

認知症とともに生きる

地域とのつながりとその後の症状について

2019.5.30

陽和病院 相談・心理室

塚本 寿美雄

・平成30年3月陽和病院の新南館が完成し、「認知症・高齢者対応病棟」(急性期治療病棟)としてスタートしてから1年が経過した。

・入院期間の目安は3か月。認知症そのものは治ることはないが、BPSDに関しては治療や関わり方で症状が大きく変化する。

・今回の発表では4月から10月までの入院者100名について地域とのつながりとその後の症状について考えていきたい。

・さらに11月から3月までの入院者100名についてはデータのみを一部追加した。

誰からの相談か？

・クリニック	18%
・ケアマネ	17%
・施設	17%
・病院	17%
・地域包括	13%
・当院外来	7%
・福祉事務所	5%
・家族	3%
・ホームページ	1%

相談は誰から？

・第一報の相談をしてきたのは、やはり在宅で診療にあたっているクリニックの医師や相談員からが18%と多かった。

・介護保険サービスを利用している方は、ケアマネから、サービスを利用開始前のケースや困難事例の方は、地域包括支援センターからの相談でともに17%だった。

・福祉事務所からの相談については、他区からの相談が多く、地元を受け入れの医療機関がない場合が多い。

どこからの入院か

	4 ~ 10月	11~3月
・ 自宅	49%	64%
・ 病院	22%	20%
・ 有料老人ホーム	14%	4%
・ 特養	5%	4%
・ グループホーム	5%	1%
・ 老健	3%	3%
・ その他	2%	4%

どこから？

・入院前の居場所としては、自宅からが約半数をしめている。更に自宅で転倒や肺炎、脱水など急性期の状態で救急搬送された、あるいはその後の回復期リハビリテーション病院からの入院を含めると全体の72%が自宅からの入院となっている。

・自宅からの入院のうち40%が独居、14%が高齢者世帯だった。

・有料老人ホームや特養、老健などの施設からの入院は全体の28%で、有料やグループホームからの入院では、退所時にすでに元の施設に帰れない、あるいは帰りたくないといったケースも目立つ。

③居住地は？

- ・練馬区 75%
 - ・新宿区 6%
 - ・中野区 4%
 - ・杉並区 3%
 - ・板橋区、志木市 2%
 - ・その他 1%
- 神奈川、文京、西東京、太田、
千代田、調布、台東、八丈島

・居住地では、練馬区が4分の3と圧倒的に多く、これに隣接の市区を合わせると85%になる。地域ニーズに応えるべく相談を進めていること、退院に向けた連携を考えると地域密着型の相談になる。

・平成30年度から開始された練馬区の委託事業である、「地域包括支援センターからの認知症医療相談事業」の影響は非常に大きく、下半期の地域包括支援センターからの相談は倍増し、平行してケアマネからの相談件数も増えている。

退院先は？

	4~10月	11~3月
・特養	22%	28%
・自宅	20%	21%
・老健	18%	6%
・有料老人ホーム	16%	21%
・医療機関(急性期)	13%	16%
・医療機関(療養)	6%	3%
・入院中	3%	
・グループホーム	1%	5%
・死亡	1%	

・退院先としては特別養護老人ホームが22%と多い。入院時に区分変更申請をし、病状安定後に入所申請をする。3か月の入院期間後に、さいたま市や志木市など埼玉県南部に新設されたユニットの新型特養への入所も多い。

・数年前の3か月以内の自宅への退院は数%だったが、今回20%に増えている。急性期対応と包括やケアマネなどの地域連携の効果と思われる。

・平成30年度より、地域移行に老健が含まれ、老健への退院が18%となった。

・BPSDに波があり施設適応が困難で、認知症の療養病棟への転院をしたケースが5%あった。

・認知症の進行により寝たきりとなるケースも見られる。寝たきりの状態で安定したケースは内科の療養病棟への転院となったが、入院中の急変による死亡退院も1件あった。医療機関の宿命だろう。

