

# ブックレット

BOOKLET NISSEISHIN

# にっせいしん

【特 集】

精神科診療所と  
認知症医療・ケア



地区の風 仙台・清山会医療福祉グループ いずみの杜診療所  
東京・あしかりクリニック

ここが知りたい! こころのクリニック Q&A

成年後見制度

2017.2

No.9



# 精神科診療所と 認知症医療・ケア

エスポアール出雲クリニック 高橋 幸男

高橋 幸男（たかはし ゆきお）／  
エスポアール出雲クリニック

1974年 東北大学医学部卒業

1991年 エスポアール出雲クリニック開業

重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、高次脳機能障害デイケア、  
小規模多機能型居宅介護施設、認知症グループホームを併設。



## はじめに

現在、軽度認知障害（MCI）の人を含めると、実に 1,000 万人近くの認知症あるいは認知症予備軍がいると言われています。今後も増え続ける認知症に対して、精神科に求められる役割はこれからますます大きくなっていくと思われますが、現実的で対応の急がれる課題としては、認知症の人の運転免許に関することがあります。ここでは詳しく述べませんが、75 歳以上の高齢者が運転免許を更新する際、認知症の疑いがあれば医師の診断を受けなければなりません。認知症を診る専門的な診療科としては、神経内科や老年科もありますが、精神科のなかでも比較的にかかりやすい精神科診療所への期待は大きいものがあると思います。

2015（平成 27）年 1 月に策定された国の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では「認知症の人の意思が尊重され、できる限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めざす」とされています。認知症の患者さんができるだけ入院することなく家庭や地域で暮らし続けるために、精神科診療所の認知症

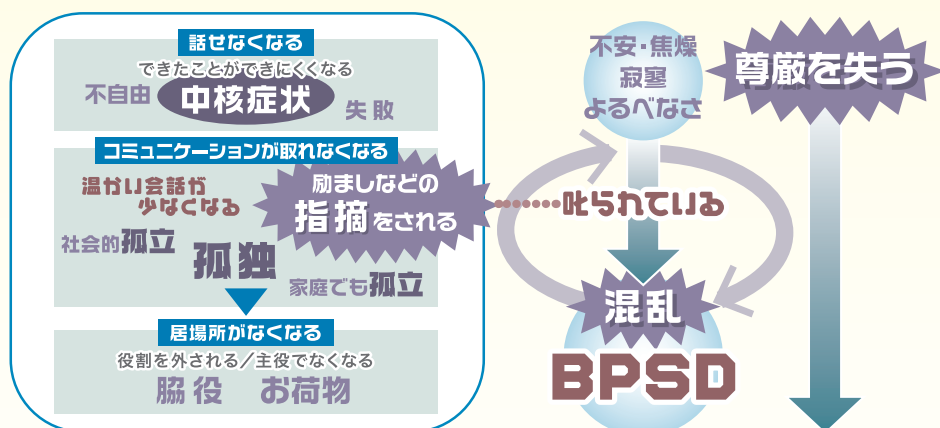
医療・ケアの役割は重要です。認知症の患者さんの不安やつらさなど悩める心のうちを理解し受け止め、他の医療施設や福祉などの関係機関と連携して支援する必要があります。そのためにも、まずは診断が大切なのは言うまでもありませんが、その後の対応こそ重要です。ここでは認知症の患者さんのメンタルヘルスと、認知症の人の行動・心理症状である BPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia）への適切な対応について述べてみたいと思います。

## 認知症になりゆく心理社会的構造 “からくり”<sup>1)</sup>（図）

認知症の患者さんの不安やつらさなどの心の世界を知る手がかりは、その想いを受け止めることによってしか得られません。私たちは 1993（平成 5）年から認知症の人の想いを尊重する重度認知症患者デイケアを行ってきましたが、<sup>2)</sup> 患者さんの認知症の進行経過を注意深く観察することによって、“恍惚の人”<sup>3)</sup> 的認知症観によって作り出される心理社会的な構造（以下“からくり”と呼ぶ）があることを知りました。それはアルツハイマー型認

図

認知症の経過  
(心理社会的構造)  
“からくり”



