

第7回備北地域認知症疾患医療連携協議会（H25.11.22）議事録

はじめに：

協議会に入る前、協議会事務局より以下の報告を行った。

「平成25年10月、こころの医療たいようの丘ホスピタルは、岡山県認知症疾患医療センターの指定を受けた。岡山県内では、岡山市、倉敷市以外で初めてのセンター指定であり、その責任を十分に認識し、これまで以上に地域の保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症の方が地域で安心して生活できる地域づくりに貢献していきたい。」

第一部：認知症スキルアップ研修① 「認知症を理解する 認知症ケア」

協議会事務局より、認知症ケアの基礎知識、考え方、技法、視点について、説明及び紹介を行った。認知症の症状のみにとらわれずに、常に認知症の人の個性や人生を尊重し、その人の視点や立場にたって考え、BPSDが起きないようにケアを行うことの大切さが説明された。

第二部：認知症スキルアップ研修② 「認知症ケアについて考える演習」

協議会事務局より模擬ケース2例を提示し、それぞれのケースでこれまでのケアのふりかえりと、今後のケアについてグループで討議を行った後、あらためて全員で議論を行った。主な意見を以下に記す。

<模擬ケース①>

80歳、男性。アルツハイマー病。要介護1。妻、長男夫婦、孫との5人暮らし。真面目で勤勉な人柄。食品会社を設立。70歳で長男に会社を任せた。75歳頃より、物忘れが始まり、77歳頃、かかりつけ医よりアリセプトの処方を受けるようになった。78歳、会社へ行き、ありもしない仕事の注文や以前の仕事の話に従業員に持ちかけ、指示、命令を行うようになった。79歳、以前の得意先へ行くと言い、一人で出て行き、道に迷うようになり、目が離せなくなった。デイサービスの利用を始めたが、「配達へ行く。仕事がある。お客さんに電話をする」などと言い、イライラした様子で出口を探して施設内を歩き回り、職員が制止すると激しく怒るため、しばしば連れ帰るようにと家族が呼ばれた。80歳、他の利用者の迷惑になるからとデイサービスの受け入れを拒まれた。しかし、自宅でも徘徊、易怒、暴言、介護抵抗などが著しく、主たる介護者である妻と嫁の疲弊は甚大となっている。

主な意見：

本人へのケアを中心に、これまでのケアのふりかえりと、今後のケアについて

➤ これまでのケアのふりかえり

- ◆ 本人の行動を制止するのではなく、職員が寄り添って一緒に歩いたり、少し距離をとって見守ったりするべきであった。

- ◆ デイサービスへ通うことが、仕事へ行っていると思えるような支援が出来ていれば良かったと思う。
- ◆ 仕事をしていると思えるような作業を提供してみても良かったかも。ソロバンや大工仕事、畑仕事、家事仕事が良かったケースもあった。
- ◆ 全ての役割を奪ってしまわずに、本人の出来る役割を残し、本人にやりがい、生きがいを感じてもらうことが必要だった。
- ◆ 本人がデイサービスに慣れて、落ち着くまではマンツーマンでの関わりが必要だった。
- ◆ デイサービスが、受け入れを拒むのはおかしい。
- ◆ 個室を利用するなど、環境への配慮も大切と思う。

➤ 今後のケアについて

- ◆ 本人のニーズを探り、本人にあった支援を提供する。
- ◆ 本人の役割、居場所をつくる。
- ◆ 職員間で情報を共有し、支援の統一化をはかる。
- ◆ 職員個々のスキルアップ。
- ◆ 暴力が出るような場合には、医療につなげる。
- ◆ 本人に合ったデイサービスを探す。

