

〔Ⅲ〕活動の実際

(1) 認知症リハビリテーション

最近、認知症リハビリに関する関心が高まっているが、統一した定義がなされていない。リハビリの現場では、認知症のリハビリテーションは主として、次の二つに解釈されている。1つは、ADL 障害に認知症を合併している場合、ADL 改善のために理学療法、作業療法、言語療法などを行なうことである。もう1つは、ADL が自立している認知症患者に対して、神経心理療法（回想法、音楽療法、認知療法等）を行なうことである。

筆者は、日本リハビリテーション病院施設協会のリハビリテーションの定義に準じて、「認知症のリハビリテーションとは、認知症によって心理面の障害と身体機能障害のある人が、最良の心身の状況を獲得し、年齢や障害の段階に応じて、その地域に住む人々とあらゆる面で同水準の生活がなされることであり、リハビリテーション治療としては、神経心理療法、理学療法、作業療法、言語療法等を複合的に取り入れて行なう療法である」と考えている。¹⁾

筆者は、アルツハイマー病の病期と生活機能変化の状態像として、表1と図1のモデルを提唱している。認知症初期には、記憶障害が進行して、意欲も低下してくるが、この時期に塩酸ドネペジルと通所リハビリを併用すると、単独に使用した場合よりも、生活機能の改善に効果的であることが最近発表されている。²⁾³⁾ 認知症が初期から中期になり、BPSD が出現している時にも、薬物療法と認知リハビリの併用が有効であると発表されるようになった。⁴⁾ また、軽度から重度認知症高齢者に対して短期集中リハビリテーションとして、記憶の訓練、日常生活活動の訓練を個別に20分以上、週3回、3ヶ月間行なうと、HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）の改善とともにBPSD（同じことを何度も聞く、昼夜逆転、暴言、介護拒否、無関心等）も改善することが発表され⁵⁾、2008年の介護報酬にも導入された。

さらに後期になると、歩行障害が進行して、転倒・骨折により救急病院へ入院することになり、ADL や認知機能が低下する。⁶⁾ この時期にも、骨折の治療後にリハビリ病院へ転院してリハビリ治療を行なうと、ADL の回復とともに認知機能も改善する。⁷⁾

終末期に肺炎、癌、心筋梗塞、脳卒中などを発症して救急病院に入院すると、寝たきりになったり、嚥下障害や認知機能の低下が生じたりするが、この時期でも、上記疾患が改善して退院後、終末期リハビリ⁸⁾ を行なうことで、ADL や嚥下機能などが改善することがある。

表 1 アルツハイマー病の病期と症状及び受診医療機関

病期	初期	中期	後期	終末期
症状	記憶障害（軽度） 同じことを何度も聞く 物の名前が出てこなくなる 置き忘れが多くなる 物事に対する関心が薄れる 閉じこもり	記憶障害（中等度） BPSD（妄想、徘徊、不穏、暴言、暴力）	記憶障害（重度） 歩行障害～転倒 骨折 排尿障害 排便障害 言語障害	記憶障害（最重度） 寝たきり 嚥下障害～肺炎 脳血管障害 心筋梗塞 癌
受診医療機関	診療所（かかりつけ医） 認知症専門医（神経内科、老年科、脳外科、精神科）	精神科 老人性認知症治療病棟	救急病院（整形外科） リハビリテーション病院	救急病院（内科） 診療所（かかりつけ医）

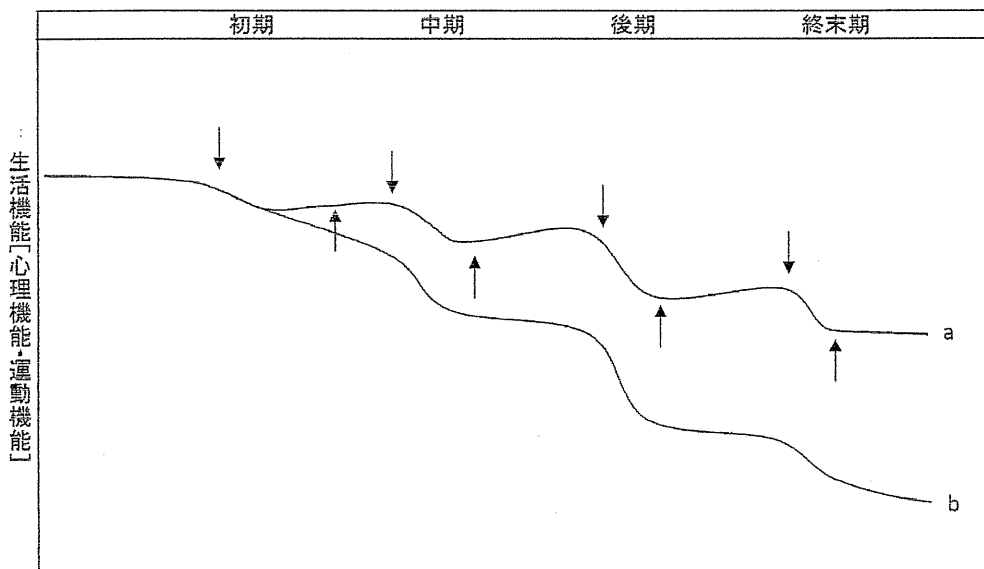


図 1 アルツハイマー病の病期と生活機能変化

(2) 認知症の診療の現状と問題

認知症高齢者は病期により、診療所医師、認知症専門医療機関、救急病院、リハビリ病院、精神科病院で治療を受けているが、表 2 であげたような問題点を抱えている。当院は、認知症専門医療機関として認知症の外来診療と認知症高齢者に対するリハビリテーション治療を行っており、診療所からの紹介を含めて、年間約 500 名の新患認知症高齢者が受診している。その中で、BPSD が悪化したときには、精神科病院への入院を、身体合併症を併発したときには救急病院へ入院を依頼している。反対に、精神科病院や救急病院での治療によって BPSD が安定した後、及び身体合併症の治療後に、ADL が低下してリハビリが必要となった認知症高齢者を当院で受け入れている。このように、当院では松戸市内及び周辺さらに遠隔地の診療所、病院と連携をとって認知症高齢者に対する診療を行なっている。

