

それから次の4ページのマイナートランキライザーですが、主に抗不安薬ということになります。これはほとんど違いがありません。専門医でもっと少ないかなというふうに思ったんですが決してそんなことはないですね。睡眠薬に関しても5ページですが、そう大きな違いというのはいないですね。一番多いのがゾルピデムですね。

6ページが抗うつ薬ですが、パロキセチン、ミアンセリン、フルボキサミンで若干多いかぐらいで、実質的な違いというのはいほとんどありませんでした。

向精神薬が処方されている BPSD に何があって、どういうところまで処方されているかということと、専門医とかかりつけ医で違いがあるのかということですが、どちらかという全体として向精神薬が処方されている BPSD が、専門医のほうが割合としては多いということになります。ただ、これはざっと細かくて見にくいんですが、割合のパーセントとしては少ないんですが、例えば異食とか介護への抵抗とかあとは収集癖とか徘徊というふうな症状にも、決して無視できない割合の向精神薬が処方されています。果たして向精神薬を処方する対象、ターゲットになる症状であるかどうか、これはほかの収集癖とか徘徊ということもそうですが、議論になるところではないかと思えます。

暴言、攻撃的行為、幻覚、妄想、不眠、興奮、易怒というところでは、もう 50%以上処方されていますし、抑うつ症状や不安症状もそうです。ただ、介護への抵抗というところでも専門医の半分以上は向精神薬を処方しています。これもなかなか解釈が微妙になる結果のような気がします。向精神薬を処方する適応になるかどうか議論があるのではないのでしょうか。

それから8ページに同意の取得で、これは向精神薬ということになりますが、特に抗精神病薬に関しては全てオフラベルということになりますが、「していない」、それから「BPSD によってするときもある」「いつもしている」。少なくとも「いつもしている」先生方の割合というのはいやはり3分の1以下。例えばいつもしている先生のかかりつけの先生の割合ですと約 19%ですから5人に1人ぐらいです。専門医で 28.2%、4人に1人から3人に1人の間ぐらいです。それから「していない」というふうな先生も決して無視できない割合だったということになります。この点はまさに改善ということが必要になってくるんだらうというふうに思います。

あとは対象者のデモグラフィックスということになります。年齢というのは9ページにお示しているとおりに30代から10代刻みで書きまして、一番多いのは50代、割合として一番多いのは50代ということなんです。40代、50代、60代ということなんです。

それから次のページに臨床経験年数、これは当然年齢とおよそは比例するだろうというふうに思いますが、20年以上という先生がかなり多い割合を占めていたということがわかりました。

次が診療科ですけれども、精神科これは神経科も同じ、含めましたけれども精神科が35.4、30.3 ほぼ一緒ですけれども3分の1。それから神経内科以外の内科がそれよりも少し多い割合です。神経内科が少し少な目ということです。あとはリハビリテーション、脳神経外科、外科、あとその他の科というのがありましたけれども、耳鼻科とか産婦人科とかそういう科がありましたけれども、それは全て少なかったの所以他というところに含めました。外科の割合よりも少なかったということです。含めてあります。

あともう一つは認知症対応力向上研修・サポート医養成研修に受講歴がある先生がどのぐらいいたかということなんですが、サポート医養成研修は上のほうのバーですけれども約4人に1人ぐらいということなんでしょうか。それぞれかかりつけ医の先生方であっても専門医であっても4人に1人ぐらい。それから対応力向上研修はまさに両方とも2人に1人というふうなことです。以上のような結果でした。

ですからメジャーランキライザーの使い方ということに関しては、全体的に専門医のほうが使っている割合は多いけれども、1つだけドグマチールに関してはかかりつけの先生方のほうが割合が多かったけれども、それ以外のマイナーランキライザー、抗不安薬それから睡眠薬、抗うつ薬というふうに関してほとんど違いはなかったという結果が示されているというふうに思います。

何かご指摘コメント等、感想ございましたらぜひお聞かせいただきたいと思いますけれどもいかがでしょう。

(繁田先生)あくまでも確認なんですけれども、先ほど向精神薬が処方されているBPSDのところで、先生が介護への抵抗というお話をされましたけれども、この結果の捉え方というか考察の仕方なんですけれども、この中の1つだけがある認知症の方って多分いないじゃないですか。2つ3つある。そのときに、何に対して何をもちその医者は治療しようとしたのかというふうに理解したらいいんですね。だから、興奮とかじゃなくて介護への抵抗に関して処方したと答えたんだと理解したらいいわけですね。

(本間) 22 の具体的な BPSD を並べておいて、「以下のリストで先生が向精神薬を処方している BPSD の番号に○をつけてください(いくつでも)」、程度や頻度、環境等の要因に関しては一切問わないという質問なんです。

(繁田) 先生が先ほど介護への抵抗ということに対して専門医の半分以上が薬を使っているということが問題というか。それは普通介護への抵抗ではなくて興奮があったりということに対して薬がきくわけでしょうね。介護への抵抗にきくわけじゃなくて、興奮にきいて結果的にこの症状がよくなるという使い方を我々はするので、これをターゲットにしているとすれば問題だというのが先生の理解ですよ。

(本間) そうです。それはもとのアンケート用紙に戻ると、一人一人の先生が例えば介護への抵抗に使うと答えた先生がほかのどの症状に○がついているかというのはわかりますので。

