

やれよ、と思わず言っちゃったんです。そういう、それはそうだろう、と共感できる話のときに、そのときに果たしてリスパダールを出すか。ここはどうなんだろうか、という。

(本間) だから例えば同じ介護への抵抗といったときに、そこまでのことをなかなか書き込めるかというのが1つと、そこまで書けば伝わると思うんですよ。それを今言ったような例えばガイドラインが目指す考え方ということを書くことによって、今の介護への抵抗ということを取り上げたときのその違いということまで伝わらないんじゃないか。伝えるようにガイドラインの理念なり目的なりを書き込むというのは、イントロだけですごく長くなるよね。きっと。

(木之下) だけどちょっと鳥羽先生がおっしゃったように、多分その方が元気であるとかにこやかであるとか、そこまで平易な表現であるかどうかはやり方があると思いますけれども、例えばそういうことなんじゃないか。

(本間) あとは家族によっても、今先生が言ったみたいに本人の味方を常にできるとは限らない場合がある。

(木之下) いや、それは家族怒っていますもの。そうそう。いつも怒っている。

(本間) あるでしょう。だから家族の直接の介護者にしてみると、多少表情がなくなったり動きが悪くなくても今のほうがずっといいと。でも、一緒に住んでいる息子家族からしてみると、最近先生が出してくれた薬で表情がなくなって、何か活発じゃなくなったので何かおかしいですねというものもあるわけですね。

(木之下) そのときに僕自身がきっとこの人になるな、といつも思って、ああ、おれどうせうるさいからきっと薬を盛られて死んでいくんだなと直感はあるんですが。それは嫌だなと僕は思うです。でも、現実には家族は困っていて、怒っていると。

(本間) だからどういう立ち位置で、特にかかりつけの先生というのはそういう意味でなかなか家族を説得するというのは難しいことが多いと思うんです。

(木之下) 難しいですね。

(鳥羽) 余りこゝろ緩めてはいけなんでしょうけれども、最初の薬の中に自分あるいは相手を傷つけるときにはやむを得ず使ってよろしいという、自傷他害の定義ですけれども、割合他害というのは、プロの施設の場合には先ほどから議論があるように認知症のケアのいい普及によってお

薬の使用は減らせる可能性があります。それについては十分 BPSD に対するケアといったものを勉強して、そういうもののレベルを上げることによってはお薬を使わなくてもいいものがあるんじゃないかということを十分検討すべきだということは、私もガイドラインに盛るべきだと思います。

(本間) それはもうおっしゃるとおりです。

(鳥羽) 一方、家庭においては、ご家族が BPSD が悪いことによってそれが募ってくると、お薬を使わないことによって手を上げたり、あるいはいじめたり、場合によっては本当に殺人行為に及ぶことだってあると、それは患者さん本人に対する傷害の芽になりますから、おだやかにという意味は木之下先生の意見もわかるんですけども、患者さんが受ける行為は予測的なものも含めて、余りひどい状態になる前にしょうがないからちょっとお薬の力をかりておだやかにして、その間ご家族が優しくなれる期間を設けて、そして反応性によくなるのを待ちましようねという意味のお薬の使い方は、自傷他害の中である程度許されてもいいんじゃないかというのは私の意見です。それをどの程度この自傷他害のところに盛るかというのは、私の意見はその程度で、ある程度ゆるいところがありますけれども、恐らくかかりつけ医の先生にもそういうセンスが出て出している部分もありはしないかというふうに思います。

(本間) ありがとうございます。

(木之下) 僕は全くそれは賛成で、そういうまなざしを1行でもいいからあるといいんじゃないかというだけなんです。

(鳥羽) 3行ぐらいだったら私書きます。3行でよければ。

(木之下) 僕が普段診ている人はそうでない、本当は心ない処方でもひどい人ばかり診ているもので。例えばもし今鳥羽先生がおっしゃったようなまなざしを。だって書きようがないですもの、これ以上。

(鳥羽) だからそれを定期的な3カ月なり中島先生の評価の中に、家族と患者さんの関係、家族の介護負担とか家族の疲弊状況とか患者さんの BPSD がどの程度よくなったり悪くなったりしているかを見て、お薬を一時やめて評価したり、家族と相談してやめていいですねということを開くようなことが原則に書かれていれば大分変わってくるんじゃないですか。

(木之下) はい。もう全然違うと思います。おっしゃるとおりです。

(鳥羽) そうしたら、やはりそういうとき適切なときに使うべきことが多いので、それは一概にこれを全部だめということは非常に現実にも合わないし、家庭でおだやかに認知症をみていくという厚労省の方針にも逆に合わないと思いますよ。

(木之下) 当然やることによってここであがってきた副作用の問題とかを知った上で、その上でやはり使わざるを得ないという判断は最終的には医者に委ねられるんだろうと思うんです。ただし、まなざしというか、気持ちというか、今鳥羽先生がおっしゃったようなことはやはり1行絶対ほしいです。

(本間) それは多分編集後記じゃないですけども、多分「まなざし」という言葉はそういうところで出てくる表現でしょう。

(木之下) いや、もうちょっと高尚な表現でやはりしっかりと前面に出してほしいです。

(繁田) 薬物療法の初めに書いたほうがいいんじゃないですかね。考え方。

(本間) 考え方ね。

(繁田) 言葉はいろいろな言い方があると思うんですけども、余り情に流されず、ちょっとアカデミックみたいな感じで、日本的考え方で。

(三上) これはガイドラインなので、ガイドラインというのは非専門の方々にも標準的な治療法ができるようにということで作るものですから、個々のいろいろなケースをおもんばかってうまく使いこなすということについてはそれは専門医の領域に入ってくるので、薬はなるべく最小限にして、短期間というか一番短く使うような形で、先ほど定期的に見直すということですけども、ある程度いった段階で専門医を受診させるような、どのレベルになったら受診させるということをガイドラインの中にきちんと書き込んで、余り漫然と薬物療法が続かないようにさえしておけば、いわゆる画一的な治療ガイドラインであっても、私は一般的な実地医家が使いやすいものにし、まず2~3カ月やってだめなら専門医に行くという形をとるしか、全てのいろいろなことを考えるとなかなか難しいんじゃないかと思いますので、シンプルにさせていただくほうがガイドラインとしたらいいんじゃないかと思います。

