

精神医学の知と技

*Knowledge and Arts of Psychiatry*

# 認知症の人の 葛藤に学ぶ

繁田雅弘 ● *Masahiro Shigeta*

中山書店

## はじめに

私は長い間、認知症の研究に従事してきた。それは一見すると同じに見える認知症の病態の違いを見つけておき、違ってみえる病態の共通点を見つけておき、学術的な営みは医学において欠かせないもので、私自身、そこに手応えも感じていた。しかし、いかに緻密な分析を重ねようとも、認知症という病（やまい）を「遠い場所から眺めている」という漠然とした感覚は、澱（おり）のようにいつも心に残っていた。認知症という出来事の周囲をなぞっているだけで、その核心に触れていないのではないか。そのような違和感が、常に私の内にあった。転機になったのは、時間に追われることなく一人の認知症の人と、30分でも一時間でも対話を重ねることができ、診療の機会を得たことだった。そして対話をさせてもらった私が認知症の人にみたものは、データや統計が描き出していたものとはまったく別のものだった。私の目の前で呼吸をする、矛盾と混乱に満ちたかけがえのない「一人の人間」であった。繰り返される問い、言葉が途切れたときの心許なげなまなざし、ふとした瞬間にこぼれ落ちる本音。そこには、自分が自分でなくなっていくことへのふるえるような心細さや、大切な人の重荷になっているのではないかという、静かな、しかし底知れない深みがあった。

同時に、その傍らに立つ家族の胸中にも、容易には言葉にしえぬ葛藤の淵があることを知った。変容していく関係への戸惑い、介護者や後見人として背負う重圧、そして、十分に支え切れない己を責める罪悪感。自らの人生が窄（つぼ）まっっていくような閉塞感と、それでも手を離すまいとする切実な祈り。それは、正解も不正解もなく、ただ双方がそれぞれの場所で懸命に踏みとどまっている姿であった。

たしかに調査や研究では多くの症例を俯瞰することで有用な知見を数多く得ることができるとは、しかしその一方で、一人の人と、とことん向き合うことでしか辿り着けない真実もあった。大学の職を退いたのち、私は各地での講演を通じて、対話から得たささやかな気づきを「最終講義」として語り継いできた。本書は、いわばその一連の講義を土台としつつ、さらに思索を深めた記録である。

本書は、すぐに効く「処方箋」を示すものではない。ましてや、心の中の葛藤を、なかつたこととにしてしまうためのものでもない。むしろ、葛藤のただ中にこそ、人が人として在ろうとする根源的な力が宿っていることをみつめ直すためのものである。

揺れ動く心から、私たちは何を学べるのか。家族のためらいの中に、どのような光を見出すのか。そして支援を志す者は、いかなる地平に立ち、寄り添うべきなのか。

もしあなたが、認知症を解決すべき問題としてではなく、一つの「生きる営み」としてとらえ直したいと願うなら、本書がその歩みの伴走者となるはずである。本書の最後のページを閉じた

とき、あなたのまなざしが、ほんのわずかでも色を変えていることを願っている。その静かな変化こそが真の支援が始まる第一歩となるに違いない。

はじめに iii

対話リスト xiv

## 序章 3

- 一 聴くことの意義 3
- 二 心情への寄り添い 5
- 三 認知症の人への支持的精神療法 6
- 四 非薬物療法としての支持的精神療法 8
- 五 認知症医療とケアの最終目標 10

## 第一章 認知症の人における精神療法の留意点 15

- 一 支持的精神療法の意義 15
- 二 受診への抵抗 17
- 三 初対面から初期診療へ 19
- 四 病感・病識を把握しながら 21

- 五 認知症の人が望む告知とは 23
- 六 告知から治療導入へ 29
- 七 再診の留意点 43
- 八 認知症の行動・心理症状（BPSD）とみなす前に 46
- 九 認知症の人の精神的苦痛 49
- 十 傾聴はニーズへの応答である 50
- 十一 あらためて共感とは 53
- 十二 高度の認知症の人との対話 56
- 十三 それぞれの認知症における心理的支援 58

## 第二章 対話例からみた精神療法の実践 73

- 一 症例 73
- 二 対話の継続をめぐって 94

### 第三章 精神疾患を対象とした精神療法の知見を参考に 97

- 一 認知症に試みられている精神療法とは 97
- 二 精神療法の共通要因 98
- 三 折衷的アプローチ 99
- 四 治療効果に寄与する共通要因 99
- 五 認知症にも有効な支援的要素 102
- 六 自身の変化への気づき 103
- 七 「自然回復」を促す要因 105

