

精神科病院家族会アンケート調査から見えてきた 認知症患者家族の課題と支援体制

木下一雄

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科

【要旨】経済協力開発機構（OECD）は、人口当たりの精神科病床数が、日本は加盟国平均の4倍と突出して多いとする報告書をまとめており、先進諸国では精神疾患の患者が病院ではなく地域で暮らしながら治療を受ける流れにあり、日本は脱施設化の傾向が遅れていると指摘を受けている状況が続いている。入院患者の年齢が、65歳以上の方の割合は、平成8年に29%だったが、平成20年には48%と大きく増加している。精神科病院の新たな生き残り策のための切り札として、認知症患者を精神科病院に入院させ、そこから自らの関連する施設に入所させ、外来通院、訪問看護等につなげていく等の精神科病院の関係・関連施設内において患者を循環させていくシステムを構築して、精神科病院自体の規模を拡大させていく例も増加してきている。そのため、認知症における精神科医療支援の課題や支援体制を考察するためにアンケート調査を実施した。調査方法としては、入院1年以上経過している患者の家族20名を対象として精神科病院から退院を困難にさせている要因を自由記述方式で記入してもらった。調査結果として、入院継続するほどの状態ではないにも関わらず、退院できない様々な要因が示された。単に精神科病院の体制の問題だけではなく、認知症医療支援のあり方自体を考え直すことが重要であり、多面的視点で考えていく必要性がわかってきた。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、まず精神科病院が病院組織全体の利益向上の追求よりも患者の今後の利益につながっていくための脱・精神科病院のシステム構築体制の必要性が示唆された。

キーワード：脱精神科病院、精神科医療、認知症家族支援、アセスメント

I. はじめに

認知症高齢者の数は平成24年の時点で全国に約462万人と推計されており、約10年で1.5倍にも増加する見通しであり、厚生労働省の予想をはるかに上回るスピードで増加している。

厚生労働省は、認知症高齢者数が全国で平成37年には700万人を超えるとの推計値を発表した。65歳以上の高齢者のうち、約5人に1人が認知症に罹患する計算となる。

また、全国のMCI（軽度認知障害）の有病率推定値は13%に上り、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）しており、介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）となっている。¹⁾

また、精神科の入院患者約33万人余りのうち、1年以上入院している人は3分の2の約20万人いて、う

ち5年以上の入院も11万人を超えている状態である。一番多い入院患者は統合失調症で、次いで認知症の患者と続いており、入院患者の大半が65歳以上であり、入院患者総数の半数を占めている。

平成22年現在、精神科病床に入院している認知症患者は、5万人近くおり、その中で認知症疾患治療病棟に入院している認知症患者は約3.3万人（厚生労働省）である。²⁾

精神科病院における現状として、認知症の入院患者数が、平成8年の2.8万人から、平成22年には5.2万人と14年間で2倍近くも増加している。

このような状況の中、今後1960年代に日本の精神科医療で行われてきた施設収容主義による認知症患者の社会的入院の問題が発生するのではないかとの指摘がある。³⁾

実際に、精神科病院における認知症医療によって、身体拘束・薬物療法などの影響により、身体・認知機能が急激に低下してしまい、廃用症候群になってしまうことも少なくはない。

その後も、現在まで引き続き脱施設化を掲げ、さまざまな試みがなされているが、実績を上げているとは言いがたい状況が今なお続いている。実際に、

2015年12月9日受付：2016年2月10日受理

責任著者 木下一雄

住所 〒096-8641 北海道名寄市西4条北8丁目1

E-mail : kinoshita@nayoro.ac.jp

20年前と比べて精神科病床はほとんど減少しておらず、未だに33万9千床も存在し、全世界の精神科病床185万床の実に5分の1の病床数を日本で占めている。⁴⁾

日本の精神科病院の9割近くは民間病院であり経営的側面での問題は避けて通ることができない状況である。

最近では特に、認知症患者を精神科病院に入院させ、そこから関連する高齢者施設に繋げていき、訪問看護サービス等を利用していく等の自らの精神科病院のグループ施設内において、患者を循環させていくシステムを構築して、法人自体の規模を拡大させていく例も増加してきている。

