

## セッション 3

### 「行動・心理症状(BPSD)が起きた時の危機介入について」

#### ポイント

- イギリスでは2009年のBanerjeeによる報告書で、18万人の認知症の人に抗精神病薬が処方されており、処方されていない人に比べて毎年1800人多く死亡し、1600人多く脳卒中を発症していることが明らかにされた。この報告書により法改正され、過去5年間で抗精神病薬の使用量が52%減り、診断後1年以内の新規処方が3分の1に減った。そうした処方行為は許容できない行動であるとメッセージを出し続け、しっかりとした監督下で適量を投与することが重要である。
- 各国とも自傷他害(オランダでは他害のみ)の危険や迅速なアセスメントなどの要件がなければ、認知症の人が精神病院に入院することはない。
- BPSDに対するケアの改善は、第1に、認知症の人に接するすべての医療従事者にBPSDにどう対処し、いかに予防するかをトレーニングすることである。第2に、抗精神病薬の適応症について介護スタッフに指導することである。
- フランスでは、薬物療法を用いない、認知行動リハビリテーションのための病棟(UCC)を一般病院のリハビリテーション・サービスの中に創設した。UCCは激しいBPSDを受け入れるが、症状評価尺度上も改善し、入院者の約60%は2ヵ月未満で自宅に戻る。
- フランスではまた、看護助手という新しい資格を設け、BPSDと認知機能の側面だけに絞って約100時間のトレーニングプログラムを実施している。
- オランダのナーシングホームでは、認知症の人のまだ33%に抗精神病薬が使用されている。使用率をもっと減らしたいと考え、専門医とともにガイドラインやアクションプランの作成に取り組んでいる。
- オランダでは身体拘束の使用も問題になっている。ブレーキをかけたままの車イスに座らされているといったこともすべて含めた数字では、ナーシングホームの身体拘束使用率は41~64%程度と推測される。この割合を低下させるために、ナーシングホームの職員をトレーニングするためのアクションプランづくりに取り組んでいる。
- イングランドでは、BPSD対策として、困ったときに相談できる人がいるという安心感がとても大きな助けになり、これだけで精神科病院への入院は激減し、ナーシングホームからの入院はほぼゼロになる。入院しない方が節約できて、しかもよりよい効果が得られる。

- オーストラリアのDBMASは、BPSDのための多職種チーム支援である。24時間年中無休の電話相談に加えて、訪問チームがナーシングホームや家庭、病院やプライマリケア診療所、家庭医、開業看護師にBPSDの対応についてアドバイスを行う。通常は、家庭医またはアルツハイマー協会運営の認知症電話相談からDBMASに紹介される。
- オーストラリアは政府予算により、薬の処方に関して、エキスパートが医師や看護師やその他の薬の調剤に関わる人々に対してもアドバイスを行っている。また、ナーシングホームを訪問して、服用薬が適切かどうかをレビューしている。

---

### 指定発言者

大熊 由紀子      国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野  
上野 秀樹      社会福祉法人ロザリオの聖母会 海上療養所  
飛鳥井 望      公益財団法人 東京都医学総合研究所

近藤：それでは、認知症による行動・心理症状（BPSD）への対応について、ディスカッションしていきたいと思います。日本では、予防や初期介入が遅れたためにBPSDがひどくなって、非常に重症の行動障害が出て、それに対して精神科病院が対応するということが起きております。その状況につきまして、最初に大熊さんから少し紹介して頂きます。そして各国の方々に、実際に認知症のBPSDが重症になったときに、精神科で入院治療を行うということがあるのか、あるとすればどういう状態像で入院されるのかをお聞かせ頂きたいと思います。その後、各国のBPSDの予防と、発生した場合の対処についてお伺いします。そして最後に、抗精神病薬の使用について。ある程度はやむを得ず使用されている現状だと思いますけれども、抗精神病薬の使用を減らす試みが各国で非常に盛んになっていると聞いていますので、抗精神病薬の使用に関するガバナンスについても、お聞かせ頂ければと思います。

それでは早速、大熊さんから、日本の精神科における認知症のケアについて、話題提供をお願いします。

大熊：大学院で医療福祉ジャーナリズムを教えております大熊と申します。精神医療は48年ぐらい取材しておりますので、生まれていない方もいらっしゃるかと思います。皆さまのお国には全部、お訪ねした経験がございます。

お手元の資料1 ページ目のグラフは、同じ人口当たりのベッド数を表しております、赤い色が日本でございます。ほとんどの国が、お薬が開発されたり、コミュニティーケア

が発達してベッド数を減らしたのに、日本だけが大変高い値を示しており、入院日数も懸け離れて長いという状況にあります。

この下のグラフは、統合失調症を含めた平均在院日数です。日本は 300 日となっております。認知症の平均在院日数は 900 日ということで、皆さまの精神病院に対するイメージと、日本の精神病院はかなり違うということを前提に、今日、いろいろご助言を頂きたいと思います。

**近藤**：それでは、各国の精神科の病院に認知症の方が入院をする適応というものを、お聞かせ頂けますか。それでは、Burns さんからお願いします。

### **BPSD という言葉の成立過程**

**Burns**：はい、ありがとうございます。大熊さん、本当に重要なお話をさせていただいて、ありがとうございます。今お話ししていただいた内容、そして今、私が感じたあなたの情熱というのは、まさに私たちも、イギリスや、あるいはほかのヨーロッパの国々で、そういった思いがあったからこそ、状況が変わってきたんだと思います。ですから、とても大事な思いだと思います。

