

続・認知症新時代 取り組もう認知症医療



●埼玉 クリニックふれあい早稲田

大場 敏明

おおば としあき

千葉大学医学部卒。25年前より認知症医療従事。13年前開業。「町医者」志向で地域医療を担い、認知症グループホームやデイサービス等5介護事業所運営。「その人らしい生活と人生を支える」理念で、介護・福祉と連携した戦略的・複合的な展開を追及。

- 本誌4月号「認知症新時代」の補論として「ケア新時代」と「家族の会」活動などを紹介する。
- 一般医として認知症医療への取り組み、「もの忘れ外来」「認知症訪問診療」をガイドしたい。

認知症ケア「新時代」論と家族会の活動

本誌4月号で、厚労省が提起した「オレンジプラン」の7課題の内「③医療、④介護、⑤地域・家族支援」が、連携の“トライアングル”だと述べた。その内、介護と家族支援について紹介したい。認知症医療は、認知症ケアと家族会活動との連携・協力が極めて重要だと考えているからだ。

(1) 認知症ケア新時代～「してあげるケア」から「ともに歩むケア」へ

認知症医療の重要なパートナーである認知症ケアは、介護保険制度の実施により、量的にはだいぶ整備されてきた。介護保険の「目玉」で、急増した認知症グループホーム（以下、GH）、現在も増えているデイサービス、高齢者住宅など、各地で次々と建てられてきた。しかし、その質については、必ずしも十分ではないと感じてきた。そし

て日本の認知症ケアのリーダーたちが、世界的なケアの潮流も見据えて、日本のケアは変わらなければと語りだしている。

①日本認知症ケア学会では、ケアの質を高める取り組みが強められてきている。一昨年（2012年）の第12回大会のテーマは「認知症の人の生活の質を高める」で、昨年（2013年）の第13回大会は、「認知症ケアの理念を実践へ」をテーマとしている。今年（2014年）の第14回大会は、「その人らしさをつなぐケアとは：認知症ケアの原点に立つ」のテーマで開催予定だが、会長あいさつで、「今日の認知症ケアは……向上の一方、……虐待や権利侵害など、看過できない課題が山積」と指摘。そして「認知症ケアの原点に立ち、認知症の人が尊厳のある一人の人として生きることを支えるために私たちがすべきことは何か、新たな認知症施策の動向も踏まえつつ、あらためて皆さまとともに考えてみたい」と述べている。

②永田久美子著『認知症ケア新時代』の中で、歴史を回顧し、今後の認知症ケアについて重要な問題提起をしている。筆者も共感するので、その要旨を紹介する。

「これまで、してあげるケアが底流

1970年代、大型施設・病院が次々開設、ケア理念が皆無の中で、多人数の食事介助、おむつ交換など、集団ケアの工夫が行われ始め、1980年頃からは「問題行動」に対して「よりうまい対応」法の考案（オムツ外し予防のつなぎ服、起立防止の安全帯など、現在は人権上問題視）と実践がされた。この70～80年代の、痴呆症管理の“提供側本位ケア”の底流は、現在まで続いている。90年前後から、個別ケアへの見直しや、GH等の独自開所も試みられた。2000年介護保険スタート、枠組みが確立し介護事業者急増の中で、1970年代と同様の集団管理や問題対処ケアに奔走するケア職員「増産」の現状となっている。一方、個別ケア、その人らしさを支えるケア実践も増え、センター方式の取り組みや、世界的潮流であるパーソンセンタードケアも少しずつ広がり、尊厳を守るケアが広がってきている。

これからのケアは、共に歩むケア

『認知症ケア新時代』は、認知症とともに生きる人の声に耳を澄ませることから創られる。公然と発言しだした認知症の人の代表ブライデン（46歳でADと診断）の、認知症本人の内面や人生を伝える語りから、多くを学び、ケアの試みが始まっている。彼女と共に歩んできた看護師マッキンレーは、「してあげる」のではなく、寄り添い「共に歩むこと」が重要で、スピリチュ

アル回想法を提案。現在の多くのケア現場は1970年代と余り変わらず、管理と対処ケアに奔走する職員にとっては、厳しい注文だ。真にその人本位の介護を追求するには、原点に立ち戻り、認知症ケア新時代の課題に挑んでいく必要があるだろう。」

（出典：E・マッキンレーら著『認知症のスピリチュアルケア』、新興医学出版社2010、p80-84）

『認知症ケア新時代』論から学ぶことは、認知症医療に携わる医師にとっても大きい。「治してあげる医療ではなく、ともに歩む医療」こそ重要なのだと、筆者は思っている。

(2)「家族の会」の活動紹介と連携の必要性

33年の歴史を刻む「公益法人・認知症の人と家族の会」は、現在、全国46都道府県に支部があり、1万人の会員が励ましあい、助け合って活動している。会の資料より、会の歴史と現在の課題を紹介する。

