

認知症診療における精神科の役割

斎藤 正彦

2012年6月18日、厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームは、今後の認知症医療、介護のあり方に関する報告書を明らかにし、同年9月5日には、これに基づいて「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」が示された。オレンジプランは、認知症ケアにおける精神科医療の役割を、行動・心理症状への対応に限定し、入院要件の厳格化や退院促進策によって、その関与を最小化しようという意図が見て取れる。筆者の経験では、認知症専門のクリニックや精神科病院外来を初診する患者の多くが比較的軽症で、病識を保っている。精神科病棟入院患者は、急性期病床では比較的若い男性患者が多く、長期療養目的の病床では合併症をもつ高齢の女性が多い。政策立案者が把握している認知症の医療ニーズは、患者のニーズではなく、介護者のニーズである。筆者は、患者のニーズに立った認知症医療を、早期の診断、早期の精神的支援、行動・心理症状への対応、合併症医療、終末期医療に分け、それぞれの状態で精神科医がいかに関与すべきかについて論じた。

<索引用語：認知症，オレンジプラン，精神医学，精神科病床>

はじめに

2012年6月18日、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームは、「今後の認知症施策の方向性について」と題する報告書（以下、厚労省PT報告書²⁾）を公表した。この厚労省PT報告書および、その後に公表された認知症高齢者の将来推計を前提として、2012年9月5日には、認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）（平成25～29年までの計画）（以下、オレンジプラン³⁾）が発表された。厚労省PT報告書は、冒頭、今後目指すべき基本目標として、『「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良い環境で暮らし続けることができる社会』の実現を目指す」として

今後の認知症医療施策の根幹となるオレンジプ

ランは、認知症医療における精神科医療の役割を、行動・心理症状対策に限定しており、薬物使用の指針作成、入院要件の厳格化、退院促進などによって精神科治療の役割を最小限にしようという意図が読み取れる。筆者は、長く、認知症医療を専門にしてきた精神科医として、厚労省PT報告書にも、それを受けたオレンジプランにも承服しかねることが多い。このシンポジウムでは、認知症医療において、精神医学が果たすべき役割を論じ、医療政策やマスコミの主張が、一般社会のニーズ、介護者のニーズに立脚したものであって、それは、患者自身のニーズとは異なるということを論じ、精神医学が認知症患者のための果たすべき役割について論じる。

I. 厚労省 PT 報告書とオレンジプランにおける精神科医療の評価

厚労省 PT 報告書は、これからの認知症施策の基本的考え方として、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成を挙げている。厚労省のプロジェクトチームは、報告書の中で、「認知症の人の『不適切なケアの流れ』の結果として、認知症のために精神病床に入院している患者数が増加し、長い期間入院し続けるという事態を招いている」と総括し、精神科病床への入院を必要最小限に限定しようとする。

これを受けたオレンジプランでは、「認知症の薬物療法に関するガイドライン」策定によって、抗精神病薬の不適切な使用をなくし（厚労省 PT 報告書は、抗精神病薬の不適切な使用が、行動・心理症状を悪化させ、精神病床入院の原因となったり、入院長期化の一因になったりするという）、精神病床入院を要する状態像を明確化することによって入院を制限し、「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成によって精神病床から地域への退院を促進する、行動・心理症状の悪化には精神科病院ではなく、介護保険施設への短期入所に対応する、一般病院の医療スタッフの認知症対応力を高め、一般病床から精神病床への転院を防ぐなどの方策が列挙されている。

総じて、厚生労働省の分析、計画においては、認知症に対する精神医療の関与を、強い行動・心理症状への対応に限定しており、早期診断に始まる認知症の医療プロセスにおいては、精神科医療に対する言及がない。

II. 認知症医療の現状

1. 外来医療のニーズ

図1は、筆者が2001～2005年までの間に、東京都心の高齢者専門精神科クリニックで診察した認

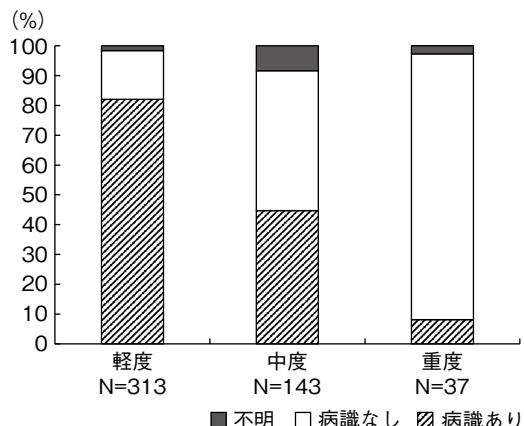


図1 認知症の進行と病識の有無(メモリークリニックにおける自験例)