(繁田) その解析はしたほうが。

(本間) そうですね。ちょっと今どういうふうになればいいのかと考えていますが。

(繁田) 私が例えばなった場合に、家族に対して、何かレスポンスがあって、介護への抵抗がある精神症状のほうが薬を使う確率が上がってきますよね。そうするとそれが主目的ではなくて、結果的に「介護への抵抗」の答えが上がるという解釈になるのかもしれない。

(本間) それもあり得ます。

(繁田) それだとしたら対象になり得るかもしれないわけですね。いや、解釈を確認したかったんです。ありがとうございます。

(鳥羽) 対象を見ますとサポート医研修を受けた人が3割もいるんですね。サポート医って今まで全国で3千人ぐらいなんですね。3千といってもお医者さん全体の数とすると物すごく少数なわけです。その中でアンケート調査に答えられた人の3割がサポート医研修を受けたということになると、かかりつけ医のほうは5割ですけども、相当この返答してきた方は認知症診療を、臨床経験が10年20年ある方で認知症の患者さんを割合よく診ている、いろいろな BPSD を含めた患者さんを割合よく診ている人が、専門医じゃなくても専門医に近いように経験豊かな方が返答してきているので、BPSD のこういうのにお薬を BPSD によってするときもありますかという、たくさん診ていれば診ているほど「するときもある」というふうに答えますので。やはり相当経験

の深い人が割合返答者になっているというふうに考えたほうがいいんじゃないかというふうには思いました。

(三上) 回答率から考えると、それでも受けておられる頻度が高いですね。回収率が2割ぐらいとしても、5倍すれば、全体をアトランダムにいけばその割合にいくんだと思うんですけども、それでもこれ高いですね。そんなことはないですか。

(鳥羽) いや、サポート医がそんなにいるわけがないので、これサポート医の調査をしたんじゃないよね。かかりつけ医の先生はアトランダムですよ。

(本間) アトランダムです。ただ医師会に入っている先生がたになります。

(鳥羽) ええ。でも例えば2千とか3千という数しか全国にいないわけですね。そうしたら医師会って何人ぐらいいらっしゃるんですって。

(三上) 16万人。

(鳥羽) 3千人しかいないのに、これに返ってきた返答率が3割って驚異的ですね。

(三上) 正会員として考えれば8万人ぐらいです。

(鳥羽) こういう医療に興味があるので積極的にモチベーション高く返答していただいたと私は好意的に考えていますけれども。

(三上) いや、僕も50%も受けてはるのかと思って。すごいなと思って。びっくりしました。

(鳥羽) それは厚労省の命令で5年間の間にそこまでいけと言われている。まだ2割ぐらいですね。サポート医の終了は。

(三根) そういうふうにと考えると、疑問が少し解けたような感じがしました。これほどまでにかかりつけ医の先生が抗精神病薬を使われて、あるいは抗うつ薬を使われて、逆に専門医がこれほどまでにかかりつけ医の先生と変わらないぐらい抗不安薬を使っているのかということにびっくりしたんですけども。

(三上) 確かに統合失調症に使うような、普段絶対使わないような薬を結構使っているなど。ただ、攻撃性のある暴言とか興奮とか、そういったものについてはもう使わざるを得ないような状

態になるんだろうと思うんですけども、でもなかなか置いていませんよね。内科のところそんな統合失調症の薬とかは。

(本間) 普通調剤薬局に行っても余りそういうのはすぐ、取り寄せないととか、近くに病院があれば別ですけども、普通は置いていないですから。

(三根) そうすると、やはり返答して下さったかかりつけ医の先生が、ある程度以上に認知症にかなり関心を持たれて、いろいろな薬の使用経験があるということも念頭に置いていてもいいのかもしれないですね。

(本間) そうですね。

(田口) 先生が言われたスルピリドが割と多いというのは、あくまで僕の印象ですけども、多分スルピリド、ハロペリドールは割と手に入りやすいというか処方しやすいということが1つあるのと、もう1つやはりトレンドとしては専門医のほうが新規の向精神薬が使い勝手がなれているというので、だんだんそういうスルピリドやハロペリドール、ハロペリドールが大体同等ぐらいで、かなりスルピリドが多いという感じなので、だんだんトレンドとしては専門医のほうにシフトしていくような感じなんじゃないかなと思うんです。ただ、まだそこまで使い方が慣れていないという背景と、それから実際に調剤薬局でなかなかあってもすぐに出ないという2つの要因がこの違いに出ているということです。

鳥羽先生が言われたみたいに、かなりかかりつけ医の先生の中でもかなり慣れている先生が回答されているんでしょうし、実は逆に専門医のほうを見て20%と聞いてあれなんですけど、ただことし日精協も含めるとかなりいろいろな調査を認知症関係の専門医に出しているんで、20%結構まじめに答えてくれる人が、ですから本当にコアなというか、いつもちゃんと答えてくれる前向きな先生が答えてくれているんじゃないか。なので、両方そういう感じの専門医もかかりつけ医も頑張ってる先生方が回答してきたんじゃないかと思うんです。その中で、今議論になったみたいに余り差がないというのは、かかりつけ医の先生も相当頑張ってるんじゃないかと。

(本間先生) ということですね。いやその割合がやはり多いんだなというふうには思いましたが。

(三上) これは年代別に処方傾向というのは出ますか。

(本間) それは今は出せませう。

(秋下) 東京大学の秋下ですが、僕もちょっとスルピリドとかクエチアピン、オランザピン、リスペリドンなど、この辺が傾向がはっきり出てちょっとおもしろいなと思って、もしかして確かに先生がおっしゃったように、年齢とかという要素があるのかなというふうに思いました。特にスルピリドなんていうのははっきり言って認知症の人に使ってほしくないなと思うわけですが、最初の抗精神病薬のところですごく差があるなと思ったんですけども、抗うつ薬のところを見ると両方とも同じくらい使っているんですね。

