

# 安心と希望の介護ビジョン第3回

こだまクリニック 品川区

木之下徹

# こだまクリニック

2002年3月に品川区荏原に開院し、訪問診療を主に行う

主な対象患者は**BPSD**を有する認知症高齢者

---

主症状	すぐ怒る	妄想がひどい
	暴言を吐く	徘徊をする
	暴力をふるう	落ち込む
	不穏で落ち着きがない	幻覚におびえる
	精神科受診を拒む	・・・など

# “BPSD” という言葉

- いままで、たとえば「問題行動」とよんでいたもの

- 世界ではBPSDと統一的呼称に

(Behavioral and psychological symptoms of dementia : 認知症の行動と心理症状)  
1996, 1999年のLandsdowneでの国際老年精神医学会にて、

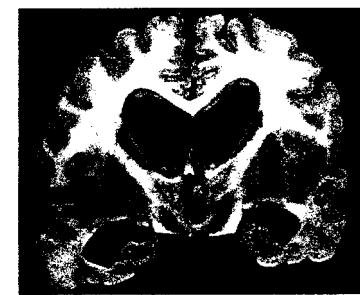
# しばしば正しく理解されていない認知症

## <中核症状とBPSD>

せん妄やBPSDは中核症状を悪く見せる

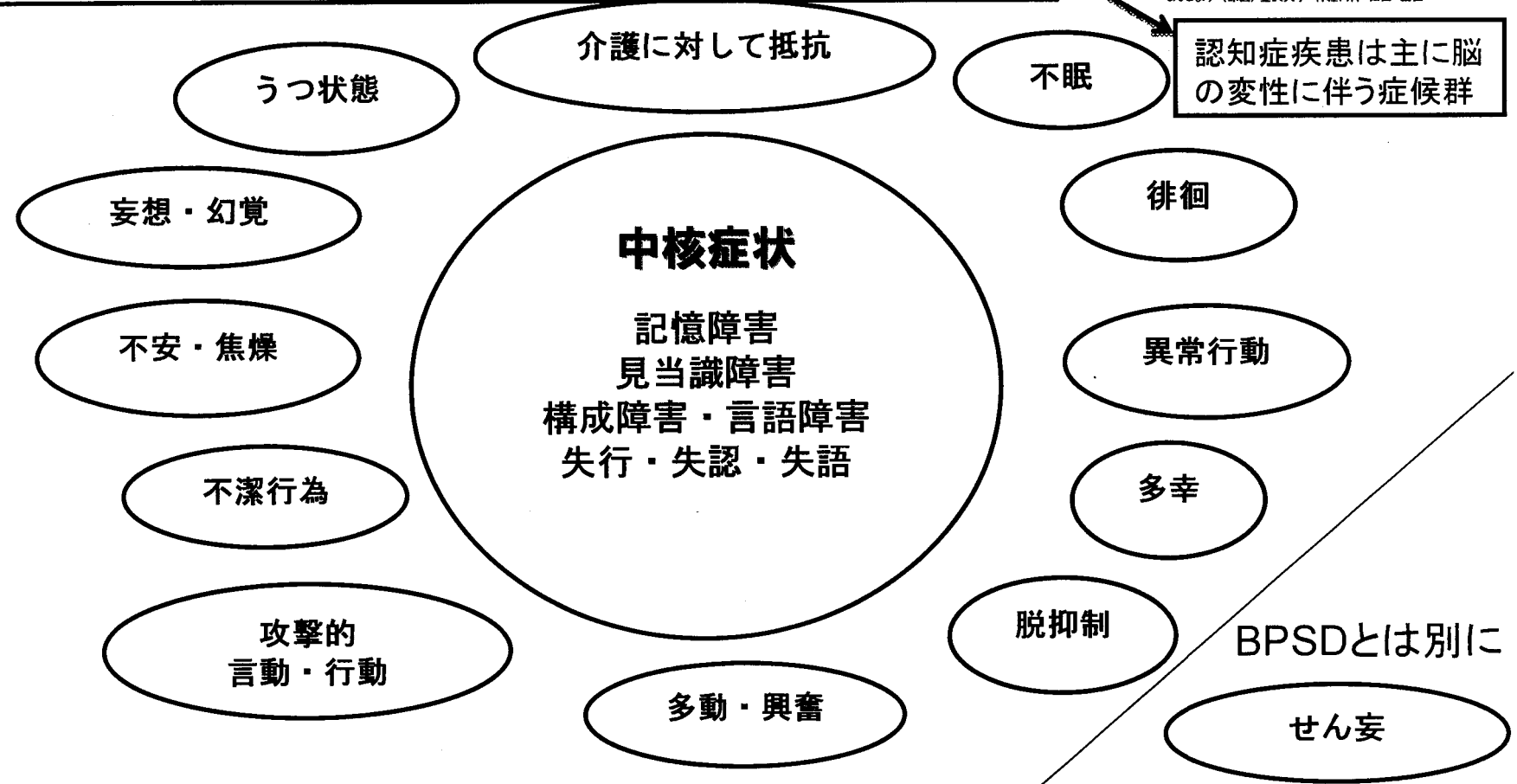
よくある誤解

- ×脱水が良くなると認知症が治る→せん妄が改善(当然そうすべき)
- ×薬をきると認知症が治る→せん妄が改善(介護と医療が注意深く連携を)



JAADより(原図)金沢大学 神経内科 山田 正仁

認知症疾患は主に脳の変性に伴う症候群



# 地域のBPSD 疫学

認知症のうちBPSDが出現する頻度は7~9割

Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP et al.

Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH et al.

老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024. 本間昭 et al.

認知症の有病率

65歳以上6~10%を勘案すると

