

今後の認知症対策部会について

医療と介護の連携強化

第9期介護保険事業計画（P74）において、
①日常の療養支援 ②入退院支援 ③急変時の対応 ④看取り
に応じた医療と介護の連携体制の強化が必要と記載



後期高齢者数が今後も伸び続ける本市にとって
医療・介護ニーズの高い高齢者がますます増えていく

- 医療的ケアや介護が必要となっても地域で生活できるよう、在宅医療の充実の他、医療・介護連携体制の強化を図り、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えるために必要な日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りの4つの場面での連携促進を進める
- ACPの普及により、高齢者自身が望む人生の最終段階を迎えられるように、日頃から本人や家族が医療従事者等とともに話し合える環境整備を進める

⇒大切なことが記載されているが、認知症の人たちに焦点を当てた時、具体的にどのように上記の内容が展開できるか？

介護支援専門員向けに認知症に関するアンケート実施

★目的

認知症を有する当事者、ケアやサポートをしている家族・事業所等が、認知症を有するために、日常の療養支援・入退院支援・緊急時の対応・看取りの場面でうまく医療や介護に繋がきれなかったことやタイミングを逃してしまったことなど、困難や課題に感じていることを把握し、今後の認知症対策部会での検討に活用する。

★対象：介護支援専門員（47名から回答）

★実施日：居宅介護支援事業者協会総会（R6.4/18開催）で回答依頼

★アンケート内容

- ① 日常の療養支援が必要な認知症を有する要介護者への対応で、困ったことや悩んだこと
- ② 入退院支援が必要な認知症を有する要介護者について、医療や介護の連携で困ったことや悩んだこと
- ③1 認知症を有する要介護者について、急変時の対応を予測して事前に取り組んでいること
- ③2 認知症を有する要介護者について、急変時の対応に困ったことや悩んだこと
- ④ 認知症高齢者の方の意思を尊重した看取り体制について、困ったことや悩んだこと

アンケート結果 ① 日常の療養支援における困難

・胃ろう管理が3回/日必要な認知症の方で受け入れ可能な老健や特養、ショートステイがなく、介護者が入院する際に困った。

・胃ろうの方ではデイサービスでも受け入れ先が少なくサービス調整ができない。

・在宅酸素をしている認知症の方が可燃性のある場所に行ってしまうなどで常時の見守りが必要となり、入院となった。在宅での調整ができればと感じた。

・本人の意向を確認できず、家族の意向が中心になりがちな状況に悩む。

アンケート結果 ② 入退院支援における医療や介護の連携での困難や課題

・大腿骨骨折手術後リハビリ病院を經由して退院調整する予定が、本人のBPSDへの対応が困難ということでサービス調整できないままに退院することになり苦勞した。

・内科や外科での治療が必要な認知症の方だったが、内科等からは「まずは精神科へ」といわれ、精神科からは「内科診療等が優先」と言われて結果的に行き場がなかった。診療科の調整がもっとスムーズになればいいのと感じる。

・認知症で院内徘徊が見られ、安静にしないといけないが動くため病院では見れないとのことで、退院になり家族が大変苦勞された。認知症の方が適切な医療が受けられない状況は改善できないのかと感じる。

・病院によっては「認知症」というだけで家族が泊まり込みで付き添いをしなければならず、介護者が仕事を辞めざるを得なくなった。

アンケート結果 ③ 急変時の対応を予測した事前の取組み

・認知症の方に限らず、「終末期に受けたい支援」について定期的に確認するようにしている

・独居の方には、急変時の対応について合鍵の作成や対応の手順についてあらかじめ本人や家族と話し合っている。

・ご本人やその家族、また家族が複数いる場合は意向や方向性が同じかを確認するようにしている。

・成年後見の制度についても、本人の選択肢として伝えるようにしている。

アンケート結果 ③2 急変時の対応における困難や課題

・老々介護でこれまで主介護者であった家族に認知機能低下がみられると支援の方向性が二転三転して悩む。ケアマネだけでは伴走できないこともある。

・本人の治療に関する希望を認知症初期に確認しておけば本人の意思に沿った支援がもう少しできたのと感じる事があった。

・担当ケアマネとなった時には認知症は進行しており、なかなか本心を聞く事が困難に思う。今までのご本人の背景を家族から聞くと、とても延命措置を希望されないと思うことがある。ご本人の治療経過の中で確認できていればと思う。

