

社会福祉法人ロザリオの聖母会
海上寮療養所

上野秀樹先生提出資料

認知症患者さんを地域で支える

海上寮療養所

上野 秀樹

JAAD

認知症とは？

■認知症の定義

いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態。

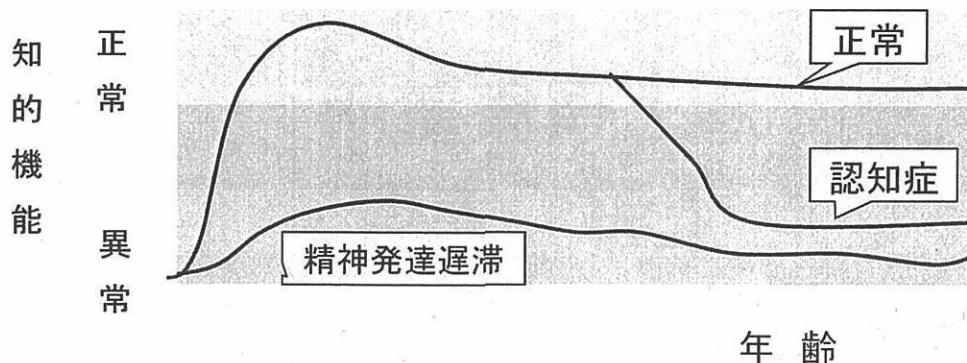
（認知障害の中でも記憶障害が中心となる症状で、早期に出現することが多い）

■認知症と区別すべき病態

意識障害・せん妄、加齢による認知機能の低下、抑うつ状態による仮性認知症、精神発達遅滞等。

認知症とは

一度正常なレベルまで発達した知能が、
正常レベル以下にまで低下した状態



ポイント

「認知症」とは、病名ではなく、状態像である

(脳の神経細胞が死滅して、社会生活に支障を来すような認知機能障害を生じた状態)

→「認知症」の原因となる病気がたくさんある

→その違いは神経細胞が死滅する原因

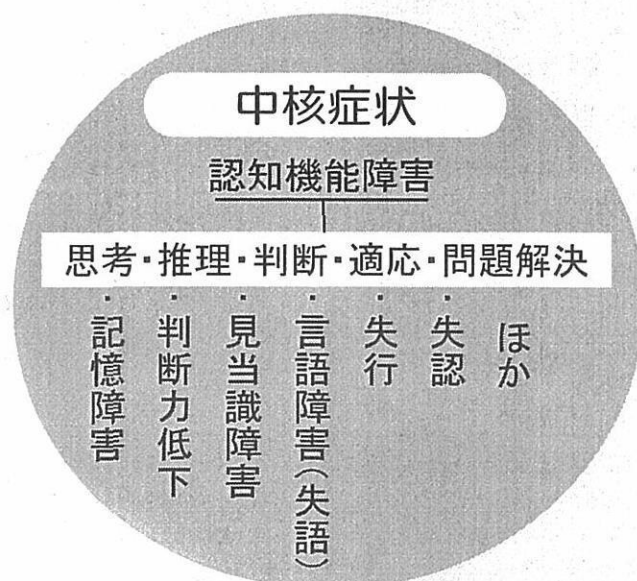
認知症を呈する疾患

- 変性疾患 : アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、など
- 脳血管障害 : 脳血管性認知症
- 感染症 : 脳炎、進行麻痺、エイズ脳症、プリオン病、など
- 腫瘍 : 脳腫瘍
- その他
 - 中枢神経疾患 : 神経ベーチェット、多発性硬化症など
- 外傷 : 慢性硬膜下血腫
- 髄液循環障害 : 正常圧水頭症
- 内分泌障害 : 甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症、など
- 中毒、栄養障害 : アルコール中毒、ビタミンB₁₂欠乏など

認知症の症状とは？

● 中核症状とBPSD

認知症の症状



BPSD(反応性)

