

5. Rowe MA, Kelly A, Horne C *et al.* Reducing dangerous nighttime events in persons with dementia using a nighttime monitoring system. *Alzheimers Dement* 2009; 5: 419-426.
6. Morgenthaler TI, Lee-Chiong T, Alessi C *et al.* Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. *Sleep* 2007; 30: 1445–1459.
7. Briggs M, Dean KL. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. *J Clin Nurs* 1998; 7: 155-63.
8. Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Choodnovskiy I, Minaker KL. Constipation: assessment and management in an institutionalized elderly population. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 947-52.
9. Ehrenberg A, Ehnfors M. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scand J Caring Sci* 2001; 15: 303-10.
10. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE *et al.* Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 212-219.
11. Homma A, Woo JI, Chiu HFK, Hoek KE. Behavioral and psychological symptoms of dementia in Japan and the Asian Pacific Region. *Int Psychogeriatrics* 2000; 12: 419-422.
12. Algase DL, Beattie ER, Leitsch SA, Beel-Bates CA. Biomechanical activity. *Other Demen* 2003; 18: 85-92.

13. Cohen-Mansfield J, Werner P, Culpepper WJ, Wolfson M, Bickel E.
Assessment of ambulatory behavior in nursing home residents who pace or wander: A comparison of four commercially available devices. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1997; 8: 359-65.
14. Ancoli-Israel S, Cole R, Alessi C, Chambers M, Moorcroft W, Pollak CP. The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. *Sleep* 2003; 1: 342-92.
15. Greiner C, Makimoto K, Suzuki M, Yamakawa M, Ashida N. Feasibility study of the integrated circuit tag monitoring system for dementia residents in Japan. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2007; 22: 129-36.
16. Makimoto K, Lee EA, Kang Y, Yamakawa M, Ashida N, Shin KR.
Temporal patterns of movements in institutionalized elderly with dementia during 12-consecutive days observation in Seoul, Korea. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008; 23: 200-6.
17. Yamakawa, M, Shigenobu, K, Makimoto, K, Zhu, C, Ashida, N, Tabushi, K.
Environmental control interventions for frontotemporal dementia with reversed sleep-wake cycles. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008; 23: 470-6.
18. Miyoshi R, Yamakawa M, Shigenobu K *et al*. Association between activity level and changes in bodyweight in dementia patients. *Psychogeriatrics* 2008; 8: 170-174.
19. Segawa N, Yamakawa M, Shigenobu K *et al*. Attempt to differentiate the pattern of temporal movements in Alzheimer's disease patients from

vascular dementia patients by the IC tag monitoring system.

Psychogeriatrics 2008; 8: 151-152.

20. 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: 939-44.
21. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T *et al.* Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993; 43: 250-60.
22. Neary D, Snowden JS, Gustafson L *et al.* Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546-54.
23. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J *et al.* Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005; 27: 1863-72.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. 4th ed., text revision. Washington DC: The American Psychiatric Association, 2000.
25. Wood S, Cummings JL, Hsu MA *et al.* The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents: Characterization and measurement. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 75-83.
26. 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: 189-98.

27. Mahoney DF, Purtilo RB, Webbe FM *et al.* Working Group on Technology of the Alzheimer's Association. In-home monitoring of persons with dementia: ethical guidelines for technology research and development. *Alzheimers Dement* 2007; 3: 217-26.
28. Price JD, Hermans D, Grimley Evans J. Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 1. Art. No.: CD001932.
29. Hoekert M, der Lek RF, Swaab DF, Kaufer D, Van Someren EJ. Comparison between informant-observed and actigraphic assessments of sleep-wake rhythm disturbances in demented residents of homes for the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 104-11.
30. Hansebo G, Kihlgren M, Ljunggren G. Review of nursing documentation in nursing home wards—changes after intervention for individualized care. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1462-73.
31. Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient records in nursing homes. Effects of training on content and comprehensiveness. *Scand J Caring Sci* 1999; 13: 72-82.
32. Schnelle JF, Osterweil D, Simmons SF. Improving the quality of nursing home care and medical-record accuracy with direct observational technologies. *Gerontologist* 2005; 45: 576-82.
33. Roberts BL, Madigan EA, Anthony MK, Pabst SL. The congruence of nursing diagnoses and supporting clinical evidence. *Nurs Diagn* 1996; 7: 108-15.

Acknowledgments

This study was supported by a "Research Grant for Research on Dementia (H21-Dementia-General-003)" from the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan and the "Grant-in-Aid for Scientific Research (for Young Scientists B, No.20791766, 2008-2010) from Japan's Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology".

A Japanese patent entitled "Movement detection system," filed on 25 February 2005, is owned by the Matrix Co., Japan. While Dr Makimoto is among the inventors of this patent, she has no financial interest in it. The author has declared that there is no conflict of interest.

The authors would like to express their appreciation for the cooperation extended by the staff of Asakayama General Hospital. We are especially grateful to Ms. Sadako Ogawa, the director of nursing, and Dr. Kaoru Tabushi. The authors also wish to thank Mr. Takeshi Kawahara and Mr. Yojiro Takagishi from Matrix Inc., Japan, for technical assistance during the project.

アルツハイマー病の認知機能改善薬と根本治療薬

ドネペジルの服薬指導と効果判定

繁信和恵

財団法人浅香山病院精神科・認知症疾患医療センター センター長

プライマリ・ケアにおけるポイント

ドネペジルが投与されるということは、薬を内服する方が何らかの認知機能低下を有している可能性が非常に高いと考えられる。そのために、処方をして服薬の管理が十分にできず、飲み忘れや過量内服を起こす危険性がある。また、服薬により生じた効果や副作用を正確に治療者に伝えることができない可能性もある。アルツハイマー型認知症の診断がついたらすぐにドネペジルの処方を開始するのではなく、認知機能低下の程度や生活状況から、患者が自己にて服薬管理や薬効の評価が可能かを判断し、服薬管理や副作用出現時の対応が可能となるように環境調節を十分行ったうえで投与開始を検討すべきである。

ドネペジルは進行を緩やかにする作用の薬剤であり、進行を止めたり、認知症がなかった状態に戻す効果のある薬ではないこと、内服を継続していても、徐々に進行する可能性が高いことをきちんと介護者に説明することが、服薬を長期にわたり継続できるようにするためには重要である。そのうえで、具体的な症状の変化をあげながら、効果を判定する必要がある。

はじめに

ドネペジルが使用可能になってから10年が経過し、かかりつけ医でも処方が開始されることが増えている。また、認知症についてのセカンドオピニオンを求めて専門医を受診することも増えている。その際、すでにドネペジルが処方されてい

ることも少なくない。しかし、本人および家族ともに、どのような病気でどのような薬が、どのような目的で処方されているかを理解していないことが多いのも事実である。

I 服薬指導

① 告知の問題

現在日本でドネペジルを服用している人は、アルツハイマー型認知症(AD)と診断されているか、あるいは軽度認知機能障害の状態にあるが、頭部画像検査などより、今後ADに移行する可能性が高い人であろう。軽度認知機能障害の状態やごく初期のADでは、病識や病感が保たれていることが多い。そのため、十分な説明なしにドネペジルが処方された場合、薬局での説明時や後に自ら調

