

表2 うつ状態とアパシーの鑑別

	うつ状態	アパシー
基盤にある病態	機能的、心因、環境因	器質性、慢性脳障害、全身衰弱
症状	悲哀感、喜びの喪失、精神運動抑制、焦燥感	意欲低下、無関心
認知症との関連	合併することはあるが、典型的症状を示さないことが多い	認知症に伴う精神症状の一つである
評価法	GDS、CES-Dなど	やる気スコア、意欲の指標
治療法	抗うつ薬、急性期は精神的安静	脳賦活薬、作業療法などの非薬物的アプローチ

Rating Scale : MADRS) が用いられる。うつ症状と鑑別すべき病態であるアパシー(無気力、自発性低下とほぼ同義)の評価も、高齢者では重要であり、そのための検査法として意欲の指標および「やる気スコア」がある。

うつと認知症の関連

うつ病は抑うつ気分、精神運動抑制などから認知症に類似の症状を示すことが知られており、仮性痴呆(認知症)と呼ばれてきた。うつ気分がひどくなったために本来できるはずの思考、行動がとれなくなった状態である。したがって、治療が奏効すればもとの行動や思考ができるようになる。不眠や「自分はもうダメになった、悪いのは自分だ」などの自分を責めるような言動、悲しいなどの訴えがある場合はうつ状態にあると考えられる。しかしながら実際の臨床場面では、両者の区別が困難であることが多い。

認知症患者を診察するうえで、注意すべき重要なポイントとしてアパシーがある。認知症に伴う精神症状として抑うつと診断されている例の多くはアパシーである。アパシーを抑うつと誤って安易に抗うつ薬を投与すると、フラツキや転倒などを引き起こし、ADLの低下が進んでしまうこともありうる。本人、家族からの問診で自責感、悲哀、睡眠障害、感情不安定性などがあつた場合はうつ症状が疑われる。一方、アパシーでは感情の動きに乏しく、自責感がない点が異なっている(表2)。

Alzheimer型認知症以外では、Lewy小体型認知症において、高率にうつ状態を合併する。診断に重要な認知機能低下や幻視、Parkinson症候群の出現に前駆してうつ症状が認められ、高齢者のうつ病と診断されて治療を受けている場合がある。経験的には、副作用が多く薬物療法が難航するような症例で、経過を追うと次第に幻視や認知機能低下といった典型的な症状が出てくることがある。Lewy小体型認知症に特有の薬剤過敏性が影響しているのではないかと考えられる。

高齢者うつの対応と治療： 薬物と非薬物療法との統合的治療

高齢者のうつ病診療には、精神医学的視点と老年医学的視点を複合することが重要であり、治療においても他の年齢層とは異なる問題点が生じる。精神症状の治療のみに気をとられていると、薬物の影響や慢性化により廃用症候群など高齢者特有の身体機能低下を招きやすい。そのため、当初の精神症状はよくなったのにADLは改善しないという事態が生じやすい。うつ病に絡み合うように出現する認知症を常に配慮する。この特徴に即した治療戦略を図2にまとめた。症状、経過から大きく3つの柱がある。急性期、慢性期、生活支援・地域連携である。うつ病の治療に入る前提として、認知症・身体疾患の合併の評価・治療を並行して行う必要がある。大うつ病の急性期の一般的な治療は精神

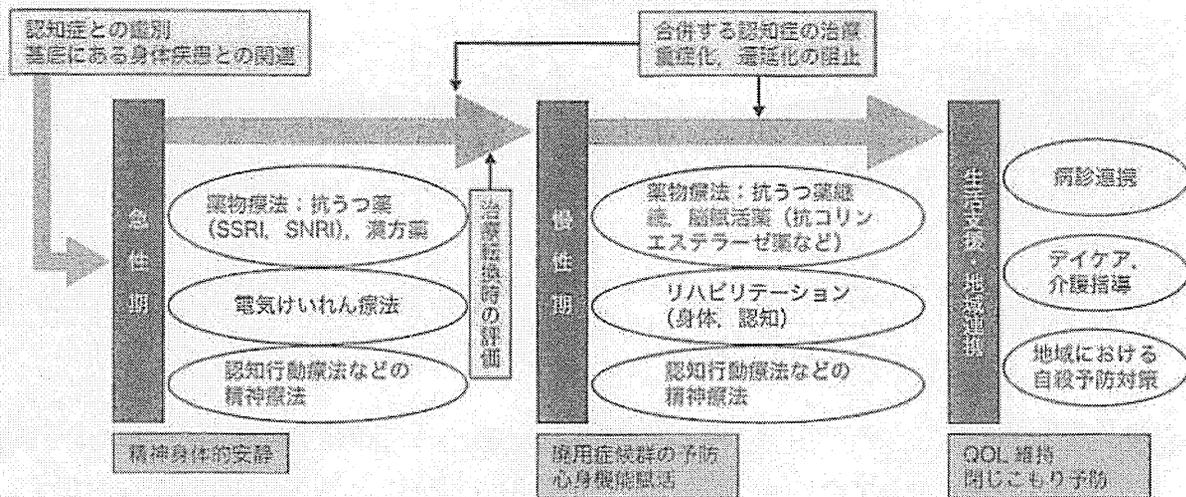


図2 高齢者の特性を考慮したうつ病の治療

的安静と抗うつ薬服用が基本であり、これは、高齢者においても変わらない原則である。

薬物療法としては高齢者にとって有害な抗コリン作用、鎮静作用が比較的少ない選択的セロトニン再取込み阻害薬 (SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取込み阻害薬 (SNRI) が第一選択薬となる。不眠、焦燥が強い症例では少量の抗不安薬、睡眠導入薬を併用する。有害事象が出たり、効果が出にくい症例の場合は認知症の合併を疑って鑑別診断をやり直す。とくに、Lewy 小体型認知症の可能性に注意する。薬物の効果が乏しい症例あるいは幻覚妄想を伴う症例では、電気けいれん療法が有効なことがある。

