

デンマークの認知症ケア動向 IV

地域高齢者精神医療チームの意義と役割

<目次>

1.	在宅生活の継続を支える地域のしくみ.....	1
(1)	デンマークの高齢者精神医療福祉.....	1
(2)	地域高齢者精神医療チームとは.....	2
2.	地域高齢者精神医療医療チームの意義と役割.....	4
(1)	活動内容(Middelfart モデル).....	4
①	在宅支援のバックアップ(鑑別診断、治療、対応策).....	5
②	施設・在宅介護職員への認知症ケア指導、スーパービジョン.....	10
③	家族へのケア.....	11
(2)	診察のプロセスにおけるポイント.....	9

IV 地域高齢者精神医療チームの意義と役割

1. 在宅生活の継続を支える地域のしくみ

(1) デンマークの高齢者精神医療福祉

デンマークにおける高齢者精神医療福祉はこの30年で大きく変化している。

30～40年前の精神疾患患者への支援はごく限られたものであり、十分な診断や診療の機会がないまま、多くの人が「認知症」と断定されていた。例えば、ミドルファート（Middelfart）市にあるミドルファート病院には、当時1,200床の精神科病床があり、そのうちの3分の2を高齢の患者が占めていた。この中には、多数の認知症患者も含まれており、精神病院へ入院する際の本人の意思は無視されることが多く、家族から離れて、病院で最期を迎える状況が慢性的に続いていた。

当時の精神病院は、清潔と静寂が保障され規則正しい生活で律せられていたが、ベッドに縛られるなどの拘束もしばしば行われていた。症状が治らないと、大量の投薬が当たり前のように行われ、本人の表現力や表情は壊され、喜び、悲しみの表情が無くなっていった。

しかし、弱者や障害者を病院や施設で保護するという方法は、1960年代に北欧諸国を中心に広がったノーマライゼーション（normalization, デンマークのバンク＝ミケルセンにより初めて提唱された）の思想に反するものであり、デンマークの精神医療福祉における支援のあり方は、基本的な思想に立ち返りながら見直されることとなった。これは、非人間的な「処遇」を改善し、患者の「病気」ではなく、「生活」に目を向ける改革であった。

改革により、現在のミドルファート病院は60床程度の規模に縮小され、高齢者のために用意されているベッドは僅かに8床残されるのみとなった。また、この8床は常に満床ということではなく、緊急時のために確保されているという意味が強い。数十年前に800床分の高齢者を受け入れていた病院は、懸命な在宅介護システムの推進によって、ほとんどの患者を生活の場に戻すことに成功したのである。



写真1_新しくなったミドルファート病院(精神病院)の病室



写真 2_病院内にある開かれたイメージのカフェテリア



写真 3_入院病棟の患者が使用する食堂

(2) 地域高齢者精神医療チームとは

それまで精神科病棟で隔離されていた認知症高齢者の生活環境を改善するためには、身近な地域社会の中で、普通の暮らしを通じた治療のあり方が見直されることとなった。認知症患者の生活環境を改善するには、診療と治療を自宅で行えるしくみが必要である。このことは、膨張していた医療費の節約効果とあいまって、積極的な在宅復帰の取り組みにつながっている。このような流れの中で、在宅での診断や住環境の整備、日常生活に基づく治療、家族支援や地域啓発等の必要性から生まれたのが、地域高齢者精神医療チームのしくみである。

地域高齢者精神医療チームは、精神科の医師（1名）と地域精神医療の教育を受けた看護師（2名）で構成される。また、このメンバーの中には、3章に示した認知症コーディネーターの有資格者が入っていることも多い。対象となるのは、65歳以上の精神的な疾患がある高齢者であり、その症状は「認知症」と「うつ病」で二分されているとのことである。このチームに紹介される患者は比較的に重度の症状を持つ者が多く、患者の状態に応じてソーシャルワーカーや療法士などがメンバーに加わることもある。また、65歳以下の若年性認知症患者は、一般の地域精神医療チームが担当することとなるが、困難なケースでは、より豊富な認知症の知識が必要となるために高齢者精神医療チームに紹介されてくることもある。

