

# Aging & Health

エイジングアンドヘルス

秋

No.107

2023年

第32巻第3号



## 特集

認知機能が低下しても  
個人の尊厳を尊重した  
普段の生活における  
様々な意思決定支援

## 対談

元日本看護協会会長 久常節子

公益財団法人長寿科学振興財団理事長 大島伸一

## シリーズ

インタビュー

いつも元気、  
いまでも現役

看護師

細井恵美子

ルポ

地域の鼓動

神奈川県相模原市

さがみはら認知症サポーターネットワーク

(さがサポ)

アンケートにご協力ください！

WEB版機関誌エイジングアンドヘルスのよりよい誌面づくりのため、  
本誌へのご意見、ご感想、ご要望などをお寄せください。

<https://bit.ly/3a6es7l>



公益財団法人  
長寿科学振興財団

連載 **エッセイ** 下町和尚のもうといい話 **こころの天気は自分で晴らす**  
 第3回 自慢話のコツと恩返し……………3  
 もっといい不動 密蔵院住職 名取芳彦

**巻頭言**

認知症の人の意思決定支援……………4  
 国立長寿医療研究センター研究所長 櫻井 孝

**特集**

**認知機能が低下しても個人の尊厳を尊重した  
 普段の生活における様々な意思決定支援**……………5

認知症の人の日常生活・社会生活における  
 意思決定支援ガイドラインの解説……………6  
 いなば法律事務所代表弁護士、元裁判官 稲葉一人

認知機能が低下した人の医療ケアにおける意思決定……………11  
 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム研究部長  
 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター長 井藤佳恵

認知機能が低下した人の社会生活における意思決定支援……………16  
 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部研究生  
 老人看護専門看護師 高梨早苗  
 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部部长 三浦久幸

主観的認知機能と認知機能の乖離がもたらす社会問題……………21  
 慶應義塾大学経済研究所ファイナンシャル・ジェロントロジー研究センター長  
 慶應義塾大学経済学部教授 駒村康平

**対談 長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして**

第7回 医療の質向上に看護の底上げを……………25  
 元日本看護協会会長 久常節子  
 公益財団法人長寿科学振興財団理事長 大島伸一


**最新研究情報**……………31

**インタビュー** いつも元気、いまも現役  
 人生と向き合う現役介護……………32  
 看護師 細井恵美子

**ルポ** 地域の鼓動  
 ウィッシュカードで認知症の人とサポーター、地域をつなぐ……………36  
 神奈川県相模原市 さがみはら認知症サポーターネットワーク (さがサポ)

連載 **エッセイ** 老いの科学・長寿への道  
 第3回 東と西の養生訓……………40  
 福岡国際医療福祉大学医療学部教授、長崎大学名誉教授 森 望

**News & Topics**……………42

 アンケートにご協力ください!

WEB版機関誌エイジングアンドヘルスのよりよい誌面づくりのため、本誌へ  
 のご意見、ご感想、ご要望などをお寄せください。(https://bit.ly/3a6es7l)



<表紙>

看護師  
 細井恵美子さん  
 (撮影/丹羽 諭)

## 下町和尚のもっといい話

## こころの天気は自分で晴らす

## 第3回 自慢話のコツと恩返し

もっとい不動 密蔵院住職 名取芳彦

「自慢話の中でも故郷自慢と親自慢は、聞いていて気持ちがいいものです」——ニッポン放送の村上正行アナウンサー（故人）から聞いた言葉です。

この2つが聞いていて気持ちがいい理由は、土台に感謝の気持ちがあるからです。

生まれ育った土地の自然や人情にふれた故郷自慢は、そのおかげで今の自分があるという気持ちが伝わってきます。親自慢も、親への感謝の気持ちが聞き手に自然に伝わります。

ところが、単に“昔はよかった”的な自慢話を聞くと、私は「この人は過去に生きている」と思い、「で、今は何をしていますのですか」という意地悪な言葉が口から出そうになります。

こうした経験から、自分が自慢話をするときは、最後に「でも、私が頑張った間、ずっと妻（檀家、友達）が支えてくれていたんです」と感謝の思いをつけたすようになりました。

その延長で、単なる自慢話を聞いたときも、「すごいですね。でもその陰であなたを支えてくれた人がいるんですよ。ありがたいですね」と言うようになりました。相手はつられて「そうなんですけどね」とニコリしてくれます。

私の父（師僧）は、70歳を迎えるころ「万恩に生かざる身の百恩を知る。せめて一恩を報ぜん」と色紙に書くようになりました。

自分を生かしてくれている恩を数えれば百くらいは思いつきます。親、友達、先生、同僚、家族、食べ物の生産者や漁師、電気を安定供給してくれている人、果ては水や空気などにもお世話になっています。細かく分類すれば恩の数は万に及ぶでしょう。

それだけの恩に支えられてきたし、支えられているのだから、せめてそのうち1つでも恩返しをしても罰は当たらないというのです。

恩返しの方法はたくさんあります。笑顔で挨拶する、1日に1回くらい人が喜びそうなことを言う、元気でいるなども立派な恩返しでしょう。

自慢話は感謝を忘れず、感謝をしたら恩返しもしたいものです。

## 名取芳彦（なとりほうげん）

1958年東京都江戸川区生まれ。大正大学を卒業後、英語教師を経て、江戸川区鹿骨の**もっとい不動密蔵院**住職。真言宗豊山派布教研究所研究員。『ぶれない心をつくる ポケット空海 道を照らす言葉』（河出書房新社）、『人生をもっと“快適”にする 急がない練習』（大和書房）など著書多数。

万恩に生かざる身の百恩を知る  
せめて一恩を報ぜん

善多より世多  
大僧正名を記す



アンケートにご協力ください！





国立長寿医療研究センター研究所長  
櫻井 孝

櫻井 孝 さくらいたかし

1985年 神戸大学医学部医学科卒業

1992年 神戸大学大学院医学系研究科修了(医学博士)、岡崎国立共同研究機構生理学研究所研究員

1993年 米国ワシントン大学薬理学教室研究員

2001年 神戸大学大学院医学系研究科老年内科助手

2007年 神戸大学付属病院老年内科講師

2010年 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター部長

2014年 同センター長

2016年 名古屋大学大学院医学系研究科認知機能科学分野連携教授(現職)

2021年 国立長寿医療研究センター副院長、国立長寿医療研究センター認知症先進医療開発センター長(現職)

2022年 国立長寿医療研究センター研究所長(現職)

2023年 国立長寿医療研究センター理事(現職)

【専門分野】老年医学、認知症、糖尿病

【過去の掲載記事】

- ・特集／高齢者の肥満とやせ (Aging&Health 第27巻第1号)
- ・認知症の予防とケア：第3章 認知症の診断 1. 臨床的視点から (平成30年度長寿科学研究業績集)
- ・特集／進行を少しでも遅らせ穏やかに生きる手助けをする一予防への最新の取り組み・J-MINT (Aging&Health 第29巻第1号)

## 認知症の人の意思決定支援

わが国では認知症の有病率は増加しており、2025年には、高齢者の約20%を占める約700万人に達することが指摘されている。高齢者のうち5人に1人が認知症を有すると推計される。近年、認知症者の医療サービス・介護サービスの提供体制が整備され、認知症の生命予後も改善しているとの報告もあり、認知症有病率の上昇に寄与していると考えられる。認知症でも本人の意思を満足できる療養、日常生活を達成することは当然であるが、認知症の進行とともに、より高齢となった当事者の意思をくみ取ることはしばしば困難である。

厚生労働省は平成30(2018)年6月に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を公表した。本ガイドラインは、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的な考え方や姿勢、方法、配慮すべき事柄を整理している。これにより認知症の人が自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざしている。

本特集号では、「意思決定支援ガイドライン」策定に中心的役割を果たされた稲葉一人先生に、ガイドラインの概要を解説していただくとともに、今後の課題について整理していただいた。また、認知症高齢者の意思決定が求められる場面として、「医療ケアにおける意思決定」を井藤佳恵先生に、「社会生活における意思決定支援」を高梨早苗先生・三浦久幸先生の共著で執筆いただいた。また、駒村康平先生には「主観的認知機能と認知機能の乖離がもたらす社会問題」を取り上げていただき、認知機能が低下した人の経済活動や金融資産の管理の課題について解説いただいた。

本特集号が、認知機能低下を懸念する高齢者の生活上の意思決定に関連する問題に対処するための有用な情報を提供すること、また読者にとっては、認知機能の低下に直面しても自身の幸福追求のため個性や尊厳を尊重した決定を下せるようなヒントを提供できれば幸いである。



アンケートにご協力ください!



## 特集

# 認知機能が低下しても個人の尊厳を尊重した 普段の生活における様々な意思決定支援

長寿科学振興財団は、「長生きを喜べる長寿社会の実現～生きがいのある高齢者を増やす～」を主課題として掲げ、その実現のための課題解決から研究開発・社会実装に向けた助成事業「長生きを喜べる長寿社会実現研究支援事業」を進めている。本事業における主課題を実現するためのキーワードは、①高齢者の QOL・生きがい・健康・活力のエンパワメント、②弱っても安心して生き生き過ごせるまちづくり、③認知機能が低下しても個人の尊厳を尊重した普段の生活における様々な意思決定支援、④高齢者にやさしいテクノロジー・デジタル技術の開発・実装——である。今年度のWEB版機関誌では上記キーワードを特集テーマとして深掘りしていく。

今号の特集では「認知機能が低下しても個人の尊厳を尊重した普段の生活における様々な意思決定支援」を取り上げる。認知症患者数は増加の一途をたどり、2025年には約700万人（高齢者の約5人に1人）に達することが見込まれる。そんな中、2023年6月には「認知症基本法」が成立した。認知症施策の基本理念には「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」という条文がある。認知症の人、すなわち認知機能が低下した人が、尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことを実現するためには、日常生活・社会生活における様々な意思決定の場面での周囲のサポートが不可欠である。

そこで今号特集には櫻井孝先生（国立長寿医療研究センター研究所長）を企画アドバイザーに迎え、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の解説をはじめ、認知機能が低下した人の生活全般における様々な意思決定について課題と事例を取り上げ、論じていただいた。

（編集部）



[アンケートにご協力ください！](#)





## 認知症の人の日常生活・ 社会生活における 意思決定支援ガイドラインの解説

いなば法律事務所代表弁護士、元裁判官

**稲葉一人** (いなば かずと)

**【略歴】** 1983-1998年：大阪地方裁判所判事補、1985-1988年：秋田地方家庭裁判所判事補、1992-1997年：法務省訟務局付検事等、1996-1997年：米国連邦最高裁判所連邦司法センター客員研究員、1997-1998年：大阪地方裁判所判事、2000-2005年：京都大学大学院医学研究科修士・博士課程後期、2002-2007年：三菱化学生命科学研究科特別研究員（文明科学研究所）、2007-2008年：姫路独協大学法科大学院教授、2008-2022年：中京大学法科大学院教授（現法務総合教育研究機構）、2021年より現職。久留米大学医学部客員教授、三重大学医学部客員教授

**【専門分野】** 臨床倫理、紛争交渉学、民事訴訟法

本稿は、表記の「[認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン](#)」<sup>1)</sup>の解説を目的とするが、それを果たすために、次のような問いに答えながら解説をしたい。

- なぜ、ガイドラインが作成されたのか
- ガイドラインが基礎とする倫理的・法的な考え方とは何か
- ガイドラインの読み方を解説する
- ガイドラインの活かし方を解説する

### なぜ、ガイドラインが作成されたのか

本ガイドラインは、厚生労働省・老人健康局所管で作成されたもので、私が事業主体（中京大学）として、中心的に関わることになった。この背景には、障害者の権利条約の国内的な実現を図るところにあるといえる。

すなわち、2014年批准した「障害者の権利に関する条約」の第12条「法律の前にひとしく認められる権利」には、障害者の権利、意思及び選好を尊重することが謳われており、日本国は、これを国内的に達成することが求められることとなり、障害援護局では、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」が、老人健康局では、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が作成された。

### ガイドラインが基礎とする倫理的・法的な考え方とは何か

ガイドラインは、着手から3年以上かかっているが、最初に行われたのが、「認知症の人の意思決定支援に関する倫理的・法的な観点からの論点の整理」（2015年度）が行われ、次のような原則が確認された。

以下のルールがその後のガイドライン等の基礎になっていくことになる。



[アンケートにご協力ください！](#)

- 論点 1 認知症の人の尊厳は守られるべきではないか。
- 論点 2 認知症の人であることで、その人の意思決定において差別を受けるべきではないのではないか。
- 論点 3 認知症の人は、自己決定をする権利を有し、自己決定をしたことについては、関係者はその決定を尊重するべきではないか。
- 論点 4 認知症の人は、意思決定をする上で必要な情報について説明を受けることが必要であり、医療者等は、医療等を提供するにあたり必要な説明が求められるのではないかと。
- 論点 5 説明は、認知症の人が理解できる方法で行われるべきではないか。
- 論点 6 認知症の人の、医療・介護における意思決定支援を考えるにあたっては、法的な意思能力より、意思決定能力という言葉を使用することが適切ではないか。
- 論点 7 認知症の人に意思決定能力がない、あるいは、相当低下している場合は、認知症の人は保護されるべきではないか。
- 論点 8 認知症の人に意思決定能力がないという判断は慎重に行うべきではないか。
- 論点 9 意思決定能力がない、ないし、相当低下している場合でも、認知症の人に説明をして理解を得るように努めるべきではないか。
- 論点 10 認知症の人に意思決定能力がない、ないし、相当低下している場合に、家族等に対して説明をすることが考えられるのではないかと。
- 論点 11 認知症の人に意思決定能力がない場合に、説明を受けた家族等を交えて、現在の本人の意思を推定していくべきではないか。その際は、認知症の人の過去の意思表示等を十分尊重し、書面による意思表示がある場合は、現在の意思を推定するのに有力な資料となるのではないかと。
- 論点 12 認知症の人の意思を推定できる場合も、できない場合も、可能な限り、その人の希望、人格、価値観を踏まえた最善の治療・非治療・ケアを追求することが考えられるのではないかと(主観的最善の利益)。

## ガイドラインの読み方を解説する

### 1. ガイドラインの構成

ガイドラインは、概ねルール(「Ⅱ 基本的考え方」と「Ⅲ 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則」と、手引き(「Ⅳ 意思決定支援のプロセス」)によって構成されており、前者は規範的である(少しとっつきにくい)が、後者はヒント集であり、すぐに実務に役に立つ。したがって、前者のルールをざっと読んで、後者のヒント集をよりどころにして、1つでもいいので、意思決定支援の実践をすることをお勧めする。

### 2. 意思決定支援をする上での基本的なルールの要点

ルールの中で、特に現場が陥りやすい点で、重要な点を下記に示す。

1. 普段から、我々一人一人が自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところであるが、このことは、認知症の人についても同様である。
2. 本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の意思決定をプロセスとして支援す



