

# 令和3年度 大在圏地域連携検討会 報告書

1 日時 令和3年9月15日(水) 18:30~20:00

2 参加方法 Zoom ミーティング

3 内容 (1)講話 「認知症初期集中支援チームの役割」

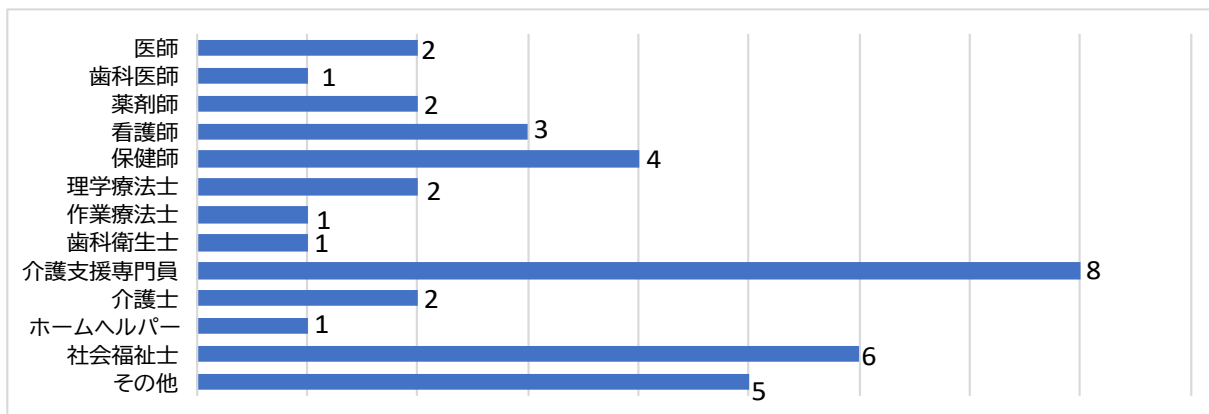
講師：長寿福祉課 権利擁護担当班 郷司 陽平 氏

(2)グループワーク 大在圏の医療・介護連携について

「認知症の方を地域で支える

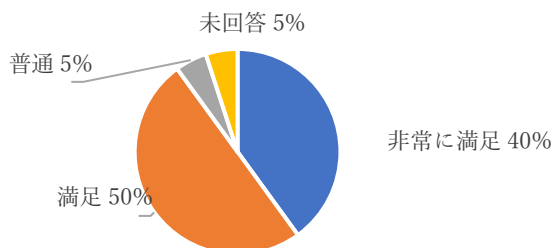
～ 認知症の方の早期発見、早期治療への連携は？ ～」

## 4 参加者数(38名)の内訳



## 5 アンケート集計 (アンケート回答数 20名)

問 1.本日の地域連携検討会参加の満足度はいかがでしたか？



問 2.講話について(感想や聞けなかったことなどお書きください)

- ・現状を理解しました。[医師]
- ・患者さんと接した時に認知症かもしれないと思って、どちらに連絡すれば良いか分からなかったのが、今回参加させて頂いて良かったです。[薬剤師]
- ・支援チームの取組みを詳しく知ることができました。[看護師]
- ・事例などをあげてほしかったです。[看護師]
- ・相談後は対応してくれるのですか？ [看護師]
- ・支援チームの活動を初めて知りました。事例の中でも対応できる部分と示していただいたので、今後、ケース等の活動支援の一つとして、活用させていただきたいと思いました。[保健師]
- ・何か怪しいな…と感じた時などに、相談できる窓口を知る事ができて良かったです。[理学療法士]
- ・認知症初期集中支援チームの役割や事例から具体的な活動などが分かりました。[介護支援専門員]
- ・認知症の進行により関りが困難で、どのように支援をしていいか分からない場合も、認知症初期集中支援チームが関わってくださるのでしょうか？ [介護支援専門員]
- ・行政といえども動けないこともある中、ご尽力いただきありがとうございます。今後、認知症の方は増えていくと思います。支援チームの需要もましてくると思いますが、今後よろしく願います。[介護支援専門員]
- ・認知症初期集中支援チームの事は知っていました。今回の事例の方のように包括や居宅のケアマネだけでは対応できない利用者に早期に介入してもらえると助かります。[介護支援専門員]
- ・相談しやすく心強いです。[介護支援専門員]

- ・ 初期支援は大変な役割だと思えます。担って頂いて地域の方も助かっている事が多いと思えます。[介護福祉士]
- ・ 実際に関わった方の事例紹介もあり分かりやすかったです。[ホームヘルパー]
- ・ 対応事例等について詳細を聞きたかった。[社会福祉士]
- ・ いつもお世話になっていて、今回も講義をいただきまして大変ありがとうございます。[社会福祉士]
- ・ いつもご相談にのっていただき有り難いです。[社会福祉士]
- ・ とてもわかりやすかったです。[社会福祉士]

### 問3.グループワークについて（話したかったこと、聞けなかったことなどお書きください）

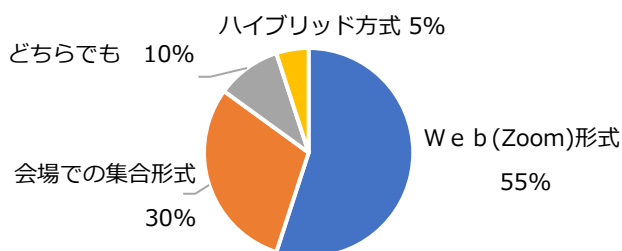
- ・ たくさん話せたので、特にありません。[看護師]
- ・ 病識理解がなされていないことでの壁がある…との医師からの意見があり、確かに納得させられました。[看護師]
- ・ 認知症に否定的な本人・家族への関わり方を具体的に話したかったです。[看護師]
- ・ 各々の職種・役割・対応している事から、いろんな方法や把握の仕方を知ることができました。把握の仕方についても、日頃の活動の中で活用できる事もありますので、早期発見できる視点としたいと思います。[保健師]
- ・ ご家族に認知症についての集まりやセミナー等に参加してもらうように促すことも今後念頭に入れておこうと思います。[理学療法士]
- ・ 早期発見・早期治療の必要性は大切な事が理解できた。[介護支援専門員]
- ・ 専門医に繋げる前の壁があり、1 つ目は病識がない事の壁、2 つ目は本人家族が専門医に対しての抵抗がある事の壁。[介護支援専門員]
- ・ 医師の先生から地域のつながりや認知症についての理解、啓発が大切との言葉、協力できることがあれば協力したいとの発言もあり良かったです。[介護支援専門員]
- ・ 他職種の方々の話を聞いて参考になりました。[介護支援専門員]
- ・ それぞれの視点や観点からの意見などを知れてよかったです。[介護支援専門員]
- ・ グループワークになると皆さんの話が聞けてとても役立ちます。各々の立場での感想や今までの経験談は今後の支援に役立てたいです。[介護支援専門員]
- ・ 貴重な意見交流ができました。[介護福祉士]
- ・ 最近顔を突き合わせての話が出来ないのでグループワークで実体験を少し話せて良かったです。[ホームヘルパー]
- ・ 専門職も様々なので、日々の対応事例などをもっと聞きたかった。[社会福祉士]
- ・ お金の支払いが生じる薬局等は紙幣ばかり使用し硬貨が増えているところまで観察しているか等聞きたかった。[社会福祉士]
- ・ 対応に苦慮している事例など聞くことができて良かったです。家族を含めて「連携」が、認知症対応には必要であると感じました。[社会福祉士]
- ・ もう少し、気軽な雰囲気であれば良かったです。[社会福祉士]
- ・ 特に薬局の方とは話す機会が少ないので、どんなことを心にかけているのか聞きたかった。[社会福祉士]
- ・ 初診時へのつなぎの困りや工夫している事などが聞きたかったです。[社会福祉士]

