

平成23年8月

認知症の方を地域で支えるための精神科医療

海上寮療養所

副院長 上野 秀樹

1. はじめに ～海上寮療養所のご紹介～

私が勤務する海上寮療養所は、千葉県旭市にある社会福祉法人 ロザリオの聖母会が経営する199床の単科精神科病院です。4病棟すべてが開放病棟で運営されています。もともとは昭和6年に結核療養所として開設された病院ですが、昭和30年代に「甘えの構造」などの著書で有名な土居健郎先生のご指導のもと、精神科病院となりました。

当院では、平成21年11月より、認知症の方に対する精神科訪問診療を行っています。

お困りのお宅へ お伺いします

ものわすれでお困りの方

家族が認知症ではないかと心配な方

本人が病院に行きたがらない方

ご一報下さい

ご相談に応じます



0479-60-0601

千葉県旭市野中4017

ロザリオの聖母会 海上寮療養所



これは、次の二つのサービスからなっています。

- ・精神症状や行動障害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方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

これから、なぜ認知症の方に精神科医療が必要なのか、なぜ訪問診療なのか、考えてみたいと思います。

2. 認知症の方に精神科医療が必要なのか

まず、はじめに認知症とは何か、考えてみましょう。

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）はたくさんあるということになります。

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。病気としての違いは、神経細胞が死滅する理由です。

現在の日本の高齢者では、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%）が多く認められ、三大認知症とされています。

認知症の症状は、通常「中核症状」と「精神症状・行動障害（BPSD、周辺症状）」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、認知症の方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、精神症状・行動障害とは「中核症状を持っている認知症の方に、もともとの性格、周囲の環境、人間関係などの様々な要因が絡み合って生じてくる症状」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、忘れること自体を忘れてしまい、記憶障害に関する病識が失われるので、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」など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。また、場所がわからなくなると徘徊が認められたりします。

もうひとつ、認知症高齢者によく認められる状態像に、せん妄状態があります。

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。

従来、せん妄状態を含めた、認知症の方に認められる精神症状・行動障害はひとまとめにして議論されてきました。ここで私は、治療面から以下のように分類することを提案したいと思います。

- ケアや対応の工夫で改善する精神症状・行動障害
- 精神科医療の関与が必要な精神症状・行動障害

「ケアや対応の工夫で改善する精神症状・行動障害」とは、「認知機能障害がある人が周囲の環境に反応することで出現してくる精神症状」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。このタイプの精神症状・行動障害は、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。

例えば、こういった症例があります。

10年前にアルツハイマー型認知症を発症した75歳女性

すでに認知機能障害は重度で、息子や夫の顔がわからない状態です。子供達からは施設入所を勧められていましたが、夫は大丈夫だからと二人暮らしを続けていました。

X年1月に、夫が急性心筋梗塞を発症し、入院することになり、本人は息子宅に引き取られることになりました。息子宅では、トイレの場所がわからず、そこら中に排泄するようになってしまいました。また、息子宅に移って数日してから、不安といらいらが強まり、「どうにかしてくれ、殺してくれ」と叫び声を上げて、不安を訴える状態が昼夜関係なく1時間ほど一日に何回も続くようになりしました。

その後、3週間で退院した夫も息子宅で暮らすようになりましたが、本人は夫をみても「どこかのおじいさん？」と誰かわからない様子で、世話をしてくれる息子の嫁のことも、「どこかの親切なおばさん」と思っているようでした。1ヶ月後に、認知症対応のグループホームに入所することができました。入所後はうそのように精神状態は落ち着き、笑顔が認められるようになりしました。

私が、どうして精神症状が治まったのか尋ねたところ、次のように説明してくれました。

・排泄の問題

息子宅では、どこに排泄してしまうかわからなかったのが、なるべく部屋にいてじっとしてもらっていました。しかし、グループホームでは、排泄を疑わせる行動が認められた場合には、トイレに誘導することで自由に過ごしてもらうことができていました。

・家事の問題

もともと本人は家事が好きな働き者の方でした。息子宅では、家事をさせるととんでもないことをしてしまうため、なるべく何もさせないようにしていました。グループホームでは、積極的に手伝っていただくことで、役割が与えられ、生き甲斐が生まれ、生活に張り合いが出て、精神症状の改善が認められることになりました。

