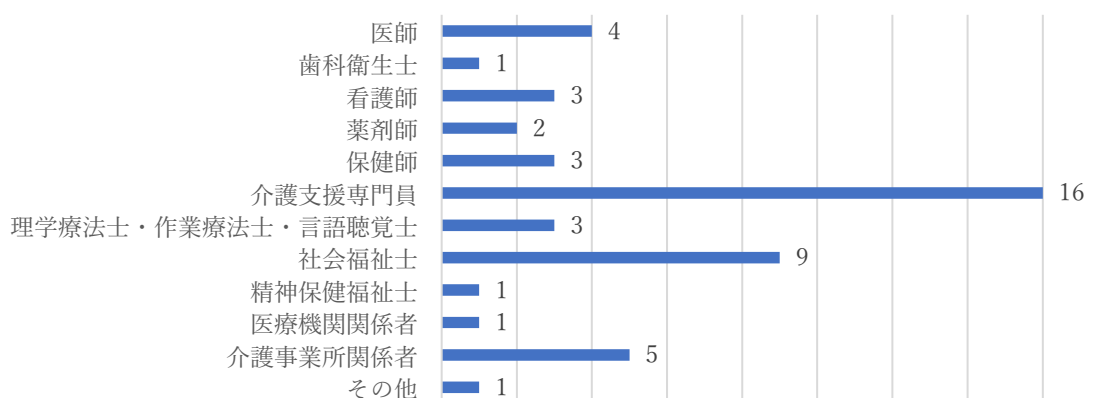


## 第4回城南・賀来圏域地域連携検討会 報告

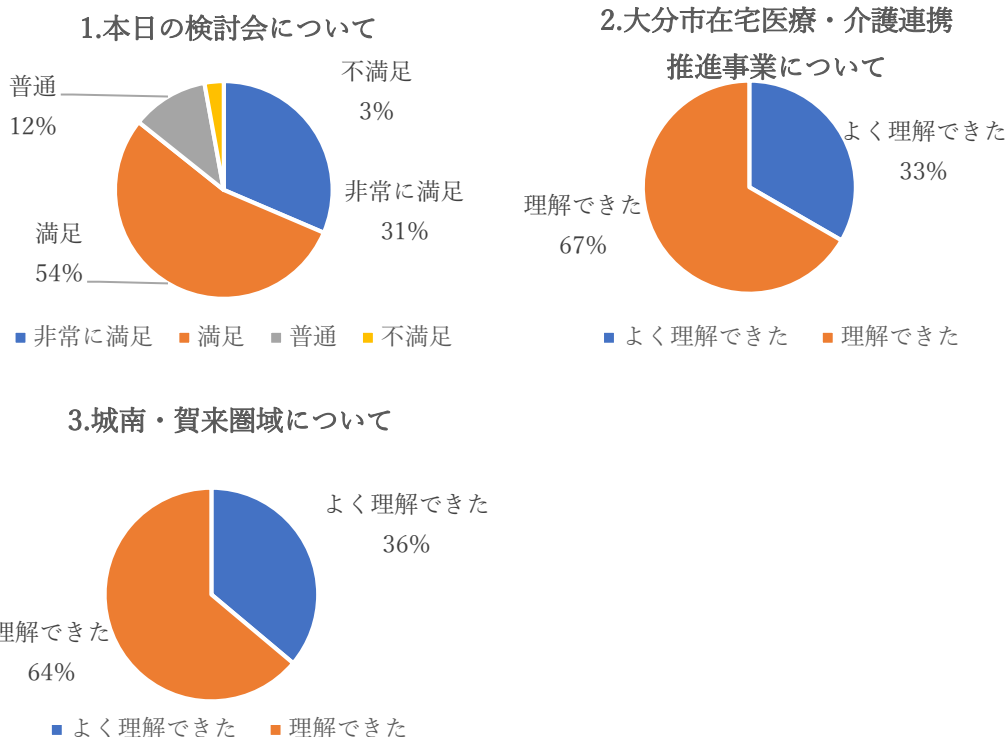
- 1 日時 令和元年12月6日(金) 19:00~20:30
- 2 場所 大分県医師会館 6階研修室I、参加者49名
- 3 内容 (1) 大分市在宅医療・介護連携推進事業について(大分市連合医師会)  
(2) 城南・賀来圏域の現状について(地域包括支援センター)  
(3) 講話 ～住み慣れた自宅のベッドを人生の最後まで守る～  
「城南・賀来圏域の医療・介護連携 認知症高齢者の在宅支援とは」  
医療法人謙誠会 博愛病院 博愛こども成育医療センター院長 釘宮 誠司  
(4) グループワーク 城南・賀来圏域の医療・介護連携について  
「認知症高齢者の在宅生活を支えるために」

