

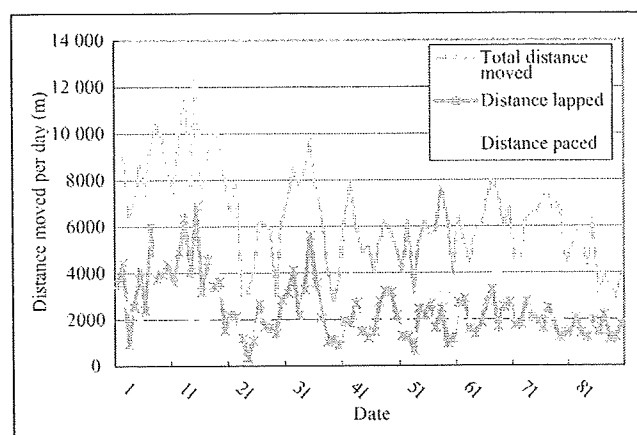


Figure 2. Total distance moved, distance paced, and distance lapped in R11 during the 90 days of monitoring.

pacing and lapping movements. Although the sample size was small, the results clearly indicate that the spatial movement patterns of patients with AD were quite different from those of patients with FTD who routinely paced or lapped most of the distance they moved.

In our study, patients with AD did not routinely pace or lap twice or more and appeared to be walking “without a fixed route.” The cutoff point of ≥ 3 consecutive pacing and lapping movements in this study appears to differentiate routinized pacing movements, regardless of the distance moved per day. Identifying repetitive spatial movements may assist in differentiating patients with AD from FTD participants. In previous observational research of spatial movements, pacing was defined as “constantly (aimlessly) walking back and forth”³¹ or “frequent and/or unpredictable pacing,”¹³ and the number of pacing movements was not specified. However, absence of routinized pacing or lapping movements in patients with AD does not preclude occasional episodes of repetitive movements, which were observed in several participants including the case presented (R11). Further research is necessary to examine the factors associated with greater fluctuations in the distance moved and pacing and lapping movements.

Routinized pacing is one of the strong predictors of FTD³² and is characterized by participants rhythmically pacing a fixed route. R10 was in the advanced stage of FTD, and his spatial movement pattern was fixed. The current study also suggests that walking a fixed route by patients with FTD could manifest in lapping seen in R29. Exercise is recommended for patients with FTD for health maintenance and preventative care.³³ However, increasing exercise may interrupt their routinized lifestyle because they walked 70% to 80% of the distance moved per day by repeatedly following the same route. Assessing current activity level and their routinized lifestyle is important for person-centered care in patients with FTD.

Wandering is often characterized as “excessive”^{9,18} or “endless.”⁵ In this study, no clear cutoff point for “excessive ambulation” was found in terms of distribution of the distance

moved. Those who moved around 10 km a day would appear to show excessive ambulation, and this was limited to early-onset patients with AD with low MMSE scores in our study. Pathological changes in the brain could account for excessive ambulation. Accurate descriptions of the changes in ambulation may assist in identifying regions related to excess ambulation in conjunction with new imaging technologies to measure brain functions, such as near-infrared spectroscopy.

Recent review articles have reported the lack of efficacy of various nonpharmacological interventions to reduce wandering in people with dementia, such as environmental modifications, activity sessions, and music therapies.¹ The substantial fluctuations in participants’ movements in the absence of intervention in this study reveal the difficulty in measuring such intervention effects, setting aside the problem of measuring wandering. Although the current study was conducted in a semiacute dementia care unit, fluctuations in the distances moved were observed in studies in long-term dementia care units in Korea²² and Japan.²³ Therefore, the use of objective measurement instrument is desirable to evaluate interventions for wandering.

The major limitation of this study is the difficulty in measuring random movements, which was associated with cognitive decline.³⁴ Increasing the number of antennae would solve this problem in future research. Boundary transgressions, one of the dimensions of wandering⁷ could also be measured by placing antennae in appropriate places. Quantification of various dimensions of wandering could assist in typology of wandering, which may be related to dementia type and trajectory of dementia.

The current study suggests that quantification of movement patterns in people with dementia has potential for describing the spectrum of wandering, making differential diagnoses, and elucidating the mechanisms underlying wandering.

In summary, repetitive pacing and lapping movements were observed in participants with FTD but were rarely observed in patients with AD. Quantitative descriptions of ambulation corresponded with subjective descriptions of the pattern of ambulation in patients with AD and FTD.

Acknowledgments

The authors wish to express their appreciation for the contributions of the patients and their families. We are especially grateful for the cooperation of the staff of Asakayama Hospital.

Declaration of Conflicting Interest

The authors declared no conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article.

Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research and/or authorship of this article: Grant-in-Aid for Scientific Research (Scientific Research B, No 17406032, 2005-2007) from the Japan Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology.

References

1. Robinson L, Hutchings D, Dickinson HO, et al. Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(1):9-22.
2. Lai CK, Arthur DG. Wandering behaviour in people with dementia. *J Adv Nurs*. 2003;44(2):173-182.
3. Algate DL, Moore DH, Vandeweerdt C, Gavin-Dreschnack DJ. Mapping the maze of terms and definitions in dementia-related wandering. *Aging Ment Health*. 2007;11(6):686-698.
4. Kiely DK, Kiel DP, Burrows AB, et al. Identifying nursing home residents at risk for falling. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(5):551-555.
5. Colombo M, Vitali S, Cairati R, et al. Wanderers: features, findings, issues. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*. 2001;7:99-106.
6. Martino-Saltzman D, Blasch BB, Morris RD, McNeal LW. Travel behavior of nursing home residents perceived as wanderers and nonwanderers. *Gerontologist*. 1991;31(5):666-672.
7. Algate DL, Beattie ER, Bogue EL, Yao L. The Algate Wandering Scale: initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2001;16(3):141-152.
8. Hope T, Fairburn CG. The Present Behavioural Examination (PBE): the development of an interview to measure current behavioural abnormalities. *Psychol Med*. 1992;22(1):223-230.
9. Thomas DW. Wandering: a proposed definition. *J Gerontol Nurs*. 1995;21(9):35-41.
10. Klein DA, Steinberg M, Galik E, et al. Wandering behavior in community-residing persons with dementia. *J Adv Nurs*. 2000;15:1013-1020.
11. Rolland Y, Payoux P, Lauwers-Cances V, et al. A SPECT study of wandering behavior in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:816-820.
12. Matteson MA, Linton A. Wandering behaviors in institutionalized persons with dementia. *J Gerontol Nurs*. 1996;22(9):39-46.
13. Dawson P, Reid DW. Behavioral dimensions of patients at risk of wandering. *Gerontologist*. 1987;27(1):104-107.
14. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol*. 1989;44(3):M77-M84.
15. Kiely DK, Morris JN, Algate DL. Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:1013-1020.
16. Klein DA, Steinberg M, Galik E, et al. Wandering behaviour in community-residing persons with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(4):272-279.
17. Mungas D, Weiler P, Franz C, et al. Assessment of disruptive behavior associated with dementia: the Disruptive Behavior Rating Scales. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1989;2(4):196-202.
18. Hope RA, Fairburn CG. The nature of wandering in dementia: a community-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1990;5:239-245.
19. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-2314.
20. Cohen-Mansfield J, Werner P, Culpepper WJ, Barkley D. Evaluation of an inservice training program on dementia and wandering. *J Gerontol Nurs*. 1997;23(10):40-47.
21. Algate DL, Beattie ER, Leitsch SA, Beel-Bates CA. Biomechanical activity devices to index wandering behavior in dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2003;18(2):85-92.
22. Yamakawa M, Shigenobu K, Makimoto K, et al. Environmental control interventions for frontotemporal dementia with reversed sleep-wake cycles. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2008;23(5):470-476.
23. Makimoto K, Eun AL, Kang Y, et al. Temporal patterns of movements in institutionalized elderly with dementia during 12 consecutive days of observation in Seoul, Korea. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2008;23(2):200-206.
24. Greiner C, Makimoto K, Suzuki M, et al. Feasibility study of the integrated circuit tag monitoring system for dementia residents in Japan. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2007;22(2):129-136.
25. McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984;34(7):939-944.
26. Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*. 1993;43(2):250-260.
27. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*. 1998;51(6):1546-1554.
28. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2005;65(12):1863-1872.
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed., Text Revision. Washington, DC: The Association; 2000.
30. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-198.
31. Shigenobu K, Hirono N, Tabushi K, Ikeda M. Validity and reliability of the Japanese Version of the Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH). *Brain Nerve*. 2008;60(12):1463-1469.
32. Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS, Freedman L. Two studies of pacing in the nursing home. *J Gerontol*. 1991;46(3):M77-M83.
33. Bathgate D, Snowden JS, Varma A, et al. Behaviour in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurol Scand*. 2001;103(6):367-378.
34. Merrilees JJ, Miller BL. Long-term care of patients with frontotemporal dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4(6 suppl):S162-S164.
35. Algate DL, Kupferschmid B, Beel-Bates CA, Beattie ER. Estimates of stability of daily wandering behavior among cognitively impaired long-term care residents. *Nurs Res*. 1997;46(3):172-178.

