

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
(第7回)
議 事 次 第

1. 日時 平成22年9月16日(木) 18:00~20:00

2. 場所 厚生労働省 省議室
千代田区霞が関1-2-2
中央合同庁舎5号館 9階

3. 議事
 - (1) 構成員からのヒアリング

 - (2) 意見交換

第7回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 配付資料

- 議事次第
- 座席表
- 配付資料一覧

資料1 三上構成員提出資料

資料2 阿式構成員提出資料

資料3 栗林構成員提出資料

資料4 柴田構成員提出資料

資料5 東構成員提出資料

資料6 松浦構成員提出資料

三上構成員提出資料

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成22年9月16日(木)

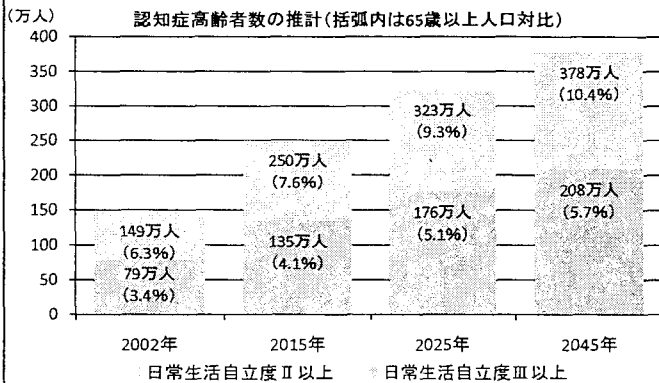
日本医師会 常任理事
三上 裕司

今後の介護保険を取り巻く状況について

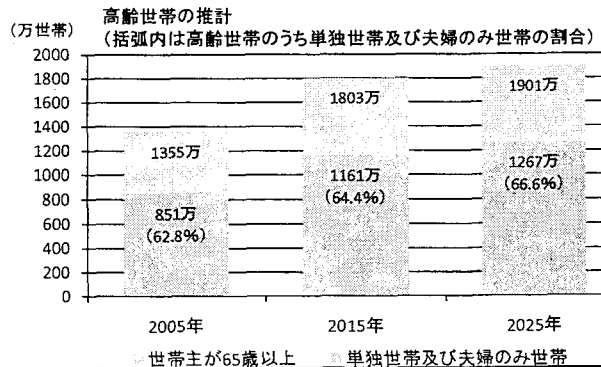
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



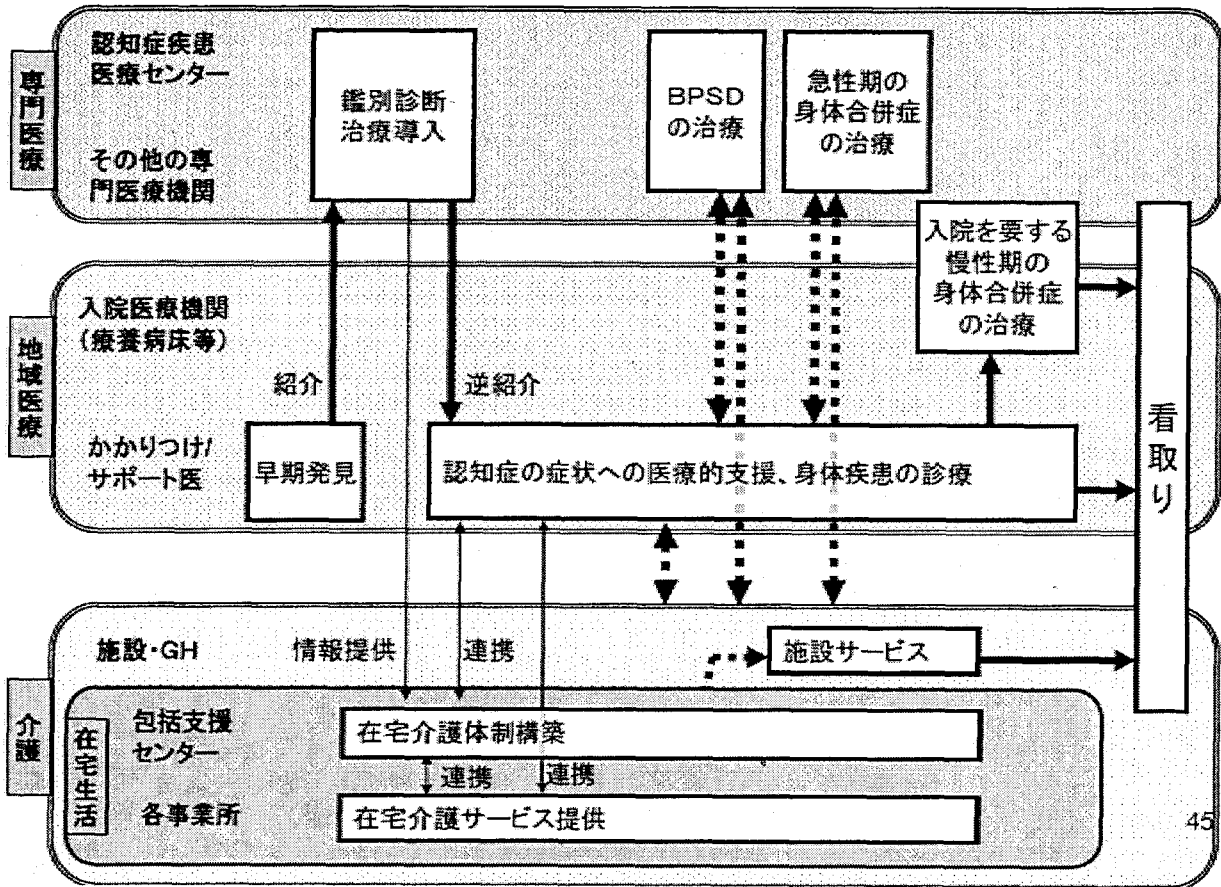
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

認知症への医療体制(イメージ)

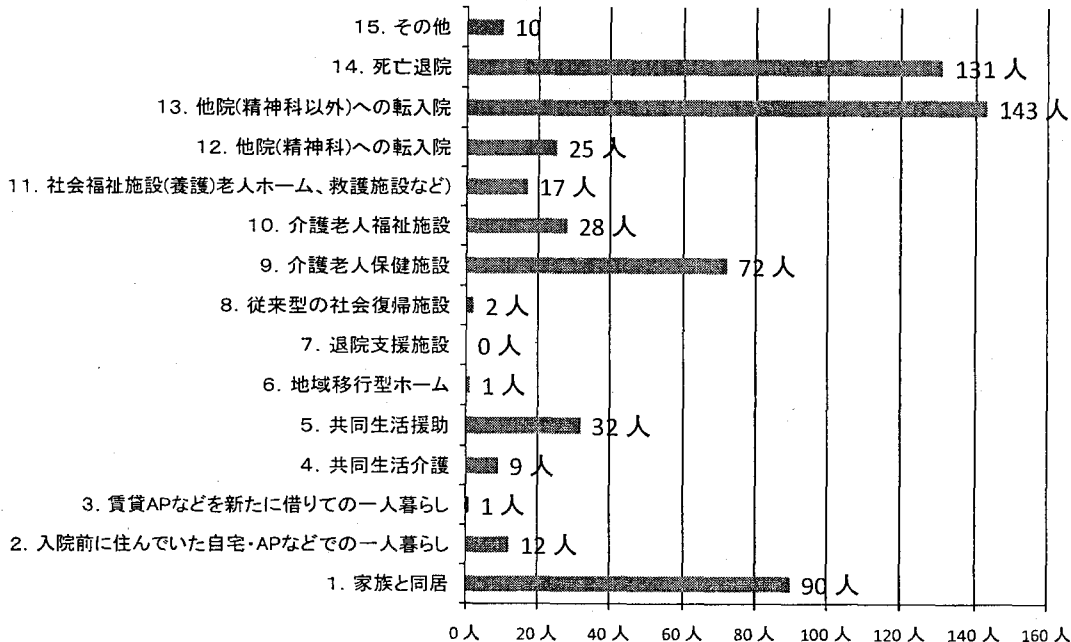


今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より

精神病床から退院した認知症患者の退院後の行き先

A. 全報告者数	17,825人
B. Aの内、認知症疾患患者数 (F00-03)	2,936人
C. Bの内、初回調査日から6ヶ月後までに退院した患者数	608人

有効回答数573人

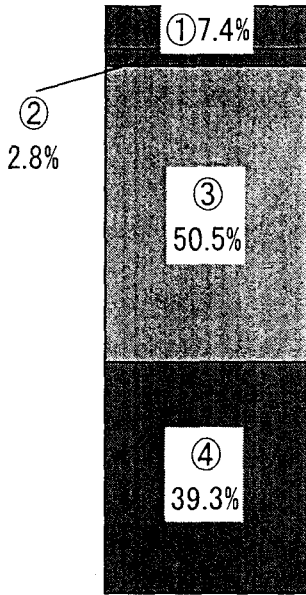


「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

第5回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム資料より

認知症による精神病床入院患者の退院可能性と理由

居住先・支援が整った場合の退院可能性



(有効回答数 3,458人)

退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

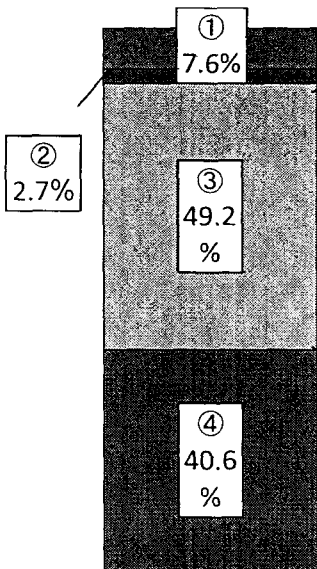
(有効回答数 1,057人)

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- ③: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- ④: 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

認知症による精神病床入院患者の適切な居住の場

居住先・支援が整った場合の退院可能性



有効回答数3,265人

退院できると仮定した場合、適切と考えられる「居住の場」(いずれか一つ選択)

1. 家族と同居	250	15.6%
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	31	1.9%
3. 賃貸アパート等を新たに借りてひとり暮らし	8	0.5%
4. ケアホーム	27	1.7%
5. グループホーム	137	8.5%
6. 地域移行型ホーム	2	0.1%
7. 退院支援施設	16	1.0%
8. 従来型の社会復帰施設	17	1.1%
9. 介護老人保健施設	514	32.0%
10. 介護老人福祉施設	415	25.9%
11. 社会福祉施設	127	7.9%
12. その他	32	2.0%
13. 将来の退院を想定できない	29	1.8%

(有効回答数 1,605人)

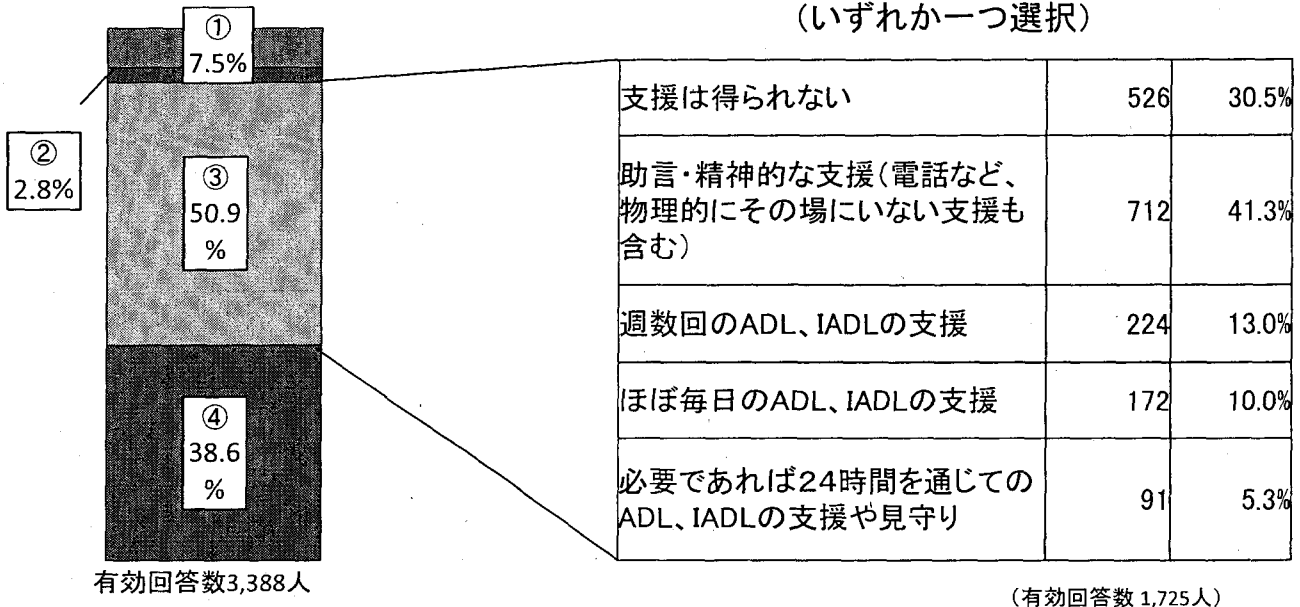
- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- ③: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- ④: 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

