

[Review]

The present psychiatric treatment and care of the elderly with dementia

Shin-ichiro Higashi

Aino Hospital

Key words : the elderly with dementia, psychiatric treatment, caregiver support, BPSD

痴呆性高齢者に対する精神科医療の現状

東 真一郎*

キーワード：痴呆性高齢者，精神科医療，介護者支援，BPSD

I. はじめに

高齢化社会を迎え，わが国では痴呆性高齢者は年々増加している。こうした痴呆性高齢者が尊厳を保ちながら穏やかな生活を送り，家族も安心して社会生活を営むことができるよう，医療や福祉をはじめとする社会サービスの充実が図られている。2000年4月からは介護保険制度がスタートし，痴呆性高齢者に対する在宅や施設での社会サービスも徐々に増加してきている。このような状況の中，今回，精神科医療がどのようにかかわっているかを改めて考えてみる機会をいただいた。私は1989年より主に老年精神科医療に従事し，1993年より老人性痴呆疾患センターに，2000年より保健所にて痴呆性高齢者の専門医療相談を行ってきた。まだまだ未熟であるが，私の臨床を通して痴呆性高齢者に対する医療を顧みると，診断や治療するだけでは不十分であり，病状や生活の質(QOL: quality of life)を大きく左右する生活環境を整えることが非常に重要であることを経験してきた。そのためには，核家族化，少子高齢化，家庭介護者の高齢化などの社会構造の変化により脆弱化している介護者に対して，痴呆症に関する正しい知識を提供し，介護負担を軽減するために物理的および心理的な支援を行うことが必要となっている。さらに地域と連携することにより支援の強化をはかることも，より良い環境を整えるためには欠かせない。以上をまとめると，

表1 痴呆性高齢者に対する精神科医療

1. 痴呆症：診断	鑑別診断（痴呆か非痴呆か） 原因疾患の鑑別（Treatable Dementia の鑑別） 重症度の判定 周辺症状の把握
	治療 告知
2. 介護者：支援，教育	
3. 地域：連携，啓発	

痴呆性高齢者の精神科医療は，1. 痴呆性高齢者とのかかわり（診断，治療，告知），2. 介護者とのかかわり（支援，教育），3. 地域とのかかわり（連携，啓発）と大きく分類することができる（表1）。以下，痴呆症の中で，精神科医療と関連深い事項に関して概説し，痴呆性高齢者の精神科医療の現状について考えてみる。

II. 痴呆症について

痴呆とは，一旦は正常に発達した知的能力が，その後起こった慢性的な脳の器質的障害により，社会生活や日常生活に支障をきたすほどに低下した状態と一般に定義されている。なお，知的能力とは，環境に適応して新しい問題に対処していくために必要な記憶，理解，思考，判断などの諸機能に知識を含んだ包括的な精神機能である。米国精神医学会のDSM-III-R

* 藍野病院 精神科

表2 DSM-III-Rによる痴呆の診断基準

A.	短期および長期記憶の障害
B.	以下のうち少なくとも1項目 1) 抽象的思考の障害 2) 判断の障害 3) 高次大脳皮質機能障害(失語, 失行, 失認, 構成障害) 4) 人格変化
C.	A, Bの障害により職業, 日常生活, 対人関係に障害をきたす
D.	意識障害(せん妄)のないとき
E.	脳器質性要因による

表3 痴呆の症状

• 中核症状
知能の障害: 記憶力, 見当識, 計算力, 理解力, 思考力, 判断力などの低下
* 必須の症状で, 治療やケアで改善が困難なことが多い
• 周辺症状(随伴症状)
行動異常: 徘徊, 暴力, 収集癖, 異食, 不潔行為
精神症状: 幻覚, 妄想, 焦燥, 不安, 抑うつ, 睡眠障害
* 必須の症状ではなく, 治療やケアで改善が可能である

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition Revised)による痴呆の診断基準(表2)でも同様に, 脳の器質的・要因により, 記憶や思考, 判断, 高次大脳皮質機能などの認知機能障害を認め, 職業や日常生活, 対人関係に障害をきたすことなどが規定されている。

