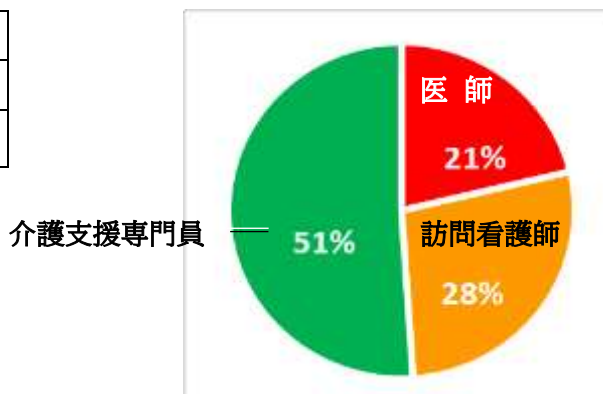


令和3年度 大分市在宅医療・介護連携推進事業
 第5回 医師・訪問看護師・介護支援専門員の連携を深める研修会
 「夫婦ともに認知症の方の生活を支える
 ～ 関わる人々で何ができるのか ～ 」 報告書

- 1 日 時 令和4年2月25日（金）18：50～20：50
 2 開催方法 オンライン研修（Zoom）
 3 内 容 第1部 シンポジウム
 第2部 グループワーク
 ・認知症を抱える方との関わりで困っていること
 ・専門職にできること、関わる方に期待すること

4 参加者数と職種 ・ 計 47名

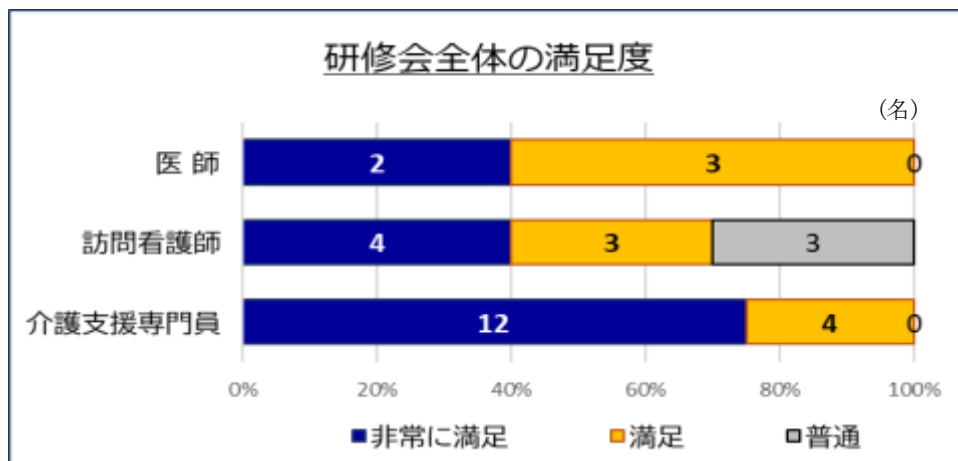
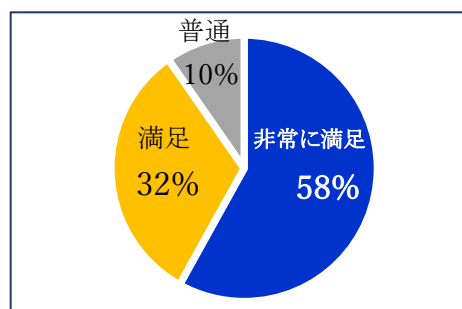
医 師	10 名
訪問看護師	13 名
介護支援専門員	24 名



