第 17 回　備北地域認知症疾患医療連携協議会（H27.7.24）議事録

はじめに：

当協議会では、これまで、「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」をスローガンとして、地域で効果的に機能するネットワークを構築し、ケア水準の格差是正、地域全体の認知症対応力の向上を図ることを目標に取り組んできた。その中で、ここ数回の協議会において、何よりも優先して実現しなければならないことは、支援者個々のスキルアップであることを確認した。支援者個々のスキルアップをはかることで、結果として、施設や事業所全体のケア水準の向上、地域全体の認知症対応力の向上、質の高いネットワークの構築へと繋がっていくと考えるからである。今回の協議会では、模擬ケースを通して、BPSD のある認知症高齢者へのケースマネジメントについて、参加者全員で考え、マネジメント能力の向上をはかる場とした。

模擬ケース：

「事例」85 歳　女性

「家族構成」

5 人兄弟の末子。4 人の兄姉は、既に他界。

夫は、10 年前に胃癌で逝去。

子供は 2 人（長女と長男）。

長女（60 歳）は、結婚し、横浜市在住。数年間、帰省していない。

長男は、20 年前に事故で急逝。

現在、長男の妻（55 歳）との 2 人暮らし。

「遺伝負因」

父親、姉が、認知症。

「性格」

真面目、几帳面、責任感が強い。内向的だが、慕われやすく、友人は多い。

「既往歴」

高血圧、不整脈が有り、かかりつけ医にて外来治療中。

「介護保険」

未申請

「生活歴」

高等女学校を卒業後、縫製の仕事に従事していた。25 歳で、公務員の夫と結婚し、1 女 1 男をもうけた。結婚後、仕事はやめ、家事、育児に追われていたが、35 歳頃より自宅近くの縫製工場でパート勤務をするようになり、60 歳まで働いた。夫と長男家族（孫 2 人）との 6 人暮らしを送っていたが、20 年前に長男が事故死、10 年前に夫が病死、その後、孫 2 人が独立（神戸市と岡山市）し、長男の妻との 2 人暮らしとなった。家族間の会話は多く、明るい家庭だった。

20 年前に長男が事故死して以降は、食品加工工場で働きだした長男の妻に代わり、当時、中学生と小学生だった孫の世話を熱心にしていた。10 年前に夫が病死して以降は、孫からも手が離れ、誘ってくれる友人達とパッチワーク、絵手紙、旅行などを楽しむようになったが、炊事、洗濯、掃除など家の中のことは手を抜くことなく行っていた。

「現病歴」

かかりつけ医へは、2 ヶ月に 1 回、長男の妻の送迎で受診していたが、2 年くらい前より、受診日に、薬が残るようになった。問うと、薬はのんでいると言うが、毎回、薬が残るようになったため、長男の妻が、薬の管理をするようになった。また、同じ頃、長男の妻が仕事から帰ると、炊事、洗濯ができていないことがみられるようになった。そういう日は、忙しかったのだろうと思い、長男の妻が炊事を行ったが、本人は何も言わずに、その料理を食べていた。そして、家庭での会話は減った。その後、友人達に誘われなくなったのか、徐々に外出することが減り、自宅で過ごすことが多くなった。1 年くらい前には、外出することは全く無くなり、家事もほぼ行わなくなった。また、新聞は読まず、テレビもみようとせず、何をするでもなく、ただぼんやりと過ごすようになった。この頃、かかりつけ医を受診した時、このような変化について、長男の妻が主治医に相談したが、身体的には異常は見つからず、「年だから」と言われ、様子をみることとなった。半年くらい前より、入浴、更衣、洗顔、歯磨きなどをあまり行わなくなった。長男の妻が促すと、「後で」などと言って取り合わず、さらに促すと怒るようになった。また、汚れた下着が、箪笥の引き出しに入れてあったことがあり、問うと、「知らない」と答え、さらに問うと、ヒステリックに怒った。この頃から、同じようなことで、家庭の中で口論となることが増えた。対応に困った長男の妻が、横浜市の長女に相談したところ、「もう年なのだから、あなたが上手にしてあげなさい」と叱られただけであった。3 ヶ月くらい前より、長男の妻が何も言っていないのに、険しい表情で長男の妻を睨みつけるようになった。長男の妻が声をかけても、あからさまに無視をした。その頃、横浜市の長女より長男の妻に、「母に意地悪しないで」と電話で文句を言われた。長男の妻が財布や洋服を隠すと長女に訴えていたらしい。長男の妻が否定するも、長女は聞き入れることはなかった。長男の妻は、ずっと尊敬し慕ってきた姑の変化に戸惑い、自分が嫌われていると感じ、その理由も分からず、それならば家を出ようかと考えるようになった。

