

国際医療福祉大学課題研究（修士）  
大学院医療福祉学研究科修士課程

認知症の人が「地域で生活することが  
困難」と判断される要因とその構造的課題

2020 年度

医療福祉経営専攻      医療福祉ジャーリズム分野

学籍番号：19S2047      氏名：藤村忍

研究指導教員：大熊由紀子教授

副研究指導教員：水巻中正教授

# 目次

第1章 「お薬の調整」で精神科に入院した利用者さんの話	1
第2章 認知症とともに生きる当事者へのインタビュー	3
1 中村成信さん・・・自分を認めてくれる人たちとの出会いが、生きる力となる	3
2 佐藤雅彦さん・・・当事者の責任能力を認めて、できる力を奪わないで	9
3 インタビューを振り返って	14
第3章 ケアマネジャーは、認知症の人とどう向き合っているか？	15
1 本人の意思決定支援は、どうしている？	15
2 本人の力を発揮できる支援が実現できているか	16
3 本人がサービスの利用に同意しない場合は、どうするか	19
4 家族の存在とは？	21
5 医師に求められる役割とは	24
6 医師の薬の処方、ケアマネジャーはどのように見ているのか	26
7 専門医に紹介するタイミングをどのように判断するのか	28
8 精神科病院での入院治療の捉えかた	29
9 地域で生活することが困難と判断される要因	31
10 認知症関連の研修は、実践に役立っているか	33
11 ケアマネジャーの半数は、精神科の入院を「肯定」	35
12 ケアマネジャーへのインタビューを振り返って	37
第4章 医師は、認知症のケアと医療をどのように捉えているのか	40
1 なぜ、認知症専門医は増えないのか？	42
2 専門職教育で不足している「人権教育」	44
3 認知症の人の抱える不安を押し量ることが大切	45
4 「認知症サポート医制度」は十分機能しているか	46
5 認知症サポーター養成講座で、適切な理解は普及できるのか	47
6 診断直後の「情報開示」が重要	49
7 診断なしでケアだけが先に回っている	49
8 初期集中支援チームにケアマネジャーが入る重要性	50
9 高齢者の急性期医療モデルが確立していない	50
10 認知症の高齢者への胃ろう造設について	52
11 多剤処方による健康被害は改善されていない	52
第5章 認知症施策のあゆみ	54
1 措置制度から契約制度へ	54
2 高齢者施策に影響を与えた提言「2015年の高齢者介護」	55
3 「痴呆」から「認知症」へ	55
4 生活モデルを強調した「オレンジプラン」	55
5 精神科病院は認知症医療の司令塔 「新オレンジプラン」	56
6 「予防重視」を強調する「認知症大綱」	57

第6章 精神科医療への認知症の囲い込み.....	59
第7章 認知症とともに生きる人の権利と、RBA（権利ベースのアプローチ）.....	62
第8章 認知症のケアと医療のこれから.....	64
1 本人と家族の意向のギャップをいかに埋めるか.....	64
2 本人抜きで話し合うから問題が生じる.....	65
3 医療は、本人の生活状況を把握することの重要性を認識すべき.....	66
4 認知症サポート医の存在意義を問い直す.....	67
5 急性期医療は、退院後の生活の安心につながる体制の構築を.....	68
6 「認知症サポーター養成講座」は、認知症の偏った理解を助長する.....	69
7 早期診断とその後のフォローが重要.....	72
8 ケアマネジャーの研修のあり方について.....	74
9 「RBA」に視点で、認知症のケアと医療を考える.....	75
第9章 おわりに.....	77
謝辞.....	79
<引用文献>.....	80

## 第1章 「お薬の調整」で精神科に入院した利用者さんの話

「病院に入ってもらって、お薬の調整をしてもらったほうがいいわね」

13年前、私が介護老人保健施設で支援相談員をしていたときのことだ。行動・心理症状（BPSD）が激しい認知症の女性の介護に疲弊し、困り果てていた同居の息子さんとの面談の後、デイケアの担当看護師が私にそっと耳打ちした言葉である。

「お薬の調整？」、聞きなれない言葉に私は一瞬理解ができなかった。それまで在宅ヘルパーの経験が2年ほどしかなかった私は、認知症で精神科病院に入院する事実さえも知らなかった。ましてや、精神科病院の実情も知らなかった。「そういうものなのか」ぐらいの認識しかなかった。

その老婦人は、精神科病院に入院したきり、私とその2年後職場を退職するまでの間、退院の連絡はなかった。

その後、ケアマネジャーとして働くようになって、認知症高齢者が精神科病院で「お薬の調整」という理由で入院させられ、入院中に拘束されることも当たり前のように行われている実態を初めて知った。本人を入院させることを決めた家族も本意ではない。だが、家族は入院によって介護負担から解放される。

では、家族と支援者だけで入院を決められてしまった本人の気持ちはどうなのだろうか。人生の最終章で、自分のことを自分で決められず、意に沿わない場所で残りの人生を送らなければならない身になったら？

私とその立場になったら、そこには絶望しかないと思う。

認知症ネットワークみやぎ代表理事の丹野智文氏は、2020年、JDF 障害者権利条約パラレルレポート特別委員会第32回会合<sup>1)</sup>で、「現在、認知症当事者を取り巻く環境は、本人の意思とは関係なく家族と支援者のみで物事が決められています。自分が認知症と診断されてから感じたことは、与えられる情報が重度になってからのものばかりで、当事者へのサポートや『自分で決める』という視点がありませんでした」と国連に向けて報告している。そして、出会った当事者の仲間たちがいつの間にか施設や精神科病院に入り、薬漬けにされて亡くなっているという現実を目の当たりにする。

丹野氏は「これから必要なのは、人として嫌なことはしないという視点での理解」と訴えている。

「人として嫌なことをしない」、とても当たり前のことである。

このことが当事者を支援するとき、実現できているのだろうか。

周りのケアマネジャーなどに話を聞くと、この当たり前のことができていない印象がある。私自身も含め、本人の意向が大切なことは頭では理解していても、対応が難しくなると本人や周りの「困りごと」を解決するための支援に傾いてしまいがちになる。行動・心理症状が激しくなると、薬で鎮静化させようと、医師に対応を求めてしまう。在宅での薬の調整がうまくいかないと、精神科病院に入院させる選択をしてしまう。このようなこと

は、ケアマネジメント業務の中で少なくないように見える。

国の「認知症施策推進大綱」<sup>2)</sup> (2019)には、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現」することが謳われている。本人の視点を中心に据えた対応ができない支援は、「住み慣れた地域のよい環境で自分らしく」と言えるのだろうか。

認知症のある人に対するアプローチがうまくいかないのは、本人の意思決定を支援することなく、「リスク回避」に傾く傾向があるからではないか。その背景には、支援者の認知症に対する理解不足と、本人についての情報が不足しているのではないか。

支援者が、本人の言葉や人生に真摯に向き合い続ける。そして、そのことをとおして、本人にあった適切なケアと医療を提供する方法を見出すことができれば、地域での生活を支える可能性が広がるのではないだろうか。

そのような疑問を出発点に、研究をスタートした。

## 第2章 認知症とともに生きる当事者へのインタビュー

### 1 中村成信さん・・・自分を認めてくれる人たちとの出会いが、生きる力となる

1950年東京都生まれ。茅ヶ崎市職員時代の1999年には茅ヶ崎海水浴場を「サザンビーチがさき」と命名。翌2000年の「サザンオールスターズ茅ヶ崎ライブ」の実現に奔走。優れた行政官として知られていた。

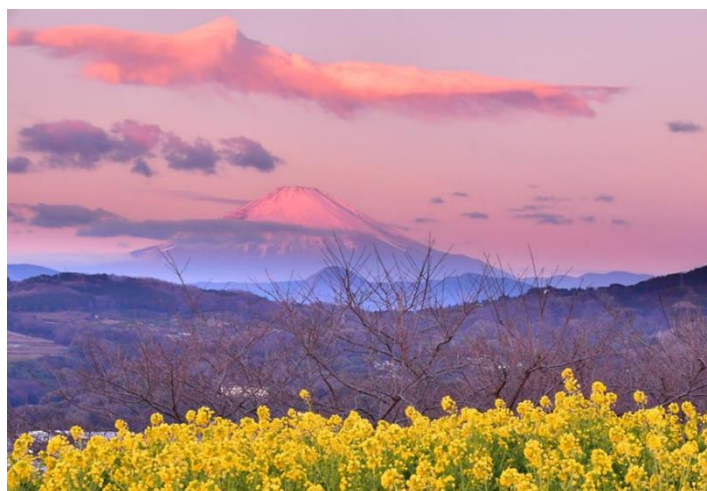
ところが、2006年2月、スーパーで万引きをしたとして現行犯逮捕され、約2週間後には懲戒免職。その後、前頭側頭型認知症（ピック病）と診断され、3年2カ月に及ぶ公平委員会のやりとりを経て、懲戒免職処分は撤回された。

現在は通院治療のかたわら、自宅近くの通所介護事業所でボランティアを行ったり、畑仕事や趣味の写真、ソフトボールを行うなど活動的に過ごし、毎日を大切に生きている。<sup>3)</sup>

#### ■病気を隠しながら生活している当事者は多い

Q：認知症と診断された当時と現在と比べて、中村さんを取り巻く環境に何か変化は見られましたか？

A：まず十数年前当時、認知症という言葉は知られていたと思いますが、社会の認知症に対する理解がほとんどなかったと思います。正直言って私自身も、当時56歳だったのですが、「認知症って年寄りの物忘れ」ぐらいの認識しかなかったわけです。それから十何年か経った今、かなりそういう面ではいろいろな取り組みもされていますし、決して珍しい病気ではないということがわかっていただけきたのかなと思います。それが大きな違いかなと思いますね。



中村さんの写真作品のひとつ。神奈川県二宮町で撮影

Q：十数年前から比べると、一般の人たちの理解も進んできたということですね。それによって、中村さんの生活もしやすくなりましたか？

A：そうですね。私の場合、「スーパーでの万引き事件」から始まり、新聞に取り上げられたりしたこともあって、隠すに隠せない状況でした。だから最初はやっぱり、家族も含めてちょっと大変でした。でも、だんだんこういう病気だっていうことがわかると、近所の

方も、認知症だから特別扱ってというわけじゃなくて、普通にさりげなく見守ってくれるような状況になりました。

それまで私は役所に勤めていたので、近所の方とそれほど深い交流はしてなかったのですが、連れ合いはけっこう皆さんと仲良く付き合っていて暮らしていました。だから、皆さん、それで後ろ指さすというより、「なんでそんなことを？」と思って、逆に皆さんのほうが声をかけづらくなっていたのだと思います。

それが、事件の報道のあと、前頭側頭型認知症だったということが新聞に掲載されてから（朝日新聞 2007 年 2 月 26 日付）、皆さんも「こういう病気だったんだあ。大変だね」って。そういう面では恵まれているかなあと。認知症の当事者の方などもいろんな方がいらっしゃるけれど、苦労されている方も多いですね。

Q：周囲の理解がなくて困っていると悩んでいる人の話を、お聞きになったりしますか？

A：しますね。どちらかという、そういう人のほうが多い。だから、隠したがるというか公表ができないという人がまだまだ多いと思います。

Q：自分の病気を隠しながら生活していらっしゃる人が多いのはなぜですか？

A：家族のほうが隠したがる傾向が強いかもしいなあって感じます。

十数年前に比べて認知症に対する理解が進んだとはいえども、偏見があったり、誤解があったりという部分はまだまだあると思います。

Q：中村さんは、前頭側頭型の認知症ということですが、このタイプの認知症のことを周囲の方は、すぐ理解してもらえたのですか？

A：難しいですね。認知症というと大体アルツハイマー型のイメージを皆さん持つじゃないですか。名前も顔も忘れちゃうというふうに思われていたから。前頭側頭型の認知症だといっても、どんな症状だというのは皆さんわからないものだから、こちらも説明しようがないし。「アルツハイマー型とはちょっと違うんだけど」って言うしかない。

私は 1 回だけしか警察のご厄介にはなってないけれども、うちの連れ合いがそれがトラウマになってしまって。だから、私が 1 人で外に出歩くと道に迷ったり、迷子になったりするのではないかと心配します。万が一どこかお店に入って、何かまた知らないうちに商品を持って来たら大変だというのがあるものだから、「1 人で出かけちゃダメだよ」と言われています。写真を撮りに行ったり、どこかに出かけるというときは、必ず誰かに一緒に行ってもらっています。

#### ■「働きたい」という思いに応えてくれた人たちとつながって、今の自分がある

Q：現在の中村さんの生活のごようすについてお伺いしたいのですが、中村さんは、「あすなる」というデイサービスに通っているということですね。

A：介護保険で利用しているデイサービスは別に通っています。あすなろは、有償ボランティアで働いています。市役所をクビになった後に、当時のあすなろの理事長さんに「今、働きたいけど働けないんだ」と話したら、「うちに来ないか」と言ってくださったのです。「小さな介護施設だから、お給料というかたちではあげられないけれども、有償ボランティアでよければ、来ていただけませんか」という話をいただいたものですから。

その当時は、まだ事件から一年ぐらいしか経っていませんでした。自分も働きたいと思いながらこういう病気だし、事件のこともあって就職先を探すということは、無理だろうなと思っていたのでうれしかったですね。今は週2、3回行っています。庭の花を植えたり、夏の時期だと、とくに草が生えますので、草をむしったりとか、そういう仕事をやっています。

お金の多い少ないじゃなくて、自分を認めてくれる人がいて、仕事として認めてくれる場があるというのは、非常にありがたいですね。

Q：先ほど、外出するときは誰かと一緒に行ってもらっているということですが、一人で出かけることは全くないのですか？

A：デイサービスは迎えが来ます。あすなろは自転車で行っています。自転車で10分ぐらいなので。それ以外は、家の近所で散歩するとか、あるいは、例えば近くで富士山が見えるから写真撮りに行くときは、1人で行ったりします。でも、基本的には、誰かと一緒に出でかけます。家族でない場合は写真の仲間の人とか、地域のソフトボールチームの人とか、そういう人に送り迎えしてもらったりしています。

Q：地域のそういったお知り合いの方が一緒に行動を共にしてくれるのはいいですね。

A：それは助かっています。以前は、家内が車を運転して、写真を撮りに行っていたのですが、私は写真を撮るのが目的だけど、連れて行く家内は飽きちゃうんですね。それはよくわかります。逆に買い物なんかにつき合わされるときは、私も嫌になるから。

Q：そうすると写真を撮りに行くとき、同じ写真仲間と一緒にいったほうが、中村さん自身も気楽ですよ。

A：気が楽だし、一緒に行く人もボランティアで連れて行ってくれるというよりは、自分も写真を撮りに行くっていう感覚で一緒に行ってくれるので、お互いに束縛されずに好きな写真を撮ることができるのが良いです。

Q：地域の中にいろいろな人たちとつながっていることで、ご自分のやりたいことを自由にできる環境は、とても良いですね。

A：：そういうふうなことがふつうの社会になると、認知症になっても暮らしやすくなると思います。

Q：写真を撮りに一緒に行ってくださいるボランティアさんを探すために、社会福祉協議会に働きかけたのが奥様だったということですね。ご家族の協力というのも、非常に大きいのではないのでしょうか？

A：そうですね。家族もいろいろなことを心配しながら、どうしたらより良く生活ができるのかなって考えてくれています。

### ■自分の要望に向き合わないケアマネジャーに落胆

Q：介護保険でデイサービスを利用されているということですが、どのようなところですか？

A：今、2カ所のデイサービスに通っています。1カ所は、病院に併設されているデイケアで、もう1カ所はリハビリ型のデイサービスで、週1回ずつ通っています。どちらとも午前中だけで、運動を中心にやっています。

Q：現在利用しているデイサービスは、ケアマネジャーさんから紹介してもらって、見学して決めたという手順ですか？

A：そうです。最初見学に行ったデイサービスは、1日過ごすかたちのところでした。だけど、私は当時50代だったのに、自分の親の世代の方と一緒に1日過ごすわけです。何をやるかっていうと、折り紙を折るとか、塗り絵をやるとか。運動といっても椅子に座って軽い運動をちょっとするくらいで、見ていても楽しそうではないし、行きたくないって話しをしました。

でも、最初に出会ったケアマネジャーさんは「デイサービスってみんなこういう感じですよ」というので、じゃあ行ってもしようがないかなと思いました。その後、途中でケアマネジャーさんが変わって、その方に相談をしたら、現在通っている運動系のところを紹介してもらいました。見学に行ったら皆さん楽しそうにしていました。デイサービスというよりは、スポーツジムに通っているような感じです。皆さん一生懸命汗を流している。休憩時間は、周りの人たちといろいろな会話が弾みます。

Q：ご自分にあったデイサービスが見つかって良かったですね。

A：そうですね。そこに行き始めてから、行きたくないっていうのはあまりなかったです。

### ■本人の思いに、前向きに取り組んでくれるケアマネジャーさんがいい

Q：利用者の立場から、ケアマネジャーに対してどのようなことを要望しますか？

A：やっぱり本人や家族がどういうふうにしたいのかをよく理解してほしいですね。この人はこういうところはどうなんだろう、こうしたらいいのではないかというところを探っ

ていただくというかね、そういうことを前向きにやっていただければいいと思います。最初に出会ったケアマネさんは、新人さんということもあって、情報が不足していたのではないかと思います。

何度もどこか違ういいところがないかと相談したのですが、「どこ行っても同じです」というようなことを言われてしまったから。

私もまだ初めて介護保険を使うものだから、ケアマネさんに、どこまで言っているのかもわからなかったし、どこまでやってくれるのかというのが、最初わからなかった。だけど、その後引き継いだベテランのケアマネさんは、いくつかこういうところもあるけど、こんな感じのところもあるけどって提案してくれました。だから、やっぱり新人であっても、自分がわからなければ、誰かに聞いたり、いろいろな情報を集めて提案してほしいです。最初から「それは無理だ」と否定されてしまうと、それ以上話が進まない。まして利用者は、そういうことは全くわかりませんから。ケアマネさんに頼らざるを得ない部分があるのですね。

Q：今もそのベテランのケアマネジャーに担当してもらっているのですか？

A：じつはね、今担当してもらっているケアマネさんは3人めなんです。最初とその次のケアマネさんは、同じ事業所の方でした。あすなろで居宅介護支援事業を始めたときに、私もそこでお世話になっているものだから、それでしょっちゅうあすなろのケアマネさんと会うわけじゃないですか。だから気心知れたケアマネさんのほうがいいと思って、それで途中で代わってもらいました。あすなろのケアマネさんになってもう10年ぐらい経ちます。よく話を聞いてくれるし、しょっちゅうケアマネさんと会えるので、何かあればすぐに相談できます。

Q：コミュニケーションをよくとってくれて、利用者さんのことをよく知ることが大切ということですね。

A：それが1番だと思います。やっぱり当事者も、ケアマネさんが話を聞いてくれるだけでも、ちょっと安心感があります。私の場合、週に2回も3回も会えるケアマネさんなので、しょっちゅう会話をしてコミュニケーションがとれる状況にあるというのは、ラッキーなことなのかもしれないです。

#### ■パソコンばかり見て診察する医者はダメ

Q：主治医との関係ですが、初めは北里大学東病院精神神経科の吉田芳子先生に診断を受けたのですね。

A：最初にかかったのが吉田先生で10年近く診てもらっていました。だけど、大学病院は先生が異動で変わっちゃうんですよ。吉田先生が異動になって、次の先生は1年、その次の先生も1年で代わってしまったのです。それで困ってしまって、2～3ヶ月にいっぺ

んの診察ではなかなかコミュニケーションがよくとれないですよ。いろんな患者さんを担当されているから、十数年前のカルテまでひっくり返して全部見返すなんていうことは多分ないと思うから。

それで、以前セカンドオピニオンでお世話になった新潟県の宮永和夫先生（南魚沼市民病院及び南魚沼市立ゆきぐに大和病院管理者）に相談しました。宮永先生は月1回、（埼玉県）大宮市にある自治医大の病院（自治医科大学附属さいたま医療センター）に来ていらしたので、宮永先生に診てほしいと頼みました。大宮までだったら家から2時間くらいで行けるので、それで今は宮永先生が主治医になっていただいて、3か月に1回通っています。

Q：吉田先生や宮永先生は、中村さんにとって何が1番良かったのですか？

A：ケアマネさんと同じですけれども、話を聞いてくれて、親身に考えてくれるというところ。お医者さんにもよるけど、話をしてもパソコンを打ちながら耳だけで聞く先生がいるじゃないですか。やっぱり目を見て話を聞いてほしいです。最初の主治医の吉田先生は、正面向いて話をしてくれていたのですが、その後に代わった先生は、パソコン見ながら話している先生だった。

宮永先生も、世間話から始まります。病気の話をしたってしょうがないじゃないですか。どこか骨折しちゃったとか、どこか痛いというのだったら、レントゲン撮ってとかあるのだろうけど、認知症の場合は、日常生活をどういうふうに過ごせて、生きがいをもって過ごせているかということが大事だと思うのです。そういう面では宮永先生は世間話の中から、私の状況を把握してくれているのだと思います。お医者さん選びって難しいし、良いお医者さんに当たるか当たらないかというのは、非常にその人にとって大きいですよ。

Q：中村さんは、これからやってみたいこととか、こんなふうに生活していきたいというお考えはありますか？

A：私は今ちょうど70歳ですけれども、歳をとっていくと体力も気力も落ちてくるし、こういう病気なのでね、どういうふうに進行するかというのは、もちろんわからないです。でも、できるだけ今の生活を維持していければと思っています。好きな写真を仲間と一緒に楽しめたり、ソフトボールも地域の仲間と一緒に練習をしたりして過ごしていければいいと思っています。

## 2 佐藤雅彦さん・・・当事者の責任能力を認めて、できる力を奪わないで

1954年、岐阜県生まれ。中学校の数学の教員を経て、コンピューター会社にシステムエンジニアとして勤務。2005年、51歳のときにアルツハイマー型認知症と診断され退職。現在、週2回のホームヘルプ、配食サービス、外出時の付き添いなどを利用し、一人暮らしを続けている。趣味は写真、旅行など。認知症本人の体験を伝えるために、講演活動も行っている。認知症当事者の会「3つの会」及び「認知症とともに歩む本人の会」代表、「日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）」理事<sup>4)</sup>

### ■認知症になっても、できることはたくさんある

Q：佐藤さんは15年前、51歳のときにアルツハイマー型認知症と診断されました。その当時と現在と比べて、認知症のある人

を取り巻く環境に何か変化はありましたか？

A：認知症の人は、昔は、認知症の人がしゃべれると、「あなたは認知症じゃない、売名行為はやめなさい」と言われたのです。

最近は、認知症の人の話を聞いてもらえるようになりました。でもまだ私のことを「認知症でも特別な人」という目で見られることも多いです。

だから、認知症になっても急に何もできなくなるわけではなく

で、段階を踏んで、じょじょにできなくなることが増えてくるわけです。最初のうちはまだいろんなことができます。そういうことをもっと知ってもらいたいと思いますね。



学生時代は絵が下手だったという佐藤さんの絵画作品の一つ。臨床美術のプロの手ほどきで。

Q：佐藤さんは、生活上不便を感じていることに対して、ご自分でいろいろな工夫をして対応されていることが、ご著書『認知症になった私が伝えたいこと』（大月書店）の中に書かれています。例えば、買い物をするときも、わからないことがあるとすぐお店の人に尋ねるようにしていると書かれています。その他、工夫されていることはありますか？

A：コンビニのスタッフやスーパーの店長に、「認知症です」という自己紹介文を渡してあります。それから、バスや電車に乗るときは、「疲れやすいです。席をお譲りいただけると感謝します」と書いたカードを用意しておきます。優先席の前でこのカードを見せると、席を譲ってくれます。

Q：そうやって上手に周りの人の力も借りることができると、自由に行動することができますね。

A：そうですね。初めてのところに行くときは、知り合いで同行してくれる人を探したりもしています。

#### ■主治医には、本人から学ぶ姿勢をもってほしい

Q：主治医との関係についてお聞きしたいのですが、現在の主治医は、東京都三鷹市のぞみメモリークリニックの木之下徹先生ですね。なぜ、佐藤さんのお住まいの川口市からわざわざ遠方の三鷹市のクリニックまで通っているのですか？

A：地元には信頼できる先生がいないということです。

Q：初めに認知症の診断を受けたのは、地元のクリニックですか？

A：はい。

Q：なぜ、主治医を変えたのですか？

A：講演活動をやめてくださいって言う、自分勝手な先生だったのでやめました。

Q：講演活動をやめてくださいというのは、どうしてなのですか？

A：その理由は言いませんでした。

Q：木之下先生の良いところはどこですか？

A：木之下先生は、認知症の人でも意見をもっているから、病識もあり、ちゃんと意見が言えるんだっていうことをよくわかっている先生です。

Q：お医者さんに一番望むことは何ですか？

A：本人の話をよく聞いて、本人から学ぶという姿勢が大事ですね。そして生活をしていく上でのアドバイスをしてもらえると良いと思います。

#### ■ケアマネジャーは、「サービスの手配師」。相談相手にはならない

Q：佐藤さんは、現在、介護保険サービスを利用されていますが、担当のケアマネジャーさんには、満足されていますか？

A：ケアマネジャーさんは、あんまり親切じゃない。ボランティア先を探してくださいって言ったときも、「そういうのはわかりません」と言われました。月1回家に来て、サービス利用票を置きに来るだけです。

