

## 総説

## 認知症ケアにおけるチームワークの課題と方法

— WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版トピック4の視点から —

## Challenges and Ideas for Teamwork in Dementia Care

— Based on TOPIC 4 from WHO Patient Safety Curriculum Guide:  
Multi-professional Edition —

木村 修代

Nobuyo Kimura

## はじめに

現代のヘルスケア現場は、高度専門化しハイテクが導入された医療がある一方、高齢化により慢性疾患や合併症が増加しケア人材が不足するといった課題に向き合っている。世界保健機構 (World Health Organization : WHO) は、このように複雑化したヘルスケア現場において、日常業務上の患者安全の確保こそ重視すべきものと位置付け、専門職向け教育法の開発をすすめてきた。その成果が、2011年に完成した「WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版」である<sup>1,2)</sup>。患者安全のための知恵や手法が詰まったものだが、その中のトピック4は、「有能なチームの一員であること」と題し、チームワークを取り上げている。

トピック4はチームワークを機能させるための課題や方法が述べられている。筆者は、認知症疾患医療センターの医師として認知症ケアに携っているが、一人の患者に関わる支援者らとのチーム

ワークの重要性とその困難さを実感してきた。トピック4は、その困難さを説明するにおいて示唆に富むものであり、どのような工夫が有用であるかについて考察を促すものとなっている。

本稿では、まず、認知症ケアにおけるチームワークの重要性について述べ、次に、トピック4を基にして、認知症ケアにおけるチームワークを困難にさせている課題と、それに対応する幾つかの方法について論じてみたい。また、それぞれの方法について、当院での応用例をいくつか述べる。

## 1. 認知症ケアにおけるチームワークの重要性

認知症ケアにおけるチームという、思いつくのは、2016年診療報酬改訂より認知症ケア加算1で評価される病棟がもつ「認知症ケアチーム」、もしくは、2018年度より全市町村に設置が義務付けられた「認知症初期集中支援チーム」など、公的にチーム名が付されたもののみではないだろうか。もしくは、地域包括ケアセンターが抱える困難事例が地域ケア会議に上がった場合、一堂に

キーワード：認知症ケア、チームワーク、地域包括ケアシステム、「植木鉢の絵」、  
WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版トピック4

会することになった支援者らに、チーム意識が生まれるかもしれない。

しかし、認知症ケアは、本来、本人や家族が支援者らと一体感をもてるよう「包括的」に展開されるべきものであるから、そのチームは、本人や家族の周りに常に存在すると考えるのが妥当ではないだろうか。実際、地域包括ケアシステムの考え方では、一人の認知症の方を支えるケアの構成要素を、ひとまとまりの「植木鉢の絵」(図1)で表す<sup>3)</sup>。この図は、まず最も尊重すべき「本人の選択と本人・家族の心構え」を根底におき、その上に、地域包括ケアシステムの5つの構成要素(住まい・医療・介護・予防・生活支援)が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを示している。つまり、認知症ケアでは、表出しない潜在的なものを含め本人の意思を尊重するという普遍的な目的を共有し、家族の協働を得ながら、医療・介護・福祉に関わる支援者らが生活支援のためのチームを形成している<sup>4,5)</sup>。

日本では、超高齢化社会の進展にともない認知症有病率は増加し続け、2025年には総人口の17人に1人にあたる約700万人が認知症を患っており、認知症を誰もが関わる可能性のある身近な病気(我がこと)とするやさしい地域づくりが急がれている<sup>6,7)</sup>。その達成のためには、「本人や家族の周りに常に存在する」チームにおいて、医療・介

護・福祉といった職種や事業所の壁を超えたチームワークが機能することが重要であると考えられる。チームワークが機能することで、ケアに関わる人々はより快適に活動することができるのはもちろんのこと、認知症の本人のクオリティ・オブ・ライフ(Quality of Life : QOL)が向上する<sup>8,9)</sup>。

## 2. なぜ認知症ケアにおいてチームワークは困難なのか

—トピック4をもとにした考察—

認知症ケアにおいてチームワークは重要だが、認知症ケアの取り組みは断片的に行われていることが多く、職種間・事業所間のチームワークの成功事例は期待されるほど多くはないと感じる<sup>10)</sup>。地域で多様なケアを受けられる環境が整っていたとしても、または、情報共有シートや冊子の利用が促進されていたとしても、ケアの統一や継続の程度に関しては十分とはいえない<sup>11-13)</sup>。本人や家族が自分の周りにケアチームと呼べるものを感じており、あるニーズが生じた時はチームの誰かの支援を受けられるという感覚をもてる、もしくは、病状が変化した場合にはチームの誰かが適切な専門職(もしくはチーム)に引き継いでくれるという感覚をもてるといった、安心して信頼を寄せられる状態を築くことは簡単ではないと思われる。



図1 地域包括ケアシステム「植木鉢の絵」  
一人の認知症の方の地域生活を支える構成要素を示している。

その理由としては、まず、1. 「認知症ケアにおけるチームワークの重要性」の冒頭で言及したように、認知症ケアにおいては、「チーム」という言葉の使用は限定的であり、普段のケアでチームを意識する習慣がないことが考えられる。トピック4全体を通して、筆者が受ける最大のメッセージは、チーム員一人ひとりがチームの枠組みを理解していることが、チームワークの大前提であるということだ。チームとは「チーム員が、共有する目的に向かって各々特定の役割を果たし、一定期間において協働するもの」であり、各チーム員は、チーム全体の目的とチーム員相互の役割を把握している必要がある。しかし、認知症ケアでは、本人の周りに存在する支援者らを、ひとまとまりの「植木鉢の絵」のようにチームとして意識すること自体、一般的ではないと考える。

