

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

BPSD 初期対応マニュアル作成に関する研究

分担研究者 小田原俊成 横浜市立大学

研究要旨 認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる社会の実現をめざし策定された国の認知症施策推進5カ年計画において、認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及の必要性が提言された。本研究の目的は、認知症の心理・行動症状（Behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD）に着目し、家族・介護者および相談機関向けの初期対応マニュアルを作成することである。（方法）BPSD の診療およびケアの専門家（研究協力者）が集まり、関連文献や刊行物を参考にして、日常的に使いやすく、必要な項目ごとに参照可能なマニュアルを作成した。（結果）以下の6項目から成る BPSD 初期対応マニュアルを作成した。①BPSD 初期対応の意義、②BPSD 発現の病態機序、③BPSD への初期対応、④BPSD の相談先紹介、⑤BPSD 発現予防、⑥代表的 BPSD への具体的対応法（まとめ）次年度は本マニュアルを認知症相談マニュアルおよび激しい BPSD に対する連携パスとともに、武蔵野三鷹地区に導入し、有用性を検証していく予定である。

研究協力者：

都甲崇（いなほクリニック）
内門大丈（湘南いなほクリニック）
勝瀬大海（横浜市立大学医学部精神科）
千葉悠平（誠心会神奈川病院）
山下由香（東太田リハビリ訪問看護ステーション）
和田奈美子（済生会神奈川県病院）

A. 研究目的

認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる社会の実現を目指し、認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）が策定された。その中で、家族に認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのように相談したらよいか理解を促進することを目的として、標準的な認知症ケアパスの作成・普及が目標の一つとして取り上げられた。認知症の心理・行動症状（Behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD）は、しばしば周囲が認知症に気付

く症状になり、家族の介護負担を増加させ在宅生活に支障をもたらす施設入所を早めたり緊急入院のきっかけこと、家族の介護負担を増すこと、身体の機能低下や社会保障費の増大をもたらすといった損失が指摘されている。本研究は、軽度の段階で BPSD を認識し、早期の適切な対応により BPSD の重症化予防につなげる目的で、BPSD に対する標準的初期対応マニュアルを作成することにある。

B. 研究方法

認知症高齢者と普段接する機会の多い家族、ケアマネージャー、ヘルパー、保

健士らを対象としたマニュアルを作成するため、認知症高齢者の訪問診療を専門とする精神科医師（都甲、内門）、認知症疾患医療センター勤務の精神科医師（勝瀬、千葉）、老人看護専門看護師（山下、和田）に研究協力を依頼し、打ち合わせを重ねた結果、以下の構成でマニュアルを作成することとした。

- ① BPSD 初期対応の意義
- ② BPSD 発現の病態機序
- ③ BPSD への初期対応
- ④ BPSD の相談先紹介
- ⑤ BPSD 発現予防
- ⑥ 代表的 BPSD への具体的対応法

作成に際しては、認知症高齢者中心のパーソン・センタード・ケアの視点を重視し、平易な言葉で使いわかりやすい表現を心がけた。

C. 研究結果

作成したマニュアルを資料として別添する。以下に項目ごとの要諦を記す。

① BPSD 初期対応の意義

高頻度に認められる BPSD を例示し、平易な表現で解説した。続いて、BPSD がもたらす弊害と早期対応の重要性について述べた。

② BPSD 発現の病態機序

BPSD 発現のメカニズムとして、認知症疾患による脳機能低下に加え、身体疾患や患者が置かれている心理的状态、取り巻く生活環境など複合的要因が原因となりうることを解説した。特に、BPSD が介護ストレスの原因となり、不適切なケアにつながる悪循環を引き起こしうることを指摘し、BPSD が「正常な反応としての異常言動」であることを示した。

③ BPSD への初期対応

BPSD と思われる症状が出現した場合に、まず「行うべき」具体的対応について解説した。最初に、本人の訴えに傾聴すること、続いてバイタルサインのチェックについて説明した。傾聴とは、意思疎通がうまくいかないことによって起こりうる BPSD、バイタルサインのチェックは身体的不調が原因でおこりうる BPSD への初

期対応において重要となる。後者においては、特にせん妄との関連についても触れた。次に、摂食、排便、睡眠、歩行状況など基本的日常生活動作（ADL）に関するチェックについて解説した。ADL の低下が、BPSD の直接的原因となったり、BPSD をきたしうる器質性疾患を疑うヒントになるポイントを示した。さらに、疼痛や皮膚症状についても BPSD の原因になりうることを説明した。以上の「行うべき」ことに続いて、「確認すること」を解説した。症状の経過、特に BPSD の発現から症状の変化の有無の把握や、認知症の診断の有無および鑑別診断、身体疾患や内服薬の有無、環境の変化や介護の対応の確認、対象者の性格、感覚器（視力、聴力など）の状態などについて BPSD に関連する要因を遺漏なく包括的に確認できるような構成とした。

また、本章ではせん妄についての解説を附記した。せん妄を BPSD に含めるか否かについては議論があるものの、認知症との鑑別には必要不可欠な病態であるため、せん妄の説明に続き、せん妄の種類、原因、対応について説明を行った。

