



Chemiphar
WISELY

No.
39

■ Top Runner's View P2

**大学病院が進める
“高齢者のwell-being”追求の取り組み**

フレイルから最期まで、納得の高齢者医療提供を目指して

杏林大学医学部附属病院 救急総合診療科・もの忘れセンター

臨床教授 **長谷川 浩** 氏

■ 厚生行政ニュース P5

2018年5月のポイント

■ [シリーズ] 続・外国人患者を診る② P7

活用してほしい外国語版の問診票等書式

医療法人社団小林国際クリニック 理事長・院長 **小林 米幸** 氏

■ 認知症を語る—患者700万人時代へ向けて③ P10

**認知症になっても幸せに生きる
「認知症ポジティブ」の実現を目指す**

さまざまな要因で起こるBPSDは合理的に対応

群馬大学 名誉教授

日本認知症学会 名誉会員

認知症介護研究・研修東京センター センター長

山口 晴保 氏



認知症になっても幸せに生きる 「認知症ポジティブ」の実現を目指す

——さまざまな要因で起こるBPSDは合理的に対応

群馬大学名誉教授
日本認知症学会名誉会員
認知症介護研究・研修東京センター センター長

山口 晴保氏

前編

70年以上平和を保ち、社会の安全や公衆衛生、医療を充実させてきた日本。世界トップクラスの長寿国になったことに伴って認知症の人が増え、加齢への不安を招いている。年を取っても、そして認知症があってもなくても、幸せに暮らせる社会の構築を目指す群馬大学名誉教授の山口晴保氏に、認知症の全体像やBPSDの捉え方などについて伺った。

認知症は生活障害

サポート体制を構築し 社会の偏見を解消せよ

認知症は、多くの高齢者にとって最もなりたくない病気でしょう。「認知症になったら人生終わり」「家族に大きな迷惑をかける」など、非常にネガティブなイメージが世の中に広がっていますが、見方を変えれば、その年齢まで事故や病気で死ぬことなく、認知症になるまで長生きできたということです。認知症の増加は日本人が長寿になった証し。長寿と認知症は、いわば“セット”なのです。

若年性認知症は認知症全体の2%以下であり、認知症の人の98%は65歳以上です。90歳以上では半数が認知症になる今、私が提唱するのは、「認知症ポジティブ」という考え方で、「認知症になるまで長生きできてよかった」と捉え、役割や生きがいを持って暮らすほうが人生の終盤を楽しめるはず。それを実現するには、認知症になっても楽しく幸せに暮らせる社会を作ることが必要です。

そのために重要なのは、まず医療者や介護専門職が認知症の全体像を正しく把握することです。認知症は、脳病変によって認知機能の低下が起こり、(6カ月以上にわたって)日常生活に支障を来している状態、つまり生活障害です。アルツハイマー型認知症の進行をステージングした評価尺度FAST(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)における「軽度」は、生活管理能力が小学生くらい、「中等度」は幼稚園児くらいですが、幼稚園児は不幸ですか?幸せですね。認知症の人も、生活の不自由や困難を周囲の人が適切にサポートすれば幸せに暮らせます。

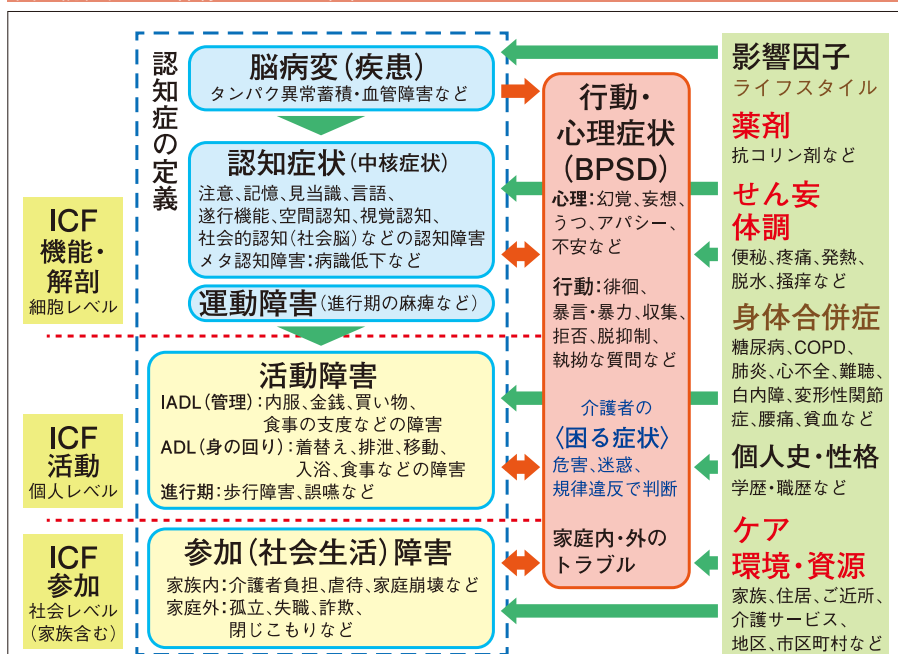
特に認知症の初期は、残存機能がたくさんあります。それを引き出し、活動をサポートする体制を作ることはもちろん、社会の偏見をなくす取り組みを進めていくことも欠かせません。一般の人が、認知症の人を自然に受け入れるようになれば、認知症があってもなくても普通に生きられる社会ができるでしょう。

