

表2 認知症の診療の現状と問題点

診療所	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一般内科診療の患者が認知症を発症時、診断と治療が困難。</li> <li>2. BPSD 発症時             <ol style="list-style-type: none"> <li>i) 徘徊、不穏、暴力行為出現時に対応困難。</li> <li>ii) 紹介できる認知症専門医がわからない。</li> </ol> </li> <li>3. グループホーム、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームに往診しているが対応困難。</li> </ol>
救急病院	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 肺炎、骨折、心筋梗塞、脳血管障害、意識障害などで救急病院に入院してくるが、入院当初は認知症の症状が目立たないが、入院後に出現した時、対応が困難となる。</li> <li>2. 病院内に認知症の診療ができる認知症専門医が少ない。</li> <li>3. 治療終了後、転院先の精神科病院が少ない。</li> </ol>
リハビリテーション病院	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 救急病院から紹介された患者に認知症合併が多くなった(全国の回復期リハ病棟の入院患者のうち52%に認知症合併)。</li> <li>2. BPSDのために看護、介護が困難。</li> <li>3. 認知症専門医が少ない。</li> </ol>
精神科病院	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症患者の合併症(肺炎、心筋梗塞、骨折等)の治療が困難である。</li> <li>2. リハ病院が少ないため、歩行障害、ADL障害、嚥下障害などの治療ケアができない。</li> <li>3. 精神症状が安定しても退院先がないため、長期入院となり、新患の緊急入院が困難になっている。</li> <li>4. 認知症専門医が少ない。</li> </ol>

後、および身体合併症の治療後に、ADLが低下してリハが必要となった認知症高齢者を当院で受け入れている。このように、当院では松戸市内および周辺さらに遠隔地の診療所、病院と連携をとって認知症高齢者の診療を行っている。

e. 千葉県認知症対策推進協議会

以上、述べてきた認知症診療の現状と問題点の改善を図るために、千葉県内の医療機関や介護施設、行政と連携をとってきた。そして、2009年に千葉県認知症対策推進協議会が発足した。著者は、作業部会長として、認知症診療・ケアの連携システムを構築することを第一の目的として提案し、協議会では、「現場主義」で認知症にかかわる医療機関とケアにかかわる看護介護施設の現状報告から開始した。各現場から認知症高齢者への診療・ケアの対応と問題点を発表し、討論を行った。2009～2010年まで1年間に10回の作業部会を行った結果、多くの問題点と対応策が提案された。

2. 今後の課題

今後の認知症対策における課題を図2にあげた。①認知症高齢者を初期から終末期まで診療していくためには、診療所(認知症協力医)、専門医

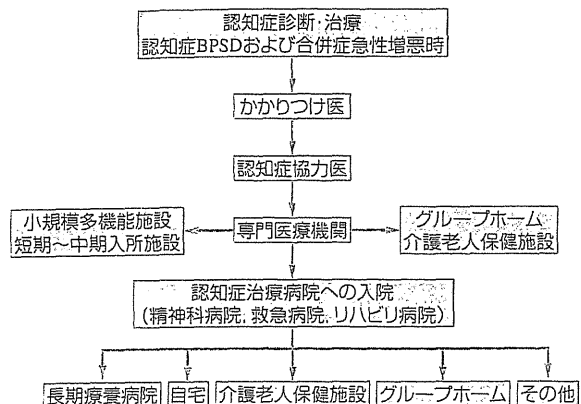


図2 千葉県認知症連携パスの流れ

療機関、救急病院、リハ病院、精神科病院の連携システムの構築が必要である。そのためには、認知症連携パス、認知症リハの拡充が重要である。②認知症診療とケア連携のために、医療職と介護職、福祉関係職種、および介護施設との協力体制を構築する。③認知症研修会を拡充して、各関連職種の認知症診療・ケアの技術向上を図る。④医療とケアにかかわる諸機関の連携を図るために、認知症コーディネーターを育成する。認知症コーディネーターの役割は、認知症に関する知識を有し、認知症の人やその介護・支援のあり方を理解し、地域の社会資源(人材、施設、サービス等)の情報をもち、関係者と連絡しあいながら、認知症高齢者とその家族に寄り添って、継続的で一貫した支援を行うことである。⑤認知症疾患医療センターが、2010年に千葉県内に1か所、2012年に2か所設置され、今後徐々に拡充される予定である。⑥地域支援体制の構築。2011年千葉県では図3に示す千葉県認知症連携パスが作成された。この連携パスは、BPSD、身体合併症、運動機能障害時の診療ケアを行う際に、医療関係者、介護関係者が利用しやすいように簡便化を図った。この連携パスが円滑に活用されるためには、認知症診療にかかわる医師、コメディカル、介護関係者、病診・病病の連携が必要である。2012年8月より、千葉県松戸市、佐倉市、旭市、袖ヶ浦市で、この連携パスを使ったモデル事業が開始された<sup>4)</sup>。今後、認知症は急増していくと考えられているが、認知症高齢者を長期に入院・入所できる病院・施設を増やし続けることは困難と考えられる。そのために、認知症の初期から終末期まで認知症連携パスを円滑に活用しながら、認知症患者が長く居住してきた自宅で生活できるように、在宅医療ケ

記載年月日		年 月 日	発	宛	添付資料	枚	緊急性
		年 月 日	発	宛	添付資料	枚	緊急性
		年 月 日	発	宛	添付資料	枚	緊急性
目的 (該当するものに✓を付けてください。)(複数可) <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 周辺症状予防 <input type="checkbox"/> 周辺症状緩和 <input type="checkbox"/> 周辺症状悪化への対応 <input type="checkbox"/> 身体症状への対応 <input type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input type="checkbox"/> その他( )							
基本情報 I	基本情報 <本人氏名> _____ <生年月日> _____ 年 月 日 ( 歳 ) <住所> _____						
	キーパーソン 配偶者・子ども・兄弟・その他 <氏名> _____ <連絡方法>電話( _____ )						
早期診断	診断のための情報 (該当するものに✓を付けてください。)(複数可) <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 喚語困難 <input type="checkbox"/> 失読 <input type="checkbox"/> その他( _____ )						
	上記症状の出現時期 ( _____ ) 専門医からのコメント (ポイントを簡潔に記載してください)						
周辺症状対応	周辺症状に関する情報 (該当するものに✓を付けてください。)(複数可) <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他( _____ )						
	上記症状の出現時期 ( _____ ) 専門医からのコメント (ポイントを簡潔に記載してください)						
基本情報 2	介護保険利用に関する情報 (該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください) 要介護認定 無・有→要介護度 _____ 認知症高齢者の日常生活自立度判定 ランク I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M 利用している介護サービス _____ 訪問看護・訪問介護・デイサービス・ショートステイ その他( _____ )						
	服用中の薬剤 (服用中の薬剤名を下記余白に記載または添付してください) その他、身体症状・既往歴・生活歴等で特記すべきこと _____						

図3 千葉県認知症連携バス

アシシステムの構築が急務であると考えられる。

最後に、アルツハイマー病は、図1のbのような生活機能変化をたどるが、以上述べた課題が改善されると、aのような穏やかな生活機能に改善され、終末期に在宅で穏やかな最期を迎えることも可能であると考えており、今後も、その実現のために活動を続けていく予定である。

の早期から在宅までの対応 アリセプト投与と脳活性化リハビリテーション併用による臨床効果について、痴呆介護, 2: 58-64, 2001

- 3) 博野信次: 臨床認知症学入門—正しい診療正しいリハビリテーションとケア、金芳堂, 142-143, 2009
- 4) 旭 俊臣: 認知症リハビリテーションにおける地域連携システムの取り組み、Jpn. J Rehabil Med, 49: 123-126, 2012

