

# 令和元年度第2回柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会

と き : 令和元年10月24日(木) 19:00~

と ころ : 柳川山門医師会館 講堂

討論テーマ 『 サービス介入拒否の強い認知症患者の自宅退院支援 』

事例提供担当:ヨコクラ病院

## 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   |            | ※ 数字のないものは未記載    |

## 負担軽減の為 多職種支援のあり方

- ・小規模多機能の利用もありかと。認知機能の低下あり。  
→自宅への訪問看は固定する。  
多くの人を入れると混乱。④
- ・民生委員等、地域の力を借りながら、窓口をケアマネに1本化する。⑨
- ・介護①  
ケアマネージャーがかぎ。コーディネート  
<家に帰る意向を尊重する>  
→ケアマネージャーの役割  
・ヘルパー ・訪問看護  
・民生委員 ・地域包括  
巡回型の支援を図る。④
- ・退院後の経過カンファレンスの期間を定める。定期開催。⑦
- ・退院時面談、カンファレンス  
・KPの参加、見通しの説明。  
・関係機関の横のつながり。  
・緊急時について。⑦
- ・Drは、訪問不可。訪問看護師の訪問を退院後も継続する。①

## 自己決定の為の支援

- ・負の感情や思い出が邪魔をしているのではないか？②
- ・「本人の帰りたい」と思いあり。居宅サービス等を使い、在宅生活が可能となる支援が必要。⑨
- ・お茶会の友達に立ち会ってもらい(同席)ケアマネと一緒に在宅サービスを提案して行く。⑨
- ・本人のみでは判断、決定が困難。  
→友人・妹・姪を交えて話合う。①
- ・友人を介して、支援できるタイミングを見る。②
- ・本人に決定権を残しつつ、友人から助言をしてもらう。①
- ・本人の意志を尊重する。②
- ・再入院、施設入所の必要性、タイミングなどを約束しておく。⑦

## 地域の支援

- ・福祉委員と連携しながら情報を得ている。⑪
- ・常に訪問し、対話し見守っている。⑪
- ・民生委員としては、要援護者台帳を持っているので、そこには「緊急連絡先」が書いてあるので、互をして話合う(状況説明する。)⑪
- ・包括支援センターと連携し、施設入所またはデイサービスを利用するよう進めて行く。⑪

## すぐ行う事

- ・運転免許、返納していただく。③



- ・協力いただけない時は、カギ又は、車を隠す。(取り上げる)③

- ・薬の管理、残薬の整理。③

- ・精神科への受診  
・精神面の評価治療。  
・介護保険が上がらないように。⑦

## 内服管理

- ・内服薬 → 貼付剤への提案。 ③
- ・処方医と薬剤師との連携をこまめに！ ③
- ・Dr、CMへ報告・支援。 ④
- ・内服薬の服用回数を減らす薬剤の検討。 ③
- ・一包化して、お薬カレンダーの設置。 ③
- ・訪問看護にて、内服薬管理や健康状態の観察。 ⑨
- ・訪看について家の中に入る。 ⑦
- ・状態観察(訪看) ④
- ・内服管理(訪看) ④
- ・自宅に誰か介入(訪看) ⑬
- ・訪看午前中30分で毎日入る。 ④
- ・居宅療養管理指導の利用。 ⑨
- ・居宅療養管理指導を開始する。 ③

・本人が納得するまで待つ。  
(自己決定支援) ⑦

## 地域の見守り

- ・信頼関係(訪看) ④
- ・薬の管理、ゴミの分別。薬は医師・薬剤師による確認と促し、訪看によって内服させる。ゴミの分別は…。 ①
- ・支援の助言。 ④
- ・友人と一緒に認知症かカフェ等にお誘いする。 ⑨
- ・民委さんと近所と連携してゴミ捨て支援。 ⑦
- ・ゴミの分別 ⑨
- ・ゴミの分別する。 ⑬
- ・信頼関係ができていない訪問看護師さんと一緒に行き、顔見知りの関係を作る。 ⑨
- ・ひたすら顔なじみの関係を作る。 ⑦
- ・家族が訪問時にCMも同行訪問を行う。 ⑨
- ・見守り支援のため、区長さん、隣人も巻き込む。 ⑦
- ・配食サービスの利用 → ゴミが減らせる。 ⑨
- ・配食サービスで安否確認出来る。 ⑨
- ・小規模多機能利用 ⑦