第II部 各論—2. 精神障害別

10) 認知症

1. 行動療法的アプローチ・環境調整

繁 信 和 恵* 池 田 学**

1. はじめに

認知症高齢者は、認知症という障害の現れ方や発病に至るまでの生活背景が千差万別であり、個別的な対応が求められることから、近年ではパーソンセンタードケアが推奨されている。一方では、疾患に特徴的な症状・経過等を考慮し、またその特徴を逆に生かした、疾患別の病態に根ざしたケアの方法も求められている¹⁾。ここでは後者について疾患別に行動療法的アプローチと環境調整を中心に紹介する。

ケアを始める前に、患者の認知機能障害、行為の解体、精神症状などを正確に評価し、ケアを担当する者がそれを十分に理解することが重要である。それによって、残された機能や症状を利用したケアが可能になる。

また在宅介護を支える上での行動療法的アプローチや環境調整には、専門職による訪問指導が有用である。まず、患者の生活・介護環境を十分に把握した上で個別の訪問相談を行う。それにより個々の患者の生活環境における危険因子や行動特徴を把握でき、さらには介入のポイントを明らかにすることができる。またその内容をケアマネジャーや利用する介護サービスのケアスタッフに伝えることで、家庭と介護サービスの両面から支

援することができる。

2. アルツハイマー病

初期に近時記憶障害や時の見当識障害のみが見られる時期には、少しのサポートで日常生活の多くのことを自分自身ですることが可能である。この時期の患者には、失敗や混乱をせず目的を遂行できる環境づくりが重要である。家電の使用手順をその家電のそばに表示したり、材料や調理手順のメモをあらかじめ用意しておくなどすれば、家事や料理の際の混乱や失敗を軽減することができる²⁾。

初期から中期にみられる典型的な精神症状は「物盗られ妄想」である。妄想の対象は長時間介護を行う主介護者であることが多い。症状の出現前に、介護者に対して物盗られ妄想に関する教育を実施しておくことや、デイサービスの利用回数を増やすことにより、主介護者と物理的な接触時間を減らすことで症状を軽減できることも多い。

初老期発症の患者に多くみられる視空間性障害であるパリント症候群のある患者では、行為を行う際に、行為の焦点にいかに関心を集めるかという工夫が必要である。具体的には注意を一点に集中しやすいように食事を一皿盛りにしたり、皿の色をテーブルやお盆の色とコントラストの強い色にしたりすることで、注意が向きやすくなる。階段の奥行きが認識しにくくなり、階段を下りることを怖がるような場合には、階段の段の端に色の違うテープを張ることで奥行きを認識しやすくなる。便器が認識できない場合には便座に目立つ色のカバーをかけたり、便器の中に色のついた消臭剤を入れたりすることで認識しやすくなる場合もある。

自動性と意図性の解離のみられる患者の傍らで

*財団法人浅香山病院精神科／認知症疾患医療センター
〔〒590-0018 大阪府堺市堺区今池町3-3-16〕

Kazue Shigenobu, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry, Asakayama General Hospital. 3-3-16, Imai-ke-chio, Sakai-ku, Sakai-shi, Osaka, 590-0018 Japan.

**熊本大学医学部精神神経科

Manabu Ikeda, M.D., Ph.D.: Department of Neuropsychiatry, Kumamoto University School of Medicine.

は、行為の遂行を励ますことは、行為の遂行をより困難にすることにつながる。傍らで介助している時は食事が進まないのに、自然な状況では一人でスプーンを使い食事を口へ運んでいるというのがその例である。スプーンを持つ時に少し介助し、それ以降は本人の後ろで見守り、行為が途絶えた時のみに介助をするというように、行為の始めだけ介助し、行為を意識しない自然な状況を作ることが大切である。

レクリエーションの内容では、視空間性障害の強い患者には、病前に得意であっても、塗り絵や絵画は苦痛や混乱をもたらすため注意が必要である。

3. 脳血管性認知症

重要なことは、脳血管障害そのものによる症状以外の要因、例えばせん妄や廃用症候群などによる認知症の進行を予防することである。多くの脳血管性認知症患者に共通した主要な症状は自発性の低下である。それが高じると昼夜逆転し夜間せん妄をきたすことも多い。そのためまず患者の日中の身体的、精神的活動性を上げ、睡眠・覚醒リズムを改善することが大切である。これには看護、介護者による忍耐強い励ましの繰り返しが必要である。活動性の維持・向上を目的としたデイケアの毎日利用も有効である。本人の強い拒否や身体疾患等により、日中の活動性を上げることができない場合は、午前中に30分から1時間の日光浴をするだけでも、睡眠・覚醒リズムの改善には有効である¹⁾。精神・身体活動の緩慢さのために、認知機能障害は実際よりも重度にみえる。真の認知機能の程度に適したりハビリテーションやレクリエーションのプログラムを計画することも大切である。そこには、半側空間無視や失語症などに関する神経心理学的知識も必要になる。

4. 前頭側頭葉変性症

激しい精神症状や行動障害によって、家庭介護ならびに病棟ケアにおいて、アルツハイマー病患者と比べてはるかに困難を伴うことが多い。しかしアルツハイマー病と異なり、行為自体の解体がないことや比較的記憶が保たれていることが特徴である。また常同行動や被影響性の亢進等、特徴的な症状をケアに利用することが可能である。

記憶が比較的保たれていることを利用すれば、担当の看護スタッフを決め、一貫して同じ看護スタッフがケアをすることにより、立ち去り行為や考え不精の目立つ例でも、なじみの関係をつくることは可能である。

編物やカラオケなど、本人の趣味を一日の日課に組み入れられれば、被影響性の亢進や常同行動といった固執傾向により、患者はその行為に没頭する。筆者らはそれを“ルーティーン化療法”と名付けて、多くの前頭側頭葉変性症患者で実践し効果を上げている。また万引きや、危険な場所へ立ち寄ることなどの社会的な許容範囲を超えた行動が、時刻表的生活化、常同化している場合は、短期間の入院治療が有効である。その場合、適切な誘導により入院後2～3週間の間に新たに形成されるパターン化された行動を、退院後の患者の生活にとって少しでも適応的で質の高いものにすることが重要である⁵⁾。

ケアの場面では患者の意思に反して常同行動を遮って、食事や排泄の介助を行うと、興奮したり危害を加えるような行動を助長させる可能性がある。例えば、病棟ではデイルームの決まった椅子に座るという常同行動が形成されやすいが、この“決まった椅子”に他の患者が座ってしまった場合に暴力行為が出現することがあるので看護スタッフは注意しておく必要がある。

5. レビー小体型認知症

診断基準の一つにもなっている認知機能の変動、および運動機能や精神症状の変動に伴いADLも変動するため、患者の正確な状態把握が困難なことが多い。これがレビー小体型認知症の治療やケア、在宅介護が難しいとされる所以である。レビー小体型認知症の治療やケアでは、まず患者の症状の変動パターンを把握することが大切である。どの症状がどの程度どのくらいの周期で変動するかを見極め、状態の良い時に治療的介入をするのが望ましい。変動の見極めがつけば、その日の状態に合わせたケアやリハビリテーションの計画を立てることも可能である。具体的には認知機能やADLの状態が良い時に、食事や入浴、身体的なリハビリ等を重点的に行うといった工夫である。状態の悪い時に、無理に食事やリハビリテーショ

ンを勧めることは、誤嚥性肺炎や転倒の危険性を高めることになる。

またレビー小体型認知症は他の認知症に比べ転倒しやすいことも知られている²⁾。事前に帽子タイプのヘッドギアやヒッププロテクターを利用することも有用である。床の障害物や段差を取り除き、クッション性のある床材を使用するといった環境づくりも必要である。

6. おわりに

行動療法的アプローチや環境調整を含む認知症の非薬物療法に関するエビデンスは、現時点ではきわめて乏しい。したがって今後は疾患に特徴的な症状の発現メカニズムを理解し、それらへの対応を創意工夫・実践し、有効な対応法を蓄積していくことが大切である。

文 献

- 1) Burns, A., Allen, H., Tomenson, B. et al.: Bright light therapy for agitation in dementia: a randomized controlled trial. *Int. Psychogeriatr.*, 27; 1-11, 2009.
- 2) Imamura, T., Hirono, N., Hashimoto, M. et al.: Fall-related injuries in dementia with Lewy bodies (DLB) and Alzheimer's disease. *Eur. J. Neurol.*, 7; 77-79, 2000.
- 3) 繁信和恵, 池田学: アルツハイマー病の初期のケア, 生活環境の整備, 精神科治療学, 16; 451-457, 2001.
- 4) 繁信和恵, 池田学: 痴呆症疾患別ケア, 老年精神医学雑誌, 14; 1101-1108, 2003.
- 5) 繁信和恵, 池田学: 前頭側頭葉変性症のケア, 老年精神医学雑誌, 16; 1120-1126, 2005.



特 集 ■ 前頭側頭葉変性症

FTLD 患者への対応

Care for the Patients with Frontotemporal Lobar Degeneration

繁 信 和 恵¹⁾ 池 田 学²⁾Kazue Shigenobu¹⁾, Manabu Ikeda²⁾

Abstract

In frontotemporal lobar degeneration (FTLD), which primarily involves the front of the brain, characteristic psychiatric symptoms and disordered behaviors, such as disinhibition and stereotypical behaviors, often appear in the foreground at the initial stages of the disease. It is therefore an extremely difficult disease to treat. However, unlike diseases such as Alzheimer's disease, which involve general dementia, there is a clear dissociation between the conserved and disordered functions; therefore, it is possible to enhance the conserved functions and simultaneously modify the disordered functions into adaptive behaviors in order to provide care and increase the quality of life (QOL). In this paper, we report the use of routinizing therapy, which is an occupational therapeutic approach, involving speech therapy for semantic dementia (SD), drug therapy for stereotypic behaviors and psychiatric symptoms of FTLD, family education, etc.