参考文献

- ・全国老人保健施設協会: 認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業報告書、平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)、2008

(旭 俊臣)

引用文献

- 1) 旭 俊臣, 他: 認知症のリハビリテーションと地域活動、老年精神医学, 16: 1139-1148, 2006
- 2) 渡辺広美, 他: 痴呆進行予防と中核症状へのアプローチ3 痴呆

特集

## 1. 認知症医療・ケア体制

円滑で切れ目のない医療 (身体疾患, BPSD) を行い, 患者, 家族の安心ネットワークを築くには—

## 認知症患者終末期医療ケアの課題

旭 俊臣, 木檜 晃, 畠山 治子  
溝淵 敬子, 山賀亮之介

### 要 旨

(1) 認知症患者終末期死因の主因は肺炎で, その治療時における人工呼吸器導入の可否が問題となる。(2) 終末期の栄養補給法の一つとして胃瘻があり, その導入と中止に関するガイドラインが作成された。このガイドラインを円滑に活用するための課題を述べる。(3) 終末期に介護者の負担が増大するが, 介護支援が不十分である。(4) 終末期にもリハビリが必要であるがあまり導入されていない。

### 1. はじめに

平成 24 年 6 月厚生労働省から, 現在認知症患者数は, 推計 200 万人から 300 万人であると公表され, 「今後の認知症施策の方向性」についての報告書が発表された。今後も認知症患者が急増していくと考

えられており終末期医療ケアも重要な問題である。平成 23 年 12 月 4 日, 日本老年医学会において高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分栄養補給法 (artificial hydration and nutrition : AHN) 導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドラインが発表された。本稿では, 認知症患者の終末期医療ケアに関する課題を述べる。

### 2. 終末期医療

認知症は, アルツハイマー病, 血管性認知症, レビー小体病が主たる原因疾患である。そのうち, アルツハイマー病が約 50% 近くを占める。本稿では, アルツハイマー病 (以下, Alzheimer Disease : AD と略す) の終末期医療について述べる。AD の終末期を Reisberg は, FAST の第 7 段階 (非常に高度の認知機能低下) の昏迷および昏睡状態時としている (Reisberg et al., 1984)。この時期には, 嚥下障害が進行しているため, 死因の第一位は肺炎である (飯島, 2012)。

このような終末期において, 肺炎発症時, 人工呼吸器を装着するかどうか問題となる (遠藤ら, 2011)。当院では, 表 1 に示した手順に従ってインフォームド・コンセントを行なっている。認知症患

者へのインフォームド・コンセントは、疾患についての説明を行なっても、癌患者のように患者が自己決定を行なうことは困難である。そこで、患者の介護者に、病状、治療法および治療場所について説明を行なう。

肺炎に関しては、その疾患と、治療法として点滴、抗生物質の投与、酸素吸入などについて説明をする。重症肺炎の場合には、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器の装着について説明する。人工呼吸器については、一旦装着した後、肺炎が治癒した時には外すことが可能であるが、肺炎と呼吸障害が長期化した場合、家族が希望しても外すことが困難であることも伝える。しかし、重症肺炎の治療開始時に、家族が人工呼吸器装着を望まなければ、呼吸器を装着しない選択は可能であると伝える。

次に治療する場所として、救急病院、当院、有料老人ホーム、在宅の場合について説明を行なう。人

工呼吸器装着を含めた高度医療を希望する場合は、救急病院にて入院治療を行なう。積極的治療を希望せず、往診、訪問看護による対症療法を希望した場合には、在宅でも看ることは可能であると伝える。点滴、抗生物質投与、酸素吸入による治療を希望する場合は、当院および有料老人ホームなどで可能であると伝える。このような説明を行なった後、家族で相談して、後日、治療場所と治療法についての意思を主治医に伝えてもらう。患者の肺炎が初回発症で重症肺炎の場合、家族は救急病院での治療を望むことが多いが、人工呼吸器の装着を望むことは比較的少ない。肺炎を繰り返して併発するようになると、救急病院での治療を望むことが少なくなり、人工呼吸器、気管切開、気管内挿管も望まず、当院および有料老人ホームでの治療を希望するようになる。また、在宅での対症療法のみを希望する家族もある。

人工呼吸器の装着及び中止についてのガイドライ

表 1. 当院における終末期の肺炎治療と栄養補給に関するインフォームド・コンセント

- 
- (1) 本人の自己決定は認知症、不安、うつ状態などのため困難
  - (2) 介護者へのインフォームド・コンセント
    - ① 肺炎の症状と治療についての説明
      - (i) 発熱、誤嚥、喀痰、呼吸困難
      - (ii) 抗生物質（点滴、内服薬）、酸素吸入、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器
    - ② 栄養補給についての説明
      - 点滴、中心静脈栄養、経管栄養、胃瘻、経口摂取
    - ③ 治療の場所の選択
    - ④ 治療法の選択
    - ⑤ 介護者が代行して意志決定
      - (i) 本人の生活歴
      - (ii) 介護者との生活歴
      - (iii) 発病前の本人の意志
      - (iv) 延命処置、苦痛の除去
    - ⑥ 意志決定期間（数日～2週間）
      - (i) 家族、友人と相談
      - (ii) 終末期までの本人、介護者にとって悔いの少ない過ごし方
      - (iii) 治療ケア、療養場所の選択
    - ⑦ 病院の場合
      - (i) 主治医への治療についての意志表示
      - (ii) 入院中、出来るだけ寄り添う介護
    - ⑧ 自宅の場合
      - (i) 往診、訪問看護
      - (ii) 訪問リハビリ・ヘルパー
      - (iii) ケアマネージャー（介護支援専門員）
      - (iv) 短期入所、短期入院
-

ン作成が、今後の課題である。

### 3. 栄養補給

次に栄養補給に関するインフォームド・コンセントについて述べる。終末期に嚥下障害が進行して経口摂取が困難になった時に、介護者に説明を行なう。栄養補給として、経鼻栄養、胃瘻造設による経管栄養、中心静脈栄養および点滴のみ（1日500ml）等についての説明を行なう。経口摂取困難になってきた時、嚥下可能な食事のみを摂取する。さらに経口摂取不能になった場合、家族と医師の間で同意が得られれば経口摂取を中止することも有り得ることを伝える。

筆者が2008年～2009年の間に当院、有料老人ホーム、在宅で主治医となっていた患者58名のうち、当院で、点滴のみを選択する患者が24名中22名、在宅では経口摂取のみで、経口摂取できなくなった時、別の栄養補給を望まない患者が16名中14名であった。それに対して、有料老人ホームでは18名中、点滴のみ8名、中心静脈栄養3名、胃瘻3名、経口摂取のみ4名であった（旭，2009）。

### 4. AHNの導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン

現在、全国に胃瘻造設を行なった患者は、40万人を超すと考えられており、その適否が大きな問題となっている。欧米では、終末期に経管栄養を行なう事は少なく、経管栄養が誤嚥性肺炎の予防、生存期間の延長、症状緩和に効果があることを示すRCTは存在しないと報告された（Finucane et al., 1999）。さらに経管栄養に伴うさまざまな有害作用が報告されており、認知症患者には経管栄養は差し控えるべきだと述べている（Gillick, 2000）。しかし日本では延命効果を示唆する報告もある（宮岸ら，2007）。さらにわが国では、胃瘻造設者の生命予後は、欧米より優れており欧米のデータに基づいて胃瘻の是非を論ずるべきではないとする意見もある（鈴木，2011）。

