

4 国立長寿医療研究センターの取り組み

生活障害に対する国立長寿医療研究センターの取り組みを紹介します。

▶ リハビリテーション

認知症と診断された人に対して家族同伴のもと「脳・身体賦活リハビリテーション」を実施。当リハの最大の特徴は1クラス約10名の患者で構成された集団の中で患者1名に対し1名の療法士を配置し個別性を重視したテラーメイドのケアを実施していることである。家族の介護負担感の軽減が、リハ介入の効果として示されている。

▶ 家族教室

「初期認知症・診断後まもない認知症の人及び家族介護者向け教室」と「進行期認知症の人の家族介護者向けの教室」を開催。認知症に関する知識獲得、介護者自身による客観的な課題把握、社会的支援の活用、介護者同士の交流による孤独感解消を目的とし、介護者自身の「自律」を促すとともに、介護者が問題を自力で解決できる状態を目指している。

▶ ポリファーマシー

多職種によるポリファーマシー対策チームを組織し活動を展開。構成員の役割は、医師：チームの中心医学的な視点から診断と薬物の効果を評価、薬剤師：薬に対する情報の全体像の把握、薬学的な視点からの総合評価、看護師：生活の視点から服薬支援、症状把握、患者・家族の思いを聴取、管理栄養士：非薬物療法として食欲・栄養状態把握、栄養指導、言語聴覚士：嚥下機能評価である。

▶ 虐待予防・防止

虐待予防・防止には、主治医、医療ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、包括支援センター、行政、家族会、介護保険施設各種相談員などによるネットワークで支えつなげる支援が大切。支援者の中でも医療機関は高齢者虐待を発見する機会が高い機関であり、虐待を疑う所見がある場合、管轄虐待防止センターへ相談、通報することが必要である。

▶ 排尿障害への取り組み

地域在住高齢者と家族・介護者の排泄ケアに関する質の向上を目指し、「すっきり排泄ケア相談外来」を開設し、排泄ケアに関する地域包括ケアモデル構築を視野に入れた研究を実施。また、介護・医療関係者を対象に「高齢者排尿障害研修会」を実施し、排尿障害とそのケア・対処の基本的事項が体系的に1日で学べるようにしている。

▶ 糖尿病教室

個別指導と集団指導の両者をミックスさせた形式で実施。指導内容を共有するとともに患者が指導内容を振り返ることができるよう患者の現在の状態（認知・身体機能、併存症、合併症、使用薬剤）、指導内容を記載する本人専用の療養指導手帳を用意。糖尿病食を患者と医療者が共に実食するランチタイム教室と患者の血糖コントロール目標にあわせた個別指導を行っている。

▶ 食事指導

認知症高齢者の特徴として食事に関する現状把握の困難さ、記憶力低下による行動変容のための計画の立てづらさがある。しかし、指導時の工夫次第で行動変容の促しが可能となることもある。行動目標を単純にし実行しやすくする、代替・加工・冷凍食品を活用する、食事提供を伴う集団教室へ誘導する、食べ物を視界に入りやすい場所に置くといった工夫が考えられる。

▶ ロコモフレイル外来

ロコモフレイル外来では、多科の医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、薬剤師、臨床研究コーディネーターなどの多職種が連携し、高齢期の身体的な虚弱の進行、および、要介護化を予防する、あるいは要介護度を改善することを目指して支援を実施している。フレイル予防には地域との連携が重要であり、さらなる連携の充実を目指している。

軽度認知障害・認知症診断後の 多職種協働支援

概要版

軽度認知障害における認知症専門医との連携と患者への接し方

公益社団法人 愛知県医師会 理事 野田 正治

一般の診療所の外来において認知症が疑われる契機には大量の残薬や「掃除の時に誤って捨ててしまった」と述べたり、処方された薬剤がまだ相当余っているにもかかわらず再三投薬を求められることなどで気付かれることが多い。また、家族が認知症を疑って本人に内密に相談してくる例もある。

このような場合、診療所では多くの患者はすでに医師やスタッフとの関係性ができあがっていることが多い。そのため、診療中の雑談の中で様々な質問をしながら糸口を見出すようにしている。

そして、その会話の中の僅かな糸口から認知症に関する症状を本人の口から聞き出すことが重要である。

例えば、このよう場合多かれ少なかれ物忘れの自覚はあるので、「物忘れの程度は簡単に調べることができるから、念のために調べてみようか」と自然な形でMMSEや長谷川式の認知症スケール検査を看護師によって行うように誘導し、その結果をその場で本人に伝えて専門外来受診につなげるようにしている。

さらに、専門外来受診の際に家族を同伴させるように家族と連絡をとることも肝要である。

専門医に紹介する際には単なる病歴だけではなく、主治医が知る家族背景、経済的問題、学歴や職歴、認知症を疑う契機になったエピソードなどについて追記することで専門医との連携をよりスムーズにすることができる。さて、専門外来からの回答で軽度認知障害と診断された時からが実は開業医の醍醐味である。

