

平成29年度第4回柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会

と き : 平成29年11月24日(金) 19:00~

と ころ : 柳川山門医師会館 講堂

討論テーマ 『認知症・独居のため在宅復帰が困難な高齢者の支援』

事例提供担当:金子病院 地域連携室

NS 山 田 加 代 子

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 | | |

討論テーマ

1・2・3グループの協議テーマ

(ア) インフォーマルなサービスなどの支援策

(あったらいいな・今現在ないサービスなども含めて)

4・5グループの協議テーマ

(イ) こじれてしまった近隣住民との関係修復のための地域への支援策

6・7・8 グループの協議テーマ

(ウ) 専門職として提供できるサービス

9・10グループの協議テーマ

(エ) 独居認知症高齢者の退院前に調整すべきサービス

インフォーマルなサービスなどの支援策

あったらいいな

- ・ 定期的な話し相手のサービス ②
- ・ 一緒に買い物に連れて行ってくれるサービス(病院、食材、銀行など) ②
- ・ 何らかの方法で位置情報を確認できること(GPS!?) ①
- ・ 郵便屋さんの声掛け、安否確認(希望) (未記載)

民生委員等(見守り支援)

- ・ 民生委員、ヘルパー、近所の人の協力 ②
- ・ 民生委員の頻繁な訪問 ⑨
- ・ 民生委員さんの定期的な訪問、安否確認 ④
- ・ 生活状況の確認 ③ ・ 民生委員さんへの声かけ ④⑨
- ・ 民生委員や地域の区長さんなどからの声かけ ⑨
- ・ 問題点は認知症があるため、一人だけの訪問にも注意すべき。複数での訪問を心がける方が良いと思う。次に、社会福祉協議会が委嘱している福祉委員との信頼関係づくりを!! ⑪
- ・ 定期的に訪問していく ⑪
- ・ 民生委員としてはまず、本人と信頼関係づくりをする。 ⑪

- ・ 地元のキーパーソンを決める ①

地域啓発活動

認知症を知ってもらう

- ・ 地域の人達に認知症を理解してもらうため、出張デイなど行う。 ④
- ・ サロンへの参加を促す。 ④

民間の支援

- ・ 配食(市、コンビニ) ⑨
- ・ 配食サービスの利用 ⑨
- ・ 配食サービスの利用とその際の安否確認 ④
- ・ 介護ヘルパーに加えて、見守りの可能な人材を検討する。(例えば配達の方) ①
- ・ デイサービス、通院を助けるボランティアのサービス、新聞 ④

友人による支援

- ・ 宗教関係者に相談して、関わってもらう ⑨
- ・ 宗教の仲間の支援 ⑨

- ・ 近隣住民の認知症対応力を上げる研修の実施。
⇒何かしらのインセンティブをつける。 ④

既存のサービス

- ・ 介護サービスを利用して在宅で過ごしてもらう(安全を確保) ⑨
- ・ 緊急コールの設置、後見人 ④
- ・ 金銭管理をしてくれる人が必要 ⑨
- ・ 小規模多機能型への登録、ご利用ヘルパー、訪看の利用 ④
- ・ ヘルパー自費サービス(介護保険で利用できないサービス) ⑨

住宅改修

- ・ 家の構造にも心配がある。夜間のトイレ等、ポータブル等福祉機器の利用も必要かと ⑪
- ・ 母屋で生活が完結するように改修。(工事以外で、金をかけないでできる方法を) トイレと寝室を母屋にもってくる ①

課題 ア) インフォーマルなサービスなどの支援策 (あったらいいな)

地域・見守り

- ・ 24hの見守り支援 ⑤
- ・ 認知症は増えるばかり、ボランティアが足りない ⑪
- ・ 地域の見守り隊の様な人がいたらいい ⑨
- ・ 24時間市でフォロー出来たらいい ①
- ・ 地域住民との支え合い(声かけ、生活支援) ⑨
- ・ 地域のボランティアの声かけ ⑤
- ・ 毎日の定期巡回サービス(ボランティア) ⑦
- ・ とおり組の充実 ⑪

行政

- ・ (行政)在宅での通帳等管理サービス ⑪
- ・ ADL向上の為の地域での集い、運動、遊び ③
- ・ 趣味を活かせる集まりを作る ③
- ・ 認知症初期診断チームには助かっているのでさらに充実を!! ⑪
- ・ (サービス)認知症の方の屋外カメラ。
(泥棒が入るといつも言うので) ⑪
- ・ 安否確認のツール(緊急通報システム等) ⑨
- ・ 親族を巻き込む為のプロ?カウンセラー?がいればよい ⑪

