

もに前二者と比べてだいたい高めに設定されている。

#### c) 加算について

以下のような加算が認められている。すべてのサービス形態で加算可能な項目として、入浴加算(1日50単位)、栄養改善加算(1回150単位、月2回を限度)、口腔機能向上加算(1回150単位、月2回を限度)、個別機能訓練加算(iの場合27単位、iiの場合42単位)、そして2009年に新設された若年性認知症受入加算(1日60単位)が認められている。通所リハビリのみ加算可能な項目として、リハビリテーションマネジメント加算(月230単位)、短期集中リハビリテーション実施加算(月280単位)、個別リハビリテーション加算(1日80単位、月13回を限度)、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(1日240単位、週2日を限度)が認められている。その他人員配置の内容によってはサービス提供体制強化加算もあるがここでは詳述しない。また利用定員の超過や職員の基準以下の配置については、減算(所定単位数の70%)がある。

## 2) ショートステイとは

ショートステイと呼ばれているものは、短期入所生活介護および短期入所療養介護という用語で示されるもので、厚生省令<sup>2)</sup>に基づき以下に示す。いわゆるショートステイには次の3つのサービスがある。それぞれの概要について示す。

### (1) 短期入所生活介護

短期入所生活介護とは、

「居宅要介護者等について、厚生労働省令で定める施設または老人短期入所施設に短期入所させ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行なうこと」

をいう。

### (2) 短期入所療養介護

短期入所療養介護とは、

「居宅要介護者等(主治医がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る)について、介護老人保健施設、介護療養型医療施設その他の厚生労働省令で定める施設に短期入所させ、当該施設において看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行なうこと」

をいう。

後者は前者と比し、「看護、及び医療」対応が含まれている。その他、ショートステイではないものの、すなわち「短期入所介護」ではないものの、実質上短期の介護付き宿泊の形態として次のものがある。

### (3) 小規模多機能居宅介護の短期入所サービス

3つめに、平成18年4月に新設された、つまり地域密着サービスにおける「小規模多機能居宅介護」の中に短期入所サービスがある。まず小規模多機能型居宅介護とは、平成18年4月の介護保険制度改正により創設された地域密着型サービスのひとつである。

「介護が必要となった高齢者(主に認知症高齢者)が、今までの人間関係や生活環境をできるだけ維持できるよう、「通い」を中心に「訪問」「泊まり」の3つのサービス形態が一体と

なり、24時間切れ間なくサービスを提供できるのがその大きな特徴である」とある。

この中の「泊り」、通称「お泊りデイ」が、認知症対応に含むショートステイとして位置づけられるとも解釈できる。設置基準等<sup>2)</sup>について続けて示す。

対象者と定員については、「認知症高齢者による利用が中心になるが、認知症の有無を問わず、利用可能」とされる。また利用定員については、1事業所当たりの登録定員は25名以下であり、「通い」の1日当たり定員は、概ね15名以下、「泊り」の1日当たり定員は、概ね9名以下とされる。設備要件としては、「居間（食堂、機能訓練室、台所を兼用）、夜間ケアを行うための個室、静養室、相談室、事務室を設けること、建築基準法をベースとし1人当たりの面積基準を設けることとし、サービスごとの面積基準を設けていない。夜間ケアは実情に応じた居間や静養室をパーティションで仕切る形態でも可能」とされる。さらに職員配置については「訪問ケア、日中ケア、夜間ケア夫々に固定配置をしない。介護支援専門員1人は必置。認知症グループホームの人員配置（日中は3対1、夜間は1人以上）を参考にする」とある。

### 3) デイサービス、ショートステイにおける認知症の行動・心理症状に関する課題

以降の論を進めるにあたって、まず「認知症の行動・心理症状への対応について」、以下にWAM NET内に記載されている論点を引用する。

『「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、在宅における BPSD 対応の支援、BPSD に対する適切なケアの提供を図るため、適切な BPSD 対応等を行う緊急時の短期入所系サービスの評価のあり方について検討する旨の提言がなされている。現状の介護サービスにおいては、短期入所生活介護、短期入所療養介護における「緊急短期入所ネットワーク加算（1日50単位）」により緊急時のベッド確保について評価しているものの、これは BPSD に特化したものではない」

このことを踏まえこの度の「短期利用共同生活介護」が設置された、とある。

要件としては、「認知症対応型共同生活介護における事業開始から3年以上経過している施設であって、一定の研修を修了した介護従事者が確保されている場合、1ユニットにつき1名を限度として、短期利用共同生活介護費を算定できる」とされている。しかし、ショートステイ利用の現状としては、緊急利用をできなかったり、利用できたとしてもそのサービスの内容に不満が多い<sup>3)</sup>という報告もある。

少なくとも、ここまでで、デイサービス、ショートステイを利用するときの留意点として、次のようなことが挙げられる。

本人の身体状況、周辺症状を十分に理解し適切なサービス形態を選択する必要がある。施設の大きさ、定員人数、認知症対応型、特養併設施設、単独施設、食事の内容、施設内の設備、レクリエーションに至るまで様々な事を考慮する必要がある。同時にケアスタッフには、日常の生活状況を詳しく伝え、服薬の内容も伝えることが望まれる。

ここまで、いわゆる外側（インフラや人員などの提供サービス側）の視点で述べてきたが、次に BPSD について内側（当事者）の視点で、施設利用にあたっての留意点を抽出し、考察を加える。

### 3. BPSD に対する考え方を共有する

BPSD が生じているのであれば、その種類によって、中核症状に対する二次的なものである。すなわち、なんらかの原因が存在する。薬剤の副作用の結果であったり、伏在する身体疾患が原因であったりもする。しかし日常的には、認知症本人への周囲の人の関わり方がその原因となることも多い。たとえば、アルツハイマー型認知症でしばしば認められるものとりれ妄想を例にとる。中核症状と遅延再生障害がある。すなわち、学習できる能力に障害があるのである。いまやったことを忘れる。日頃から打ち解けない嫁が目の前にいる。いつも大切にしている財布がない。ここまで条件設定をすれば、そののち何が起こるのかは多くの人にとって、同じイメージを共有できると思う。

すなわち、BPSD に至るプロセスには、了解可能性がある、ということである。この性質は、施設側スタッフにとって、認知症の人々と関わる上できわめて重要なコンセプトを与える。

