

第2回備北地域認知症疾患医療連携協議会（H25.1.25）議事録

はじめに：

冒頭、新見医師会の太田会長より新見市での取り組み（在宅医療連携拠点まんさく）について紹介があった。

協議会に入る前、再度、当協議会の活動目標の確認を行った。「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、認知症高齢者が、必要な時に、時期を逸することなく、必要な支援を受けられるように、地域で効果的に機能するネットワークの構築を図り（認知症ネットワーク研修）、そして、認知症高齢者が、どの事業所、どの施設でも同じ高水準の必要な支援を受けられるように、施設間、職員間の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（認知症スキルアップ研修）ことを当面の活動目標とする。

第一部：認知症スキルアップ研修 「認知症を理解する アルツハイマー病」

協議会事務局より、アルツハイマー病の疫学、病因仮説、症状、経過、治療薬などについて説明および紹介を行った。

第二部：認知症ネットワーク研修 「模擬ケースを利用したケースワーク演習」

協議会事務局が作成した模擬ケース2例に関して、それぞれ2グループでの討議後、あらためて全員で議論を行い、地域における課題、問題点の抽出を行った。グループ討議で得られた主な意見を以下に記す。

模擬ケース①

85歳、男性。アルツハイマー病の疑い。

3年前より物忘れが始まり、徐々に進行。妻、長男夫婦との4人暮らし。長男は会社員で、日中は自宅に居ない。長男の妻はパート社員で、午前中は居ない日が多い。そのため、妻が主たる介護者であった。高血圧症が有り、かかりつけ医（内科開業医）にて薬物療法を継続している。1年程前より、徘徊を認め、妻の介護負担を軽減するため、週3回、デイサービスを利用している（要介護1）。デイサービスでは、頻回の帰宅要求、徘徊のために目が離せない利用者の一人と認識されている。易怒、暴言、介護抵抗などは認めないが、更衣、入浴、服薬、受診などに援助を要する状態である。昨日、妻が脳梗塞にて倒れ、総合病院へ救急搬送後、入院となった。妻の病状は重篤で、予後は極めて不良と予測されている。長男夫婦は、自宅での本人の処遇に窮している。

☆相談窓口に関して

まず担当ケアマネに相談すべきである。

通所しているデイサービスの事業所に相談をしてはどうか。

☆初期対応に関して

緊急性があるとしても、まずは家族に出来るところをお願いする。その後、サービスを検討する。

同居家族がいるので緊急性は低いと考える。まずは家族に出来るところをお願いする。

家族の受け入れが難しい場合には、家族の気持ちにも寄り添った対応を考える。

家庭での介護が困難な状況と思われるため、まずは入所を検討したい。

緊急ショートステイサービスの利用を考えたい。

妻が入院している総合病院への入院が出来ないか。

BPSDにより施設や総合病院での対応が困難な場合、精神科病院への入院を検討する。

☆初期対応後の方向性に関して

担当者会議を行い、方向性を考える。かかりつけ医にも出席をお願いする。

情報収集、再評価を行い、要介護認定の区分変更、ケアプランの見直しを行う。

家族状況の聞き取りを行い、他の家族の協力が可能かどうか協力者の把握を行う。

☆長期的な方針に関して

ショートステイサービスの利用を増やす。

デイサービスの日数を増やす。

小規模多機能型事業所や重度認知症デイケアの利用を検討する。

施設への入所申込みも検討する。

☆関係機関の連携、ネットワーク、地域における問題点に関して

ショートステイサービスの利用に、合う、合わないがある。

帰宅要求が強ければ、家族に来所してもらい帰宅してもらうこともある。

徘徊、帰宅要求の強い認知症高齢者でも、他者への危険がなければ受け入れは可能である。

人手が足りず、徘徊があると対応が難しい。

病院に入院になった際、ケアマネ、病院が共に連絡を取り合う連携が欲しい。

緊急ショートステイサービスは、特養や老健が担っていることが多いが、どこの施設で行われているのか担当者が把握できてないことや、満床となっていることが多い。

病院と消防で行われているような緊急時の受け入れ先や空きベッドの把握がどこか一つの場所で出来るような体制を整えるのが理想的と思う。

日頃から顔が見えるような関係づくりができればもっと連携がはかれるのではないかと思う。

模擬ケース②

75歳、女性。血管性認知症の疑い。

長男と二人暮らし。長男は独身で、自営業を営んでおり、日中は自宅に居ない。畑仕事、家事などを全て一人で行っており、物忘れなど認知機能の障害は認められていなかった。2週間前、脳梗塞を発症し、総合病院へ入院となった。急性期の治療後、右半身のごく軽度の麻痺、および脳梗塞発病前にはなかった認知機能障害が残遺した。リハビリテーションが導入されたが、意思疎通が困難で、指示に

従えず、リハビリは不能であった。ベッド上の安静が保てず、昼夜問わず、すぐに起き上がり、病室内、廊下などを歩き、しばしば他の病室へ入り込み、迷惑行為におよぶことが頻回であった。以上の状態のため、処遇困難となり、本日、なかば強制的に自宅へ退院となり、外来での通院治療へ切り替えられた。介護認定は受けていない。しかし、脳梗塞発病前とは状態が著しく変化しており、自宅でも歩きまわり、制止がきかず、目が離せない状態のため、長男は、自宅での本人の処遇に窮している。

