

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

職員とのチームで物忘れ外来を開設し、高齢者のケアに貢献した事例

石井大介¹

要旨

高齢化のすすむ都市部の地域において、認知症をもつ患者に対する診療や包括的なケアの整備は喫緊の課題となっている。このたび、筆者が院長を務める診療所の外来において、それまで手つかずであった認知症診療のシステム構築に、職員と共に悩みながら時間をかけて取り組んだ。当初は認知症診療の仕組み作りを目指した活動だったが、チームマネジメントと質改善を意識した実践が職員の成長を促し、地域において多職種との協働を生み、結果として高齢者の包括的な診療とケアに役立ったと考えたため報告する。

1. 事例の背景

現在、我が国の高齢化は世界的でも類をみない速度で進んでおり、高齢化社会が抱える問題についても様々なメディアで取り上げられている。2025年には、国民3人に1人以上が65歳以上の高齢者となり、医療・介護の問題、社会保障の問題、住まいに関する問題などさまざまな問題が表面化すると言われている。厚生労働省老健局の『都市部の高齢化対策の現状』¹⁾によると、こうした急速な高齢化の影響は大都市圏において顕著に現れることが懸念されており、地域包括ケアや日常生活支援総合事業といった高齢者の暮らしを支えるためのシステム整備が急務となっている。

厚生労働省の『平成28年国民生活基礎調査の概況』²⁾によると、高齢者が要介護状態になる原因として認知症が脳卒中と並び上位を占めている。2025年には65歳以上の高齢者の認知症患者数は700万人を超え、5人に1人に達する見込みであり、高齢者の健康と暮らしの問題を扱う上で認知症は避けて通れない重要なテーマとなっている。

2. 導入の経緯

筆者は、2012年に人口50万人の市にある診療所の院長として就任した。従来、非常勤医師でつなぎ、主に内科の慢性疾患診療が中心の診療所であっ

たが、担当医が頻繁に交代したため継続的で包括的な診療が行われていなかった。高齢の患者が多く認知症や物忘れに関する相談はあったが、全く対応できていなかった。認知症について職員の知識もほとんど無い状況であったが、日々の診療の中で物忘れに関するニーズは多くの職員が感じており、なんとか認知症の診療ができないかという提案が職員から持ち上がったのを機に、このテーマに取り掛かることとなった。

3. 事例の詳細

プロジェクトの開始にあたり、筆者をリーダーとして看護師2名と事務員1名とともに「認知症ケアチーム」を立ち上げた。他院の物忘れ外来を見学し、メンバーで準備にむけてアイデアを出し合い、「物忘れ外来」の診療枠の確保、問診票の作成、診断から治療までの流れ、調剤薬局への治療薬の手配など準備を進めた。職員むけの学習会も定期的を開催し、通院患者のうち物忘れについての相談があった方から診療を開始した。慣れない業務に戸惑いながら、最初は一例ずつ時間をかけて診療を進めた。実際の診療内容に関しては『認知症のステージアプローチ』³⁾を参考に、①診断結果を患者家族とシェアし、継続的にフォローアップしていくこと、②ADL・IADLを中心に生活機能の評価を行い、身体合併症やBPSDに対する介入を行うこと、③ケアマネジャーと連携し生活の支援、家族のケアを行う

1. はなぞの生協診療所

こと、を3つの柱として実践していった。認知症の鑑別に悩む症例や若年発症の認知症を疑う症例、BPSDの対応に難渋するケースや患者・家族の不安が強い場合などは、必要に応じて地域の認知症疾患医療センターに紹介し、認知症専門医と連携しながらかかりつけ医として継続的な診療を担った。

途中、予診や患者情報聴き取りのマニュアル化、プライバシーに配慮したスペースの確保、余裕をもった人員配置など、運用上の問題が出るたびに改善を加えていった。診療の進め方について2か月に1回チームメンバーで振り返り、良かった点や反省点とその原因、改善策について協議を重ねた。診療所の機関誌での宣伝や患者家族の口コミ効果もあり、少しずつ相談の数は増えていき、物忘れ外来を開設後1年間で18名の方の認知症の診断と治療を経験した。

診療の流れが一定確立し、職員の認知症への関心が高まるにつれ、新たな課題が浮かび上がってきた。開設当初は、患者本人や家族から物忘れの相談を受けたケースや、職員が認知症ではないかと疑ったケースを対象に精査を行っていたが、ふだんの診察では気付かずに年数が経ってから認知症が判明するケースを少なからず経験した。認知症は早期の段階で発見し介入することが重要とされており、認知症をスクリーニングする仕組みが望ましいと考えたが、日常業務の中で全ての患者に認知症の評価を行うことは難しく、職員もこれには消極的であった。チームメンバーとも相談し、次の段階に進むには時期尚早だと判断し、新たな計画は時間をかけて練直すこととなった。

