

## 《事前アンケートまとめ①》 認知症高齢者・家族への支援体制の整備（認知症における医療・介護サービスの優先課題に対する取組みについて）

| 優先課題                                | 現 状   | 今後必要な（必要と思う）取組み   |
|-------------------------------------|---|---|
| 連携体制の強化<br>（情報共有、専門職・専門職外を合わせた連携体制） | <p>【医師】</p> <p>①退院時、施設入所中に自宅での介護の可能性を十分検討していない。認知症の本人から確認していないか、できない。これまで家族が困っていたので、家族が施設入所を希望すればそのまま進んでいく。</p> <p>②クラウドシステムが構築されているが、活用できていない</p> <p>③インフォーマルサポートが支援に活かされていない（インフォーマルサポート自体が少ない？インフォーマルサポートを活用しようとする視点が乏しい？）</p> <p>④ケアマネジャーより患者の状況の報告を受け、個々に対応しているので、介護員との連携が十分でないことがある</p> | <p>①自宅での介護で何ができるか、何ができないか。多職種全体でどのようなことができるのか、自宅での介護を前提とした検討をまずやってみる。</p> <p>②認知症で一人暮らし、老老介護の状態、何らかの介護が必要。地域包括支援センター、民生委員で把握し、リスト・グループ分けはできないか？</p> <p>③利用者の多いサービス（訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション）で連携を図り、クラウドシステムのハードルを下げる</p> <p>④介護サービス開始時に、ケアマネジャーが「利用者の部屋」を作成し、外来担当医全員を参加者に登録する</p> <p>⑤地域包括担当者によるインフォーマルサポートの把握、ケアマネジャーなどへの情報提供</p> <p>⑥早期の状況を家族と専門職との間で連携をもつ</p> <p>⑦小グループをつくり対応施設との連絡を頻回におこなう</p> |
|                                     | <p>【歯科医師】</p>   | <p>⑧情報共有に関してはフォーマット、ルールの共有化</p> <p>⑨介護認定審査会資料である調査員の調査書・主治医意見書の情報を共有することは可能？</p>  |
|                                     | <p>【薬剤師】</p> <p>⑤職種間のコミュニケーションや情報が少なく一部の連携に止まっている</p>   | <p>⑩意見交換、顔合せの場や窓口が必要</p> <p>⑪支援がうまくいった事例、問題のある事例を、全医療機関・介護施設で共有できるシステムづくりが必要（全医療機関・介護施設が、認知症に対する支援の現状を認識する）</p> <p>⑫地域等の小単位で医療機関・介護施設も参加した介護支援研修会を開催する</p>  |
|                                     | <p>【理学療法士】</p> <p>⑥認知症への対応がしっかりしている事業所かどうかの判断がつかない</p>  | <p>⑬認知症対応が可能な専門職がどこに所属しているのか把握する</p>  |
|                                     | <p>【看護師】</p> <p>⑦クラウドシステムは、病気・認知症を持っている本人を中心とした連携になっており、利用しない方には恩恵がない</p> <p>⑧医療職側に、生活を見る目の必要性を理解できていない方がまだ少ない</p>  | <p>⑭認知症カフェのコーナーを作り、相談があった事例などは、他のカフェの専門職がアドバイスできるようなシステムを作り活用してみる</p> <p>⑮病院の医師、ナースにもっと地域包括ケアに参加する意識を高めてもらうため、丸亀市が中心になり、基幹病院から退院した方の往診に、在宅医とともに訪問する体制づくり</p>  |
|                                     | <p>【ケアマネジャー】</p> <p>⑨クラウドシステムの活用が少ない</p> <p>ケアマネがそれぞれの専門職と関わっているが、専門職同士での連携がとれていない</p> <p>⑩専門職以外の地域の力の把握が十分でない</p>  | <p>⑯クラウドシステムの活用方法の研修（メリットをアピールする）</p> <p>⑰多職種連携の研修会に積極的に参加し、顔の見える関係づくりをする</p> <p>⑱丸亀市在宅医療介護連携センターを活用する</p> <p>⑲本人が作り上げてきた人間関係や地域の活動など地域の力を活用する</p>  |
