

はじめての認知症療養

—今さら聞けない認知症療養の基礎知識—



認知症と言われた時、できるだけ住み慣れた家で

過ごしたいと考えるのは自然なことです。

そんな在宅医療初心者が聞きたい素朴な疑問に、

在宅医がわかりやすく答えました。

Question ①

教えてください！



物忘れがひどいのですが、認知症の始まりでしょうか？

Answer

お答えしましょう！



人の名前が出てこないとか単なる物忘れは、老化現象であり認知症ではありません。認知症による物忘れとは、例えば朝、食事をしたこと記憶全体を忘れてしまうという物忘れです。生活に支障をきたす物忘れであれば、「病気」と言えます。認知症は、慢性病の代表です。介護病の代表でもあります。治すことよりも上手く付き合う心構えが大切かと思います。



認知症はありふれた病気

「物忘れ」との違いは



長尾 和宏
(ながお・かずひろ)

東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで“人を診る”総合診療を目指す。医学博士。日本禁煙学会専門指導者。51歳。ブログ (<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>) が好評。

今回からしばらく認知症のお話をします。町医者になって15年。日々、認知症の急増を肌で感じます。2週間ごとに通院していた患者さんが、2カ月後にひょっこり現れて「まだ2週間しかたっていないじゃないか！」と怒りだす。昨日、薬を渡したばかりなのに、今日またもらいに来られる。これらはすぐに認知症だと診断がつきます。診察後、何度も診察室に入ってくるのも特徴です。

認知症は年齢とともに増加し、85歳以上の高齢者の27%に発症します。現在65歳以上の方のうち認知症患者は約200万人、8%です。これが2026（平成38）年には約330万人、10%に増加すると予想されています。まさに65歳以上の10人に1人が認知症という時代がやってきます。

よく「物忘れ」についての相談を受けます。人の名前や電話番号が若い時のように覚えられなくなったので「認知症」じゃないかーと。物の名前を若い時のように覚えられないのは生理的な「もの忘れ」であり、「認知症」ではありません。「昨日〇〇へ行った」という記憶自体が丸ごと失われている状態が「認知症」なのです。

食事をしたこともすぐに忘れまから、何度も食べることになります。昔の記憶は正確でも昨日の記憶、今日の記憶が、ゴッソリ抜け落ちてしまう。「直近の記憶の保持」「生活に必要な判断」ができないことが病気の本質です。

「認知症についてどこに相談すればいいのか分からない」という声をよく耳にします。確かに病院の精神科や神経内科の敷居は高いでしょう。まずかかりつけ医に相談し、必要があれば専門施設を紹介してもらえばいいでしょう。

「末期がん」の療養期間は3～6カ月間です。在宅医療になっても平均1カ月半。「末期がん」が短期間で急速に変化するのに比べ、「認知症」は数年間以上の長期間をかけ、ゆるやかに変化する病気です。

画期的治療法がまだ見つからない現在、「認知症」とは「介護の病気」であり、「うまく付き合っていく病気」であるといえるでしょう。だから医者選びだけでなく、ケアマネジャー選びが重要になります。

❖ケアマネジャー 40歳以上は介護保険に加入している。介護認定調査と主治医意見書から、介護認定審査会で7つに区分された「要介護度」が決定される。通常「ケアマネジャー」が利用者の希望をよく聞いて、「要介護度」の限度内で「ケアプラン」を作成する。

産経新聞 平成22年5月15日より

Question ②

教えてください！



認知症には何種類があり、「治る認知症」もあると聞きましたが本当ですか？

Answer

お答えしましょう！



従来、アルツハイマー病が6割、脳血管性認知症が3割、レビー小体型認知症が1割と言われてきました。しかし最近では、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症がはっきりと区別できない症例も指摘され、従来の分類自体が微妙に変化しつつあります。性格変化や問題行動を特徴とした前頭側頭型認知症も注目されており、結構沢山いるとも言われています。一方、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫は、治療可能な認知症と言われています。ですから両者は正確な意味での認知症ではありません。認知症の診断は、問診や長谷川式テストに始まり、CTやMRIによる画像診断で行います。血液検査で、甲状腺やビタミンに異常が無いかのチェックも大切です。



認知症の種類と原因

生活習慣病と深い関係



長尾 和宏
(ながお・かずひろ)

驚くほど多くの認知症の方と接する毎日です。薬の管理ができない、迷子になる、すぐに怒る、着衣ができない—など介護者も困り果てて相談に来られます。ひとくちに認知症といっても、かなり個性豊かです。陽気な認知症、陰気な認知症、静かな認知症、にぎやかな認知症…。

現在、認知症は、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症の3つに分類されています。3者の比率は、おおむね6：3：1といったところでしょうか。病気の区分で、薬や対応の仕方が多少変わってきます。初期、中期、終末期という病気の段階も大切です。どのタイプで、どの段階かを知っておく必要があります。

さてアルツハイマー型認知症こそが、一般にイメージされている「認知症」でしょう。脳の中にβアミロイドと呼ばれるタンパク質がたまり、脳全体に蓄積することで健全な神経細胞を変化・脱落させて脳の働きが低下し、脳の萎縮が進行します。これは実は生活習慣病と深く関係しています。特に糖尿病やメタボリック症候群と密接な関係にあります。

一方、脳血管性認知症は、脳梗塞や脳出血などの脳卒中のあとに見られる認知症です。また、レビー小体型認知症は、幻視や幻覚が前面に出るタイプの認知症です。

認知症の診断は時に苦慮します。診断が難しい患者さんは、いったん専門病院に紹介します。認知症を疑うとき、まず長谷川式テストを行います。これは、今日は何月何日何曜日か？総理大臣の名前は？100-7は？、などの質問から構成されるテストです。30点満点中、20点未満なら認知症の可能性があります。

一方、頭のCT検査も必ず行います。海馬の萎縮や脳全体の萎縮の程度を診るためですが、脳の外側、脳と骨の間に血液がたまる病気、慢性硬膜下血腫を除外するためでもあります。

また、血液検査では甲状腺ホルモン、葉酸、VB12などを必ず調べます。これらの欠乏症は、よく認知症と誤診されます。ちなみにこれらは「治る認知症」とも呼ばれています。

町医者の仕事は、生活習慣病の予防や治療だと考えます。当院は管理栄養士とともに積極的に食事指導を行っています。糖尿病の予防が認知症の予防にもつながればうれしい限りです。

❖アルツハイマー型認知症 1906（明治39）年、アルツハイマー博士が西ドイツの精神医学会で初めて報告した。脳内で特殊なタンパク質異常が起こり、神経や神経回路が脱落する。脳内の神経細胞がどんどん壊れると、次第に脳が萎縮し、知能や身体機能も衰える。まだ明確な原因は特定されていない。

産経新聞 平成22年5月22日より

Question ③

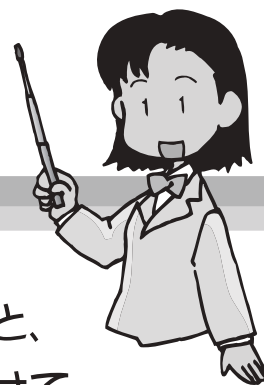
教えてください！



認知症の症状には、物忘れ以外にどんなものがありますか？

Answer

お答えしましょう！



認知症は、記憶が抜け落ちる「中核症状」と、暴言、幻覚、徘徊などの「周辺症状」に分けて考えると、大変理解しやすくなります。お薬も中核症状に対するお薬と、周辺症状に対するお薬に分けて考えると理解し易くなります。認知症介護が大変というイメージがあるのは、周辺症状が目立つ場合です。様々ないいお薬がありますので、主治医とよく相談して周辺症状を上手くコントロールできれば、在宅療養も可能な場合が多いです。自宅で過ごす安心感が、精神的な安定をもたらすケースも良く経験します。



認知症症状を2つに分けて理解しよう

B P S D 中核症状と周辺症状



長尾 和宏
(ながお・かずひろ)

認知症があると、肺炎を起こしても病院になかなか入院させてもらえませんが、夜中に大声を出して騒げば、忙しい看護師さんの手を煩わせるので敬遠されがちです。このように「認知症が大変な病気」だと思われているのは、徘徊、暴言、不潔行為、介護への抵抗などのせいです。これらの困った症状は認知症の「周辺症状」(BPSD)と呼ばれています。

一方、認知症の本質は「近い記憶がゴッソリ抜け落ちる」ことです。これは「中核症状」と呼ばれます。軽度の認知症では「中核症状」だけのことが多いのですが、病気が進むと「周辺症状」はほぼ必発です。もし「中核症状」だけなら、介護がしっかりしていれば何とかできます。しかし、「周辺症状」こそがクセ者なのです。

治療も、「中核症状薬」と「周辺症状薬」に分けるとわかりやすい。前者は1種類だけですが、後者は数種類の薬があり、多少の経験と工夫を要します。「医者はの腕の見せ所は、周辺症状のコントロールにある！」と言っても過言ではないでしょう。

