

## 第5章 今後の課題（トピックス）

### 第1節 認知症の病状とADLを低下させずに退院してもらうには

#### ポイント

- 1 入院加療中であっても、“生活者”としての視点を持ち、認知症の人をケアする。
- 2 ADLを低下させないためにも、入院前の生活機能レベルを具体的に把握する。
- 3 本人の認知機能・生活機能に応じたケアを多職種で検討し、その人にあったオーダーメイドのケア計画を立案する。

#### 1 “生活する人”の視点を持つ：残存機能の維持

認知症は社会生活・日常生活に障害が出てくるのが大きな特徴である。時間を要したとしても身の回りことを自分で行えるならば、介護者の心身の負担感は軽減される。つまり、介護する人のストレスは、認知症の人の自立の状況によって左右される。そして、自分で行うことは認知症の人の残存能力の維持につながる。

急性期の医療機関は「生活する場」ではなく、「治療を受ける場」である。看護する側も“疾患をもった人”として患者をみている。それは大切なことではある。しかし、社会生活・日常生活に障害が現れてくる認知症の人にとって、“疾患”にだけ目が向けられ、生活を規制されることは退院後の生活に支障を来たすおそれがある。そのため、疾患の治療の視点と、認知症の人のことを“生活している人”としての視点を合わせもち、ケアして欲しい。

入院後、日常生活動作（ADL）を低下させない看護は、認知症の人の能力を維持することであり、退院後、スムーズに元の生活に戻ることに繋がる。表5-1に生活機能の視点を示した。高度日常生活動作（AADL）は社会的役割や人生を楽しむための能力であり、個々人により異なる。この能力が低下すると、仕事や家庭内での社会的な役割や趣味等の楽しみを失うことになる。手段的日常生活動作（IADL）は、「電話をかける」「買い物に出掛ける」「金銭管理」「服薬管理」などが含まれるが、独居生活を行うにはこれらのことを一人でできることが望まれる。つまり、IADLは独居が可能か否かを見極めるポイントとなる。基本的日常生活動作（BADL）は、入浴、排泄、移動、更衣、食事の動作であるが、これらが自分で行えないと介護を受ける必要が生じる。家

族の負担は増し、自宅退院が困難になるかもしれない。BADLの状況に応じ在宅で対応できるか、施設入所が必要なのかを判断することになる。

身体疾患により入院し治療することで、ADLはいったん低下する。高齢者の場合は低下するスピードは早く、回復に時間がかかる。さらに、認知症の人では、使わない機能はどんどん失われ、回復できない場合も想定しなくてはいけない。そのため、生活に必要な能力、機能を失わないように、あるいは早期に回復できるように看護しなくてはならない。

失われてしまったように思われる能力も失われていない場合がある。例えば、話すことができないと思われていたが実は話す機会がなかっただけだったという事例がある。また、おむつで失禁状態の患者に、少しずつ離床を進めていったところ、トイレでの排泄が介助でできるようになった事例もある。認知症だから無理だと思いこんでその人のできることを奪ってしまうのではなく、認知症の人の能力や可能性に気づき、引き出す看護を行ってほしい。

表5-1 生活機能の視点

生活動作	内 容
高度日常生活動作: AADL (Advanced Activities of Daily Living)	社会的役割の遂行、人生を楽しむための能力
手段的日常生活動作: IADL (Instrumental Activities of Daily Living)	外出や買い物、食事の準備、服薬、金銭管理、電話の使い方
基本的日常生活動作: BADL (Basic Activities of Daily Living)	入浴、排泄、移動、着替え、食事