- ・ 不安
- ・ 抑うつ
- ・ 興奮
- ・ 徘徊
- ・ 不眠
- ・ 被害念慮
- ・ 妄想

認知症の中核症状とBPSD

中核症状（記憶障害、認知障害、人格変化）

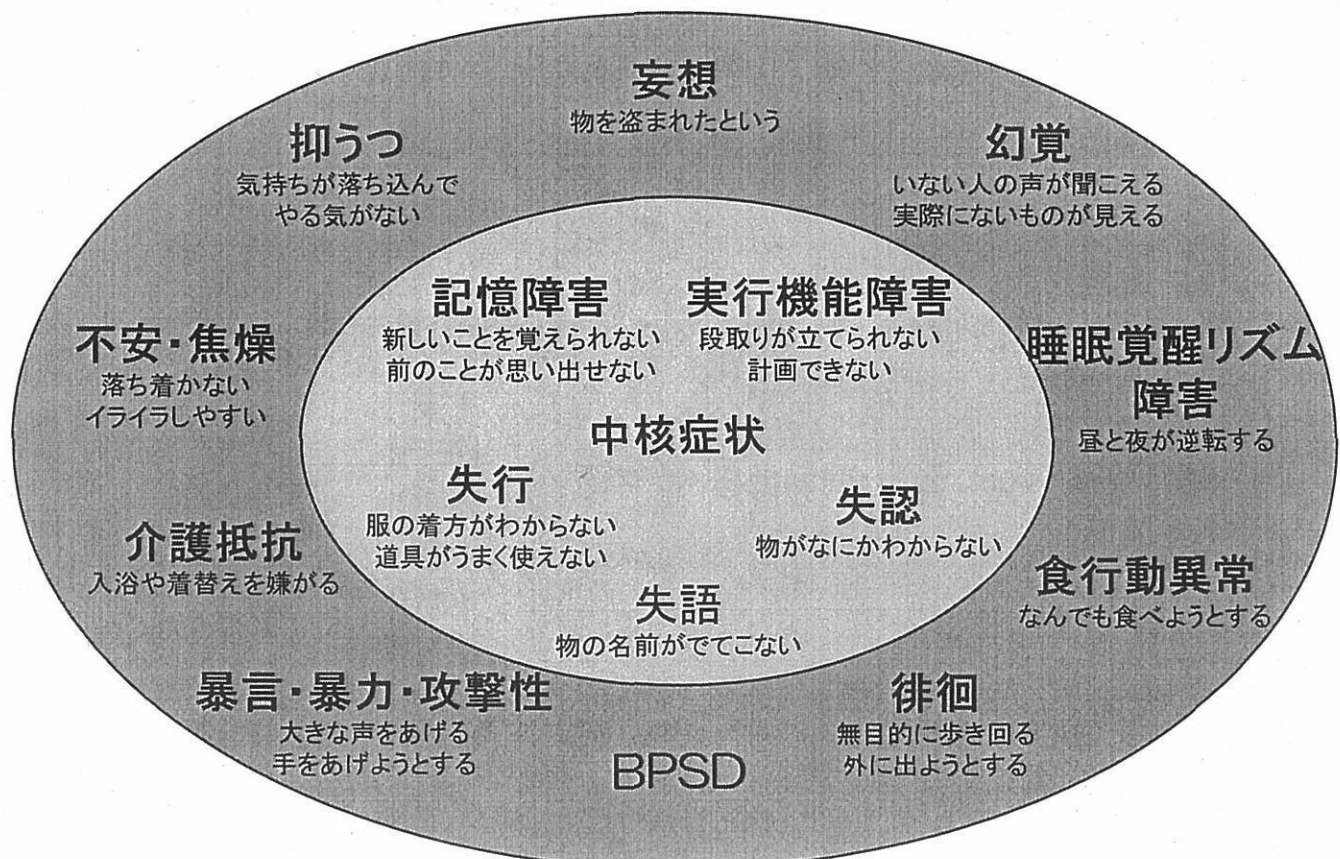
- 程度の差はあれすべての患者にみられる
- 疾患の進行とともに悪化する
- 神経細胞の脱落にともなう能力の喪失

BPSD（精神症状、行動障害）

- みられない患者もいる
- 疾患の重症度（進行）と比例しない
- 中核症状を持つ患者の周囲の環境に対する反応

JAAD

中核症状とBPSD



認知症のBPSD

治療面からの分類

- ・ 純粋な心因反応としてのBPSD
- ・ 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
- ・ 内服している薬物に誘発されたBPSD
- ・ せん妄状態

純粋な心因反応としてのBPSD

- ・ 認知機能障害がある方が、周囲の環境に反応して出現してくる症状
 - 治療の基本は環境の調整や非薬物療法
 - ケアマネの関与や介護保険サービスの利用で多くは改善
 - 精神科医療の出番は少ない

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

内服している薬物に誘発されたBPSD

せん妄状態

→評価、診断、治療的介入のために
精神科医療が必要

福祉関係者に多い精神科医療拒否

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「純粹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
らではないか

私と認知症診療

- 都立松沢病院時代（平成16年4月～）
3年間、認知症精神科専門病棟、認知症専門外来を担当
- 海上寮療養所
平成21年4月より物忘れ外来を開設。
平成21年11月より、認知症に対する精神科訪問診療を開始

