

長野構成員提出資料

愛媛県愛南町における認知症地域ケアの中での 「精神科医療」の実践 より

なんぐん

愛媛県 南宇和郡 愛南町

松山から自家用車で約3時間、JR宇和島駅まで45Km

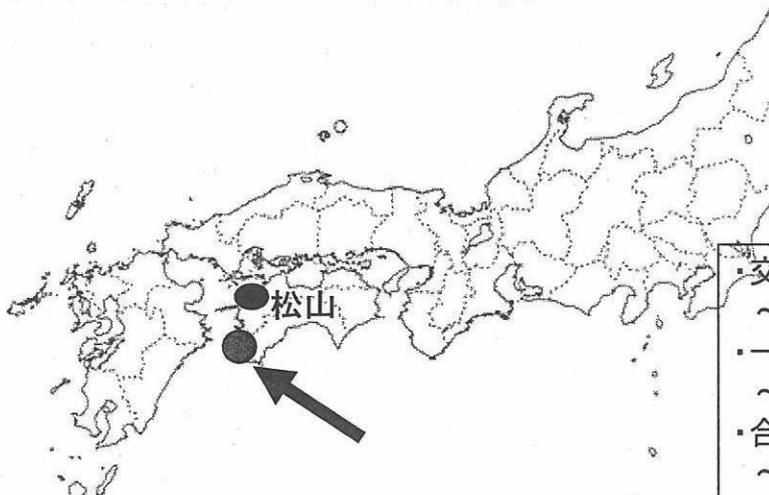
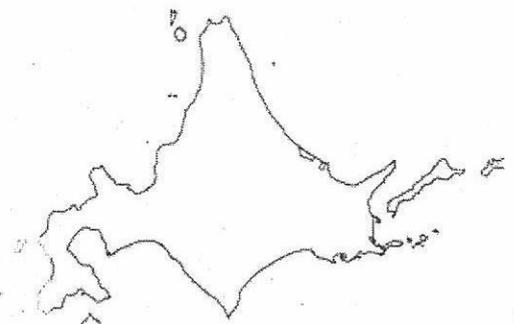
人口 25,433人(平成22年9月) ← 31,080人(平成9年)

12年間で約5,500人の減、産業低迷が深刻

高齢化率 31.37%(平成21年3月 後期高齢者17.0%)

出生数 平成21年度 約100人

要介護認定者 1,570人(平成22年3月)

