



石川県立高松病院

〒929-1293 石川県かほく市内高松ヤ 36
TEL.076-281-1125 FAX.076-282-5356

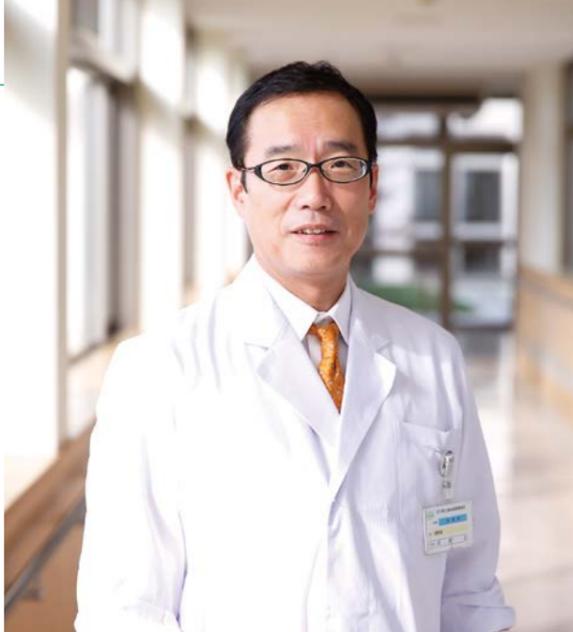
石川県健康福祉部地域医療推進室

〒920-8580 石川県金沢市鞍月1丁目1番地
TEL.076-225-1468 FAX.076-225-1434



認知症への 取り組み

石川県立高松病院
石川県健康福祉部地域医療推進室



Interview

北村 立 (きたむら・たつる)

石川県立高松病院 院長 精神科医

自治医科大学卒業。
地域医療に従事後、1992年より高松病院に勤務。
認知症になっても地域で暮らせる医療を介護と連携して実践している。

認知症への早期対応と生活支援。 “高松方式”が注目される理由。

高齢化の進展に伴い認知症が増えています。厚生労働省の試算では、団塊の世代が75才以上を迎える2025年(平成37年)には、認知症患者が約700万人になると予想されています。認知症を含む老年期の精神障害に早くから取り組んできた石川県立高松病院では、住みなれた地域環境のなかで患者といかに共存するかに重点を置いた医療を展開しています。“高松方式”ともいえる試みとはどのようなものなのか。北村立院長に聞きました。

新オレンジプランに先駆けて

石川県立高松病院は、精神科救急をはじめとする急性期医療と、認知症を含む老年期の精神障害医療を大きな柱にしています。

精神科救急については、平成9年に精神科救急システムができて、24時間365日体制で患者さんを受け入れてきました。ただ近年の精神科救急医療は、ずいぶん様変わり

しています。かつては統合失調症や躁うつ病など激しい幻覚や妄想が伴う疾患、精神の興奮状態で入院する患者さんが多くいましたが、今は年々少なくなっています。疾患自体が全体的に軽症化してきており、背景には医学の進歩や

文化的、精神的に豊かになり、価値観が多様化してきたことが少なからず関係していると私は考えています。

精神科医療への偏見は薄れ、入院期間が長期になるケースは少なくなってきましたが、一方で夜眠れないとか、発達障害や社会に適應できないまま成人した人、新型うつといった新たな精神障害も増えています。現代は疾患の領域が広がって、治療に手間がかかる傾向にあり、精神科医療に対する需要は減ってはいないのです。

そうしたなか、精神科医療の診療報酬体系や病院の組織の在り方は、必ずしも現状に追いついていません。精神科病院の診療報酬は一般病院より低く、入院を増やすなどの方法をとらないと経営的に厳しいのが現実です。しかし当院



では、むしろ入院患者を減らしつつ、少ないマンパワーを生かすためにどうしたらよいかをスタッフが一体となって検討してきました。その結果として生まれたのが、訪問看護による攻めの医療です。

当院では、認知症や成人の精神障害者については、早くから訪問看護を通じて生活支援をしてきました。特に認知症の訪問看護は、県内外で模範となるものです。

認知症について、先ごろ厚生労働省から「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」が発表されています。この戦略では、認知症の人を単に支えられる側とするのではなく、その意思を尊重し、できる限り住み慣れた地域の良い環境のなかで自分らしく暮らし続けることをめざしていますが、実は私たちはそれより10年以上も前から、認知症に対する取り組みを実践してきました。

認知症といかに共存していくか

認知症に取り組み始めたのは今から20数年前のことです。しかし当時は精神科病院の印象が強く、患者さんはあまり来ませんでした。県立病院としていつ患者さんが来ても対応できるようにベッドは常に空床を確保しましたが、患者さんへの生活支援は経営的に自前の職員を増やす余裕もなく、外部の訪問看護師や保健師に頼る体制でした。

