

第4回王子圏地域連携検討会 報告

- 1 日時 令和2年1月24日（金）18：30～20：00
- 2 場所 大分県医師会館 6階 研修室I 参加者54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) 王子圏域の現状について
(3) 「認知症診療を取り巻く医療現場から
～認知症の人とその家族支援を考える～」
講師 医療法人明和会 佐藤病院 精神科 萩原 聡 医師
(4) グループワーク 王子圏域の医療・介護連携について
「認知症高齢者の現状を知り、
それを支える医療・介護連携について考える」

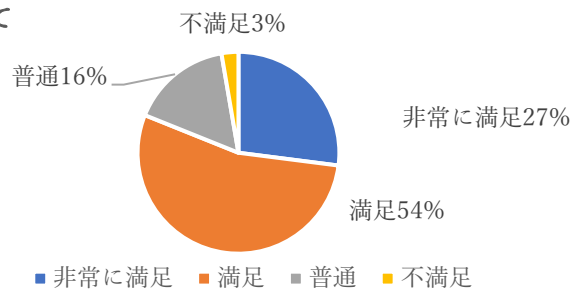
4 参加者数（54名）の内訳

職業別参加人数

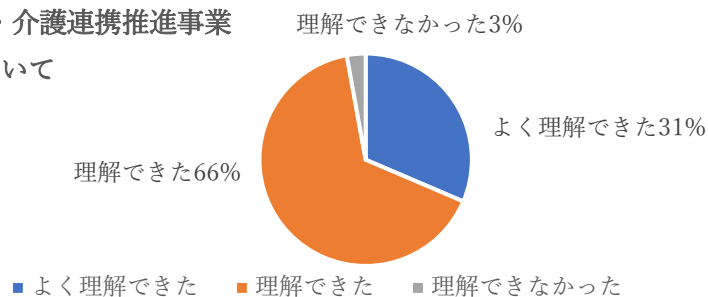


5 アンケート集計結果（回答者35名）

1. 本日の検討会について



2. 大分市在宅医療・介護連携推進事業について



問1. 本日の地域連携検討会は、いかがでしたか。

- ・他職種の方のいろいろな方面の意見を聞けることが出来、勉強になりました。ありがとうございました。(ホームヘルパー)
- ・就職して2か月のため本日は話を聞くだけになりました。(リハビリ専門職)
- ・グループ内でも皆さんの意見がよく出ていたので、たくさんのお話が聞けました。(視能訓練士)
- ・顔がみえる集まりが少ない為、このような集まりは大変助かります。(看護師)
- ・他職種の方に話を聞けた。認知症に関わる上での困り事が皆様同じなんだと実感できた。(リハビリ専門職)
- ・多職種の問題意識の高さを知れた。(看護師)
- ・講師の先生の講話はわかりやすく、精神科の病院のイメージが変わりました。(ホームヘルパー)
- ・地域の多職種の方と話げできた。皆さんも同じような事を考えていることが分かった。(介護支援専門員)
- ・認知症専門医の方の直接の声を聞くことができた。貴重な機会であったから、非常に満足。(介護支援専門員)
- ・在宅医療についてだけではなく認知症患者様についての対応などもディスカッションできたので良かったです。(薬剤師)
- ・講師の先生からももう少し詳しい対応方法などを考えていただけると良かったと思います。(社会福祉士)
- ・S病院への受診・相談を選択肢に考えられるようになった。(看護師)
- ・他職種との具体的な連携の方法等を共有する事が出来て良かったです。地区の現状を知る事が出来、支援の課題も把握する事が出来ました。(リハビリ専門職)
- ・顔が見える関係が作れたので満足。(作業療法士)
- ・色々な取り組みやわかりやすいマップ等、知らない事を知る事が出来て良かったです。(リハビリ専門職)
- ・皆さんの顔を知り、多職種の方々と色々な悩みを相談できた。(看護師)
- ・金曜の18:30スタートでは参加が無理です。40分遅刻してすみません。(薬剤師)
- ・困っている事が共有できた。専門医があることを知ることができた。(看護師)
- ・多職種の意見や工夫している点を聞くことができて良かった。(看護師)

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

- ・色々な職種の方の意見が聞け勉強になりました。ありがとうございました。(介護支援専門員)
- ・他職業の方からみた「薬を飲んでくれない」「こうせんと飲まない」など認知症の人への医師の診察時や自宅に出入りするスタッフの苦勞と仕事ぶりが聞けて良かった。(薬剤師)
- ・薬1つとっても利用者様のケアをすることが難しいことを話すことができた。ありがとうございました。(ホームヘルパー)

