

# 地域ケア促進専門委員会

## 目 次

### 地域ケア促進専門委員会調査研究報告書

平成 21 年度のテーマ『認知症治療とケアの総合化』（2 年目）

2 年連続のテーマとした根拠と課題

知識不足による虐待を予防

知識不足で悪化させている家族の善導と患者の尊厳を守る

家族環境改善の問答（認知症診療・主治医機能）

認知症の診断を適確に行い，家族教育を行うことで介護負担を軽減

知識不足のケアマネジャー，介護スタッフの大罪

医師だけではできない認知症治療・患者支援・ケア

地域レベルでの認知症早期診断：歯科医師・民生委員・保健推進員

認知症治療，コントロール薬剤の多様化

認知症治療は家族の医学知識を向上させる

家族との共同診療ともいえる BPSD コントロール

診断・治療におけるチーム医療

# 地域ケア促進専門委員会

(平成 21 年度)

## 地域ケア促進専門委員会調査研究報告書

広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会

委員長 片山 壽

### 平成 21 年度のテーマ

#### 『認知症治療とケアの総合化』（2 年目）

##### 2 年連続のテーマとした根拠と課題

このテーマは世界共通のものであり、世界一の高齢国家である日本においては、認知症は自分および家族にとって、Common disease となっていることの認識をもち、医療者は高齢者医療の視点から診断・治療技術を習得することが必要であり、統合した「地域ケア」が遭遇したことの最大の課題である。

患者数は 2015 年には 250 万人と言われていたが、この数値は 2003 年に筆者も委員として加わった厚生労働省高齢者介護研究会（医師は筆者と本間 昭先生のみ）で、患者数の把握が必要であるので要介護認定のデータからスーパーコンピューター解析を行ってはじき出した数値である。

認知症老人自立度Ⅱ以上の拾い上げを行ったので、現在の患者数や見過ごされた潜在患者数は表現されていないのは、筆者が認知症患者の診断診療を系統的に行いながら介護保険の制度施行 2000 年以降、ある程度進行した認知症患者で介護保険の申請をしている新患はほとんどいないからである。

これは、高齢者医療の問題として捉えることが、国民だけでなく医療者にも遅れていたからである。塩酸ドネペジルが薬価収載されてから 11 年が経過して、適切な治療となったものも多いが、唯一の治療薬という認識から不適切な長期大量投与の弊害も多く指摘されている。

一方、研究や治療論の開発も進展し、認知症の中核症状とされる記銘力低下、判断力低下、実行機能障害などの認知機能障害は臨床像の一部でしかなく、妄想、幻覚、無気力、焦燥、行動異常などの多彩な周辺症状（BPSD: behavioral and psychological

symptoms of dementia）が、家族の大きな精神的負担となり、実際の介護負担となっている現実が明らかになった。

ここで高齢者に多発する難治性の未知の疾病群であり、周囲の理解や主治医の治療と助言によりご本人の尊厳を失うことを最小限にとどめながら、家族と共に在宅生活を「余生として」過ごせることを実現させる範囲、までの治療とケアの総合化が必要となってくる。

90 年代はケア重視で治療論にはスポットが当たっていなかったことで、グループホーム万能論がまかり通ったが、その後の検証はなされたのであろうか。

##### 知識不足による虐待を予防

20 世紀は認知症患者の受難時代で、「呆け老人」という決め付け用語が常用されていたが、「家では無理なので施設処遇」と烙印を押されてしまった被害者は多い。「折り梅」という映画を製作した松井女史が当院に話に来られたとき、当院で行っている痴呆（当時）の方の治療と生活支援の実態を聞かれたが、「家族が刺している棘を、一本ずつ、丁寧に抜いていくのが私の医師としての仕事の大きな部分のような気がしながらやっています」と答えた。これは知識のない家族にとっては、長年生活をともにしてきた連れ合いや親に発症した本人の変化であり、高齢者によくある「進行性の疾病」と捉えられないことで、厳しい言葉で諫めたり、時には手荒い行動が伴うこともある。これが高齢者虐待の基本型であり、高齢者世帯の増加により、認知症の夫婦による「認認介護」の結果、殺人事件となってしまった富山県の不幸な事例もある。