痴呆の症状は, 前述の痴呆の定義や診断基準で述べたように, 記憶力や見当識, 思考力, 判断力などの知能の障害である中核症状と, 中核症状に伴って反応性に出現する周辺症状(随伴症状)に分けられる(表3)。周辺症状には徘徊や暴力, 不潔行為などの行動異常と, 被害妄想, 抑うつ, 睡眠障害などの精神症状があり, 介護上の大きな問題となる。周辺症状は周囲を悩ませ, 施設への入所を早め, 患者のみならず家族や介護者のQOLを低下させる。痴呆性高齢者は中核症状つまり知能の障害のため, 種々の問題対処能力は低下している。そのためストレスに対する耐性が低く, 些細なことで情緒不安定をきたし, 精神症状や問題行動が生じるといわれる。図1のように周辺症状は, 中核症状を抱えて生きる痴呆性高齢者が, 心理的, 状況的に追い込まれた末に行き着いた結果と考えることもできる。周辺症状をひきおこす心理的要因として, 痴呆性高齢者は能力, 社会的役割, 生きがい, 記憶, さらに自身の存在感などについて様々な喪失を体験することがあげられる。それらの喪失体験がストレスとして作用し困惑や混乱が生じやすい。状況的要因としては, 孤独や叱責, 蔑視などといった周囲の不適切な処遇が考えられ, 不安や不信, 不満などをまねき, 抑うつ症状を呈したり, 周囲に対して攻撃的あるいは

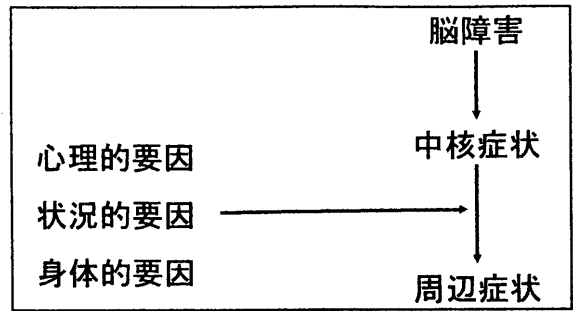


図1 中核症状と周辺症状の生成過程

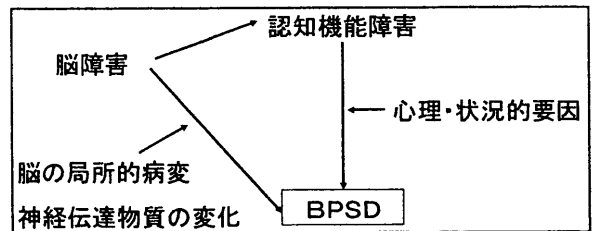


図2 BPSDの生成過程

被害的となったりする。さらに, 高齢者は身体的要因により精神症状の悪化をきたしやすく, 栄養状態や脱水, 肺炎などの身体疾患の有無, 薬剤の副作用などにも注意を払わなければならない。

近年, 老年人口の増加に伴って社会的な問題となつつある痴呆の周辺症状に対して, 人道的で効果的な対処の仕方を見つけることが急務となり, 1995年, Finkelらによって新たな概念が提唱され, 翌年の第7回国際老年精神医学会で, 「痴呆の行動と心理面での症状」(BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia)という用語を用いることが合意された。それまでは, 痴呆の症状としては認知機能の障害のみが重視されることが多かったが, 高齢化社会を迎え, 社会問題となつつある痴呆における認知機能以外の症状の重大性を再認識させるものであった。近年の研究報告をふまえて, 再度 BPSDの生成過程を考えると, 図2のように認知機能障害のある痴呆性高齢者に, 心理・状況的要因が関与し発生した間接的な結果と捉える以外に, 脳の局所病変や神経伝達物質の異常による直接的な結果として考えることができる。このように脳の局所的異常や生化学的異常の結果として捉えるならば, 今後の BPSD に対する薬物治療の可能性が期待される。

Ⅲ. 痴呆性高齢者に対する精神科医療

1. 痴呆性高齢者とのかかわり（診断、治療、告知）

まず痴呆か非痴呆かの鑑別診断や、痴呆の原因疾患の鑑別、重症度の判定、周辺症状の把握などの一般的な診察や診断が最初に行われる。うつ状態の仮性痴呆やせん妄などの意識障害のときは、痴呆と類似した症状を呈するため鑑別が重要である。記憶力の低下がみられるが、全般的知的機能や日常生活活動の障害を伴わないMCI (Mild Cognitive Impairment) という概念もある。アルツハイマー型痴呆へ進行する確率が高い状態として捉えられている。