Key words : frontotemporal dementia, semantic dementia, stereotypic behavior, routinizing therapy, care

はじめに

認知症における記憶・言語・視空間認知などの機能低下は、日常生活ならびに社会生活上の障害をもたらすが、認知症に伴う精神症状や行動障害は、認知機能の低下を加速させ、より広範な生活上の障害となり、家族や介護者にとっての大きな負担となる。脳の前方部に主病巣を有する前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD) では、脱抑制や常同行動などの特徴的な精神症状や行動障害が病初期から前景に立つことが多く、そのため最も処遇の困難な疾患と考えられている¹⁾。しかもこれらの行動上の破綻は家庭での介護のみならず、入院や施設内ケアの場面においても甚だしい困難をもたらす。

しかし、Alzheimer 病のような全般性の認知機能低下をきたす疾患とは異なり、保たれる機能と障害される機能の乖離が鮮明で、保たれている機能を強化すると共に、

障害された機能である症状さえも、それを適応的な行動に変容させるといった対応で、QOL を高めるケアを実施することが可能である。

本稿では FTLD の行動特性を生かした作業療法的アプローチであるルーティン化療法や環境調整、家族教育、側頭葉に病変の主座を有し語義失語を呈する意味性認知症 (semantic dementia: SD) に対する言語療法、FTLD の常同行動や精神症状に対する薬物療法について、自験例に基づき報告する¹⁾。

I. 症状を利用したケア^{2,3,4)}

多様な前方症状がみられる FTLD 患者の主にデイケアや入院における作業療法を用いたケアについて、特有の前方症状の利用、保たれている機能の活用、環境設定の3点から考える。

- 1) 財団法人浅香山病院精神科・認知症疾患医療センター (〒590-0018 大阪府堺市堺区今池町3-3-16) Department of Neuropsychiatry, Asakayama General Hospital, 3-3-16 Imaike-chou, Sakai-ku, Sakai-shi, Osaka 590-0013, Japan
- 2) 熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野 (神経精神科) Department of Psychiatry and Neuropathobiology, Faculty of Medical and Pharmaceutical Sciences, Kumamoto University

1881-6096/09/¥500/論文/JCOPY

1. 前方症状の利用

1) 被影響性の亢進の利用

被影響性の亢進という症状は活動の開始や導入、気分の切り替えに有効である。立ち去り行動が目立つ症例であっても、同時に被影響性も亢進している場合が多く、作業活動の導入時や作業活動の途中での立ち去り行動の防止策として利用可能である。

FTLD の立ち去り行動を軽減させるためには、視覚的に理解しやすいことが重要で、導入の際にすぐ取り掛かれるように目の前に道具などを準備しておく。これは、道具へうまく注意を向かせると、作業開始への導入が不要となるからである。また、作業活動の途中に立ち去り行動がみられたときは、道具を手渡したり、道具をみせて声をかけたりして、再びその道具に注意喚起を促すことで、作業の継続が可能となる。

言語指示や強引な誘導を行うと理解困難から拒絶反応を示し、逆に立ち去り行動を誘発してしまう。作業活動の材料や道具にうまく注意を引きつけ、亢進した被影響性を利用して自然な形で作業の継続を促すアプローチが有効と考えられる。

進行期に自発性の低下が目立ってくると、食事時、食物をずっと咀嚼し続け嚥下しないまま口腔内に溜め込んでしまうようになる。促さなければ昼食の最後の一口が夕食時にまで口腔内に残ってしまうこともある。咀嚼や嚥下機能に問題はないため保続と自発性低下による症状と考えられるが、こういった症状が目立ってくると食事に時間や介助を要し、それが患者の興奮や抵抗につながったり、長時間口腔内に食物が残るため誤嚥性肺炎や齦歯のリスクにもなる。

被影響性を利用して、コップに水分を少量ずつ継ぎ足し、口元にもっていけば飲水行為と共に食物を嚥下し、食事がスムーズに進む。食事の最後にも同様にすれば、食物が長時間口腔内に残ることを防ぐことが可能な場合もある。

2) 常同行動・保続の利用

なんらかの常同行動は初期から中期の FTLD 患者においてほぼ全例にみられる²¹⁾。例えば、常同的周遊の途中にみられる無銭飲食や万引きのような社会生活上で問題となる行動がみられることも多い。そのようなときには短期入院や毎日型のデイケアの利用によって、それらの行動を断ち切り、そこで新たに形成される常同行動をより適応的な習慣に変容させることが重要である⁵⁾。

また、習慣化させようとする一連の行動が定着するような工夫も必要である。作業活動を習慣として定着させるには、活動内容についての段階付けが必要である。立

ち去り行動が激しいときには、落ち着いて作業ができず仕上がりが増えミスも出現しやすい。そのような状況下でスタッフからの指示や介助を受けると、余計に手を止め立ち去る頻度が高くなる。したがって最初は自由度が低く失敗が少なく、しかもそれほど労力をかけずに仕上がる作業が適している。

工程が理解できて作業に興味を示すようになり、立ち去り行動が軽減した段階で、少しずつ活動の枠を上げ本人の趣味や保たれている手続記憶を利用した自由度の高い作業活動へと段階づけを行うことが望ましい。編物やカラオケなど本人の趣味を常同行動に組み入れた場合は、その習慣化はいつそう容易であり、本人の受け入れもよく、その行動に没頭する間の行動障害は減少し、家族の負担も軽減する。われわれはこれをルーティン化療法と名付け、多くの FTLD 患者で実践し、効果をあげている⁹⁾。

3) 転導性の亢進・維持困難の利用

本来であれば立ち去り行動の原因ともなる症状であるが、易怒性が亢進し、急に興奮がみられたとき、あるいは作業活動を嫌がり拒否的に始めたとき、活動中に盗食などの行動障害が起こったときには、スタッフが馴染みの歌を歌いかけたり、別の興味ある活動を促す。つまり、その場とは関連のない新奇な刺激を与えると、転導性が亢進しているため、興奮の原因となっている対象から、比較的容易に注意をそらせることが可能になる場合もある。

2. 保たれている機能の活用

1) エピソード記憶の活用

Alzheimer 病と異なり、エピソード記憶が保たれていることはさまざまなケアを行ううえで有利である。担当の看護・介護スタッフや作業療法士を決め、一貫して同じ患者を受け持ちケアすることや、ケアや活動の場所を固定すれば、立ち去り行動や考え不精が目立つ例でも、馴染みの関係をつくることが十分に可能である。記憶力が良好な初期から中期であれば、固定されたデイケアプログラムを覚えることも容易で、場所やスタッフに対する馴染みの関係が短期間に形成できる。

2) 手続記憶の活用⁷⁾

患者の職業歴、教育歴や趣味などから発症前に獲得されていたと考えられる手続記憶を探り出し、これを積極的に取り入れた作業を選択することで、導入時の患者のストレスを緩和でき、その遂行はいつそう容易となる。また作業の常同化に伴い、新たな手続記憶が獲得された例もある。

3) 知覚・運動機能・視空間認知機能の活用

前述した前方症状のケアへの利用の前提条件となるのが、FTLD 患者における知覚・運動・視空間認知などの脳の後方部の諸機能の保存である。このような諸機能の保存がさまざまな介入を可能にする一方、さまざまなケアが FTLD 患者の脳の後方機能を活性化し QOL を維持することに働いていると考えられる。

II. 食行動異常

FTLD 患者では初期から、甘いもの、味付けの濃い料理への嗜好の変化、大食、決まった少数の食品や料理に固執する常同的な食行動が目立つことが多い⁹⁾。FTLD の診断がついたときには、糖尿病を発症している例も多く、糖尿病性昏睡に至った例もあるため注意が必要である。

甘いコーヒー牛乳を 1 日数リットル飲んだり、アイスクリームを 1 日十数個食べるといったことが、常同行動として定着しているときは、前述のように短期の入院やショートステイによってコーヒー牛乳やアイスクリームから物理的に切り離すことも必要である。入院後それらのものが目に入らなければ、執拗にそれらのものを要求することはめったにみられない。その間に家庭環境を整え、退院・退所後は、目につく所にそれらの甘いものを置かない工夫も必要である。

進行期になると、口唇傾向がさらに強まる。盗食が目立ってきたり、食べ物でなくても目の前にあるものをなんでも口に入れたりするようになる。そのためこの時期には、異食や窒息には特に注意が必要である。

Alzheimer 病患者が異食する物は色味が鮮やかで、一見食べ物に見間違えやすい物が多いが、FTLD 患者が異食する物はオムツやウェットティッシュ、ストローの外袋、石鹼などさまざまである。異食を防止するために、必要以上に隔離や身体拘束時間が増加することを防ぐために、病棟や施設ではオムツ交換に使用する用具の管理や、食膳の取り扱いなどに工夫が必要である。

また、症状が進行し十分に咀嚼せず、次々と口に食事を詰め込むようになってきたときには、嚥下に問題がない場合でも、食事内容をより柔らかいものや刻み食に変更し、窒息を防ぐ必要がある。

III. 環境設定

1. 症状に配慮した環境設定

FTLD 患者の作業活動を妨げる最も大きな要因は立

ち去り行動にあると考えられる。そのため立ち去り行動の起こりにくい環境設定が大切である。被影響性の亢進、転導性の亢進がみられる FTLD 患者では、些細な物音でも作業が中断し、立ち去り行動につながる。立ち去り行動が顕著な症例では、作業の導入時にほかからの刺激ができるだけ少ない環境を設定し、その作業に没頭できるように工夫したほうが、活動を定着させやすい。

例えば、部屋のドアから聞こえる物音や他患者がドアノブを回す音などにも反応し、注意が途切れ作業が中断し、立ち去り行動に至る。そのため、ドアに近い場所で作業を行うときにはドア側にケアスタッフが座り、外部からの刺激を遮断するだけでも、立ち去り行動は明らかに減少する。加えて頻回の立ち去りや作業の中断にタイミングよく対応する必要性を考慮すると、導入時は集団活動よりも個別の対応が望ましい。立ち去り行動が著しい場合には、段階的に立ち去り行動を軽減させることが必要な場合もある。