生活支援

- ・ 休日、年末年始を一緒に過ごしてくれる人 ⑤
- ・ 3食の宅配サービス ① ・ 配食サービス ⑨
- ・ 車にて病院への送り迎え ① ・ 家族の電話による安否確認 ⑨
- ・ キーパーソン家族への交通費助成 ③
- ・ 日頃の状態を細めにFaに報告 ⑦ 家事サービス、買い物、調理 ⑨
- ・ 夜間の訪問サービス ⑤ ・ 緊急時の受診対応(付き添い) ⑦
- ・ AIによる金銭管理 ⑦

在宅

認知症・知識 啓発

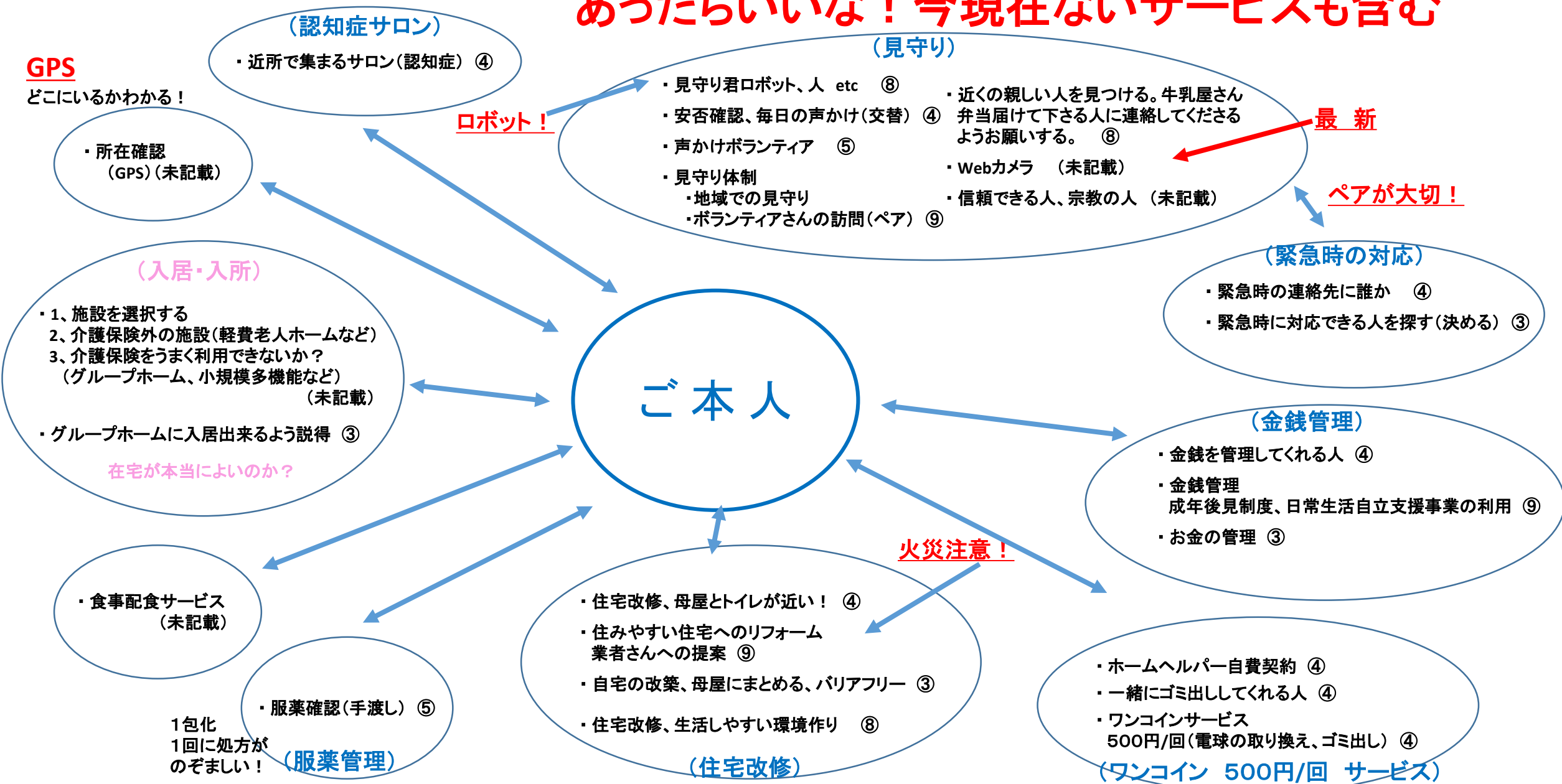
- ・ 認知症を理解(勉強)している
警察関係者(人材) ⑪

医療

- ・ 通院やお薬の管理を当番でしてくれる ⑤
- ・ 服薬管理 ⑦
- ・ ヘルパーさんの介助(服薬・生活) ③

(ア) インフォーマルなサービスなどの支援策

あったらいいな！今現在ないサービスも含む



Wake Up 行政！！

- ・ 行政がトラブル対策、マニュアル化 ③
- ・ 地域認知症への理解を深める。講演、市(行政)とコラボ ③
- ・ 認知症への理解普及のための取り組み 認知症サポーターの育成 ④
- ・ トラブル解決ネットワーク作り ⑪
- ・ 地域住民が直接対応するのではなく、地域包括支援センターを通じて。 ①
- ・ 後見人の制度を周知する必要もあるのでは ⑥
- ・ 認知症対策(オレンジリング)に割引などの特典をつける ③
- ・ 地域支援の観点から、行政側『地域包括支援センター』で状況把握すること。その為、行政区長さん・民生委員さんが係ることで公正な判断情報を提供する。近隣の方の関与はトラブルの元となりそう ②
- ・ 地域の方に認知症の事を知ってもらう機会を行政に入って作ってもらう必要がある ⑥
- ・ 認知症サポーターの育成を強化する ⑪
- ・ 行政で認知症を理解してもらえるよう地域で講座を開いてもらう ③
- ・ 認知症対応のためのシステム作り ④
- ・ 行政が対応すべき点が多いと考える ①
- ・ 認知症患者への対応をシステムティックにできる体制づくりを ①
- ・ 何かあった時に慌てるのではなく、対応の構築システムを作っておく必要があるでしょう。 ⑥

