



Title	認知症のひとたちの介護と社会的支援
Author(s)	柏木, 一恵
Citation	目で見えるWHO. 2018, 65, p. 19-26
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/86621
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

認知症のひとたちの介護と社会的支援

浅香山病院 精神保健福祉士

柏木一恵



	1976年3月同志社大学文学部社会学科卒業。同4月財団法人浅香山病院医療福祉相談室（現職）。 認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、特殊疾患治療病棟担当。精神保健参与員。 2008年、日本精神保健福祉士協会常任理事、2012年同会長に就任。
Kazue KASHIWAGI	

●はじめに

皆さん、こんにちは。浅香山病院で精神保健福祉士の仕事をしている柏木と申します。本日は多種多様な分野の方々がお越しのようですので、認知症のケアや介護保険や介護サービスのことは私よりプロフェSSIONALの方がいると思われます。池田先生の講演では認知症の「予防」の観点から話されましたので、私の切口は「備え」ということから考えてみたいと思います。

●認知症社会の到来

日本では団塊の世代が75歳を超える2025年の時期には、認知症の方は730万人、65歳以上の高齢者数は約3650万人という数字が出ていて、5人に1人の高齢者が認知症という状況になります。国レベル、地域レベル、そして本人、家族がそろって認知症に備えていかないとけない「認知症社会」という時代に突入していると思います。先週のことですが、私は所用で銀行に行きましたら、3台あるATMの所におばあさんが陣取っていて、出口の側にいる家族の方がおばあさんを怒鳴り散らしている場面に遭遇しました。そのそばには銀行員がいました。そのおばあさんに娘さんが怒鳴っている姿を見て、最初これは虐待だと思ってしまいました。ATMでおばあさんはお金を振り込んだらしいのですが、振り込んだこと自体を忘れてしま

い、逆に大金操作をしたと思い違いをしたようで、お金が出てこない。銀行員が一生懸命説明するのですが、おばあちゃんは納得しない。そこで家族を呼び寄せたようです。家族はおばあちゃんが認知症気味なことが分かっている中で、人目はあるし銀行の人には迷惑をかけている、おばあちゃんの言っていることはめちゃくちゃ、どうしてよいのか分からないので怒鳴り散らすしかなかったようです。今後はこうした場面があちこちで起こって、それが当たり前の風景として見られる時代が来るのだらうと思います。銀行や交番を含め様々な場所で、このような方たちと出会う時に、例えば認知症サポーターというオレンジリングを付けた人たちもいると思いますが、実際にはこうした人が身近になかなかいないのが現状です。だから専門職の皆さんは今後、非専門職の人たちを啓発するとか教育する責務を担わないといけな。日本はそんな時期がきているのではないかと思います。

●認知症社会への備え

認知症社会と言いましたが、それでは国の備え、自治体の備え、地域社会の備えはどうなっているのでしょうか。「老後の沙汰は金次第」と思うとか、人口自体が減少していく中で介護を担う人たちはどうなっていくのか。私の10年先を想像した時、私の介護を担ってくれるのは例えば外国人かロボット、そのどちらがいいのかと考えてしまいます。介護される人がこんなに増えてしまうと今の介護保険制度は持続が可能なのかと考えながら、国が言っている「住み慣れた地域でいつまでも住む」ことが本当にいいのかどうか、地域自体が弱体化していく中で地域に支える力があるのだろうかとか様々な疑問を抱いてしまいます。

●国の施策

2012年に国は認知症への対応策としてオレンジプランという認知症施策推進5カ年計画を策定。5年の予定だっ

たものを繰り上げて3年後の2015年に新オレンジプランをつくりました。新オレンジプランは7本柱からなっていますが、基本としては認知症の人たちを地域で支える支援づくりというのが大きなポイントです。

●認知症関連施策の歴史

歴史的に振り返ると1989年にゴールドプラン、それを受ける形で2000年に介護保険制度が制定され、同時に成年後見人制度も創設されました。いろんな認知症施策が立ち上げられたわけですが、要するに国の推測を上回る多様な認知症問題が浮上してきたため、それらを踏まえて策定されたのが2015年の新オレンジプランであるわけです。これは認知症の人の意思が尊重されて、住み慣れた地域(ア)

