

講演

# 認知症ケアの昔と今

## (「第 8 回信州介護学研究会」講演)

堀内ふき (佐久大学信州短期大学部)

### History and Future of Dementia Care

Fuki Horiuchi

(Department of Shinshu Junior College at Saku University)

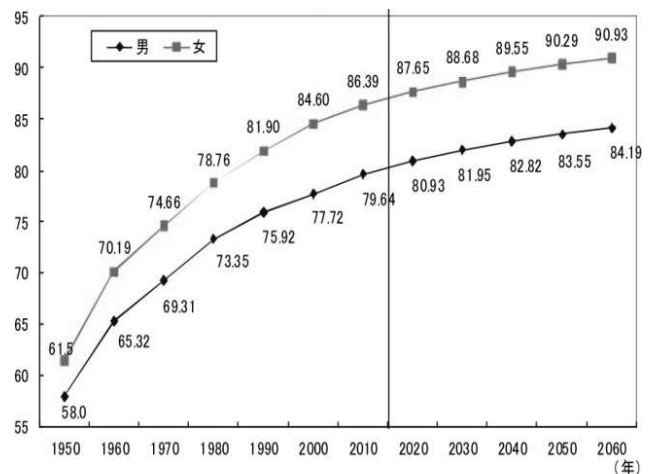
#### I. はじめに

認知症については、現在保健医療福祉に関する国の重要課題である。2013 年に行われた G8 サミット後に我が国で行われた後継イベントでは、認知症は厚生労働省だけの問題ではなく、全省庁をあげての課題であるとされ、省庁を超えての取り組みが必要とされた。そして、オレンジプランを基盤にしつつも、新オレンジプランが制定され、「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため以下の 7 つの柱に沿って施策が進められている。①認知症への理解を深めるための普及・啓発、②容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥研究開発及びその成果の普及、⑦認知症の人やその家族の視点の重視。

認知症は、我が国における平均寿命の高まりに沿うように、その割合も増加してきている。それは、認知症になる人の割合は、年齢が高くなるにつれて多くなってくるとも言えるからである。しかし、これは一つのリスクにすぎない。さまざまに研究活動が進むことによって、認知症は生活習慣病の一つとされ、リスクを回避するためのアプローチのあり方も示されるようになった。

そのように、認知症という病気についての研究が進んできている社会状況にあるが、ここでは、これまでの認知症ケアの歴史を振り返りながら、多くの課題をどう解決して来たのか、今後どのような課題に向かって行くことが求められているのかについて考えてみたい。

#### 1. 平均寿命の延伸と認知症の人の割合 (2020 年以後の平均寿命は推計) (図 1)



資料: 1950年及び2010年は厚生労働省「簡易生命表」、1960年から2000年までは厚生労働省「完全生命表」、2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果(注)1970年以前は沖縄県を除く値である。0歳の平均余命が「平均寿命」である。

わが国における平均寿命の伸びをみてみると、図 1 に示したように、男女ともに確実にその年齢は伸びており、今後とも伸びることが予想されている。

そして、年齢別の認知症の人の割合は、85 歳以上では女性はほぼ半数、90 歳を超えると、7 割から 8 割以上の人が認知症になることが予測されている。このことは、言ってみるならば、認知症は誰にでも起こりうる身近な病気ということができる。

久山町の調査では、60 歳以上の人々が亡くなるケースの死因を調査したところ、2 人に一人は認知症という診断を受けていたと報告され、多くの人が、癌は二人に一人というような身近な病気とされるのと同じように、認知症も身近な病気となっている。寿命が延びるにつれて、注目が高まるようになってきているのが認知症ということがわかるが、これまで、認知症という病気がなかったわけではない。しかしながら、いまや認知症対策は喫緊の

課題であり、そのケアが重要になっている。

高齢化率が7%を超え、高齢化社会に向かうことが社会でも大きな課題とされた1970年代以降について、年代を追いながら、認知症ケアがどのように行われてきたのかを振り返ってみることとする。

## II. 認知症ケアの歴史

### 1. 1970年代 “ケアなきケアの時代”

認知症に関連して起こってくる行動や症状に対応できず、身体拘束をしたり、過剰な薬剤の投与によって動きを制限したり、「だめ」とか「そこにじっとして!」、 「何度言ったらわかるの!」というような不適切な言葉かけによる制止が行われていた時期である。このことは、「魔の3ロック」とも言われる行為であるが、時にそのようなケアが行われていたというのではなく、そのケアが通常のケアであり、肯定されていたという点が、問題であったと言える。

また、この時期は、認知症の人に対しても、「呆け老人」と呼んだり、治療やケアの場が精神科病棟で行われていた。勿論、特別養護老人ホームや老人保健施設が整備されていない時期でもあり、また、認知症のケア方法が開発されることもなく、精神疾患の一つとして、薬や拘束によるケアが行われていた故でもある。

