

地域ケア促進専門委員会

目 次

地 域 で 支 え る 認 知 症

—DBC シートの活用による認知症治療・ケアの総合化に向けて—

- I. 認知症（当時の痴呆）関連の
系統的研修の開始
- II. 尾道市医師会 DD プロジェクト
- III. 治療ありきの認知症ケア：
DBC シートと薬剤の適正使用

地域ケア促進専門委員会

(平成 20 年度)

地 域 で 支 え る 認 知 症

—DBC シートの活用による認知症治療・ケアの総合化に向けて—

広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会

委員長 片山 壽 (岡山大学医学部臨床教授)
片山医院 院長

尾道市における認知症への取り組みは、1994 年に尾道市医師会が地域一体型継続研修システムとして立ち上げた尾道市医師会高齢者医療福祉問題講演会と在宅ケア部会への小澤 勲先生（故人）を講師としてお迎えして、認知症の概論を研修したことからスタートしている。小澤先生は当時の認知症領域では少ないケア感覚の優れた実践理論で、京都大学精神科のご出身ながら精神科と離れた感覚で患者の生活と人格を重視され、日本では先駆者のお一人であり筆者が大きく影響を受けた偉人であった。

筆者の担当する岡山大学医学部の大学院講座は、高齢者医療・在宅医療・緩和ケア・認知症・地域医療連携のフィールドをもつ本邦初の総合医講座である。

I. 認知症（当時の痴呆）関連の 系統的研修の開始

1994 年に三原市に勤務されていた小澤 勲先生の研修講演が、最初の認知症への取り組みの必要性和ケア論のスタートであった。その後も 1997 年開設の医師会立老健施設のスタッフ研修において 80 床の施設に 30 床の認知症専門棟をもっていたので、96 年から認知症の施設ケアに照準を合わせて、小澤先生が施設長をされていた認知症専門老健施設でのスタッフ全員研修を行った。また在宅での認知症ケアも含めて非常に濃厚な研修を行った。

また、会員向けにも認知症の講演を数回お願いしたが、佐々木健先生や 96 年に小生のスウェーデン研修で知己を得た藤本直規先生の複数講演を手始めに、岡本祐三先生、杉山孝博先生、永田久美子先生にも複数回、お願いしていることで、認知症への対応の必要性や知識の習得は系統的研修として積極的に行ってきた。

尾道市医師会がシステム作りに取り組んだ 94 年当初から、地域一体型の研修において認知症は「未知の部分が多い」、特段の取り組みの必要な領域として大きなウエイトを占めていたといえる。

理由として 94 年当時でも尾道市の高齢化率は 19.24% であり、96 年には 20% を超えたので、日本の平均より 15 年近く先行している地域モデルとの認識があり、実際の日常診療においても、認知症患者の増加の課題は避けがたいものになるという確信があった。

スウェーデン・オーストラリアの研修

筆者は 96 年にスウェーデンのリンショウピンに研修に赴いた。当時の認知症ケアの小規模処遇の施設（グループホーム）のバリエーションは記憶に残っているが、施設ケアの成熟は見事なものであり、その後の医師会立老健のスタッフ研修には大いに参考にした。

この研修でのスウェーデン側の説明に同行した藤本直規先生が診断根拠の有無について鋭い質問を浴びせていたことを鮮明に記憶している。

また、99 年にシドニーのハモンド財団の認知症ケアプロジェクトを同行した岡本祐三先生とハモンド財団考案の「症状から診断、ケアへ」のバインダーをシドニーで検証した。当時の議論の相手はソーシャルワーカーであって医師ではなかった。

この点、我が国の認知症ケアにあたる職種の専門性の拡大的な資源論としての見直しが必要と思っている。

厚生労働省老健局「高齢者介護研究会」と本間 昭先生

2003 年に筆者は厚生労働省老健局の高齢者介護研究会委員に招聘され、平日の診療を犠牲にしながら厚生労働省へ通ったが、医師の委員は筆者と本間

昭先生の2名だけであった。

ここでの本間先生の「認知症は立派な病気！なのだ」と認知症政策の転換を迫った議論は素晴らしいものであったが、官僚側から「開業医が認知症を診れるでしょうか？」という素朴な質問があった。筆者は「知識を習得して、開業医こそが対応すべき疾病群」と回答したことが、その後の尾道市医師会の認知症プロジェクトの発端である。

筆者は1974年に医学部を卒業して東京及び周辺で10年間の勤務医をして、84年に3代目を継承した診療所医師として尾道へ戻り、高齢化率の高い地域医療にフィールドを得たのであったが、当時より、認知症は筆者にとって最大の問題領域であった。

