

もち得ない、と考えるからである。

理想を述べれば、本質的には医療が必要となるBPSDの内容はせん妄であって、BPSDの成因を顧みず、単に抗精神病薬を加える医療が求められているのではない。また、通常のBPSDはトム・キットウッドが指摘するような $D = P + B + H + NI + SP$ （前掲）として現れる、その人の姿と考えることができる。であれば、殺風景な病床や上から指示命令するスタッフのいる環境は、認知症の人を「人」してみる視点が失われた場であるともいえる。しかし現実には抜き差しならぬ状況もあって、理想だけを述べるわけにもいかないことはわかる。

この問題は、日本のこれからをいかに設計するにかにもかかわる問題であると考え、あくまで日本が歩む道が理想に向かうようなビジョンをもち、制度設計がなされることを望む。その際に認知症を「自分ごと」とする視点を失ってほしくないと思う。それは明日のわれわれの姿なのだから。

## ⑥ 訪問診療を行う側からの精神科入院医療への期待

観念的な面と技術的な面の2つの方向性で述べたい。精神科入院は精神科的な急変時の緊急対応の場であったり、家族が疲弊してしまったときの退避の場であったりすると上で述べた。とくに後者であれば、認知症の人が「人」として生活できる場であることを望む。「通常の人ではない精神病の人」として扱われるのではなく、当たり前のように外に出て、気の合う仲間と会話し、好き嫌いのある食事を選択し、必要な医療を受けることができるような場であることを望む。そういった、普通の生活を行ううえで支障があるのであれば、そこを支援してほしい。

一方、技術的な点を挙げると、単科の精神科病院にはハードルの高い話かもしれないが、精神科入院における医療サービスの内容を、精神科医療のみならず、やや広域に「認知症に伴いがちな身体

の症状や疾患」の治療にも参画してもらいたい。「認知症に伴いがちな身体

の症状や疾患」として、たとえば、薬剤性の錐体外路症状の出現は最小限に食い止めてほしい。それ以外でも認知症の原因疾患自体の進行に伴う錐体外路症状があり、深刻なものとして誤嚥がある。適切な嚥下評価および介入が望まれる。レビー小体型認知症のように、自律神経機能低下が出現しやすく、発汗のコントロールがうまくできず熱がこもりがちな状態、あるいは二酸化炭素(CO<sub>2</sub>)換気応答の低下<sup>9)</sup>に伴う低酸素血症、血圧の乱高下や起立性低血圧、臥位高血圧、食事性低血圧などの血圧調整機能の異常、膀胱機能低下などの精査、加療の場がいまだに十分ではない。認知症の人の精神科入院を理想的なものにするのであれば、認知症に伴いがちな症状についても支援できることが望ましい。さらに、高血圧、糖尿病、がんなど高齢者にしばしばみられるような慢性疾患の治療についても、認知症だからといって、その質を落としてよいはずはない。筆者がしばしば出会う歯科治療、あるいは大腸がんや鼠径ヘルニアなど外科的な介入も含めて、適切な医療支援や医療連携ができるような精神科入院であることを望む。

## 結 語

訪問診療の立場から、精神科入院の必要性や意義について、認知症を「自分ごと」と考えることを軸として考察を加えた。医療技術的な連携の必要性についても述べた。精神科的な急変時の緊急対応の場であれば、必要性はある。しかしこの時期は上述したように経験的には長続きしない。それ以降の、あるいは、家族のレスパイトで入院することがあれば、本人の疾患そのものを治すものではないので、生活の場としての機能が求められる。こういった生活の場のくくりのなかに、ケアの悪い結果としてBPSDも含まれる。本来的には、生活上のかかわりが原因であるので、治療は生活上のかかわりで解決するのが筋である。そのとき

## □特集

にはよくある殺風景な病床やパターンリスティックでヒエラルキカルな、効率的な治療体制は似合わない。生活の一部として、当たり前のように自由に出出できる（外で迷うのであれば必要な支援が必要なのはいうまでもないが）ことも含まれる。そういった機能を精神科入院に求めるのか、他の社会資源に求めるのかの選択もあろう。逆に精神科入院の機能に精神科的緊急対応以外の場を設けるかの選択もあろう。

各論的には、緊急対応時の中身において、薬物調整のあり方は、入院時の状況（サービス提供者側の都合）に合わせる治療方針と退院後の生活を想定しての治療方針とでは、自ずとその内容は異なる。どちらを目指すのか。さらに認知症の身体疾患対応についての枠組みを取り入れる方向性に進むのか否かについて、これからの判断が必要となる。

自分が認知症になって、必要があって精神科入院するのであれば、（緊急対応時を除いて）自分が入りたい精神科病床であってほしい、とはだれもが望むことであろう。

施策あるいは制度設計をするうえでも、今の地域の必要性だけを論じると、自分にとって望ましいビジョンのもとで、今ある姿をビジョンまでの一過程とみて論じるとでは、ずいぶんと議論の内容やその後の姿が異なる。本稿では「自分ごと」として考える視点で、これらの問いに答える素材として論考を試みた。

## 文 献

- 1) Brooker D, Bradford Dementia Group : What is Person Centred Care for people living with dementia? <http://www.aeldreviden.dk/fagomraader/sygdom.rehab/dcm-konference/dawn-england.pdf>
- 2) ドーン・ブルッカー（村田康子、鈴木みずえほか訳、水野 裕監）：VIPS ですすめるパーソン・センタード・ケア。クリエイツかもがわ、京都（2010）。
- 3) クリステーン・ブライデン（馬籠久美子、松垣陽子訳）：私は私になっていく；痴呆とダンスを。クリエイツかもがわ、京都（2004）。
- 4) 木之下徹：薬物治療の最大化。クリニシアン、58（5）：36-40（2011）。
- 5) 木之下徹、河野禎之：地域で生活する認知症を抱える本人およびその家族に対する差別的処遇に関する実態調査。平成22年度厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業 総括・分担研究報告書「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」、68-84（2011）。
- 6) Kitwood T : A dialectical framework for dementia. *In Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*, ed. by Woods RT, 267-282, Wiley, New York (1996).
- 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) ダイアナ・フリール・マクゴーウィン（中村洋子訳）：私が壊れる瞬間；アルツハイマー病患者の手記。ディーエイチシー、東京（1993）。
- 9) Mizukami K, Homma T, Aonuma K, Kinoshita T, et al.: Decreased ventilatory response to hypercapnia in dementia with Lewy bodies. *Ann Neurol*, 65（5）：614-617（2009）。
- 10) もの忘れネットカフェ2号店（ブログ）：はい（2008年9月7日付）。<http://blog.goo.ne.jp/ninjinsha/m/200809>
- 11) National Institute for Health and Clinical Excellence : Dementia ; Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42, National Institute for Health and Clinical Excellence, London (2006). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG042NICE-Guideline.pdf>
- 12) 日本放送協会：シリーズ認知症 地域で生きる；第1回 千葉県旭市。福祉ネットワーク（2011年12月5日放送）。
- 13) 認知症一期一会（ブログ）：ゆっくりと（2007年1月10日付）。<http://blog.goo.ne.jp/mizukiosamu/m/200701/1>
- 14) Nuffield Council on Bioethics : Dementia ; Ethical issues. 39-40, Nuffield Council on Bioethics, London (2009). <http://www.nuffieldbioethics.org>
- 15) 斎藤正彦氏と筆者とのE-mail上での私的議論。2012年3月7日。

資 料

## 専門医を対象とした認知症診療のあり方と その手法に関する面接調査

繁田雅弘・河野禎之・安田朝子・木之下 徹・内海久美子  
奥村 歩・繁信和恵・川嶋乃里子・高橋 智・玉井 顯  
平井茂夫・水上勝義・山田達夫・八森 淳・元永拓郎  
池田 学・朝田 隆・本間 昭・小阪憲司

資料

# 専門医を対象とした認知症診療のあり方とその手法に関する面接調査

繁田雅弘<sup>\*1</sup>・河野禎之<sup>\*2</sup>・安田朝子<sup>\*3</sup>・木之下 徹<sup>\*3</sup>・内海久美子<sup>\*4</sup>  
 奥村 歩<sup>\*5</sup>・繁信和恵<sup>\*6</sup>・川嶋乃里子<sup>\*7</sup>・高橋 智<sup>\*8</sup>・玉井 顯<sup>\*9</sup>  
 平井茂夫<sup>\*10</sup>・水上勝義<sup>\*11</sup>・山田達夫<sup>\*12</sup>・八森 淳<sup>\*13</sup>・元永拓郎<sup>\*14</sup>  
 池田 学<sup>\*15</sup>・朝田 隆<sup>\*17</sup>・本間 昭<sup>\*18</sup>・小阪憲司<sup>\*18</sup>

\*1 首都大学東京大学院人間健康科学研究科、\*2 筑波大学人間系臨床科学部、\*3 医療法人社団こどもこまクリニック  
 \*4 砂川市立病院精神科、\*5 おくむらクリニック、\*6 財団法人 逸森山病院精神科  
 \*7 医療法人社団かわしま神経内科クリニック、\*8 岩手医科大学医学部災害医学講座  
 \*9 医療法人 教賢温泉病院、\*10 入間平井クリニック  
 \*11 筑波大学大学院人間総合科学研究科スポーツ健康システム・マネジメント科学専攻ストレスマネジメント領域  
 \*12 浦田リハビリテーション病院、\*13 社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所地域医療研修センター  
 \*14 帝京大学文学部心理学科、\*15 熊本大学大学院生命科学研究部脳機能病態学分野  
 \*16 筑波大学医学部臨床医学科精神医学、\*17 社会福祉法人滋風会 認知症介護研究・研修東京センター  
 \*18 医療法人社団香風会 メディカルケアコート・クリニック

抄録：目的：専門医を対象に面接調査を行い、望ましい認知症診療のあり方とその手法を探った。対象：認知症専門医11人。手続き：半構造化面接により診療環境、診療構造および内容、薬物療法等について調査し、得られた情報についてKJ法を参考に整理、分析した。結果と考察：診療環境に関してさまざまな視点から配慮がなされており、また施設の特性によっても診療構造が異なることが示された。診療内容では他職種と協力しながら幅広く情報を集めていること、薬剤（ドネペジル）については薬効以外の効果も意図していること、その他の薬剤ではまず整理から始めるなど、副作用等を含めた医原性の問題への対応も重視していることが示された。一方、認知症医療の診療報酬上の評価が不十分である点やかかりつけ医との連携における課題が指摘された。地域のなかで認知症の人とその家族を支える体制づくりも重要な課題であることが示された。

Key words：認知症医療、認知症専門医、診療場面、診療方法、かかりつけ医

老年精神医学雑誌 23：466-480, 2012

## I. 問題と目的

超高齢社会にあるわが国において認知症の人は200万人を超え<sup>1)</sup>、その支援のあり方が社会的問題となって久しい。わが国における認知症の人への医療は介護とともにケアの基盤となるものであり、近年、欧米諸国においてエビデンスに基づい

Masahiro Shigeta, Yoshiyuki Kawano, Asako Yasuda,  
 Toru Kinoshita, Kumiko Utsumi, Ayumi Okumura,  
 Kazue Shigenobu, Noriko Kawashima, Satoshi Takahashi,  
 Akira Tamai, Shigeo Hirai, Katsuyoshi Mizukami,  
 Tatsuo Yamada, Atsushi Hachimori, Takuro Motonaga,  
 Manabu Ikeda, Takashi Asada, Akira Homma, Kenji Kosaka  
 \*1 〒116-8551 東京都荒川区東尾久 7-2-10

た認知症に関する診療ガイドライン (Clinical Practice Guidelines ; CPG) が整備され<sup>2,3,5,9)</sup>、わが国でも2010年に「認知症疾患治療ガイドライン」<sup>10)</sup>が作成された。