・家族の用事にあわせてのショートや包括ケア病棟での入院調整が難しいため、ニーズに沿って活用できない現状に悩む。

アンケート結果 ④ 看取り体制における困難や課題

・認知症の方は看取りの時期を迎えるまで在宅で生活されるのは難しい。もっと家族や本人が安心して自宅で医療を受けられる環境を整えればいいと思う。

・看取り以前から、妄想や意思疎通の難しさがあり、症状（内科疾患）進行に伴い精神症状も悪化することも多い。看取りの際に精神科の医療と内科疾患の治療介入の調整が難しかった。

・自宅での看取りを希望されていたが、救急搬送されて、そのまま帰宅できなかった。ご家族は不満があったように見えた。事前の意向確認を医療側と押さえておくべきであったと思う。

2040年を見据えたロードマップ作成に積極的に関与が必要

【①日常の療養支援】

医療ニーズの高い認知症高齢者への対応については、痰吸引・胃ろう・消毒やガーゼ交換、吸入など容易なことではない場合がある。本人が安心して医療や看護、介護が受けられるようなサポートは、個々人の特性を十分配慮したものでなければならない。

【②入退院支援】

入院の支援においては、在宅における環境に近いような工夫や本人の意思決定支援を考慮した対応が必要であり、退院に向けての支援においても本人の意思を尊重し、家族の意向だけで取り決めないような配慮が必要。

【③急変時の対応】

認知症の初期の段階から、意思決定支援を継続して実施し、急変時の対応については、あらかじめ整理しておく必要がある。本人・家族と定期的に対話を行い、急変時に備えた回答を用意しておくことが必要。

【④看取り】

認知症の初期・中等度・重度など、それぞれの時期に応じた看取りの体制は異なってくるが、本人の意思を尊重した看取りの形を家族・支援者含めてチームでの対応することが重要。

認知症対策部会の運営について

【これまでの認知症対策部会】

認知症の正しい理解の促進など普及啓発や多職種連携に注力して展開



【今後の認知症対策部会】

●令和6年3月開催の部会における検討事項の中で、令和6年度に部会として実施すべきものを整理

●調査結果をもとに課題を整理して、2040年に向けた中長期ビジョンの中でなすべきことを順に整理していく。

- ・両部会で、ビジョンや課題を共有し、連動して①～④を実施していく。
- ・在宅医療介護推進部会が作成しているロードマップに追加

介護支援専門員向けアンケート結果

【1 日常の療養支援】・【2 入退院支援】・【3 急変時】・【4 看取り】

1 日常の療養支援が必要な認知症を有する要介護者への対応で困ったこと、悩んだこと

○本人の意思に沿わない支援

- ・本人の意向が確認できず、家族の意向中心での支援になってしまいがちで悩む。
- ・在宅生活の継続を希望しても、本人の意思確認が困難となる場合に施設入所等の話が進んでしまうことが、往々にして起こっている現状に悩む。
- ・本人の思いを聞き取っても、家族の意見にかき消されてしまうので、本人の思いを反映するのが難しい。
- ・「認知症だから」とご本人の言う事を聞き入れない家族に出会うことがある。そのような場合は、ご本人の意向を聞く事さえも難しいこともある。
- ・認知症進行により食事の経口摂取が困難となったが、胃ろう造設に対して、本人の意向は取れない、家族で意見が違う、介護力の不足もあり、方向性を決めるのが大変だった。
- ・経口栄養が困難だが、家族が一生懸命食べさせており経管栄養を拒否、肺炎を繰り返す。医療者と家族（本人含む）の意向が合わず、度々の経管栄養の説得に家族は疲れ、ケアマネに「どうしたらいい」と意見を求められ悩んだ。
- ・入院や施設入所において、本人の意思が尊重しきれない場面に葛藤を感じる。

○本人の理解の難しさ

- ・末期がんで治療が必要な方であり家族が説得されたが本人は入院を拒否され、自宅での生活を希望。家族と本人の思いの相違の間で葛藤があった。
- ・尿道留置カテーテルの留置が必要になったが、ご本人の理解が難しく、自然抜去のリスクがあり、高齢夫婦二人暮らしで常時の見守りが難しくご自宅で過ごすことをあきらめたことがあった。
- ・点滴を抜いたり、酸素をはずしたり、火がある所に行ったり、目を離せなくなり、在宅での療養をあきらめ、入院となった。
- ・独居で1日に2回インシュリンの自己注射が必要な方。本人はできているという意識で、家族は高齢の母に好きなものを我慢させる必要はないという考え。主治医、薬剤師、訪問看護など医療職からの指示を家族とも共有担当と連携しているが意向のずれが埋まらない。
- ・療養の必要性があるにもかかわらず、本人の意思（わがまま）が強いのに、病院側が対応しきれず退院。退院したその日に救急搬送され再入院、そのまま施設へ入所となった。