このチームの発足された背景には、過去における在宅介護や施設介護の中で、専門職の介入が不足していたために生じた様々な困難がある。認知症ケアは、当事者が何らかの問題に直面したときに、先が見えずに立ち往生することが少なくない。デンマークで

は、この突然に起こる予期せぬ状況に対応していくことが、地域での認知症ケアを支える近道であると考えて、家族や介護職の後ろで待機する専門職による支援体制を作り上げたのである。

認知症高齢者への支援における地域高齢者精神医療チームの主な役割は、以下のよう
に整理できる。

地域高齢者精神医療チームの主な役割

- 在宅支援のバックアップ(鑑別診断、治療、対応策)
- 施設・在宅介護職員への指導、スーパービジョン
- 家族へのケア
- 地域への情報提供

2. 地域高齢者精神医療チームの意義と役割

(1) 活動内容(Middelfart モデル)

地域高齢者精神医療チームは、デンマーク全土にわたって地域ごとに配置されているが、運用方法は地域によって若干の違いがある。ここではフェン島ミドルファート市のチームにスポットを当てて説明する。

ミドルファート市の地域高齢者精神医療チームはミドルファート病院（精神疾患の専門病院）に帰属する組織である。他の地域をみても、精神医療チームは精神病院に組織されているのが一般的なようである。デンマークの中央に位置するフェン島の人口は45万人。医療チームは、島を3つのエリアに分けてそれぞれの拠点を持って活動している。

地域高齢者精神医療チームのはじまりは25年ほど前で、精神病患者の社会的入院が増えたことを受けて、不必要な入院を避け、患者の住む地域に支援組織を発足させようとしたのがきっかけである。社会的入院を避けるためには、社会的問題を地域で受け止めていくことが必要であり、そのことを着実に実践してきたということでもある。この取り組みにより、本人に変化が起こったり、周囲の対応が困難になったりしたときに、確実に専門職につなげられる道筋が確保されたといえる。

【ミドルファート病院の地域高齢者精神医療チーム】

- 対象エリアと人口：ミドルファート市を含むフェン島北部エリアの12万
うち65歳以上高齢者人口：15,000人程
- ミドルファート病院の精神医療チーム：高齢者精神医療1チーム、一般精神医療2チーム
- 高齢者精神医療チームが関わる患者の数：1チーム常時200人程度の患者を担当

(2) 初期診断からケアサービスまでの流れ

① ホームドクターによる初期診断

最初に本人の変化に気付くのは家族であることが多い。認知症の疑いがある患者の初期段階で診療に携わるのは、国民の全てに登録されているホームドクターであり、ホームドクターは本人や家族の訴えに耳を傾けながら認知症以外の疾病の可能性を探したり、MMSEなどのテストを行ったりする。

認知症の疑いがある患者の中には、感染症や膀胱炎が原因で異常が出ている場合も多く、内科的な治療が必要と判断された場合は、ホームドクターが自らその治療に専念したり、他の専門病院に紹介したりすることもある。いっぽう、MMSEの点数等により認知症が疑われる場合は、CTやMRIの検査を行うこととなる。ただし、ホームドクターが有する認知症の専門知識やクリニックの設備によって、どの時点から精神医療チームに連携するかは一律ではない。

検査の結果で認知症が疑われた場合は精神医療チームに連携し、その認知症の原因となっている疾患をつきとめていく。また、精神医療チームによる鑑別診断後、初期の認知症の場合には、再びホームドクターに担当が戻り、在宅介護サービスなどと連携を図りながら経過を見守っていくケースも少なくない（ホームドクターの知識や得意分野によって異なる）。このような場合は、経過とともに重度化したり、困難な状況が発生してきた場合に、再び精神医療チームへの連携が行われるとのことである。

