

Beers Criteria という、簡単に説明させていただきますと、これはもともと高齢者に対する不適切な薬物のリストというのを、ドクター・ビーズという方が、たしか最初は 91 年ごろだったと思いますが、作成しまして、それはその後定期的にアップデートされております。6～7年おきにアップデートされておまして、一番最近になって、アメリカの老年学会とジョイントというか、一緒になった形で、エビデンスをシステムティックに調べてアップデートされたものが出まして、それがこちらにあります 2012 年 9 月 5 日 Beers Criteria といったものになります。これが1つです。

もう1つがSTOPP and STARTリスト、これをまとめさせていただきました。これは 2008 年に、Beers Criteria がアメリカのほうから出たものなのですが、このSTOPP and STARTのほうはヨーロッパから出たものになっております。これは、Beers Criteria との違いというか、際だった特徴というのが、推奨される薬のリストというものがSTARTとしてまとめられております。これは 2000 年代初頭のころから、高齢者に対する過小利用というものが幾つか、著明誌などにも論文として出ておまして、それに対する反省点から、過大利用もそうだけれども、過小利用も問題ということで、問題がある薬物をSTOPPという形でまとめ、使われるべき薬剤をSTARTという形でまとめたものになります。

このSTOPP and STARTリストに関しては、BPSD に関しては推奨される薬剤といったものが記載されておりませんので、こちらでまとめたリストに関しては中止を考慮するべき薬剤、もしくは使用法のみとなっております。

上から順番に、簡単に説明させていただきますけれども、それぞれ Beers Criteria、STOPP and STARTをまとめたものになります。Beers Criteria は資料7、こちらの薬剤のリストが資料7の5ページにあるものになります。こちらの4ページ目から始まっているのが、テーブル2になるのですが、これはすべての高齢者に対して慎重に使うべき、それは婉曲的な言い方で、できれば使わないほうがよい薬ということになるのですが、そのリストになります。

5ページのテーブル2の中段ほどから始まっている Central nervous system というものが、中枢神経系に働く薬だけれども、なるべく扱わないほうがよい薬のリストということになっております。これは、一番左側がその薬物のクラスです。次のコラムが、なぜ使わないほうがよいのかという理由。その次が、ではどのように使うべきか。今回は、システムティックレビューという形でエビデンスをまとめておりますので、エビデンスのクオリティがどうなのか、またリコメンデーションの強さはどうなのかということもあわせて乗っているテーブルになっております。

こちらのテーブルに、三環系の抗うつ薬や非定型抗精神病薬、バルビツレート、バルビツレートは次の6ページになります、ベンゾジアゼピン系のお薬、また非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬などがこちらに載っておりますので、それをこちらにまとめております。

STOPP and START の資料は、資料8になるのですが、こちらは5ページ目になります。このSTOPPのリストですが、これは Beers のほうがすべての高齢者という形でテーブルには載っていたのですが、こちらの資料8の5ページにあるテーブル1は、病態と薬の組み合わせという形で、避けるべき薬剤のリストが載っております。

例えば、Bとして中枢神経系のお薬がありますが、最初が三環系の抗うつ薬と認知症、つまりこの組み合わせは避けるべきだと。そういう形で記載されております。これはかなり数多くあるのですが、これもこちらの資料4にまとめさせていただいております。

なので、STOPP and START と Beers Criteria の両方で記載されている薬物のクラスとしては、三環系の抗うつ薬、定型、また非定型抗精神病薬、バルビツレート系の鎮静薬、ベンゾジアゼピンというふうになっておりました。

STOPP and START にだけ載っている薬としては、第一世代ですね、かなり鎮静作用が強い抗ヒスタミン薬ではありますけれども、これを1週間以上使うことは、STOPP and STARTのほうにだけ記載されておりました。Beers Criteria のほうにはほかにも、先ほど申し上げました非ベンゾジアゼピン系の鎮静薬やペンタゾシン、これは鎮痛薬ですけれども、ほかには筋弛緩薬、ヒスタミン2ブロッカー、あとは抗コリン作用を持つ薬というのが記載されておりました。

以上が資料4になります。

資料5に入る前に、ここで何か御質問等はおありでしょうか。ザッと駆け足でしたけれども。

(本間) とりあえず説明をしていただいて、後でもかまわないと思います。

(石井) わかりました。では、資料5に入らせていただきます。これは認知症に関するガイドライン、出している団体は多々ありますけれども、それらのうち幾つか、オンラインで簡単に手に入るものという形でピックアップさせていただいて、それらのガイドラインの中から BPSD に関連するものだけ抜粋させていただきました。全部で4つです。

1つ目が Up To Date、これは電子教科書ですが、近年かなり広く用いられるようになってきております。2番目が EFNS、3番目が AAN で、最後が AGS、アメリカの老年学会という形になっております。

Up To Date の記載ですが、抗精神病薬に関しては死亡率の上昇が見られることがあるので、注意をして使うように。特に、オランザピン、クエチアピンを用いることを推奨するというような記載になっておりました。

うつに関しては、基本的には SSRI を考慮するように、特にシタロプラムがよいのではないかという記載になっておりました。ここでも三環系の抗うつ薬に関しては、副作用の観点から使用を避けるべ

きであるというふうに書かれております。

ベンゾジアゼピンも、可能な限り避けるように、急性のエピソードに対して用いるようにといったことが記載されておりました。

2番目のEFNSのほうですが、BPSDの管理に関しては、可能な限り非薬物療法を用いるようにということでした。これは、RCPに関してもプラセボ効果がかなり強いということで、可能な限り非薬物療法を用いるようにということです。

抗精神病薬は、やはり副作用の観点、肺炎の危険性を高めたり、あるいは脳梗塞、死亡率を高めるなどが見られておりますけれども、そういった副作用がありますので、中等度から高度、かつ、かなり激しい、こちらでは distress という表現になっておりますが、をもちたらず場合にだけ、かつ、ほかの治療法に反応しない場合だけ抗精神病薬を必要最小限用いるように。こちらでは、非定型のほうを使うようにという記載になっております。

