

特集

認知症患者のBPSDと触法行為を考える

特別養護老人ホームの重介護施設化と倫理的課題

時田佳代子, 井口健一郎, 西山八重子, 時田 純

社会福祉法人小田原福祉会
高齢者総合福祉施設潤生園

● 抄録

1978年設立当初, 入所者の生活の場であった特別養護老人ホーム(特養)は, 入所者の超高齢化・慢性多臓器不全の増加・認知症の合併などにより, 重度要介護者の終末期ケアを担う存在になったが, その役割と責任にふさわしい介護報酬にはほど遠いものがある。一方, 医療では看護体制がきめ細かく評価されているが, 特養は全国一律のままであり, 意欲ある施設が経営努力をし職員配置を厚くしても評価はなく, 自助努力に任されている。しかし, ケアの実態は, 医療施設より介護がむしろ手厚い。むしろ, これは施設・職員の倫理観の発露であり, ストレスの高い現場で精神疾患やバーンアウトの危険性がついて回る。一刻も早い国による対策と, 支援がもたれてならない。これを踏まえ, 世界的な認知症対策・あるべき認知症ケア・世界のなかでのわが国の医療水準について概観した。

Key Words : 重介護化, 認知症ケア, ストレス, 医療水準

日本認知症ケア学会誌, 14(3)612-619, 2015

I. 施設入所者の重度化で介護職員に高まるストレス

1963年(昭和38年)老人福祉法が制定され, 居宅において介護を受けることができない高齢者の施設として, 特別養護老人ホーム(以下, 特養)が設置された。1980年代ごろまでは, その役割は「生活施設」とよばれており, 主として入所者の生活を支える場であった。しかし, 高齢化の進行とともに, 入所者の半数以上が90歳を超える超高齢な要介護者となり, かつほとんどの入所者が治癒不能な複数の慢性疾患を抱える施設に変貌し, さらに大多数が認知症を合併しているため, 対応のむずかしい高齢者が増加し, いまや, 特養は重介護高齢者の終末期ケアまで担う, 大きな役割が期待されている。そのような重度化の結果, 特養の介護現場は, 1つひとつの援助行為に倫理的配慮

が求められ, なにかあればいっさいの責任を介護側が負わなければならないとなり, ストレスの高い施設になっている。さらに, ストレスを高めている要因は, 認知症そのものが治癒する見込みはなく, 対応としてはただひたすら, 介護職員の忍耐にゆだねられていることである。

たとえば, 認知能力や判断力が低下しており, 予期し得ない事故が発生した場合でも, 施設全体が善良な安全管理義務を怠ったとして, 責任を問われかねなくなっている。このような入所者の重度化と認知症化に伴い, 特養の介護は困難性が高いため, 個々の特養では赤字覚悟で, 介護職員を3:1の基準より手厚くし, なかには2:1以上に配置して, 暦年赤字経営が続いている施設も見受けられる。

ところで, 利用者の重度化は医療機関でも深刻であるため, 病院では重症度や医療・看護の必要度などに応じて, 看護体制を7:1から10:1, 13:1, 15:1など, きめ細かな診療報酬が設定

され、実態に即して見直しが行われている。しかし、特養の配置基準は3:1のまま一向に改善されず、現在も据え置かれたままである。

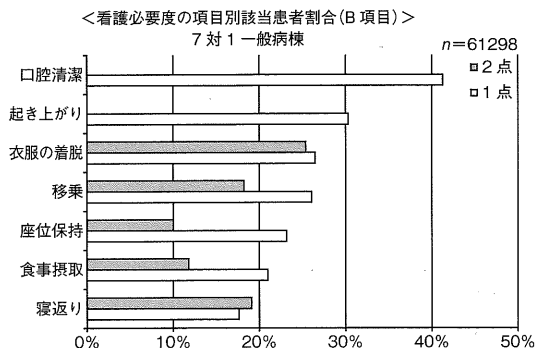
そこで、病院と特養のケアについて、制度的にどのような仕組みであるかを検証したところ、7:1看護体制の「B項目」(図1)をみると、その実施率は「口腔清潔」42%、「起き上がり」30%、「衣服の着脱」25%等であり、重症度やケアの必要度では、むしろ特養のほうが実施率は高いのである(図2)。