(田口) そうですね。もう1つよろしいですか。うちの協会で今地域連携ということでクリニカルパスを使ったりとか、自分の地元でも地域連携を医師会とやっているんですけども、専門医の役割というのはそういう普段かかりつけ医が診ている中で、薬物治療について今のままでいいのかそこで評価するときに、実際に先生なんかは特にそうだと思うんだけど、ずっとかかっている患者さんに第三者的に「ここでちょっと薬やめてみて」ってかなりやりにくいんじゃないかなと思うんです。そういう役割の分担を専門医なり認知症疾患医療センターなりでやって、そこでトリアージをすると。セカンドオピニオンどこか行っておいでというのはなかなか難しいので、ちょっとずれるかなと思って今までよう言わなかったんですけども、そういうような流れが必要である、別にクリニカルパスを使えとかそういうことじゃないんですが、そういう形で専門医とのやりとりをしたらどうかというのは。

(鳥羽) そうですね。評価って大変ですからかかりつけ医の先生は認知症疾患医療センターを利用したほうがいいですね。

(秋下) でも先生、僕は最初うまくいかない場合に、例えば最初こういうふうにやってみましょうというところはいけるんですけども、その後のフォローアップとか減量のタイミングとかも全部それを言っていると、ちょっと認知症疾患医療センターで間に合わないんじゃないですかね。圧倒的に足りていないと思いますけど。

(三上) これは認知症のいわゆる確定診断にかかる認知症疾患医療センターの評価と、かかりつけ医がそれを受けて指導する評価と、再度紹介する評価の診療報酬できましたし、あともう1つ精神科の専門医への紹介についても診療報酬の評価があるので、一応仕組みとしてはやりとりができるように、診療報酬自体が設計されていますので、これは活用するというので、それをどのレベルでやるかということガイドラインの中で示していただくといいと思います。しかし、まだ、余りその診療報酬は活用されていないかもしれない。ちょっと厚労省に聞かないとわかりませんが、どうですか、精神科のほうで。

(堀部) いわゆる専門診断管理料とかですか。この前23年の統計を見たときは例えば認知症疾患医療センターは大体二百何十人ぐらい年間に診断をしていると。1件当たりです。その中で割り算をすると、実際その中で専門診断管理料をとって開業医の先生にお返ししている人というのは半分もないという。

(鳥羽) そうなんですね。そんなに多くないですね。

(田口) 診療報酬の面でいうと慢性疾患なんかのあれと一緒にとれないというのは。

(三上) そうです。特定疾患管理料ですね。これが一緒にとれないのは本当にこまるということ
をブロックの会議で言われるんです。両方同時にとれないと言われて。

(田口) あれがちょっとネックになるんですね。

(三上) そうですね。厚生労働省が巧みなんですけれども。

(木之下) 今ちょうど秋下先生がご指摘された、受け皿というか数量の問題というか、今の重点
の置き具合として何が何でも皆疾患医療センターに送るということは恐らくパイの上では無理だ
ろうと思うんです。

現実、僕自身は、やはり死ぬまでかかりつけの先生が診たら、死ぬまで地域でつき合っていく
姿が普通かなと僕は勝手に思っているんです。その中で専門医の立ち位置が家庭の中である
だろうと。本当に手に負えない人は行くだろうし、ある人はただ帰っていくみたいな、かなり流
動性のある地域の生活というのは何となくイメージしている姿なんです。だから何か一律にこう
あるべきだとか、いろいろなパターンがあって、あるいはかかりつけの先生が最初から最後まで
死ぬまで診ていくという姿だってあってもおかしくない。その重点の置き方というかスケールの置
き方なんでしょうけれども。

(本間) ありがとうございます。要するに例えば定期的な評価と、あとそれからはその向精
神薬を使って診療するときの専門医の役割ということです。だから評価に関しても多分かかりつ
け医の先生でもそれほど負担にならないようなチェックリストをつくっておくということも恐らく必
要にはなってくるんじゃないかというふうに思いました。

あとは地域によって、多分もうやめたほうがいいんじゃないとか、そういうことを言ってもら
うに専門医を受診するというのも地域によってはきっと、専門医の先生のせいでできますから、家
族にも。きっとありだろうなど。ただそれは一概になかなか役割として明確に多分表にして示すこ
とができるかどうかというと、ちょっと難しいかもしれないですね。でもまあきっとそれはありなん
だろうと思います。

あとそれから評価をしてもらうというのは、まさに役割としてはあるんじゃないかなと思います。

(木之下) 評価の中に向精神薬だけでなく、H2ブロッカーとか結構そういう人が薬のせいでひどくなっている人、例えばさつきご指摘のあったドグマチールとかすごいアカシジアが出て、びっくりするぐらい悪くなっている。だからそういう普通の薬についての注意書きなどもちょっと何か簡単なものがあつたら随分と様相が変わるような気がするんです。

(田口) これは議事録に残していただければそれでいいかなと思うんですが、BPSDの問題については救急と急性期治療という部分があると思うんですね。例えば不眠については専門医とかが悪化しないようになんか長く診ていかないといけないだろうし、