次に、認知症の本人の思いを理解することが難しい、ということが挙げられる。トピック4は、本人こそ自らの健康への最大の関心者であり、過去から未来の流れの中で疾病や症状を体験として知っている存在という認識に基づき、本人をチームの一員ととらえその思いを取り込むことを、チームワークの鍵として強調している。しかし、認知症ケアにおいては、本人の思いの理解が難しいという課題があるため、この部分が機能せず、チームワークを困難にしている。そもそも、他人の思いを理解すること自体、自己の感情を抑制し相手の視点にたつと言う共感(認知的共感)が求められ、必ずしも容易なこととはいえない<sup>14,15)</sup>。認知症の人の思いを理解する場合は、本人に状況理解や意思表示がうまくできないということがあったり、病識(自分の認知機能低下や生活障害の程度の自覚)が減弱もしくは欠如しているということがあるため、さらに難しくなる<sup>16)</sup>。認知症ケアのチームにとっての目的は、本人の意思に基づく生活を支援することであるから、認知症の人の思いを理解することが難しければチームの目的もぼやけてしまい、場合によっては目的の統一が図れずにチームが成立しなくなる。

ほかに、チームワークが困難な理由としては、「植木鉢の絵」に象徴されるように、本人と家族のほか、複数の支援者がチーム員として存在することがある。医療・介護・福祉の多職種連携とい

われるものを越え、時には、後見人や地域住民、あるいは市町村・保健所・警察などの行政機関も加わる。トピック4の中では、チームワークの障害になりやすいチーム員の傾向に言及している。それらは、①日常的な仕事に追われている、②本人との1対1関係を重視している、③慣習的なチーム員間の上下関係に縛られている、である。複数の多種多様なチーム構成となると、このような傾向に対する調整が増えチームワークの難度も上がるだろう。

更に、認知症ケアが、いわゆるロングタームケアであるゆえの難しさがあるろう。新オレンジプランにおいて「適時適切なケア」がうたわれるが、認知症は、慢性的な経過の中での状態変化にともない適切なケアの内容が変化する<sup>17)</sup>。また、人によりその症状経過は多彩である。すなわち、認知症ケアを巡る状況は変化に富んでいる。トピック4によれば、状況の変化はチームワークの障害となる。本人の心身の状態変化、家族の意向の変化、チーム構成の変化、ケア環境の変化といった、さまざまな状況の変化というものが起きうる。それにより、チームの目下の目標が変更となったり、チーム員の役割が入れ変わったり、緊急度が増減したりする。チームワークは「チーム員が、共有する目的に向かって各々特定の役割を果たし、一定期間において協働すること」であるから、チームのメンバー構成・目的・工程に変化が生じた時は、速やかにそれを確認し合う必要が生じるなどチームワークを複雑にする。

### 3. 認知症ケアのチームワークを機能させるために

—トピック4からの示唆—

#### (1) チームを意識する：トピック4「チームとは」を踏まえて

認知症ケアにおいてまず取り組むべき課題は、トピック4に述べられているチームの枠組み(「チーム員が、共有する目的に向かって各々特定の役割を果たし、一定期間において協働するもの」)を理解し、本人の周りに存在するチームを意識することだと考える。そのためには、「本人の意思は何で、それに基づく生活を支える支援者には誰がいて、どう協働しているのか」といった内

容を、日常的に確認する作業が役に立つと思われる。

応用例1：筆者が勤務する病院は、認知症疾患医療センターであり認知症の専門外来を開いているが、数カ月に1回といった間隔での診療は珍しくない。そこでは、認知機能の評価のほか、行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) や生活障害の相談や指導を行う。その際、普段の様子を知る支援者からの話はもとより、かかりつけ医などほかの医療機関の診療や処方の内容、ケアプランを策定するケアマネジャーの意見が得られるかどうかは、診療の質を左右する。筆者は、お薬手帳やかかりつけ医療機関での定期的血液検査のデータなどの持参は毎回お願いしている。ケアマネジャーや施設スタッフなどの同席が必要であればお願いする。患者に対して、「ご自宅で穏やかに生活できているということですね。みてくれている方は、一緒にお住まいのAさん、デイサービスBのスタッフの方、かかりつけのC先生、ケアマネジャーさんはDさん、ですね。」と、患者の思いのほか、チーム員である支援者らの名前とその役割を確認し、患者と家族を取り巻くケアチームを理解する。付添いの家族は、はじめは戸惑うこともあるが、診察ごとに確認したり、支援者らの名前をメモしたカードを渡したりすることで、答えられるようになる。このような確認は、患者・家族に安心感を与えることはもちろんだが、大きな利点の一つとして、服薬管理や事故防止などの支援体制が整っているかどうかのチェックにもなる。超高齢少子化社会では特筆すべき効果であり、患者の単独世帯はもちろん家族の介護能力が低いことによる潜在的な危険の看過を回避できるだろう<sup>18)</sup>。

応用例2：当院は精神科の認知症治療病棟をもち、BPSDが増悪し在宅環境でケアの継続が困難となった方を受け入れている。入院治療にて症状が安定した頃に、家族を交えたミーティングを開き、退院支援の動きを開始する。認知症治療病棟のチームが発見した本人に対するケアのポイントが家族などとシェアし、そのポイントを次の環境