認知症医療において中核的役割を果たす認知症専門医は、「認知症の診療、介護・ケア、社会資源を含めた広範な知識と技術を有して、科学的エビデンスに基づく認知症医療に取り組む」<sup>11)</sup>ことが期待されている。しかし、ガイドラインにより診断や治療の基準が示されたものの、医療実態に合った診療実践に関する検討が少ないことも指摘されている<sup>12)</sup>。とくに、専門医がどのような視点や

意識をもって日常診療に臨んでいるのか、どのような工夫や留意点をもって受診者である認知症の人(以下、本人)や家族に接しているのか等、診療のあり方とその具体的手法はガイドラインに記載されておらず、これまでまとめられたこともない。そのため、専門医が個々に蓄積してきた診療のノウハウが共有されていない。

そこで本研究では、認知症診療の専門医を対象に具体的な診療のあり方とその手法に関する調査を行い、そのノウハウを抽出し好ましい診療方法を検討することによって、広く認知症医療に資することを目的とした。

## II. 方法

### 1. 対象

全国の3精神科/神経内科/脳神経外科クリニック、7病院(精神科6、神経内科1)、1大学病院に勤務する、日本老年精神医学会あるいは日本認知症学会の認定する専門医資格を有し、5年以上にわたり継続して認知症医療に携わってきた医師11人を対象とした。対象医師の平均年齢は50.7(±8.5)歳、平均診療年数は25.0(±8.4)年、平均認知症診療年数は23.6(±8.5)年であった。調査期間は2010年3~6月までであった。

### 2. 手続き

本研究は対象医師それぞれについて、筆者ら(調査対象とは独立した医師)による半構造化面接により外来診療場面について調査した。半構造化面接は、事前に医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、介護支援専門員、社会福祉士による協議のうえで準備された項目に基づいて実施した。面接場面を対象医師の許可を得て録音し、逐語録を作成した。

### 3. 調査項目

半構造化面接において使用した調査項目を以下に示した。

#### 1) 対象医師に関する項目

対象医師の年齢、性別、診療科目、診療年数、認知症診療年数。

#### 2) 診療環境に関する項目

診察時の服装、環境での工夫、本人や家族との距離、本人の呼び方。

#### 3) 診療構造に関する項目

診療科目、予約および待ち時間、受診者数(1日の診察人数およびそのうちの認知症の人の割合)。

#### 4) 診療内容に関する項目

診断・評価のプロセス、診療項目、診療に至る流れ、診療時間および頻度調整、運転や経済的な事柄、病名告知。

#### 5) 薬剤に関する項目

ドネペジル(ドネペジル処方意義、ドネペジル処方の対象選定、ドネペジルの増量等)、向精神薬を含むその他の薬剤。

#### 6) 専門医に関する項目

専門医の役割、認知症診療と通常診療との関係、専門医とかかりつけ医の関係。

#### 7) 認知症医療の現状に関する項目

医学教育、診療報酬、認知症医療の問題点。

#### 8) その他、診療の工夫や診療で目指すもの等に関する項目

本人や家族を引きつける工夫、心がけていることや目指していること。

### 4. 分析方法

半構造化面接により得られた逐語録について、KJ法<sup>13)</sup>に準じて発言内容を整理し、上記調査項目別に抽出された具体的内容について分類と統合を行い、上位のカテゴリとした。分析は面接とは独立した医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、介護支援専門員、社会福祉士が協議のうえで行った。

### 5. 倫理的配慮

本研究は、特定非営利活動法人(NPO法人)脳神経疾患地域医療福祉研究機構を主体とし、各協力医療機関の責任医師(本調査対象医師)の参加を得て実施された。本研究の実施にあたっては、ヘルシンキ宣言の精神を尊重し、本研究実施計画書および疫学研究に関する倫理指針(平成20年12月1日一部改正)を遵守し、石崎病院につい

表1 診療環境に関する項目

項目	分類	抽出された具体的な内容 (一部)
服装	白衣を着用する意味	・ 医師の象徴として着用する
	白衣を着用しない意味	・ 着用しないことによって、人物に関する見当識を診る ・ 医師を権威として感じないように配慮する
環境での工夫	バリアフリー*1	・ 車椅子で動きやすいように ・ 自動ドアに気づきやすいように ・ 歩行状態の確認に利用できるように ・ 床材を柔らかく ・ 案内等がわかりやすいように
	照明*1	・ 診察室は十分に明るく ・ 待合室は適度に明るく
	不十分な環境*2	・ 診察室の個性性を確保するのがむずかしい ・ 十分な診察室の広さを確保するのがむずかしい ・ 限られた環境のなかでできる限りの工夫をする
本人や家族との距離	診療時の医師の位置	・ ①机を挟んで対面する, ②斜め45度で対面する, ③机の脇で本人の横に並ぶ
	本人との意図をもった距離	・ 本人や家族の態度や話し方, 様子等をみながら, 身振りや手振りを使いながら聞かせる
	家族の位置にも配慮	・ 家族の位置を, 本人の話についてそれとなく確認がとれるような位置にする
	本人に近づく工夫	・ 本人の様子を, 本人自身および家族から幅広く情報を得られるように距離を意識する ・ うまく言葉にして表現ができない人の場合, 言葉を補って意思疎通を図るためにノンバーバルな交流にさまざまな工夫をこらす
本人の呼び方	「患者」からの変化	・ 「本人」という呼び方 ・ 「お母さん」「お父さん」という呼び方 ・ 「〇〇さん(名前)」という呼び方 ・ 良好な関係性をつくることが重要

\*1 地域の診療所, \*2 中核病院

ては石崎病院倫理審査委員会において, 岩手医科大学附属病院については岩手医科大学附属病院倫理審査委員会において, 砂川市立病院については砂川市立病院倫理審査委員会において, 東京都老人医療センター(現・東京都健康長寿医療センター)については東京都老人医療センター倫理審査委員会において, 横浜ほうゆう病院については横浜ほうゆう病院倫理審査委員会において, 他の協力機関についてはこだまクリニック研究倫理審査委員会において, それぞれ本調査の倫理性, 科学的妥当性および実施の適否につき審査を受け, 同委員会の承認を受けたうえで本調査を実施した。なお, 調査時には, 調査内容および起こりうる結果について対象医師に対して文書を用いて説明を行い, 文書同意を得た。また, 個人情報保護法に基づき, 本調査に係る個人情報の安全管理を十分

に図った。

### III. 結果

#### 1. 診療環境に関して (表1)

##### 1) 服装

白衣を着用している医師が多かったが, いずれの医師も白衣を着用する意味と着用しない意味を認識していた。

##### 2) 環境での工夫

地域の診療所としての特性が強い医療機関では, 多くがバリアフリー等の環境面での配慮がなされていたが, 規模の大きな中核病院では不十分であるとの声が聞かれた。

##### 3) 本人や家族との距離

いずれの医師も明確な意図をもって診療時の本人との距離を調整していた。また, 非言語的なコ

表2 診療構造に関する項目

項目	分類	抽出された具体的な内容 (一部)
診療科目	主として精神科, 神経内科, もの忘れ外来	・ 精神科, 神経内科, 脳外科, 老年科 ・ もの忘れ外来, メモリークリニック ・ 認知症疾患医療センターとして機能している病院も
予約および待ち時間	半予約制*1	・ 予約を受け付けながら, 当日の受診も受け付ける ・ 予約ではない場合は待ち時間が1時間を超える場合も
	予約制*2	・ 完全予約制 ・ 待ち時間は30分程度から2時間まで ・ 予約してから受診まで1か月以上かかる場合も
受診者数	日常診療と合わせて*1	・ 1日50~80人を診察し, そのうち認知症の人は1/4~1/2の割合 ・ もの忘れ外来の場合はほとんどが認知症の人
	より専門的な診療に特化*2	・ 1日10~60人を診察し, そのうち認知症の人は8割以上

\*1 地域の診療所, \*2 中核病院

ミュニケーションも重視し, 本人の視点に近づく工夫をしていた。

#### 4) 本人の呼び方

「患者さん」という呼び方から, 「ご本人」や「お父さん」「お母さん」「〇〇さん(名前)」という呼び方を使うように変化した専門医もいた。いずれの場合もその前提として, 本人や家族との心理的な距離を適切に調整することを重視していた。

#### 2. 診療構造に関して (表2)

##### 1) 診療科目

精神科, 神経内科, もの忘れ外来が多かった。

##### 2) 予約, 待ち時間

診療所では予約に加えて当日の受診も受け付けるが, 中核病院では完全予約制が多かった。待ち時間は30分から1, 2時間程度が多かった。なお, 中核病院の場合, 予約から実際の受診まで1か月以上かかる場合もあった。

##### 3) 受診者数

多くの診療所で1日50~80人の診療が行われ, その1/4~1/2が認知症であった。一方, 多くの中核病院で1日10~60人の診察が行われ, そのうちの8割以上が認知症であった。

#### 3. 診療内容に関して (表3)

##### 1) 診断・評価のプロセス

地域の診療所では周囲にある専門機関の検査設備, とくに画像検査設備を利用しており, 中核病

院ではMRIやSPBCT等自ら所有する設備を駆使している現状が示された。いずれの場合も画像のみに頼ることなく, 総合的な情報から診断を行う点が共通していた。その際, ソーシャルワーカーや心理士等の他職種と協力して情報を集めていた。また, 結果については本人や家族に可能な限りわかりやすい説明を心がけていた。

#### 2) 診療項目

多くの医師が身体所見や神経学的所見とともに服用薬剤, とくに向精神薬を欠かさずチェックしていた。また, 神経心理学的所見や日常生活の様子といった情報を, 心理士やソーシャルワーカーと連携しながら集めていた。

#### 3) 診療に至る流れ

診療所では家族が知人等から評判を聞いて受診してくるケースが最も多く, 中核病院ではかかりつけ医や介護支援専門員, 保健師等からの紹介が多かった。

#### 4) 診療時間, 頻度調整

初診では30分から1時間程度の時間をかけて診察していた。診療の間隔は, 多くは1~3か月に一度であったが, 初診後や状態の変化があった場合には短い間隔(1週間等)を設定して対応する場所が多かった。

#### 5) 自動車運転や経済的な事柄

成年後見制度の利用を含め, 生活を支えるとい

表3 診療内容に関する項目

項目	分類	抽出された具体的な内容 (一部)
診断・評価のプロセス	他専門施設の利用 (画像)*1	・ 詳細な画像検査は他の専門施設を利用する
	設備導入時の工夫 (画像)*1	・ 認知症の人が検査を受けやすいように音が小さいオープン型の機器を導入する等の工夫をする ・ 機器導入時は採算性も考慮する
	充実した設備による診療 (画像)*2	・ MRI や SPECT を駆使して診断・鑑別のニーズに応える (VSRAD, eZIS, SPM の利用も)
	わかりやすい説明の工夫	・ 画像の説明は脳の模型や解剖図を使いながら行う ・ 身振り手振りを交え、反応をみながら説明する
	総合的な診断における画像の位置づけ	・ 画像は診断の一部として位置づける ・ 神経心理学的所見や神経学的所見、日常生活の様子等を他職種と協力して集め、総合して診断する
診療項目	身体所見と神経学的所見	・ バイタルサイン、聴診、触診、採尿・採血等の身体所見をはじめ、歩行や姿勢、嚥下、反射等の神経学的所見も確認する
	薬のチェック	・ 現在飲んでいる薬のチェックを行い、とくに向精神薬等の服用状況を確認する
	チームとしての診療	・ 臨床心理士や精神保健福祉士等と連携し、電話予約から実際の診察に至るまで、あるいはそれ以降も必要な情報を分担して得られるように工夫する
診療に至る流れ	口コミの多さ*1	・ 家族が口コミから直接受診してくるケースが最も多い
	紹介の多さ*2	・ かかりつけ医からの紹介が最も多い ・ 次いでケアマネジャーや行政の保健師等の紹介も多い ・ 直接家族や本人が受診してくるケースもみられる
診察時間、頻度調整	時間の必要な初診	・ 再診で症状の落ち着いた人の場合には5~15分程度である一方、初診は30分~1時間程度を必要とする
	状態に合わせた間隔の調整	・ 多くは1~3か月に一度の診察 ・ 初診のあとや、状態の変化があった診察のあとは短い間隔で再診する ・ 状態の変化があった場合はすぐ連絡するように伝える
自動車運転や経済的な事柄	生活の視点からの確認	・ 本人や家族の生活を医療として支えるという意識のもと、積極的に確認する
	成年後見制度からの確認	・ 成年後見制度の利用の観点から、経済被害等の確認も
	確認する設定	・ 医師が診察場面で直接確認する ・ 精神保健福祉士やソーシャルワーカーがインテークの際等に確認する
病名告知	診療プロセスのなかでの告知の位置づけ	・ ただ病名を知らせるだけの告知ではなく、告知自体を病気の説明から日常生活での問題の説明、薬の説明を含めた一連のプロセスとして位置づける
	慎重な配慮	・ 告知を受ける本人や家族の視点に立った配慮を欠かさずに行う