知症の患者さんに特徴的でしたが、脳血管性やレビー小体型など、他の多くの認知症の事例にも共通して認められるものでした。“からくり”は、認知症になることによって患者さんと家族など身近な人との間に葛藤が生じ、それがこじれることで BPSD が発現することを示していました。この“からくり”を知ることで、認知症の人の不安やつらさの背景を理解することができ、メンタルヘルスや BPSD への適切な対処を含めた患者さんや家族への支援に大いに役立つと思いますので、以下に要点を述べておきます。

### “からくり”の要点

- ①認知症の人の多くは、認知症に対する恐れとともに中核症状の進行に不安を感じていますが、言葉をタイミングよく話せなくなり自発的に話すことが苦手になります。
- ②その結果コミュニケーションが取りにくくなり、周囲からは“わからなくなった”と思われて、温かい声かけなどの関わりが激減します。
- ③こうして周囲の人とのつながりをなくして地域でも家族のなかでも孤立していき、強い不安のなかで、孤独で寂しく寄る辺のない状態になります。
- ④公私ともに種々の役割を奪われ、居場所を

追われていきます。

⑤もの忘れなどの中核症状に対して、認知症を認めたくない周囲から“しっかりして”と励ましや願望の“指摘”が続きますが、認知症の人はそれを早い時期から「叱られる」と受け止めます。

⑥日常的に厳しい表情で叱られ続けることで尊厳を失い、限界にきたときに BPSD が発現します。精神的には急性ストレス反応ですが、BPSD は認知症の人の叫びです。

⑦いったん BPSD が生じると、それに対する“指摘（叱責）”が強まり、BPSD を悪化させ、結果的に家人をさらに苦しめるという悪循環に陥ります。家人による虐待がみられることもありますし、家人も介護に疲れ果てうつ状態に陥ることも少なくありません。稀に無理心中や介護殺人につながることもあります。

### “からくり”にはまらないこと、 “からくり”から抜け出すこと

認知症の人を地域で支援するためには、この“からくり”を知ることで、認知症の人のメンタルヘルスの視点をもつことができ、難しい BPSD への対応にも筋道がつくように思います。まずは認知症のごく初期から、“からくり”にはまらないように、患者さんと家族など周囲の人を支援することができます。

問題は、すでに“からくり”にはまり BPSD で困っている場合ですが、“からくり”から抜けだす手立てを見いだすことで対応します。

私は認知症の患者さんには、不自由が大きくなっても周囲の人に協力してもらいながら、認知症と有意義に付き合っていくことができることをお伝えしています。家族など身近な人には、患者さんの不安やつらさを受け止めたうえで、感謝の言葉をはじめとして、さりげない会話を意識的にを行い、認知症の患者さんとのつながりを取り戻すように協力してもらいます。会話の内容は、初期には最近の話題もいいのですが、認知症がある程度進んだ場合には、患者さんの自慢話や苦勞話などの昔話がよいと思います。写真を見ながら話すのもよいでしょう。認知症が進行して言葉が話せなくなっている場合でも、話しかけることは「あなたを大切に思っている」というメッセージを伝える意味で大きいものがあります。

また、中核症状に対しても周囲の人たちの可能な限りの受け入れを促し、励ましなどの“指摘”を少なくすることの大切さを伝えるのです。会話があって、励ましなどの“指摘”が減ることで、BPSD の多くは軽快し、認知症の人は穏やかになり、結果的に介護の負担も軽減することになります。私たちは、そういう事例をたくさん経験してきました。

## “からくり”から見える BPSD の臨床

“からくり”を知って対応することで BPSD が軽快する事例は数多いのですが、具体的な対応として、妄想や不可解と思われる行動障害のあった、ある事例を挙げてみます。

妻と二人暮らしのアルツハイマー型認知症のAさん。82 歳。温厚でまじめな人。

妻は 78 歳。勝ち気な人。

夫婦仲はよく、Aさんは妻とともに野菜作りを手広く行っていました。ここ数年もの忘れが目立つようになりました。農機具などの置き忘れが多くなり、畑仕事は妻にまかせ、家にいることが多くなりました。

1 年位前から怒りっぽくなっていましたが、最近は妻にいい人ができたなどと言って、妻が外出すると行き先を気にするようになりました。1 週間ほど前、畑仕事に出ていた妻が帰ってきたときにはバリケードを築いて家に入れませんでした。その日から毎晩妻に性行為を要求するようになったため、困った妻と近所に住む娘さんに連れられて当院を受診しました。

