

* 認知症の人は精神科に入院する必要はあるのか？

私は、21年前の平成4年に大学医学部を卒業して以来、ずっと精神科医として仕事をしてきました。今、メインで仕事をしているのは、千葉県の旭市にある海上寮療養所というところです。旭市は、銚子の隣にある、地方色豊かな地域です。

認知症の人たちと関わりを持つようになったのは、私が都立松沢病院で認知症専門病棟を担当していた平成16年頃からのことです。松沢病院では3年間、認知症病棟を担当しました。

認知症では、物忘れや判断力低下などの症状だけでなく、行動・心理症状という症状が出ます。たとえば、うつ状態になってしまったり、不安が強まったり、あるいは幻覚が見えたり、妄想が出たりといった精神症状が出ることもあるんです。そのため、ご家族と自宅で生活していくのが難しくなり、精神科病院に入院させてほしいというケースがけっこうたくさんあります。

松沢病院では、そのような認知症の方がたくさん来院されて、3年間で180人ほどの入院加療をしました。松沢病院を辞めて今の海上寮療養所に移ったのは、この病院が新しく認知症の人たちのための精神科病棟を作ろうとしていたからです。この頃の私は、認知症で重い行動・心理症状、精神症状が出た時には精神科への入院治療は不可欠だと思っていましたので、病棟の設計から携わることによって、最高の精神科医療を提供しようと思ったわけです。

この海上寮は、ベッド数が199床で、すべての病棟が開放病棟の民間精神科病院です。朝の6時から夜の8時までには出入り口が開いていて、人の出入りをチェックできない状態なのです。

認知症の人の場合は、徘徊が問題になる人がいて、病棟から出ていってしまう人がいます。そうした人は保護室に隔離したり、ベッド上に拘束しなければならない場合が出てきます。開放病棟であるために、かえって行動制限が厳しくなってしまう場合があるのです。

そこで、入院させないで治療するためにいろいろ診療方法を工夫することになりました。すると、今まで、重い行動・心理症状の認知症の人は精神科に入院しなければ治療できないと思い込んでいたのが、実は入院しなくても治療が出来るということがわかってきたのです。

* 認知症の2種類の症状

これは、UR（独立行政法人都市再生機構 昔の日本住宅公団）の団地の自治会

に「今まで認知症が疑われるケースで困ったことがありますか」とアンケートした結果です。

<地域における認知症>

・認知機能障害

- ・ 外出し帰宅時に自分の部屋がわからない。
- ・ 朝6時?に洗濯かごに靴数足、両足の靴は違う種類を履き、寒いのにすごい薄着で母のところに行くという70歳の方、徘徊しているとの通報でかけつけた例。
- ・ 認知症70代男性：買い物の帰り、三丁目の自宅が分からなくなり、遠い二丁目まで歩き疲労で道端に座り込み、近くの住民に助けられた。
- ・ 外出し帰宅時に自分の部屋がわからない。
- ・ 朝6時?に洗濯かごに靴数足、両足の靴は違う種類を履き、寒いのにすごい薄着で母のところに行くという70歳の方、徘徊しているとの通報でかけつけた例。
- ・ 認知症70代男性：買い物の帰り、三丁目の自宅が分からなくなり、遠い二丁目まで歩き疲労で道端に座り込み、近くの住民に助けられた。

認知症には、2種類の症状があります。1つは、物忘れ、判断力の低下、そして自分をとりまく状況を理解することが難しくなるという見当識障害などの認知機能障害といわれる症状です。帰宅時に自分の部屋がわからない、自分がどこにいるかわからない、今日の日付や時間がわからない、周りにいる人がだれかがわからない、季節や天候を理解する能力も落ちてしまい、寒いのに薄着で徘徊してしまったりするのです。認知症の場合、すべてのケースでこうした認知機能障害といわれる症状が出てきます。

<地域における認知症>

・行動・心理症状

- ・ 下の部屋からねらわれている。
- ・ 壁から（私たちにはまったく聞こえないが）音が聞こえると言い、全国の神社からお札を取り寄せたり、祈祷依頼したり、神主呼んだりの80歳代の方の対応。
- ・ 財布がなくなった。通帳がなくなった。家に誰かが入った。物がなくなった。モニターで監視されている。
- ・ 上階の住人が毎日押入から降りてきて、冷蔵庫のなかの物を食べていく。
- ・ 毎日誰かが家において冷蔵庫の中のもの食べて行く、隣の人がベランダ

から覗いているとか、布団の中に入って来てお金を盗んでいくなど。

- ・ 5階に住んでいる人が、下からガス（毒性のある）が自分の家に入ってくる。夜もそのため眠れないと訴えている。
- ・ ベランダで火を燃やす人、認知症かどうかわからなかった。同様に、自宅玄関ドア前でふとんを燃やす例もあった。

