

第10回備北地域認知症疾患医療連携協議会（H26.5.23）議事録

はじめに：

認知症の行動・心理症状（BPSD）は、本人、家族、介護者に深刻な問題をもたらすが、疾病過程の一部として避けられないものである。現在、認知症の中核症状（記憶障害・見当識障害など）の根本的な治療は困難であるが、BPSDは治療可能性が高く、BPSDに対する治療の第一選択は、非薬物的介入、つまりケアと考えられている。今回の協議会では、認知症のBPSDへのケアについて、施設および認知症治療病棟における事例を通して学ぶ場とした。

第一部：認知症スキルアップ研修① 「事例発表：施設でのBPSDへのケア」

総社市の小規模多機能居宅介護縁（えにし）より担当者様に御参加いただき、事例を御提示いただいた。通所サービスを長期間利用している夫と二人暮らしの80代の女性で、専門医にてアルツハイマー病との診断を受け、かかりつけ医にて投薬を継続されていたが、不眠、多動、易転倒、大声、介護抵抗、姿勢異常、流涎などが著しく、目が離せず、多くのケア上の工夫を要したケースであった。事例発表後、フロアの参加者を交え、ケアに関するだけでなく、専門医への受診のタイミング、適正な薬物療法、夫への支援といった視点での意見交換が行われた。主な意見を以下に記す。

縁：服薬変更でかえって状態が悪化する姿をみて、薬の難しさを感じたが、どう思うか。

フロア：夜間せん妄に対して薬を服用することで眠れるようになり家族は安心するが、日中の活動性が低下したり、逆に興奮したりするなどの変化をみることもあり、難しいと思う。

フロア：薬により、日中眠る、食事が摂れない、体力が低下するなど、本人らしさが無くなるように思う。専門病院で薬の調整が必要と思っても、家族は精神科受診に抵抗があったり、かかりつけ医へ相談しづらいと感じていたりするのが現状と思う。

縁：服薬することで日中寝てしまったり、かえって興奮したり、副作用がでたりするときもあり、本人の行動や要求を抑制することなくケアすることの困難さに直面し、薬が本当に必要なのか、本当にこれでいいのか、介護負担の軽減を目的としていいのかなど、その都度スタッフ全員で相談した。本人に適した服薬が必要で、本人が出すシグナルをキャッチすることが大切。ケアする側の気持ちの在り方が大切だと思う。

フロア：その人にあった薬を見つけるにはどうしたらいいのか。

縁：かかりつけ医に精神科への紹介を依頼しても、なかなか良い返事がもらえない。

事務局：かかりつけ医と精神科の連携が上手くできていない現状は、解決すべき地域の課題と考えている。精神科の方から、地域へとしっかりアプローチしていきたい。

フロア：とても難しいケースだと思う。どうやってケアされているのか。

縁：この方のケアが大変だと思ったことは一度もない。スタッフの誰かがいつも寄り添っている。

転倒させたことはない。一日でも長く、ご主人と一緒に生活をさせてあげたいという思いを、スタッフ全員が共有している。しんどいことや難しい問題にとらわれずに、楽しかったことや上手くいったことをスタッフ全員で共有して、モチベーションを上げ、楽しみながらケアをしている。

事務局：家族の介護負担軽減という視点では、どのように家族への支援を行っているのか。

縁：ご主人の「迷惑をかけて申し訳ない」という思いに配慮している。迎える時は、スタッフ全員が笑顔で挨拶し迎え入れ、帰る時には、明るく元気よく、一日のうちの良かったことをご主人に必ず伝えるようにしている。

第二部：認知症スキルアップ研修② 「事例発表：認知症治療病棟での BPSD へのケア」

こころの医療たいようの丘ホスピタルのスタッフより、事例の提示を行った。事例は、認知症治療病棟で入院治療を行った 80 代の男性。易怒、暴言などの BPSD がありながらも妻と二人暮らしを続けていたが、妻の急死に伴い生活が破綻したため、急遽、グループホームへ入所となった。しかし、グループホームでの生活に適応できず、易怒、暴言、暴力、徘徊、介護抵抗などの BPSD が顕著となり、認知症治療病棟に入院となった。入院当初は、同状態が続いたが、BPSD を妻の急死という喪失体験に伴う悲嘆反応の表現ととらえることで、目先の問題行動のみにとらわれずに、より人間的に理解した質の高いケアへとつながり、結果として BPSD の改善が得られた。BPSD 改善後、元のグループホームは受け入れてもらえず、別の施設へ入所となった。事例発表後、フロアの参加者を交え、意見交換が行われた。主な意見を以下に記す。