そうすると、逆にいうとかりつけ医の先生方は、このスルピリドを確かに統合失調症とかにも使われるわけで抗精神病薬にも位置するわけですが、そういう位置づけで使われているのが少しおもしろいなと。入手のしやすさというお話が出ましたけれども、そういうことがあるのかなと思いました。僕はむしろスルピリドは一般の内科の先生方が胃にもきく抗うつ薬みたいなことで非常に安易に使われるのが、むしろ抗うつ薬として使われるほうがむしろ問題だなというふうに感じているので、ちょっとこの答えられた先生方というのは少しそういった対象とはそういう答え方からしても違うような印象を何となく持ちました。

(本間) ありがとうございます。

(中島) そういう意味からすると、専門科で多少ばらつきはないんでしょうか。多分見ている重症度というか多少違う。

(本間) ももとの診療科によってですね。それも比べる必要があると思いますね。ありがとうございます。

(繁田) あと1つ確認よろしいですか。最後 12 ページですけども、専門医が対応力向上研修なんて普通受けないですよ。これはどういふ。これはかかりつけ医の初心者のためですよ。違うんですか。

(鳥羽) まあ、初心者向けというかもっと最近レベルが上がるように努力していますけれども。

(繁田) 医師会の理事のクラスの例えば学術担当の先生が講師になっておやりになる、必ずしもももともご専門でない先生のおやりになるというイメージで、それを専門医の先生が半分受けていらっしゃるという。

(鳥羽) いや、そうなんです。すごくびっくりしているんです。集計間違いじゃないかと思っただけなんです。

(繁田) いや、誰も聞かないからちゅうちょしていたんですけれども。

(本間) それはないと思うんですけれども、ただアンケートのところではその説明はしていないんです。対応力向上研修はどういうあれなのか、サポート医養成研修はどういうものなのかという説明はなしに。

(繁田) そうか。ナショナルセンターから厚労省でやっているというのは言っていないわけですね。

(鳥羽) そんなに専門医の先生が地域の医師会に入って一緒に勉強会の活動をしていると思って感激して見たんですけれども、そういう説明じゃないですね。

(田口) 地元というか僕は岐阜なんですけれども、認知症疾患医療センターとときにサポート医をとってほしいという話で、こういうのに出てくるというのは医師会さんから言われることなのでという流れかなと。

(三根) 先生とっているんじゃないですか。サポート医のこれ。

(田口) たしか受けていると。

(三根) 医師会から言われて、お願いだから受けて地域のいろいろな講師の、とにかく受けてくださいと言われている、医師会が窓口なので、そういう専門医の先生も結構おられると思います。医師会と余り関係なく勤務しておられる専門医の先生に出すと大幅に違うと思います。

(三上) サポート医のほうは医師会ルートで決まっていますから、かかりつけ医はそうではないんですね。かかりつけ医は各県で自主的にやっています。

(鳥羽) 専門医の先生もいらっしゃいますかね。

(三上) サポート医を受けていない人は受けるんじゃないですか。いわゆる行政の制度論とかにも出てきますし。

(繁田) 認知症全般の認知症に関する研修、勉強会というふうに広い意味で理解したほうが。

(本間) あるいはどういうふうにとったのかというのは理解されたのかというのはちょっと確認できませんけれども、この研修は具体的にどういう背景を持ってどういうあれなんだという説明は当然わかると思ってそのまま聞いちゃいましたので、そこはちょっと言葉が足りなかったのかもしれないですね。

(田口) 対応力向上研修のサポート医、そういう関係で自分もちょっと講義みたいなのをさせてもらったことがあるんですけど、そうするとそれを参加したという認識をするかもしれません。

(繁田) 講師として。

(木之下) 済みません。僕も鳥羽先生のご指摘のバイアスがあるというところで気になって、ざっと計算するとやはり随分バイアスが強くかかっていますよね。幾らこれに興味がある先生だけが出したにせよ、ちょっと多いなと。割合が高い。さっき言った数字、細かい数字はどうでもいいですけども、医師会への先生方への配り方っていうのは8万人に対してランダムですか。

(本間) 全部いわゆる医師会のリストとして各地域の医師会のホームページで公表されているものがありますね。それを利用してそこから無作為に選んでいます。

(木之下) 無作為に何か乱数を割り当ててやってみたいな。

(本間) 例えば5つ置きとか10置きとかそういうふうなことです。

(木之下) ホームページに載っている先生という段階で、なんでバイアスがかかったのかな。

(本間) だから医師会のホームページに載っている、いわゆる診療医療機関を検索することができるようなリストが載っていますね。それを利用したわけですから、その地域の医師会に入っていない先生はそこには載っていないですね。

(木之下) どう解釈したらいいかってずっと悩んでいるんです。

(本間) そうなんですね。

(木之下) かかりつけ医にしてもすごく専門性が高いというご指摘が。

(鳥羽) ですから返答率が2割の中に返答してくれた人がすごくモチベーションの高い。

(木之下) それがすごく抽出されているということですね。



(鳥羽) そうということです。それでしょうかないんじゃないですか。この種の調査では。

(木之下) そうですけどね。済みません。もう1点はこれをどう受けとめるかというのが1つ気になったのは、繁田先生の質問と同じで、これをどう解釈するか、というのは後で議論するんですかね。

