

第 6 回備北地域認知症疾患医療連携協議会（H25.9.20）議事録

第一部：認知症スキルアップ研修 「認知症を理解する 前頭側頭型認知症」

協議会事務局より、前頭側頭型認知症の疫学、症状、診断基準、治療、ケアについて、事例を交え、説明及び紹介を行った。

第二部：認知症ネットワーク研修① 「施設紹介」

NPO 法人岡山県介護支援専門員協会高梁支部より高梁支部長草野様に御参加いただき、協会の概要と活動、取り組みについてご紹介いただいた。協会では、地域における認知症高齢者のより身近な日常生活上の問題を抽出し、その解決に向けての取り組みを精力的に行っておられる様子が、「ごみ処理アンケート」を一例として披露された。

第二部：認知症ネットワーク研修② 「事例検討会」

協議会事務局より事例を提示し、事例を通してみえてきた 2 つの課題について、グループで討議を行った後、あらためて全員でその対策について議論を行った。主な意見を以下に記す。

<事例>

90 歳代の超高齢女性。70 歳代の長男夫婦と三人暮らしをしていたアルツハイマー病のケースである。5 年程前より、易怒、暴言、介護抵抗などを認めていたが、介護保険サービスの利用や医療機関への受診は、本人が拒否するために実現せずに経過していた。そして、2 年程前、嫁を対象としたもの盗られ妄想、暴言、粗暴行為が増悪したが、この時点でも介入は行われることはなく、介護者、とくに嫁の疲弊は甚大となっていった。1 年前、ようやく訪問介護が週 1 回、その後、通所介護が週 1 回導入されたが、サービスの利用を始めたにもかかわらず、自宅での病状に変化は無く、介護者の疲弊はさらに深刻なものとなっていった。今回、骨折のため整形外科病院で治療後、BPSD の治療目的にて精神科病院へ転入院となった。入院治療により BPSD は軽快したが、長男夫婦は「もう自宅ではただの一日も介護できない」と自宅での受け入れを拒むため、約 1 ヶ月の入院治療後、施設でのショートステイサービス（ロング）を利用するとの条件で退院の了承が得られた。

<課題①>

サービス導入を拒否するケースへの対応について。医療介入を待つしか術はないのか？

- ◆ サービス導入に至るまで、ケアマネが根気強く訪問する。
- ◆ サービスの契約だけしておいて、毎朝、関係づくりのために、お迎えにうかがう。
- ◆ 本人がサービスを拒否する理由を推測し、解決していくべき。
- ◆ 最初に提案するサービスは、デイサービスよりもホームヘルパーが良かったのでは。
- ◆ 適宜、サービス内容の見直し、変更を行うべき。

- ◆ サービス提供のタイミングが重要。時期を逃さずに。
- ◆ 本人だけでなく、家族との信頼関係を築くことが大切である。
- ◆ 介護保険外のサービス（デイケア）を考えてはどうか。
- ◆ やはり、はやい段階で医療にかかり、医療と介護が連携して支援を行うべき。
- ◆ 他利用者への影響を考えると、暴力、威嚇、粗暴行為などが有ると受け入れは難しい。
- ◆ 帰宅要求、拒絶、拒食なども有ると受け入れは難しい。
- ◆ 家族の協力（無理な時には連れ帰る）が得られれば、頑張れる。
- ◆ ケアマネのバックアップが有れば、頑張れる。

課題①のまとめ：

医療介入を待つしか術がないということはなく、まずはケア（支援）レベルでの試行錯誤を行うべきで、医療ではなくケア（支援）で対応可能なことも多いというのが主だった意見であった。しかし、サービスの導入や継続利用が困難なケースが存在することも事実であり、そういったケースでは、理由の推測、具体的な解決策の提示、本人ならびに家族と信頼関係の構築、家族を含む支援者相互の連携などが重要となってくる。サービス利用につながらないとの理由から、そこで本人やその家族との関係を断ち、その結果、家族の孤立無援感、絶望感を深めてしまうような対応は、専門職である以上、厳に慎むべきことである。サービス利用につながらなくとも、本人あるいは家族に某かのケア（支援）が継続的に行える地域連携体制を整えたい。

<課題②>

「もう自宅ではただの一日も介護できない」と思いながら介護してきた家族への支援について

- ◆ スタッフの方から家族に声をかけ、相談しやすい関係性を構築する。
- ◆ ケアマネだけでなく、保健師や民生委員なども継続的に家族への支援を行う。
- ◆ 訪問看護など他のサービスも検討すべき。
- ◆ 現在の介護者以外の家族へ協力を要請する。
- ◆ はやい段階で、認知症のケアについて相談できる機関などの情報を提供すべき。
- ◆ 保健所の「こころの健康相談」に紹介する。
- ◆ 家族の負担が過度になる前に、やはり早期介入すべき。
- ◆ 新見市の「介護者の集い」などを利用し、介護者同士のつながりを。
- ◆ 介護者が気楽に相談できる場を地域につくるべき。
- ◆ 介護者自身が、地域で利用できるサービスを検索できるシステムがあれば良い。
- ◆ 施設や地域の支援者が連携して見守り、在宅の限界を見極めるべき。
- ◆ 家族から発信があれば対応しているが、発信が無ければ家族へのケアは疎かになりがち。
- ◆ 連絡用ノートを用いて、家族の思いをスタッフに伝えられると良いが、現実には困難。
- ◆ サービスを増やしたいところだが、資源に限りがあり出来ないこともある。
- ◆ サービスを増やしたところで、入所サービス以外で介護者の心情を楽に出来るかは疑問。

- ◆ 嫁姑の問題、金銭の問題への踏み込んだ介入は困難。
- ◆ 家族が、介入を拒む場合もある。

課題②のまとめ：

利用者本人だけでなく、その家族への支援も必要であるというのが、協議会参加者の共通認識であった。しかし、現場では本人への支援に追われるあまり、家族の心情への配慮やケアが疎かになることも起こり得る。サービスの提供を受けていたにもかかわらず、家族の疲弊がさらに深刻化していった今回の事例もそうだったのかもしれない。家族が相談できる場を設ける、サービス内容の見直しを行う、支援者が連携するなどが重要な対策であることは疑いようもないが、まずは、我々支援者一人ひとりが、家族の心情を理解し、共感できる技能を獲得することが必要と思われる。家族への支援の充実化も、当協議会の活動目標の一つである地域における認知症対応力の向上に寄与するものと思われ、引き続き、協議会で取り組んでいきたい。