

## 認知症の人が抱くストレスとその緩和ケア

村上 浩章

## The analysis of the stress that people with dementia hold and the care of removing it

Hiroaki MURAKAMI

## Abstract

The education for the dementia is regarded as most important in the care education, and the education system is fixed. However, there are wrong understandings that the care of dementia is only to restrain BPSD and the care plans of dementia are to set what people with dementia did till now in.

This study insists on importance of the care which remove the stress that people suffering dementia hold, and relax them. Therefore we must understand the psychological situation of the uneasy stress by the cognitive functional disorder and the unpleasantness structurally. In that way even if they can have only the recognition that is different from the general common sense by cognitive functional disorder, this paper presents the possibility that we can relieve them and make them stable with understanding and sharing that a connection with the world. If an educational program to be learned these series of processes is developed, the dementia care will advance still more. This paper is based on observation at care place and submits an elucidation of the psychological structure of people suffering dementia and a clue for concrete care to relax them and to remove their stress.

キーワード： 認知症ケア 認知症教育 介護福祉士 認知症の人々の認識 不安の構造的理解

## 序論

## 第1章 認知症ケア教育と介護者

1. 認知症ケア教育と現状の認知症ケア
2. 介護福祉士教育における認知症ケア
3. 認知症の人々と健常者である介護者との関係性

## 第2章 各分野における認知症研究

1. 現在の医学と脳科学における認知症研究
2. 新たな認知症研究

## 第3章 認知症の人々のストレスの構造的分析

1. 周辺症状移行者とその過程
2. 認知症の人々の不安の理解
3. 認知症の機能障害の構造

## 第4章 認知症の人々の不安に対応するケア

1. 意思決定の規範となる認識としての記憶
2. 認知症ケアの専門性とは
3. 認知症の人々の合理性

## 結び

## 序論

発足から10年を経た介護保険制度において認知症の人々に対する処遇は重要性を高めてきた。本稿の目的は、その認知症ケアの充実に向けた新しい理念の提示にある。認知症の当事者は生活者として見ると、比較的小さな生活範囲で生きている。その彼らが生きる世界の中で、自己の認識の歪みによって生じているストレスの構造を理解し、周辺症状の発現に至る連鎖を切断・除去できれば、彼等の混乱・不安を最小限にできる。このケアの基本的枠組みは認知症の人々に生起する周辺症状の原因を、健常者たちが押し付ける現実世界の規範に対するストレスに求めている。言いかえれば、認知症の人々とケアを提供する周囲の者の関係において起こる軋轢を周辺症状の主な要因とする点で、これまでの諸見解と異にするものである。

わが国の認知症ケアおよびその教育は、新しい段階への移行を示している。しかし、本当の意味での本人本位のケアへの転換が起きているとはいえない。その転換が起きない根本には、ケアの提供者や認知症研究者が、自己の側と認知症の人々の間に、越え難い健常者と非健常者の割け目を設定している事態がある。この設定に基づけば、前者は現実世界の正しい解釈権と認知症の人々に対する正しい対処権の双方を保持することになる（それぞれの内容は新学説の広まりなどにより変わっていくが、両者の位置関係に変更は起きない）。認知症の人々の側は2つの権限を奪われた受動的なサービスの受け手に身を置くしかない。上記の立場と対比させて本人本位のケアを描けば、認知症の人の描く世界を全体として可能な限り受容し、その上で、本人の生活行動に合致するよう再構成した日常生活の場を築けるようサポートすることであろう。

この提起の根底には、健常者と認知症の人々をともに、現代社会という強いストレスに満ちた大きな船に乗っている者同士とみなす立場がある。同じく効率的で高度な産業社会に生きてきて、認知症の人々は脳の機能障害が起因となって自己のストレスを調節する能力が著しく低下していくプロセスにある。健常者はそのコントロール能力の面で認知症の人々と明白な格差が取り出せるとしても、この時強いストレスの下にいる点では共通している。この共通基盤に依拠すれば、不安や不快の心理状況を構造的に捉えていくことが可能になり、残された脳の認識機能をつなぎ合わせて描かれる認知症の人々の世界像が見えてくる。その世界像とのつながりで認知症の人々の行動を捉えることができれば、その人が安心し、そして安定した状態で暮らせる条件にたどりつけるというのが、本アプローチの道筋である。

これまでの介護研究を見れば、介護保険創設の要因となった介護の社会化が示すように、認知症の人々の家族介護者の負担に対する支援の研究<sup>1,2</sup>は一定の進展を見せたものの、認知症の当事者が受けるストレスの構造的理解はほとんど進んでいない。この構造的理解が進まない限り、周囲の人々や当人にとって最も問題となる周辺症状への移行が、脳の器質の変容である中核症状の延長と見なされ、なすすべのない不治の病として放置され続けることとなる。

本稿が提起するごとく、介護者を中心とする周囲の人々と認知症の人との関係を解明し、それに基づいて認知症ケア教育、さらに、その教育内容を支える研究上の知見が深化させられた

<sup>1</sup> 鈴木貴子 (2009) P68-73。

<sup>2</sup> 上城憲司 (2009) P394-402。

時、認知症の人々の尊厳は、ようやくケア技法の面でも実践的な課題に据えられるといえよう。

## 第1章 認知症ケア教育と介護者

### 1. 認知症ケア教育と現状の認知症ケア

認知症の人々への対処は、これまで標的となる疾患を標準化された方法によって治療を行う医療に主導権が委ねられてきた。近年、彼らに対するケアは、そこから脱皮して認知症の当事者の尊厳や、本人が自分らしく生きていくための自立を支援するケアへと発展し、新たなケア教育プログラムが生み出されてきている。とはいえ、介護者と認知症の人の新しい関係理解を提起する本稿の立場からみれば、現下の急速な政策展開にもかかわらず、その展開が認知症の人々から見て抜本的な事態の改善をもたらさないとみている。認知症研究の限界を反映して、ケア教育の内容が認知症の人々の不安や絶望感を最小にするケアの性格を備えてはいないからである。

認知症の人々と健常者の全く異なる立場を理解できていないため、いまだ認知症ケア現場では、着替えを拒む利用者に対し、エアコンの温度を変えて服を脱がしてみたり、夕方に帰ろうとする利用者には内線電話で息子さんからのふりをして話をするなど、その場をしのぐといったケアが横行している。これは目の前の周辺症状さえうまく抑えれば認知症ケアであるとかん違いしたケアである<sup>3</sup>。また、認知症ケアの現場では「これまでの人生でやってきた『できること』を、できるだけ長く続ける」といったことさえ行えば認知症ケアだと考えられたりする。このため、買い物や掃除や以前行っていた趣味などができるような環境の整備を認知症ケアとみなす感がある。このような認知症ケアはシステムとしてとらえるならば、介護現場に来て間もない新人にもわかりやすく、何よりもケアスタッフにも自分たちは認知症ケアを行っているという満足感が得られる。ケアマネジャーもそれまでの人生において馴染みの環境や「していたこと」をプランに織り込むことで、認知症のケアプランを作成した気になる。しかしはたして、それが認知症の人々を快方に向かわせているのだろうか。現在多くの現場で認知症ケアと理解されているステレオタイプのケアから、認知症の人々それぞれの尊厳を保つケアへもう一段ステップアップするためには、疾病によって起こった認知機能の障害を適正に理解するだけでなく、日常の観察から通常の人々とは異なる認知症の人々の個別の認識の世界をともに共有したうえで、生活をサポートし、その立場に立って先だった状況設定や対応をする能力が必要とされる。