知症患者 493 人の初診時重症度と、認知機能の低下に関する病識の有無を示している。重症度は、一人で生活が可能なのを軽度、同居する人があれば常に一緒にいる人がいなくても生活できるものを中度、常に介護または見守りが必要なものを重度としている。初診時、認知症軽度と判定されるものが63.5%を占め、中度29.0%、重度7.5%と、進行が進むにつれて減少する。

初診者の63.5%を占める軽度の受診目的は、認知症であるのか否かがはっきりしない時点での受診であるから、中度以降の患者に比較して検査の種類が多く、患者の負担も大きい。図1に示したとおり、軽度と診断された患者の80%以上が病識をもち、自分で異常を感じている。これらの患者は、自分の病気について不安を抱えており、検査結果の説明をかなり正確に理解することができる。薬物療法が可能なアルツハイマー病の場合はもちろん、それ以外の疾患であっても、多くの患者が通院の継続を希望し、1ヵ月毎の診察を繰り返した。通院に要する患者や家族の手間を考慮して、処方や診療の間隔をあけることを提案しても、比較的高頻度の通院を希望する患者や家族が多かった。今から振り返れば、こうして外来診療を継続する過程で、患者や家族は認知症という診断を受け入れ、それに起因する実生活上の障害に少しずつ理解を深め上手に対応する技術を身につ

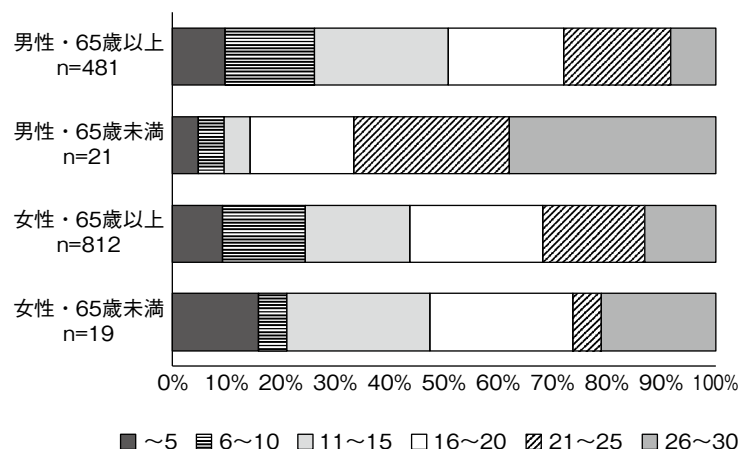


図2 外来初診時の長谷川式検査(私立認知症専門病院2009, 2010, n=1,283)

けることができた。一方、筆者は、こうした進行のプロセスに密にかかわることによって、記憶障害や見当識障害などの中核症状が、患者の主観には、自己同一性を少しずつ崩壊に向かわせる不安や恐怖として体験されること、そのこと自体が、認知症が進行した後の、いわゆる行動・心理症状を含むさまざまな障害の原因となっていることを知るための貴重な臨床経験となった。より進行した中度の患者でさえ、その40%を超える者が、初診の時点で自分の認知機能の低下を自覚しており、それを医師に語ることができた。2001~2005年は、現在から比べれば、まだ、認知症に関する社会的関心は高くなかったといってよい。社会啓発が進んだ現在であれば、さらに多くの認知症患者が、自ら異常を感じて早期に医療機関を受診していると考えるべきであろう。

図2は、2009年と2010年の2年間に、埼玉県和光市にある認知症専門の精神科病院の外来を初診した1,283人の患者の初診時HDS-Rの得点分布を、若年発症型と老年期発症型に分け、それぞれ性別に示している。一見してわかるように、外来を初診する認知症患者の中には、HDS-Rのカットオフポイントを上回る21点以上のものが少なくない。特に就労中の患者が多い、65歳未満の男性では、およそ70%が21点以上、26点以上に限っても40%近くを占める。HDS-R改訂時の原著¹⁾

は、認知症軽度 (GDS Scale による)⁴⁾を 19.10 ± 5.04 としているからここまで含めれば、発症時期、性別にかかわらず、半分以上の患者が比較的軽度のうちに受診しており、図1に示された、重症度と病識の関係を援用すれば、都市郊外の認知症専門病院であっても、外来を受診する患者の多くは病感、あるいは病識をもっていたことになる。

