

西区在宅ケア連絡会活動報告書 (VI)

シンポジウム「つなぐかかわり ～ 地域連携を考える パート3」
ずっと家で、ずっと地域で、イネさんの思い・・・

平成22年5月18日(火)



西区在宅ケア連絡会

I はじめに

— 平成 12 年 6 月 発行分 —

平成 6 年から 8 年にかけて社会的に多くの議論がなされた。それはその後急速に高齢社会が到来し、社会環境も変化し、地域における市民相互の共生が求められるであろうということ、また、在宅療養支援に対する要望も高まり、地域ぐるみでの多くの分野のサービス間の連携が求められるようになるであろうということ、そしてこれらのことにどのように対応するのが良いのか、という議論であった。(略)

II 発足までの経緯

平成 8 年 12 月発刊の札幌市医師会医療システム検討調査委員会報告書—在宅療養について II—において、在宅療養者のもつニーズ情報、サービス提供者のもつサービス情報そして医療提供者のもつ医療情報が一つにまとめられ個々への対応が検討される体制づくりが望ましいとの提言がなされたが、具体的な活動の動きをみることはできなかった。そこで、札幌市医師会員の有志が検討をした結果、実際に地域の関係者に呼びかけてできることから始めてみよう、ということとなった。(略)

平成 9 年 7 月 15 日第一回幹事会が開催され、以下の活動目的のもとで西区内の医療、保健、福祉の関連施設、機関に広く参加を呼びかけて第一回連絡会を開催することが決定され、実際の活動が始まった。

この会の活動目的は、以下のとおりとされた。

- 1 西区内に在住し、在宅療養を希望する人の、在宅療養推進のための連絡調整をはかること
- 2 各施設、機関から現在の問題点の調整を求める提案をすること
- 3 希望者の在宅ケアのサービスメニューを作成すること
- 4 医療を希望する人の主治医をさがすこと
- 5 医療機関相互の連携を推進すること
- 6 活動結果の見直しを継続的にこなうこと

活動報告書 (II) のために — 平成 17 年 10 月 発行分 — (略)

活動報告書 (III) のために — 平成 20 年 10 月 発行分 — (略)

活動報告書 (IV) のために — 平成 20 年 10 月 発行分 — (略)

活動報告書 (V) のために — 平成 21 年 7 月 発行分 — (略)

活動報告書 (VI) のために — 平成 23 年 5 月 発行分 —

前回の報告書発行、以降も活動は継続されている。平成 22 年 5 月には、前年、前々年のシンポジウム「つなぐかかわり～地域連携を考える パート 1 および 2」の続編として、第 138 回西区在宅ケア連絡会シンポジウム「つなぐかかわり～地域連携を考える パート 3」を開催した。この活動報告書 (VI) は、これを特集として発刊したものである。

なお、平成 19 年 3 月、鎌倉幹事のご努力で、ホームページ (<http://maglog.jp/zaitaku/>) が開設された。

(幹事会 坂本 仁)

Ⅲ シンポジウム（第138回 西区在宅ケア連絡会 第87回手稲区在宅ケア連絡会）

シンポジウム『つなぐかわり～地域連携を考えるパート3』

「ずっと家で、ずっと地域で、イネさんの思い・・・」

（札幌市介護支援専門員連絡協議会 西区・手稲区支部研修会）

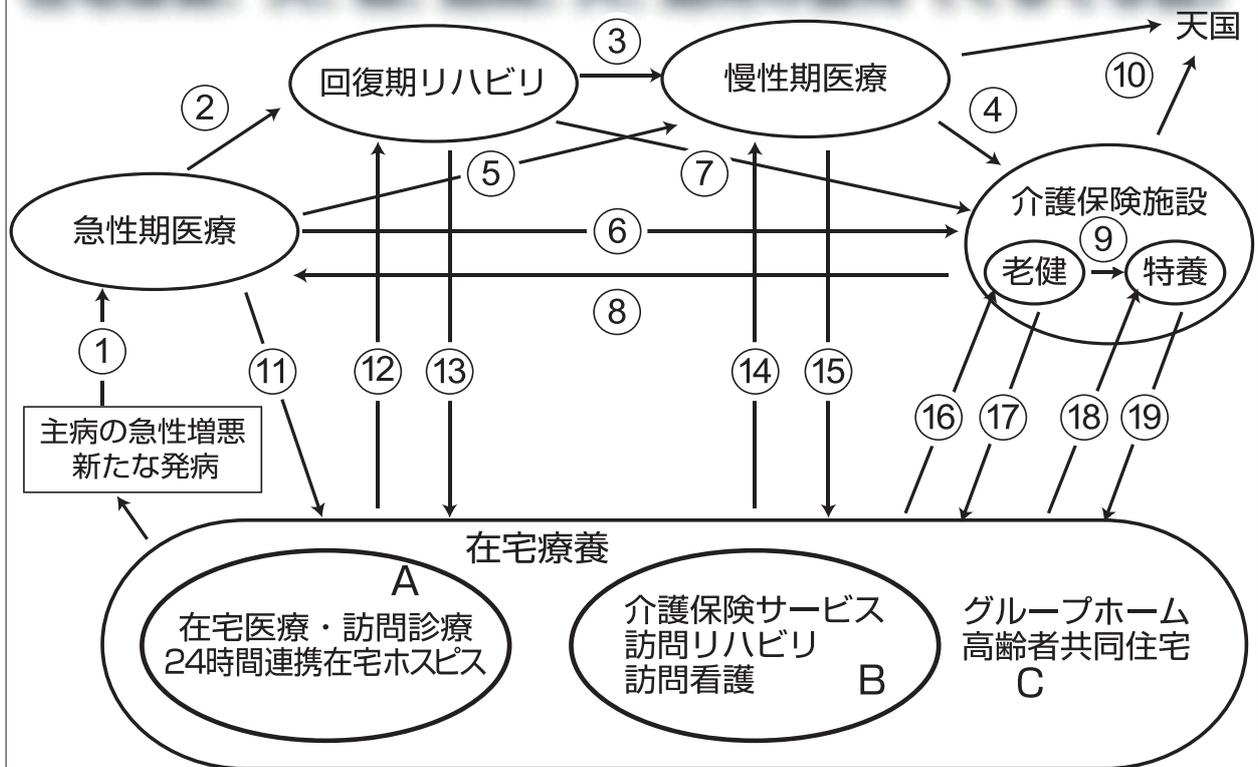
（札幌市医師会西区・手稲区支部地域ケアに関する合同研修会）

平成22年5月18日（火）西区民センター 大ホール

昨年、一昨年のシンポジウムの続編です。再び倒れた太郎さん。イネさんは認知症も進み、いろいろ相談してグループホームへ入居しました。落ち着いた生活を送っていたかのように見えたのですが…。

家に帰りたい気持ちが日に日に強くなったイネさん。あるとき家に帰ろうとして迷子になってしまいました。連絡を受けた長女は一緒に住むことを決意します。しかし、現実には厳しいものでした。いつまでも家で、地域で暮らしたいイネさん。私たちはどのように支えることが出来るのでしょうか…。

在宅療養、入、転、退院、入、退所の動向（ぐるぐる図）



西区在宅ケア連絡会作成

<配役>

西 太郎(夫)	岩間さん(秀友会介護保険相談センター 介護支援専門員)
西 イネ(妻)	山崎さん(札幌第一病院 MSW)
政子(長女)	高桑さん(平和リハビリテーション病院 MSW)
隆 (長男)	千葉さん(札幌市西区第一地域包括支援センター)
平和(ケアマネジャー)	赤羽根さん(秀友会在宅部 PT)
吉田(グループホーム職員)	谷藤さん(訪問看護ステーション山の手 看護師)

<司会> 乙坂さん(五天山園 介護支援専門員)

<解説> 宮本さん(西成病院 内科)

<ナレーター> 上河さん(訪問介護ステーションはばたき)

乙坂(司会):ただいまから公開シンポジウム「つなぐかかわり～地域連携を考える パート3『ずっと家で、地域で、イネさんの思い・・・』」を開催いたします。本日の司会を担当いたします、五天山園の乙坂です。よろしくお願いいたします。はじめに札幌市医師会西区支部長阿部泰久さんからご挨拶をお願いいたします。

阿部支部長:西区支部の支部長をやっております阿部と申します。先日札幌市に、『札幌市の医療を考える会』という、向こう5年10年の札幌市の医療をどういうふうにしたらいいかという骨子をつくる会がございまして、その中の中間報告で大変皆様にご報告したほうがいいんじゃないかというような内容がございました。それは、医療連携とか医療ネットワークの中心に、現在あるこの在宅ケア連絡会を、非常に大きな柱として、これから推進していくというような最終報告がこれから出るそうでございますので、どうぞ皆さん、今後とも多いにがんばられて、札幌市の医療の中心になれることをお祈りして、私のあいさつとさせていただきます。

乙坂(司会):ありがとうございました。それではごあいさつをもうお一方、札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部長青野さん、お願いいたします。

青野支部長:西区支部長をおおせつかりました青野と申します。介護保険ができて10年が過ぎました。本日のテーマでもあります地域連携につきましては、実は西区支部もケアマネの連携のほうでも、昨年ちょっとキーワードということで取り組みを始めさせていただいております。特に昨年度は医療連携ということで、この会場で、西区あとは手稲区の在宅に携わっておられる先生方をはじめ、医療ソーシャル・ワーカーの方、あとはケアマネさん、全部で100人以上だったと思うんですけども、こちらのほうで研修会を開催させていただきました。

