

片山禎夫先生

認知症におけるパーソン・センタード・ケア

朝田 トム・キットウッドが1990年代に新たな認知症ケアモデルとして「パーソン・センタード・ケア」を提唱し、日本でもその概念に基づき取り組みが行われております。皆さんは、日常臨床においてこの考え方をどのようなイメージでとらえていますか。

武田 これは木之下先生から教わったことです。認知症は誰でもなる可能性があり、「自分が認知症になった場合のこと」を忘れないよう診療を行うことを心がけております。厚生労働省在職中に若年性認知症施策に携わったときも、チーム

のメンバーと「自分たちが若年性認知症になったことを想定して考えよう」を合言葉として、必要な支援やサービス、体制を検討したことを憶えています。

朝田 自分がその立場になったら「どうしてもほしいのか」、これに尽きることですね。片山先生のご意見はいかがですか。

片山 認知症の人は機能の低下や症状をその人なりに乗り越えようと努力しているのに、勘違いをしたり、夕方なのに外出したり、入院中に帰宅するといった行動をとってしまう。本人は頑張つてやったことなのに周りは理解できない。パーソン・センタード・ケアでは、本人と周りの人に認知症の理解を促し、このような努力行為の意味をわかってもらうこと、そして勘違いをしないための工夫を図ることが必要だと思えます。パーソン・センタード・ケアの基本は、本来できていたことができなくなったから周りの人が代わりにするのではなく、一緒にすることによって、部分的にでも同じことができるようになる。本人がうれし



木之下 徹先生

い、楽しいと感じるのは、同じ立場で周りの人と一緒に何かをする、ほかの人に何かしてあげることではないかと思えます。必要としてくれる人がいること、楽しいという気持ちを持てるように指導していくことが大切です。

朝田 おっしゃるとおり、自分が周りから必要とされていると感じることは、人間が尊厳を持つて生きていくうえでの原動力だと思います。何かを一緒にすることで喜びを感じたり、自分の存在理由を認めてくれる人が周りにいると、認知症の人が生きるうえで大きな力になるということですね。

木之下 トム・キットウツドの後継者であるドーン・ブルツカーは、2007年にパーソン・センタード・ケアの概念をVIPPSという4つの要素に整理しています。Vは「Values people」（人の価値）、Iは「Treat people as Individuals」（その人のための治療）、Pは「Perspective of service user」（サービス受益者の視点）、最後のSは「Supportive social psychology」（社会心理面でのサポート）で、私がこの要素の中で好きな言葉です。仮に局所的に言う人間関係、もう少し拡大するとそれが織りなす文化あるいは社会が形作っている価値観だと思えます。パーソン・センタード・ケアは「その人中心の視点に立ったケア」と誤解されやすいのですが、実際は、スタッフも医師も何らかの動機や理由があってケアに関わっているし、楽しみも悲しみも感じる人間です。「その人中心の視点」のみでとらえてしまうと、極端に言えばVIPPSの「P」（サービス受益者の視点）だけになってしまう。片山先生、朝田先生が言われた「私を必要とする人がいるんだ」という思いは「S」（社

会心理)に含まれる。この要素が社会全体に関わってくる問題であり、「自分を必要としてくれる存在」が感じられる文化に成長していかないと、人として扱われない瞬間がたくさん生じるのではないでしようか。

2. BPSDに対する医療の課題

BPSDには本人も困っている

朝田 地域あるいは在宅における認知症医療では、BPSDをどのように扱うかが重要な課題になっています。BPSDは幻覚、妄想、徘徊、易怒的で暴言を吐く、暴力をふるう、不穏で落ち着きがない、落ち込み、無気力、受診を拒むなどの症状を包括した幅広い概念です。これを論じるうえで、アルツハイマー病やピック病といった原因疾患とその疾患のステージ、そして対応もしくは、脳病変の程度のバランスという三つの切り口からとらえると理解しやすいと思います。