Q：サービス利用票というのは、翌月利用する介護保険サービスが記載されている書類ですね。ケアマネジャーは、最低月1回担当している利用者宅を訪問することが義務づけられています。月1回家に来て、書類を置きに来るだけですか？

A：その書類を持ってきて、「ハンコください」って家に来るだけ。

Q：今介護サービスは、何を利用されていますか？

A：デイサービスと訪問介護です。デイサービスは、運動中心で3時間だけのところへ2週間に1回通っています。ヘルパーさんは、週2回掃除に来てもらっています。

Q：なぜ、デイサービスを利用しようと思ったのですか？

A：マッサージをやってもらっているから、行っているだけ。

Q：そのデイサービスは、ケアマネジャーさんから勧められたのですか？

A：いや違います。そこに通っている人が同じケアハウスにいたから行きました。

Q：ケアマネジャーさんはあまり親切ではないということですが、相談相手にならないですか？

A：私の主張は、こちらからメールは送っていますけどね。でもあまりそういうことは得意じゃないみたい。私は全部自立していますから。自分でできることとできないことはわかっていますから。できないことだけ頼んでいます。

Q：佐藤さんにとって、ケアマネジャーはどのような存在ですか？

A：サービスの手配だけみたい。手配師。

Q：ケアマネジャーはサービスの手配師みたいなものだから、あまりそれ以上のことは期待していないということですか？

A：はい。どこかボランティアができるような介護通所施設を探してくださいと頼んでも、「ありません」と言われて、それで終わっちゃう。

Q：佐藤さんにとって身近な相談相手は誰ですか？

A：弟。

Q：弟さんがいろいろ相談に乗ってくださるのですか？

A：そうですね。

Q：弟さんの他には相談できる人はいますか？

A：あまりいいですね。

#### ■「保護」する名目で、本人の力を奪わないでほしい

Q：事前に「今後の課題」というリストを送ってくださったのですが、その中に「認知症当事者の責任能力を認める」ということが書かれています。具体的には、どういうことですか？

A：世の中、認知症の人は責任能力がないと決めつけているからね。責任能力がない人もいるということは事実なんだけれども、認知症の全ての人が、責任能力がないとは限らないです。例えば、過去あった例では、有料老人ホームを見学に行ったのだけど、「保護者と一緒じゃないとダメです」と施設側から見学を断られたり、認知症の人の家族の会のイベントに参加するときも、「付添人がいないとダメです」と言われたりとか。

Q：ご本人が一人で行くことができると思って行動しようとしても、ご家族や保護者が付いていないと、受け入れる側が、何かあっても責任持ちませんよってということなのしょうか？

A：責任をもてないから認めませんということです。認知症当事者の能力を信じて、何度でもしたいことに挑戦させてほしいです。保護するという名目で、自由を奪わないでほしいです。

Q：佐藤さんは、2014年、認知症の仲間の人たちと「日本認知症本人ワーキンググループ」を発足させ、国に対しても政策提言されたりして、積極的に発信されています。自分たちの活動をとおして、何か変化は感じていることはありますか？

A：国レベルでも積極的に認知症の人の意見を取り入れようということが出てきましたし、静岡県では「静岡県希望大使」（認知症本人大使）を任命してやってくださっているので、大きく変わりました。

#### ■講演会をどんどんやって、認知症への理解を広めていきたい

Q：佐藤さんは、ご自身がお住まいの川口市でも「認知症の人と歩む本人の会」を立ち上げましたね。どのような活動をされているのですか？

A：私が会を作って、パンフレットを地域包括支援センターに置いてもらったのですが、全然音沙汰なし。

Q：地域包括支援センターや川口市などと連携して活動をするということはないのですか？

A：ないです。うちの自治体には「認知症の人が集まって何か意味があるんですか」という遅れた問題発言をする職員がいますからね。認知症を体験しているからこそ、わかるこ

ともあります。認知症本人の意見に耳を傾けてほしいです。

Q：「認知症の人と歩む本人の会」は、今どのような活動をされているのですか？

A：今年は、コロナ（新型コロナウイルス感染症）の影響で、ほとんど集まっていません。一般社団法人になる前は、月1回集まっていました。でも法人になってからは、それまで私たちの活動を支援してきたところが、「私たちは組織としてネットワークを助けるのが目的ですから、会員同士で企画をしてやってください。企画を実現するための支援はします」ということなのです。

Q：そうすると会員同士で集まって企画を立てるといことはされてるわけですか？

A：それもやられてません。そういう世話人がいないから。

Q：佐藤さんが立ち上げたその法人は、これからどのようにしていこうと考えておられるのですか？

A：あまりないです。

Q：佐藤さんは、これからどのような活動をしてみたいと思っていますか？

A：疲れてしまうから、ズームで講演会をどんどんやって、もっと認知症の人への理解を広めていきたいです。

Q：ご著書の中でも、認知症のある人自身が、自分の力を信じるのが大切だと述べておられます。当事者の方たちが、そのように思えるようになるには、周りの人が当事者の存在をきちんと認めるといことが、まず大事だということですね。

A：そうです。まず認めるということが大前提です。

### 3 インタビューを振り返って

中村さん、佐藤さんに共通していることは、二人とも、認知症による生活上の不便さはあっても、ご家族や周りの人たちの協力を得ることで、さまざまな課題に対応していることだ。そして、自分のやりたいことをできる環境と、行きたいところへ出かけられる自由を獲得し、自分らしい生活を実現することができている。

また、二人とも認知症と診断された十数年前に比べると、社会の認知症に対する理解は少しずつ進み、認知症のある人の話に耳を傾けてくれるようにもなったと述べている。

しかし、佐藤さんが「まだ私のことを『認知症でも特別な人』という目で見られることも多い」と述べているとおり、「認知症になると何もできなくなる」という誤った偏見がまだ根強くあることも現実として存在する。

主治医に対して求めていることは、共通して「話をよく聞いてくれること」と述べている。その理由として中村さんは、「認知症の場合は、日常生活をどういうふうに過ごせて、生きがいをもって過ごせているかということが大事」であり、それを医師が把握することの重要性を指摘している。大学病院のように担当医が次々と代わると、主治医とコミュニケーションをよくとることができず、自分のふだんの生活の状態を把握してもらうことが難しくなる。

ケアマネジャーに求めることについても中村さんは、主治医同様、よく話をきいてくれることをあげている。そして、本人の要望を実現するために、情報を収集し提案してほしいと述べている。一方佐藤さんは、ケアマネジャーに対しては「サービスの手配師」「月1回書類にハンコをもらいに家に来る」だけで、相談相手として期待していないという厳しい評価をしている。この背景には、佐藤さんがボランティアのできるデイサービスを要望したとき、積極的な対応をしてもらえなかったケアマネジャーの姿勢に、その要因があったといえる。

中村さんは、必要なサービスを探るとき「ケアマネさんに頼らざるを得ない部分がある」と述べている。認知症があっても自分らしい生活を実現できる支援をするために、当事者の言葉によく耳を傾け、誠実な態度で向き合うこと求められている。

それでは、ケアマネジャーや医師は、実際はどのような支援をしているのだろうか。次の章で、支援する側のインタビューから検証してみたい。

### 第3章 ケアマネジャーは、認知症の人とどう向き合っているか？

次は、在宅の利用者を担当しているケアマネジャー10名に、認知症の人にどのような支援を行っているのか話を聞いた。インタビューに協力したケアマネジャーの内訳は以下のとおりである。なお、インタビュー協力者の要望で、氏名はイニシャルで表記した。

■都内の居宅介護支援事業所に所属する：10名（ ）は職務経験年数

A氏：女性（13年）、B氏：女性（9年）、C氏：男性（6年）、D氏：女性（20年）、  
E氏：男性（20年）、F氏：女性（20年）、G氏：女性（15年）、H氏：女性（10年）、  
I氏：女性（19年）、J氏：男性（6年）

#### 1 本人の意思決定支援は、どうしている？

認知症当事者の中村さんと佐藤さんは、ケアマネジャーに対して、「自分たちの話しをよく聞いてほしい」、「自分たちの要望を実現するために、情報を収集して、提案してほしい」と要望している。これらの要望に対して、ケアマネジャーはどのように支援しているだろうか。まず、支援の内容を決める際、認知症の人が自己決定できるようにするために、ケアマネジャーたちはどのようなアプローチをしているか検証する。

##### （1）本人の前だと話しにくいことがあるから、まずは本人抜きで

C氏：私はケアマネジャーになって1、2年目のときは、わりと本人不在でやっている時期が正直ありました。しかし、今はなるべく本人が話し合いに参加できる場を設けるようにしています。ただ、ある程度、どのようなサービスを利用するのか、大枠は家族でお話しをして、それから本人に入ってもらって、「それでよろしいですか」みたいな感じのスタイルのほうが多いかもしれないですね。

I氏：本人にとってはあまり聞きたくない内容がいっぱいあるわけですよ。だからまず本人不在のところで関係者が集まってもらって、今はこんなふうな状況だからってことをみんなで情報共有します。それで、本人にとってどういう対応がこれからいいんだろうかということをおおまか程度まとめてから、本人を入れて話すってことはありますね。

ケアマネジャーのインタビューから、まずは本人抜きで関係者だけで話し合い、支援の内容をまとめてから、本人の了解を得る形をとっていることがわかった。

フィンランドから始まったオープンダイアログでもっとも重視されているのは「本人のいないところで本人の話をしない」<sup>5)</sup> ことである。また、2006年に国際連合で採択さ

れた「障害者の権利に関する条約」<sup>6)</sup>（以下、障害者権利条約）は、「私たちのことを、私たち抜きで決めないで」<sup>7)</sup>を合言葉に世界中の障害当事者が参加して作成された。この原則から乖離した日本のケアマネジャーの日常がうかがわれる。

## （２）人生の最終段階の意思決定支援・・・本人を話し合いに入れた事例から

次に紹介する A 氏の語りは、人生の最終段階における本人の意思決定の支援と、その本人の意思を実現するためにどのように対応したのかを聞き取りしたものである。

### ■A 氏が担当した妻と二人暮らしの山田さん（仮名）の事例

A 氏：本人が、一切食事を摂らなくなっちゃって、脱水で入院したのだけれども、口から食べると誤嚥性肺炎を起こすリスクも高くなっている状態だった。それで、家族と私たち介護職が全員集まって、退院した後どうするかを話し合ったんです。そのとき本人も話し合いに入れました。自分が置かれている状況が全くわからない人じゃないから。そうしたら、彼は「家がいい」と言ったんです。それでその本人の言葉を確認した段階で、お孫さんと一緒に外に出てもらった。そのあと、先生たちといろいろ話し合ったとき、そこで先生から胃ろうにするか、IVH（中心静脈栄養）にするかという話が出ました。

私そのとき、この先生えらいて思ったのは、すでにご本人は 88 歳だった。先生は「88 歳で彼に胃ろう造るの？ おかしいよね。それはその人のためになるのか。ただただ生きればよいという問題ではない」とね。

それで先生が奥様に全部説明したんです。IVH をしても血管が耐えられないんじゃないかって。私が奥様に「でもいいじゃない。本人が大好きな家に戻って食べたいものだけ口から入れて、それでもしかしたら 3 日で亡くなるかもしれない。1 週間がんばるかもしれない。誰にもわからないけれど、それでだめ？」って。そうしたら、奥様が「一番本人にとって楽なのはどれ」と聞くわけ。私は「一番楽なのは、食べたいときに食べ、食べたくないものは食べない、そういう生活じゃないですか」と答えた。そうして家に帰ることに決めました。家に戻ってから 10 日後に亡くなりました。

上記のケースでは本人の「家にいたい」という意向を確認し、医療的問題を含めた具体的な対応方法については、家族と医療職・介護職で話し合い決定するという方法をとっている。

## 2 本人の力を発揮できる支援が実現できているか

次に、本人ができることや、やりたいと思っていることに対して、ケアマネジャーはどのように支援しているのか。ケアマネジャーのインタビューからは、「本人の能力を発揮する」支援に対しての認識が、ケアマネジャーによって違いがあることが読み取れる。

### (1) 本人に合わせてケアできるかっていうと、現実的には難しい

J氏：正直言うと僕は意識してはいないです。でも、デイサービスなどのサービスを利用して、その結果として、本人の能力を維持できていることに結び付いているんじゃないかなって思います。

C氏：ケアプランに沿って、長期目標とか短期目標とか、その達成度合いを測るっていうことだけで本人の能力を発揮できているか否かを判断するという意味だったらわかるんですけど。しかし、もっと本人の生活全体からみて、本人の能力を発揮できているか、それによって本人にとってプラスになっているか、そういうところまでちゃんと評価できているかというのは、ちょっとわからない。

I氏：ほんとにそうありたいですけどね。とくに認知症の場合って、どんどん進行していくから、今日できていたけど明日はもうできなくなっているかもしれないから。だから本人のできることはやらせてあげたいと思いますよ。なるべくだったら。

でも家族はそんなことどうでもよくて、本人にやらせると危ないからとか、自分たちがやったほうが早いからとか、自分たちの生活を優先させるほうが先になってしまう。本人の力を発揮できるように工夫することが、本人らしい生活を大事にすることだということが、家族にうまく伝わらないことが多いですかね。

F氏：ケアプランの中に入れるのは簡単ですよ。プランだから。例えば朝ごはんの準備だったら、できるだけ手伝って一緒にやってくださいと。でも、一緒にやるといっても、時間が限られているから、ヘルパーさんにその時間ゆっくり本人のペースに沿ってケアできるかっていうと、それは現実的に難しいところはありますよね。

上記の4名の語りから、本人の能力を発揮できる支援については、①特別意識していない ②支援の中で実現できているか評価できていない ③実行したいと思っているが、家族の理解を求めることができない ④ケアの時間的制限で十分な支援ができない、の4つにまとめることができる。③、④の語りからは、本人の能力を発揮する支援の重要性は認識しつつも、家族の理解不足や制度的な障壁によって実現することの難しさを感じていることがわかる。

一方、本人の能力を発揮できる支援の好事例をあげたケアマネジャーもいる。下記の2名のケアマネジャーが担当した利用者の事例を紹介する。

### (2) 「自分で料理がしたい」を応援する工夫

#### ■E氏が担当した吉田さん(仮名)の事例

<概要> 認知症のある一人暮らしの女性。後見人制度を利用。着衣着火で大火傷をし、入院

したことをきっかけに、後見人がケアマネジャー交代を要望し、E氏がケアマネジメントを引き継ぐ。着衣着火の事故があったことから、ガスは使わせられないと判断し、自治体が高齢者世帯対象に支給している電磁調理器を利用しようとした。しかし、吉田さんは電磁調理器の操作方法や鉄製の鍋は禁止などの留意事項を理解することが困難だった。

入院前、本人は自分で調理をして食事の用意をしていた。E氏は、本人がやろうとしていること、できることを継続していけるにはどうすればいいかを考えた結果、吉田さんが若いころから見慣れている電気コンロを使うことを試してみた。

E氏：電気コンロを持っていったら、ちゃんと使えるんですよ。電気コンロで温めたりとか、自分で味噌汁作ったりとか。これだったら事故は起きないし。やること止められる人じゃないからね。誰でもそうですけど、自分がやろうとすることなんて止められないわけですよ。

だから、本人がやろうとしていることが継続してできるように工夫することは、とても大事なことなんです。吉田さんは、電気コンロを使うことで、ずっと自分で料理することができましたからね。

### **(3) 特技のピアノをデイサービスで披露、本人の意欲を取り戻す**

先に紹介したA氏が担当した山田（仮名）さんの事例

<概要>妻と二人暮らし。死ぬことばかり考えていたという山田さん。ピアノを弾く特技をデイサービスで生かす場をつくることで、本人の生きる意欲を取り戻そうと試みた。

私が山田さんに初めて会ったとき、本当に魂の抜け殻みたいで何も考えていないような、ちょっと大変なことになっていてね。でもこの人をなんとかできないかしらと思ったとき、家にグランドピアノがあることに気がついた。「このピアノってどなたが弾くの」って奥様に聞いたら、「彼がよく弾いていたのよ。家でパーティーやっていたとき彼がピアノを弾いていたのよ」って奥様が教えてくださった。

お家の中にずっといると奥様と二人きりだから、奥様がもう彼のことしか見なくなっちゃうので、逆に彼にとって重荷だになって感じていた。何とかデイサービスに行ってもらおうと思ったのね。でも普通のデイサービスに行っても、何もしないでぼーっとしているんじゃ、意味ないでしょ。それで、あるデイサービスの管理者に相談してみた。彼にデイサービスのピアノを弾かしてくれるかって。そうしたら、管理者の彼女は、「ピアノ弾く目的で来ていいよ」って言ってくれた。それで、週1回ピアノを弾いて、みんなに聞かせる目的でデイサービスに通うようになったんだけど、そのうちに、管理者は気づいたの。ピアノを弾くときだけは、彼の目が違うって。それで彼女は、デイサービスの利用者さんたちの合唱団を作った。「山田さんがピアノを弾いてくれないと、みんなが歌えない」って彼に伝えて、彼が休まずデイサービスに通えるような工夫もしたのよ。

上記の2つの事例から、①一見危ないと判断されることでも、環境を整備することで本人の能力を発揮できるようにする ②まわりの人たちを巻き込んで、本人の得意なことをできる環境をつくる、の2つにまとめることができる。①については、リスクを避けるために本人の行動を制限するのではなく、本人の能力に合わせた支援の工夫がなされていることに注目したい。また、②については、ケアマネジャー自ら外部に働きかけ、「社会資源の掘り起こし」をしていることが特徴である。

### 3 本人がサービスの利用に同意しない場合は、どうするか

認知症当事者の中村さんは、はじめに見学に行ったデイサービスは、自分の意に沿わないところだったので「行きたくない」と主張した。それに対して当時のケアマネジャーは「デイサービスはどこに行っても同じです」と言ったという。家族や支援者が必要と思うサービスであっても、本人がサービスを利用することに同意しない場合は多々見られる。そのような場合、ケアマネジャーはどのように対応しているだろうか。ケアマネジャーの語りのなかでは、本人が同意しなくても、それは本人自身がサービスに対して理解する力がないために起こる現象であるという趣旨の発言が多く見られた。

#### (1) 本人と家族の利益となるなら、本人の同意がなくても進める

B氏：基本的に「本人と家族の意向が違って当たり前」と私は思っているので、そこを同じようにしようとは思わない。ただ、共有できるものを見つけていきたいなどは思っている。

(中略) 正直言って、利用者のお大半は、「今の生活のままでいい」と答えるのだけれど、今のままを支えるためにもサービスの利用は必要だと思う。

例えば、家族が介護に疲弊しないように、時々ショートステイを利用してもらって、家族が休める時間をつくるとかね。家族の意向に偏っているって思われるかもしれないけど、私はそれでいいと思います。なぜかって言ったら、家族がいなかったら、本人を支えられなくなるから。(中略)

それに、本人が行きたくないって言っても、それが本人の自己決定かって言ったら、(ショートステイに)行ってみたら馴染んで、コロッと変わる人もいるからね。

D氏：本人主体って言うんだけど、すごくそういうことは難しい面がある。というのは、本人に聞けば「このままでいい」と言うのよ。でも本当の意味で本人にとって安心して暮らせる環境ってどういうことなんだろうって考えたりする。本人と話し合っただけでも、認知症が進んでくると、10秒前に自分で言ったことも忘れてしまって「嫌だ」と言いだしたりする。そうすると、本人が拒否していることでも、本人にとってプラスになることなら、サービスの利用を進めることもあつたりしますね。

J氏：(本人がデイサービスに行きたくないと言った場合、例えば「病院に行くよ」と騙して行かせるような場合)それは騙しているとは思わない。結局本人と家族の相互の利益につながって、今までの状況を変えようとするのであれば、「良い嘘」ですよ。悪い嘘ではなくてね。状況を鑑みて、それが必要だと思えば、それもありかなと思いますよね。

以上の3名の語りから、本人や家族の利益になることであれば、本人がサービスに消極的であっても、利用させる方向に調整していく必要があるということに一致している。次に紹介するE氏も基本的に同じ考えであるが、「本人が本当に嫌なものは、無理してやる必要はない」と言う。ではどのように対応するのか、事例をあげて語ってもらった。

## (2) 最優先のニーズは何かを把握して、代替案を出す工夫

E氏：家族が風呂に入ってほしいからデイサービスに行かせたいということで、半日のデイサービスの利用をした。その半日のデイサービスには喜んで行っていたのに、そこが閉鎖しちゃって、朝から夕方まで滞在しなきゃいけないデイサービスに変わった途端、拒否が始まった。「絶対行きたくない。あんなに長くいられない」って。

本人はデイサービスに行きたくないわけじゃないんだけど、長すぎるから嫌だって。だから本人に合うデイサービスを探すしかないんですよ。それだったら本人も納得するんだよね。認知症があっても、無理に行かせられないよね。だったら適切なデイサービスが見つかるまでの間、ヘルパーさんの介助で自宅のお風呂に入りますか?とか、代替案を考えていくしかない。

ご家族の要望がどうしても先に入ってくる現実があるなかで、客観的に家族の要望と本人の希望とがかみ合わないときって必然的にあるんで。そのときは、工夫はしていかなきゃいけない。代わりにこうしてみませんかとか、もっと違うデイサービスと一緒に見学に行ってみるとか、いろんな工夫をするしかないですね。ほんとに答えを出すのはなかなか難しいですけど、みんな個々に違うんでね。

E氏の語りで注目すべきは、本人にサービスを利用してもらいたい目的は何かということのを的確に把握する点である。例えばデイサービスを利用する目的が複数あった場合、そのなかで最優先のニーズは何かを把握することである。入浴がデイサービスを利用する最優先目的であっても、本人が利用に同意しない場合、デイサービスの代わりに、訪問介護を利用することで、まずは定期的な入浴の機会を確保することができる。

B氏の語りにもあったが、本人と家族の要望に違いはあっても、その距離を縮め、相互にとって利益となるような支援に努めることの重要性が示されている。

次は、B氏が担当した独居の事例を紹介する。訪問介護サービスの利用に同意しない本人への対応方法を具体的に語っている。

### (3) 本人の言葉を否定せず、まずは信頼関係を築くことから始める

＜概要＞独居の女性 田中さん（仮名）は、家の中の掃除ができなくなり、不衛生な環境になっていた。訪問介護による家事援助サービスを利用しようとしたところ、本人は「(家事は)できている。だいじょうぶ」と言ってサービスの受け入れを拒否した。B氏は本人の言葉を否定せず、一旦サービスを入れることを保留した。B氏は、家族や地域包括支援センターに状況を報告し、モニタリングを続けながら見守ることから始めた。訪問のたびに、「掃除やらない？ これだけゴミ増えているのにいいの？」と言って本人に繰り返し掃除の提案をするが、本人が拒否し続ける間は、そのまま見守りを続けた。そのうち、近所からゴミの臭いなどのクレームが入るようになったところで、本人に「苦情がきたよね、ここに住んでいたいんだったら、片付けよう」と提案すると、やっと自分が片付けられず困っていることを認め、サービスの利用を受け入れた。

B氏：この人は嫌なことはしないっていう、まずはこの人は私にとってプラスというか、助けてくれる人なんだっていう信頼感をもってもらう。信頼を構築していくのが先だと思う。とくに認知症の方の場合には、まわりから見て良いことでも、自分にとってはマイナスと思うことだと、その人が嫌な人になっちゃう。嫌われたら支援に入れなくなるから、一応ご本人の意見を聞いて、目をつぶって見守る。だから、支援は本人が困ってからでしか入れないようにしている。(中略)でも危険性があったり、命に関わるような場合には、家族を説き伏せてでも、サービスを入れますって強く言うけれども、まだ余裕があるときは、ゆっくり見てる。時間かけて、家族にも焦らないでって言っている。

B氏の語りからは、緊急性の有無などにもよるが、原則、必要なサービスであっても、本人の同意が得られない場合は、まず信頼関係を築くことを優先することの重要性を示している。また、本人がサービスを受け入れることを納得するまで「見守る」姿勢をとっていることから、本人の気持ちに寄り添うケアが実現できることにも繋がっている。

## 4 家族の存在とは？

インタビューを行った10人すべてのケアマネジャーは、認知症のある人のケアマネジメントを行う上で大切にしていることは、本人の意向をくみ取る努力だと述べている。しかし、これまで紹介したケアマネジャーのインタビューからは、実際の支援の場面では、本人抜きでまず話し合いをして、最後に本人に了承を得る形でサービスの内容を決めてしまったり、本人と家族にとって利益になると判断することなら、本人が拒否していることでも、サービスの利用を進める場合もあることがわかった。また、インタビューの中で、家族の意向が、ケアマネジメントをする上で、大きな影響をもたらしている一面もあることがうかがい知れる。次は、ケアマネジャーが、本人のケアマネジメントを行う上で、家族をどのよう