2002年に国の政策では、受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者である約72000人を10年以内で退院させ、地域において社会復帰を目指していくことを明言して、退院促進、地域移行支援等を推進してきたものの、10年たった2012年の段階においての目標達成率は、死亡退院を除くと、一割にも満たない状況であり、目標に遠く及ばない惨澹たる結果であった。

II. 目的

平成25年度に改正精神保健福祉法が施行され、精神科病院の管理者に対して医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う退院後生活環境相談員（精神保健福祉士など）を設置し、入院者本人や家族からの相談に応じて、必要な情報提供及び相談支援等を行う地域事業者などとの連携、さらに退院を促進させるための体制を整備することが義務付けられた。

戦後より年々増加を続けてきた日本の精神科入院患者は、1991年をピークに減少に転じ、入院医療中心から地域生活中心へという国の政策転換により、度重なる法改正を経て、地域での支援に必要である社会資源が徐々に充実してきた。

しかし、その一方で精神科病床が大幅に減ることではなく、精神科病院には長期にわたる入院生活による社会的入院が増加し、本格的な脱施設化とはほど遠い現状になっている。

本来入院対象ではない認知症患者が精神科病院に入院することなく、本来のあるべき姿の中で、認知症の心理・行動障害（BPSD）があるイコールすぐに精神科病院入院を考えてしまう精神科医療の考え

方を変え、当たり前とされていた精神科病院入院を回避し、本来あるべき状態や本人や家族が納得できる医療や生活などを取り戻し、自分らしく生活していくことが出来る環境を支援していくことを目指していく必要がある。

精神科病院の空床ベットを埋めるために、入院の必要性が低い認知症患者を入院させることは許されてはならない。認知症患者の脱・精神科病院化を推進していかなければならないのである。

今まで精神保健福祉士等の福祉職従事者が、財政面や医療面での課題から目をそらし、認知症における脱精神科医療に正面から前向きに取り組んでこなかった側面は否めない。

しかし、今後も上記の理由において認知症治療を精神科病院での入院で治療対応していく流れを見逃ごしてしまえば、世界的な精神科医療の現状と逆行してしまうことになる。これから家族や本人が納得し、望んでいる認知症医療を考えていくために、精神科病院として行っていくべきことや今後の精神科医療のあり方について検証し、今後の認知症治療について考察していく。

III 調査方法および分析方法

研究方法としては、以前勤務していたA県B市にある民間の精神科病院の認知症専門病棟において入院1年以上経過している患者の家族20名を対象にして、家族会定例総会終了後にアンケート用紙を配布し、10分間程度で実施した。

内容としては、精神科病院から退院を困難にさせている要因を自由記述方式（回答様式設定せず）で記入してもらった。

回収後、アンケート結果を分析し、5つの要因に分類し、記述内容の割合が高い項目を順番に表に示した。

それぞれの要因から見えてきた問題点を把握し、入院継続せざるをえない要因を明確にし、退院阻害要因について考察していった。

IV. 倫理的配慮

倫理的配慮としては、記入して頂いたアンケート情報は、今後の認知症における研究以外の目的には使用しないことを伝え、また、記入した個人が特定されることがないように配慮した。

またアンケート記入に関しては、自由意志に基づくものであり、協力しないことによって、入院中不利益をこうむることがない旨についても説明し、上記の事柄をアンケート記入前に説明し、説明内容を理解した上で、口頭にて同意を得た。

V. 結果

表1として今回のアンケートに協力して頂いた入院患者家族会回答者20名の詳細内容を、本人年齢、性別、診断名、入院に至るまでの在宅介護期間、入院期間、アンケート回答者の概要をまとめた。表2として、アンケート結果を5つの要因分類別(n=20)にまとめ、表3で、アンケートから見えてきた家族支援のポイントを要因、課題、長期目標、短期目標、具体的な援助内容・方法として、内容と支援する職員にまとめた。