#### 1) 認知症本人とケアする側の意識のギャップ

そもそも自らが医師から薬を処方される場合、神経質なほどにいろいろと心配になり、不安になる。たとえば、「高血圧だから薬が必要です」と医師に宣告された場合、筆者であれば、「どんな副作用がありますか?」「一生飲まなくてはいけないのですか?」「飲んでいつ頃から効果があるのですか?」云々、と医師に対して質問すると思う。一方、大勢いる利用者(当事者)に対して、一人で服薬支援をする場合を考えてみよう。利用者は高齢であることもあり、たいてい数多くの薬を飲んでいる。たとえば、この15分間ですべてのひとに薬を飲むことを確認しなければならない。そのとき上述したようにいちいち筆者が自分が飲む場合に問いかけたような問いかけをしながら、服薬支援を行っているのだろうか。そこには、自分が薬を飲む場合と比べて大きなギャップはないだろうか。物理的(時間的、空間的)に厳しい制約のもと、大切な服薬支援とはいえ自ずと制限が加わる。しかし少しでもこのギャップを埋める努力が求められる。ここでは服薬に関して象徴的に示したが、BPSD 対応についても、自分の内的風景と BPSD を引き起こさざるをえない認知症の人の内的風景についても、そのギャップについて、この薬の話と同じことがいえるのではないであろうか。

BPSD 対応策を講じる前提として、ケアスタッフ、医療スタッフ、家族間でできるならば、こういった考え方を共有できることが望ましい。たいてい後から生じるトラブルは筆者の経験から、この共有化に問題があった、という例は枚挙に暇がない。

#### 2) パーソンセンタードケアはデイやショートステイで働くケア専門職のためにもある

ここで小見出しにこのようなタイトルを大胆にも書いたのには、次のような理由がある。パーソンセンタードケアに言及するときに、その中の重要な構成概念である(と筆者は考えるのだが)本人視点が強調されすぎる場合が散見される。本人至上主義的な、到達し得ない要件が目標となり、BPSD の対応に苦慮するケアスタッフが無力感や徒労感を感じてしまい、仕事に対する意欲を喪失してしまうシーンに接することがある。一方、逆に、「我々はパーソンセンタードケアを実践している施設です」という案内や言い方をするケアスタッフの責任者もいる。本人により添うべく努力していることは信ずる。しかし、はたしてそれは「本当か?」と疑問

と不全感を感じながら筆者の悩みはつきない。厳密な意味で、本人の立場に立つことはできない。他人に自分が完全に置き換わることは不可能だからである。だからこそ、いかにそこに近づくのかの道筋を、たとえば、トムキットウッド<sup>1)</sup>やドーンブルッカー<sup>3)</sup>は教えてくれているのだと考える。両極端な上の二者の場合について示した、パーソンセンタードケアの実践において、そうならないために、あるいは形骸化しないように、現実のものとして息づく努力を惜しんではならないと考える。その結果、もしそれが実践し得たらならば、当事者（認知症本人）はもとより、関わるスタッフにとって大きなメリットがあると筆者は信じている。

ある認知症の人が次のように告白<sup>4)</sup>している。

「あなたが私たちにごう接するかが、病気の進行に大きな影響を与える。あなたの接し方によって、私たちは人間らしさを取り戻し、自分たちはまだ必要とされている、価値のある存在なのだと感じるができるのだ。「人間は他人を通して人間になる」というアフリカのズール族のことわざがあるが、これは真理だと思う。私たちに自信を与え、抱きしめ、励まし、生きる意味を与えてほしい。今の私たちと、その私たちがまだできることを認めて尊重し、社会的なつながりを保たせてほしい。」

という。もしこのことに、たとえばケアスタッフとして、あなたが答え、そしてその本人が「ありがとう、理解してくれて」と言われたら、あなたは何を感じるであろうか。筆者のたいていの反省点は、このことに対して答えられなかったと後になってわかることにある。職業上、結ばれた絆であっても、人間として接し、人間として答え合う関係性があれば、関わる人としてもうれしいことではないであろうか。筆者は、パーソンセンタードケアが示す意味とは、あまねく人としてみる視点のケア、であると考えている。関わる認知症本人に対しても人とみる視点を失わないことにも大きな意味があると考え。関わる我々も人なのである。そういった意味で、パーソンセンタードケアは、本人のためであるが、同時に我々関わる側のためにもあるのだと考える。

### 3) 目の前の認知症の本人は未来の私、という視点

BPSDに関連して、国内で数百万人というオーダーで当事者および関係者が浮き上がる<sup>5)</sup>。すなわちBPSDを伴う認知症を抱えている人は、実は「明日の我が身」と言っても過言ではないであろう。言い換えると、認知症を有する本人の視点とは、「目の前の認知症の人は未来の私」という視点としてもよい。

ここでもう少し具体的にこの視点を有するための方法論について、論じてみたい。仮に「今対面している認知症の方を自分だと思い、自分の欲目や周囲のしがらみを離れて、10秒間だけその人のことを考えてみる」ということを行うのである。「その方がもし自分だったら」という思いで、その方の置かれている状況を見てみる。そして再び、本来の自分に戻り、その方が、他人の欲目、周囲のしがらみ、ご家族の希望など様々なものに囲まれていることに気づき、それらの周辺事情と、先ほど洞察した「認知症の本人の視点からの世界」をすり合わせる。そのすり合わせた結果をもって、次に行動計画を立てるのである。

「目の前の認知症の人は未来の私」の中の「私」が満足しないようなケアや医療は、たとえそれがどんなに高尚で立派であっても、本人にとって何の意味もないものとなるであろう。言い換えると、本人の視点なき「質の高い医療」というのは、医療する側の都合で構成された「質

の「高い医療」であって、本人にとって必ずしも良い医療を保証するものではないのである。医療の本来の姿は当事者のためのものである。同時に我々という未来の当事者のためのものでもある。困っていることを伝えている家族や介護者の救済という視点からの脱却を図り、当事者の視点で家族やケアスタッフを含む全体を見直す姿勢が望まれる。家族やケアスタッフをないがしろにしてよいことを主張しているのではない。つい見落としがちな認知症の本人の視点を失ってはならないことを主張している。

#### 4) BPSD 増悪に伏在するせん妄（意識障害）

やや医療の色合いが濃いだが、ここで述べるせん妄については、医療のみならず、ケアスタッフも共有し、総力戦で対応すべき状態であると考え。おそらく第一発見者は、医療であるよりも、ケアに関わる人々であると考えからである。