在宅ケア連と同様に、西区支部の研修会、これから役員11名体制で昨年よりも増して、一生懸命やってもらいたいと思います。皆様よろしくお願いいたします。

乙坂(司会):ありがとうございました。それでは、先ほど阿部さんの紹介にありましたが、札幌市保健所医療政策課で、医療の実情をいろいろ調査しているということで、せっかくの成果ですので、田原さんに、コメントいただきたいと思っております。

田原:札幌市保健所医療政策課の田原と申します。私も『札幌の医療を考える会』というところの事務局をやっています、市民の目線に立った医療計画を考えたいと思っています、保健福祉医療の連携ということがキーワードで考えております。

先般、3月に札幌市政の市民満足度調査というのをやりまして、いろんな政策、49項目の中で、

高齢者に対する福祉の充実ということについて、市民満足度は最下位ということになっています。重要度は49項目中第3位ということで、市民の方は考えております。また、新たなニーズに対応した医療の確保については、49項目中44位ということで、満足度については、福祉も医療もかなり市民は満足していないと。

しかしながら、重要度は医療に関しては第1位というふうに考えております。こういう状況の中で、皆さん方がいまやってらっしゃる、ぐるぐる図というのが、医療と保健、福祉の中で、実際どういうふうに動いているのかということ、西区の患者さん、脳卒中患者さんということ、考えて、今年の1月1日から5病院を対象として、今年の1月1日から125名がどのような動きをしているかということ、いま調べているところでございます。

その結果、その発症といいますか、疾病の急性増悪、新たな発病ということで、この5病院に入られた方が、その前に、この125名中、承諾書をいただいた方が125名中82名でございました。この患者さんについて、これから調査をしていきたいと。それで急性増悪、新たな発病ということで入られた方が80名、それからグループホームから、この5病院に入られた方が1名、それから老健施設から入られた方が1名、82名でございます。この5病院の中には回復期リハとか、急性医療のベッドをもってらっしゃるところも多くあるんですけども、そこから別な病院の回復期リハに行った方が28名、それから慢性期医療病棟に行った方が3名、それから老健施設に行った方が4名でございました。この中で一番多かったのが、在宅療養に入ったという方が46名で、全体の56%を占めておりました。

ここから皆さん方をお願いですけれども、これから回復期リハ、慢性期医療、介護保険施設、グループホーム等に行った方が、次にどういう状況になっているかということについて、さらに調査をしていきたいと思っておりますので、ご協力よろしく申し上げます。

乙坂（司会）：ありがとうございました。是非この連絡会とともに、こういった調査は初めてだと思いますので、是非、いいかたちでのものをつくっていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、今日の資料の説明を簡単にいたします。皆さんもすでにお手元にあると思いますが、今日使う資料、レジュメとともに、パート1・2のあらすじと書いたもの、それからパワーポイントの資料を綴じた物が資料、それらを綴じた物が今日の資料になります。

それではパート3のシンポジウムに入る前に、去年一昨年とやったシンポジウムパート1・2の振り返りを簡単にいたしましょう。

お手元の資料にもありますが、パート1のあらすじです。ここでは西区内に太郎さんとイネさんが仲良く二人で住んでらっしゃいました。夕食後、二人でテレビを見たときに、太郎さんは立ち上がって歩いたときに急に転んで倒れてしまう。そして、それを見たイネさんは呼びかけるも、どうしていいかわからないということもありましたが、なんとか救急車を呼び、急性期の病院へ入院する、というところからスタートしました。皆さん覚えてらっしゃいますか？

そこで一命をとりとめた太郎さんでしたが、そこで一生懸命リハビリをして帰ろうと思ったけれども、長く入院できないということで、急性期から回復期へ転院いたします。がんばったせいもあって、少し機能は回復するも、イネさんはあまり自信がなくて、自宅へ外泊して失敗もありました。結局、太郎さんが帰りたいという思いはそこでは実現できずに、慢性期の病院へ転院いたします。これが第3ステージになりました。

そこで、家に戻ることを半分あきらめかけた太郎さんでしたが、リハビリをがんばって在宅の条件整備も整え、初めて知る医療制度だけではない介護保険サービス、福祉サービスなども教えてもらいながら、念願の家に帰るといふ展開でした。「知らないことばかりだった、制度が知らない私たちも悪いけれども、人のためではなくて制度のために合わせるみたいだ」という言葉をはかれてパート1は終了しました。

昨年のパート2では、また残念ながら太郎さんは自宅で倒れ、入院いたします。今度はかなり長期になりそうです。認知症が少し進んでいて、イネさんはケアマネジャーもついているいろいろなサービスを検討しますが、なかなか受け入れることができません。小規模多機能の利用を進めながら、イネさんの介護計画を徐々に進めていったという経過がパート2です。結果的には、イネさんは知り合いが利用していることもあって、小規模多機能の通所も利用しながら、お父さんに面会にも行けるという安心も得たために、併設のグループホームに入居するというところでパート2は終了しました。

なにをおいても、やはりこのシンポジウムの根幹となるもの、この連絡会の基礎となるものは、先ほどから話が出ているぐるぐる図です。今日も資料にも残しておりますし、すべての疾病・障害は、このぐるぐる図をもとに展開されるということで過言はないと思います。ということで、早速、今日パート3を進めていきたいと思います。

上河（ナレーター）： はばたきの上河です。今日はナレーターを務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

乙坂（司会）： 今回の進め方について、簡単にご説明をさせていただきたいと思います。

今回はシンポジウムということでございますので、今日ご参加いただいている皆さんが、皆さんがシンポジストということでございます。本当に忌憚のないご意見を頂戴しながら、今日のテーマであります「地域連携を考える」、そして今回はイネさんという認知症の方の思いを、果たしてこれだけたくさん関係者の方で、思いをとげることができるのかどうかというテーマに向けて、皆さんで共有をしていきたいと思います。今日は強力な助っ人の方というか、前回もご参加いただきました、認知症については本当に一生懸命診ていただいております、宮本先生にも資料をつくってきていただいております。

本日、4ステージありますので、1ステージごとに一旦止めて、そして先生のほうからのポイントをお話しいただき、そしてフロアのほうから意見をいただきということで、20時ちょっと過ぎぐらいまで、順調に進めていければなというふうに思います。

それでは早速始めたいと思います。まずはステージ1でございます。今日は前々回から役者の方にもたくさんご参加いただいております。また、なじみの声も聞けるかとおもいますので、ご出演者の方、よろしくお願いいたします。それではよろしくお願いいたします。

<ステージ1：「私、家に帰る。」と、イネさんが言った。> 上河（ナレーター）：

グループホームに入居したイネさん、少しずつ生活にも慣れてきましたが、忘れてしまうことも増えました。でも、夫の太郎さんに面会に行きたい気持ちは強く、なかなか時間がとれないグループホームの職員を困らせることもあります。

「遠藤さん、遠藤さん、早く来て」と声を上げるイネさん。

「はい、どうしましたイネさん、私は遠藤じゃなくて吉田ですよ。」

「今日、お父さんの所に行く日でしょう？」

「あらイネさん、昨日一緒に行ったから明日ですよ。明日一緒に行きましょうね」

「でも、行かなきゃ。お父さん待っているし」と、イネさんは不満顔です。

グループホームは人手が足りなくてイネさんの希望どおりにはいきません。翌日のお昼に職員に連れられて太郎さんの所へ面会に行きました。

「おお、イネ、来たかい」ほぼ寝たきりで小さな声の太郎さん、嬉しそうです。

「吉田さん、いつもすまん。ああ、帰りたいな。もう病院はイヤだな。イネも帰りたいだろうに。」と、寂しそうな太郎さん。

イネさんは太郎さんを優しく見つめています。イネさんは、面会のたびに、太郎さんに帰りたいと言われていて、イネさんは自分が家に帰れば、太郎さんも家に帰ることができると思いこみはじめました。思いは強くなり、グループホーム職員に「家に帰る」と、繰り返し言うようになります。

家に帰る気持ちは強くなっても、現実にならないイネさん。太郎さんに面会に行ったある日のこと、連れ添ったグループホームの職員、吉田さんが、「イネさん、私ちょっと看護婦さんに会ってくるから太郎さんとお話ししててくださいね。」と言って離れました。

太郎さん、「マサコやタカシは元気かな？」

イネさん、「うん…」太郎さんの顔を見て、「お父さん、私行ってるから。」と言い、キョトンとしている太郎さんを背に歩き出しました。

病室に戻った吉田さん、イネさんの姿が見えないのに、「あら大変、どこに行ったの？」太郎さんは、「わからん」と答えるだけです。病棟内を走って探す吉田さん、玄関を出て外も探しますが見あたりません。吉田さんは、グループホームに戻って報告し、車に乗って自宅へ行きました。が、いません。もうかなり時間も過ぎています。警察署の生活安全課と町内会へも連絡しました。「吉田さん、いました。」ほかのグループホームの職員が、太郎さんの病院のすぐ近くで見つけました。家に帰ろうとしたけど、道に迷って病院のまわりを歩いていたようです。

