

<特集「認知症の臨床 最近の話題」>

認知症臨床における医療福祉連携

成 本 迅*

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

Partnership Between Medicine and Care in Supporting Life of People with Dementia

Jin Narumoto

*Department of Psychiatry, Kyoto Prefectural University of Medicine
Graduate School of Medical Science*

抄 録

認知症を患った人の生活を支えるには、医療と福祉が連携して早期診断や、身体合併症、精神症状への対応といった課題に取り組んでいく必要がある。しかしながら、異なる価値観や知識、バックグラウンドを持つ医療と福祉の関係者がスムーズにコミュニケーションを取ることは意外に難しい。

早期診断においては、地域包括支援センターや介護サービス従事者との連携が必要になる。各地域で早期診断を担うかかりつけ医との地域包括支援センターの連携が重要である。次に、中期の課題である認知症の行動と心理症状(BPSD)への対応においては、福祉職からの情報を十分に得て状態を評価し、対応にあたっては薬物療法のみならず、環境調整や対応の工夫を連携して進めていく必要がある。社会福祉士を中心とした福祉の分野の人たちにとっては副作用などの医療的な情報の理解が難しく、配慮を要する。後期に問題となる身体合併症については、入院に伴うリロケーションダメージの防止の重要性について述べた。

最後に、京都府下での医療福祉連携の取り組みについて紹介した。いずれの場面でも医療と福祉が互いの考えや知識について理解することが重要である。

キーワード：認知症、連携、医療、福祉。

Abstract

To support life of people with dementia, partnership between medicine and care is essential. We need to corroborate with professional caregivers and social workers to detect people with dementia and provide medical treatment for physical and mental disorders in the course of dementia. However, it is sometimes difficult to communicate with each other because we do not share common knowledge and background. Here, I described the needs for the partnership and introduced some projects to enhance the communication in Kyoto prefecture.

平成24年10月26日受付

*連絡先 成本 迅 〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465番地

jnarumoto@koto.kpu-m.ac.jp

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

For the early detection of dementia, partnership between community general support center and general practitioners is important. The partnership is also important to deal with physical complication and behavioral and psychological symptom of dementia (BPSD). The medical information is often difficult to understand for people working in dementia care field, especially for those graduated from school of social service administration. Then, we should be cautious when we provide medical information for them. In the end stage, it is important to prevent relocation damage during hospitalization for physical complication, such as pneumonia and bone fracture.

Key Words: Dementia, Partnership, Medicine, Care.

はじめに

認知症を患った人の生活を支えるには、早期診断や、身体合併症、精神症状への対応といった課題に医療と福祉が連携して取り組んでいく必要がある。しかしながら、受けてきた教育内容や価値観も異なる医療と福祉の関係者がスムーズにコミュニケーションを取ることは意外に難しい。本稿では、認知症の経過に沿ってどのような連携が必要になるかを述べ、それぞれの局面で福祉職の人たちと連携を深めるための方法について、京都府内での取り組みを中心に紹介した。

認知症の経過と連携

ここでは、認知症の中で約半数をしめるアルツハイマー型認知症を念頭に発症から終末期までのそれぞれの病期での課題と医療福祉連携の在り方について述べる。アルツハイマー型認知症は、年単位でのゆっくりとした症状の進行が特徴で、図1に示すように病期によって異なる課題に対応しながら認知症の人とその家族を支えていく必要がある。

