

## IV 認知症外来レベルで可能な医療

### 1. はじめに

ともに暮らす家族がなにか異変に気づき、あるいは認知症の本人が不安になり、認知症外来の戸をたたく。本稿では、医療的な支援として外来診療においては何ができるのかについて述べるのが求められている。その際には外来診療へ、どのような人はくるのか、そしてその逆にどのような人はこないか（こられないのか）、を念頭に置くことが、地域全体の認知症に関する課題を見失わないために大切なことである。すなわち、外来診療が可能である範囲の背景にはサービス提供側の事情とサービス受益者側の事情がある。医療サービスを提供する側と享受する側の双方の都合が合致してはじめて、可能な外来診療における範囲が定まる。またさらにその可能な範囲を広げる必要性が求められるのであれば、それぞれの合致する都合を緩くすることである。具体的には医療サービス提供側には、顧客（この場合認知症の本人および家族を含むケアする人々）の満足が得られるようにサービス内容を充実させ、その方向で医療技術水準を向上させることが本質的であると考え。一方、本人ないし家族を含むケアする人への啓発活動、そして診療に結びつけるような動線の拡大化、その受け皿（認知症を受け入れる医療機関）の拡充化、必要に応じた受診動機の喚起と拡大化、が求められる。本稿では、前者のみについて触れるが、全体を俯瞰する意識のもとでは、後者の重要性を忘れてはならない。たとえば、外来診療にいけない（いかない）類型の認知症原因疾患の種類や程度、あるいはBPSDのパターンにはまっている人々がいることに気づく機会を自ら失ってはいけない。認知症の医療的支援は一部の人々のためではなく、全体に対して背負うものと考え。

本稿では、まず専門医につなげるタイミングについて、認知症サポート医養成研修で触れられているもの<sup>1)</sup>を利用しながら、認知症外来レベルでの可能な医療について、上述したことに留意しつつ、示し考察したい。

### 2. 専門医、専門医療機関に期待される役割

まず、厚生労働省事業（認知症サポート医養成研修）における専門医および専門医療機関に期待される役割<sup>1)</sup>について以下に示す。

1. 確定診断
2. 若年（性）認知症の診療（括弧は筆者によるもの）

3. 軽度認知障害の診断と経過観察
  4. 認知症の行動・心理症状（BPSD）が高度なときの対応
  5. 急激な症状の進行がみられたとき
  6. 歩行障害や嚥下障害といった症状，パーキンソニズムや麻痺，痙攣等の徴候が現れたとき
  7. 重篤な身体合併症があるとき
- （後述との関係で，上記通し番号は筆者によってふられている）  
この規約を端緒として，外来診療の可能性について論じてみる。

### 3. 中核症状と周辺症状，そしてBPSDとの違い

その前に基礎事項の整理を行う。中核症状と周辺症状，そしてBPSDについての基礎的な事柄である。これらのことは認知症の診たてに深く関わる項目である。やや執拗に述べてみる。

さて，中核症状を直接に表現する英語が存在しない。同時に周辺症状についてもそうである。しかし，このことを洞察することで，「はじめに」の項で示した外来診療の可能性に関する両面についての洞察も深めることができると考えている。したがって，これらの項目を再度整理する前作業が必要となり，そのために，以下のような基礎的な用語の規約とその合理的な理解について述べる。ところで，ここで合理的理解と表現するには理由がある。まず各種国際的診断基準（DSM〈精神障害の診断と統計の手引き，Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders〉やICD〈国際疾病分類，International Classification of Diseases〉など）において，アルツハイマー病のみならず，血管性認知症についても，中核症状（明示的ではない）のごとく必発症状の規約がある。しかし，後述するように，BPSDは疾患にとられない概念である。BPSDが周辺症状とは異なることを明示的に触れた他書が，筆者の知る限りない。そのためこの違いについて述べるための必要な道筋には，先人の知恵を借りつつ，「合理的理解」という灯明が必要となると考えるからである。

#### 1) 認知症とは

まず，認知症とは症状の集まりのことである。認知症の定義自体に触れる余裕がないが，認知症はすなわち病名そのものではない。認知症を呈する原因疾患があると理解するのが自然である。最も有名なのはアルツハイマー型認知症であろう。最近ではレビー小体型認知症も人口に膾炙する。脳血管の破綻が先行する血管性認知症や，常同行動や失語症等の特有の症状を呈する前頭側頭型認知症などもよく知られているのかもしれない。その他にも多くの種類の疾患が認知症の原因となることが知られている。これらの疾患の発見と分類は，偉大な先人達の膨大な医学研究（主に神経病理学という分野）によって，それぞれの疾患に従って特徴的な脳の器質的障害があることをメルクマールになされてきた。そしてそれぞれの疾患の症候学的な特徴が（臨床病理学などの分野で）記述されてきた。あるいは今は他の疾患で記述されているかもしれないが，疾患によっては今後解明され新たに分類され命名される。このことは，確定診断は生前にはできない，という原理も内包している。したがって，生前の暫定的な診断が症状の変化に伴い病名自体も変化することすらあることも理解できる。ここに，生きている人を対

象とする外来診療における診断に、ひとつの限界点が存在することになる。

## 2) 「～型認知症」と「～病」との違い

本稿では「アルツハイマー型認知症」と「アルツハイマー病」という表現が混在する。以前には、65歳を境に若年発症の場合にはアルツハイマー病とし、それ以外をアルツハイマー型認知症と称する場合もあった。しかし近年、たとえば、平成21年度の厚労省事業の認知症サポート医養成研修テキスト改訂作業において、この混在を整理して「アルツハイマー型認知症」と統一的に表現をしている場合もある<sup>1)</sup>。以降の合理的理解を進めるにあたって、本稿での一応の取り決めを、私見であるものの矛盾を避けるために、ここで示したい。

「～病」は死後確定診断された場合に示す用語とする。さらにこの規定をやや抽象化して、神経病理学的知識が集積した結果として表現される場合も「～病」としておく。一方、「～型認知症」とは、いま規定した「～病」と推定される場合の、生前の病名として示す。「型」は類型の意味を帯び、「アルツハイマー型認知症」とは、「アルツハイマー病と考えられる類型である」という意味を帯び、確定診断前であっても許容できる日本語表現となっている。そうすれば、たとえば、「生前アルツハイマー型認知症であったが、剖検の結果、実はレビー小体病であった」などという日本語表現も獲得できる。いずれにせよ、現在数種類のための疾患に対してであるが、とりあえず、そうしておかなければ次に示す合理的説明に窮してしまうので、本稿では必要上そのように規定している。

## 3) 中核症状とは

さて、アルツハイマー病は、神経病理学的には内嗅野や海馬などという「記憶」にかかわるとされる脳の部位が萎縮していることが知られている。現在その機能の詳細は明瞭ではないが、病初期段階から機能低下がしばしば指摘される後部帯状回<sup>2)</sup>も記憶と関連しているかもしれない。したがって萎縮している部位と臨床上特徴的に呈する症状が直接説明できそうである。それゆえアルツハイマー型認知症の中核症状には、近時記憶力の低下が含まれると考えても合理的である。別の例を示す。たとえば、幻視（幻を見る）や体の動きのわるさ（パーキンソニズム）や時間ごとに変化するような意識レベルの清明さを主徴とするレビー小体型認知症<sup>3)</sup>では記憶力の変化が乏しい場合もある。表現を変えて、レビー小体型認知症の中核症状は上記の3つの主徴になる、という具合である。

