

私のVisionと 経営戦略



警察車両に乗せられてくる精神科救急で心身をすり減らした都立松沢病院から、認知症の人に最高の精神科医療を提供しようと房総半島の民間精神科病院に移った。しかし敷居の高い精神科病院のもの忘れ外来には認知症の人はほとんど来なかった。そして始めた認知症の訪問診療。これが現在「認知症の人への精神科アウトリーチ」という形で広く注目されている。認知症の中でも精神科医療の必要性の高い人は精神科外来には受診できないことが多いことから、医療機関側から地域に出て行くことが有効である。認知症の人の生活を支える中で、最も問題となる行動・心理症状、「認知症の人が混乱しないような環境をつくり、人間としての尊厳を満たし、その言葉にならないメッセージを読み取り、生きがいを満足させることができる良いケアが提供されるなら、多くの行動・心理症状は改善していきます」。認知症の人への社会的支援が充実すると精神科医療の必要性は減っていく。認知症の人の脱精神科医療を次期障害者基本計画に位置づけるべきと主張される。

「認知症の人の脱精神科医療」と
「アウトリーチ」が対応の鍵を握る

内閣府・障害者政策委員会委員
社会福祉法人ザリオの聖母会海上療養所
桜新町アーバンクリニック

上野 秀樹氏

うえの ひでき

昭和38年東京都生まれ。平成4年東京大学医学部卒業、東大附属病院精神神経科にて初期研修、平成16年より19年まで東京都立松沢病院にて認知症精神科専門病棟を担当した。平成21年より社会福祉法人ザリオの聖母会海上療養所、平成24年桜新町アーバンクリニック（非常勤）。平成24年より内閣府・障害者政策委員会委員。

■まず「オレンジプラン」をどう位置づけられますか。

上野 認知症と精神科医療に関しては、平成22年9月から厚労省の「新たな地域精神保健医療体制を構築するための検討チーム 第2R」で活発な議論が行われていました。しかし、検討チーム内で認知症の人の精神科入院をどのように考えるかで意見が対立し、それを引き継ぐ形で平成23年11月、当時の藤田一枝厚生労働大臣政務官を主査として厚労省の部局を横断する形で認知症対策施策検討プロジェクトチームがつけられたのです。チーム内の検討を重ねた結果、平成24年6月18日に「今後の認知症施策の方向性について」が発表されました。認知症の人の地域での生活を支援する方向に大きく舵を切った画期的な報告書であると思います。報告書では、「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』の実現を目指している」という今後の目標が示されました。この目標の実現のために、「初期集中支援チーム」と「身近型認知症疾患医療センター」の2つの大きな施策が提示されています。認知症の人

の地域での生活を支援していく上で、この2つの施策は車の両輪のようなもので、どちらが欠けてもうまくいきません。平成24年9月に発表されたオレンジプランでは、報告書の内容を具体化するための今後5年間のロードマップが示されています。残念ながら身近型認知症疾患医療センターに関しては、オレンジプランでは少し後退してしまっています。

■認知症の人の精神科病院への入院については、非常に問題が多いと聞きます。

上野 問題の本質は以下の3点です。
①認知症の人の精神科入院のニーズがきわめて多いこと②精神科病院の環境が認知症の人の行動・心理症状の治療に相応しくないこと③入院の長期化の問題です。

認知症は、「いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために日常生活・社会生活に支障をきたすようになった状態」と定義されます。認知症の人は、もの忘れや見当識障害、理解・判断力の低下などの認知機能障害といわれる症状が認められます。そして一部の認知症の人には、不安、抑うつ状態、幻覚や妄想、興奮、暴力、徘徊や不潔行為などの行動・心理症状といわれる症

状が認められるようになります。認知症の人は、日常生活・社会生活に支障を来している状態なので、その生活を支える必要があります。認知症の人の生活を支えていく上で、行動・心理症状が大きな問題になることが多いのです。現在の日本では、行動・心理症状が激しくなってしまう、精神科に入院をさせる以外に対応方法がない認知症の人がたくさんいるという現実があります。これは、精神科病院側の問題ではなく、日本では認知症の人がそのような状態になるまで、適切な支援を受けられていないことが問題なのです。認知症の行動・心理症状はある程度予防が可能です。認知症の早期から、支援者が適切に関わることで行動・心理症状の発生を予防すること、もし万一行動・心理症状が生じてしまった時でも、多くの場合、適切なアセスメント、適切なケアや対応を行うことにより改善させることが可能です。こうしたケアや対応の工夫で改善しない場合には、精神科医療の適応になります。行動・心理症状のある認知症の人は通常の外来受診が困難なことが多いのですが、必要な場合にはアウトリーチで医療を提供することで、精神科病院入院ニーズを減らすことが可能なのです。

