

Seminar

1. 非薬物療法と啓発活動

3) 「BPSD 初期対応ガイドライン」と期待される効果

福田 耕嗣 服部 英幸

BPSD
介護負担
介護職員
ガイドライン
マニュアル

SUMMARY

■専門医のいない介護施設において BPSD が生じた場合、その対応には大変な困難が生じる。BPSD は大きな介護負担となり、介護職員に BPSD を呈した入所者への陰性感情を惹起させ、その陰性感情がさらに BPSD を誘発する悪循環を形成する。そこでわれわれは介護施設で生じた BPSD への実践的な初期対応マニュアルとして、「BPSD 初期対応ガイドライン」を作成した。症状別の項目立てとフローチャートを図示することで、介護の現場に専門医から指示を出すようなイメージをもたせ、今まさに生じている BPSD で使用できるよう構成した。本ガイドラインが介護負担を軽減させ、ひいては BPSD を軽減させることを期待している。

はじめに

認知症に伴う行動心理学的症候(以下、BPSD)には様々な症状が含まれ、また認知症の病型によっても症状の出現頻度が異なることから、認知症全体における BPSD の出現頻度を正確に記することは困難である。しかしながら、アルツハイマー型認知症患者の約 9 割に BPSD が認められるという報告もあり¹⁾、一般に BPSD は認知症患者の多くに併存していると考えられている²⁾。BPSD は、患者とその家族もしくは介護者の間の関係を悪化させる要因となるばかりでなく³⁾、生命予後を短くする因子ともなり得る⁴⁾。

「BPSD 初期対応ガイドライン」の意義

現在、わが国にはおよそ 400 万人の認知症患者がいると推計されている⁵⁾。それに伴い介護職員数も年々増加傾向にあり、平成 21 年度時点での全介護職員は 133 万人に達しているが、介護保険施設で働く介護職員は 34 万人程度であり⁶⁾、介護保険施設の整備は高齢化に追いついていないといわれる⁷⁾。

BPSD が専門医師のいない介護施設において突発的に生じた場合、その対応には大変な困難が生じる。常日頃行っている介護方法で対応可能な BPSD であればまだしも、施設対応の許容範囲を超えるような BPSD が生じた場合に、その対応は困難を極めるであろうことは想像に難くない。こういった BPSD に関しては専門医の

ふくだ こうじ, はっとり ひでゆき(国立長寿医療研究センター行動心理療法部)

いる医療機関が対処すべきであり、また現実には多くの介護施設が医療機関へ対応を依頼していると考えられる。そのときに医療機関が即座に対応できれば問題ないが、例えばBPSDが夜勤時間帯に突発的に生じた場合などには即応できないことの方が多い。筆者の知る限り、BPSDに対する救急体制の整った専門医療機関はわが国にはほとんど存在しない。そのため介護施設では、仮に許容範囲を超えるBPSDであっても、自分たちで介護せざるを得ない状況が存在する。BPSDへの介護困難は大きな負担となり、介護職員にBPSDを呈した入所者への陰性感情を惹起する。そして、その陰性感情がさらなるBPSDを誘発するという悪循環を形成する。介護負担感の軽減は、介護職員の心理環境を改善するのみならず、この悪循環を断ち切るためにも有用であると考え、介護施設において生じたBPSDへの対応手順(主として非薬理学的介入方法)に関する医学報告は数多く存在し、比較的強い医学的エビデンスをもった報告も少なくはない¹⁾。報告とおりの方法で対応することにより、BPSDは軽減し介護負担も減少することが示されている。しかしながら、それらの報告の大半は海外で行われたものである。残念ながら現在、わが国の介護施設のおかれている現状を鑑みると、それらの良質な対応手順に沿った対処を実践できる施設は数少ないのではないかと想像する。そこでわれわれは、わが国の実情に合わせたBPSD対応マニュアルとして、『BPSD初期対応ガイドライン』²⁾を作成した(図1)。このガイドラインには、専門医師がいない介護施設もしくは医療機関において突発的に生じたBPSDへの実践的な初期対応の方法を示した。

『BPSD 初期対応ガイドライン』に期待される効果

本ガイドラインには、以下の特徴をもたせた。
 ①現場ですぐに使用できるよう、疾患別ではなく症状別に項目立てした。
 ②症状ごとの対応を、「ただちにできるケア(非薬物療法)」→「現場でできる薬物療法」→

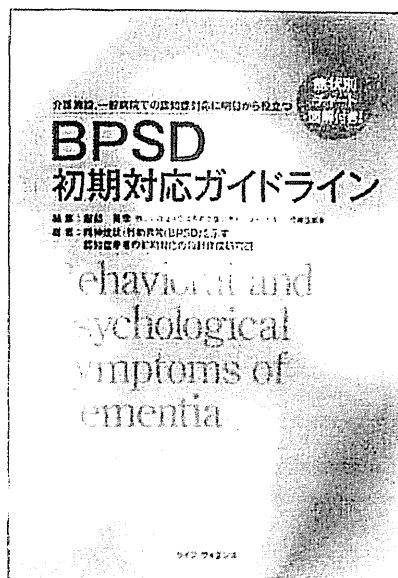
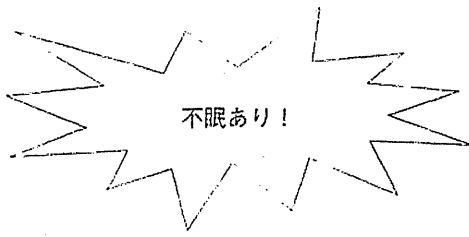
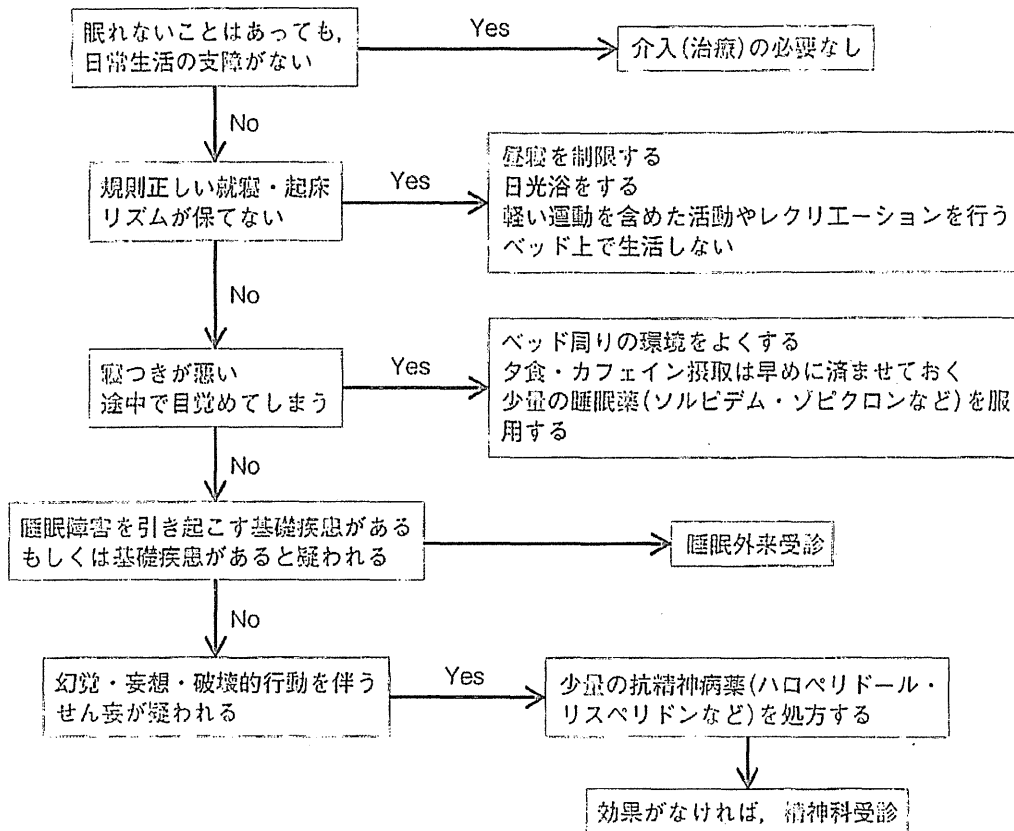