通常、ホームドクターが担当する登録患者数は2,000人程度と言われているが、ヒアリング調査を行ったホームドクターのケースでは、受け持ち患者の約25%が65歳以上高齢者であり、その5%強（25~35人程度）に認知症の診断やその疑いがあるとの事である。



写真 4_ホームドクターの診察室 1



写真 5_ホームドクターの診察室 2

ホームドクターは子供から高齢者までオールマイティーで診療する総合医であり、デンマークの国民は自治体の示すリストから自分のホームドクターを選択せいで登録するしくみになっている。訪ねたクリニックは、診察の効率性を高めるために2つの診察室を持ち、中央に分娩室も備えていた。

② 地域高齢者精神医療チームによる訪問診療

ホームドクター、あるいは地域の高齢者課、各種介護サービス等から連携されてきた認知症の疑いがある高齢者に対して、精神医療チームが行う最初の仕事は鑑別診断である。ミドルファートモデルの場合、チームは、ホームドクターや在宅介護事務所からの連絡を受けてから3日以内に本人の自宅へ最初の訪問を行う。特徴として捉えるべきは、チームが患者の住む自宅に訪問するという点である。これは、支援者の視点を患者側の環境に置きかえることと、患者が病院に出向くことによって生ずる環境的変化の負担に配慮した対応である。また、チームが出向くことにより、患者の本来の様子を確認することができたり、日常生活上の認知症の進行状況を見極めたりする事ができる。

チームが訪問する際は、より多くの関係者に同席してもらうように働きかけていく。例えば、家族は勿論のこと、対象者が既に在宅介護システムを利用している場合は、ホームヘルパー等の専門職にも同席を求め、各々の立場から本人の状況や脳機能の状態を把握するようにする。チームにとっては、本人のみならず、家族や介護者からの情報が非常に重要な手がかりになるからである。(ただし、隣接するオーデンセ市の地域高齢者精神医療チーム(オーデンセ大学病院)の場合は、患者が通院してくるケースも一般的であり、訪問診療の実態は地域差があると考えられる。)

③ 支援方針

精神医療チームの活動目的は、患者自身の入院をできる限り避けながら、地域における生活を継続させていくところにある。行動に変化が起こる原因には様々な要因があるが、医師として正確な診断を行い、必要な薬を提供することが重要な仕事となる。正確な診断のために最初に考えるのは身体的な異常についてである。脳は身体の中にあるゆえに、身体の異常で脳の動きに影響を与えることも多い。身体的な要因で最も典型的な例が膀胱炎であり、膀胱炎によって認知症患者の行動様態がおかしくなるといった事例は多いとの話である（他の疾病の影響を疑うプロセスは、一部のホームドクターの役割と重複するが、ケースによって役割分担が行われている）。

診断は様々なプロセスを踏むことが重要であり、スケールによるチェック等で安易に判定するようなことは回避されている。また、この時点で認知症以外の原因だと判断された場合は、ホームドクターに患者を戻して治療を進めていく。

