

---

---

# 尾道市医師会方式 DBC (Dementia balance check) シートの多角的活用による 認知症治療の適正化

Dementia balance check sheet is a guide tool in the lie of a fair  
about a diagnosis and treatment of a dementia

岡山大学医学部／臨床教授（尾道市医師会／会長）

片山 壽\*

---

---

## 長寿社会を喜べない現実の不幸

筆者は 1974 年から 10 年間東京と周辺で勤務医を経験して、1984 年に尾道に帰り 1898 年からの開業医 3 代目を継承して 27 年が経過しているが、主治医として長期に診ている患者さんの多くが 80 代になった頃から、緩やかに認知症に移行することを多く経験した。

このときに認知症による家族機能の崩壊により個人の尊厳が蹂躪される現実に、医療の無力さを痛切に感じたが、尾道市医師会で 97 年に開設した 80 床の老人保健施設の認知症専門棟 (30 床) は、小澤 勲先生に研修を受けていたので、大きな戦力であった。

96 年にスウェーデンに行ったときに同行した藤本直規先生との親交の中で、教わったことが最初の診断学であった。その後、オーストラリアに 2 度赴き、岡本祐三先生とハモンド財団の認知症診断・ケアについて国策として研究がなされていたが、介護保険導入の時期の我が国は認知症に対して「治療でなくケアだ」という認識であったので、大幅な遅れをとってしまった。

2003 年厚生労働省老健局高齢者介護研究会 (堀田力座長) は「認知症は病気である」という概念を整

理した最初の政策研究会であった。要介護認定データから患者数の推計も行い、認知症の議論に多くの時間をとったが、医師の委員は本間 昭先生と筆者のみであった。

## 2003 年尾道方式認知症早期診断プロジェクトスタート

尾道市の高齢化率は 1996 年には 20% を超え、2010 年には 30% を超えた高齢地域であるので、90 年代から認知症患者は高い比率で発生していた。厚労省の 2004 年かかりつけ医診断技術向上モデル事業に先立ち、尾道市医師会は、2003 年 8 月に DD プロジェクト (尾道市医師会方式認知症早期診断プロジェクト: early diagnosis of dementia、以下 DD と略) を 61 医療機関の参加で立ち上げた。

これは筆者の経験から高齢者を多く診ている内科開業医は主治医機能の重点業務として認知症の早期診断・治療・ケアに習熟して、主治医としてチーム医療・多職種協働で患者・家族支援を行い、生活を支えねばならないと尾道市医師会で結論を出したからである。

このメンバーで熱心な内科開業医を中心に 20 数名で委員会を編成し、2005 年 1 月より早期診断技術

---

\* Hisashi Katayama: Clinical Professor, Faculty of Medicine, Okayama University  
President, Onomichi Medical Association

に取り組み、認知症早期診断マニュアル作成し、毎月の検証と議論は集学的で意義深いものとなった。

ここでは河野和彦先生の CDT (clock drawing test) に着目し、実際の高齢患者に委員が行った事例を集積し、600 例に及ぶ検討結果で認知症早期診断マニュアルとして、医師以外のスタッフが容易に使えるものを作成した。医院スタッフ、ケアスタッフ、民生委員や保健推進員の研修も行い地域のマニュアルとして使えるように工夫した。NHK スペシャルで大きく取り上げられたので、すぐにマニュアル一式を尾道市医師会 HP の DD プロジェクトの項目からフリーダウンロードできるようにした。

### DBC シートと治療効果の検証とケアの総合化

尾道市医師会における認知症治療学の研修は 12 回に及ぶ河野和彦先生、遠藤英俊先生の 2 回の講義を行い、河野先生から DBC シートを学び、後に尾道市医師会方式に改訂版を作成した。これは投与薬剤の記入欄を設けて、治療効果の変遷を検証できる客観的治療モニターのシートであり、医師以外の職種も活用が可能であるので、認知症のような生活の

様子から必要な情報を取得することは、治療の適正化や思わぬ副作用のチェックが可能である。このシートに記入してエピソードを添えて持参してくれる家族も多くなってきているので、主治医と家族の双方向の情報提供手法であり治療効果の判定には必須となっている。

