

白雪姫の毒リンゴ、知らぬが仏の毒みかん

～新オレンジプランと認知症大収容時代の到来

2015年6月20日

高木俊介（精神科医・ACT-K 主宰）精神医療誌の「視点」に掲載

【精神病床は減らさなくてよい？ 日精協の自信】

地域移行が進めば、結果として精神病床が減るとされるが、日本精神病院協会（日精協）会長の山崎学会長は「慌てて病床削減しない方がいい」と警鐘を鳴らす。山崎は、今後の高齢化の進展に伴って認知症患者が増える地域では、認知症の行動・心理症状（BPSD）に対応する役割が精神科病院に求められると指摘」（CBNews managemnt：2014/12/08）

これは、病院経営者に向けた記事を掲載するネット上の有料サイトからの引用である。このところ気炎を上げ続けている日精協会長山崎学のインタビュー記事だが、この記事が掲載された約2ヶ月後の1月27日に政府によって「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が発表される。

これを挟む数ヶ月の一連の流れを見てみよう。まず2014年11月に開催された国際会議「認知症サミット後継東京会議」において、安倍首相が「初めての国家戦略として認知症施策を作る」ことを宣言し、それを受けた塩崎厚生労働大臣が次のように閉会の挨拶をしている。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目指して、認知症地域包括ケアシステムを実現していくということです。早期診断・早期対応がこのシステムの鍵となります。医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態の進行に応じて切れ目なく提供されていくということなのです。また、身体合併症や妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状（BPSD）が見られ、認知症の人が医療機関・介護施設で対応を受けた後も、医療・介護の連携により地域生活が継続できる循環型のシステムを確立していきます。

この段階で早くも「循環型のシステム」という言葉が登場しているのだが、これは後述するように、今回の新オレンジプランと精神病院の関係について重要な意味を持っている。この後に冒頭の山崎氏の発言があり、翌年1月27日の政府の発表に先立つ1月7日に、「新オレンジプラン（案）」が厚労省から自民・公明の与党に示され、事前レクというかたちで記者クラブに提示された。

7日の段階で非公式に示された「新オレンジプランの基本的考え方（案）」は、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」と高らかに謳っている。その柱として、「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」「認知症の人やその家族の視点の重視」などの7項目が掲げられた。これらの謳い文句をみれば世界的にも、さほど遜色のないものであった。

しかし、先のサミットで塩崎厚労相によって述べられた「循環型システム」という言葉は、早くもこの段階で「妥協の産物」として挿入されていた。それは、「認知症家族や本人の声が認められる」という当事者やこれまで認知症ケアに熱意をもって取り組んできた人々の喜びの声の陰に隠れて、与党両党や記者の多くも気づかなかったようだ。その隙について、3週後の1月27日に発表された新オレンジプラン正式文書では、さらなる改竄が加えられたのである。

27日に正式発表されたこの新オレンジプランは、その根本のところではおおむね好感をもって報じられたが、ここにいたるまでの経緯を追ってきた慧眼な一部の人々は、その危うさを見逃さなかった。たとえば、共同通信は次のような記事を配信して、警鐘を鳴らしている。

国家戦略策定の最終盤に、最も多く文言の修正が入ったのが精神科病院をめぐる記述だ。「入院も（医療、介護の）循環型の仕組みの一環」「長期的に専門的な医療が必要となることもある」などが追加された。厚労省幹部は「自民党議員から病院の役割をもっと盛り込むよう要望があり、修正した」と明かす。日本では、精神科病院に入院する認知症患者が約5万3千人に上り、そのうち約3万人は1年以上の長期にわたる。先進国では異質な状況で、国際機関から改善を求められている。文言の修正には病院経営への配慮がにじむ。各国の戦略に詳しい東京都医学総合研究所の西田淳志（にしだ・あつし）主席研究員は「日本の戦略は当事者の視点を重視するという理念をうたっているが、旧来の『サービス提供者中心』の考え方も肯定しており、矛盾がある」と苦言を呈した（共同通信社 2015/01/27）。

【そのオレンジ、出荷の前に毒を入れろ】

もう少し詳しくみてみよう。当初案から改竄されたとされたのは、7本の柱とされている項目の2番目、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の中で、精神科病院に関わる部分である。以下にそれらの点を詳述するが、この問題を早くから取材しつづけてきた、福祉ジャーナリスト（前・日本経済新聞社編集委員）の浅川澄一による記事から抜粋、筆者の文責でまとめたものである。