第一部・第二部：認知症スキルアップ研修①②（グループワーク・全体討議）

第一部では、事務局より提示した BPSD のある認知症高齢者の模擬ケースについて、支援を必要としているのは誰か、支援の標的は何か、支援の目標は何か、どの専門職が担うべきか、その専門職は何をすべきか、他の専門職の役割は何かといったことに関して、グループに分かれ討議を行った。第二部では、グループ討議の内容の発表後、総括を行った。主な意見を以下に記す。

＜参加者からの主な意見＞

現状評価：

「認知症高齢者本人について」

- 認知症が強く疑われる状態である。
- かかりつけ医は適切に診断できていない。専門医が指導すべきである。
- 長女に電話することは出来る。
- 人と関わるのが好きなのに、現在は人との関わりがない状態である。
- 元々仲の良かった人たちとの繋がりが失われている。
- 寂しさや孤独感があるのだろう。
- 出来ないことが増え、自尊心の低下を生じていたのではないか。それにより、自分自身に苛立ち、嫁に不満をぶつけるしかなかったのではないか。
- 本人も心理的にしんどいのではないか。失敗の繰り返しで辛さや喪失感を抱き、自尊心は傷つき、その結果、意欲がなくなり、嫁から責められているような気持ちになり、ヒステリックに怒るのではないか。
- 仲の良かった人たちから包括などへの相談があっても良いのに、それがない。
- 包括支援センターに繋がっていない。
- 生活の中に楽しみがない。

「長男の妻について」

- ひとりで大変さを抱えこんでしまっている。相談する相手がいない。
- 他の親族やかかりつけ医に相談したが、助けが得られず、孤立してしまっている。
- 認知症のためとは気付いていない。
- 現状を正しく理解できていないことにより、誤った対応をしてしまっている。その結果、自身への攻撃性、物盗られ妄想につながっている。
- 対応の仕方が分らない。そもそも悪い対応をしていると思っていない。
- 認知症についての正確な情報や知識が得られていないため、困惑している。

どの専門職に何を期待するか：

「地域包括支援センター」

- 介護保険についてわかりやすく説明をする。
- 介護保険を申請する。
- 自宅に訪問し本人と長男の妻の両方から話を聞き信頼関係をつくり、情報取集を行う。
- 得た情報を専門医やケアマネに伝える。
- 拒否があっても、訪問を繰り返し、信頼関係を築く。
- 何とかして介護保険サービスの利用につなげて欲しい。
- 本人と関係性の良かった人を探す。

- 関係性の良かった人を通して、今後の支援についての提案をする。
- 民生委員にアプローチする。
- 地域の介護保険外資源（相談窓口や当事者組織など）の紹介をする。
- 今後の支援の設計図づくり。
- 初期集中支援チームの介入を検討する。
- 要介護認定がなされる前からケアマネに情報を提供する。
- どのケアマネが本人と合いそうかなど事業者の情報提供をする。
- 支援が切れそうになった時など必ず再度中心になって関わりを持つ。
- 要介護認定がなされた後も継続的にフォローする。
- 今後の支援者に関わりから得た情報や想定した設計図、支援の目標や方向性などについてしっかり話をして共有する、そのために皆が集まれるよう調整を行う。
- 自宅での変化、困っていることに対して早い時期から気付いてほしい。
- 家族や地域住民に対して、認知症についての正確な説明、情報提供を行ってほしい。
- 家族の話を聞き、心理的負担を軽減し、労をねぎらう。
- 認知症が原因の可能性を伝え、認知症についての情報を提供する。
- かかりつけ医、専門医など医療への繋ぎをする。
- 要介護認定がなされるまでの間も訪問を繰り返し、家族を支える。