うつに関しては、こちらに関しても副作用の観点から三環系抗うつ薬をなるべく避け、SSRIを用いるべきという記載になっておりました。

この次が AAN、アメリカのニューロロジーの学会ですが、こちらに関しても、まず最初是非薬物療法を用いるように。それが失敗した場合には、不穏やアジテーション、サイコーススに関しては抗精神病薬を用いてもよい。ただ、非定型の抗精神病薬を用いるべきという記載になっておりました。

AANのガイドラインには、認知症患者のうつが見られた場合には、三環系抗うつ薬、MAO-B inhibitors、SSRI を考慮し、副作用によってどれを使うか決めるべきであるという記載になっておりました。

最後はアメリカの老年学会、AGS ですがけれども、こちらに関しても最初に非薬物療法を考慮し、抗精神病薬は副作用の観点から必要最低限用いるべきであると。こちらに関しては、エビデンスのレビューとともに、副作用がほかと比べて少し細かく記載されており、オランザピン、リスパリドン、クエチアピンなどの CATIE-AD と呼ばれる、こちらは資料6として今回持ってきておりますけれども、これらのエビデンスをレビューしております。

なので、他団体の認知症のガイドラインは、細かい相違はありますけれども、基本的には非薬物療法を最初に用いて、抗精神病薬に関しては可能な限り少量を用いて、効果が見られた場合に関しても、定期的にレビューして、中止できるような場合には中止するべきだと。そういった記載に関しては共通しておりました。

薬物を選択する際に大きなファクターとして、いずれのガイドラインも副作用が述べられており、その観点から、うつが見られた場合には最初にはSSRIがよいのではないかという記載が共通しており

ました。

以上が資料5になります。

資料6が CATIE-AD で、抗精神病薬に関して行われた CATIE スタディの中で、アルツハイマー病のものですけれども、少なくとも Beers Criteria、STOPP and START に関しては定型も非定型も同じように避けるべきで、必要最低限に使うべきだといった記載になっておりまして、では定型、非定型のどちらを使うべきなのかといった疑問に関して答える内容ではありませんでした。

ほかの団体の認知症ガイドラインとしては、副作用の観点から非定型を勧めることが多かったのですが、その効果に関して、近年行われた一番大規模な研究としては、やはりCATIE-ADではないかということで、そのサマリーを今回持ってまいりました。

こちらですが、実際の臨床現場で用いるときに、どの程度の忍容性があるか、効果が見られるかを調べたもので、調べた薬剤としてはオランザピン、クエチアピン、リスペリドンとプラセボを比べたものとなっております。

真ん中の段のテーブルに細かい説明がありますが、一番下のボトムラインというところに結果が簡潔にまとまっておりますので、こちらのほうから順番に簡単に説明させていただきます。

効果がない、あるいは副作用の問題といった理由で中止されることが多かったのですが、そういった中止の率に関しては、プラセボもほかの薬も変わるところはなかったと。非定型の抗精神病薬は、BPSD のマネジメントに関しては余り強い差違は見られなかったけれども、かなり限定された効果は見られたということでした。ただ、その効果は副作用によって大部分が打ち消されるのではないかと、リスク・ベネフィットの比からこちらでは申しております。

この研究が始まってから 36 週目には、80%の方がいずれにせよ治療を中断しているということでした。

効果に関しては、オランザピンとリスペリドンは優れているということで、クエチアピンに関しては、今回は1日当たり 50mg という量が最初の量として設定されていたのですが、これに関してはやや低すぎるのではないかという反省点が述べられております。

効果に関しては、一番下に各症状に関してまとめられておりますけれども、オランザピンとリスペリドンが一番効果があったようだという結論になっております。

体重減少、あるいはメタボリックなエフェクトに関しては、オランザピンとクエチアピンでやや強く見られたと。たしか、女性に強く見られたという結論だったと記憶しております。

資料については、以上になります。

(本間) ありがとうございます。何か御質問がありましたら、どうぞ。

もちろん、こういう資料はそのままということはないので、これはかなり翻訳をして、ということになると思います。

それから、一般の先生方だと、自発性がかなり低下しているだけの状態をうつ状態と考えると、妙に抗うつ薬が盛られているということがしばしば経験されます。ですから、そのあたりの区別ということに関しても、そういう中では触れないときつといけないのでしょうかね。

(石井) ガイドラインとしては、AGSのものにはアウトロ、AANのものに関してはアパシーの記載があって、うつとは少し違うので気をつけるようにという記載がありました。

(粟田) 1つ、よろしいですか。私もIPAのガイドラインを読んで感じたんですが、漢方のことなどは余り出ていないのでしょうか。

(石井) 漢方に関しては、出ておりませんでした。海外では、例えば抑肝散などの知名度は余り高くありませんので。

(田口) よろしいですか。先生もちょっと触れられたのですが、抗てんかん薬の記載は何かなかったのでしょうか。

(石井) 抗てんかん薬に関しては、記載があるものもあるのですが、やはりエビデンスとしてはリコメンドできるほど強いものがないという記載が大半でした。

例えば、AANのガイドラインにも一応抗てんかん薬なども載っておりますけれども、こちらは little evidence という表現になっておりますので、エビデンスとしてかなり限定されているので、勧められるほどのエビデンスがないという形になっております。ですので、こちらでは例えば非定型の抗精神病薬に関してはクラス1のエビデンスという形になっているのですが、ほかのものに関してはそういった形でリコメンドできない、はっきりしたエビデンスがないという記載になっておりました。

(鳥羽) エビデンスが少ないのは、やっけていてエビデンスが出ない場合と、トライアルが少ない場合の両方があるって、うちの驚見が抗てんかん薬の治験を始めたのですが、まだ少ないのではないですか、どうなのですか。

(石井) 少ないということと、効果も限定的だということと、両方だと考えています。

(鳥羽) 両方ありましたか。わかりました。

(粟田) IPAのガイドラインを見ると、カルバマゼピンは比較的研究されているのです。だけど、やはり効果は。ところがバルプロ酸の介入研究はほとんどない。日本はよく使われているのですが。