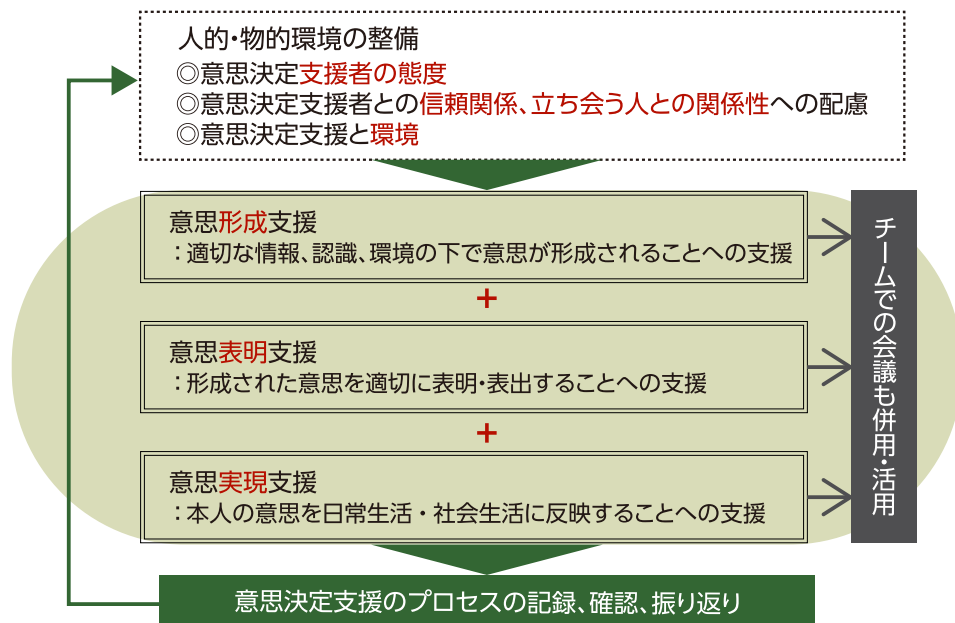
るもので、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含む。

3. 意思決定支援者は、認知症の人が、一見すると意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要である。
4. 意思決定支援は、本人の意思(意向・選好あるいは好み)の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選好を確認し、それを尊重することから始まる。
5. 本人の示した意思は、それが他者を害する場合や、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、尊重される。

上記のうちで特に間違いやすいのは、4である。私たちケア提供者はどうしても私たちの観点から適当だと考えることをしようとするために、患者(契約者・入所者)の意思を評価して、それが適当な場合にだけそれを支援しようとするが、それは意思決定支援ではないということである。

### 3. 意思決定支援を実践する際の手引き(ヒント集)

図 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」における意思決定支援のプロセス



出典: 厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン<sup>1)</sup>

#### (1) 意思決定支援の人的・物的環境の整備(図の点線の囲み部分)

以下がすべての意思決定支援に先立つとする。

##### ① 意思決定支援者の態度

- ・意思決定支援者は、本人の意思を尊重する態度で接していることが必要である。
- ・意思決定支援者は、本人が自らの意思を表明しやすいよう、本人が安心できるような態度で接することが必要である。
- ・意思決定支援者は、本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解することが必要である。
- ・意思決定支援者は、支援の際は、丁寧に本人の意思を都度確認する。



アンケートにご協力ください!



## ② 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人との関係性への配慮

- 意思決定支援者は、本人が意思決定を行う際に、本人との信頼関係に配慮する。意思決定支援者と本人との信頼関係が構築されている場合、本人が安心して自らの意思を表明しやすくなる。
- 本人は、意思決定の内容によっては、立ち会う人との関係性から、遠慮などにより、自らの意思を十分に表明ができない場合もある。必要な場合は、一旦本人と意思決定支援者との間で本人の意思を確認するなどの配慮が必要である。

## ③ 意思決定支援と環境

- 初めての場所や慣れない場所では、本人は緊張したり混乱するなど、本人の意思を十分に表明できない場合があることから、なるべく本人が慣れた場所で意思決定支援を行うことが望ましい。
- 初めての場所や慣れない場所で意思決定支援を行う場合には、意思決定支援者は、本人ができる限り安心できる環境となるように配慮するとともに、本人の状況を見ながら、いつも以上に時間をかけた意思決定支援を行うなどの配慮が必要である。
- 本人を大勢で囲むと、本人は圧倒されてしまい、安心して意思決定ができなくなる場合があることに注意すべきである。
- 時期についても急がせないようにする、集中できる時間帯を選ぶ、疲れている時を避けるなどに注意すべきである。
- 専門職種や行政職員等は、意思決定支援が適切になされたかどうかを確認・検証するために、支援の時に用いた情報を含め、プロセスを記録し、振り返ることが必要である。

## (2) 適切な意思決定プロセスの確保 (図の二重線の囲み部分)

次に意思決定支援の本体について解説する。以下のヒントを参考に意思決定支援を進めてほしい。

### ① 意思形成支援：本人が意思を形成することの支援

- まずは、以下の点を確認する。
  - ✓ 本人が意思を形成するのに必要な情報が説明されているか。
  - ✓ 本人が理解できるよう、分かりやすい言葉や文字にして、ゆっくりと説明されているか。
  - ✓ 本人が理解している事実認識に誤りがないか。
  - ✓ 本人が自発的に意思を形成するのに障害となる環境等はないか。
- 認知症の人は説明された内容を忘れてしまうこともあり、その都度、丁寧に説明することが必要である。
- 本人が何を望むかを、開かれた質問で聞くことが重要である。
- 選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、比較のポイントや重要なポイントが何かをわかりやすく示したり、話して説明するだけでなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って示すことが有効な場合がある。
- 本人が理解しているという反応をしていますが、実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子を見ながらよく確認することが必要である。

### ② 意思表示支援：本人が意思を表明することの支援

- 本人の意思を表明しにくくする要因はないか。その際には、意思決定支援者の態度、人



[アンケートにご協力ください!](#)

的・物的環境の整備に配慮が必要である。

- 本人と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要であり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければならない。
- 複雑な意思決定を行う場合には、意思決定支援者が、重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示するなどが有効である。
- 本人の示した意思は、時間の経過や本人が置かれた状況等によって変わり得るので、最初に示された意思に縛られることなく、適宜その意思を確認することが必要である。
- 重要な意思決定の際には、表明した意思を、可能であれば時間をかけて確認する、複数の意思決定支援者で確認するなどの工夫が適切である。
- 本人の表明した意思が、本人の信条や生活歴や価値観等から見て整合性がとれない場合や、表明した意思に迷いがあると考えられる場合等は、本人の意思を形成するプロセスを振り返り、改めて適切なプロセスにより、本人の意思を確認することが重要である。

### ③ 意思実現支援：本人が意思を実現するための支援

- 自発的に形成され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させる。
- 自発的に形成され、表明された本人の意思を、意思決定支援チームが多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映させる。
- 実現を支援するにあたっては、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他から見て合理的かどうかを問うものではない。
- 本人が実際の経験をする（例えば、ショートステイ体験利用）と、本人の意思が変更することがあることから、本人にとって無理のない経験を提案することも有効な場合がある。

## ガイドラインの活かし方を解説する

本ガイドラインでは、厚生労働省から様々なサポートツールが提供されている。これらを参考にして、ガイドラインを活かしてほしい。

- ガイドライン普及啓発リーフレット<sup>2)</sup>：

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000964306.pdf>

- 小冊子「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 読み方と活かし方」<sup>3)</sup>：<http://ham-ken.com/wp/wp-content/uploads/2020/04/112-yomikatsu.pdf>

### 文献

- 1) 厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン, 2018 (2023年9月20日閲覧)
- 2) 令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの普及・定着に向けた調査研究事業編, ガイドライン普及啓発リーフレット (2023年9月20日閲覧)
- 3) 令和元年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの普及および研修のあり方に関する調査研究事業, 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン読み方と活かし方, 2020 (2023年9月20日閲覧)



アンケートにご協力ください!



## 認知機能が低下した人の 医療ケアにおける意思決定

東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム研究部長  
東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター長

**井藤佳恵** (いとう かえ)

**【略歴】** 1993年：東京大学文学部フランス語フランス文学科卒業、2002年：東北大学医学部卒業、東北大学病院精神科入局、2010年：東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム研究員、2015年：東京都立松沢病院精神科医長、2021年より現職

**【専門分野】** 老年精神医学

判断力が不十分な人の意思決定に、どのような意味があるのか。そして、そこに私たち医療者が関わることに、どのような意味があるのだろうか。本稿ではこの2つの問いを立て、認知症を抱えたひとりの女性のエンドオブライフの生き方を通して考察する。

### 症例提示

症例提示から始める。

70代、女性、A

#### 【診断】

アルツハイマー型認知症（中等症）、横行結腸がん

#### 【生活歴】

生活歴不明。戸籍上、結婚歴はなく、子もいない。10年前から生活保護を受給。家族とは不仲で、唯一連絡先が把握できた親族である姉は、今回の治療に関しても一切の関わりを拒否。

#### 【現病歴】

X年1月から家賃滞納あり、大家から福祉事務所に相談があった。

同年3月から電気料金を滞納し、5月に電気を止められた。

同年6月に、尿便失禁状態でファストフード店の中をふらふらと歩いていたところを警察に通報された。警察に呼び出されて身柄を引き取った福祉事務所の職員に連れられて、同日B精神科病院を初診した。

認知症が疑われ、かつ、この数か月で急激に症状が強くなったと推察され、医療保護入院の適応と判断された。Aは入院に激しく抵抗し、入院時検査も実施できなかった。





## 「人権に最大限配慮した態度」のむずかしさ

身体的にはおそらく重度の貧血、活動性の出血源があり、膨満した腹部から腸閉塞を疑った。認知症高齢者が進行がんを抱え、せん妄が重畳している状態ではないかと考えられた。A本人と状況を共有したいのだが、Aは会話にまったく集中できない。

医師：「もし大きな病気があったらどうしたいですか？」

A：「え？ 通帳？」「ああ、あそこが出口ね」「検査なんて嫌よ」

しかし「検査は嫌」という意思表示は一貫していた。この場合の、「人権に最大限配慮した態度」とはいかなる態度であろうか。認知症とせん妄を背景とする心理的混乱の影響が想定されても、「検査は嫌」というAの意思を尊重することが、Aの人権に最大限配慮した態度だろうか。あるいは、せん妄の影響を受けていることを根拠として、「検査は嫌」というAの意思を退け、せん妄が改善しAが治療を受ける機会を得る可能性を残すことが、Aの人権に最大限配慮した態度だろうか。

この時は、治療を得る機会を残すことがAの人権に最大限配慮することになるのではないかと判断し、鎮静下で検査を実施した。言うまでもなくパターンリスティックな態度であり、この判断の妥当性については、意見が分かれるだろう。

## 医学的評価

検査の結果、診断は、横行結腸がん、肝・リンパ節転移があり、stage IVの進行がんであった。判断力がどれほど不十分だとしても、人は、自身の身に起こったことを引き受けて生きる。判断力の不十分さを理由に、他者が代わりに決めたとしても、その結果を引き受けるのは本人なのである。

ここで、Aが引き受けなければならない状況を整理する。現時点で、①がんの治癒の可能性はなく、②医療に期待できることは苦痛の緩和、具体的には人工肛門造設による腸閉塞の解除と、輸血による倦怠感の軽減およびせん妄の改善、身体的苦痛の軽減による心理的混乱の緩和、③医療行為を行わないことによるリスクは、がんによる腸閉塞から腸管破裂に至り死亡すること、であった。この時期、貧血の進行のため、Aは1日のほとんどを臥床して過ごすようになっていた。少し話をするだけで息がきれ、何かを考えることがむずかしい身体状況であるように見えた。

## 医療上の選択と倫理的課題

Aに輸血の話をした。「他人の血が混ざるなんて気持ち悪いわね」と返ってきた。会話の流れと無関係に「手術なんて嫌」とも言っていたので、手術の話がされているという感覚もあったと想像する。

ここまでで示されているAの意思を尊重して、「何も行わない」という判断もあり得る。明確な意思表示であったから、自立尊重原則を重んじるのであればそれが順当な選択かもしれない。一方、自身の状況をほとんど理解しないまま表示された意思を根拠に「何も行わない」ことは、倫理的に許容されるだろうか。

輸血によって、貧血によるせん妄が一時的にでも改善できれば、対話を通して、Aが自身の病気と治療についてAなりに理解できる可能性があった。では、対話と理解の可能性のために、明確に示されたAの意思を再び退けることは、倫理的に許容されるのか。



今回の入院前に、Aが輸血を目的に他院に通院していたことが把握されたこともあり、内科医と話し合い、1回だけと決めて輸血を行った。輸血によって一時的に貧血が改善した。落ち着いて会話ができるようになったこのタイミングで、病名を告げた。

「そんなの困るわ。考えたことなかったもの」と即答し、「私、これから出かけるの。ごめんなさいね。明日も出かけるから、そうね、明後日、またいらしてちょうだい」と言って、それ以上の会話を回避した。無理にその先を聞かせることは過度な侵襲と判断してその日の面接を終えた。

## 理解と受容、あるいは現実への適応

ところがその夜、Aが夜勤の看護師をつかまえて、「大変なことになったわ。私、がんなのよ」と話していた、という報告があった。2週間を限度として、本人の理解と現状への適応が追いつくことを待つ方針にした。せん妄が改善しても認知症は明らかであった。しかし「おなかにがんがある」という記憶はこの後も残り、「麻酔なんて怖い」とも言っていたので、手術の話も覚えているようだった。

そしてこの時期に、いくつかのことがバラバラに語られた。

「おっきな病院に行ったたのよ。行くたんびにね、『入院しよう、手術したほうがいい』って先生が言うの。しつこいから、行くのやめたの」

「母が手術中に亡くなったのよ。なんてことない手術だって話だったのに、びっくりしたわ」

A自身は、これらのことと、検査や手術に対する自身の心理的抵抗とを関連づけることはなかった。

## フェーズの変化・意思の変化

Aが語る体験からは手術を拒否する心情には理解できるところがあり、判断力の不足を理由にAの意思を退けることはできないという結論に達した。カンファレンスを開き、「手術はせず、腸閉塞の進行を注意深く観察しながら、この状態で、この病棟でみていく」という方針を、関わるスタッフ全員の間で共有した。

そうしたところ、Aがしっかりと目を合わせて話すようになった。フェーズが変わりつつあると感じた。もう一度、がんは治らないこと、しかし苦しい最期にならないように人工肛門をつくる手術をしたいと思っていることを、Aに伝えた。拍子抜けする気軽さで、「私、もう少しがんばろうかしら」と返答があった。人工肛門も「当然」つくると言い、輸血についても「手術するなら当たり前じゃない」と了承された。そして「私、大病を患ってるの。だから施設に入りたいの。人にお世話されながら死にたいわ」と話した。