「ケアマネージャー」

- 訪問、面接を行い、本人と家族への適切な評価、支援を行う。
- 時間をかけて、本人や家族の心理的変化などをくみ取りながら関係性を築き、サービスにつなげていく。
- 包括職員の情報を適切に受けとり、情報をもとにして具体的なサービス計画を作成する。
- サービス提供事業所に情報を伝達し、サービス提供に役立ててもらう。
- 家族、本人への継続的なかかわりと、随時の振り返り、プランの見直し。
- サービス利用に繋がらない等やむを得ず契約を解除するような場合は、包括に戻す。
- 困った時は包括と連携する。
- 専門医の受診をすすめる。
- 本人、家族の話をしっかり聞き、かかりつけ医などに言いにくい時には、家族の代弁者となってほしい。
- 家族に的確な情報提供を行ってほしい。

「通所系サービス（デイケア・デイサービス）」

- 利用開始前、担当者会議を行い、情報を共有する。
- 包括、ケアマネから情報を適切に受け取り、ケアプランを練る。
- ケアプランを家族とも共有し、家庭内での対応力の向上に役立てる。

- 適時、現状評価を行い、ケアマネと相談しながらプランの見直しをする。
- 日々、家族に接し、家族をねぎらい、ガス抜きの存在となる。
- 困った時、家族の苦悩が高まった時など、ケアマネ、包括と連携して対処する。
- サービス利用中、同世代の人とのコミュニケーションを通し、楽しみを見つけられるような関わりをしてほしい。
- 家族に、サービス利用中の様子や本人との関わり方などを伝え、家族の安心に繋げていく。

「訪問系サービス（訪問看護・ホームヘルパー）」

- 本人と家族との関係性の改善をはかる。
- ケアマネと連携をとりながら、情報を共有し、モニタリングを行い、プランを作成する。
- 本人と一緒に料理を行うなど、残存能力を活用することで、達成感を感じ、自尊心の回復につとめる。

<u>まとめ：</u>

今回、BPSD のある認知症高齢者の模擬ケースについて、認知症高齢者が笑顔を取り戻せるか、家族が笑顔を取り戻せるか、そして明るい家庭を取り戻せるかという視点で、ケースマネジメント演習を行った。協議会の場では、複数の職種が集まり検討を行うことで、多くの質の高い支援計画の提案がなされた。実際の現場においても、協議会の場と同様に、質の高い支援計画が策定でき、計画通りに支援を行うことができれば、皆が笑顔を取り戻すことができると思われる。しかし、実際には、複数の支援者が集い、共に考える機会は少なく、支援者一人ひとりが考え、支援を行っているのが実状であろう。そのため、質の高い支援がなされるかどうかは、支援者個々のスキルに依るところが大きく、当協議会が支援者個々のスキルアップが重要と考えている所以である。今回の協議会の場でも、認知症高齢者や家族の笑顔を取り戻すことに繋がりそうにない支援計画も少なからずあがっており、支援者個々のスキルアップの達成は急がれるところである。また、こんな支援が有れば良いのにと思い描いたけれども、それをどの職種が担うべきか分からないという意見があがったが、これも解決すべき重要な問題と考える。各職種が独自に自身の職域を設定しており、どの職種の設定された現状の職域にもあてはまらないような支援を必要としている認知症高齢者や家族を救うことができていない現実がある。この問題も、支援者個々のスキルアップをはかることで、自身の職域が広がり、他の職種の職域との狭間を埋めることに繋がり、解決可能かもしれない。

これまでの協議会で確認した最優先の達成課題である“支援者個々のスキルアップ”を実現するために、今回の協議会は、模擬ケースを利用したケースマネジメント演習を通して、マネジメント能力の向上をはかる目的だけではなく、我々支援者個々のスキルアップをはかるうえでの問題点を把握し、今後の方策の策定に役立てる目的も兼ねていた。当初、事務局では、職種間、支援者間での情報伝達に問題があるのではないかと考えていた。ひとりの支援者が集めた質の高い情報を、適切に次の支援者へ伝達できていないために、支援者がいるにもかかわらず、認知症高

齢者や家族に笑顔を取り戻させるような質の高い支援を提供できずにいる事例を経験してきた。しかし、今回の協議会では、確かに情報伝達にも問題はあるが、それ以前に、一人ひとりの支援者が、質の高い情報を収集し、現状を正しく評価できるかどうかの方がより重要な問題であると認識できた。現状を正しく評価することは、質の高い支援、ケアを提供するための出発点ともいえる。正しく評価できてこそ、次の支援者に正しい情報を伝達することができ、また自身でもその評価に基づき質の高い支援、ケアを提供することができる。今後の協議会では、支援者個々のスキルアップを実現するために、支援者個々の“評価する能力”をやしなう方策を模索していきたい。