BPSD は、国際老年精神医学会において出てきた言葉ですが、常に精神症状と行動障害が異なることにジレンマを抱えていました。精神症状はいわば実存的なもので、実際に経験するものですが、行動障害は目に映るものです。行動症状と呼ぶ国もありますが、意味をなしていません。

BPSD は、もともと認知症の行動・精神症状 (behavioral and psychiatric symptoms of dementia) でしたが、行動・心理症状の方がよいと考えました。この言葉は、特にリスペリドンのメーカーであるヤンセンなど多くの企業によって採用されました。そして、抗精神病薬の処方史を振り返ると、非常に重要だったことが分かります。

1990 年代までは行動・心理症状は認知症に必ず現れる症状だと考えられていました。それ以前は、認知症を認知パラダイムと呼んでいて、別の表現をすれば、もの忘れと言語障害だけだと考えていました。しかし 1990 年代以降、行動の問題を強調するための大きな努力が払われました。行動の問題が認知症の人とケアラーにとってどれほど大きな意味があるかを広く知らせる上で、アルツハイマー協会が果たした役割は大きかったと思います。

### **抗精神病薬の使用は死亡率を高める**

**Burns**：症状群を見ますと、この問題の重要性を認識するまで非常に長い時間を要したことに驚きます。認知症の人の 90%以上が、疾患経過のいずれかの時点で、何らかの症状を呈します。ケアホームに居住している人の 4 分の 1 は抗精神病薬を投与されています。65 歳以上の人の 5%程度は、何らかの抗精神病薬を投与されています。それが、2002 年にカナダ政府に始まり、次いで FDA を通じて米国政府が、その後にヨーロッパ諸国の政府が抗精

精神病薬の危険性を認識したのですが、非常に長い時間がかかりました。

イギリスでは2009年、Sube Banerjeeによる報告書で、18万人の認知症の人が抗精神病薬を処方されており、処方されていない人に比べて毎年1800人多く死亡し、1600人多く脳卒中を発症していることが明らかにされました。この報告書により、法改正をして事態を変えようという政治的意思が働きました。抗精神病薬によって認知症の人が1800人も死に、1600人も脳卒中になることが容認できるのか？と。もちろん答えはノーです。この問題にいてもたってもいられぬ感情が、変化を起こす非常に重要な動因となったと思います。

イギリスでは過去5年間で、抗精神病薬の使用量が52%減りました。それ以上に私が重要だと思うのは、認知症の診断後1年以内に抗精神病薬を新規に処方されていた人の数がほぼ3分の1に減ったことです。Paul Burstow 保健省大臣が彼自身の使命としてこの問題を取り上げたのです。抗精神病薬の処方を減らしたいと望むなら、その処方行為は許容できない行動であると言い続けることが非常に重要だと思います。

ほかにも多くのことを行ってきました。例えば、BPSDに対処するためのシンプルなガイドランスを作成しました。これはウェブサイトからダウンロードして頂くことができます。GPからよく言われることですが、ナーシングホームで興奮(agitated)している人がいて、呼ばれた医者はなんとかしてほしいというプレッシャーがあるため、抗精神病薬を処方するのは自然な反応であると。しかし、抗精神病薬が危険だと言うことができ、それを処方しないと云えるようになってよかったですと言われるのです。これがとても重要なことだと思います。

このガイドランスに書いているのは、予防です。いくつかのBPSDを予防しようということが重要なのです。「よく観察しながら待つ(watchful waiting)」という方法を紹介しています。症状が軽いものであれば、薬を投与しなくてもよいのです。自宅やケアホームでサポートすることができます。しかし、それでも抗精神病薬を処方することが必要なケースもあるという点もご理解頂きたいと思います。

抗精神病薬は完全に禁止すべきだという意見もありました。しかし、それが正しいとは私は思いません。しっかりとした監督下で適量を投与するべきなのです。それが重要だと思います。

### ベッドがあれば使われる

**Burns**：精神科病床の問題ですが、精神科病院に入院する人はあまりいません。入院するとすれば、迅速にアセスメントをするためです。しかし、大熊さんがおっしゃろうとしているのは、ベッドがあれば使われる、ということだろうと思います。人々がやってくるのを待ち構えているベッドがたくさんあれば、それらのベッドは使われるでしょう。

私にとっては、パーソンセンタードケアの問題であろうと思います。よいパーソンセンタードケアを行えば、拘束したり抗精神病薬を多用したりしなくても済むと思います。それ以外にも、様々な状況を改善できるのです。最後に、これはお金の問題ではないことも

申し添えます。パーソンセンタードケアはカネがかかる、我々にはそんなカネは払えない、という人が大勢いますが、それは間違いです。パーソンセンタードケアをしないで犠牲を払うことこそ、我々ができないことなのです。

