# ロータリーの友

ロータリーの友12月号 第60巻 第12号
平成24年12月1日発行（毎月1回1日発行）
通巻720号 昭和28年1月創刊
昭和43年4月23日第3種郵便物認可
発行所 一般社団法人ロータリーの友事務所

12
2012

THE ROTARY-NO-TOMO
DECEMBER 2012 VOL.60 NO.12

SPEECH
## 認知症の予防・治療・療養の最前線
長尾 和宏

■この人、この仕事
## スピードと誠実さこそNO.1になる秘訣
片岡 宏二

ロータリーの友 12 家族月間

2012年 第60巻 第12号 210円（本体価格200円）

ロータリーの友
ロータリーの友12月号 第60巻 第12号
平成24年12月1日発行（毎月1回1日発行）
通巻720号 昭和28年1月創刊
昭和43年4月23日第3種郵便物認可
発行所 一般社団法人ロータリーの友事務所
12
2012
THE ROTARY-NO-TOMO
DECEMBER 2012 VOL.60 NO.12

特集 家族月間
## 新たな風を
## 最終段階にさしかかったポリオ

2012年2月18日　国際ロータリー第2660地区
ＩＭ第５組　基調講演要旨

# 認知症の予防・治療・療養の最前線

認知症の男性に多く見られる症状の一つが、「浮気妄想」です。女性の認知症には、「モノとられ妄想」が多く見られます。今や、高齢者の８人に１人が認知症という時代になろうとしています。ものすごい勢いで増えています。

長尾クリニック院長・（医社）裕和会理事長・関西国際大学客員教授　長尾　和宏
Kazuhiro Nagao

## ものすごい勢いで増えている認知症

私は、町医者として毎日、長寿社会に向き合っています。

認知症の男性に多く見られる症状の一つが、「浮気妄想」です。もう一つ、初期のころ、男性はまず怒りやすくなります。クリニックでも、受付の女性に「遅いやないか」「院長を出せ」「わしを誰やと思っている」とお怒りになっています。待合室などでよく怒っている人、見かけませんか？　実は、認知症が始まっておられることがあるのです。

女性の認知症には、「モノとられ妄想」が多く見られます。皆さんの周りでも、案外モノがなくなり、どこへ行ったかわからないことは多いのではないでしょうか。そんな時、自分がなくしたとは思いたくない。そして誰かが取ったと言いだしたら、ちょっと危ないと思ってください。

認知症を患っておられる方は、本当にたくさんいらっしゃいます。でも、家族はどこに相談していいのかわからない。家族が病院に連れていくのも難しい。困り果てて、私のもとへ大勢やってこられます。

今や、高齢者の八人に一人が認知症という時代になろうとしています。ものすごい勢いで増えています。クリニックでも在宅医療でも毎日、多数の認知症の患者さんを診察しています。

認知症を診断するにあたっては、まず「長谷川式テスト」ないし「ＭＭＳＥ（Mini-Mental State Examination　認知機能検査）」を用います。「今日は何日か」「一〇〇から七を引くと」「九三から七を引くと」といった質問をしていくテストで、三〇点満点のうち二〇点以下であれば、認知症が強く疑われます。長谷川式テストを考案したのは、聖マリアンナ医科大学の名誉教授、長谷川和夫先生です。

認知症とがんの進行の具合はそれぞれですが、両方を持っておられる患者さんは、実は相当多いのです。ところが医療の仕組みは縦割りで、医師の領域はどんどん専門分化、細分化されています。糖尿病を専門とする医師は血糖値しか、高血圧の専門医は血圧しか、診ていません。整形外科の医師は膝なら膝、首なら首、腰なら腰しか見ていませんし、眼科でも角膜、網膜、ぶどう膜……と専門領域はどんどん細分化されています。

医療の現場がどんどん細分化されていく中で、認知症は誰が診ればいいのでしょう。さらに、がんと合併した認知症の場合は、どこの病院、どこの科へ行けばいいのでしょうか。こういった問題が、超高齢化社会の中でクローズアップされてきています。

認知症は決して急に悪化する病気ではありません。ゆっくり進み、知らないうちになっていたというような病気です。会社でトラブルを頻繁に起こしたり、病院で言い争いになったり、家族におかしい言動をとるようになってから、どうも変だ、診察してもらった方がいいだろうかと悩み、病院へ行くのが遅れるのが常です。認知症は、全経過がだいたい一〇年ほどの病気だと考えてください。お医者さんを訪れるまでに一～二年かかるでしょうか。