退院できると仮定した場合の家族等からの支援

居住先・支援が整った
場合の退院可能性

仮に退院できると仮定した場合に、
家族や友人などから得られる支援の程度
(いずれか一つ選択)



第5回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討子データ資料より

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- ③: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- ④: 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

特別養護老人ホームの入所申込者の状況

特別養護老人ホームの入所申込者42.1万人のうち、在宅で要介護度が重い申込者が6.7万人。要介護度3以下の申込者が24.3万人おり、在宅でない申込者も22.2万人いる。

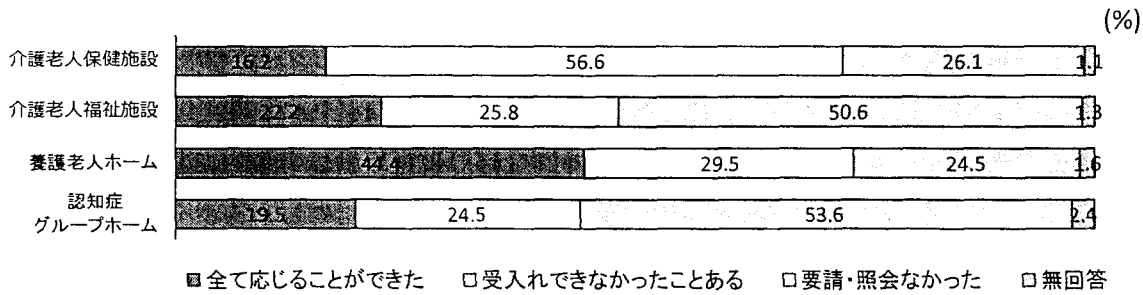
単位: 万人

	要介護1~3	要介護4~5	計
全体	24.3 (57.6%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	13.1 (31.2%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)
うち在宅でない方	11.1 (26.4%)	11.1 (26.4%)	22.3 (52.8%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

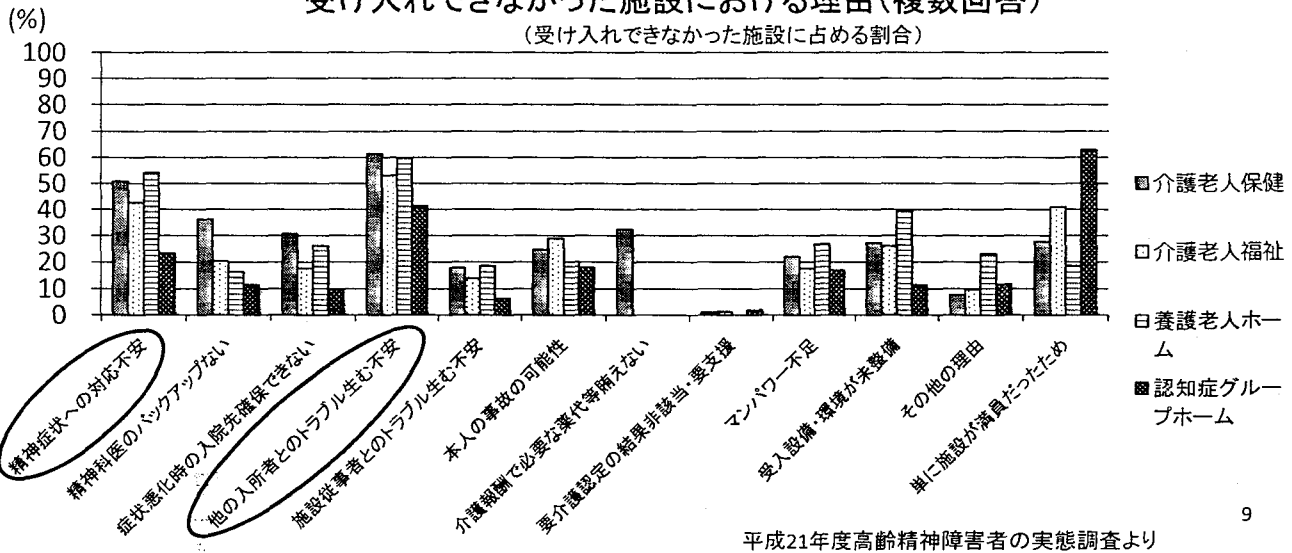
出典: 社会保障審議会介護保険部会(第28回)資料

精神科病院等からの退院患者の受け入れ(過去3年間)



受け入れできなかった施設における理由(複数回答)

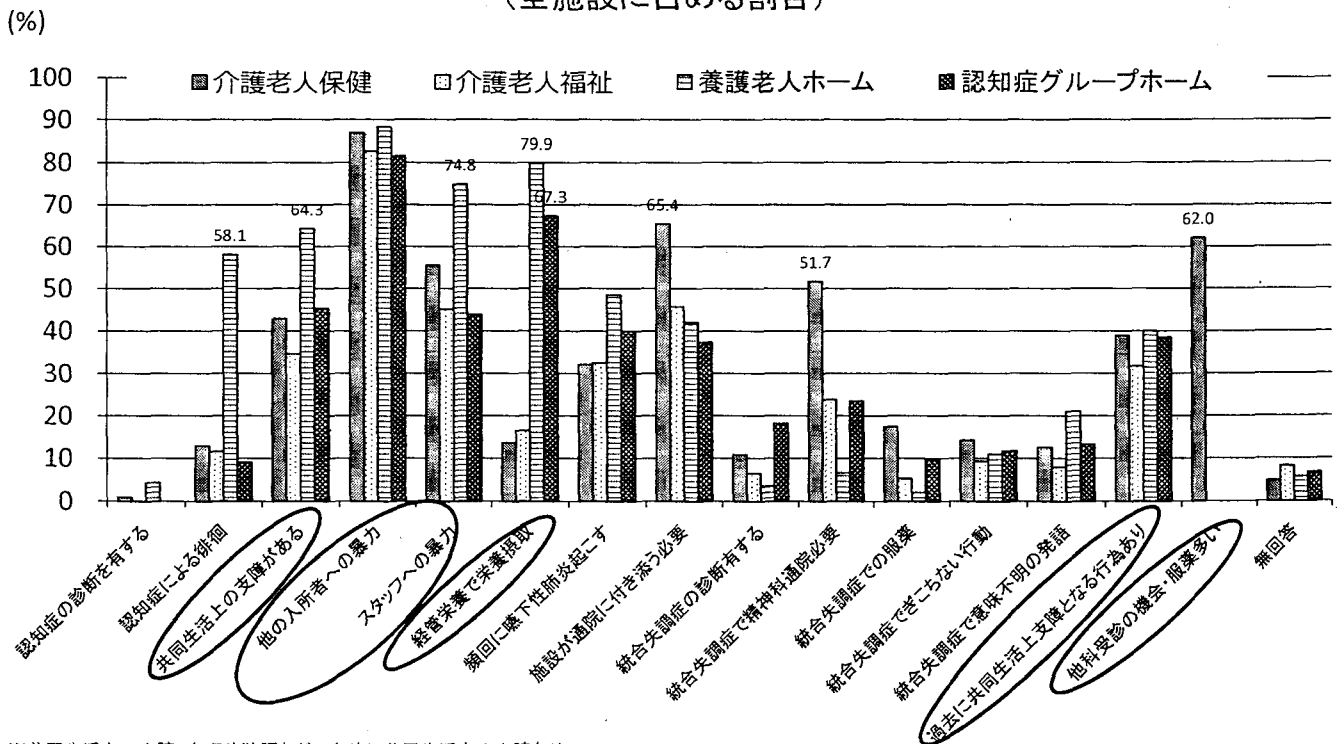
(受け入れできなかった施設に占める割合)



第5回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム資料より

施設への受け入れが難しい対象者像(複数回答)

(全施設に占める割合)



※共同生活上の支障: 大声や独語などのために共同生活上の支障あり
 ※頻回に嚥下性肺炎: 約2か月に1回以上嚥下性肺炎を起こしている
 ※施設が通院に付き添う必要: 毎週通院に付き添う必要がある

認知症サポート医に関する各県医師会の取り組み・意見

A県医師会:

認知症については医療よりも介護の比重が大きく、家族の支援も含め多職種の連携がいかにか円滑になされるかが最大のポイントであろう。事例検討会などを医師会主催で行い、かかりつけ医がより積極的に連携していく姿勢が望まれる。

B県医師会:

認知症サポート医の養成、かかりつけ医の認知症対応力向上の為に研修会を行っているが、それ以上は進んでいない。高齢者の認知症は急増しているが、専門医療機関での診察の予約期間は長く、サポート医の活用も少ないのが現状である。

C県医師会:

国は認知症については、医療から介護への切れ目のないサービスを提供するため認知症疾患医療センター等を介したネットワークの整備を進めているが、当県ではまだ整備は図られていない。地域の医師には「認知症サポート医研修」や「かかりつけ医認知症対応力向上研修」がなされているが、関心度はまだ低いように思われる。

13

精神病床の認知症入院患者(病棟種類別)

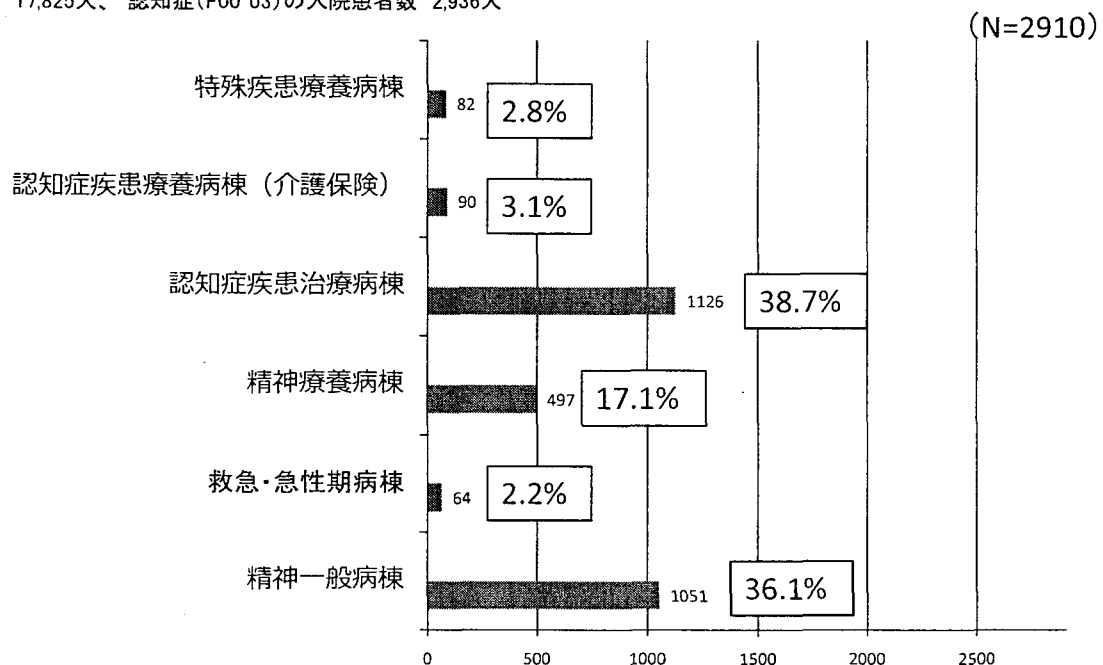
「精神病床の利用状況に関する調査」

(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

調査対象: 全国の精神病床を保有する病院 1,542病院中 997病院が回答。

1か月の入院患者のうち10%を無作為抽出した調査にて、

回答総数 17,825人、認知症(F00~03)の入院患者数 2,936人



要介護(要支援)認定者(第1号被保険者) における認知症高齢者の将来推計

単位:万人

西暦	2005	2010	2015	2020	2025	2030
自立度Ⅱ以上認知症 高齢者数(万人)	169	208	250	289	323	353
カッコ内は65歳以上 人口比(%)	(6.7)	(7.2)	(7.6)	(8.4)	(9.3)	(10.2)