このような事例では多くの場合、BPSD として易怒性や嫉妬妄想、性的な異常行動が取り上げられ、そのような症状がどうして生じたかということより、鎮静を目的に薬で対応してしまうことが一般的だと思います。しかし“からくり”的にみれば、これらの BPSD には相互に関連する意味があります。まずは非薬物療法的な対応をするのが大切ですので、本人と妻や娘に確かめながら、Aさんとの生活を“からくり”的に再現し解釈しました。

Aさんは認知症が明らかになってからは口数が少なくなり、夫婦の会話が減っていきました。妻はまともな返答がなくなったAさんに、話しかけることもしなくなったと言います。愛する妻との会話もなくなり、Aさんは寂しさを募らせていたと思います。また、妻はAさんの認知症を受け入れられず、Aさんのもの忘れなどについては、当初からその都度しっかりするように“指摘”をくり返していました。Aさんは情けない思いのなかでイライラしやすくなっていき、時々家に来る娘さんにいつも妻から「叱られている」と言



うのですが、妻には叱っている意識はありません。もともとAさんの妻は活動的で、農業のかたわらボランティアなどにも積極的に参加する人でした。Aさんの代わりに地域の常会に出るなど、家から出かける機会が多くなっていました。最近になって、Aさんは妻がいないと落ち着かず、家の中を捜して回るようになりました。外から帰ってきた妻に「どこに行っていたのか？」と何度も聞き、妻の説明にも「聞いていなかった」と納得しません。妻も苛立ちがつのり、Aさんに厳しい表情で向き合うようになりました。Aさんからすれば、妻が外出から帰ってくるなり怖い顔で自分を責めるので、「たびたび外出して、きつといい人のところに行っていたに違いない」と思うようになったのでしょうか。

受診に至る1週間前のある日の午後、Aさん夫婦は昼寝をしていましたが、先に目覚めた妻は畑に出かけました。その後目覚めたAさんは妻がどこに行ったか捜したようですが、パニック状態となり、妻が入れないように玄関に椅子やテーブルでバリケードを作りました。やがて畑から帰ってきた妻に、バリケード越しに「どこへ行っていたか」としつこく問います。妻が「畑にいた」と言っても信用せず、何とかバリケードをかいくぐって家の中に入った妻に「どこに行っていたのか」「いい人がいるだろう」とくり返し述べてAさんの興奮は続き、妻も興奮して言い合いになりました。その日の夜、Aさんは妻に性行為を求めます。「この年齢になって何を」と妻は取り合いませんが、それからそうした行動が毎夜続くようになったのです。

バリケードを作って帰ってくる妻を拒否しようとしたことも、性的な接触を求めて愛を確認しようとした行動も、Aさんの愛する妻への揺れる心を表しているのでしょうか。私が“からくり”からみたBPSDの解釈を時系列的

に伝えたと、娘さんは「どんぴしゃり。母は禁止用語ばかり使っている」と言い、Aさんも大きくなずきました。納得した妻に、Aさんとのつながりを取り戻すために前項で述べたような認知症の人への関わり方を伝え、頑張ってもらいました。1カ月後の受診では、たまに嫉妬妄想は述べるけれども、異常な行動は見られなくなったとのことでした。

## まとめにかえて

国の施策である新オレンジプランでは、「早期診断・早期対応」が言われていますが、診断した後の対応が大切です。抗認知症薬を服用するだけでは、「早期診断・早期絶望」と言われるのも仕方ないでしょう。

本特集では、精神科診療所での認知症診療・ケアにおける経験から、認知症の人の想いを知ることができ、早期対応にも役立つ基本的な視点として“からくり”をお示しました。認知症の患者さんの想いが尊重され、地域で安心して暮らせるように、昨今言われた地域包括ケアのチームの一員として、精神科診療所もケア領域の関係機関などと連携して患者さんを支える必要があると感じています。

私たち精神科診療所は、重度認知症患者デイケアを開設したり、初期集中支援チームに加わったり、認知症疾患医療センター（診療所型）の指定を受けたりと、認知症においてもさまざまな役割を果たしているのです。

## 文献

- 1) 高橋幸男：認知症の人の認知機能障害、生活障害、BPSD（行動・心理症状）の心理社会的構造。精神医学 58 (11) : 897 - 903, 2016.
- 2) 高橋幸男：認知症医療の諸相；精神科における認知症医療の課題と展望。老年精神医学 25 (7) : 731-737, 2014.
- 3) 有吉佐和子：恍惚の人。新潮社、1972.