**近藤**：精神科病院に入院することはまずないというお話でした。それでも万が一あるとすれば、それは精神症状の適応で、精神保健福祉法に基づいて、自傷他害がある場合に限りごく短期間のみあり得る、という理解でよいでしょうか。

**Burns**：地域差はありますが、その通りです。病院のベッドが空いていれば入院が増えますが、多くの場合は、自傷他害の危険があるような症状が非常に重い場合に入院が必要になります。

**近藤**：ありがとうございました。まずは精神科病院の入院適応についてのみ、皆さまにお聞きかせ頂けますか。

#### 総合病院内で、薬物を使用せずに対応

**Lavallart**：行動障害に関しては、我々も同じリコメンデーションやガイドラインを持っています。BPSD に対するケアを改善するために何が重要かという点、まず第 1 に、認知症の人に接するすべての医療従事者にトレーニングを行い、BPSD にどう対処するのか、そして BPSD をいかに予防するかを理解させることです。

第 2 に、抗精神病薬の適応症について介護スタッフに教えることです。フランスでもイギリスと同じ議論、同じ問題があるのですが、精神科病院は精神病を患う人だけが入院する場所であって、認知症の人は精神科病院に入院しません。

抗精神病薬の処方稀とは言えませんが、よいことではありません。ただし、抗精神病薬を処方することがよいことか否かが分かるのは、処方後であって処方前ではありません。

我々は薬物療法を用いない、認知行動リハビリテーションのための病棟「UCC」を創設しました。ただし精神科病院の中でも老年科病院の中でもありません。一般病院のリハビリテーション・サービスの中の病棟です。診断を受けた人で BPSD が激しくなった時に、UCC に入ることができます。その結果はどうかと言うと、NPI (Neuropsychiatric Inventory : 認知症の精神症状の評価尺度) の点数が低下しています。UCC に入院した人の約 60% は 2 ヶ月未満で自宅に戻っています。

また、看護助手 (nurse assistant) という新しい資格を設けました。BPSD と認知機能の側面だけに絞ってトレーニングしたのが看護助手です。約 100 時間のトレーニングプログラムと適切な環境によって、一部の BPSD は予防できるのですから、とても重要なことです。

### 対応次第で BPSD が消失した例

**Nissen** : 認知症の人が精神科病院に入院することはあります。が、認知症が理由ではなく、BPSD など他の理由で入院します。例えば昨年のおクリスマスのことです。デンマークでは、クリスマスは 1 年で最も神聖な休日、誰もが仕事を休み、家族と一緒に楽しい夜を過ごすのを楽しみにしています。その日に、アルツハイマー病の夫を持つ女性から、私に電話がありました。2 年前に我々の機関誌に掲載するためにこの家族をインタビューしたことがあったので、彼らを知っていました。

この女性はほとんど泣きそうでした。というのは、ショートステイでナーシングホームにいたアルツハイマー病のご主人が、精神科病院に入院したからです。ナーシングホームのスタッフは、ご主人を知らなかったため、彼の反応も分からないし、話かけることもできませんでした。不幸なことに、精神科病院に入院させるための書類を揃えられる医師がいたため、彼は入院してしまっただけです。我々が病院に行くと、身動きできないようなシャツを着せられ、鎖か何かで拘束されていました。そして 36 時間も繋がれたままだったのです。妻は泣いて、私に電話をかけてきました。彼女は病院の医師に電話して、何とかこの認知症のご主人の鎖を外してもらおうとしたのですが、医師は彼女の訴えに耳を貸さなかったそうです。私は医師ではありませんから、医師のような形で手伝えることはできないけれども、彼女の話聞いて、「病院に行く時には、誰かと一緒に行った方がいい。そうすると、少なくとも 2 人で医師の話聞くことができるから」とアドバイスしました。それを聞いて彼女は病院に行き、その後は電話してきませんでした。

クリスマスが終わってすぐに私から電話して、その後の様子を聞いたところ、何度もお礼を言われました。私の名前を出して、アルツハイマー協会代表に相談したことを医師に伝えたところ、その医師が認知症の人のケアに経験豊富な年配の看護師を呼んだそうです。その看護師の女性は夫と話をすることができたので、夫は落ち着き、とてもリラックスしたので、拘束シャツを脱ぐことも、その夜に家族と一緒に帰宅することもできたそうです。

幸い、このケースではうまくいきましたが、もし彼女が私に電話してこなかったら、もし私が話し中だったら、どうなっていたことかと思います。

### 精神科病院への自発入院は皆無。強制入院は他害のリスクがある場合のみ

**Meerveld** : オランダでは、精神科病院への自発入院はまったくありません。認知症の高齢者はナーシングホームで暮らしています。一般に、オランダではこれは制限事項であり、他害の危険がある場合に限って強制入院となります。自傷のみで強制入院させることは、決してありません。ですから、本当に特別な場合だけです。しかも、市長または判事による承認が必要で、本当にごく稀にしかありません。

ナーシングホームにおける認知症の人への抗精神病薬の使用率は低下しつつありますが、まだ 33% に使用されています。アルツハイマー協会は抗精神病薬の使用率をもっと減らしたいと考えていますので、現在、専門医とともにガイドラインやアクションプランの作成

に取り組んでいます。

身体拘束の使用も問題になっています。ナーシングホームにおける身体拘束の正確な使用率は分かりませんが、41～64%ぐらいだろうと推測されています。これは、ブレーキをかけたままの車イスに座らされているとか、机の下に足を入れた形で座らされているといったこともすべて含めた数字です。拘束帯の使用率は約10%です。

