

# 認知症の医療とケア

## 一般内科医が地域で取り組んで



●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

千葉大学医学部卒業、千葉大学内科研修・船橋二和病院・東葛病院・三郷協立病院勤務。2000年クリニックふれあい早稲田開業、三郷市介護認定審査会長など担当。2007年より埼玉県保険医協会副理事長、現在に至る

- 認知症高齢者が急増している 21 世紀初頭は、地域医療の中心的担い手である開業保険医が、より深く認知症医療に関わらざるをえない時代である。その際、認知症高齢者の生活に寄り添った「その人らしい生活と人生」を支えていく医療・介護が求められる。
- 認知症の方が、より長く自宅で生活し続けられるように、地域の中での認知症医療とケア（グループホーム・認知症デイサービスなど）の実践を紹介し、現状と課題をまとめた。

### 痴呆症入院医療での“悪循環サイクル”に苦悩 3つの拘束が横行（20世紀末）

一般内科医の筆者が、認知症医療に関わってから 20 年以上になる。

前半の 10 年間（20 世紀末）は、老人病院（精神科と併設）入院担当で、精神科医と協力して痴呆症（現在の認知症）医療を担当した。その当時、痴呆症の早期発見は難しく、多くは「年のせい」と片付けられていた。医療にかかるのは、進行してさまざまな「問題行動」が出現してからであった。ドネペジルが出る前なので、「問題行動」（今の BPSD・周辺症状）への向精神薬投与が治療の中心であり、その薬物使用に慣れてきた精神科医が担当してい

た。そして、在宅生活が困難になると、入院や入所となったが、多くは、完全閉鎖の精神科病棟か老人病院などであった。

筆者が勤めていた老人病棟は、閉鎖病棟ではなかったが、さまざまな拘束が当たり前の実態であった。病棟の出入口の施錠のみならず、時には部屋にも鍵がかけられ、「安全带」などの直接の身体拘束も日常化していた（“物理的”拘束）。そして、問題行動の「治療」は、向精神薬・睡眠薬の投与であり、痴呆の方の行動や感情を病院管理に従わせるための薬物治療が行われた（“薬物的”拘束）。そして、看護・介護スタッフからは、患者に対し、声高の「指示・命令」が飛び交っていた（“言葉”での拘束）。

このように、看護・介護活動も、病棟管理・集団管理を中心としたもので、「その人に寄り添う」ものとは反対の病院管理とならざるをえなかった。結局、痴呆症高齢者の治療と称して、3つの拘束（物理的、薬物的、指示・命令言葉）が、必要悪としながらも横行するのが、20世紀末の痴呆症入院医療であった。

この結果、薬の副作用や物理的拘束によりADLが低下し、生活力が後退していった。そしてしばしば痴呆症も身体状態も悪化していき、さらに拘束が強化されていく。その結果「その人らしい生活と人生」の「減退」そして究極的には「喪失」という悲しい終末期に至る“悪循環サイクル”に陥ることも少なくなかった<sup>1)</sup>。

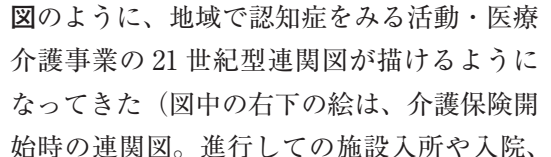
果してこのままでいいのだろうかという疑問を抱えながらの病院時代だった。

### 一般内科医が認知症医療・ケアを地域で展開 3つの拘束追放と自立生活支援

この20世紀末の老人病院時代は、介護保険準備期で、筆者は、北欧の福祉・介護の報道や、各地での託老所やグループホーム（以下、GH）の試みなどを見聞してきた。その中から、認知症の方にとっては、生活の住環境や家族・介護者などとの人間環境が、最も重要だと確信してきた。つまり拘束が横行する入院環境は、最も劣悪環境であり、反対に、拘束のない開放的なGHこそが、理想に近いと思ってきた。そこで、介護保険の「目玉」といわれたGHの展開も視野にいれ、病院を辞め一般内科医院を開業したのが、介護保険スタートの年であった。

その翌年には、「医療法人アカシア会」を

発足させ、法人化して初めて可能な介護保険のサービス事業所準備に着手し出した。2003年には、痴呆性高齢者グループホームを開設し、同年クリニックで「物忘れ外来」を開始。2006年には認知症対応型デイサービス（以下、認知症デイ）、2008年には小規模多機能居宅介護にも取り組み、一般内科医院として認知症医療・ケアを複合的に展開してきた。これらは、高齢化が進む地域の必要性和、介護保険時代の制度体系の発展のなかでの必然的な展開であった。つまり地域での認知症医療の充実のためには、それぞれが必要性和必然性をもっていたと考えている。

