

# TKC 医業経営情報 2

巻頭インタビュー

## 地域ケアにおける“キーパーソン” これからの看護師の役割とは

日本看護協会 常任理事 齋藤訓子

病医院訪問

“新薬の可能性をあなたとつくる” 治験に専門特化したクリニック  
医療法人社団慶幸会ピーワンクリニック 理事長 降旗謙一

特別企画

オレンジプランの担い手として認知症患者をいかに支えるか  
くどうちあき脳神経外科クリニック 院長 工藤千秋

消費増税対策

消費税アップにともなう実務上の問題と対応②  
経過措置や価格転嫁対策を理解し対応しよう!



# オレンジプランの担い手として 認知症患者をいかに支えるか

くどうちあき脳神経外科クリニック 院長 工藤千秋

日本の高齢化が急速に進むなか、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、さまざまな施策が打ち出されている。その1つとして厚生労働省は、認知症患者を早期診断し、在宅での暮らしを地域で支援する「認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)」を平成25年度よりスタートさせた。今号では、東京都大田区で認知症専門医として活躍する「くどうちあき脳神経外科クリニック」の工藤千秋院長に、地域における認知症医療の現状と、オレンジプランに対する意見や期待などについてうかがった。



## 外来と在宅医療の2本柱で 認知症患者とその家族を総合的に支援

—先生は現在、認知症専門医として地域医療に尽力されています。まずは認知症ケアに取り組まれるようになった経緯からお聞かせください。

**工藤** 勤務医時代、脳卒中の患者さんを長期的にフォローしていくなかで、高齢化にともない認知症へと移行していく症例を多く診てきました。そして、患者さん自身だけでなく、その家族も認知症にかかるケースがしばしばあり、いわゆる「老老介護」の過酷な実情を目の当たりにしたのです。また、脳卒中をはじめとした脳機能障害は、認知症の大きなリスクファクターの1つです。そこで私は、脳神経外科医として「手術をしたら終わり」ではなく、将来の認知症の可能性を見据えた医療を提供し、さらには患者さんの家族に至るまで総合的にケアできるクリニックをつくりたいと考えたのが開業のきっかけです。

—貴院での認知症サポート体制について具体的に教えてください。

**工藤** 当院では、外来診療と在宅医療の2本柱で認知症患者のサポートを行っています。外来では、1日4～5人の方が認知症の疑いで受診されており、今では認知症の患者さんがクリニック全体の約4割を占める

ようになりました。認知症の治療薬が画期的に進歩した今、外来の最も大きな役割は、専門医として認知症を的確に診断し、早期発見・早期治療に導くことです。

そして、在宅医療の役割は、治療だけでなく、家族構成や生活習慣など家庭内環境を把握して、患者さんおよびご家族の生活を総合的にサポートすることです。開業当初からの「医療＝手当て」という理念を実践していることもあって、特に力を入れています。

また、ビル4階には、2011年からデイケア施設を併設し、地域のケアマネジャーと連携しながら、認知症患者を中心とした高齢者のリハビリテーションに対応しています。

## 医師が頂点の既成概念を壊し 多職種がフラットに動ける環境づくりが必要

—厚労省が平成25年度からスタートした「オレンジプラン」について先生の考えをお聞かせください。

**工藤** オレンジプランは、認知症の薬剤治療が画期的に進歩したことを踏まえ、認知症の早期診断・治療に関して、地域で支える医療・介護サービスの構築を目的として策定されています。

大まかにいえば、「興奮や徘徊などの行動・心理症状に対する事後的な対処だけでなく、今後はこれを事



前に防止できるような早期・事前的な対応の流れを作る」、そして「認知症の人を対象にアウトリーチ（訪問型ケア）を行い、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らせるようにすることを目指す」という理念ですが、これは外来と在宅医療の2本柱で認知症患者をサポートする当院の取り組みと合致します。

ですから、オレンジプランは、私が目標にしてきた認知症ケアの姿に極めて近いといえますし、今回、国を挙げてこのようなシステム構築に努めてくれるのは、非常に嬉しく感じています。