先生が言われたように自傷他害ということであれば、緊急避難的に救急というニュアンスでしょうし、そういう視点と、あとは先ほど先生が触れられたように、BPSDがBPSDとイコールではないし、いわゆる中核症状に影響を及ぼしたり中核症状と関連していたりというのがあって、日精協で簡単なアンケートなんだけれども、BPSDの治療をしていたら中核症状もある程度よくなったとされたというケースも多少はいらっしゃるんですね。やはりそれはある程度有機的に関連があるのかなというふうに思うので、そこまでということは全然言いませんが、議事録に残してもらえばそれでいいかなと思うんですけれども。

(本間) ありがとうございます。

やはり具体的にはそうですね。個々の薬の使い方、個々の症状に対する対応というよりは薬物療法の考え方、進め方という内容が多分中心になってくるんじゃないかということです。

このアンケート結果も示せば確かに収集癖とかほかのあれでも幾つかの症状に対しても1けたの割合しか使われていませんから、多分そういうところからかかりつけの先生が読み取ることもできるだろうというふうには思います。わかりました。

せん妄との鑑別診断というのは結構難しいですか。難しいですね。常に意識しなければいけない問題なんです。

ありがとうございました。いろいろなご意見をいただくことができました。いただいたご意見をもとにして、まだ2月にはなっていませんけれども、2月の末までには一応ガイドラインの案というものを、これは多分僕が書かないといけないだろうというふうに思いますけれども、これほどの冊子ですからそう分厚いものではなくなるだろうというふうに思います。今のところがこのガイドラインの中心的な部分になるところだろうというふうに思います。

それで恐らく2月の末になるだろうと思うんですが、一応先生方をお願いしたいことというのが2つありまして、1つは最初にお話をしました第1回の議事録と第2回の議事録をざっと電子媒体でお送りしますので、それをご利用いただいて先生方それぞれの発言内容というのを、少し肉をつけていただいたほうがいいかなと思うんですけれども、まとめていただく。それを分担研究者の成果というふうにコメントをいただいたと。

(鳥羽) それは公開されるんですね。

(本間) 報告書にします。

(鳥羽) 私は研究費が少ないということしかほとんど。こんなのを公開されると大変まずいので、「1桁違うんじゃない」とかそんな発言ばかりで研究報告書に大変そぐわないし。

(本間) それは議事録を自分のところは編集していただいて。そうしないとなかなか。これきっと研究報告書をつくらないといけないんですね。ですから何もなくなっちゃうんじゃないか。ですからそれぞれの先生のご意見を書いていただいて結構だと思います。それが1つです。

あと、それからもう1つは、これのガイドラインの案というものを書いたものをお送りしますので、できるだけそれもちよっとお手数をおかけして年度末のときに申しわけないんですが、ぜひざっと目を通していただいてコメントをいただきたいということが2点目です。それを2月中のできるだけ早い時期に進めたいというふうに思いますので、よろしく願いいたします。

(鳥羽) ただ、こういうようなものの場合に、関係学会とか識者にレビューしてもらったりして、それで経年的に改善していかないと、これが評判がいいとか悪いとかというのは一般に出したときになるんですが、その前にいろいろな学会のお薬とか医療をやっているところで見てもらうとか今回はこれはされないんですけど。

(本間) この報告書という形では一応しない予定です。

(鳥羽) 冊子をつくるに当たって。

(本間) ただ、報告書をもとにしてよりわかりやすくしたコンパクトにしたものをつくろうと思っていますので、それに関しては以前もガイドラインをつくったときに学会で委員会をつくってもらって、その評価をしてもらったという経緯がありますけれども、そういうことは何らかの形で可能じゃないかなと思います。

(鳥羽) きっと学会の代表1名の人にでも大変ですがちょっとそのところを見てください、重立った学会の先生いらっしやいますけれども、医師会もそうして一応レビューしたという形に、研究協力者が入っておられるので、そういう形にして印刷されたほうが本当はいいような気がします。

(本間) そうですね。報告書の後でちょっとそれは。

(鳥羽) レビュアーという形で。

(本間) 時間的な問題がありますので。

(鳥羽) 結構かかるよね。秋下先生。2カ月ぐらいかかるんですか。

(秋下) そうですね。意見が来て修正したりなんかしているとかかりますね。

(本間) あっという間に時間がたっちゃいますから、とりあえず報告書は報告書としてその後今鳥羽先生のご指摘のようなことはぜひ進めたいと思います。

(秋下) ガイドラインの名称というのは。それぐらい決めておいてもいいかなと思うんですけども。

(本間) おっしゃるとおりですね。「かかりつけ医」という言葉を入れたほうがいいでしょうか。入れなくても。入れたほうがいいのか。

(繁田) 限定しなくても。せっかくこれだけの先生方が集まってつくっているものなので。

(本間) そうすると「BPSD:薬物療法ガイドライン」というのが一番単純なのかな。

(三上) いや、「かかりつけ医のための」とか入れてくれるほうがありがたい。

(本間) いいですか。

(三上) いいですよ。全然。かかりつけ医は日本医師会は推奨していますから。

(鳥羽) 専門医でも一人一人の患者さんを診るときは、かかりつけ医としてすべきなので、かかりつけ医でも全然構わないと思います。

(本間) 「BPSD:かかりつけ医のための」これはただ「ための」といってもアルツハイマー病の治療薬に関してのガイドラインは含まれないんですね。少しこれはサブタイトルか何かで断る。それはあったほうがいいですか、先生。つくるときに。それは書けますけど。

(三上) どうですかね。あったほうが1冊で済むから便利といったら便利かもしれませんが。

(本間) じゃあこういうふうにするときにしつぱい出せばいいですね。少し。順番はちょっと後にするか後ろにするかというのはありますけれども、それはそんなに手間はかからないと思いますので、薬は4つしかないですから。