もしかして、地域ではありふれた病態

ちなみに認知症でBPSDがあるとかかるコストはBPSDのない認知症の3割増

Int J Geriatr Psychiatry. 2002 May;17(5):403-8. Beerl MS, et al.

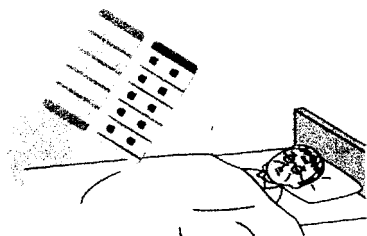
# 介護・医療から見たBPSDの現状

そもそも医療を受けられない



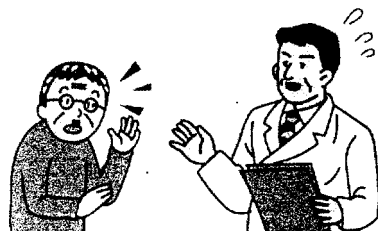
外来に連れて行けないほど**BPSD**が強い  
医療不信

どの診療科を受診すればいいのかわからない  
**BPSD**が認知症によるものだとわからない



**BPSD**に対する不適切な介護や医療  
身体疾患に対する不適切な介護や医療

入所・入院時に不適切なケアを誘発する  
対応スタッフ間で意見がわかれる



診療・介護報酬上のインセンティブがない

**在宅ケアを継続できない**

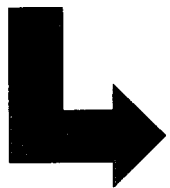
→施設入所の大きな要因

# ところで 「地域におけるBPSD」とは

[Modern] *Neglected Disease*(Symptom)か？

[現代の] 見捨てられた病気 (症状)

- ~~アフリカトリパノソーマ症、リーシュマニア、シャーガス病、他~~
- 治療薬を必要とする患者が多数存在する
- 研究がほとんど行われず、新薬が開発されない
- ~~患者の大多数は購買力が低く市場性に欠ける~~
- ~~戦略的見地(軍・安全保障)からの研究開発の対象とならない~~
- 患者の権利擁護を組織的に行うグループも存在しない



地域の**BPSD**は、  
見捨てられた症状 (ネグレクトッドシンptom)では

ネグレクトッドディーズについては、  
DNDi-Drugs for Neglected Diseases initiative  
Chris Bruenger「くすりギャップ」より