に捉えているのか、また、本人の支援を行う上で、家族がどのような影響をもたらしているか具体的にみていくとする。

### **(1) まずは家族の意向が優先になりがち**

A氏：同居の家族がどういう人かによって全然違ってくる。というのはたいてい多いのは、同居の家族のほうに問題がある。

E氏：ご家族がいるおうちと、そうでないおうちと私は区別して考えます。理由は、ご家族がいるおうちだと、どこまで介入していいのか判断がしにくいので、窓口がどうしてもご家族だし。ご家族がどこまで望んでいるのかっていうところを、じょじょに理解していく作業がいりますよね。

I氏：本人のためには本当はこういう感じでプランを立てたいと思っけていても、例えばそれが家族関係だったりとか、何か阻害要因で、本人のためじゃないプランになっちゃっているとか。どちらかというとな家族の意向に近いプランになってしまうこともありますね。

なぜ、家族の意向に傾いたケアプランとなるのか、ケアマネジャーの語りを引き続きみてみよう。

### **(2) お金を握っているのは家族だから、家族主体になってしまう**

E氏：本人がどこまでケアプランに対して望んでいるのかっていうことが、実はわかりにくいところじゃないですか。認知症があるから。そうすると実際は、ご家族の就労体系だったりとか、ご家族の都合であったりとか、週間スケジュールとかでどうしても作られてしまうところが間違いなく出てくると思うんですよね。それは致し方ないことなただけれども、本当はこうあったほうがいいんじゃないかなということが難しいことも、当然出てきてしまうと思っけています。

F氏：家族の理解だとか、その人の状況をどう理解するかとか、家族がこうあって欲しいっけていう思いが強いとなかなかうまくいかないですね。そこにギャップが、本人の現状と差が出てきてしまうから。

認知症によって生じるいろいろな行動というのを、頭では理解しているけれども、気持ちの中でやっぱりそれが受け入れられないので、毎日のことだからね。朝から晩まで毎日のことだから。やっぱり受け入れられないことが多いですよね。

I氏：認知症に対する理解が希薄な家族には、認知症ってこういう病気だから、こういうことが大事だと思っけていますよ、ということをご家族に少しずつお話しをするのだけれど、なかな

かそこの受け入れってというのが難しい。ご家族が若くても、家族が認知症のことをわかってくれて、家族と本人がうまくいくと、けっこう良い方向に向かうことはありますね。

A氏：口は出すけれども介護はしない。口は出すけれどもお金は出さない。お金を握っているのは家族だから、家族主体になってしまう。本来は本人主体ではないですか。でもそれができない。そこをどうやっていけば本人主体のほうにもっていけるのか、それが課題。

I氏：本人のお金は本人のためのものなのに、家族の意向で使ったり使わなかったりするのって、経済的虐待じゃないですか。それはあってはいけないことなんだけれども、家族にうまく説明するのは非常に難しい。

以上のケアマネジャーの語りから、家族寄りのケアプランに傾く要因として、①家族のライフスタイル ②家族の認知症に対する理解の程度 ③金銭管理の問題の3つあることが明らかになった。その中で、A氏、I氏の語りから、家族が金銭管理をしていることで、支援の内容に大きな影響を与えているという指摘がされている。

一方、経済力そのものが要因で十分な支援が行えないと指摘する意見もある。

### (3) 生活保護に至らないボーダーラインの人が、一番困っている

J氏：国民年金だけで生活している人は、生活保護受給者にはなれないじゃないですか。そこへもってきて医療費がかかる人だと、生活保護受給の人よりも劣悪な状況になるわけです。そうすると家族負担になる。家族がそういう負担を受けたくないから逃げ出す。ネグレクトになる。これだけは、僕らケアマネの力ではどうしようもできないですよ。

むしろ生活保護受給者のほうが、サービスの限定はあるかもしれないけど、やっぱり恵まれていますよね。この年金制度って何なのって。単純に僕は年金支給額を上げるとは言わないけれども、国民年金保険料を真面目に払ってきた人たちが、なんでこんなひどい目に遭わなきゃいけないんだろうと。制度の改革が必要です。

A氏：1日2回のヘルパーさんを1日4回に増やせば、在宅生活いけるよねって思っても、そこって、お金が発生するじゃないですか。だけど全員が全員そうできるわけではない。過去のことを振り返っても、なんでこの人、施設に入れちゃったんだろうかといういろいろ考えると、もちろん家族の問題もあるし、お金の問題もある。

介護保険サービスは、要介護度ごとに利用できる上限額が定められている。そのため、上限額を超えた分の利用料金は自費(10割負担)となる。自費を支払う経済力がなければ、家族の介護力に頼らざるを得ないが、それも難しい場合、本人が家で暮らしたいという意向があっても、在宅生活の継続は厳しくなる。

次に、ケアマネジメントに影響を与える要因のひとつに、「家族の認知症に対する理解」があげられていた。ケアマネジャーの語りから、家族の対応が変わったことで本人の生活環境が改善した事例から検証する。

#### （４）介護者が変わることで、本人が穏やかになった

##### ■E氏が担当した加藤さん（仮名）の事例

＜概要＞家族と同居。経済的理由から週5回利用していたデイサービスを週3回に減らしたことで、新型コロナウイルス感染拡大による国の外出自粛要請により、就労していた息子さんが家に滞在する時間が増えた。息子さんが本人と関わる時間が多くなったことで、服薬も拒否することがなくなり、穏やかに過ごせるようになった。

E氏：ご家族とのコミュニケーションの質が良くなった。イライラしていた娘さんが対応していたときはだめだったんだけど、優しい息子さんが関わることで行動・心理症状も改善された可能性が高い。認知症ってすごく相性が大事なんですよ。気持ちのところでわかっちゃうんじゃない。

#### （５）家族が自分の問題に気づいたら、本人も変わった

##### ■I氏が担当した上田さん（仮名）の事例

＜概要＞夫が、重度の認知症のある妻を介護しているケース。

I氏：奥様が重度の認知症だったんです。徘徊して、何回も警察のお世話になっているようなお宅で。どういうふうにすればいいか、ご主人はわからなかった。だからよけい叱ってしまったりとか、いろいろあったんですけど。ご自分で勉強したんですよね。何冊も認知症の本を読んで、こういうやり方が良くないんだってことをご自分で気づいて。まあ、今は上手ですよ。本当にうまく対応しているから、本人はのびのび過ごしている。（中略）

徘徊がおさまって、ようやく介護保険につながった。介護保険につながるまで半年以上、有料老人ホームのショートステイを利用してもらっていたのですが、今は普通のデイサービスに通えるようになったんです。

上記の2つの事例は、家族の中で本人と関わる介護者が変わることや、家族自身が認知症のある人との関わり方を学ぶことで、行動・心理症状が改善され、穏やかに生活できるようになったことが示されている。

## 5 医師に求められる役割とは

認知症の人を支援する上で、医療とケアの連携が求められる。インタビューのなかで医師に求める役割として、①適切な診断と薬の処方他、生活面についても相談にのってほしい

という意見の一方、②医師には適切な診断と薬の処方だけで、生活面までのアドバイスは求めている、とうい意見がみられた。

しかし、①、②とも、その背景には、ふだんケアマネジャーたちが医師との関わりのなかで共通して感じている疑問や課題があるように見える。

### **(1)「僕たちは、認知症は医療的に見る側だから、おうちでのことはそっちでやってください」**

A氏：認知症って1種類じゃないよね。同じアルツハイマー型でもいろんなタイプがあるでしょう。その人のおうちの環境によっても、認知症の症状は、いろんな形で出てくるものって違うでしょ。そこをわからなかったら、医師は診断できないと思うんですよ。だけど、なぜ、そこまでしっかり聞き取りしようとししないのかと思う。

I氏：私も時間があるときは同意をもらって診察室の中に入って、先生と家族のやりとりを見たりします。家族は、こんなことで困っている、あんなことで困っているって、家族の困りごとを先生に訴えるわけです。いろいろな先生がいらっしゃるけれども、認知症ってこういう病気だから、こんなふうな考え方をしていくのが必要だよっていうことを、家族にわかりやすく説明する先生ってというのは、専門の先生でもあんまりいない。

「もうしょうがないよねえ」みたいなことしか言わない先生。「そういう病気だから」とか。「じゃあ薬増やすか」くらいしか言ってくれなかったりとかね。そういうことを求めているわけではないのになって、私は横で聞いていて思います。それで、「先生、こういうときって専門の先生からアドバイスありませんか」って質問しても、私の期待に応えるようなことを言ってくれないですね。

J氏：いろいろな先生がいるので標準化はできないけれども、「僕たちはあくまでも認知症というのは医療的に見る側だから、おうちでのことはそっちでやってください」って言う医者もいるんですよ。いくら情報を流しても、「どう対応するかはケアマネさんなり看護師さんなりそっちで考えてください。僕たちは進行状況を、検査の数値とかそういう目で見えるもので判断するだけですから」そういうことをバシッと云っちゃう先生もいるんですよ。

でも少なくとも認知症専門医とか、訪問診療医とかは、病気の進行だけでなく、在宅でどういうふうに生活の変化が起こっているのか、家族はどういうことで困っているのか、そういうことも聞いてもらいたいと思います。でもまだまだ聞いてもらえない先生もいる。

### **(2) お医者さんは、薬を出す人なんだって思っているから**

E氏：周辺症状・問題行動とかもちゃんと先生が理解してくれた上で、変な薬を出さないで、困りごとはケアマネジャーに相談してくださいねと言える先生がベストですね。(中略)

(生活面について考えるのは)チームケアです。医療で良くなった人は見たことがない。(医

師には)期待できないし、自分たちもわかっているんじゃないかな。だって、やれることないですものね。

F氏：どっちかっていうと、お医者さんは薬を出す人なんだって。そういうふうに思っちゃっているから。あとは、先生が診断内容や、病気のことについて説明してくださるといいなあって。

C氏：医師は、診断と薬の処方に特化してやってもらったほうがうまくいく。生活支援の面は私たち福祉職のほうでやることですから。(中略)私はあまりお医者さんに生活面とか、そこまでのフォローを求めるのは難しいんじゃないかと思っているので。

(2)で紹介したケアマネジャーたちは、医師に生活面のアドバイスを求めるのは難しいと言う。その背景には、(1)のI氏の語りにもあったように、生活面の困りごとを訴えても、薬を増やすこと以外に相談にのってもらえない現状があるのではないかと推測できる。

## 6 医師の薬の処方を、ケアマネジャーはどのように見ているのか

医師の薬に処方については、下記で紹介するとおり、以前に比べれば多剤多量処方は少なくなってきたという見解がある一方、認知症の症状に合わせた薬の処方が、必ずしも適切に行われていない現状もあるとする見解も見られた。

### (1) 症状の悪化を訴えても、薬の変更や中止を考えてくれない

G氏：多剤併用が少なくなってきたと思う。少なくともこの10年見ると。(中略)それで結構お薬の残を調べる先生が増えてきた。漫然と出しているわけじゃなくて。それが変わってきているんじゃないかなあって。

E氏：認知症の人に特別な薬を出す先生はまず信用しない。認知症薬って言われている薬は出しても致し方ない。あと漢方の範疇だったら理解できるんですけど、その他の精神薬とかいろいろあるじゃないですか。ああいう薬を出す人は、まず僕は信用しないので。薬で何かを抑えようという。それは特養にいたときに見てわかっている。まず効かないですから。薬を抜いたほうが全然良くなる。

I氏：認知症の人にとって大切なのは、環境が一番だと思います。絶対薬が悪さしているから、こんなふうに症状が悪化したんじゃないかと思ったりすることがある。でも、先生に「こんなふうに変化してきて、今、こんな生活をしています」と訴えても、全然薬を変えようとしてくれない。もしくは一旦やめようかって言ってほしいのに。(中略)そこをすごくわか

ってくださる先生もなかにはいます。その先生は在宅の環境や、支援の内容、家族関係も見てください。その上で、だったらこうしようとか、薬をやめてちょっと様子見ようとか、私たちの言うことをよくわかってくれる。(中略) 薬をやめてすごくうまく落ち着いた利用者さんもいます。こういう先生だったら、利用者さんも家族も先生を信頼して治療を受けられると思います。

#### ■J氏の担当した山野さん(仮名)の事例

<概要> 山野さんは、ある時から興奮して暴れるなど症状が悪化し、デイサービスでも落ち着いて過ごすことが困難な状態となった。J氏は症状が悪化した原因は服用していた薬にあるのではないかと推察し、専門外来の主治医に相談したが、満足な対応をしてもらえなかった。そのため、別の訪問診療医に主治医を変更し、訪問看護を入れ、デイサービスも認知症対応型に変更するなどのケアプランの見直しをした。訪問診療医は、診察に最低30分かけて本人との対話を大事してくれた。薬の調整も半年間かけて行った結果、穏やかに生活できるようになった。

J氏：認知症だって一つの精神疾患じゃないですか。不安もあれば依存性もあるし鬱的なものもあるし、いろんなものがあるわけでしょ。何が原因でこういう症状が出てくるんだろうって判断するには、その人の生活習慣を見る必要があると思う。そうしないと、医者ほどの薬を使っていいんだろうってわからないと思うんですよ。

上記で紹介したI氏、J氏の語りから、行動・心理症状のみに注目し薬の処方をする医師と、生活状況をよく把握し行動・心理症状の要因を見極め、ケアの改善も含めて薬の調整を行う医師の2つのタイプがいることがわかる。

さらに、薬の処方について、E氏は医師だけでなく薬剤師の問題も指摘している。下記にE氏の語りを紹介する。

#### (2) 薬剤師は処方通り薬を出すだけで、何も対応してくれない

E氏：(精神科病院に入院し薬の調整をして在宅に戻ってきた利用者について) ただ、戻ってきても結局、薬の改善はされてなくて、そういうときにもっと薬剤師が主体性をもっていればいいのになあって、いつも思いますよ。そのとき、出されたままの処方箋で二十数種類飲んでたんです。薬剤師は薬を出すだけで何にもしないから。人にもよるんだけど。(中略) 薬が体内に蓄積して、転倒するリスクが増えるし、いいことなんか何もないのに。そのまま二十数種類も出している薬剤師なんか信用できないですよ。

ただ(薬の処方について)ここに隠れている問題が一つある。多科受診しているという。5科目ぐらい受診している人いっぱいいるでしょ。一つの科で3種類出して少ないと思っ

ていても、全部で15種類になっちゃう。それ大きいですよ。それをなんとかしなきゃいけ

ない。ルールができれば、認知症も減るんじゃないですかね。

## 7 専門医に紹介するタイミングをどのように判断するのか

認知症の治療で大切なことは、早期診断早期対応と言われる。ケアマネジャーは、担当している利用者に認知症状が認められたとき、どのように専門医につないでいるのだろうか。ケアマネジャーの語りから、認知症の程度によって、受診を勧める時期を判断していることがわかる。

### (1) 生活に大きな支障がなければ、専門医の受診を勧めない

B氏：認知症はねえ、認知症を診てくれる先生にどうやってつなげるかが問題ですよ。かかりつけ医は専門医と限らないから。(中略)家族がいれば家族に受診を勧めます。けど、家族がすぐ受診に連れていくかっていうと…。無理やり私が連れていくわけにもいかないし。(中略)家族が、「本人が怒るから、そんなところに連れて行ったらとんでもない」って言うこともあるし。

E氏：精神科や心療内科、物忘れ外来などで、きちんと診察を受けたときの説明と、町のかかりつけ医の説明では大きな違いがあると思うんですよ。ほんとに認知症を理解しなければいけないときには当然前者になるのですが、グレーに進めていけるんだったら町のかかりつけ医で十分かなというときもあるし。本当に対応が大変になりそうな人には、きちんと専門外来受診しましょうと話すことはいつも心がけています。

本当にいい歳の取り方している高齢者もいるじゃないですか。認知症としては中度かもしれないけど、ご家族に対して負担がかからない人もいたりだとか、ご家族の中で普通に生活を営んでいけるおうちだってたくさんあるわけだから。そうではなくて、問題行動が起きたり、もしくは徘徊や不潔行為、異食などができそうな可能性が高い場合であれば、専門外来を受診しなきゃいけないと思う。

H氏：

- ・何型の認知症かということを知っても、そのようすが薬で劇的に良くなるわけではないので、あえて私もぜひ大学病院で検査してくださいとは言いませんね。ただ、どうも症状が進んできておられるという場合は、受診に行ってもらったこともありますけど。

- ・ご家族はとくに深刻に考えないので、認知症って、誰でも歳をとればこんなふうになるんだというふうな捉え方ですから。ちょっと物忘れしたからといって、火の消し忘れとかあれば、IHに取り替えるなりすれば対応できますから、すぐに物忘れ外来につながりませんね。

上記の3名の語りから、①認知症の症状に気づいても、本人を受診させることが難しくす

ぐ受診につながらない。②家族や周りのちょっとした支援や配慮でふつうに生活できる程度の症状であれば、すぐに専門医を受診するところまで至らない。③ケアマネジャー自身も、生活に支障のないレベルであれば、かかりつけの内科で経過を見て、生活に大きな支障が出てくるほど症状が進んできた段階で、専門医の受診を勧める、ということがわかる。

それでは、かかりつけ医は、担当の患者に認知症の症状があることを認識した場合、専門医の受診を必ず勧めるのだろうか。引き続き H 氏の担当した利用者のケースで検証してみることとする。

## (2)「そこまで心配することないですよ」と検査を勧めないかかりつけ医

### ■H 氏が担当した町田さん（仮名）の事例

<概要> 家族と同居の男性 85 歳。大動脈瘤があり循環器内科に通っていた。あるときから、夜になると幻視や幻聴で落ち着いていられなくなることが多くなったため、家族は主治医に相談するが、夜間の激しい症状の原因について、十分な説明がないことに立腹していた。その後、介護に疲弊した家族は、訪問看護の看護師に認知症専門医を紹介してもらい受診し、検査の結果、レビー小体型認知症の診断を受けた。診断を受けることで、家族は本人の激しい症状の原因が理解できたという。

H 氏：循環器科の主治医が、詳しい検査をなさいますかと専門医の受診を勧めてくださるならば、ご家族もまだ先生が協力してくれたと思うのでしょけれど、「認知症でそこまで心配することないですよ」と言われてしまったら、ご家族としてはなすすべがなくなってしまいますよね。レビー小体型とか前頭側頭型とか認知症のタイプがわかることでご家族がどう変わっていくかまで先生は想像が及ばない。ご家族にとって、こういう病気だから、こういう行動が起こるんだってということがわかるだけでも、余計な混乱を招かずに済むかもしれないんですけど、そういう配慮がまだ先生方にはないんでしょうかね。

上記の H 氏の事例から、認知症に対する医師の理解の程度によって、すぐに専門医につながらず、適切な治療を受けるタイミングが遅れ、症状を悪化させる場合もあることがわかる。

## 8 精神科病院での入院治療の捉えかた

インタビューに協力したケアマネジャー 10 名のうち、9 名は担当した利用者が精神科病院への入院を経験している。また、そのうち 5 名は、認知症の治療を行う上で、精神科病院への入院は、必要な場合があると答えた。一方、入院に否定的な理由として H 氏は次のように語っている。

### (1) 生活上の配慮から、症状が改善できるのではないか

H氏：認知症の方だったら、精神科病院ではないケアをすることで変わってくるという期待があると思います。精神科病棟では患者がウロウロしていたり、看護師さんもあまり関わらないし、鍵がかかってますしね。もっと認知症の人は散歩したり、お茶を飲んだり普通の生活をして、そういうところから何か心のゆとりが出れば改善されるのではないかという感じがします。

また、A氏は「難しい質問ですね」と前置きしつつ、「だけど地域で生活できるようにするために、在宅の専門医がいるんだから、なんで精神科病院に入れなきゃいけないのって思う」と回答している。

かたや、精神科病院への入院治療が必要だと答えたケアマネジャーは、その理由として以下のように語っている。

### (2) 我々の手に負えなくなった場合は、入院も必要かなと…

B氏：（精神科病院での入院治療は）それはその人のためになると思っている。その結果、温度差のある生活をしていくことのほうが、本人にとっても不幸なことだと私は思っているのね。やっぱり症状にあった場所での治療が必要だと思う。

C氏：お薬の調整をしっかりとしなければならぬ場合、入院しないとできないですから。それとともに入院している間にサービスや、家の環境などを調整するということも必要になってくる場合もあるので、（精神科病院への入院は）必要だと思っている。

E氏：（精神科病院での入院治療は）私は否定しないです。最近は、精神科病院らしくないちゃんとした造りになっているから。別に何の違和感もないですね。みんな落ち着いていますね。

F氏：（認知症の人にとって大切なものは）どちらかという環境なんですけれども、それでもやっぱり難しい状況になる場合もあるじゃないですか。精神科の入院が必要だと判断する場合もあると思う。暴力とかあるいは大声出すとか、他の方との関係がすごく悪くなったような場合は、入院してお薬の調整とか治療が必要だなんていうのはありますね。

J氏：（精神科病院への入院治療は）それは必要です。例えば、徘徊しておうちがわからなくなる場合は、徘徊探知器の靴を履かせたりとか、ヘルパーさんが対応するとかいろいろな対応策を講じます。でも我々の対応では手が負えなくなった場合は、入院する必要も出てくる。

過去にこういうケースがありました。ある独居の利用者さんが、夜、家に入るのが怖いと

言っておうちを出て、ずっとバス停で待っているんです。そうすると交通事故に遭う可能性も出てくるじゃないですか。それで、「一度病院に入って検査してみる？」って本人に聞きました。そうすると、自分でもおかしいと思っているから同意して、入院してもらいました。

上記で紹介したケアマネジャーの語りから、行動・心理症状が顕著となり、対応が困難となったことを理由に、精神科病院での入院治療が必要と判断されることがわかる。一方、入院に否定的なケアマネジャーは、精神科病院の入院環境は認知症のある人にとって良くないという印象をもっている。

## 9 地域で生活することが困難と判断される要因

認知症の人が地域で生活することが困難と判断される要因としては、以下のことがあげられている。

### ■家族と同居の場合

- ①家族の認知症に対する理解不足や、家族が介護に協力的でない。
- ②不潔行為と異食の2つが見られるようになる。
- ③幻覚症状の出現、自傷・他傷行為、希死念慮、一人で出歩いて家に戻ってこられないなどの状況が見られる。
- ④家族の虐待

### ■独居の場合

- ①ゴミを捨ててはいけないところに捨てる、外で放尿する、火の不始末など、近所に迷惑をかける行為が頻繁になったとき。
- ②一人で出歩いて戻ってこれなくなることが頻繁に起こる。
- ③食材・服薬・金銭等の管理ができなくなり生活が混乱する。

### ■独居・家族と同居で共通する要因

- ①入院
- ②サービス事業者の力量、人材教育、介護保険制度のあり方を含め、認知症のある人を地域で支える資源が不十分。

上記で「入院」を要因にあげたI氏は、入院環境が認知症を悪化させ、地域に戻れなくなるリスクが高くなると語っている。I氏は、同僚のケアマネジャーの担当した利用者が、足を骨折して入院した事例を語ってくれた。

## (1) 骨折で入院、転院先の精神科病院で死去

I氏：階段から落ちこちたんですよね。骨折で最初入院したのだけれど、周辺症状がひどくて普通の病院ではだめだから、精神科病院に転院になったんです。そこでしっかり抑制されちゃって。薬の調整をしてある程度症状が落ち着いたら、併設の介護老人保健施設に入所する予定だったんですが、食事量も減ってきちゃって、それで入院中に亡くなったんです。

入院による認知症に対する影響については、A氏のインタビューの中でも語られている。

A氏：この人には要介護2のときに初めて会ったんです（現在は要介護4）。とっても穏やかで上品で。私がいつも訪問すると「いつも来てくれてありがとう。うちの息子はよくやってくれるから私は幸せなの」っておっしゃる方だった。この人が転倒骨折して入院しました。そうしたら、入院中大騒ぎするようになった。それで息子さんが入院中泊まり込み。そういう状況だったものだから、リハビリのための転院という話がでたときに、息子さんが家に連れて帰るって言ったの。毎日泊まり込みだったから。（中略）

だけど、家に帰っても、あんなに騒ぐお母さん初めて見た。なんでだろうって私も考えてみたの。いきなり病院に運ばれてしまって、周りには知らない人ばかりで、いろいろなことをされて恐怖だったんだらうなって思う。（中略）

この人の場合は、もう一つ、洋服を脱ぎだすわけ。もうとにかくすっぼんぼんになって所かまわず排尿しちゃう。家に帰ってきたら症状が改善するかと思ったけど、だめだった。

ケアマネジャーが語った、認知症の人が地域で生活することが困難となる要因のなかに、近所に対する迷惑行為や、一人で出歩いて戻れなくなるということがあげられている。これらの要因を取り除くには、地域の協力が必要である。B氏が以前所属していた事業所がある都内T区のある地区での取り組みは、その解決策の一つの参考になる。

