

連載

精神科の戦後史・9【最終回】

認知症，5つの誤解を生み出した歴史

ジャーナリストの立場から

大熊由紀子

精神医学

第57巻 第12号 別刷

2015年12月15日 発行

医学書院

連載 精神科の戦後史—第9回(最終回)

認知症, 5つの誤解を生み出した歴史

—ジャーナリストの立場から

大熊由紀子

はじめに

「私は訊ねました。『熱力学の第2法則について何人が説明おできになりますか』。気まずい沈黙が流れました。『シェイクスピアのものを何か読んだことがありますか』という程度の質問をしたに過ぎないのに」

C.P. スノーの『二つの文化と科学革命』²⁾のサワリです。科学哲学の卒業論文「生命観の変遷」の章の1つを、「生命とは、熱力学第2法則に逆らうこと」とした私には忘れられない一節です。

朝日新聞の論説委員を経て、大阪大学大学院、国際医療福祉大学大学院の教職についた私には、もう1つの「二つの文化の不仲」が待ち構えていました。「アカデミズムとジャーナリズムは、近代が生み落とした不仲の兄弟のようなものなのかもしれない。互いの作法や思考の筋道を信用できないでいる」と言われる、その深い不信感です。

ジャーナリストの世界では、「まるで学者みてえな文章だな」というのは最大のケナシ言葉です。一方、研究者の皆さんの「これじゃあ、ジャーナリストが書いたみたいだ」は最大の侮蔑の言葉なのでした。

というわけで、以下の文章、本誌の読者の皆様からは響感を買うかもしれませんが、お許しください。

アタマを使っても認知症に

私たちの日本では、長いこと認知症についての根強い「常識」が、専門家と呼ばれる人々を含む多くの人の心や政策を支配してきました。

アタマを使っていればボケない/早期発見・早期治療が肝要/認知症には徘徊・暴力・弄便などがつきもの/認知症になったらおしまい/「受け皿がない」ので精神病院への入院もやむを得ない。

ところがこの「常識」は日本独特のもので、いずれも認知症の人をつらい目に合わせるということが、日本でも海外でも、証明されつつあります。

「私はアルツハイマー病と告げられています。でも、まだ大丈夫です。家族と一緒に人生の旅を続けます」「家族にのしかかる負担や責任は重くなっていきます。妻の苦しみを和らげることができるよう願っています」——これは、レーガン米元大統領が1994年、国民に宛てた手紙です^{13,14)}。

手書きのこの文章は、3つのことを示していました。頭やからだを使っても、誰もが認知症になり得ること、「何も分からなくなる」のではないこと、個人の力だけでは解決できないことです。

レーガン元大統領や、やはり認知症になった英国のサッチャー元首相が押し進めた、自己責任を重んじる新自由主義の政策は、認知症を包み込む温かな政策の対極にあるものでした。

「認知症を精神病院で」は過去のものに

21 世紀に入ると多くの国が認知症を「大統領や首相直轄の国家戦略」と位置付けるようになりました。それらの国に学ぼうと「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」が、2013 年、東京都医学総合研究所が事務局を務めて開かれました¹⁷⁾。登壇した英国、フランス、デンマーク、オーストラリア、オランダには共通点がいくつもありません。

- ・「認知症は精神病院で」という考え方は過去のものになっていました。
- ・診断が確定した後は、「住みなれた地域でのケア」に引き継ぐことが、国家戦略の中心になっていました。
- ・「抗精神病薬は認知症の人の死亡率を高める」と、減らす政策がとられ、薬の量がどれだけ減ったかが、政策の成功をはかる指標になっていました。
- ・国家戦略は超党派で定められ、政権交代しても揺らぎませんでした。

日本の参加者には「目からウロコ」の連続でした。

世界一格差が大きい日本

シンポジウムに参加した海外からの参加者を驚かせたのは、NHK のクローズアップ現代「帰れない」認知症高齢者 急増する精神科入院 (2012.11.30 放映) での著名な精神科医が経営する病院の映像でした。磁石つきの身体拘束の道具、殺風景な病室や廊下で認知症の人々がうなだれている姿…。

一方、たとえば、富山市のデイケアハウス「このゆびとーまれ」の日々を映し出したパワーポイントには、称賛の声があがりました。図 1 の老婦人は認知症で、しかも癌の末期。でも、赤ちゃんがハイハイしてくると笑みがこぼれます。点滴をするときは、子どもたちが代わるがわる手を握ります。食事もサジで少しずつ潰して口に運びま