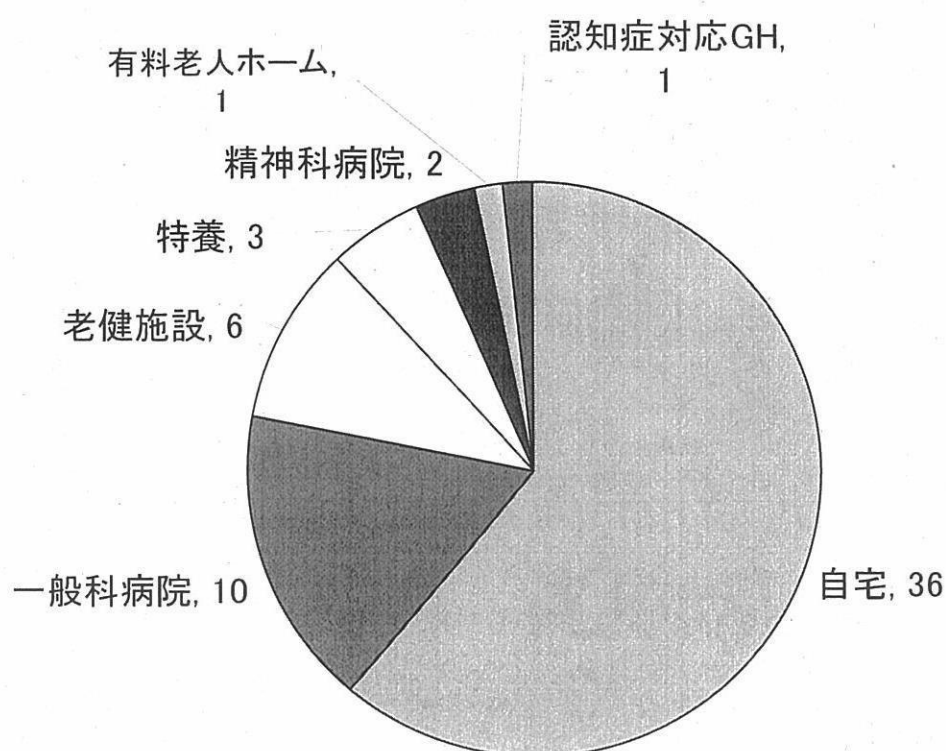
松沢病院認知症病棟の概要

総ベッド数30床
(認知症枠25床＋精神科枠5床)
精神科医2名（臨床専門研修医1名）
看護師19名
心理士1名 作業療法士1名
ケースワーカー1名

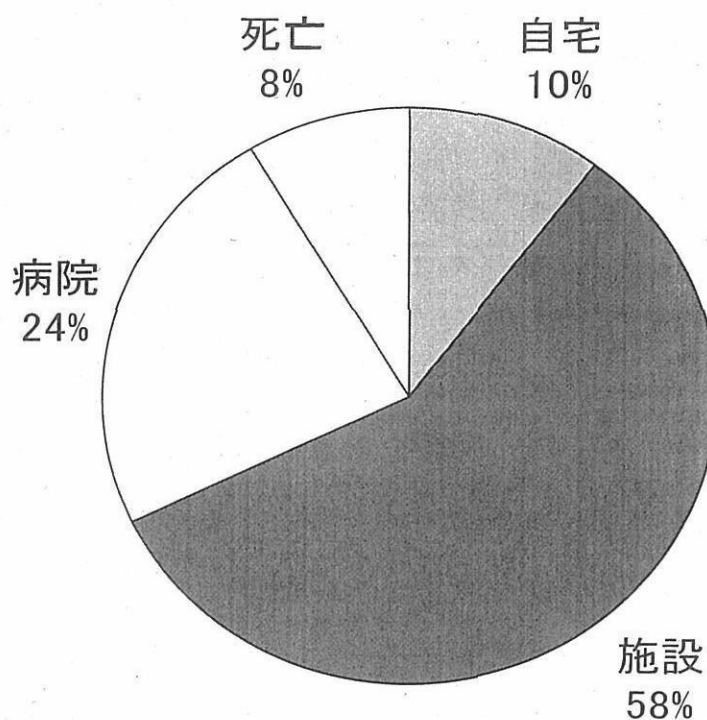
私が担当していた間に

- 3年間で177名を入院加療
- 認知症対応の稼働病床は、25床
→平均入院期間は約5ヶ月間

ある年度の入院前の居所



ある年度の転帰から



ある年度の転帰から

- 精神症状が比較的良好にコントロールされたケース
約7割、うち1割が自宅への退院
- 精神症状のコントロールがあまりうまくいかず、もしくは身体合併症のために継続的に医療的管理が必要となったケース
約2割
- 精神症状のコントロールができず、死亡するまで在院したケース 約1割

早期退院のために

- ・入院前から積極的なケースワーク
- ・退院先に「もし状態が悪化したら、すぐに再入院できること」を確約する

～実際に再入院したケースは、
3年間で数例のみ～

精神科病棟への入院のデメリット

- ・「精神科病院に入院させられた」ことに反応して、BPSDが増悪する可能性があること
- ・「生活の場」ではないので、本人の残された能力を生かすような病棟運営が出来にくいこと
- ・認知症の方と統合失調症の方を混在させることによる不都合があること

