第 14 回　備北地域認知症疾患医療連携協議会（H27.1.23）議事録

はじめに：

当初からの活動目標である「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」を実現するため、第 12 回、第 13 回備北地域認知症疾患医療連携協議会において立案した当地域で認知症高齢者、その御家族に支援を行う際に、全ての支援者が心がけるべき以下の約束事（行動指針）の再確認を参加者全員で行った。

① 介護保険サービスや医療にまだ繋がっていない病初期の事例では、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 介護保険サービスを既に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。
③ それでも、うまくいかない事例では、困難を感じた支援者が、一人で抱え込まずに、必ず他の支援者に相談をする。そして、複数の支援者が集い、話し合い、ともに解決策を考えるようにする。

今回の協議会では、約束事③に関連して、「相談の質」を中心テーマに、解決策を導き出せる、より有意義な質の高い相談を行うために必要なことについて討議を行い、新たな約束事を立案する場とした。

第一部：認知症ネットワーク研修（事例紹介）

事務局より「一度の担当者会議にて精神科病院への再入院を回避できた症例」を紹介し、相談（申し送り）における問題点、そして改善策について、参加者全員で議論を行った。主な意見を以下に記す。

＜事例の要約＞

脳梗塞を罹患後に脳血管性認知症を発症した男性のケース。脳梗塞治療のため総合病院へ入院となったが、種々の BPSD のために対応困難となり、精神科病院へ転院となった。精神科病院でも同様の BPSD は続いたが、徐々に BPSD は軽快し、閉鎖病棟での生活に適応できる状態となった。家族の協力が得られず入院が長期化したが、約 3 年間の精神科病院閉鎖病棟での入院生活後、隣町の有料老人ホームへ入所し、ホームヘルプサービスを毎日 2 回、デイサービスを週 5 回、配食サービスを週 2 回利用する生活となった（障害程度区分 3、要介護 3）。しかし、入所後まもなく、夜間を中心とした徘徊、盗食、放尿などの BPSD が出現したため、施設での対応が困難となり、精神科病院への再入院が検討されるようになった。そのため、当院を受診し

たが、本人に関する情報が少ないために、新しい主治医の提案で、現担当者だけではなく前担当者も参加する担当者会議を開催することとなった。会議において、担当者全員からの情報を全員で共有し、現状の評価、支援目標、支援計画を、全員で討議、共有したうえで、支援の方向性を統一したところ、BPSD は軽快し、現在まで 2 年間、通所、訪問サービスを利用しながら有料老人ホームでの生活を継続できている。

＜事例の問題点＞

このケースの問題点は、施設へ入所後、相談支援専門員が代わり、病院が代わり、本人のことを充分に理解できていない新しい支援者（相談支援専門員・有料老人ホーム職員・ホームヘルパー・デイサービス職員・主治医など）ばかりでの支援になっており、しかも、精神科病院で過ごした 3 年間で得られた質の高い情報が次の新しい支援者に伝えられておらず、そのために、本人ではなく支援者サイドの問題で、精神科病院へ入院した当初に出現していたものと同様の BPSD を、施設入所後すぐに生じさせてしまっている点である。精神科病院を退院し、施設へ入所する時に、新旧の担当者（支援者）間で、申し送りはなされていたであろうが、結果として、BPSD の再燃を予防するため、生じた BPSD などの問題を解決するために役立つ有意義な相談（申し送り）ではなかった、実際の支援場面に活かせる相談（申し送り）ではなかったということになる。

＜参加者からの主な意見＞

- 情報が少ない。もし自分が相談を受けた立場なら困るだろうと思った。
- 何が問題なのか、その問題の要因は何であるか、まず各施設から充分情報を集めたい。
- 担当者会議にて、情報を充分深める必要がある。
- 問題点が、職員目線になっている可能性がある。本人の困っている事は何であるのかと本人主体に視点を変えて考えたい。
- どうしてそのような行動が起きているのかと皆で相談しながら考えていくべきだと思う。
- 何が問題なのかと考え、まずは相談するポイントを整理するべき。
- 日常生活の流れ、本人の生活リズム、日中の活動性、食事の仕方や状態など、どのような困りごとがあるのかを、しっかり情報収集する必要がある。
- 担当者会議で各関係者が集まり、直接話す事ができているので、良かったと思う。書面よりも直接顔を合わせて話す方が、得られる情報量が違う。

