



勝又 浜子 氏  
厚生労働省 老健局 高齢者支援課  
認知症・虐待防止対策推進室長

れに対して認知症の人にプラスとなる3連構造のやりとり (Action, Reaction, Reflection) を「人」を中心にした相互作用を整理して、ポジティブパーソンワーク (PPW, Positive Person Work) としました。そのような人間関係があれば認知症になっても希望をもって生きてゆける。

あれは指摘されたMSPは今よりは減っていくでしょう。今回の、人々に気づきを与えるような理念型の施策は、とても大切だと思います。

### 認知症に関わってゆくことの大切さ

木之下 例えは、騙すとか、子ども扱いするとかという悪性の社会心理は、我々が小学校で習った道徳のテーマと同じで言われればそれが悪いことである、と誰でもわかります。認知症の人が「人」であるといった文化を目指すのであれば、この気づきが促され、気づきが

勝又 認知症医療にとって重要なことは、「ずっと関係していくこと」だと思います。今一番実感していることは、認知症医療は現場で接していなければ分からないことがある、ということ。現在150万人いる看護職員の中で、継続的に認知症の人々と関係している人はそれほど多くありません。同じ

ように意識的にそうしている医師もそれほどいないと思われれます。これからますます増えてくる認知症の人たちの医療を、今後、継続的にどのようにして関ってゆくのかということが重要なテーマだと考えます。



症になっても人として生きてゆく希望は失われたい」という状況に変えるしかない。そういった形で、これからの認知症の医療モデルを考えるしかない。この新たなモデルは魅力的です。なぜなら、生活習慣病等の他の状況にも、生きづらさを感じる様々な局面において、同じことが言えることに気づけるからです。このことを今回は詳述しませんが、ちなみに、認知症が新しい時代を切り拓く上で重要な素材になると考える理由はここにありま

本多 私は認知症の在宅医療とケアに十数年携わってきました。その関わりの中で、医療面よりもむしろ、生活の中で困っている事柄に関係する相談が次第に増えていきました。そのうち、それらの気づきと医療とケアを上手く繋げない限り、受診者のためにならないと考えるようになりまし。気づきを与え医療とケアと福祉を近づけ繋げるためのものが「人」として考えるといったパーソンセンタードケアの考え方であると思ひ始めています。

### 認知症が切り拓く明日の日本の姿

限られた誰かが語るのではなく、いまや全員が問題意識を持たざるを得ない。何故ならば誰もが認知症になる可能性があるからです。パーソンセンタードケアのパーソンとは、認知症の人はパーソンであり、これから認知症になるかもしれない私たちもパーソンでもあり、ケアする人もパーソンでもあるという、全ての人を指し、そしてみな平等な価値、そして誰もが侵犯できない絶対的な価値を有していると考えます。そういった「人」という視点を導入したケアであることを意味しています。

症のケアだけでなく全ての人に対する医療にも言えることです。ね。糖尿病の人にも言えるでしょうし、病気で無い人にも、普通の人間関係にも言えますね。

在し、それが人を傷つける結果を生んでいる。但し、いじめは、悪い行い、または少なくとも後味の悪いことという認識がありますが、認知症医療やケアの現場では、専門家は良かれと思つてやっているのに、このようなことが起きてしまふという点に問題の深刻さがあります。

木之下 我々はどこに向かうのか、国としてどのような社会を目指してゆくのかを考えることはとても重要です。今回、厚生労働省の発表の中で、「認知症患者」ではなく「認知症の人」「対策」ではなく「施策」という言葉が使われています。これがとても大きな意識変革だと思ひます。何気なく使っている言葉であっても、その背景にある意識や思想を考えたときに、言葉の選択というのはとても重要です。言葉が変わると、考えや行いが変わってくる。認知症になっても希望を持って生きていける文化になつていくことを望みます。いま認知症である人にとっても大切ですが、これから認知症になる自分のためでもあるからです。



木之下 徹 氏  
医療法人社団 こだま会 こだまクリニック  
院長

東京大学医学系研究科 保健学専攻修士課程疫学教室卒業。山梨医科大学医学部医学科卒業。国立精神・神経センター勤務後、現職。在宅認知症ケア連絡会、NPO地域認知症サポートブリッジ代表。認知症高齢者の介護問題、在宅医療のあり方を考えるために在宅認知症ケア連絡会を立ち上げ、在宅で暮らせる認知症医療サービスの充実と認知症医療のネットワークづくりを推進している。

# 「症状をコミュニケーションとして考える」ということ

元永 ところで、認知症ケアの現場におけるパーソンセンタードケアとの出会いや、それがどのような意味があったのかを語って頂けませんか。

中野 当初はパーソンセンタードケアを、その人らしくとか、その人中心のケアと言う訳され方で捉えていました。最初の頃は、薬を飲ませれば静かになつてもらえるし、それで周囲も助かり安心です。本人が良ければそれで良いと思っていました。しかしこれって本人にとって、本当に良いのだろうか。また、家族が大きく疲弊したりケアする

側がそれこそ大変な状況であつても良いのか。パーソンセンタードケアとは何なのだろう、という思いがありました。認知症の方が本当にその人らしく、生活のしづらさを皆がサポートしながら、家族と一緒に在宅で生活できるためには、職域に留まらずに周囲の皆がそういう視点で考えていかなければならないのではないかと、ここ数年ずっと考えています。

その人の生活にヘルパーが入りすぎれば、生活のペースを乱してしまふし、だからと言つて行かなくて良い訳ではないし、訪問のペースと



か間隔とかを考えながら在宅ケアに取り組んでいます。その人に関わっているドクター、家族やケアマネジャーやケアスタッフ、近所の人まで含めた皆で、どうしたらその94歳のご婦人の「この家の量の上で死にたい」「施設に送らないでね」と言いたいに応じてけるか、と考えています。

元永 認知症の方は、日常のケアの中で、それこそいろいろなことを語りますよね。でもその言葉の全てに聴いていたら、体もたないし、家族も振り回されてしまうことになりません。当然全てに対応は出来ないから、選んで対応していると思われませんか。しかし、その人の語りの中で、背後にあるメッセージも考えて何が大事なのかを汲み取ることは、医療従事者やケア従事者にとって非常に難しいことだと思えます。それは家族の視点とも違ふと思われませんか。でも実際の現場ではそのような対応をされているわけですか。それは直感によるものなのですか。

「側」を制圧的に対処しようとすることは間違ひではないか? という指摘もできるようなつてきた。そのような時代の変わり目に我々がいる。医学書院の白石正明氏より指摘されたことなのですが、暴言とかいう前に、なぜこの人はそんなことをいうのか、症状としてはなく、当たり前前の訴えであるとか、コミュニケーション化する作業つまり価値観のシフトが我々の中でも起こつてきています。たしかに、本人の視点で考えれば、この変化は正当化できますが、一方、「周りの視点」から言えば、このことが原因の、他殺、自殺もあるわけで、きれいなこと

で押し切れない現実もあります。本多 中野さんは、以前はまさに「対応」している。「お世話」している。「その人」中心でその人さえ良かったらいいと思つていたというところから、今はその人と話をする、コミュニケーションが先だという思いに移つてきていますよね。

「その人」だけでなく自分も一緒に喜びとか、ほつとする気持ちとかを共有したいという双方向のケアのあり方ですね。そうでなくただ、仕事としてお世話をするだけだと

中野 ほぼ直感でしょうね。最初にケアに訪問した時に「ヘルパーさんなんか頼んでないわよ」というのが、皆さんの大体最初のフレーズです。ある方で、最初は門前払いだったのが、「あら、いらっしやい」と言つてくれるまでに約2年かかった方がおられます。私たちのサービスのメニューに入浴の支援があります。これはとてもハードルが高くて理由をつけてなかなか入浴してくれません。でもその都度の会話で私とコミュニケーションしながら、その方は私の存在を否定せず受け入れてくださっています。

私はその限られた時間の中で、その方が生活の中で困っている事や本當の思いなどを探りつつ、必ずしもサービスの押し付けや時間の消化ということではなく、ほぼ直感で臨機応変に接しています。茶道の先生だったということで私に気遣つてお茶を入れてくださる理由があります。今でも、いろいろな理由をつけて入浴を拒むのですが、背中を流して差し上げた時などは、「背中を流してもらおうのは何年ぶりかしら」と喜ばれます。すると私もうれ

おそらく疲れるし、やってあげたと言う自己満足的な達成感を求めてしまいがちです。そこには共に喜びを分かち合う、共に生きると言う視点が無いからそうなつてしまうのだと思えます。

木之下 トムキッドウッドはパーソンセンタードケアの根幹をなすものとしてポジティブパーソンワークとして、認知症の人との12の良好な関係性を説明しています。しかし、ポジティブパーソンワークとは、単に一方的な良い働きかけではないと思えます。トムキッドウッドの語のすゝいのは、そのいい働きかけをする発信者が、認知症の人の場合もある、と言っているところで、常にケアする側だけが情報の発信者ではない、ということに気が付かせてくれます。中野さんのお話からもそれは想像できます。しかし、現状は良い働きかけをするのはケアする人、と相変わらず、一方の「働きかけ」におとめられてしまつている気がします。相手も人だけだと、自分も人、という関係性になれば良いと思うし、今回の厚生労働省の報告書もそのような進化を遂げる良いと思えます。

しくなります。きつと「自分で出来るうちは人の手を借りず」に自分でする。出来なくなつた時には助けを求めよう」という気持ちなのだろうなど、私は感じています。今はその方の気持ちを一番大切にしながらケアをさせてもらおうと思つています。いろいろな機会を通してその方とコミュニケーションすることで、その人に近づき関わらせて頂くことができ、多くのことを学ばせて頂いていると思えます。現在はそんな訪問介護を行っています。

木之下 5年位前の話ですが、在宅ケアの入浴支援で、腕に噛み跡をつけられて、「やつとお風呂入れてきたわよ。」などと、名聲の負傷みたいに言つていた人がありました。それが正しいケアのあり方だと思つ

ていたわけですか。今の中野さんの話と随分違うでしょう。随分うが暴れようがともかく風呂に入れるというケアから、それはその人は風呂が嫌いだというようなコミュニケーションの「よいケア」とはなにかといった意識がシフトしているわけですか。つまり今までの認知症医療やケアのあり方が、「問題の事後的な対応」が主眼となつていた。ある問題が生じる、それを対処しつづ、プランに書かれていたタスクを消化「できる」というのがこれまでの優れたケアであつた、ということですか。それはたとえば、いまの介護保険の主治医意見書にも「認知症の周辺症状」という形で残つていまま

す。いまま「暴言」や「暴力」や「排



中野 あゆみ氏  
有限会社DOOD LIFE・代表(高齢者住宅・訪問介護)  
社会福祉士



加畑 裕美子氏  
レビー小体型認知症介護家族おしゃべり会・代表

### 地域のかかりつけ医に 期待されるこれからの 認知症診療

加畑 ところで、今の認知症の人々の現場では、早期診断、早期絶望の状況があります。何故かと言うと、認知症という言葉でカクッとときてしまうのです。認知症になってもある程度の生活を続けることは出来るのに、それが否定されるかのよう、診断時の認知症という言葉に打ちのめされてしまうことが多いのです。家族はその気持ちを引き上げなければなりません。それには大変な力が要ります。年が若いと特に経済的な問題や子供の就学の問題など明日からどうやって生きていくのかという問題が生じて

きます。離職も覚悟しなければならぬ。例えば、夫がレビー小体型認知症になれば、奥様はうつになっってしまうこともあります。その支援が地域でも行政でも全く出来ていない。そういう現実の問題があります。ですから、そういった問題を同時にどうやって解決するのか、が切迫した問題です。

木之下 中村成信さんの手記「ぼくが前を向いて歩く理由(わけ)」の中でも打ちのめされた経験を書かれています。なぜ打ちのめされるのか、と言う話に聞けば、今はそういう文化だからと思わざるを得ない。現代の社会的心理的な環境が良いとは到底思えません。だれもがなるかもしれないのに、誰もが希望を見せるような一縷の望みが