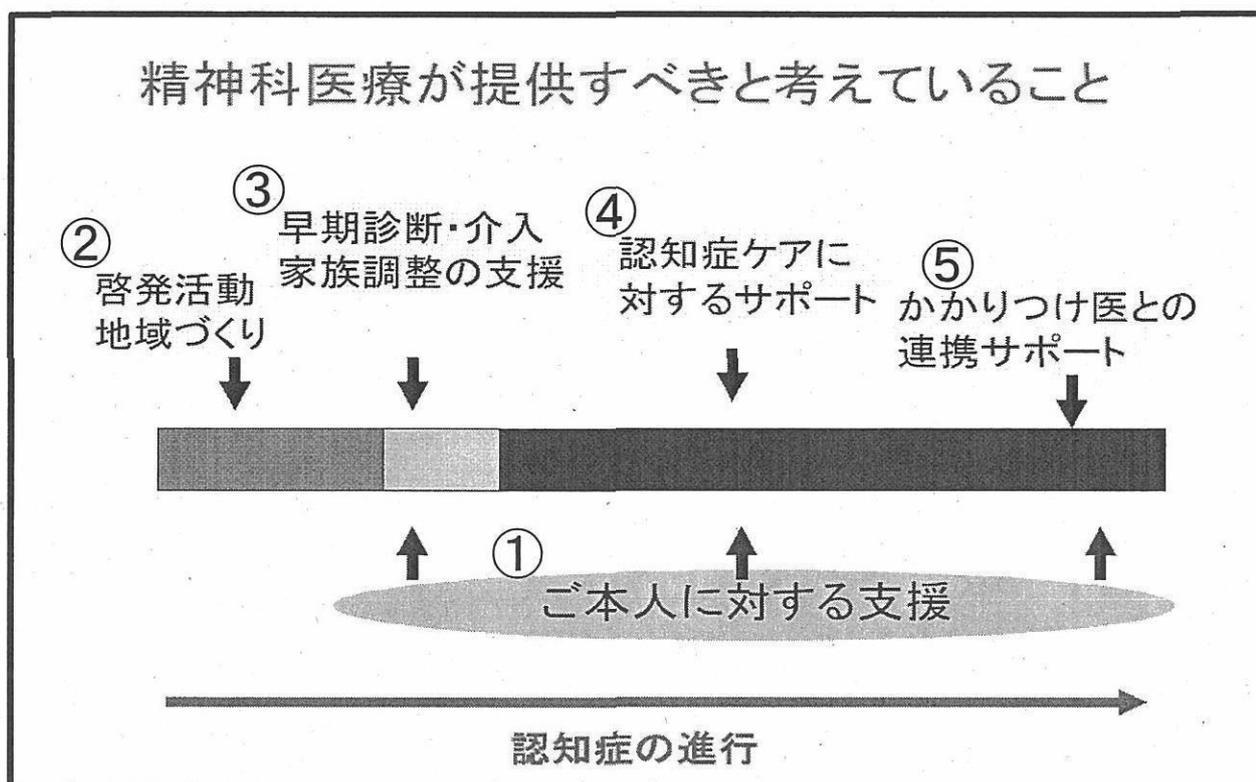


交通過疎

- ～医療圏と生活圏がほぼ一致
- ・一地域、一精神科病院
- ～地域に責任
- ・合併前からの活動エリアが一致
- ～五か町村 → 愛南町(H16年)

愛南町における認知症地域ケアの中での 「精神科医療の役割」

愛南町 啓発活動の中で、地域住民にお伝えしている 「精神科医療」の役割



① ご本人に対する支援

- 発症～進行～末期 精神療法的支援、精神科訪問看護
 - 常に「本人の感情、意向」を中心に。
 - 家族の支援も極めて重要。

② 啓発活動・地域づくり(住民ネットワーク)

- なんぐん地域ケア研究会
 - H8年～、南宇和医師会主催、定例会・大会100回越え、精神科医療スタッフも地域住民として参画する住民ネットワーク
- 集会所単位での啓発活動
 - H11年～、計120か所以上、愛南町事業として、継続中
 - 精神科医師が直接「地域住民」へ～「認知症の偏見を解き、精神科医療の敷居を下げる」「相談窓口の明示」「地域住民の声を直接聴ける機会」...等。
- 他福祉関係、認知症の人と家族の会、行政、事業所等との重層的なネットワークづくり、多職種による参画
- 高齢者も障がいを持って、いきいきと、安心して、共に生きられる街づくり

③ 早期診断、介入、家族調整の支援

- 早期診断
 - 早期からの環境調整と継続支援
 - BPSDをできるだけ起こさない支援体制へ
 - 早期から相談しやすい体制づくり
 - 愛媛大学 専門医との連携 ～ 鑑別診断
- 介入
 - ソフトに、慎重に。公的機関との連携により
- 家族調整の支援
 - 特に早期は「理解されにくい」病状～家族間の無用ないさかい～医学の視点から認知症説明～家族調整の支援

④認知症ケアに対するサポート

- 認知症疾患の鑑別診断
 - 適切なケアへ
 - 硬膜外血腫等治療可能なものの診断、脳外科との連携～治療
- 状態像の診断とその治療、適切なケアへのアドバイス
 - せん妄？、幻覚妄想？、反応性？、中核症状？、BPSD？、身体疾患？ 等
 - 経過中継続して必要、環境調整へのアドバイス、必要なら薬物療法
 - 住み慣れた「生活の場」からできるだけ離れなくてもいい様、外来・アウトリーチが基本
 - どうしてもその場や他施設で対応しきれない場合入院加療(相対的必要性による)
 - 多職種、多資源連携の一員として
- 地域で必要不可欠な社会資源の立ち上げ