参考:厚生労働省 2015年の高齢者介護

15

認知症患者に提供すべき医療 30項目:

1. 鑑別診断機能	
1	アルツハイマー型認知症の診断
2	脳血管性認知症の診断
3	レビー小体型認知症の診断
4	前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断
5	上記1)~4)以外の認知症疾患の診断
6	認知症、うつ病、せん妄の鑑別診断
2. 周辺症状/身体合併症の入院対応機能(救急医療や終末期医療を含む)	
7	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療
8	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療
9	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
10	合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)
11	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)
12	入院による終末期医療
3. かかりつけ医機能	
13	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介
14	介護保険主治意見書の記載
15	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療
16	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬(アリセプト等)の投薬

4. 住診・訪問診療機能	
17	住診・訪問診療による身体疾患の治療
18	住診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)
19	施設(グループホーム、介護老人福祉施設など)への住診・訪問診療
20	住診・訪問診療による終末期医療
5. 周辺症状に対する外来対応機能	
21	随伴する抑うつ症状に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
22	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
23	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
24	せん妄に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
6. 介護機関との連携機能	
25	介護支援専門員への助言または連携
26	地域包括支援センター職員への助言または連携
27	グループホーム等施設介護者への助言・指導
7. 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能	
28	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療
8. その他	
29	認知症に対するデイケア
30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より

認知症による精神病床への入院患者の 身体合併症、ADL障害の状況

GAF 51以上

合併症 ADL	特別な 管理	日常的 な管理	なし	計
直接介助 要	9.8	15.7	8.6	34.1
準備・観察	3.9	7.8	6.4	18.1
自立	5.6	20.8	21.4	47.8
計	19.3	44.3	36.4	100.0

合併症 ADL	特別な 管理(※3)	日常的な 管理(※4)	なし	計
直接介助 要(※1)	19.5	25.2	17.6	62.3
準備・観 察(※2)	2.7	6.7	5.5	14.9
自立	2.8	9.0	11.1	22.9
計	25.0	40.9	34.2	100.0

(n=3,356) (%)

※1: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のいずれかについて、直接の(ボディタッチを含む)援助が必要

※2: 「直接介助要」には該当しないが、4項目のいずれかについて、準備・観察が必要

※3: 入院治療が適当な程度

※4: 外来通院が適当な程度

GAF 50以下

(n=499) (%)

合併症 ADL	特別な 管理	日常的 な管理	なし	計
直接介助 要	21.1	26.9	19.2	67.2
準備・観 察	2.5	6.5	5.3	14.3
自立	2.3	6.9	9.3	18.5
計	25.9	40.3	33.8	100.0

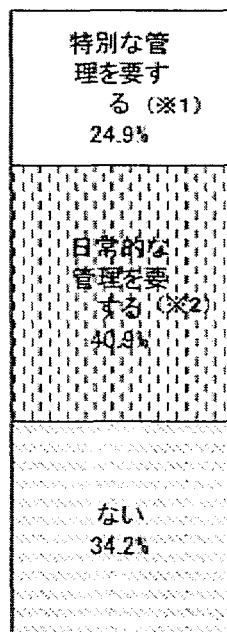
(n=2,857) (%)

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚生労働省「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より

症状性を含む器質性精神障害(主に認知症)の 入院患者における身体合併症の有無

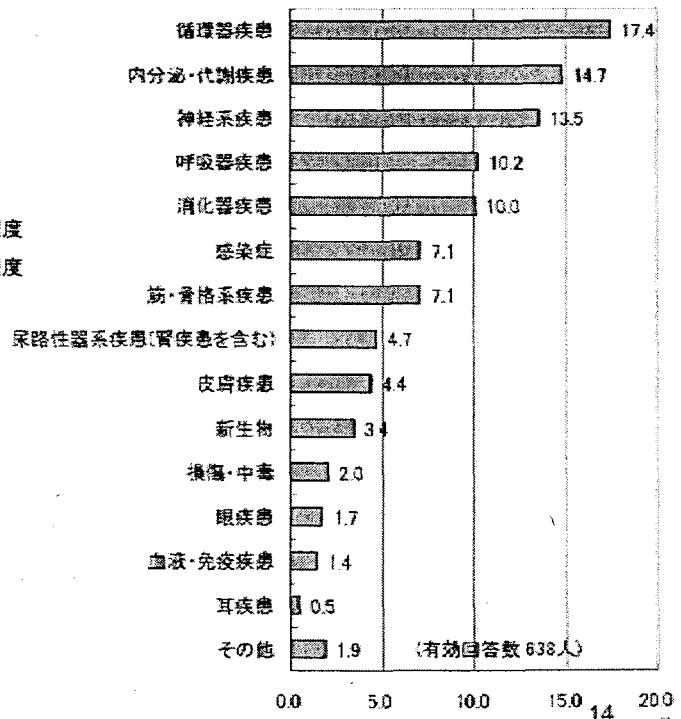
身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 3,376人)

※1: 入院治療が適当な程度
※2: 外来通院が適当な程度

身体合併症の種類



今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚生労働省「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

平成20年度診療報酬改定

身体合併症に対応した取組に係る評価

(1) 身体合併症に対する手厚い医療への評価

- ① 身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、特に手厚い医療体制を要する治療開始早期の7日間における加算を創設

⇒ 精神科身体合併症管理加算

- 1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合：300点(1日につき)(新設)
- 2) 精神病棟入院基本料(10対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神病棟に限る。))を算定している患者の場合：200点(1日につき)(新設)

19

平成22年度診療報酬改定

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改 定 後
【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点 2 精神病棟入院基本料(10対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神病棟に限る。))を算定している患者の場合 200点	【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 350点 [算定要件] 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料(10対1、13対1、15対1)又は特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、13対1、15対1(精神病棟に限る。))を算定している病棟であること。

139

20

- (1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。

① 精神科病棟入院基本料 13対1入院基本料 920点

〔施設基準〕

- ① 新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ② 身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。
- ③ 平均在院日数が80日以内であること。

21

認知症についての課題と検討の方向

① 求められる医療機能

現状と課題

- ・高齢化の進行に従い、今後認知症患者が増加することが予測されている。
- ・認知症に対する専門医療については、次のような機能が求められる。
 - ① かかりつけ医からの紹介等を受け、早期に鑑別診断・確定診断を行うとともに、地域の諸機関と連携して適切な医療や介護サービスに結びつける
 - ② BPSDに対する適切な医療を提供する
 - ③ 特に急性期の重篤な身体合併症に対する適切な対応を行う
- ・認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の充実や、介護との連携を図るため認知症疾患医療センターの整備が進められているが、現状では、認知症に専門的に対応できる医療機関や医師が不足している。
- ・認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高いが、医療機関等において対応するための機能が十分でない。

認知症についての課題と検討の方向

①求められる医療機能

検討

- ・鑑別診断、BPSDや急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者に対する専門医療を提供出来る体制の確保・普及を図ることが必要である。
- ・このため、認知症疾患医療センターの機能の拡充を図るとともに、整備を推進するべきではないか。
- ・認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきではないか。

認知症についての課題と検討の方向

②入院・入所の場合

現状と課題

- ・現在、認知症患者の有病率やBPSDの発生頻度等について調査が進められている。
- ・認知症病棟をはじめとする精神病床において、認知症に対する専門的な医療機能を発揮するには、人員配置、身体合併症に対応する機能等が十分でないとの指摘がある。
- ・認知症患者の入院は、BPSD等の症状の消退後等の、専門的な医療を必要としない状態でも継続しているなど、長期化している。その結果、真に専門医療の必要な者の専門医療へのアクセスが阻害されている。
- ・慢性期の身体合併症の患者については、病状に応じて、療養病床や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応するものと考えられるが、そのための機能や、実際に受け入れられる施設が十分でないとの指摘がある。

認知症についての課題と検討の方向

②入院・入所の場

検討

- ・認知症の有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。
- ・認知症患者の入院適応を明確化したうえ、BPSDや、急性期の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関を確保し、
 - ①認知症病棟等の体制の充実
 - ②身体合併症に対応する機能の確保等を行うことが必要ではないか。
- ・専門医療機関を真に専門医療を必要とする者のために確保するためには、急性期治療を終えた者が速やかに退院できるよう、在宅サービス・介護施設の計画的な整備とともに、専門医療機関と、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、地域の医療機関等との連携を進めるべきではないか。
- ・慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応が図られているが、認知症患者の身体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一層の対応を行うことが必要ではないか。
- ・認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場について、どう考えるか。

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より 25

参考

GAF(機能の全体的評定)尺度

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。
70-61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。

GAF(機能の全体的評定)尺度

50-41	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する)、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
40-31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる)、または、意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

阿式構成員提出資料

新たな地域精神保健医療体制に向けた検討チーム

地域密着型介護老人福祉施設

施設長

阿式明美

I、介護施設の立場より

1、ユニット型特別養護老人ホーム

①利用者に対して行われる医療的支援

- ・医療処置 ・経管栄養、胃瘻、バルンカテーテル留置 吸引
インシュリン注射 3回/日 点滴 浣腸 摘便

②医療機関との連携

- ・精神科病院 認知症外来
神経科外来（パーキンソン症状）
精神科医による施設での療養指導 2回/月
何か困ったことがあればいつでも相談、対応できるので認知症の方を入所して戴いても不安は少ない。
- ・内科クリニック医師は嘱託医として週2回の回診 必要時は電話連絡体制

- ・施設近隣の歯科、眼科、整形外科

- ・救急時は近くの総合病院への入院ができる

- ・精神的な理由で食事が食べられない、軽い肺炎 精神科の身体合併症病棟へ入院

③対応できる認知症の方の症状・状況 徘徊、不眠、幻覚妄想の方には対応している。

④対応困難な認知症の症状、状況

- ・大声、 他の入所者・職員への暴力（夜間一人での夜勤）対応できない
- ・身体合併症（入院治療が必要な場合）
- ・介護保険基準（身体拘束禁止）拘束の必要がある人

⑤対応に必要となる体制

- 1ユニット5名の介護職員余裕がない

2、小規模多機能居宅介護事業所

20人契約 15名が認知症の方（一人暮らし4人、2人夫婦1組）

①医療的支援

通院介助

吸引 摘便 浣腸 胃瘻 褥瘡処置

② 医療機関との連携

利用者の主治医との連携

協力病院（精神科）との連携 外来

③対応できる認知症の方

認知症があっても、一人暮らしでも基本的には対応可能 今まで重度認知症デイサービスの利用者が多い

例) 76歳男 脳梗塞後認知症 週4日通い毎食配食 通所の日は夕食のみ配食

例) 85歳女性 排泄の始末が出来ない、失禁状態 週6日通所 訪問サービス毎日

③認知症の症状で対応困難

利用者への暴力・暴言 (利用初期は暴言暴力がある人もなくなってきた)

徘徊が激しく夜間も外に出ていく、在宅で見守りが困難になっている

泊まりが増えている

3、地域連携

①運営推進会議

②地域交流

・地区社会福祉協議会主催「福祉の勉強会」と施設の見学会、場所提供、講師

・地区愛育委員主催「勉強会」と施設見学会場所提供、講師

③地域連携会議 (精神科病院ちくわの会) 平成16年4月

地域を対象に研修会をやってみたい精神科病院と地域の距離をちじめる目的

平成16年11月に「石井元気塾」第1回目を開催以後地域包括センターも加わり年3回開催している 目的は主に「認知症の知識、理解を深める」

今後

④小地域ケア会議の開催に向けて協力していく

・地域で暮らす高齢者を地域全体で支える仕組み

・高齢者を取り巻く地域の課題について住民間で共有し、解決に向けて専門職や行政機関と連携をしながら地域でできることを住民全体で話し合う場

「地区内の様々な問題を自分たちの問題として住民が主体となり考えていく」

II、精神科病院において認知症患者に対して行う医療の役割について (看護師の経験から)

・認知症患者の入院治療の役割

認知症の進行の経過の中では、行動能力、判断力が低下し家庭の中では解決できない異常行動、叫び等、精神科での入院治療の必要な方が入院される。また、認知症だけではなく、身体症状もあり、治療を必要とするが本人の理解が得られないために一般病院では治療が出来ない方。症状によっては薬のコントロールが難しい。