図1 『BPSD 初期対応ガイドライン』

「認知症専門医へ紹介すべき状態」の順にフローチャート形式で示した。
 ③一目で見てわかるよう、フローチャートを図示した(図2)。
 ④①については、介護施設入所者には認知症の詳細な診断がついていないことが多く認められることと³⁾、症状別の方が現場に即しているだろうとの考えから、症状別の項目立てにした。
 ⑤②については、今まさにBPSDが生じているその現場で使用できるようにという思いで作成した。いずれも実践的に使われることを前提に構成してある。書架に飾るような辞書的な役割はもたせていないので、「BPSDの背景にある原因」といった学術的知識の部分には、ほとんど紙面を割いていない。したがって、本書を学術の書として通読していただく必要はないし、その目的であればほかに良書はいくらでもある。介護の現場にBPSDを専門とする医師や看護師が出向くことは難しい。が、もしも専門とする者が現場に出向いたとしたならば、きっと本書に書かれていることと同じことを指示するはずである。そういうエッセンスを集めた、専門医のいない介護の現場に、専門医から指示を出すようなイメージ。それが本ガイドラインに与えた1つ目の役割である。



睡眠障害の合併やせん妄が疑われるときには、早めに病院を受診する！



👉 ただちにできるケア

- ・ 休日も含めて、規則正しい就寝・起床時刻を保つ
- ・ 日常的に有酸素運動を行う(16時前に行うのがよい)
- ・ 楽しめる活動やレクリエーションを行う
- ・ 昼寝を制限する
- ・ 日中は、なるべく日光を浴びるようにする
- ・ ベッドは睡眠時のみ使用し、ベッド上で生活(読書する、テレビを見るなど)しない
- ・ ベッド周りの環境をよくする(エアコンの使用、音や光の遮断など)
- ・ 入床の3時間前には、夕食・カフェイン摂取・喫煙を済ませておく
- ・ 入床の1時間前から刺激を避け、トイレに行っておくなど徐々に寝る準備をする
- ・ 入床後30分経っても眠れない場合は、一度離床し眠くなってから再度入床する
- ・ 温めた牛乳・バナナなどの軽食を摂る

図2 フローチャート

文献 10 より引用

②については、非薬物治療から薬物治療へと
いう標準的なBPSD治療を示すとともに、介護
施設でできる限界点を示した。介護スタッフは、
「一生懸命介護したのに、うまく介護ができな
かった」と思うとき、職業上の無力感を感じる
であろう。BPSDは患者本人のみならず、介護
職員にとっても大きなストレスとなるのである。
そんな無力感に苛まれるようなとき、介護施設
での対応の限界点が呈示されていれば、「施設
ではここまで対処すればいいんだ」「これ以上
は専門科じゃないと無理なんだ」と感じられる
のではないだろうか？ そのことで、職業上の
心理負担は多少なりとも軽減するのではないだ
ろうか？ このことは困難な介護から目を背け
るというのとは、全く意味が違う。介護施設に
は介護、医療機関には医療という大きな役割分
担がある。その役割分担の不明瞭な部分に、介
護施設でのBPSDが存在する。多少恣意的では
あっても不明瞭な部分に線引きすることで、
「うまく介護ができなかった」という後ろ向き
な気持ちを、「施設でできる限界ギリギリまで
介護したんだ」という満足感に変換することが
できるのではないだろうか？ 本ガイドライン
作成に当たっては、自験例のみならず内外の良
質な医学研究を参照し万全を期したが、このガ
イドライン自体の医学的有用性の検証は行って
いない。われわれは現在、本ガイドラインが介
護負担感を軽減させることができるか否かの検
証を行っている。介護負担感の軽減は、BPSD
を呈した入所者への陰性感情を軽減させてく
れる。そのことは巡りめぐってBPSDの軽減につ
ながる。これが本ガイドラインに与えた2つ目
の役割である。

以上に述べた事柄が、本ガイドラインに期待
する効果であり、われわれがまさに今検証して
いることである。

おわりに

わが国においては、高齢者人口の増加に伴い

今なお認知症患者が増え続けている。少子高齢
化という言葉は、介護の必要な高齢者が増加し
ても、若き介護者が増えることは期待できない
ことを意味している。少ないマンパワーで効率
よく介護してゆく方法を模索してゆかねばなら
ない。本ガイドラインがその一助にならんこと
を切に願っている。

文 献

- 1) Fernandez M et al : Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. BMC Neurol 2010 ; 10 : 87.
- 2) Fox C et al : Efficacy of metantipine for agitation in Alzheimer's dementia : a randomised double-blind placebo controlled trial. PLoS One 2012 ; 7(5) : e35185.
- 3) Hurt C et al : Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. An investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 2008 ; 26(2) : 138-146.
- 4) Treloar A et al : Ethical dilemmas : should antipsychotics ever be prescribed for people with dementia? Br J Psychiatry 2010 ; 197 (2) : 88-90.
- 5) 厚生労働省 : 認知症の実態把握に向けた総合的研究。総括・分担研究報告書。平成 21 年度。
- 6) 厚生労働省 : 介護サービス施設・事業所調査。平成 22 年度。
- 7) 中央社会保険医療協議会 : わが国の医療についての基本資料。平成 23 年 5 月 18 日。
- 8) Ballard CG et al : Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. Nat Rev Neurol 2009 ; 5(5) : 245-255.
- 9) Herrmann N : Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. Can J Neurol Sci 2001 ; 28(Suppl 1) : S96-S107.
- 10) 服部英幸 : BPSD 初期対応ガイドライン。ライフ・サイエンス。東京。2012。
- 11) 長屋政博 : 介護施設における BPSD の実態把握と介入法の開発—介護施設の立場から—。平成 22 年度長寿医療研究開発費「精神症状・行動異常(BPSD)を示す認知症患者の指針作成に関する研究。22-6」分担研究報告書。2011。

REVIEW ARTICLE

Role of geriatric hospitals for dementia care in the community

Hideyuki HATTORI

Department of Psychiatry, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Japan

Correspondence: Dr Hideyuki Hattori MD PhD, National Hospital for Geriatric Medicine, Psychiatry, 35 Gengo, Morioka, Obu, Aichi 474-8511, Japan. Email: hideyuki@ncgg.go.jp

This review article was presented by the author in Symposium of the 26th annual meeting of Japanese Psychogeriatrics Society in Tokyo, 15–17 June 2011.

Received 31 August 2011; accepted 22 March 2012.

Key words: BPSD, community, dementia, physical illness.