本格的に取り組むようになったのは、介護保険が始まった平成12年頃からです。地域のケアマネジャーが、介護支援を進めていくなかで認知症や認知症予備群にどう対応すればよいか困り、その結果、当院を受診する人が徐々に増えるようになっていきます。

大きな力になったのは訪問看護です。認知症は高血圧や糖尿病と同じ慢性疾患ですが、決定的に違うのは家族を含めた周囲をしばしば混乱に巻き込むことです。認知症に伴う心理、行動症状はBPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)と総称されますが、多くの場合これが認知症の対応を難しくする要因になっています。BPSDは脳の障害だけではなく、身体的な要素や心理面、性格など様々な要素が絡み合って現われます。それゆえ治療は薬物だけではなく、患者さんに寄り添い、家族の気持ちになって介護方法を考えたり、介護サービスを提供することが必要になります。

そのためには、患者さんや家族の正確な情報を医療現場に伝える媒介役が必要でした。その役割を担ったのが訪問看護師です。私たちは認知症を治療するに際し、当初はBPSDに対する救急、急性期医療として取り組んできました。しかし診察室の中で得られる情報には限りがあります。

知りたい情報を得るには、精神科医療に精通し、地域のことや患者さんのこと、家族の思いなどを聞き分けて何が大切かを正確に把握する人材が必要です。

その重要な役割を訪問看護師が果たし、一方で地域のかかりつけ医、介護関係者、行政関係者との連携を深めることで、当院では結果的に入院治療から外来治療に重点を移し、認知症の人が少しでも長く地域で生活するための支援方法を模索するようになりました。

これが今日の認知症への早期対応と生活支援の下地となり、“高松方式”とも呼ばれる全国でも先駆けとなる認知症対策のモデルとなったのです。



訪問看護とケア会議が重要

ちなみに当院では、7年前から訪問看護師を石川県職員の再任用制度に基づいて再任用しています。(再任用制度は、定年退職公務員の定年を延長しない代わりに、希望した職員を再雇用するシステムです。)再任用した訪問看護師は地元で長く住み、精神科医療看護に長年従事してきた豊富な経験があり、かかりつけ医や介護関連の多職種と顔の見える関係を築いていることも、患者さんや家族の大きな信頼につながっています。

認知症とは、いってみれば対人関係を含めた「生活機能障害」だと私は考えています。生活機能を改善するには、患者さんと家族の生活にまず主眼を置くこと。それには訪問看護と地域を巻き込んだケア会議が、とりわけ重要になっていくと考えています。

患者さんに寄り添える存在としての訪問看護と、地域の住みなれた環境の中で自分らしく暮らせるようにするための自然な形の連携。それが、認知症対策の大きな力になると信じています。

石川県立高松病院の認知症リハビリテーションの紹介

認知症のリハビリテーションって？

リハビリテーションと聞くと、どのようなことをイメージするでしょうか？スポーツ選手が筋トレをしている場面や脳卒中の方が平行棒で歩く練習をする姿を思い浮かべる方が多いかと思います。リハビリテーションとは、英語で表記するとRehabilitationとなり、日本では全人的復権や社会復帰という意味となります。

認知症の方では、徐々に進行してくる物忘れなどの脳の機能の低下や、老化に伴う体の機能の衰えのため、これまでできていた入浴や着替えといった身の回りのこと、料理や買い物といった家事、若年性の方では仕事、旅行や畑仕事といった余暇活動、町内会や老人会といった地域活動などが難しくなることがあります(図1)。リハビリテーションでは、機能が低下していく状況であっても、本人が大切に

に思っている、ずっと続けたいと思う生活行為を可能にして、「自分はまだまだやれるんだ!」という自己有効感を持てるようになることを目標としています。その結果として、本人の心のゆとりに繋がり、イライラや悲観的な感情が緩和し、家族も負担感が減るといった好循環に乗せることができます。



図1: 人の生活は24時間365日連続する生活行為からなります

入院した時からリハビリテーションは始まる

当院のリハビリテーションは入院した日から始まります。精神科病院に入院するケースは、暴言・暴力や睡眠障害、うつ症状などのBPSDにより家族や介護施設の負担感が大きいことが多く、本人だけでなく家族や施設介護者への関わりも非常に重要です。図2は当院の急性期病棟に入院された方に対するリハビリテーションの一般的な流れです。

患者さんが入院した場合、急激な環境の変化により、混乱状態となってしまうこともあります。そのため、入院時に家族から本人の趣味や役割、歩行や排泄といった生活行為の能力を確認しておくことで、コミュニケーションのきっかけとなり、安心感を与えることができると考えています。一般的に、入院環境におかれると何もすることがなくなり、足腰が



図2: 高松病院のリハビリテーションの一般的な流れ

弱ったり、物忘れが進行すると言われていきます。そのため、本人の興味・関心を生かしたプログラムを選び、毎日繰り返し行うことで体と脳の機能の維持を図っています。認知症の方の場合、興味がないことや複雑なことは全くしようとしないため、「昔とった杵柄」を生かした作業を選び、失敗のないように工夫することが大切です(図3・4)。



