



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状の進行抑制
<効能・効果に関連する使用上の注意>
1. 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。
2. 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。
3. 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. 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。
2. 高度の腎機能障害(クレアチニンクリアランス値: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)。
3. 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)
(1) 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。]
(2) 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。]
(3) 尿pHを上昇させる因子(尿管管性アシドーシス、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。]
(4) 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
(1) 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。
(2) 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の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させないように注意すること。
(3) 他の認知症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))
ドパミン作動薬:レボドパ等 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:アセトazolミド等 NMDA受容体拮抗作用を有する薬剤:アマンタジン塩酸塩、デキストロ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
1) 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。 2) 失神(頻度不明)、意識消失(頻度不明):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。 3) 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):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。

NMDA受容体拮抗 アルツハイマー型認知症治療剤
メマリー錠 5mg 10mg 20mg
創薬、処方せん医薬品: 注意 - 医師等の処方せんにより使用すること - 一般名/メマンチン塩酸塩

製造販売元(資料請求先) 提携
第一三共株式会社 メルツ ファーマシューティカルズ
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2013年4月作成

Geriatric Medicine

老年医学 2013・Vol. 51

褥瘡治療の 最近の進歩

特集 編集: 宮地 良樹(京都大学大学院医学研究科皮膚科学講座皮膚科学教授)

座談会

褥瘡治療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

ディスカッション

司 会 ● 飯島 節 (国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局長)
 葛谷 雅文 (名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教授)
 演 者 ● 小川 滋彦 (小川医院院長)
 長尾 和宏 (長尾クリニック院長)
 質問者 ● 青島 敬二 (芳珠記念病院内科部長)
 尾前 豪 (今津赤十字病院副院長兼内科部長)
 徳永 正晴 (下関リハビリテーション病院リハビリテーション科)

葛谷：まずはお二人で質疑応答をさせていただいて、そのあとにフロアの先生方からのご意見、コメントをいただきたいと思ひます。

飯島：それでは、小川先生のご発表に対して、長尾先生から何かご意見なり、ご質問をお願いします。

長尾：小川先生は、もしご自身が、何十年後に患者になった場合に、胃瘻の造設についてはどのようにお考えになっているかお聞かせ願ひますでしょうか。

小川：もちろん受けます。

長尾：2012年の日本消化器内視鏡学会でのシンポジウムでも、私は同じ質問をしたのですが、シンポジストの先生方のほとんど全員が「受ける」とおっしゃいました。しかし、先程述べたとおり、医師一般を対象にしたほかのアンケートでは「受けない」という回答がほとんどでした。

胃瘻の造設者側は受けると回答していますが、医師一般は受けないと回答している、この乖離について先生はどのようにお考えになるでしょうか。

小川：要するに、胃瘻を造設して非常によかったという成功体験があるかないかの差ではないかと考えています。

長尾：確かに「ハッピーな胃瘻」をみれば、胃瘻も悪くないと私も思ひます。私自身もそのときになってみないとわからない部分もありますので、素朴な疑問として患者さんから質問され

たときに、これに対する答えをわれわれはどのようにもっていったらよいのかというのが、私自身の悩みでもあります。

胃瘻を造設すべきかどうか迷った症例でも、最後はやはり胃瘻を造設してよかったということはよくあります。すなわち、成功体験ですね。ただ、それが何年か経って、また食べられなくなって、ご家族が「中止してくれ」といった場合に、小川先生でしたらどうされるでしょうか。

私自身、何例かに中止をしたことがあり、それは冒頭で挙げた本にも書いています。先生のご体験の中で、差し障りのない範囲で何かコメントをいただけませんか。

小川：中止というよりも、よくみていると体が受け付けなくなってくるのがわかります。そのときにちょうどよい量というのがみえてきて、私が「400kcalではとても生きていられませんよ」と言っても、看ている介護者の方が「これ以上入れると苦しそうだ」と言ってきます。そういう言葉に耳を傾けていけば、先生がおっしゃった干し柿の状態、すなわち、エコモードになっていくのがみえてきますから、いきなり中止するよりは、寄り添って、先生がよくご著書に書いていらっしゃる緩和ケアの考え方で胃瘻を道具として使用していけばよいのだと思っています。

飯島：ありがとうございます。確かに、医師に対してしばしば、「あなただったら胃瘻を造設し

ますか」という質問をされることがありますが、私自身は、ケース・バイ・ケースだと思っています。もし私がアルツハイマー型認知症になり、FAST (Functional Assessment Staging Test) でステージ7まで進行して食べられなくなったとすれば、胃瘻は完全にお断りです。

