



福祉施設ケアと精神科入院治療の現状と課題

小山 剛

抄録

従来の認知症高齢者への対応は、福祉施設においても精神科病院においても認知症に対応しているのではなく、在宅生活の継続が困難になった介護者の代理として介護支援を行ったもので、在宅復帰に向けたリハビリテーションや治療は皆無であった。しかし認知症の人への支援においては、専門家の判断と、これに基づくチームによるかかわりが、「地域社会の生活の継続のなか」で行われなければならぬし、入院治療や施設入所の期間があっても認知症の人を在宅生活に戻すことに基本をおかななければならない。

Key words : 早期の診断、チームによる支援、地域での生活が基本、24時間365日の支援、地域包括ケア

老年精神医学雑誌 23: 572-577, 2012

① 従来の認知症対応

1. 福祉施設での対応

認知症に対しては、福祉施設のなかでもとくに常時の介護を必要としている高齢者に対するために設置された特別養護老人ホームがその役割を担っているが、特別養護老人ホーム自体の機能が「その人らしさ」や「その人の暮らし」を支える場所ではなく、昭和38年の老人福祉法施行当時の法第11条3項に「65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものを特別養護老人ホームに収容させ……」と規定されていたように、特別養護老人ホームは本人の希望や本人の理由ではなく、彼らを介護していた家族側が介護困難になったことを理由とした収容（旧法）であった。

また当初の介護・看護職員対利用者の人員配置は「1対4」であった。今日の介護保険法において

Tsuyoshi Koyama：高齢者総合ケアセンターこぶし園
〒940-2135 新潟県長岡市深沢町2278-8

も1対3という少数対多数の集団処遇の場合は、自らの介護の順番を待機できる、あるいは待機せざるを得ない動けない利用者、つまり瞬間的なニーズ量に応対できない体制に耐えうる利用者向けのサービスシステムである。

そのようなシステムでは、自らの意思を伝えられない、あるいは抑制できずに行動が先行する、待機することができない認知症の利用者は対応するところが困難で、このために身体拘束や建物の施錠という拘束生活を強いられる場合もあるのが現状である。

つまり施設ケアという集団処遇にはじめない認知症の高齢者には、「問題老人」として施設内の事例検討の場に登場し、施設内対応がきわめて困難な事例などが精神科に対する相談対象として認識されていた。

他方、特別養護老人ホーム利用者の多くに認知症がみられるものの、身体状況の低下が同時にある場合は、介護者の負担となる行動障害などがみられないために問題視されることは少なく、そのぶん認知症に対する診断・治療の認識も低いままである。

理由としての収容（旧法）であった。

また当初の介護・看護職員対利用者の人員配置は「1対4」であった。今日の介護保険法において

572

であると思われる。

2. 入院・入所の理由

従前の認知症高齢者に対するケアの中心は、精神科病院や特別養護老人ホーム等への入院・入所といった「保護」的性格が強かったといえる。このことは認知症高齢者に対するケアが、多くの場合見守りを含め連続的な支援を必要としていることに対して、家族介護では限界があること、従来の福祉サービスの体制が家族介護を原則としていて、その不足部分を補う補完的な立場であったことから、たとえば通所介護においても、訪問介護においても24時間365日連続的に支援する体制なく、このことより精神科病院や特別養護老人ホーム等への入院・入所以外の選択肢がなかったといえる。

また単身の認知症高齢者の場合では、生活能力がある状態でも、失火など周辺社会への危険行為が予測される段階で、周辺社会のリスク排除とし精神科病院や特別養護老人ホーム等への入院・入所となる事例がみられていた。

しかし、精神科病院や特別養護老人ホーム等での生活は認知症高齢者がそれまで築いてきた自身の生活から切り離されることで、環境の変化に対する適応能力が低下している認知症高齢者にとってはきわめて不安定な状況での生活を強いられる結果になる。「家庭崩壊の回遊」「地域のリスク排除」を理由とした「保護」的な利用のなかでの生活は本人にとって眞の意味で生活の場ではなかった。

加えて精神科病院や特別養護老人ホーム等においても認知症高齢者の診断・治療や生活支援プログラムが確立されていたとはいえない、それぞれの専門性を維持した入院・入所ではなく、家庭内介護の限界を超えた段階でこれを保護・収容する場所であったといつても過言ではない。

近年、精神科病院の努力により精神疾患の入院者が地域社会へ復帰していることが報告されている半面、認知症高齢者の入院が増加していることも同時に報告されている。

□特集

この理由が、専門的な診断や治療のためなのか、認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）への一時的な対応なのか、あるいは在宅介護の不足を補うためのものなのか、的確な評価を行わなければならない。

