

精神科病院に入院中の認知症患者家族の 会話内容から見えてきたこと ～面接時における会話記録をもとにして～

木下 一雄

(名寄市立大学 保健福祉学部 社会福祉学科)

要約

現在の日本では、社会の認知症に関する理解と認知症の人に対する支援が不十分なために精神症状を生じてしまう認知症の患者が数多く存在しており、精神症状がある認知症の人を支援する社会制度も不十分なため、認知症の人の精神科入院ニーズが高い状態が続いている。

そして精神科病院に入院している認知症患者においては、「生きることをあきらめさせる場」となっていることが見られる。強制力を伴う身体的拘束や薬物療法による化学的な拘束を利用して、「家に帰りたい」と言った帰宅願望や、「介護に抵抗しなくなる」といった介護抵抗を感情と向き合わずに強引に押さえつける形で封じ込めることにより、結果として人としての当然の思いを諦めさせることを目指している場になっているケースが多く見受けられる。人間にとっての権利や尊厳を奪い、自らの意思で生きることを諦めさせているといっても言い過ぎではない。

現在の日本では、認知症で精神症状が認められるようになった人を簡単に精神科病院に入院させたり、家族のレスパイト目的の精神科入院などもごく普通に行われている。しかし、これは諸外国ではあり得ないことであり、極めて大きな人権侵害の可能性がある。

認知症の人を介護した経験のある方に話を聴くと、初めての経験なのでどんなサービスがあるかわからないといったことを耳にする。本人のために何を利用すると良かったのがわからなくて大変だったという感想が多く聞かれる。もし、あらかじめどのような症状が出現する可能性があるのがわかっていれば、焦ったり混乱しないで対応することが可能になる。

また、どこに相談すればいいか、どのように対応すればいいか、あらかじめわかっているならば、軽い段階で早期の対応が可能になる。そのためには、知識や意見を相談しあえる場所が必要となるため、家族会の設立に至ることになる。精神科病院に長期間入院することなく本人や家族が望んでいる生活を支えていくための手段としての家族会設立に至るプロセスについて考察していくこととする。

1. はじめに

平成25年度に厚生労働省が、日本には認知症の方が約462万人、その予備軍である軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment）の人が約400万人いると発表した。

これは現在の日本の人口からすると65歳以上の4人に1人が認知症もしくはその予備軍という数字になる。認知症の462万人という数字は、65歳以上で15%に相当する。この有病率は他のOECD諸外国は約7～10%で推移しており、日本は非常に高い有病率だということがわかる。

全世界にある精神科の病床175万床のうちの2割にあたる33万床が日本にあり、さらに日本におけるすべての病院の病床約170万床のうちの約2割ほどが精神科病床だということも忘れてはならない。

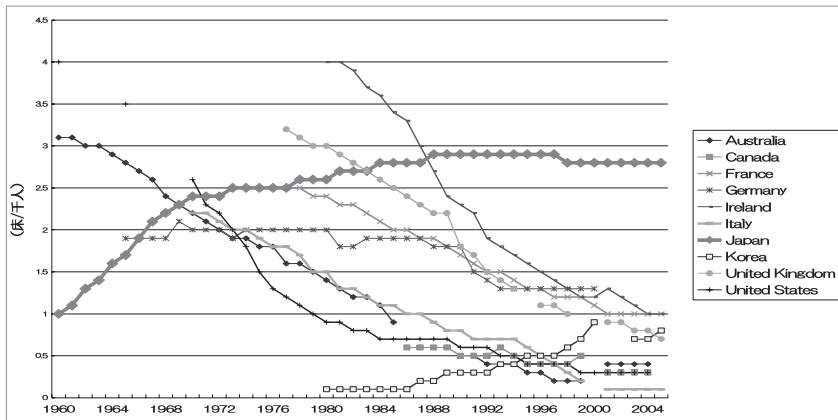


図1 精神科病床数の推移

平成24年度厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課医療計画（精神疾患）

現在ある精神病床数は、33万床前後でほぼ増減がない状況であり、仮に今後このままの病床数が維持されるのなら、認知症の方々の入院が多くなるということが予想されることは想像に難くない。その結果として、認知症の「社会的入院」という状況につながっていかないようにするため精神科医療で果たすべき役割

