

阿式構成員提出資料

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

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対応に必要なとなる体制

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ている)

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