(鳥羽) バルプロ酸はやられていないのですね。

(粟田) やられていないです。

(本間) 文献が少ないでしょう。

(鳥羽) そうなのです。

(田口) すみません、先生が言われたように非常に限定的で、一医師としての意見になってしまうかもしれないのですが、バルプロ酸は結構使っていて、文献も確かに、それで勉強しようと思っても少ないので、どうなっているのかなと。限定的というのもどうなのか、まあ少し効果はあるのではないかと思うのですが。

(本間) 例えば、まだPMDAでいわゆる BPSD に対する治験をやっているときに、抗精神病薬を使った治験というのはいろいろと注文がつくわけですが、でも、抗精神病薬以外の、例えばバルプロ酸とか、そういうもの、テグレトールとか、そういうものでもよいと思うのですが、使った場合には、抗精神病薬ではないですから、結果さえ出ればすぐに通るのです。ぜひ結果を出してください。非常にウェルカムなコメントをもらうのですが、なかなか結果が出ないということがありますね。

ほかに何か御質問は。はい、どうぞ。

(鳥羽) あと、今回のやつと、日本人に翻訳する場合に、ドースがすごく問題になってきて、リスペリドンなどは海外で、10分1とか、半分使ったら副作用の点ではよかったというような文献が韓国から出たりして、その辺も、投与の期間と量というものも注意深く読んでいかないと、間違えることがあるので、その辺をしっかりと見ながらやるべきだと思います。

(田口) あとすみません、いつの段階で申し上げようかと思っていたのですが、例えば薬の整理というところで、僕はベンゾジアゼピン系は相当警鐘を鳴らすべきだとは思っていますが、例えば限定的に使うとか、こういう使い方をしなさいという、案外注意せずに使われるケースが多くて、漫然と投与されていて、整理をしなければいけないケースが、これはベンゾジアゼピン系が多くて、その次に、認知症も含めて、うつなどもそうなのですが、抗うつ剤が多いということなのですね。

この辺の文章の書き方が、欧文のような書き方をすると「これは使ってもいいよ」というふうにとられると思うのです。その辺の書き方は、やはり……。

(本間) そのあたりで、御参加いただいている三根先生や田口先生、三上先生の知恵を、文章の最後のワーディングの、「こういうワーディングがいいよ」というところでは、ぜひ知恵をお借りしたいと思っています。こういう表現にしたほうが誤解されなくてよいでしょう。また、余り過激にも書けないだろうと思いますし、その辺の兼ね合いが悩ましい場合があるのではないかと思うのです。

ベンゾジアゼピンは、非常に多いですね。

(田口) 私は老年精神医学会の睡眠もかじってしまっていて、もともとそちらのほうで抗うつ剤の睡眠の効果というところで論文を書かせていただいたことがあって、ここにも出てくるトラゾドンを割合よく使って、手ごたえを感じていて、ベンゾジアゼピン系を余り使うよりは、トラゾドン等を工夫したほうが、

睡眠やせん妄にはよいのではないかと思ったりすることがあります。ここではエビデンスが少ないようですので、勧められる治療ではないのかもしれませんが。

（鳥羽先生）あと、やはり薬のことですから、直接関係ないかもしれませんが、非薬物療法を先行しろといっても、どうしたらよいかわからない人がたくさんいると思うのです。一般医家の方も、もちろん家族も。

うちの服部が、BPSDの初期対応の本を1カ月ぐらい前に出しましたが、あれがわかりやすいかどうかは別として、一応チャートを出させましたけれども、では、お薬を使わないのなら何をすべきかということも一応書いておかないと、御家族の方は、入院は切ったほうがよい部分も多いのですが、外来で「助けてくれ」と来るわけです。そのときに、まずこうやってみてくださいと。それで3日ぐらいして「よくなりました、先生の言うとおりの」という場合と「全然だめでしたから、何とかしてください」という場合があるわけです。それは、やはり対応のある程度のことを教えないと、「お薬は、これは Beers Criteriaに入っているから使いません。薬はないですから、帰ってください」というわけにはいかないわけですね。やはり、かわいそうですから。

ですから、対応の代替手段がしっかりとセットでないといけないと思います。もしも盛れれば、ですが。

（本間）だからそのときには、その患者さんは多分介護保険をほとんどの人が使っている例が多いと思うのです。ということは、やはりケアマネにすぐコンタクトをとって、そのことは話題にしないといけないですね。

（石飛）よろしいですか。話が全く別な面になるかもしれないのですが、特養のような施設を見ていると、一番困るのは、ピックとか、あるいは前頭葉型とか、とにかく扱いに困る、そういう方を介護の人はそれでも一生懸命、何とかやっていますね。薬である程度、安全に何とかできるのなら、こういう非常に困るケースは、安全な範囲でこういう方法があると。これは先ほど出ました、実践的なという意味では、それがピックか、あるいは前頭葉かはわからなくても、こういう行動でこのように困る場合は、こういう対応の薬があるというようなものをもっと盛り込んでいただければ、現場はすごく楽でしょうね。

（本間）おっしゃるとおりですね。

（石飛）それが、先ほどから話が出ている実践的なものだとすれば、ぜひそれもお願いしたいと。

（本間）例えば、特養等の職員の様子を見ていると「こういう症状があるのだったら、もっと早く相談してくれればよいのに」という例があって、ケアだけで何とかできるのではないかと頑張りすぎてしまう場合もあるのです。先生が言われたことと反対の例になるかもしれませんが。

そういうときに、例えば「ここまでのことはケアで可能性はあるけれども、それ以上、こういう状態になったらすぐに専門家にコンサルトしなさい」というようなことも示せるとよいと思うのです。

何でも御意見、コメント等がありましたら、ぜひ。

(鳥羽) そういう意味では、お薬の力を借りて、より対応を易しくするという方向性は正しいと思います。何でもかんでも非薬物療法でできるわけではありませんので。ただ、その非薬物療法がうまくいくのは、施設のほうの教育次第でもうまくいきますけれども、家庭でお孫さんの受験を控えていて、騒いだりしていると。それで非薬物療法をやろうとして、音楽療法等をやったりしても、お孫さんが「うるさい！」などと言って、家庭が崩壊するような場合に、少しの間おとなしくしてもらう方法はないかということで、私もリスペリドン等を処方するわけです。

