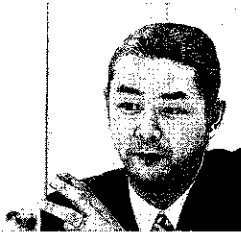


座談会

暮らしをどう支えるか

医療連携・独居支援・同居支援・チーム連携の視点から
認知症高齢者の暮らしを支える援助のポイントを紐解いていく。

(五十音順・本文は敬称略)



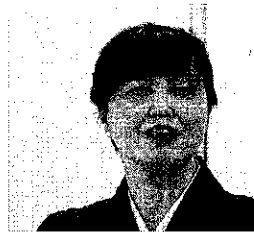
飯塚裕久さん

ユアハウス跡生
(東京都文京区)



永島 徹さん

NPO法人 風の詩
(栃木県佐野市)



畠 淳子さん

JA千葉厚生連
(千葉県千葉市)



水下明美さん

株式会社ナイスケア
(東京都大田区)

医療連携のポイント

認知症のケアにおいて、早期受診・早期診断が重要なことはいうまでもないだろう。だが、現場感覚からすれば、専門機関への受診はそうたやすいものでない。どのように早期受診に結びつけばいいのか、「告知」をどう考えるのか、その後の医療との連携をどう進めればいいのか、議論が進むなかでケアマネジャーの役割が見えてきた。

● 本人は自覚症状に悩んでいる

水下 早期受診の前段階として、理想的には健康なときの脳の状態を診察してもらっておくことが大切だなと思うことがあります。たとえばCTやMRIを健康時と比較すれば、医師もより正確な診断ができるかもしれません。かつて「年齢相応の脳の拘縮ですよ」と診断された人が、実はアルツハイマーだったこともありました。平常から健康診断を心がけていれば、本人としても、ちょっとした疑いに敏感になれるのだと思います。ただし、

認知症の初期では、受診の拒否に出会うことが少なくありません。

永島 受診の難しさを裏返していえば、本人に自覚症状があるからでしょう。それを直視するのが怖かったり、家族に迷惑をかけまいと頑張っていたりする。正攻法で受診を勧めるのなら、その自覚症状の訴えを見逃さないことです。面接の場面などで、ふと本人が「私、忘れっぽくなっちゃった」とか「ちょっと心配だね」などと話すことがある。その時が受診を勧めるタイミングで、「ご心配なら、一度先生に診てもらいましょうか」などと勧めるわけです。

● かかりつけ医の勧めは効果的

畠 いきなり精神科の受診は抵抗があって当然かもしれませんね。精神科や脳神経外科よりは心療内科、心療内科よりはかかりつけ医のほうが行きやすいでしょう。ただ、認知症の専門から遠くなればなるほど、初期の症状を見逃してしまうという話も聞き、悩ましいところですが……。

水下 本人が一番信頼している医師を経由し

て、専門科の受診に結びつける方法が現実的だと思えます。その先生が「一度、脳の検査を受けてみませんか？ その方が安心だよ。紹介状を書きましょう」などと勧めれば、すんなり専門科の受診に結びつきやすい。

畠 「認知症」という言葉は物々しいけど、「もの忘れ」なら「年を取るともの忘れがねえ」などと日常会話にも使うほどで、それほど抵抗感がありません。だから、「もの忘れ外来」は比較的敷居の低い診察機関でしょう。

● 認知症という言葉と告知

畠 本人にお見せするケアプランは「認知症」とは書かず、「もの忘れが進んでいるために」などと書きます。

飯塚 先日、在宅医療をしている医師の話聞いたんですが、本人に「認知症です」と告知するのは20%に満たないぐらいだと言っていました。

水田 医師によって違いますね。「あなたはアルツハイマーという病気です」とはっきり言う医師もいれば、「人よりもの忘れが進んでいる状態です」とか「脳血流が悪いからよくもの忘れをするんでしょうね」などと言いつつ換える医師もいます。また、家族に本人への告知を相談する医師も多くなりましたね。これから介護を組み立てるに当たって、どちらが好ましいのかなどが、告知を行うかどうかの判断材料になるのでしょう。

