

≪総 説≫

わが国での認知症ケアの問題と今後の課題

― 厚生労働省における認知症対策指針を踏まえた考察 ―

菅 原 大 輔¹⁾, 小 野 綾¹⁾

要旨：わが国では急速な高齢化社会を背景に、認知症の外来、入院患者数ともに増加傾向にある。

本稿では精神科病院における認知症高齢者の問題について、アウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図り、本人だけでなく家族や介護者も含めた支援の重要性や、BPSDに代表される認知症急性期の初期治療を充実させ、早期退院を促し地域で生活できるように受け皿や支援の整備が求められていることを示唆した。

さらに、厚生労働省から認知症対策として具体的な方向性を提示しても、医療もしくは介護の現場に浸透していない現状があるため、個別のニーズに即しなおかつ全国で統一性のある包括的支援体制が必要であることを提言した。

キーワード：認知症, BPSD, 包括的支援, 高齢化

はじめに

現在、わが国では高齢化社会を背景に認知症の問題が大きく取り上げられている。2002年には149万人だった認知症高齢者が2012年では300万人を超え、10年間で倍増していることが明らかになった（日本経済新聞, 2012）。なかでもアルツハイマー型認知症患者が急増しており、医療機関における外来もしくは入院患者数が増加傾向にある。その原因には、わが国の高齢化が加速した他に、認知症への社会の理解が浸透し、受診する高齢者が増加したことも影響している。

そのため、認知症治療病棟や精神療養病棟に代表される認知症患者を受け入れる病院や施設の医療従事者の間では、認知症特有の病状の変化へのアセスメントや症状への介入の重要性が見直されている。特にBPSD（本文中では認知症の周辺症状としてBehavioral and psychological symptoms of dementiaを「BPSD」と表記する）の問題が医療従事者だけでなく在宅で対応する家族の介護困難を招き、入院治療を余儀なくされることへとつながっている。また、

わが国は他国に類をみない急速な高齢化が進行しており、介護の現場やそれを取り巻く環境、制度に見られる問題があり早急な包括的支援体制整備が必要と感じている。

藤田ら（2012）は高齢化社会のみならず少子化や核家族化に伴う介護者の負担が日常生活の質を低下させること、それに伴い病院や施設への入院治療に拍車をかけていることを報告している。この現状はもはや認知症高齢者だけの問題ではなく、家族や国の法制度、介護制度の現状などが複雑に絡み合いながら社会全体の課題となっている。そこで本稿では現在の認知症高齢者へのケア、精神科医療における認知症患者への対応、そして在宅での介護のありようについて、厚生労働省における認知症対策指針を踏まえうえて現状を把握し、今後の課題を検討することを目的とする。

認知症におけるBPSDに関する問題

認知症高齢者では、記憶力や記憶障害を主症状とする中核症状に加えて、行動・心理症状を有することが

1) 弘前学院大学看護学部看護学科

連絡先：菅原大輔 〒036-8231 弘前市稔町20-7

TEL：0172-31-7151, FAX：0172-31-7101, E-mail：sugawara@hirogaku-u.ac.jp

ある。近年では、周辺症状として認識され、病院や施設での急性期認知症ケアは主にBPSDの治療および対処に焦点が当てられている。BPSDは幻覚や妄想、攻撃行動に代表される症状が家族の介護負担を大きくすることがあり、結果として認知症施設へ入院するケースが多くなる。精神病床における認知症入院患者に関する調査（2010）から入院理由を抜粋すると、精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難で入院するケースが72%であり、さらに認知症患者の入院状況（黒沢尚，2010）においては95%がBPSD対応困難の理由で入院に至っていることを報告している。在宅での認知症高齢者におけるBPSDへの対応の難しさが顕著に表れており、軽視できない問題であることはいまでもない。つまり記銘や記憶障害が目立つ認知症や軽度のBPSDでも家族が対応可能な症状であれば入院に至ることが少ないことを示している。

数井ら（2012）は、BPSDによる家族の対応困難な事例が入院を決意する重要なファクターを占めていることを示している。なかでも在宅生活で対応に困る症状として、徘徊を含む睡眠障害や異常行動のほかに幻覚や妄想が含まれていた。しかし、家族が入院を決意する症状として、家族に対する暴力行為や排泄物確認困難、徘徊を含む睡眠障害や異常行動が大多数であったが、幻覚や妄想、無為・無関心では少ないデータを報告している。在宅の場合、家族に直接被害を加える行動や周囲の日常生活が大きく変化せざるを得ないBPSDの出現が入院を決意する要因であり、逆に家族への負担が少なく日常生活に大きな変化がない場合には在宅療養にとどまることができるのではないだろうか。