今は無い。自らみつけないといけない、というのがいまの現実だと思います。認知症の本人が追い詰められた風景、そういった不全感や絶望感、さらにそれを乗り越え希望を見いだす過程を、同じような苦しみの中にいる他の認知症の人々に向けて、もつと本人が発信する場があって良いのではないかと思います。更には、本人からの発信を閉ざしてしまおうようなことを、周囲がしてしまう現実も一方にはあります。むしろ周囲の人々はその発信を支援しないといけない。

ちなみに「若年性認知症」と言う言葉がはやっています。一方、専門医の間で「老年性認知症」なる用語は否定されています。そのときに「若年性認知症」は許容できるの

かには、その理解に窮します。だから、せめて若年認知症とすると、若年期発症の認知症にするなどのことは必要かなあ、と思ったりします。当然、就労支援など、年齢特異的な部分はあると思います。また施策上の年齢切りの必要性はあろうか。ただ、ときどき、あまりに若年ということ強調するあまり、その際に流れる背後にある意識に疑問を感じます。なぜ「若年」切りをするのか、という問題です。認知症の人は「人」であるという前に、若年性も、老年性もない。年齢によって、その内面にあるその恐怖や絶望が違う、とは思えない。希望についても違うとは思えない。年を取ったから絶望は少ないのか。そんな風には思えません。必要以上に、若年のことばかりではなく、老年のことも同じように想定してほしい、と極論者に対して思うことがあります。

本多 最近はいろいろなシーンで認知症についての発信が増えていくと思います。その結果、例えば認知症の人でも普通に話せるし、生活もできるのだ。という認知症の人への認識は変わってきていると思います。そもそも「普通に話せる」

と言っている段階で、すでにステイグマですが、しかし、多くが話題提供で終わっている事に違和感を覚えます。認知症の人は何で困っているのか、それをどう一緒に考えたら良いのか、という所まで掘り下げる必要があります。

加畑 最近、家族会にもいろいろなところからレビー小体型認知症の取材依頼が増えています。でも多くの場合、取材者が全く勉強していないのです。短時間で簡単な取材で記事や番組にしようとする。やはり一種のブームのような気がします。当事者にとってはそれこそ深刻なテーマを、ご本人の人生や生活を何も知らないで、第三者的な傍観者の目線で見ている記者もいます。でもそれは違うのです。木之

下先生が言われているように、私達当事者としてのテーマなのです。勿論記者によっては、一生懸命な方もおられます。真剣に真面目に取材して頂くのであれば私たちが全面的に協力させて頂いています。認知症や在宅介護について正しく知って頂きたい思いは強くあります。

それから、かかりつけ医の先生方には、多くの論文や書籍も出ていますので、レビー小体型認知症をしっかり勉強していただきたいと思っています。一例をあげてみれば、かかりつけ医の先生がレビー小体型認知症を知らないということ、最初

にうつ病と診断されてしまうことが多いということがあります。うつ病としての診療期間が長くなることで認知症が悪化してしまふ。その

間、顕著な症状が出ているにも関わらず、認知症を疑わないのです。

元永 レビー小体型認知症の人たちが重要なキーパーソンになるのでしょうね。レビー小体型認知症の人たちを理解して適切なケアに繋がって行く上で、うつ以外にも、自律神経症状や体の諸症状の問題、薬の副作用の問題などが出てきます。その第一線はかかりつけ医の先生たちにかかっているといえます。しかし現状は残念ながらそうなのではないです。

加畑 大病院や軽々たる医療機関でレビー小体型認知症と診断されるけれどもその後のフォローが全くないのです。放り出されてしまふ。若年の認知症の人だと非常に前向きに関わってくれる場合もあり

ますが、高齢者の認知症の人だと放り出されてしまうのです。年齢は関係ないしそれはおかしい。

本多 大きな病院の専門医と、ご本人たちの生活も含めて付き合えるある地域のかかりつけ医の先生たちが連携をとり、認知症の方々を生活の視点を持って診ていただく。それをシームレスに進めたいけるような仕組みを整えてもらう必要がありますね。まだ大病院と地域の医療との間に隔たりがあると思います。

勝又 精神科病院に入院しても、出来るだけ早く退院してもらおうというところで、認知症のケアパスを作り、ケアの流れを作る。今までは認知症のケアが後手後手になっていて、症状が悪化してから入院されているという実態があります。クリニカルパスが、入院を基軸にしたものであるのに対し、認知症ケアパスは、早期の診断や早期からの支援を前提とし、認知症の人が出来る限り住み慣れた地域で暮らせ、その家族の方も安心できることを目的としたものです。



元永 拓郎氏 [ファシリテーター]  
帝京大学大学院文学研究科臨床心理学専攻・准教授



本多 智子氏  
医療法人社団 こだま会 こだまクリニック 看護師長  
認知症ケア上級専門士・介護支援専門員  
在宅認知症ケア連絡会 世話人

特にこの度の認知症ケアパスは、認知症の診断を受けた時に受け

## お福の会宣言

人は、人として生まれ、人として死ぬ。そして、その過程で誰もが認知症という病に遭遇する可能性をもっている。かつて、認知症をもつ人は、「人格が崩壊する」「こころが失われる」と恐れられた時代があった。だが、今や私たちは知っている。認知症になっても自分は自分であり続けることを。月が欠けているように見えても、月が丸いことに変わらないのと同じである。自分が、認知症になっても、家族の一員、社会の一員として、友人として、権利と義務とを有する国民の一人として、生活を続け、人生を全うしたい。同じように、家族や友人が認知症になっても、ともに人生の旅路を歩き続けたい。「お福の会」は、そういう思いをもつ市民が、本人や家族、医療、介護、行政、その他の立場を超えて集う場である。認知症をもつ人が生活の主体者として人生を全うできるように、私たちは力を尽くしたい。

【発起人】

小阪憲司（医師）  
高見国生（認知症の人と家族の会代表）  
町永俊雄（NHKキャスター）  
和田行男（ケア職）  
木之下徹（医師）



る先々の大きな不安に対して、本人やその家族が安心して暮らせるための早期支援体制を市町村、或いは地域レベルで作っていく必要性があるという強い考えが反映されています。流れとしては、認知症の人が出来るだけ地域の中で生活していることを考えて、早期から支援を得られるような認知症初期集中支援チームを創設します。その上で危機を回避するために、いわゆる身近形認知症疾患医療センターを作ります。そこには危機回避機能を持たせ、そこから一般病院や様々な施設に向いて行き支援をすることを考えています。さらには、認知症の人が出来るだけ長く地域で生活していけるために、かかりつけ医の先生方に研修を受講していただき、認知症の人々への支援の力を向上していただくことも打ち出しています。

確かにこれからの認知症ケアにおいて、かかりつけ医の役割は重要なキーだと思えます。これからは、かかりつけ医が糖尿病を見るのと同様に、認知症も診てゆくという考え方に立っていただきたいと思えます。そもそも、専門医も少ない上に、かかりつけ医で認知症ケアに詳しい先生はまだ少ない状況です。ステップバイステップでいきたいと思えます。司会 今回のようなそれぞれの地域や立場を越えて、これからの認知症ケアのあり方を多角的に伺えたことに大変感謝しております。ご多忙な執務の中へご出席頂きました勝又室長をはじめ、木之下先生、元永様、本多様、中野様、加畑様には大変感謝しております。誠に有難うございました。

これからの認知症ケアでは、認知症の人を人として尊重した医療とケアを地域で連携させ、「生活の場」である家庭や地域社会の中で暮らしていけるような状況をつくるための取組みの重要性が良く判りました。地域における多くのかかりつけ医がますます重要な役割を担っておられると感じます。最後に、読者の中の1人でも多くの医療従事者の方々に、認知症ケアにさらに取り組んでいただけるよう切望いたしました。本日は誠に有難うございました。

協力／在宅認知症ケア連絡会  
協賛／小野薬品工業株式会社

### 参考

#### 「今後の認知症施策の方向性について」

平成24年6月18日 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(抜粋)

#### 【7つの視点からの取組】 一部抜粋

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

#### 【新たな「ケアの流れ」】 一部抜粋

○これまでのケアは、認知症の人が認知症行動・心理症状(以下、「行動・心理症状」という。)等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたと言える。○これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くものである。○「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能を限り維持できるようにするための初期集中支援を、発症後できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。なお、かかりつけ医の認知症対応力が向上し、「認知症初期集

中支援チーム」の取組が普及するまでの間は、主として「身近形認知症疾患医療センター」の医師が、「認知症初期集中支援チーム」の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとする。○また、「身近形認知症疾患医療センター」は、「危機回避支援機能」を担うことも期待される。このセンターは、地域でかかりつけ医やケアマネジャー、「認知症初期集中支援チーム」等の在宅関係機関を支援し、地域の対応力を高める機能を担う。さらに、在宅関係機関だけでなく、介護保険施設や病院等と連携し、認知症の人が行動・心理症状等により危機的な状況に陥らないようにするための「危機回避支援」を行うものである。

# 私たちは、 どのように「認知症」を捉え、 共に歩むのか

「パーソンセンタードケア」と「地域における連携ケアの重要性」



出席者(五十音順)  
 勝又浜子氏 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長  
 加畑裕美子氏 「レビー小体型認知症介護家族おしゃべり会」代表  
 木之下 徹氏 医療法人社団 こだま会 こだまクリニック院長  
 中野あゆみ氏 有限会社DODD LIFE(高齢者住宅・訪問介護)代表・社会福祉士  
 本多智子氏 医療法人社団 こだま会 こだまクリニック・看護師  
 元永拓郎氏(ファシリテーター) 帝京大学大学院文学研究科臨床心理学専攻・准教授  
 絹川康夫(司会) 一般社団法人 全国医業経営支援協会・代表理事

司会 周知のように、本年6月18日に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームより「今後の認知症施策の方向性について」が発表されました。ここには従来の認知症施策の反省を踏まえて、これからの日本における認知症診療のあり方もふくめて大きな指針が提示されました。

認知症の人はこれからますます増えていくであろうと思えます。今や認知症は国家としても取り組むべき課題である、と言っても過言ではありません。そこで、認知症ケアのあり方とはどのようなものなのかを、私たち自身も含めた当事者のテーマとして捉えて考えてまいりたいと思えます。これから如何にして「認知症」と向き合い、歩むべきなのか、ケアが指す姿とは何なのかについて各分野で活躍されている方々に語って頂きます。

以下本文敬称略。

## パーソンセンタードケアとは何なのか

元永 今回のテーマにありますように、私たちは認知症をどのように捉え、その中でパーソンセンタードケアという考え方がどのような役割を担っているかをまず話題にしたいと思います。木之下 徹先生は在宅認知症診療に取り組まれている、お福の会や在宅認知症ケア連絡会などの活動をはじめ、様々な執筆、講演活動において、認知症診療、ケアの方向性やあり方

を訴えてこられました。最初に、木之下先生からお聞きしてもよいでしょうか。

木之下 まず、司会の話の中にあつた、私たちは「認知症」とどう向き合ってゆくのかの「向き合う」という言葉に関して述べさせてもらいます。  
 今回の厚生労働省の発表の切り口は、ノーマライゼーションだとも捉えることができると思えます。ノーマライゼーションとは、今まで地域から隔離してきた人々を、これからは地域の中でどうや

って生活していけるようになるのか、というようなベクトルを持っています。

本文中の「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けること」の出来る「社会」の実現を目指している「が、まさにビジョンとして掲げられています。その場合、「向き合う」という言葉は、あちら側の対象者として認知症の人を見ている点でふさわしくないと、思っています。

将来認知症になるかもしれない私たち自身も当事者だと考えれば「向き合う」ではなく、「共に生きる」「共に歩む」という視点が大切で、認知症は全ての人にとって当事者テーマであることを否定できる人はいないと思えます。認知症という「病」だけを見ているだけではうまくいかない。医療の足場を短絡的な「症状」にしてしまうことによる不具合、生活のしづらさを改善してゆくことを基盤とするような意識作り、スキーム作りが背景にないと、これからの認知症の医療の確かなる足場が成立しないと思えます。