べることで、ドネペジルがADの治療薬であることを知り、本人に大きな不安や動揺を与えることになる。病初期であるほど、現在の病態と考えられる病気について、本人にきちんと説明をしたうえでドネペジルの処方を開始すべきである。認知機能の障害に対する自覚が乏しくなる中等度や高度の状態においても、十分な説明なしに、ドネペジルが処方されれば、自分はどこも悪いところはないのにと、服薬を中断してしまうことにつなが

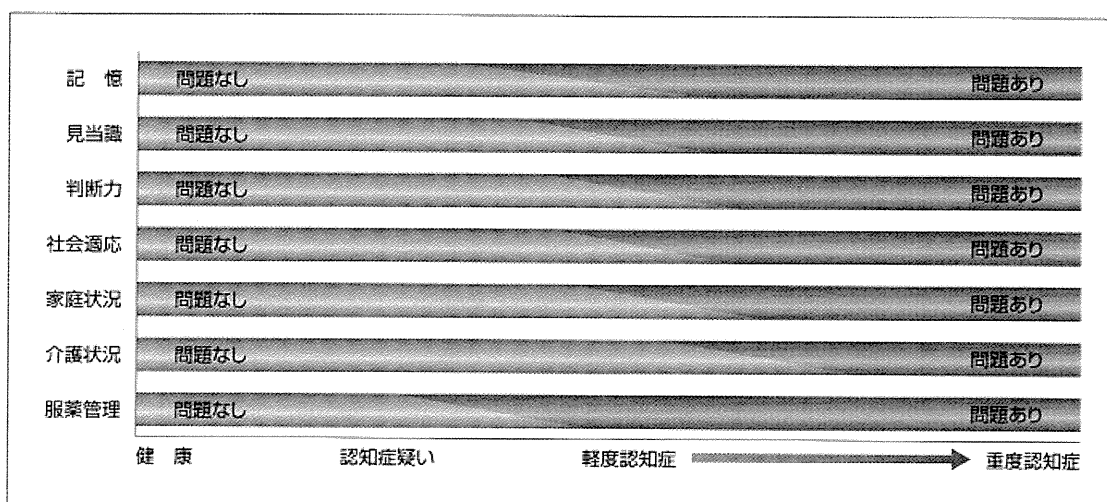


図1 認知症と薬の管理

る。通院のたびに病態や脳の病気であり内服の必要性があることを繰り返し説明する必要がある。

② 服薬管理の必要性の有無

通常、服薬指導は患者本人を対象に行われるが、認知症患者の場合は非常に早い段階から薬の管理に問題を生じることが多いことが報告されている(図1)。そのため、家族を含めた介護者への指導が原則である。ドネペジルの処方を開始する前に、患者が自己にて服薬管理を行え、副作用が出現した場合に適切に対処できる認知機能であるかの評価も必要である。評価には、すでにこれまで処方されていたほかの薬剤がきちんと服用できているかが参考になる。服薬管理の不備が予測される場合は、介護者に服薬の管理や副作用出現の有無の確認を依頼する必要がある。単身生活者で、本人のみでは服薬管理の不備が予測される場合は、近隣住人の協力や、介護保険によるヘルパーや訪問看護などの導入により服薬の確認や副作用出現時の確認ができるようになってから処方を開始すべきである。

③ 効果と継続服用の意義

患者や介護者は薬の使用により病気が治癒した

り、著明に改善するという期待をもつ。しかし、AD患者へのドネペジルの投薬は、症状の進行を遅延させる目的で行われている(図2)。「症状の進行を遅くすること、周辺症状の出現を最小限に抑えて、良好な社会生活を可能な限り長く維持すること」が目的であることを本人、介護者に説明し、とくに服薬を管理する介護者には十分に理解してもらう必要がある。

④ 服用時間

添付文書上は1日1回の服用となっている。しかし、夕方から就寝前に服用すると、夜間の活動が増加したり、入眠困難が出現することがある。そのため、睡眠や夜間の行動に影響を与えない朝または昼の服用が推奨される¹⁾。

⑤ ドネペジルの剤型の選択

ドネペジルの剤形には錠剤、OD錠、細粒剤、ゼリー錠の4種類がある。患者の身体状況に合わせて使い分けることが可能である。嚥下障害を認め誤嚥の危険性の高い高度ADでは、OD錠やゼリー錠が服薬させやすい。またレビー小体型認知症のように、薬剤に対する感受性の亢進があり、

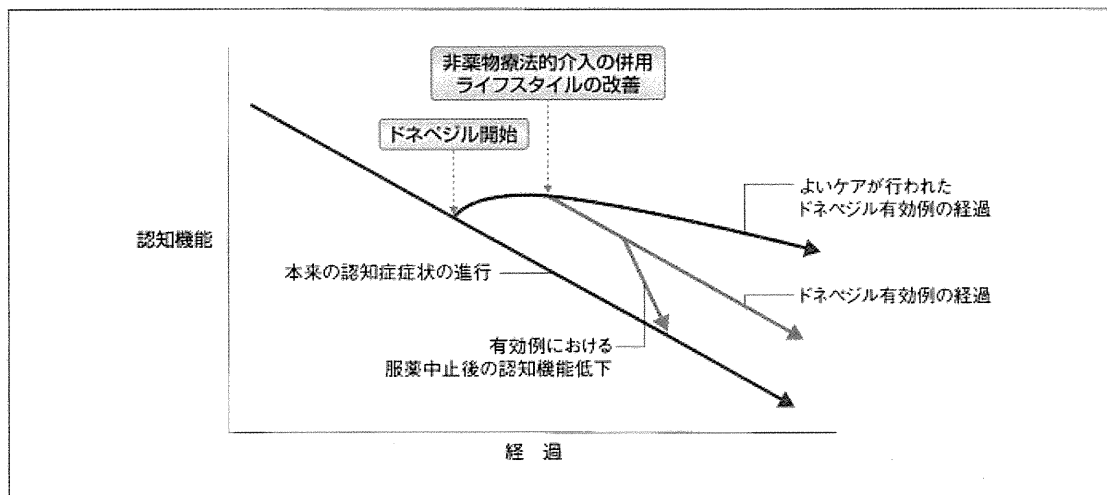


図2 ADの臨床症状の経過と期待されるドネベジルの効果

副作用が出現しやすい場合は、細かな用量設定のできる細粒剤が使用しやすい。

⑥ 内服を忘れた場合

ドネベジルを服用し忘れた場合でも、翌日2回分一度に内服したりすることがないように指導する。数回程度の服薬中断では効果に大きく影響しないとされている国内外の臨床試験では、2～4週間の休薬では認知機能低下がコントロール群と同等までは低下しないが、4～8週間の休薬では、コントロール群と同等にまで低下するという報告がある(図2)²⁾。以上のようなことから、服薬可能な状態であればできるだけ早めの投与再開が望ましい。