④ BPSD の相談先紹介

日常生活の中で認知症を疑うポイントとして、具体的症状のチェックリストを記載した。ここに記した症状に気付いたら、かかりつけ医がいる場合、介護保険サービスを利用している場合、どちらも利用していない場合に分け、具体的な対応法について説明した。特に、適切な医療につなげる目的で専門医療機関を受診させる必要があるため、専門医への受診をすすめる具体的な症状について記載した。一般市民にはいまだ馴染みの薄いレビー小体型認知症およびナルコレプシーなどの疾患に関する説明も附記した。

その他、認知症に関する相談先（行政機関、各種団体など）について記載した。

⑤ BPSD 発現予防

BPSD の発現予防のための認知症高齢者ケアの原則について室伏の著書を引用し、パーソンセンタードケアの概念を平易な表現で解説した。

⑥ 代表的 BPSD への具体的対応法

長屋らが老人保健施設入所中の 260 人に対して行った BPSD の発生状況に関する調査(平成 22 年度長寿医療研究開発事業、主任研究者服部英幸)において、高頻度に認められ、対応に苦慮する以下の症状:

幻覚、妄想、帰宅願望、徘徊、暴言・暴力、不潔行為、異食・盗食、大声、昼夜逆転・不眠、常同行為に対して、具体的な対応法を記載した。また、前頭側頭型認知症に関する説明も加えた。

3. その他

なし

資料 別添

D. 考察と結論

国が今後の地域認知症ケアにおいて重視する医療と介護の連携を完成するためには、体制の構築とともに、家族はじめ多職種が共有できる実効性の高いマニュアルやパスを運用していく必要がある。今回、BPSD の診療・ケアに精通したスタッフが集い、関連資料を参照しつつ、BPSD の初期対応に関するマニュアルの作成を行った。今後、実際にマニュアルを地域で運用し、効果を検証していくことが重要であり、H25 年度は本事業の分担研究者である木之下らが作成した在宅相談機関(ケアマネージャーなど)向け認知症対応マニュアルおよび旭らが作成した著しい BPSD が出現した際の対応パスとともに主任研究者である神崎らが運営する武蔵野三鷹認知症連携組織において運用する予定である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

分担研究報告書

病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業

研究分担者 山賀亮之介 旭俊臣 旭神経内科リハビリテーション病院

研究要旨

A. 研究目的

現在、認知症患者がかつてない勢いで増加している。介護を要する認知症患者が全国で 300 万人を超え、今後もさらに増加してゆく事が見込まれる。その中で、介護を要する認知症患者をどのようにケアしてゆくのか。現在、医療・看護・介護それぞれが各視点にて対策を考えているが、これらを統合させて、認知症患者により良いケアを総合的に提供できる為の環境整備を目的とした。

B. 研究方法

介護負担を増やす大きな原因として、認知症の中核症状以外に、周辺症状、いわゆる BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms on Dementia) が挙げられる。妄想・幻覚・徘徊・興奮・暴力・うつ・意欲低下など、これらの BPSD が、本人の生活の質を低下させるだけでなく、周囲の負担増加や意欲低下などをもたらし、介護負担につながる事がある。

一方で、これらの BPSD に対して、早期発見・早期介入が有効な手段であることが分かってきている。周囲の人が BPSD を理解し、早期に発見し適切な介入をする事により、患者本人としては症状が安定化し、生活の質を向上させ、さらなる BPSD への連鎖を防ぐことができる。さらに、介護者としても、認知症患者の BPSD に伴う『困った行動』に対する理解・受容によって、適切な介護へつながり、身体的・精神的負担軽減につながる。

今回、我々は、家族や施設職員を含めた介護を負担する方を対象として、BPSD がどのようなものか、それらを理解し、早期発見するためにはどうしたら良いか、を知ってもらうために、BPSD に対するマニュアル草稿を作製した。

C. 研究成果

別添付の通り、<BPSD に対する早期介入について>と題したマニュアル草稿を作製した。その中には、意義・早期発見・早期介入・ケアの基本的な考え方・地域ネットワーク作り・認知症リハビリテーションに関して言及した。さらに、それらの理解を助けるために、当院にて診療した 5 例の症例集を添付した。

D. 考察

今回のマニュアル作成によって、看護および介護に携わる方が、BPSD への理解を深める事ができると考えられる。そのことが、BPSD の早期発見、さらには早期介入へとつながり、認知症患者がより適正な医療・看護・介護を受け、自身の QOL (quality of life) を向上させることができる。さらには、介護者の負担を軽減し、社会全体としても、超高齢化による要介護者増加に対して有用と考えられる。

E. 結論

今回のマニュアルが、看護・介護領域での、BPSD に対する理解が向上すると考えられる。さらに、医療・看護・介護の連携を促進する事によって、増加する認知症患者に対する包括的ケアネットワーク作りに役立つと考えられる。

F. 健康危惧情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

特になし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

「病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業」
(H24-認知症-一般-002)

いま「認知症」について考えるべきこと、整理すべきこと

研究分担者 木之下徹（医療法人社団こだま会こだまクリニック）

報告者 木之下徹¹⁾・水谷佳子¹⁾・本多智子¹⁾・谷口真理子¹⁾・小野寺薫¹⁾・河野禎之²⁾

1) 医療法人社団こだま会こだまクリニック

2) 筑波大学人間系障害科学域

研究要旨

本論では、認知症ケアにおける根幹ともいうべき基本的理念について、ケアサービスを提供する人々に向け、ともに考える素材を提供することを目的とした。そのために、「合理的な視点」と「スティグマがある、という視点」の2つの視点を中心に、現在の認知症を取り巻く諸問題について整理を試みた。くわえて、そこから導き出された示唆から、認知症ケアにおいて真に必要なとされるであろう、本人のニーズに応えるサービスに向けたビジョンを考察した。また、別紙1では「各国の認知症の意識；総論」として、世界各国の認知症国家戦略に焦点を当て、その世界的潮流の中で本研究事業の位置付けを試みた。さらに、別紙2では「MSP (Malignant Socio-Psychology) と PPW (Positive Person Work)」として、臨床現場での実際の事例をあげながら考察し、ケアサービス提供者にとって必要不可欠なパーソンセンタードケアの具体をわかりやすく提示し、より本質的な在り方の理解を深めるよう示した。

