

201205007A (CD-R 1枚有り)

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関する
ガイドライン作成に関する研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 本 間 昭

平成25(2013)年3月

目次

I. 総括研究報告

- 認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関する……………1
ガイドライン作成に関する研究
本間 昭

- (資料1)第1回・2回班会議の議事録 ……………10
(資料2)かかりつけ医による認知症者に対する向精神薬の使用実態調査…………73
アンケート調査結果
(資料3)向精神薬を用いた BPSD の薬物療法に関する文献の abstract table ……99

II. 分担研究報告

1. 認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関する……………110
ガイドライン作成に関する意見
木之下 徹
2. 認知症患者における服薬コンプライアンス・アドヒアランス:……………113
最近の成績
鳥羽研二
3. 認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関する……………116
ガイドラインへの期待
中島健二
4. 認知症、地区にBPSDへの適切な薬物使用に関する……………119
ガイドライン作成に関する意見:ガイドラインに関する文献レビュー
秋下雅弘
5. 認知症、地区にBPSDへの適切な薬物使用に関する……………127
ガイドライン作成に関する意見
粟田主一

III. 研究成果の刊行物・別刷

1. パンフレット 6ページ カラー
2. データCD

I. 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
総括研究報告書

認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究

研究代表者 本間 昭 認知症介護研究・研修東京センター長

研究要旨

すでに認知症の診断治療ガイドラインは成書で示されているが、特に BPSD の治療における向精神薬の使用実態は24年度に実施されたかかりつけ医を対象としたアンケート調査によっても示されているように上記ガイドラインを踏まえた使用実態とは言い難い実態がある。そのため本研究事業では BPSD の治療における向精神薬の使用実態を踏まえ、より実践的な認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドラインを作成した。

研究分担者

栗田主一・東京都健康長寿医療センター研究部長

中島健二・鳥取大学医学部脳神経内科学教授

木之下徹・こだまクリニック理事長

秋下雅弘・東京大学医学部老年病科准教授

鳥羽研二・国立長寿医療研究センター病院長

研究協力者

繁田雅弘・首都大学東京副学長

石飛幸三・世田谷区立芦花ホーム常勤医

三上祐司・東香里病院理事長

田口真源・大垣病院院長

三根浩一郎・新船子屋病院院長

A. 研究目的

すでに認知症の診断治療ガイドラインは成書で示されているが、特に BPSD の治療における向精神薬の使用実態は 24 年度に実施されたかかりつけ医を対象としたアンケート調査によっても示されているように上記ガイドラインを踏まえた使用実態とは言い難い実態がある。そのため本研究事業では BPSD の治療における向精神薬の使用実態を踏まえ、より実践的な認知症、特に BPSD への適切な薬物使用に関するガイドラインを作成することを目的とした。

B. 研究方法

研究代表者は 24 年度に老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)による「かかりつけ医による認知症者に対する向精神薬の使用実態調査に関する研究事業」を行い、かかりつけ医および認知症に関連する 3 学会が認定した専門医を対象にアンケート調査を実施し、同時に BPSD の薬物療法における向精神薬の有効性と副作用に関する文献レビューを行った。これらの結果を踏まえて、研究分担者および研究協力者によるコンセンサスマーティングを兼ねた班会議を 2 回開催し、そこで得られたエキスパートオピニオンを含めガイドラインとしてまとめた。

(倫理的配慮:本研究事業はコンセンサスマーティングのみによって行われたため倫理的配慮は要しなかった)

C. 研究結果

上記のコンセンサスマーティングによって得られたガイドラインを以下に示す。

本ガイドライン作成の背景

○認知症者の QoL は多要因によって規定されるが、BPSD あるいはその治療のための向精神薬によっても影響を受ける。

○24 年度に行われた、かかりつけ医による認知症者に対する向精神薬の使

用実態調査結果では、かかりつけ医の94.5%に認知症患者が通院し、89.2%が向精神薬を服用していたが、常に同意を得ているかかりつけ医は19.1%にとどまっていた。

○22のBPSDについて向精神薬を処方することがあるかどうかの設問では多弁、過食、異食、徘徊、介護への抵抗など向精神薬の有効性に関する報告がないBPSDに対しても向精神薬が処方されている実態が示された。

○認知症の診断・治療ガイドラインはすでに日本神経学会によってまとめられたものがあるが、ここでは先のエビデンスにエキスパートオピニオンを加えてより実践的なガイドライン作成を意図した。

BPSDに対する薬物療法の基本原則

○BPSDへの対応の第一選択は非薬物的介入である。

○多剤併用を避ける。

○BPSDの薬物療法は治療のリスクとベネフィットを含めた十分な説明を行い、同意を得たのちに開始し、以下の状態に限定するべきである（国際老年精神医学会，2012）。