BPSDはさまざまな要因で発生

「仕方がない」で済ませず合理的に対応を

日本では、認知症について、認知症状を「中核症状」とし、行動・心理症状(BPSD:Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)は、環境やケア、その人の性格や生活史が影響して起こる「周辺症状」と説明されることが多いようです。しかし、このように単純化してしまうと、生活障害に対応するという、認知症の診療とケアで最も重要な視点が欠けてしまいます。

図1 認知症の全体像とBPSDの位置づけ



ICF: 国際生活機能分類

(資料提供: 山口晴保氏)

図1は、認知症の全体像を示したものです。認知症の基本は認知症状と生活障害ですから、ケアもその人の生活をしっかり支えるものが基本になります。例えば、記憶力の低下に対するケアや、生活管理をサポートするケア、進行してADLが低下すればそのケアなどです。これらと、BPSDへの対応はきちんと区別して行うべきだと私は思っています。

BPSDは出現する人としない人がいます。BPSDについて、日本では前述のように、関係性によって二次的に起こるものだと考える傾向が強いですが、実際には脳病変や認知症状などさまざまな要因が絡み合って起こります。国際老年神経医学会(IPA)も、BPSDは多要因で起こるとしています。

しかも、その行動が本当にBPSDかどうかを判断することが案外難しいのです。医学では、健常者が誰でも行うものは正常な行動、ごく少数の人が行うものは異常としますが、例えば、認知症の人によく見られる帰宅願望はどのように判断すればよいのでしょうか。

介護施設の入居者が、①「帰りたい」とつぶやいた、②「帰りたい」と大声を出した、③エレベーターの前に立ち続けた、④エレベーターの前で「帰せ!」と怒鳴った、⑤さらにエレベーターの扉を蹴った——この中でどれがBPSDかという質問をケア専門職にした場合、扉を蹴ったとしても、本人の気持ちを考えれば「正当な行為」と考える人もいるでしょう。しかし、社会通念に照らし合わせれば、②～⑤は常識を逸脱した行動です。なぜ自分がそこにいるのか、理解できないことが病的な行動を引き起こしているのです。

では、洋式トイレで便座のふたを開けずに排尿してしまった場合はどうでしょう。これを、一連の手順がわからなくなった失行と見れば、認知症状であり生活障害になりますが、健常者の多くはしない行動であるという見方をすればBPSDです。このような事例はたくさんあり、認知症状がBPSDか、はっきりさせることがそもそも難しいと言わざるを得ません。だからこそ、認知症の全体像を理解し、BPSDを多面的に捉えることが求められます。

介護現場におけるもう1つの問題は、「帰宅願望はBPSDだから仕方がない」で終わってしまいやすいことです。そうではなく、「家に帰りたい」という気持ちがあり、それが行動に表れていると理解することができれば、対応はおのずと変わってきます。もし家に帰ることができないのなら、ここをその人にとって居心地のいい場所にするにはどうすればよいかを考えるようになるでしょう。本来、BPSDだという判断は、本人の気持ちに寄り添った対応を行う起点となるものです。

認知症の人の行動をさまざまな側面から捉え、原因に応じた合理的な対応をすれば、大部分のBPSDは改善します。

図2 キツネ見本



図3 ハト見本



図4 手掌・手掌パターン



(写真提供：山口晴保氏)