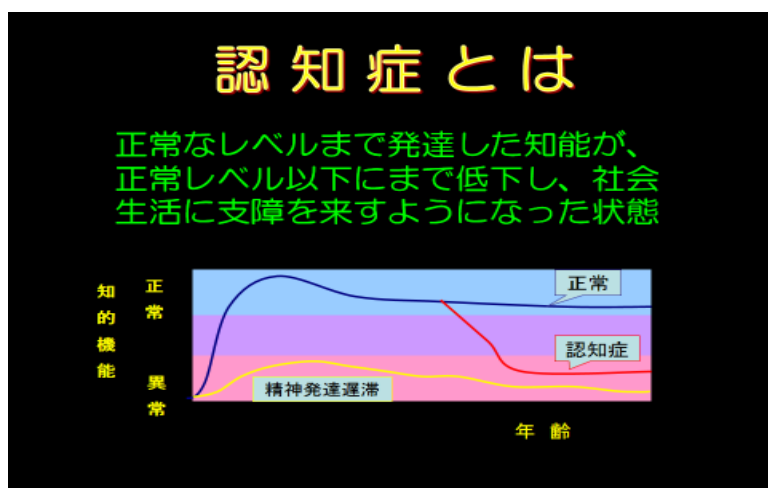
さらに、一部の認知症の人には不安、うつ状態、幻覚、被害妄想、物盗られ妄想、興奮、暴力などの行動・心理症状といわれる精神症状が出ます。

例えば、認知症の人は、物忘れが進行すると、自分が物忘れをするということも忘れてしまいます。そうすると、普通の人であれば、大切なものがしまったはずのところになれば自分が置き忘れたりした可能性を考え、探したりするわけですが、自分が物忘れをするとは思わず、短絡的に誰かが盗ったに違いないと考えてしまうのが、物盗られ妄想です。精神病の人の場合は、妄想は突然思いついたりすることがありますが、認知症の人では、物忘れや判断力の低下がベースにあって、そのためにこうした妄想などが出てくるということが理解できます。自分が食べたことを忘れて、誰かが家に入ってきて食べてしまったと考えることもあります。

このように、認知症の症状には、2種類のものがあるわけです。

* 認知症とは何か？

認知症とは何かをご説明しましょう。



人間は生まれた時には知的能力は低く、会話をすることも一人で行動することもできません。最初は家族の中、その後学校などで社会生活を経験し、さらに学校教育を受けたりして、知的能力は発達していきます。こうしていったん正常に発達した知的能力が、ある時期から低下し、物忘れや判断力低下のために、

社会生活や日常生活に支障をきたすようになった状態を認知症と呼びます。ちなみに、知的能力がはじめから正常に発達しない人は、精神発達遅滞とか、行政用語で知的障害などと呼ばれます。

ポイントは、認知症とは、特定の病名ではなくある状態ということです。こうした認知症の状態の原因となる病気は、おおよそ 70 種類ぐらいあると言われています。高齢になって発症する認知症では、アルツハイマー型が 50%から 60%、脳血管性が約 20%、レビー小体型が多くて 10%であり、この3つのタイプの認知症が全体の約8割から9割を占めています。

<認知症の原因疾患>

- ・ アルツハイマー型認知症 約50%
- ・ 脳血管性認知症 約20%
- ・ レビー小体型認知症 約10%

以上の三大認知症で全体の約80%を占める

こういう原因疾患のために、いったん正常に発達した知的能力が低下し、物忘れや判断力低下のために、日常生活や社会生活に支障をきたしている状態が、認知症であるというわけです。

そして、こうした認知症の状態では、物忘れや判断力低下などの「認知機能障害」と、不安、イライラ、うつ状態、幻覚、妄想、徘徊、興奮、暴力、不潔行為などの「行動・心理症状」の2種類の症状が出てくることのあるのです。

*認知症の人の生活を支える

認知症とは、いったん正常に発達した知的能力が低下したために、日常生活や社会生活に支障をきたしている状態ですから、その生活を支えていかなければなりません。その生活を支える場合に、認知症の2種類の症状に応じた問題が生じてきます。認知機能障害、すなわち物忘れや判断力低下による問題と、もう一つの症状である行動・心理症状（精神症状）による問題の2種類です。

認知機能障害による問題とは、たとえば適切な買い物が出来なくなったりすることです。同じ食材を毎日のようにスーパーで買ってきて冷蔵庫の中がその食材であふれてしまい、奥の方はみな腐ってしまっているとか、調理がうまく出来なくなる、例えば、調理の際の味付けがおかしくなったり、つくる量がおかしくなってしまうたりします。ひとり暮らしの人では、部屋の中の整理整頓ができなくなってゴミだらけになってしまう、認知症に気づかれたりすることがあります。