地域移行率

- ・今回調査の100名のうち、3か月以内に自宅や特養、老健、有料、グループホームなどに地域移行をした利用者は74%だった。
- ・現在入院中の3名も退院先は決まっており、新規入院100名の方から長期入院者は出ていない。早期の入院とBPSD対応、退院に向けた連携の結果と思われる。
- ・開設以前から入院していた100日超の長期入院者もこの半年で20名から10名となり、今後も回転ベッドは増えていく傾向。ここ3か月は新規入院者が20名を超えている。

退院後

・自宅に退院した場合は、もともとのかかりつけ医や、訪問診療の主治医に情報提供し薬の処方継続していただく。3/4はこの方法だが、残り希望され当院外来の通院を続けている。

・自宅に退院しても、施設入所でも退院してから3ヶ月間は再入院が出来ない。その間に眠れなくなったり、不穏なときは臨時の外来受診で薬の調整をしている。

事例1「今大変なんです！」

・病院の近隣にお住まいのAさん(83才)奥様と二人の高齢者世帯。

・認知症の進行によりこの2年間一步も外に出ていない。幻視もある様子。

・先月から訪問診療がはいったところ。

・昨夜は入浴して浴槽からあがれなくなり奥様が110番通報。

・本日包括が訪問すると便失禁状態で起き上がれず。その場から入院相談。

事例2「転居で混乱」

- ・他県で長女さんと生活していたBさん(85才)
- ・長女さんが急に病死。
- ・その後長男さんが東京の自宅近くに呼び、賃貸マンションでの独居の生活が始まったが、連日不眠で徘徊。家族は疲弊。包括に相談し、翌日受診となった。

事例3「S + MCI」

- ・Cさんは79歳()もともと統合失調症で精神科のクリニックに通院中。
- ・同居の息子さんが2年前に脳梗塞を発症。
- ・要介護状態でリハビリに通う必要のある息子さんが見えないと、不安になってあちこちに電話をしてしまい、息子さんが疲弊。
- ・息子さんとケアマネさんの二人で家族相談に来院。

事例4「夜間の徘徊」

- ・Dさん(87才)妻と二人の高齢者世帯。
- ・認知症の進行に伴い、夜間不眠となり不穏。妻への攻撃が始まりケアマネと遠方に住む娘で入院相談。
- ・入院後の心理テストでは重度の診断。薬剤調整が始まるが、夜間せん妄はまったく治まらなかった。

相談から入院までの流れ

- ・家族、ケアマネ、相談員、支所などからの電話による入院相談
- ↓
- ・主治医からの診療情報提供書のFAX
- ↓
- ・ベッド管理当番と入院可否の判断
- ↓ (受け入れ可の場合)
- ・家族による入院相談と病棟見学
- ↓ (保護者の決定・医療保護入院)
- ・外来受診、診察後入院

入院から退院までの流れ

- ・入院時 家族の意向の確認・区変の申請
- ・2～3週間目 主治医からの病状説明、退院先の意向確認
- ・1か月半～ 認定結果の確認と施設申請
在宅の場合はケアマネとの連絡調整
- ・2か月半～ 退院支援委員会、
在宅の場合退院前訪問

入院費について

・後期高齢1割負担の場合

医療費	57,600円
食費	41,400円
室料差額	48,600円(4人部屋)
リース・雑費	24,000円
オムツ代	5000 ~ 12,000円
合計	17万円前後

・低所得 の場合 10.万円前後

・低所得 の場合 13万円前後

・個室利用の場合 上記にプラス5万円

家族の声

・老健や他施設に退院し、その後「特養の入所ができた。」と報告に来てくれた家族が3件あった。どの家族もみな幸せいっぱい表情だった。

・印象的だったのは、入院中の急変で転院し、その後療養病棟で亡くなった家族から「BPSDで混乱し、めちゃくちゃだった環境から、入院してからの1か月半は職員のみなさんの親切な対応のおかげで人間らしい生活が送れ、人生の最後に最高の生活ができたことを幸せに思っています。」と涙ながらに電話で語ってくれた娘さんの一言。