表 2 認知症の診療の現状と問題点

(1) 診療所

1. 一般内科診療の患者が認知症を発症時、診断と治療が困難。
2. BPSD 発症時
 - i) 徘徊、不穏、暴力行為出現時に対応困難。
 - ii) 紹介できる認知症専門医が分からない。
3. グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームに往診しているが対応困難。

(2) 救急病院

1. 肺炎、骨折、心筋梗塞、脳血管障害、意識障害などで救急病院に入院してくるが、入院当初は認知症の症状が目立たないが、入院後に出現した時、対応が困難となる。
2. 病院内に認知症の診療ができる認知症専門医が少ない。
3. 治療終了後、転院先の精神科病院が少ない。

(3) リハビリ病院

1. 救急病院から紹介された患者に認知症合併が多くなった。(全国の回復期リハビリ病棟の入院患者のうち 52%に認知症合併)
2. BPSD のために看護、介護が困難。
3. 認知症専門医が少ない。

(4) 精神科病院

1. 認知症患者の合併症（肺炎、心筋梗塞、骨折等）の治療が困難である。
2. リハビリ病院が少ないため、歩行障害、日常生活障害、嚥下障害などの治療ケアができない。
3. 精神症状が安定しても退院先がないため、長期入院となり、緊急入院が困難になっている。
4. 認知症専門医が少ない。

(3) 千葉県認知症対策推進協議会

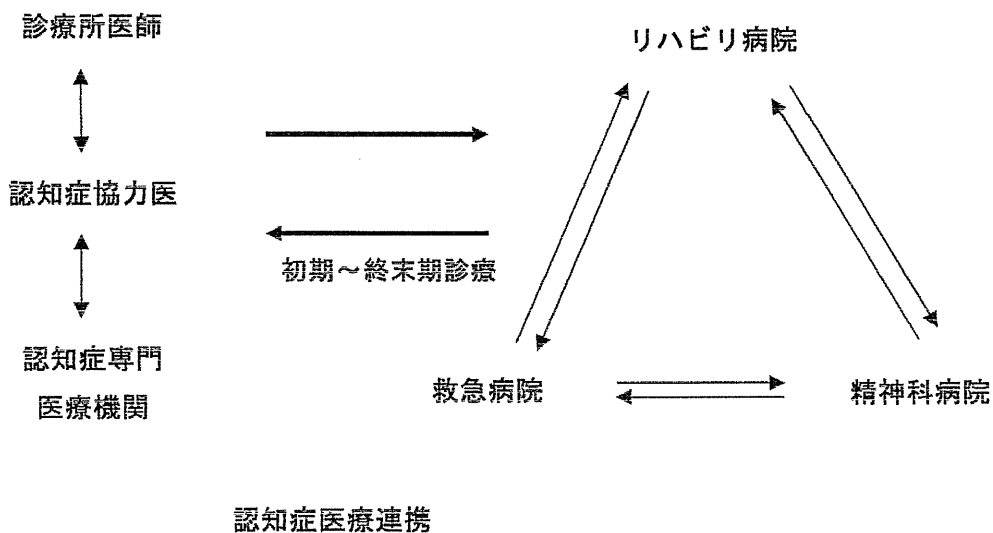
以上、述べてきた認知症診療の現状と問題点の改善をはかるために、千葉県内の医療機関や介護施設、行政と連携をとってきた。そして、2009年に千葉県認知症対策推進協議会が発足した。この協議会の目的と課題については表3に掲げてある。筆者は、作業部会長として、認知症診療・ケアの連携システムを構築することを第一の目的として提案し、協議会では、「現場主義」で認知症に関わる医療機関とケアに関わる看護介護施設の現状報告から開始した。各現場から認知症高齢者への診療・ケアの対応と問題点を発表し、討論を行なった。2009年から2010年まで1年間に10回の作業部会を行なった結果、多くの問題点と対応策が提案された。

表3 千葉県認知症対策推進協議会

<p>[目的]</p> <p>認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、協議会を設置し、医療と介護、福祉の連携における総合的な課題解決を図る。</p> <p>[課題]</p> <p>(I) 医療連携</p> <ol style="list-style-type: none">1) 救急病院・精神科病院・リハビリ病院の連携（認知症及び身体合併症診療における医療連携）2) かかりつけ医と専門医及び病院との連携3) 早期発見・診断の確立 <p>(II) 医療と介護・福祉の連携</p> <ol style="list-style-type: none">1) 認知症高齢者及び家族への包括的支援2) 生活支援のための医療機関と介護施設間連携 <p>(III) 地域連携</p> <p>県・市町村・医師会等の連携</p>
--