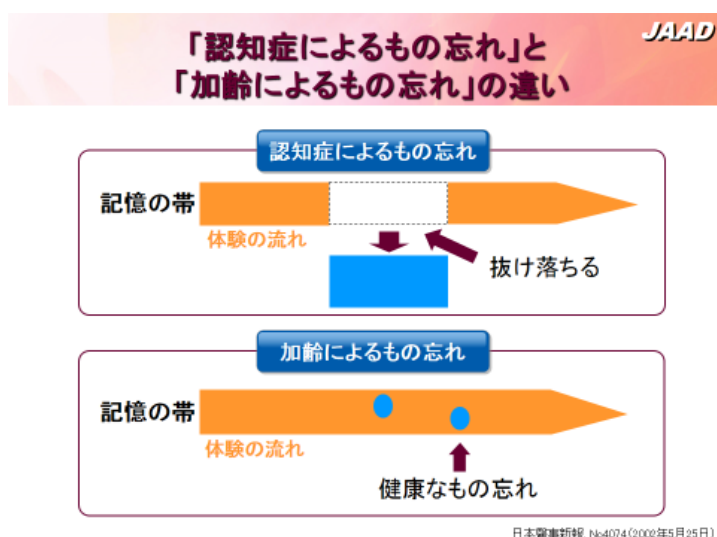
こうした認知機能障害に基づく問題に関しては、介護保険を導入し、ケアマネ

についたり、いろいろなサービスを適切に利用することで、理論的には対応が可能です。しかし、単身生活で24時間の見守りが必要で、施設入所が適切なのに、施設に空きがない、すなわちサービスの絶対量が不足していて対応が出来ないということはありません。

認知症の人の生活を支える現場で困ってしまうのは、もう一つの行動・心理症状に対する対応なのです。

*行動・心理症状はどうして起こってしまうのか

ここで、認知症の人に行動・心理症状が起こってしまう理由を考えてみたいと思います。



普通のもの忘れとは違って、認知症の人の物忘れは、ある体験全体の記憶がなくなってしまう、体験の流れが途切れてしまうというものです。突然、今まで数時間の記憶全体がなくなってしまう、どうしてここにいるのか、これまで何をしてきたのかわからなくなったら、とても不安な状態になってしまうことでしょう。

これは、認知症の人が自分の体験を書いた文章です。「思考の歩みがゆっくりになった。スローモーションのようだ。」「自分は何かひどい状態にあることに気づいているが、自分ではどうすることもできない。」「不意に聞かれても思い出せない。」「どんなにがんばっても言葉や物事が意識から消えていく。」「音楽や雑音と言葉が一緒だと何を話しているかわからなくなる。」「賑やかなところでは周りで何が起きているかわからなくなる。」「すぐに疲れてしまう。頭の中全体が霧にかかっている。」「次に何を忘れるのだろうかと恐れる。はっきりした理由なく涙もろくなる。」

私たちは、何の悪気もなく、認知症の人に疎外された体験をさせたりしていま

す。

例えば、私は医師として認知症の人の診療をしています。診察室には、認知症の人は付き添いの人とやってきました。その時、認知症の人に、「ご様子はどうですか？」とお聞きしますと、「いつもと同じです」「大丈夫です」と短い返事が返ってくるだけのことがよくあります。これでは、要領をえないので、付き添ってきた人にいろいろと聞いてみると、認知症の人にとってみれば、細かいことはよくわからないにしても、自分のことをしゃべっているということは分かります。そこで、自分のことをなぜ自分に聞かないのか、自分をないがしろにしているのではないか、自分だけ蚊帳の外で、自分のことを周りが決めてしまっているという体験をしてしまうことになるのです。

もちろん、私や付き添いの人には悪気があるわけではありません。こうした悪気がない周囲の人の言動で、認知症の人にひどい疎外感を味あわせてしまったりすることがあるのです。

ここで、一つの例を見てみましょう。「やすお じいちゃん物語」です。

ある所に、もの忘れがはじまったやすお じいちゃんが家族に囲まれて暮らしていました。1時間ほど前に、自分の部屋から万年筆を持ち出して、客間で手紙を書き、そのまま置きっぱなしにしてきたのですが、それを忘れて、自分の部屋の万年筆がないと怒って、探しています。

仕事から帰ってきたお父さん、イライラしています。『何言ってるの、きのうも一昨日もそう言って、自分で置き忘れてたじゃないの、俺だって忙しいんだぞ』って、1分間、怒鳴っていきました。孫のケンタくんも、「ダメだよ、じいちゃん」と言っています。

『じいさん、昨日も、おとといも、その前も……そういつて、自分の部屋にあったじゃないか！ポケてるんだから、自覚してって言ってるだろ！』とお父さん。

それを聞いたおじいちゃん、『そうか、まちがったか！息子にも面倒かけないように気をつけよう。』……とはなりませんね！

そうになると、おじいさんはどうなるでしょう。おじいさんには認知症があるので、息子や孫に何を言われたかとか、細かいことは憶えていないのですね。何を言われたかは忘れていますが、心に残るのは、「わしが困って助けてもらおうとしたときに、怒られた」という不愉快な感情です。ふつうの人もそうですが、単純な出来事よりも、不愉快だ、嬉しいといった感情をともなった記憶の方がよく残ります。