したがって、それを抽象化して、中核症状とは、脳の原因疾患ごとの特異的な（と想定される）器質的な変化によって直接説明しうる症状のことである、としてもよいであろう。そうすれば、たとえば、上記（「認知症とは」の項）の説明とあわせれば、「認知症の中核症状」なる用語も存在しないことも理解できよう。

ただし、一般的によくイメージされる、「中核症状とは記憶力の低下、失見当識云々」を頭ごなしに否定するものではない。こういった知恵は先人たちの弛まぬ歴史的な研鑽の結晶でもある。そして神経病理学的、あるいは神経心理学的な知見の集積もある。それらをふまえた上で、筆者の知るところによる現時点での合理的理解をここでは示している。そのため、この関連項目の記述に関する取り扱い、読者個々の理解と責任によって扱われるよう留意してほしい。

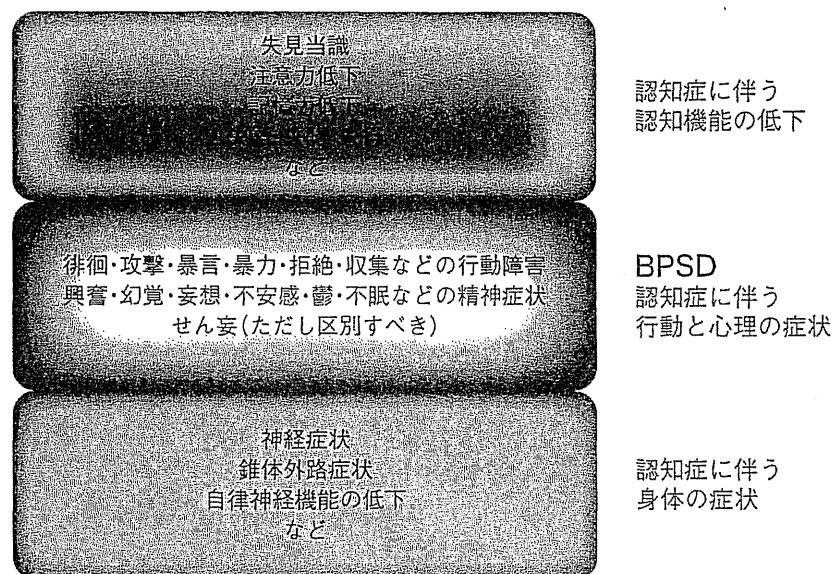


図1 認知症に伴う症状すべて

#### 4) BPSD とは

BPSD とは、認知症に伴う行動と心理の症状と訳出される。さて、認知症に伴う症状とは大きく二つに分けられよう。それは「こころ」（表現が困難であるが、二元論的な意味でこのように表現した）と「からだ」の症状である。自明ではあるが、後述との関連からここでは、これを明示的に示す。その「こころ」の症状の中に、認知症において特異的であるとされてきた認知機能の低下と、それ以外の症状すなわち、行動と心理の症状があると理解できる。換言すれば、BPSD の背景には、認知機能の低下があることが、暗黙の前提となっていることに留意する。さらにしばしば忘れがちであるが、認知症に伴う身体の症状があることもあわせて付記する。そうするとまず大枠として図1のようになる。まずここで確認できることは、認知症の原因となる疾患を超えて、この枠組みが与えられていることである。つまり、BPSD とは症状のみに依存し、疾患とは独立な概念であることがわかる。

#### 5) BPSD と周辺症状とは異なる概念である

ここまで論を進めると、次のようなことが明瞭になってくる。上述したように、中核症状を脳の原因疾患ごとの特異的な（と想定される）器質的な変化によって直接説明しうる症状である、とする。たとえば、アルツハイマー型認知症の場合の中核症状は、その病期に従って、脳が萎縮し、その萎縮の進行程度に従って、記憶力の低下、失見当識、失語、失認、失行などが出現するであろう。たとえば、アルツハイマー型認知症のある時期の中核症状をこの図の中に示してみる。それは図2に示した楕円の囲み図形の内側に相当するとできる。同時に、周辺症状とは、中核症状に伴い二次的に現れるものだとすれば、その囲み図形の外側の領域に相当する。同様に、レビー小体型認知症の場合には図3のごとくである。このことからBPSDと周辺症状は明瞭に異なるものであることがわかる。

