

Q4

認知症の人の 社会参加の場ってあるの？



1 「認知症の医療」の変遷

筆者が医者になった1980年代、「認知症の医療」は認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) の鎮静を目的としていた。方法としては、入院、時には私的監置 (筆者の地域では2000年頃まであって、筆者も2件経験した)、そして向精神薬を使用した「拘束」が主体であったといっても過言ではない。やがて、疾患別の治療と介護の提供の必要性が叫ばれ、鑑別診断が重要視されるようになった。さらに、BPSDを回避 (予防) するためのアプローチ (理解と支援) が注目を浴び、**たとえ認知症を患っても、尊厳や本人の物語が尊重され、“その人らしい”生活が維持されることが真のendpointと考えられるようになった。**その延長線上に“社会参加”や“共生社会”があると考えられる。

そこに至り、当事者・家族とそれを取り巻く多職種を含めた多くの人たちの目的は共通のものとなると考える。木之下 徹医師は、認知症医療はかつて「認知症をなんとかしよう」から始まり、ついで「認知症のある人をなんとかしよう」となり、今は「認知症の人と、何かをしよう」となったと語る¹⁾。

2 こんな社会参加が始まっている

以下、社会参加の例を列挙する。

- ・当法人 (医療法人あづま会) の訪問看護では、アロマセラピーを積極的に取り入れているが、認知症である本人が、その介護者にアロママッサージを施し、感謝の言葉を聞く。“与えられるケアから与えるケア”への転換は、自己

効力感・自尊心を高めることにつながる。

- ・三重県桑名市の社会福祉法人自立共生会の運営するグループホームでは、「お年寄りの底力を活かそう」をモットーに、天気の良い日には事業所内保育の子どもたちと一緒に、防犯パトロールを兼ねて散歩に出かけている。それが周辺地域の防犯に役立ったという報告もある。
- ・一般社団法人かまくら認知症ネットワークの活動はよく知られている。鎌倉では、認知症の本人、家族、専門職、市民、中高生が交流しながら散策を楽しむ「かまくら散歩」や、認知症の人と専門職、市民、中高生が協力して、鎌倉の町をきれいにする清掃ボランティア活動「かまくら磨き」をしている (図1)。
- ・東京都町田市のワーキング・デイの活動も知られている。認知症になっても地域に役立つつながりを創る新しいデイサービスで、NPO法人「町田市つながりの開」が運営している「DAYS BLG！」という地域密着型通所介護事業所が行っている²⁾。ここでの取り組みが、新しいデイサービスとして全国の注目を集めている。その理由は、利用者本人の意思で、近くの自動車販売店での洗車やフリーペーパーのポスティングなどの仕事に参加し、利用者が「謝礼」を受け取っていることにある。

3 国が示した社会参加活動への留意点

前述の活動が、とうとう国を動かした。2018年7月27日に発出された厚生労働省老健局通知「介護保険最新情報 Vol.669」において、若年性認知症患者等に対応する介護サービス事業所に対して、事業所外での社会参加活動等を

実施する場合の留意点が示された。その概略を表1³⁾に示した。筆者の法人でも同様の展開を検討中であるが、周辺事業所の理解と協力を得るには時間がかかりそうだ。

4 認知症当事者たちからの動き

さらに認知症当事者たちが、「私たち抜きに私たちのことを決めないで」と始めた日本認知症本人ワーキンググループ(Japan Dementia Working Group; JDWG)が、「認知症になってから希望と尊厳を持って暮らし続けることができ、より良く生きていける社会を創り出していこう」と声を上げ、その主要メンバーである丹野智文さんが、代表を務める「ご本人のためのもの忘れ総合相談窓口—おれんじドア」等の活動をしていることも、社会参加の代表例といえるのではないだろうか。

与えられたものにせよ、自ら切り開いたにせよ、認知症の人の社会参加の形は広がりを見せている。JDWGでは

2019年1月、「認知症とともに生きる希望宣言」に基づいて、認知症・認知症の人にかかる基本法案の検討に関して提案を行っているが、その3つ目の提案を以下に記して、このクエスチョンの回答を締めくくるとする。