永島 世代間でも告知に対する受け取り方が違うでしょうね。たとえば団塊の世代は彼らより上の世代に比べ、認知症という病気の知

識を自分で調べる手段を多くもっている人が少なくない。だから、がんと同じように告知を受け入れる土壌が、やがて育っていくのかもしれない。

● 受容を支えるパートナーとして

飯塚 告知が家族に与える影響にも配慮していかなければなりません。ケアマネジャーとしては、告知した後のフォローが大切になってくるのだと思います。

永島 実際に支援を行っている、病名を告知し、認知症であることを認めるか否かということよりも、本人と家族が納得できる生活の方法を考えていくことのほうが大切な気がします。昔も今も本人にとっても家族にとっても、認知症の受容はそれほどたやすいものではありません。

飯塚 受容の困難さは「進行性の病気」という性質にも影響されるでしょうね。たとえばある段階になるとトイレに自主的に行くのが難しくなる。ある程度時間をかけてそれを受容する。すると今度は、家族の顔がわからなくなるという次の段階に進んでいく。つまり受容のプロセスを何度も繰り返していくことになる。これは想像以上に厳しい道のりです。そんな認知症の支援において大切なのは、ともに歩むパートナーとしてのケアマネジャーの存在なのだと思います。

● 情報の渡し方

永島 認知症に限らず医療との連携で重要なのは、医療サイドにどのような情報を伝える

かということでしょう。医師にとって、日常生活情報は治療方針を決める際にとっても参考になるものです。ところが医師の前に座ると本人だけでなく家族も萎縮して詳細を報告できなくなったりする。そこで私は家族にメモを持参することを勧めます。「箇条書きでいいので、起きていることをいつ・どのようになどできるだけ詳細に書き、今後の希望なども書き添えてください」と助言します。ケアマネジャーが代行することも可能ですが、まずは家族に言ってもらうのが基本。私たちの出番はその後です。

畠 受診に同行すると「ケアマネさん、後でちょっと話を聞かせてくれる？」と医師に声をかけられることがあります。ケアプランや支援経過記録を読んでもくれる医師も徐々に増えてきました。

永島 医師としては在宅の様子を知りたい。実際のところ家族に聞いてもはっきりとはしないので、ケアマネジャーからの情報は貴重だと医師からよく言われます。ケアマネジャーは日々の困難だけではなく、その背景や、今まで同じような困難をどのように乗り越えて来たのかという「利用者の力」を情報として伝えることもできるはずですよ。

● 服薬情報のフィードバック

畠 複数の病院に通っている利用者は多く、処方薬の重複を発見することがあります。先日もそのことを医師に告げたら、医師の間で電話をかけあい調整してくれたことがありました。

水田 「薬をたくさん出してくれるのがいい先生」と思い込んでいる利用者さんがいまだに多いという現実はあるとしても、薬の重複ばかりではなく、危険な組み合わせがあったりもします。副作用の発生やBPSDに影響が出ていることを医師が知らないこともある。だからこそ服薬情報の医師へのフィードバックはとても大切ですね。

● 継続的な情報交換の必要性

飯塚 うちの事業所は小規模多機能ですが、3カ月に1度、利用者ごとのモニタリング情報を専門医に報告しています。するとかなりの精度で予後予測が対策を含めて返ってくる。たとえば「この人は、嚥下能力が低くなる時期だから、もう少しゆっくり食べてもらったほうが良いと思うよ」といった情報です。ターミナル期への突入を含めて、先手が打てるわけで、医師との継続的な連携はきわめて重要だと確信しています。

水田 医師の処方モニターする機能も私たちにはあるのだと思います。認知症支援の現場経験を重ねるほど、専門医への受診が必要だということがわかってきます。この提案も含め、ケアマネジャーの役割は大きいのではないのでしょうか。

永島 在宅医療をしている医師に「往診して真剣勝負なんだ。病院のように検査機器が揃っているわけではなく、聴診器一本で判断しなければならぬこともある」と言われたことがあります。もちろん私たちも真剣勝負。真剣同士の密度の濃い連携をしたいですね。