もしも、診断・治療という専門機関の役割ではなく、在宅介護の代理行為としての入院なのであれば、地域社会の支援サービス量のチェックを行い、必要量の整備を行うことと、家族に頼らなくて地域生活が可能であることの共通認識の醸成が不可欠である。

新たなサービスの創設と精神医療の課題

1. 認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、一人で暮らしを続けることが困難になった者や小さな共同生活においてそれまで暮らし続けてきた町で暮らしを続ける手法としてスウェーデンで始まった手法を取り入れたものである。前述のように特別養護老人ホーム等の集団処遇の場に適応しない認知症の高齢者も、それまでの生活、つまり町を行きかう人の顔が変わらない、目の前の風景も変わらないなかで生活ができる。すでに1万2千所以上が整備され、社会保障国民会議の2025年目標数値も37万人分の整備が計画されている。

しかし、ともすると小さな収容施設として地域社会から隔離された場所に設置されていたり、対象者のいない地域に設置して生活範囲を超えたエリアから利用者を誘導したりしている場合もあることから、暮らしの継続、地域社会の一員としての立場の保持など地域での生活者の視点を重視しなければならない。

またいまだ多くみられる反省点として、増加している老夫婦世帯への支援不足がある。

つまり核家族化の影響もあり老夫婦世帯が急増しているなかで、妻が認知症になった場合に多くみ

573

□特集

とき、適切と考えられる「生活・療養の場」を尋ねた設問に、「特別養護老人ホーム」65%、「老人保健施設」47%（うち約4割は特養と重複回答）、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」13%との回答があったが、いずれも入所・入居型のサービスのため、医療保険や介護保険という支払い制度上の違いはあっても、生活スタイルが変わらないことに留意しなければならない。

平成23年度に実施された国の委託研究事業「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」において、現状の認知症対応策の改善策として「認知症ライフサポートモデル（認知症の人の医療・介護を含む統合的な生活支援）」が提案された。地域生活の継続を重視していることの意味は、これまでの認知症対応策が、専門職が個々別々にかかわり、生活の連続ではなく施設内のみの生活から脱却していないことの反省にあることにつづけなければならない。

② 福祉施設から地域生活へ

高齢者総合ケアセンターこぶし園は、昭和57年に設置された特別養護老人ホームをベースとして、現在では在宅サービスを中心としたさまざまなサービスを展開しているが、老人ホーム開設当初は前述してきたように集団生活のなかで認知症高齢者を支援することが困難であった。

認知症高齢者に対して施設生活への適応を求めていたわれわれの支援体制が大きく変化したのは、平成6~8年の3年にわたり国の研究事業「認知症高齢者に対する病院・老人保健施設・特別養護老人ホームが果たす役割」を担当したことによる影響が大きい。

この研究事業では、関連する精神科病院・老人保健施設・特別養護老人ホームで暮らす認知症高齢者の利用前の状況を調査していくなかで、まだ十分な生活能力があるにもかかわらず、地域社会からのリスク回避のための利用であったり、認知症に対する理解不足から、介護家族や地域社会に精神的な負担が生じた結果による利用が多く

573

□特集

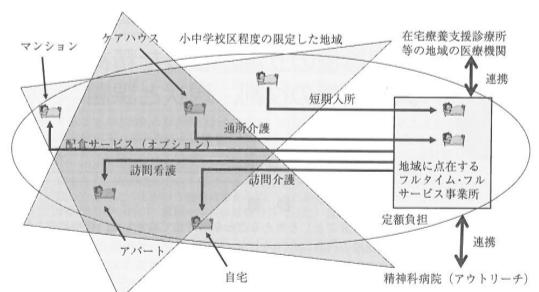


図1 地域包括ケアシステム
暮らしのなかに、定額制の24時間365日連続するケアサービスと在宅療養支援診療所などの医療機関があれば、施設や病院に行かなくても生活支援は可能（施設の箱をはずして、機能を地域に展開すること）となる。
あわせて認知症に対する診断・治療とフルタイム・フルサービスが連携すれば、認知症の高齢者も地域社会で生活できる。

574

あったことが見受けられた。また、老人性うつ病など認知症に類似する状態であることが推測されるものの、十分な診断がないまま、崩壊した家族介護の補完を目的とした利活用があることもわかった。

研究事業から導いたキーワードは、「①科学的診断をベースにすること、②住み慣れた地域社会に生きる（見慣れた風景と同じ人々が行き来する）ことを支援すること、③本人がどのような状態に変化してもそれを支えられる多様なパックアップ体制を用意すること」であった。

しかし介護保険の制度である認知症対応型通所介護は、家族の介護代行ではなく本人のための利用制度であり、専門家の適切な診断に基づく自立生活支援やリハビリなど、本人のためのプログラムを提供しなければならない。