我々はナーシングホームでの拘束帯の使用禁止を求めて、大臣に対してロビー活動を行っていますが、まだ成果は上がっていません。ただし、簡単には拘束できないよう定めた法律がありますので、非常に厳密な状況でしか使えないようになっています。一人の医師の判断ではダメで、複数の異なる職種の人と話し合った上でアクションプランを立て、評価するなど、様々な手続きを経ることが必要です。したがって、非常に厳格に規制されています。

それでもナーシングホームの41～64%の人が身体拘束されているのです。この割合を低下させるためのアクションプランづくりに政府とともに取り組んでいます。ナーシングホームの職員のほとんどは、転倒されないように拘束することがご本人のためだと考えて拘束したいと考え、実際にそうしているのです。

これがなぜ間違いなのかということについて様々な議論がありますが、我々はナーシングホームの職員をトレーニングするためのアクションプランの作成に取り組んでいます。まず社会的に議論を喚起しようと計画しています。というのも、多くのケアラーも身体拘束をする方がよいと考えているからです。でも、これは間違いです。

**近藤：**それでは、各国の BPSD への対処法と抗精神病薬のガバナンスに関しましては、それぞれテーマを絞って、各国にお伺いしたいと思います。

#### イギリスで精神科病院への入院が激減した取り組み

**堀田：**イギリスでは、認知症の人ができるだけ地域で暮らし続けるための対応の1つとして、専門医による後方支援の取り組みが効果をあげているとかがっています。北東ロンドン NHS ファンデーショントラストの精神科医、Afifa Qazi 先生が中心となった GP やナーシングホームへの後方支援について、ご紹介頂けますか。

**Burns：**非常に単純で分かりやすい取り組みです。いつでも必要な時に呼んでください、という方法です。Qazi 先生は日頃から GP やナーシングホームに対して BPSD の対処法について講習などを行っていますが、何よりも素晴らしいのは、彼女が自分の携帯電話番号を GP たちに教えていることです。彼女がそれを始めた時は皆、「そんなことは無理だ。対応しきれないくらい電話が鳴って、大変なことになる」と言いましたが、そんなことにはなりません。実際に起きていることは、時々、携帯電話が鳴り、その都度 Qazi 先生はアドバイスをしている、ということです。

困ったときに相談できる人がいるという安心感がとても大きな助けになっているようです。これだけで地域の精神科病院への入院は激減し、ナーシングホームからの入院はほぼゼロになっているのです。必要なときに助けが得られ、共感が得られ、パーソンセンタードケアがあり、教育とトレーニングがあれば、このようなことができる、ということです。魔法は何もありません。

お金もかかりません。こういうことは高くつくのではないかとよく言われますが、逆です。入院しない方が節約できて、しかもよりよい効果が得られるのです。

### 問題に備えて、事前に計画し準備しておくこと

**Higgins** : ナーシングホームでは、問題が起きる可能性がある人を気に留めて、あらかじめ計画を立てておくことも大事だと思います。そうすれば、何か起きた時に、職員は何をすべきかが分かります。働き始めたばかりでその人のことをよく知らない職員も、慌てる必要はありません。こういうことが、少しでも職員の自信につながるのです。

また、特別な問題のある人の場合、その人のニーズについて個別的なトレーニングすることも珍しくありません。そうして、計画も含めて事前に準備しておくことも大切だと思います。

**堀田** : スタッフの方々にとっても先を見通した計画を立てておくことで、対応力が高まる、先を見越したケアができるということですね。

ナーシングホームの中での対応力を高めるためのフランスの取り組みについて、**Lavallart** さん、ご紹介くださいますか。

### フランスのナーシングホームにおける BPSD 対応力向上施策

**Lavallart** : フランスでは、認知症の人の約半数が自立歩行可能で、地域で生活しています。ナーシングホームで生活している人は約 20%で、どの国も同じような数字でしょうか。ナーシングホームに関しては、2つの重要な施策があります。

1つ目の施策は大規模なトレーニングプログラムで、新しい専門職として看護助手をトレーニングしています。

2つ目の施策は、ナーシングホームというカテゴリーに2種類の新たなユニットを設けていることです。1つは、中等度の行動障害の人のために、ナーシングホーム内に設けたデイケアセンターです。そのデイセンターでは、日中、BPSDのある人たちのための活動を提供しますが、他の入居者も参加できます。ナーシングホームに入っている認知症の人の約80%が参加しているプログラムです。

もう1つは、精神科長期ケアなどを提供するナーシングホーム・ユニットです。これらのユニットのデータを見ますと、アルツハイマー病の人は少なく、前頭側頭型やレビー小体型などの人が多くみられます。



そのほか、老年科病院や精神科病院からの訪問チームの活動を強化していることも高く評価されています。このような訪問チームがナーシングホームに出かけて行って、認知症の人のケアを担当している職員のトレーニングを行っています。

**堀田**：病院からの訪問チームは、在宅の方の支援もなさるのですか。

**Lavallart**：主にナーシングホームに暮らす、特にアルツハイマー病の人に対する支援を行っています。また、作業療法士が加わった訪問チームもあり、診断直後に GP の指示により、自宅で暮らす方のためにリハビリテーションを行います。家庭を訪問した 12 回のリハビリを行います。ナーシングホームのための訪問チームと、自宅で暮らす人のための専門チームがあります。