痴呆を示す主な疾患は、アルツハイマー型痴呆などの変性疾患や血管性痴呆であるが、内分泌・代謝性疾患や、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫といった原因治療の可能な痴呆症 (treatable dementia) などもあり、原因疾患の診断も重要である (表4)。今回、診断方法や、それぞれの疾患、重症度の判定方法に関する詳述は他稿にゆだねることとする。

痴呆の治療は、薬物療法と非薬物療法があり、中核症状と周辺症状に対してそれぞれが行われている。現在、認知機能の障害である中核症状を改善する有効な原因療法はない。一方、家族や介護者を悩ませている周辺症状に対しては、回想法などの精神療法・心理社会的アプローチといった非薬物療法や、向精神薬による薬物療法も行われ効果をあげている。また痴呆性高齢者は、心理状態や環境要因が症状形成に大きく関与するため、よい生活環境を整えるとともに、適切な身体的および心理的な日常のケアが重要な治療的意義をもつ (表5)。

薬物療法は、わが国では、1999年11月よりアルツハイマー型痴呆の治療薬として、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤である塩酸ドネペジルが使用可能となった。脳病変の進行を抑制する原因療法ではないが、患者や家族が治療の希望を持つことができるようになった。一方、周辺症状に対しては、抗精神病薬や抗てんかん薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬などの向精神薬が用いられ、効果をあげている。なお、高齢者は薬剤が蓄積しやすく錐体外路症状、便秘や口渇、排尿障害などの抗コリン作用、筋弛緩作用、眠気といった副作用の発現が多く、細心の注意が必要である。

非薬物療法には回想法やバリデーション療法、現実見当識訓練、レクリエーション療法などの精神療法・心理社会的アプローチがある (表6)。米国精神医学会による痴呆疾患の治療ガイドラインでは、その目的

をQOLの改善、残存機能を最大限に活かすことなどとしている。例えば行動志向的アプローチでは、どのような時に問題行動が生じるか、どうしたらおさまるかなどを分析する。学習能力は低下しているが、自尊心の高い痴呆性高齢者に、叱責するなどの処罰学習法は有益ではなく、かえって逆効果である。むしろできることを認め、誉めてあげたり、他の行動に誘導するなどの社会的強化や対抗行動の強化法が適切である。回想法やバリデーション療法などの情動志向的アプローチは、情緒の安定や問題行動の軽減、社会性の改善などに有効である。レクリエーションや芸術療法なども身体機能の改善や、注意や集中力の向上に役立つ。ここで大切なことは、これらの技法が特定の施設などで専門的に行われる治療法ではなく、痴呆性高齢者に日常的に接している介護者の対応方法に応用されることである。私も、前述のような対応方法が非常に重要であることを経験してきた。痴呆症の外来を始めて間もない頃、痴呆症であり90歳と高齢の夫を介護されている妻に、「夫は毎日のように仕事に行くといい、深夜も外に出ようとする。『あなたはとうの昔に仕事

表4 痴呆をきたす疾患

変性疾患	アルツハイマー型痴呆, レビー小体型痴呆, 前頭側頭葉型痴呆, 進行性核上性麻痺, ハンチントン舞蹈病
脳血管障害	脳血管性痴呆
感染性疾患	脳炎, クロイツフェルト・ヤコブ病, 進行麻痺, AIDS
中毒性疾患	アルコール, 薬物, 金属, 有機化合物, 一酸化炭素中毒
外傷性疾患	頭部外傷後遺症, 慢性硬膜下血腫
腫瘍性疾患	脳腫瘍
内科疾患	代謝性疾患 尿毒症, 肝性脳症 内分泌疾患 甲状腺機能低下症, 低血糖症 酸素欠乏性疾患 慢性肺疾患, 貧血, 心不全 ビタミン欠乏症 ウェルニケ脳症, ペラグラ

表5 治療とケア

原因治療	Treatable Dementiaの治療
薬物治療	向精神薬, 塩酸ドネペジル
非薬物療法	精神療法・心理社会的アプローチ
日常的ケア	身体的ケア ADL (日常生活動作機能) の低下を防ぐ, 健康管理 心理的ケア 心理的悪条件の排除 残存機能の活用