⑦ 過量服用した場合

認知症患者では近時記憶障害、見当識障害が進行するほど、ドネベジルを服用したことを忘れ再度服用してしまう危険性は高まる。重複投与があった場合は、表1に示すような副作用が出現する可能性がある³⁾。そのような症状がみられた場合は、速やかに医療機関などに連絡するように本人だけでなく介護者にも指導する必要がある。

表1 ドネベジル服用開始後に注意すべき副作用

① 精神神経系	活発になり過ぎる、落ち着きがなくなる、攻撃的になる、不眠、錐体外路障害の出現・悪化
② 消化器系	吐き気・嘔吐、極端な食欲低下、下痢
③ 循環器系	徐脈、不整脈、血圧低下

⑧ お薬手帳の活用

認知症患者は高齢者が多く、身体的な合併症を有し、複数の医療機関から投薬がなされている場合がある。そのため、同一効果の薬剤が別の医療機関で重なって処方される可能性も高い。また、自ら投薬内容を認識していないだけでなく、介護者も高齢で十分な把握が困難な場合が目立つ。そのため、かかりつけ薬局をもち、別々の医療機関で処方された薬でも、同じ薬局で調剤してもらうことで、重複投与や相互作用、併用禁忌などを未然に防ぐ必要がある。また医療機関受診時には、お薬手帳を持参することの指導が重要である。なぜならば複数の処方を一度に確認できるようにすることで、認知症のBPSDや身体機能に影響を与える薬剤を診察時に瞬時に確認でき、より早く対応できるようにするためである⁴⁾。

II ドネペジルの効果判定

現在、ドネペジルによる治療の対象は、ADへの移行が強く疑われる軽度認知機能障害から初期ADをはじめ、高度ADに至るまで、ADのフルステージに及んでいる。ドネペジルの効果を判断する場合にもそれぞれの重症度に応じた観察が必要になると考えられる。

AD患者は病期の進行に伴い、自らの症状を具体的に説明することが困難になる場合が多い。そのため、治療効果を適切に判断するために重要なことは、投薬に際しての本人はもちろん家族などの介護者への説明である。進行性の脳変性疾患において進行を緩やかにするというドネペジルの効果は、ともすれば内服しても変化がみられない、あるいはわずかでも物忘れが進行すると効果がないと判断されがちである。まず第一に、ドネペジルはADが治癒したり、進行が止まる薬ではなく、進行を緩やかにする薬であることをきちんと説明しておく必要がある。

ドネペジルの効果により、認知機能低下の進行が抑制されているかを判断するには、厳密には詳細な神経心理学的検査を実施し評価するべきである。しかし、専門医療機関以外ではそれらの実施が困難なことが多い。そのため、ここでは診療場面で本人や介護者から得られる評価可能な変化について自験例より述べる。

① 初期AD

初期AD患者では、内服後の変化を自ら語ることが可能な場合も多い。本人が変化を感じる場合は「頭がすっきりした」、「家事をするのが面倒ではなくなった」、「外出する気になった」というような話が聞かれる。

症例1：家族との電話での約束を忘れるようになったということで初診に至った初期ADの75歳、女性。物忘れがみられるようになってからは、近

隣に住む子どもたちが誘っても外出する機会が少なくなっていた。ドネペジル5mgの開始後、徐々に意欲が改善し、外出する機会が増えた。子どもたちの勧めでメモをとるようになった。本人も「頭がぼんやりしていたのがつなごうような気がします」と述べた。MMSEは投薬前20/30点、投薬半年後20/30点であった。

初期に自らの能力低下をわずかでも認識している場合において、上記のような反応は本人、家族にとって喜ばしいことである。一方で、消化器症状や易怒性などの副作用が出現しない限りは、本人、家族ともに「何も変わらないです」ということが多い。このような場合では、進行性疾患において変化がないことは、効果が得られている可能性が高く、投与を継続すべきであると考え、そのことを伝える。

初期の段階であれば、かかりつけ医であっても可能な限り半年～1年に1度は簡易な認知機能検査(MMSEやHDS-R)を施行し、客観的に進行の程度を評価したほうがよい。それにより、ドネペジル5mgでの効果が乏しい例を評価でき、10mgへの増量を検討することができる⁵⁾。

② 中期AD

中期AD患者は、基本的ADLが比較的自立しているにもかかわらず、妄想や興奮といった精神症状や徘徊が最も出現しやすい時期である。そのため、この時期から新たにドネペジルを始める場合は、消化器症状以外にも興奮や妄想、攻撃性といった精神症状の悪化が副作用としてみられる場合があり、介護負担を増加させる要因になるため、注意が必要である。しかし、そのような例でも認知機能低下の抑制には効果が認められる場合もある。そのため、ドネペジル投与後、物忘れの程度に加えて、周囲への関心や意欲の程度が改善して

いないかの問診は必要である。精神症状が先にみられている場合は、環境調整や薬物治療によりそれらを改善したうえで、ドネペジルの投与を検討すべきである。

症例2：中期ADの77歳、女性。初期ADの状態であった4年程前から、主介護者である同居している長男の嫁に対して、「通帳を隠された、年金を勝手に使われた」などの物盗られ妄想がみられるようになった。デイサービスを毎日利用し、嫁と一緒にいる時間を減らすことにより、物盗られ妄想は減少し、1年半前には完全に消失していた。しかし、認知機能の低下は徐々に進行し、金品に対する関心はなくなり財布がなくなっても気にする様子もなく、家の近所で道に迷ったり、食事をしたことを忘れていたりするようになっていた。この時期にドネペジルが開始になった。5mg開始後数週間後から、嫁に対する物盗られ妄想が再びみられるようになった。周囲に対して興味や関心がなくなっていたのが、何度も財布や通帳を捜したり確認したりし、家族に対して話しかけることも増えた。主介護者は「物忘れの程度も精神的な症状も、2～3年ほど前の物盗られ妄想がみられていた時期に戻ったような感じです」と話した。認知機能低下には効果を発揮していると考え、家族と相談のうえ、物盗られ妄想に対するほかの薬物治療を併用し、ドネペジルの治療を継続した。

③ 高度AD

高度AD患者では、2007年からドネペジル10mg

の投与が可能になった。すでに初期、中期よりドネペジル5mgが長期間投与されてから増量になる例が多いと思われる。10mgに増量した場合の評価は、前述の病期に比べさらに介護者からの観察によるところが大きい。具体的な変化は覚醒度合いや注意・集中力、意欲の改善となって現れることが多いのでそれを聞き出す工夫が必要である。以下に具体例をあげる。

症例3：高度の状態になってからは、刺激を与えても日中うとうとして傾眠状態であることが多くなった。うとうとした状態で食事をとるので、介助で1時間以上かかり、誤嚥の可能性も増加していた。ドネペジルを10mgに増量後徐々に日中の活動性が増え、食事時間も短縮した。