# 29 地区の風

2.7  
ぜんだい

～認知症とともに、よく生きる～

## 清山会医療福祉グループ いずみの杜診療所

代表 山崎 英樹

大学の「もの忘れ外来」を私が手伝い始めたのは1990年ごろです。「日本では血管性痴呆が主で、アルツハイマー病は稀である」という、今から思えば誤った見解がまかり通っていました。介護保険制度はまだなく、老人病院や精神科病院への長期入院が社会問題になっていました。病院をまったく否定するものではありませんが、鍵のなかで縛られたりするその療養環境は、やはり気の毒なものでした。

1999年、地域密着多機能型複合施設をめざして「いずみの杜診療所」を開設しました。「地域密着」とは地域に暮らす誰もが（共生）いつまでも（終生）、「多機能」とは通い、泊り、訪問ができ、「複合」とは介護も医療も、というような意味です。

2000年に介護保険が施行され、さまざまなサービスが登場し、たとえ認知症を患っても自宅で生活し続けることができるようになりました。それとともに、今まで封じ込められていた当事者本人の声が少しずつ語られ始めます。

日本では2004年に京都で開催された国際アルツハイマー病協会国際会議で越智俊二さんが初めて実名で講演しました。その後、一関さん、松本さん、太田さんらが続き、2014年には日本認知症ワーキンググループ（共同代表：佐藤雅彦さん、中村成信さん、藤田和子さん）が設立されます。

私たちの診療所では、2013年から認知症初期集中支援に取り組み、2015年に認知症疾患医療センター（診療所型）を受託しました。そうした活動の中で、認知症を早期に診断する機会が多くなりました。

認知症の早期診断は、患者にとって早期絶望といわれます。医師が放ったことばによる暴力は、多くの当事者やその家族を容赦なく打ちのめして



きました。そうした状況を少しでも緩和したいと、いわゆる診断後支援の一貫として当事者の交流に関わるようになりました。

当事者の交流会には少なくとも3つの類型があります。

- 1) 認知症と診断された人が、その不安を先に乗り越えて前向きに生きる当事者と出会うための会。いわば、希望とつながる「出会い」の場。
- 2) 当事者同士が集い、何でも気兼ねなく語り合うための会。いわば、仲間とつながる「語らい」の場。
- 3) 当事者同士がテーマを絞って語り合い、地域に発信するための会。いわば、社会とつながる「発信」の場。

39歳でアルツハイマー病と診断された丹野智文さんは、おれんじドアという「出会い」の場を自ら主宰し、会の冒頭でこのように挨拶しています。

「…できなくなったことを受け入れ、よい意味で諦めることで、できることを楽しんで生活するようになった全国にいる私の仲間たちは輝いています。…人生は認知症になっても新しく作ることができることを知りました。皆さんにもこれから楽しい人生の再構築ができるように、ここにサポートしてくれる人達が集まっています。今日一歩踏み出したことをきっかけに、ぜひ、居場所につながってほしいと思います。」

生きる意味について深く考え抜いたフランクルは、こう言っています。

「生きる意味は、すくなくらず、外面的な運命に対してどのような態度をとるか、もはや運命を形成することができないとき、またははじめてから変えられないとき、どうふるまうかにこそある。」

たとえ認知症を患ったとしても、その人の価値が低められることは決してありません。その苦悩に対してどのような態度をとるかは、その人の責任において自由なのであり、「認知症とともに、よく生きる」という希望に必ず開かれています。このことは、私の25年余の臨床を通して当事者本人から学ばせていただいた、医師としての私自身の希望でもあります。

～精神科診療所ならではの  
認知症医療・介護指導・福祉～

## あしかりクリニック

院長 芦刈 伊世子

当院は平成 14 年 9 月、東京中野区の南口五差路のビルの 1 階で開業しました。その時は介護保険制度が始まってまだ 2 年目で、地域では保健福祉センターの保健師が認知症の人や家族に関わっていました。当時はまだ老年期精神科を主とする診療所は少なかったもので、在宅医療で往診や看取りを行うかかりつけ医からの非アルツハイマー型認知症の診断や BPSD への対応を中心とした診療依頼、ケアマネジャーや包括支援センターからの認知症の患者さんの診断、治療方針や予後の説明、家族教育などの依頼が多々あり、地域の病院で患者さんが不穏になると自転車にのって往診しました。精神科がない総合病院からはボランティアの方が患者さんを車椅子でクリニックに連れてきて、まるで病院コンサルテーションを地域で行っているようで、あの頃は大変わくわくしながらの診療でした。

