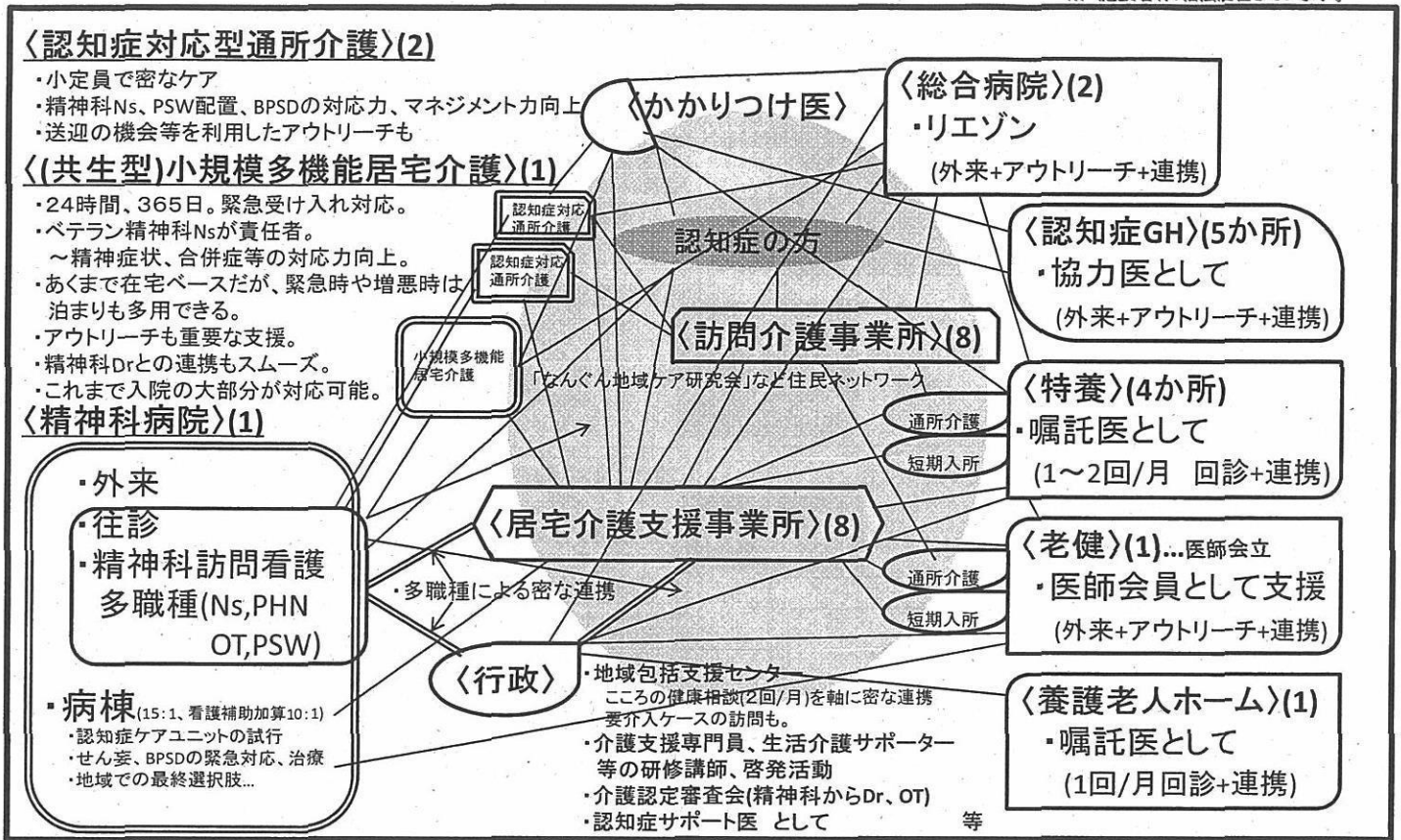


精神科医療の役割を果たす為の「現在の体制」

※ 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。