

精神科医は認知症に積極的に取り組もう

精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）第5条を見ると、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」とある。精神疾患とは、「国際分類において詳細に分類されており、国際疾病分類上該当項目（精神障害の章）全体が『精神疾患』（精神保健福祉研究会監修『三訂 精神保健福祉法詳解』中央法規出版、2007年）なのである。したがって、ICD10（国際疾病分類第10版）の分類上F0の認知症は精神疾患である。さらには、精神保健指定医の資格を取得した時を思い出そう。症例として医療保護入院または措置入院の認知症例を提出したではないか。若い先生なら、以前の2年間の卒後研修制度の精神科研修で、「基本的診断手技ならびに治療法」の中に「主な精神科疾患の診断と治療計画をたてること」ができる。「A」項目疾患（認知症、統合失調症、気分障害）」とあるように、認知症例を提出したはず。また、こ

れまでに行われていた厚生労働省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」でも認知症について議論されていた。その報告書『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』（2009年9月24日）を見ると、「入院医療の現状」（17～20ページ）では統合失調症に9行、認知症に40行を割いている。また、「入院医療の再編・重点化の各論」（24～27ページ）では統合失調症22行、認知症38行と、統合失調症より認知症に多く言及している。だから、認知症は精神科医が取り組む疾患なのである。

それにもかかわらず、「認知症はねえ」と認知症を避けている精神科医がいるのも事実である。こうした精神科医は、認知症は治らない、認知症は脳の病気だから身体病ではないか、身体合併症も有しており、認知症に併発するせん妄は身体病ではないか、精神科医になったのは身体病を診たくないからであって、身体病は身体科医が診ればよい、などと認知症を避ける理由をあげる。はたして、それでよいのだろうか。あなたは日本精神神経学会の精神科専門医でしょう（資格取得の際には認知症の症例報告を求められている）、時代の動きにおいていかれますよ。私は、この状況を1975年前後の心療内科に対する精神科医の態度と共通するものがあると考えている。その当ても精神科医は

「心療内科はねえ」と避けていた。私は当時の日本心身医学会の池見酉次郎先生をはじめとする偉い先生方にかわいがられており、専門医で指導医でもあった。しかし、私の目指す精神医療とは微妙に違うと考え、同学会をやめ、日本総合病院精神医学会の設立に動いたのである。その当時とは違って、現在、心療内科の看板を掲げている精神科医のメンタルクリニックが多いことにはびっくりする。数年後にはこの状況と同じこと、すなわち、認知症を専門とする精神科医が増えるのではないかと考えている。それならば、精神科医はもっと積極的に認知症にかかわり、提言をしよう。

私は認知症の捉え方が現状では二つに分類されてしまっているように思える。一つ目は認知症関係の学会や世論をリードする識者・マスコミなどが、認知症はこれだとはかきりに啓発活動をしている軽度認知症群であり、二つ目は識者が目を向けない重度認知症群である。

軽度認知症群はMCIからHDS-R15点ぐらいまでであり、かかりつけ医や大学病院、大きな総合病院（種々の画像診断機器を有している）のいわゆる物忘れ外来で、神経内科、脳外科、リハビリテーション科、精神科（認知症関係の学会認定の認知症専門

医)などの医師により診断・治療を受け、ある段階からは介護保険法下(居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスなど)で介護を受けている。そして、厚生労働省老健局計画課認知症虐待防止対策推進室の管轄下にある。

一方の重度認知症群は識者たちから言及されていないが、2005年には、精神科病院に認知症患者5・2万人前後が入院していると推測されている。これらの患者は未治療の軽度認知症患者も当然含むが、重度認知症(HDS-R 10点以下)、BPSD、BPSDの概念が導入されてから忘れられがちなせん妄などの症状を有している。介護保険サービス系や身体科病院からの患者の紹介状を見れば、入院患者が徘徊や暴力(せん妄であることが多い)を行うので、などの例がある(時には「暴力を振るうから今すぐに入院をお願いします」などの無理な紹介状つき)。また、いわゆる精神科救急システム(措置鑑定を含む)にのった認知症の患者もいる。これらの患者に対応しているのは、認知症関係の学会の認知症専門医の資格を持っているにかかわらず、精神科に勤務する精神科医であり、精神保健指定医である。すなわち、認知症の専門医の資格を持っていても、精神保健指定医でなければ、精神保健福祉法下の精神科病院での認知症の業

務に支障をきたすことは言うまでもない。そして、この重度認知症は厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課の管轄下にある。

ところで、識者は重度認知症について言及していないと指摘されたら、彼らは、そんなバカな、認知症は自分たちが述べる内容で十分網羅していると言うだろう。それもわからないわけではない。大学病院や大きな病院の先生たちは物忘れ外来で認知症と診断するが、その患者らが時間が経って重度認知症になった姿はあまり知らない。なぜなら、認知症の患者は大学病院や大きな病院に入院できたとしても、医療費の問題（在院日数の短縮は常に求められている）もあり、短期間で転院させられてしまうからである。医療費の問題だけでなく、患者に放尿や奇声や暴力などの兆しが見られただけでも転院させられてしまう。したがって、識者は重度認知症の世界の実情など知るよしもないのである。それでも精神科医の中には、若い時に精神科病院で研修を積んで重度認知症の治療経験を持つ先生もいるが、脳外科、神経内科、リハビリテーション科などの先生は通常、精神保健指定医の資格を持たないので、精神科病院での重度認知症治療や隔離・拘束の問題、特に、認知症の精神科救急症例の経験はないと考える。このように述べると、

「一緒に仕事をしていたから、見ればわかるよ」との反論があるかもしれない。しかし、見てわかるなら誰でも名医になれる。精神科の技術は、外科系のように一目瞭然でわかるものではないが、名医と経験の浅い医師との間の技術差は歴然としているのである。重度認知症の世界の精神科医よ、頑張ろう。

また、認知症の治療現場では、放尿や暴力にどのように対応するかも切実な問題である。たとえば、ある介護老人保健施設では放尿対策として、お地藏さんの絵を放尿しやすい場所に張ったところ放尿回数が激減したとの話である。このようなHow toは評価の高い横文字の雑誌には載らないので、横文字の業績中心主義の識者の関心は、この問題には向かない。したがって、重度認知症の世界について関心がないので発言できないのである。また、日本人の認知症の問題なのに、何かと言うと「外国の先行研究では……」と述べる人もいる。知りたいのは外国に住んでいる人の認知症ではなく、日本に住んでいる人の認知症だと思うのだが……。専門誌を読む際、原著論文でもないのに4ページ程度の本文に横文字の引用文献が40、50もついている論文があれば、私は斜め読みしている。なぜなら、おそらくこの著者は経験が浅く、足りない知識を引用文献で埋

めていると考えるからである。そのテーマについて自身の経験があるのなら、多くの文献を引用しなくても自分の言葉で書けるはずである。私のような臨床家は、実際の診療に役立つ情報が欲しいのだ。

認知症患者を受け入れている精神科病院

さて、認知症を受け入れている精神科病院には以下のような形態がある。

①以前は、統合失調症の患者を対象にしてきた病院

・時代の変遷とともに、認知症の患者が増え、最初は「認知症の患者はねえ……」と敬遠していたが、1人、2人認知症の患者が入院するようになり、病棟に数人の認知症の患者が入院している精神科病院

・前記の発展した形態で、認知症の患者が増え、病棟が認知症病棟になってしまった精神科病院

・さらに発展した形態で、認知症病棟だけでなく、認知症の患者の身体合併症に対応す