よく「認知症を在宅で診るのは大変だ」と言われますが、それは、「周辺症状のコントロールの難しさ」を指しているのです。現実には「周辺症状」の治療は簡単ではありません。この難儀な病気、認知症のために「認知症型グループホーム」という場があります。

しかし、そもそも「周辺症状」は抑えこまなければいけないのでしょうか？私が数年間在宅医療で診ている寝たきりのある認知症患者は、見事に昼夜逆転しています。昼間はグーグー寝ていますが、夜中になると目がランランと輝き、手拍子しながら大きな声で歌（故郷の民謡）をにぎやかに歌い続けます。

「お薬で寝かせましょうか？」とご家族に聞くと、「先生、なんとひどいことを言うのですか。母がせっかく歌を歌っているのに…。私たちは母の歌声を聴きながら寝るのが楽しみです。これを抑えるなんてトンデモない！」と怒られました。

確かにそう言われればそうです。しかし逆のケースの方が多いです。「先生、医者なら静かにさせてみろ！」と。このように同じ周辺症状でも、介護者の受け止め方によって扱いが全く異なってきます。よく話し合ってから対応を決めます。ただし、これは在宅医療の話です。病院や施設は集団生活ですから、夜は静かに寝てもらおうように鎮静剤や睡眠薬が処方されることでしょう。

❖認知症型グループホーム 認知症の方が暮らす小規模な生活の場。少人数(9人)を一単位とし、食事の支度、掃除、洗濯などをスタッフが利用者とともに共同で行い、家庭的な雰囲気の中で生活を送る。介護保険法では「住宅」とみなされている。

産経新聞 平成22年5月29日より

Question ④

教えてください！



アリセプトなどの認知症薬は、本当に効果
がありますか？

Answer

お答えしましょう！



認知症のお薬としてアリセプトというお薬が大変有名です。このお薬は、認知症の進行速度を緩めるお薬であり、決して治すお薬ではありません。一定の効果がありますが、認知症があまり進行するとせつがくの効果が薄れます。認知症と診断されたらできるだけ早期から使うことをお勧めします。施設への入所を何ヶ月か伸ばします。日本においては、3mgからスタートし、5mgが維持量とされています。高度アルツハイマー病では10mgまでの使用が認められています。日本以外の国では5mgからスタートします。ちなみに米国では23mgまで使用されているそうです。2011年春には、待望の3種類の認知症薬が発売される予定です。1つは貼り薬ですが、これら3種の新薬をどのように使うか、あるいはアリセプトとどう併用するかなど、今後の大きな課題です。



アルツハイマー型認知症のお薬



長尾 和宏
(ながお・かずひろ)

進行を抑える薬と周辺症状の薬

前回お話ししたように、アルツハイマー型認知症の薬は「中核症状の薬」「周辺症状（BPSD）の薬」の2つに分けて考えます。

「中核症状」に対する薬は、塩酸ドネペジル1種類だけ。これは認知症の進行を遅らせる薬であり、治す薬ではありません。認知症早期から飲み始めると効果があります。通常3ミリグラムを2週間飲んでいただき、問題がなければ5ミリグラムに増量します。なぜ5ミリグラムなのか？それは、厚労省の認可が「5ミリグラム投与を続けることで、認知症の進行を遅らせることができる」となっているからです。

一方、高度認知障害の人には、10ミリグラムまでの投与が認められています。「高度」とは、自分で着衣ができない状態を指します。実際には、患者さんの特性に合わせて3ミリグラムで継続したり、1ミリグラム単位で調節したりすることもあります。

私自身、多くの患者さんにこの薬を使ってきましたが、よく効く人が確かにいます。特に早期に投与すれば効果を実感します。新聞を読むようになった、テレビを見るようになった、笑うようになった、閉じこもりがちだったのが散歩するようになったーなどの変化がありました。

反対にあまり効いたと思えない人や周辺症状が増悪したという人もいました。ご家族には「効けば続ければいいし、効かなければやめればいい」と説明し、使っています。

次に、「周辺症状（BPSD）」を抑える薬です。これは早い話が「鎮静剤」的な薬です。弱い薬から強い薬までありますが、効きすぎると寝てしまったり、ふらついて転倒したりするので注意が必要です。

マイルドな抗BPSD薬の代表は、「抑肝散」という漢方薬。エキス剤というインスタントコーヒーのようなツブツブの薬です。1日3回飲むことや、多少苦味があることなどが多少の難点ですが、私はよく使います。

西洋薬の抗BPSD薬には、リスペリドンやクエチアピンをはじめとする数種類の薬があります。使用には高い専門性、経験、微妙なさじ加減が必要です。不穏行動があるからといっていわゆる「精神安定剤」を処方すると、酔っ払いが抑制がはずれて大騒ぎするのと同じで、かえってBPSDが増悪することがあるので注意を要します。

その他、認知症の人は、過食から生活習慣病になりやすく、糖尿病やコレステロールの薬が必要なことが多くあります。

本来、薬は最小限に使うべきです。中核症状の薬も抗BPSD薬も絶対必要というわけではありません。しかし、現実には介護者の疲弊予防や隣人への配慮のため、社会的事情でやむを得ず投薬する場合があります。専門医とよく相談し、薬の働きをある程度知って使う必要があります。

❖塩酸ドネペジル 脳内のアセチルコリンを分解する酵素を可逆的に阻害することにより、脳内アセチルコリン量を増加させ、脳内コリン作動性神経系を賦活する薬剤。認知症症状の進行抑制に用いられる。国内で唯一アルツハイマー型認知症の保険適応を持つ。

産経新聞 平成22年6月4日より

Question ⑤

教えてください！



「認知症の在宅介護は大変」と聞きましたが本当ですか？

Answer

お答えしましょう！



認知症は数年以上の経過で緩やかに進行する慢性病です。徘徊などの周辺症状（BPSD）が強くなる認知症中期が在宅療養では一番大変な時期ではないでしょうか。お薬（抗BPSD薬）を使いますが、抗BPSD薬は、内科でも処方する機会が増えてきました。在宅介護は家族に負担になり大変なことも多いですが、本人の情緒安定、経済的理由などで在宅療養を選択する人が増えています。ケアマネさんとよく相談して、デイサービスやショートステイを上手く活用することが在宅療養を続けるコツです。



認知症介護の現実

3段階に分けて考える



長尾 和宏
(ながお・かずひろ)

激増しつつある認知症は、「医療」よりも「介護」のウエートが高い病気とされています。認知症専門病院の専門医に診断・投薬を受けても、家に帰った途端、まず必要なのは「介護」です。

介護保険ができて10年になりますが、まだ一般の方にはなじみの薄い存在です。40歳以上の方は介護保険料を払っていますが、いざ介護保険を利用しようと思えば、介護申請をして介護認定を受けなくては利用できません。これは意外に皆さん知りません。

次に行うべきはケアマネジャー選び。クチコミが意外に頼りになります。こうして認知症の「介護」が始まります。しかし、誤解しないでいただきたいのは、やはり「主治医」もいることです。

介護認定審査には必ず「主治医意見書」が必要です。できれば近所のかかりつけ医に書いてもらうべきです。医者とケアマネは、車の両輪のようにどこまでいっても両方が必要です。

さて、「認知症の介護」の実際について考えましょう。初期、中期、終末期に分けると理解しやすいですね。終末期という言葉が不適當なら、エンドオブライフ期でも結構です。初期とは周囲の人が異常に気づき、医療機関を受診する段階。中期とは、介護保険でデイケアやショートステイを利用しながら療養する状態。終末期とは、歩行が困難や嚥下になり生命に関わる状態です。

初期には「医療」が前面に出るでしょう。しかし、中期以降になればなるほど「介護」のウエートが高くなります。「中期の後半」になると、常時見守りが必要となり、「デイサービス」「ショートステイ」などの外でのサービスだけでなく、自宅での介護や看護の手助けのウエートも当然増してきます。可能な日常生活動作が激減するうえに、BPSD（周辺症状）の増加に悩まされる、一番大変な時期です。さらに進行すると、胃ろうという延命処置を施すかどうかの選択に迫られます。完全寝たきりの胃ろう状態が「終末期」です。

このように、認知症介護は通常、年単位、数年から10年に及びます。末期がんの平均在宅期間が1カ月半であることを考えれば、対照的です。

本来、子供が親の介護で仕事を休まなくてもいいようにするため、介護保険ができました。しかし、介護保険だけで全部の在宅介護が賄えない場合もよく経験します。多少は家族の介護力をあてにしているのが本当のところ。運よく施設に入所できても1カ月に十数万円もの費用がかかるため、経済的理由で仕方なく在宅療養を選ぶ家族も増えています。

❖介護認定審査 介護保険を利用するには、まず市町村の窓口にて要介護認定申請を行う。調査員による認定調査と主治医意見書をあわせてコンピューターによる1次判定が行われる。原則5人の委員による介護認定審査会で、7段階の要介護度が2次判定される。