「支援される一方ではなく、本人がともにによりよく暮らすための条文を—自らの力を活かして、社会の一員として心豊かに暮らし続ける社会を創る—」

・外出や仕事、買物、楽しみ等、一人ひとりが望む暮らしを続けられるための本人向けの情報や社会環境を整備することをまず基本とすることが、安心や自立(自律)、安定した暮らしを生み出す基礎になる。

・それらが、本人はもとより家族や地域の負担軽減や、過剰な医療や介護等の解消をもたらすとともに、地域社会の活性化や真に役立つ産業の振興、未来の国民全体の幸せにつながる。



図1 かまくら認知症ネットワークの活動

表1 若年性認知症の方を中心とした介護サービス事業所における地域での社会参加活動の実施について

1. 本事務連絡の対象範囲
本事務連絡は、現在、取組が進んでいる認知症対応型通所介護を含む通所系サービス、小規模多機能型居宅介護等がその利用者を対象とした社会参加活動等を行う場合の留意点等を取りまとめたものです
2. 事業所外で定期的に社会参加活動等を実施することについて
次の要件を満たす場合には、介護サービス事業所が、利用者の自立支援や生活の質の向上等を目的としたサービスの一環として、事業所の外において、社会参加活動等に取り組むことができます。なお、利用者の心身の状況によっては、必要に応じてかかりつけ医等と連携することも必要です
①介護サービス計画に沿って個別サービス計画が作成されており、利用者ごとの個別サービス計画に、あらかじめ社会参加活動等が位置づけられていること
②社会参加活動等の内容が、利用者ごとの個別サービス計画に沿ったものであること
③利用者が社会参加活動等を行うにあたり、事業所の職員による見守り、介助等の支援が行われていること
④利用者が主体的に社会参加活動等に参加することにより、利用者が日常生活を送る上で自らの役割を持ち、達成感や満足感を得て、自信を回復するなどの効果が期待されるような取組であること

(文献3より引用)

文献

- 1) 認知症フォーラムドットコム制作委員会：認知症フォーラム.com。(2020年3月閲覧)
https://www.ninchisho-forum.com/eyes/machinaga_104.html
- 2) 長寿科学振興財団：健康長寿ネット。(2020年3月閲覧)
<https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/jirei/tsunagari-kai.html>
- 3) 厚生労働省老健局：介護保険最新情報。2018;669.

(大澤 誠)

Q13

神経難病！

苦手と思うのはなぜ？



① 神経難病の患者ってこんなにいるの？

「神経難病」と聞くと、多くの医療者が自分では診られない(診たくない)と感じるのではないか。学生時代に勉強したときも、めったに遭遇しないのに、やたら病気の種類が多かったり、人の名前が病名になっていることが多いため、病名を聞いただけではどんな病気かわかりにくいなど、とっつきにくい印象を持った方も多いと思われる。治療にしても普段使い慣れない薬を用いなければならぬし、完治する治療がないから難病なわけで、対症療法を行っていても徐々に悪くなっていく。しかし、経験が少ないため疾患の軌跡に実感が湧かないし、予測ができない。専門医から引き継いだ治療がこのままでよいのか、対処はこれなのか自信がない。治す方法もなく、悪くなる一方だし、見ていくのも辛い。さらに、胃瘻、胃管チューブ、気管切開、非侵襲的人工呼吸器、気管切開下人工呼吸器、在宅酸素など、医療機器だらけになるのをうまくコントロールしなくてはならない。医療材料もばかにならない。

これだけそろえば、神経難病を診たくなくなるのも無理はない。しかし、地域で在宅診療をしていると「この病気ってこんなにいるの？」と思うぐらい紹介されてくるはずである。**昔と違って様々なケアが充実し、地域で生活する神経難病の患者が多くなっている**からである。

② 神経難病を地域で診療するコツは？

そんな神経難病ではあるが、国の政策医療の対象であるため他の疾患よりも優遇されている。様々な制度があり、うまく利用すると療養生活、診療がよりスムーズになる可

能性がある。ただし地域により事情が異なるので、ご自身の地域の状況を把握されることをお勧めする。

① まずは指定難病の受給者証を持っているか確認！

持っていない場合は、指定難病の対象になりそうかどうか確認する。病名から検索したり、病名がぴったりでなくとも、どこかの難病のカテゴリーに申請できる余地がないか検討するが、これは専門医に聞いたほうが早い。もしくは、後述する専門医療機関等に問い合わせるとよい。

