

第9回 熊本県医療人育成総合会議

主催／公益財団法人肥後育育振興会 後援／熊本日日新聞社 協力／高橋酒造株式会社、化学及血清療法研究所



「認知症教育のあり方」をテーマに行われた第9回熊本県医療人育成総合会議
＝熊本市中心部中央区の熊本大学医学部キャンパス

古川 昇氏
熊本大学大学院
生命科学部
附属臨床医学
教育研究センター
准教授



司 会



飯山 有紀氏
熊本保健科学大学
保健科学部
看護学科 講師



飯山 有紀氏
熊本保健科学大学保健科学部
看護学科 講師

講演④ 認知症と看護教育

複雑化する疾患への対応力を

日本看護協会では現在、「看護師基礎教育を考える会」が立ち上がっています。臨床現場では、高齢で認知症、さらに複数の疾患が見られるなど患者像が複雑化しており、このような患者を私たちは看護していかなくてはなりません。複雑化に対応できるような教育内容が増える半面、1科目あたりの教育時間は減少しています。この状況では現行の3年課程では難しいといわれており、4年課程への移行が議論されています。

看護教育の力キニョムが1990年に改正され、成人看護から老人看護が独立しました。老年看護学はまだ若い学問分野で、当大学の学生は現在、老年看護論で認知症看護を学んでいます。日本看護協会では生



森 愛美子氏
熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課
認知症対策班 参事

講演⑤ 新オレンジプランと熊本県の取り組み

「熊本モデル」の医療体制推進

これを踏まえ、県では「医療」「介護」「地域支援」という3つの柱を立て認知症施策を推進しています。医療では、認知症疾患医療

熊本県の高齢化率は、全国平均27・7％に対し30・0％(昨年10月1日現在)で、2025年には県内で10万人以上が認知症になると予想されています。国ではさまざまな認知症施策に取り組んでいます。その基礎となっているのは15年に策定された「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」です。同プランには、7つの柱が設けられており、そのうち「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」という部分が、医療関係者に深く関わってきます。

総合討論

講演後、安東由喜雄氏を除く登壇者らによる総合討論が行われた。会場からの質問に答えながら、認知症医療に関わる教育の課題や取り組み、将来像について意見交換した。

会場 放射線技師や検査技師などメディカル(医療従事者)の分野での認知症教育について、期待されている点、取り組みなくてはならない点などを教えてください。

平田 当院では、セラピストが認知症の疾患別のリハビリプログラムを検討しています。認知症十骨折、認知症十肺炎など複合疾患が多いので、その状態を踏まえてどうプログラムを作成するかが課題です。放射線技師や検査技師についても、認知症患者がレントゲンやMRI検査を受けたらするわけですから、認知症のことを理解しておくべきだと考えます。当院では、全ての職員を対象に院内研修を行っています。

橋本 私には精神科で働いていますので、臨床心理士や作業療法士といった職種とよく関わっています。臨床心理士の主な業務としては心理検査が挙げられますが、患者がどんな生活障害を抱えているのか、推測できるようなスキルを身に付け、患者がより良い人生を送れるよう、他のスタッフと共にサポートに取り組んでもらいたいですね。作業療法士については現状、認知症患者に有効な作業療法が少ない状況です。理想は患者さんが在宅で長く生活できることだと思いますので、どのような作業療法が機能維持に良いのか、エビデンス(証拠・根拠)を積み上げて、それらを教育に生かしていくような仕組みが必要でしょう。

飯山 看護士の立場としては、臨床検査技師や診療放射線技師に認知症患者の検査をただ依頼するだけでなく、患者の認知機能の状態などの情報交換をすることが必要だと感じています。連携を取りながら、患者にとっての最善を考え、対応することが望まれます。

古川 コメディカルに対しての、行政の取り組みを聞かせてください。

森 行政では、さまざまな職種向けの認知症対応力向上研修を実施しています。認知症は複合的な疾患で、認知症を持っているがゆえに身体状況

が悪くなってしまう、またその逆もあり得ます。そんな場合にも対応できる人材が多くいることが、本人、家族の安心につながりますので、今後も研修などに力を入れていきたいですね。