1. 早期発見

図1に「入口問題」と記したが、この言葉は京都府立洛南病院の森俊夫医師が提唱している言葉である。ここで強調されているのは、「(認知

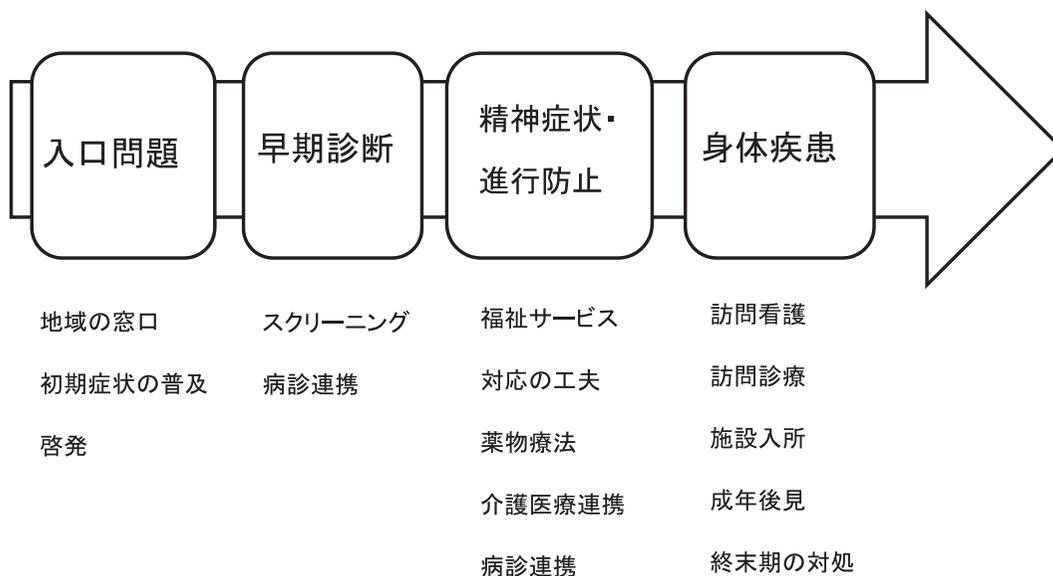


図1 認知症の経過と各病期の課題

症の人と医療との) 出会いのポイントを前に倒す」ということである。従来、認知症の発症が疑われても、本人が否認して受診につながらなかったり、家族も積極的には医療にかかることをしないことが多かったため、医療現場に認知症の人が登場するときには、かなり進行した段階で、すでに認知症の行動と心理症状 (Behavioral and Psychological Symptom of Dementia: BPSD) (以下 BPSD)¹⁾ が悪化していたり、家族が介護に疲弊して在宅療養を続けることができないような状態になっていることが多くあった。このような形での医療との出会いでは、強制的な入院で治療を開始することになり、本人、家族、医療の三者にとって不幸な出会いとなってしまう。

このような状況を改善するために設置された福祉機関が地域包括支援センターである。地域包括支援センターは2005年の介護保険法改正の際に新たに制定され、各市町村におおむね中学校区に一つ設置されている。保健師、介護支援専門員 (以下、ケアマネージャー)、社会福祉士が配置され、介護保険の要支援者に対する介護予防マネジメントを行ったり、地域住民や介護施設、医療機関からの介護に関する相談を受けている。地域包括支援センターには、地域で暮らす人たちのさまざまな情報が入りやすく、認知症の発症に伴う生活上の変化について最初に把握できることが多い。このため、早期発見における医療福祉連携は、地域包括支援センターとの連携が中心の課題となる。地域包括支援センターは、市町村が直営で設置している場合と、社会福祉協議会や民間の事業所に委託している場合がある。医療法人を母体とする事業所が運営する地域包括支援センターでは、医療へのアクセスはスムーズであるが、それ以外の地域包括支援センターは医療との連携に困難を感じているところが多い。その原因としては、地域包括支援センターに関して周知が不十分で、どのような業務を担っているのか医療の側からわかりづらいという点があげられる。京都府では、このような問題を改善するため、認知症サポート医連絡会に地域包括支援センターの

代表者に出席してもらい、各地区医師会の認知症担当理事とのコミュニケーションの機会を設けたり、かかりつけ医認知症対応力向上研修のフォローアップ研修において、地域包括支援センターの職員を交えてグループワークを行って地域のかかりつけ医への周知や各地区医師会で地域包括支援センターをサポートする動きを促進するよう働きかけを行っている。