しかし認知症は、本当はもっと早く始まる、四〇歳から始まっているとおっしゃる医師もいます。ＣＴで脳の血流を調べると、四〇歳でもう機能が低下している人がいます。認知症は早期診断・早期治療が大切だとも言われています。つまり、がんとよく似た状況になりつつあります。

認知症の診断にあたっては、まずＣＴスキャンをとります。慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症など、認知症と見間違うかもしれない病気も視野に入れ、検討するためです。血液検査も必ず行います。甲状腺機能低下症もお年寄りにはよく見られる疾患です。家族は認知症と思っていたのに、血液検査で甲状腺機能が悪いとわかり、甲状腺ホルモンを投与したら、認知機能が改善するケースもあります。

ＣＴスキャンや血液検査をした上で長谷川式テストを行い、五分ほど質問します。長谷川式テストより詳しいＭＭＳＥという問診で認知機能や記憶力を測定し、最低でも二〇点以下だったら認知症だと診断します。

## 症状の進行を緩める薬 最近三つの新薬が発売

認知症に処方されるお薬の話をしましょう。十数年前、「アリセプト」という薬が開発され、世界中で使われ始めました。アルツハイマー病とは、脳の中の神経伝達物質のアセチルコリンが不足している病気で、アセチルコリンの量を増やすのがこの薬の役割です。といっても、病気を治すのではなく、進行のスピードを緩める効果しかありません。

アルツハイマー病は、アミロイドベータという、いわばごみのような物質が脳内に沈着することでおきます。なぜ沈着するのかは、よくわかりません。アルツハイマー病にはいまだ根本治療がなく、足りなくなったアセチルコリンを増やす、という対症療法しかありません。「アリセプト」は、初期に投与するほどよく効き、高度期には効きにくい印象があります。

これまではこの「アリセプト」しかなかったのですが、昨年、三つの新薬が発売されました。パッチタイプの「リバスチグミン」、飲み薬の「レミニール」と「メマリー」です。

それぞれ守備範囲が違い、初期から中等度までが「リバスチグミン」と「レミニール」。「メマリー」は、中等度から高度に服用し、「アリセプト」に加えて処方することが多いです。

これら四つの薬をどう組み合わせていくか、認知症専門家の間で議論されています。いずれも脳の中のアセチルコリンを増やす薬で、進行を緩める意味ではよく似ています。新しい薬の効果は月単位、年単位でないとわからないので、本当の評価が出るのは、三年後ぐらいからでしょうか。

認知症の薬は「初期の人ほど効きやすい」「飲むなら早めに飲んだ方がいい」「治すのではなく、症状の進行を遅らせるための薬だ」ということをご理解ください。

認知症は「中核症状」と「周辺症状」に分けて考えられています。中核症状とは〝記憶がなくなる〟こと。

特に、最近のことが覚えられなくなりますが、昔のことは鮮明に覚えています。皆さん、昨日の晩ご飯が何だったか、覚えていますか？　一昨日はどうだったでしょうか？　記憶をたどってください。自分の食事を思い出すことでも、いい予防法になるかもしれません。

近い記憶が出てこないのが中核症状なので、何度も食事をしてしまいます。満腹になったことを意識できないので、食べまくり、夜に盗み食いをします。せっけんを食べた人もいます。ですから、認知症が中等度になると太ってきて糖尿病になったり、もともとあった糖尿病がさらに悪化したりします。

一方、「周辺症状」としては〝徘徊（はいかい）〟が挙げられます。特に、冬のように暗くて寒い憂鬱（ゆううつ）になるような季節には、やたら徘徊が増えてきます。妄想も出てきます。冒頭に紹介した「妻が浮気をしている」「嫁がお金を取った」などがその例ですね。幻覚も現れ、ネコがいる、人がいると訴えます。

あるいは暴言を吐く、杖（つえ）を振り回す人もいます。診察をしていると、朝から晩まで毎日、そんな人ばかりです。こうした周辺症状があるから、認知症は困った病気だ、家庭では看（み）きれない、見張り役がいる、施設に入れた方がいいのではないか、と悩むことになります。

実は、この周辺症状をどう抑えていくのかが医師の腕の見せどころなのです。先ほど紹介した「アリセプト」などは、中核症状を抑える薬です。周辺症状に対しては、時には精神病の患者さんに投与する妄想を抑える薬まで投与するのが通常です。中核症状の薬と、周辺症状の薬を組み合わせて使うものだと理解してください。