**堀田**：フランスでは、BPSD と認知機能に焦点を当てて看護助手という新たな資格を設けたこと、特別な 2 種類のユニットを設けたこと、さらにナーシングホームや在宅への後方支援のためのチームを病院に設置することによって対応しているというご紹介を頂きました。

専門家による後方支援のもう 1 つの形として、オーストラリアの DBMAS についてお話し頂きます。

### 在宅や施設生活を支える BPSD 対応訪問チーム「DBMAS」

**de Burgh**：ありがとうございます。DBMAS (Dementia Behaviour Management Advisory Service) は、多職種の医療者チームによる支援です。高齢者ケアに携わる看護師、医師、老年科医、老年精神科医らが DBMAS チームを構成し、主に 2 つのサービスを提供しています。1 つは、1 日 24 時間年中無休の電話相談です。何か問題が起きた時に電話があると、個別の状況に対してアドバイスを行います。もう 1 つは、DBMAS チームがナーシングホームや家庭を訪問して、BPSD の対応についてアドバイスを行うことです。今年からは、病院やプライマリケア診療所、GP、開業看護師に対してもサービスを拡大し、アドバイスを行うようになりました。

日頃から、DBMAS チームが担当地域にある GP や病院、ナーシングホームを訪問して、関係づくりを行っていますし、家族が介護している認知症の人の家庭訪問については、通常、GP またはオーストラリア・アルツハイマー協会が運営する全国認知症相談電話 (National Dementia Helpline) から DBMAS チームに紹介されます。この相談電話では、認知症について何でも尋ねることができます。

DBMAS チームによるアドバイスの内容は極めて実践的で、実際にできそうなことです。例えば、認知症のお年寄りとお小さい子どもが一緒にいる絵を見ることや、大きさも重さも本物の赤ん坊と同じくらいの人形を使ったドールセラピーを行うことです。この赤ん坊そっくりの人形を抱くと、興奮 (agitated) した認知症の女性の多くは落ち着いて、かつて子

どもにしたように、ぼんぼんと軽く背中をたたいたりしてあやします。

あるいは、手で持てるぐらいの大きさの道具箱を使うこともあります。かつて自分の手でいろんなものを作った高齢の男性は、箱の中に入った道具を手にする、やはり落ち着くことがあるからです。このようなことは、多くの場合、身体拘束や薬物拘束を使用する代わりに試みられます。

最近、オーストラリア政府は、「拘束のない環境づくりのための意思決定ツール」というガイドを作成しました。同じ意思決定ツールですが、訪問介護職員向けのもの、ナーシングホームの職員向けのものがあります。拘束することなく、代わりにできる様々な方策を紹介していますし、また最近の改訂版では、ナーシングホームでの薬のマネジメント指針も記しています。これは、いつ薬物を使用すべきか、薬物の代わりにできることは何かについて、シンプルで使いやすいアドバイスになっています。

これらすべては、認知症の人が可能な限り自分自身の家で、そうでなくともせめてナーシングホームで暮らし続けられるようにするためのものです。オーストラリアでは、入院期間の長短に関わらず、ケアが不十分で認知症の人が精神科病院に入院することは、極めて稀です。ほとんどの人はナーシングホームで対応可能だからです。

### **Geriant の多職種チームによるケースマネジメント**

**堀田**：オランダでは、専門医を含む多職種チームによるケースマネジメントが基盤となり、在宅を支え続けているモデルがあるとうかがっています。

**Meerveld**：まず第 1 に、オランダでは、ナーシングホームと在宅ケアではそれぞれシステムが大きく異なります。ネットワークがあって協力していますが、状況も大きく異なりますので、ナーシングホームでの仕事に慣れた人は在宅の人について何をすればよいのか、あまり分かっていません。

ナーシングホームでは何年も前から多職種チームがありますが、在宅ケアの多職種チームは現在、開発が進んでいるところですが、成功例としては **Geriant** が挙げられます。**Geriant** というのは、オランダ北部でケースマネジメントサービスを提供している組織で、国内の他地域でも **Geriant** をモデルとしたサービスが提供されています。ケースマネジャーが毎週、多職種チームと、問題を抱えている認知症の人すべてとミーティングをして、一緒に話合います。

**Geriant** の多職種チームは老年科医、心理士、作業療法士らで構成されていて、担当しているすべての人について話し合うのではなく、ケースマネジャーが話し合いが必要だと思う人についてのみ、話し合いをします。そして半年か 1 年に 1 回、全員について話し合います。

必要な場合には老年科医や心理士も自宅を訪問しますが、通常はケースマネジャーが訪問してアセスメントを行い、問題を発見すると、事務所でチームメンバーと話し合うとい

う流れです。このやり方だと費用対効果が高いことが示されていますので、おそらく最良のモデルだろうと考えています。

**堀田**：Geriant では精神科看護師で専門の教育を受けたケースマネジャーがご本人とご家族に伴走しますが、ケースマネジメントチームの中に老年科医や心理士、作業療法士といった専門職がいて、家庭医や在宅ケアの事業者への助言、必要であれば自宅での支援も行います。オランダでは、この他、ケースマネジメントとケアの提供を分離せず、高い教育を受けた看護師中心の独立型チームがトータルにケアを提供する **Buurtzorg** というモデルもあります。