せん妄とは、意識レベルの低下が原因で、普段見せないような行動や心理の症状を呈する。ぼーっとしておとなしく見えるような状態もある。しかし反対に、精神活動性が高まって、興奮や暴言暴力として出現する場合もあるので注意を要する。またせん妄には原因が比較的医療的な内容に基づくものも多い。たとえば、薬の副作用であったり、体調不良（脱水、便秘、発熱、がんなど）であったりすることがある。しかし、「せん妄である」といった気付きは、日常生活を知っているものの方が鋭敏であろうと考える。なぜなら、言動が日常と違うからである。そしてそれがとても微妙な変化であることも多いからである。

また BPSD と意識障害であるせん妄に対しては、医療介入を行う上で大きく戦略が異なる。したがって BPSD とせん妄をしっかりと分けて考える必要があるのだが、実際にはこの判別がきわめて困難である場合が多い。認知症ではないのに、せん妄があるため認知症であると誤認される場合すらある。繰り返すが、せん妄は一次的な症状というよりは、原因疾患や薬剤が引き起こす二次的な症状の場合が多い。さらに、そのせん妄によって、BPSD がますます増悪する場合もある。BPSD に伏在しがちであるせん妄を常に意識的に分けて考えるように心がけることが望ましい。それには、まず日常における違いに目を向けることである。

#### 5) BPSD への薬物療法に関して

##### (1) 認知症高齢者の服薬行動の特徴

施設においても、BPSD が出現している場合、しばしば薬物の問題が取り上げられる。なるべく薬剤を使わずに問題解決ができるようであれば、そうすべきである。なぜなら認知症高齢者は、一般の高齢者と同様に様々な合併症を併せ持ち体力的にも虚弱で、体組成でも脂肪の比率が高くなり、脂溶性の薬剤の貯留や効果の遅延がされやすくなるからである。また、しばしば心氣的に症状を訴えることが多い。実際の身体疾患に基づく訴えとの区別が難しく、多剤併用になりやすい。さらに BPSD に対して使用する薬剤、たとえば抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬、抗てんかん薬、抗パーキンソン薬などはその効果も大きいだが、有害事象のリスクも高いからである。したがって長期漫然投薬は避け、当面不要と思われる薬剤は処方せず、できるだけ少量かつ短期間での投薬を行うことを医療側は心がける必要がある。それを実現するためには、施設で関わるケアスタッフも、同じ意識で関わるべきである。逆に、BPSD が出現したからといって、即鎮静系薬剤の投薬の依頼を安易に医師にしてはならない。

繰り返すが、BPSDにはたいてい原因があり、それを無視して、鎮静系薬剤が投薬されることの危険はきわめて大きい。また認知症では認知機能障害があるため、本人に自らの疾患や処方の意味が理解できず、指示された服薬行動が望めないケースがほとんどである。こういった認知症高齢者の服薬行動の特徴を十分に理解し、適切な支援体制を確立することが望まれる。

## 6) 認知症とBPSDのアセスメント

たとえば、中核症状となる認知機能評価において、筆者はたとえば、遅延再生障害、注意障害、視空間認知障害、語想起障害、推論力障害に粗く分けて考えるようにしているが、せめて遅延再生障害が主なのか、注意力障害が主なのかを知る必要はあろう。遅延再生障害が主であればアルツハイマー型認知症である可能性が高く、それとは別に注意障害が主であればレビー小体型認知症であったりするかもしれない。あるいは薬剤性のせん妄かもしれない。そういった意味で、原因疾患の特定に役立つこともある。また診断は医師の独占的専有行為であるが、医療との架け橋として有用な情報を医師に与えることができるかもしれない。中核症状のあり方を専門的に詳しく知る必要はないが、ケアスタッフの対応のあり方に大きく影響すると思われるので、中核症状のアセスメントはおおざっぱにでも知るとよい。また認知症の重症度と関連するのだが、どのような生活のしづらさとつながっているのかをアセスメントすることも重要である。たとえば、IADL (手段的日常生活動作, Instrumental Activity of Daily Living)<sup>6)</sup>を使って、おおよその、買い物、洗濯、電話、金銭管理等の活動評価をしておくのも一法である。

さらにBPSDについても、まず現象面の整理<sup>7,8)</sup>をするとその原因の理解のためのヒントを与える。BPSDの種類、出現頻度、その程度(生活上の支障や介護負担の問題など)、BPSDが出現する環境(身体的な状況、服薬している薬剤、うつの有無、出現時間帯、出現場所、人間関係など)を把握する。このことを調べる過程で、BPSDの出現している人に対する対応の糸口が見つかるかもしれない。中には聞き取りをしている間にケアスタッフが理解を深め、それだけで落ち着くケースもある。

## 【引用文献】

- 1) トム・キットウッド(高橋誠一訳): 認知症のパーソンセンタードケア; 新しいケアの文化へ。筒井書房, 東京(2005).
- 2) 介護早わかりガイド. 厚生労働省 WAM NET URL ; [http://www.wam.jp/kaigo\\_guide/](http://www.wam.jp/kaigo_guide/)
- 3) ドーン・ブルッカー(水野 裕監訳): VIPS ですすめるパーソン・センタード・ケア. クリエイツかもがわ, 京都(2010).
- 4) クリスティーン・ブライデン(馬籠久美子, 桧垣陽子訳): 私は私になっていく; 痴呆とダンスを. クリエイツかもがわ, 京都(2004).
- 5) 本間 昭: 痴呆における精神症状と行動障害の特徴. 老年精神医学雑誌, 9(9): 1019-1024(1998).
- 6) 銚石和彦, 池田 学, 牧 徳彦, ほか: 日本語版 Physical Self-Maintenance Scale ならびに Instrumental Activities of Daily Living Scale の信頼性および妥当性の検討. 日本医師会雑誌, 122: 110-114 (1999).
- 7) 国際老年精神医学会(日本老年精神医学会訳): BPSD; 痴呆の行動と心理症状. アルタ出版, 東京(2005).
- 8) 木之下徹, 本間 昭(監): 認知症 BPSD; 新しい理解と対応の考え方. 日本医事新報社, 東京(2010).