## 2 入院時にADLをどのように把握するか

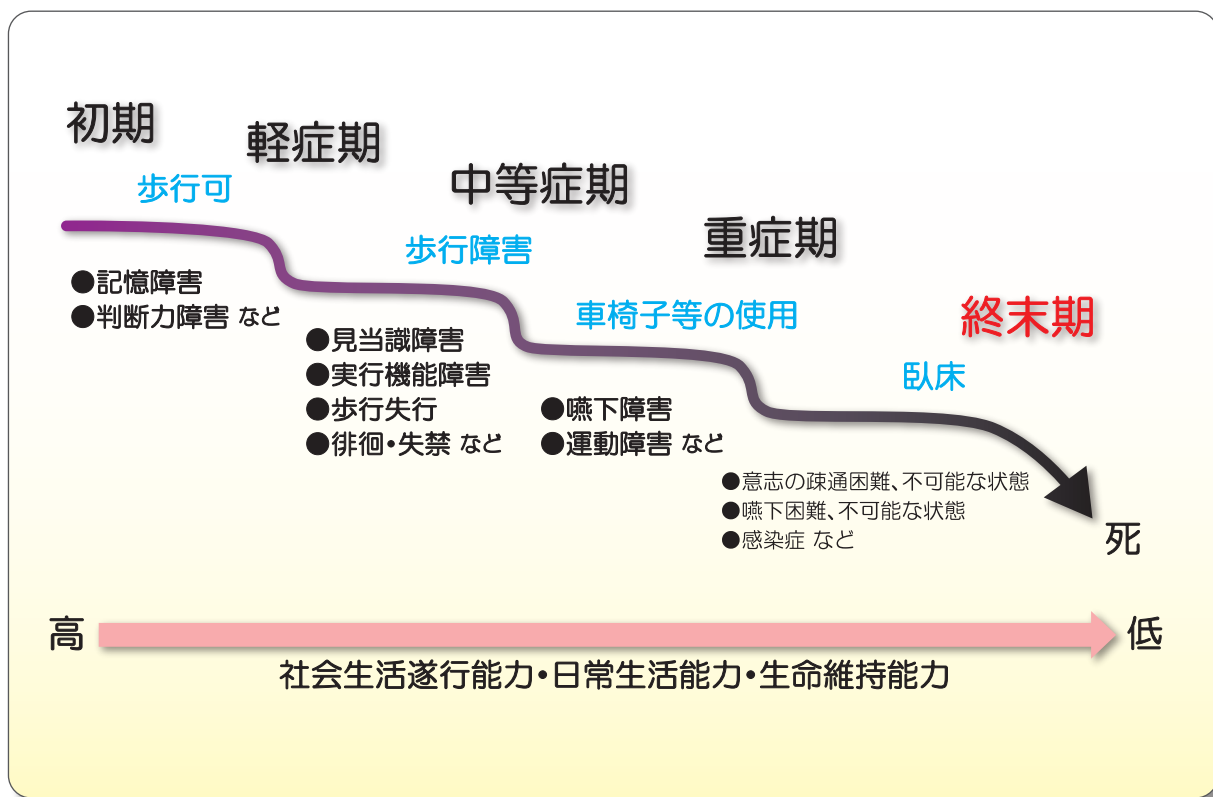
アルツハイマー病を例に症状の進行を図5-1に示した。記憶障害から始まり、見当識障害、判断力の低下、歩行機能の低下、家族の顔が分からなくなり、食事も飲み込めなくなる。徐々に機能低下がおこる。だからこそ、残されている能力に目を向ける意識が必要である。看護職は生活内での工夫をし、その人の能力を活用しその人らしい生活が営めるよう、現在の生活機能レベルを把握しておくことが必要である。

急性期治療を行うために入院した際は、身体疾患や全身状態、認知症症状の悪化があるため、ADLは低下している。世話をされることが当たり前であるため、その能力を発揮する機会もない。身体疾患の悪化がない入院前のADLも把握しておく必要がある。入院時に、「食事は自分でされていたのですか?」「買い物は自分で行かれていたのですか?」「トイレはどうされていましたか?」「お薬は自分で管理されていたのですか?」

など、日頃の生活がみえるような具体的な質問をすることもポイントになる。

看護職の場合、認知症の人ができない点に着目しやすいが、できる点に目を向けることは日常の業務の中であまり行わない傾向がある。しかし、認知症の人の行動を肯定的に観ることで、これまで見えなかった能力に気付く場合がある。また、よく観察していると小さな回復や変化に気付くことができ、ケアの効果を感じて、更に回復に向けた援助を頑張ろうと思えるだろう。

図5-1 アルツハイマー型認知症の経過



### 3 他職種連携

患者に最も身近な存在である看護職がADLを意識して関わると、もっとよりよい状態にしたいと思うだろう。そのためには、医師や理学療法士・作業療法士に治療や訓練の状態を確認する、心理療法士に心理面での状態を相談する、栄養状態を改善するために栄養士と食事の形態や内容を相談するなど、積極的に他職種と連携をとってほしい。

他職種との協働において、スクリーニングや治療効果をみるために、心身の機能を評価してもらうことがある。他職種が行うスクリーニングや測定で現時点の評価をし、点数をみるだけでなく、看護師としてはどのような環境の中で、何ができて、何ができないのかを具体的に把握したい。そのために、評価ツール・評価結果を活用することになる。評価の際には、看護職から基礎疾患の状況や日常生活での状況、その人の好みや性格な

どの情報を積極的に提供してほしい。そして、理学療法士・作業療法士などのリハビリテーションの専門職や心理療法士とともに評価することで、専門的な視点を加えてその人の状況を把握できる。また、できないことについては、介助すればいいのか、あるいは無理をさせていることになっていないかなどを相談することもできる。

### 4 オーダーメイドの対応を

認知症の人の認知機能や病状、ADL、生活スタイルなどに応じて対応方法を工夫し、その人の生活機能が十分発揮されるようにしていく。一方的に介助するのではなく、その人が安心して生活し、生活機能を十分発揮できるように援助する。