- ・通院・検査の予約を入れても忘れる。服薬を守れない。検査や服薬の必要性が理解できないので拒否する。
- ・認知症独居の方で、毎日創傷処置が必要であったが、処置をしたことを忘れて包帯を外す、入浴するなどがあり悪化。ショートステイから老健入所せざるをえなかった。
- ・透析が必要な状態だったが、認知症の為受診拒否。家族が通院しようとしたところ拉致されると騒ぎ、通院できなかった。必要な治療に繋がらない。
- ・アルツハイマー型認知症。妻への暴力等があり、デイサービスなどを提案するが、本人の理解が難しく、なかなかサービスに繋がらない。
- ・病院が嫌いで強引に退院されて以降、通院されていない。同居の息子様は理解力が乏しく、入浴できていない時期があったりするが、診療情報を書いてくれる病院がないので、サービスを受けるのも困難。本人の意向は病院には行かなくても大丈夫と、しっかりしている。
- ・入院前から排便確認（コントロール）が、できず、食事摂取が完全にできているかどうかもわからない中、腸閉塞になった。独居生活は限界であるが、本人家族は在宅生活を希望。施設入居費用ぐらいのサービス利用をしている。（限度額をかなりオーバー）

○家族の意向・理解

- ・本人希望で専門医を受診。予め遠方に住む長女にも了解を得ていた。アルツハイマー型認知症との診断であったが、症状は軽度で内服治療を開始。2か月程服用した頃、長女がネットで調べたようで、副作用が怖いので薬は中止してほしいと言われ中止となった。訪問看護から、認知機能がどんどん低下していると聞き、長女に伝えるが薬は再開せず。現在も認知機能は低下している。
- ・治療の理解ができず、入院加療。自宅にて服薬治療に切り替えざるを得ないケースがあり、病院の判断に異論はないが、介護力の見込めない家族のサポートが大変だった。
- ・認知症の為、病気の理解に共感してもらえない。家族も、仕事で時間があまりないので、ほったらかしになる例もある。服薬確認や栄養面まで見ていかないと病気を治すことは困難である。あきらめと共に、悪循環になっている。
- ・自宅で暮らす方の本人・家族の意向が強く、本来受けるべき医療や管理が行われていない時には、意思と必要性との間で悩むことがある。
- ・サ高住入居されている方。日常生活について何かあったときは常に家族に連絡しているが、なかなか理解できない。本人の希望で沢山のお菓子を持って来られ、他の入居者に渡している。糖尿病や食事制限、嚥下に問題がある方も多く、持ってこないように話すが、また部屋に置いたりしており、家族が認知症や病気に対しての理解が少ないように思う。
- ・本人の拒否がないような支援をと言われるが、家族の思いも伝えられ、両方を可能にすることが難しい。

- ・認知症独居の利用者で本人の判断能力に問題があると思われるが、病院から家族にその説明はなく、退院後、本人の希望するサービス調整となり自宅に戻ったが、独居は困難で2週間後再入院となった。ある程度、専門職と家族で必要なサービス調整が必要で、家族にもそのことを理解してもらわないといけないと思った。
- ・認知症を有する方が、他家族を介護している場合、嚥下状態が良くない場面でも寝たまままで食事介助をしてしまい、窒息の危険があった。
- ・顕かに家族の常時の見守り体制の必要な認知症の方が「入院前と同じように離れて独りで暮らしたい」と言うと、母屋で同居するのが負担になる家族は「本人の意思を尊重して・・・」という通りにしてしまっ、転倒して2日間動けなくなっていたのに、発見が遅くなり低体温で症状が悪化した。