図 1 デイケアハウス「このゆびとーまれ」での風景

す。海外の専門家は感動し、質問が相次ぎました。

医療でなく生活で認知症の人を支える活動は制度にも取り入れられ、「このゆびとーまれ」の創始者の惣万佳代子さんは 2015 年度のフローレンス・ナイチンゲール記章に選ばれました。

日本生まれのこのような独創的な認知症ケアは「このゆびとーまれ」だけではありません。

認知症で、しかも癌末期の人を家庭的な雰囲気で見守る宮崎市の「かあさんの家」は、医療の質・安全学会の「新しい医療のかたち賞 2009」を受賞しました。「ホームホスピス」という共通の名称で各地に広がっています。

後述する神奈川県藤沢市の「おたがいさん」は、決して高くない給与にもかかわらず、スタッフ志願が絶えません。

その一方で、国際常識からかけ離れた「精神病院での認知症処遇」や身体拘束が、日本では広く行われている。この格差が海外からの参加者を驚かせたのでした。

「ルポ・精神病棟」と「不潔部屋」

日本の認知症ケアが世界の潮流とかけはなれてしまった背景を、歴史的にたどってみたいと思います。

「脳軟化症」と通称されていた認知症の人が精神病院で、どのような扱いを受けているのかを、一般の人々が知ったのは、1970 年 3 月、朝日新聞の夕刊に連載された『ルポ・精神病棟』(http://okumakazuo.com/pdf/ruo20140128.pdf) によ

てでした。抜粋してみます。

看護婦詰め所の隣に、保護室とも違う、檻のような部屋が 3 つあった。1 部屋 8 畳にたたみが 6 枚。楕円形にあいた便所の穴。そこに 6 人の生ける屍があった。格子戸に角材のカンヌキ。驚いたことに、この部屋の入口に「不潔部屋」と書いた木の札が掲げられている。落書きではない。病院の手で掲げられたレッキとした表示である。

若い患者に、それとなく老人たちのことを聞く—

たまに面会にくる家族がいる。こんなとき、元気な患者がヒゲを剃ってやり、汚物まみれの着物を着替えさせ、おぶって面会所へ出ていく。面会に立ち会う看護婦は、家族に「ごはんはあまるほどだし、ストーブは近いし」などと説明するという。

「入院者の痛みは入院者になってみなければ分からない」と考えた著者が、高名な精神科医が経営する病院に入院して書いたものです。著者は当初、統合失調症を装って入院しようとしたのですが、これは至難の技。アルコール依存症治療のバイオニアである、堀内秀医師、またの名を、作家の、なだいなださんが「酒をしたたか飲んで、家族が連れて行けば、精神病院に簡単に入院できますよ」と助言してくださって実現した連載でした。3 年後に、『ルポ・精神病棟』というタイトルで朝日新聞社から出版されました¹¹⁾。

家族の立場から書かれた『恍惚の人』

朝日新聞の連載から 2 年たった 1972 年、有吉佐和子の『恍惚の人』¹⁾ が出版されました。筋書きはこうです。

主人公昭子は、弁護士事務所の事務員。夫は商社勤務のサラリーマンで、高校生の息子が一人。夫の父母とは新婚当初は同居していたけれど、舅が事あるごとに嫁に嫌がらせをするのに

耐えかねて、敷地内に離れを建て別居しています。

小雪が舞うある日、血相変えてどこかに行こうとしている舅。「かあさんが起きないのでお腹が空いた」と言うので驚いて急いで家に帰ると、姑は玄関に倒れて、すでに死んでいました。舅は呆けてしまい、息子の顔すら覚えていないのでした。

昭子は仕事の傍ら舅の面倒をみることとなります。暴れ、迷子になる舅の介護と仕事との板挟みに疲れ果て、苦悩する日々。夫は舅の世話

を昭子に押しつけるばかり。そんなあるとき、舅は風呂で溺れて肺炎になり一時危険な状態になり、奇跡的に一命を取り留めます。責任を感じた昭子は、必死に面倒を見ることを決意。けれど、舅の認知症はますます進み、息を引き取ります。昭子には、再び日常生活が戻ります。

この作品は 1972 年の年間売り上げ 1 位の 194 万部のベストセラーとなり、主婦ばかりに負担を負わせる日本の介護の深刻さを世に訴えることになりました。1973 年には森繁久彌主演で映画化され、その後、たびたび舞台化され、1990 年、2006 年には日本テレビで、1999 年にはテレビ東京でテレビドラマ化されました。

