

グループワーク結果

事例要約: 認知機能が低下した70代女性(要介護1)。独居で生活保護受給中。もの盗られ妄想や内服し忘れ、夜間自宅への侵入者を恐れ家の外で過ごし翌日警察に保護されたこと等あり、近隣住民から心配の声があがっている。キーパーソンの長男は市内在住だが頻繁な来訪はない。

【検討内容】

このケース事例について、本人が在宅で安全な生活が続けるために、みなさんが所属している団体・事業所、また関係する期間で、何かできることがありますか。

1G

- ・地域の方との繋がりが大切だと思う。医師・看護師・介護支援専門員・民生委員などでコミュニケーションの取りやすい環境があれば良い。(連携してほしい)
- ・もの盗られ妄想に対し、訪問介護の回数を増やしコミュニケーションを取ることで安心できるのではないだろうか。また、不安な時間を少なくし、熱中できるものを見つけてあげることも効果的と考える。
- ・内服し忘れに関しては、土日は介護訪問が難しいので地域の方にお問い合わせきたら良いのでは。
- ・かかりつけ医に相談し認知症外来で受診するよう促してもらうのが良いと思う。
- ・長男の関りが薄い。どのように母のこれからのことを考えているのか聞かせてほしい。

2G

- ・パイプ役となり地域包括センターへ連絡する。
- ・敬老会への案内をする。近所の方で見守ることができるような関係づくりをおこなう。
- ・精神科医の受診を勧める。
- ・転倒など事故が起きやすい場面での声掛けをしていくことで認知機能低下の進行を遅らせることができるのではないか。
- ・理学療法士としては、出来ていることの内容を把握しデイサービスへ情報提供することでデイサービスに行く目的作りとなるよう働きかける。ネットワーク作りがあるので上手く活用すると良い。
- ・認知機能検査を行い、適切な薬の処方をしてもらい、飲み忘れ防止にも取り組む必要がある。多職種が関わっているのでチームカンファをおこない情報共有し(MCS活用)全員で支えていく。
- ・自宅のカレンダーを活用し受診日を記入して忘れないような工夫をしていく。
ひまわり送迎サービスの活用ができるので、次回診察日の予約を入れておくことで受診忘れが防止できる。
- ・本人がもの忘れの自覚がでてきて寂しさを感じている。地域の方々からの声掛けがあると良い。

3G

- ・当日キャンセルであっても安否確認はできている。
- ・近隣住民の声を地域包括支援センターへ伝え、情報を管理してもらいたい。
- ・騒ぎすぎない程度に日々見守りを続ける。
- ・サービス利用や治療に関しては十分に関わっている。社会資源との関りもあるが、より情報の共有化を図ることができたら良い。
- ・認知力低下と問題行動が悪化してきている原因が何かを考え、声掛けなどの関わり方を統一することも必要だと思う。
- ・本人が一番信頼できる人は誰なのか。不安な気持ちや、SOSを発信できる人は誰なのか。
- ・内服薬は症状に対して適切なものであるか。薬の飲み合わせも検討が必要。
受診の同行をお願いできるサービスを使用する。コミュニティナース？
- ・地域内のマンパワーを活かしたい。(支援が必要になる前から顔見知りになっておく)

4G

- ・内服し忘れに対し、お薬カレンダーの利用と訪問介護士が居る時間に内服の調整をする。
- ・精神科医の受診が必要。
- ・長男が協力できていない状況、ケアマネジャーが話し合いの場を設けて本人と長男の思いを聞き出し、本人がいろいろな人と関われるようにしたい。
- ・ケアマネジャーや包括の人に頼ると良いのでは。
- ・地域で見守り活動を行うのが良いが皆高齢になるため今後どうしたらよいか分からない。
- ・入院に関しては家族主体となってもらい、そこまでは踏み込めない。地域や多職種間での情報交換ができると良い。そのためには窓口を1本化することで見知った関係性の構築が可能になるのでは。
- ・行政からの返答がないので連携ができていないのでは。医師・ケアマネジャー・訪問看護師間での1患者に対する情報共有はできるようになった。
- ・民生委員はボランティアなのであまり負担をかけられない。
- ・家族に認知症についての知識を持ってもらい、本人との会話で不安を感じさせないような声掛けをしてもらう。
- ・高齢者が増えていく未来で、本人の気持ちと家族の気持ち、どちらを第一に尊重すべきか。大声を出して騒いでしまうようであれば、適切な病院へ入院してもらうことが大切なのは。それにはまず、家族が了承することが必要。
- ・家族の現状認識が一番大切ではないか。
子供たち(50代)が、病気について学ぶ場を提供できると良い。

5G

- ・もの盗られ妄想があるとサービス提供者側は対応に困る。
- ・近隣の方の協力が必要。
- ・区分変更を申請し要介護度の見直しをしても良いのでは。
- ・病院が、認知症の疑いがある患者の情報を行政に連絡するのはどうだろうか。
- ・歯科受診時にはケースワーカーに連絡をすることで情報提供。(ケアマネージャーや家族の連絡先を知らない。)
- ・内服し忘れに対しデイサービス、訪問介護士等で確認してもらえるか検討。
- ・誰が発信し情報を集約するのか。ケアマネージャーが中心となってくれれば良い。
- ・精神科の受診はハードルが高く、まずはかかりつけ医や訪問看護師から徐々にアプローチをかけていくのが良いのでは。
- ・生活保護課がネック。
- ・家族の関りがもう少しあれば・・・。

