特集 アルツハイマー病
医療の最前線

順天堂医学 47 (1)
p. 23~35 (2001)

痴呆性疾患専門施設での対応と展望**

Management and perspective for dementia care in the facilities

高野 喜久雄*

KIKUO TAKANO

本稿ではアルツハイマー患者への対応に関してハード・ソフトの両面から、今後の方向性を含め、現状を解説していく。

まず環境の重要性を考察し、つぎに施設における全身管理という視点から、高齢の患者に大変重要な栄養アセスメントの、一方法として試みた体重測定について、その経緯を報告する。行動記録表の項では、高齢者への薬剤投与の効果や副作用を知る指針として、またスタッフが適切な対応を図るための情報として、有効に活用されている『24時間行動記録表』を紹介する。

心の安心、くつろぎというソフト面からは、本院で実施しているアクティビティプログラムと、そこに共通する基本理念について述べてみたい。さらに〈思い出療法〉について、またそのための〈場〉としての思い出ミュージアムを紹介する。

キーワード：アルツハイマー、環境、体重測定、アクティビティ、思い出療法

Key words : Alzheimer's disease, environment, body weight, activity, reminiscence

はじめに

アムステルダムから電車で30分のところにハーレムという所がある。ニューヨークにも同名の、あまり健全とはいえない街があるが、地名としてはこちらが《本家》である。

ここに『アントンベックホフ』という施設を訪ねたことがある。今で言うグループホームをいくつか束ねたような形のものである。

ケア、特に痴呆の患者にとっての住環境は、

少人数の単位からなるユニットがよいというのが最近の傾向で、わが国でもグループホームが多数つくられるようになってきているが、ここはその先例ともいえる。

少人数の住まい（ユニット）が6つ、中庭を囲んでいる。1ユニットには6つの個室と、皆で過ごすリビングルーム、一緒に使う台所、そして共同の浴室とゲスト用の部屋がある。

ここで、痴呆の高齢者が料理をしている姿を初めて見た。もう10年近く前のことである。ナイフを手に、夕飯の支度をしているので、思わず「刃物を扱っても大丈夫か？」とたずねると、ケースワーカーは「何の心配もない」と答え、むしろ「なんでそんな当たり前のことを聞くのか？」という表情であった。

このことは4年後、私の働く病院のアクティビティにも取り入れられた。痴呆であっても、料理

*医療法人誠馨会総泉病院院長

Sohsen Hospital, Chiba, Japan.

**順天堂大学医学部非常勤講師（膠原病内科学）

Department of Internal Medicine and Rheumatology,

Juntendo University School of Medicine, Tokyo, Japan

**第294回順天堂医学会学術集会〔Nov. 18, 2000 開催〕

〔May 29, 2001 原稿受領〕

を始めると以前のように主婦の顔を取り戻すのである。むろん中には危険な人もいるので、個々の状態をよく把握した上で行う必要はある。しかし「家にいるように過ごす」ことが、痴呆の患者には大きな意味があるということが、実感される事例であった。女性から買い物と料理の機会を奪うと、呆けていくようである。

さらに「環境全体によるケア」という視点を持つ上で参考になったのは、イギリスのスターリング大学で耳にした《snoezlen＝スヌーズレン》という言葉である。

日本ではさほど一般的になっていないようだが、この言葉はオランダ語の「スヌッフレン（くんくん嗅ぐ）」と「ドゥーズレン（うとうとする、リラックスする）」からの合成語である。受け入れやすい、くつろげる環境の中で、快適さを味わい楽しむというもので、そのための空間自体を示す場合もある。

香りは記憶を喚起する引き金ともなるが、スヌーズレンはその語源からイメージできるように、匂いを含め、光・音・感触など五感のすべてに働きかけるものである。

心地よい刺激に、思わずうとうとと眠気をさされるような快適さは、まさに子供の頃の午後のまどろみのような「寛ぎ」といえる。

痴呆患者には多面的な配慮とさまざまな対応が必要である。建物設計といったハード面から活動プログラムなどのソフトまで、さまざまな視点から、いくつかの例を紹介する。

痴呆と環境

身体と認知力の両方の障害をもつ痴呆症の患者にとって、環境の与える影響は大きい。小さな変化にも敏感に対応して改善が見られる例があり、またその逆もある。

物理的な環境の整備が痴呆の治療に効果をあげることが、ミシガン大学のプロジェクトにおいて報告され、また多くの研究によって、理論的にも裏付けられている。

1. 施設について

施設とは、よく配慮されたものであっても、家庭とは全く異なる規模やシステムで運営されるものである。したがって痴呆患者の住む環境として最善とはいいがたい。

〈施設〉の特徴を、Kruzichは以下のようにまとめている。

- 1) 日常生活に余裕がない
- 2) スタッフと居住者の間に社会的距離がある
- 3) ケアが必ずしも個々に適合していない
- 4) プライバシーへの配慮が欠如している
- 5) 同じ時間に大勢が同じことをするなど、主体性を妨げたり、活動を無理強いするようなスケジュールが組まれる