5 アンケート集計結果 回答者31名（回答率59.6%）

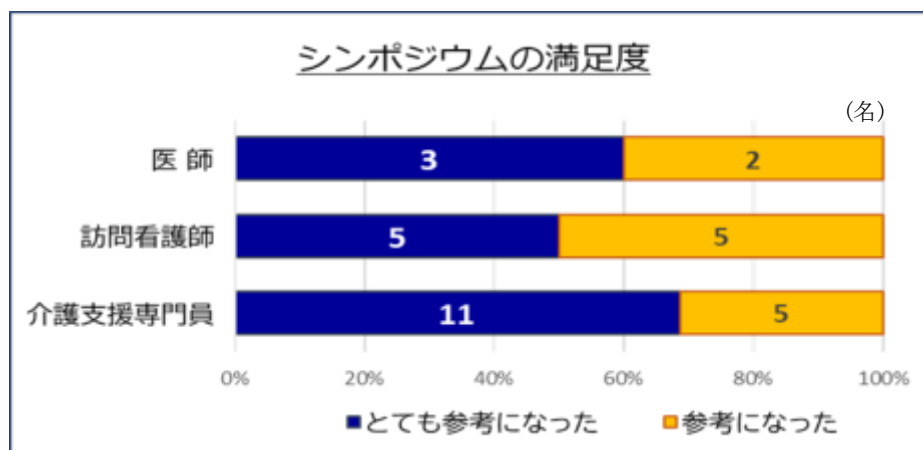
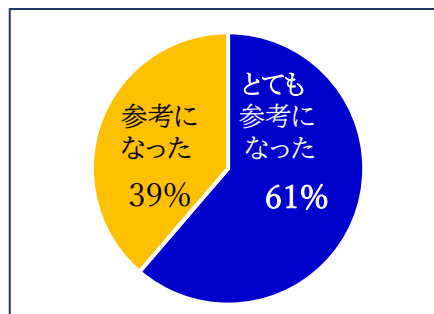
問1. 研修会全体の満足度を教えてください。

非常に満足	18 名
満 足	10 名
普 通	3 名



問2-1. シンポジウムはいかがでしたか？

とても参考になった	19名
参考になった	12名
参考にはならなかった	0名



問2-2. シンポジウムの感想

- ・ 高齢化が進み、今後、今回シンポジウムで扱ったようなテーマに直面することが多くなると思う。 [介護支援専門員]
- ・ 座長の鋭い質問が、認知症ケアの考えを深める機会になった。 [介護支援専門員]
- ・ もう少し、家族ケアについても聴きたかった。 [医師]
- ・ 本人のニーズはどこにあるのかを見極めることが大事で、それを行うために本人との関係性を築く方法を知りたい。本人や家族環境により違うため、毎回、悩みながら対応している。 [介護支援専門員]

問3 グループワークへの意見

- ・ このような会に参加しない一般の先生は、ケアマネについてどのようなイメージをもたれているのか？どのような関係を作っていこうと考えていらっしゃるのか？どのような情報を得たいと思っているのか？を伺いたいと思った。 [介護支援専門員]
- ・ 45分は短く感じた。もっと時間があると良いと思った。 [介護支援専門員] ・ 短い。 [医師]
- ・ 諸事情で専門科受診ができず悪循環に陥ってしまった利用者に対して、他事業所はどのように対応しているのかを知りたかった。 [訪問看護師]

問4. 現在、認知症の方を支援する上での困りごとを教えてください。

【認知症の症状に影響されること】

- ・ 受け入れ拒否や攻撃性が高まっているときの、対応。[訪問看護師]
- ・ 本人の意思決定が定まらない。[医師] ・ 意向が変わり易い。[介護支援専門員]
- ・ 的確な問診も難しく、病状把握すら出来ない事がある。[医師]
- ・ 服薬のセット方法を変えたりすると利用者は変化に対応できない。内服管理が大変。[訪問看護師]
- ・ 過量服薬の可能性など考えると、処方自体が危険とも思われる。[医師]
- ・ 日時の把握が難しい。[介護支援専門員]
- ・ 時間が拘束されることを嫌がり、訪問しても断られる。[訪問看護師]
- ・ 訪問はできるが、支援を拒否される。[訪問看護師] [介護支援専門員]
- ・ 支援に対しての理解ができず、サービス介入ができない。[介護支援専門員]
- ・ 現状を理解できず、以前のようにできると思う、言い張る、受け入れない。[介護支援専門員]