独居支援のポイント

生活のほころびはどのようにやってくるのか、ひとり暮らしの認知症高齢者の生活力をどのように評価すればいいのか、近隣から浴びせられる厳しい眼にどのように対処すればいいのか、そもそも認知症のひとり暮らしはどこまで可能なのか、独居高齢者を囲む種々の課題に目を向けていくと、やがて地域づくりの重要性に行き着いた。

● 連鎖的に困難に見舞われる

飯塚 すべてのひとり暮らしの方が同じ道をたどるわけではありません。認知症の種類によっても異なります。その点を踏まえた上で、たとえばアルツハイマーの人は、おおむね、次のようなプロセスで生活が立ちゆかなくなっていくのではないのでしょうか。

短期記憶障害が始まると金銭管理に支障がでます。買い物ができないことで生じる食事の欠食は、栄養障害の引き金になります。同時に摂食障害も進行し、栄養失調や脱水が起こります。家事では、料理の味つけがおかしくなり、火の消し忘れが発生することもあります。地域にとっての脅威となり、社会との繋がりが希薄になり孤立します。これがBPSDの不安感と重なると精神症状が増幅されるかもしれません。隣家を訪ねて呼び鈴を押し続けるのはこんな段階でしょう。

空間認識障害と記憶障害から、家が認識できなくなり「徘徊」が起こります。続いては

機能障害による「失禁」が始まり、悪臭により地域社会からますます孤立するという悪循環に陥ります。服薬管理ができなくなると、認知症以外の疾患も憎悪し医療依存度が高まってくる。これもまた負の連鎖といえるでしょう。まるでドミノ倒しのように生活が立ちゆかなくなっていくのです。ところが、私たちの経験では、たとえば「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、介護を必要とする）以上であっても、一人でなんとか暮らしている場合が多い。

● 自己資源に注目する

永島 日常生活自立度が低下してもなぜひとり暮らしが可能なのか。それは、本人もっているさまざまなネットワークを活用することによるものだと思っています。町の商店でも、「少しボケたかもしれないけど、お金を払ってくれるしね」と買い物が続けられる。最近のコンビニは配達までしてくれる。電話一本で出前をとることもできる。近隣も何かと世話をやいてくれたりする。ケアマネジャーは自分がかかわる前に、利用者が「自己資源」を使いながら生活を営んできたことを忘れてはならないでしょう。介護保険サービスが入ることで自己資源をリセットしてしまったら、とたんにひとり暮らしが難しくなることだってあるのです。

そしてもう一つ、本人が行ってきた「努力」に目を向けることが大切だと考えています。施設に移った人がアパートを引き払うときな

どに、住まいを片付けに行くことがあるのですが、一生懸命に生活を修復しようとしていた跡を目撃して感激したりもする。たとえば、財布をどこにしまったかがわからなくなるため、お金をいろいろなところに隠していたり、ネズミ取りを仕掛けていたり、いわゆる「ゴミ屋敷」であっても、仏壇や神棚だけはゴミ一つなかったりなど、今にも崩れそうな生活をなんとか立て直そうとした痕跡です。そうした努力を私たちは、もっともっと知る必要があるのではないのでしょうか。

● 今までの生活を重視する視点

水戸 「今までも本人の生活は存在していた」。認知症高齢者にかかわるときは、その事実からスタートしなければならないのだと思います。しかし残念ながら、「〇〇ができないから、こうすべきである」という「べき論」を押しつけてしまう場合がある。たとえば、「起き上がるのが不自由だから、ベッドを入れるべきである」という具合です。でも想像してください。ひとり暮らしの場である一間のアパートにベッドを入れたら、今までの生活の多くの部分に支障が出てしまいます。一人ひとりの生活の仕方に合わせて知恵を出すという視点が大切でしょう。どうすれば生活がしやすくなるのかを考えるのが、ケアチームの専門性でもあるはずです。