### 第四章 認知症基本法から意思決定支援へ 111

- 一 認知症基本法と基本計画 111
- 二 共生社会とは 114
- 三 人権に基づいたアプローチ 117
- 四 認知症観の変化が医療にもたらす影響 119
- 五 根拠に基づく医療（EBM） 120

## 第五章 意思決定場面における対話 139

- 一 認知症治療薬の内服・点滴をめぐって 139
- 二 抗A $\beta$ 抗体治療の情報提供と意思決定支援 141
- 三 抗精神病薬の処方と説明 155
- 四 運転免許返納にかかわる心理的抵抗 178
- 五 子との同居 179
- 六 認知症医療とケア現場は意思決定の連続である 183
- 七 施設入所における自己決定と日本の幸福観 191
- 八 共同意思決定(SDM)とは 122
- 九 SDMによる患者主体の医療 124
- 十 SDMと倫理原則 125
- 十一 SDMを難しくする要因 126
- 十二 意思決定の四類型 131
- 十三 意思決定支援のためのガイドライン 133

## 第六章 死と孤独 197

- 一 希死念慮（自殺念慮） 197
- 二 孤立と孤独・孤独感 207
- 三 高齢者における死の意味づけについて 218

## 第七章 家族 225

- 一 いのちの授業で教えられた家族の本来 225

## 結語にかえて―認知症の受容をめぐつて― 267

- 一 サクセスフル・エイジング 271

あとがき―認知症からの解放― 274

〈付録〉 認知症施策 282

認知症により「能力を失った」とみられるくらいなら、「怠けている」と思われたほうがマシと、本人があえて「やらない」選択をする
本人は受診に抵抗がありながら診断を受け入れたものの、長女の「よかれと思って」の言動（失敗の指摘）に傷つき、自信を失っていた
同じことを繰り返し尋ねてしまうことに自責感をもつ本人が、治療者と協働・向き合うことで心理的に安定して、認知機能に好影響を及ぼした
治療が一段落した後も治療者のもとへの通院を希望する娘に、理由を尋ねると「自分の中で整理したことを振り返る機会にしたい」と答えた
他院で抗 Aβ 抗体治療を提案されたものの、効果の不可実性と副作用のリスクから決断できず、妻と共に治療者の診療所へ相談に来た
認知症により本人の攻撃性が増したため、抗精神病薬での対応が考えられたが、服用にはリスクが伴うため、本人と家族に服薬確認をした
診断から1年以上経ってから参加した認知症のリハビリに対し、「びっくりした」と本人も妻も拒絶。認知症の受容プロセスを考えさせられる
治療者に勧められて当事者会に参加した本人は、「他人に相談することに抵抗がある。まず家族に相談したい」と、次回以降、不参加を決めた
息子は生活が乱れ始めた本人を心配し、九州から東京に呼び寄せたものの、本人は新しい土地になじめず、穏やかに暮らせるまで5年を要した
認知症への偏見から家族は本人を「ボケ扱い」し、ショートステイ先から「帰りたい」という本人の電話も拒否。その後の診察（複数回）で、本人は若い頃の武勇伝を話し続けたのち、自分で施設入所を決めた
診断から2年、服薬管理、音楽療法、運動療法、散歩など、自分のできることを頑張ってきた本人が、ある日、「死にたい」と訴えてきた
本人も息子も冷静・理性的で、2人の間に親子らしい雰囲気はなく、本人は人との交流を望んでいないようにみえた。自ら決めた施設入所後、食欲が減退し、半年後に亡くなった（自ら死を選んだとも思われる）

(対話リスト)

NO. (掲載頁)	症例	対話相手	本人の 性別・年齢	診断
A p.73	怠けてるって思われるほうがマシ	本人	男性 70歳代前半	中等度のAD
B p.79	長女と次女	本人	女性 70歳代	
C p.84	あきらめていないから	本人	女性 70歳代後半	AD
D p.88	通院の意義	本人と娘	女性 80歳代前半	妄想性障害の改善後、AD
E p.146	抗A $\beta$ 抗体治療	本人と妻	男性 70歳代半ば	軽度認知障害
F p.158	抗精神病薬	本人と妻	男性	軽度のAD
G p.165	リハビリテーション	本人と妻	男性 60歳代前半	AD
H p.170	ピアサポート	本人	男性 56歳	軽度のAD
I p.181	見知らぬ土地での同居	本人と息子	女性 73歳	
J p.185	施設入所	娘	女性	
K p.198	死にたい	本人と妻	男性 60歳代前半	軽度のAD
L p.203	選んだ死だったのであろうか	本人と息子	女性 70歳代後半	軽度のAD