(三上) 追加部分なのでそれで付録のような形でどこかにつけていただいたらいいですね。

(本間) 薬はそれこそ4つしかありませんから。ああそうか、でもそうすると単純に「かかりつけ医のための薬物療法ガイドライン」。

(鳥羽) そうすると先生物すごく広いですね。薬が。

(本間) そうですね。それはちょっと広過ぎだ。電話帳みたいになりますね。「今日の治療指針」でいいじゃないかという話になっちゃう。認知症としてでいいのかな。「認知症:かかりつけ医のための薬物療法ガイドライン」。

(三上) 「BPSD」という言葉はそのまま BPSD と捉えやすいけれども、別に行動・心理症状とかそういうふうにしつぱんと括弧で書くか。皆「BPSD」と使っている人が結構多いんですね。やはりまだ多いですか。

(本間) 「中核症状」という言葉を避けて、やはり「認知機能障害」という言葉のほうが。

(木之下) 僕はそっちのほうがいいと思います。英語で「BPSD」ってないんですよ。

(鳥羽) 「行動心理障害」、正式な訳が。

(本間) 全部なんですね。

(木之下) 多分一番象徴的には「レビー小体型認知症」というのがもっともっと広がると、つまり幻覚とか妄想が中核症状にはいる。だけどこれは BPSD だと、これがわかりやすいですね。

(鳥羽) そうするとその薬も、じゃあ正しい概念をあれするために「BPSD」を入れた方がいいんじゃないですか。「認知症」というよりは。

(本間) にしましょうか。付録にアルツハイマー病の治療薬の話もくつつければいいですね。特別大付録。

(鳥羽) いや、私のような老年科の立場から言うと、認知症というのは首から上だけの病気じゃないので、身体合併症もたくさんあると。誤嚥もあるし栄養障害もある。そうすると認知症の治療薬というともっと幅広くなってしまいますね。

(三上) レビー小体型認知症はそういういわゆる BPSD 的なものが中核症状なので、レビー小体型だけリアリセプト、メモリーの併用などでよくなるケースがあるというのは中核だからよくなるというのか、どうなんですかね。

(木之下) 中核症状については薬が調整しやすい。悪くする原因はいっぱいあって、H2ブロッカーもそうだし抗精神病薬もそうだし睡眠薬も全部悪くする。僕は普段の仕事はそれを抜くだけなんですけれども、のせるとしたら今はアリセプトぐらいしかないですね。アリセプトとかあとはほかのエクセロンパッチとかそういうものしかない。

今2つ言いたくなっちゃったんですけれども、1つは BPSD の問題というふうに語ってしまうと、BPSD って中核症状の裏側にあるから、大抵は脳が直結しない症状なわけだから、別のいろいろな要因があるというふうに考えられる。だからそこにいきなり抗精神病薬はないだろうと。ただ、BPSD の中ではさまざまな切り口があるから必要な場合があるかもしれない。もう1つは、やはりできたら、広がっちゃうかもしれないんですけれども、誤嚥の問題とか、例えば抗精神病薬によって僕が肺炎で何人か亡くなっている方をみているので、それって外の問題なのかこっち側の問題なのか。

(鳥羽) 無理じゃないですか。転倒の問題も物すごくたくさんありますし今回そこまでやるのは。

(本間) 本当は転倒の問題とかそういうことまで触れられると、よりかかりつけの先生にとってはわかりやすいよね。

(鳥羽) 確かに。ただ時間的な制約がありますね。

(木之下) それはもし来年続くんだったら来年やればいいのかという宿題。

(鳥羽) 来年予算が出れば。

(秋下) やはりこの目次案からしたらやはりBPSD ですよ。

(木之下) ではここはわかりやすいようにシンプルに、今言うのは外の問題として。

(本間) ではこれをまとめてつくって、日本医師会の推薦もちょっと入れられるようにして。またちょっと三上先生に相談をします。

(中島) DLBの話も出てきていますけれども、DLBにおいてもアルツハイマー病においても、BPSDにも配慮してアルツハイマー病治療薬を選択して使われる場合もあると思いますが、そのようなアルツハイマー病治療薬のBPSDにも配慮した使い方といったことなどは今回は含まないのでしょうか。

(本間) 付録にいわゆるアルツハイマー病の治療薬の使い方に関しては、ちょっと付録にどうか。

(鳥羽) 入れないんですね。例えば私、BPSDに入るかよく知らないんですけども、無気力とか無関心のようなもので例えばアリセプトとかで元気になってという、BPSDという形は当然入るわけですけども、寝てばかりいるとか。それはこの中に入れても全然構わないと私は思うんです。興奮しやすいというのは注意しろとか。

(本間) 例えば無気力というのはかなり自発性の低下ということになると思うんです。自発性の低下というのは多分一番多いいわゆるパーソナリティチェンジの1つのあらわれだと思うんですね。という意味であれば、かなりいわゆる中核症状というふうに考えれば、どちらで扱うかというのはちょっと考える必要があるかもしれませんが、十分そのことも触れられるとは思っています。

(木之下) さっきおっしゃったのは当然BPSD。中核症状とかBPSDなしで語っていったら今の話は全部入っていくし、矛盾がないのかなと思いました。

(本間) できるだけ2月の前に時間的に余裕を持って先生方のコメントをいただいたほうがいいですね。じゃないと書き直す時間もあるから。あと印刷する時間と。これを3月中にやらないといけないですから。できるだけ薄いものにしようというふうには思うんです。

(鳥羽) BPSD だったら両方入っていいんですか。BPSD という概念であれば中核症状の症状も入っていい。

(本間) もちろんそうです。

(木之下) 症状に依存する概念なので。

(鳥羽) そうしたらすごくいい形じゃないですか。BPSD という形だったら認知症薬も同じところに書かれていないと、かかりつけ医の先生は区別しにくいですね。ちょっとカミダナが違って、認知症薬は使いやすいけれども、こちらの上の段は違う段なので、使いにくいけど、同じフラットのこういう症状のときは短期的な限りだけでもこっちも使えるし、長期だったら中核症状の薬を使えるということになればわかりやすいです。