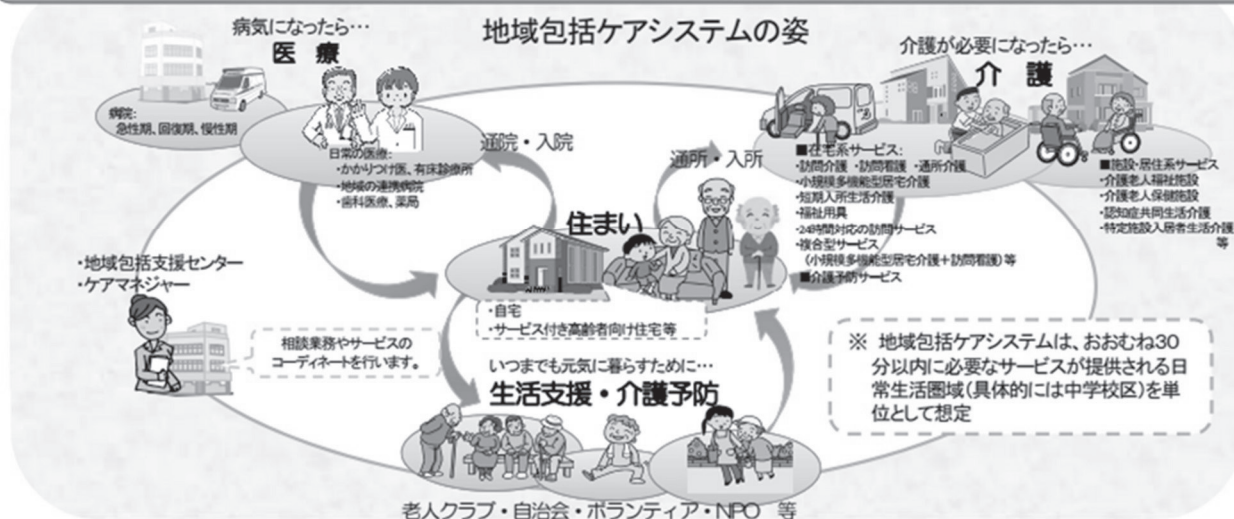
(イ)で自分らしく過ごしていくことができる社会の実現を目指すのが基本的な考え方で、7つの柱があります。

●認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

その中で認知症の容態に応じた適時適切な医療・介護などの提供が、私たちにとって最も身近な柱の1つです。注目していただきたいのは、「かかりつけ医」の先生たちが認知症に対応できるように様々なことが書かれ、発症予防の推進などにも触れられています。その中で目指すものは、認知症になっても本人の意思が尊重され、医療、介護、予防、生活支援が包括的に確保される体制「地域包括ケアシステム」の構築を実現しようというものです。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



●地域包括ケアシステムとは？

地域包括ケアシステムはここに示した図のような仕組みで、本人たちを主体として医療、介護、生活支援に関わる人たちが1つの地域、とりあえず30分以内中学校区として描いています。地域包括ケアシステムという言葉が出てきたのは2012年4月の介護保険制度改正が契機となっ

たわけですが、最近では、高齢者に限らず全世代・全対象型の地域による支え合いの体制「地域包括ケアシステム」の構築を目指すことにシフトチェンジしています。つまり障害のある人や子供たちの支援にも普遍化することになりました。8050世帯問題をご存知でしょうか。80歳の親に50歳の子供という、例えば地域包括支援センターの方

が認知症の方の家を訪問すると 50 歳前後の障害がある人とかメンタルヘルスに問題を抱えた人がいる場合、2 人を一緒に考えないと解決しないという問題です。あるいは子育てと介護を同時に担わなければならないダブルケアの問題など、課題が複合化していて高齢者に対する地域包括体制だけでは解決できなくなってきました。そのため、国は全世代・全対象型地域包括体制を考えています。その考え方もさらに進化してきており、支えられる側が、それだけでなく支え手にもなって、とりあえずは支え合いながら、自分らしく活躍できる地域をつくっていかなければならないとしています。

●少子高齢・人口減少社会における労働者不足

その背景には少子高齢、人口減少社会における労働力不足の問題が大きく関係していると思います。若くて働ける人たちが減っていくのは、単に介護や医療を担う人が減っていくことだけでなく、税金とか社会保障費用を担える存在の人たちも減っていくことになるので、肩車状態で背負うというより重量挙げ状態のようだと例える人がいるくらい、人口的には厳しい時代になってきているわけです。