## (2) 「お金は、後から家族が払いにすればいい」とスーパーの店長も協力

B氏：地区全体が、認知症の人に対してすごく受け入れが良かったんです。その地区の都営団地の自治会長さんが、とても認知症のことを勉強していました。認知症の方でも住み慣れた場所で暮らしていけるように、都営団地自体の体制としてみんなで見守っていこうというところなんです。パンツードで外を歩いていたとかしていても、みんなが、「あー、あそこの人だね」ということがわかっていて連れて帰ってくれたりとか。

こんなこともありました。認知症のお母さんが近所に買い物に行って、お金を払うのを忘れてスーパーから出てくるんですよね。お店の人が何回注意してもなかなかうまくいかないので、店長さんが、「もうこの方の場合はお金を払わずに帰っても、何を買ったか家族に伝えて、後で家族が店に支払いに来ればいいです」と言ってくださったんです。

でもあるときスーパーの店長が変わったら、「そういうことは困ります」と言われるよう

になった。だけど、本人は勝手に買い物に行っちゃうから家族もずっと見張ってられない。いつも同じ時間に買い物に行くわけではないから、ご家族もいつもついて歩くわけにもいかない。それで、ご家族から私に相談があったんです。私のほうで、すぐ地域包括支援センターに相談したら、「そのスーパーの店長に私たちから、以前の方法で対応してもらえるように言います。認めていただけないようだったら本部に申し立てするから」って言ってくれたんです。

認知症の症状なんだから、いろいろなことが起こるのは致し方ない。だからどうやって地域の人たちに協力してもらって対応していくかということ、地域包括支援センターが中心となって取り組んでいる。ケアマネジャー自身も、地域包括支援センターや地域に支えられながら支援ができた。

## 10 認知症関連の研修は、実践に役立っているか

ケアマネジャーは、資格の更新研修や、自治体、地域包括支援センター、職能団体等が主催するさまざまな研修を受講する機会がある。今まで受講した認知症に関わる研修は実際の支援に役立っているのか、また、研修に対する要望や課題について質問した。

ケアマネジャーの語りからは、講師が一方向的に話す「講義型」の研修よりも、事例検討のような「参加型」の研修のほうが、より実践に役に立つという意見が目立った。

### (1) パソコンでも調べればわかることを研修で教わるのは無駄

B氏：実践に生かされないのは、講義型の座学。アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型、脳血管性型の説明とか、周辺症状の説明とか、そういうありきたりの話しはみんな知っている。一般の人でもパソコンで調べればわかること。成功した症例や失敗した症例とかをあげて、これを教訓にしてくれみたいな、そういうリアル感のある研修ならいいんだけど。

I氏：どんな研修があったかなって思い出してみただけど、なかなか浮かんでこなかった。ただ、今年コロナ禍が始まる頃に受けた研修はおもしろかった。あらかじめ提出した事例の中から先生がチョイスして、グループワークで話し合っ、最後に先生が、医者としてはこう考えるってお話してくれるのがあって、それは役に立つと思った。

J氏：座って受ける講座って、ただ講師がしゃべっているだけで、あまり役に立たない。役に立たないという言い方はおかしいけど、ふーんっていう感じ。事例検討会に参加して、皆さんの意見を聞いて、最後に改善策を考えていくような方法のほうが成果が上がると思う。

### (2) 目の前で改善策が「見える」多職種参加型の事例検討

B氏とJ氏は、実践に役立つ研修として、「見える事例検討会」<sup>8)</sup>をあげた。これは、多

職種で行う課題解決を目的とした事例検討会である。「見え検マップ」、「アクションプラン型エコマップ（見え検式エコマップ）」という可視化ツールを用いて、独自の進行手順とファシリテーション法に基づき、多領域の課題同士の関係性が見やすくなることで課題解決につなげる。

「J氏は「見える事例検討会」の成果として、「あれだと看護師さん、医療スタッフなどいろいろな人が集まって、多職種でいろんな意見出しあうのがいいですよ。目の前でどんどん解決策が見えてくる」

また、B氏は、認知症対応型デイサービスを運営する医師が主催する事例検討会に参加したときのことについて語った。

「私が実際に担当している事例を提出したんです。娘さんも参加して。その事例検討会では、先生からその事例に対して、医学的観点から認知症の症状について説明をするんです。それで何が一番すごかったかという、娘さんのお母さんを見る目線が変わった。『あー、そういうふうに考えればいいんですね。母のことが理解できるようになりました』っておっしゃって。『本当に今日は出席して良かった』って涙を流しておられた。

上記の語りから、ケアマネジャーだけで行う事例検討会より、多職種で意見交換し、改善策までつなげていくことができる形のほうが、より支援に役に立つことが指摘されている。また、B氏の語りから、事例検討会に医師や家族が参加することで、家族の認知症に対する理解を深める成果を得られる可能性があることがわかる。

## 11 ケアマネジャーの半数は、精神科の入院を「肯定」

上野秀樹氏（2016）は、「認知症の人の精神症状に関しては、『入院環境』は治療上の有効性がほとんどありません」と断言する。その理由として「閉鎖的な環境、白い壁、白衣の人々の存在など、普通の日常生活の環境とあまりにもかけ離れているため、認知症の人はかえって混乱してしまうことが多いからです」<sup>9)</sup>と言う。

ケアマネジャーA氏が担当した事例でも、日常生活を穏やかに暮らしていた利用者が、骨折で入院したところ、顕著な行動・心理症状が見られるようになった。この例からも、入院環境が認知症の人にとって大きな影響があることがわかる。

にもかかわらず、インタビューをした10人のケアマネジャーのうち半分以上は、認知症の人にとって、精神科病院での入院治療の必要性を肯定していた。行動・心理症状が顕著となり、対応が困難となった場合、入院の必要性を強く意識するとのことである。

厚生労働省が、毎年6月30日時点の全国の精神科病院等の実態を公表している「精神保健福祉資料（630調査）」の2020年度分（図1）を見ると、身体拘束された入院患者10,785人のうち、65%が65歳以上の高齢者である。さらに、主診断名で見ると、身体拘束された入院患者のうち、23%がアルツハイマー型認知症であった。<sup>10)</sup> また、精神科病院入院中の身体拘束が原因で死亡したと疑われる事例も報告されている。

2017年、精神科病院に措置入院され急変し死亡したニュージーランド人の男性の場合、入院していた10日間、足・腰・手首を拘束されていた。杏林大学教授で「精神医療の身体拘束を考える会」を立ち上げた長谷川利夫氏によると、諸外国の身体拘束の平均継続時間は数時間～数十時間ほどだと言う。また、死亡した男性は母国のニュージーランドで入院していた際には、身体拘束を受けていなかったという<sup>11)</sup>。長期間にわたり身体拘束をする日本の現状は、国際的に見ても「異常」だといえる。

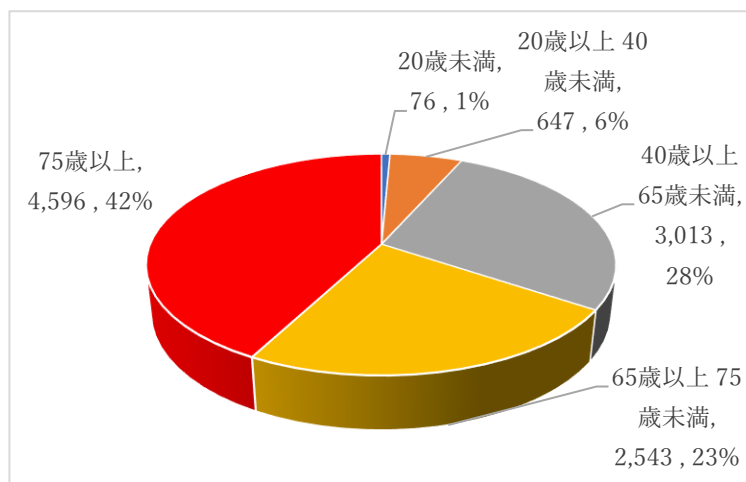


図1 入院中に拘束された人数・年齢別内訳（全国）

厚生労働省. 精神福祉資料(630調査) 2019より作成

最新の国際的な精神医学系雑誌 *epidemiology-and-psychiatric-sciences* は、人口あたりの身体拘束は、日本は、ニュージーランドの2,000倍、オーストラリアの580倍、アメリカの270倍と報告している。

以上のような日本における精神科医療の実態を見ると、安易に認知症高齢者を精神科病院に入院させることは、人権侵害であるばかりか、人の命を危険にさらす行為でもある。このことをケアマネジャーはが認識していないことが、今回のインタビューであきらかになった。

## 12 ケアマネジャーへのインタビューを振り返って

以上、認知症の人に対して、ケアマネジャーはどのように対応しているのかを、インタビューをとおして見てきた。ここでは、インタビューから浮き彫りにされたケアマネジャー像と、ケアマネジャーから見た医師像について考察を試みたい。

### (1)ケアマネジャーが内面に抱える矛盾

10人のインタビューから、ケアマネジャーによって、認知症に対する考え方や、認知症の対応のしかたはさまざまであり、A、B、Cというようにケアマネジャーを単純にタイプ別に分類することは難しいと感じた。

例えば、10人すべてのケアマネジャーは、ケアマネジメントで大切にしていることは、本人との信頼関係の構築、本人の望む生活や本人の意向、と述べている。その反面、本人の意思・意向を大切にしたいと述べながら「認知症があるので、本人が入ると話しが進まない」「本人の前では言いにくいことあるから」という理由で、先に本人抜きで本人に関する話を家族・関係者だけで話をするという回答したケアマネジャーが複数いた。

しかし、本人抜きで家族・関係者と話し合いをしている事実があるからといって、本人の意向をないがしろにした対応をしているとも言えない。

D氏は、一人で出歩いて何回も保護されたことのある利用者のケースの場合、本人の安全を考え、デイサービスを利用することにした。デイサービスを選択するときは、本人が犬や小さな子どもが好きであることを考慮して、犬と子どもと触れ合えるデイサービスに本人と見学に行き、本人が「行ってもいい」という返事を確認して利用を始める配慮をしている。

また、I氏は「一人でいることが不安」と主治医に訴える一人暮らしの利用者と話し合っており、本人が十分納得したうえで、施設入所を決めた経験を語っている。この他、I氏は「例えば、一人で家で過ごすことが好きだったとしても、日中仕事で家族が不在の場合、本人の意向と違ってデイサービスに行かされてしまうこともある」と述べ、本人と家族の意向の狭間で悩むことも多いと吐露する。

また、全てのケアマネジャーは、「薬よりも環境が大切」と述べているが、そのうちの半数は、精神科病院での入院治療が必要な場合があると考えている。

例えば、精神科での入院治療を肯定するE氏だが、「認知症で大切なことはチームケアであり、医療で良くなった人は見たことがない」とも述べている。また、E氏自身の本人・家族との関わりの経験から、「認知症がひどくなるというのは、寂しいからだと思っている。ご家族が関わってくれない人は、どんどん重度化していってしまう」とも述べ、家族を含めた環境の大切さも指摘している。

また、B氏は、認知症の精神科病院での入院治療を肯定する理由として、「認知症は脳

の病気だから、最終的には完璧に委縮して壊れていく。自分でもわからなくなってしまう。私だったら、そういう状況の中で人に迷惑かけたくないって思う。だから、病院に入れて人に迷惑かけないような環境を与えたほうがいいと思う」とも述べている。このように認知症が進行し、周りに対する迷惑行為が激しくなったら、入院もやむなしと考えるB氏ではあるが、かたや、地域の人たちの認知症への理解や支えで、本人が家で生活できる環境づくりに成功している経験も語っている。

以上見てきたとおり、本人の病気の進行程度、対応のし易さ・困難さ、家族の考え方やさまざまな状況により、その場面ごとに対応のしかたはさまざまである。また、「薬より環境は大切」「本人の尊厳の重要性」を認識しながら、対応が困難な場合は「精神科病院での入院治療は必要」という相矛盾した認識が一人のケアマネジャーの中に共存している。本論でも触れたように、精神科病院は、「医療」の名のもとに、身体拘束や薬物による科学的拘束を行うところであり、認知症の人の尊厳が守られる環境ではない。精神科病院に入院させた経験のあるケアマネジャーの一人は、「行動・心理症状が激しいと、特養やグループホームでの受け入れは困難。精神科病院しか受け皿がない」と言う。

しかし、ここで立ち止まって考えなければいけないのは、精神科病院に入院させた段階で問題が解決した気分になり、そこで思考が停止してしまうという危険である。「対応困難」という現象は、本人と周りの人との関係性の問題である。

第4章の医師へのインタビューで、木之下氏が指摘するように「暴言や暴力をケアの起点にしてはならない」というのは、まさにケアマネジャーが抱える「矛盾」を紐解く鍵になるのではないか。

のちの章でも触れるが、認知症という「病気」に注目するのではなく、あくまで「その人」との関係性に視点を置くことで、関わり方も違ってくるのではないか。第1章で取り上げた認知症当事者である丹野智文さんの「人として嫌なことはしない」という人と人との関係を築くうえで当たり前の視点が、「認知症」というフィルターを通すことで、忘れがちになってしまう。

さらに「精神科病院しか受け皿がない」ということに対しては、「受け皿」がないから精神科病院が必要なのか、という問いについて再度考えてみる必要がある。例えば、精神科病院がなかったら、どう対応するのだろうか？

精神科病院というものがあるからこそ、安易に頼ってしまう現実も存在する。認知症の人が地域で生活することが困難となる背景に、「地域で共に生きる」とはどういうことなのか問われている。

## (2)「医療」の役割の捉え方により、医師の対応は分かれる

ケアマネジャーのインタビューから、ケアマネジャーが関わっている医師には、大きく分けて2つのタイプが存在していることがわかる。

一つが、医師の役割は「診断と薬の処方のみ」というタイプである。J氏が関わった医

師は「僕たちは、あくまでも医療的に見る側だから、生活面はそっち（介護職）でやってください」と言われた経験がある。このタイプは、認知症の症状に対して薬で抑えることを主に考えている医師である。ケアマネジャーが環境面のことも一緒に考えてほしいと要望しても、それには応えず、処方した薬に対して症状が改善されなければ、他の薬を使い、薬をどんどん増やしていくことも予測できるのではないかと。

また同じタイプでも、家族やケアマネジャーが、薬の変更や減薬などを相談しても、耳を貸さなかったり、病気についてわかりやすく本人や家族に説明しないという医師もいる。I氏は薬の影響で症状が悪化しているのではないかと疑問をもち、医師に相談するが、全く対応してもらえなかったという。また、症状を訴えても、「そういう病気だからねえ」と軽く流されてしまうことも経験している。

二つ目のタイプは、上記とは真逆で、生活面のこともよく把握し、本人や家族とコミュニケーションをよくとり、薬の相談にも親身になってくれる医師である。

I氏が関わった訪問診療医は、在宅環境や支援内容、家族関係などをよく把握することに努め、薬についても、本人や家族の話をよく聴いたうえで、一時中止をして様子を見ることを提案している。この訪問診療医に対して、本人も大きな信頼を寄せているという。

このタイプの医師は、認知症に対して、生活環境やケアを改善することも医療の役割の一つという考えのもと、介護と医療の連携を図りながら支援を進めていることが特徴である。

ケアマネジャーのインタビューからは、前者のタイプの医師では薬の調整がうまくいかず症状が悪化したため、後者のタイプの医師に主治医を変えることで、症状が穏やかになったという事例も語られた。

前者は「医学モデル」の中でしか認知症を捉えていないタイプともいえる。認知症という疾病を見るが、「人」は目に入らない。これに対し、後者は、本人を取り巻く環境面にも配慮していることから、「社会モデル」で認知症を捉える視点をもっているタイプともいえる。本人が、認知症を抱えながら、生活しやすい環境をつくることを大切にしている。

「医療」の役割は何か、その考え方の違いで、医師の対応も変わってくるのがわかる。

## 第4章 医師は、認知症のケアと医療をどのように捉えているのか

認知症当事者やケアマネジャーにアドバイスする立場の医師4名にインタビューした。

まず、4名の医師の所属医療機関、専門分野、取得資格などを紹介する。次に、認知症当事者やケアマネジャーのインタビューの中で語られた医師に求める役割などに対して、医師の立場からどのような見解をもっているのかみていくこととする。

### 上野秀樹氏

千葉大学医学部附属病院地域医療連携部特任准教授。2004年～2007年まで東京都立松沢病院で認知症精神科専門病棟を担当。その後、理想の認知症病棟をつくろうと千葉県の社会福祉法人コザリオの聖母会 海上寮療養所に移ったが、病棟が建設されるまでと始めた訪問診療で開眼。訪問診療のパイオニアとして知られるようになる。「みんなの認知症情報学会」理事、前・内閣府障害者政策委員会委員。専門は精神医療、認知症医療。精神保健指定医

主な著書：『認知症 医療の限界、ケアの可能性』（メディカ出版）『認知症の人に寄り添う在宅ケア 精神科医による新たな取り組み』（共著 クリエイツかもがわ）

### 木之下徹氏

東京都三鷹市、のぞみメモリークリニック院長。主に認知症外来の診療を行っている。日本認知症学会、日本老年精神医学会、日本認知症ケア学会、日本老年医学会などに所属。NPO 法人地域認知症サポートブリッジ代表、JDWG（日本認知症本人ワーキンググループ）の設立支援、認知症当事者研究勉強会世話人などを務める。

主な著書：『認知症の人が「さっきも言ったでしょ」と言われて怒る理由 5000人を診てわかったほんとうの話』（講談社）

### 平原佐斗司氏

東京都北区、東京ふれあい医療生活協同組合副理事長、梶原診療所所長、オレンジほっとクリニック東京都地域連携型認知症疾患医療センター長（兼務）。専門分野は、老年内科、在宅医療、緩和ケア。総合内科専門医、在宅医療専門医、日本緩和医療学会暫定指導医、プライマリケア連合学会認定医（指導医）

主な著書：『非がん性呼吸器疾患の緩和ケア』（編集 南山堂）『医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門 早期診断、BPSDの対応から緩和ケアまで』（編著 中央法規）『認知症の緩和ケア』（編集 中央法規）など

## 山崎英樹氏

宮城県内で、いずみの杜診療所や介護施設、精神科作業所など 55 事業所を運営する清山会医療福祉グループの代表。医療法人社団清山会理事長、社会福祉法人すばる理事長、医療法人社団真友会理事長。宮城の認知症をともに考える会世話人、認知症当事者ネットワークみやぎ理事などを務める。日本精神神経学会指導医、日本老年精神医学会指導員、精神保健指定医、医学博士

主な著書：『介護道楽・ケア三昧 関わりを自在に楽しみながら』『認知症ケアの知好楽 神経心理学からスピリチュアルまで』（雲母書房）

## 1 なぜ、認知症専門医は増えないのか？

平原氏のクリニックでは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士の多職種チームで診療に関わる体制をとっている。初診に1時間、再診に30分かけて患者を診ている。木之下氏の診療所でも、MRIを設置し、かつ神経心理検査のできる複数のスタッフが常駐する体制をとっている。大学病院や基幹病院に比べて診断が非常に早く、診療科目をまたがず一人の医師でその場で検査を行うので、集約的かつ迅速に診断ができることが特徴だと言う。

超高齢社会を背景に、認知症の患者も増加しニーズは非常に高いと予測できるが、なぜ認知症を専門で診る医師や診療所は増えないのか？

### (1) 認知症診療は「儲からない」

この問いに対して木之下氏は、経営面での課題をあげている。

「僕のクリニックのように、ワンストップサービスを目指して、MRIを入れて、必要な人材を配置したところで、立ち上げからきちんと受診者の確実な確保ができないで始めると経営的に追い詰められます。また、技術的な側面における不足から、この形で運営する医師は少なく、私の知る限りでも全国に10ヶ所はないと思います」と述べている。

平原氏も、経営的な面について次のように述べている。

「認知症診療が儲からないからです。ものすごく大赤字で。だから、普通、外来は、短い時間にたくさん患者を診て、2週間に1回必ず通院してもらうシステムになっています。再診料を稼いで経営が成り立っているところが多いのです。半日で25人ぐらい診て、それを短期間で繰り返すということをししないと、医療機関の外来が成り立たないシステムなのです」

平原氏のクリニックで取り入れている診療システムは、もともとミシガン大学の老年医学センターをモデルにしているという。初心に2時間かけて、医師とソーシャルワーカーとナースの3職種により外来で患者と家族を診て、チームカンファレンスをし、フォローアップは数カ月後もしくは半年後のスパンで行っていく。平原氏は、このような体制で診ていく外来診療が必要だと訴えるが、現状の日本の医療システムでは経営的に成り立たないことが課題である。

### (2) 「治らない病気」と向き合う医学教育を受けていない

もう一つの課題は、医学教育だと平原氏は指摘する。

「医師は診断を突き詰めて、その原因を突き止めて、それを改善する薬とか手術をして治すという教育を受けています。認知症という「治らない病気」にどう向き合い続けるかという教育はそんなに受けていません。95%は治らない状況で進行していく病気に向き合いながら付き合っていくことを得意としている医師はあまりいないのです。そういうことも

あってなかなか広がっていかないのだろうと思います」

この他、医学教育の課題として、認知症専門医を育成するシステムそのものが十分構築されていないことがあげられる。

「そもそも認知症は、地域では大きな問題ですが、医学の中ではスキマ医学という位置づけなのです。精神科が認知症の専門家というように思われてますが、実は精神科で認知症専門にしているのはそれほど多くない。精神科医だからといって、認知症を診られるわけではない。神経内科も変性疾患ということで関係がある領域ですが、神経内科というのは神経難病が花形で、ほとんどの医師が神経難病を選択して、認知症を専門に診る人は、よほど物好きに見られていたみたいです。最近レビー小体型とかパーキンソン病がらみの認知症が結構注目され、神経内科の一部の先生は、少しは関心をもってくださっていますが、やっぱりマイナーなんですね」

### (3) 「老年内科」は、その科自体が少ない

さらに平原氏は次のように述べている。「老年内科の先生の中には、認知症を熱心に行っている先生も一部います。しかし、老年内科も呼吸器とか糖尿病とかそれぞれスペシャリティに分かれているので、なかなか老年内科認知症ど真ん中という人もそんなに多くはいません。そもそも老年内科自体が少ないので。また、大学に医局というか講座がないのが非常に大きな問題です。医局が公立大学であるのが、東大、東北大ぐらいで、京都大学は老年内科がなくなりましたしね。あと私立にちょこちょこあります。大学ではないが、国立の長寿医療研究センターにも老年内科はありますが、このようにごくわずかな医療機関の先生が頑張っているくらいですね。あとは、僕らのような在宅医療とか地域医療をやっている人間の中で、地域の問題に答えようとして実質的に学んでいる人たちがいるというくらいです。

たしかに10年20年前に比べれば、関心をもって取り組んでいる医師は増えていますが、でも、認知症を学ぶ人をたくさん輩出する状況にはなっていない。認知症の専門医とか老年精神医学会の専門医もありますが、本当の認知症の専門の人を作る教育システムがちゃんとできていない。だからそこにギャップがあるというか、ニーズはすごく大きいんだけど、それに答えられる専門職を作る、専門職である医師を作るシステムがうまくできていないのです」

### (4) 認知症も身体疾患も診るプライマリケア医の育成も必要

認知症の高齢者が増えていく中で、認知症の専門医だけで診ていくことは難しい面もある。そのような現状では、「医療のことであれば何でも相談できるプライマリケア医が、重要な位置づけとなってきている」と平原氏は言う。その理由として、認知症のある人の90%以上は他に内科疾患をもつといわれている。また、精神症状を訴えたとしても、その背景には感染症など内科的疾患が発症しているということも考えられるため、精神と身体

を切り分けてアセスメントすることはできないと言う。この他、多科受診によるポリファーマシー（多剤服用）を防止するためにも、プライマリケア医に診てもらふメリットはあることも述べている。

## 2 専門職教育で不足している「人権教育」

### (1) 「当事者意識に目覚めた」人の言葉の重さを知る

山崎氏は、認知症のある人に適切に対応できる医療職や福祉職を育てるうえで不足しているものは、人権教育であると言う。人権意識を深めるには、専門職を育成するシステムの中に、認知症の当事者と出会う体験を意識的に取り入れていくことが必要であると述べている。山崎氏が言う当事者とは、「当事者意識に目覚めた」人であると言う。その理由として次のように述べている。

「最初は、『患者さん』とか『利用者さん』という立場に押し込められている人が、自分が当事者なんだっていうことに目覚めていくことがまず第一に必要です。これは多分患者さん、利用者さんと言われてる人たち全てがその当事者になっていくかどうかというのはさまざま条件があって難しいことではあります。ただ当事者性に目覚めた人の言葉というのは、すごく重いんですよ。そういった当事者意識の強い思いをもつ当事者に、専門職になる方々が、早い時期から出会っておく、あるいは話を聞く機会があると、権利とはどういうものなのか、人権とはどういうものなのかということに早く気付くような気がします。医師教育でいえば、少なくとも精神科とか認知症の専門医についてはそういう体験を必修にするというのが必要ではないかと思います」