会場 学生が認知症実習を行うにあたって、実習指導者の数と質の確保が必要だと思えます。指導者養成について聞かせてください。

橋本 大学の医学部では教官数が削減されており、教育という観点から見ると逆行しています。精神科は将来、実習期間が延長されるといわれています。大学病院だけでは対応できないため、地域の病院で実習を受け入れてもらうことになりそうですが、そうなれば、受け入れ先で適切な指導ができる指導者を養成しなくてははいけません。結局、大学病院で教官を務めた者に地域の病院で働いてもらい、学生を受け入れて指導する体制を取らざるを得ないでしょう。最近では若い医師の「大学離れ」の傾向が見られます。もっと大学で教官として働いて、地域に出て、医療だけではなく教育も担っていくという意識を持ってほしいですね。

飯山 看護学の分野では、老年看護実習において、約5人の学生に実習指導者が1人という体制になっていますので、実習指導者の数というより指導者の質を上げることが課題だと感じます。

平田 個人向けの研修はありますが、チームでの研修はほとんど実施されていません。チーム医療を行わないとより良い治療・ケアができませんので、チーム医療の研修会を増やし、リーダーを育成する必要があります。日本リハビリテーション病院・施設協会が認知症のチーム医療研修会を開いていますが、年に1、2回程度。チームとし

患者に寄り添う心育んで

医療人育成における認知症教育のあり方

より良い医療・福祉の実現と、それを支える人材育成を目指す熊本県医療人育成総合会議が11月17日、熊本市中央区本荘の熊本大学医学部キャンパスで開かれ、約100人が参加した。「医療人育成における認知症教育のあり方」をテーマに、認知症医療の現状や課題、取り組みについて、異なる分野の5人が講演。登壇者による総合討論も行われた。



安東 由喜雄氏
熊本大学大学院生命科学
研究部神経内科学分野
教授

認知症は「さまざまな原因で脳の働きが衰へたり、そのために生活する上で支障が出る」と定義されています。認知症の原因疾患にはアルツハイマー病やレビー小体型認知症、血管障害性認知症、パーキンソン病、せん妄、うつ、甲状腺機能低下症などがあります。日本では65歳以上の高齢者人口が増加し、2060年には総人口の約40％に達するといわれますが、アルツハイマー病は65歳以上から急増する病気です。老化によるもの忘れと、病的な認知症は区別する必要があるとあります。老化によるもの忘れとは「体験の一部を忘れる」「ヒントを与えられれば思い出せる」といったもので、それに対して認知症は「体験全体を忘れる」

講演① 認知症教育の未来

連携の輪広げ、包括的ケアを

「ヒントを与えられても思い出せない」という症状が見られます。認知症の主な中核症状には、「記憶障害」「失語・失行」「人格変化・病識の欠如」などが挙げられます。

欧米では近年、アルツハイマー病の有病率が減少していますが、その理由には、教育歴の向上や生活習慣の改善、生活習慣病の予防治療の進歩があります。アルツハイマー病の危険因子である糖尿病や高血圧、脂質異常症、肥満にならないよう中年期から取り組むことが重要で、運動、食事、睡眠の改善が必要です。そのためには医療の分野で多職種が連携し、包括的に認知症をケアすることが求められます。また音楽や絵によるケアの有効性も報告されており、医師や理学療法士、看護士といった従来のスタッフに、今後はソーシャルワーカーや音楽療法士、AI関連の技術者なども加わり、認知症患者を支えていく時代が到来するのではないかと考えます。