ここまで基礎的な認知症の診たてについて示した。この枠組みに従って、本稿で求められている、認知症外来診療の可能性について以下に述べ、考察する。

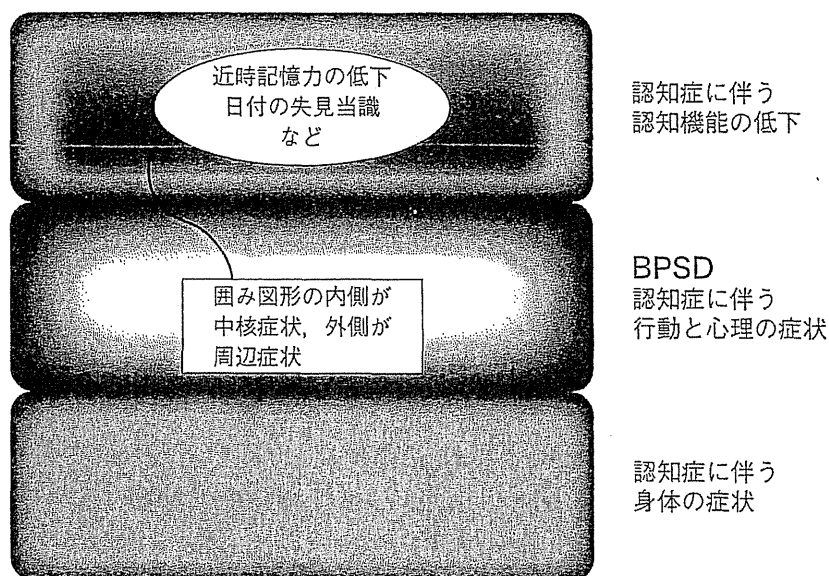


図 2 アルツハイマー型認知症の中核症状と周辺症状

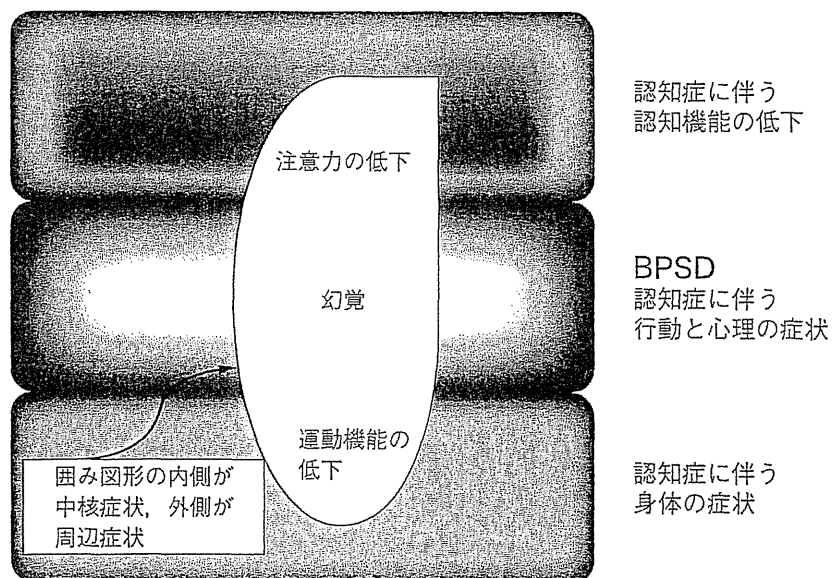


図 3 レビー小体型認知症の中核症状と周辺症状

#### 4. 外来診療における中核症状への対応と考え方

##### 1) 診断とその周辺問題

上記のごとく、中核症状を本稿では、特異的な脳の器質的変化とつよく結びついている、とした。その脳の器質的障害と症状の関連性を知ることが、すなわち診断をする上での基礎的知見となる。したがって、「専門医・専門医療機関の役割」の、1. 確定診断、2. 若年（性）認知症の診療、3. 軽度認知障害の診断と経過観察、のうち、診断に関連する事項については、それぞれができないとなれば、専門医への紹介が必要となろう。遅延再生力の低下や日付の失見当識などが明瞭で、その他の、たとえば注意力の低下がないようなことが明瞭である、とか

を理由にアルツハイマー型認知症の積極診断はある程度可能であると考え、あるいは意識の清明さの変動や幻視、妄想、パーキンソンズム、あるいはレビー小体型認知症がしばしば示すような特異的な症状（うつ、自律神経機能低下、睡眠時行動異常など）があり、それ以外がなければ、ここでも積極診断が可能であろう。しかしそれ以外の非定型な症状がある場合には、すなわち脳内に想定しているのとは別の病変がある、あるいはせん妄がある等の疑いがあるのであれば、やはりそれなりの診断手続きは必要となる。その際には、専門医への紹介が必要かもしれない。この積極診断も、多くの症例を診て初めて可能となると考える。診断に不安が残るようであれば、いずれにせよ、専門医にコンサルテーションを求めべきであろう。

さて、「2. 若年（性）認知症の診療」については、若いということが特別に示されているが、筆者はその若さについては明瞭な区別があるとは考えていない。壮年、老年という連続的な変化があると捉えている。「若さ」が何を象徴しているのかといえば、まずはおそらく、好発年齢の違いのある原因疾患の頻度構成が異なることや、同じ疾患でも病状の進行の程度が異なることが生物学的に捉えることができるかもしれない。また生活様式の質的な異なり、たとえば、主たる介護者も「若い」ことが挙げられよう。ときには親が主たる介護者になる場合も筆者は散見している。そして就労支援も強調される傾向（あくまでも強調であって、老年だから就労支援が不要、と言っている訳ではない）があることも挙げられよう。すなわち医療的な懸案事項と同時に、老年期の認知症の場合と比べて、生活支援や就労支援の内容が質的に異なる可能性もあり、それに応じた策を講じる必要があるという留意点が強調されている。また有病率も低いために、必要な社会資源の不足と、それへのアクセスも難しいことも予測される。これらを勘案して、もし必要な支援ネットワークを有するような、若年認知症を多く診る専門医への紹介は、意味を持つであろうと考える。

また、「3. 軽度認知障害の診断と経過観察」における軽度認知機能低下（MCI, Mild Cognitive Impairment）は、認知症ではない、ことが前提である。したがって通常のHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）やMMSE（ミニメンタルステイト検査）などのようなスクリーニングでは判断できないことになる。細かな神経心理検査や脳機能画像検査を含む一連の検査が必要となる。本人や共に暮らす家族の「困った」という主訴をよく聞き、たとえスクリーニング上、正常であったとしても、それが認知機能の低下に基づくものであると疑われた場合は、専門医受診を積極的に勧めるべきである。非専門医のところに、MCI疑いの人が訪れた場合には、その医師が専門医へ紹介するか否かの見極めが医療への取り込みの限界点になる。その限界点を少しでも小さくするためには、周囲の人々の働きかけも重要なものとなることを付記する。

## 2) 治療とその周辺問題

中核症状をきたす（と想定される）脳の変化そのものに介入する方法によって症状が修飾される。アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症（現時点では健康保険適用外）に対するドネペジル塩酸塩のようなアセチルコリンエステラーゼ阻害薬などの抗認知症薬、正常圧水頭症や脳出血に対する外科的介入などが挙げられる。自らが診療範囲外であれば、必要な医療機関への紹介が求められる。ここでも、上述の問題があることに気づく。治療介入が可能で、それによってその効果が大きいと期待できる疾患であるか否かを判断する能力は、紹介する側が背

負うものである。あたりまえであるが、専門医の能力は紹介されてはじめて発揮されるものである。もしそれが不明であれば、とりあえず診断については専門医に委ねざるを得ない。しかし受け皿としての専門医の数の問題などもある。緊急を要する場合には、専門医の受診を、ほかの受診待ちの人々よりも優先させ行う必要も生じる。ある専門医は受付時担当者が予診を行い、この緊急性に関してスクリーニングを行うところもある。しかし一般的には、そういう専門医療機関はまだ少ないと思う。したがって現状の中では、かかりつけ医が緊急性のある疾患か否かのスクリーニングまでは、責任を持って背負う必要があるかもしれない。認知症医療の受け皿の不全を補うのが、たとえば、かかりつけ医認知症対応力向上研修であったり、認知症サポート医養成研修であったり、国がいま専ら取り組んでいる事業でもある。十全な医療体制が完備されていない現状では、疑わしいと感じるのであれば、周囲の人々の働きかけも必要であることを付記しておく。

## 5. 外来診療における周辺症状への対応と考え方

### 1) 診断とその周辺問題

上述の、「4. 認知症の行動・心理症状（BPSD）が高度なときの対応、5. 急激な症状の進行がみられたとき、6. 歩行障害や嚥下障害といった症状、パーキンソニズムや麻痺、痙攣等の徴候が現れたとき、7. 重篤な身体合併症があるとき」について、それぞれの対応する順で以下に述べる。

### 2) 周辺症状は理解すべき対象

上述の論によれば、周辺症状すなわち二次的な症状そのものは、認知症の原因疾患に伴う不可避な症状ではない、ことになる。したがって、不穏興奮等という活動性の周辺症状を診ればすなわち（副作用のある可能性がある）鎮静系薬剤の対象である、と短絡的に考えることは危険であることを示唆している。この状況の解決は、単に投薬だけでは困難である。必要な生活支援や、家族-認知症本人の関係調整などが高度に要求される。ただし、緊急性が要される、あるいは介入がうまくいかず、対応に苦慮する場合も多い。必要以上に、本人や家族、ケアスタッフを苦しめてはいけない。その場合には「4. 認知症の行動・心理症状（BPSD）が高度なときの対応」が必要となる。ためらわずに専門医への受診をすすめるべきである。

### 3) 治療とその周辺問題

上述したような周辺症状に対する前提をおきながら、次に考察する。

ただでさえ、認知症は高齢者であることが多く、また自己の身体管理が下手になっている場合も多い。そのため身体環境が悪化している場合も少なくない。すなわちたとえば薬剤の反応性について言えば、効果もそうであるが、副作用も出現しやすい温床がある。したがって、自己判断で、活動性の周辺症状であれば、ただちに鎮静系薬剤の適用であるとして、医師に対して安易な鎮静系薬剤の投薬推奨に結びつく行動は厳に慎むべきである。安易な投薬とそれが漫然と続けられることで、緩慢な殺人とも言えるような悲劇が生まれることもある。筆者も数多く経験した<sup>4)</sup>。認知症の人々への長期間の薬漬けや、そのせいで外来に通うことができないほ

