

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

認知症疾患医療センターの質の管理及び  
地域連携のあり方に関する調査研究事業

# 報告書 2019

## 宮城県仙台市いずみの杜診療所の事例

医療法人社団清山会 いずみの杜診療所 医師 山崎英樹

### 1. 認知症疾患医療センター基本情

都道府県・市区町村名	宮城県・仙台市		
医療機関種別	診療所		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	5名	看護師	5名
精神保健福祉士	1名	作業療法士	3名
社会福祉士	1名	その他（経験専門家※当事者）	1名
臨床心理技術者	1名		
うち、相談業務を担う職種	○医師 ○精神保健福祉士 ○社会福祉士 ○臨床心理技術者 ○看護師 ○作業療法士 ○その他（経験専門家※当事者）		
診断後支援を実施する対象	○診断後支援を希望する本人 ○家族介護者からすすめられて同意した本人 ○医師や相談員からすすめられて納得して同意した本人 ○院内での本人交流会（ピアサポート）の案内を外来に掲示しており、当事者は自由に参加している。		
医療機関の特性	認知症高齢者の地域生活を支えるため、1999年から地域密着多機能型複合施設を拡充してきた。多機能とは通い、泊り、訪問ができ、複合とは介護も医療も、という意味である。2014年に認知症を主体的生きる丹野智文さんと出会い、その頃から当事者の視点をなによりも大切にする権利ベースのアプローチ（Rights Based Approach）に取り組んでいる。2014年11月から当事者とともにピアサポート活動を始めた。2019年4月に設立された「認知症当事者ネットワークみやぎ」と連携し、経験専門家として地域で活躍する当事者を応援している。		

### 2. 実施されている診断後支援

当院では権利ベースのアプローチ（Rights Based Approach, 以下RBA）に取り組んでいる。診断後支援も、その一環である。なお、ここでいう権利とは民法などの私法上の権利ではなく、憲法に象徴される公法上の権利であり、人権と言い換えても良い。

自分で決めながら主体的に生き（自立）、価値を認められて人とつながりながら生きるこ

と（共生）は、当然に享有されるべき人権である。しかし障がいとともに生きる人は、その障がいへの配慮を欠く環境や人々によって主体性を奪われ、つながりを絶たれることがある。RBAは、認知症という障がいのために奪われたり、あきらめたりした当然の権利を、本人と一緒に取りもどす責任が自分たちにあることの自覚を促し、実践を求めるものである。

具体的には、本人が自らの権利に気づき、本来の力を発揮しながら人生を再構築できるように（エンパワメント）、本人との対話や交流を重ねながら環境を調整する（合理的配慮）という二つのことが、周囲の責任として求められる。そして、そのような関わりは必然的に一人ひとりの新たな物語を育てていくのであり、その物語は、「その人の物語」であると同時に「その人との物語」に開かれていく。その意味でRBAは、実は極めてナラティブな営みでもある<sup>i</sup>。

当院の診断後支援はRBAを共有する多職種協同によって行われており、本人抜きに本人のことを決めることはない。必ず、まず対話と交流がある。ここに専門性を越えた水平な関係性が育まれる素地があり、多くの物語が生まれている。ただ、この報告は一人ひとりの物語ではなく、医師としての私の診断後支援の、やや観念的な素描に留まることを予めお許しいただきたい。

2018年3月に仙台市は「個人版ケアパス～認知症とともにあゆむ旅のみちしるべ～」を発行した。当院で関わりを持つ当事者の声が写真とともにいくつか掲載されている。表紙には「本人に聞きながら、本人と一緒に作った、本人ガイド」とある。このプロセスそのものがすでにRBAであり、自ら協力した当事者が悩みながらもエンパワーされていった。そして新たに診断させていただく一人ひとりにこの本人ガイドをお渡しするのが、私の診断後支援のはじまりでもある。

しかし、認知症と診断されたすべてのご本人にこの冊子をお渡しできるわけではない。それは障がいへの病態失認や否認によって妨げられるというより、むしろ障がいへの配慮を欠く私自身の診療の拙さによって、お渡しできないのである。診断後支援は、診察を始めたその瞬間からすでに始まっている。

さて、この冊子の巻頭に39歳で認知症と診断された丹野智文さんの言葉が紹介されている。

診断後は「認知症＝終わり」だと思い、不安や恐怖から夜、泣いてばかりいました。それが元気な当事者やサポートしてくれる人たちとの出会いにより、少しずつですが不安が解消されてきたのです。私は、私よりも先に不安を乗り越えた元気で明るい認知症当事者との出会いにより、十年たっても元気でいられることを知りました。

私が選んだのは認知症を悔やむのではなく、認知症とともに生きるという道です。

当事者同士（ピア）であること自体に配慮があり、しかもエンパワメントがある（つま

りピアサポートはRBAでもある)。当院では2014年11月から仙台市内で「仕合せの会」(第3土曜, 10名程が参加), 2015年5月から院内で「運転免許を考える本人のつどい」(第4火曜, 自主返納が広がり参加者は減って2, 3名), 2018年6月から院内で「仕合せの会 in いずみの杜」(第1・3火曜, 第1・3木曜, 10名程度)を当事者ととともに開催している(いずれも午前中2時間程度)(写真1)。仙台市内で行うときは当院の地域連携室から20名ほどのメンバーに案内状を郵送している。院内で行うものは, 診察の合間に当事者が自由に参加しており, 通院のタイミングで気軽に参加できるメリットがある。いずれも司会(ファシリテーター)は当事者であり, 院内で行うものには「一般社団法人認知症当事者ネットワークみやぎ(Miyagi People with Dementia Network, 通称Denmy, 代表は丹野智文氏)」の当事者メンバーに有償(交通費込み3000円)で委託している。なお当事者の意向により記録は取らない。職員もほとんど参加しない。以下はピアサポートを経て地域で活躍するようになった女性の手記である。