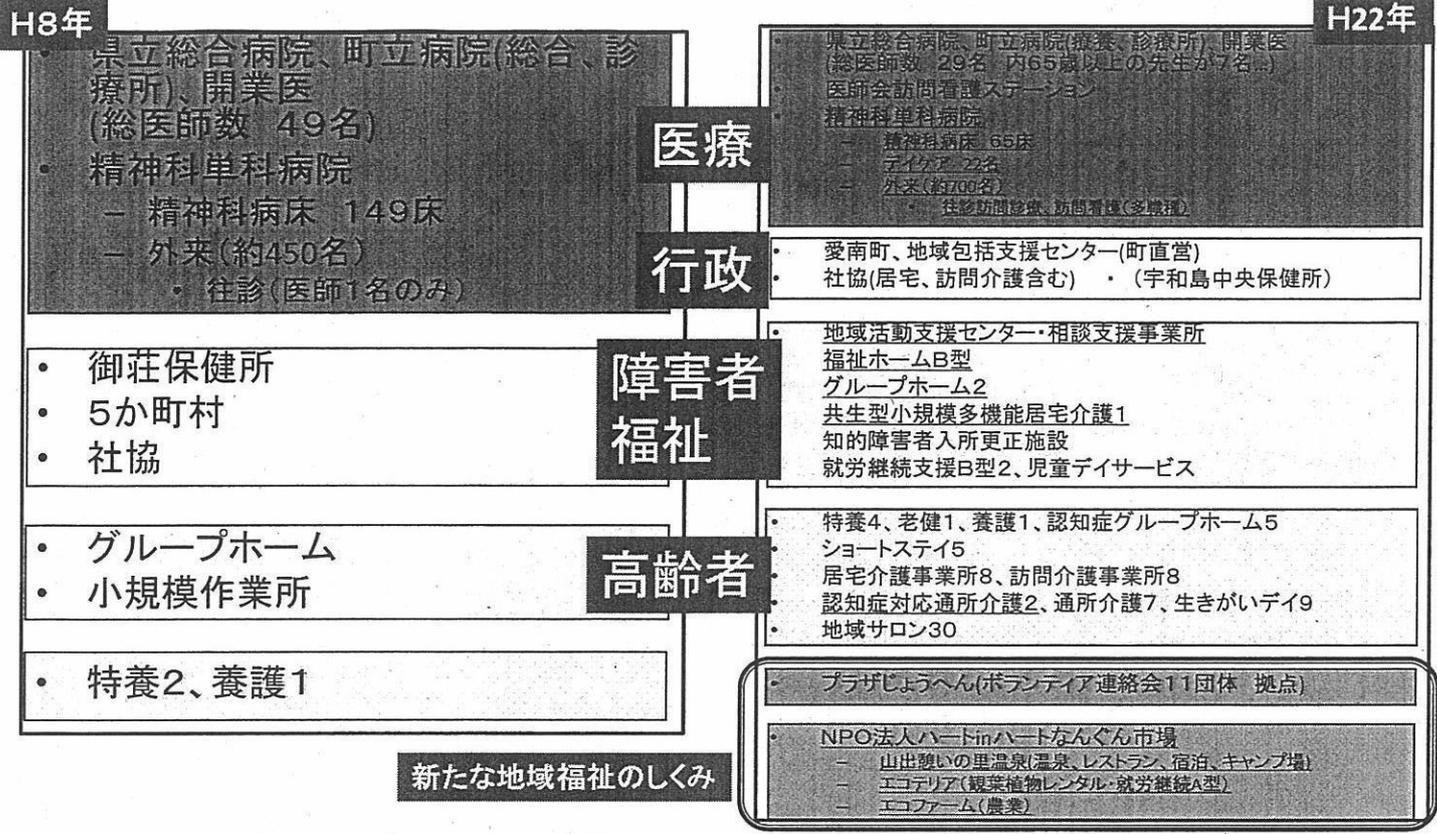
⑤かかりつけ医との連携サポート(合併症)

- 初期から「“からだ”のかかりつけ医」と「“こころ”のかかりつけ医」体制
 - リエゾンを中心としたサポート～身体疾患は適切な診療科で
 - 多職種による日常の連携を重視(医師会、地域ケア研究会など)
 - 特養、老健、養護、グループホーム等 「身体科医」「精神科医」両方の囑託医