## 理解・意思・記憶

記憶の保持は断片的であった。しかし「おなかにがんがある。がんは治らないが、痛くならないように手術をする。手術の際には麻酔と、必要であれば輸血をする」と、状況をきわめて単純化して、しかし正しく理解していた。しかし治療同意能力がないことは明らかであった。手続きとしては、今後一切関わらないと言っている姉の同意によって手術が行われた。

術後しばらくは、手術を受けてよかったと話し、執刀医にも「名医ね!」と賛辞を送っていた。痛みが引くに伴い、手術の記憶も薄れ、執刀医に対する既知感も失われた。術後検査は一切拒否



し、時間経過の中で、手術を受けたことも、大腸がんの診断も、想起できなくなった。一方で、人工肛門があることに対する違和感を訴えることはなかった。まるでずっと、それがそこにあったかのような態度で暮らしていた。本人の了承のもと成年後見申立てを行い、高齢者施設に退院した。

## 判断力とは何か

「判断力のある成人なら、他人に危害を及ぼさない限り、自己決定を尊重される」<sup>1)</sup>。19世紀に功利主義を提唱したJSミルの他者危害原則である<sup>2)</sup> (自己決定と意思決定はほぼ同義で使われる)。では、「判断力が不十分であれば、自己決定を他者が制限することが、正当なものとして認められる」のだろうか。

そもそも、判断力とは何か。臨床の場では、判断力、意思能力、意思決定能力、治療同意能力などの言葉が、あまり区別されずに使われる。これらの語の定義は、国・社会・文化・時代によって変化し、定まっていない。『認知症疾患診療ガイドライン2017』<sup>3)</sup>には、「意思能力とは、有効に意思表示をし、自己の行為の結果を弁識できる精神能力(判断力、意思決定能力)のことをいう」と定義されている。五十嵐は<sup>4),5)</sup>、意思決定能力と判断力について以下のように説明している。意思決定能力は、支援を受けて自らの意思を自分で決定することのできる能力であり、本人の個別の能力と、支援者側の支援力によって決まる能力であるとしている。治療同意能力は、インフォームド・コンセントを与えるために必要な判断能力で、意思能力のひとつである。そして、意思能力には、機能的能力、キャパシティ、コンピタンスの3つのレベルがある。機能的能力は、精神医学的・心理学的に客観的に連続量として測定可能な、認知機能としての意思能力である。キャパシティは、医療専門職によって判断される臨床的状态である。コンピタンスは、法律家、とくに裁判官が判定する法的身分であり、わかりやすく言うと、法律行為を単独で行うための能力が、ある／なしの二分法で判断される。

## インフォームド・コンセント？

20世紀、インフォームド・コンセントの成立に大きな影響を与えたとされる2つ判決がある。その要旨は、「医療が医療であるためには、自己決定権に基づいた患者の同意が必要である」(シュレンドルフ事件、1914年)、「その同意が有効であるためには、判断に必要な情報が開示されていなければならない」(サルゴ事件、1957年)というものである。これらがインフォームド・コンセントの骨格となった<sup>6)</sup>。つまりインフォームド・コンセントが前提としている人間像は、「自分のことが自分で決められる人間」であると考えられる。前項と同じ問いが立つ：では、判断力が不十分である患者の自己決定権は制限してよいのか。

現実として、認知症高齢者は、しばしばそのような状況にある。比較的簡単に「認知症だから判断力がない」と誰かが判断し、家族による代諾が求められる。それは日本に限ったことではない<sup>7)</sup>。医療はインフォームド・コンセントに基づいて行われるべきである、それが現在の日本の医療の、揺らぐことのない規範である。しかし一方で、「高齢だから」「判断力がないから」家族にだけ病状説明を行い、家族とだけ話し合い、医師と家族で治療方針を決定するというのも、医療の慣習として許容される。そのこと自体の是非を問いたいのではない。インフォームド・コンセントを当たり前の規範としながら、医療者も、そして家族も、こういったやり方にさしたる矛盾を感じていない状況をどのように考えるのかということが、認知症高齢者の意思決定をめぐ





る大きな問いではないのだろうか。

## おわりに

判断力が不十分な人の意思決定に、どのような意味があるのか。そして、そこに私たち医療者が関わることに、どのような意味があるのだろうか。

判断力が不十分であることは、意思がないことを意味しない。治療同意書の署名に効力がないことは、意思決定能力がないことと同義ではない。そして、判断力がどれほど不十分であったとしても、治療を受ける主体はその人でしかありえず、治療を行うこと／行わないことの帰結を引き受けるのもまた、その人である。判断力が不十分である人の意思決定は、その人が自分の身に起こったことを受容し、自分の人生に統合していくプロセスである。

他者が誰かの自己決定権を制限することには、控えめに言っても相当に慎重になる必要がある。自己決定を促す前に、ましてや制限する前に、「その患者が、自分の身体に起こっていることを受容し、選択する医療の予想される帰結について理解する」ことに助力するフェーズが必要である。臨床の中にある本質的な問いは、治療同意能力のある／なしではなく、医療者が「判断力が不十分とされる人の意思決定のプロセスが、本人にとって意味あるものであることを願うのか」という問いである。それは、「医療者がどのように関われば、その関わりが、本人にとって意味あるものになるのか」という問いでもある。

## 文献

- 1) J.S.ミル: 自由論. 関口正司訳, 岩波文庫, 2020.
- 2) 二見千尋: 功利主義. 倫理学案内—理論と課題 (小松光彦, 樽井正義, 谷寿美編), 初版. 慶應義塾大学出版会, 2006, p.19-34.
- 3) CQ 5B-1 認知症者の判断能力や意思決定能力を評価することは可能か. 認知症疾患診療ガイドライン 2017(「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編, 日本神経学会監修), 初版. 医学書院, 2017, p.183-185.
- 4) 五十嵐禎人: 判断能力の精神医学的評価. 司法精神医学 2017; 12(1): 34-46.
- 5) 五十嵐禎人: 【進行期の認知症と終末期医療】進行期認知症の人の意思能力の評価と意思決定支援. 老年精神医学雑誌 2020; 31(12): 1269-1279.
- 6) インフォームド・コンセント. 医療倫理学のABC(服部健司, 伊東隆雄編), 第4版. 株式会社メジカルフレンド社, 2018, p. 62-75.
- 7) Visser M, Smaling HJA, Parker D, van der Steen JT: How Do We Talk With People Living With Dementia About Future Care: A Scoping Review. Front Psychol. 2022; 13: 849100.





## 認知機能が低下した人の 社会生活における意思決定支援

国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部研究生  
老人看護専門看護師

**高梨早苗** (たかなし さなえ)

【略歴】 2006年：兵庫県立大学大学院看護学研究科修了、西神戸医療センター入職、2007年：老人看護専門看護師認定、2013年：国立長寿医療研究センター入職、2022年より現職

【専門分野】 老人看護

【過去の掲載記事】

・特集／エンドオブライフケアチーム活動の実際 (Aging & Health 第27巻第3号)

国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部部長

**三浦久幸** (みうら ひさゆき)

【過去の掲載記事】

・特集／高齢者のエンドオブライフ・ケアの現況 (Aging & Health 第27巻第3号)

・特集／在宅医療におけるACP—呼吸不全患者への対応を中心に— (Aging & Health 第29巻第4号)

・長寿フロントライン／アドバンス・ケア・プランニング推進のための共通ICTプラットフォーム構築—どこで療養していても高齢者本人の意思が尊重される社会作り— (Aging & Health 第31巻第4号)

### はじめに

人は日常生活や社会生活において、「今晚は何を食べようか」「明日着る洋服はどれにしようか」「どこに就職しようか」「引っ越ししようか」など、様々な意思決定を行っている。意思決定を行うにあたり、理解する力や認識する力などの意思決定力が必要である。

意思決定する力を構成する4つの要素には、①意思決定のために必要な事柄を理解していること(理解)、②意思決定を自分自身の問題として捉えていること(認識)、③決定内容は選択肢の比較や自分自身の価値判断に基づいていること(論理的思考)、④自分の考えや結論を伝えること(表明)がある<sup>1),2)</sup>。認知機能が低下した人が何らかの意思決定を行う際、意思決定する力を構成する4つの要素のどの部分がむずかしいのかを確認する必要がある。

また、認知症の人の場合、認知機能障害への対応(表1)<sup>3)</sup>を適切に行うことで、意思決定能力は十分に発揮される。さらに、認知機能が低下する人の中には高齢者が多いため、感覚機能の加齢変化に考慮した関わりも必要である(表2)<sup>4)</sup>。

ここでは、認知機能が低下した人の社会生活における意思決定支援において、意思決定する力を構成する4つの要素について事例を通して考えていく。



[アンケートにご協力ください!](#)

表1 認知機能障害の特徴と対応

認知機能	特徴
記憶	新しい情報を覚えたり、覚えた情報を必要に応じて取り出して使ったりする機能 ※同時に複数の情報を使って作業する能力(ワーキングメモリー)も含まれる
	<記憶障害で見られる特徴> 最近の出来事を思い出せない/先の予定を覚えられない/話の内容をすぐに忘れる/相手の質問にすぐに答えられない
	<対応> 要件をメモに書いて渡す/大事な予定は、カレンダーや手帳に書き込み、直前にも確認する
見当識	時間や日付、場所を把握したり、自分に関わりのある人を認識したりする機能
	<見当識障害で見られる特徴> 今日の日付が分からない/自宅がどこにあるか分からない/家族を認識できない (※通常、時間⇒場所⇒人物の順で見当識が低下する)
	<対応> 無理に日付を認識させるのではなく、「〇月の初め頃」など、大まかな日時を伝える/落ち着ける場所へ案内してから、「ここは〇〇です」と伝える/丁寧に自己紹介し、本人にとって自分がどのような役割の人間であるかを伝える
実行機能	作業を計画的に進めたり、状況に合わせて自分の行動を選択したりする機能
	<実行機能障害で見られる特徴> 家事をこなせない/次に行くべき自分の行動を判断できない
	<対応> 必要な手順を一つずつ確認しながら作業するよう促す/本人の置かれている状況を説明した上で、選択肢を2~3個提示し、意向を聞く
言語理解	話された言葉や書かれた文章を理解したり、自分の考えを言葉で説明したりする機能
	<言語障害で見られる特徴> 会話を理解できない/説明書の内容を理解できない/伝えたい内容を遠回しに言ってしまう/「あれ」「それ」の使用が多くなる/突然に署名を求められると名前が書けない
	<対応> 「読む」「聞く」「話す」「書く」のどれに支障が出ているのかを観察し、本人が理解できる方法で情報提示する(例:話している内容が理解できない⇒紙に書いて説明する)/本人が伝えようとしている内容を推測し、「〇〇で合っていますか?」と確認する
注意	作業中に集中を維持したり、必要な対象にのみ意識を向けたり、反対に、複数の対象に同時に意識を向ける機能
	<注意障害で見られる特徴> 長時間の作業ができない/名前を呼ばれても気づかない/複数人での会話についていけない
	<対応> 説明を開始する直前に視線を合わせて名前を呼ぶ/話し合いや作業は短時間で終わるように時間を配分する/疲労の様子がないかを確認し、適宜、休憩を挟む

出典: 樋山雅美, 成本迅: 認知症の人の意思決定能力とサポート体制. 生活協同組合研究 2021; 541: 15-22<sup>3)</sup>

表2 認知症高齢者本人の理解力を高めるための工夫

聴覚	<ul style="list-style-type: none"> <li>補聴器がある場合はなるべく装着してもらう</li> <li>本人の正面から口の形を見るように促し、大きく口を開けて発音して見せる</li> </ul> <p>筆談など視覚的補助を用いる</p>
注意	<ul style="list-style-type: none"> <li>人の出入りや他の人の話し声などが気にならず集中できる環境を設定する</li> <li>話す前に名前を呼んで注意を喚起する</li> </ul>
記憶	<ul style="list-style-type: none"> <li>一文を短く区切る。キーワードとなる言葉は一文に1~2個程度が理想的</li> <li>字や図など視覚的な補助を使うと、記憶に残りやすい。また、説明のときに使ったメモや図を、後日の確認のときに使うと思い出しやすい</li> </ul>
理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の教育歴や認知機能レベルに応じた言葉やなじみのある表現へ言い換えを行う</li> <li>説明内容のポイントをわかりやすく書いて指し示す</li> <li>実際の病変の部位を確認しながら説明する</li> </ul>
選択	<ul style="list-style-type: none"> <li>選択肢を2つに絞る</li> <li>「はい」「いいえ」で答えられる質問</li> </ul>

出典: 加藤佑佳, 成本迅: 治療同意にかかわる意思決定の支援. 老年精神医学雑誌 2015; 26(9): 1005-1009<sup>4)</sup>



[アンケートにご協力ください!](#)



## 事例提示

Aさん 80歳代 男性  
心不全 アルツハイマー型認知症 (軽度)  
妻と息子と3人暮らし

自宅近くの歩道で座り込んでいるところを近所の人が発見し、救急車を要請した。総合病院に搬送され、心不全にて入院となった。治療が奏功し、退院のめどがついた際、本人と妻、息子、医療者で退院後の生活について相談する場を持った。その場で息子が「同じ家に住んでいても、父とは絶縁状態でした。これからもそれは変わりないです」と言われた。入院前より心不全治療薬と抗認知症薬はかかりつけ医より処方されていたが、内服できていなかった。

### [場面①]

自宅での心不全治療薬と抗認知症薬の内服継続は必要であるが、入院前の様子と記憶障害、内服薬管理トレーニングの様子によりAさん自身での内服薬管理はむずかしいと医療者は考えた。Aさんは自宅退院を希望されたが、内服管理を含めたAさんの生活全般への支援について家族は協力しないと話された。その場で、Aさんに介護保険でのサービスの利用を提案したところ、「そんなのは使わなくても何とかなる」と話し、息子は「父がそう言うのであれば、介護保険は使わなくてもいいと思います。父がいいようにすればいいし、それで具合が悪くなくても仕方がないと思います」という反応であった。

### [場面②]

改めて、別の日にAさんと相談する機会をもった。まず、Aさんが退院後の生活について、どのように考えているのかを聞くと、「今までどおり、何とかなる」と話した。そして、病状について確認すると「心不全って言われた。薬を飲んで気をつけないといけない」という認識をもたれていた。看護師が「入院する前に、薬を飲み忘れていたことがあったようですが、これからも忘れてしまうと思い、心配です」と伝えると、「人間だから、忘れることもある」と話された。そこで、看護師より、Aさんの身体状態と内服継続のメリットと飲み忘れによるデメリットについて説明した。さらに、生活全般において妻と息子の協力が得られにくいかもしれないことを話すと、Aさんは「今までも勝手にしていた。わしは、自分のことは自分でしていた。あいつら(妻と息子)に助けってもらったことはない。これからも助けてもらうつもりもない」と話した。メディカルソーシャルワーカーより、Aさんが自宅での生活を望むのであれば、介護サービスを利用することで、安全に生活できると思われることを伝えると、「じゃあ、手続きしてくれ」と了承された。