\*1 地域の診療所, \*2 中核病院

う視点から積極的に確認する医師が多かった。確認の方法として、診療場面で直接確認する場合と他職種がインテーク時に確認する場合とがあった。

6) 病名告知

告知に積極的な医師のうち、その多くは、病名を知らせるためだけでなく、原因疾患の説明か

ら日常生活での問題の説明、薬の説明を含めた治療介入の一つのプロセスとして位置づけていた。そのなかで、本人や家族の状況を見極め、告知を受ける側の視点に立った配慮を欠かさず行っていた。他方、積極的に告知しない医師もあり、告知すべき場合と告知を控えるべき場合の見極めや情

報提供の手法等に関する検討が今後とも必要であると考えられた。

4. 薬剤に関して (ドネベジルに関して表4, 向精神薬を含むその他の薬剤に関して表5)

1) ドネベジル処方意義

臨床薬理学的な効果にとどまらず、本人や家族とのつながりを維持するという役割も大きいとの意見が多く医師から聞かれた。

2) ドネベジル処方の対象選定

基本的にアルツハイマー型認知症と判断され次第、速やかに投与されていた。ただし、消化器系や呼吸器系の既往がある場合や焦燥が激しい場合、とくに徐脈がある場合は慎重に処方されていた。

3) ドネベジルの増量

進行の程度を評価しながら、状態が目立って悪化する前に増量する姿勢が示された。とくに意欲低下の改善に期待していた。

4) ドネベジルの副作用と効果のモニタリング

日常生活の様子を聴きながら、改善や悪化のエピソードを確認する方法と、各種検査を一定期間ごと (3か月~1年程度) に実施し、変化を確認する方法とで実施されていた。

5) ドネベジルの中止

モニタリングにより身体的な副作用が確認された場合等には減量や中止を検討していた。また、寝たきりになっても一律に中止せず、薬がどのような意味をもつのか家族と相談しながら継続の可否を検討していた。

6) ドネベジル処方時の説明

副作用や期待される効果について、本人や家族が理解できるようにわかりやすい説明に留意していた。その際に、薬の説明を通して本人や家族への病気に関する心理教育的な意味をもたせている場合も多くみられた。

7) 向精神薬を含むその他の薬剤

いずれの薬剤においても、まずは現在の服薬状況をチェックし、必要以上の薬剤は中止する等の整理から始める点や、使用する場合には副作用に注意しながらごく少量から開始する点、本人と家族への説明を重視する点が共通していた。また、

薬を使わないアプローチから始め、それではコントロールがむずかしい場合に薬物療法を検討するという声が複数聞かれた。

5. 専門医に関して (表6)

1) 専門医の役割

本人や家族に加え、かかりつけ医やケアスタッフを支えるサポーターとしての役割と、認知症に対する高度な専門性を有する者としての役割が示された。

2) 認知症診療と通常診療との関係

密接に関係する部分が多くあり、認知症を診ることによって他の疾患領域の診療に役立つとの声が聞かれた。

3) 専門医とかかりつけ医との関係

それぞれの役割を分担しつつ、連絡方法を工夫する等により連携を図り、地域で本人や家族の生活を支える体制が必要であることが示された。しかし、現状ではかかりつけ医の参加が十分ではなく、今後取り組むべき課題であると指摘された。

6. 認知症医療の現状に関して (表7)

1) 医学教育

認知症を診ることが他の診療にも役立つという理由から広く学ぶべきであるとする意見が多くみられた。同時に、認知症に関する研修等を充実させ、少なくとも医療側が認知症の症状を悪化させることのないようにするべきとの意見も寄せられた。

2) 診療報酬

通院精神療法や心理検査等の算定を行ってもなお大きく不足しているという厳しい現状が多くの医師から聞かれた。加えて、認知症医療の基本的な手技には、問診のみならず、体温や血圧等のバイタルサイン、聴診、腹診、触診、神経学的所見、採尿・採血・脳脊髄液検査等の身体所見に関する手技も含まれ、そのために要する時間や労務に対する評価がされていないとの意見もあった。

3) 認知症医療の問題点

認知症医療には地域において高いニーズがあるものの、それに応えるメリットも、応える資源も十分でないことが指摘された。また、「認知症で

表4 薬剤（ドネペジル）に関する項目

項目	分類	抽出された具体的な内容（一部）
ドネペジル処方意義	「薬」としての意義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の初期の段階であればあるほど症状進行を遅らせる実感がある</li> <li>・BPSDの改善や、意欲の改善の効果も期待する</li> <li>・ADLの低下を遅らせる効果も期待する</li> <li>・重篤な副作用も少なく、効果も期待できる</li> <li>・とくにDLBに対する効果の期待がある</li> </ul>
	「薬」以外の意義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬を処方することによって医療やケアとの定期的なつながりができるという意義が大きい</li> <li>・本人にとって薬を飲み始めることは、認知症を受け入れようとするプロセスの第一歩としての意味がある</li> </ul>
ドネペジル処方の対象選定	速やかな処方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルツハイマー型認知症と判断でき次第速やかな処方が基本である</li> </ul>
	慎重投与の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不整脈がある場合、とくに徐脈がある場合（50～60の場合には慎重投与）</li> <li>・消化器系（消化管出血等）や呼吸器系（喘息や肺炎等）の既往がある場合</li> <li>・焦燥が激しい場合</li> </ul>
ドネペジル処方時の説明	副作用についての説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・副作用について、循環器系、呼吸器系、消化器系、とりわけ消化器系の副作用が多いことは必ず説明する</li> </ul>
	期待される効果についての説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての人に同じような効果が期待できるわけではないが、少なからず進行を遅らせることが期待できる薬であることを説明する</li> <li>・意欲や注意の改善も期待できることを説明することもある</li> </ul>
	薬の説明以上の意味をもたせる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単なる薬についての説明だけでなく、認知症がどういうものか、アルツハイマー型認知症がどういうものか、今後どのようなことが予想されるのか、本人や家族への心理教育的な意味をもたせる</li> </ul>
	わかりやすい説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・画像や模型、冊子等を用意してわかりやすく薬の意味や効果、副作用について説明するよう心がける</li> </ul>
ドネペジルの副作用および効果のモニタリング	日常生活の様子を主としたモニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人や家族から日常生活の様子をポイントを知らせながら具体的に確認する</li> </ul>
	検査結果を主としたモニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・神経心理学的検査や画像検査、神経学的所見も、一定期間ごとに実施し、変化を確認する</li> </ul>
ドネペジルの増量	状態が悪化する前に	<ul style="list-style-type: none"> <li>・神経心理学的検査の結果や家族からの日常生活の様子等から進行の様子を判断し、著しく低下する前に先んじて増量する</li> </ul>
	意欲低下の改善への期待	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意欲低下の改善を期待して増量に踏み切る場合も</li> </ul>
	副作用への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消化器系、循環器系、呼吸器系、錐体外路症状の副作用には十分に留意する</li> </ul>
ドネペジルの中止	身体的な副作用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消化器系や呼吸器系の副作用が現れた場合、減量あるいは中止を検討する</li> <li>・とくに食欲低下がみられた場合、一時的な中断を検討する</li> </ul>
	BPSDの悪化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・とくに不穏が強くなるような場合にはいったん減量あるいは中止し、様子を確認する</li> </ul>
	疲たきり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一律に中止するのではなく、その状態で薬がどのような意味をもつのかを家族と相談しながら継続の可否を検討する</li> </ul>

表5 薬剤（向精神薬を含むその他の薬剤）に関する項目

項目	分類	抽出された具体的な内容（一部）
抗うつ薬（SSRI）	強いうつ症状への処方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・うつ症状が強いケース（自責や悲壮感、もの忘れを非常に気にしてなにも手につかない等）では、フルボキサミンやパロキセチン、セルトラリンを処方する場合がある</li> </ul>
抗うつ薬（SNRI）	強いうつ症状への処方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症のうつ症状へミルナシبرانを処方する場合もある</li> <li>・副作用として排尿障害に注意する</li> </ul>
抗うつ薬（三環系、四環系）	新規処方へ消極的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・うつの既往がはっきりしている場合以外、認知症になってからの新規処方には消極的</li> <li>・ただし、ミアンセリンはうつの不眠に処方する場合も</li> <li>・とくに抗コリン作用やせん妄が副作用として危惧されている</li> </ul>
抗うつ薬（その他）	せん妄への処方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄の軽減のために眠前にトラゾドンを処方する場合もある</li> </ul>
気分安定薬（抗てんかん薬）	慎重投与	<ul style="list-style-type: none"> <li>・極端に攻撃的で環境調整ができない場合や、うつと軽躁の繰り返しが目立つ場合に限り、バルプロ酸ナトリウムを慎重に使用する場合もある</li> </ul>
気分安定薬（炭酸リチウム）	血中濃度のモニタリングを伴う慎重投与	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ほとんど処方することはなく、処方する場合もごく少量であることに加え、血中濃度のモニタリングのもとに処方する</li> </ul>
非定型抗精神病薬	多様な処方状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各薬剤の特徴や臨床試験等を総合的に考慮して処方する様子が最も多様な項目であり、処方のむずかしさが聞かれた</li> </ul>
	処方へ消極的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処方へ消極的との声も聞かれた</li> </ul>
	妄想、不穏、攻撃的な症状に慎重投与	<ul style="list-style-type: none"> <li>・用量や使用制限（糖尿病等）、副作用に細心の注意を払い、どうしても処方する必要がある場合で、妄想や不穏、攻撃的な症状が強いケースにクエチアピン、リスベリドンを処方する場合がある</li> </ul>
定型抗精神病薬	処方へ消極的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処方へ消極的との声も聞かれた</li> </ul>
その他の抗精神病薬	処方へ消極的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スルピリド、チアプリドの処方は消極的</li> <li>・スルピリドではうつつがあり食欲がない場合や、チアプリドでは一時的な不穏の場合等に、少量を慎重投与する場合がある</li> </ul>
	安易な処方への危惧	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医からの安易な処方とそれに伴う錐体外路症状の副作用が多いとの認識</li> </ul>
睡眠薬	処方へ消極的、あるいは慎重投与	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症に対しては、睡眠薬は処方へ消極的、あるいは慎重投与</li> <li>・やむなく使う場合は、ゾルピデムやゾピクロンを睡眠薬として少量使用する場合がある</li> <li>・プロチノゾラムやクアゼパムを慎重投与する場合もある</li> <li>・抑肝散や少量のクエチアピンを優先する場合がある</li> </ul>
抗不安薬	処方へ消極的、および減量、中止の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ほとんど処方することはなく、前医からの処方があった場合も減量や中止を検討する</li> <li>・とくにDLBと診断した場合は中止を強く検討する</li> </ul>
H <sub>2</sub> ブロッカーおよびH <sub>1</sub> ブロッカー（抗アレルギー薬含む）	処方へ消極的、および減量、中止の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前医からの処方がある場合はかかりつけ医や内科医と相談しながら中止を含めて処方を検討する</li> <li>・とくにH<sub>2</sub>ブロッカーの処方に慎重、代替としてPPIを処方する場合もある</li> </ul>