——オレンジプランでは、状態に応じた適切なサービス提供をする「認知症ケアパス」の作成・普及があげられていますが。

**工藤** 当院では以前から地域の大規模医療機関やクリニック同士、看護師、そして地域のケアマネジャーとの連携充実を図ってきました。

しかし、昔ながらの医師を頂点とした医療・介護業界のヒエラルキー意識はまだ根強く、看護師やケアマネジャーが医師に意見を申し出たり、自発的な情報提供を躊躇したりするケースが多く見られます。特にケアマネジャーは、認知症ケアパスを作成する立場であり、かつ最も患者さんと接する機会が多いわけですから、認知症ケアパスを有効に活用していくには、いち早く既成概念を崩し、フラットな立場でどの職種も認知症をサポートできる体制を整える必要があるでしょう。

大田区医師会でも、この問題については医師側

から積極的にケアマネジャーとの情報交換を行うなどの意識改革をしようという動きが出ています。

## オレンジプランの理念を実現するには地域社会全体の正しい理解が不可欠

——オレンジプランの運用開始から間もなく1年ですが、現場の視点からどのような視点、施策が不足していると思われませんか。

**工藤** オレンジプランの核となる「認知症の早期診断・治療」ですが、これは医療・介護従事者の努力だけでは絶対に実現できません。家族など周囲の人が、認

### 大森医師会 認知症連携パス

大森医師会も、大田区三医師会認知症研究会が主導となって行う認知症診断連携パスを採用しています。この制度は、かかりつけ医やケアマネジャーなど介護職から、認知症の疑いのある方を地域の認知症相談医（一次医療機関）や、より専門に認知症を診ることができる医師（二次医療機関）に紹介し、診断が難しい場合には、高度な診断機器をもつ大病院などの専門病院（三次医療機関）にさらに紹介する制度（図1）です。この際、イラストで症状を示す専用の紹介状（図2）を使用しています。患者様の診断がつくと、逆の流れにのった専用返信書が、かかりつけ医の手元に届きます。そして通常は数か月から半年に一度この紹介・逆紹介を繰り返します。この結果、日頃の認知症治療はあくまでもかかりつけ医のもとで続けられることが可能になり、住み慣れた場所で、できるだけ長くご家族に囲まれながら過ごすことを目指すオレンジプランの目的も達成できるようになります。

図1 紹介先医療機関との連携図

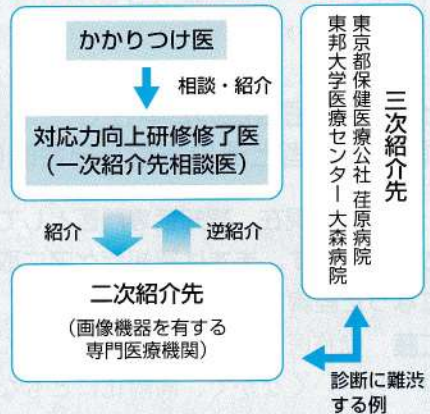


図2 紹介状（紹介元⇒紹介先）

**大田区認知症連携パス 診療情報提供書（依頼用）**

紹介元 医療機関名 \_\_\_\_\_ 年月日 \_\_\_\_\_

紹介先 医療機関名 \_\_\_\_\_ 年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

科 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 印 印 サイン \_\_\_\_\_

□ 初診 □ 再診依頼書 (前回 年 月 日)

【患者の症状】

受診希望日: 第1希望 月 日, 第2希望 月 日, 第3希望 月 日

フリガナ: 患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 期・大・中・小 \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

住所 \_\_\_\_\_ 自宅: \_\_\_\_\_ 勤務: \_\_\_\_\_

【紹介の主旨】

□ご本人からの精査希望 □ご家族からの精査希望 □その他 ( )

□かかりつけ医からの精査依頼 □その他 ( )

【当事者が最も困っていること】

1) 本人 \_\_\_\_\_

2) 家族・介護者 \_\_\_\_\_

【既往歴・治療状況】

□高血圧 (治療中、未治療) □糖尿病 (治療中、未治療)

□脂質異常症 (治療中、未治療) □心臓病 (治療中、未治療)

□脳血管障害 (治療中、未治療) □過去の飲酒歴 ( )

□向精神薬の内服 (あり: 薬品名 \_\_\_\_\_) □その他 ( \_\_\_\_\_ ; 治療中、未治療)

【神経学的所見】

□構音障害・嚥下障害 □ローキンソン様症状 (痙攣、動作緩慢、歩行障害)