元永 多くのドクターは認知症の人を「対処する」「対応する」といった診療の対象者として診る人が多いと思います。しかし木之下先生の投げかけによれば、そのような考え方で、認知症と生きること、生活のしづらさを理解することはできない。また適切な診療も出来ない、と強調されているように思います。

その点に関して、認知症ケアの現場に看護師として携わっている本多さんや、ケアスタッフとして関わっている中野さん、ご家族としての経験者である加畑さんはどのように感じられていますか？

本多 今の「対象者」という言葉ですが、現場にいる者から見ると、ご本人と家族と、支える多職種に及ぶ人々と良い連携が取れている医師は、疾患だけの生活も見ていてはなく、その人の生活も見ていては、なかなか感じます。しかし診療の対象者として診ている医師は、その人全体を理解するには至っていない、と感じてしまっていることがあります。医師の医学的な技術や知識の力量から離れているのかもしれないですが、現場の感覚



勝又 浜子氏  
厚生労働省 老健局 高齢者支援課  
認知症・虐待防止対策推進室長

ではその点をもって「良い医師とそうでない医師」と区別してしまうこともあり得ます。

中野 認知症の方と大きな病院の認知症専門外来に行った時に、先生はご本人から話を聞かずに、付き添いのケアスタッフである私に「君たちは何に困っているのか」「何で君たちの手を煩わせているのか」という質問をされたことが幾度かありました。「一緒に診察室に入っているのだから、ご本人から話を聞いてください」とお願いするのですが、ご本人と目を合わせず、しっかりとお話をされる先生はあまりいなかったように記憶しています。その先生が認知症の専

門医であってもです。そういったときに、私は、認知症の人を診療の対象者としてしか見てももらえないという気がします。

加畑 私の場合は父がレビー小体型認知症、母がアルツハイマー型認知症で、父と母の同時介護という経験をしました。いろいろ大変な経験もしましたが、振り返ってみて、家族として何を周囲に一番望んでいたかという点、認知症を雇ったとしても父を一人の人間として認めて欲しい。父にも父の人生がありました。それをいつも伝えたいかったです。しかし、そう言っても理解してもらえませんでした。それは母の場合も同じでした。

施設の中では大勢の中の一人でも、家族にとってはたった一人の父であり母なのです。ともすると、モンスタースタッフのように言われたりしてしまうこともあり得る。

「レビー小体型認知症介護家族おしゃべり会」の中でも、多くの方から、悔しい思いをしたという話を聞きます。何が悔しいのかと言うと、「人」としてきちんと扱われていない、ということです。在宅介護に関して言えば、支援するチームがしっかりと揃っていれば頑張っていけると実感しています。

元永 「本人の尊厳を大事にする」という言葉は、もはや言い古され

ています。にもかかわらず、特に認知症医療の現場では、そうではない状況があるのです。だからこそ、パーソンセンタードケアの考え方が出てきた訳ですが、この状況をどのように理解すれば良いのでしょうか？

木之下 立場が違うと見方が異なること、立場が違っても見方は変わらないことがあります。将来の当事者になりうる自分たちと、認知症の人の家族として悔しい思いをすることの根っこは同じで、このことにおいては立場が違っても見方は変わらない部分であろうと思うのです。それが自分であったり、家族であったり、ケアする側であったりしても、「認知症の人を、人として見たらどうなのか」という視点が欠け落ちるところに、違和感や衝突が生じるのではないのでしょうか。まさにそれは、認知症の人の生きる表現を「症状」としてしか見ていない、ということなのかもしれません。

家族であれ、自分自身であれ、認知症になったことで様々な嫌な目に合う。人として見られない。当然有するはずの平等な価値を毀損さ

れている気持ちを感じる。このような現実は今までも山ほどあったし、これからもまだあるでしょう。多分それは医師だけでなく誰もが同じで、気づいていないからやっているのだらうと、私自身もそうかもしれない。しかし、気づけば誰もそんなことをやらないでしょう。今回の厚生労働省の発表は、気づきを得る大きなきっかけとなると感じています。

その中でも特に、従来のクリニカルパスに対して、ケアパスの導入がうたわれています。クリニカルパスは入院を基本軸とする概念です。一方ケアパスは、地域におけるケアを軸にした考え方であろうと思

### 認知症に関わってゆくことの大切さ

滋賀県で認知症に携わりました。その時に早期発見を最重要課題として取り組んでいましたが、その60年代に受けた現場での衝撃は非常に大きかったことを覚えています。その後、厚生労働省では認知症事業から離れており、今が、今回また携わることとなりました。その間の認知症の施策は随分変わってきました。

しかし、今一番実感していることは、認知症医療は現場で接していなければ分らないということです。現在150万人いる看護職員の中で、継続的に認知症に関わっている人はそれほど多くなく、意識して認知症に関わっている医



木之下 徹氏  
医療法人社団 こだま会 こだまクリニック  
院長

東京大学医学系研究科 保健学専攻修士課程疫学教室卒業。山梨医科大学医学部医学科卒業。国立精神・神経センター勤務後、現職。在宅認知症ケア連絡会、NPO地域認知症サポートブリッジ代表。認知症高齢者の介護問題、在宅医療のあり方を考えるために在宅認知症ケア連絡会を立ち上げ、在宅で暮らせる認知症医療サービスの充実と認知症医療のネットワークづくりを推進している。



師もそれほどいいと思われま  
す。関わっていないければ、認知症の  
人のことを知らないし、理解もで  
きない。当然パーソンセンタード  
ケアの言葉も意味も分からないと  
思います。

急性期の病院などでは、たまた  
ま認知症の人が骨折などで入院し  
てくることがあった場合、あまり  
良くない医療や対応を受けた場合  
に「元居た施設に戻されてしま  
うことがあると聞きました。それは、  
病院の医師やスタッフが、認知症  
医療とはご本人の生活のしづらさ  
に注目することから始まる、とい  
うことを知らないから起きるので  
はないでしょうか。だから、認知症  
医療とは継続的に関わっていない  
と分からないのだと思うのです。

これからますます増えてくる認  
知症の人たちの医療を、今後、継続  
的にどうしていかなければならな  
いかということが重要なテーマだ  
と考えます。

元永 勝又室長が指摘された、「関  
わる」ということは重要なキーワ  
ードと思われま。また、関わりと  
言っても、単に病気として関わっ  
ているのでは、いつまでたっても

認知症の表面的な理解に終わって  
しまう。そこに関わり方の質が伴  
っていないと、医療が認知症の問  
題行動を抑えるとか、BPSDを  
押さえ込むという方向にいつてし  
まう。しかもそれらの行為は、医  
師やスタッフの善意に基づいて行  
われているということ指摘する  
人もいます。しかしそれは関わっ  
ている様に見えて、関わっている  
ことにはなっていない。パーソン  
センタードケアとはそのことに気  
づきなさい、ということでもある  
かと思えます。

木之下 今回の厚生労働省の発表  
の前夜において、何事もそうなの  
ですが、これからの認知症ケアとはど  
うあるべきか、というコンセプトメ  
イキングがなされたはず。そ  
れが報告書の「認知症になっても  
本人の意思が尊重され」にあらわれ  
ている。それに対して現場で認知  
症医療に取り組んでいる私たちが、  
そのビジョンに呼応して、たとえば  
認知症の人の生きる姿を症状とし  
て捉えるのではなく、コミュニケー  
ションとして捉える、などといった  
具体を考え、行動することが大切で  
あらうと思うのです。つまりこれ

得ない。従って、それでも希望を持  
って生きてゆける状況に変えてい  
く必要が生まれています。このこ  
とは認知症についても当てはまる  
ことではないでしょうか。

認知症は治せない。予防できな  
い。少し進行を遅らせることがで  
きるようになっただけです。だから  
「認知症になっても人として生  
きてゆく希望は失われな」とい  
う状況に変えるための背景づくり  
のひとつとして、これからの認知  
症の医療モデルを考えるしかな  
い。この新たなモデルは魅力的で  
す。なぜなら、他の病気にも、更  
には病気だけではなく生きづらさを  
感じる様々な局面において、同じ  
ことが言えるからです。ちなみに、  
認知症が新しい時代を切り拓く上  
で重要な素材になると考える理由  
はここにあります。

勝又 今、認知症を予防できな  
い。認知症になったら一時的に薬  
で進行を遅らせることは出来たと  
しても治らない。治すことが無理  
な上に、本人の生活のしづらさが  
益々増してくるのであれば、生活  
をどう続けるのかを支援すること  
が認知症医療における大切な要素

です。ね。  
木之下 「生活をどう続けるのか」  
という点において、ある認知症の  
人は「早期発見・早期絶望」と言っ  
ています。医療の視点では、最初は  
早期発見、早期治療といい、いまは  
早期対応という言葉になりました。  
でも対応される対象と面と向  
かっで言われると、恐らく誰でも  
傷つくでしょう。そこで私は早期  
発見・早期支援がいいなあ、と考  
えました。ところがクリスティーン・  
ブライアン氏がある人に宛てた手  
紙に、「早期発見・早期希望」と書い  
ています。私は、はっとしました。  
当事者である自分の視点で見た  
ら、支援ではありません。希望です  
ね。絶望に對峙する言葉です。だと  
すれば「本人の希望」をさがす旅に  
我々も出て、おつきあいすればよ  
いのだと。クリスティーンはそこ  
には沢山の宝物があるというので  
す。

元永 認知症と生きる中の希望と  
いうのは大事な考え方ですね。病  
気を治療するのではなく、人の価  
値観とか考え方を軸に、人の暮ら  
しを大事にしてゆくというケアの  
あり方がパーソンセンタードケア



加畑 裕美子氏  
レビー小体型認知症介護家族おしゃべり会・代表

はコンセンサスメイキングの作業  
です。施策と現場での出来事が乖  
離しないように、双方の風通し  
を善くする。そしてともに力を尽  
くす。その点、細部には不足もある  
と思いますが今回の厚生労働省  
の提示した理念には大いに共感で  
きるものであると、個人的には感  
じています。

今の医療モデルがよく見られる  
保守的なパターンとして、「成長さ  
せなければならぬ」「治さなけ  
ればならぬ」「予防しなければ  
ならない」という Growth Myth に  
基づく医学モデルがあります。そ  
れに対して、どれほど医療が進化  
しても、例えば老化は誰も止めよ  
うがない。今はそれを認めざるを

と言えます。

パーソンセンタードケアという  
考え方を提唱したイギリス人のト  
ム・キットウッド氏は、認知症の人  
のケアのあり方を観察していて、  
より良くない関わり方が非常に多  
くなされていくということを発見  
するわけです。それを悪性の社会  
心理(MSP)として17の事象にま  
とめ、それが認知症の人の存在を  
脅かして、更に悪い状態に追い込  
んでゆくことを実証しました。

それに対して認知症の人にプラ  
スとなる相互作用を、人を中心  
にした関わり方を整理して、ポジテ  
ィブパーソンワーク(PPW)とし  
ました。そのような関わりがあれ  
ば、認知症になっても希望をもつ



元永 拓郎氏 [ファシリテーター]  
帝京大学大学院文学研究科臨床心理学専攻・准教授



中野 あゆみ氏  
有縁会社DOOD LIFE・代表(高齢者住宅・訪問介護)  
社会福祉士

て生きてゆける。時には、周りの人が認知症の人から希望をもらうこともあると言っています。  
ところで、このように考えることで、認知症の人に関わっている自分をより豊かにしていると思えるのでしょうか？ また、認知症の人の生を豊かにしているのでしょうか？

木之下 例えば、騙すとか、子ども扱いするとかという悪性の社会心理は、我々が小学校で習った道徳のテーマと同じで、誰でも言われればそれが悪いことである、とわかります。しかし、取返すことのようなことを言わなければならぬのか、という問題と、勝又氏が取り組まれているコンセン

