

れば罪ですか？

から学ぶこと

医学博士 長尾 和宏

JR東海事件と 閉じ込め型介護

愛知県に住む認知症の男性（当時91歳）が誤って線路内に入り、列車にひかれて亡くなった。JR東海はこの事故に伴う損害賠償を家族に求めた。家族はそれを不服とし裁判で争われた。一審では認知症の夫の見守りを怠ったという理由で高齢の妻に720万円の、二審では長男に「親が認知症であつたのに専門医に診せていなかった」という理由で360万円の賠償命令を下した。しかし最高裁は「介護の実態などを総合的に考慮して判断すべき」としJR東海の訴えを棄却した。この判決を機に各自治体が公的救済制度を検討する動きが広がっている。もし一審、二審を受け継いだ判決なら、この国の認知症の人は「すべて閉じ込めろ」となっていた。長男の高井隆一氏は4月に「認知症事故裁判 閉じ込めなければ罪ですか？」（ブックマン社）を出版された。

私を知る介護施設の多くは入所者が外に出ないように厳戒態勢を敷いている。多くは3重鍵だが、なか

には4重鍵の施設もある。刑務所よりも厳しい管理体制だ。万一、入所者が外に出て事故に遭ったら家族から訴えられる可能性があるからだ。介護裁判を恐れるあまり過剰な閉じ込め型介護になる。まだ充分歩けるのに1年以上、一度も外出させていないという施設もある。当然、うつや不眠だけでなく骨粗しょう症や廃用症候群になる。しかし多くの介護スタッフにはその知識が無い。正確にはそうした基本的な教育を受ける機会もないので閉じ込め型介護を続けている。

そんな間違つた介護に適應できる入所者もいるが、なんとかして外に出ようと抵抗する人も当然いる。刑務所から脱走するのと同様、人間として自然な行動である。しかし多くの介護スタッフはそうした入所者には「困った人」というレッテルを貼り、医者に大人しくする抗精神病薬の処方要求してくる。もし処方すると転倒・骨折して入院・寝たきりとなる。あるいは抗精神病薬の処方しないと今度は「精神病院送り」を提案される。私はそんな判断をする介護スタッフの方が「困っ

た人」だと思うのだが、そんなことを口にしようものなら、施設長の命令で今度は主治医変更、となる。要は、介護施設では「閉じ込め型介護」が常態化している。今回の無罪判決の意味が介護施設現場に届くまでにはまだ相当な時間がかかるだろう。

医療・介護が造る認知症

脱出しようとする老人は縛られる。しかし家族に「身体抑制同意書」をとっているという。最近は大病院も家族もこれにサインをしないと入院させてくれない。閉じ込めや身体拘束は医療・介護側の要因だけでなく、前述のような家族による介護訴訟の増加がブーメラン現象になっている側面がある。入所者の前医からの処方には驚かされることがある。ある人は20種類もの多剤投与に加えて最高量の抗認知症薬が処方されていた。6種類以上の多剤投与は認知機能を悪化させる。また一種の興奮剤とも言える抗認知症薬を最高量投与した場合、怒りっぽくなるのが少なからずある。これは薬の副作用だが、本来の作用が強すぎるという意味では主作用である



長尾和宏

(ながお かずひろ)

医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局

1991年 医学博士（大阪大学）授与

1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る

日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授

【医学博士】

日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント

【著書】

『平穏死・10の条件』（ブックマン社）、『抗がん剤・10のやめどき』（ブックマン社）『胃ろうという選択、しない選択』（セブン&アイ出版）『がんの花道』（小学館）『抗がん剤が効く人、効かない人』（PHP研究所）『大病院信仰、どこまで続けますか』（主婦の友社）など。

【医学書】スーパー総合医叢書・全10巻の総編集（中山書店）第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。

閉じ込めなけ 認知症鉄道事故

とも言える。いずれにせよ、医療により「造られた認知症」の側面が大きい。下剤と抑肝散という漢方薬の二剤だけに減薬して尿の管も外して車椅子に乗せて1年ぶりの外出をさせた。すると嘘のように穏やかになり

昔のことだけでなく最近のことも話し始めた。つまりその人は医療と介護が「造り出した」認知症であった。これは決して稀な例ではない。私の勝手な推測だが「造られた認知症」は何万人、いや何十万人いるのではないか。もし誤った認知症医療・介護に伴うコストや失われたその人の「尊厳」をお金に換算すれば膨大な数字になるのだろう。社会保障費の不足を補うために消費税増税が議論されている。しかしこうした無

駄にメスを入れずしてどうしてそのような議論ができるのか不思議でならない。

新オレンジプランは

見直しを

去る5月11、12日、私は地元尼崎で第20回生と死を考える会を開催した。今年のテーマは「尼崎発、認知症革命」と銘打った。前述した高井氏やおおいけあのか藤忠相氏、そして39歳時に若年性認知症と診断された丹野智文氏らをゲスト講師としてお招きした。丹野氏はこう訴えた。「認知症になっても普通の人間であることを知ってほしい。できないことだけ助けてもらえれば仕事もできるし普通に暮らせる」と。

これは昨年5月に京都で開催された世界アルツハイマー病会議における認知症ワーキンググループによる宣言である。地域包括ケアには「認知症になってもその人らしく暮らせる街づくり」と謳われているが、現実には認知症になれば大なり小なり「閉じ込め」ているのが現実だ。また多剤投与や抗認知症薬の過剰投与の多くはなんとこの分野の「専門家」により行われているのが不都合な現実だ。「ではこれを書いている貴方は認知症サポーター医？」と問われれば、答えはNOである。新オレンジプランに謳われている「認知症サポーター医」の養成は医師会などに委託されていて定員枠は少数だ。サポーター医資格を得るための研修会に申し込んでも医師会の理事職等についていないと受講できない。ただの町医者ではいくら多くの認知症診療に携わり市民啓発を続けていてもサポーター医になれない。このように美談は沢山あれど、現場とかなり遊離している新オレンジプランは早急に見直すべきではないか。いずれにせよ私たちは認知症鉄道事故から多くを学ぶべきである。