表5 (つづき)

項目	分類	抽出された具体的な内容 (一部)
抗パーキンソン薬	慎重投与および処方後モニタリング	・DLBで抗パーキンソン薬を使用しなければならない場合は、レボドパを少量から開始する ・意欲がない場合等、アママンジンやピシフロールを処方する場合もある ・運動機能障害やせん妄等について、家族や主治医と相談しながら処方を検討し、処方後もモニタリングを重視する
ドパミン受容体拮抗薬	処方に消極的	・食欲不振の際でも錐体外路症状の出現を懸念し、メトクロプラミドやドンペリドン処方せず、他剤を検討する
	慎重投与および処方後モニタリング	・前医からの処方がある場合は中止を含めて処方を検討する
漢方	抑肝散の処方	・とくに焦燥が強いつきに処方する場合がある ・抑肝散の処方に際して、足のむくみや低カリウム血症といった副作用のチェック、本人や家族への説明を実施する
	その他の処方	・便秘に大建中湯、食欲不振に六君子湯を使用する場合もある
薬剤処方姿勢	副作用への細心の注意	・服用している薬については、市販薬を含めて必ずすべてチェックし、極力不要な薬剤を減量、中止し、徹底した適正使用を目指す ・やむを得ず向精神薬を処方する際には、体の動きを毎回の診察のたびに確認したり、家族から普段の様子の変化を細かく聞き取ったりする等して確認する
	薬物以外の選択肢の重要性	・BPSDに対してまずは薬を使わないアプローチを考え、その原因となる身体疾患の検索、薬剤の整理等を手始めに、生活への介入に取り組む
	本人と家族への説明	・現在の状態から、なぜ薬を飲む必要があるのか、飲むとどういった効果があるのか、等をわかりやすい言葉で本人や家族に説明、理解してもらうことを重視する

ある」とみなされただけで、本来であれば受けられるべき基本的な医療行為を受けることができない現状も指摘された。

これらの問題点に対して、今後医療と介護、地域が密接に連携していくことで、本人や家族が地域で安心して生活できる体制を整える必要があり、そのためには地域の資源である医師会や認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等が先導的役割を果たすべきという声が聞かれた。

7. その他、診療の工夫や診療で目指すもの等に関して (表8)

1) 本人や家族を引きつける工夫

ほとんどの医師がなによりも本人や家族の話に耳を傾け、ともに考える姿勢の重要性を挙げている。また、医師だけではなく他職種をも含めたチ

ームとして、あるいは病院全体として支えるという意識も、本人や家族にとって大きな力となるという声も聞かれた。

2) 心がけていることや目指していること

本人が「来てよかった」と思えるような診療を目指す姿勢や、認知症があったとしてもその人生を主体性をもって生きていくことができるように医療としてかかわっていく姿勢が強調された。

#### IV. 考 察

多くの医師が望ましい認知症診療を目指してさまざまな意図のもとで環境調整をしていた。たとえば白衣の着用については、本人に病名や治療を受け入れてもらうために権威の象徴として用いる場合と、本人が萎縮してしまわないようにあえて

表6 専門医に関する項目

項目	分類	抽出された具体的な内容 (一部)
専門医の役割	サポーターとしての専門医	・認知症は医療とともに、ケアや介護で支えている部分が大いため、それぞれをエンパワメントするようなサポート的な役割が重要 ・医療、ケアの全体のなか、あるいは地域のなかで、家族と本人の生活の場を支えるために、それぞれの専門職の視点を尊重しながらコーディネートしていく役割
	専門家としての専門医	・身体的所見も含めて、専門家として、認知症の症状の把握や薬の調整等の専門性を高めて患者と向き合うことが重要 ・薬の処方、症状の捉え方等の専門的なノウハウをかかりつけ医に伝えていく役割も重要
認知症診療と通常診療との関係	精神科診療、神経内科診療とつながる部分	・本人と家族とともにサポートするという視点は従来の精神科医療、神経内科医療ともつながる
	精神科診療とつながる部分	・とくに病識のない場合にいかに治療に結びつけていくか、社会的な存在としての自分を失っていく部分をいかに支えることができるか、地域のなかでの生活をいかに支えていくかという点では精神科診療を強く活かせる
	神経内科診療とつながる部分	・神経所見をしっかりと診ることによる鑑別診断、とくにDLBに関する診断やパーキンソンズの診療は神経内科の強みを活かせる
	認知症診療から拓く部分	・認知症を診ることによって、検査や画像に偏らずに本人や家族と向き合う必要がある点や、副作用を強く念頭におく等、投薬行為全体を俯瞰して処方する必要がある点等、他の疾患領域の診療に役立つ部分が多い
専門医とかかりつけ医の関係	役割分担	・かかりつけ医からの紹介を受けて専門医が治療方針の見直しを決め、再度かかりつけ医に戻し、そこで身体合併症も含めた対応を続けていく
	連絡は密に	・かかりつけ医に戻したあとも、変化があればすぐに対応することを申し送ったり、連絡の書式や方法等を地域ぐるみで統一して作成する等の工夫も重要
	かかりつけ医の積極的な参加を	・かかりつけ医が専門医と連携しながら認知症の人を継続して診ることができるような体制が、地域で生活する本人や家族にとっては必要

着用しない場合があった。バリアフリーや医療設備については、安全重視の視点と便利さ・快適さの視点からの工夫がなされていた。診療場面での本人や家族との距離に関しては、本人の視点にいかにつづいて診療を行えるかという明確な意図のもとに工夫を凝らしていた。「患者」の呼び方の変化にも、このような意図をもったかかわりが背景にあると考えられた。

診療構造については、それぞれの施設の種別に応じて構造が異なると考えられた。診療所では認知症以外の診療も行っているため、1日の診療人数は多く1人あたりに割ける時間も限られる現状にあった。一方で中核病院では完全予約制である

ことや、とくに認知症専門外来を標榜している場合には、比較的時間を確保しやすいと考えられた。しかし、中核病院において予約から実際の受診までに時間がかかる点について問題点として挙げられた。

診療内容に関しては、それぞれの医師が、認知症の症状のみでなく、身体症状、生活の様子、服用薬剤等について幅広く情報を集め、診療を行っていた。また、そのために介護保険制度上に設定されているサービス担当者会議を利用するなど、他職種と連携を図りながら取り組んでいることが示された。これらの取り組みによって、個々の事例に合わせて診療内容を調整することができ、病名



表7 認知症医療の現状に関する項目

項目	分類	抽出された具体的な内容 (一部)
医学教育	認知症に関する教育への期待	・認知症を診るということだけではなく、身体症状や、本人や家族との接し方、生活を診る姿勢等を含めたものであり、他の診療にも役立つ部分は多く、広く学ばれるべき ・1つひとつの病態や病理等に精通することも望まれるが、少なくとも医師が医原的なBPSDをつくるようなことや、BPSDの現象面のみをとらえて安易な医療介入をしない教育は必要
	厳しい現状	・現状では認知症医療は診療報酬上不足であり、きちんと認知症を診ることによって収益が上がる体制を整備する必要がある
診療報酬	通院精神療法	・通院精神療法を算定する(精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定)
	心理検査	・心理検査を算定する ・心理検査の実施は認知症に関する評価という意味のみならず、採算性という意味でも重要
	高いニーズと低いメリット、少ない資源	・地域における認知症に関するニーズは高いが、そのニーズに応えるメリットも資源も足りない ・専門医がBPSDに介入したり、自分が認知症ではないかという不安を抱えて受診する人に心を配り十分に時間を割いて対応しても、その労力に応じたメリットが医療側に少ない ・資源として専門医の数が足りないだけでなく、認知症を診ようというかかりつけ医が少ない
認知症医療の問題点	「認知症」であることによる差別的処遇	・入院の場合でも点滴だけ落とす、睡眠や排泄、食事、水分のチェック等の処置がとられていない、等、「認知症」というだけで、本来であれば「人」として受けられる医療が受けられていない
	医療と介護、地域との連携	・認知症のケアは個別の医療の問題だけではなく、介護や生活する地域との連携が重要であるにもかかわらず、十分に機能していない ・地域の資源である医師会や地域包括支援センター、認知症疾患治療センター、市民団体等が先導すべきという声が聞かれた

表8 その他に関する項目

項目	分類	抽出された具体的な内容 (一部)
本人や家族を引きつける工夫	よく耳を傾ける	・なによりも本人や家族の話をよく傾け、一緒に考えてくれるという姿勢が本人や家族を引っ張る力となる
	全員で支える	・医師だけではなく、チームとして、病院として、本人や家族をそれぞれのスタッフが支えるという意識の高さも本人や家族を引っ張る力になる
心がけていることや目指していること	「来てよかった」という医療	・本人が来てよかったと思える診療を、家族とともに目指す
	人生の主体者として最後まで生きていけるように	・認知症があってもなお私にはこういう生活がないうる、こういう時間を選ることができるというところを見いだせるように取り組む

告知を含めた一連の医療的介入を、より適切なタイミングで行うことができると考えられた。

薬剤に関する結果を概観すると、ドネペジルの処方については、薬効に加え、薬効以外の効果も明確に認識していることが示された。薬効については、わが国における最初の抗認知症薬であるドネペジルが上市される以前の経験を踏まえ、症状の進行を遅らせる効果は大きいと考える医師が多かった。とくに認知症の初期の段階における効果への期待は大きいことがうかがえた。

薬効以外の薬の役割についても、ドネペジル上市以前は医療や介護とのかかりをもつこと自体が少なかった状況を踏まえ、薬剤の処方による受診者の受診への動機づけを通じて医療や介護とのより密なつながりが生まれ、継続することの意義を多くの医師が重視していた。また、本人や家族にとっては「薬を飲む」という行為を通じて疾患の受容が促されるという側面もあり、その治療的意義が強調された。加えて、薬を飲むことについて、本人や家族とその意義を考えながら処方していく姿勢が重要であることが示唆された。

その他の薬剤に関しては、第1に処方内容の整理から始め、身体疾患等を含めた医原性の問題を確認する点が重要であることが示された。その後、薬を処方する場合でも副作用を最小限にするよう調整し、生活の見直し等の薬に頼らないアプローチも取り入れて診療を進めることが必要であるとの指摘がなされた。これらを可能にするためには、QOLを見据えた治療の意義を常に本人および家族と共有することが必要であり、そのためにもわかりやすい説明に努めなければならないという点で専門医の意見は一致していた。

専門医の役割に関しては、サポーターとしての役割と高い専門性をもつ者としての役割の2つの側面が見いだされた。認知症診療には、診断や治療に高い専門性が求められることに加え、その後の生活の支援にも専門医の調整が果たす役割は大きい。また、認知症診療は通常診療とつながる部分も多く、そこから他疾患の診療に役立つ部分が大きい点も、専門医が生活支援のための連携に貢

献できる背景にある。加えて、かかりつけ医との関係のなかで、連絡方法を工夫して連携を密に図りながら、それぞれの役割を果たすことも、本人や家族の生活を支えるためには不可欠である。これらの取組みを可能にするために、かかりつけ医が積極的に認知症医療にかかわりをもてるような体制づくりが早急に必要であることが示唆された。