入院経過に伴うBPSD症状の変化について厚生労働省（2011a）では、入院後6か月以内に退院した患者群と入院期間が6か月以上の患者群ともに、入院後1ヵ月時点でBPSDがほぼ改善するデータを示しており、さらに治療に要する期間を約1ヵ月が妥当との見解も示している。さらに数井ら（2012）の研究でも、NPI(Neuro Psychiatric Inventory:BPSDの有無、程度、変化の半定量的評価尺度)合計点が入院1週間後に著明に得点が低下し、1ヵ月後の時点では退院時とはほぼ同等になることを報告している。つまり、重度のBPSDの症状出現が家族の介護負担感の増加につながり、苦痛の増加にもつながるおそれがあるためBPSDの治療は

急性期における対応が重要である。Cerejeiraら（2012）は、認知症患者の90%が何らかのBPSDを発症し、それらが経過することで患者と介護者間の苦痛が増加すること、さらに入院の長期化、薬物の酷使やコスト問題が関連して不良転帰（poor outcomes）につながることを報告している。また、認知症患者への早い段階における薬物的介入と薬を使用しない非薬物的介入の共同（combination）を状況に応じて実施することが治療的であり、将来的には非薬物的アプローチを積極的に展開する必要性を示唆している。

藤田ら（2012）は、認知症の中核症状である認知機能障害は非可逆性であり根本治療はないが、BPSDは可逆性であり非薬物治療や薬物治療が奏功する場合が多く、その治療が認知症患者のQOL向上につながることを報告している。このように認知症患者のBPSDにおける問題に早く介入することで、家族の介護負担感は軽減し、症状が安定しても家族の関わりが希薄になり、結果退院が阻害される事態を予防できることにつながる。BPSDの問題は認知症患者本人だけの問題に限らず、周囲の負担感が増加することで関わりを希薄にし、結果病院や施設に長期入院をせざるを得ない状況を生み出している可能性があることが示された。

精神科病院における認知症対策と今後の課題

平成20年の患者調査（2010）から、認知症（血管性及び詳細不明の認知症とアルツハイマー病）の入院患者約7.5万人のうち精神科病院に入院する患者は約7割を占めている。その現状は認知症を初発として入院に至るケースもあれば、統合失調症やその他の精神疾患が慢性的に経過することで、結果、認知機能障害が出現し精神科病棟から認知症病棟へ転棟もしくは転院するケースも多く存在する。

精神科病院も厚生労働省（2012a）の指針により原則入院期間は1年未満と決定した。これまで長期入院を余儀なくされてきた重度の精神病患者もしくは認知症患者も、その影響によって症状が改善されない状態での退院や再入院につながるおそれがある。精神科病院に認知症患者が多く入院している現状があるため、医療従事者は精神科および認知症の治療と看護、両方のケア意識を高める必要がある。よって認知症患者の長期入院を予防するために必要なことを考察していく。