施設や病棟では部屋のドアが開いているとその刺激につられて、他患者の部屋に入り、そのベッドで臥床してしまうため、他患者とトラブルになることもある。そのような場合、部屋のドアを閉めておく（施錠するのではなく）だけで他患者の部屋へ入室する頻度は明らかに減少し、トラブルを防ぐこともできる⁹⁾。

2. グループホームケア

藤沢ら¹⁰⁾は FTLD 患者に対して、グループホームにおいて、患者の過去の生活習慣を反映した家庭的環境を提供し、生活者としての個別性を尊重した個人中心のケアを実践している。入所者には料理、食事、お茶の時間、散歩、買い物といった、日常生活に当たり前の活動を勧めている。それによって、向精神薬の減量が可能になり、不安、抑うつ、無関心、易刺激性、異常行動が改善したと報告している。

IV. SD に対するケア

SD の呈する進行性の失語症状に対して、言語のリハビリテーションが試みられている。いずれも 1 年以上にわたって、意味的なカテゴリーが共通の語を線画などと組み合わせて、再学習ないし新たに学習させることを試みている。Graham ら^{11,12)}はカテゴリー別語産生課題を用いて、既に患者が自ら試みていた方略（カテゴリー別の多数のカラー線画とその名称でページが構成されている The Oxford English Picture Dictionary の名称部分を隠して各線画を呼称する練習）を援用して、リハビリ

テーションを行った。

われわれも伊藤ら¹³⁾の90単語指示呼称課題や地図を用いて、線画や県名・国名などの呼称と指示の訓練を行った。結果は訓練した語に関しては完全に呼称できるようになったものの、実際の生活における同種の対象物の呼称への般化（課題間般化）や同じカテゴリーに属する非訓練語への項目間般化はみられなかった。

再学習した語に関しても、Grahamら^{11,12)}の症例では辞書で学習した順番で語産生がみられ、われわれの症例でも疾患の進行に伴って線画の配置の順番でしか呼称できなくなった。また、Grahamら^{11,12)}の症例は十分な病識を有していたので、毎日の訓練によって、失語症を認識して抑うつ状態を呈した。

さらにわれわれは他の2症例に対して訓練前に呼称が可能であった語に限定して訓練を継続したが、病期の進行に伴って呼称可能な語は減少した。減少速度は明らかに遅くなった印象はあるものの、対照群との比較がなく、今後の検討が必要である。2例とも訓練前から脱抑制的な行動がみられ始めていたが、訓練開始後は、1日数時間自ら訓練に没頭するため精神的にも落ち着くというquality of life (QOL) 面での間接的効果は認められた。

現在もわれわれは数例のSD患者に対して、同様に伊藤ら¹³⁾の90単語指示呼称課題を用いて、在宅での訓練を継続して行っている。そのうちごく初期から言語訓練を開始することが可能であった1例を紹介する^{14~16)}。

症例は訓練開始当時57歳であり、言語面で典型的な語義失語症状を呈するほかは、全般的な認知機能検査の成績は良好で、視空間認知の機能もよく保たれていた。頭部MRIで左側頭葉前方部に限局性の萎縮を認めた。

まず、毎日家庭で行う課題として、90単語課題の1カテゴリー（10単語）から線画の呼称・指示・書字の訓練を開始し、2週間後の受診時に学習された語の評価を行い、新たなカテゴリーを追加していった。隔週で10語ずつ段階的に学習語を漸増していったが、本例は毎日積極的に課題に取り組み18週後の時点では呼称・指示・書字ともにほぼ完全に習熟した。さらに、学習語の提示順序に依存した呼称や書字を行っていないかを点検するために、受診の際に自宅での学習時と異なる順序で評価を行った。訓練を継続し、毎回自宅学習時と異なる配置でカテゴリーを混合させた線画の提示に対しても、高い正答率を維持することができた。

また、書字では訓練開始時は平仮名のみの表記であったが、次第に漢字や片仮名の使用が増加し、病前には書くことがなかったと思われる複雑な漢字の使用が認められた。加えて、訓練開始後、自宅訓練時に自ら辞書を引

くという新たな習慣も形成されるようになった。本症例からはSDの初期例では言語訓練によって語彙の再獲得の可能性が示唆される。1日数時間の自宅での言語訓練は毎日の生活の中に常同行動として組み込まれた。そのため会社を退職後通所するようになったデイケアにも、当初は自ら言語訓練課題を持参し、自主的に個人活動時間に訓練を行うことができた。

症状は徐々に進行したものの、同時期から通院中のほぼ同じ重症度であったSD患者と比較して、自宅でもデイケアの場面でもFTLD特有の行動障害は少なく、介護負担の軽減という側面でも間接的な効果を認めた。

V. FTLD に対する薬物療法

FTLD患者に対しては有効な薬物療法はなく、興奮や暴力、行動障害に対して抗精神病薬の投与が余儀なくされてきた。しかし、認知症患者に対して抗精神病薬を使用することは、過鎮静、錐体外路系副作用などによって、activities of daily living (ADL) の低下や認知機能の悪化をきたし得る。

最近になってSwartzら¹⁷⁾によって選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) が前頭側頭型認知症の脱抑制、常同行動、食行動異常に効果があると報告された。この研究は、前頭側頭型認知症の剖検脳でセロトニンレセプターの結合能が低下していることに基づき行われた後方視的研究であり、種々のSSRIが使用されている¹⁸⁾。

そこでわれわれは同様にオープン試験ではあるが、FTLD16例にフルボキサミンのみを用いた精神症状、常同行動に対する治療を行い、その効果を検討した¹⁹⁾。全般的な精神症状をthe Neuropsychiatric Inventory (NPI)²⁰⁾、FTLDに特徴的な常同行動をわれわれが開発したthe Stereotypy Rating Inventory (SRI)²¹⁾を用いてフルボキサミン投与後12週間で評価を行った。

Swartzらの報告と同様に脱抑制や行動障害で明らかな改善がみられた。行動障害の改善内容の大部分はSRIで詳細に評価された常同行動であった。この結果からもFTLDの常同行動や脱抑制に対するフルボキサミンの有効性が示唆された²²⁾。また、相対的セロトニン再取り込み阻害薬であるトラゾドンについても、FTLDの焦燥、興奮、抑うつ、ならびに食行動異常に対する効果が報告されている²²⁾。一方、SSRIに属するパロキセチンでは、有効性について意見が分かれており、さらに研究の蓄積が必要である。

薬物療法は前述の作業療法などの非薬物療法との組み

合わせて使用するとより有効であると思われる。

VI. 家族教育

FTLD は、Alzheimer 病や血管性認知症といった一般的な認知症の介護知識に基づき熱心に介護を実践しても、それらとの症状の違いに戸惑い、家族やスタッフがケアに行き詰まることが多い。そこでわれわれは FTLD の行動障害に関する最近の報告とわれわれの研究グループが実施してきたリハビリテーションやケアの試み、さらには疫学的なデータを加えて、啓発用冊子を作成した²³⁾。

冊子の内容に沿って具体的な指導を実施すると、介護者の疾患に関する理解が著しく深まるだけでなく、訪問相談や電話相談を通じて、ケアマネージャーやケアスタッフに FTLD の行動特徴やケアのポイントを伝えることも可能になり、在宅ケアを支援することができるようになった。また、訪問相談では、個々の患者の生活環境における危険因子を把握し、介入が必要な行動障害を抽出でき、利用可能な社会環境を提示することが可能になった。

例えば多くの認知症で出現する“徘徊”は在宅介護が困難になる大きな要因であり、介護者にとってそれを見守ることは大きな負担である。しかし記憶・見当識が比較的保たれ、常同的に行われる FTLD の“周遊行動”は Alzheimer 病の“徘徊”とは異なり、ほぼ毎日同じコースを周り、症状がかなり進行するまで道に迷うことはない。周遊するコースの安全が確認されていれば、介護者がその都度同伴する必要はない。このようなことを介護者に理解してもらい、家族の同伴を中止すれば介護者の精神的・身体的負担感は軽減できる。

また自発性の低下が進行してくると、入浴を嫌がり、無理に勧めると興奮がみられるようになり在宅介護が困難になることも多い。それに対し今後の必要性を家族に説明し、入浴行為に問題がない病初期から、デイケア・デイサービスでの入浴を習慣化することを勧める。それによって自発性が低下してから入浴が常同行動として定着し続け、長期間の在宅介護が可能になる場合もある。

おわりに

Alzheimer 病に比べ、FTLD におけるケアや薬物治療は確立したものが乏しいのが現状である。しかし、これまでに述べたように種々の試みが実践されており、他の認知症疾患と同様に、初期からの適正な介入を行い、経

過中に出現する精神症状やさまざまな行動障害を疾患の特徴を踏まえて理論的に対処していくことで、これらの症状に伴う重い介護負担を軽減してゆくことが可能になり、ひいては患者と介護者の QOL の向上につながると考える。