- ・身体的原因がない
- ・他の薬物の作用と関係がない
- ・環境要因により生じたものではない
- ・非薬物的介入に反応しないか、も

しくは非薬物的介入が適切ではない

○BPSDの薬物療法にあたっては以下の点について明らかにするべきである。

- ・ある症状または行動を薬物で治療することは妥当か、それはなぜか。
- ・その症状または行動は薬物に反応しそうかどうか。
- ・その症状または行動にはどの種類の薬物が最も適しているか。
- ・予測される、副作用はなにか。
- ・治療はどのくらいの期間続けるべきか。
- ・服薬管理は誰がどのように行うのか。
- ・薬物の投与量に関しては、年齢、体重、腎機能などの身体状況を勘案する。

○用量については以下の点を留意する。

- ・低用量で開始し症状をみながら漸増する。
- ・添付文書上の最高用量を超えないこと
- ・肝・腎機能低下がある場合、程度を勘案して用量を設定すること
- ・薬物相互作用に注意すること

向精神薬の特徴および処方ガイドライン

1. 主に用いられる抗精神病薬

	薬物名	想定される認知症への使用	特徴・注意点	半減期(時間)	用量
SDA	リスペリドン	焦燥、興奮、攻撃性または精神病症状、せん妄	高血糖あるいは糖尿病を併している場合は第1選択	20~24	0.5~2.0mg
	ペロスピロン	焦燥、興奮、攻撃性または精神病症状、せん妄	抗不安薬、眠前薬として使用可	α 1~3 β 5~8	4~12mg
Loose binding	クエチアピン	焦燥、興奮、攻撃性または精神病症状、せん妄	パーキンソン症状がある場合とDLBでは第1選択	6~7	25~100mg
MARTA	オランザピン	焦燥、興奮、攻撃性または精神病症状、せん妄	眠前薬としては用いない	22~35	2.5~10mg
Dopamine partial agonist	アリピプラゾール	焦燥、興奮、攻撃性または精神病症状、せん妄	眠前薬としては用いない	47~68	3~9mg

すべての抗精神病薬は転倒・骨折のリスクを高める。

○BPSDの中で、幻覚、妄想、攻撃性、焦燥に関しては抗精神病薬の有効性を示す報告があるが、他のBPSDに関しては抗精神病薬の有効性は検討されていない。

○わが国ではBPSDに対する抗精神病薬の有効性に関する報告はない。

○抗精神病薬の用量が低く、治療開始時のBPSDの重症度が低い場合には、中止によって症状あるいは行動が悪化しないことがRCTを含むいくつかの報告で示されている。

○処方の前に、抗精神病薬に対する感受性歴の有無を確認する。

○DLBの診断の可能性を検討する。

○転倒、起立性低血圧、過鎮静などの副作用に加えて、脳血管障害や死亡などの重篤な副作用のリスクを本人、家族および関係者と共有する。

処方ガイドライン

○非薬物的介入と組み合わせる。

○BPSDに対してはEPS(錐体外路症状)、遅発性ジスキネジアの出現がより少ない非定型抗精神病薬を用いる。

○中等度から重度のBPSD、特に焦燥、攻撃性または精神病症状を治療の対象とする。

○抗精神病薬の使用はできるだけ短期間とし、用量を減らすことや中止を

一般的留意事項

○BPSDの治療では抗精神病薬は適応外使用になる。安易な抗精神病薬の使用はchemical restraintとなる。す

試みる。

2. 抗うつ薬

作用機序など	薬物名	想定される使用	特徴・注意点	用量
SSRI	フルボキサミン	うつ症状、FTDの脱抑制、情動行動、食行動異常	・分3、食直後の服用 ・開始時悪心や嘔吐が出現することあり ・高齢者では慎重投与	25-50 ~ 75-100 mg
	パロキセチン	うつ症状、FTDの脱抑制、情動行動、食行動異常	・うつ病とうつ状態では用量は右記。原則1週ごとに10mg/日ずつ増量 ・高齢者では慎重投与(SIADH, 出血のリスク増) ・分1、夕直後の服用 ・開始時悪心や嘔吐が出現することあり	10~ 40mg
	セルトラリン	うつ症状、FTDの脱抑制、情動行動、食行動異常	・分1 ・高齢者では慎重投与	25~50 mg
	エスシタロプラム	うつ症状、FTDの脱抑制、情動行動、食行動異常	・分1、夕食後、QT延長例は禁忌、肝機能障害、高齢者では10mgを上限が望ましい	10 mg
	SNRI	ミルナシبران	うつ症状	・分3、MAO阻害薬との併用は禁忌 ・前立腺疾患等合併例では尿閉

			が起きることあり	
	デュロキセチン	うつ症状、舌などの痛みを訴える心気症状に効果がある可能性あり	・分1、夕直後の服用 ・SSRI類似の消化器症状が副作用として出現することあり ・高度の肝・腎機能障害では禁忌 ・高齢者では慎重投与	20~40 mg
NaSSA	ミルタザピン	うつ症状、抗不安作用、睡眠障害の改善、食欲改善効果	・分1、眠気がやすい、眠前投与 ・高齢者では血中濃度上昇のリスクあり、慎重投与	7.5~ 30 mg
三環系	アモキサピン	うつ症状 (SSRI無効時)	・抗コリン作用、弱毒性	25~ 75mg
四環系	ミアンセリン	せん妄、不眠	・弱抗コリン作用、鎮静効果 ・心毒性なし、分1で眠前投与も可	10~ 30mg
異環系	トラゾドン	焦燥、不眠	・抗コリン作用、心毒性なし ・眠気のため就寝前に投与も可 ・1~数回分服、高齢者では安全性未確立	25 mg~