(本間) 章はもちろん変えますけれども。

(鳥羽) もちろん章は変えても。

(本間) それは触れられると思います。

(木之下) BPSD というのは多分歴史的に認知機能障害以外だと思うんです。

(本間) とはこれに書いていないよ。

(木之下) 書いていないけれども、そう読み取るのが歴史の流れかなと思います。

(本間) 「認知機能障害以外」とは書いてないよ。

(木之下) 書いていないけどそう読み取れる。

(繁田) いや、そうではなくて認知機能の低下なんです。だって妄想は知的障害ですし誤認は認知機能障害なので。

(木之下) 僕は全く繁田先生のと、僕は普段「障害」というのをを使うのを嫌いなんだけど、いろいろ。

(繁田) 過剰とか歪曲は含まれていないので。そうなんです。だから長くなっちゃうので。

(木之下) そのとおりです。だから認知機能低下以外の症状が、というか本当は認知機能の低下というのは症状じゃなくて機能の低下なんですね。症状というのは顕在化した表現型じゃないですか。機能低下は外からは見えない……。

(秋下) これは本来はBPSDにかける向精神薬使用みたいなものなんですね。その向精神薬を個々の薬剤に対して触れないという話だったのに、いわゆる抗認知症薬の話がアリセプトはどうか、メマンチンはどうか出てくると、ちょっと逆にバランス的にはまずいかなと思うんです。そうすると例えば「BPSDを修飾する要因」とかというところがあるので、そこにちょっとそういう、抗認知症薬で上がったたり下がったりすることがあるというようなことをもうちょっと書ければそれぐらいでいいのかなと思います。

(本間) あるいは基本的に4つの薬があるということは1つの表か何かにして出しておいて、まとめてアルツハイマー病の治療薬の使い方というふうな形であれば整合性はあるわけですね。

(鳥羽) でも、これ5割以上の人が使っているお薬に対して、本当に個別にコメントが要らないですか。いいとか悪いとか注意しろとか。

(繁田) エビデンスがどのぐらい。

(鳥羽) だって7割の人が使っているお薬で課題があるというときに、ガイドラインで何ら個別のコメントがないということはちょっとえーっと。読んだ人は満足しますかね。

(本間) 専門医の7割以上がリスペリドンを例えば使っていますけどね。

(角) 例えば実際調べると、私もチアプリドとかスルピリドもそうですけれどもないわけですね。そういうのは本当は、先生おっしゃるようにちょっと、あとマイナーに関してはほとんどないですね。文献的には。

(本間) マイナーに関してはないだろうな。

(角) ないですけどもこれを見ていただければかなり。

(本間) ただ、それはこういう使用実態はあるけれども、例えば「個々の薬剤も含めて、きちんとした客観的な評価というのは現在までほとんど得られていない」という表現で十分わかるんじゃないですか。

(鳥羽) 「調査でこのぐらいのパーセント以上の人が使っており」という文言が入っていればですね。そうですね。

(本間) 「十分なエビデンスは得られていない」と。

(鳥羽) グループとしてそういう表現があれば全然問題ないですね。

(本間) そうですね。それは多分アンケート結果の説明ではやはり触れるようになるかと思うんですね。

ありがとうございました。大体予定の時間が参りました。先生方からかなり貴重なご意見をいただくことができましたので、何とか報告書とその後の作業にとりかかることができるんじゃないかというふうに思っております。

特によろしいでしょうか。今後の予定に関しても2月中に先生方をお願いしたい点というのを2つお話をさせていただきましたので特にありませんし、そして班会議というのは3回目は予定していましたが3回目はなしで、今回でこの班研究というのは一応終了というふうにさせていただきます。

最後に専門官何かコメントはございますか。

(堀部) 1つはきょう室長それから調整官が参るはずだったんですが、政治的なものがまた入ってしまったということで今パニックしているようで連絡がとれなくなってしまいました。とりあえず先生方によろしくということでした。

2つ目は、本当にこれだけの先生が集まっていたら、一同に顔を合わせていただくという貴重な議論をしていただく機会をつくっていただいたのは本当にありがたいと思っています。来年以降も必要かどうかも含めまた先生方にご指導ご鞭撻いただければと思っています。よろしくをお願いします。

(本間) ではこれで終わらせていただきます。ありがとうございました。よろしくをお願いします。

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

資料1.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

かかりつけ医の対象者は都道府県医師会および市町村医師会のホームページにて公表されている医療機関名簿(以下、名簿)より、内科、脳神経外科、精神科、循環器科、神経内科の診療科目を標榜している医療機関の院長を対象とした。したがって今回の対象には、地域の医師会に加入していない医療機関は含まれない。名簿より医療機関名・医師氏名(医院長氏名)が判明する医療機関を各都道府県平均70件抽出した。都道府県により医療機関数に偏りがある場合には平均40件を抽出した。登録されている医療機関が比較的多い東京都では444件、大阪府200件、埼玉県150件、兵庫県150件、長野県110件、茨城県100件、群馬県100件、北海道90件、栃木県90件、神奈川県90件が抽出され、合計3,098件を抽出した。

比較群として認知症に関連する日本老年精神医学会、日本認知症学会、日本老年医学会、日本精神科医学会がそれぞれ認定する専門医3,147人を対象に向精神薬の使用実態に関するアンケート調査を実施した。平成24年9月下旬から10月上旬に発送し、10月10日を締め切りとした。