In dementia care, there are two important phases that require patients to have a social network. The first phase involves the early detection of dementia, leading to early treatment. The second phase is care for patients with behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) and for dementia patients with physical illness. These medical conditions impose a marked care burden, require medical intervention, and particularly in the case of BPSD, are difficult to manage and assess. Therefore, it is important that patients and their caregivers select appropriate medical institutions and facilities that have nursing units specializing in the care of BPSD, and ideally, general hospitals, independent psychiatric hospitals, and nursing facilities will cooperate in treating these patients. However, there is little available information regarding which hospitals specialize in patients with psychological symptoms of dementia and related complications or which hospitals have physicians and nurses specializing in BPSD management. The lack of information makes it difficult for patients and caregivers to find and use these services.

In dementia care, two types of community networks are necessary for providing the most effective treatment for patients: direct and indirect networks. Direct networks involve direct relationships with

Abstract

In dementia care, behavioural and psychological symptoms of dementia and physical illness in patients with dementia impose a marked care burden and require medical intervention. Therefore, it is important for patients and their families to select appropriate medical institutions and facilities with nursing units specializing in the care of behavioural and psychological symptoms of dementia, such as geriatric hospitals, which are required to deal with various aspects of dementia. Geriatric hospitals should offer two treatment approaches: a care unit for patients with behavioural and psychological symptoms of dementia or dementia with physical illness, and a multidisciplinary team approach involving physicians, nurses, psychologists, and social workers who provide coping strategies for dementia patients.

medical institutions and nursing facilities and can be achieved through face-to-face encounters such as workshops, community network clinical pathways, and regular meetings. Indirect networks can help improve how hospitals address the needs of dementia patients and manage BPSD and can enable these facilities to work together to increase hospital admissions for dementia patients with physical illnesses. Geriatric hospitals should deal with various aspects of dementia care by participating in these two types of community networks.

According to Washimi, geriatric hospitals must be able to provide three services for dementia patients: (i) differential diagnosis of dementia symptoms; (ii) the treatment of depression and delirium during the course of the disease; and (iii) the acceptance and treatment of patients requiring hospital admission due to physical complications.¹ In July 2008, the Japanese government published 'Urgent Project for Enhancement of Medical Treatment of Dementia and Improvement of Life Quality',² which outlined a plan for dementia care centres that has become the centrepiece of the government's program to address dementia.³ The plan involves establishing dementia care centres at approximately 150 general hospitals to offer patients comprehensive medical assessment,

Including general physical examination, diagnostic imaging, and neurological and psychological tests; medical staff at these centres will be composed of dementia care specialists and physicians, nurses, psychiatric social workers, and clinical psychologists who can provide specialized care. Each dementia care centre has three primary functions as:

- information centres, which provide and distribute dementia-related information, promote the dementia care centre via the media and offer consultation services for local residents regarding dementia
- specialized medical care centres, which offer detailed differential diagnoses, appropriate individualized treatment, and management of acute psychosis and physical complications
- community network partners, which can establish a medical cooperation council and a face-to-face networking system, conduct workshops, improve diagnostic and management skills to avoid complications, offer special consultation services, and use local resources to provide services to patients who require special care.

The major purpose of the dementia care centres is to provide specialized medical care, including differential diagnoses of dementia symptoms, the treatment of depression and delirium during the course of the disease, and the acceptance and treatment of patients requiring hospital admission resulting from

physical complications. The National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG) in Obu, Japan was certified as a dementia care centre in April 2011. The NCGG has employed two types of approaches to ensure that the appropriate standard of care is met: a dementia care unit and multidisciplinary teams. By making full use of its institutional resources, the NCGG has set up a care unit for patients with BPSD and dementia patients with physical illness whose conditions were not manageable through home-based care, nursing care facilities, or general hospitals. The dementia care unit takes full advantage of the NCGG's capabilities as a specialized geriatric hospital, and its staff of physicians, nurses, and other health-care providers are trained in the treatment of elderly-specific diseases. This care unit was designed to enable both the care of patients in the subacute phase after surgery and the management of chronic internal, otorhinolaryngological, and dermatological diseases in patients with BPSD and those with dementia suffering from delirium.

The multidisciplinary team approach involves physicians, nurses, psychologists, and social workers who provide patients with coping strategies to deal with delirium and BPSD in the physical illness ward; the team is known as the Dementia Support Team. The Dementia Support Team members determine whether a patient's condition warrants transfer to the

Support system for hospitalized patients with dementia at the NCGG

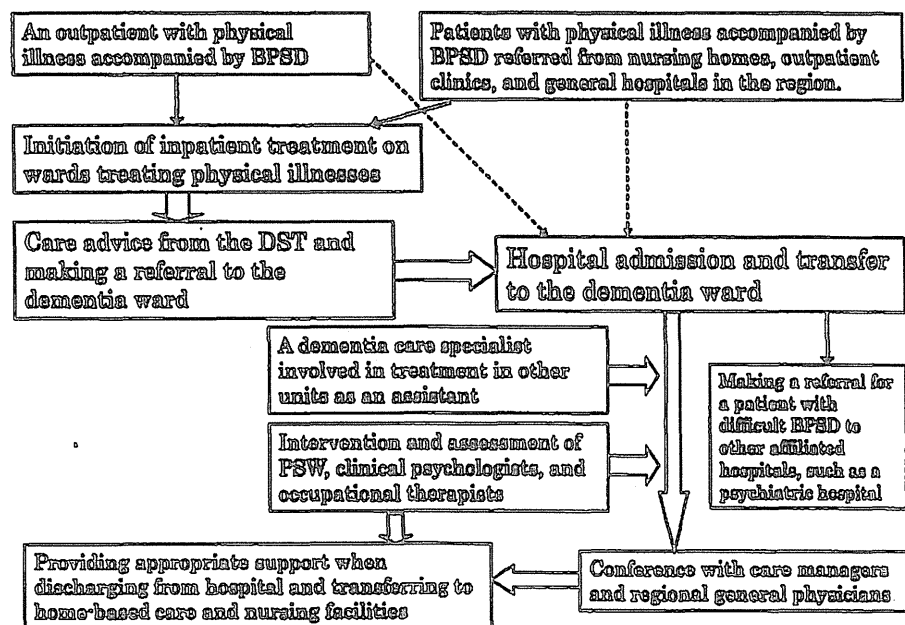


Figure 1 Support system for hospitalized patients with dementia at the National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG). BPSD, behavioural and psychological symptoms of dementia; DST, Dementia Support Team; PSW, psychiatric social worker.

dementia care unit and provides support when a patient is discharged or transferred to the unit. The Dementia Support Team works closely with the dementia care unit to ensure the highest standard of care (Fig. 1). It is hoped that these combined approaches will facilitate the management of dementia patients with physical complications whose condition might not be manageable on a general ward. Additionally, it is hoped that the dementia care centre will become a core part of the community network and increase the number of inpatients with BPSD who are treated.

REFERENCES

- 1 Washimi Y. Care and medical support for the person with Alzheimer's disease. *Igaku No Ayumi* 2007; 220: 456-461.
- 2 Ministry of Health, Labour and Welfare. *Urgent Project for Enhancement of Medical Treatment of Dementia and Improvement of Life Quality*. Japan, 2008. [Cited 8 April 2012.] Available from URL: <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>.
- 3 Ministry of Health, Labour and Welfare. *A Plan for Dementia Care Centers*. Japan, 2009. [Cited 8 April 2012.] Available from URL: http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/02/tp0226-1/dl_11syougai/11syougai_0022.pdf.