### 認知症治療の特徴と DLB (レビー小体病) 治療の標準化

認知症治療は類型のない疾病群であり、レビー小体病の誤診、医原性の悪化などの患者を多く診るようになってきているので、進行性で多様な変化をとることの多い認知症においては、客観的評価を交えながらの継続的観察によるフォローアップが重要となる。

また、認知症の正しい診断、治療薬剤が適正に処方されているとは限らないので、変化を見逃さず、常に予測の範囲とし、治療経過中は家族やケアスタッフとも共通認識としておく必要がある。確定診断後も徐々に変化していくことが少なくないのも、この疾病群の特徴である。家族からのエピソードの聴

**DBC(Dementia Balance Check)Sheet 尾道市医師会**  
出典:河野和彦2006

患者氏名 \_\_\_\_\_

|        | H | 年 | 月 | 日 | H | 年 | 月 | 日 | H | 年 | 月 | 日 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 投与薬剤 1 | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |
| 2      | 2 |   |   |   | 2 |   |   |   | 2 |   |   |   |
| 3      | 3 |   |   |   | 3 |   |   |   | 3 |   |   |   |
| 4      | 4 |   |   |   | 4 |   |   |   | 4 |   |   |   |
| 5      | 5 |   |   |   | 5 |   |   |   | 5 |   |   |   |

  

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>A 陽性症状</b></p> <p>1. いらだち 怒り 大声 暴力 0 1 2 3</p> <p>2. 介護抵抗 入浴拒否 0 1 2 3</p> <p>3. 帰宅願望 外出企図 0 1 2 3</p> <p>4. 不眠 0 1 2 3</p> <p>5. 徘徊 (1日中 日中 夜間) 0 1 2 3</p> <p>6. 自己顕示 ナースコール頻回 0 1 2 3</p> <p>7. 振り 0 1 2 3</p> <p>8. 妄想 幻覚 独語 0 1 2 3</p> <p>9. 神経質 0 1 2 3</p> <p>10. 盗み 盗食 大食 異食 0 1 2 3</p> <p>11. その他( ) 0 1 2 3</p> | <p><b>A</b></p> <p>1. なし 軽度 中度 重度 0 1 2 3</p> <p>2. 0 1 2 3</p> <p>3. 0 1 2 3</p> <p>4. 0 1 2 3</p> <p>5. 0 1 2 3</p> <p>6. 0 1 2 3</p> <p>7. 0 1 2 3</p> <p>8. 0 1 2 3</p> <p>9. 0 1 2 3</p> <p>10. 0 1 2 3</p> <p>11. 0 1 2 3</p> | <p><b>A</b></p> <p>1. なし 軽度 中度 重度 0 1 2 3</p> <p>2. 0 1 2 3</p> <p>3. 0 1 2 3</p> <p>4. 0 1 2 3</p> <p>5. 0 1 2 3</p> <p>6. 0 1 2 3</p> <p>7. 0 1 2 3</p> <p>8. 0 1 2 3</p> <p>9. 0 1 2 3</p> <p>10. 0 1 2 3</p> <p>11. 0 1 2 3</p> |
|---|---|---|

  

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>B 陰性症状</b></p> <p>1. 食欲低下 0 1 2 3</p> <p>2. あまり動かない(活力低下) 0 1 2 3</p> <p>3. 昼寝 傾眠 発語低下 無表情 0 1 2 3</p> <p>4. うつ状態(否定的発言 自殺) 0 1 2 3</p> <p>5. 無関心(リハビリ等不参加) 0 1 2 3</p> <p>6. その他( ) 0 1 2 3</p> | <p><b>B</b></p> <p>1. 0 1 2 3</p> <p>2. 0 1 2 3</p> <p>3. 0 1 2 3</p> <p>4. 0 1 2 3</p> <p>5. 0 1 2 3</p> <p>6. 0 1 2 3</p> | <p><b>B</b></p> <p>1. 0 1 2 3</p> <p>2. 0 1 2 3</p> <p>3. 0 1 2 3</p> <p>4. 0 1 2 3</p> <p>5. 0 1 2 3</p> <p>6. 0 1 2 3</p> |
|--|---|---|