こうしたことは、わが国の施設においても、しばしばみられるように思われる。

2. 自宅のような感覚へ

Weismanは、痴呆症の患者に必要なのは、身体障害者のために開発されたもののような、費用のかかる装置や、技術的な看護ではないとしている。痴呆を改善するのは、自宅で暮らすような雰囲気であるという。この〈自宅感覚〉とは、単に家具や工芸品の問題ではない。一人ひとりに個性的な環境を与え、それをコントロールできる機会を与えることや、他の人との接触とプライバシーを、望む時に選択できることなどにより作りだされるものであるという。

Weismanはまた、①患者、②治療目標、そして3つの治療環境（③物理的環境、④運営的要素、⑤社会的要素）という5つの要素の相関について述べているので、その概念図を示しておく（図-1）。

痴呆の治療環境に含まれる運営的・物理的・社会的の3つの要素は、〈治療目標〉によって内容が明確となる。また目標の実現に貢献するとともに、患者によい影響を与えることができる。運営的要素とは施設の目的や方針であり、社会的要素とは、家族・友人また施設の同居者との関係などのことである。物理的環境とは室内構成、個々の部屋や活動場所の配置などを含む。

こうした概念により構築される環境の基本にあ

図-1 Weismanの概念図

るテーマは、家庭的で非収容施設的ということである。つまり「家庭的なもの（雰囲気・機能など）を保持し続けること」が、施設の究極の目標であるというのがWeismanの説である。

彼は建築デザインや運営方針、プログラムなど見地から9つの治療目標をあげ、これにより痴呆症の人達と環境との望ましい関係が明確になると論じている。

3. 9つの治療目標について

1) 安全と保安の確保

身体能力と認知力の両方が障害された痴呆患者は、環境への対応が困難で、さまざまな面から傷つけられることが多い。

2) 有意義な余暇活動による機能的能力の支援
ゆきすぎた傷害視を改め、有意義な余暇活動の中で通常の生活行動をしたり、役割を果たす機会を与えることにより、機能的能力の維持あるいは向上も可能である。

3) 環境の認知力と方向感覚の強化

今いる場所、時間などへの認識（見当識）をサポートすることにより、痴呆患者の混乱と不安を除き、徘徊を予防することができる。

4) 調節された刺激とチャレンジの機会の提供

強い刺激は痴呆患者にとって重荷となるが、刺激を避け過ぎても痴呆は改善せず、症状が悪化することがある。「ストレスにならない程度の刺激」と「達成可能な目標に自発的に取り組める機会」を与えることが大切である。

5) 自立と自製の最大強化

施設においてよく見られる「習得された依存

性」をなくし、自分の人生を自分で決定し、責任をもてるよう、彼ら自身の環境に関して、できる限り自分で決定できるよう推奨されるべきである。

6) 変化するニーズへの対応

痴呆患者は、短期間でもさまざまな変化を示し、その状態も個人差が大きい。こうした変化に対応していくことは重要である。

7) 社会的関係をもつ場や機会の提供

社会的接触は、重要な治療活動である。イスの配置といったちょっとした工夫でも効果を上げることができる。

8) プライバシーの必要と保護

友人や家族と過ごすことができる場と併せて、患者が望んだ場合は一人になることが可能な空間も必要である。痴呆患者は公的なものから私的なものまで、多様な活動や空間を体験すべきである。

4. ケアと環境における基本ともいえる20のゴールについて

Hiattは、患者の環境として患者自身・職員・施設と運営の3項目に大別した20のゴールというのを設定している。Weismanの説との重複もあるが、切り口が違うので、ここに併せて紹介しておく。

☆患者自身の能力に関するゴール

- ①集中力を最大にのばす
- ②安心感・快適さを増大させ、感情のバランスを保つ
- ③不安・葛藤・怒り（興奮）を軽減させる
- ④矛盾への対応
- ⑤身だしなみ（トイレ・洗面・着替えなど）の継続
- ⑥個人に合わせたペース・時間どおりに機能させる
- ⑦プログラムやサービスを通じて、記憶力低下に対する不必要な不安・苦悩を予防する
- ⑧患者の個人的な宗教への崇拝のアクセスを供給する