文 献

- 1) Ikeda M: Fronto-temporal dementia. In Therapeutic strategies in dementia. Ritchie CW, Ames DJ, Masters CL, Cumming J (Eds). Clinical Publishing, Oxford, 2007, pp287-299
- 2) Lebert F, Stekke W, Hasenbroekx C, Pasquier F: Frontotemporal dementia: a randomized, controlled trial with trazodone. *Dement Geriatr Cogn Disord* 17: 355-359, 2004
- 3) 繁信和恵, 池田 学, 田邊敬貴: 老年期痴呆. 生物学的アプローチによる精神科ケア. 森 則夫, 櫻庭繁, 瀧川薫編), 南光堂, 東京, 2001, pp159-174
- 4) 西川志保, 池田 学, 繁信和恵, 松井 博, 塩田一雄, 他: 立ち去り行動の著しい前頭側頭型痴呆患者に対する症状の利用と段階的アプローチ. 認知リハビリテーション研究会編集, 認知リハビリテーション, 2000. 新興医学出版社, 東京, 2000, pp125-129
- 5) 池田 学, 今村 徹, 池尻義隆, 下村辰雄, 森 悦朗, 他: Pick 病患者の短期入院による在宅介護の支援. *精神経誌* 98: 822-829, 1996
- 6) Tanabe H, Ikeda M, Komori K: Behavioral symptomatology and care of patients with frontotemporal lobe degeneration-Based on the aspects of the phylogenetic and ontogenetic processes. *Dement Geriatr Cogn Disord* 10 (Suppl1): 50-54, 1999
- 7) 池田 学, 田辺敬貴, 堀野 敬, 小森憲治郎, 平尾一幸, 他: Pick 病のケア—保たれている手続記憶を用いて—. *精神経誌* 97: 179-192, 1995
- 8) Ikeda M, Brown J, Holland AJ, Fukuhara R, Hodges JR: Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 73: 371-376, 2002
- 9) Yamakawa M, Shigenobu K, Makimoto K, Zhu C, Ashida N, et al: Environmental control interventions for frontotemporal dementia with reversed sleep-wake cycles. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 23: 470-476, 2008
- 10) 藤沢嘉勝, 横田 修: 前頭側頭型認知症の治療—グループホームでの経験から. *老年精医誌* 18: 616-625, 2007
- 11) Graham KS, Patterson K, Pratt KH, Hodges JR: Relearning and subsequent forgetting of semantic category exemplars in a case of semantic dementia. *Neuropsychology* 13: 359-380, 1999
- 12) Graham SG, Patterson K, Pratt HK, Hodges RJ: Can

- repeated exposure to "forgotten" vocabulary help alleviate word-finding difficulties in semantic dementia? An illustrative case study. *Neuropsychol Rehabil*: 429-454, 2001
- 13) 伊藤皇一, 中川賀嗣, 池田 学, 山田典史 田邊敬貴, 他: 語義失語における語の意味カテゴリー特異性障害. *失語症研究* 14: 221-229, 1994
 - 14) 小森憲治郎, 池田 学, 牧口徳彦, 銚石和彦, 根布昭彦, 他: 喚語における語頭音効果が認められた semantic dementia の 1 例. *失語症研究* 21: 54-55, 2001
 - 15) 小森憲治郎, 池田 学, 銚石和彦, 繁信和恵, 中川賀嗣, 他: semantic dementia における言語訓練の効果. *失語症研究* 22: 64, 2002
 - 16) 小森憲治郎, 石川智久, 繁信和恵, 池田 学, 田辺敬貴, 他: Semantic dementia 例に対する語彙再獲得訓練. *認知リハビリテーション* 2004. 新興医学社, 東京, 2004, pp86-94
 - 17) Swartz JR, Miller BL, Lesser IM, Darby AL: Frontotemporal dementia; treatment response to serotonin selective reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 58: 212-216, 1997
 - 18) Sparks DL, Markesbery WR: Altered serotonergic and cholinergic synaptic markers in Pick's disease. *Arch Neurol* 48: 796-799, 1991
 - 19) Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H: Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration (FTLD). *Dement Geriatr Cogn Disord* 17: 265-268, 2004
 - 20) 博野信次, 森 悦朗, 池尻義隆, 下村辰雄, 橋本 衛, 他: 日本語版 Neuropsychiatry Inventory—痴保の精神症状評価法の有用性の検討. *No To Shinkei* 49: 266-271, 1997
 - 21) Shigenobu K, Ikeda M, Fukuhara R, Maki N, Tanabe H, et al.: The Stereotypy Rating Inventory for frontotemporal lobar degeneration. *Psychiatry Res* 110: 175-187, 2002
 - 22) Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R, Hokoishi K, Maki N, et al: Efficacy of fluvoxamine as a treatment for behavioral symptoms in frontotemporal lobar degeneration patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 17: 117-121, 2004
 - 23) 池田 学, 品川俊一郎編集: 前方型痴呆の正しい理解. 愛媛大学医学部神経精神医学教室, 2005

医学書院ウェブサイトをご利用ください。

<http://www.igaku-shoin.co.jp>



● 検索機能が充実!

医学書院の発行物を簡単に検索できます。
「詳細検索」画面では, 詳細な検索条件を指定して
ピンポイントに検索できます。

● 中身も見える商品詳細ページ

書籍については, 序文, 目次のほか「立ち読み」ページで内容の一部を,
雑誌については, 過去 2 年分のバックナンバーの目次をご覧になれます。

● ショッピングカートシステムで,

ご希望の商品が見つかったら, その場で注文できます。
商品は代理店から直送いたします。

● 週刊医学界新聞のページでは, 最新の医学・看護情報をお届けします。

バックナンバーは, 1996年からご覧になれます。
また, メールマガジンご購読の申込も受け付けています。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
[販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp <http://www.igaku-shoin.co.jp> 振替: 00170-9-96693

携帯サイトはこちら



長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス

澤 温

抄 録 長期入院にさせないための精神科救急の役割について、1) 現在長期入院の人への精神科救急の役割と、2) 精神科救急医療サービス（以下救急サービス）を利用した人の長期入院化防止の方法について論じた。1) においては、①症状からみて地域生活に移行するには無理なほど重症な人々、②何度も地域に帰しても怠薬を繰り返して地域に戻りにくい人々、③過去に地域で心配をかけてしまって帰りにくくなった人々、④家族の受け入れの悪い人々などがいる。この場合には医療（デイケアや訪問看護）と福祉の地域サポートメニュー（住まう場、日中活動の場、サポートする人々とその連携、地域の人々の理解と受容）が重要である。この最後の砦として救急サービスが重要である。2) においては、救急入院者の長期入院化防止に、筆者の法人では①入院プランの中で入院直後から退院イメージを作る、②隔離の必要がなくなった時には退院前訪問看護を含めて患者とともに退院イメージの正しさを検証し、③退院イメージが実現できない因子を洗い出し、④次の策を講じるなどのマネジメントサイクルにより、地域へ早期に帰し患者の地域生活、社会生活の断絶を阻止する、という作業を行っているが、救急サービスのレベルの高さと長期入院化防止とは次元が違う。1) 2) の両者とも救急サービスのみでなく、その他の医療福祉サービスとの迅速な連携、すなわち多職種によるサービスがなければ救急サービスは十分な力を発揮できない。

精神科臨床サービス 9:385-389, 2009

キーワード：精神科救急，長期入院，社会復帰，入院プラン

はじめに

日本の精神科医療の特徴の1つは長期入院であるとよく言われる。この問題の解決に対する精神科救急の役割は大きいと考える。一方、精神科救急医療サービスを行うと長期入院にならないかというとは半分は然り、半分はあまり関係ないと考えている。ここではこの2つの側面から、長期入院と精神科救急医療サービスの関係について述べる。

I. 精神科救急の位置づけ

筆者はこれまでいくつかのところで、救急医療サービスの位置づけについて述べてきた⁷⁾。一言で言えば、精神科救急医療サービスは地域精神医療の1つのツールであり、精神科医療の入り口の部分の大きな位置を占めるが、それだけでは存在意義を有しない。そして救急医療サービスは入院対象者に限らない。外来で終えようとして無理な人が入院になるのである。そして、外来、すなわち在宅医療が可能かどうかは、患者の精神症状の重さだけでなく、家族を含めた在宅サポート機能の充実によって決まるのである。この在宅サポート機能には往診や訪問診療、そして訪問看護など

さわ ゆたか
はくとクリニック病院
[〒551-0001 大阪府大阪市大正区三軒家西1丁目18-7]

も含む医療的アウトリーチサービスを含んでいる。これは入院の出口における退院可能性、社会復帰にも通じる。この在宅サポート機能に支えられた出口機能が希薄であると長期入院に傾く。

医療機関側としては入り口には手を広げて、出口は関心がないというのは論外である。入り口の精神科救急医療サービスは、最近のように病床の占有率が下がってきた時、ベッドを埋めるという collection 機能の大きなツールである³⁾。しかし、これに終わる病院は病院ではない。入り口に手を広げ、そして短期に治療し、患者が地域や社会の一員であることがなくなっていくうちに地域に帰し、治療を続けたりケアを受けながらも地域の一員として生き生きとして生活できることを目標とすることこそ病院であり、そうでなければ病院とは言えないだろう。

Ⅱ. 精神医療の歴史からみた 精神科救急医療サービス

精神科医療の歴史をみると、諸外国でも精神障害者は抹殺された時期、そして地域社会（の人々）とは別に処遇した時期があった。先進諸外国ではノーマライゼーションを建前に、医療費削減を本音として、1960年代から病床削減が行われた⁴⁾。有名な1963年のケネディの大統領教書でさえ2つの側面を持っていたと言われる。日本でも1965年の精神衛生法の改正を機に、地域医療、予防精神医学の建前はできたが、実際の施策についてはとんでもなく時期は遅れた。1967年から1968年にかけて来日したイギリスのクラーク博士の勧告が出て地域精神医療は育たず、精神科病床は増え続けた。さらに1987年の精神保健法で社会復帰、社会復帰施設が法制化されても進まず、1993年をピークに精神科病院、および精神科病床は徐々に減少に転じた。つまり1950年の精神衛生法以来病床は増え続け、社会復帰を实践した人はわずかで、ハンセン病と同じく、不幸にして精神病になった人は生涯を施設としての病院で過ごすことが当たり前とされた。そのなか

