

認知症 この10年とこれからを俯瞰する

認知症者の尊厳を支えるために 本間 昭

認知症に関するこの10年の変化

この10年の最大の出来事は、抗認知症薬による医学的な治療が可能になったことを挙げるこ
とができるが、多くの認知症の医療とケアをめ
ぐる課題の中で、まず保健・医療・福祉・ケア
関係者および家族などを含む地域の意識の問題
がある。地域の意識が低ければ発見が遅れ、受
診や診断、治療の遅れにつながるからである。

1970年代の前半に有吉佐和子による「恍惚
の人」が出版され、認知症に対する意識がある
程度は高まったことは確かであるが、一方、認
知症イコール徘徊というような誤った認識の原

因の一つになったことも否定はできない。20
00年に介護保険が始まり、改めて認知症に対
する関心が高まった。2001年と2008年
に筆者が行った認知症に関する意識調査でも、
認知症はれっきとした病気であるという回答は
2001年にはおよそ半数にとどまっていたが、
2008年には9割近い回答者が認知症イコー
ル病気と認識していた。

もう一つ、認知症を最初に発見しやすい立場
にいる地域のかかりつけ医の認知症に対する対
応の問題がある。筆者らは2000年から彼ら
を対象として日常診療場面での認知症の気づき

を高めることを目的とした研修プログラムを作成し、各地で研修・啓発活動に携わってきたが、2006年に国の事業として開始され、現在のプログラムを修了したかかりつけ医は1万人を超えた。いくつかの地域医師会ではもの忘れ相談医として医師会のホームページに掲載された地域の人たちが相談や受診しやすい体制が整えられつつあり、具体的な成果を上げている地域医師会もある。2008年には新たに認知症患者医療センターが全国に設けられ、地域包括支援センターと同様に連携の要としての役割が期待されている。

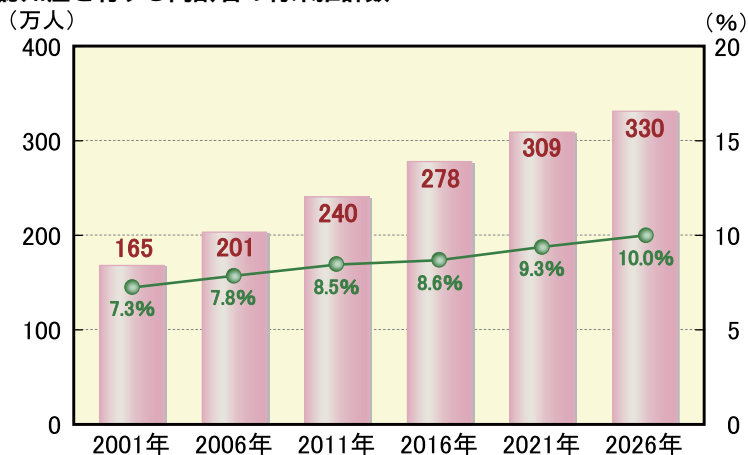
また、認知症ケアのあり方などの議論や実践がより活発に行われるようになったこともこの10年の変化として挙げられる。筆者らは認知症のケアスキルの向上を目指し2000年に認知症ケア学会を立ち上げ、さらなる認知症ケアの向上のために2004年には認知症ケア専門士制度を創設した。2008年に第4回目の認定

試験が実施され、専門士は現在1万人を超えている。ケア提供者の間でも認知症ケアに関するスキルは確実に向上しているといえる。少なくともこの10年で抗認知症薬の開発を踏まえて、認知症を早期に見だし、診断し、原因がアルツハイマー型認知症であれば医学的に治療することができ、一定の認知症ケアを受けることができるようになったといえる。最近では認知症の当事者がマスメディアに登場し、自ら経験を語ることもある。10年前には考えられなかったことであろう。

現在のいくつかの課題

しかし、今後解決が求められる課題も残されている。少なくとも認知症の4大原因疾患、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症および前頭側頭葉変性症についてみれば医学的な治療が可能であっても治癒することはなく進行性の経過を持つ。つまり、かれ