### 問4.多職種連携で良かったこと、困っていることなど教えてください。（多職種に対しての要望や困りごとなど）

- ・ 多職種連携をすることで私達ではわからなかった気づきがあったりします。連携はとても大事なことだと考え実感し日々業務しています。[看護師]
- ・ 相談員の方やヘルパーさんと日々連絡を取り合い、情報を共有しケアをすることで、統一されたケアができるので、日々行っていきたいです。[看護師]
- ・ 多職種連携がどのような対応をしているのかがわかりました。今後相談していく際にも、今日顔が見れたので、より相談しやすくなると感じました。ありがとうございます。[保健師]
- ・ 主治医からご家族への認知症の説明をお願いします。それを受けて家族が理解され、受入れてもらえるという流れがなかなかスムーズにいくケースが少なく、難しいと感じている。[理学療法士]
- ・ 入退院時の連携が以前に比べてとてもスムーズになっている事を感じます。しかしこのコロナ化で今までと状態が変わった方も、ベッドを空けなければならない状態で、急な退院を余儀なくされたケースがありました。仕方がないとは思いますが、状態がわからない中での調整となり本人・家族・施設も不安で困った事がありました。[介護支援専門員]
- ・ 支援してくださっている多職種の方々の専門的な見地を、認知症の進行状況や改善事項などを皆で共有し、利用者様やご家族の生活が平穩に維持できた事。[介護支援専門員]

- ・ 入院中のスタッフと在宅での支援スタッフとの利用者の生活についての温度差があるように感じます。コロナ禍で更に感じるが増えたように思いますが、今後も双方で連携していくことが重要だと感じました。[介護支援専門員]
- ・ 多職種の方の意見を聞く事は新たな発見になりました。[介護支援専門員]
- ・ 利用者様を多職種で支えている事を改めて認識する事ができたので良かったです。[ホームヘルパー]
- ・ 主治医によって連携が取り易い、早期の介入依頼の有無等、様々である。[社会福祉士]
- ・ みなさん協力してくださると思っております。[社会福祉士]
- ・ 薬剤師さんなど多職種の方からの情報提供があり助かります。[社会福祉士]
- ・ 医師との連携は、タイミングにいつも迷います。色々と悪化してしまう前に相談をしたいが、こんな内容で相談しているのか悩んでしまいます。[社会福祉士]
- ・ 様々な専門性を相互に生かしていければ、とても心強く思います。[社会福祉士]

**問 5.① 新型コロナウイルス感染症収束後は以前と同様に集合開催となりますが、参加しやすい開催形式を教えてください。**



**問 5.② このような検討会（内容）にしたい、こんなテーマが良いなどありますか？**

- ・ 専門医から認知症の診断、治療について講演して頂きたい。[医師]
- ・ 今後独居が増えてくると考えられます。その方との関わり、対応など地域で話し合うことができればと思います。[看護師]
- ・ NST（栄養サポート）チームについて、大在圏域の状況・取組みなど。[看護師]
- ・ NST（栄養サポート）チームの取組みについて話を聞いてみたいです。[理学療法士]
- ・ 医療依存度の高い方の支援について [介護支援専門員]
- ・ 精神科関連や障害分野との連携等。[社会福祉士]
- ・ 複合案件について [社会福祉士]

**問 6.その他、ご意見やご感想**

- ・ 多職種が認知症と向き合い、なんとかしよう頑張っている状況がわかりました。[医師]
- ・ 今後は薬局でも認知症の方と接する機会が増えてくると思うので、早期発見に役立つよう気配りしていきたいと思えます。認知症サポーターの講座は参加したことがあるのですが、今回のような研修会等有りませうらぜひ参加させて頂きたいです。Zoom形式で参加しやすく良かったです。ありがとうございました。[薬剤師]
- ・ 多職種の方々と話ができてよかったです。ありがとうございました [看護師]
- ・ 参加させて頂いてとても楽しかったです、いい時間が過ごせました。ZOOMでも十分できるんだと実感しました。ありがとうございました。[看護師]
- ・ 認知症が増えているので、地域の学習も必要なので、一般向けの勉強会があればと思います。今後もしっかり多職種連携を心がけ、本人・家族に寄り添っていきたく思います。ありがとうございました。[看護師]
- ・ グループワークの際に、他のグループの進行の声が入り聞き難いことがありました(会場の関係だとは思いますが)。多くの職種、関係機関の方が集まり意見をきくことができ、地域での支援者画がいる事を心強く思いました。今後相談させていただく事もあるかと思っていますので、よろしくお願いします。[介護支援専門員]
- ・ 認知症と一言で言っても、多種多様で、とても難しいケースも増えているため、今後もこのような会に参加させて頂き、色々な方の取組みを聞いていきたいと思えます。よろしくお願いします。[理学療法士]
- ・ お忙しい中検討会の調整をありがとうございました。zoomの方が参加はしやすいですが、顔の見える関係や意見の発信しやすさは、会場での集合形式の方が意見が活発に出るのかなと思いました。
- ・ 大在圏域地域連携検討会に参加させて頂きありがとうございました。他職種の話しをきけて参考になりました。地域に認知症カフェがないとの事。(カフェを)開設し、大在圏域の皆様が安心して地域で過ごして頂ける環境の場を提供できたらと思います。[介護支援専門員]
- ・ 地域で支えるためには、やはり地域住民で利用者を支えていかねばならないなと感じました。[介護支援専門員]

## 6 グループワーク協議

### 1 グループ

**テーマ① 初めての訪問、来所等で認知症状がある方と接するとき、今まで認知症状が無かった利用者に認知症状がみられ始めたとき、それぞれの専門職が「していること」を話し合しましょう。**

#### 講師

・初めて接するときには不安を与えないようにしている。なるべくその方の困りの引き出しを刺激しないように何に困っているのかを聞き取る中で、間隔を空けて同じ質問を繰り返しながら、本人がどのようなことで困っているのか・考えているのかを客観的にみるようにしている。

#### 司会（地域包括支援センター）

・家族の方から認知症の方の相談を受けることが昨年・一昨年もあった。王道だと思うが認知症の進行を緩やかにするためにきちんとした診断・お薬を飲んだり治療をすること、不活発な生活による認知面の低下による物忘れの誘発の可能性もあるので介護保険の申請をお勧めしてデイサービス利用で活気のある生活を送っていただくよう両輪で提案をすることが多かった。

#### 介護支援専門員

・初めての訪問で本人が認知症かなと思われる時には、まず本人の話を詳しく傾聴していこうと考えている。会話の中で周囲との関係性を築き上げて情報収集をして、本人に必要な支援を包括等に繋いでいきたいと考えている。

#### 理学療法士

・初めて訪問してわかる時や、関わっていく中で認知症状が出てきた時に、認知症・認知症状に対してのイメージを正面で受け止めてくれるご家族もいれば、認めたくないご家族もいらっしゃるため、情報を聞き出す際には相手の出方を神経を使いながら情報収集している。また説明やお薬、受診等は必要なものでその部分の促しを相手の反応を見ながら、探り探り説明しているのが現状。とても難しい部分だと感じている。