一般的留意事項

○認知症ではSSRI(選択的セロトニン再取り込阻害薬)やSNRI(セロトニン-ノルアドレナリン再取り込阻害薬)が第1選択になるが、有効性は必ずし

も一定していない。

○SSRI 全般において転倒のリスク、エスシタロプラムにおいて QT 延長、心室頻拍に注意する必要がある。抗うつ薬は向精神薬のなかで転倒リスクが最も高いという報告がある。最も頻発する副作用は嘔気や下痢などの消化器症状であり、注意深い漸増や食直後の服用などの対策を講じるようにする。

○アルツハイマー病にみられるうつ症状に対してドネペジルが有効であるとする報告がある。

抗うつ薬処方ガイドライン

○認知症者の焦燥に対して、トラゾドン、SSRI であるサートラリンとシタロプラムが有効かもしれない。注) 本邦ではシタロプラムは使用できず、光学異性体であるエスシタロプラムがある。本薬を含め抗うつ薬とセレギリンの併用はセロトニン症候群を起こす可能性があるため禁忌になる。

○SSRI や SNRI は中断により antidepressant discontinuation syndrome を起こすことがあり、減量や中止する際には漸減する。

3. 抗不安薬

認知症によく使用される抗不安薬

	薬物名	想定される使用	特徴	用量
セロトニン作動薬	タンスロピン	不安、うつ	セロトニン 5-HT _{1A} 作動薬作用発現遅く、長期維持療法	5-10 ~ 30mg
ベンゾジアゼピン系	ロラゼパム	不安	直接グルクロン酸抱合を受け、活性代謝物なし 短時間～作用型	0.5 ~ 1.5mg
	オキサゼパム	不安		10 ~ 30mg

一般的留意事項

ベンゾジアゼピン系を主とする抗不安薬は今回実施されたアンケート調査で示されているように広く認知症診療の現場で使われているが、これまで厳密な比較対照試験はほとんど行われておらず BPSD に対する客観的な評価は得られていない。抗不安薬は高齢者において副作用が発現しやすく、過鎮静、運動失調、転倒、認知機能の低下のリスクが高まることはいままでも以上に認識される必要がある。従って、抗不安薬は原則使用すべきではないが、ベンゾジアゼピン系を使用し得る BPSD として、不安、緊張、易刺激性、不眠などがある。多くのベンゾジアゼピン系薬物は肝で酸化反応を受けるために薬物動態が高齢者では大きく変化する。抱合や還元反応で代謝を受けるロラゼパムやオキサゼ

パムは高齢者でもほとんど薬物動態に変化がないとされ、使用する場合にはこれらの薬剤が望ましい。ただし、エチゾラムやクロチアゼパムなどの短時間作用型では連用後に中断すると反跳性不安が起きることがある。

4. 睡眠薬

認知症によく使用される睡眠導入薬

	薬剤名	想定される使用	特徴	用量
ω1 受容体作動薬	ゾルピデム	入眠障害	超短時間作用型（半減期約2.5時間）	5mg
	ゾピクロン	入眠障害	超短時間作用型（半減期約3.5-6.5時間）	7.5mg
	エスゾピクロン	入眠障害	超短時間作用型（半減期約5.1時間）	1 ~ 2mg
	クアゼパム	中途覚醒/早朝覚醒	超短時間作用型（半減期約25-41時間）、活性代謝物あり	15mg
メラトニン受容体拮抗薬	ラメルテオン	入眠障害	フルボキサミンとの併用は禁忌	8mg

認知症者ではレム睡眠潜時の延長、レム活動の減少とともに昼夜逆転が生じやすい。非薬物的介入が優先する。ゾルピデム、ゾピクロン、クアゼパムはω1 受容体作動薬であるために筋弛緩作用が少なく、依存や反跳性不眠が少ないことが期待される。従来の睡眠導入薬より認知症者には適している。

クアゼパムは半減期が長い点に注意する。睡眠障害がせん妄に伴う場合には、非定型抗精神病薬、ミアンセリン、トラゾドンなどの使用を考慮する。従来より、ベンゾジアゼピン系の薬剤を使用している場合には、転倒、せん妄、認知機能の低下などのリスクを考え、注意深く観察しながら漸減ないし、非ベンゾジアゼピン系の薬剤への切り替えを考慮すべきである。

