

血圧の変動が激しく血圧が高いと200 mmHgを優に超える。そのような状態のときに力むようなことがあれば大変危険である。かつて、便秘によって腸閉塞になり救急搬送されストーマ（人工肛門）の造設となった人もいた。この男性の、不穏や夜間の徘徊は、便秘のサインでもあるが、同時に脳血管障害のリスクを警鐘する重要なサインでもある。

認知症の本人に便秘かどうかを尋ねても、記憶障害が強いとあてにはできない。我々の目で確認することが大切である。本人が受け容れてくれれば、ポータブルトイレはわかりやすい。自宅であれば水洗トイレの水を止めておく、トイレットペーパーに印を付けておく、トイレを使用したあとの臭いも確認のポイントである。認知症の程度にもよるが、いくつかの情報と重ねれば、かなり正確に排便の確認ができると思われる。同時に排便の習慣づけの大切さを再確認したい。

b) 脱水

脱水は夏の季節だけのものではない。真冬の暑い部屋も条件は同じである。高齢者は体温調節が苦手である。レビー小体型認知症の場合には、ときには重篤な自律神経障害を伴い、適切に発汗できないため、体熱がこもりがちで、脱水に至る場合も経験した。

訪問診療で伺うと、むっとするほどの汗ばむ部屋の中でも長袖の下着や冬用の靴下を数枚重ねている。脇の下を触ってみてもらいたい。普段は湿っているが、乾いていたら脱水かもしれない。皮膚をつまんで、ちょっと引っばってみる。皮膚がもとに戻らずそのままの状態が残るようなら、干からびて弾力を失っているのである。脱水になると、動きが鈍く、意識もボーッととして微熱も出てくる。これがサインである。また、室温が快適でも微熱が続いているようであれば脱水を疑ってほしい。トイレの回数がいつもより少ない、オムツを使用しているなら、介護者は交換時、手に持った重さが、いつもより軽く「おやっ」と感じるはずである。尿道カテーテルを留置しているなら、一目瞭然、尿量の減少とともに尿の色も濃くなる。経管栄養の場合は、脱水を疑ったら白湯を増やすことを勧める。高度の脱水になると熱すら出なくなり危険である。レビー小体型認知症の人はその主症状でもある幻視やせん妄状態が増えて精神症状が増悪する。この精神症状の悪化もわかりやすいサインである。更に注意深い観察が必要な場合として、糖尿病があげられる。血糖のコントロールが悪いときには水分摂取量に比べ、やたら尿量が多く出るのは、高血糖で水が身体から絞られている場合もあり、きわめて危険な状態である。尿が出ているからと安心ばかりしてはいられないのである。

高齢者はのどの渇きを感じにくく、水をあまり欲しがらないことも多い。お茶や水を欲しがらないからとその言葉を鵜呑みにしないで、こまめに水分の補給をすることが大切である。そしてこれらのどの局面においても脱水が改善できなければ、胃管を使ったり、点滴をしてでも、一時的には水分を補う必要がある。そしてその状態は入院加療を要する事態でもある。

c) 発熱

発熱の原因はいろいろとある。その原因が在宅や外来加療で問題ないもの以外は、医師に訪問してもらるか、入院加療が必要となる。

たとえば風邪の場合、熱の出る前おれにはおおよその場合「寒さ」を訴える。あるいは、ガタガタと身体を震わせるような症状の人や、その震えが痙攣発作を思わせるほど震える人もいる。咳や鼻水などを伴っていれば風邪かもしれない。風邪にかかった人との接触の有無についての確認することも大切である。また、嚥下困難のある人がお茶や食事でむせがちである場合

にも注意を要する。誤嚥によって、水分や食べ物が肺に入って肺炎になった結果の熱であれば入院加療が必要である。怠そうな表情で、いつもより動きが鈍く、食事を欲しがらない等もサインである。あるいは不穏、興奮というサインであられる場合もある。認知症の場合少ないのが、上述でも触れたレビー小体型認知症による自律神経障害である。その中でも適切に汗をかけなくなる場合がある。真夏日に寒いと言って厚手の布団の中に入っていたり、あたかも肺炎を疑わせる発熱かのように、汗をかけずに熱が身体にこもってしまったりすることがある。日々のことであり、汗を拭く、あるいは身体を冷やすことで復する場合には、ウイルス/細菌感染などの発熱源への対応よりも、体温を調整することが先んじる。自信がなければ、かならず医師と相談するべきである。

d) 食欲不振

胃が痛いときやムカムカするときは食欲が低下するのは誰にでも共通することである。気がかりなことであっても食欲は落ちてくる。便秘が続いても食欲低下につながる場合もある。検索すべき範囲が広く、食欲低下の原因を探る難しさがここにある。食べ過ぎや風邪、便秘などの原因を同定できなければ、胃ガンやその他の悪性腫瘍の可能性も出てくる。長引いていれば主治医に伝える必要がある。