これらの事業所が、軌道に乗ってきた現在、のように、地域で認知症をみる活動・医療介護事業の21世紀型連関図が描けるようになってきた（図中の右下の絵は、介護保険開始時の連関図。進行しての施設入所や入院、その対置としてのGHかの選択だけだった）。つまり、介護保険が開始されて以降、拘束追放をめざす地域密着型の施設体系が拡大・充実し、また自立生活をめざす認知症ケアが発展してきた。その中で、認知症高齢者の方たちを、地域で支える医療・介護の複合的展開が、一定の努力をすれば、一般内科医でも可能になってきている。

急激に認知症高齢者が増えていく21世紀初頭、地域で認知症の方たちを支える課題は、大変重要になっている。正に、われわれ地域医療の担い手たる開業保険医の出番と思う。

### 地域における認知症医療・ケアの在り方 複合的展開が求められる21世紀

一般内科医の筆者は、認知症医療・ケアを

## 地域で認知症の人をみる(21世紀型) 認知症医療・介護の戦略的・複合的展開 (大場・2008)

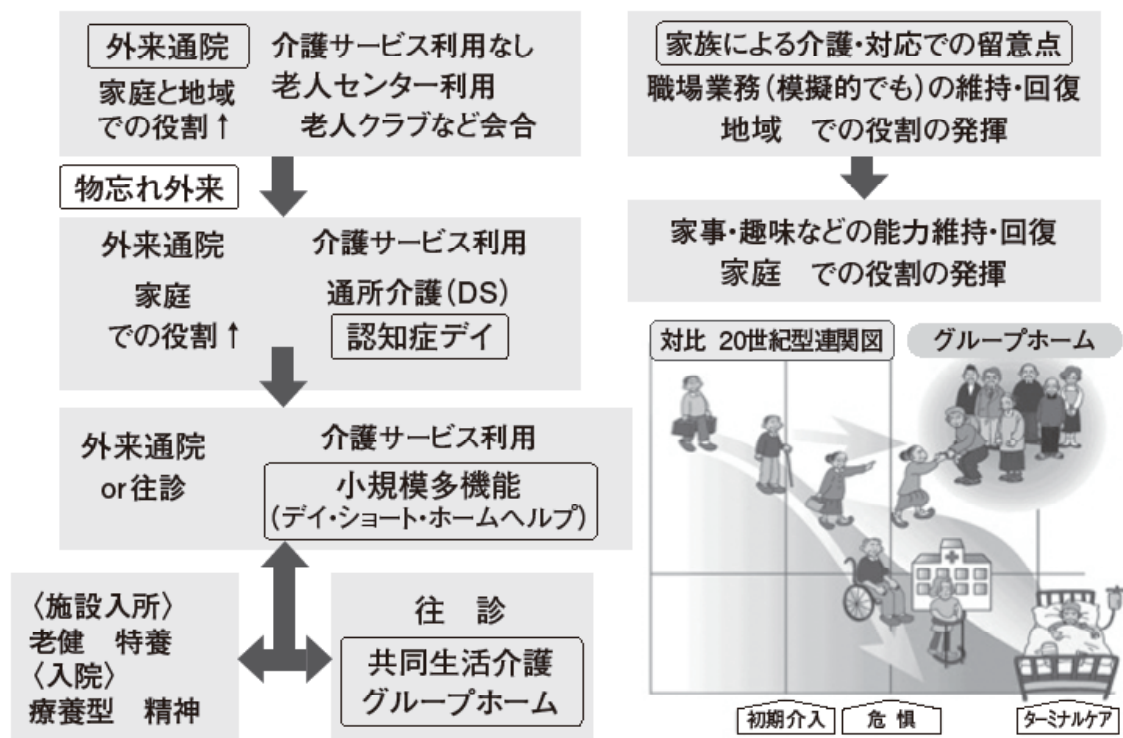


図 21世紀型認知症医療・ケアの連関図

複合的に展開してきたが、その在り方を次のように考えてきた。

「①医療とケアの密接な連携によって、認知症患者さんの“その人らしい生活と人生を支える”総合的支援が重要であること。

②それを支えるために、医師・医療の役割は、診断と適切な薬物治療であり、生活環境の整備や非薬物治療も組み合わせた戦略的展開のコーディネーター役も求められていること。

