

実践！ グループホーム ケア

[第5回]

認知症介護研究・研修東京センター センター長
山口晴保

基本的人権を守る

今回は、何を書こうかと思ひあぐね、締め切りが近づいてようやく「基本的人権」をテーマにしようと思ひに至りました。

日本国憲法では、「何人も法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪われぬ」と、基本的人権が保障されています。しかし、医療では、しばしば基本的人権がないがしろにされます。

私自身が、自分には投与してほしくない抗精神病薬などを、しばしば患者（認知症グループホームの利用者）に投与します。こんなことをテーマに、アカデミックではない随筆風の内容となりますことをお許しください。

抗精神病薬で死亡率が上昇

本年10月に札幌市で開催された全国大会のシンポジウム「認知症介護と医療の連携」で、若年性アルツハイマー型認知症の事例が伊古田俊夫先生から示されました。事例では、この女性を介護する夫が、興奮性BPSDで苦しみ精神科受診を決意しました。しかし、「入院して抗精神病薬を使えば症状はよくなるだろうけど、死亡率が上昇する」という医師の説明を聞いて、入院させずに自宅介護を続ける道を選んだ結果、数週間後に介護者の夫が妻を殺すという介護殺人が起こったのです（筆者の記憶が不確かなので、大まかにこんなストーリーと理解してください）。

皆さんは、この事例をどうとらえますか？

シンポジストの私は、1) 若年性アルツハイマー型認知症は死因となる病気であること（会場には、死因とならないと考えている参加者が多かったが）を、まず伝えました。日本の医師は死亡診断書の直接死因に

アルツハイマー型認知症と書かずに肺炎や老衰と書くことが多いので、日本の死亡統計には出てきませんが、欧米では死因の4位くらいといわれています。重度のアルツハイマー型認知症であれば先が短いし、抗精神病薬を使っても使わなくてもいずれ死ぬ運命にあるということが前提になります。

2) 抗精神病薬が死亡リスクを高めるとい点です。抗精神病薬によってパーキンソニズム（体が硬くなり動作が遅くなる）を徐々に生じ、転倒・骨折リスクや誤嚥リスクが高まります。よって、認知症終末期で嚥下障害があるような方や歩行がおぼつかなくなっている方に投与すると死亡リスクが高まるでしょう。その一方、元気に動き回って困るような体がしっかりしているケースでは、少量投与しても死亡リスクは統計学的に有意なほどは高まらないでしょう。

エビデンス（統計データ）からは、抗精神病薬で死亡リスクが高まるのは事実ですから、その恐ろしさを認識したうえで、①転ばないで歩ける人、②そして、しゃべれて飲み込める人に、③症状が落ち着くまでの短期間、④過剰に投与しない、という条件であれば、死亡リスクを極力減らせると考えます。

では、広く使われるドネペジルはどうでしょうか？副作用で胃潰瘍になる方、徐脈でペースメーカーを入れた方、喘息を起こした方など、副作用が強く出れば、死亡リスクが高まります。一方、ドネペジルは認知症の進行を遅らせる効果があるので、生存期間（認知症である期間）が1～数年伸びます。よって、ドネペジルを投与されている人全体で見ると、死亡率は低下するでしょう。

ここに統計のマジックがあります。ドネペジルも抗精神病薬も、どちらも毒物です。ですから、メリット

がデメリットを上回る場合にのみ用いるべきです。最初の事例に戻れば、適切な抗精神病薬の投与で、本人は穏やかに生活できるようになり、介護者もレスパイトでき、在宅生活を仲良く継続できた可能性があります。

私は、認知症グループホームにおける認知症医療のアウトカム(目指すところ)は、「QOLの高い穏やかな生活の支援」だと考えています。その生活を得るにはケアだけでなく、抗精神病薬などの薬剤も場合によっては必要だと考えています。

社会生活と抗精神病薬

シンポジウムの終了後に、一人の参加者から質問を受けました。「先生は抗精神病薬でボーっとしている状態のほうがよい(QOLが高い)とお考えですか」といった趣旨の質問でした。返答の途中で、会場からの退去を指示され、中途半端な回答に終わってしまったことが心苦しく、またその後に考えた基本的人権の視点から、抗精神病薬の問題をさらに突き詰めます。

質問は、QOLのために抗精神病薬を処方するのは医師のパターンリズム(おせっかい)であり、本人の基本的人権を侵害しているのではないかという批判です。

その前に、「ボーっとしている」状態の可否について考えを述べます。ニコニコと笑顔で活動的なのがベストで、怒りをまき散らし、近くの人に危害を加えるのはワーストです。ボーっとしている状態はバッドですので、ボーっとしない程度の投与量を考えます。そのために朝と夕の分量を変えて夜は眠り、昼は覚醒するように工夫します。また、バルプロ酸のような抗てんかん薬を併用することで抗精神病薬の投与量を減らしたり、使用しないことも可能になります。このようなさじ加減が重要だと思います。

さて、本題の基本的人権の問題です。抗精神病薬は「目に見えない拘束具」といわれます。私自身は、抗精神病薬を投与されたくないです。しかし、人間は社会の中で暮らしています。もし認知症グループホームという小集団の中で生活していれば、社会のルールを守れなくなった時に問題が生じます。私自身が前頭側頭型認知症でそうなったら、抗精神病薬を飲んで共同生活をするよりも、一人で生活をして野垂れ死にする

ほうを選びます。孤独死でOKです。餓死でOKです。いずれ死ぬのですから。死に方も、日本国憲法で保障された自由の一つであっていいと思っています。

こんな、私のような考えを持っている人間はごく少数かもしれません。他者と共同生活を続けるには、社会のルールを守る必要がありますし、それが守れなくなったら守れるようになる治療(抗精神病薬など)が必要とも考えられます。

ケアのプロへの期待

前頭側頭型認知症で重度の興奮性BPSDがある方でも、薬を使わずに落ち着かせることができるというケアの達人を何人か知っています。しかし、病的に前頭葉の抑制機能(理性)が壊れたのであれば、それを薬剤で適切に調整すれば、本人も介護者も、少ない努力で笑顔の生活を送れるようになると思います。

☆

このシンポジウムのテーマは「医療と介護の連携」でした。上記のように適切な薬剤投与を行うには、投与後の生活状況の正確なフィードバックが不可欠です。認知症グループホームのスタッフは、自分が当事者の代弁者だという意識を持って、医師に事実を伝えてほしいと思います。自分が利用者の基本的人権を守っているという自覚が大切です。よい結果だけを伝えて悪い結果に蓋をすると、医師を裸の王様にしてしまいます。

的確なフィードバックが得られれば、医師は学習してスキルアップしていくはずですが(スキルアップしたいという医師には拙著『紙とペンでできる認知症診療術～笑顔の生活を支えよう』協同医書出版社を薦めてください)。

認知症グループホームのスタッフには、「認知症の治療ができる医師を育てる」という責務があるのです。



やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、神経内科専門医・リハビリテーション専門医・認知症専門医となった。群馬大学大学院保健学研究科教授を退官し、2016年10月から認知症介護研究・研修東京センター長。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』、『認知症予防』、『紙とペンでできる認知症診療術』(いずれも協同医書出版)、など。日本認知症学会副理事長。ぐんま認知症アカデミー代表幹事。