認知症問題をクローズアップし、世論を喚起したことでは、『恍惚の人』の果たした役割は大きいものでした。ただ、『恍惚の人』は 2 つの問題をはらんでいました。

1 つは、環境やケアに問題があるために引き起こされる認知症の人の「困った症状」にもっぱら焦点を当てたために、認知症に対する恐怖の気持ちを植えつけたことです。人々に「認知症にだけはなりたくない」という、冒頭に挙げた「認知症には徘徊・暴力・弄便がつきもの」「認知症になったらおしまい」という「常識」を定着させてしまいました。

問題のもう 1 つは、家族の視点からだけ描かれていたことです。『ルポ・精神病棟』が、認知

症になったご本人の身になって描かれたのに対して『恍惚の人』は、介護にあたる「嫁」が主人公でした。それが後の「本人の意志や尊厳を軽視した認知症政策」を方向付けていく一因となりました。

「薬過信」の罟

「早期発見・早期治療」は医学の世界では誰も疑わない常識です。認知症についても、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫のように、ごく早期に見つけて手術すると症状が改善する場合があります。

ただ、「治療」がドラマティックに効果を表すケースは、実にさまざまな原因で起きる認知症のごくごく一部にしか過ぎません。

多くの認知症には、「こうすれば治る、という切れ味のよい治療法も薬もない」というのが、認知症の世界の専門家の共通した意見です。薬に過敏なレビー小体病では、薬のために、深刻な症状に陥り、文字通りのレビー小体型「認知症」に陥ってしまうことがまれではありません。

にもかかわらず、日本では、診断がつけば、「薬を」となるのが医学教育の中で育まれた医師の行動様式です。薬のせいで悪化したのに、さらに薬が処方されることも少なくありません。

「治療」より、慣れ親しんだ暮らし

「早期発見・早期治療」が認知症ご本人の幸せにつながる理由はもう1つあります。

診断チームが、あまり深く考えず、昔受けた医学教育に従って「精神科病院」を紹介するという、これも、日本にしかない独特の風習があるからです。

1986年、厚生省は「痴呆性老人対策推進本部」を設置して施策を作り始めます。1988年に精神科病院に「老人性痴呆疾患専門治療病棟」を、1991年に「老人性痴呆疾患療養病棟」の制度が創設されました。

日本以外の国々でも、かつては、認知症の人は精神科病院に送られていました。

たとえば、デンマークのフン島には、1,200

人を収容する精神科病院があり、そのうち800人が高齢者でした。ここでは、今の日本同様に、ベッドに縛る身体拘束が日常の風景でした。

しかし、今はその病院は64ベッドに減り、とりわけ高齢者用は8ベッドになりました。医師やナースは病院を出て、地域に出向くようになりました。認知症コーディネーターという職種が活躍しています⁹⁾。

お隣りのスウェーデンではどうでしょう。

図2は南スウェーデンの、1970年代の精神科病院の風景です。右端と左端に、椅子に縛られているウツロな表情の認知症の人が写っています。日本では、今もしばしばみられる風景です。

国際医療福祉大学大学院博士課程の大学院生、藤原瑠美さんは、当時のスタッフから聞き取り調査をしました³⁾。答えは、こうでした。

「あのころは、我々看護師の裁量で安易に身体拘束ができました。私たちは認知症の人を薬で倉庫に管理していたようなものです」。

1995年、私は、「西暦2000年には100万人になる」と推定され厚生省の政策課題となっていた「寝たきり老人」の解決策を求めて西欧、北欧を訪ねました。ところが「寝たきり老人」という概念は、北欧・西欧にはなかったのです。医療や福祉の専門家の論文には全く書かれていない「発見」でした。

高齢化の先輩国では、日本でなら「寝たきり老人」と呼ばれるような身になるような人が、ホームヘルパーや訪問ナース、補助器具や住宅改善の助けで、起きてお洒落をしていたのでした。

藤原さんも、かつての私のようなカルチャーショックに見舞われました。BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) に陥った認知症の人のケアを学びにスウェーデンを訪れたというのに、日本で想像していた暴言・暴力・弄便といった状態の人が見つからなかったのです。図3は藤原さん自身が撮ったものです。男性の左の立っている女性をスタッフと思込んで話しかけたところ、彼女は認知症のご本人。男性を取り囲んでいる4人が認知症でした。



図2 南スウェーデンの1970年代の精神科病院

認知症の人には、「治療」より、慣れ親しんだ暮らしが大切、そして「世話するケア」から、「見守るケア」「ご本人の能力を引き出して大切にする」に、という1980年代に始まった国を挙げての改革の成果でした。