#### 医師

・両親の話になるが、昭和 1 桁の夫婦で、もともと父親が厳しい人間でさらに認知症状もあり、境界が難しくかなりきつい父親だった。母親が関わりにくいこともあり、最終的なキーパーソンは子どもである自分になったが、父親自身が認知症とっていないので、どのように理解をしてもらうか支援していただいた方にご負担をかけた。本人が事故・問題を起こすことで、ゆっくりと理解させていき、誘導していったことがあった。

#### 保健師等（包括）

・家族に話す際に苦い経験がある。普通では考えられない症状がある独居の方がいたが、ご家族に「本人には言えないことと言ってほしくない」と話をしたら、すぐに家族が本人に電話をし、本人から包括に電話があったことがあった。自分ではできるだけ早く専門医に繋がりたいと思って話をしたが、説明だけでは家族の協力を得られない苦い思い出がある。専門医に行く前に家族の同意が得られないと家族の協力が得られないので、そのへんが難しいなと二の足を踏むことがある。その時に家族の様子をアセスメントしながら誘導する技術を高めないといけないと日々思っている。

#### 司会

・皆さんの話で相手の出方に神経を使うというのは、皆さん共通しているところだと思う。

#### 生活相談員

・施設なので、在宅との関わり方と異なってくると思うが、入所のご相談があるときには必ず事前に情報が入っている、ケアマネ、ソーシャルワーカーに情報提供の依頼をするので、認知症のある程度の情報、認知症に至らない場合でも困りごとがあるといった情報は入ってくる。ただし、情報を聞き取ること、自分たちの目でフラットに考えることをしないと先入観で見えてしまい正しいケアができなくなってしまうので、職員には自分たちの目で見てアセスメントを書けることもとても大事だと伝えるようにしている。

・先日、精神疾患か認知症をお持ちかと思われる話の要領を得ない外部の方が急に訪ねてこられた。職員からは「警察への連絡を」となったが、私はぐっと堪えて包括に相談し、その方の情報について問い合わせしたところ包括に情報があり、スムーズにケースワーカーに繋ぐことができたケースもあった。

#### 司会

事例のケースでは、どこから手を付けたら良いのかと思われたと思うが、介護支援専門員がこのような方と出会われた

らどう思われるか。

### 介護支援専門員

- ・多少関わった方かなと思う。どこから手を付けて良いのか、どうしたら良いのか相談されたときに介入に困ったことを覚えている。早い時期に介入していただいたことで、この方にとっては良い方向に進んだが、もう少し早く地域の方から専門職に伝える方法があったのではないかと考えさせられたケースであった。

### 看護師

- ・ケアマネ、ヘルパーと連携してやっていかないといけない事例。先ず家の中の整理をケアと同時進行でしないとイケないのかなと思います。私たちができることは疾患があれば状態観察、治療が必要であれば促すこと、医師との連携を取っていくこと。本人に認知症があると家の中をきれいにすることが難しい。周りのマンパワーを使いながら本人に上手く伝えていくが、認知症は本当に大変。利用者も認知症の方が多く、訪問で四苦八苦している。傾聴し、本人の様子をみながら、家族と連携を取り今はなんとか上手くいっている。家族の理解が難しいとなかなか進まない。独居の方になると尚更周りを固めて連携を取っていくしかない。

### 司会

- ・専門職同士の連携のみならず、地域の発見する力、地域の福祉力向上が困っている方を早期発見につながっていくことだと思う。地域包括として市民の方に認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に対する接し方などを伝える場もあり、今後も啓発活動を続けながら地域の福祉力の情勢にも目を向けていかなければいけない。

### 保健師等（包括）

- ・余談ですが、事例の方は素直で笑顔が素敵などとも良い方。尿失禁・便失禁があるが、歩けるし、自転車でも移動できるタイプの方。訪問時不在で、どこかのミカンを取って握って帰ってくるのがあったが、そのミカンは拾ったのか取ったのかはわからない。有料老人ホーム入所後、みんなで散歩に出かけた際にもどこかのミカンを取ったことがある。以前からミカンを取って食べるのが好きだったのかもしれないが、施設職員から本人へ注意してもらったことがある。支援は難しかったが、支援をしたくなる人間味のある方だった。
- ・この方のアパートは最後まで片付かなかった。アパートを引き払うことがわかっていたので、ヘルパーさんが片付け等するのは二の次。生活を支える、食べること、着る物、病院に行くのに臭いが気になるので、認知症対応型通所介護で入浴支援をお願いし、病院受診をした記憶がある。包括スタッフ全員が日替わりで関わり情報共有を行い支えたが、もう少し早くわかっていたらと悔いが残る事例でもあった。

### 司会

- ・本人の拒否がなく、介護保険の申請の提案も聞き入れて、最善の策を提案しスムーズに協力的に事が進んだ。本人のキャラクターも素直な方だったので、うまくいった。

## テーマ② これから早期発見、早期治療をするために、専門職どう連携できるでしょうか？

### 講師

- ・テーマから逸れるかもしれないが、認知症が珍しいものではなくなっている。施策でも「認知症の方の為に何かしよう」から、「認知症の方と共に生きよう」へと移行している。過去の施策で謳っているが、認知症になることの怖さを覚えたり、親の認知症を受け入れられないなど、認知症に対する偏見ではないが、ネガティブなイメージが根強くあると思う。正直私自身も多少なりと持っている。高齢者の支援にあたり認知症の有無で振り分けるのではなく、認知症ケアは高齢者支援の中でおのずと入ってくる自然的ものということが全体的に広まり、支援の方に限らずいろんな方の中で認知症に対する慣れが今よりも得られれば、話題に認知症という単語が上がることへの抵抗が減り、初動が早まるのではないかと思う、啓蒙活動が重要なのではないかと思う。特に大在地区は若い世代が多く、幅広い世代にも広くわかっていただくのが、なによりも大切だと思う。多職種連携も大切だが、啓蒙も並行しながら取り組むべきと思う。

### 司会

ご自身の両親を介護する中で、どこに相談をしたか？

### 医師

- ・介護支援専門員の方に相談しながら対応したが、本人が病院受診を希望しなかったため、最初は免許返納から始めていき、できないことを徐々に理解させ、最終的には施設入所の対応を取った。自分は認知症ではないと思っている、受入れが悪い本人を納得させるのに数年かかった。その点は皆さんがご苦労されているのではないと思う。

### 司会

- ・支援する中でいろんな手立てを考えて支援するが、医師より話をしていただくことすんなり聞いていただけたり、神経を使いながら考えている。

## 生活相談員

- ・施設では、認知症の患われている方が多いが、施設に入ってからの方も中にはいる。施設に入るとご家族に理解していただくことが大切。家族が本人を見る機会が減るので、突然に認知症を患うと、うちの親は認知症ではないと言われる家族もいるので、常日頃から家族と連携しておくことがすごく大事。特養なので、嘱託医の先生が関わって下さっているので、多職種より聞き取った情報を嘱託医の先生に繋げ、必要があれば専門医に繋げるようにしている。
- ・私の母親も認知症の初期で、先程の医師の話ではないが、免許の返納から受診まで 3~4 年かかった。納得しない母親だったが、看護師の姉と連携しながら一緒に話をしていた。今も安定はしておらず日によって差があり支えるのに苦労している。