ある高度認知症の女性を訪問診療した時のことである。家族は、最近の食欲不振と元気のなさが気になっていた。下腹部を丁寧に触診すると赤ちゃんの拳ほどの腫瘍に触れた。近医でのレントゲン撮影は胸部撮影のみであったため発見が遅れたようである。この腫瘍は本人が立つと下腹部の皮膚のたるみの中に埋もれてしまっていた。入浴介助でも、着衣の交換時でも誰も気づくことができなかつたようである。食欲不振と元気のなさの身体のサインに早く気づけなかつたことが悔やまれた。

e) 痛み

「イタイツ」という言葉は、うまく言葉で表現できなくなってしまった認知症本人の言葉としては、様々な内容を伴う場合が多いと思われる。あるいは、拒否をあらわす言葉として使うかもしれない。家族や、介護者が本人を誘導しようとする時、「イタイツ」と反応するように、意にそぐわないときのサインとなることもある。

ある高度認知症の男性が、突然夕刻に腹痛を訴えた。どうやら鼠径ヘルニアが疑わしい。本人は意思や症状を言葉で伝えることはできない。表情や動きや叫び声で判断するしかない。なんとか救急車に乗ったものの搬送先についた頃にはヘルニアは還納していた。診察のために医師が患部に触れようとした途端に、本人が大声をあげて暴れ出したため診察もできないまま帰宅した。搬送先の医師は「命取りになることもあるから手術するしかないが、これでは（認知症では）できない」と妻に伝えた。一過性の痛みは見過ごしやすいものである。初期の頃に、痛みもなく鼠径部に小さな膨らみがあったかもしれない。入浴時やオムツの交換時に見過ごしていたかもしれない。

認知症の人は言葉でうまく体調や状態を伝えることができない。従って、そのサインを見逃さないようにしなければならない。サインに気づいたときには、すでに病態が悪化している場合もある。便秘、脱水、食欲、発熱、痛みなどの状態をサインは教えてくれるが、入院加療になり手遅れにならないためにも、同時に身体の丁寧な観察と時に触ってみることも重要ではないかと考える。

4. 緊急保護を要する場合

在宅や施設で認知症本人への対応が不可能な状況とは、認知症本人が混乱し、家族やケアをする人が何を言っても聞き入れることができず、大声を出し、暴れ狂う状況を想定できよう。周囲の人はなんとか声を鎮め、落ち着かせようとするが手がつけられない。むしろ逆上する。

このような時、家族やケアをする人はどのように対処すればよいのだろうか。先ずはかかりつけ医に電話をするであろう。もともと精神疾患（統合失調症など）があり、すでに精神科にかかっているのであれば、比較的速やかな受け入れや対応方法（服用薬の指示など）を教えてもらえるかもしれない。しかしそうでなければ、どうなるのか。一刻も早くこの混乱状況を打破するために、家族やケアをする人は警察か救急車を呼ぶことになるかもしれない。その場合について、筆者が経験した事例から述べ、一般化してみたい。

1) 警察や救急隊が認知症本人と対面

警察官がBPSDで手のつけられない状態になっている認知症本人の自宅に伺った。そうすると大方、「さっきの大暴れはどうしたの？」という疑問を警察官は発する。出会ったこともない人が突然訪れれば誰でも緊張し構えるものである。ましてや警察だとか救急隊などとなれば本人は平静を装う。またせん妄で暴れていたのであれば、強い緊張感から注意力が復し我にかえることもある。ケアする人が先ほどの状況を警察官に説明しても信じてもらえないことすらある。急行した警察官の質問には、そのときに限って、本人は素直に応ずる。そうすれば、警察官は緊急入院や保護の対象ではないと判断して帰る。帰ったあと本人は再び暴れ出し、家族やケアする人はまた警察を呼ぶことになる。事実この状態を繰り返したケースがあった。

2) 精神保健福祉法第24条通報

上述のケースのように、しばしば暴れていて大変だから警察に電話して精神病院に入れてもらう、ということがある。精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）の中の第24条が、その行為の根拠となっている。