はじめに

言葉を変える。言葉が変われば自ずと考えが変わる。考えが変われば、行為が変わり、結果が変わる。つまり、言葉が結果に与える重要性はいくら強調してもし過ぎることはない。

本稿はケアサービスを提供する人々に向けて、行為や結果をより良きものとするための、ともに考える素材を提供することを目的としている。紙面の都合上、大量の情報の中から要約のみを述べているので、勉強等で使用する場合には單元別に行う方がよい。また、本稿で提示した問いかけへの意見は、批判的なものも含めて大いに歓迎したい。なにより我々の将来がかかっている。なぜなら、いまや誰もが、近い将来自らが認知症になる可能性を否定できない。認知症をとりまく諸事情は、明日の我が身の問題である。何人からの抑圧なく、自らの言葉で考え語るべきである。それが、我々にとって居心地の良い社会の礎を築くために何よりも必要とされる基本的姿勢である。

さて、日本の高齢化率は世界で最高値である。今後 100 年もこの位置は変わらないとされている。認知症は年齢とともに加速的に増大するから、認知症の有病率が世界のトップクラスであると推定できる。この状況を鑑みると、本来なら日本は、認知症にまつわる考えや技術、精神性を世界に発信すべき立場にある。では、日本の施策は本当に世界一よいものなのであろうか。日本の現実の世界のどこに出しても恥ずかしくないものだろうか。専門家集団の意識は誇り高きものであろうか。そういった、世界の中における日本の位置付けを知るための国際比較と大きな世界的潮流にも目を向けざるを得ない（この具体については、【別紙 1「各国の認知症の意識；総論」】で述べる）。認知症あるいは認知症ケアを語る用語には、漫然と使われてきたものが多々あるが、たとえば日本語における「周辺症状」などについても、世界的潮流の中において意味を再確認し、実践上使うべきかどうか判断しなおすのは今しかない。それほど、時代の波は押し迫ってきている。世界の発信者に成長するためには、こういった相対的な位置付けと同時に本質的なケアサービスのあり方のコンセプトを築く必要がある。そのために、少なくとも以下の二つの視点について、議論を重ね、コンセンサスを得ることは急務である。つまり、

1) 合理的な視点

2) スティグマがある、という視点

である。合理的な視点とは、専門家との橋渡しのために、そして、歴史的な検証にある程度耐えるためにも必要な視点である。一方、スティグマ (stigma ; 本稿では「見下された」あるいは「偏見」という意味で使用) がある、という視点は、これからのノーマライゼーション (認知症の人が、そうではない人と等しく当たり前生活できる社会) への道を歩む上で欠かせない。

ここで厳しい問いかけをする。ケア或いはそれに含まれる医療に携わる全てのサービス提供者たる人々への質問である。

「我々は誰の心のやすらぎのために、サービスを提供しているのか」

「人」という概念を導入すれば、本質的には、環境・物・サービスの具体、といった一方向性のもので整えるだけでよいはずがない。その先にある「人」の心のあり方にまで踏み込まざるを得ない。そのことを暗示する文章を認知症当事者が書いた²⁾。

私は認知症の人への対応と言えはこうである…という捉え方がしっくりきません。
いろんな状態の人、考え方の人に、同じに接していいとは思えない。一人ずつ違う
のに…

そのやり方に合わせないといけない事になってしまうのは嫌だなと思います。

だから、私のような認知症患者は嫌われるのかな…

ここには、一律な関わりかたへの嫌悪が示されている。近年認知症の当事者が発言する機会が増え、このことに触れる数多くの証言がある。サービス提供者としての我々はここで立ち止り、考えを深める必要がある。本稿ではまずは短絡的に「サービス受益者とは一体誰か」を考える。しばしば言及されるパーソンセンタードケアについては【別紙2「MSPとPPWについて」】にて、具体的な素材を提供するのでここでは多く触れない。さて、厚生労働省からの2012年6月18日の報告書「今後の認知症施策の方向性について」³⁾によると、

このプロジェクトは、『認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない』という考えを改め、『認知症になっても本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暮らし続けることができる社会』の実現を目指している・・・後略

とある。これは「サービス受益者は『家族と認知症の人』ではなく『認知症の人』である」と公が明瞭にしたとも読み解ける。はたして現実はどうであろうか。今後この流れは受け継がれるだろうか。サービス受益者を認知症の人とするこの第3の視点が、いま必要とされる最終形なのであろう。しかし、視点を定めコンセンサスを得るには、依然多くの議論が必要である。さらに、実践の中でこそ、この最重要な視点が定められるとも考えられる。机上の空論としないためにも、第3の視点の成熟は、現場のサービス提供者の双肩にかかっている。

