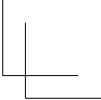
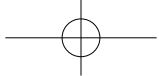
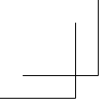
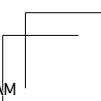
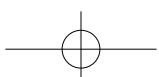
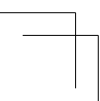
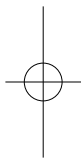
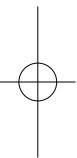


第2部 さまざまなステージにある認知症の方への 多職種協働支援の視点



三



事例 1：認知症のはじまり、気づき、診断、支援の導入

山田花子さんは 83 歳の女性です。もともと社交的で、明るく、几帳面で、働き者です。長年、専業主婦として公務員の夫を支えながら、二人の娘を育てました。夫が定年退職してからは夫婦二人の暮らしになりましたが、旅行に行ったり、得意な料理を作ったり、孫の子守をしたりしながら過ごしていました。しかし、二年前に夫に先立たれ、それからは一人で暮らしています。

一年ほど前から、「もの忘れが増えている」と自分でも自覚するようになり、財布や鍵などの探し物が多くなり、通帳や印鑑を失くしてはまた再発行したり、眼鏡を新調したのを忘れてまた作ってしまったりなど、日常生活の中での失敗が増えてきました。

娘から見ても、最近の花子さんは以前とは異なり、どことなく意欲がなく、家の中に閉じこもりがちで、料理もあまりせず、イライラしたり、不機嫌になったりすることが多くなりました。もの忘れも確かに目立ってきており、血圧の薬を飲み忘れたり、約束をすっかり忘れたりすることも頻繁です。一人暮らしでもあり、これからのことも心配なので、地域包括支援センターに相談に行ってみようということになりました。

１．地域包括支援センターの視点と役割

立川市南部西ふじみ地域包括支援センター センター長 山本繁樹

１．はじめに

高齢化に伴う認知症の増加と、特に今後の独居者の増加のなかで、総合的な生活支援や成年後見制度等の法的支援を含めた権利擁護支援を必要とする方は増加していく。認知症の初期集中支援も含めて、地域住民のニーズに総合相談をもって対応し、地域の社会資源間のネットワーク構築を進めながら総合的な支援を行う地域包括支援センターの制度横断的な諸機能が包括的に発揮されていく必要性は今後ますます高まっていくと考えられる。

本稿では、認知症の地域包括支援センターの初期支援の実際について解説する。

２．どのような相談受付（インテーク）とアセスメントを行うか

日々数多くの相談対応を行う地域包括支援センターにおいては、特に初めの相談受付の場面が重要である。相談受付の場面では、以下のことを行う。

- （１）信頼関係を構築する。
- （２）相談者と課題を抱えている人を把握する。
- （３）相談内容を把握する。
- （４）緊急性を判断し、対応方法を検討する。
- （５）センター内の３職種で検討する。
- （６）主担当を決定する。

（出典：長寿社会開発センター『地域包括支援センター運営マニュアル 2012』（2012）p63～67）

事例１の山田花子さんの事例に基づいて、その対応のプロセスを確認していく。

- （１）来所相談にきた娘さんたちの悩みや不安を受け止め、信頼関係の構築を行う。地域包括支援センターの総合相談支援機関としての役割・機能を分かりやすく伝える。
- （２）相談者が誰で、課題を抱えている人は誰なのかを明確に把握する。事例１の場合はひとり暮らしの山田さんと、相談者である娘さんたちの、それぞれの状況を確認していく。それぞれの関係性や現在どういう状況なのか確認する。
- （３）受付時の確認事項の例としては以下が挙げられる。
 - １）相談者の氏名、年齢、性別、住所、連絡先、当事者との属性、相談者の状況。
 - ２）課題を抱えている人の氏名、年齢、性別、住所、連絡先、心身の状況、要介護状態、生活状況や様子、相談経路、既に相談した機関、主治医、現在利用しているサービス等。
- （４）相談内容に応じて以下のレベル別の緊急性を判断し、対応方法を検討する。
 - １）一般的な問い合わせ。
 - ２）相談者の意志で主訴に対する対応が可能と判断される相談。
 - ３）継続的・専門的な関与が必要とされる相談。

4) 緊急対応が必要と判断される相談。

(※出典：長寿社会開発センター『地域包括支援センター運営マニュアル 2012』(2012)、p65)

山田さんの場合は、レベル 3 で訪問面接しての実態把握が必要と判断できる。

(5) 必要に応じてセンター内のチームアプローチを活用して 3 職種で対応方法を検討する。

(6) この事例における主担当者を決定する。相談内容に応じて、複数担当制にする場合もある。

主担当者が 1 人の場合もセンターとしての組織的対応・バックアップを行う。

3. どのような支援を行うか

(1) 介護保険の利用

山田花子さんの事例の場合は、一人暮らしでもあり、娘さんたち二人の居住地や母親をサポートできる状況、関係性によっても対応が異なってくる。基本的には、記憶障害、閉じこもり状況、金銭管理が十分にできない状況、服薬管理ができない状況等から、介護保険制度の利用を進めていく。介護保険制度についての分かりやすいパンフレットを使用して制度概要を相談者に伝えるとともに、要介護認定のための申請書類を交付し、今後の要介護認定やサービス利用についての進め方を分かりやすく伝える。各種の申請書類については相談窓口において家族にアドバイスや確認をしながら記入を進める。また今後の主治医との連携の仕方、要介護認定時における留意点等を伝える。

(2) 本人宅への訪問、状況確認

相談に来てくれた家族とも確認を取りながら、本人宅への訪問による実態把握を行う。相談してきた家族からの話により本人が訪問を理解している場合もあり、また状況によっては、「地域の一人暮らしの高齢者の方を順次訪問して、健康状態の聞き取り調査をしています」といった説明から訪問に入っていく場合もある。本人との関係構築を行いながら、身体状態、家屋内状態、家族やインフォーマルサポートとの関係性の観察と把握を行っていく。地域包括支援センターが共通で使用している利用者基本情報(フェイスシート)、基本チェックリスト等での状況把握を進める。聞き取りのなかでご本人の生活状況や認知症の状態把握を行う。

(3) 本人との関係形成と家族への支援

本人との関係構築と状態把握のなかで、今後の生活支援上で必要となる医療連携、介護保険サービスの利用、配食サービス等の自治体独自サービスの利用、地域の見守り等のインフォーマルサポートについて、本人や家族に分かりやすく伝えていく。また本人にとって一番の環境要因ともなる家族には、来所相談の段階から、認知症の方への接し方について、理解しやすいパンフレット等を使用して分かりやすく伝えていく。また、地域の家族会等のセルフヘルプグループの情報を伝える。