について十分に検討し、病床のあり方も考えていく必要がある。

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

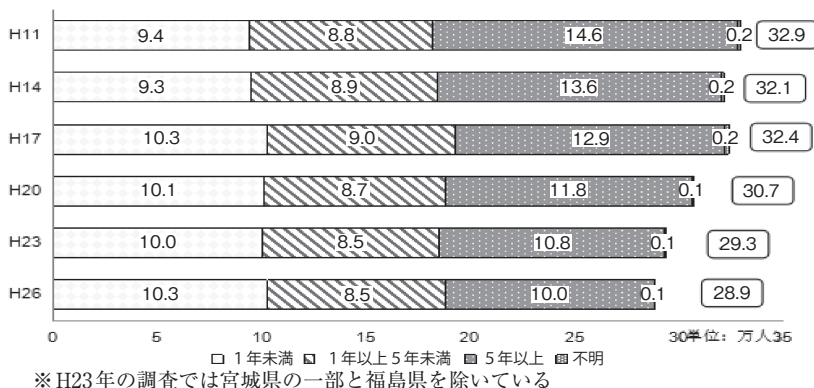


図2 平成26年度 厚生労働省「患者調査」 厚生労働省障害保健福祉部

厚生労働省の患者調査によると、平成11年には内科、外科を含んだすべての病院に認知症の人が5万4,000人入院しており、その中で精神科病床には3万6,700人が入院していた。それが平成23年にはすべての病院で8万人、精神科病床では5万3,000人と精神科病床に入院する認知症の人の数が1.4倍に増加している。

世界に目を転じてみると諸外国では、昭和35年（1960年）頃から始まったコミュニティケアや地域精神保健福祉施策が推進され、「精神障害のある人も地域と一緒に暮らすことができる社会をつくる」という考え方が生まれてきた時に、政策の変更で精神科病床を減少させることができた。これは、日本と違い国公立の精神科病院が多かったといった理由もあった。

逆に日本では、9割以上が民間の精神科病院であり、その保有する資産を最大限活用しないと事業を継続することができないため、継続的に利益を追求し続けていく。日本の精神科病院の売り上げの大部分は、入院関連の収入であり、政府がその経営に特別な配慮をしており、遅々として精神科病床の削減や社会的入院の解消につながっていないのである。

また、精神科病院は、病棟の人員配置が少なく低コストで運営されており、平成25年の厚生労働省の報告書から精神科病院と一般の病院を比較すると、精神科病院においては、平均在院数が一般の病院は17.2日、精神科病院は284.7日である。100床あたりの医師の数と看護職員の数を見てみると、精神科病院の医師数は3.5人、一般病院の医師数は15.0人となっている。看護職員も精神科病院は、約32.7人、一般病院は、約61.0人という形で一般の病院に比べて医師の数は約1/4、

看護職員の数は約 1 / 2 となっている。

日本は国民皆保険のため、入院中に掛かるコストはレセプト（医療報酬）の点数で一目瞭然である。1 点が10円なので、1 日あたり精神科病院は、1 万2,649 円、一般病院は、4 万4,046 円であり収入は一般病院の 1 / 3 程度にも満たない状況であり、診療報酬が精神科病院は他科よりもかなり低く設定されているため入院病床稼働率を95%に以上維持しないと病院経営の利益につながらないといった側面があるためである。

表 1 精神科病院と一般病院の比較

比較項目	病院数	病床数	1 病院 あたり 病床数	病床利用率	平均在院日数
精神科病院	1,066	253,489	237.8	88.1%	284.7
一般病院	7,474	1,320,283	177.7	75.5%	17.2
比較項目	100床あたり		1 日平均外来 患者数	入院レセプト 点数（点/日）	医療法人、個人 病院の割合
	医師数	看護職員数			
精神科病院	3.5	32.7	53.4	1264.9	87.9%
一般病院	15.0	61.0	178.4	4404.6	68.3%