愛南町における認知症地域ケアの「体制」

自前の支援サービスと地域資源、連携

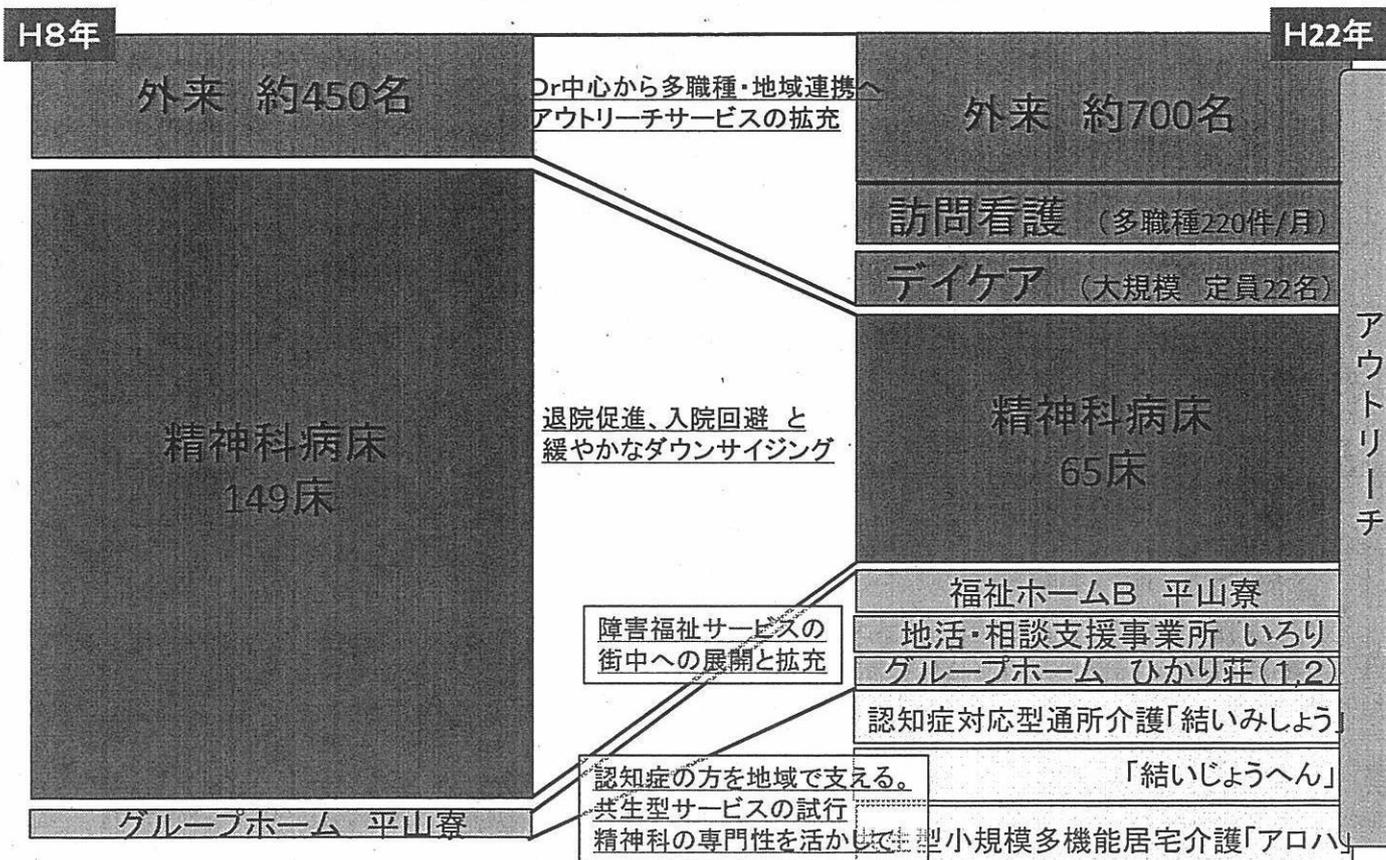
愛南町における医療保健福祉資源の状況



平成8年(総人口3.1万人、高齢化率26%)