2. 入院医療

図3に、筆者が勤務していた287床の認知症専門病院における、2011年1月1日の入院患者の年齢と性別を示した。この病院は60床の急性期病棟と227床の長期療養病床からなる。急性期病棟に入院していた患者49人の10.2%を64歳未満の患者が占め、75~84歳の患者数がピークを示す。男性:女性比は27:22で男性患者が多く、平均年齢は78.0歳であった。これに対して、長期療養病床には215人が入院していて、80~84歳をピークに、85~89歳、90歳以上の患者が多い。男性:女性比63:152で女性が3分の2以上を占める。平均年齢は、急性期病棟より6歳高い84.0歳であった。

急性期病棟は、在宅または他施設で介護を受けていた患者が、行動・心理症状のコントロールを主たる理由で入院している。当時、この病院では、入院6ヵ月までは室料差額を請求しないという方針で運営していたので、経済的な状況を含め、急

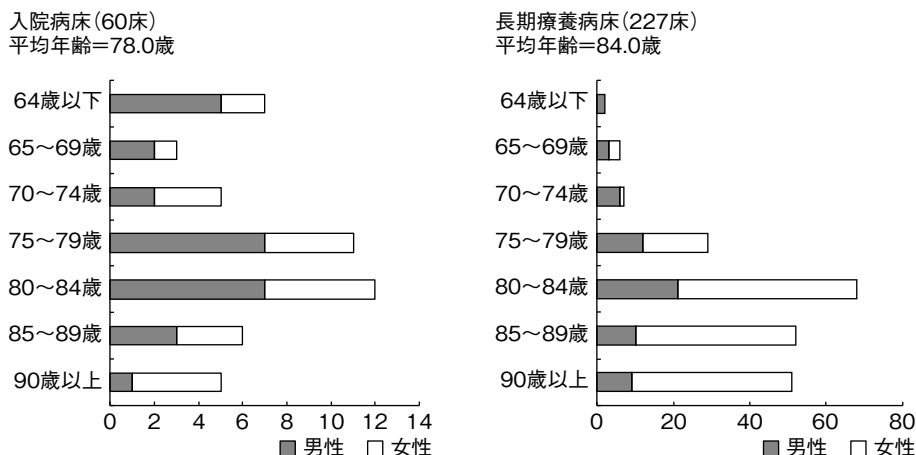


図3 入院患者の性別年齢階級 (私立認知症専門病院, 2011 年)

性期病棟の入院者の社会的背景はさまざまであった。上に述べたとおり、急性期病棟の入院患者は、男性が過半数を占め、若年認知症の患者が有病率から予測されるより明らかに高率に入院している。認知症患者の行動心理症状が激しくなった場合、女性患者より男性患者の方が、また、高齢者より若い世代の方が、介護者への影響が大きく、その結果、急性期病棟への入院が、比較的若い男性患者に多いという結果につながっているであろう。

一方、この病院における長期療養病床は、入院期限を設けないということを原則としていた。長期入院者は高齢の女性が多く、大部分は、この病院で一生を終える。介護保険施設や有料老人ホームなどへの移行が少ないのは、慢性の身体合併症に対する医学的な管理を要する患者が多いこと、過去の行動・心理症状のために施設に受け入れを拒まれることが多いこと、家族が病院の医療体制や介護体制を高く評価して施設に戻ることを希望しないなどの理由による。

Ⅲ. 認知症医療において、精神科医に求められる役割

1. 介護者のニーズ、患者のニーズ

筆者が2009年に埼玉全県と練馬区、板橋区の在宅介護者を対象に行ったアンケート調査（有効回

答数 1,035 人）では、医療上の不安の第一は、長期療養が必要になった場合の入院先（54.4%）、続いて行動・心理症状がひどくなった場合の緊急入院先（39.9%）、医療機関を受診できなくなった場合の往診医（29.3%）、合併症医療が必要になった場合の入院先（26.6%）であった。この調査では、精神科医あるいは精神科病床に期待されている役割は、行動・心理症状がひどくなった場合の入院先として機能することである。最も多くの介護家族が心配している長期療養が必要になった場合の入院先については、特に精神科病床に限定した期待ではない。

こうした介護者の期待は、厚労省PT報告書や、オレンジプランに共通する。最初に紹介したとおりオレンジプランにおいて、精神医学的治療に期待されているのは、認知症そのものに対する治療ではなく、付随して起こる行動・心理症状に対する対応であって、外来での適切な薬物療法と、やむをえない場合の緊急避難的な入院である。オレンジプランは、精神科病床への入院の要件を明確にすることによって入院を限定し、やむを得ず、入院した場合には、それが長期化しないようにケースワークを徹底することを求めている。認知症に伴う行動・心理症状への対応は、精神科医療の専門領域であり、その治療を効率的に行うことは非常に重要なことではある。

