

認知症高齢者 介護負担

前 田 潔



はじめに

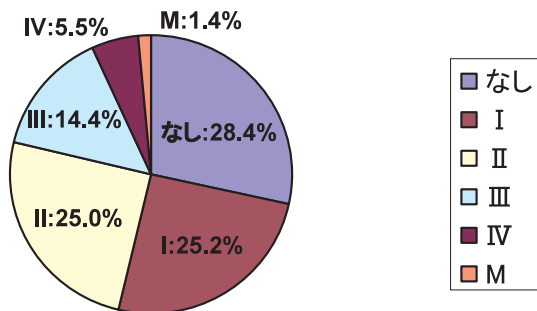
わが国は65歳以上の高齢化率が21%を超え、ピーク時には40%近くになるうとしている。介護保険による高齢者サービスが開始されたのが2000年であり、いろいろ問題点が指摘されながらも介護保険は着実に社会に根付いている。もし、いま介護保険がない事態を想像すると背筋が寒くなるといったひとがいたが、まさにそのとおりである。お隣の韓国は同じく高齢社会を迎えようとしており、介護保険の必要性は認識されながら財源問題が解決しないことから介護保険サービスがスタートできないと聞いている。要介護状態となる三大原因は骨折、脳卒中および認知症といわれている。高齢者社会の中、認知症患者の増加は最大の社会問題の一つでもある。認知症にかかわる問題は診断・治療からケア、介護、権利擁護など多岐にわたっている。そのなかでも認知症高齢者の介護負担は社会に大きくのしかかっており、社会の活力

をそいでいる。

心理行動障害（BPSD）

介護負担の問題を解決するためには認知症の根本療法の開発が必要である。少なくとも

①神戸市における介護保険統計、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（平成19年度介護保険統計から）



認知症高齢者における問題行動の出現頻度（平成19年度神戸市における介護保険統計から）

| 問題行動 | % |
|---------|------|
| 不眠・昼夜逆転 | 16.6 |
| 介護に抵抗する | 14.3 |
| 暴言・暴行 | 10.7 |
| 大声を出す | 10.7 |
| 徘徊 | 7.9 |
| 迷子になる | 5.1 |
| 目が離せない | 4.4 |
| 不潔行為 | 2.9 |

Alzheimer型認知症の根本療法が見つければ、介護にかかる費用はかなり軽減される。認知症患者の初期に見られるもの忘れでさえも、結構介護する家族にとっては負担となる。同じことを何度も尋ねられる、5分前に説明したことを

また訊かれる、というのでさえ家族にとっては耐えがたい苦痛であるという。認知症が進行して心理行動障害（BPSD）を認めるようになると、介護者の負担は飛躍的に大きくなる。家族にとって最も負担の大きいBPSDは暴言・暴力、弄便、徘徊、せん妄の4つである。そのなかでも家族を夜眠らせないせん妄は、3日続くと、介護者は音を上げて、「先生、何とかしてください。私たちが倒れてしまいます」となる。

図は平成19年度の神戸市における介護保険の統計から借りてきたものであるが、認知症高齢者日常生活自立度判定基準の分布状況である。神戸市では介護保険利用者は高齢者人口の17・9%であり、判定基準の「日常生活に支障をきたすような症状・行動（略）が多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」以上の認知症状の見られる割合は全高齢者人口の8・3%、介護保険利用者の46・3%になる。判定

基準 およびMは約4千人、全高齢者人口の1・2%になる。この4千人は高度のBPSDを有していると考えられる。

表は同じく介護保険からのデータであるが、問題行動の頻度の高いもの8つを挙げている。先に述べた介護負担の大きい4つのBPSDのうち弄便を除く3つは上位にある。不眠・昼夜逆転（せん妄）は6人にひとりの割合で見られている。

BPSDへの対応

認知症高齢者にBPSDが見られるようになったとき、家族はどうしたらよいのか。認知症治療病棟というのがあるが、たいていが精神病院にある。「年寄りを精神病院に入れるのは忍びない」と考える人は多い。またその認知症治療病棟も満床のことが多く、すぐには入院できない。特養入所というのはそれこそ入所待ちが何百人というのが現状である。また認知症でB