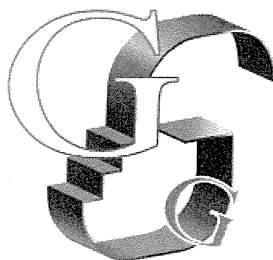
症例4：高度の状態になってから徐々に会話が通じにくくなり、そのため介助のための指示が入らず、更衣や入浴にも長い時間がかかり介護者の負担が増加していた。また時に、介護者(夫)の顔を見ても夫と認識できないことがあるため、介護者である夫は非常に無力感を感じるようになっていた。ドネペジルを10mgに増量後、会話が通じることが多くなり指示が入りやすくなったため、介護に要する時間が減少した。主介護者の夫は自分のかけた言葉に返事を返してくれるようになったのが一番うれしいと話した。

これらのように、高度の患者では日常介護のなかでの疎通性や会話量、活動性、介護時間の変化を聴取することで、効果の有無が評価しやすくなると思われる。



参考文献

- 1) 中村 祐：認知機能障害の薬物療法と意義。治療, 89 (11) : 3001-3009, 2007.
- 2) Holmes C, Wilkinson D, Dean C, et al: The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease. *Neurology*, 63 : 214-219, 2004.
- 3) 川添哲嗣：ドネペジル塩酸塩の服薬指導と観察ポイント。薬局, 61 : 3680-3684, 2010.
- 4) 久保鈴子：認知症の治療 本人・家族への服薬指導をどのようにすべきですか。CLINICIAN, 563 : 1117-1119, 2007.
- 5) 丸木雄一：アルツハイマー病治療薬の現状と期待される治療薬—ドネペジル—。老年精医誌, 21 : 1315-1321, 2010.



見当識障害の評価と リハビリテーション

繁信和恵

抄録

見当識障害は認知症の中核症状である。見当識障害の悪化は、認知症高齢者の日常生活活動に混乱を招く。認知症の患者の見当識障害を正確に評価し、それに対する介入やケアが必要である。介入方法のひとつに現実見当識訓練がある。3か月程度の短期間の効果は報告されている。しかし長期的効果は明らかでない。そのため見当識障害がもたらす混乱を少しでも軽減できるように、長期にわたるケアの場面の工夫が必要である。

Key words : 認知症, 見当識, 見当識障害, 現実見当識訓練, リハビリテーション

老年精神医学雑誌 22 : 290-294, 2011

はじめに

見当識障害とは今はいつであるか、自分がどこにいるかといったことを判断する能力のことである。記憶障害や言語機能の障害、失行・失認、実行機能障害などと並ぶ認知症の中核症状のひとつである。

見当識障害の悪化は、認知症高齢者の日常生活活動に混乱を招くことも多い。また昼夜の逆転や、徘徊のきっかけになる可能性もあり、介護負担の増加につながる。ここでは、見当識障害の評価法、認知症の非薬物療法的アプローチとして、とくに発症の初期からみられる見当識障害の改善を目指す。現実見当識訓練 (reality orientation training ; ROT) について概括したのち、認知症治療病棟で筆者らが行っている見当識障害に対するケアを紹介する。

1 見当識障害

見当識は、時間・場所・人物に対するものがある。見当識は記憶、意識、視覚認知といった機能によって維持されており、単一の認知機能ではない。そのため、せん妄のように意識障害がある場合は見当識障害が目立つこととなる。進行性の認知症であるアルツハイマー型認知症では、通常記憶への依存度が高い時間の見当識が最初に障害され、進行とともに場所の見当識が障害される。アルツハイマー型認知症患者の見当識障害は後部帯状回の障害と関連することが報告されている¹⁾。

アルツハイマー型認知症であれば、時の見当識障害は発症早期からみられる。日にちや曜日のまちがいから始まる。見当識障害が月や季節に及ぶと、夏期に冬用の洋服を着て外出しようとしたり、さらに時の見当識障害が進行すると真夜中に起きたとき、昼間と思い込んで食事を食べようとしたり、電話をかけたり、出かけようとしたりする。場所の見当識障害が進行すると、デイサービスに来ていても、仕事で職場にいるかのような

Kazue Shigenobu : 財団法人浅香山病院精神科
〒590-0018 大阪府堺市堺区今池町3-3-16

□特集

行動をとったり、慣れ親しんだ自宅であってもトイレの場所をまちがえるようなことがみられるようになる。

前述のように、このような時間や場所の見当識障害は記憶障害や意識障害と密接に関連しているが、記憶障害が軽度であるにもかかわらず、著明な見当識障害が認められることもある。たとえば比較的記憶もよく、他の認知機能障害も軽度であるにもかかわらず、娘を他人と思い込み、まるで他人に話しかけるような丁寧な言葉遣いで話しかけたりする。あるいは自宅にいるにもかかわらず、今いるのは別の家だと主張し、家を出て行こうとする言動がみられたりする。そのような場合は誤認妄想の要素が含まれていないかの観察も重要である。

また認知症高齢者では自分が何者であるかという見当識が障害されることはまれであり、そのような自己同定能力の異常ある場合には、認知症疾患ではなく、精神疾患などの他の疾患を疑う必要がある。

2 見当識障害の評価

時、場所、人物などに関する個人的見当識は、一般には精神現在症や問診で調べることが可能である。認知症のスクリーニング検査として国際的に最も汎用されている Mini-Mental State Examination (MMSE, 表1)²⁾では、30点中10点が見当識の問題である。設問1は今現在の日付を問う、設問2では現在地を問う。それぞれ時の見当識、地誌的見当識を評価する設問である。アルツハイマー型認知症の記憶障害の内容については、時間、場所、人などの符丁のついたエピソード記憶の障害が著しいことが知られている。このエピソード記憶の障害こそが見当識障害を引き起こし、判断力をはじめ知的能力の低下をきたすものと考えられる。

空間的見当識には左右の見当識、身体部位の見当識、地誌的見当識が含まれる。身体部位の見当識の詳細な見当識としては Personal Orientation

Testがある。この検査では人物画面上に配置された数字に従って該当する自己の身体部位に触れていく課題が含まれている。地誌的見当識障害については、「自分の部屋や家に戻れない、トイレまでの行き方わからない、通い慣れた道がわからなくなる」という道順の障害と、地誌的記憶障害を区別して検討する必要がある。地誌的記憶障害は、自宅や病棟の見取り図や、地方や国の地図を描かせたりする検査で調べることができる。

3 現実見当識訓練

Reality orientation とは、時間や場所、人物といった、自らを取り巻く外界に対する現実見当識のことである。現実見当識訓練 (ROT) は従来、認知症に限った介入方法ではなく、長期入院の患者に対して、個別のかかわりをもつことを重視したアプローチであった³⁾。しかし現在では認知症患者の認知機能の腠活だけでなく、外界認識の是正を促し、それによる行動面や情動面の改善に目的とすることが増えている。

1. 適応疾患

認知症の多くの割合を占めるアルツハイマー型認知症、血管性認知症のいずれに対しても実施は可能である。ROTがより効果的であるのは、認知症の初期段階にあり、見当識障害によって認知的、心理的に混乱をきたしている場合であるといわれている。会話を媒介に進行するため言語的理解が可能であることが必要となる。