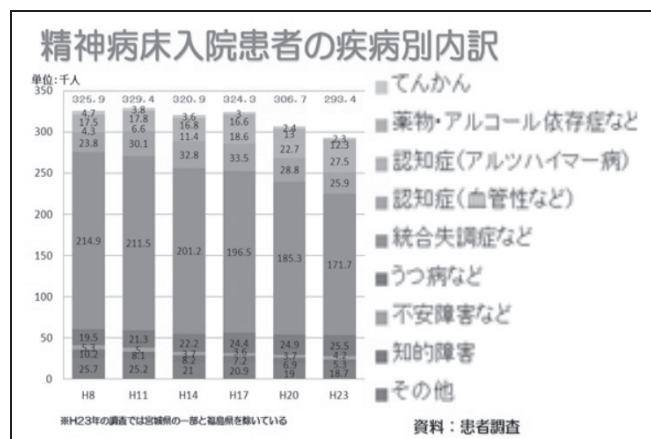
●地域共生社会の政策動向

地域共生社会と言われて、共生社会の政策が次から次へと打ち出されてきています。これには増え続ける認知症高齢者をどう支えるかの問題が本来的にあると思いますが、それにも連動して介護だけでなく保育や障害、生活困窮の人たちのことも丸ごと考えていこうと、国は大きく動いているところなんです。

●介護保険法等の改正ポイント

最近では地域ケア包括システムの強化のため、介護保険の一部を改正する法律ができました。国が一番やりたいのは、私の考えでは恐らく介護保険制度の持続可能性の確保だと思います。この制度を持続可能にするためにはお金持ちの家族からたくさんお金をもらうとか、介護納付金の報酬割りを導入するとか、様々なことを今後は打ち出してくるのだと思います。毎日デイケアをしていくことが認知症予防に役立つといっても、それを支える制度が従来通り持続できるのか、厳しいところではないかと思います。話によると、今後は例えば重度の人たちを予防するとか、自立支援について介護保険法では強く訴えています。その

程度は介護保険の要介護度で分かりますが、リハビリを繰り返すことで要介護度 3 であった人が 2 に、2 だった人が要支援になるといった介護度が軽くなるのがおこる。軽くなれば介護サービス費が減られるわけで、それで従来通りきちんとやっていけるのかという問題があり得ます。また市町村にインセンティブを与える方式、つまり国が成績の良い市町村にお金を渡すやり方を実施するという噂もあります。そうすると、実際には介護の大変さは軽くなっていないのに介護認定基準を強めれば、今までの状態を維持していても介護度 3 が 2 になる可能性があるわけです。この辺りは非常に難しい問題だと思います。必要度に応じた必要なサービスとは書かれていても、それを判断するのはどこかということなのです。実際には介護認定は調査員が調査して審査会にかけられますが、当然そこには市町村の考えが大きく反映されるわけです。審査会などで関わる皆様には、予防しているからこそ維持できていることを強く意識した上で対応していただきたいと思います。



●精神疾患を有する入院患者数の推移

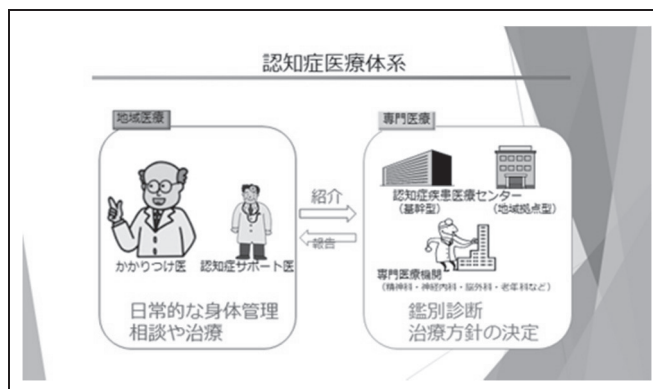
精神疾患を有する患者さんが非常に増えています。その推移を示したのがこのグラフで、平成 23 年に少し減っていますが、これは東日本大震災の関係で宮城県と福島県の数値が除かれているからです。ともかく外来患者数が非常に増えていて、血管性やアルツハイマー病による認知症の割合が増えてきており、一方で統合失調症系の人たちは少しずつ減ってきています。精神疾患を有する患者さんの中にも認知症の人たちが大きく占めてきたという実態になっており、かつ年齢別にみると 75 歳以上とか 65 歳～74 歳とか、要するに精神科病院でも非常に高齢化が進んでいます。余談ですが、先日 99 歳の方から相談を受けました

