

「入院が必要な認知症患者は限られる」

「専門医と標榜をリンクさせると弊害が出る」

「要支援を給付から外すことも考えなければいけない」

特集

新春4大白熱対談

これからの医療・介護の話をしよう

高齢化の進展に国の厳しい財政事情が相まって、医療・介護の政策運営、現場の経営はともに厳しい
かじ取りを迫られている。直面する難題にいかに向かうか、医療機関や介護事業所の将来を左右する
四つのテーマについて、8人のキーマンが熱く語り合った。(構成:吉良 伸一郎、黒原 由紀)

「米国で学んだ医師を招いて質の管理を始めた」

「住民を『さまよえる老人』にしない」

「公費負担増は介護保険の『自殺行為』だ」

総報酬割の導入は必要

「DRGの導入可能性もゼロではない」

医療制度改革と診療所の将来像

医師・患者の「自由」は
どこまで認められるか?

26p



中川 俊男氏
日本医師会副会長



伊藤 雅治氏
全国社会保険協会
連合会理事長

2025年に向けた急性期戦略

高度・一般急性期で
生き残る条件とは

30p



伊藤 伸一氏
社会医療法人大雄会
理事長



猪口 正孝氏
社会医療法人正志会
理事長

介護保険の負担と給付の見直し

「逃げ道」ばかりでは
何も進まない

34p



池田 省三氏
地域ケア政策ネット
ワーク研究主幹



土居 文朗氏
慶應義塾大学
経済学部教授

認知症ケアの体制づくり

認知症患者は
入院させずとも支えられる

38p



上野 秀樹氏
社会福祉法人グザリオの
聖母会 海上療養所



苛原 実氏
医療法人実幸会
理事長

——認知症高齢者の増加を受けて、厚生労働省は2012年9月に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を策定しました。まずこの内容について、どう思われますか。

上野 私は今回の施策に関しては、認知症の人の精神科への入院を減らすことが大きなテーマだと思っています。諸外国では、認知症の人の精神科への入院の問題は既に解決されています。日本の精神科病床が非常に多いということが背景にはあると思います。

苛原 私は逆に、今回の報告書の「これまでは最終的に精神科病棟に入院するケースが多かった」という前提に違和感がありました。グループホームや自宅で最期まで診るケースが増えているという印象があったので。

上野 なるほど。

苛原 私はもともと整形外科医で、認知症診療を専門にしているわけではありませんが、在宅医療などを通じて認知症の方を診る機会が多いです。約10年前からグループホームを運営していますが、グループホームから精神科



うえの ひでき
上野 秀樹氏

1992年東京大学卒業。東京都立松沢病院で認知症精神科専門病棟を担当したのをきっかけに、認知症診療に携わるようになる。2010年より、社会福祉法人ロザリオの聖母会海上療養所（千葉県旭市）で認知症高齢者の訪問診療を行っている

病棟に入院した人は一人もいません。

上野 それは素晴らしいです。

苛原 骨折などで入院になることはありますが、精神科病棟でなく一般病棟

「早期の介入で入院は減らせる」

ですね。どうしても環境の変化によって行動・心理症状が悪化することがあるので、手術後すぐに退院して、あとは訪問診療で治療していくようにしています。上野 治療を受けている最中に行動・心理症状が出て療養上の指示に従えないなどということがあれば、一般病棟に精神科の医師が出向いて医療を提供する。それで十分対応可能だと思います。

精神科へ入院すべきケースは、元々統合失調症などの精神疾患がある人が認知症を合併した場合や、うつ病で希死念慮が強い人などで、純粋な認知症のケースは限られます。

苛原 我々一般医から見ると、診断や入院の要否の判断に迷う方がいます。そういう面で専門医との連携は欠かせないと思います。

——精神科への入院は減るでしょうか。

上野 精神科の認知症専門病棟を担当していた頃は、重い行動・心理症状のある認知症の人は精神科への入院が不可欠だと考えていました。そこで、「最高の精神科認知症病棟を作ろう」

「常にスクリーニングの意識を持つことが大切」

と考えて、認知症病棟の新設を検討していたロザリオの聖母会海上療養所に赴任したのです。

しかし、当院は開放病棟で認知症の人を入院させることができなかった。そこで始めたのが、地域の在宅や施設で生活する認知症の人への訪問診療です。そのうちに、以前なら精神科に入院させるしかないと思っていた人でも、実は入院することなく地域での生活が支えられることが分かってきたんです。苛原 確かに、行動・心理症状があっても、大抵のケースは入院せずに対応できると思いますね。