### 2. 介護福祉士教育における認知症ケア

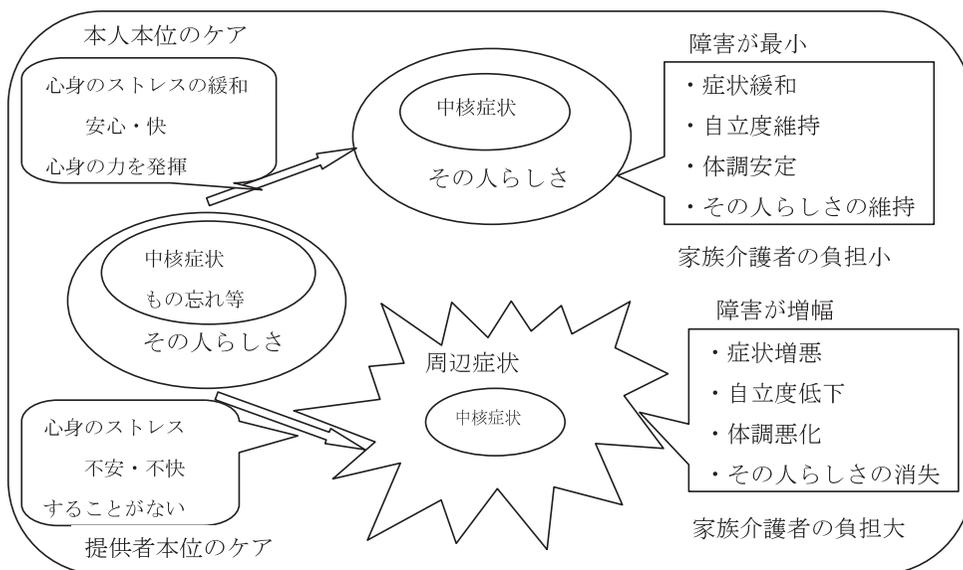
2010年3月厚生労働省の受託事業として、2012年の医療・介護保険同時改定を見据えたグラウンドデザインとでもいうべき「地域包括ケア研究会の報告書」がまとめられ、その報告書において認知症ケアのスーパーバイザーとして、医療職でも看護職でもなく、介護福祉士が位置付けられたことは特筆に値する。また、この介護福祉士に関しては、今後の介護人材養成のあり方

<sup>3</sup> 諏訪さゆり (2010) P60-70。

に関する検討会<sup>4</sup>中間まとめによると、これまで実務経験ルートは、実務経験3年ののちの国家試験受験資格であったが、平成24年から6カ月（600時間）以上の教育プロセスが義務付けられ、専門職としての知識及び能力が強化されようとしている。その教育プログラムに介護の基礎となる「人間の尊厳と自立」30時間、「介護過程」150時間が教育に加わった。その教科目である「認知症の理解」には、『認知症の基礎知識』、『認知症の人の心理』、『認知症の人のケア』、『家族への支援』、『認知症の人のケアと権利を守る』が盛り込まれている<sup>5</sup>。

介護福祉士の教育を見てみると、これら一連のカリキュラムで最もボリュームも多く中心となるのは、『認知症の人のケア』である。ここで中心となる考え方は、ケアのあり方によって認知症の人の状態が変わってくるというものである。認知症の周辺症状は不安や不快による心身のストレスによるものであり、それらを解消することによって脳の器質的変容による認知機能障害があっても、周辺症状が起こらず、その人らしさを保つことができるといった考えによるものである。

図1. ケアのあり方による認知症の人の現状の違い



(出所) 長谷川和夫編(2008) 認知症の理解 介護の視点から見る支援の概要 建帛社  
「第3章 認知症の人のケア」P86より

図1のモデルは、認知症の周辺症状を脳の器質的変容による障害の延長とみなすのではなく、心身のストレスによって惹き起こされる二次的な、不安・不快の兆候とみなすことを表している。これは明確なエビデンスはないにせよ、これまでのように認知症になったら何もわからなくなり、手の施しようがないといった絶望的な考えから、家族や介護現場で認知症ケアを行うものにとって、自分たちが行うケアが意味あることと感じて、前向きにとらえることができる。

<sup>4</sup> 厚生労働大臣政務官の指示に基づき、社会・援護局及び老健局が共同で主催する、社会・援護局長が招集する検討会 座長：駒村康平。

<sup>5</sup> 長谷川和夫 (2008)。

もちろんこれらの安心・快を与えるケアとは、認知症の人々にとって皆同じではなく、個別な対応が必要になってくる。このような考えは、一つの疾患の原因を標的にし、標準化された治療法によって対応できるものでもないために、これまでの医療による対応のみでは限界がある。そのために新たな専門性が必要とされるため、ケアの専門職としての介護福祉士がその役割を担うことを位置付けられたといえる。

次に、表1のサービスの特徴から考えると、認知症はこれまで家族が誰にも相談できなかった時代から、老人病院への入院、それに代替する大規模施設への入所の経過を経て、それぞれの生活の延長として本人本位の専門的な介護によって対応されるべきであることがうかがえる。

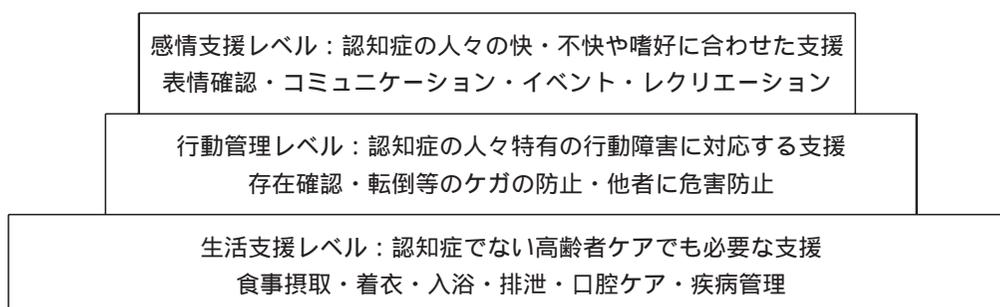
表1. 医療と介護のサービスの性格

	医 療	介 護
サービスを受ける状態	通常とは異なる状態で、時には命の危険さえある状態で、明確な回復が求められる。状態は不安定。	老化や機能障害があるにせよ、急激な回復は望めず、また急激な増悪もなく緩やかな進行。状態は固定的。
提供サービスの性格	原因疾患を明確にし、薬や手術でそれらを取り除き、安静の為の管理を行う。	日常生活の不自由をサポートし、できるだけ自立した生活ができるよう支援する。
サービスへの本人の評価	体の中で何が起きているか分からず、自ら評価できない。	快・不快や、自分に合ったサービスが自ら評価できる。