認知症の本人が語るといふこと

# 扉を開く人

クリステイーン・ブライデン



監修／永田久美子 認知症介護研究・研修東京センター

編著／NPO法人 認知症当事者の会



クリエイツかものがわ  
CREATES KAMOGAWA

真が添えられています。「桃栗三年柿八年 俺ハ一生」。「俺ハ一生（なりがたし）」と補うのでしょうか。なりがたいけれど、なろうとしている。クリスティーンのいう「私は私になつていく」に通じる心境のようにも思われます。

水木さんは今、一日一時間ほど散歩し、迷わず帰ってくるそうです。一人で歩ける間は一人で歩き、助けが必要になれば二人で歩き、歩けなくなるまで歩く。一人で生きられる間は一人で生き、助けが必要になれば助けを求め、生きられなくなるまで生きる。そんな「手さぐりの日々」は、「お先真っ暗」とは異なる、明るさや色合いを確かにもっているようです。

クリスティーンが語り、書き記した、認知症とともに前向きに生きる、そのような旅路を歩もうと決意する人たちが、一人、また一人と増え、広い大きな道をつくろうとしています。

（川村雄次）



クリスティーン、ポールと水木さん  
2007年 東京

## 4 当事者発信が生み出しつつあること

### 医療が変わる 私の懺悔録

クリスティーンを皮切りに当事者が語り始めた背景には、一九九〇年代後半に顕著になってきた医学の進歩がありました。画像診断などによる早期診断技術の発達。これによって、自分が認知症であることを自覚できる「初期の段階」で診断ができるようになりました。さらに、ドネペジル塩酸塩（商品名：アリセプト）に代表される抗認知症薬の登場により、その状態を長続きさせることが可能になってきました。

こうした状況で、旧来の「本人は何もわからないからいいけれど、介護する家族が大変」という認識を前提としてきた医療・ケアが、根本から変わらざるを得ない状況に迫られています。ですが、

木之下 徹 きのした とおる

こだまクリニック院長



医学の進歩によってもたらされた「新しい流れ」に、医学は対応できているのか？ クリスティーンたちが語り、行動することを例外として排除する一方、目の前の認知症の人たちの言動を「問題行動」とみなし、ひもや鍵、薬などを使って抑制することが、あまりにも無反省に続けられているのではないかと、とりわけ医療の世界では、家族や介護者が「困っている」という訴えに対して自動的に「薬による抑制」を選択するようなことが、今も当たり前のように行われているのではないかと？

以下の報告は、現場に立つ一人の医師が、認知症当事者の発言との出会いから自らの臨床での振る舞いを真摯に振り返り、新たな立脚点を求めた試行錯誤の中間報告です。

認知症を語る「言葉」が変わる

まず医療の抱えているテーマを、自分だったらどうかと一人称で語って考えてみようと思います。私自身も、クリスティーンから発する流れに影響されてきました。それについてお話ししたいと思います。

診断、薬をどうするか、というのが医療のテーマです。それについてまず触れなければならぬことがあります。厚労省の二〇二二年六月一八日の「今後の認知症施策の方向性について」という

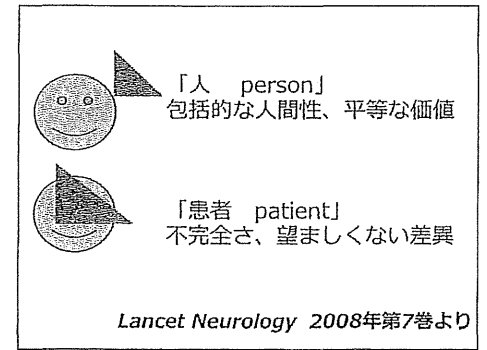
報告書についてです。

ここでは、「本人の意思」が強調されています。従来ならば、「本人とその家族」とかと書くのがふつうですが、ここには「家族」とは書いていない。あくまでも本人の意思が強調されています。それと「患者」という言葉が消えた。「対策」っていう言葉も消えまして、さらに、ちよつとこれはテクニカルな話ですけども、クリニカルパスというのがケアパスになっている。クリニカルパスというのは、入院を基軸に据えた概念であるそうで、それを地域での生活圏を基盤としたケアパスという概念にシフトした。

つまりいま言葉が大きく変化しはじめている、ということなんです。医療であっても同じ。言葉が変わると医療者の意識も変わります。すると、なすことも変わっていく。それによって結果も変わる。そういう現象は、歴史的にも枚挙にいとまがないわけです。で、こういういったことにヒントを得て、つまり私自身の小さな経験ではあるのですが、言葉の変化を起点とする私の医療に対する意識の変化、行為の変化について考えたいと思います。

「患者」という言葉は大嫌い

まず、クリスティーンの講演でも本でも目につくのは、患者という言葉が彼女と言わない、使わないということなんです。クリスティーンはそのことをずっと発信しておられます。永田久美子さんや



「人」と「患者」の違い

大熊由紀子さんなどが「患者」という言葉に対して、ずっと前から、その言葉の意味合いに対して抵抗感を表明されておられました。

しかし、この時期恥ずかしながら、私は全く鈍感でありまして、つまり、患者でOKだったと。

そして、二〇〇八年のある日に、神奈川県藤沢市で神経内科のクリニックを開く川嶋乃里子先生からある論文を送ってもらいました。「ランセット・ニューロロジー」という、医学界では有名な権威のある雑誌に載った論文です。「人 person」という言葉が「包括的な人間性や平等な価値」を表すのに対して、「患者 patient」と言う言葉には、「不完全さや望ましくない差異」という意味合いがある「ステイグマティックな用語である」と書いてある。それを図で表すと、こうなります。

これを読んだときに、「お前の診療態度は認知症で脳が変化した、その部分とだけつきあう態度だ」と指摘された気がしました。実際に私は脳を元に戻せない。かつ、やむなく認知症は進行する。この部分では誰も手を出すことはできない。脳トレやっても無駄です。たとえ効果があったとしても、焼け石に水。つまり、「お前は何もしてない」というふうなことが暴かれたような感じがした

わけで、それ以来、どうも「患者」という言葉が使いづらくなった。認知症の方々の家に訪問診療という形で一〇年ほど通い続けてまいりましたけれども、いまさらながら、永田さんや大熊さんの「患者」という言葉への抵抗感、あるいはクリスティーンが強く言っていた『患者』という言葉が嫌い』について、まじめに、その意味を考えるようになったわけです。

### 「認知症患者」から「認知症の人」へ

さて、ここで恥を忍び、自分の罪を告白しようと思っっています。

二〇〇二年に訪問診療のクリニックを始めました。都内でもこの当時、座敷牢に閉じ込められている人。あるいは畳がはがされて、コンクリートの上にビニールシートが敷かれていて、その上下半身裸で失禁したまま放置されている人。そういう風景をよく見かけました。ともかく家族が泣いている。そんなときにケアマネからクリニックに、「こんな人がいるんです」と連絡が入る。我々が訪問する。家族が、「私が近寄ると殴るんです。そのうちに殴りかかってくるんです」と言う。

