
認知症ケアとソーシャルワーク

社会福祉学部

教授 下垣 光

皆さん、こんにちは。おはようございますかな。学部教員の下垣と申します。私のほうからは認知症ということを切り口とした話をさせていただければと思います。全体のタイトルというか、これ頂いたときに、『人と向き合うソーシャルワーク、今の日本の福祉を考える』というふうに入ったときに、僕はやってきたことからすると認知症以外、考えられないのでやらさせていただこうかなと思ったんですが。ただ、人と向き合うソーシャルワークという言葉って当たり前じゃないか、それがソーシャルワークだろうっていうふうに、このタイトルを聞いた方からも言われたりもしました。ただ、主に認知症ということを入れたときに、認知症のある人であったり、認知症という問題と向き合うっていうふうに入ったときに、それは当たり前だろうというふうには、まだ置いておけない状況なんじゃないかなというふうには感じて、話をさせていただければと思います。平成8年から僕もここで仕事をしてるので、そこを振り返る、認知症とどう向き合ってきたのか、支援というのはどう考えられてきたのかということ振り返りながらの話をさせてもらえればと思ってます。

そもそも、少し整理なんですけど、認知症の問題って何なんだろうというふうにいえば、当たり前かもしれないんですけど、原因疾患が必ずあるという、代表的なのはアルツハイマー病などですね。必ず、要するに脳の病気が背景にあって起きる問題なんです。ただ、そういう方に脳の治療というだけで簡単に済まなかったりするのは、必ず、それが認知機能の低下とともに、さまざまな心理、社会的な問題を引き起こしてきたりするということがあるということが、ソーシャルワークであったり介護であったりということを必要としてると

いう部分でもあります。

しかも、厄介な問題というのは脳の病気であったとしても、残念ながら今の医学で完全にそれを治す、元の状態に戻すということは困難であるということでもあります。そして、それが本当に医療の中だけで話が済まなくなるというのを基本というのは、この認知症になることということが必ず周囲の人に与える影響が非常に大きいということですね。そうなったときに、その人が起こすさまざまな行動ということが、基本的には特に家族介護者にとっては厄介な問題行動というふうに見なされやすかったりします。さらに、根本的な、なぜ、あらためて言わなければいけないのかといったときに、認知症の人と向き合う、認知症の人にはこうしようみたいな簡単な答えがあるわけではない。なぜならば、簡単に言うならば、その人が起こす行動にはものすごく個人差があるということですね。簡単なマニュアル的な対応ができないということでもあります。

ただ、ケアがソーシャルワークというふうに発展して、忘れてはいけないことというのは、認知症が発症することによって必ず社会的な活動が制限される。特に若年性認知症という言葉が示すように40代、50代で認知症になったりするといったときに必ず、それまでにしてた仕事ということが継続できなくなるということでもあるし、また、日常生活のさまざまな行動に制限が生じやすくなるということですね。これが、なぜ、これだけ大きな問題になってるのかということ、これ一番新しい内閣府の、この前、報告されました認知症施策推進大綱の中に上げられてるんですけど、これは僕も異論はあるんですが、認知症の有病率についての捉え方とすると、65から69歳までは1.5パー

セントぐらいなのが90歳以上になると64.2パーセントという統計を出したりしています。つまり、これというのは加齢とともに加速度的に認知症の出現率って上がっていくと。これはわが国の平均寿命の伸びが85歳を女性だと突破してることを考えていくと、平均寿命の伸びイコール認知症の人の増加ということが加速度的に広まっていくっていうことが、日本の国レベルでの大きな課題ということの背景になります。

ただ、このことっていうのを、平成を振り返るというふうにしてみたいかなと思います。平成以前、1989年以前ということ考えていくと大きな、いわばターニングポイントというのは社会における認知症への認識、つまり、ほけ老人イメージが拡大していったということがいえると思います。昭和46年の有吉佐和子さんの『恍惚の人』などをきっかけとして、ほけ老人は怖い、大変だという社会的なネガティブなイメージはすぐに広まっていきました。一方で研究や介護、実践、さまざまなものが十分ない中で、支援のスキルは全く未確立であり、さらに、昭和40年代の後半から老人医療の無料化ということがありましたので、取りあえず病院に入院させるというようなことというのが圧倒的に増えてくるという状況でもあり、対応スキルも治療方法も確立してない中だと、やることが身体拘束、行動制限、薬物療法、特にこれ向精神薬の投与ですよ、によって、おとなしくしてもらおう、過鎮静みたいなのに陥りやすかったりしていました。