兄と親友を亡くし、夜中に「死にたい」と繰り返す本人に、困り果てた娘が思わず言った「一緒に死のう」という言葉で、本人は安眠した
本人の表情や暮らしぶりから、「喜び」「充実感」を見いだせない夫は「(本人が) 生きている意味はあるのか？」と治療者に尋ねた
多忙な息子は、同じことを何度も尋ねる本人を怒鳴ってしまうが、対話で内省が促され、「怒鳴るほどに母は遠くに行ってしまう」と話した
長年の介護を経て夫を亡くした妻（治療者には献身的にみえていた）が不安症で通院し、結婚当初から愛情はなく他人を介護するようだったと振り返るが、対話の最後に「最近は毎日、夫を思い出す」と語った
娘が介護していることを知った上司は、給料を維持したまま残業の少ない部署への異動を提案。娘は、仕事のキャリアと、本人の自分に負担をかけたくないという気持ちを考え、異動はしないと一人で決めた
頻繁に娘を心配する発言を繰り返す本人に、娘は困惑・葛藤しつつ、対話で「いつまでも母でありたい」と願う本人の気持ちに気づく
「本人の尊厳が失われていく」と訴えた妻は、息子の「父は変わっていない」などの意見を受けて「結局、尊厳なんてどうでもいい」と話した
診断から3年、気力の低下に悩む本人に、治療者は前向きな声かけは能天気だったと話す。本人は「悪くない」と返す。真剣な共感負担になり、あえて「わからないまま励ます」ことがよいときもあると示す
「病気になってよかったかもしれない」と話す本人との対話では、認知症が人間の尊厳や精神性を深める契機となりうることが示唆される
「病院の庭を眺めて思いを馳せる感覚がわかる気がする」と話し始めた本人との会話で、「老年的超越」とも通じる心の動きがみえる

(対話リスト) つづき

NO. (掲載頁)	症例	対話相手	本人の 性別・年齢	診断
M p.209	母の孤独	娘	女性 80歳代前半	AD
N p.212	生きている意味はあるのか	夫	女性 61歳	AD
O p.228	遠くを感じる	息子	女性 80歳代前半	中等度のAD
P p.232	夫だと思ったことはなかった	妻	男性 70歳代後半	AD、前頭側頭型認知症の疑い
Q p.238	母の尊厳	娘	女性	中等度のAD
R p.243	母であること	娘	女性 52歳	AD
S p.248	尊厳がなくなっていく	妻	男性 70歳代前半	AD
T p.254	わかってほしいこと	本人	男性 78歳	AD
U p.258	家族のことを考えるようになりました	本人	男性 61歳	若年性AD
V p.267	庭の木々	本人	男性 67歳	軽度認知障害

AD: Alzheimer's disease (アルツハイマー型認知症)

## 序章

### 一 聴くことの意義

「認知症の精神療法」という表現に対し、多くの医療・ケア関係者は「精神療法は認知症の初期、つまり軽度の人にしか適用できない」という印象を持つであろう。この考えは現在も根強い。実際、私も当初は「精神療法」という言葉を広く使うことをためらった。

私は一貫して、「認知症の人の訴えにもっと耳を傾けるべき」と主張してきたが、その姿勢が医療やケアの現場に根づいているとはまだまだいえない。多くの専門職は「認知症の人の尊厳を守る」「その人らしい生活を支える」といった理念を語るが、実際に本人の語りに耳を傾けている専門職は限られるのではないか。会話が途切れたり、内容が曖昧になったりすると、早々に話をあきらめる場合が少なくないのではないか。

この背景には、「認知症の人は失語や記憶障害のために、会話が困難である」という先入観がある。確かに、認知症症状によって理解力や記憶力が多少なりとも低下する。それは否定できない。しかし実際には、多くの認知症の人が、例えば表現が不完全でも、自身の想いや意見を伝える

# 第一章 認知症の人における精神療法の留意点

## 一 支持的精神療法の意義

精神療法には、認知行動療法などさまざまな技法が存在し、うつ状態などに効果があるとのデータがある。しかし私が治療の対象としているのは、行動・心理症状（BPSD）というよりも、その背景にある心理的苦悩や葛藤である。それらは、予後のよくない疾患の人に共通する避けられない反応といえる。認知症のような病では、その苦悩の深さと重さが大きい。具体的には、診断を受けたことへの戸惑い、自立への希求と支援への依存の葛藤、介護保険制度の利用に伴う複雑な感情、あるいは家族との関係性にかかわる想いなどがあげられる。病的ではなく、自然な心理反応の部分が大きく、周囲の理解と共感によって変わり得る苦悩である。