(本間) 今でも後でもしたいと思いますけれども。今でもどうぞ。

(木之下) いや、僕も気になるのは、秋下先生がおっしゃったような薬剤の問題もそうだと思いますが、薬を投与するの否か、というのは僕らが住んでいる文化に随分と依存すると思うんです。例えば、我々が持つ何かビジョンがあると、検討しやすくなります。それがなくて、ただ現状を認識するだけでは、場合によっては現状肯定するだけなんだろうなと思います。どういうビジョンを獲得していくかという議論が多分必要になっていくだろうと思います。それをどうするかというのが結構大きなテーマになると思うんです。

(本間) このガイドラインは専門医の先生方とかかかりつけ医の先生方が対象になりますが、それは内容を共有できればいいという意図があります。かかりつけ医の先生方は特養で囑託をされている先生も多くいらっしゃると思いますが、特養での薬の使い方にも一定の影響があればいいと思います。

(木之下) もしかかりつけの先生と専門医の先生との区別をこの表だけからすると結構きついかと思います。例えばスルピリドのお話をされたと思いますが、チアプリドもやはり気になります。いろいろな副作用が出ますから。ところで、この表によると、専門医の5割の人がだしている。また例えばさっき繁田先生のご指摘のあったような、介護への抵抗でも、専門医も4割を超えて出している。じゃあ専門医の先生はこれはこれとして、我々がこの状況を受け入れる形でビジョンを作成するのか、あるいは、専門医に対する部分も加えて、やはりある一定の指針を出していくのか。

(本間) それで abstract table の説明が終わった後に少し論議をさせていただこうと思うのが、ガイドラインをつくる時に全ての BPSD というのがいわゆる薬物療法の対象になり得るということはないんだろうと思うんです。やはりはなから薬物療法の対象とはなり得ない BPSD というのもあるだろうと思うんです。そういう区別ということも1つはしておくことの必要性ということも、ここでコンセンサスを得ることができればいいのではないかと思います。

とりあえず、abstract table の説明をさせていただいて、また論議を続けさせていただきます。資料3-1が具体的な abstract table になります。内容がかなりコンパクトに結果等というのが書かれています。そしてこの赤と黒との違いは、赤の色で示してある文献は 2009 年に中島先生たちがつくられた「認知症疾患治療ガイドライン」で使われている文献です。それから黒がそこからはみ出たものもありますし、それから新たに少し新しいものというのも加えられています。

資料3-2がごく大まかですけれども、なかなかこの abstract table だけ眺めていても何が何だかわからないということもあると思いますので、まとめをつけました。角先生に手伝っていただきましたが、角先生のほうから説明をお願いしていいですか。

(角) はい。では資料3-2のほうに abstract table データベース等が書かれていまして、こちらのデータベースを用いて昨年の 12 月 30 日の時点で以下のようなキーワードを用いて行いました。基本的にはプラセボコントロールもしくは RCT の文献、あとはそれとメタ解析というものについて抽出したところ、抗精神病薬に関しては 235 文献、抗不安薬に関しては 59 の文献、抗うつ薬に関しては 96 で、抗てんかん薬に関しては薬剤別になるんですが、カルバマゼピンで 18 の文献、バルプロ酸が 23 文献、あと最近の薬ですがラモトリギンが 4 つ、ガバペンチンが 2 つありました。

あとそれとは別に副作用の文献というのが、これはランダムとかプラセボコントロールということではありませんが、副作用という文献で調べますと 732 件という中で、主にこの表に出した資料の 3-1 のほうはその中の RCT のもの、日本神経学会のガイドラインに含まれているものを足しています。あとは中には本当に RCT のほとんどない人、例えば yokukansan が最後のページにあります、ないので母数ゼロになってしまうので、オープンラベルのものでしたけれども入れさせていただいております。

定型・非定型ともに死亡率が高いというようなことが文献として大きく出ていまして、その中で薬の使い方、差というものなかなか見られないものもあれば、3 つ目の知見のところに書きましたが、例えばハロペリドールの死亡率はやはり高く、その中でクエチアピンが低かったというような文献、知見も出ていました。

死亡率のはっきりした理由というのは、実は余りわかっていないことが多くて一番脳血管障害との関連が言及されることが多いという文献、これはレビューなんですけれども、というようなこ

とが言われているみたいです。脳血管障害の発現リスクは投与1週間以内に最も高く、時間とともに減少したという文献もございました。

脳血管障害以外の副作用ということでは Beers Criteria も前回の秋下先生の資料をもとに含めましたが、非定型抗精神病薬でも起立性低血圧の危険性を喚起しているものがあるということです。

あとは先ほどのデータベースのところで医薬品医療機器総合機構サイトのこともこちらに含めました。これは認知症ではないんですけどもエスタロプラムでは、QT延長ということを言われているので、それはここに含めました。ご存じの先生も多いかと思いますがエスタロプラムは欧米でも高齢者の、認知症ということではないんですけども、高齢者に対しての抗うつ薬として非常に使われて、イギリスではファーストチョイスになっています。一方でこういう副作用があるということでもちょっと入れさせていただきました。

あとオランザピン、クエチアピンは先生方もご存じのとおり、糖尿病性昏睡、ケトアシドーシス等と非常に危険な副作用があります。これも高齢者に対してということではないんですが非常に重大な項目であろうということで入れました。2枚目になりますが、非定型の方ですとオランザピンが体重増加プラスさらに脂質代謝の異常と関連しているという文献がありました。

