

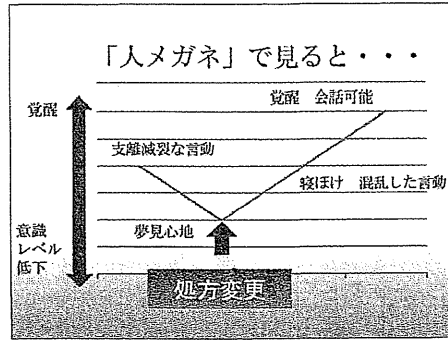
として見るのか、そういった変化があるかと思うのです。そもそも「アリセプトが効いているかどうか」は、本人の側に立って見ないと、はかれない。家族にとってやっかいだから、という視点では、この薬の効果を見誤るのではないかと思うようになります。つまり、「効果」を「副作用」と見誤って、正反対の処方をしてしまう。

「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、わめきちらす、という「陽性症状」があると見える。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ない。「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しはしない。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る。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。

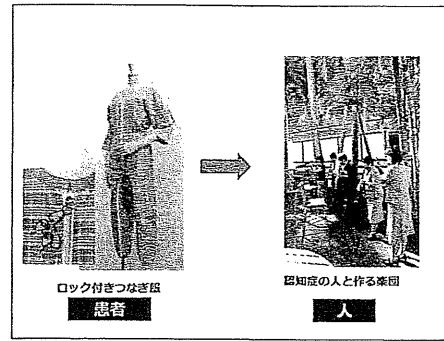
例えば、先週伺った六二歳くらいの方ですが、ある病院でガンの手術をし、完治されました。歩く姿は颯爽とされ、認知症だとわからないくらいの方でした。ガンの手術を終えてもそうだったのです。ところがその後、ナースコールを押しすぎるとい理由で、抗精神病薬をどんどん処方され、

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ってしまった。

退院してから、薬を完全に抜いて二週間ぐらいたらざいぶん良くなったのですけれども、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。

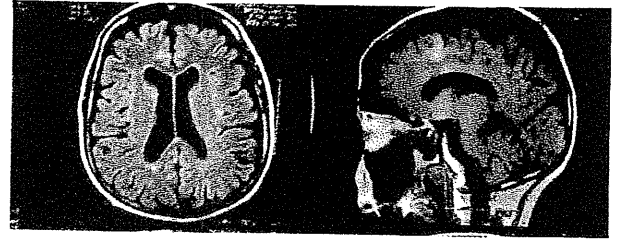
### クリスティーンの診断について

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のかは、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せんが、二二〇歳の人の脳だと医師に言われます」。ポールが言う。「高名な医師が『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の転換ですね。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。

なにか起こったか。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「飲みこち」

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。専門医にとつての抗認知症薬。「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はです。でも、薬って、自分のために飲むんじゃないか、という

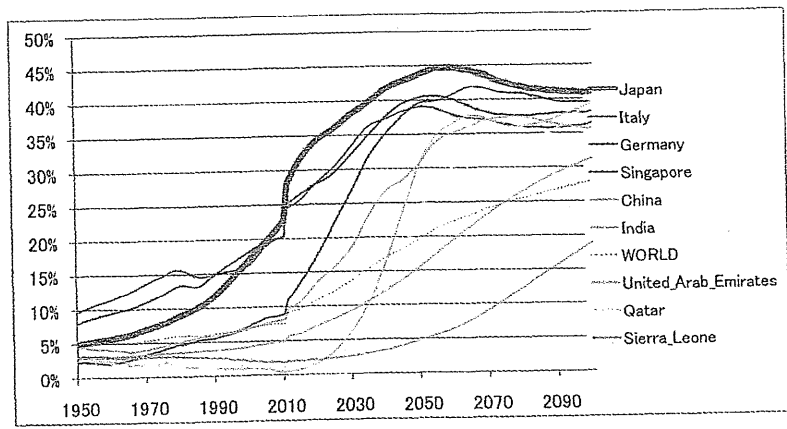
本質的なテーマもある。抗認知症薬の場合に、そこに難しさがあることに気づくわけです。

もし自分が認知症になったら、やはり、クリスティー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

高齢化率、横軸は年。実際のよりも高齢化率が二〇一一年以降、五%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、二位イタリヤ、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あるところは、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

執筆者 (五十音順)

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続けている。二〇〇〇年から現職場。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一

# 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・桧垣陽子◎訳

ロングセラー『私は誰になっ  
ていくの?』を書いてから、クリ  
スティーンは自分がなくなるこ  
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  
ていく。 定価2100円

訳を全文  
見直し



◎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一

# 私は誰になっ ていくの

アルツハイマー病者からみた世界

クリスティーン・ボーデン◎著  
桧垣陽子◎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  
一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