で地域医療のツールとしての精神科救急医療サービスが発展する余地はなかった。

日本における精神科救急医療サービスは1978年の東京都に始まるが、これは緊急措置診療および措置入院に関わるもので、自傷他害に至る可能性のある患者についての救急医療サービスであった。つまり、行政がその最低限の責任を果たそうとする姿勢そのもので、地域精神医療に向けた精神科救急医療サービスではなかった。

神奈川県で1988年、大阪府で1991年に2次救急医療が始まったが、一般市民に公開された情報センター機能、「いつでも」「どこでも」「だれでも」という医療、つまり地域医療を支える救急医療の原点を満たすものは、1995年に国が精神科救急医療システムを定めて14年になる現在でもなお不十分と言わざるを得ない。2002年には精神科救急情報センターに24時間医療相談が、2008年5月にも精神科救急医療体制整備事業の中で精神科救急情報センターの設置と一般への連絡先の公表、24時間対応が提唱されたが、いまだに市民が入り口にたどり着けないままの地域も多い。

Ⅲ. 現在長期入院をしている人への 精神科救急の役割

先に述べたように、歴史的に長期入院となってしまった人々がいるが、その理由はさまざまである。この人々の構成はさまざまで、①症状からみて地域生活に移行するには無理なほど重症な人々、②何度も地域に帰しても怠業を繰り返し地域に戻りにくい人々、③過去に地域で心配をかけてしまっただけで帰りにくくなった人々、④家族の受け入れの悪い人々などが混在している。このうちの①は確かに難しいが、間もなく導入されるクロザピン、維持ECTなどを是認するかどうかにもよっている。②～④も全国ではかなりあるだろうが、このような場合には医療と福祉の地域サポートメニューが重要である。医療としてはデイケアや訪問看護であり、福祉としては住まう場、日中活動の場、

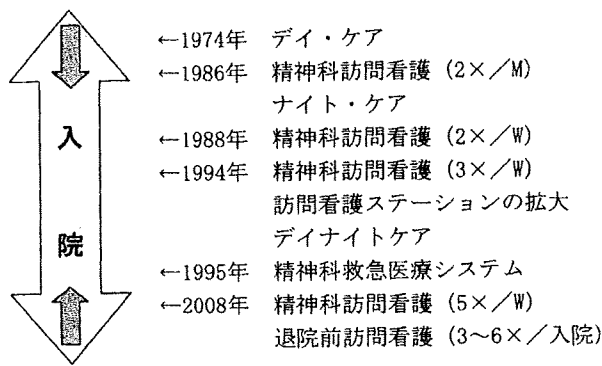


図1 医療的サポートと入院期間

サポートする人々とその連携、地域の人々の理解と受容が重要である²⁾。

これらの整備で従来なら入院した人々も、もう少し入院せずに地域でみてだめなら入院しよう、あるいは従来なら入院を続けていた人々も、具合悪ければ地域のサポートでみるからということで退院にこぎつけるなどである。このようなメニューは図1に示すように、これまで診療報酬で徐々に整備されてきた。

これをさらに進めるセーフティネット、つまり夜中でも具合悪くなったらいつでも医療サービスが受けられるから地域生活を続けようという時の医療サービスが精神科救急医療サービスと言える。つまり精神科救急医療サービスだけではむしろ何もできず、他の医療および福祉サービスがなくては役に立たないが、しかし悪化して万が一入院しても長期化しないため、事例化しないために精神科救急医療サービスは極めて重要であると言える。

筆者の病院では1982年から入院患者の在院日数を記録しているが、1982年では5年以上の入院患者が56.8%であったのが、2008年では12%まで減少できた。これには在宅の医療および福祉サービスが重要で、これに救急医療サービスも一翼を担っている(図2-A, 図2-B)。

しかし、ここにおける救急医療サービスは、筆者がかねてより言ってきた、患者責任制、自院責任制に関わる救急医療サービスである^{4,5)}。新規発生の精神科患者への救急医療サービスではない。その意味ではどの医療機関でも担うべき救急医療サービスであって、精神科救急医療体制整備事業

以前の話である。これも筆者はかねてより言っているが、救急医療システム(常時対応型でも輪番型でも)が整備されると地域医療の根幹である患者責任制、自院責任制が弱まってシステムに委ねることで事足りるという考えが増えてくる。患者責任制と自院責任制は平田のいうマイクロ救急、地域責任制はマクロ救急と通じるところがある¹⁾。

ちなみに、②~④の場合、濃厚に準備されたところに集中して来ることは地域医療ではないことを肝に銘じなくてはならない。そうでなくてはベルギーのゲールのように、その地域がコロニー化してしまう。

Ⅳ. 精神科救急サービスを利用した人が長期入院にならないために

最初に述べたように、精神科救急医療サービスのレベルの高さと長期入院になりにくいことは次元の違う話である。精神科救急医療サービスは精神科受療の入口論であり、長期入院になるかどうかは出口論だからである。しかし、入り口論は濃厚で出口論が手薄だと新たな収容的医療を促進するに過ぎない。そのような精神科救急医療をしている病院がもし仮にあったら、ベッドが埋まる程度にしか救急医療に参画しないだろう。救急医療を一生懸命すると逆にベッドが埋まらないという悲鳴(?)を時に聞く。これはその通りだろうと思われる。入口の通りがよくなれば、出口の通りもよくなるように考えるのが医療者として当然だからである。

さわ病院の救急入院料病棟で3カ月(2007年12月1日~2008年3月31日まで)に入院した患者について)を超える因子を分析した。その結果14.3%の患者が3カ月を超えた。その要因を分析して図3に示した。ここで社会的条件12人(20%)とは福祉施設入所待ちと家族との調整を表している。さわ病院では、基本的には家族が引き取れない場合は、法人が直接運営している居住施設で訓練して自立の可能性を探ったり、家族に引き取る自信をつけてもらっているが、それでも

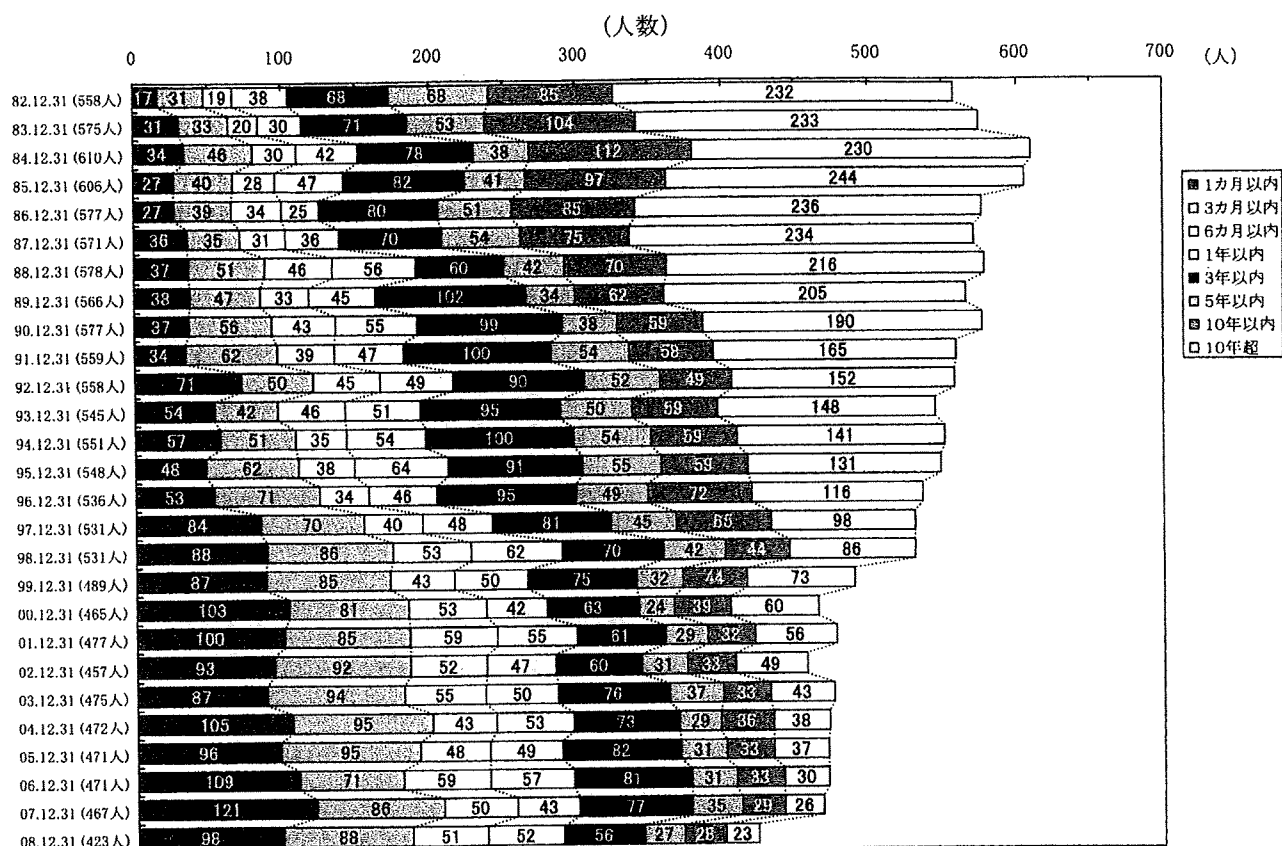


図2-A さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移 (人)