● 火の始末をめぐって

島 ひとり暮らしの認知症高齢者にとって火の始末は大きなリスクでしょう。鍋を何度も

焦がす利用者さんがいました。近隣だけではなく、ある日行政からも「ケアマネさん責任とれるの」と言われました。売り言葉に買い言葉というか、「はい、なんとかします」と言ってしまいました。それでどうしたかという、離れて暮らす家族に了承を得た上で、「コンロが壊れたので修理に出しましょう」と利用者宅からガスコンロを撤収しました。うちの母体はJAなのでガス器具の取り扱いもあり、それほど不自然なことではありません。そして、ヘルパーがカセットコンロを持ち歩き調理を行いました。今考えるとやり過ぎのような気がしますが、当時のチームメンバーにはなんとか在宅生活を継続させたいという強い思いがありました。

永島 認知症のひとり暮らしに対する近隣の厳しい眼は、それだけ関心をもっているということの証明でもあります。担当のケアマネジャーとして「こんにちは〜、お世話になっています」と挨拶に行くと、「どうしてる？ お隣のおばあちゃん」などと気にかけていたりする。「危ないのよね〜」と言われれば、「何が危ないのでしょうか？」とうかがってみる。「この間、ろうそくに火をつけていたんだよね。あんなに散らかっているのに、危ないったら、ありゃしない」。まるで覗き屋ですが、その話に乗っていきます。「え〜、そんなことあったんですか！ いつですか？」「あんた知らないのかい。一昨日の朝だよ」「確かにそうですね。また見かけたときはぜひお知らせください」。火災の発生防止に対策を講じながら、その一環として見守

りの仲間に参加してもらえるかもしれません。

水下 苦情も社会資源にしてしまう。

畠 徘徊にしる何にしる、連れて来て、しっかりと苦情を言ってくれるのは近隣ですからね。それと民生委員。民生委員が朝晩に見守りをしてくれたおかげで、在宅生活が継続できたというケースもありました。

飯塚 在宅生活の続行が可能かを、期限を切って見極めるということも重要でしょうね。

● 地域が変わる

飯塚 近隣の厳しい眼は利用者ではなく、僕にも向けられる。「何か、怪しげな兄さんが来たよ」って。でもそのほうが利用者にとって有利なのではないでしょうか。なぜなら僕は言葉で説明できるから。利用者の代弁ができるから。

水下 私の場合も、たとえばゴミ屋敷といわれるお宅に訪問すると、近所の人たちがどっと出てくる。それを逃さずに「ケアマネジャーです。こんにちは」と挨拶する。

飯塚 大切なのは、自分たちの活動を知ってもらうことです。ひとり暮らしの高齢者が末永く地域で暮らしていけるように努力している姿をアピールする。そうすればやがて、「そこまであんたが一生懸命にやっているのなら、まあ大丈夫だろう」と思ってもらえるようになる。そして「あのじいさんを守るために、もしかしたら俺たちにやれることがあるかもしれない」と思うようになってくれればしめたもの。それを本気で10年続けたら地域は変わりますよ。

同居支援のポイント

家族と同居の場合、ひとり暮らしの支援とは力点の入れ方がかなり違う。家族という存在は、認知症高齢者にどのような作用を及ぼすのだろうか。メリットだけではなく、虐待などのデメリットをしっかりと見据えながら、家族にできることに話が及ぶ。そして、家族と一緒に歩む支援のあり方を、グループケアを含めて見つめていく。

● 家族によるダメージ

水下 認知症の初期。本人は自覚症状に怯えています。どうしても思い出せない。相手が何を言っているのかわからない。会話についていけない……。そんなとき家族に「前にも言ったじゃないの！」などと言われると感情がコントロールできなくなることもある。

飯塚 ひとり暮らしに比べ、家族との同居のほうが精神的なダメージが大きい傾向にあるように思います。家族というシステムのなかで「ばあちゃん、おかしいんじゃない！」と言われ続ける。

永島 信頼している人、愛情を注いでいる人から言われるんですからね。

飯塚 いろいろな役割を取り上げられることで、「できなくなること」が加速する場合も少なくない。家族が認知症という病気をどれだけ正しく理解しているかにもよりますが、家族の存在がネガティブに作用することはやはり多いのだと思います。ただし、孤独感と