表1. 入院患者家族会アンケート回答者の概要

NO.	本人年齢	性別	診断名	入院に至るまでの在宅介護期間	入院期間	アンケート回答者
1	71	男性	アルツハイマー型	3年	1年	妻
2	67	男性	前頭側頭型	10年	3年	妻
3	74	男性	アルツハイマー型	9年	1年6ヶ月	妻
4	同上					長女
5	67	男性	脳血管性	5年	2年2ヶ月	妻
6	84	男性	脳血管性	2年	1年7ヶ月	長女
7	85	男性	脳血管性	3年	1年1ヶ月	長男
8	同上					長女
9	75	女性	アルツハイマー型	3年	2年3ヶ月	夫
10	82	女性	アルツハイマー型	5年	3年4ヶ月	長男
11	73	女性	アルツハイマー型	6年	2年7ヶ月	夫
12	82	女性	アルツハイマー型	2年	1年4ヶ月	夫
13	同上					長女
14	73	女性	アルツハイマー型	1年	2年6ヶ月	夫
15	64	女性	前頭側頭型	4年	1年3ヶ月	夫
16	同上					長女
17	76	女性	脳血管性	7年	2年2ヶ月	夫
18	同上					次男
19	74	女性	前頭側頭型	6年	2年9ヶ月	夫
20	同上					長男

表2. アンケート結果 (自由記述式回答)

アンケート結果から見た5つの要因 (n=20)

内容	n	割合(%)
《 要因1 》 BPSDに対応困難なためやむをえずの入院		
認知症状によるBPSD (周辺症状) が激しくて、目を離すことができなかった	17	85%
認知症がどのような症状の病気であるかわからない	16	80%
《 要因2 》 医療的支援体制不足のための入院		
身体的な医療依存度 (内科疾患等) が高くなってしまい、自宅での介護が困難になった	15	75%
在宅や施設で見えていくための医療面での支援が不足している	13	65%
複数の精神科薬を服用しており、自宅や施設等で対応が困難になった	12	60%
《 要因3 》 経済的支援体制不足のための入院		
費用負担の少ない介護施設の入所待機のため入院を続けている	12	60%
経済的に有料老人ホーム等の費用負担が多い施設への入所は困難である	11	55%
《 要因4 》 相談支援体制不足のための入院		
どこで、誰に相談して、どのような支援が受けられるかよくわからなかった	12	60%
地域にどんな社会資源やネットワークがあるのか知る機会がほとんどない	7	35%
《 要因5 》 家族の介護支援体制不足のための入院		
夫婦が高齢であり (老々介護)、精神的に追い詰められてきてしまった	11	55%
家族の言うことに対して、つねに反抗し言う事を聞かない	9	45%
患者本人との関係性が悪い	5	25%