グループホームに戻ってきたイネさん、「なして戻すの？帰らなきゃ、家に。父さん待ってるから、お願い、帰らせて。」帰りたい気持ちを訴えます。

グループホームは栃木にいる長女へ連絡し、この日の出来事を伝えました。長女は驚き、「来週、うかがいます」

乙坂（司会）：これがステージ1になります。いまの症例をちょっと頭にふまえたうえで気付かれた点ということで、宮本先生のほうからちょっとコメントを頂戴したいと思います。

宮本：まず、帰宅願望ですけれども、帰宅願望というのは、一般的には入所の直後に表れることが普通です。でも、このイネさんの場合、最初の頃はグループホームに慣れてきたようで、途中から「家に帰りたい」と言うようになりました。この場合、これがそうです。

1番、帰宅願望は入所直後に出ることが多い。それでこのイネさんのケースの場合、2番、なぜ慣れたころに帰宅願望が出現したのかを考える必要があります。そして考えていきますと、イネさんが「帰りたい」と言ったのと同じ頃、太郎さんが「家に帰りたいな、病院はいやだ」と、何回も言うようになりましたよね。私たち職員でしたら、その太郎さんの言葉を思い出して、もしかしたらイネさんは、太郎さんがこういうふうに言っているから、イネさんは帰りたくなっただんじゃないかなと考える必要があるかと思えます。その場合は、そこまで分かっただけで、ではどうしたらいいのかということなんですけれども。

3番、夫から妻に、太郎さんからイネさんに「自分が入院しているあいだはグループホームで暮らすように」と、病院で言ってもらうことが必要なんです。そうしますと、イネさんは、ご主人の言葉に納得します。「夫が入院しているあいだは、自分はグループホームにいたくちゃいけないんだな」と理解しますから、おそらく、それはもしそういうことをしていましたら、4番、上記対応で帰宅願望が消失した可能性があります。このケースは私はそのように考えました。

また、たとえこの後、イネさんが病院の近くで家に帰ろうと思って迷っていた後、グループホームに連れて帰ってきたときに、「どうして、私、グループホームに戻らなくちゃいけないの？」と、納得いかない様子でしたよね。そのときにも、やはり太郎さんから「自分が入院しているあいだは、グループホームで待つように。元気になったら一緒に家に帰ろう」と言ってもらうことが、このイネさんの外に出ていってしまうという、そしてまたイネさんの納得できない気持ちを納得させることができた、私は考えました。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございました。いかがでしょうか？前回のストーリーから、一旦はイネさんの安全確保に伴い、グループホームに入居されたんですが、なかなかお父さんに定期的に面会に連れていってもらえるようなグループホームというのは、西区内にはたくさんあるんだと思うんですが、僕の聞く範囲ではあまり、なかなか人手も厳しくてないというふうに聞きます。ただ、いわゆる身近なところでお父さんに会いに行くことと、お父さんが家に帰りたいという思いが重なって、そして、いま先生がおっしゃったように、なかなかストップが効かずに、家に帰る方向の思いが、きつとつっていったというストーリーになっているかと思います。確かに対策の方法とか、たくさんあるかと思うんですが、いま現実的には、こういう状況下になってしまったということになります。

宮本：私から一つ会場の皆さんに聞いてみたいんですけれども、皆様で施設でも病院でもどこでもいいんですけれども、帰宅願望で非常に困った経験がある方ってどれくらいいらっしゃいますか？ ちょっと手を挙げていただけますか？帰宅願望で苦労された方。何割くらいでしょうか？

乙坂（司会）：やっぱり3分の1くらいは。

宮本：3割くらい、分かりました。

乙坂（司会）：ありがとうございます。では、帰宅願望が出たときに皆さんはどういうふうに対応なさいますでしょうか？「これだ」という秘策なんかがあったら、それはいろんな人に該当になるかどうかは別として、どういうふうに対応なさるかというので、もしなにかいい方法があったら、いま3分の1の方が困ったと手を挙げていらっしゃるかと思うんですが、なにかございませんか？

では、もう一つ私のほうから先生にちょっとご質問でもよろしいですか？ 家なのに、「家に帰りたい」という事例は、皆さん、聞かれたことはないですか？家にいながら「家に帰る」というふうに、困るような事例があると思いますが、そういったときに、なにかいい方法として、もし先生のほうから。多分、昔の家に帰りたいという思いだと思うんですね。

宮本：私の経験では、あるおばあさんが家にいながら、「家に帰る」と言いまして、「もうその家は多分ない」と聞いたと思うんです。それでその家のお嫁さんは大きな貼り紙をしたそうです、「ここは誰それさんの家です」と。貼り紙をしたところ、「家に帰りたい」と言ったら、「お婆ちゃん、お婆ちゃん、これ見て」と言って、その貼り紙を指して、そのおばあさんは読むことができましたので、「ここは誰それの家です」と書いてあるので、「ああ、そうか」と言って納得したというケースがありました。

乙坂（司会）：ありがとうございました。なにか皆さんシーンとおとなしいですけれども、是非ご発言をいただきたいと思います。それではステージ2ということでお願いします。

<ステージ2：「私、札幌で母と暮らします。」と、長女は言った。> 上河（ナレーター）：

グループホームからイネさんの生活の様子を聞く長女、認知症も少しずつ進んでいることも聞きました。隣に座るイネさん、ときどき長女の顔をのぞき、「ごめんね、ごめんね、だって父さん待ってるからね。」と、言います。ひとまわりも小さくなったように見えるイネさん、長女は手を握り、「うん、分かってる、いいんだよ。」離れて住んでいる長女には、母であるイネさんの状態をよく分かっていないようでした。大きく変化している両親の姿を見て、自責の念もあるようです。析

木へ帰った長女は、グループホームでの話を夫へ伝えました。そして、「ねえ、私、母と住んでみる。大変なのは分かっているけれど、いましかないと思うの、ごめんなさい、私も後悔したくないし。」夫は少し沈黙の後に、「分かった、子どもたちも、もう大人だしな。こっちの心配はいらないから、大丈夫だからそうしてあげろよ。」と、優しくうなずいてくれました。長女は弟にも電話します。「タカシ、姉さん札幌で母さんと一緒に暮らすから。うん、大丈夫だよ、心配ないから。」弟はびっくりして、「姉さん、一人で無理するなよ、俺も相談にはのるからさ。」

長女は札幌へ帰り、イネさんと生活することを決めました。イネさんが入居しているグループホームにいて、グループホームから自宅へ戻る人は多くないそうです。これまでイネさんに関わっていた関係者が、退去後の在宅生活について話し合っています。

以前、担当した小規模多機能のケアマネジャー平和さんが宿泊や通所訪問サービスなどの利用を薦めていますが、長女は、「私、母と二人でやってみたいんです。大丈夫です。母も私とだとできると思うんです。実の娘ですから。」と、かたくなにサービス利用を拒みます。ケアマネジャー平和さんは、「必要なとき、困ったときはいつでも連絡をくださいね。」と、言って終わりました。

宮本：ここでは私は、まず1番、娘さんは認知症を理解していないと考えたほうがいいと思いました。というのは、普段認知症の人と接している家族の人ですら、認知症の症状というのはよく分かっていないのが普通です。暮らしている人に比べて、この娘さんは全く接していなかったので、お母さんのことも分からないし、それから認知症ということも分からないと思いますので、非常に理解度が低いととらえることが、まず一番重要ではないかと思いました。それが1番です。

そして、そのためにはどうしたらいいかということ、ここでも「イネさんの生活の様子を教えている」と書いてあるんですけども、具体的に2番は認知症の様子と対応方法を伝えることが重要と書きましたけれども、娘さんに、イネさんはグループホームではどんなことができ、どんなことができない、どんなことが分からない、そういうことを具体的にいまの状況を伝える必要がまずあると考えました。そしてグループホームでは、そういった症状が出たとき、どのように対応しているかということ伝える必要があります。

それは具体的なイネさんの症状ですけども、3番として、「認知症理解のために、小冊子提供などが必要」と書いたんですけども、あとは一般的な、イネさんにはまだ出ていないけれども、これから出る症状とか進行していくとこうなりますとか、そういうのが書かれている、たとえば家族会で出している150円の小冊子とか、そういうものを、情報の提供をするということが必要だと考えました。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございます。いまは場面から見ますと、離れているご家族の方が、なかなか認知症に対する理解がちょっと薄いなという感じでとられたと思いますが、今日はケアマネジャーさんもたくさんいらっしゃると思うんですけども、離れたご家族は、近くにいると、割理解とか説明しやすいと思うんですが、離れているご家族で、いわゆる親の認知をどうしても認めてもらえないような、そういうご苦労なされたような経験やら、あるいは、いま現在進行形でそれにちょっと悩まされているような方から、ちょっと現状ということでご発言いただけないかと思うんですがいかがでしょうか？

会場から：すこやか介護サービスと申します。いま私が関わっている98歳の認知症の方がいらっしゃるって、札幌市に一人の娘さんと、あと東京と鳥取に娘さんがいらっしゃるって、1カ月か2カ月おきくらいに鳥取と東京から、ときどき娘さんがいらっしゃるんですけども、今年あたりから東京とか鳥取から来た娘さんが来ると、帰った後にすごく不安な状態になったりとか、あと、東京とか鳥取の娘さんが来たときに「なんで家に来るんだ、家の物を盗りに来たのか」とか、そういう状況を把握するのが難しくなってきたりとか、東京と鳥取の娘さんが帰られた後

