

巻頭言

認知症（痴呆）の医療からケアへの今日的核心的課題
Contemporary Main Issues of Dementia Policies and Rehabilitation:
From Medical Treatment to Social Care

大阪河崎リハビリテーション大学教授・図書館長

村川 浩一

1 序説——認知症（痴呆）の医療からケアへの展開

認知症（痴呆）の医療に係る嚆矢として、E. Shorter の著書によれば¹⁾、17世紀英国オクスフォードの牧師 R.Burton により「70歳ののち…すべてが心配だ。年配者はたちまちメランコリーに打ちめされる。（中略）彼らはずいに毫碌し〔老人は二度目の少年である an old man is twice boy〕年齢に付随するありふれた衰弱によって財産も管理できなくなる。うずき、悲しみ、嘆き、子どもへの回帰、愚かさ満ちて、彼らは座れば不機嫌でがみがみとこぼし、独り言をいう」と報告された。

その後、エジンバラの E.Karen の「アメンチア amentia」（1777）、フランスの P.Pinell の「デマンズ（痴呆）demenz」等を経て、E.Esquirolno の「老年期デマンズ（痴呆）」（1814）による老年期痴呆の鑑別、Bayle による最初の器質性痴呆、K-Ebing による若年患者の可逆性 dementia と老年期痴呆の鑑別、S.Korsakoff による健忘症（amnesia）と痴呆（dementia）の分離等を経て、1906年にアロイス・アルツハイマー（Alois Alzheimer）博士により初老年期痴呆（preseniles dementia）に関する症例報告が行われた¹⁾。

さらにクレペリンによる「初老期精神病 praeseniles Irresein」の定義（1910）A.Pick による「ピック病」の症例報告（1892）、F.H.Levy による「レヴィ小体」の記述（1910）、ズロイラーの「器質精神症候群」（1916）等の諸研究が注目された¹⁾。

一方、呉秀三（東京帝国大学医学部教授、精神医学）のドイツ等への留学（K-Kreapelin に師事）を経て日本における精神医療の体系化が図られ、demenz（dementia）に係る「痴呆」「老年痴呆」の概念・定義が行われた。

戦後の日本では、室伏君士（国立菊池療養所）による60年に及ぶ臨床実践²⁾、米国の Folstein による MMSE（1975）その他動向をふまえ、長谷川和夫・柄沢昭秀・西村健・大塚俊男らによる診断スケールの開発（長谷川式・柄沢式・N式・国立精研式）をはじめ医学上の進歩が確認されている。

他方、大戦後の英国において、C.Rogers の心理学・来談者中心療法等に源流を持つ Tom Kidwood（ブラッドフォード大学教授）はパーソン・センタード・ケア（Person-centred Care）を提唱し、認知症（痴呆）のある人への人格的・社会的支援の方法論を確立し³⁾、全英アルツハイマー協会に結集する当事者・家族・専門家により強く支持されるとともに、我が国を含め国際的にその方法論的影響を与え今日に至っている。

2 認知症（痴呆）ケア・福祉介護施策の展開と課題

大戦後日本の、今日に至る認知症（痴呆）ケアに係る福祉介護施策のアウトラインを示したものが表1であり、以下に論点を論及している。

表1 認知症（痴呆）施策関連年表

1963	老人福祉法制定、特別養護老人ホーム等を規定
1981	特別養護老人ホーム、痴呆専用棟開設（施設長川村耕造氏）
1982	老人保健法制定
1986	厚生省痴呆対策本部・報告書
1989	高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）
1992	デイサービスE型（痴呆専用）
1993	老人保健福祉計画作成（市町村・都道府県）
1993	痴呆性高齢者自立度判定基準
1994	新ゴールドプランで痴呆関係施策を提起
1998	認知症グループホーム・モデル事業
2000	介護保険制度実施（認知症対応型共同生活介護ほか）
2003	新型特別養護老人ホーム（ユニット型ケアの導入）
2006	地域密着型サービス（認知症GHほか）
2012	オレンジプラン公表
2013	朝田研究班報告（認知症700～900万人台へ、MCI含む）
2015	新オレンジプラン策定
* 2025 <地域包括ケアシステム>ゴール？	