## さまざまな高齢者向け住宅や施設に認知症患者が分散

認知症の初期に診断され、薬を飲んでいても、ワァワァ騒ぐようになったり、徘徊をしたり、大変になってくるのが中等度の時期です。それも後半になると、いろいろと日常生活に支障をきたすようになり、家族には「いよいよ家では無理だ」という局面になります。そこで、いろいろな介護施設を探されます。認知症の主な施設を紹介しましょう。

まず「特別養護老人ホーム（特養）」。費用は安いのですが、ご承知のように入居希望者が多くて、待機リストが多く、なかなか入れません。主治医が特養の嘱託医に変わります。

「老人保健施設（老健）」は、本来は病院から家に帰るための途中の時期を過ごし、家へ帰る訓練をするための施設ですが、今の老健はほぼ特養と似てきて、認知症患者がたくさん暮らしていて、よく〝特養待ち〟と言われます。

「療養病床」という、いわゆる老人病院にも認知症の人はおられますし、「サービス付き高齢者向け住宅」にも認知症の方が多く入居されています。厚生労働省は「小規模多機能住宅」の設置を勧めていますが、まだこの施設は増えていません。

「有料老人ホーム」は、入居時にも入居後もたくさんのお金が必要で、自室はワンルーム程度の広さということも多いでしょうか。さらに「グループホーム」では、一ユニット九人で暮らし、台所やリビングがあり、なるべくこれまでの〝生活〟を維持しようというコンセプトです。たいてい二～三ユニットで構成され、費用はそれなりに高く、全部でやはり月額二〇万円ぐらいかかります。

「精神病院」に、認知症患者が入院するケースも少なくありません。

生活保護を受けていない限りは、いくら安価な病院・施設に入れたとしても少なくとも月に五万～六万円の費用はかかります。経済的に余裕がなければ、預貯金を取り崩すか、在宅で療養しながら特養が空くのを待つことになります。

在宅医療を受けている認知症患者が、肺炎を起こして入院が必要になることがあります。しかし、「認知症がある」というと入院はダメだと断られることがよくあります。「いやいや、症状はまだ軽いのでお願いします」と懇願して入れてもらうこともあります。

実際に在宅時の認知症の症状は軽くても、入院したとたん暴れだす人もいます。そうなると、病院から家族も病室に寝泊まりするよう求められ、簡易ベッドに添い寝での介助となり、そのうち音を上げてしまうのが常です。

中等度の認知症患者が療養を受ける場所がない。これだけニーズがあるのに入院もできない。この病気の置かれた状況の厳しさに、認知症患者のご家族は初めて気づきます。ご家族は当事者になって初めて、認知症療養の場の貧弱さにがくぜんとします。

がんに関する情報はいっぱいあるのに、認知症の情報は不足しています。地域的なばらつきも小さくありません。つらいのは介護するご家族。だからこそ、認知症の介護者を支えないと、在宅療養は成立しません。

在宅療養の現場での認知症には、介護が大きなウエートを占めてきます。病院に入院中は「医療保険」一本ですが、病院を出たとたんに「医療保険」と「介護保険」の二本建てになります。医療にあたる医師と、介護にあたるケアマネジャーがしっかり連携しないといけません。

在宅療養をしているがん患者の九割は家で看取りますが、がん以外、特に認知症で最期まで家で看取るのは四割ぐらいだろうと、日々の診療をしながら実感します。介護保険制度ができてもけっして万能ではなく、ＮＰＯやボランティアが補完しなければならないのが現状です。

それから、認知症の「終末期医療」についてですが、最期が近づくと、だんだん食べられなくなります。これをどう考えるかが今、大きな問題となっています。

胃に穴をあけて管を入れ、そこから栄養剤を入れていく手法が「胃ろう」です。もともとは、生まれながら食道が閉鎖しているような先天性の疾患をもっている子どもさんのため、開発さ

■長尾クリニック院長・
（医社）裕和会理事長・関西国際大学客員教授
長尾　和宏

一九八四年　東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。大阪大学病院勤務等を経て、九五年　兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業。在宅療養支援診療所登録。三六五日二四時間体制で外来診療と在宅医療に従事。【主な役職】日本慢性期医療協会・理事、日本ホスピス在宅ケア研究会・理事、日本尊厳死協会・副理事長、（医社）裕和会理事長、長尾クリニック院長、など。【主な資格】医学博士、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、日本消化器病学会専門医、日本内科学会認定医、日本禁煙学会認定専門医、日本在宅医学会専門医、日本医師会認定産業医、労働衛生コンサルタント。【著書】『平穏死・10の条件』、『町医者だから言いたい！1、2、3』、『蘭学医・関寛斎～平成に学ぶ医の魂～』、『町医者力シリーズ1、2、3、4、5』、『禁煙で人生を変えよう』など多数。

