

## 第 31 回 備北地域認知症疾患医療連携協議会（H29.11.24）議事録

### はじめに：

第 30 回備北地域認知症疾患医療連携協議会では、「認知症高齢者への支援介入時における成功へのひと工夫について」と題して、全ての支援者が心掛けるべき支援者の心得を作成することを目的に討議を行い、専門職である我々支援者が、認知症高齢者へ始めて支援介入する時には、時間をかけて質の高い情報を収集し、丁寧に現状を評価し、適切な支援目標を設定し、適切な支援計画を策定するように心掛けることがいかに重要であるかを再確認した。しかし、実際の支援の場面では、支援者が情報収集を怠り、現状評価を誤ったことで、問題を解決できないばかりか、かえって問題を大きくしてしまっている事例が少なからず存在する。そこで、今回の協議会では、事務局で作成したモデルケースをもとに、あらためて地域で必要とされる質の高い支援体制について考え、指導者としてのスキルアップをはかる場とした。

### 認知症指導者育成研修（グループ討議・全体討議）：

「問題を生じさせない、問題を大きくさせない質の高い支援について考える」と題して、事務局で作成した認知症高齢者のモデルケースをもとに、問題の発生、拡大を止めるためには、いつ、どこで、誰が、どのような支援を行うべきか、具体的なより良い支援について、参加者全員が指導的立場で討議を行った。モデルケースと主な意見を以下に記す。

### モデルケース：

「事例」 アルツハイマー病 女性

「家族構成」

夫との 2 人暮らし。4 人兄弟の末子。姉が、認知症のため施設へ入所している。小学校教員の夫と結婚後、2 児（長女・長男）をもうけた。夫は、定年退職後、70 歳まで臨時教員として勤務し、以降は、趣味の釣りや家庭菜園をしている。飲食店にてパート勤務をしている長女は、夫、子供 3 人、義理の両親と同じ市内で生活しており、月に数回は実家を訪問している。IT 企業に勤めている長男は、関東地方で生活しており、盆と正月には帰省している。

「病前性格」

物静かで穏やかな性格である。友人は多くないが、人に頼られ、しばしば相談事を持ちかけられていた。几帳面でしっかり者。

「既往歴」

高血圧症のため、50 歳頃からかかりつけ医（内科開業医）にて治療を継続している。

「生活歴・現病歴」

高校を卒業後、農協で事務員として勤務していた。結婚後は、仕事を退職し、夫が安心して仕事に専念できるように、家事、子育てなどの主婦業をひとりで懸命に行っていた。家計を任せられ、家計簿をつけて完璧にやりくりしていた。長女、長男が独立した後も、家事は手を抜かずにきち

んちで行っていた。空いた時間には、趣味の洋裁を楽しむようになった。夫とは見合い結婚であったが、互いに信頼しあい、仲の良い夫婦であった。夫の退職後は、年に2回程度、夫と旅行にでかけるのを楽しみにしていた。

72歳頃、目が悪くなったからと、洋裁をしないようになった。毎日つけていた家計簿を、同じことだからと、数日分まとめてつけるようになった。友人から誘われれば会いにでたが、自分からは友人に連絡をとらないようになった。

73歳頃、友人からの連絡は減り、友人に会うことは無くなった。料理の品数が減り、同じメニューが続くようになった。時に、鍋を焦がした。ゴミ収集日のたびにゴミを捨てず、まとめて捨てるようになった。銀行のATMを使わず、窓口でお金をおろすようになった。冷蔵庫に残っていても、同じ食材を買いこむようになった。財布の中の小銭の量は増えていった。家計簿はつけなくなった。かかりつけ医への受診を続けていたが、受診日に内服薬が残るようになった。洗濯した衣類を箆笥に収納せず、机や椅子の上にもまとめて置いておくようになった。掃除をあまりしなくなった。夫に、しばしば、旅行、買物、食事などに誘われ、自宅から連れ出されたが、以前のように楽しめなくなった。

74歳頃、料理、買物、掃除、洗濯など、生活の中で上手にできないこと、失敗することが増えた。そのため、多くの場面で、夫が声をかけ、夫が傍らで見守り、夫が指示をだすようになった。夫の指示があれば、時間はかかるができていた。金銭管理は、夫がするようになった。この頃、夫は、趣味の釣り、家庭菜園をやめた。夫は、DHA やビタミンのサプリメントを買い与え、脳トレのドリルを正解するまでさせるようになった。上手くできなくても、夫の言うことを聞いて、言う通りにしていた。しかし、口数が減り、笑顔が無くなった。時々訪問していた長女は、夫婦二人で助け合って生活できていると思っていた。