☆スタッフの教育に関するゴール

- ⑨患者が無力なことを理解し、応じる
- ⑩発語を促し、普通の交流を心掛ける

- ⑪集団として扱うのではなく、個人個人と交流する
- ⑫身体的抑制や薬による抑制を極力控える
- ⑬一つの介護法だけをすべての患者にあてはめることなく、プログラムを絶えず検討し、常によりよいものを目指していく。

☆施設の設備・運営に関するゴール

- ⑭日常生活（食事・入浴・身だしなみ等）の自立を最大限に可能にする
- ⑮新鮮な空気・運動・気分転換のための自然環境
- ⑯患者の過去・家族との思い出・情緒的なものと結び付くような環境づくり
- ⑰視覚・聴覚・触覚・嗅覚などの低下を補う（代償する）ものを用意する
- ⑱ケアの単位を、2～3人から5～6人といった、目の届く範囲の人数に止める
- ⑲イライラさせる不快要因をとりのぞく
- ⑳たずねてきた家族や友人と、楽しく過ごせる場所を提供する

5. 徘徊への対応としての〈回廊〉について

徘徊という言葉はとどまることのない感をもたせる。徘徊する患者は行き止まりがあるとフラストレーションを起こすので、歩き続けられるような形にすればよいとの考えもあり、回廊という方式が採用されるようになったのであろう。しかし現在では、この考え方は再検討されている。

徘徊にはさまざまな要因があるが、次のような区分で考えてみる必要がある。

- ①痴呆の患者のブラブラ散歩レベル
- ②施設内の閉鎖感がいやなための歩行
- ③自分がどこにいるか、わからないためのさまよい歩き

実際には、痴呆患者が全員徘徊するわけではなく、また徘徊の程度にも差がある。一概に、[痴呆]→[問題行動]→[徘徊]というパターンで括ってしまう見方には問題があろう。

連続性を回廊に求めず、[家]⇔[庭]⇔[わかりやすい道]⇔[家]という動線に導くような作りになっているグループホームを、オーストラリアに見た。ランドマークをつくることに加え、道・場所を認識しやすくする方法なども考えるべ

きであろう。散歩道には足を休めるイスやベンチを置くと、安心感をもたらす効果がある。

6. カラーリングについて

海外ではたいへんカラフルな施設も視察した。エリアごとに色分けされ、部屋の前や曲がり角には特定の色を使用、ドアにも原色が使われていた。これは自分の居場所の把握を助ける手掛かりとしての働きだけでなく、色彩による刺激といったメリットも考えられる。

〈住まい〉らしい落ち着きのある内装と、わかりやすい鮮やかなカラーリングとの両立は、今後検討されるテーマかと思われる。

例えばパステルカラーは心の落ち着きを感じさせる色彩だが、視力の衰えた高齢者にとって、認識しやすさ、印象深さという点ではやや問題がある。

7. ユニットケアについて

「家庭のような」環境に近づけるため、特に痴呆の患者のケアは、少人数の単位からなるユニットがよいとされるようになってきた。

大規模な施設では、9人程度をひとつのケア単位として対応しているところがある。グループホームも最近各地に作られ、よい成果を上げている所も多いが、経営的な面からはいまひとつの感がある。熱意は大事だが、安定経営ということも今後のグループホームの課題といえよう。ユニットの人数が少ないほど、スタッフは患者の特性をよく把握できる。さらに患者も社交性が増し、患者同士、あるいは職員に親近感をもつようになる。施設の方向性として、少人数のユニット方式は、今後増加してほしいシステムである。

栄養モニタリング

1. 栄養アセスメント

高齢になると、栄養摂取にさまざまな障害がみられるようになる。摂食障害・嚥下障害などによる困難のほか、摂取量そのものが知らず知らずのうちに低下して、低栄養になる例も少なくない。本院で行っている栄養アセスメントについて述べ

たい。当院では全身状態のアセスメントを目的として〈全身プロファイリング〉という検査セットを行っている。

血算・生化学検査として、ヘモグロビン・コレステロール・アルブミン・血液尿素窒素 (BUN)・Na・Cl・K・乳酸脱水酵素 (LDH) のセット検査である。

栄養状態は、このうちヘモグロビン・アルブミン・コレステロールを測定することにより、かなりの評価ができるかと思う。プレアルブミン・トランスフェリン等の測定も有効だが、日常の検査としてはなじみにくく検査料金も高い。少ない検査で効果的に情報を得るコストパフォーマンスの高い検査方法の検討が、DRG/PPS時代にあっては今後ますます必要になろう。