当院での物忘れ外来が徐々に地域でも認知されるようになり、地域包括支援センターや介護支援事業所からも患者を紹介されるようになった。とくに、独居で身寄りがいない方、家族が遠方で疎遠となっている方、貧困で生活が破綻している方、精神疾患の合併が疑われる方、財産管理が困難となっている方など、いわゆる困難事例とされるケースの診察依頼が相次ぎ、地域のケアマネジャー、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）、市役所の高齢者福祉課の職員といった方達と面談したり連絡を取り合ったりする機会が増え、地域住民の暮らしを支えている多職種との顔の見える関係が少しずつ構築されていった。

職員も認知症診療の業務に慣れ、患者の生活史の聴取や家族の悩み相談などを自主的に行ってくれるようになってきた。困難事例のカンファレンスを通

じて、物忘れだけでなく広く高齢者特有の健康問題への関心が高まる中で、より多面的な評価の仕組みがほしいという声は職員の中から出始めた。そこで改めて職員と高齢者診療のあり方について議論し、既存の認知症ケアチームを刷新し新たに「高齢者ケアチーム」を編制して、高齢者を包括的にケアすることを目的としたプロジェクトを立ち上げた。チームは「高齢者の暮らしを支える診療所に！」をスローガンに、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment:CGA）に取り組むこととなった。CGAは老年医学分野で発展し、高齢者医療において「生活機能」「精神・心理」「社会・環境」の3つの側面から患者の生活機能障害を評価し包括的に介入するための手法である。具体的には、医療福祉生協連の『高齢者にやさしい診療所ツールキット』⁴⁾の「10分間スクリーニング」を改変したもの（図1）を使用し、75歳以上の定期通院患者を対象として、物忘れやうつ、転倒、尿失禁などのスクリーニング検査を実施するものである。物忘れのスクリーニングで陽性だった人を対象に認知症の精査を追加することで効率的に認知症を診断できる流れを作った。

4. 成果と今後の展開

目標は「1年間で対象者の6割にスクリーニングを実施すること」とし、対象者のリストアップと実行計画の作成を行い、患者・家族への説明と同意のもとに開始した。途中、認知症の診断・治療だけでなくスクリーニング結果をどう診療に活用するかを話し合ったり、メンバーの気付きや提案を取り入れたりプロセスを修正していく過程で、プロジェクトの目的が徐々に職員に浸透していき、患者のケア内容が厚みを増していくのが実感できた。プロジェクト開始から1年後、目標であった6割以上の対象者にスクリーニングを実施することができ、認知症と診断された患者は累計77名となった。認知症をもつ患者のケアに関心を持つ職員が増え、ユマニチュードなど外部研修で学んだケア方法の実践や院内のユニバーサルデザイン、バリアフリー化など新たな改善の取り組みも生まれ、認知症診療の幅が大きく広がった。高齢者ケアチームによる定期的な学習会（図2）には、診療所に併設する介護支援事業所や通所リハビリテーションの職員、送迎車の運転手も参加し、現場の声を反映した活発なディスカッションが行われるようになってきた。現在、認知症サポーター養成講座やオレンジカフェなど、地域住民と共同での企画が職員主導で進んでいる。



図2 高齢者ケアチームによる学習会の様子

【考察】

1. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか
 認知症をもつ患者の診療とケアにおいて、我々総合診療医の果たすべき役割は何かという問いかけは非常に重要である。認知症の診断と標準的な治療に関する知識は最低限身に付けておくべきであるが、認知症の進行に伴って生じる身体精神機能の低下やADLの低下、また患者を介護する家族の疲弊といった問題に対応するためには、老年医学やリハビリテーションの知識に加えて介護保険・福祉サービスなど制度に関する知識も必要となる。最新の医学的知識を備えたうえで、看護、介護、福祉分野の専