平成 25 年 医療施設（動態）調査・病院報告社会医療診療行為別調査厚生労働省

また、急性期医療に診療報酬が高く設定されているため、1 か月以内の診療報酬が高いので、多くの入院患者を入院させ、短期間で退院させることが高利益を生むため、病床稼働率を高めるため入院患者の回転率向上の病院経営中心の精神科医療になっている。また、精神科病院を拠点として、医療法人グループとして、退院先を自分の法人の囲い込みをし、経営基盤を強化している。

そのため、入院が必要のない人まで入院させ、認知症を悪化させていることがある。従来から言われている精神科医療が、認知症の人の地域生活支援に目を向け、自宅や介護施設等へのアウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図っていくことを進めていくためには、まず精神科病院が患者の利益よりも病院組織全体の利益向上を第一に目指していく利潤追求型の運営形態を改めていくことから始めていかなければならない。

2. 目的

現在、認知症の人の行動・心理症状に関しては、ご家族、介護者が当惑してしまい、どこに相談したらいいのかがわからずに時間を費やし、重症化する場合が多く見られる。精神症状も軽い状態であれば、ちょっとした介入もしくは治療で改善する可能性が高いのにもかかわらず、対応方法がわからず入院につなげてしまうことも多い。

認知症患者の精神科医療は、在宅介護でギリギリまで頑張っている家族が、いよいよ支えきれなくなった時の最終地点ではなく、認知症の人を初期から終末まで寄り添いながら支えていく場所となっていくことが本来の機能でなくてはなら

ないのである。

現在の日本では、認知症で精神症状が認められるようになった人を簡単に精神科病院に入院させたり、家族のレスパイト目的の精神科入院などもごく普通に行われている。

認知症の人を介護した経験のある方に話を聴くと、初めての経験なので、本人のために何を利用すると良かったのかがわからなくて大変だったという感想が多く聞かれる。

もし、あらかじめどこに何を相談すればよいのか、どのように対応すればいいのかの対処方法が、ある程度わかっていたら、認知症を抱えている本人との関わり方が変化したことが考えられる。そのためには、悩みや意見を相談し合える場所が必要といった結論に達し、家族会の設立に至ることになった。設立した家族会の活動を通して、精神科病院に長期間入院することなく本人や家族が望んでいる生活を支えていくための相談援助に至るプロセスについて考察していくこととする。

3. 調査方法

調査方法としては、筆者自身が精神科病院で精神科ソーシャルワーカーとして勤務していた平成25年4月から平成26年3月までの1年間で聞き取り調査した30組の家族の面接時における会話の記録をもとにして、家族会設立までのプロセスを分析し、精神科病院での認知症医療のあり方を検証し、今後の認知症家族支援のあり方について独自の視点で考察していく。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、日本精神保健福祉士協会の倫理基準に従い、対象者に対しては調査時にアンケートの内容について口頭で説明し、了解を得ている。結果等については、守秘義務を順守し、調査の過程で得た情報等については、研究以外の目的には使用しない。

5. 活動内容報告

S県H市の認知症疾患治療病棟で精神保健福祉士として地域医療相談室の責任者として病院の家族の方々の相談援助活動をしていた。そこから病院長、事務局長を説得して家族会設立に至るまでの経緯について報告していく。その中で、自身が担当責任者になってから家族会設立に至るまでの1年間の期間の中で行った入院患者家族30組の中から多く語られたフレーズを当時記録として自身のノートに残しておいたキーワード5つについて、家族の会話を踏まえながらまとめていった（治療や手術などを伴う医療的な対応を除く、ソーシャルワーク的支援に

よって解決につながっていくと思われるフレーズを抽出)。

1 病状悪化時にどうしていいのかわからない

認知症治療を中断すると、多くの場合、再発してしまい、病状が悪化するのではないかと、家族は不安と隣り合わせになり毎日を送らなければならない。急性期の状態になったら、家族はなんとかして医療機関に連れて行こうとするが、専門家ではない家族にとって、それはとても負担が大きい。