産経新聞 平成22年6月18日より

Question ⑥

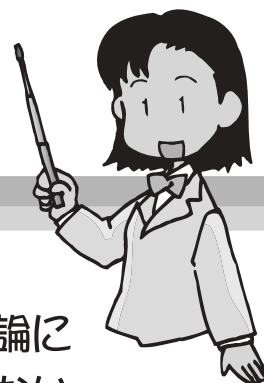
教えてください！



だんだん食べられなくなっただのでお医者さんから「胃瘻」を勧められましたが。

Answer

お答えしましょう！



認知症終末期の胃瘻が、そろそろ国民的議論になりつつあります。元来、胃瘻は食べられない子供のために開発された技術ですが、いつのまにやら約40万人もの認知症患者さんにバンバン入れられるまで普及しました。病状にもよりますが、食べられない一時期を胃瘻で乗り切り、その後口から食べられるようになった人も現にいます。本人は意思決定出来ませんのでご家族が考えておくべき問題です。石飛幸三先生が書かれたベストセラー「平穏死のすすめ」（講談社）には、日本の胃瘻問題が分かり易く解説されています。是非とも御一読をお勧めします。



いろいろ 認知症終末期の『胃瘻』



長尾 和宏
(ながお・かずひろ)

家族が迫られる選択

今回は「胃瘻」の話をしていきます。十数年前までは食べられなくなったら、鎖骨の下から点滴をする「中心静脈栄養」か、鼻からチューブ栄養をする「胃管栄養」を行っていました。しかし内視鏡技術の発達に伴い胃瘻という新しい栄養方法が開発され、瞬く間に普及しました。胃袋に直接栄養剤を入れますから、生理的で、注入操作も意外なくらい簡便です。口から少し食べながら、胃瘻からも注入することもできます。

さて認知症は最終的には寝たきりになり、食べられなくなります。口から栄養が取れなくなったとき、胃瘻を入れるかどうかの選択を迫られます。

もし入れなければ自然な最期を迎えますが、胃瘻という一種の延命処置が簡単にできるため、ご家族は大変悩むこととなります。私の印象では、半数近くの認知症終末期の人に胃瘻が入っているのが現状ではないでしょうか。

特に病院で胃瘻を勧められる傾向があります。転院するにせよ、施設に入所にせよ、在宅に帰るにせよ、まるで嫁入道具のように胃瘻を入れてから病院を出る時代となりました。喜んでいるご家族や後悔しているご家族。ご家族の死生観は実にさまざまです。

医師がなぜ好んで（？）胃瘻を入れるのか。その理由は皆さん意外に知らないかもしれません。もし入れないと「飢え死にさせた」と訴えられるかもしれないからです。さらにいったん胃瘻を入れたら、簡単には栄養剤注入を中止できません。一度装着した人工呼吸器を外すと、あとでご家族から「殺人罪」で訴えられるかもしれないのと似ています。1日でも長く生きてもらうには胃瘻は良い方法かもしれません。

しかし、はたして本人がそれを望んでいるのか？喜んでいるのか？聞いてみても、肝心の本人は答えてくれませんから、家族に決断を委ねます。しかし「先生にお任せします！」「いや、任されても困ります」「いや、お任せします！」。こんなやり取りに困るときが実際にあります。現代日本人の死生観の脆弱性を垣間見ます。

胃瘻を入れないと訴えられる可能性のある国は、おそらく日本だけでしょう。欧米では、むしろ十分な説明なく胃瘻を入れた場合に争いごとになる可能性があります。さらに胃瘻や経管栄養なんてものが、そもそも存在しない国が世界には圧倒的に多いのです。ですから胃瘻注入が施設でも可能か、とか、ヘルパーが行うのはどうか、などの議論は日本だけの問題です。

胃瘻が本当に延命処置なのかどうか？こういう議論もあります。「単なるお世話にすぎない」との声もあります。医療崩壊といえども、国民皆保険制度が維持された日本において、胃瘻は重要なテーマです。もっとオープンに議論をすべきときだと思えます。

❖胃瘻 内視鏡で胃の中をのぞきながら、胃の上の皮膚から直接胃壁に針を刺して、液体栄養剤を入れる管を取り付ける方法。造設に要する時間は30分程度だが、多くの場合、入院下で行う。

Question ⑦

教えてください！



認知症患者さんは、どこで療養するのが一番いいのでしょうか？

Answer

お答えしましょう！



施設か在宅かは、大変難しい質問です。自己決定できる病気であればご本人の希望に従うだけなのですが、認知症はそうはいきません。そのために、「成年後見人制度」を使います。認知症患者さんの療養施設として、グループホームと特養があります。両者は費用や介護度によって違います。特養の方が、症状が重く費用は安いのですが、長い待ち時間があります。一方、老人ホームや高専賃（高齢者専用賃貸住宅）といった施設もありますが、介護保険を使つての療養支援になりますので施設により介護にかなり差があります。



認知症患者さんの療養場所

施設か在宅か、両刀使いか



長尾 和宏
(ながお・かずひろ)

「認知症になっても住み慣れた自宅で過ごしたい」と誰もが願います。介護認定を受けたら、ケアマネさんと相談しながら、その人にふさわしい療養プランを練ります。毎日デイケアに行く人、月に2週間のショートステイと2週間の自宅療養を繰り返す人、そんなものは一切利用せずにご家族とご自宅で過ごされる人、実にさまざまな選択肢があります。もちろん病気の段階（病期）や周辺症状の程度にもよります。完全寝たきりになればデイケアでの集団行事は難しくなってきます。

介護保険制度ができてちょうど10年。助かりますが、決して万能ではありません。あくまで要介護度で定められた限度内でのサービス利用に留まります。昼間独居（昼間に自宅に家族がいない）のケースでも、在宅療養が可能なケースをよく見ます。1日3回ヘルパーさんが入るなど介護保険をフル活用します。しかし、全く身寄りや知人のいない独居の認知症終末期となると在宅療養は難しく、通常は施設入所となります。やはり火の不始末が心配ですね。

認知症患者さんを受け入れる介護施設は著しく不足しています。グループホームや特別養護老人ホームは、進行した認知症患者さんの療養の場です。しかし、どちらも簡単には入所できず、長い行列に並ぶこととなります。その結果、不本意ながら在宅療養を強いられる患者さんが増加しています。余裕がある方には有料法人ホームもありますが、入れるのは一部の方だけでしょう。経済的理由で在宅を選択せざるを得ない方が大勢おられます。

やっとの思いで施設に入所できても、肺炎を起こして死にそうになれば病院に入院を勧められます。もし施設内で亡くなったら騒ぎ（？）になるかもしれないから。しかし、最近では、最期まで面倒をみてくれる施設が徐々に増えてきました。2025年をピークとする多死社会を想定すると、こうした施設での看取りが今後の鍵になります。在宅か、施設か自由に選べて、好きな時に簡単に行き来できれば理想的ですね。

このように認知症患者さんの療養スタイルは、実にさまざまです。施設か、在宅か、はたまた両刀使いか？本人の希望と介護者のライフスタイル、人生観、死生観、経済状態に基づいた選択になります。大切なことは、どんなに進行した認知症の方でも、快、不快はしっかり分かることです。できるだけ「快」が多い療養スタイルを選ぶべきでしょう。

つまり、無理やりに型にはめないことです。家が似合う人と、施設が似合う人。たしかに両方あります。しかし、本当は、住み慣れた家が誰でも一番気が休まるのではないのでしょうか。これは理屈ではなく、魂の叫びだと思います。

❖特別養護老人ホーム（特養） 65歳以上の身体、または精神上、著しい障害があり、介護保険制度で要介護認定が出た人が利用できる老人ホーム。要介護度認定された人の入浴・排泄・食事などの介護や機能訓練などを行う。

産経新聞 平成22年7月30日より

Question ⑧

教えてください！



医療保険と介護保険をどう使い分けられ
いますか？

Answer

お答えしましょう！



急性期病院では医療保険ですが、在宅療養
では医療保険と介護保険の両方を使います。お
医者さんの訪問診療や往診は医療保険ですが、訪問看護師
さんは通常は介護保険になります。従って、要介護度に合
わせてケアマネージャーさんに訪問看護のケアプランに訪
問看護を組み込んで頂く必要があります。その場合、医師
意見書が必要です。但し、肺炎などで急性増悪したり、未
期癌を合併した場合は、医療保険扱いに
なります。



認知症・介護者を癒やしたい



長尾 和宏
(ながお・かずひろ)

医療と介護の連携が不可欠

認知症の在宅療養では、介護のウエートが高くなります。介護保険を使うためには、まず気の合う地域のかかりつけ医を見つけることです。生活状況を詳しく記した良い医師意見書を書いてもらうためです。書き方ひとつで、要介護度は変わり得ます。

そして何より医療と介護の連携が重要。医療とは医師、介護とは看護師、理学療法士、ヘルパーら。意外に思われるでしょうが、普段、両者は接点がありません。ケアマネが招集する「ケア会議」は、介護者を含めた多職種が一堂に集まる唯一の機会であり、最高の意思決定機関です。医療機関同士の連携も大切ですが、在宅では医療と介護の連携が何よりも大切です。