★歩行の様子を観察して記載 (MC) はなぞの生協診療所

10分間スクリーニング		評価日 年 月 日	聞き取り者	医師	ツール選択
名前	()歳 男・女 同伴者()				
今日は何月何日ですか?()月()日	○・×				
記憶力の検査です。これから3つの言葉を言います。私に続いて言ってみてください。 「鉛筆・トラック・本」今の3つの言葉を後でまた聞きますので覚えておいてください。					
はい・いいえの太字を選択した場合はツールへとんでください。					
1人で歩くことができますか?	はい・いいえ				ツール7 ※介護保険申請状況を 75歳聞き取りで再確認
家の掃除などの仕事ができますか?	はい・いいえ				
1人で買い物に行くことができますか?	はい・いいえ				
1人で車やバスや電車で出かけることができますか?	はい・いいえ				
1人で入浴ができますか?	はい・いいえ				
1人で着替えができますか?	はい・いいえ				
最近転んだことがありますか?	はい・いいえ				ツール6
★歩行の様子を聞き取り者が自由記載 <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 前傾姿勢 <input type="checkbox"/> 小刻み歩行 <input type="checkbox"/> すり足歩行 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 異常なし					
トイレに行こうと思って間に合わなかったことはありますか?	はい・いいえ				ツール5
トイレのことが気になって日常生活に不自由することがありますか?	はい・いいえ				
悲しくなったり、気分が落ち込むことがありますか?	はい・いいえ				ツール4
食事は摂れていますか?	はい・いいえ				
食事の量に変化はありましたか?	はい・いいえ	増・減			※精密検査の状況確認 ※栄養指導などの検討
体重の変化はありましたか?	はい・いいえ	増・減	現在の体重()kg 身長()cm 6か月前の体重()kg		
最近テレビや電話が聞こえづらいと思ったことがありますか?	はい・いいえ	補聴器使用 有・無 耳鼻科受診 有・無			必要に応じて医師と相談
目が見えづらくて、日常生活に不自由することがありますか?	はい・いいえ	眼鏡使用 有・無 眼科受診 有・無			必要に応じて医師と相談
一番初めにお伝えした3つの言葉を思い出してください。 ※ヒント無し すべて言えること	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	いくつ言えたか記入 <input type="text"/> 個			0~1個→ツール2 2~3個→正常
毎日の楽しみや趣味などがありますか? その他自由記載					

図1 当院で使用している「10分間スクリーニング問診票」

門家といったフォーマルな資源のみならず、患者の隣人や友人といったインフォーマルな資源も総動員し、チームで関わることにより、幅広く包括的なケアの提供が可能となるであろう。

認知症をもつ患者とその家族が抱える問題は非常に複雑で多様性に富んでおり、神経心理学的検査において同程度の認知機能を示す患者においても、個々の患者の生き立ちや性格、価値観、家族の状況、経済的な状況によってアプローチの方法はまったく異なるものとなる。医学的に妥当と思われる方針が本人の意向とぶつかったり、本人のQOLを重視した提案が家族の考えや経済状況から受け入れられなかったりと倫理的な判断を求められるケースも少なくない。本人の判断能力が著しく低下し代理人となるべき人がいない場合は、関わりのある人たちで話し合い多角的な視点から最善と思われる道を選択する姿勢が求められる。

こうした正解のないジレンマを抱えた複雑な問題を扱う臨床家は、時にリーダーとしてイニシアチブを取り、時には多職種の調整役として機能するといった変幻自在の能力が要求されるが、そのような臨床の知識は、『患者中心の医療の方法』⁵⁾、『家族志向のプライマリ・ケア』⁶⁾といった書籍に詳細に記載されており、総合診療・家庭医療の専門研修カリキュラムの中で一定のトレーニングにより獲得されるスキルである。

2. タスクシフティングの可能性

認知症診療では専門医との連携は診療の質を保つためにも欠かせない。とくに画像診断の技術は日進月歩の発展を見せており、認知症の鑑別診断に迷う場合や非典型的な経過をたどる場合などは積極的に専門医に紹介し助言を求めるとよい。早い時期から専門医にも患者を知っておいてもらうことにより、経過の中でBPSDが悪化した際など相談がスムーズにいくといったメリットもある。とはいえ、専門医への紹介が必要となったケースは全患者のうち1割以下と少数であり、認知症患者の9割以上は診療所で対応が可能だと思われる。認知症専門医は数が少なく地域における貴重な存在であり、より専門的な対応が必要なケースに専念してもらいたい。比較的軽症の認知症患者の診療を総合診療医が中心になって担うことにより、今後急増する高齢者の認知症に広く対応することが可能になるのではないかと思う。

また、本事例のように地域における多職種をコーディネートできる能力は、総合診療医を特徴づける

プライマリ・ケアのACCCA⁷⁾のうちのCoordinationに関わる能力であり、認知症にまつわる連携においては、病院専門医と診療所総合医の連携（病診連携）の他、医師と医師以外のヘルスケア関連多職種の連携（多職種連携）、地域における行政職、住民団体等との連携、ひいては患者家族や本人との連携まで、多岐に亘る連携能力が求められる。このことは、認知症の連携の輪に総合診療医が核として存在することにより、患者や家族に良質のケアが提供できると同時に、関係する多職種・行政職の負担を減らし、持続可能な認知症ケアシステムの確立にも寄与することができるものである。