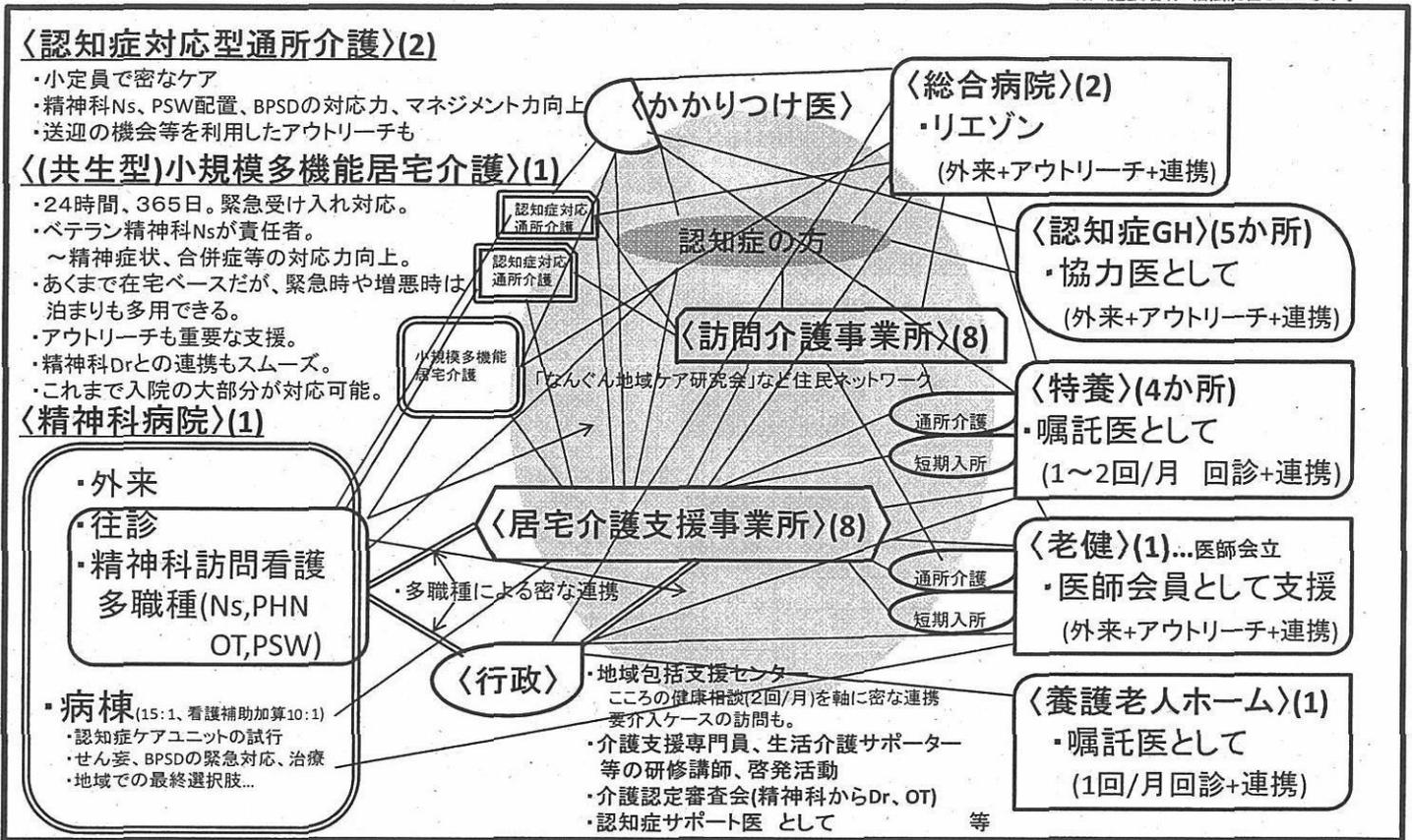
平成22年(人口2.6万人、高齢化率32%)

地域ケアにおけるニーズを満たすために 御荘病院 精神医療福祉の構造改革



精神科医療の役割を果たす為の「現在の体制」

※ 施設名称:旧法混在しています。



愛南町における認知症地域ケア さまざまな認知症のケースとその経過 (精神科医療の関わりを中心に) (プライバシーに配慮して改編しています)

様々な認知症のケースとその経過① (入院を必要としたもの)

- 独居→精神科入院(10か月)→老健→特養
 - アルツハイマー病 + 薬剤性せん妄
 - 不定愁訴から多院から多剤処方された上に、服薬管理ができずせん妄状態に。幻視、徘徊著しく精神科入院
 - 入院後は、見守りと内服中止のみで10日程でせん妄改善、HDS-R 8/30
 - 在宅を目指すが当時(H10年)のサービスでは支援困難、老健入所後、特養へ
 - 現在の支援体制なら入院加療は不要、もしくは10日程度であったと思われるケース
- 家族同居→ショートステイ→精神科入院(3か月)→特養
 - アルツハイマー病 HDS-R 17/30
 - 家族対応、ショートステイでの環境調整がうまくいかず、不安、不穏(暴力まで発展)、不眠が著しく精神科入院。不眠が続き少量の抗精神病薬内服が必要であった。家族との関係はどうしても改善できず特養へ。
 - その後、特養でも不適切な介護により不穏、不眠が再増悪。精神科医、病棟で担当だった精神科Nsが特養のカンファレンスに参加し環境調整。以降、特養での生活を継続している(精神科医回診でフォロー)。
 - BPSDの薬剤・環境調整に2か月、退院調整に1か月の入院を要した。
- 家族同居→精神科入院(1か月)→家族同居+介護保険サービス(デイサービス、ヘルパー)
 - 妄想性障害 + 高度の脱水、低栄養～腎障害
 - 精神科初診(入院時)の1か月ほど前から高度の幻覚妄想状態。追跡妄想、被害妄想著しく食事水もほとんど摂らない状況が続いた。総合病院内科に入院するも、治療、検査拒否と内科的疾患がないことで強制退院。かかりつけ外科医が点滴などで2週間フォローしていたが状況は悪化。かかりつけ外科医から「食事をとらない原因が分からない。認知症だと思う。」と精神科紹介され即日入院。
 - 精神科病棟で対応可能なぎりぎりの身体状態、かかりつけ外科医のアドバイスを受けながら点滴等身体管理を行った。本人は衰弱していて発語さなかつたが、家族の話等も併せて、妄想性障害による高度の幻覚妄想状態と診断。抗精神病薬を点滴することで入院後3日には食事を取り始め、徐々に身体症状も改善した。入院前に介護保険の認定は受けていたため、ケアマネジャーと連携し在宅支援体制を確立、1か月の入院で在宅へ。以降、外来、精神科訪問看護と介護保険サービスを利用し、家族との生活を続けている。
 - 幻覚妄想の治療と支援体制の確立を同時並行で行い1か月の入院期間。
 - 正確には認知症ではないが、精神科医療が関わることで鑑別診断、治療が行えたケース。