に、ちょっと混乱状況が進んで、実際に看ている札幌市の娘さんが、その後の対応がちょっと困っているというような事例があります。

乙坂（司会）：ありがとうございます。いまはご家族の理解というよりは、本人が本州のご家族が来ることによってちょっと混乱をして、ペースを崩してしまうというような報告があったかと思いますが、なかなか認知症の患者さんの方で、私なども思うんですけれども、知らない人が来たり、あるいは急に離れている方が来ると、そのときはちゃんとするような事例って結構ございませんでしょうか？

とくに困るのは、認定調査の調査員の方にはちゃんとお答えをして、その後で全然とんでもない生活に戻ったりなんていう例もあるかと思うんですが、なにかそういうような類する事例で、本当に困ったような経験であったり、あるいは感心したような事例があれば、ご発言いただけないでしょうか？

なかなか家族が認知、本人の認知を認めない場合に、実際にサービスを提供している事業所の方であったり、あるいはケアマネジャーは分かると思うんです、そういう症状について。それをご家族にどういうふうに伝えていращやるか、どんな方法を使ってそういう、なかなか病院にも行ってもらえない患者さんもたくさんいると思うんですけれども、どういうふうに家族なりを理解して、そちらに導いているかということで、こんな苦勞をして導きましたという方法などがもしあったら、ちょっと、どなたかご発言いただけないでしょうか？

宮本：よろしいですか？ 私の経験なんですけれども、物忘れ外来にお母さんを連れてきた娘さんの話なんですけれども、最初の頃は、後から振り返ってみると、私には本当のことを言わなかったっていうんです。軽目に言っていたというんです。それで私もちょっと不思議だと思ったんですけれども、私の場合は必ずその 150 円の小冊子と神奈川県で出している 250 円の小冊子を基本に、あとエーザイさんの無料のパンフレットとかを渡してまして、少し時間が経ってからその娘さんが言うには、私が渡した小冊子を読んでも、「全く母の症状そのものだった」と言うんです。

それで、「私は最初は認めたくはなかった」と、お母さんが認知症であるということ。「だけれども、その小冊子を読むことによって、全く同じだって分かって、それでよく分かりました」という、そういう私は経験があります。

乙坂（司会）：はい、さすがにやっぱり先生がおっしゃっていただくと、それ相応の説得力はあるんだなと思うんですが、なかなか現場でやっている者としては、その病院まで導くとか、そのことに関心を持っていただくというあたりで、非常に苦勞をすることが、私などはあるところなんですけれども。

実際場面はどうですか？ 共感だけではなくて、なにか「こんなことでいま困っています」という SOS でも結構ですので、どなたかご発言いただけないですか？

あと、今日は包括センターの方などもいらっしやっているかと思いますが、結構要支援という認定で出ても、実際面は生活あたりで結構大変だなという事例はたくさんあるんじゃないかと思うんですが、皆さんもご承知のとおり、要支援 2 と要介護 1 というのは、実は同じカテゴリーで、片や認知が評価され、あるいは身体の不安定が評価されるかによって、要介護 1 になったり支援 2 になったりするところではあるんですけれども、そういうすれすれのような事例の場合、包括センターさんあたりでは、関わったときにどういうアプローチなりをしてるかというのを、ちょっとご発言いただきたいと思いますというんですが。

西区第一包括支援センターの坂本さん、ご発言をいただいてもいいですか？

坂本：西区第一地域包括支援センターの主任ケアマネの坂本です。私の場合は、まず申請の段階で、もう認知症がきつと進んでいるのでないかという、ご家族さんからのお考えといえますか、まず申請で区役所に行った時点で、「大変なんです、介護保険を使いたいんです」ということで、申請した窓口から直接包括のほうにご相談に来るといふ事例が多くなっておりまして、あと、「認知症だと、どういうことをしていただけるんですか？」という、「前倒しで使いたいんです」という場面もたくさんあります。

乙坂（司会）：そうすると、やはり認知の事例はここ最近が増えてきているというふうには？

坂本：はい、増えております。

乙坂（司会）：はい、分かりました。いま包括センターさんの現状として、やはり認知に関する相談ごとが増えてきていることが確認されました。それでは、ステージ3、お願いします。

<ステージ3：「こんなはずでは…。」と、長女は思った。> 上河（ナレーター）：

長女とイネさんの暮らしが始まりました。娘がすぐそばにいる安心、母が見せる笑顔に幸せを感じていました。でも、現実には二人の生活を変えていきました。お昼に二人でうどんを食べた後少し経つと、

イネ「お昼はどうすんの？パンがいいね。」と、イネさん。最初の頃は、笑顔で切り返していましたが、最近はときどき小さなため息になることも。

太郎さんのところに行った後も、

イネ「あれ？ お父さん家にいないね。どこ行ったんだろうね。」と言うイネさんに、

長女「いま会ってきたじゃない。」

イネさんと朝、顔あわせると、「あら、あんたいたの？ いつ来たのさ？」

ダンスや棚の中をなにか一生懸命探しているイネさん、

長女「お母さん、どうしたの？なにか探してるの？」

イネ「うん、いや、なんでもないよ。」しばらくして、またごそごそと探しています。

イネ「あらあ、なんでないの？ どこやったんだろう？」

長女「なにがないの？」

イネ「通帳とハンコさ。いつもここにあるのに。あんた、盗ってないかい？」

長女「あたしが盗るわけないしょ、なに言ってるのさ。」

いままで見たことのないイネさんの表情に驚いた長女でした。眠れず、徐々に疲労が蓄積してきます。イネさんに対して声を荒げることも出てきました。

ある夜、洋服ダンスの戸を開けて、パジャマをおろそうとしていました。

長女「なにをしているの、お母さん？」

イネ「トイレ、ここだよね。」

長女「違うしょ、トイレはあっちでしょ、お母さん。」と、長女はトイレへ誘導して座り込んでしまいました。

長女「どうしちゃったの、お母さん？こんなはずじゃ……。」

長女は、「なにかあれば連絡を」と言った、ケアマネジャー平和さんの言葉を思い出しました。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございました。実際に娘さんが介護をして、離れていて、先ほども解説がありましたけれども、分からなかったけれども、近づいてみて、よりいろんな場面が出て、家族が戸惑い、困っているような状況でございます。

たいてい、認知の症状が、私たちに相談に来るときというのは、こういうものが度重なったときに来る場合があると思うんですが、今回のこのイネさんの事例については、一旦入っているグループホームを、本人が出たいというから、わざわざ栃木から娘さんが来て、そして出して、「大丈夫だから」というふうに言って、在宅支援に関わったところ、こういう症状が出てきたことでございます。

是非、今日ご参加している皆さんのほうから、今回の事例についてのご意見なり、あるいは、「このような似たような事例がありましたよ」という発言でも結構なんですけど、コメントのほうを頂戴できればと思います。いかがでしょうか？

なにかございませんでしょうか？こういう聞き方が非常に難しいですか？本当に認知の事例で、ご家族がこんなことで困っているという SOS を発信しましたということでも結構ですし、こんなときにこう対応しましたということでもいいんですけども、なにか実例をまじえて。これだけたくさんいれば、さっきも認知症の件で、3分の1ほどの方が実際にいろいろ困られているということでも挙手をいただきましたけれども。なにかございませんでしょうか？

会場から：実際に少しずつそういう症状が出てきたときには、まず、どうしてそういう症状が出てきたのかという、たとえば訪問看護で入っていたら、なにか身体的にトラブルというか、そういうようなことが起きていないかどうかというのを見させていただくかなと思います。

なかなかうまく認知症の方は、自分の体のことを訴えられないので、もしかしたら便秘になっているとか、なにかそういうようなことがないかなというふうに思います。あとは、なにかストレスになっているような要因がないかなというふうに思います。

家族の方には、やっぱりいま起こっている、たとえば娘さんに被害妄想みたいな、「盗ったんじゃないかい？」とやっていることに対して、娘さんは、やはりお母さんにそういうふうに行われると、なにかとてもショックなので、別にそれが悪気というか、そうではなくて、お母さんもつらいことと言っているというのと、あと娘さんのつらいということを相談にのるというか、「こういう事例もありますよ」とか、たとえばそういうふうに家族の方にも関わるかなというふうに思います。

乙坂（司会）：そういういろんなサインをうまくキャッチをして、特に認知症状の場合は、自分で訴えられないので、その周辺症状からなにか問題がないかということを受け止めるということなんですけど、たとえば、ご家族の身近な方に、そういう認知症状が出てしまったり、あるいはそういう境遇下の中でケアをしている訪問介護の方であったり、あるいはケアマネさんがあいだに入って、どんなことが困るなというような感じを持たれたり、あるいは認知症を抱えるご家族が、その人と一緒に暮らしていくというあたりで、非常に「こんなところが大変です」というようなことあったら、ご発言をいただきたいと思います。

