

第3回備北地域認知症疾患医療連携協議会（H25.3.22）議事録

第一部：認知症ネットワーク研修 「第二回協議会で得られた課題に対する具体的な方策の検討」

協議会事務局より、第二回協議会で得られた以下のような課題をあげ、

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 「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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。

それら課題への具体的な方策になり得るであろう、他地域の行政が行っている緊急ショートステイ事業（京都市・高知県）について、それを促進するためであろう緊急短期入所体制確保加算、緊急短期入所受入加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算といった介護報酬の改定について、またやむを得ない事由による措置入所について紹介を行った。

フロアからは、緊急的にショートステイを受け入れたとしても、日勤帯では人手があるので対応可能だが、夜間帯になると人手が少ないために対応困難となることもあり、事前の情報がない利用者の受入れは現実問題難しい。依頼されたとしても、施設間でのケア能力差や人員の問題などで受け入れできないことがある。ショートステイの空き情報などがどれぐらい周知されているのか分らない。ショートステイの利用が困難になった時、医療へ結びつけるのが難しい。すでに困っている状況での相談が多いが、予防できる時期や軽度の段階に早めに対応できる仕組みづくりがほしい。施設と医療の連携をはかり、施設での生活を続けるために、状態悪化時の対応について指導して欲しい。必要時にショートステイの空きが無い、施設また人材が足りない。措置入所は、常にあるものではなく、協議を繰り返しながら対応を検討し、やむをえない場合のみ行っているといった現状についての意見が上がった。また、対策としては、緊急時、スムーズに対応できるように普段からケアマネージャーが事前に利用者の情報を提供しておく。施設の空き情報などを共有できるシステムを作る。介護認定を受けた時点で、サービスを利

用するしないに関わらず、試しに短期入所する仕組みを作ってはどうかといった提案があった。

第二部：認知症スキルアップ研修 「認知症対応力の格差是正および向上に関して」

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、ケースの問題点、その解決策、および今後、地域において同様の問題が起きないようにするための対策案について議論を行った。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、女性。アルツハイマー病。

5 年前より物忘れに気付かれ、以降、徐々に進行している。長男夫婦、孫一人との四人暮らし。長男、孫は、仕事のため日中は居ないこともあり、長男の妻（嫁）が主たる介護者である。専業主婦の嫁は、町内会の仕事などが有り出かけることが多いが、長男の妻という責任感も有りデイサービスを利用しながら自宅で介護を続けている。3 年前より、同じ地区に住むケアマネージャーが担当をしている。1 年ほど前より、嫁に対しての暴言、介護抵抗を認めるようになり、嫁の介護負担軽減を目的として、週 3 回のデイサービスに加えて、別の施設での週末 1 泊から 2 泊のショートステイサービスの利用が開始された。デイサービス利用中は、引き続き大きな問題なく過ごせていたが、ショートステイサービス利用中は、介護抵抗が激しく、車椅子を自走させ多動で目が離せない利用者の一人と認識され、家族の希望通りにサービスの利用が出来ないことがしばしばであった。嫁は、ショートステイサービス施設への疑問、不満を抱いていたが、誰にも相談できず、デイサービス中心の介護サービスを利用しながら、自宅での介護を続けている。しかし、自宅での介護抵抗は著しく、嫁の介護疲れは甚大となっている。現在、要介護 3 で、ADL 全般に介助を要する状態である。

☆問題点に関して

担当ケアマネージャーと家族とのコミュニケーション不足。

ケアマネージャーが家族の相談相手になれていない

同じ地域のケアマネージャーは問題ではないか。

嫁の相談相手がいない、他の家族の関わりがない。

家族の希望通りのサービスの利用ができていない。

ショートステイ利用中のみ BPSD が出ているので、夜間の症状変化が大きいのではないか。

ショートステイ施設の職員と相性が合わないのではないか。

施設間で情報共有ができていない。

施設間で評価の違いがある。

☆問題点への解決策に関して

ケアマネージャーがもっと頑張るべき。

ケアマネージャーと家族が互いに情報提供を行い、信頼関係を築くべき。

ケアマネージャーから嫁へ声かけをすべき。

ケアマネージャーが嫁の負担軽減のために他の家族にも働きかけをすべき。

ケアマネージャーに相談できないでいる嫁の思いを汲みとるべき。

ケアマネジャーを介して、施設間の情報共有をはかるべき。
ケアマネジャーが、情報伝達をかねてサービス導入時は同伴すべき。
ケアマネジャーが、利用状況や適応状況の確認のためサービス導入後も施設を訪問すべき。
ケアマネジャーを変えるべき。
他に相談できる人を探すべき（民生委員など）。
施設でのケアの仕方を工夫すべき。
施設職員や施設環境の問題と考え、施設を変えるべき。
医療につなげるべき。かかりつけ医に相談すべき。
担当者会議を開き、計画の見直しを行うべき。