1) 新オレンジプランでは、精神科病院は「専門的医療サービスを集中的に提供する場」であり、「慢性の行動・心理症状（BPSD）等においては長期的に専門的な医療サービスが必要」となっている。7日版（当初案）での同じ箇所は、精神科病院の役割は「専門的医療サービスを短期的・集中的に提供する場」であり、「長期的・継続的な生活支援サービスを提供する介護サービス事業所や施設と、適切に役割分担が成されることが望まれる」と限定されている。

7日版にあった「短期的」が正式文書では削除され、介護サービス事業所や施設に「長期的」生活支援サービスを任せるという当初の「役割分担」が、正式文書では、精神科病院の業務として「長期的」な役割が含まれた。これは、「短期も長期も」精神科病院にケアをまかせ、認知症高齢者の長期入院を受け入れている精神科病院の現状をそのまま肯定したものである。

2) 精神医療の役割を重要視し、より強調するため加筆もされている。7日版では「精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護事業所等への後方支援が重要である。」と、「後方支援」を精神病院の役割としていた。

それが正式文書では「…介護事業所等への後方支援と司令塔機能が重要」と、「司令塔機能」が加えられた。後方支援と司令塔では大違いである。文字通り、後ろから支える立場だったのが、指揮命令権まで持つと変わった。医療が介護事業者より優位に立っていることを追認した表現である。

3) 7日版では「精神科医療は、機能や体制が具体的に『見える化』され、地域からみて、一層身近で気軽に頼れるような存在になっていくことが求められる」と、精神医療のかかわりに釘がさされていたのだが、この記述は削除されている。

4) 決定的な変更もある。7日版で「…精神科病院等からの円滑な退院や在宅復帰を支援する」としていたが、正式文書では「医療機関・介護施設等からの退院・退所や在宅復帰を支援する」と変わったことだ。精神科病院は退院すべき病院という印象が強かった7日版。欧米並みの基準に近づけようとした表現が、介護施設も加えて、一般的な「脱病院・脱施設」へとぼやかされた表現となっている。

(浅川澄一：認知症になると精神科病院に連れて行かれる？「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が描く逆行ケア：Diamond Online 2015/02/04
<http://diamond.jp/articles/-/66183>)

同様の批判は、認知症のBPSDに対して積極的に訪問医療を行っている上野秀樹が自らのブログで展開している。上野は「循環型」という言葉のもつ問題も次のように指摘している。

「「循環型の仕組み」では、当事者ではない周囲の人が、既存のサービスから「最もふさわしい場所での適切なサービス」を（恣意的に）選択し、そのサービスに当事者を当てはめます。そして、状態が変化したときには、「当事者を循環させる」モデルです。←たらい回しに近いと思います。この「当事者を循環させる」ことによって、認知症の人には深刻なリロケーション・ダメージを生じます。きわめて問題の多いモデルなのです。」 (<http://hidekiueno.net/> : ブログ 2015/03/04)

これらの相違点（改竄点）を検討し、澄川は「これだけ、書き換えが重なると認知症ケアへの見方も変わらざるを得ない。認知症ケアにとって精神科病院が重要と「納得」させられてしまう。入院を勧められても、疑問を抱かなくなりそうだ」と慨嘆している。

この点に関して筆者は、認知症ケアに熱心なある内科医から次のような嘆きを聞いた。「先週も医師会の自分の地域の地区会で、地区の地域包括支援センターの保健師さんが、ご丁寧に挨拶に来られました。「もし先生方が認知症の方を見つけたら、地域包括支援センターに知ら

せてくれたら 精神病院を紹介してちゃんと入院させますから・・・」と普通に話していました。新・オレンジプランの怖さを身近に感じました。開いた口がふさがりませんでした」。

この一事をもってしても、すでに改竄版の意図が現実浸透していることに、慄然とせざるを得ない。

この改竄にあたっては、共同通信社の記事にも「厚労省幹部は「自民党議員から病院の役割をもっと盛り込むよう要望があり、修正した」と明かす」とあるように、正式発表までの三週間の間に政治圧力があつた。この圧力にあつてもっとも関与したのが、「認知症医療の充実を推進する議員の会」の事務局長を務める石井みどり参議院議員であることは、その経緯と立場から明らかである。この会は2014年5月の設立趣意書において、次のように述べている。