アンケート調査票では年齢、臨床経験年数、診療科などの属性以外に、①認知症患者の通院の有無、②向精神薬処方の有無、③抗精神病薬の薬剤別処方の有無、④抗不安薬の薬剤別処方の有無、⑤睡眠導入薬の薬剤別処方の有無、⑥向精神薬以外でBPSDに使われている薬剤、⑦向精神薬が処方されることがあるBPSD、⑧抗精神病薬が適応外使用であることの説明の有無、⑨かかりつけ医認知症対応力向上研修受講の有無、⑩認知症サポート医養成研究受講の有無について質問した。

なお、本調査は平成24年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「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」の一部として行われたものであるが、ガイドラインを検討するための基礎資料という位置づけになるため資料として再掲する。

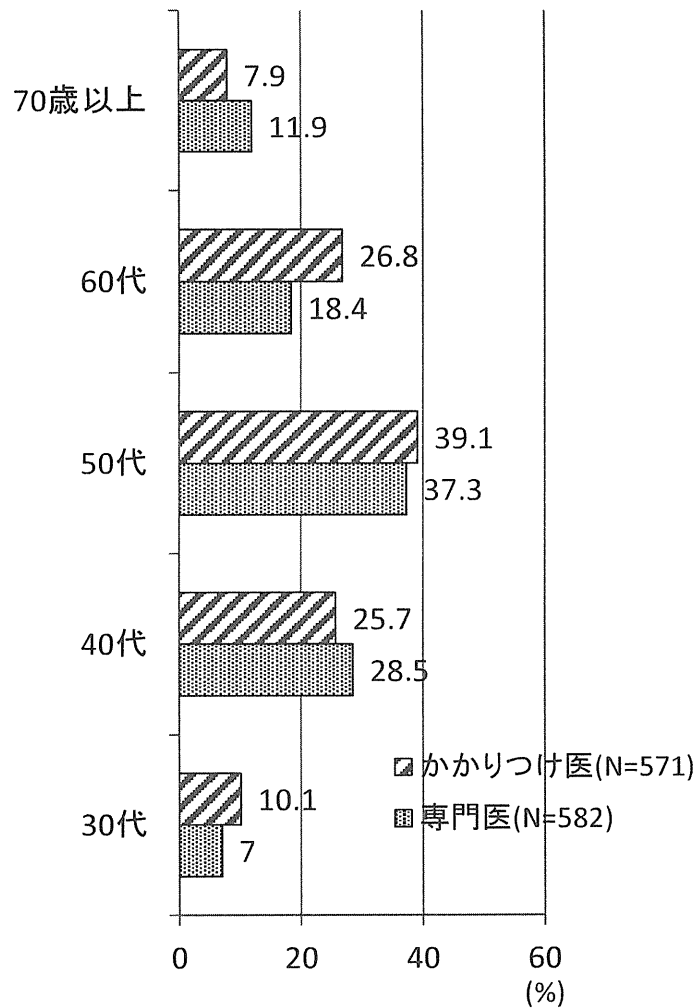


図1-1. 年齢(かかりつけ医/専門医別)

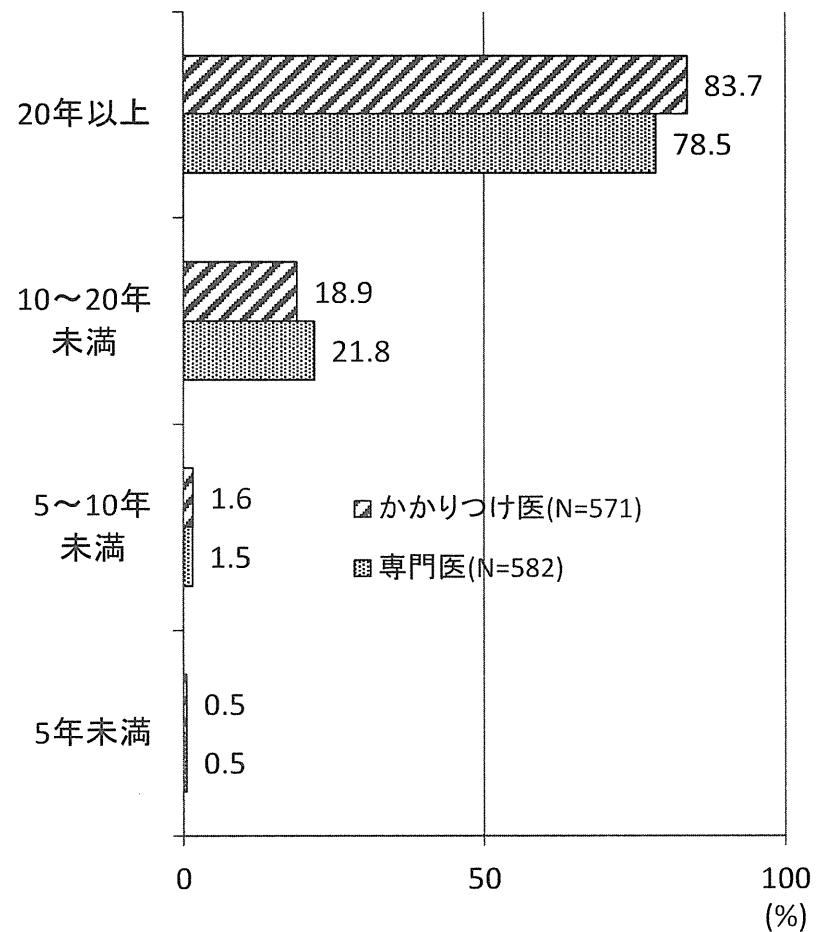


図1-2. 臨床経験年数(かかりつけ医/専門医別)