どの、手のかかる副作用や症状を散見してきた。たとえば、抗精神病薬の漫然投薬における錐体外路症状（筋肉の不自然な緊張や不自然な動き）やそれに伴う誤嚥や転倒事故などが挙げられる。また抗不安薬や睡眠薬の不適切な使用で筋弛緩作用などによる転倒や睡眠障害の悪化、あるいは身体疾患のために出されていた薬による精神症状の出現、身体疾患の見落としや不十分な管理にいたることもある。さらには予測されなかった急な死亡などの不幸な転帰、本人の苦痛の増大、避けることができた早まる死、家族を含む周囲の人々の落胆を多く経験してきた。筆者も後になって気づいた事例も数多く、自分の無能さに悔みきれない気持ちがいまでもよみがえる。その加担をしてはいけない。

筆者は、たとえ興奮、不穏、暴言、暴力などと言われるような周辺症状であっても、理想的な環境が提供されている場合、鎮静系薬剤は本質的には不要であると考え。しかし、現実には、共に暮らす家族が行き詰まっている場合には緊急退避的にそういった薬剤を使用する場合もある。ただしその用法、用量については、専門医に委ねる範囲かもしれない。したがって上述の「4. 認知症の行動・心理症状（BPSD）が高度なときの対応」のときの、高度なとき、の意味とは、どうしても抗精神病薬を投薬せざるを得ない時であり、そういうときには専門医へ紹介する必要がある、とする考え方である。ただし、その効果や副作用のモニタリングについては専門医に任せきりでは、足元をすくわれるような結果を生じがちである。そもそも本人にとって不要な薬であれば、その意識をかかわるすべての人で共有し、本人に対する不要な不利益を被らないよう、皆で努力すべきである。

#### 4) 緊急に対応すべき状況

上述のように、「5. 急激な症状の進行がみられたとき、6. 歩行障害や嚥下障害といった症状、パーキンソニズムや麻痺、痙攣等の徴候が現れたとき、7. 重篤な身体合併症があるとき」には速やかな対応が求められる。「5. 急激な症状の進行がみられたとき」には、背景に、たとえばせん妄の伏在が疑われる。そしてその原因には、薬剤の副作用、身体疾患の伏在あるいは悪化などを緊急に検索すべき状態であることが多い。この状況は「6. 歩行障害や嚥下障害といった症状、パーキンソニズムや麻痺、痙攣等の徴候が現れたとき」や「7. 重篤な身体合併症があるとき」も同様である。そういった意味で、上述した「認知症に伴う症状」の記述の中で身体疾患の存在も強調した。脳と身体はばらばらで存在するはずはない。この局面はプライマリーケアを背負うかかりつけ医の立ち位置では逆に、力の発揮しどころであろう。全体を診る視点を総動員して、適切な判断をもって、適切な専門機関への紹介、あるいは自身で問題解決に向けて尽力すべきである。

## 6. 最後に

本稿では、認知症サポート医養成研修で示されている「専門医・専門医療機関に期待される役割」の各項目について、BPSDと周辺症状の違いに触れつつ、中核症状の場合と周辺症状の場合に分けて、認知症外来レベルで可能な医療について示しつつ、考察を加えた。現状における地域の認知症医療は、そのインフラ整備がまだ十全であるとは言いがたい。そのため、認知症に関わる人々の貴重な尽力が求められる状況であることも合わせて理解していただければ望



外の喜びである。

【引用文献】

- 1) 認知症サポート医およびかかりつけ医に対する研修と教材のあり方に関する調査研究事業 平成 22 年 3 月 特定非営利活動法人 シルバー総合研究所
- 2) Minoshima S, Foster NL, Kuhl DE : Posterior cingulate cortex in Alzheimer's disease. *Lancet*, **344** (8926) : 895 (1994).
- 3) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. : Consortium on DLB Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; third report of the DLB Consortium. *Neurology*, **65** (12) : 1863-1872 (2005).
- 4) 木之下徹, 元永拓郎, 本間 昭 : 認知症のターミナルケアにおけるチームケア・アプローチの役割と意義. *老年精神医学雑誌*, **18** (9) : 966-973 (2007).

## V. BPSDへの地域対応

### —入院加療、緊急保護を要する時—

#### 1. はじめに

地域におけるBPSD対応のうち、入院加療を要する場合と、緊急保護を要する場合に分けて論ずる。まずはBPSDの周辺事情を扱う。その上で入院加療を要することが想定されるような事象に焦点を当ててまず論じたい。そして次に、緊急保護に関する問題を、精神保健福祉法にある24条通報に関する事柄を中心に述べ、考察を加えたい。

#### 2. BPSD周辺の問題

##### 1) BPSDが増悪する要因

平成19年度厚生労働省の調査報告書<sup>1)</sup>によると、BPSDの悪化要因には「薬剤によるものが37.7%」「身体合併症によるものが23.0%」「家族・介護環境によるものが10.7%」という結果が示された。そのうち「薬剤によるもの」と「身体合併症によるもの」を合わせると、BPSDの悪化要因の約5割が医原性である、と示された。

我々の経験上、その多くにはせん妄の見落としがあつたのではないかと疑う。具体的には、BPSDを抑えようとして出された薬が、せん妄を引き起こし、かえってBPSDを悪化させてしまうような結果になっていることは、自験例においても枚挙に暇がない。あるいは、身体疾患のために、など別の目的で処方された薬剤の副作用として、せん妄を引き起こしてしまった例も挙げられよう。BPSDの悪化要因の中で薬剤以外の原因として身体合併症が挙げられる。たとえば脱水や便秘、がんなどによっても、その際に適切な医療介入がなされない場合には、BPSDが見かけ上悪化することを幾度となく経験した。さらに家族あるいはケアする人との関係性がこじれてしまい、その結果BPSDが出現し、悪化することにはしばしば遭遇した。

しかし一方で、適切な医療介入やケアの導入によって、ときにはBPSDがなくなるほど改善する場合も経験する。このことはBPSDで苦しむ本人や家族に大いなる福音を与える。そしてそれが関わる我々にとってもたいへんな励みとなる。

##### 2) BPSDの捉え方

「認知症」を取り巻く状況が2000年を境に大きく変わってきている。その変化の前提を築いたという意味では、介護保険制度の施行がまず挙げられよう。またNHKの認知症キャンペー

ンを皮切りに多くの民放、新聞社、出版社などのメディアが認知症関連ニュースを連日取り上げている。いまや認知症の人々と直接接していない人々であっても「認知症」なる言葉を知らない人はいないであろう。その人数の多さから、身の回りの人々のだれかは、認知症にまつわる問題を抱えているかもしれない。認知症は、すでに他人事ではなく、明日は我が身のこととして、実感を伴ってきているのが、今日の状況であろう。

