

診療研究

520

2016年8月

2016年8月10日発行（毎月10日発刊）

日常診療から

診療研究	抗認知症薬の副作用と適量処方	長尾 和宏 5
寄稿	ペインクリニックの診察室	河手 真理子 11
	あなたの医療を変えるNBM	杉原 桂 15
	現代思想と精神医学の関わり	奥村 克行 21
読者のひろば	新生存学の構築を！ 静かな戦争と平和（1）	王 瑞雲 25
政策研究	成年後見制度の概要と課題	木村 一登 28
	成年後見人診断書を 地域の医師が書くことはいいことです	片倉 和彦 32
保険診療110番	在宅時医学総合管理料・ 施設入居時等医学総合管理料の 「単一建物診療患者の人数」の考え方	審査対策委員会 36
ルポ第一線	薬物依存の治療に取り組む 肥田 明日香 先生（新宿区）	片倉 和彦 2
報告	2015年度事業報告・決算	庶務部・会計部 44
ギャラリー	氷河湖に遊ぶ	於曾能 正博 1
あとがき	お題さまざま	田崎 ゆき 52

雇用保険・労災保険 加入&年度更新手続代行

労働保険 事務組合

従業員の業務上の負傷、または疾病を補償する、労災保険。1人でも従業員を雇用した場合、事業主は労災保険に加入することが義務づけられています。東京保険医協会の労働保険事務組合を利用すれば、安価な手数料で事務負担を軽減できます。事業所の労働保険について、不明な点があればいつでもお問い合わせください。

- ① 入会金が不要
- ② 委託手数料が非常に安く経済的
- ③ 医院の事務の省力化
- ④ 院長も労災保険への「特別加入」が可能
- ⑤ 保険料の分割納付が可能
- ⑥ 医療専門の情報提供と親身な相談

委託手数料(年間)

基本料(3,000円)
+
労災保険分(労災保険料の18%)
+
雇用保険分
(加入人数により6,000~1万5,000円)

東京保険医協会は、東京都から認可された労働保険事務組合です。

● 東京保険医協会 新規開業医講習会のご案内 ●

先輩開業医や医業経営に詳しい税理士など多彩な講師陣が、先生方の疑問・悩みにお答えします。これからご開業をお考えの先生、開業直後の先生はぜひ1度ご参加ください。

- ① 新規開業時の経営と税務
- ② 個別指導・監査の実態と対策(新規指導を中心に)
- ③ 保険診療上の基礎知識と留意点、レセプト審査への対応

新規開業医講習会

東京保険医協会

今後の
開催予定
(毎月開催)

8月27日(土) 15:00~18:00
9月25日(日) 10:30~16:00
10月29日(土) 15:00~18:00

会員：無料
会員外：6,000円

会場 協会セミナールーム
申込 協会組織部(要予約)

上記のお問合せ・お申込の他、請求業務や審査・指導、査定・減点、経営問題、共済制度など・・・お気軽に保険医協会までご相談ください!!

TEL 03-5339-3601 FAX 03-5339-3449 <http://www.hokeni.org/>

(受付時間:月~金9:30~12:30、13:30~17:30 ※昼休、時間外および土曜日は対応ができません)

ターや外での打ち合わせがある。

【男性薬物依存当事者】 刑務所から出てきた人、借金の問題を抱えている人、クリーン（薬物依存ではない）な状態がなかなか続かない人、様々な人がアパリクリニックの男性デイケアに来る。男性の部屋はパイプ椅子と机というさっぱりとして広いつくりである。時には暴力団がらみの人もいるが、その団体からも「足を洗って治療してこい」と言われて来るらしい。

【女性薬物依存当事者】 女性の場合、だまされて使い始めたとか、今まで買ったことがない、などの例がある。リストカットとか拒食過食などの女性に多い疾患もある。女性デイケアの部屋は小さくて、かわいいクッションとかお菓子などがあり、いかにも女子の部屋である。

