

1. 認知症を取り巻く医療環境

認知症のある人を社会はどのようにみているか
朝田 平成25年度以降の医療計画に記載すべき疾患に、精神疾患を追加した「5疾病5事業」を盛り込むことが決まり、認知症医療は新たな局面を迎えることとなります。精神疾患で医療機関にかかっている患者数が近年大幅に増加し、平成14年からはがん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の4疾病を上回っています。なかでも平成22年の時点ですでに200万人を超えている認知症は、わが国が最優先に取り組むべき重要課題の一つと位置づけられています。このような背景を踏まえ、本日は認知症医療の根本を改めてみつめ、あるべき姿について話し合っていきたいと思います。

認知症は加齢とともに増加していく“common disease”である、という認識が定着しています。では、認知症を抱える本人からみた医療の現実はどうなのでしょう。認知症になると通常の医療が受けられないといった声も聞かれますが、日常での経験などを最初にお聞かせください。

木之下

以前厚生労働省班研究に参加し、認知症の人々が家族や医療者などからどのような扱いを受けているのか調べたことがあります。すると、例えば糖尿病に罹患していてもBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) があると適切な治療が受けられない、あるいは大腸がんの検査すら受けられない、といった心痛ましい現実が浮かび上がってきました。少なくとも私が話しているときには穏やかで理知的な方でも、そういう現実がありました。また、ある歯科衛生士が口腔ケアで訪問した際、認知症の人に「お歌は何か好きですか」と尋ねたんです。すると突然本人は「私を何だと思っているんだ」と怒り始めた。歯科衛生士は親切心のつもりで接したのです。しかし、認知症と診断されて以降、認知症というステイグマ、あるいはラベル化という事態を日常的に経験する不幸が続いていると本人が感じたため、怒ったのでしょうか。「自分ごと」とすれば当たり前な話です。

朝田 その方は子ども扱いされたと受け取られ



朝田 隆先生

たわけですね。片山先生は元国立病院機構の認知症治療医として、このような問題を経験されたことはありますか。

片山 私以前勤めていた施設では認知症を抱えていても、例えば大腸がん手術などがきちんと受けられる環境を整えています。入院のときや検査を受ける際にも「その人らしさ」に配慮した対応ができるように看護師やその他医療従事者に指導することが重要だと思います。木之下先生が紹介された事例はある歯科衛生士の認知症の人に対する理解不足から生じた問題のようですが、むしろ認知症の人と介護家族に病気の理解を促すた

めの教育・指導が不足している場合も多い。本人の心の動き、精神状態が穏やかに保てるための工夫、本人と家族の接し方を指導したり、相互に理解し合えるように手助けすることが大切だと思います。また、認知症の人が地域社会で生活していくには、近所の人や地域住民にも認知症の知識がないと本人を傷つけることも考えられますね。

朝田 なるほど。認知症の人にやさしさの手を差し伸べるとき、親切には二面性があることを忘れてはいけないということですね。本人がその行為に「うれしい。ありがとう」と感じる反面、「自分にはできない」と思っ手を手を貸したんでしょや「なさけない」と感じられる面もある。武田先生はこのようなケアの二面性にどのように折り合いをつけていますか。

武田 まずは本人の状況や状態をしっかり把握しておかないと、先ほどの「お歌」の事例のように認知症の人を傷つける可能性があると思います。ただ、本人がどこまでわかっているのか、できるのかを評価すること自体が傷つけるおそれもあり

(*元国立病院機構広島西医療センター 認知機能疾患科医長)

ます。そこが診療では一番難しいところだと感じています。外来診療で家族が「わかっていないこと、できないこと」を指摘したときに、私が本人に「この部分はしっかりわかっていきますよね」と話すと、「わかってくれているのだ」という安堵の表情をされる場面も少なくありません。「わかっていること、わかっていること」をきちんと把握するのが医療者の務めではないかと思えます。

朝田 「わかっているが、できていないところ」の見極めが大切ということですね。

木之下 武田先生が指摘された問題は、認知症の中における認知機能の低下は、症状という形では現れない、つまり認知症の苦悩の根源は内在化していることに関係しているのではないかと思えます。医療者が本人に病気や状態のことを伝えるときは、「できること」という能力を前向きにとらえて、それを周りの人々と共有することが大事なのだらうと思います。先ほど朝田先生が言われたケアの二面性ですが、うちのスタッフがある施設でこんな経験をしています。高度アルツハイマ

ー型認知症の人から「親切とお世話には涙が出ます。でも、涙の出る場所が違ふんです」と言われたそうです。

朝田 親切には感謝の気持ちから涙が出るけれども、お世話には「お世話になる自分が悔しい」という意味ですね。

木之下 そうです。「配慮」にはうれしいが、「対応」は平等な価値を有する人として毀損された気持ちがあったのでしよう。対応は悪いことに対して行われるようなイメージもあります。傷つくかどうかの判断は、「自分ごと」として置き換えて考えるとわかりやすいのではないかと思っています。

片山 そうですね。「○○をしてあげる」、「○○はできないでしよう」といった言葉遣い、あるいは様々な支援を含め、周囲の人々の接し方に対して、それぞれ本人が「うれしい」と思うのか、「うれしくない」と思うのか、心の動きをつかむことが認知症診療の基本にあると思います。

糖尿病になれば多くの患者さんは病気を克服しようとして努力されます。でも認知症の場合、そうし

た努力が周りの人から評価されない方向に向かってしまうことが多い。そのことを理解せずに、周りの人がそうした努力を否定したり、「できないでしょう」と言うと、認知症のご本人は傷ついてしまうと思います。

