



宮城県医師会報

OHTE PLAZA	白石市医師会 佐竹 成夫	169
視 座 死因究明等推進基本法に期待すること	理事 日野 宏	170
論 説 認知症新時代—どこから来て、どこへ行くのか—医療法人社団清山会いずみの社診療所 山崎 英樹		172
心房細動に対するカテーテルアブレーションの現状東北医科薬科大学医学部 熊谷 浩司		177
新春座談会 郡市医師会長と語る	会長 佐藤 和宏ほか	183
活 動 東北文化学園専門学校医療秘書科・医療情報管理科・診療情報管理士科 令和元年度第1回運営委員会ほか		195
祝・叙勲, 表彰		196
保険診療のページ		196
地域のページ 2019台風19号が仙南地域に与えた影響と当法人に与えた影響角田市医師会 本多 正久		197
勤務医のページ 令和元年度全国医師会勤務医部会連絡協議会報告常任理事 赤石 隆		199
お知らせ 宮城県医師会医師無料職業紹介所(宮城県医師会ドクターバンク)		201
健康センター		206
宮城県医師会女性医師支援センター		208
宮城県医師会協同組合		210
宮城県地域医療情報センター		211
みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会		213
宮城県医師会メーリングリストのご案内		214
研修会・講演会案内		215
き・い・わ・あ・ど		218
メディファクスから		220
会長日録		224
県医通知 理事会		225
県医日誌抄		236
会員消息		236
編集後記		239

2020

3

通巻890号

論説

認知症新時代—どこから来て、どこへ行くのか—

山崎 英樹*

はじめに

本稿では、まず認知症をとりまくこれまでの歴史を、医学モデルから生活モデル、社会モデルへの発展として俯瞰する。次いで、医学モデルが台頭する理由とその負の側面を指摘し、そこから抜け出すために家族と本人の自助グループが果たした役割を考察する。さらに社会モデルの視点から診断後支援の在り方を論じ、認知症新時代における「権利ベースのアプローチ」の意義を述べる。

1. 認知症をとりまくこれまでの歴史

認知症はかつて耄碌、ぼけ、老耄などと呼ばれ、一般には老いの一類型として理解されていた（老化モデル）。1960年代に医療保険が成立すると、彼らの多くは痴呆患者と呼ばれ、病院で暮らすようになった（医学モデル）。しかし社会的入院への反省もあり、2000年に介護保険が成立すると、介護のまなざしは生活そのものに向けられていく（生活モデル）。その後、2013年に前年時点で認知症は462万人、軽度認知障害 Mild Cognitive Impairment（以下、MCI）は400万人と推計されることが公表され、MCIは認知症予備軍と報道さ

れて確かなエビデンスのない予防が強調されるようになった（医学モデルの再来）。一方で早期診断が、イコール早期絶望とさえいわれる中で、それでも「社会とつながりながら主体的に生きたい」という本人の切実な声にこたえて、当事者参画を原則とする権利回復の動きが広がりをみせている（社会モデル）。

鳥瞰すれば、患者と呼ばれる「客体」から、生活者、市民と呼ばれる「主体」への回帰を繰り返しながら、認知症社会はらせん的に発展している。そして家族の自助グループは医学モデルの時代に誕生して生活モデルへの移行を促進し、本人の自助グループは再び医学モデルから社会モデルへの移行を促進しつつある（図1）。

2. 社会状況に押されて台頭する医学モデル

戦後の高度経済成長は、地方（村）から都市への急激な人口移動によって達成された。イギリスにおいて16世紀から数百年にわたって進行した移動規模が、日本では1955年からわずか20年間で達成されたという。この人口移動は、家を基盤とする第一次産業から都市、大衆を基盤とする第

