

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲

平成 24～25 年度 実績報告

平成 26 年 3 月

一般社団法人 守山野洲医師会

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲について

近年、認知症の増加は目を見張るものがあります。厚労省の統計では2010年には200万人、高齢者の増加に伴い、2020年には325万人まで増加すると想定されております。このような認知症患者の急増に伴い、その医療面においても専門医の不足が生じたり、ケアサービスについても人員及び経験不足などの問題が様々な地域で多数発生しています。私達守山野洲医師会は、今後も増々増加していくと考えられる認知症に関する諸問題について、医師のみでは解決できるものではなく、行政介護を含めた包括的な連携が必要ではないかと考えていました。しかし、医師とケアスタッフとの間には高い壁のような隔たりがあり、実際連携をとるには中々困難な状況にありました。幸運なことに、この分野の第一人者である藤本直規先生が、私達医師会の会員であり、行政及びケアスタッフとの間に信頼関係が既に築かれていることから、藤本先生にリードしていただきこの会を発足させていただきました。

この会の趣旨は専門医を含む医師が中心となり、歯科医師、薬剤師、行政（地域包括センター等）、介護スタッフ等の多職種が継続的に参加し連携を深めていくものです。内容はケーススタディーを中心としたもので、テーマ別に工夫された事例シートを用いて、様々な職種の仲間が自分の経験を織り交ぜてコミュニケーションをとり、顔の見える関係づくりと、認知症に関する情報と経験の共有化を実践しています。

認知症への対応は、その本人だけに關するものではなく、患者さんの居住されている地域コミュニティ、家庭環境にも多大な影響を受けます。しかし、私達医師、行政、ケアスタッフが実際経験できる事例は極わずかであります。よって、皆がそれぞれの事例を持ち寄り意見交換することにより、様々な事例を疑似体験でき、また様々な職種の視点にたった対応もお互いに理解することもでき、各自のスキルの向上にも繋がると考えられます。

実際2年間、計7回この会が開催され、上記の基礎はほぼ達成できたと考えられます。今後はそれぞれの職種で更に輪を広げ、守山野洲地域の全ての関係者が顔見知りとなり、フラットな関係を保ちながら議論を交わして、認知症の患者さんとそのご家族が安心して暮らせる、やさしい地域を目指したいと考えておりますので、今後ともご支援賜りますようよろしくお願いいたします。

守山野洲医師会長 堀出直樹

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲

平成 24～25 年度 実績報告

平成 26 年 3 月

一般社団法人 守山野洲医師会

目 次

1. 開催趣旨	1
2. 実施内容	1
(1) 開催概要	1
(2) グループワーク・グループ討議の内容と記録	2
①GW・グループ討議の概要	(2)
②GW・グループ討議の内容	(3)
③第 1 回～第 7 回の資料および記録	(13)
・第 1 回	H24.9.10 (13)
・第 2 回	H24.12.6 (23)
・第 3 回	H25.2.7 (27)
・第 4 回	H25.5.23 (32)
・第 5 回	H25.8.22 (39)
・第 6 回	H25.11.28 (54)
・第 7 回	H26.1.30 (62)
(3) アンケートのまとめ	69
3. 全体のまとめ（考察）	76

1. 開催趣旨

2003 年から「顔が見えて話せる会」を目指す「滋賀県認知症ケアネットワークの会」の活動を開始し、保健所圏域全てに「地域版認知症ケアネットワークを考える会」の設立を推進してきた。そして 2012 年からは、顔が見えて話せるだけではなく、「考え方の共有化」をめざし、事例検討を中心として具体的な方向性を考える場として、「認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲」をスタートさせた。

2013 年度から始まった「認知症対策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」においても、認知症に関する医療と福祉の連携は、特に重視されており、地域基盤作り、仕組み作り、人材作りが進められている。この IN 守山・野洲においても、オレンジプランの内容を十分に活用し、最新の情報を取り入れながら、連携の当事者である医療・福祉従事者の期待に応えられるコンテンツを提供していくつもりである。

IN 守山・野洲では、ベース作りを行った医師がリーダーとなり、各グループに分かれ、様々なテーマでグループワークを行う。例えば、「認知症になってからも普通に暮らし続けられる守山、野洲にするには、何が必要か？、どんなことができたらいいかと思うか？」「自分が認知症だったらどんなことがしたいか？、どんな地域であってほしいか？」などをテーマとしたグループ討議や、模擬事例を用いた多職種によるグループワークなど、熱心な話し合い・活動を継続している。

2. 実施内容

(1) 開催概要

	開催日	参加人数	職 種
第 1 回	H24.9.20	18 名	医師 10 行政・包括 7 看護 1
第 2 回	H24.12.6	15 名	医師 10 行政・包括 5
第 3 回	H25.2.7	14 名	医師 8 行政・包括 5 看護 1
第 4 回	H25.5.23	43 名	医師 7、病院 8、行政・包括 9、CM19
第 5 回	H25.8.22	36 名	医師 7、看護 1、介護 1、CM17、包括 3、行政 2、他 5
第 6 回	H25.11.28	41 名	医師 9、看護 2、CM17、包括 4、行政 3、他 6
第 7 回	H26.1.30	44 名	医師 8、歯科医師 8、行政・包括 7、薬剤師 1、CM17、他（PT、OT、MSW） 3

〔会 場〕 守山駅前コミュニティホール

〔タイムスケジュール〕 18:00～19:30

〔実施主体〕 守山野洲医師会 （事務局：藤本クリニック）

(2) グループワーク・グループ討議の内容と記録

IN 守山・野洲の企画を行ってきた医師が各グループのリーダーとなり、具体的な模擬事例を使ったグループワーク（以下、GW）や共通のテーマを設定したグループ討議を行い、自由な討論・話し合いからとりまとめまでを行う過程から、他の機関や職種の考え方や思いを共有する流れで実施した。

以下では、まず、①各回で設定した GW やグループ討議のテーマ等の概要を一覧し、続いて、②具体的な内容について詳述する。そして、③GW 等で実際に用いたスライド等の資料と、各回・各グループの記録・まとめ、の順に掲載する。

① GW・グループ討議の概要

第 1 回 GW

テーマ：多職種連携（模擬事例）

事例①：80 歳 女性 高血圧症、糖尿病

- 「ライフサポートモデル」（平成 24 年度厚労省老人保健事業）、オレンジプランの解説
- 事例（A さん）についての情報整理
- A さんについて、それぞれの職種や立場からできること、を討論

第 2 回 グループ討議

テーマ：DVD「認知症者と家族への対応」について

- 「認知症者と家族への対応」（平成 24 年度厚労省老人保健事業）の DVD 教材の視聴
- DVD の内容や使い方等に関する討論

第 3 回 GW

テーマ：多職種連携（模擬事例）

事例①：80 歳 女性 高血圧症、糖尿病

- 事例（A さん）についての情報整理（言動から、その背景や原因を考える）
- A さんの立場から、困っていること、悩み、求めていることなどを討論

第 4 回 グループ討議

テーマ：「認知症になっても普通に暮らし続けられる守山・野洲のために」

- テーマに対して、何が必要か、どんなことができればいいと思うか、について意見交換
- 出された意見を整理、討論（ブレインストーミング）

第 5 回 GW

テーマ：多職種連携（模擬事例）

事例②：78 歳 男性 独居、糖尿病

- 事例（A さん）についての情報整理
- A さんについて、それぞれの職種や立場からできること、支援のための連携などを討論

第 6 回 GW

テーマ：家族支援（模擬事例）

事例③：83 歳 男性 血管性認知症（認知症ケア事例集より）

- 事例（A さん）についての情報整理
- 家族に伝えなければならないこと、誰が誰にどのように伝えるか、などを討論

第 7 回 グループ討議

テーマ：DVD「認知症者と家族への対応」について

- 「認知症者と家族への対応」（平成 24 年度厚労省老人保健事業）の DVD 教材の視聴
- 多職種による DVD の内容（認知症の人・家族とのコミュニケーション）等に関する討論

② GW・グループ討議の内容

第 1 回 H24.9.20 GW（資料は p.13～）

初回であるため、会の趣旨である“顔が見える多職種協働・地域連携の取り組み”にとどまらず、更に“共通の知識や支援の方向性を共有できる”、“垣根のない連携の取り組みが必要”ということについて議論し、共通認識とした。

会の名称や開催回数、参加者の職種も参加者と話し合って決定した。結果、24 年度は医師会と行政・包括で実践を繰り返しながら地盤作りをすることに決定した。

その後、模擬事例を使って検討グループワークを実施した。第 1 回は医師のみのグループ、行政と地域包括支援センターのグループ分けて行った。

「生活全般をみる視点が持てるようなシート」と、「その後に誰が何をするのかを明確にするシート」を活用し、最後に全般をまとめた。

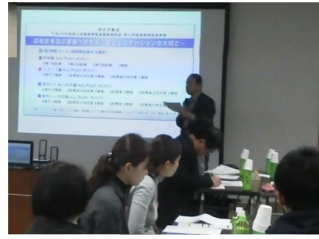
第 2 回 H24.12.6 グループ討議（資料は p.23～）

2 回目はグループ編成を「医師」、「地域包括支援センター」など混合にした。

グループリーダーには医師を指名することで、医師が他の職種の参加者に話しかける機会を自然と多く持てるようにした。また、“発表者も医師”とすることにより、（地域で実際に連携していくであろう）医師の人となりが見えやすくなり、壁が低くなることを狙った。

ワークは、DVD（認知症者と家族への対応）の視聴とそれに関するグループ討議であったが、模擬事例による GW 同様に活発な意見が行き交い始めた。

- 日時 平成24年12月6日(木) 18:00～19:30
 ■場所 守山駅前コミュニティホール
 ■参加者 15名
 ■プログラム
 18:00 ご挨拶、説明(10分)
 18:10 DVD視聴(30分)
 18:40 自己チェックシート記入とグループ討議(20分)
 19:00 グループ発表・全体討議(20分)
 19:20 講評まとめ/次回予定(5分)
 19:25 アンケート記入(5分)
 19:30 閉会
 ■配布資料
 ○教材活用マニュアル(16p冊子)
 ○自己チェックシート(医師編2枚、スタッフ編2枚)
 ○アンケート用紙(1枚:両面記入)



堀出 医師会長の挨拶



第3回 H25.2.7 GW (資料はp.27～)

3回目もグループ編成は職種混合とし、医師をリーダー役とした。(これを定着させることで、GWやグループ討議の機会だけでなく、同じ地域で活動する職種が“顔の見える多職種協働”に直接つながることも狙ったもの)

ワークは模擬事例でのGWとした。具体的な内容としては、本人が言っている言葉からどのようなことが考えられるかというテーマでシートを作成し、それに従ってワークを進行した。専門職としてのアプローチの検討にとどまらず、本人が困っていることや求めていることについても考えた。本人視点を確認することを狙いとするワークにした。

第3回 グループワーク

「認知症の人の求めていること」

医師と地域包括支援センター



医師と地域包括支援センターで議論を重ね、考え方の方向性を共有した

第4回 H25.5.23 グループ討議（資料は p.32～）

4 回目からケアマネジャーまで参加者を広げて開催した。（この決定は 1～3 回の開催時にアンケートを実施し、「次に広げる職種」を尋ねたところ、最も多かったのがケアマネジャーであったため）

緊張感緩和のため今回からアイスブレイクを導入した（医師もノリがよく、張り詰めた雰囲気が一気に変わり、非常に効果的であった）。

ケアマネジャーが初参加であるため事例検討ではなく、1 テーマのグループ討議（ブレインストーミング形式）にする。リーダー役はこれまで同様に医師で進行してもらう。グループ名まで決めることで笑いが絶えず、リラックスした雰囲気作りは成功した。まずは、ケアマネジャーから、“継続して参加したい”と思ってもらえることが一番の目的でもあった。

第4回 グループ討議

「認知症になっても普通に暮らし続けられる
守山、野洲にするには何が必要か？」

医師と地域包括支援センターに、初めて
ケアマネジャーが参加
アイスブレイクで、雰囲気を和らげる、指ジェス
チャーで誕生日を示し合い、その順番に並ぶ

医師がリーダーシップをとる

北野 元副医師会長



アイスブレイク

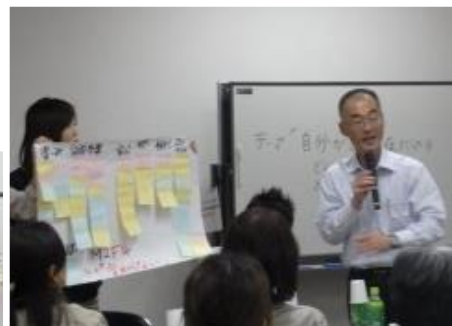


衛藤 副医師会長の発表
グループ名「えとう先生と5人の娘？」



西村
守山市民病院名誉院長

藤井 元医師会長



寺尾 草津保健所長

第5回 H25.8.22 GW（資料はp.39～）

5回目も（好評であった）アイスブレイクで開始とした。内容は模擬事例を使ったGWとし、1回目と同じシートを使った。リーダー役の医師が自らの経験を活かして、うまく参加者の意見を引き出したりまとめたりしている様子がみられた。その後、まとめとして、「“誰から誰へ”、“どんなことを”つないで支援のネットワークを広げるのか」を考えた。

この回の狙い・落としどころは、医師から看護、介護というステレオタイプの縦系統だけではなく、平面に連携や支援の輪がひろがるように（連携・支援の“バトンタッチ”のイメージ）とした。

第5回 グループワーク

「認知症の人への支援：それぞれの立場で出来ること、支援のバトンタッチ」

“一緒に考え”

北野 元副医師会長



柴田医師
（脳神経外科医）

“一緒に発表”



木築医師
（脳神経外科医）



平木医師
（精神科医）



久永医師
（神経内科医）

6 回目もアイスブレイクでスタート、模擬事例を使い、「家族支援」をテーマとした GW を行った。“何を伝えるのか”、“誰に伝えるのか”、“どの順番で伝えるのか”などを、細かく段階を追いながらグループ皆で考える機会とした。

第6回 グループワーク

家庭 人の中
妻、長女、次女、加齢が関係
近所の人、本人、深夜夫婦

一番重要なのは 家族の役割 形成 -
家族の地位 生活と経済
環境に家族は順応している正
サートメントがある
色んな人がいる下 (民主制、自由主義)
家族の下にあるものは... 居る
昔は違う文化があった 家族に価値観を
多様な文化 変化した

誰に	誰か
子供、下(加齢)	加齢が関係
妻	下(加齢)
家族	下(加齢)
行政	家族
加齢と	加齢と
近所	加齢と
本人	加齢と
包括	加齢と

A man with dark hair, wearing a black suit jacket over a dark shirt, is standing on a stage and speaking into a microphone. He is looking towards the audience. In the foreground, the backs of several audience members' heads are visible, including a person with long dark hair and another with short dark hair. The background is a plain, light-colored wall.

福田 副医師会長
の発表

第7回 H26.1.30 グループ討議（資料はp.62～）

これまでと同様に、アイスブレイクからDVD視聴、その後にDVDの内容に関するグループ討議とした。第2回でも使用したDVD（認知症者と家族への対応）を視聴し、診察室での対応悪い例を題材に、各パターンで、“何が悪いのか”、“どう改善できるのか”を話し合った。今回から歯科医師が参加することとなった（グループリーダーは変わらず医師）。

医師の批判に終わるのではなく、グループごとの取りまとめでは、どの職種にも関係のある「コミュニケーション」を考えるときの大切なこと5項目を挙げてもらった。初参加の歯科医師からも「認知症はわからないことも多いが、これからも参加して勉強していきたい」などの発言もあった。

第7回 グループ討議

「DVD教材『認知症者及び家族への対応コミュニケーションの大切さ』を見て、悪いところとこうして欲しいところを話し合う」



■日時	平成26年1月30日(木) 18:00～19:30
■場所	守山市 守山駅前コミュニティーホール
■主催	守山・野洲医師会
■参加者	44名(医師、歯科医師、地域包括支援センター、市内ケアマネジャー、薬剤師、保健所、滋賀県庁など)
■プログラム	
18:00	会長挨拶
18:10	会の目的・趣旨説明、第6回の取り組み総括
18:20	認知症DVD研修
(5分)	オリエンテーション(藤本・奥村先生)
(2分)	DVD望ましくない対応 医師編第1回上映
(10分)	グループワーク① 悪いところ・こうして欲しいところ
(5分)	DVD望ましくない対応 医師編第2回上映
(10分)	グループワーク② 悪いところ・こうして欲しいところ
(2分)	DVD望ましくない対応 医師編第3回上映
(10分)	グループワーク③ 悪いところ・こうして欲しいところ
(3分)	DVD望ましい対応 医師編第3回上映
(15分)	グループ発表 患者・家族への接し方の5つのポイント
(5分)	まとめ(藤本先生)
19:25	今後の活動予定(藤本先生)、参加歯科医師の自己紹介
19:40	閉会(アンケート・自己チェックシート記入依頼)
■その他	
・回収:	アンケート44票、自己チェックシート35票、演習シート8グループ

もうお馴染み？のアイスブレイクでスタート
(名前の順に並ぶ)

今回から歯科医師が参加

黄瀬 滋賀県歯科医師会
元湖南支部長の挨拶



堀出 医師会長の挨拶



毎回、進行係をする藤本医師（藤本クリニック）

長年、認知症専門医として守山野洲医師会の仲間と認知症対策を考えてきた。



毎回のテーマ、グループワークの仕方、テーマにあった事例シートを作成している奥村看護師（藤本クリニック）毎回のアイスブレイクのやり方も考えている。

滋賀県から委託された認知症に関する相談センターでの相談担当の経験から、「顔の見える関係」だけでなく、「考え方の共有化」が必要と考え、この方法を提案した。

次年度については、各回の参加者より要望が多かった介護サービス事業所にも開催を周知する（参加を促す）方向となった。また、開催は年間 4 回とし、各回リーダー役の医師には、認知症の病型（AD、DLB、VD、FTD）それぞれの講義を担当して頂き、続いてその疾患ごとの事例検討を行う形式を予定している。

【全体を通じて】

1 長期的な視点に立った“全体の流れ”

GW・グループ討議について、守山・野洲地域全体の多職種連携の基礎固め（顔の見える連携の土台づくり）という全体目的の他、各回のテーマ設定において、以下のような“流れ”を持たせることで、参加者が「質的な一体感・共有感」を得てもらうことをイメージした。

具体的には、病気だけを見る（診る）のではなく、①「**生活全般**」をみて、どの立場・職種が関わるのか（1回目・4回目）、BPSD から本人の困り事や求めることを考える、という②「**本人視点**」の確認（3回目・4回目）、そして、③「**連携パス**」のイメージ作り（5回目）、④「**家族支援**」（6回目）、⑤「**コミュニケーション**」全般（7回目）と展開してきた。また、続く次年度は先述の通り、⑥「**疾患別**」の事例検討を行うことを予定している（8回目以降）。

2 実際の連携場面を想定した“実践的な工夫”

①参加者の工夫：

当初 1 年間は、参加者を医師と地域包括支援センターのみとしたことで、実施の目的を共有・固めることができ、2 年目からもケアマネジャーの追加にとどめるなど、多職種への展開を丁寧かつ確実にすることで、目的がぶれることがなかった。「ここに参加すれば、これを学べる・得られる」ことへの定着につながった。

②役割の工夫：

医師をグループのリーダー役として固定することで、GW・グループ討議の場のみならず、実際の連携場面でこそ、“話しやすくなる”効果を狙った。一方、グループ編成は毎回変えていくことで、多くの人と知り合える機会とした。

③雰囲気作りの工夫：

アイスブレイクを導入し、短時間ながら緊張感を取り払い、よい雰囲気の中での進行を心掛けた。

④シート・ツールの工夫：

皆で考えることを重視し、あるべき結論に誘導しない“書かせる”シートによって、「今日、ここに参加して何を得たのか」を持ち帰りやすい、参加者の“後の”につながるシートを使用した。

※第 1 回、第 3 回、第 5 回のグループワークで使用した記入シートは、認知症介護研究・研修センター「ひもときシート」（URL：<http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>）を参考に、藤本クリニック（奥村看護師）で作成したものです。

回を重ねるごとに、県内外のメディアに取り上げられるようになり、活動の広報・拡大になるとともに、参加者や運営側の励みともなっている。

①福祉ネットワーク通信（生活協同組合コープしが 福祉ネットワークセンター）

65号（2013.3.15）



各テーブルの話し合いに耳を傾ける奥村さん(左)と藤本先生(右)



模擬事例だということを忘れるほどに話が盛り上がって...

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲
についてのお問合せは
TEL:077-582-6032
藤本クリニック

2012年9月、厚生労働省から認知症施策推進5カ年計画「オレンジプラン」が公表されました。この計画では、これまでの病院・施設を中心とした認知症ケア施策をできる限り住み慣れた地域で暮らし続けられる在宅中心の認知症施策へシフトすることを目指して、地域で医療や介護、見守りなどの日常生活支援サービスを包括的に提供する体制づくりを目指した具体的な方策がまとめられています。

第3回 認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲 守山駅前コミュニティホールにて 2013.2.7

認知症患者さんとそのご家族にとって、より良い医療と福祉が提供できることを目的として、医療と福祉が同じ立場、同じ視点、同じ方向をむいて、学び、日常につながりを持つことをめざす事例検討会が守山・野洲の医師会の呼びかけで開催されました。

今回で3回目となるこの集まりですが、守山・野洲医師会の依頼を受けて、医療法人藤本クリニックの藤本先生と奥村看護師が中心となり医療関係者と福祉関係者、行政の方々が集まる場が実現しました。

今回は守山市と野洲市地域包括支援センターの職員の方々、医師会の先生方が、模擬事例をもとに架空の人物80歳のAさんについて、この方をどのように支え

るかの話し合いが行われました。

「薬は飲んでいるのだろうか?」「信頼関係ができるまで時間がかかるよね。」「住み慣れた家でないので、孤独で不安なのでは?」「家の片付けをどうする?」「寂しさと不安が大きいのでは?」など、このAさんについて多くの意見が出されました。医療と福祉という分野を越えての事例検討会の姿がそこにはありました。認知症の方を支えるには多くの人の関わりが必要です。そして、その多くの人が顔なじみとなることがより良い支援につながります。保健師さんのこんな言葉も耳に残りました。「先生方はじめ、みんなで話し合うことで、一人では気づかないことも気づくことができる…」と。

71号（2014.3.15）

第7回認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲

2014年1月30日(木)守山市守山駅前コミュニティホール第1ホールにて開催
《主催》守山・野洲医師会

守山・野洲医師会では、認知症患者さんとそのご家族によりよい医療と福祉が提供できるように、医療と福祉の関係者同士の顔が見える関係を目指して、おられます。同じ立場、同じ視点、同じ方向を見据えながら日常的につながりを持つことの必要性を感じて、守山・野洲の医師会の先生、地域包括支援センターの職員の方、ケアマネージャーさん、薬剤師さん、草津保健所の職員の方、滋賀県庁の職員の方、更に今回は8名の歯科医師の先生方も参加されて40名を超える皆さんが、参加されています。

学習会を重ねる中、参加された方々が、認知症のご本人だけでなく、そのご家族を支えることの必要性を共通して感じたことから、この日は「DVD教材認知症者及び家族への対応」コミュニケーションの大切さ」を参加者でみた後、グループワークが行われました。DVDでは診察室での医師の対応について「悪い例」を題材に意見交換が行われました。



アイスブレイキング「下の名前でアイウエオ順に並びましょう!」「僕はナオキだから、ナ行の次はこっち!」と藤本先生、他の方々も子どものように右往左往(笑)



様々な気づきを出し合う皆さん。「うーん、足を組むのはダメなのか...」「だって威圧的に見えるでしょ」



医師の望ましくない対応と望ましい対応が医師編、スタッフ編が収録されています。

「認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲」
お問合せは藤本クリニックまで TEL:077-582-6032

2013.2.20 朝刊

守山・野洲の認知症対策

多職種の連携不可欠

65歳以上の高齢者の一人暮らしは2020年に全国で500万人以上、認知症患者は400万人を超えると国は推定する。彼らが地域で暮らしていくには、医療と介護、さらに民生委員などの、多職種のきめ細かな連携が欠かせない。滋賀県の守山野洲医師会と、両市の地域包括支援センターによる「認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲」と題した研修会を先日、取材した。

昨年9月から数カ月ごとの開催で、この日、医師や同センターの保健師ら13人がグループ討論を行った。軽度の認知症の独居女性が介護サービスを拒んでいる、という模擬事例が示され、病气や薬の影響、心理的背景など9項目について意見をまとめた。全国が多職種のネットワークづくりをみると、拠点を担う組織として05年の介護保険法改正で市町村に設けられた地域包括支援センターに期待が集まる。しかし、介護予防事業や、高齢者の権利擁護などの業務もあり、連携事業に専念できないのが現状だ。そこで入れとして厚生労働省は人材育成に力を入れ始めた。本年度は、都道府県ごとのリーダー役向けの研修を実施。受講者はその後、各地で多職種が集う研修会を開き、「顔の見える関係づくり」を広める。

顔なじみになった次に、越えるべきハードルがあるという。守山市の認知症専門医の藤本直規医師は「介護スタッフは、医師との会話に敷居の高さを感じている」と指摘する。「福祉と医療それぞれの理念の違いや、専門用語を多用する医師の会話のつづきにくさなど、さまざまな要因がある」と明かす。

取材した研修会では、自身の家族の介護体験を語る医師もいた。同支援センターのスタッフは、必要な介護サービスを拒む利用者に悩む現場の苦勞を打ち明けた。「日頃、服用する薬の確認など、ヘルパーに頼りっぱなしだ」と、他職種を気遣う声も出た。



医師や地域包括支援センターのスタッフたちが自身の知識や経験を基に意見を交わしたグループ討論。互いの考え方や、信念などの理解にもつながる
(守山市・市コミュニティーホール)

参加者の中には、すでに別のネットワーク会議で出会った人もいた。専門知識や経験談を出し合い、互いの意見を尊重しながら意見集約していた。厚労省の進める「顔の見える関係づくり」から、もう一歩進んだ内容の研修といえる。

高齢者の在宅か施設入所をめぐる、家族や主治医、ケアマネジャー、ヘルパーの意見が異なるケースもある。本当に必要なケアプランや診療方針を導き出すには、対等に意見を出し合える人間関係を築いておくことも重要だ。

研修会は来年度、地元のケアマネジャーにも参加を呼び掛ける。多忙な関係者が一堂に会するのは難しく、参加者がどれほど増えるかは不透明。「これからの認知症対策には、地道に地域連携に取り組むことが有益だ」。同医師会の堀出直樹会長の言葉が印象に残った。

第1回 認知症の医療と福祉の 連携IN守山・野洲

* 事例検討書式等の無断でのご使用はお断りします

(参考資料)

