

平成30年度第3回柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会

と き : 平成31年1月21日(月) 19:00～

ところ : 柳川山門医師会館 1階講堂

討論テーマ 『認知症の自覚のない方へのフォーマル・インフォーマルサービス支援について
～認知症の進行を防ぐための支援について考える～』

事例提供担当:柳川市地域包括支援センター

池 上 ま つ み

意見記入職種の内訳

- | | | | |
|------------|---------|------------|------------------|
| ① 医師 | ② 歯科医師 | ③ 薬剤師 | ④ 看護師 |
| ⑤ 保健師 | ⑥ 歯科衛生士 | ⑦ MSW・PSW等 | ⑧ OT・PT・ST 等 |
| ⑨ ケアマネージャー | ⑩ 介護福祉士 | ⑪ 民生委員 | ⑫ ボランティアコーディネーター |
| ⑬ 事務 | ⑭ その他 | | |

認知症の理解は難しいのでは・・・

- ・ 認知症を理解させることは難しいので、プライドもあるので認知症と知らせてなくても良い。 ①
- ・ 認知症、無理に理解してもらわなくても。 ⑧

周囲の理解が大切

- ・ 認知症であることを、周囲の人達で情報共有しておく。 ①
- ・ 社会や家族の中で、今でも役割を果たしていると自信を持ってもらう。 ②
- ・ Faの理解、協力。 ⑧
- ・ 信者？近所・友人。 ⑧
- ・ 心のケアの1つとして内服薬を！ ⑨
- ・ Drからの説明 ⑧
- ・ 心のケアをする。(不安、さびしさ、怒り)Drの説明など ②

支援

- ・ 在宅サービス支援が利用出来たら良いと思う。 ⑪
- ・ デイサービスで洋裁ができるので、まず、ぞうきん作りを手伝ってもらう。 ⑨
- ・ ボランティア、和裁、洋裁、ガーデニング、訪問リハ、リスクアセスメント、圧迫骨折 ⑧
- ・ 利用者に合った形のデイサービス施設を選定する。 ①
- ・ 本人の洋裁などの特技を活用できるようなサポートをする。 ①
- ・ リハビリを活用して心をほぐす。 ①
- ・ 訪問服薬 (未記載)

- ・ 傾聴
- ・ ボランティア
- ・ 民生委員 (未記載)

- ・ 地域の民生委員、区長、老人クラブの方々から時々訪問し、お話し相手をしてあげる。 ⑪

- ・ 認知症
- ・ 専門Dr (未記載)

グループ2

Q1に対して

- ・ 認知症を認識してもらう事より、本人の忘れる事への困り事に寄り添う。 ⑤
- ・ 本人に認知症の認識なくてもよい。(ないのが認知症) ⑤

- ・ 本人、家族、医師、介護職含めた地域ケア会議の開催 ⑤
- ・ サービス提供者会議にて全職種で方針検討する。 ⑨

家族へ

- ・ 家族に対して認知症に関する知識をつけてもらう。 ⑩

サービスの利用しやすい環境作り

- ・ 和裁、洋裁のサークルに通う。(本人行かれるかはわかりませんが) ⑩
- ・ 手芸など和・洋裁の経験を活かしたアプローチ ⑤
- ・ “忘れること”に焦点をあてない。
⇒ 楽しめること楽しいところがデイ ⑤
- ・ 本人の意向をよく聞いてみる。 ①
- ・ 週1回のデイサービスに行かれていますので、増やす事を考える工夫 ①
- ・ 非日常 ⇒ 日常に ①

インフォーマルサービスを活用

- ・ 運転ができる信者さんと買い物同行していただく。 ⑩

本人の気持ちを知る

- ・ 信者の方に定期的に傾聴ボランティアをお願いします。 ⑩
- ・ どんな事に興味を持たれるか ③
- ・ 以前やっていた和裁、洋裁やガーデニングをやめられたのか理由がわかれば、それをもとに、一緒にやれる人などを見つける。 ③