しかし、Aさんは認知機能検査で遅延再生(記憶した事柄を一定時間経過後に思い出す能力)を失点しているため、何度か意思確認を行った。Aさんは、その都度「手続きしてくれ」という反応であった。妻と息子にも介護サービス利用とAさんの反応、入院中であることを伝えて、申請について協力してもらいたいと依頼すると、了承された。

サービスを調整し、退院することとなった。退院後、外来でフォローしつつ、ケアマネジャーを中心とした在宅生活支援者と情報共有を行っていった。



## 事例解説

以上の事例より、Aさんの社会生活における意思決定支援について場面ごとにみていきたい。

場面①では、退院後の生活について相談する場において、医療者はAさん自身に介護サービスの利用について提案し、Aさんは「そんなのは使わなくても何とかなる」と話された。介護サービスの利用を提案する前に、Aさんの病状や退院後の生活の中で内服薬を継続する必要があること、Aさんが内服を忘れてしまう可能性があることを説明していたが、それらと介護サービスの必要性をAさんがつなげられていなかったのではないだろうか。Aさんが意思決定するために、必要な事柄を理解し、自分自身の問題として捉えられるように、Aさんの認知機能を考慮した十分な説明ではなかったと考える。Aさんの状態を説明するだけでなく、Aさん自身が身体状態や内服薬を継続する必要があることをどのように理解しているか確認すること、そして、Aさんが自分の問題として捉えられるよう働きかけが必要であった。また、関係性がよくない家族がいる場では、Aさんの意思決定にも影響していたのではないかと考える。

場面②では、場面①の医療者の反省を踏まえ、改めて、Aさんと退院後の生活について相談する機会をもっている。まず、Aさんの理解と認識を確認し、看護師が心配していることを伝えている。そして、病状と薬物療法の必要性、家族の考えを伝えることで、Aさんが自身のこととして捉えることにつながったのではないかと考える。意思決定上の「選ぶ」という作業を行うためには、自分の選択によって生じる結果を予測できることが重要である<sup>2)</sup>。Aさんの身体状態と内服継続のメリットと飲み忘れによるデメリットを説明することで、Aさんは、介護サービスを利用することで、内服の飲み忘れによるデメリットを回避できるという結果を予測できたと思われる。それにより、介護サービスの導入に至ったと思われる。

Aさんと家族がお互いに関わらずに生活してきた背景、特にAさんの「家族に助けをもらうつもりもない」という意向を尊重することが、Aさんにとって重要であると考え、介護サービス導入につなげた。退院後も、介護サービスの内容を再考する際、病院職員と地域の介護職員が情報共有しながら、Aさんの意向を尊重した、Aさんの社会生活における意思決定支援を行った。

## 認知機能が低下した人の社会生活における意思決定支援における留意点

厚生労働省「[認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン](#)」<sup>1)</sup>に記載されているように、たとえ認知機能の低下が認められても、本人には意思があり、意思決定能力を有するということが前提にして、意思決定支援をすることが基本である。また、意思決定能力は、あるかないかという二者択一的ではなく、段階的、漸次的に低減・喪失するため、残存する認知機能の状況を見極め、意思決定が可能な形での選択肢の提示(工夫)が求められる。認知症など認知機能が低下した人の発言は日々変化することが多く、真意を測りかねることが多いが、提示事例のように、質問する日にち(時間)や人を変えても意向が変わらない場合は、この意向を重視するべきであろう。

社会生活における意思決定支援では、医療的な面だけではなく、療養場所など日常的な生活に関わる意思決定が必要となることが多く、医療・介護・福祉に関わる多職種がチームとなり、家族とともに本人の意思決定を支えることが重要である。

また、意思決定支援においては、本人の価値観や選好を把握した状況で、可能な選択肢のメリット、デメリットを提示し、本人と専門職とが一緒に意思決定していく、共同意思決定(shared decision making)<sup>5)</sup>の実践を心がけることも重要である。



## おわりに

超高齢社会となり、独居の認知症高齢者や本提示事例のように家族がいても介護力が乏しいなど、意思決定支援をすすめること自体が困難な人が増えている。このため、できるだけ早い時期から専門職との人間関係、信頼関係を深め、本人の価値観、選好を日頃の生活支援の中で把握し、それをより進行した時期の意思決定に活かすというアドバンス・ケア・プランニング<sup>5)</sup>の活動が今後より重要となってくると考える。

### 文献

- 1) [厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン. 2018](#) (2023年9月20日閲覧)
- 2) 成本 迅: 認知症高齢者の医療選択に関する意思決定支援とそれを支える看護師の役割. 老年看護学 2020; 25(1): 12-16.
- 3) 樋山雅美、成本 迅: 認知症の人の意思決定能力とサポート体制. 生活協同組合研究 2021; 541: 15-22.
- 4) 加藤 佑佳、成本 迅: 治療同意にかかわる意思決定の支援. 老年精神医学雑誌2015; 26(9): 1005-1009.
- 5) [日本老年医学会: ACP推進に関する提言. 2019](#) (2023年9月20日閲覧)







## 主観的認知機能と 認知機能の乖離がもたらす 社会問題

慶應義塾大学経済研究所ファイナンシャル・ジェロントロジー研究センター長  
慶應義塾大学経済学部教授

駒村康平（こまむら こうへい）

【略歴】 1995年：慶應義塾大学大学院経済学研究科博士課程単位取得退学、国立社会保障・人口問題研究所研究員などを経て、2007年より現職。2009-2012年：厚生労働省顧問、2010年より社会保障審議会委員、2012-2013年：社会保障制度改革国民会議委員、2023年より生活経済学会副会長

【専門分野】 社会政策

【過去の掲載記事】

- ・健康長寿ネット／金融ジェロントロジーと資産寿命
- ・特集／加齢に伴う意思決定の変化が日本社会・経済に与える影響（Aging & Health 第31巻第1号）

### 「人生90年時代」が現実のものに

2023年4月に国立社会保障・人口問題研究所から「日本の将来推計人口」が発表された<sup>1)</sup>。新型コロナウイルスの影響で、出生率は低下している一方、寿命に与える影響は限定的で今後も寿命の伸長が予想される。寿命について見ると、表のように平均寿命、寿命中位年齢、最頻死亡年齢の3つの数字が推計されている。

中高年が自分のライフプランを考える場合、0歳からの平均寿命よりは、寿命中位年齢や最頻死亡年齢に注目する必要がある。2020年の最頻死亡年齢は、男性約89歳、女性約93歳であるが、2070年はそれぞれ92歳、96歳となる可能性がある。21世紀生まれの世代は、人生100年といわれるようになったが、すでに多くの人にとっても、「人生90年時代」は現実のものとなり、75歳以降、15年程度の人生を経験することが普通になりつつある。

### 主観的認知機能と認知機能

このような長い人生を健やかに過ごすためには、心身の健康とともに、脳の機能の維持も重要である。特に前頭葉に基盤を置く認知機能は生活上の様々な行動、意思決定の基盤になる。

表 平均寿命、寿命中位年齢、最頻死亡年齢

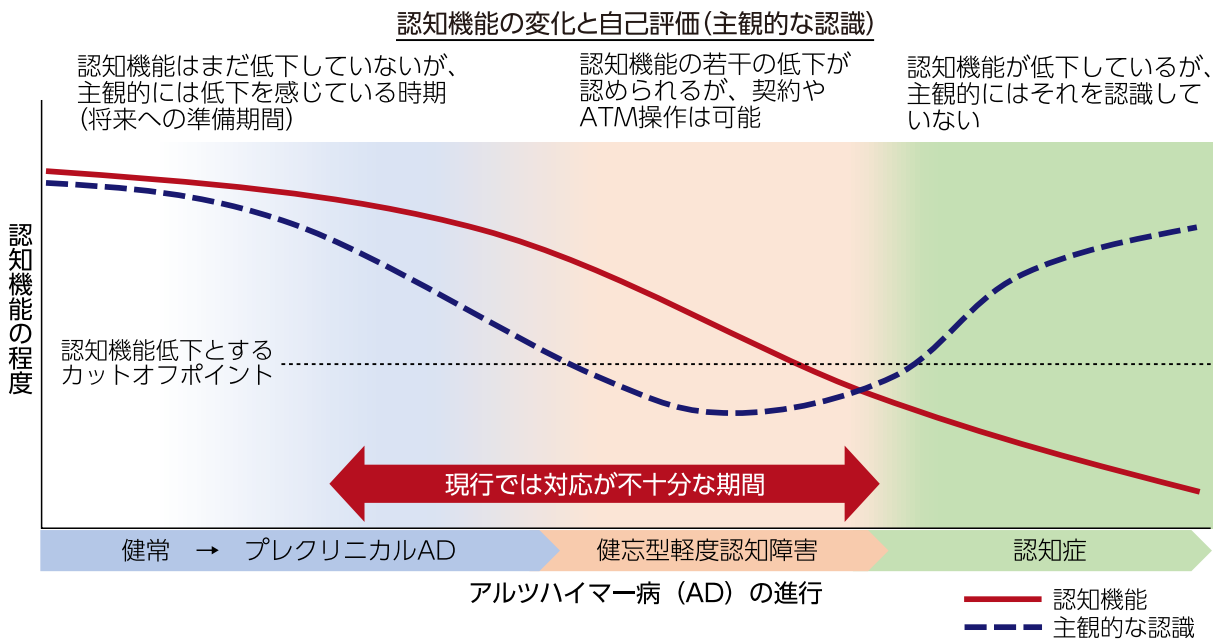
	2020		2040		2070	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
平均寿命	81.6	87.7	83.6	89.5	85.9	91.9
寿命中位年齢	84.5	90.5	86.4	92.2	88.6	94.4
最頻死亡年齢	89	93	90	94	92	96

出典：国立社会保障・人口問題研究所, 日本の将来推計人口(令和5年推計)<sup>1)</sup>より筆者作成



アンケートにご協力ください！

図1 主観的認知機能と認知機能変化



出典：Ávila-Villanueva M, Fernández-Blázquez MA: Subjective Cognitive Decline as a Preclinical Marker for Alzheimer's Disease: The Challenge of Stability Over Time. *Frontiers in aging neuroscience*. 2017; 9: 377 <sup>2)</sup>. (<https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00377>)より筆者作成 (一部改変)

認知機能の低下については、軽度認知障害 (MCI)、認知症と深刻になるが、その前段階として、主観的認知障害の存在も指摘されている。40代半ばにさしかかれば多くの人が、人の名前やとっさの記憶が出てこないこともあるが、大抵は正常加齢の範囲である。しかし、そうしたことが頻繁に起きると、自らの認知機能に不安を持つようになる。主観的認知機能の低下は、本人が自らの認知機能の低下を把握している状態ということになる。

Ávila-Villanueva M & Fernández-Blázquez MA (2017) <sup>2)</sup> は、主観的認知機能の低下と認知機能の低下の様子を図1のように説明しているが、重要な点は主観的認知機能と認知機能の動きに乖離がある点である。

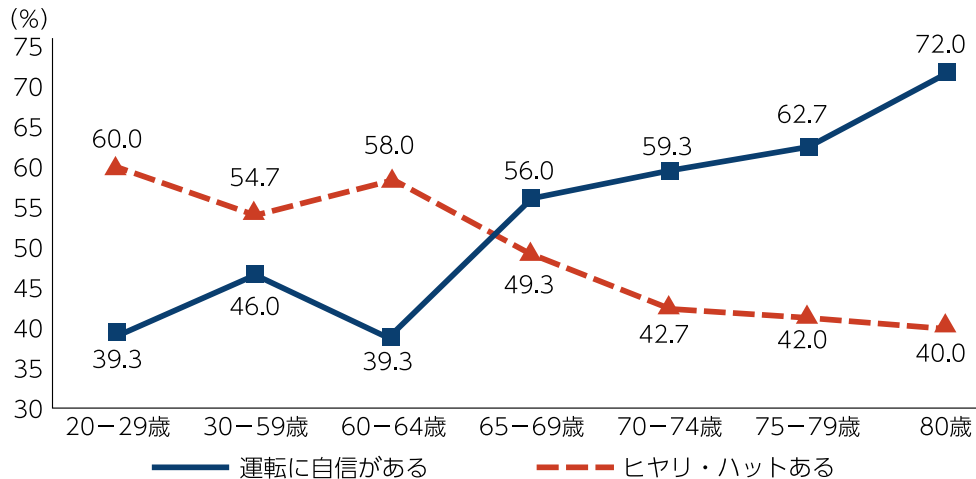
ここでわかることは、主観的認知機能の低下は、認知機能の低下以前より始まり、その後、認知機能の低下が一定水準まで進むと、今度は逆に主観的認知機能は上昇をはじめ。つまり認知機能の低下が進むと自分の認知機能の低下を自分自身が把握できなくなっていくことになる。これを裏付けるような調査がある。

図2は、自動車の運転に関して、年齢別に「運転に自信がある(かなり自信があるとある程度自信がある)」と回答する人の割合を見たものだが、年齢とともに「運転に自信がある」と答える人が増える傾向があることがわかる。また「直近3年以内の運転で、事故に至らなかったが、ご自身の不注意・過失によって『ヒヤリ・ハット』があるか」という質問に対しては、「経験したことがない」という回答が年齢とともに増えている<sup>3)</sup>。では、高齢者の運転は、運転がうまく、慎重であり、安全なのかというと、内閣府の「令和2年交通安全白書」<sup>4)</sup>によると、免許人口10万人あたりの事故率は、75歳未満の3.1件に対して、75歳以上6.9件、80歳以上9.8件と、高齢者のほうが2倍から3倍高いことが確認されている。客観的に事故が多いにもかかわらず、「運転に自信がある」や「ヒヤリ・ハットを経験しない」という回答が高齢者ほど多いのは、高齢ドライバーが主観的には操作ミスによる事故のリスクを認識していないことを意味している可能性があり、自動車の運転においても主観的認知機能と認知機能の間の乖離が存在することの傍証にもなる。



アンケートにご協力ください!

