# 第 15 回　備北地域認知症疾患医療連携協議会（H27.3.20）議事録

<u>はじめに：</u>

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、第 14 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。
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、個々の支援目標を設定し、個々の支援計画をたてて支援を行う。

また、平成 27 年 1 月に厚生労働省が新たに策定した「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）で掲げられた以下の七つの柱の内容確認を参加者全員で行った。

① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
③ 若年性認知症施策の強化
④ 認知症の人の介護者への支援
⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

今回の協議会は、この新オレンジプランの七つの柱の中から、当協議会のスローガンである「いつでも、どこでも、認知症高齢者が、必要な時に、必要な所で、必要な支援を受けられる地域づ

くりを目指す」とほぼ同じ内容である「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」について、参加者全員で考える場とした。

第一部：認知症スキルアップ研修①（事例紹介・グループワーク）

事務局より実際の症例を紹介し、それを考える足掛かりとして、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」について、BPSD がみられても、時期を逸することなく、最もふさわしい場所で、適切な医療・介護サービスを提供できているかという視点で、グループに分かれて討議を行った。主な意見を以下に記す。

＜事例の要約＞

妻と二人暮らしをしていた認知症高齢男性のケース。昼夜問わず、易怒、暴言、暴力、徘徊などの BPSD が目立つようになり、約 5 年前よりデイサービスの利用を始めたが、妻の介護負担は年々増していった。妻はショートステイサービスを利用させたがっていたが、本人が拒否するため、週 1～2 回のデイサービスのみ継続していた。しばしば、妻や、離れて暮らす娘からケアマネへは相談がなされていたが、本人がサービス利用を拒むという理由で、状況を変えることは出来ず、妻は心身ともに疲弊していった。心不全のため、かかりつけ医での通院治療を続けていたが、そこで認知症に関する相談はしていなかった。今回、妻の入院を契機に、介護者不在となったため、急遽、本人の意向に反してショートステイを利用することとなったが、利用期間中、易怒、暴言、暴力などの BPSD が著しく、処遇に窮することが多かった。1 カ月後、妻の退院にあわせて、本人も自宅へ戻ったが、自宅でも BPSD が著しく処遇困難であったため、急遽、精神科病院を受診し、同日、入院となった。（個人情報につき、詳細は割愛した）

＜参加者からの主な意見＞

- 妻は、とても頑張っていたと思う。
- 地域の中で、ケアマネ以外の相談相手がいなかったのだろうか。
- ケアマネのサービス計画で、妻の負担は減っていたのだろうか。
- 妻のストレスケアのために、精神保健福祉相談や保健師の訪問などを提案しても良かったのではないだろうか。
- 早い段階で専門医を受診していたら、入院以外の方法があったのではないだろうか。
- 物忘れに気付いた時に、家族が気軽に相談できる先があれば良いと思う。
- かかりつけ医がいるのであれば、早期から連携を取る必要があったのではないか。
- 認知症の発見が遅かったのではないだろうか。
- どこまでが病気で、どこまでが性格なのか判断が難しいと思う。
- 長い経過の中で、支援できるところはたくさんあったのではないだろうか。
- 緊急時の対応方法など、困った時にどうするのかを事前に家族や地域住民に伝えておくことが、安心につながり良いと思う。

- 何かあれば地域包括支援センターに連絡できるようにするといった繋がり作りも必要と思う。
- ケアマネが一人で抱え込まず、他の支援者に繋げる役割もしていく必要がある。
- 実際の現場でも、デイサービスに来るのを拒むケースはよくある。やはり、声の掛け方や対応、信頼関係の構築などが重要だと思う。最終的に困った時は、精神科病院へ相談し、薬の調整をしてもらっている。
- 施設で本人が落ち着いて過ごせるように、支援者らが集まる場を設け、最善のケアを行うことが大切ではないだろうか。
- 本人と家族の希望が違う場合、どちらの希望に添いながら支援をすれば良いのか判断は難しい。
- サービス拒否がある場合、認知症の影響を考慮したうえで、本人の希望が適切なものかどうかを判断するべきである。
- 本人の希望と家族の希望、双方を大切にしながら支援を行いたい。
- 以前の本人ならどう思うだろうかなどと本人の意向を推測しながら考えていく。