☆今後、同様の問題が起きないようにするための対策案に関して
はじめに、苦情相談窓口の紹介を伝えておく。
家族が相談しやすい雰囲気、環境を作る。
連絡ノートなど、悩みを伝えやすいシステムを作る。
担当者会議をしばしば行い、情報を共有しやすいネットワークを作る。

模擬ケース②

80歳、男性。アルツハイマー病。

3年前より物忘れに気付かれ、以降、徐々に進行している。1年前より、徘徊、失禁など認められるようになったが、妻の見守りと介護のもとで自宅での生活を続けていた。しかし、半年前に妻が急逝して以降は、共働きの長男夫婦との3人暮らしとなったため、デイサービスの利用を始めている。週3日はA事業所、週2日はB事業所のデイサービスへ通所しているが、最近、A事業所より「帰ると言わずと出口を探して徘徊し、止めると大声で怒鳴り手をあげるため、扉に鍵をかけて離れて見守っている。今の状態が続くのであればサービスの提供は難しくなる」と言われた。長男夫婦は、B事業所では他の利用者と穏やかに過ごせていると聞いていたため、A事業所での様子に驚いたが、同時に迷惑をかけて申し訳ないとの思いが強くなった。そのため、A事業所をやめて、B事業所のデイサービスを増やせないかとケアマネジャーに相談したが、B事業所に空きが無く無理とのことだった。現在も同じプランでのサービス利用を続けているが、長男夫婦は精神的に滅入っている。

☆問題点に関して

A事業所の対応の仕方、ケアの質が問題。
A事業所の「鍵をかける」「離れて見守る」という対応は疑問。
A事業所の不適切なケアがBPSDを引き起こしている。
2つの事業所のデイサービスを利用することが問題。
事業所間で対応方法に差があるために本人が落ち着けない。
環境変化が多くなることが問題。
事業所によっては空きがないことがある。
事業所ごとの教育の仕方に問題がある。
相談窓口が不足している。

A 事業所は、B 事業所では問題がないことを知る由がないのかも。

☆問題点への解決策に関して

B 事業所に空きが出来たらすみやかに移行する。

B 事業所に空きがない日は、デイサービス以外のサービスを導入する。

小規模多機能などサービスをまとめられる別の事業所を探す。

A 事業所のスタッフが、B 事業所での対応や本人の様子を見学に行く。

A 事業所のスタッフのスキルアップを促す。

A 事業所と B 事業所での話し合いを行う。

ケアマネージャーが、事業所間の情報共有の役割を担う。

事業所間でケアの質の格差をなくす。

複数の施設サービスを利用する際、各施設や在宅での様子や対応について記録する用紙があるので、それを利用して情報を共有する（川上町）。

☆今後、同様の問題が起きないようにするための対策案に関して

ケアの方法を学ぶために勉強会に参加するなど、常にスキルアップをし、モチベーションを高める。

事業所や家族が情報を共有できる書式を作成し、利用者と一緒に情報が動くようなシステムを作る。

全事業所・施設間で対応の格差をなくす。

ケアマネージャーが、施設ごとの特徴（得意不得意）を把握して計画を立てる。

事業所、施設数を増やして1事業所にまとめやすいようにする。

地域で集まれるコミュニティ的な交流の場を作る。

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、サービスを提供する我々の側の問題点や課題について理解を深め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では、介護者の心情を洞察し、いかに適切なサービス計画を提供できるかといったケアマネージャーの資質、技能に焦点をあて、模擬ケース②では、提供しているケアの質について常に自ら評価を行い、必要な改善をはかっているかといった事業所の姿勢に焦点をあててケースの作成を行った。それぞれのケースの問題点としてそれらへの気付きは有るが、それらへの具体的な方策に関しては、事業所の特性、方針、資質、許容範囲、業務量、人員などの質的または量的な問題のためか、サービス提供者側の変化を求める意見よりも、ケアマネージャーを変更する、事業所を変更する、サービス内容を変更するといった目先を変える意見が多かった。しかし、目先を変える方策だけでは、また次に同様の問題が生じる可能性は拭えないと思われ、「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」という当協議会のスローガンを実現させるためには、施設間、職員間のケア水準の格差是正、地域における認知症対応力の向上、地域で効果的に機能するネットワークの構築が急務であると思われた。