### 認知症が切り拓く 明日の日本の姿

木之下 認知症のテーマ性とは、限られた誰かが語るのではなく、全員が問題意識を持たざるを得ないのです。何故ならば、誰もが認知症になる可能性があるからです。パーソンセンタードケアのパーソンとは、認知症の人のパーソンであり、これから認知症になるかもしれない私たちがパーソンでもあり、ケアする人もパーソンでもあるという、全ての人を指していると考えられます。  
勝又 パーソンセンタードケアは認知症のケアの基本になり、その人中心のケアと言えますが、今の流れでその人中心のケアと考えると、認知症のケアだけでなく全ての人に対する医療にも言えることですね。糖尿病の人にも言えるでしょうし、病気で無い人にも、普通の人間関係にも言えますね。その中でも特に認知症には象徴的と言えるわけですね。

木之下 その通りだと思います。「パーソン」は「人」です。なので、パーソンセンタードケアを「その人中心のケア」と訳すのは間違いだと思っています。「人中心のケア」がパーソンセンタードケアの直訳であるのと、「その人」中心の視点は、まず前提とするべき大切なことです。しかし、それが行き過ぎ周囲の人を抑えつけるような本人至上主義はおかしい。それでは周りは疲弊します。イギリスの臨床のガイドラインでは「Supporting people with dementia and their carers in health and social care」を表紙に書かれています。認知症の人はもちろん、ケアする人も人である。人を考える。人として関わっていく。我々も人として生きていく。そういうことをパーソンセンタードケアのコンセプトは与えてくれるの

サスメイキングの難しさとは、根を同じくしていると思えます。理由はそれが善意や、親切心で行われているから。悪いことと意識して行っている人はいない。だって、そんなこと分れば誰もしないでしよう。しかし、なぜか目の



前で起こっている現実がそうであることに気づけないのです。行為が悪性の社会心理と解った瞬間に誰もがその行為を止めるでしょう。  
しっかりとしたコンセプトがあればこの気づきが促され、気づきがあれは間違った行為は無くなるでしょう。そのコンセンサスを如何に創り上げてゆくのかが。行政が先陣をきる姿に心うたれます。  
我々も、一緒に取り組んでゆくべきテーマだと思います。今回の、人々に気づきを与えるような理念型の施策は、とても大切だと思います。

心と訳すのは間違いだと思っています。「人中心のケア」がパーソンセンタードケアの直訳であるのと、「その人」中心の視点は、まず前提とするべき大切なことです。しかし、それが行き過ぎ周囲の人を抑えつけるような本人至上主義はおかしい。それでは周りは疲弊します。イギリスの臨床のガイドラインでは「Supporting people with dementia and their carers in health and social care」を表紙に書かれています。認知症の人はもちろん、ケアする人も人である。人を考える。人として関わっていく。我々も人として生きていく。そういうことをパーソンセンタードケアのコンセプトは与えてくれるの



本多 智子氏  
医療法人社団 こたま会 こたまクリニック  
看護部長  
認知症ケア上級専門士  
介護支援専門員  
在宅認知症ケア連絡会 世話人

だと考えます。  
元永 最近の傾向で言えば、悪性の社会心理とは教育現場でのいじめのラインナップともいえますね。そこには一方向的な関係性が存在し、それが人を傷つける結果を生んでいる。但し、いじめは、悪い行い、ま

りの中で、在宅医療の看護的な目を養うばかりに、認知症の当事者の方や周囲の人々の視点に気づけなかった時間も多くなったのではないかと感じるようになりました。在宅診療に携わる中で接するようになった、本人、家族、地域の方々、他職種の方々を私に求めてくる内容が、いままでの医療のものとは別の内容に変わってきたのです。  
医療面よりもむしろ、生活の中で困っている事柄に関係する相談が次第に増えていったのです。そのうち、それらの気づきと医療とケアを上手く繋げない限り、受診者のためにならないと考えるようになりました。医師が医療だけにこだわらず、看護師は看護の仕事だけでなく、各々が自分の領域にこだわっているだけではだめで、各々がもついろいろな目を持ったなければならぬと思います。  
気づきを与え、医療とケアと福祉を近づけ繋げるためのものがパーソンセンタードケアの考え方だと思えますし、それを理解して実際の行動に反映させていくことが重要だと思えます。

たは少なくとも後味の悪いことという認識がありますが、認知症医療やケアの現場では、専門家は良かれと思ってやっているのに、このようなことが起きてしまうという点に問題の深刻さがあります。  
木之下 これからの認知症の現場では、関係者がそのような意識から脱却することが求められています。コンセンサスを広く作り上げるためには、整備しなければならぬ事柄も多いですね。我々はどこに向かうのか、国としてどのような社会を目指してゆくのかを考えると、とても重要です。  
今回、厚生労働省の発表の中で、認知症患者ではなく認知症の人対策ではなく施策という言葉が使わ



## お福の会宣言

人は、人として生まれ、人として死ぬ。そして、その過程で誰もが認知症という病に遭遇する可能性をもっている。かつて、認知症をもつ人は、「人格が崩壊する」「ところが失われる」と恐れられた時代があった。だが、今や私たちは知っている。認知症になっても自分は自分であり続けることを。月が欠けているように見えても、月が丸いことに変わらないのと同じである。自分が、認知症になっても、家族の一員、社会の一員として、友人として、権利と義務とを有する国民の一人として、生活を続け、人生を全うしたい。同じように、家族や友人が認知症になっても、ともに人生の旅路を歩き続けたい。「お福の会」は、そういう思いをもつ市民が、本人や家族、医療、介護、行政、その他の立場を超えて集う場である。認知症をもつ人が生活の主体者として人生を全うできるように、私たちは力を尽くしたい。

### 【発起人】

小阪憲司（医師）  
高見園生（認知症の人と家族の会代表）  
町永俊雄（NHKキャスター）  
和田行男（ケア職）  
木之下徹（医師）



れていますが、これはとても大きな進歩だと思えます。何気なく使っている言葉であってもその背景にある意識や思想を考えたときに、言葉の選択というのはとても重要で、言葉が変わると、考えや行為が変わってくる。

勝又 現状を見るに、パーソンセンタードケアという考えは医師の中にはまだ十分に広まってはいない様に感じますが、その点はどうなのでしょう？

木之下 パーソンセンタードケアが記されたトム・キットウッド氏の著書は1996年に発表され、日本では2005年に翻訳されて発表

されました。確かに現状はまだ十分に広まってはいないかもしれませんが、私は、特にパーソンセンタードケアという言葉自体にこだわるつもりはありません。言葉よりも、考え方に重きを置きます。語り方はいろいろあります。例えば認知症対策とか認知症患者という言葉を使っているのか、本人の意思を尊重するとか、認知症の人と云うのかの違いで十分に分かるものがあります。

2008年のランセットのパーソンセンタードケアについての論文の中で、パーソンとは平等な価値を有する人と定義されていますが、もっと単純にパーソンとはあなたのことですよ。人ですよ。ということでも十分に伝わると思っています。

認知症になっても希望を持って生きていける文化になっていくことを望みます。何故ならばそれは自分のためでもあるからです。

本多 在宅認知症ケア連絡会が隔月で行っている研究会では、パーソンセンタードケアとか、悪性の社会心理、ポジティブパーソンワークなどの言葉を投げかけることで、連絡会に参加されている皆さんの気づ

きのきっかけ作りになっているように感じます。木之下先生は在宅認知症ケア連絡会で常に、認知症ケアの方向性を参加者の皆さんと一緒に考えてもらいたいというスタンスで取り組まれています。その中でパーソンセンタードケアなどのテーマの投げかけが、私たちの実際のケアの現場でいろいろなことを気づかせてもらえる種になっています。

司会 とても多くの示唆を含んだお話を伺えたと思います。認知症ケアとは、まずその根底に「人は認知症になっても人としての尊厳は失われぬ。家族の一員、社会の一員、友人、そして国民の一人として、最後まで人生を全うする権利を持っている」ということを共有し、全ての人が当事者のテーマと捉え、認知症と共に歩み、生きていく社会をつくり上げてゆくことではないでしょうか。次回では、地域における認知症の連携ケアの重要性と、かかりつけ医による認知症医療への取り組みについてお話を伺います。有難うございました。

### 参考 「今後の認知症施策の方向性について」

平成24年6月18日 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(抜粋)

#### 【これまでの認知症施策を再検証する】(一部抜粋)

〇かつて、私たちは認知症を何も分らなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするとどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない。

#### 【今後目指すべき基本目標「ケアの流れ」を変える】(一部抜粋)

〇このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とするものである。

働く人とそのご家族のための健康講座

認知症

誰の身にも起る認知症をどう捉えるか

Point1 早めの受診で自らの人生を整える機会を得る

—認知症の定義を教えてください。

木之下 変強にはいろいろありますが、「後戻りのできない脳の老化が起き、機能が今まで通り働かなくなると、その結果日常生活が送れなくなる状態」と考えるのが妥当だと思います。必ずしも高齢者だけに起こることはありません。現時点で兆候はなくとも将来、誰の身にも起こり得ることであります。いま、あるいはこれからのという視点で言えば、働き盛りの世代も自分のこととして捉えるべきでしょう。

—どのようなときに認知症を疑ったらよいのでしょうか。

木之下 以前の自分とは違う状態になったときや、誰でもきついなと思うような不安や心配が頻りに思われます。たとえば仕事でミスを繰り返す。かつてはそんなことは絶対なかったはず、と自問自答する。ちょっとできることも、自分の中で感覚が鈍る。たとえば「あれ、おかしな感じがする」と思い始める。現在、認知症を知らない人はほとんどいません。いま早めがそのような状態であれば、最初に対処するのは本人の

はずです。

—受診するとき、どこに行ったらよいのでしょうか。

木之下 まずはかかりつけ医に相談してください。そのとき何に困っているかを、そしてつらい状態がもしもありませんが自分におこった出来事を時系列に話していただくことが大切です。かかりつけ医がいない場合は、全国の各市町村に介護保険法で定められた地域包括支援センターがあり、認知症についても相談窓口になっています。

—早期受診が大切ですね。

木之下 単に早期受診さえすればそれでよい、というのは早針です。現在認知症の方で病院を受診した際に「早期発見、早期治療」と言われた人がいます。それは認知症を治すわけではなく、進行を遅らせるためのものです。認知症になり、認知症の状態を少しでも長らえるための薬を飲んだとしても、世の中の認知症に対する偏見があれば、生きづらくなるという面があります。だから、皆さんとご一緒に、誰もがなり得る認知症の人が、人生の主体者として生きていける社会をつくっていく必要があります。



医療法人こだま会理事長 こだまクリニック院長

木之下 徹先生

Point2 自分が認知症になったときの視点で見ると

—木之下先生は、認知症の人を「患者」とは思わないそうですか。

木之下 私もかつては「患者」と言い、「治療」にあたるしてきました。しかし海外の認知症研究の論文に「人」という言葉が包括的な人間性や平等な個性を喪失するのに対して、患者という言葉には不完全さや弱さという意味がある」と書いてある。自分もそれまで認知症の人の部分のことだけを考慮していたことを思い知らされました。認知症の人の困っていることに向き合い、その時間をともにすごそうと思うときに、患者という言葉はふさわしくありません。社会的にも、同僚の変化の兆しが見えます。—どのような兆しでしょうか。

木之下 本年6月18日に厚生労働省認知症対策検討プロジェクトチームが「今後の認知症施策の方向性について」という報告書を発表しています。その中で患者という言葉が一切使われず、「認知症の人」と書いてあります。従来のように、悪いものをやっつけるという意味合いの「対策」という言葉も「施策」に置き換わっています。しかし、言葉だけがかわって状況が変化しなかったら意味がありません。不思議にも言葉には力があります。意志を持って言葉を変えてみる。すると考え方や行動、結果も変わってきます。この報告書はほかにも多くのことを示唆しています。

■表：今後の認知症施策の方向性について 2012年6月18日、厚生労働省認知症対策検討プロジェクトチーム（抜粋）

これからの認知症施策の基本的な考え方

- 〔これまでの認知症施策を再検討する〕
- かつて、私たちは認知症は何かからなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとすると、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるにあたっては、常に、これまで認知症の人々が抱えてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない。
- 〔今後目指すべき基本目標 - 「ケアのあり方」を整える- 〕
- このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利活用せざるを得ない」という考えを改め、「認知症になって本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。（以下略）