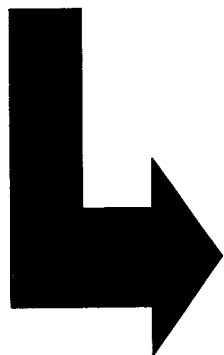
# WHOのエッセンシャルメディスン

## その集団の優先すべきヘルスケアのニーズに合致したもの

近年、プライオリティ(優先すべき)ヘルスケアニーズはDALYs (disability adjusted life years)によって測られる。(健康投資への資源配分のための指標)

DALYs: 本来生きるはずの年数より「早死に」したことによって  
失われた年数と、あるレベルの障害をある期間持つことによって  
失われた年数の合計

地域のBPSDにおけるDALYsの国家的総和を考えると、ヘルスケアニーズの優先度は相当高いはず。



すなわち、  
**BPSD医療は優先されるべき医療(プライオリティメディスン)?**



# しばしば遭遇する多剤使用による在宅BPSD例

糖尿病薬、胆石症治療薬、胃薬、パーキンソン病薬、気管支拡張薬、高中性脂肪血症治療薬、頭痛薬、甲状腺機能低下症薬、抗血栓薬、抗うつ薬、利尿薬、高血圧など

シXXXXXXXXXXXX散剤	2.0g	一日 <b>48</b> 個と8包： 薬代だけで月約7万2千円
スXXXXXXXXXXXX細粒50%	0.15g	
1日3回 毎食後		
レXXXXXXXXXXXX錠100	3錠	テXXXXXXXXXXXX CAP 1.0カプセル
アXXXXXXXXXXXX錠50mg	3錠	ベXXXXXXXXXXXX錠 1.0錠
トXXXXXXXXXXXX錠50	3錠	1日 1回 夕食後
ウXXXXXXXXXXXX酸 100	3錠	ピXXXXXXXXXXXX錠 1錠
マXXXXXXXXXXXX錠25	3錠	イXXXXXXXXXXXX錠10mg 2錠
クXXXXXXXXXXXX錠5mg	3錠	フXXXXXXXXXXXX錠20mg 1錠
サXXXXXXXXXXXX錠100mg	3錠	ズXXXXXXXXXXXX錠 1錠
メXXXXXXXXXXXX錠	3錠	1日 1回 朝食後
チXXXXXXXXXXXX錠	3錠	甲XXXXXXXXXXXX錠50 2錠
1日3回 毎食後		1日 2回 朝・昼食後
ボXXXXXXXXXXXX顆粒15%	1.0g	トXXXXXXXXXXXX錠25 1錠
ファXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	1日 1回 就寝前
ベXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	クXXXXXXXXXXXX 2錠
マXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	1日 2回 朝食前と昼食前
フXXXXXXXXXXXX錠1	2錠	カXXXXXXXXXXXX錠 100mg 1錠
1日2回 朝・夕食後		頭痛時服用 10回分

これらから3剤へ→せん妄改善

## くすりを切ると認知症がよくなる？

→時にはあっている、時には危ない！

### あいふれたBPSD事例 Dさん 80歳代 男

初診時、幻視、妄想が激しい。「妻の男」だという幻視に怒り、嫉妬妄想が激しい。長男のことをその本人だと思えない。カウンターや棚、柱が歪んで見え、自分の家ではないという。1年半ほど前より通っていた病院外来では運動機能障害に対する薬の追加がなされていた。高齢の妻は著しい介護疲れを訴え、家での生活はこれ以上つづけられないとのこと。精神症状はますます悪化し、外来に連れて行けないとのことでの訪問診療依頼があった。

#### 処方

興奮を抑える薬2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬①2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬②2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬③4錠(起床時、朝、昼、夕)

胃薬2錠(朝、夕)

抗うつ薬2錠(夕)