平成24年度老人保健健康増進等事業国庫補助協議申請分

認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職 種協働の基盤づくりに関する研究事業

実施概要

事業実施主体:株式会社ニッセイ基礎研究所

(参考資料)

研究事業の目的

本調査研究は、「認知症ライフサポートモデル」を実践するために、多職種が学ぶべき具体的な内容を明らかにするとともに、医療関係者、介護関係者等をはじめとする様々な専門職が、共に「認知症ケアの基本」を学び、相互理解や円滑な多職種連携を促進するための教育的アプローチ方法について検討する。

【課題意識】

- 認知症の人には、医療関係者、介護関係者をはじめとする様々な専門職の関わりがある。しかし、認知症の人に向き合う際の焦点は、各々の専門性や職務に求められる役割等により異なる場合が多い。
- こうした状況は、本人の状態を多角的に把握したり、総合的な支援に結び付けていくことが出来ず、医療と介護との連携や、認知症連携パス等の妨げにもなることもある。
- 「認知症ライフサポートモデル」は、認知症の人に携わる全ての専門職が、認知症ケアの基本的考え方や基礎知識についての共通理解を持ち、専門職ごとの「分業」となっている状況を、多職種による「協働」へと導いていこうとするねらいがある。

「認知症ライフサポートモデル」とは

(参考資料)

【本委員会における定義】

認知症の人への医療・介護を含む総合的な生活支援

【説明】

認知症ケアは、
(1) 疾病および体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、(2) 早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活支援を中心とするケアの提供が求められます。
「認知症ライフサポートモデル」は、医療も介護も生活支援の一節であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、総合的なケアに結びつけていくことを目指しています。

ライフ(Life)は、

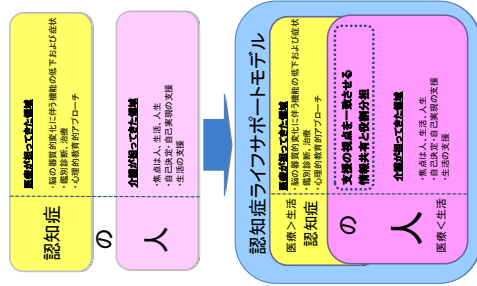
「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉です。

サポート(Support)は、

支える、支持する等の意味があり、主体は本人であることを前提とする言葉です。

以上の考え方から、「認知症ライフサポートモデル」という言葉が選択されました。

認知症の人への医療・介護を含む総合的な生活の支援



(資料)「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」報告書(2011)

(参考資料)

「今後の認知症施策の方向性について」に示された 医療・介護サービスを担う人材の育成について

(認知症施策検討プロジェクトチーム報告書より)

【具体的な対応方策】

①「認知症ライフサポートモデル」の策定

○ 認知症ケアに携わる様々な専門職は、これまで、高齢者の尊厳の保持やQOLの向上に向けて試行錯誤を続け、医療職は認知症という疾患に焦点を当てたアプローチ、介護職は認知症の人の人生や生活に焦点を当てたアプローチを主な方法論としてきた。そのため、医療と介護は連携がとりにくく、それぞれが得た情報はそれぞれの領域にのみに活用され、結果的にばらばらの対応となっていた。

○ 今後は、科学的根拠に基づいた一体的かつ継続的な質の高いケアを提供していくために、認知症の人のケアモデルの構築を図ることが急務である。

○ 認知症ケアについては、医療と介護を別々に提供するのではなく、ケアの主体である「認知症の本人」に対する理解(本人の意思の尊重)や原因疾患、症状を踏まえつつ、認知症の人の生活全般をサポートしていく視点が必要である。また、認知症ケアについては、高い個別性が求められることを前提とした上で、優れた認知症ケア現場の経験と知見から、最低限の規範にすべき理念や方法論を抽出し整理する必要がある。

○ このような点に留意し、認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)を策定する。

5

(参考資料)

② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実

○ 「認知症ライフサポートモデル」の策定を踏まえ、研修カリキュラムやテキストの開発についての検討を行い、研修内容の一層の充実とケアの標準化を図る。

○ 特に、医療、介護従事者の双方が共通して理解しておくべき基礎的知識に関する研修を合同で行うことが重要であり、標準的なカリキュラムを医療、介護双方の有識者が連携して策定するとともに、現在の医療、介護従事者別の研修について、多職種協働の研修とするよう転換を図る。

○ また、研修内容は実務に即したものとするとともに、集合研修だけでなく、介護現場の現場での研修とするなど、実践的で効果的なものとする。

③ 介護従事者への研修の実施

○ 介護従事者に対しては、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させる。具体的には、居宅サービスの介護事業所に勤務する従事者やケアマネジャーも含めて認知症に対応できる人材を育成するための方策について検討する。現在実施している「認知症介護実践者研修」、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症介護指導者養成研修」等の研修体系、研修内容を見直すとともに、現場で実務を行いながらでも受講しやすい研修にする。

④ 医療従事者への研修の実施

○ 医療従事者への研修としては、前述の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成研修」を拡充するとともに、一般病院勤務の医師、看護師や訪問看護師をはじめとする医療従事者向けの認知症に係る研修を拡充する。

6

模擬事例

・ Aさん 80歳 女性

○ 要介護度：未認定

○ 認知症高齢者日常生活自立度：Ⅱa

○ 障害老人の自立度：A1

○ 家族状況

兄弟はなく、内縁の夫(故)との間に実子なし。
市内に暮らす従兄弟がまれに様子を見に来る。

* 事例提供者設定…包括支援センターに民生委員を通じて相談がきた設定

記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひもときシート」を参考に原本クリニックで作成したものです。
URL : <http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>

7

○ 生活歴

1995年に道路拡張のため、それまで住んでいた家を立ち退き、それで得たお金を基にケアハウスへ入所するが、2000年に貯蓄が底をつき、ケアハウスでの生活を継続することが困難となったため退去。特養への入所も検討されたが、「施設へは行きたくない」という本人の強い意向の下、現在の市営住宅で独り暮らしを始める。

○ 住宅・経済状況

市営住宅に暮らし、生活保護を受給している。

○ 現在の病気

高血圧症(発症不明)・糖尿病(1988年頃発症、月に一度近医へ通院し、投薬を受けている)
また、1990年に交通事故により、左下肢機能障害が残り、歩行時は左足を少し引きずる。

8

○経過

2～3年前くらいから認知症の症状が現れ始め、身の回りのことが不十分となってきたとのこと。Aさんが鍋こがしなどをしたため近隣の住民から「施設に入れた方がいいのではないか」との声があがり、民生委員を通じて、包括支援センターに相談があった。生活保護担当者と共に訪問をすると室内は衣類や食べ物、薬などが散乱し、尿臭もあつた。また、会話を進めるなかで記銘力障害や見当識障害が見受けられ、本人も「最近よく忘れる」「近所からいじめられている」などの言葉も聴かれた。介護保険認定の話をすると、「施設へは行かない」と強い拒否を示した。

9

○身体の状態

- ・高血圧症、糖尿病がある
- ・投薬内容が多いことに加えて、薬の管理もできていない。
- ・尿失禁がある
- ・入浴ができていない
- ・室内は衣類や賞味期限切れの食べ物が散乱
- ・近くのスーパーに行くが、お金を持たずに行く
- ・保護費が入ると全額出金して、公共料金の滞納がある。
- ・火の扱いが不十分
- ・食べることは自分でできるが、菓子や出来合いのものが多く栄養の偏りがみられる。

10

○精神・心理の状況

- ・もの忘れが増え、不安はあるが、できるだけ自宅で暮らしたい。
- ・生活費がなく不安(金銭管理できない)
- ・1人暮らしがさみしい
- ・周りから変な目で見られていると思っている

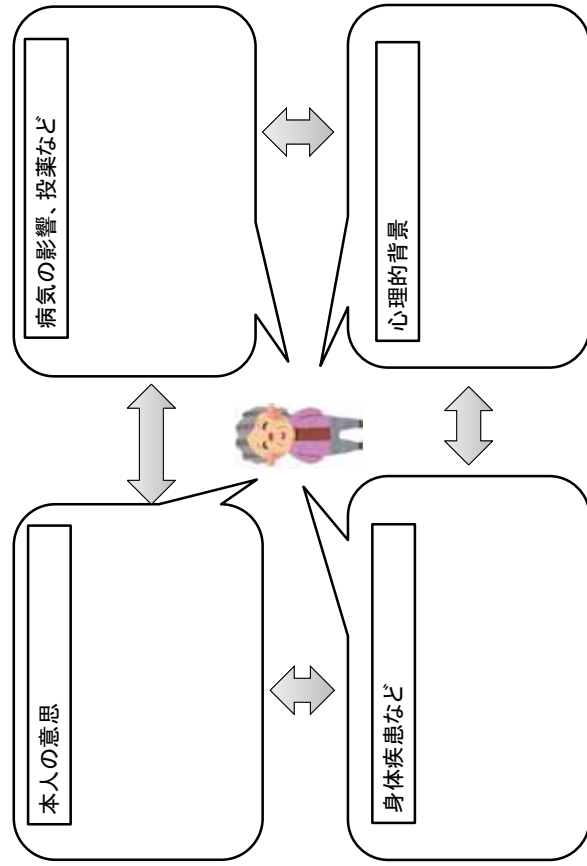
○社会環境状況

- ・1人暮らし
- ・従兄弟がまれに来るが、従兄弟も高齢で疎遠となっている
- ・民生委員が状況をみてくれている
- ・近隣の住民は、施設入所を勧めている

認知症ケア標準テキスト 改訂・認知症ケア事例集 (株)ワールドプランニングより引用・一部改変

11

Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・○○かもしれない？も記入)



この記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひとときシート」を参考に臨床本クリニックで作成したものです。

12

Aさんはどんな人？（不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入）

家族・援助者・周囲の関わりなど

住まいなど物的環境など

生活歴・なじみのある暮らしなど

苦痛を与えているような環境など

この記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひとときシート」を参考に藤本クリニックで作成したものです。

13

Aさんはどんな人？（不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入）

できること、能力の発揮など

その他

その他

その他

この記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひとときシート」を参考に藤本クリニックで作成したものです。

14

それぞれの立場でできること？

職種・立場

職種・立場

職種・立場

職種・立場

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

15

Aさんへのライフサポートとは？まとめてみると

気付き

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

16

医師第1グループ

Aさんはどんな人？

本人の意思

- 自宅で暮らしたい。
- 施設に入所したくない。

病気の影響・投薬など

- 高血圧・糖尿病の治療と投薬が不十分の影響で症状が悪くなっている。主治医はおそらく認知症の治療ができていない。

身体疾患など

- 左下肢障害で歩行しにくくなっている。
- 介護の必要が高まっている。

家族・援助者・周囲の関わりなど

- 家族・親せきの関わりがないため、民生委員・市などの地域サポートが必要な状態である。

生活歴・なじみのある暮らしなど

- お金がある時代のケアハウス生活、その後なくなつてからは生活保護下での市営住宅での生活。

できること・能力の範囲など

住まいなど物的環境など

- 生活保護下で市営住宅で生活している。

心理的負量

- 一人暮らしが寂しいけれど施設に行きたくないとの相反する心理状態がある。

苦痛を与えているような環境など

- 近所からいじめられている。
- 近隣の住民からは施設入所を勧められている状況である。

その他

- 生活保護者はケアハウスに入れるのか？

Aさんはどんな人？

本人の意思

- ・できるだけ自宅で暮らしたい。
- ・一人で生きていきたいと思っているかもしれない。
- ・自立していきたい。
- ・周りの人を敵に思っているかもしれない。

身体疾患など

- ・糖尿病・高血圧のコントロールができていない。
- ・左下肢機能障害
- ・月1回の受診はできている。

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・いとこのみ。
- ・包括・民生委員。
- ・月1回の通院。
- ・近所と関わられておらず近所からは施設入所を勧められている。

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・住み慣れていない可能性。
- ・内縁の夫との死別。子がいらない。

できること、能力の発揮など

- ・通院。
- ・食べることはできる。
- ・一人で生き延びてはいる。
- ・意思表示できている。

その他(ほしい情報)

- ・DM・HTはどの程度。コントロールはどうか。
- ・近所づきあいほどの程度。
- ・他の家族はいないか。

病気の影響・投薬など

- ・もの忘れの認識はあるが、認知症であることは認識していない。その受診はしていない。
- ・薬を飲めていない。管理できていない。
- ・日常生活が荒廃しつつある。
- ・短期間でお金を使ってしまう。金銭管理。

心理的負担

- ・一人暮らしがさみしい。
- ・内縁の夫が死亡。近親者が少ない。いとこのみ。
- ・近所からいじめられていると被害的。うつ病？
- ・身辺自立できていない。遂行機能障害？
- ・金銭管理できず不安。

住まいなど物的環境など

- ・市営住宅炊居。
- ・住み慣れていない可能性。
- ・生活保護。

苦痛を与えているような環境など

- ・部屋が片付かない。清潔保てない。
- ・食事できあい。栄養の偏り。
- ・買い物を遂行できない。
- ・金銭管理できない。

その他(できないこと)

- ・食べられるが、食事の準備できない。
- ・火の始末・風呂・服・トイレ・薬物管理・掃除片付け。
- ・記憶見当識障害。

それぞれの立場でできること？

選択・立場 【医師】

- ・近医が認知症の可能性をとりあげる。
- ・通院頻度をあげる。
- ・失禁はどのレベルのものを見極める。
- ・失禁なのか、片付けができないのか。
- ・往診。
- ・訪問介護をオーダー。
- ・地域包括に情報を伝える。
- ・味方と思われるよう関わる。
- ・どういう生活が望ましいかの見極め。
- ・認知症・うつ・身体疾患を全人的に。
- ・認知症を診れる医師ともつながる。

選択・立場 【地域包括(行政)】

- ・医師と連携。
- ・ケアマネと連携。
- ・介護認定。

選択・立場 【家族】

- ・医師と連携。
- ・ケアマネと連携。
- ・介護認定。

選択・立場 【家族】

- ・成年後見。

選択・立場 【ケアマネ】

- ・まず一人暮らしを支える方向でサービスの組み立て訪問等。
- ・配食サービス。
- ・金銭管理のサポート。
- ・次のステップとしてDSなど楽しみ・畑などの活動。
- ・手すりの必要性。入浴は家でできるか。DSなどか。

選択・立場 【事業所】

- ・ホームヘルプ

選択・立場 【近所・民生委員】

- ・民生委員から働きかけ、近隣にも協力してもらう。
- ・声掛けしてもらう。

選択・立場

Aさんへのライフサポートとは？まとめてみると

「施設に入れてしまう」のではなく、在宅の選択肢を入れながら、本人の状態を見極めながらQOLし、安全確保しながら、本人の意思を確認しながら進めていく。

Aさんはどんな人？

本人の意思

- ・ 家にいたい。
- ・ 不安はあるができるだけ家で暮らしたい。
- ・ 周りからへんな目で見られていると思っている。
- ・ 一人暮らしがさみしい。
- ・ 生活費がなく不安。
- ・ 施設に入りたくない。

病気の影響・投薬など

- ・ 薬の管理ができない。
- ・ 金銭管理ができない。
- ・ 入浴ができない。
- ・ 衣類や賞味期限切れの食べ物が散乱。
- ・ 公共料金の滞納がある。
- ・ 火の扱いが不十分。
- ・ 近くのスーパーにお金を持たずに行く。

身体疾患など

- ・ 高血圧症・糖尿病。
- ・ 泌尿器科系。
- ・ 認知症。
- ・ 左下肢機能障害

心理的苦痛

- ・ 生活費がなく不安。
- ・ 仲のいい家族がいらない。
- ・ 近所からいじめられている。

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・ 従兄弟も高齢で疎遠。
- ・ 民生委員が状況を見に来ている。
- ・ 地域包括・生活保護担当者。(行政)
- ・ 近所のスーパーの人
- ・ 近隣の人。
- ・ 主治医

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・ ケアハウスで生活していた。
- ・ 兄弟はなく内縁の夫がいた。
- ・ 実子はない。

できること・能力の発現など

- ・ 食べること。
- ・ 一人で行くこと。
- ・ スーパーにも行ける。
- ・ 受診できる。
- ・ 会話できる。(自分の気持ちを表出できる)

それぞれの立場でできること？

隣接・立場 【家族】

隣接・立場 【友人】

- ・ 声掛け。

隣接・立場 【看護師】

- ・ 一包化、声掛け、薬カレンダーの提案。

隣接・立場 【スーパーの人】

隣接・立場 【医療(医師)】

- ・ 地域包括等への発信(情報共有)

隣接・立場 【近所】

- ・ 見守る。

隣接・立場 【行政(地域包括・生活保護担当員)】

- ・ 生保の担当者からサービスの話をさりげなくしてもらう。

隣接・立場 【民生委員】

- ・ 定期訪問。

Aさんへのライフサポートとは？まとめてみると

- ・ 家族・援助者・周囲の関わる人(近所・民生委員など)がつながりを持つ。
- ・ 関係者が情報を共有しあえる体制が大事。
　　＜具体的＞
- ・ 情報を共有する。
- ・ できる力を認め、知りえたうえでできることをそれぞれが行う。
- ・ 医師・看護師から介護保険の利用。
- ・ 近所の見守り。
- ・ 権利擁護。
- ・ 施設がイヤというのかもしれない。

Aさんはどんな人？

本人の意思

- ・ 施設へ行きたくない。
- ・ できるだけ自宅で暮らしたい。
- ・ 一人暮らしがさみしい。
- ・ 最近よく忘れる。
- ・ 近所からいじめられる。
- ・ 変な目で見られている。

病気の影響・投薬など

- ・ 投薬内容多い。管理できていない。
- ・ 血糖コントロール不良？(お菓子・甘いもの多い)
- ・ 尿失禁がある。
- ・ 銅を焦がす。
- ・ 金銭管理ができない。

身体症状など

- ・ HT・DM。
- ・ 左下肢機能障害(…歩行時左足引きずる。

心理的背景

- ・ 最近よく忘れる。
- ・ 一人暮らしがさみしい。
- ・ 生活費がなくて不安。

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・ 家族いない。
- ・ 従兄弟がまれにきていたが高齢で疎遠。
- ・ 民生委員のHV。
- ・ 生活保護のワーカー。
- ・ 近所は施設入所を勧めている。

住まいなど物的環境など

- ・ 賞味期限切れの食べ物。衣類散乱。
- ・ 尿臭。
- ・ 市営住宅。
- ・ 水道・電気ストップの可能性。(公共料金滞納)

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・ 持ち家あったが立ち退いた。(道路拡張)
- ・ ケアハウス？

苦痛を与えているような環境など

- ・ 一人暮らし。
- ・ 生活、自分の身の回りのことができない。
- ・ 周囲からへんな目で見られている。

できること・能力の発揮など

- ・ 食べること。
- ・ 近所のスーパーまで行く。
- ・ 通院(月1回)
- ・ 出金できる。
- ・ 民生委員には話ができる。(相談)

その他(社協)

- ・ 権利擁護。
- ・ 成年後見。

それぞれの立場でできること？

介護・立場 【行政(包括)】

- ・ 介護保険サービス導入(食事・保清・清掃)
- ・ かかりつけ医へ情報提供。

介護・立場 【社協】

- ・ 権利擁護。(金銭管理など)

介護・立場 【医師】

- ・ かかりつけ医…相談を受ける。専門医への紹介。持病の管理。薬の調整。

介護・立場 【行政(生活保護担当者)】

- ・ 生活保護の受給、手続き等。

介護・立場 【民生委員】

- ・ 定期的な訪問、見守り。

介護・立場 【訪問(介護保険)】

- ・ 服薬管理。
- ・ DMのコントロール状況等健康管理。

介護・立場 【ヘルパー(介護保険)】

- ・ 調理。(配食でよい?)
- ・ 清掃。
- ・ 買い物。

介護・立場 【デイ・老人会・近所の人】

- ・ 人との交流の場。
- ・ 認知症に対する正しい理解と対応。

介護・立場 【従兄弟】

- ・ 高齢でありどこまで支援してもらえるのか？

介護・立場 【GM】

- ・ コーディネート・連携・調整。

Aさんへのライフサポートとは？まとめてみると

- ・ 支援を受けながら、本人の望む在宅での生活が継続できる。
- ・ 本人の思いに添って周囲が同じ方向を持ってサポート・連携する。

Aさんはどんな人？

本人の意識

- ・ 行きたくない。自分で事にした。
- ・ ケアハウスで以前にしかあった？
- ・ 近所付き合いをしたい。
- ・ けれど1人はさみしい。
- ・ 被害的な考えもある。
- ・ 心配(忘れのからの)(金銭的に)。
- ・ ちゃんとした料理が食べたい。
- ・ 友達ほしい。
- ・ 足のことなど身体面での不自由さをなんとかしたい。

病気の影響・投薬など

- ・ 認知症の症状で3年前から
 - × 投薬管理
 - × 金銭管理
 - × 食事管理
 - × 衛生管理
- ・ 記憶力、見当識障害みられる。⇒自覚もある。

身体疾患など

- ・ 高血圧症・糖尿病
↓
多尿 + 左下肢機能障害=尿失禁
(認知症からも考えられる)

心理的質量

- ・ もの忘れの自覚がある。⇒被害的な考え方になる。
- ・ 一人暮らし、転居でのさみしさ。
- ・ 金銭的不安。
- ・ 身体面・病気に対する不安。
- ・ 身内との関係、頼れるところがない。

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・ 市内に住む従兄弟が様子を見に来るが疎遠となっている。
- ・ 民生委員-状況を見ている。
- ・ 包括。
- ・ 生活保護担当者一定期的な関わりのみ？

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・ 自分の家⇒ケアハウス入所⇒市営
- ・ 以前と同じ生活ができない。
- ・ 月1回の通院、生保受給。

できること、能力の範囲など

- ・ 食べること。
- ・ スーパー・市役所・病院に行く。
- ・ 民生委員との話⇒自分の意思は持っておられる。

その他

- ・ 栄養面での身体への影響は？

それぞれの立場でできること？

介護・立場 【医者と認知症専門医】

- ・ 主治医から専門医の紹介。
- ・ 本人の身体面の状況を伝える。今後の予測。
- ・ 他職種に対して現状・今後について伝える。
- ・ 診断。

介護・立場 【地域包括】

- ・ 介護保険・ケアマネにつなげるまでのコーディネーター役。

介護・立場 【民生委員】

- ・ 状況を伝える。
- ・ 環境を作る。
- ・ 地域啓発。
- ・ サービスの紹介。(本人)

介護・立場 【生活保護担当】

- ・ 状況を把握する。客観的に見られるように。

介護・立場 【従兄弟】

- ・ 声を本人にかける。
- ・ 本人の話を聞く。味方でいる。

介護・立場 【地域の地域権利擁護】

- ・ 経済管理。(保護費)

介護・立場 【ヘルパー・訪問】

- ・ 本人の気持ちを考える。こなすだけでは×。

介護・立場 【ケアマネ】

- ・ 生活背景などしっかり把握。
- ・ 関係を作る。
- ・ 必要なサービスを必要な分まで。

Aさんへのライフサポートとは？ まとめてみると

- ・ 生活環境を整える。服薬不十分、衛生・食事不十分。⇒自分ではできない。
- ・ 身体機能⇒心理的にもつながる。地域との関係。でも施設は×。

- ・ 診断⇒他職種連携。
- ・ 本人への関わりを増やす。
- ・ 地域啓発。

本人の意見

- ・施設へは行きたくない。
- ・自分のことは自分でしたい。
- ・人の世話になんたくない。
- ・できるだけ自宅で暮らしたい。
- ・被害的な考えもある。
- ・心配(忘れることからの)(金銭的に)。
- ・ちゃんとした料理が食べたい。
- ・友達がほしい。
- ・足のことなど身体面での不自由さをなんとかしたい。

身体疾患など

- ・高血圧症・糖尿病。
- ・左下肢機能障害が残り歩行時に左足を引きずる。
- ・かかりつけ医がいる。

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・民生委員が状況を見ている。
- ・兄弟はいない。
- ・まれに従兄弟が見に来るが高齢のため疎遠になっている。
- ・子供はいない。
- ・近所の人に本人ははじめられていると思っている。
- ・近所の人は「施設に入れた方がいい」。
- ・介護保険＝施設と本人は思っている。
- ・夫は亡くなっている。
- ・生活保護担当者。
- ・包括支援センターの職員。

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・住んでいた家を立ち退きケアハウスに入所。
- ・その後市営住宅に。
- ・自分のことは自分でしていた。
- ・転々としていたので近所付き合いがしにくいのかな。

できること、能力の発揮など

- ・意思疎通、言葉の理解はできている。
- ・調理はしようと思う。(たまに鍋をこがす)
- ・病院に行ける。銀行に行ける。
- ・一人暮らしができています。
- ・外に出かける。(服が濡れる。失認、失行はない)
- ・食べられる。(スーパーに行つて出来合いのものを運んでくれる)

病気の影響・投薬など

- ・投薬が多いが管理ができな。
- ・必ず月1通院して投薬がある。
- ・認知症があるから忘れ。(被害妄想)
- ・入浴できない。⇒病室から。
- ・栄養の偏りがある。
- ・火の取り扱い。(判断力)
- ・金銭管理。自己管理。
- ・不安・記憶力・見当識・妄想。
- ・尿失禁がある。

心理的背景

- ・物忘れが増えて不安。
- ・自覚はある。
- ・金銭管理×⇒生活費がない。
- ・妄想(周りから変な目で見られている)。
- ・一人ぼっちでさみしい。頼る人もない。⇒人と話す機会が欲しい。
- ・身体のことばかり心配している。

住まいなど物的環境など

- ・住居をよくかえている。昔からのなじみでなく交流も少ない。
- ・転々としているので経済的に負担。
- ・移動・通院は大変なのは。
- ・近くにスーパーがある。
- ・菓の管理ができにくい。(日付のポケットなどがなく気が付かない)。

苦痛を与えているような環境など

- ・近所の目(施設に入れたらとの声)⇒不安。
- ・一人での時間が長い。寂しい。
- ・体調の変化。(疾患もあり)
- ・生活費が少ない。

その他(お金)

- ・お金の管理ができなくなるかも。
- ・お金の計画性がない。
- ・生活費がなくなる。(買い物過ぎ)

その他

- ・介護保険についての知識＝施設に入りたくない。

介護・立場 【病院・医師】

- ・高血圧・糖尿病。
- ・認知症による診察。
- ・本人の情報をとって連携をとる。
- ・投薬の袋詰め(1日分)

介護・立場 【地域包括】

- ・介護認定説明(介保)
- ・後見人制度(親族)
- ・地域啓発(民生委員を通じて)⇒地域住民に対して
- ・今の状況⇒生保(介護なし)