表 4 今後の課題

(1) 千葉県内での認知症診療の新しいシステムの構築



(2) 医療と介護の連携

医療職・看護職・介護職の連携

(3) 認知症研修会

医師、リハビリ療法士、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、その他の関連職種

(4) 認知症コーディネーターの育成

病々連携、病診連携

医療と介護の連携、行政との連携

(5) 認知症疾患医療センターの拡充

(6) 地域支援体制構築

(7) 在宅ケアの支援

[IV] 今後の課題

今後の認知症対策における課題を表4に挙げた。(1) 認知症高齢者を初期から終末期まで診療していくためには、診療所(認知症協力医)、専門医療機関、救急病院、リハビリ病院、精神科病院の連携システムの構築が必要である。そのためには、認知症連携パス、認知症リハビリの拡充が重要である。(2) 認知症診療とケア連携のためには、医療職と介護職、福祉関係職種、及び介護施設との協力体制を構築する。(3) 認知症研修会を拡充して、各関連職種の認知症診療・ケアの技術向上をはかる。(4) 医療とケアに関わる諸機関の連携をはかるために、認知症コーディネーターを育成する。(5) 認知症疾患医療センターが、2010年に千葉県内に1カ所、2012年千葉大学医学部附属病院にも設置され、今後徐々に拡充される予定である。(6) 地域支援体制の構築。2011年千葉県では表5に示す千葉県認知症連携パス試案が作成された。この連携パスは、BPSDの診療・ケアに重点を置いて、医療関係者、介護関係者が利用しやすいように簡便化を図った。この連携パスが円滑に活用されるためには、認知症診療に関わる医師、コメディカル、介護関係者、病診・病病の連携が必要であり、この連携に主として関わる認知症コーディネーターの育成が重要課題であると考えられる。2012年8月より、千葉県松戸市、佐倉市、旭市、袖ヶ浦市で、この連携パスを使ったモデル事業を2年間にわたって行う予定である。当初は、BPSDの診療・ケアに重点を置いて運用していくが、その後に身体合併症治療、リハビリ治療における救急病院及びリハビリ病院とも、この連携パスの活用を働きかけていきたいと考えている。⁹⁾ 今後、認知症は急増して行くと考えられているが、認知症高齢者を長期に入院・入所できる病院・施設を増やし続けることは困難と考えられる。そのために、認知症の初期から終末期まで認知症連携パスを円滑に活用しながら、認知症患者が長く居住してきた自宅で生活できるように、在宅医療ケアシステムの構築が急務であると考えられる。

最後に、アルツハイマー病は、原因が解明されておらず、治療も確立していない現在において、図1のbのような生活機能変化をたどるが、以上述べた課題が改善されると、aのような穏やかな生活機能に改善され、終末期に在宅で穏やかな最期を迎えることも可能であると考えており、今後も、その実現のために活動を続けていきたいと考えている。

引用文献・参考文献

- 1) 旭俊臣, 篠遠仁, 畠山治子, 辻央生, 小川喜胤: 認知症のリハビリテーションと地域活動. 老年精神医学, 16: 1139-1148, 2006.
- 2) 渡辺広美, 太田信子, 高尾武男: 痴呆進行予防と中核症状へのアプローチ3 痴呆の早期から在宅までの対応 アリセプト投与と脳活性化リハビリテーション併用による臨床効果について. 痴呆介護, 2(3): 58-64, 2001.
- 3) Matsuda O.: Cognitive stimulation therapy for Alzheimer's disease: the effect of cognitive stimulation therapy on the progression of mild Alzheimer's disease in patients treated with donepezil. *International Psychogeriatric*, 19(2): 241-52, 2007.
- 4) Olazarán J, Muñiz R, Reisberg B, Peña-Casanova J, del Ser T, Cruz-Jentoft AJ, Serrano P, Navarro E, García de la Rocha ML, Frank A, Galiano M, Fernández-Bullido Y, Serra JA, González-Salvador MT, Sevilla C.: Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*, 63(12): 2348-2353, 2004.
- 5) 全国老人保健施設協会: 認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業報告書. 平成 19 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). 2008.
- 6) 博野信次: 臨床痴呆学入門—正しい診療正しいリハビリテーションとケア. 金芳堂. 2001.
- 7) 下村辰雄: 認知症の記憶・言語障害へのケア. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 18(3): 220-228, 2009.
- 8) 大田仁史: 終末期リハビリテーション. 荘道社, 2002.
- 9) 旭俊臣: 認知症リハビリテーションにおける地域連携システムの取り組み. *Jpn. J Rehabil Med*, 49(3): 123-126, 2012.

認知症リハビリテーションにおける地域連携システムの取り組み*

旭神経内科リハビリテーション病院

旭 俊 臣

目 的

認知症リハビリテーション（以下、リハ）に関する、救急病院、精神科病院、リハ病院、介護施設、在宅などの諸施設と医師、コメディカル、介護職、介護者等の連携を図る。

方 法

認知症リハは、現在のところ明確な定義はされていないが、筆者は表1のように定義づけている。これは、日本リハビリテーション病院・施設協会の地域リハの定義を改変したものである。表1の神経心理療法には、現実見当識訓練（Reality Orientation：RO）、回想法、音楽療法、園芸療法などがある。認知症は、原因疾患としてアルツハイマー病が全認知症疾患の約50%を占めるので、この項では、アルツハイマー病を認知症として述べる。筆者は、アルツハイマー病を表2のごとく、病状の進行に応じて、初期、中期、後期、終末期に分類している。アルツハイマー病は、初期から終末期まで10年以上の長い経過をたどり、認知症に伴う行動・心理学的症候（BPSD）、運動障害、内科疾患を合併する。診療には、神経内科、脳神経外科、精神科、老年科、リハ科、整形外科、内科などの医師が関わることになる。認知症の診療と合併症診療の際には、表3に示したような問題点がある。そこで、病診及び病病連携が不十分であると問題点の改善を図ることが困難である。現状では、BPSD、運動障害が進行すると、

表1 認知症リハ

「認知症によって心理面の障害と身体機能障害のある人が、最良の心身の状況を獲得し、年齢や障害の段階に応じて、その地域に住む人々と、あらゆる面で同水準の生活がなされることであり、リハビリテーション治療としては、神経心理療法、理学療法、作業療法、言語療法等を複合的に取り入れて行う療法である。」