表6 精神療法・心理社会的アプローチ

行動志向的アプローチ	行動療法
情動志向的アプローチ	回想法, バリデーション療法
認知志向的アプローチ	現実見当識訓練
刺激付与的アプローチ	レクリエーション療法, 芸術療法

American Psychiatric Association Guidelines, 1997, 一部改変

を辞めているのですよ』と何度説明しても納得しない。外に出るのを制止すると怒り、怒鳴ったり、暴力を振るうので大変です。どう対応したらよいのでしょうか」といった内容の相談を受けた。90歳と高齢であり、薬剤の使用は転倒が心配であるからと妻は躊躇され、二人でどうしたものかと頭を痛めた結果、息子さんに泊まっていたが、思いのまま外出したらどのようなかをみることとなった。次に相談に来られた時、妻は「息子は仕事が忙しくてなかなか来てくれないので、私が後をつけて行きました。2時間も歩き回って大変でした。でも、機嫌は良かったですよ」と笑いながら話され、私も苦笑いせざるを得なかった。ところが、次の来院時には、「外に出かけて10分も経たないうちに、仕事に行くことなどすっかり忘れていたんです。『長い間歩いて疲れたので、そろそろお茶でも飲みましょうか』と誘うと、機嫌よく家に帰ってくるようになりました。最近はお出かけの時に『行ってらっしゃい、毎日ご苦労様です』と丁寧に挨拶し送り出すと、一日中機嫌がよくなりました」と話され、向精神薬を使用せずに問題行動が解決できるという貴重な経験をした。それ以来、行動パターンの観察や、対応方法の重要性を認識するようになった。

これまで述べてきたように、痴呆性高齢者は心理状態や環境条件により大きな影響を受ける。好ましくない生活環境が痴呆の悪化要因となり、様々な周辺症状を引き起こす。例えば、身体と同じように精神も使わないと衰える。自発性の低下した痴呆性高齢者を放置すれば、ますます知能低下を促進し、廃用性衰退をきたす。また前述したように痴呆性高齢者はストレスに対する耐性が低いため、些細なことで情緒が不安定となり、様々な精神症状や問題行動が生じる。したがって、痴呆性高齢者にとって、適切な日常的ケアは専門的医療以上の効果を期待することができ、治療の一環となり得る。身体機能の低下している高齢者では身体的ケアは重要であるが、痴呆性高齢者では殊に心理的ケアも治療的意義が高くなる。心理的ケアは治療的ケアと言われており、その基本方針は、できないことではなくできることに目を向け残存機能を活用すること、心理的悪条件を排除するように努めることである。

痴呆症の告知も重要な仕事である。例えば、アルツハイマー型痴呆症では治療薬の開発に伴い、より早期の診断が必要となり研究がなされている。また、2000年より、痴呆症などにより自己決定能力が低下し、自律性が障害された人の権利を守る成年後見制度や、地域福祉権利擁護事業が始まっている。この制度を活用

するためには、判断能力が保たれている早い時期に準備を進める必要があり、そのためには、痴呆性疾患に罹患した高齢者が、できる限り早く自分の病気に関する正確な情報を知ることが重要となる。これらの結果、今後は、判断力のある早期や、疑診段階での告知の機会が多くなると考えられる。現時点では、告知に関して統一した意見の一致はないが、自身の病気の予後がどうなるかを理解し、今後の治療に関して選択が可能な時期や、財産などを自己管理・処分し得る時期には、告知した方がよいという意見が散見される。しかし、知る権利、知らない権利などといった議論も多く、さらに告知後の家族をも含めた精神的なサポート体制の充実も忘れてはならない。