開業して 12 年くらい経つと、認知症も長期の経過を追いかけることができ、職員も自分も 10 年で認知症がどのように進行していくのかを患者さんに伴走しながらじっくり診ていくことになります。だんだん地域での介護保険のリソース利用の専門家のような立場になっていき、実際に見学に行くと、精神科診療所の医師として歓迎されました。

一方、認知症の予防には「食事」「運動」「安定した心」という 3 本の柱が重要ですが、ビルの 1 階ではこうしたグループセラピーができないと考え、写真のような 2 階建ての診療所を新築して平成 26 年 6 月に移転しました。1 階は今までどおり診療とワーカーによる相談、2 階はヨガなどの体操、絵手紙、食養教室を行うことにしました。5 回の出席で修了証を渡している食養教室の修了

者は現在 74 名となりました。認知症予防の草の根となる情報を診療所から発信していく、といったイデオロギーで取り組んでいます。

さまざまな活動が評価されたのか、平成 27 年 9 月に東京都から地域連携型（診療所型）認知症疾患医療センターを委託されました。これにより町内会の「認知症予防教室」イベントや、認知症家族教室、認知症の専門カウンセラーによる個別相談等の定期的な開催ができるようになりました。また、中野、杉並の警察署生活安全課長、弁護士、地域包括職員、区役所職員と共に高齢者の触法問題をディスカッションする機会を作れたことは、地域連携の仲間が 1 つになれた気がして、精神科診療所が認知症疾患医療センターになってよかったと思えた瞬間でした。

最近、「認知症になっても幸せに生きる心得」という精神科医らしい講義をさせてもらえました。今後も地域で診療し、考え、話し、また診療するという精神科診療所でありたいと思います。



## Q<sub>1</sub>

「お金を盗られた」と、あたかも家族が盗んだかのようなことを言って、母が興奮することがしばしばあります。どのように対応すればよいのでしょうか。

## A<sub>1</sub>

現金、財布、通帳、宝石など大事なものを失くしてはいけなくと考え、自分でしまい込んだことやその場所を忘れ、家族や身近な人に盗まれたと言いだすことが、認知症の初期には認められます。これは「もの盗られ妄想」と一般に呼ばれますが、言われた人にとっては不快で対処に困る症状の一つと言えます。

老化とは、様々な能力面で失うことの連続です。記憶力が低下してきたことを自覚できている段階では、こうした妄想はありません。しかし、認知機能や五感の低下などが要因となり、行動や記憶の連続性が途切れるようになると、物が見つからないことも自分が起こした結果とは受け入れがたくなり、「盗られた」と他者の責任に転嫁されてしまうのです。

対処には、いくつか気をつけておかなければならない点があります。

一つ目は、妄想を否定しないこと。たとえ不快感があったとしても、大切なものを失って困惑した気持ちを共有し一緒に探してみても、そこで本人に見つけてもらうことが大切です。

二つ目は、認知症症状が出現している事実を、家族、とくに配偶者や子どもさんたちが共通して理解しておく必要があります。子の立場では、自分を育ててくれた、しっかりしているはずの親の老化そのものを認めたくない気持ちがあるのも当然かもしれません。しかし、認知症の症状に対応していくためには、周囲の者が現状を正しく認識して協力体制を整えていくことこそ、最も大切な事柄であるのです。





## Q<sub>2</sub>

**高齢の父がお薬をきちんと飲んでくれません。  
どのように対応すればよいのでしょうか。**

## A<sub>2</sub>

高齢になると持病が増え、薬の種類や数が多くなりがちで、きちんと毎服薬するのは易しいことではありません。ただし、薬を飲んだり飲まなかったりでは、効果が期待できないばかりか副作用なども心配されます。さらに、認知症ではその進行とともに、飲み忘れや飲み間違いが増えやすくなります。そこで、服薬しやすいような工夫や周囲の支援も大切になります。解決方法は個別の事情に応じて千差万別であり、必ずしも簡単ではありませんが、よく行われる対策をいくつか挙げます。