Point3 もっと本人の声に耳を傾ける

—家族ではなく、本人の視点を大切にすることは、

木之下 認知症になると、BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 行動・心理症状) と呼ばれる暴言、暴言、徘徊 (はいかい)、妄想などが起れやすくなるというわけです。これらに周囲の人は大変な思いをするわけです。BPSD が認知症の原因となる疾患によって引き起こされている症状 (中核症状) であれば、早期の受診をお勧めします。一方そうではない周辺症状の場合は、本人の痛みや苦しさ、あるいは周囲との関係性などに原因がある、ということになります。たとえば、「ええ、覚えがないの？」と誰でも時々聞かれたら、とてもいやな気持ちになります。

周囲で述べたように、認知症の人は「自分の存在の危機」というぐらゐの不安を抱えている。そういう周囲の態度は、「自分のことをわかってもらえない」という深い孤独感を本人にもたらします。つまり暴言、暴言、不穏、興奮といわれますが、脳の老化と関係してはいない種々の要因があります。暴言、暴言、不穏、興奮という用語でケアを語ることは、まずそれを抑圧することが目標になってしまいます。そのための認知症の状態を長らえるような薬は必要かどうかという点になり、逆にこれらの症状を抑える薬が出されがちになります。でもよく考えると、それはケアの結果であることに気づきます。だからケアの現場では、そういう用語を使わずに「どうしてあんな怒っているの？」などと視点を整えるべきであって、我々の現場ではそのよ

うに話し合っています。  
—木之下先生は在宅医療を行っていますから、具体的なケースを多く見ていると思います。  
木之下 認知症の人の生活現場に入っていますから、家族の苦労もよく耳にします。ただ、周囲の人が親心や善意で行っていることでも、本人を傷つけている場合があります。認知症の人は話さないのではなく、これまで隠されてもらえなかった、と指摘した海外の研究があります。もっと認知症の人の声に耳を傾ける必要があります。—本人の声を聞いて、ともに生きる社会をつくるのですか。  
木之下 認知症治療の役割も重要です。高血圧や糖尿病、熱は体温計で測りますが、まだそのように薬の効果測っていないのが現実です。これをどうにかしなくてはならない。また同時に、本人の思い込みも大切。ある認知症の人は、「薬を飲むと体が熱くなるように感じる」と言っています。しかし、まだ社会規範がどういった声を拾い上げる状況になっていない事実が現れます。薬は誰のためにあるのか。こういった声をもっと聴けば、将来認知症になったらどうしようという不安が軽減され、希望の光が見えてくるのではないのでしょうか。そうによらず皆で社会を整えていく必要があり。そういうこそ、認知症の本人から薬の飲み心地を伝えたいような状況を生み出すのではと思います。

企画・制作=日本経済新聞社クロスメディア営業局

広告

〈原 著〉

## 老年症候群の適切な把握のためのもの忘れセンター予診票の作成に関する検討—予診票の妥当性と信頼性および回答者による回答率の差異についての検証—

永井久美子 小柴ひとみ 小林 義雄 山田 如子  
須藤 紀子 長谷川 浩 松井 敏史 神崎 恒一

**要 約 目的：**加齢に伴い出現する老年症候群を適切に把握することは、高齢者の診療にとって重要である。今回我々はより具体的かつ正確に評価することを目的として予診票の改訂を行い、妥当性および信頼性を検討した。**方法：**対象は杏林大学病院もの忘れセンター初診患者。2011年10月～2012年7月の初診患者459人には従前の質問形式による旧予診票を、2012年8月～12月の初診患者277人には新予診票を診察前に渡し、患者本人もしくは家族その他の同伴者が記入の上、老年症候群の有無を調査した。新予診票の質問項目は各種ガイドラインの診断基準を参考にし、具体的かつ専門用語の使用を控えた「はい/いいえ」で答える17項目とした。対象者にはその後高齢者総合機能評価（CGA）を試行し、新予診票の構成概念妥当性および因子妥当性を検討した。また、旧/新予診票間での各質問項目の陽性回答率の比較のほか、新予診票を活用する際に、回答者が本人の場合と同伴者の場合とで陽性回答率に違いが見られるかどうかについても併せて検討した。**結果：**対象者における予診票の回収率は100%であり、旧/新の予診票回答者の年齢・男女比・MMSE得点など基本属性に差は無かった。新予診票とCGA各項目との相関を検討したところ、新予診票の17項目全てがCGA各項目のいずれかと少なくとも1つの有意な相関を有した。また因子分析の結果17項目は8つの因子に分類され、いずれもCGA各項目と有意な相関が認められた。信頼性に関しては、Cronbachの $\alpha$ 係数が0.729、Guttmanの折半法では係数0.619であった。旧/新予診票ともに、患者が高齢でMMSE低値なほど同伴者が回答していた。新予診票において本人の訴えが最も多い項目は「不眠」であり、これは同伴者が記入した場合でも同様の陽性率であった。一方、「つまずき」「転倒」「歩行障害」「妄想」では本人よりも同伴者が「あり」と多く回答した。「食欲低下」「尿失禁」は旧予診票では同伴者回答での陽性率が高かったが、新予診票では回答者による差が無くなった。旧/新予診票間の比較では、新予診票での陽性回答率は不眠については上昇し、頻尿では低下した。転倒に関しては、本人の陽性回答率は旧/新予診票で変化がなかったが、同伴者の回答では新予診票で陽性回答率が上昇した。**結論：**新予診票は物忘れ外来の老年症候群検出のスクリーニングとして十分使用に耐えうる妥当性・信頼性を有すると考えられた。また老年症候群の把握に対しては、単に各症候の有無を質問するよりも、具体的な数字や服薬の有無、その結果困難が生じているかなどを考慮して質問する必要があると同時に、高齢者の身体状況の把握には同伴者の視点が重要であることが示された。

**Key words：**老年症候群，予診票，高齢者総合機能評価，妥当性，信頼性

(日老医誌 2014; 51:161-169)

### 緒 言

高齢者の診療において、加齢に伴い出現する老年症候群を適切に評価することは、主病の診断や治療方針決定の上で重要である。また、日常生活上の困難、すなわち

ADLやQOLの阻害要因把握のためにも重要な課題である。予診の役割も患者の主訴や背景因子を聴取するだけの場ではなく、高齢者診療においては、キーパーソンから患者の病態につながる重要な情報を得られる場であり、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment: CGA）もこの段階から始まっているといっても過言ではない<sup>1)2)</sup>。

老年症候群は「高齢者に多い、あるいは特有な症状所見の総称」であり<sup>3)</sup>、大内らにより「加齢変化がなく広

K. Nagai, H. Koshiba, Y. Kobayashi, Y. Yamada, N. Sudoh, H. Hasegawa, T. Matsui, K. Kozaki: 杏林大学医学部高齢医学

受付日: 2013. 7. 3, 採用日: 2013. 12. 25

い年代で出現する症候「前期高齢者で増加する症候」「後期高齢者で増加する症候」の3群に分類されること、そのなかでも「後期高齢者で増加する症候」は在宅維持障害要因となることが報告されている<sup>4)</sup>。この報告をもとに筆者らの施設では老年症候群把握のための外来予診票を作成した。質問項目は外来受診高齢者に有用と思われる項目、すなわち「加齢変化がなく広い年代で出現する症候」の中から「めまい」「不眠」「転倒」を、「前期高齢者で増加する症候」から「しびれ」「便秘」「食欲低下」を、「後期高齢者で増加する症候」から「尿失禁」「頻尿」「せん妄」の項目を採用した<sup>5)</sup>。2003年に作成して以来もの忘れセンター初診時に使用してきたが、この旧予診票を使用していく中でいくつかの問題点が浮かびあがってきた。

一つは医療側の要請である。もの忘れセンターでの診療が経過するにつれ、神経所見や精神徴候を伴う認知症患者が増えたことや、認知症患者の予後に影響するADLや虚弱の程度を予診段階で把握する必要性が高まってきた。多様な認知症患者が診断・治療を求めて来院するようになり、例えばレビー小体型認知症では認知障害の程度は軽くとも幻視、安静時振戦、無動といった徴候が病初期に出現するし<sup>6)</sup>、脳血管性認知症では嚥下障害が転倒とならび重要なADLやQOLの低下因子となることから<sup>7)</sup>、患者および家族が日常生活において捉えられる徴候を予診段階で拾い上げる必要性が高まったのである。

もう一つは記入時の問題である。旧予診票の質問は医学的症候を「あり/なし」の形で直接問うもので患者にとって具体的な言葉に翻訳されていなかった。そのため患者や家族が回答する際に判断に窮したのか、無回答の項目が多く見られた。また個々の症候の程度や質に関する質問項目がないために、症候そのものの「あり/なし」が回答者の主観に帰し、後の集計の際のデータの信頼性や客観性に瑕疵が生じる恐れがあった。これは個々の症候に関する質問の評価基準が明確でないためであり、結果として日常生活を老年医学的な観点から把握する上でも、集計したデータの客観性や信頼性を担保する上でも、初診時の老年症候群の存在を適切に評価できていないと考えられた。

そこで今回我々の施設では、旧予診票の「あり/なし」の選択という簡便さを残しつつ質問文の内容とレイアウトを変更した新たな予診票を作成し、この新予診票の妥当性および信頼性を検討した。すなわち、もの忘れセンターにおいて予診に続いて行っているCGAを補完するか否かの検討を行った。また、旧/新両予診票における各質問項目の陽性回答率の比較のほか、新予診票を活

用する際に、回答者が本人の場合と同伴者の場合とで陽性回答率に違いが見られるかどうかについても併せて検討した。

## 方 法

### 1. 対象

2011年10月～2012年12月に受診した杏林大学医学部付属病院もの忘れセンターの初診患者736名を対象にした。そのうち、①2011年10月～2012年7月の初診患者459名には旧予診票を配布し、②2012年8月～2012年12月の初診患者277名には新予診票を配布した(表1)。これを本人、もしくは同伴者に記入してもらった。新予診票を行った全患者はその後臨床心理士によるCGAを試行した<sup>2)</sup>。CGAの内訳は基本的ADLに関してBarthel index (BTHL)<sup>8)</sup>、手段的ADLにLawton & Brody's IADL (IADL)<sup>9)</sup>を、認知機能検査にMini-Mental State Examination (MMSE)を、精神状態にGeriatric Depression Scale (GDS)<sup>10)</sup>を、周辺症状にDementia Behavior Disturbance Scale (DBD)を<sup>11)</sup>、意欲の指標にVitality Index (VI)を<sup>12)</sup>、介護負担にZarit介護負担尺度 (Zarit)<sup>13)</sup>を行った。なお、本研究は杏林大学医学部倫理委員会において承認され、調査対象者もしくは代諾者から書面にて同意を得た後に行った。

### 2. 新予診票の作成 (表1)

新予診票では旧予診票に項目を新たに追加した。旧予診票では先述の通り14項目を選択したが、新たに、安静時振戦、無動、嚥下障害についての質問を追加した。

新予診票では各症候の「あり/なし」を明確にするために、以下に示す各診断基準を参考に質問内容を作成した。「転倒」は鳥羽らが作成した「転倒リスク評価表」を参考に過去1年以内の転倒歴を問うものにし<sup>14)</sup>、「つまずき」も「転倒リスク評価表」の質問文を参考にした。そのほか「頻尿」は日本排尿機能学会の「夜間頻尿診療ガイドライン」<sup>15)</sup>の定義から、「1日8回以上の排尿もしくは夜の排尿回数が3回以上」という質問にした。「便秘」については「日本消化器病学会ホームページ」上の用語集を参考に「3日以上便が出ない、便秘にまつわる不快感がある、もしくは下剤を服用している」とした<sup>16)</sup>。「不眠」は「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」をもとにし<sup>17)</sup>、「体重減少」は過去半年に体重の5%以上の減少が病的であることを考慮し、「半年で2kg以上の減少のあり/なし」とした<sup>18)</sup>。