【家族に関わること】

- ・ 本人(利用者)と家族との意向の相違。[介護支援専門員]
- ・ 家族への対応。[介護支援専門員]
- ・ 夫婦の場合、自分のことが精一杯になると、虐待、放置になりやすい。[介護支援専門員]
- ・ 家族は県外在住で利用者の状況を把握できない。家族はサービスを拒否する。[介護支援専門員]
- ・ 主治医から車の運転を控えるように言われているが、家族が遠方に居り、家族から本人への説得が難しい。[介護支援専門員]
- ・ 介護者が認知症に対して理解がなく、利用者本人に対して怒鳴るなどして、自宅での介護が難しくなっている。[介護支援専門員]
- ・ 家族に認知症の知識がなく危機感も無い。理解以前に拒否をされ、信頼関係が構築できない。[介護支援専門員]
- ・ 認知症に対する、家族や市民の理解不足。[医師]

【経済的なこと】

- ・ 利用者の経済的な理由で、介入が難しい。[介護支援専門員]
- ・ 認知症患者は介護度が低く、サービスを多く入れられない。[訪問看護師]
- ・ 本人に適切な判断ができてくると思えない時、特に金銭面では誰が決めるのか？[介護支援専門員]

【その他】

- ・ 認知症以外にも疾患があるのに、治療が進まない。[訪問看護師]
 - ・ 他職種を理解する気持ちの無い人とは、一緒に仕事をするのは難しい。[ホームヘルパー]
-

6 グループワークで出た意見（抜粋）

テーマ1

認知症を抱える方と関わる上で、今一番困っていること

※ 職種別、[]内はグループ番号

【医師】

- ・ 困った事例は沢山あるが、まずは誰かが入って状況を把握する必要がある。患者がその受け入れをしてくれない事が一番困ると感じている。[3]
- ・ 亡くなった息子の妻と二人暮らしの女性の認知症が進行しているが、訪問看護も包括支援センターの介入も拒否をされ、困っている。[6]
- ・ 子の親に対するイメージが強いのかもしれないが、「うちの親におかしいところは無い」と拒む。ケアマネに介入を依頼するが、「入れませんでした」と言われることもある。[2]
- ・ 訪問診療であればしっかりと関わるができるが、外来患者の場合は難しい。[2]
- ・ 外来では大変な思いをされている方は多い。そういった方の家族支援も含めまだまだだと感じる。[1]
- ・ 認知症外来で、家族等の付き添いなく本人が一人で来て、対応に困ることがある。[4]
- ・ 夫婦それぞれ認知症であったとしても、妻が外から人が入るのを嫌がるというケースが多いように思う。認知症だと思っていないので、外からの支援を必要としていないと思っている人が多い。[2]
- ・ 外来の頃から診ていた夫婦の、妻が認知症で寝たきりになった。介護していた夫が施設に入所することになって初めて、夫も重度の認知症を患っていたことが分かり、衝撃を受けた。[3]
- ・ 夫婦ともに認知症を患っている場合、お互いに機能を補完しあっているような2人で一組であるケースが多い。片方に何かがあった時、「2人一緒に動かせればな」とよく思う。[3]
- ・ 糖尿病を患う重度の認知症の夫を介護していた妻に癌が見つかり、どうやってこれからこの患者の生活を見ていけば良いのか、非常に悩んでいる。[3]
- ・ 独居や夫婦ともに認知症の方の場合、診察時に取り繕いをされていると、実際のことが分からない。またそうした方に、意思決定について委ねて良いのか判断に悩む。[4]
- ・ 認知症の方は意思疎通から難しいし、想いを汲み取って関係性を構築していくが、それすら難しい。訪問診療を終え家を去るときに、これで良かったのかと思うことが多々ある。[4]
- ・ 廃用症候群が進み、ベッドの上でカルピスとタバコだけで過ごしていた男性。家族の判断で入所し順応したが、振り返って、「本人の生きる楽しみを全て奪ってしまったのではないか」と思った。[5]
- ・ 介護者の認知症が進行し、夫婦ともに体重減少がみられ待たなしの状況だが、元々拒否があり決定権を持つ家族も居ないため、施設入所もできず大変困っている。[5]
- ・ 家族が本人の状況について甘くみているケースがあるので、繰り返し話をして家族や周りの人の協力を得ながら、地道に理解を求めていく必要がある。[2]
- ・ 家族の理解がないこと、家族の教育が課題。認知症になった家族に対して「これからも一緒に暮らしていこう」というよりは、「親がおかしくなった」と排他的に捉えてしまうケースがある。[7]
- ・ 普段、入院患者を中心に診ているが、易怒性のある認知症患者を、家族のレスパイトケアを目的に受け入れることがある。そういった方は薬物によるコントロールがなかなかうまくいかない。[4]
- ・ 医療者として、あるいは自分たちの価値観からして「こうあるべきだ」ということを押し付けてしまうことがどうしてもあるのではないかと。[3]
- ・ 認知症になっても自分らしく生活できるような場を作っていくのが、課題だと感じている。大分では福岡市のような、自分らしく過ごせる場が地域資源として不足していると感じている。[1]
- ・ 福岡市の「認知症フレンドリーシティ・プロジェクト」や「オレンジ人材バンク」の取組みのように、家族だけではなく地域の方、市や県も巻き込んだマクロ的な取組みも今後必要かと思う。[7]