ですから、やはり認知症というのは社会的な病気なので、どういう状況にどの期間使わなければいけないかというのは、必ずしも症状だけではなくて、その人の置かれた環境とか、そういうものを配慮しながらやるのが最も実践的なことだと思います。

最も短い期間であるということは同意しますが、どうしても使わなければいけない場合があるわけです。何でもかんでも、やめたほうがよいから使わないというわけにはなかなか、たくさんの患者さんを見ていると思います。また、使っている人は少ないですからね。それはそのように思います。

(田口) 国民性だと思うのです。日本人は、まず非薬物療法をやりなさいと言って、それがだめだったら、といたら、そのとおりにしてしまうのだと思うのです。先生が言われたように、柔軟な対応というよりは、「そのように書いてあるのだから、まずは非薬物療法をして、頑張る」ということが出てきてしまって、非常にその辺がうまくなくて、今言われたように、ちょっとそういうことが必要な時期というのは、本人の状態だけではなくて、置かれている環境も含めてあるということは絶対にあると思うのです。

それを教科書どおりにやっていると、結局最後には家族との関係性が壊れたりして、我々の精神科病院の協会だと、そういうところで本当に難しくなった患者さんがなかなか退院できないというのが1つの問題になっているわけで、翻訳したとおりの文言で出してしまうと、本当にカチカチの対応になってしまって、うまくいかないと思うのです。先ほどの話もそうです、「何日間が望ましい」とあつたら「望ましいのなら、使ってよいのだらう」という話になって、漫然と使ってしまうのと同じで、やはりその辺の文章の書き方、それから今までのように、いつもとにかく非薬物療法優先だというような文言は、ちょっと難しいのではないかと思います。

(本間) ありがとうございます。



実は、きょうの班会議を始める前に、ガイドラインをつくる時に、本来であれば多分理念とか、だれのためのガイドラインなのかということを中心に議論して、共有するところから始めるべきだったのではないかというふうにも思うのです。ただ、ちょっと心配したのは、その理念と、だれのためのガイドラインかということを議論すると、それだけで半分ぐらいの時間が過ぎてしまうのではないかと思って、あえてそのことは冒頭では触れなかったのですが、やはりそういうことも少し触れておいたほうがよいのかなと思います。

そのあたりは、木之下先生から少しコメントをいただくと、きっとよいと思います。

(木之下) 先生がおっしゃったような観点で、たまたま先週ある会議があって、国連の人口動態を見ていたら、私は恥ずかしながら無知だったのですが、日本は今、高齢化率がトップだったのだということを知りました。ここから50年、ずっと上り詰めて、国連のシミュレーションデータは少し過大評価をしているのですが、高齢化率が45%ぐらいまで行くと。今の実際の国勢調査のデータは23%ですが、国連のデータでは現在28%というシミュレーションデータが出ていて、その過大評価に従うと、45%まで行くということです。

余りにもオーバーだと思って、日本の国勢調査に基づいて私が計算し直してみたら、それでも40%近くまで行くのです。2位がイタリア、3位がドイツ、これは昔の三国同盟です。

さて、ADI(Alzheimer's Disease International)、国際アルツハイマー病協会が2012年にレポートを出しています。14ページ程度の短い文章です。それを見ると、各国の取り組みが書いてあります。総論ではまず、アーリー・ディテクションだ。早く発見しましょうと。2番目は、発見するだけではだめで、アクセス・トゥ・ダイアグノーシス、早く診断しましょうと。3番目が、スティグマ・リダクション、偏見をとり除きましょうと書いてありました。この3番目が、表紙のタイトルにもなっています。なぜスティグマを除くかという、これがいわばアーリー・ディテクションの障壁となり、アクセス・トゥ・ダイアグノーシスの障壁となるということなのだと思います。

それで、イギリス、オランダと各国の取り組みが国を挙げて書いてあります。アジアのところを見ると、最初にサウスコリアが書いてあって、日本はないのです。どこを探しても、日本はないのです。高齢化率がトップなのにもかかわらず。ADIですから、厚労省の責任というよりも、アルツハイマー病協会という大きな組織がありますから、もしかしたらそこもメッセージを出していない。そういうことを1点気づきました。

認知症医療のガイドラインとして、私はやはり中島先生のあのエビデンスの集積というのはすごい力作であって、歴史的にはとても貴重なエビデンス集であることは間違いないと思います。鳥羽先生のこのガイドラインも、私は昔からずっと見つめている大事なガイドラインだったので、これはこれで

とても重要なのですが、先ほど鳥羽先生がおっしゃっていた、個別でやると利害の衝突があるのではないかと、個別に論じると、この薬はだめで、これはよいとか、それは結構怖いかもしれないし、そうでなくとも後でゴチャゴチャするような気がします。

先ほど田口先生がおっしゃっていた、ベンゾジアゼピン系の問題ですが、イギリスとアメリカのマッキースとカミングスの論文が Lancet に書いてあったのですが、2006 年か、2008 年か、ちょっと忘れましたが、ベンゾジアゼピン系は使うな、と書いてありました。よくないという経験の集積があって、「ひどくなるから、認知症の人には使うな」と。そういう書き方をすると、私はほかのさまざまな関係者がいろいろなことで困るだろうと思いつつ、けれども自分の経験からも、そういうメッセージは出さなければいけないという思いもあります。だから各論として、この薬はよい、これはだめ、ということを本当に書けば説得力がある一方で、いろいろな利害関係が絡み合います。一方、先ほど申し上げたように、国として、あるいはだれもが共有している、統一されたビジョンがまだない。

