

せん妄状態の診断のポイントは

- 状態が短時間の内に変動するかどうか
- 夕方～夜間に増悪するかどうか
- 人格の変容がみられるかどうか
- せん妄状態の間の記憶障害の存在
- 見当識障害の存在（日時、場所、人）
- 幻視の存在（小動物幻視など）

です。

せん妄状態が認められたら、まずその原因を検索します。

身体的病気の増悪がないか、内服薬の内容を検討し、心因・環境因の有無を検討し、対処します。せん妄状態の治療では、精神科薬物療法は最後の手段になります。

せん妄状態も、最初は軽い夜間せん妄から始まり、徐々に悪化していきます。早めの対応が大切です。

3. 福祉関係者の精神科医療拒否

従来、福祉関係者に精神科医療拒否が多かったのは、いきなり強力な副作用がある薬を大量に出してしまうなどの精神科医療サイドの不手際に加えて、環境調整で改善可能な「純粋な心因反応としての BPSD」と精神科医療の関与が不可欠な BPSD を区別せずに議論していたからだと思われます。

確かに「純粋な心因反応としての BPSD」は、環境調整や非薬物療法で改善することが多く、精神科医療の関与の必要性は多くありません。しかし、「もともとの精神疾患（妄想性障害、アルコール関連障害、人格障害等々）との関連が認められる BPSD」やせん妄状態は、環境調整や非薬物療法で改善しないことも多く、早めの精神科医療対応が大切になります。対処の遅れからこじらせてしまうと、治療に手間取るばかりか、回復しないこともあります。

この場合も、薬物療法は、「効果を出す」ことより「副作用をださない」ことを第一に行うのが大切です。

4. 認知症 BPSD に対する精神科医療

認知症、特に BPSD がある方は、病院嫌い、医者嫌いの方が多く、精神科医療へのアクセスが困難なことが多くあります。また、認知症の方は多くの人がいる待合室で待つことが出来なかったり、医師に症状を説明している間に本人をみている付き添いが必要になり、複数の付き添いで受診しなければならないなど、外来受診が可能であってもその負担は相当に大きいものです。

こういった精神科医療へのアクセスの問題を解決するために認知症の精神科訪問診療を行っています。現在、症例数は150例を超えましたが、全例外来でコントロールできています。

一般の精神疾患に関しては、精神科病棟に入院加療の必要性があることは疑いない事実です。

(統合失調症、躁病などでは、対人関係などの社会的ストレスから精神症状が増悪することも多く、早めの入院加療で外界からの刺激から遮断することで、精神症状に対する治療的効果が期待されます。そのため、精神症状の増悪時には早めの入院加療が推奨されます。また、うつ病などでも、暮らしている環境から離れて、十分に休息をとることの治療的な意義は大きいです。)

しかし、認知症では少し異なっています。そもそも精神科の病棟は上から目線の管理優先の施設なので、認知症の場合、その管理優先の環境に反応して BPSD が増悪する可能性があります。そのため、認知症の BPSD は生活の場である家庭や福祉施設に精神科医療を外付けする形で治療するのが良いと考えられます。

また、最近、救急病院やリハビリ病院で入院患者が高齢化し、認知症の BPSD やせん妄状態に対処に困ることが増えているそうです。この場合も、精神科病院に転院させるのではなく、精神科医療を外付けすることで相当程度問題を解決することが出来そうです。(当院では、150床のリハビリ病院に訪問診療を行っており、現在までの7ヶ月間で約13例の患者を診ていますが、ほぼ全例で病棟生活に支障がない程度に精神症状を落ち着かせることが出来ています。)

激しい BPSD も、その始まりはごくごく軽い精神症状であることが多いものです。軽度なうちに適切な対応をすることで、多くの場合 BPSD の増悪を防ぐことができるものと考えています。訪問診療を行うことで、高齢者に多い「医者嫌い、病院嫌い」の方たちの認知症 BPSD をその始まりのうちに対処し、その悪化を防ぎ、その人が本来住む場所での生活を支えていきたいと考えています。