会場から：秀友会在宅リハビリの上野と申します。訪問リハビリの立場なので、ちょっと違うかもしれないんですが、まずご主人が認知症が進んで来て、奥様が介護していて、やはり「食べる、飲む、出す」という、やっぱり生活を支える、本当に生きるということを支える部分が難しくなってきたときに、まず、どうやってお水を飲んでもらおうかということで、かなりご家族のほうで困っていたケースがありました。なんとか、水を飲みたくないのであれば、ご本人が喜んでもらえるような、たとえば「ジュースだとかスポーツドリンクとかどうでしょうね」ということでお奨めをしたり、あと看護師さんに相談したり、先生のほうにも相談したりしていたんですけども、それでもやっぱり循環器疾患もあるんですけども、なかなか飲んでもらえないときに、ご家族のほうで、「そういえばお父さんお酒が好きだったから、お酒のびんに入れて、お酒のグラスに入れたら飲むんじゃないか？」ということをご家族が思いついてくださって、それで、わざ

とお酒のように氷を入れて出していただくと、飲むようになったりして、全体で考えて、いろいろアイデアを出すときに、いままでの生活習慣とか、好きなものを聞いてうまくいったというケースがありました。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございます。その、いわゆる、出る認知症状に対して、ご家族も本人に対して興味をもっていただいて、どうしたらこうなるかなというベースに立てると、またケアは全然変わってくると思うんですが、認知症状そのものを、なかなか困り事としてとらえて、本人に近づいていけないような事例もなかなかあるのではないかなと。僕は、現実的にはそういう例が非常に多くて、つまり本人の立場に立って優しく構えれば、なんてことのない、ストレスの少ないケアはきっとできると思うんですが、いろんなことをやることに、とにかく怒ったり憤ったりして、やり場のない怒りを抱えていらっしゃるような方は、きっとたくさん目の当たりにしているのではないかなと思うんですが、そのような類する事例であったり、そういうような事例を、こういうふうにアプローチすることによって、こう理解してもらいましたというようなものを、もしご経験なりご発言があればちょっとお願いしたいんですけども、いかがでしょうか？

会場から：ケアプランセンターあさと申します。私の事例では、やはりご家族が暴力に走りやすくなるんです。認知症の人、女性が認知症で、年齢的に80歳以上だと、ご主人もしくは息子さんが来たときとかに暴力的に走りやすくなりがちなので、そうなってくると、ご本人の認知症の症状というのは、パニックを起こしたり興奮することで、どんどん進んでいきますよね。そこをなんとかということところで、ご主人には「あまり本人の話しを聞かなくてもいいから、ちょっと距離をおいてほしい」ということをお願いして、本人のことに一切関わらないように、ただ危険がないように見守りだけをしてもらって、あとは、私も行ったときにご主人の話をよく聞いて、ご主人のストレスも解消できるようにという対応をして、いまなんとかやっているというのが現実です。

乙坂（司会）：それではいまのステージ3を振り返って、先生からご発言をお願いいたします。

宮本：まず私は認知症の症状を理解することにより、「1、精神的な余裕がうまれる。2、適切な対応がとれる」と、ここで考えました。

認知症を理解するといっても、たしかに老老介護の場合は、理解してもらうことは不可能な場合もあります。そうすると、さっきケアマネジャーさんがおっしゃったように、「関わらなくていいから」といって引き離すのも一つの方法だと思います。

一般的には子どもさんとか、まだなんとか連れ添いの方を介護していこうという気持ちのある方の場合には、さっきから言っているように、やはり症状を理解してもらいます。

このストーリーも、「お昼はどうするの？パンがいいの？」と、食べても何回も訊くと、「これは記憶力が衰えているからですよ」とか、全部そうなんです。「お父さん家にいないね、どこ行ったの？」というのも、忘れてしまっているんです。「あら、あんたいつ来たの？」というのも、それも忘れているから。「あんた盗ってないかい？」と言ったのも、自分がしまい忘れたから。洋服ダンスの戸を開けてというのは、トイレの場所が分からなくなっていると、そういうふうに理解すると、また全然見方が変わります。

一般的に介護している家族の方は、その認知症を理解したことで、気持ちがずっと楽になったと言います。理解していないと、「いったいこの症状はなんなんだろう？」と。「すごく立派なことを言うときもあるのに、とても認知症の人とは思えないような立派なことを言うときもあれば、全然分かっていないときもある。どっちが本当の人なんだ？」ということで、すごく悩んでいます。でも、これは認知症のよくある症状なんだと分かることによって、すごく気持ちが楽になる

といいます。そして、理解することによって、初めて「じゃあどうすればいいのか？」という対応が生まれてきます。

一つひとつ言うと、「お昼はどうするの？パンがいい？なにがいい？」と言ったら、「そうね、なにがいいかしらね？」という感じで言いますし、「さっき食べたじゃない」とかそういうことはなるべく言わないようにして、「お父さんいないね、どこ行ったの？」と言ったら、「さっき病院に行ったとき、元気そうだったもんね」と、そういうふうに教えてあげる。

それから、「あら、あんた来たの？いつ来たの？」と言ったら、これは笑っちゃいますよね。一緒に笑い飛ばせばいいんじゃないかなと思いますけれども。「あんた盗ってないかい？」と言われたら、これはいいと思うんです。「私が盗るわけないでしょ」というのは、それはいいと思うんです。「盗るわけないでしょ、お母さん、きっとどこかに置き忘れたんでしょ。だから一緒に探そう」と、いつもの常套手段ですよ。それからトイレが分からなくなったとき、決して皆様ご存知のように、責めないで、「トイレはこっちだから」と言って誘導するようにしますし、それからトイレの場所を分かりやすく表示するということが、電気を点けておくとか、貼り紙をすとか、いかに迷わないようにするかというほうが重要だと思います。

そういうふうに行けるようになるためには、私もそうなんです。やっぱり認知症を勉強したから、これは認知症の症状だと。だから患者さんに何度も同じことを言われても、「認知症の症状」と客観的に見ることができて、腹も立ちませんし、「じゃ、どうすればいいのか」という回答も出てくるんです。それはやっぱり理解するということが、まず一番、優しくなろうとかそういう前に、まず理解することが重要ではないかと思います。

会場から：秀友会在宅部の赤羽根です。宮本先生に質問で、いまのご家族が症状を理解されるというところで、「理解したくない」という、多分すごく強い気持ちがあると思うんですけれども、「理解したくない」を「理解する」ところに変化していくといえますか、関わっていく、言葉ではうまく言えないんですけれども、「理解したくない」という気持ちにどう一緒に寄り添っていくとか、言葉にはなかなかできないんですけれども、先生、どうでしょうか？

宮本：最初に外来にいらっしゃるときは、家族の方も患者さんも、みんなものすごく怒った顔で、両方とも機嫌の悪い顔できます。双方とも、お互いのことで怒っています。そこから始まるわけですが、家族の方には、私はとにかく「認知症を理解しましょう」と言うんです。「こういうことをしたらだめでしょう」と、家族を怒ってはいけません。私以上に、皆さんがんばっている人ばかりなので、家族は「私は優しくできない、怒ってばかり」と言ったとき、「いや、それでも看ているだけでもすごいですよ」とか、本当にそう思いますので、そういうふうに家族を激励してあげる、ほめてあげる。患者さんをほめることも重要なんですけれども、やっぱり家族もほめてあげることが大切だと思います。

そして私が、やっぱり初回はどうしてもぎくしゃくするものなんです、向こうも怒っていますから。ついこの前も、「私がこうやってやっているのは、やっぱり家族の方に楽になってほしいからやってるんです」とか、そういう言葉が出てしまうんですけれども、そういうふうに行っていると、2回目から家族もだんだん柔らかくなってきて、前向きになれるというのが、よくあるケースです。それでだんだん両方とも、患者さんも家族も怒らないで、笑顔が出てきて、何回も来るようになると、外来ではおかしいことがいっぱいありますから、いつも笑って過ごしていると。そういう雰囲気で行っているんですけれども。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございます。それに類して、ご家族がこういうきっかけで認知症を冷静に見られるようになったという、そういうきっかけがあった、あるいはこういうようなはたらきかけをすることによって、随分と変わった見方になりましたということが現場のほうから

ございませんでしょうか？

だいたい私たちが関わる時もそうなんですけれども、「これをやってもだめ、あれをやってもだめ、危ないからやらせない」という見方と、「これもできたんだ、あれもできたんだ、ここまでできるんだ」という見方だと、全然支援の方向であったり、変わってくると思うんです。どちらかという、両極端なパターンが多いなど。なにか一つできなかつたら、全部やっちゃいけないというパターンと、なにかできることに着目したケアというのができることによって、全然支援のかたちなども、とても変わるなという印象も、僕は受けるんですけれども、皆さんの中でなにかそういう、「こういうふうに切り換えました」というような経験が、現場のほうからもしあったらご発言いただけないですか？

今日のシンポジウムというのは表題にもあるとおり、「ずっと家で、ずっと地域で」というテーマなんです。これは別に他人事でもなくて、皆さんもひょっとするとそういう状況下になるかもしれない。そうなったときに、本当に安心して生活できますかという、どちらかという深刻なテーマで、実は皆さんもきっと感じられているかと思いますが、この事例というのは、わりとリアルなところを結構ついているものですから、「ああ、確かにあるある」というところがすごくあると思うんです。

では、最後のステージに行きます。最後のステージが終わりましてから、またトータルでこのテーマについての発言を頂戴したいと思います。それではステージ4、よろしくお願ひします。