2. 定義

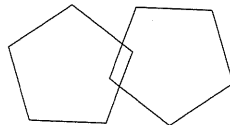
ROTは非定型 (informal) ROTと定型 (formal) ROTに分類される。非定型ROTはケアスタッフが訓練対象者に対して時間や場所に関係なくさまざまな場面で、日時や季節、場所などを繰り返し反復して教示していく方法である。定型ROTは訓練対象者が決まった時刻に決まった場所に集合し、グループとして見当識に関する内容を繰り返し学習していく方法である。

3. 技術内容

定型ROTでは、集団の大きさは8人程度あれ

表1 Mini-Mental State Examination (MMSE)

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか。 今の季節は何ですか。 今日は何曜日ですか。 今日は何月何日ですか。	年 曜日 月 日	
2 (5点)	ここはなに県ですか。 ここはなに市ですか。 ここはなに病院ですか。 ここは何階ですか。 ここはなに地方ですか。(例：関東地方)	県 市 階	
3 (3点)	物品名3個(相互に無関係) 検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う。その後被検者に繰り返させる。 正答1個につき1点を与える。3個すべて言うまで繰り返す(6回まで)。 何回繰り返したかを記せ。_____回		
4 (5点)	100から順に7を引く(5回まで)、あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5 (3点)	3で提示した物品名を再度復唱させる。		
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか。 (鉛筆を見せながら)これは何ですか。		
7 (1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで力をあわせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」		
9 (1点)	(次の文章を読んでその指示に従ってください) 「目を閉じなさい」		
10 (1点)	(なにか文章を書いてください)		
11 (1点)	(次の図形を書いてください)		
		得点合計	



(Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR : "Mini-mental state" ; A practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12 : 189-198, 1975)

ば、スタッフ1人でも対応可能であるが、それ以上の人数ではサプリーダーがいることが望ましいといわれている。表2はROTの実施内容と流れの参考例である¹⁰⁾。訓練内容は見当識に関する情報提供が中心である。日時や場所、季節、天候など

の見当識の情報を簡潔に板書し、正当を繰り返し個人ごとに述べてもらったり、全体で復唱したりすることが基本となる。

反復学習を実施する際に重要なことは、訓練対象者に誤った反応を誘発させないことであるとい

表2 現実見当識訓練 (ROT) の内容と流れ (参考例)

1. 開始の宣言
 - ①参加人数の確認 (通し番号をかけ, 自らの番号を記録する)
 - ②氏名の確認 (氏名を教示して全員で呼びかける)
 - ③軽体操や歌 (声を出すことを心がける)
2. RO ボードによる見当識情報の確認
誤り反応を誘発しないよう留意する
歳時記や場所にまつわる知識・記憶等の報告
3. その他の課題
 - ①タイマーを用い, 時間経過後にあらかじめ定めた課題を行う
(例: 拍手する, 立ち上がる, 窓を開けるなど)
 - ②物品を隠し, なにをしたか, また, どこに隠したかなどを想起する
4. 終了の宣言
次回の開催予定日の確認

(若松直樹: リハビリテーション技術: Reality Orientation 法, *Journal of Clinical Rehabilitation*, 15: 153-155, 2006)

われている。近年記憶障害のリハビリテーションのなかでも領域特異的訓練においては、患者に試行錯誤を繰り返させる「誤りあり学習 (errorfull learning)」ではなく、はじめから正答を教示する「誤りなし学習 (errorless learning)」のほうが効果的であることを示す報告がなされている⁷⁾。認知症高齢者では近時記憶障害により、自ら回答した誤りの内容や、スタッフに訂正されたという行為の記憶そのものが失われやすい。加えて自らの発した誤りの回答がより強く固定されしまう可能性が指摘されている。そのため、正しい見当識情報を早い段階から明らかにし、正答反応を反復する手法が有用とされている。

4. ROT の効果

Wallis ら¹⁰⁾や Hanley ら⁴⁾は、ROT は認知症患者の認知機能は改善するが、行動面には改善がみられなかったとしている。また一方では Greene ら³⁾や Reeve ら⁸⁾は ROT が認知症の行動面にも改善がみられたと報告している。わが国では若松ら⁹⁾は3か月間 ROT を実施した群と非実施群を比較した。MMSE の得点において実施群で有意な改善を認めたと報告している。MMSE の下位項目では日付・場所の見当識、即時再生や短文の復唱課題で有意に改善がみられたと報告している⁹⁾。

一方3か月以上の長期的な ROT の効果の持続やその後の認知症の予後についての報告は乏しいのが実際である。

5. ROT の課題

ROT 等の認知症患者に対するリハビリテーションは、方法論や評価法などが十分に確立しているとはいいがたい。日常のケアのなかで行われている関わり方や、その他の活動なども結果に影響を与える可能性はある。また訓練が訓練終了後も長期間にわたり汎化するかについての検討は乏しく、今後の検討が必要である。

④ 見当識障害を有する認知症者に対するケア

ここでは在宅介護や施設介護において見当識障害のために介護に支障をきたしている場合のケアを紹介する⁶⁾。見当識障害は転居や施設入所時、同居家族が変わったときなど、環境に変化があったときにより顕著になるので注意が必要である。

1. 時の見当識障害に対するケア

ROT の手法を利用するならば、自宅であれば、大きなカレンダーを目立つところにかけて、毎日介護者と一緒に印を付けたり、日めくりカレンダーをめくる、新聞で日付を確認するといった工夫が可能である。施設であれば、レクリエーション活

動の開始時に日時を確認し、活動のなかに季節の行事を多く組み入れることもできる。

さらに認知症が進行し、明るいうちから夜と思いい戸を閉めたり、夜間に昼と思いい服を着替えて外出しようとするような、昼夜のリズムの障害がある場合は、デイサービスを毎日利用するなどして、日中の活動性を高めることが必要である。

2. 場所の見当識障害に対するケア

施設内で、自分の部屋やトイレの場所がわからず、混乱して徘徊している場合は、現在では個人情報保護の問題もあるが、部屋の扉に患者の目線の高さに大きく名前を表示したり、患者本人が気に入っている物を飾ったりするとわかりやすい。トイレの表示も患者の目線の高さにあることが重要である。夜間はトイレや廊下の電気をつけて明るくしておく工夫もある。

転居や改築をするときには、患者の部屋になじみの家具を配置するなど以前と同様に配置することも、混乱を防ぐ工夫である。

3. 人の見当識障害に対するケア

息子を夫であると言ったり、嫁を知らない他人のように言ったりする場合は、生活史の健忘があり、自分自身も息子と同じくらい若いと思っていることがある。ゆっくり本人の話を聞き、患者の生活史の健忘がどの時期まで遡っているか理解する必要がある。否定したり、無理に訂正しようとすると、かえって混乱することが多いため、時には相手の言葉に添って演技をすることも大切である。