①歴史と活動の紹介

1980年「ほけても安心して暮らせる社会」をめざして、「ほけ老人をかかえる家族の会」として結成。1985年からは「全国研究集会」を開催、1992年には国際アルツハイマー協会（ADI）加盟、また2000年よりフリーダイヤル「電話相談」開設。2004年には「ADI第20回国際会議・京都」を開催し、2006年には会の名称を「認知症の人と家族の会」へ変更。2009年「提言・私たちが願う介護保険」、2011年「要望書」など、政府へ働きかけている。会員・家族の「不安や悲しみを共に乗り越えていく仲間どうしのつながり、支え合う」活動として、「つどい」・会報・相談の3活動。昨年度の全国での実績は、「つどい」3,183回/年・9カ所/日、会報発行5万

6000部近く、相談は19,530件（内、支部分15,740件）にも上っている。

②家族会と、どう協力していくか

何よりも本人および家族の方たちの思い・悩み・困難などを知ることが、協力の第一歩である。そのためには、近くの「つどい」への参加をお勧めする。「家族の会」は、全国各地で県支部主催の「つどい」を、開いている。「家族の会」(HP <http://www.alzheimer.or.jp/>) にアクセスすれば、今後の予定を知ることができる。また県支部に問い合わせれば、更に詳しい情報が得られる。

筆者は、開業している埼玉県三郷市で、埼玉県支部主催の「ちいさな集い」に、当初から参加・協力している。近くに「つどい」がない場合は、県支部の指導を仰ぎながら、認知症患者の家族中心の「つどい」の起ち上げに協力されてはいかがか。人口13万人の三郷では、年3～4回開催、参加者は介護者で10人以上ある。他の10万都市でも1カ所位は開催が必要だと思われる。いつも家族の生々しい悩み・介護の苦労話が出され、励ましあい、学び共に考える場である。医学的アドバイスが求められるが、何が必要か、医師の勉強にもなる。熱心な家族は、よく勉強されており、ケア実践の話は、ケアスタッフやわれわれにも、多くの学びがある。

認知症早期診断のために「もの忘れ外来」を

一般医として認知症医療に取り組むには、苦手意識を払拭し、まず手元にテキストを揃えることであろう。筆者のお勧めは、日本神経学会など6学会共同の『認知症疾患治療ガイドライン・コンパクト版2012』（医学書院）

と、日本認知症学会の『認知症テキストブック』（中外医学社2008）である。『今日の治療指針2013』（医学書院）もガイドラインの抜粋など参考になる。

(1) 通院患者からの認知症発症例の分析

①訴えを「歳だから」と決めつけない

外来での認知症発症を、どうしたら発見できるのか。最近3年間に診療中の認知症患者の中で、以前から認知症以外の疾患で当院に通院していた患者、29人をまとめてみた。

1) 平均年齢は現在80歳、当院初診時が70.9歳、診断されたのが77.3歳である。初診7年後の認知症診断である。

2) 疾患は、高血圧17例（60%）、脂質症4例、糖尿病3例、脳血管障害1例、心・肺疾患7例、他4例。認知症病型は、ADが27人（93%）、脳血管型・混合型が各1人。従来は、ADの原因としては、脂質症・糖尿病が関与ありで、高血圧は関与不明とされている。自験例からは、高血圧とAD発症とは、関係なしとは言えない印象である。

3) 認知症を疑った症状は、もの忘れ19人（65%）、同じ事を話したり聞く2人、うつ2人、頭痛・眩暈5人、呂律回らない、味覚低下などである。脳梗塞様症状でも認知症を念頭におくべきで、作業能率低下・料理作らないなど今までと違う状態も要注意である。

4) 上記症状を疑った人は家族10人、本人19人で、65%は本人自身である。「最近忘れっぽい」とか「作業能率が落ちた」などは、「歳のせい」と片付けないことが必要である。

②通院発症認知症例のHDS-RとVSRAD

上記、外来通院者からの認知症発症例28人の長谷川式スケール(HDS-R*)は、平均21.4

点である。点数分布では、6～10点(高度)2人、11～15点(中等度)2人、16～20点(軽度)7人、21点以上(正常)9人、であった。21点以上が6割、26点以上でも3割を占める。21点以上でも認知症は否定できず、従来のカットオフ値20点では早期例を除外してしまう基準だと思われる。