でも生かし、再び同様な症状が問題とならないよう、ケアの引継ぎをする。退院前訪問指導といって、当院の専門職らが退院先に事前訪問することもある。また、経管栄養や吸引など医療的ケアが必要な患者が在宅へ退院される場合は、病棟チーム (医師・看護師・介護士・作業療法士・精神保健福祉士など) と、在宅チーム (家族・ケアマネジャー・通所予定のサービス事業所職員・訪問診療医と連携する訪問看護ステーションの看護師など) との間で、ミーティングを行う。そこでは、お互いのチーム員が名乗り合い、今までのチームとこれからのチームの輪郭を確認する。患者がどのようなケア環境の変化を体験していくことになるのか理解した上で、移動・食事・排泄・入浴など日常的事項から、栄養・吸引・緊急時対応など医療的項目にいたるまで、質疑応答をする。家族にケアの練習が必要であるのなら、しばらく通ってもらうこともある。このようなケアの引き継ぎというケアチームのオーバーラップ期間は、患者・家族を含む両チームにとって貴重である。この期間は、治療終了後の社会的入院期間などとして軽視し急がれるべきではない。むしろ、入院計画の範疇として重視し患者ごとに必要な時間をかける。そうすることで、病棟チームの発見や工夫といったケアのポイントを在宅チームが修得し、ケアが困難な症状の再発に対する不安を緩和する。退院支援におけるケアの引き継ぎは、患者や家族などの当事者を巻き込み進められるべきだが、一方で、大きな負担になるほど患者や家族に退院調整を委ねてしまうのは非現実的である。ケアの引き継ぎこそ専門職の腕の見せどころと心得てイニシアティブを取ることが肝要に思う。

## (2) 本人をよく知る：トピック4「本人はチームの一員」の視点から

トピック4では、本人をチームの一員として巻き込むことがチームワークの鍵という。認知症の人の思いを理解することは難しいが、チームの一員としての本人に関心を持ち本人をよく知ることが、その思いに少しでもアプローチすることを可能とし、チームワークを機能させるだろう。しかし、それは、データベースに残された情報収集の記録のように、ある時点における特定のチェック

表やシートを完成し“事足レリ”、といったものではなく、チームの一員である本人への関心を持ち続け、ケアに当たる都度、その情報をアップデートしていくという継続的な作業であるべきと考える。

本人をよく知るためにはどうしたらいいか。まず、話してもらうようにしなければならない。余計な緊張や不安があると、取り繕ったり、自閉的もしくは威圧的になったりということが起きるが、いわゆる「なじみの関係」となると素直な思いを伝えられるようになる。

また、聴き上手にならなければならない。認知症の人の、認知機能の障害領域やその程度は異なるので、どれだけの内容と正確さと速さで交信できるかは一様でない。よって、言語表出の特徴のほか、表情や素ぶりなども含め本人のコミュニケーション方法を知って、本人の思いの発信をうまく汲み取るようにする。BPSDは、本人のコミュニケーション手段として表出している場合があり、それをよく観察し検討することが必要となる。本人についての背景情報のチェックも大切である。Stokesは「認知症」をその人に関する正しい認識や理解を阻害する「障壁」としてとらえるべきだといひ、背景情報を得ることの重要性を唱えた<sup>19)</sup>。背景情報には、本人の認知機能障害はもちろん、身体的状態・精神的状態・社会的状態(WHOの健康定義にある3つの状態)、加えて生活史・人柄、そして服薬状況などがある<sup>20)</sup>。認知症介護研究・研修センターのセンター方式シートは、本人や家族を含むチーム全員が、本人である『わたし』の視点に立って情報を寄せ合い、本人を掘り下げて知ることができるよう工夫されている<sup>21)</sup>。

応用例1：筆者は、認知症の患者が思いを語りやすいよう、なじみの関係の構築に努めている。当院が担う精神科医療は治療関係の構築に特別の配慮をするが、認知症ケアにおけるなじみの関係の構築もその一つと心得ている。例えば、治療開始時には、これからの治療の道のりを想定し、一般的に本人の焦燥感や抑うつが強いような場合には、詳細な評価を急ぐことはしない。そして、認知症の人は、刺激が多いと処理ができず混乱しや

すいことを念頭に、本人のペースに合わせた会話ををする。基本的には、目を見てゆっくり落ち着いた声で語りかけ、患者の言葉を復唱し頷きながら聴く。筆者の場合は、2回目以降の診察では、なじみの間柄のフレーズを使用することが多い。例えば、「お久しぶりです。」「お元気でいらっしゃいましたか。」「また、お会いできて嬉しいです。」「それではまた、お会いしましょう。」「いつも、ありがとうございます。」である。トピック4に学び、患者をチーム仲間の一員とみなし、協力を求める話し方も取り入れている。例えば、問診に先立ち、「何か助けになればと思うのですが、・・・さんのことを教えてもらえますか?」といったり、処方をする際、「ご家族が用意されるお薬を飲むことが・・・さんの役割です。よろしく願います。」と依頼する。「あなたのことを、わたしは大切に思っています。」というメッセージを発信する技法であるユマニチュードも、なじみの関係に有用であると思う<sup>22)</sup>。例えば、身体所見をとる時は会話を絶やさないようにする。また、医療的安全性が確保されている上ではあるが、話しかける時は、顔をかなり近づけるようにしている。

応用例2：本人からの発信をとらえるのに傾聴が特に必要なのは、レビー小体病などのパーキンソン病関連疾患や脳血管性障害などが主体の認知症の人である。注意力が下がり精神運動が緩慢であるため、こちらの言うことを理解することや自分のいたいことを伝えるのに、時間がかかるからだ。じっくり腰を落ち着けて話を聞くと、予想外に内容のある思いを聞き出すことができる。たとえば、パーキンソン症状のため小声で構音障害も顕著な患者が、何か話しかけてきているようであったため、5分間ほど、頷きながら聞き耳を立てていると、「今の食事は飲み込みにくいので、変えて欲しいです。」という内容が伝わってきたことがある。典型的なアルツハイマー型認知症も、理解障害や喚語困難が徐々に進行し言葉を失って行くが、その障害に対する葛藤の中から、何とか肯定的な言葉(「良かった」「そうだよ」「大丈夫」など)が紡ぎ出されることがある。その単発的な言葉が出るにいたった思考の脈絡が完全には分からなくても、肯定的な気分を受け止め復唱