「尊厳の保持」と「自立支援」は普遍的な理念
朝田 宮島局長は、臨床医の先生方のお話を聞かれて、認知症の人との接し方についてのよう
なご意見をお持ちですか。

宮島 私自身は臨床の経験がないのですが、実は一人暮らしの義理の母に認知症があり、料理などの日常生活を手伝っています。その経験を通して感じているのは、本人は自分のことが意外とわかっていて、病識があるということです。もう一つは、周りの人が認知症の方と良好な人間関係を作っていく工夫が大切だということです。例えば、本人は洗濯や料理をやりたいけれども手順がわからなくなっている。そういう場合でも、本人が手伝えるパートを見つけて、一緒に作業するととて

も喜んでくれます。

周りの手助けが認知症の方を傷つけてしまうという問題は、介護保険制度で掲げている基本理念の「尊厳の保持」と「自立支援」とも関係してくるのではないのでしょうか。これらは認知症の方を含めた高齢者ケア全体に適用されうる普遍的な目的だと思っていますので、認知症の医療者もこの理念をどのように実現するかが今後大事になってくるのではないかと考えています。

朝田 「尊厳の保持」は認知症の人が傷つかずプライドを保つ、「自立支援」はケアあるいは手助けという意味で、理念として共通性があることがよくわかりました。

食事がうまくできない、服が着られない、トイレの水を流すのを忘れるといった症状は、BPSDではなく、生活機能障害といえるでしょう。これに指導をされたら誰しもいやな気持ちになります。尊厳を保持しながら、いかに自立を支援するかという具体的話になると、それは心の問題ではなく、むしろ技術論へと進んでゆくとおもいます。

認知症におけるパーソン・センタード・ケア
朝田 トム・キットウッドが1990年代に新たな認知症ケアモデルとして「パーソン・センタード・ケア」を提唱し、日本でもその概念に基づく取り組みが行われております。皆さんは、日常臨床においてこの考え方をどのようなイメージでとらえていますか。

武田 これは木之下先生から教わったことです。認知症は誰でもなる可能性があり、「自分が認知症になった場合のこと」を忘れないよう診療を行うことを心がけております。厚生労働省在職中に若年性認知症施策に携わったときも、チーム

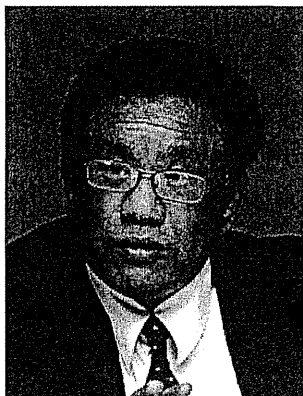


片山禎夫先生

のメンバーと「自分たちが若年性認知症になったことを想定して考えよう」を合言葉として、必要な支援やサービス、体制を検討したことを憶えています。

朝田 自分がその立場になったら「どうしてほしいのか」、これに尽きるということですね。片山先生のご意見はいかがですか。

片山 認知症の人は機能の低下や症状をその人なりに乗り越えようと努力しているのに、勘違いをしたり、夕方なのに外出したり、入院中に帰宅するといった行動をとってしまう。本人は頑張っていたことなのに周りは理解できない。パーソン・センタード・ケアでは、本人と周りの人に認知症の理解を促し、このような努力行為の意味をわかってもらうこと、そして勘違いをしないための工夫を図ることが必要だと思います。パーソン・センタード・ケアの基本は、本来できていたことができなくなっただけだから周りの人が代わりにするのはなく、一緒にすることによって、部分的にでも同じことができるようになる。本人がうれし



木之下 徹先生

い、楽しいと感じるのは、同じ立場で周りの人と一緒に何かをする、ほかの人に何かしてあげることではないかと思えます。必要としてくれる人がいること、楽しいという気持ちを持てるように指導していくことが大切です。

朝田 おっしゃるとおり、自分が周りから必要とされていると感じることは、人間が尊厳を持って生きていくうえでの原動力だと思います。何かと一緒にすることで喜びを感じたり、自分の存在理由を認めてくれる人が周りにいると、認知症の人が生きるうえで大きな力になるということですね。

木之下 トム・キットウッドの後継者であるドーン・ブルッカーは、2007年にパーソン・センタード・ケアの概念をVIPSという4つの要素に整理しています。Vは「Values people」（人の価値）、Iは「Treat people as Individuals」（その人のための治療）、Pは「Perspective of service user」（サービス受益者の視点）、最後のSは「Supportive social psychology」（社会心理面でのサポート）で、私がこの要素の中で好きな言葉です。仮に局所的に言うとう人間関係、もう少し拡大するとそれが織りなす文化あるいは社会が形作っている価値観だと思います。パーソン・センタード・ケアは「その人中心の視点に立ったケア」と誤解されやすいのですが、実際は、スタッフも医師も何らかの動機や理由があってケアに関わっているし、楽しみも悲しみも感じる人間です。「その人中心の視点」のみでとらえてしまうと、極端に言えばVIPSの「P」（サービス受益者の視点）だけになってしまいます。片山先生、朝田先生が言われた「私を必要とする人がいるんだ」という思いは「S」（社

会心理」に含まれる。この要素が社会全体に関わってくる問題であり、「自分を必要とされてくれる存在」が感じられる文化に成長していかないと、人として扱われない瞬間がたくさん生じるのではないだろうか。

2. BPPSDに対する医療の課題

BPPSDには本人も困っている

朝田 地域あるいは在宅における認知症医療では、BPPSDをどのように扱うかが重要な課題になっていきます。BPPSDは幻覚、妄想、徘徊、易怒的で暴言を吐く、暴力をふるう、不穏で落ち着きがない、落ち込み、無気力、受診を拒むなどの症状を包括した幅広い概念です。これを論じるうえで、アルツハイマー病やピック病といった原因疾患とその疾患のステージ、そして対応もしくは、脳病変の程度のパラメータという三つの切り口からとらえると理解しやすいと思います。