# 事例Dさんを考える

1. 外来では、しゃんとする[認知症医療を普及]  
→注意力の改善？→家にいるときとは別人！
2. 幻覚妄想などの症状の聞き取りをどうするか？[関係づくりの重視]  
→本人の自尊心→本人と介護者を分けて聞き取り
3. 薬剤調整の戦略は？[既存の医療の見直し]  
→ガイドラインがある→ガイドラインが活用されていない！
4. 薬の効果と副作用のモニタリングは？[介護との連携による土台]  
→誰が？どのように？（ここでは奥さんはもう疲れきっている）  
→これが最も重要！医療だけでは無理、介護との連携が必須

この症状が出るまえは家で生活していた  
→これらがクリアできれば、在宅での生活できる可能性大！

# ありふれたBPSD事例 Dさん 80歳代 男 その後

薬剤の調整にクリニックから長男やケアマネに毎日電話をかけた。その期間は1ヶ月かかったが、前記症状はほぼ改善し、高齢の妻も介護負担もかなり軽減し、デイサービスの導入ができ、安心して家での生活ができるようになった。

処方

興奮を抑える薬2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬①2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬②2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬③4錠(起床時、朝、昼、夕)

胃薬2錠(朝、夕)

抗うつ薬2錠(夕)



介護の力(長男、ケアマネ)を借りながら、毎日電話した。

前の処方薬のうち、

3薬剤中止、

パーキンソン病薬のうち1薬剤にして、減量→これを切ると危険

別の興奮を抑える薬を極少量追加

(全部中止にすると危険！)

認知症、とくにBPSDに対しては、医療が適切に関わることで、相当よい効果が期待できる。しかし、薬ひとつとっても、介護との連携が必須

「BPSDを診る、地域で診療する医師たちによる調査:

**「わずかに軽減」を含めると、BPSDの治療改善率は93%を超える**

2008年5月29日(木) NHK 福祉ネットワーク「シリーズ認知症(2) 生活を支える医療に向けて -BPSDの実態調査から-」から

「認知症の周辺症状(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」(平成19年度厚生

# BPSDの悪化要因

①薬剤	37.7%
②身体合併症	23.0%
③家族・介護環境	10.7%

2008年5月29日(木) NHK 福祉ネットワーク「シリーズ認知症(2) 生活を支える医療に向けて -BPSDの実態調査から-」より  
【(平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業)「認知症の『周辺症状』(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」実施主体:財団法人 ぼけ予防協会】を紹介

医原性によるもの

[例)せん妄、過鎮静、錐体外路症状(転倒、誤嚥性肺炎)・・・]

- 例) ①であれば、薬のせいでBPSDがひどくなる  
②であれば、脱水や便秘、がんなどにより、BPSDがひどくなる

# 地域におけるBPSDとは

**ありふれた病態**

**+**

**見捨てられた病態**

**+**

**誤った介護・医療の温床**

いま、認知症になると、安心して暮らせない！

【いま、医療と介護のBPSDセイフティーネットがない】

# 医療への提言

いま、すでに認知症で暮らす人々へのアプローチ→明日は我が身：近い将来の自分を守るために適切な介護と適切な医療でかなり改善するケースがある。→「安心して暮らせる」ようにセイフティネットを！  
生活の視点を医療へ(認知症は生活障害という視点)→介護との情報共有と連携が必須

## ・1. BPSD周辺の散見する医原性の問題

薬は、意味あるもの以外、中止ないし減量を、しっかりとした介護との連携の下で行う。  
BPSDに対しては、少量、短期間での対応が可能となり副作用を最小限に抑えられる。  
適切な薬と分量による医療費削減効果は大きいだろう。(全体的に多すぎ、不必要な薬が出されている)

例) 薬による被害:ピアーズクライテリアによるとアメリカで八兆円の損失、死因で考えると第五位

## ・2. BPSDに対する医療的な対応スキルの確立

BPSDに対する短絡的な医療介入(薬漬け、身体拘束など)から脱するために、  
医療者への研修、チームケアの育成

## ・3. 介護との連携

医療による身体疾患や体調の日常管理を介護に寄り添いながら、の精神を醸成  
BPSDを見捨てない医療を

BPSDに対する家族、介護スタッフへの教育介入や対応研修

例) 家族教育における在宅→施設への延長など、...