2. 初期

医療機関で診断が下ると、在宅生活を支えていくために介護保険の認定を受けることになる場合が多く、認定にあたっての主治医意見書の作成が最初の福祉との連携のステップとなる。主治医意見書記載にあたっては、特記事項の欄に生活機能障害やBPSDの具体的な状態を記載することで、より正確な認定につなげることができる。また、意見書はケアマネージャーによってケアプランを作成する際にも参照されることから、専門用語を避け分かりやすい記載をすることが重要である。

3. 中期

中期の大きな課題のひとつにBPSDに対する対応がある。幻覚妄想や興奮、易刺激性などの症状は介護する上で大きな障害となり、本人の苦痛も大きい。図2に他の身体疾患との違いを示す。BPSDの治療では、糖尿病における血糖値や高血圧における血圧の測定値などの治療方針を決めるにあたって参考になる検査データがなく、また診察室での医師とのやり取りの中では症状が観察されないことが多い。このため、在宅患者ではケアマネージャーやデイサービスなどの介護職員、介護施設入所者では施設職員からの情報に対応を考える上で重要である。また、治療にあたっては薬物療法以外に環境調整や対応の工夫が重要であり、ここでも福祉職員との連携が重要である。

実際、対応や環境による反応として暴力的になったり、理由があっても怒っていたりすることまでBPSDとして取り扱われ、医療の対象として施設から緊急に診察を求められたケースなどが報告されており²⁾、課題となっている。逆に、幻覚や妄想など薬物療法である程度改善が見込