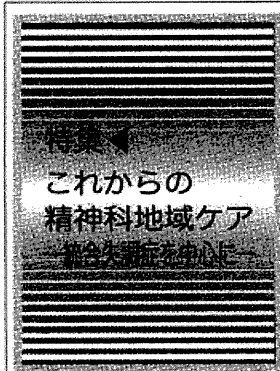
おわりに

アルツハイマー型認知症を代表とするような進行性の認知症であれば、ROTのようなさまざまな訓練や介入を行っても、長期的には認知機能低下の進行に伴い、見当識障害が進行することは予測される。そのため見当識障害がもたらす混乱を

少しでも軽減できるように、長期にわたるケアの場面での初期からの工夫が必要であると思われる。

文 献

- 1) Folsom JC : Reality orientation for the elderly mental patients. *J Geriatr Psychiatry*, **1** : 291-307 (1968).
- 2) 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*, **12** : 189-198 (1975).
- 3) Greene JG, Timbury GC, Smith R, Gardiner M : Reality orientation with elderly patients in the community ; An empirical evaluation. *Age Ageing*, **12** : 38-43 (1983).
- 4) Hanley IG, McGuire RJ, Boyd WD : Reality orientation and dementia ; A controlled trial of two approaches. *Br J Psychiatry*, **138** : 10-14 (1981).
- 5) Hirano N, Mori E, Ishii K, Ikejiri Y, et al. : Hypofunction in the posterior cingulate gyrus correlates with disorientation for time and place in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, **64** : 552-554 (1998).
- 6) 博野信次 : 臨床認知症学入門. 改訂2版. 146-147. 金芳堂, 京都 (2007).
- 7) 三村 将 : 記憶障害のリハビリテーション : 間違っただけが覚えやすいか? 努力した方が覚えやすいか? 失語症研究, **18** : 30-38 (1998).
- 8) Reeve W, Ivison D : Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients. *Age Ageing*, **14** : 119-121 (1985).
- 9) 若松直樹, 三村 将, 加藤元一郎, 塚原敏正ほか : 痴呆性老人に対するリアリティ・オリエンテーション訓練の試み. 老年精神医学雑誌, **10** : 1429-1435 (1999).
- 10) 若松直樹 : リハビリテーション技術 : Reality Orientation 法. *Journal of Clinical Rehabilitation*, **15** : 153-155 (2006).
- 11) Wallis GG, Baldwin M, Higginbotham P : Reality orientation therapy ; A controlled trial. *Br J Med Psychol*, **56** : 271-277 (1983).



IV. 地域におけるネットワークング

5. 精神科救急—地域ケアにおけるネットワークの面から

澤 温

Key words: 統合失調症, 精神科救急, ネットワーク, 予防精神医学

抄録：統合失調症，精神科救急，ネットワークの関係において，精神科救急は医療が中心であるのは当たり前だが，治療継続には生活基盤の安定が大切であるので，患者の必要度に応じて，福祉を含めたネットワークで生活の安定を図り，それにより治療の継続が図れること，また治療の継続ができなくなって早期警告症状が出た時には，身近にある福祉サービスが患者の権利を阻害しない形で，法に従って，しかし迅速に医療につなぐことが大切になる。なにより銘記すべきは，統合失調症患者が地域の生活者であり，それは24時間，365日の生活者であると同時にいつも一定の医療サービス，福祉サービスを必要とするのでない。疾患と障害が時により軽快したり，重症化するためその時その時に必要にして十分な，そして迅速な関わりが，ネットワークに関わるスタッフ間でリアルタイムの情報共有がなされて適切な対応がなされることが重要である。精神科救急医療の関わりにおいて，カプランの予防精神医学の，1次予防，2次予防，3次予防の各段階でのネットワークについて論じた。

1 はじめに

統合失調症，精神科救急，ネットワークというキーワードで書くように求められた。統合失調症の患者が地域で生活する時，どのような観点でサポートしていくか，このサポートの1つがネットワークであり，もう1つが精神科救急であるということであろう。これまでの経験から筆者がどのように考えているかを述べたい。

2 統合失調症患者の地域サポート

統合失調症をはじめ精神疾患患者の多くは，疾患と障害を併せもつとよくいわれる。そしてそれ

それは時によって，片方が重くなったり，両方が軽減したり，両方とも重くなったりする。それでも地域生活を継続できるようにするには，疾患なら治療をして症状の軽減を図り，障害なら必要な福祉的サポートを必要十分なだけ提供して，障害により地域生活の困難な状況を軽減することが大切なのはいうまでもない。この時最も大切なのは，統合失調症に限らないが地域の生活者は24時間，365日の生活者であるということである。

医療なら予約外来にきた時だけ，福祉ならサービス提供の予定の時だけというのなら，24時間の生活者をサポートするといえない。もちろん日中だけ，予約通りの医療，福祉サービスがあれば問題ない人はそれでよい。しかし，「地域移行」あるいは「退院促進」を進めて，より重い人々が

Psychiatric emergency service — from the network in community care
SAWA Yutaka さわ病院 [〒561-0803 大阪府豊中市城山町 1-9-1]

地域で生活できるようにするには24時間を視野に入れたサポートがなければならない。そして先に述べたようにいつも日中だけで済むのではなく、またいつも24時間必要というのでもない。筆者の病院にイタリアの医師を1990年に招いた時、彼は「テントは雨が降ったときのみ使えばよい、晴れたときは畳めばよい」と簡単な論理を話してくれた。

医療と福祉のサポートは、本来人間が bio-psycho-social な存在で、それが相互に影響しあい、それぞれの側面のサポートが時期に応じて迅速に提供される必要がある。この3つの面ではそれぞれの専門職がいるのでその連携が必要になってくる。連携にはそこで完結できるチームである場合もあるし、もう少し離れて必要に応じて連絡しあうネットワークのこともある。

迅速に医療サポートを提供することは精神科救急にほかならない。そして3つの側面からの連携がチームアプローチやネットワークといえる。

繰り返しになるが、チームもネットワークも、特に重い人々をサポートし、地域生活を継続できるようにするには24時間のサポートが必要であるということである。チームもネットワークも、一部の部署が24時間だから、「そこはあなたの管轄」というのは単なる「つまみ食い」になってしまい、24時間サポートの部署の負担が増し、その部署の不満に留まらず崩壊につながる。

現在の精神科救急は、患者責任制、自院責任制、地域責任制¹⁵⁾が破壊され、システムが最前線に出てきてしまっている。そのため精神科救急を担当するところは疲弊しだしている。福祉サポートも24時間ないため、生活破綻をきたした場合、「それはその人がたまたまそうだったからしょうがない」ではすまされない。1995年の阪神淡路大震災の時もそうだったが、2011年の東日本大震災では、今まで医療も福祉も定期的に利用していた人が利用できなくなり、避難所に薬を持ってくるのを忘れ、あるいは避難所という共同生活によるストレスで疾患は再燃し、福祉サービスがないため障害が顕在化する人たちが続出した。それなら入院をし続けた方がましだといわれても仕方ない。そう言わせないためには、迅速に責任を持って継