### (2) 専門職の人権感覚を磨くことから、国を変えていく

さらに山崎氏は、人権感覚を身に付けた専門職が、国全体を変えていくと述べる。

「例えば、精神科病院の隔離拘束は、大変酷いことだというふうに外から見るとみんなそう思うわけです」「それを当事者の声、ある種の怒りをしっかり受け止めたあとに、そのことを知ると、ただ映像なり数字なりでそのことを知るとでは、学びの質が違ってくると思います。だから、そういう意味で、当事者と出会うというのが権利を学んでいくには一番効果的じゃないかと思います。日本の社会がそういう土壌がないというのは確かだけれども、これだけ医療職や福祉職が多くなれば、あるいは高齢者が多くなりますから、当然そういう中で医療職や福祉職の人権感覚を磨くことが、大げさに言えば国を変えていくことにもなると思いますね。だから、僕らがまずそこを開いていく必要があると思います」

山崎氏自身も、若年性アルツハイマー型認知症で、当事者団体で活躍している丹野智文氏との出会いによって、「自分の中でこれまで鈍かった人権感覚に気づいた」と言う。丹野氏と出会い、ともに活動していくなかで、山崎氏にとって具体的にどのような影響があ

ったのだろうか。山崎氏は次のように述べている。

「遅まきながら、そういうこと（人権感覚）に気づいていくと、失語だったりあるいは失行だったり、いろいろな障害のために意思表示が難しい方々との関わり方も変わってくる。以前の僕の態度は、非常にぞんざいであったなと思います。それは露骨にぞんざいなわけではないのですけどね。自分の心の向き合い方がやっぱり、ある種、患者とか利用者とかそういう見方で礼儀正しくしていたというか、いやそれは当事者だって人間だという礼儀正しさではなかったことに今になると気づきます。それは深々と礼をするようになったとかそういう意味ではないですけど。患者さんとの向き合い方から見れば、今のほうが多分礼儀正しいだろうなと思いますね」

### 3 認知症の人の抱える不安を押し量ることが大切

ケアマネジャーの語りから、地域で生活することが困難と判断する大きな要因に、行動・心理症状が顕著となり対応困難となることがあげられていた。その結果、精神科病院への入院を決断することも少なくない。これに対して、木之下氏は、暴力や暴言といった現象は、誤ったケアの結果だと言う。

「そうした現象は、誤ったケアの結果と考えたほうがいい。簡単に『徘徊』と言うけれど、その人の意図を汲めば散歩、あるいは不安で探し物をしているのかもしれない。視点をどこに置くかが重要なのです」と述べ、徘徊や暴力をケアの起点にするのは誤りだと言う。

「例えば、物忘れに対して、『どうしてまた忘れるの』と言われても、その記憶自体がなければ、本人はそれを振り返りようがありません。そのため、すごく不安になる。自分自身のよりどころが揺らぐ不安です。言われていないのに言った、やってもいないのにやったと何度も言われる。誰でもそういう状況に置かれれば、たいていおかしくなります。

医療やケアの専門家であれば、本人の暴力・暴言などの理由を知る力が、役割のひとつかもしれません。しかし、介護の現場では、その理由を探る余裕がないとしたら、『それは病気のせい』なのだとして理由を考える前に棚上げしてしまう。そうすれば困っている周囲の人にとって、解決できた気分になります。そのため、安易に抗精神病薬の使用につながっている側面もあって、医師によってはそれで解決したと表現され、そこで思考停止になってしまいます」

木之下氏は、認知症の人が抱える不安、本人のもつ内なる風景を丁寧に押し量ることが大切だと言う。

「多くの場合、その人は自らの深い思いを口にしないかもしれない。でも、その人の言うことを丁寧に聴く態度が伝われば、その人との良好な関係が築けることができるでしょう。その人の不安や期待に耳を傾けることが大切なのです。『周辺症状』『行動・心理症状』というラベルを貼る前に知っておくべきことです」

#### 4 「認知症サポート医制度」は十分機能しているか

国は2005年から「認知症サポート医養成研修事業」<sup>12)</sup>を開始した。認知症サポート医の役割は、①かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築 ②各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力 ③都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師の3つである。2日間の研修を受けると修了書が交付される。しかし、ケアマネジャーや現場の介護職の間では、認知症サポート医の存在はあまり知られていない。認知症サポート医について、医師たちはどのような見解をもっているのだろうか。

##### (1) 社会モデルを学ぶことの大切さ

山崎氏は、認知症サポート医について、「認知症サポート医は、ただ研修を受けて、登録さえすれば資格を取得できる。到底、かかりつけ医に助言や指導をできるだけの役割を担えるとは思えない」と指摘する。さらに認知症を診る医師の専門性について次のように述べている。

「認知症専門医に関しては、医学モデルは当然の基盤なんですけども、それだけでは太刀打ちできないという現実をきちんと飲み込んだうえで、専門性を発揮しないと、大変怖いと思っています。この人はこういう症状があるから、この薬が効かないから、という理由で精神科病院へ入院させてしまったりする。この社会システムの中では医者が言うことに関しては無法状態じゃないですか。隔離拘束にしても、そういうふうに専門性を使ってしまう危険性が高い。だから、専門医には医学モデルだけでなく、社会モデルの学びが必要なのです」

上野氏は、従来の専門医教育について「学会ごとに独自に運用する認定プログラムを修了することで専門医資格を取得することができました。ここで問題だったのは、専門医制度創設前に学会員であった医師には、正規の認定プログラムを修了しなくとも比較的簡単に専門医資格を与えていた学会があったということです。実際に専門医創設直前に駆け込みの入会が増えた学会もあります。だから、専門医と名乗っているからって、本当にその資格に見合った実力があるかどうかはわからない医師も中にはいるわけです」

##### (2) 新しい専門医制度で、専門医の基準を統一

上野氏が述べているとおり、従来の専門医制度では、学会ごとに独自の基準で専門医を養成していた。そのため、専門医の基準が不統一で質にバラツキがあり、多種多様な専門医が乱立して分かりにくいという指摘があった。2012年、厚生労働省で「専門医に関する在り方検討会」<sup>13)</sup>を発足し、翌2013年、同検討会の報告書<sup>14)</sup>が発表され、新たな

専門医制度の創設へと動き出した。新たな専門医制度では、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義している。

新制度では、日本医師会、日本医学会、全国医学部長病院長会議などから成る中立的な第三者機関「日本専門医機構」<sup>15)</sup>が、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。初期研修後、基本領域から科目を選択し指導施設としての認定を受けた病院群で研修を受け、経験病例数などの活動時実績査読と筆記試験を経て、専門医として認定されることになる。また、サブスペシャリティの専門医を希望する場合は、加えて、サブスペシャリティ領域の研修と試験を受けることになる。2016年1月、研修施設に関わるプログラムの申請が開始され、2020年度中に新たな制度下で初の専門医が誕生することになる。なお、旧システムで専門医となった医師については、新制度開始後、各学会が定める更新時期に合わせ、移行基準を満たした者から順次移行となる予定である。移行期間中は、各学会が定めていた要件と日本専門医機構の定める新基準を組み合わせた要件を満たすことで、移行・更新が実施される。新たな専門医制度が、期待される役割を果たすことができるのか、今後の動向を見ていく必要がある。

## 5 認知症サポーター養成講座で、適切な理解は普及できるのか

認知症に対する理解を広げるための普及啓発活動として、国が全国キャラバン・メイト連絡協議会に委託している「認知症サポーター養成講座」<sup>16)</sup>がある。医師から見てこの養成講座のプログラムは、認知症を正しく理解できる内容となっているのか、見解を求めた。

### (1) 医学モデルの中でしか認知症を捉えられない

山崎氏は、先ほど認知症専門医が、医学モデルに偏ることの危険性を語ったが、それは「認知症サポーター養成講座」にも同様のことが指摘できるという。それがはっきりわかるのが、認知症サポーター養成講座で使用されているテキスト『認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう』<sup>17)</sup>だと述べ、このテキストが、医学モデルに偏って作成されていることが最大の問題点であると指摘する。その理由を次のように述べている。

「医学は還元主義ですから、認知症を脳に還元し、人間を脳に還元すれば、脳が不治なら人間も無価値という優性思想の罠に落ちやすくなります。しかも医療保険とともに始まった認知症の医学モデルは、未だに疾患分類も曖昧で、エビデンスの確かな治療の希望を語ることはできません。一方、介護保険が始まって生活モデルが登場し、医療の専門家支配の下で封殺されていた本人の思いが、まず家族から語られるようになりました。

さらに高齢社会の進展とともに初期で診断される人の数が増え、権利の主体を自覚した

人々を中心に、いわば社会モデルが始まっています。認知症の本人は客体ではなく主体なのです。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す。そして、求められるのは危うい善意ではなく、確かな配慮なのです。そうした本質に気づく感性を奪うテキストであってはならないと思います」

山崎氏は、認知症サポーター養成講座は、社会モデルの視点を持ち、「認知症の当事者と出会う」ことを大切にしたい養成プログラムにする必要があると述べている。

## (2) 認知症の改善可能な部分の説明が不足している

上記で紹介したとおり、山崎氏は、認知症サポーター養成講座について、医学モデルに偏りすぎていることを指摘し、社会モデルの視点を持ち、当事者との出会いを大切にしたいプログラムにするべきことを指摘していた。上野氏も同講座ではもっと認知症の改善可能な部分に関する内容を強調すべきではないかと指摘する。

「認知症において原因疾患を理解することも大切だが、認知症の支援で重要なのは、改善可能な部分に働きかけるということです。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などのいわゆる認知症原因疾患は、神経細胞が減少して認知症の状態になる病気なので、現在の医学では改善できません。

一方、治療可能な原因による認知症、意識障害、せん妄状態、うつ病、精神的ストレス、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミンB1、ビタミンB12 欠乏症などは、見つけ出して、改善させていくのが重要です。

例えば、精神的なストレスやうつ病によって、意欲が低下したり、物忘れが目立ってきたりして、認知症の状態になることがあります。このような症状には、精神的なストレス解消やうつ病の適切な治療で改善します」

上野氏は、認知症の状態について、改善できる部分と改善できない部分と分けて考えることが大切だと言う。例えば、アルツハイマー型認知症の場合、周囲の環境の変化に脆弱になり、ストレスを受けやすくなる。そうすると、精神的ストレスによってさらに認知機能が低下することになる。そのため、周囲の温かい雰囲気や支持的な環境に配慮し、ストレスの軽減をはかると認知機能が改善する。これが「改善可能な認知機能障害」に働きかけることなのである。

記憶障害などの認知機能障害があり、生活に支障が見られても、理解力や判断力が優れている人もいると言う。そのため、認知症のある人を皆、一律に思考力・判断力・知力が低下しているという見方は一面的であり、適切な理解ではないと指摘する。

認知症の症状や困っていることは人によって違いがあり、支援が必要であることは強調されてきた。しかし、それが必ずしもうまくいかないのは、症状だけに注目してその人の生活や人生全体を考えに入れていなかったり、困っていることを直接本人に聞いてみたりするという発想自体がなかったことも原因ではないかと言う。

## 6 診断直後の「情報開示」が重要

平原氏は、「認知症という病気は、ケアと薬剤と教育的支援とあらゆる手段を全部駆使しないと立ち向かえません」と言う。そして、本人・家族への支援で重要なことは、認知症診断直後の初期の「ディスクロージャー（情報開示）」だと言う。

「2000年ちょっと過ぎから北米では、診断ディスクロージャーがすごく大事と言われていて、それは初期の最も重要な介入プロセスになるのです。そのディスクロージャーの効果というのは、ご本人に対してもすごく効果があるし、社会にとってもすごく効果があるし、医療者側にもすごくメリットがあるという論文があります。

患者さんはもちろん診断を聞くわけですので、ショックを受けるけれども、いろいろな困りごとを家族と相談しやすくなったり、医療者に相談しやすくなったりするし、何よりも治療の意味がわかるから、ケアに対してのアドヒアランスが良くなる。デイサービスも行くようになる。そのことによって結局、家族が予測的に対応できるようになるということです」

木之下徹氏も、診断した根拠、病名をできるだけ本人に伝えるようにしていると言う。また、認知症という診断は、本人にとって厳しいことであるため、そのフォローを行うことも心掛けている。さらに、早期発見の重要性として、「自分の状態を客観的に知ること、そして今後を予測することは、認知症とともに生きる上で多いに役に立ちます。それこそが、従来の医療の役割とされてきた『予防』『治療』『維持』を超えたところにある第4の医療の足場であり、認知症医療を実践することは、この4番目の足場で行動することにほかならないのです」と述べている。

## 7 診断なしでケアだけが先に回っている

ケアマネジャーへのインタビューでは、専門医につなげるタイミングについて、「問題行動が起きたり、もしくはその可能性が高いとき」「薬を飲んでも認知症が劇的に改善しないので、積極的に受診を勧めることはしない」などが述べられていた。このことに対して、平原氏は、診断なしでケアだけが先に回っている現状が介護現場にあることを指摘した。

「ケアマネジャーにアンケート調査を行った老健局の調査」<sup>18)</sup>で、認知症という前提でケアプランを作っている人の中で、認知症と診断がされている人は55%だったのです。つまり、45%は診断を受けていなくて認知症のケアをしている。さらに基礎疾患も含めてアルツハイマーであるとかレビーであるとか診断がされている人の割合は、調査対象の4,657人の中で35%だった。だから日本の介護の現場というのは、診断なしでケアだけが先に回っている状況があるのです。これが一番根本的な問題です。他の病気だったら、確実に診断して、薬剤や生活の仕方、家族の関わりなどについての指導を受けて療養をスタートするべきであるはずのところ、その最初のボタンがかけられていない。そこが異

常と思わないところが問題で、その初期診断のディスクロージャーを含める初期の介入を抜きに、ケアが走っているということを問題視しなければならないのです」

程度の差こそあれ、認知症は進行を止められない病気であることを鑑みると、初期の軽い段階といえどもケアだけで対応することが適切なのか考える必要があるようだ。

## 8 初期集中支援チームにケアマネジャーが入る重要性

認知症の人が適切な医療とケアを継続的に受けられるために、初期支援段階からケアマネジャーを含め、多職種が関われる体制をつくることが重要だと平原氏は指摘する。そのために、平原氏がセンター長を務める地域連携型認知症疾患医療センターでは、担当している自治体の初期集中支援プログラムを作成した。初期支援からケアマネジャーに参加してもらった理由を次のように述べている。

「診断をディスクロージャーした後、多職種がどう関わるかとか、その辺のことはまだケアプランにならないからです。初期支援の認知症の軽い人には、地域のインフォーマルな体操クラブなどを利用してもらったり、要支援の認定が出ている人ならば、体操中心のデイサービスを週1回ぐらい利用するかもしれないけど、そういうことをやってもらって、進行を予防したりというようにするわけです。そういうプランを作れるようなケアマネジャーさんを増やそうということで、初期支援チームに入ってもらって、初期支援のプランを作って引き継ぐことをやっています。何か困りごとが起こってから介護が先に走って、実は診断はされていません、でもまあ、困ったところに手当てをしているというだけだと、後々非常に問題が大きくなってきます。そのため、ケアマネジャーさんが、診断直後からチームに入ってくることは非常に大事なことなのです」

## 9 高齢者の急性期医療モデルが確立していない

### (1) 救急病院に運ばれると、地域に戻れない人が多い

平原氏は、日本の高齢者の急性期モデルが非常に弱いという課題があると指摘する。そのため、急性期病院に救急で運ばれると、地域に戻って来られなくなる人が多いと言う。「けっこう見過ごされていることは、認知症そのものがすごく不安定な疾患であるということです。認知症がある人と同じ年代で認知症のない人の高齢者を比べると、3.94倍死亡率が高い。また、入院経験のある認知症の人と、外来だけで通っている人と比べると、やっぱり3倍ぐらい入院経験のある認知症の人のほうが死亡率は高い。つまり入院を経験したことがある認知症の人は、一般の高齢者よりも10倍以上死亡率が高いのです。だから、非常に不安定な状況にあって、急性疾患が非常に起こりやすいが見過ごされやすく、気づかれにくい。重症になってから搬送される。それも搬送した先の医療機関で簡単に拘

束される。そして機能が落ちて、地域の生活に戻ることが困難となるケースがすごく多い。だから、医療の問題は、認知症を時間軸で診ていく「かかりつけ医」だけの問題ではなくて、むしろ急性期病院のあり方のほうが相当大きな問題なのだと思います」

## **(2) 急性期病院で「嚥下障害」を作り出す**

さらに平原氏は、国のDPC（診療群分類別包括払い制度）に基づくデータを使った調査で、肺炎で急性期病院に入院した高齢者がどのような状態で退院しているのかを具体的に説明した。

「肺炎で入院した人のDPCを調べると、肺炎で入院した人の中で、4人に1人が肺炎後、喉の筋肉が痩せて食べれなくなって退院している。つまり胃ろうなどをしないといけない状況に近くなって退院しているということがわかっています。つまり急性期病院で、肺炎を起こすと喉の筋肉が痩せるのですが、適切な口腔ケアをして、嚥下評価をして、嚥下リハビリをして、体のリハビリもして、栄養管理をして、非常に短時間で完結するような治療もやって、総合的な力で肺炎からの立ち上がりをちゃんとすれば、もっと機能が落ちなくて済むわけです」

しかし、高齢者の患者に合わせた医療体制を整えている病院はほとんどないと言う。平原氏は、肺炎が治っても、胃ろうにせざるを得ない状態で退院させられる現状について、「これは急性期病院のあり方の問題で、ある意味、人為的というか、医療によって作られている嚥下障害だといえます」と指摘する。平原氏は、高齢者の急性期医療はどうあるべきかという思想に基づいて制度設計することと、病院の責任者が身体拘束しないと判断することが重要であると言う。

## **(3) 身体拘束しないために「看護の目」が重要**

そして、身体拘束をしないためには、看護が重要な役割りを担っているという。

「拘束をしないためには、看護の高度な技術が求められます。きちんと患者さんの行動を観察したり、その行動の意味付けをきちんとする必要があります。また、落ち着かない患者さんは、認知症だけの問題ではなくて、実は身体的な問題が大きな原因であったりします。それは不快感であったりするわけです。何が不快でこういう行動をするのかという視点をもつことです。そして、そういった看護の目があってなおかつ、それをチームで話し合うことが必要です。

例えば、こういう疾患に基づくものだからこういう薬で対応しようとか、こういうケアで改善できるんじゃないかとか、あるいはこれはお薬を使わざるを得ないねとか、そういうことをチームで仮説を立てて対策をして、それで検証して、またチームで別のアプローチも考えてみるといったチームアプローチが病棟でできていればいい。でもまずは、看護の目です。看護が気づくかどうか大切です」

## 10 認知症の高齢者への胃ろう造設について

ケアマネジャーへのインタビューの中で、A氏の担当した妻と二人暮らしの山田さんの事例を紹介した。この事例では、人生の最終段階での胃ろうの造設をしないことを、家族と医師、関係者だけで決めている。その中で「88歳の彼に胃ろうを造るの？（中略）ただただ生きれば良いという問題ではない」という発言がある。この事例のように、高齢であることから、胃ろうを断る家族は少なくない。山崎氏は、認知症の高齢者に胃ろうを造ることを「たんなる延命」とは考えていない。本人が本当に望む時期に必要なになる処置であれば、胃ろうは当然選択肢としてあってもよいと言う。その理由として、次のように述べている。

「胃ろうという言葉が一人歩きしているのだらうなあとと思っています。胃ろうというのは『入れ歯』と同じだと思うのです。入れ歯を作りますか作りませんかと言ったときに、これからも噛む元気がある人だったら作りますよね。噛む元気がなくなって、入れ歯を作ってもしょうがないと思えば、多分ご本人は入れ歯を作らないって言うでしょう。同じように、胃ろうも嚥下障害が早くくるタイプの認知症ってありますよね。逆に嚥下障害が老衰という時期になって出てくる場合もありますよね。入れ歯と同じように考えれば、嚥下障害が早く出てくる人の場合には、ご本人に聞いてみて、胃ろうをすればそれはご本人の選択だし、基本的にはやるべきだと思います。意思表示の障害がかなり強い人の場合、ご本人に確認しようがないので、こちらの経験をご家族に伝えます。その際、アルツハイマーなど、嚥下障害が後期に出てくるタイプの老化の場合、この時期に胃ろうをしても嚥下性肺炎は同じように起きてくるし、時間を伸ばしていろいろケアをするということも難しくなってくるという話をします。今は、ご家族のほとんどは、胃ろうはあまり好まないですので、たいてい胃ろうはしないでそのまま看取りましようということになる場合が多い」

## 11 多剤処方による健康被害は改善されていない

高齢化の進展に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、安全性の問題が生じやすい状況がみられる。そのため、厚生労働省では、「高齢者の医薬品適正使用の指針」の「総論編」（2018）<sup>19)</sup>と「各論編（医療環境別）」（2019）<sup>20)</sup>をそれぞれまとめた。しかし、上野氏は、多剤処方による健康被害は改善されていない状況にあると指摘する。

### （1）20種類以上の薬を与え続けたかかりつけ医

上野氏にケアマネジャーから20種類以上の薬剤を服用しているケースの相談が持ち込まれたことがある。そのケースでは、多くの精神科薬が処方されるようになってから、

BADL（基本的日常生活動作能力）が自立していた方が、立位保持が困難となってしまっていたという。精神科薬に関する知識が十分でないのに、患者さんの不定愁訴に対応しようとして複数の精神科薬を処方し、そのために BADL が急激に低下してしまっていたのである。上野氏は、多剤処方となった理由として次の要因が考えられると指摘する。

「医師は全ての薬に関する知識を持っているわけではありません。ガイドラインを見ただけでは、うまく処方することは難しい。この薬を出すとどのような効果があって、副作用が出たときはどのように対応するか、そういったシナリオを描けないと適切な薬の処方できません。精神科医療に関して訓練を受けていない医師が精神科薬を処方することには多くのリスクが伴うのです。」

安全な薬の使い方については、木之下氏も病棟では医師が常にいるので、薬の副作用や効果について観察できるメリットをあげている。木之下氏が外来の場で、薬の使い方について深く理解できるようになったのは、木之下氏自身が薬を処方した本人へのきめ細かな追跡調査によるものである。

「例えばアリセプトを処方する場合でも、副作用の説明に時間をかけて、それを書いた紙を渡して連絡先を聞き、処方した初日、3日、7日後に自宅に連絡を入れ、副作用が出たら、その場でクリニックに電話をしてもらうようにしています。ほかの薬剤についても、とりわけ精神科で処方されるものについてもそうしています」

## （2）自分の身を守る鍵は、患者側の医療知識の獲得

上野氏は、上記で紹介したような多剤服用による健康被害だけでなく、適切な医療を受けられるためには、医療サービスを受ける側が医療的な知識を身に付けることの重要性を訴える。その理由の一つとして、上野氏は「医薬品副作用被害救済制度」<sup>21)</sup>の救済対象が、「医薬品等を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用による健康被害を受けた方」となっている問題点をあげた。この制度の救済対象とならないケースとして、2014年9月、東京女子医大付属病院で起こった医療過誤がある<sup>22)</sup>。これは、脳腫瘍の治療のため入院した女性患者に対して、医師が添付文書に書かれた用量の16倍に当たる抗てんかん薬を処方したため死亡し、遺族は訴訟を起こした。このように、医師が薬に対する留意事項を認識せず、誤った薬の使用をして患者を死亡させるような過誤があっても、先の救済制度の適用にならない。

上野氏は「医師のミスでも、救済されず不利益を被るのは患者側である。医師の研修会があるたびに、薬の添付文書に関する説明もされ、不適切な薬の使用への注意が換気されるが、一向に改善の兆しはみえない。だからこそ、患者が被害を被らないためには、医療サービスを受ける側、そしてその支援者であるケアマネジャーや介護職も医療知識を持ち、患者の身を守る術を身に付けることが大切なのだ」と言う。

## 第5章 認知症施策のあゆみ

認知症高齢者の数は大幅に増加している。「平成 29 年度版高齢者白書」<sup>23)</sup> (2017)によると、2012 年は認知症高齢者数が 462 万人と、65 歳以上の高齢者の約 7 人に 1 人 (有病率 15%) であったが、2025 年には約 5 人に 1 人になると推計されている。ここでは、認知症施策の経緯を、具体的事例を交えて概説する。

### 1 措置制度から契約制度へ

約 30 年前、私の祖母は、新潟県佐渡島の特別養護老人ホーム (以下、特養) に入所していた。介護保険制度ができる前の措置制度の時代であった。祖母が他界する半年前、両親とともに初めて施設に面会に行った。小学校 4 年のとき最後会ってから、14 年ぶりだった。その頃、祖母は、今でいう認知症の症状が出た上、寝たきり状態となっていた。

祖母が寝ている部屋に入って、私は愕然とした。暗い大きな部屋にベッドがずらっと並び、そこに枯れ木のような高齢者が大勢、ピクリともせずに寝ていた。一瞬みんな生きているようには思えなかった。カーテンの仕切りさえなく、プライバシーも保てない環境だった。こんなところに祖母を一人入所させてしまったのだ、と申し訳ない気持ちでいっぱいになった。