### 4 参加者数(49名)の内訳

職業別参加人数



### 5 アンケート集計結果(回答者36名)



## 問1. 本日の地域連携検討会は、いかがでしたか。

- ・院長の話が充実していて勉強になりました！（保健師）
- ・認知症についてや今後の連携の必要性について聞いて良かった。（介護事業所関係者）
- ・認知症について大変専門的な話を聞いて良かったです。（介護事業所関係者）
- ・薬物療法について学ぶことができた。（看護師）
- ・地域での状況等を知る機会になった。（看護師）
- ・他施設、行政の方と顔の見える話し合いが出来ました。（リハビリ専門職）
- ・認知症の講義、グループ検討会ともに、良いお話でした。（介護支援専門員）
- ・多職種の方と関わりが持てた。（薬剤師）
- ・院長の講義やグループワークで認知症に対してどう接していくのか、また他の方がどう考えて接しているのかわかりました。（社会福祉士）
- ・認知症の勉強になりました。（リハビリ専門職）
- ・院長の認知症の種類とそれぞれの特徴を詳しく説明して頂いた講話はとても参考になりました。（介護事業所関係者）
- ・院長の講話→わかりやすく、納得のいくもので勉強になった。（介護事業所関係者）
- ・医師の講話が勉強になった。（介護支援専門員）
- ・他職種と利用者、患者の対応についての悩みを話せたのは現場の人として良かった。（介護福祉士）
- ・今後の方針について聞いて良かった。（介護事業所関係者）
- ・各専門職や医師より話が聞いて医療と介護の連携の必要性がわかった。（介護支援専門員）
- ・他の事業所の方の事例を聞きとても参考になった。（介護事業所関係者）
- ・認知症についてあらためて学べた。（介護事業所関係者）
- ・連携の重要性を認識できました。（薬剤師）
- ・出席医師が少ない。（医師）
- ・院長の話がとても分かりやすく参考になりました。グループのワークも良かったです。（介護支援専門員）
- ・地域での連携を図る上でこのような機会に他事業所や先生にお会いし直接意見を頂けることは貴重です。（介護支援専門員）
- ・院長の話をもっと聞きたかったです。（介護支援専門員）
- ・医療の方との連携の必要性を感じました。（ホームヘルパー）

## 問2. 問3 円グラフのとおり

### 問4. グループワークについて

- ・好事例もあればお聞きしたかったです、時間が足りませんでした！（保健師）
- ・圏域内での事例を聞くことが出来、現実感を感じた。（介護支援専門員）
- ・皆様の意見が聞いて良かった。（介護事業所関係者）
- ・同じような悩みが多いなと思いました。（看護師）