絶賛  
18刷



◎クリスティーン・ブライデンさんご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◎(株)シルバーチャンネル 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)

認知症の人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  
この場に参加してくださいと嬉しです。

NPO 法人 認知症当事者の会

にんちしょうとうじしやのかい

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](mailto: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

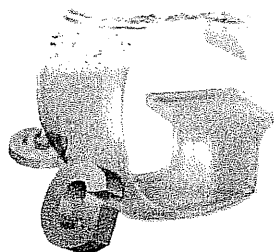
TEL 075-661-5741 FAX 075-693-6605

郵便振替 00990-7-150584

ホームページ <http://www.create-k.co.jp>

印刷所：新日本プロセス株式会社

ISBN978-4-86342-100-4 C0036



## 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のと，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の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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>がある。現在のありがち

Toru Kinoshita：医療法人社団こだま会 こだまクリニック  
〒142-0063 東京都品川区荏原1-14-1



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。医師の気持ちがまったく伝わってこない。本人のことを諦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、ただ増えていくだけであった。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ので、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一番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、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関しても説明もなく、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<sup>3,8,10,13)</sup>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イグマなのか、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社

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
私たちを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。	クリステイーン・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・マクゴウイン
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

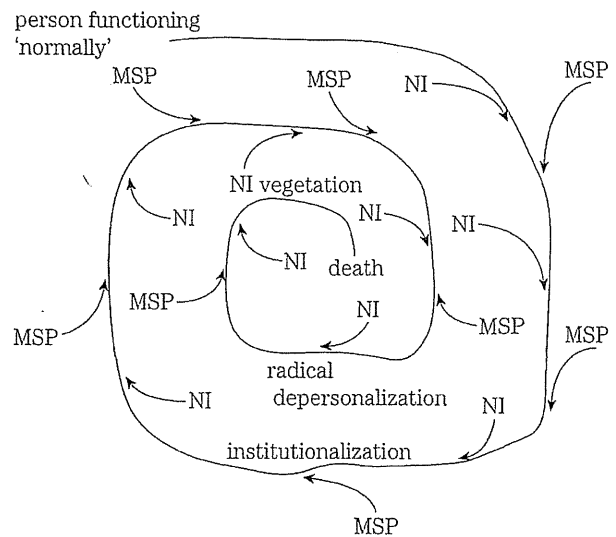
(出典：文献3, 8, 10, 13)

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<sup>7)</sup>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〉)<sup>6)</sup>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<sup>14)</sup>もあ



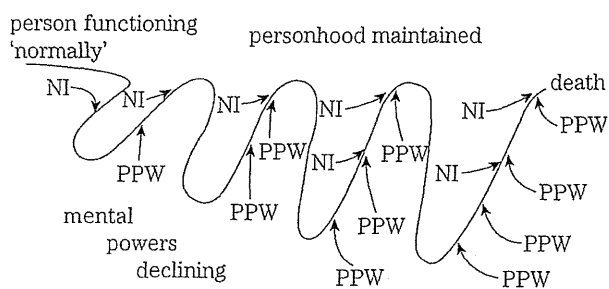
(Kitwood T : A dialectical framework for dementia. *In Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*, ed. by Woods RT, 267-282, Wiley, New York, 1996)

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)<sup>1,2)</sup>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<sup>10)</sup>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、学習障害のせいで、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、というものが多い。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。

つまり理想的にいえば、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、そうではない今日的状況であれば、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<sup>12)</sup>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、パターンリスティックで、「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、同時にパターン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

もち得ない、と考えるからである。

理想を述べれば、本質的には医療が必要となるBPSDの内容はせん妄であって、BPSDの成因を顧みず、単に抗精神病薬を加える医療が求められているのではない。また、通常のBPSDはトム・キットウッドが指摘するような $D = P + B + H + NI + SP$ （前掲）として現れる、その人の姿と考えることができる。であれば、殺風景な病床や上から指示命令するスタッフのいる環境は、認知症の人を「人」してみる視点が失われた場であるともいえる。しかし現実には抜き差しならぬ状況もあって、理想だけを述べるわけにもいかないことはわかる。

この問題は、日本のこれからをいかに設計するにかにもかかわる問題であると考え、あくまで日本が歩む道が理想に向かうようなビジョンをもち、制度設計がなされることを望む。その際に認知症を「自分ごと」とする視点を失ってほしくないと思う。それは明日のわれわれの姿なのだから。

