

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査
入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研究」

（総合）分担研究報告書[研究期間：平成26年～27年度]

B P S D（認知症の行動・心理症状）に対する向精神薬使用ガイドラインの有用性
研究分担者：本間 昭（お多福もの忘れクリニック・院長）

【研究要旨】

BPSD（認知症の行動・心理症状）に対する向精神薬使用ガイドラインの有用性を検討した。認知症関連学会が認定した専門医計 1,539 人および 1,804 人のかかりつけ医を対象に郵送法でアンケート調査を行った。回収率はそれぞれ 54.0%と 27.8%であった。専門医では、50代が最も多く 36.7%を、かかりつけ医でも 50代が最も多く 39.1%を占めた。専門医の診療科では精神科が 56.3%、次いで神経内科が 32.7%であった。かかりつけ医では神経内科以外の内科が最も多かった。専門医の 95.7%が外来診療で BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答したが、かかりつけ医では 47.4%であった。さらに、専門医では向精神薬の使用に関して、常に同意を得るが 60.9%、場合によっては同意を得るが 33.8%、同意は得ないが 4.8%であった。かかりつけ医では常に同意を得るが 49.4%、場合によっては同意を得るが 38.9%、同意は得ないが 9.6%であった。向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項として 4 項目、確認事項として 6 項目、開始後の確認事項として 9 項目を質問した。結果では一部の項目を除きほぼガイドラインの趣旨に沿った回答であった。今回の結果から本ガイドラインに関して専門医による有用性が確認できた。

A．研究目的

研究分担者らは平成 24 年度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を実施し、かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドラインを作成した。本研究では上記のガイドラインの有用性について検討を行った。

B．研究方法

日本認知症学会および日本老年精神医学会認定専門医（以下専門医）の合計 1,539 人（平成 23 年度現在、重複を除く）および 1,804 人のかかりつけ医を対象に郵送法でアンケート調査を行った。内容は個別の薬剤についての用法・用量等を含む使用方法についてではなく、薬物療法を開始する前の検討事項、確認事項および開始後の確認事項および同意取得の有無についてそれぞれの有用性を尋ねた。

（倫理面への配慮）

認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会では審査非該当となった。

C．研究結果

専門医では 17 票が配達不能等で戻り、822 票が回収された。従って回収率は 54.0%であった。回答者の年代では 50代が最も多く 36.7%を占めた。診療科では精神科が 56.3%、次いで神経内科が 32.7%であった。787 人（95.7%）が外来診療で BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答した。診療科による違いはなかった。この中で向精神薬の使用に関して、常に同意を得るという回答は 60.9%、場合によっては同意を得るが 33.8%、同意は得ないが 4.8%であった。

かかりつけ医を対象とした調査では、診療所・クリニックの抽出にあたり、都道府県医師会管内の郡市区町村医師会のうちホームページ(HP)で医療機関リストが検索できる医師会は全国で 680 あった。医師会ごとに、内科を標榜する診療所・クリニック(病院を除く)数を検索して集計した。診療所・クリ

ニック数は 19,913 件であった。標本数を 1,800 とし、都道府県別の診療所・クリニック数の構成比に沿って 1,800 の標本を割り付けて、都道府県ごとの抽出数を設定した。診療科は、内科であり、精神科、心療内科、神経内科を含み、診療科目が 4 科以上の診療所・クリニックは除いた。また、内科が含まれていても、外科や産婦人科、小児科が筆頭である場合、介護施設（老人保健施設等）の併設診療所・クリニックは除いた。抽出は等間隔で行い 10 件に 1 件を抽出した。1,804 件が抽出された。これらの診療所/クリニックに調査票を郵送し回答を求めた。501 票が回収された。従って回収率は 27.8%であった。50 代が最も多く 39.1%を占めた。診療科では神経内科以外の内科が最も多く 66.3%、神経内科は 2.8%、精神科は 3.4%であった。239 人(47.7%)が外来診療で BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答した。診療科による違いでは、神経内科以外の内科が最も多く 64.9%、次いでその他の 27.7%であった。この中で向精神薬の使用に関して、常に同意を得るという回答は 48.5%、同意は得ないが 9.6%であった。診療科による違いでは神経内科以外の内科が最も多く 61.9%、次いでその他の 26.3%であった(表 1)。