## ・4. 制度/施策介入

医療へのインセンティブ(診療報酬):現状では単に加算をつけるだけではダメ

→ オーディット[監視]システム(診療内容の監視)の導入

→ 評価基準の策定と外部評価機関の設定

BPSDに伴う負担増に関する介護へのインセンティブ(介護報酬)

そして適時適切な介護・医療連携へのインセンティブ

# 医療から介護への提言①

いま、すでに認知症で暮らす人々へのアプローチ→明日は我が身：近い将来の自分を守るために適切な介護と適切な医療でかなり改善するケースがある。→「安心して暮らせる」ようにセイフティネットを！  
生活の視点を医療へ（認知症は生活障害という視点）→介護との情報共有と連携が必須

## ・1. BPSDにおいて、医療と介護は切り離せない

現在散見する不適切な医療介護介入、不適切な身体管理から脱せない。

その全体を調整する担当を

例) (医療と介護への介入ができる) 認知症対応型ケアマネ(設置)

例) かかりつけ医と協働でケアを進めているグループ

による認知症医療介護連携プランの各医師会レベルでの作成の支援

(医師会、民間、任意団体での取り組み事例などの集積)

## ・2. BPSDを理由に介護施設から退所させた・させようとする事案に対し;

家族へ: 包括支援センターまたは行政が連絡を受け支援会議をひらく

→緊急支援の開始(地域が責任を持つ)

施設へ: 北風として; 施設への評価を下げる、指導介入、

太陽として; 負担増に応じた介護報酬、

施設運営会議に外部識者を導入しての研修

→どんなBPSDでも見捨てない施設へのスキルアップ



# 医療から介護への提言②

認知症でBPSDがあっても暮らせるまちづくりの推進  
BPSDがあっても「安心して暮らせる」セーフティネットを

## ・3. BPSDに関する地域、住民への啓発

地域の病院、施設を訪問したり、説明を受けるなど住民視察

\* 施設もエンパワーされる仕組みを。

例) 認知症サポーターの継続研修プログラムとして活用

→ 地域の介護保険計画に組み込む

## ・4. BPSDに関する地域のセーフティーネットづくり

例) オーストラリアの事例(国営事業): DBMAS (Dementia Behaviour Management Advisory Service)、

24hours 7days 電話営業 訪問対応あり

→ 包括支援センターのひとつをBPSD緊急ケア対応型にする(センター型)

\* 24時間ケアとの連動

# お福の会宣言

人は、人として生まれ、人として死ぬ。そして、その過程で誰もが認知症という病に遭遇する可能性をもっている。かつて、認知症をもつ人は、「人格が崩壊する」「こころが失われる」と恐れられた時代があった。だが、今や私たちは知っている。認知症になっても自分は自分であり続けることを。月が欠けているように見えても、月が丸いことに変わらないのと同じである。自分が、認知症になっても、家族の一員、社会の一員として、友人として、権利と義務とを有する国民の一人として、生活を続け、人生を全うしたい。同じように、家族や友人が認知症になっても、ともに人生の旅路を歩き続けたい。「お福の会」は、そういう思いをもつ市民が、本人や家族、医療、介護、行政、その他の立場を超えて集う場である。認知症をもつ人が生活の主体者として人生を全うできるように、私たちは力を尽くしたい。

当事者も含む多職種が語り合い、  
考える土俵づくり  
(共有できる基盤づくり)

梅原早苗(若年認知症支援の会 愛都の会代表)

川窪裕(北海道 若年認知症の本人)

木之下徹(こだまクリニック院長)

小阪憲司(日本老年精神医学会前理事長)

後藤静二(北海道 若年認知症の本人)

白仁田敏史(介護福祉士会監事)

高見国生(認知症の人と家族の会代表理事)

永田久美子(認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹)

武田純子(北海道グループホーム協議会会長)

干場功(若年認知症家族会 彩星の会代表)

本間昭(日本老年精神医学会理事長)

町永俊雄(NHK「福祉ネットワーク」キャスター)

和田行男(東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会代表)

ら  
50音順