うつ病では、従来どおりの治療により抑うつ気分が軽快したのちにも意欲が戻ってこない時期がしばらく続くが、高齢者では急性期の安静から引き続いて起こってくる運動機能低下、ADL 低下といった廃用症候群の予防がきわめて重要になってくる。すなわち、急性期における安静中心の治療から賦活を主とする治療へ変換する必要がある。薬物療法としては急性期からの抗うつ薬継続を行うことが必要であるが、Alzheimer 型認知症、Lewy 小体型認知症の合併例では抗コリンエステラーゼ阻害薬、脳血管障害合併例では amantadine の追加投与が効果を期待できる。さらにこの時期には精神、運動

機能維持のための身体リハビリテーション、その他の物理療法も効果がある。介護サポートによる生活支援は認知症例と同様に重要である。また慢性期における運動療法が効果的であるが、在宅うつ病患者に対するデイケアがうつ病に対して効果があることの検証が今後必要となるであろう。

フレイルとうつ

フレイル (frail elderly) (以前は虚弱高齢者と呼ばれていた) は老年内科の重要なテーマとして、急速に注目を集めるようになった。まだ単一の定義はなされていないが、高齢者において自立と要介護状態の間にある状態である。適切な評価と介入により、生活機能が可逆的に改善する。運動能力低下、筋肉量減少、低栄養状態といった身体機能低下の側面が強調されがちだが、精神症状を高率に合併しており、どのように介入すべきかが課題となっている⁵⁾。フレイルは「うつ症状」を高頻度に合併する。フレイルの程度とうつの重症度は相関しており、高齢者うつ病例では高頻度に ADL 低下と運動機能障害が出現し、フレイルになりやすい。うつと認知症以外に、臨床上考慮しておくべき状態は意欲低下 (アパシー) と不安、精神的疲労感で

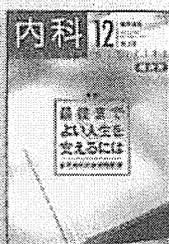
ある。心身ともに疲労しているようにみえるフレイルだが、心理検査を用いた研究では、精神的疲労感に加えて強い不安感をもっていることが示された⁶⁾。フレイルは臨床場面で遭遇する機会の多い状態であり、精神症状についても注意と配慮が求められる。

文 献

1) 改訂版老年医学テキスト, 日本老年医学会(編), メジカルビュー社, 東京, p2-6, 2002

2) 服部英幸: 高齢者うつ病, 日老医誌 45: 451-461, 2008
 3) ボーヴォワール S: 老い, 朝吹三吉(訳), 人文書院, 東京, p528-594, 1972
 4) 改訂版老年医学テキスト, 日本老年医学会(編), メジカルビュー社, 東京, p98-100, 2002
 5) 葛谷雅文: フレイルとは: その概念と歴史, フレイル: 超高齢社会における最重要課題と予防戦略, 葛谷雅文, 雨海照祥(編), 医歯薬出版, 東京, p2-6, 2014
 6) 服部英幸: フレイルとうつ, フレイル: 超高齢社会における最重要課題と予防戦略, 葛谷雅文, 雨海照祥(編), 医歯薬出版, 東京, p72-77, 2014

臨床医学 経済的な出口 収入的な視点からの「いま」を生きる 終末期医療



内科 12

最終までよい人生を支えるには

臨床雑誌「内科」2013年12月増大号

最後までよい人生を支えるには

——多死時代の終末期医療

医師を含めた医療スタッフはもちろん、経済学や政治学、マスコミ、国際研究など多職種のプロフェッショナルが参画、多角的な視点から終末期医療の「いま・これから」を紐解く。

■ B5判・300頁 2013.12. 定価(本体4,500円+税)

第1章 がんの終末期を支えるには
 消化器がん/肝臓がん/肺がん/血液腫瘍/泌尿器がん/頭頸部がん/乳がん/子宮がん

第2章 非がんの終末期を支えるには
 慢性心不全/慢性呼吸不全/慢性肝不全/慢性腎不全/認知症/脳卒中/神経難病/老衰/非がん疾患の緩和ケア

第3章 小児の終末期を支えるには
 新出生児/幼児/小児/若年者

第4章 症状緩和をして終末期を支えるには
 痛み/呼吸困難/全身倦怠感/食欲不振/誤嚥性肺炎/悪心・嘔吐/浮腫/不眠/せん妄

第5章 多職種で終末期を支えるには
 臨床内科医/緩和ケア医/緩和ケア看護師/緩和ケア薬剤師/緩和ケア臨床心理士/緩和ケアソーシャルワーカー/緩和ケア倫理士/家族療

第6章 在宅での終末期を支えるには
 在宅医として/在宅ホスピス医として/訪問看護師として/おひとりさま医療/在宅ターミナルを支えるケアマネジメントの課題/人生の最後を支えるコンソーシアムの発展