75歳頃、二人で外出することは無くなった。夫は、脳トレのドリルなども勧めなくなった。料理、買物、掃除、洗濯など、ほとんど夫がするようになった。入浴、洗顔、歯磨き、更衣など、夫の声かけがないと自分からすることは少なくなったが、声かけすれば、自分で行えた。終日、テレビをつけて、テレビの前で座って過ごすようになった。時々訪問していた長女は、何かさせようと洋裁など勧めたが、その時だけで続くことはなかった。

76歳頃、入浴や更衣など、夫の声かけだけではできなくなり、夫が手伝うようになった。尿失禁をするようになり、汚れた下着を、ゴミ箱や引き出しの中に入れた。靴を箆笥に入れたり、トイレットペーパーを冷蔵庫に入れたり、箆笥の中味を全て出したり、テレビのコンセントを抜いたりした。夕方頃、屋内をウロウロと歩き回るようになった。いつも不安そうな、困ったような表情で落ち着かない様子であった。夫は、それらの行動一つひとつに対応していた。

この頃、夫の身体を心配した長女が地域包括支援センターに相談にいったところ、夫の日中の介護負担を軽減するため、デイサービスの利用を勧められた。要介護1の認定を受け、週3回のデイサービス利用を開始した。デイサービスでは、午前中、静かにぬり絵などの活動を行えたが、午後になると、荷物を持って、「帰ります。食事の支度をしないといけませんから」と訴え、帰宅を求めた。職員の説明を聞き入れず、出口を求めて施設内を歩き回る時には、他の利用者まで

落ち着かなくなるため、夫が呼ばれ、早退した。しかし、自宅に戻っても、「帰ります」と言い、屋外に出ようとした。デイサービス以外の日にも、夕方から夜間にかけて、夫や自宅が認識できず、「家へ帰ります」と言い、外へ出ようとするため、目が離せなくなった。ケアマネに相談したところ、夫の夜間の介護負担を軽減するため、ショートステイの利用を勧められた。

#### <参加者からの主な意見>

##### ● 後半の評価（76歳以降）

今まで家を守ってきた自負がある

帰宅願望は実家のことが気になっているからではないか

自分の役割が失われたことで、安心できる居場所がなくなったと思っているのではないか  
失敗を隠すのは不安な気持ちの表れではないか

本人なりの対処をしようとしているのではないか

出来ないことが多くなり、自尊心や自信の低下につながっているのではないか

##### ● 後半のより良い支援（76歳以降）

包括またはケアマネが、相談があった時に、本人の気持ちを正しく評価する

ケアマネやデイサービススタッフが、支援介入時に、本人の気持ちを正しく評価する

ケアマネやデイサービススタッフが、支援計画作成時に、考えるべき支援について十分な知識を得ておく

ケアマネやデイサービススタッフが、自宅での困りごとを正確に把握し、環境調整をする  
ケアマネやデイサービススタッフが、実際にどこまでの能力があるのかを評価し、役割の再獲得につなげる