あとは錐体外路症状に対する文献、あとそれ以下に転倒に関して、これは秋下先生の日本語の文献にも出ていましたが、高齢者が頻用する薬の中ではほかの内科の薬とかを含めた解析の中で、抗うつ薬、抗精神病薬、睡眠薬等のいわゆる向精神薬の転倒リスクが非常に高くなるというような文献がありました。

さらに認知症を対象としたという文献はなかったんですが、50歳以上の方に対してどの向精神薬で転倒リスクが下がるのかというレトロスペクティブな研究では差はありませんでした。同様にレトロスペクティブな研究でSSRIは低用量であっても転倒リスクがあります。その他、定型・非定型ともに肺炎のリスクを高めるといったものもありましたし、最近ですと非定型抗精神病薬であっても認知症では認知機能が低下するという報告があります。昨年文献ではベンゾジアゼピン系は認知症発症のリスクを高めたといったような研究があります。

あとこれ以降は薬別に主に効果に関してのまとめを書かせていただきました。抗精神病薬に関しては先のような検索の仕方で行くのはクエチアピン、オランザピン、リスペリドン、アリピ

プラゾールというようなものでありまして、主に効果が高そうなのはリスペリドンというのが多かったように思います。むしろクエチアピンに関しては効果がないといったようなものがここ最近では多いのではないかなと思います。あとオランザピンもリスペリドンに次いで多少効果があるのではないかなという感じではありました。アリピプラゾールというのは日本で開発されて、非常に副作用が少なくいい薬でと言われていまして、ただそれに関してははっきりした効果はない。一部外国では筋注の注射剤がどうもあるみたいで、それを用いると焦燥に対して有効だということがございました。

次が抗うつ薬に関してです。これは主に認知症の方のようなもしくは中には焦燥というようなのがありましたけれども、全体にいえばはっきりした明確な症状があるというものはなくて、一部ほとんど RCT も少ないという中で、もしかするとシタロプラムが少しいいのかもかもしれませんが、メタ解析でちょうど抗うつ薬の真ん中に書いていますけれども、うつというよりも焦燥に対してシタロプラムとセルトラリンは有効かもしれないといったような文献があります。

次が抗てんかん薬に関してですが、実は私自身もときどき使いますが、有効だという文献が非常に少ない。バルプロ酸等は無効であるとい報告がこれまでの知見としては多かったように思います。最後に、日本で多分抑肝散が、抑肝散に関していうと RCT は見つかりませんでした。幾つかのオープンラベル試験で有効であったという報告はあります。以上です。

(本間) ありがとうございます。

(鳥羽) 大変ご苦労さまでした。恐らく主にこの BPSD に対するお薬というのは中核症状に対するお薬と違って3年、4年、5年と効果を見ていく試験というのはほとんどないですね。ですから長くても3カ月、短い場合1カ月ぐらいで攻撃性がよくなったとか変わらなかったとか、3カ月見ていれば立派ですが、その薬をずっと使い続けて1年2年3年やってずっと攻撃性が緩やかであるという試験自体がもともとナンセンスなので、なさそうであると。

ところが、副作用に関しては、長期的にそれを飲むことによって認知症の発症リスクになるとか、長い間飲むと転倒のリスクがふえるか、こういう話ですね。ですからはなからこのような BPSD に関するお薬は、その有効性が示された期間に限定して使うべきものであろうという、それもおさまったらやめるというような基本的なガイドラインの薬の使い方に対してそういうふうにしてされたものですから、それを踏み出して長く使う場合は相当リスクがある。長く使ってもいい

薬が本当にあるんですかということをもう1回こういう中で検証すべきだと思います。というのが私の意見です。

(本間) ありがとうございます。

(三上) これは認知症のBPSDに対して向精神薬を使う場合と、統合失調症のようなものを使う場合とで全然期間が違いますね。この副作用は結構そっちのほうで出されているやつですか。

(鳥羽) と思います。ある程度だったら出した場合に。

(三上) それとBPSDで攻撃性のあるようなときに飲み薬なんて飲ませることができるんですか。やはり筋注とか必要じゃないですか。どうなのでしょう。飲むの抵抗しませんか。

(本間) 多分それは程度によるだろうと思うんです。実際に在宅で外来にかかりながらという例もあるでしょうし、攻撃性といっても、これは疾患医療センター、治療病棟に入院してという例もある。それは全然違うだろうと思うんです。

(木之下) 僕自身の経験は、在宅しかやっていませんからすごく人数が少ないんですけども、ただ外来に行けない方ばかりであって、ここ十数年間診療を続けている中で、羽交い締めにしてハロペリドールなどを注射した人が10年前くらいに、1人だけいるんですけども、それ以外はどんな状況でも誘導でどうにかなるなど。それはスタッフの人数が要りますけど。だから、医者1人だけで行かないと、きついのだとすると、それが制約条件になるのであればやはり筋注とか選ばざるを得ないのかもしれないかもしれません。

(三上) まず最初に筋注して、落ち着いたところから内服に切りかえるというのはないのかなという気がしていたんですけども。

(木之下) もう1点、筋注するようなレベルの方って、例えば身体疾患のせいではせん妄がひどくてどうしようもないとか、あるいは別の精神科の病気であったとか、何か認知症のせい、だけというような気が余りなくて、それ以外の問題を抱えているような感じがします。実はその身体疾患の問題と薬剤性の問題というのほどこの区分けをするかというのもテーマになるんだろうなと思っています。