## 導入のpoint

- ・入院中に関係作り。CM、サービス提供者。 ⑧
- ・行政、主治医を入れる。 ①
- ・困っていることを聞く。手すり、住宅改修等。 ⑦

### ※ 医療に対する拒否が少ない？

## キーパーソンの確立

- ・信頼できているのは友人なので、本人の意向を聴いてキーパーソンを友人にしては？ ①
- ・KP、友人、民生委員。 ⑧ ・行政 ⑬
- ・キーパーソンの確立。 ⑬ ・医療関係者 ⑬
- ・経済的支援(成年後見) ⑬ ・精神的支援(友人) ⑬
- ・金銭管理、後見人制度 ⑧
- ・自己決定支援のあり方。多くの人で話し合いを。 ①
- ・ケアマネ ⑬ ・なじみの関係作り。 ⑨

## 生活支援

- ・家事代行サービス。 ③
- ・医療・介護より、生活支援が主体。  
ヘルパーさん活用(清掃・食事など) ②
- ・デイ、ヘルパー、配食サービス ⑦
- ・訪問介護、掃除、服薬確認。 ⑦
- ・各種サービス  
訪問看護、ヘルパー、配食サービス ⑧
- ・食事配達サービスの見守り。 ③

## Key wordは 見守り体制の構築

- ・見守り ③ ・見守り体制 ⑧⑬ ・民生委員、近隣住民見守り。 ⑦
- ・見守りは友人、民生委員(訪問介護) ①

## 医療支援

- ・薬の種類、薬の服用回数を減らす。 ③ ・服薬管理 ⑦
- ・訪問薬剤管理指導 ③ ・服薬をサポートする。 ⑨
- ・訪問看護サービス ③ ・訪問看護(健康管理) ⑦
- ・訪問看護の良さなどチームで説明。 ①
- ・薬の管理。 ③ ・通所デイサービス ③

## 地域による支援

- ・お茶  
気軽に参加。集いの場。 ⑦
- ・地域  
「認知症について理解を深める」 ⑦

## 医療連携

- ・ 認知症の診断と治療をする。 ①
- ・ 定期受診 ①      ・ 服薬管理、訪問看護 ⑩
- ・ 服薬管理、趣味友達 ⑭
- ・ デイサービス等、在宅支援について。 ③
- ・ ヘルパーと共に通院する。 ⑩

## 自宅支援

- ・ 訪問看護、服薬支援、体調確認。 ④
- ・ 近所からの情報。 ⑪
- ・ 話を聞いてもらえるメンバーを揃える。 ①
- ・ 退院時のケア会議時に病気、薬のことをHP受診の方法など。 ④
- ・ 免許返納(車のキズ) ⑪      ・ 市内巡回バス ⑪
- ・ 仲良くできる方(友人)デイサービスの支援。Drより説明を受け、関わる人を決める。 ⑩

