

### Ⅲ. かかりつけ医とサポート医の役割

#### 1. はじめに

認知症サポート医とかかりつけ医の役割を中心に述べる。ところで認知症サポート医とは厚生労働省の認知症地域医療支援事業<sup>1)</sup>として、平成17年度に実施が検討され、翌年度実施された枠組みの中に設置されたものである。順次具体的にその内容を示し、さらに現時点での最新の報告書<sup>2)</sup>に典拠を求めつつ、実際の地域における認知症サポート医とかかりつけ医によるBPSD対応について考察を加えたい。

#### 2. 認知症医療の課題

認知症サポート医が養成される背景について、まずはどのような意識があったか述べる。それは舛添元厚生労働大臣であったときに招集された「平成20年 認知症の医療と生活の質をたかめる緊急プロジェクト」の報告書の中で、この時点での我が国における認知症医療の課題について言及している<sup>2)</sup>。それを一部抜粋する。

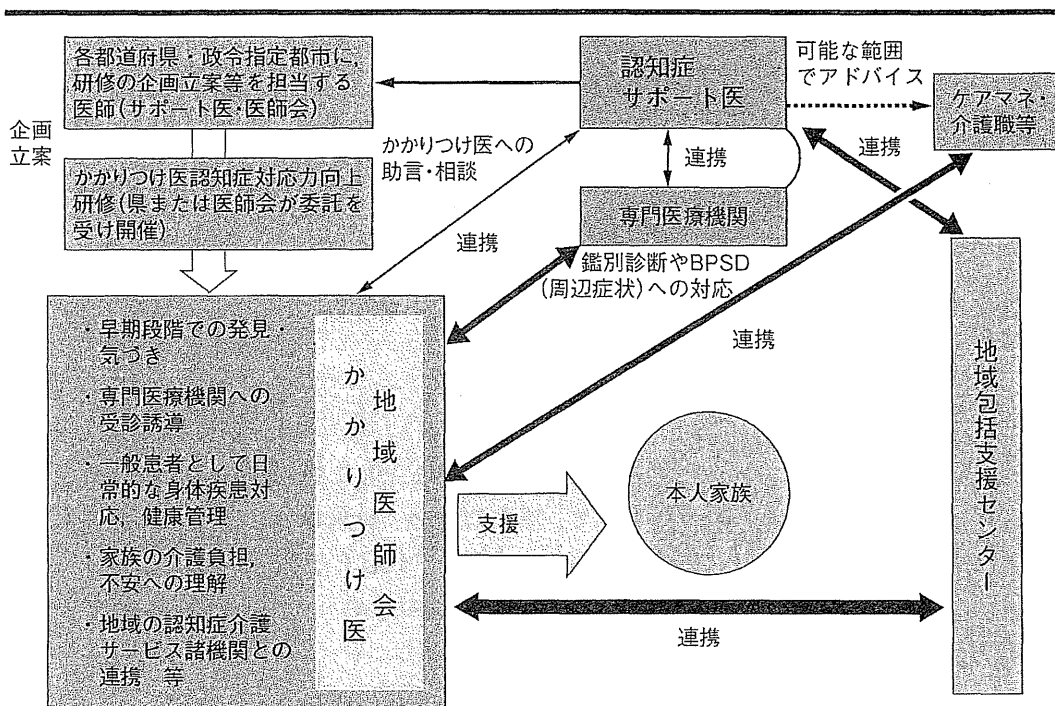
「(我が国の現状として) まず、(認知症に関する) 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分であること。また、認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分であることが挙げられている。そして、認知症の行動・心理症状に対する治療が未確立であり、さらに身体合併症の治療が適切に行われていない」とある。

そういう背景の中、国は当該課題解決に向けて、地域において要となるかかりつけ医への認知症対応力の向上研修を行うこととした。その際にこれらの取り組みの地域のキーマンとして認知症サポート医を設置し、養成のための研修を設けた。つまり、認知症医療の抱える課題の解決の一助となるべく、意義ある地域連携を推進するための基盤を構築するために、以降に詳細を述べる認知症サポート医養成とかかりつけ医の認知症対応力向上研修の取り組みが国によってなされるようになった、と理解できる。