特集 認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

臨床に役立つ Q&A

2. 認知症の薬の副作用で
気をつけることを教えてください

遠藤 英俊

KEY WORD

- アルツハイマー型認知症
- 副作用
- 消化器症状
- BPSD
- 認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版

SUMMARY

認知症はアルツハイマー型認知症や血管性認知症、レビー小体型認知症など様々な疾患からなり、その鑑別は重要な第一歩である。最近では画像診断や、心理検査を組み合わせて診断することが一般的になってきている。また2010年には認知症疾患治療ガイドラインが発表され、さらに2011年に新しく承認された薬剤を踏まえてそのコンパクト版2012が公表されている。診断やケアにおけるエビデンスが蓄積され、認知症診療の標準化がなされつつある。本稿においては、これに準拠してアルツハイマー型認知症治療薬の副作用に焦点を当てて認知症診療のスタンダードを紹介する。

— アルツハイマー型認知症の治療 —

認知症は様々な病気の総体であり、多くの疾患からなる。認知症は今やありふれた病気 (common disease) であり、正確な診断と鑑別が必要である。治療には主な4つの治療薬があり、その特徴と副作用について総括する。

認知症は記憶障害のほか、見当識障害などを伴い、生活に支障が出る状態を示すことである。認知機能の評価にはミニメンタルステート検査やADAS-cogなどを用いる。治療においては認知症疾患治療ガイドラインにおける診断のアルゴリズムが参考になる。最新の有病率調査で、認知症患者は現在約300万人を超えて存在すると推測され、そのうちアルツハイマー型認知症は50~60%を占めるといわれている。そのほか、血管性認知症(15%)、レビー小体型認知症(10%)、前頭側頭型認知症(5%)などがある。

認知症疾患治療ガイドラインによれば、アルツハイマー型認知症に対して、承認されている4剤のエビデンスレベルはAである。すなわち中核症状の治療薬としては、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬としてドネペジル(アリセプト®など)、ガランタミン(レミニール®)、リバスチグミン(イクセロン®・リバスタッチ®)があり、これらの薬剤は少量から開始し、副作用の発現を抑え、認知症の進行を遅延させる効果が示されている。主な副作用を表1に示した。ドネペジルの適応は軽度、中等度、高度であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度、中等度である。ドネペジルは早期治療により効果が高く、よい環境やよいケアとの協働が重要である。

1. ドネペジル(アリセプト®など)の副作用
ドネペジル(アリセプト®など)の主な副作用は消化器症状である。特に初期や増量時には悪

□ えんどう ひでとし(国立長寿医療研究センター内科総合診療部長)

表1 アルツハイマー型認知症治療薬でよくみられる副作用

頻度	NMDA 受容体阻害薬		アセチルコリンエステラーゼ阻害薬	
	メマンチン	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン (貼付剤)
>10%	—	下痢, 頭痛, 嘔気	嘔気, 嘔吐	—
1~10%	便秘, めまい, 頭痛, 血圧上昇, 傾眠	腹部障害, 事故, 攻撃 的行動, 興奮, 食欲不 振, 感冒, めまい, 疲 労感, 幻覚, 不眠, 筋 痙攣, 痛み, 痒痒感, 発赤, 失神, 尿失禁, 嘔吐	腹痛, 食欲不振, 無 力, 混乱, うつ(ごく 稀に自殺企図), 下痢, めまい, 消化不良, 転 倒, 疲労感, 発熱, 頭 痛, 血圧上昇, 外傷, 不眠, 倦怠感, 鼻炎, 傾眠, 失神, 振戦, 尿 路感染症, 体重減少	食欲不振, 不安, 腹 痛, 局所症状 [皮膚 炎, 紅斑, 刺激, 浮腫, 痒痒], 無力, 疲労感, 発熱, 体重減少, 発 赤, 嘔気, 嘔吐, 下痢, 消化不良, うつ, せん 妄, 頭痛, 失神, 尿路 感染症

Jones RW : Int J Geriatr Psychiatry 2010 ; 24 : 547-553 より改変引用。

心, 食欲低下, 体重減少などがみられる。また中長期的には易怒性などもみられる。稀ではあるが, 心電図異常や気管支喘息への影響にも注意する。副作用が出たときには早めに中止するか減量し, 他剤への変更も検討する。

2. ガランタミン(レミニール®)の副作用について

ガランタミンの有効性は高いことが知られているが, 主な副作用はやはり消化器症状である。なかでも嘔気, 嘔吐は頻度がほかの副作用に比べ高い。その際は中止し, 他剤への変更を検討する。

3. リバスチグミン(イクセロン®, リバスタッチパッチ®)の副作用について

主な副作用は消化器症状のほか, 接触性皮膚炎である。これを軽減するためには, ヒルドイド軟膏などの保湿剤を使用すると副作用は軽減することができる。

4. メマンチンの副作用について

メマンチン(メマリー®)は, 興奮性アミノ酸神経受容体の1つであるNMDA受容体に対して選択的な親和性により非競合的拮抗作用を示す中枢神経用剤である。さらに神経細胞の保護作用も認められている。メマンチンはほかの薬

剤と併用されることもあり, 中等度・重度のアルツハイマー型認知症に適応がある。これらの薬剤は開始時期が早いほど治療効果が高く, 認知症の進行を遅延させることが可能とされている。メマンチンの副作用はめまい, 便秘のほか, 傾眠である。日中の眠気が出る場合には10mgに減量するか, 投与時間を朝から夕に変更することもよい方法である。

5. 非定型抗精神病薬の副作用について

BPSDの治療には, 非薬物療法(個別対応, 回想療法, 音楽療法など)が第一選択である。BPSDの薬物療法としては, 抗うつ薬, 抗不安薬, 睡眠導入薬, 抗精神病薬, そして漢方薬の抑肝散が用いられる。抗精神病薬ではチアプリド, リスペリドン, スルピリド, ケチアピンなどが用いられる。これら薬剤の副作用の早期発見のため, 患者や家族からの情報が重要となる。BPSDの悪化要因の約38%が薬剤性とのデータもある。抗精神病薬の副作用は傾眠, 過鎮静, 脱力, 転倒, 低血圧, 嚥下障害, 錐体外路障害などの他悪性症候群である。死亡率の上昇も指摘されており, 少量から投与することが重要である。また特にレビー小体病においては, こうした抗精神病薬の過剰反応が起きやすいことも知っておく必要がある。

具体的にはリスペリドンによる錐体外路系の

有害事象，オランザピンやクエチアピンなどによる体重増加，血糖上昇との関連が指摘されている。抗うつ薬では消化器症状として嘔気や軟便が指摘されている。オランザピン内服高齢者では死亡率が高まる傾向にあり，脳血管障害は5倍のリスクがみられたとの報告がある。

またベンゾジアゼピン系薬物である抗不安薬や睡眠導入薬では，転倒，誤嚥，嚥下障害，傾眠，呼吸抑制もみられることがある。

6. 抑肝散の副作用について

低カリウム血症のほか，下腿浮腫，偽性アル

ドステロン症，間質性肺炎も副作用として起こり得る。稀ではあるが，注意が必要である。

文 献

- 1) 日本神経学会編：認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版 2012，医学書院，東京，2012.
- 2) 認知症介護研究・研修東京センター編：認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方，認知症介護研究・研修東京センター，東京，2005.
- 3) 遠藤英俊ほか監修：認知症のスピリチュアルケア，新興医学出版，東京，2009.