BPPSDはなぜ生じるのでしょうか。認知症の日常診療や生活の観察から気づいた理由や背景、

あるいは具体的な対応についてご意見を聞かせてください。

木之下 疾患ごとにその中核症状以外が周辺症状であると考える限り、周辺症状は脳の変化が直結しない症状ということになります。一方、BPPSDは疾患とは独立な概念で、認知機能の低下以外の行動・心理の症状の全般を指すものと理解されています。せん妄のように医療的介入によって改善される症状と、中核症状以外の症状が、BPPSDには混在しているように思います。ここでいう中核症状以外の症状とは、脳の変化と直結しない様々な要因が関わっていて、暴言や暴力には誘因となる事情があるのではないかと考えています。

BPPSDとは、「周りが困った症状」として語られることが多い。しかし認知症を抱える本人の視点に立てば、「本人が困っている症状」もあると言いたい。ただ、介護家族の状況が抜き差しならぬところまで陥っている場合、抗精神病薬を使うこともあります。しかし、何のために使っているのか、その是非を判断するのは難しく、本人を

害する治療であるという罪悪感は拭えません。

朝田 認知症の介護者にとって負担の最も大きい問題はBPSDであるといわれています。本来治療は本人の利益になるはずですが、介護者中心の視点で行われることに矛盾を感じることです。

木之下 医師は家族の話に耳を傾けがちで、うまく話せず表現できない本人の意見は切り落とされていることが多い。口が閉ざされた本人の視点からいえば、「たまらない」介入が行われている現実があると思います。

BPSDには本人の生活と

人間関係に目を向ける

朝田 宮島局長に伺いたのですが、高齢者医療や福祉の行政に関わってこられた経験から、BPSDはどのように位置づけていますか。

宮島 有効な予防法や根治的治療法が未だ確立していない現在、認知症はいわく言いがたい位置づけにあるように思います。がん治療のように

“cure”を目指すアプローチをとってしまうと間違った方向に行くのではないかと懸念を感じます。むしろ、障害者基本法が定めている基本理念のように、治療は期待できないにしても、本人の尊厳や権利を保護しながら、ノーマライゼーションのための社会的・医学的なサポートが必要なのではないかと思います。

また、先ほど「喜んでもらえる」サポートの重要性が強調されていましたが、福祉の関係でいうと介助は「お世話」になってしまう。生活援助である料理、食事、洗濯、身体介護に相当する食事、入浴、排泄、移動の介助、「すべてお世話しましょう」と言っても、認知症の方には必ずしも喜んでもらえない。その理由は、自分でできることは自分でやりたい、社会の中で役割を持ちたい、家族関係の中で自分の立ち位置をしっかりと持っている、という意識があるのだと思います。そのところを汲み取って対応しないと、BPSDが亢進したり、悪循環に陥る可能性もあるでしょう。

朝田 つまり、生活機能障害に関連した葛藤や

不満がたまってきたときにBPSDが現れるという解釈ですね。

木之下 尊厳の話が出ましたが、周りの人に向かって言われたり扱いを受けて傷つき、行動・心理の症状が現れたり、落ち込むという症状が生じるのかもしれないですね。BPSDには困った症状という要素が多い、でも困った症状がすべてBPSDではない。医療者は困った症状をBPSDとしてとらえがちですが、「自分ごと」として洞察していかないと解決の糸口を見つけないのは難しいと思います。



武田章敬先生

朝田 片山先生はBPSDをどのようにとらえ

ていますか。

片山 BPSDが脳の変性に起因する疾患固有の症状なのか、それとも周囲の人が正しく理解していないために本人にストレスがたまって出現する症状なのか。おそらく、両方の要因が関わっているのだと思います。では、臨床医としてBPSDに取り組むときはどこに目を向けるべきか。まずは、認知症の人が家庭、地域、あるいは福祉施設でどのような生活をしているのか、人間関係はどうなのか、そうした状況をきちんと把握することです。その理解がないと、適切な治療はできません。例えば、外来で診ると普通に会話ができつつかりされている認知症の方でも、自宅では夜間徘徊して家族を起こすこともある。そういった日常の様子、介護家族の位置関係も知りながら、ご本人が周りの人からどれくらい理解されているのかも確認したうえで治療していきます。発症の初期に失認や失行が現れてトイレでズボンのファスナーを上げられなかったり、環境の変化で混乱が起きる場合もありますので、周りの人がそうし



宮島俊彦氏

た症状を理解・予想して、本人が戸惑わないようにみんなが工夫していく。一緒にトイレに行つて、そんな笑い合えるような姿がBPSDへの対応に好ましい関係ではないかと思えます。

しかし、周囲の環境がよくても、病気固有のBPSDは本人も辛いですから、ケアだけではなく、人間関係も考慮しながら最適な薬物療法を探すことも必要です。家族の訴えに応じて安易に処方すると、デイサービスの施設に行つたときに薬の影響で寝てしまい食事も取れないこともありますので、薬剤は慎重に選択しています。

武田 BPSDには薬物で治療できるものと治

療できないものがあります。小澤勲先生は「周辺症状とは理解すべき対象である」、「どういう理由でそれが起きているのか介護する人に教えるだけで、周りの人が少しは楽になることもある」と述べられており、何故BPSDが起きているかを理解することが最も重要だと思えます。ただ、現実の場面では、BPSDの起きている原因や背景を十分理解できないことも多く、差し迫つた状況では、「理解が届かなくて申し訳ないけれども、周りとの関係も考えて薬を使わざるを得ないからごめんね」という思いで薬物で治療することもあります。

また、周囲との関係性の中で出現するBPSDも多くみられるので、本人が孤独感や無力感に陥らないようにする対応も大切です。もの忘れ外来では、本人に声をかけて話をよく聞くこと、家族側の対応に問題がある場合には「そのような接し方を続けると、本人のストレスがたまっていきますよ」といった指導を行うことで、将来起こりうるBPSDを未然に防ぐ、そういう意識を持つて