【診断までのプロセス】

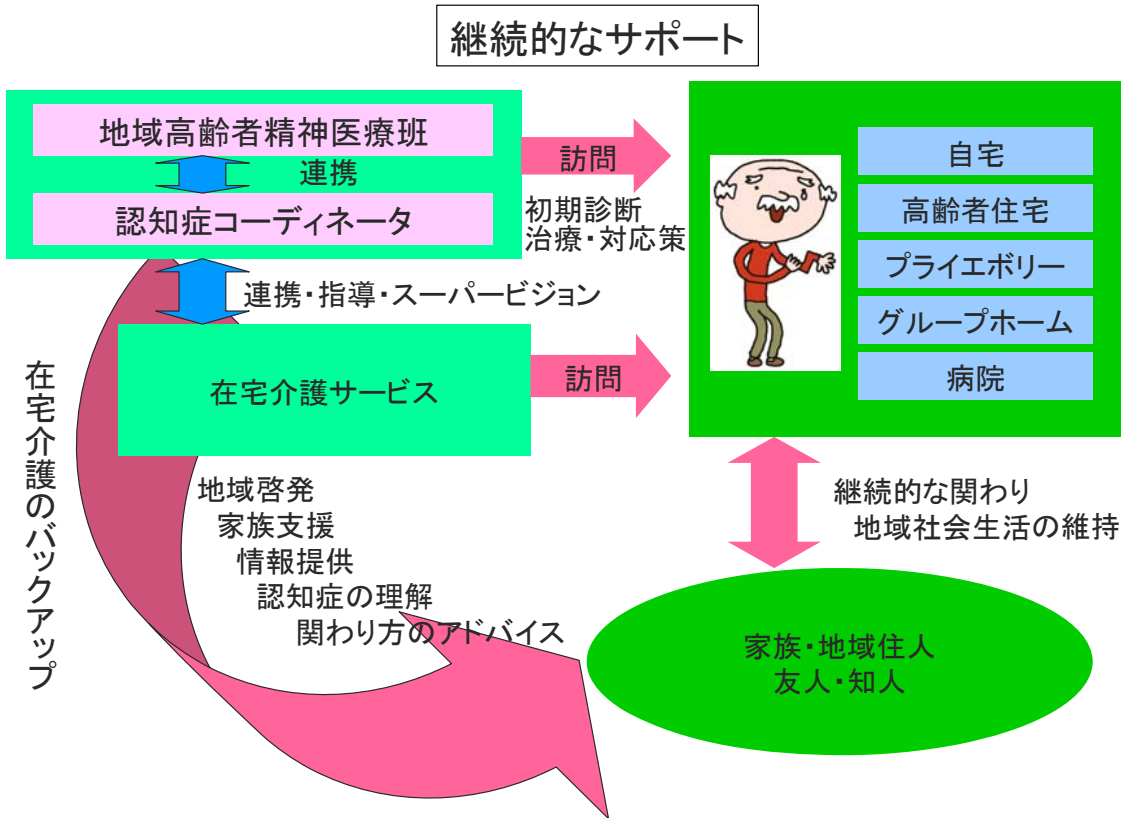
- ・最初の訪問で問診
- ・病院で画像診断や必要な検査
- ・診断（発症から診断までは6ヶ月程度の時間を持つ）

④ 継続的な関わり

前述のように、地域高齢者精神医療チームが担当する患者は重度の認知症患者や在宅介護において困難を伴うケースが多くなっているが、チームが担当することになると、患者の主治医はホームドクターからチームの専門医師に交代することになる。その後は、患者が他の病気で入院したり、ショートステイで施設を利用したり、あるいは在宅生活の継続が不可能となって認知症ユニット等に移動した場合も、チームの医師が患者の主治医として関わり続け、新たな場所の関係者と協力体制を築いていくしくみになっている。

地域高齢者精神医療チームの最も大きな役割は、訪問を重ねながら、在宅生活の継続が可能となる介護対策を導入していくことである。鑑別診断を行った後は、チームの看護師が訪問を重ね、地域のデイセンターへの紹介や理学療法や作業療法など、必要な支援を見極めていくこととなる。

地域高齢者精神医療チームによる認知症患者への継続的な支援



(図表作成) ニッセイ基礎研究所

(3) 診察のプロセスにおけるポイント

ここでは、ミドルファート病院精神科医師(地域高齢者精神医療チーム主任医師)ロルフ・バング・オルセン氏の講義録から、実際の診察プロセスにおける専門医の着眼点を示す。

① 医療面だけでなく、全人的な側面から高齢者の状態を確認すること

認知症の症状が出てくると、本人に対する周囲の見方や問題の捉え方がそれぞれに違うことがある。問題となる症状だけに意識が向けられてしまうと、対象者の悪い面ばかりを見てしまうようになるが、医師として必要なのは、本人がこのような状態になった原因が何なのかを突き止めることと同時に、本人の長所やできることが何かを明らかにすることでもある。認知症高齢者にとっては、日常生活そのものが非常に大切なことであり、本人の好みや長所を把握するという意味では、配偶者や家族、介護職からの話を十分に聞き取りながら、情報を得ていくことが重要だと考えられている。