(執筆者連絡先) 遠藤英俊 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 国立長寿医療研究センター内科総合診療部

特集

認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—

Topics

1. 被災と認知症

遠藤 英俊

KEY WORD

- 被災
- 認知症
- リロケーションダメージ
- 災害派遣介護チーム

SUMMARY

被災と認知症について、安否確認、避難対策、認知症への影響など、現地での視察と体験談を踏まえて総括する。すなわち高齢者では被災により生活環境の急激な変化を契機として、認知症の悪化がみられることがある。また、認知症の人が仮設住宅や避難先で受けるリロケーションダメージについても説明する。リスクを早期に発見し、その生活指導などへの注意点、なすべき対応について要点をまとめ、医療・介護現場の今後の指針づくりの参考になればと願う。

被災と高齢者(写真1)

高齢者にとり、被災は若年者以上に大きな影響を与える。そして被害は想像以上に大きなものとなる。リロケーションダメージもさることながら、避難所生活そのものも大きな負担である。なじみの環境は破壊され、戻れない被災者も多い。

地震直後のライフラインの確保、震災直後の救命の医療も重要であることはいうまでもない。しかしながら病院そのものが被害にあり、医療の継続が困難であった地域もある。医師も看護師も被災者であり、患者のために戦った勇士である。震災直後の避難とライフラインと交通の確保が最大の課題である。医療面においては建物の下敷きになるほか、溺死や火災のリスクもある。生活面では寒さや食料の補給の重要なポイントである。また震災後の廃用症候群やエコノミー症候群や、被災後のうつや閉じこもりも大きな問題である。またニュースを通じた被災の悲劇も、認知症高齢者にも大きな動揺を与え、BPSDの増悪を来す場合がある。



写真1

一方で、助け合いの中でたくましく生きる高齢者もみられた。食事の準備やお互いを支え合い、たくましい生き方をされた高齢者が存在した。これまでの経験や知識、先祖からの言い伝えが大いに役立った場合もある。その結果、震災に準備した施設と準備しなかった施設とでは大きな差が出た。ある施設では入所者が80%以上も亡くなり、職員の死者は1名であった(写真1)。一概に比較はできないが、ほかの施設で

園えんどう ひでとし(国立長寿医療研究センター内科総合診療部長)

は死者が0という施設も存在する。その違いはどこにあったのか、要は日ごろからの訓練や震災に対する意識の差である。避難訓練、震災対応はすべての施設での対応が必須である。このことがわれわれに大きな教訓を残している。また、意外に施設入所者はなじみの職員がいることで安定はしていた。問題はデイサービスやショートステイ利用者である。

今後の震災対応

予測できない震災にどう対応するかが課題である。普段から震災を想定して訓練を行うことはいうまでもないが、日本老年医学会の1つの取り組みとして高齢者震災カルテを作成し、配布していることが対策として挙げられる。通常の事態であれば、お薬手帳を有効活用することが大切である。その後、医療と介護の連携を目的にITの活用も必要であろう。必要な情報やカルテを二重保存することも必要である。

今後の教訓として、すべての介護・医療施設は予想される様々な被災状況に対して、マニュアルを作成し訓練をしておくことである。最近被災した現地の介護施設や全国介護老人保健施設を中心に災害派遣介護チーム(DCAT)を構築し、被災時に全国規模で介護職や看護師による介護支援チームを派遣する体制の構築を始めている。災害派遣介護チーム(DCAT: Disaster Care Assistance Team)の組織化とは、自助、互助、共助、公助の4本の柱を中心に、国・都道府県・全国事業者団体・ケア事業所単位で、社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、看護師などからなる緊急災害派遣介護チームを編成し、それらを重層的に組み合わせて、被災地へ36時間内(DMATは48時間内)に対応できる体制を整備するものである。DCATの4本の柱とは、具体的に、①「自助」…自分の身は自分たちで守るため、施設・事業所単位で職員自らが登録して緊急介護を意識して行動するチーム、②「互助」…地元をよく知る自主防災組織と協力して、避難所や在宅の高齢者を助け合うチーム、③「共助」…全国組織などの県内外のネッ

トワークと連携した広域チーム、④「公助」…国などの行政の救助として、災害対策基本法に位置づけられた緊急派遣介護チーム、のことである。これらが重層的に組織化することで、外部支援によるケア施設・事業所が補強されるだけでなく、被災地のケア専門職が自分たちの地域や避難所へ出向くことが可能になると思われる。まず、財政を確保するために、災害対策基本法の防災計画に位置づけられること、また徹底した登録派遣職員に対する研修、そして地元の自主防災組織との協力が重要であると考えられる。特に、DCATに求められることは、介護全般のスペシャリストとしての任務に加え、サバイバル手法、アクシデントマネジメント(極限の判断)、コミュニケーション力、人間性を高める学びなど、ゼネラリストとしての幅広い研修を重ねることが最も重要である。

さらに地域密着型ケアホーム「平」が避難所として約90名を受け入れたことから、緊急時の備蓄庫を作る計画があり、こうした取り組みが全国に広がることを期待する。

避難生活を強いられている高齢者には新たな苦難が待ち受けている。コミュニティの崩壊や引きこもりになる生活が待ち受けており、認知症の人にとって、普通の高齢者にも大きな負担となつてのしかかっている。すなわち環境の変化によるリロケーションダメージである。震災から1年半がたち、ADLの低下や認知機能の低下を来す高齢者が増加してきている。被災するまでは習慣となつていた畑仕事や家事などの役割をなくし、自宅に引きこもることで、人間関係の喪失など社会との断絶が問題となつている。このようなコミュニケーションの不足があいまつて、認知症のリスクを高めている。

高齢者には、長年の経験とこれまでの知恵があり、被災してもたくましく乗り切れることが多いのも事実であるが、一方で、体力、経済力の弱さから、被災によるダメージを大きく受けやすいのも事実である。身体的な機能が低くなつているため、生活環境変化の影響を受けやすい。また、加齢に伴う脳の変化により、うつ状態になったり、認知症を発症したりもしやすい。

さらに運動不足から、老年症候群や廃用症候群という心身の機能低下を起こすこともある。

うつ状態であっても、高齢者の場合、あまり抑うつ気分は強くなく、身体症状、無気力、意欲低下が目立つことが多い。うつ状態に伴い記憶力や思考力が低下し、一見すると認知症のようにみえる“仮性認知症”という状態になることもある。孤独感を和らげるように、昔の楽しかった話をしたり、軽い散歩に誘ったりすることなどが役立つかもしれない。適切な治療により改善する場合もある。また、非難所に入ったり、仮設住宅に入居したりするなど、急激な生活環境の変化があると、突然、幻覚や妄想が出現することがある。これはせん妄状態になっているためであり、このような興奮している人には、声のトーンを落としてゆっくりと話しかけ、今いる場所が安全であること、家族、知人が側にいることを伝えると落ち着いてくる。

避難所生活でのストレスは、認知症の方の症状を悪化させたり、認知症とまではいえないレベルだった人でも、認知症を発症するきっかけになったりすることもある。震災では街の景色も一変してしまっており、避難所も元の自宅から遠く離れた場所になっていることも多く、混乱しやすい。仮設住宅への入居も同様である。今いる場所、日時、この後の予定などを伝えるようにし、必要なことがあれば記録するように