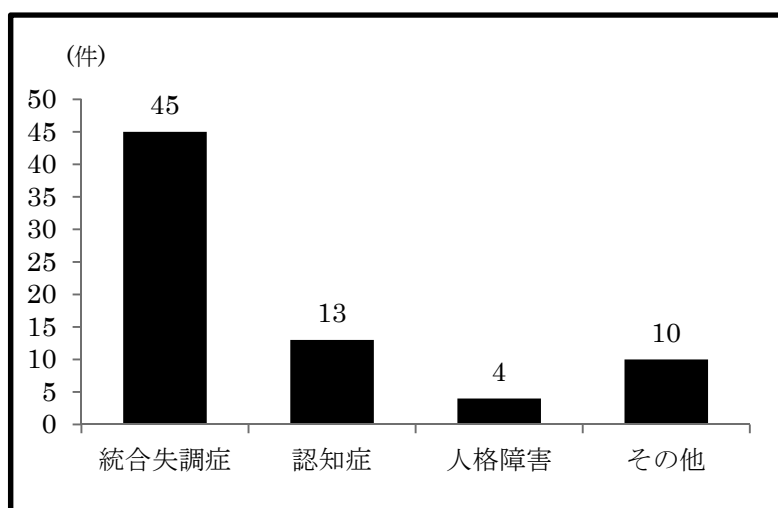


図1 患者－看護師間に対立した患者の病名別（菅原，2010再掲）

1. 認知症患者と看護師の対立時のケア

精神科病院3施設に勤務する精神科看護師を対象に記述式アンケートを実施して、患者－看護師間の対立状況（看護や治療の場面において、患者が望んでいないかあるいはその意思がない、さらにそのことについて話し合うことも拒否しているような場面を「対立状況」と表記した）を調査した結果（菅原, 2010）では、精神科臨床で看護師がどのような対立場面に遭遇しているのかに焦点をあて、その具体的な広がり（時間、場所、患者の病態、対立の内容など）を記述している。その一部の結果から、67件中13件が認知症患者との対立であった（図1参照）。さらに、対立場面を構成した13件の認知症患者の要素では表1のように示された。精神科病院での対立状況は統合失調症に代表される精神疾患だけでなく、認知症患者と対立するケースが多いことが明らかになった。

認知症患者と看護師の対立に焦点を当てその発生状況を見てみると、看護行為や治療行為に対する患者の拒否や拒絶が13件中9件と多数占めていた。例えば、夜勤時に患者へ内服を促すと急にコップを看護師に投げつける行為や、患者がいつも服薬している薬を拒否するため理由を問うと突然看護師に暴力行為をするなど、患者が看護師のケアに拒否し突発的な攻撃行動に進展している。また、入浴のため自室から患者を浴室へ誘導するときに看護師に拒否を示し暴力行為に進展する、日中に全裸となるため患者へ更衣を促すと拒否が激しく見られるなど、患者の突発的な拒否行動から

表1 対立場面を構成した認知症患者の要素

対立場面（総計：13場面）を構成した認知症患者の要素		人数（％）
患者の性別	男性	6 (46.2)
	女性	7 (53.8)
患者の年齢	30代	1 (7.7)
	50代	3 (23.1)
	60代	2 (15.4)
	70代	6 (46.2)
	80代	1 (7.7)
対立した時間帯	日勤帯	7 (53.8)
	準夜勤帯	3 (23.1)
	夜勤帯	3 (23.1)
対立した場所	病室	5 (38.4)
	廊下	2 (15.4)
	デイルーム	3 (23.1)
	ナースステーション	1 (7.7)
	食堂	1 (7.7)
	トイレ	1 (7.7)

看護師に対する暴言や暴力行為に及んでいる事例が確認されている。いずれの事例も予測が困難であり看護師はその場の状況を判断し患者への臨機応変な関わりが求められる。岡田（2007）は、患者の暴力が予測できずに発生する多くは、日常的なケア場面に不満やわだかまりとなって残され、その後一定のプロセスを経て攻撃や暴力へと進展するため、暴力自体の対処よりも日常生活における基本的ケアの充実が必要であることを述べている。一見して患者の行動が予測不能であり、患者からの暴力への対処が必要に思われるが、

患者の行動には何らかの理由があり、その行動に至る経緯も重要と考えられる。

BPSD への非薬物的アプローチの困難性を報告している研究（三好ら, 2010, 田村ら, 2010, 乙村ら, 2011）や、BPSD の実態調査（片丸ら, 2010）からも、BPSD への介入は抗精神病薬に代表される薬物療法を第1選択とするのではなく、非薬物的な介入の重要性に着目している。そのため基本的なケアの視点として患者の de-escalation（興奮の抑制）を目的とした看護師のコミュニケーションスキルは必要不可欠である。しかし、上記の対立状況すべてが患者の BPSD による行動ではない。患者が看護師に対する拒否や暴言および暴力に至る経緯には、病院の規則による窮屈さや医療従事者の患者に対する対応なども重要なリスクファクターになり得る。看護師のケア姿勢について（松本, 2011, 松本ら, 2011）は、認知症患者が表出する BPSD を意思表示のひとつと発想を転換して、その中に本人の意思が潜在化していると考えたことの重要性を指摘し、さらに認知症高齢者側と同じ視点での見方をするることによって新たなケアの方向性が見えることを報告している。さらに研究者は患者－看護師間の対立関係が悪化する一つの要因として、看護師の援助意図が患者に伝わらず、「看護師の理解がない」という患者の受けとめが影響していることを指摘している（菅原, 2012）。このことから、患者の理解しがたい行動や常識的ではない考えに対しても、何かを伝えようとしている行動と看護師が捉えることで患者理解につながることで、認知症患者に対しても基本的なケア姿勢になるのではないだろうか。