訪問診療のアイデア

- ・ 認知症のBPSD治療目的で、一般科病院からの転院を受けたケースの多くが、ちょっとした精神科的薬物療法で精神症状が改善していたこと

→他院への訪問診療ができれば、転院させる必要がなかったのではないか

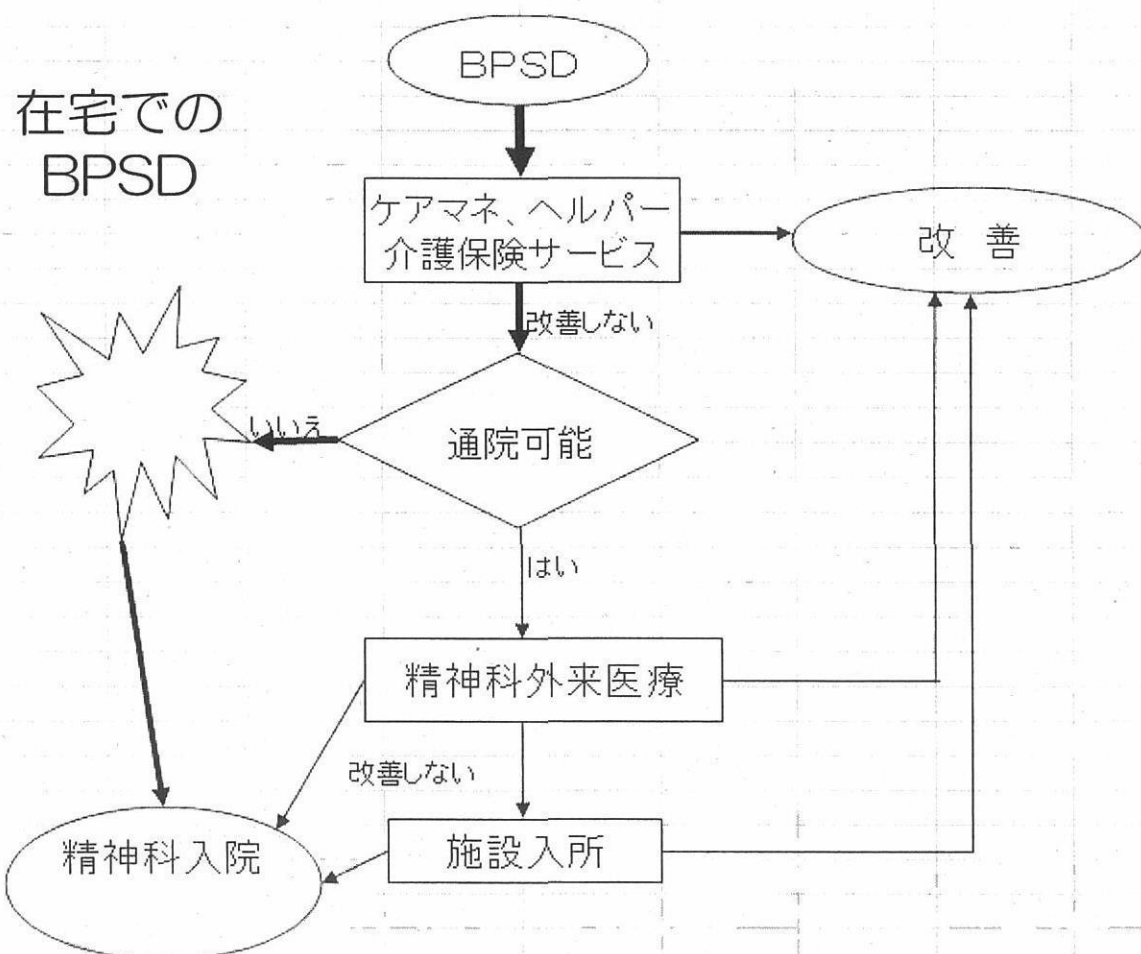
訪問診療のアイデア

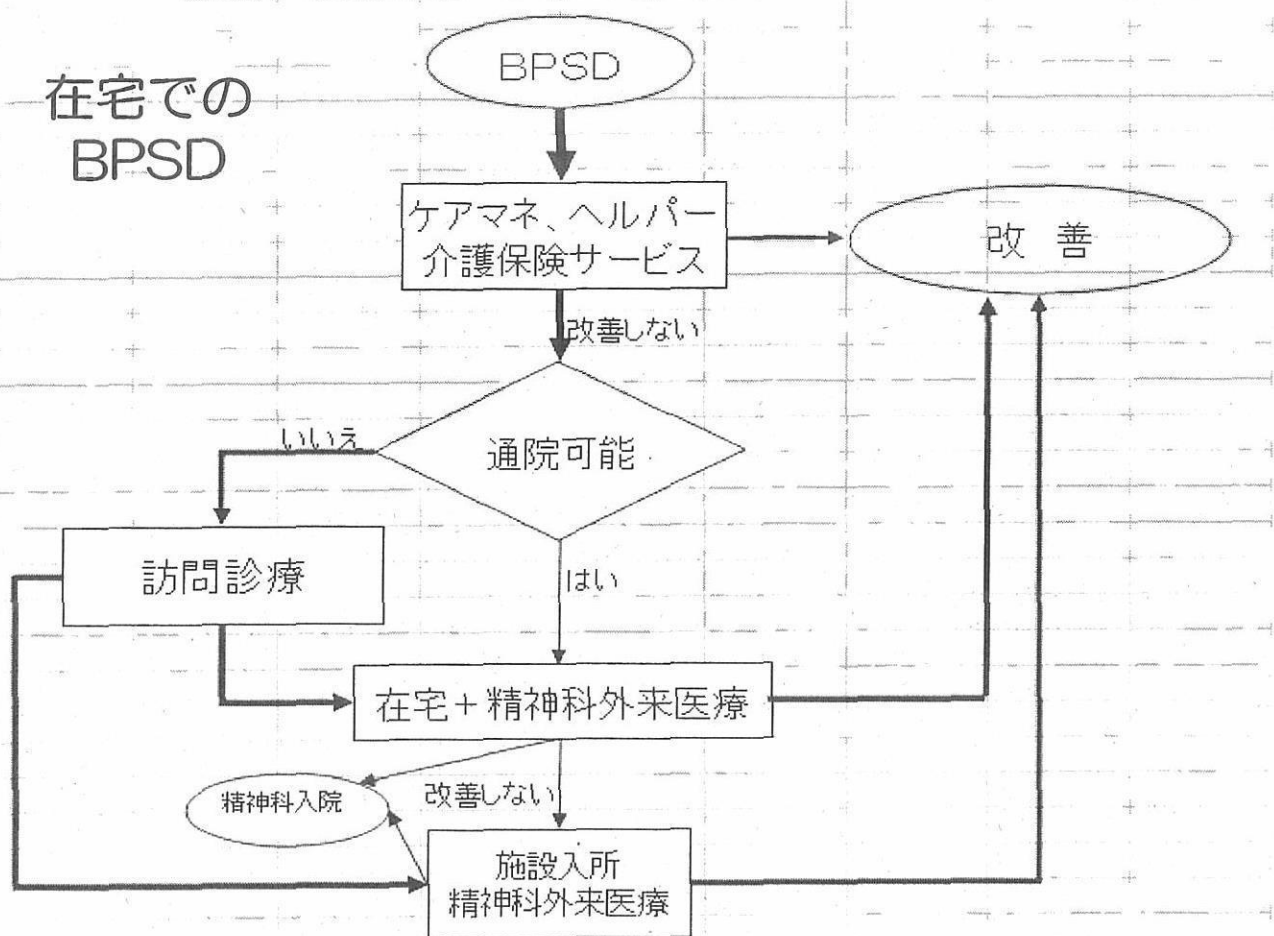
- ・ 高齢者、特に認知症がある方の中には、医者嫌い・病院嫌いの方が意外と多く、特に精神科への外来受診は困難

→精神科に受診できない患者さんの自宅への訪問診療ができれば、在宅生活が続けられるのではないか

私の希望

- ・ 精神科医のいない一般科病院、施設に精神科医療を外付けして、認知症のBPSDに対応したい
- ・ 精神科外来を受診することが困難なBPSDのある認知症高齢者に往診して、精神科医療を提供することで、その人の本来の生活の場での人生を支えたい