2. 体重の変化と全身状態

高齢者の全身状態をモニタリングする超簡易アセスメントとして、体重測定が役立つ。痴呆病棟に入院中の18人について、入院後6～12ヵ月の体重変化を記録したところ、[上昇傾向8人][下降傾向5人]、残る5人には[下降後の安定、または上昇]が見られた。この測定結果に、アルブミン、コレステロールの数値をあわせてみると、両者と体重の変化は概ね平行に変化していることが認められる (図-2)。

こうした結果から、体重測定は極めて簡便に

計測できるものでありながら、患者の状態把握には有用なデータであるということがいえる。ただし必ずしも平行な変化が見られない場合もあるので、体脂肪測定の結果も併せて検討することにより、さらにキメ細かなチェックが可能となろう。

3. 痴呆と摂食の関係について

痴呆患者においては、MMSEによる痴呆の度合いと体重の減少に相関がみられるとの報告があり、側頭葉の萎縮が食行動に影響を与えるという報告もある。環境からくるストレスなど社会的な要因も、摂食に与える影響は大きい。体重減少や低栄養は、痴呆が原因で食事に困難が生じた結果、摂取量が減少することに起因すると思われる。

痴呆が原因で食事に困難をきたす事態には、以下のような原因があげられる。

- ①食事の方法 (手順) がわからない
- ②食事の時間や場所がわからない
- ③食物であることが認識できない
- ④空腹を自覚できない
- ⑤食事していることを忘れる
- ⑥食事動作がコントロールできない

痴呆患者の行動は極めて個別性が高く、類型による明確な分類は困難である。食事における障害も、個々にその場で対処されていくことが多い。しかし食行動のパターンをある程度分類して、求められる介護の質を推察し、より適した対応を図

図-2 体重・アルブミン・総コレステロールの関係

ることで、問題の改善や解決につなげようとする試みもある。以下に紹介する《Blandford scale》がその例である。

4. 〈Blandford scale〉（食行動の障害）

1) 抵抗的態度（防衛のための反応）

- ①首を振ってスプーンをよける
- ②食べ物が入らぬよう手で口をふさぐ
- ③食物や介護者を遠ざけようとする
- ④咬む・たたくなど介護者に乱暴する
- ⑤食べ物を放り出す

2) 一般的な動作障害／失行・失認

（全体的な認識の欠如・混乱・注意力の散漫）

- ①ほめる・促す・励ますなど声による援助がある時だけ自分で食べる
- ②箸やフォークを使わず手で食べる
- ③食事の道具（箸など）が使えない
- ④食べずに、混ぜたりこねたりして遊ぶ
- ⑤喋ったり声を出し続けて、食事をしない
- ⑥食物でない物を食べる
- ⑦食事中にテーブルを離れ、うろうろする
- ⑧食べ物に気づかない、食べ物が認識できない

3) 選り好み（食事内容の変更の要求）

- ①特別な献立か、または別の料理の追加を求める、あるいは食べない
- ②別の食物を求めるが、少し食べると不満を言い、あとは食べない
- ③一つの食物だけを食べ続ける
- ④いろいろな種類の物があっても（すすめても）食べようとしなない
- ⑤少量食べただけで中絶してしまうか、または途中からは食べさせてもらう
- ⑥流動食を好む（食事の半分以上）
- ⑦流動食のみを受け入れる

4) 口腔・咽喉部の嚥下障害

（食べさせてもらう時に、うまく口の動きをコントロールできない）

- ①言葉でなく、スプーンを唇に触れさせるなど物理的な方法で促さないと、口を開かない

- ②食物を近づけると、唇をすぼめる

- ③口を固く閉じたり、歯を食いしばってしまうため、食物を口に入れられない

- ④絶えず舌や口が動いているため、食物を口に入れることができない

- ⑤一度は口に入れることができるが、吐き出してしまう

- ⑥口には含むが飲み込まない

- ⑦食物があっても口を閉じないため、こぼしてしまう

5) 喉頭・食道部の嚥下障害

（食物が気道にはいつてしまう）

- ①むせる・咳き込む

- ②喉がゼイゼイ・ゴロゴロと鳴る

- ③声が嘎れる

6) 依存性

- ①少なくとも一度は問題行動がみられるが、基本的には自分で食べることができる

- ②食事中に時々介助する必要がある。または、日によっては介助が必要な時がある

- ③食べさせてもらう時だけ食べる

痴呆患者の食行動は、一般の高齢者の食行動とは異なる部分が多い。全身状態の管理と適切なケアのためにも、このようなアセスメントは必要であろう。

24時間行動記録表

高齢者への向精神薬の投与に特に慎重を要することは論をまたない。本院では、薬剤が適切に使用されているか、またその効果を判定するための指針として『行動記録表』が有効に利用されているので、その事例を報告したい。