2. 精神科病院における認知症患者の問題について

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム（2012）では、認知症患者が精神科病院に入院している患者数は5.2万人を超え長期入院に至っている現状を報告している。その背景には認知症施策が問題点に適切に対応できていないことも挙げられる。概要として、早期（急性期）の適切なケアに結びつける仕組みが不十分であること、不適切な薬物使用により精神科病院に入院するケースがあること、一般病院や施設において認知症患者の BPSD への対応が困難であり精神科病院にやむなく入院するケースがあること、認知症患者の精神科病院への入院基準がないこと、退院支援や地域連携が不十分であり退院しようにも地域の受

け入れ体制が十分でない現状を報告している。こうした問題点の解消のためには、不適切な「ケアの流れ」を変え、標準的な認知症ケアパスを構築する必要性を施策している。

厚生労働省（2011b）では、BPSD や身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し退院を促進すること、そして、そのような医療を提供できる体制の整備を目指すことを提言している。さらに認知症の退院患者の入院前の場所として家庭が61.5%を示しているが、退院後の行き先として家庭が約38.5%と減少している。この現状を踏まえて入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療として、アウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図り、本人だけでなく家族や介護者も含めて支援することが検討されている。つまり認知症患者に対する精神科医療の役割が明確化してきており、認知症の BPSD に代表される認知症急性期の初期治療を充実させること、そして退院可能と判断される認知症患者が地域の生活の場で暮らせるよう受け皿や支援の整備をすることが療養ではない認知症ケアの提供につながるのではないだろうか。

認知症介護の現場にみられる介護困難性

我が国の高齢化は、世界の中でも群を抜いた速度で進行しており、2011年度に65歳以上の高齢者人口は過去最高の2975万人となり、総人口に占める割合も23.3%となった（厚生労働省, 2011c）。日本の総人口が減少するなかで高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、2013年には高齢化率が25.1%で4人に1人となり、47年に33.4%で3人に1人となる。2042年以降は高齢者人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、2060年には39.9%に達して国民の2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる社会が到来すると推計され、認知症の高齢者の割合や、単独世帯・夫婦だけの世帯の割合が増加していくとされている（厚生労働省, 2012b）。

厚生労働省の調査では、要介護5の高齢者では約半数において終日介護が行われていることが明らかになっている。要介護者等について、介護が必要になった主な原因についてみると、「脳血管疾患」が21.5%と最も多く、次いで、「認知症」15.3%、「高齢による衰弱」13.7%、「関節疾患」10.9%となっている。さらに、

認知症は他の疾患の合併症や後遺症として複合して存在することがよくみられ、認知症を抱えた要介護者は多数存在している（厚生労働省，2011c）。2010年9月末時点での日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者（280万人）居場所別内訳は、居宅140万人、特定施設10万人、グループホーム14万人、介護老人福祉施設41万人、介護老人保健施設・介護療養型医療施設36万人、医療機関38万人となっており、半数が居宅以外での生活を送っている（厚生労働省，2012c）。最期を迎えたい場所は「自宅」が54.6%で最も多いと報告があるが、近年では自宅以外で死亡する高齢者の人数が著しく増加している（厚生労働省，2012b）。死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移をみると、福祉施設や老人ホームのデータを分けて表すようになった1995年では介護老人保健施設0.2%、老人ホーム1.5%であった。最新調査が行われた2010年では、介護老人保健施設は1.3%と6倍以上、老人ホーム12.6%と8倍以上と調査毎に増加し続けている。また、高齢者以外も含んでいるが病院において74.1%から77.9%に増加、自宅は18.3%から12.6%に減少している。これは、医療の進歩で平均寿命が延びている一方で、何らかの疾患や障害を伴いながら生活を送る人が増えているためと考えられ、今後もこの傾向は継続していく可能性がある。自宅で最期を迎えたいという思いを持つ人が多くみられる一方で、いまの日本ではそのニーズとは反対の方へと向かっているといえる。高度医療化に伴い平均寿命は延長し続けているが、ライフステージの最終を希望通りに送れないということは高齢化社会における問題のひとつである。