<模擬ケース②>

85歳、女性。アルツハイマー病。要介護1。長男夫婦との3人暮らし。几帳面で厳格な性格。82歳頃より、物忘れが始まり、徐々に進行。家事は全て嫁が行なうようになった。83歳頃、かかりつけ医にてアリセプトの処方を受け、デイサービスの利用を始めた。1年前より、イライラした様子で、しばしば怒るようになった。また、長男夫婦、特に嫁を対象とした物盗られ妄想が出現し、「泥棒！盗人！」と嫁を罵り続けるようになった。デイサービス、ショートステイサービスでは、物盗られ妄想のために、施設を変更することがあったが、概ね穏やかに利用できていた。しかし、自宅での物盗られ妄想、易怒、暴言、攻撃性などはさらに増悪し、嫁の介護疲れは甚大となっていく。そして、1か月前より、嫁は本人を避けて生活するようになった。そのため、本人の世話は長男一人で行うようになったが、長男に対しての物盗られ妄想が続いている。現在はデイサービスを週2回、ショートステイサービスを月に1回程度利用している。

主な意見：

家族へのケアを中心に、これまでのケアのふりかえりと、今後のケアについて

➤ これまでのケアのふりかえり

- ◆ デイサービス送迎時に少しでも家族の話を聞く機会を持つべきだった。
- ◆ 電話をかけた時、かかってきた時に、要件だけでなく、しっかり家族の話を聞く姿勢を持つべきだった。
- ◆ 早い段階で、ケアマネと相談できる関係づくりをすべきだった。

- ◆ 地域包括支援センターが関わりを持つべきだった。
- ◆ サービスを増やすことを提案すべきだった。
- ◆ 民生委員から自宅での状況を聞くという方法もある。
- ◆ 嫁が妄想の対象になった時は、長男が間に入るようにと助言を行えておれば良かった。
- ◆ 家族に認知症の症状やその対応について助言できておれば良かった。
- ◆ 本人のできること、できないことをしっかりと評価したうえで支援をすべき。
- ◆ デイサービスでは、本人の支援は行えても、家族への支援は不十分になりがち。
- ◆ 家族と話すのは、ケアマネが主で、デイサービス職員は家族と話す機会は少ない。
- ◆ 本人と関わりのある人皆が、集まって話し合いを行うべきだった。

▶ 今後のケアについて

- ◆ 医療機関への受診、投薬を検討する。
- ◆ デイサービス、ショートステイサービスを増やす。
- ◆ 施設入所や入院を考える。
- ◆ 長男に対する支援を行う。嫁と同じ結果にならないように。
- ◆ ケアマネ、デイサービス職員、民生委員など関係する人が集まり、家族も交えて、話し合い、情報を共有し、ケアにあたる。

<まとめ>

模擬ケース①では、自宅で起きていた **BPSD** がデイサービスでも同様に再現され、施設対応力の許容範囲を超えたために受け入れを拒まれたケースであった。家族に代わって生活支援を行うデイサービスには、その支援を通して直接的あるいは間接的に **BPSD** が軽減するといった治療的効果も期待される。しかし、このケースでは、生活支援に追われ、**BPSD** を軽減することへの視点が希薄になっていたと考えることもできる。自宅で **BPSD** のために対応に苦慮しているケースを受け入れる場合には、事前に家族やケアマネージャーから情報を収集し、皆で共有し、支援の方向性を統一化して受け入れを行うべきである。**BPSD** への適切な直接的ケアも大切であるが、それ以上に **BPSD** が起きないようにケアを行うという視点も重要である。

模擬ケース②では、デイサービスなどの支援を受けていたにもかかわらず、自宅での **BPSD** の軽減につながらず、家族の疲弊が増大し、自宅介護が限界に近づいているケースであった。このケースでは、家族以外の支援者のうち一人でも、サービス利用場面での利用者の様子が、必ずしも自宅の家族の前での様子を反映していないということへの気付きがあれば、違った経過を辿った可能性がある。この気付きがない限り、家族への十分な支援を行うことは難しいのかもしれない。日頃から、我々支援者一人ひとりが、利用者本人だけでなく、家族の心情を理解し、共感したうえでケアを行うという視点も重要である。

今回、利用者本人および家族へのケアという二通りの視点で、活発かつ有意義な議論が行うことができた。いずれのケアにおいても支援者側のスキルアップが必要不可欠な課題であることが認識された。引き続き、地域における認知症対応力の向上に取り組んでいきたい。