③そして、認知症ケアの中心は、自分でできることを精一杯引き出し、認知症の方の生

活力を支えることである。そして、できる限り元の生活力を取り戻し、さらには再発展させる支援（食生活の自立を中心にした支援）である。」<sup>1)</sup>

この総合的展開のなかで、医療・医師が実際に果たす役割だが、特に「治療・介護」については、少しの部分でしかないと思われる。ある認知症専門医は、医師の役割（薬物治療）は、1割にも満たないと述べている。

筆者の経験でも、(1) 医療・医師の関わりとケアとの分担について、診断の面では、当然大きいですが、治療の面では1～2割位ではな

いかと思っている。また、(2) 在宅患者さんの認知症ケア（認知症デイなど）では、治療の上で果たす役割は3～4割位かと思われる。(3) 残りの4～5割位は、自宅での家族の適切な対応と介護である。(4) 入居となるGHでは、自宅生活は終了するので、GHスタッフによる認知症ケアが9割を占める。(5) デイ・訪問と短期入所の小規模多機能介護では、その中間程度ではないかと考えている。

### 真の自立生活支援・GHでの認知症ケア

筆者の経験から、認知症ケアを語る時、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していると感じている。それは在宅サービスの通所介護（デイサービス：DS）や小規模での認知症ケアにも生かせると考えている（施設は当たり前、自立支援はお題目のGHやデイが少なくない）。

この中で貫いてきた認知症ケアの基本理念は、たとえ認知症をもって「その人らしい生活と人生」を続けられるための支援を根本にして、①家庭的雰囲気（小規模）で、顔なじみの職員とともに生活する中での、個人にあわせた個別介護②食生活を中心にした日常生活の自立支援を通して、残された生活能力などを引き出し、回復をめざす介護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である。

GHでの医師の役割としては、定期的な訪問診療の外に、認知症の症状変化時の臨時往診や、投薬調整である。当法人運営のGHでは、投薬調整の主な内容は、入居後、アルツハイマーの病状が安定してきたからの、抗精神病薬・睡眠薬の減量・中止であった。抗精神病

薬は、使用者の67%が中止となり、睡眠薬も、使用者の67%が中止、そして33%が減量となっている。自立生活支援・個別介護に徹する介護、環境整備の努力の中で、安定した生活リズムを確立し、周辺症状を緩和できれば、抗精神病薬などが不要になる。ここに、GHスタッフの認知症ケア・介護の力の真価が示されていると思った<sup>2)</sup>。

認知症の悪化の中で、最も多いのが、入居直後の周辺症状の出現・悪化である。〈自宅生活の終了→GH入居〉という生活環境の大変化によるもので、7割の方に出現している。しかし、この周辺症状の治療のために、新しく抗精神病薬を使用しなければならない例は皆無であった。

このように当法人のGHにおいては、抗精神病薬になるべく頼らない認知症ケアが行われていた。そこから教えられたことは、①抗精神病薬の使用が、真の自立生活支援を阻害しかねない面もあること、②拘束しない個別性に合わせたケアの力でこそ周辺症状が緩和できること、③中核症状の進行を緩め、一部改善する効果もある。認知症改善薬と同等かそれ以上かとの印象も持っている<sup>3)</sup>。

### 一般内科医院でのもの忘れ外来 認知症の医療・介護戦略の統合本部

当クリニックでの「もの忘れ外来」は、2003年5月開始して8年近く経つ。週に一回（隔週の時期も）なので、件数は専門医の外来と比して多くないが、一般内科医院での取り組みとして、今後のより広い開業保険医での認知症医療展開の参考にしていただければと思っている。



「もの忘れ外来の目的と役割」は次の6つである。第1に「もの忘れ」の原因の診断、第2に病状に応じた薬物療法、第3に脳賦活のための日常生活の指導・生活調整、そして第4にBPSD（周辺症状）がある場合には評価と薬物治療。家族に対応の仕方の指導、さらに第5に家庭の介護力に応じての介護サービス利用

の紹介・助言（介護保険申請等）、第6に成年後見利用の診察である。

つまり、当クリニックの「もの忘れ外来」は、認知症かどうか、専門的検査が必要かどうかの診断での振り分け機能とともに、認知症と診断された場合の、その人らしい人生を見守った認知症治療の展開、さらに一人ひとりの今までの生活を踏まえた今後の自立生活再確立などを支援する役割も持っている。患者および家族・医療・ケアスタッフと協力して、「その人にふさわしい」治療・ケア方針を探し出し、実践していく医療・介護戦略の統合本部であり、要（かなめ）であると考えている。