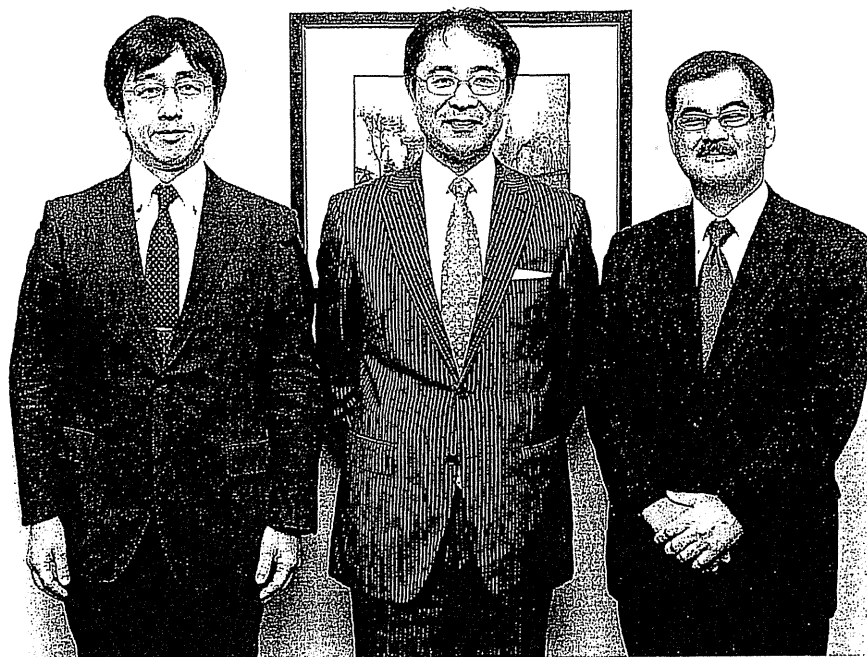
する。避難所の中では、人の出入りの少ないなるべく静かな場所を選ぶ方がよい。散歩に一緒に出るなど、身体を動かす機会をなるべく多く作ることも効果的である。落ち着きがないとき、徘徊するときは、無理に止めずに、話をしながら少し一緒に歩いて元の場所に誘導する。家を探そうとして避難所に戻れなくなる可能性もある。万一、迷い出て戻れなくなってしまった場合に備えて、名前、避難所名、そのほかの連絡先の書かれたものを身につけておいてもらうとよい。また、睡眠リズムが崩れて昼夜逆転していることもあるため、注意する。

被災と認知症の終末期医療

被災時においては認知症の終末期の対応は十分ではない場合も多い。孤立死になるリスクもあり、安否確認や身元確認ができない場合もある。しかし、目の前の高齢者をどう支援するかは重要な課題である。家族、医療スタッフ、介護スタッフが連携して、看取りができるような体制をつくる。医師が不足したため十分な対応ができない地域も存在した。また一方、可能な限りサロンをつくり、サロン活動を通じて見守りの機会を増やす試みが仮設でも行われている。脱水なり肺炎なり心不全を来す場合が多いが、可能な限りの医療やケアをするように配慮する。

(執筆者連絡先) 遠藤英俊 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 国立長寿医療研究センター内科総合診療部

鼎談



認知症診療における地域連携と 早期診断・早期対応に向けて —リバスチグミンの有効性と期待を含めて—

出席者 (敬称略, 発言順)

武地 一

京都大学医学部附属病院老年内科診療科長

藤井 昌彦

医療法人東北医療福祉会山形厚生病院理事長

遠藤 英俊(司会)

国立長寿医療研究センター内科総合診療部長

総括 (敬称略)

鳥羽 研二

国立長寿医療研究センター病院長

2012年10月24日 ANA クラウンプラザホテルグランコート名古屋にて収録

はじめに

遠藤 本日は「認知症診療における地域連携と早期診断・早期対応に向けてーリバスチグミンの有効性と期待を含めてー」と題し、座談会を開催します。

2012年、厚生労働省は、認知症患者が305万人(推定)いると発表しました。これまでの発表に比べ75万人も多く、様々な点で見直しが迫られています。

また「今後の認知症施策の方向性」(表1)も発表しました。この報告によると、認知症では、医療とケア、地域における影響が大きいとされる反面、それに至る過程が不十分だともいわれています。

早期診断・早期対応の重要性

遠藤 認知症に対する早期診断・早期対応の重要性について伺います。

家族や患者本人がいかに早く気づくかということですが、京都ではネットワークで診療につ

なげる取り組みが行われていますよね。

武地 2012年2月に「京都式認知症ケアを考えるつどい」という会を開催し、そのときに問題になったのが、入り口問題、要するに認知症の医療やケアにたどり着かない方が多く、ずっと放置され、BPSDが増悪してから、精神科の病院に入院させてほしいなど、認知症医療ケアの介入を求める方が多い点です。家族が十分に認識していない、地域から孤立している、虚弱な老老世帯や高齢者独居世帯の増加などが原因として考えられます。また、かかりつけ医や専門医療機関による適切な診断ができていないという問題もあります。

都市部で問題になっていることは、認知症は誰かが診てくれるだろう、専門の医療機関に行くだろう、という医師が多いことです。

遠藤 ただ、最近では、かかりつけ医に診断後の投薬は任せるということも増えてきているようですね。

武地 処方して下さる先生は増えてきていますが、治療方針を考えたり、介護サービスの利用について家族に助言して下さる先生がまだまだ少ないですね。

表1 今後の認知症施策の方向性について

今後の認知症施策の方向性について
厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(2012年6月)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
 - ①かかりつけ医の認知症対応力の向上
 - ②「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ③アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
 - ④早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
 - ⑤認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
 - ①「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ②一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
 - ③一般病院での認知症対応力の向上
 - ④精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ⑤精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

遠藤 藤井先生は、この早期診断・早期対応の問題についてどのようにお考えですか。

藤井 われわれの病院は、医療保険対応の認知症治療病棟と介護保険対応の認知症療養病棟があります。地域の医療機関や施設から患者さんが紹介されてきますが、多くの場合、BPSDが増悪した状態で送られてきます。比較的保たれている情動により刺激を加えることによってBPSDを悪化させずに済むという症例も多く見受けられます。早期から家族の対応が大切であるという啓蒙を行うことによって、BPSDを示す症例は少なくできると考えています。

遠藤 先ほど、かかりつけ医があまり認知症患者を診ないというお話がありましたが、一方で、認知症専門医の数が少なく、なかなか増えないという問題があります。われわれ国立長寿医療研究センターでは、サポート医の研修を行っていて、これまでに約2,500名が終了していて、その一部の先生方が大活躍されていると理解しています。かかりつけ医研修としてサポート医が講師役となり35,000名に講習を行いました。最近ではあまり増えていないのが現状です。国から発表されたオレンジプランでは、2017年度末までにサポート医を4,000名、かかりつけ医を50,000名にするという計画ですが、病院や診療側などの受け手側がまだ十分に整備されていないという気がするのですが、いかがですか。

武地 現在、京都では28名のサポート医がいます。サポート医を養成するだけでは問題は解決しないので、京都では「サポート医連絡会」を立ち上げ、京都府下全体のサポート医が年に2回集まっています。その中で、サポート医を2~3年ごとに評価することを義務付けています。サポート医同士のレベルアップとお互いの取組んでいる内容の理解を目的とし、京都府内では、サポート医といえは一定の基準を満たしているといえる仕組みになっています。

遠藤 こういった内容に対して、京都府も協力しているのですか。

武地 サポート医のフォローアップを兼ね、京都府医師会とタイアップしています。「サポート医連絡会」は、28名のサポート医と京都府内

たけち
武地
はじめ
先生



PROFILE

昭和61年京都大学医学部医学科卒業。同年京都大学医学部附属病院内科研修医、同62年福井赤十字病院内科医員、平成元年京都大学大学院医学研究科博士課程入学、同5年同課程卒業(医学博士)。同年新技術事業団研究員(大阪バイオサイエンス研究所神経科学部門)、同8年ドイツ・ザール大学生理学研究所博士研究員、同11年京都大学医学部附属病院老年科助手(助教)、同22年京都大学医学部附属病院老年内科講師・診療科長、現在に至る。