*改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

早期診断に有効なMRI-VSRAD施行23例では、Zscore(海馬周辺領域の委縮度)の平均値は2.58。1以下(委縮がほとんどない)が1例、1～2(やや見られる)10例、2～3(かなり見られる)2例、3以上(強い)が10例であった。

HDS-RとZscoreとの関連を見るために、両方のデータがある22例について比較検討した。①HDS-Rで群分けすると、20点以下群(9人)のZscoreは平均2.72、21～25点群(7人)が2.37、26～30点群(6人)で2.76と、いずれも平均で2～3の「かなり委縮」状況だった。

②Zscoreでの群分けでは、1～2の群(9人)のHDS-R:平均21.9点、2～3の群(4人):平均22.3点、3以上群(8人):19.8点であった。

このように、HDS-Rの点数だけで判断するのは、大変危険だといえる。たとえ21点以上、さらに26～30点取れている従来基準の正常群であっても、本人の訴えと、それまでできていたことができなくなった等の変化があれば、認知症を疑うべきである。

(2)「もの忘れ外来」開設のすすめ

さて、認知症を疑ったら、診断のために詳しい問診や知能テストなどが必要である。これは、忙しい外来診療の中では困難だと思う。さりとて専門外来紹介にも、情報提供書や予約など手間がかかる。そこでおっくうがると、

認知症が進んだレベルで、専門医紹介となる。手遅れになってと、家族からの不審を買うかもしれない。そこで、認知症疑い例が増えそうな医院では、自院での「もの忘れ外来」開設をお勧めしたい。

①当院でのもの忘れ外来初期4年間の経験

開設の参考になればと、一般内科医院の当院での経験を紹介する。

1) 完全予約で患者1人当たり30分位、毎週午後1単位。実績月平均3.4回の外来。

2) 総患者数69人(年で17人)、1単位あたり患者数・平均2.1人(5.6人/月)、つまり1単位2人位という、極めてぜいたくな外来で、ゆっくりと時間を取って診察している。

3) 紹介経路は、約5割がケアマネや包括からで、4割が外来患者からなどの受診である。

②もの忘れ外来の実際

〈診断〉①アンケート(家族記入):認知症症状、周辺症状など、②問診:症状、病識、病歴・仕事歴など、③長谷川テスト:最初の部分(年齢・年月日・今の場所)は、世間話をしながら聞き出し、もの忘れの程度を調べるテストですと、3つの言葉や、数字・計算の問題に進み(3つの言葉の遅延再生障害だけでもAD疑い)、野菜テスト等、④血液検査:除外診断、⑤画像診断の検査依頼・予約:早期診断が可能なMRI-VSRAD or SPECT(eZIS)など。

〈治療〉ガイドライン等に従って病状を見ながら段階的な処方、家族からのメモ・ノートでの報告、ケアサービスへの誘導・連携も必須である。当院の初期4年間の経験では、毎週で一単位当たり2人だった。同じくらいの患者数として、隔週午後1単位で4人前後、

月8人は診察できる。隔週でも始められては
いかがだろう。

訪問診療(往診)でも認知症医療を

当院は、開業以来、在宅医療も大きな柱として、地域医療に従事してきた。当初、脳血管障害や高齢などによるADL低下の方が主だった。しかし、当法人開設の認知症GHや、協力法人GH等への往診(以下、訪問診療も含めて使用)も増えてきた。そして、在宅での往診患者さんにも、認知症関連患者さんが増え、歩けるが認知症の為に通院困難で往診に伺う例なども出てきている。認知症急増時代、独居患者、BPSD併発、認認夫婦など、往診でも認知症医療がますます必要である。

(1) 当院での認知症往診の経験

①最近3年間の往診患者分析

認知症絡みの往診件数は93例。平均83歳、往診先は在宅52例(56%)、認知症GH35例(38%)、高齢者施設6例(6%)である。

往診理由は、在宅については、ADL低下39例(75%)、認知合併で通院困難および通院拒否各々6例(12%)であった。

さらに通院困難例と拒否例について検討した。病名は、困難例でアルツハイマー50%、脳血管・神経病など50%、拒否例では全例がアルツハイマー(若年性が1例)であった。

現在の診療形態は、困難例の6割が往診継続中で、4割が入院・入所である。一方拒否例では、5割が外来診療へ移行しており、後は往診中・入所などである。

認知症往診の役割は、(1)認知症GHへの医療提供、(2)在宅でも認知症への適切な対処と医療、(3)特に通院困難と拒否例のよう

に歩けるのに認知症関連で外来受診できない場合への診療——である。

特に重要だと感じるのは上記(3)への往診関与で、拒否例の半分が、外来通院への切り替え、認知症デイなどへの通所と、医療とケアの並行展開に繋がる唯一の入口となっている。