【LGBT薬物依存当事者】 性的少数者用のレインボーの部屋がある。そこかしこにダルクのミーティングの12ステップとか体験談などが貼ってあり、理論的である。

【肥田舜太郎医師】 1945年8月、広島近郊の村で自身も被爆したが、被爆者の治療を来る日も来る日も行う。直接被爆していない夫人が、夫を探しに来て数日後に体中に黒い斑点が出て亡くなったのを見て、内部被爆の身体への悪影響を考え始める。悪いところがはっきりしないのに動けないでいる被爆者を見て原爆ぶらぶら病を考えた。その後、96歳まで埼玉で現役の医師として地域医療に、被爆者裁判に、講演に打ち込んできた。現在は自宅と老人ホームとを歩き来る日々。肥田明日香の祖父であり、顔が似ている。どこか飄々としながら強い、というところも似ている。



① 事務スタッフの中山氏と3人で。

～再現ドラマ「えーっ」～

2016年3月、診察室にて。

中山：「先生、大変だ。今度の診療報酬で精神科デイケアの資格制限と回数制限と診療報酬削減が出てきている」

肥田：「えーっ、開始から年がたった人は週3回までとか4回までとかって…。精神科の他のデイケアのことは詳しく知らないけれども、うちの場合は治療の主体がデイケアということもわかってもらっていない」

近藤恒夫理事長：「えーっ、こんな大切な場が制限されるの？」

薬物依存症当事者：「えーっ、休むとすべらんです。毎日のミーティングが大事なのに」

弁護士など：「えーっ、昨今は以前のように『人間やめますか』とか『ダメ、ゼッタイ』などと言ってただ取り締まるといふ流れではなくなくなってきていて、薬物依存治療の重要性が言われてきているのに、治療の場が壊れてしまう」

肥田舜太郎の心の声：「えーっ、このことを東京保険医協会の行政との交渉に入れてもらおう」

（片倉和彦診療研究編集部長）

抗認知症薬の副作用と適量処方

一般社団法人・抗認知症薬の適量処方を実現する会・代表理事

長尾クリニック 院長

長尾 和宏



4種類の抗認知症薬と増量規定

認知症とその予備群あわせて800万人という時代を迎えている。

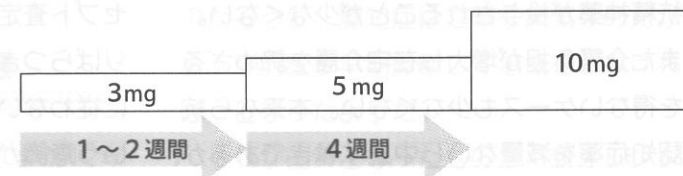
わが国ではアルツハイマー型認知症（AD）に対して現在、ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンの4種類の抗認知症薬（コリンエステラーゼ阻害薬）が保険適用になっている。いずれも認知機能やADLが低下する勾配を緩やかにするという科学的根拠が示されている。

しかし抗認知症薬は降圧剤や血糖降下剤と違って、飲んですぐにその効果を実感できるものではなく年単位で見たら進行を遅らせるという薬である。もし家族から「治るのですか？」と聞かれたら、「症状の改善を実感できる人もいますが、あくまで長い目

で見ても進行を遅らせる効果がある薬です」と説明してきた。知人に聞いてみても「効果をあまり実感できない」という医師が多い。

さて、ドネペジルの場合「3mgで開始して1～2週間後には必ず5mgに増量する」という増量規定がある（図1）。何がなんでも一旦は5mgに増量しないとイケないのだ。そして5mgで効果不十分な例や高度認知症には10mgへの増量が推奨されている。

図1 用量規定の例（アリセプト添付文書から）



添付文書【用法・用量】の記載に「なお、症状により適宜減量する」とある。

ただし、〈用法・用量に関する使用上の注意〉に、「3mg/日投与は有効用量ではなく、消化器系副作用の発現を抑える目的なので、原則として1～2週間を超えて使用しないこと」と記載がある。

© 2015 一般社団法人 抗認知症薬の適量処方を実現する会

添付文書には「なお、症状により適宜減量する」との但し書きがあるものの、実態はかなり異なっている。他の3つの抗認知症薬においてもドネペジルにない3~4段階の増量規定が定められている(図2)。

4つの抗認知症薬の勉強会に行くと、すべての会において専門家が「必ず最高量まで増量することが大切」と口を揃えて力説していた。本来、脳に作用する抗認知症薬こそその時のその人に合う量を探る“さじ加減”が大切で、もっとも個性が求められる病態のはずなのに、不思議な規則が日本にはある。

