

認知症の人の精神科入院の問題点

上野 秀樹さん（精神科医）

1. 深刻な認知症の人の精神科入院ニーズ

私は平成16年から3年間、東京都立松沢病院で認知症精神科専門病棟を担当していました。そこで待っていたのは、精神症状が激しい認知症の人の入院を求めてくる多くのご家族でした。認知症の母親の精神症状に振り回されて疲労困憊し、無理心中するために離婚した一人息子さん、精神症状のために入院中の病院から強制退院させられ、自宅に座敷牢のような部屋をつくり、大切な父親を閉じ込めていた娘さん…。どのケースもととても深刻で、こうしたケースは、精神科に入院させなければ問題は解決できないと考えていました。

その後、千葉県旭市の海上寮療養所という民間精神科病院に転職しました。精神症状が激しい認知症の人には精神科入院が絶対に必要であると信じて疑わなかった私は、認知症病棟の新設を検討していた海上寮で、病棟の設計から関与して最高の精神科医療を提供しようと考えたのです。

当時の海上寮は、4病棟199床すべてが開放病棟として運用されていました。精神科病棟には、入院している人の出入りが自由である開放病棟と、扉が施錠されて自由に出入りができない閉鎖病棟の2種類があります。海上寮の病棟は朝6時から夜の8時まで病棟

の出入り口が開いていて、出入りがチェックできない構造になっていました。海上寮に転職してすぐに2人だけ認知症の人を入院治療したのですが、どこかへ出て行ってしまっただけで戻ってこれなくなってしまうことが続きました。そして個室への隔離やベッド上の身体拘束などが必要となってしまったのです。本来は、入院している人の自由がより保証されるはずの開放病棟は、認知症の人にとっては、厳しい行動制限の場だったのです。私は決めました。新しい病棟が完成するまでは、入院はさせずに外来だけで支えよう。そして、さまざまな工夫をしました。すると、今まで入院させなければ問題が解決できないと信じていたようなケースでも入院させなくてもその生活を支えられることがわかったのです。海上寮では精神症状がある高齢者750人あまりを診療しましたが、実際に精神科に入院したのは30人あまりに過ぎませんでした。それもうつ病で、希死念慮が強いとか、妄想性障害があったりした人たちです。純粋な認知症の人の精神症状ではほとんど入院が必要でないことがわかり、海上寮の認知症病棟の新設計画は中止になりました。多くの精神科病院で認知症の人を入院させていますが、今でも海上寮では認知症の人を入院させていません。

2. 認知症の人の精神症状

そもそもなぜ認知症の人に精神症状が生じてくるのでしょうか？

認知症の基本症状は、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下などの認知機能障害です。認知症の人は、もの忘れや理解・判断力の低下などの認知機能障害があるために、ちょっとした環境の変化に適応できな

ったり、自分の思いや希望を言葉で伝えることが困難になっています。

たとえば、周囲の環境の変化にうまく適応できなると混乱してしまい、今までできていたこともできなくなったり、パニック状態になることがあります。また、なにか希望や伝えたいこと、困っていることがあって



も言葉でうまく表現することができないために伝わらず、いらいらしたり、叫び声を上げてしまったり、さらには暴力をふるってしまうこともあります。こうした認知症の人の精神症状は、周囲の人からは困った「問題行動」として、そして「医療で治療すべき対象」としてとらえられがちですが、認知症の人からの「言葉にならないメッセージ」である可能性が高いのです。認知症の人が混乱しないような良い環境と、その言葉にならないメッセージを読み取り、認知症の人の人間としての尊厳を満ちし、その生きがいを満足させることができるような良いケアが提供されるとき、多くの

精神症状は改善していきます。

また、身体的な異常や処方された薬の副作用で精神症状を生じている場合もたくさんあります。ケアや対応の工夫と同時に、こういった身体的異常や内服している薬物の内容の検討も重要です。

精神症状が、ケアや対応方法を工夫しても改善しない場合もあります。そのような場合には、最後の手段として、かつ、なるべく避けるべき手段として精神科医療が適応になります。そして外来レベルの精神科医療で対応できないときに、初めて精神科入院医療の適応になるのです。

3. 認知症の人の精神科入院 本人の立場から

認知症の人の精神科入院を入院治療を受ける本人の立場から考えてみます。精神科病棟、特に閉鎖病棟では、それまでの大切な人間関係から完全に切り離されます。自由に外に出ることもできず、買い物をすることもできません。何か伝えたいことがあってもなかなか外の人には届きません。