<ステージ4：もう一度みんなで支え合う> 上河（ナレーター）：

長女から連絡を受けたケアマネジャー平和さんは、すぐに家に来てくれました。

長女「すみません平和さん、わざわざ来てくれて。やっぱり私がいけなかったんですね。あれだけ皆さんが心配してくれたのに。」

平和「ご長女さんのせいではないと思います。イネさんのことを大切にされるお気持ちだったのですから。お一人で抱え込まないで、もう一度皆さんで話し合ってみませんか？」と、ケアマネジャー平和さんは、自分を責めている長女を受け止めながら、ゆっくりと話します。

長女「はい、そうします、皆さんともう一度。ありがとうございます。」

関係者で話し合った結果、イネさんは通所訪問サービスと、月に何回かの宿泊を利用することにしました。長女は同居は続けますが、イネさんが宿泊を利用するときには、栃木へ帰るようにもしました。少し落ち着いた見えた長女は、母イネさんの変化を受け入れようとしています。

イネさんとの生活も半年経ちました。なにかあればケアマネジャー平和さんに相談するようにして、少しでも余裕が出てきたようです。長女は、太郎さんが家に帰ること、イネさんの思いをかなえたいと考えています。今度のお盆には外泊をさせて、みんなで集まりたいと、夫や弟とも話しをしています。近いうちにケアマネジャー平和さんに相談してみよう、家で地域で暮らすため、多くの人の力を借りようと、長女はイネさんの穏やかな顔を見てそう思うのでした。

乙坂（司会）：これが一応最後のステージということになります。一応、ステージ1、2、3、4としまして、最後に、ようやくやっぱりご家族が一人で抱えるべきものではなく、認知症という症状について、ちょっと離れたところから長女さんが見られるようになり、そしてサービスを利用して生活をしているというようなストーリーになっております。

この先、実は最初に思い起こしていただくと、「なんでイネさんが家に戻ったんでしょうかね？」と、その思いを振り返ってみますと、実は、太郎さんが家に帰りたいという思いをイネさんがくんで、イネさんが「家に帰りたい」というふうに言って、それが長女さんにも伝わり、実は家に帰ったという経過なんです。ここまでのストーリーの中で、果たしてイネさんの思いがどれだけ遂げられたのかなというか、とてもなにか、あまり「ハッピーだな」という感覚に皆さんがなっ

ているかどうかというところなんです。

なにか、支援する立場から見ると、なにかこのストーリーというのは、おおかた予測されたかのようにとれるものもあります。しかしながら、家族としては、とてもリアルな状況というか、現実を目の当たりにして、すごい衝撃を受け、それを踏まえて、新たな認知症の患者さんを抱えて、新たな一步を踏み出すというストーリーになっているところなんですけれども、ここで、認知症そのものを皆さんがどういうふうにとらえるかというところを、もし、これは個人的な見解でも構わないと思うんですが、お一人お二人ご発言をいただければなと思います。

私たち、風邪をひいたりなんなりと、内科的な病気であれば、本当に素直に受け入れることができるかと思いますが、認知症という疾患を、どういうふうに皆さんが受け止めていらっしゃるかというご発言を頂戴できればと思うんですが。

会場から：秀友会在宅部の赤羽根です。いまでもちょっと残っているといますか、私の中で残っている方の件なんですけど、だいぶ前にケアマネジャーをさせてもらっているときの方なんです。けれど、お母さんが認知症で、息子さんと一緒に二人暮らしの方だったんですけど、息子さんが日中仕事にどうしてもやっぱり出ないといけないということで、認知症の、ある程度体は元気で動ける認知症のお母さんだったんですけど、近所の方から、「日中お母さんを一人に置いてくと、火が出て、私たちの家まで巻き込まれるんじゃないか」ですとか、日中ちょっと庭があったりとかしましたので、お母さんはそこに遠くに出てったりはされないんですけど、ちょっと庭に出てまた家に入るという方ではあったんですけど、「自分たちの子どもたちに話かけて、なにか悪いことを伝えるんじゃないか」とか、あと、「認知症を移って持って帰ってくるんじゃないか」とか、そういうような話もありまして、「なんとかしてほしい」というかたちで近所の方に集まっていたいていろいろと何回か話をさしていただいたんですけど、結局火事の問題ですとか、近所の方は火災保険のことまでいろいろ調べられて、「もし火が出て、もらい火したときには保険が効かない」ですとか、いろいろなことまでありまして、最終的にはお母さんは施設に入らざるを得ないといいますが、施設に入った後にも、様子といいますが、お邪魔をさせていただいたりしたんですけど、その施設の方からは、「もう帰りたい、帰りたい」と言って、朝になったらベッドに寝てるんじゃなくて、ドアのところで泣き崩れたようにして何日も朝を迎えてるという方で、何カ月かすると、その施設にも慣れてきて、そこが家のようなかたちに、もっと認知症が進んでしまったのかもしれないですけど、最初の本当に施設に入られて、その様子を見せていただいたりして、本当になんとかできなかつたんだろうかといいますが、もうちょっと一緒に、「みんなで支え合う」という言葉を聞くと、いまでもつらいんですけど、「なにかできなかつたんだろうか？」というのが、ずっと残っている事例というか、そういう方がおられる。ちょっと体験談でした。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございます。いまも出ましたけど、いわゆる関係者の方は認知に対する理解は充分されているかと思うんですけども、なかなかそのまわり近所、いわゆる地域にどれだけ認知が理解されているかという、なかなかいまの現状でも難しいのかなという感じはいたしますが、なにかそういう地域との違和感を感じたような事例ですか、そういったものももしあれば、ご発言をいただきたいと思うんですけども、いかがでしょうか。

あるいは、現実こんなことで困っているんだけどという、いま火の問題は当然出ましたけれども、それ以外にもなにか認知の問題で、なかなか地域との狭間で大変な思いをしているという事例はございませんでしょうか？

会場から：秀友会在宅リハビリの藁谷と申します。先ほど認知症が治るのかといったところの問いかけで、私も「どうなのかな」と悩んでいるところではありまして、ただ関わっている中では、

認知症の方は放っておけば、どんどん悪くなるんだなというのが悪い実感としてちょっとはあるところはあります。

私に関わっている方で、マンションにお一人住まいの女性の方がいらっしゃいまして、ヘルパーさんも入っているし、デイにも行っているし、リハビリも入っているといったところでは、ご家族の方もとても物忘れが激しいとなってきているんだよねといったところで、なんとなく皆さん、なんとなくちょっと物忘れひどくなってきたねとか、なんとなくおかしいねと、皆さんがちょっと気づいてはいるんですけれども、そこで「さあ、どうやっていこうか」とか、「どうやって対応していこうか」というところがなかなかされなかったということが反省点で、いまとてもあります。

みんな、「なにか変だね、なにか変だね」と言っているところでは、先ほどの地域といったところもあるんですけれども、誰かが「こう集まろうよ」とか、誰かが「こう家族の話をもうちょっと聞こうや」とか、「この曜日とか一日の変動はどういうふうになっているんだろうね」といったところが、お一人暮らしといったところで、把握をちゃんとしている人がいなくて、皆さんで、サービス担当者会議でもいいんですけれども、そこで集まる機会が少なくて、どんどん悪くなっていう方がいらっしゃるのが、いま実感であります。

体験談にはなるんですけれども、放っておけば悪くなり、気づきがどの時点で気付くのかといったところは、とても大事なんじゃないかなというふうに感じております。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございます。実体験をまじえてご説明いただきました。

会場から：すこやか介護サービスの管理者です。私の場合は、ホットなというか、こんな関わり方もあるのかなというお話なんですけれども、姉妹が二人暮らしで、お姉さんのほうは90歳すぎています。妹さんも80歳過ぎてます。もちろん要介護、お姉さんのほうは要介護3で、妹さんは要支援なんですけれども、このお姉さんがもう本当にひどい認知症になっております。

物を食べても吐き出してしまうだとか、夜中に起き出してゴソゴソとやり始めるだとか、本当に妹さんを寝かせないというような環境の中にあります。ですけれど、この妹さんは、このお姉さんを認知症だとして受け止めていて、「もう仕方がないんだよね、なにもかも忘れてしまって本当に仕方がないの。私がいなかったら、もうこのお姉さんは生きてられないから、一緒になってやってるのよ」という感じなんですけど、本当にさりと、その妹さん言うてのけるんです。

それで、うちも関わって5年ぐらいいろいでしょうか、5年ぐらいつと一緒にお二人で生活してるんですけれども、いろんなサービスを使って、それから成年後見制度、それから医療機関、要するに訪問医療を使ったり、それからあと、お向かいの地域の方、お向かいの方がもうひっきりなしにちゃんと見てくださっていたり、そういう声かけはケアマネジャーが「近所にどんな人がいるか」だとか、「どうやって相談にのってもらえるか」だとか、それから医療機関にも「こういう状態なんで」ということで、緊急の態勢を整えていたり、あるいはヘルパーももちろん入ってますけれども、ケアマネジャーがそういう全体を全部見てとらえてらっしゃって、ついこのあいだ、もう妹さんが「もうだめだわ」というところにきたんです。「もうだめだわ」と言って、本当に寝られなくて疲れた表情で来られたものですから、それをもう最終的責任者が察知しまして、「ちょっと行って、話を聞いてあげましょうか」ということで、ケアマネジャーと管理者とサービス責任者でいきまして、「どう？ 大丈夫？」という話しをして、しっかり向き合って話しをしました。「もうそろそろ、施設入所というか、もうグループホームを考えるかい？」というお話しをしたんですけれども、「もうちょっとやってみるわ」と。「そうしたら、つらくなったら、また言ってね」と言って、もう5年間こういう調子できています。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございます。高齢の二人で認知症を抱えていても、このようにこ