介護・立場 【デザイナーズ】

- ・入浴サービス
- ・人との交流
- ・福祉サービス

介護・立場 【防護】

- ・服薬管理
- ・健康状態
- ・ご本人について尋ねる。

介護・立場 【ホームヘルパー】

- ・部屋片付けの援助
- ・外出時の同行
- ・人との交流
- ・一緒に調理ができる

介護・立場 【栄養サービス】

- ・栄養管理(カロリー食)
- ・届ける時の声掛け

介護・立場 【行政・民生委員】

- ・生活の見守り・相談に乗る。
- ・近隣の人のつながり。
- ・緊急時の対応など。

介護・立場 【ケアマネジャー】

- ・サービスの説明
- ・サービスの提供
- ・ネットワークの連携がうまくいくようにする。

介護・立場 【町内会・地域】

- ・ご本人さんの見守り

介護・立場 【社協】

- ・権利擁護

Aさんへのライフサポートとは？まとめてみると

- ・病院で認知症の診断を受けてから、サービスにつなげていく。(介護認定を受けてもらって介護保険を受ける)
- ・自宅で暮らしていけるようサポートする。
- ・自分のできることを続けていただけるように。
- ・民生委員・地域包括からの情報を入れつつ。
- ・成年後見制度で早目に相談する。

H24. 12. 6
18時～19時30分

第2回 認知症の医療と福祉の 連携IN守山・野洲

1

グループ^o討議

テーマ

DVD教材「認知症者と家族への対応」に関して

- DVD教材の視聴
- 自由討議

2

開催日時：平成24年12月6日(木) 18時～19時30分

開催場所：守山駅前コミュニケーションホール

出席者とグループ編成

第1グループ 5名

第2グループ 5名

第3グループ 5名

テーマ：DVD教材「認知症者と家族への対応」に関して

【第1グループ】

(各場面に関して)

- ・解説の次にVTRに戻る方が分かり易い。
- ・医師・看護師・受付など混じってあるので分かりづらい。それぞれに分けてしまうと流れが悪くなるが。
- ・受付の場面はあるのに会計が出ていくところがない。
- ・ひとつのパッケージの中にあらゆるものが入りすぎている。30分間という時間に詰め込め過ぎ。全部入れると長くなるので分けた方がいいのかも。
- ・望ましいものの中に望ましくないものがあるのではややこしい。対比できるから良いのかもしいないが。望ましくない対応を先に、望ましい対応を後に持ってくる方が良い。
- ・どこに中心を持っていくのが決めた方が良い。
- ・総合編を見て、職種別に分けた方が良い。
- ・前編・・・人 → 認知症を疑う → 家族と来院 後編・・・患者と家族 という流れの方が良い。
- ・望ましくない対応にナレーションがかぶって分かりづらい、聞きたい、映像も見たい、文章も読まなければいけない。
- ・情報がありすぎて混乱しやすい。比較できるメリットはあるが。
- ・医師編とスタッフ編に分けた方が良いのでは。診察前の待合室はスタッフ編。
- ・診察後の待合室では、他の患者さんへの配慮が必要だし、知っている人もたくさんいる中で、スタッフの対応はできるのか。
- ・家族同伴で来る場合と家族だけで来る場を一會兒に分けた方が良い。一緒に来る場合、後で家族から話を聞く時には患者さんへの配慮が必要。「なに話してたんよ？」とけんかになることも。
- ・患者さんの多い時間帯、混雑している時、少ない時では対応が違う。理想的な環境の中ではなく、現実的な場面を設定してほしい。

(まとめ)

- ・誰にもさせるDVDなのか？医療者の視点で作ると甘くなる。患者さんにとっての対応がそれで良いのか？違う視点での評価を要する。
- ・現実には3分5分の間で患者を回していかなければいけない。
- ・スタッフも加えて最低限の流れを入れる。
- ・悪い対応を押す方がインパクトが残る。
- ・誰が見ても駄目なもの、誰が見てもわかるものは不要。ポーターなものをまとめる方が見やすい。
- ・ボリュームが多い。このDVDを虱にきてくれるか？見て印象に残るのか？理想的でありすぎる。
- ・もう少しポイントを絞り短いバージョンのものを作ると良い。ボリュームが少なくなっても色々な科の医師たちがDVDを見てくれて、受診につなげるようにする方が良いと思う。

【第2グループ】

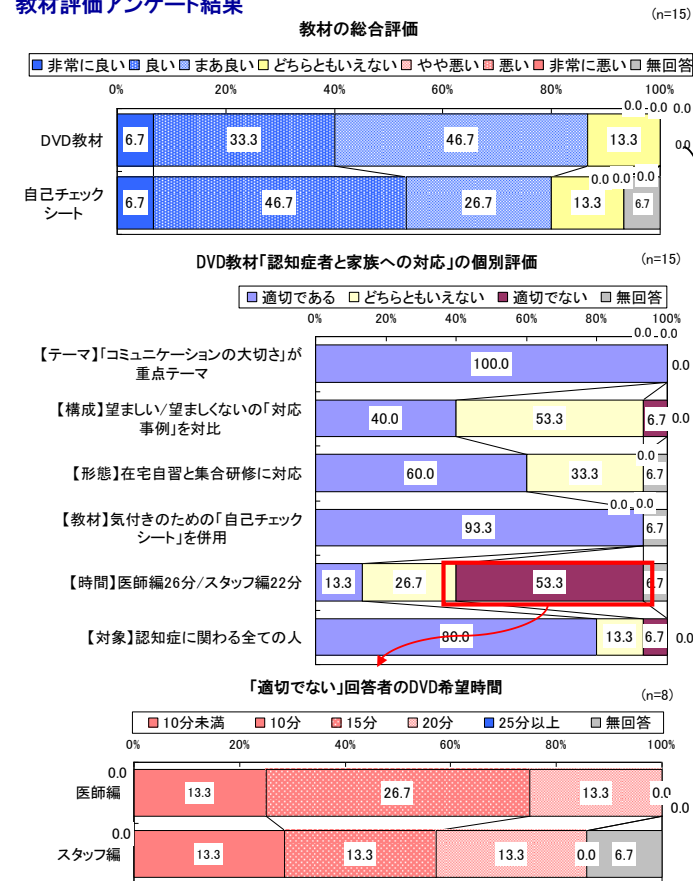
- ・まったく普通のビデオという印象。誰に見せるためのものなのか？病院のスタッフにこれを見せなければならぬのならよほど劣悪と言える。
- ・これを標準にする？普通すぎるので、これを見た人はもっとできていると思うでしょう。
- ・音介護の映画を見た時に「患者さまと呼びなさい」という教育を受けた。恐らく脚本を書いた人は素人で、そう思っているのでは。
- ・我々もここまでしなければならぬのかもしれない。
- ・シナリオは素人が書いたものではないのでは。医療・スタッフサイドで作られている。この対応でもまだ足りない。患者さんはもっと求めていると思う。
- ・一般の人と医療者では視点が違う。一般の人にとっては、好ましい対応といわれども好ましくない、足りないと思うだろうし、医療者はこれくらいはやっていいよと思う。対象によって違ってくるので違う視点での評価も入れていい。
- ・「これ位でいいや」というDVD。でも、どれくらいできているかはそれぞれだと思う。
- ・今までは窓口だけを開けていたが、これからはもっと介入型にしていくアプローチが必要だと思う。「こちらからTELしましょうか？」という声は介入型で良い。こういうコンセプトがあるのならもっとそこを入れてはどうだろうか。
- ・医師によって温度差がある。何もしていない先生はそういうのに巻き込まれたくない人もいます。入り口としてこのDVDはいいかもしれない。
- ・開業医は総合内科的にしていかななくてはと思うが専門に向いてしまう。自分は整形だから関係ないという先生もいる。
- ・全体の医師会ではDVDの内容も無理かもしれないという声が多かった。自分たちも守れていない。
- ・できるかと言われればできないと言わざるを得ない。時間も取れない。理想としてあげているのであれば最初にそれを言わないと、こうした声が出ることになる。「できるだけ向上してね」という風に働きかけるのがいいのでは。
- ・DVDのようにしようとすれば受付でも＋1人必要だが余裕がなくてできない。看護師も2人いる。無理だ。
- ・望ましい対応5分編を作ったらどれを残すのか？これは迷ったらダメというものをに入れてほしい。5分は望ましくないと言わずらうすればよいのか？5分以上時間を割けないこともある。
- ・最低限守るべきところをピックアップして強調することが必要。
- ・ある程度の理想はこれだとは思うが、全部できまスカ？スタッフを増やし、患者を減らさないとやれない。結局無理ということになってしまう。
- ・印象に残るのは悪い対応の方だと思う。「うちのところはこんなことさえへんわ」にならないか？
- ・虐待のDVDを見たが何が問題なのか分かりにくかった。良い例を見ると「できてるよ」と自分に甘い採点になる。ポーターの悪い例を見たら「これも悪いのか」と気付ける。ポーターを教えてもらえろとインパクトが大きい。
- ・「いい、悪い」ではなく、「不十分例」「十分例」を示した方が良い。○×は良く分かるがめまぐるしい。

【第3グループ】

- ・ここ5年くらいで診察場面が変わってきている。以前は右から左だったが、患者さんに医師自身がきちんと挨拶できているかということが変わり始めた。認知症の患者は特別ではない。ガンとアルツハイマーの告知には近いものがある。
- ・認知症に特有な対応と一般に通ずるところが一緒になっている。
- ・一般のかかりつけ医に見てもらいたいのものだと思うが、実際には何十人も診察しないといけない。医師も看護師も余裕がないのが現実。
- ・6人/時間でも実際にあそこまでできるか？看護師が十分なトレーニングを積んでの6人/時間。トレーニングなしでやっていた時は一人に30分かかった。
- ・医師編、スタッフ編とあるが、お互いにどちらも見ておくことが必要。
- ・別の日や別の時間をもってDVDのようにすることができるだろうか？医師が何人もいるところではできるだろうが、医師1人、看護師1人、受付1人でやっているとしても回らない。
- ・言い残したことを看護師が聞く診察が止まってしまう。
- ・内容はとても良い。正しいけれど日常診療にどう取り込めばいいのか？
- ・あれをしないと認知症診療ができないのなら、うちでは無理となってしまう。
- ・この中でどれが重要なのか？これだけは、そしてこの順に重要というのがあればできることからやっていける。
- ・ピギナーは初診に30分かかると言われている。確かに最初は30分は大事。消化器内科に認知症を診ると言われ、でも最初は無理。まずはピギナーとしてスタートしてもらわないと始まらない。
- ・消化器・呼吸器と言っている人が認知症を診ないといけない時代。整形の医師でも必要。この人はとピグアップしてもうだけでも大事。それがわかるDVDであってほしい。
- ・これをやってほしい、これをしてはダメということを言いたいためにボリュームが多すぎる。「そんなこと言わないで認知症をみて」というDVDでありたい。
- ・整形外科の医師に「私関係ない」と言う人が多い。こういう人に見せないといけない。
- ・初期版と充実版があれば解説は要らない。15分でよい。
- ・こういうところへ出てくる人は見ることができる。でも出てこない人に見てもらいたい。
- ・1時間3人では午前中に9人のレベル。クリニックとして午前中で1万円しか入ってこない。つぶれてしまう。
- ・私関係ないと言っている人をどうやってこの場に座らせるか。聞いてほしい人は来ない。
- ・野洲病院では松田先生に話をしてもらっているが聞いてほしい人は来ない。二人だけだった。いかに来てもらえるようにするか？

第2回 認知症医療と福祉の連携in守山・野洲
(DVD教材「認知症者及び家族への対応」の評価)

教材評価アンケート結果



DVDの評価		DVD評価の理由
非常に良い	とても良い内容ですが、日々の中でここまで対応できるか心配です。	
良い	内容の強弱があっても良い。全体的には良く出来ている。	
良い	とは言えvolumeはtoo muchだと思います。	
良い	理想型としての認知症診療の流れを示されている。	
良い	診療所の対応において流れを通して学ぶことができるものと思います。	
良い	ボリュームが多いが流れとしてみることで良かった。ナレーションと望ましくない対応編のセリフがかぶって分かりにくかった。対応例は分かり易いと思う。	
まあ良い	こうしたものが今までなかったのて有用である。	
まあ良い	教習所のDVDはいい。良いことが多すぎて少し疲れる。	
まあ良い	場面転換が多いので判別しにくいのではないかな。	
まあ良い	内容が多いため、対象(医師、受付、看護士別)に絞った方がよいのではないかな。	
まあ良い	内容は良かった。いかに関係の方にみてもらいやすく、具体的に伝えられるかがポイントと感じた。使う側が。	
まあ良い	第一段階の目指すところとして。ただかかりつけ医にも温度差があると思うので、もっと「これだけ」に絞る必要があるかもしれない。	
まあ良い	初めてのDVD教材なので今後も改善を重ねていくものである。完成度100%は永久にないものの、今日の仕上がりはいわゆる標準的なものと思えるので。決して教訓的な内容ばかりではなく、1つの教科書としては価値があると思います。	
どちらともいえない	DVDの時間が長いこと、開業医(内科)の診療とは離れていると思う。内容が認知症専門医のためのような感じであるため。	
どちらともいえない	インパクトが弱い、やや冗漫。	

自己チェックシート		自己チェックシート評価の理由
非常に良い	「自己チェックシート」は自分のチェックと十分な時間がある時に出来るため良い。	
良い	診察の場面での要素に分けられているのが良いと思います	
良い	チェックシートの量として適当である	
良い	ポイントを示してある。ただ、そこまで丸となってなかなか出来ない現実を同時に考えてしまう。	
良い	セルフチェックできるのはとても良い	
良い	今まで、これほどまで詳細はチェックをしたこともなかった(個人的に)ので、他の方も恐らく思うのではないかと思います。	
良い	職種によって細かくチェック項目が分かれているため、振り返りを行いやすいと思います。	
まあ良い	確認は必要	
まあ良い	初期対応のチェックもあり、教材としての視点がほやけているのではないかな。	
どちらともいえない	読めていないが、思い出すためにあっても良いと思います。	
どちらともいえない	A-B/C-Dに分けてある意味がわかりづらい。	

教材評価アンケート結果

教材全体に関する意見・要望	
定価も安くして、時間の短い、分かり易い内容、認知症の診断・対応の仕方をお願いしたい。	
もっともっとコンパクトなもの。消内や循内、整外などの先生方に、認知症医療の入口に立って頂けるものも必要かな。	
必要な人に見てもらえるような仕組みを考えること。	
ポスターな対応を、もう少し全体に入れてほしい。明かな不適切な対応は必要ないのではないかな。	
最初に診察して頂く、開業医の先生が認知症に対して関心を持って頂くこと、患者さんや家族もとても安心できると思います。	
・完全に悪い対応というよりは、気付きにくい不十分な対応を取り上げることで気付きを促せるのではないかな。	
・これを題材にして診療所内・病院内で話しあえると良いなと思う。	

シーン	DVD教材の修正・改善、追加すべき内容
全体	映画であるので仕方ないと思うが、全体的に大きな声でズバリ話している場面が多い。プライベートの配慮なされているようで、そうでもないように見える。
全体	全体的に、患者さんがこう思って診察に来ている、こんな反応がある・・というのが分かり易く出ていて良かった。
全体	良くない例を先に持つてくる。
全体	単独と家族同伴を分ける。
全体	あまりに初歩的な部分は必要ない。
全体	教習所のDVDはいい。良いことが多すぎて少し疲れる。
診察室	家族同伴の場合：家族のみに聞き出すために、患者をうまく待合室に導いたが、時間的に無理な場合、日時をずらして家族のみから聞くなど、違うパターンも欲しい。
診察室	医師のモラルにかかわることは無くても良いのでは？(貧乏ゆすりするとか)
診察室	本人ひとりだけの場合と家族と同伴で受診の場合の対応を別々にし、「受付～会計まで」の流れにしてはどうでしょうか。
診察室、受付	「望ましい対応」と「望ましくない対応」の対比について、先に、「望ましくない対応」から改善した「望ましい対応」にした方が理解しやすいのではないかな。
告知	このようにはっきり伝えられる時ばかりではないと思うので、デリケートな対応や時間をかけたリタイミグを図る場合についても示せるとよい。
待合室	家族が患者さんに隠れて問診票を書くのはどうなのか。患者さんの前でオープンに書く方がよい場合もある(人間関係によっては)。
解説(〇と×のシー	良い例と悪い例がちなケース(事例)を実はある点では不十分な接遇だと示すような表現スタイルが示されると良いと思います。
自己チェックシートの修正・追加すべき内容	
—	自由記入があっても良いのでは。
—	本人、家族からの申し出がなくても診療所で気付くチャンスとなる事象と、気付いてからの介入方法

第3回 認知症の医療と福祉の 連携IN守山・野洲

* 事例検討書式等の無断でのご使用はお断りします

1

模擬事例

- Aさん 80歳 女性
 - 要介護度：未認定
 - 認知症高齢者日常生活自立度：Ⅱa
 - 障害老人の自立度：A1
 - 家族状況
- 兄弟はなく、内縁の夫(故)との間に実子なし。
市内に暮らす従兄弟がまれに様子を見に来る。

* 事例提供者設定・・・包括支援センターに民生委員を通じて相談がきた設定

記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひもときシート」を参考に原本クリニックで作成したものです。
URL : <http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>

2

○生活歴

1995年に道路拡張のため、それまで住んでいた家を立ち退き、それで得たお金を基にケアハウスへ入所するが、2000年に貯蓄が底をつき、ケアハウスでの生活を継続することが困難となったため退去。特養への入所も検討されたが、「施設へは行きたくない」という本人の強い意向の下、現在の市営住宅で独り暮らしを始める。

○住宅・経済状況

市営住宅に暮らし、生活保護を受給している。

○現在の病気

高血圧症(発症不明)・糖尿病(1988年頃発症、月に一度近医へ通院し、投薬を受けている)

また、1990年に交通事故により、左下肢機能障害が残り、歩行時は左足を少し引きずる。

3

○経過

2～3年前くらいから認知症の症状が現れ始め、身の回りのことが不十分となってきていたのと、Aさんが鍋こがしなどをするため近隣の住民から「施設に入れた方がいいのではないか」との声があがり、民生委員を通じて、包括支援センターに相談があった。生活保護担当者と共に訪問をするとう室内は衣類や食べ物、薬などが散乱し、尿臭もあった。また、会話を進めるなかで記銘力障害や見当識障害が見受けられ、本人も「最近よく忘れる」「近所からいじめられている」などの言葉も聴かれた。介護保険認定の話をすると、「施設へは行かない」と強い拒否を示した。

4

○身体 の 状 況

- ・高血圧症、糖尿病がある
- ・投薬内容が多いことに加えて、薬の管理もできていない。
- ・尿失禁がある
- ・入浴ができていない
- ・室内は衣類や賞味期限切れの食べ物散乱
- ・近くのスーパーに行くが、お金を持たずに行く
- ・保護費が入ると全額出金して、公共料金の滞納がある。
- ・火の扱いが不十分
- ・食べることは自分でできるが、菓子や出来合いのものが多く栄養の偏りがみられる。

5

○精神・心理 の 状 況

- ・もの忘れが増え、不安はあるが、できるだけ自宅で暮らしたい。
- ・生活費がなく不安(金銭管理できない)
- ・1人暮らしがさみしい
- ・周りから変な目で見られていると思っている

○社会環境状況

- ・1人暮らし
- ・従兄弟がまれに来るが、従兄弟も高齢で疎遠となっている
- ・民生委員が状況をみてくれる
- ・近隣の住民は、施設入所を勧めている

認知症ケア標準テキスト 改訂・認知症ケア事例集 (株)ワールドプランニングより引用・一部改変

6

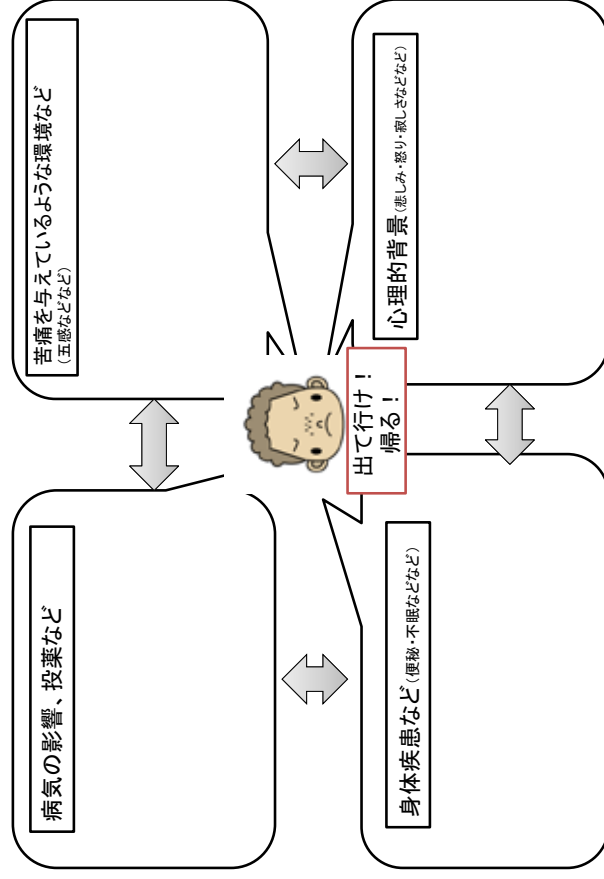
○Aさんがサービス利用を開始しました

- ・訪問介護と通所介護をそれぞれ週に1回からスタートしました。
- ・訪問介護は当初は、家事援助を始めようとして「出で行け！」と言われることもありましたが、ヘルパーさんの顔が覚えられるようになるにつれ、受け入れのいい日も出てきました。
- ・通所介護は送迎車に乗りこみ到着はするのですが、すぐさま「ここはどこや？」と言いだし、「帰る」と言います。

○では、次のGWでは、「出で行け！」「帰る！」という言葉の背景や原因を考えて、整理してみましょう。

7

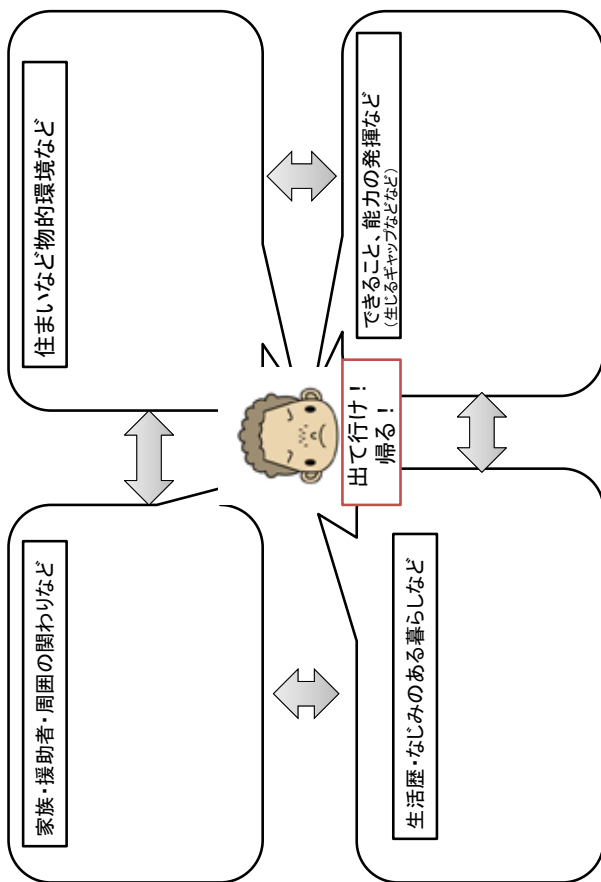
Aさんの言動に関係しているのでは？と思うことを記入して下さい



この記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひととき」を参考に原本クニックで作成したものです。

8

Aさんの言動に関係しているのでは？と思うことを記入して下さい



この記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひとときシート」を参考に臨床クリニックで作成したものです。

9

それではAさんの立場から、Aさんが「困っていること」や「悩み」、「求めていること」などはどんなことでしょうか。まとめて下さい。



この記入シートは、臨床クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

10

Aさんの言動に関係しているのでは?と思うこと

病気の影響・投薬など

- ・ HT・DM投薬
- ・ 抗認知症薬の処方の有無不明
- ・ 非定型抗精神病薬の処方有無不明
- ・ 介護への抵抗がある。
- ・ 元来の性格はどうなのか?

苦痛を与えているような環境など

- ・ 歉らかっている状態は苦痛?
- ・ 自分が望んでいないのに片付けられてしまう
→不安?

身体疾患など

- ・ 清潔が保てていない。

心理的背景

- ・ 元来の性格はどうなのか?
- ・ 援助に対して感謝の念を表すことが上手ではない。(できない)
- ・ 介護する側からの目として家族でないのかえって
対することができなのかも。

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・ 家族は高齢のため介護者と認めない。
- ・ サービス中心に考えるべき。

住まいなど物的環境など

- ・ 1人で生活してきた。

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・ 他の人が生活に入ってくることに慣れていない。

できること、能力の発揮など

- ・ 自分の口で食べられる。

Aさんの立場から、Aさんが「困っていること」や「悩み」、「求めていること」はどんなこと?

元来の性格+dementiaの結果としての患者全体像をそのまま受容したプランを。

どこまで介入? 人権?

「出て行け!」 → ほって置いてほしい ← 本当の望み??

片付いていないのが幸せ? 片付いている方が幸せ? 本当か??

Aさんの言動に関係しているのでは?と思うこと

病気の影響・投薬など

- ・ 認知症の進行。投薬不十分
- ・ 事故により機能障害あり。移動に苦痛あり。

苦痛を与えているような環境など

- ・ 足の機能障害のため腰痛・股関節痛+
- ・ 車に乗る行為が苦痛になっているのでは
→不安?

身体疾患など

- ・ 尿失禁があったりするため、周囲に気を遣い
帰りたいと言うのでは?
- ・ 入浴中に排尿行為をしてしまう。

心理的背景

- ・ 被害妄想的感情が強くなった。
- ・ 知らない人ばかりで不安。(悪口等)

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・ 1人暮らしで援助者・家族がいない状況で
頼りにしている民生委員も頻繁に来るわけ
でもなく不安。
- ・ 頼りになるヘルパーがデイにいないので、デイ
に行くのが不安。

住まいなど物的環境など

- ・ 自分の住んでいる所と異なる環境になじめない。

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・ 1人気ままな生活をしていたが、自由がきかない
生活になる。制約される。(物・時間の選択等)

できること、能力の発揮など

- ・ 自分でできることができない。
- ・ お世話にならないといけないジレンマ。
- ・ 女性なので自分でしたいけどできない。プライドも
ある。
- ・ 金銭的な自由がきかない。
- ・ 他の人ができるけど認知症状から自分ができる
という心もとなさ。
- ・ 昔得意だったことができなくなっていることに対して
時間をかけて引き出してあげるように接する。

Aさんの立場から、Aさんが「困っていること」や「悩み」、「求めていること」はどんなこと?

①治療薬の管理をすすめることで健康感を実感させる。

②訪問看護で顔なじみの関係をつくるなど頻回の訪問でAさんの心を和らげて見るようにする。このことで
悩みの解消もできるのではないか?