もし、自宅で介護を受けながら生活を送ることが可能となったとしても、在宅介護においても様々な問題がみられている。日本における在宅介護に関する調査（楠本ら，2006）をあげると、多くの主介護者が認知症の症状としての問題行動への対応方法が分からず、介護負担感を抱えていることが明らかになっている。福祉サービス以外で「近所の協力を得る」という対応方法は少なく、介護のほとんどが自分の家庭内で行われていることが予測されている。また、デイケア利用の高齢者介護者を対象とした調査では、コミュニケーション障害、暴言、暴力では、対応方法が分からないと思う頻度が高いほど介護負担感が高くなる傾向があると報告している。その事に対し看護師は介護者の不安や疑問に合わせた介護方法の説明や指導、関係機関

や介護サービスを紹介するなど、地域で介護を行えるよう働きかける必要があり、介護者にとって悩みや辛さを受け止める存在があることや、介護者自身の生活満足感を高める事も重要であるとしている。このように、在宅介護においては介護を受ける高齢者だけではなく、主介護者となる家族の介護能力や環境整備状況の把握とそれに沿った支援が行き渡ることが重要となる。

主介護者のみで十分な介護が行えない場合は、通所サービスや短期入所型のサービスを利用することが出来るが、その中でもデイケアは、認知症患者に対する精神科専門治療の場として介護保険制度改正により重要性を高めている。しかし、認知症の重症化によりデイケア利用から介護福祉施設入所へと移行せざるを得ない例が多数みられる。デイケア利用中止の理由とその要因として、入院、認知症悪化による介護困難、家族の事情に起因する介護困難、ADL低下があげられている（佐藤ら，2011）。認知症患者では、ほぼすべてにBPSDが発症するとされ（George Mら，2009）、患者の50%は、少なくとも4つの精神症状を同時に持っていると言われている（Frisoni Gら，1999）。介護者の介護時間とそれに伴う苦痛はBPSDの出現と関係している事が明らかになっている（Ballard Cら，2000）。また、介護施設においてBPSDは直接および間接経費の著しい増加につながるという考察がある（Beeri Mら，2002，Herrmann Nら，2006）。このように、認知症にみられる精神症状は頻繁にみられるものであり、それは介護者の負担感およびかかるコスト増大に強く結びついている。

以上のように、自宅で過ごしたいという思いとは逆に、このような施設への入所をせざるを得ないケースは、高齢化の進行によって今後も増加していくと推測される。近年の介護保険制度の改定などにより、病院・施設での療養から在宅での療養へ重点が置かれてきている。しかし、主介護者となる家族への認知症の理解への補助や、家庭の事情に沿ったサービス提供の充実と継続できるコスト管理など、認知症患者が自宅で十分な介護を受けられる環境はまだ整っていない。

小西（2010）は、我が国における介護現場の問題として以下の点をあげている。

- ①制度的問題：介護保険制度において認知症高齢者の身体的ケアは評価されるが、家族介護者の身体的・精神的負担の軽減につながる支援が評価され

ない。また、利用時間や利用機会の制限がある。

②医療福祉従事者の知識・理解の不足

③ケア提供者の職種間連携の不十分

④家族におけるケアの困難性：他疾患の併存、家族の健康問題、認知症の重症化などがある。社会資源を利用しようとしても、①のように制度的な制限が支障となることも考えられる。子供世帯と同居していても、共働きで日中は不在である。家族員のライフスタイルが個別化したことも家族介護力低下に影響している。

⑤家族の精神的負担

以上の①～⑤の問題点を指摘している。

このように、日本における介護の現場とそれを取りまく環境には改善すべき所がある。日本における介護の現場やそれを取りまく環境や制度にみられる問題の原因として、他に類をみない急速な高齢化が一因として考えられる。日本ほど急速に高齢化の道をたどる国は他にないことから、モデルケースがなく変遷する人口動態に対して環境や制度の整備が追い付いていないと言える。デンマークなどでは税金など予算も含め、環境や制度の整備を固めつつ高齢化を迎えられている。高齢化の問題とはいっても日本と他国では状況がことなるため、他国の制度をただ参考にするだけでは問題は解決できないだろう。しかし、国をあげての制度制定や人材育成、支援体制の整備など日本でも適応すべき点は多々あると考える。局所的な改善ではなく社会全体で認知症介護を支える事ができる広範な対応策が求められる。