海上寮訪問診療

平成21年11月から開始

- 個人宅への訪問診療
- 施設への訪問診療

急性期病院 1カ所 リハビリ病院 1カ所

特別養護老人ホーム 3カ所

養護老人ホーム 1カ所

認知症対応グループホーム 5カ所

海上寮療養所 物忘れ外来の現状

平成21年4月－平成22年8月

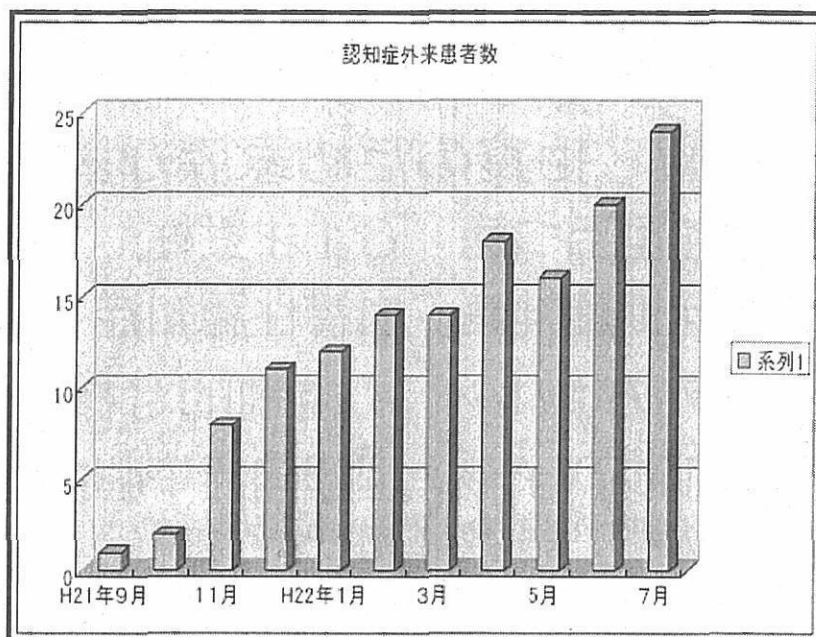
- ・ 累積患者数 160名
平均年齢 78歳 男女比約1：2
- ・ 訪問診療したケース 97名
うち施設関係 61名

現在の訪問診療体制

- ・ 医師 1名
- ・ 看護師 1名 PSW 1名 事務 1名
- ・ 新患数が徐々に増加し、現在は月に30名前後

認知症外来 新規数

月	患者数
H21 9月	1人
10月	2人
11月	8人
12月	11人
H22 1月	12人
2月	14人
3月	14人
4月	18人
5月	16人
6月	20人
7月	24人



訪問診療でBPSDやせん妄状態を改善するための必要条件

- 何らかの形で薬物療法が可能であること
 - 家族、介護者が薬物を投与することができること

訪問診療と精神科入院医療

- 現在まで、精神科入院医療が必要だったケースは3例のみ
- 拒薬・拒食のため家族が薬物療法が不可能
激越型うつ病 61才女性
老年期精神病、血管性認知症 72歳女性
- 暴力が激しく、強制的な医療が必要
アルツハイマー型認知症＋脳血管障害によるせん妄状態 83歳男性

精神科病棟入院が少ない理由

- 地域性
千葉県の子舎で独居老人が比較的に少なく、家庭の介護力に余裕がある場合が多いこと。また、家屋敷のスペースに余裕があり、少々のBPSDでは事例化しないことが多いこと
- 医療機関側の入院をさせずに外来で支えるという強い意志

医療機関側の入院させずに外来 で支えるという強い意志

- ・ 家族・介護者を全力で支えること
～携帯電話による24時間・365日
の相談受付サービス～

訪問診療の展開

- ・ 地域のケアマネへの広報活動
ケアマネ地域連絡会での講演など
- ・ 一般向けの講演
→認知症に関して、理解を深めていた
だき、万一BPSDが生じた場合には早
めに相談をしていただく

認知症に関する地域連携パスのために

- ・ 認知症の方の画像検査・診断

→国保 旭中央病院

- ・ 認知症の方の身体的加療

→開業医の先生方

- ・ 認知症の方のBPSD治療

→海上寮療養所

(訪問診療システムを活用し、地域の福祉施設と連携して治療を行う)

当法人の新しい試み

- ・ 障害者向けグループホームを利用したBPSDの激しい認知症高齢者の方の宿泊サービス

障害者向けグループホームとは

- 自立支援法に基づく施設
- 共同生活援助（グループホーム）と共同生活介護（ケアホーム）の2種類
- 当法人には、共同生活援助と共同生活介護の両方の指定を受けた、計13カ所
総定員61名の障害者向けグループホームが存在

障害者向けグループホームを利用した 宿泊サービスのメリット、デメリット

- 介護保険の限度額を気にする必要がなくサービスを利用できる
- ご本人のニーズに応じたサービスの組合せを提供できる
- 自立支援法を利用するため、税金が100%投入されることになり、財政を圧迫する

宿泊サービスの対象者

- 激しい精神症状や行動障害のために介護保険を利用したショートステイを断られてしまった認知症高齢者
- 精神障害者や知的障害者の処遇のノウハウが生かされるようなケース