上野 ええ、入院が必要なケースはごくわずかだと思います。日本の精神科病床の約9割は民間病院で、その収入は主に入院関連です。病床は空けたままにしておけないので、認知症の人の精神科への入院を減らすには、入院のニーズを減らすことと、病床削減が必要です。

苛原 病床を減らすというのは非常に難しそうですが。

上野 精神科病棟を介護老人保健施設へ転換できるよう認めてほしいとい



いらはらの
苛原 実氏

1981年徳島大学卒業。日赤医療センター、福島県立医大関連病院などを経て94年にいらはら整形外科を開設。97年より医療法人実幸会理事長。診療所のほか、グループホームなどの運営にも携わる。2012年1月に「認知症サポートハンドブック 認知症の世界へようこそ」を上梓

う声もありますね。ただ、それでは看板を掛けかえるだけの気になります。入院と何ら変わりのない状態になるのであれば、問題だと思いますね。

その人がずっと地域で生活できるように環境を整えます。例えば周りの方たちに、今後予想される経過と症状、対応方法などをあらかじめ伝えておく。早期にそうした支援が行えれば、入院まで至らずに地域での生活を続けられると考えています。

苛原 実は我々は同じようなことを行っています。認知症が疑われる方が外来に来たら、検査して翌日からすぐに介入すると、状態が落ち着くことがありますね。看護師が入り、ケアマネが入り、要介護認定を受けていなければすぐに申請しています。

ただ、どうしても問題が起こってから行政から依頼が来るなどして対応するケースが多いです。今介入している方の中に、生まれつき障害があり、家族も亡くなって一人暮らしの方がいますが、認知症になって、身の回りの世話も年金の手続きもできていなかったのです。

上野 そういった場合、医療が介入すべき部分は少ないかもしれませんね。苛原 おっしゃる通りです。その方に必要なのは年金の手続きであり、部屋の掃除であり、食事の準備です。ただ血圧も高いので、薬を1日1回にして、毎朝ヘルパーさんにきちんと飲んでくれるかチェックしてもらっています。

今後は独居あるいは老々介護の家庭が、都市部を中心に急増して、こうした問題が続々と出てくると思います。上野 それはもう。ですから、初期集中支援チームは、ニーズのあるところにはどんどん出向いていく必要があると思います。

——かかりつけ医の役割についてはい

早期の拾い上げはかかりつけ医の責務 待つのではなく自分から出向く

——今後の鍵となるのは、早期診断・早期対応ということですが。

上野 入院のニーズを減らすためには、早い段階からの適切な支援がとて有効です。認知症専門病棟に勤めていた頃、夜間に興奮して救急搬送されてきた認知症の人がいましたが、急

にそのような状態になったわけではなく、半年前から夜間の徘徊などの徴候がありました。

そこでオレンジプランで挙げられているのが、「認知症初期集中支援チーム」です（40ページ参照）。地域で認知症が疑われる人の家庭を訪問して、

急増する認知症高齢者のケアの体制づくり

認知症患者は入院させずとも支えられる

社会福祉法人ロザリオの聖母会 海上療養所

医療法人実幸会理事長

上野 秀樹氏

苛原 実氏

写真●山下 裕之

かがですか。

苛原 かかりつけ医の認知症への対応能力を上げるのは、一番大事なことだと思っています。なぜかという、外来患者の中に認知症の方がたくさん混じっている可能性があるからです。

何度も同じことを言う、薬を飲めない様子がある、血圧や血糖値がちっとも下がらない——。そうした方々を拾い上げて、認知症かどうか診断することは重要です。

上野 認知症への対応能力を上げるには、どのような研修が理想ですか。

苛原 私が参加しているものでは、認知症ケアについて多職種で、つまり医師だけでなく看護師も薬剤師もケアマネジャーも含めて関係者全員で話し合う、問題解決のディスカッションなどがあります。ただ、やはり日常診療でスクリーニングの意識を持つことが

一番だと思いますね。

上野 そうですね。実際に患者さんとして来られるわけですから。意欲さえあれば、対応能力も上がりますね。

苛原 ええ。認知症の方と接していれば、自然に分かってきますよね。

上野 意欲がなければ、「自分には分からないから」と躊躇してしまう。診たいと思っておられるのでしょうか。

理想は、かかりつけ医が「身近型認知症疾患医療センター」の役割を果たすことではないでしょうか。早期診断・

支援の役割が期待されていますが、安易な入院につながらないように、入院機能がないところが身近型を担うのがいいのではと感じています。そして、必要な場合に必要な医療を宅配する。
苛原 そうですね、往診機能は最低限必要だと思います。もちろん、自力で来られる方には来ていただく。認知症専門外来を掲げていない当院にも、どこかで聞いてくるのか、認知症の方が多く来られます。現実には、そういった流れになってきていると思いますね。

