第27回
誰のための認知症介護？

長尾和宏の 在宅介護を快適にする極意

在宅医だから伝えたい！

㊙ここだけの話

執筆▶長尾和宏
医学博士。長尾クリニック院長。公益財団法人 日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授。日本慢性期医療協会理事他。ベストセラー『ひとりも、死なせへん』など著書多数。

棄てられた認知症の人

その人は、中等度のアルツハイマー型認知症の80代の男性です。日常会話は普通にできるけれど短期記憶が障害され、時々混乱します。症状が出始めてから、ご家族は自宅介護を明確に拒否しました。奥さんと娘さんは「何がなんでも施設介護で」と、高級老人ホームにその人を騙して連れて行き、逃げるように帰ったままです。金銭的には大変裕福のようで、お金は払うので面会さえも勘弁してくれ、とのことでした。

僕は、施設に入所したその人の在宅医として定期の訪問を依頼されました。しかし入所までの一連の様子を伺い、まるで「捨て犬」のようだと感じてしまいました。

その人は、根は優しいようです。組織のトップに長く君臨していた風格を感じます。話しかければ柔和な笑顔を浮かべ、父性を感じる威厳も維持されていて、特に大きな問題はないようにお見受けしました。週2～3回、デイサービスを利用すれば在宅介護も充分可能な状態でした。同じような状態で、独居の方はいくらでもいます。

しかし、先にも書いたように、ご家族が介護を頑なに拒否しています。昔、何かあったのでしょうか。いずれにせよ家族は「お金さえ出せば預けられる。それで関わらないで済む」と割り切っているようでした。僕は、受け持つからには、詳細にその人の過去について知りたいのですが、家族からそれを聞き出す機会もなく主治医を任されました。通常、家族は主治医との面談を求めるものですが、その反対で僕とも極力関わりたくないようでした。内心「早く死んでくれ」と願っているのかな、とも勘繰りました。もしそれならば、介護放棄ないしネグレクトによる入所です。

暴れるのは当たり前？

その人は、入所当日から施設内をウロウロし始めました。入り口に何度も降りてきて外に出るチャンスを伺っています。スタッフが「どこに行きたいの？」と聞くと、「家に帰る！」と。これを一日何十回も繰り返すのだと。考えてみれば、豪華な個室はその人にとっては「牢屋」でしかなく、自分の居場所は、あくまで住み慣れた我が家のままです。そんな人を無理やり閉じ込めたら、ストレスが溜まり暴れるのは当たり前です。

スポーツ万能だったというその人は、80歳という年齢の割に足腰は丈夫なので自動ドアに少しでも隙間があれば簡単に外に出られます。一日に何度も出ようとして、時には受付スタッフともみ合いになるので自動ドアの開閉は、管理が大変厳しい「手動式」に変更されました。それでも一度、外に出てしまい、行方不明者として警察に通報されてすぐに捕まりました。何も悪いことはしていないのに、なぜ、通報されて捕まらなければならないのでしょう。外に出るのを阻止する受付嬢の手を払いのけはしますが、決して手は出しません。多少声を荒げますが、大声で叫ぶこともありません。つまり暴力や暴言はなく、「元・社長」としての分別が残っているように感じました。

しかし一日中、常に外出の機会をうかがいウロウロするので、施設のスタッフも疲弊。管理者から「薬でなんとかしてほしい」と懇願されました。いわゆる周辺症状を抑える薬の要求です。スタッフの労働環境の改善のためです。処方するのは簡単です。でも、その人に抗精神病薬を処方することが、果たして医の倫理に合致しているのか自信を持てませんでした。その人には何の問題もない、もしも自分がその人だったら、おそらく同じように脱出の道を模索するでしょう。

僕が習った医の倫理では、「ご本人が求めないことをやってはいけない、ご本人を単に傷つけることはやってはいけない」とありました。

医療は誰のため？ 患者本人のためにある。その教えに従うならば、僕がやろうとしていることは医の倫理に反していることは明白です。しかしそこは高級老人ホーム。郷に入れば郷に従えの論理で、その人の行動は「問題行動」なので、何がなんでも抑えないといけないし、その場においてはそれが「善行」なのです。

「閉じ込める」ということ

仕方なく、僕はその人に抗精神病薬を少量から開始しました。処方しないと主治医交代の圧力を感じ、屈してしまいました。しかし、脱出行動はまったく変わりません。1週間ごとに訪問診療して様子を確認しながら当初の量の4倍まで増やしましたが、様子はまったく変わりません。ただ、表情は毎週険しくなっていきます。初診時から「薬が効きにくそうだなあ」と思いましたが、予想どおりでした。スタッフの方からは、「脱出行動がいまだ続いていますよ。ちゃんと処方をしてください」と懇願されました。

その2カ月後には抗精神病薬をもう1剤増やして併用し、当初の約8倍量までに達しました。しかし少し大人しくなった程度で、脱出行動はまだ続きます。時々、ふらついて3回ほど転倒したそうで、顔に傷ができてしまいました。また、昼間に座ったまま眠ってしまう時間帯も出てきました。そりゃそうでしょう。大量の抗精神病薬を飲めば起きる当たり前のことなんですから。しかしスタッフは「まだまだ大変です」と暗に「薬をさらに増やして！」と迫ってきます……。

施設にとっては「閉じ込める」ことは管理上当たり前で、絶対的な善です。僕は、「閉じ込めたらそこから出ようとするのは当たり前だよ、だから1日2回、外を一緒に散歩してよ」と頼みました。しかし施設側は「そんな余裕はない」とのこと。閉じ込めることしか習っていない人たちに、「移動という尊厳」を説いても理解されません。

