第 20 回　備北地域認知症疾患医療連携協議会（H28.1.22）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、今回をもって 20 回目となる節目を迎えた。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。その過程で、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り、そのスキルとは、質の高い支援を提供するスキルであり、その質の高い支援とは、必要な時に必要な所で提供される必要な支援、つまり「的を射た支援」であり、的を射た支援を提供するためには、質の高い情報を収集し、現状を正しく評価することが、必要不可欠であることを確認した。しかし、残念ながら、地域では、現状を正しく評価できていないために、「的を射ていない支援」を提供してしまっているケースが少なからず存在し、現状の地域事情では、その的を射ていない支援を正すための体制が不充分であると言わざるを得ない。そこで、前回の協議会より、誤った支援の方向性を正すべき指導的役割を担うことのできる支援者、支援者個々のスキルアップを実現するために指導的役割を担うことのできる支援者、支援者個々のアセスメントスキルを養成するために指導的役割を担うことのできる支援者を育成するための取り組みを始めている。今回の協議会では、支援者が上手くいっていると思っている認知症高齢者の事例をもとに、本当に上手くいっているのか、現状を正しく評価できているのかという視点で、参加者全員が指導的立場に立ち、模擬カンファレンスを行い、指導者としてのスキルアップをはかる場とした。

第一部：認知症指導者育成研修①（全体討議）

第一部では、「支援者が上手くいっていると思っている認知症高齢者へのアセスメント演習」と題して、事務局より提示した事例について、カンファレンスに参加している想定で、「支援は上手くいっています」と報告する支援者達と、参加者全員が指導的立場で討議を行った。事例の詳細については、個人情報保護のため割愛するが、易怒、興奮などの BPSD のために自宅での生活が困難となり、精神科病院へ入院なった認知症高齢女性で、入院当初は、自身の置かれた状況が認識できずに混乱し、帰宅要求を繰り返す等の BPSD が顕著であったが、個別ケアにより改善し、特定の高齢女性と寄り添うようにして穏やかな入院生活を遅れるようになった事例である。主な意見を以下に記す。

＜参加者からの主な意見＞

● どの位の日数で落ち着いた？

→ 入院して１週間は寄り添うケアを重点的に行ったところ、訴えが徐々に減り、ユニットを代わった後、特定の女性患者と過ごすようになり、１ヶ月程度で落ち着いた。

● 情報収集はどのくらいの頻度で行っていた？

→　入院前の情報は相談員から受け次ぎ、自宅での様子は家族の面会時に家族から聴取した。

●　家族から情報を得たことで、支援者側の関わり方は変わったか？

→　本人の生活歴が具体化し、ケアするうえでの参考になった。

●　本人の感情・言葉に変化は？

→　入院当初は焦燥感が強く、「帰りたい」と訴えることが多かったが、特定の女性患者と過ごすようになり、楽しそうな表情で穏やかに過ごす時間が増えていった。

●　支援者が共通して気を付けていたことは？

→　ユニットの職員間では、こういう時に反応が良かったなどと意見交換をしていた。早期の段階から寄り添うケアを重視し、他者と関わる機会を設けていた。

●　入院の他に選択肢はなかったのか？

→　家族の病気もあり、家族状況的に当時は入院を回避できなかった。

●　支援者がそれぞれの職種で役割分担はしていたのか？

→　役割分担は明確に行わず、職種関係なく関わりを継続することが大切と考え、情報共有を充分に行い、同じ目標に向かって関わりをもっていた。

●　帰宅要求のある本人と家族との関わりはどうしていた？

→　「家に帰りたい」という思いは共感できるものであり、その思いは、BPSD が改善してからも、消えることはなく、否定せずに安心できる時間を増やしていった。家族との面会は制限していなかったが、家族が入院させてしまったことに罪悪感を感じており、当初は面会に来なかったため、状態が落ち着いた頃、こちらから説明し、会っても大丈夫だと伝えた。