### **司会**

- ・本人の受入れが難しい場合は苦慮する。不活発な生活の改善の為にデイサービスに繋げようとしても、ご本人が拒否される。何度も訪問し関係性を構築しサービスに繋げたり、ご本人の好きなことを聞きだし、それにあった事業所の体験に繋げたりしている。

### **保健師等（包括）**

- ・生活相談員の方の話でもあったが、施設入所しているご家族に理解していただくのが難しいとあったが、要支援 1 から事業対象者、一般高齢者の方と接することが多く、元気なうちから家族と連絡が取れていたら、物忘れが出現しても言いやすいのかと思う。本人がしっかりしているうちに家族に話をするのは良くないのかと思う気持ちがあるが、普段から家族へ話をしていかなければ主治医にも話をしづらいところもあるので、普段から家族・主治医と密に連絡を取っていく必要性があると思った。

## 理学療法士

- ・リハビリで 40 分、1 時間と 1 対 1 で関わることが多い、その中で私たちの目から見て起き上がりや、トイレ動作など、いつもできていた動作ができなくなってきたり、火の消し忘れなど、この前こういうことをしたということを会話の中で聞いたりする。1 対 1 なので話を聞きやすく、動きを見やすいため感じ取ったことを、当事業所は訪問看護ステーションで看護師も訪問するので、すぐに情報提供している。看護師から話をしたり、気を付けるところを訪問時に見てもらい、少しでも怪しければ主治医・相談員などへ看護師より報告していただく。看護師から主治医へ連絡を取ることが多いと思う。患者さんの動作から読み取れるところを見落とさないように、関係各所に情報をお伝えできるように意識して行っている。

## 看護師

リハビリスタッフより相談を受けケアマネ、主治医に報告にいくが、上手く進むときとそうでないときがある。家族の理解というところで、若い方が認知症状が出始めており、認知の低下があると説明するが、家族より未だに認知症ではないかと言われ、説明が難しいことが多々ある。主治医に相談し専門医を受診するように言われ受診し病状説明で本人・家族がそれを受け入れられない。検査を行ったが検査結果に脳の萎縮もなく異常がないと「違うのではないか」「大丈夫ではないか」という話になってしまう。なかなか上手いかない。日々訪問し、本人と話をしながら家族の状況を取りまとめながら支援している。早期発見・早期治療というのはこちらからアクションしようと思うが、なかなか先に進まないことが多々ある。ただ主治医、ケアマネには相談しながら情報共有させていただくというところは押さえている。

### **司会**

- ・その方は認知面の低下を感じられているが、専門医にかかり検査をしても特に点数や画像の所見には表れない？

### **看護師**

- ・表れていると思うが、どう説明していいのかわからず、上手く説明できないものかと。看護師、理学療法士なので、診断はできないので言葉を選びながら説明している。進行すると認知症になる等は説明をすると、本人たちも困ると言われるが、家族にも接し方を考えませんかと言明してもなかなか理解が得られないというやり取りをしている。ひとつひとつ積み重ねて理解してもらおうことだと思う。困難事例はあります。

### **保健師等（包括）**

看護師に質問だが、もし認知症の診断がいたらどのような支援（治療）を進めていきたいか？

### **看護師**

- ・治療よりは家族の理解。薬を飲む飲まないより、認知症の方に対しての家族の接し方で全然変わってくると思う。私はそこを一番いつも思っていて、ケアや言葉がけをしている。

### **保健師等（包括）**

- ・周りのマンパワーの力をその人の認知症状が進行しないために発揮してくれたらということですかね？

### **看護師**



・それで上手くいったパターンがあるので、家族の理解というのがすごく大事だと思う。

### **保健師等（包括）**

・そういう案件は多い。私もそれは感じている。

### **看護師**

・進むものも進まない。理解があれば先に進むものであれば進むんですね。

### **講師**

・看護師の話は自分たちもいつも思っていることで、本人を取り巻く環境を主で務めるのが家族であり、認知症の事実を本人が受け入れがたく思っていると不安、怖さもありストレスだと思う。家族が認知症という事実を受け入れ、認知症であるという前提で本人が傷つかないような表現を使い、本人のきつい思いを減らしていくことが効果があることなのかなと思う。早期受診、進行していくことを考えると、よりコミュニケーションを図るのが難しくなる中で進行に対して恐怖を持って臨まなくても本人が過ごしていけるよう家族全体で包む、本人・家族トータルで支援することが大事だと思う。

## **2グループ**

### **テーマ① 初めての訪問、来所等で認知症状がある方と接するとき、今まで認知症状が無かった利用者 に認知症状がみられ始めたとき、それぞれの専門職が「していること」を話し合ひましょう。**

#### **司会**

・自身は、はじめてお会いした時に聞き取りでどこの病院にかかっているのか確認をして、問合せして現状を伝えている。担当している人であれば、事業所に近況を聞いたりしている。

#### **ホームヘルパー**

・はじめての訪問の時は、ケアマネジャーか地域包括と一緒に行くので、同時に確認できている。ヘルパーで訪問している中で、「そろそろ心配だな」などの様子を知り得るのは、普段の活動の中でのモニタリングや、他のヘルパーさんから情報収集したりしている。その情報はサービス提供責任者としてケアマネジャーに報告する。生活の場面に関わっているので、知り得る情報は多く、「ごみが出せなくなっている」や「冷蔵庫の中が大変な事になっている」など見えてくることを、皆さんに知らせる役回りだと思っている。

#### **看護師**

・認知症があつて、薬や病状の管理で訪問の依頼を受けることが多いが、事前にケアマネジャーから情報をもらうため、できるだけ先入観をもたずに本人と会話するようにしている。その中で生活環境を確認しながら、日々の生活をどのように送っているのかなどを聞き取っている。独居の人もしらっしゃり、デイケアを利用しているのであれば事業所から情報を得たり、症状や体調の様子を確認してもらっている。  
・経過をみていきながら、ちょっと違ってきたかなというところは、ケアマネジャーに相談、情報提供している。家族が遠方にいるようであれば今後どうしていくのかの連絡も必要になってくるが、できるだけ、環境を変えないように関わりをもっている。必要であれば医師にも確認する。受診の場合は、家族が付き添うのであれば状況を伝えてもらったり、こちらから受診の前に状況を伝えたりというやりとりはしている。

#### **介護士**

・施設では、その人の生活の状況や行動パターンが変わってきたら、「症状がでてきています」と家族に精神科の受診を相談して、対応している。

#### **保健師（保健所）**

・赴任後間もないので、ケースの人と会う機会はまだない。先日、暑い日に転倒した人がいて、名前を聞くがこちら情報もなかった。高齢の人だったので、本人が言っている名前を地域包括に連絡をし情報を確認した。認知症とは直接関係がないかもしれないが、情報がない人や、認知症状が影響してのことであれば、真っ先に地域包括に相談し、自分たちでできる支援を相談しながら、協力連携しながらやっていく。

#### **医師**

・診察の場面で、心配だなと思うことはある。そういった場合は家族がいる場合は来てもらって様子をきいたり、本人のいないところで様子を聞いたりする。一定以上問題があれば、家族がケアマネジャーに相談したりして、大きな問題になったことはない。家族がいない人は、精神科にかかってほしいとは言いつらく、どのようにすればいいかなと思う。