スウェーデンでは親子の同居率4%。自宅で暮らす認知症の人の45%が1人暮らし。それでも認知症の人は地域で暮らしていました^{3,12)}。

日本でも180度の政策転換

「認知症の人を精神科病院に」が日本でだけ続いできたのにはわけがあります。

デンマークでは、ノーマライゼーション法とも呼ばれる1949年法がこの年に成立しました。

法学部の学生のときに反ナチ運動に身を投じ、それが見つかって強制収容所に入れられた体験をもつ厚生省の福祉局長、ニルス・エリック・バンクミケルセンが、ジャーナリストや親たちと協力して作った法律です。

どんなに知的なハンディキャップが重くても、人は、「ふつうの家」に住み、尊厳ある「ふつうの暮らし」を送る「権利」があり、社会は、それを実現する「責任」があるという、本人の権利と社会の責任に裏付けられた法律でした。

この思想は、国境を越え、障害の種別を超えて、北欧・西欧・カナダへと広がっていきました。

精神医療も例外ではありませんでした。ちょうどそのころ、統合失調症の症状を和らげる薬が開発され、スタッフは患者さんとともに地域に出るようになっていきました。図4は2001年に私が



図3 2013年のスウェーデンの認知症の人々

経済協力開発機構(OECD)のデータを元に作ったものです。行政にいくら請求しても出てこないもので、覚えたてのエクセルで挑戦したものです。一目見て、行政が国際比較を公開しない訳が分かりました。日本以外の国々ではグラフのように精神科ベッドが激減していました。日本だけが入院者数も入院期間も特異な状態にとどまっていた。

日本では、厚生省の、公費を節約する施策判断が元で、人里離れた山の中など地価の安いところに低利融資で私立の精神科病院が建てられていきました。

収入は、入院者の数に比例し、退院は収入の減少につながります。ところが、統合失調症の人々の入院は日本でも激減していきました。

原因は2つあります。1つは幻覚や妄想を和らげる薬が登場し、街の中のクリニックや作業所が増えていったからです。第2の原因は、長期入院していた人が年をとり亡くなっていったことです。ベッドはみるみる余っていくという事態になりました。

そこで、空いたベッドを有効活用するための「認知症患者の精神科病院入院」が広まったのでした。

ところが、思いがけない政権交代。自民党に代わって民主党政権の時代が到来しました。2012年6月、画期的な報告書が厚生労働省から提出されました⁵⁾。

報告書は、「私たちは認知症を『何も分からなくなる病気』と考え、認知症の人の訴えを理解し

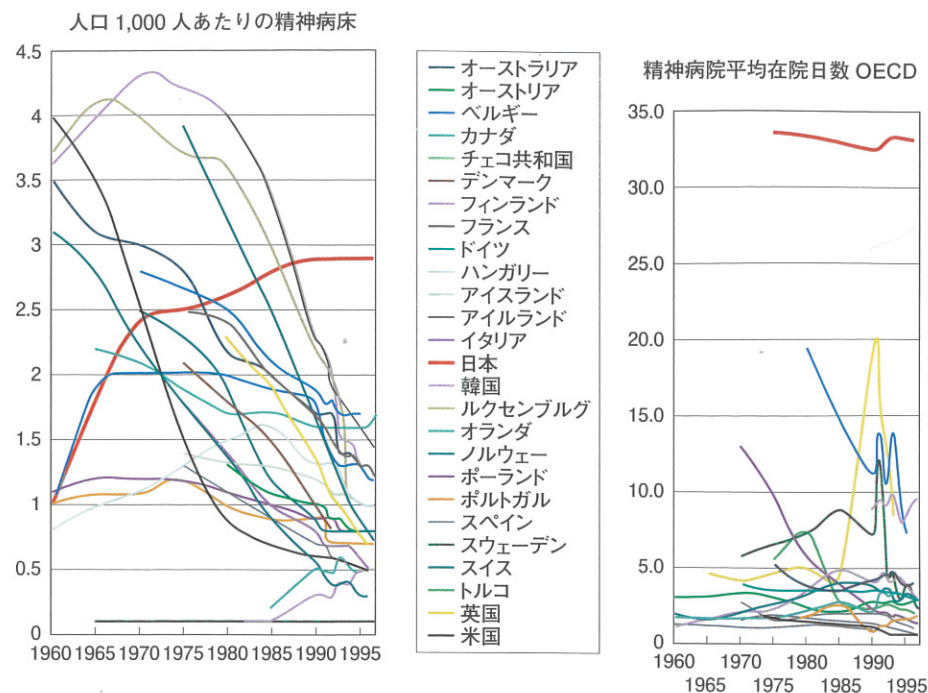


図4 世界の精神科ベッドの2割を占める日本

ようとするどころか、疎んじたり拘束するなど、不当な扱いをしてきた」という反省の言葉から始まっています。役所の報告書としては前代未聞の文章です。

精神科病院への入院を「しかたがない」としていた従来の認知症政策を180度転換し、「認知症になっても住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けられる社会の実現」を目指すことを謳いました。