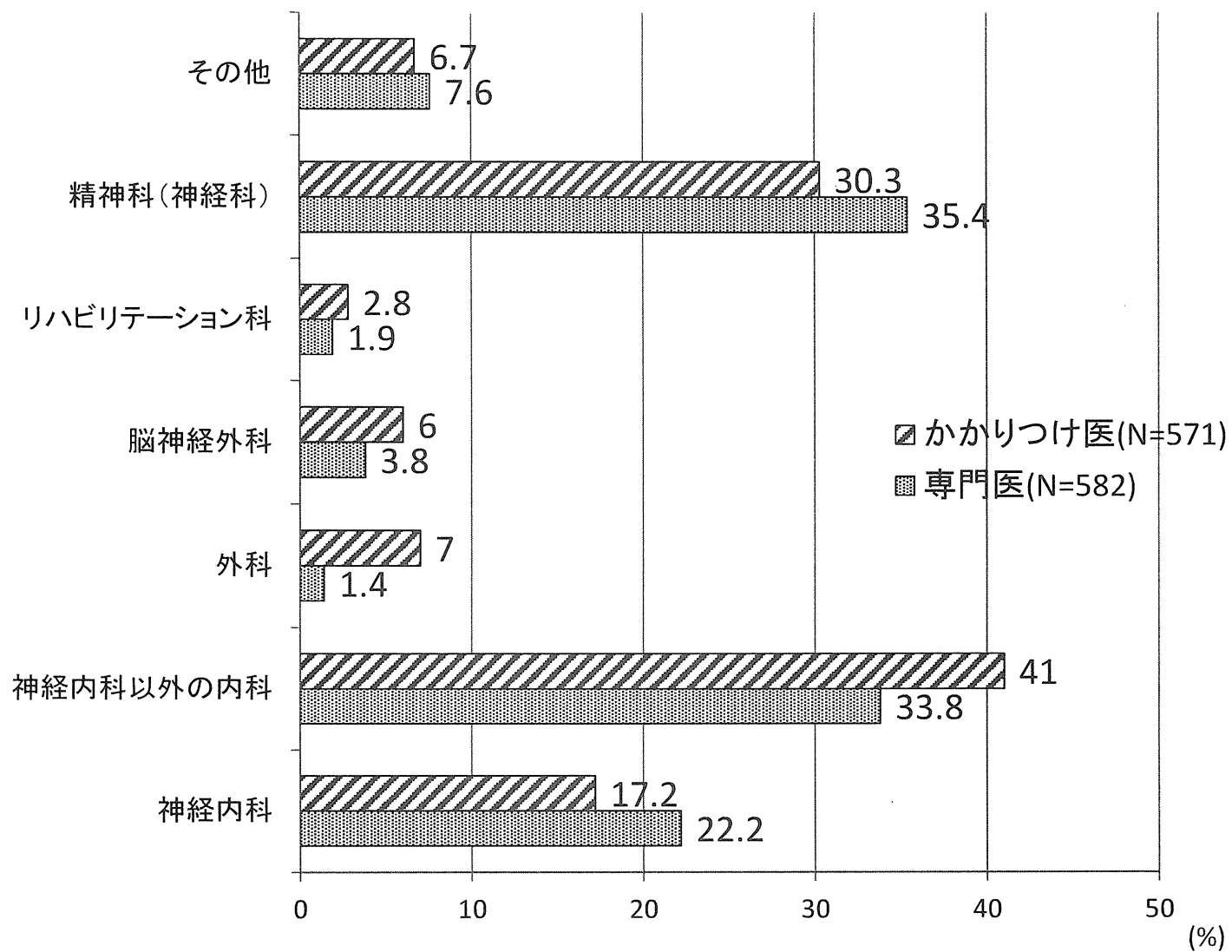


図1-3. 診療科(かかりつけ医/専門医別)