第7章 コミュニティとして終末期を支えるには
 地域の中で/過労時代を取り組み/地域の中で: 都市部での取り組み/かきさんの家/コミュニティ—緩和ケア

第8章 場として終末期を支えるには
 急性期病院/救急医療/高齢者施設/緩和ケア病棟

第9章 終末期の意思決定を支えるには
 医師の立場から/看護士の立場から/医師病棟の立場から/法的立場から/がん治療の立場から

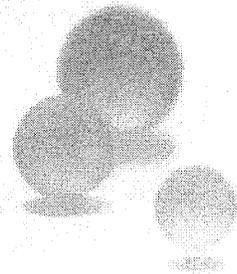
第10章 終末期の意思決定を支えるには
 事前指示について/リビングウィルセミナー/私の生き方記録ノート/レット・ミー・ディサイドとACP/マイ・エンディングノート

第11章 国として終末期を支えるには
 医療倫理の立場から/社会医学の立場から/ソーシャルキャピタルの立場から/緩和ケアの立場から/国際経済学の立場から/緩和ケアの立場から/医学教育の立場から/一般市民と学生/医師と患者に対する終末期教育の立場から/国際補綴研究の立場から

nankodo 印刷用紙のダウンロード: <http://www.nankodo.co.jp/nc/nc1116.html>

認知症患者に対するBPSD治療薬使用時のポイント

服部 英幸
HATTORI Hideyuki



精神症状・行動異常（BPSD）は中核症状との関連のなかで生じてくる。BPSDの対応では薬物治療を優先すべきではない。身体疾患の治療、併用薬物の整理、環境調整などを行ってから、薬物治療を考慮する。薬物選択は症状評価を十分に行うことが前提である。BPSDは過活動症状と低活動症状に分けて、さらに細かく評価するとよい。抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬などが症状に応じて使用されるが、副作用が出やすいことに注意する。中核症状に使用される抗認知症薬もBPSDに効果がある。認知症は高齢者に多いことから、身体疾患合併などで地域におけるかかりつけ医、介護スタッフとの連携が欠かせない。そのような状況のなかで、薬剤師の役割は増大するであろう。

Key word 精神症状・行動異常（BPSD）、中核症状、過活動症状、低活動症状、抗認知症薬

認知症における中核症状とBPSDとの関係

認知症は脳血管障害、外傷、アルツハイマー型認知症をはじめとする変性疾患など、多くの原因疾患を基盤として生じる症候群（いくつかの特徴的な症状の集まり）である。これらの症状が中核症状と精神症状・行動異常（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）に大別されることはよく知られているところである。中核症状は記憶障害、実行機能障害などであり、原因疾患によって神経細胞が脱落、あるいは障害されて惹起される欠損症状として理解できる。原因疾患の重症度と関連しており、アルツハイマー型認知症などの進行性疾患では経過とともに症状が重くなる。

一方、BPSDは症例によって認められる場合と認められない場合があり、原因疾患の重症度とは必ずしも相関しない。アルツハイマー型認知症の「物盗られ妄想」など軽症の段階で特徴的に認められるものもあり、重症化すると認められなくなる場合もある。この種の症状は、脱落していない神経細胞が障害に対して反応することに

よって引き起こされた症状と理解されている。

中核症状とBPSDとの関係については、「神経病理学的側面」と「心理学的側面」の2つに分けて考えることができる。神経病理学的側面は、特にアルツハイマー型認知症のように前頭葉を含む大脳皮質に広範な障害がある場合である（図1）。感情、気分、食欲、性行動などは間脳・大脳辺縁系に中枢があり、大脳皮質により制御されて社会的に適切な行動となる。しかし、大脳皮質の障害により間脳・大脳辺縁系の活動に歯止めがかからなくなり、食行動異常、脱抑制行動（性行動異常など）が発現すると考えられる。心理学的側面は中核症状が出現したことに対する本人の心理的反応である（図2）。中核症状のため環境適応能力が低下すると、慢性的な心理的疲労状態になりやすく、そこから不安感を生じる。不安が増大すると、うつ症状、強迫症状、気分不安定が惹起されやすくなる。認知症初期で中核症状が軽度の症例でこのような機序がみられやすい。