- ・地域包括支援センターの相談件数の多さにびっくりしました。対応が大変なケースもあるだろうと思いました。(リハビリ専門職)
- ・顔が見えて良かったです。(医療機関関係者)
- ・BPSD に対する課題や思いが少し共有できた。(社会福祉士)
- ・実際の現場の意見を聞いて良かった。(リハビリ専門職)
- ・先生からの意見、認知症について温度差がある→いい意見を聞いた。(介護事業所関係者)
- ・他職種での話が聞いて良かったです。(介護支援専門員)
- ・多職種の方と話すことが出来て良かった。(介護支援専門員)
- ・時間が少なかった。(介護福祉士)
- ・医療の話が聞いて良かった。(介護事業所関係者)
- ・もう少し時間をかけて話をしたかった。(精神保健福祉士)
- ・とても良い話を聞けました。(介護事業所関係者)
- ・時間が短くて、なかなか思ったことが聞けなかった。(医療機関関係者)
- ・いろいろな職種の方々と、お話ができて交流が出来ました。(看護師)
- ・もう少し時間があった方が良いと思います。(介護支援専門員)
- ・他の職種の方々の困りごとを伺え、同じような悩みを皆様持たれている事で励まされました。(介護支援専門員)
- ・薬局の方など日頃話す機会のない方ともう少し時間をかけて話をしたかったです。(介護支援専門員)

#### 問5. 医療・介護連携について知りたいこと、学びたい内容について

- ・精神疾患の方の支援（近隣とトラブルがあるなど…）について、また釘宮先生のお話を聞きたいです！
- ・連携に対する具体策について話をしていきたい。(介護事業所関係者)
- ・介護がよく分からない部分があるので、もっとかかわって学びたい。(薬剤師)
- ・医療の知識を深めたい。(介護支援専門員)
- ・今日の検討会でとてもためになった。(介護支援専門員)
- ・同じテーマでもよいので、もっと時間をかけて話し合いたい。(介護支援専門員)
- ・どのような型で連携することが医師にとって助けとなるのか知りたい。(介護支援専門員)

#### 問6. 今後、顔の見える連携を行っていくにはどのような方法が良いと思いますか。

- ・業務に活かせる話を聞ける場になればよいと思います！名刺交換なども一つの方法では？(保健師)
- ・まずはシステムの構築（介護事業所関係者）
- ・市や県などの職員も参加すると良いと思う。(介護事業所関係者)
- ・このような会を定期的に行う。(看護師)
- ・お疲れさまでした。(リハビリ専門職)
- ・連携をとる為に何が必要で、困っているかを話し合う。(介護支援専門員)
- ・もっと色々な先生が来てほしい。(介護支援専門員)

- ・グループトークをもっと欲しいです。(介護福祉士)
- ・地域との交流、他の事業所と連携をとっていきたい。またこういう機会があれば参加したい。(介護支援専門員)
- ・ICT ネットワークの構築。(薬剤師)
- ・城南・賀来で実際に連携して上手くいった症例など、職種を超えて一緒に発表しては？(社会福祉士)

## 6 グループワーク協議内容

### (1) 1グループ

- ・困った事→BPSDのある方
- ・介護保険サービスにつながらない。主治医に勧めてもらったりする。

医師

- ・行きたくない方を行かせる事は難しい。男性であればデイサービスを嫌がる人は多い。

医療ソーシャルワーカー

- ・病識がない方に対するの対応。

介護福祉士

- ・自宅の問題行動に対して、1対1でのケアなどを行っていた、利用をしてもらうことから始めてみる。

医師

- ・グループホームでも、精神科から入る方もいる。その際は精神薬を使用することもあり。
- ・医療デイケアを利用し精神面が安定する→外出などで体を動かし良い効果が出る。