僕はチャチャツとカルテに、「不穏興奮、暴力」と書く。即座に定型抗精神病薬という薬を一錠処方。統合失調症の薬で、静かにさせる効果がある。それでも、まだ家族が「大変です」といえば、どんどん追加して六錠まで使う。

ここで自慢。このころに認知症の人の症状にずっと六錠まで使う医師はまだ少ない。で、私はすでに使っていた。

やがて、もうちょっと手技が進歩します。同じように家族が泣いている。訪問。家族に私は「大丈夫」という。今度は非定型抗精神病薬という比較的新しい薬です。新世代の抗精神病薬ともいわれます。副作用は少ないといわれ、もつと鎮静作用が強い薬です。

それを〇・五ミリグラム。この当時リスパダールという薬は、一九九六年に上市され、統合失調症の人への最小用量は二ミリという量です。そこを微妙に、〇・五ミリ。この時期に認知症の人に對して、こういう処方というのは、数が限られた医師だけでした。

錠剤ならば一ミリ錠というのがあって、真ん中に割線がある。それを目安に割って半分にするんです。でも、リスパダールには液薬というのものもあるんです。ちよつと嘗めてみたら、味はわずかなみかんの皮の味がする。食べ物に混ぜればもうわからなくなる。だから薬を飲むのをいやがったときは、だましてご飯にまぶしたりすれば、薬自体は口に入る。

当時は実際にそうしたこともありました。でも副作用も実はありました。ある女性でしたが二ミリまで増やしたら、その方はおしっこが止まってしまった。あわててその人の家に引き返し、お

しつこの管をとりつけて尿を出した、みたいなこともありました。

でも、こういう処方をずっとやってきて、なんか変な感じがしてきたのです。なぜかというところでは副作用ですね。でもそれだけでは説明できない気持ちです。つまり、その薬によってより健康になったり、より快適になったりするのはない。むしろ逆です。

家族や周囲の人のために私は処方していたんです。飲まされる人のことを何も考えてなかった。自分自身が認知症になって、自分が目の前の人だったらと考え始めたら、当たり前前に飲まされる人の視点で考えなくてはならない。でも考えていなかった。重大な欠陥です。

実はいまま我々は都内で訪問診療をしているのですけれど、ケアマネから連絡が入って、その家に伺う。以前とは違って、静かにさせる薬があちこちで、精神科でなくてもいまや普通に処方されるようになってきた。でもそのせいで、本人や家族が苦しんでおられる。そういう姿をよく見ます。

言葉が変われば処方が変わる

ところで私は、先ほどの論文を読んで、「患者」と言うのをやめることにしたのです。というより、言えなくなってしまうのです。日常の診療の場面でも「患者さん」と口にすることができなくなりました。その後の私の臨床例をご報告します。

在宅医療の分野で著名な、新宿の英裕雄先生が診ておられた方で、一緒に診てくれないかと言われて関わらせていただいた人がいます。レビー小体型認知症と言って、幻が見えたり、体の動きが悪くなったりするような症状を示す八〇歳代の男性でした。

この方はすでに二か所の大学病院でレビー小体型認知症の診断を受けていたのですが、いつも一緒にいる奥さんが、訪問時の一年ほど前から急に状態が悪化した、というのです。

これから治療介入するうえで心配事があった。病院に通っていた時分、アリセプトを飲んだ。そしたら興奮が強まって暴れた、というのです。だからいまは打ち切った。また抗精神病薬も処方された。これはさきほど申し上げました静かにさせる薬ではありませんが、それはいままも続けて服用している。しかし、支離滅裂な言動がずっと続いている。でも飲ませ続けている。にっちもさっちもいかない状況でした。

ご自宅に伺ったとき、そのご家族に薬を切り替えませんかと提案しました。ただし、しばらく大変な時期がありますよ、と。それでまあ、そのことについてずいぶん話し合ったのです。それで最後には、ちよつとまあ、奥さんがやってみましょうということで、治療介入が始まりました。

そこで、これまでとは逆に静かにさせる薬を切り、アリセプトをどんどん増量していくことを決めました。たしかにこの処方に切り替えてから、前よりも状態が悪くなることもありました。スタッ

フは根気よく毎日電話を入れ、医師は三日ごとに訪問しました。医師というのは僕じゃない。英先生です。すごい先生です。

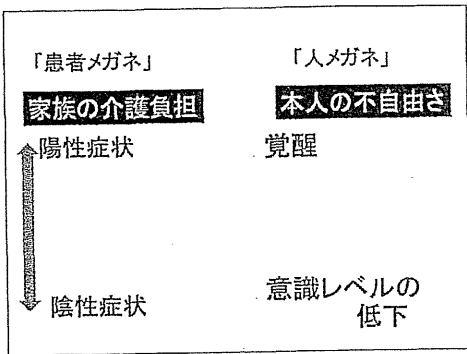
それから二か月後、医師が状態の確認に伺うと、「ドクター、こんにちは」とご本人がおっしゃる。「お忙しいのに恐縮です」と簡単な挨拶もされる。

驚くわけです。すべてがよくなったわけではない。でも、困った言動が現れたとしても、この二か月間を通じてご家族にとっては、それはご本人の心の表れであったり、体調の変化によるものだと受け止めるようになったのです。それ以降、ご本人は家族と

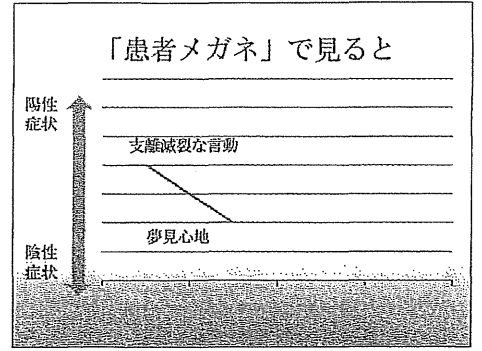
会話をするようになり、いろんな冗談もおっしゃるようになったということです。

一見めずらしい話のように聞こえるかもしれませんが、我々の訪問診療で伺う方には、本当にこういう方が多い。多いときには半数近くはこのような方々です。

何が変わったのか。家族の視点でみていくのか、本人の視点で考えるのか。あるいは本人を「患者」として見るのか「人」



見方が変われば見え方が変わる



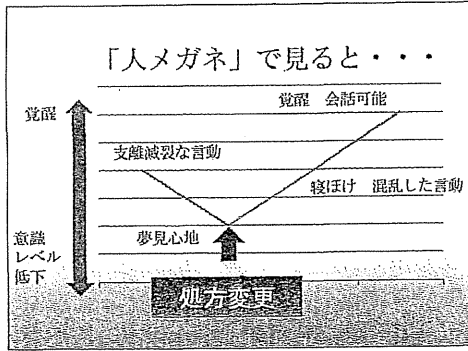
として見るのか、そういった変化があるかと思うのです。そもそも「アリセプトが効いているかどうか」は、本人の側に立って見ないと、はかれない。家族にとってやっかいだから、という視点では、この薬の効果を見誤るのではないかと思うようになりました。つまり、「効果」を「副作用」と見誤って、正反対の処方をしてしまう。