たとえば、特養には、「寝返り」ができない全介助者が32%、「移乗」では49%、「衣類の着脱」45%、「起き上がり」40%、「口腔清潔」36%、「食事摂取」や「座位保持」でも20%もおり、ほかの人も一部介助が必要なのである。「介護の質」では、このように病院より特養のほうがはるかに手厚いケアが提供されている(図3)。それにもかかわらず、特養についてはほとんど報酬上の評価はみられないのである。

この制度上の優劣は、どこに原因があるのだろうか。そこには依然として、医療・看護重視、介護軽視が背景にあるのではなからうか。それが、介護報酬の改善を等閑にしている要因ではないかと思われる。

また、別の面から介護の重度化について述べれば、かつては肉体労働中心であった介護業務は、いまや感情労働の場に大きく変化し、介護職員は日常的に強いストレスにさらされている。それでもスタッフは、入所者の安全を支えるために、献身的な努力を惜しまない。その真摯な姿は、おそらく他の職域ではみられないであろう。そこには、他者の苦悩を見ごせない思いやりの心や、献身することのやりがい、支えになっていると思われる。しかし、その反面、「うつ病」を発症して休職になったり、燃え尽き症候群(バーンアウト)で離職したりするなど、厳しい現実を抱えているのも事実である。

それにもかかわらず、介護制度の第6次改定では、介護報酬が減額され、介護人材の確保がいつ



出典)厚生労働省(2015)「平成26年度調査結果(速報)概要」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000088535.pdf>).

図1 7:1病院の重症度

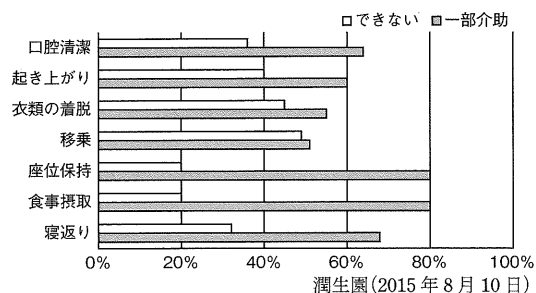


図2 特養の重症度・介護の必要度・評価項目ごとの該当割合

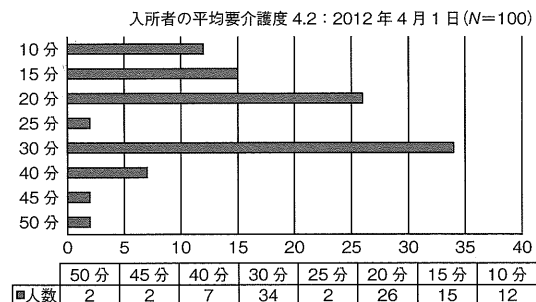


図3 特養の食事ケアはどれだけ時間をかけているか (潤生園)

そう困難になった。このような乱暴な措置は、時代錯誤といわざるを得ない。とくに、首都圏ではわが国を代表する産業が集積し、最近の好景気

沸いて賃金がいちじるしく上昇している。そのなかで、給与水準がもともと低い制度ビジネスは、人材確保競争に勝てるはずはないのである。このまま推移すれば、首都圏の特養は、倒産の憂き目に遭う危険に迫られているといえよう。

まさに、私たちは「政治の失敗の時代」を生きているようである。国や政治指導者が緊急事態を察知できず、必要な解決策を講じなければ、国民生活の安寧が危険にさらされるのである。確かに、介護の社会化はいちおうの成果をみたが、想定を上回る利用者の増加や保険料の上昇が避けられず、制度の持続可能性が危ぶまれているため、政策当局の努力は否定しない。しかし、人が財産である介護事業で、現場に人がいなくなれば、困るのは介護が必要な人々であり、国の責任は重いのである。いまこそ、何のための介護保険か、改めて存在の意味を問わなければならない。