尼崎ではこの連携を深める勉強会を繰り返し開催しています。当院でも地域での多職種連携を深める勉強会を毎月開いています。

さて、在宅での認知症介護は実にさまざま。ある敷地内に「放牧」して好きなように遊ばせる「はなし飼ひ介護」。思う存分歌を歌わせ、おいしいものを皆で食べる「快樂系介護」。寝たきりであっても介護者が引きずって、寝たきりとは絶対に言わせない「引き回し系介護」など実に個性豊かです。

徘徊や暴言など周辺症状と呼ばれる言動も介護者の受け取り方ひとつで「かけがえのない生きている証」となるかもしれません。どんなに認知症が進んでも、快、不快はしっかり分かるもの。気持ち良いことをすれば、どんな認知症患者さんでも自然と笑みがこぼれます。しかし、認知症介護を抱え込みすぎると介護者が鬱病や自殺企図に至ることがあります。良い意味での「いい加減」の介護でないと長続きしません。

西宮市に「つどい場さくらちゃん」という「介護者を癒やす場」があります。介護保険と無関係のボランティア団体です。「みまもり隊」「お出かけ隊」「学び隊」に分かれて日々活動しています。認知症介護の勉強会も盛りだくさん。

代表の丸尾多重子氏は、「介護者も弱音を吐ける場が必要だ」と言います。私自身も疲れたら、時々ここで羽を休めます。認知症介護において大切なことは、患者さんも介護者も何でも吐き出せる場があることです。人間らしく本音を出し合って助け合える環境こそが、認知症介護という長丁場には必要です。

毎年「つどい場」が中心になって「かいご学会イン西宮」という認知症介護の全国大会が関西学院大で開催されます（次回は来年3月6日）。ここでは市民が主役。医者のお口はすべて私が受けとめます。この「かいご」とは介護の「か」、医療の「い」、そしてご近所の「ご」です。そう、住み慣れた地域で暮らすためには、自然な形での「互助」が必要な時代かもしれません。

末期がんの在宅療養が短期決戦の100走なら、認知症介護はゴールが見えないマラソンかもしれません。各地に広がりつつある「つどい場」に期待し、認知症の話題を終えます。

◆ケア会議 サービス担当者会議ともいう。ケアマネが居宅サービス計画の作成のために患者さん宅や主治医の医院などに担当者を召集して話し合う会議。家族は必ず出席するが、本人の出席は義務ではない。

産経新聞 平成22年8月6日より

Question ⑨

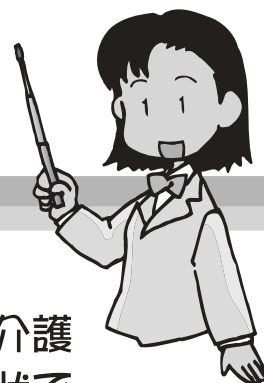
教えてください！



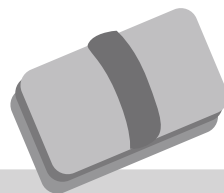
介護者が疲れ果ててしまいましたが、どこに相談すればいいですか？

Answer

お答えしましょう！



たとえ要介護5の認定を受けても、現行の介護保険下では満足のいく介護は難しいのが現状でしょう。在宅療養はどこかで家族介護を前提としています。しかし介護者も人間です。仕事と掛け持ちであったり、老老介護であったりします。もし介護者が疲れた時は、ケアマネさんや地域包括支援センターと相談しデイケアのみならずショートステイの活用をお勧めします。入院する場合（そのような入院をレスパイト入院と言います）は在宅主治医と相談してください。それでも解決しない時は、つどい場さくらちゃんのような全国に広がりつつある認知症ボランティアにも相談してください。





「電話の声だけで悩んでるかどうかすぐ分かんねん」。丸尾多重子さん(右)の笑顔は、みんなの支えになっている—西宮市今在家町(撮影・笠原次郎)

愚痴や不満、吐き出して 震災でついでた夢、違う形で

介護で疲れた人へ

つどい場さくらちゃん
丸尾多重子さんより

定番の筑前煮やポテトサラダ、知人が送ってきた岡山・日生産力キのソテーに次々と箸が伸びる。人心地つくど、たわいないおしゃべり。話題はいつしか介護にまつわる愚痴や不満に。誰かのため息に場が少し沈みかけると、丸尾多重子さんが威勢よく突っ込みを入れた。「あんたは悪くない。あかんのは施設や」。食卓がどっと沸いた。

西宮市役所から南に5分ほど歩いた住宅地に、こぢんまりとしたその家はある。「つどい場さくらちゃん」と記された表札。調理師免許を持つ丸尾さんのおふくろの味が目当てか、愛称「まるちゃん」の気さくな人柄に引かれてか、10人も座ればぎゅうぎゅうのリビングは、にぎわいが途絶えることがない。

多くは親を介護する女性だ。「自分のことを後回しでちゃんと食べていないから」と、健康を考え和食中心の献立を組む。初対面の人と大皿料理で分け合い、秘めていた悩みを打ち明けると、不意に涙ぐむ人もいる。そんなとき、丸尾さんが背中を優しくたたき、言う。介護なんてしんどくて当たり前やんと。

陽気な丸尾さんにも苦しみ抜いた時期があった。

腕を頼みに、東京で料理の仕事を渡り歩き、多忙だった20～30代はやりがいにも満ちあふれていた。政治家や著名人が通う赤坂のバーなど、華やかな空気も吸った。

「そろそろ帰って来い」。父の言葉に押し切られ、西宮に1993年に帰郷。以前から温めていた夢の実現に取り掛かった。小さくても好きな料理を好きなだけ食べられるセルフ形式のお店。94年12月3日、宝塚市内に「まるちゃんのおだいどこ」は開店の日を迎えた。

その日から丸尾さん一家を不幸が襲う。開店直前に母が肺がんで入院することになり店どころではなくなった。翌年の阪神・淡路大震災で店が入っていた建物が全壊。お気に入りの食器は運び出せたが、続けていた賃貸契約は打ち切った。地震のストレスで体調を崩した母の病状は急速に悪化し、10月に逝った。

震災前後から認知症だった父が96年に脳梗塞で倒れ、97年には20代から躁鬱病に苦しんだ兄が自ら命を絶った。2003年、約10年間の介護の末に父が他界した。

「仕事をしたい」「誰かとおしゃべりしたい」と渇しながら、長女としての責任感からずっと介護に没頭した。自由な時間はなく、外出もままならなかった。ストレスからか、深夜黙々と落花生をかじったことも。父の葬儀が済むと、張り詰めていた糸がぷつんと切れた。当時のことはあまり頭に残っていないが「十分な介護ができなかった」という苦い思いは今も鮮明だ。

目前でついでた夢をあきらめられなかったのか、疲れた人を支えたいという使命感からか。

さまざまな思いがごちゃまぜになって、04年春、つどい場を開いた。丁寧な味付けと居心地の良さが評判を呼び、年間2千人以上が訪れる。市外から足を運ぶ人もおり、おなかと心を満たされて帰っていく。頑張りすぎる性格の丸尾さんを支えようと、運営を助けるボランティアが40人もいる。

「開店資金は全部借金で額は内緒。多重子は“多重”債務の子って意味や」
深刻なことも混ぜ返し、笑い飛ばしてしまう。そんなまるちゃんをみんなが慕っている。

神戸新聞 平成23年1月4日より(黒川裕生)

Question 10

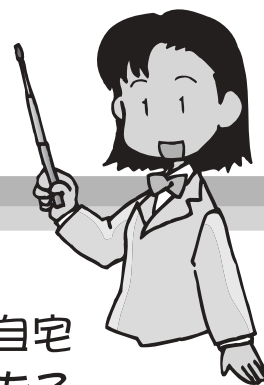
教えてください！



認知症でも、最期まで住み慣れた自宅で過ごせますか？

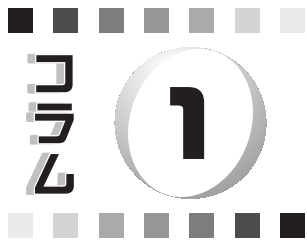
Answer

お答えしましょう！



全く問題ありません。最期まで住み慣れた自宅で過ごされる方は沢山おられます。私自身もこれまで何十人かの認知症終末期の患者さんの在宅看取りを経験しましたが、みなさん非常に穏やかな最期でした。施設療養を余儀なくされる方が多いですが、最近では在宅療養を選ぶ人も増えて来ました。理解ある親切な在宅主治医と気配りのあるケアマネさん、そして緊急時も対応してくれる訪問看護師さんが必要です。ヘルパーさんや歯医者さん、薬剤師さん、入浴業者の方も交えて、時々「ケ会議」で、意思決定をして行くことが大切です。ご参考までに看取りの法律（次頁）についても是非知っておいてください。