4. どのような連携を行うか

(1) 主治医との連携

本人・家族の確認をとりながら、かかりつけ医と必要に応じて連絡調整を行い、家族から相談があった内容、現在の在宅での本人の生活状況を伝えていく。今後の要介護認定における主治医意見書の記入や介護保険サービス利用への協力、新たに介護支援専門員(ケアマネジャー)が担当でついた場合の連携、また血圧等の服薬管理が課題となっている状況、認知症状への対応等を依頼していく。かかりつけ医から在宅時の生活状況への質問があった場合は、訪問時等に把握しておいた状況を伝えていく。

(2) 介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携

山田花子さんの事例の場合は、要介護1以上の認定になった場合は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネジャー)が居宅サービス計画(ケアプラン)の担当として利用者と利用契約を結び、その後のケアマネジメントを担っていくこととなる。通常では、利用者や家族は地域の居宅介護支援事業所の情報を持ち合わせていないことが多い。地域包括支援センターは、日ごろから地域内の居宅介護支援事業所の状況把握を行い、連携体制を形成するとともに、利用者・家族に居宅介護支援事業やケアマネジメントの流れを説明して理解を深めてもらい、必要な場合は事業所の選択を支援していく。担当する居宅介護支援事業所が決まった場合は、必要に応じて利用者宅への同行訪問、利用者・家族との関係構築の支援等を行っていく。

(3) 民生委員との連携・地域連携

山田花子さんの場合は、認知症の初期症状の状況で不安感が強い時期となる。83歳の高齢の一人暮らしであり、これまでの地域社会との交流関係、ゴミ出しの状況、自治会との関係性等を把握しながら、今後の見守り体制の構築といった地域の理解を得ていくことが欠かせない状況にある。地域包括支援センターは、娘や本人とも確認をとりながら、地域の担当民生委員と連携し、本人を取り巻く状況の情報交換、及び地域の理解やサポート体制の構築を進めていく。またケアチームとの連携への確認、また、近隣住民等が何か異変に気がついた場合は、担当の介護支援専門員や地域包括支援センターへの連絡対応を依頼していく。

2. かかりつけ医の視点と役割

医療法人社団翔洋会 理事長 辻正純

1. はじめに

高血圧や糖尿病など何らかの合併疾患でかかりつけ医療機関を受診する認知症高齢者は多い。超高齢社会の中、認知症はありふれた疾病であり、数少ない認知症専門医にすべてを任せることはできず、かかりつけ医の役割は大切である。このため、かかりつけ医には、①認知症に気づき、②健康管理を行いながら、③家族の介護負担を理解し、④（必要に応じて専門医療機関と連携しながら）認知症の診断を行い、⑤地域の介護サービスに連携する役割が求められている。一方、かかりつけ医の多くは内科医で、専門医とは認知症に対する知識や経験に差がある。このため判断の難しい場合（症例）は、速やかに専門医に紹介を行うことが必要である。不用意に「年のせいでしょう」「様子を見ましょう」という医師がいるが、専門医が認知症と認めた患者を調べたところ、4人のうち3人はかかりつけ医が見逃していたという調査結果もある。

もともと社交的で、几帳面な女性である山田花子さんが、以前とは異なり、「物忘れを自覚」し、意欲がなく、家の中に閉じこりがちになってきた場合、認知症の発症を疑い、精査を行う必要がある。地域包括支援センターでは、認知症相談を通じて、「認知症の気づき」を行い、地域のかかりつけ医もしくは物忘れ相談医を紹介し、診断や治療のための受診や介護保険サービス利用を助言することが求められている。

2. どのようなアセスメントを行うか

認知症が疑われる患者さんがかかりつけ医を受診した場合、まず問診が大切である。どのような症状がいつから起こったかを本人およびご家族から伺う。中核症状と BPSD に分けて病歴を聴取するが、各種の問診票や Behave-AD の用紙を使用すると時間の短縮を図れる。次に診察を行い、神経徴候に異常がないかどうかをチェックする。診察の後には、神経心理学的検査として MMSE 検査や HDS（長谷川式）検査を行う。認知症の診断は、問診と神経心理学的検査でほぼ決まる。

さらに画像診断として CT もしくは MRI、さらに必要があれば各種画像検査（SPECT、MIBG、PET など）を行い、鑑別診断（確定診断）を図る。

認知症を早期診断するメリットとして、①中核症状に効く薬剤があり、進行を遅らせることが可能、②本人の自己決定権を尊重し、財産の管理や介護に対する希望を家族に伝えられる、③本人と家族の QOL を高め、家族の BPSD への理解を促す、などが考えられる。

山田花子さんも、このようなアセスメントにより、適切な診断と治療方針を決定できれば、本人の症状の軽減と家族の理解を促すことになる。

３．どのような支援を行うか

（１）医療面からの支援

アルツハイマー型認知症の診断がつけば、抗認知症薬の治療が始まる。認知症の症状は中核症状と行動・心理症状（BPSD）に分けることが一般的であるが、陽性症状（興奮、徘徊、妄想など）と陰性症状（意欲の低下、無気力、発語の減少など）に分けると、治療薬の選択に役立つ。花子さんの場合には陰性症状が主体なので、コリンエステラーゼ阻害剤が選択されることが多いであろう。

（２）介護保険からの支援

一人暮らしで、精神的にも不安な生活を送っている花子さんは精神・心理的弱者（フレイル）と言える。このような高齢者には社会的な支援が必要であり、放置しておくと重症化して、より深刻な状況に陥る。地域包括支援センターに相談に行った花子さんは娘さんとも相談しつつ、介護保険の利用が勧められる。介護保険で認定がされれば、在宅サービスとしての通所介護（デイサービス）が選択されるであろう。通所サービスには生活環境を改善するための非薬物療法的な側面もあり、認知症高齢者には重要である。また、生活支援のために訪問介護や配食サービスが選択されるかもしれない。

（３）介護家族への支援

花子さんの娘さんが介護負担で困っているという記載はないが、認知症高齢者のご家族は介護負担に悩んでいることが少なくない。地域包括支援センターやかかりつけ医も介護家族を第２の患者と考えて支援の手を述べる必要がある。またこの時、ご家族が悩みを上手く言語化出来ないことがあるため、上手に聞き出すなどのアプローチをするとご家族のエンパワメントを引き出すことができる。