このような状況下で高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分栄養補給法（AHN）の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドラインが発表された（大内ら，2012）。このガイドラインの概要は① 医療介護における意思決定プロセス ② いのちについてどう考えるか ③ AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点からなる。①の意思決定プロセスについては、医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択決定を見出すとしている。②のいのちについては、生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる。このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いた方が良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくとも悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断すると述べている。③留意点については、AHN導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。(i) 経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN導入の必要性を確認する (ii) AHN導入に関する諸選択肢（導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善を達成するという観点で家族の事情や生活環境についても配慮する。としている。

平成22年、認知症患者に対するAHNの導入に関して、日本老年医学会が学会所属の医師に対してアンケート調査を行なった。その結果「AHNの差し控えには倫理的に問題がある」と感じている医師が51%、「AHNを行なうことについて倫理的問題がある」と感じている医師が33%、「経管摂取がAHNへ移行する判断が難しい」と回答した医師が45%であった（会田，2012）。このような倫理的問題に対して、ガイドラインの中では、医療・介護・福祉従事者が適切な思考決定プロセスをたどること

によって確保されるとしている。

さらに、AHN を中止することに対して現場の医療者は法的問題になるのではないかという懸念がある。これに対してガイドラインでは、これまで日本において生命維持の（人工呼吸器など）中止を医療者が医療行為としてしたことに対して有罪判決が出た場合、その理由は「中止等が妥当となる要件を満たしていない」というものであって「生命維持をやめることは生命を意図的に終わりにすることであるから違法である」といった理由ではないと述べている。さらに加えて適切な意思決定プロセスを経て決定・選択されたことについては、法的にも責を問われるべきではないとしている。この点について本ガイドライン作成の過程で、法律の専門家たちに意見を求め、ガイドラインが示すような意思決定プロセスを適切に進めて到達した選択を実行した場合、それは法的な介入がなされるようなものではないとの回答を得ていると述べている。

さらに上記アンケート調査でAHNを中止することは、餓死に相当すると考えている医師が少ないことが示された。これに対して、終末期にAHNを中止することで、苦痛が少ない最期を迎えられるとする報告がある（Ahronheim, 1996）、（植村和正, 2000）。本ガイドラインでは、生命維持を目指す医学的介入をしても、死を先送りする効果がほとんどない場合、また、たとえわずかに先送りできたとしても、その間、本人の人生をより豊かにできず、（よい日々だと言えず）、かえって辛い時期をもたらすだけだという場合には、緩和ケアのみを行なう。このように、本人の予後を見通して、全体として延命がQOLと両立しない場合には、医学的介入は延命でなくQOLを優先すると述べている。

このガイドラインが発表された後、認知症高齢者の終末期に、このガイドラインに沿ったAHN導入と中止を決定するに当たって次のような課題が提案された（小比木, 2012）。① 本人が自己決定権を有する以上、認知症患者が判断力を有している時点において、終末期に対する意思表示をすることを求める事をその前提とするべきである ② AHN導入後の中止は直接死をもたらす決定となる。AHN中止

の根拠を本人家族に明確に説明し理解を得られたかという意思決定プロセスを得て、かつ記録される事が重要であるとしている。

今後、このガイドラインが円滑に活用されるためには、国立長寿医療研究センターで行なわれている事前指示書と、認知症患者本人の判断が難しいときに「任意代理人」による事前指示書への記載を全国に拡充する必要があると考えている。数年前から単身および夫婦とも認知症で、介護者のいない人たちが増加しつつある。そのため、ガイドラインに沿った意思決定をすすめていくために、医療介護・福祉従事者を中心に代理人の役割を担う「地域における倫理委員会」のようなものが必要ではないかと考えている。

## 5. 介護者の負担

認知症患者を介助する介護者の負担が増大して、大きな社会問題となっている。平成21年4月21日認知症の母親を長年介護していたタレントの清水由貴子さんが、うつ病になり自殺したことが報道された時、全国の関係者に大きな衝撃を与えた。

当院の所在する千葉県松戸市は、団塊世代が多く在住していて、高齢者が急増している。2000年介護保険制度が開始された時、介護認定を受けた認知症患者数が2,500人であったが、2010年には、7,500人に急増している。当院を受診する認知症患者も増加してきた。2年前からは、重度うつ病で精神科へ入院する介護者もでてきた。特に認知症の終末期ケアは介護者にとってきわめて大きな負担であると報告されている（Schulz et al., 2003）。その報告によると認知症患者と看取った217人の介護者についての調査では、半数の介護者は週に46時間以上、日常生活動作（ADL）や手段の日常生活動作（IADL）の介助を行っていた。介護者の過半数が24時間勤務をしているような気分であり、患者の頻回の訴えなどにより、退職や就業時間の短縮をせざるをえず、高度のうつ状態を経験していたと述べている。

このような介護者の介護負担を軽減するための先行研究が行なわれている（日本神経学会, 2012）。

表 2. PAFED-I

氏名： \_\_\_\_\_ 様  
 評価日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 評価者（ \_\_\_\_\_ ）

実施マニュアル

※ A の言語刺激について：下位項目 1～6 の「 」内の挨拶・質問を被検査者に伝え、その反応を評価する。検査者はあいつちを打つ程度で、無理に話を広げないようにする。

※ B の視覚刺激について：下位項目 7～12 それぞれで指定されている物品を、「 」内の質問をしながら手渡し、一言、回想を促す質問を行なう。その反応を評価する。

※ 評価者の態度：落ち着いた自然な態度が望ましい。無表情である必要はないが、無理に笑う必要もない。微笑むのは良い。

※ 評価を行なう期間：刺激提示から次の刺激提示の間で評価を行なう。反応が乏しい被検査者の場合、すぐに次の項目に進まずに反応を 10 秒程度待つようにする。

※ 検査者と被検査者の位置：原則として、検査者は被検査者の正面の不自然でない距離（1 m 前後）に座って面接を行なう。被検査者が顔を背けている場合にも、顔を覗き込んだりせず、そのまま面接を行なう。

※ スコアリングの基準：

「検査者に視線を向ける」「物品に視線を向ける」
2 = 反応が持続（不自然でない範囲で視線が合う）
1 = 刺激提示後すぐに反応が消去（チラッと見る、わずかに視線を合わせる）
0 = その反応が全く見られない（視線が動かない、検査者を無視している）
「何らかの表情がみられる」
1 = 何らかの表情がみられる
0 = 無表情である

※ より詳細な表情について：「何らかの表情がみられる」（A 言語刺激における②、B 視覚刺激における③）については、評定後に（ ）内から該当する表情をチェックする。もし該当する表情がない場合は、「その他」に具体的に記入する。

※ 被検査者が最初から笑顔である場合は、1点となり「笑顔」を○で囲む。

A 言語刺激

1 「こんにちは（おはようございます）、よろしくお願ひします。」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他： }

2 「体の具合はいかがですか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他： }

3 「夜はよく眠れていますか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他： }

4 「ご飯はおいしいですか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他: }

5 「いま何か困ってることはありますか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他: }

6 「いま何か興味があることはありますか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他: }

B 視覚刺激

7 鉛筆: 「これは、なんですか？ (被験者に渡しながら)」 「昔はよく手紙を書きましたか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 物品に視線を向ける	2	1	0
③ 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他: }

8 野球ボール: 「これは、なんですか？ (被験者に渡しながら)」 「野球観戦はよくしましたか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 物品に視線を向ける	2	1	0
③ 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他: }

9 お手玉: 「これは、なんですか？ (被験者に渡しながら)」 「これで遊んだことはありますか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 物品に視線を向ける	2	1	0
③ 何らかの表情がみられる		1	0