様々な認知症のケースとその経過② (入院を必要としたもの)

- 独居(密な在宅支援、約3年)→精神科入院(現在入院中、3か月経過)
 - アルコール認知症 HDS-R拒否
 - 地域で長年問題になっていたケースだが、介入が困難であった。数年前から記憶障害や判断力の低下が目立つようになってから、ようやく包括支援センター保健師を徐々に受け入れ、介護認定を受け、ケアマネジャー、ヘルパーと支援体制を少しずつ拡げた。その一環として精神科外来受診。被害妄想を強く認め、(独居の為十分量投与できず)少量の抗精神病薬を内服はじめた。サービス事業所、行政、交番、付近の住民など多くの密な支援で、頻回にあるクライシス(徘徊から行方不明、脱水で倒れる等)を乗り越え、精神科受診から2年ほどは自宅生活を維持。3か月前、心筋梗塞で倒れているところを救急搬送され総合病院入院。不眠、被害妄想、興奮、暴力などもあり、身体症状も併せて退院後の独居は困難と判断(支援関係者の総意に近い...)、老人施設ではどうしても受け入れできず精神科入院。
 - 精神科病院内でも、契機のはっきりしない突発的な興奮、暴力や不穏、また、不眠が続き保護室隔離やむなし。抗精神病薬、睡眠導入剤により見守りが手薄になる夜間の睡眠も安定。興奮、暴力も減ってきたため、老健入所面接を受けるが、「他人所者とのトラブルのおそれ」から入所に至らず、現在入院中。数か月以内に処遇のノウハウを蓄積し、老人施設入所をめざしている。
- 家族と同居(在宅支援)→精神科入院(現在入院中、家族の事情が主な理由で4年経過)
 - アルツハイマー病 HDS-R 4/30
 - 記憶障害に気づかれてから約3年で、被害妄想、興奮、徘徊が著しく精神科外来受診。支援体制の確立や環境調整の助言を行うが、サービス場面でも興奮、暴力が頻回で在宅支援継続困難となり精神科入院。病棟内でも他患者さんとのトラブル絶えず(十分な見守り体制とれず)、入院して1年ほどは老人施設入所の目処がたたなかった。その後は徐々に穏やかになり、現在は薬物療法も全く不要。入所待ちの状況(受け入れ順は回ってきていたが家族の都合で入院継続)。
 - 家族の事情(介護家族の疾病、経済)により老人施設入所が遅れている。家族の事情は一段落し近々特養へ。
 - BPSDのコントロールに薬物療法はほとんど無効であったケース。環境調整に1年以上かかった。当時の地域内の老人施設では対応困難であった。現在であれば、地域の中で最も対応力のある認知症グループホームであれば入所可能であろうと思われる。
- 在宅(家族介護のみ)→精神科入院(2年、主に保護室→認知症ケアユニット試行)→小規模多機能居宅介護
 - 脳血管性認知症 HDS-R 0/30
 - 脳梗塞発症後から嫉妬妄想、被害妄想、興奮、暴力を認めた。配偶者のみしか近くに受け入れず、4年間に渡りつきっきりで介護。限界となり精神科外来受診、外来で抗精神病薬による薬物療法や介護保険サービスの導入を図るが、精神症状の改善も乏しく在宅生活継続困難となり精神科入院。
 - 入院後も薬物療法の効果は乏しく他患者さんとのトラブル(暴力をふるう、受けるなど)が多発、15:1看護配置ではマンツーマンでの見守りを長く継続する事は不可能、保護室の長期利用となっていた。
 - その後、15:1看護配置に10:1看護補助加算、病棟の一角を「認知症ケアユニット」として空間的にも分離し、見守り、介護も強化しようやく保護室不要になった。その後、当時の認知症ケアユニット責任者(ベテラン精神科Ns)が管理者となった小規模多機能居宅介護へ。定期的に自宅外泊も行える状況。不穏は続いているが、5年以上に渡る介護、精神科看護のノウハウで現状を維持している。