II. 予想を上回る認知症の増加と先進諸国との国家戦略の比較

いま、認知症ケアのあり方をめぐる議論は、新たな局面を迎えている。第1は、厚生労働省所管のオレンジプラン(認知症施策推進5か年計画)を、政府が新たに強化して「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)が策定されたことである。また、第2は、2012年の認知症者数が、実に462万人(7人に1人)に増加し、科学的なエビデンス(根拠)に基づく数値として、初めて公表されたことである。さらに、2025年の将来推計値も、約730万人(5人に1人)になるという、極めてショッキングな数値も公表された。認知症になっても本人が尊厳を保持して生きていける社会を、どうしたらつくれるのであろうか、将来にわたる大きな課題が明白になったことである。そして、第3には、認知症の人をこれまでは病院や施設でみてきた流れを「不適切」であったと反省し、認知症政策を180度転換して、地域で暮らしていける環境づくりに変化したことである。さらに、第4

には、これまで介護は食事・排泄・入浴などの世話とされたものが、認知症でもの忘れがひどくなり、見当識や判断力が低下し、社会生活の援助が必要な人が、これほど増えるとは想定外であったことである。

国際アルツハイマー病協会(IA)の推計によれば、現在、世界中の認知症の人は4400万人と推定され、2050年には約3倍の1億3500万人になると予測されている。認知症に対する欧米諸国の対応は、フランスがもっとも早く2001年に国家戦略を策定し、オランダは2004年に、オーストラリアは2006年に、次いでイギリス・デンマーク・アメリカなどが、認知症行動計画や法律を制定し、各国とも国を挙げて取り組まれている。それらと比較して日本の場合、認知症大国といわれながら、ようやく先進諸国に追いつこうとしている段階であり、むしろ遅きに失しているというべきではなかろうか。

たとえば、フランスでは2008年から、サルコジ前大統領直轄のプロジェクトチームが、認知症対策を5か年計画で強力に推進し、5年間で約16億ユーロ(1800億円)という膨大な資金が投じられた。また、アメリカでは2011年にオバマ大統領が、「国家アルツハイマープロジェクト法」に署名し、国家戦略が推進されている。それに比べると日本は予算規模も少なく、オレンジプランで多くの対策が列挙されているが、国の責任で認知症対策を進めるといふ政治姿勢に欠けているといわざるをえない(表1)。

III. 認知症の人にリロケーション・ダメージを与えないために

いまや、認知症は単なる疾病問題ではなく、世界諸国にとって極めて重大な脅威になってきた。昨年12月、イギリスのロンドンで開かれた「主要国(G8)認知症サミット」には、G8各国をはじめ欧州委員会、世界保健機関、経済協力開発機構(OECD)等の代表が出席し、認知症施策を世界共

表1 世界各国の認知症戦略と予算規模

| 国名 | 認知症戦略への予算規模 | 認知症高齢者1人あたり換算(年) |
|-------|--------------------------|------------------|
| フランス | 5年間で16億ユーロ(約1800億円) | 44,651円 |
| イギリス | 最初2年間で1億5000万ポンド(約210億円) | 7,500円 |
| デンマーク | 2年間で450万ユーロ(5.4億円) | 3,176円 |
| 日本 | 2013年度に予算37億円を要求 | 1,213円 |

世界各国の認知症対策は、予算規模をみればどの程度重要視しているか分かる。フランスが突出しているのは、サルコジ前大統領の下で2008年から認知症施策が強力に推進され、大統領直轄の任命官がおかれ、5年間で16億ユーロ(1800億円)かけて、44の施策が実行されているためである。また、アメリカではオバマ大統領が2011年に「国家アルツハイマープロジェクト法」に署名し、国家戦略が策定され認知症対策に取り組んでいる。これらに対して、日本の取り組みはあまりに貧弱である