橋本 衛氏
熊本大学大学院生命科学
研究部神経精神医学分野
准教授

講演② 認知症と医学教育

認知症患者の“想い”大切に

「禁煙」「運動」が認知症の予防に有効なことが明らかになったため、生活を見ている私たち看護士が予防に力を入れている必要があります。

2005年、「痴呆症」から「認知症」に病名が変わりました。それ以前、有吉佐和子さんの小説「恍惚の人」が出版され話題になりましたが、日本人の認知症のイメージはそこから始まったといえるでしょう。当時は痴呆が病気と認識されておらず、診察方法も確立されていませんでした。BPSD(精神症状・行動障害)も理解されていない状況でした。そこから50年近くを経て、認知症医療は大きく様変わりしました。認知症には治るものと根治できないものがあり、大半は根治できない認知症で、これらにどう取り組むかが大きな問題となっています。ほんの20年ほど前までは、アルツハイマー病の患者さんやご家族



平田 好文氏
医療法人堀尾会
熊本託麻台リハビリテーション
病院 理事長

講演③ 認知症とチーム医療

症状に応じ 地域全体で支援

設け、BPSDやせん妄、認知症リハ対策などをトータルで管理する仕組みをつくりました。

患者を中心とした症例の個別チームだけではなく、患者、家族の症状、状況の把握が困難なため、DSTは客観的な立場で情報収集し、個別チームをサポートするとともに、病棟・病院内のモニタリングを行います。認知症ケアチームは、認知症患者のBPSDを最小限にし、入院治療の目的が果たせるようチームで取り組んでいます。最終的には、身体拘束ゼロが目標です。

また退院後の患者の在宅生活の質を上げるには、地域が一つにならない限りは、認知症ケアセンターをつくって訪問診療に取り組むとともに、介護施設、在宅支援病院とつなぐと医療と介護の連携を考えるとよいと思います。

森 県では、認知症サポーターの養成に積極的に取り組んでいます。サポーターがより主体的に活動できるようにしていきたいです。また、各専門職が自分の分野で頑張るだけでなく、他の職種や住民と連携・協力することで、地域の力はより一層強くなると思います。今後は、「行動する」ハシブトしていく施策を展開していかなくてははいけません。

会場 認知症は長いプロセスを経て進んでいきます。従来の治療という概念ではなくて、きずき、治療もケアも体制を変えざるを得ないと思っています。終末期に向けた対応について考えを聞かせてください。

平田 リハ病院でも、認知症終末期の事例は数多くあります。入院時に、熊本市が作成したメッセージノートを持ってこれる患者もいます。それら終末期のガイドラインに沿って、医療について選択をされるケースも増えました。

橋本 延命治療については、認知症が進んでし

まうと自分の意思が表明できないという大きな問題があります。軽度の認知症患者さんにアンケートを取ると、「早く死にたい」「施設に入りたい」という回答が上位に挙がりますが、これは「家族に迷惑を掛けたくない」という気持ちの表れです。軽度の認知症患者さんが残りの数年間を周囲の目に気にながら、将来におびえて生きるのではなく、前向きに生きていくにはどうしたら良いかを考えていますが、答えは見つかっていません。ただ、認知症は長生きすれば誰にでも起こる病気です。それが大事だと思っています。

飯山 老人看護専門看護師として、「エンド・オブ・ライフ期」(人生の最終段階)をどう生かすか、をテーマに研究しています。その中で、認知症患者に対して、本人の意思を確認しない場面も多いように感じています。医療従事者が「認知症だから」と、家族にだけ説明してしまう現状があります。私の場合は、本人に「病気について話を聞かれますか」と尋ねるようにしています。「難しいことは子どもに話してほしい」という人もいれば、「大事なことは自分で決めたい」と言われる人もいらっしゃいます。医療従事者として、本人の気持ちを尊重できるような看護士を育成したいと考えています。

古川 認知症には、従来の疾患とは異なる対応が求められます。社会資源の問題もあり難しいかもしれませんが、新しい概念の医療や施策に取り組みなくてははいけないと感じました。本日はありがとうございました。

多職種の教員不足補う施策必要―古川氏

森氏―認知症サポーターの主體的活動支援 本人の気持ち尊重できる看護士に―飯山氏

平田氏―チーム医療の研修、もっと増やして 患者のより良い人生サポートを―橋本氏