が、その方は98歳まで息子の弁当をつくっていたそうです。1年程度で急激に悪くなったということです。例えば95歳までは大丈夫だったとしても96歳の保証はないということ、私は日々体感しております。

●認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

先ほど申し上げた新オレンジプランの中で、適切な医療・介護に絞って話したいと思います。この中で私が今関わっている認知症疾患医療センターとか、認知症初期集中支援チームの設置が目玉のように出てきました。さきほどキーワードは「備え」だと言いましたが、認知症患者の中には様々な方がいるので言いにくいのですが、少なくとも非常に多いアルツハイマー病に関していえば進行していくわけで、備えも進行のプロセスに応じて考えなければなりません。制度やサービス、国の施策にしても、初期から終末期に至るまで経緯していく病気なので、備えも一定のものではなく変化に対応していくものでなければいけないのです。変化への備えという課題が認知症の場合はあるのではないかと思います。

●認知症医療体系



認知症の医療ですが、私たち浅香山病院の疾患センターでも日常的にクライアントの方たちを支えていくのは難しいので、鑑別診断とか治療方針の決定などを専門的な役割として、日頃は日常的な身体管理や相談、治療については「かかりつけ医」の方でやっていただきたいと思います。かかりつけ医の紹介状を必須としてやり取りをさせていただいていますが、かかりつけ医と認知症疾患医療センターの関係はドクター同士でもあり、わりと円滑です。ここに介護関係の方が入った三角関係になると、かかりつけ医と介護側との連携にやりにくいものがあるように感じます。池田先生が例えばかかりつけ医の研修をされる際

には、多職種連携の積極的な取り組みを強調していただきたいと思います。

●堺市認知症医療マニュアルから

浅香山病院のある堺市では認知症医療マニュアルをつくっていますが、この中でもかかりつけ医に期待しています。認知症は長い経過をたどる進行性の病気ですから、本人や家族の住む地域が最も望ましいと思います。また、リスクとしてある糖尿病、高血圧、高脂血症などの生活習慣病の診察や指導をしながら認知症の進行具合や生活の具合をチェックでき、身近な相談役として機能しやすいということで、かかりつけ医の先生方にはこうしたことをぜひやっていただきたいと思います。

●新オレンジプランにおける認知症疾患医療センターの役割

認知症疾患医療センターは、もともと認知症における専門医療の提供機関であり、介護との連携を進めるための中核的機能を担っていますが、今回の新オレンジプランで役割が期待されているのは早期診断と早期対応です。池田先生の講演でも触れられた治療可能な認知症とか、発症予防や進行予防が可能な認知症は早期に診断することで改善につながる。また、根本的な治療が困難な認知症だからこそ、本人が違和感に気づいた時、まだ理解力や判断力の低下が軽いうちに自分の病気を理解することが大切です。早めに受診することで、中には脳萎縮が始まっていた方も発見できたことがあり、そういう方たちにとっては早めの診断がやはり大事だと思います。免許証の返納についても自覚があった時の方がいいと思うし、認知症が進行すると自分で考えることが難しくなるので、早期診断が大事なことだと思います。診断が今後の本人のケアの方向や生活のQOL、人生の決断に寄与できるということが早期発見、早期診断の前提だと思います。これは医療だけでやれるわけではないので、地域での生活を支えるためにはタイムリーな医療の介入だけではなく、多職種との関わり、介護連携を視野に入れた診断が必要だと思います。

●認知症初期集中支援チームとは

もう1つ、認知症初期集中支援チームができましたが、次年度あたりからもう少し数が増えていくと思います。これは複数の専門職が家族の訴えなどによって認知症が疑わ

れる人、認知症の人および家族を訪問するアウトリーチのチームです。これまでは早期対応が遅れて認知症が進行し、在宅生活が困難になるというケースがあったわけですが、今後は認知症の初期に発見し、初期の支援を包括的・集中的に取り組んでいくという素晴らしい構想なのですが、実際に私が支援チームに入って遭遇した人たちはとても早期対応をしなければならない人たちではありません。初期集中の考え方は地域によっても異なるし、受けている機関の特性によっても違ってくると思います。浅香山病院で初期集中として上がってくるケースのほとんどは、受診拒否、介護拒否、支援困難といったとても対応のむずかしい人たちがほとんどです。難しい人でなければ、わざわざアウトリーチしなくても早期の人たちは病院にやって来るし、介護を受け入れられる方たちはサービスを受けられる所にちゃんと行きます。本当のところは、地域支援困難事例チームのように名前を変えてもらった方がよほど動きやすいと思います。具体的に言えば「ごみ屋敷になって近所が迷惑している」とか、「家族が虐待している」とか、「介護する家族が倒れそうになっているのに、本人が拒否している」とか、こうした相談内容がほとんどです。