明日は我が身、でもある認知症。己もまた、ケアサービス受益者になる。こういったことも意識しつつ、上述の二つの視点について数ある素材の中から重要ないくつかを提示し考えを進めていきたい。

A. 合理的な視点

1. 「BPSD」「中核症状」「周辺症状」

1) BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia、認知症に伴う行動と心理の症状)

しばしば、BPSD=周辺症状、とされている。しかし、両者は異なる。この違いを知ることとは、種々の認知症原因疾患の理解を深めること、サービス提供者の態度を決する上でも重要である。

行動障害(*behavioral disturbances*)という用語を、認知症に伴う行動と心理の症状(BPSD)で置き換えるべきである。つまりそれは、認識・思考内容・気分・行動が障害される(*disturbed*)ことでしばしば生じる認知症患者の症状として定義される。以下、原文である。

The consensus group, consisting of some 60 experts in the field, from 16 countries, produced a statement on the definition of the BPSD: "The term behavioral disturbances should be replaced by the term behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), defined as: symptoms of disturbed perception, thought content, mood, or behavior that frequently occur in patients with dementia."

BPSD という概念の誕生は、IPA (International Psychogeriatric Association ; 国際老年精神医学会) のガイドライン⁴⁾によると、1996年に認知症の行動障害 (the Behavioral Disturbances of Dementia) に関するコンセンサス会議が招集されたことにはじまる。1999年には16カ国60人の専門家によるコンセンサス会議がもたれ、Finkel, S.I.と Burns, A.によって、BPSDの定義についてこのような声明が出された。

つまり、BPSDとは原因疾患に依存しない概念であることが了解できる。さらに、注意深く読めば、「認知症」の本体である「認知機能低下」自体を含んでいないことにも気づく。

2) 周辺症状

一方の周辺症状とは何か。「周辺」の症状であるから「中核」の周辺を指す。踏み込んで言えば、ある原因疾患に基づき呈する中核の症状以外の症状である。つまり、原因疾患依存の概念である。

3) BPSD と周辺症状との違い

両者の違いは、上述の説明により概念上明瞭になった。具体を用い理解を深めたい。アルツハイマー型認知症の中核症状は、すべてがそうでない、といった異論はあるものの⁵⁾、失見当識、記憶力の低下、失語、失行、失認などとされている。それ以外の、暴言、暴力、幻覚、徘徊などが周辺症状となる。また、後者は症状の成り立ちから BPSD でもある。

一方、レビー小体型認知症の中核症状とも言える3主徴候⁶⁾は、意識の清明さの変動、妄想・幻視、錐体外路症状である。このうち、少なくとも妄想・幻視はその症状の成り立ちからBPSDである。ここで「BPSD=周辺症状」とは言えない、ことに気づく。

4) BPSD を中核症状と周辺症状に分ける意義

BPSDに意識が上ったときに、それが中核症状なのか、周辺症状なのかを区別することは、サービス提供者の態度を決する上で重要である。その訳を考えよう。ここでは、手始めに中核症状と周辺症状の性格を見つめてみる。

(1) 中核症状の成り立ち

中核症状とは、認知症の原因疾患に依存する概念で、平易に言えば「原因疾患によって生じた脳の変化が直結する」症状のことである。概念としては合理的である。しかし実際の適用については、そもそも原因疾患の特定についても大きな落とし穴がある（後述）。

(2) 周辺症状の成り立ち

中核症状以外の症状であるから、「原因疾患で生じた脳の変化が直結しない」症状である。それでは何が原因なのか。その要因分析に役立つものとして、パーソンセンタードケア（「人」中心のケア）の提唱者であるトム・キットウッズの公式⁷⁾を紹介する。

$$D=P+B+H+NI+SP$$

D; manifestation of dementia（認知症と生きる姿）、P; Personality（パーソナリティ）、B; Biography（生活史）、H; Health status（健康状態）、NI; neurological impairment（神経の損傷）、SP; SocioPsychology（社会心理）というものである。最後の社会心理（SP）とは、ミクロな視点で言えば人間関係であり、マクロに言えば、それらが織りなす文化を指すと考える。トム・キットウッズは認知症をどう捉えるかを2つの文化になぞらえ、「人格が崩壊し、処置、対応すべき疾患と考える文化」をオールドカルチャーと呼び、「認知症になっても人生の主体者として暮らしていくと考える文化」をニューカルチャーと呼んでいる。

(3) 周辺症状という捉え方がケアの現場に及ぼすもの

しばしばケアの現場で、暴言を抑えてもらえないか、と医療への注文がつく。「暴言」という「周辺症状」を呈しているのであれば、誰もが、それを抑えなければならない、と考えるのは自然である。しかし、周辺症状の成り立ち、つまりトム・キットウッズの公式を振り返ると、その原因は、痛みや不快感、疲労、難聴などの身体状態が原因かもしれない。場の雰囲気が悪い、サービス提供者の態度が不愉快なのかもしれない。食事がまずいのかもかもしれない。薬で抑制する前に、「人」と考えるのであれば、少なくともこの公式にある要素くらいは考え、解決すべきものは解決すべきである。周辺症状には脳の変化が直結しておらず、さらにトム・キットウッズの公式に示される「認知症と生きる姿」として捉える