暴力行為、大声、徘徊 精神科では拘束をしないように努力をしている。

・治療病棟の施設基準では、十分な対応はできない現状がある。

現実看護職員 15対1 でやっていた。 看護補助者 25対1

・退院できない人は男性ばかり残る現状

暴力、大声 怒ったら何をするか分からない。興奮、夜勤帯が怖い。

受け入れてくれる施設がない。帰れない、帰れない間に ADL が低下していく

反面 ADL が低下するといける施設が増える。順番が来ない。

家族は病院に入院していれば安心

・認知症の理解 「抄読会」 H18年1月より 認知症ケアに関わる多職種職員

栗林構成員提出資料

ほのぼの横町
ものがたり

20年よりより地域のくま
やまをたづねるこ
とを大切にしています

秋田県湯沢市 雄勝福祉会

社会福祉法人 雄勝福祉会
平成園

1. 施設名称
社会福祉法人 雄勝福祉会
2. 所在地
〒99-0202
秋田県雄勝郡湯沢町小野字大石22-1
TEL: 0183-62-4210
FAX: 0183-62-5211
3. 沿革
・特別養護老人ホーム (66人)
・デイサービス事業 (65人・28人)
・デイサービス事業 (265日・28人)
・居宅介護支援センター
・在宅介護支援センター
・介護人材育成事業
・高齢者就業支援
・外出介護サービス
・365日対応サービス
・就業「はつたけ」(のまわり)等
・高齢者「工場」(のまわり)等
4. 施設概要
・敷地面積 13,430㎡
・建物面積 4,522.75㎡
・構造 鉄骨コンクリート平屋造り

地域や施設からの学びあい

ふたふたといがめは
あつたがらにたれる
そなたをたづねるものがたり...
心が通い 響き合う [平成園]

在宅環境の取り入れ、施設機能の持ちだし

危険なくくいかたかもしませんが

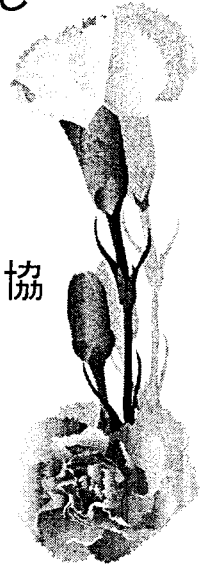
時代	昭和38年頃	平成22年
制度	老人福祉法	第4期介護保険事業
百歳長寿	150人程、選ばれし人 価値観として尊い	4.4万人超、全国各地 親孝行したくないのに
施設・ 介護像	遠くにありて思うもの 他人事、姥捨て山？ 嫁に妻(預けるなんて)	リアルタイム、 自分事、権利意識 外部委託(共倒れ)
認知症	統計データなんて？	85歳以上、4人に1人
地域・ 家族等	インフォーマルな絆 遠くの親戚より近くの	フォーマル、隣は何を 核家族に独居
看とり	自宅	病院

いまの地域をみながら、そして課題

- ・ 断られ続けで居場所のない人への支援として箱物
- ・ 施設入所は本人不在の周辺事情の求め
- ・ あきらめの場所とならないよう
- ・ しかしながら、老々、認々介護の悲惨さ
- ・ 社会化は専門性を求めるが、それらしい報酬か
- ・ 安くあげるなら嫁や妻の介護でも良いし、現金給付？
- ・ 縛る・閉じこめるなどの非日常的環境が求める専門性と倫理観、尊厳や自由とのからみ
- ・ 隔離収容的雰囲気から可視的モデルへの変換
- ・ 周囲が求める支援も我が事としてとらえつつある
- ・ 生きていて楽しくなるようなサービスは果たして
- ・ 病気に介護の困り事、医療・介護保険への期待
- ・ 地域包括・在宅介護支援センターへの期待
- ・ 家族同士の励まし合い

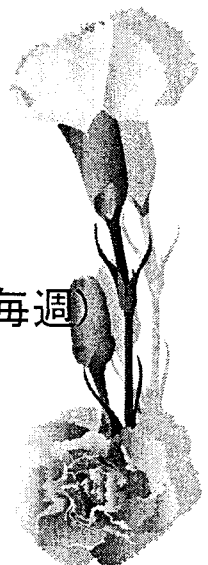
(地域) 生活の継続を目指すには

- ❁ 介護保険の提供時間外に目を向る
- ❁ 個別ケース対応があって、地域を広げられていく。
- ❁ 医療に見捨てられては、益々不安(独居や認知症は特に)、バックアップとしての拠り所
- ❁ 地域全体のケアの質に関わっている(自意識過剰かもしれないが)意識啓発で、土壌づくり。
- ❁ 地域と成長する気持ち
- ❁ 個人の限界、責任、厳しさは、地域全体で検討
- ❁ 地域を知り、高齢者と家族介護者の生活を理解する力
- ❁ 「利用する力」「サービスを作り出す力」「分け合う力」の協働を、創り出す。自治組織との協働が出来れば
- ❁ 安心生活創造事業への挑戦



所属する平成園の紹介

- ・特別養護老人ホーム(65人)自称元祖既存改修型ユニット
 - ・ショートステイ事業(15人)
 - ・デイサービス事業(365日、6～8時間、30人)
 - ・雄勝在宅介護支援センター
 - ・居宅介護支援事業所
 - ・ホームヘルプ事業
 - ・訪問入浴事業
 - ・365日3食配食サービス
 - ・(ときどき)会食サービス
 - ・福祉有償運送(通院中心だけど)
 - ・(地区へ)出前デイサービス(木/毎週)
 - ・特定高齢者向け各種介護予防事業
 - ・喫茶「ふれ愛」(知的障がい児・者とその家族の会「ひまわり会」運営)
 - ・76.3メガヘルツFMラジオゆうとぴあ「ほのぼの横町物語」(火/毎週)
 - ・思いやりメッセージフェスティバル
 - ・高齢者相互援助ホーム(夏山冬里支援)福寿荘
 - ・小規模多機能型居宅介護事業 桜おかだ
- ※ 法人内には障がい者支援サービス



自施設における施設や介護観の変化

特養中心の入所職員(の関心)は、外(地域)よりも中(施設内)向きであった。

↓
その施設は生活の単位を考慮することなく、量と言う人数を相手に一生懸命。
自分の動作である身体介護に終始し、住宅(環境)やご利用者の満足度を考えなかった。

↓
ユニットケアが誕生し施設を変えたかな。個別ケア、相手との関係性には効果的。
生活者としての住環境とその暮らしの単位。家庭に近づける、地域に近づく。
コミュニティという関係性を、社会性を持つ。(ベッドから部屋、部屋から地域)

↓
入口はユニット、出口は地域。地域住民として当たり前生きる。
家族はそこまで望まない場面へ直面。

↓
一方で、施設の中にあるもの(機能)が、何故地域に無い? の疑問。

↓
課題が見え、試みと言う実践、解決のための実践。

↓
在宅サービスは特養に併設される飾りか、アクセサリーか。

↓
逆デイ、サテライトデイ、宅老所、365日24時間体制ヘルパー、
毎日三食配食サービスに外出支援、小規模多機能による(365日24時間)包括支援など

↓
待機者がいるから施設増か。本当の課題は行き場所づくりではなく地域生活。地域機能を活かす。

↓
地域から離れることが目標ではなく、地域で暮らすことの支援が出来たら。
本音(ニーズ)が見えてきたから施設を変えたい。従事者が変わり、家族、周辺、住民も。

↓
身体介護中心から広く日常生活支援である社会参加を目指し、地域の福祉土壌を作っていきたい。
ご利用者・環境、人と環境への接点への働きかけ。施設中心から地域・在宅での暮らし支援へ。
生活場面を伝え、医療が後方支援してくれたら、暮らせそう。

安心生活創造事業の取り組み

- ・ 住み慣れた「地域(含. 施設)」で暮らす土壌支援
 - ・ 日常生活、社会生活支援
 - ・ 要介護高齢者が安心して暮らせる地域づくり(医療も)
 - ・ 家族介護者も安心して暮らせる地域づくり
 - ・ 軽度者・一時的に、時々ちょっとだけ困る人の支援、制度の狭間
 - ・ 虐待防止・消費者被害の防止、孤立死・徘徊死・不明者防止
 - ・ 思いと現実を→世間との関係調整(偏見・差別など)
→地域(社会)生活と隣近所付き合い
 - ・ 服薬の確認や灯りの確認だけでも
 - ・ サポーターの養成
- ◎ そして、時代は、相談とは本家や親戚から、支援センターなどの情報あるところで安心を。支援と結びつける関係づくり
- ※ 支援センターなどがコメディカルスタッフの一員に(共通言語の確立、情報の一元化の仕組み作りが必要か)

在宅生活が続けられなかった過去例

A (女性) 72歳 介護度1 (平成19年)

家族状況 : 独居。夫は既に死亡。1人息子は6年ほど前から行方不明。甥だけの関わり。

病歴 : 糖尿病で不定期に内科受診あり。内服薬1日3回出ているが管理できていない。

自分は定期的を受診し、きちんと服薬しているつもり。

身体状況 : 身体的には問題なく、山菜採りにも出かける。

家屋状況 : 土地は借地、家屋は持ち家。

収入 : 厚生年金。月額7万ほど。

認知面 : 作話、妄想、物忘れひどい。近所の方からは、近くの畑に入って花や野菜を盗んだりしていたなどの話が聞こえてきた。

作話を言いふらすため近隣とのトラブルも多い。又、妄想のため大声で興奮して騒いだかと思えばすぐに忘れていたりする本人全く病識なし。火の始末も心配。家の中も散らかっている。

- 甥からの相談: 施設に入れたいが、本人納得しない。何かサービスを利用したい。本人、甥と相談のうえヘルパー利用となる。(安否確認、薬管理、環境整備等)

訪問時間に訪問しても不在だったり、玄関で拒否されたりとなかなか援助に入れない事が多い。何度も「自分は何でもできる。もういらない」と申し出る。ヘルパーと検討し予定時間に不在の際は、又別の時間や空いた時間に訪問するような対応をしてもらう。

近隣の方々とのトラブル続き関係悪化、金銭管理も難しくなる。包括にも連絡。

主治医に相談。「認知症ひどく専門医受診必要だが、本人が納得しないだろう。」

庁舎市民生活課、包括、支援センター、ヘルパー、ケアマネで会議。

月2回、保健所で近医の精神科巡回相談窓口あり相談に伺う(甥、支援センター、ケアマネ)。この状態での独居は困難である。専門病床のある県立リハビリセンターに入院し、薬で安定したところでの施設入所が望ましい。又は、警察の困り事相談窓口相談をかけておき、トラブルが起きた時に警察に届け保護してもらう→施設へ。自宅からではなく、病院を経由しての施設入所だと入りやすい。

警察の困り事相談窓口(地域派出所)に訪問。本人のことは地域で把握している。が、結局は自傷他害、何かが起きた時でないと保護できない。

その3ヶ月後、関わってから2年半後、スーパーからお金を払わずに品物を持ち出そうとし警察に通報される→刑事課→認知症のため帰宅。不起訴→保健所に連絡。

2ヵ月後、保健師が自宅訪問。認知症であること、治療が必要であることを本人に説明し、保健師付き添いのもと県立リハセン通院となる。

現在、老人保健施設へ入所。

在宅生活継続の事例

支援を拒むお姉様への支援について(平成21年時)

- 姉 B 90歳

病名 : 不明(何年も受診していない) 排泄 : 紙おむつ使用

歩行 : できない 食事摂取 : 自立

認知面 : 認知低下はまったくうかがえず、高齢者とは思えないほどしっかりしている

- 妹 C 87歳

病名 : 不明(何年も受診していない) 認知症であることは間違いないと思われる

排泄 : 自立 歩行 : 杖歩行 食事摂取 : 自立

認知面 : 物忘れ著明ですぐ前のことも忘れてしまうため、常に姉が指示を出している

保険証、預金通帳など何度も紛失しており、現金のしまい忘れが日常的にある

最近、食事の味付けがおかしいときがある姉から話がある

・家族状況: 姉妹のみの二世帯 姉妹婚姻歴無

・収入状況: 生活保護世帯

・家屋状況: 一軒家(築40年位)、自己所有

・その他 :

妹が美容院を自営しており本人の話では、月に2、3人のお客さんが来るとの話であるが、近所に住む担当民生委員の話では、昔からの知り合い(80代後半女性)が美容室にいるのを見たことがあるが、それ以外は見たことは無い。

- 状況 要介護度1 (H22年9月現在)