③民生委員が中心になって自治会に働きかけ、声掛けをしつかりする。緩やかな介入を進めていく。寄り添って
いくこと。

Aさんの言動に関係しているのでは?と思うこと

病気の影響・投薬など

- ・訪問介護が入ることを忘れてしまっている。
- ・もの忘れのせいではデイサービスの場所が分らない。
- ・もの忘れのせいでは顔を忘れてしまい他人が勝手に入ってきていると思う。(顔なじみになっていないので誰だかわからない)
- ・顔なじみになるにつれてヘルパーがわかるようになった。
- ・薬がきちんと飲めていないかもしれない。

身体症状など

- ・左下肢機能障害のせいで動きづらい。
- ・DMが目が見えにくいのか。
- ・血圧が高かったり、不眠、身体のだるさ(コンディション)により、日によって覚えている、いないの差があるのではないかな。

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・デイの送迎やヘルパーが異なる人が来るのでわからないのではないかな。
- ・民生委員からどうかわかってもらっているかな? ケアマネはどうかわわっているかな?
- ・包括支援がどのようにかかわっているかな? 本人の思いをきちんと聞けていないのではないかな。(どうしましたか?という声掛け)
- ・ヘルパーが良かれと思って整理・整頓・清潔にしたことが、本人にとっては盗られたり、勝手にされたという思いに繋がっているのではないかな。
- ・汚いとか臭いとか言われる。

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・自分の家を失っている喪失感。→家をとられたという思いが人を信用することができなくなることにつながっている。

苦痛を与えているような環境など

- ・入浴や排泄が上手く出来ないのでは不快感があるのではないかな。
- ・デイサービスの環境がなじみの環境ではない。
- ・食事がかきりと食べられていない。
- ・デイサービスのことが分かっていない。送迎中にデイに向かっていることを忘れてしまう。
- ・デイに着くともう家に帰れないと思うのでしょうか。

心理的負量

- ・自分の家を失ってしまっており、家がなくなくなってしまったとの思いがある。
- ・身内の人がかわわってくれない孤独感。
- ・長い間孤立した生活を送っているのでは人が信じられない。
- ・周りの人への猜疑心がある。

住まいなど物的環境など

- ・散らかっていて尿臭もする環境。
- ・デイがどこなのかわからない。

できること、能力の発揮など

- ・できることがスタッフに分かっていないので、この人のできることを活かしたケアができていないのではないかな。

Aさんの立場から、Aさんが「困っていること」「求めていること」「どんなこと?」

- ・自分のことを心配してくれる人を求めている。→顔なじみの関係になって支援できるように。(困っていること)
- ・ヘルパーさんが来てくれる。顔も向えてくれる人なのかもわかっていないので不安になる。→(どのように工夫して)ヘルパーさんがなじみの関係になっていくか。できるだけ同じ人が訪問し顔なじみになっていく。
- ・ヘルパーさんに通院先介助してもらい医師に生活状況の情報提供ができるようにする。デイへの通所と家のつながりがあるようヘルパーに準備などでかわわってもらう。
- ・デイに着いた時に場所も分からなくなってしまう。→送迎中からスタッフはデイに行くことを伝えるなど。(どこへ行くか、また家に帰ることなど)

Aさんの言動に関係しているのでは?と思うこと

病気の影響・投薬など

- ・記憶障害・見当識。
- ・糖尿・高血圧の薬が飲めていないかも。
- ・妄想あり。重ね飲み。

苦痛を与えているような環境など

- ・新しい場に慣れていない。
- ・知らない人からの声、慣れていない人。一家の出入りが多い。ものを触られる。
- ・送迎車の狭さ、乗り慣れていない、移動時間。
- ・足の痛み、しんどさ。
- ・緊張感。

身体症状など

- ・左足の痛み。
- ・体調が悪くない。(睡眠・食事がかきりと取れているかな?)
- ・糖尿・高血圧。
- ・水分が取れていないかな?→せん妄?

心理的負量

- ・家の中を触られたくない。
- ・帰りたい→構ってほしい、説明がほしい、さみしい話を聞いてほしい。
- ・家にいたい。
- ・自分の居場所がない。
- ・知ってる顔があることで安心できる。
- ・こんなに世話にならないといけないことへの悲しみ
- ・自分で何でもしたい。世話に慣れていない。
- ・1人はさみしい。
- ・言われたくない。(あまり知りあって時間が経っていない)

家族・援助者・周囲の関わりなど

- ・ヘルパー・デイ職員・デイ利用者は今一番かわりが多いけどなじみの人ではない。
- ・近隣の人・民生委員・ケアマネもなじんでいない。

住まいなど物的環境など

- ・サービス利用前と家は変わらず。
- ・施設拒否があったがデイ利用している。(施設嫌い)
- ・部屋の整理はできてきてる?

生活歴・なじみのある暮らしなど

- ・ずっと一人暮らし。
- ・ケアハウス時代に施設が嫌いになる。
- ・なんでも自分でできた。

できること、能力の発揮など

- ・自分の思いを伝える。
- ・食べられる。自分で生活できる。
- ・場所・人の判断・覚える。
- ・買物物 ⇄ 菜箸の振り
- ・歩ける。車に乗れる。

Aさんの立場から、Aさんが「困っていること」「や「悩み」「求めていること」「どんなこと?」

- ・なじみの人が必要。→ヘルパーさんは同じ人が良いかも。顔が入るように。
- ・自分で生活したい ⇄ できない。でも手伝ってほしくない。
- ・「帰りたい」理由を聞いてほしい。寂しさ、話を聞いてほしい。
- ・家で生活したい。
- ・近所との関係を回復。信頼できる人がほしい。
- ・なじみの関係をしっかりと作って、サービスを拡大する。

第4回 認知症の医療と福祉の
連携IN守山・野洲

ブレインストーミング

「テーマ 認知症になっても普通に暮らし続けられる守山、野洲にするには
何が必要か？ できることか？ できたらいいと思うか？」

- リーダー決める（一番誕生日の早かった方）
- ルール
 - * 意見の否定はしない
 - * たくさん意見を出したグループが勝ち 数で競う
 - * 付箋に書いてどんどん出す
 - * 何でもいい、意見をたくさん出すことが最大の目的
 - * リーダーさんはどんな意見を出すようにせかす
 - * 付箋を模造紙の上に、読み上げながら貼っていく
 - * 最初に、各自 3 枚の付箋に書いて下さい
- まとめましょう（20分）
 - * 同じ仲間と思われる意見同士を集めて、そのグループに名前を
つけて下さい。
 - 付箋を貼り直してグループを作ってください。
 - マジックでグループを囲みグループの名前を書き込んで下さい。

第4回H25.5.23 GW 記録

平成25年 第1回
認知症医療と福祉の連携

IN守山・野洲

(平成25年5月23日)

グループワーク結果

グループ名：スマイル

趣 味	旅 行	笑 顔	食 事	医 療	お 金	家族との絆
お花に囲まれて過ごしたい	旅行がしたい	笑顔で過ごしたい	したいこと 食べたいものを食べたい	可能性のある薬を試してほしい	生活費の心配をしなくても過ごせる地域に住みたい	家族に好き勝手言いたい
したいこと 好きな人に囲まれたい	旅行に行きたい	したいこと 笑って過ごしたい	いろんなものを食べたい	やさしい先生に診てもらいたい	お金に困らない	家族と一緒にいたい
毎日を写真に残す	したいこと 好きな所にでかけたい。いつでも。	楽しく話がしたい	好きなものを食べたい	役 割 その他		世話をしてほしい
田舎で花を育てたり、散歩したりしてのんびり暮らしたい	地 域 一失敗しても笑って許されるあたたかい地域ー	怒らないでほしい	忘れられないぐらいのおいしい料理を食べたい	自分では自分 でしたい	したいこと ゆっくりしたい	子供たちに迷惑がかからないようにしたい
日記を毎日つけてみる				仕事や役割をし続けた い	新しいことに挑戦してみ たい	
昔の音楽を聴いたり、映画を観たり、絵を描いたり、物を創作して、ゆっくり時間を過ごしたい		同じような状況にある方々と集まって話したり、食事をしたりできるようなイベントや憩いの場所を提供してくれる地域に住みたい	家族に非難めいた言葉を 出さないでほしい	ぎりぎりまで車の運転を したい	買い物にでかけたい	
		地域全体で見守れる	皆で助け合える地域にな ってほしい	徘徊してもすぐわかるよう な地域になってほしい	失敗しても笑って許してく れる人たちに囲まれたい	カギがいらない暮らしがし たい
						時間を気にしない地域にな ってほしい

地 域 で 生 き る 私

グループ名：ももクロH

社会の中の私		人との関わり		安心できる地域	
役割がほしい	自分ができていることをし て、代償としてお金をもら える	好きな人と一緒にいた い	誰もが声をかけてくれる	自分の家がどこへ行っ てもわかるような標識が あると良い	いつも子供の声が聞こ える環境にいたい
自分でできることはさせ てほしい	みだしなみを整えてほし い	いつも忘れないでいて ほしい	好みなどを覚えていてく れる人がいてほしい	季節がわかる環境	静かな場所を与えてほ しい
人を助ける、お互い助け 合える機会を持たせてく れる地域	道を歩いて迷っても、行 き先をさりげなく教えて ほしい	会ったら優しく声をかけ てほしい	他の人と家族の話がし たい	できるかぎり環境・建物 を変えないでほしい	どこか必ず出かけるこ ろがある
		ばかにしたりされない	ゆっくりと話を聞いてほ しい	トイレの場所をわかりや すくしてほしい	
		好きな人と暮らしたい			

私の願い・欲求

自分の好きなことを(散歩・運動)していたい	おいしいものが食べたい	思うままに歩かせてほしい	好きな時間に起きて、好きな時間に寝ていたい	時間を気にされずに私の話を聞いてほしい	自由気ままにさせてほしい	好きな音楽を聴いて過ごしたい
-----------------------	-------------	--------------	-----------------------	---------------------	--------------	----------------

こ ん な 地 域 に!!

グループ名：のり養きせんべい(1)

家族に迷惑をかけず、時々会えるような所	顔見知りの多い地域	他人に優しい地域	介護する家族がぐっすり眠れて、きちんと仕事に行ける地域であってほしい	迷っていたら優しく声をかけてほしい
気候の良い場所、適当に田舎で、適当な街に住みたい	家の近くにホッとできる場所があってほしい	いつSOSしても誰かが助けてほしい	徘徊しやすい街にしてほしい(危険なことがないように)	自宅で最後まで家族が介護しながら一緒に過ごせるようフォローできるサービスが十分にある地域であってほしい
最期は自然の多い所がいい	家以外に行ける場所がほしい	周りの人に声をかけてほしい	道を歩いていても、自転車や車やバイクが安全に見守ってくれる地域	家の近くで迷子にならないようにしたい
できるかぎり自由にできる環境	地域や家族に見守ってほしい	自分の認知症で子供がいじめられないようにしてほしい	ゆっくりと話を聞いてほしい	自治会単位で集える場所があると良い

グループ名：のり養きせんべい(2)

人としての尊厳を大切に

生きる意欲を大切に

こんな居場所に

食べられないものを食べていたら、もっとおいしいものを下さい	人と違った行動をしている時は教えてほしい	身だしなみが整えられなかったら直してほしい。ほっておかないで。	自分の存在を否定しないでほしい	後見人を決めておきたい	家族と一緒に過ごしたい	身体の不調を訴えてもあわてないでほしい。家にいさせてほしい。
失禁してもおむつになっても、私が子供にできたようにやさしく交換できるように	自分が出かけたい思う所に出かけたい	いろんな体験をさせてほしい。無理強いしないで。	ゆっくり対応してほしい	好きなことができるようにしたい	施設には行きたくない	デイサービスへは行きたくないのだからいさせてほしい
お風呂に入らなくてもいやな顔をしないでほしい	危険がある時に守ってほしい	人間として扱ってほしい	何をしても怒らないでほしい	意欲がなくなってもそっとしておいてほしい	自分だけ「浮かない」デイサービスに行きたい	友達がほしい
まちがったことをたくさん言いますが、表向きだけでも私の目を見て話を聞いてほしい	否定しないでほしい。ダメって言わないで。	プライベートを尊重してほしい	夜も安心して眠れるようにしたい	趣味を続けたい	できれば同じような人々の中で生活したい	1人にしないでほしい
何度も同じことを聞きますが、やさしく答えて下さい	大きい声でおこらないでほしい	できるだけ身ざれいにしてほしい。おしやれまではいかなくとも。	なにがあっても味方でいてほしい	いつまでも人の役に立ちたい	まとまって暮らしたい	
変なことを言っても受け止めてほしい	料理するのを手伝って手作りのものを食べたい	いつまでも若々しいでいたい。(みだしなみは忘れずに)	できるかぎり他の人に迷惑をかけずに生活したい	ぼけてても社会に少しでも貢献したい	家族に迷惑をかけ過ぎていたらきれいな所に入所したい	
子供がわからなくなったら遠くに離れて暮らしたい	変なことを言ってもやさしく接してほしい	できないことをおこらないでほしい	買い物に行って同じものを何十個も買って笑って許してほしい	自分の好きなことをして一日を過ごしたい	私の居場所を奪わないでほしい。一人でも大丈夫。多分・・・。	
できることは見守ってほしい。私が言葉で伝えられない気持ちをくみ取ってほしい						

テーマ「変わらない」

グループ名：第5グループ M2F4(1)

楽しみ		自由・気楽		安心	自然	便利
海外旅行に行きたい	趣味を楽しみたい	気楽に過ごしたい	自由にお金を使いたい	災害にあっても困らない	植物が多くある地域	近くで買い物ができる
旅行に行きたい	好きな服が自分で選べる	心静かに暮らしたい	最期まで家にいたい	詐欺などに合わない地域	自然が多いところ	困った時にすぐに相談できる
遠くに自由に動いていた	車に乗りたい	家でゆっくりしたい	今までと同じ生活がしたい	介護保険サービスの充実した地域	動物が身近にいるところ	困った時にすぐに相談できるサービスがある
1人で買い物に行きたい	デイサービスに行きたい	静かに過ごす	家族と居たい	出かけても1人で帰って来られる	歩いて楽しい地域	(近くに)便利な環境
犬や猫などペットを飼いたい	おいしいものを食べたい	田舎暮らしがしたい	家族と一緒に居たい	専門病院が近い所にある		歩いて行けるところにスーパー等がある
音楽を楽しみたい	好きなものが食べたい	ゆっくりくつろげる公園がある	1人にならず誰かと一緒に話したい	専門医が近くにある		
野球を続けたい	好きなものを食べて生活したい	気楽に楽しく過ごせる(いろいろ言われずに)	1人にならず誰かと一緒に話したい			
	おいしい食事ができる	ほっとおいてほしい	今までと変わらないつきあいをしてほしい			

グループ名：第5グループ M2F4(2)

コミュニケーション		意欲
顔見知りの方が多い	多くの人の中で楽しくいろいろなことができる場所	治りたい
気軽に声をかけてもらえる	好きなことがさせてもらえる地域自分の気持ちを大切にしてもらえる	仕事をしたい
常にだれかが声をかけてくれる環境が良い		
困った時は助けてもらえる地域		
自分の家に帰れる地域		
声をかけてほしい		
近所の人々とも支えてほしい		
相談できる人がたくさんいる地域		

今までと変わらない えとう先生と5人の娘？

グループ名：第6グループ

**見守る地域
(1人になりたくない)**

顔見知りの居る地域	1人にしないでほしい
楽に集まれる場にいたい	家族から離れないようにしたい
ふだんの近所づきあい を続けたい	自分が思い出せない時 助けてくれる所
自由に出かけられきち んと家に帰ることができる地域に	めいわくをかけたくない
忘れたことを受け入れて もらえる地域	周りに迷惑をかけたくない
1人になりたくない	家族・友人と迷惑をかけ ずに暮らしたい
そっと見守ってほしい	
いつまでも見守ってほし い	あまり同情もしないでく れ

やさしくしてほしい

優しく声掛けてほしい	誰かいつもそばにいて ほしい
優しく接してほしい	ゆっくりしたい
認知症のことを理解して ほしい(見守ってほしい)	自分が変でないか声掛 けしてほしい。(服がきち んと着られているかな ど・・・)
できない時もおこらない でほしい	思いを聞いてほしい
子供にやさしく声かけて もらいたい	家族に自分の病気を正 しく知ってほしい
自分がしたいことをさせ てくれるところ。やりたく なかったらやらなくてよ いと許してくれるところ	1人にならず誰かと一緒 に話したい
家族に優しくしてほしい	1人にならず誰かと一緒 に話したい
家族の顔や名前を忘れ たくない	今までと変わらないつき あいをしてほしい

**病気を知りたい
(治療も含む)**

病気の状態を正確に教 えてほしい	
分からないことは教えて ほしい	
認知症を理解してほし い	
認知症について困った 時に相談できる人がほ しい	
最新の治療を受けたい	
最新の治療を受けたい。 治りたい。	
個人情報十分守れる ように	

今までしていたことをこれからもしていきたい

買い物や外出ができる 環境	温泉に行きたい。ゆっく りしたい。
旅行をしたい	友達と一緒に温泉に行 きたい
海外にも行けるようにし たい	食べたいものを作り食 べたい
適度に食べ歩きしたい	仕事をしたい
家で暮らしたい	畑仕事を続けたい
車をいつまでも運転して いたい	時々一緒にお茶がした い
コーヒーが飲みたい	
好きなものの買い物が したい	

グループ名：第7グループ おゆずりグループ さわやか・おしゃべり系

家族といつまでも

家族と過ごしたい	夫が亡くなっていたら友 人と一緒に住みたい
家族に付き添ってもらっ て旅行に行きたい	認知症になっても家で 過ごしたい

ありのままの自分で

デイでなく家でゴロゴロ したい	笑顔でいたい
たつぷり・ぐっすり眠りた い	認知症になっても私の 気持ちを聞いてほしい
素直に、遠慮せず怒っ てほしい	言いたいことを、伝え たいことを補助して代わり に伝えてほしい

最期まで口から食べたい

おいしい料理をおいしく みんなと食べたい	自分で料理をできるだ け作りたい
-------------------------	---------------------

さわやかな汗を

車に乗らないでも買い 物に行きたい	趣味のテニスをしたい
スポーツや小学校の見 守り	運動やスポーツ、身体を 動かしていたい
お父さんと山登りでけれ ば行きたいな	畑・野菜
地域びわこでキャンプ	

ほっとgoodコミュニティ

地域の中で失敗しても 怒らないでほしい	家族以外の人とも気軽 に話したい
邪魔にされたくない	いつでも気軽に行けるカ フェのような場所がほ しい
地域の方がイヤな目で みないでほしい	近くに気軽に行ける場 所がほしい

ピンピンコロリ

無理な延命治療をして ほしくない	
やさしいお医者さんに大 事にされたい	
介護サービス事業所が たくさんあるところ	
大きな病院。往診の先 生がたくさんいる所	
自分のことをよくわかつ てくれるDr.に診てもら いたい	

ほっこり・リラックス

買い物をして好きな服を 着たい	おいしいコーヒーが飲 みたい
認知症になっても、お友 達が家に来てほしい	音楽を聴きたい
しょっちゅうお茶を飲 みに来てほしい	できるだけ仕事をした い
旅行・地域の付き合い がしたい	好きな映画・DVDを見 たい
居酒屋	音楽活動・大正琴やパ ンド
デイに行ってカラオケ	

普通でやさしい街

グループ名：クリニック(1)

話を聞いてくれるケアマネに会いたい	特別扱いはいらない	家族に迷惑をかけないで暮らしたい	同じことを何回聞いても、ちゃんと答えてほしい	困っていたら声をかけてほしい(助けてほしい)
親身になってくれるケアマネさんについてほしい	認知症を特別扱いしてほしくない	認知症・寝たきりはイヤだ	道が違って迷っていたら、やさしくまちがいを教えてほしい	困っている時に少し声をかけてもらいたい
家族が疲れないようにショートステイに行ってもいい			必要な時に必要な支援が受けられる地域	気軽に声をかけてくれる街
今あるDSIにはあまり行きたくない	顔の見える地域		安心して歩ける	声を掛け合う街
	認知症の多い地域が良い		わかるように話してほしい	あたたく見守ってほしい(帰る家がわからなくなったら連れて帰って)
うそをつかない	カギをかけなくてもすぐせる地域		一つの道具をみんなで使える街	温かく見守ることのできる地域
	地域・行政のお世話になりたい		どこに行くのも分かりやすい街	行くところがある町(町角サロン)。どこかに溜まり場がある。そこに行くと誰かがいる。

グループ名：クリニック(2)

あきらめ系	やさしくしてほしい系	やりたい系	家族と一緒系	いやし系	理解してほしい系
重度ならあきらめてまわりに頼る	失敗しても怒らないでほしい	好きなことがしたい	絶対に自分の家で寝起きがしたい	猫を飼いたい	認知症を知ってほしい
なおらないなら寿命を縮めてほしい	怒らないでほしい	南国のパラダイスで最期を迎えたい	今の家に住みたい。家族といたい。	きれいな自然と触れ合いたい	理解してほしい
収入系	あれはダメ、これはダメと怒られたくない	普通に食べたい。飲みたい(アルコールも)	普段と同じ生活	花を育てたい。野菜を育てたい。	家族であちこちに行きたい
仕事を続けて収入を得たい	忘れても怒らないで	お出かけしたい(おしゃれして)	今の自分の家で家族と変わらず暮らしたい	良い音楽の中で暮らしたい	多くの人たちと一緒に過ごしたい
金銭の心配がない環境で暮らしたい	否定はされたくない	友人と一緒に楽しく過ごしたい	家族と同じように生活したい	花を作ったり、草むしりをしたり、野菜を作ったりしたい	仲間をつくりたい
	やさしくされたい。優しくしてほしい。	自分の好きなことがしたい	大切な家族と一緒に過ごしたい	花見がしたい	楽しい家にいたい
	「どこへ行ってもいいよ」と言ってもらいたい	好きなTV映画を見る		いつもと同じように買い物	笑って過ごしたい
	大丈夫と言ってもらいたい	とにかく普通に(軽度)		お風呂。おしゃれはしたい。	認知症とはいえ、プライバシーは守ってほしい

グループワークのまとめ

各グループのテーマと小見出しを活かしながら、参加者の想いをまとめてみると……

グループ名：スマイル

- ・失敗しても笑って許されるあったかい地域で、趣味や旅行を楽しんだり、おいしいものを食べたり、買い物に出かけたりして、家族と一緒に暮らしたい。
- ・自分でできることは自分でして、少しでも役に立ちながら、笑顔で暮らしたい。
- ・優しい先生に診てもらって、可能性のある薬を試してもらいながら、病気に向き合いたい。

グループ名：ももクロH

- ・地域の中で自分が一定の役割を果たし、自分を大事に思っけて寄り添ってくれる人たちとの関わりを持ち、安心できる、そんな地域で生きて、自分の好きなことをしながら暮らしたい。

グループ名：のり巻きせんべい

- ・家族や地域の人たちに見守ってもらえる、周りの人たちが優しく声をかけてくれる安心できる……そんな地域に!!
- ・病気のために健常者と違った行動や発言をしても、人としての尊厳を大切にしてくれる、人の役に立ちたい・好きなことをしていきたいという本人の生きる意欲を大切にしてくれる、自然と自分を受け入れてくれる……そんな地域に!!