○介護負担による課題、介護者側の課題

- ・主介護者であった妻が難病と認知症を併発したため、介護どころか妻自身の病識も低く、管理できなくなり、夫婦での在宅生活が困難になったので入所せざる得なくなったケースがあった。
- ・独居だが、家族(兄のみ)は県外で付き合いもなく、入退院に関して協力的でなかった。アパートに帰っても介護サービスで支援した。保護を受けておられ、兄から「行政ですべきだ」と強い言葉もあった。本人はあまり病気に理解もなく、家族の協力もないため、アパートからサ高住への転居にも動かざるえなかった。
- ・家族の用事にあわせてのショートや包括ケア病棟での入院調整が難しい
- ・高熱が出た場合、検査ができない(拒否がある)、病名が分からないため、対応の仕方が難しい。また、デイサービスなど、通所が使うことが出来なくて、家族の負担が大きくなった。
- ・認知症の重度の方は身体的にも重度になり、比較的入院受診(往診)は問題が起こることは少ないと思います。逆に初期、中期の方は自分の意見があり、受診や検査ができないことや、家族が認知症に対しての理解ができないことがあり、受診することも難しいことがあります。居宅のケアマネは介護が必要になってからの関わりのため、本人の意思がどこにあるのか悩む。

○施設等の対応

- ・経済的にも楽ではなく特養入所を希望されていたが、気管切開と胃ろう造設されているため受け入れ先がなく難航。以前より認知症あり。現在も寝たきり状態。老健も受け入れ困難。家族は今後の方向性について悩んでおられる。
- ・胃ろう管理が1日3回必要であり、受け入れてくれる老健、特養でのショートがなく、レスパイト入院したケースがある。
- ・デイサービスも胃ろうをつけていると受け入れてくれる事業所は少ない。

- ・吸引や胃ろうでショートステイやデイサービスが受け入れを拒まれる事がある。
- ・パーキンソンの方の入所に制限がある。
- ・パーキンソンの人の入所（老健）を拒まれる事がある。
- ・徘徊行動がある方の受け入れ（ショート）、若年認知症の方の受け入れ先が見つからない。
- ・認知症の方（徘徊、暴言等）の受け入れ先が難しい（若年認知症の方も含む）
- ・病院から退院後すぐサービス導入ができない。
- ・施設や入院を希望しても受け入れる側の制限が多く拒否されることがある。
- ・インシュリンのスケール打ちでは、毎日の訪看や施設入所できるところを探すことが大変だった。
- ・食道癌の末期で入院中に口から食事がほとんど摂れず、毎日点滴している状態だったが病院から退院調整の相談あり。軽度の認知症で独居のため、訪問診療や訪問看護で点滴処置しても、在宅生活の継続は困難と判断していた。年金額が少なく、預貯金もないので、療養病院への入院も困難。点滴継続が必要なので、施設も困難で悩んだ。
- ・透析の認知症の在宅の方。疾患理解が難しく治療拒否がある。食事・水分管理が難しい。病院での滞在が長時間になると怒るため、医療機関では対応できないと言われた。また、施設入所も認知症に関わらず、透析の方の受け入れはなかなか拒否傾向にあり、受け入れが難しい。
- ・認知症と癌で治療も必要な方。肺に水がたまり治療のため入院していたが、薬の服用拒否があるため、服用させてもらえる病院へ転院するように言われた。
- ・認知症状が強く、新しいことの受け入れ困難な方で短期記憶も難しいので、入院となると体調が悪いので、せん妄が表出し易い。治療や療養も途中で切り上げて退院勧告となる。「ご自宅のほうが、本人にはよい環境だと思われるので・・・」というお為越しの言葉と共に。
- ・インシュリン施行している認知症高齢者が入れる特養が少なく、家族の要望で探し回ったこと。
- ・胃ろうがあるためか、デイケア・デイサービス・ショートステイ共利用が難しい（常に看護師が対応不可のため）と言われ、受け入れ先が見つからず苦労した。

2 入退院支援が必要な認知症を有する要介護者において、医療や介護の連携で困って悩んだことがあるか

○退院調整

- ・本来であれば、回復期リハビリテーション病棟対象の疾患であったが、BPSDによりリハビリの介入や介護に対する拒否が見られ、リハビリ目的での入院継続ができなかった。
- ・大腿骨骨折後手術してリハビリ病院に転院したが、認知症状が悪化し暴言を吐く為、退院