【主な所属学会】

日本老年医学会(指導医、代議員)、日本内科学会(認定内科医、指導医)、日本老年精神医学会(専門医、指導医)、日本認知症学会(専門医、指導医)、日本認知症ケア学会、日本神経学会、日本神経科学学会、認知症サポート医

【研究分野・研究テーマ】

高齢者総合的機能評価、認知症の早期診断、地域連携、認知症ケア

の26地域の医師会の認知症あるいは介護担当理事による合同集会です。

遠藤 藤井先生の地域ではいかがですか。

藤井 在宅総合診療を行っている先生方に、認知症に対する理解を深めていただき、実際にグループホームや在宅診療に行った際、患者さんの家族やスタッフに対し接し方を教えてあげるというような、より精度のよいシステムにつなげていきたいと思っております。

遠藤 では、早期発見・早期治療のメリットはどういった点になりますか。

武地 認知症は患者本人と家族の間でいさかかが起こることが多くあるので、認知症を早くみつけることが大事になります。また、正常圧水頭症や甲状腺機能低下症などの治療可能な認知



藤井 昌彦 先生

PROFILE

昭和58年弘前大学医学部卒業。同62年弘前大学大学院医学研究科卒業(医学博士)。平成8年東北大学医学部大学院研究生(老年内科)。同11年医療法人東北医療福祉会山形厚生病院理事長。同19年東北大学医学部老年科臨床教授。現在に至る。

【主な所属学会】

日本老年医学会、日本認知症ケア学会、社団法人非薬物療法研究会会長

【研究分野・研究テーマ】

老年医療、認知症、廃用症候群、介護機器開発

を書くなどといったリハビリテーションも大事だと感じています。

武地 検査結果が正常範囲内の場合、1～2年後に再検診を必要とする方とそうでない方のように見分けるのですか。

遠藤 SPECTやMRIで海馬の萎縮や後部帯状回の血流低下などで見分けています。変性性疾患タイプでない方は来年いらっしゃいと伝え、変性性疾患が疑われる場合には治療を開始しています。

武地 MCIを過ぎ、認知症症状がみられた時期を早期とするのか、MCIの段階を早期とし治療を開始するのかという意見がありますが、厚生労働省のいう早期とはどちらを定義しているのですか。

遠藤 どのレベルの人に積極的に介入していくか否かは、今後の研究班の結果をみてからだと思います。

認知症の地域連携と現状の取組み

症が隠れている場合もあるので、認知症症状を疑ったら医療機関に早目に行くことが、その後のQOLを考える意味でもいいと思います。

遠藤 藤井先生はいかがですか。

藤井 先程申し上げたように認知機能が低下しても情動の部分が残っている方は、周りがきちんとした対応をすることで、症状が悪化しにくいこともあります。こういった場合では、啓蒙を含め早期介入することで、BPSDなく認知症の方が地域で暮らせることが可能なこともあります。

遠藤 われわれの病院では、遠方から来られる方も多いので、認知症の前段階である軽度認知症障害(MCI)で、MMSEが24～28点の方がもの忘れを心配して早期にいらっしゃることが多いのです。検査結果から認知症が疑わしい場合には、治療するか否かという課題もありますし、診断結果をどのように告知して、治療につなげるかという問題もあります。これまでの経験から、早期に投薬を開始すると、MMSEが低下しにくく、投薬だけではなく、ケアや運動や日記

遠藤 武地先生、京都における地域連携プロジェクトについて教えてください。

武地 1つは先程申し上げたサポート医レベルでの地域連携を行っています。もう1つは、画像であれば画像専門医療機関へ開業医の先生もオーダーすれば撮影可能ですが、認知機能検査をかりつけ医が行うことはなかなか難しいので、われわれのもの忘れ外来で認知機能検査だけを行って帰すという連携を行っています。MCIや早期診断になると認知機能検査で押さえるべきところがあります。プロジェクトとしての「地域連携の会」といって、投薬開始半年後、1年後のMMSEや認知機能に効果があるかということをデータで表したいと考えています。

遠藤 専門検査を大学病院などに依頼するということですね。受け手側の先生たちは何名ぐらいおられるのですか。

武地 まだ確定はしていませんが、候補者としては100名程度の先生がいらっしゃいます。基本的にかかりつけ医の先生にアルツハイマー型

認知症(AD)の疑いであるという診断をつけてもらいます。その後、BPSDなどの評価とともに簡単な家族指導を大学病院で行っています。

遠藤 それは先生も出席されるのですか。

武地 1時間ほどの臨床心理士のアセスメントの後、結果や治療について簡単に説明します。

遠藤 MRIは行うのですか。

武地 画像はかかりつけ医に撮ってきていただきます。

遠藤 藤井先生の病院では、こういった連携が行われていますか。

藤井 在宅総合診療をお願いした先生にも外来で一緒に診ていただく場面もありますし、老年科に特化した先生に外来を担当していただくこともあります。院内で患者さんのいろいろなディスカッションを行う場面もございます。

遠藤 その在宅総合診療を行っている先生は、基本的には開業している先生ですか。

藤井 はい。患者さんを紹介いただいたりしていますし、実際、患者さんを当院で診ている先生もいらっしゃいます。

「今後の認知症施策の方向性」について

遠藤 ここで話題を変更させていただきます。2012年6月18日厚生労働省から「今後の認知症施策の方向性(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>)」が発表されました。

認知症施策の方向性ということで、認知症ケアパスをつくるという話や、薬物療法ガイドライン、精神科病院の入院ガイドライン作成、などの話がありますが、この施策について、先生方の印象をお聞かせください。藤井先生、精神科病院に入院した方の50%を2カ月間で退院できるようにという目標について、いかがでしょうか。

藤井 実際、当院に来る患者さんは、いよいよという段階でいらっしゃるのです。2カ月という短期で元に戻すことは非常に難しいように感じます。抗精神病薬が多用された結果、入院する方が多くいるので、これらの薬物を調整するこ

えんどう ひでとし
遠藤 英俊 先生



PROFILE

昭和57年滋賀医科大学卒業。同62年名古屋大学医学部大学院修了。平成2年米国立老化研究所客員研究員、同5年国立療養所中部病院内科医長、同16年より国立長寿医療センター内科総合診療部長、現在に至る。

【主な所属学会】

日本内科学会(内科認定医)、日本老年医学会(評議員、老年病専門医)、日本ケアマネジメント学会(理事)、日本高齢者虐待防止学会(副理事長)、日本老年精神医学会(専門医)、日本認知症学会(理事)、日本認知症ケア学会(評議員)

【研究分野・研究テーマ】

老年医学、認知症、ケアマネジメント、回想法、DCM、高齢者虐待

とで、十分に社会的な生活ができる方が多いことも事実です。しかし実際には、そういった患者さんを短期間でクリアにすることは難しいようです。早期介入やサポート医の関わり方や、家族への教育などをサポート医も中心に行うことで、薬剤が適切に使われ、症状が軽減される方もあるのではないかと思います。

遠藤 認知症患者に対しても退院支援という理想を掲げて、地域へ戻そうという方向性が示されました。課題は、患者の受け手が地域に少ないということですか。

藤井 家族の方も長期にわたってBPSDの問題で悩まれているので、かなり改善していても、在宅には抵抗がある場合もあります。その場合、グループホームに入居していただき、養生している姿を家族にみてもらうことで、家族の方がまた自宅でみるということもあります。