1. 2種の記録表

痴呆のある高齢者には、他の患者との関係も含めて問題行動がしばしば見られる。こうした対応困難の患者に対しては、抗精神薬を使用する場合が少なくない。本院では、効果の判定と経過観察のため、24時間行動記録表を導入している。

〈対象患者〉

記録の対象となる患者は、次のような条件に合致する者である。

- 1) 新規入院患者で、問題行動があるため抗精神薬を投与しているが、本人の入院以前の状態が明確でないため、観察の必要がある。
- 2) 在院の患者に問題行動が出現し、向精神薬投与を開始したため、経過観察の必要がある。

参考に、当院にて使用している記録用紙のサンプルを2種類示す。

『行動記録表』は1日を「午前・午後・夜間」の3つの時間帯に分け、全体的な状態を5段階に評価、さらに観察者が簡単なコメントを記入できるようになっている、これにより数日間の変化を総

括的に把握することができる(図-3)。

一方『行動観察記録』は日内の変化をさらに詳細に知るためのものである。1時間ごとに記入し、1ページに24時間の記録が残せる。この表には薬品の投与時間を記載するほか、紙面下部には使用している薬品名を明記する欄がある。コメント欄には問題行動や向精神薬の副作用を記入する。

『行動観察記録』においては、精神面と行動(ADL)の2つの視点からの記録も記入される。精神評価は●、ADL評価は○で、5段階評価の該当箇所印をつけることになっている(図-4)。5段階評価は、個人による判断のバラつきを防止するため、手順書が作成され、精神評価・ADLそれぞれの5段階は、以下のような目安により設定されている(表-1、-2)。

平成12年6月24日

患者名 S.K

9:00	ベット上でTVをみている	○山
10:00	Family面会中	
11:00	放尿トイレ内にあり、ほう布、ズボン等、ぬれておりきがえする	
12:00	昼食摂取後、すぐ自室に戻る	
13:00	13:30放尿	
14:00	家族の人と一緒に過ごす	
15:00	ベット上で過ごす	
16:00	放尿 W/C乗車し、DルームでTVをみる	
17:00	W/C乗車中	
18:00	TVカードがなくなったから、買いにいく。売店が休みだからといっても納得せず	↓
19:00	自室にもどり放尿発見。下着に便がついていて着がえ介助するが、手を便器にて洗う。ベットにもどし寝るよう促す	佐○
20:00	声かけにスムーズに返答あり	
21:00	入眠中も病衣、下着のみ半分脱いでいる	
22:00	入眠中	
23:00	〃	
24:00	オムツ使用中ぬれているためオムツ交換しようとする、オムツ交換するなどとなる	
1:00	入眠中	
2:00	〃	
3:00	〃	
4:00	〃	
5:00	オムツ交換後不穏となる。しばらくののち落ちつく	
6:00	TVをみている	
7:00	W/CにてDルームに出て来る。朝食摂取後はW/Cで自室にもどる	
8:00	独歩にてDルームまで来て、トイレのさいそくあり。トイレ介助で排尿あり	↓

図-3 行動記録表

2. 行動記録の有効性

1) 薬品の有効性の判断と日常の対応のため

行動記録表は、薬品の投与開始から定常状態になるまでの期間（3～5日）を配慮し、通常は7日以上記録することになっている。その経過を見ながら、薬品の増減あるいは継続、中断などを検討していく。

この際一方的な見方に陥ることのないよう、各部門の担当者によるカンファレンスを行いながら判断していくようにしている。

前掲の行動記録表は70代男性のものである。

この患者には入院当初から軽度の問題行動が見られたが、配偶者の死亡をきっかけに問題行動が急激に悪化した例である。

『行動観察記録』の積み重ねにより、問題行動を誘発する〈きっかけ〉が読み取れるようになるなど、病棟での対応に有効に反映させることができた。

2) 服薬指導のデータとして

行動記録は、外来における服薬指導の際に有用である。日々状態の変わる痴呆の患者に対して適正な投薬を行うためには、日常の観察データが不可欠となる。こうした判断材料としても、この