訪問系サービスで 自宅での活動を増やすために

- ・ 家の生活リハになる支援から始める。 ⑤
- ・ 外に出たくないなら、訪問系でまず始めたら。 ⑤
- ・ 夫の退院後の介護サービス利用から、本人サービス利用につなげる。 ①
- ・ ヘルパー導入によって、調理を一緒にする。 ⑩

グループ3

- ・信者の方々とは、月2～3回お参りに出かけられている。 ⑨
- ・話をするのは好き。体験は良好。表面的な対応は出来る。 ⑦

○通所サービスについて

- ・デイサービス拒否(通所)夫と一緒に参加。 ⑦
短時間は？機能型。
- ・認知症対応の大原則
・本人の『世界』観の受入れ。
『デイケアに行きたくない』
⇒ まずは『肯定』からスタート ①

○フォーマルサービス

- ・訪問看護の利用
 - ・薬の確認。
 - ・生活状況の確認。
 - ・夫への介護フォロー。
 - ・出来る事を見いだして肯定感。
 - ・楽しみを共有しQOLを。 ⑦
- ・介護認定の申請をする場合、民生委員に相談されたが良いと思う。(未記載)
- ・他者との関わりのため、訪問看護導入(内服確認等も)⑨
- ・配食サービス、薬の確認も出来れば。 ⑦
- ・家族の介護負担 ⇒ デイケアではなく、訪問介護中心のメニューへ ①

本人に対して・・・。

- ・まずは周りが受け止める。
文字に残すことは重要。
- ・物忘れ、繰り返し話
⇒ 話言葉は忘れて当然。
『文字』情報(メモ等)の活用を。 ①
- ・本人がついてきていない。
進行は止められない。
ストレスを避けていくべき。

・本人中心の支援を行うために！！

- ・心理教育。
認知症について恥ずべきものではない！
(未記載)

要支援1 83歳

- ・認知症を理解していない？
- ・同じ話を繰り返す。通販で買い物(隠す)
- ・もの忘れ(2・3分も)
- ・夫と二人暮らし・家族は1時間通う
↑脳出血、家事を強要？

家族に対して・・・。

- ・認知症についてしっかり説明。
思いが強すぎる。
○の説明を行い。精神的なフォローを。
- ・家族が認知症への理解がない。(未記載)
- ・長男夫婦との役割分担 ⑨
- ・家族会への参加。
- ・受診同行し、主治医から説明を。 ⑦

○薬の管理(家族の負担減)

- ・在宅薬管理は？(薬局のサービス) ⑦
- ・家族の介護負担について
車で1時間、毎日来ている。←くすり ⑨

○インフォーマルサービス

- ・送迎してくれる方もいる。民生委員さんへ相談
- ・認知症カフェの紹介。 ⑨

グループ4

- ・リウマチ薬減薬
リハビリ導入 ③

薬の管理

- ・薬の服薬管理、訪問看護。 ③
- ・薬剤師の服薬管理指導。 ⑨
- ・デイサービスで薬の服用確認。 ⑨

デイサービス

- ・デイサービス業者の方に認知症である
対応をしてもらう。 ⑪
- ・役割を持っていただく。和裁、洋裁、ガーデニングetc ⑩
- ・とりあえず、もう1回お迎えに行ってみる。 ①
- ・家族の負担 ⑪

認知症の認識を 持ってもらう事は無理

- ・本人の意識が認知症とっていないのが問題。 ⑪

インフォーマル

- ・信者さんの協力。 ⑨
- ・サロン、交流会に連れて行く。 ⑪
- ・持ち上げる ⑪

切り札

- ・区分変更 ⑩

本人の要求を満たす

- ・自転車を口実にリハビリ ③

グループ5

最終(奥の手)