診療に臨んでいます。

木之下 単に視点について指摘すれば、小澤勲先生が言われた「理解すべき対象」というのも実は周りの視点ですよね。精神科医ヴィクトール・フランクルは著書『夜と霧』で「異常な状況では異常な反応を示すのが正常なのだ」と述べていますが、これこそが、本人の視点ではないかと思えます。

認知症の人も地域で生活はできる

朝田 なるほど。ここでBPSDについての論点を変えて宮島局長に伺いたいのですが、行政の視点からBPSDあるいは認知症全般への認識や対応はどのように変遷してきたのでしょうか。

宮島 認知症医療の歴史を振り返ると、最初は認知症の人を「異次元の人」ととらえる見方が主流だったと思います。その後、精神病院の入所対象者となり、介護保険制度が導入されてからはサービスが受けられるようになりました。認知症への理解はかなり進んできたと思いますが、最後は

病院や介護施設に受け入れてもらえないという認識が未だに根強いと感じます。

本来、認知症の方は自分のことがわかっていて、日常生活も自分で何とかしたいという意欲を持っている人も多い。そのような方が施設に入所してしまう回転に歯止めをかけ、なるべく地域で生活して近所の人々と関わりを持ちながら、医療やケアの専門家が支えていく体制を確立しなくてはならないと思います。認知症と最初に診断された時点で、どのような治療・ケアの選択肢があるのか、介護サービスはどの時点で提供するのか、そうした医療の流れの全体像が本人と家族にわかる仕組みを整備する必要性がある。“common disease”への取り組みというのは、そういうものだと思えます。

朝田 そうですね。時代や新たな制度の登場とともに、BPSDに対する世間の見方も明らかに変化していると感じます。医療の必要性も大きいですが、十分な支援を行えば地域の中で普通に生活していける方も多いというお考えですね。

宮島 人数の問題からそのような体制が必要と言っているのではなく、疾患の特性を踏まえると、認知症の方でも地域で何とか生活していけるんだ、という認識を一般に広めていくことが大事だと思っています。

朝田 まさに本座談会のキーセンテンスになるお考えですね。

3. 認知症医療の環境整備と連携 認知症を抱える本人のための支援とは

朝田 厚生労働省の班研究で認知症の医療基盤を調査して浮き彫りになったのは、病診連携や病連携の構築、認知症に心筋梗塞や脳卒中、がんといった命に関わる合併症への対応、もう一つはBPSDが重度の場合にどのように連携するかという問題です。最初に、武田先生の施設では重篤な身体合併症に対してどのような連携体制で臨んでいますか。

武田 国立長寿医療研究センターの「もの忘れセンター」の病棟には、BPSDや身体合併症を

有する認知症の人が入院されます。認知症の人が身体合併症を来しても「普通に」治療が受けられることが重要です。認知症のある人の身体合併症に対して消極的な対応をとる医療機関もあります。実際には落ち着いて治療を受けられる認知症の人も多いので、認知症というラベルをはずさず、冷静に状態を把握したうえで対応を考える必要があると思います。当院では、例えば認知症の人が消化器疾患を合併した場合、もの忘れセンターの外来を担当する医師と消化器科の医師と一緒に診療にあたりますので、消化器科の医師も安心して診療にあたれるのではないかと思います。身体合併症による入院では比較的短い期間で退院することが多いのですが、退院後はかかりつけ医や訪問診療医と連携しながらきめ細かくフォローアップしていきます。たいていは現状の体制で対応できています。また、身体合併症治療のための入院中にBPSDが現れた場合も、帰宅するとBPSDがすべて治まってしまふこともありますので、住み慣れた場所で治療を受けたいという本人の希望

もかなえられるように在宅医療の選択肢も可能となる体制の整備がポイントではないかと思えます。

朝田 高度な医療技術により合併症を管理する場合でも、利用可能なリソースを最大限に活用すれば、在宅医療に移行して地域で生活できる可能性があるということですね。

認知症の人が入院される場合、片山先生はどのような点に配慮していますか。

片山 認知症の人が身体合併症の治療で入院すると医療が基本になってしまい、日常生活の行為ができなくなる場合があります。それを回避するには、入院中の生活支援にも力を入れることです。例えば、歯磨きを一緒に楽しんでやってくれる人、そばに寄り添ってくれる人がいる環境作りです。認知症の人は周りの人が入れ替わると混乱しやすいので、在宅あるいは福祉施設へスムーズに移行することも視野に入れると、できるだけ同じ人が寄り添って援助できる制度が望ましいと思います。

朝田 宮島局長が先ほど家族負担の問題を指摘されましたが、少子高齢化が進むこの国において、

ケアを担う人的資源の問題は避けて通れません。「日本の隠れた最大の介護力は家族にあり」と言われた時代からすっかり西欧型に変容し、家族による介護はますます難しくなると予想されます。最後に、今後の認知症介護には医療政策を含めてどのようなアプローチが必要なのか、宮島局長のビジョンをお聞かせください。

宮島 この問題は三つの視点でとらえることができます。一つ目は、認知症の方をケアする家族に対してどのようなサポートを提供していくかです。現実には家族間のトラブルも少なくはありません。例えば、介護家族をサポートできるセンターを整備し、認知症について正しい理解を持ってもらう、家族同士で話し合える、あるいはカウンセラーと相談できるような環境の提供です。

二つ目は、認知症を抱えている独居者あるいは認知症の方がいる老老世帯をどのように支えていくのかという問題です。介護保険制度では今年(平成24年度)4月から「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設しました。ヘルパーや看護師が