ゲーム感覚で行える認知症スクリーニング法 「山口キツネ・ハト模倣テスト」

認知症のスクリーニング法として、一般にもよく知られるようになった「山口キツネ・ハト模倣テスト(YFPIT)」は、標準高次動作性検査に採用されているハトのジェスチャーを模倣するという動作を応用したものです。もともとは、愛媛大学の故田邊敬貴先生や大阪大学の池田学先生のグループが認知症診療の場に取り入れ、講演などで紹介していました。しかし、標準的な検査方法や診断意義についてまとめた論文がなかったため、プロトコルを作成して標準化するために私が論文を書き、2010年に発表しました。

YFPITは実施も判定も簡単で、外来診療中に短時間で実施でき、患者さんの負担が少ないテストです。患者さんと相対して座り、「私の手をよく見て同じ形を作ってください」と一度だけ言い、まず、影絵のキツネの形(図2)を作って10秒間無言で示します。この間に、模倣ができれば○、できなければ×と判定します。次に、同じ手順でハトの形(図3:両手掌が自分のほうに向き、母指が組み合わされている状態)を作り、同様に評価します。

論文では、認知症と診断された人を対象に検討しました。キツネについては、中等度認知症(CDR2)でもほとんどの人が成功しますが、ハトはMCIで5割、軽度認知症(CDR1)で8割近くが間違ってしまうことから、認知症では、早期から視空間認知やボディイメージの障害が見られることがわかりました。また、ハトの掌を相手に向ける「手掌・手掌パターン」(図4)はアルツハイマー型認知症に多く、第三者視点取得という頭頂葉の機能が早期から低下すると推測できます。

このテストは、患者さんがゲーム感覚で気軽に行えることが大きなメリットです。テスト前に、「見え方をチェックする検査です」と伝え、患者さんは正否をあまり気にせずできます。もし間違えても、ある程度できたら「よくできました」と声をかけることが大切です。

〈次号へ続く〉

山口 晴保(やまぐち・はるやす)氏

群馬大学名誉教授。日本認知症学会名誉会員。1976年群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を修め、1980年同大神経内科入局。1996年同大医学部保健学科教授。2011年より同大学院保健研究科教授。2016年10月認知症介護研究・研修東京センター センター長。



Chemiphar
WISELY

No. 40

■ Top Runner's View P2

**多職種連携・地域連携の構築により
高齢者を「地域で診る」社会を目指す**

各家庭の実情に合わせた無理のない介護体制づくりを

杏林大学医学部附属病院 救急総合診療科

臨床教授 **長谷川 浩 氏**

■ 厚生行政ニュース P5

2018年6月のポイント

■ 医療最前線 特別インタビュー P7

**“地域完結できる急性期医療”へ
佐賀県東部地区での確立に注力**

理念で目指す“健康という幸せ”の提供

医療法人社団如水会 今村病院 理事長・院長

今村 一郎 氏

薬剤部長

近藤 豊 氏

■ 認知症を語る—患者700万人時代へ向けて④ P10

**家族は「ポジティブケア」の実践者に
認知症初期集中支援チームがサポート**

認知症医療には多職種連携が必須

群馬大学 名誉教授

日本認知症学会 名誉会員

認知症介護研究・研修東京センター センター長

山口 晴保 氏



家族は「ポジティブケア」の実践者に 認知症初期集中支援チームがサポート

――認知症医療には多職種連携が必須

群馬大学名誉教授

日本認知症学会名誉会員

認知症介護研究・研修東京センター センター長

山口 晴保氏

後編

認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らすためには、多職種連携による支援が欠かせない。そして、連携はその要であるケアマネジャーと、医師が良好な関係を築くことによって機能する。多職種で構成される認知症初期集中支援チームを率いる山口晴保氏に、連携のポイントと家族支援、山口氏が提唱するポジティブケアについて伺った。

さまざまな人の声に耳を傾けることが 適切な認知症医療につながる

前回でも強調したように、認知症は生活障害なので、診療においても生活という視点を忘れることはできません。また、臨床症状や薬剤に対する反応も患者さんごとに異なるため、認知症医療はまず患者さん本人と家族の声に耳を傾けることから始まります。