別の視点

- ・ ゴミ問題も考える必要あり ①

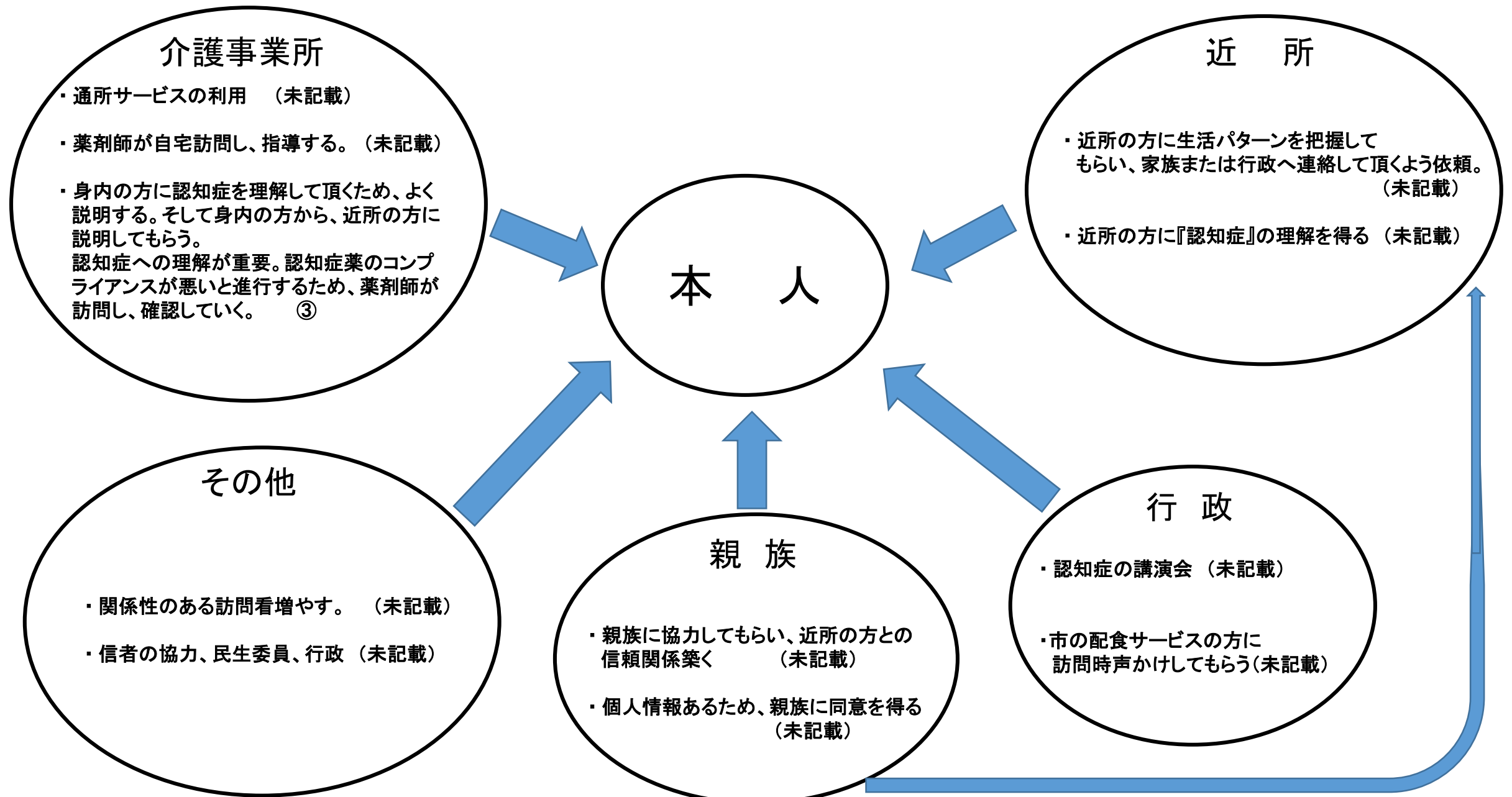
地域住民の共助

- ・ 周りの人々の認知症への認識 ⑪
- ・ 認知症の理解。地域住民への説明(民生委員・老人会) ①
- ・ 認知症カフェへの参加 ④
- ・ お寺関係のお友達にも関わっていただき、社会とのつながりをもってもら ⑥
- ・ 状態が安定しているときに、手まりづくり、編み物教室を開く。参加していただき、「普段はこんな状態ですよ」と知ってもらう ③

スムーズな施設への移行

- ・ ショートステイ利用 ①

グループ5



(ウ) 専門職として提供できるサービス

医療

- ・ 訪問薬剤 ①
- ・ 訪問診療 ①
- ・ 訪問薬剤管理 ③
- ・ 訪問看護 ①

金銭的な補助が必要となる。

介護

・ デイサービス
・ 小規模多機能 ⇒ 本人の希望を聞く

- ・ 相談相手になる。関係機関との連絡調整 (未記載)
- ・ デイサービス利用の継続 5回/月 ①
- ・ デイサービスを利用し、妹夫婦が月1回訪問する。⑪
- ・ ケアマネージャー、ヘルパー協同で訪問 ⑪
- ・ 住宅問題 今後転倒などの可能性もある。予防や事後対応をどうするか? ⑥