|                                     | <p>【介護サービス】</p> <p>⑪居宅介護支援事業所のケアマネが、カナミックで部屋を作成しても関係者の利用がない</p>   | <p>⑳IoT化の充実、記録と閲覧しやすいシステムができる→利用しやすいように</p>   |
|                                     | <p>【介護施設】</p> <p>⑫どのような連携が必要かはっきりしない</p> <p>【地域包括支援センター】</p> <p>⑬認知症がある場合、クラウドシステムを活用しての情報共有が有効であると考え進めているが、実状において活用は少ない</p> <p>⑭関わっている多職種の顔を合わせる場が少ない</p> <p>⑮介護事業所と専門医との連携の仕組みが十分でない</p> <p>⑯地域ケア個別会議に専門職、地域関係者等の参加を行うことで、ネットワークの構築を行っている</p>   | <p>⑳丸亀市医療介護連携支援システムの有効な活用方法についての検証及び推進</p> <p>㉑介護事業者向けへの研修会</p> <p>㉒介護事業所と専門医が連携できる体制づくり</p>  |
| 行動心理症状への対応                          | <p>【医師】</p> <p>①自身または周囲に危険な行動があれば、自宅での看護は難しいと思われる。どうしても自宅で介護するなら薬物療法、抑制も考えざるを得ない。</p> <p>②介護事業所と専門医の連携が必要であるが、対応できていない</p> <p>③徘徊・行方不明への不安から、早期の入院・施設入所につながりやすい</p> <p>④患者の個々の病状が異なるので、介護員がこまめに状況をチェックすること</p>  | <p>①具体的な行動・心理症状について個々に対策を立てる。関係するみんなて検討する。共通な認識で対応をする。</p> <p>②定期的に見守ることが必要だが、どの程度の間隔で可能か？24時間対応は可能か？バイタルサインに異常があれば通信するシステムは存在するか導入可能か？コストの問題、受診側の体制はとれるか？</p> <p>③クラウドシステムを活用して、介護事業者と専門医の連携を図る</p> <p>④地域の見守り体制の強化、徘徊模擬訓練などの実施</p> <p>⑤ショートステイ、デイサービス等の利用回数を増やす</p> <p>⑥徘徊などの可能性が高い人に発信機の装着を行う</p>  |
|                                     | <p>【薬剤師】</p> <p>⑤行動心理状態自体が知られていないため、患者の性格と捉えられている</p> <p>⑥予想できない行動（徘徊や脱走）における責任が介護士のみでは難しい</p> <p>⑦認知症で治療中だったが、予想もなかった突然の夜間徘徊で介護者が困惑、今後に対する不安をもつ症例あり</p>  | <p>⑦家族やスタッフのための研修会が必要</p> <p>⑧地域ぐるみの対応が必要</p> <p>⑨地域住民が徘徊と思われる人を発見した場合の、警察への連絡等を市民に呼びかける</p>  |
|                                     | <p>【理学療法士】</p> <p>⑧家族・事業所専門職ともに対応しきれないことがある</p>   | <p>⑩相談先がすぐ分かるように</p>  |
|                                     | <p>【看護師】</p> <p>⑨往診、訪問診療機能がほとんどない</p> <p>⑩初期集中支援チームの活用</p>  | <p>⑪認知症に対応できるデイケア、定期巡回型サービスを作る（活用する）</p> <p>⑫チーム力の向上</p>  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 行動心理症状への対応                                | <p>【ケアマネジャー】</p> <p>①家族が対応しきれなくなった状況で相談にきており、家族は施設入所を希望する</p> <p>②認知症に対する知識が十分でなく、予測的な対応ができず悪化してしまうことがある</p> <p>③症状により介護保健サービスにつながらないことがある（対応が難しいため）</p>   | <p>⑬認知症の初期の段階で相談や受診することで、症状を軽くしたり、進行を遅らせることができる病気であることの周知をする（家族に対して）</p> <p>⑭丸亀市認知症ケアパスの活用をする</p> <p>⑮ケアマネのアセスメント力を向上させて、サービスの適切な利用につなげる</p>   |
|   | <p>【介護サービス】</p> <p>⑭症状が現れた時に薬等で対応している</p>  | <p>⑯症状で現れる前に気づく事ができて、事前に対応ができるようになる</p>  |