発病時は特定しにくい、少なくとも治療を開始した時点から認知症の病態や対応について家族の正しい理解を基盤とした、家族機能に大きく治療環境

が左右されるので、大切な家族の一員が個人の尊厳を失わないように、家族全体の認知症への深い理解と治療への参加が、認知症患者のサポートとして必須である。

知識不足で悪化させている家族の善導と患者の尊厳を守る

認知症治療を数多く行っていると、家族の問題に多く遭遇するものである。徐々に進行してくる認知症は多くは発症日を特定できない疾病である。日常生活の中で短期記憶障害の進行により、物事に支障をきたすようになったときには、ご本人が最も不安になり、感受性が高まっているので、ここで家族からつらい仕打ちを受けると大きく傷つき、悪化してしまうのである。ストレスから胃潰瘍や逆流性食道炎の患者さんに遭遇することも多い。

中にはネグレクト（介護放棄）や虐待につながる事案も発生することがあるので、見た目には分からないゆえに弱い立場に置かれてしまわないように適切な介入が必要である。

ここでは家族、あるいは周囲の人間の知識不足が原因で、患者本人の尊厳が損なわれることが多いことが問題である。

#### 家族環境改善の問答（認知症診療・主治医機能）

当院に受診されている高齢女性患者が、連れ合いのご主人より厳しい扱いを受けていると家族から情報提供があり、どのような内容か、「片山医院・言うてはならない語録」から聞いてきた。1. さっき、言っただろう。2. 何回、同じ話をするのだ。3. いつから、そんなにつまらない人間になったのか、を尋ねたところ「うちのお爺さん、それ全部言っています」とのことであったので、この高齢夫婦世帯の高齢女性患者の日常の救われない気の毒な生活環境が確認できた。

息子さんに「今度、お爺さんに来てもらってくださいね」と伝えたところ、次の日おいでになった。診察室に入ってくるなり、「先生、どういう病気ですか、もう全然だめで世話が大変なんだ」と言われたので、「短期記憶が傷害されるので、さっきのことが記憶に残らない、日本でも200万人以上の患者さんがでている病気です、昔の記憶は残っていることが多いですが、進行すると家族のお顔もわからなくなります。」「治らないのですね、先生」と聞かれる

ので、「治療はできますよ。でも、ご本人が不安にならない環境が必要です。ところでご主人、奥さんとはご一緒になられて何年経っていますか?」「そうだなあ、60年以上になるでしょう、戦争に行っていたから大変だった、いろいろあいつ（夫人）には苦勞をかけたものです、親の世話もあつたし」という予想通りのものであった。

そこで、筆者は改善問答に入る。「いいご夫婦なのですね、いい子供さん達がおいでですし、でも、ご主人、奥さんが悪くならないようにできる、あるいは良くなるのに、最も必要なものは貴方の奥さんへの愛情です、60年を超える素晴らしいご夫妻の日々を思い出してください。貴方が怪我をされたときは親身に介護してくれたそうですね。この病気も怪我と一緒にです。怪我なら目に見えるので、やさしくされますよね。」

「貴方にだめになったと言われて、奥さんはどれだけ辛いことでしょうか、ですからご主人、この立場が逆であったらということまで考えて、できうる限りの愛情で奥さんの病気を支えてあげてください。私は主治医としてお薬を出しますが、ちゃんと飲んでもらわないと効き目がありません。でも、薬よりもご主人、貴方の愛情に勝るものはありません。」

少しの沈黙の後、ご主人が「先生の言われることがよくわかりました。」このときのお顔は強い口調で奥さんの話をした方の顔とは異なり、目に涙を浮かべられ「そうですね。可哀想なことをしました。知らなかったのでボケてしまつてつまらない人間になってしまったと勘違いしていました。病気のせいなら先生、治療してやってください。薬は全部、私が責任をもって飲ませます。」