デンマークでは最近、心理社会的な介入の開発が盛んであると伺いました。非薬物療法、心理社会的なサポートについて、具体的にどういった介入を開発されているのか、教えて頂けますか。

### 認知症に対する眼差しを変える

**Nissen**：様々なプログラムが開発されていますが、先ほどオランダやオーストラリア、イギリスの方々からお聞きしたものと似ています。

BPSD の対応について様々なモデルがありますが、そのモデルを異なる文化、異なる地域、異なるコミュニティ、異なるナーシングホームで、どのように実施していくのが問題です。これが本当に難しいのです。

認知症の人や精神障害のある人に対する眼差しを変えるにはどうすればよいのか。我々が想像したり望んだりしている見方とは異なる見方をする人々、異なる教育を受けた人々なのかもしれません。その人たちをどう変えるのが問題です。

だからこそ、デンマークの認知症アクションプランは、認知症の人々が BPSD のような特別な問題を持つことがないように予防するための変革をいかに起こすかに焦点を当てています。変革を起こすために、新たなモデルが登場しました。3方向から問題を見ようというもので、第1に、文化の中での変革が必要だと言われています。そして、日々の診療やケアを振り返り、内省できるように教育することが必要です。加えて、それが最良の方法であるかを常に考えることも必要です。それがケアされる人の利益にかなっているのか、自分は正しく事を運んでいるのかを常に自問自答する。このように内省することが、文化を変革するには極めて重要です。

第2は、物事を理解することが大切です。そのためには知識が必要です。教育が必要です。認知症に対する反応を知らなければなりません。社会心理的ツールには何があるか、法令はどうなっていて、法律になんと定められているのか、自分がしないでおこうとしていることについて、法律にはどう書かれているのか。そして何よりも、普通の人としてモラル、倫理について、よく理解していることが必要です。我々は人として、他の人にどのように行動すべきなのか、です。その人についてよく知ることは当然、必要です。誰ひと

りとして同じではないのですから。つまり、その人に対する知識、そして認知症に対する知識が必要なのです。

3番目は、これが最も重要かもしれませんが、マネジメントです。変革を推進するマネジャーがいなければ、病院や施設などの組織を変えることはできません。自身の内に、いわゆる新しい文化を備えた人が必要です。そのような人がリーダーにいないとなりません。変革の星でなければなりません。ですから、文化や振る舞いに変革をもたらすにはどうすればよいのか、そして内省を促すにはどうすればよいのか、マネジャーを教育することがとても大切です。

様々な素晴らしいモデルを実践し、抗精神病薬の使用を減らすには、文化・行動・内省、認知症と認知症の人に対する知識、マネジャーのリーダーシップという3要素が極めて重要です。

### オーストラリアにおける薬剤処方監視

**堀田**：ありがとうございます。さて、いくつかの国では抗精神病薬の処方に関するガイドラインが作られています。オーストラリアの **National Prescribing Service** (国家処方委員会) について、**de Burgh** さんにお話し頂きたいと思います。

**de Burgh** : **National Prescribing Service** は政府予算により、薬の処方に関して、エキスパートが医師に対してアドバイスや支援を行っています。看護師やその他の薬の調剤に関わる人々に対してもアドバイスをしています。高齢者ケアに関しては、ナーシングホームを訪問して、ある人が服用している薬がその人に適切かどうかをレビューします。また、高齢者ケア施設では特に多剤併用されている人が多いので、その点についても検討します。あまりに多くの薬を処方されているために、薬を飲むことがフルタイムの仕事のようになってしまっている高齢者もいるくらいです。

また、処方されている薬の相互作用による悪影響がないかについても検討します。ナーシングホームに暮らしていると、自分のかかりつけの **GP** を受診することができず、ホームの往診医に頼らざるを得なくなります。ナーシングホームに往診する医師は決まっていないことが多く、その人が今、どんな薬を服用しているかを知らないまま、毎回、違う医師が様々な薬を処方することも少なくありません。ある人に対して処方されている薬をすべて把握し、相互に効果を弱めている薬はどれか、といったアドバイスを誰もしたことがないまま服薬を続けてきた人も珍しくないということも、**National Prescribing Service** の活動から分かりました。ですから、ナーシングホームで暮らす高齢者が服用している薬剤をレビューしたり、簡単に使えるお薬カルテなどのツールを作成して、ナーシングホームの往診医が、処方されている薬をすべて把握できるような工夫もしています。

いずれにしろ、**National Prescribing Service** の役割は、医療従事者に対するアドバイスです。

堀田：各国における危機発生時の対応と予防について伺ってきました。ここで、日本で、地域で認知症の方々を支えていらっしゃる上野秀樹さんにご発言頂きます。

#### 日本の現状：認知症の精神科入院は5万人超、平均在院日数900日超

上野：精神科医の上野と申します。日本の現状を述べたいと思います。日本には、全世界の精神科病床の20%にあたる34万8,000の精神科病床があります。そして、5万2,000人が認知症の人が入院しています。認知症の人の入院は少しずつ増えています。認知症の人の入院日数は、平均在院日数が900日を超えています。日本の精神科病床は非常に多いので、平均在院日数も300日と非常に長いのですが、認知症の人はその3倍以上も長い期間、入院されているということです。日本の精神科におきましては、精神保健指定医という資格を持った精神科医1人の指示で、一定の要件の下で、身体的な拘束が可能です。薬物による化学的な拘束は、ほとんどの認知症の人に行われていると思います。