図3・4: 昔取った杵柄を生かした作業(左:針仕事、右:畑仕事)

退院後の生活を見据えた関わり

入院時の怒りっぽさや夜間の睡眠障害、うつ症状が改善したら、退院後の生活を組み立てるための準備がはじまります。自宅に戻っても生きがいや役割のある生活を続けるためには、家族の理解やケアマネジャーの方との連携が重要です。本人がどのような生活を送りたいのか、家族はどの程度協力できるのかを把握し、家族の負担感が增大しないようにデイサービスやヘルパーを利用することも有効です。退院後に単身生活や主婦業をする方については、入院中に調理や洗濯などを実際にやってみて、どれだけ一人で可能かを確認し、難しい部分をヘルパーに手伝ってもらったり、声をかけてもらうように調整します。

デイサービスの利用にあたっては、本人にとってどのような意味づけるかによって利用につながるかが決まります。自身の健康に興味があったり、スポーツや散歩が好きなお方に対しては、『足腰のリハビリ』に行くと説明することもありますし、仕事が生きがい、働くことが好きな方に対しては、『仕事』に行くと説明することもあります。どちらにしても、入院中にリ

ハビリとして行っていた「昔とった杵柄」を生かした作業をデイサービスでも続けていただくことがポイントとなります。

このように、具体的な支援方法を退院後の支援者に伝えるための手段として、退院前訪問やケア会議、サマリー等の書面での情報提供を行っています。退院前訪問では、作業療法士や看護師が本人・家族・ケアマネジャーと一緒に自宅に同行して、実際の現場で本人がどれだけ身の回りのことをできるかを確認します。また、自分でトイレやお風呂ができるように、歩行車やシャワーチェアなどの福祉用具を導入したり、手すり設置などの簡単な住宅改修を行うこともあります(図5)。ケア会議では、本人・家族に加えてケアマネジャーやデイサービス職員、福祉用具業者などの退院後の支援者に集ってもらい、健康状態を維持するための方法やコミュニケーションのコツ、介助のポイントなどを情報交換します。退院後に、健康状態の悪化に対する家族の負担が強い場合は、訪問看護師にも参加してもらい、切れ目のない支援をできる環境を整えています。



図5: 退院前訪問の様子(ポータブルトイレが一人できるように手すりの高さなどを調整)

地域全体で認知症の方の生活を支えるために

ここまで当院の取り組みを紹介しましたが、高松病院は認知症の医療を担う地域の社会資源の一つです。受診につながる方や専門職の支援を受ける方は地域の中で考えると少数の方しかいません。多くの方はかかりつけ医を受診し、介護が必要になるとケアマネジャーが関わり、介護事業所が実際の生活を支援しています。そのため、地域のかかりつけ医やケアマネジャー、地域包括支援センターとの、『認知症の方の生活を支援する』という共通理解と気軽に相談ができる関係性が大切です。当院では、河北郡市医

師会・介護支援専門員協会かほく支部と協働して「一緒にやろう勉強会」を開催し、事例検討会や認知症の学習会などを展開しています。普段は顔を合わせることもない支援者たちと同じ事例を通じて話し合い、お互いの専門性や知識を交換する貴重な機会となっています。今後も、地域全体が「認知症になっても安心な社会」を実現できるよう、広い意味での認知症リハビリテーションを展開していきたいと考えています。

認知症への 取り組み

石川県立高松病院
認知症支援チーム

座談会



医師
北村 真希 先生



精神科認定看護師、退院調整
坂上 章 さん



認知症看護認定看護師
多幡 明美 さん



精神保健福祉士
山川 透 さん



作業療法士
塩田 繁人 さん

日々の診療から生まれた信頼が、 患者さんご家族、地域との連携を築く。

石川県立高松病院では、「住みなれた地域で自分らしく暮らせるように」と患者さんに寄り添う診療を目指してきました。必要な時にいつでも入院できる体制を整えつつ、地域でしっかり生活支援をしていくには地域との連携とチーム医療が要になるといいます。そのスタイルはどのようにして生まれ、どんな役割を果たしているのか。各スタッフに話し合っていました。

各々の専門職によるチーム医療

Q: 高松方式ともいえる、認知症への早期対応と、地域で長く生活するための支援方法が生まれた背景、それぞれの役割について聞かせてください。

北村 ● かほく市は、もともとまとまりがある地域です。地域の勉強会に参加したり、個々の患者さんの診療に必要なやりとりをするうちにケアマネジャーさんや介護士さん、保健師さんなど多職種の人たちと顔の見える関係ができていったと思います。個別の患者さんを入院や外来で診ていくなかで、ケアマネジャーさんから「患者さんが夜、眠れないと困っている」とか「じゃあこっち(病院)に来て睡眠を整えて、お家で見れるようにしましょう」と。