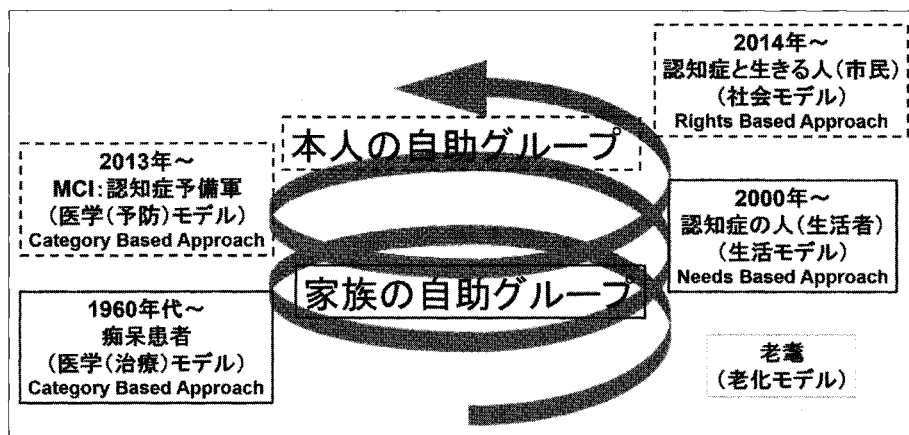


図1 認知症をめぐる日本社会のらせん的發展

*医療法人社団清山会いずみの杜診療所理事長

二次、第三次産業への移行としても急激であった。いわば村の過疎化と家の空洞化によって、後方に取り残された高齢者や障害者が行き場を失っていく。

こうした軋轢を緩和するために、当時、所得倍增計画を推し進めた池田内閣は国民階層を貧困層、低所得層、一般所得層の三つに分け、それぞれに公的扶助、社会福祉、社会保険を充てた（社会保障制度審・昭和37年勧告）。そのため、社会福祉は低所得層に対する行政処分（措置収容）として方向づけられ、公費による施設の整備が遅れ、所得審査や家族関係などの調査を伴う利用しにくいものとなった。一方、社会保険（主に医療保険）は福祉の利用しにくさを補いながら、民間資本により急速に病床が整備され、いわゆる社会的入院という形で介護の必要な高齢者をカバーしていく。つまり社会状況に押されながら老いは医療に覆われ、老耄は痴呆患者となったのである。

こうして出現した認知症の医学モデルの源流には、二つの流れがある。一つは精神病という流れであり、もう一つは寝たきり老人という流れである。

1963年の老人福祉法制定によって特別養護老人ホームが創設されたものの、殺到するばけ老人に対応しきれず、翌年には厚生省福祉課長通達によって「精神障害等手のかかる老人は措置せずともよし」とされた。これを受けて登場したのが医療である。1969年には日本老年医学会で「老人呆けは精神障害」というシンポジウムが開かれ、医学モデルへの流れが本格化する。1972年に出版された「恍惚の人」（有吉佐和子）に「彼は精神病だったのか」という表現がある。1977年には国立療養所菊池病院に痴呆性疾患専門病棟が開設され、1988年には治療病棟が創設された。

一方、寝たきり老人の流れを見ると、1969年の厚生白書に「寝たきり老人対策」という言葉が現れ、1970年代にいわゆる老人病院が急増した。1982年に老人保健法が制定されて老人病院が制度化され、1987年の改正で老人保健施設が創設される。

老いを医療で覆い、そうして生まれた社会的入院を、今度は精神病と寝たきり老人に色分けして

制度的にも担保してきたのが、日本の社会保障政策であった。この強固に練り上げられた疾病観が、優生思想で語られる「価値なき生命」にも通じる誤解や偏見を深く醸成してきた。老いに対する医学モデルは政策的に誘導されたものでもあるわけで、誠に根深いと言わなければならない。

2000年に介護保険が施行されると訪問系、通所系の在宅サービスが充実するとともに、施設もようやく住まいとしての体裁を整え始めた。家での暮らしが見え始め、あるいは施設の家庭的な雰囲気の中で、「認知症でも、あたりまえの暮らしを」という考え方が広がり、実践されるようになった。

その一方で前述した2013年6月の認知症予備軍400万人という報道をきっかけに、すでに先行して広がりつつあった認知症予防ビジネスが一気に活性化し、自治体をも巻き込みながら市場を広げ始めた。超高齢社会の不安を煽りながら、しかも偏見を助長しかねないコマーシャルとともに、確かなエビデンスのない認知症予防が日本中で喧伝されている。ここでも超高齢社会と市場原理という社会状況に押されながら医学モデルが再び台頭したと考えられる。2015年から全国に展開された認知症初期集中支援の中で「とりあえず医療につなぐ」という安易な発想が広がっているのも、こうした医学モデルの再燃と無縁ではないだろう。そしてまた、いわば福祉の医療化によって、過剰診断とさえ言える状況が出現している。社会状況に押されながら医療の場に次々と現れる人々を、医師はともかく診断しなければならない。