#### 3. 認知症サポート医

まず、そもそも認知症サポート医とは、「高齢者が慢性疾患などの治療のために受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適切な認知症診断の知識・技術、家族からの話や悩み

かかりつけ医・サポート医が参画した  
地域における認知症高齢者支援体制



(厚生労働省、文献3)

図1 認知症高齢者支援体制

を聞く姿勢を習得するための研修」を受講し、「また、かかりつけ医への研修・助言をはじめ、地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師」である(図1)<sup>3)</sup>とされる。そしてこの研修事業は、厚生労働省認知症地域医療支援事業の中の認知症サポート医養成研修事業において展開されている。実施主体は都道府県及び指定都市とし、実務は国立長寿医療センターに委託して実施されている。平成17~20年度の実績では、871名のサポート医が養成されている。

#### 4. 認知症サポート医の役割の概要

同資料(文献3)によれば、以下の役割が具体的に設定されている。

- (1) 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案。
- (2) かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医(推進医師)との連携体制の構築。
- (3) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力。

そして、これらをふまえて地域における「連携」の推進役を期待されている。なお認知症サポート医は(認知症医療の)専門医である必要はない、としている。

## 5. 新しいサポート医養成研修内容の概要

上記のサポート医養成研修のためのテキストが平成22年3月に改訂<sup>3)</sup>された。以下の項では、その変更点から、筆者が重要であると考えたものを取り上げ、その意図を読み解き、考察を深める。

### 1) 患者→認知症の人など (変更点)

まず目につくのは、「表記の統一」の中でも、「患者→認知症の人など」という変更点である。それについての詳細な説明はこの資料にはない。しかしこの変更点については下記の理由で大変重要な考え方が内包されていると考える。なお、ここでは筆者の考えを示すことにとどめ、その解釈は当該テキスト編集会議の総意として述べているものではないことに留意されたい。

さて、とりわけ医療の場面では認知症患者と表現される場合がある。世界的に権威のある医学雑誌 *Lancet Neurology*<sup>4)</sup>が、高度認知機能低下を有する認知症の人々へのパーソンセンタードケアに関する最近の知見をまとめた上で、今後のあるべき研究の方向性について論じた。その中には次のように示されている。そのまま訳して示す。『「人」という言葉には、『包括的な人間性や、個人としての平等な価値』を示す意味があるのに対し、一方の『患者』という言葉には、『不完全で、望ましくない差異』という意味合いがある。すなわち「患者」というと、何か欠けた存在、という見下した感じ (stigmatic term) がする』というのである。難解な用語が綴られているが、実に手厳しい。この文章に沿って、認知症ケアの現場という設定で、具体的なイメージを想起してみよう。「認知症患者」という言葉には、医学的な治療行為の対象者であり、ケアまで敷衍して述べれば「介護」というイメージがつきまとう。治療される、あるいは、お世話されるだけの受動的な存在。さらに言えば、本人が生活を楽しむなんてありえない、という絶望的な風景を想起させるような強烈な文章であるとも言える。実に今、イギリスの医療やケアの国家的ガイドライン<sup>5)</sup>には、「OUTPATIENTS (外来患者)」、「INPATIENTS (入院患者)」などの例外を除き、「患者 (PATIENTS)」という用語がない。その「患者」の代わりに「認知症の人 (PEOPLE WITH DEMENTIA)」と置き換わっているのである。

またオーストラリアの「Alzheimer's Australia (オーストラリアのアルツハイマー病協会)」という組織では、この点においてもっと先進的な取り組みがなされている。認知症の関連用語規定 (terminology) 集<sup>6)</sup>が公開されている。この用語集で扱われている用語群は、おそらく彼の地でも普段なにげなく使っている用語であろう。たとえば、care-giver (ケアを与える人) から carers (ケアする人) へ、あるいは aged person から older person へ、などという具合に、使うべきではない用語とそれによって使うべき用語が並べられている。しかもいちいちその理由が示されている。また同国の認知症関連の医学論文でも、「患者」という言葉が「人」になっている。こういった一連の論文を読むにつれ、ここ数年前より筆者は避けたい場合以外は「患者」という用語を使わない。いや実際には使えなくなってしまうというのが正直なところである。「患者」という言葉は、これまでの医療モデルにおいては、大変使いやすい言葉であり、最初はいろんな場面で戸惑ったのであるが、最近では「患者」を言わずして「人」と無意識に使えるようになった。その反面、「患者」と述べる人やそういう風景に接すると違和感を覚えるようになってしまった。読者にこのことを強要する訳ではない。しかしいったんはこの