後日、息子さんがおいでになり「先生、お爺さんが、コロッと変わりました、優しくなつて、お母さんも笑顔がでていましたからびっくりです。」

次回の受診日には、ご主人がエスコートされて80台後半のご夫妻がおいでになった。明らかに奥さんの様子は改善していたので「今日はご主人がご一緒でいいですね、調子はよさそうではないですか」と言ったところ、あまり発言されなかつたご本人が「主人が本当に優しくしてくれているのです、この間も、一緒にドライブに行つて楽しかったのですよ」と言われたので「そうですね、よかったですね、ご主人が優しいから」と一切の家族事情は知らないことにして、だまってご主人に頷いた。

その後の受診時にご主人がご一緒に、帰りには尾道で食事をして、美術館に寄る習慣ができたことで、投薬も効果があり、いいコントロールになっていることは素晴らしいが、不安の除去が最もいい形でできたことで、息子さんご夫妻との交流も改善され「家族介護学」の効果絶大であった。

認知症治療においては、投薬するばかりでなくご本人を取り巻く環境について、ご家族のお話を良く聞いて、その方の生活環境と日々の生活の様子、日課になっていること（草取りや新聞を読む、テレビを観る、家事の一部を担うなど）の情報提供を重視して治療指針をたてる必要がある。

認知症治療は、連続的な診察室の診療ではなく、投薬後の家族の観察からの情報提供に基づいて、治療内容をスライドさせるので、的確な情報提供をしてくれる家族（多くはお嫁さんや娘さん）との共同診療が大変に重要である。

認知症の診断を適確に行い、家族教育を行うことで介護負担を軽減

筆者が数年前の2007年1月認知症フォーラム（東京）で、『認知症は神が与えた医療者への試練である。また同時に、家族に与えられた試練であり、地域に与えられたものである』と、講演を締めくくったことがある。

2006年11月6日の厚生労働省・後期高齢者医療制度の在り方に関する特別部会でプレゼンテーションを行ったが、なんらかの介入が必要な認知症患者数が500万人前後の推計は、そのオーダー（総数）からみて1,500名養成した精神科専門医が対応できる規模を超えている。ここが今後の超高齢者医療の最大の関門であり、認知症の診断・治療において高齢者を多く診ている内科系開業医が主治医として担う必要がある。

いわゆる認知症はアルツハイマー型認知症ばかりではなく、最近、日本に特徴的に増加していると2008年の老年精神医学会で報告があったレヴィ小体型認知症を含め複数の疾病群の総称であり、治療経過において治療とケアの総合化が効果的である。その場合、まず、適切な診断と治療が行われることが重要であり、その後の長期継続ケアとして、ご本人の状態変化に対応して認知症をよく理解した家族や支援者、介護サービスとの多職種協働が行われねばならない。

### 認知症早期診断・治療の重要さと家族支援

- 尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアルにより診断
- 除外診断プロジェクトでMRI/CT画像チェック・血液検査・神経学的診察
- 問診表で家族から普段の生活の変化を聞くだけでは不十分
- 認知症の診断もATDからDLBにポイントが移っている → 早期にDLBを診断

■ 高齢化することによって増加する認知症性高齢者 → 家族機能の再構築  
高齢地域を担当する医療圏単位で早急な「地域のシステムづくり」が必要

①高齢化の進展で日常診療として、早期診断・治療機能を標準化する必要性  
(尾道市医師会の場合は主治医機能に追加 → 研修 → 実践 → 検証 → 追加)

②地域のあらゆるサービス提供資源、関係者が早期発見・早期受診に関与して一体的に、継続的に取り組む必要性(各段階の支援・見守りの体制整備)

③医療関係者・あらゆる職種・関係者の「認知症」に関する深い知識が必要  
(特に家族の深い理解と治療への参画・主治医とのチーム感覚が必須)

④認知症の発生率を勘案すれば、国民の必須の認識として個人の尊厳、権利擁護・自己決定、成年後見制度、虐待防止などの意味合いからも大変に重要

⑤治療開始と継続ケア → 状態の変化で治療内容をスライドさせる必要がある

Clinical professor of OKAYAMA university. H. Katayama 2009

さらに、医原性の要素を内包しつつ、高齢者に多発する類型のない疾病群であること、治療薬の適応において塩酸ドネペジルの適正投与量の記載が限定的で、多くの陽性症状患者を出している点や、レヴィ小体型認知症での少量投与の効果など勘案して、見直しの必要な現状となっている。