平成12年7月24日

患者名 S.K

時間	精神／ADL評価	薬量	観察事項	サイン
9:00	1・2・3・4・5		自宅へ帰るといって落ち着きなく動き回っている	○倉
10:00	1・2・3・4・5		“Drと話しをさせろ”と訴え受付より病状を説明され少し納得された様子	
11:00	1・2・3・4・5		車椅子を押してNSステーションへ来る。再び落ちつかない様子で動いている	
12:00	1・2・3・4・5		昼食全量摂取する。薬内服していないと内服しているにもかかわらず何度も訴える	
13:00	1・2・3・4・5	④0.375mg	Drよりの説明を全て忘れている。家へ帰ると再びイライラしている様子	
14:00	1・2・3・4・5		13:30 セレネース錠、臨時投与する エレベーター前に行き“帰る”“家の者を呼べ”等の訴え多い	
15:00	1・2・3・4・5		エレベーター前に車椅子に座っている。エレベーターが開くとすぐに乗り込む NSが止めると殴りかかり車椅子をNSにぶつけようとする	
16:00	1・2・3・4・5		エレベーター前から離れず、再びエレベーター開き乗り込む 再び暴力行為あり。家へ帰るとの訴えが強い	
17:00	1・2・3・4・5		エレベーター前より離れず、車椅子に座っている	
18:00	1・2・3・4・5	④0.375mg	夕食摂取後自室へ戻りTVを見ている	▼
19:00	1・2・3・4・5			植○
20:00	1・2・3・4・5		入眠されている	
21:00	1・2・3・4・5		“	
22:00	1・2・3・4・5		“	
23:00	1・2・3・4・5		“	
0:00	1・2・3・4・5		“	
1:00	1・2・3・4・5		“	
2:00	1・2・3・4・5		“	
3:00	1・2・3・4・5		“	
4:00	1・2・3・4・5		“	
5:00	1・2・3・4・5		“	
6:00	1・2・3・4・5		覚醒するも訴えなし	
7:00	1・2・3・4・5			
8:00	1・2・3・4・5	④0.375mg	家へ帰るといって病衣を枕カバーにつめている	▼

精神評価 (●) ADL評価 (○)

1=悪い 2=やや悪い 3=普通 4=やや良い 5=良い

向精神薬名 セレネース

図-4 行動観察記録の実例

記録方法は有効である。

3) 在宅患者の記録として

『行動記録表』については在宅の患者に配布することもある。次に来院するまでの家庭における行動を記録してもらう。これにより、投与した薬

品の有効性や、患者の自宅における生活のパターンなどを知る手掛かりとなり、診断だけでなく、栄養・服薬などの各種指導にも活用される。こうした記録は、介護にあたる家族にとっても患者の状態を客観的にとらえるきっかけとなる。また家族間の連絡にも活用され、介護者の負担の大きさが理解されやすいなどのメリットも発生するようである。

3. 行動を見守る

行動に関係して、本院で採用している赤外線システムについても述べておきたい。

院内の機器への影響を避けるため電波は使用せず、赤外線によって患者の位置を把握し、ナースステーションにあるPCのディスプレイ上に表示する。プライバシーを守りながらの安全確保を目的としたシステムである。徘徊の見られる患者にも、できるだけ自由に活動できる範囲を拡大しながら、居所を随時確認することができる。患者側の発信機には腕時計タイプと、お守り袋タイプの2種がある。これにより「行動を制約される」「見張られている」との印象を与えず、自発的に身につけてもらえるようになっている。

表-1 精神評価

(●印を記入)

1. 悪い	他者とのトラブルが多い、表情・行動に落ち着きがない。
2. やや悪い	他者とのトラブルは少ないが、表情・行動に落ち着きがない。
3. 普通	他者とのトラブルは少なく、マイペースで行動する。
4. やや良い	他者とのトラブルはなく、行動は落ち着いている。指示にも対応できる。
5. 良い	他者と穏やかに関わる事ができる。指示にもスムーズに対応できる。

表-2 ADL評価

(○印を記入)

1. 悪い	常にもうろうとしている。声掛けに反応が鈍い。体動が少なく、自力で食事ができない。摂食障害がある。発語がない。歩行時にふらつきが強い。
2. やや悪い	居眠りが多い。声掛けに反応はあるが、行動が遅い。自力で食事ができていた人が、誘導しないとできない状態になる。摂食障害がある。発語が少ない。歩行時に軽度のふらつきがみられる。
3. 普通	日常生活において、行動に時間を要するときもあるが、歩行状態や上肢の動きには特に問題ない。
4. やや良い	歩行や上肢の動きに問題はない。日中の居眠りはなく、発語もスムーズである。
5. 良い	四肢の動きはスムーズで、発語にも支障がない。日中は居眠することなく、嚥下・摂食にも問題ない。