「地域包括ケアシステムが成り立つためには、疾患の本質を正確に認識し、介護に偏重せず、早期診断、早期介入から始まる医療と介護、施設ケアと地域ケアをシームレスにつなぐ循環型医療介護システムの確立が必要です。「医療から介護へ」・「施設から地域へ」というスローガンはそれぞれ不可分なケア相互の補完性を軽視しており、シームレスな医療と介護の連携を阻害する可能性があることが懸念されます」

この時点ですでに「循環型」という言葉を使い、しかも脱施設化のスローガンを「医療と介護の連携を阻害する」として否定しているのである。これが、11月の認知症サミット後継会議における安倍・塩崎発言につながったことは否定しようもない。そして、2ヶ月後の国家戦略において、見事にその意図を実現したのである。

【暗躍する自民党医系議員と日精協、つながる輪】

石井みどりは自民党の医系議員であるが、兄は広島県の医療法人知仁会理事長であり、認知症病棟146床、精神一般病棟（身体合併型）50床、精神療養病棟100床と内科療養病棟90床を有するメイプルヒル病院院長である石井知行である。石井知行は一般社団法人広島県精神科病院協会会長、公益社団法人日本精神科病院協会理事を務め、その日本精神科病院協会は、2013年に石井みどりを自民党の衛藤晟一参議院議員、木村義雄前衆議院議員とともに全国重点推薦候補者として推薦している。同年の日精協から石井、衛藤、木村への政治献金は500万円、800万円、500万円である。

安倍・自民党政権が復活した際、日精協はこれを手放しで歓迎したが、それは単なるムード、政権へのラブコールだったのではなく、着々と今後の日本の精神医療、認知症ケアの中で自らの地歩を固めているのである。

最近では、精神科医による安倍晋三後援会である「晋精会」の活動が活発であり、6月11日の首相動向では「6時25分、東京・丸の内パレスホテル東京、宴会場「橘」で精神科医らでつくる首相の後援会「晋精会」会合に出席し、懇談。萩生田光一自民党総裁特別補佐同席」とあるように、日精協の顧問を務める萩生田光一をはさんで密接な関係が構築されつつあるようだ。この流れの中で、冒頭の日精協会長山崎學の言葉があり、一連の輪がつながるのである。

ふたたび、山崎のインタビューの内容に戻ろう。厚労相は先般、認知症患者が860万人という時代の到来を予想し話題を呼んだが、山崎はそのうちの5%に精神病院入院が必要となるBPSDが発症するとみている。つまり、山崎の試算によれば、認知症のための精神病床が45万床必要だということであり（この時点ですでに長期入院を前提としている）、精神病院がBPSDの治療を放棄すれば行き場のない患者が出てくると主張している。また、同記事のなかで、522床をもつ自らの病院サンピエール病院では、現在新規入院の6割が認知症であり、そのほとんどは地域の基幹病院から紹介されてくることを明かしている。認知症を入院させるという精神病院の役割に確固たる自信を持っているのである。

【あなたが、ある晴れた朝、突然に】

現在、世界の認知症ケアの潮流は確実に脱施設化に向かい、抗精神病薬精神病薬の使用も極力避けるという脱精神医療の方向へと向かっている。2012年、厚労省の認知症施策検討プロジェクトチームによる報告書「今後の認知症施策の方向性について」で、「施設入所や精神科病院への入院」を「不適切」と断じて、遅ればせながら諸外国の認知症ケアの水準に追いつこうとした改革の芽は、ここにいたって完全に摘み取られたのである。

私たちの知らぬ間に、じわじわと、ふたたび大収容時代がはじまる。新オレンジプランは巧妙に毒の盛られた果実である。白雪姫の毒リンゴならぬ、毒入りオレンジなのであり、今はまだ国民のほとんどが自分には関係ないことと思いついでいる、知らぬが仏の毒ミカンなのである。

そして、この国で年老いてゆく私たちは、ある晴れた朝、突然に、精神病院の保護室で抑制されて目覚めるのだ。