図2 年齢別の運転の自信とヒヤリ・ハット経験



出典：MS&ADインターリスク総研株式会社：高齢者の自動車運転に関する実態と意識について～アンケート調査結果より（2021年版）<sup>3)</sup>より筆者作成

### 認知機能の低下による経済活動への影響

このことは自動車の運転だけではなく、経済活動でも極めて重要なことを意味する。認知機能の低下はグラデーション状に進むため、徐々にできないことが増えていく。日常の買い物、金融口座、財産の管理、そのほかの様々な契約といった経済活動でもできないことが増えていく。まず日常のおつりの計算、請求書・領収書の処理など、そしてATMの操作などが苦手になる。それでも日常の経済活動はなんとかできるかもしれないが、その中で消費者被害にあうリスクも上昇する。たとえば、不動産、リフォーム、通販などの契約内容が適切なのかという判断はむずかしくなり、投資商品、保険などの金融商品の理解はできなくなる可能性もある。その一方で、自動車の運転と同様に、認知機能が低下しているにもかかわらず、ATMの操作や契約をするという経済行動をする能力がある状態で主観的認知機能が上昇してしまうと、自分が不適切・不利な契約を結ばされても、本人が被害を受けているという認識を持たなければ、被害は明らかにならない。

この点について、消費者庁「令和5年版消費者白書」<sup>5)</sup>では、認知症の方の相談状況について、「高齢者の消費生活相談に占める認知症等の高齢者の割合を年齢区分別にみると、65歳から74歳までは0.8%でしたが、75歳から84歳までは4.3%、85歳以上では11.2%でした。年齢層が高くなるほど、判断能力の低下が背景にある消費者トラブルの割合が高くなっています。」と認知症の方の消費者トラブルが増えてきていることを指摘している。その一方、「認知症等の高齢者の消費生活相談件数をみると、近年は毎年8,000件台で推移しています。高齢者全体と異なる傾向としては、本人からの相談の割合が低いことがあります。高齢者全体では、本人から相談が寄せられる割合は約8割ですが、認知症等の高齢者では約2割にとどまっています。」としている。つまり、本人が被害を認識していないことが多い、あるいは相談できない状況になっていることがわかる<sup>\*1</sup>。白書では続けて、「認知症等の高齢者本人は消費者被害に遭っているという認識が低いいため、問題が顕在化しにくい傾向があります。」としている。つまり認知症の方の消費者被

\*1 被害額について、白書では、「認知症等の高齢者の消費生活相談1件当たりの平均契約購入金額と平均既支払額は、高齢者全体よりも高額になっており、認知症等の高齢者の消費者被害はより深刻である」としている。





害の相談は氷山の一角の可能性もある。

ただ白書では気になる記述もある。「高齢者の消費生活相談件数の推移をみると、2018年(約35.8万件)をピークに減少していましたが、2022年は約25.8万件と、前年(約25.5万件)と同程度でした。」と高齢者人口が増えている割には相談件数が増えていないとしている。ただ、このことから、消費者被害の防止の効果が出ていると判断することはできない。主観的認知機能と認知機能の乖離により、トラブル事態を認知しておらず、そのため相談件数が増えていないのかという可能性もある。

## 本人が認知できない問題への対応

実際に被害があっても、本人がそれを認識しなければトラブルが報告されず、「なかった」ことになり対策が行われぬ。本人が「認知できない問題」を解決するというのは、なかなか対応がむずかしい問題である。

一方、工夫をすれば対策できる場合もある。金融機関の店頭では、通帳や印鑑が不明、来店目的がわからない、ATMの操作ができない、契約内容が理解できないなどといった、認知機能の低下した高齢顧客の様々な問題が発生している。そのような顧客に接したときに、一人暮らしの高齢者などで特に心配な場合は、職員が福祉機関への情報共有を本人に勧めることもある。しかし、本人の主観的認知機能が上昇してしまっている場合、自分が危険な状態にあることを認識できなくなっているため、福祉機関への連絡を納得・同意しない場合もある。金融機関も個人情報保護ルールのもと、本人同意がないと福祉機関などへの情報は行うことができず、職員も不安を持ちながら、その場の対応で済ませることも多くある<sup>\*2</sup>。実は、このような場合、消費者安全法や社会福祉法の中には自治体の見守り等・支援事業の中に金融機関を組み入れることで、本人の同意なくとも行政や福祉と個人情報を共有する仕組みがあるが、実際にはほとんど活用されていない。そもそも、本人同意を優先する個人情報保護の考えの中に、すべての認知症の患者は自らが認知症になっていることを認識し、自分の困難を把握できている(主観的認知機能と認知機能の乖離がない)という誤った前提があるのかもしれない。

一層進む長寿社会の中で、主観的認知機能と認知機能の乖離がもたらす問題が、社会で共有されていく必要がある。

### 文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(令和5年推計)(2023年9月20日閲覧)
- 2) [Ávila-Villanueva M, Fernández-Blázquez MA: Subjective Cognitive Decline as a Preclinical Marker for Alzheimer's Disease: The Challenge of Stability Over Time. Frontiers in aging neuroscience. 2017; 9: 377 \(2023年9月20日閲覧\)](#)
- 3) [MS&ADインターリスク総研株式会社：高齢者の自動車運転に関する実態と意識について～アンケート調査結果より\(2021年版\)\(2023年9月20日閲覧\)](#)
- 4) 内閣府：令和2年交通安全白書(2023年9月20日閲覧)
- 5) 消費者庁：令和5年版消費者白書(2023年9月20日閲覧)

\*2 この問題は、2020年8月の金融庁市場ワーキング・グループ報告書「顧客本位の業務運営の進展に向けて」でも指摘されている。



## 対談 長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして

人生100年時代を迎え、1人ひとりが生きがいを持って暮らし、長生きを喜べる社会の実現に向けて、どのようなことが重要であるかを考える、「長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして」と題した、各界のキーパーソンと大島伸一・公益財団法人長寿科学振興財団理事長の対談の第7回は、元日本看護協会会長の久常節子氏をお招きしました。

### 第7回

## 医療の質向上に看護の底上げを



### 久常節子 (ひさつね せつこ)

元日本看護協会会長

1945年高知県生まれ。高知女子大学家政学部衛生看護学科卒業。大阪市立大学家政学部社会福祉修士課程修了。医学博士(日本医科大学)。カリフォルニア大学サンフランシスコ校ポストドクターコース修了。大阪府富田林保健所・門真保健所で保健師活動、高知女子大学・福井県立大学で教育活動を経て、1977年より国立公衆衛生院衛生看護学部に勤務。1991年厚生省健康政策局保健指導室長、1993年厚生省健康政策局看護課長、2001年慶應義塾大学看護医療学部教授、2005年社団法人日本看護協会会長、2011年会長を退任。著書に『看護とはどんな仕事か』(勁草書房)、『にわか役人奮闘記』(学研)などがある。



### 大島伸一 (おおしま しんいち)

公益財団法人長寿科学振興財団理事長

1945年生まれ。1970年名古屋大学医学部卒業、社会保険中京病院泌尿器科、1992年同病院副院長、1997年名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授、2002年同附属病院病院長、2004年国立長寿医療センター初代総長、2010年独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長、2014年同センター名誉総長。2020年7月より長寿科学振興財団理事長。

### 看護を深めるために社会福祉を学ぶ

**大島：**今回の対談には元日本看護協会会長の久常節子さんにお越しいただきました。久常さんは大阪で保健師活動に従事されたあと、大学で教鞭を取り、国立公衆衛生院に勤務。アメリカ留学を経て厚生省(当時)保健指導室長・看護課長、さらに日本看護協会会長を務められました。久常さんとの出会いは、たしか久常さんが日本看護協会会長になられた頃です。私が東京に会議で出張した際、「辻哲夫さん(元厚生労働事務次官、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員)から大島先生に会いに行きなさいと言われてきました」と久常さんが会いに来てくださいました。

**久常：**いつも辻さんが大島先生のことを立派な方だとおっしゃるんですよ。あまりにも大島先生のごことが話題にのぼるので「いったいどんな人？」と思っていたんです。



アンケートにご協力ください！

**大島：**光栄です。辻さんと知り合ったのは、私が名古屋大学から国立長寿医療センター（当時）に初代総長として赴任後しばらくしてからです。国立長寿医療センターは高齢者を対象とした病院と研究所が併設された施設です。私はもともと泌尿器科医でしたので、急に高齢者医療に移ることになり、正直戸惑っていました。初めて会った日、辻さんは、今後の高齢者人口の増加の速さ、高齢者の生活を支える医療介護の提供のあり方、在宅医療の役割など、実に熱心に語ってくれました。私は辻さんの話を聞き、「これからの高齢社会に求められる医療に尽力していこう」と腹が決まったんですね。辻さんとの出会いが自分の道を決めたと言ってもいいくらいです。

**久常：**その様子が目に浮かんできます。

**大島：**辻さんが結んでくださったご縁ということで、今日はよろしくお願いいいたします。久常さんは私と同じ昭和20（1945）年生まれ。久常さんの著書に「土佐の“はちきん”（男勝りな女性）」とありました。お生まれは高知県ですね。

**久常：**はい。土佐の“はちきん”です（笑）。高知県大津村（現高知市）の生まれです。

**大島：**久常さんは地元の大学で看護の道へ進みますが、当時、女性は高校を卒業すればいいほうで、大学までや大学院へ進学する人はごく少数でしたね。

**久常：**私が大学院へ行きたいと言った時、父は「親戚中の笑いものになり、嫁のもらい手もなくなる」と言いました。看護を勉強すれば一生仕事に困らないと思い、県立の高知女子大学の看護学科に進学を決めました。卒業する少し前、「自分の看護は中途半端だ」と痛感する出来事があり、もっと深く学びたいと思いました。当時は看護学の修士課程はなかったので看護に近い「社会福祉」を選び、大阪市立大学大学院へ進学しました。

## ライフワークとなるコミュニティ・オーガニゼーションとの出会い

**大島：**そういう経緯で看護学から社会福祉学へ進まれたのですね。この道に進むと決めたら迷いなく進むところが素晴らしいです。大学院ではこういったことを学ばれたのですか。

**久常：**大学院では岡村重夫先生の指導を受け、修士論文はマレー・G・ロスが提唱する「コミュニティ・オーガニゼーション」（地域組織化活動）を地域で展開し、それをまとめることでした。コミュニティ・オーガニゼーションはのちに私のライフワークとなります。

**大島：**「福祉のまちづくり」を進める1つの手法ですね。

**久常：**おっしゃるとおりです。大阪府の千早赤阪村で民生委員や婦人会の役員、老人クラブの会長などに話を聞くことで地域が抱える問題を明らかにしていき、住民たちが問題を解決する力をどう引き出すかに焦点を当て、地域を組織化するプロセスを試行錯誤しました。当時、すでに寝たきりの家族の介護が問題になりはじめていました。

**大島：**そういった経験が久常さんのリーダーシップにつながっているわけですね。

**久常：**大学院修了後、1970年に大阪府の保健師になりました。自分から望んで挑んだ仕事はこれが最初です。保健師ほど面白い仕事はありません。今は仕事を引退していますが、もう一度やりたい仕事といったら保健師ですね。富田林保健所の保健師として2年間、その後は、母校の高知女子大学で1年間助手をし、また大阪に戻って門真保健所の保健師となりました。

## 保健師全体の力を高めていく

**大島：**「保健師ほど面白い仕事はない」とは興味深いです。保健師の活動をお聞きしたいです。

**久常：**門真保健所では保健師全体の力を高める活動に注力しました。ある日、リーダー格の保健







師が戸惑い、混乱していました。3日前に新生児訪問した赤ちゃんが、その翌々に亡くなったというのです。訪問時、新生児のミルクの飲みが悪く、身体や首の周りがやわらかくておかしいと思ったけれど、原因はわからないまま「もし何かあったら病院に行くように」と言い残して帰ってきたそうです。彼女はベテランですから余計に自分を責めたんですね。私は「もう一度訪問して、何が問題だったのか把握することが大事なのは」と彼女に言いました。その言葉を受けて、彼女は弔問に伺い、家族から話を聞きました。保健師が帰ったあと、保健師の赤ちゃんに対する様子が気になって、お産した

病院を受診し入院させたそうです。病院からは「大丈夫だ」と言われていたのに、入院翌日に赤ちゃんは亡くなったそうです。

**大島：**病院の処置に問題があったのでしょうか。

**久常：**総合病院や専門病院だったら結果は変わっていたかもしれません。彼女のすごいところはそれで終わりにしなかったところですよ。職場の保健師を集めてこう話しました。「私に乳児の障害をみる力がなかったし、地域の医療機関の質も把握していなかったから適切な病院を勧めることもできなかった。しかし、これは私だけの問題でなく、ほかの保健師も同じではないか。保健師全体で考えるべき問題です」

**大島：**問題を共有して、解決策をみんなで検討していくことは大事です。

**久常：**そこで保健師全体で乳児の障害に関する勉強会を始めました。座学にとどまらず、産休中の保健師の乳児をお借りして、実際に乳児の神経の発達や反射などを試しました。それから保健所で行う乳児健診の時に、保健師も乳児の神経反射や股関節脱臼などをみて医療へつなぐ、といったこともありました。

**大島：**本来は医師が診断する障害ですから、非常に進んだ取り組みですね。

**久常：**その結果、地域の障害児施設の入所者の年齢が一気に下がりました。早い時期に乳児の障害を見つけるからです。こういった地道な活動によって地域の現状がこれほどまでに変わることには驚きました。月に一度全員で反省会を開き、その中で共通の問題を見つけていく。すると今まで見ていなかった大きな課題が浮き上がってきました。たとえば、何十人もの結核患者の治療拒否の問題に当たりました。治療拒否される方に共通する問題は「医療不信」でした。

**大島：**なるほど。医療不信だから治療を拒むわけですね。

**久常：**医療不信であれば最高の医師に出会わせればいい、と考えました。そこで結核研究所から赴任した有能な医師に来てもらい、治療拒否の結核の患者さんに「最高の結核の医師を呼んでいから、今回だけは保健所に足を運んでほしい」と声をかけました。すると全員が自分のレントゲン写真を持参して保健所を訪れました。医師から適切な説明を受け、ほかの患者さんも共にレントゲン写真をみて、納得して治療を継続したり、終了したりすることができました。門真保健所のあとは福井県立大学の教員になるのですが、保健師の現場を忘れないように、門真保健所での取り組みを『保健婦雑誌』に1年間連載しました(保健婦雑誌32(4)～33(3), 1976-1977)。



**大島：**久常さんが挙げてくださった事例は、今でいう「地域包括ケア」だと思います。特殊な病気におけるケアのあり方の話でしたが、今の高齢社会に必要なケアそのものだと感じます。

## 生活者として接することで障害者も保健師も変わる

**大島：**福井で教鞭をとられたあとは国立公衆衛生院に移られていますね。

**久常：**福井時代に連載した『保健婦雑誌』を国立公衆衛生院の先生が読まれて、それがきっかけで赴任することになりました。国立公衆衛生院では主に、各県でリーダーになっていく保健師の教育に当たりました。ある時、政令市のトップの保健師から「ここの保健所は優秀な保健師ばかりだが、活動が発展しない。何とかしてほしい」と依頼が入りました。私は教室での教育も好きですが、「この保健所の活動を活発にしてみろ」と依頼されることはもっと好きです。喜んで引き受けました。ここの活動で気になっていることを保健師に出してもらおうと、「長年リハビリ教室を開いているが、参加者が減る一方」という声がありました。そこで、「自分が障害者になったらどんな気持ちになるか考えたことはありますか」と聞いたところ、皆さん「ない」と言います。「だったら障害者の方に話を聞くことから始めましょう」と提案しました。