グループ名：第5グループ

- ・音楽を楽しんだり、旅行に行ったり、おいしいものを食べたり……という楽しみを持ち続けたい。
- ・ゆっくりと気楽に、これまでと同じように家族と暮らしたい。
- ・自然が豊かで、便利で、安心できる地域で、変わらない暮らしをしたい。
- ・困った時には助けてくれる、気軽に声をかけてくれる地域の人たちとのコミュニケーションを大切にしたい。

グループ名：第6グループ

- ・1人にしないで見守ってくれる地域、地域の人たちが病気を理解して優しく接してくれる、そんなところで今までと変わらず暮らしたい。
- ・自分自身病気のことを良く知りたいし、周りの人たちも知ってほしい。
- ・旅行に行ったり、食べ歩きしたり、今までしていたことをこれからもしていきたい。

グループ名：第7グループ

- ・ありのままの自分を受け入れてくれる家族といつまでも暮らしたい。
- ・さわやかな汗をかいて、健康に暮らし、自分を良く分かってくれるお医者さんに診てもらって、ピンピンコロリになりたい。
- ・買い物や、カラオケや、映画など好きなことをして、ほっこり・リラックスしたい。
- ・失敗しても怒られない、気軽に優しく声掛けしてくれるホットgoodコミュニティにいたい。

グループ名：クリニック

- ・親身になって話を聞いてくれるケアマネさんについてもらって、自分に合ったデイサービスやショートステイを利用したい。
- ・認知症の人を特別扱いしないで。
- ・家族に迷惑をかけたり、寝たきりになるのはいやだ。
- ・気軽に声をかけて、見守ってほしい。困った時には助けてほしい。
- ・おしゃれをして出かけたり、趣味を楽しんだり、やりたいことをやっていきたい。
- ・変わらずに家族と暮らしたい。
- ・ペットを飼ったり、花を育てたり、毎日の生活にいやしがあるといい。
- ・認知症のことをよく理解してくれる家族や仲間と過ごしたい。

以上のまとめから見えてくるものは……

- ・ご本人は、家族や地域の人たちに迷惑をかけることを気にしながらも、ありのままの自分を受け入れてほしい、困った時には声をかけてほしい・助けてほしいと願っている。出来る限り、今のままの生活を続けたい、好きなことは続けてやりたい、家族と一緒にいたいと思っている。自分の役割を果たしたい、少しでも役に立ちたいという強い思いを持っている。
- ・安心して過ごせる、認知症のことを理解して見守ってくれる、自分の話を聞いてくれる、分かるように話してくれる人たちが居る、そんな地域に住みたいと願っている。
- ・自分のことをよく分かってくれる優しい先生に病気のことをきちんと教えてほしい。親身になって話を聞いてくれるケアマネさんについてほしい

こんな想いをきっちり受け止めて、ご本人と目線を合わせて、心から大事に思っけて寄り添える人たちのいる地域づくり

第5回 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

次第

- 1 守山、野洲医師会より 挨拶
- 2 事務局より（本日の説明など）
- 3 グループワーク
- 4 総括



受付でお伝えしました
グループ番号のテーブルに
お座り下さい。

- 平成25年度 開催予定
- 第6回 平成25年11月28日
第7回 平成26年 1月30日
- * 時間、場所は同じ
(事務局 藤本クリニック)

早く到着された皆様は、
事例に目を通していただ
けるとありがたいです。

* 事例検討書式等の無断でのご使用はお断りします

1

模擬事例

Aさん 78歳 男性

要介護3

○家族状況

長男、長女いずれも別居。長男長女共に本人を訪ねること
はほとんどない

○生活歴

50歳で働いていた工場が倒産。身元保証人となっていた為、
借金を抱える。仕事を転々とし、このころより飲酒傾向が目
立つ。生活費のため、妻はパート、管理人の仕事をごなし家
計を支えてきた。長男、長女は独立。

65歳の時に、妻が心筋梗塞で他界。それ以降、現在2Kの
アパートにて一人暮らしをする。

記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひもときシート」を参考に藤本クリニックで作成したものです。
URL : <http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>

2

○現在の病気
糖尿病(かかりつけ医)
既往歴は不明

○経過

5年前、民生委員より、室内の荒れ果てた状況や回覧
板の回し忘れ、約束を忘れるなどのトラブルが近隣と
あることを心配し行政に連絡があった。市の担当者が
訪問し、介護保険申請を進めるも本人が拒否。その後
関わりが途絶える。

今年になり立て続けに救急車で病院に運ばれる。糖尿
病のコントロールができておらず、治療が必要であり、
また生活の立て直しの為、主治医の勧めで介護保険
申請を行う。

本人より「風呂掃除を頼む」と依頼があり、ケアマネー
ジャーとの契約の後、30分のヘルパー利用となる。
(家事援助の内容は本人の希望により浴室の掃除のみ)³

○本人の状況

新聞や雑誌が渦高く積み重なり埃だらけの室内で生活
している。

食生活も不規則。1日1回おにぎりだけの時もある。

台所は十数年前から手つかずの状態。

インシュリンの自己注射もしたりしなかったりで、たびた
び意識を消失し病院へ搬送されている。

主治医からはこれ以上悪化すると透析が必要になると
言われている。

視力がかなり低下している。指先、足先のしびれがあ
る。「余計なことをするな」の一点張りで、ヘルパーが
入っても浴室の掃除以外させてもらえない。

4

○精神、心理の状況

妻の死は自分の責任と考え、自分は長く生きる資格はないと言っている。

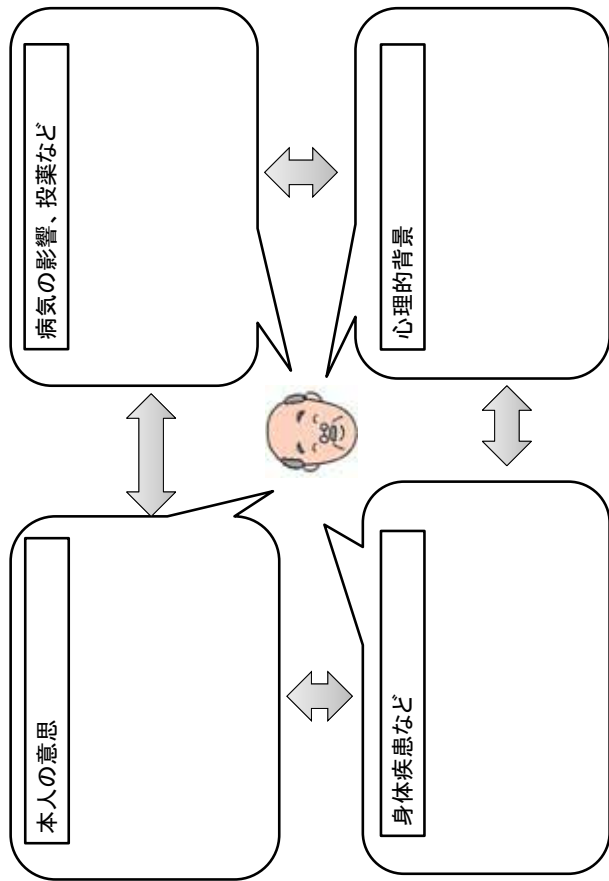
○社会環境状況

年金での一人暮らし。年金額や経済状況は不明
長男は結婚し妻と共に同市内に住んでいる。
長女は車で30分のところに居住。
長男、長女共に本人を訪ねることはほとんどない。

ケアプラン困難事例集 東京都福祉保健財団 一部改変

5

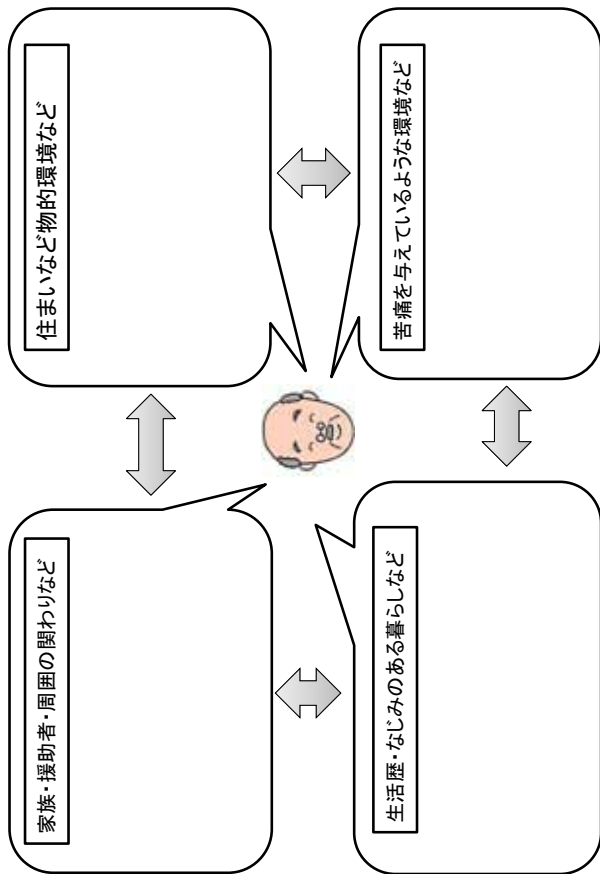
Aさんはどんな人？（不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入）



この記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひとときシート」を参考に原本クニックで作成したものです。

6

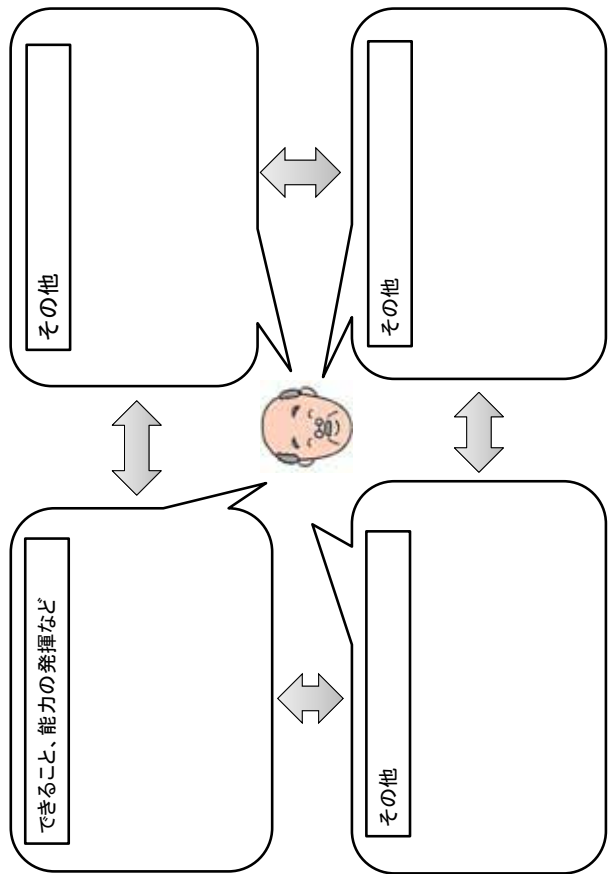
Aさんはどんな人？（不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入）



この記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひとときシート」を参考に原本クニックで作成したものです。

7

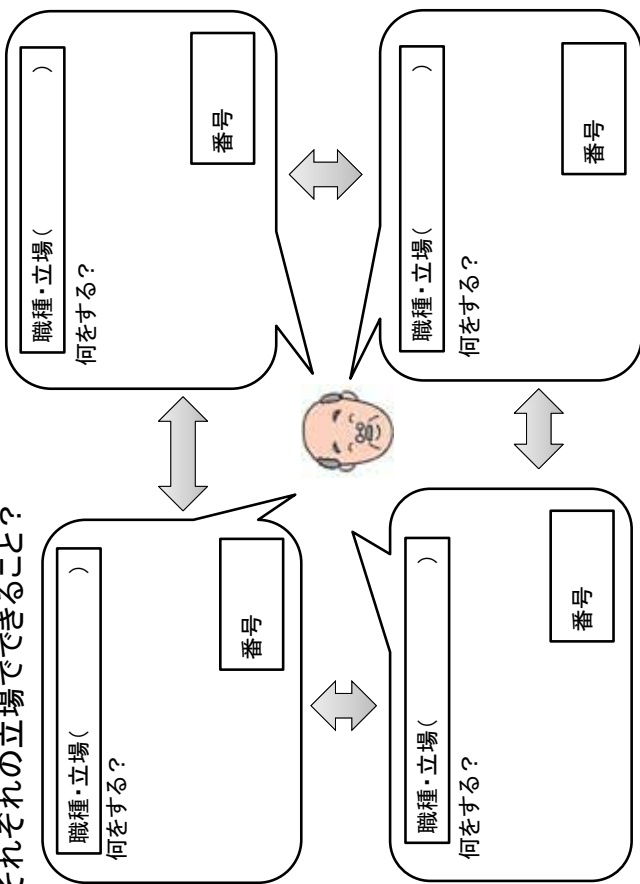
Aさんはどんな人？（不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入）



この記入シートは、認知症介護研究・研修東京センター「ひとときシート」を参考に原本クニックで作成したものです。

8

それぞれの立場でできること？



この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

9

Aさんへの支援のまとめると



Aさんの支援のバトンタッチは誰から誰へ&何から何へ

* 番号を書き入れるだけでもOKです

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

10

第1グループ

Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・OOかもしれない？も記入)

本人の意思

・「死んだほうがよいのか？」
[余計なことをするの一点張り
さわってほしくない
↓
長く生きる資格がない
→
病気はなんとかしたいと思っている
生きたい気持ちもある
Q. なぜ、おふろ・そうじにこだわりがあるのか？

病気の影響、投薬など

・ しっかりとしたコントロールができていない
・ かなり状態は悪い

身体疾患など

・ Dr.ーコントロールできていない
・ 視力低下
・ 指先・足先のしびれ
・ アルコール依存
Q. 救急車はどうしてよんだのか？

心理的背景

・ 優しい、気が良い(お金を貢いでいた)
・ 妻の死に責任を感じる
↓
生きる資格ない 人生投げている

家族・援助者・周囲の関わりなど

・ 子供行き来ない — 父の状況にあわせて
・ 亭主関白か 迷惑かけたくない
・ 一家を支えてきた人
・ 人を拒絶している 介護申請も拒否
Q. 救急車はどうしてよんだのか？

生活歴・なじみのある暮らしなど

・ 50歳までは家の中心だった
・ 倒産・身元保証人になって借金抱える

住まいなど物的環境など

Q. 認知症もあるのか？
・ お金がない
・ ほこりだらけ 掃除できていない
・ お風呂入っていない 衛生状態悪い
・ ゴミ屋敷 回覧板の回し忘れ

苦痛を与えているような環境など

・ 妻を亡くしてから生活が乱れた
・ アルコール依存？
・ 職を転々とする

Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・OOかもしれない？も記入)

できること、能力の発揮など

・ まじめな性格の人
・ 通院は可 認知症の治療
・ ヘルパー受け入れられた→買い物
・ Dr.に状況を知らせる

その他(普通の生活に戻す)

まずは
・ 食生活
・ 日常生活

職種・立場(ケアマネ)

何をします？
・ 家族に連絡を取る(長男・長女)
・ 地域包括に相談(困難ケース)
・ Dr.に生活状況を伝える
番号 1-②

職種・立場(医師)

何をします？
・ 病状を把握する
アルコールの検査
PTの状況 — 飲み薬で対応
認知症の検査
・ 家族への説明をする
番号 3

職種・立場(ヘルパー)

何をします？
・ とにかく情報を収集する 世間話から
↓
本人の拒否はなぜ？
飲酒の状態
食生活の状態
行動範囲
番号 1-②

職種・立場(行政)

何をします？
・ アルコール依存症の相談
・ 経済状態の把握—税金の滞納はないか？
・ 訪問する人を増やす
・ ケース会議で情報の共有
番号 2

キーパーソンを創ること 皆で連携をとることが大事

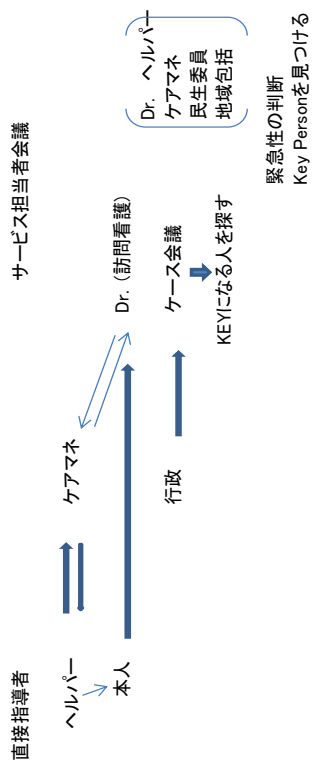
42

Aさんへの支援をまとめると

- ・ 情報を集めて関係者に提供
- ・ ケース会議で情報を共有する

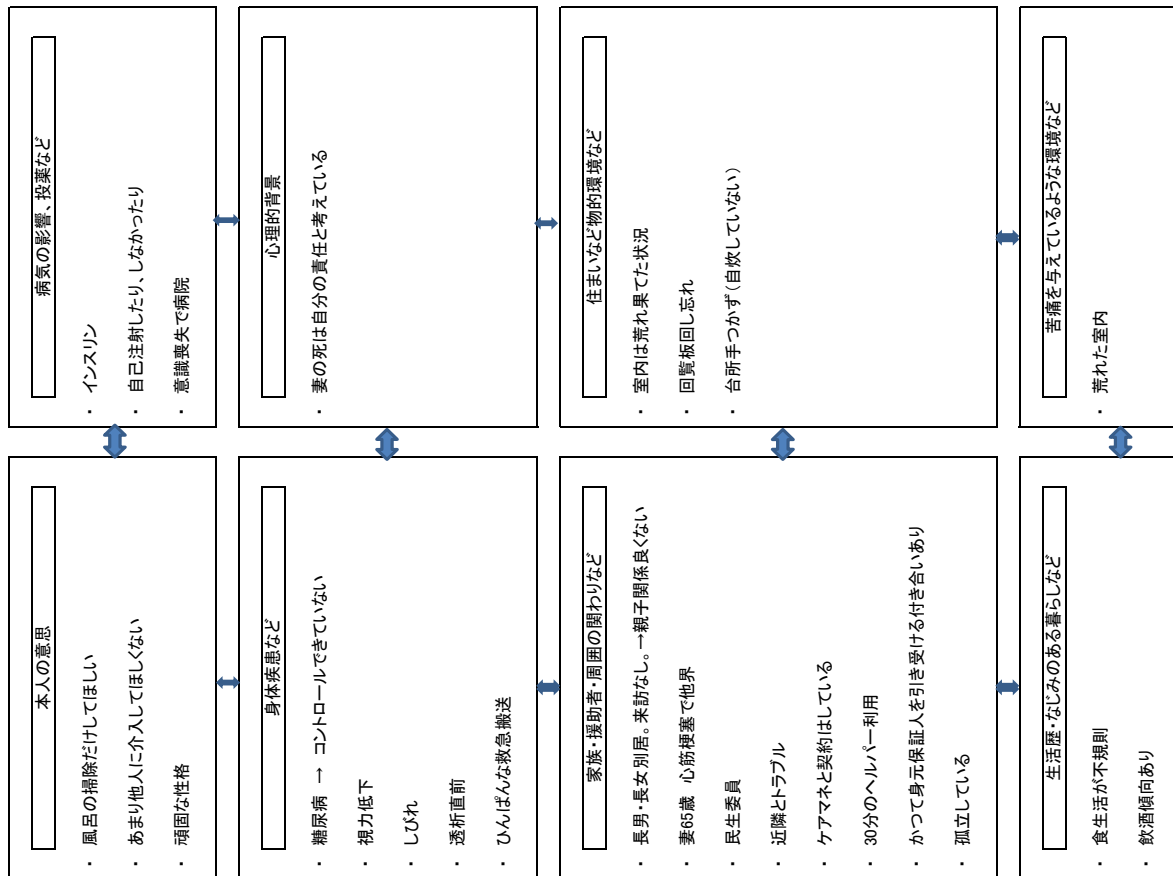
キーパーソンを見つける

Aさんの支援のパトナッチは誰から誰へ&何から何へ



第2グループ

Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入)



Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入)

できること、能力の発揮など ・ 食べたりは一通りできる ・ 受診はできる	その他
--	-----

それぞれの立場でできること？

職種・立場(近隣住民) 何をする？ ・ あいさつなど声掛け ・ 気づいたことを民生委員や行政等に連絡する	職種・立場(家族) 何をする？ ・ ケアマネと話をする
--	--

職種・立場(訪問看護) 何をする？ ・ 自己注射の管理(確認) ・ 食事の摂取の状況の確認 ・ 血糖の確認 ・ 万一の時のため家族の連絡先を聞く	職種・立場(行政・包括) 何をする？ ・ 家族への連絡 ・ 保健師の訪問
--	--

職種・立場(医師(かかりつけ)) 何をする？ ・ 1日に自己注射する日数を減らすために変更を検討 ・ 眼科受診へつなげる	職種・立場(ケアマネ) 何をする？ ・ 家族への連絡ができるように介入 ・ 頻繁に訪問して気持ちを引き出す ・ 包括と連携 同伴受診 行政・近隣等へ連絡 ・ 家族へ一報
--	---



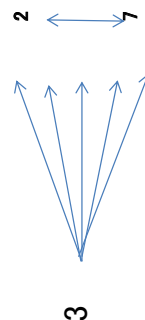
職種・立場(ヘルパー) 何をする？ ・ 家族の連絡先を聞き出す ・ 話しかけ、本人の気持ちを引き出す	職種・立場(民生委員) 何をする？ ・ 家族への連絡ができるように介入
--	--

Aさんへの支援をまとめると

- ・ ヘルパーさんが関係づくりをして、周りが入りやすい環境づくり。何回も訪問。
- ・ ケアマネが健康状況の把握のため、医師等と連携して本人の行動を変えていく。
- ・ 医療的な支援ができるよう医師・訪問看護が支援・連携。
- ・ 本人の思いを受け止められるよう関係者が支援。
- ・ 助けを受け入れられる範囲を少しずつ広げる。
- ・ うつ症状の改善。
- ・ 救急搬送などの機会を利用して、初期に集中して各職種が関わる。
- ・ ケアマネさんも困った時に頼ってくれる存在になる。ケアマネが同伴受診・医師との連携。

Aさんの支援のバトンタッチは誰から誰へ&何から何へ

* 番号を書き入れるだけでもOKです



第3グループ

Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・OOかもしれない？も記入)

本人の意思 ・ 家に他人に入ってほしくない ・ 一人暮らしを続けたい ・ ブラインドが高い ・ 余計なことをするな ← 本音か？ 意思表示が下手、汚いことが好きなわけではない	病気の影響、投薬など ・ インスリン、打ったり打たなかったり ・ 食生活が不規則で悪化 ・ 糖尿がぎりぎり ・ 血圧が高い、かの生活習慣病がある？
身体疾患など ・ 糖尿病 ・ 低血圧 ・ お酒を飲んでいる しびれ	心理的背景 ・ 妻の死 気分の落ち込み ・ 自暴自棄 ・ お子さんが来ないや余計なことをするな 言われたくない ……してほしい さみしい
家族・援助者・周囲の関わりなど ・ 地域とのかかわりが少ない ・ 近所とトラブル ・ 子供にも迷惑をかけた 借金？ ・ 人に甘えられない ・ 市の担当・ケアマネと仲良くできない 担当者会議が型どおりになりそう	住まいなど物的環境など ・ ゴミ屋敷 ・ 2K ← 昔は財産があった？ ・ 社会的に認められていた人なのできれいい好き？
生活歴・なじみのある暮らしなど ・ まじめに働いていた 重責があった ・ 身元保証人 → 人がいい ・ 周囲との良い関係が築ける人 → 悪循環	苦痛を与えているような環境など ・ インジューリン コントール不足 ・ 視力の低下 指の痺れ ・ 奥さんの死が自分のせいと気持ちを苦しめている → 悪循環

それぞれの立場でできること？

職種・立場(医師) 何をする？ ・ ケアプランについて具体的な指示を出して 番号 9	職種・立場(市の担当者・民生委員) 何をする？ ・ 情報を出す 番号 10
職種・立場(本人) 何をする？ ・ 心を開いてよ ↓ 番号 11	職種・立場(長男・長女) 何をする？ ・ 本人とコミュニケーションをとる 番号 12
職種・立場(ケアマネ) 何をする？ ・ 地域包括へ 権利擁護等調査 番号 5	職種・立場(ケアマネ) 何をする？ ・ ケアマネ契約書のサインをもらい、行く ・ きっかけ 番号 6
職種・立場(ケアマネ) 何をする？ ・ ⑥に行くために手紙を書く ↓ 番号 7	職種・立場(民生委員) 何をする？ ・ 声掛け 番号 5

Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・OOかもしれない？も記入)

できること、能力の発揮など ・ できそう ・ 認知症 軽度 ・ もの忘れ ・ 調理ができない 嚥下問題？ ・ 排泄できているかな？	その他
--	------------

第4グループ

Aさんはどんな人？（不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入）

本人の意思 - 人の世話になりにたくない - 長く生きる資格はない	病気の影響、投薬など - インスリンが打てないこともあり、悪いコントロール - 腎不全のおそれ
身体疾患など - 糖尿病 インスリン自己注射できないこともある（悪い状態） - 透析が必要になるかも - 視力低下 足先のしびれ	心理的背景 - 家族が来てくれない さみしい - 先生からの介護保険申請は受け入れる - 信頼できる人がいない
家族・援助者・周囲の関わりなど - ヘルパー（風呂掃除のみ） - 長男・長女 訪ねてこない - 民生委員から連絡 - 近隣とのトラブル - 医師の介入はOK	住まいなど物的環境など 2Kのアパート - 新聞雑誌でほこりだけ - 台所は使えず
生活歴・なじみのある暮らしなど 50歳まで工場仕事 - 借金を抱える - 仕事を転々	苦痛を与えているような環境など - 妻と死別 - 子供と別居 - 視力低下と足先のしびれ
できること、能力の発揮など - 一人暮らし（年金のみ） - ADLは低下していない - 意思決定できる - 金銭管理できる	その他

職種・立場（医師）

何をします？

- 現病状をとらえて本人に話・説明する
- 病識がつくように

番号 2

職種・立場（ケアマネ）

何をします？

- 長男・長女に話をする「参加してよ」

番号 4

職種・立場（訪問看護）

何をします？

- 服薬管理

番号 1

職種・立場（ヘルパー）

何をします？

- 会話をきっかけづくり

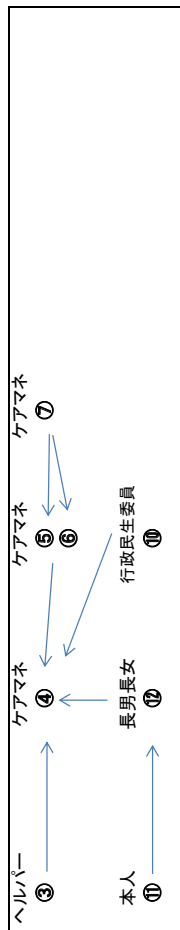
番号 3

Aさんへの支援をまとめると

- 包丁あるかな？ 調理を
- 長男・長女を含めてバックグラウンドを聞こう
- 訪問看護による服薬管理

Aさんの支援のパターンは誰から誰へ？何から何へ

* 番号を書き入れるだけでもOKです



職種・立場(社協)

何をする？

権利擁護

借金

金銭

番号

職種・立場(訪問介護)

何をする？

掃除を糸口

にサービスを広げる

番号

職種・立場(医師・かかりつけ医)

何をする？

医療

介護を含めアドバイス

周りの意見の吸い上げ

番号

職種・立場(ケアマネージャー)

何をする？

家族へのアプローチ

デイサービス等の導入

カンファレンス

番号

職種・立場(家族)

何をする？

訪ねる

連絡する

掃除する

番号

職種・立場(包括支援)

何をする？

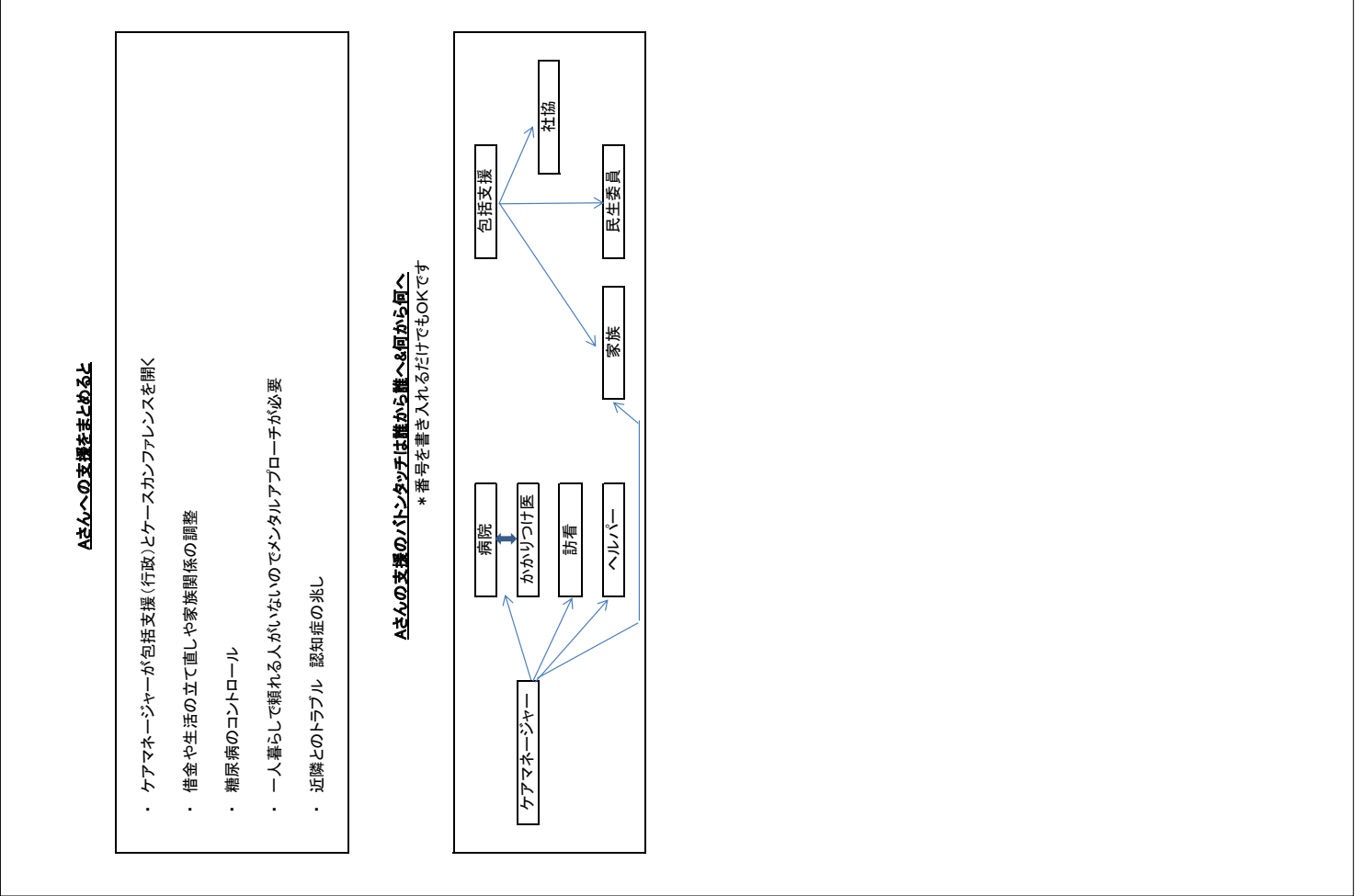
生活のマネジメント

借金のこと

カンファレンス

番号

それぞれの立場でできること？



Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・OOかもしれない？も記入)