フロア：帰宅願望が強くでている時、落ち着くまでにどんな対応をしたか。

たいようの丘：帰りたいのは、今居る場所に安心感を持っていないためと考え、安心できるように、ただただ寄り添って話を傾聴した。本人が不安を感じる時間を減らすように活動に誘い、一緒に過ごすようにした。

事務局：このケースのように老老介護や認認介護で、サービスを利用しておらず、地域で状況を把握されていないケースでは、介護者の急病などで急に生活が破綻し、緊急に対応を要する事態になり得ると思う。こうしたケースに関して、前もってできることはないか。

フロア：要援護者台帳はあるものの、上手く使われていないのが現状。地域ケア会議で情報収集するようにしているが、実際にはあわてることが多い。小規模多機能型施設に依頼し協力してもらっている。

フロア：民生委員が情報を持っていると思うが、関わりがないのが現状である。民生委員との関わりやつながりが増えればいいと思う。

事務局：このケースの場合、今振り返れば、もっとこうしておけば良かったと思うことはあるか。

たいようの丘：妻が亡くなる数年前に、デイサービスを利用したが、本人が拒むため、一回で中断している。その後も、試してみる必要があったのではないかと思う。妻だけでなく、他の家族

とも話し合うことや、長い目でみて対応を考えていくことが大事と思った。

フロア：なぜ、元のグループホームへ戻れなかったのか。

たいようの丘：BPSD は改善したが、入所中の他利用者とのトラブルを理由に、受け入れは困難と判断された。また同じことが起きたらと、施設側が不安を感じているようだった。

事務局：家族は、BPSD があるので大変だから助けて欲しい、手伝って欲しいと支援を求めるわけだが、支援者側は、BPSD があるので受け入れできないと断っている。そういうケースに少なからず出会う。この問題は、協議会でよく取り上げてきたが、我々支援者側の解決すべき問題と思う。BPSD を理由にサービス利用を断られた場合、その後の手立てはどのように考えているか。

フロア：一般のデイサービスでは上手くいかなかったが、認知症対応のデイサービスでは上手く利用できたケースがあった。

フロア：BPSD は、ケアの仕方次第で落ち着く。本人の気持ちを汲み取り、個別の対応を行うことが大切だと思う。

フロア：病院として、退院支援だけでなく、退院後のケースへの関わりなどフィールドを広げることは考えているか。

たいようの丘：退院先が施設であれば、便のあった時に訪問してみることはある。退院後に困ったことがあれば、相談を受けることを伝えている。外来受診が続くケースも多い。

事務局：我々、病院は、まだ不十分ではあるが、以前より守備範囲を広げ、地域のニーズにこたえられるように活動している。それぞれの機関、事業所などが、守備範囲を広げて対応していくことが、地域全体の認知症対応力の向上につながると考えている。

フロア：専門的な知識や方法をスタッフが十分に理解していない。必要なケアが必要な場所で受けるための流れが、この地域は止まっている。どのようにして地域で連携していくのが重要と思う。

まとめ：

今回、提供いただいた 2 つの事例を通して、BPSD へのケアについてだけでなく、適切な薬物療法について、早期介入について、地域連携についてなど多くのことを学ぶことができた。BPSD へのケアについては、施設であろうと病院であろうとケアの本質は変わらず、目先の BPSD にとらわれずに、本人そして家族の気持ちに寄り添い、人間的に理解した質の高いケアを提供することで、情動が安定し、自尊心が回復し、結果として BPSD が改善するという認識のもとでケアを行うことが大切である。また、かかりつけ医と専門医との連携、適切な薬物療法の提供、問題発生以前からの介入、入院治療前後の地域資源との連携などについては、当協議会の活動目標である「地域で効果的に機能するネットワークの構築」と「地域でのケア水準の格差是正、地域全体の認知症対応力の向上」が実現できれば解決することなのかもしれない。その実現のためには、各施設、各個人の責任のみに附するのではなく、すでに質の高いケアを提供でき

ている支援者が、自身の守備範囲を拡げ、職域を越えて、地域の認知症ケアの模範的、指導的立場にたって活動し、地域全体のケア水準の向上に貢献できる体制づくりが必要と思われた。