{ 笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味 }  
 { その他: }



10 人形：「これは、なんですか？（被験者に渡しながら）」「犬か猫を飼っていましたか？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 物品に視線を向ける	2	1	0
③ 何らかの表情がみられる		1	0

〔笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味〕  
 その他：

11 動く人形：「これは、なんですか？（被験者に渡しながら）」「縁日やお祭りのときよく売っていましたよね？」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 物品に視線を向ける	2	1	0
③ 何らかの表情がみられる		1	0

〔笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味〕  
 その他：

12 動く人形を動かして見せる：「ほら、動くんですよ」「よくできていますよね」

① 検査者に視線を向ける	2	1	0
② 物品に視線を向ける	2	1	0
③ 何らかの表情がみられる		1	0

〔笑顔 ・ しかめ面 ・ オドオド ・ びっくり ・ うんざり ・ 興味〕  
 その他：

具体的な表情の頻度

笑 顔：	び っ くり：
し か め 面：	う ん ざ り：
オ ド オ ド：	興 味：
そ の 他：	

	A 言語刺激	B 視覚刺激	
①視線-検査者	/12	/12	視線得点
②視線-物品		/12	/36
			表情得点
③表情変化	/6	/6	/12

これによると心理社会的介入によって介護者の心理状態は改善できるが、介護負担を軽減することは容易でない。介護者のみならず患者も巻き込み、高い密度で施行し、介護者の求めに応じる柔軟な介入プログラムであれば有効になり得ると述べている。

当院では、介護者への介護支援の取り組みを行なっているため述べる。① 介護日誌 ② 定期短期入所 ③ 簡易心理評価スケール（PAFED-I: Psychological Assessment Scale by Facial Expression for Demented People-Interview version）（矢野ら、2012）④ 施設入所後の定期訪問と自宅への外泊。

① 介護日誌：当院では初診時より、認知症患者

の診察時に介護者相談も行なっている。介護上の問題が大きくなった時は、介護日誌に記載するように指導している。介護日誌の内容は患者の一般状態（体温、血圧、食事、排尿排便回数）、ADL、BPSD、一日の過ごし方、介護上の問題点および介護者自身の身体と心理上の問題などである。外来受診日に、介護日誌を参考にしながらケアの方法について助言を行なっている。その結果、患者の心理的安定と、介護者自身の介護力の向上および介護負担の軽減がある程度得られる。

② 定期短期入所：病状が重度化すると介護負担も増大する。その時には、通所リハ、通所介護、へ

ルパー派遣などを増やすとともに、定期短期入所をすすめている。定期短期入所は月に10日～14日をすすめている。1週間以内の短期入所は、介護者の介護負担の軽減には、つながらないと筆者は考えており、10日～14日を毎月利用すると、介護者の介護負担の軽減につながり、終末期まで、自宅で看取ることのできる介護者もいる。

③ 簡易心理評価スケール (PAFED-I) : 重度認知症となると患者が発語しなくなり、介護者とのコミュニケーションが困難となる。介護者の介護負担がさらに大きくなり、介護者の介護意欲が低下してくる。このような患者の心理状態の評価表として当院で、簡易心理評価スケールを開発した。表2に示したような10項目について評価を行なった。その結果、FAST6の患者では表情、FAST7では視線を得点化して重度認知症の意欲、自発性を評価することが可能となった。介護者が患者の表情と視線を読みとることで、患者とのコミュニケーションがある程度可能となり、介護負担感の軽減にもつながる。

④ 施設入所後の定期訪問と自宅への外泊 : 以上述べたような介護支援を行なっても、介護負担が増大してきた時は、在宅ケアの限界と考えると、施設入所をすすめている。長く在宅で介護を熱心に行なってきた介護者は、施設入所を受け入れにくい場合がある。しかし、介護負担が増大して、介護者自身が身体合併症やうつ病になって入院する可能性が考えられる場合、施設入所を強くすすめている。入所しても、介護を施設に全て依存するのではなく、定期的に施設を訪問して、日中、認知症患者と接して、会話、レクリエーション活動、車椅子による介助に取り組むことなど、本人とのコミュニケーションを続けることで、介護者の介護負担の軽減と介護を続けることの意義の再確認につながる。そして、介護者が介護することに余裕が出てきたら、患者が自宅へ外泊することをすすめている。そして、終末期には、AHNを行なわずに、自宅へ戻って数日、穏かに最期を迎える患者もある。

## 6. 終末期リハビリ

認知症患者に対するリハビリとしては、通所リハビリ (デイケア)、回想法や音楽療法、理学療法、作業療法、言語摂食嚥下療法などがあるが、全国的に普及していない。平成21年、認知症短期集中リハビリ (鳥羽, 2008) が、認知症患者の認知機能とBPSDを改善させる効果があることにより、介護報酬に導入された。今後、認知症リハビリを拡充していく必要がある。当院では、回想法への取り組みを行なってきた (河田ら, 1998)。千葉県では、本年、認知症リハビリを県内に拡充するため千葉県認知症連携パスを作成した (旭, 2012)。

認知症の終末期にリハビリが必要であるがあまり普及していない。終末期リハビリとは、終末期に疾病のために自立が期待できず、自分の力で身の保全をしえない人に対して、最後まで人間らしくあるように医療・看護・介護とともに行なうリハビリテーション活動である。具体的なりハビリ活動としては、① 不動による苦痛の解除、② 関節の変形・拘縮の予防、③ 経口摂取の確保、④ 呼吸の安楽、⑤ 尊厳ある排泄の確保、⑥ 家族へのケア、などである (大田, 2002)。

終末期にリハビリが導入されると関節を拘縮させない、きれいな姿で臨終を迎えられることに対する貢献は大きいと考えられる (北川, 荒木, 2011)。

## 7. おわりに

松戸市および千葉県では、平成18年より松戸市認知症研究会、平成21年より、千葉県認知症対策推進協議会が発足して、認知症患者および介護者の医療とケアの問題に取り組んできた。今後上記に述べた終末期医療ケアの課題にも取り組む必要があると考えている。

今回、作成されたガイドラインに示された「認知症患者が残りの人生をどのように生きることが望ましいか」という観点から、認知症患者への病名告知と、告知後の「最期を迎えるまでの望ましい生き方」

についても取り組む必要性がある。さらには、認知症発症前より、自分の生と死を考えていくための教育が必要である。

認知症患者および介護者は、患者の終末期に到るまでに心理面での変化があり、そこに医療関係者が心理的介入を行なうことで、心理面での安定化への一助になると考えられる。今後、医療・介護・福祉従事者へ、心理的介入の必要性を呼びかけていきたいと考えている。