通の課題として、各国の取り組みが紹介されるとともに、熱心な意見交換が行われたと伝えられている。次いで、東京で開催された「認知症サミット後継東京会議」には安倍首相も出席し、「認知症施策を国家戦略でつくる」と宣言し、内閣官房を含む10府省庁での協議により、2015年1月27日、「認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」と題し、初めて「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」を国家戦略で推進することになった。「新オレンジプランの基本的考え方」は、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」と明記された。

認知症の人の場合、とくに大事なことは、住み慣れた自宅や地域を離れず暮らせるための配慮である。認知機能が低下した人を、なじみのない環境に移せば、リロケーション・ダメージを受け、当然不適合が生じるからである。認知症の人と、「家族を含めた環境」とが不適切であれば、認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD)を引き起こし、混乱や苦悩を与えることになるのである。しかし、居宅介護の現実、介護者が困ると安易に入院させたり、向精神薬を投与したりすることで、かえって容態の悪化を招く例があつとを絶たない状況である。このような認知症ケアは重大な過ちであり、すみやかに改善されなければならない。新オレンジプランの第1のポイントは、認知症の当事者や

家族の視点を施策の中心に据えたことである。当事者の知恵に学んで施策がつくられる、そこにこれまでと異なる大きな意義がある。

ところで、平成25年8月「社会保障制度改革国民会議」(清家 篤会長)は、これまでの「病院完結型」医療から「地域完結型」医療へ、また、「病院・施設」から「地域・在宅」へ、そして「医療」から「介護」への転換の必要性を提言した。さらに、平成26年6月に成立した、「医療・介護総合確保推進法」では、今後の方針として、①医療と介護が一体的に統合されたケア、②認知症の状態が悪くなる前に、③専門医のほか一般医や多職種まで含めて、④訪問型でケアを届ける方法へ、サービスを作り直す作業が明示された。

その重要な課題のひとつが、精神病院からの認知症高齢者の社会復帰である。いま、日本では、認知症高齢者が53,000人も精神科病棟に入院し、平均在院日数は実に900日を超えるという病院もあると伝えられている¹⁾。

また、NPO 法人大阪精神医療人権センターからは、大阪府内の約60か所の精神科病院すべてを訪ねた結果、平均在院日数が2,500日を超える病院があるが、「実感から言うと入院患者の半数以上は、心の病を抱えながらも通院だけで十分で、地域で暮らしていける人たちでした。いわゆる社会的入院の患者です」と伝え、「病院が患者の退院に消極的なのは、病床を患者で埋めないと経営が成り立たない、構造的な問題が背景にあるからで、

患者本人の意向は関係なく、お金を生む手段として人間が利用されているような印象を受けてしまうのはとても悲しいことです」と訴えている²⁾。

認知症患者が精神病院に大量入院している例は、世界にない事態であるという認識が欠けているのではなかろうか。

2014年7月、OECDは、このような状況を報告するなかで、わが国の「脱施設化」を指摘し、「長期入院患者が自宅や地域に戻って、効果的な治療を受けることはできるはずである」と勧告した。OECDからこのような勧告が出されたのは、わが国の医療のあり方に疑問が投げかけられているからであり、真剣に受け止めなければならないであろう。

新オレンジプランでは、「最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される、循環型の仕組みの構築」を提起している。認知症の人が病院や介護施設で長期固定化しないよう努めなければならないことはいうまでもない。

この点について、「社会保障制度改革国民会議報告書」では、次のように述べている。「今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている³⁾と。