例えば、部屋から出る際に必ず持って行くバッグやティッシュペーパーなどがあるなら、それらの物の置き場所を決め、使用後も必ずそこに戻すようにする。その人が何を持って行き、どこに戻すか、関わる職員全員が知っているようにし、物を探して不安になることをなくす。不安なく外出できることで、身体を動かしたり、他者と交流したりする機会を増やすことができる。

カレンダーも1か月が分かるものがよいか（1日終わると×をつけて時間の経過が見えるよう工夫できる）、日めくりカレンダーがよいか（その日に行くことや家族が面会に来る時間など、その人にとって重要な事項を書いておくことができる）、その人の認知機能や手指の動きなどから選択する。カレンダーを使って見当識を補助し、不安を少なくすることを計画する。

これらは「認知症だから〇〇するとよい」というようなノウハウではない。一人ひとりの患者について、認知機能、生活機能、生活スタイルなど様々な情報を多角的にアセスメントし、一人ひとりオーダーメイドで対応の仕方を検討し、ケアに関わる者全員が決めたことに取り組めるようにする。その目的は、病院・病棟の決まりごとや医療者の都合に合うようにするという事ではない。その人の持てる力を維持することである。この目的に照らしてケアを評価し、より良いケアにしていくことでADLの維持を図り、患者・家族の望む状態での退院を目指す。

## 第2節 End of Lifeを想定したケア—本人の意思決定—

### ポイント

- 1 認知症の初期の段階から死を意識し、様々な場面で本人の意思を尊重できるような関わりをもつ。
- 2 苦痛を増すケア・治療を少なくし、治療・処置・ケアによる苦痛を考慮する。
- 3 本人に代わって様々な決定をする家族には不安や自責の気持ちが生じやすい。家族の話をよく聞き、関わっている多職種チームで心身両面をサポートする。

### 1 初期の段階からEnd of Lifeを想定した関わりを：意思決定を支える

アルツハイマー型認知症の経過を前節の図5-1（P101参照）に示し、時間の経過と共に社会生活を遂行する能力が低下し、自ら日常生活を送る能力、生命を維持する能力が徐々に低下し死が訪れることについて述べた。

認知症と診断されたならば、初期の段階から今後の経過を見据え、死のその時までどのように過ごすかを考慮して関わるのが大切である。認知症の人では、重症になると、終末期では本人の意思を確認することが難しくなるからである。また、本人の気持ち・意思ばかりでなく、家族や身近に関わる人達の気持ちや思いにも配慮する必要がある。どのように最期のときを迎えてもらいたいかという気持ちや思いは、時間の流れと同時に変わることもある。突然、医療行為（延命処置も含める。）の選択を迫られるのではなく、予め考える時間を持っていることで心構えができていく。つまり、End of Life（患者・家族と医療スタッフが死を意識するようになった頃から始まる年単位に及ぶ幅のある期間）を想定した関わりが初期の段階から求められるのである。

認知症も早期診断・早期治療が進められている。認知症の初期の段階では、言語的コミュニケーションも可能であり、サポートさえあれば自分の将来を自分で考え、決めることもできるのである。本人がどうしたいかが明らかになっていけば、その後、家族が決定することになっても本人の気持ちに沿った決定といえる。家族としては、どのような選択・決定を行ったとしても、不安や自責の気持ちは生じる。その選択・決定により最善の状態が得られるよう本人をケアしていく。また、家族の話をよく聞き、心身両面をサポートする。

### 2 重度から終末期の状態

アルツハイマー型認知症は発症後、スロープを下るように緩やかに進行し、発症から約10年で死に至る疾患であるといわれている。

認知症の初期は特有の身体的苦痛はほとんどないが、中等度以上になると日常生活自立度の低下が目立つようになる。それにより生活を送る上での身の回りのケアが必要

となる。

重度の時期になると、食欲低下、失禁、発熱、浮腫、易感染性、低栄養<sup>じょくそう</sup>、褥瘡、失禁、便秘、嘔吐、下痢、食欲低下、嚥下<sup>えん</sup>困難、脱水、呼吸困難などの身体的苦痛症状がみられることがある。認知症が中等度以上になると日常生活の自立度の低下が目立ち始める。重度になると日常生活自立度は全介助状態となる。しかし、これは認知症に限ったことではなく、認知症を患っていない高齢者であっても同様の状態がみられる。

終末期になると嚥下<sup>えん</sup>反射が極度に低下し、誤嚥<sup>えん</sup>性肺炎を繰り返すようになる。この時期に経管栄養を行って注入したものが逆流し、誤嚥<sup>えん</sup>を起こすケースもめずらしくない。認知症の終末期は、予後予測が極めて困難である。長期間にわたって様々な苦痛の緩和が必要となる。それががんの終末期と大きく異なる点である。