〔（警察官の通報）第24条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。〕というものである。その手続きをすこし詳しくみてみよう。これは自傷他害の恐れがある場合、周囲の人が警察に通報すれば警察官がまずは急行することになっている。そして訪れた警察官は、主に警察官職務執行法第3条に従い、「精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのあるものに該当するもの」かどうかの調査を行うことになっている。その際のその程度について「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引³⁾には、『自傷他害のおそれ』が通常よりも著しいと認められる必要があり、症状が急迫し、自殺未遂などを引き起こしたものが該当する」とある。たしかに、警察官が急行した際、本人が平静を装い冷静に対応しているとなれば、警察官はこの条文の手引きにある解釈に従って、帰ってしまうであろう。

さて、同資料では、危機介入のあり方を「緊急的な医療へのアクセスを確保するための緊急

対応（入院支援）及び入院が直ちに必要はないと判断されたときの本人や家族への継続対応（在宅支援）の2つ」としている。危機介入の内、緊急対応については、「時間的な制約下での入院までの一連の過程」としている。一方、継続対応は、「地域での見守りにより支援し、突発的な緊急事態が生じれば入院支援も必要」なことを想定した、在宅での継続支援であるとしている。しかし、地域における認知症の受け止め方や現実の施策を反映して、現状では、まだ「認知症」対応に対しては不十分である感は否めない。参考までに認知症について触れられている部分を示しつつ考察を加える。

同資料の「第2節 医療につなぐ条件」の中の「(2)『医療につなぐ』問題行動別目安」に、「家庭内暴力」が呈される場合には、認知症は「積極的に医療につなぐ」対象とされる。一方、「自身の安全を守れない行動（ふらふらと国道を歩く人など）」を呈する場合には、認知症は「医療につながない、（まず保護者へ引き渡す）」とある。その際に、「意識障害の種類はせん妄である」とし、「認知症によるせん妄のこともある」とする。その理由として、「認知症の場合は、適切な保護者がいれば引き渡しても問題はない」とされている。さらにせん妄の説明については、「判断は難しいが、視線が定まらない、話がゆっくりで長い、話がくり返す、落ち着きがない、音や光に強く反応するなどの特徴がある」とする。おそらく現実の認知症対応について、継続的に在宅療養する立場からは不全感が否めない。

このことを要約すると、BPSD そのものは、場合によっては、医療と積極的につながり（家庭内暴力）、別の場合（徘徊等）には保護者につながる（もどされる）という規定に読める。一方、せん妄の判断やあるいは薬物療法による効果の判断も、現場の家族や警察官など医療従事者でないものに求められている。理念的には妥当であっても、現状のあり方に対してはきつい要求がなされている。つまり、せん妄の判断ひとつとっても、専門職ですら困難さを伴う場合があるにもかかわらず、家族や警察官の判断の結果にゆだねられることが多い。

これらのことは今後の課題であるが、この課題解決の方向性については上述で触れたのでここでは割愛する。

5. まとめ

BPSD も実は体調不良のサインであるかもしれない。あるいは薬剤の副作用なのかもしれない。注意深い観察やケアによって BPSD の増悪や緊急事態を回避できるケースは多いと思われる。家族を含むケアをする人は認知症の人のサインを読みとる力を身につける必要がある。そして社会に対しては、認知症の人のためのセイフティ・ネット体制が整うことを願う。

【引用文献】

- 1) 認知症の『周辺症状』（BPSD）に対する医療と介護の実態調査と BPSD に対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書。平成 19 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業、財団法人ばけ予防協会。
- 2) 小澤 勲：痴呆を生きるということ。第 17 刷，岩波新書，岩波書店，東京（2008）。
- 3) 全国保健所長会「精神保健福祉研究班」：保健所精神保健福祉業務における危機介入手引。平成 19 年 3 月，http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H18/18seisinkiki_kainyu_tebiki.pdf

VI. デイサービスとショートステイでの留意点

1. はじめに

本稿では、デイサービスやショートステイの中でのBPSD（認知症に伴う行動と心理の症状、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）に対する対応や考え方のあり方を議論する。まずは、デイサービスおよびショートステイの設置基準に関する概要を述べ、次のような意識を持ちながら論を進めたい。

近年、特筆すべきこととして、ケアの現場において、パーソンセンタードケア¹⁾という用語が台頭してきた。この考え方をなくして、いまや施設内のケアについて、とりわけBPSDを有する認知症の人々についてのケアについて、語ることは難しい。パーソンセンタードケア的な観点も、筆者の能力の範囲で加味しながら、実際のデイサービスやショートステイにおける地域のBPSDを有する認知症の人々へのサービス提供のあり方について考えてみたい。

