

介護職と支える認知症

松本 一生（松本診療所／大阪市立大学大学院）

（はじめに）

国の方針を受け地域で認知症の人や家族が安心できるような支援が全国どこでも出来るのが理想的だが、未だにケアの地域間格差や介護職の離職から新オレンジプランの実現の前には大きな障壁がある。それを乗り越えるためには生活を支える介護職から、適切な情報が医療にフィードバックされて、認知症の人が安定・安心できる環境づくりが欠かせない。

（病識の差）

同じように認知症になっていても自身の病気に對する認識（病識）を持っている人の当院への受信が72%なのに対して、病識がない人も28%いる。これを地域で見ると当院の受診者の割合とは逆転し、病識がある人が30%程度となる。これからの社会にセルフネグレクト（認知症のために病識がなく）の人が増えるだろう。

（絶望感と自死）

留意しなければならないのは認知症であることがわかったのち、かなりの人が将来に絶望し、自死しようとする（自死企図）ことである。軽度であればあるほど、その人の心に寄り添う必要がある。また、告知の際にも配慮が大切である。自ら希望して告知を受けた人と、希望していなかったにもかかわらず告知を受けた人の病状の比較をすると、後者が告知後1年間の間に急激な悪化を示すこともある。告知も慎重に行い、その後、傾聴する時間が必要である。

（BPSDの継続時間）

ケアが困難になるBPSDだが介護期間の全体を通して表面化するわけではない。認知症のケアが始まって3年ほどがピークになる。この時期をどのようにわれわれ支援するものが介護家族と連携できるかが要である。認知症へのアプローチは「完治できなくとも伴走すること」に尽きるだろう。

（介護家族の心の傷）

認知症の介護はゆっくりと介護者の心を傷つける。認知症ケアの期間を通して介護家族の心にはさまざまな気持ちがわき起こるからである。特に他人の力を求めず自分で孤立する介護者や自分の人生を介護に支えるかのような発言は介護は単につながらるため留意しなければならない。

（支援職の自己覚知）

他者を支援するプロでも自分の心にはさまざまな葛藤がある。それがさまざまな形で支援職に襲いかかる。身体不定愁訴や慢性疼痛である。認知症を支えるためには介護職にこそ自己コントロールが求められる。

（みとりと遺族ケア）

そして終末期ケアの後、その人を見送った「遺族」へのねぎらいや支援者としての評価を伝えることまで、われわれには役割があるのである。