
認知症高齢者に対する 医療と介護

Medical treatment and care for demented old people

きのこエスポアール病院／院長

佐々木 健*

はじめに

現在、認知症は「脳の器質的な知的障害」として広く認識され、認知症の問題は、器質的な変化に取り組む「技術的な方法」が最優先されている。それは、脳の病理学的プロセスを明らかにし、認知症の進行を抑制するか、予防する方法を見つけることにある。医学を実践する医療の領域においても、そのような流れの中で、認知症を脳の器質障害としてかなり狭く扱うようになった。著者が学んだ、精神医学においてもその傾向は強い。

現在まで、医学を初めとする諸科学は、診断のよりの確な手段を提供し、よりよい医学的介入を導く多くの知識を提供してきた。

ところが、現実をみてもみると、認知症という病的状態に対して説明できることは、近年急速に膨大な事実を積み重ねて来ているが、説明できることの膨大さと比べ、実際に臨床医学の現場で、認知症高齢者にできることが少ないに気付かされる昨今でもある。

きのこエスポアール病院での経験からみてきたもの

著者は1984年に認知症高齢者専門病院を開設し、現在まで、主に医療活動を通じて、認知症高齢者と関わって来たが、近年、認知症高齢者の問題は狭義の医療だけでは解決が困難であるということに気付いた。今稿ではその気づきにもとづ

き、認知症治療にパラダイム変換が必要なことを述べてみたい。図1は、当院の20年間の医療活動の変遷を図にしたものである。開設当時、認知症という病態は、医療で十分対応可能であると甘く考えていた。中核症状は治療できないとしても、辺縁症状としての精神症状や問題行動は制御可能でそれが医療の役割と考えていた。認知症のない人から一方的に見てやっかいな行動を制御することが、治療であると勘違いをしていた。病棟措置もそのような基本的な考えをもとに展開されていた。「自由人歩き回ってもらえば外に出ようとしないうし、ストレスもないだろう」と回廊式廊下を設け、「みんなで一緒に抵抗なくかつ効率よく入ってもらおう」と右の階段から入って左の階段から出るといった特殊な型の風呂場を設けたり、「みなで一緒に規則正しい日中を過ごさせよう」と普通の感覚からいえば広すぎる殺風景な体育館や講堂という雰囲気の大ホールをつくっていた。また病室も従来の病室にならってベッド以外はほとんど何にもない空間であった。このような病棟環境のもと薬物療法や全身体的チェックを中心とする狭義の医学的アプローチを主として、加えて集团的、画一的、管理的ケアや訓練を10年間あまり行ってみたが臨床効果は、はかばかしくなかった。きのこエスポアール病院では、長い停滞期を打開すべく、1995年から治療

* Ken Sasaki: Director, Kinoko Espoir Hospital

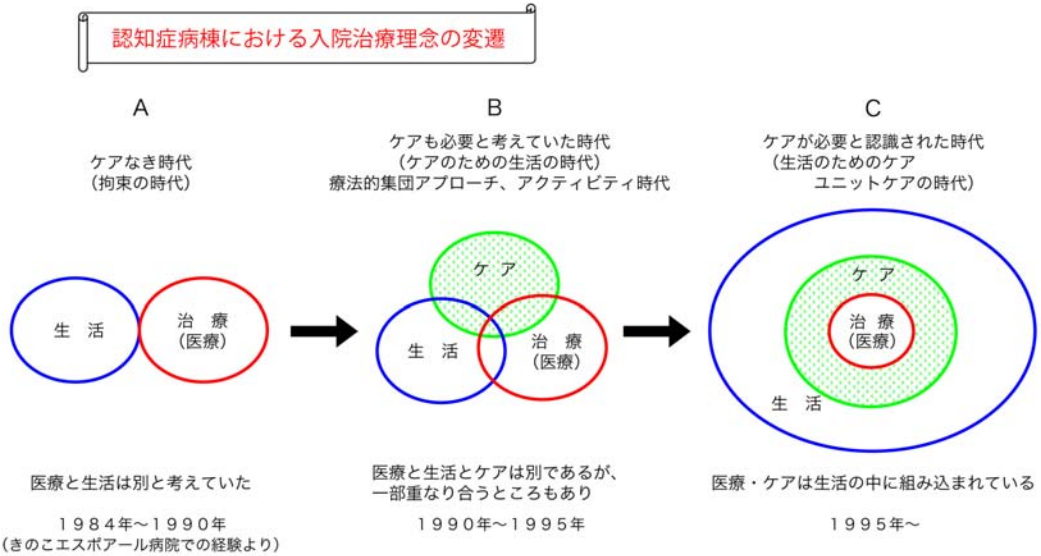


図2

※生活という概念はまだ不明確。ここではごく一般の人々が日々を送っているありさまの程度の意。

に対する意識変革（パラダイム変換）を行った。認知症高齢者を「認知症というやっかいな症状をもった人々」ととらえるのをやめ、「認知症というハンディキャップをもちながらも生活を続けようとしている生活者」としてとらえ、彼らと良いコミュニケーションをとる、人間的な関わりをもつことに価値観を見いだすようにした。つまり、職員のあり方を認知症高齢者を観察したり、知的不適応と評価したり、指導したりすることはさほど重要ではないとした。つまり、認知症という病気から産み出された関係性障害の改善を医療活動の中で重要な要素として位置付けた。ここにケア（介護）それも関わりのケアの必要性を認識したのである。その後の変遷は、図2に示すように、入院治療理念は次々と変化を遂げ、ケアなき時代からケアも必要な時代を経て、ケアが必要な時代となった。またそのケアも生活のためのケアが求められ、生活そのものが、認知症高齢者の治療になることがわかってきた。そしてこれらの経験より認知症疾患に対する治療的アプローチの多様性というものがはっきり認識され、またそれを臨床医学は柔軟に活用することが求められていることがわかった。（図3）具体的にいくつかのポイントを示すと、①安易な薬物療法に陥らないこと（特に向精神薬）②集団管理的対応をやめ、個人に中心を置いた精神療法的接近（認知症の人の心理の理解が必要）③特に必要な病棟など