BPSDはなぜ生じるのでしょうか。認知症の日常診療や生活の観察から気づいた理由や背景、

あるいは具体的な対応についてご意見を聞かせてください。

木之下 疾患ごとにその中核症状以外が周辺症状であると考える限り、周辺症状は脳の変化が直結しない症状ということになります。一方、BPSDは疾患とは独立な概念で、認知機能の低下以外の行動・心理の症状の全般を指すものと理解されています。せん妄のように医療的介入によって改善される症状と、中核症状以外の症状が、BPSDには混在しているように思います。ここでいう中核症状以外の症状とは、脳の変化と直結しない様々な要因が関わっていて、暴言や暴力には誘因となる事情があるのではないかと考えています。

BPSDとは、「周りが困った症状」として語られることが多い。しかし認知症を抱える本人の視点に立てば、「本人が困っている症状」もある、と言いたい。ただ、介護家族の状況が抜き差しならぬところまで陥っている場合、抗精神病薬を使うこともあります。しかし、何のために使っているのか、その是非を判断するのは難しく、本人を

害する治療であるという罪悪感は拭えません。

朝田 認知症の介護者にとって負担の最も大きい問題はBPSDであるといわれています。本来治療は本人の利益になるはずですが、介護者中心の視点で行われることに矛盾を感じるということですね。

木之下 医師は家族の話に耳を傾けがちで、うまく話せず表現できない本人の意見は切り落とされていることが多い。口が閉ざされた本人の視点からいえば、「たまらない」介入が行われている現実があると思います。

BPSDには本人の生活と

人間関係に目を向ける

朝田 宮島局長に伺いたいのですが、高齢者医療や福祉の行政に関わってこられた経験から、BPSDはどのように位置づけていますか。

宮島 有効な予防法や根治的治療法が未だ確立していない現在、認知症はいわく言いがたい位置づけにあるように思います。がん治療のように

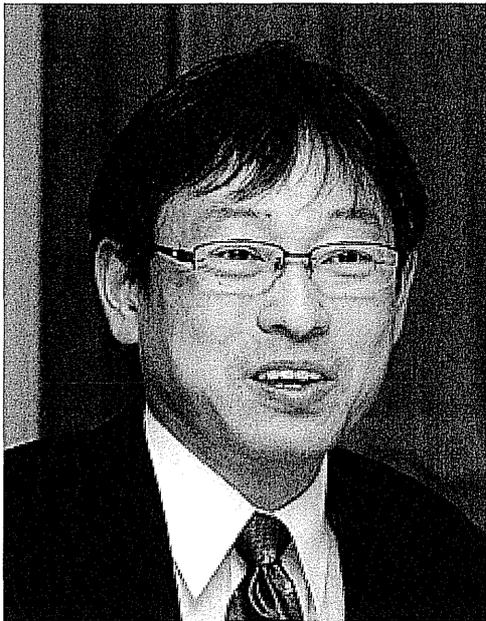
“cure”を目指すアプローチをとってしまうと間違った方向に行くのではないかという懸念を感じます。むしろ、障害者基本法が定めている基本理念のように、治癒は期待できないにしても、本人の尊厳や権利を保護しながら、ノーマライゼーションのための社会的・医学的なサポートが必要なのではないかと思います。

また、先ほど「喜んでもらえる」サポートの重要性が強調されていましたが、福祉の関係でいうと介助は「お世話」になってしまう。生活援助である料理、食事、洗濯、身体介護に相当する食事、入浴、排泄、移動の介助、「すべてお世話しましょう」と言っても、認知症の方には必ずしも喜んでもらえない。その理由は、自分でできることは自分でやりたい、社会の中で役割を持ちたい、家族関係の中で自分の立ち位置をしっかりと持っていきたい、という意識があるのだと思います。そのところを汲み取って対応しないと、BPSDが亢進したり、悪循環に陥る可能性もあるでしょう。

朝田 つまり、生活機能障害に関連した葛藤や

不満がたまってきたときにBPSDが現れるという解釈ですね。

木之下 尊厳の話が出ましたが、周りの人に何か言われたり扱いを受けて傷つき、行動・心理の症状が現れたり、落ち込むという症状が生じるのかもしれないですね。BPSDには困った症状という要素が多い、でも困った症状がすべてBPSDではない。医療者は困った症状をBPSDとしてとらえがちですが、「自分ごと」として洞察していかないと解決の糸口を見つけないのは難しいと思います。