2003年7月末に本間先生の1回目の講演会を設置記念として行い、8月初旬にDDプロジェクト（尾道市医師会認知症早期診断プロジェクト：early diagnosis of dementia）を61医療機関の参加で立ち上げた。（以下、DDと略）

2004年に隣接の松永沼隈地区医師会との合同で本間先生の研修講演会を行ったところ、平成16年度かかりつけ医認知症診断向上モデル事業（厚生労働省）が全国10の医師会で開始され、尾道市医師会は本間先生が専任講師として4回の連続研修を行った。

この研修は58名の医師会員がすべての講義を履修して、この医師には尾道市医師会で修了証を発行した。この段階で尾道市医師会の開業医の認知症診断力は大いに向上したが、具体的な効果が確認されたのは、2005年1月にDD委員会で開始した「尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアル」の作成にむけて毎月の議論と事例検討であった。

Ⅱ. 尾道市医師会 DD プロジェクト

尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアル

2005年1月に委員長の小生がマニュアル作成のチーフをお願いしたのが、内科開業医の藤田道雄先生であるが、彼は当時より河野和彦先生のCDT（時計描画テスト）を勉強していたので、方向性は明白であった。

また、尾道市立市民病院で認知症診断・治療を行っていた神経内科の原口俊先生と、脳神経外科の土本正治先生に除外診断プロジェクトのチーフをお願いした。また、開業医側からは精神科レベルは精神科医の本田誠四郎先生、青山俊之にお願いして、並行的な除外診断の勉強も可能となった。

毎月の委員会で試行したCDTを皆で持ち寄って、全員（23名）で検討しながらの議論は、随時行った追加研修も加わって熱気のある生産性の高い委員会に仕上がっていった。

なお、この委員会には医師会介護老人保健施設の事務長・副施設長（看護師）、在宅介護支援センター（医師会受託）の認知症対応看護師、医師会訪問看護ステーション管理者の3人のベテラン看護師も加わっている。

事例検討は500例をすぐに超えたが、結果として、2005年11月には「認知症への正しい知識」の市民公開講座を大規模開催して本間昭先生を講師、原口、藤田両委員にシンポジスト、座長は小生が行ったが、このときに「尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアル」の全貌を公開したのであった。

これは、委員会での検討の結果、CDTに日付などの記入を付け加えたもので、医師以外のスタッフが予診として使えたり、ケアマネジャーや民生委員が標準的に使えるものとして評価表もつけることにしたものである。以後、地域で威力を発揮していることは、NHKスペシャル（2006年12月放送）でも紹介されたので、直ちに評価シートも含め尾道市医師会HPよりPDFでダウンロード可能にした。

認知症患者のケアマネジメントとケアカンファレンス

尾道市医師会方式ケアカンファレンスはあらゆる課題をかかえる高齢者に主治医機能とケアマネジャー機能を融合させ、利用者本位の多職種協働（multidisciplinary）を可能にする方法論であるので、認知症患者の継続ケアには最高度に機能することが証明されたのは、独居の認知症高齢者の支援体制に民生委員の果たす役割の大きさと、地域の連携ツールとしてのケアマネジメントの有用性であった。

不安を抱えるご本人を囲んでのケアカンファレンスは「目に見える支援体制」を体感する効果が大きく、主治医とケアマネジャーのチームワークが中核となる。

さらに最近、絶大な効果を発揮しているのが、客観評価手法に教育的ツールとしても活用可能なDBCシートと基本情報としたケアカンファレンスの治療経過の評価機能である。

DBC（Dementia balance check）Sheet と河野和彦先生

2006年6月にマニュアルを発表する前にCDTについて、ご本家の河野和彦先生の講演会を開催して

会員の知識補強を行ったが、そのときに筆者が飛びついたのは、DBC (Dementia balance check) Sheetであった。

DD 委員会を始めた最初から「薬剤性せん妄や各種の副作用」について絶対に整理しておかねばならないことは確認していた。経験的に多くの事例に遭遇している会員が多かったことは事実であったので、このシートを薬剤使用の継続的評価や適正使用量の根拠とすることを考えて、薬剤名を記載して時系列的 DBC シート・尾道市医師会方式とすることで、河野和彦先生の許可をいただいた。

河野和彦先生は老年医学の観点を重視した、いわば老年内科的な認知症治療の提唱者であり、優れた医学者である。治療論に平行して薬剤効果或使用量の問題を大きく捉える臨床的検証の診断学・治療学は、マニュアル以後の尾道市医師会に必須のものと認識したので、継続研修をお願いして3年目を迎え、講演回数は10回を超える。