専門医を対象とした調査では、向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項として 4 項目を質問した。身体的な原因は、向精神薬を使用すると回答した中では 99.4%が確認していた。他の薬物との関連の有無は、98.7%が、環境要因との関連の有無は、97.3%が、非薬物的介入による効果が期待できないか、もしくは非薬物的介入が適切ではないかに関しては、96.8%が確認していた。診療科による大きな違いはなかった(表 2)。

薬物療法開始前の確認事項として 6 項目を質問した。標的とした BPSD に対する薬物療法が妥当であるかは、向精神薬を使用すると回答した中(N=787)の 97.8%が確認していた。効果が期待できるかどうかについては 98.5%が、使用薬物の種類に関しては、97.1%が、予測される副作用については、99.5%が、治療期間については、70.9%にと

どまった。服薬確認を誰が行うかについては、96.7%が確認していた。診療科による大きな違いはなかったが、治療期間を予め設定すると回答した割合は他の設問と比べると低かった(表 3)。

治療開始後の確認事項として 9 項目を質問した。以下は BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答したのものの中での割合である。日中の過ごし方の変化の確認が有用であるとした回答は 95.2%、日中の覚醒状態と眠気は 98.2%、夜間の睡眠状態は 97.8%、服薬状況の確認は 97.0%、水分の摂取状況は 68.9%、食事の摂取状況は 89.5%、パーキンソン症状の有無は 97.8%、転倒しやすくなったかは 98.5%、減量・中止できないかの検討は 97.1%であった(表 4)。

かかりつけ医を対象とした調査では、専門医を対象とした調査と同様に、向精神薬を用いた薬物療法開始前の検討事項として 4 項目を質問した。身体的な原因は、向精神薬を使用すると回答した中では 96.2%が確認していた。他の薬物との関連の有無は、95.8%が、環境要因との関連の有無は、84.1%が、非薬物的介入による効果が期待できないか、もしくは非薬物的介入が適切ではないかに関しては、86.2%が確認していた(表 2)。

薬物療法開始前の確認事項として 6 項目を質問した。標的とした BPSD に対する薬物療法が妥当であるかは、向精神薬を使用すると回答した中の 94.6%が確認していた。効果が期待できるかどうかについては 94.1%が、使用薬物の種類に関しては、84.9%が、予測される副作用については、94.1%が、治療期間については、56.5%にとどまった。服薬確認を誰が行うかについては、85.8%が確認していた(表 3)。

治療開始後の確認事項として 9 項目を質問した。以下は BPSD に対して向精神薬を用いることがあると回答したのものの中での割合である。日中の過ごし方の変化の確認が有用であるとした回答は 92.9%、日中の覚醒状態と眠気は 95.0%、夜間の睡眠状態は 95.8%、服薬状況の確認は 94.6%、水分の摂取状況は 64.9%、食事の摂取状況は

80.8%、パーキンソン症状の有無は90.4%、転倒しやすくなったかは94.1%、減量・中止できないかの検討は93.3%であった(表4)。

D . 考察

専門医を対象とした今回の調査では回収率が54%と高く、おおむね実態を反映していると考えられたが、かかりつけ医対象の調査における回収率は27.8%であり必ずしもかかりつけ医の実態を反映していない可能性がある点には留意が必要であろう。主に神経内科以外の内科を標榜するかかりつけ医を対象とした調査では回収率は27.8%にとどまり、今回の回答者は平素より向精神薬を使い慣れているかかりつけ医と考えることができるかもしれない。