武田章敬先生

朝田 片山先生はBPSDをどのようにとらえ

ていますか。

片山 BPSDが脳の変性に起因する疾患固有の症状なのか、それとも周囲の人が正しく理解していないために本人にストレスがたまって出現する症状なのか。おそらく、両方の要因が関わっているのだと思います。では、臨床医としてBPSDに取り組むときはどこに目を向けるべきか。まずは、認知症の人が家庭、地域、あるいは福祉施設でどのような生活をしているのか、人間関係はどうなのか、そうした状況をきちんと把握することです。その理解がないと、適切な治療はできません。例えば、外来で診ると普通に会話ができてしつかりされている認知症の方でも、自宅では夜間徘徊して家族を起こすこともある。そういった日常の様子、介護家族の位置関係も知りながら、ご本人が周りの人からどれくらい理解されているのかも確認したうえで治療していきます。発症の初期に失認や失行が現れてトイレでズボンのファスナーを上げられなかったり、環境の変化で混乱が起きる場合もありますので、周りの人がそうし



宮島俊彦氏

た症状を理解・予想して、本人が戸惑わないようにみんなまで工夫していく。一緒にトイレに行つて…、そんな笑い合えるような姿がBPSDへの対応に好ましい関係ではないかと思えます。

しかし、周囲の環境がよくても、病気固有のBPSDは本人も辛いですから、ケアだけではなく、人間関係も考慮しながら最適な薬物療法を探すことも必要です。家族の訴えに応じて安易に処方すると、デイサービスの施設に行ったときに薬の影響で寝てしまい食事も取れないこともありますので、薬剤は慎重に選択しています。

武田 BPSDには薬物で治療できるものと治

療できないものがあります。小澤勲先生は「周辺症状とは理解すべき対象である」、「どういう理由でそれが起きているのか介護する人に教えるだけで、周りの人が少しは楽になることもある」と述べられており、何故BPSDが起きているかを理解することが最も重要だと思えます。ただ、現実の場面では、BPSDの起きている原因や背景を十分理解できないことも多く、差し迫った状況では、「理解が届かなくて申し訳ないけれども、周りとの関係も考えて薬を使わざるを得ないからごめんね」という思いで薬物で治療することもあります。

また、周囲との関係性の中で出現するBPSDも多くみられるので、本人が孤独感や無力感に陥らないようにする対応も大切です。もの忘れ外来では、本人に声をかけて話をよく聞くこと、家族側の対応に問題がある場合には「そのような接し方を続けると、本人のストレスがたまっていきま

すよ」といった指導を行うことで、将来起こりうるBPSDを未然に防ぐ、そういう意識を持つて

診療に臨んでいます。

木之下 単に視点について指摘すれば、小澤勲先生が言われた「理解すべき対象」というのも実は周りの視点ですよ。精神科医ヴィクトール・フランクルは著書『夜と霧』で「異常な状況では異常な反応を示すのが正常なのだ」と述べていますが、これこそが、本人の視点ではないかと思えます。

認知症の人も地域で生活はできる

朝田 なるほど。ここでBPSDについての論点を変えて宮島局長に伺いたいのですが、行政の視点からBPSDあるいは認知症全般への認識や対応はどのように変遷してきたのでしょうか。

宮島 認知症医療の歴史を振り返ると、最初は認知症の人を「異次元の人」ととらえる見方が主流だったと思います。その後、精神病院の入所対象者となり、介護保険制度が導入されてからはサービスが受けられるようになりました。認知症への理解はかなり進んできたと思いますが、最後は

病院や介護施設に受け入れてもらうしかないという認識が未だに根強いと感じます。

本来、認知症の方は自分のことがわかっているし、日常生活も自分で何とかしたいという意欲を持っている人も多い。そのような方が施設に入所してしまう回転に歯止めをかけ、なるべく地域で生活して近所の人々と関わりを持ちながら、医療やケアの専門家が支えていく体制を確立しなくてはならないと思います。認知症と最初に診断された時点で、どのような治療・ケアの選択肢があるのか、介護サービスはどの時点で提供するのか、そうした医療の流れの全体像が本人と家族にわかる仕組みを整備する必要性がある。“common disease”への取り組みというのは、そういうものだと思います。