## 地域支援

- ・ 民生委員の見守り。 ⑩
- ・ 徘徊ネットワークの登録。 ⑩
- ・ 警察署巡回。 ⑩
- ・ 友人の支援。 ⑩
- ・ お茶などの趣味への参加。 ⑩

### 支援の起点

- ・入院中から人間関係を作る。④

本人

### 医療

- ・健康  
内服管理、通院(認知症) ⑨
- ・訪問看護  
薬の管理、Drとの連携。④
- ・訪問薬剤指導 ④
- ・専門医の受診をすすめる。④

### インフォーマルな支援

- ・近所に情報を公開できるように。⑫
- ・友人の見守り。④
- ・民生委員-見守り、話し相手  
(出来る分で) ⑪

### 在宅での不安事

- ・宅食 ①
- ・介護力不足 ⑨
- ・緊急時の対応。⑨
- ・将来の金銭管理。⑨
- ・食事は宅食を。①
- ・危険認識 - 車の運転。  
すぐ迷う。⑨

### 生活支援

- ・ホームヘルパー、ゴミ出し、服薬確認。①
- ・ケアマネ介入に向けた動き。⑨
- ・配食サービス ④
- ・認知、日常生活支援(ゴミ出し)
- ・通所サービス受け入れ  
あれば利用。④
- ・ヘルパー - 自費、介護保険。④

### 多職種連携・役割分担

- ・後見人を立てる。④
- ・連絡ルートを明確にする。④
- ・在宅チームの連携強化。④
- ・施設を検討。グループホームなど。④

# グループ6 親戚・家族

- ・行政とKPとの連絡。④
- ・親戚、こまめに連絡。①
- ・家族は看取りまで可能な施設に入れたい。③
- ・本人と家族の意向のギャップをどう埋めるか。③
- ・キーパーソン不在。⑦
- ・家に帰り、ご主人がいないなら？⑩

## 地域の見守り

- ・訪問—民生委員、友人(お茶)①
- ・友人との関わり。⑭
- ・ご近所の理解と、日常的なさりげない見守り(民生委員さんを通して)⑭

## お金の管理？

- ・お金の管理、後見人①
- ・金銭管理(状況によっては、日常生活自立支援事業等の利用)⑭
- ・自己決定出来る判断能力有無。⑦

## 外に出たい！

- ・車の運転、自宅へ帰れるか心配。外出。⑧
- ・徘徊の可能性。⑦
- ・民間の所在確認サービスを契約してもらう。(KPに依頼)④
- ・行政サービスの活用。通報システムを導入。④



- ・ケアマネージャー①
- ・通所サービス利用支援。⑧
- ・関係者同士で、必要なサービスを検討。⑭

## ゴミの片付け問題

- ・何が原因でゴミ出しできない？①
- ・曜日？分別？持って行けない？①
- ・ゴミの片付けできてない。⑦

・お金の管理、ゴミの出し方。⑩

友人

・食事  
宅配サービスをすすめる。④

ヘルパー・地域

- ・自宅内の状況不明。⑦
- ・ごみ処理。地域の人、ヘルパー①
- ・サービスの受け入れが出来るのか。⑩
- ・生活支援。ヘルパーによるゴミ出し。③

- ・友人の活用。家に様子を見に行ってくれる。④
- ・ゴミ出し等のご近所トラブルは友人に支援してもらえないか？⑧

・介護支援を受け入れさせる為の  
民生委員、友人、チームの協力依頼。③

## 薬の管理が出来ない

- ・訪問薬剤師—薬1日1回に！①
- ・医師—薬の整理①
- ・服薬カレンダー①
- ・服薬管理、訪問看護、ヘルパーの受入れ。⑧
- ・服薬コンプライアンス上げる為、薬の一包化、薬カレンダー活用する。③
- ・薬管理⑦
- ・訪問看護⑭
- ・訪問看護の利用。所在確認、服薬管理。④

通所リハビリへ誘導

お茶会企画。お友達と認知症カフェへ誘導

成年後見人制度

## 問題点

- ・自宅生活の希望。①
- ・精神的妄想がある。③
- ・夫が生きている妄想。④
- ・外出機会の減少。⑧
- ・1日の生活の流れが一人でできない。⑤
- ・食事の摂取が一人で難しい。低栄養のリスク。⑤
- ・移動手段 ①
- ・車の運転をするかも。④
- ・意志決定ができない。①
- ・他人の介入拒否。①
- ・金銭管理 ⑤
- ・KPが身近に居ない。④
- ・KPの方が遠方。③