そこで、ふと思うのは、以前本間先生が触れられていた「BPSD とは何か」とおっしゃっておられましたが、そもそもこれすら共有できていないのではないかと。いろいろな領域の先生方が、さまざまな意味で BPSD を述べているのではないかと。さらに周辺症状という言葉も、BPSD とイコールで述べているのではないだろうか。周辺症状と BPSD。明らかに言葉が違う。歴史も違う。意味も違う。けれども、その整理なくして、例えば話をどんどん積み上げていったら、後になってまた足元で崩されてしまうような気もしないでもないと思いました。

あとは、例えばあるエビデンス集で「効果がある」と書いてあります。普通は暗黙の「効果」が設定されているけれど、認知症のこの場合の「効果」とは何か。こんな医師がいます。きのこエスポワールの佐々木健先生です。精神科の入院施設をお持ちで、随分と、30 年ぐらい診ておられて、その結果、抗精神病薬は使わないとおっしゃる。なぜかというと、ガーツとしゃべっている人に抗精神病薬を使うと、ボリュームは下がっているけれども、本人の状況を改善しているような気がしない、というような意味のメッセージを伝えています。

私自身の経験では、時には、すごく奏功するような感じで、それだけでニコニコする方もおられます。しかし一方で、そもそも私は往診で外来に行けなくなってしまった人々を見ているのですが、その抗精神病薬が漫然と投薬され、すごい錐体外路症状が出て、あげくのはては嚥下にも問題が出て、誤嚥性肺炎を繰り返し、死亡するという、散々な目に遭っている人を多く見ます。そういった見方をすれば、抗精神病薬自体があまりよくないのではないかと思ったりします。

そういった、何がよくなって、何が正しいか、を今一度考える必要あろうと。おとなしくなることに効果があるのであれば、それでよいとする、のはよくないと思います。しかし、「効果」や「副作用」の定義

も存在せず、皆何となく「おとなしくさせればいい」と思っているのかもしれない。あるいは「いや、そうではない」と反論する人もいるだろうと思います。全然議論の俎上に上がっていない状態で、具体を決めていくことに一抹の不安を感じます。かといってこんな議論を決着つけるまでしていたら、来年になっても決まらず、けんかして、人間関係が悪くなって終わってしまうだろうと思うので、皆が共有できるおおざっぱなメッセージを1つ共有しながら、基本的な考え方を提示するようなことが求められていると思います。

(本間) まず第1歩としてね。

(木之下) ええ、フィージビリティを考えた上でよいのではないかと。あれこれ散漫に、多方面について言ってしまいましたが、そのように感じました。

(鳥羽) よろしいですか。やはり、お医者さん向けに出すべきだと思います、ガイドラインですから。ただ、その視点は先ほどから言っているように、本人にとってそれが、もちろん短期的ですけども、長期的にマイナスにならないという視点が必要ですね。それから、先ほど家族の例を言いましたけれども、家族の介護負担や認容力を考慮しなくてはいけない、少なくとも短期的には、もちろん長期的にもそうですが。ですから、介護負担ということか何かわかりませんが、家族の介護負担と本人の長期的な利益を考慮した、医師向けの薬物療法ガイドラインということではいかがでしょうか。

(本間) はい、そうですね。

(木之下) イギリスの NICE のガイドラインの中で、今、鳥羽先生がおっしゃった、ケアラーズが BPSD に接しているとディストレスな状態になると。ケアラーズが診療所に行って、きちんとサイコセラピーを受けなさいと書いてありました。つまり、それを介護負担と言うのか、ケアラーズの生きづらさと言うのか、いろいろな言い方があるかもしれないけれども、ケアラーズの診療という形でもある程度触れていました。

(鳥羽) 忍容力が上がればね。それはまた、お薬を減らせることになるから、それはよいのです。

(木之下) だから、家族のお薬です。

(鳥羽) ええ、もちろんそうです。

(本間) 多分、日本で家族に対してきちんとそのようにかかわることができる医療機関というのは、極めて限られるでしょう。

(木之下) そうですね。済みません、私は理想論が大好きなので。

(鳥羽) うちがやっている家族教室は、まずそれが目的なので、周辺症状というものに対してこうしてやれば、例えば同じ話を何度も繰り返すときでも、反論して、物すごくナーバスになりますね。そうではないのだ、声の大きさで、同じことを言っても、きょうはどのぐらい元気のよい声をまずチ

ェックしてください。その次に、どの話が来ても違う話振って会話を続けてくださいと、必ず教えるのです。そうしないと、またいろいろ……。

(本間) 介護者教育ですね。

(鳥羽) そうですね。ですから、BPSD 一つ一つに対して、私の乏しい頭でできる代替案を教えて、そうすると少しは楽になるのです。ただ、それでも全然楽にならない人もいますから、それはお薬を出さなければだめなときもあるわけです。ですから、ケアラーの視点と、本人の、長く飲ませていけば転んで骨折しますからね、その辺のところをしっかりと……。

(本間) 兼ね合いですね。

(鳥羽) はい、それが盛れば、やはりお医者さん向けでよいのではないのでしょうか。

お医者さんは、お薬を処方するときに、ケアラーのことも、本人に対してのことも両方考えながら処方するという1つの視点があれば、よいものになるのではないかと思います、いかがでしょうか。

(本間) ありがとうございます。

ほかに、このようなガイドラインにしてほしいということも含めて、ぜひコメントをいただけたらお願いしたいと思います。

(三根) 老健協会の医師研修で、この BPSD に対する薬物療法のみは触れていないと先ほど申しましたけれども、それは、恐らくは非常に誤解されるだろうと。同じことを話しても、はたしてどれだけわかっていただけるのかという。全く同じことを聞いても、AさんとBさんでは全く違う認識を持たれることもあるだろうという、すごくそのあたりの表現の仕方をどういう、言葉なのか、絵なのか、両方なのか、どのようにしたら本当に伝わるのかということ、非常にいつもどうしたらよいのかという疑問があります。