これに対して厚生省は1984年、昭和59年に痴呆性老人処遇技術研修事業というのをやっと始めて、専門的なスキルということをスタートしたりしました。ただ、この大きなポイントというのは、痴呆の方とか痴呆症の治療などの病気への対処という視点から、痴呆性老人の理解と援助という意識の転換みたいなことは大きな柱でもあります。極めて簡単に言うならば、心的理解というふうにしてもいいと思うんですね。つまり、認知症だから訳が分からないというふうに決めつけるわけではなく、ちゃんとその人の気持ちを考え

よう。だから、スキルの一番単純化した言葉で言うと、その人の世界に入るとか、気持ちに寄り添うということだったりもしました。これが一つのターニングポイントになってきたりするの平成元年でありまして、何かというと、ご存じのように社会福祉士や介護福祉士というものの専門的資格というものもできてくる中で、90年代に入って変わってきたとことがあります。一番大きいポイントというのは三大介助の見直しだったりしたわけですね。それまで積み重ねてきた実践の中で、どうしても効率重視で食事、排せつ、入浴の介助というのが進んでいく中に、認知症のある人がついていけない、という状態になっていったということですね。

その背景には、集団的な病院に近い環境、そういう施設環境に対する抵抗感がある人たちが、そこを変えたいという部分が90年代の大きなムーブメントになってきたとことがあります。それは、介助から生活支援への介護ということの意識の転換だったりもします。分かりやすく言えば、食事を楽しく食べる、排せつはプライバシーを尊重しよう、羞恥心をもっと考えよう。入浴は機械的に、体、機械などを使いながらやることだけではないだろうと、孤浴っていう考え方もいいことも出てきたりしました。当事者の生活リズムの尊重ということを意識するという形で、結果的にそれが介護保険制度によってユニットケアということの展開の原動力になりました。

また、病院っぽい集団の生活を変えたいっていうところは、裏返して言うと、普通の家ということでの活用で、できることはないかということで、主に、昭和の後半かな、50年代後半。知ってるところで言うと、1985年ぐらいがポイントだったかなと思うんですけど、宅老所とかグループホームが徐々に始まりました。これは面白いのは、それまで病院や特養にない、簡単に言えば、キッチンを使ったり、あるいは洗濯機で洗濯をしたり、あるいは家の前にある畑を使ったりという生活行為をケアとして考えるっていうふうにしてきたときに、認知症の人の改善があるという

報告が見えてきたりしたということもあります。

このことを踏まえて介護保険制度ということを開始させて、認知症におけるパラダイム転換、ケアのパラダイム転換があったわけですね。特にグループホームというのは認知症ケアの中心であるというふうな言葉がありました。ただ、問題なのは介護保険制度そのものだったりもします。スタートしたときに既に予想以上に要介護認定を受ける人が多いということであったり、在宅サービスが非常に弱体であるということであったり。あと、制度をスタートしたからこそ、認知症の人の実際の数が増えたと見えてきたというような問題がありました。

何よりも介護認定をしてみて、はっきりしたことというのは要介護認定の受ける人の半数が認知症だということが明らかになったわけですね。そうすると、これ2015年の高齢者介護という平成15年の報告書では、身体ケアだけではなく、認知症の人に対してのケアを介護の中心にすべきだというふうな提言をここではしています。何を提言したかというふうに言うならば、一つ、一番大きいところは生活のケアとして組み立てるといふようなこと。ここはちょっと理念的なところですけどもね。そういうところを前面に上げて、それが尊厳の保持ということの柱だといふように上げたわけですね。また、グループホームにおけるケアでは、向き合えるような力を引き出す、その人のペースでゆったりといふようなこともありました。

結果とすると、そうすると右で上げたようなグループホームとか小規模・多機能サービスであったり、ユニットケアということが中心になるだろうといふことの総括をしていったわけですが、ここで一つ問題になったことといふのは、そこで働く事業者従事者、認知症ケアの人に関わる人の専門性と資質といふことをもっと前面に見なければいけないのではないかということですね。ただ、そうやってきたときに問題点になるのは、今、話をしてきたことは本当にケアのスタンダードになってるだろうか。ケアの標準化だったり、方法

論の確立みたいなことっていうのが、まだ十分できてないんじゃないかということが平成19年のときにもう一度、直面した話なんですね。つまり、あそこでもいいことやってるといふことは出てたとしても、それがケアの方法の中心になっていない。非常に分かりやすく言うと、1989年、平成元年が介護福祉士の養成カリキュラムの中では痴呆性老人のケアみたいなことが主軸になった科目はありません。基本的に、要するに認知症、当時は痴呆ですけど、痴呆ということを中心に据えた科目すらないという状況なので、専門的な資格である介護福祉士、もちろん社会福祉士も学んでいないということですね。