違いについて考えるべきであると主張する。当該用語集の最初の行には「言葉は強力な道具である」と述べられている。そしてトム・キットウッドは、周知の通り、「認知症のパーソンセンタードケア」<sup>7)</sup>という有名な著書の中で、文化 (CULTURE) という深刻な用語を用い、古い文化と新しい文化の違いをのべ、新しい文化へ誘っている。認知症を通じて、文化を変えろといった社会変革を求めているのである。そういう意味で深刻であると指摘した。まず足下から。それにふさわしいのは、文化の構成要素である言葉である。たとえば、「患者」を「人」と置き換え実際に発語してみよう。読者にもまず何日間か決めてやってみてほしい。それからまた元の「患者」を使ってほしい。おそらく大きな違和感を覚えるようになると思う。なぜなのか。いくつもの理由が考えられるだろう。たとえば、認知症医療やケアの本質は生活支援が中心課題であるから。あるいは、いまの保守的な医療モデルが、(優れた点もあるが) そのまま適用できなさそうだから。はたまた、明日は我が身と知っているから。たくさんの理由が即座に湧き出てくる。単なる単語ひとつの問題だけである。しかし、単にそうすることだけでも、認知症に対する考え方に彩りが増し、そしてなすべきことが変化するのではないであろうか。

ことさらこの小さな変更について文字を尽くしたのは、上述のような重要性を強調したからなのである。我々のなす行為の今後の方向性を問うものでもある。そしてその積み重ねが我々の将来の姿を決めると考える。「患者」という病んでいる部分にフォーカスされた意識から、「人」として見る意識 (パーソンセンタードケア) へシフトすることをこの小さな変更によって誘っていると筆者は考えている。

## 2) パーソンセンタードケアについて

ところで、上記でパーソンセンタードケアについて触れた。筆者はパーソンセンタードケアを「その人中心のケア」とは訳出しない。「人中心のケア」と単純に日本語に置き換えることを好む。ただ2文字の違いである。しかしこの両者は大きな意味の隔たりがあると考えられる。「その人中心のケア」は「本人の視点を中心に据えたケア」の意味を持った表現であろう。まずはそのことには深く賛同している。しかし、認知症の本人も「人」だが、ケアする周囲の人も「人」である。このパーソンセンタードケアという言葉はあまねく、どこまでも「人」として見る視点が強調されていると受け止めている。そういう意味で前掲のイギリスの認知症のガイドラインの内容は、「人中心のケア」の意識が色濃い。その理由は表紙に「Dementia ; Supporting people with dementia and their carers in health and social care」と「認知症の人とケアする人のために」とあるからだ。そしてその「導入部 (introduction)」の次に「パーソンセンタードケア」という章が真っ先に出現する。さらにその原理 (principles) の1番目には「the human value of people with dementia, regardless of age or cognitive impairment, and those who care for them (年齢およびその認知機能低下の程度にかかわらず認知症の人々とケアする人々の、人としての価値)」とある。それに呼応して内容が作られている。このことは「その人中心のケア」という用語のみでは表面的には説明がつかないのである。上述のことを繰り返すが、「その人中心のケア」はきわめて重要である。そもそも「人中心のケア」の前提となる。しかし上述のように両者の意味は異なると考えられる。たとえば、中核症状に対して二次的に出現している周辺症状を故小沢勳氏は「理解すべき対象」<sup>8)</sup>という。そのように解釈するには周囲の人も巻き込んで、あまねく「人」として見る視点の導入が不可欠であると考えられる。さらに具体的にいえば、医療に関

して、たとえば、不穏や興奮の結果のみをみて、そしてその理由も考察せずに、単におとなしくさせることを目的に鎮静系薬剤の適用であるとし、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ことも、ここで述べた概念の中にその理由が包含されている。