レセプト査定の実態は様々

ドネペジル3mgで調子が良くても5mgに増量した途端に明らかに調子が悪くなる人が少なからず存在することは、多くの臨床医が経験している。要は適量に個人差があるのである(図3)。また他の3剤においても増量規定どおりに増量すると興奮、暴力、歩行障害、食思不振、嚥下障害などの副作用が出現することがある。

これらを副作用とせず周辺症状とみなし、抗精神薬が投与されることが少なくない。また介護負担が増大し在宅介護を諦めざるを得ないケースも少なくない。本来なら抗認知症薬を減量ないし中止すべきであるが、増量規定がそれを邪魔してきた。

ドネペジルの場合、レセプトの摘要欄に理由を書けば3mgに戻すことを認める都道府県が増えてきたという。しかしある医師は、レセプトの摘要欄にコメントを書いた

図2 認知症治療薬の増量規定

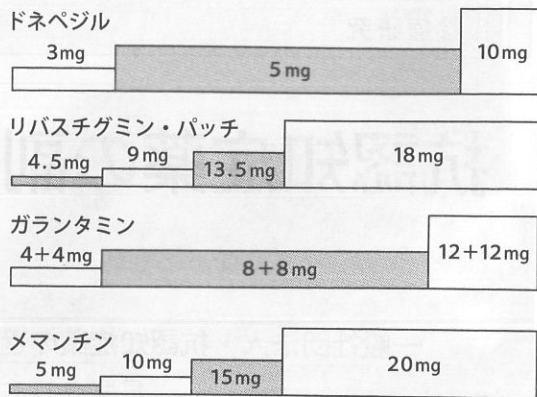


図3 適量に個人差がある抗認知症薬



© 2015 一般社団法人 抗認知症薬の適量処方を実現する会

にもかかわらず「査定」され続け、「損害額」が約400万円にものぼるといふ。実は私自身も同様の経験をしているので、3mgを継続することは「賭け」になっている。

知人に聞いてもさまざまな声があり、レセプト査定状況は地域や審査員によりかなりばらつきがあるのが実態だ。「増量規定に従わないと査定されるかもしれない」という意識があるので、専門家や製薬会社が推奨する増量規定に黙って従っている医師が多い。実際、共同通信社の調査によるとレセプトの摘要欄にコメントを書いても3mgを認めない都道府県が少なくとも9つあることが判明している(図4)。

増量に伴う興奮や易怒を見た時にどうす

ればいいのだろうか。

本来なら減量ないし中止を考慮すべきだろうが、逆に「薬が効いていない」と判断して10mgに増量する医師のほうが多いという。するともちろん易怒性はさらに激しくなり、強力な鎮静剤や抗精神薬が必要となる。するとフラついて転倒→寝たきり→食事量低下→胃ろう造設という悪循環が待つ

ている。

つまり、増量規定によって「造られた認知症」ないし「医原病としての認知症」も増えているのではないだろうか。そしてそれが社会保障費をひっ迫させてはいないだろうか(図5)。

増量規定という、世にも不思議なこの規則は、そもそも誰のためのものだろうか。

新オレンジプランへの違和感

認知症という言葉は誕生してまだ12年で、少し前までは「ボケ」や「痴呆」であった。しかし最近、「ボケ」を差別用語にする動きがあるそうで、本質から離れた言葉狩りに違和感を覚える。かつては「ボケ」で済まされていたものが、ある時から「病気」に格上げされた背景に何があった

図4

識者の声

厚生省は統一見解を

認知症の医療やケアに詳しい群馬大医学部保健学部の山口靖彦教授は、薬の添付文書の根拠となる臨床試験は集団を抜いた統計的に有効性を示すが出すが、抗認知症薬に副作用が出る人は、少量で効果のある人がいるのが現実だ。添付文書通りでないからといって一律に査定するのは問題だ、医師の裁量を認め、厚生労働省が「適宜減量できる」という統一見解を出してほしい。