朝田 そうですね。時代や新たな制度の登場とともに、BPSDに対する世間の見方も明らかに変化していると感じます。医療の必要性も大きいですが、十分な支援を行えば地域の中で普通に生活していける方も多いというお考えですね。

宮島 人数の問題からそのような体制が必要と言っているのではなく、疾患の特性を踏まえると、認知症の方でも地域で何とか生活していけるんだ、という認識を一般に広めていくことが大事だと思っ
ています。

朝田 まさに本座談会のキーセンテンスになる
お考えですね。

3. 認知症医療の環境整備と連携

認知症を抱える本人のための支援とは

朝田 厚生労働省の班研究で認知症の医療基盤を調査して浮き彫りになったのは、病診連携や病
病連携の構築、認知症に心筋梗塞や脳卒中、がん
といった命に関わる合併症への対応、もう一つは
BPSDが重度の場合にどのように連携するかと
いう問題です。最初に、武田先生の施設では重篤
な身体合併症に対してどのような連携体制で臨ん
でいますか。

武田 国立長寿医療研究センターの「もの忘れ
センター」の病棟には、BPSDや身体合併症を

有する認知症の人が入院されます。認知症の人が
身体合併症を来しても「普通に」治療が受けられ
ることが重要です。認知症のある人の身体合併症
に対して消極的な対応をとる医療機関もあります
が、実際には落ち着いて治療を受けられる認知症
の人も多いので、認知症というラベルをはずさず、
冷静に状態を把握したうえで対応を考える必要が
あると思います。当院では、例えば認知症の人が
消化器疾患を合併した場合、もの忘れセンターの
外来を担当する医師と消化器科の医師と一緒に診
療にあたりますので、消化器科の医師も安心して
診療にあたれるのではないかと思います。身体合
併症による入院では比較的短い期間で退院するこ
とが多いのですが、退院後はかかりつけ医や訪問
診療医と連携しながらきめ細かくフォローアップ
していきます。たいていは現状の体制で対応でき
ています。また、身体合併症治療のための入院中
にBPSDが現れた場合も、帰宅するとBPSD
がすべて治まってしまふこともありますので、住
み慣れた場所で治療を受けたいという本人の希望

もかなえられるように在宅医療の選択肢も可能となる体制の整備がポイントではないかと思えます。

朝田 高度な医療技術により合併症を管理する場合でも、利用可能なリソースを最大限に活用すれば、在宅医療に移行して地域で生活できる可能性があるということですね。

認知症の人が入院される場合、片山先生はどのような点に配慮していますか。

片山 認知症の人が身体合併症の治療で入院すると医療が基本になってしまい、日常生活の行為ができなくなることがあります。それを回避するには、入院中の生活支援にも力を入れることです。例えば、歯磨きを一緒に楽しんでやってくれる人、そばに寄り添ってくれる人がいる環境作りです。認知症の人は周りの人が入れ替わると混乱しやすいので、在宅あるいは福祉施設へスムーズに移行することも視野に入れると、できるだけ同じ人が寄り添って援助できる制度が望ましいと思います。

朝田 宮島局長が先ほど家族負担の問題を指摘されましたが、少子高齢化が進むこの国において、

ケアを担う人的資源の問題は避けて通れません。

「日本の隠れた最大の介護力は家族にあり」と言われた時代からすっかり西欧型に変容し、家族による介護はますます難しくなると予想されます。最後に、今後の認知症介護には医療政策を含めてどのようなアプローチが必要なのか、宮島局長のビジョンをお聞かせください。

宮島 この問題は三つの視点でとらえることができます。一つ目は、認知症の方をケアする家族に対してどのようなサポートを提供していくかです。現実には家族間のトラブルも少なくはありません。例えば、介護家族をサポートできるセンターを整備し、認知症について正しい理解を持ってもらう、家族同士で話し合える、あるいはカウンセラーと相談できるような環境の提供です。