ところが、物忘れが主訴の患者さんが受診すると、各種認知機能検査と画像検査を実施し、海馬の萎縮が認められたらアルツハイマー病と診断、アルツハイマー型認知症薬を最小用量から開始し、2週間後に増量し、さらに怒りっぽくなったら抗精神病薬を処方する、というマニュアル的な診療が目立つように感じます。しかし、エビデンス偏重は患者さんの個性や生活を置き去りにしてしまう危険があります。

私は、認知症の診療は症状ベースで行うのが望ましいと考えています。そもそも臨床の基本とは、臨床症状を的確に捉え、臨床診断に結びつけることだからです。

医学の基本であるエビデンスを無視することはできませんが、絶対的なものではないでしょう。本人や家族の訴えを丁寧に聞き、コメディカルや介護専門職の意見も取り入れることが、適切な認知症医療につながります。

現場からのフィードバックが重要 キーパーソンは「ケアマネジャー」

新オレンジプランの目的は、「できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」です。自宅で暮らし続けたいけれども、一人暮らしで金銭的な管理に少し自信がなくなってきた、福祉サービスを使いたいけれどもどうすればよいか分からないという人のために、全国社会福祉協議会が展開する日常生活自立支援事業があり

ます。財産がある人の場合には、成年後見制度を利用するという手段もあります。

お薬の管理ができなくなったら、訪問薬剤師、訪問看護師、ヘルパーなどで服薬支援体制を作り、食事をうまく作れなくなったら配食サービスを利用する、お風呂に入るのが難しくなったらデイサービスや訪問入浴サービスを利用するなど、あらゆるサービスを駆使して、認知症の人の意思を尊重しながら住み慣れた場所で暮らせるように支援する。認知症医療もそのために存在します。

認知症の人の生活は、多職種が関わり、連携しなければ成り立ちません。そのキーパーソンがケアマネジャー（以下、ケアマネ）です。しかし、ケアマネは医師に遠慮してしまい、自分の意見を言えないことが多いのです。このことは、適切な認知症医療の大きな妨げになります。例えば、処方した薬剤の効果が出ているか、副作用は出ていないかといった情報が、現場からフィードバックされなければ、医師は自分が行った治療を正しく評価できません。医師が、どのような情報にも耳を傾けるという姿勢を日頃から示していないと、「先生の出した薬で副作用が出ました」とは言いにくいものです。患者さん本人や家族も同様で、治療に不満があっても、それを言えないまま他院に移ってしまうことがあるのですが、転院の真の理由が医師の耳に届くことは少ないのが実情です。

必要なフィードバックをタイミングよく受け取るためには、患者さん本人や家族はもちろん、ケアマネなどの介護専門職の気持ちにも配慮し、相談しやすい雰囲気を作ることが大切です。その人に関わる全員が自由に意見を述べ、話し合える関係が、円滑な連携の基盤になります。

ケアマネ側も、自分は利用者の代弁者であるという誇りを持ち、医師にも堂々と意見を言ってほしいと思っています。利用者の気持ちや状態、自分の意見をきちんと伝えなければ、利用者は適切な医療を受けられないのですから。事実、多職

種連携の質はケアマネの力量に影響されます。また、ケアマネは独立性が高い立場であるにも関わらず、介護事業者が利用者を困り込むための手段に使っている事例も多いので、この点も改善されるべきでしょう。

前橋市認知症初期集中支援チームで「ポジティブケア」体得をサポート

認知症初期集中支援チーム(以下、チーム)は、認知症に対する早期診断・早期対応を促進することを目的に、すべての市町村に設置されています。チームを構成するのは、国が定めた要件を満たす医師、保健師、看護師、作業療法士(以下、OT)、精神保健福祉士、介護福祉士などです。

