


**第5回 ちた医療介護ネットワーク研究会
～グループワークまとめ～**

開催日時：2018年8月30日（木）

《第1部：特別講演》14時00分～15時00分
演題 『認知症の行動・心理症状とその対応』
講師 国立長寿医療研究センター
精神科医長 安野 史彦 先生

《第2部：グループワーク》15時10分～16時30分
『教えてドクター～現場の悩みをズバッ!!と解決～』

主催：ちた医療・介護ネットワーク研究会



第2部：グループワーク
『教えてドクター～現場の悩みをズバッ!!と解決～』



Thinking ?

『1』グループ

Q. 身体拘束についての医師の意見を聞きたい。
身体拘束をしないために内服などで鎮静をかけることも、大きな意味で捉えれば拘束に含まれてしまうとされているが、介護業界は人手不足も深刻。

A. 身体拘束は精神科病院で、指定医の指示がないと行えない。もし身体拘束が必要な状況になったら、その時は治療として行わなければならないため、精神科病院で身体拘束や薬剤調整をすることを検討して、ぜひ相談をしてもらいたい。

『2』グループ

Q1. 潔癖症の方の対応の仕方
こだわりが強く、何時間でも手を洗い続ける。
どうしたらいいか。治癒はあるのか。

Q2. 何度言っても床に落ちているゴミを拾う行動が止められない。床の様も取ろうとする。

A. 強迫性症状と思われる。抗うつ剤が効果ある。
一度精神科を受診してはどうか。

『3』 グループ

Q. 迷惑行為を抑えるために薬で不穏状態を抑えられている利用者がいるが、「本人らしさ」の部分も抑えられてしまう。医師はその部分をどう考えているのか。職員、家族は本人らしさの部分無くしたくないが、どのようにまとめ伝えたら医師は処方や診断がしやすいのか。

A. その人らしさを保ちながら介護することはとても良い事。リスパダールは鎮静作用が強く高齢者には効きすぎる。施設で過ごしながらの薬物調整はリスクが高く難しい。精神科で1ヵ月程入院し薬物調整するのが望ましい。

暴力が常にあるのか、疲れた時に出るのかなど日内変動を観察してみる事。
同室者がうるさくないかなど、環境面でも利用者が1日を平穩に過ごせているのかを含めて医師に報告するとよい。
介護の場面などで困っている事や投薬した後何が変わったのかも医師に伝える事。

『4』 グループ

①Q. 発熱時のみ幻視などの症状が出るがレビー小体型認知症なのか？
発熱から来るものなのか？

①A. レビー小体型の可能性はある、発熱時のみだとせん妄が一番大きな要因と思われる。

②. 不潔行為（入浴拒否、パンツを変えようとしないう等）に対してどのように対応すれば良いか？

- ・ 認知症が怪しいが本人は「年寄りあつかいしないで」と言う思い。
- ・ 介護保険の利用に繋がらない納得していただけない。
- ・ どのように誘導したらレクに参加してもらえるか。
- ・ 専門医への受診をどのように進めたらよいか。
- ・ 不潔行為などあってあたりまえ。
- ・ 退院後の希望の聞き方。

『5』 グループ

①Q：サ高住利用中であるが、周辺症状が増え対応困難となり、住み替えを提案。

特養は待機待ち多く、老健が最善であると思われるが、使用薬多く、老健では現在使用しているレミニール、メモリーが出せない。他の薬の選択はあるか？

A1：老健の特殊性（薬が出せないこと）もあり、Dr.も苦労している部分でもある。

しかし、多剤併用の解消の側面もあるのではないかと

A2：入院し、薬剤調整を行っていくことが本来は望ましい。

②過去の薬物使用により、薬の効きにくさに差はあるのか？

③認知症と診断されるギリギリの方。青年後見人を立てるため、診断を受けてもらいたい。脳神経科と精神科どちらに行くべきか？
また、ご本人にどうアプローチすると良いか？

『6』 グループ

・ ①Q：適切な診断をするために必要な情報を教えてほしい。

→①A：本人、家族がどのように日常生活を送り、何に困っているのか。また、生活歴（結婚歴、職歴等）、趣味、性格も聞き取っていく。その後、長谷川式、MMSE、CT等の検査をしていく。