2. ショートステイとデイサービス

まず、ショートステイとデイサービスについての概要²⁾を、周知ではあるが、ここでまとめて示す。

1) デイサービスとは

デイサービスとは、厚生労働省の定める用語では通所介護と呼ばれるものと通所リハビリと呼ばれるもの（図1）がある。さらに複雑ではあるが、認知症対応型通所介護と呼ばれるもの（図2）もある。これは通所介護という文字は共通しているが、機能としては別のものとして位置づけられている。それぞれについて、その具体的な内容について示す。

(1) デイサービスの3つのサービス形態

まず、「通所介護」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デイサービスセンターに通わせ、当該施設において入浴および食事の提供（これらに伴う介護を含む）その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものならびに機能訓練を行なう」

ことをいう。

一方、「通所リハビリ」とは、

家庭を訪問するサービス (1割負担)	日帰りで通うサービス (1割負担+食費)	施設への短期入所サービス (1割負担+食費※・居住費※)	福祉用具住宅改修 (1割負担)	その他
訪問介護※ ホームヘルパーの訪問 訪問介護※ 看護師等の訪問 訪問リハビリテーション※ リハビリの専門職の訪問 訪問入浴介護※ 入浴チームの訪問 居宅療養管理指導※ 医師等による指導	通所介護※ デイサービスセンター等への通所 通所リハビリテーション※ 介護老人保健施設等への通所 ※一部負担(1割負担)のほかに食費負担あり	短期入所生活介護※ 介護老人福祉施設等への短期入所 短期入所療養介護※ 介護老人保健施設等への短期入所 ※一部負担(1割負担)のほかに食費・居住費負担あり	福祉用具貸与※ 車いす、特殊寝台などをレンタル 福祉用具購入費支給 腰かけ便座などの購入費を支給(上限額:年間10万円) 住宅改修費支給 手すりの取付や段差の解消などの改修費支給(上限額:同一住居で20万円)	特定施設入居者生活介護※ 有料老人ホーム等での介護 ※一部負担(1割負担)のほかに、食費・共益費・事務費などの料金について負担する必要あり

(WAM NET より 文献1)

図1 介護保険給付サービス一覧

家庭を訪問するサービス (1割負担)	日帰りで通うサービス (1割負担+食費)	施設への短期入所サービス (1割負担+食費※・居住費※)	福祉用具住宅改修 (1割負担)	その他
夜間対応型訪問介護 夜間の定期的な巡回訪問介護。緊急の通報にも対応。 要支援者※は利用不可 小規模多機能型居宅介護 利用者登録した1カ所の事業所から、訪問介護、通所介護、短期入所を複合的に提供 ※通所介護の場合は食費負担あり、短期入所の場合は食費・居住費負担あり) ※複数の事業所の利用は不可	認知症対応型通所介護 認知症高齢者向けの通所介護 ※一部負担(1割負担)のほかに食費負担あり			認知症対応型共同生活介護※ 小規模住居での認知症高齢者の共同生活を支援 地域密着型特定施設入居者生活介護 小規模な特定施設入居者生活介護 要支援者は利用不可

(WAM NET より 文献1)

図2 地域密着型サービス一覧

「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、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行なわれる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行なう」

ことをいう。

さらに、平成18年4月から新設された地域密着型サービスの中に、「認知症対応型通所介護」

がある。ところで、地域密着型サービスとは、「要介護状態となっても（認知症や一人住まいであっても）、できる限り住み慣れた地域で生活が継続できるように支援するサービスの体系であり、在宅サービスの中に5つ、施設サービスの中に1つが新設された。この地域密着型サービスは、原則として、住んでいる市区町村内にあるサービスだけを利用できることとなっている。すなわち他市町村で提供されているサービスは、原則として利用できない。」²⁾とあり、「在宅」と「施設」に区分けされ、「在宅」には、次の5つのサービス形態が定められている。すなわち、「小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護」である。その中のひとつである「認知症対応型通所介護」とは、

「要介護者であって認知症の状態にある者(当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者および当該認知症に伴って著しい行動異常がある者ならびにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く)について、その共同生活を営むべき住居において、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。

したがって、本稿のテーマであるBPSD対応については、「著しい精神症状」や「著しい行動異常」がなく、また「急性の状態」でない状態のBPSDであれば、「通所介護」「通所リハビリ」「認知症対応型通所介護」といった3つのサービス形態のうち、最後の「認知症対応型通所介護」にて、サービス提供がなされると読める。しかし実際には、人員、以下のようなその他の事情により、通所介護でもサービス提供が行われたこともある。次に各サービス類型についての設置基準などに触れる。