決められたシステムというより、日々の診療の中から生まれた関係性だと思います。

山川 ● 私は精神保健福祉士として、地域のケアマネジャーさんなどから、受診の相談を受けたり、退院支援でご家族や介護関係者との連携や調整を行う仕事をしています。どんなタイミングで、どういう形で受診してもらうのがいいのか、患者さんやご家族のさまざまな事情をうかがって検討します。精神科の入院は、配偶者や近親の血族の同意を得る必要がある場合があり、例えばお嫁さんの同行だけでは入院できないことなど、事前に精神科特有の入院制度を理解してもらうことも重要です。また、独居の方で遠方のご家族が日頃の生活上の問題がわからない場合、事前に地域包括支援センターの職員に訪問をお願いし、生活状況を把握してもらってから

受診につなげることもあります。認知症の治療や生活支援の場合、患者さんの社会的な背景や経済的な問題、お住まいの地域性などが影響します。また、認知症の診察でこられたのに、実は体の病気から起きていた問題だったということも少なくなく、状況によってはまず内科等の受診を優先してもらうなどの調整も行います。

坂上 ● 私は精神科認定看護師の資格を有しています。もともと病棟の看護師でしたが、今年から訪問看護のマネジメントや、スタッフ間の調整役としても動いています。訪問看護師は精神科の経験が長いですし、プロとしての情報収集能力も高いので、私が力になれることは少ないのですが、患者さんやご家族のことで頭を悩ませたり、不安になることはあるようです。そうした時に、話を聞いて少しでも不安を解消できるようにしています。

かほく市から直接、認知症についての相談を受ける場合の窓口も担当しています。

北村 ● 当院の訪問看護師は、この地域に住んでいる人が殆んどです。精神科の看護経験が長く、地域の事情やご家族の辛さ、病院のことなどについて気軽に相談しやすい関係を築く能力に長けています。患者さん側からすれば、私たちに言いにくい話、聞きにくい話を、訪問看護師に直接、訴えられるので安心なのだと思います。私たちにとっても頼もしい存在です。

その人らしさを引き出す治療・ケア・リハビリ

多幡 ● 私は、急性期治療病棟である東一病棟で、主にBPSD(認知症の心理・行動面の症状)のある患者さんの症状の緩和を目的に、患者さんの視点に立って現場スタッフと共にケアを実践しています。BPSDの症状が著しいときに、どう接するかは非常に重要です。入院中、患者さんが安心できるように関わりながら、BPSDの原因がどこにあるのかを見極めていきます。食事や排泄などの生活面や健康状態にも問題がないか気を配るようにしています。BPSDの症状にとらわれ過ぎていると、患者さんの本当に困っていることに気づかないことがあるからです。何か気になることがあれば、その場ですぐに先生やスタッフと話し合うようにしています。そして、患者さんが少しでも質の高い生活を維持できるように、できるだけ持っている力を引き出すように援助しています。



塩田●作業療法士の役割は、まずは患者さんとご家族の望む生活行為の目標を把握することから始まります。当院に入院される方は、認知機能の低下をはじめとする心身の衰えのため、役割を喪失していることが多いです。ご家族も本人にさせると危ないからと家事や仕事を奪ってしまい、本人はすることがないからイライラして暴言を言ったり、居心地が悪くなって家から出て行くといったBPSDとして表出することがあります。そのため、認知症であっても、いかに本人の望む生活行為を実現できるかが支援の重要なポイントになると考えています。

入院した時点から、退院後の生活をイメージして関わることを支援チーム全体のテーマとしているので、作業療法士も入院時のインテーク面談を行って、趣味や興味・関心、住環境、ADL(日常生活動作)やIADL(日常生活関連動作)をどれだけできるのか、どれだけしていたかを把握するようにしています。入院後は認知機能の検査や身体機能の評価などを通じて本人の全体像をアセスメントして、予後予測をした上でテーラーメイドの支援計画を立てています。入院中は刺激の少ない生活になってしまうので、生活機能を維持するために毎日運動プログラムと個別プログラムを1時間ずつ行っています。一人暮らしや主婦の方であれば、実際に家事を行って能力の見立てや練習もしています。必要であれば退院前にケアマネジャーや地域包括支援センターの職員と一緒に、自宅を訪問して福祉用具などを導入して住環境を整えたり、支援会議を開いて具体的な対応方法をお伝えすることもあります。入院から退院までの治療・支援の流れがあることも当院の特徴の一つだと思っています。



『生活支援』という地域との共通した意識が強み

Q: チーム医療がうまく機能するためには、どんなことが大切だと思いますか？

塩田●私は、院内の支援チームであれば、スタッフ間の距離感が近いことが当院の強みだと思っています。病棟の中に患者さんやご家族だけでなく、先生や看護師、精神保健福祉士もいて、その場で井戸端会議みたいに話し合いができる環境があります。ケアマネジャーさんや施設の職員さんといった地域の支援チームも、本人の様子を見に来た時にざっくばらんに情報共有が図れるといった具合です。