2005年には「認知症のパーソンセンタードケア」が翻訳されて多くの人々に読まれるようになった。すでに日本においても2003年には故小澤勲氏は当時の表現方法ではあるが、幻覚妄想状態、抑うつ、意欲障害、せん妄、徘徊、弄便、収集癖、攻撃性などは、誰にでも現れるとは限らないがその症状は理解の対象である<sup>2)</sup>と伝えている。しかし、現実には、BPSDが、特に暴言暴力等の精神活動性の高い症状である場合、それが持続的な場合には、本人のみならず、ともに暮らす家族も追いつめられる。しばしば薬物による化学拘束や身体拘束の対象となりがちであることに、我々はいつも注意しなければならない。極めて深刻で、解決が難しいことばかりであるが、我々は、誰の何のために、何をするのか、を忘れてはいけない、と自戒の念を込めて記す。

### 3. 入院加療を要する場合

ここからは入院加療を要する場合について、項目別に事例を交えながら論じ考察したい。ここで述べる入院加療を要する場合は本稿では一段広い意味としてとらえている。すなわち外来診療では対応できない状況をさす。具体的には、症状が重篤化し命が危ぶまれる場合、医療的問題のために継続して在宅療養ができない場合、入院加療やその同等の手段（たとえば訪問診療と訪問看護による持続点滴や経静脈による補液の施行など）によって復する見込みがある場合、などを意味している。

#### 1) 薬の副作用による BPSD の悪化

BPSD に対して使用される薬には、抗精神病薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗不安薬、抗てんかん薬、抗認知症薬、漢方薬などがしばしば使われる。認知症高齢者にこれらの薬を処方するには注意を要する。なぜならば、高齢者は糖尿病、高血圧症などの慢性疾患や、癌を抱えていたり、低栄養などの虚弱な状態に陥っている場合が多いからである。そのため薬の感受性が高まりがちである。薬の効果もさることながら、同時に副作用が出現しやすい身体的環境にある。また身体疾患によっても BPSD が悪化する場合もある。そこで、前半部分では数種類の薬の副作用に関する問題を、後半部分では身体合併症に関する問題を主軸に、事例を交えながら、入院加療を要する場合について示し考察する。

##### (1) 抗精神病薬

訪問診療で初めて伺ったときのことである。玄関には二重の鍵が設置されていた。認知症本人の妻が鍵をはずして、素早く中に入れてくれた。認知症本人は落ち着きがなく室内をウロウロとしていた。言葉は少なく単語での会話がかろうじて成り立つ程度であった。訪問診療の最初の依頼は、「易怒的で妻に攻撃的であるため、なんとかしてほしい」というものであった。話を聞くと次のようなことを妻は教えてくれた。

数年前、夫の言動が攻撃的になった。妻にとって対応に苦慮する事態となり、専門医療機関を受診した。そのときに抗精神病薬が処方された。当初、劇的な事態の改善を認めたという。この抗精神病薬を本人はすでに5年余にわたって継続して服用していた。しかし、再度攻撃的になり妻は担当医の元へ通った。抗精神病薬の種類が変更となった。そのときの用量は、等価効果的には当初のものより増量していた。増量したにもかかわらず、かえって状況は悪化した。そしてついには外来に連れていけなくなった、という。

我々が訪れたときには、脳の器質的変化に伴う認知機能低下とともに薬剤による副作用（アカシジア、静座不能な状態とも言われる）が出現していた。妻が攻撃的であるといったのは、元々の活動性のBPSDに対する抗精神病薬のせいであった。

この問題解決は実際には難しい。相当慣れた医師による判断が求められる。外来通院できるレベルで早期に解決すべきであった。外来にいけない以上、医師を呼ぶか、入院をするしか手がない。我々は訪問診療を通じて、抗精神病薬による副作用のため、在宅療養ができなくなってしまった人々によく遭遇する。そうならないための有効な手だてを速やかに打つためには、ケアをする人々にとっても、上述したような抗精神病薬の副作用については共有すべきであると考え。その内容について以下に続けて示す。

抗精神病薬の副作用のうち、日常生活のうで気をつけなければならないものとしては抗コリン作用を最初に挙げる。便秘の出現頻度は高い。まれであるとはいえ尿閉は緊急処置を要する副作用である。何時間も尿がでていないと危険な状態になる。その際は、医師を呼び、導尿を行うか、あるいは救急車を呼ぶか、救急対応のできる病院に搬送する必要がある。その他、喉が渇く、目がみえづらくなる（焦点距離の調節障害）ことなどにも注意する。次に過鎮静について触れる。鎮静がかりすぎて、意識レベルが低下する場合（せん妄）がある。そのせいで幻視や妄想が生じることもある。ときには活動性のせん妄が出現することもある。それを興奮と取り間違えることで、なお増量されてしまう場合もある。その結果、かえって症状が悪化し、在宅療養できなくなることがあるので、留意する。

別の副作用として、アカシジア（じっとしていられない）、ジストニア（異常な筋肉の緊張）、ジスキネジア（異常な筋肉の不随意運動）などの錐体外路症状が現れることもある。若い人とは違い、自験例では少量であっても数ヶ月後に意外にも出現することをしばしば経験した。たとえば、そのせいで小さな段差でも転倒する危険もあるため、注意が必要である。深刻なのは、錐体外路症状に伴う嚥下障害である。肺炎のためしばしば入退院を繰り返し、その過程でときには死亡してしまうこともある。さらに重大な副作用としては悪性症候群が挙げられる。典型例においては意識消失、高熱、全身強直（筋肉の極度な緊張）などが出現すると言われている。放置しておくことと死にいたることもある。しかし認知症高齢者の場合に、これらの典型的な症状が出揃わなく、採血して初めてわかったことが自験例で経験した。疑わしい場合は速やかに受診をしなくてはならず、もし悪性症候群であれば、緊急に入院加療が求められるであろう。

## （2）睡眠薬、抗不安薬

認知症の人に限ったことではないが、高齢者によく処方される睡眠薬の投与量は一般的には、成人量よりも少なく処方することが求められる。なぜなら、高齢者の特徴として、肝臓や腎臓で薬剤が変化したり排泄したりする能力が低下して、薬に対して敏感になるとされているからである。さらに脂肪組成比が高まることも一因となり、体内に貯留する傾向になる。副作用と

しては筋弛緩作用（筋肉に力が入らない）がある。そのため夜間はふらついて転びやすくなる。高齢者の転倒は、身体を保護する姿勢をとる能力も落ち、大腿骨頭、上腕骨、骨盤などの骨折につながりやすい。あるいは頭部を強打し、脳内出血の原因となることもある。そのときのことを覚えていない、誰も知らないうちにつまずいて転んでいたなどは枚挙に暇がない。認知症本人は自ら転んだことを報告することがない場合には、周囲の者が歩行時や姿勢の変化に気付く、あるいは痛みだけを訴えることから、転倒したことを推察せざるをえない。転倒したものの、数日間、歩行や生活上何の問題もなかった認知症本人が急に動かなくなり、大腿骨骨頭骨折が判明した人もいた。あるいは歩行が急激に不自然になり、入院検査の結果硬膜下血腫を発見した事例もあった。

### （3）抗認知症薬

現時点で認可されているアセチルコリンエステラーゼ阻害薬である抗認知症薬は、認知機能低下に対して優れた効き目を示す場合がある。しかし吐き気や食欲不振、下痢などの副作用が現れることがある。たいていは一時的なものであり、その後おさまる場合が多い。しかし症状が続くときには医師と相談する必要がある。食欲不振の時点で問題解決を怠ると、認知症高齢者であれば適切に自らの不調を説明できないこともあり、症状が重篤化してしまう可能性があることに留意する。