「患者メガネ」を通して見るか、「人メガネ」を通して見るかで、同じ人の行動や状態の見え方が違ってきます。どう違うか？ 図

をご覧ください。

「患者メガネ」を通して見ると、支離滅裂な言動があり、わめきちらず、という「陽性症状」がある見える。で、アクセルを外し、ブレーキをどんどん踏み込む。それでも陽性症状がなくならない。だから、その言動が止まるまでブレーキを踏み込む以外に打つ手が無い。「生きる屍」に近づいていきます。

日頃私は、この「陽性症状」とか「陰性症状」とかいう言葉を全く使わないのですが、単にわかりやすくするためにあえてそのように表現します。



これに対して「人メガネ」で見してみる。本人としては、薬によって人工的に意識レベルを下げられ、縛られたように身動きがとれない状態と見える。この人工的に眠らされている意識を「起こそう」ということで、抗精神病薬を打ち切り、アリセプトを処方します。すると、次第に目覚めてくるが、いきなり完全に覚醒はしない。いわば「寝ぼけた状態」、半分霧がかかったような状態になる。当然、混乱した言動がある。それでもそれを続ける。

あるとき完全に目覚めて、普通の会話ができるようになる。もちろん、覚醒した結果、うれしいこともあれば、かえってつらいこともあるでしょう。

しかし「うるさいから黙らせる」のではなく、「うるさくても人らしく生きられる」ように支援するのが医療なのかなあ、と思うようになりました。見方が変われば見え方が変わり、処方も変わってくるというわけです。

向精神薬、いま申し上げた抗精神病薬や睡眠薬は、本人が飲みたくななくても、家族の都合によって処方されることが多い。例えば、確かに家に伺うと抜き差しならぬ状況というのがあり。私の訪

問先でも、自殺もあったし、他殺もありました。だからと言って躊躇せずに出す薬なのかどうか。僕のいまのその懺悔を通じての処方の変化は、長い目で見てこの薬はいいのか悪いのか、どんなことが起こるのかを知った上で、本人がそれでも飲みたいかどうかという、そういう思考実験が必要なのかなあ、と。

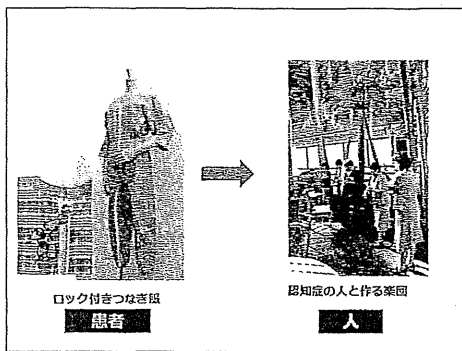
例えば、先週伺った六二歳くらいの方ですが、ある病院でガンの手術をし、完治されました。歩姿は颯爽とされ、認知症だとわからないくらいの方でした。ガンの手術を終えてもそうだったのです。ところがその後、ナースコールを押しすぎるという理由で、抗精神病薬をどんどん処方され、

錐体外路症状で全身が固くなり、背中が丸まり、ほとんど自分で身動きできなくなりました。

退院してから、薬を完全に抜いて二週間ぐらいしたらずいぶん良くなったのですが、ただ、果たしてこういう状況が、抜き差しならぬ状況であろうかという疑問があります。

見方が変われば生きる姿が変わる

「見方」が変わると「生きる姿」までもが変わってくるということが現に起こってきます。左が、古い「認知症患者」のイメー



「見方」が変われば「生きる姿」が変わる

ジです。認知症の人の便いじりや放尿を封じ込めるため、ロックをつけた「つなぎねまき」などが開発され、推奨されました。施設には嚴重に鍵が施されていました。「囚人」にかなり近いイメージです。右は、新しい姿。認知症の人とつくる楽団です。デイケアに通う五〇代の認知症の男性が、若いころクラリネットに打ち込んでいたとわかったのをきっかけに、他の利用者や妻たち、職員と一緒に音楽の練習を始めました。数年前には想像もしなかったような「姿」が生まれてきています。この施設では日中、鍵はかけません。

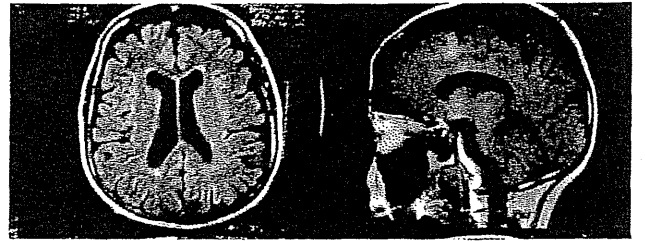
#### クリスティーンの診断について

つぎに診断にまつわる、自分ごととしての話です。

クリスティーンは、一九九五年、アルツハイマー型認知症であると診断されました。一冊目の『私は誰になっていくの?』に書いてあります。

一九九八年にPETという特殊な脳の機能を調べる検査などによって前頭側頭型認知症であることがわかって、診断名が変わった経緯について書いてあります。二〇〇三年にクリスティーンが来日したとき、長谷川和夫先生は、彼女をアルツハイマー型認知症を知るために神が遣わしたもう一人、と言いました。故小澤勲先生は、非定型の認知症だとしました。

しかし、認知症の専門医の先生は、これは誤診だと。この診断は違うと。あるいは認



クリスティーンの脳のMRI画像 2003年

知症じゃない、というように言っておられました。こういう言い方をすると、認知症を否定した医師は間違っている、ともとれますが、ここではそういうことを伝えたいのではなく、自分ごととして診断がどう取り上げられているかの風景について触れようと思っています。

これは『私は誰になって行くの?』の本で示された、クリスティーンの脳のMRI画像です。

クリスティーンは言う。「講演のとき、私の脳のスキャンを見せますが、一二〇歳の人の脳だと医師に言われます」。ポールが言う。「有名な医師が『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、『それが事実なら自分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」。