知識不足のケアマネジャー、介護スタッフの大罪

この知識不足の家族の問題から発生した意向を正すことなく、家族の間違った被害者意識を共有して、施設入所の手伝いをしてしまうケアマネジャーは重罪であるばかりか、その施設において「認知症患者」と決め付けて、人間として低く見るような態度をとるスタッフの功罪は計り知れないものであり、犯罪といっても過言ではない。

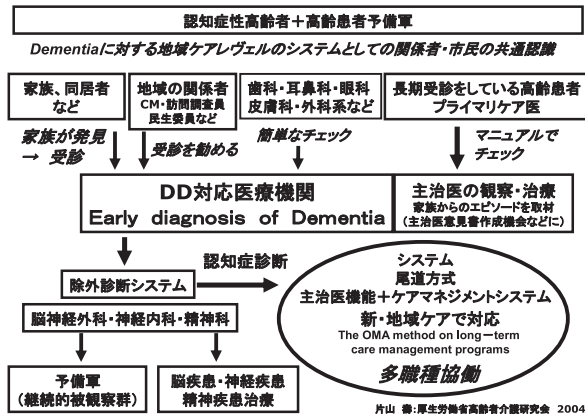
従来、医療には患者に対する医師の主観的態度、決め付けが厳禁されていることは、ハーバード大学の医師養成のエッセンスを紹介した「ハーバードの医師づくり」(田中まゆみ著・医学書院)に「Non-judgmentalな態度で患者に接すること」の項目がある。

医師だけではできない認知症治療・患者支援・ケア

尾道市医師会では2003年8月から開業医の認知症早期診断プロジェクト(DDプロジェクト)を立ち上げ、河野和彦先生の導入されたCDT(clock drawing test)を軸としたシートを開発し、医師以外にもできるので、医療機関での予診や独居高齢者を支援する民生委員が活用して効果をあげている。これは、DBCシートとともに尾道市医師会HPよりPDFでフリーダウンロードが可能なので、日本中の家族や関係者に利用され感謝されている。



地域における認知症高齢者の早期受診・早期診断のためのシステムの必要性



地域レベルでの認知症早期診断：歯科医師・民生委員・保健推進員

このマニュアルの策定経過において協議の上、確認したのは認知症早期診断において、医師が行うものでなく周辺職種が行えるものにして普遍化を目指すことを決めた。

各医院においては看護スタッフが中心となって、通院されている高齢患者に院長の指示で行ったりして、いわばビジュアルな予診データとしての役目を果たしているので、経験を積むごとに看護スタッフの認知症診断へのモチベーションがあがる効果を生んでいる。

同様に高齢者を多く診る歯科開業医も、日常診療の中に患者のコミュニケーションの異常の遭遇することは多いので、このマニュアル研修会を歯科医師会の要望で全歯科医療機関の参加で行った。

またケアマネジャーへの研修は、接触性がよく話し上手なアルツハイマー型認知症患者を見過ごさない根拠として、強力なアセスメントツールとなったはずである。さらに民生委員への研修は効果絶大であり、独居高齢者の生活の不安定さから認知症を疑い、自分でマニュアルを使って見事にその高齢者が認知症であることを早期診断した事例は素晴らしいものであった。

さらに地域保健の担い手で担当地域をもつ保健推進員の全体研修として尾道市公衆衛生推進協議会から認知症早期診断マニュアル研修の依頼があり、研修会を行ったが、実に400名を超す保健推進員が一同に会しての熱心な聴講には大きな手ごたえがあった。

今後は、調剤薬局の薬剤師が処方薬を渡すときなど、コンプライアンスに問題のある患者の服薬管理

能力を主治医に確認するなど連携が求められる。

認知症治療、コントロール薬剤の多様化

前述した「神の試練」であるが、医療者に臨床の奥深さを実感させる疾病が「レビー小体型認知症」かもしれない。認知症はすべてATD（アルツハイマー型認知症）と思ってドネペジルを増量していると、レビー小体型認知症を見落とした場合には深刻な事態を引き起こすことが少なくない。