以上のように、痴呆症の診断や症状の把握、治療、告知などが精神科医療の一つとしてあげられる。特に周辺症状の対応が重要である。

2. 介護者とのかかわり（支援、教育）

少子高齢化、核家族化、家庭介護者の高齢化などにより、介護能力の低下が社会的な問題となってきている。痴呆性高齢者の家庭介護は負担が増大し、介護者の健康状態に大きな影響を及ぼしている。介護者の不健康は介護破綻の要因となる。Fenglerら（1979）がいうように「家族は隠れた患者」であり、痴呆性高齢者を介護する家族には、抑うつ症状などの精神症状や、身体的不調を認めることが多いといわれている。介護には日常生活動作能力（ADL: activities of daily living）の低下に対する介助的介護と、ADLの低下がなくとも徘徊などのために目が離せない注意的介護がある。本間（1998）は、痴呆が重度になるに従い両方の介護の比率が増え、高度の痴呆ではほぼ全員が両方の介護が必要であったと報告している。介護上のストレスは、時間に追われる、身体に負担がかかるなどの量的過剰負荷、危険な状況のため気が抜けない、対応に苦慮するなどの質的過剰負荷、親族に理解が得られず感情的に対立するなどの対人的負荷の3種類のストレスに分けられる。同じく、本間（1998）によれば、量的、質的過剰負荷はそれぞれ51.6%、対人的負荷は37.1%の介護者が非常に強く経験していた。このように多様なストレスがあり、多くの介護者が過剰な負荷を経験している。今後、急激な痴呆性高齢者の増加により、在宅ケアを行う高度痴呆の高齢者も増加することは確実である。このような状況で、よりよい介護環境を整備するために、脆弱となっている介護する家族を支援することも、精神科医療にとって

重要なことの一つである。介護者支援においては（表7）、まず最初に、介護者の話を傾聴し理解、共感することにより良好な関係をつくり、同時に介護能力、介護者の負担や健康状態、虐待の有無などの介護環境を見定めることが重要である。介護負担は将来に対する不安など心理的なもの、自身の健康に関するもの、経済的なものがある。家庭内虐待は身体的虐待以外に介護拒否、放任、言葉による虐待などの心理的な虐待がある。隠蔽されたり、介護者自身が気付かない場合もあり発見が困難なことも多いが、虐待を見逃してはならない。次に痴呆の病態や介護方法の教育も重要である。病気であること、症状や経過、予後、対応方法などの教育も必要である。介護者が病態を良く知り、少々の失敗を受け入れられる環境と、病態を理解せず痴呆性高齢者に無理難題を求め、失敗を叱責し、ついには放置する場合とでは、痴呆性高齢者のQOLや症状、経過、予後が全く異なったものとなる。また、ことさら末期には植物状態になり死に至る不治の病であるといった悲観的なことを強調することは避け、良い介護を行えば皆で喜怒哀楽を共有できること、痴呆性高齢者の多くが平均寿命を超えても元気に生きていることなども教え、希望をもたせるよう努めることも必要である。さらに利用できる社会資源を紹介し活用す

ることにより介護環境の調整を図ることや、介護者の心身両面の健康管理を行うことも重要である。

3. 地域とのかかわり（連携、啓発）

より良い介護環境を整えるには、介護者の努力だけでは困難であり、地域社会の支援が必要である。2000年4月、介護保険制度が開始し、痴呆性高齢者が利用できる社会資源が徐々に増え、成果をあげつつある。地域における痴呆性高齢者をとりまく社会資源サービスは、相談サービスから訪問・通所サービス、施設サービスまで様々なサービスがあり、痴呆の程度や周辺症状の有無、身体的ケアの必要度、介護環境などに応じて利用されている（図3、図4）。以下、私の臨床経験上、比較的よく利用されていると思われるサービスを紹介する。まず介護保険の在宅サービスでは、デイサービスやデイケア、訪問介護、ショートステイ、グループホームなどがよく利用されている。例えば、週に何日もデイサービスを利用できるようになり、介護者は自由な時間を持つことができ、在宅療養の継続が可能となっている。私も、以前は、在宅での介護を続けていれば家族共倒れの可能性が高く、施設入所もやむを得ないと判断していたが、デイサービスを利用することにより在宅での生活を続け、家族もゆとりを持つことができるようになった症例を数多く経験している。「朝、迎えに来てもらい、食事も食べさせてもらえる。日によっては風呂にも入れてくれる。生活のリズムも整い、夜も良く眠るようになった」などと、大変喜ばれている家族が多い。一方で、「あんな子供じみたことをする所には行きたくない」と言い、嫌がる人もいる。今後は軽度痴呆を対象としたデイサービスも必要である。1979年に、スウェーデンで始まったグループホーム（痴呆対応型共同生活介護）も、介