●まずはよくある質問から（認知症 Q&A）

まずはよくある質問から（認知症 Q&A）

①どんなことが起これば認知症だといえるのでしょうか？

- ▶ 日常生活に支障をきたすほどの物忘れがある。
- ▶ 計画を立て、問題を解決する力が低下している。
- ▶ 家庭や職場などで、慣れたことが終わりでできない。
- ▶ 時間・場所がわからない。
- ▶ 人柄や気分が変わる。不安感が強い、意欲がなくなって引きこもる。
- ▶ 視覚的に位置関係を理解するのが難しい。話したり、書いたりするなど言葉に支障がある。判断したり決定したりする力が低下している。

こんなことに思い当たることはないでしょうか？

私たちの認知症疾患医療センターで関与している中で、よくある質問を「認知症 Q&A」として記述してみました。例えば「治らないと聞きましたが、それでも病院に行った方がよいのでしょうか？」。これは先ほど話したように早期発見と早期診断、そして原因疾患の特定が医療と介護の基本となります。「認知症の検査はどんなことをするのでしょうか？」。浅香山病院では、基本的には体の状態もみさせていただきますので採血、心電図や呼吸器の聴診をして、認知症検査としては心理テスト、脳波テスト、画像検

査などをしております。「画像検査とはどんなものですか？」。先ほど触れた「もしかしたら保険適用がされるかもしれない」と言ったのが、ポジトロン断層法（PET）です。「認知症を疑ったら何科を受診したらいいですか？」。これは結構難しいもので、病院によって診療科が違ってきます。家族も私共に電話をいただくのですが、私は精神科なので「精神科でいいですよ」と言うのですが、精神科と聞いて抵抗感を抱かれる家族の人もいます。神経内科とか老年内科、メンタルヘルス科、もの忘れ外来などを検索すれば該当するところが出てくると思います。かかりつけ医がいれば必ずかかりつけ医から医療機関を紹介してもらうのが良いと思いますが、必ずしもかかりつけ医がいるわけではないので、その場合は行政などに相談すれば紹介してもらえそうです。

●家族が認知症になったら病名を告知しますか？

ここは皆さんに考えていただくことなのですが、「家族が認知症になったら病名を告知しますか？本人の立場なら告知されたいですか？」。ここで皆さんに答えていただきますので、挙手をしてください。家族が認知症になったら病名を告知しますか？結構いますね。では告知しないという方はいかがですか？私が別の機会に聞いた時に比べると、少し増えているようです。認知症に対して少し希望が持てるようになったからでしょうか。では自分が認知症になったとして、認知症だと告知されたいのでしょうか？告知されたい方は挙手してください。分かりました。では自分は告知されたいが、家族には告知されたくない方は挙手してください。ぜひ理由を聞きたいところですが、時間がないので失礼させていただきます。

●認知症相談の現場から（初期）

初期の段階に専門医療機関にかかるのは大事だと思います。実は本人自体が不安に感じているようです。もしかしたらそれは単に不安に思っているだけで、現実はそのようなかもしれない。やはり家族としてもあまり認めたくないというのが本音だと思います。いろんな力は落ちてきたけど、きっと年のせいだと言われる人が多いと思いますが、認知症疾患医療センターで相談を聞いていて、「いつごろからですか？」と聞くと、長い人では4～5年前、早くても1年くらい前から、もの忘れは始まっていたということ

です。初期の段階では 70 歳代で自営業の方、あるいは嘱託で勤めている方などもあるので、複数の目が注がれていると変化に気づきやすいと思います。その一方で単身の人が圧倒的に多くなってきているので、家族も月に 1 回、2 回しか連絡をとっていない場合があります。遠距離家族であれば、誰が彼らを見守るかというシステムをつくっていかないと難しいわけです。元々活発に動かれている人なら、近所の人たちも変化に気づくかもしれません。家族が気づかなくとも、近隣の人たちを含め何かの折に関わった人が注意してくれるというのは非常にいいことだと思います。一人暮らしをしているケースは大きなリスクです。家事をする必要がないというケースは、奥さんなどがいれば意外と大丈夫ですが、一人暮らしの場合は自分でできるのかどうか、それすら分からなくなることもあります。初期の段階で気づいたとしても時遅しということもあるので、地域での交流の場などをつくり出さないと初期段階での発見は厳しくなると思います。