----- 文 献 -----

- Ahronheim JC (1996) Nutrition and hydration in the terminal patient. *Clin Geriatr Med* 12: 379-391
- 会田薫子 (2012) 認知症高齢者のターミナルケアをどう考えるか. *老年精医誌* 23: 119-125
- 旭 俊臣 (2009) 施設療養高齢者の終末期における栄養のあり方. *日老医誌* 44: 514
- 旭 俊臣 (2012) 認知症リハビリテーションにおける地域連携システムの取り組み. *Jpn J Rehabil Med* 49: 123-126
- 遠藤英俊, 三浦久幸, 佐竹昭介 (2011) 認知症の終末期医療のあり方. *診断と治療* 99: 523-525
- Finucane TE, Christmas C, Travis K (1999) Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 282: 1365-1370
- Gillick MR (2000) Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 342: 206-210
- 飯島 節 (2012) 認知症患者の終末期医療. *精神医学* 54: 240-243
- 河田政之, 吉山容正, 山田達夫, 旭 俊臣, 渡辺晶子, 野村豊子, 服部孝道 (1998) 痴呆に対するデイケア, 回想法の効果. *老年精医誌* 9: 943-948
- 北川公子, 荒木亜紀 (2011) 施設環境からみた認知症高齢者の終末期医療・ケア. *老年精医誌* 22: 1369-1375
- 小比木清 (2012) 認知症の終末期医療. *老年精医誌* 23: 111
- 宮岸隆司, 東 琢哉, 赤石康弘, 荒井政義, 峯廻攻守 (2007) 高齢者終末期における人工栄養に関する調査. *日老医誌* 44: 219-223
- 日本神経学会 監修 (2012) 認知症疾患治療ガイドライン 2010 医学書院, 東京
- 大田仁史 (2002) 終末期リハビリテーション 504 荘道社, 東京
- 大内尉義, 甲斐一郎, 清水哲郎ほか (2012) 平成 23 年度厚生省老健局老人保健健康増進等事業 高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成
- Reisberg B, Ferris SH, Anand R, de Leon MJ, Schneck MK, Buttinger C, Borenstien J (1984) Functional staging of dementia of the Alzheimer's type. *Ann N Y Acad Sci* 435: 481-483
- Schulz R, Mendelsohn AB, Haley WE, Mahoney D, Allen RS, Zhang S, Thompson L, Belle SH (2003) End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med* 349: 1936-1942
- 鈴木 裕 (2011) 平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 認知症患者の胃ろうガイドラインの作成—原疾患, 重症度別の適応・不適応, 見直し, 中止に関する調査研究—調査研究事業報告書
- 鳥羽研二 (2008) 認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業. 平成 19 年度全国老人保健施設協会
- 植村和正 (2000) 高齢者の終末期医療の特徴 これからの老年学 (井口昭久編) pp. 302-305. 名古屋大学出版会, 名古屋
- 矢野啓明, 高橋伸佳, 斯波純子, 旭 俊臣 (2012) 重度認知症患者における視線と表情による簡易心理評価スケールの開発. *高次脳機能研* 32: 128-135

### Issues related to end-of-life medical care for dementia patients

Toshiomi Asahi, Akira Kogure, Haruko Hatakeyama, Keiko Mizobuchi, Ryounosuke Yamaga  
Asahi Neurology and Rehabilitation Hospital

- (1) The major cause of death at the end of life is pneumonia, and treatment may involve problems associated with the introduction of a mechanical ventilator.
- (2) Methods of nutrient supply in the terminal phase include establishment of a gastric fistula, and a guideline for its establishment and closure has been published. There may be some issues interfering with the smooth utilization of this guideline.
- (3) Although the burden of caregivers to terminal-phase patients is increasing, supports for such care are insufficient.
- (4) Although rehabilitation is also a necessary component of terminal-phase care, its introduction has not been extensively promoted.

---

Address correspondence to Dr. Toshiomi Asahi, Asahi Neurology and Rehabilitation Hospital (789-10 Kurigasawa, Matsudo, Chiba 270-0022, Japan)

## ◎医療・リハシステム

座長 梅津 祐一

## I-P6-10 障害者施設等一般病棟でのリハビリテーション治療経過

会田記念リハビリテーション病院  
斎藤 亜野, 牧山 康志, 市丸 勝二

【目的】当院は4病棟178床のリハビリテーション(以下リハと略)病床のうち3病棟を回復期リハ病棟, 1病棟59床を障害者施設等一般病棟としている。回復期リハ病棟対象外であるがリハ適応のある患者の一部を障害者施設等一般病棟で受け入れ治療したり経過を報告する。【方法】平成22年4月~平成24年10月までに退院した障害者施設等一般病棟入院患者263名のリハ経過を調査し, 疾患別にFIM変化, 在宅復帰率等比較検討した。【結果】対象患者263名。神経筋疾患78名, 脊髄損傷54名, 廃用症候群42名, 頭部外傷23名, 脳卒中10名, 他脳疾患37名, 骨関節疾患19名, 平均年齢67歳(20~94歳), 平均入院期間187日(2~1313日)。退院時平均FIM64, 平均FIM利得9。転帰は自宅退院48%, 転院49%(急性増悪23%, 長期療養26%), 死亡3%。疾患別在宅復帰率では骨関節疾患74%(退院時平均FIM93.0, 平均FIM利得15.8), 脊髄損傷56%(退院時平均FIM72.5, 平均FIM利得15.2)と高かった一方, 脳卒中20%(退院時FIM平均41.7, 平均FIM利得2.4), 他脳疾患32%(退院時平均FIM49.9, 平均FIM利得10.6)と低かった。【考察】回復期リハ病棟対象外とされた患者の中にも長期リハの取り組みによって自宅退院できる患者も多い。リハ治療ができる障害者施設等一般病棟での患者の受け入れ, 治療について今後検討が必要と考えられる。

## I-P6-11 高次脳機能障害に対するチーム医療—急性期病院における取り組み—

<sup>1</sup>洛和会音羽病院リハビリテーション科, <sup>2</sup>洛和会音羽病院地域リハビリテーション広域支援センター,  
<sup>3</sup>洛和会音羽病院高次脳機能障害センター  
田中 尚<sup>1</sup>, 小澤 恭子<sup>2</sup>, 猪野 正志<sup>3</sup>

【はじめに】高次脳機能障害(以下高次脳)は, 家庭/社会復帰に影響を及ぼすため, 回復期~慢性期の長期的リハが必要である。しかし, 急性期のリハ介入は, 十分確立していない。今回, 急性期病院において, 高次脳に特化したチーム医療を開始したので, 当院の取り組みを報告する。【背景】当院は, 救命救急センターを有する608床(回復期リハ病床50床)の地域中核病院で, 平成23年10月, 高次脳センターが開設された。開設時, 神経内科医, リハ医, 看護師, PT, OT, ST, 心理士, 社会福祉士, 事務職によるチームを編成した。【活動準備】毎月, 会議を行い, チーム活動を検討し, 勉強会を開催した。国内/海外の他施設の見学・研修を行った。さらに, 部屋の確保, 機器の購入, 神経心理領域を専門とする心理士を採用(非常勤)した。【診療体制】1, リハ開始前や定期カンファレンスにて, 高次脳が主因で, 退院や復職が困難と予想される患者を抽出し, チーム介入を決定した。2, チームの関与が分かるように, 電子カルテ上の変更を行い, 横断的に介入ができる体制を整えた。3, リハ医が, 脳解剖, 症状, 社会制度について, 資料を提示し, 患者らに障害の“気づき”の指導を行った。障害やゴール設定の“図式化(formulation)”を作成した。4, 心理的問題は, 心理回診を行い, 認知行動療法を開始した。5, 薬剤師の協力を得て, チームとして服薬指導を行った。【まとめ】急性期からチームが介入することで, 退院後や回復期以降に予想される問題に対して, 多職種連携のもと, 早期からリハを行うことができた。

## I-P6-12 認知症リハビリにおける千葉県地域支援体制構築モデル事業

旭神経内科リハビリテーション病院  
旭 俊臣, 木檜 晃, 溝淵 敬子

【目的】認知症患者は, 運動機能障害, BPSD(認知症疾患に伴う行動障害と精神症状), 身体合併症が進行すると, リハビリ病院, 精神科病院, 救急病院への入院が必要となる。しかし上記病院への入院が困難となる場合がある。平成23年千葉県では認知症連携パスが作成され, 平成24年よりこの連携パスを活用して地域支援体制構築モデル事業が開始されたので, 報告する。【方法】千葉県では, 平成21年より認知症対策推進協議会が発足して, 1. リハビリ病院・救急病院・精神科病院との連携, 2. かかりつけ医と専門医の連携, 3. 医療と介護福祉の連携, 4. 県・市町村・医師会の連携などについて協議を重ねてきた。その結果, 1. 認知症初期における早期発見と治療, 2. 認知症中期におけるBPSDへの対応, 3. 認知症後期における身体合併症及び運動障害に対する対応, 4. 認知症終末期における看取りへの対応, 5. 認知症コーディネーターの育成, 6. 認知症にかかわる医療・介護職の研修等が必要であると提案された。【結果】認知症連携パスが作成され, 県内4ヶ所(松戸市, 佐倉市, 旭市, 袖ヶ浦市)でモデル事業が開始された。当院の所在する松戸市では医師会が中心となり, この連携パスが円滑に活用されるために, 認知症コーディネーターの育成と松戸市認知症研究会での活動を開始した。