## 介護支援専門員

- ・ケアマネジャーの立場として、その人の情報を知っている人に問いあわせ、まずは状況を把握する。その上で、医師に連携する必要があったり、必要な専門職につなげたりを考えるようにしている。

## 保健師（長寿福祉課）

- ・サービスを利用している人は担当ケアマネジャーがいるので、介護事業所が認知症の情報をつかんだ時にはその情報はケアマネジャーに入ると思う。ケアマネジャーもその後認知症初期集中支援チームにつなぐとか、主治医に相談するなどの対応をと思う。
- ・サービスを使っていない場合は、地域包括に相談が入ると思う。地域包括も支援をする中で、認知症初期集中支援チームと協力して支援にあたると思う。

## 司会

認知面の低下に気づいて認知症の早期発見はできても、専門医まで繋げるのはハードルが高い人もいるのでは？専門医を受診したほうがいいけど、つなげられずに苦慮する人はいるか？

## 介護支援専門員

- ・たくさんいる。先程医師も話していたが、直球で「専門医受診したほうがいい」「認知症ですよ」とは言えないので、困っているとことを聞き取りながら説明して、「こういったところを診てもらえますよ」と遠回しな言い方しかできない。本当に困っていたら直球で言うこともあるが、家族や本人が困っていない、気づいていないことが多い。そういう人たちに、精神科はなかなか言いづらい。

## テーマ② これから早期発見、早期治療するために、どの専門職とどう連携できるでしょうか？

### 司会

- ・主治医から専門医に紹介してもらおうのが一番いいと思うが難しいと感じている。家族に提案し、主治医に相談し、専門医に紹介してもらおうことでうまくいくこともあるが、うまくいかないことが多い。そのまま定期受診はできているが、専門医につながっていないケースが多いと思う。サービスが途切れたり拒否されるケースの場合もある、主治医に受診が途切れたら教えてほしいと連絡をしておけばよかったと思う苦い経験がある。

### ホームヘルパー

- ・確定診断をうけ治療薬を飲んでもらえると、心の中で安心してしまふところがあるが、本人は何も変わってない。生活できていると思い込んでいて、洗濯ができないのは洗濯機が壊れているからだと言われたりする。そこにヘルパーが行って、生活に困らない、生きていくためのレベルをキープするには、連携が大事だし、報告も大事だが、常日頃動いているので、毎回ケアマネジャーに報告しても困るだろうと思い、月1の報告にしたりする。いよいよ親戚や家族に伝えなければいけないという判断、事業所や現場もこのタイミングかなと、迷惑じゃないかなと思っている。いざここという時は何度も連絡をしている。

### 看護師

実際に今関わっている利用者の方で、家族と一緒に同居はしているが、決定権は別に住んでいる家族という人がいる。同居家族は本人の認知症という事と本人の性格もあわさり、対応に苦慮している。指示書をいただいている医師は定期的に長谷川スケールをとっているが、点数が特別低いわけではないので、主治医から専門医へという話はない。生活状況で家族の困っている部分を解決するためには、一度専門医の受診をしてほしいと話している。専門医を受診すると、受診したことを本人が覚えていて話をすると認知症だと認めていない長男が「何で行くのか？」「薬を飲むな」と言う。早めに治療すれば家族の負担は減らせると思うともどかしい。家族の相談に認知症の症状だと伝えて、支援や対応を助言していくしかない。

### 司会

- ・家族や本人の理解の部分などで、受診など理想の形にいかない？

### 看護師

- ・そう。何か手だてができれば、同居している家族の不安が改善できるのかなと思う。

### 介護士

- ・認知症状の日々の記録をまずはしっかりして、専門職とケアマネジャーに伝えている。

### 医師



専門医にかかるまでの病識が本人にない、これが1つの壁。精神科にかかるのも1つの壁で、その壁を乗り越えて専門医にかかるには、家族や地域社会の近い人、日頃みている人の説得がないと難しいかと思う。病識がない人、抵抗がある人はそこをクリアしないとつながらないと思う。ご家族の協力や地域の繋がりなど新たな枠組みがないと難しいのかなと思う。地域の繋がりとしては例えば、自治会の世話役など日頃から接している近い方。近い方からの話や説得でなければ難しいのではないかと思います。

#### **司会**

・地域の中で認知症のことが知られることも微妙な難しさのある問題の一つだと思います。

#### **医師**

・家族もそうだし、地域も認知症に対する一般的な偏見、誰でもなりうることを地道にわかってもらっていきかかないと思います。

#### **保健師（保健所）**

・認知症の症状がでてから関わるということは、サービスを入れたりする中で難しいと聞いていた。今の活動の中でできるとしたら、生活習慣病の症状から認知症を発症する人もいる。骨折から寝たきりになって認知症になる人もいる。そういう部分で考えると、健診の結果から関わることもあるので、認知症になる前から予防活動を行っていくことが一番大事なのかと思った。啓発では、健康教室などで出向いていく事もできるので、偏見や原因の普及啓発や相談先の周知を担いたい。

#### **保健師（長寿福祉課）**

・これから高齢者がますます増え、当然認知症の人も増えていく。認知症の人が地域でたくさん生活していくようになるので、早期発見、早期治療がいいと思うが、なかなか治療に結びつかない人や本人家族含めて拒否する人もいる。こちらが思うようにいかない現状でも、認知症があっても家での生活や地域の中で支援を受けながらも生活ができるような状態をつくっていくのが理想的だと思う。それには地域の理解や協力体制、サービス事業所が入っていれば話を聞いたり、いろんな人と連携をとりながらという苦労は絶えないと思うけど、認知症は避けて通れない。地域の中には認知症の人がたくさんいるという地域の支援体制、生活できるよう支えながらやっていきかかないのかなと思う。

### **3 グループ**

**テーマ① 初めての訪問、来所等で認知症状がある方と接するとき、今まで認知症状が無かった利用者にも認知症状がみられ始めたとき、それぞれの専門職が「していること」を話し合ひましょう。**

#### **司会（包括）**

・早期発見のときにどんな症状があったか、各専門職でどういう対応をしているかをお聞きたい。例えば、包括では、以前から関わっている方であれば、普段と違うところがあれば家族や主治医から聞くようにしているが、各職種での現状の対応をお聞きたい。

#### **薬剤師**

・訪問に行っており、お薬カレンダーをセットしているので薬の飲み忘れがないかチェックしている。普通でも飲み忘れはあると思うが、毎日忘れてないか見るようにしている。

#### **福祉用具専門相談員**

・薬の飲み忘れのチェックも同時にしているが、道具の使い方の説明したときの理解度が、訪問したときによって違う時に、なるべくチームで共有するように意識している。

#### **歯科医師**

・認知機能が低下していることを家族がご存知のケースが多い。家族からその旨の知らせがあり、家族と一緒に来る方が多いので、こちらから認知機能を疑うようなことはない。  
・認知症の方が今二人来られているが、一応、家族が連れてこられる状態なので、その方たちは、認知症になると口腔清掃状態が悪くなるので、特に義歯をされている方は義歯を外さないとか、歯磨きの仕方が悪くなるとかで、必ず月1回は見せてくださいという感じで来てもらっている。認知症の方はまず診療台に座ることが難しいので、急いで話をしながら、20～30分は座ってもらい、必ず月1回来てもらったときに歯磨きをしましょうと本人に伝える。歯磨きならしますみたいなソフトな感じで、清掃状態の確認と簡単な口腔内のお掃除をして口腔清掃状態が悪くならないようにしている。