４．どのような連携を行うか

（１）医療との連携

地域包括支援センターでは認知症相談（オレンジプランでは地域包括支援センターに認知症サポート医と認知症地域支援推進員を置き、認知症相談に当たることが推奨されている。）を行い、支援が必要と判断された場合には、かかりつけ医に繋げる。かかりつけ医がいない場合には新たに近隣のかかりつけ医もしくは物忘れ相談医に繋ぐ。

（２）介護サービス、家族との連携

新たに介護申請する場合には、ご家族と相談しながら、介護認定が行われるまでは地域包括支援センターが対応して支援を行う。認定が出て、介護支援専門員（ケアマネジャー）が決まれば、支援業務は担当ケアマネジャーや介護サービス担当者に引き継ぐ。この場合でも、（ご家族の同意があれば）収集された情報や課題は担当者で情報共有を行い、支援に生かされるべきである。

花子さんの場合にもこのような流れで、医療と介護サービスへの連携が実施される。

3. 認知症疾患医療センターの視点と役割

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 精神科医長 古田光

1. はじめに

認知症疾患医療センターは、認知症に関する地域での中核的な医療機関である。東京都では平成 24 年 4 月に認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成 26 年 7 月現在で島しょ地域を除く各二次保健医療圏に 1 医療機関ずつ、計 12 医療機関が認知症疾患医療センターの指定を受けている。東京都認知症疾患医療センターは、「専門医療機関としての役割」「地域連携推進機関としての役割」「人材育成機関としての役割」の 3 つの役割を担っている。専門医療機関としては、地域住民や関係機関からの相談を行う「専門医療相談」、「認知症の鑑別診断と初期対応」、「認知症患者の身体疾患や行動・心理症状（以下 BPSD）への対応」を行っている。事例 1 のような認知症が疑われた方に対しては、かかりつけ医療機関、地域包括支援センターと連携を取りながら認知症の鑑別診断および初期対応を行う。

2. どのようなアセスメントを行うか

専門医療機関として、鑑別診断のための各種検査と、当事者および家族介護者の生活をどのようにサポートするかの視点からの情報収集を行う。認知症の原因疾患の鑑別は薬物療法の選択や今後の見立てのために重要である。また、原因疾患の鑑別と同時に、現在の認知機能障害の程度と BPSD の有無・程度、生活障害の程度を評価し、「現在どのようなサポートが必要か」をアセスメントする。

受診の有無にかかわらず、認知症専門医療相談室スタッフ（精神保健福祉士や看護師・保健師、臨床心理士らで構成）が、当事者、家族、地域包括支援センタースタッフ、かかりつけ医療機関等からの求めに応じ、受療相談や取り急ぎ行うべき援助のアドバイスを行う。認知症の鑑別診断目的で認知症疾患医療センターを受診した際には、詳細に病歴を聴取し、神経心理検査（長谷川式簡易知能評価改訂版や MMSE などの簡易なものから、必要に応じて複雑なものまで）、身体的な診察、スクリーニングの血液検査等の身体的検査、頭部 CT や MRI、脳血流 SPECT などの画像検査を行う。

3. どのような支援を行うか

上記のように認知症の鑑別診断のための各種検査を行い、その結果をご本人、ご家族に説明する。結果の説明の際には、単に「〇〇型認知症である」という診断名を告げるだけでなく、現在受けるべきサポート、今後必要となるサービスや予想される症状経過や対応について、時間をかけて、ご本人・ご家族の希望が失われないよう配慮しつつ説明する。医師からだけでなく、必要に応じ相談室スタッフが本人・家族と面談し、心理面のサポートや認知症に関する情報提供を行う。医療機関によっては疾病教育のプログラムを行っている。

かかりつけ医療機関には診察結果を報告し、今後の認知症に関する専門的な助言を行う。要介護認定申請が必要な場合、主治医意見書を認知症疾患医療センターで記載する場合と、適切な主治医意見書が記載できるような具体的な情報をかかりつけ医療機関に提供する場合がある。

事例１は家族援助者がおり、かつ地域包括支援センターがすでに関わっているが、家族援助者のいないケースや地域包括支援センターがまだ関わっていないケースもある。そのような場合は、地域包括支援センターに連絡を取り、要介護認定申請までをサポートすることもある。かかりつけ医療機関受診に困難がある場合は、受診方法を家族や包括支援センターと協議したり、往診医導入を検討したりする。診断後、薬物療法導入やBPSD対応で認知症疾患医療センター通院を継続するケースと、普段はかかりつけ医療機関に通院し必要に応じ再受診を行うケースがあるが、専門医療相談は通院の有無にかかわらず希望があれば継続する。

なお、認知症を疑われる方が医療機関受診を拒否しなかなかサポート体制を作れない場合、認知症疾患医療センターに設置された「認知症アウトリーチチーム」（国の事業では「認知症初期集中支援チーム」）が当事者宅を地域の職員と訪問し、評価および受診勧奨を行う事業も平成２５年から行われている。

４．どのような連携を行うか

事例１のようなケースでは、かかりつけ医療機関、地域包括支援センターとの連携を取り、鑑別診断および、初期対応としての医療・介護サービスを受ける体制づくりの援助を行う。受診経路がかかりつけ医療機関からの紹介でない場合でも、かかりつけ医療機関に診療情報を提供し、認知症であることや現在内科疾患の管理が困難になっていることを伝え、認知症者としての対応をお願いする。事例１では地域包括支援センターとの連携は家族を通じて可能であろうが、家族がいないケースや地域包括支援センターの濃厚な関与が必要と判断したケース（虐待が疑われる例や生活の破綻が強く懸念されるケース）では直接地域包括支援センターと連絡を取る。

認知症の鑑別診断や初期対応が行われた後、当事者・家族の認知症と共に生きる長い生活がはじまる。かかりつけ医を中心とした患者のサポート体制が構築され、継続されるが、専門医療が必要な場合は認知症疾患医療センターが、適宜専門的な評価・医療を提供していくことになる。

4. 薬剤師の視点と役割

公益社団法人東京都薬剤師会 常務理事 大木一正

1. はじめに

薬剤師が、ご自宅に伺い薬剤の服薬管理（訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導）を始めるきっかけには、医師の指示型、薬局提案型、介護支援専門員提案型、多職種提案型の4パターンがある。