## 246 認知症患者家族の意思決定を支援するツールとしてのKN式ケアパス概念図の作成

武地 一<sup>1)</sup>, 国立 淳子<sup>1)</sup>, 杉原 百合子<sup>2)</sup>, 高橋 紗也子<sup>1)</sup>, 濱川 慶之<sup>1)</sup>, 森 俊夫<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>京都大学医学部附属病院老年内科,

<sup>2)</sup>京都府立医科大学看護学科,

<sup>3)</sup>京都府立洛南病院精神科

【目的】認知症の地域包括ケアを樹立していくためには地域でケアの流れを共有していくことが重要である。そのためには、専門職と住民のインターフェイスとなる概念図が必要と考え作成し、有用性を検討するため、患者家族に対し、地域資源利用等に関する調査を行った。【方法】認知症になっても地域に暮らすという理念、現在あるいは近い将来に利用可能な地域の医療・介護資源、状態に応じた医療・介護の流れ等を可視化する目的で、A4シート1枚に認知症ケアパス概念図を描き、KN (Kyoto Ninchisho)-式概念図と名付けた。外来通院患者の家族43名に図を提示し、医療・介護資源に関する現在ならびに今後の利用に関する把握しやすさ、自宅に住み続けることについての意思等を確認する質問を行った。【結果】43名中2名は「参考にならなかった」を選択したが、複数回答でそれぞれ16名と26名は、「現在」あるいは「今後」の医療・介護サービスについて把握しやすいと回答し、それぞれ12名と7名が、「今後のことが考えやすい」、「知らないことが多く、もっと知識を得たい」と回答した。自宅に住み続けることについて支援者としての考えでは、43名中29名が自宅生活の継続を選択した。これらの結果は、認知症の重症度や介護者の属性では有意な差を認めなかった。【考察】KN式認知症ケアパス概念図は、認知症当事者の意思確認に有用と思われた。多職種地域連携の促進にも寄与するものと考えられる。

## 248 千葉県認知症連携パスを用いた地域支援体制構築モデル事業

旭 俊臣, 畠山 治子, 溝淵 敬子, 木檜 晃, 柴崎 孝二

旭神経内科リハビリテーション病院

【目的】認知症患者は、BPSD、身体合併症、運動機能障害が進行すると、精神科病院、救急病院、リハビリ病院への入院が必要となるが、上記病院への入院及び退院には多くの問題がある。平成23年千葉県では認知症連携パスが作成され、平成24年よりこの連携パスを活用して地域支援体制構築モデル事業が開始されたので、報告する。【方法】モデル事業では、1. 連携パスの活用、2. 認知症コーディネーターの育成、3. 認知症患者の精神科病院からの退院促進事業、4. 医療・介護・福祉関係者への研修等で2年間、県内4ヶ所（松戸市、佐倉市、旭市、袖ヶ浦市）で開始された。【結論】松戸市では、1. 認知症コーディネーター養成講座を行った。その結果、救急病院、精神科病院、リハビリ病院、地域包括支援センター、介護支援事業所などの介護福祉施設職員84名を認知症コーディネーターとして認定した。2. 認知症連携パスは認知症コーディネーター同士の間で相互利用することで、連携パスの拡充を図る予定である。3. 連携パスが活用されるためには、連携パスを使用するコーディネーターへの研修と、コーディネーター同士の顔の見える関係の構築が重要である。

## 247 荏原病院における認知症疾患医療センター開設後の初診患者層についての考察

青木 藍<sup>1)</sup>, 鈴木 謙一<sup>3)</sup>, 上園 礼<sup>1)</sup>, 猪狩 温<sup>1)</sup>, 今井 径介<sup>1)</sup>, 重家 里映<sup>1)</sup>, 金子 雄二郎<sup>1)</sup>, 木村 元紀<sup>1)</sup>, 田久保 秀樹<sup>2)</sup>, 諏訪 浩<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>東京都保健医療公社荏原病院精神科,

<sup>2)</sup>東京都保健医療公社荏原病院神経内科,

<sup>3)</sup>東京都保健医療公社荏原病院認知症疾患医療センター

導入：荏原病院では2012年4月1日より認知症疾患医療センターを開設した。認知症（もの忘れ）外来が神経内科と精神科に設けられており、受診先科は受診者の希望に基づいて選択されている。目的：精神科、神経内科の受診患者層の違いを明らかにすること。方法：2012年4月1日から10月31日に両科を初診した患者229名（精神科99名、神経内科130名）について、カルテを後方視的に調査し比較した。結果：男性が34.1%と女性有意の患者層である。平均年齢は78.9±9.0歳であり、性別、科によって差を認めなかった。主訴がもの忘れに限局される例は神経内科受診者で有意に多かった（62.6% vs 94.6%,  $p < 0.001$ ）（以下データは精神科、神経内科の順）。HDS-R 21/20; MMSE 24/23の何れかのカットオフを下回る例は精神科で有意に多かった（61.6% vs 50.8%,  $p = 0.03$ ）。何らかのBPSDを伴う例は精神科で有意に多かった（48.5% vs 11.5%,  $p < 0.001$ ）。年齢相応～MCIと診断される割合は神経内科で有意に多かった（19.2% vs 36.9%,  $p < 0.001$ ）。全体の45.9%がアルツハイマー型認知症と診断され科による差は認めなかった。考察：精神科では認知機能の障害がより重度でBPSDを伴った例が多く、神経内科ではもの忘れのみの自覚に対して精査を求める例が多いことが示された。

## 249 杏林大学医学部附属病院認知症疾患医療センターとしての役割

名古屋 恵美子, 長谷川 浩, 小林 義雄, 松井 敏史, 神崎 恒一

杏林大学医学部高齢医学・杏林大学病院もの忘れセンター

目的：東京都は平成24年4月より10ヶ所認知症疾患医療センターを設置し、杏林大学病院は北多摩南部二次医療圏を担当している。認知症疾患医療センター選定後の役割とその活動の現状について報告する。方法：平成24年4月から平成25年3月の1年間に杏林大学病院もの忘れセンターを受診した外来患者につき認知症疾患に係る入院件数、専門医療相談件数と内容、連携先等について調査した。結果：同期間での外来受診件数は6054件、うち鑑別診断件数は601件、認知症身体疾患に係る当院への入院件数は114件、また、BPSDの増悪のための入院は13件（うち連携病院は7件）ですべて精神科病院であった。専門医療相談は1163件、電話が590件、面接が472件。相談内容は、転院・入所に関する相談：743件、受診・受療に関する相談：163件、介護保険に関する相談：52件、関係機関との連絡調整：52件であった。連携先の上位は地域包括支援センター：71件、ケアマネジャー：81件、精神科病院：53件、一般病院：225件であった。結論：杏林大学病院は以前より三鷹・武蔵野市で顔の見える地域連携を構築してきた。今回東京都認知症疾患医療センターとして広域の地域連携を始め、鑑別診断を含む外来診療を行う一方、入院・入所や受診・受療に関する相談を多数受け、地域包括支援センターをはじめ地域各所との連携をさらに深めている実態が明らかになった。