2 本人の病状が悪くなったときの苦労や心配

自宅で興奮して、保健所や病院、警察に通報せざるを得ない状況になり、身の危険を感じるが増え、家族自身の精神状態・体調に不調が生じたり、本人がいつ問題を起こすかという恐怖心が強くなった。

また、問題が起こるごとに仕事を休んで対応しなければならないことがあった。家族だけが精神科医療機関に相談しても、「本人が受診しないと何もできない」と何も協力してくれなかった事も多い。保健所に相談に行ったが、同様の対応であった。本人に受診してもらうために、やむを得ず民間搬送を利用した。警察に相談しても何も協力してくれなかった等の言葉が多く聞かれた。

日常的な気苦労が絶えずあり、家族自身が体調をくずしてしまったり、仕事を休んで対応しなければいけなかったり、身の危険を感じるなど、家族に過度の負担がかかっている中で、ときに家族は極限状態にまで追い込まれることになる。

3 近隣とのトラブルなどが生じて孤立感を覚えた

本人の状態が悪化して近隣とのトラブルなどが生じ、肩身の狭い思いをしたり、孤立感を覚えたことがある。5割もの家族が、本人の病状が悪化したときに、近隣とのトラブルなどが生じて肩身の狭い思いをしたり、孤立感を覚えたことがあると答えている。

一般的に認知症の精神疾患への理解がなかなか進んでいない中で、家族は本人のために必死に努力しながらも、周囲からわかってもらえないという何重もの苦しみを味わっている。認知症がどんなに悪化したとしても、人として尊重され、地域で暮らし続ける権利がある。認知症は高齢者になれば誰もが罹り得る病気であり、誰しものが他人事ではないのであって、認知症になったとしても肩身の狭い思いをしたり、暮らし続けることが困難になることは決してあってはならないことである。治療の中断や病状が悪化したときに必要なこととして、家族は具体的な支援を望んでいる。

4 困ったとき、いつでも相談でき、問題を解決してくれる場がない

信頼して相談できる専門家がないため、できるだけ早く情報をきちんと伝えてくれる専門家と出会い、何でも相談して正しい情報と対応方法を把握しておきたい。

本人が病気になってから、家族が趣味などを行う気力がなくなったと回答しており、そのうち8割の人が、その理由を精神的な余裕がなくなったからと答えていた。

身体的な不調があっても、介護をしている家族はなかなか休むことができず、健康もかえりみずに、本人の生活を支えて行かざるをえなくなってしまった。

5 精神疾患についての知識や退院後の地域での支援等の情報が得られず困った

本人が初めて精神科を受診して診断を受けたとき、認知症についての知識がなかったと回答した家族が面接時において約8割にのぼった。そのために間違ったイメージを持っている人が多く存在した。本人が変だなどと思っても、認知症とは気づきにくく、見過ごしたまま、家族は日々、本人の病気や問題行動に向き合わなければならない、先の見えない不安な生活は、とても苦しいものであった。

また、認知症になった本人以外に、支援を必要としている人（高齢者など）がいると回答した家族が3割近くおり、家族の中に支援を必要としている人が複数いることで、負担が増大していることもわかった。

家族が安心して相談できる専門家の配置と、その窓口を増やすことが緊急の課題である。家族のニーズにもとづく支援を家族を対象としたサービスや支援が現在提供されているか家族が定期的に相談できる専門家の存在が自分の周りにはなかった。多くの家族が、きめ細かく家族の相談にのってくれる、さまざまな支援を求めている。現状では家族のニーズにもとづく支援はほとんどされておらず、家族が困ったときに利用できる相談支援体制の充実が不可欠である。本人の回復に向けた専門家による働きかけがなく、家族まかせになっており、自立への働きかけ、危機状態になったときの支援が圧倒的に不足している。

6. 活動評価

病気についての知識が得られるまでに3年以上かかった家族が約3割近くいた。また現在も十分な知識や情報が得られていないと感じている家族も面接時少なくなかった。また、本人が受診してから3か月以内など早い段階で病気についての十分な情報が得られていれば、その後の対応が違っていたと思うと約7割の家族が答えている。また約6割の家族が、家族の中で治療や回復に関して意見が対立したり、考え方が一致せずに苦労したことがあると答えており、そういう苦労をしたのは、家族それぞれが必要な情報を十分に得る機会がなかったからだ