続的に¹⁶⁾サービスを提供することが必須である。以前、筆者の病院で長年入院していた人の家族に、「ここまでよくなったから退院しましょう」と勧めたところ、「あんたは冷たい、あんたのお父さんは一生病院でみてやると言ってくれた」と言われた。障害ある人の父母の気持ちからすると、いわゆる「親亡き後」に病や障害をもった自分の子どもが食事も取れない状況があったらどうしようと考えたと当然であろう。病院の中ではないが、病院の外で「希望され必要があれば一生診ますよ」ということで理解してもらった。阪神淡路大震災の朝、最初の職員のミーティングで、病院内の損傷、入院患者さんの状態の把握と同時に、訪問看護師をそれぞれの担当患者さんの家に向かわせ、心身の状態、ライフラインと食事の状態、家屋の状態をその日のうちに把握した。デイケアにおいても電話を使ったりして把握した。地域移行を含めて地域での生活を勧める時は、病院と同レベルのサービスが地域にない限りするべきではないともいえる。これまで「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」⁹⁾とやってきたがこのことと一致する。

ネットワークについての筆者の意見を述べたが、あらためて精神科救急と、そこにおけるネットワークについて述べる。

3 精神科救急の位置づけおよびあり方とネットワーク

以前から筆者は述べてきたが、精神科救急は特別のものではない。救急医療は医療の原点であり¹³⁾また精神科救急は地域医療の一部あるいは補完をするツールにすぎない¹⁶⁾。

予防精神医療の3段階として、カプランの予防精神医学はよく知られている。すなわち1次予防(疾病の発生予防、健康への啓発、健康増進)、2次予防(早期発見、早期治療)、3次予防(疾病の再発防止、リハビリテーション)である²⁾。通常精神科救急は2次予防に位置づけられる。しかし精神科救急医療を利用するのを予防するという観点で言うと、1次予防、3次予防も多いに関係ある。

精神科救急の特徴として、2次予防の早期発見、早期治療というメディカルな場面のみでいえば、

目の前にいる患者については医師が適切に判断して治療していくだけでよいが、その場合も救急状態になる前の、患者の状況についての情報や治療後、再発予防を視野に入れて地域フォローを継続させる時にはネットワークが必要になる。ネットワークが必要になるのは、上記のように人間が bio-psycho-social な存在であるからで、薬を飲み続けさえしていれば再発もしないというのではない。例えば、日中何もすることがなくて睡眠のリズムが崩れだすと定期的な服薬も不十分になって再発をするなどである。

もう1つ精神科救急の特徴は、身体疾患の救急状態と異なり、分、秒を争うものは少なく、多くは時、日単位のものが多いということである。そしてさらに精神科救急が地域医療の一部であると述べたが、救急状態を治療しながら、常に治療後の地域生活を見据えて治療しているという点では週、月、年まで視野に入れた治療となる。

4 1次予防に関係あるネットワーク

1次予防は疾病の発生予防、健康への啓発、健康増進であるが、統合失調症に限るとかなり難しい。統合失調症の原因がわかっていないからであるが、多くの研究でストレスが関係していること⁵⁷⁾、早期介入で疾患の進行も止めうるといわれている⁵⁸⁾。

しかし、早期介入においてネットワークはどのようなものをいうのか、どのように役立つかは未知である。医療専門家のみでなく、教育者、小児科医などが入るであろうが、今はまだ研究的に親を入れて、特別クリニックを開いている機関と間の「試み」の段階である。2次予防は疾患が「完成してしまったあとの処理」といえるし、まして通常の精神科救急は「火消し」にすぎない¹⁰⁾。その意味で今後この領域は極めて重要で、発症後受診する早期発見や繰り返す再燃時における早期治療が2次予防において救急状態として出会うのに対して、早期に介入することで救急事例化を予防という意味では精神科救急とかなり関係あるといえる。しかし、どのように国民のコンセンサスを得て、個人の権利への介入にならないようにしな

ければならないなど問題は多い。

5 2次予防と3次予防に関係あるネットワーク

2次予防は早期発見、早期治療で3次予防は疾病の再発防止、リハビリテーションであるが、この2つはかなり関係がある。特に最近のように精神科救急医療においては在院期間が30~40日程度に短くなっているため、2次予防と3次予防は同時進行であるといっても過言ではない。

2次において関わったネットワークは医療でも福祉でもみられる。そして疾患が重いあるいは揺れる場合は医療的なネットワークが主で、生活障害が重い場合には福祉的ネットワークが主となる。しかし、最初に述べたように、すべての人がそうであるように、精神障害者も24時間の生活者であるから多かれ少なかれ医療と福祉のサービスが必要で、医療の必要性が一時期大きくなった時、しかも急に必要になった時、精神科救急が対応するだけといえる。さらに外来医療ではきちんとした医療が提供できない、あるいは周囲に負担もかけすぎてしまう状況であったりすると一時期入院医療が必要になるだけで、それが終わればまた医療を継続し、普通の地域生活が送れるようにさまざまなサポートが提供されればよい。

ではこの2次予防、3次予防でどのようなネットワークが必要であろうか。病気が発症していたとして、早期発見の観点でみると、急性症状であれば家族を含めた同居者が医療機関に連絡すること、学校や会社であれば家族を通じて医療につながることになる。家族が動かないとなると、周囲の人が保健所に連絡して保健所の訪問指導が作動するのがフォーマルなネットワークの開始であるが、ネットワークというほど多くの機関は関わっていない。しかしこの段階が早いほど、治療により症状が改善した時、近隣、学校、会社にももどりやすい。周囲に負担を多くかければかけるほど、症状改善後の受け入れで拒否的な態度が残りやすい。

潜在的に発症して、「ひきこもり」「変わり者」といった状態で地域において生活している人は、

ネットワークの関わりは多い。しかしまずキーパーソンが「病かもしれない」と考えるかどうかが大切である。これはそれまで「国民への啓発」がどれだけできているかによるが、ここでは論じない。学校、会社、近隣および民生委員、地域の社会福祉協議会の委員などが動くかであるが、家族が心配していても、家族がカバーしていると暴力や周囲への直接的な迷惑行動がないと動きにくく、「口は災いの元」という考えも多くなかなか医療につながりにくく、いたずらに時間が経つことが多い。むしろ1人暮らしで、ごみを出さないで臭っている、ごみを隣に投げ入れる、ごみを決められた日に出さないなど小さな迷惑行為があって、周囲が心配すると保健所など公的機関に情報がいきやすい。後は保健所がすぐ動くかである。また家族が心配して医療機関に精神保健相談に行っても、これまでのように「連れてきたら診ますよ」というのでは同じく時間だけが流れる。従来から筆者は「医療にアクセスしてこなければ医療がアクセスするだけ」¹⁴⁾と述べてきたし、また2010年「心の健康政策構想会議」が出した「提言書」でも、精神医療改革、精神保健改革、家族支援の3本柱の中の精神医療改革の中心は「アウトリーチ医療」と「多職種チーム医療」であることから今後の医療の方向性であることがわかる⁴⁾。