### 3) 「早期発見・早期治療」→「早期発見・早期対応」(変更点)

この変更点も一見なにげなく感じる。しかし、概念的には大きな隔りがある。認知症の医療対応において、既存の医療モデルに完備されていなかった内容が必要であることが強調されている、と読み解ける。詳述すれば、保守的な医療モデルに基づく用語である「治療」から、より抽象度が高まったが、生活支援等の広い意味での「対応」という用語への変更が示唆するところのものが強調されているのである。わかりやすさを優先するために極論的に示すが、たとえば、単に薬を処方すれば良い、というわけにいかない、ということである。ジグソーパズルでたとえれば、地域における認知症対応については、ピースの欠けた部分がしばしば生じがちである。たとえば、せっかく処方された薬を本人がしっかりと服薬するところまで「誰が」見つめるのか、とかいった課題等枚挙に暇はない。その際に、医療の役割においても、これまで認知機能低下がなければ任せきりにしていたような、たとえば服薬行動にひとつとつても、積極的に周囲の人々がそれを支援するために、医療側も自ら参画する必要性を暗に示している。この点においても、実は「患者→認知症の人など」の変更とリンクしている。病んだ部分だけの関わりから、そのことを含み、人として生活上困った点に対する関わりへのシフトを迫られている。「患者」で説明される局面から、「生活者」で説明される局面まで思いを馳せる必要性がある、というわけである。この変更点においても認知症医療における意識改革というべき大きな意味がある。

### 4) 周囲の人々の意見(新規追加)

サポート医養成研修に、今回の改訂の際追加された内容である。以下にはその内容を示す。本来の医療サービスはそのサービスを受ける人(エンドユーザ)のためにあることには異論はないと思う。認知症の当事者の立場に近い意見が提示され、現行の医療モデルにおいては、考えさせられる内容となっている。

まずは「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における「認知症の人と家族の会」代表理事の要望である。

「たとえ認知症の専門家ではなくても、命の専門家として素人の家族に向き合っていただいて『わたしは専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましょう』とおっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います」。

とある。

つぎに、「同プロジェクト」における「全国認知症GH協会(現:日本認知症GH協会)副代表理事の話である。

「認知症の人を内科とか外科とかに連れて行くと『認知症の人は入院できません』と返されてしまう。そういう人たちを例えば精神科だとか、専門医のところへ連れて行くと『外科的

なことは診られません』、『内科的なことは診られません』と言って帰されて途方に暮れるわけです」。

とある。

エンドユーザの声は、現行の医療モデルではカバーしきれない部分があることを端的に示すことが往々にしてある。こういったニーズにどのように答えるかが、当該プロジェクトの目的にもなっていると考える。小さな一歩であっても意味ある一歩であって欲しいというのは、サービスを受ける側は当然であるが、サービスを提供する側の願いでもあると筆者は思う。

#### 5) 認知症サポート医フォローアップモデル研修

今年度の変更点における特筆すべきは、認知症サポート医のためのフォローアップ研修のモデルが用意され、21年度内に実験的に全国の数カ所で行われた。内容的にはきわめて専門的なレベルが要求されるような医療的な内容も含まれ、症例検討という形で研修するような仕組みとなっている。またグループ討議も含まれていて、参画者の積極的な意欲が引き出されるような方法を採用している。

当該研修の目的は、以下のようになっている。

「認知症の人が住み慣れた地域で安心して生活するために、状況に応じて適切な医療サービスが提供されることが必要である。そのためには専門医および専門医療機関とかかりつけ医の役割分担と連携による医療提供体制の確立が不可欠である。本研修事業は認知症サポート医養成研修終了者が、認知症の診断・治療・ケア等に関する研修、症例検討、グループ討議等を通じて、地域における顔の見える連携作りを行う」ことを目的としている。

### 6. 認知症医療におけるかかりつけ医の役割

かかりつけ医についても、広く認知症医療を習得、流布するために、国による「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」<sup>3)</sup>が編まれている。この事業内容は、都道府県医師会等と連携して、上記の認知症サポート医が地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等についての研修を行うこととされている。本事業の実施主体は都道府県及び指定都市であり、過去の実績については、平成18年度 6,927人、平成19年度 7,672人、平成20年度 6,845人に対して研修が行われた。