- ・人間関係の構築からのしんらいかんけいへつなげる。(介護事業所関係者)
- ・とても良かったです。様々な場面で対応しているため、とても参考になりました。(リハビリ専門職)
- ・グループワークの時間はもう少しあると良かったかも。(視能訓練士)
- ・同じような悩みを抱えており大変な思いをしていると思った。金銭的な事でサービスを利用できない(されない)方への対応など悩みが出たが、どのようなアプローチがあるのか話を伺いたかった。(看護師)
- ・自分が勉強不足で正直、適切な事を言えなかったが、他の皆様の意見を聞いて良かった。
- ・いろいろな話がフランクに出て有意義だった。(看護師)
- ・他職種の方のお話を聞き、認知症の方のより良い生活をサポートするための法整備をして頂きたい。(ホームヘルパー)
- ・もう少し認知症の方の支援の仕方等を話したかった。(介護支援専門員)
- ・多職種の困難事例が知れてよかったです。(介護事業所関係者)
- ・先生がいた方が勉強になった。ありがたかった。(介護支援専門員)
- ・職種によっていろいろな悩み、方法があることがわかりました。薬局側にできることは何かあるのか？良い方法を知りたいです。(薬剤師)
- ・新しい情報を得ることができて良かったです。(看護師)
- ・多職種の方々と関わってよかったです。(保健師)
- ・内科医から専門医受診のつなげ方を聞きたい。(介護支援専門員)
- ・各職種の考えを知る事が出来て良かったです。(リハビリ専門職)
- ・訪問リハビリのニーズってありますか？(作業療法士)
- ・いろいろな事業所で困っている事など聞くことができて良かった。(看護師)
- ・多職種の方と意見交換できたことがよかったです。(看護師)
- ・色々な意見が聴けて大変勉強になりました。(リハビリ専門職)
- ・内容が内容だけに時間が足りず残念だった。認知症のシリーズでやってもいいと思う。(看護師)
- ・家族とのつながり方がKeyポイントとの意見が多かった。もっと地域で連携していただけたらいいなと思います。(看護師)
- ・薬が私(薬剤師)の予想以上に鍵になっており、薬理作用などを説明していく必要が大切だと改めて知りました。(薬剤師)
- ・眼科での認知症の話が聞けた。(看護師)
- ・相談先が見える化したら良いなあとと思います。(看護師)

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

- ・診察、外来時の認知症の区別。・認知症の方への会話の仕方。(薬剤師)
- ・認知症の理解をし、その人のケアを出来る時はいつ頃になるのかを教えてもらいたい。本人の意思があるので気付かないように支援するためには医師に相談しどうすればよいのか？(ホームヘルパー)
- ・オレンジドクターの好事例。(介護事業所関係者)
- ・他院、介護施設等につなげていくことが難しい(個人情報や本人の意見とか?)。

(視能訓練士)

- ・薬剤師として、薬局からの提案を気軽に相談できる相談先などがあるといいなと思いました。(薬剤師)
- ・資源マップ助かります。(保健師)
- ・認知症についての引き続き。(看護師)

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。

- ・継続的な連携検討会の開催。(介護事業所関係者)
- ・グループワークをしていくのが良いと思う。(リハビリ専門職)
- ・地域の方(一般市民)との検討会(地域包括ケアシステムについて)。(介護支援専門員)
- ・連携検討会でのグループワークはとても良いと思います。(薬剤師)
- ・グループワークでは、他の職種との連携も必要だと思いますが、同じ職種の方々と話す機会があれば顔の見える連携になって良いかなと思います。(社会福祉士)
- ・検討会は継続し、実際は医療・介護が必要な方々に対し、オブラートにつつまつつTV広告などで理解度を求めてほしい。(介護事業所関係者)
- ・とても良いと思います。(看護師)
- ・事例検討会。(作業療法士)

6 グループワーク協議内容

(1) 1グループ

認知ひどく、2人暮らし、家族遠方、要支援。

血圧、血糖で来る。入院すすめて入院するが認知症状ひどく、どうやって在宅生活をしていたのか…。家でも徘徊が多かった。

精神科に相談。娘に連絡。現在、入所。

※家族遠方にて、なかなか連絡取れない。

身寄りのない人、入院拒否する人←訪問

グループホーム、末期がん

大分市のホスピスを紹介されたが、「認知症の受け入れ拒否された」他の受け入れが難しい。

色々な提案するが、家族が病んでしまう…。

本人の意思と家族の意思の線引き。

- ・夜中運転（徘徊）する。娘へ暴言。怖くなってしまった。娘かなり疲れてしまう。娘の話を聞き施設へ入所。今は本人も娘も落ちつき、2日に1回面会できている。
- ・人間関係を構築