飲み忘れ、飲み間違いを防ぐ工夫のひとつには、お薬カレンダーなどのグッズの活用が考えられます。服薬の予定や、飲んだかどうか、一目でわかるようになっています。これらは薬局などで購入することができます。

また、調剤の際に薬を一包化（1回ごとの薬をすべて1つの袋にまとめる）してもらうことでうまくいくこともあります。一包化には医師の指示が必要なので、主治医に相談しましょう。調剤料は多少かかりますが、ご本人や介護者の管理は楽になります。一包化した薬袋に日付を入れたり、お薬カレンダーと組み合わせることも有効です。ただし、一包化に向かない薬剤もあります。

薬を飲むタイミングを生活の中で工夫し、改善をはかれることもあります。1日4回も飲むのは大変、毎食後は難しいなど、容量・用法がご本人や介護者にとって負担になる場合もあります。介護者が居ない時間帯では飲むのが難しいこともあります。主治医に相談して、例えば1日2回の薬を1日1回の薬にする、食後ではない時間にするなど、無理なく飲めるようにできるかもしれません。服薬の拒否があっても、ちょっと時間を置いたり、接し方を変えとうまくいくこともあります。家族の接し方については特集をご参照ください。

身体機能の低下で嚥下困難などが生じ、飲み込みにくさが起こっていることもあります。そのときは、主治医に剤形を相談しましょう。例えば、認知症の薬には通常の錠剤のほか、口の中で溶けて水なしで飲める錠剤、粉薬、ドライシロップ、液剤、内服ゼリー、貼り薬などいろいろな剤形があります。嚥下困難がなくても、苦みのない味や好みの剤形にすることで、内服しやすくなる場合もあります。

主治医以外にも、様々な専門職に相談することもできます。薬の専門家である薬剤師も強い味方です。医師よりも生活に即したきめ細かい助言が受けられるかもしれません。薬剤師による訪問指導が受けられる場合もあります。家でうまく薬が飲めないときでも、訪問看護やデイサービスで飲ませてもらうなど、様々な専門家の支援を受けることができます。服薬は毎日のことですし、長期継続するものですから、ご本人にとっても介護者にとっても、無理なく長続きする方法を探るのがよいでしょう。それには抱え込みすぎず、専門家をうまく活用するなど味方を増やして臨みましょう。



Q<sub>3</sub>

母が心筋梗塞で入院したことをきっかけに  
認知症になったのでは…と心配です。  
手術を受け集中治療室に入ってから、  
睡眠薬を飲んでいるにもかかわらず夜眠らず、  
興奮しておかしなことを言ったり暴れたりします。  
しかも、翌朝にはそのことをすっかり忘れています。  
どのように対応したらよいのでしょうか？

A<sub>3</sub>

このたびのご苦勞をお察しいたします。まず、お母様の現在のご様子を引き起こしている可能性が高いものとして、認知症による問題行動や身体疾患、服用薬物による一時的な認知機能障害などがあげられます。日常的には問題にならないようなわずかな認知機能の衰えであっても、心身に大きなストレスがかかると混乱や興奮が生じやすくなることもあります。

そして、とくに考えなければいけないのは、「せん妄」という意識の混濁の可能性です。せん妄では、寝ているのか起きているのか、夢か現か曖昧のように見えます。通常の睡眠では、脳の疲労が回復し、起こすと目が覚めます。しかしせん妄では、寝ているように見えても十分深い睡眠にならないため脳の機能が回復できませんし、普通の刺激では「目が覚めた」状態にならないことも多いのです。また、意識が変容しているため、誰もいないのに人が見えたり声が聞こえたり、意味のない考えにとらわれたりしますが、その時の言動はほとんど記憶に残りません。

お母様の場合では、こうした「せん妄」になりやすいことがいくつか考えられます。とくに心筋梗塞という重度の身体疾患では、脳内の血液循環や代謝の変化が生じ、上述のような症状を起こしやすくなります。また、手術時の全身麻酔が完全に抜け切らず影響が残っていたり、眠らず騒ぐために使われた睡眠導入剤や精神安定剤が合わなかったり、高血圧や糖尿病などの持病の悪化、身体治療薬（たとえばある種の胃薬）による副作用なども考えられます。さらに集中治療室内のような環境では、モニター音や機械の光、他の患者さんやスタッフの動きなどの刺激で症状が促進されることもあります。もとより自宅とは違う慣れない入院環境では、患者さん自身が点滴や多くのモニターなどにつながれ動きが制限されるとよく眠れなくなり、せん妄にならないまでも、不安になったり興奮したりしやすくなります。