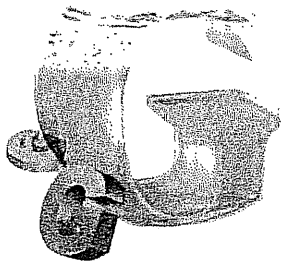
密接に連携しながら、小規模多機能型の訪問サービスやショートステイなどを提供する体制を整備していますが、介護保険の給付のみでは限界があります。やはり、地域レベルで認知症への理解を深めてもらい、例えば徘徊したときに地域の人々がその方を発見し安全に保護する仕組み、地域で見守っていく体制がないと認知症の方が地域社会でその人らしく生きる環境を作るのは難しい。介護保険制度と地域社会の支援体制をいかに効果的に組み合わせるかが重要な鍵となると思います。

三つ目は、医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパーが職種横断的なチームを作り、初期段階から共通認識に立って認知症に関わっていく体制の構築です。家族も交えたケアプランの検討会を開くこともやってもらう。そうした活動を通じて、本人と家族が安心して暮らせる仕組みを考えていく必要があると思います。

朝田 なるほど、同居家族をピアカウンセリン
グなどで支える、老老介護や認知介護といった新しい介護形態に対する社会的なサポートの充実、

医療と介護の境界を乗り越えた共同作業による支援、この三つが新たな局面を迎える認知症医療・介護の大きな柱になるというご意見を賜り、今後の課題と展望が明らかになりました。本日は皆様からの活発なご討議にお礼申し上げます。





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

木之下 徹

抄 録

訪問診療の立場から，認知症を「自分ごと」と考えることを軸として論考した。精神科的な急変時の緊急対応の場としての技術的な連携の内容にも言及した。同時にそれ以外の場合に求められる生活の場としての機能についても加えて考察した。施策あるいは制度設計をするうえでも，今の地域の現状からみた必要性だけを論じると，自分にとって望ましいビジョンのもとで，今ある姿を一過程とみて論じるとではその後の姿が異なる。

Key words：訪問診療，精神科入院，パーソン・センタード・ケア，自分ごと，生活

老年精神医学雑誌 23：578-585，2012

はじめに

いかなる様式（外来，入院，在宅診療）であれ，「だれのための医療なのか」という問いは，医療のレゾナードルにかかわる根源的な問いである。とりわけ，認知症をテーマにすると，この答えが，認知症の人々がおかれている状況によって，そして，周囲の人々の見方，おおげさにいえば，その地に息づく価値観や文化によって，大きく変化する。

訪問診療という立場で，認知症が発端となった家族間での自傷他害，といった最悪で抜き差しならぬ状況も経験した。そういった家族の，認知症の本人への罪悪感，切ない思い，そして苦悶はいつまで経っても消えない。同様に，その場をうまくできなかつた，筆者の能力の欠落への自責の念も拭い去れない。前和光病院院長 斎藤正彦氏が言った。「医師は認知症の人の絶望に対峙する。そして，倫理的ジレンマは解決できないことを知

る必要がある」¹⁾と。認知症の人の医療においては，悩みが尽きないということが端的に表現されている。悩みが尽きないと述べることで自らの行為を正当化したり，許しを乞うたりしたいわけではない。悩みが尽きないことを知ることこそが，認知症にかかわる医療従事者の心構えである，と受け止めることができる。

さまざまな視点で認知症を語ることはできる。しかし，ここでは斎藤氏の言葉の背景にある，「認知症になろうと生きる主体であること²⁾には変わりがない」という意識を論理的に飛躍させ，生々しく次のようにする。認知症は明日の我が身である。つまり，認知症の人を「自分ごと」として考えることとするのである。それを軸として，「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」について論考する。

① 認知症の人々が今おかれている状況，そして，この論考のビジョン

認知症の人々の医療上およびケア上の差別的処遇について調べた報告³⁾がある。現在のありがち

表1 認知症の人への差別的処遇

場面	主体	状況(要約)
認知症の 外来	医師	いつも同じ処方箋をもらいにのみ通院している印象を受ける。本人を病院に連れて行っても、連れて行かなくても同じようだと思う。医師の気持ちがあっただく伝わってこない。本人のことを詰められていると感じる。少しでもよくしてあげようという主治医の気持ちがみえない。
認知症の 外来	医師	それまでの主治医の都合がつかなくなり、病院を紹介されたが、その主治医はずっとパソコンのほうを向いて、本人のほうはほとんど見なかった。それまでの主治医は部屋に入るところから本人をしっかりと見ていてくれた。また、体の不調を聞いてはくるものの、訴えに対してどんどん薬が増えて、山のように薬を飲むようになった。言ったことに対して薬は出るが、その薬についての説明はなにもなく、ただ増えていっただけであった。そういう医療の差を感じた。薬を増やしたからどうか、抜いたからどうかという説明はなかった。とにかく説明がなかった。インターンの先生とかにはなにか説明していたが、家族や本人は蚊帳の外だった。前の主治医は本人も家族もよく見て、声をいろいろとかけてくれたし、説明があった。
認知症の 外来	医師	治らないからといって、説明もなくどんどん薬が増えていった。その副作用でどんどん状態が悪くなっていった。当時は副作用の説明も何の説明もなかった。なにがどうなっているのか全然わからない状態だった。本人が訴えたことにすべてそのまま薬が処方されていた。なぜ本人がそういう訴えをするのかには対応がなかった。とにかく説明がないことが嫌だった。せめて一緒に考えるなどがあれば、悪くするために病院に通っていたのかという思いがある。
認知症の 外来	医師	認知症について、症状などについていろいろと知りたいへんなときに答えも説明もない。いつも外来に連れて行っても薬だけの処方箋で、すぐ診察が終わる。「こういうことがあったんです」「では、そういう薬を出しましょう」というやりとりだけで終わってしまう。何のために通っているのかわからないときがあった。せめて一緒に対応を考えましょうとかあれば、せめて話に乗ってほしい。こっちはたいへんで必死なのに、それを伝えているのににも対応がないのは厳しい。
認知症の 外来	医師	外来で診察のときに、本人が「先生、先生」と医師に話しかけても返事をしない。なぜかと聞くと「会話が續かないから」と言われた。とてもショックだった。会話が續かないから本人と話す必要はないというような感じだった。それから信頼関係が揺らいだ。処方されている薬などにも説明もなく、処方された薬で症状がひどくなり、量もどんどん増えていることを相談しても「1日29錠まで大丈夫だから」と返された。症状に関する説明や薬の説明もなく、症状を伝えたら薬の処方だけで終わってしまう。どうしても症状が変わらないから介護者判断で薬を減量してみたり試行錯誤していたら、医師からはちゃんと処方された量を飲ませるように注意された。ささいな対応の仕方などを一緒に考えてくれるだけで、全然違う。こっちは必死でいっぱいだからそういうところでも助かる。
認知症の 外来	医師	ある病院に初めて認知症のために受診した。その医師から「これ(認知症)はもう元には戻らない。あとは家族でみてください」「暴れてしょうがないときには薬があるけど使いたくない」などと言われ、今後の認知症の見通しどころか認知症自体の説明もなかった。そのまま帰宅したが、医療から何の情報も得られず、途方に暮れた。
認知症以 外の外来 (往診)	医師	本人の体がひどく突っ張った際に認知症の症状なのか、別の体の病気の症状なのかかわからずパニックになり往診を頼んだ際、本人を見るなり「状態をよく見てから往診を呼ぶか判断しないとだめだ」と怒られた。体が突っ張っている症状に関する説明も処置もとくになかった。