向精神薬開始後の認知症者の状態のチェックポイント

○日中の過ごし方の変化の有無
○夜間の睡眠状態（就床時間、起床時間、夜間の排尿回数など）の変化
○昼間の覚醒度や眠気の程度
○服薬状況（介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど）の確認
○水分の摂取状況（食事で摂れる水分量を含めて体重×30~35 ml が標準）
○食事の摂取状況
○パーキンソン症状の有無（寡動、前傾姿勢、小刻み/すり足歩行、振戦、無表情、筋強剛など）
○転倒しやすくなったか
○減量・中止できないか検討する。減量は漸減を基本とする。

D. 考察

本ガイドラインを使用する際には、たとえば、せん妄を伴う睡眠障害と伴わない

睡眠障害あるいはうつ状態と自発性低下の鑑別などの基本的な医学的知識を使用者にどのように伝えればいいのかについても議論があったが、認知症かかりつけ医対応力向上研修あるいは認知症サポート医養成研修などのテキストに含めることができるのではないかという指摘があった。これらの基本的な知識は、ガイドラインには記載していないが、実地上は極めて重要な点であろう。

また、個々の薬剤の具体的な処方例を含む使用方法をどこまで記載すべきかという課題も指摘することができる。特に用量に関してはわが国ではエビデンスといえる結果が得られていない場合があることは留意が必要な点である。特に、比較的最近の SSRI や SNRI についてあてはまる。しかし、ガイドラインの性格上、個々の薬剤の使用法にまで触れることは馴染まないという指摘もある。また、個々の薬剤の使用法に関する指摘のなかで、薬剤の相互関係に関する記述が乏しいという指摘がある。本ガイドラインのなかではほとんど触れられていないが、かかりつけ医を対象とした場合に重要であることは間違いがなく、今後の課題になる。

いずれにしても、本ガイドラインは学会等による評価を受ける必要があり、さら

に一定期間後に改訂される必要がある。

E. 結論

24 年度にかかりつけ医を対象にわれた向精神薬の使用実態調査では、向精神薬、特に抗精神病薬の使用に際して本人およびあるいは家族/介護者より同意を常に得ているかかりつけ医は 2 割に達しなかった。改めて説明と同意を得ることの重要性について本ガイドラインでは強調した。また、従来、エビデンスがほぼ皆無である BPSD に対して向精神薬が用いられている実態が明らかになった。本ガイドラインでは特に、抗精神病薬を使用する対象となり得る BPSD を示したが、向精神薬を用いた薬物療法の前提となる非薬物的介入を行うための種々のリソースの整備も同時に必要であることは言うまでもない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料1 班會議議事録

第1回 班会議議事録

日 時:平成 24 年8月 30 日(木)場所:東京国際フォーラム ガラス棟5階 G504

(本間) 定刻になりましたので、平成 24 年度の厚生労働科学特別研究事業「認知症、特に BPSD への適切な薬物使用に関するガイドライン作成」に関する、第1回班会議を始めさせていただこうと思います。まだ非常に残暑が厳しくて、きょうも特別に湿度が高かったのではないかと思いますし、お集まりくださいませ、また遠方からも御参加くださりましてありがとうございます。よろしくお願いいたします。

具体的に、今日、具体的に論議をしていただく議題はアンケートの調査票の中身になります。ぜひ自由な御意見をいただきたいと思います。

この研究事業の趣旨は非常に単純な背景がありまして、それは実際に自分でも外来をやっていたりするときに、かなりかかりつけの先生から患者さんが紹介されてくることは少なくないわけです。そのときに、どうしてもいろいろな薬、特に向精神薬が加わってしまっていて、それをやめるだけで状態としてはよくなるということが、やはりしばしばあります。

もう一つは、いわゆる介護福祉施設で使われている向精神薬の中身を見る。これはそれほどいろいろなところを見ているわけではなく、数カ所しか見たことはありませんけれども、その中でもやはり必ずしも適正とは言えないような使われ方がされている場合があるという印象があります。

それぞれに関しては、もちろん具体的な数字としてあるわけではないわけです。ふだんの日常の臨床での印象に過ぎないということがあるわけです。ただ、何人かの先生とお話をして、やはりそのような実態はあるというふうなことは共通の認識として持つことができるだろうと思います。

既に、薬物療法に関するガイドラインは、きょうの資料でお配りをしていますけれども、例えば鳥羽先生に御提出いただいた 2005 年に老年医学会がまとめた「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」というものがありますし、2010 年には中島先生が中心になってまとめられた「認知症疾患の診断・治療ガイドライン」でも、いわゆる薬物療法に関するガイドラインがありますし、それから BPSD という言葉でいえば、恐らく木之下先生が2冊ぐらい本を書かれていますね。そのようなものも既にあるわけです。

ただ、もちろんそれでも必ずしも適切に使われているということはないということが一方であって、もう一方では、最近も認知症の高齢者の推計が発表されましたが、いわゆる専門医、専門医の定義をどうするかということはまた別の論議になると思いますが、例えば老年精神医学会と認知症学会、そ