（日本リハビリテーション病院・施設協会より改変）

長期入院もしくは施設への長期入所をせざるを得ない状態となっている。

当院の所在地である松戸市においては、松戸市医師会認定の認知症協力医と当院及び市内の認知症専門医療機関が連携をとって認知症診療を行っている。当院の2009年度の新患認知症患者数は308名である。そのうちBPSDが進行して、精神科病院へ入院した人数は12名であった。認知症の原因疾患名、BPSDの種類は表4に示す。入院後の経緯については表5に示す。14名中6名はBPSDが軽快して、退院後に自宅や他の介護施設に移っているが、残りの8名は、主として身体合併症のために長期入院となっていた。次に、骨折、肺炎、脳血管障害、心臓病などを合併した時、当院から救急病院に入院した認知症患者は29名であった。救急病院から当院へ脳血管障害、骨折、廃用症候群で、リハ治療目的のため転入院した患者は156名であり、そのうち、認知症を合併している患者は71名であった。

このように当院では、病診連携及び病病連携をとって認知症診療にあたっている。このような認知症診療を円滑に行うために、病診連携・病病連携を千葉県全域に拡充する必要がある。2009年に千葉県認知症対策推進協議会が発足し、筆者は、作業部会長として認知症診療ケアの連携システムを構築することを重要課題として提案した。そして、協議会では、認知症診療に関わる医療機関とケアに関わる看護・介護施設関係者が現状報告を行った。作業部会の議題については、表6に示す。その結果、表7に示す千葉県認知症連携パス試案が作成された。この連携パスは、BPSDの診療・ケアに重点を置いて、医療関係者、介護関係者が利用しやすいように簡便化を図った。

*本稿は第48回日本リハビリテーション医学会学術集会パネルディスカッション「地域連携パスの有効性」（2011年11月2日、千葉）の講演をまとめたものである。

表 2 アルツハイマー病の病期と症状及び受診医療機関・認知症リハ

病期	初期	中期	後期	終末期
症状	記憶障害（軽度） 同じことを何度も聞く 物の名前が出てこなくなる 置き忘れが多くなる 物事に対する関心がうすれる 閉じこもり	記憶障害（中等度） BPSD（妄想，徘徊， 不穏，暴言，暴力）	記憶障害（重度） 歩行障害～転倒骨折 排尿障害 排便障害 言語障害	記憶障害（最重度） 寝たきり 嚥下障害～肺炎 脳血管障害 心筋梗塞 癌
受診 医療機関	診療所（かかりつけ医） 認知症専門医（神経内科， 老年科，脳外科，精神科）	精神科病院 老人性認知症治療 病棟	救急病院（整形外科） リハ病院	救急病院（内科） 診療所（かかりつけ医）
認知症 リハ	通所リハ	通所リハ	回想法 見当識訓練 音楽療法 理学療法 作業療法 摂食・嚥下療法 言語療法	摂食・嚥下リハ 訪問リハ

表 3 認知症の診療の現状と問題点

- (1) 診療所
 1. 一般内科診療の患者が認知症を発症時，診断と治療が困難。
 2. BPSD 発症時
 - i) 徘徊，不穏，暴力行為出現時に対応困難。
 - ii) 紹介できる認知症専門医が分からない。
 - iii) グループホーム，老人保健施設，特別養護老人ホーム，有料老人ホームに往診しているが対応困難。
- (2) 救急病院
 1. 肺炎，骨折，心筋梗塞，脳血管障害，意識障害などで救急病院に入院してくるが，入院当初は認知症の症状が目立たないが，入院後に BPSD が出現した時，対応が困難となる。
 2. 病院内に認知症の診療ができる認知症専門医が少ない。
 3. 治療終了後，転院先の精神科病院が少ない。
- (3) リハ病院
 1. 救急病院から紹介された患者に認知症合併が多くなった。
(全国の回復期リハ病棟の入院患者のうち 52% に認知症合併)
 2. BPSD のために看護，介護が困難。
 3. 認知症専門医が少ない。
- (4) 精神科病院
 1. 認知症患者の合併症（肺炎，心筋梗塞，骨折等）の治療が困難である。
 2. リハ病院が少ないため，歩行障害，日常生活障害，嚥下障害などの治療ケアができない。
 3. 精神症状が安定しても，退院先がないため，長期入院となり，緊急入院が困難になっている。
 4. 認知症専門医が少ない。

この連携パスが円滑に活用されるためには，認知症診療に関わる医師，コメディカル，介護関係者，病診・病病の連携が必要であり，この連携に主として関わる認知症コーディネータの育成が重要課題であると考えられる。

今後の課題

2012 年 4 月より，千葉県では松戸市，佐倉市，旭市，袖ヶ浦市で，この連携パスを使ったモデル事業を 2 年間にわたって行う予定である。当初は，BPSD の診療・ケアに重点を置いて運用して

認知症リハビリテーションにおける地域連携システムの取り組み

表4 BPSDで緊急入院後の経緯 [I]

期間	2009年4月～2010年3月	
人数	14名(男性6名,女性8名)	
平均年齢	78歳(61～93歳)	
病名	アルツハイマー病	7名
	血管性認知症	4名
	前頭側頭型認知症	2名
	レビー小体病	1名
	BPSD	
BPSD	暴力行為	5名
	不穏・徘徊	5名
	幻覚・妄想	3名
	うつ状態・自殺企図	1名

いくが、その後に身体合併症治療、リハビリ治療における救急病院及びリハ病院も、連携パスの活用を考えている。

今後、認知症は急増していくと考えられており、認知症高齢者を長期に入院・入所できる病院・施設を増やし続けることは困難と考えられる。そのために、認知症の初期から終末期まで認知症連携パスを円滑に活用しながら、認知症患者が長く居住してきた自宅で生活できるように、在宅医療ケアシステムの構築が急務であると考えられる。

表5 BPSDで緊急入院後の経緯 [II]