知っておきたい、 自宅での看取りに関する法律

- 最期の時に医師が立ち会っていないなくても、死亡診断書は発行できます。
亡くなった後での訪問で、法律的な問題はありません。**

末期癌など死に至る病気の経過があり、その病気で亡くなったことが明らかであれば、主治医は、**臨終に立ちあわなくても死亡診断書を発行できます。**亡くなったあとの訪問で構わないのですが、訪問するまでの時間については特に規定はありません。

呼吸停止の連絡を受ければ、医師はできるだけ早く訪問し、患者さんと家族にお会いしたいわけですが、実際には、少し時間がかかることがあります。何と言ってもお互いの信頼関係が基礎になります。

- 24時間以内に診察していれば、医師は患者さんの家に行かなくても、死亡診断書を発行することができます。**

亡くなる24時間以内に診察し、その病気で亡くなったことが明らかであれば、**訪問しなくても死亡診断書を発行できます。**この法律は、一般常識からは少し驚く法律かもしれません。医療者の中にも、この法律を知らない人は意外と多くいます。

だからと言って、患者さんが亡くなっても訪問しない在宅主治医は、実際にはいないでしょう。おそらく離島や豪雪地帯の山間部を想定しての法律だと思われませんが、法律は、大変おおらかな看取りを保障してくれています。

- 死亡の時間は、呼吸が止まった大体の時間から決定します。**

死亡時間は、家族、介護者、訪問看護師などから様子を聞いて、**呼吸が止まった時間などをもとに決めます。**医師が訪問した時間ではありません。

何時何分何秒という感じではなく、大体何時何分頃という大体の時間で死亡診断書を書きます。



救急車を呼ぶとどうなるのか？

(すべて本当の話です)



ケース1

親戚に「なんで病院に入れないのか」と怒鳴られて、気が動転し救急車を呼んだケース

在宅主治医に、いよいよあと1～2日と言われました。自宅で看取ると決意した家族でしたが、危篤の知らせを聞いた親戚が訪れ、怒鳴りました。「なんでこんな悪いのに病院に入院させないのか。救急車を呼べ」と。

また、亡くなる1日前、もぞもぞと体の置き場がないように苦しそうに悶えたり、変なことを言う場合があります。これは「せん妄」という状態で、鎮静剤などのお薬である程度和らげることにはできるのですが、介護者や、やはり遠くから来た親戚の人が、見かねて救急車を呼ぶ場合があります。

救急車を呼ぶという行為は、当然どこかの病院に搬送し、積極的治療をしてほしいという意思表示です。一旦、病院の門をくぐれば、当然入院となります。そして望んでいない処置を受けることになり、翌日、家族から「助けて下さい」と相談の電話がかかり、救急車で自宅に帰ってきました。本当の話です。

不安な時、どうしていいかわからない時は、本当は在宅主治医や訪問看護師に連絡していただけたら有難いのですが。

ケース2

呼吸停止の連絡を主治医にしたが、携帯電話の応答がなかったため、慌てて救急隊に電話したケース

このケースの場合、救急隊は、心臓マッサージなどの蘇生処置をしながら家族から事情を聴きます。もし、癌の末期で在宅主治医がいることがわかれば、主治医に看取りでよいのか、問題はないのかなど問い合わせ電話が入ります。一応、救急隊は蘇生処置を行いながら、主治医の到着まで、自宅で待機します。立場上、帰りに帰れないのです。

もし、主治医に連絡がつかず、家族が搬送を依頼すれば、救急病院に搬送されます。初めて搬送された救急病院では、既に死亡からかなり時間がたっていると判断すれば、事情が分からないため警察に連絡するケースもあります。看取りのはずが、気がつけば警察に運ばれていた、なんてことになることもあります。

医師も人間ですから、すぐに電話に出れないこともあります。伝言にメッセージを残し、少し待ってさえ頂ければ、大騒ぎになりません。事前に、イザという時のことについて主治医の説明を聞いて、納得しているなら、慌てず、伝言をして、信じて少し待って下さい。

ケース3

介護者が朝起きると、既に息を引き取っているのに気づき、慌てて救急車を呼んだケース

おそらく午前3時頃に介護者も気づかないうちに眠るように息を引き取ったのでしょうか。午前7時に冷たくなっているのに気付いて家族は、あわてて救急車を呼びました。救急車が到着した時には、すでに死後硬直が出ていました。すると救急隊は、必ず警察に連絡します。警察が到着すると、亡くなった患者さんの写真を撮ったり、衣服を脱がし裸にしたりします。家族は、別の部屋で事情を聞かれます。

そこで家族は、気づきます。「これって、もしかして犯人として疑われているって事???」。そうなんです。おごそかな最期のはずが、なぜか殺人事件の現場のような雰囲気は一変していました。

そう、救急隊ではなく、在宅主治医や訪問看護師に電話してさえいれば、こんな厄介なことにならなかったのです。

ケース4

故意に救急隊に連絡するという、障害児の在宅医療でのケース

脳に重度の障害をもち、植物状態に近い状態で在宅で10年以上を過ごしているお子さんの在宅主治医を依頼されました。半年ほどすると、従来からの肺炎が悪化し、人工呼吸器を装着していても全身状態は悪化の一途となりました。病院の主治医も今回はお手上げを宣告しました。母親は家での看取りを強く希望されましたので、「呼吸が止まっても救急車は呼ばないでください」と、いつものようにお話ししました。すると驚くような言葉が返ってきました。「私たち障害児を持つ母親の間では、家で看取りたくても呼吸が止まりそうになれば、必ず救急車を呼ぶことが常識なんです」と。

そうしないと、母親が殺人者として疑われるからだそうです。「呼吸のあるうちに救急車に乗せておけば、救急隊員が証人になってくれる」と言います。そう、救急車は母親のアリバイ証明の手段だそうです。厳しい現実には愕然としました。

しかしよく聞くと、多くの障害児は、病院主治医のみで在宅主治医はいないとのこと。「あなたの場合は、在宅主治医がいるので、そのまま看取っても何も問題ないですよ」と丁寧に説明すると、わかってもらえました。やはり在宅主治医なのです。

看取りと決めたら、呼吸が止まったら、救急車を呼ばないで、在宅主治医を呼んでください。そして、主治医を信じて少し待っていてください。

認知症の母と十余年。今は分かる「母の心に私はいる」



5年前の冬の夜。兵庫県西宮市の団地で、有岡陽子さん(61)は母(95)の寝顔に見入り、思い詰めていた。「お母ちゃん、なんで私のこと忘れてしまったん……」。認知症の母の在宅介護は6年目に入っていた。

父を早く亡くし、50年近く母と2人で暮らしてきた。周囲から双子と呼ばれるほど仲が良く、阪神大震災は半壊した家で身を寄せ合い生き延びた。編み物上手でしっかり者。その面影はなく「あんた誰？」と聞く姿を受け入れられない。母に当たってしまっっては、落ち込んだ。

「ずっと一緒にいい。でも施設に入る方が、お母ちゃんは幸せやるか」。たまたまなく誰かに迷いを聞いてほしくなった。友人に相談したこともあった。「経験がないから共感できなくてごめん」と逆にづらい思いをさせてしまった。

ふと思いつかべた顔があった。社会福祉協議会が運営する在宅介護の家族会で知り合った丸尾多重子さん。介護者のつどい場を開いているといい、チラシをもらっていた。あまり話したことはなかったが、参加者たちが語る介護のつらさに、静かに聴き入る姿が心に

仲間の共感 介護の支え



「つどい場さくらちゃん」で、介護仲間と笑い合っただけで、元気をもらう有岡さん(中央)。夜、母の介護がつかなくなる、丸尾さん(左)に電話で話を聞いてもらう。兵庫県西宮市で、森岡陽子撮影

残っていた。「一度いらっしやい」丸尾さんは、家族会で有岡さんが母への思いを訴えていたのを覚えていた。数日後、有岡さんは丸尾さんが主宰する

「つどい場さくらちゃん」を訪ねた。駅近くにあるマンションの一室で、介護する人、される人、それぞれを手伝う人たちが居間のテーブルを囲んでいた。「丸ちゃん」と呼ばれる丸尾さんを中心に、次々と話に花が咲く。丸ちゃんが冗談交じりに介護の苦勞を笑い飛ばす。サクラは市の花。「ちゃん」には「ちゃんと生きよう」との思いを込めたという。なごやかな雰囲気の中、有岡さんは母が自分を他界した伯母と思いを込めているのが悲しいと打ち明けた。丸尾さんに言われた。「子の世話になるんはつらいけど、お姉さんなら甘えられる。お母さんの心が自然に勘違いしてるんやないかな」。たった一言で、心が楽になった。母を連れてつどい場に通うようになった。

老いは時に、家族と築いた記憶すら奪っていく。それを丸尾さんが知ったのは、認知症の祖母を母と一緒に世話した10代の頃だった。その後、母は肺がん、父は認知症、精神疾患の兄は自ら命を絶った。3人の世話が重なった時期もあるが、苦勞よりも、知識もなぐ力任せの介護に終わったことが悔しくてならなかった。