#### **司会**

・家族が連れて来てくださる。一人では来るのが難しい感じですか。

#### **歯科医師**

・認知症の方は今二名だが、そのうち一名は、病院から近くて、一人で来れる、来れると言って、来たことがあったが、帰りに自分の家が分からなくなったのか、途中のお店で倒れて怪我をして家族に通報があったので、行き帰り必ず家族に付き添ってもらおうようお願いしている。

#### **介護支援専門員**

・会ったときに表情や身なりを見ながら、お話を聴いていて辻褄が合わなかったり、理解力がなかったりしたときに、認知症がちょっとあるのかなど。本人が一人で来られても、後で家族に連絡して、まず主治医を受診してもらい、それから専門医の先生につなげていく対応をしている。

#### **在宅医療・介護連携支援センター**

・相談業務を受けることはあるが直接の支援はない。連携検討会で認知症のケースの紹介があったりするが、認知症の方は、今日の事例でも共通するが、家族がどう対応していいかわからない、どうつなぐかわからず、追い詰められて、最悪のケースとして手を掛けてしまい事件となることがある。警察が入ったりするが、なかなか解決できない、病院に入院しようと思っても断られるといったケースをよく聞く。

#### **長寿福祉課**

・私の担当は、直接、直接認知症の方と関わる部署ではないので、もし、窓口等に認知症の方が来られたときは、職場の方で対応を考えていきたいと思う。あと、認知症にならないために介護予防として、地域のふれあいサロンや運動教室など通いの場を紹介し、利用促進につながるよう働きかけを行っている。

#### **作業療法士**

・当院は、整形外科の単科のクリニックであり通院リハビリがメインなので、なかなか認知症の方がリハビリで来院されるのは少ない。以前関わった方でリハビリ中の会話で少し記憶の方がという方にコミュニケーションの中で簡単な認知症のテストを行ったりした。その結果を家族に伝えたり、担当のケアマネがいればその方に伝えたりしている。デイケアのときも同様の対応をしている。認知症のない方が殆どだが、ちょっと怪しいときは簡単なスケールをし、通所後にケアマネに連絡をしている。

#### **司会**

お互いの現状の対応について今お話しいただいたが、なかなか今回のように多職種が集まることは無いので、他の方にお聞きしたいことがあれば発言いただきたい。

#### **歯科医師**

・訪問医療されている方はいらっしゃいますか。

#### **薬剤師**

・しています。

#### **作業療法士**

・訪問リハビリはしていない。

#### **司会**

・患者が来た時に今までと違うと感じることはありますか。エピソードとか。

#### **歯科医師**

・話が長くなることはある。話し好きじゃない方が急に話しだすことがある。同じ質問を繰り返すとか（認知症に）繋がると思うが、診療が終わって普通直ぐ帰られる方が、急に話が長くなったり、認知症の初期の症状なのかなと思う。

### **テーマ② これから早期発見、早期治療をするために、専門職とどう連携できるでしょうか？**

#### **司会（包括）**

・包括としては、認知症の方への理解と地域の方の理解、早期発見のためには地域の方の力は大きいと思うので、認知症サポーター養成講座等で認知症に対する理解を深めてもらう。  
・ご本人に関わっていただいている医師や関係者との情報共有が大事だと思うので、日頃からの顔の見えるお付き合いで色んなことが話しやすい雰囲気を作っていく。事業所との取組もそうだが、関係づくりが大事だと思う。

## 歯科医師

- ・もし認知症が疑われるときはどこに連絡したらよいか、どこに照会したらいいのか。

## 司会

- ・基本的には 65 歳以上の高齢者であれば、包括支援センターが総合相談窓口になっているので、私どもに連絡してもらってもよいし、若年性の認知症の方もいるので包括支援センターに連絡してもらえばよいと思う。

## 薬剤師

- ・情報共有が大事だと思う。薬剤師として関わるとしたらケアマネが分かればケアマネの方に連絡したいと思った。

## 作業療法士

- ・先ほども言ったとおり、ちょっと（患者の様子が）違うなと感じたら、認知症の始まりの方であれば、若い方で 70 歳前半、80、90 歳台の方も…家族やケアマネに状況を連絡するのがよいと思う。
- ・65 歳以上の方は、介護サービスを受けているか、介護認定を受けているかを受付の時点で確認させていただいているので、そこで介護がある場合はケアマネの方に連絡するようにはしている。

## 介護支援専門員

- ・事業所の方や家族から連絡があれば、先ほども言ったが、主治医に家族が相談し、専門医につなげていくようにし、早期解決、認知症が進行しないように適切な治療をしていただくようにしている。

## 福祉用具専門相談員

- ・特に注意しているところは、独居の方やあまり家族や周りの方と接することのない、社会や地域に参加できていない方は認知機能が低下しやすいと思うので、福祉用具相談員としては、そんなに密に関われないが、その点を注意している。ケアマネジャーの方に聞きたいが、なるべく細かいところは報告しているが、どこまで伝えたいかということはありませんか。

## 司会

- ・細かいこと、お気づきの点は、遠慮せず何でもおっしゃってくれた方がよい。家の環境だったりとか、専門の方が見られて、ご意見だったりもすぐ参考になるので、包括に言っていただくと幸いです。

## 福祉用具専門相談員

- ・分かりました。引き続き報告します。

## 長寿福祉課

- ・各職種で連携して、ケアマネの方、包括の方につないで、そこから主治医、専門医の先生につながる事が大事だと思う。あと専門職の方だけでなく一般の方にも認知症の知識を持っていただきたいので、認知症サポーター養成講座などを勧めている。

## 介護支援専門員（包括）

- ・皆さんの対応をお聞きしたが、今後、連携していく、相談しやすい関係づくりと、どこに相談すればいいかわからないにならないように浸透していけばいいと思う。物忘れがあり認知機能が落ちているな、誰に相談しようかなとなったときに、誰に相談しても最終的に各職種を通して、主治医、専門医の先生につながっていくといいと思う。

## 在宅医療・介護連携支援センター

他の圏域の紹介にもなるが、認知症は、どの圏域でも、今後大きな課題となるということで、年 1 回の検討会では情報共有や連携を進めるには足りないということで、認知症をテーマとして精神科医を中心に昼休みに 30 分程度のミニ会をやっているところがある。他に、しばしば言われることだが、多剤服用で認知症の症状を呈することがあるので、その辺は、医師、薬剤師の方を中心に、薬のチェックをする必要があるとされている。また、家族が認知症の方への対応がわからないということで、認知症の家族の会の方に来ていただいて講話をしていただいたケースもある。当センターの HP にも認知症の家族の会にリンクを張っている。

## 司会

- ・お薬も気付きの一つになることがある。薬が飲めていないとか、自分なりのアレンジをして沢山混ぜて飲んでいたりするのでお薬も一つのポイントになると思う。

## 福祉用具専門相談員

大在地域でサロンとかで認知機能に特化したような活動をされている方はいますか。

## 司会

・サロンそのものが大在地区には少なく、一般の体操教室もコロナの関係で今休止していて実働しているサロンも少ない。認知症に特化したものは余り聞かない。皆で体を動かしたりし、広義では認知症予防になっているのかなと思う。

## 福祉用具専門相談員

・コロナに関係なく、認知症に特化したものが少なかったということですか。

## 司会

・もともとサロンが少ない。体操教室と名の付くところは何か所があったが、認知症に特化したものはあまりなかった。サロンや体操教室に私たちが出向いて色んな講話をさせていただくことはあった。