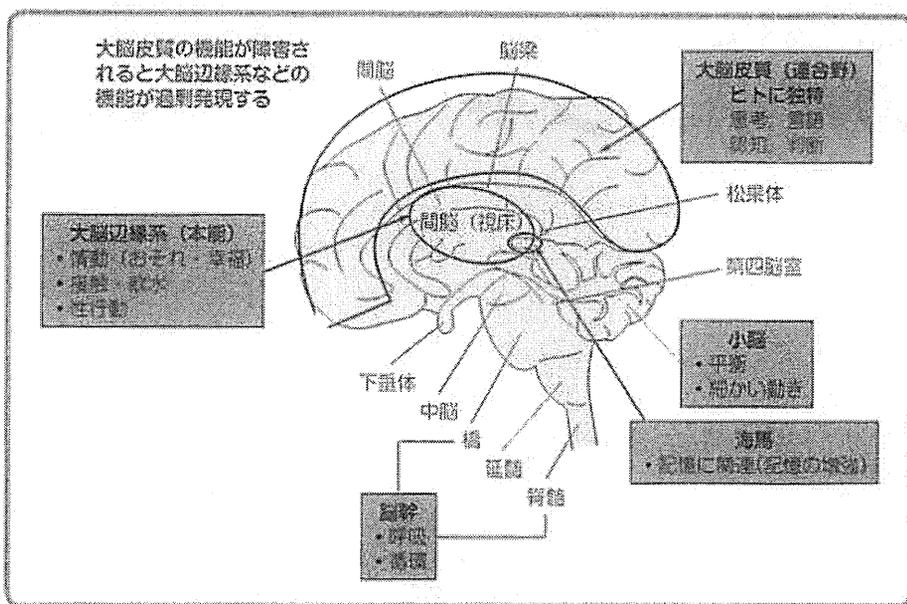


図1 中核症状とBPSDの関係その1：神経病理学的側面

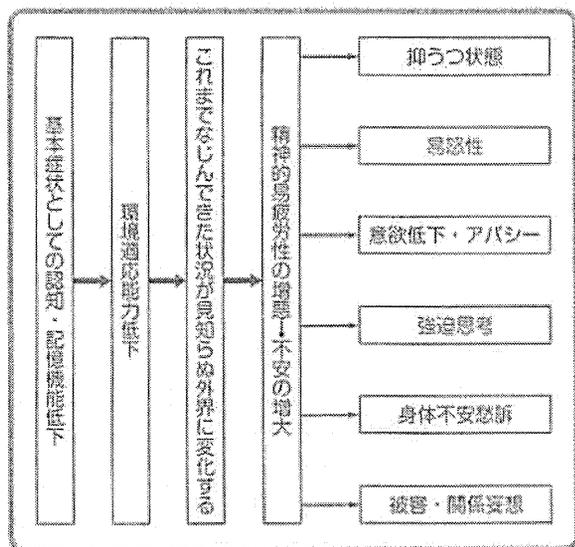


図2 中核症状とBPSDの関係その2：心理学的側面

BPSD薬物療法の原則

逆説的であるが、認知症BPSDをすべて薬物で治療しようとしてはならない。BPSDの症状や原因を細かく検討することなく、ただ「興奮しているから」、「不穏だから」と鎮静効果のある抗精神病薬や抗不安薬をやみくも

表1 BPSDに対する薬物療法を始める前に考慮すべきこと

- ・身体疾患の有無のチェックと治療（脳血管障害、感染症、脱水、便秘など）
- ・服用中の薬物の副作用やコンプライアンスのチェック
- ・不適切な環境やケアのチェックと改善（騒音、不適切なケアなど）
- ・介護サービスの利用を考慮する

に投与することは最も慎まなければならない。まず、身体疾患治療、それまでの処方の見直し、環境調整、ケア、非薬物療法を試み、最後の手段として薬物療法を用いるのが原則である（表1）。

症状が出現したらまずチェックするのは身体合併症の有無、および新たな出現の可能性への配慮である。高齢者では、臨床的に見落としやすい小さな脳血管障害が意外に多く発生する。加齢による皮膚の乾燥から痒みが生じやすく、そのことが不眠、精神的不安定につながることもある。変形性関節症は極めてありふれた状態で、体の痛みが不穏につながる場合もあることに配慮する。患者の生活背景や服薬状況に配慮することは重要である。BPSD治療薬の多くは眠気、ふらつきを惹起するため、以前より日常生活動作能力（ADL）が下がっている患者では、転倒の危険性が増してくる。服薬管理がきちん

とできる状況にあるかの確認は極めて重要である。

薬物療法を行うにあたっては、BPSD症状をできるだけ的確にとらえることが重要である。診断がついていることが理想だが、未診断あるいは診断保留の状態で薬物治療を始めざるをえないことが多い。症状のとらえ方とそれに沿った薬物の選択については後述する。認知症の多くは高齢者であり、当然のことだが高齢者の薬物療法の原則に則して処方する。少量から開始し、症状をみながら徐々に調整し、効果のある最少量で治療する。中止するときも徐々に中止するようにして悪性症候群を予防する。家族および本人に、副作用がありうることをあらかじめよく話しておく。さらに、BPSDに対して処方される薬物のなかには効能・効果が認められていない（保険適応外である）薬剤もあること^{*)}を事前に本人・家族に十分に説明する必要がある。

高齢者は多剤処方されていることが多いが、抗不安薬、抗パーキンソン病薬、抗うつ薬、H₂受容体拮抗薬、抗ヒスタミン薬、抗コリン薬などの認知症様状態を惹起する薬剤^{*)}が併用されている場合は、可能な限り減量もしくは中止を考慮する。治療開始後しばらくはこまめに通院させて、副作用のモニターを欠かさないようにする。可能な限り、短期間で中止することを目指す。特にレビー小体型認知症では過鎮静、歩行障害などの副作用が出やすいので、より少量で治療するなどの注意が必要である。治療に難渋する場合は早期に専門医に紹介することも必要であろう。

認知症の経過のなかで症状は変化するものである。患者の状態を細かく観察して、漫然と同じ処方の繰り返しを行わないことが求められる。症状を完全に取りきるのではなく、使用する目的を明確にしておくこと（例：在宅生活を維持するためなど）。本人の苦痛除去、ADL維持、介護負担の軽減などを優先する。特にレビー小体型認知症では効果を出そうとすると副作用が強くなる^{*)}ことが多く、全体の状況を考慮しての薬物療法となる。一般的傾向として、「薬物治療は精神症状には効果があるが、行動異常には効果が乏しい」点がみられる。