そして、もう一つの問題点といふのはサービス量が足りないという現実になってきたときに、そこは地域の支え合いみたいなことが絶対必要ではないかということであったり、また、早い段階から、これだけ認知症の方が多ければ、早い段階から介入できないかということなんか前面に出ました。そこで、平成25年のときに認知症施策5カ年推進計画ということを立ち上げました、国は。オレンジプランといふようにいふんですけど、ここでの一番のポイントといふのは早い段階から認知症の人に治療に乗っけることができ、そして医療と介護ということがスムーズにつながる仕組みをつくってこういふところがあります。これらが背景にある中で、2015年の高齢者介護の報告書の中で地域包括ケアシステムといふように、言葉が前面に出るようになってきました。

平成27年の段階では、それを新オレンジプランということで発展的に変えてったところがあります。基本的な構成は変えたところもあるんですけど、ただ、ここで実は、あるパラダイム転換、考え方の転換があるって言いました。それは何かといふと、下に地味に書いてあるんですけど、七つの柱の前に、認知症の人の意思が尊重され、できるだけ住み慣れた地域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いうことが、新オレンジプランの中では前面に出るよ

うになってきました。ただ、ここで一番問題なのは、認知症の人の意思が尊重されという言葉が前面に出たのは非常に有益なんですけども、何がこの七つの柱の中で認知症の人の意思を尊重するっていう施策になってるのか。これと1番から7番がつながった具体的な施策が、実は見えてこないということがありました。

そこで、ご存じの方もいらっしゃると思うんですけど、新オレンジプランの中での未達成な部分、ある程度、進んだ部分はあるんですけど、未達成な部分を推進していくために認知症施策推進大綱をこの前の6月の15日に出すことになりました。基本は共生と予防ということを前面に上げて、ここで、マスコミにも出ましたけど、予防で認知症の人を何パーセント予防するというのを上げて、その数値目標は無理なんじゃないかということで非常にたたかれたので、渋々下げてるところがあります。基本構造は同じなところがあります。ただ、実は新オレンジプランから共通する、非常に重要なところとして上げてるのは、地域の支え合いを進めていく上では普及啓発や、あるいは先ほど上げた、認知症の人自身の意見をすい上げてく、そういう仕組みみたいなことを重要視しようということをやより一層、前面に出してるところがありますし、また、2番目にはっきりと予防という形で、もちろん、これは研究開発も含まれます。しかし、まだ、実は完全に予防できるとは言いついてないんですけど、予防につながるかもしれない活動を支援しようという形がみられます。

これまでのところを簡単に整理しておきますと、実は最大の問題点というのはマクロレベルで言うならば、認知症の人の増加ということに対してサービス量が足りない、また介護人材も足りないということが実は介護保険スタートしてからの一貫した問題であったりするし、そして、国だけでなく区市町村が計画を立てて進めてなかなかいけないという仕組みになってたりしています。そこのところで十分、それが展開してなかったり。あと、メゾレベルで考えていくならば、そ

の地域社会の中でその人を受け入れるということになってるのかどうか。理解が十分じゃないんじゃないかということと、残念ながら医療と介護の連携がまだ十分出来上がってるとはいえないというところがあります。

問題なのはミクロレベルというところで、その人の意思を尊重した支援であったり、あと、ちょっと時間がないので申し上げられないんですけど、多くの人が高齢者だというと、必ず身体機能の低下、身体疾患との合併を伴ったりしてると。その専門的なスキルみたいなことが十分ではないっていうことであったり、そして、独居の人の確実な増加はより一層、孤立ということを含むし、そして一貫して介護の支援が必要になるっていう状況でもあります。そうなってくると、重要になってくるのは認知症のある人の意思を尊重したケアをどうやって展開していくのかということですね。

ただ、ここで難しいのは、必ず身体機能の低下や身体疾患の合併ということと同時にあるということと、あと、現実のケアワークの中で直面するのは、いわゆる行動心理症状、一般的な言葉で言うと問題行動ということが出現したときに、どう向き合えばいいのか。でも、一方で生活支援であったり、できることをやっていただくという支援があったとすると、その両立をしていかなければいけないってことですね。そうすると、必ず、これは行き当たりばったりではなくて、アセスメントプランから連携をしてるっていうことですね。大事なことというのは、これに直面しているケアワーカーという人に対して十分な研修であったり、また、コンサルテーションやスーパービジョンを行うということが必要だろうということでもあります。