分類をしてみると、以下のようになる。

（1）医師の指示型

医師・歯科医師からの指示に基づき、薬剤師の訪問の開始。

訪問の開始時期から、患者背景等情報が、入手しやすく、医師の処方に基づき訪問活動開始するため、比較的、訪問が抵抗なく受け入れられる。

（2）薬局提案型

薬局薬剤師が、疑問を持ち、薬剤師が訪問して状況把握する。

外来等の延長で有る為、すべてが抵抗なく受け入れられる訪問とは限らない。

多職種の連携が、必要である。

（3）介護支援専門員提案型 （4）多職種提案型

介護支援専門員並びに関与している多職種の方々からの、紹介または、問題解決の目的で、薬の管理並びに服薬指導の視点から、薬剤師が訪問して状況把握する。

訪問活動も、多職種の連携のもとに開始、今回の、事例1がこのパターンとも考えられる。訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導ともに、薬剤師による訪問薬剤の管理を目的としている。

2. どのようなアセスメントを行うか

認知症の症状が、疑われる場合には、薬剤師が関与して、内服等薬剤を服薬しているかの有無を確認し、服用中の場合はきちんと服薬して頂く目的で服薬支援を行う。服薬状況が悪い場合、その理由を探り、改善の対応策を考えて、服薬支援を行う。その方の、病状、ADL、そして QOL を改善、または、維持する事を考えて行動する。そこでは、薬が与える影響もアセスメントする。

その人の暮らしを中心に判断すると、薬の薬効・副作用・相互作用の多くが、ADL・QOLに関与していることがある。例えば、朝食後の薬はしっかり服用しているが、昼食後の分は残薬が多い。この場合は、昼食は食べない事が多く、薬も服用していないのではないかと、など、薬局窓口だけでは見えにくい部分が見えてくる場合がある。服薬状況が悪い場合、一包化や服薬カレンダーの作成などを検討する。食事が不規則であるなら、医師と相談して1日3回の処方を1日2回に変更するなど、患者さんに合わせた改善策を検討する。そして、その改善策に基づき調剤方法を確定していく。また、使用している薬の理解度（アドヒアランス）を確認、向上させることも大切

である。当然のことだが、訪問時、薬効や副作用のチェックは毎回行っている。その際には、体調チェックフローチャートを利用して、食事や排泄、睡眠、運動、認知機能からアプローチする事により、薬効や副作用のアセスメントにつながる。このあたりは、薬剤師の訪問計画に組み込んでいる。

３．どのような支援を行うか

服薬状況が悪い主な理由とその対応策

- (１) 残薬や併用薬が多くなり整理がつかなくなり、服薬が困難になる。

この様な場合、残薬確認を行い、薬剤に重複や相互作用・併用禁忌などを留意しながら整理改善する。残薬整理・多剤管理の為には、お薬手帳が有効な利用と考えられる。

どんな状況でも、お薬手帳の利用は価値があるとする。多職種に対しても、薬の連絡手段となっている。

- (２) 何の薬か理解しない為、飲まない。

薬剤の効果を理解できるように、説明し、その理解を助けるために、服薬支援する。

- (３) 薬の副作用が怖い為、飲まない。

副作用について恐怖心を取りつつ対応策を話し合い、納得して服薬できる工夫をする。

- (４) 特に体調が悪くないと判断して、自己調整で飲まない。

基本的な病識や薬識を再度説明し、服薬意義を理解していただく。

- (５) 錠剤、カプセル、散剤が飲めない。

患者ごとの適切な服薬形態の選択と医師・看護師・介護職・家族への提案を行う。嚥下能力が劣っていれば、嚥下補助ゼリー・オブラート・簡易懸濁法などの導入を提案する。

４．どのような連携を行うか

実際の薬剤師の訪問業務の流れから連携を示した。

- (１) 訪問に際しては、医師・歯科医師から訪問の指示を受ける。

- (２) 次に医師からの指示に基づき薬学的管理指導計画を策定する。また、患者さんへの事前の接触などが必要になる場合もある。

- (３) 一連の準備が整えば、患者さんのお宅に訪問し、薬歴管理、服用指導、薬剤服用状況や薬剤保管状況の確認などの薬学的管理指導を行う。また、提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提供するように努めることとされている。

- (４) 訪問後は、報告書を作成し、医師・歯科医師、ケアマネジャーに報告する。

- (５) 薬剤師による居宅療養管理指導は、介護保険の区分支給限度額に含まれないが、その患者さん担当の居宅支援事業所の介護支援専門員に連絡をして、薬剤師による居宅療養管理指導を「介護支援計画」に記載してもらおうと、他職種に薬剤師の存在を分かってもらえることができれば、サービス時間のバッティングなどを防ぐことも出来る。介護保険の居宅療養管理

指導の場合、他のサービス提供時間と重なる場合があるので、担当の介護支援専門員と打合せをしておくが良い。せっかく訪問しても、デイサービスに出ている患者さんが留守だったということもあり得るからである。これらの情報を踏まえて、薬学的管理指導計画を立てる。実際に訪問して行けば、様々な視点から薬学管理指導が見えてくるが、初めての場合は、コンプライアンスの確認や薬の効果・副作用の確認程度から始める。徐々に疾患や生活状況により薬学的管理指導の視点が変わっていくので、その都度対応する事が大切である。

- (6) 当たり前のことだが、患者さんの在宅療養には様々な職種がかかわっている。必要に応じて患者さんに関わる看護師、訪問介護士、理学療法士などと連絡を取り、薬剤情報を共有することが重要である。
- (7) 他職種の方々に報告する内容は、そのまま、患者さん・利用者さんの行動を左右する。記録をとることによって、事後に振り替える事ができ、その場で理解できない問題点を解決しやすくする。是非、記録をとっていただきたい。記録の手段として、利用者さんの自宅に設置されている記録ノートも重要な連絡報告手段となる。お薬手帳も、重要な連絡手段である。是非、有効に使用していただきたい。

5. 訪問看護師の視点と役割

財団法人日本訪問看護振興財団 あすか山訪問看護ステーション 統括所長 平原優美

1. はじめに

高齢者になると特に配偶者の死別は大きな転機になる。人生の大きな転機をどのように迎えるか、相談できる人がいるか、地域の中で支えてくれるネットワークがあるかなどは重要なことである。元気だった高齢者が少し元気がなくなり、家に引きこもってしまうことをどのように防ぎ、新たな生活のしかたや関係性の再構築を行うことは大仕事で、なかなか一人ではできない。身体変化への丁寧な対応は、これからの人生のQOLには大きな影響を与える重要なケアである。早期の認知機能障害は、認知症だけではなく、高血糖や低血糖、アルコール、肝性脳症、せん妄など早急に医療介入が必要な場合もあれば、加齢による物忘れであったり、うつ病であったりとさまざまである。定期的な健診を受けるなどしていれば、治療が必要な状態は早期発見できているので、区市町村の検診を受けているだけでも、認知症診断には役立つ。早期の認知症の様子は、脳血管障害や、高齢に伴う自然な機能低下つまり老衰、あるいはパーキンソン病などの成り行きにも似ているので、十分身体的変化の観察が必要である。また、認知症は、本人の自覚症状も含めると長期間にわたり緩やかに発症することや、初期には医療介入よりも生活環境を整えたり孤独にならず、人との関係が持てるような場づくりを行うことで進行が抑えられ、認知症による自己像の揺らぎや不安、気持ちの落ち込みなどが緩和されたりする。