れから日精協でもいわゆる認定医というのがありますので、それを含めてもかなり、個人的にはその3つでダブっている先生がかなりおりますので、それを延べではなくて実数で数えると、1,100人ぐらいにしかならないわけです。ですから、これだけの認知症の人たちの数があるときに、もちろんそれ以外にも専門医という人たちがいると思いますけれども、仮に1,100人とすると、これは余りにも少ないということと、当然一般のかかりつけの先生のところでも、一定の診療を担っていただく必要は当然あるだろうという考え方は、決して無理な考え方ではないだろうと思うのです。

そうすると、そのときにいろいろなニーズがかかりつけの先生方に対して起こってくると思いますが、その中の1つが、今の定義からも含まれると思いますが、BPSDへの適切な薬物使用、具体的に何をどのように使って、こういう行動には使うべきではない、こういう行動の場合にはこのような薬をこのぐらいから使うべきであろう、このようなアセスメントをしたほうがよいのではないかというようなガイドラインというものがあってもよいのではないかと思ったわけです。

できるだけ簡単なガイドラインのほうがよいですね。分厚い本にはならないと思いますが、少しページ数があるパンフレットぐらいの感じの、カラーでつくられたガイドラインぐらいのイメージのほうが、多分手に取って見ていただけるのではないかという気がいたします。

そのような背景がありまして、24年度、これは今年度につくらないといけません。そういうことがあります。それで、後ほどこれからの予定でも触れると思いますが、3回ほどお集まりいただく予定を立てました。

そして、1つは実態が必要だろうということがありますので、これも予算の関係があるのですが、専門医はほぼ全員です、あとはかかりつけの先生、いわゆる医師会の会員の先生、これは東京都にしても、ほかの地域の医師会にしても、医師会員の名簿というのは公表されていますので、そこから拾ってきて、適切な3,000人とか、5,000人とかのリストをつくることは、技術的には可能だろうと思います。そういう先生方にアンケートをお送りして、どのぐらい回収できるかということはまた別の問題になるかと思いますが、そのようなデータを踏まえて、一定のガイドラインというふうに、ガイドラインと言うからにはある程度のEBM、エビデンスに基づいた、ということが必要になってくるだろうと思いますし、決して今までのガイドラインと矛盾するべきものでもないだろうと思います。それをできるだけ、一般の先生方にわかりやすく使うことができるような内容にできればと考えています。そのことが、この研究事業の主旨ということになります。

配付資料の確認ですが、資料1が座席表です。資料2がリストになります。資料3が交付申請書、270万円の交付申請書の内容で、主旨は今御説明したとおりになります。

資料4、資料5、資料6、資料7、資料8は、秋下先生から提出していただいた資料で、後ほど石井先生に御説明いただこうと思います。

資料9は、秋下先生がある雑誌にまとめられていたものをたまたま見つけて、このような情報というのは、これは転倒と骨折に関するリスクをいろいろな薬で比較したものですけれども、こういう情報は確かに役に立つだろうということがあったので、1つくつけました。

資料10は、木之下先生たちのグループでまとめられたものですが、不適切な薬剤使用についてという論文があります。

そして資料11は、中島先生がまとめられた「診断・治療ガイドライン」の一部をつけてあります。

資料12は、後ほど少し御検討いただこうという、使用実態調査の案です。できるだけA4で、多くて2ページがよいと思いましたので、本当は幾らでも、2008年だったかな、これは一度専門医の学会の会員と、そのときの日精協の先生方を中心にして、日精協との合同の事業としてアンケートをやらせていただいたことがあったのですが、そのときは8ページぐらいの調査票にしました。それでも平均30数%の回収率でしたけれども、とてもそういうものはつくれませんので、できるだけ簡単にした経緯があります。

資料はザッと説明をさせていただきました。この班会議全体の趣旨ということに関して、何か御質問はございますか。

恐らく、このガイドラインが対象になるところというのは、もちろん一般の開業されている先生方ですね。そうすると、多分内科の先生が一番多くなるのではないかと、背景としては思いますし、あとは介護福祉施設で嘱託としてかかわっておられる先生方、多分その場合にも、科としては内科が一番多いのでしょうか。よくわかりませんが、内科が一番多くなるのではないかと思います。もう1つ、やはり施設での薬剤使用に関しては、やはり一定のガイドラインというもの、完全なものにしても、これからの改訂ということも踏まえて、1つの案をつくることできるとよいのではないかと考えています。とにかく、もう少し使う量を減らすことはできるのではないかと感じはします。

そうすると、今さらになって申しわけないのですが、一応全員、多分もうよくおわかりの方々だろうと思うのですが、申しわけないのですが、鳥羽先生から一言、自己紹介をお願いしますか。

(鳥羽) 国立長寿医療研究センターの鳥羽です。先ほど御紹介いただきましたように、高齢者の安全な薬物療法というのを老年学会の老人医療委員長のときにまとめました。認知症だけではありません。

私が最初にシンポジウムにデビューしたタイトルは「薬剤起因性疾患」というやつで、阪大の荻原教授に採用されまして、それ以来、薬のことは少しかかわりがあるので、このような場に呼ばれたと思

