メンタルヘルス診療の新たな展開（Ⅳ）

認知症の緩和ケア

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
成人看護・緩和ケア看護学講師
高　井　ゆかり
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　認知症の緩和ケアということですが、もう少し幅広く、高齢者の痛み、その評価という点で、認知症も含めてうかがいます。

高齢者の関心事としては、痛みが大きいのでしょうね。

高井　疫学調査などによっても、在宅高齢者の方々で、70～80％ぐらいの方に慢性的な体の痛みを訴えている方がいらっしゃるという調査結果もありますので、高齢者の方々は痛みを共通して経験されているのではないかと思います。

齊藤　高齢者の方も、いろいろなレベルの方がいると思うのですけれども、自分でそうだとおっしゃる方ももちろんたくさんいるわけですね。

高井　痛みというものが他者から直接的に見えない性質の症状であるので、自分がどのように認識して、痛みをどうとらえているかを教えていただかないと、痛みがあるのかどうかというのは最終的に判断が難しいかなと思います。そのため本人がそれをどうとらえて訴えるかを聞くことが重要かなと思います。

齊藤　自分で訴えられない方に関してはどうですか。

高井　例えば、認知機能が低下したりということですね。認知機能の低下に関しても、軽度、中程度ぐらいですと、痛みのセルフレポートもかなり適切にできる印象を持っています。それができないような方、例えばMini Mental State Examination（MMSE）で得点が10点より下がってしまうような記憶の障害のある方、もしくは何も訴えられないような方は、周りにいる者が痛みがあるかどうかを判断していくことが重要かなと思います。

齊藤　その判断は何か尺度のようなものはあるのですか。

高井　海外では数多くの痛みのアセスメント尺度、それも認知症の方々の行動を得点化することによって、痛みがあるかどうか、もしくは痛みの強さがどのぐらいなのかをアセスメントするようなものが開発されています。

齊藤　具体的にはどういったポイントで見ていくのですか。

高井　例えば、顔の表情、しかめるとか、そういったことだったり、あと声を出す。「痛い、痛い」と言ったり、うめき声をあげたり、もしくはケアを拒否するような行動だったり、もしくは興奮して怒ったりというような行動が痛みを疑わせる行動として考えられていまして、そういったものを観察して得点化し、痛みがあるかどうかをアセスメントするための尺度があります。

齊藤　そういった尺度を使って、たとえ自分で訴えられない方でも見てあげるということですね。

高井　そうですね。

齊藤　まずはそういうことで痛みを評価して、対策を考えると思うのですが、これはどうなのでしょうか。

高井　認知症の方の痛みの対策はとても難しい問題だと思います。というのは、ご本人が体の痛みを評価できませんので、治療がどのぐらい効果があったのかということの判断が難しくなってしまいます。海外の研究などを見ますと、認知症という診断があるだけで薬物療法使用の頻度が認知機能低下のない方に比べて少ないという結果もあります。そういったところをどう考えて、どのようにケアをしていくかはこれから重要な課題になっていくと思います。これから考えていきたいと思っています。

齊藤　自分で訴えられない方に関してはたいへん難しいですね。高齢者一般としては痛みがある方々に対する対策としては何かありますか。

高井　在宅で普通に生活をされていらっしゃるような高齢者の方々でも、７～８割ぐらいの方が体の痛みを抱えていることが報告されているのですが、そういった方々の中には、例えば痛みを完全に取り除いてほしいと期待されていろいろな病院を回る、ドクターショッピングをされるような方々がいらっしゃいます。そういった高齢者の方々の慢性的な体の痛みはなかなか取り除くことが難しい場合が多いので、そういった方々が痛みにとらわれて、痛みの中で生活するのではなくて、痛みから少し離れて、自分の生活を取り戻すというか、痛みがあっても、自分らしい生活が送れるようにするような支援、例えば認知行動療法といったものが高齢者の方にも必要ではないかなと思っています。

齊藤　高齢者患者さんが、例えば整形外科で診てもらうと、「年のせいですよ」みたいなことを言われて、それが一番嫌だと言う方もいますね。それで次々と病院を移っていくということですかね。

高井　年のせいと言われるのは、多分ご本人も納得される部分があると思います。かえって年のせいだと思ったほうが、すっきりする、だからといっ

て、何もしないわけにいかないから、痛みに負けないで自分らしく生活していこうと考えられる方もいらっしゃいます。ただ、納得できない方は、治してくれるお医者さんを探し求めて次から次に病院を回るという状況もあると思います。

齊藤　先ほど認知行動療法ということをおっしゃいましたけれども、こういう痛みに対してはどういったかたちで行っていくのですか。

高井　日本では幾つかの取り組みがあると思うのですが、例えばグループでだったり、個人でだったり。痛みに対して誤った認識をまず本人が気づくように支援して、その気づきによって、自分でどんなふうに変えていけるのかをそばで支えるというか。私たちが「こうしたほうがいいですよ」というサジェスチョンをするのではなくて、本人が見つけだして、それを取り入れていけるよう支援を行っていきます。

例えば、抑うつであったりとか、発達障害の方とかにも、認知行動療法は使われているのですが、慢性痛に関しても認知行動療法が有効だというエビデンスは出ています。

齊藤　まず、痛いと寝てようかということになるわけですけれども、そうではなくて、ちょっと考え方を変えてということですか。

高井　そうですね。ただ、もちろん前提としては体が動かせないような痛みは緩和する必要があるかと思うのです。とても痛かったら、普通、人は動けません。ある程度自分が動けるようにというか、心の余裕を持たせてあげることは痛みに関しては重要だと思います。何か次の行動、新しい行動を取り入れられるような心のゆとりをつくるためにも、まずは、激しい痛みは少し緩和してあげて、余裕ができたときに、自分がこのまま痛みを抱えて、痛みのことだけを考えて横になっているよりは、痛みがあってもできることを探していって、少しずつその活動を増やしていけるように支援することが大切ではないかと思います。

齊藤　前向きにとらえていくということでしょうか。

高井　そうですね。

齊藤　緩和ケアについてお話ししていただきたいのですけれども、緩和ケアとはどういう考え方なのでしょうか。

高井　死がその後起こってくる診断を受けたようなときに、身体的な、もしくは精神的な苦痛を取り除いて生活の質を上げていくために重要な考え方ではないかと考えています。

齊藤　一般的には、がんの末期の亡くなりそうな患者さんかと思うのですけれども、必ずしもそうではないということでしょうか。

高井　はい。比較的日本ではがん患者さんに対する緩和ケアというとらえ方が多いのですが、例えばアルツハイ

マー病であったり、その疾患によって死が起こってくるような病気になったとき、もしくは身体的にも精神的にも苦痛を伴うような病気になったときには、緩和ケアが重要かなと思います。

齊藤　最期ではなくて、そういう診断がついたときから始まるということでしょうか。

高井　はい、そうです。

齊藤　ご家族に対してもあるということでしょうか。

高井　もちろんそうです。ご本人だけでは危機を乗り越えられないことが多いですので、ご家族の方と一緒に、心理的・身体的な緩和を保つということが重要ではないかなと思います。また、その方が亡くなったあとにも、ご遺族へのケアが重要と思っています。

齊藤　どうもありがとうございました。