回答している。また、本人の病状が悪化した時に、家族が必死になって病院に連れていくのではなく、専門家が訪問して危機状態を脱するまで支援してくれる仕組みがほしいと訴えていた。

病状や治療、回復についての十分な情報が得られない中で、家族は日々、病状悪化の不安に怯えながら、さまざまな症状に向き合っており、一部の診察に付き添ったり、介護の担い手になっている家族だけでなく、すべての家族が個別に理解を深める機会が必要であり、家族全体の間で理解が一致しなければ混乱が生じ、それがまた家族を苦しめることになることが面接した結果浮き彫りになった。

認知症を抱える家族の方々が直面してきた困難について、今回の調査結果のデータをもとに語られたフレーズを以下のようにまとめた。

1. 病状悪化時に必要な支援がない。
2. 本人の回復に向けた専門家による働きかけがなく家族まかせになっている。
3. 利用者中心の医療になっていない。
4. 多くの家族が情報が得られず困った経験を持っている。
5. 家族は身体的・精神的健康への不安を常に抱えている。

① 本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現

本人が自発的に受診ができない場合や病状が悪くなったときの訪問による治療、支援の場やサービスにつながるできない本人に働きかけるための訪問型の支援が必要である。訪問によって本人・家族に個別化した支援・治療を継続的に提供するサービスの実現を求められていることが分かった。

② 本人の希望にそった個別支援体制の確立

本人が家族や地域社会とのつながりを回復し、人生に対する希望を失わず有意義な生活ができるよう、医療のみならず、包括的な支援を実現することが必要であり、日中活動の場の提供だけでなく、本人に対する生きていくための意欲の回復に向けた個別支援体制の確立が求められていることが分かった。

③ 利用者中心の医療の実現

病気になった初期の段階から、本人・家族が医療の主体として尊重され、納得のいく医療が受けられることが必要であり、本人・家族が治療計画に積極的に関われる医療体制の実現が不可欠だということが分かった。

④ 家族に対して適切な情報提供がされること

病気になった初期の段階から、迅速に病気に関する正確な知識、対応方法、

回復の見通しなどについて家族に情報が詳細かつニーズに応じて提供されることが大切だということが分かった。また、すべての国民が精神疾患に対する正確な知識をもつことが可能となるように、学校や職場、地域等において継続的な啓発活動を行うことが重要だということも判明した。

⑤ 家族自身の身体的・精神的健康の保障と本人の価値観、生きがいの理解

家族の身体的・精神的健康が過重な介護負担によって大きく損なわれており、家族依存の医療や介護のあり方を改め、家族が身体的・精神的に健康を維持し、有意義な生活を送れるように支えていく体制が必要である。その上で、支援者が本人や家族の思いを汲み取って代弁していくことが大切になってくる。例えば、認知症の患者にとって生活する中で、その人固有の価値観、生きがいがあることを認識することから始めていく姿勢が求められる。

この2点をよく押さえておかないと、支援ニーズが不明瞭になってきて、本人が求めている価値観や生きがいを見失ってしまうことになる。本人の言葉で、大切にしてきたことなどを記録し、それを援助者が理解することで認知症の人の生活の質が改善し、行動・心理症状の出現が防止できることになることも理解できた。

7. 考察

今回の論文を作成するにあたり、過去の面接時における会話の記録を整理する過程において改めて家族が孤立状態になり、知識や情報がない中でもがき苦しんでいることを再認識させられた。

高齢夫婦や地域とのつながりが無い世帯においては、医療や介護などの情報が一切入ってこない状態になり、孤立し情報弱者の状態に陥っていることも見えてきた。いかに社会資源が整っていて、専門職がいたとしても、その社会資源や専門職自体の存在や活用の術を知らなければ、それは家族にとっては存在していないのと同じことになってしまう。そう考えると、地域の施策として着眼すべきことは、認知症の人の居場所が足りないという課題よりも、むしろ、認知症の人がその場所に居続けることのできる支援体制のあり方を見直していくことが求められているということであった。