こういった「ケアや対応の工夫で改善する精神症状・行動障害」とは異なり、「精神科医療の関与が必要な精神症状・行動障害」は、その評価、診断、治療的介入のために精神科医療の介入が必要な精神症状・行動障害です。

たとえば、このような症例があります。

アルツハイマー型認知症に脳出血を合併した84歳男性

妻が亡くなった数年前から物忘れが認められるようになり、徐々に進行していききました。半年前から、日中は普通に生活しているのに、夜間になると誰もいないところを指さして「人が3人いる」と言ったり、「死んだ人がそこにいる」などと言ったりして、軽い興奮状態になるようになりました。当院を初診し、画像上アルツハイマー型認知症と診断され、半年前に軽度の脳出血を起こしていたことがわかりました。脳出血で夜間せん妄を合併するようになったのです。その後、介護施設に入所することになりました。入所後数日して、日中から施設内を徘徊し、訳のわからないことを言って、他の利用者に殴りかかるようになりしました。マンツーマンでついた職員に対しても、ちょっとしたことをきっかけに、拳で殴りかかります。入所による環境変化で、せん妄状態が増悪し、日中から激しいせん妄状態を呈するようになったのです。

施設では、ご本人が起きている間は職員がマンツーマンでつき、ケアや対応を工夫しましたが、残念ながら精神症状・行動障害は改善することはなく、施設内での生活継続のために精神科薬の投与が必要でした。

3. 認知症の方を地域で支えるときの問題

ここで、認知症の方を地域で支えるときの問題点を考えてみましょう。

たとえば、物忘れや判断力の低下が進行したために日常生活能力が低下し、適切な買い物ができなくなったり、料理ができなくなったり、大切なものの管理ができなくなったりします。こういった認知症の中核症状に起因する問題や、「ケアや対応の工夫で改善する精神症状・行動障害」によると考えられる問題に対しては、現在の介護保険のケアマネジメントシステムのもとで、そのサービスを有効に利用することによって対応することが可能であると考えられます。（現実的には、サービスの絶対量の不足のため、施設入所によるケアが必要なのに、施設入所ができないなどということはよくあることです。）

現場で困ってしまうのは、「精神科医療の関与が必要な精神症状・行動障害」が認められるようになったときです。これらの問題に対しては、精神科医療による対応が必要になります。

それでは、認知症の方に必要な精神科医療とはどのようなものでしょうか？

4. 認知症の方に対する精神科医療 ～入院か外来か～

精神科医療は入院医療と外来医療に分けることができますが、認知症の方に必要な精神科医療は入院医療でしょうか、外来医療なのでしょうか？

以下、考えてみましょう。

日本には約 35 万床の精神科病床があります。この多くに統合失調症の方が入院しています。統合失調症は、15歳から25歳頃に発病することの多い、原因不明の精神病です。罹病危険率は約0.8%程度で日本全国に100万人前後の患者さんがいると推定されています。統合失調症では、調子が悪くなってくると、例えば町中を歩いている見知らぬ人が立ち話をしていると「自分の悪口を言っているのではないか」と被害関係妄想を訴えたりします。人間関係などの社会生活上の刺激で精神症状が増悪することが多いので、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な意義があります。また、うつ病などでも、生活の場のストレスで精神症状が悪化することも多く、生活の場から離れて入院することに治療的な意義があります。

こういった「入院すること自体に治療的な意義が認められる精神疾患」に対して、認知症の方の精神科病棟への入院にはデメリットが多いのです。認知症の場合、精神症状・行動障害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」自体に反応して精神症状・行動障害が増悪する可能性があります。

また、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となります。

認知症の方が精神科一般病棟や療養病棟に入院した場合、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となります。

現在の精神科の入院制度では、権利侵害に対する回復手段が不十分であると感じていますが、認知症の方はたとえ有効な権利回復手段があっても利用することができないという問題点もあります。

認知症の方を精神科病棟に入院させると入院期間が長期化しやすい傾向があります。平成22年の厚生労働省の新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2Rにおいて「認知症と精神科入院医療」に関して議論が行われましたが、その中で精神病床における認知症入院患者454人に関するアンケート調査が行われました。その中で認知症の方の平成22年9月15日現在の平均在院期間が944.3日（中央値336日）という結果が出ています。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000vx12.html>