(木之下徹、河野禎之：地域で生活する認知症を抱える本人およびその家族に対する差別的処遇に関する実態調査。平成22年度厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業 総括・分担研究報告書「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」, 68-84, 2011より一部抜粋)

な風景(表1)が描かれている。また最近では、自らが認知症であることを世間に公表しながら、自らの所感について、ブログや書籍で述べる認知症の人々が増え始めている。われわれの先達者(認知症を「自分ごと」と考えれば認知症の人はわれわれの先達)の体験^{3,8,10,13)}として、たとえば

表2にあるようなことが述べられている。冷遇なのか差別なのかスティグマなのか、語の定義はともかく、消極的な見方がされがちであることにはちがいない。以下の論考では、そのような消極的な見方から脱却した社会、もっといえば、たとえ認知症になっても主体的に生きることができると

表2 認知症の人からみた周囲の対応

認知症の人の言葉	作者
私たちが正常な人と同じように扱い、まるでそこにいない第三者のように私たちのことを話すのはやめてほしい。批判したり、まちがいを見つけて笑ったり、私たちがもうそこに存在していないかのように話したりしないでほしい。(中略) 病気の進行段階によって私たちを分類しないでほしい。それは個人のレベルではまったく無意味なことだ。	クリステーン・ブラインデン
認知症(原文では「痴呆」)の宣告は、私のなにもかもを台無しにしてしまったのだ。私の人間としての権利ははかなく、きわめて壊れやすい状態になってしまった。少しでも悪いことが起これば、すぐに無に帰してしまうほど、私の権利は、はかないものになってしまった。	ダイアナ・フリール・マクゴーウィン
小さな子に話しかけるように……という方がありますが、私は嫌ですね。大人は大人の言葉がほしい。	水木 理
「わ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。	あやちゃん

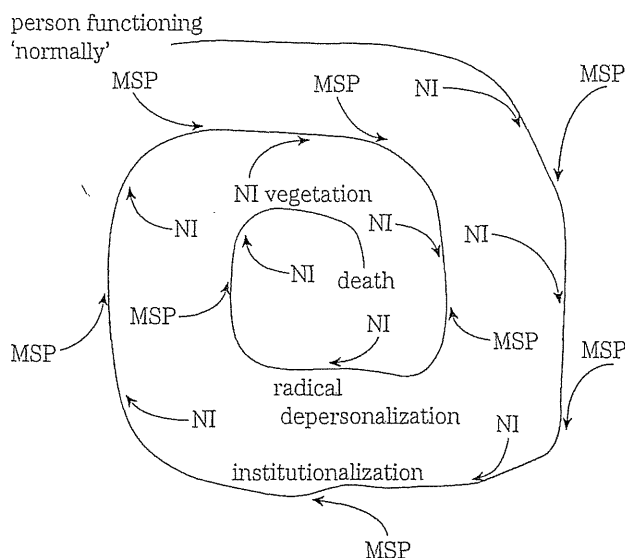
(出典：文献3, 8, 10, 13)

会を形作るという観点を導入し、論を進めていきたい。

2 パーソン・センタード・ケア

トム・キットウッド (Tom Kitwood) の翻訳本⁷⁾によって、認知症のパーソン・センタード・ケア (person-centred care; PCC) がわが国に紹介された。彼が示した公式、 $D = P + B + H + NI + SP$ (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〉)⁸⁾がある。このPとBは、今ある状態から変えようがない。NIは進行のみである。しかし、H, SPはかかわりによって変化する可能性 (トム・キットウッドは“open”と表現)がある。このことは、後述するが、医療におけるかかわりにヒントを与えてくれる。さらに、NIとSPの“interplay”について言及し、望ましくない姿 (図1) と望ましい姿 (図2) を対比的に図で表現した。これらは、われわれの支援の方向性に示唆を与えてくれる。

しかし、このPCCという言葉自体に手垢がつきすぎ、イギリスにおいては本来の概念を意味するような使われ方がされてないとする報告¹⁴⁾もあ



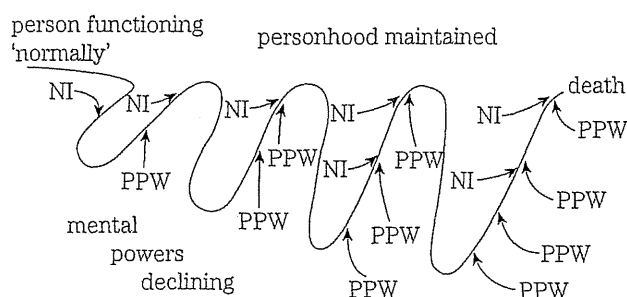
(Kitwood T: A dialectical framework for dementia. In Handbook of the Clinical Psychology of Ageing, ed. by Woods RT, 267-282, Wiley, New York, 1996)