現在の特養は、一部屋多くても 4 人部屋程度で、ベッドはカーテンで仕切られており、当時に比べればプライバシーの配慮はされている。

今から振り返ると、施設に入所できたのは、「まし」だったのかもしれない。当時、在宅生活が困難となった認知症高齢者の行き先は、精神病院や老人病院だった。1980 年代頃まで、認知症は精神疾患の一種とされ、医療の対象であって、福祉の対象ではないという認識が一般的だった<sup>24)</sup>。

2000 年に介護保険制度が施行され、措置制度から、利用者が自らの意思でサービスを選択できる「契約制度」に移行した。

措置制度の時代、母親を介護した経験があり、今は、夫を介護している女性は、「あの頃は本当に大変だった。体の不自由な母を風呂に入れるのも一苦労だった。今はいろいろなサービスが使えて、本当に助かっている」と述べている。

たしかに、行政の職権で、サービスの必要性を判断し、支給するサービス内容を決めていた時代に比べると、利用者側がサービスを選択できる介護保険制度は、家族の介護負担の軽減に一定の効果を上げてきたと評価できる。

しかし、中井健一氏 (2009) は、措置から契約への制度変更に伴い新たな課題が出現したと指摘する。それは、重度の知的障害、精神障害、認知症の人など、自らの意思を表明することに困難を抱える人々の自己決定権の行使をどう実現するかという課題である。

<sup>25)</sup> この課題については、第 3 章で、認知症の人たちの支援をしているケアマネジャーのイ

インタビューをとおして、現場ではどのような取り組みがなされ、どのような課題があるのか検証を試みた。

## 2 高齢者施策に影響を与えた提言「2015年の高齢者介護」

2003年、日本の高齢化に重大な影響を与える戦後のベビーブーム世代が65歳以上になりきる2015年に備え準備すべきことを描いた「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアに向けて」<sup>26)</sup>を厚生労働省は提言した。

この中で、高齢者が介護を必要となってもその人らしい生活を自分の意思で送ることが可能となるケアの実現が重要であるとした。この提言の「3.新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」では、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチをすることが示されている。この提言は、高齢者介護施策の基盤となり、これ以降の施策に影響を与えた。

## 3 「痴呆」から「認知症」へ

2004年、それまで「痴呆」という表現は、侮辱感を感じさせ、実態を正確に表していないとして、厚生労働省では、「『痴呆』に替わる用語に関する検討委員会」<sup>27)</sup>を設置し、「認知症」へと呼称変更した。

この変更に伴い、翌2005年、「認知症を知り地域をつくる10ヶ年構想」<sup>28)</sup>が策定された。この構想では、認知症への正しい理解を広めるための普及啓発活動として、「認知症サポーター100万人キャラバン」を展開することが盛り込まれた。認知症サポーター<sup>29)</sup>は、認知症に対する「正しい知識と理解」を持ち、「地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けすることを目的とする」としており、その養成講座は現在も継続されている。

また、同構想と直接の関係はないが、専門職への「認知症サポート医養成研修」<sup>30)</sup>「かかりつけ医認知症対応力向上研修」<sup>31)</sup>などが同じ時期に開始され、現在の「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」<sup>32)</sup>にも盛り込まれている。「認知症サポート医養成研修事業」は、2005年より厚生労働省が国立長寿医療センターに委託し、都道府県・指定都市が実施主体となり研修を開始した。本論文でも触れたとおり、認知症サポート医養成研修は、かかりつけ医への研修・助言をはじめ、地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師の養成を目的とするものである。

## 4 生活モデルを強調した「オレンジプラン」

2012年、民主党政権のもと、厚生労働省は、「認知症施策検討プロジェクトチーム」

33) をつくり「今後の認知症施策の方向性について」<sup>34)</sup> をとりまとめた。

日本精神病院協会（以下、日精協）と密接な関係があり、「認知症は精神病院へ」を支持してきた自民党政権下ではできなかった報告書だった。

これは、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」<sup>35)</sup>（2008）、社会保障審議会介護保険部会での「介護保険制度の見直しに関する意見」<sup>36)</sup>（2010）、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2Rとりまとめ」<sup>37)</sup>

（2011）等での議論を再検証し、今後目指すべき基本目標とその実現のための認知症施策の方向性について検討したものである。

この提言は、「これからの認知症施策の基本的考え方」の中で、「かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない」と述べている。役所の慣例を破り、過去の政策を反省したことは注目に値する。

この提言では、これまでの認知症のある人に対する非人道的扱いを反省し、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すとした。「早期発見・早期治療」という従来の考え方を、「早期発見・早期対応」に変え、「認知症患者」を「認知症の人」と表現して、精神科病院と距離をおいたことも画期的と言える。

そして、この提言をベースに策定されたのが「認知症施策推進5ヶ年計画（オレンジプラン）」<sup>38)</sup>（2012）である。この計画では、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ②早期診断・早期対応 ③地域での生活を支える医療サービスの構築 ④地域での生活を支える介護サービスの構築 ⑤地域での日常生活・家族の支援の強化 ⑥若年性認知症施策の強化 ⑦医療・介護サービスを担う人材の育成の7つの柱で構成されている。

「早期発見・早期治療」を「早期発見・早期対応」とし、英国に学んだ初期集中支援チームを盛り込んだことも注目された。

## 5 精神科病院は認知症医療の司令塔 「新オレンジプラン」

2015年、オレンジプランの改訂版として「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が作成された。このプランは、内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省及び国土交通省といった関係省庁が共同で作成された点が、これまでのプランと大きく異なる。

新プランでは、2012年のオレンジプランを引き継いで、「認知症の人の意思が尊重さ

れ、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」を目指すとしている。

これに、「認知症の人やその家族の視点の重視」が盛り込まれた。ここまでは厚生労働省の原案だった。ところが、これに、政権交代した自民党の意向で書き加えられることになった。

民主党政権下のオレンジプランでは、医療よりも生活が強調されていたのに反して、自民党政権のもとでつくられた新プランでは、それに逆行した内容となったのだった。

具体例をあげると、新プランの問題には、「(認知症の)容態に寄りもってもふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現」と書かれていることだ。これについて、上野秀樹氏(2016)は、認知症のある人は環境の変化により症状が悪化しやすい。にもかかわらず「循環システム」に入れ込むことは問題である<sup>39)</sup>と指摘している。新プランはまた、精神科病院を認知症治療の司令塔と位置づけている。

上野氏は、認知症の全経過を通じて約8割の人に精神症状が出現することがあり、認知症において精神症状は珍しくないと述べる。こうした現状の中で精神症状のある認知症の人を簡単に入院させてくれるような精神科病院があると、ケアマネジャーなどが安易に精神科入院に頼ってしまいがちになること、その結果精神症状に対応できる地域力、認知症を支える仕組みが育たないことを、自身の経験から語っている。

## 6 「予防重視」を強調する「認知症大綱」

この新オレンジプランが策定された4年後の2019年、認知症関係施策を強化するため、「認知症施策推進大綱」<sup>40)</sup>最終案が発表された。この大綱の5つの柱のうち、「普及・本人発信支援」では、日本認知症本人ワーキンググループ(JCWG)の「認知症とともに生きる希望宣言」<sup>41)</sup>をもとに、「認知症本人大使(希望宣言大使〔仮称])」の創設、世界アルツハイマーデーや月間のイベント等での、本人からの発信の機会の拡大を推進するとしている。また、認知症本人による相談活動や、認知症本人同士で語り合う「本人ミーティング」の開催にも言及している。

しかし一方、この大綱は、重大な問題を含んでいた。大綱の基本的考え方として「共生」と「予防」を車の両輪として推進するとし、「予防重視」の視点を盛り込んだことだ。

そのため、「認知症の人と家族の会」から「認知症の人を減らす数値目標が示されることで、偏見を助長し、自己責任論に結びつきかねない」<sup>42)</sup>という批判が出た。これを受けて、「『予防』とは、『認知症にならない』という意味ではなく、『認知症になるのを遅らせる』『認知症になっても進行を緩やかにする』という意味である」という定義を加筆するに至った。

以上、認知症施策の流れを見てきた。どの施策も建て前としては、本人の尊厳・意思の尊重が盛り込まれているが、日精協と親密な関係にある自民党が政権に返り咲いたことにより、その姿は変容している。とくに新オレンジプランから、「循環型のしくみ」「精神科病院を認知症医療の司令塔に」という精神科医療への依存度を助長する施策が登場した。これは、地域で生活することを前提とした認知症施策を展開するヨーロッパ諸国<sup>43)</sup><sup>44)</sup><sup>45)</sup>と正反対の道である。

## 第6章 精神科医療への認知症の囲い込み

厚生労働省は、「入院中心医療から地域中心生活へ」の理念を打ち出し、2011年、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（R2 認知症と精神科医療）とりまとめ」を発表した。この中の「基本的考え方」で、「入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支える」とある。退院支援については、その目標値として「平成32年（2020年）度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月とする（現在の6ヶ月から大幅に短縮）」<sup>46)</sup>と明記されているが、入院者数を減らす目標値については言及されていない。議論の中で精神障害者家族会連合会の委員からは、「入院に関する目標値がない」ことが指摘されたが、これに対し日本精神科病院協会（以下、日精協）の委員からは「（とりまとめ案では）『入院を前提と考えるのではなく』と書かれており、皆が了承した上で議論が進んできた」と押し切られたかたちとなった<sup>47)</sup>

「精神病床における入院患者数の推移（疾病別内訳）」<sup>48)</sup>（図2）をみると、入院患者数は年々減少している。一方、疾病内訳では、今まで多くの割合を占めていた統合失調症の入院患者数は減少傾向にある反面、認知症の入院患者数が徐々に増えていることがわかる。

精神科病院の9割は入院収入である。入院患者数が経営の明暗を決める。94%~90%では「黄色信号」、80%台に入ると「赤信号」が灯り、数年間放置すると倒産の危機に陥

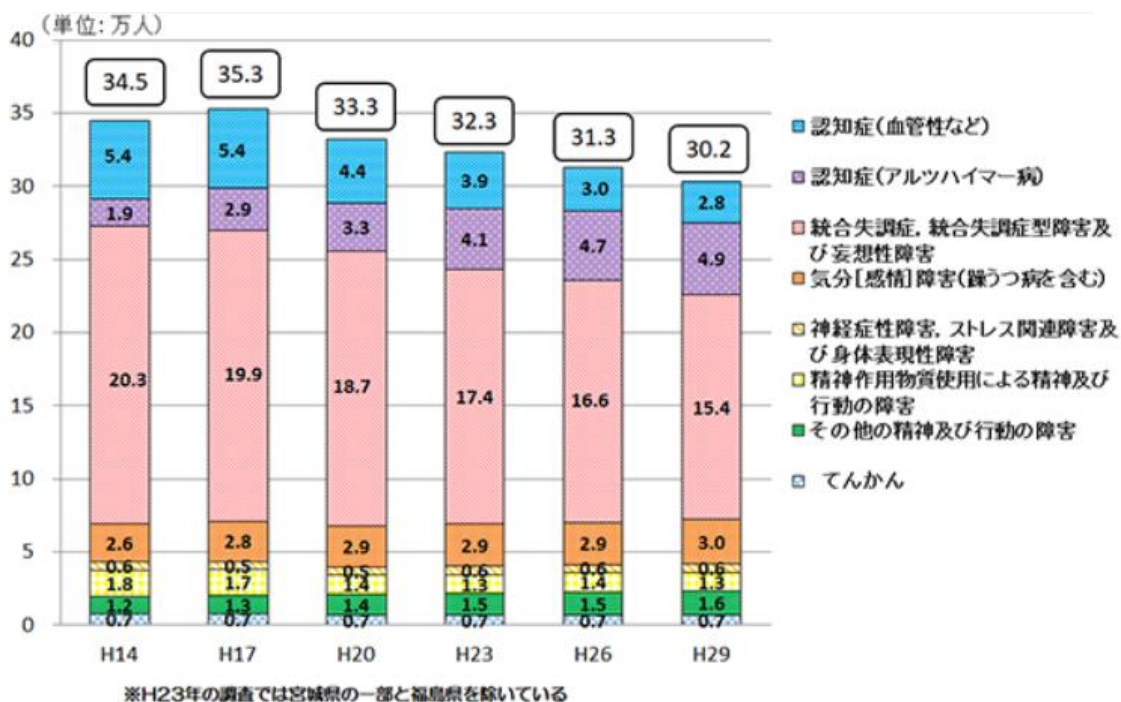


図2 精神病床における入院患者数の推移(疾病別内訳)  
厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

る。100%台の時代は、1986年に終わり、2006年後半からは80%台に。病床利用率が70%になると病院の経営は成り立たない。

ところが、①統合失調症の「いわゆる軽少化」②薬物療法の普及 ③高齢化した入院患者の死亡が重なって、入院患者の数が減っていくという現象が進んだ。そこで、認知症と診断された人を精神科病院に入院させるしくみが、日精協の意向で作られることになった。認知症の人の精神科病院への入院を促進するため、1988年に「老人性痴呆疾患専門治療病棟」、1991年に「老人性痴呆疾患療養病棟」の制度が創設された。

もしも、他の先進諸国同様に「認知症の人を精神科病院に入院させない」という政策をとれば、入院患者の比率はベッド数64.7%になり、経営が成り立たなくなる。こうして認知症⇒精神科病院への入院という日本独特の現象の制度的基盤が確立することになった。

「入院中心医療から地域中心生活へ」と理念は掲げているが、先の日精協の委員の発言からも、本腰を入れた改革が進まない背景には、精神科病院側の「精神科病院への認知症の囲い込み」という本音が透けて見える。

現に、「主な国の病床数の比較」(図3)のPsychiatric care beds(精神病床数)では、7ヶ国中で病床数がずばぬけて多いのが日本の331,700床(2017)で、2番目のフランスの56,014床(2017)よりも、275,686床も多く突出している。精神科病院を廃絶したことで有名なイタリア<sup>49)</sup>をはじめ欧米諸国では、認知症や精神疾患がある人は

病床数							(床)
	調査年	Total hospital beds	Curative (acute) care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other hospital beds※	Psychiatric care beds
カナダ	2018	92,466	71,909	4,426	15,784	347	12,575
フランス	2017	399,865	206,619	105,725	31,507	56,014	56,014
ドイツ	2017	661,448	497,182	164,266	0	0	106,176
イタリア	2017	192,548	158,891	25,131	8,526	0	5,562
日本	2017	1,653,234	987,237		334,297	331,700	331,700
英国	2017	167,589	139,647				25,398
米国	2016	894,574	787,683	15,700	58,686	32,505	67,769

人口1,000人当たり							(床/人口1,000人)
	調査年	Total hospital beds	Curative (acute) care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other hospital beds※	Psychiatric care beds
カナダ	2018	2.5	2.0	0.1	0.4	0.0	0.3
フランス	2017	6.0	3.1	1.6	0.5	0.8	0.8
ドイツ	2017	8.0	6.0	2.0	0.0	0.0	1.3
イタリア	2017	3.2	2.6	0.4	0.1	0.0	0.1
日本	2017	13.1	7.8		2.6	2.6	2.6
英国	2017	2.5	2.1				0.4
米国	2016	2.8	2.4	0.1	0.2	0.1	0.2

※日本、フランスのOther hospital beds(その他)とPsychiatric care beds(精神病床)は重複計上

\*"OECD Health Statistics 2019"から作成。英国は一部内訳なし。

図3 主な国の病床数の比較

前田由美子. 医療関連データの国際比較—ECD Health Statistics 2019—日医総研リサーチエッセイ.77. 日本医師会総合政策研究機構.2019.P17

地域で生活することが常識となっている。いまだ認知症のある人を精神科病院に入院させることは「致し方ない」とする日本の状況は、国際的に見ても異常であることを認識すべきである。

## 第7章 認知症とともに生きる人の権利と、RBA（権利ベースのアプローチ）

認知症の当事者運動や認知症施策の分野で現在、国際的に注目されているのが、「RBA（権利ベースのアプローチ）」である。RBAは、90年代の後半より国連機関や、先進工業国の援助機関、国際的なNGOにより採用されてきた。<sup>50)</sup>

RBAの「Rights」とは、私法上の権利ではなく、憲法上に象徴される公法上の権利であり、人権と言い換えてもよい。自分が思ったことを自由に主張すること、自分が選んだ場所に住むこと、自由に学ぶこと、病気になったら医療を受けること、これらは、誰もがあたりまえにもっている「人権」であり、憲法でも保障されている。そして、人権は、権利の一種である。人権は、人がその人らしく生きるために重要な権利である。

RBAでは、貧困や障害などのために奪われたり、諦めたりした「あたりまえのこと」を、本人と一緒に取り戻す責任を周囲が自覚し、実践を求めるものである。

RBAを説明するとき、よくあげられる例として、貧困のため学校に行けない子どもの教育の保障に対するアプローチ<sup>51)</sup>がある。子どもたちが学校に行けるように奨学金を与えても、奨学金を出す団体がなくなれば、子どもたちは学校に通えない状態に逆戻りしてしまう。RBAは、このような対処療法的な問題解決策ではなく、権利に基づいたアプローチを行う。RBAではまず、子どもが学校に行けない状態を「子どもが教育を受ける権利が奪われている」とみなす。そして、子どもは学校に行く権利をもつ「権利保有者」であり、その親や学校、行政は子どもを学校に行かせる責任をもつ「債務履行者」である。RBAでは、権利保有者である子どもが、「学校に行くことが権利である」ことを主張できるようにエンパワーしていく。そして、債務履行者である親や学校、行政に働きかけ、学校に行けるようにするにはどうすればいいかを話し合う場を設け、地域全体で権利意識の向上をはかり、貧富に関わらず、学校に行くことが当たり前であるという社会規範を形成する。

RBAを認知症に焦点をあて説明すると、「権利保有者である認知症の本人が自らの権利を知り、主張できるようにし、権利の尊重、保護、実現に責任を負う債務履行者である個人や組織の能力と説明責任を高めること」となる。つまり、①認知症の本人が自らの権利に気づき、本人の力を発揮できるようにし（エンパワメント）、②本人の望む生き方を築くことができるよう、本人との対話や交流をしながら環境を調整すること、この二つが周囲の責任として求められる。

RBAを認知症施策に取り入れた国として、その先陣を切ったのはスコットランドである。2009年、スコットランドは当事者参画で「スコットランド認知症の人とケアラーの権利憲章」を策定した。この権利憲章は、RBAと障害者権利条約（2006）が基盤となっている<sup>52)</sup>。

また、障害者権利条約も、RBA に不可欠な「当事者参画」で策定された。この障害者権利条約は、障害者のために新たな権利を定めたものではなく、今の基本的人権と自由を有することを改めて保障したものである。つまり、障害をもつことで奪われてきた権利を回復する意味をもつ。これは認知症のある人にとっても同様である。

障害者権利条約で注目すべき点は、医学モデルから社会モデルへの転換である。医学モデルとは、障害をもつことで被る社会的不利益は、心身機能の障害が原因で「個人」の問題であるとする考え方である。一方、社会モデルは、心身機能の障害に注目するのではなく、社会的不利益は、その障壁を作り出している「社会側の問題」であるとする考え方である。そのため、障害者権利条約の第2条<sup>49)</sup>では、「合理的配慮」をしないことは差別になると明記されている。合理的配慮とは、障害者が何らかの助けを求める意思を表明したときに、相手に過度な負担とならない範囲で社会的障壁を取り除く便宜をはかることである。社会モデルへの転換と共に、合理的配慮が不可欠であることが障害者権利条約で示されたことは、障害者が権利の主体として社会への参画を促進する上で重要な働きをすることとなった。

RBA は、日本での認知度はまだ高くないが、国際的には、障害者に限らず、子どもや環境、貧困問題などあらゆる分野で採用が進んでいる。今後日本でも、認知症当事者の人権をベースにした政策を策定していく上でも、このような国際的な新たな潮流を無視することはできないであろう。

## 第8章 認知症のケアと医療のこれから

以上、当事者、ケアマネジャー、医師のインタビューをとおして、認知症のケアと医療が、介護や医療の現場でどのように取り組まれているのかを見てきた。ここでは、以上見てきたことに基づいて、認知症のケアと医療に求められることをまとめてみたい。

### 1 本人と家族の意向のギャップをいかに埋めるか

認知症当事者の中村成信さんは、ケアマネジャーに求めることとして、本人の話しをよく聞き、情報を収集し、本人の意向を実現するにはどのような支援が必要かを提案してほしいということをおっしゃっている。佐藤さんは、自分の要望に真摯に向き合わないケアマネジャーに対して「親切じゃない」という印象を抱いてしまい、相談相手として期待しないようになった。

「東京都における介護サービス苦情相談白書」<sup>53)</sup>（2020年）の居宅介護支援の苦情内容（図4）をみると、「説明・情報の不足」が約2割を占めている。利用者の意向をくみ取り、適切なサービスを提案するには、情報収集と利用者への十分な説明が求められるが、その役割が不十分である実態がうかがえる。

また、今回インタビューしたケアマネジャーは、ケアマネジメントを行う上で、本人の意向をくみ取ることが重要だと述べてはいるが、実際には、本人の意向に沿った支援が必ずしも十分実現できていない側面も語っている。

ケアマネジャーのインタビューの中で示したとおり、その要因の一つとして、本人と家族の意向の違いから、主介護者である家族の意向に寄ったケアプランになりがちになる課

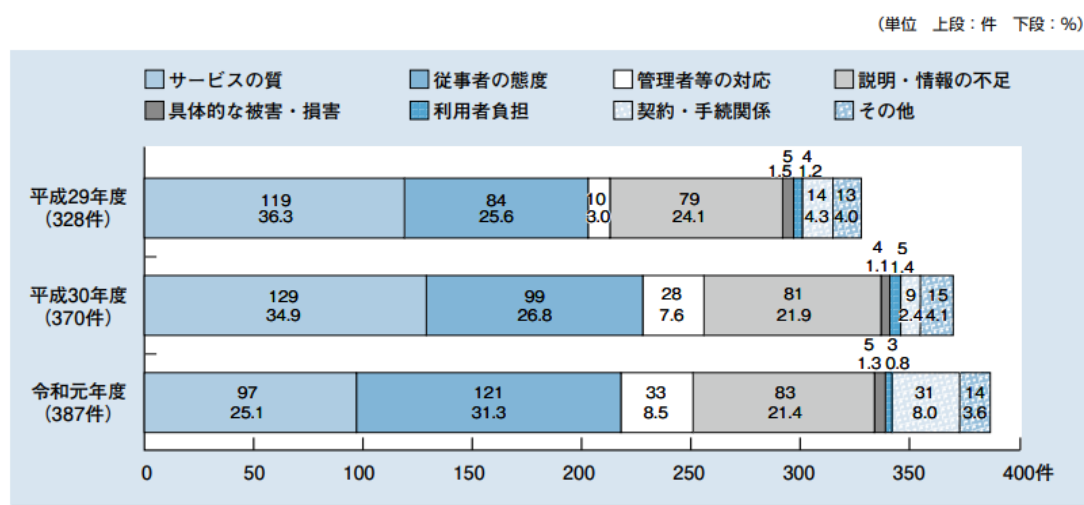


図4 居宅介護支援の苦情内容

東京都国民健康保険団体連合会. 東京都における介護サービス苦情相談白書介護保険創設 20周年号. 2020 P51

題があげられた。本人の意向よりも家族寄りのケアプランとなる要因としては、①家族のライフスタイル ②家族の認知症に対する理解の程度 ③家族が金銭管理をしているといったことがあげられた。また、経済状況自体に問題があり、必要なサービスが入れられないという理由をあげたケアマネジャーもいる。

本人と家族がともに安心して暮らせるように支援するためには、本人と家族の意向のギャップをいかに埋めるか、その工夫が求められている。また、経済問題が原因の課題については、ケアマネジャー一人の力では対応が困難である。とくに生活保護受給にまで至らないケースについては、既存の制度では対応できない面がある。個々の状況に応じた柔軟な支援ができるしくみの構築が求められる。

認知症に対する家族の理解に関しては、ケアマネジャーのE氏、I氏の担当した事例から、主介護者の交代により、本人と家族のコミュニケーションが良くなったことや、家族自身が認知症への接し方を学ぶことで、本人が穏やかに生活できるようになったことが示された。

家族の認知症への理解を深めるための支援として、医師の担う役割も大きい。ケアマネジャーのJ氏が参加した事例検討会では、家族も参加し、主催者の医師より、認知症に関する説明を受けたことで、家族が本人の気持ちを理解することができたこととある。また、医師へのインタビューの中で、平原氏が、家族への教育的支援の重要性を語っている。診断初期からの診断ディスクロージャー（情報開示）により、治療についての理解が深まり、ケアについてのアドヒアランスが良くなると述べている。

## 2 本人抜きで話し合うから問題が生じる

ケアマネジャーの語りから、まず家族と支援者だけで話し合いをし、支援の方向性や具体的なサービスの内容を決めてから、本人の了解を得る形をとるパターンが多いことがわかった。その理由として、I氏は、「本人にとってあまり聞きたくない内容がたくさんある」から、率直な話し合いができるために、まずは本人抜きで話し合いをすると述べている。たしかに、本人の前で言いにくいことも多々あることは理解できる。しかし、それは、家族や支援者の都合を優先させるケアになる危険性もはらんでいる面もある。