「不適切なケアの流れ」を変えたい、という強い意志が、報告書から感じられました。

報告書にはさまざまなケアのかたちが提案されました。たとえば「初期集中支援チーム」。

「もしや認知症では？」という家族やかかりつけ医の連絡を受けて、作業療法士やソーシャルワーカーがチームで自宅を訪ね、これまでの人生を把握します。書棚に哲学や美術の原書が並んでいたらそれを元にプランを立てます。料理が生きがいの人なら、それが少しでも生かせるように考えます。そして、本人の願う暮らしを続けられるよう、たとえば、火を使わなくてよい調理器を導

入するなど、早い段階から支援・助言します。

「身近型認知症疾患医療センター」は、これまで人里離れた精神科病院付属の施設が多かったことへの反省から生まれました。診療所などが拠点となり、グループホームや自宅、施設を訪問してケアの方法を伝授したり薬の調整をしたりして、穏やかに過ごせるよう支援する「出前型」です。

政策転換の意気込みは、言葉の使い方にも表れていました。

「認知症患者」という言葉は「認知症の人」に改められ、「早期治療」も「早期対応」に。対応の誤りから来る暴力などを表す「BPSD」という言葉は、「心理行動症状」に改められました。BPSDという言葉から医療行為でしか対応できない「病気」のように誤解されることを防ごうという配慮です。「受け皿」という失礼な言葉も、避けられました。

そこに、再び、政権交代が起こりました。それがこの分野に影を落しています。

まず打ち出されたのは、「不必要になった病棟」

を「有効活用する」ため(役所の提案の言葉です)の居住施設化の政策です。人里離れた精神科病院の敷地へ、いわば「退院偽装」に異議を唱える人々、3,200人が日比谷公園の野外音楽堂に集まりました。新聞各社も筆をそろえて反対しました。

「諸外国の国家戦略は、政権交代しても揺らかなかった」と書きましたが、日本では揺らぐことになりました。

白雪姫の毒りんご・知らぬが仏の毒ミカン

2015年1月28日、新聞やテレビは「認知症国家戦略(新オレンジプラン)の策定が正式に決まった」と報じました。「やさしい地域づくり」「本人の視点の重視」という見出しがほとんどの新聞を飾っていました。ただ、共同通信の記事は、こう報じました。

国家戦略策定の最終盤に、最も多く文言の修正が入ったのが精神科病院をめぐる記述だ。

「入院も循環型の仕組みの一環」「長期的に専門的な医療が必要となることもある」などが追加された。厚生労働省幹部は「自民党議員から病院の役割をもっと盛り込むよう要望があり、修正した」と明かす。文言の修正には病院経営への配慮がにじむ。

どこをどう改変したかがわかる「見え消し版」を共同通信だけが入手していたのでした。

詳細は高木俊介の「精神医療」2015年10月号「白雪姫の毒りんご・知らぬが仏の毒ミカン」¹⁶⁾にゆずりますが、特に注目されるのは「循環型の仕組みの構築」の部分です。

日本の医療行政の重要な計画は、厚生労働省の官僚が政権党や関係の医療系の団体に「お伺い」をたてて確定するという風習が続いてきました。オレンジプラン⁶⁾でも若干の手直しが行われましたが、新オレンジプラン⁷⁾の場合はさらに激しいものでした。精神科病院の役割の「短期的」という文言が消え、「長期的な生活」が加わりました。原案では精神科病院に「後方支援」を託すことになっ

ていたのが、「司令塔機能」が加わりました。「見える化」「地域からみて、一層身近で気軽に頼れるような存在になっていくことが求められる」の部分削除されてしまいました。「精神科病院の風通しを良くしよう」「退院を促進しよう」という厚生労働省の当初の理想が大きく変わってしまいました。

先にグラフ(図4)で示しましたように、日本は先進国の中で飛び抜けて精神科のベッドが多い国です。日本の人口は世界の2%だというのに、世界の精神科ベッドの20%が日本にあるのです。

その空いたベッドに認知症の人々を「患者」として入れるという政策が進められています。

語りはじめた認知症の人たち

福祉と医療、現場の政策を隔てている深くて広い河に橋をかけようと、「志の縁結び係&小間使い」を名乗って、15年になります。「えにしメール」という一種のメールマガジンを、志が高いと直感した親しい方々40人ほどに送ったのが始まりなのですが、それが、今では送り先6,000人、17か国ほどになりました。メールだけで縁が結べないので、年に1回、プレスセンターホールで「新たなえにしを結ぶ会」を開催しています。メールでお知らせして2日か3日で、350人の席が満員御礼になってしまいます。現場の方が主役ですが、与謝野馨さんのような政治家や日本医師会長、厚生労働省の局長さんたちも、手弁当で登壇してくださいという不思議な集いです。