受け皿としてのグループホームに期待 施設でも「本人本位」のケアで劇的改善

——生活の場の整備も課題です。

苛原 確かに、実際問題として独居と老々介護が増えていて、在宅で支えに

くくなっているのも現実です。在宅での生活が難しい方の受け皿としては、やはりグループホームが適していると思います。少人数で、職員配置が3対1以上と、非常に生活の質のレベルも高い。医療の場でなく、生活の場であるということが大きいですね。

上野 グループホームの役割には期待しています。

苛原 そのほか、まだまだ活用しきれていない印象がありますが、小規模多機能型居宅介護や複合型サービスも有用だと思います。

定期巡回・随時対応サービスは、きちんと認知症のことを理解している介護職・看護職が対応するのであれば効果があるのかもしれませんが、細切れのサービスで認知症高齢者を支えるのは、なかなか難しいのではないかと感じています。

上野 なるほど。

——介護が果たす今後の役割についてはどうお考えですか。

苛原 地域に対してオープンであることが重要だと思います。例えば我々のグループホームでは、地域の子どもたちを招待して夏祭りを開いたり、ラジオ体操の場を提供したりしています。認知症といっても普通のおじいちゃんおばあちゃんが暮らしているということ、今後ますます増える認知症の問題は他人事ではないということなど、啓蒙活動の一端を担うのも一つの役割だと思います。

上野 現在、20カ所近くの施設に訪問診療をしています。そこで感じるのは、トップにどの程度本人の意思を尊重する姿勢、本人本位の姿勢があるか、それがどの程度職員に浸透しているかによって、施設でのケアの質が決まるということです。

認知症の人に行動・心理症状が生じてくると、ケアが格段に大変になります。その時に「本人本位」の姿勢が徹底していると、職員に「どんな状態になっても何とか私たちで見てあげたい」という思いが働き、ケアや対応方法を工夫するようになります。その結果、ケアの質も上がっていくんですね。

以前、施設に入所している90歳のアルツハイマー型認知症の女性の診療を依頼されたことがあります。ご本人に外来に来てもらって話を聞いてみると、物忘れはひどいものの、しっかりした方でした。

苛原 そういう例は少なくないと思います。

上野 自分が頑張らなければと、ずっと家族のために働いてきた方でした。



だから施設にいることに納得できず、「帰りたい」とずっと訴えていた。それに対して職員は、「あと何日かでお迎えが来ますから」「電話して聞いてみませんか、ちょっと待ってください」とその場限りの対応をしていました。そのうち、ごまかすのが嫌でその人とのかわりを徐々に避けるようになる。本人にはそれが伝わりますから、いらしたり、大泣きしたり、自暴自棄になって自殺をほめめかしたりと、どんどん状態が悪くなっていった。

私は、「本人の帰りたいという思いは当然のことです」と言って、特別な治療はせずにその方を施設に帰せるとは思っていなかったようでひどく驚いて、ケア会議を開いて対応を検討したのだそうです。そして、きちっと本人に向き合って思いを聞き、本当のことを言う。何回忘れてしまってもその度に本当のことを伝えるという対応を続けた結果、本人と職員の間の人と人のかかわりが生まれるようになった。

たんです。そうしたら2週間で劇的に状態が良くなり、「帰りたい」とは言うけれど、自暴自棄になることはすっかりなくなった。

職員が報告に来て、「私たちのケアでこれだけ変わることが分かった。これが私たちの本人本位のケアの初めの一歩です」と。私も感動しました。
苛原 いい話ですね。その場限りの対応になってしまうことというのは確かにあると思います。「どうせ忘れてしまうのだから」と。ですが、もちろん本人には感情があるわけで、やはり、きちんと向き合わなければいけないですね。

上野 そうですね。その方は家族の世話をすることにずっと生きがいを感じていたので、職員は「これから、うちの施設で生きがいを持って暮らしていただけるように工夫します」と話してくれました。

苛原 やはり、人の生きがいというのは、“役割”がもたらすんでしょね。

(2012年12月3日に収録)

今後の認知症ケアの流れ(厚労省「今後の認知症施策の方向性について」を基に編集部で作成)