坂上●職種によってアセスメントの方法は違いますが、問題点はスタッフ間で共有できています。北村院長が日ごろ言っていますが、すぐに薬に頼るのではなく、生活の中で何か原因があるのではないかと、それをいろいろ探っていくことが大事です。専門職として病気や症状をみるだけでなく、人として患者さんを理解しようとスタッフみんなが協力しています。チームとして機能していると感じます。

山川●もともと精神科はスタッフ間の連携の密度が濃い性格を持っていると思います。いろいろな職種が情報交換して協力して退院を促進していく。そういうのがベースにあって、意見交換をしていくうちに見つけられること、

わかることがどんどん増えていって連帯感が深まる。そういう環境が、地域との連携を進める時の下地になっているように思います。

多幡●私は、近隣の一般病院へも認知症相談に足を運んでいます。そこで、地域連携室の看護師さんと顔をあわせて地域の相談を直接受けることもあります。地域で認知症の人の対応がなかなか上手くいかないと相談があった場合には、飲んでる薬や他の病気が原因で症状が悪化していることがあります。そうした時、専門医の受診をすすめるようにしています。またBPSDの悪化で当院に入院となればスタッフと情報を共有し、退院後の生活を見据えてケアを行っていきます。関係者と共に常に認知症の人を中心に支援を考えていくことが大切だと思っています。

地域と精神科病院との連携の強化

Q: 地域との連携を進めるうえで、今後大切になっていくのはどのようなことだと思いますか？

北村●病院から地域へ退院するには、訪問看護とケア会議が重要です。ケア会議には、私たちだけではなく退院後に利用する介護・福祉の人たちも加わります。認知症のある人が地域で暮らすためには、多種類の連携は今後さらに大切になっていくと思います。地域の開業医さんやケアマネジャーさんとは顔の見える関係なので、紹介で受診に来た患者さんの処方が決まったら、あとは地域の先生に診ていただいて、困ったことがあればまた当院に来ていただくということも多いです。病院だけで抱え込むのではなく、必要な場所に移りながら本人がなるべく家にいられる環境づくりを進めたいと思います。



多幡●これまで認知症の患者さんが介護施設に退院されたあとに、すぐに服薬拒否やケア抵抗がみられ再入院してることがありました。認知症の人は環境が変化すると混乱し症状が悪化することは考えられますが、今後、こちらも対応方法を具体的に伝えながら気軽に相談にも応じていけたらと思っています。

山川●病棟の看護師と介護関係者が直接、意見交換する機会はあまりありません。ケア会議などを通じて看護師をはじめ病院スタッフが、地域の介護スタッフと意見交換し、退院後の生活をイメージした支援が求められます。病院でうまく生活できていても、在宅や介護の場面でうまくいかないと意味がないので、病院と介護関係者や介護施設との関係強化がもっと必要だと感じます。

塩田●先日、車いすの移乗が課題となっていたケースの退院支援のため、グループホームを訪問させていただき、介護士さんに風呂場や寝室での移乗方法の指導をさせていただきました。今年度からは、特別養護老人ホームの職員の方を対象にリハビリプログラムの研修会を始めました。外来患者さんの訪問支援も担当させていただいているので、そういう機会をもっと増やしていければと考えています。医療職が施設やデイサービスに出向いて相談やアドバイスをするのも必要だと考えています。

坂上●認知症患者の訪問看護として「アドミラルナース」が今、イギリスなどで注目を集めています。地域の専門クリニックと契約をし、医師から指示を受けたアドミラルナースが訪問してケアに当たるようですが、我々の訪問看護と何が違うのかをまとめているところです。制度の違いもあるのでまとめるのは大変ですが、そういった良いことは吸収し、地域に発信していくことが大切だと思っています。病院の力を高めるだけではなく、地域と共に力をつけていけるようにすることが、良い連携につながることだと考えます。



地域全体で見守り、多職種連携で認知症に取り組むことが重要。

認知症を早期発見し、地域全体で支えていくには地域の開業医や、ケアマネジャー、ヘルパーと言った介護・福祉分野の連携が不可欠です。地域の開業医とケアマネジャーさんに聞きました。

INTERVIEW

地域のケアマネジャー、ヘルパーの顔が見える

おきの内科医院 院長 沖野 惣一 先生

高齢化とともに、認知症は私たち開業医にとっても身近な問題になってきています。認知症のなかには、一部治療が可能な脳腫瘍や脳血管障害が隠れていたり、慢性硬膜下血腫などが見られることもあります。それに気付かず放置してしまうと、手遅れになりかねません。かかりつけ医で認知症検査を受けるなど、早い段階で気付くことが重要です。

高齢になると他の合併症も気になります。認知症が疑われる人には、私は全身管理をするようにしています。糖尿病が悪化したり、心不全が隠れていたりしていると認知症状の悪化にもつながりかねないので、背景も含めて診るようにしています。