認知症に対する包括的支援体制整備と 国内統一性の必要性

行政保健師がすすめる認知症対策における早期発見・対応に効果的な支援について調査・検討の報告（小谷，2012）では、家族が持っている認知症の知識が、断片的経験や、体験談から得たものにすぎず、系統的な情報や知識ではない。そのため、認知症発症の際に早期に対処できることに必ずしも有効ではないとし、予防から早期発見・対応に至るまで一貫した情報提供と提供方法の工夫が必要であると考察している。2012年度診療報酬改定では、社会保障・税一体改革を確実な実現に向けた第一歩として、2025年度のあるべき医療・介護の姿を念頭に置いた取り組みが行われ、「地

域包括ケアシステム」を目指すべき姿とした（厚生労働省，2012b）。「地域包括ケアシステム」とは、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、中学校区などの日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の事である。厚生労働省は「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」の一環として、「認知症サポーターキャラバン」事業を実施しており、「地域でできることを探し、相互扶助・協力・連携、ネットワークをつくる」「まちづくりを担う地域のリーダーとして活躍する」等を期待している。サポーターは認知症キャラバンメイトと呼ばれ、資格や年齢、職域を問わずに参加可能であり、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り支援する応援者となる。平成24年6月の時点で全国に340万人を超える認知症サポーターが存在する（厚生労働省，2012b）。このように、日本における認知症対策は厚生労働省により計画・実施されている。しかし、まだ社会全体に浸透していないと考える。上記であげた認知症サポーターキャラバンを例としてあげると、これはあくまでも有志による自発的なものであり、また認定制度でもない。キャラバンメイトとなったとしても、その後の活動については特にマニュアル化などはされておらず個人の裁量に任されている。つまり、認知症に対する地域包括ケアシステムを目指す事を考えるとシステム化には遠いと言える。

また、各自治体により認知症コーディネーターを設置しているところもあり、認知症高齢者やその家族と病院・介護施設・その他介護サービス事業者との連携を図っている。海外においては、例えばデンマークでは認知症コーディネーター、オランダでは認知症ケースマネージャーが国によって設置され、看護師や介護士などが教育を受け認知症対策の役割を果たしている。これらは、高齢者や家族、医療、介護などの連携だけではなく、現場スタッフへの認知症ケアの指導などの役割も担っており、国での一貫した認知症対策が機能している。しかし、日本においてはまだ全国統一で行われておらず、支援する側の個々の能力に任されている事が多く、介護先進国と比較すると体制は不十分であるといえる。このように、日本における認知症対策はまだ地域レベルであり、さらに担当者の裁量に左右されがちである。日本における認知症対策や高齢

者介護の一貫性、そして個々の状況に合わせた融通の利く制度の整備、その両方が必要であると考え。

近年、日本の医療の現場において多職種連携のチーム医療の必要性が唱えられているが、それは認知症に関しても例外ではないだろう。認知症は主にライフステージの最終にみられるものであり、生を終える瞬間まで認知症高齢者本人やその家族に関わってくる。疾患として認識するだけでなく、その方の人生の一部であると認識し、社会全体が支えていく体制が必要である。

日本の高齢者介護の現場をみると、それぞれの機関・施設、地域のなかで様々な共有や連携が図られているが、介護のレベルや質に大きくばらつきがみられる。このような状況が介護を受ける高齢者の生活の質に大きく影響している。それは介護者や医療介護従事者の個人レベルでの知識・意識の違いや、現場における慣習、病院・施設の方針の違いなどに大きく左右されている。例えば、施設の方針がコスト重視であるか、入居者の生活の質重視であるかによって提供されているケアの質が全く異なる場合がある。施設の空き待ちなどで入居先の選択が困難な事も多く、低い介護の質に対して本人や家族が訴えかけにくい例もよくみられる。あるべき医療・介護の姿を念頭に置いた取り組みを国が施策していても、まだ介護の現場にはあるべき姿が統一して浸透されていないと考える。