これによって往診して、たとえ本人には通常の面接による診察はできなくても、顔を見て一言二言話し、家族から状況を聞いて投薬治療をすることは何も問題ない¹⁵⁾。

統合失調症でも早期に治療を開始すると、脳の損傷は小さいという報告があることからできるだけ早期治療に入ることが重要である¹⁾。治療が開始されたら、初期はネットワークより医療者がチームを組んで症状の軽快をできるだけ早期に図ることはいうまでもない。入院の場合、医師は面接、行動観察、看護師からの報告から、診断を確定し、薬物療法を中心に症状の軽快を図り、薬剤師は副作用、他の薬の飲み合わせについて注意し、患者には薬についての心配を聞き医師に報告し、少し軽減したら作業療法士により作業療法を受け、課題への取り組みでの反応、集中力などを観

察する。大事なものは入院していても「連れて出られるようになれば」、極端には「隔離室を出れば」退院前訪問看護につないで、家庭での様子をみることである¹²⁾。病院内での寛解は必要だがそれだけでは家庭に適応できるか、できないなら何が問題かがわからないからである。

入院から外来に移る場合も、外来や往診で開始した場合も、治療がどう理解され、治療が続けるかが大問題である。心理教育、服薬指導、SSTなどで服薬継続の必要性を理解してもらうことが必要なのは当然であるが、それでも怠業が多く、再発が多いのはいつも治療者を悩ませる、不愉快な副作用が減ったといわれる第2世代の薬が広まってもなお怠業は多い³⁾。ネットワークと関係ないが、筆者は統合失調症の患者に「病識」が獲得されにくいのは病気本体と関係あるだろうというプリミティブな仮説をもっている。つまり病気本体が「報酬系」に関係あるドーパミンシステムの過活動と関係ある限り困難ではないかということである。これは覚せい剤の場合と同じように不愉快、あるいは恐怖を伴う幻覚が出るにもかかわらず、脳内の機構としては逃れにくい呪縛にはまっているのではないかと考える。統合失調症で怠業が防げる人は、すべてとはいわないが、就労、家庭維持、ほめられることなど、他のもっと強い「報酬系」が作動している人であるようにみえる。

疾病の再発防止、リハビリテーションと精神科救急、ネットワークの関係であるが、これまで述べてきたように2次予防と連続はしているが、再発に関わる「早期警告症状(early warning signs)」を患者本人にも家族にも理解してもらうことは重要である。これは最近病名告知の重要性が言われるが、それよりも重要であると考えている。ネットワークとして家族以外の人にどれだけ理解してもらうかは、患者や家族の了解なしには話にくい点でネットワークを組みにくい。ネットワークの多くは医療者間のものが多い。訪問看護師、デイケアスタッフ、医療福祉相談室スタッフなどである。これはチーム医療の範囲となる。

単身生活者の場合はネットワークが必要となる。守秘義務をもつ専門職の間でのネットワークが通常で、医師、看護師、作業療法士、臨床心理

士など医療者と他施設の訪問看護師、デイケアスタッフ、福祉事務所担当者などである。ただ最初に言ったように、ネットワークの範囲が多いほど連絡がリアルタイムになりにくいので、どのようにして迅速な情報共有が行えるかが問題である。会議で「船頭多くして船山に上る」のようになりかねない。では精神科救急との関係はどうかというと、それほど難しいことではない。要は患者や家族はもちろん、訪問看護師、福祉事務所の職員からの情報で受診希望があればいつでも診る、来られなければ行くだけのことである。特に先に述べたように、「患者責任制、自院責任制、地域責任制」のうち、前二者が作動したら問題ない。救急状態で診察しても、これまで関係性のある医師やスタッフが対応するのと「その日の救急医」が対応するのとでは治療の円滑性は全く違う。

ここで若い救急医が行う判断で問題になることがある。時に夜、それも夜中に救急受診を希望してくる統合失調症患者で、日中受診するのを忘れて薬がなくて眠れないので薬がほしいと言ってくる場合である。「明日朝いらっしゃい」とか「それはあなたの不注意だ」といって断ることがある。もちろん中には、昼は待たされるから夜来たとかという「不心得者」もいるが、日中來れないことはすでに日常リズムがずれていたり、薬がないとはいえ不眠が警告症状であることもあり、翌日には本当に救急状態であったり、その後数日来なくて保健所経由、時に措置診察で来院することもある。あるいは統合失調症の症状の1つでうつ症状があると自殺したと警察から連絡があることもある。統合失調症患者の自殺率が10～15%と高いことは知られているが、幻覚妄想によるものはもちろんであるが、わずかな不安がうつ気分を惹起し、心の視野が狭くなり、別の見方ができないなどでも自殺に走ることもあるので、今一度肝に銘じるべきであろう。このような時はやはり診察を受諾し、実際に話し、その後症状の増悪のないように、これまでのネットワークに関わった機関に連絡をする、あるいは新たなネットワークを構築することが必要である。ただ薬がないということと来院することが多い患者で、特に診療所通院

患者であれば、過量服薬の可能性がない限り、緊急用として1～2日分くらい多く渡しておいてほしいものである。そうでないと夜間、特に夜中に救急病院にきた患者から薬の説明書を見せられて、いわゆるジェネリックの名前の薬が多くて同一品、同効品をいちいち夜中に調べるのは当直医としては負担あるいは怒りさえ招きかねないからである。診療所と救急病院とのネットワークとしてはネットワークが作動しないことが問題であり、診療所の医師は患者が日中もちろんであるが特に夜間に救急事例化しないようにしてもらいたい。

リハビリテーションでは筆者はこれまで精神障害者が地域生活を送るための「4つの必須要素」があり¹⁶⁾、サポートには「障害ある人が地域で生活するための6要素」+社会的行動の7つのチェック項目「しやかいふつき」（現在自立支援法の障害程度区分を決める時の医師の意見書にある「生活障害評価」）¹⁷⁾があり、この7つのうち足りないものを補うことと言ってきた。すなわち、住む場、日中の活動の場とプログラム、サポートする人々とその連携、そして地域の人々の理解と受容である。これは病気の重さによって医療が主になるところと福祉が主になるところがある。精神科救急と直接関係ないので詳細は省くが、患者自身にとって必要なものを必要なだけそろえることが必要であることは言うまでもない。精神科救急の立場で言うと、この4つの必須要素も7つのチェック項目も医療関係者が主にはならない、ただしサポートする人とその連携では早期警告症状の把握、救急受診の勧奨などに関わり、7つのチェック項目では服薬においてそれが不十分だと救急受診に至る点では重要である。

このようなネットワークの中で重要なのは、患者の周囲で24時間のネットワーク資源がどれだけあるかということである。生活者であることを基本とすると、医療が前に出るべきでなく必要があれば医療につなぐということが大事だが、24時間サービスが医療にしかない、いきおい医療が前に出張ってくることになる。卑近な例で言うと、患者が1人暮らしで不安であったり、そのため不眠である時、いつでも電話相談できるところ