



長尾和宏の

まちいしゃ
**町医者で
行こう!!**

第133回

**パンデミック下の認知症医療・介護は
地域包括ケアで対応を**

認知症はさらに増える

2022年1月6日付けのランセットの姉妹誌「ランセット・パブリック・ヘルス」に「このまま対策を取らないと世界の認知症患者数は、2019年の5700万人から50年までに1億5300万人と、約3倍に増加する」という予測が掲載された。日本においては生活習慣病の啓発が進んでいるので分析の対象国の中では最も増加率が低いとされている。それでも、412万人から約1.3倍の524万人になると予想している。

コロナ前から認知症の増加が報じられ、様々な対策が練られてきた。しかしコロナ禍が2年以上続いている現在、町医者の日常診療において認知症の増加は、かつての予測よりも加速しているように感じる。その理由として、①過度な自粛によるフレイルの増加、②歩行やカラオケなどの機会の減少、③他者とのコミュニケーションの機会の減少、④介護サービス利用の減少、⑤生活習慣病の悪化、⑥医療介入の機会の減少、などが考えられる。

要介護5で寝たきりの認知症の人も自宅でずっとマスクをしている。余命いくばくもない在宅患者さんも「コロナが怖い」と言われる。あらためてテレビの情報番組の影響力の大きさを思い知らされる。しかしコロナ禍で忘れられているのが認知症の人への配慮や対策ではないのだろうか。一般的なコロナ対策はもちろん大切だが、国家的課題である認知症対策をそろそろ思い出し、両者を上手に重ね合わせる議論をする時だろう。コロナ収束後の日本社会を想定して動かないと医療システムが混乱する。

市民は薬物療法に期待するが、根治的な抗認知症薬はまだ開発されていない。最も重要なのは認知症の方の笑顔であり、啓発すべきは「ユマニチュード」*

だろう。

※ユマニチュードはフランスの2人の体育学の専門家が開発したケアの技法。日本では2012年から導入。

超高齢社会とパンデミック

人類がこれまでに経験したパンデミックにおける高齢化率は、今回のコロナ禍ほどは高くはなかっただろう。しかし現在のパンデミックのように、今後も感染症のハイリスク者は高齢者になってくるのだろう。それは免疫能から見たら当然だ。その影響を一番受けるのは高齢化率が世界で最も高い日本である。

ダイヤモンド・プリンセス号から現在の第6波に至るまで、一貫して重症者や死亡者の大半は高齢者である。何といても年齢が重症化の最大のリスクだ。当然のことながら、認知症も年齢が最大リスクである。したがって、パンデミック対策は常に認知症対策と併行して練られるべきだ。しかし、高齢認知症の感染者も非高齢者の感染者と同じように扱われている。そのため、あちこちで混乱が起きている。パンデミック下の認知症介護について議論を深めるべきだ。人材不足が慢性化している介護現場には、認知症に関する教育を含めて国はさらなる投資をして欲しい。

介護施設ではクラスター発生を回避するため、閉じ込め型介護が2年以上続いている。2年以上、一歩も外に出してもらっていない要介護の認知症の人がたくさんいる。フレイルの進行や認知機能の低下は顕著だ。閉じ込めることでコロナ死やクラスター発生は回避できても、寿命は縮まる。おそらく近い将来、超過死亡の増加という形に反映されるだろう。

誤解を恐れずに言うならば、今後のパンデミック対策は、ある程度年齢別に想定しないとイケないのでは

ないか。年齢で区別すると「エイジズム」という非難が必ず聞こえてくる。しかしそれは差別や選別ではなく、何がその人にとって最良の選択なのか(ベストインタレスト)、という視点で考えることにすぎない。そのような発想がないと、さざ波程度の流行でも医療崩壊するという事態は避けられない。「超高齢社会とパンデミック」という新しい命題について論じるべきだ。

「ユマニチュード」は普及したか

認知症の人の介護スキルとして「ユマニチュード」が推進されてきた。しかし長引くコロナ禍の中で忘れられた感がないだろうか。「認知症になっても住み慣れた地域でその人らしく生活する」という地域包括ケアのスローガンも、すっかりコロナによって片隅に追いやられてしまったように感じる。筆者は、2020年3月21日号の本誌連載で「新型コロナウイルス感染症対策は地域包括ケアのフェーズに」を書いた。しかし2年以上経過しても、まったく実現する気配がない。

在宅療養を希望する認知症の人には、かかりつけ医や地域の在宅医が中心となったコロナ対応チームが対応している所が多い。種々の治療薬が使えるようになり、自宅でのコロナ治療が可能になった。しかし生活支援はどうするのか。実は、コロナ対応が可能なヘルパーは圧倒的に少ない。すなわち、パンデミック下における地域包括ケアのネックは、ヘルパーなど生活を支える介護職である。換言すればコロナ対応可能な介護職の養成が、国や医療職の役割でもある。