して語り返すと、嬉しそうにされる。「もう、子供の私が誰かも分からず、言葉も殆ど出なくなって、訪ねてきても意味のないことですよ。」と、家族が吐露する事があるが、心安らぐ家族との関わりにより、驚くほど豊かな表情が出ることは、日常的に経験される。全身的な衰弱がかなり進行した段階では、嚥下機能の低下や傾眠により、栄養や水分の摂取を少しずつ諦めていくことになるが、食事介助時の拒否的な素ぶりや、口腔内の溜め込みや吐き出しといった行動は、終末へ向けての準備サインとして介助側へ伝わることがある。一方、いつもと違う様子での摂取拒否は、身体の不調を疑わせたりする。

応用例3：当院の認知症の専門外来は予約制であるが、初診までに、本人の背景情報を得るための段取りをする。予約時の電話などにて、認知症相談室が状況の聞き取りを行い、普段の様子を知る家族などを同定し、同伴での受診を依頼する。受診当日、診察前の30分程度を利用して、背景情報を聴き取るためである。また、かかりつけ医も同定し、情報提供書やお薬手帳などの持参を依頼する。既に、認知症に関する画像診断などを受けている場合は、そのデータの持参もお願いする。家族が、医療機関からの情報収集に不安がある場合は、相談室が代わりに請け負う。一方、当院の認知症治療病棟では、週に1回の多職種ミーティングを行い、各患者の背景情報をアップデートする。特に、どのような状況でケアが必要になったのか、どのようなケアニーズがあり入院となったのかといった経過や、現在の本人や家族の退院後の生活の願い(ゴール)の確認に重点を置いている。不明な情報があれば、関心を共有して調査する。外来や入院部門における、このような作業の継続により、背景情報に対するチーム全体の知識が膨らみ、本人の思いへアプローチしやすくなる。

### (3) ISBARを取り入れる：トピック4「コミュニケーション技術」の一つ

トピック4では、チーム員が慣習的な上下関係などに縛られずうまくコミュニケーションをとっていけるように、コミュニケーション技術を紹介している。認知症ケアでは、多種多様な複数の支

援者がチームワークをとっていく必要があるもので、これらの技術は有用と考える。筆者の視点であるが、紹介されている技術は、日常的かつ基本的なもの(例. 自己紹介をする、職種でなく名前と呼ぶ、目を見て話す、不明点について質問をする)と、ヘルスケア現場のチームワークを強く意識したものに分けられ、後者は更に、A.「明快な伝達」のための技術、B.「摩擦を恐れない主張」のための技術、C.「リーダーシップ」の技術、の3つに分類できる。その分類にしたがって、トピック4で言及されている9つの技術を選出し(表1)にまとめた。その中でも、明快到状態報告をする技術である「ISBAR」(英語表記の頭文字をとって「アイエスバー」と呼ぶ)は有用である。

I: Introduction (自己紹介)、S: Situation (状況. 何が起きているのかを言う)、B: Background (背景. 関係すると思う普段の状態や既往歴は何かを言う)、A: Assessment (評価. 何が問題と思うのかを言う)、R: Recommendation (提案. 問題解決のために自分はどうしたいのかを言う)、という手順で報告する。認知症ケアにおいて「ISBAR」が有用である理由は、一番身近に接している介護者が、いつもと違う様子を医療者に伝えていくという役割を果たす場面が少なくないからである。(表1)では、看護者から医師への依頼例が挙げられているが、介護者から医師への依頼例を挙げれば、以下のようなになる。

I:「介護の山田太郎です。」

S:「・・・号室の鈴木さんが、いつもと違えばーっとして元気がないのですよ。」

B:「入院してこのような事は初めてです。昨夜の睡眠はよかったですけど。」

A:「いつもと違い言葉が出ず無表情で目も合いません。体調が悪いのかなと心配で。」

R:「診てもらった方がいいと思ひまして。今から、よいですか。」

この依頼例には、病名やバイタルの数値は出てこないが、「ISBAR」のA(アセスメント=評価)の部分で、いつもと違う観察描写を通して危機意識を明快に伝えている。このような描写は、チームの中では介護に関わっている者だからこそ発信できる、貴重な情報である。認知症の人の多くは、

表1 ヘルスケア現場で有用なコミュニケーション技術

## A. 「明快な伝達」のためのコミュニケーション技術

## ① 「ISBAR」

状態報告時に、下記の5つの手順で明快な伝達をする。  
英語表記の頭文字をとって「アイエスバー」と呼ぶ。

I: Introduction (自己紹介)

S: Situation (状況、何が起きているのかを言う)

B: Background (背景、関係すると思う普段の状態や既往歴は何かを言う)

A: Assessment (評価、何が問題と思うのかを言う)

R: Recommendation (提案、問題解決のために自分はどうしたいのかを言う)

例) 看護師から担当医師への報告

I: 「私は、3階介護士の山田太郎です。」

S: 「300号室の鈴木さんが、お腹が痛いと訴えています。」

B: 「入所後1年で腹痛は初めて。排便は良好ですが腸閉塞の既往があります。」

A: 「お腹が全体に張っていて腸音が弱いです。腸閉塞を除外したいです。」

R: 「早いほうがいいと思います。今から診察に来ていただけますか。」

## ② 「コールアウト (声出し確認)」

緊急時に、重要な情報をチーム全体に同時に伝わるよう大きく言う。

蘇生時における心臓マッサージ回数の掛け声やAEDのメッセージ表示の読み上げなどが良い例である。

## ③ 「チェックバック (再確認)」

情報伝達時に、受け手が内容を繰り返し言い、伝え手が再確認する。

例えば、電話越しに医師より看護師に口頭指示が出された場合、看護師は医師の伝達内容のメモをとり、「復唱します」と読み上げ、医師は正しく聞き取れているかどうか確認する。

