実践！グループホームケア

［第11回］

認知症介護研究・研修東京センター　センター長
山口晴保

医療職と介護職の間の川を埋めよう

© DOC RABE Media - Fotolia.com

私がまだ医学部の学生だった昭和49年、加藤登紀子さんが歌う「黒の舟唄」が流行りました。『男と女の間には深くて暗い川がある……』。男女関係の意味深な歌詞でしたが、頭の片隅に残っていました。

そして私は、最近、認知症に関連する仕事を通じて「医療職と介護職の思考過程の違い」という川を感じることがあります。加えて、障がい者のケアマネジメントに関する総説で、「医療モデルと社会モデルの対峙」を最近読んだところだったので、今回は「医療と介護の間の川」をテーマにしました。

用語が納得できないので評価は無理

BPSDには、「これってBPSD？」という問題が根本にあります。本年1・2月号で、BPSDを取り上げました。食事の時、食べこぼすのはBPSDでしょうか？いや、これはBPSDではないでしょうという内容でした。では、「施設から出たがる人がいます。帰宅願望で困っています」というのはBPSDでしょうか？「帰りたい、家族が心配だから」と言うだけなら、BPSDではないでしょう。でも、「何で帰らせないんだ」と立腹してドアを蹴ったらBPSDでしょうか？　病院ではBPSDでしょうけど、パーソンセンタードケアを信奉しているケアスタッフは「これはBPSDではない、帰さないから問題が起こるので、本人に問題はない」という返答かもしれません。そもそもBPSDという用語自体を問題視する介護職もいます。利用者を差別するような用語は使うべきでないと。

このご意見のような共感的態度は認知症ケアに必須のものです。その一方で、よりよいケアを開発したり、自分たちが実施しているケアを振り返るには客観的な視点での評価が必要です。

現在、私は日本医療研究開発機構のBPSD研究班でBPSD+Qという「認知症の困りごと評価票」を開発しています。これには、認知症の人が適切な要介護度を認定してもらえるよう介護側から医療側に情報提供するという目的もあり、介護保険の主治医意見書の用語を盛り込んでいます。その結果、この評価票には「徘徊」、「暴言」、「暴力」など旧態依然の用語が含まれているので、「用語が納得できないので評価は無理」という介護職の声が聞こえてきます。例えば、介護の基本であるパーソンセンタードケアで本人の視点に立てば徘徊ではなく探検・探索・散歩です。ゆえに徘徊という項目には点数をつけるに忍びないという声です。しかし、介護者にとっての困り事となり得るBPSDへの対応には、まずはその状態を客観的にとらえたうえで、予防策や解決策を検討するためにパーソンセンタードケアを行うことが必要だと考えます。

介入前に客観的評価を

専門職として介護をする際は、まず、何もしない状態を客観的に評価する。それから本人や周囲が困る言動（BPSD）への対応策を考えて実行する。その後、この評価票を用いて同じ基準で再度評価することで、その変化から改善・悪化が客観的に数値として判定できるのです。客観的な評価であれば、ケアの効果を関係者と共有できますが、主観的な評価であれば改善が“思い込み”とされる可能性があります。

介護職は共感的理解をケアの礎にしています。一方、医療職は、常に客観的に見るようトレーニングされています。暴言・暴行、徘徊などの用語にも違和感をさ

ほど覚えません。医師の仕事は、現れている症状を分析してその原因を突き止めることです。これが医学モデルですが、冒頭で触れたケアマネジメントに関する総説では、介護困難事例を取り上げ、「介護スタッフの言うことを聞かないから困った事例」、「すぐに怒って暴力を振るうから困った事例」と決めつけてしまう医学モデルの弊害を述べています。一方、パーソンセンタードケア（社会モデル）では、介護者から見たら困った症状でも、本人の心の現れととらえて、共感的に対応策を練ります。ここはパーソンセンタードケアの優れている点ですが、現在の状態を客観的に（別な言葉では医学的に）とらえることも同時に必要です。

認知症ケアマッピングは客観的評価

パーソンセンタードケアも、本来は認知症ケアマッピングという認知症の人の状態を客観的に評価する方法とペアで使われてこそ、その真価を発揮します。マッパーと呼ばれる評価者が、認知症の人の状態を5分ごとに観察して、状態をよい状態（＋5）～よくない状態（－5）で点数化し、同時にどんな行動を行っているかを記号化します。状態を客観的に数値や記号で表しているのです。このような客観的な評価結果を介護者にフィードバックして、そのデータを基に改善策を話し合うことで介護の質を高めていくのがパーソンセンタードケアです。

共感的（主観的）に認知症の人に関わることはとても大切ですが、同時に客観的な観察者の視点（第三者的視点）も持つ必要もあります。

医学的な評価

皆さん、掌を下向きにして右の手首を見てください。外側に直径2㎝程度の盛り上がりがあるでしょう。これを客観的に評価してみてください。

直径2㎝程度、高さ5㎜程度の半球状の隆起物で、骨のように固く、弾力性がなく押してもへこまない、そして下の骨との境界が不明確。上を覆う皮膚はこの隆起物と癒着しておらず、皮膚には発赤や圧痛もない……というのが客観的な評価です。このように性状をなるべく数値を使って詳細に表すことが最初のステップです。次に、これがどうして生じたのかを考えて診断するのが医学モデルです。このような客観的な観察眼、あえて言えば「冷たい目」を育てることが介護職は得意じゃないなと感じているのです。

医療職は客観的評価のトレーニングばかりを受けてきました。医師は診察所見、看護師はアセスメント、リハビリ職は生活・運動・言語機能評価といった具合に。医療職にとっては客観的評価が問題解決策を考える礎なのです。

医療職でも介護職でも自分たちの行っている医療やケアを日々再考して次のステップに繋げること（計画・実施・評価・改善というPDCAサイクル）で、スキルアップしていくことが大切です。

☆

黒の舟唄の歌詞は『誰も渡れぬ川なれど……』と続きますが、「みんなで渡れば恐くない」精神で、医療と介護がお互いの価値観や「強み」を尊重しながら歩み寄れば相乗効果が生まれて、川を越える橋が架かるでしょう。違う強みを持つからこそ一緒になると相乗効果が生まれます。

さて、医療対介護や主観対客観といった対立的な思考を述べてきました。しかし、それらを超越した次元のところに＜無我・無意識・空・見て分かる・あるがまま・本質がみえる＞と表現できるような東洋的（仏教的）感覚世界があり、それが我が国のケアの達人が醸し出す研ぎ澄まされた世界観なのかと感じるこの頃です。主観・客観の次元での評価はそれとして、思考の次元を越え、五感を開いて認知症の人と過ぎゆく時間を共有し、人間同士として繋がるところにケアの喜びがあるでしょう。

やまぐち・はるやす●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、神経内科専門医・リハビリテーション専門医・認知症専門医となった。群馬大学大学院保健学研究科教授を退官し、2016年10月から認知症介護研究・研修東京センター長。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』、『認知症予防』、『紙とペンでできる認知症診療術』（いずれも協同医書出版）、など。日本認知症学会副理事長。ぐんま認知症アカデミー代表幹事。