(出所) 独自に作成

また、これまで介護保険の要介護者は、日常生活動作に不自由があるという理由で生活支援レベルの援助が重要と考えられてきたが、認知症ケアでは特有の行動障害に対応するための行動管理レベルの支援が認知症ケアと考えられてきた。しかし、介護福祉士テキストによると、その上の支援として表2のように感情支援レベルを位置付ける必要がある。この感情支援レベルを専門性で見なすならば、これまでの医療職によるけがや疾患といった異常な事態を正常な

表2. 認知症ケアに必要な支援の分類



(出所) 独自に作成

状態に戻すための管理といった専門性では、個別の嗜好に対応することは不可能であり、その新たな専門性がこの認知症ケアであろう。しかしこのテキストのカリキュラムではたして本当に認知症の本人にとって、最良のケアが提供されるのか。また、これらの教育を受けた者たちが現場に出て実際に認知症の人々が満足のいくケアが提供できるようになるのか。

介護福祉士がスーパーバイザーにつく魅力は、認知症ケア専門職の知識に加え、現場のケア提供者として、ケアを受ける認知症の本人と共有する時間も長く、その反応や言動を観察できる機会を多く持っていることにある。しかしこの介護福祉士養成テキストでは、認知機能障害によって二次的に起こる生活心理上の困難のメカニズムは明らかにされていない。そのメカニズムの理解に基づいて苦しみを除去し、本当の意味での安心が提供されなければならない。そのためには、まず認知症の障害による不安や不快のストレスの心理状況を構造的にとらえることからはじめなければならない。それができれば、認知症の人が認知機能障害によって一般的常識とは異なる認識しかできなくても、それをその人なりの世界とのつながりととらえ共有し、安心し安定した状態を作り出す可能性が生まれる。そして、現在の住環境や、一緒に入所している他の利用者、スタッフとの関係において、健常者とは全く異なる状況認識しかできない認知症の人々は、我々とは全く異なる自分なりの「快」をもとめている。この認知症本人の立場を承認するという態度決定のうえに、認知症の人々の選択を予測し、状況設定を演出していくケアの可能性が与えられる。

### 3. 認知症の人々と健常者である介護者との関係性

前述の認知症の人々の生活上で発生する困難のメカニズムを理解し、その理解に基づいてケアを提供していくためには、彼らがおかれた状況を介護する側が理解して、はじめて苦しみを除去し安心を与えることができる。しかし、その立場の理解に至るには健常者側にある現代社会の常識といった越え難い壁が立ちほだかる。

広瀬は、在宅で認知症の人々を含む要介護高齢者の介護を行う家族介護者の精神的側面を肯定・否定の大きな二つの領域に焦点を当て、その関連要因等を明らかにした。その中で、信頼性が検証された「認知的介護評価」尺度の否定的評価として「社会活動制限感」、「介護継続不安感」、「関係性における精神的負担感」、及び肯定的評価として「介護役割充足感」、「高齢者への親近感」、「自己成長感」の6つの主成分を抽出している<sup>6</sup>。これらは、介護者の精神的側面を負担感といった否定的側面のみで見るストレスモデルから、要介護者の症状や要因を介護者のストレスサーとみなしてはいるが、その影響による介護者の肯定的側面に光を当て、内的資源として否定的側面を緩衝していく作用を見出したものとして評価できる。とはいえ、広瀬の研究はあくまでも介護者側（一般の健常者の常識的認識）に生じた精神的側面に光を当てたに過ぎない。社会関係においてその影響及び、その影響を受ける側の作用が一方的であることはあり得ない。介護者に生まれたストレスの影響は、要介護者に対する態度や言動及びその対処といった形であらわれ、必ずケアを受けるものにその影響がおよび、反射としてのストレスを呼び起こす。この相互関係をアンケートによって調査した。

平成21年9月から11月の間に鹿児島市近郊の複数の通所系サービスを利用した認知症の利用

<sup>6</sup> 広瀬美千代 (2010) P54-67。

者の家族介護者123人に対するアンケート調査がそれである。有効回答数は90通（有効回答率71%）であった。調査内容は、家族介護者から見た通所系サービスの利用者の状態と、サービスに対する家族の期待である。

質問内容は、

Q1. 介護を受けている方の日常生活の自立の程度を教えてください。

完全に自立している    ある程度自立している    あまり自立できない    自立できない

Q2. 介護を受けている方の意思表示の程度を教えてください。

完全にできる    ある程度できる    あまりできない    全くできない

Q3. ケアサービスに対して、あなたが期待する効果を教えてください。

元気になってほしい    落ち着いた状態になってほしい    自立した状態になってほしい  
病前の状態に近付いてほしい    その他

これらの設問のうちから選択して回答するよう求めた。

表3. 認知症利用者の家族介護者に対するアンケート結果

Q1. 自立程度	回答数	割合	Q2. 意思表示の程度	回答数	割合
完全に自立できる	1	1.11%	完全にできる	12	13.33%
ある程度自立できる	34	37.78%	ある程度できる	48	53.33%
あまり自立できない	33	36.67%	あまりできない	25	27.78%
自立できない	22	24.44%	全くできない	5	5.56%
合計	90	100%	合計	90	100%

Q3. 介護サービスに対する期待効果	回答数	割合
元気になってほしい	14	15.56%
落ち着いた状態になってほしい	29	32.22%
自立した状態になってほしい	24	26.67%
病前の状態になってほしい	13	14.44%
その他	7	7.78%
空白	3	3.33%
合計	90	100%

（出所）鹿児島市近郊の通所系介護事業所に依頼し、認知症高齢者の日常生活自立度にて利用者を抽出し、その介護者に協力いただいたアンケート調査の結果によるものである。

結果は以下の表3のとおりである。Q1の選択肢「完全に自立できる」「ある程度自立できる」を「自立程度 (+)」とし、選択肢「あまり自立できない」「自立できない」を「自立程度 (-)」と2分割する。同様に、意思表示の状態に関する質問であるQ2選択肢「完全にできる」「ある程度できる」を「意思表示 (+)」とし、選択肢「あまりできない」

「全くできない」を「意思表示 (-)」とに2分割にした。さらに、ケアサービスに対する期待効果の質問であるQ3の選択肢「その他」を選んだ人の具体的理由は「現状維持」であった。そこで「元気になってほしい」「落ち着いた状態になってほしい」及び「その他」を現状における状態の改善と捉え「現状受容」とし、「自立した状態になってほしい」と「病前の状態になってほしい」を「回帰願望」に整理した。Q1, Q2で分けた4つのカテゴリーで、そのQ3の回答の内訳をみると表4のような結果を得た。

表4. 認知症の人々の自立及び意思表示の状態別の介護者のケアサービスに対する期待効果

	現状受容	回帰願望	合計	回帰願望割合
自立程度 (+)	21	13	34	38.2%
自立程度 (-)	29	24	53	45.3%
意思表示 (+)	34	23	57	40.4%
意思表示 (-)	16	14	30	46.7%