しかし、これらの苦悩や葛藤は、日常生活や社会とのかかわりにおいて、その人が有する力を発揮することを妨げ、主観的な幸福感（well-being）の低下をもたらす。これらに適切にかかわることができれば、生活の質（QOL）の向上に資するだけでなく、意欲や自尊心の保持にもつながる。結果として（主たる目的ではないが）BPSDの予防にも貢献しうるのである。

## 第二章 対話例からみた精神療法の実践

### 一 症例

症例A 怠けてるって思われるほうがマシ

〔経過〕

70歳代前半の男性が、妻と妹に伴われて受診した。65歳まで民間企業の研究所に勤めていた。診断は中等度のアルツハイマー型認知症（AD）（MMSE・17／30〈認知症疑いがあるときに  
行われるスクリーニング検査。30点満点中、23点以下は認知症が疑われる〉、FAB〈Frontal  
assessment battery〉・12／18〈前頭葉の機能を中心に評価する検査。18点満点中、11点以下で  
機能低下が示唆される〉）であった。初診では口数が少なかったが、二回目以降の診察では饒舌  
であった。家族の理解を得て一人で通院し、駅から病院までの道で毎回迷ってしまうが、本人は  
「徘徊もいいもんです」と散歩のように楽しんでいた。

治療者…感じるところ、奥様や妹様は（あなたが）怠けていると思ってる節がありますね。

本人 .. そうですか。

治療者 .. 「ぼーっとテレビばかりを見て、何もやろうとしないんです」といった訴えから感じます。

本人 .. 一応、病気だと思っと思っていますがね (苦笑い)。

治療者 .. そもそも検査も一生懸命やらなかったのではないですか？

本人 .. そうでもないですよ。

治療者 .. あの種の検査は一生懸命やっていたことが前提なんです。こうしてあなたと話している印象より、テストの結果がずいぶん悪いので不思議に思っています。

本人 .. そうですか？

治療者 .. 検査なんかで何がわかるんだという気持ち、あなたはどこかにあったのかなとも考えました。別に非難しているわけではありませんが。

本人 .. そういうところもないわけではありませんが、それより努力とか頑張るとかいうことを最近、本当にできないんです。

治療者 .. 認知症が悪いふりをして、家のことをいろいろサボっているわけではありませんか (笑) ?

本人 .. そんなことはありません。

治療者 .. ご家族には怠けているわけではないと私は説明しています。本当にそう思っています

## 第三章 精神疾患を対象とした精神療法の

### 知見を参考に

#### 一 認知症に試みられている精神療法とは

認知症に対する治療は、薬物療法と非薬物療法に大別される。非薬物療法のうちの精神療法（心理療法）にも、さまざまな技法が含まれる。本書で取りあげた「支持的精神療法」以外に、認知機能や行動の再構成を通じて症状にはたらきかける「認知行動療法（cognitive behavioral therapy：CBT）」、「人間関係に焦点をあてる「対人関係療法（interpersonal therapy：IPT）」過去の体験を語り直す「回想法」、患者の感情に寄り添いながら理解を示す「バリデーション療法」、現在の体験に注意を向ける「マインドフルネスに基づく介入」、問題への主体的な取り組みを支援する「問題解決療法」などがある。その他、音楽療法や芸術療法、園芸療法や時間・場所の認識を促す現実見当識訓練、認知的刺激を用いたりハビリの手法も広い意味で精神療法といえる。

これらの治療の目標は多様である。例えば認知症にしばしばみられる抑うつ、不安、易怒性、不穏、興奮などの行動・心理症状（BPSD）の緩和や、日常生活動作（ADL）の維持・改善、

## 第四章 認知症基本法から意思決定支援へ

### 一 認知症基本法と基本計画

二〇一五年に認知症に関する法律の議論が始まり、二〇一九年に公明党と自民党が共同で法案を国会に提出したが成立しなかった。その後、二〇二一年に超党派の議員による「共生社会の実現に向けた認知症施策推進議員連盟」が発足し、法案の検討が再開された。与野党でまとめられた新しい法案が二〇二三年六月に参議院本会議で可決・成立した。これが二〇二四年一月一日に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、認知症基本法）である。この法律は、「共生社会」の理念と枠組みを定めたものである。これに基づき「認知症施策推進基本計画」（以下、基本計画）が策定され、二〇二四年十月に公表、十二月三日に閣議決定された。この計画は、認知症基本法の理念を具体的な施策にするためのものであった。

この認知症基本法と基本計画は、認知症の人の人権に対する社会の認識を見直す点で、大きな意義を持っている。これまで認知症の人は保護の対象とされてきたが、認知症基本法は、認知症の人を「支援を受けながらも自分らしく生きる主体」と位置づけた。これは、能力がないと決めつけるのではなく、どうすれば本人が意思を決められるかを考えるという支援への転換を意味し