(1) 特別養護老人ホームの位置と役割

わが国では、1963年の老人福祉法制定により要援護老人への施策が展開され、施設ケア体系の一環として特別養護老人ホームが位置付けられた。1990年代までは寝たきり老人の対応に重点が置かれたが、1982年には三重県四日市市の小山田老人ホーム（特養）に痴呆専用棟が開設されている。

次項にあるとおり、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）をうけて、1990年代は特別養護老人ホーム・老人保健施設ともに寝たきり高齢者対策（脳卒中モデル重視）にシフトしていたが、脳血管疾患とともに認知症（痴呆）を併発する人びとへの介護・リハビリテーションが展開された。なお、痴呆性高齢者専用のデイサービスが1992年開設された。

介護保険施行後の2003年、新型特別養護老人ホームが位置付けられ、概ね10人を単位とするユニット型ケア（小規模生活単位）が導入され、認知症介護に重点が置かれるようになったのである（先行する認知症グループホームとの関連・対比等の論点あり）。

(2) 「戦略的」施策の系譜

1985年には厚生省内に認知症老人対策本部が設置され、認知症（痴呆）施策の一定の方向が示さ

れたが、本格的な施策展開はゴールドプラン及至、新ゴールドプラン以降となる。

高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）は消費税導入に裏付けられつつ、高齢者関係施策が体系化されたものであり、寝たきり高齢者対策に重点が置かれていた。1992（平成4）年には痴呆性高齢者専用通所サービスとして、デイサービス（E型）が制度化され、地方自治体による老人保健福祉計画作成と関連をもちつつ、痴呆性（認知症）高齢者の日常生活自立度判定基準が（1993）が策定される等、部分的だが一定の施策が展開された。

新ゴールドプラン（1994）の策定により認知性高齢者施策の枠組みが示されることとなり、特別養護老人ホームへの認知性高齢者受け入れ促進の他、モデル事業として痴呆性老人グループホームが全国200か所超で展開された。

さらに、介護保険制度実施と軌を一にして、ゴールドプラン21（1999）が策定され、認知症施策の具体化は次第に進行することとなる。

（3）認知症ケアに特化したサービスとしてのグループホーム

90年代前半のデイサービス（E型）＝痴呆性高齢者専用通所サービスと共に、後半期には認知症（痴呆）高齢者グループホーム・モデル事業が導入され、認知症（痴呆）ケアに特化したサービスが形成されていった。1985年スウェーデンで開始された「痴呆性（認知症）高齢者のためのグループリビング」からの刺激をうけ^{4) 5)}、認知症の人のみを対象とする介護サービスの位置づけ、個別ケアを重視した少人数（小集団）ケアを推進する新しいタイプの介護手法として追及され、日本国内で広く普及するところとなった（全国1万3千か所・約18万人が居住）。

今日、グループホームの量的普及は評価されるが、それらの地域社会における質的転換が鋭く問われているところである^{6) 7)}。

3. 認知症ケア施策の展開と課題

介護保険の実施と軌を一にしてゴールドプラン21（2000～2004年度）以降の画期的な展開は、次に見るオレンジプランおよび新オレンジプランである。

（1）オレンジプラン（2012）⁸⁾

オレンジプランは2012年、民主党政権下の厚生労働省において、政務官以下関係4局長他により「認知症施策推進5か年計画」として策定され、認知症施策の総合化・具体化を図るものであった。7項目の施策プログラムを提示し、認知症ケアパス・早期診断等医療及び介護サービス充実・地域支援等の視点を示すとともに2018年に向けて認知症関連サービスの確保見通しを示すものであった。認知症に関わる適切なケア推進や数値目標の明示など積極的要素が評価される一方、介護人材確保の具体的な展開が不十分、各種社会資源への評価や財源等の問題点を含むものであった。

（2）新オレンジプラン（2015）⁸⁾

新オレンジプランは2015年1月、現・自民公明連立政権下において、厚生労働省だけでなく政府の総合施策として打ち出されたものである。2014年11月の国際会議等を経て「認知症施策総合戦略」として策定され、認知症施策の総合化・体系化を図るものであった。7項目の施策体系を示し、①普

及啓発、②適時適切な医療・介護、③若年性施策、④介護者支援、⑤地域づくり、⑥予防・診断・リハビリテーションモデル等の研究開発・普及、⑦認知症の人と家族の視点を示すものであった。認知症施策としての熟考・国際的水準への接近が評価される一方、数値目標の明示や財源確保など具体的事項については必ずしも明確ではない点が窺われる。