多くの指定難病は、重症度がある程度「重症(疾患ごとに指定されている。目安は介護が必要な状態)」にならないと申請できない。そのため、専門病院から紹介されたときにはまだ受給者証を持っていないこともある。**進行に合わせて、診断基準を満たすかどうか検討が必要である**。なお指定難病は2015年1月1日に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律」(2014年5月30日法律第50号、いわゆる難病法)に準拠している。申請の際には難病指定医が行う必要がある。

② 頼れるステークホルダーが関わっているかを確認！

保健師：指定難病の申請の際には、地域の保健所における難病担当の保健師が関わっていることが多い。制度について詳しいはずなので、担当の保健師を把握する。県によっては難病を対象にレスパイトステイ事業を行っているが、その申し込み先も保健所のことが多い。

訪問看護ステーション、訪問リハビリや介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所：地域には難病に強い事業所がある。将来的に様々な医療処置が必要となることが多いので、最初から対応できる事業所を確保するとよい。

地方自治体の障害制度担当：重度訪問介護などがどの程度使える地域なのかを把握しておくことよい。なお、**難病法での指定難病と障害者総合支援法の対象となる難病は異なることがあるので**、注意を要する。

難病診療連携拠点病院、難病医療協力病院、難病診療分野別拠点病院、難病相談支援センター、難病を受け入れてくれる地域包括ケア病棟、療養型病床（介護医療院）：これらの病院等も把握しておくことよい。ただし、拠点病院の体制は2016年度から整備が始まったが、地域によってはまだ確立できていない都道府県もある。

訪問薬局、医療材料個別対応卸業者：在宅薬剤管理も任せられる薬局や、1個単位から医療材料を購入できる業者などを把握する。

③情報源を確認！

難病情報センターHP：難病に関する情報提供を行っている。アップデートもされ、様々な最新情報が得られる。

難病診療連携拠点病院等に配置されている相談員：難病診療連携コーディネーター、難病診療カウンセラー、難病医

療相談員などが機能している地域であれば頼りになる。
難病相談支援センター、ハローワーク（難病就労サポーター）、産業保健総合支援センター等：難病に特化した就労・両立支援を行っている。難病であれば使える制度もあるので、必要時には問い合わせるとよい。

各種患者会：疾患により様々な患者会がある。日本難病・疾病団体協議会（JPA）に問い合わせると情報が得られる。
IT関係の各種支援団体・協会等：ICT救助隊（様々な支援の相談を受け付ける）、マイスイッチ（意思伝達装置「レッツ・チャット」の開発者 松尾光晴氏が管理）、テクノエイド協会、トクソー技研などがある。

④気軽に相談できる、頼れる神経内科専門医を確保！

ただし神経内科専門医といえども難病に詳しい人は限られるので、専門性をよく見きわめる必要がある。



最後に、日本在宅医療連合学会 在宅医療インテグレーター養成講座で使用されている難病のリソースマップ（通称：たすかりまっぷ）を示す（**図1**）。ぜひ参考にされたい。