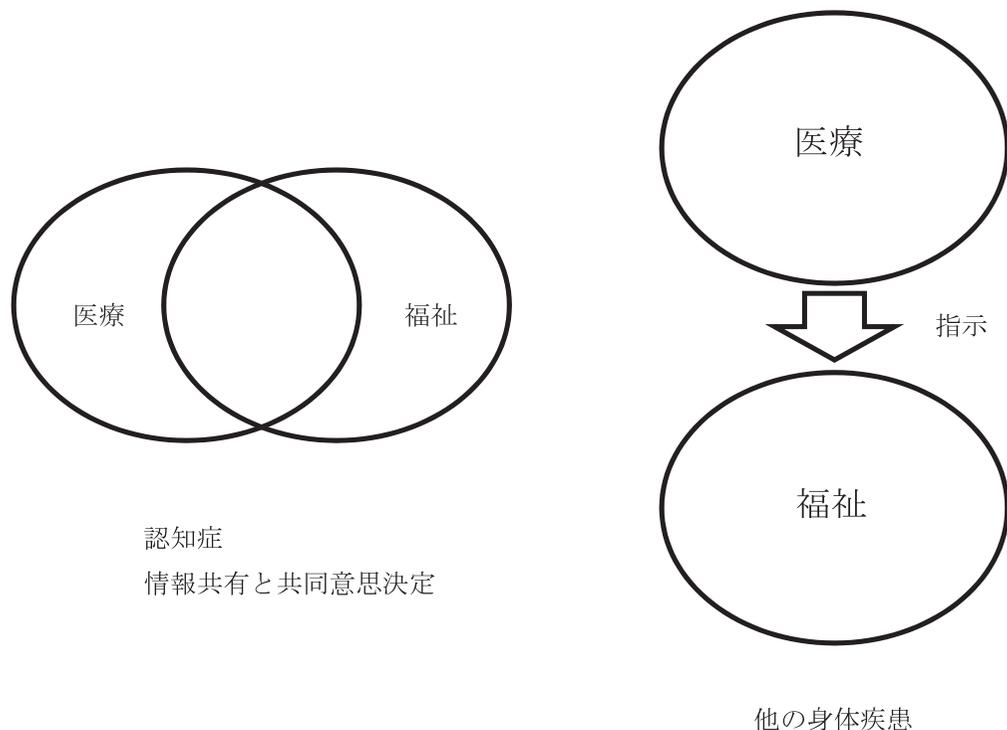


図2 認知症とそれ以外の身体疾患における医療と福祉の関係

まれるにも関わらず、薬物療法を頑なに拒否する介護施設もある。また、介護職員やケアマネージャーは症状評価や薬物の効果に関する知識が乏しい場合がある。医療の側が当然と考えている医療的な内容について理解が難しかったり、誤って伝わってしまったりすることがある。ケアマネージャーの制度が発足した当初は多くの看護師が資格をとってケアマネージャーとして活動していたが、年々看護師を含む医療職出身のケアマネージャーは減少し、社会福祉士と介護福祉士がケアマネージャー合格者の8割を占めるようになってきているが(図3)、特にこれら福祉系のケアマネージャーにとっては医療的な内容を理解することは困難で、医療との連携のハードルを上げる一因となっている。ケアマネージャーの資質の向上はもちろんであるが、医療側もこのような背景に配慮してわかりやすい説明を心がけることが必要である。

4. 後 期

進行とともに、誤嚥性肺炎や転倒による骨折などの医療ニーズが徐々に高まってくる。在宅、もしくは施設介護の場から入院治療の場に移る際には、環境変化によるダメージ(リロケーションダメージ)を防止する必要がある。認知症の人は、認知機能の低下から自分の置かれている環境を把握することが難しく、急な環境の変化に混乱して不安、興奮などが出現することがある。また、これらの精神面への影響が、身体状態の悪さとあいまってせん妄を生じることが多い。一旦せん妄を生じると、身体疾患の治療そのものが難しくなることから、入院時から十分情報を得て、安心して入院生活を送ることができるよう工夫することが重要である。そのためには、患者の認知症の種類と病期に着目して状態を把握し、対応の工夫について入院時に家族や介護関係者から情報を得ておくことが有用である。京都府においては、京都府看護協

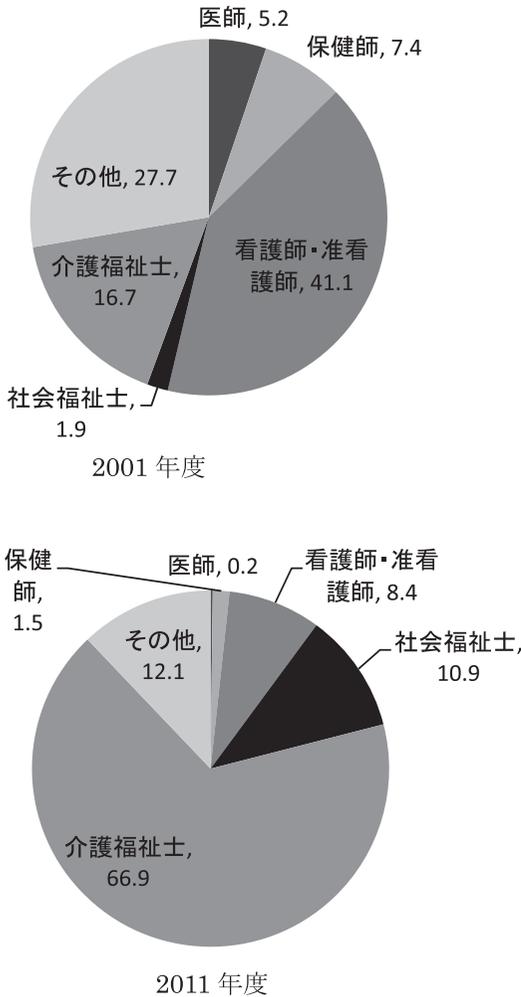


図3 介護支援専門員職種別合格者の推移 (厚生労働省ホームページより³⁾)