様々な認知症のケースとその経過③ (鑑別診断が重要であったもの)

- 独居(発症から7年間、介護保険サービス、精神科訪問看護)→認知症グループホーム
 - レビー小体型認知症
 - リアルな幻視(子供が二人来ていて預かっている等)、系統だった妄想(亡妻があたかも生きてるように同居)を認めた。中核症状が軽度であったため、「精神病」ではないかと精神科医による出張相談の場に近所に住む親せきが相談に。本人の外來受診は困難で往診。近隣住民、ケアマネージャー、ヘルパー等の支援者も診断の目安さえついでおらず不安強く、精神科入院を望むものが多かった。臨床症状や画像検査(総合病院は抵抗なく受診)より「レビー小体型認知症」と診断、幻視、妄想などは続いたが、支援者が疾病を理解し、それに合わせた密な在宅介護体制を構築、精神科訪問看護も継続した。それから様々な課題に直面したが、事故なく5年間、本人が強く望む在宅生活を維持。中核症状が進行し独居困難となり現在は認知症グループホームでおだやかな生活を送っている。
 - 経過中、妄想による行動化が著しい時は身体症状、薬物に対する過敏性に注意しながら少量の抗精神病薬を投薬。
 - 鑑別診断を明確にし、支援者、近隣に理解していただくことで、精神科入院を回避し支援できたケース。
- 在宅(家族同居)→老健
 - 前頭側頭葉型認知症
 - 従来、生真面目な性格。それまでの本人からは全く想像がつかない反社会的行為(万引き、ゴミあさりなど)を認めるようになり、徐々にエスカレート。警察に保護されることも頻回になったが、その都度同居の家族が身元を引き受けていた。記憶障害が軽度であったため認知症であると誰も気づいておらず、本人を責めるばかりであった。軽微な犯罪が重なったことで、拘留寸前となり、知人のアドバイスで精神科医の出張相談に来所、大学病院との連携で「前頭側頭葉型認知症」の診断を確定。介護保険サービスを利用した在宅支援体制を構築したが、見守り、事故防止が不十分で、本人を説得し老健入所。老健入所後も精神科医が訪問によりフォローした。先般、肺炎により急逝。家族は「あの時診断がついていなかったら、家族全員の生活がめっちゃくちゃになっていました。」と。
 - 一歩間違えば(診断がつかなければ)刑務所内で一生を終えなければならなかったかもしれないケース。
- 在宅継続(家族+介護保険サービス+かかりつけ医往診+訪問看護+精神科訪問看護)
 - アルツハイマー病
 - 8年前、本人が物忘れを自覚し初診。初診時HDS-R30/30。しかし、生活習慣の変化などから認知症初期を疑い、大学病院と連携して診断を確定。本人の不安等に対し精神療法的に支援をしつつ、認知症の進行にあわせ適切な支援体制を構築。現在、ねたきりになっているが在宅生活を継続している。
 - 早期診断から、経過に合わせた支援体制がとれ、在宅生活が維持できているケース。

様々な認知症のケースとその経過④ (アウトリーチ～危機介入)

- 独居 → 精神科入院(3カ月) → ケアハウス
 - 脳血管性認知症
 - 従来から地域で孤立していた。家からの異臭、たまに出歩く本人の様子(るいそう、尿便臭など)から行政に情報あり。町の嘱託医として、保健師と共に数度訪問、ようやく家の中に入ることを許され入室すると、いたるところに尿、便、また食物も同じところに散在。会話はちぐはぐで疎通も不十分であった。生命の危機と判断し、親族の協力を得て精神科受診、同日入院。入院後、生活環境を整え、栄養状態等が改善するにしたいが認知機能も改善(HDS-R12/30→25/30)。本人の希望によりケアハウス入居。精神科専門療法、薬物療法はほとんど不要であった。
 - 行政との連携によりアウトリーチ、危機介入したケース。

様々な認知症のケースとその経過⑤ (困難事例など)

