

精神科の認知症疾患治療病棟を訪問して

山口晴保

群馬大学大学院保健学研究科

先日、精神病院の認知症疾患治療病棟3施設を見学する機会を得たので、今回はこれを題材にします。グループホームが、精神病院とどのように付き合っていたらよいかを考えるきっかけになれば幸いです。

認知症疾患治療病棟の特徴

認知症の行動・心理症状(BPSD)に対して適切なケアを行っても、ほかの入居者に危害を加えたり、共同生活を脅かすような行為があると、精神病院に入院を依頼せざるを得ないケースがあるかと思えます。このような「精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院治療を行う」(診療報酬点数表より)病棟として、精神科の「認知症疾患治療病棟」があります。

今回見学した3病院に共通することは、病室の入口に鍵がかかっていて自由に出入りできないことと、病室の雰囲気病院そのもので、ベッドの周りに私物はなく、生活感がまるで感じられないことです。衣類なども個人ごとに鍵のかかるロッカーに仕舞われ、自分で取り出すことはできません。

車いすに固定するのは拘束ではなく転倒防止?

転倒に対して対照的な対応をしている2病院を

紹介します。A精神病院は、窓にピンクのカーテンがかかり、木目調のロッカーがある素敵な部屋に、ベッドが4つ置かれています。しかしベッドの間にカーテンはありません。昼間見学したのでベッドに寝ていた患者さんは一部で、多くの方は車いすに乗っていました。皆、立ち上がれないようにY字拘束帯(商品名:安全ベルト)で固定されています。この病院の精神科医とスタッフは、「これは拘束ではなく、転倒防止策です」と説明しました。私が問題だと感じたのは、「申し訳ないけれど、安全のために拘束を許してね」という態度ではなく、「転んで骨折したら困るから車いすに固定しておくのは当然で、これは拘束ではない。どこがいけないの?」という態度だったことです。

理由はどうあれ、車いすに固定するのはやはり拘束であり、グループホームなど福祉の世界では行われなくなってきました。もしまだ拘束を行っている施設があったら、直ちに改善すべきです。介護記録に「固定」とか「安全ベルト」と書かないで、「縛った」「拘束した」と事実を書くようにすると減るとも言われています。

車いすは移動の道具、いす代わりではない

A精神病院の車いすはすべて規格品で、本人の体型に合っていないものばかりでした。車いすは本来、移動のために短時間乗る道具であり、長時間座らせておくものではありません。いすのように長時間座らせておくなら、せめて自動車の座席シートと同じくらいの座り心地が求められます。また、滑り落ちると困るという理由でY字拘束帯が必要なら、ティルト機能付きの車いす(リクライニングと異なり、座面が背もたれと一緒に後ろへ傾く)を使えば解決します。

どうしても車いすをいす代わりに使うのであれば、せめてお金をかけてほしいと思います。自分が3時間座り続けてもお尻が痛くならない品質のものを提供してください。患者が介護用車いすを

やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防～読めば納得！脳を守るライフスタイルの秘訣』（ともに協同医書出版）。日本認知症学会副理事長。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事。



購入する場合は、身体状況に合わせて、テイルトやリクライニング付きの、身体に合ったものを勧めてほしいと思います。

生活機能を奪わず、尊厳を守るために

これとは対照的に、拘束を一切せず、薬も極力使わないのがB精神病院です。「パーソンセンタードケア」(本人の気持ち・尊厳を中心にしたケア)の普及に貢献した精神科医・水野裕氏が勤務する病棟では、多くの患者が頭を守るヘッドギアをつけていました。ふらつく人も自由に歩かせるので、転倒時の安全策です。この病棟では転倒を事故として扱わず、介護者を責めたりもしません。人間が動けば転倒は付きものだという発想です。転倒事故による外傷を最小限に防ぐ努力をしながら、不安定でも自由に歩かせることが、生活機能を奪わず、尊厳を守るために大切だと考えています。自由に動けば拘束がなければ、イライラする理由もなくなり、薬をやめて様子を見ているだけで、BPSDが改善されるケースが多いとのことでした。

この病棟は、小水のおいが鼻につきました。案内の院長が「臭くてすみません。入院患者があちこちで放尿するものですから」とおっしゃいました。その意味が、後からわかりました。患者が車いすに固定されていたA病院では、患者はトイレに行くことができず、あてがわれたおむつに排尿します。一方、この病院では、患者に歩き回る自由があるのです。

残念ながら、B精神病院のように拘束をしない病院は、ごく少数のようです。

精神科医の発言から浮き彫りになる 介護施設の責任

ぜひ積極的に、精神病院を見学してみてください。BPSDでグループホームの手に負えなくなった患者に対して、入院を勧められる病院の情報を

ストックしておきましょう。薬と拘束で寝たきりをつくるような精神病院には、患者を紹介してほしくありません。

拘束を行う精神科医の言い分も紹介しておきましょう。「施設で手に負えなくなった患者さんのBPSDを改善しても、施設側が引き取ってくれない」「BPSDを改善して施設に戻しても、介護方法が悪く、BPSDが悪化して戻ってくる」「施設側から、動けなくなったら引き取りますと、暗に寝たきりにしてほしいと要望を受ける」——。これらの発言から、施設側の問題も浮き彫りになってきます。

精神病院の空きベッドを認知症に転用

日本には約35万床の精神科病床があり、人口1万人当たり28床で、米国の3床に比べると約9倍、平均在院日数は日本289日、米国7日です(2005年データ)。日本が精神病患者を社会から隔離し閉じこめてきた歴史が見て取れます。

現在、統合失調症が入院から在宅医療へと移行する流れになったことで、精神科病棟の空きベッドが認知症に転用され、認知症疾患治療病棟約3万床だけでなく、精神科一般病棟も含めて5万人以上の認知症患者が精神科に入院しているといわれています。今後、統合失調症の入院が減り続ける中で、空床となる精神科病床をどう転用するかの議論が始まっており、医療型の認知症対応グループホーム(精神病院が運営し、医療も提供するグループホーム)などのアイデアも出ています。認知症の人を、統合失調症に続く隔離・閉鎖の犠牲者にしてはいけません。今後の展開を見守っていく必要があります。



グループホームと精神病院のそれぞれに、果たすべき役割があります。両者がうまく付き合うことで、患者の利になることを願っています。