なら、逆に、何がそうさせているのかを精査する事なく、たとえば抗精神病薬を投薬する、身体を拘束するなどは虐待でしかない。であれば、そもそもケアの現場では、周辺症状という捉え方をしない、あるいはそういう用語を現場では使わないことが理に叶っている。ケアの出発点は周辺症状ではない。暴言があるからそれを抑えるのではなく、「何が」暴言という表現をとらせているのか、健康状態や環境など不快の要因、人のかかわりを振り返り、原因を解明し手当すべきであると考えべきである。このパーソンセンタードケアのコンテキストにおいてはそれが妥当であると考ええる。

2. 認知症の予防はあるのか？

ここでいう予防とは、公衆衛生用語における一次予防、二次予防、三次予防を指すのではない。世間でよく使われるような、単に「認知症にならない」「進行させない」といった意味の予防である。

筆者の知る限り、この文脈における「認知症の予防法」はほとんどない。時々、飲料や作業によって認知症にならないで済む、などと喧伝されることがあるが、反論の論文がでたり、時間が経つと支持する者もいなくなったり、歴史に耐えきれない方法がほとんどである。つまり、筆者の知識の範囲内で、極めて説得力のある予防法を知らない。ところで、権威あるアメリカのアルツハイマー協会は、以下のように述べている⁷⁾。

信じられている噂：アルツハイマー病の進行を止める治療法がある。

(原文) *Myth 8: There are treatments available to stop the progression of Alzheimer's disease*

真実：現時点で、アルツハイマー病の進行を治したり、遅らせたり、止まらせる治療はない。FDAが承認する薬は、症状を悪化させるのを、その薬を飲む半数の人が平均半年から一年、一時的に遅くさせる。

(原文) *Reality: At this time, there is no treatment to cure, delay or stop the progression of Alzheimer's disease. FDA-approved drugs temporarily slow worsening of symptoms for about 6 to 12 months, on average, for about half of the individuals who take them.*

つまり当協会では、そういった意味での予防法は「ほとんどない」のではなく「全くない」としているのである

3. 「認知機能の訓練」と称するもの

認知症を予防するため、あるいは認知機能の訓練のためにしばしばケアサービスの現場でドリル、脳トレ、パズル等がなされている。このことについて、認知症の人が極めて辛

辣な言葉を残している⁸⁾。

「僕の持論は“闘いを選べ”ということだ……なぜかという、僕らは非常に疲れやすく、疲労することを用心しているからね。僕らはよく人から、脳を使え、と無神経にアドバイスされるけど、そう言われた僕らは、大事なことについて考えずに、クロスワードパズルやつまらない会話に自分の貴重なエネルギーを無駄遣いしてしまうんだよね」(モリス・フリーデル氏のメールより)

現段階では、認知症の進行を止めることはできない。だとすれば、低下した機能を回復させることにケアサービスの価値を求めるのではなく、低下した機能と折り合って大事な時間を過ごしていくためのケアサービスに重きをおくという提案もあるのではないか。そんなことをも考えさせられる言葉である。

4. 「認知症とは」が示すもの

認知症とは何かを説明する文言を散見する。たとえば、次のようなものがある。「認知症とは、脳に後戻りのない変化がおき、その機能が今まで通りに働かなくなり、そのせいで日常生活や社会生活が困難になる状態である」(これを定義Aとする)。一方、しばしば、次のような考えもある。「認知症とは、症状の集まりを指し、原因となる疾患にはアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、血管性認知症などがある。」(これを定義Bとする)。

両者の違いは重要である。どちらを念頭におくかで、提供するケアサービスを考える土台が大きく異なるからである。もし、定義Bを念頭に置いていれば、誰もが「眼前の人の診断は何か」に関心を持つのが自然である。脳の病理的变化に足場をおき、とりわけ医療の持つ保守的フレームワークに親和性がある意識であり、医学研究の発展の方向性を内在している。一方、定義Aを念頭に置いた場合は、眼前の人が生活上何に困っているのか⁹⁾ということに着目するだろう。これは、ケアサービス受益者のニーズに親和性がある。

このように、ケアサービス提供のための土台の築き方次第で、ケアサービスの具体が変化し結果が変わることが了解できる。それだけに、ふたつの「認知症とは」が示すものを深く洞察した上で、ケアサービス提供の姿勢を改めて考えることは重要である。

5. 確定診断と臨床診断との違いを明瞭にすべきである

認知症の診断には原則的に、死後剖検で明らかになる確定診断と生前の症状から判断される臨床診断がある。確定診断とは、実際に脳に起きていることを確認する神経病理学的判断である。一方臨床診断とは、生前に脳に起きていることをその人の臨床像から、実際

には確認できない神経病理像を推定するものである。ところでその推定の根拠とは、確定診断された様々な症例の過去（生前）を遡り、その臨床像（症候学）と神経病理像を重ね合わせる作業を集積した知的なデータベースである。

さて、症候は認知症の進行に伴って変化することがある。当初推定した疾患を越えることも多い。つまり、臨床診断は変化することがある。したがって、臨床診断に依存する疾患別ケアの基盤も危うい。

臨床診断が正確に安定するためには、①生前に神経病理的な判断ができる、②神経病理像とすべての症状を対応させる事ができるほど確定診断が発達する。という二つの条件が必要であろう。①については、たとえば、脳機能、形態画像解析、バイオマーカーが圧倒的に充実することで解決できるかもしれない。近年の成果としては、前頭側頭型認知症は PET (Positron Emission Tomography) や SPECT (Single-photon emission computed tomography) での前頭葉の代謝/血流低下、レビー小体型認知症は心筋 MIBG (メタヨードベンジルグアニジン) における defect イメージ、早期のアルツハイマー型認知症における脳機能画像を利用した特定の部位（後部帯状回）の血流低下現象の発見¹⁰⁾や eZIS (easy Z-score imaging system) といった画像解析手法ならびに MRI を利用した VSRAD