■ 症状別の薬物療法

—— 過活動症状と低活動症状

認知症にみられるBPSDに対する薬物療法を考える際、BPSDを過活動症状と低活動症状に分けてみるとわかりやすくなる。

「過活動症状」といえる例は多く、管理困難例として入所継続不可能と判断され、治療半ばで退院を迫られることもある。観察記録に「不穏状態」とか「興奮している」と記載される例が多い。しかし、よく観察すると「不穏・興奮」の一言で片づけられる状態のなかにもさまざまな病像があり、それを見分けることで対応方法が決定し、よりきめの細かい薬物治療・ケアが可能になる。ハロペリドールなどの定型抗精神病薬、リスベリドン、クエチアピンなどの非定型抗精神病薬ともに幻覚、妄想には効果的である。定型抗精神病薬はD₂受容体遮断作用が強く、錐体外路症状が頻発するため高齢者では転倒、誤嚥などのリスクが増す。そのため、非定型抗精神病薬が多く使われるが、クエチアピン、オランザピンは糖尿病には禁忌であり、高齢者では使用できない症例が多い。

気分の変動が激しい例ではバルプロ酸やカルバマゼピンのような気分安定薬が奏効することがある。ただし、皮膚症状やふらつきなど副作用が強い薬剤であることもあり、適応症状を十分に考慮し、少量から始め、副作用の徴候に敏感であることが求められる。心情的な訴えを繰り返す焦燥の強い例では抗うつ薬が効果的。選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）を試してみる。抗精神病薬では歩行困難、嚥下障害などの錐体外路症状の出現に注意する。SSRIやSNRIではセロトニン症候群の出現に注意する。抑肝散は軽症レベルであれば、幻覚、妄想の軽減にも気分安定化にも効果がある。

低活動症状とは、元気がなくなってしまったように見える認知症の状態である。徘徊などの過活動症状と違って、一見おとなしく、手がかからないように見えるので

*1: 現段階のわが国で認知症BPSDに対して保険適応のある薬物はないが、2011年9月に厚生労働省保険局医療課長の通達により、「器質性病態に伴うせん妄・精神運動興奮状態・暴怒性」に対してワルファリン[®]クエチアピン（セロクエル[®]）、ハロペリドール（セレネース[®]）、ペロスピロン（ルーラン[®]）、リスベリドン（リスパダール[®]）の保険適応外使用が認められた。リスベリドン（リスパダール[®]）は「パーキンソン病に伴う幻覚」に対しても保険適応外使用が認められた（保促発0928第1号平成23年9月28日付）。

表2 効果が期待できるBPSD治療薬（症状別一覧）

		過活動症状			低活動症状		
		幻覚・妄想	不安・焦燥	易怒性、攻撃	意欲低下	自発性低下	抑うつ
抗認知症薬	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）				○	○	
	NMDA受容体拮抗薬（メマンチン）		○	○			
抗精神病薬	定型抗精神病薬（ハロペリドールなど）	○	○	○			
	非定型抗精神病薬（リスベリドン、オランザピン、クエチアピン、ペロスピロン、アリピプラゾール）	○	○	○			
抗てんかん薬	バルプロ酸ナトリウム（デバケン）、カルバマセピン（テグレトール）		○	○			
抗うつ薬	SSRI（パロキセチン、フルボキサミン、セルトラリン、エスシタロプラム）*				○	○	○
	SNRI（ミルナシبران、デュロキセチン）**				○	○	○
漢方薬	抑肝散	○	○	○			

* SSRI：選択的セロトニン再取り込み阻害薬

** SNRI：セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

問題視されず、十分な観察をされないまま見過ごされることが多いが、このような状態には精神・身体的に重大な問題が潜行していることがある。また、こうした状態をすべて短絡的に「うつ状態」と判断して抗うつ薬などを投与すると過鎮静、症状悪化を来すことがあり、場合によっては生命の危険にさらすことになる。ここでも状態像の正確な把握が重要である。うつ状態では従来の三環系抗うつ薬は副作用が強く、使用されないことが多くなっており、SSRI、SNRIを第一選択薬として処方するのが一般的になっているが、効果が不十分なときはアモキサピンなどの三環系抗うつ薬を用いて著効することもある。うつ状態には不安、焦燥を伴うことが多いため、従来からベンゾジアゼピン系の抗不安薬を併用することが多かった。しかしながら、高齢者では筋弛緩作用、傾眠傾向により転倒などの事故が起こりやすくなる。ベンゾジアゼピン系薬剤の使用はなるべく控えるか、短期間の使用にとどめるようにする。

アルツハイマー型認知症の中核症状に効果があるとき

れているドネペジル、ガランタミンなどのコリンエステラーゼ阻害薬やNMDA受容体拮抗薬であるメマンチンなどの抗認知症薬はBPSDの軽減にも効果が期待できる。コリンエステラーゼ阻害薬は意欲の改善、自発性低下の改善に効果がある。反面、易怒性、焦燥感などを惹起して、かえって介護を困難にしまう例もみられる。メマンチンはドネペジルなどとは逆の効果がみられる。投与により静穏作用があり、過活動症状を軽減する効果が期待でき²⁾、従来なら必要であったような抗精神病薬や気分安定薬を投与せずにもすむこともある。反面、傾眠傾向、めまい、ふらつきといった副作用もあるので、状態を十分に観察しながら投与する必要がある。

以上、BPSD症状別の一般的な薬物療法について、表2にまとめた。しかしながら、BPSDに対する薬物療法に関しては十分なエビデンスのある薬物は少ない（図3）²⁾。そのため、症例ごとに試行錯誤しながら適合処方を決めているのが現状といえるだろう。