認知症を有する高齢者の将来推計数



* %は65歳以上の高齢者人口に対する割合
平成9年1月の「日本の将来推計人口」をもとに、平成13年に大塚が推計したもの
(大塚敏男：日本における認知症性老人数の将来推計、平成9年の「将来推計人口」
をもとに。日精協誌 20、65～69 (2001))

らの生活をいかに支えるかが医療とケアの共通の目標になる。大塚らの試算によれば、2026年までには65歳以上の10%が認知症を発症することが示されている(図)。このことを考えた場合に、直面している最大の課題は彼らの生活を支える上で十分な医療およびケアサービスを受けることができない点を挙げることができ。医療サービスでいえば、認知症があるために一般病棟への入院を断られてしまうことが多いという実態がある。全国規模での実態は明らかにされていないが、現在の一般病棟における医療体制で身体合併症がある認知症者に対応することは極めて困難であろう。このため安易に身体拘束が行われている例も決して少なくないはずである。どのような体制であれば身体合併症の治療を適切に行うことができるのか早急に研究が進められるべきであろう。そして、一般病棟における認知症対応ガイドラインの作成が求められる。身体疾患を併発した際に、いつで

も適切な医療が提供される保証がなければ、自宅で認知症者を支えることはできない。

ケアサービスに関しては、認知症ケアの大きな特徴である「見守り」が介護保険サービスとして認められていないことを挙げることができる。自宅で生活している認知症者のおよそ8割に何らかの見守りが必要であることは疫学調査でも明らかにされている。認知症者に対する差別といえるかもしれない。とくに、認知症が軽度であり身体的なADLが比較的保たれている独居高齢者では要介護度が低く認定される傾向があるが、服薬管理や食事摂取の確認あるいは財産管理などができるサービスを利用することができなければ独居での生活を続けることはできない。

もう一点、ケアサービスについて指摘すべき点がある。顕著な行動・心理症状（BPSD）を示す認知症者がデイサービスやショートステイあるいはグループホームなどの介護保険サー

ビスを利用できないことが多いという実態である。これは、薬物療法を含む実践的なBPSD対応マニュアルが未整備という現状とも関連し、ケア提供者のバーンアウトを防ぐ上でも早急に整備される必要がある。

解決が求められる中長期的な課題

中長期的な課題では、やはりまず、保健・医療・福祉・介護関係者の認知症に対する適切な理解を踏まえたコミュニケーションの向上を図る仕組みが必要である。認知症者の生活を支えるためには医療とケアが車の両輪として機能することが前提である。保健・医療関係者は多くの認知症症状がケアを含む環境の調整あるいは心理的要因によって大きく変化するという理解、そして福祉・介護関係者は認知症が疾患であり、些細な身体的要因によって認知症症状が修飾されることが多いという認識を持つことが必要である。現在、先に触れた「かかりつけ医を対象

とした研修事業」が国によって進められているが、すべての関係者を対象として研修内容を共有できるさらなるバージョンアップが求められる。

もう一点は、2002年度という時点になるが、成年後見制度利用の約15、000件の申立の中で、介護保険契約が申立理由である割合はわずか3・4%であったという事実である。認知症者数からみればほぼゼロともいえる数字である。さらなる積極的な利用が望まれることはむろんである。

また、現在の成年後見制度では判断能力が低下した場合に医療同意をどのようにすればいいのか明記されていない。今後独居の認知症者が増加することを考えれば、成年後見法の改正を踏まえたさらなる論議が必要であろう。

おわりに

以上、今後10年の認知症をめぐる医療とケア

の課題を挙げた。関係者であれば常に意識されている課題であるが、関連する学会やマスメディア等で正面切って取り上げられることは意外と少ないのではないだろうか。2006年の改正介護保険法の第1条に初めて尊厳という言葉が掲げられたが、認知症者の尊厳を支えるために関係者各位のさらなる努力をお願いしたい。

(東京都老人総合研究所 参事研究員)

文献

- 1) 粟田主一ら…総合病院型認知症患者センターに求められている機能について、平成19年度厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業精神科救急医療、特に身体疾患や認知症患者合併症例の対応に関する研究、総括・分担研究報告書、135頁156(2008)