会が京都地域包括ケア推進機構の交付金を得て病院に勤務する看護師の認知症対応力を高める取り組みを行っている。

身体疾患の治療が終わって、在宅、もしくは介護施設に戻るときにも同様にリロケーションダメージを防ぐ工夫が必要である。入院前と比較してADL(日常生活動作)が低下していることも多いことから、退院前にケアマネジャーをはじめとする在宅支援チームに状態を実際に確認してもらった上でケア会議を開催して支援体制を整えることが推奨される。

京都府での取り組み

京都は、認知症の人と家族の会の発祥の地でもあり、従来認知症に対してさまざまな先進的取り組みがなされてきた。2012年2月には「京都市認知症ケアを考えるつどい」として医療と福祉の垣根を越えて認知症の人に関わる人たちが1000人以上集まって熱心な議論が交わされた。その内容については、「認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア」として出版されている⁴⁾。以下に医療と福祉の連携を目的とした取り組みを紹介する。

1. 宇治市での取り組み

宇治市では、月に一回京都府立洛南病院で地域包括支援センター職員との事例検討会が開催されている。そこでは、地域在住でさまざまな要因が重なって対応が困難な事例について検討され、その成果が事例集となって京都府下の認知症に関わる医療介護関係者に配布され、役立てられている。症例ごとに課題となっている要因が一目でわかる一覧表が巻頭に付けられており、医療福祉連携を考える上で有用な資料となっている。本冊子は、京都地域包括ケア推進機構に問い合わせれば取り寄せることが可能であり、今後医療と福祉の連携をテーマとした研修などで利用することができる。

2. テレビ会議システムを活用した取り組み

京都府北部では、すべての市町村で高齢化率が30%を超えており、南部より一足先に超高齢化社会を迎えている。しかしながら、医療資源は不足しており、福祉関係者も地理的条件から研修を受けたり専門医と事例検討をしたりする機会が限られている。このような地域格差を解消するための一つの方法として、われわれは京都府丹後保健所と共同でテレビ会議システムを利用してセミナーや事例検討を定期的で開催する取り組みを2009年から開始している(図4)。

開始当初は、丹後保健所に7名のケアマネジャーを集めて大学からテレビ会議システムを用いて講義と症例検討を行う形をとったが⁵⁾、身近に専門医の意見をきけるということで好評であり、2011年には4か所の病院、7か所の診



図4 テレビ会議によるセミナーの様子

療所，43か所の介護事業所，4か所の地域包括支援センターからの参加を得て，症例検討とミニレクチャーを行った。参加者は，丹後保健所管内8か所に設けた会場に分散して参加した。事例の概要とミニレクチャーの内容を表1に示す。2012年は，セミナーを隔月で行い，その他に希望の出た施設や病院と結んでの専門相談を行っており，5月は213名，7月は252名の参加を得た。講義を受ける側にとっても，行う側にとっても移動時間を節約でき，手軽に専門知識を提供できるだけでなく，同じセミナーや事

例検討を医療者と福祉職がきくことで知識の共有が進み連携強化に役立っている。

今後の方向性について

現在京都府では，京都地域包括ケア推進機構を中心に認知症総合対策プロジェクトが進行中である。課題となっている早期発見のための体制づくりや，早期対応の充実などは医療と福祉の相互理解と連携なしには達成することはできない。今後は，ここで紹介したような医療福祉連携の取り組みを各地域の実情に合わせながら