## B. 「摩擦を恐れない主張」のためのコミュニケーション技術

業務上の安全に関する懸念に関して、摩擦を恐れずに主張するための技術。

## ① 「ツーチャレンジ・ルール (2回主張のルール)」

1回目の懸念が通らなくても諦めずに最低2回は懸念を表明するというルール。

2回目は別メンバーが表明しても良い。それでも懸念が払拭されない場合は、命令系統上位のメンバーに言う。

## ② 「カス (CUS)」

問題となる行動の中止を主張するために、3段階の言葉を利用する。

各言葉の英語表記の頭文字をとって「カス」と呼ぶ。CUSの順に3段階で主張が強くなる。

C: I am "Concerned". (「心配」なのです)

U: I am "Uncomfortable". (「不安」なのです)

S: This is a "Safety issue". (「安全上の問題」です)

## ③ 「デスク・スクリプト (DESC script)」

摩擦が生じた時に自分の考えを合意形成に導くよう主張する。

主張を以下の4構成で行うことがポイント。

英語表記の頭文字をとって「デスク」スクリプト (台本) と呼ぶ。

D: Describe (客観的事実の説明)

E: Express (主観的懸念の表明)

S: Suggest (選択肢としての提案)

C: Consequence (予想される結果とその効果)

例) 日勤者から夜勤者への主張

D: 「昨夜の睡眠記録に抜けがありました。」

E: 「睡眠が不明だと外出できるかどうか分からず困ります。」

S: 「忙しい場合は口頭でもいいので伝えるようにしてください。」

C: 「(そうしてもらえると) 確認作業に時間がとられないので大変助かります。」

## C. 「リーダーシップ」のコミュニケーション技術 注)

コミュニケーションを促進・監督・調整するための技術。

## ① ブリーフィング

業務開始時の打合せ。目的や役割を確認。

## ② ハドル

途中協議。業務確認、及び、業務変更時や課題発生時の対応。

## ③ デブリーフィング

業務終了後の振り返り。プロセスと結果を明確な指標を用いて評価。

注) ジョージ・R. テリーによれば「リーダーシップとは、チームの目標に進んで努力しよう、人々の活動(行動)に影響を及ぼすこと」(出典: P.ハーシーら、「行動科学の展開」)であるから、チーム員は誰でもこの技術を活用する機会があると考えられる。

脳機能低下のために、程度はさまざまだが、普段から意識レベルが下がった状態にあり、痛みや苦しさを訴えにくい<sup>23)</sup>。その代わり、筋力や免疫力低下やホメオスターシス低下など全身的衰弱を背景として、薬の副作用や電解質異常や感染症などによる合併症をとまうと、更に意識レベルが下がりいつもと違う様子を示す。したがって、介護者が発信する表情・発語・動きなどに関する観察描写は、本人に起きている身体的異常を考察する上で、有用である。たとえば、言葉が少ない、足が踏ん張れない、スプーンを持たなくなったといった活動性が低下した状態もあれば、じっとできない、奇異な発言や行動が出現するといった活動性が亢進した状態もある。確かに、認知症そのものにより意識レベルの変動が生じ得るし、認知症の中には階段状の症状進行を示すものがあるので、いつもと違う様子があるからといって、必ずしも医療的介入を必要とする身体変化が起きているとは限らない。しかし、介護者がいつもと違う様子が気になるのであれば、身体的異常の可能性を示唆する重要な情報であるため、それを医療系のチーム員と共有するべきである。

応用例：当院は、単科の精神科であり、精神的な治療環境を整えるため、看護師は介護者とともに身の回りのケアに携わると言う特徴がある。また、一般病院に比べて、身体合併症に対応する資源が少ないため、その悪化時などには近隣の病院へ救急搬送することも少なくない。看護師は、駆けつけた救急隊員から、「現在、JCS 3！ 普段から、このようですか？」などと聞かれる。その場の緊張感のある雰囲気を押されて、JCSに照らした変化がなければ、「・・・ええ、そうです。」と答えてその問答が終了し、何かしら不安全感が残るという経験をすることがあった。そのため、最近では、ISBARに沿って、たとえば「この病棟の看護師の・・・です。今日の昼過ぎにベッド上で元気がないところを発見しました。1ヶ月前に入院され基本的ADLは自立されていた認知症の患者さんですが、昨日は睡眠がとれていたにもかかわらず言葉が出ず眼も合いません。こんなことは初めてで心配です。」のように、いつもと違う危機感を、目を見てはっきりと伝えられるよう訓練

をしている。

#### (4) 情報を共有する：トピック4「チームワーク障害としての状況変化」への対策

認知症ケアでは、トピック4がチームワークの障害であるという状況変化が起こりやすい。状況変化に対するチームの耐性を担保する上で、まず、状況変化そのものの、チーム内での迅速な情報共有が求められる。そのために、昨今は、タブレットやスマートフォン端末の普及で場所を選ばなくなったICT (Information and Communication Technology) の果たす役割は大きいだろう。また、状況変化に対応するためには、チーム全体で、認知症に対する理解や認識が予め共有されているとよい。状況変化に影響を受けない情報部分の共有である。市町村や認知症疾患医療センターなどで用意されている一般向けガイドブックは活用しやすい。チームにとって大事な項目を抜粋したオリジナル教材を作成し、勉強会を開催することも効果的である。筆者が、チーム全員の共有情報として一番大事にしているものは、「症状の多彩性」である。症状プロフィールは指紋のようにその人特有なのであり、それは「その人らしさ」の洞察対象となり、パーソン・セントード・ケアにつながるものだからである。すなわち、本人の症状プロフィールを、神経心理学的検査なども参考にして、障害された機能と残存している機能の両面からとらえ、特定の疾患に典型的な部分とそうでない部分を考察し、その特徴がどういったところから来ているのかをスタッフや家族とともに話し合うことで、ケアの質向上に還元することが可能となる。

