

# 私の認知症治療 笑顔に会いたくて

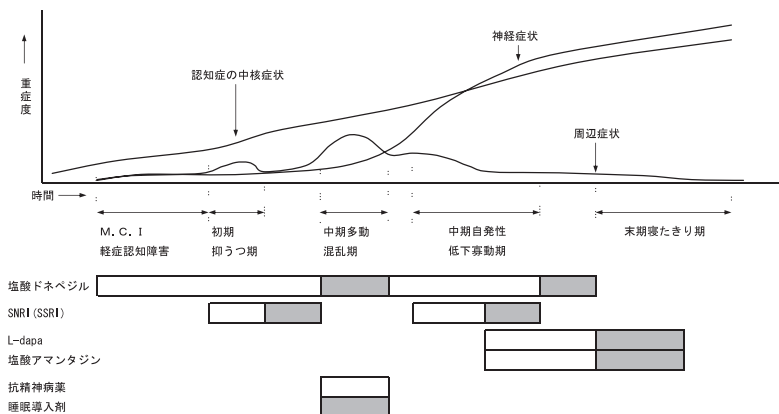
きのこエスポール病院 副院長

藤 沢 嘉 勝

認知症高齢者の対応には、疾患に対する視点だけでなく生活個体に対する視点も必要である。とくに、2000年4月からの介護保険導入後、ケアはサービスを提供する側の選択ではなく、利用者を中心に選択するような流れに変化してきている。そのような現状において、私は認知症高齢者の尊厳を重視した個人中心の医療を行うていかなければならないと考えている。

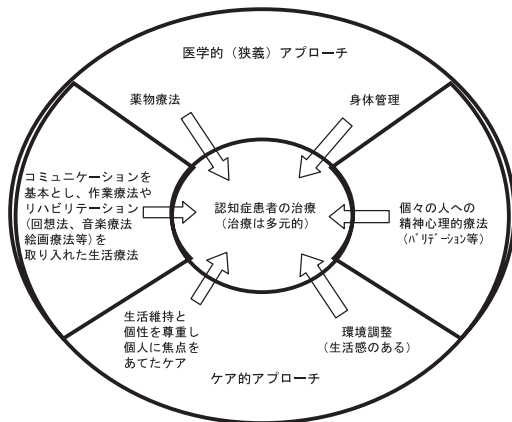
私の臨床医(精神科医)としての基本的姿勢は、従来からの薬物療法や身体管理といった狭義の医学的アプローチ(図①)だけでなく、図②に示したように多様なアプローチを柔軟に活用することである。そのために私が重要だと考えていることは、まず認知症高齢者を取り巻く生活環境を調整・安心して生活できるような日常生活を提供し、認知症の人の個性やその人の物語(人(生歴)を尊重するケア的アプローチ、さらに認知症のある高齢者が行動障害を起こした背景を理解し、現在の心理的ニーズを満たすため精神

# ①アルツハイマー型認知症における臨床症状の一般的出現パターンと私の基本的薬物療法



- ① 塩酸ドネペジルは、中期多動混乱期に休薬するケースあり。また、末期は原則として中止する。
- ② 初期抑うつ期、中期自発性低下寡動期にSNRI (SSRI) を併用する。
- ③ 運動能力低下期にドーパミン剤を併用する。
- ④ 抗精神病薬は、せん妄などにピンポイントとして介護の補助的手段として使用
- ⑤ 不眠に対しては、生活習慣の改善 (リハビリテーションなど) が基本
- ⑥ [Shaded box] 症例により、投与したり休薬することあり

# ②認知症に対する治療的アプローチの多様性



的支持と共感をもって行う精神心理的アプローチ(例：バリテーション)、コミュニケーションを中心とした作業療法とリハビリテーション(例：回想法、音楽療法、絵画療法など)を取り入れ、その人の今までの生活をできるだけ反映させる生活療法的アプローチなどである。そしてその際には、家族への役割の依頼や施設間の連携、各種スタッフ間のチームワークが必要となってくる。

そこで私が最も力を注いでいることは家族支援と地域連携である。家族支援では家族の不安を取り除き、精神的、身体的ストレスを軽減することを第一とし、適切な情報提供とケアマネジメント、介護指導を行う。さらにデイケア、デイサービス、ショートステイ、訪問看護、訪問介護、往診などを、認知症高齢者やその家族にとってテラーメイドになるようにうまく組み合わせていき、必要なら他科への紹介や当院への入院、施設入所グループホーム、老人保

健施設、ケアハウスなどを勧めている。また地域連携では、認知症高齢者を囲む地域の医療福祉サービスに携わっているスタッフの人たちとの連絡を頻繁に取り、カンファレンスの時間をできるだけ作るように心がけている。

われわれ医療に携わる立場の人間は、認知症の人を自然と評価しマイナス面に着目してしまいがちであるが、認知症になつてうまくコミュニケーションが取れなくなつても感性豊かで、笑顔で迎えてくれる利用者に心の安らぎを与えてもらうことが何度もある。この笑顔を少しでも増やすことが私の臨床医としての生きがいである。