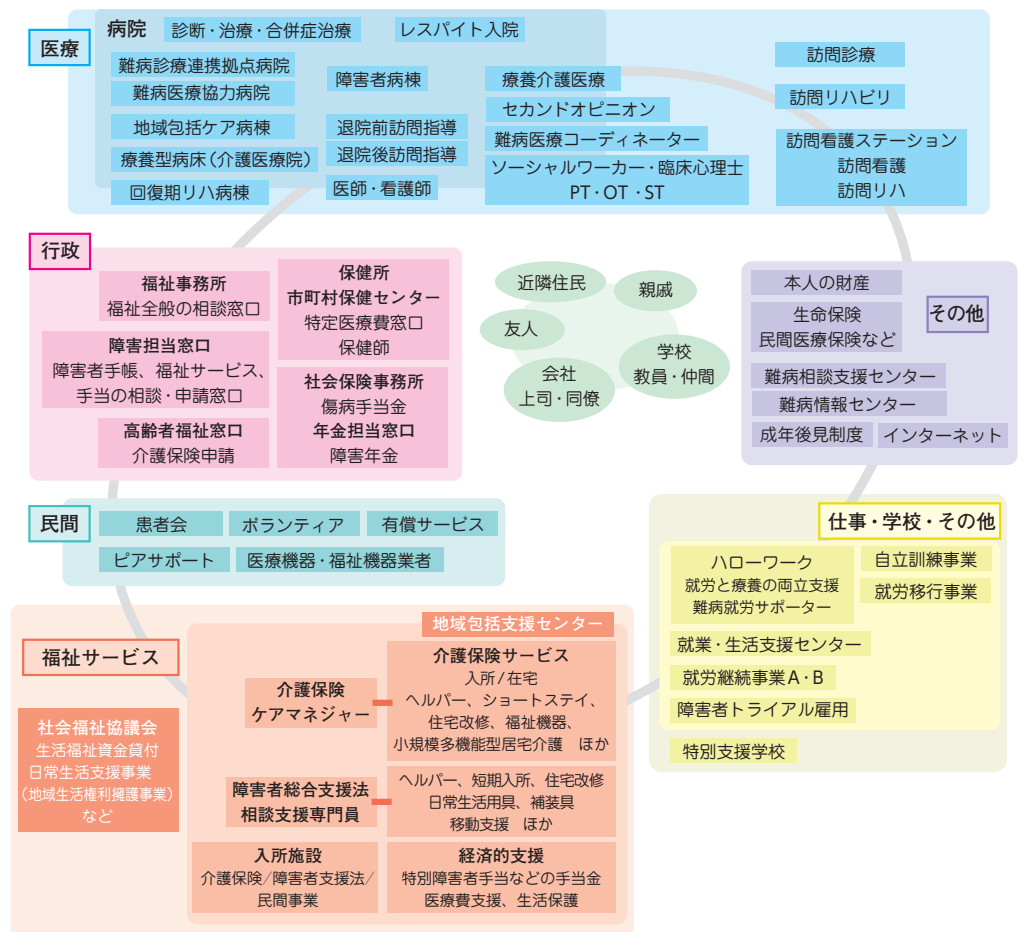


図1 難病リソースインデックス(たすかりまっぷ)

Q30

医師は訪問していないのに、
薬剤師が訪問する意味は
あるの？



① 制度的に薬剤師は在宅訪問が可能

薬剤師が取り組む居宅療養管理指導は、医師の指示のもとで始まるが、医師の訪問診療は必須ではない。都道府県によって多少の解釈の違いはあるが、通院が不可能でない通院困難事例であれば、薬剤師の訪問は可能である。「通院困難」とは、「自力での通院ができない」というのが基本的な基準である。家族やヘルパーの付き添いがなければ通院できない患者は、口頭であっても医師の指示があれば、**介護保険では居宅療養管理指導、医療保険では在宅患者薬剤師管理指導として、薬剤師は患者のもとに訪問活動を行うことができる。**

ただ、制度的に可能とはいえ、医師が訪問診療を行っていないにもかかわらず薬剤師が在宅訪問を行うことに違和感を覚える方も多いのではないだろうか。このことも、薬剤師の仕事が「薬を渡す」までであり「配達と整理」を担当しているとすればその通りであるが、「服用後のフォロー、アセスメント、そして医師へのフィードバック」までが仕事であると前提が変われば、見え方も変わってくるはずである。

② 薬剤師が在宅訪問することで解決する問題とは？

薬剤師が在宅訪問することで、どのような問題が解決するのかを3つの観点からみてみたい(図1)。

① コンプライアンスの確認

医師は自分が処方した薬を、すべてきちんとまではいかなくても、8~9割方の精度で患者が服用していると信

じている。しかしこれは美しい誤解であり、実は医師が知らないだけで、飲まれていない薬が大量に眠っていることがある。いわゆる**残薬の問題**であるが、これには大きな問題が2つある。