以前は、抑肝散を処方すると「漢方なんて……」という家族（薬剤師）があったが、効果のほどに驚いて認識を改めた事例も数多くある。筆者は新患のBPSDのコントロールにあたっては、薬剤の見直しからはじめることが普通の手法となっている。中には重度の薬剤性パーキンソンズムが含まれていたり、うつ病と診断され大量の抗うつ剤の投与により過度の鎮静状態（過鎮静）となっていた人も少なくない。

認知症治療は家族の医学知識を向上させる

筆者は投薬薬剤の一つ一つにおいて細かく説明して、予測の範囲の状態像や変化の可能性、改善の目安などを、個別のターゲットになる症状を定めて説明する。アルツハイマー型認知症への塩酸ドネペジルの陽性症状の説明が主で、不眠になったらとかイライラした様子がでたらが中心であるが、特にレビー小体型認知症については、幻覚の様子、睡眠時の状態、小刻み歩行や転倒の注意など細かいので、DBC（dementia balance check）シートの説明をしながら、いまの状態を記入して渡すようにしている。

興奮系薬剤と抑制系の薬剤、ドーパミン作動薬、睡眠のための補助薬、意欲を高める薬など、多岐にわたるので、まず、ご本人が服用される薬剤が適正量であるかどうかを、家族のチェックも入れて確定させることが重要である。

家族との共同診療ともいえるBPSDコントロール

300名近い各種認知症患者さんの治療を現在、当院の外来診療で行っているが、投薬で改善されて、付きっきりで介護をしていたお嫁さんがパートの仕事に出れるようになったり、ご本人が自分で美容院に行って金銭管理ができて、夕食の支度までできるようになった事例などは、この疾病群の特徴と処方術における多様な薬剤の使い方、内科的総合管理、心療内科的な手法で、改善された事例は少なくない。

家族の事情や介護力を勘案して適切な時点でケアの総合化という介入が治療効果を継続させる意味でも必要である。

#### 診断・治療におけるチーム医療

また、尾道市医師会で必ず行っているのは、内科的診察、血液生化学検査、脳外科開業医のMRI、MRAの画像診断による除外診断のチーム医療である。特に脳外科開業医の機能は高く、NPHや慢性硬膜下血腫、脳腫瘍の発見もあり、不全麻痺を呈している脳梗塞に加えて未破裂動脈瘤が診断されることもある。画像は返書とともにCDに入れて家族と在宅主治医に即日届くので、多くの開業医に活用され感謝されている。

筆者が在宅主治医を努める人の弟さんが認知症の

疑いで県北から来られ、お宅に往診して言動や運動機能に異常があるので、すぐに脳外科開業医にMRI、MRAを依頼したところNPHであった。即日、尾道市立市民病院脳外科に入院、その後、太田記念病院でガンマナイフを行い、いまは、県北に戻られて、以前と変わらない健康な状態で生活されている人もあり、迅速な地域医療連携に感謝された。

今後、増え続ける認知症関連疾病に対して、地域医療は総力を挙げて、統合的地域ケアに向けて再編成を求められる。

#### 文 献

片山 壽：父の背中の中の地域医療，2009年11月，社会保険研究所

#### 広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会

委員長	片山 壽	尾道市医師会
委員	岩橋 慶美	安佐南区厚生部健康長寿課
	大貫 仁士	竹原地区医師会
	大本 崇	安佐医師会
	小笠原英敬	佐伯地区医師会
	落合 洋	山県郡医師会
	金城 利雄	広島大学大学院保健学研究科看護開発学
	小島 隆	広島県歯科医師会
	児玉 雅治	福山市医師会
	佐川 広	大竹市医師会
	高杉 敬久	広島県医師会
	竹内 啓祐	県立広島病院
	壺井 克敏	三原市医師会
	津山 順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	鳴戸 謙嗣	三次地区医師会
	楠部 滋	東広島地区医師会
	西垣内啓二	呉市医師会
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤原 恵	松永沼隈地区医師会
	若宮 実雄	広島県社会福祉協議会
	楨坪 毅	広島県医師会