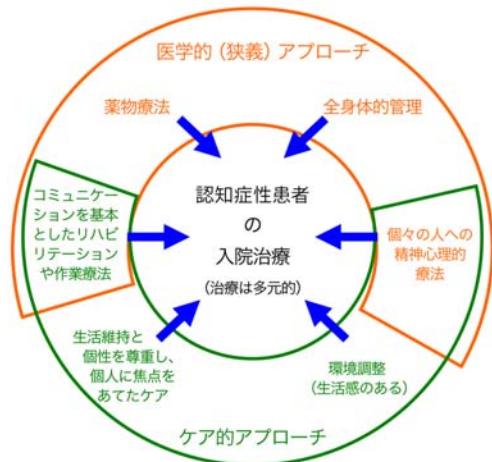


図3 認知症患者に対する治療的アプローチの多様性

の生活環境調整④生活を重視したケアの重要性とリハビリテーションの展開（結果より経過が重要）となる。

おわりに

認知症の臨床医療は経験を積みば積むほど、ケア、生活を無視できなくなる。著者らは経験から一つの成果を得た。「生活は認知症疾患をもった人々の治療として可能性がある」ということである。我々は認知症の方程式を変える必要がある。方程式が変われば解き方（治療）も変わる。つまり認知症＝脳の神経病理学的障害だけでなく、認

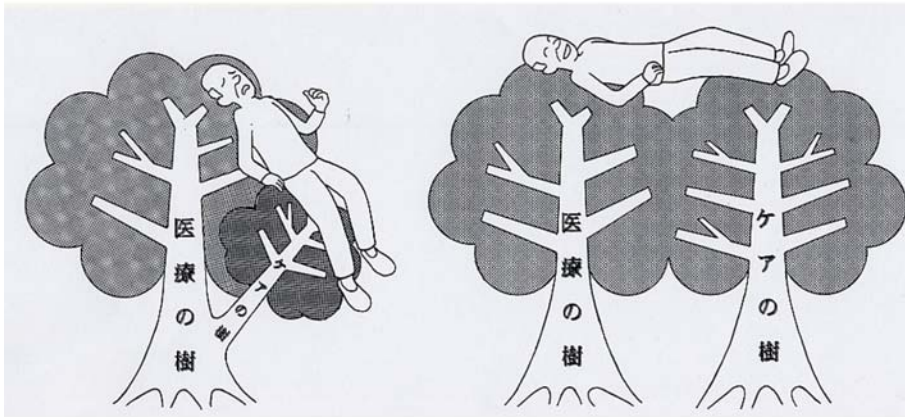


図4 オールドカルチャーではケアの樹は医療の樹に従属する型で成立しがちであったが、ニューカルチャーでは独立した樹として成長している

知症＝個性＋人生歴＋脳神経病理学的障害＋全身体的健康状態＋環境＋個人の心理＋社会心理 という多元的なものである。その人の個性や人生歴を尊重し環境を整え、その人の心理を常に考えてその人が普通の穏やかな生活が出来るよう治療をすすめていきたい。

参考文献

- 1) 佐々木 健：間違いだらけの「痴呆病棟の一日」, 精神看護, 4 (6) : 12-23 2001
- 2) 佐々木 健：痴呆性高齢者の住環境, 老年精神医学雑誌, 10 (5) : 523-529 1999
- 3) 佐々木 健：痴呆疾患専門病棟, 心の臨床 á•la•carte, 22 (1) : 57-62 2003
- 4) 佐々木 健：ユニットケアのソフトウェア 医療施設, 別冊総合ケア, ユニットケア最前線 ; 42-49 2002
- 5) Kitwood, T : Dementia Reconsidered. Open University press, Buckingham, Philadelphia 1997

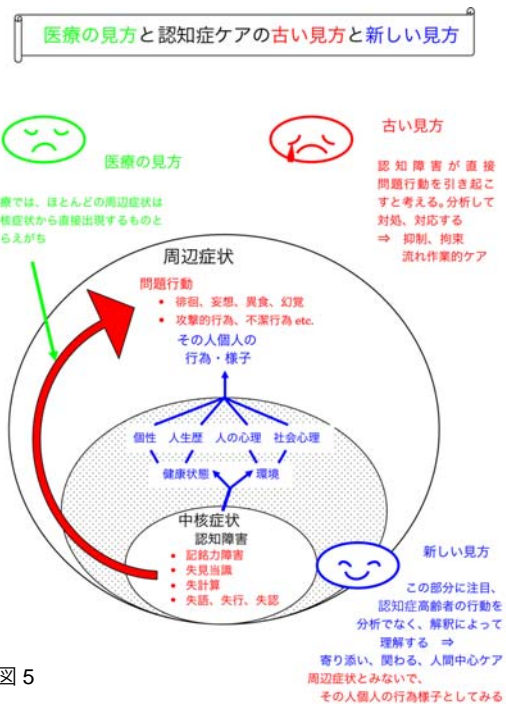


図5

この論文は、平成15年11月8日(土) 第15回北海道老年期痴呆研究会で発表された内容です。