

認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会  
配付資料

海上療養所  
上野 秀樹

(1) 当院で、在宅生活を送られている認知症の人に対し、実践している精神科医療の具体的な支援内容や実績等

当院では平成 21 年 11 月から、認知症の人に精神科医療をアウトリーチで届けるサービスを行っています。

これは、次の二つのサービスからなっています。

- ・精神症状のために精神科外来を受診することができない認知症の人のところへ精神科医師が往診するサービス
- ・精神科のない医療機関、介護保険施設等へ精神科医師が往診するサービス

当院の訪問診療は東京都高齢者精神科医療相談班に診療機能をプラスしたものです。

東京都には、昭和 60 年代に開始された「老人性認知症精神科専門医療事業」があります。この事業では、都内 9 カ所の精神科病院に認知症精神科専門病棟が整備され、あわせて都内 3 カ所の精神保健センターに東京都高齢者精神科医療相談班（以下、老人班）が設置されました。

老人班とは精神科医師と看護職のチームです。地域の担当者とともに認知症高齢者の家庭を訪問して診察し、今後の対応方法や認知症専門病棟への入院を含めた処遇の相談をします。ただし、老人班は診察を行うのみで、治療機能はありません。

訪問の対象は、

- ・病院嫌い、医者嫌い、暴れるなどのために家族や関係機関が、認知症高齢者を病院に連れて行くことができず困っているケース
  - ・幻覚・妄想・焦燥・易怒性・不安・暴力・徘徊・大声・迷惑行為などの認知症に伴う激しい精神症状に対して近隣住民、民生委員や関係機関が困っているケース
- です。

実際の訪問がどのように行われるかご説明しましょう。まず、家族、近隣住民、民生委員等の関係者が、地域の高齢者担当相談窓口（各区の保健センター、福祉事務所、区役所、保健福祉センター、地域行政センター、保健所、保健相談所、地域包括支援センター等）に相談します。その後、地域の保健師や地域包括支援センターの職員が訪問して問題点を整理した上で、老人班に訪問の依頼を行います。

依頼を受け、訪問した老人班の精神科医師が本人を診察し、認知症精神科専門病棟への入院を含め今後の処遇を相談することになります。

### <東京都高齢者精神科医療相談班を利用した専門病棟への入院の流れ>

家族・近隣住民・民生委員等で認知症のためと思われる問題行動で困っている方



地域の高齢者相談窓口で相談に相談

→保健師、地域包括センター職員の訪問



高齢者精神医療相談班に訪問依頼

→精神科医、看護職が訪問

→家族・関係者と処遇相談（含入院相談）

→専門病棟への入院

私は、東京都立松沢病院にて平成 16 年から 3 年間、認知症精神科専門病棟（30 床）を担当し、約 180 名弱の精神症状のある認知症の人を入院加療してきました。中でも、この老人班が関与したケースを多く入院させる中で、認知症で精神症状が問題となるケースでは、医者嫌い・病院嫌いが多く、家族や関係者が対応に困っても、医療機関に受診困難なために適切な医療を受けることができない場合が多いことを知りました。

#### ・精神科のない医療機関からの転院依頼

松沢病院時代に精神科のない医療機関からの転院の依頼を数十件受けましたが、転院して比較的少量の精神科薬物療法で劇的に精神症状が改善する方が多かったのです。「もし、私が往診することが出来れば、そもそも転院させる必要はなかったのではないか」と考えたのが、そもそも認知症の人への精神科訪問診療を考えたきっかけです。松沢病院時代にも精神科のない医療機関への往診を検討しましたが、時間的に難しく断念した経緯があります。

#### ・入院のニーズの多さ

精神科の認知症病棟への入院のニーズの多さを身をもって体験しました。一人が退院するとすぐに次の方が入院するという状況です。どのケースの入院の希望もとても切実なもので、何とか早く入院させてあげたいと思ったことを記憶しています。入院された方のほぼ 7-8 割は精神科薬物療法で比較的良好に精神症状が改善され、当時は「重い精神症状をもつ認知症の人の治療のために精神科への入院加療が必要であること」に疑いを持っていませんでした。

その後、海上寮療養所に転職し、平成 21 年 4 月にもの忘れ外来をはじめました。しかし、当院はもともと結核療養所として開設された精神科病院で、受診の敷居が高く、ほとんど認知症高齢者の受診がありませんでした。そこで、はじめたのが認知症の人に対する精神科訪問診療です。

上記の東京都高齢者精神科医療相談班に診療機能をプラスしたものとして設計しました。

精神科病棟に入院した場合の治療効果は、かなりの部分が適切な薬物療法によるものです。本来その認知症の人が生活する在宅や施設に往診して適切な薬物療法を提供することが出来れば、環境がより良好で、リロケーションダメージなどがないため、入院させる以上に治療効果が上がるものと考えられます。

これまで、精神症状のある認知症の人 900 名以上を診療しました。精神科病院への入院が必要であったケースは 40 名弱で、その多くは妄想性障害、うつ病、アルコール関連障害などの精神障害の合併のために入院が必要になったケースです。

最も多いときで、施設等への往診は 20 カ所以上に上りました。

① 定期的に往診

- ・一般科療養病棟 1 カ所
- ・特別養護老人ホーム 6 カ所
- ・養護老人ホーム 1 カ所
- ・有料老人ホーム 1 カ所
- ・認知症対応 GH 10 カ所
- ・小規模多機能 2 カ所