図1 神経の損傷 (NI) と悪性の社会心理 (MSP) との相互関係

る。口汚く表現すれば、「『PCCを実践しています』と言っているところほど怪しいところはない」ということであろう。しかし、この報告でも述べられているが、本来的な意味合いの重要性は失われていない。

PCCという概念の受け止め方が錯綜するなか、近年、ドーン・ブルッカー (Dawn Brooker)^{1,2)}が、 $PCC = V + I + P + S$ (V; values people 〈価値

□特集



(Kitwood T : A dialectical framework for dementia. *In Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*, ed. by Woods RT, 267-282, Wiley, New York, 1996)

図2 神経の損傷 (NI) と積極的な個人への働きかけ (PPW) との相互関係

を有する「人」), I; treat people as individuals (個別に扱う), P; perspective of service user (サービス受益者の視点), S; supportive social psychology (支援的な社会心理)) であるとした。なぜ4つのVIPSといった構成要素なのか。それを示す論法は実験的に、たとえばVだけが重視され、他が軽視される場合の不具合等を順次整理し、V, I, P, Sのすべてが実現されなければならないとした。つまり、PCCにはこれら4つの構成要素が必要であるといったPCCの必要条件を述べた。

ちなみに、Pは、その人の視点で考えることを要求している。また、イギリスのNational Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) の臨床ガイドライン¹³⁾でも、表紙には「Supporting people with dementia and their carers in health and social care」と書かれている。つまり、PCCの対象者は認知症の人だけではない。Sにも象徴されるように、周囲の人々も含まれている。トム・キットウッドが意識して記したSPからも、そのことは当然であろう。そのため、PCCの日本語訳を筆者は「その人中心のケア」ではなく「人中心のケア」としている。この訳語の意味には大きな隔りがある。時々「その人中心のケア」と言及するような語りを聞いていると、ドーン・ブルッカーが指摘するPが拡大化し、それだけでPCCとして取り扱われているように感じる。Pだけしか論じないということは、つまりドーン・ブルッカーが示すPCCの概念を矮小化

させてしまう。そもそも、「その人中心」という訳語がそうさせているようにも感じる。ともあれ、認知症の医療の今を語るうえでも、それを「自分ごと」として語るうえでも、PCCはきわめて有用な概念で、今のところこれ以上のものがないと考える。

3 あるべき医療の姿とは

現場では、認知症を抱えていると、その人は「人」として扱われず、受けられるはずの医療が認知症のせいでは受けることができなくなることを散見する。筆者も訪問診療を通じてしばしば経験するが、大腸がんの認知症の人が病院内でトラブルになり、認知症でなければ受けられたはずの適切な医療プロセスを経ることができなかった、あるいは、糖尿病で認知症の人が、糖尿病の医療的管理がなされずに、体調不良がきっかけで急性増悪に至り極度の脱水で死亡した、など枚挙に暇がない。そういう経験を通じ、地域における認知症医療のあるべき姿とは、脳に着目する認知症医学の専門家医療（認知症医療にとっては、そもそも認知症医学の進展はきわめて重要で不可欠ではあるけれど）ではなく、いまの標準の医療サービスを、認知症になっても当たり前のように受けることができる医療である。そういう地域の医師が、認知症の人も人として接し、行う医療のことではないであろうか。ところで、認知症医学の専門家の批判をしているのではないことに留意されたい。研究室では脳研究の優れた学者であり、いったん現場に出ればすばらしい認知症医療を展開する医師は大勢いる。

このような考え方を医療サービスから社会におけるサービスへ拡大したものが、上記のイギリスのNICE臨床ガイドラインのなかで扱われている。最重要項目として真っ先に、「Non-discrimination: People with dementia should not be excluded from any services because of their diagnosis, age (whether designated too young or too old) or co-existing learning disabilities. (差別しない: その

人の診断や年齢、学習障害のせい、認知症を抱える人をいかなるサービスから排除してはならない」と書かれている。

この項の最後に、認知症医療を特徴づける点についてふれておきたい。認知症では脳の器質的な変化が認められる。認知症の人の苦悩の根源は、この脳の変性に伴う記憶や注意等の機能低下であろう。この機能低下は外からは見えない。したがって、地域の医療者が備えるべき力量のひとつとして、認知症のこれまで得られた医学的知識を動員して、その人の機能低下の様相を把握し、そのうえでその人の生活の困難さを軽減し、その人の不安や絶望と向き合うような医療支援が望まれることが、前述した「自分ごと」として考え、そして今述べた認知症医療の力点から、導き出される。

④ 訪問診療と入院

筆者らが地域で訪問診療を展開していて、認知症の人の転帰として「入所」「転居」「死亡」があるが、それ以外の「入院」という転帰をとる場合は、主に次の2つの場合である。頻度の高いものとして、まずは在宅では診ることができない身体合併症のための入院がある。次いで頻度はかなり低い（当院においては数か月に1度程度）が、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) への医療対応中における家族のレスパイトのための入院が挙げられる。

1. 在宅では診ることができない身体合併症のための入院

認知症の人に対する、筆者らの訪問診療は、その診療依頼の理由が、BPSDが原因となり、在宅生活が継続困難である、ということが多い。そのため、初診が最も不安定な時期となる。初診時BPSDのなかにせん妄が認められることも多い。しばしば薬剤が誘発するせん妄であったり、身体状況が悪化していることが原因であるせん妄であったりする。この不安定な初診の時期を乗り切り、医療介入が効を奏すると、認知症の症状は安