6G

- ・生活保護のため制限されることが多い(居宅療養や施設利用の制限)
- ・認知面に支障がある。本人が信頼できる人がいると良い。Keyとなる職種は誰か。
- ・理学療法士としては、デイサービスで楽しんで参加するために、興味関心チェックシートを活用すると良いと思う。運動の大切さなど振り返りもしている。信頼関係を構築することも大切。
- ・医師として、信頼関係を構築すべく本人の話を傾聴し否定しないよう心がける。
薬の調整を行い、かかりつけ医の信頼のもとまず通院治療が必要。いきなり精神科に入院するのではなく、まず複合科などに通院するのが良いと考える。また、長男との関係を良くし、家族関係が良好になるよう働きかける。家族から経済的介入がもらえるようになると良い。
- ・ケアマネージャーとして、プランの組み方の工夫も必要であると考え。
- ・サロンに来た時に、顔見知りや仲間という気持ちで落ち着く方もいるので参加してみるのも良い。
サロン活動は地域住民のために行われており、外に出ることや人と人とが結びついていくこともある。ただ、男性の参加は少ないので課題である。
民生委員から情報があれば、家族だけでなく他の職種の方とも情報共有する。

- ・精神科入院へのアプローチが強引に感じた。認知症の治療をまず行うべきだと思う。
内服薬ではなくパッチなどの外用薬の方が恐怖心がなく治療できるのでは。
- ・家族とのトラブルが起きた際には、情報共有をする必要があるので関係者の連絡先を控えておく。本人が嫌な事は避ける。
- ・一番に大切な事は家族関係の修復だと思う。訪問介護士等が仲介になり関係を取り持つことができるとうい。
- ・サービス介入者は軽装で訪問し、何も持って行かない。「お金がなくなった」と言われるときは必要最低限の介入に留まる。
- ・「困ったことはないですか」と本人に尋ね、薬の過剰服用を防ぐため長男以外に信頼できる人をつくる必要がある。
- ・この症状は認知症だからなのか。糖尿病や高血圧から脳血管障害をおこしている可能性も考えられるので検査をする必要がある。
- ・訪問看護師は服薬管理だけではなく、全身状態の観察もする必要がある。
入院も検討を…(社会的入院も)

- ・民生委員として思ったのは、この事例ではいろいろな人が関わっているので良い方だと思う。
地域の行事に参加を促し、知人隣人と協力して実情を知り、長男に積極的に関わるように伝える必要がある。
- ・介護支援専門員は、すべての連携が取れるように話し合いの場を持つようにする。(医師も含む。民生委員個人と連絡を取ることは難しいが、民生協議会を通して連絡する。)
母と息子の関係性を知り、関わり方を考える。
- ・薬剤師は医師と連携し服薬の回数などを相談する。かかりつけ薬局を持ち、薬の調整がしやすいようにする。
- ・訪問看護を1日に複数回行い、バックは小さなものにする。見える所で活動する。
「来なくてよい」と言われても、忘れたふりをして訪問してみる。
- ・精神科受診すると受診料がかかるので家族の協力が必要。かかりつけ医との連携が大切。

9G

- ・訪問看護師は主治医に認知症に対しての治療をどうするか声掛けをする。
受診日をカレンダーに記入し忘れないよう本人へ声掛けする。
長男と連携をとる。
- ・デイサービスなどは平日が多く、日曜は民生委員さんの訪問などがあれば良いと思う。
- ・地域の行事に参加し、地域の方たちであつたら心を開くことが可能かもしれない。積極的な参加を促す。
- ・内服し忘れに対し、服薬確認をしていき、回数などの調整をする。
- ・訪問介護士は筋力低下に対しリハビリも行う。
- ・民生委員は見守りを行い、適切な支援が受けることができるよう情報を繋ぎたい。
守秘義務があり、情報のやりとりはどのようにしたら良いだろうか。
- ・訪問看護師は、家族以外の近隣の方からの情報を集める。

10G

- ・定期巡回の導入を勧める。内服をまずしっかりと行えるようサポートする。
- ・活動意欲を高めるためにもいろいろな方との関りを勧める。
- ・薬を置く場所を検討する。内服の重要性を理解をしてもらうためのパンフレットを掲示する。
- ・介護支援専門員はサービスの見直しと調整を行う。(優先順位を考える)
- ・見守り体制の構築が必要。
- ・民生委員は高齢者を対象として活動している。事例内容としてここまでひどいケースはないが何かあれば地域包括に繋ぐ役割を担っている。
敬老会等の行事に招き、安否確認などに繋げると良い。
- ・生活リズムを調整し、定期受診に来ていない場合は介護支援専門員やご本人に連絡する体制をつくる。
- ・薬剤師は1回/週訪問できるので飲みやすいよう薬の調整をしていく。また、薬の必要性を説明し、医師とも連携を取る。かかりつけ薬局を1つとして、関わっていく。

発表:1グループ

認知機能の低下に対しケアマネージャーやかかりつけ医が同席するなどして精神科が受診できると良い。息子はどのように関わっていこうと考えているのか知りたいのと、本人のもともとの性格や好みを知りたい。自分を守るために物を取られた等の発言がでている可能性があると思うので訪問看護の頻度を上げ、話す時間を増やして不安を感じる時間を減らすと良いと思う。

発表:6グループ

家族関係が向上できるよう、声掛けと関わりを行っていく。そのためにはまず信頼関係を構築することが重要だと考える。サロン活動へ参加を促し、顔見知りをつくることで落ち着きを取り戻し、活動できている自信につながるかもしれない。今まで男性の独居を見つけることが難しかったので、連携を充実させることでそれが可能になれば良いと思う。