(鳥羽) 精神病院の措置入院病棟にもアルバイトに行ったことがある立場で言うと、入院して落ち着くと精神科の病院でも十分お薬を減らせること、やめることができるんですが、外来でこの

かかりつけ医の先生が出していることに関して、本当に短期的に出しているのか漫然と出しているのか非常に問題。私のケースでも例えばリスパリドンを出して、出してくれというから出しておとなしくなるわけですね。次の次来て、「ちょっととりあえずやめさせてください」と。そうすると家族が「先生、不安だから少しでも手持ちください」「やめるんですよ。でも1週間分だけ入れますからどうしても必要なとき出してきてください」というふうに出さないと不安である。要するに在宅でご家族が見ている場合に、本人のせいというより家族の不安のために漫然と出さざるを得ないようなケースが、私がいけないのかもしれませんが、かかりつけ医の先生にもそういう態度が。

(本間) いや、なおさらそれは大きいんじゃないですか。家族から言われたらかかりつけの先生は出さざるを得ないでしょう。

(鳥羽) エビデンスレベルとは別の判断基準で出しているケースがどのぐらいあるかって、非常に心配しているんです。

(木之下) 確かに長期に服用されている方がおられる。でもそれと漫然投薬を区別すればいいんじゃないかなと、今鳥羽先生の話を出しながらああそうかと思ったのは、やはり評価が必要があるのであれば、そのたびに評価をするということをすればいいのかなとふと思ったんです。

(本間) そうするとどういう場合が必要という場合で、そうじゃないのはどういう場合なのかというふうな目安がきつとある。

(木之下) 狭い経験なんですけれども、かかりつけの先生も専門の先生もそうなんだけど、漫然投薬は本当に漫然で何もしていないというのが実態ではないだろうかと思います。だから薬の再評価をする、と意識づけだけでも随分変化するような気がするんです。

(本間) ただできるだけ例えば少なくしましょうとかやめましょうというのではなくて、ただ明らかにエビデンスレベルに基づいてというふうな話になると、場合によってはかなりそういう方向に行きがちになってしまう可能性というのもあると思うんです。

(木之下) 診療報酬的に例えばそこを確認することとか、本当に簡単なサインだけでいいのかもしれないけれども、フィージビリティを考えたときに余りきついと皆無視しちゃうだろうと。

(鳥羽) たしか私文献忘れましたが、この種のお薬で3カ月以上出して効果が半減したときに出しても無効だから、3カ月を超えて出さないことというのは何かアメリカのほうであったような気がします、秋下先生知りませんか、そういうのは、ごく最近読んだような気がするんですが。3カ月以内に。忘れてしまったんですけれども。

(本間) 中島先生の治療ガイドラインのところ、あれでは3カ月ごとに見直せというふうなことはたしか書いてあったと思いますね。

(鳥羽) もうちょっと強いセンテンスで見直すとか、一度やめてから評価するという形でもいいんじゃないですかね。続けながら評価するのではなく。

(秋下) ちなみに僕は余り長期にこの辺の薬を出したことがないんですけれども、処方期間の制限というのはどうなんですか。1カ月に縛られているんですしたっけ。なしですか。

(木之下) なしです。

(秋下) 90日。

(木之下) 制約ないでしょう。

(秋下) 3カ月は出せるわけね。

(繁田) 出していますね。

(木之下) 例えばこのいっぱいあるRCTの話もそうなんですけれども、これは鳥羽先生がご指摘されたことなんですけれども、効果の窓って、例えばアジテーションだとアジテーションしか見ない。すれば、じゃあ薬を盛れば、それは消える。ぴくりともしなければいいわけですから。RCTの組み方が例えばそうなっている可能性があるだろうというふうに思うんです。だから、ただ単に効果という問題を、ただぴくりともしないこととしてしまうのって、これっていいのか悪いのかという議論もきっと必要なのかなあとと思います。つまり「効果」とは何か。さっきの鳥羽先生のことです。ふっと思い出したのはシュナイダーの論文で、中断率とその理由を用いて、薬剤の「効果」と「副作用」を同時に検討したすごくテクニカルな論文がありました。本間先生ご存じでしょうか。

(本間) いろいろな薬を使っているというやつですね。

(木之下) そうです。同時に効果と副作用を見て両サイドで一気に評価するような手法をとった。ちょっとすごくテクニカルな論文が 2009 年ぐらいに。

(本間) ありますね。「JAMA」か「ニューイングランド・ジャーナル」かどちらかに。

(木之下) そういうような評価系じゃないと「効果」をうまいこと言えないかもしれない。1つはもしかしたら効果の表現の仕方だろうと思うんですが、ただおとなしくさせることが本当にいいのかどうかというようなことを、思想的に伝えるしかないとも思うんですけれども。

(本間) ただほとんどRCTで見える場合には何らかのスケールを使っていますから。

(木之下) 使っているけれども例えばNPIとか使っていたらば、薬を盛れば勝ちなんですから。それは当てにならないだろう。おとなしくさせるということに意味があるときに、やっと初めて意味を持つ。けれどもそれ以外のただ静かにさせればいいというだけの話でないとすれば、何をもって効果がありとするのかをある程度記述するなり考え方を示すなりをしておく必要があるのかなと思っています。ちょっと済みません、しち面倒くさい話を。

