

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。