**大島：**「障害とは何か」という理解が浅かったということですね。

**久常：**おっしゃるとおりです。ある障害者の方に話を伺うと、「この手が……」と言って泣き出し、障害を持った時どんなに傷つき、どんな辛い思いをしてきたか、堰を切ったように話したそうです。保健師全員で報告会をして見えてきたのは、「障害者は障害の重さの程度にかかわらず、障害者になったという気持ちだけで『自分はダメな人間になった』と思っている」ということでした。

**大島：**障害者になったことで、ものすごく傷ついている。それが根っこにあったわけですね。

**久常：**そこでリハビリを変えてみようということになりました。障害者の方に希望を聞いてみると、「街を歩きたい」と言うのです。それで専門職・事務職全員で街を歩いて、踏切や段差、階段など障害物を調べて歩き、ルートを選定し、一緒に街を歩いてみました。そうすると次は「七夕がしたい」「一泊で旅行がしたい」と言い、階段の上り下りのリハビリを自発的に始める方も出てきました。

**大島：**障害を持った人を“生活者”として接することで、その方のポジティブな面を引き出していく。それが真のリハビリなんでしょうね。

**久常：**保健師を鼓舞することが私の役割でしたが、結果、障害者の方がどんどん発言し変わっていき、結果、保健師全体が力を付けていきました。

## 役人の世界で奔走した8年間

**久常：**国立公衆衛生院で7、8年働いてきましたが、ある時から職場から逃げ出したいくなりました。仕事を辞めないでこの場から逃げられる方法はないかと考えて思いついたのが、カリフォルニア大学サンフランシスコ校のポストドクターコースへの入学でした。



**大島：**それは誰も逃げたとは思いませんね(笑)。

**久常：**「逃げるなら一流の逃げ方を考えなさい」と研修会で看護管理者によく冗談を言いました。カリフォルニア大学では研究室を与えられ、秘書を付けてもらい、最高の環境で勉強ができました。

**大島：**カリフォルニア大学には何年いらしたのですか。

**久常：**1990～91年の1年間です。日本へ戻る3か月前、厚生省から「日本に帰ってきたら厚生省に来ないか」という電話が入りました。役人なんてとんでもない、と思いましたが、私は逃げ出してアメリカに来た身。2年間だけなら、とお引き受けしました。厚生省保健指導室長に赴任してまず言われたことは、「1年間は前任者の仕事を踏襲して、特別変わったことはしないでください」。でも2年目には市町村ごとの保健師数の配置基準をつくりました。

**大島：**厚生省は2年の予定が、次は看護課長になられるわけですね。

**久常：**保健指導室長のあとはある大学に赴任することを決めていたのですが、今度は厚生省看護課長になってくれと依頼されました。

**大島：**いわゆる看護職のトップですね。

**久常：**私は教育の仕事や保健師活動をしてきた人間ですから、日本の医療の実態も、その中での看護師の置かれた状況も知りません。看護の現場を知らない人間が看護課長になるわけですから、それはもうショックの連続でした。最初のショックは看護教育条件の悪さでした。1993年当時、看護教育のほとんどは大学や短期大学ではなく養成所教育(看護専門学校など)によって支えられていました。その養成所では1クラス50人×3学年の学生をたった4人の教員が担当するというのです。

**大島：**それは少ない人員ですね。どんな配置ですか。

**久常：**専門教育のはずが、1年生、2年生、3年生担当、そして教務主任で4名。高度経済成長を遂げた日本の看護教育がこれほど貧しい条件下で行われていたのかと、驚きと憤りを覚えました。人件費に関しては大蔵省(当時)が担当なので、すぐに大蔵省へ相談に行きました。

**大島：**久常さんの話を聞いていると、頭の中で考えて悩むより、まず行動ですね。

**久常：**結果、養成所の教員を倍の8人にし、学生数も1クラス40名にすることができました。ですが、「看護4年教育への切り替え」や「准看護師養成の中止」は失敗に終わり、さすがに落ち込みました。特に准看護師の件に関しては、思い出すのも嫌なくらいエネルギーを使いました。疲れ果てて、とにかくゆっくり眠りたい。何をしたかということ、脳ドックで発見された脳の動脈瘤を思い出し、ただただ眠りたい一心で開頭手術をしてもらい、2週間休んだこともありました。

**大島：**眠るために命をかけて手術ですか。久常さんの発想にはいつも驚かされます。

**久常：**逃げる専門です。アメリカに逃げて、手術で逃げて、准看護師問題に苦しみました。厚生省には結局8年ほどいました。







## 役人から日本看護協会会長へ転身

**大島：**その後、慶應義塾大学では看護医療学部の創設に携わりますね。

**久常：**慶應義塾大学の塾長から「慶應に看護医療学部を新設するから、久常に」と厚生省に相談があったそうです。慶應では4年間教壇に立ちました。ある時、大学の特別授業にある県の看護協会会長をお呼びしました。その際、「日本看護協会会長の任期が切れるから、会長選に出てみては」と勧められ、「出ます」と即答です。背水の陣で出馬しようと、すぐに大学に退職願いを出しました。当選するのかどうか見通しもないのに無謀な挑戦でしたが、2005年に日本看護協会会長に就任しました。

**大島：**会長になっていかがでしたか。厚生省の役人として役人とやり合うのと、日本看護協会会長として役人とやり合うのとではやはり違うでしょう。

**久常：**まず手を付けたのは、目の前に迫っていた医療・介護同時改定での「7:1看護」です。患者7人に対して看護師を1人配置するという配置基準です。2006年の診療報酬改定で盛り込まれました。世界と比較して日本は看護の配置が極端に少ないので、改革するなら今しかないと思ったのです。

**大島：**看護師の業務量も軽減され、患者も質の高い医療が受けられるメリットがありますね。

**久常：**私は2011年まで日本看護協会会長を務めました。看護職の労働時間の問題なども取り上げ、看護協会が動いていることを実感できる時代だったと思っています。協会の魅力が増したのか、それまでの協会の歴史の中で年間の入会会員数が非常に多かった時代です。

**大島：**ご自身の意志でなろうと思ったのは、保健師と日本看護協会会長ですか。

**久常：**そうですね。まさに人生の前半と後半、最初と最後です。日本看護協会の会長になろうと思ったのは、協会の力が弱く、その結果、看護の教育や労働環境、看護師の配置など、日本の医療において看護の部分が特にひずんでいる。日本の医療の質の向上には看護の底上げが必要だと思ったからです。私はがむしゃらに仕事をしてきましたが、69歳でパタッと仕事を辞めて、今は人生を徹底して楽しんでます。遊びのプロです。今回大島先生と対談をさせていただいて、先生は一生仕事に生きる人だと感じました。

**大島：**私の人生を考えると、国立長寿医療センターに異動してからは自分が設計した人生ではありませんでしたが、それもまたいいと感じています。今日は久常さんの歩んでこられた人生のお話から学ぶことが多くありました。貴重なお話をありがとうございました。



国内外の新しい長寿科学研究を紹介します。今回の情報は、国立障害者リハビリテーションセンター研究所福祉機器開発部長・井上剛伸氏、東京大学大学院医学系研究科教授・岩坪威氏、国際医療福祉大学医学部糖尿病・代謝・内分泌内科学主任教授・竹本稔氏、東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム研究部長・石崎達郎氏、福岡国際医療福祉大学医療学部教授・森望氏から提供いただきました。

## ロボットに着替えの介護ができるのか？

介護ロボットがだいぶ実用化されてきたとはいうものの、身体介護を自動で行うロボットはまだ実用化されていない。イギリスのグループは、ハンガーに掛けられた手術用のガウンを取り、ベッドの周りを動きながら、仰向けに寝ているダミー人形の左右の腕に袖を通すロボットを開発した。ポイントは、着せやすいようにガウンの適切な位置を持つこと。柔らかい衣服を扱うのは難しい。シミュレーションを重ねて、ロボットに学習させることにより、問題を解決している。実用にはまだまだの段階ではあるが、一步一步進化している (Zhang F, et al., Science Robotics. 2022; 7(65): eabm6010)。 (井上)

## 血液でパーキンソン病を診断する

$\alpha$ -シヌクレインは脳内に蓄積して神経細胞死を引き起こし、パーキンソン病やレビー小体型認知症などの「シヌクレイノパチー」と総称される神経変性疾患の原因となる。本研究では、患者の血液から抗体を利用して $\alpha$ -シヌクレインを濃縮し、実験的にタンパク質の凝集を増幅するIP/RT-QuIC法を開発した。解析の結果、シヌクレイノパチー患者の血液中には、凝集の「種」となる異常な構造をもつ $\alpha$ -シヌクレインが循環していることが明らかになり、疾患の診断や鑑別に利用できる可能性が示された (Okuizumi A, et al., Nat Med. 2023; 29(6): 1448-1455)。 (若林・岩坪)

## 骨髄由来細胞がアルツハイマー病を予防する

クローン性造血 (clonal hematopoiesis: CHIP) は血液のがんのみならず、心血管病や死亡のリスク因子として近年注目されている。スタンフォード大学のBouzidらは1,362名のアルツハイマー病 (AD) 患者とADのない4,368名を対象にADとCHIPとの関連を調べた。その結果、驚くべきことにCHIPを有する群で、むしろAD発症が少なかった (オッズ比: 0.64)。CHIP保有者の脳組織には末梢血と同様の遺伝子変異をもった骨髄由来細胞が脳組織のミクログリア細胞分画で増加しており、これら浸潤細胞がAD発症を抑制している可能性がある。骨髄由来細胞とAD発症メカニズムとの関係が今後明らかになることを期待したい (Bouzid H, et al., Nature Medicine. 2023; 29(7): 1662-1670)。 (竹本)

## 「後期高齢者の質問票」はその12項目でフレイルを識別可能

東京都健康長寿医療センター研究所の堀らは、自治体の健診で使用される「後期高齢者の質問票」の「フレイル関連12項目」を点数化し、至適基準にJ-CHS基準を用いてフレイルの識別能を評価した。その点数は中等度の確からしさ (c統計量: 0.79,  $p < 0.001$ ) でフレイルを識別可能であり、4点以上の場合に感度55.8%、特異度85.8%でフレイルを識別できることが示された (分析対象者461人のうち4点以上の者は19.5%) (Hori N, et al., Geriatr Gerontol Int. 2023; 23(6): 437-443)。 (石崎)

## 食と脳：食事制限模倣薬 (2-DG) が脳卒中や認知症への抵抗性を高める

カロリー制限や間欠絶食が長寿化や老化制御に効果的と知られて久しい。グルコースに似た2-デオキシグルコース (2-DG) でもその効果が発揮されるが、マウスでそのメカニズムを調べると細胞の中のストレス応答系を刺激していることがわかってきた。その応答系の因子は神経細胞の可塑性応答の主演でもあるニューロトロフィンの活性化にも通じる。過食を抑えることがアルツハイマー病への抵抗性を高め、脳卒中からの回復にも寄与する。その仕組みに細胞のストレス応答系の流れがある。米国のコーネル大学を中心としたグループの共同研究成果だ (Kumar A, et al., Neuron. 2023; S0896-6273(23)00472-5. doi: 10.1016/j.neuron.2023.06.013)。 (森)



## 人生と向き合う現役介護



看護師 **細井恵美子さん** 92歳

### PROFILE 細井恵美子 (ほそい えみこ)

1931 (昭和6)年4月18日、京都府与謝郡加悦町(現・与謝野町)で生まれる。国立舞鶴病院看護婦養成所入学、17歳で卒業、同病院勤務。19歳で結婚。22歳で京都市九条診療所、慶應病院、三重県高茶屋県立病院、丹後中央病院勤務。36歳で京都南病院病棟主任。同病院総婦長および法人理事。人工透析、ICU・CCU導入、夜間透析、訪問看護開始。42歳で佛教大学通信教育課程文学部国文学科入学、44歳で身体拘束のない看護に取り組む。49歳で佛教大学・社会福祉学科入学。京都南病院に在宅療養部開設、病院ボランティア導入。57歳で老健施設めくもりの里設立、副施設長、京都府老健施設協議会副会長。70歳で特養山城めくもりの里施設長、81歳同顧問。現在も顧問として介護現場に携わっている。京都ヒューマン大賞受賞。

### ■人と接する介護の仕事は「楽しい」

京都府木津川市の小高い丘の上にある特別養護老人ホーム「山城めくもりの里」を訪れると、細井恵美子さんがロビーに颯爽と現れた。「今日は遠いところご苦労様です」と快活に挨拶。



[アンケートにご協力ください!](#)



11年間この施設長を務め、2012年からは顧問として、家族や職員の相談、職員教育、地域活動を手伝ってきたが、2020年11月、左大腿骨を骨折。3か月間、入院してリハビリに専念した。翌年3月に復帰後から、週3日(月・水・金)に変更し、朝10時から夕方5時半まで、入所者の食事介助、話し相手、手芸や脳トレなどを手伝っている。45年間住んでいる自宅は宇治市にあり、朝8時半に家を出て、9時半過ぎには職場に到着する。

利用者は130人、要介護度は平均4.3と高く、平均年齢86歳。最年長は103歳、細井さんより年上の方も数人いるが、同世代や年下の方が多い。そっとお年寄りのそばに寄り、手を添えてのぞき込むようにして話しかけると、お年寄りに表情がよみがえる。

「その方を元気にしているのは何か、一人ひとりの情報を大切に、それを組み立てて話していく。たとえば『おとうさん』という言葉を繰り返す方は、若いときにおとうさんが大好きだったのだろうと、その話を引き出すようにします。時には大声で興奮する方もありますが、制止したり叱責したりしないで、『そうね、そうね』と共鳴しながら気分転換を図ります。記憶障害のある方はいま興奮したことも瞬間に忘れてしまうので、静かにそのときを待ちます。一人ひとりの人生の情報をできるだけ集めて会話に生かすことを考えています。30歳後半から教務や看護管理の仕事で現場を離れてしまったので、いま介護の現場の仕事はとても楽しい。話をしたいという眼差しを感じたらタイミングよく話しかけます」と、鋭い観察力が持ち味だ。

## ■なぜ女子1人だけ勤労働員かといまでも疑問

細井さんは1931(昭和6)年4月18日、京都府与謝郡加悦町(現・与謝野町)で生まれ4歳年上の兄と2人きょうだいとして育った。家は米づくりの傍ら養蚕をしていた。決して豊かではない家庭であったが、当時はそれが普通だった。自分の小遣いにと、国民学校高等科1年のとき、学校帰りに新聞配達をしたこともあった。

高等科2年の4月から、クラスの女子でただ1人、勤労働員に指名された。毎朝6時に家を出て、汽車に乗って西舞鶴まで通い、ホームの掃除や線路のごみ拾いなどの雑用をさせられた。8月15日の玉音放送は駅の待合室で聞いた。