今後の展開

- 認知症精神科外来 クリニカルパスの開発
- 認知症に関する地域連携パスの開発

海上療養所の認知症精神科訪問診療

副院長 上野 秀樹

1. 私と認知症診療

東京都立松沢病院在職中の平成16年4月から平成19年3月までの3年間、認知症専門病棟、老人外来を担当しました。

東京都の認知症に対する精神科専門医療は、専門病棟への入院医療を中心としたシステムです。このシステムは、昭和61年に東京都の第四次精神衛生対策委員会において、高齢者の認知症対策の骨子が示され、老人性認知症精神科専門病棟の整備計画が提出されて始まりました。昭和63年から事業が開始され、先陣を切って、都立松沢病院の認知症精神科専門病棟が平成元年から稼働開始しました。現在、認知症精神科専門病棟は都立病院1カ所と民間精神科病院8カ所で計400床が稼働しています。

現在老人性認知症専門病棟がある病院

東京都立松沢病院 2病棟50床

医療法人社団 大和会 大内病院

社会福祉法人 桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院

財団法人 精神医学研究所付属東京武蔵野病院

医療法人社団 慈雲堂内科病院

医療法人財団 岩尾会 東京海道病院

学校法人 昭和大学付属烏山病院

医療法人財団 青溪会 駒木野病院

順天堂大学医学部付属 順天堂東京江東高齢者医療センター

都立松沢病院の老人性認知症専門病棟は2病棟で各病棟30床（うち精神科病床5床）です。認知症専門病棟がある病院で唯一の公立病院として、民間病院では断られてしまうような、精神症状・行動障害が激しいケース、複雑な背景を抱えたケース、重い身体合併症があるケースの他、地域からの緊急性のあるケース、身寄りのない単身生活者のケース、島嶼地域でのケースなどを受け入れています。

松沢病院は、東京都の精神科医療の最後の砦です。認知症専門病棟においても、どんな困難なケースでも断ることなく対応していました。

私が担当していた3年間で、計177例のケースを入院加療しました。認知症

高齢者対応の病床は25床なので、平均入院期間は約5ヶ月間ということになります。治療は薬物療法が中心になっています。

ある年度の入院前の居所は以下の通りです。

自宅	36名
一般科病院	10名
老人保健施設	6名
特別養護老人ホーム	3名
院内救急病棟	2名
有料老人ホーム	1名
認知症対応グループホーム	1名
合 計	59名

この年度の転帰（退院先）は以下の通りでした。

老人保健施設	15名
特別養護老人ホーム	14名
他院認知症療養病棟	14名
自宅	6名
認知症対応グループホーム	4名
有料老人ホーム	1名
死亡	5名
合 計	59名

この年度の転帰を、ざっと整理すると

自宅	10%
施設入所	58%
病院	24%
死亡	8%

となります。

この転帰からいえることは、入院後精神症状が比較的良好にコントロールされたケースは約7割で、そのうち家族関係も良好で自宅へ戻れたケースが1割ありました。精神症状のコントロールがあまりうまくいかず、もしくは身体合併症のために継続的に医療的管理が必要となったケースが約25%ありました。また、精神症状のコントロールが出来ずに死亡するまで在院したケースが約1割あったことになります。

都立松沢病院のこの3年間の経験の中で、認知症の精神科訪問診療のアイデアが出てきました。

精神科のない一般科病院から認知症のBPSD治療の目的で転院を受けたケースの多くが、ちょっとした精神科薬物療法で精神症状が改善していました。松沢病院への転院は基本的に一方通行のことが多く、また、転院すると精神科の病棟なので身体的治療のレベルが下がってしまいます。精神科のない一般科病院に訪問診療さえ出来れば、こういったケースは転院させる必要がなかったのではないかと考えました。

また、認知症高齢者特にBPSDが認められるようなケースの多くは、病院嫌い・医者嫌いのため特に精神科外来への受診が困難です。こういったケースで、外来通院をすることが出来ずに、いきなり入院対応せざるを得なかったケースでも、約7割は薬物療法で精神症状が改善していました。精神科外来を受診できない患者さんの自宅への訪問診療が出来れば、こういったケースも入院させる必要がなかったのではないかと考えました。

精神科病棟への入院にはデメリットが多くあります。認知症の場合、BPSDが激しいケースの多くは、認知機能障害が軽度～中等度です。こういったケースでは、「精神科病院に入院させられた」ということは理解できることが多く、「精神科病棟に入院させられたこと」自体に反応してBPSDが増悪する可能性があります。これは、統合失調症や躁うつ病、うつ病などの内因性精神病の多くで、社会から離れて精神科病棟に入院すること自体に治療的意義があることとの大きな違いです。

精神科病棟は「生活の場」でないので、福祉施設とは異なり本人の残された能力を生かすような生活環境を作り出すことが難しく、入院生活を継続することでADLが低下し、認知機能障害が進行していくことになります。また、認知症患者さんの入院先が認知症専門病棟でない場合、入院させられた認知症の方は、従来から入院している精神疾患の患者さんを怖がり、また、従来から入院されている精神疾患の患者さんは入院してきた認知症の方が部屋がわからずに人の部屋に入ったり、人の持ち物をいじくったりすることに不満を募らせることになります。

こういった経験から、認知症の方の精神科病棟への入院は出来る限り避けるべきであること、さらに精神科のない一般科病院や施設に精神科医療を外付けする形で高齢者の精神障害に対応したいと考えました。精神科外来を受診できない高齢者に訪問診療として精神科医療を提供することで、その人本来の生活の場での人生を支えたいと考えました。こうして、松沢病院勤務中も訪問診療を行うことを考えましたが、時間的に不可能であきらめた経緯があります。

