

# 医療・ケア現場が目指すべき道

## ～次世代に向けて必要なこと～

連携型認知症疾患医療センター／医療法人藤本クリニック

理事長 藤本直規



私が1999年にクリニックを開業して19年が過ぎました。医療とケアとが協働しながら、認知症医療を当事者主体の医療にすることを目標にしてきました。具体的には、受診時の本人・家族問診票、診断後の軽度期の非薬物治療である“心理教育”“もの忘れカフェ”“仕事の場”“本人・家族交流会”はいずれも本人の要望から始めたもので、発症初期から継続的に支援するために、病気の全経過をフォローする“非薬物療法”の軽度期での試みです。その後の進行期には、生活機能障害の軽減のために、年齢・疾患・重症度に応じた本人の声に配慮しながら、医学的根拠に基づいた認知機能障害に対するケアを、医療者は診療や家族支援の際に、ケアスタッフは介護現場で、それぞれ提供する必要があります。

さらに、早期診断から全経過にわたって、適切な薬物治療、BPSD（認知症の行動心理症状）や身体疾患の治療、家族支援、終末期の看取りも含めた、必要な医療が途切れなく提供されるための“仕組み”としての多職種連携では、認知症医療を学んだ在宅医と専門医の連携で包括的な医療を目指し、必要時の自宅や介護現場への専門

医の訪問と同時にケアスタッフとの評価方法の共有化で、より正確な診断・治療を目指しています。

“認知症医療”の進歩は、レビー小体型認知症の診断でのドーパミントランスポーターシンチグラフィ（DATスキャン）検査などの検査手法の進歩、睡眠時の大きな寝言などの異常行動をレビー小体型認知症の診断で重要視する診断基準の改訂などにより、“一時的な意識の変容”を起こす症例では、てんかん、睡眠時無呼吸症候群などとレビー小体型認知症との鑑別が必要となりました。そこで、神経内科、耳鼻科、呼吸器内科、歯科などとの連携も行うようになりました。

病気と向き合おうとする本人と時間を共有し、認知症ケアという非薬物療法（薬を使わない治療）で本人の生活での障害を軽くしようとするケアスタッフによって、私の認知症との向き合い方が変わって行きました。認知症ケアが本人を支え、本人が医療の有り様を変えていく、これからの認知症の医療とケアの現場が目指すべき道のように思います。