☆相談窓口に関して

総合病院のソーシャルワーカーに相談すべきである。

地域包括支援センターだと思う。

脳梗塞になった際には、病院から包括に連絡が入るはずだが（包括は否定）。

総合病院のソーシャルワーカーから包括を紹介すべきだと思う。

おとなりさん、民生委員、福祉委員などに相談するのはどうだろうか。

☆初期対応に関して

まずは介護認定を受けるべきである。

ショートステイサービスの利用を開始したい。まずはお試しの利用から。

緊急ショートステイ、または入所の受け入れが可能な施設がないかを検討する。

もう少し総合病院に入院させてもらう。

地域連携パスで対応すれば良いのではないか。

入院も考えて、総合病院、精神科病院を受診してはどうか。

介護保険の申請から認定までかかる期間が1ヵ月程度なので、それまでの期間を入院で対応する。

☆初期対応後の方向性に関して

早い段階で介護保険の申請、サービスの導入を検討する。

介護保険の暫定支給にて、前倒しでサービスを導入する。

☆長期的な方針に関して

介護保険サービスを利用しながらの生活を（在宅または施設にて）。

☆関係機関の連携、ネットワーク、地域における問題点に関して

総合病院の患者は色々な地域から来ているため、その地域の情報が十分把握できていないこともある。

とりあえずは「市役所に行ってください」と一言で良いので伝えて欲しい。

総合病院での入院継続が望ましいが、現状の総合病院での長期入院は困難である。

総合病院とはいえ、強制退院はおかしいのではないか。

強制退院の前に制度説明や情報提供など、次へのつなぎをするべきである。

主治医を含め病院の職員が、家族の状況などを十分に理解できていないのではないか。

サービス利用の相談が来ても、受け入れられずに断ることがある。長期間待ってもらうことがある。

情報の共有が出来ておらず、受け入れてから問題が発生することがある。

現実問題として、徘徊等 BPSD への対応は難しい。

ケアマネ間のつながりはある。事業所の枠を超えた連携が充分かどうかは分らない。

最初に相談に行く場所によって、支援の方向性が変わってしまう。

人手が足りない。ネットワークが不足している。

現在でもショートステイなどに空きのある事業所はあるが、周知されていない。

第二部のまとめ：

今回の模擬ケースは 2 例とも、認知症高齢者に支援を行ううえでの現状の問題点や課題を明らかにすることを目的として作成した架空のケースである。模擬ケース①は、主たる介護者が倒れたという介護者サイドの理由で在宅生活が困難となり、同居家族はいるが、これまで介護に参加しておらず、また倒れた介護者への対応も要することなどより、ただちに入所系サービスの利用を開始することが望まれるケースを想定している。模擬ケース②は、脳梗塞発症後間もないため認知症と診断すべき段階ではまだないが、本来ならば総合病院入院中に精神科病院と連携を図り、やむを得ない場合には時期を逸することなく精神科病院への転入院を検討することが望まれるケースを想定している。実際、どちらの模擬ケースも同様の実症例が、即日の対応を求めて精神科病院を受診し、入院となっている。

グループ討議で得られた意見より幾つかの問題点や課題が明らかとなった。それらを以下に記す。

- ◆ 相談窓口の選択肢が複数あることは良いが、地域住民に周知されておらず、それぞれに適した相談窓口を選ぶことが難しい。
- ◆ 担当者により「必要な時」の判断が異なることが起こり得る。担当者によって緊急性の認識が異なることで、支援提供、介入の時期に差が生じ得る。「必要な時」の判断が異なれば、結果として「必要な支援」の判断も異なってくる可能性がある。
- ◆ 担当者により「必要な支援」の判断が異なることが起こり得る。「必要な時」の判断が同じだったとしても、担当者によって必要と考える支援が、通所、訪問、入所、入院などと異なる可能性がある。
- ◆ 「必要な時」に「必要な支援」の提供を「必要な所」に依頼されたとしても、事業所、施設によっては、個々の運営事情や対応力の違いから「必要な支援」を提供できないことが起こり得る。
- ◆ 急を要するケースに即応するための入所系サービスは、入所、ショートステイサービス、そして緊急ショートステイサービスなどであろうが、現行の入所、ショートステイでは即応出来ないことが多く、緊急ショートステイに期待されるところが大きい。しかし、緊急ショートステイが可能な施設の情報が周知されておらず、利用に結びつかないことがある。
- ◆ そもそも、急を要するケースに即応するサービスとはどういったものがあるのか。実際、それらで十分に地域からの要望にこたえることが出来ているのか。
- ◆ 精神科病院、精神科クリニックと、内科など他科の病院、かかりつけ医、そして行政や介護・福祉関係機関との連携が不十分である。

次回以降の協議会では、今回の協議会で得られた問題点や課題の解決につながるテーマ設定を行い、具体的な方策を検討していく。