

かかりつけ医の視点からみた「センター方式」の有用性

はじめに

『認知症の人のためのケアマネジメント センター方式』に初めて目を通したのは数年前、札幌市医師会在宅療養支援委員会の定期会合で「センター方式」について意見交換をした時である。ある委員から「センター方式が医師の間に広がって欲しい」という発言があり討議した。出された意見を記すと、

「医療・介護・家族三者が共通理解を得るための有用なツールだ」

「チェック項目のきめ細かさに驚いた」

「体系的・詳細過ぎる。気楽に使用できないのではないか」

「希望する医師会員に無料で配布できないか」など。

「センター方式」を一読して、診療録(カルテ)における「POSシステム」、医療チームでのカンファレンス手法「臨床倫理4分割法」など同一の発想と理念に裏打ちされた新たな可能性を持った記録方式であると思われた。

一人の人間の様々な側面が多面的に検討される仕組みで、当面の問題点のみに視野が限定されないように配慮されている。問題点の解決の糸口を現病歴などだけに限定せず、様々な病歴、生活史、家庭や社会での人間関係を含め広く深く考察しようとしている。(こんなふうによく理解されて介護される認知症の方々は本当に幸せだな、などといついつい考えてしまう。)

是非広く普及し利用されていて欲しいと願うが、そのための一助としてかかりつけ医からみたセンター方式の有用性について記してみたい。

1 医療との連携、情報記録方式としての有用性

まず気づくのは「センター方式」は、介護の過程で必要な医療の導入やコンサルトを求めるタイミングに配慮され、また医療側へ提供する情報パックとして大変有用であるということである。内科的問題、整形外科的問題などについてはもちろん認知症そのものについて精神科などへコンサルトする場合にも大変有用と思われる。「A-3基本情報(私の療養ノート)」「C-1-1心身の情報(私の心と身体の全体的な関連シート)」「D-4焦点情報(24時間生活変化シート)」などがそれに相当している。

一般に、医師と家族・介護者の間には認知症の病状評価をめぐって違いが生じやすい。認知症患者は医師の前では礼儀正しい常識人として振舞う傾向があるからである。それを克服する方法は具体的でリアルティーあふれる症状情報をきちんと伝えることである。センター方式はそのために最良の情報を蓄積できると判断される。この“違い”の問題は実は、一般医と精神科医の間にも生ずることがある。苦勞して患者をやっと精神科につないでも「せん妄状態でしょう、心配ないでしょう」の一言で片付けられることがある。そんな時、幻覚や妄想の内容、異常精神状態を詳細に具体的に伝えることが大切である。記憶障害が改定長谷川スケールやMMSEなどを施行して初めて詳細に把握できるように、異常な言動も順を追って系統的に記録し、以前の日常と比較することによって初めて浮き彫りとなることが多い。そのための記録方式として「センター方式」はすぐれている。

2 総合的視点と主要問題集中型視点の両立

私たちの仕事には「総合的な視点」が必要だが、場合によっては主要な問題に集中する視点も必要である。初めて接した患者さんとの初期の検討が一段落すると次は主要な問題点の解決に焦点が移ることがある。診療録で言えば「POSシステム」で問題リストを総合的多面的に考察する段階から「クリニカルパス」と呼ばれる主要問題解決型のシートに移ることとなる。両者はかなり違った発想に基づくものなのでバランスよく利用することが大切である。

「センター方式」では、バランス良く各シートが配置されている。全体が総合的視点に配慮されつつ、「C-1-1」「D-1焦点情報(私にできること・私ができないことシート)」「D-2焦点情報(私にわかること・私にわからないことシート)」「D-4焦点情報(24時間生活変化シート)」などは介護上一番問題になりやすい事項を詳細に取り上げている。これらによって日常の変化、特に病状の悪化を的確に捉えられるであろう。かかりつけ医への情報としても妥当なものとなっている。

「センター方式」に則って観察・実践・記録をしていくなれば、自然に総合的視野と主要問題解決型の視点とがバランスよく両立していくと思われる。

3 「目標」意識の高さ・鮮明さ

医療にはいつも目標があり、多くの場合それは「治療の成功」であり、病気の「軽快」「治癒」である。目標が無ければ医療は成り立たない。

では介護とは何がどうなれば「成功」なのか？介護にも「目標」が大切である。一律にはいかないが、介護サービス利用者の少なからぬ方々で「ADLの向上」や「QOLの向上」などリハビリテーション医療と共通な目標が成り立つのではないか。またこれまでの日常が持続されることが目標となるだろう。

「センター方式」の良さの一つがこの目標意識の高さにある。「B-1暮らしの情報(私の家族シート)」「B-3暮らしの情報(私の暮らし方シート)」「B-4暮らしの情報(私の生活環境シート)」などの詳しさはそれを示唆している。日常生活のチェックのきめ細かさは「センター方式」を見た者が感心することのひとつである。

「触れて心地よいクッション、抱けるものがありますか」

「私ができる時計がありますか」

「買い物に行けるお店が確保されていますか」

「近所の方は私が好む場所を知ってくれていますか」など。

こうした項目をチェックし、それが何がしかの改善に結びついたら素晴らしいことであり、リハビリテーションの融合した介護が生まれることとなる。介護の目標を「その人らしく生きる」「平穏に生活する」など抽象的・イメージ的なことに置きがちな傾向もあるが私はもう一歩高い目標(A DLやQOLの向上)を検討してこそ介護の社会的評価が高まると考えている。「センター方式」はそのための評価方式として構成されており、リハビリテーション医療の場でも十分有用な評価シートであると思われた。

以上、医師の立場から「センター方式」の有用性を述べた。本方式の良さはまだまだ尽くせきれない。介護の社会的評価を高めるツールとして、さらに医療と介護の橋渡し役となるツールとして広く普及することを期待する。

勤医協中央病院(札幌市サポート医) 伊古田俊夫