うまくネットワークなりを駆使することによって、寄り添って生活をしているような事例がありますよというお話でございました。

ケア連絡会が始まった頃ですね、平成9年あたりは、いまと比べるとなかが違っているかという、どうして在宅なんか、その当時の常識ではできないような方が、いま10数年経ちますと、かなりの内科的な疾患に関わる在宅というのがきつとできているのではないだろうかというふうに思います。これだけ在宅サービスもかなり充実してきていますし。

では一方で、認知症の患者さんが10数年前と比べていまの世の中、右見ても左見ても認知症の方でも安心して暮らせる地域になっているかなというふうになっているかなと考えたときに、私たちは自信もって「そうだよな」と、いま、果たして言えるかなというので、今回は、幹事会の中でも、あえて認知のテーマとして立てさせていただいた次第なんですけれども、いわゆる認知症であっても地域の中で暮らしていけるような条件というんですか、医療に関するものであれば、それは訪問看護なりがこれだけ充実することによって、家にいても、病院と同等のサービスを家で受け入れるような態勢が整っているからできるということなんですけれども、認知については、それぞれの生活環境から、持っているものから、症状から、みんな違う中で、どちらかいうと薬とかそういうことよりは、対症的な関わり、あるいはネットワークづくりとかが重要になってくると思います。うんですけれども、いわゆる地域で支えていけるような条件、認知になっても暮らしていけるような条件というのはどういうものなのかということ、なにか皆さんで、「こんなんだったら認知でも在宅で暮らしていけるんじゃないかな」ということがもしあれば、ちょっとご発言をいただければと思うんですけれども、ちょっと壮大すぎますでしょうかね。

でも、これは結構大事なんですよ。それが無いから、実は在宅がやっぱり難しいということになっているんであって、確実に、いろんなデータを見ますと認知症の患者さんは増えているんです。増えているはずなのに、「街でしょっちゅう見かけるわ」ということにはなっていないですよ。そうすると、本当に街にいらっしゃるのかどうかということでもあると思うんですけれども、私たちがどういうところを目指していくべきかという根幹をなすようなところだと思うんですけれども、果たして、認知であっても地域で過ごしていくかたちづくりができることなのかどうかというのを踏まえて、在宅で認知でも暮らしていける諸条件の中の一つでも二つでもいいんですけれども、こんなことだったら暮らしていけるんじゃないかなというご発言がもしあったら、ちょっとお願いしたいんですけれども、いかがでしょうか？

会場から：秀友会の上野です。条件なんですけれども、私が今住んでいるところも高齢者の方が多くて、やっぱり建物のなかでボヤがあったりしたんですけれども、そういうときに、私は朝出ていったら帰りまで帰らないので、朝か帰りに「こんばんは」とか「おはようございます」と声をかけるだけなんですけれども、やっぱりまわりにどういう人がいて、ちょっとあいさつができるとか、その方を気かけられる余裕が自分たちにもあって、そしてまわりの方にもあるような、人と人とのつながりというのにも必要じゃないかなと思います。思うんですが、なかなかできないところでもあり、いまの個人情報の件だとかあったときに、どこまで関わるかだとか、核家族と考えたときに、難しいのではあるんですけれども、やっぱり人と人、まわりにどういう方がいて、どういうふうに通じられているのかなという、ちょっとした余裕が必要だなと思います。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございます。いま、人と人とのつながりが大事であるというご発言がされました。ほかにいかがでしょうか？

会場から：手稲区第二地域包括支援センターの泉です。私は、いつもこのオレンジリングをしています。これはなにかというのを、だいたい皆さん方はご存知かと思いますが、これは認知症のケアサポートをつくるものです。これはもう何年も前からやっています、もう百万人はとっ

くに去年の5月に突破しています。ですけど、私は、これをつけてる人をほとんど見たことがないんですよ。でも、われわれ包括支援センターと、それからグループホームの職員の方々は、このサポーター認知症研修を受けて養成講座で発表して、皆さんにこの認知症のサポーターになっていただくということをあちこちでやっているはずなんですけれど、なかなかいらっしゃらないんです。

いろいろとお話ししていくと、実際には受けている方がいらっしゃいまして、そこではやっぱり理解が、やっぱり宮本先生がおっしゃっているように、本当に認知症のことを理解しているという方にめぐり会うんですよ。

そういう方ですと、やはり今年の事例なんですけれども、3月2月の寒い時期に、すごく汗をかいて歩いてきて、汗をかいてるものですから、ジャンパーも服も脱いじゃって、シャツにズボンでスーパーに入っちゃったんですよ。そうすると、そこでスーパーの店員さんは気持ち悪がったんです。「なにこの人？　なんでこんな冬なのに、シャツ脱いで歩いてるんだろう？」ということで気持ち悪がって、こう出ていってもらわないうさをしてしまったんですよ。

それを見ていた、たまたま「この養成講座で教えてもらいました」という、その方は民生委員さんだったんですけども、「これは違う」と。「これは普通じゃないんだ」ということを気づいてくれるんです。やっぱり理解するということが、それによって気づくということで、その方は今度は外に出て、また男性だったんですけども、しっかりと腕を絡めて「どうしたんですか？　どこに行く予定ですか？」というお話を聞いて、本人が困ってそうだったので、「あ、これはもしかしたら、認知症による徘徊じゃないかしら？」ということをしぐさを感じてくれて、すぐに最寄りの警察のほうに、ご本人を本当に離さないようにして電話をしてくれたと。それがやっぱり真冬のことで、その人の生命ということを考えると、本当にどんなふうになっていたのかなというふうに思いますと、やはり地域それぞれ、われわれは専門職ですから、当然知っているというふうに思います。

しかし、だけど、一歩素になった自分のときには、ちゃんとそういうふうに行けるかどうか、あと、やっぱり地域の人方、やっぱり認知症はすごく多いとは聞いていますが、やはり理解というところまではすごく少ないです。それをいろんなかたちで、「認知症はこういうことです。気持ち悪いものではないです。ちょっとした優しい言葉でちゃんとおさめます。次のステップはこうです。」ということをしぐさを、みんなが知っていなければ、地域で安心して暮らせる生活というのはすごく難しいです。

乙坂(司会):はい、ありがとうございます。なんとなくいくつか共通する用語がでてきたので、ちょっと安心しております。それではステージ4について宮本先生のほうから解説をお願いしたいと思います。

宮本:はい。私はステージ4においては、まずこのケースの一番の問題は、介護を一人で抱えたことではなく、認知症の理解が足りなかったことだと思いました。決してその介護サービスを使わなかったということが根源的な問題ではなかったと思います。さっきからしつこく言っているように、理解していなかったということは、一番の問題だと考えております。

ただ、そうはいっても、認知症というのはやっぱり家族だけでは介護はできないものです。なぜかという、家族の生活と健康も同じように大切なんです。犠牲になって、家族はうつ病になって仕事もできなくなるとは困ります。やはり家族の生活と健康を守りながら、認知症の人をどのように介護していくかということを考えたときには、介護保険サービス等たくさん助けてもらわないとできないことと考えております。

乙坂(司会):はい、ありがとうございます。先生のほうから「抱えたことではなく、理解が足り

なかった」ということで、「理解」という言葉がいろんな方面からも出てきております。つまりは、きちんと私たちも含めて認知症そのものを理解しているかどうかというところなんです。そのことは、「知っている」と「理解する」というのは、やっぱり大きく違うんだということが・・・。

宮本：家族の生活と健康を守るということで、家族のためのケアという意味で、「レスパイトケア」という言葉が、最近使われてきております。「レスパイト」というのは「休暇」ということなんです。家族のためのケアなんです。患者さんのためのケアじゃなくて、「レスパイトケア」というのは家族のためのケアで、それは家族に充分休んでもらって、人生を楽しんでもらわないと、認知症の患者さんの介護はできないという考えで、一般的に「そんな大変な人を抱えているのに、遊びに行っても・・・」とかそういうふうに、知らない人は思う人はいるかもしれませんが、そうではなくて、「ちゃんと介護をするためには、充分休養しなくてはいけない。楽しまなくてはいけない」という、そういう考え方が最近出てきておりますので、私たちは介護する人を、そのような目で見ていきたいと思っております。

乙坂（司会）：はい、ありがとうございます。そうしましたら、今日のステージ 1、2、3、4 を総括をしていただいて、宮本先生に、ご発言をいただきたいと思っております。

宮本：実は自分自身も病院で帰宅願望を抱えている患者さんに行き詰まってきました。たとえば外来の患者さんは、稚内に一人暮らしていた 70 歳代の女性ですけれども、認知症がひどくて、札幌の息子さんが引き取って同居してますけれども、その人は「稚内で一人暮らしをしたい、私はできる、どうして札幌から帰してくれないの？」と、私も責められています。行き詰まってるんです。