これらの結果を見ると「自立程度」にしる、「意思表示」にしる (+)の方が回帰願望割合が少なく、(-)の方が回帰願望の割合が高いことがうかがわれる。これは家族介護者が要介護者を主観的に評価した状態という制約の下ではあるが、「自立程度」及び「意思表示」状態が悪い方が、かえって自立した状態や、病前の状態を期待する傾向を示している。自立程度、意思表示ともに状態面から見て重度であろう (-)の方が、現状を受容したうえで「今の状態でも、落ち着いて元気になってくれればいい」といった願望よりも、「どうにか自立した病前の状態に戻ってほしい」と願う割合が高い。現状と家族介護者の期待値の差は大きい。この差は家族介護者の強いストレスを想定させると同時に、介護を受ける側に生じるストレスの大きさもうかがわせる。これらの結果は認知症の人々の状態におけるニーズと家族介護者の思いの間に、著しい乖離関係が双方のストレスの原因になっていると推察される。

認知症の人々は脳の機能の障害のため、状況認識やそれに基づいて行う意思決定が、健常者の現実世界とは異なる認識によって行われる。そのため、彼らはいつも認識において一般の現実世界の認識とは異なる規範で生活しているとみなされるべきである。彼等の認識によって行われる意思決定の結果としての行動を、健常者が生きる現実社会の常識で評価するならば、非常識な言動・行動と捉えられ周囲との軋轢が生じ双方にストレスが生じる結果となる。こういった循環は認知症の人々の周辺症状への移行を、脳の器質的変容にともなう中核症状の延長として説明するのではなく、認知機能障害による二次的なストレスの心理的影響とみなす立場に立てば、容易に理解できる。認知症の人々が疾患に罹患しても、穏やかな暮らしで周辺症状へ移行しない状態を保っていくことは可能である。それを現実にするためには、たとえ家族であろうとも、健常者側からの社会一般の規範を押し付けてはならない。認知症の人々が認識する世界の理解に健常者の価値観による期待感を持ち込んだのでは、彼らのストレスの構造に対応した不安や絶望を最小にするケアを行うことはできない。この視点は、介護者だけをいくら観察しても出てこないといえよう。

## 第2章 各分野における認知症の研究

### 1. 現在の医学と脳科学における認知症研究

現在認知症の原因疾患で最も多いとされる、アルツハイマー病は大きく「家族性アルツハイマー病」（染色体優性遺伝し、若年で発症する）と「孤発性アルツハイマー病」（明確な遺伝性が認められず、通常65歳以上の高齢で発症する）に分類され、家族性アルツハイマーと診断されるのは、全アルツハイマー病患者の1%以下であり、99%以上は孤発性アルツハイマー病が占めている。しかし、その原因は明らかにされておらず、この危険因子を同定することは治療戦略を立てる上で重要であるが、最大の危険因子は年齢（高齢）とされている<sup>7</sup>。認知症は、「一旦獲得された知的機能が不可逆的に阻害されることにより、自立した生活が困難な状態」と定義され、大脳皮質あるいは白質が一定以上に不可逆的に障害される脳変性疾患によるものであり、アルツハイマー病では海馬、側頭葉及び大脳辺縁系に神経細胞変性と脳萎縮が始まり病変は大脳皮質に拡大する。病変部位では アミロイド蛋白の沈着による老人斑や神経原線維変化が多数見られ、現在この病変は20年かかって完成するとされている<sup>8</sup>。これらの脳の変容により、認知機能が障害され問題行動等の周辺症状へ移行するとされている。中核症状としての認知機能障害は、記憶障害（もの忘れ）、見当識障害、実行機能の障害、失語、失行等とされ、問題行動を中心とする周辺症状は暴言暴力、徘徊、異食、常道運動、奇声等のBPSD等とされている。

これまで、医療において認知症はその診断と薬物治療が中心に研究が進められてきた。現在、医学的診断においても科学的根拠に基づいた診断としてCTやfMRI、PETによる画像診断の研究が進められ、認知症の原疾患の鑑別も精度を増してきている。ここでやはり重要なことは、明らかに脳の器質的変容にともなう障害は不可逆的なものであるということである。現在脳科学において脳の働きをその神経システムとして捉え、また各部位の機能と役割が明らかにされつつある。これを脳の働きの機能局在として研究が進められている<sup>9</sup>。これは記憶といったことに対しても短期記憶、長期記憶、その他場所の背景などを記憶する部位はそれぞれ決まっていることも明らかになっている。

その中で周辺症状であるBPSDは可逆的なものであり治療可能なものとしてとらえられ、医学的視点においてこれを抑えることが目的として治療やケアが行われている。このBPSDという概念は、1996年のIPA（International Psychogeriatric Association 国際老年精神医学会）のシンポジウムにて命名され、言い換えれば、「家族や周囲の人たちが対応に困る事態」が現実的な定義ともいえようし、さらにこれを緩和すること、あるいは可能ならばコントロールすることが臨床的に重要であり、介護する家族や介護者の負担軽減に直結すると西村は述べている<sup>10</sup>。臨床における治療は、疾患や症状を標的とし管理することである。しかし、果たしてこれらの周辺症状はだれにとっての問題なのか。誰のためにBPSDのコントロールが必要なのか。表2の認知症ケアに必要な支援の分類で見ると「行動支援レベル」における介護する側や

<sup>7</sup> 西道隆臣 (2007) P690-693。

<sup>8</sup> 柳沢信夫 (2007) P7～16。

<sup>9</sup> 田中啓治 (2008) P1-17。

<sup>10</sup> 西村 浩 (2009) P87-94。

周囲の人々にとっての労力が削減できるが、そのケアによりこれらの行動が抑えられることによって、認知症の本人の困難はやわらがない。認知症の本人にとって支援される目的とは何か。本論文における立場は、認知症における日常生活障害を、直接脳の器質的変容による不可逆的に阻害される「知的機能」の障害が引き起こす症状とは見ない。認知機能障害が起点に存在しても、二次的な社会的要因が直接の引き金となった心理的ストレスが発現したものとみなす。そして、家族等周囲の困難を緩和するためだけではなく、認知症の本人が安心・安定しその人らしさを保つためのケアのあり方を考察するものである。

## 2. 新たな認知症研究

これまで、認知症ケアに関する研究は、在宅で認知症ケアを行う家族介護者の負担感<sup>11,12</sup>や、介護施設で実施されているアクティビティケアの効果評価<sup>13</sup>が中心であった。しかし、昨今では、社会における人間関係の視点から認知症のBPSDの症状を分類するなど、新たな試みの研究も行われており、横井等<sup>14</sup>はBPSDを認知症の人が持てる能力を使い複雑な人間関係を処理しようとしている姿であるにとらえ、その退行段階をより細分化してとらえるために、欠落能力の分類を試みている。彼らは他者の心の状態を推定する能力を「心の理論」、あるルールや基準からして自分は良いのか悪いのかという評価の能力を「内省」、自己に対し注視し、他者と自己を区別する能力を「自己意識」と分類し、その分類に照応したモデルの作成を試みている。このモデルは認知症の進行状態を評価する新たな視点の試みであるが、人間の発達段階を基準にしたものであるため、「退行」といった言葉を用いているものの、はたして退行であるのか、人格崩壊の進行であるのか、またその変化の原因やそれらを改善するための方法は明らかにされていない。より一層の認知症ケアに実際に効果をもたらす人間関係の分析が必要となる。