また、現在の当院の訪問診療をするにあたって、大きな影響をうけた制度があります。東京都の高齢者精神医療相談班です。高齢者精神医療相談班は、東京都内に3カ所ある精神保健センターに設置されている組織で、精神科医と保健師から構成されています。地域包括支援センター、民生委員、近隣住民の方で認知症のためと思われる住民の問題行動で困っている方がいる場合、地域の保健センターに相談すると、精神保健担当の保健師の訪問後、必要があれば、高齢者精神医療相談班に訪問を依頼し、精神科医と保健師が同行訪問することになります。現場で精神科医が診察し、専門病棟入院を含めた処遇の相談をすることになります。このシステムでは、精神科医が訪問して、現場で診察をするので、的確な処遇相談をすることが出来ます。世田谷区にある中部精神保健センターの高齢者精神医療相談班の訪問実績は平成17年度に年間約80件、うち入院は47件（精神科専門病棟への入院は45件）ありました。

入院までの手続き

専門病棟に入院が必要な方で、本人の拒否が強く受診が困難な場合は、保健所や区市町村の相談窓口にご相談ください。

相談窓口からの依頼で、高齢者精神医療相談班の専門医が訪問して診察します。対応・処遇について相談に応じ、治療が必要と診断された方については入院を調整致します。



高齢者精神医療相談班

認知症のためと思われる問題行動で、困っている方

保健所・区市町村高齢者相談窓口にご相談

保健所・区市町村窓口から高齢者精神医療相談班に訪問依頼

担当者と専門医が同行訪問して診察



家族・関係者と処遇相談

(入院相談)

入院

在宅・施設入所
(専門外来・往診・
介護サービスなど)

訪問診療システムを運営する場合、ぜひこの高齢者精神医療相談班の機能を持たせたいと思っていました。この場合、費用は医療保険が適用できません。

2. 海上寮療養所にて

海上寮療養所に転職後、平成21年4月に物忘れ外来を開設しました。しかし、予想に反して、患者さんは訪れず、新患数は月に1-2名の状態が続きました。いろいろ原因を調べた結果、海上寮の名前にスティグマがあることがわかりました。

海上寮療養所は、昭和6年に結核療養所として開設され、その後昭和30年代に精神科病院として生まれ変わりました。そのため、高齢者の方にとっては、「海上寮＝肺病の病院」であり、また、若い方にとっては「海上寮＝精神科病院」で、いずれにせよ、いったが最後、まともにかえってこれないところというイメージだったのです。

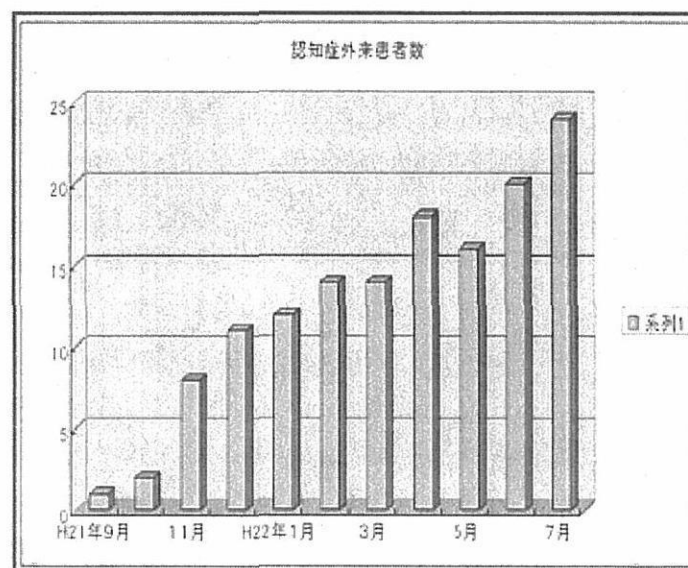
結核療養所時代は、患者さんは他の地域から訪れており、精神科病院になってからも入院患者さんの多くは東京から来た人で、外来患者はほとんどなく、地域社会から遊離した医療を行っていたことは確かです。

こういったイメージをかえようと、平成21年11月から認知症に対する精神科訪問診療を開始することにしました。

介護保険導入後、高齢の認知症患者さんに関しては、ケアマネジメントシステムがうまく稼働しています。そのため、当院の訪問診療システムも、地域のケアマネの連絡会、ネットワーク会議などを利用して精力的に宣伝しました。その甲斐もあって、物忘れ外来の新患数は順調に伸びています。

物忘れ外来 新患数

月	患者数
H21 9月	1人
10月	2人
11月	8人
12月	11人
H22 1月	12人
2月	14人
3月	14人
4月	18人
5月	16人
6月	20人
7月	24人



認知症の精神科外来診療のポイントは2つあります。

BPSD の早期発見、早期治療と精神科薬物療法の副作用の早期発見と早期対応です。

BPSD もこじらせてしまうと治療が困難になるだけでなく、完全な回復が困難になります。また、高齢者では身体的予備能が低下し、若い方に比較して薬物療法の副作用が出やすい状況です。認知症では脳に神経細胞の脱落という器質性の障害を負っているため、精神科薬の副作用が出やすくなっています。若い方の精神症状の治療では、若干過鎮静気味にした方が、治療がうまくいくことがあり、副作用も可逆的なことが多いです。しかし、高齢者の場合、副作用が不可逆的になることも多く、精神科薬物療法では、「効果を出す」ことよりも「副作用を出さない」ことのほうが重要になります。副作用が出た場合にも、早めに対応することで改善する可能性が高くなるため、早めの対応が重要になります。

精神科薬の副作用を早めに教えていただくため、ご家族には私の個人の携帯電話番号をお教えしています。このことにより、いままでだれにも相談できず、孤立して困っていたご家族が、いつでも相談できる相手が出来たということで安心し、余裕が出来、介護者のこころの余裕で認知症の方の精神症状が改善するという大きな副次的な効果がありました。