います。よろしくお願いいたします。

(中島) 鳥取大学脳神経内科の中島です。臨床関連6学会によって「認知症疾患治療ガイドライン2010」を発刊させていただきまして、その関係で、そのお世話をさせていただいたということもあって、この班会議に加わらせていただいたというふうに思っております。いろいろお世話になりますが、よろしくお願いいたします。

(粟田) 東京都健康長寿医療センター研究所の粟田でございます。専門は老年精神医学でございます。本間先生とは一緒に、いろいろな研究班で仕事をさせていただいております。今やっていることは、認知症疾患医療センターの調査でありますとか、それから精神保健関連では、高齢者の地域精神保健のあり方についての仕事をやっておりまして、内容はオーバーラップしながら研究しているところです。よろしくお願いいたします。

(石井) 東京大学老年病科の石井信弥と申します。本日は、本来であれば准教授である秋下雅弘先生が御出席されるはずだったのですが、所用ということで、私がかわりに出席させていただきました。若輩者で、何かと至らぬことも多いかと思っておりますけれども、よろしくお願いいたします。

(木之下) 東京の品川区にありますこだまクリニックの木之下と申します。よろしくお願いいたします。ふだんは訪問診療で認知症の方々をある程度特化して診させていただいている立場でございます。よろしくお願いいたします。

(角) 東京慈恵会医科大学の角と申します。私は今回、オブザーバーということで、主に文献の検索について、本間先生から御依頼がありまして、参加・協力させていただくことになりました。よろしくお願いいたします。

(石飛) 50年、外科の医者としてやっていて、急性期病院は今、高齢者、誤嚥性肺炎、急患があふれ返っていて、医療が老衰にどこまでかかわるべきか疑問を覚えて、ちょうど特養の医者が病気で倒れて、だれも行き手がないというので行ってみたら、胃瘻でございました。方法があるから、やらなければいけない。薬があるから、使わなければいけない。医療がどこまで老衰にかかわるべきか、皆一連の問題のような気がしました。

実際に、特養にいらっしゃる老衰の最終章の方は、これまでかかりつけ医からいろいろなお薬を処方されていて、それがそのまま多くの施設では開業の先生が配置医としていらして、それを漫然と使われている場合が少なくないと思います。

実際、うちでは精神科の先生が幸いいらして、整理していただく「こんなに元気になるのか」という症例が何例かございました。何か、単純にそれしか私はお役に立たないと思っておりますが、そういう現場のことはお話しできるのではないかと考えております。

以上でございます。

(三上) 日本医師会常任理事の三上でございます。私自身は、大阪で精神科が173床あります総合病院を経営しておりますが、この4月から認知症疾患医療センターとなりました。また、併設の老人保健施設もございまして、認知症専門棟もございます。

この4月まで、ずっと介護保険を主担当でやってきましたけれども、精神保健を担当いたしております、認知症につきましては引き続き私が担当させていただくことになりましたので、どうぞよろしくお願いいたします。

(田口) 日本精神科病院協会高齢者医療介護保険委員会の委員長をしております、田口と申します。そういう立場できょうは、ということでございます。

病院としては、岐阜県にある大垣病院というところで、300床の精神科、内科46床で、認知症の治療病棟が2病棟ありまして、100人ほどお世話をしております。そのほかに老健があって、そういう形で仕事をさせていただいております。

あとは、昨年より認知症疾患医療センターをやっております、先ほどもお話が出ましたように、精神科で患者さんをお世話するときに2つ、薬の使い方がありまして、実際、積極的にBPSDの治療にかかわる場合と、もう1つは、やはりお薬の整理ということが結構ございまして、たまたま去年、例の第2ラウンドでの参考人ということで出まして、そのときにお薬の整理をしたという、アリセプト等でかなり悪くて、逆に整理したらよくなったという症例を提示させていただいております。そういう立場で、よろしくお願いいたします。

(三根) 福岡の三根でございます。精神科病院と併設する老健で、主に認知症を診ております。本日は老健施設協会としての立場で参りました。

現在、当協会にて研修を担当しております、実は来週、週明けにも技師研修があります。その中で、いわゆるBPSDに対する薬物療法というものを取り上げなければいけないと思いつつも、実はまだそこまで達していないというのが現状でして、それ以外の薬剤についての使い方というのは秋下先生に講義をいただく予定になっているところなのですが、非常にいろいろな診療科におられた、中にはそれこそ行政におられて老健の施設長になられる方もおられまして、レベルがさまざまでございます。その中で、こういう講義を設けるというのは非常に難しく、まだ手をつけておりませんが、本研究でうちの老健施設の技師がどんな認識を持っているか、あるいは今、適切なガイドラインが出ましたら、ぜひ参考にして、次年度の研究に役立てたいと思います。よろしくお願いいたします。

(本間) ありがとうございます。では、一応堀部先生も。

(堀部官) 今日、本当は室長が参るのですが、ちょっとおくれておりますので、先にご挨拶させてい

たきます。堀部と申しまして、神経内科の一般病院におりまして、2年前から転勤でこちらのほうへ参って、先生方とお知り合いにならせてもらいました。なかなか一般病院にいたらお会いできないような偉い先生方が、これだけ集まっておられて、非常に光栄です。