このようなケアの繰り返しのなかで6カ月がたちました。おじいさんの心の中に残っていったのは、息子に対する、怖い人だという感情でした。しばらくす

ると、息子が介護しようとする、それに対する抵抗や暴力が始まりました。手を出してきたら、先に殴ろうと思っているのです。認知症の人は、判断力低下があるため、言葉で説明しても、よくわからなかったりします。こんな時に、本人に残っているのは、この人は怖い人という感情ですから、暴力的に対応してしまったりするのです。また、あんな怖い家にはいたくないという思いから、家を出て行こうとして、おじいさんは街を徘徊するようになってしまいました。徘徊には他にもいろいろなメカニズムがありますので、徘徊の理由はこれだけではありません。

この「やすお じいちゃん物語」にはその2があります。

万年筆がなくなったと怒っているおじいさんに対して、仕事から帰ってきた息子と孫は、いつもの物忘れかな、と思いましたが、一緒に探してあげているうちに、おじいさんは部屋に戻っていきました。おじいさんの心の中には、何に困ったかは忘れてしまっても、困った時にはやさしく助けてもらえるという暖かい感情が残りました。このような繰り返しの中で6カ月が過ぎていきました。物忘れは多少進みましたが、おじいさんは、みんなと一緒に楽しく暮らしています。

認知症の人は、認知機能低下がある分、周囲の環境の影響を受けやすいのです。周囲の人が暖かく、理解がある場合に、それだけで落ち着くことが多いのです。

*在宅療養に役立つこと

私が勤めている海上寮療養所には、行動・心理症状が重い認知症の人がきます。いろいろ診療方法を工夫したのですが、その中で一番効果があったのは、ご家族に私の携帯電話の番号を教えることでした。最初私は、薬物療法による副作用が出た時に早く教えてもらおうと思って、私の携帯電話番号をご家族にお知らせしたのです。

当院のある千葉県東総地区は、結構田舎だったりします。例えば、介護保険のヘルパーを依頼すると、その自動車が家の近くに止まっているだけで部落中の話題になるので、サービスは使わないという方もいるほどです。ですから、自宅に認知症の人がいること、その人が評判の悪い精神科病院に通院しなくてはならないなどということは、一番隠したいことなんです。こうして家族の認知症について誰にも相談できなかった人が、24時間365日専門家と連絡が出来る電話番号を知っているというだけで、介護しているご家族が精神的に落ち着くのです。認知症の人は、周りの人の影響を受けやすいので、周囲のご家族が落ち着いて穏やかになると、本人も落ち着いて穏やかになってくるわけです。ですから、私が妙な薬を出すよりも、この電話番号の方が何十倍も治療上の効

果がありました。

これまで3年間で800人くらいの方を診ていて、施設に入所中の人や、精神科のない病院に入院している人が300~400人くらいいるので、400人くらいのご家族に電話番号をお教えしているのですが、そんなには電話はかかってきません。かかってくるのは、たとえば、副作用が出ているとか、脳梗塞が疑われたりする、早めに連絡してほしい状況の時なので、私にとっては負担ではありません。医療機関が24時間対応できる電話番号をお教えするというのは、非常に効果があることであると思います。

*行動・心理症状の背後に何があるのか

認知症の人が生きる姿が、この10年の間に大きく変わったと言われています。それには二つの要因があります。一つ目は、平成12年に介護保険がスタートして、手ごろな価格で、比較的よいケアが受けられるようになったということ。そしてもう一つは、認知症の人ご本人がいろいろと発言してくれるようになったことです。

- ・ 認知症の人がホームページ上に書き込んだものをコピー・ペーストしますね。

「適切な介護をすれば、笑顔で暮らせるようになる。周辺症状は認知症本人からの訴えであるので、本人の声に耳を傾けてほしい。言葉でうまく伝えられない人もいたので、顔つきで判断してもらいたい。」ここで「周辺症状」とは、「行動・心理症状」のことを指しています。

たとえば便秘でお腹が張って苦しい時、ふつうの人はそれを言葉で表現すれば、適切な援助を受けることができることでしょう。ところが、認知症の人は言葉で表現するのが苦手です。おなかが張って苦しいのに、それを言葉で伝えられないわけです。苦しければイライラするので、大声を上げてしまったり、ものに当たってしまうかも知れないのです。このように認知症の人の行動・心理症状は、言葉で表現するのが苦手な認知症の人の、言葉にならないメッセージかもしれないのです。

さらに続きがあります。「周辺症状には必ず原因がある、それをみきわめてから支援又は介護してもらいたい。周辺症状が出たときには、どんな状況で起きたのかを記録しておき、できるだけ起きないように環境を保つように努力してもらいたい。周辺症状を問題行動としてとらえるのではなく、認知症本人が今受けているサービスへの不満の意思表示と受けとめる。」

この中で、私が最も大切だと思うのは、「行動・心理症状を問題行動ととらえない」ということです。いきなり大声を出されたり、暴力を振るわれたりすると、周りの人たちは、それを「問題行動」ととらえてしまいがちです。しかし、そういった行動・心理症状は、認知症の人の言葉にならないメッセージかも知れ