私は以前、認知症の人のための精神科の病床を担当して、3年間で180人ぐらいの方の入院治療を行いました。今は違う病院に移りまして、認知症の人を外来で支えるというのをやっています。認知症の人は、行動・心理症状が激しくなると、いわゆる病識がない、自分が悪いという意識がなくて、医療機関に行くことを拒否する方がたくさんいらっしゃいます。それで、私は必要な場合には往診をして、精神科医療を提供する。現在は20ヵ所以上の介護施設や精神科のない医療機関に往診をして、精神科医療を提供しています。

Burnsさんがおっしゃられていましたけれども、私も携帯電話の番号を、介護をされているご家族や介護施設のスタッフの方々、ほぼ全員にお教えしています。たぶん500人ぐらいの方に教えていますが、そんなにかかってくれません。かかってくるときは、本当に対応が必要なときなので、絶対かけてもらった方がいいんですよね。なので、私にとっても負担が少なく、非常に安心感を与えられるということで、とても診療の効果が上がっていると思います。

日本の現状として、行動・心理症状が激しくて、地域で対応が難しい方がたくさんいらっしゃいます。それで、自宅でケアすることができなくなって、施設などに預かってもらおうとしても、その施設から「こんな激しい人は預かれない」と拒否されてしまって、結局、精神科病院に入院させざるを得ないという方が、たくさんいらっしゃるのです。

私は、初期から適切な支援をしようと思い、都内でメモリーサービスを始めたのですが、依頼が来るのはBPSDが激しくて医療機関にもかかれない、ちゃんとしたケアも受けられないというケースがとても多いというのが現状です。

このように、日本では精神科病院への入院が多くて、そうするしか問題が解決できないような方がたくさんいるという状況です。一部には、認知症の人のための精神科病床を10万床にまで拡充すべきだと主張されている方もいます。でも私は、やはり認知症の人を精神科に入院させるのは間違っていると思います。この日本の現状について、ご意見を伺え

ればと思います。

**堀田**：飛鳥井望先生からもご質問を頂きます。

**飛鳥井**：重い BPSD を抱えた方の多くが、身体的な合併症も抱えています。重い BPSD のためにナーシングホームから排除されてしまうように、一般病院からも手に負えないと排除されています。しかし、BPSD がある人の合併症をどこかの病院で治療しなければならないのですが、各国ではこの問題をどのように解決されているのでしょうか。

### **BPSD の多くは予測と予防が可能である**

**Burns**：十分なアセスメントを行うことが大切です。骨折しているとか、虫垂炎があるというのと同じように、認知症の人に BPSD がある、というのは簡単です。しかし、それぞれ一人の人であり、興奮 (agitated) するには、それなりの理由があります。昨日のシンポジウムでは、その理由をいくつか挙げましたが、地域の支援とパーソンセンタードケアがあると、とてもよいと思います。

今、お話があった、病院が誰かを拒絶してもよいという考えを認めることはできません。病院がよい果実を選びとるように、症状の軽い人だけ受診できると選り好みすれば、廻りまわって、(ナーシングホームで) ケアを受けられる人を選り好みすることにお墨付きを与えるようなものです。イギリスでは日本と同じ状況ではないのですが、おそらく物の見方が少し違うのかもしれませんが。入居者の対応をうまくできていないケアホームは、もちろんイギリスにもありますが、支援があれば、きっとうまくできるはずです。

我々のガイダンスには、予防についても書いています。私が国内各地を訪問する度に、「Burns さん、あなたは抗精神病薬を処方するなだとか入院させるなだとか言いますが、じゃあ土曜日の午後 6 時に、夫の介護をしている女性から、夫が興奮して攻撃的になると言われたら、どうしますか？このように、抗精神病薬を処方することが適切な状況もありますよ」と、たくさんの方から言われます。

しかし、土曜日午後 6 時になる、ほんの 5 分前に問題が始まっている訳ではないのです。もし注意深くサービスを提供していれば、月曜日か火曜日か水曜日、つまり 3~4 日前には確実に、問題が起きるのを予測できたはずであり、予防できたはずなのです。Qazi 医師がやっていることというのは、まさにそういうことです。そのような予防と、Higgins さんが言ったような事前に計画を立てておくことが非常に重要だと思います。ですから、多くの場合は予防できることなのです。

**堀田**：よろしければ、総合病院のリエゾンについても少し触れて頂けますか。

**Burns**：総合病院と連携している精神科医が大勢いて、私もその 1 人です。例えば、糖尿病

や尿路感染症といった身体疾患のある高齢の人が総合病院に入院してきたのですが、認知症のためか混乱していました。総合病院のスタッフだけでは対応が難しく、サポートが必要な場合は、精神科医や多くの場合は看護師で構成するチームがサポートします。