ここで認められるのは、興味深いコペルニクス的転換ですね。視点の転換があるわけです。エリザベス・マッキンレーは『認知症のスピリチュアルケア』という本の中で、「認知症の人は語らない」と人々は思っている。そうじゃない、「語らせなかったのだ」という視点の転換について触れていきます。

診断話をもう一つ。

認知症の当事者で社会に向けて発信した人それぞれが経験されたと思うのですが、ある専門医の診断がある。でも別の専門医は、その診断は違っているという。ときには、そんなにものごとができるのなら、認知症ではない、とまで言われます。

声をあげるのは金儲けと中傷する医師もいる。その真偽をいま議論してもなにも生まれないので、それについては触れません。

なにが起こったか。医療の必要とする診断の意味と、本人の必要とする診断の意味とのぶつかり合いです。それ以上に、こういった議論は、せっかくカミングアウトした本人を傷つけることが現実にある。ひどい場合には、認知症であることが取り消され、制度が利用できなくなることもあるかもしれない。この経験はクリスティーンの経験と同じじゃないかというわけなのです。そういった課題を抽出したというところで、次の話。

本人にとつての「飲みごち」

薬の話です。

クリスティーンは、二〇〇三年の来日講演でこう述べたと言います。アリセプトなくしては、自分分は霧の中に住んでいる状況で、もがいて苦しむのですね。すべてのものが混乱していて、その闘

いのはて、疲労の極に達する、と。つまり、アリセプトの飲みごちについて話しておられます。医師としては、とても大切な情報です。

ところで日本人もちゃんとこの薬の飲みごちについて書いています。

これはペンネーム、水木理さんであります。

「いま私は、アリセプト一〇ミリを毎朝一錠服用しています。この病と宣告されて、六年目になりました。最近、アリセプト一〇の効用を体感しています。どうやら言葉が書ける、どうやら写真が撮れる……などの日々には感謝です」

この「どうやら」という言葉には打たれます。

ところが、多くの専門職の人々は、「興奮不穏の薬、効かない薬、飲まされる薬」だということです。専門医にとっての抗認知症薬。「アリセプトによる興奮のみが、医療が原因で入院となるケースがしばしばある」と書いてある。ある家族は、「認知症の診断を受けて、この認知症薬を処方してもらった。変化がないからやめちゃいました」と。あるいは「ビタミン剤のような気休めのものである」というのもあります。

「飲まされる薬」から「飲みたい薬」へ

そもそも飲まされているというのです。でも、薬って、自分のために飲むんじゃないか、という

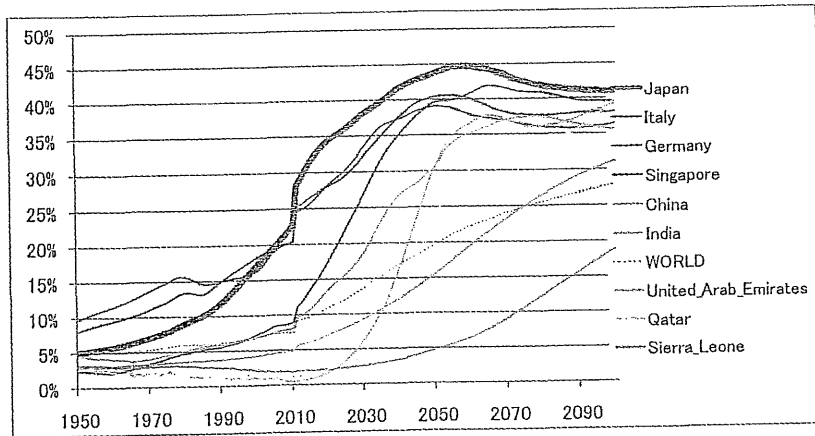
本質的なテーマもある。抗認知症薬の場合に、そこに難しさがあることに気づくわけです。

もし自分が認知症になったら、やはり、クリステインや水木さんのように、薬を飲みたいと思うのです。でも、肝心な、薬を飲む人の飲みごちについての知見が積み上がってない。だから、本来的な、いつ、どのようなときに、何を飲んだらいいか、どのように飲んだらいいかを手さぐりで探すしかない。

当事者からの発信なくして、言葉も変わらないし、医療も変わらないのです。認知症当事者研究会では、こういったことも含めて、発信していく必要があると思います。

日本のポジション

国連のシミュレーションデータです。縦軸は高



各国の人口動態とその予測

2010年までは統計値、2011年以降は推計値 いずれも国連データ (2011年) による



齢化率、横軸は年。実際のよりも高齢化率が二〇一一年以降、5%ほどやや高い値で計算されていますが、いずれにせよ、日本がいつも一位なのです。

一位日本、二位イタリア、三位ドイツなのです。これは三国同盟であります。覚えやすいですね。つまり、社会の高齢化において、日本は世界をリードしている。だったら認知症ケア、医療においてもリードできるはずだろうと。

残念ながら、WHOやADIの報告書を見ると、まだそのように世界は日本のことを認識しているとは思えません。でも、目指したい。そして、アジアから世界に発信するにふさわしい国でもあると思うのです。

みなさんとともに、これからの日本で力を尽くしつつ歩んで参りたいと思います。

## ケアが変わる

永田久美子 ながた くみこ  
認知症介護研究・研修東京センター

### 二〇〇三年当時のケアの状況

クリスティーンが最初に来日した二〇〇三年。当時の日本国内の認知症ケアの状況はどうだったのでしょうか。当時、ご家族からは「地獄と天国のようだ」という声が聞かれていました。どこでケアを受けるかで、制度的に同じサービスでも当たり外れが大きく、天国と地獄のような状態。

家族が地獄のようだと言ったところは、隔離・収容、魔の三ロック（拘束、薬で過鎮静、言葉で縛る）という、一九六〇年代の「ケアなきケア」をそのまま温存した対応がなされていました。

またあるところは、パンフレットや説明文の中には「ご利用者の尊厳を守る」と書かれていたにもかかわらず、実際は、寝る時間、起きる時間が決められ、決めた時間に全員一斉にお風呂に入られる、食事もおむつ交換も決められた時間内に効率よく処理されていくという状態でした。