因みに、G7 = 先進7か国共通の政策課題として認知症施策が取り上げられ、英国の国家的戦略政策 National Dementia Strategy 2009 が先行するなか、日本としての発信がなされたこと、並びに消費税率改定による財源確保が見送られたこと等の社会的背景をも確認する必要がある。

(3) 認知症ケア施策の与件と方向性

厚生労働省・朝田研究班報告(2013)等によれば⁹⁾、日本の近未来において認知症高齢者がMCIレベルを含め700～900万人に達することが予測されている。

一方、現に日本の構造的問題である少子高齢化⇒人口減少⇒稼働年齢層の減少が予測されるなか、介護・福祉人材の確保が中・長期的には困難に遭遇することは不可避であるEPA(経済連携協定)による外国人介護福祉士・看護師確保ルートに加え、2016年末の国会で外国人技能実習生制度の一部改正法成立により¹⁰⁾、「介護助手」的人材が導入されようとしている。

根源的には介護人材の量的・質的確保をめぐる重要な論点が存在することを指摘するとともに、介護人材の賃金水準及び介護報酬の持続的な改善を方向づけることが肝要と筆者は考えている。(並行して看護師、保育士及びリハビリテーションスタッフの養成・確保も問われている)。

4. 結び 地域包括ケアシステム¹¹⁾における認知症ケア

政策上の論叢は既にふれたが、当面、2025年に向けた地域包括ケアシステムへの移行を図る諸改善は着手されつつある。このことは認知症ケアにとって果たして、必要かつ十分な条件づくりを充足するといえるのだろうか。

筆者は、認知症ケアに係る核心的課題は、①理念レベルの確立(Person Centred Care) = 尊厳重視のヒューマン・ケアの視座、②ケアパスを含むケアの方法論的確立、③MCIレベル、若年性認知症、並びに認知症・悪性新生物等の合併症のある人への具体的対応¹²⁾、④最近の高齢者自動車運転問題・現行成年後見制度では未解決の人権擁護・認知症の人をとりまく生活諸相・諸問題を見ることが出来る。そして、これらに対応する①ケアの多様化=資源・サービスの充足(昨今の「サ高住」や有料老人ホームでは認知症の問題解決は困難か)、②介護に加えリハビリテーション¹³⁾を含む人材の充実、③多職種協働時代の認知症ケアスタイルの確立、④市民参加型の介護・地域福祉活動の形成(Dementia Friendly Community)などを方向づけることである。

2025年といった中間的・過渡的時点ではなく、2035～2040年という高齢化のピークを射程とする政策形成(日本の高齢者=90～百歳高齢者の時代における認知症を含むケア・スキームの確立)が不可欠であろう。

[注]

- 1) Edward Shorter : Historical Dictionary of Psychiatry, Oxford University press,2005
(邦訳『精神医学歴史事典』255～261頁、江口重幸・大前晋監訳) みすず書房、2016年
- 2) 室伏君士『老人痴呆の対応と介護』、金剛出版、1993年
- 3) Tom Kidwood : Dementia Care, reconsidered,Open University 1997
- 4) A. アンベッケン『スウェーデンの高齢者ケア』、村川・石井編『高齢者ケアの経営戦略』所収
中央法規、1993年
- 5) スンドシュトレム『スウェーデンの高齢者ケア』村川・山崎訳、中央法規、1995年
- 6) 『認知症グループホームの強みを生かして』(平成26年度厚生労働省調査研究報告)、日本認知症
グループホーム協会、2015年3月
- 7) 『認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究報告書』日本
認知症グループホーム協会、2016年3月
- 8) 厚生労働省ホームページ
- 9) 厚生労働省ホームページ
- 10) 「介護現場に外国人実習生」読売新聞朝刊、2016.10.22
- 11) 村川浩一「第4章 地域包括ケアシステムの課題／福祉の立場から」、『リハビリテーション白書
3』所収、三輪書店、2013年
- 12) 武田雅俊監修『認知症の緩和ケア—診断時から始まる患者と家族の支援』、2015年
新興医学出版社(原著: DEMENTIA, From Advanced Disease To Bereavement,Victor Pace et
ed, Oxford University Press 2011
- 13) 『認知症の作業療法』(作業療法ジャーナル49巻7号:増刊号) 三輪書店、2015年、ほか