またコリン作用のために気管支が狭まることがあり喘息がある場合には注意を要する。さらに心拍数を遅くする作用もあるため、洞不全症候群がある場合にも注意を要する。自らの症状を適切に訴えることができなければ、徹底した身体観察が求められる。見落とすことで二次的に身体状況が悪化し緊急入院が必要となる場合もある。

## 2) 身体の状態による BPSD の悪化

### （1）BPSD と認知症の人のサイン（表情や行動）

認知症があると自らの状況をうまく説明できなくなる場合もある。我々は、認知症本人の表情や行動からも、その人の意思や気分や体調を読みとる必要が生じる。心と身体は密接な関係にある。身体の調子が芳しくなければ、いつもと違った声の大きさやトーンになり、見慣れない表情や行動になって現れてくる。こういった認知症の人のサインから、身体の異常な状態に目を向けることは大切なことである。これらのサインを把握し対処することで BPSD の増悪を防ぎ、緊急事態を回避できる可能性がある。

次に、先の薬の場合の切り口とはかえて、BPSD と身体の状態について項目別に述べ、入院加療の必要性について考察する。

#### a) 便秘

抗精神病薬の副作用としても上で取り上げたが、それ以外でもたとえば、運動不足、水分不足、排便時に腹圧がかけられないなどの条件が重なると、蠕動運動も鈍いことなどから便秘になる場合がある。あるいは高齢者に多い大腸がんもその発生場所によっては便秘になりやすくなる。

自験例であるが、ある高度アルツハイマーの男性で、便秘になると決まって不穏になり、食事をしていても落ち着かず、夜間の徘徊が始まった人がいた。この普段出現しなかった、不穏や夜間の徘徊が、ここでいうサインである。またこの男性は、自律神経障害を伴っていたため

血圧の変動が激しく血圧が高いと200 mmHgを優に超える。そのような状態のときに力むようなことがあれば大変危険である。かつて、便秘によって腸閉塞になり救急搬送されストーマ(人工肛門)の造設となった人もいた。この男性の、不穏や夜間の徘徊は、便秘のサインでもあるが、同時に脳血管障害のリスクを警鐘する重要なサインでもある。

認知症の本人に便秘かどうかを尋ねても、記憶障害が強いとあてにはできない。我々の目で確認することが大切である。本人が受け容れてくれれば、ポータブルトイレはわかりやすい。自宅であれば水洗トイレの水を止めておく、トイレットペーパーに印を付けておく、トイレを使用したあとの臭いも確認のポイントである。認知症の程度にもよるが、いくつかの情報と重ねれば、かなり正確に排便の確認ができると思われる。同時に排便の習慣づけの大切さを再確認したい。

#### b) 脱水

脱水は夏の季節だけのものではない。真冬の暑い部屋も条件は同じである。高齢者は体温調節が苦手である。レビー小体型認知症の場合には、ときには重篤な自律神経障害を伴い、適切に発汗できないため、体熱がこもりがちで、脱水に至る場合も経験した。

訪問診療で何うと、むっとするほどの汗はむ部屋の中でも長袖の下着や冬用の靴下を数枚重ねている。脇の下を触ってみてもらいたい。普段は湿っているが、乾いていたら脱水かもしれない。皮膚をつまんで、ちょっと引っばってみる。皮膚がもとに戻らずそのままの状態が残るようなら、干からびて弾力を失っているのである。脱水になると、動きが鈍く、意識もボーッと微熱も出てくる。これがサインである。また、室温が快適でも微熱が続いているようであれば脱水を疑ってほしい。トイレの回数がいつもより少ない、オムツを使用しているなら、介護者は交換時、手に持った重さが、いつもより軽く「おやっ」と感じるはずである。尿道カテーテルを留置しているなら、一目瞭然、尿量の減少とともに尿の色も濃くなる。経管栄養の場合は、脱水を疑ったら白湯を増やすことを勧める。高度の脱水になると熱すら出なくなり危険である。レビー小体型認知症の人はその主症状でもある幻視やせん妄状態が増えて精神症状が増悪する。この精神症状の悪化もわかりやすいサインである。更に注意深い観察が必要な場合として、糖尿病があげられる。血糖のコントロールが悪いときには水分摂取量に比べ、やたら尿量が多く出るのは、高血糖で水が身体から絞られている場合もあり、きわめて危険な状態である。尿が出ているからと安心ばかりしてはいられないのである。

高齢者はのどの渇きを感じにくく、水をあまり欲しがらないことも多い。お茶や水を欲しがらないからとその言葉を鵜呑みにしないで、こまめに水分の補給をすることが大切である。そしてこれらのどの局面においても脱水が改善できなければ、胃管を使ったり、点滴をしてでも、一時的には水分を補う必要がある。そしてその状態は入院加療を要する事態でもある。

#### c) 発熱

発熱の原因はいろいろとある。その原因が在宅や外来加療で問題ないもの以外は、医師に訪問してもらるか、入院加療が必要となる。

たとえば風邪の場合、熱の出る前ぶれにはおおよそ場合「寒さ」を訴える。あるいは、ガタガタと身体を震わせるような症状の人や、その震えが痙攣発作を思わせるほど震える人もいる。咳や鼻水などを伴っていれば風邪かもしれない。風邪にかかった人との接触の有無についての確認することも大切である。また、嚥下困難のある人がお茶や食事でむせがちである場合

にも注意を要する。誤嚥によって、水分や食べ物が肺に入って肺炎になった結果の熱であれば入院加療が必要である。怠そうな表情で、いつもより動きが鈍く、食事を欲しがらない等もサインである。あるいは不穏、興奮というサインであられる場合もある。認知症の場合少なくないのが、上述でも触れたレビー小体型認知症による自律神経障害である。その中でも適切に汗をかけなくなる場合がある。真夏日に寒いと言って厚手の布団の中に入っていたり、あたかも肺炎を疑わせる発熱かのように、汗をかけずに熱が身体にこもってしまったりすることがある。日々のことであり、汗を拭く、あるいは身体を冷やすことで復する場合には、ウイルス/細菌感染などの発熱源への対応よりも、体温を調整することが先んじる。自信がなければ、かならず医師と相談するべきである。

#### d) 食欲不振

胃が痛いときやムカムカするときは食欲が低下するのは誰にでも共通することである。気がかりなことがあっても食欲は落ちてくる。便秘が続いても食欲低下につながる場合もある。検索すべき範囲が広く、食欲低下の原因を探る難しさがここにある。食べ過ぎや風邪、便秘などの原因を同定できなければ、胃ガンやその他の悪性腫瘍の可能性も出てくる。長引いていれば主治医に伝える必要がある。

ある高度認知症の女性を訪問診療した時のことである。家族は、最近の食欲不振と元気のなさが気になっていた。下腹部を丁寧に触診すると赤ちゃんの拳ほどの腫瘍に触れた。近医でのレントゲン撮影は胸部撮影のみであったため発見が遅れたようである。この腫瘍は本人が立つと下腹部の皮膚のたるみの中に埋もれてしまっていた。入浴介助でも、着衣の交換時でも誰も気づくことができなかつたようである。食欲不振と元気のなさの身体のサインに早く気づけなかつたことが悔やまれた。