寝たきりに近い身体状態の姉を認知低下のある妹が介護している。互いの足りない部分を支えあって何とか生活してきた。

美容室を自営し客商売ではあったが近隣との関係は希薄である。

老老介護で支援が必要な状況であるがサービス利用等の支援を拒み続けた。

見守りをしてきた民生委員より妹Cの様子について通報ある。

受診介助の結果、入院(脱水)となり、介護者である妹Cが入院のため姉Bが老健入所となる。

Cの退院後の生活については、在宅介護支援センター職員が、以前から訪問し関係性ができつつあったことで、今後の生活について助言を受け入れる。

現在、デイケア(姉への面会もかね)とデイ(入浴目的)は週一回、含め。毎日三食配食と毎日ヘルパー、近隣の訪問(ゴミ出し)を受け入れ、現在は独居生活継続中。権利擁護事業で金銭管理、お金のしまい忘れが多く、訴え目立つ。生活保護受給中。

柴田構成員提出資料

新たな地域精神保健医療体制の 構築に向けた検討チーム 介護現場の立場から

特定非営利活動法人 楽
理事長 柴田 範子

認知症とは「一度獲得した知的機能(記憶・認識・判断・学習
など)の低下により、自己や周囲の状況把握・判断が不正確
になり、自立した生活が困難になっている人の状態」

京都 三宅 貴夫医師

「人」とは

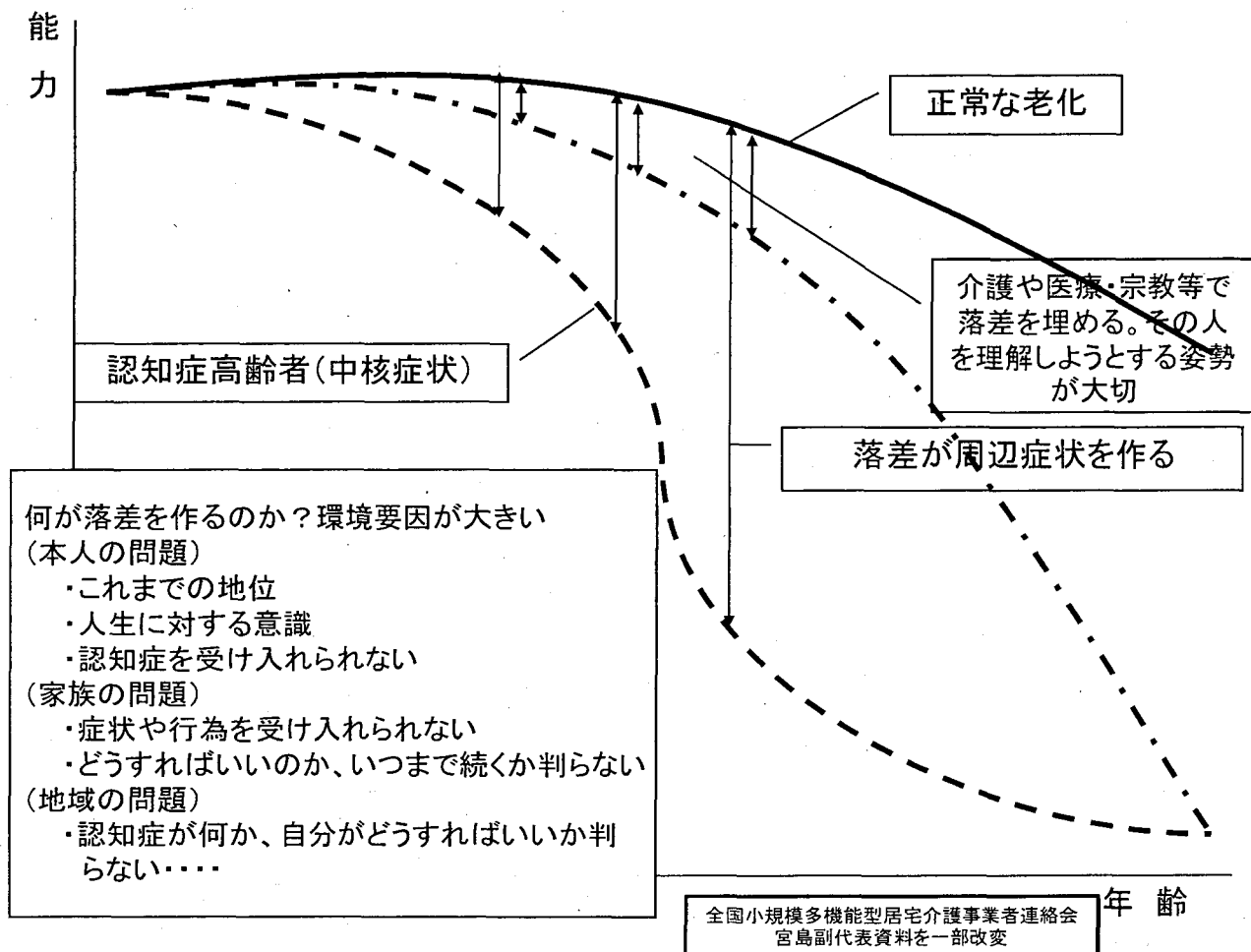
人はこうなりたいと願っているが、それぞれに葛藤している。

(自己実現を願っている)

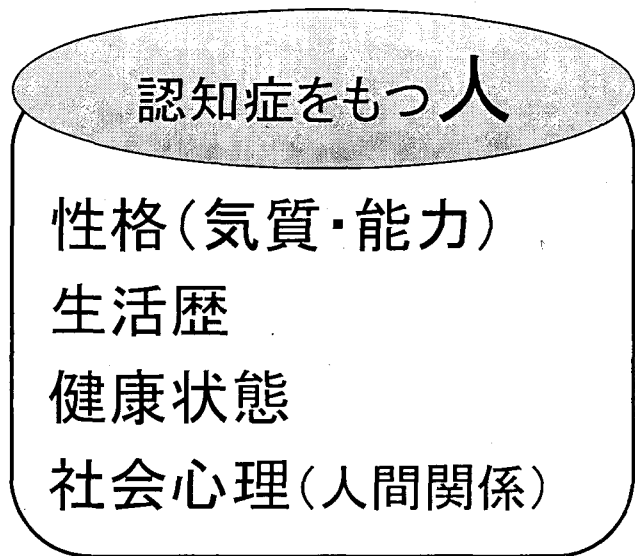
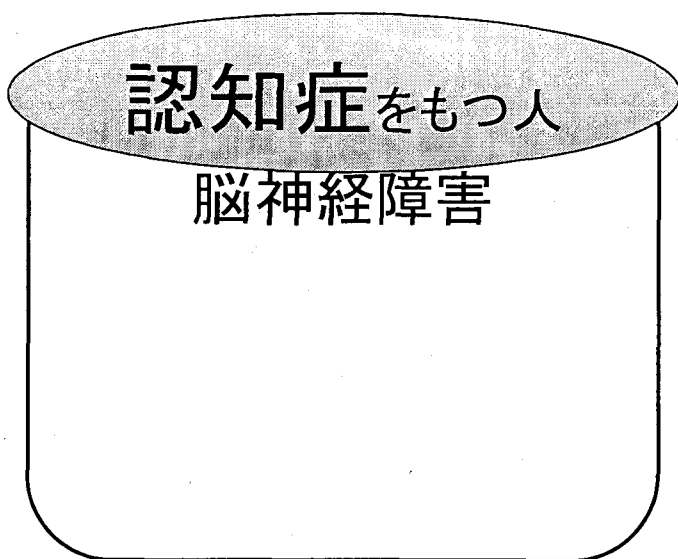
ひとりひとりが愛されたい存在。認めてほしいと願う存在で
ある。 (マズロー)

人間は生きてきた過程で、文化がある。感情がある。夢や
希望を持っている。人との関係性を持っている。

こころと体の関係が大きい。



認知症の状態には5つの要素が影響し合っている



良い状態のサイン

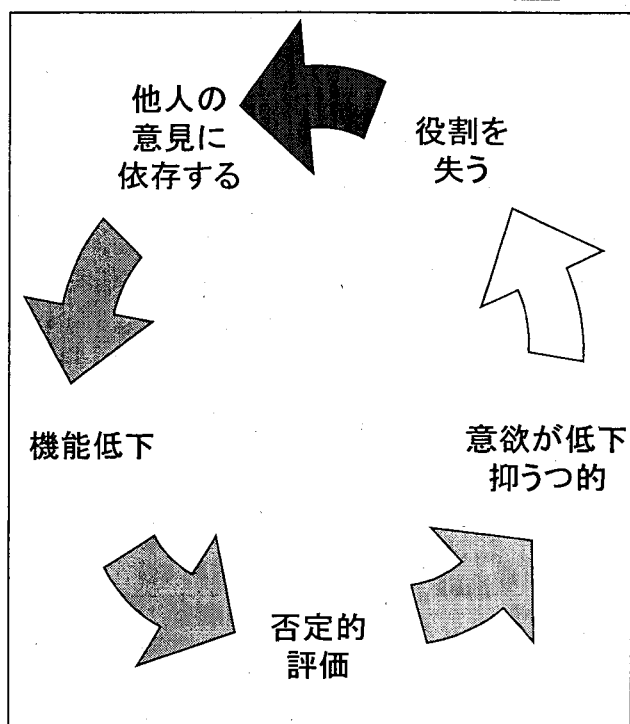
	表現できること
	ゆったりしていること
	周囲の人に対する思いやり
	創造的な自己表現
	ユーモア
	喜びの表現
	人に何かしてあげようとする
	自分から社会と接触すること
	愛情を示すこと
	自尊心(汚れ・乱れを気にする)
	あらゆる種類の感情を表現すること

実践 実践 パーソン・センタード・ケアを参考資料として作成

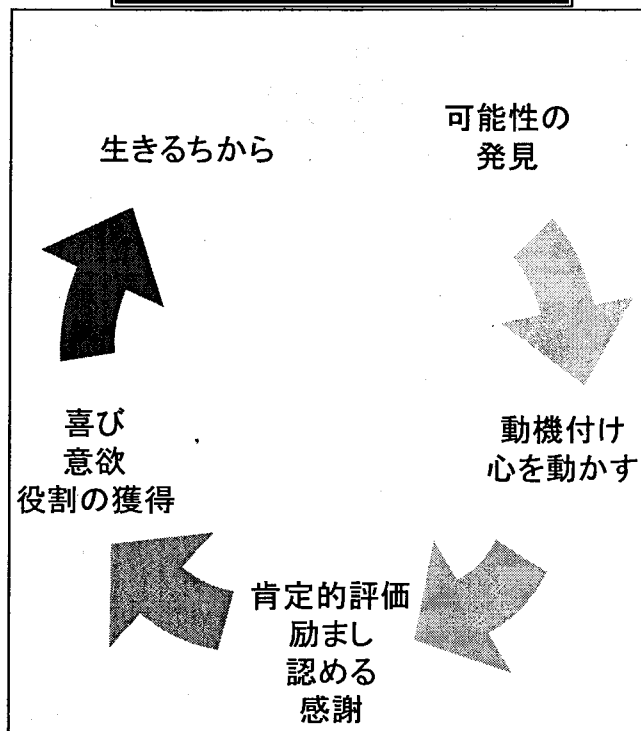
良くない状態のサイン

	がっかりしているときにほったらかしにされている状態
	悲しいときにほったらかしにされている状態
	強度の怒り
	不安、恐怖、退屈
	力のある他人に抵抗することが困難
	身体的な不快感
	体の緊張、こわばり、動揺、興奮
	無関心、無感動
	引きこもり
	文化的疎外
	実践 実践 パーソン・センタード・ケアを参考資料として作成

生活を喪失していく
悪循環



生活を取り戻していく
好循環



全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会宮島副代表資料から

国際医療福祉大学大学院の大熊由紀子さんは

デンマークのケアワーカーの条件を挙げている

- ・認知症のお年寄りに尊敬の念を持って、なおかつ忍耐強い
- ・同じことを何度言われても興味深く耳を傾け、気持ちを正確につかむ
- ・小さな変化も見逃さない繊細さをもつ
- ・奇妙な行動にも驚いたりせず、怒りを受け止められる度量がある
- ・ユーモアがあり、機転のきいた受け答えができる