遠藤 となると、2カ月間は、少し短いという

印象とご家族の受け取りがなかなか難しい印象がありますよね。

藤井 そうですね。ですから、BPSDが酷くなる前の段階できちんと対応しておくことが大事なのです。

武地 認知症の患者さんに対して、老年医学的にフォローしながら介護サービスを使用していれば、精神科に入院する方は少ないと思うので、認知症の方は精神科に入院するのがスタンダードではないということを全国で標準化していくことが大事ですね。

遠藤 われわれのもの忘れセンターでも病床が30床あり、年間400名の患者さんを診ていますが、当センターで重度のBPSDが原因で診られない患者さんが約20名(5%)いらっしゃいます。こういった場合は、精神科の専門病院にお願いしています。われわれ内科では限界があることも事実です。

やはり、適切な施設で診ていただきたい患者さんはおられると思います。その患者さんを簡単に2カ月で在宅に戻すということは慎重に考えた方がいいのではないのでしょうか。

2013年から一般病院の看護師向けに研修を行う予定です。専門的な対応などの資料を作成し、全国に提供すること考えています。オレンジプランに基づくと、この5年間で87,000名の教育を行うことになっています。

武地 それには診療報酬がつくのですか。

遠藤 診療報酬は難しいようなので、日本看護協会や日本病院協会などに協力いただいて、多くの病院に参加していただくと考えています。

武地 退院支援の際、診療報酬が100点つくということで全日本病院協会にお願いした日本老年医学会での研修は、病院協会も協力して多くの医師に参加いただきました。100点でも構わないので診療報酬がつくと普及しやすいですね。

認知症のケア

遠藤 これまで、連携や施策についてお話しいただきましたが、ここで認知症のケアについて

触れたいと思います。最近の認知症ケアについて気になる点や強調したいことはございますか。

武地 施設ケアのレベルは上がってきています。あとは在宅の方たちをどのようにケアするかということです。地域包括支援センターや初期集中支援チームを作って、地域で支えることが大事だと思います。また、一般市民が認知症に対する理解を深め、地域レベルでケアが行える仕組みづくりが今後、重要になります。

遠藤 国は2012年を「地域包括ケア元年」として、医療と介護を連携し、見守り、買い物、徘徊などのネットワーク化を意識しています。例えば富山県氷見市では、認知症の方が買い物や見守りで困ったという、社会福祉協議会が民生委員を呼んでサポートチームを作るのです。このチームによって、認知症の方が独居であっても何とかカバーできるのです。このような地域を作ることは大事だと思いますし、地域でいかに高齢者が安心して暮らせるかというサポートが大事だと思いますが、藤井先生、いかがですか。

藤井 ケアについていいますと、ケアをする人の態度が重要ではないでしょうか。われわれはBPSDに対応してBPSCという概念を提唱しています。BPSCとはBehavioral and Psychological of Symptoms of Caregiverのことで、介護者の態度が認知症患者さんに対し否定的であればあるほど、BPSDが強くと現れますし、介護者が受容的であれば、BPSDも軽くなるといった相互的な関係性があります。認知症患者さんでは「情」をつかさどる大脳辺縁系の機能は比較的保たれており、相手が自分のことを嫌っていると感じると、ますますそれに反応してBPSDが強くなるというのはよくある話です。ケアの本質は、情的な部分は認知症患者さんに残っているという前提に立ち、患者さんの情を尊重すること、尊厳を大切にすることを強く啓蒙していく必要があると感じております。

遠藤 以前からBPSCという介護者の関わり方が大事で、患者さんをマッサージしながらパッチ製剤を貼ると、より効果があるということを実践されていますが、リバスチグミンを貼る

ことと患者さんに触れることの関係性についてお話しください。

藤井 BPSDを減らすためには、お互いの大脳辺縁系による共鳴が重要です。実際にケアする人が患者さんから「どうもありがとう」とか感謝の態度や言葉があると、また患者さんのために一生懸命やってあげようという気になります。よい共鳴を来すためには、大脳辺縁系により刺激を加えることが重要で、そのためには触れるという体性感覚が重要なのです。

2011年7月にリバスチグミンの経皮吸収型製剤が日本でも発売になりました。この薬剤は貼付剤のため、患者さんに触れる機会が多くなります。この触れる機会を有効活用しています。触れる箇所は身柱といわれ、小児の夜泣きや疳の虫にもいいとされています。単純に貼付した群と、身柱を1～2分マッサージした後に貼付した群に分け、各10例ずつ4週間にわたって効果をみたところ、後者の群でNPI(BPSDの評価尺度)値が有意に軽減していました(図1)。実際にケアに携わっているスタッフに話を聞くと、以前は全く反応示さなかった患者さんでも、言葉を発することがありスタッフも喜んでます。スタッフが喜ぶことでBPSDと感ずる閾値も変化し、BPSDの軽減を感じることがあるのです。

遠藤 触れることと薬剤を投与することで患者さんから感謝されるような言葉が出てきたということですが、薬の効果、触れる効果、それとも両方の効果なのですか。

藤井 薬があることが触れるきっかけになっていると思います。身柱マッサージだけをお願いしても行わないスタッフはいるかもしれませんが、薬があると投薬行為を介して導入しやすいことはあります。もちろん薬効があり、身柱マッサージを加えることをスタッフが自然に行うことができたことによっていい結果が引き出せたと思います。非薬物的なケアの提供には、動機づけが必要であるといえます。

遠藤 貼付剤の特徴が出ていますね。

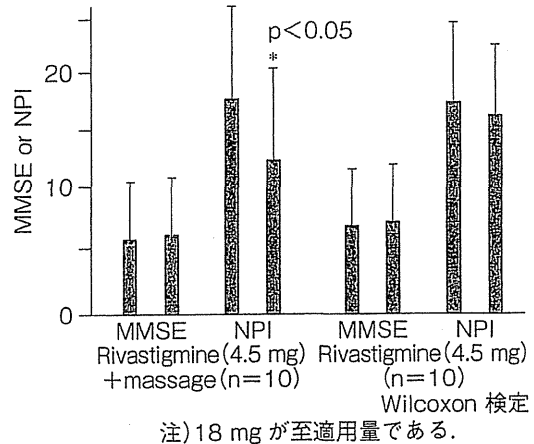


図1 リバスチグミンと身柱マッサージ(文献1より引用)

介護者アンケート

遠藤 ここで私から、2012年3～6月に全国で約11,000名の介護者を対象に行われた認知症の治療薬服用状況に関するアンケートの結果について紹介します。

「服薬に関して苦労することがありますか」という質問に対して、48%が患者さんへの服薬に苦労しているという結果が得られました。さらに、「服薬の際、具体的に苦労する点」を伺うと、薬を飲みたがらない、という答えが最も多く、飲み忘れや服薬の確認の難しさ、服薬数が多く、管理が大変など様々な点で苦労しているということがわかりました。また、認知症治療薬の使用を中止した方たちに中止した理由を伺うと、副作用の出現、薬効が感じられない、薬を飲み込みにくくなったから、などが多くを占め、内服の困難さが浮き彫りになりました(図2)。

これらの結果から、内服薬を貼付剤に変更することでメリットがある方も多く存在すると考えられます。そこで貼付剤の剤形面のメリットや実際の効果について、使用経験も含めて何か教えていただけないでしょうか。

武地 認知症患者さんの場合、服用しているのかいないのかがわからないこともあります。貼付剤であれば、患者さん自身も介護者もお互