しかし、例えば筋萎縮性側索硬化症になって、意識があつて、まだ胃瘻を造設すれば栄養が摂取できるとか、脳幹梗塞で急に嚥下障害だけが起こり、まだ意識があるというときには、とりあえず胃瘻を試してみたいと私自身は思っています。ただ、その先に、多発性脳梗塞になって、意識がなくなってきたら、そのときは中止してほしいと思ひています。私自身は、手続きさえ踏めば中止できるものだと思ひていますので、迷ったときにはとりあえず胃瘻を造設してみてもよいのではないかと思ひます。その上で、それが期待どおりでなければ中止するという道筋をしっかりと作っておけばよいのではないかと思ひています。

それでは、今度は逆に小川先生から長尾先生にご質問なり、ご意見なりをお願いします。

小川：先生は尊厳死についてずっと研究してこられていますが、先生のご著書の中で尊厳死と平穏死はほとんど同じだろうと書かれていますが、私はちょっと違うのではないかという思ひがあります。

というのは、最後のアンハッピーというところをどうとらえるかです。本人の意思、自己決定は先進国では優先されますが、逆に、家族全体の緩和ケアという考え方をすれば、例えば本人が意思表示をできなくなっても、そこに高齢の認知症のお母さんがいてくれることで家族全体の中で要になっているという場合もあります。そのあたりはいかがでしょうか。

長尾：日本では言葉をめぐる混乱が相当あると思ひています。尊厳死という言葉は“death with dignity”の直訳です。欧米では、医師が介助して、ビルを飲ますか注射をして患者さんの寿命を縮めることを“death with dignity”といいます。日本では安楽死あるいは殺人ととられるかもしれないことを尊厳死と訳しているわけ

です。すなわち欧米でいう尊厳死とは“physician-assisted suicide”とか、“physician-assisted death”という意味です。

日本の尊厳死に相当する言葉は、外国語には存在しません。したがって、尊厳死という訳語自体が誤解されることが多いため、平穏死あるいは自然死といった方がイメージできるかもしれません。すなわち終末期を自然に任せるという考え方です。中村仁一先生は自然死という言葉を使われ、石飛幸三先生は平穏死という造語を使われました。私はどちらかがよいと思ひています。したがって、小川先生がいわれるように両者は少しニュアンスが異なります。ただ、私たちがいう尊厳死とは主に平穏死を指しています。

また、先述したLWに関しては、家族との話し合いのプロセスを重視して、何度も話し合いを重ねる、すなわち、ACPを地域包括ケアの中で多職種で行っていくためには、そのコアになると考えています。

飯島：ありがとうございます。

では、フロアの先生方からお二人の先生に対して、ご意見、コメントはございませんでしょうか。

青島：私は現在、ケアミックス病院に勤務しています。10年前ぐらいに胃瘻造設の成功体験があつてから、胃瘻造設を積極的に行ってきました。小川先生の講義も直接受けています。

ただ、数年すると、長尾先生のおっしゃる「アンハッピーな胃瘻」の方も多くみるようになり、介護者が限界になるケースも多くなっています。勤務医からすると、在宅医療が行える症例が圧倒的に少なく、「ハッピーな胃瘻」で成功体験となる症例は、在宅医療が行えるぐらいに介護者がしっかりしているのかもしれない。

全体数としては「アンハッピーな胃瘻」が増えていることを実感して、私自身は最近、胃瘻造設に関しては消極的になっています。

例えば同じ脳梗塞でも、40歳代で起きた脳梗塞で20年間、30年間暮らしてきた人と、70歳代で初発の脳梗塞になった人では、その後の予後が違います。施設に帰るような症例への胃瘻造

設に対してはどのようにお考えをお聞きしたいと思います。

長尾：胃瘻をめぐる混乱は続いています。胃瘻の新規造設数は昨年は減少したとの報告が多くみられます。一方、中心静脈栄養法(intravenous hyperalimentation：IVH)と経鼻栄養法は増加していて、結果として、人工的水分・栄養補給の総数はそれほど変わっていないため、以前の状況に逆行しただけではないかともいわれています。

慢性期病院では、診療報酬が医療区分で決まりますが、ご承知のように胃瘻は医療区分1で収益性が悪く、IVHは医療区分3で収益性がよいことが指摘されています。また、受け皿の問題もあって、先生がおっしゃるような現状になっていると思います。

葛谷：では、次の質問者に移ります。どうぞ。

尾前：患者さんの意思の確認についてお聞きします。胃瘻の適用を検討する場合、当院では本人の意思が確認できない場合が90%以上を占めています。そこで、私は、「患者さんはどのようなことを望んでおられましたか」とご家族にお聞きするのですが、ほとんどの方は聞いていないと答えられます。そこで、「患者さんの気持ちを考えてみてください」と言うと、大体は、「胃瘻は望まないだろう」と答えられます。一方で、患者さん本人が「私は嫌なんだけど」とした上で娘さんに聞いてみると、娘さんは「胃瘻をしてでも生きていてほしい」と答えたので、娘さんがそう思うのだったら胃瘻を受けると答えられたこともあります。意思というのは非常に難しいと思ったのですが、お二人のお考えをお聞きしたいと思います。