痛みについては、「認知症になると痛みはあまり感じない」という意見もあるが、認知症の人でも痛みを感じている。それは表情や断片的な言葉から伺い知ることが可能である。「痛みはあるか」と尋ねたときに「痛い」「苦しい」とは答えることができないために、「痛みはない」とアセスメントされてしまうのである。痛みは身体的な痛みだけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな側面からも捉える必要がある。たとえば、周囲の人との関わりや環境を不快に感じたことで痛みが増すかもしれない。幼少期の体験が心の痛みとなって、今それが現れ身体に影響していることもある。認知症の人であるからこそ、全人的な視点で捉えた上でケアを提供してほしい。

### 3 苦痛を軽減する医療・処置と苦痛を増す医療・処置

医療や処置には、苦痛を増す医療・処置と苦痛を軽減する医療・処置がある。苦痛を増す医療・処置であっても、その後、苦痛から解放され、元の生活に戻ることができるという理解しているからこそ、その苦痛を我慢できる。つまり、将来どうなるかを理解し、覚えている必要がある。それは認知症の人にとって困難な課題である。また、認知症やもっている疾患が重篤化し、終末期になれば、その治療・処置によって苦痛がなくなるとはいえなくなる。点滴を行うことで楽になることもあるだろうが、それは正しくアセスメントされているだろうか。一般的に水分が必要だからということを入れておくと、点滴を入れるために針を刺される苦痛、それもなかなか入らず何度も刺される苦痛と、何もしないことでの苦痛とを比較するとどちらを選択すべきだろうか。

逆に、「高齢だから」「認知症だから」と安易に医療を差し止めていることも見聞きする。点滴を入れることで脱水状態が改善し、意識が戻る場合もある。点滴から薬が入ることによって痛みや苦痛が緩和することもある。行おうとする医療が苦痛を増すことになっていないか、どのような苦痛を緩和することになるか、一つ一つ考え、決めていく必要がある。医療の必要性を判断するのは医師であるが、患者のケアに責任をもちその状態を報告するのは看護師である。どのように報告するかも医療の選択に関わることを認識して、ケアに当たってほしい。

最終的に、家族の意向により「患者の苦痛を増す医療は行わない」と決定することも増えている。医療・処置を行わないことがすなわち医療を全く提供しないことではない。何が苦痛を増すことになるのか、ケアによって苦痛が緩和できないかを医師を含めた多職種チームで判断していくようにする。

#### 4 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」

平成24年6月27日、日本老年医学会が「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的栄養・水分補給法の導入を中心として」<sup>1)、2)</sup>を発表した。このガイドラインの概要は、1. 医療・介護における意思決定プロセス、2. いのちについてどう考えるか、3. AHN(人工的水分・栄養補給法) 導入に関する意思決定プロセスにおける留意点、の3部構成になっている。

1. 医療・介護における意思決定プロセス、2. いのちについてどう考えるか、については、AHNだけでなく、どのケアにも通ずるケアの基盤となることが書かれており、是非、一読してもらいたい。ここに書かれている内容を、第一線でケアしている私達が理解し、実践してこそ、認知症の人や高齢者が有終の美を飾る終焉となりうるだろう。

認知症の終末期は他人事ではない。自分の人生最後をどう生きたいか、どうして欲しいのか、これは、自分自身も含め、医療者やその人に関わる専門職への問いかけでもある。また、その問いは、超高齢社会に突入した日本国民全体に向けられるべきものでもあるだろう。少子高齢多死社会となった日本は、死をタブー視せず、死を語るが必要な時期になっているのである。そうすることで、認知症のみならず超高齢者のEnd of Life を考えることにもつながるだろう。そして、その結果、認知症の人達の意思決定を支えるケアが提供できると期待している。

#### 引用文献

- 1) 社団法人日本老年医学会編：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として、<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>
- 2) 社団法人日本老年医学会編：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として2012年版、医学と看護社、2012.

#### 参考文献

- (1) 大蔵暢：高齢の患者さん 虚弱高齢者が入院したとき レジデントノート 入院患者に臓器不全も併存するときどうする？、12 (12)、2095-2101頁、羊土社、2010.
- (2) 正木治恵、真田弘美編：看護学テキストシリーズNiCE老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは、南江堂、232-252頁（桑田美代子、第八章）、2011.
- (3) 中島紀恵子責任編集：認知症高齢者の看護、医歯薬出版、122-138頁、2007.
- (4) 桑田美代子：重度から終末期のケア - 認知症のエンドオブライフを支える、こころの科学、通巻161号、日本評論社、72-77頁、2012.
- (5) 桑田美代子：豊かな命の看取り—生活の中のケア—、緩和ケア、17 (2)、97-101頁、青海社、2007.