やはり私も、基本的に急性期病院だったのですけれども、一時期だけケアミックスというか、老健であって特養がある施設で働いていたことがありまして、そこで驚くのは、入ってきた途端に10幾つの薬を飲んでいて、それも飲んでいる状態で入ってくるから、自分が出した薬ではないからどれを切つてよいかもわからないというような形で、途方に暮れまして、本当に試行錯誤で苦労した記憶があります。

やはり、本当に多剤投与、特に高齢者の方で、先ほどもお話があったアリセプトで暴れているような方というのも、レビーとかに多いのかもしれないですが、やはり結構経験しまして、もちろん抗精神病薬と認知症という問題もあるのかもしれませんが、本当にこのような機会に立ち合わせていただいたのは光栄だと思っております。

これだけの先生方に集まっていたので、そういう意味では結論に関しては全く大船に乗ったというか、全く安心しておりますので、あとは変な雑音から、何たら局が何たら言ってきたとか、何とか局が何とか言ってきたといった雑音をいかにせきとめて、下働きとして働いていけるかということかと思っております。何かありましたら、いろいろお申しつけください。よろしく願いいたします。

本間 先生からも、ぜひいろいろな御意見がありましたら、よろしく願いいたします。ありがとうございました。

それでは、この班研究で事務局を紹介しておきたいと思いますが、一言ずつ、お名前だけでも。

(中口) 東京センターの中口と申します。この厚生科学というのは、私どもは初めての事務なものですから、皆様にいろいろ御迷惑をおかけすると思いますが、よろしく願いいたします。

(富島) 東京センター総務課の富島です。よろしく願いいたします。

(本間) ということで、自己紹介をありがとうございました。

せっかくですので、きょうお持ちいただいた資料の説明をお願いしようと思いますが、特に鳥羽先生はこれを使って何か少し御説明いただくというところは。

(鳥羽) 読んでいただければよいのですが、細かいのは、ヴィアクライテリアという秋下が出したものに関して、精神科領域のものを抜き刷りして、コピーしてきました。

これは安全な薬物療法をつくったのですが、1つの反省は、やはりわかりにくいと。要するに、これをもしも一般の方に向けてやる場合に、ガイドラインという形でエビデンスだけ出して、推奨する何かという形のガイドラインにするのか、それともこういう症状のときはしばらく様子を見て、こういうとき

は使っている、でも使うけれども、どのぐらいの期間見て、少しよくなったらやめたほうがいいというような、実践的なガイドやマニュアルにするのか、まずそこを考えていただくためにコピーいたしました。

もともと老年症候群というさまざまなお年寄りのやっかいな症状の専門家なのですが、お薬の中で起きてくるものもたくさんございますので、ですから体の症状のほうからお薬の悪い作用を疑うのはどうしたらよいかということに関しては、少しはお役に立てるかと思っておりますが、私が提案したいのは、ガイドラインというかガイドがどういう目的で、だれに対して、どういう内容のものを、ことしじゅうにつくるのですよね。

(本間) はい。

(鳥羽) お金もたくさんいただいて。1けた違うのではないかと思ったのですけれども。

(本間) 十分にいただいていますので。

(鳥羽) 堀部先生の御尽力で、1けた少ないので。本当は海外文献の検索を会社に頼んだりして、各専門家の先生に査読すると、恐らくこの種のものは1,000を超えるような、最近の文献まで全部調べて、エビデンスを調べてということで、大変な作業で、この額ではとても赤字になるはずですので、一体堀部先生は何を考えてこの額を決められたか、ちょっと教えていただきたいと思います。

(堀部) 額は、これ以上は通らなかったという、出口論からまず入っているのですが、ここもちょっと本間先生に御迷惑をおかけして、老人保健健康増進等事業という、老健局の持っている研究予算のところ、アンケートであるとか、そういうある程度作業的なものに関する経費を捻出していただけるとか、1つそれも無理をお願いして応募していただきまして、枠を確保していただいております。

(本間) ですから、文献の検索に関して、また改めて最初からという、とてもこれは、まずお金がありませんので、例えば2010までまとめられていますので、その後とか、それからそのような、少しそれを補うような形での文献検索というふうに、せめてそれで勘弁をしていただこうかな、と思っております。

それから、ガイドラインの中身は先生が言われた後者のほうですね。より実践的な内容にできればしたいと。もちろん、それで一応たたき台のようなものをつくって、ことしまとめたとしても、それはあくまでもやはり、「案」とは書きませんけれども、当然いろいろな御批判をいただけるだろうと思うのです。ですから、それを踏まえてまた少しずつ直していくことができればよいのではないかと考えています。

(鳥羽) これもちょっと不十分なのですね。やはり薬のガイドラインのときは、特に利害関係とか、いろいろな先生によって意見が異なることがございますので、やったものをいろいろな先生に御意見をいただいて、ここはおかしいとか、表現がおかしいということを見ていただく期間が必要だと思うので