## ⑥ 訪問診療を行う側からの精神科入院医療への期待

観念的な面と技術的な面の2つの方向性で述べたい。精神科入院は精神的な急変時の緊急対応の場であったり、家族が疲弊してしまったときの退避の場であったりすると上で述べた。とくに後者であれば、認知症の人が「人」として生活できる場であることを望む。「通常の人ではない精神病の人」として扱われるのではなく、当たり前のように外に出て、気の合う仲間と会話し、好き嫌いのある食事を選択し、必要な医療を受けることができるような場であることを望む。そういった、普通の生活を行ううえで支障があるのであれば、そこを支援してほしい。

一方、技術的な点を挙げると、単科の精神科病院にはハードルの高い話かもしれないが、精神科入院における医療サービスの内容を、精神科医療のみならず、やや広域に「認知症に伴いがちな身体

の症状や疾患」の治療にも参画してもらいたい。「認知症に伴いがちな身体

の症状や疾患」として、たとえば、薬剤性の錐体外路症状の出現は最小限に食い止めてほしい。それ以外でも認知症の原因疾患自体の進行に伴う錐体外路症状があり、深刻なものとして誤嚥がある。適切な嚥下評価および介入が望まれる。レビー小体型認知症のように、自律神経機能低下が出現しやすく、発汗のコントロールがうまくできず熱がこもりがちな状態、あるいは二酸化炭素(CO<sub>2</sub>)換気応答の低下<sup>9)</sup>に伴う低酸素血症、血圧の乱高下や起立性低血圧、臥位高血圧、食事性低血圧などの血圧調整機能の異常、膀胱機能低下などの精査、加療の場がいまだに十分ではない。認知症の人の精神科入院を理想的なものにするのであれば、認知症に伴いがちな症状についても支援できることが望ましい。さらに、高血圧、糖尿病、がんなど高齢者にしばしばみられるような慢性疾患の治療についても、認知症だからといって、その質を落としてよいはずはない。筆者がしばしば出会う歯科治療、あるいは大腸がんや鼠径ヘルニアなど外科的な介入も含めて、適切な医療支援や医療連携ができるような精神科入院であることを望む。

## 結 語

訪問診療の立場から、精神科入院の必要性や意義について、認知症を「自分ごと」と考えることを軸として考察を加えた。医療技術的な連携の必要性についても述べた。精神科的な急変時の緊急対応の場であれば、必要性はある。しかしこの時期は上述したように経験的には長続きしない。それ以降の、あるいは、家族のレスパイトで入院することがあれば、本人の疾患そのものを治すものではないので、生活の場としての機能が求められる。こういった生活の場のくくりのなかに、ケアの悪い結果としてBPSDも含まれる。本来的には、生活上のかかわりが原因であるので、治療は生活上のかかわりで解決するのが筋である。そのとき

□特集

にはよくある殺風景な病床やバナーナリストティックでヒエラルキカルな、効率的な治療体制は似合わない。生活の一部として、当たり前自由に外出できる（外で迷うのであれば必要な支援が必要なのはいうまでもないが）ことも含まれる。そういった機能を精神科入院に求めるのか、他の社会資源に求めるのかの選択もあろう。逆に精神科入院の機能に精神科的緊急対応以外の場を設けるかの選択もあろう。

各論的には、緊急対応時の中身において、薬物調整のあり方は、入院時の状況（サービス提供者側の都合）に合わせる治療方針と退院後の生活を想定しての治療方針とでは、自ずとその内容は異なる。どちらを目指すのか。さらに認知症の身体疾患対応についての枠組みを取り入れる方向性に進むのか否かについて、これからの判断が必要となろう。

自分が認知症になって、必要があつて精神科入院するのであれば、（緊急対応時を除いて）自分が入りたい精神科病床であつてほしい、とはだれもが望むことであらう。

施策あるいは制度設計をするうえでも、今の地域の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、今ある姿をビジョンまでの一過程とみて論じるとでは、ずいぶんと議論の内容やその後の姿が異なる。本稿では「自分ごと」として考える視点で、これらの問いに答える素材として論考を試みた。