## 第3章 認知症の人々のストレスの構造的分析

### 1. 周辺症状移行者とその過程

前述の図1において、「本人本位のケア」、「提供者本位のケア」それぞれのモデルで認知症の人々に与える影響の違いを示しているが、それらケアの性格はあくまで結果としての認知症の人々の状態に対する要因であり、認知症の本人にとっての周辺症状をひきおこす原因は明確にされていない。しかし、図1では、認知症による心身のストレスによって周辺症状が発生したものは、通常では耐えられないストレスによって自分らしささえ失った状態に移行することがうかがえる。再度生きていく希望（条件）の獲得がなされなければ、その人らしさや安定した状態を取り戻すことはできない。その為には明らかに自分でもおかしくなっていると感じている認知症の本人にとって、その場しのぎではない自分を支えてくれる信頼に基づく人間関係を獲得することはその条件である。その信頼関係を築くための理論は、認知症の嗜好のみの

<sup>11</sup> 武地 一 (2006) P207-216。

<sup>12</sup> 牧迫飛雄馬 (2008) P59-67。

<sup>13</sup> 長倉寿子 (2009) P1401-1408。

<sup>14</sup> 横井輝夫 (2008) P997-1008。

「快」を提供してくれる人々ではなく、疾病によって起こった認知機能の障害を適正に理解し、その通常の人々とは異なる認識の世界をともに共有したうえで、生活をサポートしてくれる人々である。そのためには、認知症の人々の不安・不快の心理状態を構造的に理解し、それらを取り除くためのケアを行わなければならない。このことはテキストに明示されていない。

## 2. 認知症の人々の不安の理解

提供者本位のケアによる心身のストレスによって、認知症の本人はどのような作用がはたさき、その人らしさが失われ、周辺症状が発生するのか。そのメカニズムを明らかにするには、認知症の中核症状の状態とそれによって起こる本人の苦痛の経過を明らかにする必要がある。言い換えるならば、認知症の初期の人が、認知機能障害によってこれまでできていたことができなくなったり、つじつまの合わないことを言うようになった時にどのような対応をすれば、中核症状が進行してもその人らしさを保ち、周辺症状が発生しない状態でいられるのか。

そこで、大井は、感覚的ではあるが、認知症の人々の心の状態を知る意味で示唆に富む記述をしている<sup>15</sup>。「言うまでもなく、私が周りの世界とつながっているためには、見たもの、聞いたこと、喋ったことを記憶しており、ここが何処で、いま何時なのか見当がついてなければなりません。このつながりの喪失が、認知症の人に『不安』という根源的情動を抱かせることになります。怒りや妄想などは、存在を脅かすその不安が形を変えたもののように見えます。とは言うものの認知症の人たちは、私たちが『世界』と信じている世界と厳密につながらなくとも、それぞれの世界を記憶に基づき創りあげ、そこに意味と調和を見出している場合も多いのです。……世界が同じはずなのに私がつながる世界が違つとすれば、この私とは何なのか、という疑問がわきます。たとえば、若く健康で能力に自信があったときの『私』は、健康や異性や未来の可能性などにつながりの価値があると信じました。しかしいまや進行がんに侵された別の『私』は家族や友人などを通じて世界とつながりを見出しています。しかも不思議なことに、『私』が感ずる『生命・生存・生活の質 (QOL)』は健康な人と同じように高いのです。現実には不治の病気があるのに、私たちは『健康』だと思うことさえ可能だし、そのようにして世界とつながりを維持することができるのです。」

この一説の中で見いだせるのは、人間は死を目前にした時でさえ、自分なりの事実としての記憶を本来の事実とは異なる形で認識してでも、その時々状況に合わせて世界と前向きにつながるができるのである。言い換えるなら、社会とつながるといった認識は自分の記憶による解釈であり、そのつながりが喪失すれば自分自身さえ分からなくなり、不安な感情にさいなまれる。これまで認知症の人々は中核症状としての認知機能障害のために、できていたことができなくなったり、周囲から見ると社会一般の常識といった規範から逸脱した行動や言動をとってしまうために、全てを否定されてきた。しかし、彼らは疾病によって起こった認知機能の障害があっても、自分なりの残された記憶の中で、社会と前向きにつながりを保とうと必死になって、自分なりの認識を作り出そうとしていると理解するべきである。これらの記憶や心理の構造を理解しなければ、認知症の人が障害を持ちながら自分らしさを失わず、安定していくための支援はできない。

<sup>15</sup> 大井 玄 (2008) P7-9.

### 3. 認知症の機能障害の構造

まず認知症の中核症状は単に記憶障害によって様々なことが思い出せないことによる苦痛だけではない。本来頭頂葉、側頭葉、後頭葉は感覚器を伝わり外界や体内から現実世界の情報を得て、それらの情報のコピーが前頭葉に送られるが、その際前頭葉ではそのコピーに出来事記憶や知識といったこれまでに自分が持っている記憶が組み合わされる。その結果、状況に対しこれまでの経験によって対応するための様々な出来事記憶による選択肢が想定（シミュレーション）され、それを比較し好ましい結果をもたらすような行動を選択する。岩田は、認知症で徘徊や幻覚とか妄想と呼ばれてきたものの多くは、頭頂葉、側頭葉、後頭葉が「うまく働かず」、主に前頭葉の働きでシミュレーションが行われ行動が決定されてしまう結果だとしている<sup>16</sup>。そう考えると、認知症の人々も前向きに社会とつながるために、外部からの情報に対し、自分にとっての最善の意思決定をしようとするが、シミュレーションのために引き出してくる記憶が、脳の器質の変容によって周囲から見た現実認識とは異なる記憶を引き出してきてしまう。その結果が認知症の人々の行動や言動となると考えられる。これらの意思決定による行動は世間一般の常識から見れば、逸脱した行為とみなされる。しかし、新たな情報に対しての状況認識によって対応を迫られ、日々連続する場面において、周囲からは奇異に映るかもしれないが、本人にとっては残存している記憶の中から、最適と思えるシミュレーションを行い、最も自分が安定し、また安心できる状況を社会に対し作り出そうとしている。そうとらえるならば、その状況認識に合わせて、周囲と一緒に認知症の人にとって最適な状況を作り出すことが、その人らしさを保ち、安定した状態を作り出すためには必要である。そこで喪失してしまった記憶を補充しようとしてせっかく引き出してきた世界とのつながりを保つための記憶を否定し、無理に周囲の健常人々の常識的な認識に合わせて矯正することが、認知症の人々の生活をどれだけ改善することができるのか。それどころか、世界とのつながりを少しずつ失わせ、より一層不安をかきたてることになる。周囲の健常人からしてみれば誤った認識としての記憶であっても、残存能力として本人が安定するための認識として、かえって大切にしていけるべきである。言い換えるなら、他者から見れば誤った認識であっても、日々連続して知覚される外部からの情報に安心して対処していくための規範となる認識（記憶）を、ともに世界とのつながりとして構築することが、周辺症状を起こさないためのケアの方法と言えるであろう。