2. どのようなアセスメントを行うか

山田さんは基本的な身体疾患にもとづいて、食欲・意欲低下などをきたし、物忘れなどの認知記憶障害を発症していると思われる。

夫と死別し、一人暮らしになった時点でこれまで長く家族のために行っていた自慢の料理を含む家事も、悲嘆により中断したと予想できる。一人暮らしになった生活は、これまでのような、旅行などメリハリのあるものでなくなり、外出する機会も少なくなったのではないだろうか。体調も栄養状態の悪化、不安や悲嘆などのストレスから自律神経失調症状となり、便秘などもあったかもしれない。睡眠障害もあり全体的な体力低下と気持ちも変化はあったと予想できる。

日常生活の物忘れで、自分だけがわかる物忘れはおそらくかなりあったのではないか。ご飯を炊くことを忘れてしまった、テレビやエアコンのリモコンがどこに行ったか分からず使えない、買い物に行っても何を買うのかわからない、料理ができなくなるなどの物忘れの範囲から通帳、印鑑や鍵、財布の紛失、あるいは、月1回の年金を郵便局で引き出せなくなるなど娘やこれまでの社会関係にも影響がでると、自分のプライドは傷つき、うつ状態となる。

周囲の認識が足りない場合は時に、かけられる言葉により傷ついたりして自律神経失調症状と身体症状の悪化など悪循環が起きてしまう。薬の飲み忘れ、あるいは病識の低下による医療機関の受診ができなくなると、脳血管疾患になったりするので、山田さんの場合は早期に専門医の受診が必要ではないかと考える。

3. どのような支援を行うか

それまで山田さんが生きてこられた人生や社会の中での役割を十分丁寧に傾聴し、山田さんの価値観や生活の仕方を理解する。そのうえで、言葉のかけ方や接しかたに配慮しながら人間関係を築いていく。注意すべきは、さまざまな山田さんの生活や失敗などを否定せず、指導などはしない。

訪問看護師として、全身をくまなく見せていただき具体的な変化を見つけ、生活障害との関係をアセスメントする。たとえば、視力低下、聴力低下、脳血管疾患の神経症状などがないか、甲状腺機能低下を疑い甲状腺の腫大の有無、口腔内に口内炎など異常はないか、舌苔は唾液腺の委縮の発見にもつながり、嚥下機能の確認も行う。入れ歯はあっているか、食欲はないか、塩味が感じにくくなるなど味覚の異常はないか、食事量と食事時間の変化をみる。表情筋や嚥下筋の低下は口唇の締まりを悪くさせ、むせを起こすこともあるので必ず確認する。肺音も丁寧に聴取し、肺炎などの早期発見に努める。食欲をなくす理由の一つに便秘があるが、リラクゼーションで副交感神経を優位にしながら、腹部マッサージを行う。訪問時に便意がでて排便ができることもある。これらの丁寧な身体フィジカルアセスメントは、山田さんに、自分が丁寧に扱われているという安心感を持ってもらうという側面もある。

信頼関係を築いたあとアロマオイルを利用したマッサージなどでリラックスしてもらう。また、古いアルバムを利用して、昔の自分や親しい親戚、子供などの写真をみながら名前を聞いたり、その当時のことを話していただくきっかけにして会話をを行う。在宅の特徴は、このようなアルバムはもちろんであるが、家の古い家具や傷などにも思い出がある。その家で人生を過ごしてきた自分のことを一緒に共有しながら脳の活性化や自己肯定感など不安の軽減のケアとなる。

これまで一人で生活してきた高齢者は、ヘルパーが入ることを拒否したりすることが多いので、まず訪問看護師が定期的に訪問し気持ちよく過ごせることを体験してもらい、生活の何を支援してもらえるとよいか、話し合い同意を得る。

地域包括支援センターからの見守りや介護保険の申請までの期間のサービスとして訪問看護サービスを利用してもらう。

4. どのような連携を行うか

訪問看護は介護保険がなくても、かかりつけ医が包括的訪問看護指示書を発行してくれば、早急に訪問看護師が訪問できる。そのことを地域包括支援センターに理解してもらえれば、認知症の専門医への紹介前に訪問看護が入ることができる。その時の情報をかかりつけ医へ報告するだけでも早めの認知症対策が講じられる。

また、介護保険を申請する場合は、主治医意見書の中で「看護師の指導・相談」の必要をチェックしていただければ、居宅療養管理指導で訪問看護師が医師の指示書がなくても3か月に1回訪問し全身の様子や生活の様子を確認することができ、ケアマネジャーに必要な情報提供、アセスメント・マネジメントの相談にのることができる。

6. 介護支援専門員の視点と役割

特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会 理事 石山麗子

(東京海上日動ベターライフサービス株式会社 営業部 シニアケアマネジャー)

1. はじめに

独居高齢者の場合、本人に自覚があっても身近に相談者や『何かおかしい』と気づく人がいなければ発見されにくい。金銭管理や服薬管理など、生活上の障害の発生に伴い地域包括支援センターを経由して介護支援専門員の支援がスタートする。この段階では、本人との会話が成立し、過去のエピソード、今後の生活への意向等、本人の価値観や将来に向けた意思を確認することができる重要な時期である。この段階での介護支援専門員のアセスメントが現状の課題解決に目を向けているのか、長期ビジョンを持ったものかによって、症状が進行した後の支援のあり方の質を左右する。

2. どのようなアセスメントを行うか

(1) 独居高齢者のアセスメント

独居の場合、たとえ家族でも生活状況の把握は難しい。アセスメントは、1) 本人の訴え、2) 観察(①本人の心身状態、②環境)の両面から行う。

1) 本人の訴え

本人が訴える体調不良や心配事はないか、認知機能低下の自覚はどの程度か、支援を受ける動機はあるか等である。

2) 観察

①本人の心身状態は、痩せ、顔色、皮膚や唇の色や乾き、爪・髪・皮膚の汚れ、体臭・口臭の有無等である。

②環境は生活実態を見る。例えばゴミの分別やゴミ出し日を間違える、同じ物を買ってくる、残菓がいっぱいになっている等である。本人と一緒にゴミをまとめたり、冷蔵庫を見たりしながら、残飯や賞味期限がひどく前の日付のものがないかを確認する。また、キッチンや洗濯機の使用状況、トイレに付着している便や汚れ具合、その他部屋の様子などから、本人の生活能力、生活課題、緊急性の有無を見極めていく。