- ・ 施設への入所、金銭的に配慮 ①
- ・ 要介護(I)を考えると、現在のサービス内での実行はかなり困難 ①
- ・ ヘルパーの利用(事業所と調整して) ⑨
- ・ ショートステイ ⇒ 施設へ ① ・ ヘルパーの介入 ①
- ・ 複数名(2人)でのサービスが必要となる ①
- ・ 小規模多機能型住宅介護支援の利用 ⑨
- ・ (認知症)生活状況の確認、病状の把握、週1回程度の訪問、安否確認(未記載)
- ・ 衛生面での自立程度は? 食事の形態や意欲などの情報不足 ⑥

地域

認知症の理解を地域で広めていく

民生委員・福祉委員

- ・ 近隣住民とのトラブル
宗教関係者での支援での支援や訪問が望めるか! ⑥
- ・ 声かけできるような関係づくり ③
- ・ 宗教的な思想は変えられない。①
- ・ 北九州への移住 ①
- ・ 近隣住民の方と信頼し合う。⑪

金銭面管理

- ・ 地域権利擁護事業、成年後見制度の利用 ⑨
- ・ 年金の範囲内の金額を考えると…。①

家族の支援再要

行政

- ・ 行政として、生保にできないかどうか etc 金銭的な面 ①
- ・ 配食サービスの利用 ⑨
- ・ 行政との共同作業は欠かせない ①
- ・ 緊急ベルの対応 ①