介護保険制度によって高齢者介護はシステム化されているが、介護の現場ではまだ課題が多く存在している。要介護者やその家族、医療福祉従事者、それらを取りまく人々全てが高齢者介護に対する知識・理解を持ち、あるべき医療・介護の姿へ向かうためには、個別のニーズに即しなおかつ全国で統一性のある包括的支援体制が必要である。デンマークなど介護先進国を例とした国による認知症コーディネーター制度設置など、国全体での統一性のある体制づくりによりこの問題は良い方向へ向かうと考える。認知症高齢者と介護者を社会全体で支えていくシステム構築は、今後も高齢化が進行し続ける日本において必須である。

おわりに

本稿では認知症患者における BPSD の問題、精神科病院の認知症治療の問題そして厚生労働省の認知症対策と地方の認知症ケアの適合性に関する問題など、

認知症ケアの今後の在り方について考察してきた。文中でも述べているが、わが国では高齢化の進行に伴い認知症高齢者が増加傾向にあるが、国が決定してきた認知症対策が地方全体に行き届き、認知症高齢者が過ごしやすく家族が安心できる環境とは言い難い。

しかし、今後の認知症施策の方向性について、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム（2012）では、自治体による高齢者の数や地域ごとの特性等に応じた認知症高齢者への支援体制構築や、これに関する平成25年度からの5ヵ年計画が策定される予定を報告している。段階的に国として認知症対策がシステム化され自治体に浸透し、国の目指す指針と現場のニーズが合致することで認知症高齢者やその家族の過ごしやすい地域づくりが期待される。

今後は国の認知症施策やその現状の把握を行い、各自治体の認知症病棟および施設における様々な困難性について聴取し、国が提唱する施策と病棟や施設との乖離を検証しそれを発信していくことが必要と感じている。

引用参考文献

- 1) Ballard C, Neill D, O'Brien J, *et al* (2000), Anxiety depression and psychosis in vascular dementia : prevalence and associations. *J. Affect. Disord.* , 59, 97-106.
- 2) Beeri MS, Werner P, Davidson M, *et al* (2002), The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patient. *Int. J. Geriatr.* , 17, 403-408.
- 3) Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front. neurol.* , 73(3), 1-21.
- 4) Frisoni GB, Rozzini L, Gozzetti A, *et al* (1999) , Behavioral syndromes in Alzheimer's disease: description and correlates. *Dement. Geriatr. Cognit. Disord.* , 10, 130-138.
- 5) 藤田雅也, 石塚卓也, 吉永陽子 (2012), 急性期治療に特化した認知症入院治療の試み, 日本精神科病院協会雑誌, 31(8), pp58-62.
- 6) George M, Savva, Julia Zaccai, Fiona E. Matthews, *et al* (2009) , Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br. J. Psychiatr.* , 194, 212-219.
- 7) Herrmann N, Lanctôt KL, Sambrook R, *et al* (2006), The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* , 21, 972-976.