3. どのような支援を行うか

(1) 孤独にしない

水分、食事、排せつ、服薬などの生命維持に必要なことを満たす。また独居であるがためにこれまで他人に口にするのでできなかった不安や孤独感を話せる関係性を早期に構築する。山田さんの場合、夫との思い出や一人になってからの生活のさまざまな感情を抱いたエピソードを聴き、共感するプロセスを経て孤独感を少なくし、信頼関係を築く。そしてたとえ今後、

重度になりさまざまなことがわからなくなっても常に寄り添っていく介護支援専門員の姿勢が伝わる面接のあり方で接する。

(2) 今後の長期的な支援方針に繋がる更なるアセスメント

会話の中で初期アセスメントだけではとれなかった情報を意図的に収集する。

- 1) 過去から現在を繋ぐ情報として、生活歴、生活習慣、好み、家族との関係性、人間関係、生活の中の楽しいこと、好きなこと、好きではないこと、趣味、周囲の人に何と呼ばれていたのか（例：『先生』『社長さん』等）。
- 2) 未来に向けた情報として、今後どこで誰とどのように暮らしていきたいのか、もし仮に治療して治らない体の状態になったとしたらどう考えるかなどがあげられる。本人自身が語れるうちに聞いておくことが後々の支援の質を左右する。

(3) 地域の理解者を増やす

この段階で発生しているであろうゴミ出しの失敗の有無について、近所や自治会の方に確認し、区市町村のゴミ出しサービスや訪問介護等での対応を導入し、近隣とのトラブルを予防する。もし近隣に協力者がいれば、●曜日の不燃ごみだけは対応してもらうなど、負担にならない範囲で協力者を増やしていく。地域住民の協力を得る場合、負担感を感じる協力内容は、かえって足を遠のかせ、本人を排除する動きに繋がることに留意しなければならない。介護支援専門員が代わってお礼を伝え、負担になっていないか確認する配慮が継続的に必要である。

(4) 家族の支援

認知症が軽度の段階では、家族は『何かおかしい』と感じつつ、「まさかうちの親に限って」と認知症という治らない病気を認めたくない心理がはたらきやすい。そのため家族は本人の変化を無意識的に「昔から頑固な性格」「年をとると短気になって」といったレベルで済ませようとする。このような場合に、「さっきも言ったでしょう」と本人に対して不快感を示す場合がある。本人にとって最も身近な家族から受けるこのような言葉や態度は、孤独感や自信喪失をもたらし、環境の影響による認知症状の悪化に繋がる。介護支援専門員は、家族に、「念のため」など配慮の言葉を付け加えつつ、もの忘れ外来の受診を勧める。

山田さんのように家族が異変に気づいて専門の相談機関に出向く場合には、専門医の受診やサービス導入が円滑で、家族支援も導入しやすい。このような場合、介護支援専門員には何ら問題のない家族にうつる。しかし、ここで見逃してならないのは、家族は、母親が認知症になったという現実を受け止めること、変化する母親の姿を目の当たりにすることだけでも、家族はダメージを受けるということである。介護支援専門員はその辛さを傾聴する必要がある。

(5) ケアプラン作成上の留意点

認知症初期の段階では本人もケアプランを目にする。告知・未告知か、告知されていてもどの程度受け止めているかによって表記や表現に配慮する。

サービス利用にあたって本人の役割を取り上げてはならない。山田さんの場合には、専業主

婦であったため、掃除、洗濯、炊事をヘルパーが代行するのではなく、一緒に行い、自己効力感、活動性を高める中で社会との関わりもつくれるように配慮する。

4. どのような連携を行うか

(1) 医療との連携

山田さんの場合、家に閉じこもりがちで受診できていない可能性もある。血圧の薬も飲めていない。あらためて家族と共に受診予約をし、医療に繋ぐ。認知症の鑑別診断は、かかりつけ医に相談し、紹介してもらおう。介護支援専門員は、本人の日ごろの体調や日常生活上発生している課題を端的にまとめ、医師に情報提供する。

(2) 介護サービス、家族等との連携

体調不良による認知機能の悪化を招かないように、山田さんにとって必要量の水分・食事摂取、服薬、排泄、活動が担保されるように小さな変化に目を向けて共有する。一人暮らしの不安・孤独、ストレス等が症状の悪化を招くため、家族、近隣、介護スタッフ、他利用者との関係にも目を配る。

7. 家族支援の視点と役割

特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン 理事長 牧野史子

1. はじめに

認知症の初期の段階では、家族はまず本人の異変に戸惑い、言動がおかしいと思いながらも「今まで通りのしっかりした母（父）でいてほしい。」との願望も相まって、疑問を封じてしまったり、現実と向き合うのを避ける傾向にある。当然ながら、本人に対しては、説得にあたったり、強い口調で対応しがちになる。また本人の認知症の症状は、まだらな状態も多く、時として他人に対ししっかりと受け答えができることもあり、親類など周囲の人に理解されにくく、悩みつつも相談もできずに先延ばしになり、何年も過ぎるケースがままある。たとえ、介護者が意を決しても、本人が拒否するため、病院への受診につながらないことが多い。

この初動の時期に認知症という病気やその対応についての知識を家族が持っているかどうかは、介護環境としては大切ではあるが、実際生活を共にし、本人の行動・心理症状の変容に毎日向かう家族は「頭ではわかっている、どうしてもイライラしたり怒りをぶつけてしまう」というのが実情であり、そのことでまた自分自身に罪悪感を抱くことも多い。

「家族が認知症である。」という客観的事実と向き合う家族の落胆や喪失感など揺れる心情を理解するアプローチにより、介護者が心を開き、安心して相談できる信頼関係を構築することが何よりも要となる。さらに家族全体の関係や生活環境など総合的なアセスメントに基づき、できるだけ早めにソーシャルサポートにつなげるなど、家族の特性に応じた臨機応変なさまざまなアプローチの工夫が必要になる。

2. どのようなアセスメントを行うか

- (1) 本人の日常的な状態の変化を家族はどのようにとらえているのか。
- (2) 本人と家族とのこれまでの関係はどのようなものであったのか。
家族にとって本人はどのような存在なのか。
- (3) 主に関わる家族介護者（この事例では娘）が、本人の生活をどのように支えていきたいと思っているのか、具体的に家族ができる生活の支援について聞き取る。（食事、掃除、洗濯など生活の支援、診察・通院などの付き添い、電話かけや見守りなどの支援、具体的な訪問の頻度や時間）