(石飛) よろしいですか。まず単純に、先ほどから鳥羽先生からもお話があったように、要は年をとってぼけてきて、昔はぼけと言って、結構大事にされたものですね。認知症という病気にして、とにかく薬で何とか抑え込まなければならないという、要は、同じ話で申しわけないのですが、老衰という自然の摂理に、方法があったらとにかく使わなければならない。胃瘻も、透析も何も、皆一緒のことをやっているわけですから、基本的にはやはり人間として誇りもあるし、自尊心もあるし、そういう人がどうしてこういう問題行動を起こしているのか、それをまずきちんと認識した上で、どうにもならない場合はこういう方法がありますと。それがまず最初にあるべきです。基本的な考え方で。そして、実践的な線、もうそれしか私には言うことがないのですが、日本が今一番迷い道に入っているのは、そういう単純な話ではないかと思うのです。

(本間) ありがとうございます。

(田口) 日精協誌に書いたことがあるのですが、患者さんの QOL という問題があると思うのです。例えば、先生の話への反論になってしまうのですが、ここで睡眠の面をどうしたか、睡眠の面とすることによって、その人のせん妄が防げる。そうしたら、その後の QOL は全然違って来るわけです。

認知症の患者さんが起こしているいろいろなことをすべて受け入れるのもよいのですが、やはりここで本人が抱えていらっしゃる問題で、今できることを解決していけば、QOL が少し違って来るという視点で、薬物治療も、それから大きくいえばいろいろな認知症の治療、介護もそういう視点でやっていくのが一番よいのではないかと考えております。

なので、必要なときに、必要なだけ、適量のお薬を使えば、それぞれの QOL がそれでよくなれば、それが一番よいのではないかと思います。

(本間) おっしゃるとおりですね。

(三上) よろしいですか。先ほどから言いましたように、いつもいろいろな会議で議論をする際に、定義がはっきりしていない段階で議論すると、皆さんそれぞれ自分が正しいと思うことを言われるのですが、かみ合わないのですね。

BPSD についても、先ほどからどこまでを BPSD とするのかというような話がありましたが、厚生労働省の会議でも、基本的には非常に軽いものをとらえて、すべて精神科医療や入院をさせずに、外来でできるのだと。あるいは、薬物治療は要らないのだというような議論に行く人もいるし、あるいは日精協のほうの立場にすると、ひどい BPSD は対象にしているので、必ず入院治療、薬物治療が要るのだ、そういうケースがあるという主張になると。ですから、これは BPSD に対する薬物の使い方ということですので、鳥羽先生がおっしゃったように、環境的な問題、例えば今、高齢者世帯の3分の1は独居ですし、3分の1は老老世帯ということで、認容力が非常に少ないわけですから、そういった場合にはこの程度の状態で薬物治療をスタートする必要がある、非薬物療法では間に合わないのだろうというようなことをわかりやすく書いていくことが必要ではないかと思います。

ですので、まず最初の項はずっと定義を書いていたいで……。

(本間) BPSD の定義ですね。

(三上) それから、薬物療法が必要な場合はこういうケースですという組み合わせですね。そういうことが必要だと思います。

(本間) それはわかりやすいですね。

(鳥羽) 先生がおっしゃったように、ひどいケースと軽いケースで、強いと書いてあっても具体的なエピソードが、地震であれば震度7だったら建物が倒れるとか、震度幾つだったら壁が倒れるとか、そのようにわかりやすい、同じ興奮といっても具体的に物すごく強いときと、中ぐらいと、軽いときで、

こんなものだったら強いというようなことがわかるとよいですね。私もそういうものが欲しいです。

(本間) ビヘーブADというスケールがありますが、そこだと一つ一つの、比較的カテゴライズされた症状ですが、具体的に、いわゆる言葉の上でかかわるだけで済むとか、それだけでは済まないとか、いわゆる手が出るレベルまでになるとか、結構今先生が言われたような基準で、軽・中・高という分け方がされていると思います。

(鳥羽) すべての周辺症状のものに関してね。

(本間) はい、一通り。

(三上) でも、よく議論の中では、チャンピオンデータというか、成功事例をいろいろ言われて、すごくきれいごとが出ることが多いのですが、実際に現場からすると、もうどうにもならないというようなことを経験していると、話が全く違うと。それで、厚生労働省なり政府関係の人たちは、比較的きれいごとのほうに引きずられやすいのです。ですから、その辺のところはメッセージをきちんと出しておかないといけないと思います。

(本間) チャンピオンデータは、余り現実の役には立たないですからね。

(鳥羽) ただ、どの程度のお薬が要る集団が、認知症の外来では何%おり、例えば特養ならどれくらいおり、老健ではどのくらいいる。そういう基本的なものがあると、調査があれば、それは必要だと思えます。だって、プロで認知症の対応になれている特養の方や老健の方は、少々言葉が荒くなったりではびくともしませんよ。「ああ、また何か、ではちょっと連れていって、散歩でもさせましょう」と。でも、家だったら大変ですから。やはり、周辺症状の頻度と、それがどこでどのくらい、重い、軽いで薬が必要な人がいるかということは、余りわかっていないのですね。

(三根) 鳥羽先生がおっしゃったことは、非常に大事だと思います。そうしておかないと、前段に、やはりほかの手段でケアしようという、例えばそれに関して、この間連れてこられた方などは、へろへろになるまでとにかく動かして、夜に寝させるようにしようと。「ここに書いてあります」とおっしゃるのですが、非常にまじめな方なのです。そのような数字があれば、「ああ、やはりこのくらい薬が必要な人がいるのだ」ということが漠然としてでもあれば、大分そういう概念が変わってくるのではないかという気がします。

(木之下) いいですか。あたかも BPSD が糖尿病のように客観的に決められたらよかったですけど、先日「暴れるから、どうかしてください」と施設から言われて、私が施設に往診に行って、その人の姿をずっと見ていたのですが、たしかに暴れるというか、暴言を吐く。けれども、例えば私が同じ立場だったら、施設スタッフが「ああ、こいつは首を絞めに行くな」と、本人が思うぐらゐの状況があったりするのです。けれども、やはり先生方のお話を伺っていると、人としてどう考えるかというメッセージ