され自宅に戻ったケース（何のサービス調整もできず退院となって苦労した）

- ・BPSD で徘徊されるという理由で、入院中家族の付き添いが必要であった。その他にも、もっとリハビリをしっかりとしてから退院してもらはずが、転倒リスクが高く、目が離せないという事で退院となった。
- ・脳梗塞で入院となったが、BPSD があることで、1日のみの点滴で退院させられた。一人暮らしだが、本人が強く在宅生活を希望したため、家族の意向、介護従事者間の調整が大変だった。
- ・病院からの説明が家族にうまく出来ておらず、急に退院され退院後のサービス調整に悩むことがある。
- ・治療の途中であったが、BPSD のため入院継続が難しくなり、急遽退院する必要があったが、自宅で一人で過ごすには体調面が不安定で、サービス調整が難しかったことがあった。
- ・お風呂に入っていたが立てなくなり、腰椎を骨折していた。救急搬送され家族は入院できてほっとしていたが、認知症の為バルーンを抜こうとしたので、身体拘束されていた。翌日退院した。
- ・認知症で一旦入院はできたが、幻覚や歩けないのに動こうとしたり、病院の方から早く退院してほしいと言われ、家族が困った。
- ・情報を共有していたが、急に退院と家族に連絡が入り、コロナの時期だったこともあり、デイの調整に苦労した。
- ・在宅へ戻るにあたり、退院直前もしくは退院決定したという事後報告の対応があり、大変困ったことがあった。
- ・問題行動があると医療機関の受け入れの拒否や家族の常時付き添いがないと受け入れてくれない医療機関が多い。また、環境が変わることでBPSDの症状が急にでる事もあり、対応することが出来ない。退院・転院をいわれることがある。また、医療機関によってはMSWの連携が全くしてくれない機関もある。（入退院の情報はしつこく連携してくるが、退院時の情報をこちらがせっついていても、なかなかくれない。）
- ・帰宅願望が強かったため予定より早く退院。元々ショートステイの予定をキャンセルしていたため、家族希望日に利用できなかった。退院の連絡が前日に来る。
- ・独居。入院中から歩行不安定である自宅での一人暮らしが難しいにもかかわらず、病院が退院を推し進める。結局は入院中に亡くなられた。
- ・看取りの状態だった利用者を年末年始の時に入院させてもらったが、ご本人の妄想がひどく病院から連絡された家族が迎えに行き、連れて帰って家で看病をした。その後元気になられた。
- ・退院時の利用者の状態が病院から聞いていた状況と違っており、必要なサービス調整ができなかった。
- ・骨折入院手術リハビリが必要であったが、認知症により徘徊があり家族付き添いが必要

- だった。付添困難であった為、リハビリをせず退院。可動域が限定された回復となった。
- ・居住環境の整備が必要な利用者であったが、リハビリ HP からの家屋調査等を拒否され、退院までに調整が難しいケースがあった。
 - ・本人が自分が今どこにいるかわからず、看護師に暴力を振るってすぐに退院することになった。
 - ・退院説明では、在宅でサービスを受けながら暮らせるレベルと聞いていたが、退院当日は発熱があり、酸素の状態だった。それでも予定通り退院してきた。その日のうちに救急搬送となった
 - ・BPSD があり、本人もリハビリに対する意欲がなかった。歩行困難で自宅にすぐ戻れるのは難しく、老健でのリハビリを検討することになったが、受け入れ先を見つけるのが大変だったのか、病院側がかなり遠方の老健を、本人・支援者と相談することもなく決めてしまった。受け入れてくれる施設はそこしかなかったと説明を受けた。

○入院調整

- ・コロナ禍、介護者もコロナになり、受け入れ病院が無かった。
- ・病院によっては、認知症というだけで家族が泊まり込みしないといけないことがある。
- ・付添が必要な入院となり、家族が仕事を辞めざるを得なくなった。
- ・軽度の認知症の方でも入院になると、興奮され即退院・転院となり、一旦急遽自宅となり転院先を見つけるのが大変だった。
- ・入院時に退院時の受け入れ態勢を整える猶予が必要であることを、家族や病院に伝えていても、本人や家族の思いが先行してしまい、必要な段取りができないことがある。認知症でリハビリが進まず、思いの他 ADL が低下していたり、本人や家族の理解力の低下で入院受け入れ先が限定されることがある。

○診療科間の連携困難

- ・外科的治療や内科的治療が必要だったにも関わらず、まずは精神科と言われ、精神科からは外科、内科が優先と言われ行き先がなかったケース
- ・病院においても施設においても帰宅願望やその行動によって安心して過ごすことが困難であり、精神科への転院や入院が必要となった。その経緯の中で、ご家族が体調を崩してしまうことになった。方針が固まるのが、もう少しスムーズであればと感じるところがあった。
- ・BPSD があるため内科的な治療ができず、入院の受け入れも難しく、在宅での訪問診療をお願いした。