上記のような診断基準が確立されていない項目については、患者・家族が症候の有無を判断する際に迷いがないうよう、質問文を専門用語から具体的な症状を問う文に

表1 旧/新 予診票の質問項目

問. 普段の生活において以下の症状がありますか？

a) 旧予診票		b) 新予診票	
●幻覚：	なし/あり	目が回る、もしくは、ふわふわする	はい・いいえ (めまい)
●妄想：	なし/あり	麻痺がある	はい・いいえ (麻痺)
●不眠：	なし/あり	しびれがある	はい・いいえ (しびれ)
●めまい：	なし/あり	歩くのに不自由がある	はい・いいえ (歩行障害)
●麻痺：	なし/あり	最近よくつまずくようになった	はい・いいえ (つまずき)
●しびれ：	なし/あり	1年以内に転んだことがある	はい・いいえ (転倒)
●歩行障害：	なし/あり	尿が漏れる	はい・いいえ (尿失禁)
●つまずき：	なし/あり	排尿が頻回で本人もしくは家族が困っている	はい・いいえ (頻尿)
●転倒：	なし/あり	(1日8回以上の排尿もしくは夜の排尿回数が3回以上)	
●尿失禁：	なし/あり	3日以上便が出ない、便秘にまつわる不快感がある	はい・いいえ (便秘)
●頻尿※：	なし/あり	もしくは下剤を服用している	
●便秘：	なし/あり	食欲がでない	はい・いいえ (食欲低下)
●食欲低下：	なし/あり	ここ半年間で2Kg以上体重が減った	はい・いいえ (体重減少)
●体重減少：	なし/あり	何もしていない時に手足が震える	はい・いいえ (安静時振戦)
		動き始めるのに時間がかかる、動きが遅い	はい・いいえ (無動)
		食事中もしくは食後にむせる	はい・いいえ (嚥下障害)
		実際にはあるはずのない物や人が見えたり、音や声が聞こえたりする	はい・いいえ (幻視・幻聴)
		実際にありえないことを主張し、訂正することができない	はい・いいえ (妄想)
		すぐに寝付けない、途中で起きてしまう	はい・いいえ (不眠)
		もしくは睡眠薬を服用している	

※頻尿は以下の①, ②どちらかを満たす場合「あり」としてください。  
①1日の排尿回数が8回以上、もしくは②夜間排尿回数が3回以上

変更した。例えば「妄想」は症候の「あり/なし」を問うものから、「実際にありえないことを主張し、訂正することができない」という症候の具体的症状の「あり/なし」を問うものに変更した。その他「振戦」「無動」はメルクマニュアルを参考に平文化し<sup>19)</sup>、「尿失禁」「めまい」「歩行障害」「食欲低下」「嚥下障害」「幻視・幻聴」についても平易な文章にし、「麻痺」「しびれ」についてはそのままの表現にとどめた。

### 3. 新予診票の妥当性・信頼性の検討

新予診票がもの忘れセンター患者における老年症候群の検査として耐えうる妥当性・信頼性を持つかどうかについて、以下の検証作業を行った。

#### 1) 構成概念妥当性の検討<sup>20)</sup>

新予診票は患者およびその家族から見た老年症候群の有無をある程度包括的に評価していると期待される。したがって予診後に行ったCGAの各項目との相関を調べることで、収束的妥当性 (convergent validity) について検証を行った。

#### 2) 因子妥当性の検討<sup>21)</sup>

新予診票は17項目より構成されているが、この17項目がいくつの要因に分類されるか、また抽出されたその要因が老年症候群を捉えるものとして適当かどうかの検討を因子分析により検討した。更に抽出された因子とCGAとの相関を検討した。

#### 3) 信頼性の検討<sup>22)</sup>

新予診票が内部一貫性に関する信頼性を持っているか、Cronbachの $\alpha$ 係数とGuttmanの折半法による信頼度係数を算出し、信頼性の検討を行った。

#### 4. 旧/新予診票の陽性回答率

旧予診票14項目と新予診票17項目について老年症候群の各項目に対する陽性率を旧/新の2群間で比較した。旧予診票14項目全ての症状は新予診票に引き継がれており、この14項目について症状あり—「はい」と回答した陽性回答率について検討した。なお予診票は本人あるいは同伴者のキーパーソンが回答しているため、回答者の違いによる予診票各項目の陽性率に関しても比較を行った。

#### 5. 統計解析

統計解析はSPSS Statistics 17.0 (SPSS Inc.) を用いた。構成概念妥当性の検討については、項目間において単回帰分析を行った。因子妥当性の検討では、主因子法・斜交回転プロマックス法による因子分析を行い、因子負荷量0.30を基準に因子の解釈を行った。

信頼性の検討にはCronbachの $\alpha$ 係数とGuttmanの折半法による信頼度係数を算出し、0.800以上を妥当とした。旧予診票と新予診票の各項目に対する陽性回答率の比較にはカテゴリー対カテゴリーの解析には $\chi^2$ 乗検定を、年齢、BMI、一人あたりの陽性項目数、MMSE

表2 新予診票項目と高齢者総合機能評価項目との相関

	高齢者総合機能評価						
	BTHL	IADL	GDS	MMSE	VI	DBD	Zarit
めまい	-0.02	0.10	0.18**	0.13*	0.00	0.07	-0.04
麻痺	-0.06	-0.12*	0.13*	0.09	-0.02	0.07	0.17**
しびれ	-0.09	0.01	0.29**	0.10	-0.03	0.03	0.10
歩行障害	-0.40**	-0.34**	0.15*	-0.18**	-0.28**	0.26**	0.31**
つまずき	-0.26**	-0.17**	0.23**	-0.05	-0.19**	0.21**	0.19**
転倒	-0.28**	-0.21**	0.13*	-0.13*	-0.20**	0.16*	0.18**
尿失禁	-0.37**	-0.26**	0.11	-0.08	-0.27**	0.28**	0.26**
頻尿	-0.11	-0.10	0.08	0.10	-0.04	0.14*	0.16*
便秘	-0.13*	-0.22**	0.08	-0.07	-0.08	0.03	0.04
食欲低下	-0.17**	-0.09	0.13*	-0.08	-0.11	0.08	0.00
体重減少	-0.14*	-0.06	0.10	-0.08	-0.12	0.19**	0.11
安静時振戦	-0.19**	-0.13*	0.08	-0.05	-0.22**	0.19**	0.24**
無動	-0.33**	-0.37**	0.11	-0.21**	-0.28**	0.21**	0.26**
嚥下障害	-0.13*	-0.09	0.11	0.03	-0.09	0.10	0.09
幻覚 or 幻視・幻聴	-0.24**	-0.20**	0.05	-0.22**	-0.20**	0.11	0.08
妄想	-0.34**	-0.31**	-0.12	-0.28**	-0.24**	0.37**	0.26**
不眠	-0.09	-0.08	0.20**	0.07	-0.09	0.10	0.06

\* $<0.05$ , \*\* $<0.01$ 

Fisherのrのz変換にて相関を検討した

といった連続変数については対応のないt検定を用いて比較し、 $p<0.05$ を統計学的有意とした。

なおIADLについては満点が男性5点、女性8点と異なるので、得点率(=(点数/満点) $\times 100$ (%))を算出し、検討に用いた。

## 結 果

### 1. 対象

対象者における予診票の回収率は100%であった。旧予診票使用時と新予診票使用時の対象者について、初診時年齢(新予診票 vs. 旧予診票:  $79.2\pm 8.1$ 歳 vs.  $79.6\pm 7.5$ 歳,  $p=0.43$ ), 男女比(男性%:  $36.1\%$  vs.  $33.6\%$ ,  $p=0.48$ ), BMI ( $21.1\pm 5.1$  kg/m<sup>2</sup> vs.  $20.9\pm 5.6$  kg/m<sup>2</sup>,  $p=0.54$ ), MMSE得点 ( $21.8\pm 5.8$ 点 vs.  $21.8\pm 5.6$ 点,  $p=0.95$ )に有意な違いは認められなかった。また、記入者のうち本人が占める割合(新予診票 vs. 旧予診票:  $44.0\%$  vs.  $33.4\%$ ,  $p=0.25$ )も両予診票で差は認められなかった。

### 2. 新予診票の妥当性の検討

#### 1) 構成概念妥当性の検討

新予診票の17項目とCGA各項目との相関を検討したところ、新予診票項目17項目全てが、CGA各項目のいずれかと有意な相関を有した(表2)。BTHLの得点と相関が強い項目は歩行障害(「歩くのに不自由がある」:  $r=-0.40$ ,  $p<0.01$ )で、IADLの悪化を反映する項目は無動(「動き始めるのに時間がかかる、動きが遅

い」:  $r=-0.37$ ,  $p<0.01$ )や歩行障害であった。またGDSの悪化と関与する項目はしびれ(「しびれがある」:  $r=0.29$ ,  $p<0.01$ )や不眠(「すぐに寝付けけない、途中で起きてしまう、もしくは睡眠薬を服用している」:  $r=0.20$ ,  $p<0.01$ )、MMSE低値は妄想や幻覚 or 幻視・幻聴に関する項目が、VIとは歩行障害や無動が、DBDは妄想が、Zarit介護負担度は歩行障害、尿失禁、妄想といった質問項目が有意に関連していた。

#### 2) 因子妥当性の検討

新予診票17項目について因子分析を行った結果、17項目は8つの因子に分類された(表3)。因子1には転倒・歩行に関する因子が、因子2には麻痺・しびれが、因子3には排尿に関する因子が、因子4には不眠といった項目が分類された。因子6における嚥下障害は因子負荷量が0.256と低く、解析上の除外項目に該当した。

次いで、これら抽出された8因子についてCGA項目との相関を調べた(表4)。因子1はCGAのうちBTHL, IADL, VI, Zaritなどと関連が深く、また年齢とも強い相関を示したほか、因子2はGDSと、因子3はBTHL, Zaritと、因子5はBMIと、因子6はMMSE, DBDと相関が認められた。

#### 3. 新予診票の信頼性の検討

内的整合性を求めることで旧/新予診票の信頼性を評価した。指標であるCronbachの $\alpha$ 係数は、新予診票17項目では $\alpha=0.729$ 、Guttmanの折半法による信頼度係

表3 新予診票の項目に関する因子分析

	因子*							
	1	2	3	4	5	6	7	8
歩行障害	0.950	0.050	-0.005	-0.212	0.002	-0.012	0.029	-0.185
無動	0.560	-0.048	0.143	0.028	0.104	0.017	-0.023	0.036
つまずき	0.548	-0.090	-0.021	0.109	-0.087	0.029	0.226	0.192
転倒	0.490	0.088	-0.095	0.229	-0.029	-0.089	-0.302	0.193
麻痺	-0.008	0.680	0.014	-0.018	-0.004	-0.142	-0.013	-0.098
しびれ	0.022	0.512	-0.002	-0.091	0.044	0.015	0.185	0.210
尿失禁	0.182	-0.148	0.613	-0.050	-0.030	-0.069	0.104	0.055
頻尿	-0.111	0.166	0.588	-0.065	0.011	-0.016	-0.077	0.239
不眠	-0.066	-0.056	-0.079	0.685	-0.048	-0.050	0.209	0.091
体重減少	0.020	0.018	-0.035	-0.094	0.646	0.010	0.034	0.045
食欲低下	-0.009	-0.006	0.059	0.316	0.342	-0.014	0.058	-0.084
幻覚 or 幻視・幻聴	-0.046	-0.161	-0.064	-0.109	-0.020	0.608	-0.079	0.155
安静時振戦	0.130	0.177	-0.109	0.021	0.066	0.348	0.093	0.030
妄想	0.054	-0.060	0.039	0.121	0.143	0.337	-0.082	-0.045
嚥下障害	0.023	0.183	0.131	0.143	-0.196	0.256	0.013	-0.157
めまい	0.014	0.066	0.015	0.228	0.042	-0.085	0.593	-0.059
便秘	-0.008	-0.015	0.197	0.078	0.015	0.111	-0.047	0.539