# 認知症の本人の意思や思いを優先させるか、 機能の維持や回復を優先させるか、 どう対応したらよいのでしょうか？



医療法人社団こだま会こだまクリニック \*看護師 \*\*院長  
水谷佳子\* 木之下 徹\*\*

## 著者からのメッセージ

- 答えることのできない問いに出会ったときは、角度を変えて考えてみる。

### はじめに

この問いは二択である。もし、「コーヒーですか、紅茶ですか？」とたずねられたら、飲みたいほうを選べばよい。しかし、「嗜好や気分だけでは選べない二択を突きつけられたときに、どうするかを考えよ」と、この問いはたずねている。選ぶのではなく考える。すると、問いの背景や、言葉の裏側にある大切なことに気づくはずだ。さらに、コーヒー、紅茶以外の新たなメニュー創出の可能性もみえてくる。既成の選択肢から解き放たれた自由な発想は世界観を変え、新しい時代を拓く。“認知症に困る”時代から、“認知症と生きる”時代へ。ともに、新たな世界への船出を試みよう。まずは、この問いを考えるための準備から始める。



## この問いを考えるための準備

認知症の本人が、「機能の維持や回復(にかかわるとされるもの・ことを)したい」のであれば、この問いは生まれにくい。したがって、「本人がしたいのに、家族を含む周囲がさせたくない」ケースは本テーマとは異なるが、注意を払う必要がある。たとえば次のようなケースである。

寝たきりの高齢者本人は、少しでも動けるようになりたいためリハビリを望んでいたが、家族介護者は高齢者が動けるようになると介護の負担が増えるためにそれに反対していた。しかし高齢者の意向を尊重して、訪問看護師がリハビリを行ったところ、家族介護者が「おもしろくない」と、(動けるようになることへの)「恐怖感」から、高齢者のことを精神的に追いつめてしまうという事件が起きた<sup>1)</sup>。

本人と周囲の意向のずれはよくある。今回は設問にしたがって、本人は「したくない・行きたくない」、周囲は「させたい・行かせたい」ケースで考察を進める。なお本稿では「機能の維持や回復」の具体として、よくある「認知機能トレーニング(いわゆるドリルやパズルなど)」、「多くの人と接する活動」、「ADL(日常生活動作)低下予防のための運動」などを想定した。その効果の真偽はきわめて重要であるが、本稿ではあえて触れずにおく。



## 問いに答えるための「問い」

表題の設問は、実は認知症診療という場に限定的でなく、日常よく遭遇する問いである。著者も、「美味しいものを腹いっぱい食べたい」という自身の切なる思いと、「身体に悪いから食材やカロリーを考慮したうえ、摂取量を控えるべき」という周囲の規範的意向に挟まれ、日々苦悩している。さらに、自身のなかで2つの対立する思いを抱え、どちらを取るべきか悩むこともしばしばである。「今日はゴロゴロ寝たい」と思う反面「トレーニングジムで運動をしてきたほうがいだろう」といった具合である。読者もまた、似たような苦悩があるはずである。

つまりこの問いとは、いたるところで誰もがぶつかる壁なのだ。ルールめいた答えなどない。ただ、どちらの立場(自身がしたくないことを強制されそうになっているのか、相手にそれをさせたくて躍起になっているのか)に身を置くかで、答えを導き出そうとする姿勢が変わる。この姿勢を意識することで、悩みの大半は整理される。以下に、このような壁にぶつかった際の指針となる「問い」をあげる。

①なぜ、それをする(そこに行く)のか? : 「それ」には、意識的に「する・行く」ことであれば何を当てはめてもよい。著者は当院スタッフに次のように問うてみた。「あなたはなぜ、今の仕事をしているのか」と。すると、次のような回答があった。

「やりがいがあるから」  
 「自分を活かせると感じているから」  
 「人の役に立てるから」  
 「代わりの仕事が見つからないから」  
 「なんとなく、なりゆきで」

さらにもう一問。「あなたはなぜ、風呂に入るのか」

「風呂に入ると疲れがとれるから」  
 「風呂に入らないと頭や体がかゆくなるから」  
 「冬は温まるし、夏はサッパリしたいから」  
 「汚くしていると社会生活上支障が出るから」  
 「習慣だから」

「自分によいと感じられる」、「ほかの選択肢がない」、「これをしないと困るなど」、理由はさまざまのようである。表題の設問に戻ってみると、本人の意思や思いは「機能の維持や回復」以外のものに向いているから、「機能の維持や回復」に対してこのように一自分によい、ほかの選択肢がない、これをしないと困る—と感じていないのかもしれない。

読者も自問自答、あるいは周囲に「人はなぜそれをするのか」とたずねてみてほしい。その理由が、さまざまな価値基準によるものであると同時に不明確であることにも、実感を伴って気づくはずである。



②したくない(行きたくない)こととは？ その理由は？ :「あなたはなぜ、それをしたくないのか」「それ」にあてはまる言葉と、したくない理由を著者がスタッフに問うたところ、以下のさまざまな回答があった。

“裁縫”一面倒くさい。やりがいがない。喜びを感じない。うまくできない。

“残業”一自分の時間がなくなる。キリがない。疲れる。

“英語の学習”一効果を実感できない。自分のできなさ加減が嫌になる。しなくても生きていける。その時間があれば、ほかのもっと有意義なことに使いたい。

“列に並ぶ”一疲れる。どれだけ時間がかかるのか先がみえずイライラする。時間がもったいない。並んだ時間にもあうだけの成果物を得られると思えない。

①とは違い、多岐にわたる理由が提示されたことも興味深い。「したくないこと」には数多くの、しかも、あたかも合理的であるかのような理由をつける気持ちは著者も心底共感できる。わが身を振り返ると、当然“それ”をしたほうがよいと理屈ではわかっている、よいとされる理由を上回るだけの「したくない」理由を生むことができる、ということにも気づく。つまり、「説得する」ことはきわめて難しいのである。設問のケースでも同様であろう。

ここで考慮すべきは、スタッフの回答からはみえにくい「心身の不調」などの可能性である。「人の何倍も疲れてしまう<sup>2)</sup>」と認知症の人はいふ。つまり、認知症の生きづらさは、周囲からはみえないのである。また、かぜのひきはじめ、自律神経の機能低下などの身体的不調が隠れていることも多い。認知症の生きづらさや身体の不調は、「前向きになれない」といった心のあり方にも影響する。「なぜ、したくないのか」「どのようなときに、したくないのか」。それを丁寧に解き明かすことができれば、必要とされる医療に気づくことができる。

さらに、今回の設問でいうところの本人がしたくない「機能の維持や回復」が、何を指しているのかに目を向ける必要がある。言語療法を始めて間もない前頭側頭型認知症の本人が、「3つの会@web」(<http://www.3tsu.jp>)<sup>2)</sup> 掲示板に投稿した言葉を抜粋し、以下に示す。

今日は少し絵を見て、そのことを言葉にする練習をしました。

バスに乗る、とか傘をさす、などがありました。

30分ぐらいですがいつもとてもつらい時間です。

話せなくなることを恐れていますが、今はまだいろいろなことを話せています。

今話せることを、話したい。

何かしたいことはありますか？と聞いてほしい。

そうしたら今したいことを言葉にできる。

お水が飲みたい、だとかトイレに行きたいだとか、

もうトレーニングはやめたいだとかいうことができる。

家事をするときにそばにいてくれたら

塩をとって、だとかあれこれ言うことができる。

生活につながった言葉を、なくしたくない。

決まったプログラムだけでなく、  
なんでも話題にして私に残っているものを引き出してほしい。

本人は「話せなくなることを恐れて」おり、言語機能をできるだけ維持したいと願っている。しかし「言語療法」は、「生活につながった言葉をなくしたくない」という本人の切実な思いを汲むものではなかった。このケースでは、後で本人が振り返って思いを言葉にできているが、それができずにいる人たちがどれほどいることであろうか。