このような考え方は、唯一の事実を明らかにするために、エビデンスを最も重要視するサイエンスの考え方とは逆行するものであるかもしれない。そういった意味からも、それぞれの認知症の人々自らがより安定するための認識を、個別に理解する Care（気づかう）を行うためには、サイエンティストである医療職ではなく、新たなスペシャリストとしての介護福祉士に期待が寄せられるところである。

## 第4章 認知症の人々の不安に対応するケア

### 1. 意思決定の規範となる認識としての記憶

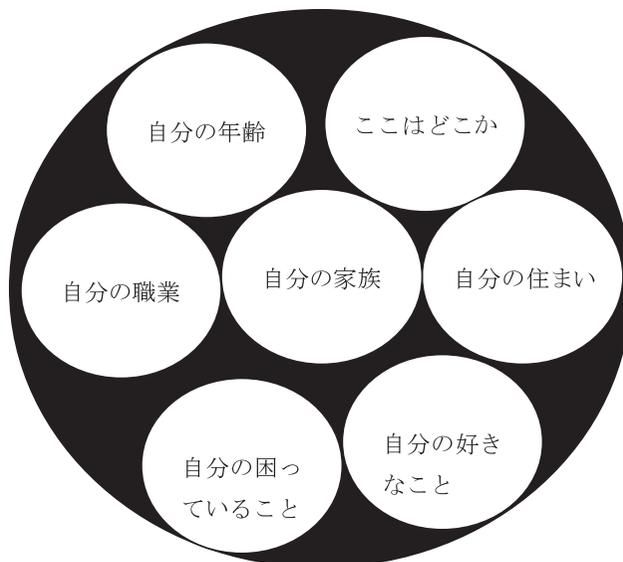
認知症の人でなくとも、老若男女全ての社会生活を送るものは、刻々と迫り来る状況の知覚

<sup>16</sup> 岩田 誠 (2009) P1-49.

に対し、自らの価値観、もしくは自らの価値による判断によって自己決定を迫られる。その価値観は記憶に基づくものであり、例えば某企業の管理職であるサラリーマンは、朝起きた瞬間から「今日は何月何日であり、午前中大切な得意先との商談があるために、商談に合わせたスーツネクタイを着て、商談に出かける前に夕方の会議の資料に対しての指示を、部下に伝えておかなければならないので、早目に家を出なければならない。」等自分の認識としての様々な記憶に基づき意思決定を行う。これらの判断の規範となる認識は当然学生のそれとは異なり、経験に裏付けされたものであり、価値観というよりもこれらの社会的立場の自分に価値を見出し世界とつながっているのである。言い換えるならばそういった認識が規範として存在するおかげで、自分なりにスムーズに判断ができるのである。

それに対し、認知症の人々は脳の器質的変容をともなう疾患のために、現状とは異なった認識の記憶を引き出してしまふ。そのため、社会一般の常識的認識からすれば、あやまった判断を起こしてしまふ。その結果周囲との軋轢を生みだし、否定され矯正されようとする。周囲からのそれらの圧力により、図2のような意思決定規範となる様々な認識に疑問を抱き、ひいては誤った認識を行うどころか、ポツカリとその部分の認識が欠落していくのではないか。この様々な認識はただ意思決定のためのみ有効なものではなく、自分と世界とのつながりであり、自分自身を社会にとって価値ある存在とする認識であろう。壊れた脳の機能障害を修復し、正確な認識への矯正は不可能であるならば、社会一般から見れば誤った認識であっても、認知症の人々が自らを社会とつながるために残存する記憶によって認識を作ることが必要である。そう考えるならば、認知症の人々が客観的に誤った認識を持っていることよりも、規範となる認識において、自分なりに解釈した、誤った認識さえも持っていないことのほうが、認知症の

図2. 意思決定を行うための規範となる自己認識



(出所) 独自に作成

人々の不安定さを表象しているにとらえるべきである。

認知症ケアは認知症の人々の言動や行動が正しいかではなく、まずは客観的認識からはまちがっていても、彼らなりに規範となる自己認識をもっているか。持っているならば、不安定で変わりゆく脳機能において、常識とは異なる認識であっても、より安定した認識を持てるように、その世界を共有していくことが重要と言えるであろう。

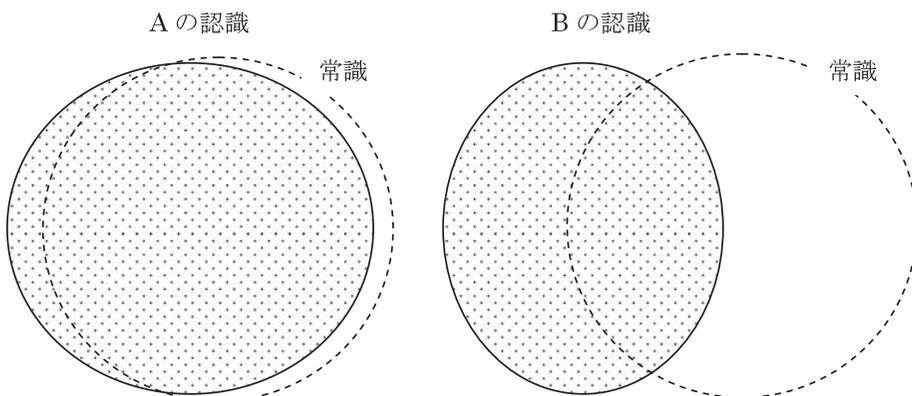
## 2. 認知症ケアの専門性とは

それでは、認知症ケアの専門性とは具体的にどのようなにとらえることができるのであろう。認知症の人が認知機能に障害が起こり、残存する記憶による認識によって、どうにか世界とつながろうとする不安の中で、より安定した状態を作り出す援助とはどのようなものであるか。図3のように点線の円を現実世界には実際には存在しないにせよ、最も中庸な一般的認識としての常識であると仮定するならば、楕円Bに比べ楕円Aはその交わる部分が大きい。この楕円をそれぞれ人の認識とするならば、Aの認識はより一般的な認識部分としての常識と交差する部分が多いので、他者からその共通理解が得られやすく、わずかの外れた部分は個性として受け取られるかもしれない。しかし、Bの認識は常識と交わる部分が少なく、常識としての一般的な理解から外れた部分が大きく、健全な普通の人々はその大きく外れた部分を認識することを認めない、もしくは認識することさえできないかもしれない。Bの認識を認知症の人の認識とするならば、これは障害によって、このように常識とは大きく外れた認識しかできなくなっている。例えば、80歳の認知症の人が自分を20歳代の若者と思っている認識かもしれない。または、短期記憶の障害によって少し前に自分がしたことを忘れるために、いつも自分は食事をしていないと思っている認識かもしれない。または何十年も前に当然亡くなっているはずの母親がまだ生きてると信じている認識かもしれない。これらの認識は一般的な現実社会の感覚からは、認識としては許容できる範囲を超えたものであるが、このような認知症の人々の認識を、彼らなりに残された記憶で一生懸命少しでも自分にとって安定して世界とつながるために形成されたものととらえなければならない。