(Voxel-based Specific Regional analysis system for Alzheimer's Disease ; 早期アルツハイマー型認知症診断支援システム)¹¹⁾を通じた早期診断技術が挙げられる。しかし、臨床診断の変化の研究に耐えられるような大規模な longitudinal study を筆者は知らない。つまり、今日の医療技術の水準は、確定診断と臨床診断の溝を穴埋めできるほど充分ではない。あらゆるケアサービス提供者は、臨床診断の抱える課題を十分念頭に置く必要がある。

6. 認知症の人にとっての診断

次項「スティグマ」に深く関わる問題であるが、「診断」に関連する事項としてここに記す。

世界で最も著名な認知症の人、オーストラリアのクリスティーン・ブライデンの身に起ったことである。彼女は 1995 年にアルツハイマー型認知症と診断された後臨床症状が変化し、1998 年に脳機能画像検査を経て前頭側頭型認知症と診断された。著書に記された彼女と夫の言葉¹²⁾を紹介する。

クリスティーン : 講演のとき、私の脳のスキャンを見せますが、120歳の人脳だと医師に言われます。

ポール (夫) : 高名な医師は「これは嘘だ!」「こんな状態なら話せるはずがない」と疑いました。でもほかの医師は「それが事実なら私の診ている認知症の人はもっと能力があるはずだ」と考えるようになりました。

我が国においても、認知症の人がカミングアウトすると往々にして「診断した専門医の判断は間違っている」などの診断議論が専門家の間で行われる（文献引用を避ける）。しかし、そのことで傷つくのは当人である。「認知症とは」が示す課題と、本稿全体のテーマである「誰のためのケアサービスなのか」という課題を再確認してもらいたい。

B. スティグマがある、という視点

この項でも、限定的に重要と思える点を選び、素材として提供したい。

1. 認知症患者という言葉

医療の場面では特に、認知症患者と表現する場合がしばしばあるが、Lancet Neurology には次のように示されている¹³⁾。

『人』という言葉には、『包括的な人間性や、個人としての平等な価値』を示す意味があるのに対し、一方の『患者』という言葉には、『不完全で、望ましくない差異』という意味合いがある。

つまり「認知症患者」という言葉には、何か欠けた存在という見下した感じ (stigmatic term) がある、というのである。

オーストラリアでは、認知症関連の医学論文から「患者」という言葉が消え「人」になった。さらに「アルツハイマーズ オーストラリア」という組織では、この点においてはもっと先進的に、認知症の関連用語集¹⁴⁾を公表している。英語なので適切な日本語が見当たらないが、たとえば、care-giver (ケアを与える人) から carers (ケアする人) へ、aged person から older person へなどという具合で、理由も書かれている。さらに当該用語集の冒頭には、「言葉は強力な道具である」と記されている。これをどう読み解くか。たとえば、「患者」を「人」と置き換えてみることで、眼前のケアサービス受益者は「悪い症状のある患者」から「生きづらさを抱える人」となる。当然、ケアサービス提供者のなすべきことは変化する。わざわざこの項を設けたのは、こういった考えがケアサービスの方向性を問うものであり、さらに、我々「これから認知症になる人」の将来の姿をも決めるからである。

2. いくつかの、よく使われる言葉

「親切とお世話には涙が出ます。でもその涙の出る場所は違うんです。」ある高度のアルツハイマー型認知症の人の言葉である。また、身長 147cm の当クリニックのスタッフは、自己紹介を求められると次のように話す。「背の低い人への『配慮』は嬉しいけど、背の低

い人への『対応』は傷つくなあと思う今日この頃です。」ある厚労省官僚曰く「公害対策基本法、がん対策基本法…なっ。対策というのは、悪いものをやっつける、という意味なんだ。」

「お世話」「対応」「対策」はスティグマを含む用語であることに気づかされる。

3. 症状とスティグマ

先述した周辺症状のところでも「暴言」を取り上げた。暴言は、果たして「認知症の症状」と言えるのか、読者も悩むのではないだろうか。ところが、ひとたび認知症の症状であるとされた途端に、認知症ゆえの暴言と誰もが信じて疑わない。この図式は、スティグマを生むのに一役買っている。広辞苑によると、症状とは「病気の状態」である。大辞泉では「病気などによる肉体的、精神的な異状」という説明が加わる。暴言を症状と捉えることの弊害は、「暴言は病気のひとつの状態であり、その原因は認知症である。原因を取り除くことができれば良いが、残念ながら認知症は治らない。であるから、今は症状を抑えることが最善である」という自然な成り行きで、ケアサービスという名の抑制が横行するだけでなく、「認知症になると暴言を吐くようになる」という安直な図式がまことしやかに広がり、根強く定着することである。

4. 意識されにくいスティグマ

実際のケアサービス提供の現場では、ほとんどのケアサービス提供者が認知症の人のために心を尽くしていることは言うまでもない。しかし、心を尽くすことと、スティグマの問題は別であることが往々にしてある。その特徴的な場面を、認知症の人が綴ったブログから紹介する。新しく担当になったヘルパーが挨拶をする場面である¹⁵⁾。