お母様のような状態のときは、身体疾患の治療が最優先されます。全身状態の回復とともに、精神状態が落ち着くことがあります。睡眠覚醒のリズムをよくするために、昼間は寝ないようにして夜ぐっすり眠れる環境を整えることも

必要です。睡眠導入剤や精神安定剤については、日中の意識レベルを低下させない薬剤を使用することが大事です。身体治療薬なども、副作用の少ないものに変更することが考えられます。また、つじつまの合わないことを言っても、否定せずに穏やかに話しかけてあげると興奮が収まることがあります。物を投げたり壊したりすることもあるので、危険なものは近くに置かないようにしましょう。いずれにしても、身体疾患や服用薬物にともなうせん妄は一過性のことが多く、必ずしも長期の治療を要しません。

ご心配されている認知症では、記憶の衰えに加え時間や場所の判断ができなくなり、多くの場合ゆっくりと進行します。その診断は、意識が清明になって不安や興奮がある程度落ち着いた状態で行う必要があります。たとえ認知症であっても、心身のストレスが強いときには、その精神状態がより悪化して見えることがあります。

以上に述べてきたように、まずはできるだけお母様の身体的・精神的負荷を軽くしてあげることで、今の状況を少しでも改善できるのではないかと思います。

## — あ と が き に か え て —

今回のブックレットは、認知症の特集でした。認知症では、たんに記憶や認知機能が低下するだけでなく、精神的、身体的あるいは社会的に広範な問題が生じます。患者さんご本人が毎日予想もしなかった事態に遭遇し、不安、悲しみ、怒り、そして途方にくれています。ご家族や周囲の人にとっても大きなストレスとなっており、対応に悩んでいる方も多いことと思います。近年、いくつかの抗認知症薬が開発されていますが、今のところ認知機能が完全に回復するものはなく、こうした状態を薬だけで解決することはできません。

精神科診療所では、多方面にわたるサービスを受けることができます。通常の外来診療はもとより、診断書や申請書など各種書類の作成、デイケアや訪問などのサービスを提供しているところもあります。さらに、それぞれの精神科医がもつ臨床経験や地域でのネットワークが、様々な困難を抱える患者さんや関係する人たちの大きな支えになるものと思います。このブックレットの情報が、少しでもお役に立てば嬉しいです。

(日精診会誌編集委員会 足立直人)

# 成年後見制度

成年後見制度は、認知症、精神障害、知的障害等があって、一人では預貯金や不動産等の財産管理あるいは今後の生活に不安があるとき、その人（本人）を法的な側面から支援してくれる制度です。成年後見制度には、本人の判断能力の程度に応じて「後見」・「保佐」・「補助」の3つに分かれる「法定後見制度」と「任意後見制度」とがあります。

## 「法定後見制度」

現時点ですでに判断能力が不十分な本人に、後見人、保佐人や補助人がついて、財産管理や身上監護の場面で、本人を支援、保護していく制度です。家庭裁判所に本人、配偶者、一定の親族などが申し立て、家庭裁判所が後見人等を選任します。

## 「任意後見制度」

判断能力がまだあるうちに、本人が信頼できる人（先々任意後見人になってもらう人）に、将来において判断能力が不十分になった場合に委任する行為を予め決めて託しておく制度です。

後見人等は、与えられた代理権の範囲内で、本人に代わって財産を管理し、財産上の取引等を適切に行います。また、住まいや介護サービス、施設入所、医療等に関する契約をすることもあります。本人に寄り添い、本人の将来を考え、介護契約や医療契約を行います。悪徳商法による消費者被害、同居者等による虐待等の被害から本人の心身、財産を守ることもあります。

成年後見制度は、判断能力の不十分な本人が、後見人等の支援を受けて、安心して暮らしていくために大切な制度です。親亡き後など、精神障害や知的障害のあるお子さんの将来を支援するために利用されることも増えています。ただ、本人の意思決定支援が十分でない、不祥事がなくならないなどの課題も指摘されており、成年後見制度の利用促進のために、再検討が行われています。今後が注目されますね。