なぜ自分が勤労働員に選ばれたのか納得のいく説明はなかった。誰がどういう意図で選んだのか知りたかった。その気持ちはいまでも引きずっている。やがて終戦を迎えると勤労働員も終わり、17歳の兄も予科練から戻って農家の後継ぎとなった。

## ■多くの病院を経て37歳で総婦長に

細井さんは父親から「何か手に職を」という勧めもあって15歳で国立舞鶴病院看護婦養成所に入学し、卒業すると同病院に勤務した。精神科病棟に配属されたときのこと。当時は施錠や身体拘束が当たり前の時代。ある日、歌の好きな患者さんが「外に出てみんなで歌を唄いたい」というので、施錠を外し、希望者を外に出し、みんなで歌を唄った。大陸からの引揚者、シベリヤに抑留されていた元兵士もいて、抑留中に唄ったロシア民謡や日本の童謡などを唄って盛り上がった。ところが3回目とき、病院から「事故があったらどうするのか」と叱責されて中止となった。

19歳で結婚、出産後、夫が肺膿瘍(結核の既往)で入院。感染を心配して子どもを実家に預けて知人の紹介により京都市九条診療所で働くことになるが、家族を支えるためには若いうちに勉強しておきたいと考え、東京に出た。転々としながら夫の父親を頼りに三重県に落ち着き、三重県高茶屋県立病院に嘱託看護職員として勤務。33歳のとき、子どもが実家から小学校に入学す



るために実家に戻り、丹後中央病院に就職。病棟主任、教務主任を経験した。

35歳のとき看護の視野を広げようと、京都南病院に転職。当初病棟主任となったが、当時の婦長が結婚退職することとなり、基準看護を採用するための準備に駆り出され、総婦長代理から翌年からは総婦長となった。37歳のときだ。

### ▶ いち早く訪問看護を始めた

医学が急速に進歩し、様々な診断機器が臨床に導入されるようになり、民間病院の医療も様変わりしていく時代だった。京都南病院でも人工透析の導入、ICU・CCUの整備が始まった。新しい医療技術が安定するまでは、患者の安全と効果を検討しながらの毎日だった。透析や循環器疾患の看護には聴診器が必要と看護婦にマイステートを進めた。

1972年、訪問看護の最初の患者さんは72歳の脳卒中後の患者さん。家族に退院を告げると「自分は働きに出るし、家内はパート、子どもは小学生。こんな寝たきりのじいさんの世話を家ではできません」と抵抗された。これに細井さんは「もしダメだったら、また入院してもらってから、いっぺん帰ってみましょう」と説得した。

おおよそ11時半から12時半までの1時間訪問して、清拭、食事介助、排泄処理、口腔内ケア、シーツや寝巻の交換、水分補給などをした。費用はすべて病院持ちだったが、せめて交通費として500円の負担をお願いしたところ、医師の往診は診療報酬で賄われていたため、患者負担はない。「なんで看護婦にカネ払わなあかんのか」と拒否された。ところが2か月後、「あのときはすまんかった。看護婦が来てくれるのでお医者さんより助かるわ」と500円をいただけるようになった。

### ▶ 生活全体を見て必要なことを実行

前に進むとき、時には悲しい場面にも出会う。老人医療費無料化により社会的入院と待合室のサロン化などが問題になっていた。急性期医療にも支障を来すようになり、長期入院患者の退院を進めなければならず、家族を面談していたときのこと。いきなり「ドスン」と大きな音がして、見ると病院の3階から飛び降りて命を絶ってしまったことがあった。家族が来て「おじいさんがゆっくり休める部屋はありません。おじいさんの部屋は受験を控えた子どもの勉強部屋になっています」と言われた患者さんは絶望してしまったのだ。

医療は病気を治すだけでなく、その人の生活全体を見ていくことの大切さを痛感した。そして「患者さんに必要なことは実行する」という細井さんの信念と裏付けのデータを持った説得力、



京都南病院では総婦長を務めた（本人提供）



[アンケートにご協力ください！](#)



利用者さんの呼吸に合わせて水分補給

そして実現までのリーダーシップが病院を変えていった。

### ▶「医療と福祉の統合」という信念

戦後の教育制度改革のはざまからこぼれ落ち、口惜しい思いをしてきた細井さん。学歴コンプレックスの一方で衰えぬ向学心から、42歳で佛教大学通信教育課程文学部国文学科に入学した。47歳の卒業時の卒論は「徒然草の無常観」。49歳で再び佛教大学・社会福祉学科入学、卒論は「医療と福祉の統合」と、その後の展開を暗示するものだった。

さらに時代の先取りは続く。44歳で身体拘束のない看護に取り組み、52歳で京都南病院に在宅療養部を開設した。訪問看護を始めて実に10年が経っていた。国が訪問看護を制度化したのはさらに10年後となる。病院ボランティア導入（京都南ボランティアズ、100人以上が参加）も早い。

57歳のとき京都で初めての老健施設「ぬくもりの里」を設立して副施設長となり、京都府老健施設協議会副会長として活躍した。入所、ショートステイ、デイケア、訪問看護ステーション、在宅介護支援センターの5機能を総合的に提供する構想は、卒論テーマの「医療と福祉の統合」に通ずるものがある。こうした実績が評価されて地域保健医療功労知事賞、訪問看護功労賞、京都市民奉仕活動奨励賞、京都ヒューマン大賞などを受賞した。

### ▶「定年制はよくありません」

「年寄りトイレが近くなることを恐れて、水分補給を控える傾向があります。そうすると脱水から無気力になったり、もの忘れの原因なることがあります。1日に1,500mlは必要です。何回もトイレに行くのもリハビリです」。細井さんはいまま認知症カフェや介護予防事業「元気モリモリ」を手伝いながら地域の人と活動を続けている。

最後に強調したのは定年制についてだ。「定年制はよくありません。定年があるから現役時代にお金を稼ぎ、退職金をたくさんもらって老後の安心にしようと思います。生涯現役でそこそこの暮らしができるなら、そんなに現役時代にお金に執着しません。働く生きがいや夢をストップしてしまう定年制はよくありません」。まさに細井さん自身がそれを体現している。

●写真／丹羽諭 ●文／編集部



アンケートにご協力ください！





## ウィッシュカードで認知症の人と サポーター、地域をつなぐ

神奈川県相模原市

さがみはら認知症サポーターネットワーク(さがサポ)

### 喜びを分かち合い、笑顔でつながる仲間たち

【さがみはら認知症サポーターネットワーク】(通称：さがサポ)は、神奈川県相模原市で認知症サポーターの市民ネットワークを展開している。コンセプトは、「認知症の人とその家族、認知症サポーターの市民がお互いに困りごとを解決し、喜びを分かち合い、笑顔でつながる仲間たち」。2019年にNHK厚生文化事業団の「認知症とともに生きるまち大賞」を受賞した地域活動だ。

認知症サポーターは、認知症を正しく理解し、暮らしの中で認知症の人とその家族にできる範囲で手を差し伸べられる人たち。2023年6月現在、認知症サポーター数は全国で約1,465万人にのぼるが、さがサポのように認知症サポーターがネットワークを組み、地域活動の担い手として活躍する例はそう多くない。そこで今号は、さがサポ代表世話人を務める佐藤隼(じゅん)さん(写真1)に、認知症サポーターになったあとの活躍の場について話を伺った。

さがサポ代表世話人の佐藤さんは、相模原市内のさがみりハビリテーション病院の作業療法士として勤務する傍ら、さがサポの地域活動をしている。訪問リハビリテーションの現場で高齢者の生活の実情を目の当たりにしたことをきっかけに、認知症サポーター養成講座を受講した佐藤さん。そこで出会ったのが、認知症サポーター養成講座の講師であり、市内で福祉活動を展開する認定NPO法人Link・マネジメント代表理事の井戸和宏さんだ。

「病院での経験と知識を、認知症サポーター養成講座の講師活動に活かしてみても」という井戸さんからの勧めもあり、佐藤さんは認知症サポーター養成講座の講師役「キャラバン・メイト」として活動することになった。「キャラバン・メイトは講座の開催だけでなく、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりの地域活動のリーダー役も期待されています。そんな活動を相模原で展開できたらいいねと井戸さんと話したことが、さがサポの本当の始まりです」と佐藤さん。

### 若年性認知症の方の「野球がしたい」がきっかけ

さがサポ誕生のきっかけとなった出来事がある。生まれつき聴覚障害を持ち、若年性認知症と診断された方がいる。かつては社会人野球で活躍していたが、認知症の診断後に野球をやめてしまうと、次第に仲間との関係性も途絶え、孤立状態になっていた。

「その方が『もう一度野球がしたい』と願っていることを知り、認知症サポーターに声をかけて野球を企画し



写真1 さがサポ代表世話人の佐藤隼さん。作業療法士のユニフォーム姿で取材に応じてくれた



アンケートにご協力ください!

ました。20名ほどのサポーターが集まり、認知症の方と共にグラウンドで喜びを感じ合ったことが1つのモデルケースとなりました。認知症になっても、仲間と一緒にならできることを増やせる。この経験が原動力となり、「2013年にさがサポを立ち上げました」と佐藤さんは当時を語る。

さがサポの事務局は井戸さんが代表理事を務めるLink・マネジメントが担っている。「事務局の存在があるから10年続けてこられました。事務局機能がしっかりしていないと、市民団体が発展・維持していくのは難しい」と佐藤さんが言うように、Link・マネジメントが登録メンバーの個人情報管理、医療機関や地域包括支援センター、家族会との折衝役、広報などを一手に引き受けている。

### さがサポの活動の象徴となる「ウィッシュカード」

認知症の人やその家族、認知症サポーターが感じている「困っていること」「やってみたいこと」などの思いを、ポジティブな気持ちを込めて「ウィッシュ」と呼んでいる。このウィッシュを皆で共有し、「助けてほしい人」と「助けたい人」の思いをつなぐツールが「ウィッシュカード」(図)である。

ウィッシュカードは、もともと認知症サポーターが認知症の人の手助けをしようと始めた活動だが、次第に認知症の人とサポーター双方向でウィッシュを叶える関係に変化していったという。「活動の中で、認知症の人が誰かの助けになる場面が増えてきました。そこで、単に『支える、支えられる』の関係じゃなく、『お互い様』をマインドとして掲げ、さがサポに登録している認知症サポーターの呼び名を『パートナー』と変えました。パートナーのウィッシュに手をあげるのが認知症の人やその家族であったり、パートナー同士であったり、支え合いの輪が広がっていきました」

ウィッシュには様々な種類がある。「掃除を手伝ってほしい」などの困り事のウィッシュや、「一緒に散歩してくれませんか」などの挑戦したいこともあげられる。興味深いのは、「自分の得意なこと」「できること」もウィッシュとして投稿できることだ。雪国育ちの認知症の方の家族から「雪が降ったときは、夫が雪かきできます」という投稿が寄せられたこともある。

ウィッシュの投稿は、ホームページ上で簡単に入力でき、また紙面や電話でも事務局に提出できる。ウィッシュカードが設置してある地域包括支援センターもあるため、当事者だけでなくケアマネジャーが代筆してウィッシュをあげるケースもあるそうだ。

さがサポのパートナーは現在853名、うち12名が「世話人」として運営に関わっている。世話人はウィッシュのコーディネート役や地域活動のリーダー役を担う欠かせない存在だ。世話人には医療介護従事者が多く、家族会の人、中には美容師さんもいるという。

月2回開催される世話人会では、直近の活動計画、ウィッシュの情報共有など、様々な意見交換が行われる。投稿されたウィッシュを世話人会で確認して、パートナーへメール・LINE配信、さらにホームページにもアップする。ウィッシュを叶えたいパートナーから返信があると、仲介役の世話人を1人決め、コーディネートする仕組み。「1回きりの活動でなく、できたら多くの人に関わる継続的な活動に展開していくおせっかい役が世話人です」と佐藤さんは言う。

図 「助けてほしい人」「助けたい人」の思いをつなぐウィッシュカード



[アンケートにご協力ください!](#)



## 1つのウィッシュから広がるチーム活動

1つのウィッシュから継続的な活動へ展開した例を紹介する。「一緒にスキーをしませんか」というウィッシュが認知症と診断された元国体のスキー選手の家族からあげられ、パートナー7名と共にスキーを楽しんだ。「その方は十数年ぶりにスキーをされるのに、リフトから降りると颯爽と滑っていかれました。コース取りもスピードコントロールも抜群です。認知症の症状があっても昔の感覚はすぐに戻るんだ。その方が元々持っていた力を発揮できる機会づくりが大切なんだと痛感した出来事でした」と佐藤さんは振り返る。翌年には子どもたちから「スキーを教えてほしい」とウィッシュが上がり、今度は認知症の方が叶える立場になったそうだ。

市内の農家の方からあがった「農業体験をしませんか」というウィッシュには、農作業に興味のあるパートナーが手をあげ、学生やパートナーのお子さん、要介護認定を受けている高齢者も収穫作業に参加した。それが今では月1回の定例活動「ゆうゆう農場」に発展(写真2)。作業後には農家の方から野菜のお土産や季節によってはいちご狩りのクーポンなどがあり、働きがいを感じられる瞬間だ。

もう1つの定例活動「さがさんぽ」は、ある認知症の方の声から始まった地域活動だ。「いつも助けてもらえばかり。私も誰かの役に立ちたい」という認知症の方の言葉を聞き、世話人同士で考え出したのが、市内の名所を散歩しながらゴミ拾いをし、社会貢献するという活動だ。「一緒に散歩しませんか」という別のウィッシュと掛け合わせて「さがさんぽ」が生まれたという(写真3)。

『ゆうゆう農場』や『さがさんぽ』には、高齢者や学生、お子さんの参加が多く、多世代のコミュニティができあがっています。こういった活動では、どなたが認知症であるということを特段明らかにしていません。お子さんにとっては、その方が認知症かどうかは全然関係なくて、1人のおじいちゃん、おばあちゃんとして接するので、何気ない自然なやり取りが生まれています。認知症の方は24時間365日症状が出ているわけではありません。ちょっとのお手伝いや配慮で、認知症の方と時間を共にできることを体感してもらいたい」と佐藤さんの言葉に力が入る。

さがサポ発足のきっかけになった若年性認知症の方を交えた野球は、ソフトボールチーム「MMシュガー」と形を変えて継続(写真4)。「さがサポッチャ」というボッチャを楽しむイベントも行っている。

## コロナ禍を乗り越えて

2020年以降のコロナ禍でウィッシュの投稿数は大幅に減り、チーム活動も外出自粛要請で一時ストップした。そんな中、「さがさんぽ」やソフトボールチームの練習はコロナ2年目から感染対策を万全にしながら再開。パートナー同士の交流を目的に開催している「パートナーズ・カフェ」(写真5)は、



写真2 「ゆうゆう農場」。子どもの参加が多く、何気ない言葉かけや素直な気持ちに心が和む



写真3 市内名所を巡りゴミ拾いをする「さがさんぽ」。「相模原っていいね」を増やす広報活動にもなっている



[アンケートにご協力ください!](#)