3. 小規模多機能型居宅介護

特別養護老人ホーム等の比較的大規模な集団処遇のなかで認知症に対することは困難であることは前述したおりである。そこで、地域での生活を中心とした宅老所など、認知症本人の生活を中心にした通い・泊まり・訪問を柔軟に活用

した取組みを実践し、これらの事例から2006年の介護保険改正において、通い・泊まり・訪問を柔軟に提供することができる小規模多機能型居宅介護が誕生した。

本制度の利点は通い・泊まり・訪問に応じて柔軟ではなく、それまでの介護保険3施設と認知症対応型共同生活介護のように1月の利用額を定額にしたことで、利用回数に一律的な制限を受けないことから、そのときの必要量に合わせた柔軟な使い方ができることがある。ただし介護報酬の設定は重症度が中等度～重度に設定されていて、軽度の認知症の段階から連続的な使用が行わると事業者の負担が増加するというジレンマも内在している。

4. 新たな地域精神保健医療体制への提言

平成23年にとりまとめられた「新たな地域精神保健医療体制の構築」に向けた検討チーム（第2B：認知症と精神科医療）では、その基本的な考え方として認知症の人の支援にあたっては、本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていくような支援をすることを前提とするとしており、そのうえで、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を基本的な考え方としてすべきであるとまとめている。

①認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。

②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とする。その際、アウトリーチ（訪問支援）や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。

③BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場所には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。そのための医療を行うこととする。

④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とする。そのための医療の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。

⑤症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするために、認知症の方の生活を支える介護保険サービス

574

ははじめとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受け入れていくためのシステムづくりを進めること。

⑤のため、退院支援・地域連携クリティカルバスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組みを進めること。

⑥症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。

⑦地域のなかで、精神科の専門医療機関として、介護・福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

具体的には、BPSDが生じてから精神科を受診するのではなく、認知症の早期から、専門医療機関を受診して、正確な診断・治療を行うことができる体制整備が必要であり、このために認知症疾患治療センターの整備を進めるとしている。

また本人・家族・介護者等からの生活上の不安や疑問等にしっかりと対応することができるよう外米での継続的な診療の充実を図ることとともに、訪問診療や訪問看護の充実、多職種チームによるアウトリーチ（訪問支援）の推進等により、地域包括ケアシステムのなかでの、その医療への支援を通じて、本人・家族・介護者等を包括的に支援できる体制の確保を進めることが重要である。このため、地域の認知症疾患治療センター、地域包括ケアセンター、介護サービス事業所、介護支援専門員（ケアマネジャー）、かかりつけ医、認知症サポート医や精神科医療機関等がお互いの存在や活動内容を相互に認識し、情報共有に努めるなどの連携を図ること等により、家族や介護者が随時相談ができる体制や、必要に応じアウトリーチ（訪問支援）を提供できる体制を確保することが重要としているが、実際の生活場面においては24時間365日支援できるサービス体制が脆弱である。

また、このとりまとめにあたって行われた調査のなかで、精神科病院から退院できると仮定した

575

介護の近くに住んでいた単身の認知症高齢者が利用され、最後の1年半を介護5の寝たきり状態で過ごしたのち看取った経験がある。

この事例は、地域社会に暮らし続けていたからこそ可能になったもので、利用以前から通っていた開業医との関係が継続できることの重要性を確認できたことと、われわれが構築してきた地域包括支援システムのひとつである24時間365日体制の訪問看護サービスが活用できたこと、そして小さな仕組みをパックアップする人員体制があれば、最後までその人の生活を支えることができることを証明することができた。

このように地域社会のなかで暮らすための仕組みや、これを支える訪問看護と在宅療養の支援の事例はあるが、精神科病院との連携・認知症の診療の診断・治療と地域生活とはまだ距離があるといわざるを得ない。それは「認知症」という疾病に対する基本的な理解の不足、そしてその多くの精神科病院や特別養護老人ホームへの入院・入所で

575

対応してきたために、認知症高齢者が地域社会にいなかたことがある。

すなわち認知症に対する適切な対応がなされないとから、初期対応が遅れ、BPSDの出現や家族の限界を理由とした入院・入所に至っているといふ。この間に専門家の関係がないまま保護の立場に追われる現状がある。

課題は、福祉施設においても、精神科病院においても、早期の段階からのかかわりが重要であり、このためには地域社会に対する認知症の啓発活動を徹底して実施していくことと、専門家による的確な診断に結び付ける本人・家族への支援、そして認知症対応型共同生活介護や小規模多機能型居宅介護という限定されたエリア内で生活を支えるサービスの利用において、専門家の診断に結び付けるシステムを構築すること、そしてなによりも家族を含めた関係者のチームにより、診断に基づいた支援を行う体制づくりが急務ではないだろう。