これらの認識はただ側から見ていただけでは理解できない。これらの認識を理解しようとする者は、その人と話をして、その人の行動をよく観察し、また最も重要なことはそれらの認識を自分なりに受け入れ理解しようとする準備ができてはじめて理解できる。そういった意味では認知症ケアの専門性とは、認知症の人々一般に対して何ができるといったことではなく、一人一人の認知症の人々に対し通常ではありえない認識の世界を理解し、その世界をともに共有することができる能力といえるであろう。図3のBの認識における常識と交わらない部分を理解し、その同じ認識で対応することができてはじめて認知症の人々から信頼を得るに足る「なじみの関係」となれるのである。

このような対応を初めて会う認知症の人に対して、外見だけでその人が世界とつながる認識を理解せずして対応することはできない。十分に観察し理解するための時間が必用である。多くの認知症の人は他者に懐疑的であり、時間をかけて心を開いて、少しずつその人の認識を表出させ理解し、また本人にケアする側がその認識を理解していることを伝えていく過程が必用である。認知症の人々の常識的な理解ができる認識と、一般的常識では理解できない認識の世

図3. 健常者の認識の世界と認知症の人々の認識の世界



(出所) 独自に作成

界も含め、全体像として対応できる能力こそが、認知症ケアの専門性といえるであろう。

実際に、ある認知症対応型通所介護事業所では、認知症の利用者の感情や行動の洞察と、コミュニケーションを重要視したケアを行っている。その事業所では利用者の表情や動作を観察し、スタッフ間で情報を交換して常時状態を評価している。そしてとにかくできるだけ利用者の横に付いて会話をするようにしている。もちろん、認知症の人々は相手に合わせて話題をつくることができないので、スタッフが利用者に合わせて会話を進める。その時できるだけ一般の人々と同じようなスムーズな会話ができるよう表情を観察しながら、好きな会話（受け答えができる会話）の内容や嫌いな会話（理解できない会話や、思い出せない会話）の内容を把握していく。好きな会話であれば、少し前に聞いた話であったり、何度も聞いている話であっても話の腰を折ったりせず、また会話の内容の辻褄が合わなくても否定したりしない。スタッフが気をつけていることは、認知症の人々がテンポ良く、また気持ちよく自ら発話できるように誘導してあげることである。ある利用者は、過去の自分の自慢の同じ話を何度も得意気に話し、ある利用者は記憶を要する過去の話や複雑な話よりも、天気や今日の食事や、「今日何をするか」など現在よりも未来の話を中心に会話を行う。これは会話の内容よりも、その日一日の会話によって他人とまた社会と繋がっていたことが、例えば記憶としては保持されなくても感情レベルで満足感として残っていることを重視してケアを行っているのである。<sup>17</sup>

しかし、一般社会の常識と異なる認識しか持てない認知症の人の認識を受け入れて、その人にとって好ましい判断を周囲が行うことは、介護を行う者であっても日々常識の世界に生き、その中での意思決定に慣れている健常者にとって容易なことではない。だからこそ認知症ケアのスペシャリストとしての専門性が今求められるのである。

### 3. 認知症の人々の合理性

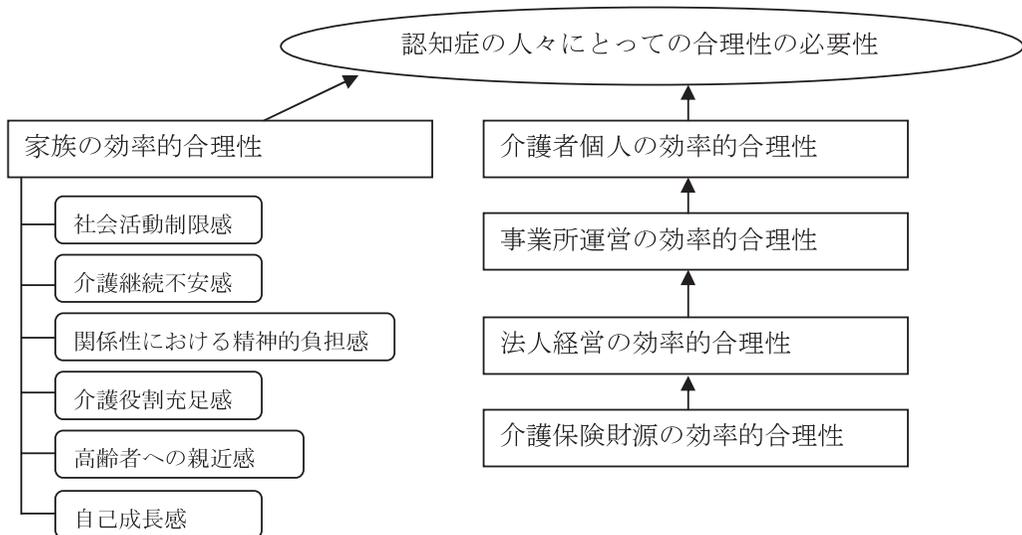
前述のようなケアを行うことは、あえて認知症の人々は集団における共通認識を持っていないことを前提とするうえに、ケアする側が客観的に認識できる情報とも異なる認識によって対応し

<sup>17</sup> 村上浩章 (2008) P165-181。

ていかなければならない。認知症の人々に対するケアとしては合理的であっても、社会一般の常識から考えれば、ケアする側がそれぞれの認知症の人々の異なる認識を共有し、対応していくためにまちがいに時間手間もかかる。日々忙しく仕事をもって家事をし、子供の世話をしなければならない嫁が介護者であるとすれば、目の前の雑事を合理的に対処しなければならない立場として、その現実とは異なる認識を理解し対応することはかなりの困難を要する。また、認知症の人に安定した認識を新たに作り出していくためには、コミュニケーションによって記憶や認識を整理していくためにも、片手間の対応ではなく、じっくりと向き合って話す意識の共有が必要である。ケアする側もまさに日常とは異なる世界に没頭できなくてはならず、現実社会の論理からすれば非効率的なケアである。しかし、現在認知症の多くの人々が身を置く場所は何よりも、図4のようにこの効率的合理性が求められている現場がほとんどである。

しかし、ここで理想とする認知症ケアは、介護者からは目に見えない認知症の人々の認識の中で構築された世界を受け入れ、信頼するに足るべき人としてコミュニケーションをとっていかなければならない。これは、日々介護現場を業務として入浴介助やレクリエーションの準備、調理とあわただしく、効率的にこなしていかなければならないといった意識において、その世界を共有することも困難である。これは、あわただしく大規模事業所において日々数多くの利用者に対応してきたベテランの介護職員が、突然時間がゆったりと流れる、小規模事業所に入った時に、最初は「この仕事はなんて楽そうだ」と感じる。しかし、その介護職員は数日経つと認知症の人々と対峙して長い時間を過ごすことの大変さを思い知るようになる。彼らの認識を理解し、共有してコミュニケーションをとれないと、彼らは見知らぬ人がいるという状態の下で、そわそわだし不穏な状態となる。この局面において、認知症の人々の認識に基づく世界観によって対応するすべを理解できなければ、そのスタッフは「あの利用者は自分のことを