それから、入院してきた患者さんで、「どうして帰してくれないの？」と、毎日のようにドアのところですがみついている人が、もう 4 月の初めから入ってきて、一月以上そういう状態が続いております。そろそろ良くなったので、退院を考えているけれども、家の人は「もう家で引き取るのは限界だから、グループホームに入れてほしい」と言ってますけれども、そのおばあさんの患者さんは「どうしてもいやだ」と言うんです。「どうして私が家に帰れないの？」と。そういう患者さんを抱えて、私は行き詰まってきました。

それで、今日「帰宅願望」というテーマをいただいて、非常に私にとって勉強する機会になりました。実際に、私が日ごろグループホームを経営したり、施設長をやっている方たちに電話したり直接会ったりして、帰宅願望についてちょっと聞いてみました。それをちょっとお話したいと思うんですけれども。

その前に、まず 1 番目は「認知症の理解と適切な対応により行動心理症状が減り、自宅で暮らすことができる程度、全部じゃないですけれども、ある程度の人には可能になる」と考えております。

今日のイネさんの事例がそうだと思うんです。イネさんの場合は、娘さんも理解して、みんなに助けられて、家でももう少しがんばろうという状態ですけれども、同じようなありふれた症状なんです。決してそんなに BPSD 周辺症状がひどい症例ではないと思うんです。どこにでもいる当たり前の症状なんですけれども、それを家族が知らないで、パニックを起こして、「もう精神的にいっぱいだから看れません」と言って、緊急に病院に入院させたりグループホームに連れて行ったりすることがありますけれども、それがかなり多いんですけれども、私たちがもっともっと啓蒙活動をして、皆さんが「認知症というのはこういう症状なんだ」ということ、そして「どうしたらいいのか」というのが、対応の仕方が分かっていたら、自宅で暮らせる人がもっともっと多くなると思います。

実際に今日ちょっとタクシーに乗ったときに時間があったので、運転手さんとそういう話をしていたら、運転手さんが「そうなんですか、そんなことってあるんですか。そういうふうになれば、家で暮らせるということもあるんですか」と驚いていたので、その反応を見て、「ああ、やっぱ

り現実、皆さんそういうことは分かっていないんだな。それだったら、やっぱりもっともって伝えていかなければいけない」と認識しました。これが私の学んだことなんですけれども、帰宅願望が強くないためには、「1番、家族が入所の理由を説明をする。」「2番、居心地がよい場所であることが必要。」ということで、どういうことかといいますと、病院もそうなんですけど、家族ってもうとにかく入院させたい、入所させたいので、とにかくだまして連れてくることが多いのです。患者さんなんかよく、「さっき家族と駐車場まできたんだけど、でも、いまここの病院に入ってる。私、どうしちゃったんだろう？」とか、それからグループホームに、とにかくなにも言わないでポンと置いてきちゃう家族もいるそうなんですけれども、まず二つの点が必要なんですよね。

ここに書きましたように、第一段階、まずその家族が嘘でもいいから、「どうして入院するのか」とか、それから、入院は医師も言いますけれども、「どうして入所するのか」ということを、家族が避けて通ってはいけません。無言でただ入れてしまうということをしてはいけません。たとえば、「私が検査入院するあいだ、ちょっと入院してて」とか「入ってて」とか、「糖尿病の食事療法をしてもらってから、ちょっとグループホームに入ってて」とか「リハビリして」とか、嘘でもいいんですけれども、そういう理由を家族からいわないと、本人は「見捨てられた」と思ってしまうらしいんです。だまされて見捨てられた。そういう状態で入ると、その後いくら良いケアをしても、本人は絶対納得しないといわれています。

1番目の段階ですね。ちゃんと手順を踏んで、まず家族の口から「見捨てないんだ」ということをちゃんと表すために、どうして入ってほしいか、家族が説明すると。私が代わって患者さんに説明したことあるんですけれども、「娘さんは病気がつらいから、ちょっと無理だから、グループホームに入ってください」と言ったんですけど、だめなんです、私が言っても。やっぱり本人、家族が言わないと信用してもらえない。家族に見捨てられたという気持ちがいつまでも残ります。まず一番重要なのが、「家族が入所の理由を説明する」ということが重要になります。

その後、入ったところが居心地の良い場所であるということ。「ここなら、私住んでもいいわ」というような所である。その2点が重要かと思えます。

私に欠けていたのは、この1番目が欠けていたんです。この2番目、「入ってもらった後、居心地がいい所だったらなんとかなるんじゃないかな」と、実は考えていたんですけれども、最近病院なんかで経験してみますと、やっぱりだめなんです。最初の段階をちゃんと手順を踏んで、納得して、納得しないかもしれませんが、それでもだまされてなにも言わないで連れてこられることと全然違いますので、そこに私は気づきました。

乙坂(司会):今回の一連のステージ1からステージ4を踏まえて、まとめていただきました。ただ、今回さまざまな方からのご発言をいただいて、私自身がこう進めながら感じたことなのですが、どういう、認知症を抱えて地域で家で過ごしていくための条件の一つ二つぐらいが、ちょっと私は自分の中で思ったところがありまして、まずはやっぱりキーワードになると思うのですが、「理解する」ということですね。認知症を知るだけでなく、理解をすると。病気としての理解であったり、住んでいる本人が認知症であるということを家族も理解し、そして地域も理解することが、とても大事だなというように思いました。

そして、やっぱり欠かせないのが「人と人とのつながり」。地域が理解し、その地域の人と人とのつながることによって、なんとか地域で支えられるシステムというのが可能になってくるかというように思います。

最後に先生から出ましたけれども、どうしてもやっぱり地域で過ごしていける段階と、やっぱり火の問題であったり、これはいくら地域が理解しても物理的に難しいような認知の進行具合というの、きっと当然想定されると思います。つまりは自分で自分の危険をもう処理できないような状況になった場合に、「それでも地域」というわけには、当然いかないと思います。そうい

うときに、いわゆるグループホームであったり施設であったりするところが、とても居心地の良い場所であると。当然認知症に対する知識なり理解なり研修なりを当然受けておりますので、そういう施設あたりが地域の中に存在し、もって私たちが活動します札幌市の中で、認知症とともに寄り添って生きていくというかたちの一歩を今回の研修を機に、皆さんと歩んでいければなどというふうに感じた次第でした。

本日のシンポジウムは以上で終了させていただきますが、本日、ナレーションシナリオで参加をいただきました方たち、また宮本先生には最初から最後までいろいろな様々な場面でご発言をいただきましたので、皆さんで皆さんを拍手するようなかたちで締めさせていただきます。ありがとうございました。

IV おわりに

— 平成12年9月 発行分 —

平成6年から8年にかけて社会的に多くの議論がなされた。それはその後急速に高齢社会が到来し、社会環境も変化し、地域における市民相互の共生が求められるであろうということ、また、在宅療養支援に対する要望も高まり、地域ぐるみでの多くの分野のサービス間の連携が求められるようになるであろうということ、そしてこれらのことにどのように対応するのが良いのか、という議論であった。(略)

平成8年4月、札幌市医師会西区支部有志が集まり、「区内での保健、医療、福祉の連携により、在宅療養者支援のために、とにかく実際に役に立つことができないか」と話し合ったのがきっかけとなり、準備を重ね、平成9年8月、第一回「西区在宅ケア連絡会」が開催された。その後ほぼ毎月一回開催を続け、平成12年6月、第30回開催にまで至った。(略)

3年間に延べ100余例の検討を行い、数多くの成果が得られ、また非常に豊富で実際に効果的な情報交換がなされたが、実は最も価値のある結果は、「人と人とのつながりができたこと」であり、顔を合わせて話しをすることが連携の第一歩であることが如実に示されていると思われる。(略)

在宅療養者を支援するための、地域におけるネットワークを形成しようとする活動は全国的にも数多く報告されているが、「西区在宅ケア連絡会」はそれらの活動の中でもあくまで純粹、普遍的活動であることが、本報告書をお読みいただくと良く理解していただくとと思われる。これらの純粹性、普遍性、そして継続性は今後も参加者全員の一貫した姿勢として持ち続けることができるものであり、また参加者自身による新たな発想、積極的な活動によりさらに発展していけるものと確信している。普遍的活動であればこそ、将来にわたっていろいろな可能性を秘めた活動であり、今後も各分野の多くの方々への参加が望まれている。(略)

活動報告書(Ⅱ)のために — 平成17年10月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅲ)のために — 平成20年10月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅳ)のために — 平成20年10月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅴ)のために — 平成21年7月 発行分 — (略)

活動報告書(Ⅵ)のために — 平成23年5月 発行分 —

平成20年5月第116回として開催のシンポジウムは「つなぐかかわり～地域連携を考える～パート1」、平成21年5月第127回として開催のシンポジウムは「パート2」として開催された。

平成22年5月第138回として開催のシンポジウムは、前2回のシンポジウムの「パート3」として開催され、実際の疾病者、高齢者、障がい者が地域の中でどのような動きをしているのか、現在のその課題な何か、などを明らかにする機会となった。今回のシンポジウムもまた、地域ケアに関する活動に大いに参考になる内容となった。

そして、これは従来の報告書での記載と同様に、再度「さらなるご参加へのお呼びかけ」をさせていただきます。ホームページ「西区在宅ケア連絡会」をご覧ください。<http://maglog.jp/zaitaku/>

(幹事会 坂本 仁)

事務局： 医療法人溪仁会 西円山病院 医療福祉課 出井 聡
〒064-8557 札幌市中央区円山西町4丁目7番25号
電話 011-644-1380

平成23年 5月 発行