1つは、飲まない薬を処方し調剤することで、**本来は不要な医療費が浪費されている**ということ。そしてもう1つは、医師が診察した上でいろいろと考えるとき、自分が処方したものを服用していることを大前提としているが、服用していないとすれば医師の**診断そのものが間違ってしまう**ことである。

特に通院困難な患者にとって、薬は「意識的に服用しない」というより、「認知機能の低下や手指の動きの低下によって、服用できない」というのが理由であることも多い。このようなことを考えれば、薬剤師が患者のもとを訪問して「お薬カレンダー」「お薬箱」も活用しながら飲めたかどうかを確認し、もし飲んでいなければ、それらの情報も含めて医師にフィードバックすることで、経済的にも医療的にも優れた処方を医師が決定することが可能になる。

② 効果の確認

当然のことではあるが、薬は疾病や症状を改善するために処方される。それぞれの薬剤が処方される理由となった疾病や症状について、どうなっているのかをチェックし、効果不十分と判定すれば、別の疾患の可能性や、用法・用量の変更等も考える必要があるはずである。また、打撲や感染など急性期の経過をたどるものだけでなく、生活習慣病のように慢性経過をたどるものも、症状の軽快や改善が得られれば、患者の状態や症状に応じて、場合によっては

服用の中止や減量を検討する必要がある。

これは医師も行っているが、通院困難な患者の場合、天候や体調が優れないときなどは、家族や代理の人が患者の状態を報告して処方を受けるケースも少なくない。医師は患者の状態に変わりがなければ、前回と同様の処方（DO処方）を行って、「また次回」とすることも多いだろう。しかし薬剤師が在宅訪問し、問診や必要に応じたバイタルサインのチェックなども併せて効果の確認ができれば、**次の処方前に医師にフィードバックし、不要な薬剤の処方を抑え、より患者の状態に適した薬物治療が行われるようになる。**

③副作用のチェック

薬には副作用がつきものである。痛み止めによって胃腸障害が引き起こされるといったように、もともとの症状を改善するための作用のみならず、別の作用が出ることはよく経験する。しかし医師が患者を診る場合には、患者の訴える症状はどうしても何かの疾病によって起こっているの

ではないかと考えがちである。ただ、通院困難な患者は高齢者が主で、様々な疾患を併発していることや、肝臓や腎臓の機能が低下していることも多く副作用が発現しやすい。

薬剤師が患者のもとを訪問して服用後の状態をフォローすると、様々な訴えを耳にし、「自分で調剤した薬によって起こっているのではないか」というチェックを無意識に行うようになる。これは、薬学という学問を修めた「薬剤師特有の思考回路」であるが、この薬学的アセスメントを次の処方前に医師にフィードバックすることで、**原因となっている薬剤の減量や中止も可能となり、不要な薬剤の処方を抑制することができる。**

◎

これら3つの問題を薬剤師が訪問時にチェックし、医師と協業することは、高齢者医療における問題のひとつである**ポリファーマシーの解決の糸口をつかむ**ことにつながるだろう。

薬剤師が訪問時にチェックする3つの問題

薬剤師が調剤をして、その薬を渡した後、いったい何をみるのかという疑問は根強いが、実は意外にシンプルである。まず、医師の処方通り服用できているかどうかをチェックする。次に、効果が出ているかどうかを問診やバイタルサインをチェックして確認する。最後に、危惧される副作用が出ていないかについてチェックする。ここでのポイント

は、患者をフォローした際に、薬学的な見地から「なぜ、服用できないのか?」「効果が予定通りに出ない理由は?」「この症状はこの薬で起こりえないか?」を考え、医師にフィードバックし、薬物治療のさらなる適正化につなげることである。