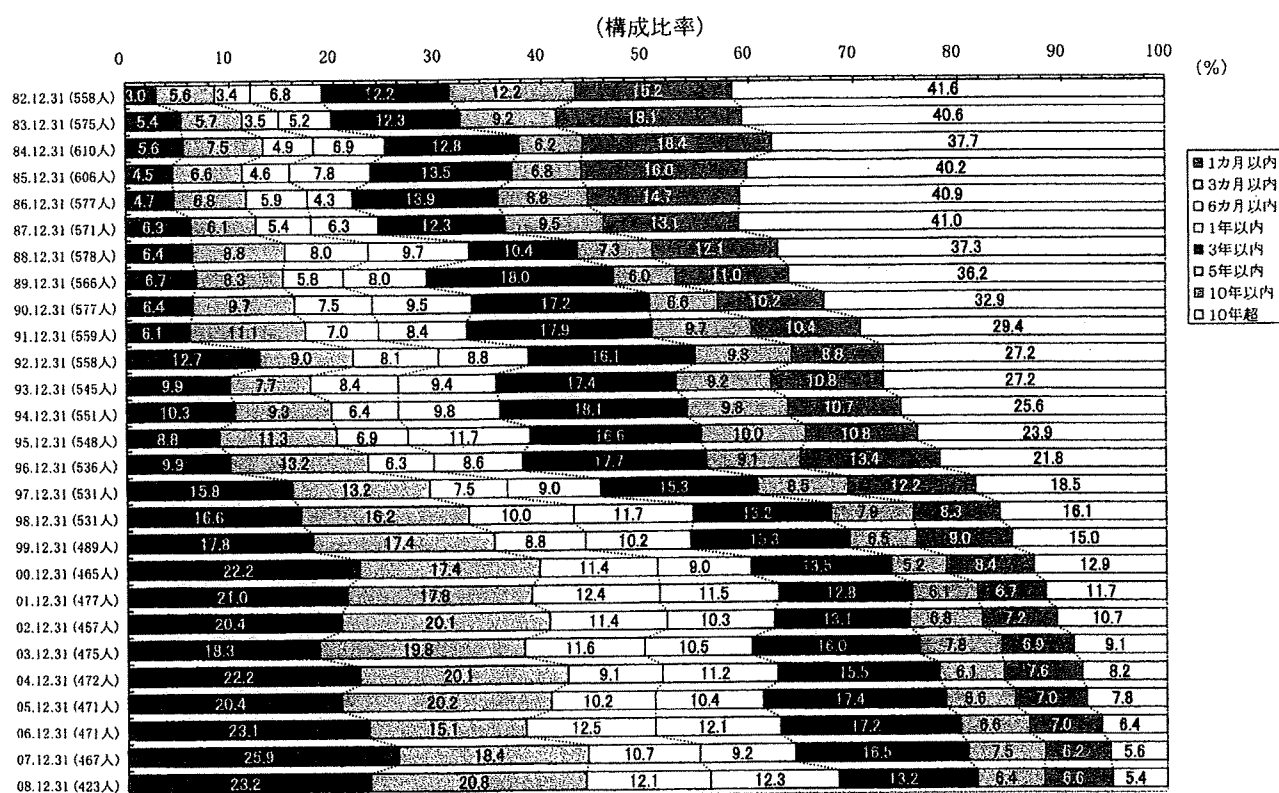


図2-B さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移 (%)

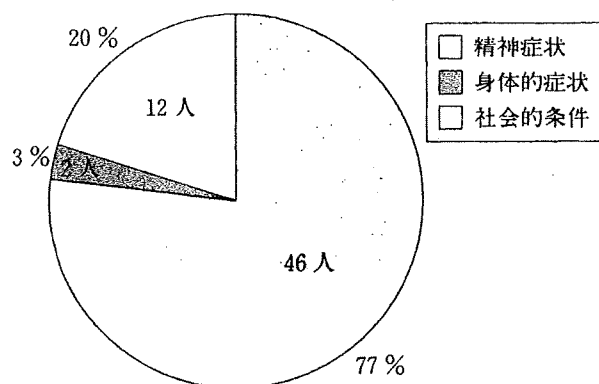


図3 救急入院料病棟で在院日数が3カ月を超す理由

3カ月間の当該病棟（2病棟，定員114人）入院患者420人のうち9人も発生している。精神症状については，Ⅲでも述べたように，間もなく導入されるクロザピン，維持ECTなどを是認するかどうかによって変わるだろう。

筆者の法人では2008年9月に大阪市内で夜間休日も24時間受け入れる50床の精神科救急入院医療施設を作ったが，それに先立って前記のように，さわ病院の救急入院料病棟で3カ月を超える因子を分析したのだが，この長期入院となる因子を取り除くために，①入院プランの中で入院直後から退院イメージを作る，②隔離の必要がなくなったときには退院前訪問看護を含めて患者とともに退院イメージの正しさを検証し，③退院イメージが実現できない因子を洗い出し，④次の策を講じるなどのマネジメントサイクル（Plan・Do・Check・Act）⁶⁾を回して退院にこぎつけ，地域へ早期に帰し，患者の地域生活，社会生活の断絶を阻止する，という作業を多職種で行っている。そのためには，50床で医師が7人（内指定医5人），パートの指定医1人，看護師は30人（夜間外来勤務を含めて夜間勤務看護師は4人），精神保健福祉士4人（認知症疾患医療センター1人を含む）という重装備でやると，常時窓口は開いており，月間57人くらいの入退院（内，輪番日，輪番日でないにかかわらず夜間休日は24人くらい）で，平均在院日数は20日くらいで，40床埋まることは少ないくらいである。

最 後 に

最初に述べたように，現在長期入院をしている人が長期入院を続けないためには精神科救急の役割は大きい，精神科救急サービスを利用した人が長期入院にならないために精神科救急医療サービスは直接には関係ない。しかしいずれの場合も精神科救急医療サービスのみでなく，その他の医療福祉サービスとの迅速な連携，すなわち多職種によるサービスがなければ，精神科救急医療サービスは十分な力を発揮できない。そして何よりも大切なのは精神科救急医療サービスをしようという考えだけでなく，長期入院を阻止しようという考えだけでなく，精神医療サービスを必要とする人に迅速にそのサービスを提供して，生活者であるその人々をできるだけ早く社会や地域に戻そうとする考えを，精神医療サービスを提供する人々のすべてが共通理念として持つことであろう。

文 献

- 1) 平田豊明：精神科救急医療システムの全国状況，精神科救急，9；45-50，2006.
- 2) 澤温：社会復帰と福祉，日精協誌，14；24-29，1995.
- 3) 澤温：精神科救急：Fashion, Mission, Collection，精神医学，48；116-117，2006.
- 4) 澤温：精神科救急の現状／急性期病棟，日本外来精神医療学会誌，6；33-36，2006.
- 5) 澤温：大阪府における精神科救急医療システムの現状と問題点：民間精神科病院の立場から，日本外来精神医療学会誌，6；28-31，2006.
- 6) 澤温：わが国の精神科医療におけるスーパー救急の意義，臨床精神薬理，9；1299-1307，2006.
- 7) 澤温：精神科救急の問題，日精協誌，26；6-12，2007.
- 8) 澤温：ACTとアウトリーチサービス，臨床精神医学，37；1015-1020，2008.

精神科救急医が目指すもの

澤 温

医療法人北斗会

はじめに

この論は当然のことであるが、著者のこれまでの経験からの私論であり、著者の精神科医歴から大きく影響を受けている。この精神科医歴は医局の意向、自分の選択、たまたまの状況などさまざまなものの影響を受けている。この3つのうちでは、医局の自由な雰囲気から第一の要素はほとんどないといってよい。このような歴史のなかで、病をもつ患者に出会い、病をもちながら生活している患者に接し、時に支援し、時に患者に教えられながら、必然的に精神科救急に携わり、そのなかで精神科救急への考えを温めてきたに過ぎない。この点を限界として論を進めていく。

筆者の精神科医歴

当時は卒業すぐに将来働く科の医局へ入ることが多かった。卒業大学の精神神経科医局に入り、1年間の研修（いわゆるオーブンの指導を受けて患者数人を常時担当し、クルズスや症例検討会で知識を得る）を終えた。その後、単科精神科病院への勤務が勧められていたが、インターンもなく研修システムもない名前だけの「前期訓練医」で、将来単科の精神科病院でやっていけるか不安であったので、自ら病床のある総合病院の精神神経科を希望し探した。国家公務員共済組合連合会立川病院で2年研修をした。1年以上の在院日数をもつ一部の慢性患者もいたが、3人の医師で外来3コマ（うち1コマは初診）60床をカバーし、当時は当該病院は東京都の指定はまだ受けていなかったが、それでも合併症治療を受け入れることが多かったのもので、大学病院の延長の感覚でできた。このような忙しさのなかで受け持ち患者が20人

以上になると苛立ちを感じたのを覚えている。

2年後、一時期基礎の教室へ2年間出入りしたが、その間も臨床から離れることはまずいと想着て、社会保険埼玉中央病院で外来担当をし、生活のためもあって土曜の午後から月曜の朝まで単科精神科病院の当直をした。

2年後、臨床のなかでの研究をしたくて、同窓の先輩が主宰していた当時の名古屋保健衛生大（現藤田保健衛生大）精神神経科で臨床、教育、研究に従事した。当時、愛知県は名古屋大学と名古屋市立大学関連の精神科病院がほとんどであったなかで、救急システムもなく、通院中であろうと、初発であろうと夜間救急で来た患者は「来れば診る」という方針をもっていたし、そのように教育もしてきた。これが現在筆者が主張する、患者責任制、自院責任制、地域責任制の根拠であるといっていだろう。

このとき同時に豊中のさわ病院で週末はパート勤務をし、毎週当直もした。当時さわ病院は、夜間救急も受け入れていたが、精神保健法の前で、基礎系の医師（多くの教授）が生活費稼ぎに来てくれていた。精神科の教育を受けてなくても、10年も毎週来ていれば、もともと勉強熱心な人ならそこそこの診断も治療もできた。しかし、1987年に精神保健法が成立し（その12月にさわ病院院長になった）、1988年7月から施行となって、当時の厚生省の課長補佐が「拘束時は緊急避難といっても拘束後5分以内に指定医が来なければならない」と言ったことから、24時間指定医を置くこととした。指定医が充足したら自分の当直を減らそうとしたが減らせない。一人辞めると「ついでに」辞めやすいのか、また一人辞めるとその分自分に負担がかかるためか続いて辞めることは