2013年の夜の部のシンポジウムは「日本も本格的な認知症国家戦略を!!!」がテーマでした。榊屋厚生労働副大臣や原老健局長、横倉日本医師会長、古川・佐賀県知事、潮谷・元熊本県知事に加えて現場の精鋭が勢ぞろいしました。その中で最も人気があったのが若年性認知症のご本人、中村成信さんと佐藤雅彦さんでした。

通称シゲさん、中村さんは、茅ヶ崎サザンビーチの名付け親として観光に貢献した茅ヶ崎市のカリスマ課長だった方です。認知症の一種、ピック病がもとで、スーパーマーケットからチョコレー

トを持って出て逮捕されてしまいました¹⁰⁾。ご本人には盗んだという自覚が全くないので、「そんなことはしてない」と言い張り、「名物課長が万引き」と新聞にデカデカと載ることになりました。普通のデイサービスに通うのは苦手なのですが、写真の才能が花開き、賞をとったりしておられます。

もうお1人、マサさんこと佐藤さんは数学の先生で、コンピュータ技術者だったのですが、物忘れが激しくなり、仕事を失いました。文字は書けなくなってしまったのですがパソコンを使えるので、2014年秋には『認知症になった私が伝えたいこと』¹⁵⁾という本を出版し、日本医学ジャーナリスト協会優秀賞を受賞しました。物忘れをどうカバーするか工夫の数々が載っていて、あとに続く人に、とても役立つ本です。

この2人と、同様に若くして認知症になった看護師の藤田和子さんが共同代表になって、2014年10月、認知症ご本人をメンバーとする「日本認知症ワーキンググループ」がスタート。「認知症になっても希望と尊厳をもって暮らし続けることができる社会を創りだしていくための政策提言をしていく」と宣言しました。

3人とも普通のeメールは苦手なのですが、顔が見え、短い文章で連絡を取り合えるフェイスブックを使いこなし、催しや映像、メッセージの発信で人々の先入観を変える活動を続けています。

図5はその1つ、認知症の人々が中心になって楽しんだマラソン大会の様態です。上段中央の丹野智文さんは、自動車のトップセールスマンだった3年前、39歳のとき、若年性アルツハイマー型認知症と診断されました。医師から聞く言葉も、インターネットの情報も絶望的なものばかり。仲間と出会うことによって蘇り、いまは、ワーキンググループのメンバーとして活躍しています。勤務先の配慮でセールスから事務職に職場を変え、仕事も続けています。

「認知症になったら、なにも分からなくなる」という誤解を認知症とともに生きる人々自らが解



図5 語りはじめた認知症の人たち

こうとする時代が始まりました。

元祖、スコットランドでは政策決定にも参加

誕生して1年の日本の認知症ワーキンググループを励ますために、世界初の認知症当事者組織「スコットランド認知症ワーキンググループ」を立ち上げた初代議長のジェームズ・マクロップさんが、2015年11月に来日して、2,000人を前にこう話しました。

「1999年認知症と診断されたときは雷に打たれたように感じました。かつて会計監査のために訪ねた精神病院の光景を思い出したからです。そこには、絶望しきって失禁し、家族を求めて泣き叫ぶ認知症の人がいました。自分もそのような姿になってしまうのかと思うと恐怖が胸を突き刺しました。けれど支援者との出会いから、そんな私の人生が変わり始めました」。

「2002年初めて取り組んだのは、言葉による偏見をなくすための運動でした。『認知症患者』ではなく『認知症の人』に、さらに、『認知症とともに生きる人』へ」。

「2009年には、認知症戦略の策定に参加しました。そして、認知症と診断されたその日から1年間、支援を無料で保証される制度を作ることができました。保健大臣と定期的に会合を持つようになりました」。



図6 スコットランド認知症ワーキンググループの作った冊子

日本ではまだ、「早期発見・早期絶望」といわれていることを考えると、画期的な制度です。

「恐怖の元だった精神病院はどうなりましたか」という質問に、「なくなりました。認知症の人が地域で暮らせるシステムが、本人にとっても、社会的な費用の面も理にかなっていることを、行政や政治も納得したのです」。