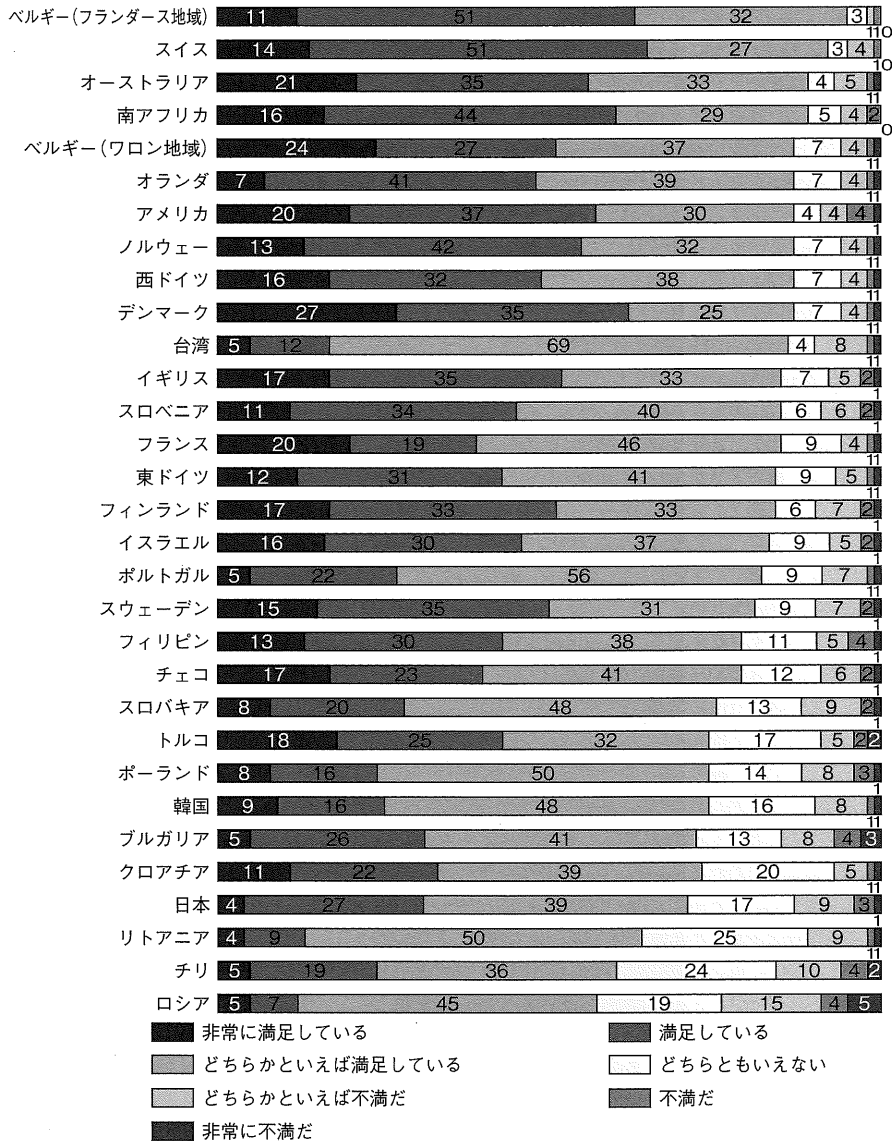
IV. 世界的にみた日本の医療の水準と評価

筆者は上述したOECDの勧告から、日本の医療はといったい、国際基準に照らしてどの程度の水準であるのか、先行文献を調査した結果、『日本人はなぜ医療に満足できないのか；ISSP国際比較調査「健康」から⁴⁾を拝見し感銘を受けたので、

引用についてご了解を求めたところ、幸い快くご了承いただいたので、参照しながら本稿を進めたい。NHK放送文化研究所が加盟する国際比較調査グループ(International Social Survey Program；ISSP)が、2011年に31の国と地域で「健康」に関する調査を行い、2013年に各国のデータが公開された。奇しくもこの2011年は、わが国で国民健康保険法が改正され、すべての国民が少ない費用負担で医療を受けることができる、国民皆保険制度が確立(昭和36年)してから、50年という節目の年である。さらに、この保険制度は、自分で自由に医療機関を選び、受診することができるフリーアクセス制であり、諸外国のように、医師の紹介状がなければ病院受診ができないという仕組みではない。そのように恵まれているはずの医療制度について、日本国民はどう評価しているのか、興味深い研究であった。そこで、いくつかの項目について、データに基づき検証を試みたが、結果は次のとおりであった。