よくある。ひどいときは週3晩当直をすることもあった。

2007年4月から準指定医といえる「特定医師」ができ、「特定病院」になったが、医療保護入院、応急入院でも12時間までという限定がある。著者は2008年9月から同法人のほくとクリニック病院(50床)で院長をしているが、今もほぼ月3回の当直と、週2回夜9時までの特定医師のバックアップをしている。このようにして両病院とも大阪精神科病院協会の救急輪番に入っているし、輪番日以外でも自院通院中の患者の診療(外来、入院とも)と救急隊からの直接要請は24時間断らないようにしている。

精神医療の理念論、技術論とシステム論

このような個人的な精神医療との出会いから著者の精神科救急についての理念を温めてきた。

そこから得た現在の結論は、精神科救急は精神医療そのもの、あるいは医療そのものであり、特に地域精神医療のひとつのツールであると考えており、これには精神論(理念論)と技術論とシステム論があるということである。

精神論については、すでに「精神医学」巻頭言¹⁾で書いた。かいつまんで話すと、精神科救急にはfashion性(対外的アピール)、collection性(さまざまな点で収集が行われるメリット)、mission性(職業としての使命)があり、付け加えるとそれを支えるpassion(使命への情熱)を持続させることが大切ということである。この最初の3つは、医師側、病院側、行政側いずれにもあり、それぞれを否定しないが、mission性がなければあとのfashion性もcollection性も長続きしないし意味をもたない。この解決はやはり医師を中心としたスタッフに対して精神科救急医療におけるmissionの必要性の教育以外には考えられず、このmissionを支えるpassionが必要なのであるが、それは先輩が身をもって示し感動を与えるしかない。新しい研修制度での医師のインプルーピングは必ずしも大学教育から始まらないが、卒前教育を含めて精神科でも他科と同じく救急医療のmission性は高いという教育をすることが最も大

切で、このようなインプルーピングなしにはmission性をもつ精神科医は生まれてこないだろう。最近医師不足から短期に市場に出そうという考えが生まれ、研修期間の短縮化が図られようとしている。精神科の研修期間をどうするか、この変化に注目したい。

技術論については特に鎮静法について本学会のガイドラインが出ているので²⁾参照されたい。現在これは改訂作業中である。そのほかではECT、隔離拘束などの技法注意点がある。最近拘束中は15分間隔でチェックし記載しろといわれているようであるが、現在の配置人数で多くの救急患者を受け入れてできるのだろうか? 入ってくる患者数、その状態、鎮静法、そしてそれに見合う人員配置、チェックの方法というのが正しかろうが、単なる外国の真似では困るだろう。以前APA(American Psychiatric Association: アメリカ精神医学会)の重鎮がさわ病院に見学に来られた。拘束の場を見て、「看護師はどこにいるのだ」と叫ばれた。拘束中ずっと看護師が付き添うことになっているからである。これは最も望ましい優しい拘束といえるが、アメリカではここまでしてそれに見合う看護師配置をし、それに見合う経済的支援がされているからだろう。日本の15分ごとのチェックはその前段階だろうが、この経済的支援も考えられなければならないと考え、主張することも必要だろう。

医学的な立場での疾患の診立て、治療は通常の精神医療と変わらないが、夜間休日の救急では、人手がなく、情報量も少なく、人の嫌がる時間帯である点が大い。

救急現場では上記の通常の医療のみでなく、事例性の解決技術が必要である。当然のことながら、入院させ、鎮静させて地域から排除、隔離することは事例性の解決ではない。狭い意味の医学的介入のみでなく、その人を取り巻く心理的環境的問題にも触れる必要が出てくる。新規の救急患者で、それも深夜にどこまで多面的アプローチができるかは著者自身も強いという自信はないが重要である。

救急のシステムについては、行政任せでなく救急現場で精神医療を行うのに不十分な環境をどの

ようにして、できるだけ整備するかという見通しを立てることと主張し行動することが必要である。そしてどこまでをシステムと考えるかという点、筆者は最初に述べたように精神科救急が地域精神医療のひとつのツールであると考えているが、地域医療は任意入院・医療保護入院（移送を含む）・応急入院はもちろんであるが（緊急）措置入院も、あるいは医療観察法の指定入院医療機関への入院・通院医療機関への通院もそう考えるべきだと思っている。医療観察法が社会復帰を促進するという建前を守るならである。

精神科救急の対象

対象は「心の悩みもつ人のすべて」、言い換えると精神医学の教科書に記載されている疾患をもつ人、あるいはICDでいえばFコードの人すべてと考えている。まず広く受け入れるが、医療の枠で対応すべきか、医療の枠外で対応すべき、あるいはできるかの判断、そして枠外ならどこにつなぐかを考え、そこまではきちんとしていくことが大切である。精神科救急サービスで実際に扱うのは当然のことながら医療の枠内である。

人格障害の人々についてどうするかがいつも議論になる。これについては以前、岡山学会で議論³⁾したが、興奮や自傷などあれば、外来入院の別なく、基本的には対象から排除しないというのが筆者の考えであり、少なくとも夜間休日のように人が少なく、関係者を集められないときに、医学的な介入も役に立つのなら、まず対応すべきであると考えている。

救急医療における時間との戦い

本来医療そのものは時間との戦いで、各段階の判断は迅速に行うのが救急医療であるといえるだろう。まず外来にきたら、どんな状態でもその人の過去の地域生活の最高レベルと、現在それを阻害しているものを考え、どうすれば入院しないで生活ができ、さらに過去の最高レベルに近づけるかを考える。もし入院したら、すぐ退院のイメージを描いて地域での生活をイメージし、地域に帰

す準備を始めなければならない。何度もいうがやはり精神科救急は地域医療のひとつのツールなのである。地域生活をしている人がたまたま精神疾患をもったと考えれば、常に社会復帰を考える必要があることになるが、特に精神疾患や障害に偏見のある現在は、精神科救急サービスによって地域社会から離れる時間をできるだけ少なく、しかも本人にも周囲にも負担を与えないようにすることが求められる。

救急担当医に求められるもの

精神医療においては、目の前の患者についてBio-, Psycho-, Socialのある存在と捉えて、この3側面のアプローチが考えられること、そのためには3側面それぞれのプロとチームを組む必要があり、チームを組める人間性が要求される。簡単にいうと、それぞれのプロもそれだけの力をもってもらわねばならないが、チームを組むことでよりよいサービスができ、医師自身も負担が減ると考え、それを志向するとよいチームができると考える。

精神科救急においても然りである。そしてその地域で、救急、社会復帰を含む必要なツールは何かを考え、何があるかを知り、必要なら作る能力が求められる。もちろんそのツールを適切に使う技術が求められ、ここまでの作業が真の事例性の解決になる。

興奮して騒いでいたら鎮静するというだけでは技術といえない。騒ぐ状態に、必要なら急速に鎮静することも必要だが、鎮静処置をして鎮静がかってくるまで横に寄り添って付き合うこと、あるいはあなたはしばらく泣き叫んだら必ず落ち着くと言い切って場を離れ時々声を掛けるというように、危険を防止しつつ付き合うことも救急では必要である。

その他、まず心の悩みのうち、少なくとも医療の枠内のものは「病」として対応すること、「病む人」への法的にはもちろん倫理的にも適切な対応ができること、当直に耐え、時には患者の暴力に適切に対応しうる体力も必要である。

救急医としてのセンス

医療の常識は世間の非常識、精神医療の常識は医療の非常識ともいわれたりするが、これは救急場面を適切に行っていくと消えると考えている。特に新規患者と接していくと、患者も家族も当たり前の対応を期待してくるので、それに応えていくとできるようになり、「同じ人」としての対応が診察場面でも、地域でもできると考える。

別の面からいうと、救急医療は地域医療の一部であると何度もいったが、地域医療はもともと生活支援であるともいえ、病をもちつつ生きる生活を支援していくことだから、ACT (Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援) だけがあらためて包括支援であるにとりたてていく必要はない。

人がいなければ、社会復帰のために、救急医が職安に付いていくこともあろうし、一人暮らしなら行ってお好み焼きを作ってやることもあろうし、医療観察法の鑑定入院で通院可能性を考えるときは一緒に泊まることもあろう。

これは筆者が実際にしてきたことである。このような生活支援をしていくなかで、病のゆれで生活が困難になるのを防ぐ、あるいはその困難になる時間を最小限にすることが救急医療と考えるべきだと思う。

最 後 に

精神科救急医が目指すものというタイトルであるが、筆者自身の経験から精神科救急医に求められるものを述べてきた。経験の積み重ね、特に臨床をしながら、教科書にはない医療的、社会的な問題に日々ぶつかり、一つ一つ解決していく経験が筆者にとっての「精神科救急医に求められるもの」を培ってきた。だから筆者が救急臨床を降りたときは、もう新たな考えは生まれないと考える。

けだし、精神科救急を語るときは演繹的でなく、帰納的であること、そしてなによりも語るのでも、書くのでも、聞くのでもなく「やるもの」であると考えている。

文 献

- 1) 澤 温：精神科救急－Fashion, Mission, Collection－. 精神医学 48：116-117, 2006
- 2) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン (2003年9月9日版). 新興医学出版社, 東京, 2003
- 3) 澤 温：人格障害に対して精神科救急は何をなすべきか. 精神科救急 8：17-22, 2005