(2) 2グループ

- ・認知症の方から本人に関する情報が聞きだせない。（支援者、家族など）

- ・がん患者さんに認知症の方がいる。

本人に病気への理解ができない点が困ることがある。

がん症状が進んでいる方 ショートステイの対応が難しい。

もっとショート ← 家族を休ませてあげたい
の整備を

- ・家族の対応がまちまち、やさしい人、認知症にきびしい家族

↳ どういう対応をしたらいいのか悩む。

- ・認知症の方→認定が低く出てしまう。ショート利用が少なくなる。
- ・オレンジドクターであっても知識に不安、もっと専門医と連携をとりたい。
- ・介護保険外のサービス 見守りがあれば
認知症の方が行方不明になってしまう対処をどうするか。
- ・認知症初期支援チームとのかかわり。家族に精神科への抵抗がある。
- ・夫婦二人とも認知症。二人で行動がよめない。
- ・認知症の方→リスク管理ができない。
- ・受診につなげるのが難しい。工夫が必要。

・家族をいかに集めるか
民生委員の関り。] → 家族の勉強会が必要じゃないか

- ・ 医療デイを利用してはどうか 数が少ないので整備を。

- ・ 医師であっても精神科の紹介は迷う。

↳ もっと精神科はひらけた場所になると助かる。
↳ 精神科のイメージが良くなるといい。

- ・医師以外が認知症を評価する方法があるといい。
- ・「もの忘れ外来」など抵抗のない工夫を。

(3) 3グループ

医師

高齢ご夫婦＋独身息子（言ってもきかないから諦めている）

ご主人に往診

妻が認知症→TELが良くかかってくる。認知症の自覚なし。

かかりつけ医はいるが認知症の治療が行われていない。

対象患者の周りの家族が認知症の場合がある。広く全体で見なければなら

い。→息子さんから動けないのか？（杉崎さん） 権利擁護班

介護士

老々介護、認知の自覚がない。

息子夫婦が近くに住んでいる。取り巻く周りの環境が整っていない。

介護支援専門員と協力して近医やコンビニなどに写真配布して徘徊に対応した。

地域ぐるみで啓発、協力が必要。

その人の出かけたいたニーズは？タイムスケジュールのアセスメント

背景を知る、出勤時間などを知る。

↳行動がよめない

連合医師会

本人の病識がないだけでなく、家族が知られたくない。隠したがる傾向にある。

認知症→白内障手術するが、術後管理できる病院がなかった。

服薬管理

お母さんを殺してしまった事例→どうすべきだったか事例検討。

認知症の症状を家族が知らなかった。嫉妬妄想があることや、内服状況を知らな

かった。↳正しく理解する普及、啓発が出来ていない。

家族会があるが必要な人に届いていない現状。

- ・多剤服用の時に認知症症状を呈することがある。原因を検索する。諦めない。

何かあれば支援、発信できるのか？

「者の増えるペースに医療職のスキルが追いついていないのでは？

「訪問歯科 無数にある、模範通りにはできない。

②病気への理解ができないこと。

家族の苦しい状況の解決策→ショートステイの整備

認知が低くでる場合がある。サービス利用が難しい例がある。

リスク管理、アドヒアランスの低下

スムーズな連携 家族に対する勉強会

医療デイ

精神科に対するイメージ改善。医師以外にも認知症を評価するツールがあると良い。

⑤どこに相談したら良いか。

どのように受診につなげたらよいか。

1年間、外に出たがらない。

専門医の存在が分からない。

かかりつけ医から、専門医にどうつなげて良いか分からない。

家族への症状や内服への理解、指導、サポート不足。

どうしたらよいか分からず困っている（薬で症状が悪化してきて心配）

- ⑤ **老健**で認知症の薬の処方が適切にできずに、ご本人の症状が悪化して困っている。
- ⑥ デイ送迎時に家族に認知症の症状を伝えたいが不在で伝えにくくて困っている。
- ⑦ アリセプトの認識を各々持っているので、理解が不十分。飲んでくれなくなったり、期待しすぎて困っている。病院で薬の限界を伝えていなくて困っている。

<こうなったらいいな>

- ① 薬の（アリセプト）限界を知ってくれるといいな。
- ② 専門員のいる病院が分かるといいな。
- ③ 薬のメリット、デメリットを理解するといいな。

<良い事例で>

- ① オレンジドクターが専門医につなげてくれた。
オレンジドクターは（2日講習）、サポート医

(6) 6グループ

薬局 認知症の薬を飲んでいないが、車の運転やインスリン注射などできる。

薬の数合わせをしたのに覚えていないことがあった。

↳ 本人が拒否をするとサービスの案内できない。

薬
の
管
理

- ・ 家族から言われて運転をやめる人、多い。
- ・ 薬をもらった日に HVして薬をセットする。
- ・ 薬を預かることがある。
- ・ ヘルパーさんに見てもらう、デイサービスに行く。
- ・ 1日3回→1日1回にしてもらう。家族にも伝える。