医療に内在する問題もあります。病気の治療が目的の医療には、次のような特徴があります。

- ・ 管理的であること → 生活の質よりも安全管理が優先される
- ・ 医師を頂点とした指揮命令系統がはっきりしていて、患者さんは治療のために行動を制限され、管理される対象であること

このように医療現場は管理的な環境になりやすいのですが、さらに精神科病棟では、ある一定の要件の下で個室への隔離やベッド上の身体拘束などの行動制限が認められています。そのため、密室の

閉鎖病棟ではスタッフの指示に逆らうことはできません。精神科病棟では、「何かがあれば行動制限をするぞ」という無言の威嚇とその密室性のために「上から目線の管理的な環境」となってしまうことが多いのです。

認知症の人が入院する場合には、ほぼ全例医療保護入院という強制的な入院です。本人の意思とは関係なく、一定の要件の下で強制的に入院させられてしまいます。治療対象である精神症状は本人が混乱していることが原因であったり、本人からの言葉にならないメッセージの可能性があり、改善のためには本人本位のアプローチが必要不可欠です。しかし、精神科病棟ではそもそも入院の形式からして、本人の意思は尊重されないのです。

これらの精神科病棟に内在する問題点は、本来治療するはずの認知症の人の精神症状に深刻な悪影響を及ぼします。

4. 認知症の人の精神科入院 家族・介護者の立場から

精神症状がケアや対応方法を工夫しても改善しない場合、認知症の人の妄想や攻撃は、身近で世話をしてくれている家族や介護者に向くことが多いものです。なんとか医療機関に受診させようと努力

しますが、なかなかご本人は医療機関に行ってくれません。

内科や外科で医療の必要性が高まったとき、例えば内科的疾患で昏睡状態にあるとか、大けがをして

いるとかの場合には、医療機関に搬送することができれば、医療へのアクセスは容易です。しかし、精神障害においては、医療の必要性が高まるといわゆる病識、すなわち自分が精神的な疾患にかかっているという病識が失われ、医療機関の受診を拒否することが多いのです。このように、精神科医療では医療の必要性が高まれば高まるほど、医療機関への通常の受診が困難になるという特徴があります。これは、認知症の人の精神症状の治療の場面でも同じです。

ケアや対応を工夫しても精神症状が改善せず、かといって医療機関を受診させることもできず、周囲の方が困っている間にどんどん症状が悪化してしまうのです。

こうして、精神症状が激しくなって、在宅でケアすることができなくなった場合、二つの選択肢があります。

- ① 施設への入所
- ② 精神科病院への入院

残念ながら、現状、認知症の人の精神症状に対する施設の対応能力は高いものではありません。少しでも精神症状がある認知症の人は、「他の利用者の迷惑になるから」という理由で受け入れを断られてしまうことが多いのです。施設の利用を断られてしまうために、精神科病院入院しか対応する方法がないのが現状なのです。

施設に入所している方が、精神症状を生じるようになったとき、やはり、精神科外来を受診させることは簡単ではありません。ここでも、悪化していく精神症状に対応する方法として、精神科病院への入院しか方法がないのが現状なのです。

家族、介護者にとっての問題点は、適切な支援、特に精神科医療的支援が得られないため、精神科入院ニーズが高いということです。

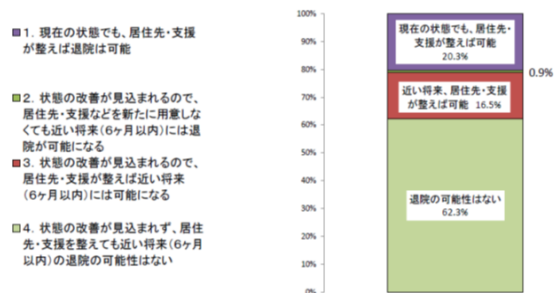
5. 認知症の人の精神科入院 厚労省調査から

認知症の人の精神科入院の実態を調査した厚労省調査があります。少しご紹介しましょう。平成22年9月に行われた「精神病床における認知症入院患者に関する調査」です。この調査で明らかになったのは、認知症の人が精神科に入院すると平均入院日数が944日と超長期にわたること、さらに長期に入院しているにもかかわらず、退院後の居住先と支援が整えられたとしても退院できない人が6割も存在するということでした。(図1)精神科病棟では認知症の人の治療効果は上がらず、入院自体が認知症の人の隔離・収容となっている実態が読み取れます。