主に日中の記録である。活動できる時間帯における行動を評価するものとする。

安心を与えるケア

薬剤ではできないケアとして、本院においては10年以上にわたり、さまざまなアクティビティプログラムを企画・実践してきた。

赤外線感知システム

その中から、音楽療法・アートセラピー・園芸療法などを紹介する。

1. この10年の取り組み

本院では10年来、患者に対して活性化の試みを積極的に行ってきた。1991年には、当時「リハビリ以前のリハビリ」として行っていた『スピーチ療法』やカラオケの活用などに関する報告を、順天堂医学37巻1号に掲載している。

1993年にはメーカーとの共同開発により、高齢者専用カラオケ・レーザーディスクを制作し、多くの反響を得た。選曲にあたっては、高齢者に人気の曲を調査した。画面に出る歌詞は文字を大きくし、さらに歌い出しのタイミングが分かるように、画面に合図が出る。在宅の患者の例では、このカラオケを使い親子で唱歌を歌った後は、本人も落ち着きを取り戻し、入浴も嫌がらずにできるようになったとの報告がある。高齢者施設だけでなく、福祉施設等においても、レクリエーションの一環として導入されている。

1991年当時、発語を促すために取り入れていたスピーチ療法は、いわゆる「言語療法」ではない。結婚式のあいさつのように、あるいは出身地や仕事の話、子供の頃の思い出などを自由に語ってもらうものである。自分から話し出せない人にはインタビュー形式をとって話を引き出すなど、気楽に話せる雰囲気を作った。毎朝の回診時の短い時間だが、人前で話す緊張はほどよい刺激となるらしく、構音障害の人がスピーチの機会を得たことにより意欲的になって、発語が改善された例もあった。

このような取り組みは、現在の「思い出療法（後述）」へと継承されている。

2. 水戸黄門方式＝[なじみ]

人は自分の得意分野では活力を感じ、意欲を発揮する。特に痴呆症を含めた高齢者専門病院という、無力感を覚えがちな場においては、患者が自分の力を再発見していく手助けをすることが、大きな意味をもつ。このため本院には『アクティビティチーム』として専任スタッフが設けられている。患者に得意なこと、なじみのあることをやっ

図-5 <楽しみ>と<なじみ>のマトリックス

てもらい、元気で楽しく過ごしてもらうための仕掛けを考え、実践するチームである。

「レクリエーション」や「集団リハビリ」に違和感を覚える患者は少なくない。そのため部屋にこもりがちだった人が、野菜の栽培を始めると、活動に参加してくれるようになった。風の強い夜には、倒れていないかと様子を見に車椅子で出てみるほどの熱心さ。やがてスタッフに手入れのコツや肥料の与え方、草取りなどを職員にアドバイスしてくれるほど積極的になった。「昔とった杵づか」が活かされた好例である。

女性の患者には、化粧や着物を着るプログラムも人気だ。お気に入りの着物を着ながら、あるいは眺めながら、それにまつわる思い出話をきっかけに会話がはずみ、平素は話題に困りがちな職員も、患者とのコミュニケーションを作りやすくなった。痴呆の患者と一緒に料理を作ったこともある。刃物を持つことに危惧の声もあったが、フタをあけてみれば、見事な包丁さばきは若いスタッフの比ではなかった。割烹着をつけ仕事を進めるうちに表情が変化し、母の顔・主婦の顔になってくる。キュウリをきざむ、ただそれだけのことが、痴呆患者の目に輝きと力を取り戻したの

である。

〈なじみ〉は患者活性化のキーワードだ。本院では『水戸黄門方式』と呼んでいる。なじみの顔触れ・なじみの筋書き・なじみの解決による安心感が人気の時代劇のように、違和感なく楽しんで受け入れられるプログラムを、との思いからである(図-5)。

3. しらずしらずに

前掲図にあるようなことを楽しみながら、知らずしらずに体を動かし、声を出し、結果的にリハビリテーションにもなっていくということが、高齢者、特に痴呆患者には適した方法であると思われる。本人にとっても介護にあたる家族にとっても、頑張りや我慢は好ましいものではない。患者にとって最も大切な「くつろげる環境」が根底から覆されてしまうからである。

介護は、する者も受ける者も共に楽しめる、余裕のあるものでなければならない(図-6)。

4. 回想と思い出

『思い出ミュージアム』の試みは、このような〈楽しみ〉と〈なじみ〉に重点をおいた、一種のスヌーズレンといえる。駄菓子屋・貸本屋・足踏みミシンのある縁側など昭和30年代の町並みを再