② 不定期に往診

- ・一般科急性期病棟 2 カ所
- ・認知症対応 GH 2 カ所
- ・ケアハウス 1 カ所

定期的に往診している介護保険施設のショートステイベッドを、認知症の人の精神症状の治療目的で利用することもありました。精神症状が激しくて、在宅で生活を支えることが困難になった人をショートステイさせてもらい、その施設に私が往診して精神科的治療を行い、再び在宅で生活を可能にするのです。

適切な精神科医師の往診があると、精神症状があるケースの介護保険施設での受け入れ能力があがります。

**（３）精神科医等による在宅療養の支援があっても、症状の悪化等により在宅生活が一時的に困難で、精神科病院への入院が必要となる認知症の人の状態とは、具体的にどのような状態か**

日本の現状に基づいて述べます。

認知症の人の一部に精神症状を生じることがあり、増悪してしまうことがあります。そうした精神症状のために、どうしても在宅でその生活を支えることが出来ない場合には、施設への入所、もしくは精神科病院への入院の二つの対応方法があります。

残念ながら現在、精神症状のある認知症の人に対する施設の対応能力は不十分です。そのため、施設での対応を断られ、精神科病院への入院が選択されてしまうケースが多くなっています。

現在の日本では認知症の人の精神症状のために身も心も疲弊し、大変な思いをして介護しているご家族がたくさんいます。そして、精神症状への対応能力の低い施設から対応

を断られ、仕方なく精神科病院しか頼ることが出来ない場合も多いのです。

精神科病院への入院が必要な認知症の人の状態とは「激しい精神症状のため、在宅でその生活を支えることが出来ず、施設での対応も断られてしまったケース」になるかと思っています。

大切なのは、こうした状態になってしまう認知症の人を減らすことです。これはこれからの私たちの努力で十二分に可能なことです。

認知症に伴う行動・心理症状を含めた精神症状は、もの忘れや判断力の低下のある認知症の人が周囲の環境で混乱したり、「言葉で表現するのが苦手な認知症の人」の「言葉にならないメッセージ」の可能性があります。

認知症の人が安心して暮らせるような地域社会、認知症の人が活躍できる地域社会をつくることで、認知症の人の精神症状の発生を予防することが可能です。また、万一発生してしまった場合でも、認知症の人が混乱しないような環境を調整し、ケアや対応の工夫を行い、行動・心理症状に込められた「認知症の人の言葉にならないメッセージ」を読み取ることが出来れば、精神症状を改善することも可能になります。

認知症は、高齢者の割合が圧倒的に高いですが、高齢の認知症では従来の分類の三障害すべてが出現する可能性があります。

- ・ 高齢化による身体機能障害
- ・ 認知機能障害≡知的障害
- ・ 一部の認知症の人には行動・心理症状という精神障害

このように、認知症を障害として捉えて考えてみましょう。

精神症状は、

- ・ 本人の要因（認知機能障害の存在、もともとの精神障害等々）＋本人と環境の相互作用

によって生じてきます。

障害の社会モデルの考え方からは、周囲が合理的な配慮を行うことで精神症状を改善することが基本となります。精神科医療≡精神科薬物療法は、本人側の要因を変えることで精神症状を改善する方法であり、こうした精神科医療的なアプローチは、認知症に伴う行動・心理症状への対応としては「最後の手段」ということになります。

最後の手段の精神科医療的アプローチは、以下の 2 種類の提供方法があります。

- ・ アウトリーチサービスを含む精神科外来医療
- ・ 精神科入院医療

統合失調症などの一般的な精神疾患では社会的な刺激で幻覚や妄想などの精神症状が悪化することが多く、社会からの隔離自体に治療的な効果があります。精神科入院医療に一定の効果が期待できるのです。しかし、精神症状が激しい認知症の人では、認知機能障害が軽度～中等度の人が多く、自分がどこにいるのか理解できる場合も多いのです。認知症の人は「自分が精神科病院に入院させられた」ということに反応して、入院したことにより精神症状がかえって増悪してしまうということもあります。また、精神科入院医療にはリロケーションダメージなども伴います。最後の手段の精神科医療の提供は、可能な限りアウトリーチサービスを含む精神科外来医療の形で行うべきなのです。

内科や外科などの一般科医療では、医療の必要性が高まった場合、例えば内科的な病気で昏睡状態にあるとか、大けがをしているような場合には医療機関に搬送することが出来れば、医療へのアクセスは容易です。精神科医療の場合には、医療の必要性が高まれば高まるほど病識が失われ、通常の形での医療へのアクセスが困難になります。精神科医療の場合には、精神症状故に通常の外来受診が困難な人へのアウトリーチサービスの提供が必要なのです。

現在の日本では、認知症の人が安心して暮らせる社会的な支援が不十分なために、精神症状が激しくなってしまうケースが散見されます。

しかし、私たちが認知症の人が暮らしやすい社会をつくることで、こうしたケースを減らすことが可能になります。また、万一精神症状を生じてしまった場合でも、環境の調整や適切な対応を支援し、最後の手段としての精神科医療のアウトリーチサービスを提供する体制を整備することで精神症状を改善することが出来るようになります。

認知症の人の精神症状では、認知機能障害による心因反応的な要素が大きく、統合失調症などの一般精神疾患に比較して精神科薬物療法の必要性は低いことが多いのです。認知症の人のための精神科医療の提供は、一定の訓練を受けたかかりつけ医でも十分可能な場合が多いと考えられます。精神科医の関与が必須となるのは、妄想性障害、うつ病、アルコール関連疾患などの精神疾患を合併している場合などであると考えられます。