生活面の問題

- ・ 栄養管理の問題、食事⇒宅配サービスの調整 ④
- ・ 宗教関係の友人からの支援を受ける ⑨
- ・ 見守り、声かけ ⑪
- ・ 訪問し話し相手 ⑪
- ・ 介護保険で要介護 I ではデイサービス、訪問看護ヘルパーを利用に限界がある。 ④
- ・ 緊急通報装置の設置 ⑨
- ・ 妹さんと連絡が取れるようにしておく ⑪
- ・ 住居環境の問題⇒退院前訪問、Ns、リハビリ、ケアマネ ④

専門職として提供できるサービス

医療の視点

- ・ 安否、状態確認、バイタル測定や身体異常を早期発見(狭心症がある) ④
- ・ TELで服薬確認 ③
- ・ 日めくり服薬カレンダー作成 ③
- ・ 退院後の生活支援の確認⇒退院後の訪問 ④
- ・ 日常の見守り。福祉委員との連携を取りながら行う。 ⑪
- ・ 服薬確認 ④
- ・ 必要があれば歯科治療 ②
- ・ 薬剤管理の問題⇒入院時より管理状況の把握、訪問薬剤指導 ④
- ・ 訪問薬剤管理指導(Drの指示必要) ③
- ・ 定期的な口腔ケア ②
- ・ 薬代が高いので(3000円/月)見直し ③
- ・ 薬の数か服用回数を減らすための見直し ③
- ・ アルツハイマーの専門的治療はどうなっているか。
アルツハイマー型であるかどうか。
硬膜下血腫はきちんと治療しているか
ステント術後なので、抗凝固薬の服用が重要であるが、服用はきちんとできているか ①

在宅(独居)

- ・ デイサービス ④
- ・ ヘルパー ④
- ・ ホームヘルパーの派遣、利用 ⑬
- ・ 民生委員の訪問 ④
- ・ 民生委員への声かけ ⑩
- ・ 訪問による状態確認 ①
- ・ ふれあいネットワークの活用
(独居老人等への声かけ、見守り) ⑬
- ・ 服薬管理。ヘルパーさんによるチェック ①
- ・ 住宅改修 ⑬
- ・ 別棟のベッド・トイレの棟を生活の中心とする ①
- ・ 家屋調査、試験外出、外泊 ④
- ・ 通報システムまもるくん ④
- ・ 緊急通報装置の設置 ⑬
- ・ 配食サービス ⑬
- ・ 配食サービス
(町の独居の方等使用) ④

宗教

(入信されている方のサポート)

施設

- ・ 家族、本人への説明 ①
- ・ サービスの案内、調整 ④
- ・ 訪問看護、24時間相談(単位があれば)
軽費老人ホームの紹介
単位の余裕があれば、ショートステイ ④
- ・ 費用負担の相談、養護老人ホームへの入所 ⑬
- ・ ショートステイの活用、特養への入所相談 ⑩
- ・ 転倒予防のためのリハビリテーション
認知症進行予防のため、デイサービス等の利用 ①
- ・ 同行支援サービスの利用 ⑬

入院中

家族・本人へ説明・意思確認

(介護度1)

社会参加

- ・出来るサービス利用の整理、限度を含め ①
- ・なじみの環境であり、本人の心身への理解のある、デイサービスの利用調整 ⑨
- ・デイサービス再開の調整 ⑤
- ・社会交流
通所サービス、地域サロン ⑩

医療関係連携確認

- ・在宅薬剤管理指導において⇒日付と曜日の印字など薬のみ忘れや、重複を回避するために、その方にとってよい方法を検討 ③
- ・認知症専門施設への受診を一考 ①
- ・退院前に御本人に会う(信頼) ④
- ・入院中の継続支援(リハ、介護など) ④
- ・訪問看護、内服確認 ⑤ ・症状変化時の対応 ①
- ・在宅での薬剤管理ですが、週のはじめや、半ば、終りにTELなどでの声かけ(服用忘れていないか)をする ③
- ・薬局
困った時、わからない時に相談・来て頂ける場所になる ③
- ・服薬管理についてのサービス調整。認知症(BPSD)悪化時、主治医と連携できる体制作り。24H365日訪問看護介護の調整(緊急時含む) ④