(本間) それはある意味そのとおりですね。

(三上) でも薬は一番適量のところと、きき過ぎてびっくりともしないところから、余りきいていないけど少しはきいたかというような薬物曲線になるじゃないですか。だから、必ず一番適量のところにくるかどうかはわからないけれども、どちらかというここに置いているということでは有効性というのは判断されているんじゃないですか。昏睡までいくようなきき過ぎる場合も当然あると思うんですけど。

(木之下) そういうスケールのあり方で、ただびっくりともしないほうをよしとするようなスケールもありますので、つまり興奮系とかだけが問題とされているようなスケールではびっくりともしないほうがオーケーなんです。スケールの取り出し方で意味が変わるかなと。

(鳥羽) どちらかというとその効果が BPSD といっても心理的なものが多いので首から上、副作用は首から下となるわけですね。ただ、認知症は頭の病気ですけれども首から下の、お年寄りですから排尿もさまざまなことも含めてありますので、ADLとか、そういう意味で、全体的に元気でいてほしいけれども、激しいところはある程度抑えてほしいという本人ご家族が穏やかに生きられるという視点から全体的にガイドラインを見直していけば、そんなに難しい作業でないというふうに私は思います。



(本間) ありがとうございます。それでちょっと進めさせていただこうと思うんですが、資料4に1枚物なんですけどガイドラインのイメージ的にはできるだけ厚くはしたくないんですね。それこそ個別書きで書きたいぐらいぐらい。

イメージ的にはちょっと古い本なんですけど、国際老年精神医学会がBPSDのエデュケーショナルパックというのを出して、今その改訂版が出されています。その一部で「プライマリケア医のためのBPSDガイド」というのがあって、これが大体36ページという本なんです。このくらいのものに何とか、結局報告書のイメージにもなるだろうと思うんですけれどもできればいいんじゃないかなというふうに思いました。

その中身についてのご相談なんですけど、BPSDの考え方とか個別のBPSDとその説明とか、それから先ほど木之下先生がご指摘をされた常に薬剤性と身体疾患による影響ということで、せん妄との鑑別というのは常にBPSDの場合に問題になるんじゃないかなというふうに思います。ですから、その視点というのは常に忘れないようにしておく必要もあるだろうと思います。それからBPSDを修飾する要因、多分薬というのも治療薬として使いますけれども、逆に大きく修飾する要因の1つだろうと思うんですね。

それからあとは向精神薬の使用に関する各国のガイドラインが一応あります。大体中身は決まっていますけれども、大体それでもできれば表かなんか1つ入れて済むぐらいであればそういうふうにできればいいなというふうに思っています。

そして、やはり非薬物療法的なアプローチ、具体的に何ができるのか。これは当然在宅と施設では異なる可能性が大きいと思いますけれども、ただ、そのときにもっといろいろなリソースがあれば薬を使わないで済むのにという状況というのも非常に多いと思うんです。特に施設では夜勤帯のときにもっと人数がいれば使わなくても済むのにという例は決して少なくないだろう。僕は特養でしか経験はありませんけれども、あるだろうというふうに思うんです。

ですから、どういうふうにかけるかどうかというのはわかりませんが、そういう内容、非薬物療法的なアプローチは何ができるのか。そして薬物療法でここがメインになるだろうと思うんですが、ここで先ほども触れましたけれども、どんなBPSDでも薬物療法の対象になり得るのか、なり得ないのかということも一応確認というのが必要だろうというふうに思うんです。

具体的な各国のガイドラインの薬物療法、これはいわゆる中核症状に対する薬物療法ではなくていわゆる BPSD に対する薬物療法が、基本的には本人あるいは介護者に危害、危険が想定される場合には使用を検討してもいいというような書きぶりです。ですから、そうするとかなり限定されてくるんじゃないかなというふうに思いますし、それから単に看護に対する抵抗とか収集癖とか例えば徘徊、徘徊も場合によっては本人に危険が及ぶ場合も、例えば脱水とかそういう場合でもあり得るだろうというふうに思うんですが、幾つかの症状に関しては薬物療法の対象になり得ない場合も出てくるんじゃないかと、ですからそういう論議も必要かなというふうに思いました。今のそういう意味では、今回の専門医を対象としたアンケート結果というのも少し、もちろん触れつつということになると思いますけれども、必ずしも専門医のアンケート結果がスタンダードになるということではないわけです。

それから向精神薬、この場合ももちろん法律的な意味というより実際的な意味ですけれども、含まれる薬の範囲とか、それからそこに含まれる個々の薬の特徴をどのぐらい書いたほうがいいのか要らないのかというのはちょっと悩ましいところだと思うんですが、恐らく抗精神病薬の特徴、副作用というのをくくって書くような書きぶりに、そこに含まれる個々の薬剤まではなかなかちょっと触れられないんじゃないかなというふうに思います。

それから個々の BPSD ごとに例えば薬を使う可能性がある場合、薬物療法の可能性がある BPSD ごとに1つ1つの薬について使い方を書いていくというのもちょっとかなり膨大になり過ぎるかなというふうに思います。これは恐らくシュナイダーたちの論文によりますけれども、特定の向精神薬が特定の BPSD に効果があるということに関してはなかなかエビデンスがないということがあられるわけです。ですから、なかなか個々の BPSD を取り上げて、その個々の BPSD に対して幾つかの、例えば使われる可能性がある薬剤の使い方を触れていくというのは非現実的かなというふうに思いました。