認知症患者家族の課題と支援体制

表3. アンケートから見てきた家族支援のポイント

要因	課題	長期目標	短期目標	具体的な援助内容・方法	
				内容	支援する職員
BPSDに対応困難なためやむをえずの入院	認知症状によるBPSD（周辺症状）が激しくて、目を離すことができなかった	精神的に不安を感じないような状態で生活をおくることができる。	認知症状によるBPSDや被害妄想になる要因を軽減していく。	悩みを共有し、自分を見つめることが出来る相談体制を確立していく。また日々の服薬コントロールをしっかりしていく。	ケアスタッフ・看護師・精神科医
	認知症がどのような病気であるかわからない	家族会など家族支援を継続していく。本人の周辺環境の整備をしていく。	家族が悩みや問題を語る場所を作る。	本人や兄弟・母親などの家族支援体制の確立を目指していく。	ソーシャルワーカー・介護支援専門員・ケアスタッフ・看護師・かかりつけ医
医療的支援体制不足のための入院	身体的な医療依存度（内科疾患等）が高くなってしまい、自宅での介護が困難になった	体調の状態や身体機能の維持をしていく。	バランスの良い食生活と体調面に悪影響と思われる生活習慣の改善をしていく。	日々の栄養状態や排便などの生活全般に関してのチェックを心がける。	ケアスタッフ・看護師・薬剤師・管理栄養士・内科医
	在宅や施設で見ていくための医療面での支援が不足している	地域連携システムなどを構築し、在宅にいても医療関係者とのつながりを持つシステムを作っていく。（遠隔医療やモバイルカルテ等）	訪問看護や介護支援専門員等が積極的に本人や家族に介入していく。	限られた医療・介護資源を活用するための手段として、相談支援機能や情報通信技術を活用していく。	ソーシャルワーカー・介護支援専門員・ケアスタッフ・看護師・かかりつけ医
	複数の精神科薬を服用しており、自宅や施設等で対応が困難になった	薬の一包化等服薬管理を効率化し、目に見える家族にわかりやすい在宅精神医療を定着させていく。	精神科医をチームリーダとして医療機関と連携し、在宅等地域におけるBPSDの軽減のための薬物療法に取り組んでいく。	全身状態のチェックと、些細な身体上の異変に気が付ける体制を整備する。そのため専門職チームによる訪問支援活動に力を入れていく。	ケアスタッフ・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー・精神科医
経済的支援体制不足のための入院	費用負担の少ない介護施設の入所待機でやむをえず入院している	他の自治体や、入所が比較的可能な施設情報の把握。また、グループホームやケアハウスなどで医療支援が出来る支援体制を構築する。	地域にある社会資源を活用して、どのくらい支援が出来るかを考えていく。	都市部に集中する人口に対する施設資源の適切な分散方法を考えていく。また、特養などの入所ではない、生活のあり方を模索していく。	ソーシャルワーカー・介護支援専門員
	経済的に有料老人ホーム等の費用負担が多い施設への入所は困難である	限られた資金で継続した介護支援が受けられる支援体制を、行政、医療・介護関係者で考えていく。	経済的支援が受けられる制度の相談を積極的に受け入れていく。（アウトリーチ）	経済的困窮が、本人の支援に影響しない体制を考えていく。	ソーシャルワーカー・介護支援専門員
相談支援体制不足のための入院	どこで、誰に相談して、どのような支援が受けられるかわからなかった	援助系専門職等が、地域の中で、家族も含めた支援体制を確立していく。	認知症患者家族の抱えている困難ニーズについて、介入時より詳細に聞き取り、継続的に関わっていく。	家族の抱えている困難ニーズについて、本人支援と平行して、関わっていくこと。	ソーシャルワーカー・介護支援専門員
	地域にどんな社会資源やネットワークがあるのか知る機会がほとんどない	家族が亡くなった場合にも、本人の生活が安心して過ごすことのできる体制を作る。	本人の個別の支援に対応したサービスを検討する。	家族（配偶者）等亡き後に、本人の支援に向けた社会資源の活用を検討していく。（成年後見制度・障害年金、遺産相続など）	ソーシャルワーカー・介護支援専門員・ケアスタッフ・看護師
家族の介護支援体制不足のための入院	夫婦が高齢であり（老々介護）、精神的に追い詰められてきてしまった	地域に住む高齢夫婦が、悩みが相談できる支援体制を身近に相談できるようにして、不安を軽減させていく。	高齢夫婦が、孤立しないように、主訴に耳を傾け心理的側面から支えていく。	包括的な介護支援体制を構築し、地域の中で安心して暮らせるための心理ケア環境を整えていく。	ソーシャルワーカー・介護支援専門員・ケアスタッフ・看護師
	家族の言うことに対して、つねに反抗し言う事を聞かない	相手の思いに添った関わりを通じて、居心地のいい状態を作り出すことによって、生活の中から本人のニーズを把握していく。	精神症状が悪化する兆候を読み取り、被害妄想になる要因を軽減していく。	「ユマニチュード」手法など、認知症の患者に対する支援方法の仕方を学んでいく。	ケアスタッフ・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー・精神科医
	患者本人との関係性が悪い	家族等で問題を抱えるのではなく、病院、施設等地域全体で支えていく体制を構築する。	今までの関係性を1つ1つ見直し、良好な関係作りをしていく。	問題を家族や個人に落としこむのではなく、全体の中で関わっていくシステムを考えていく。	ソーシャルワーカー・介護支援専門員・ケアスタッフ・看護師