3. どのような支援を行うか

まずは、家族に認知症という病気や症状についてわかりやすく伝える。

本人自身も、自分のことに自信が持てず、不安であることも伝える。と同時に、娘としては、明るく積極的だった母親が変わっている、という現実を、悲しく思ったり、受けとめられずにいるかもしれない。そのあたりの揺れる気持ちを汲みながら、これまでの母親に対する気持ちも含

め、丁寧に聴き取るという家族へのケアが大事である。さらに、早めにかかりつけの医者、あるいは認知症専門の病院を受診することの大事さを伝える。

また、生活が単調にならないよう、これまで通っていた地域（たとえば敬老会館や趣味の場）があれば、なるべく継続して続けていけるよう送迎の支援をしながらでも、社会との接点をもつこと（社会性の維持）の大事さを家族にも伝え、地域にどのような社会資源があるのか、一緒に考えていくという姿勢が重要である。たとえば、本人が外交的で旅行や外出が好きであれば、できるだけこれまでと同じような生活が送れるように、買い物やお出かけなどができるようなサポートが地域にないか、探してみる。

また、離れて暮らしていても、家族が折に触れて電話をかけ、生活の中でしなければならないことを確認してもらったり、薬の飲み忘れを防ぐための工夫をするなど、本人が日常的に不安を抱くことのないよう、留意してもらうことが大事である。家族は、見当識障害や行動・心理症状が進み、わからなくなってしまうことにイライラを募らせ、そのたびに非難してしまいがちだが、本人の不安な気持ちにも触れ、家族が余裕を持って対応ができるように支援する。早めにデイサービスや家事援助サービスを利用することの意味を伝えていく。

4. どのような連携を行うか

まずは、日常的に近隣でお母さんと親しくしていた人がいないか、民生委員さんが来ているかなどの情報収集をする。この時期には地域で生活を見守る人の存在が大事である。可能であれば、地域包括支援センターを軸にしながら、日常的に本人を支える人達の「生活支援チーム」ができると本人も家族も安心である。離れて住む家族が毎日のように来られないような場合に、ゴミ出しや食事の差し入れ、買い物などの生活支援をどうするのか、関われる人たちが、話し合える場をつくるのが大切である。そうした支援チームの存在が、不安な家族の気持ちを結果的にケアすることになり、家族の孤立感を解消する。家族は地域に支えられている感覚を持つことができ、余裕を持って本人の気持ちに寄り添う対応ができる可能性も高い。こうした地域のコーディネーションが今後望まれる。

一番身近な家族は本人にとって、最も影響の大きな「環境要因」である。その家族の怒りやパニックの表情を見た本人がさらに興奮し、混乱するという「合わせ鏡」のような関係性になる。その点においてもこの時期の家族や地域の支援はとても重要である。地域包括支援センターや地域が中心となり、「認知症カフェ（オレンジカフェ）」などを地域の人達を巻き込みながら開催することも、地域の資源づくりとしては有効である。初期の認知症の方や家族にとって、カフェに参加することにより、さりげない雰囲気の中で専門職に病気の相談ができることは、早期に診断やサービスにつながり、地域からの孤立を防ぐ、有効な社会参加の機会となっている。

8. 歯科医師の視点と役割

公益社団法人東京都歯科医師会

地域保健医療常任委員会委員長 高齢者保健医療常任委員会委員長 細野純

1. はじめに

人が食事や会話を楽しむためには、口腔機能の継続的な維持管理が不可欠である。地域のかかりつけの歯科診療所には家族全員が定期的な検診や歯科治療のために永年、継続的に来院することが多く、患者さんの生活状況や家族環境などを把握しており、認知症に伴う生活機能低下などの早期発見がしやすいといえる。家族や主治医と連携し、ご本人の尊厳を守りながら認知症の早期診断への導きを行うとともに、通院が十分可能な初期の段階から将来的な予測にも配慮し、口腔のケアの充実と歯科疾患治療、咀嚼機能の改善に必要な補綴処置（義歯作製など）を積極的に行い、口腔内の環境を整備しておくことが大切である。歯科診療所に通院が困難な状況になった場合には、歯科訪問診療を行い、歯科疾患や義歯にかかわる治療、専門的な口腔のケアや食事支援を継続的に提供するステージアプローチを行い、認知症の人が最期まで、口から食べることを支援することがかかりつけ歯科医としての役割といえる。

2. どのようなアセスメントを行うか

必要な諸検査、歯、顎、顎関節を含む X 線断層検査などに基づき、歯科疾患の診断を行った上で、長期的視点からの歯や歯周疾患治療、義歯などの治療を早期に開始する。また、介護予防事業・二次予防事業の対象者把握に使用される基本チェックリストや口腔機能自己チェックシートなどを活用し、家族から日常の生活状況を把握し、ご本人の生活機能や口腔機能低下の早期把握を行う。特に今後、食事にかかわるトラブルが想定されることから、日常の食事や口腔のケアの状況なども確認しアセスメントを行う。




表 1. 口腔機能向上マニュアルにおける口腔機能自己チェックシートの項目

①固いものが食べにくいですか	1. はい	2. いいえ
②お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
③口がかわきやすいですか	1. はい	2. いいえ
④薬が飲み込みにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑤話すときに舌がひっかかりますか	1. はい	2. いいえ
⑥口臭が気になりますか。	1. はい	2. いいえ
⑦食事にかかる時間は長くなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑧薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑨食べこぼしがありますか	1. はい	2. いいえ
⑩食後に口の中に食べ物が残りますか	1. はい	2. いいえ
⑪自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか		
1 a. どちらもできない	1 b. 片方だけできる	2. 両方できる