認知症医療の経済的側面に関しては、診療報酬、資源のいずれも不十分であるとの指摘が多く、専門医によってなされた、認知症医療自体に地域において高いニーズがあるため、専門医が多く、制約のなかで負担を強いられながら取り組んでいる現状であった。認知症診療において必要とされる観点は他の疾患診療にも役立つという点からも、今後認知症医療のメリットを診療報酬も含めて構造的に最大化することが強く望まれる。そのため、地域の医師会や地域包括支援センター、そして行政との連携を強化しつつ、環境を整えていくことが必要である。このような包括的な取組みが普及、浸透することによって、認知症に対する誤解や偏見に基づく誤ったかかりつけ医を減らすことにもつながると考えられた。

これまでに述べた専門医の診療のあり方とその手法には、いずれも、単なるハウツーに集約することのできない本人の個別の事情に向き合う姿勢、すなわち本人の話をよく傾け、家族とともに考え、チームとして一体となって本人を支えていこうという意識が根底にあると考えられた。その先に、本人と家族が「ここを受診してよかった」と思える診療があり、さらには、認知症であったとしても本人が主体性をもった一人の人間として人生を生きていけるようなかわり方が可能となるのではないか。そのため、目の前の認知症の人に対して、自分のこととして受け止め、共感できる能力が前提となることを改めて記しておくたい。

本研究は、あくまでも11人の専門医に対する面接調査からその具体的な診療のあり方とその手法を記述することを目的とした研究である。そのため、結果を一般化するには十分に慎重でなければならない。しかし、従来このような診療実践の

## Desirable medical practice for dementia and its methodology according to an interview survey of dementia specialists

Masahiro Shigeta<sup>\*1</sup>, Yoshiyuki Kawano<sup>\*2</sup>, Asako Yasuda<sup>\*3</sup>, Toru Kinoshita<sup>\*3</sup>, Kumiko Utsumi<sup>\*4</sup>, Ayumi Okumura<sup>\*5</sup>, Kazue Shigenobu<sup>\*6</sup>, Noriko Kawashima<sup>\*7</sup>, Satoshi Takahashi<sup>\*8</sup>, Akira Tamai<sup>\*9</sup>, Shigeo Hirai<sup>\*10</sup>, Katsuyoshi Mizukami<sup>\*11</sup>, Tatsuo Yamada<sup>\*12</sup>, Atsushi Hachimori<sup>\*13</sup>, Takuro Motonaga<sup>\*14</sup>, Manabu Ikeda<sup>\*15</sup>, Takashi Asada<sup>\*16</sup>, Akira Homma<sup>\*17</sup>, Kenji Kosaka<sup>\*18</sup>

- \* 1 Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University
- \* 2 Division of Disability Sciences, Faculty of Human Sciences, University of Tsukuba
- \* 3 Kodama Clinic
- \* 4 Sunagawa City Medical Center
- \* 5 Okumura Clinic, MRI Neuroscience Center
- \* 6 Asakayama General Hospital
- \* 7 Kawashima Neurological Clinic
- \* 8 Department of Disaster Medicine, Iwate Medical University
- \* 9 Tsurugaonsen Hospital
- \* 10 Iruma Hirai Clinic
- \* 11 Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba
- \* 12 Kamata Rehabilitation Hospital
- \* 13 Community Medicine Education Center, Institute of Community Medicine, Japan Association for Development of Community Medicine
- \* 14 Department Psychology, Faculty of Letters, Teikyo University
- \* 15 Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kumamoto University
- \* 16 Department of Clinical Neuroscience, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba
- \* 17 TOKYO Dementia Care Research and Training Center
- \* 18 Medical Care Court Clinic

Objective : To define desirable medical practice for dementia and its methodology through interviews of dementia specialists.

Subjects : Eleven dementia specialists.

Methods : We conducted a survey using semi-structured interviews regarding clinical environments, medical systems, details of medical practice, medications, and other matters. The answers were analyzed according to the KJ brainstorming method.

Results and Discussion : The results showed that the clinical environments had been created with consideration for various viewpoints. The medical systems were shown to differ according to the nature of the medical institution. In their replies regarding the details of medical practice, the specialists emphasized their efforts to widely collect information in cooperation with other healthcare professionals. The replies regarding medications revealed that Donepezil is used not only for its indications but in expectation of other possible effects, and that the specialists are highly aware of the issue of iatrogenicity, including adverse reactions, and clarify this issue by re-

具体的手法を含めて調査した報告はみられないことから、本研究から得られた知見は、わが国における認知症医療が目指してきたあり方を映し出したものとして価値があるといえよう。今後、専門医が有するより多くの具体的なノウハウを広く共有することで、認知症診療全体の質が向上し、認知症の人と家族が安心して受療し生活できるようになることを期待したい。

本研究の実施に際しては故藤沢嘉勝先生のご指導をいただきました。謹んでご冥福をお祈りするとともに、ここに深謝申し上げます。

### 文 献

- 1) 本間 昭：イギリスの認知症診療ガイドラインと課題。老年精神医学雑誌, 20 (4) : 414-420 (2009).
- 2) 川喜田二郎：続・発想法；KJ法の展開と応用。

- 中公文庫 210, 中央公論社, 東京 (1970).
- 3) 小林直人：アメリカの認知症治療・ケアガイドラインと課題。老年精神医学雑誌, 20 (4) : 399-406 (2009).
- 4) 厚生労働省老健局：高齢者介護研究会報告書「2015年の介護計画書」。(2003).
- 5) 元木順子, ヴェロニカ・カーラット, 三村 将：アメリカの認知症診断ガイドラインと課題。老年精神医学雑誌, 20 (4) : 393-398 (2009).
- 6) 中島健二：わが国の認知症診療ガイドライン。老年精神医学雑誌, 20 (4) : 387-392 (2009).
- 7) 日本認知症学会：認知症学会専門医制度発足における理念。http://dementia.umin.jp/rinen.pdf (2011年10月7日現在)
- 8) 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会(日本神経学会監修)：認知症治療ガイドライン2010。医学書院, 東京 (2010).
- 9) 角 徳文：カナダの認知症診療ガイドラインと課題。老年精神医学雑誌, 20 (4) : 407-413 (2009).

viewing concomitant drugs. Our survey results revealed that medical practice for dementia has been undervalued in terms of remuneration, that collaboration with family physicians needs to be increased, and that establishing community-based systems to support persons with dementia and their families is an important issue.

**Key words** : dementia, dementia specialist, daily medical practice, general practitioner

平成24年6月18日に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームより「今後の認知症施策の方向性について」が発表されました。また同年9月5日には平成25年度から29年度までの具体的な計画として「認知症施策推進5年計画(オレンジプラン)」が発表されました。ここには従来の認知症施策の反省を踏まえて、これからの日本における認知症診療のあり方を大きく変える指針が提示されました。その中でも特に地域における認知症ケアのあり方として、医療従事者に限らず本人、家族、地域も巻き込んだ取り組みが提示されています。本座談会では、1回目で「パーソンセンタードケア」と「地域における連携ケアの重要性」について語っていただきました。それを踏まえて、今回は特に地域のかかりつけ医が担うこれからの認知症診療について語って頂きます。まずは認知症について考えるときにベースとなる「パーソンセンタードケア」についてからを振り返りたいと思います。

シリーズ連載「これからの認知症治療の目指すもの」 特別座談会vol.2

# 地域のかかりつけ医が担うこれからの認知症診療

「パーソンセンタードケア」と「地域における連携ケアの重要性」



【シリーズ連載】これからの認知症診療の目指すもの—特別座談会vol.2— 08

## 「パーソンセンタードケア」とは何なのか

本之下 日本は高齢化率が世界で一番高い。そしてそれが100年ほど続く。そのせいで、認知症の人々は爆発的に増えることが予測できます。たしかに我々の周囲には認知症の人々が多い、と感じるのは、いまや常識です。私自身が近いうちに認知症になると考えるのも、いまや自然でしょう。そういった意味で、認知症は他人ごとではなく自分ごとであることが追われている、ともいえます。そもそも、現場で「認知症の人を人として見たらどうなのか」という視点が欠け落ちるところに、違和感や衝突が生じるのは、「人」として当たり前です。残念ながら、そういった状況があらちちで散見されれば、認知症の人を「人」としてみない文化であることも指摘できる。一方、今回の厚生労働省の発表は、まずは認知症の人は「人」である、といった気づきを得る大きなきっかけです。認知症の人には生活のしづらさがある。だから認知症である、とされる。その認知症の人が、そして

その人とともに繋がる人々が、「人」としての暮らしをつくっていくためには、それにふさわしい文化や思想が必要です。今回の厚生労働省発表のコンセプトは、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることをアウトカムにしています。この意識の流れは、認知症の「人」としてある、ことを当たり前とするパーソンセンタードケア(「人」中心のケア)の視点と同じ気がします。

元永 病気を治療するのではなく、人の価値観とか考え方を軸に、人の暮らしを大事にしてゆくというケアのあり方がパーソンセンタードケアと言えます。

パーソンセンタードケアという考え方を提唱したイギリス人のトムキットウッド氏は、認知症の人のケアのあり方を観察していて、よろしくない働きかけが非常に多くなされていたということを発見するわけです。それを悪性の社会心理(MSP: Malignant Socio-Psychology)として17の事象にまとめ、それが認知症の人の存在を脅かして、更に悪い状態に追い込んでゆくことを実証しました。そ





勝又 浜子 氏  
厚生労働省 老健局 高齢者支援課  
認知症・虐待防止対策推進室長

れに対して認知症の人にプラスとなる3連構造のやりとり (Action, Reaction, Reflection) を、「人」を中心にした相互作用を整理して、ポジティブパワーストワーク (PPW, Positive Person World) としました。そのような人間関係があれば認知症になっても希望をもって生きてゆける。

### 認知症に関わってゆくことの大切さ

木之下 例えば、囁子とか子ども扱いするとかという悪性の社会心理は、我々が小学校で習った道徳のテーマと同じで、言われればそれが悪いことであると誰でもわかります。認知症の人が「人」であるといった文化を目指すのであれば、この気づきが促され気づきが

あれば、指摘されたMSPは今よりは減っていくでしょう。今回の、人々に気づきを与えるような理念型の施策は、とても大切だと思います。

勝又 認知症医療にとって重要なことは「ずっと関係していくこと」だと思います。今一番実感していることは、認知症医療は現場で接していなければ分らないことがある、ということ。現在150万人いる看護職員の中で、継続的に認知症の人々と関係している人はそれほど多くありません。同じ

限られた誰かが語るのではなく、いまや全員が問題意識を持たざるを得ない。何故ならば誰もが認知症になる可能性があるからです。パーソンセンタードケアのパーソンとは、認知症の人はパーソンであり、これから認知症になるかもしれない私たちもパーソンでもあり、ケアする人もパーソンでもあるという、全ての人を指し、そしてみな平等な価値、そして誰もが犯できない絶対的な価値を有していると考えます。そういった「人」という視点を導入したケアであることを意味しています。

勝又 パーソンセンタードケアは認知症のケアの基本になり、認知症のケアの基本になり、認知症のケアだけでなく、全てのの人に對する医療にも言えることですね。糖尿病の人にも言えるでしょうし、病気で無い人にも、普通の人間関係にも言えますね。



症になっても人として生きてゆく希望は失われたい」という状況に変わるしかない。そういった形で、これからの認知症の医療モデルを考えるしかない。この新たなモデルは魅力的です。なぜなら、生活習慣病等の他の状況にも、生きづらさを感じる様々な局面において、同じことが言えることに気づけるからです。このことを今回は詳述しませんが、ちなみに、認知症が新しい時代を切り拓く上で重要な素材になると考える理由はここにあります。

