

グループA

☆グループディスカッション part1

選択肢

C

選択肢の理由

- ・B: 急性期病院なので早期退院、専門病院できちんとした脳血管性認知症の評価をしたほうがいいのでは。要疾患の精査。
- ・A: 今まで一人暮らし。本人がどうしたいのか。本人が家に帰りたいからイライラしている可能性あり。
- ・C: 家族のフォローは現状は難しいので脳梗塞既往もあることから家族のサポートは現在は困難？家族のフォローができるような方法→試験外泊？家族の協力が得られるかも。
- ・C: 急性期もしくは他院病院入院中に認知症精査と本人の意向の確認し、試験外泊など家族含め今後の方向性を決めていく。

実行するために何が必要となるか

- ・本人の意向、家族の意思疎通ができていない。認知症の評価もできていない。

今後考えられる課題

・

☆グループディスカッション part2

予防策

- ・ 家族に対するアプローチをしておけば協力が得られたのでは（家族との関係が希薄）
- ・ デイケアでの生活の変化を早く気づいて対処できたのでは。またその変化を家族等に確認したら本人像をつかめたのでは。
- ・ 体重コントロールで高血圧などの疾患のコントロールや内服確認
- ・ 長期デイケアにつながってたのもっと情報共有がされていれば良かった
- ・ デイには長期通っているのもっとなんでも話せる雰囲気づくりができていれば良かった ・ 包括のかかわりケアマネなどがもっとアプローチができたのでは。

具体的取り組み

- ・ 上記をすべてやっておけばよかった

まとめ

・

グループB

☆グループディスカッション part1

選択肢

A

選択肢の理由

- ・脳血管性認知症の精査していない。認知面の評価をしてもらいたいな、と思う。(B)
- ・本人はどうしたいのか、気になる。家に帰りたいなら、転院したら悪くなる場合もあると思う。(C) 転院して評価判断しては？費用も問題になる。施設に入れる資金は？
- ・在宅に帰れると思う。栄養状態良い。訪問看護など入れて、通院は？医療デイ併用。訪問診療 (A)

実行するために何が必要となるか

- ・訪問診療。

今後考えられる課題

・

☆グループディスカッション part2

予防策

- ・主治医意見書を書くときに家族の意向など情報を集める。こういう場合、誰に連絡するか、など。
- ・自立支援で訪問看護を週1回導入。
- ・ケアマネが受診同行（デイケアの情報など集約して）
- ・入院中に、看護師や関係者間カンファ→本人の訴え聞く→家族とも話し合いし、本人イライラすることなく退院できた？
- ・家族が怖がって近づかないのはなぜか？

具体的取り組み

・

まとめ

・

グループC

☆グループディスカッション part1

選択肢

C

選択肢の理由

・ 違う視点からのアプローチを考えた方が良い

・

☆グループディスカッション part2

予防策

・ 本人の気持ちを、家族も交えて、理解しながら寄り添えば良かったのではないかな？

・ 他職種でサポート出来るシステム、協力体制がまとまっておけば良かった

・

具体的取り組み

・

まとめ

・

実行するために何が必要となるか

・

今後考えられる課題

・

グループD

☆グループディスカッション part1

選択肢

C

選択肢の理由

- ・今までできていたことがやれる。
- ・一人暮らしで不都合はないか判断が必要。そこが欠けるといろいろなトラブルが発生する可能性。自宅に戻すにはサポートが必要。転倒で不穏が増強。
- ・本人の思いがわからない。それで施設入所しても人間関係悪化する恐れ。病院から転院したのちに施設か自宅への方向がよいのでは。今の段階ではC。ショートステイも手。

実行するために何が必要となるか

- ・家族の思いを受け入れるためにも話し合いが要
- ・打撲・転倒というより認知の問題
- ・情報提供

今後考えられる課題

- ・本人の性格、病気からなのか性質的なものか
- ・一人暮らしできない
- ・認知症評価ができていない
- ・診断をつける必要
- ・くすりの調整
- ・認知症診断が可能な病院で診てもらわなければならない
- ・適切な対応ができる医師がいる急性期病院での対応が必要

☆グループディスカッション part2

予防策

- ・自立支援サービスだけでは厳しい。転倒する前から自宅にいるときから認知症診断が必要。
- ・認知症発症したとき家族がどう対応できるか
- ・認知症の理解不足。家族への説明。地域包括支援センターなどの専門職から家族へ認知症の対応を伝える。はけ口になることも大切。診断プラス家族の理解。
- ・ケアマネと初動連携をとる。経過中だけでなく利用開始時からすくいあげる。

具体的取り組み

- ・デイケア・サービスの施設の方からも情報が必要
- ・認知症専門診断が適切に受けられるようにする。
- ・対処療法になっていないか確認。

まとめ

- ・ケアマネに呼ばれて医師が行くが、経過を評価するケアマネがいたほうがよい。時と場合によるがご本人と家族だけではいけない。医師も会議に参加できるシステムが必要。
- ・多職種連携で動くことは重要。

グループE

グループディスカッション part1

選択肢

C

選択肢の理由

- ・ 認知症の周辺症状を緩和させる目的で、BPSD の症状を治療するために専門の機関に入院していただきワンクッションおいて落ち着いてから自宅へ戻る。
- ・ 87歳の高齢であるので余生を幸せに過ごせる場所をさがしてあげたい（ご本人の意向がわからないので自宅なのか施設なのか相談する）

実行するために何が必要となるか

- ・ なぜ家族が怖がっているのかを確認しなければいけない
- ・ 強い BPSD の治療が必要か。必要なら内服治療か？
- ・ 独居生活が可能か再評価。
- ・ ご本人の思いを傾聴。

今後考えられる課題

- ・ 受け入れ先の選択。

☆グループディスカッション part2

予防策

- ・ デイケアでのコミュニケーションがとれる環境づくり。
 - ・ 認知症の評価、自宅での評価、生活環境づくり
 - ・ 転倒した理由（筋力低下、内科的疾患？）
 - ・ 独居の理由、家族とのうまくいかない理由、ケアマネとの上表共有提供。
 - ・ 介護保険認定までの10年間でもっとかかわりができたのでは
 - ・ 医師との関係性 ・ 症状の見落とし ・ ケアマネのマネジメントの在り方
 - ・ 患者さんと家族、支援者側、医療者側のコミュニケーション不足、低下
- デイでの認知症の変化に早く気付いてあげたらよかった。

具体的取り組み

- ・ コミュニケーションの構築
- ・ スタッフ間、家族間との共通理解
- ・ アセスメントの取り直し
- ・ ケアマネさんの交代

まとめ

・