定する。当院では、数年前よく訪問診療の依頼のあった暴言暴力などといったBPSDは、今ではかなり減っている。逆に、前医で処方された抗精神病薬によって、錐体外路症状、とりわけアカシジアが悪化してしまったり、せん妄になってしまったりした事例が増えている。地域医療のなかで抗精神病薬の処方が当たり前になり、安易な処方が増えているのではないかと危惧する。

そういったなかでもBPSDが安定していた再診の経過中に入院が必要となる場合がある。典型的なものは、肺炎である。酸素飽和度が90%を下回り、血中のCRP、WBCなどの上昇が著しく、coarse crackleなどの両側肺野の副雑音が著しく、発熱、頻脈、呼吸苦などが認められるような状態である。集中的な医療監視が必要な場合には、入院を勧めることが多い。一方で重篤化していない脱水や肺炎で、経静脈的に継続的な補液や抗生剤ですむと思っても、在宅でそれをモニターする家族やケアスタッフがいない場合には、入院を勧める。骨折が疑われる場合にも、治療の可能性が大きいと思われれば、整形外科入院治療の依頼をする。その他、知らずして転倒を繰り返すなど、今抱えている認知症原因疾患の特徴的な症状とは逸脱している場合には、脳梗塞や脳出血を疑い、さらに、徐々に歩行の安定性が保てなくなる場合には、特発性正常圧水頭症 (idiopathic normal pressure hydrocephalus ; iNPH) を疑い、脳外科の検査依頼をし、その結果によっては入院治療の依頼を行うことがある。その他、唐突に出現する意識消失、四肢の麻痺、ろれつが回らない、歩き方の異常が出現した場合にも脳梗塞や脳出血を疑い、同様に入院で精査加療の依頼をする。

昨今議論が盛んな「胃瘻造設」に関して述べる。筆者の場合、訪問診療のなかで胃瘻造設を決めることはほとんどない。胃瘻造設される典型的な事例としては、たとえば肺炎の入院中に、誤嚥しやすい、食欲が著しく低下した、などの理由から、病院側で胃瘻が造設され、自宅に戻ってくるケースが多い。一方で、最近では、そのような入院中

□特集

に、人工栄養法を勧められるが、家族が、胃瘻造設に消極的であろうとする本人の病前の意思を推察し、造設を拒否するケースが増えている印象もある。また、中心静脈栄養（IVH）や経鼻胃管で在宅に戻る人は、当院ではずいぶんと少なくなった。感染症、脱水等が原因となっていない、老衰等の自然経過で口から水分摂取ができなくなった場合の経静脈的な補液も拒絶し、看取りに移行する家族も増えてきた。つまり、市民全体の死生観がゆっくりと変化している感がある。

2. BPSD に対する医療対応中における家族のレスパイトのための入院

一方、筆者の経験では、訪問診療をしている対象者で上述以外の、とりわけ BPSD で入院が必要な場合には、薬剤誘発性のせん妄で、その薬剤調整をしている最中に、ともに暮らす家族が疲弊しきってしまう場合が代表的なものである。現状では主に精神科入院となる。運よく担当医がそれまでの経過とこれからの治療方針について、その意図を酌んでくれると、入院している間に薬剤調整を行い、精神的にも安定し、再び在宅に戻ることができる。そのときには訪問診療においても精神科入院は頼もしいと感じる。一方、不幸な場合には、単に再度抗精神病薬が追加され、深いせん妄状態で在宅に戻る場合もある。BPSD の精神科入院の標準治療が整備されていないことが原因であろう。この兼ね合いについては、認知症医療のさらなる進展が不可欠である。

5 訪問診療と精神科入院

BPSD がある場合の訪問診療は、在宅生活を継続するうえでは大きな強みがある。しかし、家族が疲弊し、共同生活を営む気力も奪われてしまっている場合がある。そのときにはまず介護施設への入所が選択されるであろう。配置医師やその地域の医師にバトンタッチされることになる。その際、担当医が BPSD に苦手意識があれば、次のステップとして精神科入院が選択される場合もある。

つまり理想的に言えば、BPSD を診る訪問診療医、介護施設配置医師がどの地域にもいるのであれば、通常の BPSD での精神科入院の必要はないと考える。しかし現実の、そうではない今日の状況であれば、やむを得ない選択肢として精神科入院がある。ただし、あるテレビ番組¹⁰⁾で報道されたように、現在の精神科入院のよくある型として、カーテンとベッドだけの、その人の日常のものがなにもない病床は認知症の人にとって、本稿における「自分ごと」として考えれば、生活の場としてはふさわしくない。保守的な治療体制のうえでは効率的であった、よくある医師を頂点とする、パターナリスティックで、「患者」が最下位に位置するようなヒエラルキカルな意識構造も、生活の場の雰囲気としてはふさわしくない。なぜ生活の場として言及するかというと、精神科入院の現状を考えた場合に、精神的な急変時の緊急対応といった治療以外の、家族が疲弊してしまったときの退避場であったり、地域の医療資源の不足を補うような場とせざるを得なかったりするような現実があるからである。精神的急変時の緊急対応治療といった場に特化するのであれば、必然的に入院期間が（筆者の経験からはせいぜい1、2週間程度に）短縮され、そのときには生活機能を強く求められることはないかもしれない。一方、それ以外のときには、生活機能を求められるのは必然である。その際、よくある殺風景な精神科病棟から、同時にパターナリスティックでヒエラルキカルな（施療者にとって）効率的な治療体制的意識から脱却する必要がある。地域に開かれ、認知症の人が「人」として生活もできる場としての変貌が必要であろう。そのような変貌を遂げることができなければ、こういった「生活」にふさわしいまったく別のインフラをインキュベートするしかない。とりわけ、効率的な治療体制的意識にふれたのは、単に、精神科入院のかたちをハード面のうえで介護系施設に転用しても、その場を形作る雰囲気が、保守的な「精神科病棟」と変わらなければ、上述の理由でそのような転用は意味を