□幻覚 (幻視・幻聴) □その他 ( \_\_\_\_\_)

【その他の状況】

□日にも・時間や場所がわからない □少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す

□質問や会話を理解できず、話の筋筋を失いやすい □質問すると家族の方を向いて指づらさ求めたり、話のつじつまを合わせようとする

【周辺症状・BPSD】

□排泄の失敗 □夕暮れ自覚群・夜間興奮 □物置られ不安

□介護に抵抗・暴言・暴力 □徘徊 □不眠・昼夜逆転

□その他 ( \_\_\_\_\_)

その他 ( \_\_\_\_\_)



知症を正しく理解し、少しでも疑わしいと思ったら、直ちに医療機関に受診してもらわなければ、結局は以前のように認知症の進行にともなう症状への対処に終始することになるでしょう。また、認知症の患者さんが住み慣れた自宅で生活するためには、家族だけでなく地域全体でサポートしていただく必要があります。

厚労省も、オレンジプランの施行にともない、地域で認知症患者およびその家族を支援する「認知症サポーターキャラバン」事業を実施し、認知症サポーターの養成に取り組んでいて、現在約300万人超の認知症サポーターがいるといわれています。現在、地域で活躍されている認知症サポーターの方々はよく頑張っていると思います。一般の認知度はまだまだ低いと思いますし、医療・介護側もこの制度を有効に活用できているとは言い難いのが現状です。

これを打開するには、一にも二にも地域住民や、医療・介護従事者への啓発活動が重要になってくると思いますので、国や自治体が主体になって積極的に動いていただければ嬉しいですね。

### 地域単位での小規模グループホームが認知症ケア対策の“福音”になることを期待

— 多くの場合、専門医ではなく、まずかかりつけ医が認知症の患者に対応することになると思います。オレンジプランでも「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定が予定されていますが、専門医の立場から認知症を診断する際の注意点を教えてください。

**工藤** ガイドラインだけを頼りに診断するのは大変危険だと考えています。認知症は、患者さんの個別の環境が大きく影響しますし、精神症状を呈することが多いので、画一的に対処するのはなかなか困難です。

しかし、1ついえるのは、患者さんに認知症の診療だと悟られないようにすることが、その後の治療をスムーズに進めるために最も重要だということです。当院には、患者さん自身ではなく、ご家族のみが相談に訪れることも少なくありません。その時に「患者さんには『私と一緒に健康診断に行かない?』と言って受診させてください」とアドバイスします。診療時も、評価スケールを使用するのではなく、たとえば、「6年後には東京オリンピックですね。その時に○○さん



は何歳になっていますか?」など、なるべく普通の会話から認知症の診断を行うように心がけています。

あと、高齢者だけでなく若年性認知症患者さんへの対処も重要です。私自身の経験として、若い方がご自身で認知症の疑いがあるのではと訴えた時は、まず若年性認知症の可能性が濃厚です。このような場合には、直ちに専門医に紹介するようにしてください。

— 今後、クリニックとして果たすべき役割についてお聞かせください。

**工藤** 現在のシステムをより充実させるのが、まず当院の基本線です。それ以外に、長期的な目標として、小規模なグループホームを町単位で設置し、そこに医師や看護師が巡回するというシステムを地域で構築できればよいと考えています。都内では高齢者を受け入れる医療機関や介護施設の余力があまりないため、認知症の患者さんが遠方の高齢者施設に入居するケースが後を絶ちません。小規模なグループホームは、介護する家族の負担も軽減できますし、住み慣れた地域で天寿を全うするというオレンジプランの理念にも合致します。こういった新しい試みにも挑戦していきたいです。(平成25年12月14日/ライター野村聖子)

### Profile

くどうちあき脳神経外科クリニック  
東京都大田区大森北一丁目23番10号 Tel.03-5767-0226

工藤千秋(くどうちあき)  
くどうちあき脳神経外科クリニック 院長

昭和33年長野県下諏訪町生まれ。英国パーミンガム大学、鹿児島市立病院救命救急センターを経て、1989年から東京労災病院脳神経外科に勤務し、同科副部長。2001年11月に、東京都大田区に「くどうちあき脳神経外科」を開院。現在に至る。アロマが焚かれ、医療機関とは思えないやわらかい空間の院内は「癒しの森」をコンセプトとしている。著書多数。