それと、もう一つは支援環境整備ということが必ず求められるということですね。時間もないので十分取り上げられないんですけど、介護保険制度で一番、横に置いとかれてしまったということは家族介護者に対する直接的支援がサービスの中にないということですね。そのために認知症カ

フェであったり、介護者教室を設けたりしてるんですけど、より一層、そこは強化されなければいけないということですね。あとは地域の理解を増やす、受け皿を進めるということでサポーターキャラバンだったりじゃなくて、協力してくれた人が研修を受けた人、普及ケアに関わった人を受け皿づくりに広げていくってということですね。

さらに、医療や介護の連携においての一番大きな課題は、病院や医師と、そして地域の介護資源というのは地域によって格差があります。状況も違います。そうすると、きめ細やかに行政がネットワークづくり、そしてソーシャルワーカーがそこに入ってくるということをしてかなければいけないということなので、これは要するにマクロレベルで言うならば区市町村の中で認知症のことや、あるいはソーシャルワーク実践を理解してるっていう人がいる中でネットワークをやっているかなければいけないというところかなということですね。

ですから、認知症ケアということとソーシャルワークということが統合されてる支援モデルというのをやっけていかなければ、理想とはなかなか、かけ離れてるというか、人と向き合う、認知症のある人と向き合うソーシャルワークは当たり前という言葉では、まだ済まないのは現実であるので、そこには認知症ケアというものを実際、分かったソーシャルワーカーということの養成が、われわれにとっても必要であるのかなというふうに思ってるところです。雑ばくですが、私の話、ここまでにしたいと思います。どうも、ご清聴ありがとうございました。

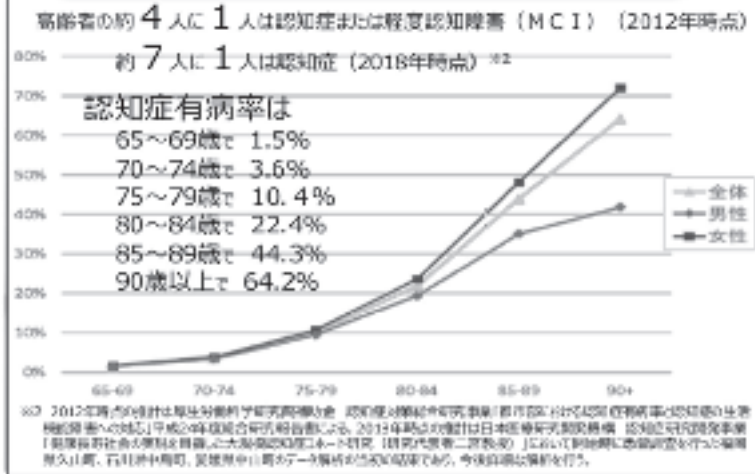
認知症ケアとソーシャルワーク

社会福祉学部 下垣 光

認知症がもたらす問題とは

- 脳血管障害や変性疾患などの原因疾患があり、認知機能などの持続的な低下がおきる。
- 認知機能の低下が、自信の喪失、活動性の低下、心理的な不安や混乱状態の出現につながる。
- 多くの原因疾患は、状態を改善し元の状態に戻る治療が困難であり、進行しやすい。
- 原因疾患による様々な行動は、介護者に周囲に理解されにくく、「問題行動」をおこす人とみなされやすい。
- 行動や症状の出現は、個人差が大きく、その対応には画一的なマニュアルはない。
- 社会的活動が制限され、日常生活に支障をきたすことが多くなる。

我が国の認知症有病率等について



<https://www.kantei.go.jp> 認知症施策推進関係閣僚会議 資料

認知症施策の背景(平成元年以前)

- 社会における認知症への認識
 → 「ぼけ老人」イメージ
 - 認知症の人に対する専門的な支援スキルの未確立
 - 老人医療無料化による老人病院の増加と社会的入院
 - 身体拘束・行動制限、薬物療法による過鎮静
- ⇒
- 1984年(昭和59年)「痴呆性老人処遇技術研修事業」
 → 痴呆の看護、痴呆症の治療から「痴呆性老人の理解と援助(ケア)」へ転換
 - 心理的理解に基づくケア
 「その人の世界に入る」、「気持ちに寄り添う」

認知症施策の背景

(平成元年から平成12年)