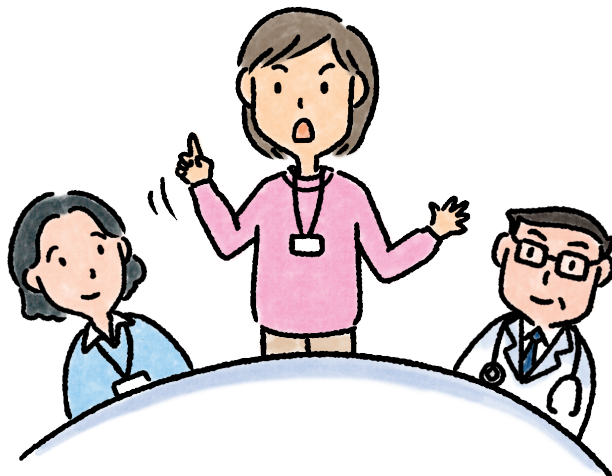


図1 薬剤師の在宅訪問により解決する3つの問題

(狭間研至)

Q45

在宅における 多職種連携って？



① 病院と在宅医療における多職種連携の違い

病院の中にも多職種の医療スタッフがおり、日々連携が行われている。それでは、病院における多職種連携と在宅医療での多職種連携には、どのような違いがあるのだろうか。

病院の中心には医療があり、患者の病気を治すために医療チームが結成される。病気を治すというミッションのもとに集まったチームにおいて、病気に関して一番イニシアチブを取れるのは誰か。それは医師であろう。医師の指示のもとに多職種がまとまり、他の職種が動く。これが病院という組織で一般的な構図であり、病院における多職種連携といえる(図1)。

一方、**在宅医療では、患者の「生活を支えること」を一番に考える**。時に病気の治療より生活が優先されることもある。こうなると、**病気に詳しいだけの人ではチームの旗振り役として不十分であり、生活のことをわかっている人が旗振り役になる必要がある**。では、生活のことに一番詳しいのは誰かという、それは医者ではない。看護師かという、そうでもないだろう。ヘルパーが一番ふさわしいようにも見えるが、旗振り役として全体を見渡せるかといえばそうでもない。本人や家族こそ適任ではないかとも思うが、病気によって機能不全に陥っている本人や家族は不安になったり弱気になったりしているため、生活の旗振り役になれるかという難しさが残る。

では、どうするか。誰が指示を出すとか誰が偉いとかではなく、**みんなで集まってフラットに意見を出し合う**、これが在宅医療における多職種連携のポイントとなる(図2)。

② それぞれの職種の気づきを持ち寄る

医師には医師の、看護師には看護師の、ヘルパーにはヘルパーの、ケアマネジャーや薬剤師などにもそれぞれの気づきがある。それを全部持ち寄って、その人の生活を様々な角度で見るからこそ全体が浮き彫りになり、その中にある病気をどう扱えばよいかが見えてくる。

痛みが強く生活もままならないときは医者の声が大きくなるかもしれないが、食事の準備や部屋の片付けなどができず苦痛を感じているなら、医者による薬の処方よりも、ヘルパーによる生活サポートが中心になるだろう。薬をきちんと飲むことで生活が整うなら、薬剤師が中心となってもよい。**様々な立場や職種の人を中心にできればよく、医者はその時々で声が大きくなることはあっても、常にピラミッドの頂点にいるわけではない**。これが在宅医療における多職種連携の特徴ではないだろうか。

③ コンセプトの異なる者同士が集まってどう連携するか

在宅医療のもう1つの特徴として、「多施設・多職種連携」であることが挙げられる。病院は「同施設・多職種連携」であり、組織の理念や役割、やり方がある程度わかって集まっている。忘年会や歓迎会などを通じて、気心の知れた仲間だからこそできるサポートもあるだろう。一方、在宅医療では多くが別の組織との連携になる。最先端の医療の提供をコンセプトとするクリニックもあれば、1人ひとりの思いに寄り添うことを大切にしている訪問看護ステーションもある。地域のお悩み解決をめざす薬局もある。

