

# 【宮城】認知症ケアを30年。当事者参画が大前提-山崎英樹・清山会医療福祉グループ代表に聞く◆Vol.1

2020年12月4日(金)配信 m3.com 地域版

1999年に「いずみの杜診療所」を開設、診療所や介護施設を多数運営する清山会医療福祉グループ（仙台市）の代表である医師の山崎英樹氏。約30年間、地域の中で支える認知症ケアを提言・実践し続けてきた山崎氏に、いずみの杜診療所開設までの経緯や認知症医療の課題を聞いた。（2020年9月9日インタビュー、計2回連載の1回目）



清山会医療福祉グループ代表 山崎英樹氏

——山崎先生のご経歴を教えてください。

実はもともと医師になることに対し、志があったわけではないんです。高校生のころ、経済的な事情で「進学するなら防衛大か奨学金で行ける国立の医学部に」と親から言われ、それなら医学部にしようと思って決めたくらい。医学部で唯一おもしろいと感じた精神科医を目指すようになり、東北大学の医学部を卒業したあとは、東北大学病院や、日本で初めての全開放精神病院である三枚橋病院（群馬県太田市）、国立療養所南花巻病院（岩手県花巻市、現・国立病院機構花巻病院）で精神科医療に携わり、1999年に「いずみの杜診療所」を開設しました。

## —どのような経緯で認知症医療に進んだのですか。

大学の研修医時代、精神科病院でアルバイトをしていたのですが、家族の都合で長く入院させられている患者さんが大勢いることを知り、やりきれない気持ちになりました。同時に、これは社会的な構造に大きな原因があるのだということも感じました。

1990年ごろに友人に誘われ、大学の「痴呆外来」を手伝ったことが認知症医療との最初の出会いです。認知症を専門にするつもりはなかったのですが、学会で症例を発表するうちに、まわりから認知症が専門と思われるようになりまして。1994年に新設された痴呆性疾患病棟の担当医として国立療養所南花巻病院に赴任しました。

## —国立療養所南花巻病院での経験は、その後の開業と関係があるのでしょうか。

痴呆性疾患病棟に入院する4人に1人が夜はベッドに抑制されていました。看護師たちの協力を得ながら抑制を外すことに取り組み、4、5年かけて廃止しました。鍵を掛けないことも提案していましたが、残念ながらそこまではできず病院の限界を感じていました。

その当時、先進的と言われる病院や施設を見て歩いたのですが、その中で最も印象的だったのが「宅老所」。病院であれば鍵を掛けられ、夜は抑制されるような高度の障害をもったお年寄りが、宅老所では全くそういうことをされずに暮らしていたのです。そこにある種のパラダイムシフトが起きまして、医療にこだわる必要はないことに気づかされました。本人にとって良いことをやるのであれば、病院という形態にこだわる必要もないし、医師という職種にこだわることもない。「医療」は必要な部分にのみ関わり、それ以外のところには口出しをしないほうが良いのではないかと。まずはデイケア施設のある診療所をつくろうと決め、1999年に開業したのが「いずみの杜診療所」です。

## —現在のいずみの杜診療所は、多機能型複合施設という位置付けですが、当初は診療所とデイケアのみだったのですね。

クリニックの外来に通っている方が、例えば一時的にせん妄状態に陥り帰宅が困難になった場合、当時は入院先がなく、認知症専門の病院も少なかったのです。また、精神科病院も若い精神疾患の患者が中心の所が多く、そうした病院に認知症のお年寄りが入院する

となると、ほとんどが保護室か、ベッドに抑制されるだろうと予測できました。それで、入所のニーズ、宿泊のニーズがあると強く感じました。

一口に宿泊といっても、治療のためというニーズもあれば、長期間暮らしていくというニーズもあります。それらに応えるべく翌年に居宅介護支援事業所を、2001年にグループホーム、2006年に地域包括支援センター、2008年に介護老人保健施設を設け、さまざまなニーズに対応できるようにしました。

#### ——地域の病院や医療機関、宮城県や仙台市とはどのように連携を図っていますか。

仙台市より認知症疾患医療センターの指定を受けており、また、市内に3つある他の認知症疾患医療センターとも随時情報共有を行っています。

さらに、現在は仙台市と富谷市から認知症初期集中支援推進事業を、また、宮城県から若年性認知症施策総合推進事業を受託しています。仙台市は2018年に、認知症への不安を感じている方や診断を受けた方に向けた冊子『認知症とともにあゆむ本人からのメッセージ』を発行しましたが、作成に認知症のある本人や介護を経験した家族が参画し、当院もオブザーバーとして関わらせていただきました。

#### ——仙台市における認知症ケアの課題はどのようなところにあるのでしょうか。

社会モデルへの取り組みが不十分だと感じます。認知症への取り組みを考える際、歴史的には、まず医学モデルがあり、介護保険が始まって生活モデルが加わりました。けれども、働くことや市民活動に参加するといったことも含め、社会の中で障害を持ちながら当たり前前に生きることを権利として大切にする社会モデルの発想が十分ではない。医療施設では医学モデル、介護施設では生活モデルというような“or”の発想ではなく、“and”の発想で社会モデルを加えていく必要があります。医療も生活も本人の視点を大切にし、社会での活躍を応援できる体制が重要です。

医療施設は診療報酬で支払われる項目をこなすこと、介護施設は介護報酬で支払われる項目に集中してしまう。つまり見ている方向が本人ではないわけです。例えるなら、この市場では消費者主体が実現されていません。認知症の医療や介護においても、市民としての権利を享有する本人の視点で進めれば、もっと確かな改革ができるのではないかと思います。

——認知症の方が地域で暮らし続けるためにはどのような施策が必要だとお考えですか。

当事者参画を原則にすることです。認知症の施策にしても、今広まっている認知症カフェなどの取り組みにしても、まずは本人と一緒に進めることが大事です。例えばイギリスをはじめ、権利ベースの考え方が根付いている国では、認知症に関する医学論文の査読に当事者を必ず入れなくてははいけません。施策や各種委員会に当事者を入れるというのは当たり前なのです。施設の選択にしる、病院への入院にしる、“Nothing about us, without us. (私たち抜きに私たちのことを決めるな) ”、という原則に立ち返らなくてははいけません。



山崎氏もオブザーバーとして参加した冊子『認知症とともにあゆむ本人からのメッセージ』

#### ◆山崎 英樹（やまざき・ひでき）氏

1985年、東北大学医学部卒業。東北大学病院、三枚橋病院、国立療養所南花巻病院を経て、1999年に「いずみの杜診療所」を開設。清山会医療福祉グループの代表。医療法人社団清山会、社会福祉法人すばる、医療法人社団眞友会の理事長を務める。宮城の認知症をともに考える会代表世話人、認知症当事者ネットワークみやぎ理事、宮城県精神神経科診療所協会会長。

【取材・文・撮影＝シュープレス】