本多 私は認知症の在宅医療とケアに十数年携わってきました。その関わりの中で、医療面よりもむしろ、生活の中で困っている事柄に関係する相談が次第に増えていきました。そのうち、それらの気づきと医療とケアを上手く繋げない限り、受診者のためにならないと考えようになりまし。気づきを与える医療とケアと福祉を近づけ繋げるためのものが「人」として考えるといったパーソンセンタードケアの考え方であると思ひ始めています。

### 認知症が切り拓く明日の日本の姿

木之下 認知症のテーマ性とは、

限られた誰かが語るのではなく、いまや全員が問題意識を持たざるを得ない。何故ならば誰もが認知症になる可能性があるからです。パーソンセンタードケアのパーソンとは、認知症の人はパーソンであり、これから認知症になるかもしれない私たちもパーソンでもあり、ケアする人もパーソンでもあるという、全ての人を指し、そしてみな平等な価値、そして誰もが犯できない絶対的な価値を有していると考えます。そういった「人」という視点を導入したケアであることを意味しています。

勝又 パーソンセンタードケアは認知症のケアの基本になり、認知症のケアの基本になり、認知症のケアだけでなく、全てのの人に對する医療にも言えることですね。糖尿病の人にも言えるでしょうし、病気で無い人にも、普通の人間関係にも言えますね。

在し、それが人を傷つける結果を生んでいる。但し、いじめは、悪い行い、または少なくとも後味の悪いことという認識がありますが、認知症医療やケアの現場では、専門家は良かれと思つてやっているのに、このようなことが起きてしまうという点に問題の深刻さがあらわれます。

木之下 我々はどこに向かうのか、国としてどのような社会を目指してゆけるかを考えることはとても重要です。今回、厚生労働省の発表の中で、「認知症患者」ではなく「認知症の人」「対策」ではなく「施策」という言葉が使われていますが、これはとても大きな意識変革だと思ひます。何気なく使っている言葉であっても、その背景にある意識や思想を考えたときに、言葉の選択というのとはとても重要です。言葉が変わると、考えや行為が変わってくる。認知症になっても希望を持って生きていける文化になっていくことを望みます。いま認知症である人にとっても大切ですが、これから認知症になる自分のためでもあるからです。



木之下 徹 氏  
医療法人社団 こだま会 こだまクリニック  
院長

東京大学医学系研究科 保健学専攻修士課程疫学教室客員  
山梨医科大学医学部医学科卒業。  
国立精神・神経センター勤務後、現職。在宅認知症ケア連絡会、NPO地域認知症サポートブリッジ代表。認知症高齢者の介護問題、在宅医療のあり方を考えるために在宅認知症ケア連絡会を立ち上げ、在宅で暮らせる認知症医療サービスの充実と認知症医療のネットワークづくりを推進している。

# 「症状をコミュニケーションとして考える」ということ

元永 ところで、認知症ケアの現場におけるパーソンセンタードケアとの出会いやそれがどのような意味があったのかを語って頂けませんか。

中野 当初はパーソンセンタードケアを、その人らしくとか、その人中心のケアと言う訳され方で捉えていました。最初の頃は、薬を飲ませれば静かになつてもらえるし、それで周囲も助かり安心です。本人が良ければそれで良いと思つていました。しかしこれって本人にとつて、本当に良いのだろうか。また、家族が大きく疲弊したりケアする

側がそれこそ大変な状況であつても良いのか。パーソンセンタードケアとは何なのだろう、という思いがありました。認知症の方が本当にその人らしく、生活のしづらさを皆がサポートしながら、家族と一緒に在宅で生活できるためには、職域に留まらずに周囲の皆がそういう視点で考えていかなければならないのではないかと、ここ数年ずっと考えています。

その人の生活にヘルパーが入りすぎれば、生活のペースを乱してしまふ、だからと言つて行かなくて良い訳ではないし、訪問のペースと

か間隔とかを考えながら在宅ケアに取り組んでいます。その人に関わっているドクター、家族やケアマネジャーやケアスタッフ、近所の人まで含めた皆で、どうしたらその94歳のご婦人のこの家の畳の上で死にたい「施設に送らないでね」と言う思いに添えてけるかと考えています。

元永 認知症の方は、日常のケアの中で、それこそいろいろなことを語りますよね。でもその言葉の全てに添えていたら、体がもたないし、家族も振り回されてしまうことになりまふ。当然全てに対応は出来ないから、選んで対応していると思われまふ。しかし、その人の語りの中で、背後にあるメッセージも考えて何が大事なかを選ぶことは、医療従事者やケア従事者にとって非常に難しいことだと思ひます。それは家族の視点とも違うと思ひられます。でも実際の現場ではそのような対応をされているわけですか。それは直感によるものなのですか。



側を制圧的に対処しようとすることは間違ひではないか?という指摘もできるようなつてきた。そのような時代の変わり目に我々がいる。医学書院の白石正明氏より指摘されたことなのですが、暴言とかいう前に、なぜこの人はそんなことをいうのか、症状としてではなく、当たり前前の訴えであるとかの、コミュニケーション化する作業、つまり

おそらく疲れるし、やってあげたと云う自己満足的な達成感を求めてしまいがちです。そこには共に喜びを分かち合ひ、共に生きると言う視点が無いからそうなつてしまふのだと思ひます。

しくなります。きっと、自分で出来るうちは人の手を借りずに自分でする。出来なくなつた時には助けてもらおうという気持ちなのだろうなと、私は感じています。今はその方の気持ちを一番大切にしながらケアをさせてもらおうと思つています。いろいろな機会を通してその方とコミュニケーションすること、その人に近づき聞かせて頂くことができ、多くのことを学ばせて頂いていると思ひます。現在はそんな訪問介護を行っています。

木之下 5年位前の話ですが、在宅ケアの入浴支援で、腕に噛み跡をつけられて、「やっとお風呂入れてきたわよ。」などと、名譽の負傷みたいな言つていた人がありました。それが正しいケアのあり方だと思つ

ていたわけですが。今の中野さんの話と随分違うでしょう。騒ごうが、暴れようがともかく風呂に入れるというケアからそれはその人は風呂が嫌いだということのようなコミュニケーションの一つと見なしていくケアへ、「よいケアとはなにか」といった意識がシフトしているわけですか。つまり今までの認知症医療やケアのあり方が、「問題の事後的な対応が主眼となつてた。ある問題が生じるそれを対処しつづ、プランに書かれているタスクを消化「できる」というのがこれまでの優れたケアであつた、ということですか。それはたとえは、いまの介護保険の主治医意見書にも「認知症の周辺症状」という形で残つていま

す。いまなら、「暴言」や「暴力」や「排

他」としてお世話をするだけだと、

中野 ほぼ直感でしょうね。最初



中野 あゆみ氏

有限会社DOOD LIFE・代表 (高齢者住宅・訪問介護) 社会福祉士



加畑 裕美子氏

レビー小体型認知症介護家族おしゃべり会・代表

### 地域のかかりつけ医に期待されるこれからの認知症診療

加畑 ところで、今の認知症の人々の現場では、早期診断 早期絶望の状況があります。何故かと言うと、認知症という言葉でガクッときてしまうのです。認知症になってもある程度の生活を続けることは出来るのに、それが否定されるかのように、診断時の認知症という言葉に打ちのめされてしまうことが多いのです。家族はその気持ちを引き上げなければなりません。それには大変な力が要ります。年が若いと特に経済的な問題や子供の就学の問題など、明日からどうやって生きていくのかという問題が生じて

きます。離職も覚悟しなければならぬ。例えば、夫がレビー小体型認知症になれば、奥様はうつになっってしまうこともあります。その支援が地域でも行政でも全く出来ない。そういう現実の問題があります。ですから、そういった問題を同時にどうやって解決するのか切迫した問題です。

木之下 中村成信さんの手記「ぼくが前を向いて歩く理由(わけ)」の中でも打ちのめされた経験が書かれています。なぜ打ちのめされるのか、と言う話に聞いたら、今はそういう文化だからと思わざるを得ない。現代の社会心理的な環境が良いとは到底思えません。だれもがなるかもしれないのに、誰もが希望を見せるような一縷の望みが

今は無い。自らみつけないといかない、というのがいまの現実だと思っています。認知症の本人が追いつめられた風景、そういった不感傷や絶望感、さらにそれを乗り越え希望を見いだす過程を、同じような苦しみの中にいる他の認知症の人々に向けて、もともと本人が発信する場があるって良いのではないかと思います。

更にいえば、本人からの発信を閉ざしてしまおうようなことを、周囲がしてしまおう現実も一方にはあります。むしろ周囲の人々はその発信を支援しないといけない。

ちなみに「若年性認知症」と言う言葉がはやっています。一方、専門医の間で「老年性認知症」なる用語は否定されています。そのときに「若年性認知症」は許容できるの

かには、その理解に窮します。だから、せめて若年認知症とすると、若年期発症の認知症にするなどのことは必要かなあ、と思ったりします。当然、就労支援など、年齢特異的な部分はあるとは思いますが、また施策上の年齢切りの必要性はあろうかと。ただ、ときどきあまりに若年かということを強調するあまり、その際に流れる、背後にある意識に疑問を感じます。なぜ「若年」切りをするのか、という問題です。認知症の人は「人」であるという前に、若年性も、老年性もない。年齢によって、その内面にある、その恐怖や絶望が進う、とは思えない。希望についても違うとは思えない。年を取ったから絶望は少ないのか。そんな風には思えません。必要以上に、若年のことばかりではなく、老年のことも同じように想定してほしい、と板垣君に對して思うことがあります。

本多 最近はいろいろなシーンで認知症についての発信が増えていると思えます。その結果、例えば認知症の人でも普通に話せるし、生活もできるのだ、という認知症の人への認識は変わってきていると思えます。そもそも「普通に話せる」

と言っている段階で、すでにステイグマですが。しかし、多くが話題提供で終わっている事に違和感を覚えます。認知症の人は何で困っているのか、それをどう一緒に考えたら良いのか、という所まで掘り下げる必要があります。

下先生が言われているように、私達当事者としてのテーマなのです。勿論記者によっては、一生懸命な方もおられます。真剣に真面目に取材して頂くのであれば私たちも全面的に協力させて頂いていきます。認知症や在宅介護については詳しく知って頂きたい思いは強くあります。それから、かかりつけ医の先生方には、多くの論文や書籍も出ていますので、レビー小体型認知症をしっかり勉強していただきたいと思っています。一例をあげてみれば、かかりつけ医の先生がレビー小体型認知症を知らないという事で、最初

間、顕著な症状が出ているにも関わらず、認知症を疑わないのです。元永 レビー小体型認知症の人たちが重要なキーパーソンになるのでしょうね。レビー小体型認知症の人たちを理解して適切なケアに繋がって行く上で、うつ以外にも、自律神経症状や体の諸症状の問題、薬の副作用の問題などが出てきます。その第一線はかかりつけ医の先生たちにかかっているといえます。しかし現状は残念ながらそうなのではないですね。



元永 拓郎氏 [ファッション]

帝京大学大学院文学研究科臨床心理学専攻・准教授



本多 智子氏

医療法人社団 こだま会 こだまクリニック 看護師長  
認知症ケア上級専門士、介護支援専門員  
在宅認知症ケア連絡会 世話人

加畑 大学病院や錚々たる医療機関でレビー小体型認知症と診断されるけれどもその後のフォローが全くないのです。放り出されてしまう。若年の認知症の人だと非常に前向きに関わってくれる場合もあり