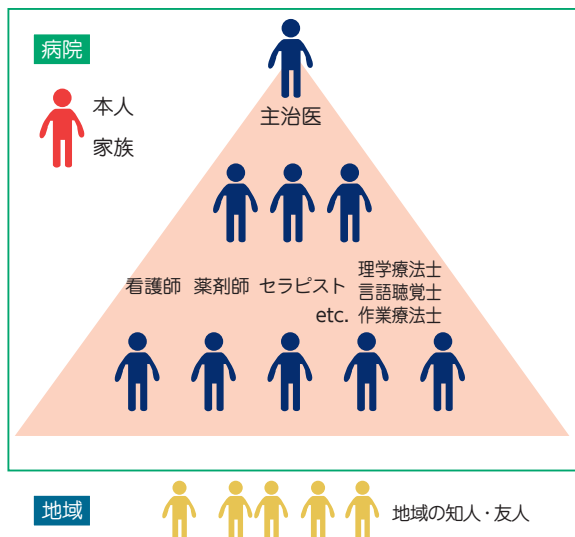


図1 病院における多職種連携のイメージ

では、コンセプトの異なる者同士が集まり、連携するためには何が必要か。それは、**互いの職種の専門性や、各施設の得意分野をより深く把握しておくこと**である。

連携の中で他施設の専門職に仕事を頼むと、「それは私たちの仕事ではありません」と言われることがある。たとえば、在宅での服薬状況のチェックを訪問看護師に依頼することがあるが、本来は薬剤師こそ得意な分野である。依頼の趣旨に対して認識のズレが生じる恐れがある。

連携にあたっては、人としての個性を理解する前に職種としての個性を理解しておきたい。逆に言えば、薬剤師であれば薬剤師としての仕事を期待される。苦手なことを口に出して言うのでは心もとないため、より専門性を高め、飛んできたボールをしっかりレシーブできるような自己研鑽を、各職種には期待したい。その信頼をもとに専門分野を任せるといことが、在宅医療における多職種連携では行われる。最終的には指示を出した医師が責任を取るケースも少なくはないが、訪問中の実際の責任者は、そこに行っている看護師や薬剤師、ヘルパー自身である。ここもまた、病院での医療との大きな違いであろう。

4 地域の輪の中に入れてもらう

地域包括ケアシステムにおいては、「本人の選択」と「本人・家族の心構え」が大事になる(図2)。いず

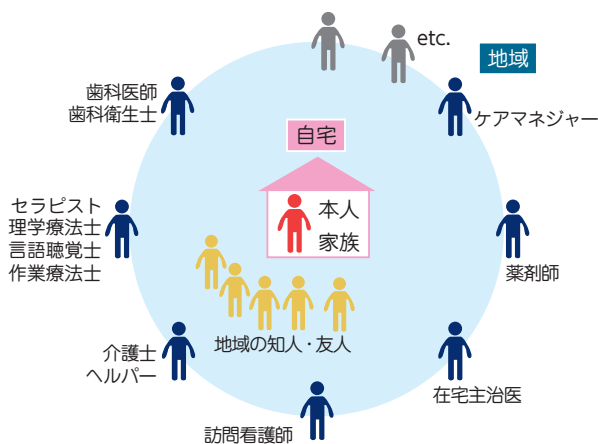


図2 在宅における多職種連携のイメージ

れも病気になったから生まれるものではない。それまでの生き様や性格が影響してくるものであり、病気は1つのきっかけにすぎない。医療や介護はあくまでオプションであり、植えられる葉っぱのひとつなのである。ど真ん中にあるのは患者の生活であり、地域での活動など日々の営みを支えているものを抜きにして患者の人生を語ることはできない。医療者はこうしたことを肝に銘じた上で自らの役割を果たす必要がある。

医療の多職種連携と合わせて、生活を支える様々なリソースをチームの仲間にしていくことも大切になる。たとえば、コンビニや銀行に勤める人たちもそこに加わってもらおう。病院にいた多職種が地域に出ただけでも意味はあるが、ケアシステムをつくるにあたり、医療や介護だけでは足りない人同士で集まることが大事になる。

自虐的に言えば、生きていく中で、私たち医療や介護の専門職に出会わない人のほうが幸せであるかもしれない。もはや、医療や介護の専門職だけでケアを考える時代ではない。「病気になったらお越し下さい」と医療者が白い建物の中に籠もっていた数十年の間に、まちづくりや地域づくりは住民1人ひとりの手によって進められてきた。在宅医療や在宅ケアが普及しはじめた今、「遅ればせながら、**地域の輪の中に入れてもらう**」というスタンスでのぞみたい。