第 12 回　備北地域認知症疾患医療連携協議会（H26.9.19）議事録

はじめに：

平成 24 年 11 月にスタートした当協議会は、今回で 2 クール目（2 年目）の最後を迎えるが、いまだ、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」、および「ケア水準の格差是正、地域全体の認知症対応力の向上」に関して充分な結果を示せたとは言えない。事務局の力不足の感は否めないが、少しずつでも目に見える形で結果を示していきたいと考えている。今回の協議会では、模擬ケースを通して、認知症の初期、および中期の 2 つのステージにおける地域の支援体制について討議を行い、参加者間で当地域における「より良い支援体制」のあり方について情報共有、意識統一を行う場とした。

認知症ネットワーク研修：「模擬ケースを利用して地域支援体制について考える」

事務局より模擬ケース 2 例を提示し、それぞれのケースについて、「地域において、どこの、誰が、どのような支援をすべきか（初期対応から継続支援まで）」という視点で、グループに分かれて討議を行った後、あらためて参加者全員で地域の支援体制について議論を行った。主な意見を以下に記す。

＜模擬ケース（初期編）＞

「症例」80 歳、女性。

「性格」几帳面、社交的、勝気な性格。

「職歴」主婦業、農業。

「治療歴」高血圧症の診断で、かかりつけ医にて通院治療中。

「介護保険」未申請

「家族状況」

夫は、はやくに亡くなっており、長男夫婦との 3 人暮らし。嫁と仲は良く、会話の多い家庭であった。長男は、朝から夜遅くまで工場で働き、嫁は、飲食店でパート勤務をしている。長女は、隣町に住んでいる。実の姉が、認知症で治療を受けている。

「病歴」

79 歳頃より、同じことを繰り返し言ったり、前日に話した内容を覚えていなかったりするようになったが、日常生活に支障はなかった。

80 歳、月に 1、2 回だが、嫁が現金や衣類を盗ったと言うようになった。嫁や長男が否定しても、それを聞き入れず、嫁を問い詰めるようになった。また、隣町の長女や、近隣の友人にまで、そのことを言うようになったため、嫁の心理的負担は大きくなった。また、週に 1 回程度だが、嫁がパートにでている間に、頼んでいた買物をしてくれていなかったり、洗濯をしてくれていなかったり、冷蔵庫の中や台所を散らかしていたりするようになった。そのたびごとに、嫁は理由を問うたり、注意をしたりするが、口論となるばかりであった。嫁は、嫌がらせをされているの

ではないかと思うようになり、本人を避けるようになったが、本人は、何事も無かったかのように、以前と変わらず、明るく嫁に話しかけてきた。嫁は、本人に嫌われているのであれば、実家に帰ろうかと考えているが、ほとんどの日は、以前と変わらない本人の様子に戸惑い、決めかねている。嫁は、誰にも相談できず、悩みは深まるばかりで、一人になると涙して、充分に眠れず、食欲が減退してきている。

主な意見：

- まずは、民生委員や福祉委員へ相談し、その後、地域包括支援センター（以下、包括）へ繋げていくのが良い。
- 地域から包括へ繋ぎ、医療と並行して地域でできることはたくさんある（地域支援事業）。安否確認、介護食サービス、緊急通報（見守りセンター）、ホームヘルプサービス、介護予防教室、閉じこもり防止のサロンなど。
- 包括が、窓口となるべき。
- 包括だけでは限界がある。地域の協力をいかに得ていくかが課題と思う。
- 包括が、状況を把握し、在宅介護支援センターに情報を伝え、動いてもらうのが良い。
- 介護保険を申請し、月数回の訪問を行い、介護者の話を聞き、認知症の説明をする。
- 介護保険に繋がらない人をどうすればよいかと考える必要がある。
- 介護保険の適用ではないケースは、包括が支援する。
- 包括が、本人だけでなく、家族の支援も行う。
- 家族へのねぎらいを。一緒に悩み、支えてあげる。
- 家族の負担を軽減する必要がある。
- 家族に認知症を理解してもらうように関わる。
- かかりつけ医などからも情報収集を行う。

＜模擬ケース（中期編）＞

「症例」88 歳、男性。

「性格」責任感が強く、活動的な性格。

「職歴」定年まで、中学校の教師。

「治療歴」高脂血症、認知症の診断で、かかりつけ医にて通院治療中。

「介護保険」要介護 2

「家族状況」

妻（85 歳）と 2 人暮らし。妻は、専業主婦で、取り越し苦労が多く、物静かな性格。子供たちは、県外で生活しており、正月に日帰りで帰省する程度である。

「病歴」

82 歳頃、物忘れが始まり、以降、徐々に進行した。84 歳、かかりつけ医より抗認知症薬の処方を受けるようになった。86 歳、更衣や入浴に妻の手助けを要するようになったが、時に易怒、