もともと病の分類には、疾患分類Nosologyと類型分類Typologyがある。疾患分類は共通の病理、症状、経過に基づく分類であり、疾患単位として確立していく。類型分類は一定の基準に基づく分類であり、たとえば若年、老年のように年齢に基づくもの、皮質性、皮質下性のように症候に基づくもの、そしてMCIのように重症度に基づくものなどがある。通常は疾患単位が確立された後に、ようやく治療や予防のエビデンスが明らかにされていく。

認知症診断をふり返ってみると、そもそも1960年代に高度経済成長に伴う軋轢を緩和する

論説

ために登場した医療保険制度によってボケは「医学モデル」に覆われ、痴呆症として保険病名の対象となり、社会的入院を生んだ。超高齢社会の現在は、認知症予備軍としてMCIがクローズアップされ、認知症予防の潮流を生んでいる。

社会的入院にしても、認知症予防にしても、社会状況を補うように医学モデルが浮上し、これによって支えられ、正当化された社会現象である。つまり認知症診断は、社会状況に押されながら、とにかく類型分類から始めるしかなかったのであり、未だに確かな疾患分類には至っていない。たとえばアルツハイマー型と診断された中に他の病態や正常老化さえも混入している可能性がある。こうしたことが認知症診断における不確かさの背景にあり、予防や治療のエビデンスが出にくい理由の一つになっている。そしてこのことが、認知症の診断後支援 Post Diagnostic Support (以下、PDS) を医学モデルで押し通すことに限界をもたらすのである。

Kleinman¹⁾ は人類学的見地から「医療行為が、社会的・文化的な問題を緩和するために行われる場合があり、結果的には効果のない、ときには有害な専門的ケアを生むばかりでなく、ヘルスケア資源の乱用、文化的に不適切なケアに対する患者の治療拒否や不満を生む」と痛烈に指摘している。

かつて老人病院では身体拘束が、精神病院では隔離があたりまえであった。人権というものが医学モデルによって曖昧にされ、封殺されることがある。その状況は今日なお、十分に解決されていない。人生の断絶処方とさえ呼ばれ、早期診断＝早期絶望ともいわれる認知症診断を希望あるものに変えていくには、疾患単位の確立を急ぎつつも、医学モデルを越えた理解の仕方を医療者が、そして社会が手に入れる必要があるのではないだろうか。

3. 自助グループによって促進される医学モデルからの脱却

1980年1月、京都で介護家族ら90名余が集まり「呆け老人をかかえる家族の会」が結成された。2006年に「認知症の人と家族の会」と名称を変

更し、2015年には会員約11,000人を擁するわが国で最大規模の自助グループとなっている。

1990年代から「ぼけても安心して暮らせる社会を」、「ぼけても心は生きている」などを標語に掲げながら活動していたが、2009年に理念を次のように定めた。

「認知症になったとしても、介護する側になったとしても、人としての尊厳が守られ日々の暮らしが安穩に続けられなければならない。認知症の人と家族の会は、ともに励まし合い助け合って、人として実りある人生を送るとともに、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現を希求する。」

家族の会は、1980年から調査研究事業にも取り組んでおり、調査をもとに行われた行政への要望や政策提言は1982年から2015年までで約70回にもなる。最初の要望の骨子は「ねたきり老人なみの福祉」であった。一貫して介護の社会化を求めており、介護保険の成立を強く後押しした。医学モデルから生活モデルへの移行は、家族の自助グループによって促進されたのである。

一方、認知症の早期診断が広がるとともに、診断された本人が自らの思いを社会に発信することが多くなった。その端緒となったのは2003年10月のChristineの来日である。彼女は1995年に46歳で認知症と診断され、苦悩と向き合いながら本を書き、認知症と生きる人の権利擁護を訴え続けている。一冊目の手記の日本語版「私は誰になっていくの？」の出版を記念して来日し、NHKなどでも放映されて話題となった。その後、2004年と2017年のADI国際会議（京都）を含め6度の来日を果たしている。彼女のバトンをつなぐように日本の当事者が次々と語り始めた。