住環境整備

- ・転倒リスクの軽減策は ④
- ・福祉用具レンタル。歩行器
住宅改修。手すりなど ⑩
- ・室内のバリアフリー化 ⑪
- ・課題となる環境への整備。
福祉用具貸与、住宅改修 ⑨



リスク回避

- ・限界の設定 ①
- ・住み慣れた地域の中で
他の住居の提案 ④
- ・生活場を失わないよう、近隣の介護施設への入所申し込みの説明(本人・家族)へ ⑨

地域・見守り支援

- ・インフォーマルな部分の整理(何が出来るか) ④
- ・患者の近所の方へ、行政の方から見守り、声かけのお願いが出来れば。⇒地域老人会のお世話役など ③
- ・サービス提供する場合、同じ人が継続する方がベター ①
- ・緊急通報装置の設置? 行政区組織での見守り検討 ⑪
- ・緊急時のSOS
見守り方法の確立。誰に連絡するか決めておく ④
- ・地域の代表者との関わり、区長、見守隊、民生委員 ⑩
- ・キーパーソン(近くの)調整 ④

今後の課題

- ・成年後見、日常生活自立支援
お金の管理 ⑤

自立支援

- ・ヘルパーさんと一緒に
御飯を作る ④
- ・買い物など誰が支援するか ④
- ・訪問介護、自立支援(家事など) ⑩

食事

- ・配食サービスの説明、
必要であれば手続きも ⑨
- ・宅配食の検討 ④
- ・配食サービス ⑤
- ・配食サービスの利用 ⑩

医療

- ・認知症の専門医の診断 (未記載)
- ・ものとられ等の症状をおさえることができる (未記載)
- ・とびうめネットへの参加 (未記載)

退院前カンファレンス

- ・家族と介護サービス事業所 かかりつけ医のカンファレンスを ①
- ・ケアマネへの相談、かかりつけ医が在宅医療可能か ①
- ・リハビリ職種による退院前訪問 (未記載)
- ・定期受診への支援は？訪問診療 ④
- ・退院後の食事の確保
 - ・配食サービス利用(朝・夕)
 - ・ホームヘルパーの導入(生活支援)
 - ・買物支援(知人の活用)入院時にカンファレンスを行う。 ③
- ・退院前カンファ ⑨
- ・介護認定区変をかける ④

住宅改修

- ・住宅改良 ⑪
- ・退院前住環境整備 (掃除・住宅改修) ⑭
- ・住環境の整備 ⑨
- ・住宅改修 ⇒ 退院前訪問 (未記載)
- ・家屋調査 ⑨

服薬

- ・訪看による服薬管理 ⑨
- ・訪問看護又は薬剤師による内服管理 ④
- ・内服管理 ⑭

介護サービス導入

- ・訪問介護による調理、掃除、安否確認 ⑨
- ・入浴方法の確認 ⑭
- ・入浴、配食サービス、移動手すり？現場を見る事 ①
- ・ヘルパー導入により生活支援 ④
- ・試験外泊して調理等可能か見極める ⑨
- ・近隣の人との関係修復 妹・民生委員と話し合い。近隣の方への認知症の理解を促す講話等 ⑤
- ・在宅での見守りのため訪問介護の導入 ①
- ・食事の準備、清掃の準備、ホームヘルプサービスにつなぐ ④
- ・デイサービス事業所への連絡 ⑨
- ・近くに緊急時に対応できる人がいない。調理、仏壇など火の心配がある。キーパーソンが必要 ②
- ・デイサービスによる入浴 ④
- ・試験外泊で日常生活状況 (食事・洗濯) ④

緊急時の対応

- ・緊急時の対応について 妹と本人と話し合う
 - ・緊急時の連絡体制、市のサービスを利用？
 - ・人：民生委員、ボランティア、宗教の知人の見守り ⇒ 安否確認 ⑤
- ・緊急時の連絡先の確認 ⑭

民生委員

- ・民生委員の訪問 ④
- ・民生委員にお願いして安否確認する ④
- ・日常の見守り(民生委員、ふれあい活動員) ⑭
- ・民生委員への退院報告 ⑨
- ・民生委員さんによる定期訪問 ⑨

金銭管理

- ・金銭管理 日常生活自立支援事業 成年後見 ⑭
- ・成年後見人等の申請 ⑨
- ・成年後見人。公的に ④