- ・ 信者さんに通所利用をすすめてもらう。 ④
- ・ 信者等、信頼関係を築きやすい人をつくる。 ⑦
- ・ 信者の友人との付き合いを増やす。 ③
- ・ 通所利用後、両膝、腰の痛み減り、歩行状態も改善している。今の状態を維持するためDS利用継続が必要。⑨
- ・ 認知症ではなく、リウマチのためリハビリと理解させる。 ③
- ・ 『行かなければならない』ではなく、楽しい所である事を理解してもらう。 ④
- ・ イケメン男性職員 ③
- ・ イケメン男性職員からの声掛けなど対応。 ⑨

病識無理

- ・ 認識してもらう必要はない。 ⑦
- ・ 本人に認識してもらうのは難しいのでは。 ④
- ・ 必要性をメモに書いて貼る。 ④
- ・ 本人にいくら説明しても難しい。強制力が必要。 ①
- ・ 認知症を告知しても理解できない。 ①
- ・ 本人へ理解してもらう必要はない。(できない) ⑨

内服調整

- ・ 進行抑制するには内服調整。 ④
- ・ リバスタッチ中止。メモリーのみ。 ①
- ・ 内服が多いので、ポリファーマシーが必要。 ①
- ・ 薬のコントロール、先生からの説明。 ⑦

本人の生きがい作り

家族の介護軽減

- ・ Faや民生委員、近所の理解。 ⑦
- ・ 民生委員さんを中心に近所との交流をはかる。 ④
- ・ 民生委員、配食スタッフ新聞配達スタッフなどで見守り。 ⑨
- ・ 家族がもっとかかわるか、心配なら施設に入れるか。 ①
- ・ ショートステイの利用。(自費利用) ③

- ・ DS、買い物、レク。 ⑨
- ・ サルコペニア防止。 ①
- ・ 体験利用、小多機、シルバーさんSSの利用。 ⑦
- ・ 美容ボランティアスタッフの対応で気分転換。(未記載)
- ・ デイサービスでなく、デイケアに行く。(リハ強化) ④
- ・ エアロバイクを使ったリハビリ。 ③
- ・ 複数の施設を体験してみたら自分に合う所があるかも。 ④
- ・ 自転車で一緒にヘルパーと買い物に行くことで信頼が生まれるかも。 ①

Q: 本人へ認知症を理解させるか？

・家族へ認知症の理解をすすめる。

・介護拒否の原因
家族の理解の不足。 ②

夫に対しても

・しっかり話をする。

・夫の具体的な関わり方を
確認する必要がある。（未記載）

・ご主人が退院する事が可能なら
ご主人を含めてサービス利用を考える。 ①

← 御本人の尊厳！

Q: 認知症の進行を抑制するための支援

（その他の支援）

- ・話が出来る環境の整備。
（デイ以外の場）⑨
- ・月2～3回のお参り、信者さんの活用 ②
- ・見守り（福祉推進員）の声かけ ⑭
↑1回/月
- ・リウマチ、高血圧、基礎疾患に対し
服薬確認は重要。→副作用
毎日？④
- ・変形性膝関節症、リウマチ疾患など
から、内服治療、運動など必要です。
⇒家にこもれば筋力低下。 ④
- ・清潔、排泄面、不安の軽減、リハ。④

（同居又は ❀宿泊支援）

- ・同居も視野に。 ②

（地域サロン）

- ・地域のサロンへ参加。⑭
- ・認知症理解のため、
家族が認知症カフェに
参加。 ⑭

（ボランティアの活用）

- ・同年代の人、友人など、
ボランティアの活用（未記載）

ふれあい活動員の支援

（デイサービスの内容）

- ・ガーデニング
- ・和・洋裁 etc
- ・脳トレではなく、和、洋裁、ガーデニング
などの方が始めやすいのでは。 ①
- ・デイサービス利用前に、本人が喜ぶ
サービスを見つける ①
- ・趣味のガーデニングをDSプログラムに
取り入れる。 ⑭
- ・繰り返し勧める。
- ・デイでの本人の役割を見つける。