表7 介護者支援

<ul style="list-style-type: none"> 介護者の訴えの傾聴 共感し良好な関係をつくる 介護環境を見定める（介護能力、介護負担、介護者の健康状態、虐待の有無） 痴呆の病態や介護方法の教育 病気であること、症状、経過、予後 中核症状や周辺症状、生活障害の対応方法 介護環境の調整 社会資源を紹介し活用する 介護者の健康管理 The hidden patients（家族は隠れた患者）
--

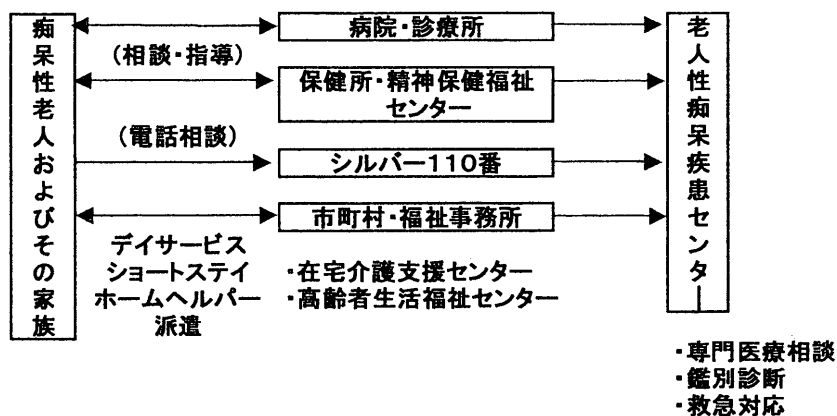


図3 痴呆性高齢者の在宅ケア（大塚俊男，1993 一部改変）

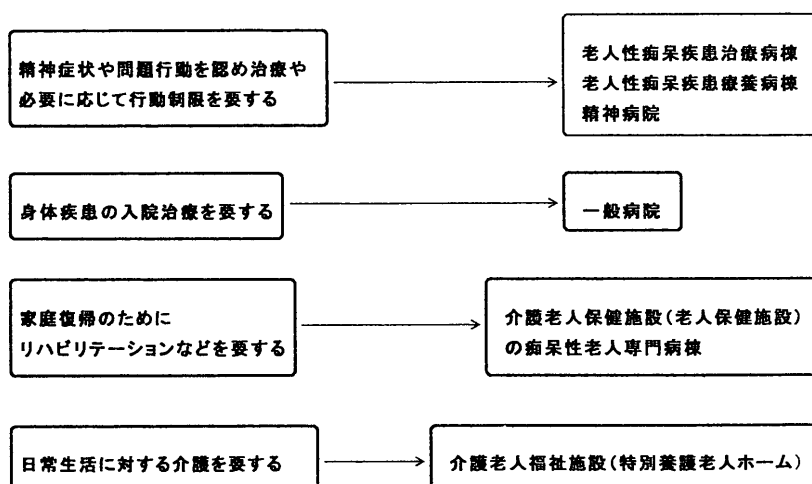


図4 痴呆性高齢者の施設ケア

護保険制度のサービスとして整備が推進されている。通常5名以上9名以下の少人数であり、家庭的で落ち着いた雰囲気の中での共同生活を送ることで、痴呆に伴う生活行動障害や問題行動などの軽減を図ることを目的としている。大規模な施設より経済的効率性は低い、個の尊重やきめ細かな介護ができる点で優れており、徐々にその有益性に対する関心が高まってきている。私が以前、問題行動のため、入院もやむを得ないと判断していた患者の家族が、偶然グループホームのことを知り利用したところ、症状が軽減したことがあった。改めて、家庭的な環境の中で個々に対応することの大切さを認識させられた。最近では、少人数ごとに処遇するグループケアユニット方式を取りいれている施設もある。

施設サービスは介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設（老人性痴呆疾患療養病棟、療養型病床群）があるが、なかなか入所できず、かなりの期間待機しなければならないのが現状である。

相談機関としては、在宅介護支援センターや保健所、家族会などがある。在宅介護支援センターは病院や施設など身近に併設されており、在宅介護の相談が気軽にでき、必要な保健福祉サービスが受けられるように調整を行っている。「呆け老人をかかえる家族の会」は全国規模で展開しており、相互理解や情報交換などの活動を通して、介護の具体的方法や介護者の悩みなどに対応している。保健所は相談や指導以外に、地域住民に啓発活動も行っている。