- ・ ②介護職で働いているが、利用者を見てみると内出血がしやすいように感じる。どうしてすぐに内出血ができるのか？
- ・ ③介護サービスを拒否する方に対する対応方法
- ・ ④精神科か、もの忘れ外来かどちらを受診したほうがいいのか迷う。違いは何か？
- ・ ⑤家族に受診を納得してもらえない場合の対応方法
- ・ ⑥パーキンソンで幻覚、性格変化の症状がある場合どの科にかかればよいか？
- ・ ⑦頻尿の方への対応方法
- ・ ⑧認知症ではないかと感じたとき、長谷川式を施設で実施するべきか？

『7』グループ

①Q：受診拒否のある人をどう受診に連れて行けばいいのかわからない。
(本人や家族の了承を得られない時。)

→①A：昔は自宅訪問可能だったが、現在は人種的な問題があり不可。病院としては連れてきてもらわないと支援できない。原因を探ることが必要。そこから解決策を考えていく。連れてくる方法としては周圀（家族や関係機関など）を固めること。自傷他害の場合は警察に依頼すること、などが挙げられる。

- ・ ②老健にて講義にあった第一選択としての精神薬が使えない。老健Drは精神科ではないので適切な処方か迷う。
- ・ ③ECT導入で物忘れが悪化しないか。
- ・ ④Drにどのタイミングで相談すればいいのか。最適な時間帯があるのか。

『9』グループ

【疑問①】
認知症を疑う方で病識がない方を
診療につなげる方法は？

【問題①】
無理やり受診させれない
かかりつけがないと往診も難しい
連携している病院がない

【質問①】
どこに相談したらいい？
対応のコツはあるのか？

【回答①病識がない方の受診】

- ・ 認知症初期集中を活用
- ・ 家族に同意し協力してもらう
- ・ 受診理由を明確にして家族を説得

【疑問②】
BPSDが悪化した場合の
受診のタイミングがわからない

【問題②】
医療機関と介護施設の連携が難しい
受診時にもう少し早く受診した方が…
診療のみで終了
⇒基準があるとわかりやすい

【質問②】
受診時にどのような情報が欲しい？
(生活歴・既往歴 etc…)
⇒どこまで必要か??

医師は『なにを重要視している??』

【回答②BPSDが悪化したら】

- ・ 介護施設での実施できる判断基準があまりないため、早めに相談
- ・ 施設の主治医の指示意見を求める

『10』グループ

質問

- ・ 不眠があり夜間に動き回る（転倒のリスク）方で、日中の活動などの工夫をしているが対応に苦慮している。
- ・ 薬を使う事も一つの方法だと思うが主治医の先生にどのように伝えたらよいか、他に良い対応方法があればお願いします。