ないわけです。それを「問題行動」ととらえてしまったとたんに、行動・心理症状は認知症の人から取り除くべきもの、撲滅すべきものになってしまいます。行動・心理症状がみられた時には、いったん止まって、認知症の人からの何らかのメッセージではないかと考えてみてほしいということなのです。認知症の人も、私たちと同じ人間です。人間なので、生きがいを持って生活したいと思っているし、人のために役立ちたいという思いがあります。そうした生き方が出来るような支援が行われれば、行動・心理症状の出現を防ぐことが出来るのではないかと思うのです。

*本人の意思の尊重

これからの国の認知症施策として、「今後の認知症施策の方向性について」という報告書が平成 24 年 6 月 18 日に発表されました。厚生労働省の省を横断する形でプロジェクトチームが結成され、検討が行われたのです。その中で、これまでの認知症施策を再検討しています。「かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない。」

さらに、今後の目標としては、「このプロジェクトは、『認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない』という考え方を改め、『認知症になっても本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暮らし続けることができる社会』を目指している。」としています。

私は、この中で最も大切なのは、「本人の意思の尊重」というところだと思えます。『病院で死ぬこと』というベストセラーの著書がある、有名な山崎章郎先生は、末期癌の方を病院ではなく在宅で支えようとして、ケアタウン小平を開業されました。そして、末期癌の人を、病院ではなく自宅で支えると痛み止めの必要量が激減することから、「何の規則も拘束もない、住み慣れた自宅には痛みを和らげる力があるのではないか」とおっしゃっています。

このことを、文京区で祐ホームクリニックを開業している武藤真祐先生にお話しました。東日本大震災の後、武藤先生は被災地の支援をかねて祐ホームクリニック石巻を開業されました。被災地石巻市のプレハブの仮設住宅であっても、末期癌の人が病院にいる時と比べて、鎮痛薬の必要量がすごく減るそうです。痛みを和らげるのに大切なのは、「住み慣れた自宅」ではなくて、「何の規則も拘束もない自宅」、すなわち、自分のことを自分で決められるということなんで

すね。

私たち人間にとって、自分の人生を自分で決められること、自己決定権を保証された環境こそがとても大切なのです。そしてこれは、認知症の人にとっても同じなのです。

*介護側、ケアする側が考えるべきこと

私は 20 力所近くの介護保険施設や有料老人ホームに、精神科医師として訪問診療に行っています。そこで、施設のケアの質、介護の質を決めるポイントがわかりました。それは、施設のトップが本人本位の原則、本人の意思を尊重するという原則をどのくらいしっかりと持っているか、そしてそれが末端の職員にどれだけ浸透しているかということだったのです。

高齢の人がいれば、ある一定の割合で認知症の人がいます。もし、認知症の人に行動・心理症状が出てしまった場合には、ケアや介護は格段に大変なことになってしまいます。しかし、本人本位の原則が徹底されている施設では、職員に「なんとか工夫して、ここで生活してもらおう」という意識が働くので、いろいろ工夫することで、ケアの質が上がっていきます。一方、本人本位の原則が徹底されていない施設では、「先生、ここではこんな人の面倒はみられません。なんとかしてください。」と丸投げされてしまうわけです。これではその施設のケアの質は上がりません。

精神科医療の世界でも、介護の世界でも、相手は弱い立場の人が多いのです。普通にやっていると、こちらの都合のいい医療、都合のいい介護が行われてしまいがちなのです。

ここで、知的障害の人から支援者に向けたメッセージをご紹介します。1998年の国際育成会連盟 第12回世界会議本人会議でのメッセージです。

「私たちに関することは、私たちを交えて決めてください」「世話をやくのではなく、支援をしてほしい」「支援者は注意深く相手の意見を聞いて、私たちをよく理解する」「私たちに代わって発言する必要がある時は、許可を求める」「可能な時は、いつも私たちが自分で発言できるように励ます」「私たちがどういった選択が可能なのかを、理解できるように助ける」「プライバシーに関する私たちの権利を尊重する」「支援と支配とは違うのです」。

これは認知症の人を支援する場合にも参考になるメッセージだと思います。本人がしてほしいのは、支配ではなく、支援なのです。自分のことを自分で決めること、自己決定を支援してほしいのです。

イギリスでは、認知症施策の評価は、認知症の本人達が行います。次の9つの

質問に、どのくらいの認知症の人が「YES」と答えてくれたかで、施策の評価を行うのです。ここで、「私」というのは、認知症の方のことです。

「私は、早期に認知症の診断を受けた」「私は、認知症について理解し、それにより将来についての意思決定の機会を得た」「私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている」「私の周囲の人々、ケアをしている人々が十分なサポートを受けられている」「私は、尊敬と敬意を持って扱われている」「私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている」「私は人生（生活）を楽しんでいる」「私は、地域の一員であると感じる」「私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の人生のあり方があり、それが叶えられると感じている」

*初期集中支援チームとは

昨年の認知症施策の転換で、認知症の人が「できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」を目指すという目標が掲げられました。そして、その実現のために2つの大きな施策が打ち出されました。1つは「認知症初期集中支援チーム」であり、もう1つは、「身近型認知症疾患医療センター」です。