葛谷：小川先生からどうぞ。

小川：時間をかけてやりとりしていく中から、家族全体の中でどうしていきたいかを考えてもらっています。ただ、私の患者さんでは、必ず在宅医療を行っていくことを条件にして、胃瘻の造設をお任せしています。

尾前：家族の中でも、Aさんはやってほしい、Bさんはやってほしくないなど、毎回悩むことがありますので、何かヒントがあればと思いま

す。

葛谷：長尾先生、日本尊厳死協会のお立場からはいかがでしょう。

長尾：日本にはLWという文化がほとんどありません、それが悪いこととはいいいませんが、あまりなさすぎるのも問題です。

最近の終末期医療では、事前指示書を作成するようになってきました。胃瘻をする、しないのほかに、先生にお任せというのがあります。長谷川和夫先生は、今後、高齢者の6割が認知症になるといわれていますが、認知症であることが標準になると、LWと代理人がセットになってくると予想しています。そして、代理人となると、民法など法律的な問題もかかわってきます。様々な意思決定の仕方があると思います。日本老年医学会のガイドラインでは、本人と家族の同意を前提としています。しかし、先生がおっしゃるように異なる場合もあれば、あるいはお互いに影響を及ぼす場合も多い。結局、家族とは何かという議論にもなったり、奥の深い問題ではないかと思います。そういうこともみんなで考えていかなければいけないと思っています。近く、第1回LW研究会をわれわれの主催で行う予定です。

尾前：悩みながらやっていこうと思います。ありがとうございました。

葛谷：ほかにございませんか。どうぞ。

徳永：LWが書かれている場合は別ですが、本人なり家族なりに意思の確認をするためには、医師がしっかり説明することが必要だと思います。

例えば、嚥下訓練を行えばこの人は食べられるようになるという患者さんに「胃瘻を造りますか、造りませんか」と言ったら、「造りません」と答えるに決まっています。しかし、胃瘻を早く造設すれば、嚥下訓練が早く完成して、食べられるようになって、胃瘻を抜去できるようになるというところを、医師が説明することが大事であろうと私は思います。

現在、私はリタイアしていますが、もとは消化器の外科医で、どちらかといえば、胃瘻の造設には積極的で、2年間に70例ほど施行しまし

た。しかし、その後止めてしまいました。胃瘻を造設した患者さんが末期になったとき、胃瘻からの注入をいつ止めるかが大変難しくなります。嚥下食が摂取できなくなったとき、注入をいつ止めるかをどのようにお考えか教えていただければと思います。

葛谷：小川先生から、簡潔をお願いします。

小川：先述したように、びたつとは中止しませんが、体をみながら減らしていきます。5年も経つてくると加齢にもより、新陳代謝や消化機能が低下してきて、食事を受け付けなくなって、看取りモードに入っていきます。そこで、例えば、200kcal程度の摂取に低下していく人もいますし、水だけになっていく人もいます。そのときの状態の緩和医療として胃瘻を使っていくという方針で行っています。

葛谷：まだ話が尽きませんが、時間ですので、これで質疑は終了したいと思います。

胃瘻に関しては様々な問題があり、今回のセッションですべて解決できたとは思いません。病院の先生からのご質問もありましたが、病院の医師としては、必ずしもアウトカムが悪いと思って造設しているのではなく、よいと思って造設している方がほとんどだと思います。しかし、胃瘻造設後、フォローがなかなかできないのが実情で、自分の患者のアウトカムが病院の

医師にはわからないという問題があります。

本日お話しいただいたお二人とも、胃瘻の患者さんを在宅で受け取られたときに、胃瘻は入れたら入れっ放しではなくて、次のステップとして、何とか経口摂取に移せるものは移しているというご努力をされておられるのが現状です。当初目標としたアウトカムに近づけるような努力をすることが最も大事だと思います。

しかし、先生方もご経験があるように、胃瘻を造設しても自分の期待していたアウトカムが出ないときがあります。そこで、そのときどうするかということも同時に考えていかなければいけないと思います。

お二人の先生はこの分野のスペシャリストで、お互いよいところも悪いところも十分ご存じの上で、それぞれの役を演じていただきました。したがって、お二人が功に固まっている、罪に固まっているというわけでは決してありません。お二人とも柔軟に考えて対応していただいています。

本日は、お忙しいところをディベートに参加していただき、まずは感謝いたしますとともに、お二人のますますのご活躍を祈念して、お礼の言葉とさせていただきます。どうもありがとうございました。