#### e) 痛み

「イタイツ」という言葉は、うまく言葉で表現できなくなってしまった認知症本人の言葉としては、様々な内容を伴う場合が多いと思われる。あるいは、拒否をあらわす言葉として使うかもしれない。家族や、介護者が本人を誘導しようとする時、「イタイツ」と反応するように、意にそぐわないときのサインとなることもある。

ある高度認知症の男性が、突然夕刻に腹痛を訴えた。どうやら鼠径ヘルニアが疑わしい。本人は意思や症状を言葉で伝えることはできない。表情や動きや叫び声で判断するしかない。なんとか救急車に乗ったものの搬送先についた頃にはヘルニアは還納していた。診察のために医師が患部に触れようとした途端に、本人が大声をあげて暴れ出したため診察もできないまま帰宅した。搬送先の医師は「命取りになることもあるから手術するしかないが、これでは（認知症では）できない」と妻に伝えた。一過性の痛みは見過ごしやすいものである。初期の頃に、痛みもなく鼠径部に小さな膨らみがあったかもしれない。入浴時やオムツの交換時に見過ごしていたかもしれない。

認知症の人は言葉でうまく体調や状態を伝えることができない。従って、そのサインを見逃さないようにしなければならない。サインに気づいたときには、すでに病態が悪化している場合もある。便秘、脱水、食欲、発熱、痛みなどの状態をサインは教えてくれるが、入院加療になり手遅れにならないためにも、同時に身体の丁寧な観察と時に触ってみることも重要ではないかと考える。

#### 4. 緊急保護を要する場合

在宅や施設で認知症本人への対応が不可能な状況とは、認知症本人が混乱し、家族やケアをする人が何を言っても聞き入れることができず、大声を出し、暴れ狂う状況を想定できよう。周囲の人はなんとか声を鎮め、落ち着かせようとするが手をつけられない。むしろ逆上する。

このような時、家族やケアをする人はどのように対処すればよいのだろうか。先ずはかかりつけ医に電話をするであろう。もともと精神疾患（統合失調症など）があり、すでに精神科にかかっているのであれば、比較的速やかな受け入れや対応方法（服用薬の指示など）を教えてもらえるかもしれない。しかしそうでなければ、どうなるのか。一刻も早くこの混乱状況を打破するために、家族やケアをする人は警察か救急車を呼ぶことになるかもしれない。その場合について、筆者が経験した事例から述べ、一般化してみたい。

##### 1) 警察や救急隊が認知症本人と対面

警察官がBPSDで手のつけられない状態になっている認知症本人の自宅に伺った。そうすると大方、「さっきの大暴れはどうしたの?」という疑問を警察官は発する。出会ったこともない人が突然訪れれば誰でも緊張し構えるものである。ましてや警察だとか救急隊などとなれば本人は平静を装う。またせん妄で暴れていたのであれば、強い緊張感から注意力が復し我にかえることもある。ケアする人が先ほどの状況を警察官に説明しても信じてもらえないことすらある。急行した警察官の質問には、そのときに限って、本人は素直に応ずる。そうすれば、警察官は緊急入院や保護の対象ではないと判断して帰る。帰ったあと本人は再び暴れ出し、家族やケアする人はまた警察を呼ぶことになる。事実この状態を繰り返したケースがあった。

##### 2) 精神保健福祉法第24条通報

上述のケースのように、しばしば暴れていて大変だから警察に電話して精神病院にいらしてもらおう、ということがある。精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）の中の第24条が、その行為の根拠となっている。

〔(警察官の通報) 第24条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。〕というものである。その手続きをすこし詳しくみてみよう。これは自傷他害の恐れがある場合、周囲の人が警察に通報すれば警察官がまずは急行することになっている。そして訪れた警察官は、主に警察官職務執行法第3条に従い、「精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのあるものに該当するもの」かどうかの調査を行うことになっている。その際のその程度について「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引<sup>3)</sup>には、『自傷他害のおそれ』が通常よりも著しいと認められる必要があり、症状が急迫し、自殺未遂などを引き起こしたものが該当する」とある。たしかに、警察官が急行した際、本人が平静を装い冷静に対応しているとすれば、警察官はこの条文の手引きにある解釈に従って、帰ってしまうであろう。

さて、同資料では、危機介入のあり方を「緊急的な医療へのアクセスを確保するための緊急



対応（入院支援）及び入院が直ちに必要はないと判断されたときの本人や家族への継続対応（在宅支援）の2つ」としている。危機介入の内、緊急対応については、「時間的な制約下での入院までの一連の過程」としている。一方、継続対応は、「地域での見守りにより支援し、突発的な緊急事態が生じれば入院支援も必要」なことを想定した、在宅での継続支援であるとしている。しかし、地域における認知症の受け止め方や現実の施策を反映して、現状では、まだ「認知症」対応に対しては不十分である感は否めない。参考までに認知症について触れられている部分を示しつつ考察を加える。

同資料の「第2節 医療につなぐ条件」の中の「(2)『医療につなぐ』問題行動別目安」に、「家庭内暴力」が呈される場合には、認知症は「積極的に医療につなぐ」対象とされる。一方、「自身の安全を守れない行動（ふらふらと国道を歩く人など）」を呈する場合には、認知症は「医療につながない、（まず保護者へ引き渡す）」とある。その際に、「意識障害の種類はせん妄である」とし、「認知症によるせん妄のこともある」とする。その理由として、「認知症の場合は、適切な保護者がいれば引き渡しても問題はない」とされている。さらにせん妄の説明については、「判断は難しいが、目線が定まらない、話がゆっくりで長い、話がくり返す、落ち着きがない、音や光に強く反応するなどの特徴がある」とする。おそらく現実の認知症対応について、継続的に在宅療養する立場からは不全感が否めない。

このことを要約すると、BPSD そのものは、場合によっては、医療と積極的につながり（家庭内暴力）、別の場合（徘徊等）には保護者につながる（もどされる）という規定に読める。一方、せん妄の判断やあるいは薬物療法による効果の判断も、現場の家族や警察官など医療従事者でないものに求められている。理念的には妥当であっても、現状のあり方に対してはきつい要求がなされている。つまり、せん妄の判断ひとつとっても、専門職者ですら困難さを伴う場合があるにもかかわらず、家族や警察官の判断の結果にゆだねられることが大きい。

これらのことは今後の課題であるが、この課題解決の方向性については上述で触れたのでここでは割愛する。

## 5. まとめ

BPSD も実は体調不良のサインであるかもしれない。あるいは薬剤の副作用なのかもしれない。注意深い観察やケアによってBPSDの増悪や緊急事態を回避できるケースは多いと思われる。家族を含むケアをする人は認知症の人のサインを読みとる力を身につける必要がある。そして社会に対しては、認知症の人のためのセイフティ・ネット体制が整うことを願う。

### 【引用文献】

- 1) 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 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業、財団法人ほけ予防協会。
- 2) 小澤 勲：痴呆を生きるということ。第 17 刷，岩波新書，岩波書店，東京（2008）。
- 3) 全国保健所長会「精神保健福祉研究班」：保健所精神保健福祉業務における危機介入手引。平成 19 年 3 月，[http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H18/18seisinkiki\\_kainyu\\_tebiki.pdf](http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H18/18seisinkiki_kainyu_tebiki.pdf)