れた措置でした。今、日本には四〇万人もの胃ろう患者がいて、その多くが高齢者です。

胃ろうを入れると、栄養状態が改善されるため、床ずれは治ってきます。元気になってまた食べられるようにもなりますが、最終的にはまた食べられなくなり、意思表示ができないなど、いわゆる植物状態に進みます。

一度、胃ろうを施したら、死ぬまで誰もやめられません。家族が「もう胃ろうをやめてください」と頼んでも、途中で中止するドクターはまだ多くありません。胃ろうを中止するのは安楽死だ、安楽死は殺人だ、と言う人もいるからです。

長寿社会にともない、延命措置も発達しました。その一つが「人工栄養」。昔は鼻からチューブを入れたり、点滴したりしたのですが、「胃ろう」という延命措置が開発されました。次に「腎臓の延命」。人工透析をして腎不全を防ぎます。三つ目に「人工呼吸」。気管に穴をあけて呼吸を確保します。この三つの延命措置をどう考えればいいのでしょうか。

超高齢化社会で、どこまで延命措置を行うかを考えるにあたって必要な観点は、ひとつは「尊厳」という観点、もうひとつは、あまり大きな声では言いにくいのですが「財源」という観点です。

尊厳という観点から考えると、人工透析は本人の意思が反映されていますが、胃ろうの場合、植物状態になっていると本人の意思は反映されません。尊厳があるかどうかという点でも、延命措置には、議論が分かれるところです。

安楽死と「尊厳死」は全く違います。安楽死は、終末期が近い時に人為的に寿命を縮めること。尊厳死、平穏死、自然死は、自然に任せる、食べられなくなったら残念ながら人生は終わり、という考え方です。

次に、「財源」の観点から延命措置を考えてみます。日本の財源の四八%は社会保障費（介護、年金、医療など）です。また、医療費のうち六割は高齢者医療、その多くを延命治療が占めています。

大変な勢いで高齢化が進み、大変な勢いで胃ろうが増えています。こんな中で、皆さん自身も、皆さんのご両親や周囲の方も、どう終末期を過ごすのか、元気な時から真剣に考えなくてはなりません。病院や医療従事者も、これまで「死」に真剣に向き合ってきませんでした。死はタブーだったからです。しかし、患者さんもご家族も医療関係者も、自分の頭で考えなくてはなりません。

最後になりますが、認知症を予防するにはどう暮らせばいいでしょうか。まず、生活習慣病になるのを避ける暮らしを実行してください。食べ物では青魚を食べる、納豆を食べる、果物のジュースを飲む。運動が重要なので、一週間にトータルで一五〇分ほどの運動をします。ウオーキングでも、ゴルフでも構いません。そして社会的使命を持ち、自らの力を発揮しながら生きる。これらに尽きます。

（ホスト　大阪梅田RC）





# スピードと誠実さこそNO1になる秘訣

文・宮本　貢　写真・水村　孝

## 片岡　宏二

■㈱片岡製作所
代表取締役社長
京都南ロータリークラブ

### 経営者の顔と科学大好き少年の顔

白状しますが、「先端技術」に弱い。

そもそも「技術」というものに無知でして、これに「先端」が付くとどうにも手に負えない。

たとえば今回お訪ねした京都の片岡製作所。レーザー加工を中心に、環境やIT関連の事業を展開する会社だ。いただいた小冊子を開くと、「製品の特徴」としてこんなことが書いてある。

「当社LD励起YAGレーザは従来のランプ励起YAGレーザに比較して5～8倍以上の高効率化を達成」

励起？　YAG？　……う～む。

創業者で社長の片岡宏二さんは当方の無知を覚悟しておられたようだ。工場見学の前に、大きなパネルで事業内容やレーザーの歴史、仕組みなどをわかりやすく説明してくださった。

わかりやすくといっても「先端技術」ですからね。恐れ入ってうなずくしかない。

片岡製作所の製品の一つにレーザー溶接機がある。携帯電話やパソコンに欠かせない、充電できる二次電池。そのアルミケースを作るため