日本の精神科医療が入院中心で長期在院患者が多いことが問題となっていますが、それでも平均在院期間は300日程度です。認知症の方が精神科病棟に入院した場合の入院期間の長期化傾向は際立っていることがわかります。

こういったことから、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がわかります。

5. 認知症の方の精神科入院の要件

まず、精神科の入院医療と外来医療の違いを考えてみましょう。

精神科医療においては、病識なく精神症状のために他人に迷惑をかけたたり、自らを傷つけたりする患者さんがいるため、精神保健福祉法で強制力を利用した入院医療が認められています。精神科入院医療では、隔離・拘束などの行動制限を利用して、本人の意思に反してでも強制的に医療を行うことができます。

認知症の方に対する精神科入院医療は、「薬物療法中心の入院医療」と「非薬物療法も積極的に行う入院医療」に分けることができます。利用できる薬物療法

は同じなので、「薬物療法中心の入院医療」と「外来医療」の差異は、「強制力が使えるかどうか」になります。

また、非薬物療法に関しては、在宅の方であればデイサービスなどを利用して、また施設入所中の方であればその施設内で利用することは十分に可能です。そうであるとすれば、「非薬物療法も積極的に行う入院医療」と「外来医療」の差異も結局、「強制力が使えるかどうか」ということになると思います。

上記のように、認知症の方の精神科病棟入院はできる限り避けるべきであって、精神科入院医療と外来医療の差異が「強制力が使えるかどうか」であるとするならば、認知症の方の精神科病棟への入院の要件は

強制力が必要なケース

に限定すべきであると考えています。

認知症の方の精神症状・行動障害の治療の基本は外来医療（外付けの精神科医療）であり、治療上強制力が必要なケースでのみ入院医療を行うべきということです。

ここで強制力が必要なケースとは、

- ・暴力が激しく、強制力を利用しなければコントロールできない場合
- ・精神症状に基づく拒食（ex.被毒妄想など）があり、生命に危険が及ぶ場合
- ・精神症状に基づく拒薬があり、薬物療法が不可能な場合

などで、少数例に限定されることになります。

6. なぜ、認知症の方の精神科入院が増えてしまうのか

上記のように認知症の方の精神科入院はできる限り避けるべきであるにもかかわらず、平成20年には5万2千人と9年前の1.4倍に増加してしまっています。どうしてなのでしょう。