第二部：認知症ネットワーク研修（全体討議）

第一部の内容を受けて、実際の支援場面で活かせる相談（申し送り）となり得なかったのはなぜか、送り手の問題か、それとも受け手の問題か、それでは送り手はどうすべきだったのか、受け手はどうすべきだったのかということについて、参加者全員で議論を行った。また、「成果のあがる質の高い相談（担当者会議）について考える」と題し、どんな情報が欲しいかではなく、

どんな情報を伝えるべきかという視点で議論を行った。主な意見を以下に記す。

- 退院する時に、どんな所へ行くのかイメージが出来ないために、充分な情報を伝えられないことがあるのではと思う。受け手側、送り手側の双方が、互いの環境を知る必要がある。
- 退院など、環境が変化する際には、充分な予後予測をする必要性を感じる。
- 病院側と施設側とで、それぞれがどのようなことをしているのか、環境が変わることでどのようなことが起きる可能性があるのかということについての具体的なイメージが出来ていない。お互いのことをよく知った上で、情報共有を行うべきだと思う。
- 病状の変化を予測するという視点も大切と思う。不調のサインを含めて伝えることが出来れば良い。
- 送る側は、情報を伝えるだけではなく、その後も繋がっていけるように関係性をつくっていけたら良いと思う。
- 入所前に直接会って話をすることが良いと思う。文書での情報よりも情報の質や量が違う。
- 関わり始めてから現在まで、家族の情報も含めて伝えることでお互いに安心できると思う。
- 自分でしっかり考えて、アセスメントを行い、より具体的なものにしていくべきである。
- 現状をしっかり評価することで、自分の知識も向上し、より質の高い相談に繋がるのではないかと思う。
- 徘徊など BPSD にばかり目を向けるのではなく、どのような生活を送ってきたのかなど、その人の人となりを把握し、その人物像をしっかりと伝えていくべきである。
- サービス利用中は問題ないが、在宅では対応困難になっているケースは多い。職員は、家族に情報を伝えるだけではなく、家庭での状態をしっかり聞くようにしたい。
- 本人の問題に対する施設側の対応をしっかりと伝えていくべきである。伝える側は、どういう目的で伝えるかなど方向性を考えてから、会議に参加するべきである。
- 評価をきちんと行い、対策、計画をたててから、会議に参加するべきである。
- 情報を伝えるにあたって、充分なアセスメントが必要と思う。そのためには、個々のスキルアップが最低限必要であると感じている。

<u>まとめ：</u>

これまでの協議会で立案した約束事を意識して支援を行っていても、うまくいかない事例は少なからず存在するわけだが、その中の全ての事例が、本当にうまくいかない処遇困難事例であるかどうかについては議論の余地があろうかと思う。今回の協議会で紹介した事例のように、処遇困難に思えても、それは支援者サイドの問題からもたらされた結果であって、支援者サイドが変わることで、処遇困難ではなくなることも充分にあり得る。今回の協議会では、支援者サイドの問題として、「相談の質」をテーマにとり上げた。約束事③に従い、支援者間で相談を行ったとしても、その相談が、紹介事例のように実際の支援場面で活かせるものでなければ意味がないという見方もできる。例えをあげると、今回の事例のように、「今は落ち着いている」という情報

だけを伝える相談（申し送り）であると、「今は落ち着いている」という状態の背景にある「以前は落ち着かなかったけれども、皆で相談し、的確な状態評価を行い、支援目標を設定し、支援計画を見直し、皆で統一した支援を行った結果、今は落ち着いている」という重要な支援経過の情報が次の支援者に伝わらないために、次の支援者が適切な支援計画をたてることができず、状態を悪化させてしまうことが起こり得るのである。当協議会では、相談すること自体よりも、その相談の内容、質に意義を見出すべきであると考えたい。我々支援者は、必要な時に、解決策を導き出せる、より有意義な質の高い相談を行えるように、常日頃から準備をしておかなければならない。その準備の一つとして、複数の参加者からあげられた意見のように、支援者は、支援を継続する中で、繰り返し、現状を的確に再評価し、それに基づいて支援計画の見直しを行うことが重要である。そこで、約束事①から③を行ううえでの前提条件とも言える全ての支援者が心がけるべきさらなる以下の約束事（行動指針）を立案したので提示する。

④　支援者は、漫然と支援を継続するのではなく、必ず、適時、利用者個々の現状評価を行い、利用者個々の支援目標を設定し、利用者個々の支援計画を立てて支援を行う。

今後の協議会では、その評価を可能にするために必要となるであろう支援者個々のスキルアップに関して協議を重ねていきたい。それが、当協議会の活動目標の一つである「ケア水準の格差是正、地域全体の認知症対応力の向上」の実現に繋がる重要課題と考えている。