②受診拒否事例の往診——町医者の出番

拒否患者のご家族は、困り果てての往診依頼だ。患家へ赴き、診断と病状判断を行い、投薬と、訪問介護・訪問看護の組み立てと、積極的な介入により、病状を落ち着かせる。まず家族が相談されるのが、市町村の窓口や包括支援センターであろう。そこで、担当者が訪問して、病状や家族状況を把握して、もの忘れ外来などへ誘導しようとするが、困難である場合に、往診依頼となる。

初往診の時は、相手が診療拒否なので、当然緊張する。担当の包括(またはケアマネ等)と示し合わせ、家族とも相談し、往診にうかがう。本人にとっては予告なしの場合もあり、まずは嫌がられる。健康診断とか、家族の依頼とか、あれこれと説明すると、白衣の効果もあり、警戒心を解いてくれる場合も少なくない。それでも拒否されたら、家族の健診にと説明する場合もある。実際、家族も大変疲れて、健診が必要なほどである。血圧測定、採血まで行けば、次回の往診につながる。

そして、本人の困っていることを聞き出せば、治療につながる可能性が出てくる。不安、混乱で御自分も困っている場合が少なくない。「気持ちの安定する薬」とか、「だいたいお疲れなので滋養強壮で気持ちの落ち着く漢方を」と説明して、処方する。向精神薬の液体頓服も出しておき、最終手段として、食事

や飲み物に混ぜるように指示する場合も、まれだがある。抑肝散は、数日から、遅くとも1W位には効いてくる。向精神薬、安定剤はすぐ効いてくるはずである。家族には、何かあったらすぐ連絡して欲しいと、携帯番号をお知らせし、連絡体制を明確にしておく。

往診2回目は、できれば1W後位にはした方が良い。間が空くと、記憶が薄れるし、また検査結果の説明と、追加検査など、健診の延長で繋がる面と、初往診の時に、処方した薬物治療の効果を見ることが必要である。そして、薬物治療の効果を待ちつつ、訪問看護・介護も利用し、周辺症状の安定を図る。中核症状の改善の治療（アリセプトは興奮系にも働くので、眠気も催しやすいメモリを夕方投与で開始）にも、つながれば、より病状の安定が期待される。

(2) 認知症 GH への往診

① 認知症 GH の意義とケア

認知症 GH は、介護保険制度の目玉としてスタートした。筆者は「真の自立生活支援の認知症ケア」を展開する場として大いに期待している。GH は、「施設」ではなく、「共同生活」の場であると思っている。

認知症 GH での 24 時間ケアの実践が、自立生活支援の真価を発揮できるのは、①家庭的雰囲気(小規模)での個別介護、②食事を中心にした日常生活の自立支援介護、③拘束ゼロ介護・3つの拘束(物理的・薬物的・言葉の拘束)を追放した開放的ケアの実践、によってである(本誌 2011 年 5 月号、「認知症の医療とケア一般内科医が地域で取り組んで」)。

患者の GH 入居後、環境変化による周辺症状が心配される。スタッフが、懸命になって

落ち着かせるケアを提供する。それと連携した、医療の役割も大きいと思われる。

② GH での認知症医療

その役割は、①入居初期の不穏状態への対処、②落ち着けば入居前使用の薬物の調整、③不穏・興奮など変化時の薬物療法、④基礎疾患(高血圧・糖尿病等)の管理と、肺炎・骨折など入院などを要する時の医学的判断など、⑤伝染性疾患、便秘などの対処である(第 24 回保団連医療研究集会(2009/10)にて発表)。

GH における医療は、ケアとの十分な連携が特に必要である。筆者は、GH スタッフとは、24 時間連絡を取り合いながら認知症医療を実施している。定期診察、薬物治療、食事療法など、ケアの報告を受けながら診療している。ここ数年来ターミナルケアも取り組んできているが、連携がより重要なのは言うまでもない。GH においては、入居者とスタッフは、大家族の一員として共同生活をしている。往診担当医も、その一員位の意識で、取り組んでいきたいと思う。そうすれば、24 時間対応は苦勞だが、苦痛ではなく、やりがいに繋がるのではないかと考えている。

おわりに

認知症医療の今後の課題として、①外来の生活習慣病患者等から、認知症を早期発見するためにスクリーニング・アンケート方法の検討 ②医院・クリニック周囲のネットワークの形成、認知症医療の大きなパートナー・認知症デイの取り組みも必要 ③地域でのネットワーク構築の課題、認知症医療研究会、行政単位・市町村単位のネットワーク等があることを記して、筆をおきたい。