不安		幻覚・妄想		徘徊	
リスベリドン	B	リスベリドン	B	(リスベリドン)	
オランザピン	B	オランザピン	B		
クエチアピン	C1	アリピプラゾール	B	性的欲抑制薬	
		クエチアピン	C1	(SSRI)	
		ハロペリドール	C1	(非定型抗精神病薬)	
				(トラゾドン)	
躁性興奮		うつ状態		睡眠障害	
リスベリドン	B	SNRI	C1	ベンゾジアゼピン系 C1	
クエチアピン	B	SSRI	C1	リスベリドン C1	
オランザピン	B			ドネペジル C1	
アリピプラゾール	B			抑肝散 C1	
バルプロ酸	C1	暴力・不穏			
カルバマゼピン	C1	リスベリドン	C1		
(抑肝散)					

() は推奨度なし

推奨グレード
 A : 強い科学的根拠があり、行うように強く勧められる
 B : 科学的根拠があり、行うように勧められる
 C1 : 科学的根拠はないが、行うように勧められる
 C2 : 科学的根拠がなく、行うように勧められない
 D : 無効性あるいは害をなす科学的根拠があり、行わないように勧められる

図3 BPSD治療薬のエビデンス

(和田他二, 他: 臨床精神薬理, 15: 13-17, 2012より引用)

おわりに

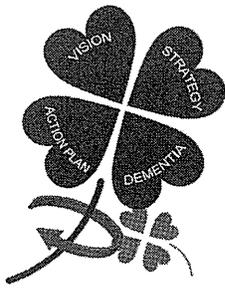
BPSD薬物治療は高齢者の身体特性に配慮して施行されるべきである。多病であることから、他の身体疾患をフォローしているかかりつけ医との連携が欠かせない。かかりつけ医向けのBPSD薬物療法ガイドライン⁴⁾が作成されており、それを参考にしてほしい。BPSDは薬物のみで対応すべきものではない。認知症国家戦略である新オレンジプランにおいても、認知症BPSD対応における医療・介護の連携が重視されている。そのなかで、在宅ケア、終末期医療における認知症対応について薬剤師の役割はますます大きくなっていく。認知症は複雑で理解の難しい病態であるが、避けることなく取り組んでい

ただけることを切望している。

●引用文献

- 1) 亀山祐美, 他: 薬剤に起因する認知症様状態, 神経内科, 72 (Suppl. 6): 161-166, 2010
- 2) 工藤 喬: MemantineのBPSDに対する効果, 臨床精神薬理, 15: 53-58, 2012
- 3) 和田他二, 他: 認知症疾患治療ガイドライン2010年版における薬物治療の位置付け, 臨床精神薬理, 15: 13-17, 2012
- 4) 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 認知症, 特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究班: かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン (<http://www.mhlw.go.jp/stf/hooudou/2r98520000036k1t.pdf>)

連載：わが国の認知症施策の未来②



わが国の認知症施策の歴史を振り返る

お多福もの忘れクリニック 本間 昭

老年精神医学雑誌 27 : 333-337, 2016

はじめに

筆者は介護支援専門員などのケアの専門職を対象に各地で話をする機会がしばしばあるが、最近では認知症ケアの目標が生活の維持であることを具体例のなかで説明しており、参加者に受け入れてもらえていると思う。講義や講演の冒頭で「認知症ケアの目標とは？」という質問をすると、“生活”というキーワードが含まれた答えが、参加者のだれからも返ってくるようになった。また、認知症を起こす病気についての理解も進んできている。「夜10時になったらちゃんと眠れるような眠剤はありませんか」という質問をしってくるケアの職員にたまに出会うこともあるが、さきの講義や講演会の参加者の状況は、認知症に関する職種のなかでケア職が最も熱心に普段から勉強していることを示しているのかもしれない。きちんとした数を数えているわけではないが、以前は認知症についての一般的な知識をテーマに講演を依頼されることが多かったが、最近では医療を含めた多職種連携や認知症の医療における薬物療法の意義などについての話を依頼されることが多く、このようなテーマのほうに参加者が多い印象がある。昨今は、認知症がさまざまなマスメディアで取り上げられることも多い。認知症800万人時代と考えれば当然のことであろうが、昔と比べれば、認知症イコール暴力、徘徊、あるいはなにもわから

ない人というイメージは薄れてきている。地域による違いは大きいですが、一般の人たちの認識も以前とは異なり、少なくとも認知症は病気であるという理解が進んできている。

介護保険が始まり、足かけ17年が経過した。要介護認定を受けている人たちの半数以上に何らかの認知症があることを考えれば、介護保険の事業計画はまさに認知症への対応といっても過言ではない。本誌の読者にとって、新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）²⁾は十分に承知のことであろうが、そこでは、今まで以上に在宅ケアにおける課題への対応に重点がおかれている。つまり早期発見・診断のあとに生活をサポートし、在宅でターミナルケアを行うことができるかどうかということもできる。認知症ケアについてここまで具体的な課題と対応が示されていること自体が、認知症ケアの進歩といえるかもしれない。

本稿では、筆者自身が認知症者にかかわり始めたときの状況を改めて思い出し、最近のそれと比較してみたい。

I. 昭和40年代

筆者自身は昭和48（1973）年に医学部を卒業し、40年あまりが過ぎた。認知症ケアに関連する状況をみると、昭和38年に老人福祉法が制定され、昭和47年に有吉佐和子の『恍惚の人』が出版され、翌年には森繁久彌主演で映画化された。認知症の介護が社会的に話題になり始めた時期であるが、認知症の人の受け皿は特別養護老人ホームの