<軽快後退院>		<現在入院中>	
人数	6名	人数	8名
自宅	2名	入院理由	不穏・徘徊 3名
老人保健施設	2名		肺炎の併発 3名
グループホーム	1名		胃瘻造設 1名
療養型病院	1名		特養待機中 1名
平均在院日数	92日	平均在院日数	424日

表6 千葉県認知症対策推進協議会 作業部会

第1回	認知症に関する課題の整理
第2回	精神科病院における認知症患者への対応
第3回	救急病院における身体合併症を有す認知症患者への対応
第4回	リハ病院における認知症患者への対応
第5回	認知症外来診療 ・かかりつけ医の立場から ・認知症専門医の立場から
第6回	認知症患者に対する看護・介護 ・看護の立場から(訪問看護ステーション) ・介護の立場から(グループホーム)(特別養護老人ホーム)
第7回	急性期病院における認知症認定看護師の取り組み
第8回	千葉県内精神科病院における認知症対応 実態調査報告
第9回	東総地区における認知症医療と介護の連携 認知症高齢者を支援する専門職の人材育成について
第10回	認知症疾患医療センター指定に伴う連携体制について

表 7 千葉県認知症連携パス試案

	記載年月日				
	年 月 日	発 症 日 宛	添付資料	枚	緊急性
	年 月 日	発 症 日 宛	添付資料	枚	緊急性
	年 月 日	発 症 日 宛	添付資料	枚	緊急性

目的 (該当するものに✓を付けてください。)(複数可)

診断
 周辺症状予防
 周辺症状緩和
 周辺症状悪化への対応
 身体症状への対応
 在宅生活支援
 その他 ()

基 本 情 報 1	<p>基本情報</p> <p><本人氏名> _____ <生年月日> _____ 年 月 日 (____ 歳)</p> <p><住所> _____</p> <p>キーパーソン 配偶者・子ども・兄弟・その他 _____</p> <p><氏名> _____ <連絡方法>電話 (_____)</p>
----------------------------------	--

早 期 診 断	<p>診断のための情報 (該当するものに✓を付けてください。)(複数可)</p> <p> <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 喚語困難 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他 (_____) </p> <p>上記症状の出現時期 (_____)</p> <p>専門医からのコメント (ポイントを簡潔に記載してください。)</p>
----------------------------	---

周 辺 症 状 対 応	<p>周辺症状に関する情報 (該当するものに✓を付けてください。)(複数可)</p> <p> <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 (_____) </p> <p>上記症状の出現時期 (_____)</p> <p>専門職からのコメント (ポイントを簡潔に記載してください。)</p>
--	--

基 本 情 報 2	<p>介護保険利用に関する情報 (該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。)</p> <p>介護認定 無・有→介護度 _____</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度判定 ランク I・II・II a・II b・III・III a・III b・IV・M _____</p> <p>利用している介護サービス 訪問看護・訪問介護・デイサービス・ショートステイ _____</p> <p>その他 (_____)</p> <p>服用中の薬剤 (服用中の薬剤名を下記余白に記載または添付してください。)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>その他、身体症状・既往歴・生活歴等で特記すべきこと</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----------------------------------	--

Ⅲ かかりつけ医とサポート医の役割

1. はじめに

認知症サポート医とかかりつけ医の役割を中心に述べる。ところで認知症サポート医とは厚生労働省の認知症地域医療支援事業¹⁾として、平成17年度に実施が検討され、翌年度実施された枠組みの中に設置されたものである。順次具体的にその内容を示し、さらに現時点での最新の報告書²⁾に典拠を求めつつ、実際の地域における認知症サポート医とかかりつけ医によるBPSD対応について考察を加えたい。

2. 認知症医療の課題

認知症サポート医が養成される背景について、まずはどのような意識があったか述べる。それは舛添元厚生労働大臣であったときに招集された「平成20年 認知症の医療と生活の質をたかめる緊急プロジェクト」の報告書の中で、この時点での我が国における認知症医療の課題について言及している²⁾。それを一部抜粋する。

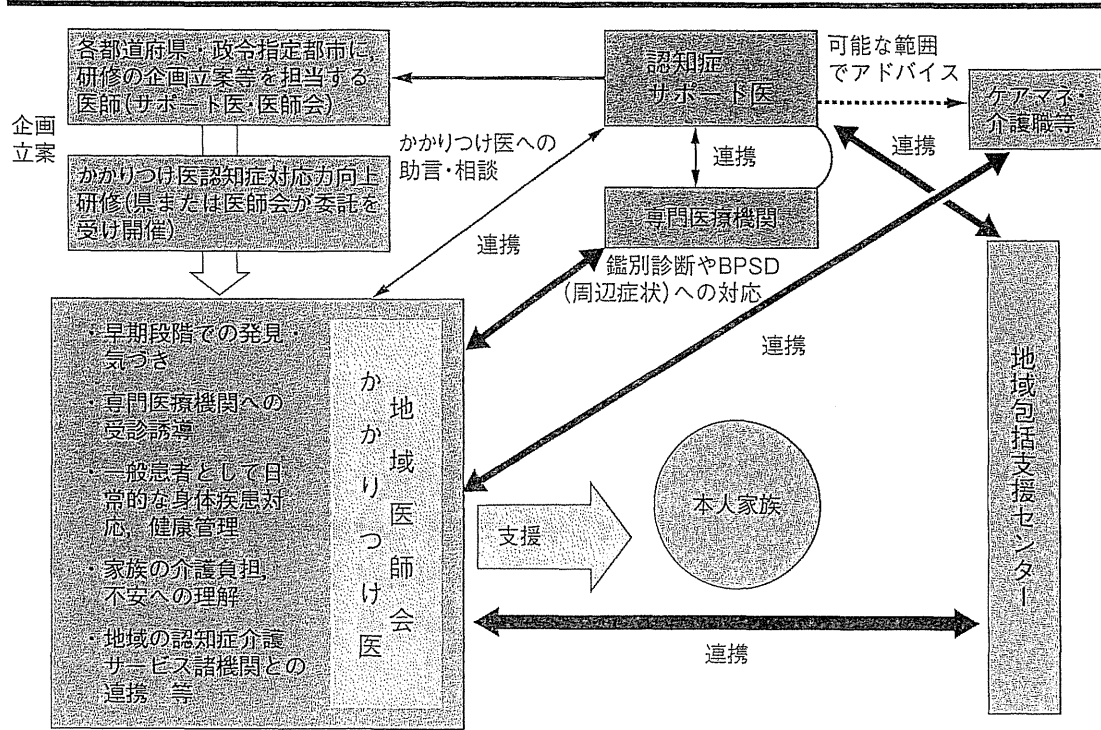
「(我が国の現状として)まず、(認知症に関する)専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分であること。また、認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分であることが挙げられている。そして、認知症の行動・心理症状に対する治療が未確立であり、さらに身体合併症の治療が適切に行われていない」とある。