【 訪問看護師 】

- ・ 認知症の方で ADL を維持されている方は多く、介護度が軽い。30分の枠では、本人が何を希望しているか聞き取れず、介入までに時間がかかる。[5]
- ・ 認知症が進行してきた方に、意思決定についてどこまで委ねて良いのかが悩ましい。[4]
- ・ 夫婦ともに認知症だと服薬の管理が難しい。誤飲をして1日対応に追われたケースもあった。[3]
- ・ 介護度の低い認知症の方の服薬管理で困っている。一日3回の処方をして1回にできないか主治医に交渉したが難しい。週に1回しか入れない中、全身状態が悪くならないようにするには？と常に考えている。[6]
- ・ 月 1 回訪問の夫婦ともに認知症の方例。緊急呼び出しが増え対応が難しくなったので、利用者に交渉して週1回にしたところ状況が落ち着いてきた。ところがその経緯を知らない娘から「月2回でいい」と言われ、対応に苦慮している。[2]
- ・ 認知症が進み医師からは見放され、他の専門職からも「自分たちの仕事ではない」と突き放されると、八方塞りでどうしようもなくなる。やっと訪問看護を導入できたが服薬管理のみで生活面までは見ないので、本当に困ってしまい途方に暮れた。[6]
- ・ 介護者が骨折し入院となってしまった。退院するまでの間ヘルパーと訪問介護で在宅生活を支援しようとしたが、非常に受け入れが悪く困った。[5]
- ・ 県外の家族が帰省して、コロナでヘルパーが入られない代わりとしての介入の依頼が多い。こうした社会現象の一つにどうやって繰り組んでいくか、暫くは続くと思うので課題であると感じている。[3]
- ・ 認知症専門医の治療を拒否される方は、薬でのコントロールが難しいと感じている。[7]
- ・ 生活状況では自分達が見聞きしたものだけが“真実”になってしまい、見えない時間の“本当のところ”が分からない。[7]

【 介護支援専門員 】

- ・ 認知症の検査について、「自分は違う」と本人が否定し、受診を嫌がる時に、どういう声掛けをしたら良いか分からない。[4]
 - ・ 認知症の配偶者の介護をする中で、自分も認知症が進んでいることに気付けない。[4]
 - ・ 軽度の夫が重度の妻を介護している事例。専門職が「これが大切なのに」と思うプランを、夫が妻の好みどおりに勝手に変更してしまい、困っている。[5]
 - ・ 妻が認知症であることを夫が認められず「自分が看るからそんなにサービスを使わなくていい」と言いながらも、疲弊し、行政に相談し、ケアマネが訪問するということを繰り返している。[2]
 - ・ 夫婦ともに認知症で片方に易怒性があり片方が理性で耐えていたりする場合、そちらの認知機能が低下して自制できなくなったらどうするんだろう、ということを感じている。[2]
 - ・ 妻の認知症が進み、主介護者である夫から暴言・暴力がみられるようになってきた。ショートの利用によりレスパイトケアを図っているが、夫の、将来に対する不安の根本的な解決にはならない。[5]
 - ・ 認知症の方は取り繕いが上手く、生活上の問題を気取らせない。気付いた時にはかなり進んでいて、医師からも見放される状態。[3][6]
 - ・ 家族の認知症に対する理解がなく、近隣から周辺症状について苦情が出ているにも関わらず、家族は支援無く在宅生活を続けようとする。[7]
 - ・ 家族が認知機能の衰えについて理解できない／受け入れられない場合、介入の部分で必要な介護申請やそもそもの受診につながり難い。[7]
 - ・ 認知症が進んでいることを家族に伝えると、うろたえるばかりか、ケアマネの気付きが遅かったせいであるのかのような空気になる時がある。[6]
 - ・ 自分の意思をうまく伝えられない方の場合、家族の意向ばかりで話が進んでしまうことが多く、「本人は嫌がってるんじゃないかな」と感じることもある。[7]
 - ・ ケアマネは、「在宅は無理なんじゃないか」という周りの人と「施設に入りたくない」という本人・家族との板挟みになって悩むことが多い。[7]
 - ・ 最近担当した例で一番困ったのが車の運転。本人たちが長年車の運転をしていて、それが危ないという自覚が無く、運転をしないようにするのはどうしたら良いのか悩んでいる。[3]
 - ・ 介護保険のサービスの枠組の中でサービスを調整することが難しい。[4]
 - ・ ショートステイや訪問看護を使いたかったが、費用が出せず断念した。[1]
-