1972年には、有吉佐和子著の「恍惚の人」が出版され、映画化されたが、この著書は、先見性があり、多くの課題が提示されていたものであった。

### 2. 1980年代 “ケアの方法を模索し始めた時代”

1980年代に入ると、認知症によって起こってくる課題を見極めて焦点化していくケアが実践されるようになる。

様々に起こってくる行動や症状に対し、利用者の状態や背景の意味を探索するケアが行われるようになったのである。

しかし、ここで問題であったのは、提供者側から見た方法論に陥りがちであった点である。どうしても、行動や症状に対する見方は提供者側から見ての探索であり、認知症の人から見て、その行動や症状が起こることへの痛みまでは考えが及んでいなかったのである。

背景を探ることが重要とされたことから、認知症の方への訪問看護の必要性が謳われ、病院や外来時における行動や症状というより、生活全般の中からその人の行動や症状を捉へていくことが大切だと言われるようになった。

た。

1980年代はまた、認知症のためというより、増える高齢者に対する施策や制度が生まれた時でもあった。その主なものは、1986年の老人保健施設のスタートである。病院から自宅に退院するにはまだ十分な回復状態とは言えないため、継続的にリハビリテーションが実践される必要があった。さらに、1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」の制定によって、福祉職に国家資格が生まれたことである。看護師不足の中、ケアを直接的に担う職種としての介護福祉士が必要であった。しかし、看護と介護の在り方は不明確であり、互いにパートナーと考えられるようになるには、その後20年余の時間が必要であった。

この頃に出版されている老人看護に関する著書の中から、認知症に関する記述を以下に拾ってみた。

#### 1) 『老人看護の基本』 賀集竹子編, 医学書院, 1980

五島シズ氏が、1章の中で、認知症に関する記述をしている。

項目は、1. 老年期痴呆の基本的知識、2. 老年期痴呆患者の看護、3. 老年期痴呆患者の看護の実際、4. 看護上の注意 とされ、全部で266頁余りの本のうち、25頁が認知症に関する記述である。

これをみると、このころから、認知症が高齢者ケアの重要課題であったことがわかる。内容をみると、痴呆患者は「何もできなくなっていく人」と捉えられ、そのような考え方を背景にした表現が普通であった。そして、現在は使わなくなった「問題行動」という言葉も使われている。

#### 2) 『老人のぼけの臨床』 柄澤昭秀著, 医学書院, 1981

柄澤氏のこの本は、前述した『老人看護の基本』の出版から1年しかたっていないのだが、内容をみると、現在においても重要なことが記述されている。老人のボケと痴呆、ケアの考え方など、大きな示唆に富んだ著書と言える。その中のケアに対する考え方の記述を以下に拾ってみた。

- (1) 年をとればだれでもぼけるということは正しくない
- (2) ぼけの中には回復可能なものがある
- (3) 脳以外の身体的な要因によって、ぼけが現れることがある
- (4) 薬物の影響でぼけがおこることがある
- (5) 痴呆とせん妄の鑑別が困難
- (6) 痴呆老人のケアには、周りの人がその人の低下した機能を補って日常生活を助けるが、何を介助するか、如何に介助するかを考えることが重要

- (7) ケアするときの態度、ケアの仕方が特に大切
- (8) その人の特徴をよく呑み込んで、それに合ったケアをする
- (9) 何から何まで依存的というわけではない
- (10) 経歴や生活環境、若いころの性格なども知ってケアをする
- (11) 身体面のケアの徹底、予防的対策の重要

### 3. 1990年～“認知症の人の人権復興、政策への反映”

1990年代に入ると、認知症の人の権利を大切にしようという意識が進み、認知症の人が地域で暮らし続けることを考えるようになる。地域と言っても、それは居宅で過ごすということではなく、その人が親しんだ地域の中で、時には病院や施設を利用したり、福祉サービスを使いながら、地域生活を維持しようとする考え方である。

そして、そのような、家庭的なケアを重要視した施設として、グループホームが多く開設されることになる。グループホームは、家庭的な生活環境や尊厳ある生活、持てる能力を生かした生活、楽しみの提供、安心感の醸成、地域社会とのつながりを重視した点が特徴であり、少人数単位（1ユニット9人以下）で、地域の商店やレストランを活用したり、自分たちで調理をしたりと、様々な家事を含む日常生活が一緒に行なわれ、家での生活が継続されることを目指したものである。

この頃になされた制度や施策対策には、以下のようなものがあげられる。

1987年には社会福祉士及び介護福祉士法によって、介護福祉士という国家資格が生まれるのだが、それに呼応するかのように、1993年には、日本介護福祉学会が設立される。介護に関する研究が進むことを願ったことと思うが、介護保険が始まる前に学会活動が始まり、自分たちの職能の質を高めていこうとしていることがわかる。