専門医調査でBPSDに対して向精神薬を使うことがあると回答した中では、常に同意を得る/場合によって同意を得ると回答した割合は94.4%であり妥当な結果と考えられる。診療科による大きな違いはない。BPSDに対して向精神薬を使うことがあると回答したかかりつけ医(N=239)では、常に同意を得る/場合によって同意を得ると回答した割合は88.3%(211/239)であり、若干低い割合であるが、ほぼ同様であったことから平素より向精神薬の使用になれていると言えるかもしれない。

向精神薬を用いた薬物療法開始前の4つの検討事項では、治療期間について専門医は70.9%が検討すると回答していたが、かかりつけ医調査では56.5%に留まり、両群ともに満足できる結果とは言い難いが、この点を除けばほぼガイドラインの趣旨に沿った回答であった。特に予測される副作用については両群の高い割合の回答者が確認していた。

治療開始後の9つの確認事項では両群ともに水分と食事の摂取状況では他の項目に比して若干低い割合が示されたが、それら以外では90%以上の回答者が有用と回答していた。水分と食事の摂取状況が比較的低い割合にとどまっていた理由は外来診療では両者の確認が必ずしも容易ではない状況による影響も考えられる。今回の結果より、本ガ

イドラインの有用性が専門医においてかかりつけ医においても確認できた。

E . 結論

今回の調査結果を一般に敷衍することはできないが、おおむね研究目的を達成することができた。検本ガイドラインは、かかりつけ医を対象に作成されたものであり、専門医によって有用性が確認された。また、向精神薬の使用になれたかかりつけ医の回答であった可能性もあるが、専門医と同様の結果が得られた。このことは地域の医師会等の研修会等で活用できる根拠が示されたということができよう。

G . 研究発表

1 . 論文発表

1) 本間昭, 進藤由美: 認知症の実態と地域連携システム. 調剤と情報, 21(11), 16-19, 2015,

2) 本間昭: わが国の認知症施策の未来 わが国の認知症施策の歴史を振り返る. 老年精神医学雑誌, 27(3), 333-337, 2016,

H . 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1 . 特許取得

なし

2 . 実用新案登録

なし

3 . その他

なし

表1. 専門医とかかりつけ医の向精神薬使用と同意の取得の有無

	専門医(N=822)	かかりつけ医(N=501)
向精神薬を使用することがあると回答した人数	787	239
向精神薬の使用に際して本人およびあるいは家族から同意を常に得ると回答した人数	479	118
向精神薬の使用に際して本人およびあるいは家族から同意を場合によって得ると回答した人数	266	93
向精神薬の使用に際して本人およびあるいは家族から同意を得ないと回答した人数	38	23

表2. 向精神薬による薬物療法を検討前に確認すると回答した割合(%)

	専門医(N=822)	かかりつけ医(N=501)
身体的要因	95.4	96.2
薬物との関連	94.8	95.8
環境要因との関連	93.4	84.1
非薬物的介入の効果が期待できない	92.9	86.2

表3. 薬物療法開始前に以下の項目について確認すると回答した割合(%)

	専門医(N=822)	かかりつけ医(N=501)
妥当か、その理由は	93.9	94.6
効果は期待できるか	94.5	94.1
最も適している薬剤は	93.1	84.9
予測される副作用は	95.5	94.1
治療期間は	68	56.5
服薬管理は誰がするのか	92.8	85.8

表4. 薬物療法開始後の確認事項として有用と回答した割合(%)

	専門医(N=822)	かかりつけ医(N=501)
日中の過ごし方	91.4	92.9
日中の覚醒状態と眠気	94.3	95
夜間の睡眠状態	93.9	95.8
服薬状況	93.1	94.6
水分摂取	66.1	64.9
食事摂取	85.9	80.8
パーキンソン症状	93.9	90.4
転倒しやすいか	94.5	94.1
減量/中止の検討	93.2	93.3