医療ソーシャルワーカー

- ・徘徊に関してスタッフや現場の知識を深めていく必要がある。

医師

- ・徘徊なのかは、その方をちゃんと見てみると気がつく。

ソーシャルワーカー

- ・その方に対して合った対応が出来ると落ち着くが、施設のマンパワーが足りないと無理。

### (2) 2グループ

夫婦2人暮らし

介入難しい

訪問看護

奥さん→サービス必要 ヘルパー  
ご主人→サービスいら  
緊急 措置入院した方がいい  
なかなかできない  
県病→精神科  
受入れが出来ない

外に出たい⇒何が原因

家に帰りたい？

トイレの回数多い

何がしたい

集中力

サービスにつなぐ

本人にとってそれはいいか

認知症⇒外出支援できない⇒強く言えない

ヘルパーのみ

有料、グループホーム

## かかりつけ医→専門医

薬物治療

受診は難しい

待ち時間長い 待てない

家族の関り

Y先生⇒往診

件数が多く、まわれない

必要としている人

家族だけでは受診難しい対応できない。精神科いけない。

・かかりつけ→認知症 診断まで

前に進みにくい

オレンジドクター増えると…。

先生⇒連携出来てきたが、

他、医師、温度差あり

とりやすい医師、とりにくい医師

（他の医師もこのような会議に入ってもらい認知症支援にむけ理解すると連携がスムーズにいくのでは？

その方の症状、詳しくアセスメント

前もって細かな情報を書いておく。

### (3) 3グループ

・医師は介入する事は少ないが関わっている専門職がしっかりしている。助かる。

・訪看の立場から

橋渡しの役割（媒介）

施設の困っている事の相談を受ける。

高齢者、キーパーソンがいない時、介入する時困る。同意とか。

本人の意思があっても、身内がいない時、OP だったり。

・1人暮らし 離れた家族が心配しても、本人はデイなど行かなくてもと。

・せん妄が出たとき、初期症状の段階であつたらもっとスムーズ。

精神科受診は…と、戸惑いあるとは思いますが…。

・医師にもっと報告していただいて、薬は減らすことだったり。

病院に連携係がいて医師への伝言できているので助かる。

医師は診察時間だろうからと思っているが連携係の方に言える。

・今日の院長の話で医師との壁(?)は感じずに介護と医療の連携はかれると思う。

### (4) 4グループ

・介護サービスを利用することをよしとしない風潮が有る。

介護者が介護出来なくなった時の対応について常時話し合ってほしい。

相談方法等、包括の利用等の周知してほしい。

## (5) 5グループ

講話を聞いての意見（困りごとなど）

看護師

- ・免許返納については外来で評価をしているので患者が来院する。しかし患者本人だけでは理解できないため医師に怒られている事が多い。家族と来院してほしい。

介護支援専門員

- ・受診につながらない方には付き添い、受診につなげている。
- ・薬の服用を続ける事の大切さを根気強く話している。

介護支援専門員

- ・その認知症患者さんに今、何が一番必要なのかを考えている。

介護支援専門員

- ・薬剤師で知識のある娘さんが現段階で認知症の薬を服用しても手遅れなので服用させないため、息子さんの方は困っている。利用者本人は独居でヘルパーが入っており、デイにも通っている。しかし周囲とのトラブルも多い。

↓専門職の意見

- ・現実を家族に知ってもらう。
- ・他の疾患で医療機関を受診しているが、認知症についても診察してもらっているわけではない。→認知症外来を受診するにしても家族の協力が必要。家族の協力、理解が一番大切
- ・トラブルなどリスクを伝えているとのことだが、警察沙汰にならなければ家族に現状を理解してもらえないかも。

## (6) 6グループ

①困っている事、気になっている事、思うこと

- ・急に認知症が進行して家族がパニックになり説明が理解できずサービス導入等、後手になる。→情報を出しすぎても混乱する。
- ・介護は連携できている。医療がサービス担当者会議などによばれる事は少ない。医療と介護の連携が必要。
- ・老老介護、サービス提供や情報提供しても経済面のことを心配して導入に至らない→サービスで実施することもある。
- ・利用者の情報、現場のスタッフとしては介護支援専門員、包括支援センターと連携して情報共有したい。
- ・ゴミ屋敷のケース、民生委員も困っている。行くたびに物が増えている。服薬管理もできてなさそう。

介入拒否→もしもの時が心配

↓  
家族も介入したがりない→見守るしかない

⇒介護支援専門員1人ではどうにもならない。

月1回の受診は確実にしている。

★本人の意向は大切だが、どこまで見守るか…。

- ・薬局での関り→本人のいう事しかわからない（「薬飲めてる」「血压良い」とか…どう介入していくのが良いのか…。他職種を介して利用者訪問薬剤指導、施設の方が多い。