② 脳の状態把握により、課題になっている症状・行動の要因を的確に判断すること

周囲が変だと感じる症状や行動の背景には、本人が不安な気持ちになったり、混乱を引き起こしたりする原因が脳の中に起こっているからだと考えられる。専門医は、その症状が本当に認知症から引き起こされているのかを的確に判断し、他の要因の可能性にも目を向けていくことが重要である。

例えば、高齢者が様々に飲んでいる薬も、その副作用によって認知症と同様の症状を引き起こしたり、悪影響を及ぼしたりすることが少なくない。デンマークでは、生命の維持に必要な薬は投薬しないことが大切だと説明する医師も少なくない。認知症と似た症状は、膀胱炎や脱水症状など、脳以外の身体的疾患によって誘発されることもあるが、それらは、その原因疾患をとり取り除くことで改善させることができる。

急激に状態が変化している場合などでは、認知症以外の原因である可能性も高いため、デンマークでは少なくとも半年程度の経過を観察してから認知症の診断が行われる。

③ 認知症の原因を診断し、適切なケアに結びつけること

上記のプロセスを経て、対象者が認知症であることが分かったら、その認知症の原因疾患を見極めることが必要となる。なぜなら、その原因疾患によって、出現する症状も違えば、必要となるケアの方法も違ってくるからである。

最も多いとされているのがアルツハイマー型認知症であるが、これは脳の後頭部が侵される病気である。また、認知症と診断される人の約 10%を占めているのが前頭葉に異常のある認知症である。前頭葉を侵された患者は社会性の欠如により、叫ぶ、怒る、暴力を振るうなどのアルツハイマー型とは違う症状が現われる場合がある。これらの患者の場合はアルツハイマー型認知症の患者と同じグループで過ごすことは難しく、この病気に適応した専門ケアが必要となる。

④ 認知症患者への医療に関する考え方

行動障害を引き起こす要因としては、身体的な異常の他にも、人間関係やアクティビティの不適合、本人をとりまく環境などが影響していることも多い。

例えば、認知症の人が自宅で何もせずに引きこもっていると、それだけで状態が悪くなることもある。また、アクティビティは大切なことだが、その人のバックグラウンドを理解せずに個別性を無視した対応を続けていると、本人に大きなストレスを与えてしまうこともある。健常者でも、やりたくないことを強制されればストレスが起こり、怒りにもつながる。自分自身がしたいと思うことを行う（＝自己決定の支援）が大切である。

さらに、本人をとりまく環境の問題では、地域社会が認知症の人のことを理解していないことで、必要以上に本人に対する問題を大きくしてしまうことがある。店に出かけていってお金を支払わずに物を持ってきてしまうような場合、地域に認知症に関する理解があれば、後から支払いに行くことでそれほど大きな問題にすることもない。地域社会との連携によって解決できることは多く、地域啓発も医療チームの仕事の範囲に含まれている。

(4) 施設・在宅介護職員への認知症ケア指導、スーパービジョン

地域高齢者精神医療チームの仕事の中には、担当する患者に関わっている介護職員への指導や教育をも含んでいる。

認知症コーディネーターという特徴的な専門職を育てているデンマークも、介護職全体の中では一部に限られており、認知症についての正しい知識や介護法が全ての職員に浸透しているとは言い切れない面がある。一般に、在宅介護を担う職員が認知症高齢者

を担当する割合は2～3割程度であり、現実的には、介護職全てに認知症ケアの専門性を求めることは難しい状況がある。専門性の低い介護職員にとって、認知症高齢者へのケアはストレスの連続であり負担感は高くなりがちである。