ひつじ雲の実践例から 娘のSさんと共にYさんにかかわり

- 平成16年、私たちと縁ができた理由はYさん(当時、95歳 要介護4 認知症)をホームヘルパーさんとSさんとの、入浴させたいと思い頑張るが、どうしても風呂に入れられないという悩みからだった。
- 初代の管理者が職員と共に入浴できるような支援体制を考える。叩かれたり、つねられたり、メガネを壊されたりがいつものこと。それがYさんだった。穏やかにかかわることを共有化することで、Yさんは風呂の心地良さを思い出し、風呂上がりは気持ち良さそうな表情に変わる。
- ひつじ雲の小規模多機能化を最も要望したのはSさんだった。ショートステイを利用しても数時間したら自宅への引き取りの電話が。苦労が多く、様々な体験から馴染みの関係が大切なんだと理解できてから。その頃から、最後まで自宅で母を看取るという気持ちに変わっていった。兄弟もすべて任せてくれた。週4、5日の通い、月2~3日の泊り、1日5回の訪問が定着。自宅でと覚悟はできても、気持ちは揺らぐ。訪問時、Sさんの話を聴く。頷き受け止める。穏やかな日々が流れて。
- ある日の早朝、母が息をしていないようだけど・・・ひつじ雲へ電話が。宿直職員がYさん宅へ向かう。早朝であり、かかりつけ医への電話をためらっている。家族に代わり、職員が電話をして指示を受ける。

心強かったとSさんは後に語っていた。Yさんは100歳を迎えて亡くなった。

平成19年 脳炎、平成20年 脳炎後遺症、認知症

日付	内容	経過
H19.11.7	発病・入院	・下痢・嘔吐でA病院入院。脳炎発作、意識不明になる。
H19.11.8	セカンドオピニオン受診	・その後、入院中、セカンドオピニオンでB大学病院受診。
H20.1.28	検査入院	・B大学病院入院。精密検査をするがウイルスの原因が特定できず。 ・脳炎後遺症、認知症と診断。入院にて治療。
H20.3月	転院・入院	・A病院転院・入院。
H20.3.9	入所・退所	・グループホーム:Cの里入所。徘徊を理由に退所を迫られる。
H20.4月		・てんかん発作
H20.4.23	入所 入院	・老健D入所 ・クレンジーを誤飲、てんかん併発し、E病院入院。 ・入院中、老健担当CMより、F病院精神科を勧められる。
H20.6.5	転院	・F病院入院。症状が落ち着いてきたので在宅の選択を考える。
H22.9.1	初回相談	・長女より、電話で相談を受ける。グループホームGからの紹介。
H20.9.6	入院	・骨折でH整形外科入院。
H20.9.9	手術	・左側大腿骨頸部骨折人工骨手術す。
H20.9.18	転院	・F病院へ戻る。
H20.10.15	契約	・本人・長女、体験見学後、契約される。 ・落ち着かない様子で座っていられない。ちり紙を食べたり、異食行動がある。 ・大声で不安を口にする。殺してください等。他の利用者が不穏になる雰囲気みられる。
H20.10.27	支援開始	・骨折術後の様子をみながら、支援開始調整。 ・要介5、精神障害1級手帳。支援:通い(月)～(金)でスタート。 ・家業:薬局経営なので、週5～6日通い、延長19:00等を希望。 ・→本人の様子をみながら、少しずつ通い時間を長くすることを提案し、了解頂く。 ・家族(特に夫)の姿のないひつじ雲では不穏、失禁等みられる。 ・てんかんのような発作が頻繁にあり、横になっていることが多い。
H20.12.5	手術	・G病院で、白内障手術す。
H21.1.4	初めての泊り	・ひつじ雲泊り。
H21.1.23	手術	・腫瘍の手術する(日帰り手術) ・薬剤師の長女をはじめ、家族で本人の健康・身体状態をよくみれていると評価。
H21.5月GW	家族旅行	・本人夫婦、長女夫婦、次女家族と箱根旅行に行く(毎年恒例の旅行らしい)
H21.5.18～	夫体調不良	・ひつじ雲利用調整(ほぼ毎日利用) ・本人の口癖「殺して下さい」が、次女の男児(本人の孫)もマネし、保育園でも言う。 →「子育て環境が悪い」と次女悩む→Aさん宅全体不穏。 ・本人よりも10才年上の夫の体調が不良。
H21.5.29	夫、検査入院	・G病院入院。過労?
H21.6.3	夫、退院	・原因不明だが、異状なしで退院。ひつじ雲通い延長 18:30～調整。 ・夫の入院中、次女離婚し、本人宅に子供と引越す→同居になる。

日付	内容	経過
H21.6.28	相談	・長女「次女が、母に優しくないと悩まれる⇒入浴中、冷たいシャワーをかけたリ…
H20.7.1～	支援調整	・ひつじ雲通い(月)～(土)の週5日利用。
H20.8月	支援調整	・長女の調剤薬局の仕事に合わせ、月2回泊り調整。
H21.9.20	本人、体重増加	・支援開始時より10kg体重増加している。 →入院中は無歯顎の状態、食事摂取していたので、嘔むことができていない。 ・食片をほぼ丸飲みしているのが、原因か？
H21.10.16	支援一年経過	・ひつじ雲通い:週6日、18:30～帰り。月2日泊り⇒プラン変更せず。 ・服薬変更になり、食後吐き気あるが、てんかんの為、やむをえないという。 ・寝たり起きたりの生活⇒てんかん薬の作用からくるという。
H21.11.16	支援調整	・長女、妊娠の為、在宅支援が難しい入浴を支援調整。 →ひつじ雲での入浴は、拒否があり、無理に支援していなかった経緯がある。 ・長女、つわりがひどく、日々支援調整する。
H22.1.27	本人、不穏	・長女、検査入院の為、本人ひつじ雲泊り→本人不穏。 ・涙で訴え(内容聞き取れず)、服を脱いだり、物を投げたり、落ち着かない。
H22.2.1	相談	・本人、不穏や失禁等みられる。 ・長女「皆、余裕がなく、優しくなれない時もある…」という。
H22.2.11	家族のこと	・本人、ひつじ雲で、家族の姿が見えない(理由?)で不穏、職員にも手をあげる。 ・長女の検査入院結果、異状なし。夫、蓄膿症が重症化し手術入院予定となる。
H22.3.13	相談	・長女「冗談だったけど、本人の首を絞めてしまった」という。 →妊娠中の不安や、家族に対してのはがゆい思いを話される。
H22.3.22		・家族旅行(マザー牧場)に行って、気分転換→家族がなごみ、成功。
H22.4.7～9	夫、入院	・夫、蓄膿症手術でG病院入院。
H22.4.6	相談	・長女「出産もあり、不安で…暫く本人の入所を考えたい」という。 →受入れ先として、F病院を考えているというが…反対する。
H22.5.1		・家族旅行(箱根)に行って、気分転換→家族がなごみ、成功。
H22.5.29	相談	・長女「ひつじ雲の通いや泊りを利用し、出産を乗り越えたい」という。 →今の家族の雰囲気を変えたくないので、ひつじ雲支援利用だけで希望。 ・親戚等の助けを考えていたが、断るという→ひつじ雲支援、了解する。
H22.6.19	発作	・ひつじ雲利用中、てんかん発作。 ・てんかんは完全に薬でコントロールされているが、時々小発作が起きる。 →原因:夫が帰り迎えを、自身の健康のためと、徒歩で来ていた。本人も徒歩30分かけ帰宅していた。体力のない本人には、厳しかったと振り返り。
H22.6.23～7.5	長女、出産入院	・緊急入院になり、支援調整。 →ひつじ雲支援、夕食後の、帰宅(20:00～家族迎え)を支援。
H22.7.5～	支援調整 長女、退院	・長女「母を家族でみたいので、以前通りで」という。 →長女入院前の支援に戻すが、18:30～家族迎えをひつじ雲送迎にする。
H22.7.21		・家族が、長女の子、次女の子の面倒で楽しく過ごさせているという。 本人、長女の子をおんぶしてあやしているという。

【I. Y様 現・86歳 要介護5の支援経過】

平成16年 脳血管性認知症？ うつ病、パーキンソン症候群

日付	内容	経過
	支援前	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス支援利用。デイサービス、ショートステイを使用。 ・息子、孫、夫を続けて亡くし、その後、自身でうつ病かも？と通院開始。市立A病院 精神科 受診始まる。 ・ひつじ雲は、H16.6月～デイサービスから支援。 ・B特養・C特養を交互にショートステイ利用(月の半分はショート)
H19.5.1	契約・支援開始	<ul style="list-style-type: none"> ・ひつじ雲支援:週4日通い、月2～3日泊り。他、車イスレンタル。
H19.9.6		<ul style="list-style-type: none"> ・長女「ひつじ雲に満足」という。 ・長女の息子(長男)、精神的にまいり、今回復中という状態。 ・長女の娘(次女)、大学受験。⇒子供のことで本人の介護が十分にできないと娘が悩む 【本人の様子】本人、長女の姿が見えないと落ち着かない。 ・穏やかと思ったら、次の瞬間不穏になる。不穏時は怒りをあらわにし個別対応。
H19.9.8	徘徊	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、徘徊し(自宅玄関から、外へ出る)、左手を傷める。D整形外科受診するが異常なし。
H19.9.20	転倒	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、勝手口で転倒したが、外傷等なし。様子変わりなく食欲あり。
H19.10.7	支援対応	<ul style="list-style-type: none"> ・長女「夜中の徘徊、感情の起伏が激しくまっている」という。⇒ひつじ雲泊りを増やし対応。 ・長女、母親としての役目もあり、長女の介護負担軽減を考える。
H19.11～12月	特養面接	<ul style="list-style-type: none"> ・長女「以前、申し込んでいた特養に面接できることになった」という。 開所予定の特養での面接。 ・本人、面接時、不穏になり、「この状態じゃ無理ですね」と断られる。
H20.1.24	相談	<ul style="list-style-type: none"> ・長女「以前のケアマネに道で会って話したら、グループホームを勧められた」という。 →グループホームの説明をすると、長女「本人には合っていない」という。
H21.1.31～	長女の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・長女より、電話相談が掛ってくるが多くなった。毎回1時間くらい話す。訪問することも多くなる。長女、話しているうちに元気になり、電話を切るというパターン。
H20.2.6	相談	<ul style="list-style-type: none"> ・長女「オレオレ詐欺みたいな電話があった」という。 →還付金の返金という。国立療養支援センターからという。川崎市に問い合わせ該当なし。
H20.2.13	通院同席	<ul style="list-style-type: none"> ・市立D病院 精神科 Dr.D受診、同席し、挨拶する。丁寧に説明してくれ、在宅介護を勧める。 【本人の様子】主治医から「化粧をして、おしゃれをして通院しなさい」と言われているという。 →うつ病の頃かららしいが言われた通りおしゃれに通院し、先生と話す姿は上品な婦人。
H20.3.1	相談	<ul style="list-style-type: none"> ・長女「話合いをしたい。もう、私、おかしいんです」という。
H20.3.5	話合い	<ul style="list-style-type: none"> ・ひつじ雲で話合う。参加者:長女夫婦、本人の義妹、理事長、管理者。 →服薬等の医療面の見直し、主治医へ相談またはセカンドオピニオンを提案。 ・介護というより、精神等の病気の治療を考えていくことを提案。
H20.3.6	長女と話合い	<ul style="list-style-type: none"> ・長女、「セカンドオピニオンを積極的に考える」という。 →長女、今の主治医:Dr. Dへの裏切りになるのでは？という気持ちがある。
	支援、調整	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の介護負担軽減のため、ひつじ雲泊り対応の調整。
H20.3.10	理事長、情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・セカンドオピニオンとして、新宿Eクリニック手配。
H20.3.18	セカンドオピニオン	<ul style="list-style-type: none"> ・新宿Eクリニック、セカンドオピニオンで受診。家族対応。 ・薬の見直し→服用中の薬は、本人の病状に合っていないと言われる。 服薬中の2種類の薬の組合せが良くないと言われる。 ⇒いきなり服薬中止にせず、また今の主治医との兼ね合いもあるので、