しかし開業医の段階で、家族間の情報まではなかなかつかめません。患者さんと娘さんは一見、仲良く見えても実は深い溝があるとか、経済的なこと、子どもがいるか否かまでは知り得ないのが現状です。しかし患者さんやご家族は、訪問看護師や本人の生活を身近で見ているケアマネジャーさん、ヘルパーさんには相談しやすい。訪問看護師やケアマネジャーさんには、気づいたことを早めに知らせていただけるので、病状の変化にすみやかに対応できます。

それもあって、地域のケアマネジャー協会の支部が主催する勉強会や症例検討会にはなるべく参加しています。普段から地域の多職種の人と顔見知りの関係を築くことで、気軽に情報交換できますし、行政の人や高松病院の先生方、看護師さんとも相談しやすくなります。



おきの内科医院

住所 石川県かほく市遠塚口54番9
TEL 076-285-2552
FAX 076-285-2572
<http://www.okino-mc.com>

私は、認知症は薬をたくさん飲んで治療するのが正解ではなく、その人らしい暮らし方、その人にとって支障がない、ストレスの少ない生活がいいと考えています。畑を耕したり、趣味を楽しんだり、知的活動をすることで進行が遅くなるといわれています。問題なのは、認知症をきっかけに家に引きこもってしまうことです。

そうならないように、たとえば高松病院を中心に、認知症専門の看護師が訪問して地域全体で見守り、支援する環境は重要だと思います。日々の診療の関係で複数の医療や介護職が一堂に集まるのは難しい面があります。今後は、県や県医師会が中心となって進めているICTを活用した情報共有を発展させ、訪問看護師やケアマネジャーさんがiPadなどを持ち歩き、患者さんの動きを書き込むなど、有効に活用することも大事だと思います。



INTERVIEW

連携と交流と地域づくりに励む

がんによ きくの
介護業務統括師長/主任介護支援専門員 元女 貴久乃 さん

私が勤務している病院は療養型で、看護師として高齢者の看護に携って来ました。平成12年に介護保険制度が始まるのを機に、ケアマネジャーの資格を取り、介護療養型医療施設のケアマネジャーとして働いています。療養型の病院に入院する方々は、高齢者が多く、認知症やいくつかの慢性疾患を抱えていたり、終末期の方もいます。そのため退院して在宅で生活するためには、何かしらの支援が必要となります。介護保険導入を機に在宅サービスが充実すれば、これまで退院できなかった方々が、家に帰れるのではないかと期待し、「帰るにはどうしたらいいか」と手立てを考え始めました。しかし、なかなか家に退院できる方は少なく、その理由について深く考えるようになりました。

ちょうどその頃、平成20年に石川県介護支援専門員協会の河北支部長を担当することになりました。その時に出会ったのが、高松病院の作業療法士の村井さんです。コーディネーター役として、支部の活動についていろいろ話し合うなかで一緒に勉強会を始めることになりました。翌年には高松病院で認知症の疾患医療センターが立ち上がり、北村先生(現・院長)がセンター長に就任され、認知症の事例検討会を始めました。さらに開業医の先生とのつながりも大事です。以前から接点のあった沖野惣一先生から医師会を通じて、開業医の先生方も参加されるようになったのです。平成23年からは医師や看護師、ケアマネジャー、作業療法士などを交えた勉強会を2か月に1回行うようになり、高松病院と私たち地域のケアマネジャー、バックアップに行政と、多職種がつながっていきます。



以来、現在まで地道な活動を通じて、認知症の患者さんを在宅や地域で支援していくための環境づくりに取り組んでいます。私の役割は、2か月に1度の勉強会や多職種の連携、交流を通して、医療に近い立場のケアマネジャーとして、認知症になっても住みなれた地域で自分らしく暮らせるような地域づくりに関わっていくことです。今後も活動を通して多職種の皆さんと連携し、患者さんや家族の方々の声に耳を傾けながら、当事者の尊厳という基本に立ったケアマネジメントができるよう、地域の理解や絆を深めていきたいと考えています。

INTERVIEW

自分の問題として認知症と向き合う

社会福祉法人芙蓉会 芙蓉会居宅介護支援センター管理者/主任介護支援専門員 和田 誠次 さん

私は、二ツ屋病院に隣接している社会福祉法人芙蓉会が運営する居宅介護支援のケアマネジャーです。在宅介護のケアプランを作成しています。ケアマネジャーの役割は「つなぐ」ことだと思っています。かほく市を例にとると、認知症の専門医療機関は高松病院、介護療養型医療施設が二ツ屋病院など2か所、あと特別養護老人ホームがことぶき園など2か所ありますが、ご家族の皆さんはまず開業医の先生に相談して、高松病院や二ツ屋病院につなぐ。そのつなぐ役割の一翼を私たちケアマネジャーが担っています。元女さんは、医療施設のケアマネジャー、私は在宅の方のケアマネジャーになります。