●認知症相談の現場から（前期）

前期の段階くらいになると家族も病院に連れていくことを考え出すのですが、介護サービスを導入することを考えたとしても、本人から「大丈夫。問題ない」と言われる。受診するにも初期から前期の段階、本人がある程度分かっている頃が分かれ目かと思います。ここでどれだけ専門医療機関にかかりやすい仕組みをつくっていくか、そこがポイントだと私は思っています。

●認知症相談の現場から（中期）

中期あたりになるとどうでしょうか。本人自身が医療機関にかかること自体を強く拒否する人もいれば、家族が勧めるから付いてくるケースもあると思います。この時期には記憶障害以外に行動・心理症状なども出てきて、初期の中核症状に比べて家族はよほど大変になります。この段階になると家族も、家ではもう世話ができないと考えてしまうことにもなります。

●認知症相談の現場から（後期）

後期になってくるとケアはとても大変な状況になります。デイサービスやショートステイなど、様々なことを本人主体というよりは家族の負担を考えた上で、通所などのことを意識しないと家族としては持たなくなってしまう

ます。この頃にもう少し考えなければならないのは、在宅生活を続ける場合は家族が介護から離れる時間を確保すること。施設ケアの選択肢も考える。さらに病気の理解、環境など客観的な状況の把握、本人と家族の心理的状況を勘案した対応についても考えなければいけないことになります。

●暮らしの中で、何か工夫することがありますか？

暮らしの中で何か工夫することとして、ここに書いてあることは初期の段階ですが、例えば私の経験でも既にかけている眼鏡を探していたこともありますので、忘れないように置き場所を決めておくのも大事なことです。開き直って、他人様の頭を活用することも大事だと思います。例えば私は最近、「私が忘れたとしてもあなたに言うておくから忘れないでね」と言っています。

●介護サービスはいつごろから利用するのがいいでしょうか？

次に介護サービスについて話します。介護保険は「介護が必要になった高齢者に介護サービスを提供するもの」というイメージが強く、若い人や症状の軽い人には抵抗があるかもしれませんが、それでも、診断がついてすぐの早い段階でサービスの利用をお勧めするのは理由があります。1 つは認知症の進行抑制と意欲・活動性低下を防ぐため。もう 1 つは、認知症が進んでからだとデイサービスなどの集団活動になじめなかったり、他人に介護されることに強く抵抗されたりする場合があるため、早めに利用して慣れておくことが重要になるからです。できるかぎり住み慣れた自宅での生活を続けることは、本人も家族もが望まれていることではないかと思います。できる限り自宅での生活を続けるためにも、うまくサービスを活用すること。サービスにしても医療にしても、とにかく早い時期に利用することが有効だと思います。

●車の運転はできますか？

だんだん機能が衰えてくるので、車の運転はできるだけ避けていただきたいと思います。さらに平成 29 年 3 月 12 日に施行した改正道路交通法でも、認知症対策に乗り出しました。従来は記憶力、判断力が低いという中で特定の交通違反をしている人だけの診断だけでしたが、違反の有無に関係なく医師の判断が必要になりました。途中経過の段

階ですが、新聞によると 75 歳以上のドライバーで認知機能の検査を受けた人が 111 万人程度いて、そのうち認知症の恐れがあった人は約 3 万人。まだ検査を受けていない人がたくさんいるので最終的には分かりませんが、自主返納した人たち、既に失効した人などの状況が新聞に載っていました。これは 9 月末現在の報告で、警察庁としては思った以上に対策がうまく機能していると話しています。

●認知症が進行しても、自分の意思に沿った人生を貫く方法はありますか？

成年後見人制度のうち、任意後見制度は自分の意思を誰かに託すことができるという制度です。原則として自分が頼みたいという人であれば誰でもよいということになっています。こうした制度が充実することはいいいことだと思いますが、かなりリスクが高いと思うことは、自分が何歳の時に任意後見人を選んで、選んだもののそこから気持ちが変わった時にそれをどう担保するのか、すごく不安に感じます。私どもの病院でも最近、非常に困った任意後見人が付いたケースがあったので、後見人を成年後見に移行するのは非常に厳しいと担当ワーカーが言っていました。常に自分も変わっていくけど、状況も変わっていくので自分がいったん決めたものを覆すことがなかなか難しいことになると、これをどうやって担保するのかと考えたりします。