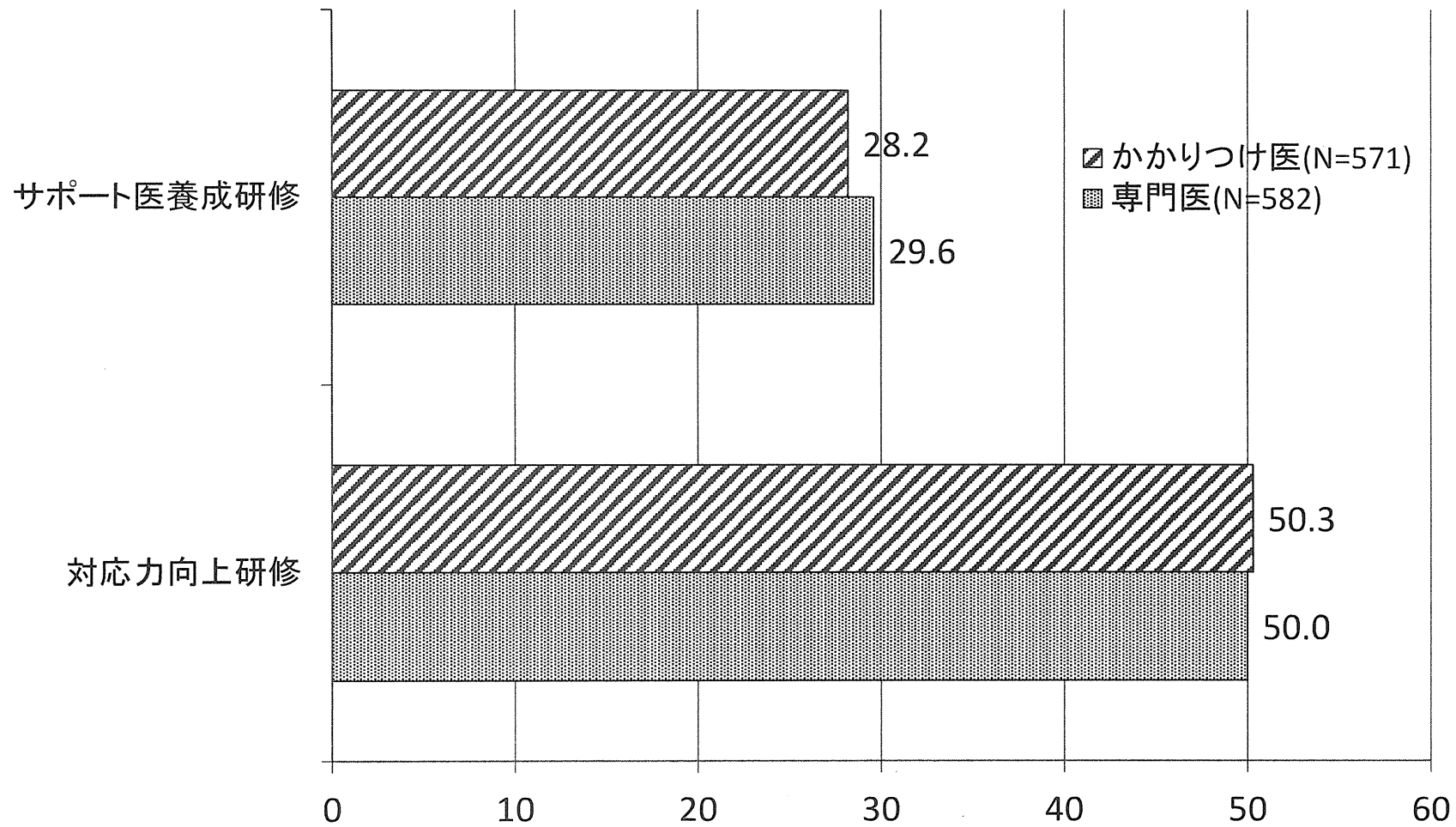


図1-4. かかりつけ医認知症対応力向上研修・サポート医養成研修受講歴がある医師(かかりつけ医/専門医別) 認知症診療を行っている医師に対する割合(%)

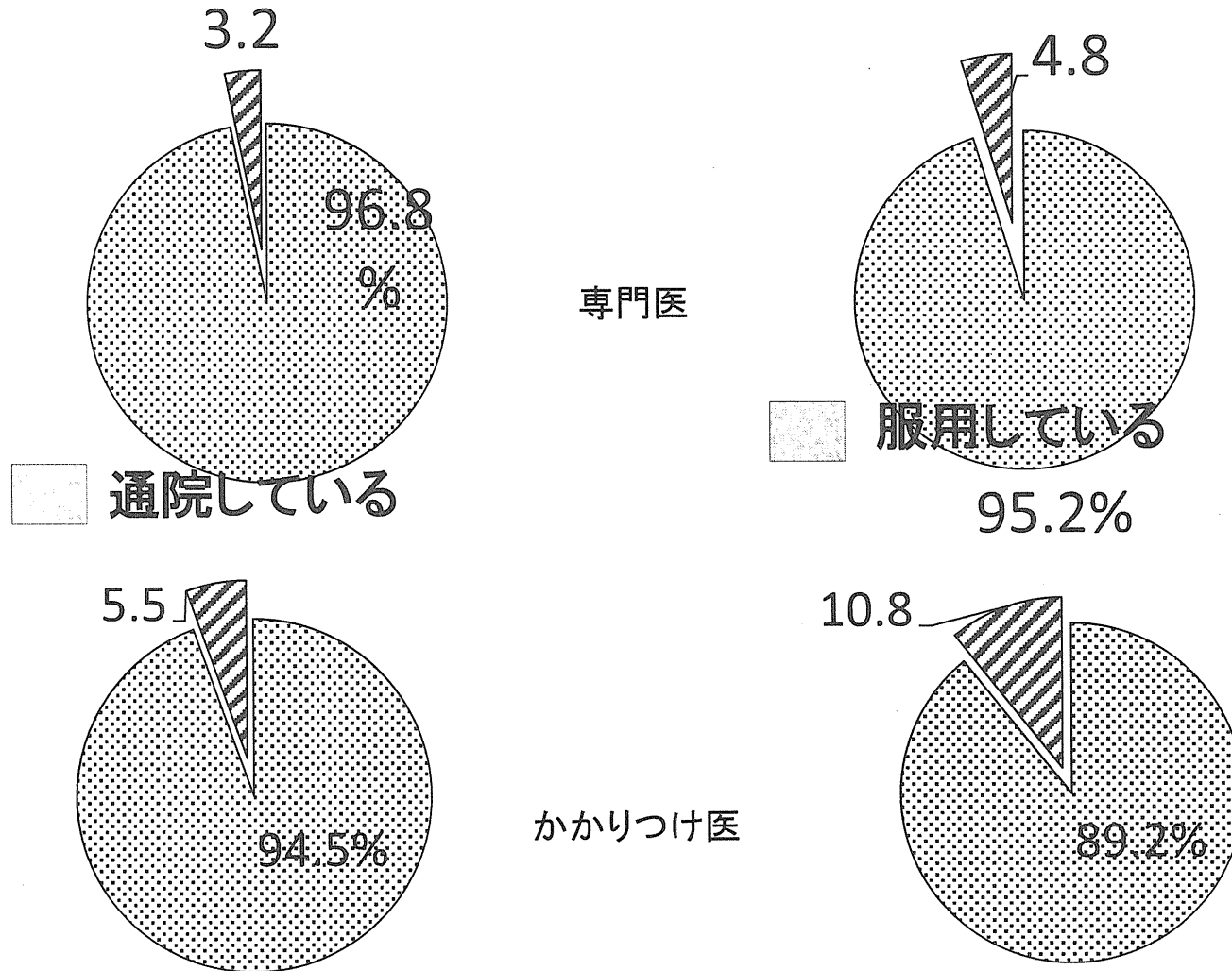


図1-5. 認知症者の通院(N=601)と向精神薬の服用(N=584)の有無(かかりつけ医/専門医別)