3. 医療や社会に与えるインパクト

冒頭にも述べたように、認知症ケアはこれからの日本や世界にとって喫緊の課題であると同時に、ヘルスケアの抱える課題の大きな1つの柱になることが自明である。どの地域においても例外なく発生するこの非常にありふれた課題に立ち向かうためには、その地域にある資源を俯瞰し、地域の高齢者をBiologicalな視点だけでなく、Socialな視点からも全人的に評価し、広範囲の連携をもとに構築される認知症ケアシステムが、地域ごとに展開される必要がある。我々の取り組みのように、総合診療医は各地の認知症ケアの取り組みのイニシアチブをとるにふさわしい存在と考えており、総合診療医が医療や社会に与えるインパクトはこれ以上なく大きいものであると信じてやまない。

4. 他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

前述の通り、認知症に関連する地域ぐるみの取り組みが日本全国どの地域でも取り組まれるべきものであることは、疑いようがない。その実現のためには、総合診療医の能力、特にCoordinationの能力を持った医師を各地に配置することが望ましい。ヘルスケア分野においてリーダーシップを発揮しやすい医師が、総合診療医としての研修を経て、高齢者を総合的に評価できる能力や地域をコーディネートする能力を身に付け赴任することは、どの地域にとっても望ましいことであるとする。

5. おわりに

今回のプロジェクトを進めるうえでとりわけ強く感じたのは、教育・学習の環境を整備することの大切さであった。教育というと指導者が学習者に何かを教える構図を思い浮かべるかもしれないが、ここでいう教育はチームメンバー同士の双方向的な学び合いのことである。当初は認知症に関する職員の知

識が乏しく、筆者が音頭をとって学習会を開催したり診療システムを作ったりしていたが、徐々に職員が業務に慣れるにつれ権限を移譲していき、後半はプロジェクトの運営のほとんどをメンバーに任せるようにしていった。

代わりに筆者が力を注いだのはビジョンの共有と時間の保証である。プロジェクトを開始する前から何度も職員と話し合い、認知症診療の目的とその先のイメージについてできるだけ明確なビジョンを描き、繰り返し職員に伝えるように工夫をした。また、異なる職種からなるプロジェクトメンバーが業務時間内に集まって会議や学習会を開催できるように、各職場の管理者に協力を仰ぎ勤務調整をしてもらったりした。職員にとって認知症は未知のテーマであったが、「物忘れで困っている患者の要望に応えたい」という共通の思いから物忘れ外来の導入がスムーズに進み、後半で新たに立ち上げた高齢者ケアチームは「広く高齢者の困り事に応えたい」というビジョンのもと、多くの職員を巻き込んでアイデアを出し合い、楽しみながら新しい企画を実現しプロジェクトを発展させていった。このビジョンの共有と学習のための時間の保証は、メンバーのモチベーションを高めプロジェクトを推進する大きな原動力となる2つの要因であり、職員全体の力量アップを図るうえでとくに関心をはらうべきものだと筆者は考えている。

認知症をもつ患者の診療とケアにおいて総合診療医が果たす役割と大切にすべき価値観について考察した。高齢化とともに認知症患者の急激な増加が予

想されるわが国において、総合診療医の需要は今後ますます高まっていくものと思われる。当院においても物忘れ外来を第一歩として、CGAで得たデータをもとに高齢者の包括的なケアシステムの構築へと発展させ、その一端を担っていきたい。

文献

- 1) 厚生労働省老健局. 都市部の高齢化対策の現状. 東京：厚生労働省；20 May 2013. [not revised；cited 30 March 2018]. Available from：
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032exf-att/2r98520000032f26.pdf>
- 2) 厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査の概況. 東京：厚生労働省；27 June 2017. [not revised；cited 30 March 2018]. Available from：
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf>
- 3) 平原佐斗司：医療と看護の質を向上させる認知症のステージアプローチ入門，第1版，中央法規，p.2-268，2016
- 4) WHO：高齢者にやさしい診療所ツールキット，第1版，日本生協連医療部会家庭医療学開発センター訳，萌文社，2009
- 5) Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd ed, Radcliffe Medical Press 2014
- 6) 松下明監訳. 家族志向のプライマリ・ケア. シュプリンガー；2006.
- 7) IOM. A Manpower Policy for Primary Health Care. 1978. DOI: 10.17226/9932