|   | <p>【地域包括支援センター】</p> <p>⑮家族の行動心理症状に対する理解ができていないことが、本人の在宅生活の継続を困難にしている（精神疾患のイメージが強い）</p> <p>⑯行動心理症状の対応を目的に入院しても、退院時に在宅に帰ることは少ない</p> <p>⑰行動心理症状があることにより、サービスの利用が困難になることが多い（特にショートステイ）</p> <p>⑱サービス利用中に憎悪すると受け入れ拒否の場合がある</p> <p>⑲予測的な対応ができることで、症状の出現を穏やかにすることができたと考えられる事例が多い</p> | <p>⑰専門医に相談、意見を聞くことができる体制づくり</p> <p>⑱家族の対応能力向上を目的とした介護者支援講座の開催</p> <p>⑲職員の資質向上のための研修会</p>   |
| <p>介護力の向上</p> <p>・家族</p> <p>・専門職の資質向上</p> | <p>【医師】</p> <p>①家族としては何ができるかわからない。専門職に何を依存しているのかわからない。かかる費用が心配</p> <p>②認知症に対する理解と対応が十分でない</p> <p>③認知症カフェが家族・介護者支援の場として十分機能していない？（高齢者サロン～ミニデイとの違いが不明確）</p> <p>④家族が日中不在のため、患者が独りになることがあるのが不安である</p>  | <p>①自宅でみるとすれば、家族に介護力が必要。病院、施設で介護者がどのようなやり方で対処しているか学ぶ必要がある。たとえばオムツの交換法、いかに回数を少なく交換しているか、オムツの種類等。行動異常に対する対応を学ぶ</p> <p>②家族がどこまでできるか、外からの手助けでどこまで可能か知っておく必要がある</p> <p>③研修は具体的事例で検討をする。</p> <p>④認知症ケアで有用とされる技法（コマンチユードやバリエーションなど）が実践できるような解説書を準備し、利用する</p> <p>⑤認知症カフェで定期的（年3～4回）に家族会～介護者支援講座を行う</p> <p>⑥自治会での相談回数を増やす</p> |
|   | <p>【歯科医師】</p>  | <p>⑦研修会の開催</p> <p>⑧家族への継続的支援</p> <p>⑨認知症サポーター、ボランティアの育成</p>  |
|   | <p>【薬剤師】</p> <p>⑤家族が、認知症の家族を隠して、手探りの状態で介護をしていることがある</p> <p>⑥介護者により技術差がある</p> <p>⑦デイサービス等は利用しているが、老老介護で介護者の負担が限界を超え、うつ状態を発症した症例あり</p>   | <p>⑩家族のための介護の研修会、マニュアルを渡す場を作る</p> <p>⑪研修会による認定制度を作る</p> <p>⑫介護者、家族に対して、定期的に症状悪化を想定し、介護者の体調、家庭環境等を考慮しながら、在宅介護の継続、施設入所に対して、ケアマネ、医師と話し合うことにより、介護者の負担が増えないよう、在宅介護を継続したり、スムーズに施設入所に移行することができると思う</p>  |
|   | <p>【理学療法士】</p> <p>⑧知識不足、認識不足</p>   | <p>⑬勉強会、研修会の開催と、その周知方法の検討</p>  |
|   | <p>【看護師】</p> <p>⑨介護職は基礎学が違うので、排泄、住環境、食事などが体調に大きく関わることを理解できにくい傾向があり、技術先行型の教育が問題ということに気付いていない</p>  | <p>⑭介護職に関わっている事例をもとに、医療職と行う勉強会を作る</p> <p>⑮地域コミュニティ毎に行っている予防教室に、在宅で介護するための手技や観察のポイント、急変時の相談方法など講座を開く（地域住民向け）</p> <p>⑯「認知症家族の会」の利用</p>   |
|   | <p>【ケアマネジャー】</p> <p>⑩家族、ケアマネとともに認知症に対する理解が十分でない</p> <p>⑪家族に介護教室等の参加をすすめるが参加につながらない</p>   | <p>⑰訪問看護等を利用して、介護方法を家族が習得する</p> <p>⑱ケアマネの支援の力の向上のため研修に参加する</p>   |
|   | <p>【介護サービス】</p> <p>⑫県が実施している認知症実践者研修やリーダー研修の受講</p>   | <p>⑲概論の勉強だけでなく、事例の検討を含んだ勉強会を行う（気づきのポイント、原因と対応を考えるためのデータのとり方）</p>   |
|   | <p>【地域包括支援センター】</p> <p>⑬家族の認知症に対する理解が得られていない</p> <p>⑭年に1回介護者支援講座を開催しているが、介護者にとってタイムリーな機会となっていない</p> <p>⑮家で介護する「技」がない場合が多い</p> <p>⑯専門職の認知症の対する理解が十分でない</p>  | <p>⑳認知症の診断とともに、家族が介護支援講座の受講につながるよう医師会と連携した体制づくり</p> <p>㉑介護者支援講座の開催回数を増やす（年6回又は毎月開催）</p> <p>㉒専門職への研修会</p>   |