石原哲郎氏（2020）は、認知症のある人にまつわる問題の多くは、そもそも本人抜きで話がなされるために生じていると指摘する。本人抜きで話し合いを進めた結果、本人に自己決定のないアドバイスを強いることになり、本人が反発的な態度示したり、その状況を我慢することを強いられたりしていくことになる。<sup>54)</sup>本人不在で支援内容を決め、最後に本人に了解を得る形をとったとしても、それをもって本人の自己決定であると、はたして言えるのだろうか。

石原氏は、本人が話し合いに参加する際の3つの注意事項として①本人と家族、周囲の人の立ち位置を把握する。②関係者全員がそれぞれの意見を聴き、違いを共有する。③実際に

なんらかのアクションを起こす、をあげている（図5）。

①では、本人、家族、医師、介護職などそれぞれの立ち位置が違う人たちの中で、まず本人に誰がどの程度関わっているのか、誰に決定権があるのかを把握する。本人に深く関わっている人の参加はとくに重要である。関係者全員で情報を共有することで、自己決定に必要な意思疎通を図ることができる。

②では、参加者の一人がファシリテーター役となり、参加者一人ひとりの意見をまず全員で聴き、課題が生まれてくる原因がどこにあるかを探っていく。③では、参加者一人ひとりが、自分の行動を変えることを促す。

本人よりも意思決定に強い影響を与える人がいる場合には、ここに対話は生まれず、本人の望まない結果となる。そうならないためには、家族や支援者は、理念としての権利を基盤としたアプローチやパーソンセンタードケア（認知症の人との関わりに際して、パーソンフッド〔人として見ること〕を大切にして、誠実なコミュニケーションを行うこと）<sup>55)</sup>を学び、話し合いに生かしていくことが求められる。<sup>56)</sup>

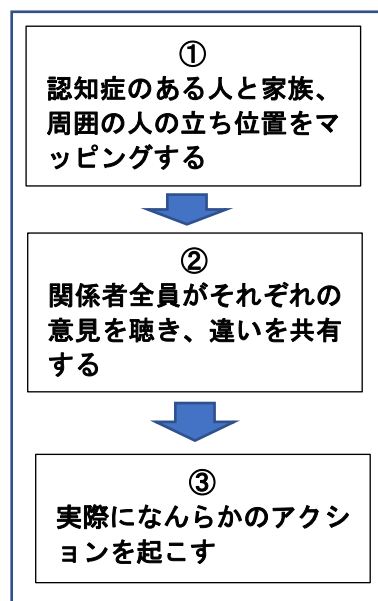


図5 課題にかかわるときのステップ

石原哲郎. なぜ認知症のある人とうまくかかわれないのか？本人の声から学ぶ実践メソッド. 中央法規出版, 2020 P198 の図を加工

### 3 医療は、本人の生活状況を把握することの重要性を認識すべき

ケアマネジャーの語りから、医師に求める役割として、適切な診断と薬の処方と困りごとなどの生活面での相談にも応じてほしいという意見があった。また、当事者の中村さん、佐藤さんからも、話をよく聞いてくれ、本人の生活状態をよく把握してほしいという要望があった。しかし、実際は、この役割を十分果たしている医師は多くはいないという課題があげられた。

#### (1) 認知症の人の声を治療に生かす

繁田雅弘氏（2020）<sup>57)</sup>は、認知症専門医として本人や家族との対話の経験から、コミュニケーションの際の留意点を図6のように示している。

「1. 本人に対して誠実である」では、治療者自身が医学・医療の限界を受け入れた上で、本人や家族とともにその限界に臨む姿勢が、本人や家族に対する治療者の誠実さであると述べている。これは、医師へのインタビューで山崎氏が「医学モデルだけでは太刀打ちできないという現実をきちんと飲み込んだ上で専門性を発揮」すべきだと語ったことと共通する。

ここに示した 10 個の留意点で共通しているのは、医療者が、本人が感じている喜びや悲しみ、苦痛や不安をともに共有し、認知症という旅路のパートナーとして臨む姿勢である。認知症の人を患者として見る前に、人として向き合うことの重要性も示している。

そして、認知症のあるなしにかかわらず、本人の真の声を引き出すためのコミュニケーションは、医療者にとって大切であるとも言えるだろう。

1. 本人に対して誠実である
2. 意思を引き出す
3. 病気に対する認識を意識する
4. 陰性感情を話題に取り上げる
5. 努力や忍耐に敬意を払い称える
6. 生きがいや過去の達成感を言語化してもらう
7. 自分のニーズに気づいてもらう
8. 身体感覚に関心を向けてもらう
9. 「本人の力になりたい」という家族の想いを本人に伝える
10. 褒めるのではなくともに喜ぶ

#### 図 6 認知症の人への精神療法の要点

繁田雅弘：認知症の精神療法—アルツハイマー型認知症の人との対話。HOUSE 出版。2020。P42

## (2) 薬の問題は、医師だけでなく薬剤師にも責任あり

薬の適切な処方については、医師のインタビューの中で、上野氏は、主治医から 20 種類以上の薬を処方され健康被害にあった患者の例をあげ、ガイドラインがあっても、薬の調整を適切に行うことは困難であると指摘した。また、多剤服用や不適切な薬の投与による健康リスクは改善されていないこともあげて、医療サービスを受ける側や支援者が医療知識をもち、患者の身を守る術を獲得することの重要性を訴えた。

たしかに、支援業務を行うケアマネジャーは、本人が適切な医療を受けられるサポートをするために、医療知識を身に付けることは必要であろう。しかし、介護保険サービスを利用していない人にはケアマネジャーがいない。また、皆が医師並みの知識を獲得することを求めるのは難しいだろう。日本薬剤師会や各都道府県の薬剤師会で薬の相談窓口を設けている<sup>58)</sup>ので、それらを利用する方法もある。本来なら患者にとって身近なかかりつけ薬局が相談窓口として、医師と患者の橋渡しの役割を果たしてほしいところだ。しかし、上野氏によると、医師と薬剤師には上下関係に近い関係性があるため、医師の薬の処方に疑問があったとしても、それを医師に伝えたり相談したりすることは現実的には難しい状況もあるということだ。

## 4 認知症サポート医の存在意義を問い直す

医師に関連する課題としては、認知症サポート医制度がうまく機能していないという実態が、医師の山崎氏の語りからその一旦が垣間見えた。愛知県安城市の八千代病院神経内科部長 川端信也氏（2016）は、かかりつけ医と認知症専門医との中間に位置し、「両者

の橋渡し」という位置づけ自体に無理がある指摘する。その理由として、かかりつけ医・非専門医が認知症の診療で困ったときは、認知症サポート医に相談するよりも、認知症専門医あるいは認知症専門医療機関に病診連携などを介して直接照会しているのが実情だとも言う。<sup>59)</sup>

認知症サポート医の課題は、その養成講座の中身にも改善すべき点が指摘されていた。事業を委託されている国立長寿医療研究センターでは、教材の改定作業を行い、現在、認知症サポート医研修で使用している教材は、2020年3月に一部改訂されたものである。「認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業報告書」(2020)によると、改訂された理由として、「これまでの認知症サポート医養成研修の内容は『認知症の診断』に重きを置かれていた。認知症の人と家族の生活を全病期にわたって支えるために、認知症と診断された後の包括的な支援方法についても研修内容に含めるべきである」ということがあげられている。<sup>60)</sup>改訂された教材(スライド)では、日本認知症本人ワーキンググループの「認知症とともに生きる希望宣言」や、意思決定支援ガイドラインなどが追加され、本人の尊厳や意向を重視することの大切さや、診断後の本人・家族の生活を支えるために必要な情報も盛り込まれている。

これまでの批判を受けて改良しようという姿勢は見て取れる。ただ、これだけの分量をたった2日間で学び、実践に生かせるまでのレベルに引き上げることについては、まだ改善の余地はある。また、先に述べた「専門医とかかりつけ医の橋渡し」の存在が希薄という指摘もある。認知症サポート医がもっと地域で身近な存在となるよう、その役割やシステムのあり方を再度見直すことが必要だろう。

## 5 急性期医療は、退院後の生活の安心につながる体制の構築を

身体拘束の問題は精神科病院だけでなく、急性期病院に入院する高齢者も例外ではない。医師へのインタビューの中で平原氏は、わが国では、高齢者の急性期医療モデルが確立していないことを指摘した。そのため、高齢者が急性期病院に救急で搬送されると、地域に戻ってこられなくなる人が多いという問題点をあげた。とくに認知症のある人が急性期病院に入院した場合、「安全」の名のもとに、ルーチン的に身体拘束をすることから、嚥下機能や身体機能の低下により、口から栄養を摂取できない状態になったり、歩けない状態で退院させられ、地域での生活が困難となることも少なくないという。平原氏は、高齢者の急性期医療モデルを確立するための重要な要素の一つとして、拘束をしない看護の体制づくりをあげている。

「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査」(2016)によると、一般病棟(7:1/10:10看護)93.1%、一般病棟(13:1/15:1看護)94.7%、地域包括ケア病棟98.6%、回復期リハビリテーション病棟91.5%とかなり高い割合で身体拘束を実施していることがわかる。<sup>61)</sup>このような状況を踏まえ、日本看護老年学会では、2016年、「『急

性期病院において認知症高齢者を擁護する』日本老年看護学会の立場表明 2016」<sup>62)</sup>を  
 発表した。その中で、認知症高齢者の尊厳や意思を尊重し、身体拘束を当たり前しない  
 医療とケアを目指すことが盛り込まれている。また、急性期病院における身体拘束をしな  
 い看護の取り組みも発表されている<sup>63)64)65)66)</sup>。これらの取り組みは、まだ少数ではある  
 が、病院での身体拘束をなくす意識は高まっていることはたしかである。

入院による生活機能の低下を防止し、安心して地域での生活に戻れるよう、入院時から  
 退院後の生活を見据えた医療体制が、どこの病院でも当たり前を実施されるようになるこ  
 とを期待したい。

## 6 「認知症サポーター養成講座」は、認知症の偏った理解を助長する

認知症の人の人権が認められ、暮らしやすい社会とするためには、地域に住む人たちの  
 認知症への理解を深めることが必要である。「認知症の理解を深める啓発活動」として始  
 まった「認知症サポーター養成講座」は、受講生数が国からの補助金に反映すると信じら  
 れたことから各自治体で開催が進められ、2020年9月30日現在、認知症サポーター  
 は、12,773,939人までに達している<sup>67)</sup>。(図7)。

この認知症サポーター養成講座について、山崎氏と上野氏は、当講座で使用しているテ  
 キスト「認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう」の内容の間

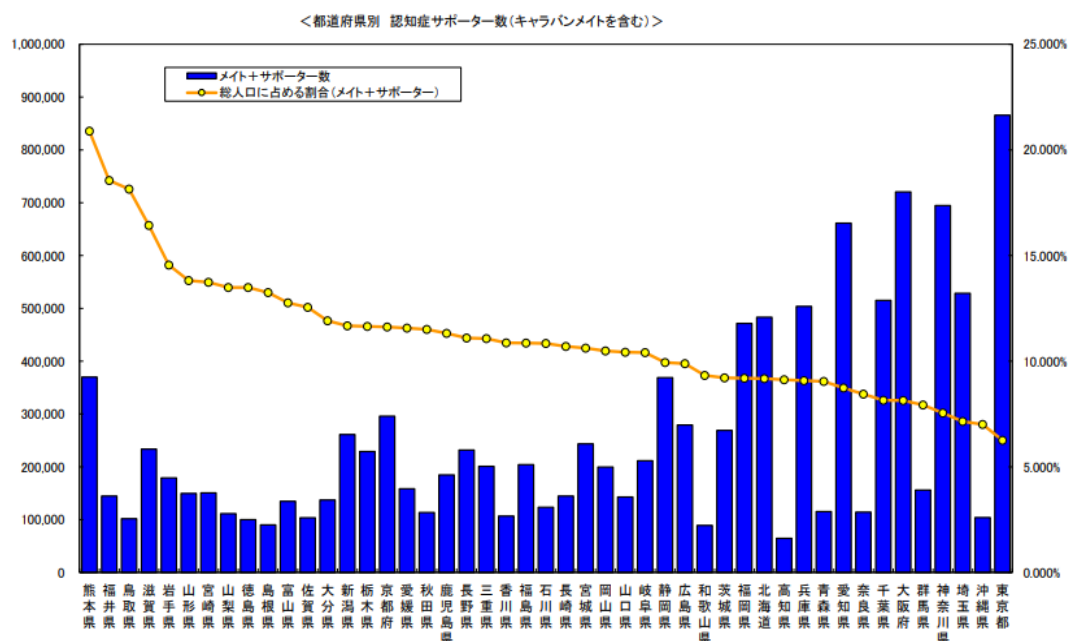


図7 都道府県別キャラバン・メイト数、認知症サポーター数、開催回数 自治体・  
 地域における養成数(自治体型) ※令和2年9月30日現在(令和2年9月30日までに提  
 出された実施報告書に基づく) 全国キャラバン・メイト連絡協議会。「認知症サポーターキャ  
 ラバン」実施状況. 2020

題点を指摘した。まず問題なのは、「認知症への適切な理解とは、何を指すのか」ということである。

### (1) 認知機能障害による「困りごと」の対応のみに注目することの問題点

上野氏は講座の問題点として、認知症の人の支援に重要な「認知症の改善可能な部分に働きかける」説明が不足していることを指摘している。なぜ、改善可能な部分に働きかけることが、認知症の支援にとって重要なのかと言えば、認知症の障害はあっても、適切な働きかけがあれば、その人らしさ（パーソンフード）を保ち、ふつうの生活ができるからである。テキストを見ると、治療可能な認知症や、適切なケアで症状を緩和することが可能な行動・心理症状について説明はしている。しかし、問題なのは、個々の症状だけに注目した説明しかされていないことにある。

「第1章4 行動・心理症状と支援」(P12~P15)では、さまざまな行動・心理症状の具体例とその対応方法が示されている。例えば、「身の回りの動作に支障がでてきまず」の項目では、「①トイレの場所がわからなくなります」「②衣類の着脱に手間取って汚してしまうことが起こります」「③尿意・便意を感じにくくなります」といった排泄の失敗の具体例とともに対応方法が説明されている。この他、「周辺の人が疲弊するもの盗られ妄想」「日常生活に支障が出てくる行動障害」という行動・心理症状があげられ、同じように具体例があげられ対応方法を説明している。

この説明を読んでいると、周りの人の「困りごと」「介護負担」ばかりに焦点が当てられ、認知症になると、周りに迷惑をかける「困った人」という印象が強調されかねない。

個々の事象への対応方法に焦点を当てる前に、認知症は、周囲の環境の変化に大きなストレスを受けやすいことを認識しておくべきである。そのため、失敗することを防ぐため監視するような環境や批判的は環境下に置かれると、ストレスが高まり、ますます認知機能障害が悪化し、悪循環を招くことになる。ストレスを与えないような環境に配慮することで、認知機能の低下を改善できることを十分認識しておくべきである。

また、上野氏が言うように、「認知症は、思考力・判断力・知力が劣っている」というのは一面的な見方であり、正しい理解とはいえない。認知症当事者の中村成信さんや佐藤雅彦さんを見てもわかるとおり、自分の認知機能障害や生活障害を理解し、自分なりにさまざまな工夫をして自律して生活している人もいる。周りの人の困りごとだけに捉われた対応では、その先には、「薬で抑える」、化学的身体拘束の方向に進みかねない。認知症のある人の視点から見たケアのあり方を考えることが求められる。

### (2) エビデンスが確立していない「予防」を重視することの問題点

このテキストのもう一つの重大な問題は、表面的な記述によって認知症の予防を語っていることである。第1章の中に「6 認知症予防についての考えかた」(図8)がある。ここに、認知症を予防するために大切なこととして、脳の活性化を図ることがあげられて

いる。具体的には、「①快刺激で笑顔に ②コミュニケーションで安心 ③役割・日課をもと ④ほめる、ほめられる」がよいとされている。一見理にかなったことが書いてあるような印象だが、そもそも認知症予防のエビデンスは確立されていない。①～④にあげた取り組みは、心身の健康を保つ目的で行うのはよいが、認知症予防を目的とするのであれば大いに問題がある。

山崎英樹氏（2020）は、確かなエビデンスのない認知症予防が日本中で喧伝されていることに警鐘を鳴らしている。山崎氏の説明によると、もともと病の分類には疾患分類と類型分類がある。疾患分類は共通の病理、症状、経過に基づく分類であり、疾患単位として確立していく。類型分類は一定の基準に基づく分類であり、若年・老年のように年齢に基づくもの、皮質性・皮質下性のように症候に基づくもの、MCI（軽度認知障害）のように重症度に基づくものなどがある。通常は疾患単位が確立され後に、治療や予防のエビデンスが明らかになる。しかし、正確な認知症診断の方法も確立していないのが現実である。そのため、予防や治療のエビデンスが出にくい理由の一つとなっていると言う。<sup>68)</sup>

以上のように認知症を予防する方法は確立していないにもかかわらず、「脳の活性化」が認知症発症のリスクを少なくするという説明は、「認知症を適切に理解する」ことを阻害する要因となる。また、本論文でも言及したとおり、「認知症施策大綱」の予防重視の考え方に対して、「予防は認知症に対する偏見を助長する」と批判されており、認知症になるかならないかは「自己責任」という風潮を生みだしたり、「認知症になったらおしまい」という印象を後押ししかねない。

ばしば隠れています。

### 脳の活性化を図る

脳の活性化にはいろいろな方法がありますが、何をするにしても大切なのは、①～④を心がけ、楽しく行うことです。本人が嫌がるのに無理強いするのは、ストレスや自信喪失につながり逆効果になります。

- ① 快刺激で笑顔に……………心地よい刺激や、笑うことにより、意欲をもたらす脳内物質（ドパミン）がたくさん放出されます。
- ② コミュニケーションで安心… 社会との接触が失われると、認知機能の低下を促進させます。友人や家族などと楽しく過ごすことが大切です。
- ③ 役割・日課をもと… 人の役に立つことを日課に取り入れることが、生活を充実させ、認知機能を高めます。
- ④ ほめる、ほめられる……………ほめても、ほめられてもドパミンがたくさん放出されます。脳を活性化させる学習や活動をするときは、ほめて、やる気が起きるようにすることです。

認知症の予防のために「何をしたらよいか」ではなく、どう刺激ある日常を送るかが重要です。




図8 「第1章6 認知症の予防についての考え方」の一部を抜粋

全国キャラバン・メイト連絡協議会. 認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう. NPO 法人地域ケア政策ネットワーク. 2015. P18

### (3) 「社会モデル」の視点を入れた養成プログラムの再構築を

医師の山崎氏は、「認知症を脳に還元し、人間を脳に還元すれば、脳が不治なら人間も無価値という優性思想の罠に落ちやすくなる」と述べた。医学モデルに偏ったテキストの内容は早急に改訂すべきである。

「認知症にやさしいまちづくり」とは、善意や思いやりによる「支援」ではなく、認知症のある人への「合理的配慮」なのだ。認知症への適切な理解を深めるためには、社会モデルを学ぶことから始めることが重要である。

## 7 早期診断とその後のフォローが重要

### (1) 早期診断が、地域生活の継続に効果を上げる

ケアマネジャーへのインタビューでは、認知症の人が地域で生活することが困難と判断される主な理由として、家族と同居の場合、家族の認知症の理解不足・介護協力不足、行動・心理症状による介護負担の増大があげられた。また、独居の場合は、火の不始末、ゴミ出しのルールが守れないなど近所への迷惑行為や、一人で外出して迷子になるなどの理由があげられ、家族同居・独居共通要因として入院があげられた。

この課題に関連する先行研究では、日本医療福祉生活協同組合連合会が行った「認知症者の生活支援実態調査」(2014)<sup>69)</sup>がある。その調査では、対象となった要支援・要介護の認知症のある利用者 4,657 人のうち、1年後在宅生活が継続できている割合が、全体の約 23%で、約4人に1人が1年以内に地域の生活から離れている実態が判明した(図9)。

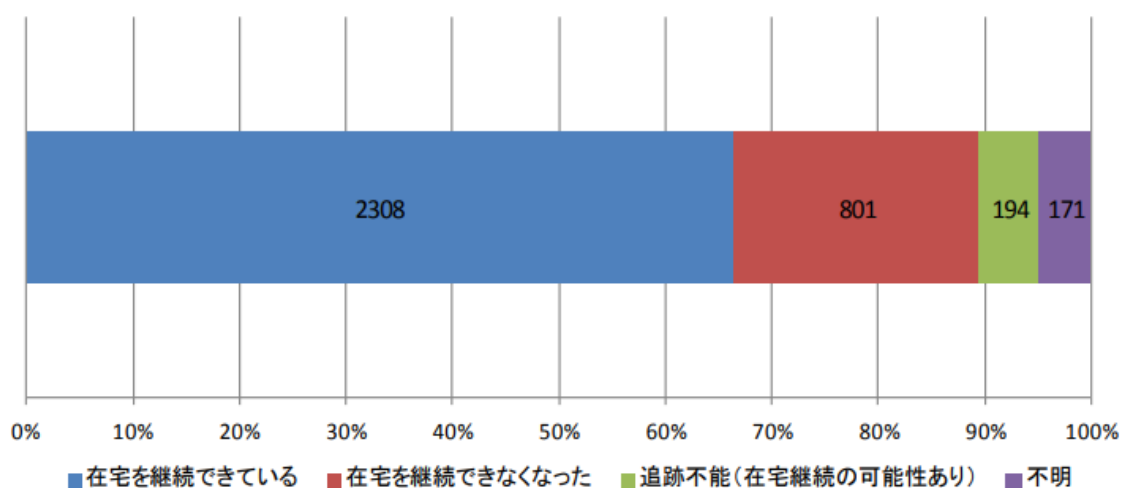


図9 1年後の在宅継続率

日本医療福祉生活協同組合連合会. 2014. 認知症者の生活支援実態調査～平成24年度4,657名の調査から1年後の経過～P8

在宅生活が困難となる要因を本人の状態からみてみると、要介護度または行動・心理症状が重くなるほど、もしくはIADL（手段的日常生活動作）の状態が悪くなるほど、在宅生活が困難となる傾向がみられた。これらの要因は、今回のケアマネジャーで語られた要因と共通項がある。さらに、介護開始後半年以内に認知症の診断を受けている人が、一年後も在宅を継続しやすくなる、という傾向が示唆された。つまり、早期診断が地域生活の継続に効果を上げていることがいえる（図 10）。

医師の平原氏は、日本の介護現場は診断なしでケアだけが先に回っている問題点を指摘した。ケアマネジャーへのインタビューの中で、認知症の疑いが認められても、生活に支障がないレベルであれば受診を積極的に勧めないというケアマネジャーの声も聞かれた。

しかし、認知症の生活障害に対して応急手当的な支援を続けることで、地域での継続的な生活の限界点を早く迎えるリスクも起こりうる可能性もある。

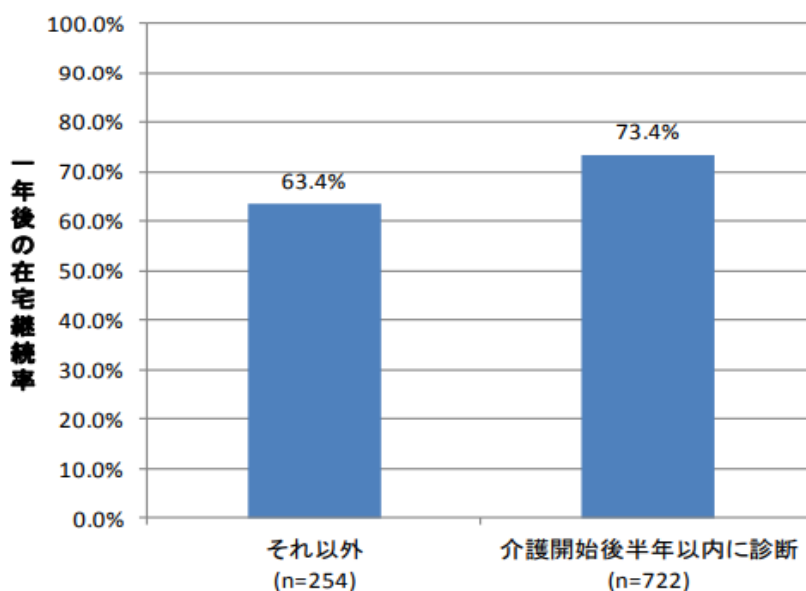


図 10 認知症の早期診断と一年後の在宅継続率

日本医療福祉生活協同組合連合会. 2014. 認知症者の生活支援実態調査～平成 24 年度 4,657 名の調査から 1 年後の経過～P40

## （2）認知症とともに生きる人の伴走者となる

早期診断の大切さについて述べた。ただ、早期に医療につなげるだけでは問題の解決にはならない。診断後のフォローも十分行うことが求められる。50 歳のときレビー小体型認知症と診断された樋口直美さん（2015）は、認知症をめぐる多くの問題は、病気そのものが原因ではなく、「人災」とであると言う。医師から診断名を告知されたものの、その後の精神的ケアや社会的サポートの提供がなく、ただ恐怖と不安に圧倒されるだけだった。そのストレスによって症状が悪化し、新しい症状が次々と現れたという<sup>70)</sup>。