「初期集中支援チーム」というのは、初期から認知症の人に必要な支援するためのものです。そのポイントは3つあります。まず、認知症の人の周囲の環境を整えるということです。現在は、認知症の症状が重くなって、例えばガス台をうまく使えないという段階になってからIH調理器に変えたりしています。しかし、このように進行してしまっている段階では、新しい調理器具の使い方をマスターするのは難しく、この時点で住み慣れた場所での生活が出来なくなってしまうのです。もし、ご本人が認知症であることがわかったならば、進行してしまっても長く住み続けられるように、早めに物理的環境を整えていくのです。例えば、調理器をIHに変える、段差があればバリアフリーにする、といったふうに、最初にコストをかけてしまうのです。

次は周囲をとりまく人的な環境を調整します。たとえば、周囲の人が認知症と分からずに不適切な接し方をして、認知症の人に行動・心理症状が出てしまうということがあります。まわりをとりまく人にその人の認知症を理解してもらい、必要なときに必要な支援を受けられるように情報を提供するのです。

*本人の意思を聞き、記録しておくことの大切さ

初期集中支援チームの目的は、早期に診断して、治療することではありません。最も重要なことは、認知症の初期の段階、すなわち、その人が自分の意思を表明できる段階で、その人の言葉をたくさん聞いて記録しておくことなのです。

残念ながら、高齢化が一番の危険因子である認知症の発症は、現在のところ予防できません。私たちが出来ることは、認知症になってしまっても、今までどおりの充実した人生、生きがいのある人生を送ることが出来るようにすることです。認知症を持ちながらも、どこに住みたいか、どんな生活をしたいかを聞いて記録し、こうして得られた記録をその後の支援者が共有し、適切な支援に役立てることが大切なのです。

普通に暮らしている精神疾患の人が突然悪化することがありますね。私たちは生きていく中で、他人には分からない、自分が大切にしている価値やこだわりがあったりします。周りからはよく分からない、自分が大切にしている価値を周囲から踏みにじられたような時に精神症状が悪化したりするのです。同じことは認知症の人にも言えます。言葉でうまく表現できない認知症の人の思いを、周囲の支援者が何も知らないままに踏みにじるようなことをしてしまうと、行動・心理症状が出てしまうことがあるわけです。こうしたことがないように、本人がどういう人生を歩んできて、何を大切にしてきたのかということ、本人が表現できる時に聞いて記録しておくことが重要になるのです。万一、行動・心理症状が出てしまったときも、こうした記録があるとその行動・心理症状に込められた「認知症の人の言葉にならないメッセージ」を理解する助けになります。

認知症の支援者が、認知症の人と早く出会うこと、出会いのポイントを前にはずらすことが大切になるのです。

*精神科の訪問診療がなぜ必要か

行動・心理症状があっても、介護保険サービスを有効に利用し、対応やケアを工夫すると、ほとんどはよくなります。しかし、中にはどうしても行動・心理症状がよくなる人もいます。

そうした人は精神科医療の適応になるのですが、病院へ行くことを嫌がる人が多いのです。そうすると、認知症の人の妄想や攻撃は身近な家族へ向かうことが多いので、家族がとても傷つきます。精神科に入院させるしかなくなってしまい、一旦入院させてしまうと、ご家族はあんなたいへんな思いは二度としたくないということで、なかなか退院させずに入院が長期化したりします。

認知症の人が適切な精神科医療を受けられないのは、医療機関を受診できないためです。そこで、医療機関から出向いて行って、訪問診療すればいいのではないかと考えました。そして、海上寮療養所で精神科医の訪問診療をはじめたのです。

精神障害の場合、医療の必要性が高まれば高まるほど、「自分は治療の必要があ

る」といういわゆる病識が失われてしまうので、普通に医療機関を受診することが難しくなります。精神科医療では、医療機関側から出向いて行って医療を提供するシステムを整備する必要があるのです。

認知症の人に必要な医療を、医療機関側から宅配の形で届けるのが、身近型認知症疾患医療センターです。早急な整備が望まれます。

*日本の精神科医療の問題点

私は 20 年間、病院入院医療を中心とした精神科医療に携わってきました。現在の日本の精神科医療は、世界の常識からはかなり外れている状態です。どうしてこうなってしまったのでしょうか。

どんな民族、どんな年代でもある一定の割合の精神障害の人がいました。明治時代の日本では、諸外国には例のない「私宅監置」という制度が認められていました。自宅に作った座敷牢などに精神障害を持つ人を隔離収容していたのです。「私宅監置」制度は、内務省—警察が管理していました。医療ではなく、警察制度の下に置かれていたわけです。私宅監置制度のもとでは、多くの精神障害者は十分な医療も受けられず、放置されていることが多かったようです。調査した東京帝国大学精神科教授 呉秀三先生は、私宅監置の悲惨な状況を、「わが国十何万の精神病者はこの病を受けたるの不幸のほか、この国に生まれたるの不幸を重ぬるものというべし」というように表現しています。