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

\*16回の反復で回転が収束

表4 抽出された因子項目と高齢者総合機能評価項目との相関

回帰係数	年齢	BMI	高齢者総合機能評価項目						
			BTHL	IADL%	MMSE	GDS	DBD	VI	Zarit
因子1 (歩行・無動・つまずき・転倒)	0.29**	0.03	-0.43**	-0.37**	-0.19**	0.21**	0.28**	-0.32**	0.32**
因子2 (麻痺・しびれ)	0.03	-0.01	-0.08*	-0.04	0.10	0.26**	0.05	-0.02	0.14*
因子3 (尿失禁・頻尿)	0.18**	0.04	-0.30**	-0.22**	0.01	0.11	0.26**	-0.20**	0.27**
因子4 (不眠)	0.13	-0.02	-0.09	-0.08	0.07	0.20**	0.10	-0.09	0.06
因子5 (体重低下・食欲減少)	0.11	-0.23**	-0.16**	-0.11	-0.09	0.14*	0.16*	-0.13*	0.05
因子6 (幻覚・振戦・妄想)	0.11	-0.02	-0.36**	-0.32**	-0.30**	-0.02	0.33**	-0.30**	0.26**
因子7 (めまい)	-0.08	0.04	-0.02	0.11	0.14*	0.18**	0.06	0.00	-0.05
因子8 (便秘)	0.19**	-0.02	-0.13*	-0.22**	-0.06	0.08	0.02	-0.08	0.04

\* <0.05, \*\* <0.01

数は0.619であった。

4. 旧/新予診票における各項目の陽性回答率の比較

1) 予診票の記入者による陽性回答率の相違

旧/新予診票ともに、同伴者が回答した場合の方が有意に患者は高齢で、MMSE低値であった(表5)。項目に「あり」と答える陽性項目数も同伴者が回答するケースで多く、同伴者が回答した場合、旧/新予診票のいずれでも保有する症候数が約1.5項目多かった。

症候ごとに見ると、本人の訴えとして一番陽性率の多い項目は新予診票では「不眠」であり39.7%にのぼった。不眠に関しては同伴者が記入した場合でも同様の陽性率であり両者に差異はみとめられなかった。一方、「つ

まずき」「転倒」「歩行障害」「妄想」では本人からの訴えよりも同伴者が「あり」と回答する割合が多く、この傾向は旧予診票でも同様であった。特に、「妄想」では本人より同伴者は4倍以上の高率で「あり」と答えていた。一方「食欲低下」「尿失禁」は旧予診票では同伴者回答での陽性率が高かったが、新予診票では両者の陽性率の差が縮まり、有意差が認められなかった。

2) 旧予診票/新予診票の間での陽性回答率の相違

不眠に関しては、本人が答えた場合と同伴者が答えた場合のどちらにおいても新予診票での陽性回答率が上昇した(表5)。一方、頻尿の項目は新予診票で本人・同伴者両者での陽性回答率が低下した。また統計学上有意

表5 新/旧予診票各項目の陽性回答率

	予診票記入者 (本人 vs. 同伴者) による比較						新予診票 vs. 旧予診票 での比較 (p 値)	
	新予診票			旧予診票				
	本人回答	同伴者回答	p 値	本人回答	同伴者回答	p 値	本人回答	同伴者回答
人数	121	154		186	268			
年齢	76±9.7	81.6±5.5	<0.01	76.8±8.0	81.7±6.4	<0.01	0.51	0.89
男性, %	46.3	28.6	<0.01	38.1	29.9	0.06	0.25	0.78
MMSE	24.8±4.2	19.4±5.8	<0.01	24.9±3.9	19.5±5.5	<0.01	0.71	0.89
BMI	21.6±5.1	20.8±5.1	0.19	21.2±5.1	20.7±5.8	0.32	0.52	0.86
予診票 陽性項目数*	3.0±2.3	4.5±2.8	<0.01	2.9±2.3	4.3±2.7	<0.01	0.55	0.35
症候の保有率 (%)								
不眠	39.7	42.2	0.68	27.3	30.3	0.50	0.02	0.01
つまずき	31.9	45.4	0.02	39.7	51.5	0.01	0.20	0.23
めまい	28.1	23.5	0.39	21.2	18.8	0.53	0.15	0.25
尿失禁	26.7	36.8	0.07	21.4	40.1	<0.01	0.22	0.51
体重減少	25.6	34.7	0.11	22.8	29.7	0.11	0.36	0.30
頻尿	24.0	32.7	0.11	36.8	47.8	0.02	0.02	0.00
便秘	24.0	32.7	0.11	31.7	29.4	0.60	0.13	0.48
転倒	23.1	49.0	<0.01	19.7	34.4	<0.01	0.36	0.00
歩行障害	20.0	51.0	<0.01	21.0	48.5	<0.01	0.68	0.63
しびれ	20.0	23.0	0.55	27.5	25.3	0.60	0.20	0.61
食欲低下	15.1	21.3	0.19	14.3	26.5	<0.01	0.83	0.24
幻覚/幻視・幻聴†	10.7	19.1	0.06	4.3	16.5	<0.01	0.02	0.50
麻痺	7.6	8.6	0.77	2.7	8.7	0.01	0.05	0.96
妄想	5.8	37.9	<0.01	6.1	28.2	<0.01	0.83	0.04
無動	31.4	64.1	<0.01	-	-	-	-	-
嚥下障害	16.7	25.7	0.07	-	-	-	-	-
安静時振戦	5.0	13.2	0.02	-	-	-	-	-

\*新/旧予診票で共通する14項目について「あり」と回答した数

†旧質問表では「幻覚 あり/なし」で、新質問表では「幻視・幻聴」として質問している

ではなかったが、「幻視・幻聴」の項目で本人が「あり」と答える割合が旧予診票の4.3%から新予診票では10.7%と2倍以上に上昇した。転倒に関しては、本人の陽性率は旧/新予診票で変化がなかったが、同伴者の回答では新予診票で多く陽性の回答が得られた。

## 考 察

高齢者の慢性疾患の集合体である老年症候群の評価方法については、鳥羽らがまとめているように、種々の評価スケールや臨床検査を用いて個々の症候を詳細に検査することができる<sup>23)</sup>。しかしすべての検査を実施することは現実的には不可能であり、実際には担当医は患者の持つ症状に優先順位をつけ検査を行い治療にあたることになる。その一方で、老年症候群を有する高齢者を生活機能、精神機能、社会・環境面から包括的に捉えるのがCGAの本質であり、評価の結果、多職種連携のマネジメントという「治療」を以って高齢者の予後やQOL

改善を図る<sup>23)24)</sup>。

予診の一般的な目的は患者の主訴に直接関係する、あるいは背景にある症候をあぶりだすことにあるが、もの忘れセンター予診票は、高齢者が健康に生活する上で基本的な要素である運動・感覚・食事・排泄・睡眠・精神活動において問題があるかどうか明らかにすることを目的としている<sup>25)</sup>。今回我々が行った新予診票の因子分析(表3)、およびCGAとの関連の検討(表4)において、予診票および予診票項目から抽出された各因子は、それぞれCGA結果と有意に関連しており、もの忘れセンター予診票としての有用性が示されたものと考えられる。

まず構成概念妥当性の検討では、予診票のすべての項目はCGAと有意な相関を有していた。例えば、「歩行」「つまずき」「転倒」「無動」といった項目で「ある」と答えるとADL低下がうかがわれ、「妄想」が「ある」場合には、認知機能低下に伴う周辺症状が出現したり、介護



負担が増大したりすることが示唆された<sup>26)</sup>(表2)。反対にCGAの各項目もまた複数の新予診票項目と関連があり、BTHLは17項目中12項目と関連が認められた。一方MMSEは6項目との関連にとどまり、相関係数も総じて低値であった。これは新予診票には直接認知機低下の有無を直接問う質問がないことから予測されるが、本予診票に弁別的妥当性があることが示されたと言える。

次いで行った因子分析によって新予診票17項目は8つの因子に分類された。各因子をみると、因子1は「歩行障害」「無動」「つまずき」「転倒」からなり、「運動機能」を反映しているであろうこと、因子2「麻痺」「しびれ」は感覚機能を、因子3、8では排泄機能を、因子4は睡眠障害を、因子5は摂食機能を、因子6は精神機能異常、すなわち「認知機能低下に伴う周辺症状」あるいは「レビー小体型認知症などの非アルツハイマー型認知症の随伴症状」を反映するであろうことが示唆された。

また、因子分析の結果抽出された8因子はCGAの各項目と有意に関連していた(表4)。因子1—「運動機能」はADL低下のみならず今回調査したCGA項目すべての悪化因子となっており、因子2の「麻痺」「しびれ」—「感覚機能」の項目は因子7の「めまい」と並び、ADL低下よりもむしろGDS悪化の要因となっていること、因子3—「排尿障害」はADL悪化因子に加え、介護負担や周辺症状に関与することがわかった。一方、もう一つの排泄機能を反映する「便秘」は介護負担にはならずIADL、つまり患者本人の生活面に関与していた。このように新予診票は老年症候群とCGAをつなぐ有用な調査手段であると考えられた。

ところで、今回新予診票項目の中で「嚥下障害」はCGA項目の中でBTHL低下と弱い相関があったものの(表2)、因子分析では有用な因子として抽出されず、今回の予診票の中では除外項目として分類された。嚥下障害自体は高齢とともに増え<sup>4)</sup>、経口摂取の維持や誤嚥性肺炎に関与する重要な病態であるため症候の拾い上げは必要である。今回設定した「食事中もしくは食後にむせる」という質問文では症候を捉えられないのか、予診票ではなく誤嚥性肺炎の既往や実際の診察、また嚥下テストのような客観的評価を用いて評価すべき項目なのか<sup>27)</sup>、新予診票での例数を増やして更に検討する必要がある。

信頼性に関しては、設定した信頼度係数0.800を上回ることはなかったが、Cronbachの $\alpha$ 係数およびGuttmanの折半法による信頼度係数は0.6から0.8の間にあり、同一者に繰り返し聴取をし変化を評価する尺度として最適とは言えないものの、診察前のスクリーニ

ング使用には差し支えない程度の信頼性を持つと考えられた<sup>22)</sup>。信頼度を上げるためには質問項目を増やすことや、評価をはい/いいえではなく尺度を細かくするなどの必要があるが、その場合スクリーニング評価としての簡便さという利点を失うことが懸念される。

今回の検討では項目の評価に加え、新/旧予診票における記入者の違いによる回答状況の相違についても検討した。新予診票に具体的な数字を記載した「頻尿」の項目は回答者による陽性率の差が無くなった。これは新予診票において具体的な判断材料を提示したことの有効性が示されたと考えられる。しかし他の症候では全般的に同伴者が回答した場合の方が陽性回答率は高く、また、一人あたりの有する症候の数も有意に多かった(表5)。つまり同伴者が回答する場合の方が症候をより多く、あるいは厳しく拾い上げているように思われた。ただし本人が予診票に回答している群では、同伴者が回答している場合に比べて平均年齢は若く、MMSE得点も高いなど対象者の背景に差異があったことも、同伴者が回答している場合に陽性回答率が多かった理由の一つであろう<sup>28)</sup>。本来ならば回答者による差異、すなわち本人回答分と同伴者回答分との回答状況を比較するために対象者背景を揃えるべきであった。しかし今回の検討はもの忘れ外来の初診患者から連続的に採取したデータであり、そのような背景設定ができなかったのは本研究の限界点である。また背景疾患により、症候によっては本人が予診票に的確に回答できないこともありうる。特に「妄想」の項目では本人が「ない」と回答してもその信頼性は低いと考えられ、このような項目には同伴者の判断が重要となる。つまり、老年症候群の把握には、同伴者の視点も重要であることが改めて明らかになった。