IIで触れた認知症専門を標榜する精神科病院の外来初診患者数は、2006年度の261人から年々増加し、2011年度には882人に達した。外来を初診する患者の多くは、行動・心理症状への対処を求めているわけではない。初診時から行動・心理症状への積極的な対応を求められるのは、家族の介護力が脆弱で、長期にわたって医療からも福祉からも支援を受けずに放置された例である。多くの患者は、図1に示したように、若年発症の患者を中心に、認知機能低下が比較的軽度なうちから精神科の専門外来を受診しており、これらの患者は、自分の異常に気づいており、こうした患者への対応において、「認知症の患者は病識がない」という古い精神医学や介護分野の常識はまったく通用しない。もちろん、多くの患者は家族に伴われて病院を初診しており、家族よりも受診意欲が低い場合も少なくない。しかしながら、精神科医が患者と真摯に向き合えば、介護する家族とはまったく別の、患者の不安がみえてくる。そこに、認知症専門外来を軽症なうちに受診する患者増加の理由があると筆者は考えている。従来マスコミ報道で喧伝され、行政においても重要なテーマとされてきた認知症介護ニーズと、認知症に関する社会的な理解が進んだ近年の社会情勢の中から浮き上がってくる患者自身のニーズとはまったく異なっている。そのことに、精神科医はもっと敏感であるべきだ、というのが筆者の主張である。

2. 認知症医療における精神科医療の役割

認知症に関する医療の始まりは、他の疾患と同様に、正確な診断である。今日、認知症の診断を行うのは、精神科医、神経内科医、地域によっては老年科を標榜する内科系の医師が中心であろう。診断の段階で、精神科医が果たすべき特別な役割は、うつ病に伴う仮性認知症など、治療可能な精神疾患の除外と、必要な場合の治療である。今日のように、患者の受診時期が早まると、心理検査、MRI、SPECTなどの検査を駆使しても、受診初期に確定的な診断をすることが困難であることも稀ではない。そうした場合に、変性疾患に

よる認知症と、その他の精神疾患の可能性をともに視野に入れた治療を行い、治療の効果をみながら診断を確定していくことは、認知症早期診断における精神科医にのみ果たしえる役割であるといえよう。

認知症医療の第二の課題は、早期診断後の適切な対応である。認知症患者には病識がない、ということ为前提にした厚労省のオレンジプランにはこの段階の専門的治療の重要性に対する認識がまったく欠落している。アルツハイマー病をはじめ、ほとんどの疾患において、認知症の始まりを最初に認識するのは、患者自身であるというのは、精神科医としての筆者の確信である。認知症患者の自覚は、必ずしも周囲の人が客観的に評価する記銘力の低下や見当識の混乱など、客観的な症状ではない。患者が経験するのはそうした症状が起こった場合の主観的不安である。「アルツハイマー病かもしれない」という不安もさることながら、本当に深刻なのは、今、自分がしていたことがわからない、楽しかったはずの一家団欒で、皆の話についていけない、今、何時かな？と何度も確認する、など、自分自身の状況や周囲との関係が、日に日に不明確になっていく、いつてみれば自己同一性の基礎が揺らぐような存在不安である。こうした不安を正面から受け止め、患者の心を支えることは精神科医の本領であったはずである。しかるに、精神科医の中にさえ、認知症を疑ったとたんに、患者の言葉に真摯に耳を傾けることを怠るものが少なくない。このことが、オレンジプランにみられる精神科医療に対する偏見、その偏見を支持する世論の背景になっていることを、精神科医は自ら省みて恥じるべきである。初期に始まる、患者自身のニーズに応える支援の継続は、患者の不安を和らげ、要らぬ混乱を防ぎ、進行した後の行動・心理症状のリスク軽減にも有効であろうと筆者は考える。

認知症に関連する医療の三つ目の課題は、行動・心理症状に対する対応である。ここに精神医学の役割があることはいうまでもない。しかしながら、長く、患者のニーズを無視したケアを継続

した挙句に、突然、精神科医療の窓口に連れてこられた患者の医療の質を高く保つのは至難の業である。この段階に至っては、精神科医といえども、認知機能が低下した患者との信頼関係を築くことは極めて困難である。患者の不安が強い発症後間もない時期から、患者・医師関係を作り上げ、それを維持することが可能になれば、患者の生きやすさが増し、その後の行動・心理症状への対応ははるかにたやすくなるだろう。