●　ケアプラン立案の期間は？

→　３ヶ月程度を目安に見直しを行っていた。

●　３ヶ月の中でのモニタリングは？

→　状態が安定しており、その期間内では行っていなかった。

●　上手くいっている時は、何が上手くいっているのかを評価することが大切である。そして、それを次に伝えることが適切な環境、ケアの継続に繋がる。

第二部：認知症指導者育成研修②（ミニグループワーク）

第二部では、事務局より提示した「支援者が上手くいっていると思っている認知症高齢者」の事例のその後の経過を紹介し、あらためて指導者として支援者達にアドバイスすべきだったことについて討議を行った。事例の詳細については、個人情報保護のため割愛するが、その後、寄り添うようにして過ごしていた特定の高齢女性が退院したところ、まもなく心理的に了解できる形での帰宅要求、不安感、孤独感等の BPSD が再燃した。主な意見を以下に記す。

＜参加者からの主な意見＞

●　変化していくことを予測できなかったのか。予測することが大切であったと思う。

●　特定の女性患者の存在で安心してしまっていたのであろう。落ち着いていた時に、本人の気

持ちを聞けていたら良かったと思う。

- BPSD の再燃を予防すること考えるべきだった。短期目標、長期目標、最終目標を、入院当初に家族と話し合えていたら良かったと思う。
- 定期的にモニタリングをすべき。
- 落ち着いていたと考えた根拠は何だったのか。そういう話し合いが必要であった。
- 現状を正しく評価する力が必要である。
- 寄り添うという言葉は曖昧かもしれない。具体的な関わり方をカンファレンスの際に話し合うべき。
- 落ち着いていた時期に特定の女性患者だけでなく他の人達との交流も増やしていたら良かったと思う。
- 上手くいっていると思えた時に、何が良かったのかと分析をすることが大事である。本人を落ち着かせてくれた存在の女性患者はどう関わっていたのかなども含めて考えるべき。

＜事務局からの反省点＞

- あらためて振り返ると、BPSD が改善して上手くいっていると思い込んでしまっていた。次に繋がるケアの検討が出来ていなかった。落ち着いていると何となく満足してしまい漠然とそのケアを継続してしまう。BPSD の改善時こそ、再度アセスメントすべきだったと思う。入院生活の中で特定の女性患者と出会い、衣食住を共にし、同性で年齢が近く、同じ境遇ということでより近い関係性を築けていたのだと思う。職員はその女性の代役にはなれなかった。職員はあくまでケアをする側であり、その場限りの寄り添いになっていたのかもしれない。

まとめ：

今回、事務局より提示した実症例も、これまでの協議会で取り上げてきた実症例、模擬症例と同様に、我々支援者が、現状を正しく評価できていないために、適時、適切な的を射た支援を提供できていなかったと考えることができる。その結果、我々支援者側の問題で、BPSD の再燃をもたらしたといえる。華々しかった BPSD が消退し、置かれた環境で適応生活が送れるようになると、支援者は安堵し、支援者の意識は気にかかる他の認知症高齢者へと向かうことは仕方がないことかもしれない。しかし、BPSD が顕著であった時に立案した支援計画と BPSD が消退した時の支援計画は同じで良いかどうかの見直しは必要である。少なくとも支援目標は変わるはずで、BPSD の消退から BPSD の再燃防止へと支援目標を変更し、それに則した支援計画を再度立案すべきであった。指導者には、常に、適時、適切な的を射た支援が提供できているかどうかを見直し、支援計画の妥当性、適切性を再評価し、必要であれば時期を逸することなく支援の方向性を正すように、各支援者に対して助言、指導を行っていく役割が求められる。つまり、当協議会で立案した全ての支援者が心がけるべき約束事（行動指針）のひとつである「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、個々の支援計画を立てて支援を行う」を実践できるように支援者を導くことが指導者には求められる。

それは、処遇に窮している時だけではなく、支援者が「上手くいっている」と思っている時にも同様である。引き続き、当協議会では、処遇困難な認知症高齢者を支えていける地域づくりに加え、処遇困難な認知症高齢者を生じさせない地域づくりのために、上記役割を担える指導者の育成に尽力していきたい。