今後の課題としては、本予診票を患者本人と同伴者との両者に施行し、本人の訴えと家族の訴えとの相違が介護負担や患者の治療方針決定に供するかどうかを検討する予定である。たとえば「幻視・幻聴」では、本人が困っている幻視と家族が困る幻視では背景疾患や治療方針が大きく異なる可能性がある<sup>29)</sup>。

筆者らの施設ではこの初診時予診票のほか、高齢者総合機能評価、画像診断結果などをデータベース管理している。これらの情報の信頼性を高め効率的に利用することで、高齢者の日常生活全般をより具体的にとらえ、近年注目されている虚弱との関連や実療に活かしていきたい<sup>30)</sup>。

本研究は厚生労働科学研究費補助金・認知症対策総合研究事業「病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業」ならびに長寿科学総合研

究事業「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」の助成のもと遂行された研究であり、ここに謝意を表します。

なお本論文に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

## 文 献

- 1) Beck P: The Elderly Patient, In: Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations 3rd edition, Walker H, Hall W, Hurst J (eds), 2011/01/21 ed, Butterworths, Boston, 1990.
- 2) 鳥羽研二: 高齢者総合的機能評価ガイドライン, 厚生科学研究所, 東京, 2003.
- 3) 鳥羽研二: 高齢者に特有な症状—老年症候群. 老年医学テキスト改訂第3版 (日本老年医学会編), メジカルビュー社, 東京, 2011, p66-71.
- 4) 大内尉義, 鳥羽研二: 高齢者の新しい総合的機能評価方法の開発とその応用. 日老医誌 2000; 37: 469-471.
- 5) Sonohara K, Kozaki K, Akishita M, Nagai K, Hasegawa H, Kuzuya M, et al: White matter lesions as a feature of cognitive impairment, low vitality and other symptoms of geriatric syndrome in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2008; 8: 93-100.
- 6) 藤城弘樹, 千葉悠平, 井関栄三: 認知症臨床に役立つ生物学的精神医学 (No. 14) レビー小体型認知症の分類・病期と診断. 老年精神医学雑誌 2011; 22: 1297-1307.
- 7) 松井敏史, 荒井啓行, 佐々木英忠: 高齢者の主要な疾患の診療と管理の実際 高齢者診療のポイントとコッ アルツハイマー病と血管性痴呆 わが国の2大痴呆性疾患への対応. *Medical Practice* 2002; 19: 199-208.
- 8) Mahoney FI, Barthel DW: Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-65.
- 9) Lawton MP, Brody EM: Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
- 10) Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-173.
- 11) Baumgarten M, Becker R, Gauthier S: Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 221-226.
- 12) Toba K, Nakai R, Akishita M, Iijima S, Nishinaga M, Mizoguchi T, et al: Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. *Ceriatr Gerontol Int* 2002; 2: 23-29.
- 13) Hirono N, Kobayashi H, Mori E: [Caregiver burden in dementia: evaluation with a Japanese version of the Zarit caregiver burden interview]. *No To Shinkei* 1998; 50: 561-567.
- 14) 鳥羽研二, 大河内二郎, 高橋 泰, 松林公蔵, 西永正典, 山田思鶴ほか: 転倒ハイリスク者の早期発見の評価方法作成ワーキンググループ: 転倒リスク予測のための「転倒スコア」の開発と妥当性の検証. 日老医誌 2005; 42: 346-352.
- 15) 夜間頻尿診療ガイドライン作成委員会: 夜間頻尿診療ガイドライン, Blackwell Publishing, 東京, 2009.
- 16) 便秘. 医学用語集, 日本消化器病学会 2013 [cited 2013; Available from: <http://www.jsge.or.jp/cgi-bin/yohgo/index.cgi?type=50on&pk=D57>
- 17) 三島和夫編: 睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン, 国立精神神経センター, 東京, 2013.
- 18) Bales CW, Ritchie CS: Sarcopenia, weight loss, and nutritional frailty in the elderly. *Annu Rev Nutr* 2002; 22: 309-323.
- 19) Beers MH: メルクマニュアル, 第18版 日本語版, 日経BP社, 東京, 2006.
- 20) Streiner DL, Norman GR: Health Measurement Scales—a practical guide to their development and use, Oxford University Press, New York, 1991.
- 21) Menkov GY, Morrin M, Ward A, Schwartz B, Hulland J: A Short Form of the Maximization Scale: Factor Structure, Reliability and Validity Studies. *Judgment and Decision Making* 2008; 3: 371-388.
- 22) 奥田 裕, 荻野禎子, 小澤佑介, 原田慎一, 江連亜弥, 内山 靖: 臨床的体幹機能検査 (FACT) の開発と信頼性. *理学療法科学* 2006; 21: 357-362.
- 23) 神崎恒一: 高齢者の総合機能評価と多職種連携. 日老医誌 2012; 49: 569-572.
- 24) Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664-1670.
- 25) Elsayy B, Higgins KE: The geriatric assessment. *Am Fam Physician* 2011; 83: 48-56.
- 26) Tanji H, Ootsuki M, Matsui T, Maruyama M, Nemoto M, Tomita N, et al: Dementia caregivers' burdens and use of public services. *Geriatr Gerontol Int* 2005; 5: 94-98.
- 27) 馬場 幸, 寺本信嗣, 長谷川浩, 町田綾子, 秋下雅弘, 鳥羽研二: 痴呆高齢者に対する嚥下障害のスクリーニング方法の検討 簡易嚥下誘発試験と反復唾液嚥下テストの比較. 日老医誌 2005; 42: 323-327.
- 28) Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF: Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Jama* 1993; 269: 2386-2391.
- 29) Korner A, Lopez AG, Lauritzen L, Andersen PK, Kessing LV: Acute and transient psychosis in old age and the subsequent risk of dementia: a nationwide register-based study. *Geriatr Gerontol Int* 2009; 9: 62-68.
- 30) 神崎恒一: 介護予防 現状・課題と新たな方向性 虚弱の概念と転倒予防. 日老医誌 2012; 49: 58-59.

## Development and usefulness of a new questionnaire for assessing geriatric syndrome

Kumiko Nagai, Hitomi Koshiba, Yoshio Kobayashi, Yukiko Yamada, Noriko Sudoh, Hiroshi Hasegawa,  
Toshifumi Matsui and Koichi Kozaki

### Abstract

**Aim:** To assess the validity and reliability of a pre-visit questionnaire newly developed to identify geriatric conditions in older adults in an outpatient clinical setting.

**Methods:** A new self-administered questionnaire consisting of 17 items was distributed to 277 patients or their caregivers visiting a memory clinic. The questionnaire was designed to address common symptoms associated with an increasing age based on yes/no responses with symptom-oriented questions avoiding the use of 'jargon'. The patients also underwent comprehensive geriatric assessments (CGAs), as well as tests of the Barthel index, Lawton instrumental activities of daily living, mini-mental state examination (MMSE), geriatric depression scale and vitality index to assess construct validity in a factor analysis. The differences in the prevalence of symptoms between the patients and their caregivers were also assessed.

**Results:** The factor analysis detected eight components that included symptoms referring to gait disturbance, numbness, urinary incontinence, insomnia or body weight loss and were significantly correlated with the measurements of the CGA. Cronbach's alpha coefficient for the internal consistency of the questionnaire was 0.729. The caregivers tended to respond to the questionnaire for older patients ( $81.6 \pm 5.5$  vs.  $76 \pm 9.7$  years of age for patients with caregivers as responders versus patients as responders respectively,  $p < 0.001$ ) and those with lower MMSE scores ( $19.4 \pm 5.8$  vs.  $24.8 \pm 4.2$  points,  $p < 0.001$ ). A higher prevalence of falls and episodes of delusions was observed among the patients with caregivers as responders.

**Conclusions:** These results demonstrate that the current questionnaire is a valid and reliable instrument for use in clinical practice and that obtaining collateral source information is essential for assessing significant geriatric symptoms. Such information also provides clinicians with a guide to conducting more detailed evaluations of geriatric conditions and aids in the diagnostic process in older patients with multidisciplinary complications.

**Key words:** *Geriatric syndrome, Questionnaire, Comprehensive geriatric assessment (CGA), Validity, Reliability*  
(Nippon Ronen Igakkai Zasshi 2014; 51: 161-169)

---

Department of Geriatric Medicine, Kyorin University School of Medicine

ORIGINAL ARTICLE: EPIDEMIOLOGY,  
CLINICAL PRACTICE AND HEALTH**Association of decreased sympathetic nervous activity with mortality of older adults in long-term care**Koji Shibasaki,<sup>1</sup> Sumito Ogawa,<sup>1</sup> Shizuru Yamada,<sup>2</sup> Katsuya Iijima,<sup>1</sup> Masato Eto,<sup>1</sup> Koichi Kozaki,<sup>2</sup> Kenji Toba,<sup>3</sup> Masahiro Akishita<sup>1</sup> and Yasuyoshi Ouchi<sup>1</sup><sup>1</sup>Department of Geriatric Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, <sup>2</sup>Department of Geriatric Medicine, Kyorin University School of Medicine, Tokyo, and <sup>3</sup>National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Japan**Aim:** To investigate the relationship between physical function, mortality and autonomic nervous activity measured by heart rate variability of elderly in long-term care.**Methods:** Cross-sectional and longitudinal studies were carried out at hospitals and health service facilities for the elderly in Nagano prefecture, Japan, from July 2007 to March 2011. A total of 105 long-term care older adults and 17 control older adults with independent physical function were included. The Functional Independence Measure (FIM) and Barthel Index were determined as indices of physical function. Twenty-four-hour Holter monitoring was carried out. From RR intervals in electrocardiograms, heart rate and standard deviations of all NN intervals in all 5-min segments of the entire recording, power spectral density, low frequency, high frequency and low frequency/high frequency (LF/HF) were calculated.**Results:** FIM score and Barthel Index were  $46 \pm 26$  and  $30 \pm 31$ , respectively, in long-term care elderly. FIM and Barthel index were significantly correlated with heart rate and the standard deviations of all NN intervals after adjustment for age, sex, cardiovascular risk factors and FIM. Furthermore, LF/HF was significantly decreased in long-term care elderly compared with control elderly after adjustment for covariates. In addition, decrease in LF/HF was an independent risk factor for mortality.**Conclusion:** Low LF/HF activity was observed in long-term care elderly and was related to an increase of overall mortality. *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14: 159–166.**Keywords:** heart rate variability, long-term care, mortality, motor activity, sympathetic nervous system.**Introduction**

The number of older adults who require long-term care (LTC) has been increasing in Japan, and it was reported that there were 4.67 million older adults in LTC in 2008.<sup>1</sup> One of the characteristics of older adults in long-term care is physical and cognitive dysfunction. Physical dysfunction, including slow gait, low handgrip strength, low physical activity, weight loss and exhaustion, are reported to be associated with increased overall mortality.<sup>2</sup> In Japan, LTC elderly is defined as those who require assistance with walking, moving, and washing their face, body and mouth, representing functional dis-

ability and high mortality.<sup>3</sup> Thus, it is important to maintain or increase physical function in LTC elderly.

The underlying causes of physical dysfunction in Japanese LTC elderly include cerebrovascular disease, dementia, fractures, falls, weakness as a result of aging, and arthritis.<sup>3</sup> Recent studies have shown that these diseases with physical dysfunction are associated with low sympathetic nervous system activity.<sup>4–7</sup>

Skin sympathetic reactivity (SSR) reflects sympathetic nervous system activity. Muslumanoglu *et al.* showed that low SSR was associated with greater severity of paralysis, and depression of sympathetic reflex activity was associated with moderate or severely limited motor function in the chronic phase of ischemic cerebrovascular disease in elderly patients.<sup>5</sup> In addition, low plasma norepinephrine and low iodine-131-meta-iodobenzylguanidine (<sup>123</sup>I-MIBG) uptake were observed in patients with Lewy body dementia compared with normal healthy subjects.<sup>6,7</sup> RR intervals in the electrocardiogram are utilized to evaluate heart rate variability

Accepted for publication 10 March 2013.

Correspondence: Dr Sumito Ogawa MD PhD, Department of Geriatric Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8655, Japan. Email: suogawa-ty@umin.ac.jp