#### 1) かかりつけ医に期待される役割

この研修事業を通じ、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援することができる医師を多く育成することが期待されている。その期待される機能の具体的な項目を示すと、次の通り<sup>3)</sup>である。

- ①早期段階での発見・気づき
- ②日常的な身体疾患対応、健康管理
- ③家族の介護負担、不安への理解
- ④専門医療機関への受診誘導→医療連携
- ⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携→多職種協働

## 2) 新しい、かかりつけ医認知症対応力向上研修内容の概要

ほぼ上述の認知症サポート医の変更内容と同じであり、繰り返しになるのでここでは詳述しない。かえて、今回の変更点でより強調されている課題を述べる。まずは目的そのものの変更点がある。それは「認知症の人と家族の生活を支える知識と方法を習得する」ことが目的として明示された。またその方法をより具体的なものとした。たとえば、「認知症診断の間診の方法」の項では、次のように内容変更があった。

1. 本人と家族（あるいは付添人）それぞれから聴取する。
2. 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける。
3. 認知症評価をする際に、自尊心を傷つけないように配慮する。
4. 身体合併症に関する問診には、各人の認知機能障害の特徴を考慮する。
5. 本人、家族の「生活障害」にも焦点をあてて情報を収集する。
6. ケアマネジャーや訪問看護師等からも情報を収集する（介護保険利用時）。

という具合に項目立てがされ、それぞれの方法について、「解説」で詳細に説明が加えられた。

また、「地域連携体制」作りのための方法がより詳細なものとなった。認知症疾患医療センターの創設に伴い、また地域ごとに事情が異なることもあり、より柔軟性を含み、事例的にその連携のあり方が示された。

## 7. 最後に

平成18年度より稼働している認知症サポート医養成研修とかかりつけ医対応力向上研修について中心的に述べつつ、それぞれの役割について、暗示的、明示的に示した。とりわけ、平成21年度の研修テキストの内容に関する変更が要所要所にみられ、医療技術向上の変化と同時に認知症に関する考え方のありかたの変化を反映する変更になっていたことに触れた。

### 【引用文献】

- 1) 厚生省ホームページ 7. 認知症対策の総合的な推進について <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/bukyoku/rouken/08.html>
- 2) 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
- 3) 認知症サポート医・かかりつけ医 認知症の取り組み 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/images/d01a.gif>
- 4) Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. : Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease : current status and ways forward. *Lancet Neurology* Apr ; 7 (4) : 362-7. 2008
- 5) Dementia : Supporting people with dementia and their carers in health and social care issue date : November 2006 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG042NICEGuideline.pdf>
- 6) Dementia Friendly Language : Position Paper 4 UPDATED JUNE 2009 Supersedes Position Paper 4 : Dementia Terminology Framework. *Alzheimer's Australia* [http://www.alzheimers.org.au/upload/PositionPaper4 \(2009\).pdf](http://www.alzheimers.org.au/upload/PositionPaper4 (2009).pdf)
- 7) トム・キットウッド, 高橋誠一(訳) : 認知症のパーソンセンタードケア ; 新しいケアの文化へ. 簡井書房, 東京 (2005).
- 8) 小澤 勳 : 認知症とは何か. 岩波書店, 東京 (2005).

## 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する。

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は疾患にとらわれない概念である。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、現在数種類のみ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的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（パーキンソンズム）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。