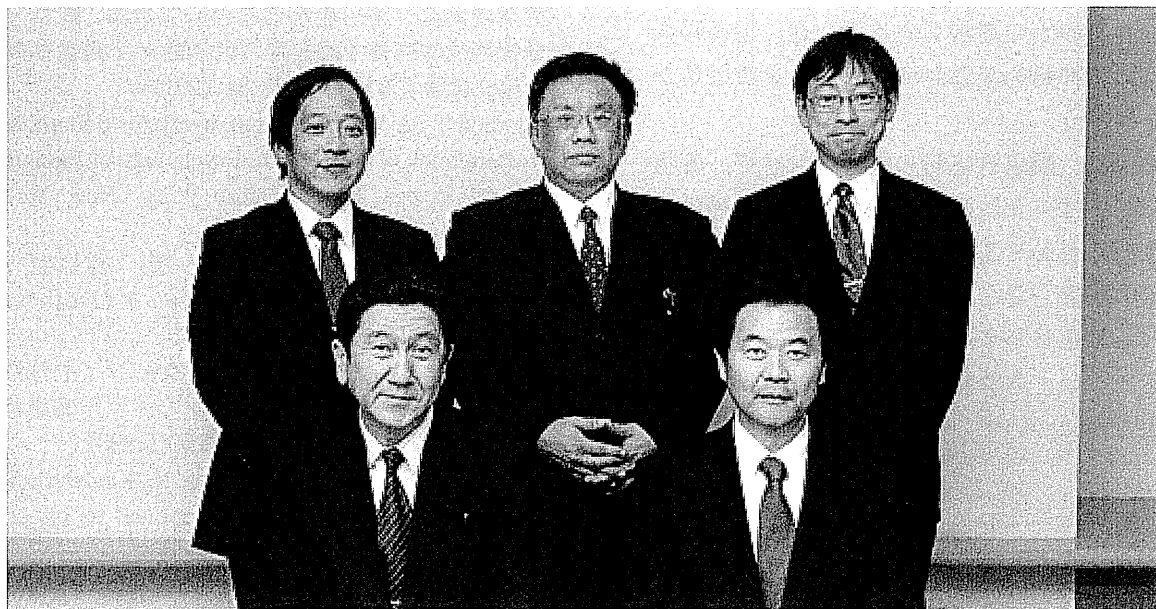
文 献

- 1) Brooker D, Bradford Dementia Group : What is Person Centred Care for people living with dementia? <http://www.aeldreviden.dk/fagomraader/sygdom.rehab/dcm-konference/dawn-england.pdf>
- 2) ドーン・ブルッカー（村田康子，鈴木みずえほか訳，水野 裕監）：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）。
- 3) クリスティーン・プライデン（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）。
- 4) 木之下徹：薬物治療の最大化。クリニシアン，58（5）：36-40（2011）。
- 5) 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）。
- 6) 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).
- 7) 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）。
- 8) ダイアナ・フリール・マクゴウウィン（中村洋子訳）：私が壊れる瞬間；アルツハイマー病患者の手記。ディーエイチシー，東京（1993）。
- 9) Mizukami K, Homma T, Aonuma K, Kinoshita T, et al.: Decreased ventilatory response to hypercapnia in dementia with Lewy bodies. *Ann Neurol*, 65（5）：614-617（2009）。
- 10) もの忘れネットカフェ2号店（ブログ）：はい（2008年9月7日付）。<http://blog.goo.ne.jp/ninjinsha/m/200809>
- 11) National Institute for Health and Clinical Excellence : Dementia ; Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42, National Institute for Health and Clinical Excellence, London (2006). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG042NICE-Guideline.pdf>
- 12) 日本放送協会：シリーズ認知症 地域で生きる；第1回 千葉県旭市。福祉ネットワーク（2011年12月5日放送）。
- 13) 認知症一期一会（ブログ）：ゆっくりと（2007年1月10日付）。<http://blog.goo.ne.jp/mizukiosamu/m/200701/1>
- 14) Nuffield Council on Bioethics : Dementia ; Ethical issues. 39-40, Nuffield Council on Bioethics, London (2009). <http://www.nuffieldbioethics.org>
- 15) 斎藤正彦氏と筆者とのE-mail上での私的議論。2012年3月7日。

○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 老健局局长

(50音順)



## 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えます。

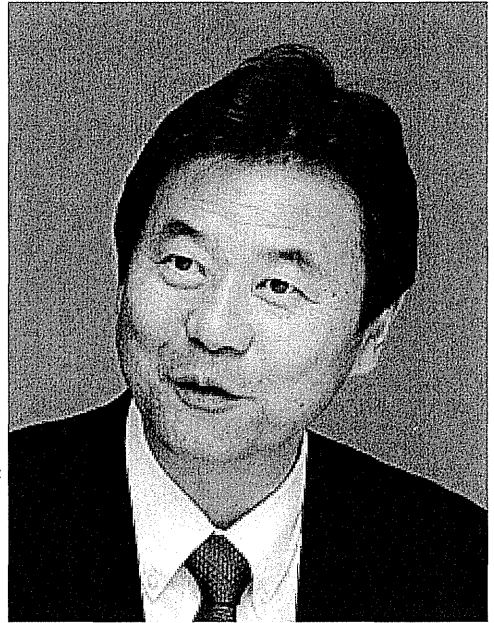
認知症は加齢とともに増加していく“common disease”である、という認識が定着しています。

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BPPSD (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「お歌は何が好きですか」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、怒ったのでしよう。「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** 私が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」と思って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と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、涙の出る場所が違うんです」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」、「○」はできないでしょう」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どのような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。