通常、脱出行動は2カ月ほど経過したら徐々に鎮静化するものです。それは、薬の効果というよりも、抵抗することを諦めたからのように映ります。徐々に「抗う元気」が失せて、悪い意味で順応してしまうのです。しかしその人は3カ月たっても、4カ月たっても、脱出への意思を持続させていました。元々の強靭な体力と精神力が、「俺は従順な飼い犬になどならぬ」と体の奥から叫んでいるようにも見えました。

抑制系薬剤の落としどころ

僕は、自分が誰のために、何をしているのかすっかり自信が無くなりました。介護スタッフの負担軽減には少しは役に立っているのかもしれませんが、その人に対しては、悪事しかしていないからです。抗精神病薬の大量投与は余命（生命寿命）を短縮することが医学的に明らかになっています。度重なる転倒と、活動量の低下でさらに命を短縮させています。毎週訪問するたびに、表情が消えてボーッとテレビを眺めているだけで、大好きだった新聞もあまり読まなくなっていました。

でも、ここからが医者の腕の見せどころです。抑制系の薬剤のさじ加減の基準をどこに置くのか。それが僕に問われていると、自己判断しました。理想は、「その人にほとんど悪影響を及ぼさず、施設ライフを楽しめるような薬剤の種類と量」を定めることです。

その施設は経営者がお金儲け主義なので、ユマニチュードや屋外レクレーションなどを行うことはまったく期

待できないのは最初から分かっています。いつ行っても、入居者はロビーで各テーブルに一人だけでポツンと座っていたり、伏して寝ています。まさに綺麗な牢屋のようです。介護スタッフは、良い認知症ケアを見たことも習ったこともないため理想論を言っても通じません。高級老人ホームがレベルの高いケアをしているとは限らないのです。

その介護は誰のため？

その人については、もしも介護施設での生活が無理と判断されたならば精神科病院に入ることになっていると聞かされていました。施設入所は家族の「温情」のようでした。しかし、その高級老人ホームの費用はそもそも家族ではなく、その人が稼いだもののはず。それを思うと切なくなります。

これが精神科病院ならば、もっと大量の薬剤が投与されているのでしょう。昨今、精神科病院の身体抑制が問題視されたこともあり、ならば薬の量を増やしておとなしくさせるしかない、という発想をする医療者もいます。

僕はその人を、精神科病院には行かせたくない。ならば、ここでなんとか普通に暮らせるように薬の量を調節しないといけません。そんな僕の心のうちを、その老人ホームのケアマネはまったく知りません。というかその人の入所から半年たっても、ケアマネとお会いしたことが、ない。看護師とスタッフは「とにかくおとなしくさせて！」という要望だけで、その人を笑顔にさせようとか、QOLを考えようといった発想も余裕もないようです。

経営者からすれば、在宅医に望むことはお客を「生かさず、殺さず」にそこに留め置いてくれさえすればいいだけで、余計な介入は迷惑なのでしょう。長年在宅医をやっていると、悲しいかなその場その場に順応する術も知っています。

しかし、「その介護は誰のもの？」と叫んでみたい衝動に毎回かられます。でも「それを言ったらハイおしまいよ」という世界もあります。……情けない話ですが、以前、そう言ったら主治医を即刻クビになった経験が今でもトラウマになっています。介護施設においては主治医を選ぶのは患者さん自身でも家族でもなく、施設経営者だからです。

ケアマネの本音はどこに

さて、本誌読者のケアマネの皆さんは、僕のこの、「どこにでもある物語」を読んでどう思われたでしょうか。「仕方がないですね」なのか。「それはいけません！」なのか。

ケアマネさんも、倫理観はいろいろですが、施設経営に有利なケアプランを考えて、お金をくれる人の顔色だけ気にしていればいいのでしょうか？

でも、少しはその人が外出できたり、笑顔が見えたりする生活、つまりは人間の尊厳に関心を持ってほしいのです。青臭いですか？ スミマセン。

皆さまは、認知症ケアの研修にどれくらい行かれたでしょうか？ 認知症ケアの本を何冊読まれたでしょうか？ 三好春樹という名前を知っているでしょうか？ そんな質問をしてみたくなりますが、しかしそこはグッと我慢して、何食わぬ顔でお医者さんごっこをしています。それしかできない自分が情けないと思いながらもそれに甘んじています。

もしかしてケアマネも同じでしょうか。内心は「こんなの、おかしい」と思いながらも私情を殺して現状に甘んじているのでしょうか？

今、僕が一番知りたいのは、こんな状況でのケアマネの本音です。僕が抗精神病薬のさじ加減で悩むように、ケアマネさんもケアプランと経済性の狭間で悩む存在であってほしいです。ケアマネと主治医が一緒に声をあげれば、施設経営者も少しは変わってくれるかもしれません。

・長尾和宏先生の最新刊・

『完全図解 介護に必要な医療と薬の全知識』

（編著・長尾和宏、三好春樹／編集協力・東田勉／講談社刊）
1,980円（税込）

理学療法士であり「生活とリハビリ研究所」代表、通称介護の神様の三好春樹氏との共著。高齢者介護に必要な医療が豊富な図解と解説で分かる決定版。

2022年6月30日発行（毎月30日発行）第33巻第7号 通巻371号
1995年3月14日第三種郵便物認可

変わりゆく時代のケアマネジャー応援誌

月刊ケアマネジメント

7月号

特集

介護に安全と安心を！
始めよう〝三方よし〟の労働安全対策

連載

記録革命が未来を拓く 特別企画座談会
「F-SOAIPの普及に向けて意見提言」

特別企画

在宅での褥瘡予防最前線

ホームページ http://www.care-m.net/ 環境新聞社