勝又 精神科病院に入院しても、出来るだけ早く退院してもらおうという事で、認知症のケアパスを作り、ケアの流れを作る。今までは認知症のケアが後手後手になっていて、症状が悪化してから入院されているという実態があります。クリニカルパスが、入院を基軸にしたものであるのに対し、認知症ケアパスは早期の診断や早期からの支援を前提とし、認知症の人が出来る限り住み慣れた地域で暮らせ、その家族の方も安心できることを目的としたものです。

特にこの度の認知症ケアパスは、認知症の診断を受けた時に受け

## お福の会宣言

人は、人として生まれ、人として死ぬ。そして、その過程で誰もが認知症という病に遭遇する可能性をもっている。かつて、認知症をもつ人は、「人格が崩壊する」「こころが失われる」と恐れられた時代があった。だが、今や私たちは知っている。認知症になっても自分は自分であり続けることを。月が欠けているように見えても、月が丸いことに変わらないのと同じである。自分が、認知症になっても、家族の一員、社会の一員として、友人として、権利と義務とを有する国民の一人として、生活を続け、人生を全うしたい。同じように、家族や友人が認知症になっても、ともに人生の旅路を歩きたい。「お福の会」は、そういう思いをもつ市民が、本人や家族、医療、介護、行政、その他の立場を超えて集う場である。認知症をもつ人が生活の主体者として人生を全うできるように、私たちは力を尽くしたい。

### 【発起人】

小坂憲司（医師）  
高見園生（認知症の人と家族の会代表）  
町永俊雄（NHKキャスター）  
和田行男（ケア職）  
木之下徹（医師）



る先々の大きな不安に対して、本人やその家族が安心して暮らせるための早期支援体制を市町村、或いは地域レベルで作っていく必要性があるという強い考えが反映されています。流れとしては、認知症の人が出来るだけ地域の中で生活していただけることを考えて、早期から支援を得られるような認知症初期集中支援チームを創設します。その上で危機を回避するために、いわゆる身近形認知症疾患医療センターを作ります。そこには危機回避機能を持たせ、そこから一般病院や様々な施設に向いて行き支援をすることを考えています。さらには、認知症の人が出来るだけ長く地域で生活していただけるために、かかりつけ医の先生方に研修を受講していただき、認知症の人々への支援の力を向上していただくことも打ち出しています。

確かにこれからの認知症ケアにおいて、かかりつけ医の役割は重要なキーワードだと思います。これからは、かかりつけ医が糖尿病を見るのと同様に、認知症も診てゆくという考え方に立っていただきたいと思えます。そもそも、専門医も少ない上に、かかりつけ医で認知症ケアに詳しい先生はまだ少ない状況です。ステップバイステップでいききたいと思えます。

司会 今回のようなそれぞれの領域や立場を越えて、これからの認知症ケアのあり方を多角的に考えたことに大変感謝しております。ご多忙な執務の中へご出席頂きました勝又室長をはじめ、木之下先生、元永徹、本多様、中野様、加畑様には大変感謝しております。誠に有難うございました。

これからの認知症ケアでは、認知症の人を人として尊重した医療とケアを地域で連携させ、「生活の場」である家庭や地域社会の中で暮らしていただけるような状況をつくるための取組みの重要性が良く判りました。地域における多くのかかりつけ医がますます重要な役割を担っておられると感じます。最後に、読者の中にも多くの医療従事者の方々に、認知症ケアにさらに取り組んでいただけるよう切望いたします。本日は誠に有難うございました。

協力／在宅認知症ケア連絡会  
協賛／小野薬品工業株式会社

### 参考

#### 「今後の認知症施策の方向性について」

平成24年6月18日 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(抜粋)

#### 【7つの視点からの取組】 一部抜粋

- 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- 早期診断・早期対応
- 地域での生活を支える医療サービスの構築
- 地域での生活を支える介護サービスの構築
- 地域での日常生活・家族の支援の強化
- 若年性認知症施策の強化
- 医療・介護サービスを担う人材の育成

#### 【新たな「ケアの流れ」】 一部抜粋

○これまでのケアは、認知症の人が認知症行動・心理症状(以下、「行動・心理症状」という。)等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたと言える。

○これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くものである。

○「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能に限り維持できるようにするための初期集中支援を、発症後できるだけ早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。なお、かかりつけ医の認知症対応力が向上し、「認知症初期集

中支援チーム」の取組が普及するまでの間は、主として「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、「認知症初期集中支援チーム」の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとする。

○また、「身近型認知症疾患医療センター」は、「危機回避支援機能」を担うことも期待される。このセンターは、地域でかかりつけ医やケアマネジャー、「認知症初期集中支援チーム」等の在宅関係機関を支援し、地域の対応力を高める機能を担う。さらに、在宅関係機関だけでなく、介護保険施設や病院等と連携し、認知症の人が行動・心理症状等により危機的な状況に陥らないようにするための「危機回避支援」を行うものである。



# 私たちは、 どのように「認知症」を捉え、 共に歩むのか

「パーソンセンタードケア」と「地域における連携ケアの重要性」



出席者(五十音順)

- 勝又浜子氏 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長
- 加畑裕美子氏 「レビー小体型認知症介護家族おしゃべり会」代表
- 木之下 徹氏 医療法人社団 こだま会 こだまクリニック院長
- 中野あゆみ氏 有限会社DOOD LIFE(高齢者住宅・訪問介護)代表・社会福祉士
- 本多智子氏 医療法人社団 こだま会 こだまクリニック・看護師
- 元永拓郎氏(ファシリテーター)帝京大学大学院文学研究科臨床心理学専攻・准教授
- 絹川康夫(司会)一般社団法人 全国医薬経営支援協会・代表理事

司会 周知のように本年6月18日に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームより「今後の認知症施策の方向性について」が発表されました。ここには従来の認知症施策の反省を踏まえてこれからの日本における認知症診療のあり方もふくめて大きな指針が提示されました。

認知症の人はこれからますます増えていくであろうと思えます。今や認知症は国家としても取り組むべき課題である、と言っても過言ではありません。そこで、認知症ケアのあり方とはどのようなものなのかを、私たち自身も含めた当事者のテーマとして捉えて考えてまいりたいと思います。これから如何にして「認知症」と向き合い、歩むべきなのか、ケアが目指す姿とは何なのか、について各分野で活躍されている方々に語って頂きます。

以下本文敬称略。

## パーソンセンタードケアとは何なのか

元永 今回のテーマにありますように、私たちは認知症をどのように捉え、その中でパーソンセンタードケアという考え方がどのような役割を担っているかをまず話題にしたいと思えます。木之下 徹先生は、在宅認知症診療に取り組みつつ、お福の会や在宅認知症ケア連絡会などの活動をはじめ、様々な執筆・講演活動において認知症診療ケアの方向性やあり方

を訴えてこられました。最初に、木之下先生からお聞きしてもよいでしょうか。

木之下 まず、司会の話の中にあつた、「私たちは「認知症」という向き合ってゆくのかの「向き合う」という言葉に関して述べてもらいます。

今回の厚生労働省の発表の切り口は「ノーマライゼーションだとも捉えることができると思えます。ノーマライゼーションとは、今まで地域から隔離してきた人々を、これからは地域の中でどうや

って生活していけるようになるのか、というようなベクトルを持っています。

本文中の「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることの出来る社会」の実現を目指している「が、まさにビジョンとして掲げられています。その場合、「向き合う」という言葉は、あちら側の対象者として認知症の人を見ている点でふさわしくないと、思えます。

将来認知症になるかもしれない私たち自身も当事者だと考えれば、「向き合う」のではなく、「共に生きる」「共に歩む」という視点が大切で、認知症は全ての人にとって当事者テーマであることを否定できる人はいないと思えます。認知症という「病」だけを見ているだけではうまくいかない。医療の足場を短絡的な「症状」にしてしまうことによる不具合生活のしづらさを改善してゆくことを基盤とするような意識作り、スキーム作りが背景にないと、これからの認知症の医療の確かなる足場が成立しないと思えます。



元永 多くのドクターは認知症の人を「対応する」「対応する」といった診療の対象者として診る人が多いと思います。しかし木之下先生の投げかけによれば、そのような考え方は、認知症と生きること、生活のしづらさを理解することはできない。また適切な診療も出来ない、と強調されているように思います。

その点に関して、認知症ケアの現場に看護師として携わっている本多さんや、ケアスタッフとして関わっている中野さん、ご家族としての経験者である加畑さんほどのように感じられていますか？

本多 今の対象者という言葉ですが現場にいる者から見ると、ご本人と家族と、支える多職種に及ぶ人々と良い連携が取れている医師は、疾患だけを見ているわけではなく、その人の生活も見ているのだなあと感じます。しかし、診療の対象者として診ている医師はその人全体を理解するには至っていない、と感じてしまうことがあります。医師の医学的な技術や知識の力量から離れているのかも知れませんが、現場の感覚



勝又 浜子 氏  
厚生労働省 老健局 高齢者支援課  
認知症・虐待防止対策推進室長

ではその点をもつて「良い医師とそうでない医師」などと区別してしまうということもあります。

中野 認知症の方と大きな病院の認知症専門外来に行った時に、先生はご本人から話を聞かずに、付き添いのケアスタッフである私に「君たちは何に困っているのか」「何で君たちの手を煩わせているのか」という質問をされたことが幾度かありました。「一緒に診察室に入っているのだから、ご本人から話を聞いてください」とお願いするのですが、ご本人と目を合わせられずにお話をする先生はあまりいなかったように記憶しています。その先生が認知症の専

門医であっても、です。そういったときに、私は、認知症の人を診療の対象者としてしか見てもらえていないという気がします。

加畑 私の場合は父がレビー小体型認知症、母がアルツハイマー型認知症で、父と母の同時介護という経験をしました。いろいろ大変な経験もしましたが、振り返ってみて、家族として何を周囲に一番望んでいたかという、認知症を雇ったとしても父を一人の人間として認めて欲しい。父にも父の人生がありました。それをいつも伝えたかったのです。しかし、そう言っても理解してもらえませんでした。それは母の場合も同じでした。

ています。にもかかわらず、特に認知症医療の現場では、そうではない状況があるのです。だからこそ、パーソンセンタードケアの考え方が出てきた訳ですが、この状況をどのように理解すれば良いのでしょうか？

木之下 立場が違うと見方が異なること、立場が違っても見方は変わらないことがあります。将来の当事者になりうる自分たちと、認知症の人の家族として悔しい思いをすることの根っこは同じで、このことにおいては立場が違っても見方は変わらない部分であろうと思うのです。それが自分であったり、家族であったり、ケアする側であったりしても、「認知症の人を、人として見たらどうなのか」という視点が欠け落ちるところに、違和感や衝突が生じるのではないのでしょうか。まさにそれは、認知症の人の生きる表現を「症状」としてしか見えない、ということなのかもしれません。

家族であれ、自分自身であれ、認知症になったことで様々な嫌な目に合う。人として見られない。当然有するはずの平等な価値を毀損さ

れている気持ちを感じる。このような現実は今までも山ほどあったし、これからもまだあるでしょう。

多分それは医師だけでなく誰もが同じで、気づいていないからやっっているのだらうと。私自身も、そうかもしれません。しかし、気づけば誰もそんなことをやらないでしょう。今回の厚生労働省の発表は、気づきを得る大きなきっかけとなると感じています。

その中でも特に、従来のクリニカルパスに対して、ケアパスの導入がうたわれています。クリニカルパスは入院を基本軸とする概念です。一方ケアパスは、地域におけるケアを軸にした考え方であろうと思

ます。認知症の人には生活のしづらさがある。それと付き合い、暮らしをつくっていくためには、チームやそれにふさわしい文化や思想が必要で、出来る限り住み慣れた地域で、自宅で暮らし続けることをアウトカムにしてゆくというコンセプトは、認知症の人を、人として当たり前に大切にするというパーソンセンタードケアの視点と歩み