3① 認知症を有する要介護所において、急変時の対応を予測して事前に取り組んでいることはあるか

○本人との調整

- ・ 自宅に帰れなくなった時が数回あり、その時点から GPS 貸与した。
- ・ 話の流れで聞けそうなときは、今後についてどうしたいか確認するようにしている。(救急だけでなく、動きにくくなった場合の入所についての意向も含めて)
- ・ 機会をみて確認をするようにしている
- ・ ご家族と疎遠になられている方。現在は何とか意向を伺える状況なので、意思決定支援を行うため話をする機会を設けて急変時のことをご本人に考えていただいている(一人暮らし)。
- ・ 認知症の方に限らずですが、終末期に自分はどのような支援を受けたいのかは、色々な場面で伺うようにしている。
- ・ 急変の時のために、緊急連絡先を聞いておくこと
- ・ 独居の為、急変時の対応について合鍵の作製や対応の仕方、連絡先の手順等改めて話し合った。
- ・ 本人が一人暮らしまた家族の支援を見込めない場合は、任意後見等の話もして、本人が自分で後見人等を選任し将来の選択肢(人生における)を広げていくことも大切だと考えている。
- ・ 独居ならば、入院・入居・連絡先(身内)を決めてもらうことが先決。主治医を決めてもらう。家族と同居していても同じである。キーパーソンの体調や仕事のことも伺う。
- ・ 事前に急変時の対応を話し合う(搬送先・延命処置など)
- ・ 普段の関わりの中で急変時や今後の意向など本人や家族に話を聞くようにしている。

○家族との調整

- ・ 家族が遠方に住んでおり、急変時に直ぐに駆けつけることができないことを想定し、高齢者見守りサービスへ加入してもらい、救急時に駆けつけられる体制をとった。
- ・ 家族様と急変時の対応についての話し合い
- ・ 家族に、今後のことをすごく遠い未来のように想定して、何をしたらいいかを伝えておく。直近というと、怒るので。
- ・ 認知症の為、指示の入りに波があり、歩ける場合歩けない場合があるので、ご家族間の協力がとれる時間帯や体制に合わせて対策を定期的に話し合っている。(本人の状況も変化していくので)
- ・ 家族の仕事場への連絡を入れてよいかの確認を取った。
- ・ 家族との緊急時の連絡体制を事業所と共に共有する。
- ・ 介護 4 でショート 3/W、デイ 4/W 利用。認知症の進行とともに意思疎通が難しくなって

- いる。ショートから救急搬送もあるが、家族・施設・ケアマネで延命措置の対応を決め
- ・本人の意思決定が難しいため、日頃から家族等に情報を収集している
 - ・事前に家族で先のことを話し合うようにしている。
 - ・各関係者間で密に連携を取り、家族へ協力・支援を仰ぐ。
 - ・今後起こりえるリスクを早めに家族に伝え気持ちの面でも備えてもらうようにしている。
 - ・ご家族との関係性が良好であれば、折に触れて延命措置等の場合の話もしているが、家族間の関係が悪い場合は、なかなか本人の意向を聞いてはいただけない。
 - ・ご本人の意向をご家族が聞いておられるか確認する。
 - ・ご家族が複数いる場合は、方向性が統一されているかやキーパーソンの大切さを共有。
 - ・家族の緊急連絡先をチーム間で共有しておく。認知症発症前の意向を介護者に確認する。

○その他

- ・入院が考えられる場合、精神科のある病院へ受診してもらうなど、準備をしている。
- ・独居生活が突然困難になった際の施設入所の準備や待機期間は役割分担は決めておく。
- ・連絡先の確認・更新
- ・本人が発した言葉を家族・支援者から聞き取り、本人の意思を家族で共に推測る。
- ・徘徊する利用者に対して、見守りネットワークやGPSの提案を行い、事故に繋がらないように取り組んだ。
- ・徘徊が始まるかもしれない利用者に対して、GPSや徘徊感知器の検討を進めている。
- ・認知症が進行した時点で担当になると、本心を聞く事が困難に思う。過去のご本人の背景を家族から聞くと、とても延命措置を希望されないと思うことがある。
- ・成年後見などについて、家族、本人に伝え、検討いただく。
- ・意思確認は家族対応となることは念押ししている。
- ・日常的な安否確認、鍵の確保（外からでも開けられるように）