暴言などの介護抵抗を示すようになった。87 歳、不安定な足元で屋内を徘徊し、しばしば転倒するようになったため、目が離せなくなった。また、妻のことが分らないことが増え、部屋や廊下で放尿するようになったため、妻の介護負担は甚大となってきた。そのため、デイサービスの利用が開始された（要介護 2、週 3 回）。88 歳、日中は、自宅でもデイサービスでも、臥床または座位にて何もせずに過ごしていることが多くなった。夕方から夜間にかけては、多動となり、徘徊、易怒、暴言、拒絶、放尿などが目立ち、ようやく夜半から寝始めるため、朝、デイサービスに間に合うように起きることが難しくなった。朝の送り出しが大変なことと、職員や他の利用者に迷惑をかけるという妻の思いから､デイサービスの利用を妻が電話をしてキャンセルすることが増え、月に 1、2 回程度の利用となった。妻は、他人や子供たちに迷惑をかけるわけにはいかないと思い、誰にも相談できず、一人で本人の介護にかかりきりとなっている。最近、妻は、充分に眠れないからと、かかりつけ医より睡眠導入剤の処方を受けたが、寝ている間に何かが起こった時に、気が付かなかったら困るからと、服用せずにいる。

主な意見：

- まずは、妻に声をかけ、ケアマネに情報を伝える。
- ケアマネから妻へねぎらいの言葉をかけ、妻の心情や家庭内の現状を聴く。
- ケアマネが、かかりつけ医、民生委員、区長を含め今までの情報をよく知っている人から情報収集を行う。
- ケアマネは、他のケアマネと同じレベルのサービス提供ができるようにスキルアップを。
- ケアマネにもそれぞれ関わりの幅があり、業務負担も大きいので、ケアマネと他の誰か（近隣住民、関係者、遠方の家族等）がペアで関わっていくのが良いと思う。
- 必要であれば、ケアマネが支援者をコーディネートし、支援者とともに本人宅を訪問し、周囲にどんな支援者がいて、どんな支援やサービスが受けられるのか情報提供する。
- 中心となって動くのは、ケアマネの役割だと思う。
- ケアマネやかかりつけ医が、専門医の情報提供を行う。
- デイサービスを休みがちになっていることを、職員かケアマネが異変と考えるべき。
- デイサービスのかかわりや個別プランを見直し、昼夜逆転を改善し、家族の負担を軽減すべきである。
- デイサービスに通うための工夫を、ケアマネが中心に提案する。朝の送り出しのためのヘルパー利用など。
- レスパイト目的でショートステイの利用を提案する。
- 本人だけでなく、妻への支援が必要である。
- 認知症である夫を妻が客観視できるように支援を続ける。
- 普段からの関係づくりをしっかり行っていれば防げたことかも。
- 介入の拒否も一旦は尊重すべきだが、ケアマネ、包括、保健師、民生委員等での見守り、様子伺いは続けるべきだと思う。

- 要介護認定の変更申請をするのが良い。
- 成年後見も視野に入れる。
- 日頃から、周囲の支援者との情報共有を行い、何か変化や気づきがあった時、すぐに対応できるようにしておく。

＜まとめ＞

模擬ケースの初期編、中期編ともに、「どこの誰が支援をすべきか」という点では、参加者間でおおむね意見は一致していたが、「どのような支援をすべきか」という点では、様々な幅広い意見があげられた。本人へいかにサービスをつなげるか、本人にはどのようなサービスが適切かなど、本人へのサービス計画を作成するという視点にたった意見が多かったように思う。利用者本位の視点が重要であることは至極当然のことであるが、一番身近な支援者である家族への支援という視点も疎かにしてはならない。家族へ適切かつ有効な支援を行うことで、間接的に本人へ好影響を与えることは、しばしば経験することである。模擬ケースは二例とも、家族への支援という視点で介入することで、事態が好転した実症例に基づいて作成されたケースであった。家族と共に悩み、考える姿勢が、支援者と家族、そして本人との間により深い信頼をもたらし、「より良い支援体制」の構築に寄与するものと考える。

今回、グループワーク、そして全体討議において、当地域における「より良い支援体制」のあり方の一部について参加者間で意識統一が行えたため、拘束力は弱いが、それを当地域における約束事として提示する。

① 模擬ケース初期編のような病初期の事例では、地域包括支援センターが、初期対応から継続支援まで、本人だけでなく家族の支援も含めて、継続的に点ではなく線での支援を行う。
② 模擬ケース中期編のような既に介護保険サービスを利用している病期の進行した事例では、担当ケアマネージャーが、本人だけでなく家族の心情をも汲み取り、時期を逸することなく、支援計画の見直し、適切な支援計画の実行を行う。

ケースにかかわる全ての支援者が心掛けるべきことではあるが、地域包括支援センター、および担当ケアマネージャーが、今回の協議会で再確認した視点により、それぞれの事例について適切に評価し、支援を行うことで、「より良い支援体制」を統括、牽引していただきたい。そして、他の全ての支援者も、「より良い支援体制」の構築、実行、および維持のために、支援者間で密に連携し、また、自身の役割、責務を果たせるように、自身の認知症対応力の向上に努めていただきたい。今後の協議会においても、当地域における「より良い支援体制」実現のための約束事を立案、提示していきたい。