テーマ2

テーマ1で出た困りごとについて、シンポジウム（内容は当センターHP掲載の報告書に記載）の内容を受け、専門職ができること / 認知症患者に関わる人に期待すること

※ 職種別、[]内はグループ番号

【 医 師 】

- ・ 介入の拒否が強い夫婦については、場合によっては、いけるところまでいかせるという選択肢もあると思う。それもその人たちの人生に寄り添う、希望を叶えるということになるのではないか。[6]
- ・ 薬を処方する時は、症状よりも「何で困っているか」の情報がほしい。易怒性を例にすると、どちらかが怒っていてももう片方が気にしていなければ、薬は使わなくても良いのではないかと考える。[6]
- ・ 独居で徘徊を行う方の例。何度も警察沙汰になり皆困っていたが、そのうち警察、民生委員、地域住民に「地域にこういう人が居る」という理解が広がってきて、黙って見守れるようになってきたら、本人も落ち着いてきた。[7]
- ・ 自分事としてどれだけ捉えられるのか、関わっている患者さんに自分になりきれ、どうすれば良いのか自分事として考えていくというのを関わる皆さんでやるのが大事だと感じている。各専門職それぞれの立場で英知を結集することが非常に重要だと思う。[4]
- ・ 在宅療養支援病院としてスタートしてまだ一年だが、何かあったら相談できる、地域包括ケアの中心的な役割を果たしたいと思っている。医師同士・医療機関同士の連携に留まらず、今回の会のような形で色んな職種との関係作りをしていきたい。[4]
- ・ 急性期に携わる医師は救命が最優先事項なので、患者の生活やケアマネに対して気を回す余裕が無い場合、冷たくあたることもあるかも知れない。そのため、在宅医や、地域包括ケアを行っている医師を、事前に探しておくのも一つの方法なのではないか。[4]
- ・ 一人で抱え込んでいるケアマネを見かけるが、困っていることは困っていると言っても良いと思う。意思の疎通が図り易いネットワークを持って、利用者を中心に、皆が同じ視点で見守ることができれば良いと思う。[5]
- ・ 積極的に情報を取りにいきたいが、デイやヘルパーは、電話口に分かる方が出てこないのが難しい。その辺りの情報収集、会えない専門職との橋渡し役をケアマネには期待している。[5]

《意見照会について》

- ・ ケアマネから頂く情報はすごく詳しく書いてあり助かっているが、返事を書くのは結構大変なので、直接電話している。その方が敷居も下がって連絡が取り易くなり情報も得易い。[6]
- ・ 訊きたいことは多分にあるのだろうが、それが書類を見る限りでは正直なかなか見つけられない。何についてコメントしようかと悩むこともある。ただ基本的には、書類にはちゃんと書かないといけなと思っていますので、遠慮なく言ってもらって構わない。[6]