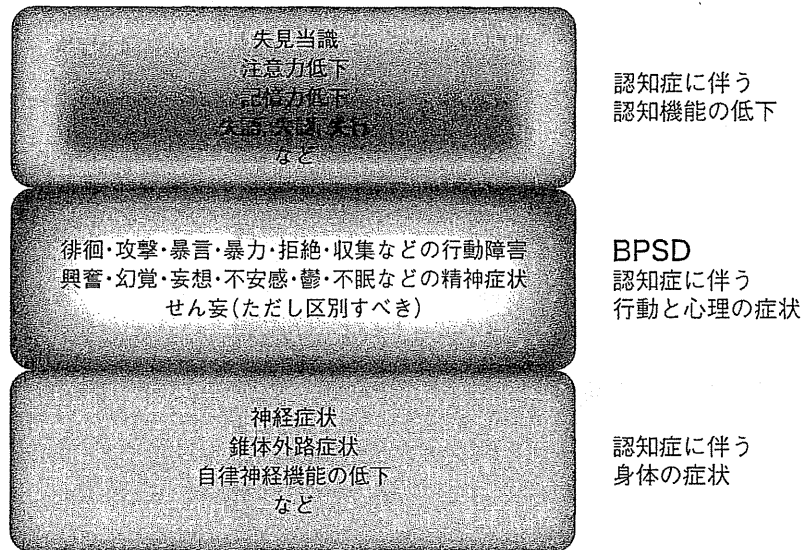


図 1 認知症に伴う症状すべて

#### 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。

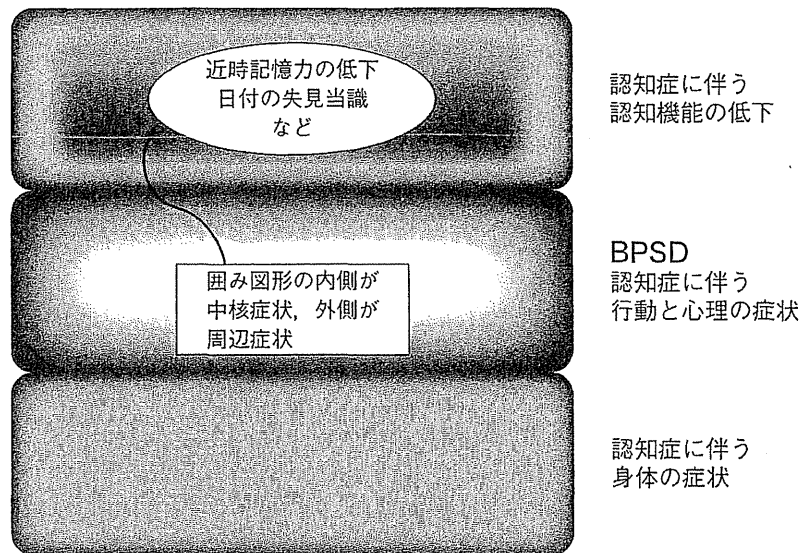


図 2 アルツハイマー型認知症の中核症状と周辺症状

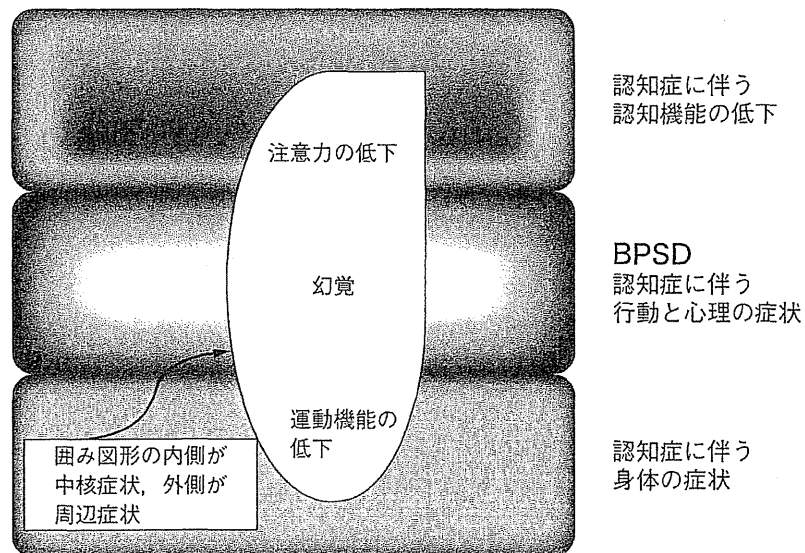


図 3 レビー小体型認知症の中核症状と周辺症状

#### 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けている、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ろう。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るべきであろう。

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、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いに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ぬ。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」が必要となろう。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る。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ろう。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っ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ます。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と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、脳の器質の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、日常生活のうえ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