(2) 各設置基準など

a) 配置職員

通所介護の場合には、「生活相談員、看護・介護職員、機能訓練指導員など」であり、通所リハビリの場合には、「理学療法士、作業療法士又は、言語聴覚士、若しくは看護師」が配置職員とされる。一方、認知症対応型通所介護の場合には、「生活相談員、看護・介護職員、機能訓練指導員など」とされている。

b) サービス費用など

そもそもサービス費用とは、所定の単位数と地域単価との積で算出される。また単独型、併設型、共通型の3類型が設定されている。また提供する事業所として、指定認知症対応型通所介護事業所であることが必要である。さて、単独型施設とは、特別養護老人ホーム、病院、診療所、介護保健施設、社会福祉施設、特定施設に併設されていない施設をいう。併設型施設とは、特別養護老人ホーム等に併設されている施設をいう。共用型とは、認知症対応型のグループホーム、地域密着型の特定施設や小規模特別養護老人ホームにおける、その食堂や共同生活室等の活用をいう。利用定員は、1日3人以下となっている。所定単位数については、通所介護の場合には、要介護1から5まで通常規模型通所介護費の場合(6時間以上8時間未満)それぞれ677, 789, 901, 1,013, 1,125単位であり、通所リハビリの通常規模の事業所の場合(6時間以上8時間未満)それぞれ688, 842, 995, 1,149, 1,303単位である。一方、認知症対応型通所介護において、併設型の場合(6時間以上8時間未満)869, 962, 1,055, 1,148, 1,241単位で、単独型の場合(6時間以上8時間未満)967, 1,071, 1,175, 1,280, 1,384単位で、と

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、厚労省令²⁾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られたものに限る)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²⁾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WAMNET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つたり、利用できたとしてもそのサービスの内容に不満が多い³⁾という報告もある。

少なくとも、ここまでの、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、了解可能性があり、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」など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¹⁾やドーンブルッカー³⁾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⁴⁾している。

「あなたが私たちにどう接するかが、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ている。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、本人のためにあるが、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⁵⁾。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。つい見落としがちで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ですが、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ます。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ますからである。

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。ほ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ですが、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に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)⁶⁾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^{7,8)}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/
- 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) クリステーン・ブライデン(馬籠久美子,松垣陽子訳):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）」と補うのでしようか。なりがたいけれど、なるうとしている。クリスティーンのいう「私は私になっていく」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くなっています。ですが、

木之下 徹 きのした とおる
こだまクリニックス院長

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、なるうとしている。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

木之下 徹 きのした とおる
こだまクリニック院長

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、

医学の進歩によつてもたらされた「新しい流れ」に、医学は対応できているのか？ クリステインたちが語り、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、クリステイ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ないことがあります。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

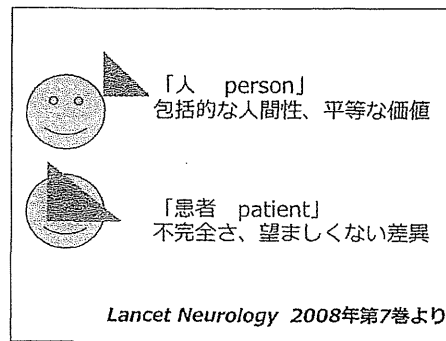
報告書についてです。

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」と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れども、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けれども、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、クリステイ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には言わない、使わないということです。クリステインはそのことをずっと発信しておられます。永田久美子さんと



「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。たとえ効果があつたとして

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、その上に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あるんです。ちょっと嘗めてみたら、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には、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が。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

しっ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が。

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には副作用ですね。でもそれだけでは説明できない気持ちです。つまり、その薬によつてより健康になったり、より快適になったりするのではない。むしろ逆です。

家族や周囲の人のために私は処方していったんです。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。

実はいまも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っていました。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の男性でした。

この方はすでに二か所の大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、ちょっとまあ、奥さんがやつ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。

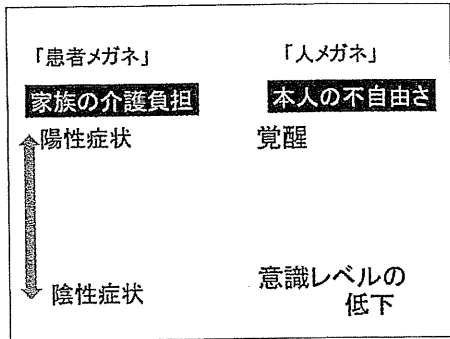
それから二か月後、医師が状態の確認に伺うと、「ドクター、こんにちは」とご本人がおっしゃる。「お忙しいのに恐縮です」と簡単な挨拶もされる。

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