「分からなくなるといけないので、ここに書いておきますね。忘れたらここを見てくださいね、来週には写真も持ってきます。顔、覚えられないでしょうから・・・」と言いました。私は「はい」と言いました。でも何となく言いたくない「はい」でした。

5. スティグマの種

広辞苑では予防を「悪い事態が起こらないように前もってふせぐこと」と説明している。誰でも、できることなら認知症を予防したいと思うのは当然である。ここで、筆者も含め全ての人が意識しておかなければならない課題がある。「そうはなりたくない」という悪い事態の対象として認知症を認識している、ということである。それを否定するわけではない。ただ、こういった心のありようは、気づかない間に、認知症の人に対する否定的な態

度や言葉となってあらわれる可能性は否めない。森岡正博は、選択的中絶に関する文脈の中で次のように問題提起している¹⁶⁾。

「きみのような人は生まれない方がよかったのに」という視線と無意識の態度にさらされるターゲットは、いくらでも拡大し得る。その社会においてお荷物だとみなされたり、異様だとみなされる人間なら、たれでも餌食となり得るだろう。

6. スティグマがもたらす恐怖

「私は、最後にはまわりのものがわからなくなり、自分の娘も誰かわからず、友だちにあいさつもできなくなるという予想におびえた。きっと、さびしく恐ろしいことだろう——いつも、どこかよく知らない場所で、見知らぬ人々に囲まれ、何をたよりにしてよいのかわからない」¹⁷⁾

「つまり、私は、自分自身をコントロールしたり、自分に残された人間としての最小限の尊厳さえ失ってしまうのではないか、と心配でならない。」¹⁸⁾

認知症の診断は、巷のスティグマにまみれた認知症像を突きつける。記憶を失い、家族の名前、大切な人の顔すら分からなくなる自分。心は空っぽになり、身体は抜け殻となる。それでもはたして自分と言えるのか。

クリスティーン・ブライデンは、「認知症になると、知的な能力に陰りが出てきて、豊かな感情の表出も難しくなる。しかし、それでも、その人の本質であるスピリチュアリティは決して失われない」¹⁹⁾という思想的結論に至る。そして、「認知症によって自らが崩壊する」という恐怖にあった彼女はこの気づきによって救われたという。

C. おわりに

本編を通じもっとも重点をおかなければならないのは、直前で述べた「認知症になり、自身のアイデンティティーの喪失に向き合っている人の心のやすらぎを如何に得ることができるのか」という問いに答えることが最大の課題である、という認識であろう。いくら環境を整え、物を揃え、慈悲深い人々が集まっても、このことなくして本人のニーズに応える「真のケアサービス」を提供することはできない。

それが故に本編の冒頭で「我々は誰の心のやすらぎのために、サービスを提供しているのか」と問うた。どんな優れた施策、制度、仕組みがあろうが、ビジョンがない限り、ケアサービス受益者つまり認知症の人にとって意味のあるサービスは築けない。我々の努力の方向を見失うことなく、たどたどしくも着実に歩みを進めたい。

D. 文献

- 1) United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs
World Population Prospects: The 2010 Revision File 1B: Total population (both
sexes combined) by five-year age group, major area, region and country, annually
for 2011-2100 (thousands) Medium-fertility variant, 2011-2100.
- 2) 認知症当事者 ペンネーム 紫野; それぞれの思い. 3つの会@WEB 掲示板.
<http://www.3tsu.jp/?cat=15>
- 3) 「今後の認知症施策の方向性について」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
- 4) The IPA Complete Guides to BPSD - Specialists Guide.
http://www.ipa-online.org/members/pdfs/___IPA_BPSD_Module_1.pdf Access
permitted by IPA member only.
- 5) Melissa E Murray, Neill R Graff-Radford, Owen A Ross, Ronald C Petersen, Ranjan
Duara, Dennis W Dickson ; Neuropathologically defined subtypes of Alzheimer's
disease with distinct clinical characteristics: a retrospective study *Lancet Neurol*
2011; 10: 785-96.
- 6) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al; Consortium on DLB. Diagnosis and
management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium.;
Neurology. 2005 Dec 27;65(12):1863-72.
- 7) Alzheimer's Myths; Alzheimer's Association.
http://www.alz.org/alzheimers_disease_myths_about_alzheimers.asp
- 8) クリスティーン・ブライデン著 馬籠久美子・桧垣陽子訳 『私は私になっていく』
クリエイツかもがわ p.183、2004.
- 9) 藤沢嘉勝 専門医とかかりつけ医の役割 クリニシアン No.598 vol.58 p528-532,
2011.
- 10) Minoshima S, Foster NL, Kuhl DE.: Posterior cingulate cortex in Alzheimer's
disease. *Lancet*. 1994 Sep 24;344(8926):895.
- 11) Matsuda H.: [Neuroimaging for patients with Alzheimer disease in routine
practice]. [Article in Japanese] *Brain Nerve*. 2010 Jul;62(7):743-55.
- 12) クリスティーン・ブライデン著、馬籠久美子訳 ; 私は私になっていく - 認知症とダ
ンスを (改訂新版) p 199-200 クリエイツかもがわ (2012/10).
- 13) Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. : Person-centred care of people with
severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*
Apr;7(4):362-7. 2008.