PSDを伴うと、「この方はうちの施設には向いていません」「認知症専門の施設に行かれたらどうでしょうか」と断られることがほとんどである。

神戸市では特養の緊急入所という制度がある。BPSDなどのため家庭で対応困難となった場合、順番を待たずに入所できるという制度であるが、これがなかなか機能していない。医療施設でない特養では対応に限界もある。BPSDが急激に悪化したときどうするか、認知症高齢者を家族に持つ介護者の一番大きな不安である。

BPSDへの薬物による治療

BPSDへの対応の一つに薬物によるものがある。抗精神病薬はせん妄や暴言・暴力、幻覚・妄想などには効果がある。とくに新規抗精神病薬は副作用も少なく、また口腔内崩壊錠や内服液もあり、非常に使い勝手がよい。しかしながら2005年4月に米国FDAは、高齢者が

新規抗精神病薬を服用すると死亡率が1・6倍、1・7倍に上昇するという内容の警告を発表した。すぐあとには従来型の抗精神病薬も同様と考えられると追加された。これらの薬剤はBPSDの適応は取られておらず、投与する場合には informed consent (IC) を取ることを勧めるという black box warning を発表している。このことは臨床現場に混乱をもたらした。新規抗精神病薬の投与で落ちていた患者に、投与を止めたために再びBPSDが活発になった例もあった。「この薬を服用すると死亡率が高くなる」という発表があったので、処方止めます」と言つと、「かまわないので続けて出してください」という介護家族が少なからずあった。BPSDで困っている家族に、何とかしてくださいと泣きつかれて、命が縮むかも知れない薬ならありますよ、と説明しているという話を聞いたこともあった。

認知症医療の現場では一時の混乱は収束して

いるが、結論を出さなければならぬ問題である。日本神経学会ではいち早く2004年の総会で、適応はないこと、処方する場合には同意を取って使用するようという結論を出している。2005年9月に日本老年精神医学会が会員を対象に調査を行ったところ、BPSDに対し92・4%が従来どおり処方を続けており、しかもECを取らずに処方していると答えたものが53・4%いた。余談になるが、私は機会があつて、韓国と台湾で専門医相手の講演のなかでこのことを話したことがあつたが、特別の反応はなかつた。当たり前のように抗精神病薬が認知症高齢者に投与されているようである。

おわりに

いずれにしてもBPSDは認知症本人にとつても家族にとつても大きな問題である。BPSDを伴う認知症患者はBPSDを伴わない患者に比べて生命予後が悪いと報告されている。ま

た外来で診察して、認知症であると診断を家族に告げると、いつかは徘徊したり、おむつが必要になるのでどうかと尋ねられることがよくある。BPSDが完全に克服されることはないであろうが、もし克服されたら認知症問題は1/3は解決したといつても過言ではないであろう。BPSD克服の方法は薬物療法が最も手取り早い。高齢者にも安全で効果の確実な薬剤の登場が待たれる。

薬物療法とともに、BPSDの対処ケアの研究ももっと進むと思われる。サイエンスとしてevidence-basedなBPSDのケアの研究が可能であると思う。BPSDは中核症状、生来の性格や生活歴、心理社会的要因が複合的に重なつて発生しておりどのような心理社会的な要因を背景に生じているかを吟味することが求められている。BPSDはむろん介護者を困らせようとする言動ではない。最近では、BPSDをそうせざるを得ない心理社会的な根拠があり、二

ーズが変形した行動 (NDB : Need-driven Dementia-compromised Behavior) と理解し、ケアマネージメントが考えられるものになっている。今後はBPSDを焦点にした介護法の研究・開発が切望される。

(神戸大学大学院医学系研究科 教授)

(精神医学分野)

文献

- 1) Holmes, C., et al. : The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease. *Neurology*, 63, 214~219(2004)
- 2) Carson, S., et al. : A systematic review of the efficacy and safety of atypical antipsychotics in patients with psychological and behavioral symptoms of dementia. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 54, 354~361(2006)
- 3) Wang, P.S., et al. : Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N. Engl. J. Med.*, 353, 2335~2341(2005)
- 4) 小田陽彦 前田潔 : 老年期精神障害の特徴と非定型抗精神病薬 日本薬剤師会雑誌 58 (7) 861~864 (2006)