これらは高齢者のケアの専門性が言われはじめた一九八〇年代と変わらぬ光景であり、提供する

稲垣 康次 富士宮市保健福祉部福祉総合相談課主任主査。二〇〇八年から保健福祉部に配属になり、認知症地域見守りネットワーク構築事業を担当している。

川村 雄次 NHK厚生文化事業団チーフプロデューサー。一九九〇年NHKに入局。長野局、松江局、文化・福祉番組などでディレクターとしてドキュメンタリーを制作。二〇一〇年から現職。共著『認知症のスピリチュアルケア』（新興医学出版）など。

木之下 徹 こだまクリニック院長。東京大学医学部保健学科、山梨医科大学医学部医学科を卒業。二〇〇二年東京都品川区を中心に訪問診療を始める。共著『認知症の薬物治療』（新興医学出版社）など。

佐藤 雅彦 一九五四年生まれ。埼玉県在住。クリスチャン。コンピュータ販売会社でシステムエンジニアや配送サービスを担当していたが、五一歳の時、認知症と診断。講演や情報発信を続けている。

佐野 光孝 一九四八年生まれ。静岡県富士宮市在住。ガス会社で営業職に就いていたが、五八歳で認知症と診断され、退職を余儀なくされる。働きたいと市役所を訪ねたのがきっかけで、観光ボランティア、講演、卓球、ギターなど活動の場を広げている。

永田久美子 認知症介護研究・研修東京センター研究部副部長。学生時代から地域や病院、施設で認知症の人と家族を支援する活動をしている。二〇〇〇年から現職。著書『認知症の人の見守り・SNSネットワーク実例集、安心・安全に暮らせるまちを目指して』（中央法規出版）など。

中村 成信 一九五〇年生まれ。茅ヶ崎市職員だった二〇〇六年二月、スーパーで万引きをしたとして現行犯逮捕され、懲戒免職。その後、前頭側頭型認知症と診断され、三年二か月に及ぶ公平委員会のやりとりを経て、懲戒免職処分は撤回された。現在は、写真撮影などの趣味を楽しみつつ、自宅近くの通所介護事業所の庭づくりを有償ボランティアで担当。著書『ぼくが前を向いて歩く理由』（中央法規出版）。

馬籠久美子 翻訳・通訳者。津田塾大学英文科卒業、米国マサチューセッツ州スミスカレッジを経て、マサチューセッツ州立大学アムハースト校大学院教育修士号取得、同博士課程に学ぶ。共著『環太平洋 先住民族の挑戦』など。訳書『私は私になっていく』など。

町永 俊雄 TVキャスター。一九七一年NHK入局。「おはようジャーナル」「福祉ネットワーク」などの番組キャスター。二〇一二年フリーキャスター。全国各地での「認知症フォーラム」コーディネーター。共著『シリーズ認知症と向き合う』全三巻（旬報社）など。

水谷 佳子 NPO法人認知症当事者の会事務局。こだまクリニック看護師。コンピュータプログラマー、トレーナー運転手を経て看護職。認知症と生きる人の発信支援を通して「自らが生ききる」ことを日々模索中。

## ロングセラー認知症ケアの必読書

◎認知症とともに生きる私の物語—

# 私は私になっ ていく【改訂新版】

認知症とダンスを

クリスティーン・ブライデン ●著  
馬込久美子・松垣陽子 ●訳

ロングセラー『私は誰になっっていくの?』を書いてから、クリスティーンは自分にならなくなることへの恐怖と取り組み、自己を発見しようとする旅をしてきた。認知や感情がはがされていっても、彼女は本当の自分になっっていく。 定価2100円



◎認知症という絶望の淵から、再び希望に向かって歩む勇気の物語—

# 私は誰になっ ていくの

アルツハイマー病者から見た世界

クリスティーン・ボーデン ●著  
松垣陽子 ●訳 (ブライデン)

世界でも数少ない認知症の人が書いた感情的、身体的、精神的な旅—認知症の人から見た世界が手に取るように分かる。 定価2100円



◎クリスティーン・ブライデンさんで夫妻の来日講演をわかりやすく!

## DVD・認知症の人から学ぶ

制作 ● 朝日テレビチャンネル 監修 ● 永田久美子  
製作・著作 ● 認知症介護研究・研修東京センター

パート1 認知症の旅が始まった頃 (21分)

認知症の本人や家族が体験する、診断を受けた当初の困難や状況や、その後の状態について学び必要な支援とは何かについて考えます。

パート2 認知症の人の体験 (16分)

認知症の人がその障害のために、日常生活の中でどのような体験をしているかについて学びます。

パート3 認知症の人が求めるケアとは (19分)

認知症の人が求めるケアについて学びます。

定価5000円

●本DVDは直売のみ=クリエイツかもがわにお申し込みください



価格は税込で表示

つたえる・つくる・つながる 3つの会@web

<http://www.3tsu.jp/>

認知症と生きるわたしたちが時間や場所に関係なくゆるやかにつながり、つたえ合う場を、つくろう。

いま、認知症と生きるわたしたちの声をこれから認知症と生きる人たちに届けよう。

そんな思いから、「3つの会@web」が生まれました。

意見交換したり、胸のうちを吐き出したり、情報発信したり。訪れた全ての人それぞれが、自分に合ったやり方でこの場に参加して下さると嬉しいです。

NPO 法人 認知症当事者の会

にんちしょうとうじしゃのかい

認知症と生きる人自身が、人生の主人公として暮らしをつくるために。まず、その声や意見を広く世の中に発信することを支援します。

3つの会@webの運営も行っています。

扉を開く人 クリスティーン・ブライデン  
認知症の本人が語るということ

2012年11月20日 初版発行

著者：◎クリスティーン・ブライデン

監修：永田久美子 (ながた・くみこ)

編著：NPO 法人認知症当事者の会

発行者：田島英二 taji@creates-k.co.jp

発行所：株式会社クリエイツかもがわ

〒601-8382 京都市南区吉祥院石原上川原町21

TEL 075-661-5741 FAX 075-693-6605

郵便振替 00990-7-150584

ホームページ <http://www.creates-k.co.jp>

印刷所：新日本プロセス株式会社

ISBN978-4-86342-100-4 C0036

○座談会○

## 認知症を抱える本人の視点



座長 朝田 隆

筑波大学 医学医療系臨床医学域精神医学教授

片山 禎夫

川崎医科大学 神経内科特任准教授  
認知症疾患医療センター副センター長

木之下 徹

こだまクリニック 院長

武田 章敬

独立行政法人国立長寿医療研究センター  
第二脳機能診療科医長

オブザーバー 宮島 俊彦

厚生労働省 老健局局長

(50音順)