

人を見つめる認知症医療

山崎 英樹

はじめに

子貢問曰、有一言而可以終身行之者乎。子曰、其恕乎。己所不欲、勿施於人（子貢問いて曰く、一言にして以て終身これを行うべき者ありや。子曰く、其れ恕か。己の欲せざる所、人に施すこと勿かれ）。

医師として30年余りを過ごしてみても、どれだけ恕を實踐できたのか、実に心細い気がする。

認知症医療の歴史

大学の「もの忘れ外来」（当時は痴呆外来という看板だった）を私が手伝い始めたのは19

90年頃だ。「日本では血管性痴呆が主で、アルツハイマー病は稀である」という、今から思えば誤った見解がまかり通っていた。治療も、いわゆる脳代謝循環改善薬という、これも今から思えばほとんど効果のない薬（当時年間1、000億円の市場／1998年承認取消）か、副作用の強い薬が主流であった。

BPSD（行動・心理症状）は問題行動と呼べ、介護保険制度はまだなく、疲弊した家族にまるで免罪符を与えるように、精神科病院への紹介状を書いたこともある。精神科病院をまったく否定するものではないが、鍵をかけられ

縛られたりするその療養環境は、やはり気の毒なものであった。

認知症や老人の医療では、まるで老いを治療しようとするかのごとき滑稽な喧騒に、本人や家族を巻き込んでいくことがしばしばある。この領域は、どうも医療より福祉ではあるまいか。

医療が無用というつもりはないが、介護（という福祉）がこれほど広まってきたのだから、少なくとも医療はもはや主役ではないような気がする。新オレンジプランには、「精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護サービス事業者等への後方支援と司令塔機能が重要」とあるが、司令塔はさすがにおこがましくて、むしろ恕に薄かった「歴史」を静かにふり返り、これからは縁の下のサポートに徹するべきではないか。

もつとも、その「歴史」は医療者だけの責任ではない。高度経済成長を支える社会保障政策として、日本は国民階層を貧困階層、低所得階

層、一般所得階層の三つに分け、それぞれに公的扶助、社会福祉、社会保険を充てた（社会保険制度審議会・昭和37年勧告）。それで、社会福祉は低所得層にたいする行政処分（措置収容）として方向づけられ、そのために施設の整備が遅れ、所得審査や家族関係などの調査をともなう利用しにくいものとなり、一方、社会保険（主に医療保険）は福祉の利用しにくさを補いながら、いわゆる社会的入院という形で介護の必要な高齢者をカバーしていくことになった。改めていうまでもなく、この不整合を（経済的効率性からも）是正するものとして介護保険が登場したわけだ。

制度に影響される疾病観

かつて医療保険が老いを支えた時代、その医療の疾病観には二つの流れがあった。一つは精神病という流れ、もう一つは寝たきり老人という流れだ。

昭和38年制定の老人福祉法によって創設された特別養護老人ホームにおいて、翌39年には「精神障害等手のかかる老人は措置せずともよし」という厚生省（現厚生労働省）福祉課長通達が出され、昭和44年の日本老年医学会では「老人呆けは精神障害」というシンポジウムが開かれた。こうした疾病観が、昭和63年の老人性痴呆疾患専門治療病棟の創設につながり、日本精神病院協会（現日本精神科病院協会）主催の理事長研修会では、厚生省の精神保健課長からも「これからの精神科病院は、認知症高齢者の入院治療に目を向けていくべき」という発言がなされるようになる。

一方、昭和44年の厚生白書に「寝たきり老人対策」という言葉が登場し、老人を専門とする病院の急増を受けて昭和57年に制定された老人保健法で老人病院が制度化され、昭和62年には老人保健施設が創設された。

老いを医療保険が支え、そうして生まれた社

会的入院を、今度は精神病と寝たきり老人に色分けして制度的にも担保してきたのが、日本の社会保障政策であったわけだ。老いに対する疾病モデルは、政策的に誘導されたものでもあるわけで、誠に根深いと言わなければならない。そして、この強固に練り上げられた疾病観が、「認知症〓終わり」という誤解や偏見を深く醸成してきたようにも思うのだ。

Kleinman¹⁾は、人々の疾病観が社会システムに及ぼす影響を人類学的に調査し、「治療行為が、社会的・文化的な問題を緩和するために行われる場合があり、結果的には効果のない、時には有害な専門的ケアを生むばかりでなく、ヘルスケア資源の乱用、文化的に不適切なケアに対する患者の治療拒否や不満を生む」と指摘している。

本人からの発信

最近、若年発症の方々を中心として、ご本人

の言葉に接することが多くなった。きっかけはダイアナ・マクゴウイン（1993年²⁾）やクリステーン・ボーデン（1998年）の著作であり、日本では2004年に京都で開催された国際アルツハイマー病協会国際会議で越智俊二さんが初めて実名で講演した。その後、一関開治さん、松本照道さん、太田正博さんらが続き、2014年には日本認知症ワーキンググループ（共同代表・佐藤雅彦さん、中村成信さん、藤田和子さん）が設立された。こうした動きがスムーズに受け入れられていった背景には、「疾病を見つめる医療」から「人を見つめる介護」への変革が、介護保険制度の定着によって急速に進んだこともある。

越智俊二さんは、講演でこう訴えた。

「家族やまわりの皆さん、この病気はもの忘れだけです。（略）もの忘れがあっても、いろいろなことができます。考えることもできます。あきらめずに生きていけるように、安心して普

通に暮らしていけるように手助けをしてください」

この、ごく当たり前の言葉が、しかし本人自身からありのままに発せられたことは、やはり画期的なことであった。彼らの本を読み、話を聴くにつれて、かつて気の毒とは思いつつも、怒の薄い医療のなかで過ごしてきた自分を恥ずかしく思うようになった。人を見るまなざしが、練り上げられた疾病観でよほど濁っていたのは、他ならぬ自分であったと否応なく気づかされたのだ。自分の怒は、せいぜい紐を解き、鍵を外すことに努力はしたけれども、本人の想いにはとても及んでいなかった。疾病を見つめながらも、やはり人を見つめ、人と関わること。そのように自らを本当に変えることが、実は介護の時代の認知症医療には求められているのだと思う。

診療に当たる医師として

そのように反省しながらも、医者である自分
にできることは限りがある。ご本人の生活の不
自由を、認知症という言葉を頼らないで症候学
的に代弁し続けること。BPSDと呼ばれるも
のさえ、ケアの物語に変えていく介護スタッフ
の力を信じて応援し続けること。ご本人やご家
族の集まりにできるだけ顔を出すこと。告知や
胃ろうについて謙虚に向きあい続けること。で
きれば看取りまで関わらせていただくこと。

「私の体の分子の一つ一つが、私が存在して
いることを、誰かにそれを認めてもらいたいこ
とを、大声で叫んでいる」(ダイアナ・マクゴ
ーウィン)²⁾

心ならずも脳を患って認知症と呼ばれる人が、
その深い孤独を超えて人生の意味³⁾と再び出会え
るように、少なくともその邪魔をしない医者で
ありたいと願う。

(いずみの杜診療所 医師)

文献

- 1) Keimman A 著、大橋英寿ら訳・臨床人類学―文化
のなかの病者と治療者、弘文堂、東京(1992)
- 2) McGwin DE 著、中村洋子訳・私が壊れる瞬間―
アルツハイマー病患者の手記、ディーエイチシー、
東京(1993)
- 3) Frank VE 著、山田邦男・松田美佳訳・それでも人
生にイエスと言う、春秋社、東京(1993)