Akira Homma

〒310-0841 茨城県水戸市酒門町4637-2

認知症専門棟や、いわゆる老人病院、精神科病院が中心であった時代である。当時は認知症に対する社会的認識やケアの方法論もなく、「問題行動」や「迷惑行為」と呼ばれた行動に対して安易に身体拘束などが行われていた。

筆者が卒業した翌年、東京都全域を対象として日本で最初の大規模疫学調査が行われ、これに参加することができた。在宅の認知症者にかかわった最初である。この調査の目的は老年期の認知症の有病率と家庭での生活実態を調べることであった。それまでも、主にイギリスとノルディック諸国で地域の高齢者を対象にした疫学調査が実施されていたが、わが国ではそれらの結果に相応する国内の調査結果はなかった。その後、東京都では4回、大規模な調査が行われ、神奈川県でも合計3回、全域を対象とした調査が行われているが、筆者はこれらすべての調査に参加することができた。調査は、こちらから対象者の自宅を訪問して精神医学的な診察を行うというもので、これらの調査のいくつかが行われたときは、介護保険はもちろん、認知症者を対象とした介護サービスは皆無、あるいはほとんどない時代であった。そのときに経験した、今でも記憶に残っている家庭がある。

東京都で行われた第1回目の調査であったと思うが、ある1軒では、かなり広い屋敷で、門に近づくとセキュリティ用のカメラがこちらに向きを変え、用件を告げると、電動の門が自動的に開き、玄関にたどり着いた。今では普通かもしれないが、当時は珍しかったと思う。お手伝いさんと思われる女性に改めて用件を説明すると、広い洋間に通されたが、その部屋の真ん中に電動のベッド——これも当時は少なかったと思う——が置かれ、本人が横になっていた。長男家族と同居はしているが、24時間お手伝いさんが本人の世話をしていた。お手伝いさんが本人に接するのは、食事のときと排泄の介助のときだけで、長男やその妻が本人に顔を合わせることはほとんどないという。茫乎とした本人の表情が印象的であった。

2つ目の例は、今まで8つの疫学調査に参加したなかで最も印象的な例である。神奈川県全域を対象にして行われた調査のとき、ある県営住宅に住む高齢者夫婦を訪れた。冬で雨が降っていた。2K程度の間取りであったと記憶しているが、布団に80歳代の妻が横になっていた。ほぼ同年齢の夫が介護者の役割を担っている。かろうじて夫の介助でトイレに行くことはできるが、支えがなければ部屋の中でも歩くことはできない。本人の状態は軽度であるが認知症があり、おそらくアルツハイマー病と考えられた。これまでの話を聞くと、もともと2人は九州の炭鉱で長年一緒に働いていたが、閉山になり、今のところに引っ越してきたという。「お父さんと一緒に働いていたときは楽しかった、苦勞なんて全然なかった」と、本人は繰り返して話し、そばで夫がうなずいていた。本人には循環器系の合併症があり、通院が必要な状態であったが、どうやって通院しているのかを聞いたときにはびっくりした。話によると、往診を頼める医療機関がないため、自転車の荷台に本人を落ちないように縛りつけて、夫が自転車を引いていくということであった。もちろん、本人も納得しているが、それ以上に夫に感謝していた。

これらの2例はむろん何のサービスも利用していない。とくに1例目は廃用性の変化が典型的であった。認知症者を対象とした在宅医療がない時代であった。「痴呆性老人処遇技術研修」が昭和59年に始められているが、その10年ほど前になる。ちなみに老人性痴呆疾患センター事業は平成元年に始められている(表1)。老人保健施設の本格実施や老人性痴呆疾患治療病棟、老人性痴呆疾患デイケア施設の創設はその前年の昭和63年である。この時代は徘徊などの症状の背景や意味を考え始めるようになったころで、個別的な対応が模索され、一部のグループホームや宅老所が試行的に開始された時期である。現在は否定されているが、回廊式の建築が認知症ケアに有効とされた。

表1 認知症関連施策のあゆみ (概要)

1963 (昭和38)年	老人福祉法制定 (特別養護老人ホームの創設等)
1982 (昭和57)年	老人保健法制定 (疾病予防や健康づくり)
1984 (昭和59)年	認知症ケアに関する研修事業開始
1987 (昭和62)年	「厚生省痴呆性老人対策推進本部」報告書
1989 (平成元年)年	老人性痴呆疾患センター開始
1992 (平成4)年	認知症対応型デイサービスセンター開始
1994 (平成6)年	「痴呆性老人対策に関する検討会」報告書
1997 (平成9)年	認知症対応型グループホーム開始
2000 (平成12)年	介護保険法制定
2003 (平成15)年	「高齢者介護研究会」報告書発表
2004 (平成16)年	痴呆→認知症へ用語の変更
2005 (平成17)年	認知症サポーター養成研修開始 認知症サポート医養成研修開始
2006 (平成18)年	かかりつけ医認知症対応力向上研修開始
2008 (平成20)年	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書 老人性痴呆疾患センター廃止, 認知症疾患医療センター開始
2012 (平成24)年	「認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン)」策定
2015 (平成27)年	「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」策定

(第45回社会保障審議会介護保険部会資料, 平成25年6月6日より改変引用)