図4. 認知症の人々を取り巻く効率的合理性



(出所) 広瀬美千代(2010)の認知評価尺度を利用し独自に作成

嫌っている」とかたづけてしまうか、自分を受け入れてもらえない事態がつかなくなって離職に至ることさえある。

これは直接認知症の人々と接するスタッフだけの問題ではなく、介護事業所の多くは介護保険施行以前はとくに、大規模事業所がその役割の中心であったため、どれだけ効率的に入浴させ、どれだけ効率的に食事を済ませるかといった考えが、サービス提供の規範であった。いくら現場のスタッフが認知症の人々の個々の認識に合わせたケアを行おうとしても、経営的な観点から人件費を考えると利用者一人当たりのスタッフを増やすには限界がある。個々のペースに合わせて食事や入浴を行ったり、ゆっくりとコミュニケーションを取る時間を現場に与えることは、経営者や管理者にとっては容易ではない。事業所内のケアに限定した場合でも、これだけの条件が整って初めてそれらすべての階層の理解や条件がそろうことで、認知症の人々の認識に合わせたケアが可能となる。

## 結び

現代社会は高度な産業社会として複雑な制度や仕組みが入り組んでいる。つまり、複雑な流れを効率的に利用できる人々に向け設計された社会である。その結果として社会に対し、対応できない人々は問題者として排除されてしまう危険を常にはらんでいる。これまでの効率を最大の価値とする20世紀において、認知症の人々に対する理解は、認知症になれば何もわからなくなってしまい、治ることのない病として、これらの人々の心の様相等は思いはかられる余裕もなく扱われてきた。しかし、これら認知症ケアの問題は日本だけの問題ではなく、他国においても政策的に問題となっている。日本よりも先んじて1995年に公的介護保険制度が施行されたドイツにおいても、2008年の7月の改正介護保険法において、これまでの介護保険制度の枠組みは認知症を十分に意識したもとはいえず、支援は量的にも不十分ということで大きく取り扱われた。課題として相談体制、介護認定における認知症判定、認知症の人に対する適切な介護方法・サービス提供のあり方、地域で支える体制づくり等が取り組みとして挙げられている<sup>18</sup>。こういった課題は日本でも同様であり、現在認知症ケアは新たな転換期といえる。この転換期におけるケアの最大の特徴は、認知症といった症状に対する見方を、再度周囲の一般的健常者の視点から、認知機能障害を持った人々の視点に置き換えようとする点にある。これまでいくどとなく様々な分野の専門家が、「認知症の人々の視点に立って」と唱えはしたものの、多くはその専門性に基づいた立場から離れられずにいるため、いまだ認知症ケア現場における理解は深まらない。

ここで冒頭に述べた、介護福祉士に対するスーパーバイザーとしての期待であるが、果たして、スーパーバイザーとは具体的に何なのか。スーパーバイザーとは、リーダーでもなく指導者でもなく、本論は全体を概観できるものととらえる。認知症を取り巻く関係者は、家族以外医師をはじめ多くは専門家である。専門家はその専門領域の知識を駆使して、良かれと思ひ様々な指示や助言を与える。そこで、様々な治療法やケアの手法はあるが、これまでその治療や効果に対して、その結果どういう状態になって、その人に対して何を効果ととらえるか共有できる目標

<sup>18</sup> 金井 守 (2008) P37-50。

がなかった。そこでスーパーバイザーの役割は、認知症の人の感情を含む生活全体を概観し、その人にとっての好ましい状態をとらえ、それを共有目標にし、ケアにおける意思決定の判断規範を示すことができる人材でなければならない。本来ニコニコと素晴らしい笑顔を見せる状態の認知症の人がいる。その人が何かの原因で不穏な状態が続き、徘徊が止まらないからといって、ただ落ち着かせるといった理由だけで、薬によって朦朧とした状態にするのがよい対応とは言えない。その人の日ごらの生活から認知症本人にとっての問題点をとらえ、できるだけもとの笑顔の状態に近づけるような、その人にとって好ましい対応を、周囲の関係者に説得できる能力が必用である。

本稿は認知症の人のストレスを緩和することを目指してきた。それには認知症の人々が認知機能障害によって一般的社会の認識とは異なる認識をしてしまうため、周囲との関係性における軋轢によるストレスの心理状況の構造をあきらかにする必要がある。そこから導かれるアプローチは効率性といった立場から見ると、きわめて非効率で手のかかるケアと思われるであろう。だが認知症の人々がいったん安心し落ち着いた状態になると、介護する側は穏やかな笑顔を見せてもらうことにより、その精神的負担はかなり軽減される。現段階では計量的な判断はできないが、この緩和手法により投入コストとしての介護労働力さえも削減することが可能かもしれない。今後の課題としてより一層研究を深めていきたい。

## 謝辞

ご指導いただきました鹿児島大学大学院人文社会科学研究所の山田誠教授に感謝申し上げます。

## 参考文献

- 岩田 誠 (2009) 認知症の脳科学 日本評論社。
- 大井 玄 (2008) 「痴呆老人」は何を見ているか 新潮新書。
- 金井 守 (2008) 「2008年ドイツ介護保険制度改革の意味するもの～人間を中心とする開かれた介護を求めて～」 田園調布学園大学紀要 第3号。
- 上城憲司 (2009) 「デイケアにおける認知症家族介護者の「家族支援プログラム」の効果」 日本認知症ケア学会誌 第8巻3号。
- 鈴木貴子 (2009) 「認知症の人の家族介護者への心理学的介入効果に関する体系的レビュー」 日本認知症ケア学会誌 第8巻1号。
- 諏訪さゆり (2010) 認知症のケア提供者に対する教育の現状と課題 老年精神医学雑誌 第21巻第1号。
- 武地 一 (2006) 「もの忘れ外来通院中のアルツハイマー型痴呆患者における行動・心理学的症候と認知機能障害、介護負担感の関連について」 日本老年医学雑誌 第43巻2号。
- 田中啓治 (2008) 認識と行動の脳科学 財団法人東京大学出版会。
- 長倉寿子 (2009) 「小集団活動が中等度認知症を有する高齢者のBPSDに及ぼす影響」 老年精神医学雑誌 第20巻12号。
- 西道隆臣 (2007) アルツハイマー病の原因療法に関する最近の知見 日本老年医学界雑誌 44巻6号。
- 西村 浩 (2009) 老年精神医学雑誌第20巻増刊号 - 。
- 長谷川和夫 (2008) 認知症の理解 介護の視点から見る支援の概要 建帛社。
- 広瀬美千代 (2010) 家族介護者のアンビバレントな世界 エビデンスとナラティブからのアプローチ ミネ

ルバ書房。

- 牧迫飛雄馬 (2008) 「在宅介護者の主介護者における介護負担感に関する要因の研究について」 日本老年医学雑誌 第45巻1号。
- 村上浩章 (2008) 「認知症支援体制と介護現場におけるケアアプローチ - 認知症概念の再構築と障害受容 - 」 地域政策科学研究 第5号。
- 柳沢信夫 (2007) 認知症は生活習慣病か - よく生きてぼけをふせぐ - 認知症の予防と治療 財団法人長寿科学振興財団。
- 横井輝夫 (2008) 「認知症者のBPSDの解釈モデルについての検討」 老年精神医学雑誌 第19巻9号。
- 認知症介護研究・研修東京センター (2005) 「認知症のためのケアマネジメント・センター方式の使い方・活かし方」 中央法規。