回答

- ・ 先ずは生活パターンを知る事。
- ・ 他に服用している内服の副作用（せん妄）の可能性もある。
- ・ 必要に応じて眠剤を使用することも必要。

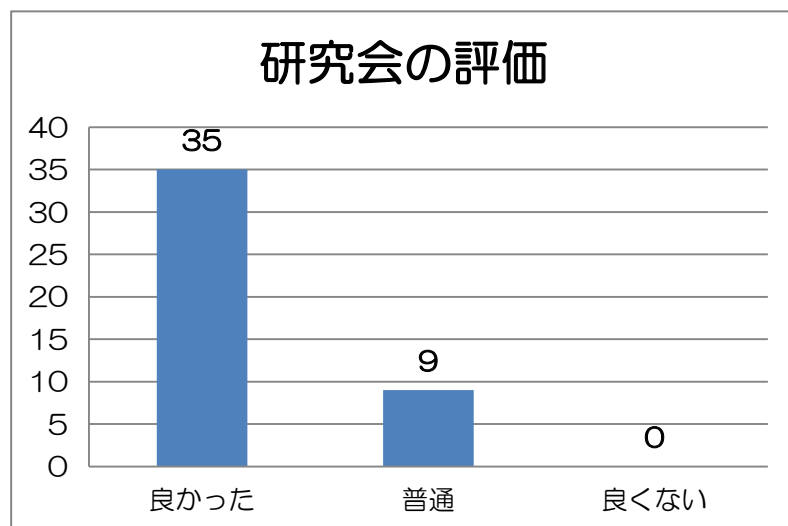
【第5回ちた医療・介護ネットワーク研究会 アンケート集計】

開催日 2018年 8月30日（木） 14:00～15:30

《第1部》『認知症の行動・心理症状とその対応』

国立長寿医療研究センター 精神科 医長 安野 史彦 先生

《第2部》『教えてドクター 現場の悩みをズバッ!!と解決～』



(1-1) 研究会についての評価

精神科医の役割が良く分かった。薬もずっと使用すると死亡率が増加する事は驚いた。とても勉強になりました。

認知症疾患の症状の特徴は無い点を分かりやすく理解することが出来た。

基本的な知識をまとめて教えて頂きました。

BPSDの要因の分析が出来るようなお話が聞けた事

分かりやすい内容で現場で生かしていきたいと思う。

見返すことが出来るので、パワーポイントの資料が欲しかったです。

薬で抑えるばかりでなく、非薬物的アプローチの大切さを医師が重視していることが分かった。

認知症の種類・症状について詳しく知れました。今後の仕事に活かしていきたいです

内容盛りだくさんでとても勉強になりました。

医療の話だけでなくそれに繋がるチームの話がチームケアへの話もきくことができ医療と介護のつながりを感じた。

基本から応用までわかり易く拝聴させて頂きました。

介護職から見ると薬の話は難しい部分もあったが、問題行動の改善がみられない場合は薬の投与も必要だなと実感できたのは良かったです。

普段聞くことのできない医師の考えが分かりよかった。

疾患名別の症状について理解を深めた。

改めて認知症症状の勉強が出来たところが良かった。

薬について学べた。患者様の本人らしさというものを大事にして治療をしている点が知れた。

認知症の各内容が分かりやすかった。薬の対応のやり方が良く分かった。

先生の意見も参考になりグループワークは楽しかった。

薬対応を気をつけていきたいと思いました。

疾患別にアプローチや内服を説明されていたので、分かりやすかった。
認知症の疾患による特徴・症状の違いを聞きながら、入所者の顔が出てきて確認しながら聞かせて頂きました。
ほかの職種や働いている方との意見交換が出来てよかった。
隔離・拘束についてのDrの意見が聞けたことは良かった。
老健入所時にDrが苦労して調整して組み合わせをカットされることは辛いという話
認知症について再学習ができわかりやすかったです。
ズバッとわかりやすい解答で良かったです。

(1-2) 講師・参加された先生方へのご質問がございましたらご記入ください。

分かりやすく、Drらしい説明を頂きありがとうございました。
服薬調整時の再受診のタイミングを知りたいです（施設に入所されているため）。
町医者と精神科医の連携は難しいのでしょうか？
認知症の方にECTを使って物忘れは悪化しませんか？
発表は出来なかったのですが、以前薬物依存（覚せい剤・アルコール等）を使用していた方が抗精神病薬等の薬物の効果が出にくいことがあるのかどうか？教えて頂きたいです。
レビー→パーキンソンニズム　パーキンソンSym→レビー
薬は？パーキンソン薬の可能？精神病薬効果あり？
地域医療について先生方はどういったお考えですか？
分かりやすい言葉で噛み砕いてお話をくださったので理解が深まりました。
介護施設でもうまく精神症状をコントロールできれば良いと思いますがどうでしょうか（認知症のみではないので）？
認知症と高次脳の違い　対応について
投薬期間で死亡率が上がるとのことでしたが、減薬や中止することが本当にできるのか知りたいです。中止することができたケースでの工夫等。

(2-1) 今後、グループワークにて話し合いたい内容がございましたらご記入ください。

第2部の内容はよかったのでぜひ今後も続けて欲しいと思います。
同じ様な事で困ったり悩んだりされていることが分かり、また意見交換する機会が欲しい。
今回のようにDrに相談したいことを話せたら良いと思いました。
現場の悩みを共有し解決していくような話し合い。Drばかりでなく他の職の専門家からも聞きたい。
今後在宅が増える中、特養・老健のあり方について「特養＝看取り」と考えるのはおかしいのか
家族は何を求めているのか意見交換していきたい。
お互いの職種でこれが困る（要求されても対応外なのに何度も対応を迫られる。
連携しやすい環境づくりについて話し合いたい。

(2-2) 今後のネットワーク研究会へのご要望等がございましたらご記入ください。

福祉現場での意見交換がしたい。
若年性認知症の方や認知症の本人の方の話も聞きたい。
認知症の方が少しでも生活しやすいようなコツ・アドバイスOTさんから聞きたいです。
看取りケアについて事例を定期的に行ってもらいたい。

(3-0) その他、ご意見。ご感想がございましたらお聞かせください。

医師が診察にあたり欲しい情報のリストがあると良いです。
老健でも認知症に効果のある薬が安くなり扱えるようになればよい。
会のはじめに田中先生がいわれた様に、顔のみえる関係づくりになっていると思います。
ありがとうございました。田中先生のあたたかい人柄にいつも心が和みます。