丸尾さんは有岡さんの母と2人きりになることがある。大正初期に生まれ、姑との確執に苦勞しつつも、娘にりんとした姿を見せてきた人だと聞いた。気づくと自分の母を重ね、思い出している。最期はがんの激痛に、体をさすってあげることしかできなかった。有岡さんにはより良い介護をしてほしい。

わった。親の記憶から消えてしまうつらさを抱えているのは、自分だけではない。新たにやって来た人の声に耳を傾けては、自分のこれまでを語る。年に一度くらいだろうか。母が「陽子ちゃん」と呼んでくれる。仲間たちと出会い、今は分かる。母の心の中には、ちゃんと我が子がいる。

【遠藤和行】
＝つづく

つどい場は07年にNPO法人化され、約40人が活動を支える。有岡さんもその一人に加



支局長 からの 手紙

1日の夜、阪神西宮駅近くにあるNPO法人「つどい場さくらちゃん」の事務所を訪ねました。

ここは文字通り、在宅介護中の

人や経験者、福祉関係者、ボランティアらが集う場所。民家を借り上げた施設で、お昼時には普段から、みんなで理事長の丸尾多重子さんの手料理をほおぼりながら、雑談に花を咲かせます。

この日のメンバーは、デイケア



元日に集う

施設が年末年始で休みのため、数日前から泊まっている母娘ら数人。「待ってたよ」と始まった鍋料理を一緒にいただきました。丸尾さんは10代から母親とともに祖母の在宅介護を経験。その後、上京して調理師の資格を生かしていろいろな仕事をしましたが、再び関西に戻り、今度は10年間、父母と長年そううつ病を患っていた兄の面倒をみました。

3人を在宅で看取った後、ヘルパー1級の資格を取るための施設実習で、ストレッチャーに固定したお年寄りにホースで湯をかける入浴介護を目の当たりにします。怒りを覚えて、「同じ人間として介護に出会える場所をつくらう」と決意。04年3月、20軒目でやっと見つけた西宮市内のマンションで「つどい場」を立ち上げました。

今の場所に移ったのは08年11月。活動は、事務所での介護の合間の一息をついてもらう「つどい場」、みんなで旅行する「おでかけタイ」、介護に関する講座を開く「学びタイ」と、在宅介護の家庭に行って支援する「見守りタイ」の四つ。丸尾さんは「本当に必要なとされているサービスを」と考え、介護保険事業はしていません。

「見守りタイ」の利用者とスタッフはともに約20人。スタッフは丸尾さんの人柄と、つどい場の雰囲気はひかれて集まってくるそうです。

16日には、JR西宮駅前の西宮市フレンドホールで午後2時から、丸尾さんが絶賛する、介護の現場を追ったドキュメンタリー映画「たたいま、それぞれの居場所」の上映会を開きます。上映に先立ち午前10時半〜正午には、映画の出演者による講座もあります。

「つどい場」の利用方法や料金、16日の上映イベントの問い合わせは、同NPO(0798・35・0251)です。皆さんもぜひ、つどい場に来てみませんか。【阪神支局長・香取泰行、イラストも】

笑いで取り戻す介護力

湯気の立つ筑前煮、具だくさんのミネストローネ、ポテトサラダ……。4人がけの机を二つ並べた食卓に「まるちゃん」の手料理が次々と運ばれる。「食べよ、食べよ」。まるちゃんが集まった主婦らを促す。「この煮物、色々入ってるなあ」。1人が声を上げると、まるちゃんが言う。「愛情は入ってへんけどな」。そこで、どっと笑いが起きる。

阪神電鉄西宮駅にほど近い、西宮市今在家町の住宅街。その一角に介護に疲れた主婦らが集まる「つどい場 さくらちゃん」がある。昼どきになると、気の置けない仲間と会いに、買い物袋をぶら下げた女性たちが集まる。

疲れ、不安 仲間と分かち



手作りの昼ご飯をふるまうまるちゃんこと丸尾さん（右端）＝西宮市今在家町で、森田昌孝撮影

つどい場は、まるちゃんこと丸尾多重子が2004年3月に開いた。1日の利用料は500円。昼食は別に500円が必要だが、漬物やらパンやら持ち込みも多い。安売りの情報や旅行の思い出……。昼食の団欒だんらんの中で続く、たわいのない話が、疲れた心をほぐしていく。

「最初は暗い顔で、テンション低い人が多いんですけどねー」

声が明るいから深刻に聞こえないが、まるちゃんにも壮絶な介護体験がある。

寝たきりの母、躁鬱そううつの兄、脳梗塞から認知症になった父。まるちゃんは40～50代の10年間で3人の介護に明け暮れた。最後に残った父を「自宅

で」と病院から引き取ると翌日、たんの吸入がうまくいかず、父は亡くなった。ショックで今もその後3か月間の記憶がない。

「一歩、踏み出そう」

通い出したヘルパー講座で、特別養護老人ホームの実習があった。風呂場でストレッチャーの上に固定されたおばあさんが、ホースでお湯を浴びていた。泣き叫ぶ顔が忘れられない。

「まるで物を洗っているようだった。こんなことが許されるわけがない」

介護する者と、される者は同じ目線でいられるはずだ。しかし、介護者が孤立すれば、ろくな結果を招かないことも知っている。まるちゃんは、過去の自分に重ねてこう言う。

「介護を一人でやったらあかん」

西宮市の栗栖典子（48）は2年前、義母の介護に悩んでいた。「生活の100%。いや、120%を介護に向けなければと思っていた」

しかし、このつどい場で考えが変わった。

「私より重度の家族を持つ人がここでは笑っていた。気持ちが一気に楽になった」

苦しいとき。「困ったことがあったら電話しておいで」というまるちゃんのことを思い出す。「ご飯ある？」「待ってるよー」。電話をすると受話器から、まるちゃんの声が聞こえる。

同じ痛みを熟知する仲間が笑顔で迎えてくれる。「1人じゃない」と思わせてくれる。介護体験を絆に元気を与えられた人たちが、自分を必要とする人のもとに帰り、支える。その姿はまるちゃん力にもなり、つどい場に足を運ぶ約2000人に還元される。

「仲間がいれば不安はぐんと軽くなる。そんな場所がもっと地域に増えればいいねー」

まるちゃんの夢は続く。

かつて家庭や地域にあった絆が失われ、社会に歪みひずみをもたらしている。児童虐待、高齢者の所在不明、限界集落……。 「無縁社会」とも呼ばれる時代に、再び手を取り、支え合おうという動きも出てきた。人と人。地域と地域。新しい〈縁〉のかたちをつづる。

やさしい介護

「足が不自由になり、家にこもりがちな母。
一緒に外に出たいのですが、いざとなると心配です」

「つどい場さくらちゃん」では、家族や介護職の人が介護の悩みを話し合ったり勉強会を聞いたりするほかに、「おでかけタイ」という活動を通して、みんなでお出かけを楽しんでいます。体が不自由になると外出が不安になりがちですが、秋晴れの気持ちのいい日は、どんどん外に出て気分をリフレッシュしたいですね。

介護保険制度によって便利になった面はもちろんありますが、送迎バスに乗ってデイサービスに通う人が増え、街からお年寄りの姿が消えてしまったように感じたり、これで本当にいいんだろうか思うことがよくあります。杖をついたり車イスで外出したら「人に迷惑をかけるんじゃないか」「恥ずかしい」と考える人もまだまだ多いようです。しかし、家に閉じこもってばかりでは、本人も家族も息が詰まってしまいます。外で季節の風を感じ、いろんな世代の人と触れ合う…、そんな当たり前のことがいい刺激になって、お年寄りの表情も驚くほど変わるんですよ。特別な場所でなくてもいいです。バリアフリーの状況を下調べして、たとえば近所の喫茶店や回転ずし屋さん、日常のお買い物などから始めてみるのもいいですね。電車に乗るだけでも気分転換になります。近くのファミリーレストランに行くと、気分が華やいで食欲が出るというのもよく聞く話です。

お年寄りの姿が 街の心 を変えていく

「おでかけタイ」では、武庫川河川敷でのコスモス観賞が秋の恒例行事になっています。ほかにも日帰り温泉旅や、冬はバスを貸し切って山陰かにツアーへ、夏は介護専門職の方も同行して北海道旅行へ…と、家族や仲間と一緒に出かけしています。この“みんなと一緒に”には、いいことがたくさんあるんです。周りの様子を見ながら「一緒にがんばろう」と安心したり、「そんな便利なアイデアがあるの」と知恵や情報を交換できて学び合いが生まれます。そんな中で、毎日の介護で疲れ気味の家族がほっとでき、気持ちが健康になることも大事なことです。介護者がニコニコできると、介護される側の心も不思議と安定される。また、自分と同じ立場の人の姿を見てシャンとされるケースが多いのです。