現した空間は、日本が高度成長にさしかかる頃、働き盛りであった自分のよき時代を振り返るきっかけとなる。それだけでなく、見舞いにきた家族とともに昔の遊びを思い出したり、時には教えたり、また懐かしい歌を口ずさんだりできる場でもある。また屋外にも、同じようなくよき時代〉を思い出させる空間の屋外版として、水車小屋や木立のある庭園を設けた。患者とスタッフが一緒になって、ここの畑を耕したり、野菜を育てることができる。

懐かしさの中で寛ぎ、なじみの仲間と作業をしながら自分の力を改めて認識していくうちに、「今度は」「次は」という「未来への視線」が産まれてくる。

高齢者施設に生活している者にとって、こうした意識を抱くことはなかなか困難なことである。思い出にひたるだけでなく、新たな思い出を作っていくという認識の変化、この過程が『思い出療法』である(図-7)。

『回想療法』では、懐かしい品物・写真などを手掛かりとしてコミュニケーションを深めていく手法がとられることがある。『思い出療法』では、回想による自己確認・人生の再構築だけでなく、「今」からさらに一步を進め「これから」に向かっていく視点を持つことになるのである。

	本人・余裕	本人・苦痛
家人・余裕
家人・苦痛

図-6 介護の「ゆとり」

- ・記憶の刺激
- ・コミュニケーション
- ・「いままで」を「これから」につなげる

図-7 思い出療法

『思い出ミュージアム』室内

『思い出ミュージアム』屋外

ま と め

最後に痴呆のケア・介護はどうあるべきかについて、著者が学生時代に指導を受けた室伏君士の説をあげておきたい。彼はメンタルケアの原則として、以下のようなことを挙げている。

- ①なじみの人間関係をつくること
- ②老人の言動を受容し、理解すること
- ③老人のペースやレベルに合わせること

- ④老人にふさわしい状況を与えること
 - ⑤理屈による説得よりも、共感的納得を図る
 - ⑥よい刺激を少しずつでも絶えず与える
 - ⑦孤独に放置しないこと、寝込ませないこと
 - ⑧その人に重要なことを簡単にパターン化して、目の前にしながら、繰り返し教える
 - ⑨老人のよい点を認め、よい付き合いをする
 - ⑩老人の「今」を大切にすること
- そして、周囲の環境や処遇の快適、老人の生活

の満足感や幸福感、日常生活の活動性の保持といった、痴呆老人のQOLの回復・維持・向上に努めよと述べている。

1. 『なじみ』が〈場所〉を〈場〉に変える

私自身は、こうした事柄を総括して、高齢者、痴呆患者のケアは『なじみ』という概念でとらえられると考えている。

痴呆患者に何かを行う時、どれくらい『なじみ』を感じてもらえるかを考える必要がある。なじみの人と、なじみの場で、なじみのことを行うということが重要だ。それが可能になった時に、患者にとって施設は単なる〈場所〉でなく、心地よい〈居どころ〉となるのである。施設におけるケアの成否は、そこを物理的な〈場所〉と考えるか〈場（トポス）〉ととらえるかの違いにかかってくるように思われる。〈場所〉とは、単にハードウェアとしての空間および構成物のことである。そこにソフトウェアが加味されることにより、人としての存在や活動、感情などを受け入れる、あるいは包み込む状態になった段階で、空間としての〈場所〉が、さまざまな可能性をもつ〈場〉へと展開していくのである。この〈場作り〉こそ、痴

呆患者への対応の基本ではないかと考えている。

なお、今回発表の場を与えられたことに感謝するとともに、これまで高齢者ケアを行ってきた同僚にもあわせて感謝する次第である。

参考文献

- 1) Design for Demencia, (Planning Environment for the elderly and confused) <by : Margaret P. Calkins, M. Arch> National Helth Publishing, 1988.
- 2) Weight Loss & Eating Behaviour in Alzheimer's Patients, (Editor : B. Vellas/S. Rivere/J. Fit-ten) Springer Publishing Company, 1998.
- 3) Research and Practice in Alzheimer's Disease, volume2, Springer Publishing Company, 1999.
- 4) 老人性痴呆症のための環境デザイン
ー症状緩和と介護をたすける生活空間づくりの指針と設計ー
ユリエル・コーヘン／ジェラルド・D. ワイズマン
著、岡田威海 監訳／浜崎裕子 訳、彰国社、1995.