家族が、施設や住み慣れた自宅で本人を介護したいと思っても、認知症の病気の特徴や介護方法、相談機関や心理的不安など、介護の孤立化を起こしてしまうことによって、結果としてどうしたら良いか分からず、精神科病院への入院を望んでしまうのではないかといったことが面接時における会話の記録をもとにわかってきた。精神科医やその他病院スタッフに言われるがまま病院に入院してしまい、退院後、本人とどのように関わっていったらいいのか分からず、治療の意

味もよく理解できずに今日に至ってしまった家族は少なくはない。

そして、その後有効な答えを見つけられないまま、どうすることもできずに、やむを得ず入院継続を選択し続けるしか方法が見当たらない状況に陥ってしまっていることが見えていた。

8. まとめ

精神科病院（認知症専門病院）は必要不可欠な存在であるということを前提として、その存在に依存しすぎてしまうと、患者にとって悲劇を生み出すことにつながっていく。本来の精神症状の改善を目的とした治療が終了したのちも、入院医療を継続させている精神科病院は、本来の患者の未来を奪い取ってしまっているのである。

今日まで、精神科病院を専門職の都合の良いように利用したことによる副作用はきわめて大きく、長期にわたって問題を先送りし続けてきたつげに現在直面しているにすぎないとも考えることもできる。

日々の家族の面接時における会話の記録をもとに家族の切実な思いに接していくうちに、この訴えかけた思いを明確な形にするために家族会の重要性を感じ家族会設立に向けて、医局の医師や病棟看護師、ケアスタッフ、コメディカルスタッフ、同僚の精神保健福祉士、そして事務長、病院長に家族が抱えている窮状を訴え、家族会設立を志して3か月後ようやく設立することが出来たのである。

認知症は脳の器質性疾患というよりも、生活障害だという認知症に関わる精神科医もいる。問題行動といわれる行動・心理症状は、周囲の環境による混乱や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と考えることもでき、こうした「言葉にならないメッセージ」を読み取るためには、認知症患者本人といかに向き合って考えていくことができるかが大切なのだと気づかされた。

もっと家族や認知症患者の立場に立ち地域や家庭への生活支援に力を入れていくことが必要なのである。入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療を前提としていくことが強く求められていることがわかった。精神保健福祉士としてできる支援として、家族会支援を通じて家族自体の教育支援体制と家族のエンパワーメントを図ることによって、患者の社会的入院の解消につながるのではないかと強く実感することができた。

9. 今後の課題

実践現場を牽引している多くの医療や福祉の専門職からは、今、認知症支援に最も必要なことは「アセスメント力の向上」であるというメッセージが多数挙げられた。そのためには、アセスメントをする際に対象となっている患者や利用者

に対して、支援をするための根拠を明確化し、それに基づいて支援を展開していく必要がある。

そう考えると、地域の施策として着眼すべきことは、認知症の人の居場所が足りないという課題よりも、むしろ、認知症の人が「その場所に居続ける」ことのできる支援体制強化が優先されるのではないだろうか。そのニーズをキャッチする場として家族会は欠かすことのできない場である。家族の生の声を聴き、そして家族自身が地域でお互い支え合っていくためのセルフヘルプグループとして今後の家族会の充実に向けての研究を続けていきたいと考えている。

本実践報告は、家族からの面接からの会話をもとに作成されているため、詳細な患者別の発症から入院までにいたるプロセスがわからなかったことや詳細な数値等が分析されておらず家族会設立の効果測定が十分なされているとはいいがたい側面があることは否めない部分がある。

今後は、さらなる研究を進めていき、精神科病院に限らず、施設や地域などの広い範囲における様々な家族会活動についての研究も推進していきたいと考えている。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 平成24年度 精神科病床数の推移医療計画（精神疾患）について
- 2) 厚生労働省障害保健福祉部 平成26年度 厚生労働省「患者調査」
- 3) 厚生労働省 平成25年度 医療施設（動態）調査・病院報告社会医療診療行為別調査