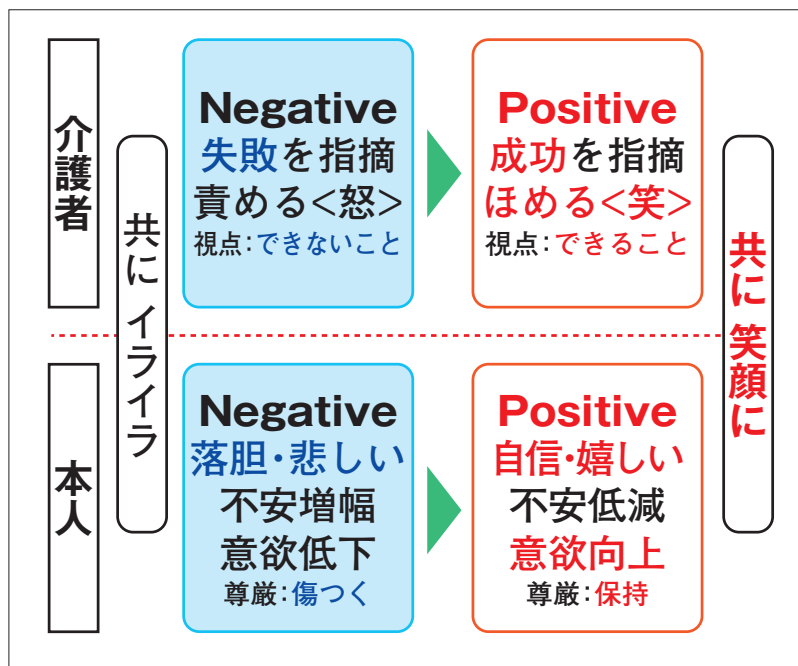
私が所属する前橋市のチームは、2013年、市が外部委託する地域包括支援センターの1つに設置されました。メンバーは認知症サポート医2名、OT3名、社会福祉士1名、看護師2名です(全員が他業務との掛け持ちの非常勤体制)。人口34万人ほどの前橋市で、平均年50例に対応しますが、その半数は、地域包括支援センターでも対応が難しい、いわゆる介入困難事例、あとは比較的初期の認知症で家族が少し困っているという事例です。

特にチームが力を発揮するのは、家族関係がこじれているなど、きめの細かい対応が求められる事例や、高齢者を狙った詐欺商法の被害にあっている事例です。また、チームにOTが入っていることにより、生活障害に対する支援の質が向上すると感じています。

私たちのチームの特徴は、家族など介護者をターゲットに、「ポジティブケア」を体得してもらうための介入をしていることです。一般的に、家族は認知症を「何とかよくしたい」と思う気持ちが強く、どうしてもできないことばかりに目が行きます。失敗するとつい責めてしまうのですが、怒られた本人は尊厳が傷ついて落ち込み、不安が増します。このような「ネガティブケア」は、共にイライラが募るだけで、BPSDの出現にもつながります。そこで、家族には「できないこと」から「できること」へと視点を変えてもらいます。成功をほめられると本人は自信が付き、意欲もわくので、共に笑顔になれるというわけです(図)。今後は、介護報酬の評価も「してあげるケア」から「能力を引き出すケア」へと移って行く可能性が高いので、ポジティブな視点はますます重要になります。

家族の中には、ほめるところなんて1つもない、と言う人もいます。その場合は、「あなたがいてくれてうれしい」と、存在をほめてくださいと伝えます。この方法は、念仏と同じように

図 ネガティブケアからポジティブケアへ



(資料提供: 山口晴保氏)

意味を考えずにただ唱えるだけでも効果があります。人間は直感で行動しており、脳は後からその理由を考えるので、相手にポジティブなことを言うと脳はそのように理解します。つまり、まず言語化することが大切なのです。周囲がポジティブな視点に立つと事態もポジティブな方向へと向かい、次々と良いことが起こってきます。

家族に、寝る前にその日にあった良いことを3つ書く「ポジティブ日記」をつけてもらうのも効果的です。10名の認知症家族介護者にポジティブ日記つけてもらったところ、4週間後に認知症本人の妄想が減り、介護負担度も有意に軽減したという論文が「日本認知症ケア学会誌*」に掲載されています。「Three good things」という米国の心理研究では、寝る前に今日あった良かったことを3つ書いてもらう群と、嫌なこと・失敗したことを3つ書いてもらう群を比較しており、後者は1週間後にうつ症状が出現しています。

現在、アルツハイマー病を治すことはできませんが、生活障害に適切な支援が入り、BPSDを予防すれば、本人が希望する場所で暮らし続けることができます。このことを家族に理解してもらうことが重要であり、そのための働きかけをすることも、私たち医療者の大きな役割です。

文献

*藤生大我、山上徹也、山口晴保:認知症家族介護者がポジティブ日記をつけることの効果、日本認知症ケア学会誌 16(4): 779-790, 2018

山口 晴保(やまぐち・はるやす)氏

群馬大学名誉教授。日本認知症学会名誉会員。1976年群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を修め、1980年同大神経内科入局。1996年同大医学部保健学科教授。2011年より同大学院保健研究科教授。2016年10月認知症介護研究・研修東京センター センター長。