それは、在宅や精神科のない医療機関、介護施設からの精神科入院のニーズが多いのが原因です。

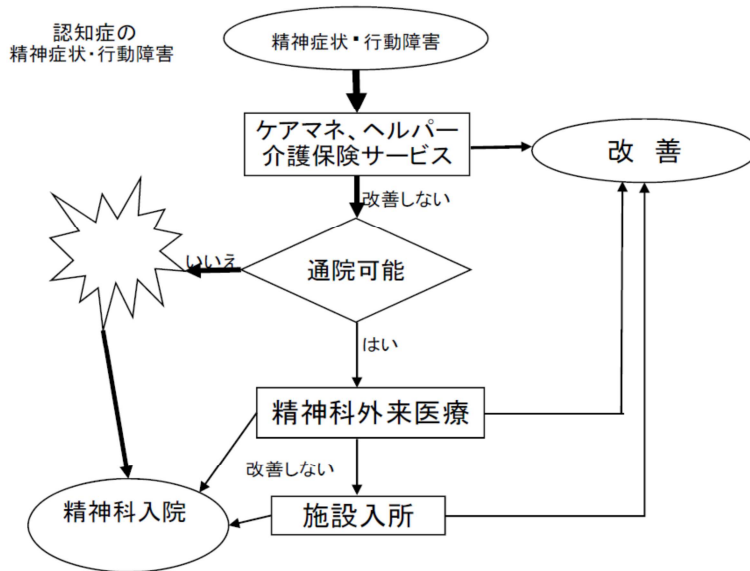
なぜ、精神科入院のニーズが多いのでしょうか。

精神症状・行動障害のある認知症の方には、医者嫌い・病院嫌いの方が多く、精神科医療へのアクセスが困難なことが多いのです。

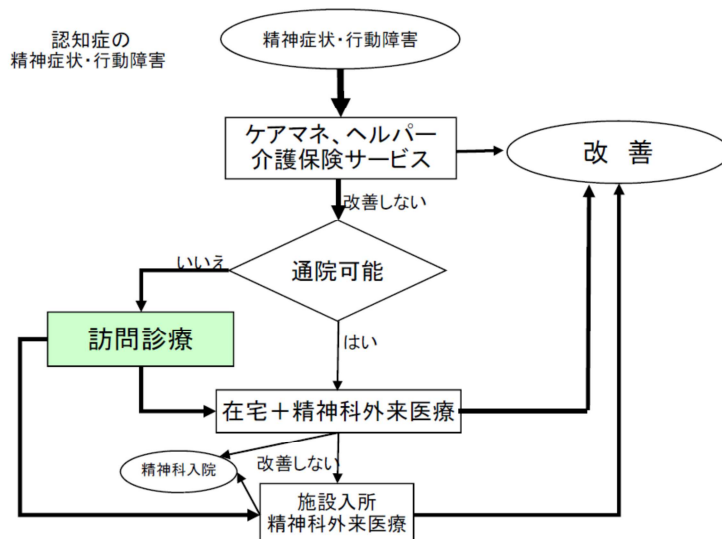
- ・精神症状・行動障害のある認知症の方
 - 医者嫌い・病院嫌いが多い
 - 適切な精神科医療を受けるのが困難（☆）
 - どうしようと困っているうちに精神症状・行動障害が増悪
 - 在宅や施設、精神科のない医療機関からの精神科病棟入院のニーズが増大

平成 21 年 11 月から当院ではじめた精神科医師による認知症の方に対する訪問診療は、この精神科医療へのアクセスの問題を解決するものです。

「認知症の方がいらっしやれないのであれば、こちらから出向いていこう」というコンセプトではじめました。



精神症状・行動障害がある認知症の方でも介護保険を利用し、サービスを有効に利用することで多くの精神症状・行動障害は改善します。改善しない場合に、精神科に通院可能かというほとんどのケースで通院は不可能です。どうしよう、どうしよう周囲が困っている間に状態が悪化し、精神科入院しか対応方法がなくなってしまうのです。



精神科への通院が不可能であっても、精神科医師の訪問診療を受けることは可能です。認知症の方の精神症状・行動障害の治療において、精神科医療はかなり強力なので、精神科医師の訪問診療で精神科入院の必要性を減らすことが可能になります。

7. 認知症の方の精神科入院を減らすために

認知症の方の精神科入院を減らすために退院促進を使用という考え方があります。

しかし、認知症の方の精神科入院のニーズがあまりにも多いので、現在精神科病棟に入院している認知症の方の退院を促進しても、一人退院すれば待機している次の方が入院するため、退院促進では入院数自体を減らすことはできません。

- ・精神症状・行動障害のある認知症の方
 - 医者嫌い・病院嫌いが多い
 - 適切な精神科医療を受けるのが困難（☆）
 - どうしようと困っているうちに精神症状・行動障害が増悪
 - 在宅や施設、精神科のない医療機関からの精神科病棟入院のニーズが増大

