

第4回備北地域認知症疾患医療連携協議会（H25.5.31）議事録

はじめに：

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を是正し、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）ことを引き続き当面の活動目標とする。この必要な時、必要な所、必要な支援は、あくまでも認知症高齢者もしくはその家族にとってのものであり、認知症高齢者に支援、サービスを提供する我々の側のものであってはならないことをあらためて確認した。

第一部：認知症スキルアップ研修 「認知症を理解する レビー小体型認知症」

協議会事務局よりレビー小体型認知症の疫学、症状、診断基準、治療、ケア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① 「施設紹介」

高齢者総合福祉施設ちかのりより杉様、太田様に御参加いただき、グループホームちかのり苑、小規模多機能型居宅介護ちかのりについて御紹介いただいた。グループホーム、小規模多機能型事業所ともに、家庭的な環境のもとで、買い物、料理、食事、園芸などあたり前の日常生活を利用者個々のペースですごせるように支援を行い、季節ごとのイベントなど非日常的な催しも上手に取り入れて利用者の生活の質の向上や認知機能の維持をはかっておられ、また、地域の幼稚園や小学校などとの交流、認知症サポーター養成講座への協力、地域住民への情報発信など積極的に地域交流、社会貢献活動にも取り組んでおられる様子などが画像を交えて披露された。

認知症ネットワーク研修② 「事例検討会」

新見市地域包括支援センターより大西様に御参加いただき、事例を提示していただいた。そして、事例を通してみえてきた地域における課題や問題点について全員で討議を行った。討議内容とその中であげられた主な意見を以下に記す。

<事例>

70歳代の女性。同居人（脳梗塞による半身麻痺のある男性）の介護をしながら同居人宅で二人暮らしをしていたアルツハイマー病のケースである。認知機能障害のため、同居人の介護が充分に行えなくなったが、本人および同居人双方が介護保険サービスの導入に拒否的であったため、同居人への週2回の訪問介護以上のサービス導入がかなわず、近隣住民の見守りと援助を受けながらの生活が続いていた。本人および同居人ともに家族からの支援は希薄であった。その後、二人暮らしは限界となったが、本人（要介護1）が拒むため本人へのサービス導入はできず、処遇に窮する状態が続いていた。しかし、同居人の家族の意向で同居人が施設へ入所することとなったため、独力での生活が困難な本人は、施設への入所など検討されたが、経済的な理由、お

よび本人が拒否するからとの理由にて、入所は困難と判断され、急遽、精神科病院へ入院となった。

<意見、討議内容、および補足説明>

- ◆ 近隣住民のフォローなど地域の支援がありながらも、精神科病院へ入院となったことにはショックを感じる。対応困難となってからのサービス利用は難しく、家族の理解の重要性を感じる。
- ◆ 精神科病院は入院をなかなか受けてくれないのに、どうしてこのケースは入院できたのか。
 - 他に受け入れ先が地域に無いために、精神科病院に入院を求めてくるケースは稀ならずある。精神科病院では、緊急性、必要性などからケースごとに入院の可否を判断している。BPSD が著明なケースなどは入院が適切であるが、今回の事例のように入院治療が必要なレベルの BPSD は認められず、社会的な理由から入院を求めてくるケースは、本来は精神科病院での入院治療の適応ではない。しかし、そういったケースの受け入れ先が地域に無い場合には、精神科病院が入院という形で受け入れることは、地域社会への貢献として現時点では必要な対応と考えている。同時に、同様のケースが、入院ではなく地域で生活が続けられるようなシステム作りに取り組むことも、当然、必要と考えている。
- ◆ 精神科病院ではなく養護老人ホーム等への入所は考えられなかったのか。
 - 施設入所は検討したが、入所困難と判断した（前述の理由にて）。
- ◆ 経済的問題、要介護1であること、家族の受け入れがないことなどより、この事例は、制度上、施設での受け入れは困難と思われる。
 - 介護保険の制度上、施設利用が出来ないケースがあるということのようだが、そういったケースを地域として、どう考え、どう対応するのかを、地域全体の問題として共有し、検討していきたい。
- ◆ サービス導入にこれだけ拒否するケースで、要介護1という判断は適切なのか。
 - 自立した BPSD は認めず、ADL も比較的保たれている現状では、要介護1の認定は妥当と思われる。この事例のように、介護保険サービスの導入を拒否するため、適切な支援が行えずに経過し、生活が破綻した時点で、本人の意思に反して強制的に精神科病院へ入院とせざるを得ない地域の現状を真剣に受けとめ、議論すべきことと考えている。
- ◆ 精神科病院では、“人間らしくない生活”を送らされるらしいが本当か。
 - たしかに以前の精神科病院では、そう思われても仕方がないこともあったかもしれない。病院をあげて、環境の改善、治療、看護、ケアの向上に努めており、まだ充分ではないが、ユニットケアを導入し、個別的なケアの実現に取り組んでいる。ただ、今回の事例のようなケースを、“人間らしくない生活”と思われている精神科病院へ入院させざるを得ない地域の現状を、やはり考えないといけないのではないのか。

<まとめ>

今回の事例は、「サービスを受けたくない」という本人の意思を尊重し、介護保険サービスの導入を見送り、見守る形での支援を続けていたが、残念ながら生活が破綻したため、本人の意思に反して精神科病院へ入院させるという選択を余儀なくされたケースである。「どこまで本人の意思を尊重すべきか」という難しいテーマが投げかけられたケースであるが、「サービスを受けたくない」という意思表示の背後にあるであろう「いつまでも好きな人（同居人）と一緒に暮らしたい」という本人の意思を尊重する形での支援を行うことができていれば、違った結果になっていたかもしれない。しかし、当然のことながら、その支援を提供するためには、訪問系、通所系、入所系のサービス提供者が密に連携し、地域の限られたサービス資源を有効に運用し、常に

サービスの評価、見直しを行いながら支援を続けていくことを可能とする地域におけるネットワークの構築が必要と思われる。そのようなネットワーク、地域連携システムが無ければ、認知症高齢者個々の意思を尊重した支援の提供は難しく、また特定の支援者のみが疲弊し、燃え尽きてしまう結果をまねきかねない。当協議会では、引き続き、地域で効果的に機能するネットワークの構築に向けて、検討を重ねていきたい。