## 福祉用具専門相談員

・訪問している時にたまに聞かれることがあるので、応えられる内容があればと思って。

## 司会

・地区によっては体操教室とかやっているところがあるので、お問い合わせいただければご案内ができると思う。

## 長寿福祉課

・それに関連して、大在地区には認知症カフェがありますか。

## 司会

・大在には認知症カフェはないと思う。

## 長寿福祉課

・もしあればそういうところに来ていただくということもあると思ひまして。

## 司会

・社会資源としても私達も考えなくてはならない部分があると思う。認知症以外でも色んな教室を卒業された方の受け皿や地域の方の交流の場も、コロナだからないというのも難しいところなので、こちらも工夫できればと思う。

・介護予防の教室とか認知症サポーター養成講座もコロナで昔みたいに会場に沢山集まっていたことが難しくなっている。感染対策をしながらやっているが、集合の研修や皆が集まる場というのはちょっと悩ましいところ。

## 介護支援専門員（包括）

・こういった機会で色んな方が集まっているので、認知症カフェなど立ち上げようという話がでたらという期待感はある。

## 歯科医師

・デイサービスは認知症カフェとはまた違うのですか。

## 介護支援専門員（包括）

・認知症に特化したデイサービスもあるが介護保険の認定を受けて行くので、気軽に相談できるカフェとはまた違う。

## 歯科医師

・デイサービスは認知症でない方が来るという感じですか。

## 介護支援専門員（包括）

・認知症の方も行かれますし、身体のどこか悪いところがあって運動に行かれる方や認知症予防で行っている方もいる。

## 4 グループ

**テーマ① 初めての訪問、来所等で認知症状がある方と接するとき、今まで認知症状が無かった利用者  
に認知症状がみられ始めたとき、それぞれの専門職が「していること」を話し合ひましょう。**

### 訪問看護師

- ・訪問看護で入っている時にそのような症状が見られた場合、どのようなタイミングでそのような症状がみられているのか、何に困っているのか等を訪問時に状況把握のために観察している。もし、他のサービスが入っていたり家族がいる場合は、訪問看護は限られた時間しか見られないので、その他の時間でも行動変容がないかを各事業所の方と連携をとりながら確認・情報収集をし、困ったことがあれば一緒に考えるという形で対応している。
- ・独居であれば、このまま一人で生活を続けられるのかのアセスメントをして、ケアマネと対応していく流れをつくっていければ、ということを考えながら介入している。もし、生活できそうであれば、どうやって見守っていくかを考えていく。全体的にそのあたりを見ている。

### 薬剤師

調剤薬局は認知症本人が薬を来るとは少なく、本人の代理で家族が取りに来ているので、本人とあまり接する機会が無いが、もの忘れの症状がひどくなっている方は、家族に連絡を取ったことはある。

## 司会

- ・来局されている方が物忘れが出た時に連絡をする際には、連絡先を訊いているのか？

## 薬剤師

- ・初回の来局時に連絡先を聞いているので、分かる範囲で行っている。

## 居宅 A ケアマネ

- ・認知症の症状のある方のところに初めて行った時であれば、基本的なところだが、信頼関係の構築をはかるために表情や傾聴を心掛け、記憶力が低下してからでは難しいだろうが、まず質問責めにしないことを心掛けている。家族がいるのであれば、どういった症状があるかを電話などで訊いていけばいいのではと思っている。

## デイ介護士

- ・食事を摂ったり、入浴したりする通所介護は時間的に長く6時間以上は滞在するので、まずケアマネから情報もらおう。長くなると集中力がなくなったり短期記憶の弱い方もいるので、一日の流れを説明しても覚えられない場合は、その時に必要な動作を都度説明し、あまり長い話にならないようにしている。男性については通所自体の拒否が多いと感じる。もう何もしたくないと言う方、気持ちが高揚して怒られる方もいるので、そういった場合は担当者を代えたり、なるべく気持ちが安定して過ごせるような取り組みをしている。

## 居宅 B ケアマネ

- ・他のケアマネも言っていたが、やはり、信頼関係の構築を目指しています。物忘れが出てきたことによる本人や家族の不安を聞き取っている。また物忘れもあるので、ゆっくりと分かりやすく、時にはボディータッチしながら会話をさせてもらうこともある。

## 司会

訪問看護の時とかに、医師につなげることはあるのか？ 認知症症状が現れた時など。

## 訪問看護師

- ・状態がおかしい、物忘れが増えてくる、主にお薬の飲み忘れが目立ってくるところがあるので、飲めていないことを報告書などで医師に都度報告しているが、主治医が認知症の診断できるかは別の話になる。生活ができなくなるので、現在の生活状況はすぐに報告している。心不全患者は水分摂取量の制限や服薬管理ができなくなると病気に直結するので、そういう症状が見られた時にはすぐ医師へ連絡する。そういう意味で、医師とも連携している。訪看だけでできないことは沢山あるので、ヘルパーやケアマネ等専門職の力を借りながらということも多い。

## 司会

- ・門医の受診へつなげる際には、指示をもらっている主治医・医師に一任しているか？

## 訪問看護師

- ・自分でおかしいと感じ本人に受診したいという気持ちがあれば専門の病院につなげられると思うが、本人が自覚していない場合は無理やり連れていくことはできないので、そこを調整しながら行っている。なるべく早いうちに受診したほうが手立てがあると思い家族がいれば家族から説得してもらい、主治医から言ってもらうこともあるが、基本的に、自分が行きたい・家族が連れて行きたい気持ちにならないと専門医には繋がられない。

## 司会

認知症について、気付くポイントはあるか？

## 薬剤師

- ・最近の例では、帰宅後に「保険証が無い」と何回も来局されたり、そういった事実が無いのに「忘れ物が届いている」と言われて来た」と来局される事もあったので、電話で同居している家族にお伝えしたが、その後も同じ状態が変わりはない。

## 司会

- ・気付くポイントとして、忘れ物が多くなってきたといった変化の他に、薬をもらいに来る間隔が長くなったり短くなったりすることで気付くことはあるか？

## 薬剤師

- ・飲み忘れた、一包化で飲めるようになったなど言われる方は良いが、実際に自宅でどのような状態かは分からない。また、ぷつぷつと来なくなった方について気にはなっているが、確認をとることはできない。

## 司会

- ・一包化されていない人がきちんと飲んでいるかの確認は？

### **薬剤師**

・かなりたくさん飲んでいても、確認すると「ちゃんとできているからしなくていい」と言われる。金額も、待たせる時間もかかることなので、あまり無理には言えないところがあるので、実際に分からない。

### **司会**

・一包化すると金額が変わるのか？

### **薬剤師**

・多少金額があがる。また、どうしても待ち時間が長くなるので、「もう待てないからいいです」と言われることはよくある。

### **司会**

・医師から一包化を勧められたり、ということは薬局ではないか？

### **薬剤師**

・医師に相談するように言う。こちらから医師に提案することはあるが、最後は本人の判断。あまり無理には勧めない。

## **訪問看護師**

もし飲み忘れがあると気づいた時には、薬局からケアマネや包括などの専門職につなぐことはあるか？ サービスが全然入っていないと見つからないことがあると思うが、一番そうしたことを見つけやすいのが薬剤師なのかな、と今聞きながら思った。家族につなげられなかった場合は何かしらアクションがあるのか確認したい。