共同通信が全国の地方紙に配信

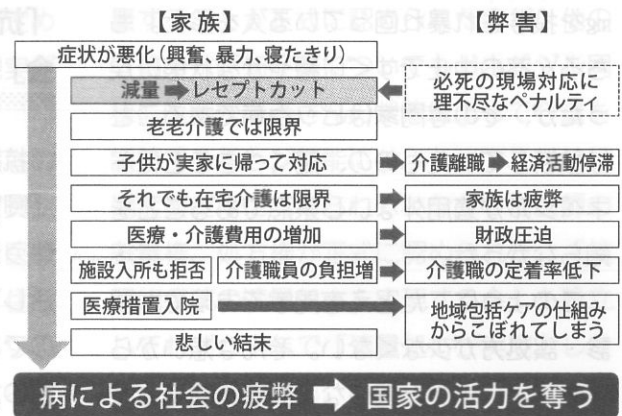
認知症薬審査に地域差

全国調査 9県少量投与認めず

認知症の医療やケアに詳しい群馬大医学部保健学部の山口靖彦教授は、薬の添付文書の根拠となる臨床試験は集団を抜いた統計的に有効性を示すが出すが、抗認知症薬に副作用が出る人は、少量で効果のある人がいるのが現実だ。添付文書通りでないからといって一律に査定するのは問題だ、医師の裁量を認め、厚生労働省が「適宜減量できる」という統一見解を出してほしい。

認知症の医療やケアに詳しい群馬大医学部保健学部の山口靖彦教授は、薬の添付文書の根拠となる臨床試験は集団を抜いた統計的に有効性を示すが出すが、抗認知症薬に副作用が出る人は、少量で効果のある人がいるのが現実だ。添付文書通りでないからといって一律に査定するのは問題だ、医師の裁量を認め、厚生労働省が「適宜減量できる」という統一見解を出してほしい。

図5 症状の悪化による弊害



© 2015 一般社団法人 抗認知症薬の適量処方を実現する会

のだろうか。認知症は立派な病気なのだから、専門医が早期診断して治療をしなければ、となったようだ。

それが国策となったものが“新オレンジプラン”であるが、製薬会社を利するための策略に思えて仕方がない。「ボケ」が「医療化」されて一番得をするのは製薬会社である。「老い」ではなく「病気」に“昇格”した途端に巨大な薬の“市場”が生まれるからだ。

たしかに若年性認知症の人は病気である。しかし、90歳の陽気な人が短期記憶をうまく保持できないことが病気とはとても思えない。老化ないし生理現象ではいけないのか。しかし介護施設では、MMSEで0点でも抗認知症薬を最高容量処方されて入所してくる人をよく見かける。

そもそも認知症は何十もの病気の総称である。認知症=ADではない。約半分を占めるとされるADが抗認知症薬の保険適用である。しかしうつ病をADと誤診されドネペジルを投与されている人が少なくない。また逆の誤診ではSSRⅠを投与されることもある。あるいは前頭側頭型認知症（ピック病など）であるのに、ドネペジル10mgを投与され暴れ回っている人を診た。もちろん薬の中止ですぐに穏やかな状態に戻ったが、その専門家はピック病であることは診断していたものの、驚くべきことにドネペジルが適用外ないし禁忌であることを知らなかった。

このように、たとえ専門家であっても誤診・誤処方がある。そんな思いから「家族よ、ボケと闘うな！誤診、誤処方だらけの認知症医療」（ブックマン社、愛媛県西条市の近藤誠氏との共著）という本を書いた。過激なタイトルでお叱りを受けるかもしれないが、いったい誰のための抗認知症薬？新オレンジプラン？という思いが日々、強くなっている。

そもそも認知症療養に医療が占める割合はどれくらいだろうか。5%以下という医師（=私）がいる一方、95%が医療、つまりお薬だという専門家もいる。5%と95%、凄い認識のギャップではないか。

“新オレンジプラン”によると、早期に専門家に紹介して認知症との確定診断を得て、抗認知症薬で治療開始となっている。私は、自分が在宅で診ている認知症の人が新オレンジプランの網にかからないことを願っている。もしその網にかかると、行き先は介護施設や精神病院に変わる可能性がある。それは同じく国策である地域包括ケアが目指す方向とは真逆ではないだろうか。そして介護施設における人手不足は深刻で介護の質はまったく担保されていない。