「よかったね、今のところ認知症ではなかったようだね」と受診の労をねぎらいつつ、今後は定期的に長谷川式などを行うことを伝え、さらに糖尿病や高血圧、脂質異常症のコントロールの重要性や引きこもりがちな生活を改善させるために地域の様々な会、特に認知症カフェなどの利用を勧め、さらに最も嫌がるデイサービス通所に「認知症にならないようにするため」と説得して通ってもらうようにしている。

実際、主治医がデイサービス利用を勧めると案外簡単に同意してもらえることが多い。

さらに、その後の専門医への定期的な受診を勧めることになるが、他の疾患で専門医に定期受診してもらうのと同様な態度で接することになる。

最も重要なのは患者自身に寄り添い、患者の意志を何度も確認することである。

人生会議(ACP)がマスコミなどで話題になっていることもあり、話題にしやすくなった。今後の身の振り方や想いについて雑談の中で確認する。この際にカルテにこれを必ず記載し、本人の意志を看護師などのスタッフと共有し、患者と看護師との会話に生かすことが重要である。

さらに看護師や他のスタッフにも患者と話をした内容をカルテ記載することを求めることも必要である。

この軽度認知障害の段階こそが共有意思決定支援の最も適当な時期であることを忘れてはならない。

また、専門医との連携においても、単に疾患のこのことのみならず、患者の意志や家族の思いなどの情報を伝えることが意思決定支援に重要で、患者の信頼関係醸成につながるものと確信している。

非専門医の一般診療所の医師がこの報告書を読んで日常診療に役立てていただくことを願って止まない。

1 はじめに

- 「認知症診断後多職種協働支援」は、かかりつけ医が認知症に係る日常診療を行う際に役立てていただくことを期待して作成したものです。
- 本テキストは、現場の医師の視点と国立長寿医療研究センターの取り組み紹介により構成されています。
- 認知症に係る日常診療を行う際の気づきの一助として活用していただければ幸いです。

2 軽度認知障害・認知症診断後の支援の視点

- 認知症の包括的ケア、支援を行ううえで、従来の中核症状、BPSDという観点に加えて「日常生活機能の障害」という視点を加えた「3次元構造」でとらえることが重要です。
- 生活障害には、「基本的生活障害」と「社会的生活障害」があり、「基本的生活障害」では、食べ物が認識できないために食事を摂らない、トイレで座る位置が分からないために失禁してしまうといった障害が生じます。
また、「社会的生活障害」では、医療・介護の導入における意思決定、犯罪への巻き込まれ、金銭管理、契約、近隣との人間関係の障害が生じます。
「基本的生活障害」が、進行してから顕著に現れるのに対し、軽度認知障害、軽度認知症の段階においては、「社会的生活障害」により、本人・家族の生活を困難にしています。
- これらの生活障害に対しては、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・社会福祉士・精神保健福祉士等による多職種連携、さらには専門医療機関とかかりつけ医の連携により、生活全般を支える支援を行っていくことが重要です。

3 かかりつけ医の取り組み

実際のかかりつけ医（開業医）の取り組みについてご紹介します。

認知症診断後支援におけるクリニックでの取り組みについて

黒川医院 院長 黒川 豊

認知症の初期、中期、末期の全ての段階において、かかりつけ医が関与することが必要である。認知症を完治させる治療法が見つからない現在では、かかりつけ医として一番大切なことは認知症の専門知識ではなく、認知症で困っている本人と家族に寄り添う心である。医師が寄り添う姿勢を示すことで患者に大きな安心と元気を与えることができれば、認知症症状への対応法や治療、生活支援の制度、食事、運動などの知識を得ることができるようになる。

実際の指導としては、地域の認知症疾患センターや保健センター、包括支援センター、調剤薬局などを紹介することがよいが、中でも認知症の家族会には既に認知症介護で苦労した経験者がいるので認知症ケアに必要な知識を得るのに適している。また、認知症に詳しく関係する制度などにも知識がある親切的なケアマネージャーは認知症の生活に大変役立つ。介護保険を導入して優秀なケアマネを紹介することをお勧めしたい。

当院では初診の認知症患者には通常の診療時間以外に診察時間を1時間程度確保している。本人は別の部屋に誘導し認知症看護認定看護師が長谷川式、MMSE、GDS-15のテストを行う。この間に家族と面談して今までの経過や困っている症状などを聞き取っている。多くの場合認知症の症状に家族は困っていて本人と家族の間に問題が生じていることから家族の態度を変えるために認知症についての知識と理解を促している。鑑別診断は大学病院と連携するほか、治療の際は認知症に知識のあるケアマネを選ぶことにより負担軽減につなげている。多くの機関と関係を作るため、介護審査会、初期集中支援チーム、家族会、医師会事業への参加に努めているほか、認知症の講師の引き受けや多職種による認知症連携の会の運営などに携わっている。クリニックとして認知症のフォローに一番必要なのは優秀なケアマネとの連携である。

コラム

愛知県内の認知症学会専門医、認知症サポート医、認知症疾患医療センター勤務の医師にアンケートを実施したところ、MCI/軽度認知症の段階においては、「本人の認知機能維持・生活機能維持」を最優先とする医師が約7割いました。

一方で、中等度以降では「家族の介護負担軽減」を最優先とする医師が約2割となり、初期段階と中等度以降で重視される視点が異なることが分かりました。