私が担当する利用者さんのなかには、高松病院の訪問看護師さん、地域の訪問看護ステーションの訪問看護師さん、両方を利用している方もおられます。前者は、精神疾患の把握、服薬や家族への指導など。後者は、健康管理や入浴介助を担当しています。いずれも利用者さんの在宅生活を支えるのが仕事です。認知症を地域で見守り、支援していくには、まだまだ理解や啓蒙が必要です。私が思うに、認知症は他人の問題ではなく、自分自身の問題であり、加齢とともに誰でもなる可能性があります。ですから自分の問題として予防し、準備をしておくことが重要だと思います。

私達専門職は、専門業務を通して利用者さんの在宅生活を支える役割があります。一人ひとりを支える時、各々の専門性が異なるため、多職種の連携がとても重要だと思います。



医療法人社団 芙蓉会 二ツ屋病院

住所 石川県かほく市二ツ屋72番地
TEL 076-281-0172
Email: renkei@futatuya-hp.or.jp
<http://www.futatuya-hp.or.jp>

石川県における 認知症医療対策

石川県では、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく生活できるよう、高齢者と接する機会が多い、かかりつけ医等に対する研修の実施や、地域でかかりつけ医への助言を行う「認知症サポート医」の養成を行っています。

《かかりつけ医等認知症対応力向上研修》

目的

- ①高齢者等が日頃から受診する診療所の主治医等が、適切な認知症診断を行うための知識や技術を習得し、また、認知症のある方やその家族からの相談を受け、適切なアドバイスができるようになることを目的とします。
- ②事例検討会を通じて、かかりつけ医、看護師、介護支援専門員など様々な職種が連携していくための方法や、他の職種の支援の考え方を学ぶと共に、地域で認知症のある方を支えていくための医療・介護関係者間の顔の見える関係づくりを行うことを目的とします。

研修体系

■実施主体

石川県（協力：石川県医師会、郡市医師会〈在宅医療連携グループ〉、日本精神科病院協会石川県支部、石川県介護支援専門員協会）

■カリキュラム

「座学」(90分程度) 認知症の知識や技術を習得するための医師向けの講義

※ 県で年度内に2回程度実施(本会場及びサテライト会場〈テレビ会議〉)

※「座学」は医師以外も受講可能

[過去の開催実績]

年度	回	開催日	講義内容	講師
H26	第1回	8月25日(月)	認知症薬物治療の考え方	県立高松病院 北村 立 先生
			認知症のBPSDに対する治療法	岡部病院 前田 義樹 先生
			高齢者の睡眠障害に対する治療法	金沢大学附属病院 金田 礼三 先生
H26	第2回	2月25日(水)	レビー小体型認知症	金沢大学附属病院 小野 賢二郎 先生
			手術で治療できる“高齢者の認知症” 特発性正常圧水頭症	公立能登総合病院 橋本 正明 先生
			老年期の独居女性の妄想	栗津神経サナトリウム 小林 克治 先生
H27	第1回	7月29日(水)	認知症の早期診断の重要性	金沢大学大学院 山田 正仁 先生
			認知症と生活習慣病	金沢医科大学 森本 茂人 先生
			認知症医療における性差医学の重要性	県立高松病院 北村 立 先生

「地域事例検討会」(120分程度)

地域の医師以外の多職種も参加する実際の事例を用いたグループワーク

※加賀市医師会、小松市医師会、能美市医師会、白山のいち医師会、金沢地区の在宅医療連携グループ(いしかわ921在宅ネットワーク、金沢元町在宅医療を考える会、りくつなケアネット金澤)、河北郡市医師会、羽咋郡市医師会、七尾市医師会、能登北部医師会において年度内に2回程度実施



■研修修了者(修了証書交付対象)

医師……年度内に開催する『座学』(1回)・『地域事例検討会』(2回)を受講した方

医師以外……年度内に開催する『地域事例検討会』(2回)を受講した方



●座学



●地域事例検討会



《認知症サポート医の養成》

認知症サポート医の養成

■認知症サポート医とは

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師(国立長寿医療研究センターが実施する養成研修(2日間)を修了した者)

■本県の養成状況

認知症サポート医数 39名 (H27.3末現在)
※認知症サポート医の一覧は石川県のHPに掲載中
<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryousupport/nintisyousupporti-kakaritukei.html>

エキスパート研修の開催

認知症の専門知識・技術の更なる向上や認知症サポート医同士の連携を強化するため、認知症サポート医等を対象とした認知症の診断・治療・ケア等に関する講義や症例検討を実施。