ケアマネやデイサービススタッフが、上手くいかなかった時に、会議をして次の支援について考える

ケアマネが、家族にも認知症の知識を持ってもらうために、家族会などを勧める

ケアマネが、家族にも認知症の知識を持ってもらうために、チラシなどを作成する

ケアマネが、夫中心の支援計画ではなく、本人中心の支援計画を検討する

ケアマネが、支援介入時に、自宅での役割の再獲得を目的として、ヘルパーなどの訪問系サービスの利用を検討する

デイサービススタッフが、午後からの不安症状の原因を考え、利用形態の変更や他サービスの利用などを検討する

デイサービススタッフが、帰宅要求時に、本人の気持ちを受容する

専門医が、診断時に、薬物療法を開始する

専門医やかかりつけ医が、医療的な面から評価し、薬の調整や環境調整を行う

専門医やかかりつけ医が、早い段階で、認知症についての情報提供をする

##### ● 前半の評価（75歳以前）

閉鎖された環境にいるため、社会的なつながりが少ない

認知症は隠さないといけないと考えているのではないか

● 前半のより良い支援（75歳以前）

かかりつけ医が、情報提供を行う

かかりつけ医が、薬だけでなく、公民館活動、認知症カフェ、ふれあいサロンなどの情報提供を行う

日頃からの近所付き合いや婦人会活動を通して、近隣住民や仲間が、異変に気付いた時に、見守りや声掛けを行う

民生委員が、定期的に家庭を訪問し、気軽に相談できる地域社会をつくる

民生委員が、異変に気付いた時に、専門機関につなげる

行政が、健診のようなものを行い、早期に気付く機会をつくる

行政が、年齢に応じて専門職が家庭訪問するような仕組みをつくる

行政が、一定の年齢に達した高齢者に担当の相談員をつける仕組みをつくる

専門職が、いきいきデイや地域の祭りなどで、見守りや声掛けをする

専門職が、認知症カフェの公報をする

専門職が、公民館活動の中で、認知症の啓蒙を行う

専門職が、家族からの協力も得られるように、日頃から啓蒙を行う

高齢者一人ひとりが、もし認知症になったらどうするかとあらかじめ考えておく

専門職が、それを可能とする地域づくりを行う

まとめ：

これまで、当協議会では、我々支援者が、的を射た質の高い支援を提供し続けるためには、時間をかけて質の高い情報を収集し、丁寧に現状を正しく評価することが重要であることを繰り返し確認してきた。支援者が、情報収集を怠り、現状評価を誤ることで、問題を解決できないばかりか、かえって問題を大きくしてしまうようなことは、決してあってはならない。今回の協議会では、事務局で作成したモデルケースをもとに、問題の拡大を止める、問題の発生を防止するという視点で、地域で必要とされる質の高い支援体制について検討を行った。今回のモデルケースでは、72歳頃より変化が顕在化し始め、以降、時間とともに問題が大きくなっていくが、家族以外の支援者が介入することなく経過し、家族のみでは支えきれなくなった76歳の時点で、ようやく専門職である支援者（包括・ケアマネ・デイサービス）に繋がっている。しかし、そこでも問題の拡大を防ぎきれず、さらなる問題の拡大を招いてしまっているが、問題の本質を適切に評価しないまま、次の支援者（ショートステイ）に繋ごうとしている。このようなケースは、支援者が気付いていないだけで、地域には少なからず存在している。このモデルケースから見えてくる解決すべき地域の課題は、大きく分けて二点あると考える。一点目は、我々支援者の質についての課題である。そして、二点目は、認知症の初期、および発症前における地域での支援体制についての課題である。一点目の支援者の質に関する課題は、これまで当協議会において繰り返し扱ってきたが、いまだ十分な成果はでておらず、今後の協議会において解決すべき重要課題の

ひとつである。どのサービスを、どれくらいの頻度で提供するかを検討することに重きをおいているように思える支援者がいるが、本当に大切なのは、認知症高齢者やその家族のために、どのような支援を提供し、何を成し遂げるかを考えること、つまり支援の中味を検討することにあるのではないか。それを適切に検討できるかどうか、支援者として問われる質のひとつと考える。

二点目の認知症の初期、および発症前における支援体制に関する課題については、支援の質以前に支援の量が問われるべきであろう。ある程度進行した認知症高齢者への支援については、通所系、訪問系、入所系サービスなど、社会的資源が量的には充実してきたように思われるが、認知症の初期、および発症前の段階での支援体制、社会的資源については、量的に不十分と言わざるを得ない。公民館活動、サロン活動などが、高齢者の孤立を防ぐ地域の集いの場としての役割を果たしているが、その活動の多くは、当事者を含む一般住民が担っているため、認知症に関する問題の発生や拡大を防止するという視点においての役割を果たすことは容易ではないと推察される。その役割を果たすためには、専門職である我々支援者が、何らかの形で活動に加わり、導いていくこと必要ではないであろうか。一方、認知症カフェに関しては、専門職である支援者が運営していることが多いため、認知症に関する問題の発生や拡大を防止するという視点での支援提供は可能であろうが、まだ地域のニーズに応えられるだけの十分なカフェの数は確保できていない。また、認知症カフェの質に関しても、運営する支援者の力量次第であり、地域のニーズに応えられるだけの十分な質が担保できているとは言えないかもしれない。ここでも支援者の質が問われる。当協議会では、これまで、ある程度進行した認知症高齢者への質の高い支援について討議してきたが、今後は、それに加えて、認知症の初期、および発症前の段階での質の高い支援についても討議していきたい。また、引き続き、本当の意味での地域全体の認知症対応力の向上を実現すべく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を育成するために、様々な取り組みを展開していきたい。