そして、同じように高齢者のケアを担う、老年看護に関する質を高めようと日本老年看護学会が始まるが、これは、1995年の設立であり、介護福祉に関する学会の方が先に始まっていることは大変すばらしいことだと言える。

その後、2000年からの介護保険制度が始まることを受けて、1998年には、最初の介護支援専門員（ケアマネジャー）試験が行われている。

### 4. 2000年以後 “認知症ケアの発展”

2000年は、認知症ケアについても大きな発展の時で

ある。高齢者介護の負担を社会全体で考えていくとともに、高齢者の自立を目的として介護保険制度が始まったことが最も大きなことと言える。それまでの、サービス提供が「措置」によるものであったのに対し、「申請」によるものとなり、「サービス契約」の考え方が進むことになる。

そして、ケアマネジメントの考え方の推進、さらには、介護保険とほぼ時期を同じくして、身体拘束禁止の省令が発せられる。

身体拘束は、人権擁護の観点から大きな問題があるばかりでなく、高齢者の生活の質を損なう危険があることが示されたのである。特に、認知症のある人に身体拘束が多く行われていたことが実態として有り、認知症の人への人権を守ることの大切さが社会的な課題になっていく時でもある。

この頃に行われた施策や制度の策定は以下のようなものがある。

一つは、グループホームが、介護保険の居宅サービスに組み入れられたことである。そして、グループホームのケアのあり方を参考に施設でのユニットケアの利点が謳われ、施設のユニット化が進むことになる。

介護保険制度の始まりと共に、日本認知症ケア学会が設立される。また、認知症の人の家族からの意見で「痴呆」という言葉が侮蔑的であるという意見があり、見直され、種々の学会の意見やパブリックコメントを受けて、「認知症」と呼ばれることになる。

もう一つ大きなことは、アルツハイマー病の方自身からの発言や出版物が出され、ご本人からの対応への意見や、社会的な差別や偏見の実際が明らかになったことである。これまで、推測の中で、認知症の人の気持ちをつかえようとしていたものが、ご本人からの意見によって、社会の中に互いに混じり合って生活することの重要性が見えてきたことである。例えば、クリスティーン・ボーデン氏の、『私は誰になっていくの?』（クリエイツかがわ出版、2003）や、太田正博氏の『マイウェイ 認知症と明るく生きる』小学館、2007などが出版され、その後、様々な会議の場や国の委員会などに出席して、自らの立場を訴えられることで、社会が変わってきた。看護領域の専門職育成では、2005年に、臨床経験が5年以上の人に対し、6か月以上の教育がなされ、「認知症看護認定看護師」が生まれている。

また、日本認知症ケア学会の認定試験によって、「認知症ケア専門士」が生まれている。この制度は、実務経験が3年以上あればよいということで、医師や看護師、

介護福祉士など、基の職種に関係なく、同じ試験を受けて、認知症に対して同じ考え方でケアに臨むということができるといって、大変画期的な制度であった。資格は5年毎の更新が必要であり、ずっと学び続けることが重要とされ、学びのための研修が多く準備されている。

2012年には、「認知症施策5か年戦略（オレンジプラン）」が制定される。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良い環境の中で暮らし続けられる社会の実現を目指すことを目的としたものである。

そしてさらに、認知症は世界的共通の課題（先進国だけでなく開発途上国でも）であることとして議論され、わが国でも全省庁で取り組むことが重要とされたのである。

そして、2015年には、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が策定され、認知症高齢者等に優しい地域づくりに向けて、医療・介護等の有機的な連携の推進が重要であると確認された。

## 5. おわりに

今後の認知症ケアの在り方の基本は、「認知症高齢者等に優しい地域づくり」と言える。地域づくりが重要で

あり、医療・介護等の有機的な連携の推進、多職種でのかかわりが必要である。そして、認知症という病気については少しずつ解明されてきているとともに、認知症を起こしてくる様々な基礎疾患や認知症の種類によって対応を変える必要も示されてきた。

さらに、認知症のための薬剤も、4種類が認定され、処方されるようになった。しかし、これらの薬剤は、あくまでの良い状態を延ばし、維持しようとするものであり、完治させるものではない。

また、薬の処方には、診断とご本人の承諾が必要になり、そのことは、認知症であるということ、ご本人に伝えなければならないということでもある。このことは、認知症と診断を伝えられた人の気持ちに対するケアが重要なのであるが、そのためのケアのあり方はいまだ十分考えられてはいない。

認知症に対するケア方法を振り返ってみたが、家族の介護負担や気持ちは楽になったのか、身体拘束は無くなったのか、認知症の人自身の意思は守られているのかなど、まだまだこれから解決していかなければならない課題は多い。私たちは、今後も様々な現場の知を集め、ご本人や家族から教えてもらうという姿勢でケアのあり方を考え続けていくことが重要であろう。