が強く出ていると思うのです。特に、石飛先生がおっしゃっていた、人を、尊厳を持って見ていくといったお話というのは、それは現場ではきれいごとかもしれないけれど、そういう意識を持つということは理念として提示できるのではないかと思います。その上で、先ほどおっしゃったようにどうしようもないときは、手がないけれども薬がここにあったりすると、ちょっと頼る。

ただし、ここのインアプロプリエート・ユースの問題、つまり私がいつもすごく心が痛いのは、論文を御提示申し上げましたけれども、この半分が、前医の薬のせいでBPSDがひどくなっているケースなのです。ちなみに、半分の前医が専門医です。投与した、その瞬間は多分よかったのだと思うのです。BPSDに対する薬って、今日よい、から、それでよいという問題ではないような気がするのです。特に抗精神病薬は。やはりそこはプロなりに、長期的な展望を出した上で、さあ、飲む、飲まないということを考えるような視点も必要だし、その辺の注意点はきちんと書く。

先ほど、理念として石飛先生がおっしゃっていたように、人として私たちがどう診なければいけないかという理念に立って、これを記述するのだというようなメッセージが出てくるのが、私の願いです。

(本間) ありがとうございます。「診断・治療ガイドライン 2010」にも、きちんと「尊厳」という言葉が前書きのところに、それから「ノー・ディスクリミネーション」ということは書かれているわけで、恐らくそういうことはきちんと共有するところからのスタートというのは、それはそうだろうということですね。

いろいろな御意見をいただいたのですが、最後に1つ、資料 12 になりますが、一応実態と、専門医の使用実態というのは今まで調べられていたことがあるのですが、一般の先生方が向精神薬、定義は少し書きましたが、向精神薬の使用実態は余り調べられたことがないのではないかと思います。その意味で、一度このような調査をやってみたかったということがありますが、ザッとごらんになって、早い話がこれでよいかどうかということですが、もしも御意見がありましたら、やたらと薬の名前が並んでいて、わかりにくいということはあるのですが、2ページに収めるというのは結構大変です。

多分、このぐらいの分量だったら何とか御協力をいただけるのではないかと。それがかなりオプティミスティックな期待になるかどうかはわかりませんが、思いたいのです。

(田口) 先生、これは純粋に実態を把握するというねらいのものですか。

(本間) そうです。

(田口) レボメプロマジンなどは、もう今は使っておられないのではないかと思います。結構入っていたので。実際に、これが今まだ使われているかどうかということですか。

(本間) 5年前程度の専門医の場合には、ヒルナミン、コントミンは使われているのです。

(田口) そうですか。日精協の調査でもありました。やはりヒルナミン、コントミンは出ていて、ゾットしたことがありました。

(本間) 今は使われていないだろうと思うと、結構使われていたりすることがあるようですね。

(三根) 先生、チアプリドはどこに分類されますか。

(本間) 一応D2ブロッカーですから、弱くても抗精神病薬の範疇にはなるのかな、と思います。本当は、これは商品名だけで選択肢を書けると、もっとわかりやすいのでしょうね。調査票としては。

(鳥羽) でも、後発品がある場合は「など」にしないとまずいですからね。これは、配布対象はもう決められているのですか。

(本間) 専門医は全員、専門医というのは老年精神医学会と、認知症学会と、これから恐らく日精協の認定の先生方ということですね、そこは全員です。

(鳥羽) 3分の1ぐらい専門医がいる、老年学会でも配っていただくと、中間ぐらいの結果が出るので、もしもよろしければ配っていただきたいです。

(本間) それは、具体的にどのようにすれば、手順としては。

(鳥羽) 私が老人医療委員長ですから、大内理事長に「これで本間先生が調べたいのですが」ということを言えば、事務局で6,000部ぐらいまいて、3分の1ぐらい返ってくる可能性はあります。専門医だけのほうがよいですね、これは。教育を受けているということは専門医ですから、1,700名ぐらいですね。そうすると、こういう調査だと大体5割ぐらいはレスポンスがありますから。

(本間) では「鳥羽先生とそういう話になりました」とヒロセさんに言ってもよいですか。

(鳥羽) はい、もちろん。そう言ってください。数が多いほうがよろしければ。

(本間) はい、そうですね。

(三上) 行政のサポート医の研修を受けた、認知症かかりつけ医対応力だけでなく、最後にこれを……。

(本間) サポート医は書いていませんでしたか。

(三上) サポート医の研修を受けたかどうか聞いておいてもらえますか。

(本間先生) はい、わかりました。そうですね。対応力向上研修の、サポート医ですね。おっしゃるとおりです。

(鳥羽) サポート医が2,000名、対応力が2万8,000人ですね。

(三上) これは診療科がわかるので、一応今、厚生労働省で、サポート医で、かつ、専門医の先生はどれぐらいおられるかが知りたいと思っていますのです。

(本間) ありがとうございます。では、基本的に内容に関しては。

(鳥羽) 先ほどもあったチアプリドは、その他ではなくて入れていただいたほうが。

(本間) 具体的に名前をですね。



(鳥羽) 相当たくさんの方が使っていますから。

(本間) そうですね、わかりました。では具体的に、15 番目に、その他ではなくてチアブリドにして。そうか、入れようと思って、これはうっかりしてしまいましたね。

ドグマチールは入れなかったかな。ドグマチールはその他かな。ああ、5番に入っていますね。これは入れました。

グラマリールは、多いだろうな。

(鳥羽) 非常に簡単ですから、これは回答率が高いのではないですか。

(本間) だとよいのですが。

(鳥羽) 逆にこれぐらいだと、本当はネットみたいなもので返してくれると、話が早いですがけれども。

(本間) そうなのです、ウェブ調査でできれば一番よいのですが、なかなか日本はまだ、それができると本当にお金もかからなくて、ポステージも全然かからないですし、よいのですが。