## Ⅵ. デイサービスとショートステイでの留意点

### 1. はじめに

本稿では、デイサービスやショートステイの中でのBPSD（認知症に伴う行動と心理の症状、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）に対する対応や考え方のあり方を議論する。まずは、デイサービスおよびショートステイの設置基準に関する概要を述べ、次のような意識を持ちながら論を進めたい。

近年、特筆すべきこととして、ケアの現場において、パーソンセンタードケア<sup>1)</sup>という用語が台頭してきた。この考えがなくして、いまや施設内のケアについて、とりわけBPSDを有する認知症の人々についてのケアについて、語ることは難しい。パーソンセンタードケア的な観点も、筆者の能力の範囲で加味しながら、実際のデイサービスやショートステイにおける地域のBPSDを有する認知症の人々へのサービス提供のあり方について考えてみたい。

### 2. ショートステイとデイサービス

まず、ショートステイとデイサービスについての概要<sup>2)</sup>を、周知ではあるが、ここでまとめて示す。

#### 1) デイサービスとは

デイサービスとは、厚生労働省の定める用語では通所介護と呼ばれるものと通所リハビリと呼ばれるもの（図1）がある。さらに複雑ではあるが、認知症対応型通所介護と呼ばれるもの（図2）もある。これは通所介護という文字は共通しているが、機能としては別のものとして位置づけられている。それぞれについて、その具体的な内容について示す。

#### (1) デイサービスの3つのサービス形態

まず、「通所介護」とは、

「居宅要介護者等について、厚生労働省令で定める施設または老人デイサービスセンターに通わせ、当該施設において入浴および食事の提供（これらに伴う介護を含む）その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものならびに機能訓練を行なう」

ことをいう。

一方、「通所リハビリ」とは、

家庭を訪問するサービス (1割負担)	日帰りで通うサービス (1割負担+食費)	施設への短期入所サービス (1割負担+食費※・居住費※)	福祉用具住宅改修 (1割負担)	その他
訪問介護※ ホームヘルパーの訪問	通所介護※ デイサービスセンター等への通所	短期入所生活介護※ 介護老人福祉施設等への短期入所	福祉用具貸与※ 車いす、特殊寝台などをレンタル	特定施設入居者生活介護※ 有料老人ホーム等での介護
訪問介護※ 看護師等の訪問	通所リハビリテーション※ 介護老人保健施設等への通所	短期入所療養介護※ 介護老人保健施設等への短期入所	福祉用具購入費支給 腰かけ便座などの購入費を支給(上限額:年間10万円)	※一部負担(1割負担)のほかに、食費・共益費・事務費などの料金について負担する必要あり
訪問リハビリテーション※ リハビリの専門職の訪問	※一部負担(1割負担)のほかに食費負担あり	※一部負担(1割負担)のほかに食費・居住費負担あり	住宅改修費支給 手すりの取付や段差の解消などの改修費支給(上限額:同一住居で20万円)	
訪問入浴介護※ 入浴チームの訪問				
居宅療養管理指導※ 医師等による指導				

(WAM NET より 文献 1)

図 1 介護保険給付サービス一覧

家庭を訪問するサービス (1割負担)	日帰りで通うサービス (1割負担+食費)	施設への短期入所サービス (1割負担+食費※・居住費※)	福祉用具住宅改修 (1割負担)	その他
夜間対応型訪問介護 夜間の定期的な巡回訪問介護、緊急の通報にも対応。 要支援者※は利用不可	認知症対応型通所介護 認知症高齢者向けの通所介護 ※一部負担(1割負担)のほかに食費負担あり			認知症対応型共同生活介護※ 小規模住居での認知症高齢者の共同生活を支援
小規模多機能型居宅介護 利用者登録した1カ所の事業所から、訪問介護、通所介護、短期入所を複合的に提供 ※通所介護の場合は食費負担あり。短期入所の場合は食費・居住費負担あり ※複数の事業所の利用は不可				地域密着型特定施設入居者生活介護 小規模な特定施設入居者生活介護 要支援者は利用不可

(WAM NET より 文献 1)

図 2 地域密着型サービス一覧

「居宅要介護者等(主治医がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る)について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行なわれる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行なう」

ことをいう。

さらに、平成18年4月から新設された地域密着型サービスの中に、「認知症対応型通所介護」

がある。ところで、地域密着型サービスとは、「要介護状態となっても（認知症や一人住まいであっても）、できる限り住み慣れた地域で生活が継続できるように支援するサービスの体系であり、在宅サービスの中に5つ、施設サービスの中に1つが新設された。この地域密着型サービスは、原則として、住んでいる市区町村内にあるサービスだけを利用できることとなっている。すなわち他市町村で提供されているサービスは、原則として利用できない。」<sup>2)</sup>とあり、「在宅」と「施設」に区分けされ、「在宅」には、次の5つのサービス形態が定められている。すなわち、「小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護」である。その中のひとつである「認知症対応型通所介護」とは、

「要介護者であって認知症の状態にある者（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者および当該認知症に伴って著しい行動異常がある者ならびにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く）について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行なう」

ことをいう。

したがって、本稿のテーマであるBPSD対応については、「著しい精神症状」や「著しい行動異常」がなく、また「急性の状態」でない状態のBPSDであれば、「通所介護」「通所リハビリ」「認知症対応型通所介護」といった3つのサービス形態のうち、最後の「認知症対応型通所介護」にて、サービス提供がなされると読める。しかし実際には、人員、以下のようなその他の事情により、通所介護でもサービス提供が行われたこともある。次に各サービス類型についての設置基準などに触れる。

## （2）各設置基準など

### a) 配置職員

通所介護の場合には、「生活相談員、看護・介護職員、機能訓練指導員など」であり、通所リハビリの場合には、「理学療法士、作業療法士又は、言語聴覚士、若しくは看護師」が配置職員とされる。一方、認知症対応型通所介護の場合には、「生活相談員、看護・介護職員、機能訓練指導員など」とされている。

### b) サービス費用など

そもそもサービス費用とは、所定の単位数と地域単価との積で算出される。また単独型、併設型、共通型の3類型が設定されている。また提供する事業所として、指定認知症対応型通所介護事業所であることが必要である。さて、単独型施設とは、特別養護老人ホーム、病院、診療所、介護保健施設、社会福祉施設、特定施設に併設されていない施設をいう。併設型施設とは、特別養護老人ホーム等に併設されている施設をいう。共用型とは、認知症対応型のグループホーム、地域密着型の特定施設や小規模特別養護老人ホームにおける、その食堂や共同生活室等の活用をいう。利用定員は、1日3人以下となっている。所定単位数については、通所介護の場合には、要介護1から5まで通常規模型通所介護費の場合（6時間以上8時間未満）それぞれ677, 789, 901, 1,013, 1,125単位であり、通所リハビリの通常規模の事業所の場合（6時間以上8時間未満）それぞれ688, 842, 995, 1,149, 1,303単位である。一方、認知症対応型通所介護において、併設型の場合（6時間以上8時間未満）869, 962, 1,055, 1,148, 1,241単位で、単独型の場合（6時間以上8時間未満）967, 1,071, 1,175, 1,280, 1,384単位で、と