■対象

- ①認知症サポート医等
- ②認知症サポート医が推薦する医師以外のメディカルスタッフ

■内容

- ①対応が難しい認知症患者への対応力向上を目的とした講義や症例検討
- ②国の認知症施策に関する最新動向

Q & A 認知症について

Q 物忘れが目立たない認知症もありますか？



初期には物忘れが目立たず、性格変化(だらしなくなる、怒りっぽくなる等)や毎日同じ行動の繰り返し(常同行為、時刻表的な生活)、万引きなどの反社会的行為がみられる前頭側頭型認知症があります。また、言葉の意味がわからなくなる症状(語義失語)が主となる意味性認知症では、話が通じにくくなるため物忘れがひどくなったとアルツハイマー型認知症に間違われることもあります。

Q レビー小体型認知症は薬剤によっては過敏性があると聞きましたが、市販の薬にも過敏性があるのでしょうか？



レビー小体型認知症臨床診断基準の示唆的特徴の1つに「重篤な抗精神病薬の過敏性」があります。抗精神病薬は幻覚や妄想に対して使用されることがある薬です。明らかなエピソードはありませんが、抗精神病薬だけでなく色々な薬剤にレビー小体型認知症では過敏性があると思われます。市販の風邪薬などでもせん妄状態となることがありますので、市販薬であっても安易に使用せず、かかりつけの先生に相談した方が良いでしょう。

Q 認知症の人と関わる中で気をつけていることはなんですか？



認知症の人は、徐々に周囲での出来事などが分からなくなり、できなくなることに不安やつらさを持っています。病気の進行とともに、社会生活や日常生活に支障をきたしてはきますが、その人のすべての能力が失われるわけではありません。その人が自己の存在価値を感じ、人との関わりから喜びを感じられるよう、その人を知り、残存する力に目を向けることが大切です。

Q 薬の飲み忘れや飲み間違いが多く困っています。どうすればいいのでしょうか？



薬の種類が多いと、服薬時間毎にあわせて間違いなく飲むのは大変です。医師の指示があれば、調剤薬局では薬を一袋にまとめて服薬時間も記載してくれます。複数の医療機関からの薬がある場合は、家族など介護者が、全ての薬の袋をホッチキスで留め服薬日を記入し、「お薬ボックス」や「服薬カレンダー」にセットしてあげると、飲み間違いが少なくなるでしょう。また、後で服薬したか確認もできます。

Q 夫が何もせず過ごすようになり外出も億劫がるようになりました。このままでは寝たきりにならないか心配です。



認知機能の低下だけでなく、加齢による体力の低下や痛み、役割の変化などから、意欲の低下を引き起こし、閉じこもりがちになることがあります。背景には様々な要因が考えられますので、ご本人の能力を配慮した上で、以前好きだった趣味や役割(畑仕事、日曜大工など)を生活の中に組み込むことが、生き生きとした生活を送ることにつながります。ご本人のやりたいことがわからない場合は、生活歴や職歴を参考にして興味のあることを聞き出していきとよいでしょう。

Q 最近、祖母が大好きだったお風呂を嫌がるようになってきました。どうしたらよいのでしょうか？



お風呂を嫌がるのはどのような場面でしょうか。「お風呂は好きだけど、服の用意や着かたがわからない」「体を洗ったり浴槽につかる際に痛みが生じる」等の様々な要因があり、それらを上手く伝えることができず嫌がる場合があります。洋服の準備や着る順序のサポート、シャワーチェアや手すり等の福祉用具の活用、デイサービスの利用により再び自分から入浴する方もいます。何が原因でお風呂を嫌がっているのかを把握し、それに適した支援をすることがポイントとなります。

Q 同居する高齢の母が、訪問販売にきた業者から必要のない高額な浄水器を購入してしまいました。成年後見制度は必要でしょうか？



高齢の母とありますが、判断能力はどうでしょうか？十分な判断能力があれば、消費者センターなどでクーリングオフ制度など解約の方法について相談してみましょう。判断能力に不安がある場合は、成年後見制度の利用を検討することも必要かもしれません。後見人の仕事は、大きく分けて2種類あります。本人の財産管理と身上看護(介護サービスの利用の手続きを行うなど)にわけられ、成年後見制度の〈後見〉〈補佐〉〈補助〉のタイプにより支援の度合いが変わります。申し立ては家庭裁判所で行いますが、地域包括支援センターでの相談や市町が行っている無料法律相談などを利用できます。

Q 認知症高齢者の食事で気を付ける事はありますか？



認知症がある方に食事に関する問題がでることは稀ではありません。やけどしないよう料理の温度に気を配る、また窒息しないよう軟らかく調理する、一口大にカットする、ミキサーにかけるなど、その人に応じた食べやすい工夫が必要です。次から次へと口に運んで食べる場合は、小さめのスプーンを渡したり、お粥や料理などを小さな器に小分けして出すなど工夫してみましょう。視力障害の方はご飯やお粥が白い茶碗に盛ってあるとよく見えないので、黒や朱など色の濃い茶碗に変えることで食べる量が増えることもあります。水分でむせる場合には、とろみをつけたりゼリー状にするなどその方にあった形態にしましょう。