- ・ 認知症(痴呆)の人に対する3大介助のあり方の見直し

→ 介護職の「効率」を重視した食事、排泄、入浴のあり方への批判

- ・ 施設的な施設環境への抵抗感

→ 集団的管理的生活、生活感のない日常生活



- ・ 介助から生活支援への介護への転換

- ・ 効率重視から当事者の生活リズムの尊重へ

→ ユニットケアへ発展

- ・ 一戸建ての住宅などを活用した在宅老所やグループホーム

→ 生活行為の実践そのものがケアである、有する能力への支援

認知症施策の背景(介護保険制度施行後)

「2015年の高齢者介護」報告書(平成15年)

<制度施行後見えてきた課題>

○要介護認定者の増、在宅サービスの脆弱性、痴呆性高齢者の顕在化、新たなサービスの動き等

○要介護高齢者の相当部分が痴呆性(認知症)高齢者である。要介護高齢者のほぼ半数、施設入所者の8割が、何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者(痴呆性老人自立度Ⅱ以上)



身体ケアのみでなく、痴呆性(認知症)高齢者に対応したケアを高齢者介護の標準とするべき

認知症施策の背景(介護保険制度施行後)
「2015年の高齢者介護」報告書(平成15年)

痴呆性高齢者ケアの普遍化 痴呆性高齢者ケアの基本＝「尊厳の保持」

○痴呆性高齢者の特性

- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安、焦燥感等→徘徊等行動障害
- ・環境変化への適応困難



○生活そのものをケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆったりと安心して
- ・心身の力を最大限に発揮した充実した暮らし

認知症施策の背景(介護保険制度施行後)
「2015年の高齢者介護」報告書(平成15年)

痴呆性高齢者ケアの普遍化

日常の生活圏域を基本としたサービス体系

○小規模な居住空間

○家庭的な雰囲気

○なじみの人間関係

○み慣れた地域での生活の継続



○グループホーム

○小規模・多機能サービス拠点施設機能の地域展開

○ユニットケアの普及



事業者・従事者の専門性と資質の確保・向上

認知症施策の背景(介護保険制度施行後)

「2015年の高齢者介護」報告書(平成15年)

痴呆性高齢者ケアの普遍化

○ケアの標準化、方法論の確立

- ・痴呆症状等に効果的に応えることのできる介護サービスに関し、系統的なエビデンスの収集と評価、サービスのパッケージの開発

○痴呆性高齢者と家族を支える地域の仕組み

- ・家族や地域住民に対する痴呆についての正しい知識と理解の啓発
- ・住民による主体的な健康づくりと痴呆介護予防活動
- ・早期発見、相談機能の強化、専門的人材の育成
- ・地域の関係者のネットワークによる支援

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」 (平成25年度から29年度)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) の7つの柱

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
 2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
 3. 若年性認知症施策の強化
 4. 認知症の人の介護者への支援
 5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
 6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発
 7. 認知症の人やその家族の視点の重視
- 認知症の人の意思が尊重され、出来るだけ住み慣れた地域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

認知症施策推進大綱(案)

令和元年6月19日


【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

認知症施策推進大綱(案) 具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症に関するソーシャルワークの課題

- ・ マクロ
 - ・ 認知症の人の増加に対して、介護保険サービスおよび介護人材の量的不足。それと向きあう市町村の計画策定の必要性。
- ・ メゾ 
 - ・ 社会における認知症に対する「受け入れ」。医療と介護の連携。
- ・ ミクロ
 - ・ 認知症の人の意思を尊重した支援。身体機能低下や身体疾患との合併。社会的孤立。介護者への支援。

認知症の人の支援となるソーシャルワークとは

①認知症のある人の意思を尊重したケアを支える。

→ 身体機能の低下や様々な身体疾患を合併していく中で、自己決定を尊重し、その人の潜在化した「力」を引き出す視点。

→ アセスメント、プランと実践の援助過程の展開が当事者主体であること。

→ それらの視点の研修、コンサルテーション、スーパービジョンをおこなう。

認知症の人の支援となるソーシャルワークとは

②支援環境整備

→ 家族介護者支援。

→ 認知症に関する理解を深める普及・啓発活動。

→ 地域社会における居場所、「受け皿」づくり。

→ 地域特性に応じた医療と介護や様々な資源とのネットワーク構築。

→ 区市町村の高齢者保健福祉計画・介護保険計画において認知症施策についての認知症の人の意思を尊重した取り組みを強化する。

ケアワークとソーシャルワークの統合による支援の構築