Ⅲ. 治療ありきの認知症ケア： DBC シートと薬剤の適正使用

筆者は弁護士の友人が多く、一緒に介護事故の事案を検討する中に鎮静系の薬剤の投与中の入所者の誤嚥事故、転倒事故を数件検証した。これは、精神身体機能のアセスメントと投薬調整により、避けることのできる事故であったといえる。

いわば、ケアの問題ではなく、薬剤投与の再検討と現状の機能低下に気づかないことで発生した「事故」であるので、過鎮静の功罪、薬剤の副作用について今後もこの部分は系統的な検証が必要となるはずである。

DBC シート尾道市医師会版 (図1) は以下の A4 版のものであるが、A 項目に陽性症状部分、B 項目に陰性症状部分、C 項目に体幹バランスの構成になっているが、上に評価日、投与薬剤、下側に、各項目の合計点、過鎮静、良好、要鎮静の記載部分がある。

DBC(Dementia Balance Check)Sheet 尾道市医師会 出典:河野和彦2006		患者氏名	
H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日
投与薬剤 1	1	1	
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
5	5	5	
A 陽性症状	なし 軽度 中度 重度	A なし 軽度 中度 重度	A なし 軽度 中度 重度
1・ いらだち 怒り 大声 暴力	0 1 2 3	1・ 0 1 2 3	1・ 0 1 2 3
2・ 介護抵抗 入浴拒否	0 1 2 3	2・ 0 1 2 3	2・ 0 1 2 3
3・ 帰宅願望 外出企図	0 1 2 3	3・ 0 1 2 3	3・ 0 1 2 3
4・ 不眠	0 1 2 3	4・ 0 1 2 3	4・ 0 1 2 3
5・ 徘徊(1日中 日中 夜間)	0 1 2 3	5・ 0 1 2 3	5・ 0 1 2 3
6・ 自己顕示 ナースコール頻回	0 1 2 3	6・ 0 1 2 3	6・ 0 1 2 3
7・ 焦り	0 1 2 3	7・ 0 1 2 3	7・ 0 1 2 3
8・ 妄想 幻覚 独語	0 1 2 3	8・ 0 1 2 3	8・ 0 1 2 3
9・ 神経質	0 1 2 3	9・ 0 1 2 3	9・ 0 1 2 3
10・ 盗み 盗食 大食 異食	0 1 2 3	10・ 0 1 2 3	10・ 0 1 2 3
11・ その他()	0 1 2 3	11・ 0 1 2 3	11・ 0 1 2 3
B 陰性症状	なし 軽度 中度 重度	B なし 軽度 中度 重度	B なし 軽度 中度 重度
1・ 食欲低下	0 1 2 3	1・ 0 1 2 3	1・ 0 1 2 3
2・ あまり動かない(活力低下)	0 1 2 3	2・ 0 1 2 3	2・ 0 1 2 3
3・ 昼寝 傾眠 発語低下 無表情	0 1 2 3	3・ 0 1 2 3	3・ 0 1 2 3
4・ うつ状態(否定的発言 自殺)	0 1 2 3	4・ 0 1 2 3	4・ 0 1 2 3
5・ 無関心(リハビリ等不参加)	0 1 2 3	5・ 0 1 2 3	5・ 0 1 2 3
6・ その他()	0 1 2 3	6・ 0 1 2 3	6・ 0 1 2 3
C 体幹バランス	なし 軽度 中度 重度	C なし 軽度 中度 重度	C なし 軽度 中度 重度
1・ 体幹傾斜	0 1 2 3	1・ 0 1 2 3	1・ 0 1 2 3
2・ 易転倒性	0 1 2 3	2・ 0 1 2 3	2・ 0 1 2 3
3・ 小刻み歩行	0 1 2 3	3・ 0 1 2 3	3・ 0 1 2 3
4・ 嚥下不良 むせる	0 1 2 3	4・ 0 1 2 3	4・ 0 1 2 3
5・ 突進 振戦(PD)	0 1 2 3	5・ 0 1 2 3	5・ 0 1 2 3
6・ その他()	0 1 2 3	6・ 0 1 2 3	6・ 0 1 2 3
A 合計点			
B 合計点			
C 合計点			
過鎮静 良好 要鎮静		過鎮静 良好 要鎮静	