『『認知症とともに生きる人生の旅を一人ぼっちでは行かないで～旅仲間からのメッセージ～』という冊子も作りました』(図6)。

冊子には、「診断直後は自分も家族もつらく絶望的な気持ちになりました。でも、いずれ受け入れられるようになって新たな人生を前向きに送ることができるようになりますよ。少し時間はかかるけれども」という「先輩」からの説得力のある言葉が溢れています。

その中の1ページ、デメンシアのアルファベットで始まるアドバイスをご紹介します。

D-don't give up on life 人生を諦めないで

E-enjoy life, even with the restrictions

人生を楽しんで、制約があっても

M-make use of every minute

1分1分を有効に使う

E-eat sensibly 賢く食べて

N-now is the time to do what you're always wanted to 今こそあなたがいつもやりたいと

最大の問題は 医療

- ・ 認知症権威による「認知症」の説明が偏見をつくってきた
- ・ 医師が書く医療情報で、診断された本人と家族が絶望
- ・ 誤診の多さ 知識のなさ 診断を変えない 減薬しない
- ・ 診断後の精神的・社会的サポートのなさ
- ・ 薬の副作用による悪化(薬剤性せん妄)
- ・ 精神科病院への入院は、誰のために必要なのか?

図7 認知症ご本人からのメッセージ

思っていたことをするとき

T-try to cope by yourself but be prepared to ask for assistance 自身でうまく処理するように、でも助けをお願いする準備をしておいて

I-insight, learn more about your illness and how to live with it 洞察し、学びましょう。認知症と、どう、一緒に生きていくかを

A-act normally, it can be hard for others to spot. Ask for assistance only when you must. ごくふつうに振舞いましょう、あなたが必要と思ったときにだけ支援を依頼しましょう

ご本人から医師への願い

2015年の日本医学ジャーナリスト協会優秀賞を受賞した認知症ご本人が、佐藤雅彦さんのほかにもう1人います。樋口直美さん。

「レビー小体型認知症です。知性も人格も命も失っていく病気です」と告げられ、一時は真剣に自殺を考えたそうです。信頼できる医師や仲間と会うことができ、認知症まで進むことが今のところくい止められています。

樋口さんの著書は、『私の脳で起こったことーレビー小体型認知症からの復活』⁴⁾。協会賞受賞の記念シンポジウムで、手作りのスライドを映し出しました(図7)。

医師にとっては辛口のメッセージですが、医療者への期待をこめた注文に、フロアの医師や

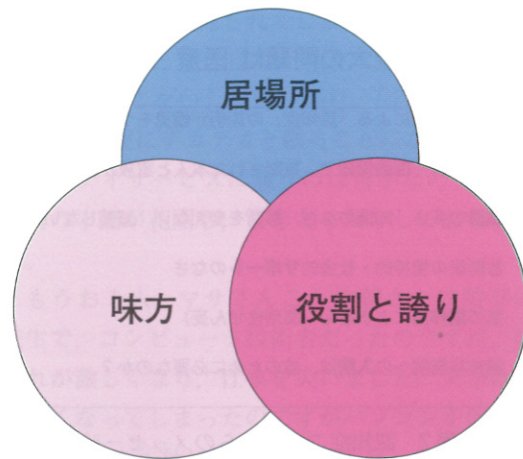


図8 人間にとって大切なことは…

ジャーナリスト、当事者が深くうなずく姿が印象的でした。

高齢者医療福祉政策3原則

国内、海外の医療と福祉の現場を訪ね、政治家や行政官と話し、95歳の母の認知症ケアを経験して、私は、次の3つが、認知症ケアの基本だと思うようになりました。

「安心できる居場所」、そして、「役割と誇り」です(図8)。認知症にならなくても誰にとっても大切なことなのですが。

住みなれた居場所から離れた非日常的な空間、回りは見知らぬ人ばかり、役割を果たすすべもない精神病院。そこには、この3つどれもが欠けています。

スウェーデンや米国の学者が「世界一の高齢福祉」と称賛するデンマークでは、ペント・ロール・アナセン教授が座長を務める検討会で「高齢者医療福祉政策3原則」が打ち出されました¹²⁾。

「人生の継続性の尊重」「自己決定の尊重」、その結果としての「自己資源(残っている能力)の活用」です。アナセンさんは、経済学と自治体行政が専門、1982年のことでした。ときの総理大臣はアナセンさんを厚生大臣に任命。3原則は国の政策になりました。それは、認知症の政策にも引き継がれています。



図9 「おたがいさん」での風景

この連載の第1回を書かれた松下正明東京大学名誉教授は「BPSDは心の叫び」と、述べています⁸⁾。薬で押さえ込むのは邪道、と現場では思われるようになってきています。