		<p>本人の様子をみながら、長女の考えで服薬調整していくことにする。</p> <p>主治医の次回受診まで、ひと月あるので、様子観察していく。</p>
H20.4.17	担当者会議	<p>・大きなプラン変更なし。ひつじ雲通い・泊りを時間調整で対応。</p> <p>・家族の服薬調整で効果らしき様子が見られる？</p> <p>→主治医に内緒で服薬調整している状況に長女、ストレスを感じているので、主治医にちゃんと話していこうと決意する長女。</p> <p>【本人の様子】不穏になったり、穏やかだったり、躁鬱のような、その瞬間瞬間に本人の様子が変わる。</p> <p>・介護で関わっているのは、長女のみ→長女、介護ストレス大。</p> <p>・不穏時、攻撃的になり、手をあげ、つねり、唾をかけたりする。ひつじ雲でも同様だが、職員同士が穏やかに話を聞くことを徹底。</p> <p>【長女家族のこと】本人の実際の介護は、長女のみ。他の家族の介護協力望めない。</p> <p>→本人と長女、互いに依存しているようにみえる。</p>
H20.4.18	通院同席	<p>・市立D病院 精神科 Dr.D受診。ケアマネジャー同席。</p> <p>・セカンドオピニオン等のこれまでのことを説明する。主治医D理解を示される。</p> <p>・MRI 撮影する→脳の部分が黒く映る。末期の認知症症状だと診断される。</p> <p>・Dr.D「医療の限界 対処療法しかない」と言われる。</p> <p>・Dr.D自身の考え方として、「介護は家族がした方がいい」があり、度々の受診で「在宅頑張れ」的な言葉掛けに、長女、まいっていた。</p> <p>・服薬調整のための入院の相談をするが、効果がないと言われる。</p>
H20.4.21	家族会	<p>・薬の話や、日々の介護の話をし、長女「発散できた」という。</p>
H20.4.22	相談	<p>長女在宅希望と言う→MRIの結果にショックを受けながらも、このままの介護生活を選択するしかないという考えにとらわれている長女。</p>
H20.5.20	相談	<p>・長女、今後のことを考えヘルパー研修希望⇒研修中の本人の介護、ひつじ雲で支援対応。</p>
H20.6.19	訪問マッサージ利用	<p>訪問マッサージ利用開始→本人「ここが痛い、さわって」の様子をみて、開始に至る。</p>
H20.7~8月		<p>→ひつじ雲利用、通い延長等の時間調整、泊りで対応。</p> <p>長女→ヘルパー研修開始⇒ひつじ雲利用、通い延長等の時間調整、泊りで対応。</p>
H20.8.14	相談	<p>・長女「グループホーム利用を考えたい」という。</p> <p>→ヘルパー研修で色々勉強したこと、知人が勤務していることが影響。</p> <p>・長女、次女の大学受験のため、母親としての役目したい気持ちの訴えあり。</p> <p>→11月位から、2~3ヶ月ショート希望される。</p> <p>長女、本人の基本、在宅介護を希望している。が、3人の母でもある長女、⇒本人の様子から、長期泊り等の支援が可能か職員同士で話し合い。</p>
H20.8.20	相談	<p>・長女「デイサービスSの利用を考えたい」という。介護の限界にきている。</p>
H20.8.30	支援対応	<p>・ひつじ雲支援、通い延長や泊りで対応するが、比例的に本人不穏になる。</p>
H20.9.4	漢方服薬開始 相談	<p>・長女より、昨日NHKテレビ「ためしてガッテン」で、認知症には漢方の抑肝散（よくさんかん）が効果があると放映され、本人に試したいとのこと。⇒服薬開始</p> <p>【家族のこと】夫、定年間近、給与下がる→10万円程度減る。</p> <p>・次女の大学受験、始まる。⇒長女、家計のこともあり働きに出たいという。</p> <p>【居宅介護について】長女「ひつじ雲に迷惑掛けている、でも、泊りをもっと多くして欲しい」という。</p> <p>→以前、居宅支援時、月の半分をショートステイ利用していたが、その生活スタイルでもう一度やっていき</p>

		たいと言う長女。
H20.10.10	相談 話し合い	<ul style="list-style-type: none"> ・長女と以前のCM:Kさんは、その後も仲良くしていた経緯もあり、一度皆で話し合うことになった。 ・本人宅で、本人・長女と4人で話す、途中本人が不穏になる。長女の体をつねったり、叩いたり、罵ったり、唾を吐くマネをしたりする。「ここにきて」といつものように甘える。 →CM:Tさんは初めて見る本人の様子。「ここまで酷いとは…」といい、もう介護で解決と言うより、医療・精神の分野ではと言う。長女の介護歴10年。本人の攻撃的な性格は変わらない。 長女一人の気持ちは、在宅でみていきたいと思っているが、長女の家族の状況が変わってきたし妻として母として関わり方が変化している状況に、本人の介護生活が今のままでは継続できないと思っている長女。⇒治療等他の支援を考えていく。
H20.10.15	相談	・S区役所、障害：自立支援の併用を考えるが…難しいと判断。
H20.11.6	相談	<ul style="list-style-type: none"> ・長女より、「次女の大学が決まらず、親としてサポートしていきたいが、本人の介護があるのでどうしたらいいか考えている」という。長期泊り施設を検討していると言う長女だが、一方で今の本人の症状を受入れてくれる事業者はないだろうと思っている。 ・長女「ひつじ雲で頑張るしかない」という。 ・長女、施設入所も考えるが、在宅にこだわる気持ちもある。
H20.11.12		・デイサービスSを体験するが、本人、不穏で断られる。
H20.12.10	通院同席	・市立D病院 精神科 Dr.D受診、同席。服薬調整。特に進展はない受診。
H20.12.16	相談	<ul style="list-style-type: none"> ・長女、以前からの提案していた、精神病院受診(市立D病院以外)を検討したいと言われる。 ・精神保健センターへ相談し、いくつか病院をピックアップする。 →ひつじ雲支援利用の家族から情報頂き、K病院受診を決める。
H21.1.6	問合せ	・K病院 MSW:Iさんに電話相談し、予約をとる。
H21.1.15	受診	<ul style="list-style-type: none"> ・K病院 精神科 Dr.K、受診、同席。 ・臨床心理士による面接は、本人、不穏でできず⇒入院治療が必要と診断される。
H21.1.27	終了	・家族、K病院入院を選択される。入院のため終了。
H21.1月	K病院で治療	<ul style="list-style-type: none"> ・入院加療続く。 ・薬物コントロールが主の治療。 ・本人、車イスで移動になるが、不穏状態は変わらず。 ・長女、一週間に1回は必ず、お見舞いに行っていた。
H21.9月	転院	<ul style="list-style-type: none"> ・H病院転院。 ・長女、特養入所を希望するが、K病院から反対される。
現在に至る。		

東構成員提出資料

全老健における認知症短期集中リハビリ等に関する研究事業 等

年度	研究事業名 等	概要
平成16年	介護予防に資する介護老人保健施設における短期集中的リハビリテーションのあり方に関する試行的事業	専門職によるリハの提供により在宅復帰ないしは在宅生活の維持が見込める認知症の利用者に対してリハビリテーションを実施し、その効果等の検証
平成17年	介護老人保健施設における要介護高齢者(障害・認知症)の状態像に合わせた短期集中リハビリテーションのあり方に関する試行的事業	入所者:個別リハ(20分)+小集団リハ(40分)を週5日以上実施 通所者:同上を週3日以上実施
平成18年	介護報酬改定	老健だけに認知症短期集中リハビリテーション実施加算が創設。 (対象者:軽度の認知症(HDS-R等15~25点)で在宅復帰が見込める入所者)
平成18年	認知症短期集中リハビリテーションの実態と効果に関する研究事業	認知症短期集中リハの具体的方法やプログラムおよび効果等の検証 対象者(認知症短期集中リハ加算を算定している入所者) 対照群(認知症短期集中リハ加算を算定していない入所者及び軽度の認知症の特養入所者)
平成19年	認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業	平成18年度調査で認められた有効性について、対象者等の数を増やし検証を行うこと及び在宅復帰への状況把握 対象者(認知症短期集中リハ加算を算定している入所者) 対照群(認知症短期集中リハ加算を算定していない入所者)
平成20年	認知症高齢者の状態像に応じた認知症短期集中リハビリテーションの効果的な実施に関する研究事業	対象者を中等・重度(HDS-R等5~15点)の入所者に限定し、効果等の検証 対象者(認知症短期集中リハ加算を算定している入所者) 対照群(認知症短期集中リハ加算を算定していない入所者)
平成20年	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」～報告書～ (厚生労働大臣の指示のもとにプロジェクトチームを設置)	【報告書より抜粋】 平成18年4月より、介護老人保健施設において導入された軽度認知症に対する短期集中認知機能リハビリテーションが、中核症状及びBPSDの改善に有効であることが示された。
平成21年	介護報酬改定	認知症短期集中リハビリテーション実施加算の対象範囲の拡大 (対象者:中等度・重度の認知症の入所者へ拡大) (対象サービス:介護療養型医療施設・通所リハビリテーションへ拡大)

平成18年度以降の研究班では、あらゆる角度から検証ができるよう、外部機関の専門家(我が国の認知症研究の第一人者)の先生方に班員メンバーに加わっていただき、公明性を保つようにした。
また厚生労働省の担当課長補佐にも、ほぼ毎回会議にご出席頂いた。

班員の主な外部機関の専門家メンバー

班 長 鳥羽 研二 先生 (杏林大学医学部高齢医学教授)
班 員 遠藤 英俊 先生 (国立長寿医療センター病院 包括診療部長)
 中村 祐 先生 (香川大学医学部附属病院精神神経科教授)

オブザーバー:厚生労働省 課長補佐

研究事業結果

認知機能短期集中リハビリテーション
は極めて有効であり

臨床的認知症重症度の進行予防
心の健康維持（意欲、活動性）を通じ
ADLの改善が認められる。

更に周辺症状の改善によって在宅系
への復帰効果が期待される。

平成18年4月から

老人保健施設のみで試行的に行われた、

『認知症短期集中リハビリ』が、

認知症に対して極めて有効であることが実証された。
(参考資料)



厚生労働省

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」
の報告書にも記載された。

認知症短期集中リハビリテーション実施状況

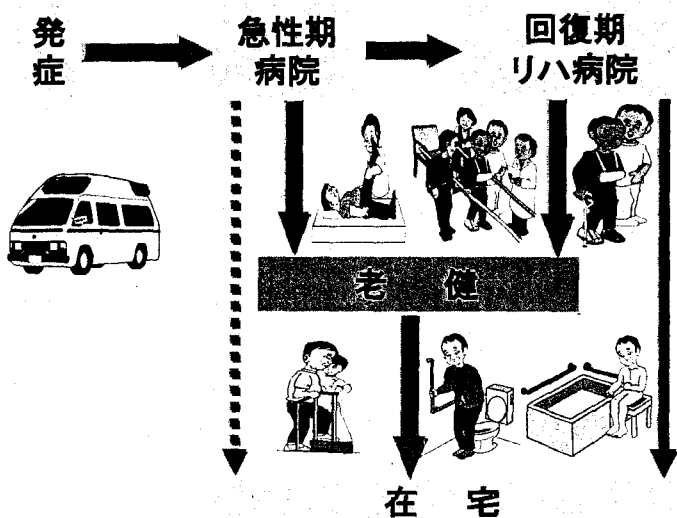
(全老健「認知症短期集中リハビリテーション」提供可能施設 公表意向調査より)

	平成20年10月		平成21年10月	
	施設数	割合	施設数	割合
回答数	1,478施設	100.0%	1,632施設	100.0%
実施している	341施設	23.1%	762施設	46.7%
実施していない	931施設	63.0%	844施設	51.7%
無回答	206施設	13.9%	26施設	1.6%
全数に対する実施率		10.3%		22.7%