- 在宅(家族と同居)
 - アルツハイマー病 + 胃癌
 - 貧血から胃癌が見つかった。手術適応があると判断され、手術の為の検査を行ったが指示を守れず、地元総合病院外科での治療を断られた。精神科があり、合併症治療ができる病院まで自家用車で3時間以上を要し、家族も「もう年だから…」と積極的治療を断念。経過をみている。
 - 合併症関連の困難事例は数知れず…。
- 家族が人格障害など、適切な支援が導入できないケース
- 本人の年金で家族が生活しており、医療、介護の利用ができない、食事さえあやういケース
- アルコール依存症～認知症のケース
- 支援拒否をされる独居、双方とも認知症の高齢者夫婦世帯
- 様々な虐待ケース
- 家族が全生活を介護に費やしているケース、家族一人で複数の方の介護をしているケース
- ほとんど休みもとらず24時間体制で支援にあたるケアマネージャー、認知症グループホームの責任者など... 精神科医療もチームの一員として関わりながらも無力・微力、解決に至らないケースは無数に存在。

愛南町における認知症地域ケアの課題など 精神科医療を中心に(これまで～現在)

- 精神科医療全般
 - 認知症専門医、神経内科医の不在～近くても自家用車で2時間
 - マンパワー不足(精神科医師、すべての職種において)
 - いつでも、どこでも...という体制にはほど遠い。
 - 認知症に特化できない(専門性の向上が難しい)
- 精神科入院
 - 精神一般(看護配置3:1(15:1))～H18年
 - 当院では他精神疾患の方と同じ病棟に入院。精神運動興奮などの本人の精神症状ではなく、徘徊により他患者さんからの暴力を受けるという理由で、本人の保護の為に保護室をやむを得ず使わざるを得ないなど、本末転倒なことが日常茶飯であった。生活環境も認知症ケアに適切な状況に整備できなかった。見守り、介護体制も不十分であったと考えている。
 - 精神一般(看護配置15:1、看護補助加算10:1) H18年～
 - 病棟一角を空間的にも、人的配置も独立させ、生活環境にある程度近づけた「認知症ケアユニット」を試行。介護現場には及ばなかったが見守り、介護力は確実に向上。保護室が不要になったケースや、ねたきりから歩行ができるようになったケース等が続出。老人施設への入所も飛躍的に進んだ。開始当時は、認知症地域ケアにとって有効な資源となりうると考えていた。
 - 現在は、認知症対応型通所介護などを利用した早期からの支援、地域の事業所や小規模多機能居宅介護を利用した緊急対応により「入院をできるだけ回避」する方向で取り組んでいる。一旦入院するとどうしても「待機」が長くなり、治療的に必要以上の入院期間を要する。
 - 同法人内の他精神科病院に認知症疾患治療病棟を持つが課題が多いと感じている。
- 精神科外来～精神科訪問看護、往診等アウトリーチ
 - 多職種アウトリーチによる早期からの支援は様々な点において「効果的」
 - 身体疾患の看護の知識、経験が不可欠～人材育成の課題
- 身体合併症
 - 当院(精神科病院)の合併症対応力が極めて低いことも大きな要因であるが、ご本人、家族共に本当に困られている。特に、総合病院の常勤医師が以前から比べると半減し、より対応困難なケースが増えている。連携や努力では対応限界…。なんとか打破したいが妙案が浮かばない。

愛南町における認知症地域ケアの課題など 精神科医療を中心に (これから...)

- 精神科医療全般
 - 10年後推計、65歳以上人口はほぼ同数(後期高齢者に若干シフト)だが、若年層の減少により高齢化率は40%近く...
 - すべて「量」が足りない。住居、在宅サービス、施設サービス、医療・リハビリ、家族支援、多機関連携、経済、交通...、見通しが立っているものは何もない。地域力が本当に問われるこれからの30年、「誰もが安心していきいきと暮らせる街」に向けて、本気で、多く地域住民と行動していかなければ...
- 精神科入院医療
 - 認知症地域ケアでは「最小限の利用」と考えている。一生を終える場所ではない。
 - どうしても必要な場合(BPSDが著しく、かつ、他資源で対応困難。精神科専門治療が不可欠。等)は短期間限定で。一看護単位を小さく、看護+介護の人員配置が不可欠と考えている。
- 精神科外来～精神科訪問看護、アウトリーチ
 - 「質」「量」共に、当面の最重要課題として取り組みを続ける。
- 身体合併症
 - 崩壊しつつある地域医療体制から改善する必要あり。精神科医療としてどこまで貢献できるか...。急務なのは重々承知だが。