認知症サポート医制度の研修プログラムには、診断後の全病期に渡った生活の支援ができ

る力も身に付けられることが盛り込まれている。実践にすぐ結び付けられるプログラムとなるような工夫が求められる。また、認知症サポート医だけでなく、国が認知症施策の中で推進している「かかりつけ医認知症対応力向上研修」においても、診断後の適切なフォローが実践できるような研修を行うことが重要である。

この他、ケアマネジャーが支援を行う際、すぐに介護保険サービスに結び付かないケースゆえに無関心だったり、逆にムリヤリ不適切なサービスに結びつける例もある。介護保険サービスの利用が介護報酬の給付条件のため、必要性の低いサービスを導入することで支援を継続したり、逆にサービスにつながるまでボランティアで支援していくこともある。本人の状況にあった支援が十分できるためには、介護保険サービスにつながらなくても、何等かの継続的な関わりや支援が必要と判断する場合は、介護報酬が受けられるしくみも考える必要がある。この背景には、介護保険制度の立案作業が行われた1980年代には、いわゆる「寝たきり老人」に焦点があたっており、認知症についての認識がきわめて薄かったことがあげられる。

認知症の人が望む暮らしを実現し、地域での生活を継続できるためには、ケアと医療が一体となって支援していくことの重要性をもう一度認識する必要がある。そして、福祉・医療の専門職は、認知症とともに生きる人の良き伴走者として、苦しみも喜びもともに共有できる存在でありたい。

## 8 ケアマネジャーの研修のあり方について

最後に、ケアマネジャーの認知症関連の研修のあり方についてまとめる。

実践に役立つ研修としては、グループワークの手法を取り入れた「参加型」の研修を積極的に行うべきだろう。その際、多職種で参加する機会をできるだけ設けるべきである。

とくに認知症のある人にとって精神科病院への入院の大きな要因となる行動・心理症状への適切な対応方法としては、上野秀樹氏が開発した「認知症見立て塾」<sup>71)</sup>や、東京医学総合研究所が東京都から委託を受けた開発した「認知症行動・心理症状ケアプログラム」<sup>72)</sup>などがある。「認知症見立て塾」では、認知症の改善可能な部分を見逃さないための見立てを、グループワークで知恵を出し合い共有しながら学ぶプログラムである。また、「認知症行動・心理症状ケアプログラム」では、介護従事者に研修を行い、チームで話し合い、①行動・心理症状の評価、②背景にあるニーズの仮説、③ニーズに合わせたケアの計画、④計画に沿ったケアを実行、の4ステップの進め方を習得する。そしてニーズの仮説が正しかったか検証するために、オンラインシステムを使って、行動・心理症状の変化を見える化する。

認知症のケアや医療に携わる専門職は、これらのプログラムなどを利用して、行動・心理症状に適切に対応するための根拠に基づいた支援方法を学ぶことも大切である。これらのプログラムで学ぶことを通して、認知症のケアと医療の質を上げ、よりよいチームケア

を実現できる可能性があると考える。

また、先に述べたが、認知症の人への理解を深めるために、当事者意識をもつ認知症本人の話しを聴く機会を設けていくべきである。とくにケアマネジャーの試験に合格した直後に受講する「介護支援専門員実務者研修」の中に設けるとよいと考える。現場に出ていく前に、当事者の声を聴き、認知症の人の尊厳や人権を大切にしたい支援とは何かを真剣に考えるチャンスとなると思われる。このことは、ケアマネジャーだけでなく、医療職、介護職などの専門職の研修でも設けるべきである。

## 9 「RBA」に視点で、認知症のケアと医療を考える

仙台市が主催する「認知症パートナー講座」のテキスト<sup>73)</sup>には、認知症当事者の丹野智文さんの次の言葉が記されている。

「認知症のことを勉強すると、『何かをしてあげなければならない』『支援してあげなければならない』『サポートしてあげなければならない』となってしまう。できないことだけサポートしてもらって、できることを一緒にするという考えをもってもらえたら、そういう方々を『パートナー』と私は呼んでいます」

これまで認知症のある人は、福祉や医療の受給者という「客体」と捉えられてきた。認知症の人は、常に保護され、支援されるべき存在だった。しかし、丹野さんは、認知症当事者が、「サポートされる」だけの存在から脱却し、「権利の主体」であり、社会の市民の一人として、ともに歩む「パートナー」が必要であると訴えているのだ。

「認知症パートナー講座」では、認知症の人の声を聴き、認知症の人の視点を学び、認知症があってもなくても暮らしやすい街づくりのために、パートナーとして自分ができることについてともに考えることを目的としている。

従来の「支援する・支援される」という関係性を超え、水平な関係を築くことで、認知症の本人が、市民として社会とつながりあい、自分の力を発揮し、地域に貢献できる役割を担う責任をもつことができる。そのことをとおして、認知症の人が「よりよく生きる」ことを実現できるのである。

RBA（権利ベースのアプローチ）の視点からすると、「その人とともに何ができるのか」が重要となる。認知症の人が、自らの権利に気づき、その能力を十分発揮できるようにエンパワーすること。そして、本人と周りの人たちとの関わりあいの中で、その人らしい生活を実現できるように環境調整をしたり、合理的配慮をしていくこと。これらの一連の取り組みが、関係者の責任であることを、関係者自らも自覚することが求められる。

日本ではRBAの議論が始まったばかりだが、その考え方を取り入れた実践はいくつか見られる。例えば、私が一昨年の夏、研修と見学を兼ねて訪問した町田市のデイサービス「DAYS!BLG」では、認知症の人が仕事をして対価を得ることを事業の中で展開してい

る。認知症という障害のために諦めていた「仕事をして役立ちたい」という当たり前の権利を、デイサービスのスタッフや地域の人たちと交流を重ね、環境を調整して実現している。また、「DAYS!BLG」では、通所している人を利用者とは言わず「メンバー」と呼び、スタッフも認知症当事者も、対等な関係性を築いていることも注目すべき点である。仕事をとおして、自分の力を発揮し、自らの人生を再構築しているのである。

このほか、一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）は、まさに自らの権利を自覚し、当事者性に目覚めた認知症当事者の活動である。認知症のある人が希望をもって暮らせる社会を実現するために、国に対して積極的な政策提案をしている。

これからの認知症のケアと医療を考えると、認知症の人の視点から「権利」を学ぶとともに、いかによりよいパートナーシップを築いていくかが、重要な視点となる。

以上、認知症の人のケアと医療についての提案をまとめた。これらのことが実践されることをとおして、認知症の人の人権が守られ、安易に精神科病院への入院を選択せず、地域で安心して生活できる環境づくりにつながると考える。

## 第9章 おわりに

私が認知症の人に関心を向けるようになったきっかけは、グループホームでの介護職としての体験だ。この体験で、私は認知症の人のことを、全く理解していなかったことに気づかされた。それまで私は、デイケアや在宅のヘルパーの経験があった。そこで私が見てきた認知症の人たちの姿は、その人たちの「一面」でしかなかったのに、それで全てを「わかった」つもりでいたのだ。

例えば、夜勤のスタッフによって、入居者の方々が静かに寝ている日と、夜中になっても落ち着かない日とがあることが、介護記録からわかった。夜寝かせようと必死になればなるほど逆に不穏になる。一方、行動を制限せず、寝なければフロアで一緒にお茶を飲んでおしゃべりするぐらいの余裕のある対応をすると、みんな落ち着いて眠りについてくれる。入居者さんたちは、スタッフの心理状況に敏感に反応するのだと思った。

これらのことは、24時間、入居者の生活のすべてに関わっていなければわからないことだ。昼間の一面だけを見て、その人のことを判断することはできない。このグループホームでの経験で、認知症のケアについて多くを学ぶことができた。

その後、ケアマネジャーになってから、在宅で暮らす多くの利用者やその家族と関わってきた。そこでは、グループホームとは違った多くの課題に突き当たることになった。家族や周りとの関係で、本人の望む暮らしに沿った支援を行うことの難しさ、行動・心理症状が顕著で対応が難しいケースでは、デイサービスやショートステイでも受け入れを拒まれることなどさまざまな障壁を前にして、本人主体のケアマネジメントをどのように行えばよいのか悩むことが多い。

その中で、私にとって辛かったのは、在宅生活が困難となり、精神科病院へ入院させてしまった利用者のことだった。主治医に相談したところ、「薬でうまく調整するのは難しい。全く寝たきりにするぐらい薬で症状を抑制するか、今の状態で付き合っていくかの二者択一しかない」と言われたとき、家族とともに絶望的な気持ちになったことを今でも覚えている。どうにか手立てはなかったのか、今でも後悔の念に捉われる。

認知症の人が、地域でその人らしい生活を続けるためには、どのような支援が求められるのか、それを知りたいと思った。

今回、ケアマネジャーや認知症当事者、医師へのインタビューをとおして、多くの成果を得ることができた。とくに、「権利」に基づいたケアと医療の重要性に気づくことができたことは、大きな収穫である。しかし、欧米諸国と比べ、日本では、「権利」という概念や言葉に否定的な社会・文化があり、権利意識を醸成する土壌ができていない。かつて、私が住む自治体の子どもに関する権利条例の策定に関わったとき、議会の議員や策定委員会の委員の一部から「子どもに権利を与えるとわがままになる。権利の前に義務を果たすことを教えろ」という声が強く聞かれた。本来、権利と義務は別物のはずなのに、なぜ両者がセットで語られるのか違和感をもった。

認知症を含めた高齢者のケアに関して「尊厳を守るケア」という言葉は頻繁に耳にする  
が、高齢者を「権利の主体」として捉えたケアの考え方は、介護の世界ではそれほど認識  
されていない。子ども権利に関しては何の疑問もなく受け入れていた私自身も、当初、  
「権利」と「ケア」を結びつけて考える発想がなかった。考えてみれば、子どもも高齢者  
も同じ人間であるのだから、権利は等しく与えられており、尊厳を守るためには、権利を  
行使できることも合わせて保障しなければならない。

国の認知症施策は、本人の尊厳を尊重すると明言する一方、精神科医療に病院経営者の  
利益を組み込む形に傾いている危険性が垣間見える。また、2019年に策定された認知症  
大綱では、「予防重視」を盛り込み、認知症に対するスティグマを助長しかねないことも  
懸念される。

2020年10月、世田谷区で「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」<sup>74)</sup>が策定さ  
れた。この条例では、認知症になってからも自分らしく暮らし続けるための備えとして、  
「私の希望ファイル」という手法を区民自身が考えていく施策が盛り込まれている。

もっとも求められることは、予防よりも、「安心して認知症になれる」環境を整備して  
いくことである。今回の研究の成果をもとに、今後は現場での実践に生かしていきたいと  
決意をあらたにした。

本研究課題に係る研究計画は、倫理審査委員会で承認された。

承認日：2020年8月15日 承認番号：20—lg—5

## 謝辞

本論文では、多くの方々にお世話になりました。

指導教授の大熊由紀子先生はじめ、副指導教授の水巻中正先生、そして、医療福祉ジャーナリズム分野の丸木一成先生、埴岡健一先生には、貴重なご助言の数々を賜り感謝申し上げます。

認知症当事者の中村成信さんと佐藤雅彦さんは、ケアマネジャーに対して感じていることを率直にお話してくださいました。今後ケアマネジャーとして利用者の方々と関わる上で大変勉強になりました。本当にありがとうございます。また、お忙しい中、インタビューに快く協力くださったケアマネジャーの皆さんからも、認知症の人たちとの関わりの中で感じていることや考えていることについて、ありのままお話をくださったことに、大変感謝申し上げます。

そして、本研究にご協力くださった医師の上野秀樹先生、木之下徹先生、平原佐斗司先生、山崎英樹先生には、これまで私が見落としていた認知症のケアと医療に関わる多くの事実や課題についてお話をうかがえたことは、大きな財産となりました。本当にありがとうございます。

また、本論文で紹介した先生方の他、「こころのホームクリニック世田谷」院長の高野洋輔先生にも、地域で実践されているさまざまな取り組みなどをお聞きする機会を得られたことは、研究を進める上で大変役立ちました。深く感謝申し上げます。

本論文で取り組んだ認知症のケアと医療に関する研究テーマを決めるまでに紆余曲折がありました。追い詰められてどうしようもなくなったとき、大熊先生にご相談差し上げ、「今、自分がいる現場を見てごらんなさい」というヒントをいただきました。そして、これまでの15年ほどの介護の世界での経験を振り返る作業を始め、本論文のテーマに辿り着くことができました。大熊先生には、夜中でも快く相談に応じてくださり、たくさんの貴重なアドバイスをいただくことができました。論文の執筆がなかなか進まない状況に対しても、温かく見守ってくださったことは、本当に心強く感じられました。

そして、医療福祉ジャーナリズム分野を卒業された先輩からも励ましの言葉を頂戴し感謝しております。また、これまでの2年間ともに学び、頑張ってきた院生の仲間である平岩千代子さん、永野富美子さんにも支えられました。ありがとうございます。

多くの方々の支えがなければ、本論文は書くことができませんでした。心から御礼申し上げます。

## <引用文献>

- 1) 丹野智文.2020.JDF 障害者権利条約パラレルレポート特別委員会第 32 回会合での認知症当事者ネットワークみやぎ代表理事丹野智文さんの報告.  
[www.yuki-enishi.com/ninchi/ninchi-54-3.pdf](http://www.yuki-enishi.com/ninchi/ninchi-54-3.pdf) 2020.4.5
- 2) 認知症施策関係閣僚会議. 2019. 認知症施策推進大綱  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> 2020.4.5
- 3) 中村成信. ぼくば前を向いて歩く理由 - 事件、ピック病を超えて、いまを生きる -. 中央法規出版,2011:216
- 4) 佐藤雅彦. 認知症になった私が伝えて行こと. 大月書店, 2014:208
- 5) ODNJP ガイドライン作成委員会. オープンダイアログ 対話実践のガイドライン. 第 1 版. オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン, 2018:9-11
- 6) 外務省. 2019. 障害者の権利に関する条約  
[https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index\\_shogaisha.html](https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html).2020.4.6
- 7) 障害者権利条約の完全実施. 認定 NPO 法人 DPI 日本会議  
<https://www.dpi-japan.org/activity/crpd/2020.4.6>
- 8) 八森 淳. COLUMN1 見える事例検討会と実際の取り組み. 認知症の人に寄り添う在宅医療. クリエイツかもがわ, 2018:173-177
- 9) 上野秀樹. 認知症医療の限界、ケアの可能性. メディカ出版,2016:28
- 10) 厚生労働省.2019. 精神保健福祉に関する資料 (630 調査)  
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/year.html>2020.10.15
- 11) 朽木誠一郎. 2017. 外国人男性急死で問われる日本の「身体拘束」世界と大きく隔たる現状とは?  
<https://www.buzzfeed.com/jp/seiichirokuchiki/shintaikosoku-zehi>2020.4.5
- 12),30) 国立長寿医療研究センター. 認知症サポート医養成研修  
<https://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/27-1.html> 2020.4.5
- 13) 厚生労働省. 専門医に関する在り方検討会  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei\\_127339.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127339.html)2020.11.15
- 14) 厚生労働省. 2013. 専門医に関する在り方検討会報告書  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html>2020.11.15
- 15) 一般社団法人日本専門医機構  
<https://jmsb.or.jp>2020.11.15
- 16),29) 厚生労働省. 認知症サポーター  
<https://www.Mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089508.html> 2020.4.5
- 17) NPO 法人地域ケア政策ネットワーク [編]. 認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう. NPO 法人地域ケア政策ネットワーク, 2015
- 18),69) 日本医療福祉生活協同組合連合会. 2014. 認知症の生活実態調査～平成 24 年度

- 4,657名の調査から1年後の経過～報告書  
[www.hew.coop/wp-content/uploA:ds/2016/12/01\\_h25tyousA:.pdf](http://www.hew.coop/wp-content/uploA:ds/2016/12/01_h25tyousA:.pdf) 2020.11.10
- 19) 厚生労働省.2018.高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編  
[https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei\\_web.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf)2020.11.10
- 20) 厚生労働省.2019.高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編(医療環境別)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000568037.pdf>2020.11.10
- 21) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構. 医薬品副作用被害救済制度  
[https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai\\_camp/index.html](https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html)2020.11.10
- 22) 毎日新聞.2020.東京女子医大病院に賠償命令 薬16倍投与で死亡 医師ら1500万円  
地裁判決  
<https://mainichi.jp/articles/20200604/k00/00m/040/195000c>2020.11.15
- 23) 内閣府.2017.平成29年版度高齢者白書  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html)2020.4.5
- 24) 宮崎和加子. 認知症の人の歴史を学びませんか. 中央法規出版, 2011:36
- 25) 中井健一. 続・戦後日本社会福祉論争 その3 措置制度論争. 東邦学誌 2009;38(2):100
- 26) 厚生労働省.2003.2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアに向けて  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/2.html> 2020.4.5
- 27) 厚生労働省.2004.「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書  
<https://wwwmhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html> 2020.4.5
- 28) 厚生労働省.2003.「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.html> 2020.4.5
- 31) 認知症サポート医ネットワーク. 認知層研修の状況把握と公開に関する研究  
[www.dsd-network.jp/progress\\_sheet.html](http://www.dsd-network.jp/progress_sheet.html) 2020.4.5
- 32) 厚生労働省.2015.認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに  
向けて～(新オレンジプラン)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/nop\\_1.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/nop_1.html) 2020.4.5
- 33) 厚生労働省.2011.認知症施策検討プロジェクトチーム  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001wddm.html>2020.4.5
- 34) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム.2012.今後の認知症施策の方向性  
について  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf>  
2020.4.5
- 35) 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト.2008.認知症の医療と生活の質  
を高める緊急プロジェクト報告書  
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf> 2020.4.5
- 36) 社会保障審議会介護保険部会.2010 介護保険制度の見直しに関する意見

- <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000x119.pdf> 2020.4.5
- 37),46) 厚生労働省. 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム (第 2R: 認知症と精神科医療) とりまとめ  
[www.wic-net.com/downloads/pdf/1673\\_5\\_1.pdf](http://www.wic-net.com/downloads/pdf/1673_5_1.pdf)2020.4.5
- 38) 厚生労働省. 2012. 「認知症施策推進 5 ヶ年計画 (オレンジプラン)」 (平成 25 年度～平成 29 年度までの計画)  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf> 2020.4.5
- 39) 上野秀樹. 認知症医療の限界、ケアの可能性. メディカ出版, 2016:61
- 40) 厚生労働省. 認知症施策推進大綱  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html)2020.4.5
- 41) 一般社団法人認知症本人ワーキンググループ. 2018. 認知症認知症とともに生きる宣言  
[www.jdwg.org/statement/](http://www.jdwg.org/statement/) 2020.4.5
- 42) 認知症の人と家族の会. 2019. 憲法 25 条の理念に立ち返り、認知症になっても安心して、いきいきと生活できる 明るい未来を  
[https://www.alzheimer.or.jp/wptent/uploads/2019/05/20190601soukai\\_appeal.pdf](https://www.alzheimer.or.jp/wptent/uploads/2019/05/20190601soukai_appeal.pdf) 2020.4.5
- 43) 汲多千賀子. 特集: 認知症対策の国際比較 デンマークの認知症ケア国家戦略と福祉・介護人材. 海外社会保障研究. 国立社会保障・人口問題研究所 2015;Spring(190):39-51
- 44) 西田淳志. 特集: 認知症対策の国際比較 英国の認知症国家戦略. 海外社会保障研究. 国立社会保障・人口問題研究所 2015;Spring(190):P6-13
- 45) 近藤伸介. 特集: 認知症対策の国際比較 フランスの認知症国家計画. 海外社会保障研究. 国立社会保障・人口問題研究所 2015;Spring(190):14-23
- 47) 高木俊介. 岡崎伸郎 [編]. 認知症は精神病院によって取り込まれるのか. メンタルヘルスライブラリー⑧精神保健・医療・福祉の根本問題 2. 批評社, 2011:116
- 48) 厚生労働省. 精神疾患のデータ. 知ることからはじめようみんなのメンタルヘルス総合サイト <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>2020.10.15
- 49) 大熊和夫. 精神病院を捨てたイタリア捨てない日本. 岩波書店, 2009
- 50) 川村堯雄 2008. 人権の潮流 国際開発協力の新たな潮流・人権に基づく開発アプローチ. 一般財団法人アジア・太平洋人権情報センター. 国際人権ひろば No.77  
<https://www.hurights.or.jp/archives/newsletter/section3/2008/01/--.html>2020.10.15
- 51) 甲斐田万智子. 2015. 人権を守る新たな概念「ライツ・ベース・アプローチ」の必要性. CNET Japan <https://japan.cnet.com/release/30090417/2020.11.25>
- 52) 林真由美. 認知症とともに生きる人々のための権利と権利ベースのアプローチ. 精神医学. 医学書院,2017;59(8):739.
- 53) 東京都国民健康保険団体連合会. 東京都における介護サービス苦情相談白書 介護保険制度創設 20 周年号令和 2 年度版令和元年度実績. 東京都国民健康保険団体連合会, 2020:51

- 54) 石原哲郎. なぜ、認知症のある人とうまくかかわれないのか？本人の声から学ぶ実践メソッド. 中央法規, 2020:69
- 55) 石原哲郎. なぜ、認知症のある人とうまくかかわれないのか？本人の声から学ぶ実践メソッド. 中央法規, 2020:28
- 56) 石原哲郎. なぜ、認知症のある人とうまくかかわれないのか？本人の声から学ぶ実践メソッド. 中央法規, 2020:196-198
- 57) 繁田雅弘. 治療に活かす本人の声を聴く. 看護臨時増刊号. 日本看護協会機関誌 2020;72(14):34-39
- 58) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構全国のくすり相談窓口  
<https://www.pmda.go.jp/safety/consultation-for-patients/on-drugs/0001.html> 2020.11.15
- 59) 川端信也. 2016. 認知症サポート医は本当に必要か  
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/kawabata/201607/547363.html> 2020.10.5
- 60) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター. 認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業報告書. 2020, 61
- 61) 公益社団法人全日本病院協会. 身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書公益法人全日本病院協会. 2016:2
- 62) 一般社団法人老年看護学会. 2016. 「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明 2016  
老年看護学会立場表明（全文）公開用 160820. pdf 2020. 10. 15
- 63) 小藤幹恵. 急性期病院で実現した身体抑制のない看護 金沢大学附属病院で続く挑戦. 日本看護協会出版会. 2018.
- 64) 阿部洋子. 特集 2 身体拘束をしない看護をめざすための工夫 報告 1 急性期病院：石巻赤十字病院 データを活用した転倒転落の予防への対応：転倒転落予防推進チームの活動. 看護 2020;72(13):70-72
- 65) 品川陽子. 報告 2 ケアミックス型・二次救急指定病院：医療法人社団杏仁会河原町病院 人的資源が少ない課題への対応：認知症ケアスペシャリストがいない中での工夫. 看護 2020;72(13):73-75
- 66) 福地洋子. 特集 2 身体拘束をしない看護をめざすための工夫 報告 4 急性期病院：医療法人社団東山会調布東山病院 認知症ケアへの対応：複合的な取り組みを継続してのケアの学びを深める 看護 2020;72(13):80-83
- 67) 全国キャラバンメイト連絡協議会. 認知症サポーター認知症サポーターの養成状況.  
[www. caravanmate.com/result/2020.11.10](http://www.caravanmate.com/result/2020.11.10)
- 68) 山崎英樹. 認知症新時代 - どこから来て、どこへ行くのか. 宮城県医師会報 2020;890:173-174
- 70) 樋口直美. 永田久美子〔監〕 認知症になっても人の価値は変わらない. 認知症の人たちの小さくて大きなひと言 私の声が見えますか?. harunosora, 2015:76

- 71) みんなの認知症情報学会. 上野流認知症見立て塾  
<https://cihcd.jp/index.php/activities/> 2020.3.10
- 72) 東京医学総合研究所. 認知症行動・心理症状ケアプログラム  
[https:// mentalhealth-unit.jp/research/行動・心理症状](https://mentalhealth-unit.jp/research/行動・心理症状) 2020.4.10
- 73) 仙台市. 認知症パートナー講座  
[http://www.city.sendai.jp/kaigo-suishin/kurashi/ kenkotofukushi/ korenokata/  
ninchisho/torikumi/documents/04sankou.pdf](http://www.city.sendai.jp/kaigo-suishin/kurashi/kenkotofukushi/korenokata/ninchisho/torikumi/documents/04sankou.pdf)2020.11.10
- 74) 世田谷区. 2020. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例  
<https://www.city.setagaya.lg.jp/mokuji/fukushi/006/003/d00187370.html>2020.11.20