そういう背景の中、国は当該課題解決に向けて、地域において要となるかかりつけ医への認知症対応力の向上研修を行うこととした。その際にこれらの取り組みの地域のキーマンとして認知症サポート医を設置し、養成のための研修を設けた。つまり、認知症医療の抱える課題の解決の一助となるべく、意義ある地域連携を推進するための基盤を構築するために、以降に詳細を述べる認知症サポート医養成とかかりつけ医の認知症対応力向上研修の取り組みが国によってなされるようになった、と理解できる。

3. 認知症サポート医

まず、そもそも認知症サポート医とは、「高齢者が慢性疾患などの治療のために受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適切な認知症診断の知識・技術、家族からの話や悩み

かかりつけ医・サポート医が参画した
地域における認知症高齢者支援体制



(厚生労働省、文献 3))

図 1 認知症高齢者支援体制

を聞く姿勢を習得するための研修」を受講し、「また、かかりつけ医への研修・助言をはじめ、地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師」である(図 1)³⁾、とされる。そしてこの研修事業は、厚生労働省認知症地域医療支援事業の中の認知症サポート医養成研修事業において展開されている。実施主体は都道府県及び指定都市とし、実務は国立長寿医療センターに委託して実施されている。平成 17~20 年度の実績では、871 名のサポート医が養成されている。

4. 認知症サポート医の役割の概要

同資料(文献 3)によれば、以下の役割が具体的に設定されている。

(1) 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案。

(2) かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医(推進医師)との連携体制の構築。

(3) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力。

そして、これらをふまえ地域における「連携」の推進役を期待されている。なお認知症サポート医は(認知症医療の)専門医である必要はない、としている。

5. 新しいサポート医養成研修内容の概要

上記のサポート医養成研修のためのテキストが平成22年3月に改訂³⁾された。以下の項では、その変更点から、筆者が重要であると考えたものを取り上げ、その意図を読み解き、考察を深める。

1) 患者→認知症の人など (変更点)

まず目につくのは、「表記の統一」の中でも、「患者→認知症の人など」という変更点である。それについての詳細な説明はこの資料にはない。しかしこの変更点については下記の理由で大変重要な考え方が内包されていると考える。なお、ここでは筆者の考えを示すことにとどめ、その解釈は当該テキスト編集会議の総意として述べているものではないことに留意されたい。

さて、とりわけ医療の場面では認知症患者と表現される場合がある。世界的に権威のある医学雑誌 *Lancet Neurology*⁴⁾が、高度認知機能低下を有する認知症の人々へのパーソンセンタードケアに関する最近の知見をまとめた上で、今後のあるべき研究の方向性について論じた。その中には次のように示されている。そのまま訳して示す。『「人」という言葉には、『包括的な人間性や、個人としての平等な価値』を示す意味があるのに対し、一方の『患者』という言葉には、『不完全で、望ましくない差異』という意味合いがある。すなわち「患者」というと、何か欠けた存在、という見下した感じ (stigmatic term) がする』というのである。難解な用語が綴られているが、実に手厳しい。この文章に沿って、認知症ケアの現場という設定で、具体的なイメージを想起してみよう。「認知症患者」という言葉には、医学的な治療行為の対象者であり、ケアまで敷衍して述べれば「介護」というイメージが付きまとう。治療される、あるいは、お世話されるだけの受動的な存在。さらに言えば、本人が生活を楽しむなんてありえない、という絶望的な風景を想起させるような強烈な文章であるとも言える。実に今、イギリスの医療やケアの国家的ガイドライン⁵⁾には、「OUTPATIENTS (外来患者)」、「INPATIENTS (入院患者)」などの例外を除き、「患者 (PATIENTS)」という用語がない。その「患者」の代わりに「認知症の人 (PEOPLE WITH DEMENTIA)」と置き換わっているのである。

またオーストラリアの「Alzheimer's Australia (オーストラリアのアルツハイマー病協会)」という組織では、この点においてもっと先進的な取り組みがなされている。認知症の関連用語規定 (terminology) 集⁶⁾が公開されている。この用語集で扱われている用語群は、おそらく彼の地でも普段なにげなく使っている用語であろう。たとえば、care-giver (ケアを与える人) から carers (ケアする人) へ、あるいは aged person から older person へ、などという具合に、使うべきではない用語とそれによって変わって使うべき用語が並べられている。しかもいちいちその理由が示されている。また同国の認知症関連の医学論文でも、「患者」という言葉が「人」になっている。こういった一連の論文を読むにつれ、ここ数年前より筆者は避けたい場合以外は「患者」という用語を使わない。いや実際には使えなくなってしまうというのが正直なところである。「患者」という言葉は、これまでの医療モデルにおいては、大変使いやすい言葉であり、最初はいろんな場面で戸惑ったのであるが、最近では「患者」を言わずして「人」と無意識に使えるようになった。その反面、「患者」と述べる人やそういう風景に接すると違和感を覚えるようになってしまった。読者にこのことを強要する訳ではない。しかしいったんはこの