②スムーズな連携について、それぞれの立場でできること

#### 介護支援専門員

- ・医療と介護の連携が大切。ケアプラン作成にも医療意識。

#### 作業療法士

- ・多職種の集まる機会が貴重→利用者抜きでざっくばらんに話せる場。

#### 介護支援専門員

- ・リハビリ専門職、医師など、なかなか話す時間が取れないので出来るだけ機会をとらえて関わるようにする。

#### 薬剤師

- ・多職種で集まる場に積極的に参加する。

### (7) 7グループ

#### 薬局

- ・これまで来られていた患者さんの変化、どこにつなげたら、どこへ連絡したらよいか。

#### デイケア

- ・どこまで介護、踏み込んでよいのか？（着替えもこちらがしないといけないのか？）
- ・介助者の知識不足に対して、どう伝えたら良いか。
- ・家族とのやり取りの難しさ、家族も高齢。

#### 認知症デイ

- ・新規利用者…本人がサービスを受け入れない  
(自分はちゃんとできているのに!!)  
家族はデイに行って欲しいという思い。

本人の想いと家族の想いのギャップ、本人も苦しんでいるのでは…と感じる。

#### 連携担当（病院）

- ・独居、身寄りなし、生活保護  
介護との連携が難しい（まだ申請に至っていない）  
入院時に必要なものの用意、購入は誰に…。
- ・他科受診、制度の手続き代行などボランティアで動いた。

#### 介護支援専門員（在宅）

- ・入院時  
精神科への入院、受診
  - ・介護支援専門員が相談しても対応してもらえなかった（複数）
  - ・診察自体を断られた。
  - ・主治医から病院への連絡でないと対応してくれないと言われた。
  - ・主治医が定まっていなかった。

### (8) 8グループ

#### 認知症の対応で困っている事

- ・自動車の運転…地域柄、車の運転が生活の必需品となっている。  
運転免許返納との問題

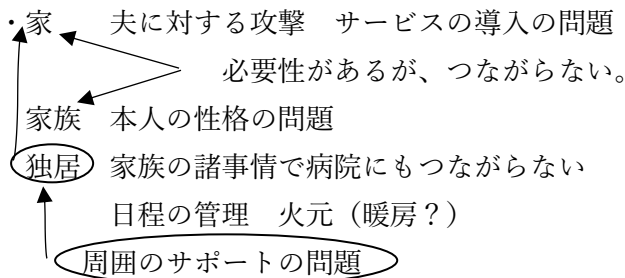
認知症の方は、自動車の運転で事故を起こさないか心配。病気の自覚がないこともあり運転免許の返納は難しい。



- デイサービス利用者に対し
  - 日程の管理が出来ていない
  - 高齢者の1人暮らし送迎に行くとき忘れていて 理解できない 鍵がどこにあるかわからない
  - 日程の問題 要支援の人→1人暮らしの独居が 何でかできている??