第二次大戦前には約 3 万床あった精神科病床は、戦争で 4 千床まで減り、昭和 28 年ごろに戦前の水準に戻りました。翌昭和 29 年に、全国の精神障害者の実態調査が行われ、全国の精神障害者数が 130 万人で、そのうち入院を必要とする人は 30 万人いるという結果が出たのです。しかし、入院ベッドは 3 万床しかありません。その差の 27 万人の多くが私宅監置されていた可能性があるということです。

精神科薬が初めて開発されたのは昭和 27 年、日本で使われるようになったのは昭和 30 年代に入ってからのことなので、これは薬物療法がはじまる前の話です。

悲惨な私宅監置を解消するために精神科病院の整備が急務となりました。しかし、国は、相変わらず財政難を理由として国公立の精神科病院を作ろうとはしませんでした。そして、民間に作らせるという政策をとったのです。低利で建設資金を貸し、さらに精神科特例という運営上のメリットを与えたのです。具体的には、精神科では医師数は一般科の 3 分の 1、看護師数は 3 分の 2 でいいとただだけでなく、さらにそれを緩めて、場合によってはこの基準を満たさなくてもいいという特例でした。こうして、昭和 30 年代には精神科病院ブームなどといわれる状態になりました。多くの民間精神科病院が作られ、その中に

は利益目的に参入した人たちもいたようです。

昭和 39 年に、一つの不幸な事件が起きました。当時のライシャワー・アメリカ駐日大使を、精神障害を持つ青年が刺傷したのです。この事件を受けて、「精神障害者を野放しにするな」という世論が盛り上がり、翌年、国は精神衛生法を改正して、精神障害者の収容政策に大きく舵を切りました。

その後、精神科病床の増加を止められたかも知れない出来事がありました。昭和 43 年のクラーク報告です。WHO から派遣された、イギリスの精神保健の専門家クラーク博士が、日本の精神科医療について調査し、精神科病院の数が増加していること、長期入院者が増えていること、入院患者が高齢化していることなどの問題点を指摘し、地域での精神障害のリハビリの重要性を指摘したのです。しかし、当時の厚生省の担当課長は、記者会見で「斜陽のイギリスから学ぶことは何もない」と述べるなど、このクラーク報告は完全に無視されてしまいました。

多くの先進諸国では、すでに昭和 30 年代のおわりごろから、精神障害者の地域支援という方向に考え方が変わっていました。日本でもクラーク報告が出された昭和 43 年には、精神科病床は 17 万床でした。このときにもし、精神科病床の増加を止めていれば、その後の病床削減の痛みも小さく済んだことでしょう。しかし、日本の精神科病床数はその後も増加を続け、平成 4 年に 38 万床となったあと、現在は少し減って 34.8 万床です。世界 170 万床の精神科病床の約 2 割が日本に集中しているという異常な状態が続いています。

* 差別意識を減らすために

以前は世界でも、身体障害、知的障害、精神障害などの障害のある人を施設に収容し、地域から隔離して処遇するのが普通でした。日本では、この「障害者の隔離収容」を民間事業者にやらせてしまったのです。「障害者の隔離収容」が民間事業者のお仕事になってしまったのです。そのため、考え方が変わって、障害者の地域生活を支援する方向を打ち出しても、民間業者である収容施設、精神科病床を減らすことが出来ないのでした。

多くの先進諸国では、精神科病床を削減していますが、それは、国公立の施設なのでできたことなのです。

こうして、障害者を隔離収容する政策が続く日本では、地域の一般の人たちが障害者の人と接したりする機会が失われてしまいました。地域の人々が障害者に関して理解する機会がないのです。

ここで、障害のある人が、その障害について理解のない地域で暮らすことを考えてみましょう。

例えば、都会に住んでいる「普通の人」が、田舎暮らしにあこがれて移り住む

とします。しかし、その地域で「よそ者」として受け入れてもらえなかったらどうなるでしょう。常に監視されたりしたら、普通の暮らしはとても出来ません。

今、精神障害のある人が地域で暮らすと同じような状態に置かれてしまうのです。

これでは、いくら地域で生活したいと思っても、精神障害の人が心穏やかに暮らせるわけがありません。私たちがまず進めるべきなのは、地域の人たちの障害についての理解を深めること、一緒に生活できる同じ人間であることを理解してもらうことです。

ここで、高齢で認知症の人について考えてみましょう。高齢の認知症の人には、高齢化による身体機能障害、認知症の認知機能障害という知的障害、そして、一部の人には行動・心理症状という精神症状が認められます。すなわち、高齢の認知症の人には従来の分類による三障害すべてが出現する可能性があるということになります。私が認知症の人の医療に関わっていて思うことは、認知症は誰がかかってもおかしくないということです。高齢化が一番の危険因子である認知症に、自分になるかも知れないし、身近な家族、大切な人になるかも知れません。高齢化が進む日本で、認知症の人が増えることは、私たちが障害の問題に関して、自分の問題として考える一つの契機になると考えています。