一般的な啓蒙書では、認知症の症状に関して、正常加齢の場合と比較した病的変化としての特徴が挙げられ、アルツハイマー病をはじめとした代表的な原因疾患別の症状について、その特徴や経過が述べられている。そして、認知症の有無や原因疾患に関する早期診断(すなわち、「認知症なのかどうか」「認知症であればその原因疾患は何か」に対する答え)は、必要な治療的介入や適切なケアの検討にとって重要であるとされる。しかし、認知症の人の呈する症状は、典型的な症状記載にきれいには当てはまらず、実に多彩である<sup>24)</sup>。同



じ疾患名がついている認知症の人同士でも、似ている部分もあれば異なる部分もあり、認知症の症状は疾患名では括れない。その理由としては、まず、記憶機能や遂行機能などの特定領域を中心とした、加齢そのものによる認知機能の低下に個人差がある。また、同様の病態が存在したとしても、脳の残存機能や代償機能の活用により認知機能低下に対処する能力(認知予備能)がどれだけ存在するかによって、症状に個人差が出る<sup>25-28)</sup>。言語能力を高め、教育を受ける機会を増やし、身体活動性をアップするなどの重要性が唱えられる所以である<sup>24,29,30)</sup>。さらに、認知症の人の脳の病理が、調べてみると、複合的であることが少なくないことも関係している。たとえば、高齢者に多くみられる病的変化は、アルツハイマー病やレビー小体病などの神経変性疾患や脳梗塞などの脳血管障害が代表的だが、レビー小体病のほとんどはアルツハイマー病の脳病変である老人斑を合併し、アルツハイマー病と脳血管障害の合併は一般的である<sup>31-34)</sup>。これらの複合病理により、脳のどの部分が障害を受けているかによって、認知機能や身体機能の低下およびBPSDといった諸症状は、影響を受ける<sup>35-38)</sup>。これらの症状は、また、適切なケア環境により心身の健康が保たれているかどうかによって、修飾される。

病勢が進行しADLの低下から臥床傾向となり終末が近くなった頃でも、「症状の多彩性」は存在するのだろうか。当事者として認知症を語る活動の世界的先駆者であるBrydenは、「一番大切な『スピリチュアルな自己』、超越する自己は、認知症の猛攻撃を受けてもそのまま残り続け、『本当の私になっていく』」と、述べている<sup>39)</sup>。日々の介護者の視点からは、「最期までその人らしさは存在する」という洞察に置き換えられ、終末期まで「症状の多彩性」は体験される。

応用例1：当院は、精神科単科であるだけでなく認知症の高齢者を主な対象としているという点で一般病院と比較すると異なる特徴を持つため、入院を検討している患者と家族は、可能な限り、病院説明と病棟見学のため事前に来院してもらっている。その際に、「入院される方へ」という冊子をもとに、精神科特有の入院手続きや療養

環境に関すること、近代ホスピスの母と呼ばれるSaundersのいう全人的苦痛の4側面(身体面・心理面・社会面・スピリチュアルな面)に配慮し「して欲しくないこと」は原則行わないこと、身体的医療に限界があること、終末期について前向きに話し合いを重ねること、責任を持って退院支援を一緒に行うこと、などを説明する。これらは、年一回、全スタッフが受検する統一テストに出題される内容と同じであり、すなわち、患者と家族とスタッフは、当院で行われる認知症ケアについて情報共有することになる。この情報共有へ向けてのシステムを導入後、当院スタッフが患者・家族との一体感を持って認知症ケアに取り組むことが容易になったと感じている。この冊子の内容において、専門職と家族と共有する情報の中で、一番の配慮を要した部分は、「緩和」や「終末期」という用語を使って認知症ケアを説明する部分である。臥床期にいたっていない患者の家族の場合、心の準備が出来ていない事も想定されるからであるが、入院患者として受け入れ責任を持ってケアに当たるには、例外なく、家族とのケア内容の共有を試みることは必要と考えている。「緩和」や「終末期」に関して共有する情報は以下のような内容であり、実際には、それぞれの家族が共有しやすい言葉に置き換えて伝える。

「認知症による認知機能の低下は進行性で、変動はあるものの徐々に寡黙・自閉傾向となり臥床にいたる。一方、身体機能も、脳変化(加齢による脳変化+病的変化)の直接の影響のほか二次的な廃用が加わり、歩行・排尿・嚥下の障害、筋力・骨密度の低下、代謝の悪化、免疫力の低下など、悪循環して、全身的に衰弱が進行する<sup>40,41)</sup>。このように、根本的治療が存在せず予後を悪くする認知症は、10年程前から、緩和ケアの重要な対象であると認識されているようになってきた。緩和とは、全人的苦痛の4側面を和らげることであり、その一つであるスピリチュアルな面とは、その人にとって生きる意味とつながる部分を言う<sup>39,42,43)</sup>。認知症の緩和ケアは、癌の緩和ケアの経過と同様に診断がついた時から始まるが、特徴として、ほぼ全経過に機能維持のリハビリ的関わりがあり、かつ、終末期は緩和対応が100%である期間が長い<sup>44)</sup>。緩和対応が100%とは、緩和に