表1 2011年のテレビセミナーの内容

日時	事例	ミニレクチャー	参加人数
1月28日	デイサービス利用拒否、介護拒否がある混合型認知症の症例	時計描画検査	50
2月18日	器物破損を繰り返すアルツハイマー型認知症の症例	前頭側頭型認知症	78
3月11日	アルコール乱用の症例	アルコール関連障害	84
4月22日	夜間行動、興奮が目立つアルツハイマー型認知症の症例	血管性認知症	104
5月20日	進行が早く正常圧水頭症が疑われる症例	正常圧水頭症	91
6月24日	暴力、興奮のあるアルツハイマー型認知症の症例	高齢者の幻覚妄想	83
7月29日	介護拒否が強いアルツハイマー型認知症の症例	薬の効果判定	55
9月30日	嫉妬妄想のある血管認知症の症例	レビー小体型認知症、不安	61
10月21日	血管性認知症で常同行動、焦燥がみられる症例	人格障害	28
11月18日	夜間徘徊の強いアルツハイマー型認知症の在宅症例	統合失調症	39
12月9日	セクハラ発言のある血管性認知症の症例	うつ病	47

府下全域に広めていくことが重要である。

ただいている京都府丹後保健所の皆様にこの場を借りて深謝いたします。

謝 辞

テレビ会議システムを利用した取り組みを支えてい

文 献

- 1) 国際老年精神医学会（日本老年精神医学会監訳）
BPSD 痴呆の行動と心理症状. 15. 東京：アルタ出版,
2005.
- 2) 水野 裕. BPSD への対応の現状と課題. 老精医誌
2010; 21: 36-43.
- 3) 厚生労働省. 介護支援専門員実務研修受講試験の実
施状況について. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/jukensha/14-2.html>
- 4) 「京都式認知症ケアを考えるつどい」実行委員会. 認
知症を生きる人たちから見た地域包括ケア. 京都：ク
リエイツかもがわ, 2012.
- 5) 成本 迅, 宮 裕昭, 荒堀由妃, 内藤健三郎, 松本
善則, 中村佐織, 松岡照之, 岡村愛子, 柴田敬祐, 上
村 宏, 福居顯二. テレビ会議システムを用いた介護
支援専門員に対する老年精神医学教育の試み. 老精医
誌 2011; 22: 77-83.

著者プロフィール



成 本 迅 Jin Narumoto

所属・職：精神機能病態学・講師

略 歴：1995年3月 京都府立医科大学医学部卒業
 1995年4月 京都府立医科大学附属病院研修医，精神神経科勤務
 2001年3月 京都府立医科大学大学院医学研究科博士課程修了
 2001年4月 医療法人精華園医員
 2002年4月 京都府精神保健福祉総合センター相談指導課主任
 2003年4月 京都府精神保健福祉総合センター医療福祉課長
 2004年4月 五条山病院医員
 2005年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学助手
 2006年5月 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学学内講師
 2008年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学講師
 現在に至る

専門分野：老年精神医学，精神疾患の神経画像研究

主な業績：1. Narumoto J, Okada T, Sadato N, Fukui K, Yonekura Y. Attention to emotion modulates fMRI activity in human right superior temporal sulcus. *Brain Res Cogn Brain Res* 2001; 12: 225-231.
 2. Matsuoka T, Narumoto J, Shibata K, Okamura A, Nakamura K, Okuyama C, Nishimura T, Fukui K. Insular hypoperfusion correlates with the severity of delusions in individuals with Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 29: 287-293.
 3. 成 本 迅, 宮 裕昭, 荒堀由妃, 内藤健三郎, 松本善則, 中村佐織, 松岡照之, 岡村愛子, 柴田敬祐, 上村 宏, 福居顯二. テレビ会議システムを用いた介護支援専門員に対する老年精神医学教育の試み. *老年精神医学雑誌* 2011; 22: 77-83.
 4. 成 本 迅, 江口洋子, 内藤健三郎, 加藤佑佳, 松岡照之, 岡村愛子, 谷口将吾, 柴田敬祐, 福居顯二. 成年後見用診断書の様式に関する全国調査. *老年精神医学雑誌* 2012; 23: 74-79.
 5. Sakai Y, Narumoto J, Nishida S, Nakamae T, Yamada K, Nishimura T, Fukui K. Corticostriatal Functional Connectivity in Non-medicated Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *European Psychiatry* 2011; 26: 463-469.