（訪問介護）

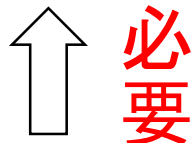
夫への支援

- ・夫の介護認定を取り、生活介助を
（ヘルパー）入れる。 ②
- ・通販の買い物怒られる。
認知症の症状を理解してもらう。②
- ・買い物に付き合う。 ①
- ・日常生活自立支援事業。
金銭管理、見守り。（未記載）

認知症を認識させるのは無理

- ・ 認知症だと説明しても忘れてしまう ③
- ・ 本人が認知症という病気を知ってあるのか？病気の説明をしても忘れてしまうのではないかと ⑨
- ・ 本人が認知症を認識する事は、必須ではないと思います。①
- ・ 認知症、それをあまりクローズアップして本人に接しない方が良いと思う。バカにされたと思わないだろうか。 ⑪
- ・ 認識する事が、必ずしも必要か？認知症と知らされたときの本人の受け取りはどうなのか。ショックがないか心配。 ⑪
- ・ 認知症と認識させなくて良いと思う。年相応で忘れる程度で良いのではないかと ④

家族の理解



- ・ 認知症カフェへのお誘い。 ⑨
- ・ 認知症の人がそれを認識する事は不可能だと思う。家族に認知症について理解してもらう。 ⑨
- ・ 家族に認知症について理解してもらう。 ③
- ・ 家族への希望。本人と一緒に住んで欲しい。 ①
- ・ 家族は、
・ 通所へ行ってほしい。・買い物(たくさん)しないでほしい。
(未記載)
- ・ 誰かからの(家族も含め)指示的な声かけがないようにする。 ④

フォーマル支援

3ヶ月

- ・ 先生から言われて来ましたと訪問する。(未記載)
- ・ 『先生から言われた。』と家へ行く。繰り返し行く。 ④
- ・ 快感情を残るようにして、次へ(サービスへ)つなげていく。 ④
- ・ デイサービス等『お話をする友達を作る等』で勧めてみる。(誘い方) ③
- ・ **同じ人**が何度も行く。根気よく。 ⑨
- ・ サービススタッフとの顔なじみの関係を作る。(未記載)
- ・ デイサービスへの声かけ。運動、変形性膝関節、関節リウマチのためとして(声かけ)本人にとってプラスであることを勧める。(未記載)

インフォーマル支援

- ・ 本人が自宅でできることを一緒にしてくれる方(ヘルパー・ボランティア等)で支援する。 ⑨
- ・ 近所とのふれあいを多く出来るようになればと思うが、誘いを回数を増やしていくようにしていく。 ⑪
- ・ まず家族が買い物など一緒に出かける機会をできるだけ作る。 ⑨
- ・ 本人と一緒に買い物へ行く(まずFaと)⑨
- ・ 本人がしたい事、趣味など何とか始めてもらう。 ③
- ・ 進行を止める支援。内服薬も必要でしょうが、周囲の人達とのお話会や、塗り絵や色々な方法がある。又、協同で畑仕事などをする。 ①
- ・ ガーデニングを一緒にする。 ⑨
- ・ 家族と近所の人と良好な関係を作る。 ③
- ・ 1日1回で服用出来る様検討する。 ③
- ・ 緊急通報システムの導入。 ⑨

グループ8

本人に認知症の認識をもってもらうか？

◎認識を持たなくても！！

認知症ということが今後のサービスを受ける上で
本人の不安に繋つながらる可能性も！！

金銭的に
OKであれば

介護サービスにこだわらなくても！！

- ・ 自費で利用できる元気クラブ。 ⑨
- ・ 介護サービスのみにこだわらない。(未記載)
- ・ カフェに参加する。(家族送迎) ⑨
- ・ 認知症カフェのような介護サービス以外の地域サービスへの参加 ③
- ・ デイサービスではなく、サークルとかサロンで本人の得意分野をのばす。 ③
- ・ 他のデイサービスやデイケアの体験をすすめる。(本人に合う所) ⑨