こんな思いから「ばあちゃん、介護施設を間違えたらもっとボケるで！」（ブックマン社、丸尾多重子氏との共著）を書いた。

「抗認知症薬の適量処方を実現する会」を設立

抗認知症薬の増量に伴い出現頻度が増す「興奮や易怒」は、アセチルコリン増加に伴う当然の反応であろう。しかし一緒に生活しているご家族から見れば副作用そのものである。怒って暴れるため、また歩行障害のため、泣く泣く施設や精神病院に入れざるを得なかったと後で悔やんでいるご家族が多数おられる。

それでもある専門家はNHKのテレビ番組で「易怒性は決して副作用ではないので絶対に中止してはいけない。とにかく飲み続けることが大切」と説いている。もちろん製薬会社の意向なのだろうが同じ医師として憤りさえ覚える。そんな専門家に“洗脳”されてしまった開業医の中には、易怒や興奮を診た時に薬を中止どころか逆に増量する人が少なくない。当然さらに深刻な

事態に陥る。

最近、注目されているレビー小体型認知症（DLB）にも2015年9月からドネペジルの処方認められた。しかし薬剤過敏性が特徴のDLBにドネペジルは5mgでも10mgでも良いとする一方、5mg未満は認められていないことも私にはまったく理解できない。薬剤過敏ゆえに少量投与でも十分な患者が大半であるという、私たちの経験と全く矛盾するものだ。

がん性疼痛にはそれを抑えるオピオイドの至適容量設定（タイトレーション）が医師の裁量下に行われている。同様に脳に作用する抗認知症薬もその時々における個別性を重視したさじ加減がなにより大切なはずである。しかし製薬会社と専門家が定めた画一的な増量規定に縛られている現実がある。

認知症の個別化医療のためには介護者の視点から見た抗認知症薬の新たなエビデンス構築が急がれる。それにより無駄な医療費も削減可能となる（図2）。また「住み慣れた地域で最期まで暮らせる街づくり」という地域包括ケアの理念にも合致するはずである。

- 1) 抗認知症薬の増量規定に従うと不幸になる人が少なからず存在する
- 2) その至適用量は大きな個体差があり少量でも効果がある人が存在する
- 3) 抗認知症薬をまったく必要としない人も少なからず存在する。

以上の思いから、2015年11月に現場の医療・介護職と家族・市民が集まり「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の

実態調査を行い適量投与に関する提言を行ってきた。増量規定に関しては国会質疑でも取り上げてもらった。

詳しくは「認知症の薬をやめると認知症がよくなる人がいるって本当ですか？」（現代書林）に述べた。

6月1日付の厚労省通達と今後の活動

2016年6月1日、厚労省から一つの通達が出た。「患者の状態に応じて抗認知症薬の少量投与を容認する」という趣旨であった。ドネペジルの場合5mgに増量した時に興奮や易怒性が出現した場合、3mgへ減量することが正式に認められたのだ。他の3剤の抗認知症薬についてもドネペジル同様に医師が患者さんの状態に応じて容量を調節することが可能になった。つまり抗認知症薬だけに認められていなかった医師の裁量権、処方権が正式に認められた。「抗認知症薬の適量処方を実現する会」を設立してわずか半年で「適量処方が実現」したことを喜んでいる。

今回の通達の意義として以下の3点を指摘したい。

- 1) 興奮や易怒性を副作用と認めた。
- 2) 規定量以下の少量投与が認められた。
- 3) 医師の裁量権が確認された。

興奮や易怒性を副作用と認めたからこそ「適宜調節」が可能となった。また少量投与はエビデンスが無いという理由で認められていなかったが、「少量でも有効な症例がある」ことや「医師の裁量で適宜調節できる」ことが「55年通知」以来、再確認

昭和54年8月29日(1979年)
 日本医師会長 武見太郎 殿
 厚生大臣 橋本龍太郎

8月21日付の貴翰に次のとおり回答いたします。

1. 薬効表示について、**医学と医師の立場が全く無視され、製薬企業の資料のみによる病名決定で用途が規定されることは誤り**でありました。厚生大臣としては、薬理作用を重視するものであり、能書については、薬理作用の記載内容を充実する方向で改善するよう、薬務局に対し指示いたしました。従って、**医師の処方権は薬理作用に基づいて行われる事**になります。
2. 省略
3. 以上により、**医師の処方権の確立が保証**されるものと考えます。