1) BPSD に対応困難なためやむをえずの入院

精神科に入院している認知症患者は、入院する状態ではないにも関わらず、表2のアンケート結果の中にもあったように、複数の精神科薬を服用しているため、もしかしたら BPSD が再燃してしまうと警戒されてしまい、自宅や施設等で対応が困難になってしまう恐れがあるため、施設入所を断られてしまったりすることがある。

上記の理由によって、施設での医療対応が難しいため受入れできずに、結果として精神科病院での長期間入院が避けられないケースがあり、このような患者が病院内に増加している現状が見えてきた。

2) 地域における医療的支援体制不足のための入院

身体合併症を抱えている認知症患者が、入院や施設入所を拒否されるケースが少なくはない。

特に、総合病院等における認知症を伴う身体合併症治療は受入れ状況は芳しくなく、自身が地域医療相談室で勤務していたときの1年間の他医療機関への転院状況の統計調査を実施した際には、問題なく転院ができる患者の割合は約20%程度と低い状況であった。認知症疾患治療病棟入院患者の入院継続割合の調査では、入院して6か月経過しても50%の患者が退院できない現状であった。

また施設においても同様に、医療上の対応が難しいため受入れできずに、結果として長期間の入院が避けられないケースがあり、このような患者が病院内に増加している現状も見過ごすことができない。

今後、認知症による BPSD や認知症の合併症を抱えている患者の精神科病院から次のステップに移行するための対応をどのように有機的に進めていくかが、精神科病院に認知症患者を長期入院させないための要点になってくる。

3) 経済的支援体制不足のための入院

認知症による精神症状が安定して、入院治療要件に該当しなくなり、すぐにでも自宅退院、もしくは施設入所が可能な患者であっても、経済的な費用負担が困難なためその後の調整が難航し、退院が進んでいかないケースも多く見られた。

入院治療の必要がなくなっても、施設入所等にかかる費用のほうが高額になり、毎月の年金費用で入

所できる施設の受け皿が圧倒的に不足しているために、精神科病院に入院し続けるという社会的入院の問題が浮き彫りになったのである。

4) 相談支援体制不足のための入院

高齢夫婦や地域とのつながりがない世帯においては、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。

アンケート結果から認知症医療への関わりに必要なことは、アセスメント力の向上だということである。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。

5) 家族の介護支援体制不足のための入院

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や抑圧など、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見えてきた。

10年以上精神保健福祉士として精神科病院で勤務していた中で感じていたことは、数多くの入院中の家族の葛藤に苦しむ姿であった。

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わからず、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だろう。

そして、その後有効な答えを見つけれないまま、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いることが見えていた。

認知症は脳の器質性疾患というよりも、生活障害だという専門家もいる。もっと医療系以外の専門職が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。

6) 全体としての総括

結果として、精神状態は安定していて入院継続するほどの状態ではないにも関わらず、退院できない様々な要因があることがわかってきた。

精神科病院に長期間入院を継続したため、認知症状が悪化し、意欲低下を引き起こし、身体機能を低下させ、結果として廃用性症候群になってしまうこともある。

BPSDは消失しても、多少の精神症状が残存し、複数の薬物療法を継続して使用しているため療養型病院の転院を断られてしまい、どこにも居場所がなくなってしまう、結局のところ長期入院になってしまい、退院できない状態に陥ってしまっている患者もかなり見られた。

精神科病院として、自らの組織を存続するためには、経営を安定化させる必要があり、少しでも多くの患者を入院させ、空床ベットをなくし、稼働率を上げることが求められる。

そのため精神科病院が、行き場のない認知症患者の代替場所になり、病床稼働率が保たれるといった入院依存体質を助長するシステムになってしまっているため、脱精神病院化を進めていくうえでの足かせになってしまっていることも重要な視点である。