本人の意思 - 風呂掃除を頼む - 余計なことはするな - 拒否しつつ関わりを持ちたい - 入浴は定期的	病気の影響、投薬など - インシュリン自己注射 したりしてみなかったり - 本人のやる気がなければ治療できない - 透析の可能性あり - 認知症 - 食べたこと 服薬の管理ができない
身体疾患など - 糖尿病重度 網膜症 糖尿病性腎症 - アルコール依存 - 低血糖 - 救急車は本人が呼ぶ？	心理的背景 - 借金もあり、妻が死んでしまった - 希望 → 絶望 - 妻の死は自分の責任
家族・援助者・周囲の関わりなど - 家族の関わりなし？→全くないのか？ - 民生委員 - 主治医(外来) - 妻が13年前死去 (不明) 長男・長女の関わり	住まいなど物的環境など - 非衛生的 こりだらけ - 台所手つかず - 浴室のみ清潔 2K
生活歴・なじみのある暮らしなど 13年くらい居住 50歳 倒産 借金 - 仕事を転々	苦痛を与えているような環境など - 借金 - 身元保証人 - 近隣とのトラブル - 生きている希望ある？

それぞれの立場でできること？

できること、能力の発揮など - 入浴できる - 買い物に行く お茶買う - 現金管理できる→支払(新聞) - 依頼ができる 断ることもできる (インシュリン自己注射?)→見守り必要 1日/1回 - 受診できる - 移動できている - 視力 かなりうじて見える	その他(予測されること) - 認知症 → 寝たきり → 死亡 - 骨折 - 脳梗塞 - 心筋梗塞 - 透析
職種・立場(訪問看護) 何をする？ - インスリン注射 - BS測定 - 栄養指導 番号 4	職種・立場(カウンセリング) 何をする？ 番号 5
職種・立場(ケアマネ) 何をする？ - 娘・息子との連携 - 民生委員・近隣連携 - 包括相談 - HHの導入 - 配食サービスをすすめる 番号 1	職種・立場(医師) 何をする？ - 一日1回の治療を探す - 食事指導 - 生活改善の指導 番号 3

Aさんはどんな人？（不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入）

本人の意思 - 身元保証人となり借金を抱え苦労したので他人を信用できない - 裏切られた - 家族を守ってやれなかった - 他人と関わりたくないが仕方ないのでお風呂掃除のみ依頼	病氣の影響、投票など DM
身体疾患など - 手足のしびれ - 視力低下	心理的背景 - 人に対する不信任 - 家族(子)とうまくつきあえない - さびしい? - 近所とトラブル
家族・援助者・周囲の関わりなど - 家族とは疎遠 - ケアマネ・ヘルパー・Dr.	住まいなど物的環境など 埃だらけ ちらかっている
生活歴・なじみのある暮らしなど - お酒が好き? 50歳から - 自炊はしていない(妻亡くなってから)	苦痛を与えているような環境など - 経済的なこと - 奥さん亡くなり一人で孤独
できること、能力の発揮など - 買物は何も - 金銭管理も可 - 通院も可 - インスリン打てる	その他

職種・立場(ヘルパー) 番号 1 何をします？ ・ 台所？ ・ 話の傾聴 関係をつくる ・ 安否の確認	職種・立場(クロネコヤマト) 番号 6 何をします？ ・ 安否確認 ・ 連絡先を教える
職種・立場(配達サービス) 番号 1 何をします？ ・ 安否確認 ・ 調子の悪い時の連絡	職種・立場(象印メーカー) 番号 7 何をします？ ・ ポットの使用で安否確認

職種・立場(民生委員)

番号 2

何をします？

- ・ 様子見て安否確認

職種・立場(包括)

番号 2

何をします？

Aさんへの支援をまとめると

・ 本人への接触をはかる
 ・ いろんな人たちで安否確認を行う
 ・ 生活の基盤を整える

Aさんの支援のバリエーションは誰から誰へも何から何へ
 ＊ 番号を書き入れるだけでもOKです

```

    graph LR
      H[ヘルパー] --> CM[CM]
      M[民生委員] --> CM
      CM --> HN[訪問看護]
      CM --> Dr[Dr.]
      HN --> K[家族]
      Dr --> PS[配食サービス]
      AC[安否確認] --> LS[生活支援]
      LS --> KI[生きる意欲]
  
```

それぞれの立場でできること？

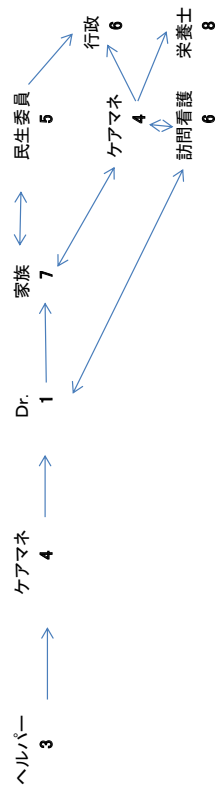
職種・立場(Dr.) 何をする？ ・ DM治療 ・ 子供への連絡 番号 1	職種・立場(行政) 何をする？ ・ 民生委員とのやりとり ・ サービス介入から関わりを持つ ・ 子供への連絡 番号 2
職種・立場(ヘルパー) 何をする？ ・ 信頼関係を築く ・ お風呂掃除以外のこともできないか？ 番号 3	職種・立場(ケアマネ) 何をする？ ・ かかりつけ医・民生委員・行政など連携をとる 番号 4
職種・立場(民生委員) 何をする？ ・ 安否確認 ・ 回覧板の忘れ 声掛け ・ 子供たちへの連絡 番号 5	職種・立場(家族) 何をする？
職種・立場(訪問看護) 何をする？ ・ インスリンの管理 番号 6	職種・立場(栄養士) 何をする？ ・ 食事管理 番号 8

Aさんへの支援をまとめると

- ・ Dr.のすすめで介護保険の申請はしている。Dr.から家族とコンタクトをとる
- ・ うまく家族を入れながら、生活の状況をつかみ、生活リズム改善、もの忘れの度合いなどを知る
- ・ ケアマネは医療・行政・家族の連携をとる
- ・ 本人の気持ちを治療に向かうようにする

Aさんの支援のバトンタッチは誰から誰へ&何から何へ

* 番号を書き入れるだけでもOKです



第7グループ

Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入)

本人の意思 ・ 他人の世話になりたくない ・ 早く死にたい	病気の影響、投薬など ・ 視力低下 ・ 記憶低下 ・ 意欲低下 インシュリン (できたりできなかったり) →投薬コントロールできていない
身体疾患など ・ 糖尿病 ・ 認知症 ・ アルコール依存症 ・ 白内障 ・ 網膜症 ・ 栄養失調 ・ うつ病	心理的背景 ・ 妻が他界したことによる喪失感 ・ 人間不信 ・ 孤独感 自分の言いたいことを言う 暴言？ → 子供も寄り付かない
家族・援助者・周囲の関わりなど ・ 家族 妻他界 長男長女の関わりはない ・ 民生委員 ・ 市の担当者(包括) ・ ケアマネージャー(訪問 現状把握 情報提供) ・ ヘルパー(入浴・掃除のみ) ・ 主治医	住まいなど物的環境など ・ 2Kアパート(ゴミ屋敷)
生活歴・なじみのある暮らしなど ・ 入浴が好き	苦痛を与えているような環境など ・ 年金が少ない？借金返さない？によりサービスを制限している？→生活保護の必要性 ・ 家族が来ない

それぞれの立場でできること？

できること、能力の發揮など ・ 通院・買い物 ・ お金の出し入れ ・ 入浴・洗濯	その他 ・ 金銭管理 ・ 外出は可能なのか？
職種・立場(ケアマネ) 何をします？ ・ 長男長女と連絡を取り状況を伝える 番号 1	職種・立場(医師) 何をします？ ・ 目の治療 ・ 糖尿病コントロール 番号 4
職種・立場(医師(認知症に対する)) 何をします？ ・ 認知症・うつ病の治療 番号 3	職種・立場(訪問看護) 何をします？ ・ 服薬・インシュリン管理 番号 5
職種・立場(民生委員) 何をします？ 番号 5	職種・立場(包括) 番号 5
職種・立場(家族) 何をします？ ・ 金銭状況(年金・借金) 番号 2	職種・立場(ヘルパー) 何をします？ 番号 5

第8グループ

Aさんはどんな人？(不明な点・予測されること・〇〇かもしれない？も記入)

本人の意思 - 緊急車を何回も呼ぶ → 生きたいと思う気持ちがある - 妻の死は自分の責任 - 長く生きる資格はない	病気の影響、投薬など - 糖尿病 インシュリンが守れない - 指先・足先のしびれ - 透析が必要になる - 視力の低下
身体疾患など アルコールを飲む	心理的背景 - 主治医の説明だけは聞く - 自分を責めて投げやり - お風呂の掃除だけは希望している → 信頼関係につながる
家族・援助者・周囲の関わりなど - 民生委員 行政 — 拒否もあるが - CM - 長男・長女は来ない	住まいなど物的環境など - 新聞が山積みになっている(ゴミ屋敷) - 台所は手つかず
生活歴・なじみのある暮らしなど 50歳まで働いていた	苦痛を与えているような環境など - 苦痛と思っているのか？ - 子供が来ないことはどうか
できること、能力の発揮など - 買い物はできる - インシュリンの自己注射 - TELはできる - 意思表示はできる	その他 - 経済状況はわからない - 認知症もわからない

Aさんへの支援をまとめると

- ① 生活状況・金銭状況の把握
- ② 精神科の関わり
- ③ 糖尿病の治療

Aさんの支援のパターンは誰から誰へ、何から何へ

* 番号を書き入れるだけでもOKです

認知症・生活について、糖尿病について

ケアマネ → 家族 → 医療

金銭について

家族 → 行政
↑
弁護士

それぞれの立場でできること？

職種・立場（病院・地域連携室） 何をします？ ・ 何回も救急車で運ばれる ・ 入院中に地域のケアマネと連携をとる ・ 入院中に生活が立て直せるか検討する ・ 入院中は24時間本人を見ることができ → 支援の方向が考えられる 番号	職種・立場（CM） 何をします？ ・ お風呂だけ利用する→本人の思いはどこにあるか ・ 本人の希望するプランを作成する ↓ - サービス担当者会議を開催する 番号
職種・立場（Dr.） 何をします？ ・ インシュリンをきちんとしてもらう ・ 福祉サービスを受けるように話す ・ 悪化時の緊急入院の流れを確認しておく 番号	職種・立場（行政） 何をします？ ・ CMが困っていることに対しては支援 ・ 民生委員の状況を聞く ・ 地域の人たちとの話し合い 番号
職種・立場（NS） 何をします？ ・ 信頼関係をつくる ・ インシュリンの指示 ・ 目が見えないことに対するADLの支援 ・ 食事についてヘルパーに紹介してもらう 番号	職種・立場 何をします？ 番号

- ・ 家族に対してどこまで話ができるのか 入院時には保証人が必要→入院費は家族から
- ・ どうなってもいいと思っている人→自分で救急車を呼んでいるので助けてほしいと思っている
- ・ Dr.が最初に関わってもらう→Dr.から家族に話してもらうことが大事な
- ・ 人間関係はCMからはじまるか
- ・ Dr.を動かすために誰かがいるのでは → CMかな 在宅だったらCMかな

Aさんへの支援をまとめると

CM 信頼関係をつくる → 人間関係・治療に対する思い
本人の意思を確認する → どのようにしていきたいのか 家族に連絡していいのか
「このままにしてほしい。死んでもいい」
⇒ この状況を家族はどう思っているのか？
家族が見放していることもある
食事やインシュリン等の指示を訪問看護へ
入浴や排泄等の支援はどうするのか → ヘルパーや福祉サービスを利用する
入院していたら支援の方向は考えやすい → 連携がとりやすい
なぜ入浴するのか → おフロが好き

Aさんの支援のバリエーションは誰から誰へ&何から何へ

* 番号を書き入れるだけでもOKです

- Dr.は依頼してもらわないと動けない → 家の状況がわからない
- ① 病院へ救急車で何回も運ばれる。病院Dr. → ② 病院の地域連携 → ③ CM
② からも③ からも④ 行政に連絡が入るのでは → ⑤ 訪問NS → ① ~⑤ と家族で会を持つ

第6回 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

次第

- 1 守山、野洲医師会より 挨拶
- 2 事務局より（本日の説明など）
- 3 グループワーク
- 4 総括

今日は家族支援についてです

平成25年度 開催予定
受付でお伝えしました
グループ番号のテーブルに
お座り下さい。

第7回 平成26年 1月30日

* 時間、場所は同じ
(事務局 藤本クリニック)

早く到着された皆様は、
事例に目を通していただ
けるとありがたいです。

* 事例検討書式等の無断でのご使用はお断りします！



模擬事例

Aさん 83歳 男性 脳血管性認知症
HDS-R 12点

○家族状況

妻と二人暮らし。近県(車で1時間)に長男夫婦、次男夫婦が住んでいて、1ヶ月に1度くらいずつ訪ねてきている。妻は長男夫婦を頼りにしている。長女夫婦は遠方にいて、なかなか訪ねてこられない。

○生活歴

Aさんは大手企業の役員だった。転勤が多く、妻や子供とは55歳まで別居していた。退職後は町内会の役員をしたり、趣味も多く、地域ではリーダー的な存在だった。
一方、家では家事などはすべて妻任せであった。

○既往歴、現病歴

70歳の時に脳卒中(麻痺などの後遺症はない)
前立腺肥大の診断を受けており、現在通院中
数年前に自転車から転倒して右上腕骨骨折をしてい
たが現在は完治している。

2

○生活環境

55歳から現在の地域で過ごしているが、近所の人たちとはお互いに助け合いながら生活していた。家の周囲は田畑で、近くに商店街などはなく、通院もタクシーを使っている

○心理的特徴

几帳面で活動的である

○本人の様子

常時妻がいないと不安で「おーい」と呼び続けている。何度も同じ話をしたり、食事をしたことを忘れていたりする。かかりつけ医に相談すると、脳血管性認知症と診断され、介護サービスを受けることと、専門医への受診をすすめられた。

3

○本人の状況

食事：自力摂取しているが、嚥下障害あり、誤嚥性肺炎を繰り返している

排泄：前立腺肥大のためか、残尿感が強く、強迫的なトイレ通いがある。便秘がちで下剤を服用すると時々失禁をする。

清潔：入浴は妻の見守りで何とか入るが、洗身は確実ではない。

移動：手すりにつかまり、ゆっくりと移動

視力：生活に支障はないが、めがね探が多い。

聴力：かなりの難聴

理解力：子供の名前と顔は一致しているが日付けはわからない。妻の姿が見えないと大声で呼ぶ。

同じ話の繰り返しが多い。

4

○家族の状況

妻は現在の状況に困惑。「自分も高齢（80歳）のため面倒をみるのは大変」と「自分勝手に生きてきたのに今更頼られても」「どうしてこんなことになったのかわからない」「人に迷惑はかけられない」「近所の人に知られたくない」という。本人には、「しっかりしてください」「私だって忙しいんだから」という。

子供たちは（3人と）も「話していると何でもなく、おかしくもない」「母親と一緒に いれば大丈夫」「前立腺肥大で混乱しているだけだから治療に専念したらいい」という意見で介護サービスはいらないという。

Aさん本人へは「何回もトイレへ行ってもでないよ」「お母さんが大変なんだからしつかりと！」と言ひ、父親が認知症だと思っていない。

認知症ケア標準テキスト 改訂・認知症ケア事例集（株）ワールドプランニングより引用・一部改変⁵

今日は**家族支援**がテーマです。

1. 最初に登場人物を整理してみよう。下に登場人物を書いてみて下さい

2. 次に**家族に**、伝えなくてはいけない事柄は何か整理してみましょう。

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

6

3. 伝えなくてはいけない事柄の中で、何を誰に誰がどのような場面で伝えますか

伝える事柄	伝える順番の番号をつけて下さい	誰に	誰が	どんな場面

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

7

Aさんの家族支援をまとめると



一番重要だと思ったことは何ですか

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

8

平成25年度第3回認知症医療と福祉の連携IN守山・野洲グループワークまとめ(第1グループ)

今日は**家族支援**がテーマです。

1. 最初に登場人物を整理してみましょう。下に登場人物を書いてみて下さい。

本人・妻・長男夫婦・次男夫婦・長女夫婦・かかりつけ医・専門医(未)・近所の人(現在?)

2. 次に**家族**に、伝えなくてはいけない事柄は何か整理してみましょう。

- ・ 脳血管性認知症の診断を受けていること。(症状:眼鏡さがし・日付が分からない・同じ話の繰り返し等)
- ・ 嚥下障害があり、誤嚥性肺炎を繰り返していること。
- ・ 入浴や排泄に介助が必要なこと。
- ・ 奥さんがいないと不安になること。
- ・ 認知症という病気について

3. 伝えなくてはいけない事柄の中で、**何を誰に誰がどのような場面で**伝えますか。

伝える事柄	伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
①	眼鏡を探す・日付が分からない等の症状が認知症であることを伝え、専門医の受診をすすめる。	妻	かかりつけ医	診察の場面で (主治医と包括などとの連携が必要)

伝える事柄	伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
②	専門医の診断を受けて、他の家族に本人の状態を伝え、今後の生活について相談する。	子供夫婦 (長男次男 長女夫婦)	かかりつけ医	診察の場面で
③	妻の介護の負担について(場合によっては、妻の信用している長男夫婦に先に伝えることも必要)	子供夫婦 (長男次男 長女夫婦)	妻・包括など専門職	

Aさんの家族支援をまとめると

- ・ 本人の認知症に対する理解を家族にしてもらう。
- ・ 主介護者は妻であるが、キーパーソンを探すことが大切。(妻に働きかけるため)

一番重要だと思ったことは何ですか

本人の状態を理解してもらえるように働きかけること

平成25年度第3回認知症医療と福祉の連携IN守山・野洲グループワークまとめ(第2グループ)

今日は**家族支援**がテーマです。

1. 最初に登場人物を整理してみましょう。下に登場人物を書いてみて下さい。

妻 長男 次男 長女

2. 次に**家族**に、伝えなくてはいけない事柄は何か整理してみましょう。

- ・ 子供たち(父親が)認知症のこと
- ・ 妻困惑 認知症のケア 対応
- ・ 専門医への受診
- ・ 介護認定の申請
- ・ 介護の協力 妻の負担 子供 地域の人
- ・ 食事・排泄の介助

3. 伝えなくてはいけない事柄の中で、**何を誰に誰がどのような場面**で伝えますか。

伝える事柄 伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
・ 認知症の診断	子供たち	かかりつけ医	診療所
・ 専門医への受診 介護サービス認定(介護認定の相談・申請)	妻・子供	かかりつけ医 看護師 地域連携室 Ns・MSW	診療所



伝える事柄 伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
・ 妻の相談・気持ちを聴く 介護の負担軽減と他の家族の協力について	妻・子供	地域包括支援センター 主治医・看護師 ケアマネ 地域包括	面接・訪問 診療所 自宅 市役所
・ 認知症のケア・対応	妻・子供	看護師	受診時
・ 介護サービス利用 デイサービス	妻・子供	ケアマネ デイサービス 介護職	介護サービスを利用する ようになれば デイの職員
・ 食事・排泄の介助方法 サービス内容	妻	ケアマネ 看護師	

Aさんの家族支援をまとめると

- ・ Aさんの現在の状況を家族に理解してもらって(認知機能・身体機能)、支援・サービスにつなげていく。

一番重要だと思ったことは何ですか

いろんな人がいろんな形でかかわっていくこと。主治医・看護師・ケアマネ・地域包括・介護職・民委・近所の人等

平成25年度第3回認知症医療と福祉の連携IN守山・野洲グループワークまとめ(第3グループ)

今日は**家族支援**がテーマです。

1. 最初に登場人物を整理してみましょう。下に登場人物を書いてみて下さい。

Aさん(本人・83歳) 妻(80歳) 長男と妻 二男と妻 長女と夫 かかりつけ医(一般) 近所の人

2. 次に**家族**に、伝えなくてはいけない事柄は何か整理してみましょう。

- ・ もの忘れが病的にある。
- ・ 妻 追いつめられている。(精神的に)
- ・ 脳血管性認知症への家族の理解を促す。
- ・ 嚥下障害・残尿 --- 介護サービスのすすめ 介護負担
- ・ 認知症の症状 --- 悪化するかもしれない
- ・ 介護サービスでできること

3. 伝えなくてはいけない事柄の中で、**何を誰に誰がどのような場面**で伝えますか。

伝える事柄 伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
① 妻・長男・次男・長女に来てもらってください。	妻	かかりつけ医	診察中
② 脳血管性認知症についての診断状態・進行→専門医受診	家族	かかりつけ医	診察中

伝える事柄 伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
③ 今起こっている症状と診断結果を関連付けて説明する。	子供・妻	専門医	診察中
④ サービスのすすめ 介護保険申請 サービスで何ができるか	家族	専門医	診察中
⑤ 追いつめられていること 本人・妻への対応方法の説明	家族	専門医	診察中
⑥ キーパーソンの決定→長男夫婦	家族	CM	初回訪問時
⑦ サービスのすすめ DS 訪看(誤嚥) 今後の家族の支え方について聞く	家族	CM	
⑧ 近所の人の手助けを求める。民生委員	妻・家族	CM	訪問中

Aさんの**家族支援**をまとめると

① 認知症の方への病状説明 進行予想を家族に伝える。改善の見込み少ない、合併症を起こす可能性が高い。

② 妻の介護負担の軽減が必要であり、サービス利用に結び付ける。

③ 今後起こりうるリスク 今のままでの生活を継続して行くことが困難なことを理解していただく。

一番重要だと思ったことは何ですか

認知症の理解と周囲の支援の必要性を理解していただくこと

平成25年度第3回認知症医療と福祉の連携IN守山・野洲グループワークまとめ(第4グループ)

今日は**家族支援**がテーマです。

1. 最初に登場人物を整理してみましょう。下に登場人物を書いてみて下さい。

Aさん(男・83歳) 妻(女・80歳・同居) 長男夫婦(車で1時間) 次男夫婦(車で1時間) 長女夫婦(遠方) かかりつけ医 専門医

2. 次に**家族**に、伝えなくてはいけない事柄は何か整理してみましょう。

妻・子供3人 …… Aさんの認知症のことを伝えなければならない。今後のこと(介護サービスを受けること・専門医受診のこと)を伝える。
介護サービスの内容(包括支援センター等)を伝える必要あり。
子供3人 …… 妻だけでは重荷。みんなで支援するべき。
妻 …… 「自分勝手に生きてきたのに……」「近所の人に知られたくない」→病気のことを理解させる。

3. 伝えなくてはいけない事柄の中で、**何を誰に誰がどのような場面**で伝えますか。

伝える事柄	伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
① 妻の大変さ 次に何をしたらいいのか→専門医の受診 介護サービスの内容 このままAさんをほっておいたらいけない旨		子供たち	かかりつけ医 地域包括・役所に 相談	受診時
② 認知症の内容・今後(これから先の介護状態)・家族の会等・本人への対応の仕方		妻・子供たち	専門医	診察の場面で
③ 介護サービスの内容		妻	地域包括	

Aさんの家族支援をまとめると

- ・ 妻と子供3人にAさんの認知症の状況をかかりつけ医を通じて専門医から説明してもらう。
- ・ 認知症の内容・今後の介護状態・本人への対応の仕方を専門医から説明してもらう。介護の窓口を紹介してもらう。(地域包括につなげる)
- ・ 介護サービスの内容を妻に地域包括から説明してもらう。

一番重要だと思ったことは何ですか

家族の人にAさんが認知症の状況にあることをきっちり納得・理解してもらうこと。家族に認知症の人ができる前から一般人に下地ができていると偏見がなくなる。

平成25年度第3回認知症医療と福祉の連携IN守山・野洲グループワークまとめ(第5グループ)

今日は**家族支援**がテーマです。

1. 最初に登場人物を整理してみましょう。下に登場人物を書いてみて下さい。

本人・妻・長男夫婦・次男夫婦・長女夫婦・かかりつけ医

2. 次に**家族**に、伝えなくてはいいけない事柄は何か整理してみましょう。

- ・ ご本人が認知症という病気であることを伝える。
- ・ 認知症について理解してもらえるよう伝える。
- ・ 子供さんたちの協力を、奥さんも高齢なので、求めたほうが良いこと。
- ・ 認知症に対する知識を妻・子供に伝える。
- ・ 前立腺肥大の診断を見直してもらう。
- ・ 治療を受けるメリット、専門医にかかるメリットを話す。
- ・ サービスの内容

専門医に行くことを誰が伝えるか？

要介護認定うけてるのかな？

排泄の管理に困る(妻が困っている)

3. 伝えなくてはいいけない事柄の中で、**何を誰に誰がどのような場面**で伝えますか。

伝える事柄	伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
①	専門医で受診するよう伝える。	長男夫婦	かかりつけ医	妻を通じて診療所で話す

伝える事柄	伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
②	本人が認知症という病気であることを伝える。	長男夫婦・妻	かかりつけ医	受診時
③	専門医の治療を受けるメリット・サービスを受ける必要性について	長男夫婦・妻	かかりつけ医	受診時
④	認知症についての知識を妻・子供に伝える。理解してもらえるように伝える。	長男夫婦・妻	専門医	専門医受診時
⑤	子供さんたちの協力を奥さんも高齢なので求めたほうが良いことを伝える。			
⑥	介護サービスの申し込みについて			