II. 平成元年代

もう1つふれておきたいことがある。当時は大学病院の精神科で診療等に携わり、週に1日、関連病院であるいわゆる老人病院の外来や病棟で仕事をしていた。平成4(1992)年ごろであったと思うが、ある自治体にある公社の職員から、その自治体では初めてとなる認知症対応型のデイサービスを立ち上げたいので相談に乗ってほしいという依頼を受けた。そこで職員の研修プログラム等を作成し、職員を対象に事例検討を含む勉強会を行うことになった。さらに、デイサービスが開始されたのを機に、利用者の家庭も訪問してみようということになった。それまでは、疫学調査時の訪問などを除けば、医療機関のなかでしか認知症の人本人や家族に接する機会がなかった。また、当時の外来は、アルツハイマー病であっても初期の段階で受診する例はきわめて少なく、物盗られ妄想に代表される何らかの行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) が現れ、家庭では対応しきれなくなって受診する例が多かった。そのため、とりうる選択

肢は限られ、外来受診後は次々と入院の順番待ちという状態となった。入院後、一定程度症状が改善され、「何とか自宅に戻ってもらおう、あるいは外泊をしてもらおう」と思っても、家に戻ることができた例はほとんどなかった。いったん認知症になってしまうと、なかなか在宅での対応はむずかしいと考えさせられた時代であった。むしろ、介護保険はまだない。

そのような状況のなかで、デイサービスの利用者の家々を訪問してみると、何とか在宅で世話を続けたいと思っている家族がいかに多いかに気づくことになった。老人病院にさっさと入院させ、そのままという家族ばかりではないのだということも実感できた。そこで、今でいうケアプランのようなものを一緒に訪問した担当者と考え、関係者あるいは関係機関の調整をしたりした。その後、その担当課等からの依頼でなかなか受診できない家庭を訪問して相談に乗ったりしたが、今でいうセルフネグレクトなどもあった。現在の認知症初期集中支援チームのはしりのような活動で、医療機関で認知症の人を診察しているだけであれば決して体験できないことばかりであった。アルツハ

イマー型認知症の治療薬が出現する時期はしばらくあとになるが、早期発見と早期診断、そして適切な介入により予後が大きく異なるという印象を受けた。かかりつけ医が認知症の医療で大きな役割を果たすのではないかと思ったのもこのころである。このときの経験が、その後携わるようになったさまざまな活動や研究の原点になった。このときの体験がなければ、認知症の人の医療あるいは治療の意味を考えると「生活」という視点はなかったのではないかと思う。

現在、週2日外来診療に携わりながら、デイサービスの事業所の職員や介護支援専門員と定期的にコミュニケーションを図っている。必要であれば家庭を訪問して相談に乗ることもある。グループホームなどから、利用者についての相談も少なくない。職員とおおいにディスカッションすることもある。今のところで外来診療を始めて3年が過ぎたが、新患のおよそ9割が介護支援専門員から、残りの1割が近医からの紹介で受診していることを考えれば、その後のやりとりを通して地域の認知症医療に一定の役割を果たすことができているのではないだろうか。

平成にはいり、4年にはデイサービスのE型が創設されて、「ねたきり老人ゼロ作戦」が推進され、在宅介護支援センターが平成6年に法定化された。また、平成9年には国庫補助事業によるグループホームが本格的に始められ、日本看護協会認定の認定看護師が誕生している。この時代では、ケアプラン策定用のさまざまなアセスメントツールが開発され、「問題行動」という呼称に代わって行動・心理症状（BPSD）という概念が導入された。Tom Kitwoodのパーソン・センタード・ケアという考え方が紹介され始めたのもこの時代である。

Ⅲ. 平成10年～20年代

平成12（2000）年に公的介護保険が始められ、グループホームがそこに位置づけられた。「身体拘束ゼロ作戦」が推進され、介護保険施設等での

身体拘束が禁止された。高齢者痴呆介護研究・研修センターが全国3か所に創設され、痴呆介護指導者養成研修および痴呆介護実務者研修（基礎過程・専門過程）が始まった。現在までにおよそ20万人が研修を修了している。この年に成年後見制度が施行されている。平成16年には痴呆という呼称がおよそ100年ぶりに認知症という呼称に変更された。関係者間では呼称変更をきっかけとして認知症に関してさまざまな論議が行われたが、結果としては認知症の認識を高めるうえで大きな契機となった。平成24年の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」¹⁾の策定や、平成25年にロンドンで行われたG8認知症サミットの後継イベントが、翌年わが国で開催されたことなどを通して、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」が発表された²⁾。ここではその詳細は割愛するが、「認知症の人としての意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」を目指す掲げられている。

おわりに

新オレンジプランのなかの柱のひとつに人材育成がある。筆者は認知症の外来診療に携わりつつ、国の補助でつくられた認知症ケアの研究・研修機関で研究や認知症介護指導者養成研修、あるいは認知症地域支援推進員研修を平成28（2016）年3月まで行ってきた。前者は仙台、東京、大府の3センターで介護保険が始まったときから開始され、現在全国で約2,000人が養成されている。後者は平成23年度からになるが、新オレンジプランの中心的な事業のひとつになっている。また、平成12年に設立された日本認知症ケア学会が認定する認知症ケア専門士は3万人以上育っている。かかりつけ医を対象にした研修も平成17年度から始まっている。彼らのスキルを評価することはむずかしいが、認知症ケアにかかわる関係者の多くを対象に認知症ケアの目標を共有しつつ一定の力

リキュラムに従って研修が行われている状況は—昔前には考えられなかったことである。今後は、彼らによってなされた介入の効果をいかに評価できるのかが大きな課題となろう。

文 献

1) 厚生労働省：「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（平成25年度から29年度までの

計画）。平成24年9月5日。 Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>

2) 厚生労働省：「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」について。平成27年1月27日。 Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>