そして、私たちがお出かけサポートに力を入れている大きな理由のひとつは、たとえ認知症を患ったり体が思うように動かなくなっても、「あのおじいちゃんたち楽しそうやね」と、周りの人にも気づいてほしいから。そんなことから、子どもや若い人たちの高齢者に対する意識も変わってくる。不便なシステムがあれば、もっと安心して使えるようにしてあげようと思う。お年寄りが元気に外に出ていくことが、「街の心」を変えていくんじゃないかと思うんです。

アルツハイマー型認知症の重症度別の主な症状

外来で見られる特徴

主な症状が複数のステージに該当する場合は、重症度の高いステージで判定します。

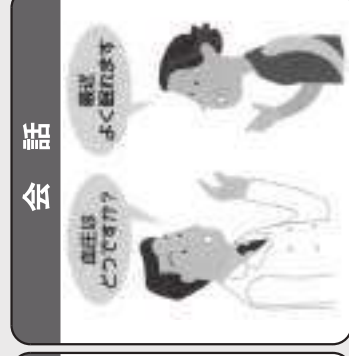
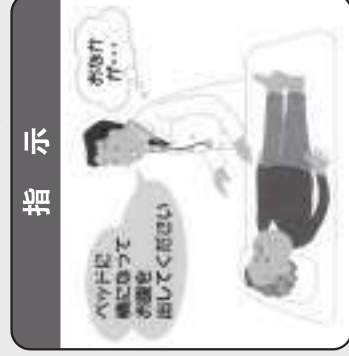
	軽度	中等度	高度(重度)
記憶	● 検査予定や絶食の指示を忘れる	● 最近の大きな出来事・ニュースを思い出せない	● 昔の印象深い出来事の記憶が不確かになる
服装	● 季節や状況に合った服装をしている(※1)	● 季節や状況に合った服装をしていない	● 介護者が服装を選ぶ ● 被り物など着やすい服装をする
指示	● 「ベッドに横になり、お腹を出す」などの2つの連続した指示をこなせる	● 「ベッドに横になり、お腹を出す」などの2つの連続した指示をこなせない	● 簡単な指示に従えないことあり
会話	● 一般的な会話に障害はない ● 応答はすみやかだが、「あれ」「それ」言葉が増える(※2)	● 話をしっかり聞いていない ● 会話にズレがある ● よく使う言葉が出ない	● 簡単な内容の会話でも理解困難なことあり
服薬	● 服薬を忘れる(※3)	● 介護者の全面的な管理が必要	● 介護者の全面的な管理が必要

※1: 家族が服装を整えていることが多いことに注意。高齢の男性では自分で服を用意しない習慣の人も多い。

※2: 取り繕いがあるが、家族などから情報を事前で得ておかないと見極めることは困難。

※3: 本人に尋ねても、忘れたことを正直に答えず、うまく辻褄を合わせるような返答をする。

中等度の主な症状



アルツハイマー型認知症の重症度別の主な症状

家庭で見られる特徴

主な症状が複数のステージに該当する場合は、重症度の高いステージで判定します。

	軽度	中等度	高度(重度)
記憶	● 通帳などのしまい忘れ、置き忘れがある	● 最近の大きな出来事(冠婚葬祭など)を忘れる	● 昔の印象深い出来事を忘れる
服装	● 自分で選べるが、同じ服装をしていることが多い	● 季節や状況に合った服装をしない、指摘しても同じ服装をする	● 介護者が服を選ぶ必要あり(※2) ● ボタンのある服を着るのが困難
日課料理	● 日課は今ままで通りですが、複雑な料理が困難になったり、味付けが変わったりする	● 日課でしなくなることが増える ● 簡単な料理でも間違う	● 家事をほとんどしない(料理ができないほど)
外出買物	● 買物リストがあれば本人だけの買物でも支障がない(※1)	● 外出しなくなる ● 日用品の買物でも間違う、同じ物を何度も買う	● 自分からは外出しない ● 買物に出かけない
服薬	● 服薬を忘れることが度々ある	● 言わないと服薬を忘れる	● 介護者が管理しなければならぬ
気分	● 時々、不安や気分の落ち込みが見られる	● イライラすることが増え、笑顔が減る	● 表情は以前に比べ乏しくなる

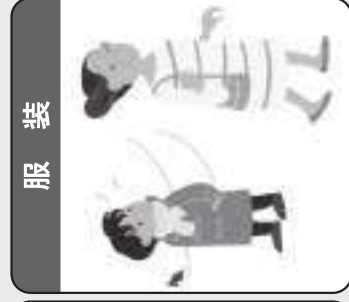
※1:実際には、買物リストを持って行くのを忘れることも多い。

※2:手伝わなければ前後が逆になったり、パジャマの上にズボンをはいたりする。

中等度の主な症状



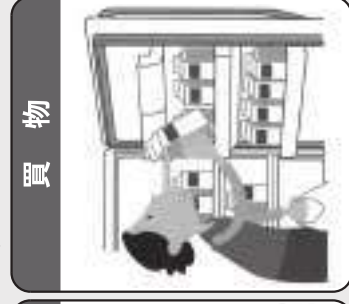
記憶



服装



料理



買物



服薬



気分



第一三共株式会社

監修:社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
香川大学医学部 精神神経医学講座 教授

本間 先生

中村 先生

MEMEX00100-05G
2011年1月印刷

介護の方法が
わからない

介護施設を
利用したい

介護に疲れた

仲間が欲しい

公益社団法人 認知症の人と家族の会

1980年に京都で発足した全国的な民間団体で、国際アルツハイマー病協会に加盟しています。認知症の本人および介護している家族、介護にたずさわっている専門職の人、ボランティアなど約1万人の会員がいます。全国46の支部で、つどい、電話相談、会報の発行などを行っています。相談は無料です。

■「認知症の人と家族の会」の電話相談一覧（2010年12月現在）★印は呼び出しです。「家族の会を」とお伝えください。

本部電話相談：フリーダイヤル 0120-294-456（受付時間/月～金 10時～15時、土・日・祝日は休み）
〒602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下ル 京都福祉会館2階 電話 075-811-8195
FAX 075-811-8188 ホームページ www.alzheimer.or.jp Eメール office@alzheimer.or.jp

支部名（所在地）	電話番号	電話相談受付時間（祝日除く）	FAX番号
北海道（札幌市）	011-204-6006	月～金 10時～15時	011-204-6006
青森（八戸市）	0178-34-5320	水・金 13時～15時	0178-34-0651
岩手（北上市）	0192-25-1616	月～金 9時～17時	0197-61-0808
宮城（仙台市）	022-263-5091	月～金 9時～16時	022-263-5091
秋田（秋田市）	018-866-0391	月 10時30分～14時	018-866-0391
山形（山形市）	023-688-8119	月 13時～16時	023-688-8119
福島（福島市）	024-521-4664	（不在の時もあります）	024-521-4664
茨城（つくば市）	029-879-0808	第1・3金 13時～15時	029-879-0808
栃木（宇都宮市）	028-667-6711	（不在の時もあります）	028-667-6711
群馬（高崎市）	027-360-6421★	月～土 9時～17時	027-360-6422
埼玉（さいたま市）	048-667-5553	月・火・金 10時～15時	048-667-5953
千葉（千葉市）	043-238-7731	月・火・木・土 10時～16時（コールセンター）	043-238-7732
東京（新宿区）	03-5367-2339	火・金 10時～16時	03-5367-8853
神奈川（川崎市）	044-543-6078	月・水・土 10時～20時（土曜日のみ16時まで）	044-522-6801
新潟（糸魚川市）	025-550-6640	（不在の時もあります）	025-550-6640
富山（富山市）	076-441-0541	月・木 13時30分～15時30分 （右記FAX番号で夜間電話相談を毎日受付）	076-441-8998
石川（金沢市）	076-237-7479	月～土 9時～17時	076-237-2889
山梨（甲府市）	055-227-6040	火・木 10時～15時	055-227-6040
長野（飯田市）	0265-29-7799	月～金 9時～12時（電話相談）	0265-29-7799
福井（小浜市）	0770-53-3359	（不在の時もあります）	0770-53-3359
岐阜（岐阜市）	058-278-7160★	（不在の時もあります）	058-278-7161
静岡（富士市）	0545-64-9042	月・木・土 10時～15時（コールセンター）	0545-62-9390
愛知（東海市）	0562-31-1911	月～金 10時～16時	0562-33-7102
三重（伊賀市）	059-235-4165	月～金 9時30分～17時30分（コールセンター）	0595-24-4545
滋賀（草津市）	0120-294-473	月・水・金 10時～15時（電話相談）	077-567-4565
京都（上京区）	075-811-8399	月～金 10時～15時	075-811-8188
大阪（阿倍野区）	06-6626-4936	月・水・金 10時～14時（電話相談）	06-6626-4936
兵庫（神戸市）	0120-01-7830	月・木 10時～17時	078-741-7707
奈良（奈良市）	0742-41-1026	火・金 10時～15時、土12時～15時	0742-41-1026
和歌山（和歌山市）	073-432-7660	月～土 10時～15時	073-432-7593
鳥取（米子市）	0859-37-6611	月～金10時～18時（コールセンター）	0859-30-2980
島根（出雲市）	0853-25-0717	月・水・金 13時～16時30分	0853-31-8717