たとえば、「受診率」では、日本は64%で世界一高いが、2位のオーストラリアは61%、3位のポルトガルは59%で、これらの諸国は一般開業医(General Practitioner；GP)制であるが、受診率は日本とほとんど差はみられず、フリーアクセス制がとくに、受診率を高めているようには思えなかった。

それよりも、治療に対する「満足度」では、日本の場合、「非常に満足している4%」「満足している27%」および「どちらかといえば満足している39%」を合わせて70%であるが、ベルギー(フランダース地域)94%、スイス92%、オーストラリア89%、南アフリカ88%などと比較すると、満足度は参加31か国のなかで28位であり、評価は格段に低かった(図4)。さらに、別の視点で日本は、「仕事や用事で治療を受けられなかった」割合が、働き盛りの34歳以下では41%、35～54歳以下でも33%もあって、いずれも世界でもっとも数値が高く、これも不満の原因になっていると思われた。



出典)村田ひろ子, 荒牧 央: 日本人はなぜ医療に満足できないのか; ISSP 国際比較調査「健康」から. 放送研究と調査, 64(1):60(2014).

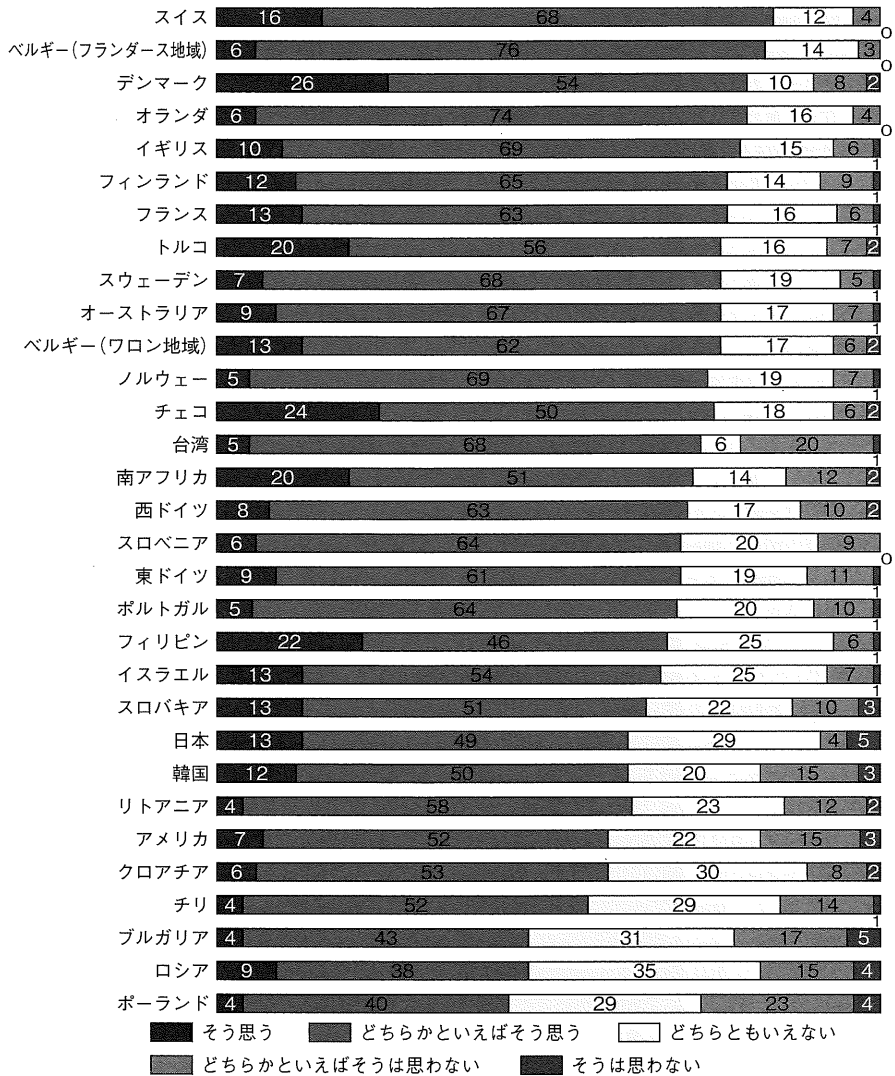
図 4 治療への満足度

また、最近受けた治療から、「医師は信頼できる」(そう思う、どちらかといえばそう思う)という項目では、スイスが第1位で84%、ベルギーが第2位で82%など、総じてヨーロッパ諸国が上位を占め、日本は医師に対する信頼の度合いが、参加国中23位の62%であり、国際的にみて決して高

い水準ではなかった(図5)。

さらに、「医療制度への満足度」では、第1位がベルギー(フランダース地方)93%、第2位がスイス86%などで高く、ここでもヨーロッパ諸国が上位を占め、日本は73%で25位であった。

医療制度に対する日本国民の満足度が低い



出典)村田ひろ子, 荒牧 央:日本人はなぜ医療に満足できないのか;ISSP 国際比較調査「健康」から, 放送研究と調査, 64(1):61(2014).

図 5 医師への信頼

は、医療に対する不安や不信、医師との信頼関係が欠けているからではなかろうか。最近起きた群馬大学病院での腹腔鏡手術で、8人もの患者が死亡した事件をはじめ、著名な大学病院での医療ミスの続発や3時間待ち3分診療、インフォームドコンセント(説明と同意)の欠如、データを捏造したディオバン事件や、医療者と製薬業界の癒着などをめぐる不信感は極まった感がある。しかし、