- 14) Dementia Friendly Language: Position Paper 4 UPDATED JUNE 2009 Supersedes Position Paper 4: Dementia Terminology Framework . Alzheimer's Australia
[http://www.alzheimers.org.au/upload/PositionPaper4\(2009\).pdf](http://www.alzheimers.org.au/upload/PositionPaper4(2009).pdf)
- 15) あやちゃん：もの忘れネットカフェ 2号店、2008.09.07
<http://blog.goo.ne.jp/ninjinsha/e/6b978facfe9e714cca6f804df1280151>
- 16) 森岡正博：生命学に何ができるか p.341-342 勁草書房 2001/11
- 17) クリステーン・ボーデン、訳 檜垣 陽子：私は誰になっていくの?—アルツハイマー病者からみた世界 p 65 クリエイツかもがわ (2003/10)
- 18) ダイアナ・マクゴーウィン、訳 中村洋子：私が壊れる瞬間 p.152 DHC 1993/10
- 19) エリザベス・マッキンレー／著 コリン・トレヴィット／著 遠藤英俊／監修 永田久美子／監修 木之下徹／監修 馬籠久美子／訳；認知症のスピリチュアルケア—こころのワークブック 新興医学出版社 2010年03月

E. 健康危険情報

とくになし

F. 研究発表

1. 論文発表

木之下徹：訪問診療の立場からみた精神科 入院医療の役割，現状と課題アルツハイマー型認知症診療の意義とあり方を考える. 老年精神医学雑誌, 23 (5): 578-585 (2012).

朝田隆, 片山禎夫, 木之下徹, 武田章敬, 宮島俊彦：認知症を抱える本人の視点. CLINICIAN, 608: 6-20 (2012).

繁田雅弘, 河野禎之, 安田朝子, 木之下徹ほか：専門医を対象とした認知症診療のあり方とその手法に関する面接調査. 老年精神医学雑誌, 23 (4): 466-480 (2012).

2. 学会発表

とくになし

3. その他

木之下徹, 勝又浜子, 加畑裕美子, 中野あゆみほか：【シリーズ連載】これからの認知症診療の目指すもの 特別座談会 Vol.1 私たちは、どのように「認知症」を捉え、共に歩むのか—「パーソンセンタードケア」と「地域における連携ケアの重要性」—. Doctors Journal, 5: 22-31 (2012).

木之下徹：医療が変わる 私の懺悔録. 永田久美子 (監) 扉を開く人 クリステーン・ブライデン. 株式会社クリエイツかもがわ, 京都. 119-136 (2012)

木之下徹：働く人とそのご家族のための健康講座 認知症 誰の身にも起こることとして捉える. 日本経済新聞. 2012年12月26日付.

木之下徹, 勝又浜子, 加畑裕美子, 中野あゆみほか：【シリーズ連載】これからの認知症

診療の目指すもの 特別座談会 Vol.2 地域のかかりつけ医が担うこれからの認知症診療
—「パーソンセンタードケア」と「地域における連携ケアの重要性」—. Doctors Journal,
6: 8-17(2013).

G. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得

とくになし

2. 実用新案登録

とくになし

3. その他

とくになし

各国の認知症の意識；総論

河野禎之¹⁾・小野寺肅²⁾・江利紅³⁾・本多智子²⁾・谷口真理子²⁾・木之下徹²⁾

1) 筑波大学人間系障害科学域

2) 医療法人社団こだま会こだまクリニック

3) 中国江西財經大学法学院

はじめに

近年の高齢化の波は、我が国においてのみ問題となっているわけではない。国連による2010年の人口推計¹⁾によれば、65歳以上の高齢者人口は全世界でおよそ5億人を数えることが示され、今後も爆発的に増加することが予想されている。

こうした高齢者の増加を背景として、認知症の問題も各国で顕在化され始めたことから、World Health Organization (以下、WHO) と Alzheimer's Disease International (以下、ADI) は共同で2012年に「Dementia: a public health priority」を発表した²⁾。この中で、認知症の人の数は2010年時点で世界ではおよそ3560万人と推計され、毎年770万人も増加していることが報告されている。また、認知症は本人と家族、介護者にとって脅威であり、認知症に対する理解が多くの国において不足していること、その結果としてスティグマや診断・ケアの障害となっており、家族や介護者にも身体的・心理的・経済的に打撃を与えるとまとめられている。これらを踏まえ、このレポートでは認知症を世界の公衆保健における優先策にすることを各国政府及び政策決定者に提言している。

こうした流れを受け（あるいは流れの源流として）、世界各国では認知症国家戦略の策定が進められ、主要国では実際の取組みが始まっている場合が少なくない。認知症国家戦略は、それぞれの国における文化や思想、経済をも包括し、認知症に対する理念を最も強く反映した資料と位置付けることができる。我が国においても2012年に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームより「今後の認知症施策の方向性について」が発表され³⁾、これをもとに「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が策定された⁴⁾。そこでは7つの柱が設けられ（表1）、特に認知症の人が可能な限り住み慣れた「地域」で生活を続けていくための支援が重視されており、そのための医療・介護サービスの構築や日常生活・家族の支援の強化、人材育成等が掲げられている。このような我が国において国家戦略の柱として据えられた課題は、世界各国においても共通する課題として存在するのか、あるいは最も高齢化が進んだ日本において顕在化した課題であるのかを調査することは、今後の我が国における認知症ケアの方向性を確認するうえでも重要であろう。本稿に先立つ平成