Aさんの家族支援をまとめると

医療→介護 現実の認識→サービスの提供
 かかりつけ医が病名の告知と治療のメリット、介護サービスのメリットを説明しすすめる。
 介護サービスを受けてもらって環境の調整(本人の困惑を除いていく)
 介護者(妻)の負担の軽減
 妻と子供の意識のずれを解消

一番重要だと思ったことは何ですか

気持ちの切り替え 家族以外の第三者の介入が必要
 家族だけではどうにもならない 支援が必要 家族の協力が必要
 Dr.がトリガー 医療から福祉への連絡 Dr.が家族を説得→サービスの利用へ
 家族だけでは閉鎖的なので、かかりつけ医が介護サービス等について説明しよくなるよう誘導する。
 家族とかかりつけ医の信頼関係を生かしながら閉鎖的な家族への支援を行っていく

平成25年度第3回認知症医療と福祉の連携IN守山・野洲グループワークまとめ(第6グループ)

今日は**家族支援**がテーマです。

1. 最初に登場人物を整理してみましょう。下に登場人物を書いてみて下さい。

Aさん 妻 長男夫婦 次男夫婦 長女夫婦 近所の人 かかりつけ医

2. 次に**家族**に、伝えなくてはならない事柄は何か整理してみましょう。

- ・ 妻と子供たちに認知症であることを伝える。進行具合・段階を伝える。
- ・ 認知症の病態・本人の今の状況
- ・ 子供たちに妻が生活がいっぱいであることを伝える。子供たちにどのような協力を得ればよいか。
- ・ 利用できるサービスの説明、メリットを家族に伝える。
- ・ 介護保険の説明 窓口
- ・ かかりつけ医から子供たちに説明してもらう。

3. 伝えなくてはならない事柄の中で、**何を誰に誰がどのような場面**で伝えますか。

伝える事柄 伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
認知症診断・症状の説明 Aさんの言動	子供たち・妻	かかりつけ医	受診の付き添いの時

伝える事柄 伝える順番の番号を付けて下さい	誰に	誰が	どんな場面
妻だけでは対応できないので、行政の窓口の説明を行う。連絡の必要性を説明。	子供たち・妻	かかりつけ医	受診の付き添いの時
かかりつけ医からは行政に連絡しておくことを提案する。	子供たち・妻	かかりつけ医	受診の付き添いの時
利用できるサービスの説明 メリットを家族に伝える。	家族・本人	ケアマネ	
家族がどの程度・どのような協力ができるか。			

Aさんの家族支援をまとめると

病気の説明 サービスの説明 サービスの橋渡し

一番重要だと思ったことは何ですか

家族が認知症の病態と今の生活状況の共有理解

第7回 認知症の医療と福祉の連携IN守山・野洲

次第

- 1 守山、野洲医師会より 挨拶
- 2 事務局より（本日の説明など）
- 3 グループワーク
- 4 総括

今日はDVDを見ながらの
ワークです

受付でお伝えしました
グループ番号のテーブルに
お座り下さい。

平成25年度は今回で終了です。

平成26年度も継続開催する
予定ですので皆様のご参加を
お待ちしております。



* 事例検討書式等の無断でのご使用はお断りします

1

本日の流れ

18:20頃より

「認知症者及び家族への対応
コミュニケーションの大切さ」の医師編を視聴して
ワークを行います。

「悪い例」を3パターン見て、1パターン見終わった
ところでシートに従って話し合ってください。

「認知症者と家族への対応」(平成25年度厚労省老人保健事業)のDVD教材

2

診察第1回編

DVD約2分 患者単独

ワーク「悪いところ」と「こうしてほしいところ」 10分

悪いところ	こうしてほしいところ

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

3

診察第2回編

DVD約5分 家族同伴

ワーク「悪いところ」と「こうしてほしいところ」 10分

悪いところ	こうしてほしいところ

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

4

診察第3回編 DVD約2分 家族同伴 ワーク「悪いところ」と「こうしてほしいところ」 10分

悪いところ	こうしてほしいところ

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

5

今回は医師編をみてワークにしましたが（お医者さんごめんなさい！）
 これは医師だけに言えることではないということはみなさん理解してくださっているでしょう。
 私たち誰もがきちんと考えなくてはいいけない患者さんと家族とのコミュニケーションですね。
 最後に、患者さん、家族とのより良いコミュニケーションを図るために大切に思われることをもつめて下さい。 15分→発表

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

この記入シートは、藤本クリニック（奥村典子看護師）が作成したものです。

6

ワーク「悪いところと」[こうしてほしいところ]

①グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● ドクターが患者さんの顔を見ない ● ドクターの口調が怖い ● 患者さんの話を聞こうとしない ● 決め付けたような言い方 ● 視線が怖い ● 日常での困りごとを本人に聞いても・・・	● 顔を見てちゃんと話を聞いてほしい(優しい口調、柔和な表情) ● 家族と一緒に来てもらえらるようにして、家族からも大切 ● 話を聞いてもらうこと

②グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 対面せず話す対応 ● 「今日はどうしました?」という発言 ● 患者の質問に答えていない ● 患者を迎える態度ではない ● 予約日でないのに・・・と受付のせいにした	→患者の方を向いて話を聞き、対応してほしい →やさしく語りかけてほしい →患者の訴えに耳を傾けてほしい →診察室に入る時から様子を見てほしい →認知症の方と言う事で対応してほしい

電子カルテはどうか?

③グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 患者さんが立ったまま ● 挨拶がない。ぶっきらぼう ● 患者さんの顔を見ていない ● 患者さんに迷惑そうな顔をしている ● 先生の態度から患者が思いを言えなくなっている	● 患者さんにすぐに座つてもらえるように声をかける ● 患者さんが言いやすい雰囲気 ● 患者さんを見ながら話をしてほしい

④グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 医師がPTを見ずにパソコンを見ている ● 事務的な対応 ● PTが遠慮してしまう ● 雰囲気(相手を待つ余裕がない) ● 困ったことはないですか?という質問は具体的に ● 声かけ不足 ● 立たせたまま診察を始める	● 患者さんの方を向いて欲しい ● もの忘れの訴えを具体的に聞き出してほしい ● 最初の挨拶をどうしたか?と聞いてほしい ● 顔を見て、笑顔でイスを進める

⑤グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 立たせっぱなしで顔を見ていない ● パソコンを見たまの対応 ● 言葉が乱暴でやさしくない ● 言葉が乱暴でやさしくない ● 言っている事に対しての疑問を持った問いかけ ● パソコンの入力が前の患者の分	→挨拶をしながらイスに誘導する事で顔が見える ● 入力中のイラつきがあつた ● ドクター視線ではなく、フラットな関係で ● 受付のスタッフ入室を待ってもらう

⑥グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 書類から顔をあげず視線も合わせず話しをしていた ● 声の調子が怖い。聞きたくないという意思の思いが言動に出ていた ● 日常生活に支障がなければいいという日常 ● 生活とは? ● 薬がなくて・・・と患者が言っているのに困ったことはないですか?という問いかけは合わない	● 口の動きで高齢者が理解することもあるで、正面を向いて話してほしい ● イスを患者の正面に向けるべき ● もっと細かな生活ぶりを聞く必要がある。 ● 患者の主訴をしっかりと受け止めてほしい。 ● 医師の前ではしっかりとしている事を認識してほしい

⑧グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 患者を立たせたままで気遣いが無い ● 患者の顔を見ない ● 曜日の間違いに注目 ● 「年だから」で片づける。認知症への理解がなかった ● もの忘れについてのインタビューが少くない ● やさしさが無い	● まず、顔を見て挨拶をしてほしい ● 患者さんの名前を呼んであげて ● 薬の有無、診察日の間違い ● →もの忘れでは?につなげる問診をしてほしい ● 患者の訴えを聞いてほしい ● 話したくなるような雰囲気、問いかけ、文言をして

⑨グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 患者が何のために来たのか丁寧に聞いていない ● 患者を見ながらパソコン ● 詰問するような口調 ● 患者から問題提起をしているのに話を中断している ● 笑顔がない ● 入ってきた患者に気遣いが無い ● 案内役の看護師が少くない	● 他の用を済ませるまで「ちょっと待ってね」と声かけをする

ワーク「悪いところと」で「こうしてほしいところ」

① グループ

悪いところ	こうしてほしいところ	悪いところ	こうしてほしいところ
● 家族の意見を聞いてくれない ● 専門医の紹介をしてくれない ● 本人の前で家族の思いを読んでいる ● 貧乏ゆすり ● 時計のチラ見 ● モラルがない	● 家族、本人と分けて聞いてほしい ● 具体的に効く事で真実を聞き出せるようにしてほしい ● 対応の時間が取れるときに来てもらう ● 家族のみの時間を持つ	● メモを読んだ ● 貧乏ゆすり、足組み ● 家族の話しの後回し ● 時計を見て診察を終わらせたい態度 ● 受容的な態度でない ● 言葉尻で不愉快な思いをさせる ● 検査もせず「年のせい」で片づける ● 受付でメモを見てドクターへ先に回せなかったか？ ● 専門医への紹介を要らないと言った ● 家族の同意がないまま終了した	● メモを事前に見て把握してから診察してほしい ● 態度、言葉づかいを聞いてほしい ● 本人と家族を別々に診察してほしい ● 家族への配慮 ● 傾聴の姿勢 ● 患者の満足いく診察

② グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● メモを読まなかった ● 貧乏ゆすり、足を組んだ ● 家族の話を聞かない ● 家族の話を流す ● メモの内容を本人の前で読んだ(配慮がない) ● 認知機能検査をいきなり始めた ● 本人と家族を分離する努力をしない	● 前もってスタッフに知らせるシステムを作る

③ グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 家族のメモを読んでいる。患者のいるところで読んでいる ● 無神経。貧乏ゆすり、時計を見る。足を組む。 ● 認知症の理解に乏しい。 ● 嫁と姑を前に配慮がない。 ● 嫁はひどい人、姑はいい人というイメージ ● 医師の中にあつた専門医に紹介できなかった ● 検査結果の伝え方。間違っていることを率直に伝えてほしいのか ● 準備不足のまま診察に臨んでいる ● いつも一人で来る人が家族と共に来る意味に気付いてほしい	● 事前にメモに目を通しておく ● かいつまんだ内容を理解してほしい ● 分けて話を聞く ● 認知症を理解してほしい ● 人間関係を理解して会話をしてほしい ● きちんと専門医を紹介してほしい ● たくさんのメモが来ては大変 ● 家族が来ていることに疑問を持ってほしい ● 待合や、受付でスタッフが情報収集を医師に伝えてほしい

④ グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 家族の訴えを、本人の前で読んだ(財布を盗られたと言うなど) ● 本人の前で間違っていると言う ● 足を組む事で態度が悪く見える	● 診察前にメモは読んでもほしい ● 家族、本人別々に話を聞いてほしい ① 最初に二人で入り、本人の話しを聞く ② 本人が検査に行った時に家族から話を聞く ③ 本人の診察をする

⑤ グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● メモを読もうとしていない ● 本人に聞かせたくない内容をそのまま口にしてる ● 顔、表情を見ていない ● 問診で間違えましたねと言う ● 足を組んだの貧乏ゆすり ● 嫁の話しを聞こうとしていない ● 別々に話をしたいと言う要望を聞き入れない ● 専門医の紹介を拒んでいる	● 診察前にメモを読んでもほしい ● 本人に聞かせたくない内容は本人を抜いて話を聞いてほしい ● 顔、表情を見ていない ● 問診で間違えましたねと言う ● 足を組んだの貧乏ゆすり ● 嫁の話しを聞こうとしていない ● 別々に話をしたいと言う要望を聞き入れない ● 専門医の紹介を拒んでいる

⑥ グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 先生が患者、家族の話をきいていない ● 別々に話を聞くべき ● 先生の態度が悪い(貧乏ゆすり、足を組む) ● 聞き入れる態度でない ● 「年のせいだ」の表現 ● 家族のメモ提出への対応 ● 認知症専門医の紹介を断った	● 話を聞く態度を取ってほしい ● メモの取り扱い。守秘の上別々に話を聞いてほしい ● 看護師さんに間に入ってもらって整理してからの受診

⑦ グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 家族からの情報を受け止めていない ● 専門医を紹介してくれない	● 情報を整理してドクターに届けつけたいと受け止める(問診を診察前に簡潔に記入してもらおう。別々に話を聞き取る。別々の部屋or別の日) ● 時間が足りなければ次回を提示

ワーク「悪いところと「こうしてほしいところ」

①グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 全部悪い！！ ● 専門用語の説明なし ● 本人の話全否定	→嘘は言ってはいけ ないが、聞き方、言 い方、態度が大切 →「一緒に考えて解 決していきましょう」 と本人と家族に言っ てほしい

②グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 専門用語をわかりや すく説明をしてい なかった ● 「治る病気では ない」→言葉の選 択を間違えた ● 介護サービスの質 問で先送りして いた→家族、本人 を不安にさせた	

③グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 専門用語が多く、患 者さんにわかりにく い ● 治る病気ではないとい う ● 病気にについて の説明がない ● 介護サービスにつ いての説明もない	→前向きになる言 葉かけ →わかりやすく、具 体的に説明をしてほ しい

④グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 病気の説明が専門 用語でわかりにく い ● 今後の伝え方が、希 望が持てず不安に させる ● 本人の前で診断名 を言っている ● 「さっきも聞きた い」と話さざった ● 介護サービスにつ いての情報提供を していない	● 診断名を伝える時 に配慮してほしい ● 本人が受け入れ やすい説明をして ほしい ● 同じ話でも穏や かに尊重して対応 する ● 介護情報を伝え られる準備をしてお く

⑤グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 病名を宣言(告知) ● 専門用語を列挙 ● 相談に応じる姿勢 がない ● 聞かれた内容に答 えていない ● 治らないと言った ● 介護サービス、ケ アについて相談に のっていかない	→家族のみに伝え る →説明する気がな いなら話す必要がな かった →スタッフのフォロー が必要

⑥グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 専門用語ばかりを話 し、家族への説明に なっていない ● 次の案内が親切に できていなかった ● 「完治しない」と言 ったこと ● 薬の効果、介護サ ービスの利用につ いての説明が丁寧 になさ ● 「民生委員に・・・」 →「さっきも聞きた い」と話をさざ った ● 市役所の敷居は高 いので「〇〇課の △△さんへ」と具 体的に説明する ● プライドの高い方 には高い方への対 応(心配している というメッセージ) を伝えられると よい	● 家族、本人にわか りやすい説明を する必要があ った。 ● 日を決めたり、次 の予定を伝える べき ● 過度の希望は必 要ないが絶望的 な表現は避け るべき ● 精神的負担や不 安が解消される ように、突き放 すことなく具 体的にわかりや すく説明する べきだった ● 市役所の敷居は 高いので「〇〇課 の△△さんへ」と 具体的に説明す る ● プライドの高い 方には高い方へ の対応(心配し ているというメ ッセージ)を伝え られるとよい

⑧グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 患者本人の前で病 名、病状を伝えた ● 難しい言葉が多い ● 「さっきも言った」患 者を追い詰める表 現 ● 患者、家族の気持 ちを考慮していない ● 認知症への対応を 指し示していない ● 「治る病気では ない」の表現 ● 一方的な診察の終 了→冷たい ● 対策、対応に関し て家族への説明が 十分でない	● わかりやすい言 葉で説明してほしい ● 患者と家族を分 けての説明 ● 思いやりを持っ た対応をする ● 「治らない」な どの言葉希望を持 った言葉にする ● 好況期 鶴岡サ ービス利用の説明 を看護師を通じて 十分に説明

⑨グループ

悪いところ	こうしてほしいところ
● 専門用語を使っ ても説明を求めら れない ● 不安を与えるよ うな「治らない」 との表現。 ● 突き放すような 言い方 ● 先のフォローに もたえてくれない ● 本人の言うこと に「さっきも聞 いた」	● わかりやすい言 葉を使い尋ねられ たことにきちん と説明をする ● 治療方針を説 明する ● 薬以外にでき ることも説明す る

①グループ

1. 本人、家族の思いを聞く
2. 社会資源の情報の提供
3. 本人、家族別々に聞く
4. 雰囲気、笑顔
5. 次につながる会話

②グループ

1. 信頼関係
2. 傾聴する態度(情報を整理しながら要領よく聞く)
3. わかりやすい言葉で話す
4. 背景のものを考える想像力
5. 共感(一緒に考えていく) 診察を受けてよかったと思える態度で少しでも満足してもらえるように

③グループ

1. 威圧的に見えないような態度
2. 診察の流れ
3. 病気についての説明
4. なるべく正しく伝える
5. 介護保険についての説明、介護サービスがスタートできるように

④グループ

1. 患者さんの顔を見て、笑顔でゆっくりと話す
2. わかりやすい言葉で説明する(相手にとって理解しやすい表現で)
3. 訴えに耳を傾ける、話を聞く
4. 家族と本人、別々に情報を聞ける環境
5. 病気、介護サービスについての情報を持って伝えられる

⑤グループ

1. 患者さんの顔を見る(向き合う姿勢) 挨拶しましょう！！
2. 患者、家族の話をしっかりと聞く
3. 相談の内容に応じて場面(場所)をかえる
4. 切り上げたいオアラを出さない(スタッフの協力)
5. スタッフとの連携(メモ、入室のタイミングなど) 医師一人ではなく周囲のスタッフ全員(チームワーク)でみる
6. 認知症に対しての理解

⑥グループ

1. 状況に応じた適切な聞き取り。主訴をしっかりと把握する。初回面談、相談は貴重。大切に行う
2. 家族、本人の仲を取り持つ。家族を本人の支援者として理解する。(他人だからできる中立的な関係者としての立場、力を発揮する)
3. 認知症を正しく理解する
4. 家族と本人とのコミュニケーションを
5. 家族が介護者になれるように支援する

⑧グループ

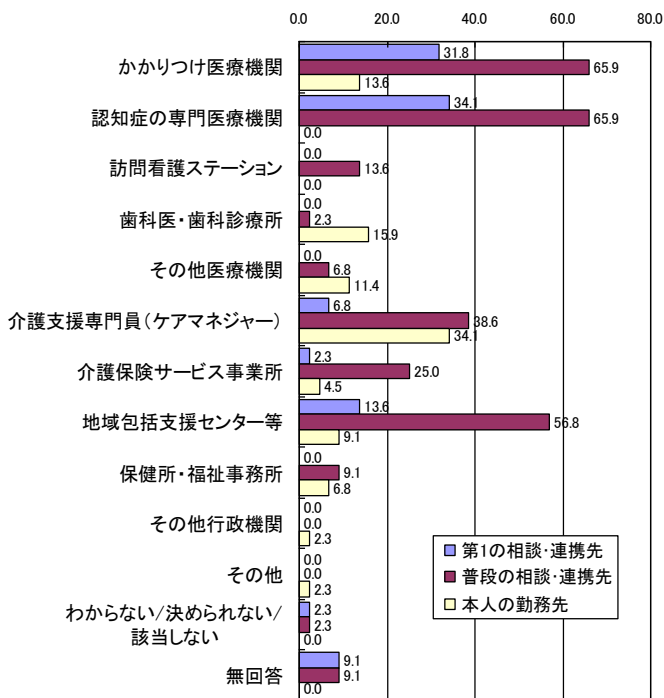
1. 病名、病状を知りわかりやすい言葉で説明する
2. 不安を持たせない表現で説明する。守秘義務を守る。
3. 患者さん、家族の顔を見て、十分聞いているという接遇をする。傾聴をする。共感する。
4. 看護師、事務員を上手に組み入れて効率よく診察し、相互に時間にゆとりを持つ
5. 家族、患者の希望にこたえる対応。専門医の紹介、介護サービスの紹介

⑨グループ

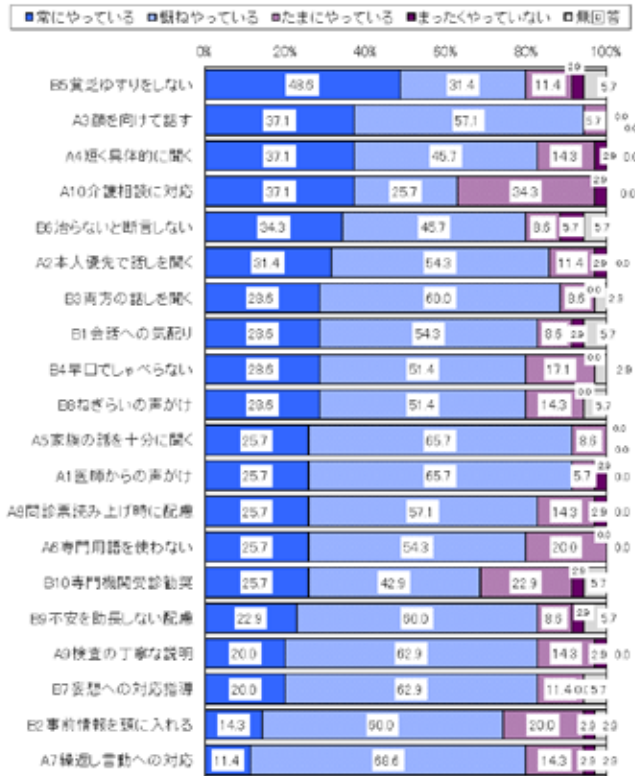
1. 本人や家族の思いをしっかりと聞く
2. わかりやすい言葉で説明する(求められる社会資源などの情報も含め)
3. 本人と家族の思いが違う場合は別々にフォローする
4. 笑顔で接する
5. 次につながるような会話

認知症対応の現状

「認知症の疑い」を感じた場合の相談・連携先



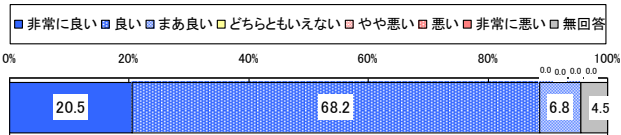
自己チェックシート(医師編A&B)の回答



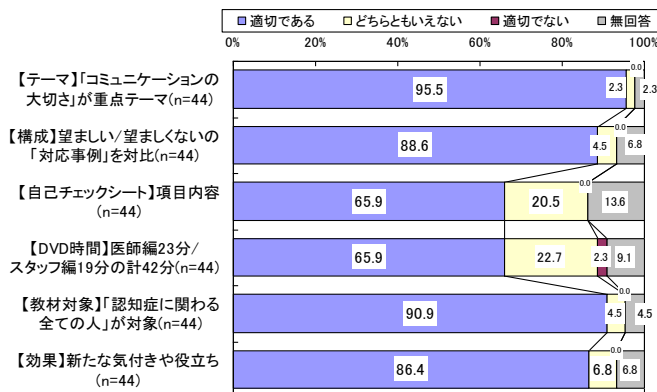
DVD教材評価

DVD教材の総合評価

(n=44)



DVD教材「認知症者と家族への対応」の個別評価

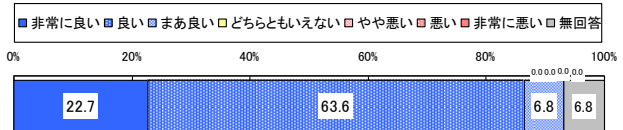


※【DVD視聴時間】適切でない(1名)の希望:医師編15分/スタッフ編15分

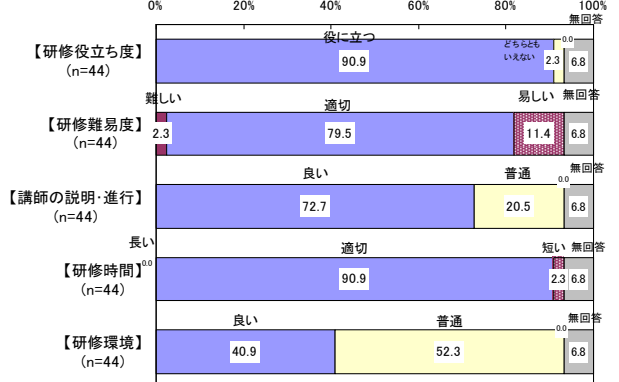
研修評価

研修の総合評価

(n=44)



研修の個別評価



※【研修時間】短い(1名)の希望:2時間

研修評価と、その理由(自由回答)

- 非常に満足:自分の悪い部分をたくさん見せて頂きました。正直凹みましたが(医師)、医師だけでなくスタッフの支援も考えられた(保健師)、色々な職種が関わり色々な意見をきくことが出来ました(ケアマネ)、診察室でしたが、ケアマネの面接にも同じような状況で非常に参考になりました(ケアマネ)、先生と同じ目線で会話できた(ケアマネ)
- 満足:これまでの経緯でグループワークが定着している(医師)、普段このような勉強の機会がないので勉強になった(歯科医師)、地域の開業医さんと同じ立場で話できた事(看護師)、教材がありわかりやすいこと。グループで多職種で話しあうことができた(保健師)、様々な人と話しをする中で、コミュニケーションを学べたこと(保健師)、多職種でワークできるため(ソーシャルワーカー)、職種の違う方との話し合いができ、Drの考え方がほんの少しわかったこと(ケアマネ)、ドクターと気軽に相談できる!(ケアマネ)

ご意見・ご要望(自由回答)

- 介護職員にまで拡げてほしい(ケアマネ)

(3) アンケートのまとめ

平成 25 年度に開催した第 4 回（H25.5.23）～第 7 回（H26.1.30）については、GW 開催後にアンケート調査を実施した。以下、その結果を整理する。

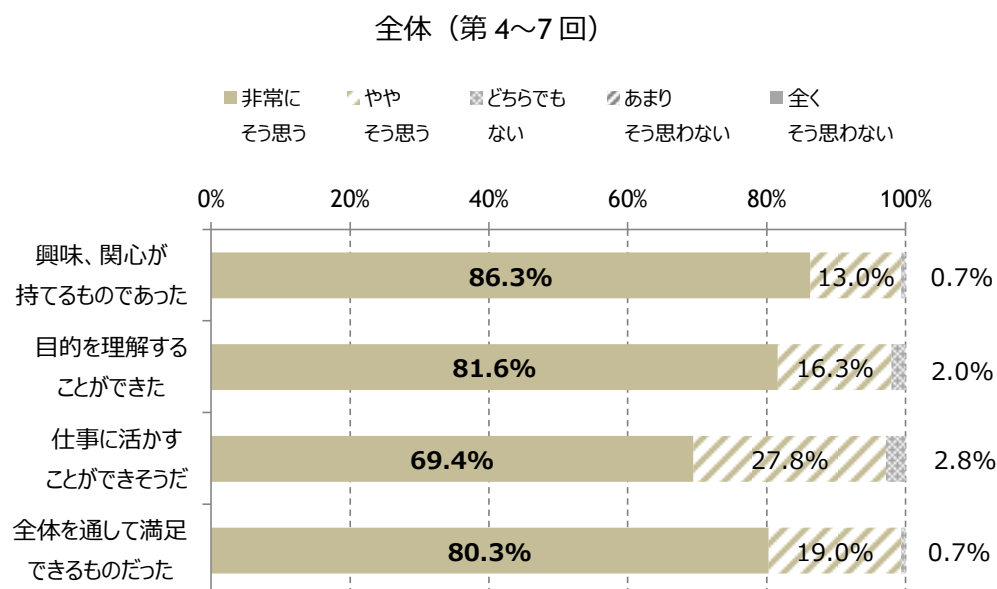
① IN 守山・野洲（GW）について

各回で設定したテーマは異なっていたが、まずは GW 全体の評価をまとめる。

『GW の内容が興味、関心が持てるものであった』については、「非常にそう思う」が 86.3%、「ややそう思う」が 13.0%、「どちらでもない」が 0.7%であった。以下、『目的を理解することができた』は、「非常にそう思う」が 81.6%、「ややそう思う」が 16.3%、『仕事に活かすことができそう』は、「非常にそう思う」が 69.4%、「ややそう思う」が 27.8%、『全体を通して満足できるものだった』は、「非常にそう思う」が 80.3%、「ややそう思う」が 19.0%という結果であった。