ポストコロナという言葉がある。高齢者におけるポストコロナ対応とは、フレイル対策や認知機能低下への対応であろう。具体的には身体や認知機能のリハビリテーションである。しかし理学療法士や看護師がリハビリをしたくても濃厚接触できないのが悩みである。その結果、身体機能や認知機能は低下の一途をたどっている。それらに積極的に取り組む慢性期病院もあるが、そうではない病院から自宅に戻ってくると全員、入院前とは別人のように衰弱している。コロナは乗り切ったがポストコロナを乗り越えることができなかった人もいる。「こんなことなら在宅療養したほうが良かった」と後悔した家族もいた。

結果論を言っても仕方がない。大切なことはその認知症の人がどれだけの笑顔で過ごせたかだろう。結果は、神様しか分からないこともある。どれだけ

の医療人がコロナ禍の中でもユマニチュードを実践していたのが大切だ。

蛭子能収さんとの対談

認知症高齢者がコロナに感染した時、どうするのか。療養の場の意思決定はケア会議や人生会議で行うべきだろう。しかしコロナが怖いケアマネは「たとえ玄関先でも訪問できない」という。オンラインで行えばいいのだがその発想がない。運よく感染症病棟に入院できても暴れる人が多い。また、人工呼吸器を装着するののかという選択にも迫られる。

認知症の人がコロナに感染し中等度Ⅱ以上になった時、どうすればいいのだろうか。本人の意思を聞いてもよく分からないことが多いので家族と相談することになる。しかし、いくら話し合っても結論が出ないことがある。そんな場合、翌日にでも携帯電話やオンラインで多職種が参加する緊急人生会議を行い、できるだけ本人の意思を尊重して話し合いを進めるべきだ。しかし、そのようなプロセスを経た認知症の感染者はどれくらいいたのだろうか。

このGW中、2020年にアルツハイマー型およびレビー小体型認知症を公表された漫画家の蛭子能収さんと認知症に関する対談をする機会があった。終始笑顔で笑い声が絶えなかった。蛭子さんは認知症で要介護状態にあるが、漫画を書く仕事もされている。「その人らしく」という言葉があるが、認知症をまさに自然体で生きておられる。『笑われる勇氣』(光文社)という蛭子さんの著書の生き方そのままだった。2017年には延命治療を拒否するリビングウィルを表明され、コロナに関しても人生会議をされていた。それは周囲の人達が上手に接してきたことの賜物であろう。しかし誰もが蛭子さんのように笑顔のまま暮らせるのかと聞かれると、例外と言わざるをえない。

結局、ユマニチュード啓発や地域包括ケアは現状のままでは絵に描いた餅で終わってしまう。致死率がそれほど高くないコロナには地域包括ケア的に対処すべきではないのか。敢えて2年前とまったく同じ提案をしたい。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『ひとりも、死なせへん〜コロナ禍と闘う尼崎の町医者、551日の壮絶日記』(ブックマン社)

18 特集

ACSC —診療所でできる 予防的介入

遠井敬大

01 キーフレーズで読み解く 外来診断学

繰り返す左頸部痛、および発熱と咳嗽で受診した26歳女性
生坂政臣 ほか

06 Dr.ヒロの学び直し! 心電図塾

心房期外収縮【頻発性】

杉山裕章

10 プライマリ・ケアの理論と実践

医療における不確実性(総論)

朴大昊

14 まとめてみました 最近気になること

政府の新型コロナ対応検証会議がスタート
—司令塔機能やかかりつけ医の関わり方などテーマに議論

30 緊急寄稿

COVID-19の症状に着目して呼吸器疾患とした背景に医療の
商業化の波—移植感染症学の視点からみたCOVID-19 [第6章]
高橋公太

36 内科懇話会

心血管疾患リスク評価と血管障害
富山博史

03 プラタナス

08 難渋症例から学ぶ診療のエッセンス

16 感染症発生動向調査

43 私の治療

54 プロからプロへ

58 長尾和宏の町医者で行こう!!

70 NEWS DIGEST

71 DATA

72 学会・研究会・セミナー情報

74 ドクター求 NAVI / 掲示板

60 医療界を読み解く【識者の眼】

島田和幸 パンデミックと地域医療構想

柴田綾子 新しい更年期障害の薬

宮坂信之 偽性アルドステロン症

岡本悦司 論文博士問題再考

神野正博 情報 vs. 第六感

谷口恭 『検査も薬も最小限』が基本

坂巻弘之 薬価改定での医薬品流通

栗谷義樹 診療材料費比率の上昇

武久洋三 重症度、医療・看護必要度

邊見公雄 診療報酬改定考(その2)

志津雄一郎 通院・在宅精神療法料

本田秀夫 専門管理加算の施設基準