(田口) これは、日精協の専門医のほうはこちらでお手伝いしたほうがよければ。

(本間) お願いできますか。申しわけないですが。

(田口) はい。一応通さなければいけないので、通しておきます。

(本間) よろしく願いいたします。では、後で先生宛に少し修正したバージョンをお送りするようにします。

何か全体を通して、特に御意見はいかがでしょうか。いろいろな御意見をいただきまして、ありがとうございました。でも、大体それぞれの先生方がイメージされているガイドラインの内容、実践的な、という意味では大きなずれもありませんし、基本的にガイドラインのあり方というのでしょうか、性格に関しても、そう大きなずれはなかったのではないかと思います。これでどのぐらいの内容のものをお示しできるかというのは、非常に責任が重くなってきていますけれども、第2回目の委員会のときに……。

(鳥羽) 研究費が少ないですから、270 万円ですから。

(堀部) できるだけ実践的な、以前、マッキントッシュのときに「コンピューター・フォー・ザ・レスト・オブ・アス」という宣伝があって、私は結構好きだったのです。それ以外の私たちのためのコンピューターという。

それと同じで、専門の先生方はそんなものなくてもできてしまうし、恐らくガイドラインを越えた、もっと指先の処方もあると思いますが、本当にそれ以外の先生が見てわかっていただけるようにと。

(鳥羽) 短い、コンパクトなものならば、やはり海外発信しなければいけないから、先生が英訳して、厚労省から英文で出したらどうですか。

(堀部) 実は、これはもうアピールしてあって。

(鳥羽) いやいや、できたものを先生が英文に訳して。

(堀部) それは先生方のほうが得意かもしれません。

(鳥羽) いや、そうではなくて、研究費を出せない分、先生も勉強しないと。

(堀部) 実は、イギリスで抗精神病薬処方の一環になったスーブ・バナジ先生、ちょっとファンキーな先生ですが、もう彼に宣伝して、「こんな委員会をやっているから」と大見得を切ってしまった手前があり。

(鳥羽) これで先生、訳す絶好のチャンスですよ。

(本間) というところで、今のお話がまとめということになるのではないかと思います。

2回目の委員会の日程調整は改めて、1月ごろを予定していますけれども、できるだけ早めに、改めてさせていただこうと思います。

では、これで終わらせていただきます。きょうはありがとうございました。

## 第2回 班会議議事録

日 時:平成 25 年1月 28 日(月)東京国際フォーラム ガラス棟6階 G604

(本間)定刻になりましたので、第2回の「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」班会議を始めさせていただきます。忙しいところそして遠方よりお集まりくださりましてありがとうございます。

当初の予定ではこの班会議を3回開けるかなというふうにも思っていましたけれども、多分この2回で終わりになるのではないかと思います。また、そのことも含めて今後の予定というのはまた後ほどご相談をさせていただこうというふうに思います。

きょうの班会議の中身はかかりつけの先生方を対象としたものと、それからいわゆる専門医、これは学会認定、日本精神科病院協会も含めてということになりますけれども、いわゆる専門医を対象とした使用実態調査の結果のおおよそというのが出ましたので、そのことをご報告させていただきます。

それから、もう1つは、特に BPSD に対する向精神薬に限りましてけれども、効果と副作用に関する追加の文献の abstract table というものをつくりましたので、それについての説明をさせていただきます。

それからその次が一番今回の主な論点になるかと思えますけれども、薬物使用に関するガイドラインを作成していただくときの基本的な考え方、本当はこの場でガイドラインの素案のようなものを先生方にお示しできればよかったというふうに思いますが、まだそこまでには至っておりません。基本的な考え方を7の討議というところで、少し資料2と3の結果を踏まえて改めてさせていただこうというふうに思います。よろしくお願ひします。

早速資料の説明を進めます。6時半ころ堀部専門官が参加の予定です。室長のほうは確認はしていません。それから急遽、最初健康長寿医療センターの栗田先生が急遽今回は欠席ということになりました。これで進めさせていただこうと思います。

資料1は、これは前回班会議の議事録です。資料の 2-1 から順に説明をします。これは前回の班会議の後に先生方にメールで調査票等をお送りしてご意見をいただいたものです。

その結果が資料 2-になります。去年の 11 月から 12 月にかけて行いました。対象はかかりつけの先生方というのが 3,098 人です。実際の発送数は 3,058 になりましたけれども、これは基本的に医師会に入っている先生方ということしか公開されていないわけで、そのホームページ等に公表されているリストを利用しました。

それからいわゆる専門医が老年医学会、これは鳥羽先生のご厚意で老年医学会の専門医のタックシールを利用させていただきました。それから老年精神医学会、これも同様です。それから認知症学会。それから日本精神科医学会。これは日本精神科病院協会が認定している専門医の数ということです。130 人。合計して 3,147 ですけども、だぶり等がありますので 2,960 ということになります。合計が 6,058 人にアンケート用紙を配布しました。後ほど関山調整官が途中から出席されるということでした。

返却数が 1,205。ですから全体の回収率は 19.9%、これはかかりつけ医の場合も専門医の場合もレスポンスレートはほとんど変わりませんでした。

(三根) 20.02 幾つ。

(本間) ぎりぎり 20%ですね。ありがとうございます。次はどのぐらい対象とした人たち、先生方のところに認知症の人たち、患者さんが通院しているか。そしてその人たちにどれぐらい向精神薬が服用、処方されているかということです。通院している、していないでは専門医でもかかりつけ医でも、専門医で 96.8、かかりつけ医で 94.5 ですからそれほど変わりません。若干向精神薬の服用をしている処方をしている割合というのが専門医のほうが多い。89.2 と 95 ですから少し多いかなというふうに思います。

それから処方されている抗精神病薬に何があるかですが、グリーンがかかりつけの先生、黄色が専門医です。ほとんど変わりはないんです。もう少し違いがある部分があるかなと思いましたけれども、確かにクエチアピン、アリピプラゾールそれからリスペリドン、チアプリドというふうなところで専門医のほうが処方している割合が多い。ただ、逆にスルピリドに関してはかかりつけの先生のほうがこれはかなり圧倒的に多いというパターンでしょうか。まだ推計学的な検討等というのはしていませんが、そういう傾向があります。抗精神病薬に関しては全体的に専門医のほうがならして少し多いかなというところでした。