- ・ゴミ出しの支援。(地域) ⑪
- ・ゴミ出し ④
- ・近所の方々の生活支援。ゴミ出し、他、声かけ支援。③

- ・食事の提供。④
- ・食事宅配サービス ③

## 地域の見守り が一番のキーワード!!

- ・近所、友人の支援。①
- ・地域のみまもり。⑪
- ・お薬カレンダーでの管理と、地域の方のチェック支援。③
- ・訪問看護サービス ⑪
- ・訪問薬剤師管理指導サービス ③
- ・途切れない内服管理。①

支援チームの統括!!  
誰がする?

担当ケアマネと地域包括主任ケアマネ  
社会福祉士、認知症地域支援推進員

免許の返納  
(友人からのすすめも)

## グループ8

- ・ 自己決定支援 ⑬
- ・ 資金を考えなければ、夜間等自費で人を雇う事も考えられる。 ①
- ・ 自己決定に関しては、理解できるが、認知、妄想の方は、リスクも大きい。 ①
- ・ 定期巡回使用。 ④
- ・ 介護保険以外のサービスも利用。 ⑦
- ・ 自己決定権と認知症の方の難しさ。 ④
- ・ 緊急通報システム ④
- ・ 認知あり、一人暮らしのリスク。徘徊など。 ⑭
- ・ KPや友人含め、グループホーム等入所を勧める。 ⑭
- ・ 妄想の治療。 ④
- ・ 患者を取り巻く人々が、一人で負担を感じずに支えるには？ ⑬
- ・ 自己決定を考えると、ご家族の対応がどこまで出来るか？ ①
- ・ ゴミは行政に相談。 ④
- ・ 病院、Dr、訪看、CM、民生委員、行政 etc の連携。 ⑦
- ・ 支援する側が相談できる体制作り。 ⑦
- ・ 横の連携－民生委員、訪看、CM、MSW、Dr etc ⑪
- ・ 地域の見守り。 ⑭
- ・ IHを使用。 ④
- ・ 近所の見守り。 ⑪
- ・ 専門HPへの受診。 ⑭

- ・ サービス拒否感が強いと言う事は、自己管理が出来ると思っているのか。 ⑪
- ・ 認知症だという自覚がない人に ⑤
- ・ 自尊心はある。無理強いはできない。 ⑤
- ・ 旦那さんの為に帰りたい。 ⑤
- ・ 血縁者よりは、友人を信頼しているのがカギではないか ⑪
- ・ 本人にとっては入院生活が良いのではないかと。 ⑪
- ・ 薬飲んでいない。 ③
- ・ ゴミ出しができない。 ⑤

## 医療・介護

- ・ 居宅療養、医師、薬剤師 ⑤
- ・ 訪問介護 ⑤
- ・ 訪看 ⑤
- ・ 配食サービス ⑤
- ・ デイケア ⑤
- ・ 福祉収集 ⑤
- ・ みんなで説得して、みんなでもらった。タクシー券 ⑤

## 支援にかかわる人達 ほぼ毎日～

- ・ 成年後見人 ⑤
- ・ 姪ごさんが、財産処理手伝い。 ⑤
- ・ 民生委員 ⑤
- ・ 居宅CM ⑤
- ・ 友人に信頼している。 ⑤
- ・ デイサービス。週に複数回で内服管理。 ⑤
- ・ 地域の方の認知症への理解、見守り。 ⑤
- ・ 病院と連携。看護師、医師 ⑤
- ・ 訪看によるサービス。薬が飲めるようにセッティング。 ⑤
- ・ 日々のサポート。関わる。 ⑤
- ・ 訪介による一緒にする生活援助。 ⑤
- ・ 薬剤師－居宅療養管理指導。 ⑤