焦点を当ててケア方針を決定していく期間と換言できる。具体的な例として、食思低下や嚥下困難が長期化した際の胃ろう造設の是非が問題になることが少なくないが、その際は、『医学的適応』『患者の意向』『QOL』『周囲の状況』からなるJonsenらの臨床倫理4分割法などを参考にし、患者と家族を含むケアチームで、緩和を軸にして多面的に検討するのが良いと考えている<sup>45-48)</sup>。」

応用例2：筆者は、診察結果や病状説明をする際、「認知症」という言葉や「アルツハイマー病」という疾患名にとらわれず、「症状の多彩性」について情報共有できるような説明の仕方に努めている。例えば、認知症の専門外来で、100歳近い患者さんの家族と情報共有していく場合を例にあげる。家族から「認知症ですか？年相応ですか？」と尋ねられることがある。筆者は、「・・・さんは、認知症です。」と言うことを避け、たとえば、「頭の画像のこの部分、海馬という記憶に大事なところに痩せがみられますので、長谷川式の検査では記憶の点数などが落ちていますし、今日がいつか分からないといった症状が出ています。」といった説明の仕方をする。また、認知症は、加齢ともなって急速に増え、100歳近くになると50-80%以上が認知症となるので、この二者択一の問いに答えるのは困難であり、認知症の域に入っているが年相応とも言えると説明する<sup>49,50)</sup>。ほかに、「病気ですか？年のせいですか？」という尋ね方をされることもある。その場合、加齢による脳内変化に何らかの病的変化も加わっていることを説明する<sup>51)</sup>。「アルツハイマー病ですか？」と尋ねられることもある。認知症の60-70%の主たる原因疾患がアルツハイマー病であると言われるが、100歳近くになってくると認知機能低下とアルツハイマー病との関係は弱くなってくことや、加齢に伴う病変を複数合併している可能性を説明する<sup>50,52)</sup>。

応用例3：入院患者の家族と「症状の多彩性」に関して共有する例。当院には、肺炎や骨折などの急性期治療を受けている一般病院から、身体状態は良くなったが、BPSDが増悪しているため在

宅環境への退院支援が進まず、転院されてくる患者がある程度存在する。そのような患者の家族から、「入院する前は、しっかりしていたのに、退院したら何もできなくなってしまった。入院で認知症になったのですか？」と、尋ねられることが少なくない。頭部CT上で、以前からと思われる高度の萎縮を示しながら、病的な変化が進行していたものの認知予備能で頑張っていたこと、入院を巡って心身の健康が損なわれたために、箍が外れたように症状が出てきたことを説明する。あわせて、ゆっくり時間をかけて療養することで、また症状が良くなって来る可能性があること、そして、アルツハイマー病の病理が高度に進行しても健康なまま天寿を全うされる例があることをつけ加えたりする<sup>29,30)</sup>。

## まとめ

本稿では、認知症ケアにおけるチームワークの重要性について、地域包括ケアシステムの「植木鉢の絵」をもとに論じた。そして、認知症ケアのチームワークを機能させることの難しさについて、その理由を、「WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版」のトピック4「有能なチームの一員であること」の内容をもとに考察した。そして、チームワークを機能させるための方法として、1. チームを意識すること、2. 本人をよく知ること、3. ISBARを取り入れること、4. 情報を共有すること、の4項目を挙げ、一つ一つの方法について当院での応用例を述べた。また、共有する情報として、筆者が最も大切にしているものが認知症における「症状の多彩性」であることに言及した。チームワークは実践の中で培われるものであり「言うは易し行うは難し」であるが、本稿の内容が、少しでも認知症ケアにおけるチームワークに役立てば幸いである。

COI：なし

謝辞：本稿の執筆にあたりご助言をいただいた、認知症介護研究・研修東京センターの山口晴保先生をはじめ、名古屋大学医療の質・安全管理部の長尾能雅先生、あさひが丘ホスピタルの柴山漢人

先生、丸井泰男先生、岩田拓先生に、この場を借りて謝意を表します。

## 文献

- 1) World Health Organization : WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition, WHO, 2011.
- 2) 東京医科大学医学教育分野 : WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版(日本語版), 2012: <http://meded.tokyo-med.ac.jp/> (cited 1 July 2018)
- 3) 地域包括ケア研究会 : 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書・2040年に向けた挑戦・平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, MUFG, 2017.
- 4) Peabody FW: THE CARE OF THE PATIENT. JAMA 88(12): 877-882, 1927.
- 5) 水野俊誠 : 医療のケアと看護のケア. エティカ 7: 127-148, 2014.
- 6) 内閣府 : 平成29年版高齢社会白書. [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_1_1.html) (cited 1 July 2018)
- 7) 第7回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議 : 資料1 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の進捗状況等について. [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken\\_169920.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_169920.html) (cited 1 Aug 2018)
- 8) World Health Organization : Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives. WHO, 2013.
- 9) 日本老年医学会 : 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」, 2012. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/tachiba.html> (cited 1 August 2018)
- 10) 京都大学 : インタラクティブ・アプローチ 当事者の視点を重視した認知症ケアパス構築ならびに多職種連携をめざして「平成27年度老人保健健康増進等事業認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業」報告書, 2016.
- 11) 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター : 認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業報告書. 平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2016.
- 12) Alzheimer's Association : 2016 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement 12(4): 459-509, 2016.
- 13) 一般社団法人財形福祉協会 : 認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会報告書. 平成25年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業), 2014.
- 14) 牧陽子 : 社会生活障害としての認知症とその支援～自律的相互依存支援の提案. 認知症ケア研究誌2: 66-77, 2018.
- 15) 福田正治 : 看護における共感と感情コミュニケーション. 富山大学看護学会誌 9(1): 1-13, 2009.
- 16) 山口晴保、中島智子、内田成香、他 : 病識低下がBPSD増悪・うつ軽減と関連する. 認知症ケア研究誌2: 39-50, 2018.
- 17) 精神症状行動異常(BPSD)を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班 : BPSD初期対応ガイドライン—介護施設、一般病院での認知症対応に明日から役立つ(服部英幸編), ライフサイエンス, 2012.
- 18) 厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当) : グラフでみる 世帯の状況—平成30年国民生活基礎調査(平成28年)の結果から, 2018. : [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-h28\\_rev2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-h28_rev2.pdf) (cited 1 July 2018)
- 19) Graham Stokes : Challenging Behaviour in Dementia: A Person-Centred Approach. Routledge, 2017.
- 20) James IA, Jackman L : Understanding Behaviour in Dementia that Challenges: A Guide to Assessment and Treatment. Jessica Kingsley Publishers, 2017.
- 21) 認知症介護情報ネットワーク: センター方式シート集 : <https://www.dcnnet.gr.jp/study/centermethod/center03.php> (cited 1 July 2018)
- 22) 本田美和子、ロゼット・マレスコッティ、イヴ・ジネスト : ユマニチュード入門. 医学書院, 2014.
- 23) 齋藤正範 : 覚醒度を脳波で把握する. 精神神経学雑誌 110(9): 843-848, 2008.
- 24) World Health Organization and Alzheimer's Disease International : Best matches for Dementia: a public health priority. [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/) (cited 1 July 2018)
- 25) Albert M : Neuropsychological and neurophysiological changes in healthy adult humans across the age range. Neurobiol Aging 14(6): 623-625, 1993.
- 26) Christensen H, Mackinnon A, Jorm AF, et al : Age differences and interindividual variation in cognition in community-dwelling elderly. Psychol Aging 9(3): 381-390, 1994.