けれど、医学研究者たちの学会では、「研究」の名のもと、数字で表される物差し、目の部分を隠したりぼかしたりした写真がスライドで映し出されます。そこには、幸せの指標である「笑顔」という物差しは登場しません。冒頭に書いた「文化の壁」に加えて私が実感する第3の「文化の壁」です。

誇りと役割を大切に笑顔を引き出す認知症ケアは日本の各地で生まれています。

2枚の写真(図9)は、デンマーク生まれの「3原則」が認知症ケアにも通用することを示しています。

写真は、ゴミ屋敷に住み、人を寄せつけなかつ

た老婦人(図9上)。暴力を振るい、妻に青痣が絶えなかった元先生(図9下)。それが、藤沢市で始まった小規模多機能拠点、「おたがいさん」で、別人のように甦りました。

老婦人はいそいそと盛りつけをしています。「オトコは台所仕事しちゃダメ」などとスタッフを戒めたりしています。

献立を考えたり、段取りをしたりすることはもうできないのですが、「盛りつけ」とか「皮むき」という部分なら見事にやっています。

元先生は、子どもたちとギャングごっこを楽しんでいます。

医学の、研究の世界に、このような文化が、広がることを期待しながら、専門誌の伝統からはずれたかもしれない文章を閉じさせていただきます。

文献

- 1) 有吉佐和子：恍惚の人。新潮社、1972
- 2) チャールズ・パーシー・スノー：二つの文化と科学革命。みすず書房、1964
- 3) 藤原瑠美：ニルスの国の認知症ケア—医療から暮らしに転換したスウェーデン。ドメス出版、2013
- 4) 樋口直美：私の脳で起こったこと—レビー小体認知症からの復活。ブックマン社、2015
- 5) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について。2012.6.18 <http://www.yuki-enishi.com/ninchi/ninchi-06-1.pdf>
- 6) 厚生労働省：認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)。(平成25年から29年度までの計画)。2012.9.5 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002j8dh-att/2r985200002j8ey.pdf>
- 7) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略—認知

症高齢者などにやさしい地域づくりに向けて—(新オレンジプラン)について。2015.1.27 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>

- 8) 松下正明：認知症医療への期待と不安。第2回生存科学シンポジウム。2014年12月
- 9) 宮島渡：デンマークの高齢者介護理論に学ぶ。訪問看護と介護 11：414-419, 2006
- 10) 中村成信：ぼくが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
- 11) 大熊一夫：ルポ・精神病棟。朝日新聞社、1973 (<http://www.amazon.co.jp/dp/BOOHEF3EOM/>)
- 12) 大熊由紀子：「寝たきり老人」のいる国いない国—真の豊かさへの挑戦。ぶどう社、1990
- 13) 大熊由紀子、朝日新聞論説委員室：福祉が変わる医療が変わる—日本を変えようとした70の社説+α。ぶどう社、1996
- 14) Ronald Reagan：Alzheimer's Letter, November 5, 1994 (<http://www.pbs.org/wgbh/amex/reagan/filmmore/reference/primary/alzheimers.html>)
- 15) 佐藤雅彦：認知症になった私が伝えたいこと。大月書店、2014
- 16) 高木俊介：白雪姫の毒リンゴ、知らぬが仏の毒みかん—新オレンジプランと認知症大収容時代の到来。精神医療 No. 80：2015 (<http://www.yuki-enishi.com/ninchi/ninchi-35.pdf>)
- 17) 東京都医学総合研究所：認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム 2013.1.29 <http://www.igakuken.or.jp/mental-health/dementia2.html#04>

※文中の写真については、ご本人よりそれぞれ掲載について許可をいただいております。

(福祉と医療・現場と政策をつなぐ「えにし」ネット・志の縁結び係&小間使い/国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野)

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

DSM-5® 診断トレーニングブック

診断基準を使いこなすための演習問題500

DSM-5 Self-Exam Questions; Test Questions for the Diagnostic Criteria

原書編集 Phillip R. Muskin
監訳 高橋三郎
訳 梁矢俊幸・北村秀明・渡部雄一郎

●A5 頁400 2015年
定価：本体4,800円+税
[ISBN978-4-260-02130-2]

精神疾患の世界的な診断基準DSM-5の米国精神医学会オフィシャルシリーズの1冊。DSM-5に関する約500題の問題とその解答・解説を掲載。診断分類・診断基準に関する問題はもとより、経過や有病率、併存疾患などに関連する問題や症例の要約を提示して診断を問う問題など、バリエーション豊かな構成。DSM-5マニュアル、手引への参照ページを掲載。問題を解きながら楽しくDSM-5診断が学べる必携サブテキスト。