認知症の方の精神科病棟入院を減らすためには、上記のニーズの連鎖を断ち切る必要があります。

（☆）の部分でこのニーズの連鎖を断ち切るのが、精神科医師による訪問診療サービスになります。

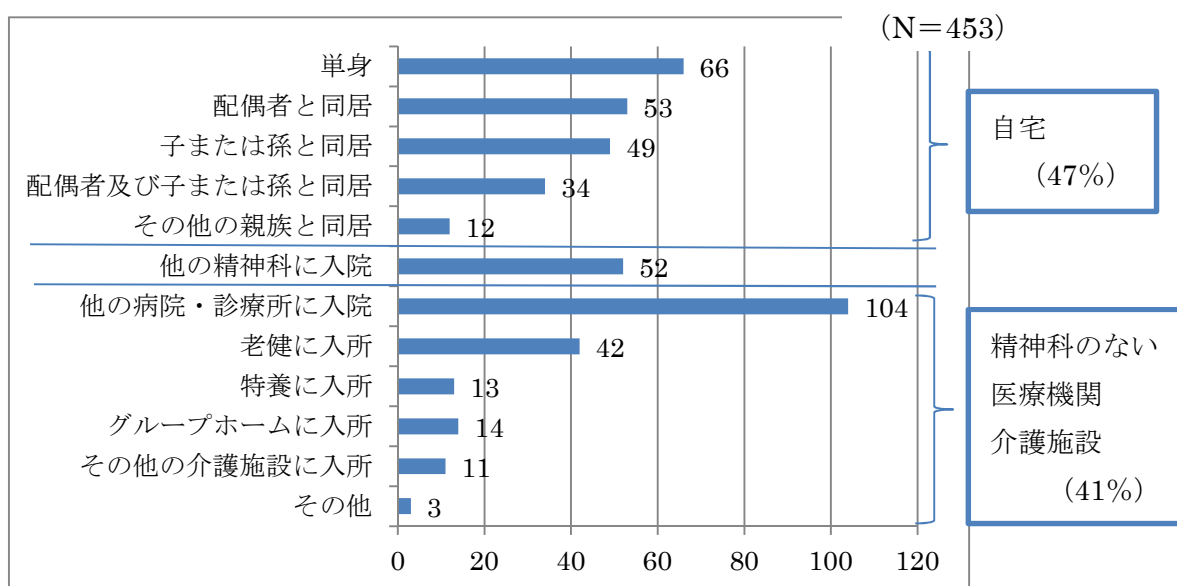
8. 認知症の方への精神科医の訪問診療で入院を減らせるか

現在、当院の認知症外来の毎月の新患数は30名～40名程度で、累積の患者数は450名を越えています。訪問診療を行ったケースも、病院・施設関係150名を含め、250名に上っています。病院・施設関係では、急性期病院 3カ所、リハビリ病院 1カ所、特別養護老人ホーム 5カ所、養護老人ホーム 1カ所、認知症対応グループホーム 14カ所、ケアハウス 4カ所、介護つき有料老人ホーム 1カ所に往診をしています。

当院認知症外来で扱った方の中にも、精神症状・行動障害が激しい方が多くいましたが、精神科病棟入院適応例は8例で、そのうち実際に入院した方は、6例のみです。

当院の診療経験から、精神科のない医療機関、施設等への往診で精神科病棟への転院をさせることなく、精神症状・行動障害のコントロールが可能であることがわかりました。先ほどの厚労省のアンケート調査で、精神科のない医療機関や施設からの精神科への入院が、認知症の精神科入院例の4割を占めることがわかっています。

精神科病院入院前の状況



(厚労省調査結果を一部改変)

自宅からの精神科入院例に関しては、家族の介護力や家屋敷のスペースなどの地域的な要因が大きく影響するため、訪問診療によってどの程度入院例を減らすことができるかはわかりません。(当院の訪問診療の実績からは、千葉県東総地区では相当程度精神科入院例を減らせる可能性が高いです。)

当院の訪問診療の実績から、精神科のない医療機関や介護施設からの入院例に関しては、地域性はほとんど関係ないため、適切な精神科医療の外付けサービスを提供することで、全国どこでも認知症の方の精神科への入院を大幅に減らすことが可能になります。

9. 認知症の方に必要な医療とは

認知症の基本症状は中核症状です。現在のところ、認知症の中核症状に対する有効な医学的治療法がないため、認知症においては、生活モデルを適用し、福祉サービスを利用しながら、その生活を支えていくのが基本になります。こうして認知症の方の生活を支えていく中で、精神症状・行動障害が合併したり、身体的疾病が合併することがありますが、そのときだけ、医療モデルを適用して医療を利用すべきです。すなわち、認知症に関して、医療は前面に出るべきではないということです。

当院の訪問診療を含めた認知症精神科医療サービスは、認知症の方々の生活を支える福祉サービスが円滑に提供できるように必要時に援助を行う、黒子の役割を果たしたいと思っています。

10. 最後に

認知症の方の診療をされていて思うのは、「認知症は普通の人がかかる病気」ということです。現在の認知症の方の問題は将来の私たち自身の問題でもあります。残念ながら、現在の医学の力で認知症の発病を防ぐことはできません。私たちが今すべきことは、たとえ認知症になっても安心して暮らすことができる社会を作ることです。少なくとも私は、認知症になって、ほかに対処方法があるにもかかわらず、精神科病院に入院させられてしまうような社会には住みたくありません。精神科医師の訪問診療サービスの充実、その他の工夫によって、これは避けることができるのです。