↑ 家族など送迎が必要！！

認知症の進行を抑制するために

①デイサービスに誘うために

- ・ 本人の興味にあうことを準備する。 ①
- ・ 本人にどうしたい！！どうなりたいか！！を聞いて、つなげる！！ ③
- ・ 趣味を聞きとって、何をやりたいか？本人の興味をもっと聞き出す。 ②
- ・ パーソナリティを感じとって、本人の動き出しを促す。 ②
- ・ 本人の好きな事で、デイサービスで行えるように！！ ③
- ・ まずは本人の意向を色々聞き出す。⇒本人の特技を活かす場の提供。(未記載)
- ・ 聞きとる、感じとる人を2人以上。思い込みで勧めすぎない。 ②
- ・ 本人のプライドを立てながら誘う！！ ③
- ・ 園芸のできるサービスの利用。 ⑨

◎認知症の方々が集まる所に行って、
自分が認知症であることを知って良い
方向に行く場合と落ち込む場合がある！！

家族のサポート会議が必要！！

◎認知症の方を介護されている
悩みなど、ストレスを発散できる場！！

◎ご近所でサロン(井戸端会議)の出来る場を！！

生き(行き)甲斐を持ってもらう！！

インフォーマル支援

- ・ 民生委員さん、区長さんに協力をもとめ、さりげない見守りを。 ④
- ・ 信者の方に誘ってもらう。外出の機会を増やす。 ⑪
- ・ 地域の見守り支援。区長・民生委員。③
- ・ 人とおしゃべりがしたい。信者さんの訪問を頼めるか？ ⑥
- ・ 同じ信仰者の協力が得られないか。 ③

家族への支援

- ・ 家族に通販での注文など困っていることに対するアドバイスを定期的に行う。①
- ・ ご主人に医療で訪看を入れてもらって、ご主人の支援をしてもらう中で、ご本人の安否確認など、少し外からの目を導入するのは？ ⑩
- ・ 本人の気持ちについて、Faからの指示は、必要最小限にする。 ⑥
- ・ ご主人のサポート。訪問看護しつつ、本人をサポート。 ③
- ・ 家族の方への支援
実状を近所の方々に話し、見守りを依頼する。(隣組) ⑪

医学的支援

- ・ 主治医。(未記載)
- ・ 便秘、ドライアイの症状があるなら、水分摂取についてはどうなっているか？⑥
- ・ 本人に認知症を理解してもらうことは難しいと思う。もう少しわしく病状を調べてみては？ ⑩

本人支援

- ・ 本人に不安に思っている事聞いてみる。 ③
- ・ 今後どういう生活を送りたいか？共感と提案行う。 ③
- ・ 認知症に対する知識をやさしく理解させる。 ③
- ・ 認知症と認識させなくても、困っていることへのアプローチをするといいいのではないか。 ⑤
- ・ 夫やお嫁さんが困っていることは事実を伝える。①
- ・ 認知症と認識してもらう必要はない。やはり、周囲のサポート体制を整える事が大切では。 ④
- ・ 本人が認知症である事を認識してもらい、ヘルパーの訪問を受け入れてもらう。 ②

新たなアプローチ方法

- ・ 家事動作には見守りが必要な状況があるが、ご主人の協力はいつまで可能か？⑥
- ・ 本人に夫のためにヘルパーさんをいれてもらうようお願いする。(未記載)
- ・ デイサービスで、この方が昔行われていた和裁、洋裁、ガーデニングを取り入れたら行く楽しみがでてくるのでは。 ④
- ・ 服薬支援、食事支援、ヘルパーさん協力の理解求める。 ③
- ・ 認知症予防のためより、服薬管理のためにデイサービスに行ってもらう。 ①
- ・ デイサービスに行けば、同年代の人々と知り合える機会が増え、話も出来るのではと勧めてみる。 ⑪