外来受診者は、診断のために、問診と長谷川テスト、血液検査を行い、画像診断を近くの病院に依頼している。最近、MRI-VSRADが導入され、大いに利用しているが、認知症診断の手がかりが増え、アルツハイマー診断



写真 認知症デイにて利用者と一緒に食事する筆者（左から2人目）

が除外診断ではなく、画像診断からも一定可能になっており、有用であると感じている。

初診後の診療は、そのまま「物忘れ外来通院」が13%、当院の他の外来+認知症デイ通所が17%など当クリニックにつながっているのは、50%である。家族にお願いしているのが「介護ノート」の記録であり、これは、協同して治療・支援している実践記録として、貴重なものになっている<sup>4)</sup>。

### 認知症医療の大きなパートナー 認知症専用デイサービス

外来での認知症医療には、認知症ケアや家族ケアとの密接な連携が不可欠である。特に認知症専用デイサービス（認知症デイ）の役割がとても大きいと考えている。

一般に通所サービスとして、通所リハビリ（デイケア）と通所介護（デイサービス）が、

広く行われている。多くの事業所があるデイサービスは、4割が営利法人経営で、多くの定員を少数スタッフで管理している。従って、どうしても集団的・画一的介護になりがちで、家族の介護負担軽減を主目的とする「預かり型」デイである。しかし、これでは認知症ケアとしては不十分であり、病状によっては不適切の場合もある。つまり、個別ケアが実施できないと、すぐ「帰宅願望」が出たり、利用中断になりがちである。在宅患者への認知症ケアとしては、小規模で、スタッフも相対的には手厚く、個別支援ができる認知症デイの役割が大きいと思う。

当法人の認知症デイは、クリニックの2階にあるが、エレベーターなし“バリアあり”だ。階段登りを最初の活動として、支援の最大の柱にしているのが、認知症の方たちの食生活での自立支援である。利用者を中心に、献立を考え、買い物に行き、分担して、調理し、スタッフも一緒に皆で食事をし、筆者も御馳走になっている。その中で、認知症の方たちには、それぞれできうる役割を果たすように支援し、身体と脳を働かすように援助するのである（「献立・買い物・調理・食事・後かたづけ」は、認知機能の総合的発揮が求められ）。

認知症になり、家事をしばしば失敗するようになると、自宅では、それまで中心だった家事・料理などから外されてしまうことが出てくる。即ち、家庭生活での役割や信頼が失われていくのである。主治医の筆者が、基本的に毎日昼食を御馳走になることを通じて、食事を準備し、提供する役割が高まってくる（医師が通う食堂の賄いさんと思っている方もいる）。一緒に昼食は、主治医にとって当

事者の生活状況や病状がよくわかり、適宜薬物調整なども行いつつ、医療・ケアの密接な連携を続けている（写真）。

また午後は、デイ内でさまざまな文化、趣味活動（30人以上のボランティアの協力など）や、外出希望の方たちの散歩、地域や小中学校との交流を積極的に行っている。月2回、定期清掃で訪問している小学校からは表彰状を頂いたり、中学校の体育祭へも参加して、夢中で応援している。そして最近、3人の利用者の「自分史」に、9人のボランティアと職員・家族で協力して取り組んでいる。

このように認知症デイの役割は、認知症高齢者が、家庭生活に困難が出てきた中で、家族の介護を支援する預かり機能だけではない。集団生活と認知症ケアでの自立生活支援機能が発揮されれば、周辺症状を和らげ、中核症状の進行を緩和させられると思われる。そして、本人の意欲を引き出す（元気をもたらす）、認知機能を一定回復させる力をもっていると考えている<sup>5)</sup>。

## 注

- 1) 大場敏明、21世紀の医学の課題「試見・今求められる地域医療、そのひとらしい生活を中心とした医療・わきまえのある医療、保団連第22回医療研究集会発表、2007.10
- 2) 大場文江、「認知症グループホームのまとめ、認知症医療」、保団連第24回医療研究集会発表、2009.10
- 3) 吉村節子、「認知症グループホームのまとめ、認知症ケア」、保団連第24回医療研究集会発表、2009.10
- 4) 大場敏明、「内科クリニックにおける、もの忘れ外来の取り組み」、保団連第23回医療研究集会発表、2008.10
- 5) 俣野厚美、「元気でいるデイサービスをめざして」、保団連22回医療研究集会発表、2007.10