**第二部：認知症スキルアップ研修②（全体討議）**

第一部で行ったグループ討議の内容の発表後、あらためて参加者全員で「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」を可能にするための地域の支援体制のあり方について議論を行った。主な意見を以下に記す。

- 適時、つまりもっと早く何か支援が行える体制が必要と思う。
- あらかじめ、緊急時の対応について家族に伝え、体制を整えておく。困った時の連絡先、支援者間の連絡網、医療機関との連携確保など。
- かかりつけ医を交え、担当者会議を開催し、対応方法の統一をはかるべき。
- 対応に困ったら、ケアマネから地域包括支援センターへ相談を行い、処遇困難事例として事例検討会議を開催する。
- 対応に困ったら、ケアマネからかかりつけ医へ相談し、専門医へ繋ぐ形が良い。
- 対応に困ったら、ケアマネから民生委員、近隣住民などへのアプローチも考えられる。
- BPSD に困ったら、職員間で相談し、ケア目標の見直しを行う。

**まとめ：**

前回の協議会では、担当者会議などを開催して相談をするということ自体よりも、その相談の内容、質の高さが重要で、質の高い相談を可能にするため、我々支援者は、常日頃から個々のスキルアップに努めなければならないと参加者間で目標確認を行った。今回の協議会では、我々支援者に必要な数あるスキルの中で、「気付き」という技能に焦点をあてた。提供している支援がうまくいっていないと気付くことが、適時・適切な医療・介護等の提供を可能にするための第一

歩ともいえる。なぜなら、うまくいっていないと誰かが気付かない限り、支援内容を見直し、適時、適切な支援へ変更するための機会は訪れないからである。今回、紹介した事例では、ケアマネージャー、デイサービスのスタッフ、ショートステイサービスのスタッフ、かかりつけ医、その病院のスタッフなど多くの支援者が、長期にわたり関わっていたが、どの支援者も、提供している支援がうまくいっていないと適切な時期に気付くことができなかったのかもしれない。そのため、適切な支援に変更することができないまま時間ばかりが経過する形となり、結局、家族の介護能力の破綻を待って、精神科病院へ緊急入院させる結果となっている。当地域の現状では、うまくいっていないと気付くかどうかに関しては、支援者個々のスキルに頼らざるを得ない部分が多く、そのスキルのひとつが、当協議会で立案した「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約束事」の④を常に実行しているかどうかであろう。約束事④を行えることが、すなわち、提供している支援がうまくいっていないと適切な時期に気付けることに繋がると考える。支援者のひとりでもうまくいっていないと気付くことができれば、次に、約束事②に従い、情報を担当ケアマネージャーに集め、ケアマネージャーが中心となって、適切な支援計画への変更を行うことが可能となる。それでも、うまくいかない場合には、約束事③に従い、ケアマネージャー、デイサービスのスタッフ、ショートステイサービスのスタッフ、かかりつけ医など担当者が集まり、担当者全員で適切な解決策を講じ、より適切と思われる支援計画へと変更を行う。それでも、うまくいかない場合には、地域包括支援センター、認知症専門医などに相談を行い、より適切な支援策がないかと検討を重ねていくことになる。あらゆる手立てを講じても、うまくいかない処遇困難な事例が存在することも事実であるが、早い段階で、時期を逸することなく、適時、適切な支援を提供できていれば、後に処遇困難事例へと発展することを防げるかもしれないため、時期を逸しないことが重要である。以上のような流れで、個々の事例をマネジメントすることができる支援体制を構築することが、新オレンジプランの「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」を実現するためには不可欠と考える。今回の事例に限らないが、このように、あとから事例を読み解けば、個々の事例をマネジメントするうえで、解決すべき多くの課題が見えてくる。今回の協議会において、その課題を、参加者間で共有できたことは、大変、有意義であった。