  

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>C 体幹/バランス</b></p> <p>1. 体幹傾斜 0 1 2 3</p> <p>2. 易転倒性 0 1 2 3</p> <p>3. 小刻み歩行 0 1 2 3</p> <p>4. 嚥下不良 むせる 0 1 2 3</p> <p>5. 突進 振戦(PD) 0 1 2 3</p> <p>6. その他( ) 0 1 2 3</p> | <p><b>C</b></p> <p>1. 0 1 2 3</p> <p>2. 0 1 2 3</p> <p>3. 0 1 2 3</p> <p>4. 0 1 2 3</p> <p>5. 0 1 2 3</p> <p>6. 0 1 2 3</p> | <p><b>C</b></p> <p>1. 0 1 2 3</p> <p>2. 0 1 2 3</p> <p>3. 0 1 2 3</p> <p>4. 0 1 2 3</p> <p>5. 0 1 2 3</p> <p>6. 0 1 2 3</p> |
|---|---|---|

  

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>A 合計点</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> | <p><b>B 合計点</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> | <p><b>C 合計点</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> |
| <p>過鎮静 良好 要鎮静</p>   | <p>過鎮静 良好 要鎮静</p>   | <p>過鎮静 良好 要鎮静</p>   |

**河野和彦先生のDBCシート**  
**尾道市医師会方式2006改訂版**

**投与薬剤の適正量**  
(副作用・医原性のチェックも含む)

**認知症・精神・神経疾患のコントロールに  
用いているすべての薬剤**

**チェック内容**

**A:陽性症状 → アリセプトなど**  
(興奮系薬剤投与時)

**B:陰性症状 → セロクエルなど**  
(抑制系薬剤投与時)

**C:体幹/バランス → DLBチェック**  
(身体運動機能異常・パーキンソン症候群等)  
(薬剤性のチェック:セロクエル  
リスパダール等)

**\* 薬剤性の「せん妄」「幻覚」他  
意識レベル・生活障害との関係  
薬剤投与量が適正かの検証**

Clinical professor of OKAYAMA university. H. Katayama 2008



取や、脳外科医とのチーム医療による除外診断の情報提供は重要であり、薬剤の使用量のスライドと処方術が大変多彩であることも特徴的である。

#### 認知症治療・ケア総合カンファレンス

また、多くの場合、家族の理解と介護力、ケア技術（環境）に大きく左右される実情が見受けられ、適切な時期に介護保険サービスの活用で治療とケアの総合化が必要であるが、ここでは、認知症ケアに優れたスタッフを養成しておく必要がある。

DBCシートの項目により、観察のポイントを治療薬の効果検証と合わせて、生活機能の変化、改善、悪化のチェックを行うので、DBCは教育効果が大きいのが特徴である。

特にデイケア・ショートステイ中の様子などのDBC評価は治療情報として有益であり、家族への説明責任を果たしているとともに、一定期間の中での変化に安定を提供している処方であるかどうか確認できる。また、ケア関係者からのDBC評価から、DLBの場合、転倒や誤嚥の防止に向けての対策がタイム

リーに行えるので、事故防止に繋がる安全策である。

認知症患者さんご本人を多職種協働のチームで囲んだケアカンファレンスで、感受性が高まっていて不安も感じやすいご本人が、『自分のために皆さん、有難うございます。』と笑顔で頭を下げられたことに家族の方が涙を流されたことが何度もあった。

自分がその立場（認知症患者）になったことを壮年期以後の全国民が想定する必要があるので、筆者のケアカンファレンスの方法論は間違っていないと思っている。

主治医に求められるこの領域の医療は理科系と文科系とのフュージョンであり、人間性の医学が必要とされている。いわば、神が与えた医師への試練であり、家族・国民への試練でもある。

この論文は、平成23年4月23日（土）第18回中・四国老年期認知症研究会及び、平成23年7月30日（土）第25回老年期認知症研究会で発表された内容です。