- 8) 片丸美恵, 宮島直子, 村上新治 (2010), 精神科病院に入院中の認知症高齢者における睡眠とBPSDの実態調査, およびBPSDに対する看護介入の検討; アルツハイマー型認知症, 血管性認知症, レビー小体型認知症の比較より, 老年精神医学雑誌, 21(4), 445-455.
- 9) 数井裕光, 武田雅俊 (2012), 精神科におけるBPSD治療の現状とこれから, 日本精神科病院協会雑誌, 31(8), pp15-21.
- 10) 厚生労働科学研究 (2010), 精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究
- 11) 厚生労働省 (2010) 精神科病床における認知症入院患者に関する調査, 精神障害保健課 (報告書)
- 12) 厚生労働省 (2011a) 入院経過に伴うBPSD症状の変化, 第18回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けたチーム (報告書)
- 13) 厚生労働省 (2011b), 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム (第2R) 認知症と精神科医療, 中間とりまとめ概要
- 14) 厚生労働省 (2011c), 平成23年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況
- 15) 厚生労働省 (2012a), 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム (第3R) 「保護者制度・入院制度」について (報告書)
- 16) 厚生労働省 (2012b), 平成24年度版厚生労働白書
- 17) 厚生労働省 (2012c), 「認知症高齢者の認知症生活自立度Ⅱ」以上の高齢者数について
- 18) 厚生労働省 (2012d), 介護保険事業状況報告の概要 (平成24年8月暫定版)
- 19) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム (2012), 今後の認知症施策の方向性について (報告書)
- 20) 小西慶二 (2010), 認知症ケアにおける医療福祉従事者と家族介護者の問題認識; 家族介護者に対する訪問看護師の支援を通じて, 北海道医学雑誌, 85(1), 67-78.
- 21) 小谷直子 (2012), 高齢者の認知症が疑われる早期の症状に気付いた時の家族の問題解決行動について, 日本看護学会論文集: 地域看護, 108-111.
- 22) 黒澤尚, 栗田主一 (2010), 認知症患者の入院状況 (平成19~21年度, 厚生労働科学研究「精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」)
- 23) 楠本由佳, 横川舞, 池田千鶴 他 (2006), 認知症高齢者の問題行動に対する主介護者の対応方法と介護負担感との関係, 日本看護学会論文集, 37, 73-75.
- 24) 松本明美, 赤石三佐代 (2011), BPSDを表出する認知症高齢者の看護; 攻撃的行動に対する看護師の捉え方とケア, ヘルスサイエンス研究, 15(1), 33-38.
- 25) 松本明美 (2011), 認知症高齢者のBPSDに対する看護師の認識とケアについて, 学校法人昌賢学園論集, 9号, 165-175.
- 26) 三好佐知子, 岩田峰子, 藤原絵里, 他 (2010), BPSDに着目した認知症高齢者とのかかわり; 放尿行為への介入を試みて, 日本精神科看護学会誌, 53(1), 220-221.
- 27) 日本経済新聞 (2012), 認知症の高齢者300万人を越す, 10年で倍増, (8月24日付)
- 28) 岡田実 (2007), 精神科病院における患者の暴力と攻撃行動に対する看護介入技術に関する研究, 日本精神保健看護学会, 16(1), 1-11.
- 29) 乙村優, 徳川早知子 (2011), 一般病棟で認知症高齢者とかかわる看護師の困難, 日本精神科看護学会誌, 54(3), 114-118.
- 30) 佐藤晋爾, 飯村良美, 山倉俊之 他 (2011), 重度認知症デイケアの利用中止理由とその要因, 臨床精神医学, 40(6), 869-876.
- 31) 菅原大輔, 岡田実 (2012), 強引な看護アプローチによる精神科看護師と患者の間に生じた対立場面の解釈; 援助を構成する「患者理解」と「援助態度」の概念を用いて, 弘前学院大学看護紀要, 第7巻, 1-9.
- 32) 菅原大輔 (2010), 精神科臨床において患者—看護師間に生じた対立場面の広がりに関する考察, 弘前学院大学看護紀要, 第5巻, 23-33.
- 33) 田村祐子, 山下由貴子, 日置眞智子, 他 (2010), 急性期病棟におけるアルツハイマー病患者のケア; 担当看護師を軸とした環境調整でBPSDが改善した事例を通して, 日本精神科看護学会誌, 53(1), 218-219.

PROBLEMS IN DEMENTIA CARE IN JAPAN AND FUTURE CHALLENGES

— AN EXAMINATION BASED ON THE MHLW GUIDELINES ON MEASURES AGAINST DEMENTIA —

Daisuke SUGAWARA¹⁾, Aya ONO¹⁾

Abstract: The rapid growth of the elderly population in Japan has been accompanied by an increase in the number of out- and inpatients with dementia.

In this paper, we examine problems in dementia care for the elderly in psychiatric hospitals, and highlight the importance of outreach efforts and services (e.g., home-visit care), as well as the increased capacity and functionality of outpatient services. We also point out the need to: provide support not only for dementia patients but also their families and care personnel; improve initial treatment for acute dementia patients, notably for patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD); and organize support systems and services facilitating early hospital discharge and smooth transition to community life.

Although the Ministry of Health, Labour and Welfare has given an overall picture and direction of measures against dementia, these ideas are slow to percolate through all clinical and care settings. Thus, we suggest that it is also necessary to develop nationally uniform, comprehensive support systems that can accommodate the needs and circumstances of individual cases.

Key words : dementia, BPSD, comprehensive support, aging of society

1) Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University

TEL : 0172-31-7151, FAX : 0172-31-7101, E-mail : sugawara@hirogaku-u.ac.jp