第2次世界大戦ですさまじい人権侵害を経験した世界人類は、戦後国際連合を設立しました。国連では、1948年の世界人権宣言で「すべての人間は生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利について平等である」と宣言するなど、世界の平和の実現のためには人権保障が重要であることを一貫して訴えてきました。そして1970年代からは、世界の人口の1割をしめると言われている障害者の人権問題を取り組むようになりました。そして、2006年に国連の障害者権利条約が発効したのです。この条約は、これまで同情や社会的保護の対象であった障害者を権利の主体として捉え、障害者問題の原因を社会に求める「障害の社会モデル」の考え方を採用した画期的な条約です。

これまで、障害者問題の原因を個人の機能障害、例えば、「見えない目」「聞こえない耳」「動かない手足」などに求める「医学モデル」という考え方が一般的でした。この考え方では、障害者問題を解決するのは、医療やリハビリになります。そして、障害者は「医療やリハビリによっても不幸にして機能障害が改善しなかった人」ということになり、同情や社会的保護の対象となってしまうのです。しかし、「社会モデル」の考え方では、障害者問題は、多様な人間の在り方に対して、社会の側からの必要な合理的な配慮が欠けていることが原因であると考えます。例えば、すべての通路が段差なく整備され、上下の移

動にもエレベーターがある社会では、両下肢の機能障害のある車いすの人にも移動の自由が保障されます。しかし、すべての通路に2mの段差があり、上下の移動がロッククライミング用の壁だけの社会であれば、五体満足の多くの人でも移動するのに支援が必要になるのです。私たちの「社会の在り方」が障害者の範囲を決めているのです。

この条約では、人間の多様性に対して、社会の側からの合理的な配慮を行うことで、すべての人が包摂され、社会参加できるような「万人のための社会」を実現させようとしているのです。条約の議論の中では、「私たちのことを私たち抜きで勝手に決めるな（Nothing about us, without us!）」というスローガンが掲げられました。2012年12月現在、126カ国がこの条約を批准しています。日本は署名はしましたが、条約を国内法として有効にする批准という手続きをしていません。日本国内には、この条約の内容に反した差別的な法律がたくさんあるからです。

精神科医療は差別だらけです。特に精神科医療の専門家の偏見はきわめて強いものがあります。精神障害者の就労の例をお話ししましょう。諸外国では精神障害があっても、障害者枠ではない普通就労に、5～7割の人がつけるといいます。ところが日本では、数%だけなのです。ところが日本のあるグループの実践では、精神障害者の5割が普通就労することが出来ました。うまくいった理由は、就労支援に精神科医療の専門家を入れなかったことです。精神科医療の専門家は、相手の精神症状を探し出して、見極める訓練を受けています。相手の精神症状を探し出し、「こんな症状があれば、こんな問題を起こすだろう」などと思ってしまい、その通りになってしまったりするのです。

精神障害に対する偏見をなくそうというキャンペーンは、諸外国では当事者、家族を中心に行います。もちろん製薬会社からの支援などを受けることはありません。しかし、日本では、精神科医が中心になって、製薬会社の金銭的な支援を受けてやっています。この点でも日本は、世界の常識から大きくずれているのです。

*今後の認知症施策、障害者施策について

認知症の人が行きたい場所に行くことが出来ず、迷っていると徘徊になってしまいます。普通の人でも複雑な地下鉄の乗り換えに戸惑い、なかなか目的地にたどり着けなかったりします。このようなときに親切に言葉をかけてくれる人がいてくれたら、どんなにうれしいことでしょう。

認知症の人が周囲から理解されず、家族から疎まれたり、会社でつまはじきにされたりすることがあります。普通の人でも社会の中で白い目で見られたり、いじめられたりして、寂しい思いをすることがあります。こんな時に、誰でも受

け入れてくれる社会の暖かさがあれば、どんなに救われることでしょう。認知症の人が電気製品うまく使うことが出来ず、文章を読んでも理解することが出来ず、だんだん何もしないで過ごすようになります。普通の人でもパソコンやスマートフォンをうまく使うことが出来ずに、情報化の恩恵を受けられない場合があります。このような場合に、誰でも使えるわかりやすい道具があったら、私たちの暮らしはどんなに便利になるでしょう。

認知症の人が心ない人にだまされてしまうことがあります。普通の人でも巧妙な詐欺に引っかかってしまうことがあります。こんな時に誰もがだまされたりしないような仕組みがあれば、どんなに助かることでしょう。

このように、認知症の人の生活のしづらさと、普通の人生活のしづらさは連続しているのです。認知症の人が生活しやすい社会をつくること、障害がある人が生活しやすい社会をつくることは、実は五体満足の普通の人生活しやすい社会をつくることなのです。認知症の問題、障害者問題を解決しようとするのが、実は私たち自身が暮らしやすい社会をつくることにつながっているのです。

身体障害、知的障害、精神障害の三障害すべてが出現する可能性がある認知症の人の状態は様々です。その生活の支援には、介護や医療だけではなく、ありとあらゆる社会資源、例えば役所や警察などの行政機関、地域の商店街、民生委員や地域の人々、等々を動員することが必要になります。その時に大切なのは、支援する人たちのフラットな関係です。そうした関係が構築できるように努力していきたいと思っています。