これは、精神科病棟での治療効果が上がらない人、すなわち精神科病棟に入院させるべきではない人、別の形で治療すべき人をたくさん入院させていることを示しています。現在の日本では、認知症の人を社会で支える仕組みが不十分なために、精

問24 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

(N=454)



【図1】

神症状を生じる認知症の人が多く、そうした人を安易に精神科病院に入院させているのです。

これには、日本の精神科医療の歴史的な背景があります。日本では、公的な精神科病院を作るべき時に国が「財源不足」を理由として精神障害者施策に十分なお金をださず、民間精神科病院をたくさんつくる政策をとりました。昭和39年のライシヤワー事件では国民が政府の精神科医療政策を強く批判

し、国の政策を精神障害者の隔離・収容に変えさせました。その結果、現在の日本には全世界の精神科病床の2割にあたる35万床もの精神科病床が存在し、その9割が民間病床なのです。精神障害者の入院が減っている現在、民間精神科病院では新たに病床を利用してくれる人として認知症の人を積極的

に入院させています。これまで日本は精神障害者を隔離・収容しているとして国際的な批判を浴びてきました。これからは、認知症の人の隔離・収容が批判されることになるでしょう。いずれにしてもとても恥ずかしいことです。

6. 問題の解決のために ～日本の精神科医療の問題～

認知症の人の精神科入院の問題は、

- ・ 認知症の人を支える社会的な仕組みが不十分なために、精神科入院ニーズが高いこと
- ・ 過剰な精神科病床の存在

ということにつきます。解決のためには認知症の人を社会で支える仕組みの充実と過剰な精神科病床の強制的な削減が必要です。

これまで日本の精神科医療改革は長期入院者の地域移行に議論が集中していました。しかし、精神科医療自体が地域生活を支えるもの、すなわち精神科医療自体の地域化が進んでいなければ、いくら当事者を地域移行させてもその生活を支えることはできません。また、日本では病床の約9割が民間精神科病院の病床です。資本主義の社会においては、民間事業者はその保有する設備を最大限有効に利用することが求められます。いくら長期入院者を地域移行させたとしても、精神科病床をそのまま残しているのは、病院は新たに病床を利用してくれる人を探すことになり、入院者の総数は結局変わらないのです。また、長期入院が解消し、結果として病床の回転率が上がることになると、地域からの入院数も激増することにもなり、「精神科病院の吸引力」という別の問題が生じてきます。精神科病床は地域で対人的な支援をしている人にとっては、とりあえず「目の前の困った人」を収容してくれるとても便利なものなのです。しかし、精神科病棟にそうした人が吸い込まれてしまうと、共生のためのさまざまな工夫がなされないままになります。もし精神科病床

さえなければなされたはずの「共生のためのさまざまな工夫による社会の進化」を、過剰な精神科病床の存在は摘み取ってしまうのです。

そして、限られた精神科医療資源の中で精神科医療の地域化をすることは、必然的に病床数の削減を伴うものになります。民間病院が多い日本で精神科病床を削減するのは至難の業です。この点に関しては、一連のベルギーにおける改革が参考になります。ベルギーは2011年の統計で人口千人あたりの精神科病床数が1.69と日本の2.69に次いで世界第二位であり、民間病院が多いなど日本と似た状況にありました。1990年から1995年の第一次改革では、精神科病棟の施設への転換政策をとりましたが、病院中心体制を変革することができず、失敗に終わりました。日本の病床転換型居住系施設は、結局失敗に終わったベルギーの第一次改革を模範とした施策です。1995年からの第二次改革を経て、2010年からプシ107条プログラムという新たな政策プログラムを開始しています。この中では、病院の収入を補償したうえで、病床削減を促し、病床削減による減収を補償した予算は地域精神科医療のためのモバイルチームの運営に用途を限定することで、精神科医療の地域化を促進しています。その結果、2005年まではほとんど変化しなかった精神科病床数が、2011年からは大幅に減少したといえます。

えにしの会では、認知症の人の生活を支えてきた精神科医の立場からこの問題への解決策を考えていきたいと思います。