少量維持使用というのはほぼ不可能であり、私は多くの高齢者において^{抗認知症薬}を中止しました。

特に^{抗認知症薬}は副作用が多すぎるのですが、医者が無関心・無知で強制続行されているケースが多すぎるという現実です。近藤氏の言うとおり、個別医療（オーダーメイド）という概念が存在しません。おそらく保険医療のレセプト審査の画一的・便宜的な考え方しかないのでしょう。薬は副作用が出て当たり前なのにその副作用をさらに薬で抑え込もうとするという行為は、患者をさらなる薬物中毒に追い込むようなものであり、普通の感覚であれば罪の意識があつてできないはずですが、医者も患者も感覚がマヒしているのでしょうか？標準的な事例ばかりが強調されて、例外的な事を含めて製薬会社や御用医者にとって都合の悪い事例は講演会では全く公表されない。利益相反なきトータルに検証する機関やシステムが存在しないというのは悲劇です。

往復書簡 8 ; なぜ医者は薬の処方を間違えるのか？

実は私も「中核症状」「周辺症状」という呼び名が大嫌いです。認知症の症状に周辺も中核もなく、患者や家族が主として困っている症状こそがその患者にとっての「中核症状」ではないかと思えます。^{抗認知}_{症薬}などの副作用症状で元々存在しなかった行動心理症状が現れるのは珍しくなくて、それをさらに神経系の薬剤(メマンチン含む)追加で抑えこもうとするのが患者を悪化させる確率の高い多剤投与・パニック処方への入り口です。多くの臨床医には足し算の感覚しかありません。当たり前ですが私としては深刻な副作用が出たら減量か中止です。ピック系認知症にドネペジルというのは論外です。認知症=ドネペジルという長年にわたる誤った価値観を覆すのは容易ではありません。応用が苦手な画一的なマニュアルが大好きな日本社会では一度定番化したマニュアルを覆す事は反社会的だというレッテルが貼られます。講演会では「必ず規定量まで増量しなければいけません。増量しないと効かない、効かなければ増量」という内容が演者から念仏のように唱えられます。そんな杜撰な薬の使い方では患者側が希望を見いだせるわけがありません。杜撰な処方では患者も家族も不安になって関係性が悪化し行動心理症状も悪化するというのは本末転倒です。そんな処方がされるのなら初めから認知症医療センターやサポーター医など受診しないほうがマシです。

往復書簡 9 ; 認知症をうつ病と誤診する医者

高齢者のうつ状態をうつ病とどれほど誤認されているかはわかりませんが、高齢者に SSRI, NaSSA, SNRI などの新型抗うつ薬がここ数年で安易に処方されて、認知症の病状がむしろ悪化しているケースも後を絶たないようです。多くの処方医はその事実を知らず、効かないからさらに別の薬剤を追加という足し算をします。そもそも不安やうつ状態を薬でなんとかするという考え方自体が疑問であり、それ以前に周囲がやることのあるわけで、まずは環境や周囲の人間関係を修正するなどの再検証ですね。医者よりもむしろケアマネ、介護福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士の出番でしょう。医者は万能ではありません。現状では認知症に対して医者個人だけで何ができるのか？私も含めて医者は「薬を処方するしか能がない」と考えたほうがいいでしょう。その薬で患者に関わる多くの介護関係者が振り回されるわけですから、もっと責任を感じて処方しなければならないだろうと思いますが。

往復書簡 10 ; 「コウノメソッド」で何かが変わる

仰るように河野 Dr の処方 は天性の感性・感覚的な要素が大きいので、メソッド化しても医者が誰にでも真似できるわけではなく、

。そもそも同時にカクテル処方という河野 Dr と同じ味のスープを作るのはたぶん無理で、特に には保険医療上でも薬効が相反するカクテル処方 でレセプトを通すのが困難です。私個人の現実的な対応としてはカクテル処方ではなく、なるべく処方を必要最低限に減らして、規定用量で忍容性に問題のあるケースでは、サプリメントを活用するようにしています。