いう次元を捉えれば、家族の存在は淋しさを埋めてくれる。これは大きい。

畠 家族が複数同居している場合より、同居人が1人ほうが問題が大きくなりやすいのかもしれない。他にも家族がいれば苦勞を分け合うことだってできる。家族が1人だけだと悩みを抱え込む。本人と同様、家族もまた孤立しているという状態です。

● 面接を繰り返し、支え続ける

水下 家族介護者の言動をチェック表で機械的にみて「虐待」の項目に当てはまることも多い。認知症の介護はそれほどまでに家族にとってはつらく、やるせない。だから家族の支援がとても大切。家族の険しい表情を見たら、「何度も同じことを繰り返されると、つねりたいと思うこともありますよね」「眠れない夜が続くと、いいかげんにしてよって、手を上げたくるときもありますよね」と、まず気持ちを受け止めることを面接で行います。もちろん「虐待」の言葉は使わない。その上で家族が息を抜ける方法を考え、これから起こる状態の変化を伝えていく。また、現在の症状を軽くするために私たちに何ができるのかを伝えます。そんな面接を何度も重ねながら家族の支援を続けていきます。そして、どうしてもダメなときは、緊急ショートの利用など本人と家族の分離を考えます。「わかっているんだけど、どうしても手が出ちゃう」という切羽詰まった訴えもときには聞かれ、そんなときは即時対応しています。

永島 専門職からみれば、「もっとこうした

ほうがいい」などという場面は山ほどあるでしょう。でもそれを指示的に押しつけるのは禁物です。つねに「家族はどういう気持ちでいるのか」と考えながら支援を行いたい。

● 家族にできること探し

飯塚 家族がいることで精神的なダメージを受けやすいといただきましたが、家族の存在をやはりポジティブに捉えたい。家族のエンパワメントなしには、認知症高齢者の在宅での看取りはできません。僕は訪問介護事業所の部長も兼任していますが、家族によく次のように言います。「一緒にやりましょう。逃げませんから。ご本人が亡くなるときに、右手を握るのがご家族で、左手を握るのが僕たちであればいい」。家族と一緒に歩いていくことが家族支援では大切なのだと思います。家族だからこそできることをもっともっと探していきたい。家族がキラキラできるようなことを探すのも、ケアマネジャーの役目の一つではないかと考えるようになりました。

● 自分を責める家族への手当

水下 状態を保たれていたアルツハイマーの方は終末期に急に悪くなったように思われることが多い。昨日まで元気でしゃべっていたのに、急に喉を詰まらせたとか、肺炎を起こして亡くなることがある。すると家族は、早く病院に連れて行けばよかったと自分を責める。そうならないために、具体的な予後予測をわかりやすく伝えておく必要があります。

す。「それはあなたのせいじゃないんですよ」とお伝えしておくのです。

永島 グリーフケアを行うと「あのとき、こうすればよかったんじゃないか」と後悔する家族がけっこう多い。在宅で看取っても、病院への搬送を選んでも、どちらにしても「あれでよかったのだろうか」と思ってしまう。

水下 家族は本人が亡くなるまで揺れて、亡くなったあとも揺れて、だから私はサービス事業所さんと一緒に家族を訪問する。お線香を上げ、「デイサービスでは最後の利用日まで笑っていましたよ」などと振り返りながら、「私たちは、ご家族であるあなたのケアを認めています。ご本人も納得する最期だったと思います」というメッセージを送る。特に認知症の場合、「ありがとう」という最期のひと言がないことが多いので、グリーフケアは大切なのだろうと考えています。

畠 「いろいろな思いはあると思うけど、あれでよかったんですよ」と言葉を添えることで、家族介護の幕引きを手伝うことができるのではないのでしょうか。家族は、亡くなったときばかりではなく、施設に入れたことを後悔したりもします。「本人は家にいたいと言っていたのに私が入所させてしまった」と自分を責める。そんなときにも、精神的なフォローが必要なのでしょう。