利害関係が複雑に絡み合った積年の医療制度を、だれがどのような手立てで改革できるのであろうか。

平成25年8月6日、社会保障制度改革国民会議報告書はそのなかで、日本の医療機関は西欧等と異なり、私的所有が中心であるため、政府が強制力をもって改革できない点を指摘しながらも、「必要なサービスを将来にわたって確実に確保し

ていくためには、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力が必要であり、日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならない³⁾と指摘している。また、その改革のコンセプトについて、「これからの医療は『病院・施設から地域へ』『医療から介護へ』の大転換であり、1970年代以降の『医療機関中心の医療』から、『在宅・患者中心の医療』へ転換を図ること³⁾」の必要性を強調している。

当面、今後の医療の方向性は、診療所や中小病院は家庭医機能を、国公立病院・大学病院は高次医療機能を担うという、機能分担と連携強化が求められている。しかし、より本質的には、これまでの医療技術と薬物投与による人間と健康への過度の介入を見直し、人間本来の自然治癒力を高め、未病を治すという哲学の転換が切実に求められているのではなかろうか。

その意味で当法人はいま、誠実なドクターを中心に2つの研究を進めている。その1つは、アル

ツハイマー型認知症になると、脳はブドウ糖をうまく使えなくなり、エネルギー不足で脳は休眠状態に陥るため、代替エネルギー源となるケトン体を効率よくつくる中鎖脂肪酸(Medium Chain Triglyceride ; MCT)の摂取を試み、脳機能の改善を図る研究である。また、もう1つは、体内でエネルギー産生の際に発生し、細胞のミトコンドリアを傷つける活性酸素を除去し、細胞機能を賦活させる「水素」を活用して、認知症の脳機能の向上を図る研究である。かなりの時間とエネルギーが必要であるが、少しの可能性でも発見できればと期待している。

【文 献】

- 1) 西田淳志(東京都医学総合研究所主席研究員)：認知症政策の国際動向，2015年2月4日。
- 2) 公明新聞，2015年2月7日。
- 3) 社会保障制度改革国民会議(2013)「社会保障制度改革国民会議報告書」(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>)。
- 4) 村田ひろ子，荒牧 央：日本人はなぜ医療に満足できないのか；ISSP国際比較調査「健康」から。放送研究と調査，64(1):56-67(2014)。