す。もちろん、先生方がそれで足りないというのではなく、やはりそういう査読を受けたようなものにしたほうが、より皆さんの理解が得られやすいと思うのですが、それはいかがでしょうか。

(本間) おっしゃるとおりです。本来は、それをもう少しきちんとやろうとすると、例えば中身を、学会で委員会をつくってもらって、そこに委託をして、いろいろ基準がありますので、それにのっとってガイドラインがどうかというふうな判断を頼む。それは前に、ADの診断治療ガイドラインをつくったときにはそのような手順を踏みましたけれども、そこまでやらなくても、もう少し主だった先生方にザッと、ほとんどただ働きをしていただくことになってしまうのですが、レビューをしていただけるかな、と期待しています。

予定としては、恐らく2回目の委員会のときまでにその案をつくって、ここに提出させていただいて、これでよいだろうということになったものを、今度は外部、という言い方がよいか悪いかはわかりませんが、先生方に見ていただいて、コメントを含めたものを最終回に、ということになるのではないかと思います。外部の先生に見ていただく時間というのは、多分1カ月ぐらいしかないだろうと思いますけれども。

本当は、できるだけ簡単にしたいのですが、そこはどのぐらい簡単にできるかというのが悩ましいところですね。ありがとうございます。

中島先生、何かもしもコメントなりがありましたら。

(中島) 特に皆さんの御意見に追加することもないような感じもありますけれども、そこにあります認知症疾患治療ガイドラインですが、2010年に出しましたけれども、これはそのときに、まだ非定型抗精神病薬が我が国で適用外使用そのものも認められていないような段階で、使っても責められない、使わなくても責められないような形の構成を考えなければいけないというような状況下でつくったものですが、主にどちらかというエビデンスを伝えていくということにとどめて、余りそれ以上に踏み込むわけにいかないという時期もあったものですから、このような構成といえますか、内容にまでしか踏み込めなかったというのが正直なところでございます。

そういう意味で、今回具体的に使い方、量、あるいはその場合の評価等も含めてつくっていくことができるというのは、時期的にも非常に大事なことですし、まだそれをしなければいけない段階にあるということなので、特にその点を私自身も期待しているところですので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

(本間) ありがとうございます。

栗田先生、何かコメントは、このようなガイドラインがよいとか。

(栗田) 確かにここ数年で、たくさん BPSD のガイドラインに関する本が出版されています。現在、

武田先生が中心になって作成されているものもあります。

(本間) IPAですね。

(粟田) ええ、国際老年精神医学会の BPSD のガイドラインの第3版、改訂版ですね。私も原著を読みましたが、ここ数年で大変な進歩しておりまして、非定型抗精神病薬に関するエビデンスもたくさん出ています。それから、抗認知症薬とか、抗てんかん薬とか、そういうものの記述もたくさん出てるので、大変進んだということがわかりました。しかし、やはりああいうタイプのガイドラインは使いにくいというか、特にかかりつけの先生たちはとても読めないだろうなと思いました。だからそういうガイドラインは確かにたくさん出てきているけれども、いかに読めるガイドラインをつくるかということが、多分一番の課題になるのではないかと思います。今、認知症対応力の向上研修事業も随分盛んですし、これから多職種が一堂に会した研修もやろうという方向にあるので、それこそ医師でなくても、コメディカルのスタッフでも読んでわかるような、簡単な BPSD の薬物治療のガイドライン、特にプラクティカルなもの、パンフレットのでもよいかもしれないですが、そういうものができればよいのではないかと思います。

(本間) そのぐらいでよいのではないかと。分厚いものにする必要は全然ないと思います。

いろいろな、例えば論文というか、書き表されているものを見ると、BPSD という言葉にくられる日本語、日本語で表されたときの行動や症状というのが、従来のいわゆる、言葉はちょっとよくないのですが、問題行動と言われているような症状や行動を BPSD と記載しているような場合も見受けられるのですね。でも、BPSD というのは読んで字のごとし、Behavioral and Psychological Symptoms ですから、認知症の行動や言動が目に見える形になって現れたものすべてということになるわけですね。ですから、何回も同じことを言うとか、一日じゅう探し物をしているとか、そのような行動も BPSD に入るわけです。恐らく、そのような確認のところから改めてスタートするのではないかと。

(粟田) 薬物療法の対象になる BPSD というのは、限られているのではないかと思います。

(本間) その辺の、やはり BPSD の定義から始まって、その中の何が薬物療法の適用として検討されるべきか、ということからだろうと思います。ありがとうございます。

では石井先生、少しまた御説明をお願いしてもよろしいですか。

(石井) よろしくお願いたします。では、資料を作成させていただきましたので、順番に説明させていただきます。

まず最初に、資料4からよろしいでしょうか。これは「中止を考慮すべき薬剤もしくは使用法のリスト」ということで、これは基本的には2つの薬物のリストを合成したものになっております。1つは