あとは倫理的な問題として、同意というのはきちんと、特に抗精神病薬の場合には説明して取りましょうということです。ただ、独居の場合にどうすればいいんだという話が出てくるだろうと思いますから、それはチームでということになるんだろうと思いますけれども、そういうふうな内容になるのかなというふうに思いますけれども、この内容に含まれるべき点をぜひご意見をいただきたいと思うんですが、本当は現物があればよかったですけれども、まだちょっとそこまですみませんでした。

(田口) 昔自分で、ある講演を頼まれたとき、いろいろな BPSD について介護の要素が必要なのか、それから医療的なかわりが必要なのかというのは少し何か区別して、例えば点数的重みづけでやってみたとき、結局自分の思い入れだけなので、エビデンスも何もないのであきらめたんですけども、ただ、今の話で BPSD の中でも薬物治療が可、不可みたいなことでやっていると、堀部専門官がいらっしやるので、これなるかもしれませんけれども、不適切な薬物の治療ということを言われかねないので、それはちょっとどうかなと。これは適切なもので薬物治療をしていい BPSD、いけない BPSD みたいなことをここでやっちゃうと、非常に実際の現場ではちょっとしんどいかなと正直いって思います。だから、多少そういう重みづけみたいな相対的なものって何かできないでしょうか。

(本間) それができるといいですね。

(田口) いいんですが、ここでかなり二者択一的にやられると、例えば介護の抵抗について薬物が不適切だということになってしまうと、そういうことがどうしても一人歩きしますので、それはちょっとつらいかなと思います。

(本間) 先生が言われたように、確かにそれぞれの症状を何か重みづけをして、どちらがより医療の側、どちらが介護の側というふうに分けられると一番いいと思うんですけども、なかなかそれは現実的にはきっと難しいだろうと思うんです。ですからやはり相対的なというふうな表現にそれはならざるを得ないだろうと思いますし、どういう絵を描けばいいのか今すぐ出てきませんけれども、1つの絵を描いて症状を例えばより介護の対象になりやすい症状、医療的な対応のなりやすい症状というのを相対的な分け方で示すと、具体的にはですね、というレベルになるんじゃないかと思うんです。

(木之下) さっき繁田先生がおっしゃったように、介護の抵抗と言うけれども、じゃあそれは一体何かというと、例えば妄想とか何かあったりして、つまり個別で論じようと思ったら、項目が階層化して関係づけられていたりすれば、相当複雑なことがきっと起こっているんじゃないかなということがあって、僕もこれは薬あり、これはなしという切り口だと、その具体を書くほうがかなりきついんじゃないかなと。

(本間) 誤解を招きやすい。

(木之下) ただし、はっきりと無理なんじゃないのと思うような、例えば本間先生がおっしゃったような徘徊とか大声を出すとか、これをいきなり抗精神病薬でやるということは相当無理があるだろうと。そしてそれは経験的に実際にやっている先生は、きっとそう思っているだろうと。大声だったら、どこか痛いのかな、耳が詰まっているから何かそうじしたらよく聞こえるようになるんじゃないか、みたいな話はざらにあるわけだから。やはり僕はちょっとしつこいんですが、ビジョンなり考え方なりが伝わるということを書けば、個別に書かなくて済むかもしれないと思っています。

(本間) だから同じ「介護への抵抗」といっても、単にデイサービスに行きたがらない、一生懸命家族が説得しているとだんだん本人が興奮して、もともとの性格によってはおばあちゃんに手が出るという例の介護への抵抗と、それから例えば排泄介助するときとか入浴介助するとき本人が嫌がって、家族だからつい強引に手を引っ張ったりとかするじゃないですか。やはり本人が大騒ぎするというレベルの介護への抵抗と、実際には妄想があって非常に閉じこもりがちになって、そのために全然サービスを寄せつけないというのは大分違うわけですね。

(木之下) 私が思うのは、さっき先生がご紹介された IPA のガイドラインに、BPSD とは何か」と一言で書いてあったんです。何て定義されていたかという、「認識、思考内容、気分、行動が障害されることでしばしば生じる認知症患者の症状として定義される」と書いてあるんです。何を言いたかったかという、BPSD は症状依存の概念なんだということです。よくあるのは、「中核症状」と「BPSD」という言い方があって、あたかも BPSD が BPSD とイコールかのような話が多いんですが、BPSD は症状依存の概念。一方中核症状や BPSD とはお互いに補集合の関係で、それは疾患依存の概念。だから実は BPSD と BPSD はイコールではないですね。アルツハイマー型認知症だと何となくイコールなんだけれども、例えばレビー小体型認知症だと妄想とか幻覚とか、これは中核症状ですよ。今の定義に従えば BPSD と定義される。とすると、中核症状。すると脳による変化の直結する症状なので、これはもしかして、薬を調整するとか減量するとかを含めた薬物療法の対象なのかもしれないし、ある程度医療の対象のような気はするんです。一方で、BPSD というのは、いきなりトイレに行って脱がせたら怒らないほうがおかしいだろうと。例えば嫌がって、僕はきょうも往診してきて、実際に診た方なんですが、その方は、お医者さんなんですけれども、デイサービスに行くと子供扱いされるんです。それは頭くるだろうと僕は思う。ご本人はもう二度と行きたくないと家族に言っている。家族は家にいられると困るからデイサービスには行ってくれと言っている。僕は当然家族からは家族の味方をしなさい、と言われていたんだけど、そのときには思わず認知症の人の気持ちになってしまって、そんな言い方、勘弁して