そのために、単に精神科病院の問題ではなく、認知症医療のあり方を考えていくといった多面的視点で考えていく必要性があることもわかってきた。

VI. 考察

家族会でのアンケート調査によって、表3において認知症患者の家族が抱えている課題と具体的支援の方法についてまとめた。

表3でそれぞれに示したように、精神科病院に長期入院にいたってしまう理由には専門職自体の存在感のなさや家族等の支援のあり方や、認知症を地域で支えるための環境整備体制の欠如等々の多岐に渡る問題が露呈し、精神科医療以外の支援システムの問題点が明るみにされたのである。精神科病院の本来の役割としては、BPSD等の精神症状が増悪化した状態の患者に対して、入院治療を進めていく急性

期の治療が本来の役割である。

しかし現状では、BPSDなどの急性期状態が改善した後も、その後の支援方法がわからず、万が一の不安や医療や費用面の脆弱さ等、認知症状は無関係の理由で入院継続している側面が浮き彫りになってきた。

このような状況を改善していくためには、認知症における精神科医療のあり方を見直していく必要がある、いかに素晴らしい退院支援の施策や介護支援等の充実策を推進していったとしても、表3のアンケート結果で示された要因における課題に対して、ミクロ的視点で解決していく支援をしていかなければ、本人や家族の方々の望んでいる生活を実現することは困難である。

また、認知症支援に対する精神科病院の役割と機能を明確にし、短期間の退院支援や在宅介護の支援に本気で取り組むのであれば、それを受け止められるだけの地域のネットワーク作りにも全力で取り組んでいく必要があるだろう。

その時、多くの自治体は介護施設やグループホーム等の入居系サービスの施設供給量ばかりに目を向けてしまいがちだが、実際はそれだけで解決出来ない課題もある。

今後、2025年問題として、団塊の世代が後期高齢者になる10年後の日本で、このような問題はさらに加速し、施設や在宅で対応できないと安易に精神科病院に入院させてしまい、結果として医療という名目で身体拘束や薬物療法による過鎮静による拘禁状態が続き、本人の人権や生きる権利を合法的に奪い続けることにつながってってしまう恐れが考えられる。

例えば、家族や介護者が医療の助けを求めるとき、対応に窮するBPSDが原因となっているケースは少なくない。また、実践現場が最も悩み、相談援助を求めてくるのもBPSDへの対応に関するものが多くなっている。

BPSDの改善には、必ずしも精神科病院に留まることを必要とするものばかりではなく、認知症の人が暮らすその場所で、症状を引き起こしている背景を究明していくことも重要な取組みとなる。

さまざまな要因が混在しているが、結果として入院医療中心の精神科医療に陥っており、認知症患者本人の生活歴やパーソナリティ、あるいは相談支援や家族等の人的資源を活かしたエコロジカルソーシャルワーク視点が軽視される側面がある。

実践現場で働いているソーシャルワーカー等の専門職の多くの人から聞こえてくることは、認知症支援に最も必要なことはアセスメント力の向上に他ならないということである。

久松は、「ソーシャルワーカーは、認知症高齢者にとってキー（鍵）となる専門家であり、高齢者本人が生活を送る上で、影響力を持つ存在でなければならない」と述べている。⁵⁾

しかし、アンケート結果から様々な要因から見えてきたことは、民間の精神科病院の利益追求の抑制と精神科病院の病床削減を推進していくことで解決するといった単純明快な理由ではないという事もわかってきた。

大西は、「ソーシャルワーカー等福祉職が地域社会を広く退院援助実践の場と捉え、精神科医療に対する両価的な見方を克服のうえ『医療を内包した福祉』として支援の連続性を果たそうとしたとき、一方で国家による財政面のコントロールを緩和すべき主体として振舞うことができてきたのかは疑問が残る」と述べている⁶⁾

本来、ソーシャルワーカーが行うべき、制度政策などの財政面での改革へのアプローチに対して消極的になり、ソーシャルアクションから身を背けていたのではないかという指摘がなされている。

今の日本の精神科医療の現状から見ると、精神科病院を含め、精神科医療のあり方を変えていくことは必要な命題であることは間違いない。

しかし、民間の精神科病院を廃止することは事実上困難であるため、共存共栄の思想に立って、地域医療や在宅医療を促進する方向で、病床を削減していても、病院利益が大幅に損なわれることなく経営が成立していくシステムを構築していく必要がある。

