

あります。抗パーキンソン病薬や睡眠導入剤、頻尿・尿失禁治療薬、利尿剤、胃薬などには注意が必要です。

二つ目は、治らないが進行しないようにできる認知症です。その代表は血管性認知症で、脳梗塞や脳出血などの脳血管障害が原因です。高血圧、糖尿病などの生活習慣病の治療・予防を行ってください。

三つ目は、完全に予防できず進行する認知症です。代表は認知症患者の約半数を占めるアルツハイマー病です。脳の神経細胞が壊れ、十〜十五年で寝たきりになり死亡します。現在は四種類の治療薬があり、薬物治療で進行を遅らせることができますが、症状は緩やかに進行していきます。

認知症は誰にでも起こり得る病気です。過度に恐れずに向き合うためには、認知症を正しく理解することが大切です。認知症の人が安心して暮らせる社会を目指し、医療、介護、行政、地域社会がともに取り組みを始めているところです。

講演の二人名は、山鹿回生病院認知症疾患医療センター連携担当者の富田三貴先生に熊本モデルとして、全国から注目されている地域拠点型の「認知症疾患医療センターの概要について」の演題で講演をいただきました。内容の概要は次のとおりです。

熊本県は全国有数の長寿県。県人口に占める六十五歳以上の割合は二五・五％（平成十七年）です。県内の認知症高齢者数は推計で約五万人。今後五年間で約一万人増加するといわれています。そこで本県では、医療・介護・地域支援の三

体制で、認知症対策を総合的に推進していきます。基幹型の熊大病院のほか、地域拠点型の認知症疾患医療センターが九カ所設置され、二層構造で県全域をカバーしています。これは「熊本モデル」といわれ、全国から注目されています。

熊大病院は高度な鑑別診断のほか、医師向けの研修会や事例検討会を開くなど、人材育成機能を持っています。一方の地域拠点型は、各地域の認知症専門医療機関として鑑別診断を行うとともに、脳外科や神経内科などの専門医、かかりつけ医、高齢者の相談窓口である地域包括支援センターなどと連携を図れるよう、地域のネットワークづくりにも力を入れています。

山鹿市は現在、高齢化率が三〇％を超え、全世帯の四分の一が高齢者のみの世帯です。地域拠点型認知症疾患医療センターに指定されている山鹿回生病院では完全予約制で、毎週水曜が「物忘れ外来日」です。本人や家族のほか、かかりつけ医やケアマネジャーから連絡が入ると、まず連携担当者が窓口となり対応しています。

専門外来の受診日には、臨床心理士がさまざまな認知機能検査を行い、連携担当者が家族やケアマネジャーから情報収集し、それから診察となりますが、頭部のMRIやSPPECTが必要な場合は、協力病院に依頼することもあります。鑑別診断後はかかりつけ医や、手術が必要な場合は地域の専門医を紹介することもあります。

地域拠点型には、地域連携強化の役割があります。連携担当者が山鹿市内の病院や診療所、介護事業所、行政機関など

を訪問し、地域拠点型の概要や機能の説明、協力をお願いをします。また地域支援の役割もありますので、山鹿市包括支援センター内で月に二回、認知症相談日を設けるほか、認知症家族の集いも行っています。さらに認知症の啓発活動として、地域の関係者が集まり、地域拠点型の事例検討会の開催や年に二回、山鹿市民を対象にした認知症フォーラムも開催しています。

受診拒否者への対応や山鹿市以外の地域との連携など課題はありますが、今後は保健所や行政とも連携強化を図り、現在の二層構造の認知症疾患医療センターの機能を、最終的には地域のかかりつけ医や専門医を加えた三層構造にしたいと考えています。

三人目は、NPO法人たまな散歩道理事長の西村哲夫先生に「認知症の人を介護する者として伝えたいこと」と題して、認知症の人と向き合うには「介護」から「支援」へ発想を変えることが大切かを介護事業所の取り組みを通して講演をいただきました。内容の概要は次のとおりです。

認知症になったというだけで、以前の自分と違った扱いをされる。何もさせてもらえない。何を言っても聞いてもらえない。いつも哀れみの目で見られる。叱咤激励される。誰の役にも立てない。子どものように扱われる。自分は自分でなくなつたのか。怖さ、むなしさ、悔しさ、不安。自分がだんだん壊れていく。認知症の方は、そんな思いでいるのです。とてもつらいのだと思います。私たちは認知症の症状にばかり目が

いつてしまいがちになります。物忘れが激しい。時間や場所が分からない。うまく洋服を着られない。落ち着きがない。帰宅願望が強い。すぐ外に出て行く。言葉がしゃべれない。すぐ大声を出す。「あんた私をばかにしよつとね」と暴言を吐く。

そんな現状を振り返り、利用者を人として見つめ直そうと考え、まず利用者の声をじっくり聞いてみよう、と、一対一で話をしてみました。すると、利用者の思いを私たちがいかに知らなかったか、ということを感じました。

利用者や介護者の思いには、ずれがあったのです。このずれが不適切なケアを生み、利用者のさまざまな周辺症状を生むといわれています。どうせできないのだからと、介護者が自己満足の過剰介護に走ってしまうと本人は不満な感情を持ち、やがて不安感や不快感が増大し、居心地が悪くなり、最後に爆発してしまふ。大声を出す、暴力を振るう、外に飛び出すなど。

私たちは、利用者が主体的に決めてもらう方向に、発想を変え、従来の「介護」という考え方を捨て、「支援」という考え方でやってみようと思いました。道具が使えないなら、もっと単純な活動にする。文字が読めるなら視覚に訴える。場所が分からないなら、分かるように貼り紙を使う。その結果、利用者はうまくできないだけで、本質的には自分たちと何も変わらないことを私たちは知りました。

私たちが実感した介護のポイントは、それは「聞くこと」でした。表情や態度、行動など、あらゆることを五感で感じな