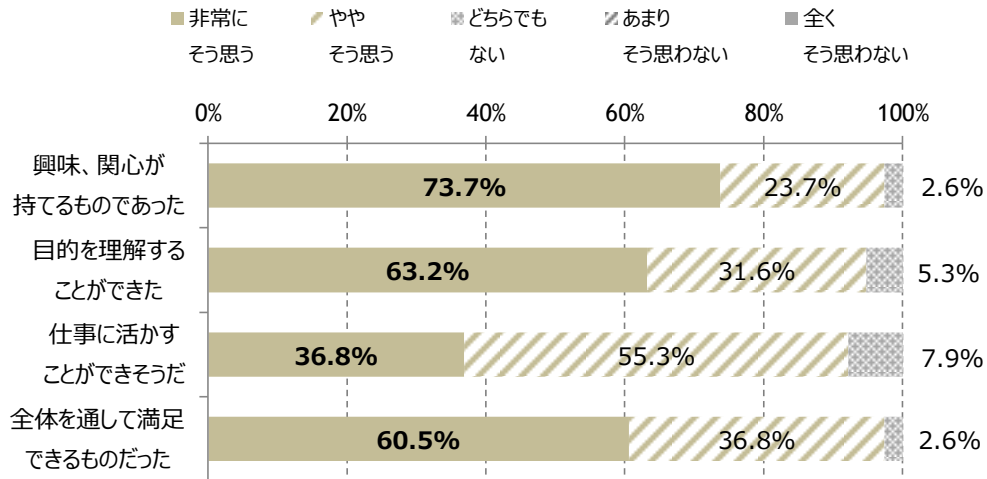
いずれの設問にも、「あまりそう思わない」、「全くそう思わない」の評価はなく、概ねポジティブな評価となったといえる。

もっとも、次ページ以降の各回別の結果をみると、具体的な事例によらないグループ討議を設定した第 4 回については、『仕事に活かすことができそう』の設問で「非常にそう思う」の割合が低くなっており、全体での結果にも寄与していることがうかがえた。

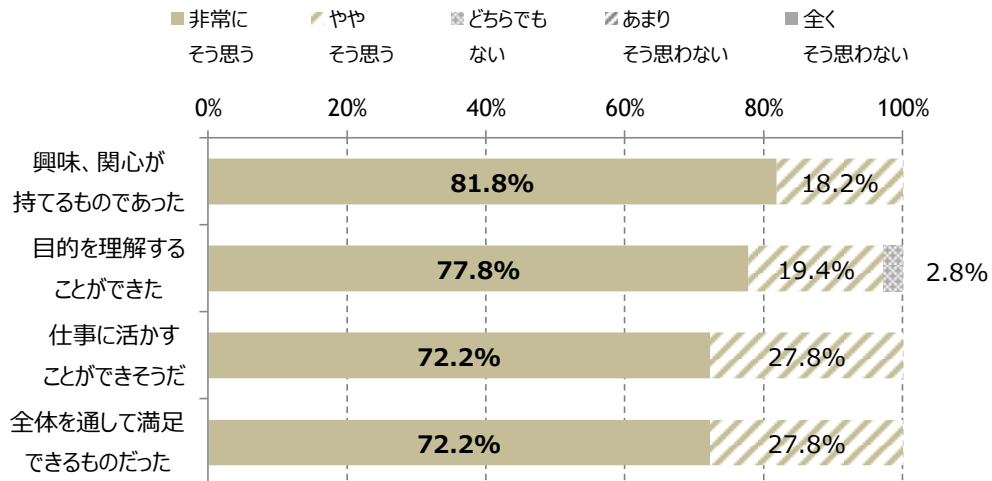


	非常に そう思う	やや そう思う	どちらでも ない	あまり そう思わない	全く そう思わない
興味、関心が持てるものであった	126	19	1	0	0
目的を理解することができた	120	24	3	0	0
仕事に活かすことができそう	100	40	4	0	0
全体を通して満足できるものだった	118	28	1	0	0

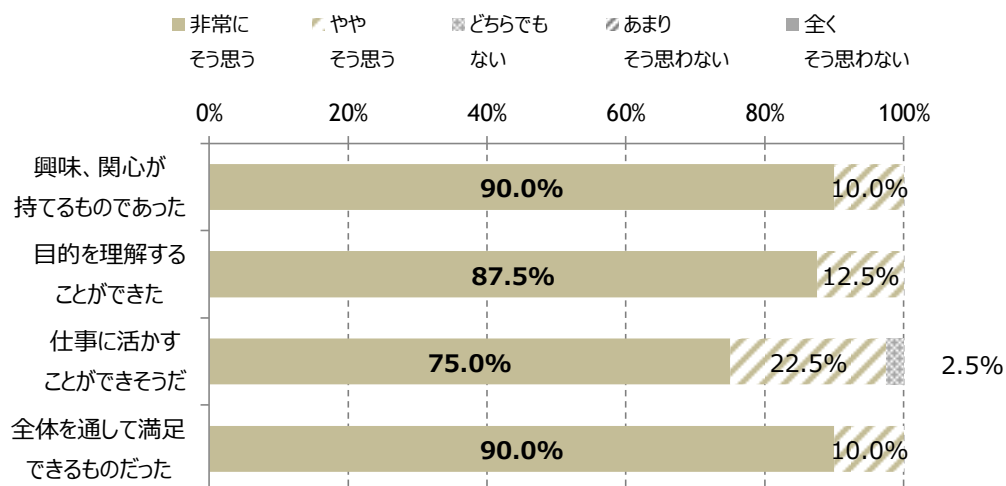
各回（第4回 H25.5.23 グループ討議）



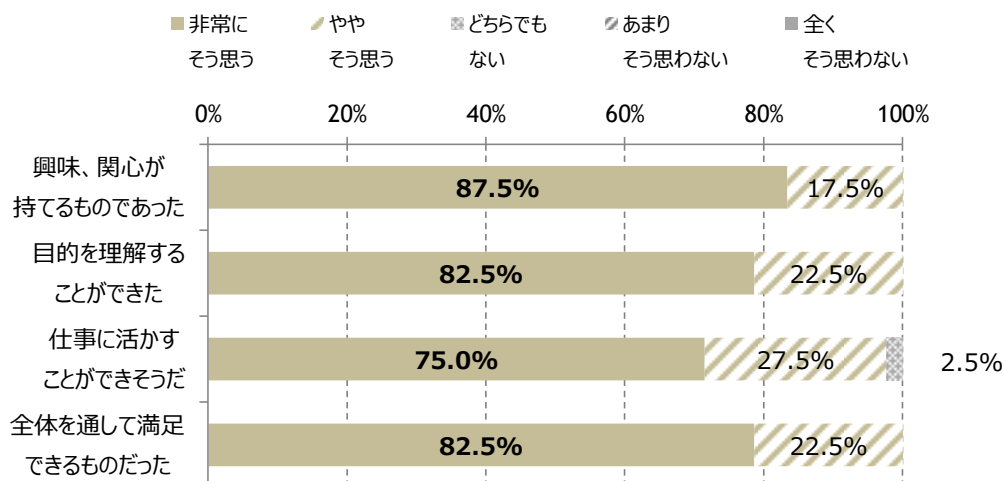
各回（第5回 H25.8.22 GW 多職種連携）



各回（第6回 H25.11.28 GW 家族支援）

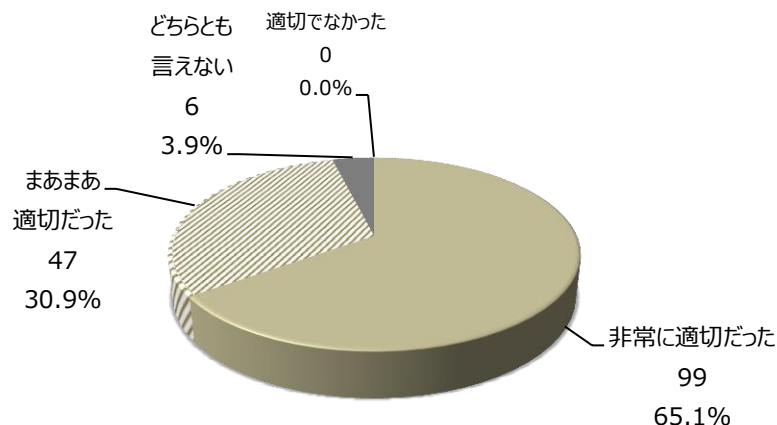


各回（第7回 H26.1.30 グループ討議）



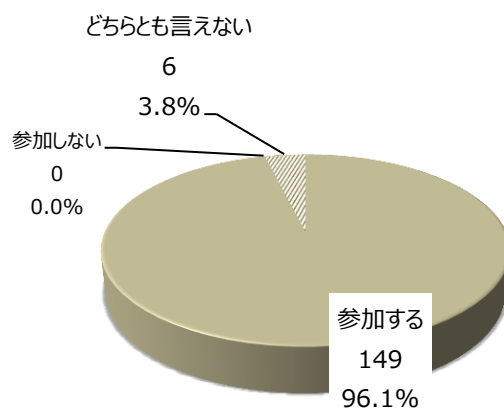
② GW の時間配分について（n152；有効回答）

GW の当日の時間配分について、「非常に適切であった」が 99 人（65.1%）と最も多く、次いで「まあまあ適切だった」が 47 人（30.9%）、「どちらとも言えない」が 6 人（3.9%）であった。



③ 今後の IN 守山・野洲への参加意向（n155；有効回答）

今後も「認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲」への参加を希望するか、について、「参加する」が 149 人（96.1%）とほとんどを占め、「どちらとも言えない」が 6 人（3.8%）、「参加しない」は 0 人であった。



④ 自由記述

(第4回 H25.5.23 グループ討議)

医師	フラットなコミュニケーションを目的に行われていたと思うのでとても良かったと思う。
医師	時間はこれくらいがちょうど良い。
看護師	認知症とは特別なものではなく、人間として地域で生きていくことを希望している。認知症でない人も同じであることを知りました。
看護師	先生とお話しできて良かったと思います。
看護師	考えを共有できる場所は大切に参考になりました。
PT	自分の職場以外のいろいろな職種の方と気軽に話せる機会となり、楽しく認知症について考えることができました。グループワークの方法も面白かったです。
PT	とても楽しい内容でした。
リハビリ	さまざまな職種で一つのテーマを話し合うことができて良かった。在宅・医療、さまざまな状況から意見を出し合える場所は良いと思いました。
ケアマネ	すべての介護サービスの人が集まる場であればと思います。
ケアマネ	とても楽しく参加させていただきました。今後も積極的に参加させていただきたいと思います。
ケアマネ	Dr.に楽しく仕切っていただき良かったと思います。
ケアマネ	緊張して参加したが、グループワークを通じて、Dr.はじめ参加されている方を身近に感じることができた。
ケアマネ	今後も参加してチーム作りをしていきたいと思います。
ケアマネ	Dr.がリーダーシップをとっていただいたので、大変スムーズに楽しく過ごすことができて良かったです。
ケアマネ	包括と医師会に加えて下さってありがとうございました。
ケアマネ	普段は敷居の高い Dr.を交えて、和気あいあいと意見を出し合い、皆で楽しい時間を過ごせてとても良かったです。
ケアマネ	多職種連携は身にしみて大切だと感じています。「質」とはどのように評価をしていくものでしょう。
ケアマネ	遠くに感じていた Dr.との距離が少し縮まった感じがします。
ケアマネ	医療関係の方と一緒に考える機会が持てることは大変いいことだと思います。今後もぜひ参加したいと思います。
ケアマネ	皆さんとお近づきができればと思います。
包括	Dr.に来てもらって正解!!と思いました。
相談員	始めて参加させていただきとても楽しく学ぶことができて良かったです。自分だったらどう過ごしていきたいか、それぞれが望む生活をあらためて考えられて良かったです。グループワークでもいろいろな方とお話できて良かったです。
行政	なごやかに先生とみなさんで話し合いができて良かった。
行政	初めての参加でしたが、話しやすい雰囲気でした。グループワークは楽しくできました。

(第5回 H25.8.22 GW 多職種連携)

医師	認知症ではない症例
医師	多職種の意見が聞けて新しい発見が多くあった。
医師	グループディスカッションは少し忙しかったですが、その分コンパクトに緊張感を持って話げできました。
医師	実際の事例とそれがどのようにして経過していったかを見ていけたらよいと思います。
医師	今回の番号順位づけからの考え方は大変勉強になりました。
看護師	事例を通し他職種の方々の意見を聞くことができて良かった。次回も事例を通してアセスメント能力を養う機会があるとうれしいと思いました。
PT	いろんな専門職・職種が多面的に1人の人を捉える、それが形になるのが実感できました。入院中の拡大カンファレンスでは、どうしても病院→介護保険への一方通行な話し合いにもなっている気がするので、今日のようなフラットな話し合いができるといいなと思いました。
PT	今回のグループワークでいかにケアマネさんが重要な役割を担っているかが再確認できました。これからはケアマネさんに情報提供できればと思います。
ケアマネ	Dr.にリーダーシップをとってもらえてありがたいです。とても楽しく話し合ができました。
ケアマネ	前回は参加させていただきましたが、大変有意義な時間を過ごすことができました。特に今回は現在の仕事にも役立つことが多くありました。
ケアマネ	楽しく議論できました。勉強になりました。活かしていきます。
ケアマネ	1人だけの考えでは思い及ばないような方法や対応が聞かれました。いろいろな立場の人が集まることで素晴らしい支援が展開されていくことが実感できました。
ケアマネ	ドキドキしながら（先生方がたくさんおられたので）参加しましたが、なごやかに先生と話ができる機会に参加でき、ありがとうございました。
ケアマネ	先生も私たちと同じようなことを悩んでおられることが解り安心しました。今後相談させていただく垣根が低くなったように思います。いろいろな立場の方の意見が伺えてとても勉強になります。
ケアマネ	前回同様医師と率直に話すことができて良い勉強となりました。他職種の方とのグループワークは何回かありますが医師に参加していただく機会はなく、うれしい気持ちにもなりました。今後も続けて出席させていただきたいです。
ケアマネ	話しやすいDr.ばかりで楽しかったです。普段言いにくい大切なことを伝えられる関係がつくれればと思います。
ケアマネ	まず本人を理解すること、いろんな立場で考えること、方向性を見つけること、CMとしても改めて検討していきます。
ケアマネ	医師の先生とのいい交流ができるこの会をずっと続けてほしいです。
ケアマネ	もう少しいろいろな職種（各サービス事業所等）が多数いたほうがよかったと思います。ケアマネが多いような？
介護職	GWにより他の職種の方の考え方などが参考になった。
包括	医師の意見もいろいろと聞くことができとても良かった。多職種で意見を出し合い、他グループの意見も聞けて参考になった。
行政	初めて参加させていただきましたが、みなさんが非常に前向きに取り組まれている姿を見て、自身も勉強していきたいと思いました。
行政	毎回グループワークはためになります。じゃんけんゲームの導入も楽しかった。
他	他の職種の方と一緒に事例を検討できて自分とはちがった考え方も学べてとても良かったです。
他	他職種の方々と事例検討させていただく非常に良い機会となりました。ありがとうございました。

(第6回 H25.11.28 GW 家族支援)

医師	もっと多職種による発言があるほうがいいと思います。
医師	登場人物に患者本人を入れ忘れたのは問題でした。やはり、グループワークは発見になります。毎回認知症の理解ができていますと思いますが、まだまだだと思っていますのでよろしくお願いします。
医師	フラットな関係で活発な議論ができて興味深かった。
医師	いろいろな情報が得られて良かったと思う。
医師	多職種でのグループワークは多方面からの指摘があり、新鮮な思いで参加できるので大変ありがたいです。認知症に対する支援においてもいろんな角度からの支援が必要で考えさせられました。
医師	具体的にどのような連携をしているか、例を挙げてもらえるとさらにイメージが付きやすいと思います。
薬剤師	認知症だけにとどまらず連携させていただけることをうれしく思いました。先生方や各職種の方々のお顔が見えることもうれしいです。
薬剤師	自由に発言できることが良い。認知症に対して多職種の職業観から意見を聞くことができる。
看護師	今回初めての参加でしたが、認知症についての家族への支援の方法を話している中で自分自身納得できた。事例を通して支援方法を学んでいきたい。いろいろな職種の意見が聞けて良かった。
看護師	はじめて参加させていただきました。認知症についてこんなに大勢の医療者が考えておられることを知り、勇気が湧いてきました。もっと勉強していきたいと思います。
リハビリ	家族支援や本人や家族への理解は医療の中でも困難なケースが多いため、今回一つの事例を通じて考えられたことは今後に生かせると思いました。
ケアマネ	Dr.を核に多職種(行政も含め)で顔の見える関係を築け、今後のチームケアに活かせると思った。
ケアマネ	今日も現場で事件が起こっています。「高次機能障害」の方、できそうでできないことが多くて、認知症もありむずかしい。また教えてください。
ケアマネ	普段お名前しか知らなかった医師の方の生の顔、お声、言葉を知ることができ、大変有意義な時間でした。
ケアマネ	参加させていただくたびに先生への敷居が低くなっています。気軽に相談させていただきそうでうれしく思っています。
ケアマネ	今回も Dr.と意見交換をさせていただき、非常に有意義な時間を過ごさせていただきました。Dr.が身近に感じられてうれしいです。
ケアマネ	より現実的なケースで大変参考になりました。また、ほとんどのグループの意見もだいたい統一されていたので安心しました。「老後は守山・野洲で過ごす幸せ!!」
ケアマネ	Dr.・介護職・包括支援センターと横並びで大変良かった。
ケアマネ	段々と自分の中でも心の垣根・遠慮がとれていくように前向きになっていきます。次回もぜひ参加したいですが、多くの方にも参加していただきたいです。継続をせつに希望しています。
ケアマネ	ふだん普通には話すことのできない医者の方と同じテーブルを囲み、意見を交わすことが可能になる素晴らしい会だと思います。テーマのグループ討議だけでなく、コミュニケーションを築くための雑談も少しあってもいいかなと思います。つかみになる最初のゲームは最高です。
ケアマネ	毎回さまざまな職種・立場からの意見がたくさん出てきて非常に勉強になります。顔の見える関係が作っていけるとも貴重な場であると思います。
包括	ベクトルが同じ・・・ということ、回を重ねるごとに感じています。歯科医師会の参加もよいかなと思います。在宅歯科診療もされていますし、認知症の方との関わりがあると思うのですが、こういう取り組みを知ってほしいです。
包括	認知症のことが理解できない家族が多い。その場合なかなか病院につながらないことが多い。かかりつけ医からの IC をしていただくこと情報連携もしっかりしてほしい。
行政	はじめにほぐしの時間があり、また何回か参加することでグループでの話し合いに緊張せず入ることができました。多職種がフラットに話せ、Dr.がリーダーシップをとっていただき、楽しく話げできました。事例を通じて、生活のこと・家族のことを具体的に考えることができ、勉強になりました。
他	患者さんとかかりつけ医の先生が存在がとても安心につながっていくことが分かりました。認知症になられても生活を支えるという視点を大切に今後の業務へ生かしていければと思いました。

(第7回 H26.1.30 グループ討議)

医師	限られた時間、人員の中でどう話を聞いて対応したらよいのか、考えないといけないと思う。
医師	診察風景のビデオは見るのがないので参考になった。
医師	デフォルメされているが、日ごろの仕事中に DVD で見た悪い要素が本当にたくさんありそうで、正直凹みました。
歯科医師	歯科診療の中でも使える、または考えさせられることが多くあった。事例検討も含め我々も積極的に参加していくべきだと思った。
歯科医師	グループワーク形式が理解が深まる手法だと思う。ぜひ今後も参加したい。
歯科医師	歯科において認知症に関し勉強する機会が少ない。このような機会に参加することができ、有意義な時間を過ごすことができた。今後もできるだけ参加させて頂き、勉強させて頂きたいと思う。
薬剤師	接遇・対応について勉強になりましたし、やはり思いやりを持って患者さんや家族に接していこうとあらためて思いました。患者さん本人にも認知症を自覚していただくのが分かりませんが、ケースによるのかもしれませんが。
看護師	2 回目の参加。看護師からの視点でしか考えられていなかったので、多職種の方の意見が聞けて良かった。
ケアマネ	初参加です。多職種が集まり、いろんな意見を聞くことができ大変勉強になりました。
ケアマネ	先生方の親しみやすい対応がとてもうれしいです。これからもよろしくお願いします。
ケアマネ	毎回班長の Dr.が変わるので今日はどの先生?と楽しみに参加しています。今回、日頃なかなか接点のない歯科医と一緒に討論ができて良かったです。来年度もぜひ参加したいと思います。
ケアマネ	今回は医師の方々の(失礼)ための勉強会の感じでした。介護職にとってもコミュニケーション能力を高め、利用者の信頼を得られるような参考になる具体的な勉強をしたいと思います。
ケアマネ	はじめての参加です。Dr.を身近に感じ、担当するご利用者の病気等気軽に相談できるような気がしてきました。楽しいひと時でした。
ケアマネ	先生の生の声が聞けて良かった。(普段高い壁を感じているので・・・)自分自身医療分野はすごく弱いので、本音で悩みを相談できる先生と仲良くなりたい。
ケアマネ	いつも新しい何かを得ることができてありがたいです。
包括	歯科医の先生にも知ってほしい、一緒にやりたいなあ・・・と思っていたので 7 人も参加されたのでうれしかったです。また、先生側の立場の思いや現場の状況が見えたが良かったです。忙しい診察場面だけと先生方から次につなぐまで話がいったので、それぞれの立場の支援者がその大切さを再認識でき、勉強になりました。
相談員	初参加です。ドクターの気持ちを聞かせていただき参考になりました。
行政	段々とつながる職種が増え、顔の見える関係が少しずつ広がっていると感じます。医師がたくさん参加され、グループ全体をまとめて下さるので話しやすいです。
他	途中からの参加になってしまい全体は見れていないのですが、医師・専門職の方もそれぞれの現場で迷ったり手探りで対応を探っていることがよくわかりました。このような連携が介護事業所のスタッフを含め広がっていくことを切に願います。(生協職員)

3. 全体のまとめ（考察）

段階を追って作り上げた「認知症医療と福祉の連携の会」について

～医師をグループワークの中心として～

2004 年に開始した「滋賀認知症ケアネットワークを考える会」などを通じて、顔が見える多職種協働・地域連携の取り組みを行ってきた。しかし、専門医とかかりつけ医の役割分担の見直し、ケア・サービスの多様化、その他、様々な取り組みが進む中で、認知症医療とケアを取り巻く環境も大きな変化し、多くの課題に直面している。その解決のためには、更に共通の知識や支援の方向性を共有できる、垣根のない医療とケアの関係者の連携の取り組みが必要と考えた。¹⁾

そのような中で、守山野洲医師会では、課題解決に向けた着実な一步を、との観点から、2012 年度は医師と地域包括支援センターを中心に、さらに、2013 年度からケアマネジャーや歯科医師、薬剤師等の参加も求め、テーマ別にグループワークを行う「認知症医療と福祉の連携 IN 守山野洲」を開始した。¹⁾

具体的な内容と参加者からの評価は、先述「2.実施内容」での報告の通り、2 か年度、計 7 回の開催を通じて、多職種間での役割の認識、他職種への理解、地域作り、家族支援を共通目線で議論することができたと考える。

また、本企画は、長期的な視点に立って、回ごとの目的と相互のつながりを持たせることで、“1 回きり”ではなく継続参加による連携の土台作りを狙うと同時に、実際の連携場面を意識した実践的な様々な工夫を行った。医師によるリーダー役の固定、議論の整理のためのテーマ別に工夫したシート、アイスブレイクによる GW の枠組みを越えた参加者同士のコミュニケーションなど、業務上の必要性からではなく、関係者間において“自然に生まれる連携”の基礎作りに一定の役割を果たしているものとする。

段階を追って作り上げた認知症医療と福祉の連携の会は、当初掲げた目的の一貫性を保ちながら、顔が見えるだけでなく、お互いを認め合い、専門性を活かした議論を継続することができている。また、医師が医療の視点からの助言だけにとらわれず、リーダーシップを発揮したことで、会場の場だけでなく、その後の実際の支援・連携場面においても、他職種とのつながりがよりスムーズになると考えられた。²⁾

文献：

- 1) 藤本直規、奥村典子、若年認知症を発症初期から継続的に支えるーもの忘れクリニックで出来ること、老年精神医学雑誌第 24 巻増刊号－III, 2014
- 2) 藤本直規、奥村典子、認知症医療支援診療所（仮称）におけるアセスメントと家族介護者への初期支援、（平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康推進等事業）地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメントの開発・普及と早期支援機能に関する調査研究事業「認知症の総合アセスメント」テキストブック改訂版、2014

文責：（事務局） 医療法人 藤本クリニック

藤本 直規・奥村 典子

（編集協力）合同会社 HAM 人・社会研究所

本報告書に編集されている、「IN 守山・野洲」で使用した全てのスライドおよび記入シートは、一般社団法人守山野洲医師会および医療法人藤本クリニックに著作権等の権利が帰属します。

スライドや記入シート等のツールの活用を希望される場合、また、内容に関するお問い合わせ等については、事務局までお願い致します。

認知症の医療と福祉の連携 IN 守山・野洲 平成 24～25 年度 実績報告

平成 26 年 3 月

禁無断転載

一般社団法人 守山野洲医師会

〒524-0013 滋賀県守山市下之郷 3-2-5 すこやかセンター内

TEL 077-582-4113 FAX 077-583-7525

E-mail yamo-med@jungle.or.jp

事務局：医療法人藤本クリニック（担当:奥村）

〒524-0013 滋賀県守山市梅田町 2-1 セルバ守山 303

TEL 077-582-6032 FAX 077-582-6040