医療相談では、最近、物忘れ外来が増えてきており、より専門的な医療相談を行う痴呆疾患センターも整備されてきている。処遇上、最も問題となる精神症状や

問題行動が著明で対応が困難な場合は、行動制限が法的に唯一許されている精神病院での入院治療が必要となる。精神症状や問題行動の著しい高齢の痴呆性疾患の患者に対しては、行動制限や薬物療法などといった対応だけではなく、生活機能の回復などに重点をおいたケアも同時に行うことが重要であり、このような治療やケアを目的とした老人性痴呆疾患治療病棟や老人性痴呆疾患療養病棟が整備されはじめている。

このように地域における痴呆性高齢者をとりまく社会資源サービスは、相談サービスから訪問・通所サービス、施設サービスまで様々なサービスがある。前述したように、痴呆性高齢者の権利を守る成年後見制度や、地域福祉権利擁護事業などの制度もあり、医療、保健、福祉、行政など多方面からの支援が行われている。しかしながら、私自身、知らないサポートシステムが多々あり、担当者が来られて初めてその存在を知ったこともあった。さらに、実際に関わっている地域で、どこにどのようなサービスがあるかを把握さえもできていない。痴呆性高齢者がますます増加するこれからは、決して十分とはいえない現在のサービスの有効な利用が必要である。そのためにも、相互の連携を深め情報を共有し、互いに啓発していくよう率先して行くことも精神科医療にとって重要である。

IV. おわりに

以上をまとめると、これからの痴呆性高齢者に対する精神科医療は、痴呆症の診断や治療、告知のみならず、介護者の支援や教育、地域社会での連携や啓発活動などといった包括的な医療が求められていると考えられる。参考までに、米国精神医学会によるアルツハ

表8 アルツハイマー病の治療原則と選択肢

- A. 治療場所と往診頻度の決定
- B. 精神医学的管理：精神療法および心理社会的治療
 - 1. 患者・家族との協力関係の確立と維持
 - 2. 診断的評価と必要な内科的治療の検討
 - 3. 精神状態の評価と観察
 - 4. 安全性の評価と必要時の介入
 - 5. 徘徊の危険性を減じるための介入
 - 6. 運転（および他者に危害を及ぼすその他の行動）に関する患者と家族への助言
 - 7. 疾病および治療法についての患者と家族への教育
 - 8. ケアおよび支援資源に関する家族への助言
 - 9. 経済的および法的問題における家族の指導
- C. 特別な精神療法・心理社会的治療
- D. 身体的治療

American Psychiatric Association Guidelines, 1997, 日本精神神経医学会監訳

イマー型痴呆の治療全般ガイドラインを紹介する（表8）。治療の場の選択から、家族指導や経済的・法的問題まで幅広く指針が示されている。ここでも、痴呆治療にあたっては、精神医学的管理において患者・家族との協力関係の確立や、疾患教育および家族への助言などが重要であると述べられている。最後に今回は触れなかったが、初老期の痴呆性疾患に対する精神科医療も忘れてはならない。多くの痴呆性高齢者と異なり、経済的、社会的な役割を担っている時期であり、本人や家族に対する精神的、経済的な負担は非常に大

きい。このため、痴呆性高齢者と同様の対応では不十分であるが、現時点で特別な支援体制はなく、今後の対策が望まれる。

引用文献

- American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *Am. J. Psychiatry*, 154 suppl. 5: 1-30, 1997
- Fengler, A., Goodrich, N.: Wives of elderly disabled men: The hidden patients. *Gerontologist* 19: 175-183, 1979
- Finkel, S.I., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S., Sartorius, N.: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia. A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int. Psychogeriatr.* 8 suppl. 3: 497-500, 1996
- Finkel, S.I.: The signs of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinician* 16: 33-42, 1998
- 本間 昭: V. 老年期の精神保健・医療 高齢者の施設ケアと在宅ケア. *臨床精神医学増刊号* 2: 49-256, 1998
- 大塚俊男: 老年期の精神障害 老人の精神障害の予防とケア. *精神医学レビュー* 8: 89-98, 1993