

は本当にあるのか？

差異をどう受け止める

医学博士 長尾 和宏

フランスは

抗認知症薬を否定

認知症と診断されると、家族は必ず投薬を求めてくる。抗認知症薬という名前の薬があるからだ。抗がん剤や抗アレルギー剤のように「抗（あらがう）」という言葉がついた薬にすぎらうとする。果たして本当に認知症に効く薬はあるのだろうか。結論から言えば現時点では、残念ながらノーである。薬に頼らうという考えはやめたほうがいい。人によつては、使い方によつてはある一定期間効果がある抗認知症薬は存在するので全面否定ではない。しかし降圧剤のようにずっと効く抗認知症薬は存在しないことを知って欲しい。それどころか、大切な人が抗認知症薬の副作用により大きな被害を被らないよう気をつけてほしい。

現在、日本で使われている抗認知症薬はドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンの4種類である。一方、フランス保健省は8月1日より抗認知症薬を保険適応除外とした。フランスでは医療技術の評価を担う高等保健機構(HAS)

が薬の有用性を5段階で評価して保険償還のあり方を定期的に見直している。有用性のレベルに応じて国が負担する割合が決まる。もし有用性が不十分なら今回のHAS除外措置のように国の負担はゼロとなる。HASは4種類の抗認知症薬を患者の行動障がいやQOLや死亡率への影響が確立されていない一方、潜在的に重篤な副作用があることから「医療上の利益が不十分である」と判断した。

日本では過剰処方が続く

一方、日本では4種類の抗認知症薬の「過剰処方」が現在も続いている。医療経済研究機構の調査によると抗認知症薬の処方率は85歳以上の高齢者の17%に上る。しかも年間処方量の半分近くが85歳以上である。日本で抗認知症薬の過剰処方が続いている理由は、専門医学会が診療ガイドラインで抗認知症薬の使用を強く推奨しているからである。そもそも4種類の抗認知症薬には易怒性、悪心・嘔吐、歩行障がい、高度除脈などの重篤な副作用がある。その結果、体重減少、サルコペニ

ア、寝たきり、心停止などに陥ることがある。また抗認知症薬に対する脳の感受性は大きな個人差がある。

しかし一旦薬を開始したらその後は機械的に開始量から2〜3段階増量しなければならぬという「増量規定」が存在した。本来、薬剤とは感受性、年齢、体重、重症度、要介護度などを考慮して必要最低量を期間限定で使うべきものだ。しかし専門家は「必ず最高量まで増量」と開業医に説いて回った。個別性は無視して一律に機械的に増量するという日本独自の文化が維持されてきた。

私たちは2015年11月に一般社団法人「抗認知症薬の適量処方を實現する会」を設立した。抗認知症薬の副作用で暴れたため施設や精神病院に入れたと、後で後悔する家族が全国各地に多数おられ「薬害認知症裁判」が起ころう寸前であった。そこでHP上で抗認知症薬の副作用で苦しむ全国の事例を集積し厚生労働委員会で議論をして頂いた。その結果、2016年6月に増量規定は撤廃され少量投与を含む適量処方が可能となった。しかし共同通信系以外の大手メディアはほとんど報



長尾和宏

(ながお かずひろ)

医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内
科入局

1991年 医学博士(大阪大学)授与

1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開
業、現在に至る

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、全国
在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学
客員教授

【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、指導医、日本在宅医学学会専門医、
日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労
働衛生コンサルタント

【著書】

『平穏死・10の条件』(ブクマン社)、『抗が
ん剤・10のやめどき』(ブクマン社)『胃ろ
うという選択、しない選択』(セブン&アイ出
版)『がんの花道』(小学館)『抗がん剤が効く人、
効かない人』(PHP研究所)『大病院信仰、ど
こまで続けますか』(主婦の友社)など。

【医学書】スーパー総合医業書・全10巻の総編
集(中山書店)第一巻『在宅医療のすべて』、第
二巻『認知症医療』など多数。

認知症に効く薬 フランスと日本の

じなかった。厚労省や日本医師会か
ら通知が出たものの現在でも撤廃を
知らない医師がいる。まさに医学会
とメディアが一体となって増量キャン
ペーンが今も続いているのが日本で
ある。

医学部劣化の象徴

フランスと日本の解離をどう考え
るのか。日本の臨床試験は副作用例
を脱落例とし成績優秀患者だけを
集めてプラセボ群と比較していた。
成績優秀者だけを集めて検討され
ば、成績優秀という結論になるに決
まっている。また当時の臨床試験で
は80歳以上は対象から除外されてい
るが、処方量の半分が85歳以上とい
う現状とは解離している。また副作

用例が明らかに多いのに恣意的に隠
ぺいされた。日本にはフランスのH A
Sのような独立した評価機関が無い
ため、薬の利益と不利益に関する客
観的評価ができない。今後、フラン
スのように一刀両断とするか、症例
によつては個別性を重視した少量投
与ないし適量投与を推奨するのか、
日本の薬事行政は岐路に立たされて
いる。

全国各地で開催されている認知症
の市民フォーラムでは「早期発見・
早期投薬」が現在も定番である。本
来は予防法や非薬物治療を説くべ
きだろうが、製薬会社为主导すると
そうなる。その結果、「医原性の認
知症」が増え続けている。上記の抗
認知症薬起因性認知症のほかにも

多剤投薬起因性認知症や高齢者に
は推奨されない薬剤投与による薬剤
性認知症もある。また抗認知症薬
を投与されている人の7割が甲状腺
機能検査未実施という現実を考え
ると、本物の認知症よりも医原性
認知症のほうが多いのではないかと
さえ思う時がある。

製薬会社から多額の講演料を受
け取っている医学部教授が報道され
ている。一部の教授は製薬企業の宣
伝マンとなっているが、その弟子や
研修医はどんな風に育っていくのか。
この10数年間の抗認知症薬のプロ
モーションは医学・医学部の劣化を
象徴している。これは医療倫理の問
題だ。いずれにせよ、フランスのH A
Sのような評価機関の設置が急務で
はないか。その守備範囲は生活習慣
病薬やジェネリック医薬品にも及ぶ
べきだ。しかし利益優先のまま医師
への過剰な宣伝が野放しになっている
。その結果、効果が乏しい高価な
薬が今日も過剰に処方されている。
社会保険財政が困窮するのは当た
り前である。国民皆保険制度堅持
を真剣に願うのであれば、薬の厳格
なチェックを国家課題とすべきだ。