

認知症医療の 新しい風

山口晴保

群馬大学医学部保健学科

今回は、「第11回介護保険推進全国サミット in ひがしうら」(10月21～22日、愛知県東浦町)の様をお伝えしながら、これからの認知症医療や介護保険の新しい風を伝えます。

拘束なし、薬剤増量なしの 精神科病棟

筆者は、第一分科会「認知症にどう向き合うか」の座長を務めました。

いまいせ心療センターの水野裕医師(精神科医)の認知症病棟では、①隔離や拘束をしない、②抗精神病薬を増量しない、③2～3カ月以内の自宅復帰率が40%、と驚異的な医療を行っています。精神科では当たり前のように拘束が行われ、抗精神病薬を大量に投与して行動を落ち着かせると同時に身体機能を低下させ、寝たきりになって病院で最期を迎えるケースが多いなかで、このようなすばらしい精神科医療が行われていることを知りました。「私たち医療者は、認知症自体を治すことはできないが、『どんなに進行しても、あなたたちを見捨てはしない』という覚悟と信念を持って、認知症を抱えて生きる人たち、家族、そして彼らを支えるケアスタッフとともに歩むことこそ、認知症と向き合って生きることだ」と述べる水野医師のような医師が地域にいてくれたら、認知症の医療は安泰です。

水野医師の外来診療では、本人や家族が集まる会を、若年性と高齢発症に分けて月2回行い、患者同士・家族同士の情報交換や励ましを行っています。本人の生活状況や、本人と家族のニーズを知り、医療を行う——これが認知症医療の原点です。

地域包括ケアシステム

2日目に「介護保険改正に向けて」というタイトルで介護保険の方向性を示す討議が行われました。そのキーワードは地域包括ケアシステム、すなわち地域完結型のケアシステムです。

介護保険研究者である龍谷大学の池田省三氏は、①巡回型ホームヘルプ(ヘルパーが地域を巡回し、1回あたりは短時間でも、1日8回くらい訪問して在宅生活を支援する)、②小規模多機能型居宅介護の充実、の2つを中心にするこゝで、地域完結型のサービス提供が望まれると、今後の方向性を示しました。

前述の水野医師は、地域包括支援センターと月1回の勉強会も行い、地域との連携を深めています。認知症分科会パネリストの浅井俊亘医師(海南病院老年科)は、地域の医療機関と地域包括支援センターのネットワークづくりについて話しました。小学校区のような小さな地域ごとに小グループをつくって、医師や薬剤師、ケアマネジャーなど多職種が認知症を取り巻く地域の問題点などを話し合うことで、顔なじみの関係になり、連携がスムーズになることを示しました。そして連携に何より有効なのは、「飲み会」とのことでした。

過剰なサービス ——プロとアマの違い

池田氏は、介護保険サービスによる廃用症候群の増加についても触れ、ホームヘルプサービスの利用頻度が高い人ほど要介護度が悪化する率が高

やまぐち・はるやす ● 群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学医学部保健学科基礎理学療法学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント〜快一徹!脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防〜読めば納得!脳を守るライフスタイルの秘訣』(ともに協同医書出版)。日本認知症学会理事。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事



いという統計データを示しました。さらに、山口市のデイケアとデイサービスを対象とした調査で、施設ごとに利用者の平均要介護度の変化を見ると、デイケアでは $-0.05 \sim -0.35$ /年と介護度悪化の程度に施設間のばらつきが大きいことがわかりました(一が悪化を示す)。デイサービスでは $-0.2 \sim -0.25$ /年と施設ごとのばらつきは少ないものの、いずれの施設でも要介護度は悪化しています。しかし、1カ所だけ要介護度が改善しているデイサービスがあり、それが大規模デイサービスの「夢の湖村」だと報告しました。

この夢の湖村を設立した作業療法士の藤原茂氏が、2日目午後の特別講演の演者でした。NHKの『プロフェッショナル』という番組でも取り上げられた「人間の能力を引き出すプロ」です。どう工夫したら能力を引き出せるかということを絶えず考え、アイデア満載のデイサービスを運営しています。そして、このデイサービスの利用者の多くに、要介護度の改善が見られました。

藤原氏の講演から、その工夫をいくつか紹介します。まず、施設が「バリアフリー」です。段差をよじ登り、寄せ集めの中古家具の合間を伝い歩きます。山の斜面に建てた施設なので、上り下りのスロープもあります。しかし、あちこちに楽しい仕掛けの札所があり、札所巡りを続けたいような工夫をしています。食事はセルフサービス、配膳も片付けも自分ですることが基本です。そして利用者が先生役になる教室が、たくさんあります。いかにして利用者の能力を引き出すかの工夫が満載の事業所です。

前述の水野医師も、デイサービスの過剰なサービスについて苦言を述べました。歩けるのに車いすで出迎えるので歩行能力が低下していく、入浴後は身体を拭いてあげるので家でも自分で拭かなくなったなど、何でも「やってもらうのが当たり前」になり、自分でできなくなってしまうのです。こうして要介護度が悪化します。

人間の能力は、使えば使うほど進化します。逆

に、使わないと退化していきます。これが大原則です。何でも親切にしてあげる介護はアマチュアです。能力を奪うケアです。本人がどこまでできるかを見守る。でも、できなくてイライラする寸前で救いの手をちょっと出し、また見守る。そして、できたら思いっきり褒める。これが能力を伸ばすケアです。

できたという達成感がやる気の素です。それを褒められると、やる気が増強します。そして、できるという自信、有能感(自己効力感)が高まると人間はその行動を取るようになります。やる気だけでなく、実際に自分からやるのです。

自立支援のケアができるのがプロであることを藤原氏は何度も強調しました。できることとできないことを見極め、どこまで手を貸したらできるようになるかの判断をするのが介護のプロです。それにはいつも、「見分けようという問題意識」を持ってケアすることが必要です。問題意識を持続けると見分けられるようになり、うれしくなる。こうしてケアする側の達成感や有能感も高まります。

やる気を引き出し、できたことを思いっきり褒めてやる気をさらに高め、次の行動につなげる——ここが大切です。行動を変えるには、①やれるかもしれないという有能感と、②できるとうれしい、人からも褒められるというご褒美が必要です。



このほか、高齢者専用賃貸住宅(高専賃)を増やす方向を、国土交通省住宅局の武井佐代里氏が示しました。2009年度には、1.3万戸の高専賃が増え(累計4.3万戸)、本年度は160億円の予算を組んで普及に取り組んでいます。また、小規模多機能型居宅介護の充実が国の方針になっていきます。高専賃や小規模多機能型居宅介護が増えるなかで、グループホームが生き残るためには、質の高いサービス、利用者・その家族にとって、満足度の高いホームをめざす必要があるでしょう。