が同じ気がします。

### 認知症に関わって 働くことの大切さ

勝又 認知症医療にとって重要なことは、「ずっと関わってゆくこと」とだと思います。私は昭和60年代に

滋賀県で認知症に携わりました。その時に早期発見を最重要課題として取り組んでいましたが、その60年代に受けた現場での衝撃は非常に大きかったことを覚えています。その後、厚生労働省では認知症事業から離れておりましたが、今回また携わることとなりました。

その間の認知症の施策は随分変わってきました。

しかし、今一番実感していることは、認知症医療は現場で接していなければ分からないということです。現在150万人いる看護職員の中で、継続的に認知症に関わっている人はそれほど多くなく、意識して認知症に関わっている医



木之下 徹 氏  
医療法人社団 こだま会 こだまクリニック  
院長

東京大学医学系研究科 保健学専攻修士課程疫学教室卒業。山梨医科大学医学部医学科卒業。国立精神・神経センター勤務後、現職。在宅認知症ケア連絡会、NPO地域認知症サポートブリッジ代表。認知症高齢者の介護問題、在宅医療のあり方を考えるために在宅認知症ケア連絡会を立ち上げ、在宅で暮らせる認知症医療サービスの充実と認知症医療のネットワークづくりを推進している。



師もそれほどいいと思われ  
ます。関わっていないければ、認知症の  
人のことを知らないし、理解もで  
きない。当然パーソンセンタード  
ケアの言葉も意味も分からないと  
思います。

急性期の病院などでは、たまた  
ま認知症の人が骨折などで入院し  
てくることがあった場合、あまり  
良くない医療や対応を受けた揚句  
に、元居た施設に戻されてしまっ  
たことがあると聞きました。それは、  
病院の医師やスタッフが、認知症  
に注目することから始まる、とい  
うことを知らないから起きるので  
はないでしょうか。だから、認知症  
医療とは継続的に関わっていない  
と分からないのだと思うのです。

これからますます増えてくる認  
知症の人たちの医療を、今後、継続  
的にどうしていかなければならな  
いかということが重要なテーマだ  
と考えます。

元永 勝又室長が指摘された、「関  
わる」ということは重要なキーワ  
ードだと思います。また、関わりと  
言っても、単に病氣として関わっ  
ているのでは、いつまでたっても

認知症の表面的な理解に終わって  
しまう。そこに関わり方の質が伴  
っていないと、医療が認知症の間  
題行動を抑えようと、P.S.Dを  
抑さえ込むという方向にいってし  
まう。しかも、それらの行為は、医  
師やスタッフの善意に基づいて行  
われているということを描き出す  
人もいます。しかしそれは関わっ  
ている様に見えて、関わっている  
ことにはなっていない。パーソン  
センタードケアとはそのことに気  
づきなさい、ということでもある  
かと思えます。

本之下 今回の厚生労働省の発表  
の前夜において、何事もそうなの  
ですが、これからの認知症ケアとは  
どうあるべきか、というコンセプトメ  
イキングがなされたはずですが、そ  
れが報告書の「認知症になっても  
本人の意思が尊重され」にあらわれ  
ている。それに対して現場で認知  
症医療に取り組んでいる私たちが、  
そのビジョンに呼応して、たとえば  
認知症の人の生きる姿を症状とし  
て捉えるのではなく、コミュニケーション  
として捉える、などといった  
具体を考え、行動することが大切で  
あらうと思うのです。つまりこれ

です。ね。  
本之下 「生活をどう続けるのか」  
という点において、ある認知症の  
人は「早期発見・早期絶望」と言っ  
ています。医療の視点では、最初は  
早期発見、早期治療といい、いまは  
早期対応という言葉になります。  
でも対応される対象と面と向  
かって言われると、恐らく誰でも  
傷つくでしょう。そこで私は早期  
発見、早期支援がいいなあ、と考え  
ました。ところがクリスティーン・  
ブライデン氏がある人に宛てた手  
紙に「早期発見・早期希望」と書い  
ています。私は、はっとしました。  
当事者である自分の視点で見た  
ら、支援ではありません。希望です  
ね。絶望に反対する言葉です。だと  
すれば「本人の希望」をさがす旅に  
我々も出て、おつきあいすればよ  
いのだと。クリスティーンはそこ  
には沢山の宝物があるというので  
す。

元永 認知症と生きる中の希望と  
いうのは大事な考え方です。病  
氣を治療の方ではなく、人の価  
値観とか考える方を軸に、人の暮ら  
しを大事にしてゆくというケアの  
あり方がパーソンセンタードケア



加畑 裕美子氏  
レビ小体型認知症介護家族おしゃべり会・代表

はコンセンサスメイキングの作業  
です。施策と現場での出来事が乖  
離しないように、双方の風通し  
を善くする、そしてともに力を尽  
くす。その点、細部には不足もある  
と思いますが、今回の厚生労働省  
の提示した理念には大いに共感で  
きるものであると、個人的には感  
じています。

今の医療モデルでよく見られる  
保守的なパターンとして、「成長さ  
せなければならぬ」「治さなけ  
ればならぬ」「予防しなければ  
ならない」というGrowth Mythに  
基づく医学モデルがあります。そ  
れに対して、どれほど医療が進化  
しても、例えば老化は誰も止めよ  
うがない。今はそれを認めざるを

と云えます。  
パーソンセンタードケアという  
考え方を提唱したイギリス人のト  
ム・キットウッド氏は、認知症の人  
のケアのあり方を観察していて、  
よろしくない関わり方が非常に多  
くなされてきたということを発見  
するわけです。それを悪性の社会  
心理(MSP)として17の事象にま  
とめ、それが認知症の人の存在を  
脅かして、更に悪い状態に追い込  
んでゆくことを実証しました。

それに対して認知症の人にブラ  
スとなる相互作用を、人を中心と  
した関わり方を整理して、ポジテ  
ィブパーソンワーク(P.P.W)とし  
ました。そのような関わりがあれ  
ば、認知症になっても希望をもつ

得ない。従って、それでも希望を持  
って生きてゆける状況に変えてい  
く必要が生まれています。このこ  
とは認知症についても当てはまる  
ことではないでしょうか。  
認知症は治せない。予防できな  
い。少し進行を遅らせることがで  
きるようになっただけです。だか  
ら「認知症になっても人として生  
きてゆく希望は失われぬ」とい  
う状況に変えるための背景づくり  
のひとつとして、これからの認知  
症の医療モデルを考えるしかな  
い。この新たなモデルは魅力的で  
す。なぜなら、他の病氣にも、更  
には病氣だけではなく生きづらさ  
を感じる様々な局面において、同じ  
ことが言えるからです。ちなみに、  
認知症が新しい時代を切り拓く上  
で重要な素材になると考える理由  
はここにあります。

勝又 今は認知症を予防できな  
い。認知症になつたら一時的に薬  
で進行を遅らせることは出来たと  
しても治らない。治すことが無理  
な上に、本人の生活のしづらさが  
益々増してくるのであれば、生活  
をどう続けるのかを支援すること  
が認知症医療における大切な要素



元永 拓郎氏 【ファシリテーター】  
帝京大学大学院文学研究科臨床心理学専攻・准教授



中野 あゆみ氏

有限会社DOOD LIFE・代表 (高齢者住宅・訪問介護) 社会福祉士

て生きてゆける。時には、周りの人が認知症の人から希望をもらいうこともあると言っています。  
ところで、このように考えることで認知症の人に関わっている自分をより豊かにしていると思えるのでしょうか？また、認知症の人の生を豊かにしているのでしょうか？

木之下 例えば、騙すとか、子ども扱いするとかという悪性の社会心理は、我々が小学校で習った道徳のテーマと同じで、誰でも言われればそれが悪いことである、とわかります。しかし、取えてこのようなことを言わなければならぬのか、という問題と、勝又氏が取り組まれているコンセン

### 認知症が朝日新聞 明日の日本の姿

木之下 認知症のテーマ性とは、限られた誰かが語るのではなく、全員が問題意識を持たざるを得ないのです。何故ならば、誰もが認知症になる可能性があるからです。パーソンセンタードケアのパーソンとは、認知症の人のパーソンであり、これから認知症になるかもしれない私たちがパーソンでもあり、ケアする人もパーソンでもあるという、全ての人を指していると考えられます。

勝又 パーソンセンタードケアは認知症のケアの基本になり、その人中心のケアと言えますが、今の流れでその人中心のケアと考えると、認知症のケアだけでなく全ての人に対する医療にも言えることですね。糖尿病の人にも言えるでしょうし、病気で無い人にも普通の人間関係にも言えますね、その中でも特に認知症には象徴的と言えらるわけですね。  
木之下 その通りだと思います。「パーソンは、人です。なので、パーソンセンタードケアを」その人中



サスメイキングの難しさとは、根拠を同じくしていると思います。理由は、それが善意や、親切心で行われているから、悪いことと意識して行っている人はいない。だって、そんなこと分かれれば誰もしないでしよう。しかし、なぜか目の

前で起こっている現実がそうであることに気づけないのです。行為が悪性の社会心理と解った瞬間に誰もがその行為を止めるでしょう。

しっかりとしたコンセプトがあればこの気づきが促され、気づきがあれば間違った行為は無くなるでしょう。そのコンセンサスを如何に創り上げてゆくのか。行政が先陣をきる姿に心うたれます。

我々も、一緒に取り組んでゆくべきテーマだと思います。今回の人々に気づきを与えるような理念型の施策は、とても大切だと思います。

本多 私は認知症の在宅ケアに十数年携わってきました。その関わ

りの中で、在宅医療の看護的な目を養うばかりに、認知症の当事者の方や周囲の人々の視点に気づけなかつた時間も多かつたのではないかと感じるようになりました。

在宅診療に携わる中で接するようになった本人、家族、地域の方々、他職種の方々を私に求めてくる内容が、いままでの医療のものとは別の内容に変わってきたのです。

医療面よりもむしろ、生活の中で困っている事柄に関係する相談が次第に増えていったのです。そのうち、それらの気づきと医療とケアを上手く繋げない限り、受診者のためにならないと考えようになりました。医師が医療だけにこだわらず、看護師は看護の仕事だけとか、各々が自分の職域にこだわっているようではだめで、各々がもついろいろな目を持たなければならぬと思います。

気づきを与え、医療とケアと福祉を近づけ繋げるためのものがパーソンセンタードケアの考え方だと思いますし、それを理解して実際の行動に反映させていくことが重要だと思います。

たは少なくとも後味の悪いことという認識がありますが、認知症医療やケアの現場では、専門家は良かれと思つてやっているのに、このようなことが起きてしまうという点に問題の深刻さがあります。

木之下 これからの認知症の現場では、関係者がそのような意識から脱却することが求められています。コンセンサスを広く作り上げるためには、整備しなければならぬ事柄も多いですね。我々はどこに向かうのか、園としてどのような社会を目指してゆくのかを考えると、はととも重要ですよ。

今回厚生労働省の発表の中で、認知症患者ではなく、認知症の人対策ではなく、施策という言葉が使わ

心のケアと訳すのは間違いだと思

っています。「人中心のケア」がパーソンセンタードケアの直訳であるろうと。その人中心の視点は、ま

ず前提とするべき大切なことです。しかし、それが行き過ぎ周囲の人を押しつけるような、本人至上主義はおかしい。それでは周りは疲弊します。イギリスの臨床のガイドラインでは「Supporting people with dementia and their carers in health and social care」と表紙に書かれています。認知症の人ばかりでなく、ケアする人も人である。人を考える。人として関わっていく。我々も人として生きていく。そういうことをパーソンセンタードケアのコンセプトは与えてくれるの



本多 智子氏

医療法人社団 こだま会 こだまクリニック  
事務部長  
認知症ケア上級専門士  
介護支援専門員  
在宅認知症ケア連絡会 世話人