図1 DBC シート尾道市医師会版

「治療ありきの認知症ケア」と職種間共通ツールとしての DBC シート

最近、NHK 総合「生活ホットモーニング」NHK 教育「シリーズ認知症・かかりつけ医が暮らしを支える」で、尾道の DBC シートの活用の取り組みが少し紹介された。筆者は介護保険導入期に「認知症はケアであって、医療にあらず」といった厚生労働省の整理には大いに反発していたので、いま、認知症キャンペーンで「認知症治療ありきの介護」という流れが定着しつつあることは、遅れた国の対応への反省と受け止めている。

ただし、地域医療として認知症診断・治療の標準化は大きく出遅れていて、「かかりつけ医認知症診断技術向上研修」の効果が上がって来るまでには、時間がかかると思っている。尾道市医師会で行った研修手法「DD プロジェクト」の早期診断・除外診断のチーム医療に地域の資源を活用する手法、DBC シートの活用によるケアカンファレンスの教育効果が最短の方法論と推奨したい（図 2、3）。

また、1 昨年、尾道市内の介護老人保健施設のスタッフにこの DBC シート研修を行ったのは、施設入



図 2 写真使用承諾済：尾道方式認知症ケアカンファレンス

ご本人夫妻を囲んで、主治医、民生委員、ケアマネジャー、認知症 DS、訪問リハビリ、薬剤師、医院師長、福祉機器のメンバーが参加。認知症 DS の SW、ケアマネ、PT と主治医が DBC シートの評価を合わせて、治療内容と現状評価を行っている風景。

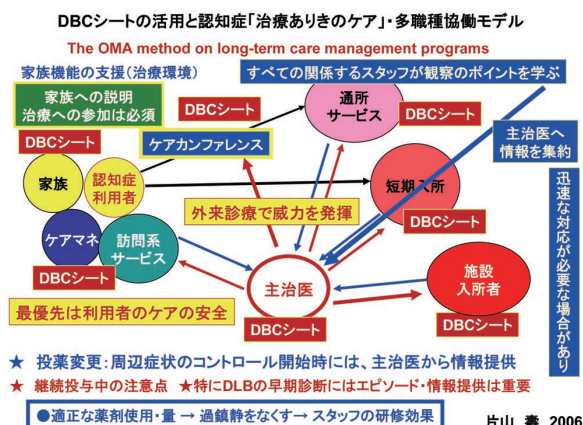


図 3

所者の認知症治療の適正化と再評価を行い、認知症含め精神科領域の薬剤が漫然と入所前から継続投与が行われたりしていないこと、薬剤の効果、副作用、について全入所者の検証を行うことを徹底している。

「The Creating Brain」の著者でアイオワ大学のナンシー・アンドレアセン教授（Nancy C. Andreasen M.D., PhD.: The Iowan university）は「我々が AD と呼んでいるものは複数の病気の総称」「記憶を記号化するというメカニズムの基礎的なレベルに問題が生じている」と表現している。認知症は類型のない高齢者に多発する疾病群と考えざるをえないので、既成のアプローチを根本から変えていく必要がある。ここで、尾道市医師会方式の基本システム理論で 98 年から採用している英国老年医学の高齢者総合評価（Comprehensive Geriatric Assessment）の手法を用いるのに最適のツールがこの DBC シートである。

後期高齢者医療においては認知症治療・ケアは最重要である。尾道市医師会では、現場からの介護・ケアの科学性を追求する取り組みを継続しているが、患者数は増加傾向で、治療経過も長期にわたるので、治療とケアの効果の総合的評価が必要である。

最近では初診の認知症患者に同行するご家族が DBC シートを持参してこられることもある。国民の知識、情報収集力は向上しているので、それに対応できる医療が必要となる。

広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会

委員長	片山 壽	尾道市医師会
委員	石井 暁	松永沼隈地区医師会
	大貫 仁士	竹原地区医師会
	沖 貞明	県立広島大学
	落合 洋	山県郡医師会
	加賀谷哲郎	広島市健康福祉局保健医療課
	金城 利男	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	木ノ原伸久	木ノ原内科小児科医院
	小島 隆	広島県歯科医師会
	鹿田 一成	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	曾根 喬	(医) 明和会大野浦病院
	高杉 敬久	広島県医師会
	竹内 啓祐	県立広島病院
	壺井 克敏	三原市医師会
	鳴戸 謙嗣	三次地区医師会
	楠部 滋	東広島地区医師会
	西垣内啓二	呉市医師会
	檜谷 義美	広島県医師会副会長
	藤本 真弓	(医) 愛光会小網町ペインクリニック
	前原 敬悟	(医) 慈生会前原病院
	榎坪 毅	広島県医師会
	若宮 実雄	広島県社会福祉協議会