

認知症国家戦略に関する 国際政策会議

山口晴保

群馬大学大学院保健学研究科

2013年1月29日に「認知症国家戦略に関する国際政策会議」が東京で開催されました。種々の学会・団体の主要メンバーや報道関係者などが200人以上集まり、三歩歩くと知り合いに出会うような状況でした。厚生労働省のオレンジプランに沿って、13年度からパイロット事業が始まる認知症初期集中支援チームのモデルである英国の詳しい情報を知りたいと思いこの会議に参加しましたが、政治的な色合いが濃く、実践的な活動の紹介はわずかでした。それでも、各国の取り組みは参考になる点も多いと思い、紹介します。

各国の認知症施策の共通点

会議では、冒頭に日本の認知症施策であるオレンジプラン、続けて英国、フランス、オーストラリア、オランダ、デンマークと、各国の認知症政策が示されました。どの国も認知症対策を国家戦略としてとらえていて、限られた費用のなかでよりよい医療・介護を提供する体制づくりに努力しています。そのなかで各国に概ね共通していたことは、①行動・心理症状(BPSD)をまず予防し、生じても適切にケアする、②抗精神病薬の使用を減らす、③精神科病院への入院を減らす、④在宅生活を継続する支援を強化するという方向性です。

発症早期から対策を立てることでBPSDを予防する。BPSDが出現した場合でも必要な精神科医療を外来で対応していくのが諸外国の方針でした。

そもそも諸外国では精神科病床を削減し、認知症だけでなく、精神障害者も地域で暮らせるような仕組みをつくっています。フランスでは認知症で精神科病院に入院するのは年間千人以下になっているうえ、入院しても短期間なのだそうです。一方、日本では認知症だけで5万人を超える精神科入院があり、しかも1年以上入院しているケースが多くを占めています。この長期社会的入院の背景には、日本の精神科病院の多くが民営という事情があります。オーストラリアも精神科病院への入院が大きく減少、なるべく自宅で基本的人権である「拘束されない環境」で、本人の意思決定を尊重して介護していくという方向になっています。

抗精神病薬に関しては、英国では認知症の未診断例を減らす取り組みと抗精神病薬の投与を減らす取り組みにより、患者数は4割増加したものの、抗精神病薬の投与率は18%から7%に減りました。他国でも、同様に抗精神病薬の使用を減らすと努力しています。

オランダの認知症終末期ケア

オランダのナーシングホーム(日本の特養に相当し、一度入ったら基本的にはここで最期を迎える)は、平均1.5年の入居期間で退所、すなわち死を迎えるそうです。以前、オランダのゴダグ市(ゴダグチーズ発祥地)のホームを見学しましたが、「口から食べられなくなったら経管栄養をしない、そこで終わり」という説明を受けました。認知症終末期は確実に死に至るので、無益な延命はしないそうです。ただし、口から食べている間は、きちんとした身なりでテーブルについて、肘掛けいすに座り、食事を介助で食べていました。日本のようにパジャマのまま車いすに乗せて食事介助をしている光景は決して見られませんでした。

地点移動のために短時間座る目的でつくられている車いすは、そもそも長時間座らせる道具ではありません。さらに、オランダでは車いすがモ

やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント〜快一徹!脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防〜読めば納得!脳を守るライフスタイルの秘訣』(ともに協同医書出版)。日本認知症学会副理事長。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事。



ジュール化(パーツ化)されていて、利用者の身体のサイズに合わせて座面・車輪・背板などを組み立てます。一方、日本は、規格品の格安車いすがほとんどで、多くの人々が体に合わない車いすに長時間座らされています。

QOLよりも長寿を尊ぶのが日本流です。入所期間(寿命)が短いけれどもQOLの高いオランダと、入所期間は長いけれどもQOLの低い日本と、価値観に大きな違いがあります。どちらが正しいかという問題ではなく、本人は何を望んでいるかという問題なのですが、残念ながら日本では口がきけなくなった重度認知症の人の気持ちを押し量るよりも、家族の意向(費用は安いほどよい)や施設の都合(手間やコストをかけない)が優先されているように思えます。

患者・家族の声で烙印を剥がす

オーストラリアでは患者・家族の声を政策に反映する仕組み(今会議ではアドボカシー【advocacy】という言葉が何度も出てきました)があります。政策担当者が、本人や介護家族、アルツハイマー病協会関係者などから意見を吸い上げ、提言を受け入れて政策決定しています。一方、日本はオレンジプランをみてもわかるように、どちらかというトップダウンで政策が決まります。

各国の演者からスティグマ(stigma)という言葉も何回も出てきました。認知症の烙印・汚名というネガティブな面です。また、フォールスビリーフ(false belief【先入観・誤解】)という単語も何度も出てきました。たとえば、いまだにイギリスの家庭医は「認知症と診断しても治療法がない」というfalse beliefを抱き、認知症診断に躊躇しています。高齢の医師ほどその傾向が強いそうです。

日本は「痴呆」を認知症に変えることによって stigma や false belief を低減することに成功しました。今後は欧米各国が認知症を示す dementia という用語を変えて、抗-stigma キャンペーンを

実施していく方向にあります。この点では日本は先進国だと言えます。

オランダでは患者が自ら立ち上がっています。むしろ医師のほうが診断に臆病であるようです。認知症になった政府高官のカミングアウト(病気を自ら公表)が引き金で、患者が自ら表に出て行動することが普通になってきたそうです。この点では、2004年に認知症に切り替えた日本のほうが、認知症であることの公表に抵抗がなく、外来診療でも認知症の告知がしやすくなっています。

☆

この会議の目的は、「認知症はBPSDが出たら精神科にずっと入院」という日本の先入観を打破すべく、メディアを集めて、「各国の認知症対策と日本の対策が同じであり、精神科病院への長期社会的入院を減らす方向が正しい」という「正しい信念」を伝えて、厚労省の認知症施策5か年計画「オレンジプラン」の妥当性を、日本のメディアや指導者に示すことにあると感じました。

今回参加して、欧州各国と比べて日本の高齢化率が図抜けて高いことと、14歳以下人口が極端に低いことが、日本の特徴だとあらためて感じました。今後、認知症の医療・ケアをどう進めるのか、大きな課題であり、国民の意識改革が迫られています。長く生きるためのケアだけでなく、短くてもQOLの高いケア(尊厳が守られ、人としての誇りを持って死ぬことができるケア)も受け入れ、多様なニーズに応えることが介護現場に求められていると思います。

オレンジプランでは、認知症の人の居場所として、認知症グループホームが2012年の17万人から17年の25万人へと5年間で8万人増、5割近いアップ率になっています。今後5年間で認知症グループホームのスタッフも1.5倍に増やす必要があるということで、その質の担保も今後の大きな課題です。今後の5年間は、現在の認知症グループホームスタッフには、まさに活躍の時・飛躍の時だと言えるでしょう。