私の認知症診療経験から

都立松沢病院に勤務していた平成 16 年 4 月から 3 年間、私は認知症精神科専門病棟を担当していました。東京都の認知症施策は認知症精神科専門病棟での入院加療を中心としたもので、現在、9カ所の病院で計400床の病床が整備されています。都立松沢病院は東京都の精神科医療の最後の砦として、認知症専門病棟においても、精神症状・行動障害が激しい方、重い身体合併症がある方、複雑な背景を抱えた方など、民間病院で断られてしまうようなケースを中心に、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例の方を入院加療しました。認知症対応の病床は25床だったので、平均入院期間は約5ヶ月ということになります。途中、ふらつきによる転倒の予防のための身体拘束が増加したり、入院させたことによって、かえって暴れてしまったり、暴力行為が悪化する方もいたりして、認知症に本当に精神科入院治療がいいのかどうか、疑問に感じたこともありました。

精神科のない医療機関から転院を受けることもあったのですが、多くのケースで簡単な精神科薬物療法により劇的に症状が改善していました。「私が往診できれば、転院させる必要はなかったのではないか」と思い、精神科のない医療機関への往診を計画しましたが時間的に難しく、実現はできませんでした。

この頃は、重い認知症の精神症状・行動障害の治療には精神科認知症病棟への入院は不可欠であると考えていました。

その後、当院に転職することになりました。転職した理由の一つが、当院が認知症病棟の新設を計画していたことです。「理想の精神科認知症病棟」を作ろうと考えていました。

平成 21 年 4 月に「物忘れ外来」を開設しました。当院のある千葉県東総地区には認知症を専門的に扱う精神科医療機関はなかったので、患者さんがたくさんくるものと予想しましたが、ふたを開けてみると新患数は毎月1-2名と、診察室には閑古鳥が鳴いていました。原因をいろいろ調べてみると、当院はもともと昭和6年に結核療養所として開設された病院で、受診される高齢者にとっては「肺病の病院」、ご家族にとっては「精神科病院」ということで受診の敷居が高いということがわかりました。検討の結果、認知症の方が来ることができないのであれば、こちらからで向いていこうということで、念願の認知症精神科訪問診療を行うことになりました。

地域のケアマネの連絡会などで、当院の訪問診療サービスを宣伝しました。その後は口コミもあり、現在は、毎月の新患数が30-40名となっています。当院はすべての病棟が開放病棟として運用されており、徘徊等が問題となる認知症の方の入院加療はできません。「病棟に入院させることができない」ためにいろいろと診療方法を工夫しました。やってみると以前だったら入院させていたようなケースでも、外来医療のみで全く問題なく維持できることがわかりま

した。

現在の累積の患者数は 450 名を越え、精神科病棟に入院適応だったのは 8 名のみで、うち実際に入院加療したケースは 6 名にすぎません。

認知症の精神症状・行動障害は、入院をほとんど必要とせずコントロール可能であることがわかったため、当院の認知症病棟新設計画は中止となりました。

認知症で精神症状・行動障害が問題となっている方を入院をさせずに外来のみで治療しても大きな治療効果が得られる理由を検討します。

入院医療で改善したケースに関して考えてみましょう。精神科医療では、事実上薬物療法がその治療の中心となっています。

内因性精神病（統合失調症、感情障害など）、薬剤性精神病などでは、「社会から隔離された入院環境」に大きな治療上の意義があります。すなわち、内因性精神病や薬剤性精神病の場合、入院医療で改善したからといって、薬物療法だけで改善したわけではなく、社会から隔離された病棟で生活することができたから改善した可能性もあるのです。

（内因性精神病、薬剤性精神病では、外来でたとえ適切な薬物療法が行えても、社会的なストレスのために病状が増悪するため、入院させないと症状が改善しない場合が多々あります。）

これに対して認知症の精神科医療に関しては、「入院環境」は治療上の有効性がほとんどありません。認知症の方で「入院医療で改善した」ケースは、ほとんどの場合「薬物療法で改善した」ということなので、適切な外付け精神科医療＝薬物療法が提供できれば、入院医療は不要ということになります。

私は、認知症精神科入院医療の要件を「強制力が必要なケース」と主張していますが、「強制力を利用しなければ、必要な薬物療法を行えないケース」と言い換えた方がいいかもしれません。