【 訪問看護師 】

- ・ 経済的な理由でヘルパーも入れられないような場合は、特指示を使う。14日間の関りの中で、服薬管理もでき、受け入れも良くなり、週1回の関りになっても関係性が維持できる。[6]
- ・ 夫婦とも精神科にかかった場合、訪問は週3回可能となるので、夫婦1日交代で計週6回入ることができる。毎日関わることで、生活のことや認知症の状態などもみることができる。[6]
- ・ 認知症ではあるが嫌という意思表示ができる方の保清に苦労した。スタッフを替えたり訪問を重ねることで少しずつ打ち解けてくれた。そうしたタイミングを逃さずにやっている。[7]
- ・ 身寄りのいない人が一番難しく金銭トラブルになりやすいので、そういった時は第三者の立場の人に同席してもらうようにしている。ケアマネ、施設であれば施設長や相談員等、導入の際はできるだけ多人数で説明するように対応している。[2]
- ・ 気長に耐えて待つスタンス。スタッフにも、「本人や家族が困ったというサインを発信した時に対応できるよう、準備だけはしておこう」と伝えている。準備していることは、他職種とも情報共有するよう心掛けている。[5]

-
- ・ 訪問看護師は利用者の病状を医師に報告し解決策を相談するが、急性期病院には相談もできないし、在宅医につなげられないケースもあるので、地域に在宅療養支援病院ができて、本当に助かっている。[4]
 - ・ いかに在宅で生活できるか、各専門職と色々な支援、意見を合わせながら支えていくかが大切。ゆくゆくは認知症に限らず、年をとって在宅で生活するのが困難ということが多くなると思うので、今後のことを見据えて、施設入所などを事前に準備していただいたりしながら動いていくことも大事だと思う。[4]
 - ・ 易怒性がある場合それに適した薬で調整できれば、どんどん受け入れが良くなるといった経験は沢山ある。自分達が見聞きしたことを、処方される医師につなげていくことも大切だと感じた。[7]
 - ・ 認知症の方の情報共有は、各専門職とSNSのグループを作ってその中でやり取りを行い、そこに家族も巻き込んでいくというような例が数件ある。共有できる内容については、遠方の家族も含めてやり取りを行っている。[5]
-

【 介護支援専門員 】

-
- ・ 医師、ヘルパー、訪問看護の協力が必要で、ケアマネ 1 人では本当に何もできない。皆さんと情報共有をしながら在宅生活を維持できるところまでしていかないと、夫婦2人の生活を支えられない。[2]
 - ・ 訪問看護師やケアマネが、「ここはこの専門職に訊いて」「ここここは連携とらせたほうが良いな」というような仲介役を、上手にしてくれている。[2:訪問介護員]
 - ・ 医師・訪看・ケアマネのトライアングルの中に、主治医としての在宅医が居るとすごくやり易い。服薬や本人の状態を他の医療職に相談していただけるし、ケアマネの悩みを聴いてくださったりする。[4]
 - ・ 自分たちが一番困っている時に情報提供していただける場所であったり手段があると、認知症の方の介入にもつなげられるのではないか。[4]
 - ・ 信頼関係を築くまで本当にきついなあという思いをしてきた夫婦について、事例検討会で取り上げてもらい、皆で共有して他の方の意見をもらうことで、とても救われたような気持ちになった。[5]
 - ・ 訪問薬剤師が月2回お薬カレンダーを作り、訪問看護師とヘルパーがチェックすることで、服薬管理がうまくいっている。[5]
 - ・ 利用者の生活であるとか介入のタイミングであるとかは、私たち支援者の見方(主観)による。他職種の皆さんの様々な意見を聞くことによって、多面的な見方(客観視)ができる。[5]
 - ・ 訪問看護や居宅介護事業所とは頻りに連絡を取るが、医師に連絡をする時は何かが起こった時。しかし肝心なのは、日常。ケアマネはいつも、「困っていない今から関わった方が良いのかな?いや、でも医師はお忙しいし・・・」等の葛藤を抱えている。[6]
 - ・ 利用者の話に耳を傾けて得た情報を、いかに連携して共有していくか。その連携の要になれば良いと思っている。[6]
-

以上 ご発言の詳細については、当センターHP掲載の報告書(全文)をご参照ください。