- 27) Buckner RL: Memory and executive function in aging and AD : multiple factors that cause decline and reserve factors that compensate. *Neuron* 44(1): 195-208, 2004.
- 28) Stern Y : Cognitive reserve. *Neuropsychologia* 47(10): 2015-2028, 2009.
- 29) Bennett DA, Schneider JA, Arvanitakis Z, et al : Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology* 66(12): 1837-1844, 2006.
- 30) Riley KP, Snowdon DA, Desrosiers MF, et al : Early life linguistic ability, late life cognitive function, and neuropathology: findings from the Nun Study. *Neurobiol Aging* 26(3): 341-347, 2005.
- 31) McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 89(1): 88-100, 2017.
- 32) Knopman DS : Dementia and cerebrovascular disease. *Mayo Clin Proc* 81(2): 223-230, 2006.
- 33) Robinson JL, Lee EB, Xie SX, et al : Neurodegenerative disease concomitant proteinopathies are prevalent, age-related and APOE4-associated. *Brain* 141(7): 2181-2193, 2018.
- 34) Kapasi A, DeCarli C, Schneider JA : Impact of multiple pathologies on the threshold for clinically overt dementia. *Acta Neuropathol.* 134(2): 171-186, 2017.
- 35) Tang-Wai D, Mapstone M : What are we seeing? Is posterior cortical atrophy just Alzheimer disease? *Neurology* 66(3): 300-301, 2006.
- 36) Alladi S, Xuereb J, Bak T, et al : Focal cortical presentations of Alzheimer's disease. *Brain* 130(10): 2636-2645, 2007.
- 37) 松田実 : アルツハイマー型認知症の言語症状の多様性. *高次脳機能研究* 35(3): 312~324, 2015.
- 38) Boeve BF : Links between frontotemporal lobar degeneration, corticobasal degeneration, progressive supranuclear palsy, and amyotrophic lateral sclerosis. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 21(4): S31-38, 2007.
- 39) クリスティーン・ブライデン(馬籠久美子訳): 認知症とともに生きる私: 「絶望」を「希望」に変えた20年. 大月書店, 2017.
- 40) McDerimid RC, Stelfox HT, Bagshaw SM : Frailty in the critically ill: a novel concept. *Crit Care* 15(1): 301, 2011.
- 41) Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, et al : Prognostic indices for older adults: a systematic review. *JAMA* 307(2): 182-192, 2012.
- 42) Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z : Palliative Care: Time for Action. *Oman Med J* 31(3): 161-163, 2016.
- 43) Henderson ML, Hanson LC, Reynolds KS : Improving Nursing Home Care of the Dying: A Training Manual for Nursing Home Staff. Springer, 2003.
- 44) van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, et al : White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 28(3):197-209, 2014. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313493685> (cited 1 August 2018)
- 45) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ : Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, Eighth Edition. McGraw-Hill Education, 2015.
- 46) 厚生労働省 : 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, 2018. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/saisyuu\\_iryuu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html) (cited 1 Aug 2018)
- 47) 国立長寿医療研究センター : ACPトレーニングパッケージ eラーニング(基礎知識編), 2018. [http://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/eol/acp/acp\\_training\\_p.html](http://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/eol/acp/acp_training_p.html) (cited 1 Aug 2018)
- 48) Arcand M : End-of-life issues in advanced dementia: Part 1: goals of care, decision-making process, and family education. *Can Fam Physician* 61(4): 330-334, 2015.
- 49) Alzheimer's Disease International : Prevalence and overview - World Alzheimer Report 2009. <https://www.alz.co.uk/research/world-report> (cited 1 July 2018)
- 50) 朝田隆 : 老年精神医学入門. *精神神経学雑誌* 115(1): 84-89, 2013.
- 51) 岩本俊彦 : 老年医学からみた脳血管障害. *日本老年医学会雑誌* 48(5): 466-474, 2011.
- 52) Savva GM, Wharton SB, Ince PG, et al : Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med* . 360(22): 2302-2309, 2009.