もの忘れが気になったら……相談しましょう。

認知症の人と家族の会 理念

認知症になったとしても、介護する側になったとしても、人としての尊厳が守られ、日々の暮らしが安穩に続けられなければならない。

認知症の人と家族の会は、ともに励ましあい助けあって、人として実りある人生を送るとともに、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現を希求する。

支部名（所在地）	電話番号	電話相談受付時間（祝日除く）	FAX番号
岡山（岡山市）	086-232-6627	月～金 10時～15時	086-232-6628
広島（広島市）	082-240-5605	事務所・相談（月・水 10時～16時）	082-249-3282
徳島（徳島市）	088-678-8020	（不在の時もあります）	088-678-8110
愛媛（松山市）	089-923-3760	月・水・金 9時～16時	089-926-7825
高知（高知市）	088-821-2818	月～金 10時～16時（コールセンター）	088-821-2818
香川（高松市）	087-823-3590	24時間	087-844-8530
山口（下関市）	083-252-4533		083-252-4533
福岡（福岡市）	092-771-8595	火・木・金 10時30分～15時30分（第3火除く）	092-771-8595
佐賀（佐賀市）	0952-29-1933*		0952-23-5218
長崎（長崎市）	095-842-3590	火・金 10時～16時	095-842-3590
大分（大分市）	097-552-6897	火～金 10時～15時	097-552-6897
宮崎（宮崎市）	0985-22-3803		0985-22-3803
熊本（熊本市）	096-355-1755	9時～18時、水曜日を除く毎日（コールセンター）	096-355-1755
鹿児島（鹿児島市）	099-257-3887	火・水・金 10時～16時	099-257-3887

支部未結成の県（沖縄県）は下記にご連絡ください。

沖縄県：なごみの会 TEL・FAX 0980-53-7772（宮里病院）*

■ その他の相談窓口

- 介護支え合い電話相談（社会福祉法人 浴風会）（独立行政法人 福祉医療機構助成事業）
介護経験があり、専門的スキルを積んだ相談員が介護の情報提供や悩みの糸口を探す手助けをします。
電話：0120-070-608（土日祝を除く 10時～15時、通話料無料）
- 保健所
相談会、講習会などを行っています。実施日などは最寄りの保健所にお問い合わせください。
- 地域包括支援センター
保健師、社会福祉士、ケアマネージャー等が中心になって高齢者への総合的な支援を行うセンターです。市区町村の介護保険の窓口で連絡先などをお問い合わせください。（相談は無料です）
- 若年性認知症コールセンター
若年性認知症（65歳未満発症）について、専門教育を受けた相談員が相談に応じてくれます。
電話：0800-100-2707（日祝を除く 10時～15時、通話料無料）
- 在宅介護支援センター
行政にかわって在宅介護に関するあらゆる相談を24時間体制で受け付ける機関です。
市区町村の福祉相談窓口か高齢者総合相談センターにお問い合わせください。（相談は無料です）

■ 認知症を知るホームページ

- e-65.net [<http://www.e-65.net>]
認知症に関する基礎知識をはじめ、さまざまな情報をわかりやすく入手できる実用的サイトです。

抱えるつらさを共有する

～兵庫県西宮市「つどい場さくらちゃん」の取組み～

2004（平成16）年3月より兵庫県西宮市で営まれている「つどい場さくらちゃん」は、家族の介護をしている人たち（介護者）やその本人、介護経験のある方、介護職員など様々な人たちが、「介護」をつながりに食卓を囲みながら「まじくる」（交わる）場である。主催者（丸尾多重子さん、通称「まるちゃん」）は介護に関わる様々な思いを原動力に、6年を超えた今もエネルギーに活動されている。

「つどい場さくらちゃん」には、介護者と介護を受けている人が連れだって来られたり、介護者が、介護を受けている人が通所介護や短期入所生活介護に行っている間などに立ち寄る。多くの人一人では背負いきれないつらさを抱えているが、お茶を飲み、共感する仲間やまるちゃん、ボランティアの人たちの温かい雰囲気の中でそのつらさが自然と言葉になり、気持ちが通い合う。わざわざ「悩みを相談にいくぞ」という雰囲気ではなく、ふらっとご近所に遊びに行くような雰囲気。お昼時にはワンコインで、手作りの温かい食事をいただきながら話す。介護に追われていると落ち着いて食事をする事など往々にして困難であるが、仲間と出会い、おいしい料理のにおいと湯気に包まれ、心の通う話をしながら、いろんな情報も得ながらしばし心身のリフレッシュの時を過ごす。そうすることで、介護に向き合う元気を充電し、家に帰っていく。「つどい場さくらちゃん」が、とかく孤独になりがちな介護生活の心の支えになっている方も大勢いらっしゃる。

「つどい場さくらちゃん」では、そうした「つどい」に加え、「おでかけタイ」「学びタイ」「見守りタイ」と銘打って様々な活動をされている。

「おでかけタイ」では、介護を受けている人とその家族の外出を支援している。行く先は近所のショッピングセンターから、季節のフルーツ狩りなど「ちょっと足を延ばす」おでかけ、また県内の温泉、今年で7回目の三泊四日の北海道旅行にみんなで出かける。通常のパック旅行では一緒に旅行することは困難だが、「おでかけタイ」では経験を重ねることで介護が必要な方々をお連れするノウハウも培われている。参加者は、食べ、歌い、また想いを語り共感して泣き、そして笑うことを通じてリフレッシュされている。

「学びタイ」では、「地域の介護カレレベルアッププラン」と銘打って、介護者だけでなく、介護職員、医療関係者などにも広く門戸を開き、技術指導から介護に寄せる思いまで様々な講習会・勉強会を行っている。「さくらちゃん」の志高くも温かい雰囲気に惹かれ、介護職の方や医師、看護師、大学の先生と言った多彩なメンバーが講師となり、実際介護をしている人の立場に立った学びの機会を提供している。

「見守りタイ」では、介護者の留守中に介護を受けている人と過ごしたり、散歩に行ったり、見守りやお話を傾聴する。その間、介護者はリフレッシュや買い物などをして過ごす。介護保険外なので利用者は実費を負担するが、「安心して出かけられて助かりました」といった声が寄せられている。

「つどい場さくらちゃん」の活動は自由自在で、その活動が共感を呼び、共感が仲間や関わりを持つ人を増やし、広がりを続けている。こうした活動は、画一的なお仕着せではなく地域ごとに様々な「集い」や「仲間づくり」の形があり、その社会資源をうまく活用することで様々な発展が可能である。こうした活動と行政は、時に意見の違いが生じる場合もあるが、素晴らしいコラボレーション（協働）が見られる場合も多々ある。「見守りタイ」がその一つで、西宮市のモデルの委託を受けている部分もある。行政と市民が一緒になって、温もりのある地域社会を形成している。

近い将来、10人に1人が認知症という時代になると言われています。いまや認知症はありふれた病気です。「がん対策基本法」が出来て、がん拠点病院が定められて国を挙げてのがん医療推進が図られています。一方、認知症政策は、まだまだ遅れています。少し前までは、認知症は表に出にくい病気でした。そのため認知症患者さんを受け入れる病院や施設はまだ絶対数が少なく、在宅療養で過ごされている方が沢山おられます。ここにきて、認知症問題が一挙に顕在化しています。しかし考えてみれば、認知症もありふれた病気。2000年に介護保険制度が出来て在宅療養の基礎が出来ました。しかしまだまだ不十分です。国の制度の隙間をボランティアさんが埋めているのが実情です。

本冊子は、今まで認知症にあまりなじみの無かった方の為に、在宅での認知症療養の基礎知識について分かり易くまとめたものです。認知症や在宅療養に関する基礎知識を、コンパクトにまとめてみました。2010年に産経新聞に掲載された私の書いた記事を読みやすく編集しました。

さらに最近、全国に広がりつつある「つどい場」のルーツとも言える、西宮市のNPO法人「つどい場さくらちゃん」についても新聞記事で詳しくご紹介しました。制度の隙間を埋めているのは「ご近所」さんです。これからの日本のキーワードは、「おせっかい」と「共助」です。本冊子が初めて認知症療養に対峙する方々の少しでもお役に立てれば幸いです。

最後に、本冊子の作成に多大な助成を賜りました勇美記念財団に心から感謝申し上げます。

2011年1月 長尾クリニック 長尾和宏

編集・発行

認知症の在宅医療を考える会

代表 長尾和宏
(医療法人社団 裕和会 長尾クリニック 院長)

〔連絡先〕

〒660-0881 兵庫県尼崎市昭和通7丁目242番地
医療法人社団 裕和会 長尾クリニック
地域連携部 担当 山本、渡部

TEL 06-6412-9395

FAX 06-6412-9396

e-mail zaitaku@nagaoclinic.or.jp

ホームページ <http://www.nagaoclinic.or.jp>

第1版 2011年2月28日発行

この冊子は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成により作成いたしました。