### **薬剤師**

・訪問で入っていればチェックしやすいが、なかなか今はつなげられていない状態。

### **訪問看護師**

・そうした場合、何か大在地域でルートはないのか？ どこに連絡をしたらこのケアマネが話を持っているというのが分かれば、早いうちに見つけることができるのではと思う。

### **薬剤師**

・こちらも何かできることがあれば。

### **司会**

・個人情報関係で伝えにくい、というようなことはあるか？

### **薬剤師**

・本人に無断ではできないので、言うとしたら主治医に相談することはあると思う。あと、家族の許可があれば繋げることも可能だと思う。

## **包括・主任 CM**

・実際はコンビニや銀行、民生委員などから、認知症じゃないだろうかという相談があり関わることは多くある。また、かかりつけ医から、最近受診が途絶えている、指示がとらなくなってきたと包括に連絡が入り、訪問から関わらせてもらう場合はある。

## **訪問看護師**

・コンビニや銀行など、地域が密着してみているとすごく良いなと思った。今話しているだけじゃなく、今「地域から」と言われているところなので、その辺がもっと活用できればと思った。

## **テーマ② これから早期発見、早期治療をするために、専門職とどう連携できるでしょうか？**

### **包括・主任 CM**

ケアマネだと、デイサービスやヘルパーを使っている方が認知症が進行してきた時等に連絡をもらって関り始める、ということが多いと思うが、週に1～2回と頻繁に利用者に関わっているヘルパーやデイサービス職員が、利用者の認知機能が低下してきたことに気づいた時にどういった連携を取られたか、経験があれば伺いたい。

### **居宅ケアマネ**

・今日こういうことがあった、こういう様子だったと報告をくれるヘルパー事業所が結構あるが、家族に詳しい話を聞いたり、独居であれば本人の許可を得てから受診同行をして医師に状況報告を行い、漢方薬など薬の処方の見直しを相談したことはある。徘徊が出てきて自宅では難しいとなった時は、本人抜きで家族と専門科に相談をして入院治療になったケースもあるが、主治医に相談することのほうが多い。

## **訪問看護師**

・サービスが入っていれば早期発見しやすいのでは、という印象が自分の中にはある。ヘルパーでも良いし、予防的な

視点に入れてもらっても良いし、この方大丈夫かなと思う方に早めにサービスを提供させてもらえれば、早期発見ができると思う。そこに至るまでに色々あると思うが、どの専門職とどう連携するのは、全ての専門職が必要になってくると思う。突破口としては、何からのサービスが入れば早期発見につながると思っている。本人が訪問系のサービスを嫌がる場合には介入が難しいだろうが、その場合は、かかりつけの薬局に情報提供をするなどの連携もある。地域の方に自分たち専門職が見ていることを伝え、何かあれば情報提供の声掛けをしておくことも早期発見につながるのではないかなと思う。

## **司会**

薬局への情報提供の話が出たが、他の専門職から情報提供をお願いした場合、薬局は対応してもらえるのか？

## **薬剤師**

・可能な範囲で対応したい。

## **司会**

・薬剤師が今後早期発見をした時に、どの専門職と連携できるなどありますか？

## **薬剤師**

・今まで、どこに連絡したらよいか、どこまで踏み込んでよいか分からなかった。連絡して良いのであれば行きたい。

## **司会**

・連絡は大歓迎。たまに、かかりつけでない薬局から連絡が入ってそこから情報がつながることもある。薬局に限らず、様々な専門職と連携させてもらえると大変ありがたい。

## **居宅ケアマネ**

民生委員と関わりを持ち、サービスが入っていない方で怪しいと感じることがあれば情報提供頂き、早期受診に繋げることができれば医師に情報提供することが必要になってくる。また、包括にも相談が必要になると思う。

## **司会**

・民生委員とは日頃から連携を行い、顔の見える関係ができていますので、この方どうでしょうか知っていますか？といった話を初期の段階でさせていただくことも多い。民生委員も専門職のひとつだと位置づけていて、かなり答えてもらえる。コンビニの店員も訊いたら結構答えてくれる。今後も力になってくれる地域の方たちだと思っている。

## **デイ介護士**

・在宅で過ごしている方で、行動がおかしかったり、衣服がいつも同じものであったり整容ができていないなどがあることを、ご家族とも親しく話していたのでお話したが、親は認知症ではないとおっしゃられていた。家族としては認知症と認めたくない気持ちを持たれていると思う。我々施設職員から話すより、間にケアマネ等に入ってもらう、民生委員など地元の顔馴染みの方から家族に話してもらうなどワンクッション置くやり方もあるのではないかなと思う。

## **居宅ケアマネ**

・質問したいが、民生委員はどういった場面で、どの段階で、自宅への訪問をしてくれるのか？独居の人に介入してくれるイメージがあったが、今回の事例ではもしかしたら民生委員の介入があったら良かったのではと感じた。民生委員もとの繋がりがあれば包括や居宅にも連絡が来るかもしれないので、民生委員も専門職として情報共有ができたらと思った。

## **司会**

・民生委員は75歳以上の独居の方を毎月訪問して顔を会わせているので民生委員からも認知症の相談をいただきます。75歳に満たない方や家族と同居していた場合には介入できないことが多いが、そうした場合は地域の方から民生委員へ情報が入ることがある。

## **司会**

デイ職員は利用者と一緒に過ごすので、変化をキャッチすることも多いと思うが、先ほど出た衣服の乱れなど、こういったことが基準になるか？

## **デイ介護士**

- ・大半の方が入浴をされるので、体臭・尿臭がだんだんと出てくる。家族が居た場合には家族に聞き取るが、見守りがいない独居の方についてはケアマネに報告をして、自宅の様子を伺いに行っていたかのようにする。
- ・薬については、お迎えの際にたまに見せてもらうと飲み忘れが多くなっている。
- ・動作についても、集中力がなくなる。創作の時間など30分設けている時に集中力が5分と持たない場合や、2年通っている施設のトイレの場所や今日の日付が分からなくなってきたりする。そこは日に何度も、今日は何日です



か、ここはどこですかといった聞き取りを行うことで徐々に進行していることが分かる。話を聞き、その際の返答が大事かと思う。

#### **司会**

・そうした場合には、担当のケアマネに報告するというのが基本になるということか。

#### **司会**

今日は一緒に話すことができ良い時間を持てたと思う。今後も何かあれば連携をし一緒に考えていきたい。他に何かあれば、ここで発言してほしい。

#### **訪問看護師**

・訪問看護師は怖いからと、連絡が滞っているという話を聞くことがあります、怖くはないので声をかけてほしい。こちらからも皆さんにお伝えしたいことが沢山あり発信していきたい。利用者さんのことをたくさん話したいと思っている訪問看護師は多いと思いますので発信をしてください。

#### **薬剤師**

夏から訪問を始めた。今後関わることもあると思う。今日は参加できてよかった。

#### **司会**

・訪問を行う薬局については、利用者について事細かく書面で報告を頂き、とても頼りになると感じている。なかなか訪問ができない状況の中で、そういった情報は大変ありがたい。

#### **大分市長寿福祉課**

・民生委員、コンビニの店員など、地域のカ・地域で支えるという意味で、認知症サポーターの育成などを行っている。大在は特に若い世代が多く若い人たちの地域のカも必要になってくるのではないかと考えるので、予防も含め、若い世代の理解を求めていければと思う。