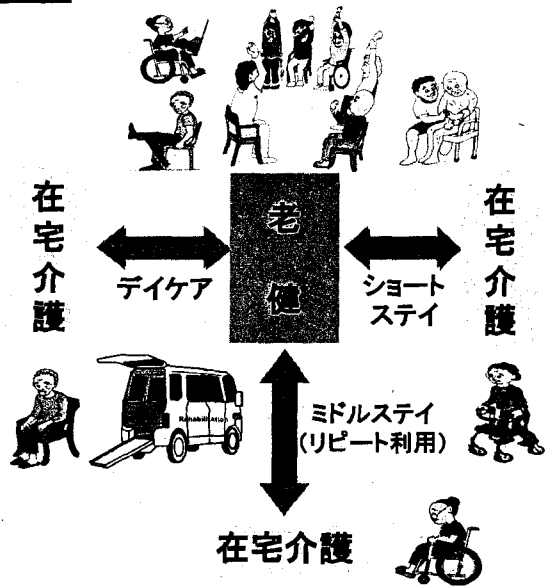
実施している施設数は、約2倍に

介護老人保健施設の役割と機能

事例 1 脳卒中急性期例



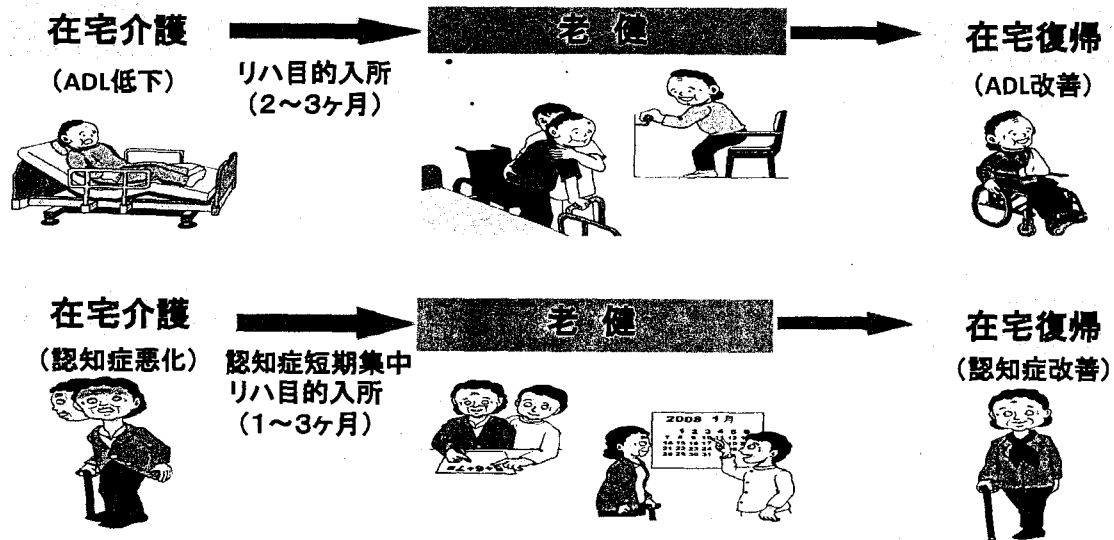
事例 2 脳卒中慢性期例

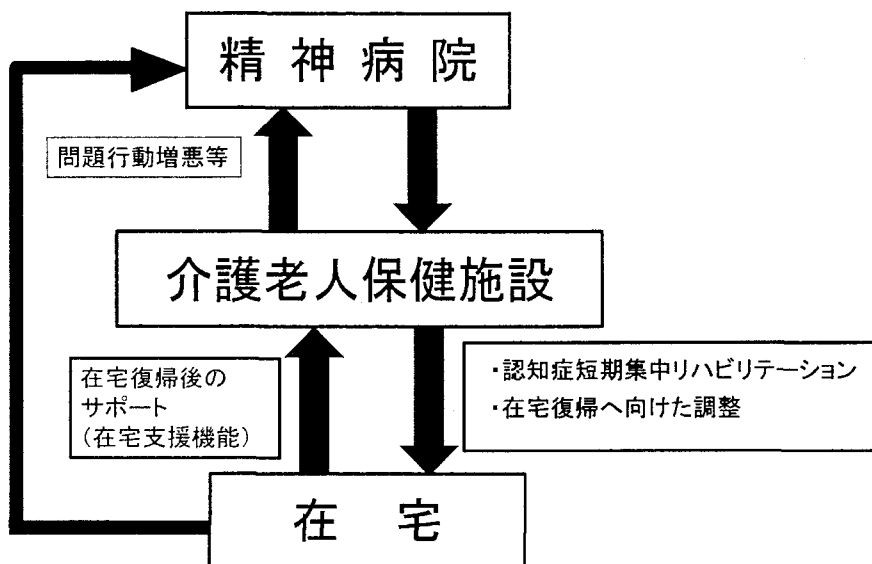


事例 3 在宅介護緊急事態発生例



事例 4 在宅介護中のADL低下・認知症進行(悪化)





独居. 1

氏名	年齢	要介護度	日常生活自立度	認知症ランク	利用サービス(/週)				(/月)	(/年)	レンタル
					デイケア	デイサービス	訪問介護	訪問リハビリ	ショートステイ	リピート入所	
T. I	80	1	J2	—	2	/	2	1	/	6か月	/
H. U	61	3	A2	I	/	2	5	/	10日	3か月	車椅子、手すり
T. N	82	3	B1	—	/	3	6	/	10日	3か月	介護ベッド
A. O	81	2	B1	I	2	/	4	/	7日	2か月	介護ベッド、車椅子
S. K	92	4	B1	III a	3	/	7	/	20日	/	車椅子、手すり
K. M	81	1	J1	I	2	/	1	/	6日	/	車椅子
N. Y	82	1	J1	—	2	/	1	/	6日	/	手すり
N. N	88	3	A2	II b	/	/	/	/	12日	/	/

独居. 2

氏名	年齢	要介護度	日常生活自立度	認知症ランク	利用サービス(/週)				(/月)	(/年)	レンタル
					デイケア	デイサービス	訪問介護	訪問リハビリ	ショートステイ	リピート入所	
N. O	80	3	B1	I	3	/	/	/	/	/	介護ベッド、車椅子、スロープ、手すり
S. G	77	1	A1	—	/	/	2	/	/	/	/
H. M	76	5	C2	II b	/	/	5	/	14日	/	介護ベッド、床ずれ防止マット、車椅子、昇降機
S. S	76	4	A2	I	2	1	7	1	/	/	介護ベッド
K. N	88	1	A1	II a	2	/	1	/	/	/	手すり、歩行器
A. F	87	2	A1	II a	3	/	4	/	/	/	/
M. O	77	1	A1	I	2	/	1	/	/	/	手すり
F. W	89	2	A1	II b	3	1	/	/	/	/	/

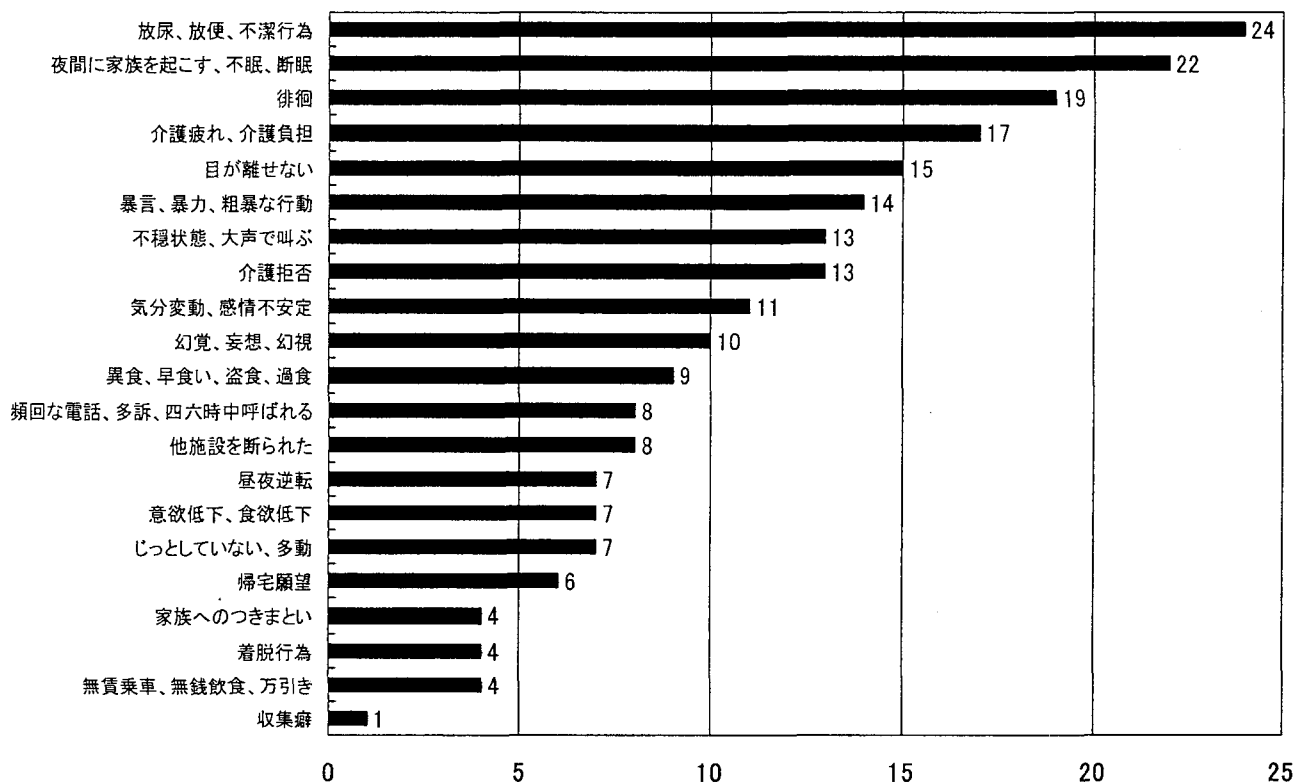
日中独居. 2

氏名	年齢	要介護度	日常生活自立度	認知症ランク	利用サービス(/週) (/月) (/年)						レンタル
					デイケア	デイサービス	訪問介護	訪問リハビリ	ショートステイ	リピート入所	
Y. Y	89	3	A1	I	3	2	/	/	/	/	介護ベッド
H. Y	77	2	A1	—	3	1	/	/	/	/	
T. D	82	2	B1	—	2	3	/	/	/	/	
I. K	62	2	A1	—	2	3	/	/	/	/	
I. S	65	3	B1	IIb	3	/	/	/	/	/	車椅子
H. N	71	2	A1	IIa	3	/	/	/	/	/	車椅子、歩行器
Y. S	76	2	A1	—	3	1	/	/	/	/	
M. S	86	2	A1	IIb	4	/	/	/	/	/	

松浦構成員提出資料

なのはな苑に入所した理由(複数回答)

平成22年5月1日～9月14日までの新規入所者(25名)



利用者に対して行われている 医療的支援(精神科薬の調整)

1. 抗てんかん薬内服中の場合

基礎疾患にてんかんのあるときは、血中濃度を維持する必要から同種類薬でコントロールを続ける

2. 基礎に夜間せん妄があって抗精神病薬が処方されている場合

入所後の介護の中で観察をしながら、原則として休薬・休薬の方向で処方を考える

3. 睡眠障害・情動易変等をターゲットに抗不安薬を処方されている場合

原則としてOFFとする

4. ターゲットが明確でなく精神病薬が処方されている場合

原則としてOFFとする

抗精神病薬最小化の考え方

- てんかんと改善が望めない夜間せん妄のケースでは維持量の精神科薬を継続する
- それ以外のケースでは、各利用者の介護上の課題を把握し、介護の方法を適正化することによって対応する

他の精神科(認知症疾患治療病棟など)への転院状況

期間:平成11年4月から平成16年3月までの5年間

実利用者数:970名

転院した人数:18名(1.85%)

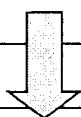
利用者に対して行われている 医療的支援(主に慢性病のコントロール)

- 認知症の人の多くは慢性病を持っている
- 慢性病の急性増悪も含め施設内で治療する
- 「その人に見合った治療」「生活の中で治療」を選択
- 治療のスリム化
 看護師が医師にコンサルテーションする
- 家族の意思決定支援
 治療の場所・治療の内容・終末期のケア
- 病院での治療終了後は再入所を引き受ける
- 家族の希望があれば看取りを引き受ける

「老健の看護職は一筋縄ではいかない」との研修医の発言！

利用者に対して行われている 福祉的支援(生活の復権)

- ケアの標準はパーソンセンタードケア
- 中核症状による心理障害・生活障害の支援
 - * 生活リズム・睡眠リズム調整
 - * 出来ることに着目した活動・役割の参加
- 認知症の家族支援



多職種協働によるケアプランの作成と実践の担保と評価
新老健版ケアマネジメントR-4システム

利用者に対して行われている 福祉的支援(在宅支援)

- 短期間であっても住み慣れた地域へ帰る
 - * 往復型在宅支援のしくみ
 - * 地域資源との連携

対応困難な認知症者の症状・状況

- 大声・奇声
- 他者への暴力行為
- 破壊行為

- * 背景要因が読み解けない
- * 症状の頻度と持続時間
- * 個別対応の限界(マンパワーの不足)

対応する場合に必要なとなる体制(人員)

- 認知症の原因疾患の鑑別
- 認知症専門棟の配置人数の加配(夜間)
- 利用者の状態評価のできる人材の育成
- 認知症専門医との相談機能の推進
- 緊急時の受け入れ(認知症疾患治療病棟)

精神科病院において認知症患者に 対して行う医療の役割認識

- 薬による治療とドラックロックの関係
 - 行動制限の捉え方に関する温度差
 - BPADの消退と共に、その人の生活も消える
 - 認知症を患った人の意思の尊重を
-
- 医学モデルと社会モデルを統合して認知症の生活障害を克服していくことが必要
 - 退院後の後方支援