二つ目は、認知症を抱えている独居者あるいは認知症の方がいる老老世帯をどのように支えていくのかという問題です。介護保険制度では今年(平成24年度)4月から「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設しました。ヘルパーや看護師が

密接に連携しながら、小規模多機能型の訪問サービスやショートステイなどを提供する体制を整備してありますが、介護保険の給付のみでは限界があります。やはり、地域レベルで認知症への理解を深めてもらい、例えば徘徊したときに地域の人がその方を発見し安全に保護する仕組み、地域で見守っていく体制がないと認知症の方が地域社会でその人らしく生きる環境を作るのは難しい。介護保険制度と地域社会の支援体制をいかに効果的に組み合わせるかが重要な鍵となると思います。

三つ目は、医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパーが職種横断的なチームを作り、初期段階から共通認識に立って認知症に関わっていく体制の構築です。家族も交えたケアプランの検討会を開くこともやってもらう。そうした活動を通じて、本人と家族が安心して暮らせる仕組みを考えていく必要があると思います。

朝田 なるほど、同居家族をピアカウンセリングなどで支える、老老介護や認認介護といった新しい介護形態に対する社会的なサポートの充実、

医療と介護の境界を乗り越えた共同作業による支援、この三つが新たな局面を迎える認知症医療・介護の大きな柱になるというご意見を賜り、今後の課題と展望が明らかになりました。本日は皆様からの活発なご討議にお礼申し上げます。



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^{*1}・河野禎之^{*2}・安田朝子^{*3}・木之下 徹^{*3}・内海久美子^{*4}
 奥村 歩^{*5}・繁信和^{*6}・川嶋乃里子^{*7}・高橋 智^{*8}・玉井 顕^{*9}
 平井茂夫^{*10}・水上勝義^{*11}・山田達夫^{*12}・八森 淳^{*13}・元永拓郎^{*14}
 池田 学^{*15}・朝田 隆^{*16}・本間 昭^{*17}・小阪憲司^{*18}

*1 首都大学東京大学院人間健康科学研究科。*2 筑波大学人間系障害科学域。*3 医療法人社団こども会こどもクリニック
 *4 砂川市立病院精神神経科。*5 おくらクリニック。*6 財団法人浅香山病院精神科
 *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 敦賀温泉病院。*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 鼎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 常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系精神医学。*17 社会福祉法人浴風会 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：診療環境に関する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¹⁾、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, Kuniko Utsumi, Ayumu Okumura, Kazuo Shigenobu, Noriko Kawashima, Satoshi Takahashi, Akira Tamaai, Shigeo Hirai, Katsuyoshi Mizukami, Tatsuo Yamada, Atsushi Hachimori, Takuro Motonaga, Manabu Ikeda, Takashi Asada, Akira Honuma, 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^{1,3,5,9)}、わが国でも 2010 年に「認知症疾患治療ガイドライン」¹⁰⁾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」¹¹⁾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¹²⁾。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¹³⁾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、上位のカテゴリーとした。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間合いをはかる
	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 ・「○○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開かれた。

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」「○○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SPECT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合が多かった。

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タ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タ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 (ドネペジルに関して表4, 向精神薬を含むその他の薬剤に関して表5)

1) ドネペジル処方意義

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) ドネペ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) ドネペジルの増量

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) ドネペ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) ドネペジルの中止

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) ドネペジル処方時の説明

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多かった。

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"> 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 BPSDの改善や、意欲の改善の効果も期待する ADLの低下を遅らせる効果も期待する 重篤な副作用も少なく、効果も期待できる とくにDLBに対する効果の期待がある
	「薬」以外の意義	<ul style="list-style-type: none"> 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 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
ドネペジル処方の対象選定	速やかな処方	<ul style="list-style-type: none"> 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
	慎重投与の例	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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 乾燥が激しい場合
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"> 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
	期待される効果についての説明	<ul style="list-style-type: none"> 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 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
	薬の説明以上の意味をもたせる	<ul style="list-style-type: none"> 単なる薬についての説明だけではなく、認知症がどういふものか、アルツハイマー型認知症がどういふものか、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
	わかりやすい説明	<ul style="list-style-type: none"> 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
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"> 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
	検査結果を主としたモニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 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
ドネペジルの増量	状態が悪化する前に	<ul style="list-style-type: none"> 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
	意欲低下の改善への期待	<ul style="list-style-type: none"> 意欲低下の改善を期待して増量に踏み切る場合も
	副作用への配慮	<ul style="list-style-type: none"> 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
ドネペジルの中止	身体的な副作用	<ul style="list-style-type: none"> 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 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
	BPSDの悪化	<ul style="list-style-type: none"> 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
	寝たきり	<ul style="list-style-type: none"> 一律に中止するのではなく、その状態が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

