

認知症ポジティブ



[第5回]

ポジティブに向かう認知症ケアの流れ

認知症介護研究・研修東京センター センター長

山口晴保

いよいよ最終シリーズも残り2回となり、何を伝えようか真剣に悩みました。今回は、起承転結の「転」として、認知症ケアの歴史を振り返りながら、認知症ポジティブの流れを伝えます。

さまよえる今を生きる認知症の困難

NHK・BSプレミアムの「ヒューマニエンス40億年のたくらみ」という番組で「“時間”命を刻む神秘のリズム」という放送がありました（12月16日）。その中で、「認知症になると時間軸がなくなる、過去と未来がなくなり、さまよえる今だけがある」という説明があり、時間の見当識障害に関して、私が考えていることと合致する意見でした。この番組は科学的エビデンスが確立していなくても、出演した科学者の先進的な考え方を「妄想」として紹介しています。私の妄想と同じ妄想を持っている人がいるとうれしくなった次第です。

アルツハイマー型認知症の人の記憶障害は、単にエピソード記憶が消えるという困難だけにとどまらず、過去→今→未来という時間軸を失い、瞬間的に過ぎゆく今だけを生きているという生活の困難をもたらします。過去と未来に挟まれた今ではなく、「さまよえる今」、エピソードの前後関係の脈絡を失った今です。時間軸が保たれている健常者はこの困難を実感できません。それゆえ、家族介護者や介護職でも「今だけを生きる本人が抱える困難・つらさ」を本当に理解できる人が少数にとどまる現状があると考えています。

このような本人の抱える困難を理解するには、①本人の声に耳を傾けること、②当事者の書いた本を読むこと、③当事者の世界を分かりやすく解説した本を読

むこと、そして、④年老いてエピソード記憶が抜けていくこと・ワーキングメモリーが縮小してほんの少し前のことが繋がらなくなることを実体験することが有効だと思います。

④は、若い人は実体験できないので、③を一つ紹介しておきます。寛裕介著『認知症世界の歩き方』（ライツ社）です。＜乗るとだんだん記憶をなくす「ミステリーバス」＞＜あっ！という間に時間が経つ「トキシラズ宮殿」＞などの章に「時間軸を失い迷走する今を生きる困難」の世界が示されています。

認知症のネガティブな過去

話は変わって、時は明治時代。今から100年以上前の日本です。東京帝大精神科初代教授の呉秀三は東京府立癲狂院（巣鴨、都立松沢病院の前身）の院長を併任し、認知症の人の身体拘束に使われていた拘束具を廃棄し、作業療法を開始しました。それまで、認知症は狂とされ、鎖で拘束されていたのです。そして、呉は認知症を指す癡狂という用語を癡呆に改めました。

明治～昭和の時代まで、認知症の人の放火や徘徊など事件性のあるものばかりが新聞に掲載され、迷惑をかける人は精神科病院に閉じ込めておくのがよいという世論が醸成されました。1972年に出た有吉佐和子の『恍惚の人』は国民に認知症のネガティブイメージ（家族に多大な迷惑をかける存在）を植えつけたとされています。

その精神科病院の中で、認知症の人を人間としてケアしようと1980年代（昭和の最後）に「理になかったケア」を提唱したのが熊本・菊池病院院長の室伏君

士でした。認知症ポジティブの黎明期です。これから少し遅れてトム・キットウッドがパーソン・センタード・ケアを提唱しました。

痴呆が認知症に変わった2004年に、当事者であるクリスティーン・ボーデン著『私は誰になっていくの』（クリエイツ鳴川）が出版されました。これに続いて、我が国でも当事者が発言するようになり、2014年には日本認知症本人ワーキンググループJDWGが発足し、2019年の認知症施策推進大綱には当事者の意見を認知症施策に生かすことが明記されました。

認知症ケアにおいても、「当事者の声に耳を傾けた認知症グループホームケア」が2003年に和田行男著『大逆転の痴呆ケア』（中央法規）で示されました。和田は「決まった時間に食事を食べなければいけないのは病院と刑務所」と述べ、介護施設はそれではいけないと主張し実践しました。ルールに基づく画一的なケアではなく、多様性を受け入れることが、介護施設には不可欠です。

BPSDへのポジティブケア

1996年に提唱されたBPSDの概念は、2000年頃から我が国でも徐々に浸透し、周辺症状という用語を単純にBPSDに置き換えるという作業が行われました。これによって、我が国では症状を中核症状とBPSDに二分し、しかも「BPSDは中核症状に何らかの要因が加わって生じる」という、日本固有の解説が生まれました。BPSDは、認知症の人に生じている症状を行動と心理の視点でとらえたものに過ぎません。例えば「繰り返し質問」は記憶障害（認知機能の視点）であると同時にBPSD（行動の視点；同じ行動を繰り返す点で異常な行動の症状）です。BPSDにはきっかけや要因が明確で対処が容易なものもありますが、きっかけがなく要因もはっきりしない、「いわゆる中核症状そのもののBPSD」も多々あるという理解が必要です。

医学は病気を見つけて（診断して）治すというアプローチです。病気（ネガティブ）をなくす手法です。先ほど示した「きっかけや要因があるBPSD」においては、きっかけや要因を調べて、疑われる要因を排除することでBPSDを消失させるというのが医学的アプローチです。これをネガティブケアとしましょう。

一方、ポジティブなアプローチも同時に行くと医学

的アプローチの効果が高まります。また、「きっかけや要因がはっきりしないBPSD」の場合もポジティブアプローチが有効です。

ポジティブケアは、その人とのコミュニケーションを通じて隠れたニーズを探り、レジリエンス（弾力性・抵抗力）を伸ばす・引き出すケアです。意欲を高めて、残存能力を高めるケアでもあります。BPSDへのポジティブケアでは、多様性を個性として認めることが大前提で、納得・居場所・役割・生きがい・感謝や賞賛がキーワードです。どんなケアも本人の同意が大原則です。そしてさまざまな困難を抱える人が、安心できる居場所、能力を発揮する機会、生きがいづくり、感謝されほめられる楽しい時間を得ることが豊かな生活に結びつきます。

☆

我が国の認知症100年の歴史から、ネガティブ→ポジティブへの流れを俯瞰すると、どんどん進化してきたことが分かります。この流れの先にあるものは何かを考える時、個人を尊重する・多様性を受け入れる欧米の文化が参考になります。

例えば、①どんなに匂っても、本人が承諾するまでは無理に入浴させることをしない、②本人が口を開かなければ、食物を無理に口に入れない、③本人が拒否している薬剤を無理に内服させない など、人権に配慮したケアの流れ（ネガティブを減らす）になるでしょう。同時に、BPSDを個性としてとらえて多様性を受け入れる寛容な考え方と、豊かな環境・居場所づくりとして、本人の役割を増やすケア、本人の生きがいづくり、レク・イベントなど能力を発揮できる機会を増やすケアなどのポジティブケアが増えていくでしょう。

これらのポジティブケアの有効性を、できれば実証研究できちんと世に示し、それが介護報酬にも繋がることを期待しています。それなら、おまえがやれという声が聞こえそうですが、レベル70に到達する筆者は、この役割を後進に譲り、世代交代を図ることが日本認知症グループホーム協会の発展に繋がると期待しています。



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。日本認知症学会名誉会員。ぐんま認知症アカデミー代表幹事。