「よいもの」と思い込みがちな「機能の維持や回復に関するもの・こと」について、いま一度「よい」という思い込みを取り去り、みつめなおす。そして、そのあり方を、本人や周囲の人、機能の維持や回復に関するもの・ことを提供する人も含めて丁寧に検討し実践する。うまくいけば、本人と周囲の意向はどちらを強制することなく同じ方向を向くはずである。

③なぜ、させたい(行かせたい)のか? :ここで、問いの主体を、「したくない」本人から「させたい」周囲にシフトさせてみよう。スタッフだけに問うのは酷なので、今回は自問自答とした。「わたしはなぜ、自身をトレーニングジムに行かせたいのか?」

「身体機能を高めるため」  
「健康の維持増進のため」  
「心身のバランスを取るため」  
「適度な身体の疲労が快眠につながるため」

なぜ、させたいのか。それは「本人にとってよい効果があるから」であり、善意や親切心から生まれる思いである。とすると、周囲の意向を無下にはできない気持ちにもなる。本人の意向を周囲に納得してもらいたいとき、周囲の思いを十分に汲みとる対話の時間と言葉の選択が重要になる。

さて、この「親切心」、かなりの曲者である。よかれと思って助言しているのに当の本人が聞き入れない、という状況が生み出す感情は、読者も今までに公私を問わずさまざまな場面で経験していることだろう。なすべきことが明らかなのにもかかわらず、それをしない人を前にすると、つい、思うような行動を取らないことへの苛立ちを覚えるのが人の性である。この苛立ちの源を探ると、思いどおりに人を動かしたい欲求が果たせない、という姿がみえる。しかし、人は他人の意のままには動かないものである。わが身を省みたとき、それは歴然としている。であれば、できることは1つしかない。他人が変わらないのであれば、自分が変わることである。

次のようなことがあった。綺麗好きで埃ひとつない応接室が自慢の婦人は、夫が認知症になり手がかかるようになったことで、思うように掃除ができなくなった。著者が訪問すると婦人は、思うようなライフスタイルを維持できない不満を述べ立てた。しばらくしたある日の訪問時、明らかに今までより室内は雑然としていたが、婦人はにこやかにこう言った。「多少ほこりが溜まってでも死ぬわけではないし、何より、私が手抜きをしはじめたら、夫の笑顔が増えたんです」

最後に、「機能の維持や回復」をさせたい人の立場に留意したい。デイサービスやショートステイなどの介護サービスは、「機能回復のための訓練を行う」とされている一方で、家族向けの説明などでは「介

「介護負担軽減」が謳われていることも多い。つまり、一時的に介護から離れたいという切羽詰った周囲の状況も想定される。この文脈での「機能の回復や維持」には、「本人のための善意や親切心」だけでなく、「自身が疲労困憊から脱したい」という欲求も含まれている。だからといって、本人の意向を無視してよいわけではない。対話を通じて折り合いのつく着地点を探しながら、場合によっては、周囲の人への医療介入を検討すべきであろう。

## 実践で知識を整理しよう！

サービスはつくるものである：ピック病と診断されたSさんは、妻の負担を慮って自らデイサービスに通うことを決めた。しかし、ソフトボールや山歩きなどに親しんできたSさんにとって、風船バレーや折り紙で1日が終わるデイサービスは、苦行の場でしかなかった。妻への思いと自身の苦痛の板挟みになったSさんは、家にもイライラすることが多くなっていった。ケアマネジャーを代えて相談を続けたある日、身体トレーニングを主とするデイサービスが見つかった。今、Sさんは、そのデイサービスに通うことが楽しみで仕方がないという。

## ワンポイントアドバイス

自分にあつたサービスに巡りあえる人はまだまだ少ないのが現状であろう。一方で、徐々にサービスの多様化も起こってきている。本人か周囲、どちらかの意向に無理やり押し込めるのではなく、双方の意向が合致する新たなサービスをつくり出すことが求められている。

### 参考文献

- 1) 齋藤暁子：高齢者のニーズ生成のプロセス—介護保険サービス利用者の語りから、ニーズ中心の福祉社会へ—当事者主権の次世代福祉戦略, 上野千鶴子, 中西正司(編), 医学書院, 東京, 86, 2008.
- 2) 3つの会@web—「つたえる」「つくる」「つながる」を通して、「認知症と生きる時間」をかけがえのないものに！  
<http://www.3tsu.jp/>
- 3) 水木 理：ブログ認知症一期一会 2006.2.24.  
<http://blog.goo.ne.jp/mizukiosamu>

# 医師の立場からみた 認知症の当事者研究

木之下徹<sup>1)</sup>，水谷佳子<sup>2)</sup>，安田朝子<sup>3)</sup>，本多智子<sup>4)</sup>

1)医療法人社団こだま会こだまクリニック医師・院長 2)同 看護師，3)同 臨床心理士，4)同 看護師

KEY WORDS：認知症，当事者研究，当事者視点，認知症医療

## はじめに

ここで，唐突に厳しい問いかけをする。「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」という問いである。

認知症の当事者研究は，医療者にとってもきわめて重要な視座を切り拓く。つまり，当事者研究とは，この「誰」の問いかけに対して，それはその当事者である，という解を明瞭に与える。ここで言う当事者とは，「いま認知症になっている人」をあげるのが当然である。つまり，この文章を読んでいるであろう，ケアサービスや医療サービスを専門的に提供する側から言えば，サービス受益者のことである。本稿は，このサービス受益者としていま認知症になっている人をおき，論考する。このことはあたり前のように思えるが，実はそうっていない現実に我々はしばしば直面している。このことに留意すべきである。

ところで，ここに「心の安らぎ」と示した。人にとって本質的に必要としているものは何であろうか。我々は，しばしば一方的な関係性だけに着目しがちである。しかしサービス提供，つまり人もの，金といった一方向性のもだけを整えるだけですまされるはずはない。なぜなら，その先にある「心の安らぎ」の礎となる，「人」の心のあり方は常に相互的なものだから。いわゆる「心の安らぎ」

は I-Thou mode(私と特別な「あなた」の間に生まれる特別な関係性)の所産とも言える。つまりこの当事者研究には，この相互作用の問題まで含まれているはずである。それをわかりやすく知る手法として，「自らのこと」として思いを馳せることが一法である。必ず，心の相互作用に気づけるはずである。人は個としてのみ存在できない。つながりの中での存在である。そういった意味で，パーソン・センタード・ケア(「人」中心のケア)の「パーソン」という抽出は気にはなる。例えば，よくあるのだが，古典的な生命倫理的な「パーソン」に，autonomy であること，と短絡的な前提を敷いてしまうことによる弊害は，認知症の場合，明らかであろう。この点においては，慎重な議論が求められている。しかし，一足飛びにすべてを了解するには困難が伴う。これ以上は今後の我々の宿題とする。

## 当事者の範囲

認知症の当事者とは，誰であろうか。認知症の人，そしてともに暮らす人々，さらにはケアを提供する人々のように，同心円上に，このテーマを日常的に共有する濃淡はあるものの，空間的に広がりを持ち，より多くの人々が内包されていく。そして，さらに誰もが近い将来認知症になる可能性がある，という認識はいまや普通となってきて