前述の久松は、「ソーシャルワーカーは権利擁護におけるゲートキーパー的な役割を果たす必要がある。つまり、権利が侵害されていると思われる認知症高齢者を見守りながら、そのような認知症高齢者に出会ったならば、具体的実践として代弁行為を展開するのである」とも論じている。⁷⁾

現状において、認知症における医療や福祉、介護サービスが整ってきたとしても、その有効な活用方法や支援のための環境が家族や本人が望んでいる状態に推移していったいない状況が明確になってきた。

VII. まとめ

これからの方向として認知症を支えていくための精神科医療は、入院を前提と考えるのではなく、生活感がある施設や自宅を中心とした地域社会の中での生活を支えるためのシステム構築を目指していく必要があることを再確認することができた。

精神症状の面から見て退院可能と判断される認知症患者が地域の生活を支える必要な介護保険サービスの包括的、継続的な提供の推進等を導入していくために、地域で受け入れていくためのシステムづくりのための大幅な認知症支援体制の抜本的な見直しが必要であることを検証する上で今回のアンケートは資料として一定の方向性を示すことができたのではないかと考える。

本研究報告は、家族からのアンケート調査であるため、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アンケート対象者数が少ない等、対象が限定的になってしまい、信頼性の立証が困難な側面があることは否めない。

今後は、さらなる研究を進めていく必要がある。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、比較検討していきたいと考えている。

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 (2012.4) 医療計画 (精神疾患) について (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/shiryuu_a-3.pdf)
- 2) 厚生労働省 (2011) 「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2 R: 認知症と精神科医療とりまとめ」 (<http://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000r30a-att/2r9852000000r3ux.pdf>)
- 3) 同上
- 4) 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 (2009.9) 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2b.pdf>)
- 5) 久松 信夫 著 認知症高齢者ソーシャルワーカー—ソーシャルワーカーの困難性と対処行為— P.165 相川書房 2013.6
- 6) 大西 次郎 著 精神保健福祉学の構築—精神科ソーシャルワークに立脚する学際科学として— P..23 中央法規 2015.3
- 7) 久松 信夫 著 認知症高齢者ソーシャルワーカー—ソーシャルワーカーの困難性と対処行為— P.165 相川書房 2013.6

Research Report

Issues facing families of patients with dementia and support systems for those families as revealed by a survey of members of families with a member in a psychiatric hospital

Kazuo KINOSHITA

Department of Social Welfare, Faculty of Health and Welfare Science, Nayoro City University

Abstract: The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) has compiled reports indicating that Japan has markedly more Psychiatry beds per population, with 4 times as many as the average number of those beds in other members of the OECD. In advanced countries, patients with psychiatric disorders are primarily treated while living in the community rather than in hospital. According to observers, Japan continues to lag behind in efforts to deinstitutionalize patients with psychiatric disorders. The proportion of inpatients who were age 60 or older was 29% in 1996 but 48% in 2008, so the age of inpatients has risen markedly. In a bid to remain viable, psychiatric hospitals are accepting patients with dementia and placing those patients in affiliated facilities, and psychiatric hospitals have created a system featuring outpatient visits, visiting care, and other services that passes patients around to those facilities. Psychiatric hospitals themselves are also increasingly growing in scale. Thus the current study surveyed 20 members of families with a member who had been in a psychiatric hospital for a year or longer regarding psychiatric care for dementia and support systems for families. Respondents answered open-ended questions about factors that hampered the family member's discharge. Responses indicated that various factors preclude discharge even if a family member no longer needs to be hospitalized. The issue is not simply the psychiatric hospital system. Instead, the nature of support for care of patients with dementia needs to be reconsidered, and that care needs to be considered from multiple perspectives. Long-touted goals of psychiatric care were to enhance outreach to patients' homes and outpatient services of nursing homes in order to provide community living assistance to people with dementia. Survey results suggested that a system of deinstitutionalization needs to be created to benefit patients rather than benefitting psychiatric hospitals as organizations.

Key words: deinstitutionalization, psychiatric care, support for families dealing with dementia, assessment