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"> うつの症状が強いケース（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、セルトランを処方する場合がある
抗うつ薬（SNRI）	強いうつ症状への処方	<ul style="list-style-type: none"> 認知症のうつ症状へミルナシبرانを処方する場合もある 副作用として排尿障害に注意する
抗うつ薬（三環系、四環系）	新規処方に消極的	<ul style="list-style-type: none"> うつの既往がはっきりとしている場合以外、認知症になってからの新規処方には消極的 ただし、ミアンセリンはうつの不眠に処方する場合も 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
抗うつ薬（その他）	せん妄への処方	<ul style="list-style-type: none"> 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
気分安定薬（抗てんかん薬）	慎重投与	<ul style="list-style-type: none"> 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
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"> 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
非定型抗精神病薬	多様な処方状況	<ul style="list-style-type: none"> 各薬剤の特徴や臨床経緯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
	処方に消極的	<ul style="list-style-type: none"> 処方に消極的との声も聞かれた
	妄想、不穏、攻撃的な症状に慎重投与	<ul style="list-style-type: none"> 用量や使用制限（糖尿病等）、副作用に細心の注意を払う、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
定型抗精神病薬	処方に消極的	<ul style="list-style-type: none"> 処方に消極的との声が聞かれた
その他の抗精神病薬	処方に消極的	<ul style="list-style-type: none"> スルピリド、チアプリドの処方は消極的 スルピリドではう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
	安易な処方への危惧	<ul style="list-style-type: none"> 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
睡眠薬	処方に消極的、あるいは慎重投与	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に対しては、睡眠薬は処方に消極的、あるいは慎重投与 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 プロチゾラムやクアゼラムを慎重投与する場合もある 抑肝散や少量のクエチアピンを優先する場合がある
抗不安薬	処方に消極的、および減量、中止の検討	<ul style="list-style-type: none"> 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 とくにDLBと診断した場合は中止を強く検討する
H ₂ ブロッカーおよびH ₁ ブロッカー（抗アレルギー薬含む）	処方に消極的、および減量、中止の検討	<ul style="list-style-type: none"> 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 とくにH₂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

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、アマンタ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査、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う現状も指摘された。

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た。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ニズム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

着用しない場合とがあった。バリアフリーや医療設備については、安全重視の視点と利便性・快適性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わか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	<ul style="list-style-type: none"> 認知症を診るということは、「認知症」という症状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
診療報酬	厳しい現状	<ul style="list-style-type: none"> 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
	通院精神療法	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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
認知症医療の問題点	高いニーズと低いメリット、少ない資源	<ul style="list-style-type: none"> 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」であることによる差別的処遇	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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開かれた

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	<ul style="list-style-type: none"> なによりも本人や家族の話に耳を傾け、一緒になって考え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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 認知症があってもなお私にはこういう生活がなしうる、こういう時間を送ることができる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わ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も大きい点も、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の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、専門医が多くの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。そのためには、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わり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、すなわち本人の話に耳を傾け、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かわりが可能となるのではないか。そのためには、目の前の認知症の人に対し、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きたい。

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ぬ。しかし、従来このような診療実践の

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。

中公新書 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) 「認知症患者治療ガイドライン」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).

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

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

* 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-

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か年計画(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」についてから振り返りたいと思います。

以下本文敬称略。

特別座談会vol.2

シリーズ連載「これからの認知症治療の目指すもの」

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」



「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、認知症の人々が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迫られている、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場所に、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」としての暮らしを当たり前にするパーソンセンタードケア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