一般的に精神科病院の入院病棟は、認知症の人の行動・心理症状にとって

治療的な環境ではありません。認知症の人の精神科入院は、ほぼ100%医療保護入院などの強制的な入院で、本人の意思は考慮されません。また、徘徊などが問題となることが多いため、入院している人が自由に出入りすることが出来ない閉鎖病棟への入院になります。そもそも、行動・心理症状は、認知機能障害を持つ認知症の人の周囲の環境に適応できないための混乱であつたり、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の可能性があり、本人のことをよく理解し、その思いをくみ取ることがその改善のために必要になります。しかし、強制的な入院医療では、最初から本人の意思は無視されてしまうのです。一般的に医療では「病気の治療」という目的があるために管理的な環境となりがちで、本人の自由な行動は制限されることが多いのですが、さらに精神科医療では、精神保健福祉法上ある一定の要件の下で強制的な医療が認められています。この行動

制限の可能性と閉鎖病棟という密室性のために「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。こうした治療環境は、残念ながら認知症の人の行動・心理症状に悪影響を与えてしまつ可能性が高いのです。

諸外国に比較して、日本の精神科医療は病床数が多く、入院期間は約300日間と長いことが問題となっています。認知症の人が精神科に入院すると入院期間はさらに長期化し、平均で900日を越えているという調査結果もあります。

■「初期集中支援チーム」と「身近型認知症疾患医療センター」についてお聞かせ下さい。

上野 初期集中支援チームで大切な



は、早期に診断すること、早期に医療を受けること、ではありません。早期に認知症の人と支援者が会うことで、早期からしか出来ない認知症の人の支援を行うことが大切なのです。例えば、末期がんや神経難病など進行し、いずれ死に至る病においては、自分の意思が表明できなくなつたときにどのようなケアを受けたいか、どのような医療を受けたいかをあらかじめご本人に確認して、その生活を支援します。

これに対して、認知症の高齢者の場合、死が訪れる遙か以前に自分の意思を表明できなくなつてしまふのが大きな問題なのです。初期集中支援チームにおいて大切なことは、ご本人が意思を表明できる間にご本人の言葉で、認知症を持ちながらもどのような人生を送りたいかを記録し、これまでの人生、大切にしている価値を記録することです。こうした情報に基づいて、必要な場合に適切な支援をすることで、行動・心理症状の発生を防止します。ご本人の言葉でこれまでの人生や大切にしている価値がわかれば、万二行動・心理症状が生じてしまった場合でも、「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」をよりよく解釈することが可能になります。

身近型認知症疾患医療センターは、認知症の人に必要な医療を必要な場

合には宅配で届けるサービスです。認知症の人は、混雑した医療機関の外来で待つのは苦手です。特に行動・心理症状が激しい人は、病識に乏しく、通常の外来受診が困難です。必要な場合には、必要な医療を宅配で届けるサービスがあれば、認知症の人も安心して住み慣れた自宅で生活できるようになることでしょう。

■精神病床は多すぎるという指摘に対し、大きな変革は起きていません。

上野 明治時代から、日本は「財政難」を理由として国公立の精神科病院の整備をしてきませんでした。代わりに精神障害者の私宅監置という日本独自の制度が認められていたのです。これは、精神障害のある人を自宅に設けられた座敷牢のようなところに収容・管理するという制度です。この私宅監置制度を管轄していたのは、内務省—警察でした。私宅監置された多くの精神障害者は、医療やケアが十分でないままに悲惨な状態で放置されることも多かったのです。日本の精神科病床数は、第2次世界大戦前に約3万床ありました。戦争のために4千床程度まで減つたものの、昭和28年頃には戦前の水準にまで戻りました。しかし、翌昭和29年の全国の患者調査で、全国に精神障害の人が130万人、要入院の人

が30万人いるという結果がでたのです。薬物療法が日本で普及する前の話です。30万人の要入院者に対して3万床しかベッドがありません。たぶん残りの方の多くは私宅監置されていたのではないかと思います。精神科病院整備が急務となりましたが、このときも国は国公立病院の整備をしませんでした。代わりにその運営に対して精神科特例などのメリットを与え、建設に補助金を出す形で民間精神科病院を整備する方向を選んだのです。多くの民間精神科病院がつくられ、精神科病院ブームといわれるような現象が起きたそうです。