認知症の当事者は、たとえば身体障害や精神障害の当事者のようには、通常、長く活動を続けられない。このため彼らはパートナーと呼ばれる理解者とともに、まさにバトンをつなぐように運動を広げてきた。その流れが、2014年10月に設立された日本認知症本人ワーキンググループ Japan Dementia Working Group (以下、JDWG) につながり、2015年に公表された新オレンジプランに「認知症の人やその家族の視点の重視」を柱とし

て盛り込む一つの契機となった。活動の目的は「認知症になってから希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会を創りだしていくこと」とされ、認知症JR東海事故や改正道路交通法に対する見解を公表するなど、社会への提言を力強く続けている。

JDWGの活動メンバーが参画して2017年に「本人ミーティング開催ガイドブック」が、2018年に「本人ガイド」(老健事業版, 仙台版)が発行された。これらによって本人同士の出会いとピアサポートの場が日本中に広がり、本人が自らの権利に目覚め、当事者参画を原則とする認知症にやさしい町づくり(Dementia Friendly Community, DFC)の進展に主体的に貢献していくことが期待される²⁾。

家族と本人の当事者グループは、医学モデルからの脱却に大きな役割を果たした。だが、それぞれが目指した方向は同じではない。

家族の視点からみると認知症の本人は客体であり、家族によってニーズが探られ、与えられるべき支援が家族によって決定される。本人のためを思いながらも、ときに本人の意向と対立し、切羽詰まった家族はもっぱら医療や介護の専門家に訴え出ることによって、いわば医学モデルを後ろ盾にしながら本人の意向を封じ込めてきた。つまり家族によって目指された生活モデルは、たとえば隔離された病院の中の生活空間の改善に留まることも許容するものであり、医学モデルを完全に越え出るものではなかった。

本人の視点から見ると認知症の本人は主体であり、本人によって自立と共生が語られ、取り戻すべき権利が本人自身によって表明される。そうした声に耳を傾けることによって、ケアはやさしさや善意による施しではなく、権利として享受すべき配慮であったと気づかされる。地域包括ケアシステムの構築が目指されているが、いわば地域包括権利システムというべき文化と仕組みこそが求められているのではないだろうか。自立生活運動のスローガンである“Nothing about us, without us. (わたしたち抜きに、わたしたちのことを決めるな)”は、認知症に関わる全ての領域においても原則とされなければならない。ここに至って

ようやく、医学モデルを越える社会モデルの地平が拓けていくだろう。

4. 空白の期間にどう向き合えばよいのか

JDWGの設立趣意書に以下の文章がある。

「早期診断の広がりによって、自分が認知症であることを認識できる『初期』で診断される人が増えているものの、診断前後から介護保険サービスの対象とされるまでの支援は未整備であり、絶望に陥る人が後を絶ちません。この『空白の期間』の解消は、これから認知症になる可能性のあるすべての人にとって深刻かつ切実な問題です。」

この空白の期間と、医療者はどのように向き合えば良いのだろうか。一つは予防、一つは備えとしてまとめてみたい。

『予防』は、認知症は「進行性の脳疾患」である、という定義に立ち、症状は疾患によって生じるという医学モデルに立脚する。このとらえ方は進行性という点で、たとえばAdvance Care Planning ACPなど、がん医療からの学びを促すものの、不治の脳病というイメージは「価値なき生命」観や「認知症=終わり」という悲観と結びついて認知症診断への忌避や心理的な否認を招き、受容への妨げともなりかねない。一方で「治りたい、進行したくない」という本人の切実な願い、すなわち通常は進行性であることへの「否認」に寄り添う姿勢が、臨床医には求められることがある。しかし予防を励まし続けた医療者は、いよいよ進行の現実と直面した本人や家族とどのように向き合えば良いのだろうか。

