

る。一人あたりの床面積は広く、プライバシーも確保しやすい。生活上の当番はなく、看護者による代理行為を少なくしている。患者、家族が病棟を見てから入院を判断するケースが増えている。電話相談を受けており現在月に15回くらいの相談がある。外来受診時気軽に病棟に立ち寄ることができる。患者が看護者に自分の問題を相談しやすい。

問題点や課題として、長期入院患者や回復期患者に対する独自のプログラムがないこと、日による看護者の仕事量の差が大きいこと、構造上の設備が不十分であること、患者が看護者に相談する時間が準夜帯に多いこと、患者の情報を外来へ伝える体制を整えること、危機介入を行うには体制が不十分なこと、病床の回転率が高くても入院数自体にこれが表れず評価を受けにくいことなどがある。

この病棟が病気の慢性化の防止に大きく貢献していることは明らかで、今後もその運営に努力したいと思っている。

13) 新潟大学精神科外来を受診したせん妄患者の分析

| | |
|------------|-----------|
| 高橋 邦明 | (高田西城病院) |
| 松井 征二 | (大島病院) |
| 小熊 隆夫 | (白根緑ヶ丘病院) |
| 稲月 原 | (飯塚病院) |
| 関 美好・内藤 明彦 | (新潟大学精神科) |
| 須賀 良一 | (厚生連中条病院) |

昭和62年1月1日から平成3年7月3日の間に新潟大学精神科外来を初診したせん妄患者38例について検討した。診察依頼の理由は“精神運動活動の活発化のコントロール”であった。精神科受診歴はアルコール依存症が3例、中枢神経に障害があるものは19例(50.0%)、身体疾患を持つものが31例(81.6%)であった。

予後に関しては、せん妄の予後(治癒、反復、遷延、悪化、死亡、不明)と関連疾患の予後(治癒、未治癒、死亡、その他)に分けて検討し、せん妄の悪化群と死亡群を合わせて予後不良群とした。

せん妄の治癒群と予後不良群を比較すると、せん妄の治癒群は22例(57.9%)で、予後不良群は8例(21.0%)であった。予後不良群は身体疾患が重篤であり、全例が3カ月以内に死亡していた。治癒群は機会性、状況性のせん妄が多かった。

また、関連疾患を持たず原因や誘因も不明でせん妄を呈した高齢者(75歳以上)が2例あった。

治療はハロペリドール主体に行なわれていた。

以上の結果から、ひとつの指針を提示した。

治療指針

精神運動興奮が激しく、急速な鎮静化が必要なとき、ハロペリドール 5~10 mg の筋注または静注が一般的である。できれば静注の方がよい。

具体的には、まず 5 mg 静注して、30分後にそれでも興奮が治まらないときにもう 5 mg 追加する形がよい。総量で 20 mg 程度まで使用してよい。原則として抗バ剤は使用しない。

夜間せん妄：予防的に、ハロペリドール 0.75~1.5 mg を眠前に経口投与する。

不穏時にはハロペリドール 2.5~10 mg を静注または筋注する。

術後せん妄：ハロペリドール 5~10 mg 静注または筋注。なお興奮が続くときは、さらにハロペリドール 15~20 mg を5%グルコース 100 ml に加え、約5~6時間かけて点滴静注する。

身体疾患が重篤で精神運動興奮が激しくないときは、薬物を使用せず、関連疾患の治療に全力をあげる。

精神運動興奮が激しい場合には上記に従う。

II. 特別講演

「私の妖怪学」

—いち臨床精神科医の視点で—

群馬県立佐波病院院長

平 沢 吟 吉 先生