3② 認知症を有する要介護者において、急変時の対応に悩んだこと、困ったこと

○意向の確認

- ・夫婦二人暮らしで、主介護者も認知症になりつつあり理解が難しくなって、方向性について二転三転する。
- ・訪問時には既に認知症が進行しており、本人の意思の確認ができなかったケース
- ・本人が不調の訴えができない
- ・家族や本人に病状が進行した先の生き方や治療について確認していく必要がある。
- ・認知症の進行と合わせて身体の状態変化あり、本人の意向を伺えなかったことがある。
- ・急変時以外でも認知症の方の意思確認は難しい
- ・認知症が進んでから支援者が関わり始め、既に末期だった場合、ご本人の意向確認がむずかしい。

○意向の尊重

- ・ 家族間で意見の相違があり、本人の意向もはっきりとしたものがない場合の相談。
- ・ 本人がどのような治療等を希望していたか、事前に確認しておけば本人の意思に沿った支援がもう少しできたのという事があった。
- ・ 認知症に限らず、意思決定が難しくなった高齢者が、食べられなくなった時、本人は胃ろう等望んでいなかったと言われつつ、命を繋ぐための治療で家族が了承してしまう
- ・ 急変時や認知症が進行されているときからの支援では、家族の意向が強く出ることがあり、なかなか本人の意向を主体に置くことが難しい場面があった。
- ・ 認知症の有無に関わらず、意思確認が十分にできなくなり、家族の意向で胃ろうの医療措置を施されて、ご本人の悲しそうな表情で介護される表情に、家族もつらくなることがあった。もっと確認や話し合いができていたらと思った。
- ・ 腰の痛みの訴えがあり家族に受診を進めたが、しばらく受診せず、本人も痛みもわからなくなり、そのまま日が経過し定期受診したところ圧迫骨折していた。もう少し早く家族に受診を強く進めるべきだったと思った。
- ・ 本人が意向を示すことが難しい ADL の方。家族の意向で支援が進んだ。
- ・ 死が近づく中の本人に意思を確認することは難しかった

○その他

- ・ 家族から救急対応した方がよいのか等、委ねられる事があった。
- ・ 担当ケアマネとなった時に認知症は進行しており、本心を聞く事が困難に思う。今までのご本人の背景を家族から聞くと、とても延命措置を希望されないと思うことがある。
- ・ 家族がいない方については、本人の意思を代弁できる人もいないので、行政に家族の追跡調査を依頼したこともあったが、「難しいので」とのことで話が進まなかった。

4 認知症高齢者の方の意思を尊重した看取りの体制について、悩んだことや困ったこと

○看取り支援の調整に困った

- ・ 医療・介護を拒否された際のサービス事業所や家族様・近隣住民との対応についての検討
- ・ 看取り支援の以前から、妄想や意思疎通の難しさがあり、症状（内科的な）進行に伴い精神症状も悪化した時に、メンタル面の医療的な支援・内科的な状況との兼ね合いが難しかった。
- ・ 本人自身よりご家族が息子様の場合、不安が大きく、訪問看護や往診の先生をなかなか決めることができなかった。
- ・ 看取りの時、先生から在宅酸素を進められたが拒否されたケース。薬になるなら、酸素をしても良いのではと思いました。

○その他

- ・本人の意向は汲み取るしかできないので、家族と本人の思いにできるだけ添った対応を小まめに考えている。
- ・自宅での看取りを希望されていたが、急変時に搬送され、そのまま帰ることがなかった。家族の不満があったように思う。
- ・家族が介護されており、本人の「家で暮らしたい」という気持ちを尊重されていたが、認知症が進行。家族は心身ともに介護負担あり。認知症の想定はなかったかもしれない。
- ・5.6年前に担当させていただいた時は、病院の緩和ケア病棟に入院をお願いしたが認知症はダメと断られた。老々介護で途中から娘も仕事を休み手伝いをしたが、大変な思いをされた。
- ・認知症末期による看取りは、基本的にご家族様の意向が全てになる。苦しそうにされているご本人をいかに安楽に過ごしていただくか、ご家族が思いを持って対応されている方法が不適切な場合の伝え方に悩んだ。