認知症の方を地域で支えるために

海上寮療養所

上野 秀樹

1. 認知症とはなにか

認知症は医学的な定義としては、

いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、複数の認知障害があるために社会生活に支障をきたすようになった状態

のことをいいます。すなわち、認知症はいわゆる「状態像」であって、認知症の状態になる疾病（認知症性疾患）は数十種類あると言われています。

認知症性疾患は、脳の神経細胞が死滅して脱落し、認知機能障害が生じる病気です。その違いは、神経細胞が死滅する理由です。

現在の日本では、アルツハイマー型認知症（約50%）、血管性認知症（約20%）、レビー小体型認知症（約10%）が三大認知症といわれています。

認知症の症状は、通常「中核症状」と「周辺症状（BPSD）」の2種類に分けて考えます。このうち、中核症状とは、脳の神経細胞が死滅・脱落することによって直接的に生じてくる症状で、記憶障害、見当識障害、判断力の低下などをいいます。認知症であれば、必ず脳の神経細胞の脱落が認められるので、認知症の患者さんでは中核症状は必発です。また、

認知症の悪化＝脳の神経細胞の脱落の進行

なので、認知症の進行に伴い、中核症状は増悪していきます。

それに対して、BPSDとは「中核症状を持っている患者さんが、周囲の環境に対して反応性に出してくる症状」のことをいいます。具体的には、不安、抑うつ、興奮、徘徊、不眠、被害念慮、妄想などの精神症状、行動障害のことです。例えば、認知症の初期段階では、自分の認知機能障害に気づき、不安になったり、将来のことを考えて、抑うつ的になったりします。さらに認知機能障害が進行すると、記憶障害に関する病識が失われるので（忘れること自体を忘れてしまう）、自分がしまい場所を忘れてなくしたものを「誰かが盗った」と訴えたりすることがあります（物盗られ妄想＝被害関係妄想）。こういった被害妄想のために興奮したりすることもあります。場所がわからなくなると徘徊が認められたりします。

ご本人が周囲の環境に適応可能であれば、こういった BPSD は認められません。また、認知症性疾患が進行（＝脳の神経細胞脱落、脳萎縮が進行）し、無言・無動の状態になってしまえば、BPSD が認められることはありません。というわけで、BPSD は認知症の方でも認められないことも多く、病気の進行度にも比例しません。

精神科的治療の対象になるのは、この BPSD です。

BPSD は精神症状と行動障害に分けられます。

- ・ 抑うつ、不安、緊張、焦燥、妄想、幻覚
→ 精神症状（面接によって評価）
- ・ 落ち着きのないさ、暴言、暴力、徘徊、不適切な行動
→ 行動障害（観察によって評価）

また、治療面からは BPSD は以下の3種類に分類できます。

- ・ 純粋な心因反応としての BPSD
- ・ 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
- ・ せん妄状態

このうち「純粋な心因反応としての BPSD」は、「認知機能障害がある患者さんが周囲の環境に反応して出現する症状」なので、治療の基本は周囲の環境の調整や非薬物療法です。このタイプの BPSD は、介護保険の申請によるケアマネの関与や、介護保険サービスの利用で改善することも多く、精神科医療の出番はそれほど多くありません。

「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）と関連が認められる BPSD」と「せん妄状態」は、その評価、診断、治療的介入のために精神科医療が必要になります。

2. せん妄状態

せん妄状態は、通常 BPSD とは別に扱われることが多いようですが、認知症高齢者ではよく認められる状態像です。

せん妄状態とは軽度から中等度の意識障害を背景に、不安、イライラ、不眠、精神運

動興奮を伴い、幻覚（特に幻視）、妄想を認めることが多い状態をいいます。

ベースとなる意識障害の程度が一定しないため、経過は動揺しやすく、夕方から夜間にかけて増悪することが多く、夜間せん妄といわれます。私が、松沢病院で病棟を持っていたときには、入院患者さんの80-90%が何らかの形でせん妄状態を呈していました。

せん妄状態では、意識障害が存在するため、注意力や集中力が低下して、記銘力が低下します。そのため最近の出来事が思い出せなくなり、記憶できなくなります。不意に自分がいる場所や時間がわからなくなり、自分が誰かもわからなくなったりします。さらに増悪すると行動のまとまりが失われ、支離滅裂な言動がみられるようになります。

せん妄状態を起こしやすい状態（せん妄の準備状態）としては、

- ・ 認知症などで脳の機能が低下しているとき
- ・ 髄膜炎、脳炎など脳が直接障害されているとき
- ・ 身体的な病気が重症のとき
- ・ 脳に直接作用する薬物を飲んだとき
（アルコール、麻薬、精神科薬等々）
- ・ 血液中の電解質（Na, Cl, K, Ca 等）の異常があるとき

があげられます。

認知症で脳の機能が低下しているときは、ささいな誘因で容易にせん妄状態を生じます。認知症の中でも血管性認知症や変性疾患に血管性変化を合併した場合にせん妄状態がよく認められます。

せん妄状態は、上記のせん妄を起こしやすい状態（準備状態）に何らかの誘因が加わり、生じると考えられます。

せん妄状態の誘因としては、

- ・ 身体的誘因

→薬剤の内服（抗パ剤、抗不安薬、三環系抗うつ薬、H2 ブロッカー、ステロイド剤等々）、血圧の一時的変動、心肺機能の低下、発熱、下痢、脱水状態、貧血、手術直後、飲酒および断酒

- ・ 心因、環境因

→急激な環境変化、離別、死別、経済的問題、感覚遮断（周囲からの孤立感）、睡眠遮断、身体的抑制

があげられます。

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います。

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 やせん妄状態に対応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。