「なぜ河野 Dr の本の通りにしてくれないのですか？」

。そう主張される家族が現れるかもしれません。近藤氏の言う 102~103 ページの内容はまさに実践医の問題点を鋭くついでいて、感性ありきのものでメソッド化して切り替えがきかない(応用がきかない)となると多くの臨床現場において混乱・硬直すると推測されます。「製薬会社の画一的な説明がコウノメソッドに変わっただけになってしまうのでは？」という心配はごもっともな指摘です。いくら少量とはいえ高齢者に対する多剤投与には私も危機感・違和感を感じます。

カリスマである河野 Dr 個人の経験だけではなく、さまざまな人の意見(経験)を取り込みながら、個別医療に向かって行ってほしい。それが で遂行していけるかという事です。

むしろ河野 Dr 以外の講演や意見がたくさん聞ける研究会にしてほしいです。

往復書簡 14 ; エビデンス主義は誰を幸せにするの？

認知症の医療では EBM よりも NBM が重視されるべきだと私も思います。

EBM 至上主義は時には薬物治療の全否定にもつながります。あまりにも実際の臨床現場と乖離しています。そもそも日本には間違っただけの平等観念というのがあり、

個別対応のスキルだと個々の医者の能力に差が出てしまうから、すべて画一化・マニュアル化・EBM 化？すればいいだろうと。認知症医療に真面目に取り組めば、それは全く違うという事がわかりますし、介護も同じです。認知症の複雑怪奇な問題はマニュアル化では絶対に解決しないと思います。

往復書簡 11 ; 医者を信じるな？薬を信じるな？

個別重視・生活環境重視の視点が今の認知症医療には決定的に欠けています。そういう状況では何をやっても上手く行くわけがありません。「つどい場」の介護者の人達の「ドネペジルだしてはるの？そんな医者はヤブや！」という意見は私も全く同じです。正確に言うと現在の用量規定ではこの薬は危険すぎて、とても第一選択として処方できないというのが率直な所です。事実としてこの3～4年の間、私はドネペジルを自ら処方した事は一度もありませんでした。それは通常用量であまりにも副作用の薬害被害者が多すぎるからです。そんな被害者が外来に押し寄せてるのに、どうしてそんな薬を処方できるのでしょうか？初回リスクを考慮するとどうしても使うのであれば0.5mg刻みで2週間単位で漸増すべきであり、そんな面倒くさい事は院内処方ではかまわずできないわけで、現実的にはリバスタッチの切り貼りを指示するほうが楽な訳です。

彼らは抗精神薬は危険だから極力使うな！^{コリンエステラーゼ阻害剤}をまず第一に処方して BPSD が出たらメマンチン追加だ（決して^{コリンエステラーゼ阻害剤}を中止しろとは言わない）と繰り返すのですが、私の経験では^{コリンエステラーゼ阻害剤}にメマンチンを追加するとさらなる精神錯乱状態になるのを何例も確認したので、必ず^{コリンエステラーゼ阻害剤}を止めてから、メマンチン単独に切り替えます、まさに「あいつら詐欺師や！」の世界です。

有害なだけで益のない^{コリンエステラーゼ阻害剤}は片っ端から中止しています。簡易知能スケールの点数が多少落ちて困ったという話をほとんど聞いた事がないからです。

往復書簡 16 ; 介護も進化できるのか？

認知症の問題点を発信できるのは家族や介護者だけであり、家族や介護者の生の声が最も参考になり、エビデンスレベルが高いです。長く同じ時間を過ごし経験した事をベースにして処方が決められるべきで、これを「家族天秤法」として提唱したのは河野 Dr の偉大な業績の一つだと思っています。副作用を見つけるのは家族・介護者しかいないわけです。私の最近の経験でもコウノメソッド推奨薬であるリバスチグミン少量で高度徐脈、ウインタミン少量で発熱をきたした患者がいたわけですが、それも配偶者の方がこまめにバイタルを記録してくれたおかげで分かった事です。結局両方とも中止しました。ドネペジルで高度房室ブロックでペースメーカー適応レベルという話は案外よく聞きます。私の経験では中止後、正常化までに1～2か月かかったケースもありました。^{抗精神薬}という薬が自律神経を狂わす薬であるという事が全く知られていないようです。