ただ、注意が必要なのが、例えば認知症や混乱状態に対応する専門医チームがあると、病院は自動的に、それは彼ら専門医チームが扱うべき問題であって、自分たちは手出しをする必要がないと考えてしまいかねない点です。特別に困難で複雑な問題だから、特別なチームがあるのだとして、問題を手放してしまうことのないよう、総合病院が自分たち自身の問題として取り組むようにすることが、真に大切なことです。専門医のアドバイスが必要な場面もありますが、その目的は、病院が自分たちの問題として受け止め、対応できるようにすることだろうと思うのです。

### 精神科病棟で治療すること

**関山：**米国では、精神科病棟の中で認知症の患者さんを診て、身体合併治療に当たるというやり方があります。そこでは精神科医と内科医や神経内科医がチームを組むことによって平均在院日数を減らし、精神的な症状を軽減しているということで、成功事例としての報告もありますが、このような対応についてのご意見も頂ければありがたいと思います。

**堀田：**Meerveld さん、すべて踏まえた形でコメントを頂けますか。

**Meerveld：**オランダでは、認知症の人に「病院には行かない方がいいですよ」と言うことがあります。健康によくはないし、危険でさえもある、と。これは、何も医師や看護師の能力に問題があるということではありません。しかし、病院という組織の在り方に原因があります。病室や建物の構造が認知症の人にはよくないのです。とはいえ、認知症の人も病院に行かねばならない時はありますから、オランダには高齢者にやさしい病院プログラムというものもできました。認知症の人たちの状態を悪化させないための特別プログラムです。

それでも心理症状や行動障害の問題が生じた場合には、オランダではナーシングホームに行きます。室内や環境、リズム、建物内のすべての在り様が、認知症の人にとってナーシングホームの方がはるかによいからです。このようなアプローチもあるのです。

それから、危機を未然に防ぐことの重要性については、まったく同意します。そのために在宅訪問チームにお金をかけ、自宅でのマネジメントを行っているのですから。そして、このような危機の問題が、最もケアラーにとって重荷となり、自宅で支えることができなくなると言われる最大の理由もここにあるからです。

ですから、在宅で状況が悪化しないように、専門家によるアドバイスが入ることはとても大切です。ケースマネジャーが自宅を訪問するのは、介護している家族に、認知症の人がそんな行動をする理由について話し、どう対応すべきかを教えるだけでなく、実際に生

活している場所や状況を見ることによって得られる情報に意味があるからです。その場で実際に相談しアドバイスする方が、家族も理解しやすいと言えます。ですから、自宅を訪問して、彼らの生活の場でアドバイスをすることが大切です。

### ナーシングホームの介護力を高めて精神科入院を防ぐ試み

**de Burgh** : オーストラリアでは今、mixed funding model（混合予算モデル）というものを試行しています。ナーシングホームのための予算があり、そこで働く職員は認知症に対する専門知識を持っています。しかし、進行した重い認知症の人もいます。国は医療として病院やメンタルヘルスのサービスを提供していますが、その予算の一部をナーシングホームに投入して、重い認知症の人がより手厚い介護支援やメンタルヘルスの支援が受けられるようにするというものです。

それらの支援の担い手は、認知症について知識のある高齢者ケアワーカーです。予算を増やすことで、ケアワーカーの数も増やすことができるという試みです。このようにナーシングホームの予算を増やして介護力を高めることも、認知症の人の精神科病院入院を防ぐ1つの方策になるかと思います。

**重藤** : ナーシングホームの中では薬の処方など医療は行われているのでしょうか。その点だけ、確認させてください。

**de Burgh** : ナーシングホームの中でも医療は提供されています。GPがナーシングホームを訪問して、糖尿病やその他の様々な薬を処方します。抗認知症薬も処方していますし、抗精神病薬を処方するケースもまだあります。ご紹介したmixed funding modelで、医療予算の一部を受けて職員を増員しているのは、認知症のスペシャリストがいるオーストラリアでおそらく最も進んだナーシングホームの中の1棟の例ですが、そこには最も重いBPSDのある人がいます。しかし、そこでは抗精神病薬も拘束も使用していません。

ですから、正しい専門知識があり、正しいスキルを持ったスタッフがいれば、症状の重い人がいても抗精神病薬や拘束以外の選択肢があり、とてもよい認知症ケアを行うことが可能であるという例になるかと思います。

**Burns** : 今のお話と同じように、誇りを持って認知症の人のケアに取り組んでいるナーシングホームがイギリスにもあります。アルツハイマー病だけではなく、脳血管性の認知症やレビー小体型、アルコール性認知症の人もいますが、抗精神病薬は投与していません。ただし、de Burghさんが言われた通り、スキルが必要です。

そして、心構えも必要だと思います。今お話したようなホームは、抗精神病薬を処方しないことに大きな誇りを持っています。しかし、ナーシングホームに暮らす認知症の人の4人に1人は、何らかの抗精神病薬を処方されています。過去に医師から処方されたまま、



何ヵ月も何年もそのまま使われ続けているという問題もあります。

しかし今、メディアを通じて抗精神病薬の使用がよくないという認識が広まりつつあり、認知症の人が服用している薬のレビューが行われ、ナーシングホームの職員も抗精神病薬の副作用を学ぶようになっています。

**堀田**：ありがとうございました。以上でセッション3を終わります。