『備え』は、認知症は「進行性の高次脳機能障害」である、という定義に立ち、障害は社会的障壁によって生みだされるという社会モデルに立脚する。このとらえ方は、「価値なき生命」観とは無縁であり、医学モデルに伴う悲観的な固定観念に陥ることがない。そのため、がん医療に留まらず、自立生活運動や障害者権利条約など障害者運動からの学びをより円滑なものにする。その集大成として登場するのが、権利ベースのアプローチRights Based Approach (以下, RBA)である。

論説

5. 認知症と診断された人へのRBA

RBAは1990年代後半から国連の開発分野で重視され、貧困や教育、障害の分野に応用されてきた。たとえば学校を建てても、教育を受ける権利を知ることから始めなければ有効に活用されないという経験から生まれたアプローチである。2006年に国連で採択された障害者権利条約は一つの成果であり、日本は2007年に署名し2014年に批准している。

障害者権利条約は社会モデルを採用し、合理的配慮を規定している。社会モデルとは障害に対する社会的障壁（建物、制度、慣行、偏見など）を解決する責任は社会にあるという考え方であり、合理的配慮とは障害者一人ひとりとの対話を通じて、できるはずの配慮（環境調整）をしないのは差別であるとする考え方である。何かをする差別から、何かをしないのも差別であるという考え方に一歩踏み込んだものということができる。

実践の場に落とし込むなら、RBAは次のように定義することができるだろう。

「本人が自らの権利に気づき、本来の力を発揮しながら人生を再構築できるように、本人との対話と交流を重ねながら責任をもって環境を整えるアプローチ」

前段はエンパワメントであり、後段は合理的配慮である。なお、この定義で用いる「環境」には、たとえば支援やケアと呼ばれる関わり、そして家族や地域社会との関係性なども、生活環境あるいは社会環境として広く含めるものとする。

このRBAに沿ったPDSの大きな柱として、本人ガイドと本人ミーティングがある。仙台市から発行された本人ガイド「認知症とともに歩む本人からのメッセージ」の表紙には、「本人に聞きながら、本人と一緒に作った、本人ガイド」と記されており、当事者参画を原則とする関係者との協働というRBAの手法が活かされている。最初のページに丹野智文氏の手記から次の文章を引用している。

「診断後は『認知症＝終わり』だと思い、不安や恐怖から夜、泣いてばかりいました。それが、元気な当事者やサポートしてくれる人たちとの出会いにより、少しずつですが不安が解消されてきたのです。・・・私が選んだのは認知症を悔やむ

のではなく、認知症とともに生きるという道です。」

当院が関係している本人ミーティングは、仕合せの会（2014年～）、おれんじドア（2015年～）、運転免許を考える本人の集い（2017年～）、仕合せの会inいずみの杜（2019年～）である。本人ミーティングのメンバーはピアサポーターとしてPDSに関わったり、各地で講演活動を行ったりするなど、認知症の経験専門家 Expert by Experienceとしても活躍している。

おわりに

先に紹介した仙台市の本人ガイドの最後のページには、Christineの次の言葉が引用されている。

「認知症になったら自分がなくなってしまうという嘘、その嘘を、私たち自身が捨て去れば、認知症があっても、新しい未来を創り出すことができる。そして一番大切なことは、家族や友人たちに『認知症との旅と一緒に歩んでください』と求める資格が自分たちにあると気づくことなのだ」

「資格が自分たちにある」とは、「権利が自分たちにある」と同義であろう。2019年10月、JDWGは「認知症基本法に関する期待と要望」を公表し、基本法の目的や理念から「予防」という語をなくし、筆頭に「人権」が明記されることを求めた。

「本人が自らの権利に気づき、本来の力を発揮しながら人生を再構築できるように、本人との対話と交流を重ねながら責任をもって環境を整えるアプローチ」、つまりエンパワメントと合理的配慮を軸とするRBAこそが、認知症新時代におけるすべての基本である。

附記

本稿のリサーチは公益財団法人生存科学研究所の助成（H29, H30）を受けた。

1. Arthur Kleinman（大橋訳）：臨床人類学—文化のなかの病者と治療者．弘文堂，東京，1992.
2. 山崎英樹：宮城県仙台市の経験（特集 Dementia Friendly Communityとはなにか）．老年精神医学雑誌 28(5), 503-510, 2017