仕合せの会を紹介され, 毎月通うようになりました。夫に車で送っていきと言われますが, 一人で行きます。会場まではバスと地下鉄を乗り継ぎます。バスに乗り遅れたり, 地下鉄の降りる駅を間違えたり, 苦勞もありますが, それも楽しみです。夫とは困った時だけ携帯にSOSを出す約束です。バスや地下鉄の中では隣に座った人と会話をしたり, 誰にでも話しかけます。人混みや雑踏, 活気のあるお店, 車窓から感じる仙台の街の空気が大好きです。

現在は, いずみの杜診療所で月2回, 認知症のピアサポーターとして認知症当事者との交流会を実施しています。そこではたくさんの人との出会いがあります。認知症の話は特にしません。雑談をする中で自然に認知症の話になることもあります。しかし, 困った話をするよりも, 楽しい話や自分の話をするようにしています。そうすると, 「あんたのいる日にまたくる」と言われるととても嬉しいですし, 一緒に来たご家族も笑顔になっていきます。

認知症になっても怖くないです。最近では地域の講話会に講師として招かれることがあります。認知症になったからこそ新たな場所に行けて, 新たな出会いがたくさんあるのだと思います。認知症は怖くないです。



写真1 院内での本人交流会(ピアサポート)

2019年9月から隔月でリカバリーカレッジがはじまった(写真2)。当事者が当事者としての自覚を深めていくための関係者との学び合いの会である。意図的(Intentional Peer Support: IPS)であり、当事者と関係者との協同創造(Co-production)であるという点で、本人だけの居場所づくり的なピアサポートからの発展形であり、Denmyが主催し、当院でも深く関わっている(写真3)。

なお、2013年より認知症初期集中支援事業を受託しているが、メンバーには当事者が正式に登録されており、ピアサポーターとして、あるいは経験専門家として貢献している。また2017年より若年性認知症施策総合推進事業を受託しており、RBAに沿って就労支援を行っている。



写真2 リカバリーカレッジ(中心に当事者, 周りに関係者)



写真3 リカバリーカレッジ(関係者が当事者に交じって海外の当事者活動を紹介する)

## 1. 認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義, 今後の課題

認知症の早期診断は、本人にとって早期絶望といわれる。医師が放ったことばによる暴力は、多くの当事者やその家族を容赦なく打ちのめしてきた。30年近く認知症の診療に携わってきた自分も加害者の一人であることは間違いない。

かつて冷たい視線に射すくめられながら、ずさんな医療に委ねられていくしかない老いの現実があった。その現実をただ見過ごしながら、自分自身もまた絶望していたのではなかったか。当事者にとって認知症との最初の出会いは、実は一人の医師との出会いに他ならない。しかし、希望をもたない医者が、患者に希望を添えられるはずはないのだ。認知症の診断後支援というとき、実は医師自らの認知症観が問われている。

医療保険の登場によってボケは痴呆になり、医療費抑制の機運が高まって認知症予防が国の大綱となった。認知症医療は社会状況に押されながら老いの医療化を正当付けたが、MCIに象徴される類型分類 Typology に留まったまま、未だ確かな疾患分類 Nosology に至っていない。したがってエビデンスに乏しく、治療や予防の希望を十分に説くことができない。これが診断後支援を医学モデルで押し通すことができない根本的な理由だ。しかも医学という還元主義が認知症を脳に還元し、人間を脳に還元するとき、脳が不治なら人間は無価値という優生思想が、医師にこそ（医師であるが故に）深く根を張っていく。家族こそが認知症の当事者であると思い、家族にばかり耳を傾けていたころの自分は、この罠に落ちていた。

2014年に丹野智文さんと出会い、しばしば活動をともにするようになった<sup>i</sup>。一人の認知症当事者との出会いが、自分の認知症観を根底から変えたように思う。認知症の本人は客体ではなく主体である。重要なのは本人に与えられるべき支援ではなく、本人が取り戻すべき権利である。求められるのは危うい善意ではなく、確かな配慮である。そうした、気づいてみればごくあたりまえのことが、以前は見えていなかった。

認知症は進行性の高次脳機能障がいである。進行性という点ではACPなどのがん医療からの学びがあり、障がいという点では自立生活運動や障害者権利条約などの障害者運動からの学びがある。これらは総じて、医学モデルというより社会モデルに立脚している。臨床医が認知症の診断後支援に取り組むときの要諦は、医師としての責務を果たしながらも、さらに自らの医学モデルを超えることにあるといえるだろう。

i 山崎英樹：権利を基礎とする認知症医療・介護の在り方に関する研究と実践。生存科学 Vol. 30-1：181-199, 2018.

ii 山崎英樹：Dementia Friendly Community とはなにか ～ 宮城県仙台市の経験。老年精神医学雑誌 28：503-510, 2017.