違いについて考えるべきであると主張する。当該用語集の最初の行には「言葉は強力な道具である」と述べられている。そしてトム・キットウッドは、周知の通り、「認知症のパーソンセンタードケア」⁷⁾という有名な著書の中で、文化 (CULTURE) という深刻な用語を用い、古い文化と新しい文化の違いをのべ、新しい文化へ誘っている。認知症を通じて、文化を変えろといった社会変革を求めているのである。そういう意味で深刻であると指摘した。まず足下から。それにふさわしいのは、文化の構成要素である言葉である。たとえば、「患者」を「人」と置き換え実際に発語してみよう。読者にもまず何日間か決めてやってみてほしい。それからまた元の「患者」を使ってほしい。おそらく大きな違和感を覚えるようになると思う。なぜなのか。いくつもの理由が考えられるだろう。たとえば、認知症医療やケアの本質は生活支援が中心課題であるから。あるいは、いまの保守的な医療モデルが、(優れた点もあるが) そのまま適用できなさそうだから。はたまた、明日は我が身と知っているから。たくさんの理由が即座に湧き出てくる。単なる単語ひとつの問題だけである。しかし、単にそうすることだけでも、認知症に対する考え方に彩りが増し、そしてなすべきことが変化するのではないであろうか。

ことさらこの小さな変更について文字を尽くしたのは、上述のような重要性を強調したからなのである。我々のなす行為の今後の方向性を問うものでもある。そしてその積み重ねが我々の将来の姿を決めると考える。「患者」という病んでいる部分にフォーカスされた意識から、「人」として見る意識 (パーソンセンタードケア) へシフトすることをこの小さな変更によって誘っていると筆者は考えている。

2) パーソンセンタードケアについて

ところで、上記でパーソンセンタードケアについて触れた。筆者はパーソンセンタードケアを「その人中心のケア」とは訳出しない。「人中心のケア」と単純に日本語に置き換えることを好む。ただ2文字の違いである。しかしこの両者は大きな意味の隔たりがあると考えられる。「その人中心のケア」は「本人の視点を中心に据えたケア」の意味を持った表現であろう。まずはそのことには深く賛同している。しかし、認知症の本人も「人」だが、ケアする周囲の人も「人」である。このパーソンセンタードケアという言葉はあまねく、どこまでも「人」として見る視点が強調されていると受け止めている。そういう意味で前掲のイギリスの認知症のガイドラインの内容は、「人中心のケア」の意識が色濃い。その理由は表紙に「Dementia ; Supporting people with dementia and their carers in health and social care」と「認知症の人とケアする人のために」とあるからだ。そしてその「導入部 (introduction)」の次に「パーソンセンタードケア」という章が真っ先に出現する。さらにその原理 (principles) の1番目には「the human value of people with dementia, regardless of age or cognitive impairment, and those who care for them (年齢およびその認知機能低下の程度にかかわらず認知症の人々とケアする人々の、人としての価値)」とある。それに呼応して内容が作られている。このことは「その人中心のケア」という用語のみでは表面的には説明がつかないのである。上述のことを繰り返すが、「その人中心のケア」はきわめて重要である。そもそも「人中心のケア」の前提となる。しかし上述のように両者の意味は異なるを考える。たとえば、中核症状に対して二次的に出現している周辺症状を故小沢勳氏は「理解すべき対象」⁸⁾という。そのように解釈するには周囲の人も巻き込んで、あまねく「人」として見る視点の導入が不可欠であると考えられる。さらに具体的にいえば、医療に関

して、たとえば、不穏や興奮の結果のみをみて、そしてその理由も考察せずに、単におとなしくさせることを目的に鎮静系薬剤の適用であるとし、医師に対して安易な鎮静系薬剤の投薬推奨に結びつく行動は厳に慎むべきであることも、ここで述べた概念の中にその理由が包含されている。

3) 「早期発見・早期治療」→「早期発見・早期対応」(変更点)

この変更点も一見なにげなく感じる。しかし、概念的には大きな隔りがある。認知症の医療対応において、既存の医療モデルに完備されていなかった内容が必要であることが強調されている、と読み解ける。詳述すれば、保守的な医療モデルに基づく用語である「治療」から、より抽象度が高まったが、生活支援等の広い意味での「対応」という用語への変更が示唆するところのものが強調されているのである。わかりやすさを優先するために極論的に示すが、たとえば、単に薬を処方すれば良い、というわけにいかない、ということである。ジグソーパズルでたとえれば、地域における認知症対応については、ピースの欠けた部分がしばしば生じがちである。たとえば、せっかく処方された薬を本人がしっかりと服薬するところまで「誰が」見つめるのか、とかいった課題等枚挙に暇はない。その際に、医療の役割においても、これまで認知機能低下がなければ任せきりにしていたような、たとえば服薬行動にひとつとつても、積極的に周囲の人々がそれを支援するために、医療側も自ら参画する必要性を暗に示している。この点においても、実は「患者→認知症の人など」の変更とリンクしている。病んだ部分だけの関わりから、そのことを含み、人として生活上困った点に対する関わりへのシフトを迫られている。「患者」で説明される局面から、「生活者」で説明される局面まで思いを馳せる必要性がある、というわけである。この変更点においても認知症医療における意識改革というべき大きな意味がある。

4) 周囲の人々の意見(新規追加)

サポート医養成研修に、今回の改訂の際追加された内容である。以下にはその内容を示す。本来の医療サービスはそのサービスを受ける人(エンドユーザ)のためにあることには異論はないと思う。認知症の当事者の立場に近い意見が提示され、現行の医療モデルにおいては、考えさせられる内容となっている。