昭和55年9月3日保発第51号

社会保険診療報酬支払基金理事長あて
 厚生省保険局長通知

……別添昭和54年8月29日付書簡の主旨に基づき、左記によるものであるので通知する。

保険診療における医薬品の取扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量(以下「効能効果等」という。)によることとされているが、有効性及び安全性の確認された医薬品(副作用報告義務期間又は再審査の終了した医薬品をいう。)を**薬理作用に基づいて処方した場合の取扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること。**

された(図6)。

一連の活動を通じて感じたことは、抗認知症薬の副作用を知らない臨床医が多いことだ。検査無しで物忘れ=抗認知症薬、といった構図が残念だが一部にあるようだ。しかし抗認知症薬には消化器症状、歩行障害のみならず、高度徐脈という重篤な副作用がある。私も心拍数20の3度の房室ブロックが、ドネペジル中止だけで回復した症例を2例経験した。もし気がつかずいたらそのまま亡くなっていたかもしれない。抗認知症薬の副作用の啓発が急がれる。また臨床効果にどれくらいの個体差があるのか、そして至適容量設定の標準化や少量投与のエビデンス構築などが課題である。

日本認知症学会の役員のなかにも早くからこの重大な課題に気がつき警鐘を鳴らしてこられた先生がおられる。今回、抗認知症薬の少量投与が正式に認められ、増量規定は事実上撤廃されたと考える。今後、主作用と副作用のバランスを考量しながら、

どんな量を適量と考えるべきか、つまり至適容量設定の具体的手順や抗認知症薬の“やめどき”に関する議論が始まることを期待している。

認知症は一般開業医も相当数を診ているはずだ。在宅医療にも従事している医師は自宅でも施設でも認知症の比率が増加している。今回の通達は小さな紙切れかもしれないが、現場の医療職・介護職、そして患者・家族にとっては大きな福音であると受け止めている。

また一連の活動の中で「抗パーキンソン病薬の適量処方についても考えて欲しい」とか「抗精神薬や睡眠薬の適正使用にも取り組んで欲しい」という声も聞こえてきた。そこでできれば今秋にでも当会を「脳に作用する薬の適正使用を考える会(仮称)」と改名して、神経難病をも含む中枢神経系に作用するさまざまな薬剤の適正使用を提言する会として活動を続けていきたいと考えている。(ながお・かずひろ)

ペインクリニックの診察室

西荻ペインクリニック

河手 眞理子



～はじめに～

厚労省の国民健康基礎調査によると、男性で約20%、女性の約35%が腰痛、肩こり、頭痛などなんらかの痛みをかかえているという報告がされています。運動器疾患の痛みに関して、ペインクリニック科の受診は少なく、他の科での治療の満足度は低いという報告もあります。

痛みが続くと、眠れない、仕事に集中できない、気持ちが沈むなど、生活の質が悪くなっていきます。また高齢者の場合は、その生活を支える家族にも影響が及ぶようになります。

つらい痛みをかかえている方たちに、ペインクリニックで「痛みを治療する」ことを選択肢の一つに加えてほしいと思います。私が専門としているペインクリニックとはどんなところなのかをここに紹介します。

1. ペインクリニックはどんな診療科?

全身のあらゆる痛みを治療対象としている科です。「痛み」だけに注目して治療します。慢性痛、急性痛がほとんどですが、神経ブロックが有効な自律神経失調症、顔面神経麻痺、突発性難聴やアレルギー性鼻炎などの疾患や症状も治療しています。痛み以外の治療についてはあとで述べます。

2. 痛みは治療すべき「病気」のひとつ

痛みは身体に危険を及ぼす大切なものです。しかし、それとは別に、「不必要な痛み」があります。警告信号の役割を終えたあとに残っている痛みや、仕事の姿勢や動作やストレスが関連した、生活習慣病的な痛みです。このような「不必要な痛み」がペインクリニックで治療する対象となります。生活に様々な影響をもたらす痛みは痛みそのものを治療しなければならない「病