地域高齢者精神医療チームは、こういった介護する側の問題にも対応していくために、在宅介護事務所が開催するスーパービジョンや講習会の講師となり、積極的に介護職の教育に携わっている。また、困難ケースや先が見えない状況に行き詰まりを感じたりした時には、チームとしてケース会議を召集し、専門家として介護者をバックアップする役割を果たしている。

(5) 家族へのケア

さらに、地域高齢者精神医療チームは家族を対象とする講習会や相談の機会を定期的に設けて、認知症への理解を促しながら家族への精神的な支援を果たしている。家族への支援内容は、以下に示す3つの分野から構成される。

ア) 認知症の医学的見解、認知症への理解

講習会の講師を認知症専門医が担当する。研修内容は、介護職員を対象とするものと重なる部分も多いが、何十年も連れ添ってきた夫や妻、もしくは母や父の変化を傍で見ている家族に、どうしてこのような状況になるのかを医学的見解から丁寧に説明する。認知症による様々な症状は、本人の人格変化によるものではなく、脳の障害に起因する事を説明しながら、家族の理解を深めていくことが家族の負担軽減につながるのである。

イ) 家族としての役割、認知症との関わり方

家族としてどの程度介護に関わっていきたいのか、どの程度それが現実的なのか等を具体的に話し合っていくことも支援の1つである。認知症をどのように捉えるのか、認知症を持つ家族とどう関わっていくのか、問題と感じていることに解決法があるのか、本人が残された時間を可能な限りポジティブに過ごしていくために、家族は何をすればよいのか等の議論を、チームの看護師が中心となりながらアドバイスしていく。

エ) 認知症高齢者の家族の感情

この分野は、家族にとって大変に重要かつ大切にされるべき内容である。認知症高齢

者の家族だからこそ生じる感情は、怒り、悲しみ、寂しさ、情けなさなど、はかり知れないほどの様々な感情が渦巻いている。他人の目や世間体、家族と認知症患者を取り巻く環境の中で、時にはその感情を表に出すことさえ許されない状況に陥ることもある。認知症になってしまった家族に対する複雑な感情から、家族自身が落ち込んだり、精神状態の不安定を引き起こしたりすることもある。

この打開策として、チームは家族同士を結びつけるネットワーク作りにも力を注いでいる。同じ悩みを抱える家族同士と出会い、話をすることは、家族の心身負担軽減を図るうえでとても大きな力とある。感情を共感できる者が集まることにより、互いに支援しあったり、慰めあったり、解決法の助言をしたりという新たな展開がはじまる。家族向けの講習会は、家族同士が会うための1つのきっかけづくりとしても機能しているのである。

オ) 地域への情報提供

地域住民に向けた取り組みでは、正しい認知症の知識を提供するための活動を行っている。具体的には、アルツハイマー協会や家族の会と共に冊子を作成したり、講演会を開催したりという内容である。地域に新たな認知症ユニットがオープンした場合などにも、その地域の住民を対象としたオープンハウスを開催し、その機会を通じて、認知症に関する正しい知識や情報の提供を行いつつ、地域住民に求められる協力や理解を促している。

(参考) Statusnotat no.3 om demensindsatsen i Fyns Amt(2005)

<参考文献>

『デンマーク発痴呆ハンドブック』,エ. メーリン/R. B. オールセン著,東翔会監訳,Momoyo T. Jørgensen 訳,千葉忠夫翻訳協力、2003年,ミネルヴァ書房

『福祉の国デンマークの認知症ケア最前線』講演録,2006年10月,財団法人老齡健康科学研究財団

『デンマーク発・前頭葉型認知症の医療とケア～医師・看護師・介護指導者の立場から』,北海道認知症高齢者グループホーム協議会大会講演録,2008年11月,

『デンマークの認知症ケアに学ぶ 認知症の人の理解と思いやりの哲学』,大牟田市認知症コーディネーター養成研修記録,2007年12月,

<調査協力>

Momoyo T. Jørgensen, モモヨ・タチエダ・ヤーンセン,日欧文化交流学院教員
株式会社ニッセイ基礎研究所