●成年後見制度は認知症の人の権利を守れるでしょうか？

認知症の人たちの権利を擁護する制度は成年後見制度ということになるわけですが、この制度の問題としては 2 つあります。1 つは判断能力が低下して本人の意思を尊重した後見人等がマネジメントし、経済的な搾取や虐待から本人を守るといわれていますが、なり手が不足しています。500 万人を超える認知症者に対して成年後見制度の利用はわずか 20 万件以下です。これはほとんどが親族後見に限っていますが、後見人でありながら不正を働き本人のお金をとってしまうような人たちがいて、2014 年に報告された後見人による不正額は 56 億 7000 万円にのぼります。今後は後見を必要とする人の数は爆発的に増えていくと思われますが、国や地方自治体はどのように対応していくのか、後見の担い手をどのように養成していくのが 2 つ目の課題になっています。

●終末期の延命措置など、認知症が進行した後の医療上の意思決定は？

認知症が進行すると、どうしても終末期の延命措置についても考えていくことになります。医療上の意思決定をどうするのか、元気なうちに考えておこうということでエンディングノートのようなものに「私はこうしたい」と書いておくことも必要になってきます。最近では葬儀屋さんでもエンディングノートをいただけるので、それを活用したらいいと思います。認知症が進行していく中で気持ちが変わったとしたら、どちらを尊重したらよいのか、私はどこまでが本人の正しい判断だと担保できるのかを考えてみたことがあります。以前にも兄弟間で争っている中で、私のところに相談に来た事例を紹介します。B 子さんの話では、上のお姉さんである A 子さんが本人（お父さん）に遺言状を書かせた。しかし妹さんの B 子さんは、遺言状はお姉さんが書かせたものでお父さんの本当の気持ちではないとして、B 子さんはもう一度公正証書で遺言状をつくり直そうとしました。ところが公証人役場の人から、認知症であるお父さんの意思が本当に正しいのかどうかを病院で証明してもらわないと、後で裁判になった場合に、結局は A 子さんが書かせたものが先で正しいと判断される可能性があると言われたそうです。私は相談を聞いた段階で、本当に検査をして大丈夫なのか、実際にお父さんの認知症が証明されてしまえば、逆に本人の気持ちとは違った形の遺言状が優先される場合もありうると説明し、ご家族もずいぶん悩まれました。しかしとりあえずは検査を受けると決心されて、認知症的には多少の記憶障害はあっても十分に本人の意思が確認できると医者が判断してくれたので、めでたしめでたしの結果だったということでした。こうしたことが起こってくると、何を基準にこの人の判断力が正しいとすることができるのかと、私自身として悩んだりしています。

●認知症の人を地域で支える新しい試みはありますか？

認知症の人を地域で支える新しい試みとして、多くの民間企業が取り組みだしています。見守り事業としてヤクルトおばさんとか、日本郵便やヤマト運輸の見守りサービスなどがあります。いずれも既存のネットワークを生かして配達の際に見守り、異変を発見した時に行政に連絡する仕

組みです。これは民間企業と行政とが連携しないとやっていけないわけです。アルソックだと、異常があれば14分以内に駆けつけてくれるというサービスがあります。アルソックではもう1つ、徘徊対策として特殊な靴に「みまもりタグ」を付け、本人が歩いていくと、アプリで本人が通ったことに反応できる仕組みをつくろうとしているそうです。そうすると認知症サポーターの人たちや地域の人たちが、アプリを利用する若い人たちを巻き込んだ形で徘徊老人を保護できることになり、効果は大きくなります。これらは1例ですが、地域包括ケアを自治体のみに頼るのはもう限界にくるだろうとして、全国に広がるネットワーク

や最新機器を持つ民間企業が参入し、官民連携で高齢者や認知症の人を支えていく仕組みをつくっていく必要があると思います。

●おわりに

時間がきまりましたので介護保険および介護保険以外の社会資源については、巻末の資料をお読みください。私共は精神科系の病院であり、若年認知症の人とか特定疾患の人たちが多く、障害福祉サービスや医療サービスなどについてもこの資料に載せています。参考にしていただきたいと思います。