そして、多くの諸外国で精神科病床の削減がはじまり、精神障害者の地域生活支援が主流となつていた昭和39年、一つの不幸な事件が起きました。ライシャワー事件です。精神障害を持つ青年が当時のアメリカ駐日大使を刺傷してしまつたのです。この事件で、「精神障害者を野放しにするな」という世論が盛り上がり、国は精神衛生法を改正し、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もありました。昭和43年のクラーク勧告です。WHOからイギリスの精神保健の専門家、クラーク博士が来日し、日本の精神科

医療の実態を調査しました。その後、博士は調査に基づいた勧告書を提出し、精神科病院の長期入院患者が増加していることを指摘し、入院患者の増加を防ぐために地域福祉の充実とリハビリテーションを奨励すべきこと、精神科病院の改善や統制の必要性を指摘しました。しかし、当時の厚生省の担当課長が記者会見で「斜陽の英国から学ぶことは何もない」と述べるなど、この報告書は完全に無視されてしまったのです。この時にはまだ精神科病床は17万床程度でした。もしこの時に政策転換できていれば、精神科病床削減も今ほど困難なことではなかったと思います。その後も増え続けた精神科病床は平成4年に約38万床となり、現在は少し減つて約34万8千床です。

これは、全世界の精神科病床の約2割に当たる数字になります。

日本の精神科病床の9割が民間病床です。多くの民間病院では、収入の多くを入院関連収入が占めています。入院患者数に応じて収入が決まっているのです。精神科病床の削減をしてきた諸外国の精神科病床は国公立の病床でした。日本では、精神障害者を収容することが民間の稼業となつているために、病床の削減がかわめて困難な問題となつてしまつています。私も当院で病床削減を検討しましたが、現状



の制度のもとではきわめて困難という結論に達しました。

■認知症施策の延長上には、精神科医療の現状と在り方が大きく影響していると考えるべきでしょうか。

上野 全くその通りです。多くの先進国では認知症の人の精神科入院の問題はありません。すでに精神科病床は十分に削減されているため、認知症の人が入院する余地がないからです。

日本では、過剰な精神科病床の存在とその約9割が民間であるという事実が問題を複雑にしています。精神科病床のうち、急性期の診療報酬を算定しているのは約5%にしかすぎません。多くの精神科病床に慢性期の精神障害の人が入院しています。長期入院している精神障害の人の高齢化による死亡と治療法の進歩で新たに長期入院になる精神障害の人が減少しているため、精神科入院患者数は減少する

傾向にあります。しかし、収入が入院患者数にほぼ比例して決まっている民間精神科病院での入院患者数の減少は死活問題です。空床になった精神科病床を埋めてくれる人として認知症の人を考えているのです。認知症においては、行動・心理症状が激しく、精神科入院ニーズが高い認知症の人の存在と、空床を埋めたい民間精神科病院のニーズがびたりと一致してしまい、そのため認知症の人の精神科入院が増加しているのです。

問題の解決のためには、認知症の人の精神科病院入院ニーズを減らすことが必要です。そのためには、認知症の人を早期から支援し、行動・心理症状の出現を防止すること、行動・心理症状が起きてしまった場合にも適切なケアで改善できるようにケア方法の研究を行うこと、必要な場合には必要な精神科医療を宅配できるようなシステムを整備することが必要です。

さらに精神科病床数の削減が必要で
す。ご説明したように、これは民間病
院の経営努力だけでは実現が難しい問
題です。精神保健の専門家、経営の
専門家、医療福祉政策の専門家、国
民の英知を集める必要があると考えて
います。

■最後に、オレンジプランで最も大

切なポイントは何かとお考えですか？

上野 今後の目標の中の「認知症になっても本人の意思が尊重され」という部分だと思えます。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、すなわち自己決定権の確保、自由の保障はとても大切なことです。これは、認知症の人でも同じことです。認知症になっても、それまでと同じような充実した人生、意義のある人生を送ることが出来るように、私たちは認知症の人の自己決定を支援する必要があります。ということだと思います。

イギリスでは、認知症の国家戦略に以下の「statement」による評価を用いています。

- ・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、ケアをしてもらっている人々が十分なサポートを受けられている。

- ・私は、尊厳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もらえるかを知っている。

- ・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られている。これらの質問にどのくらいの認知症の人が答えられたかどうかが、認知症施策の評価になっているのです。

日本の認知症施策も、認知症の人に多くの「で」答えてもらえるようにしたいものです。

■都立松沢病院で精神科救急に従事

していた頃、「精神障害のある人に対する私たちの地域支援体制が整っていないから、こういう人が出てくるのではないか」と疑問を感じた。その後、認知症に関しても地域での支援の重要性を身をもって痛感することになった。現在は診療の傍ら、全国各地での啓蒙活動に熱心に取り組む。

(文)佐藤昌俊・撮影/日野道生