**写真4** ソフトボールチーム「MMシュガー」。チーム発足の契機となった若年性認知症の方と「全国認知症ソフトボール大会(Dシリーズ)」に出場



**写真5** パートナーズ・カフェ(現在はオンライン開催)。中央に立つ佐藤さんの左がLink・マネジメント代表理事の井戸さん

コロナ禍以降はオンライン開催に切り替えた。関係を途絶えさせたくないと思ったオンライン開催だが、遠方の人、仕事で足を運べない人、介護で家をあけられない人も参加できると好評だ。新型コロナの5類移行後は、コロナ禍前の4割ほどに活動は戻ってきたという。「今は年1回や季節ごとの開催になっている活動は、いずれは月1回の開催に戻していきたい」と佐藤さんは意気込みを見せる。

### 認知症の人と身近な人が自然につながる社会

相模原市の認知症サポーター養成講座の資料には、さがサポのパンフレットが同封されている。新サポーターの次のアクションとしてパートナー登録を勧めている理由を佐藤さんはこう話す。「認知症サポーター養成講座は基本編で、さがサポのような活動に参加することで応用編が学べます。講座を受講して認知症への理解を深めた気持ちを風化させないように、実践の活動につなげていくのが狙いです」

佐藤さんが勤めるさがみりハビリテーション病院でも年1回、認知症サポーター養成講座を開催している。講師は佐藤さんが担当。受講後、さがサポに興味を持った職場の仲間はパートナー登録をしてくれるそうだ。「後輩がまた次の後輩に声を掛けて、院内にじわりじわりとパートナーが増えていきます。病院ではどうしても障害に目を向けなくてはなりませんが、さがサポでは一人の住民に立ち返って、素の人間同士で関わり合うことができます。障害をみるスキルのある医療介護の専門職こそ、温かい配慮を持った関わりができるので、どんどん地域活動に参加してもらいたい」

さがサポの今後について佐藤さんに何うと、「2023年6月に認知症基本法が成立し、各自治体でチームオレンジ活動を進めていこうと気運が高まっています。相模原には先行してさがサポというネットワークがありますが、本来はこういったモデルに依存せずに、認知症の人と身近にいる人同士が自然につながる社会が理想です。『障害があろうとなかろうと、認知症であろうとなかろうと、その人はその人』という考え方が当たり前になる。そういう社会をめざして、さがサポはこれからも認知症サポーターの輪を広げ、人と人をつなぐ支え合いの活動を続けていきます。次はどんなウィッシュが叶うか、どんな笑顔が生まれるのか楽しみです」

支援する側、される側の関係を超越した、さがサポの笑顔のつながりに今後も目が離せない。

●写真提供/さがみはら認知症サポーターネットワーク(写真1を除く)

●文/編集部



[アンケートにご協力ください!](#)



# 老いの科学・長寿への道

## 第3回 東と西の養生訓

福岡国際医療福祉大学医療学部教授、長崎大学名誉教授 森 望

### 週末の健康ウォーク

大府の長寿研から長崎を経て、今私は、福岡の大学で医療人の卵たちに解剖、生理、薬理などを教えながら「老い」を考えている。老いの科学を整理して書くこともあれば、自らの老いに向き合うこともある。自宅から浜辺が近い。玄界灘に面した小さなビーチがある。若い頃、米国のカリフォルニアで10年を過ごしたが、サンタモニカやニューポートビーチを思い起こさせてくれる。福岡の浜辺は北縁だが、それでも夏の陽光はまぶしい。左には、昔、井上陽水が片想いの恋心を唄った能古島が浮かぶ。右には、以前はJALだったが、今はHiltonとなった瀟洒なホテルがある。その先はソフトバンクホークスの本拠地PayPayドームだ。その脇を東へ行くと西公園の小高い丘に上がる。春は桜の名所で丘の上には黒田長政を祀った光雲神社がある。その裏手から海を見渡せば、万葉の時代にも江戸時代にもあった景色がそのままそこにある。古くは荒津山とか荒戸山と呼ばれたところで、遣唐使を見送ったのも朝鮮出兵を出したのも、また元寇を迎え討ったのもここである。その西公園の麓には、黒田藩の儒学者、貝原益軒の旧居跡がある。晩年の80歳を過ぎて著した健康指南書『養生訓』（1712年）を書いたのもここだったのだろう。そこから15分ほど行くと金龍寺という禅寺があるが、その境内に益軒の墓がある。夫人の東軒と並んで、いかにも仲睦まじい平穏な人生が偲ばれる。

越し方は一夜ばかりの心地して 八十路(やそじ)あまりの夢をみしかな (貝原益軒辞世の句 享年83)

そこから西へ、西新の商店街を抜けると、地下鉄の駅から通称「サザエさん通り」とよばれる街路がある。福岡の著名な進学校や私立大学のキャンパスを横目に浜辺をめざす。途中、昔、ここにいた長谷川町子が「サザエさん」の漫画を生み出した場所がある。今は大通りだが、昔はそこが浜辺だった。カツオ、ワカメ、イクラ、マスオ、サザエ、そしてフネさんも波平さんもみなここからの発想だ。東京の世田谷にもサザエさん通りがあるそうだが、福岡市民としてはこちらが本拠地と思いたい。その先にはサッカー少年たちの元気な声が響く中央公園があって、じきにスタート地点に戻る。

### Gelukkig Gezond!

長崎の大学を「定年」で退く少し前にオランダに行ったことがある。北部の古都フローニンゲンの大学の博物館で「Gelukkig Gezond!」と題した展覧会があった。オランダ語で「元気で長生き！」の意だ。医学史の教授のリナ・ノエフが中心に企画したもので、会場を案内しながら、リナが1冊の本をくれた。蘭語と英語が併記された解説本である。帰りの飛行機でそれを見返しながら、これは一般向けにいい本になると直感した。定年の整理の雑務でバタバタしながら、それを日本語に訳してみた。長年、老化研究に没頭して、専門領域ではそれなりに名が知られていても、本を出そうとすると壁が厚い。一般には全くの無名で、どの出版社にも「持ち込み原稿お断り！」の原則があるのだ。以前の『寿命遺伝子』の時は出版社に認めてもらうのに5年かかった。こちらの訳本は何とか2年で潜り抜け



[アンケートにご協力ください!](#)



たが、それでも3、4社と交渉を重ねた。幸い原書房の編集部長がすぐに価値を認めてくれて、出版に漕ぎ着けた。『老いと健康の文化史：西洋式養生訓のあゆみ』（原書房）として上梓した。

本の帯にはこうある。「人は、逃れられない『老い』にどのように向き合ってきたのか、そして『健康』の維持のために何をしてきたのか。古代ギリシャ・ローマ時代から現代のアンチ・エイジングに至るまで多彩な図版とともに俯瞰する一冊！」。その通りだ。副題にあるとおり、西洋での『養生訓』、その思想の変遷を俯瞰する本になっている。そこには、西洋で脈々と受け継がれたヒポクラテスとガレノスの知恵があった。

## 東と西の養生訓

貝原益軒の『養生訓』には西洋医学の知識はほとんどない。益軒は若い頃、京都で学問を積んだが、その折、長崎で蘭医学を学んだ向井元升にも接した。だが、益軒の思想に蘭学はない。あえていえば中国の『本草綱目』に範を得た『大和本草』、つまり生薬の知恵と儒学 of 精神性は影響している。

西洋での養生訓は、先の『老いと健康の文化史』に詳しいが、その養生の源流は遠くギリシャ時代のヒポクラテスの思想にある。しかし、それが「健康学」として整理されたのは、中世イタリアの『サレルノの養生訓』やルネッサンスに至る前のトレチェントの『健康全書』にある。いろいろな形でのこれらの写本が、後々も、貝原益軒の『養生訓』のようにベストセラーになった。

## 老いの蘭学

日本では蘭学というと『解体新書』で西洋医学がわかったと思われ（誤解され）ている。だが、そこには人体骨格と臓器の解説があるだけで、当時のオランダ医学の実情については何も書かれていない。アムステルダムやライデンでの当時の本来の「蘭医学」の在りようについては、別の知識が必要だった。それは、前回紹介した『寿命遺伝子』と今回の『老いと健康の文化史』と同時期に出版にこぎつけた『オランダ絵画にみる解剖学：阿蘭陀外科医の源流をたどる』（東京大学出版会）に詳しい。これも拙訳だが、面白い本だと思っている。慣れない蘭書の翻訳努力、これは現代の蘭学の一人芝居だ。老化研究者から研究の場を奪われても、何とか生き延びようと苦悩し模索する老いがここにある。

### 老いの蘭学：西洋式養生訓と阿蘭陀外科医の解剖学教育の歴史の変遷をたどる



### 森 望(もりのぞむ)

1953年生まれ。福岡国際医療福祉大学医療学部教授、長崎大学名誉教授。1976年東京大学薬学部卒業、薬学博士。1979年東邦大学薬学部助手、1984年米国COH研究所、1986年カリフォルニア工科大学研究員、1990年米国南カリフォルニア大学(USC)・アンドラス老年学研究所助教授、1996年国立長寿医療研究センター分子遺伝学研究部長、2004年長崎大学医学部第一解剖教授、2019年より現職。『寿命遺伝子』（講談社ブルーバックス）、『老いと健康の文化史（翻訳）』（原書房）、『老いと寿のはざま』（日本橋出版）など著書多数。



[アンケートにご協力ください!](#)



## 財団パンフレット表紙の竹林について 情報提供をお願いします！

公益財団法人長寿科学振興財団では、毎年パンフレットを作成しています。表紙には、財団のロゴマークの若竹にちなんで竹林を掲載しています。令和6年度以降作成予定のパンフレット表紙の竹林の情報を集めています。趣のある、緑の息吹、静寂な風景など、あなたのおススメする竹林についての情報をお寄せください。竹林の名前、所在地、特徴、アクセス方法など、どんな情報でも歓迎です。また、竹林に関連する写真も大歓迎です。情報提供をお待ちしています！

【情報提供先】公益財団法人長寿科学振興財団 総務企画課 E-mail : soumu@tyojyu.or.jp



## 令和5年度表紙：愛知県大府市

(写真提供：愛知県大府市観光協会)

### 【大倉公園】



大倉公園の竹林

愛知県大府市にある大倉公園は、日本庭園風の公園で、約1.7haを有しています。大正6年または大正8年に大倉和親氏により、別邸として築造されたもので、昭和2年には賀陽宮恒憲皇(第3師団騎兵第三連隊長)がこの大倉別邸に滞在されたといわれています。公園内には、茅葺門、休憩棟、ひょうたん池、あずまや等があります。四季折々の自然を優雅に楽しめる場所で、特につじの花の季節は多くの人々が訪れ、つつじまつりが行われます。



大倉公園について  
詳細はこちらから↑



大倉公園入り口の茅葺門

大倉公園の入り口には茅葺門があり、その堂々たる佇まいが訪れる人の目を引きまします。高さ5m、幅13m、奥行き4mあり、大正10年に建造された歴史的な建物です。平成21年、26年には岩手県遠野市の職人の協力で屋根材のふき替えを行い、平成27年に国の登録有形文化財に指定されました。

### 【長寿科学振興財団広報委員会委員名簿】

令和5年10月現在

〈委員長〉	柳澤 信夫	関東労災病院 名誉院長、(一財)全日本労働福祉協会 会長
〈副委員長〉	鳥羽 研二	東京都健康長寿医療センター 理事長
〈委員〉	飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構 機構長
	飯野 奈津子	医療福祉ジャーナリスト
	井藤 英喜	東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
	櫻井 孝	国立長寿医療研究センター 研究所長
	佐藤 真一	大阪大学 名誉教授



[アンケートにご協力ください！](#)

## 長寿科学研究を助長奨励するための基金造成に、皆様のご協力をお願いいたします。

長寿科学振興財団では、高齢者と高齢社会全般に関わる諸課題を研究し、実践的に解決する学術分野である長寿科学に関する調査研究の実施・研究の助長奨励・研究成果の普及を促進し、もって国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的とします。これらの活動はすべて皆様からの温かいご支援によって成り立っています。令和5年6月から8月までの間で寄附者芳名を記して感謝の意を表します。

### 寄附者芳名

東京都 澤潟 邦安 様  
神奈川県 森川 治三子 様  
直井 小百合 様

東京都 ストレスケアリゾート株式会社 様  
福岡県 河原 昌二 様  
匿名希望 4名

### 寄附の方法について

#### ●つながる募金



SoftBank のスマホから  
ご利用料金とまとめて寄付



どなたでも可能  
クレジットカードで寄付



#### ●銀行振込

ご住所、お名前を総務企画課にメール (soumu@tyojyu.or.jp) または電話 (0562-84-5411) にてご連絡ください。

##### 【寄附金振込先口座】

金融機関：三菱UFJ銀行 (0005) 大府支店 (344)

種別：普通預金

口座番号：1762379

口座名義：公益財団法人長寿科学振興財団 基本財産受入口 理事長 大島伸一

#### ●郵便振替用紙 (振込手数料不要)

郵便振替用紙でのご寄附をご希望の方は下記までご連絡ください。専用の郵便振替用紙 (振込手数料不要) を郵送にてお送りします。郵便振替用紙が届きましたら、最寄りの郵便局にて送金ください。

詳しくは、当財団ホームページ「[ご寄附の方法について](#)」をご覧ください。

【お問合せ】公益財団法人長寿科学振興財団 総務企画課 E-mail: soumu@tyojyu.or.jp

当財団は、所得税法 (所得税関係)、法人税法 (法人税関係) および租税特別措置法 (相続税関係) 上の「特定公益増進法人」です。当財団への寄附金は、寄附金控除、損金算入等についての税法上の特典が受けられます。

長寿科学振興財団機関誌 Aging & Health エイジングアンドヘルス

2023年 秋号 No.107 第32巻第3号

令和5年10月発行

編集発行人 大島 伸一

発行所 公益財団法人長寿科学振興財団

470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1

あいち健康の森健康科学総合センター 4階

TEL 0562-84-5411 FAX 0562-84-5414

URL <https://www.tyojyu.or.jp> E-mail soumu@tyojyu.or.jp

制作 株式会社厚生科学研究所

TEL 03-3400-6070



[アンケートにご協力ください!](#)



公益財団法人 長寿科学振興財団

### 当財団のマークの由来

長寿科学振興財団の設立は、昭和天皇御長寿御在位 60 年記念慶祝事業の一環として検討されました。また、昭和天皇の一周年祭に当たり、天皇陛下、皇太后陛下から、長寿科学研究推進に資する思し召しにより、昭和天皇のご遺産から本財団に対して御下賜金が賜与されました。

こうした経緯がありまして、昭和天皇の宮中での御印が「若竹」でありましたことに因み、いつまでもみずみずしさと若々しさの心を象徴する若竹を当財団のシンボルマークとしました。