まずは「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における「認知症の人と家族の会」代表理事の要望である。

「たとえ認知症の専門家ではなくても、命の専門家として素人の家族に向き合っていただいで『わたしは専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましょう』とおっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います」。

とある。

つぎに、「同プロジェクト」における「全国認知症GH協会(現:日本認知症GH協会)副代表理事の話である。

「認知症の人を内科とか外科とかに連れて行くと『認知症の人は入院できません』と返されてしまう。そういう人たちを例えば精神科だとか、専門医のところへ連れて行くと『外科的

なことは診られません』、『内科的なことは診られません』と言って帰されて途方に暮れるわけです」。

とある。

エンドユーザの声は、現行の医療モデルではカバーしきれない部分があることを端的に示すことが往々にしてある。こういったニーズにどのように答えるかが、当該プロジェクトの目的にもなっていると考える。小さな一歩であっても意味ある一歩であって欲しいというのは、サービスを受ける側は当然であるが、サービスを提供する側の願いでもあると筆者は思う。

5) 認知症サポート医フォローアップモデル研修

今年度の変更点における特筆すべきは、認知症サポート医のためのフォローアップ研修のモデルが用意され、21年度内に実験的に全国の数カ所で行われた。内容的にはきわめて専門的なレベルが要求されるような医療的な内容も含まれ、症例検討という形で研修するような仕組みとなっている。またグループ討議も含まれていて、参画者の積極的な意欲が引き出されるような方法を採用している。

当該研修の目的は、以下のようになっている。

「認知症の人が住み慣れた地域で安心して生活するために、状況に応じて適切な医療サービスが提供されることが必要である。そのためには専門医および専門医療機関とかかりつけ医の役割分担と連携による医療提供体制の確立が不可欠である。本研修事業は認知症サポート医養成研修終了者が、認知症の診断・治療・ケア等に関する研修、症例検討、グループ討議等を通じて、地域における顔の見える連携作りを行う」ことを目的としている。

6. 認知症医療におけるかかりつけ医の役割

かかりつけ医についても、広く認知症医療を習得、流布するために、国による「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」³⁾が編まれている。この事業内容は、都道府県医師会等と連携して、上記の認知症サポート医が地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等についての研修を行うこととされている。本事業の実施主体は都道府県及び指定都市であり、過去の実績については、平成18年度 6,927人、平成19年度 7,672人、平成20年度 6,845人に対して研修が行われた。

1) かかりつけ医に期待される役割

この研修事業を通じ、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援することができる医師を多く育成することが期待されている。その期待される機能の具体的な項目を示すと、次の通り³⁾である。

- ① 早期段階での発見・気づき
- ② 日常的な身体疾患対応、健康管理
- ③ 家族の介護負担、不安への理解
- ④ 専門医療機関への受診誘導→医療連携
- ⑤ 地域の認知症介護サービス諸機関との連携→多職種協働

2) 新しい、かかりつけ医認知症対応力向上研修内容の概要

ほぼ上述の認知症サポート医の変更内容と同じであり、繰り返しになるのでここでは詳述しない。かえて、今回の変更点でより強調されている課題を述べる。まずは目的そのものの変更点がある。それは「認知症の人と家族の生活を支える知識と方法を習得する」ことが目的として明示された。またその方法をより具体的なものとした。たとえば、「認知症診断の問診の方法」の項では、次のように内容変更があった。

1. 本人と家族（あるいは付添人）それぞれから聴取する。
2. 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける。
3. 認知症評価をする際に、自尊心を傷つけないように配慮する。
4. 身体合併症に関する問診には、各人の認知機能障害の特徴を考慮する。
5. 本人、家族の「生活障害」にも焦点をあてて情報を収集する。
6. ケアマネジャーや訪問看護師等からも情報を収集する（介護保険利用時）。

という具合に項目立てがされ、それぞれの方法について、「解説」で詳細に説明が加えられた。

また、「地域連携体制」作りのための方法がより詳細なものとなった。認知症疾患医療センターの創設に伴い、また地域ごとに事情が異なることもあり、より柔軟性を含み、事例的にその連携のあり方が示された。

7. 最後に

平成18年度より稼働している認知症サポート医養成研修とかかりつけ医対応力向上研修について中心的に述べつつ、それぞれの役割について、暗示的、明示的に示した。とりわけ、平成21年度の研修テキストの内容に関する変更が要所要所にみられ、医療技術向上の変化と同時に認知症に関する考え方のありかたの変化を反映する変更になっていたことに触れた。

【引用文献】

- 1) 厚生省ホームページ 7. 認知症対策の総合的な推進について <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/bukyoku/rouken/08.html>
- 2) 認知症サポート医およびかかりつけ医に対する研修と教材のあり方に関する調査研究事業 平成22年3月 特定非営利活動法人 シルバー総合研究所
- 3) 認知症サポート医・かかりつけ医 認知症の取り組み 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/images/d01a.gif>
- 4) Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. : Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease : current status and ways forward. *Lancet Neurology* Apr ; 7 (4) : 362-7. 2008
- 5) Dementia : Supporting people with dementia and their carers in health and social care issue date : November 2006 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG042NICEGuideline.pdf>
- 6) Dementia Friendly Language : Position Paper 4 UPDATED JUNE 2009 Supersedes Position Paper 4 : Dementia Terminology Framework. *Alzheimer's Australia* [http://www.alzheimers.org.au/upload/PositionPaper4 \(2009\).pdf](http://www.alzheimers.org.au/upload/PositionPaper4%20(2009).pdf)
- 7) トム・キットウッド, 高橋誠一(訳) : 認知症のパーソンセンタードケア ; 新しいケアの文化へ. 筒井書房, 東京 (2005).
- 8) 小澤 勳 : 認知症とは何か. 岩波書店, 東京 (2005).