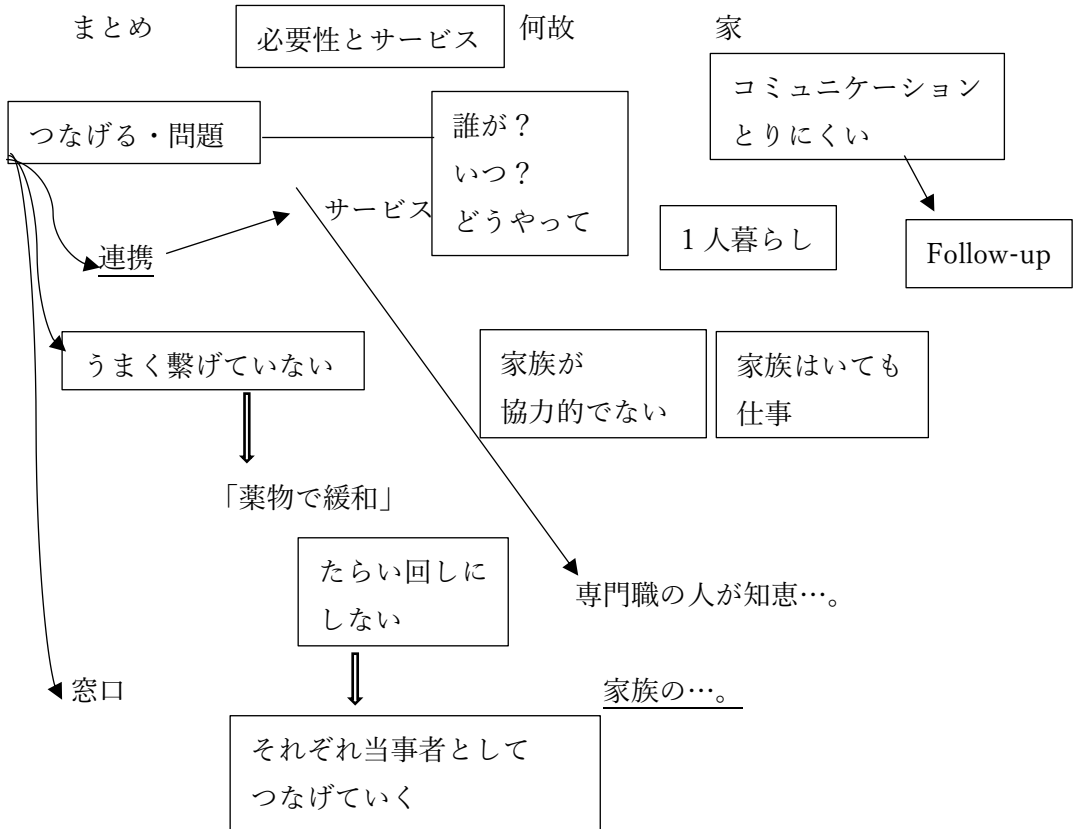
関わり方を苦慮している

デイサービス利用者の中には送迎の日を忘れるなど日程の把握が出来ていない人がいる。迎えに行ってもいるか、いないかが分からないこともあり何度もノックしたり事務所から電話してもらったりする。いても家の鍵がどこにあるかが分からないこともある。家族がいても手伝ってくれないことがある。独居の場合、暖房をつけたままなので、コンセントを抜いたりすることもある。



デイサービスの迎えに行った際に妻が夫を攻撃していたが認知症かどうか分からない。妻が病院に行きたがらないため、どうやって医療につなげて良いかわからない。

連携の課題



- 薬物で認知症の症状が治まる場合もあるが、即効性がなくて家族の期待が外れ、入退院を繰り返すこともある。

- ・介入のタイミングが難しいが、たらい回しにならずに医療と介護がつながるためには、多職種皆が当事者意識を持ってうまくコミュニケーションをとる必要がある。

#### 司会者のまとめ

##### 認知症の対応で困っている事

- ①認知症の方は、自動車の運転で事故を起こさないか心配。地域柄、自動車が生活必需品なのは分かるが、病気の自覚がないこともあり運転免許の返納は難しい。
- ②デイサービス利用者の中には送迎の日を忘れるなど日程の把握が出来ていない人がある。迎えに行ってもいるか、いないかが分からないこともあり何度もノックしたり事務所から電話してもらったりする。いても家の鍵がどこにあるかが分からないこともある。家族がいても手伝ってくれないことがある。独居の場合、暖房をつけたままなので、コンセントを抜いたりすることもある。
- ③デイサービスの迎えに行った際に妻が夫を攻撃していたが認知症かどうか分からない。妻が病院に行きたがらないため、どうやって医療につなげて良いかわからない。
- ④薬物で認知症の症状が治まる場合もあるが、即効性がなくて家族の期待が外れ、入退院を繰り返すこともある。
- ⑤介入のタイミングが難しいが、たらい回しにならずに医療と介護がつながるためには、多職種皆が当事者意識を持ってうまくコミュニケーションをとる必要がある。