水下 「ご逝去により契約が終了したのでそこで終わり」という方針・価値観もありますが、振り返りの作業はとても大切です。家族と一緒に振り返ることで、私たちにとっても大きな区切りとなるのです。

チーム連携のポイント

チームとして認知症高齢者にどうかわるのか。ケアマネジャーはその要に位置している。ただし、ケアプランに具体策を書こうとすると、利用者像のほんの一部しか描けないという事実気づくかもしれない。チームはアセスメントにも、モニタリングにも大きな機能を発揮する。そして認知症ケアは私たちに素適な贈り物を届けてくれるのだ。

●たとえば、ケアプラン

水下 「その人らしい暮らし」「自立を促す」「住み慣れた地域で」などの言葉が並ぶケアプランを目にします。でもこれではチームは動けない。具体的に書かれていないから。ある研修で、「この利用者にとって、その人らしい暮らしって何か?」「自立ってどんなこと?」と講師が質問しても答えられなかった。また、「昔、学校の教師だったからデイサービスで教える役割を与える」と書いてあるプランもあった。「生活史から援助計画を導きだそう」などと教わることもあり、そのとおりにしてみたのですが、ケアマネジャーが自分の思い込みでやってはダメ。「昔はこうだから、サービスの内容はこれね」と決めつけるのはよくない。計画どおりデイサービスで実行したら、本人の顔色がさえない。そこで本人に直接聞いてみたら、「もう教えるのは飽きた。自分は学びたい」という気持ちだったそうです。ケアプランに盛り込

む内容は、利用者の本当の思いを反映したものであってほしい。そのためには、まずは利用者に直接聞く。合わせて、家族やサービス担当者などとの相互交流のなかから情報を得て、それを分析して、さらに相互交流で深めていく。そうした本物のアセスメント情報を基にケアプランをつくっていききたい。

●わかったつもりにならない

永島 自分でわかったつもりになっていても、「全然わかっていなかったじゃないか」と愕然とすることがあります。駆け出しのソーシャルワーカーの頃に残業していたことですが、先輩に「夜の8時だ。今、あの利用者さんが何をしているかわかるか?」と問われて答えに窮したことがあります。経験を積むのは重要ですが、「わかったつもり」に注意する必要があります。

飯塚 私たちには利用者の「代弁機能」しか与えられていない。ところが一線を踏み越えて「わかったつもり」になって、本人の意思のように振る舞ってはいけません。相談援助の経験を積めば、本人の気持ちを察することができるようになります。ですが、確認を怠ると落とし穴にはまる。本人に一つひとつ確かめていくという地道な作業が欠かせない。

●チームでアセスメント

畠 私たちが利用者さんと面接ができるのは月に1回、多くても数回。そのなかでどれだけ深いアセスメントができていのだろうかと思うこともあります。特に認知症高齢者の

アセスメントについては、長い時間かかわっている多くの人の力が必要です。

飯塚 ケアマネジャーは、チームメンバーのアセスメント力やモニタリング力を評価してもいいのではないのでしょうか。たとえば、24時間365日の小規模多機能を続けていると居宅のケアマネさんが把握できていなかったアセスメント情報が次々に見えてくるのが少なくありません。

●チームで共有したいこと

永島 ケアの目標はもちろんですが、認知症の人に向き合う姿勢もぜひチーム共有したい。「認知がかなりいっちゃってる」などと平気で言う人がいる。

水下 「あの人ニンチだから」。

畠 「ニンちゃん」もダメですね。

永島 認知症の人である前に、固有の存在としてかわる姿勢が大切ですね。

水下 リスク管理も必要です。「その人らしい暮らし」を具体的に実行していく過程には必ずリスクがつきものです。そのリスクを洗い出し、防止策と限界を、家族も含めてチームで共有しておく必要があります。

永島 認知症ケアでは、あれは危ないなどとマイナス思考に傾きがちです。でも本人がよりよく生きるために、家族、ケアチーム、地域住民とプラス思考でつながっていけば素晴らしいことが実現する気がする。認知症という病気は、現代人が置き去りにした大切なことを教えてくれているのかもしれない。

(収録日：2010年11月27日)