認知症医療第四の課題は、合併症医療および終末期の医療である。オレンジプランでは、一般病院の認知症対応力を高めることによって、認知症の合併症医療を精神科医療とは切り離して行うことを推奨している。しかし、「認知症対応力」なる不思議な力を一般病棟の職員に教育すれば、一般病床で認知症患者の合併症医療が可能になるという主張には根拠がない。筆者が勤務する東京都立松沢病院は、精神疾患患者の合併症医療を行うために、内科、神経内科、外科、整形外科、脳神経外科などの病床を有している。これらの合併症病棟には、各診療科の専門医とともに精神科医が配置されている。にもかかわらず、合併症病棟での身体拘束率は、25%を超えており、救急病棟の65%、急性期病棟の1.1%を大きく上回っている。認知症患者の合併症医療、さらには、終末期医療については、従来の身体治療を、そのまま、認知症患者に対して行おうとする限り、この現状を変えることは困難である。認知症の合併症医療については、「一般の患者と同じ」であることを目指すのではなく、個々の患者のその時、その場のニーズに応じた、新しい身体疾患治療のモデルを作り出し、育て上げる必要がある。そこに、精神科医療の果たすべき役割は非常に大きい。

おわりに

認知症医療における精神科医療の役割について、筆者の経験を踏まえて考察した。認知症患者には病識がない、という時代遅れの偏見が、医療、介護行政をゆがめ、精神科医の怠慢とペシミズムがその歪みを下支えしている。精神科医は、本来、

患者の声を聴く、患者の訴えに真摯に向き合うという行為の中にこそ、その存在意義をもっていたはずである。新しい薬物、新しい治療法が開発されても、精神機能に疾患をもつ人の苦悩は変わらない。

精神科医療の役割を小さくすることが、認知症ケアにとって最良であるといわんばかりのオレンジプランに、筆者は、一人の精神科医として激しい憤りを覚えている。理由の第一は、「認知症が精神疾患なんて」という主張の裏には、精神疾患全体に対する社会の偏見が隠されていること、厚生労働省も、マスコミも、私たち自身も、その偏見から自由ではないことである。第二の理由は、実際、現在の精神科医療の現状をみれば、「精神科なんて」と言われても仕方がないような状況がたくさんあり、そのことに対して、私たちは、あまりに無力、無自覚、無反省であったことである。

わが国の医療経済が危機に瀕していることは間違いない事実である。しかしながら、だからこそ、精神科医は、自分たちでなければ果たせない役割を自覚し、それを効率的に遂行する努力をしなければならない。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 加藤伸司, 下垣 光, 小野寺敦志ほか: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精神医学雑誌, 2 (11): 1339-1347, 1991
- 2) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム: 今後の認知症施策の方向性について. 2012
- 3) 厚生労働省: 認知症施策推進5カ年計画 (オレンジプラン) (平成25年から29年までの計画) (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>, 2012)
- 4) Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., et al.: The global deterioration scale (GDS): An instrument for the assessment of primary degenerative dementia (PDD). Am J Psychiatry, 139: 1136-1139, 1982

What a Psychiatrist Should Do in Dementia Care

Masahiko SAITO

Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

On June 18, 2012, a project team for dementia care in the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) released a report on future approaches in medical care for dementia. Based on this report, the “5-year plan for promoting dementia measures (“Orange Plan”)” was released on September 5. The Orange Plan clearly aims to limit the roles of psychiatry in dementia care to the management of behavioral and psychological symptoms, and to minimize the involvement of psychiatry through implementation of stricter requirements for hospitalization and measures for facilitating discharge.

Based on my experience, many of the patients making initial visits to outpatient clinics specializing in dementia are relatively mild cases, and they are typically aware of their condition. Among patients admitted to psychiatric wards, those in acute wards are mostly relatively young men, while those in wards for long-term care comprise mostly elderly women with complications.

As opposed to the needs of patients in dementia, the medical needs recognized by policy-makers are the needs of the care providers. I have stated that, based on the needs of patients, medical care for dementia should be divided as follows : early diagnosis ; early psychiatric and psychological support for patients ; management of behavioral and psychological symptoms ; medical care for complications ; and terminal care. Furthermore, psychiatrists should be actively involved at each stage. I have also emphasized that providing high-quality psychiatric support for patients with anxiety during the mild phase of cognitive dysfunction greatly influences the subsequent course of illness.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : dementia, the Orange Plan, psychiatry, psychiatric hospital >