カレンダー
ケース

本人にあわせて
取りやすいものにする
その人にあわせて

ホームヘルパーさん

薬を出して飲んでもらう。夕方飲めていない人が多い。電話をしても電話を切った後、忘れることがある。

- ・ ホームヘルパーさんが介護支援専門員さん相談してデイケアを増やしてもらう。
- ・ ガス→IH、電子レンジを用意、やかん→ケトル **危なくないように工夫!**
- ・ 最後、趣味の話をして笑顔で帰れるように工夫をする。来なくてもいいよと言われないように。

老健

- ・ リハビリ：拒否多い。できることが限られる。
- ・ 情報共有をこまめにしている。

ぎりぎりまで訪問看護師、ホームヘルパーで自宅で過ごしたいが、軽度だと難しい

- ・ ヘルパー行かないと薬を飲めない。
- ・ 本人が認知症の意識がない。

認知症の入り口の人が支援が欲しい。

- ・ 入院してくれたら支援の方向性がでるのに…。
- 何年もかかる。

災害の時認知症独居の人はどうする？

- ・ 家から出た時、どこにいるか分からなくなる。
- ・ 民生委員が活動していれば本人のことを知っているかも。
- ・ マンションだと民生委員は入れない。

(7) 7グループ

<接していて困ったこと>

- ・身なり…服装、飲み物などが不潔になってきた。伝えて良くなる方もいるが。
- ・目薬がたくさん残る→誰に伝えたらよいか？ 追及してもよいものか？
家族がいる人には伝える。
- ・認知症のためなのか？
- ・白内障の手術をしたら改善されたりお化粧をしたり、活動的になったり、物忘れが減ったり。表情は変わる。よくなる。→褒めると改善されたり。
見えにくい→「見えんけんいいわ」意欲の低下。自分の関心が薄れたり。
↳ 認知が進んだり…。
- ・周りから見ておかしい
↳ 家族は「おかしくない」受け入れられないとシャットダウン。
↳ 包括などに周りが連絡できるとよいが（個人情報あるので）。
小さいカード（相談の連絡先）など配れる（渡せるもの）があれば…。
- ・仲の良い夫婦で受診
ほとんど見えない妻、家事するが「できるからいい」と言う。
子供はおかしいと10年前から言っていたが、夫はそうは思わなかった…。
- ・高齢夫婦、子供は近くにいない。このようなケースは結構いる。
内服管理できていない。お互いに認知あると…。
独居も、結構ある。食事、洗濯、できていない。
↳ 訪問看護師、ホームヘルパーが入ることで生活がガラッと変わる。
離れている家族からの電話、病院からの電話。「認+健」
どちらから相談。
- ・家族が遠方にいたり、日中1人などの場合にペット用のカメラを設置して家族がスマートフォンで確認しているケースもある。
- ・入院前から同じものを何度も買う。記銘力低下
通所サービスの利用を始めた。
家族にどういう時期に受診を勧めたらよいか。
今後、進むことが考えられるが通所でどこまで安定するか？

(8) 8グループ

○困っていること、気になっていること、連携時の多職種との対応、関り。

看護師

- ・認知症専門医がどこにいるのか知りたい。紹介しやすくなる。
- ・精神科となると本人、家族の受入れがなかなか難しい。
- ・うまくつながる事例少ない。
 - ・独居、支援者（家族）少ない時など、外来受診につながるのが難しい。本人が出たがらない。
 - ・確定診断があれば改善するのかも…。と思うがうまくいかない。
 - ↳ 支援者がまず医師に相談するか。
- ・服薬管理
- ・ショートステイ等活用するが…。

訪問看護師

- ・服薬管理…軽いうちからきちんと飲めればよい。
かかりつけ医に伝えても専門員医つながらないことも。
- ・内科 A 医院 高齢者多い、早めに検査する。
☆早めにひろい上げられるシステムがあるとよい。

生活相談員（デイサービス勤務）

- ・日々の様子を確認する。
 - ・送迎時に家族がいれば様子を聞く。
 - ・独居の方は介護支援相談員に確認している。
- ← デイサービスで
気付いたことを
伝える。 →

アセスメント重要

介護支援専門員

- ・月 1 回アセスメント時 長谷川式スケールをとったりする。
- ・かかりつけ医から N センター、K 脳外→W クリニック等につないでもらうよう働きかける流れが出来ている。
- ・本人、家族、精神科拒否「認知症」という言葉を使わず理解を求める。症状の見通しを説明。タイミングをはかるきっかけづくり。
- ・初診往診してくれる医師がいると助かる。
- ・薬局と情報共有できるとよい。
- ・関係機関から情報あればすぐ動く。
- ・確定診断を受けたがらない家族もいる。
どこまで勧めるか主治医と方針を合わせる。