(出典：厚生労働省 介護予防マニュアル（改訂版：平成 24 年 3 月）

第 5 章 口腔機能向上マニュアル別添資料 5-1 口腔機能自己チェックシート（例）

表2. 食事と口腔のケアなどにかかわる留意点（チェックポイント）

食事の流れと口腔ケア	食べることや口腔にかかわる留意点
{食事の準備、用意} <ul style="list-style-type: none"> ・食事時間や場所の配慮 ・調理方法、食形態 ・とろみ調整剤等の適切な使用 ・食べる意欲と食べ物へのこだわりへの配慮 	{楽しく、美味しく食べることへの導き} 食べる環境の整備と準備 <ol style="list-style-type: none"> 1) 食前のトイレと手指の清潔 2) 雰囲気・食卓の準備・配膳 食事姿勢の確保・食具の準備 3) 食べるための口の準備 <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内の確認、義歯の確認 ・嚥下体操、間接訓練など 
{食事摂取と介助} <ul style="list-style-type: none"> ・食事の姿勢の確保・声かけ ・食形態の確認 ・食べこぼし ・口へ入れるタイミング ・飲み込むことの確認 ・口の中の残留の確認 ・食事にかかる時間と疲労度 	{安全に美味しく必要量を食べること} 食事介助と見守り <ol style="list-style-type: none"> 1) 体幹角度調整と保持 2) 食具の使用状況・口へ運ぶ状態 3) 口への取り込み、介助の位置、角度 4) 食べるペース、一口量、口からのこぼれ 5) 食事への集中、声かけのタイミング 6) むせ、咳き込みの状態、声の変化、摂取量 7) 義歯の具合 
{食後のケア} <ul style="list-style-type: none"> ・服薬、残留の確認 ・口腔ケアグッズやうがいの準備 ・口腔ケア時の姿勢の確保 ・安全で安楽な口腔ケア ・誤嚥に十分注意 ・義歯の清掃、管理の徹底 	{食後の団欒と服薬・口腔清潔保持} 食後の見守りと口腔ケア <ol style="list-style-type: none"> 1) 服薬管理と食後の姿勢の保持 2) 食後の咳込みなどの有無 3) 食後の口腔清掃 <ul style="list-style-type: none"> ・食物残渣の除去、うがい ・歯ブラシ、舌の清掃など ・必要に応じて含嗽剤などの使用 4) 義歯の清掃：義歯用の清掃用具、洗浄剤の使用 

（出典：東京都医師会「口腔ケアと摂食・嚥下障害2 食事と口腔ケアのチェックポイント」より一部引用）

3. どのような支援を行うか

現在8020運動の達成者も増加し、ご自分の歯を多く持ち、食生活を楽しむ高齢者も多くなっている。しかし、口腔のケアが十分にできなくなると、う蝕や歯周病など歯科疾患が急増することが想定される。また、誤嚥性肺炎の予防のためにも口腔のケアは重要であることから、定期的な歯科検診と治療、口腔機能の評価を継続する必要がある。花子さんが、歯科治療の予約日時などを忘れるなど通院にかかわる混乱が認められるようになった場合でも、娘さんにもその旨を説明し、歯科受診を勧奨する。歯科診療所側からやさしく、わかりやすくご本人へ事前連絡することも配慮する。来院時には、保険証の紛失防止や一部負担金の授受、予約日時、治療内容の説明と同意などにも十分な配慮をしながら、必要な歯科治療を可能な限り積極的に行い、咀嚼機能の維持、改善をしていくことが大切である。認知症の進行に伴い、開口保持が困難、拒否が強くなり、歯科治療が困難になるケースもあるので、必要な歯科治療は認知機能障害が軽度の段階で積極的に行っておくことが大切である。

また、花子さんは、過去には良好であった口腔のケアの習慣が乱れ、口腔内の清掃状態が悪くなり、義歯の管理なども混乱することが予想される。初期には、ご自分で歯磨きをしたかどうかをカレンダーに印を入れる習慣や、洗面台には歯磨剤と同じようなチューブの物が多くありがちなので間違えないような方法（歯ブラシと必ずセットで一緒にする）など、失敗をしないような環境整備も必要である。また、義歯を思わぬ場所に置いて紛失する可能性もある。義歯装着の忘

れや紛失を機会に義歯の装着が困難、あるいは、新しく作製する義歯への適応が難しくなることもあることから、使い慣れた義歯を紛失しないように娘さんに説明し、目立つ容器を決めておき、小さい義歯はティッシュペーパーなどに包まないようにするなど娘さんに指導する。

花子さんは一人暮らしということもあり、家での日常会話も少ないと推察されるが、歯科診療所に通院することで、社会との接点が増加するとともに、歯科治療により口腔機能が改善することから、娘さんなどとの外食やお友達との会話などの機会が増加することも閉じこもりの予防にもつながると考えられる。初期では、摂食嚥下機能に問題を生じることは少ないが、口腔機能の向上事業などに参加し口腔機能の維持に努めるとともに、口腔のケアの習慣づけをしておくことも大切である。

４．どのような連携を行うか

永年、かかりつけ歯科医師としてかかると、家族から認知症症状にかかわる相談もある。認知症症状の早期把握に努め、かかりつけ医への相談を勧め、早期診断への導きと口腔領域にかかわる情報提供を行う。希望があれば、ご家族のみの相談も受け付けている認知症疾患医療センター相談窓口や認知症（もの忘れ）外来などの紹介を行うこともある。また、地域では、市区町村事業として実施する介護予防事業が実施されており、口腔機能向上事業などへの参加を勧めたり、地域包括支援センター、担当の介護支援専門員との連携を行う。定期的な歯科検診、口腔機能評価などを継続的に行い、口腔機能低下を防止するとともに、介護予防の視点を持ち、かかりつけ医や地域の認知症予防の事業などとの連携を推進することが大切である。

9. 作業療法士の視点と役割

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 作業療法士 村島久美子

1. はじめに

認知症高齢者に対する作業療法士（Occupational Therapist；以下 OT）の役割は、対象者の残存能力に着目し、その方に合った意味のある活動を提供することである。そのためには、疾患だけではなく、「個性」や「環境」という他の要素も捉える必要がある。

2. どのようなアセスメントを行うか

OT として対象者に関わるにあたっては、認知症症状を様々な側面から整理すること、そして、「人となり」を理解することから始まる。「人となり」を理解する方法としては、①ご本人の話を聴く、②ご本人の住環境から情報を得ることが挙げられる。

①のご本人の話については、生活史や家族歴（両親、兄弟を含む）、趣味等から、日常の些細な困り事や将来の不安な想い等を幅広く聴取する。また、会話中の言葉だけでなく、ご本人の表情や視線、間合い等も見必要がある。②の住環境については、近隣との距離感や立地条件、庭・駐車場等の敷地内状況から、外出のし易さ、屋外に対する興味・関心を知ることができる。また、屋内からは、家具の配置、生活動線の他に、壁や床の間に飾られている写真や置物等から、ご本人の趣味や今まで大事にしてきたものを知ることができる。このような情報を把握した上で、ご本人の強みを見つけ、日常生活において出来ている事＝強み、出来ていない事＝問題点を分析、整理していく。

山田さんの「強み」は、①もの忘れの自覚があること、②独居生活を継続していること、③今の状況を改善しようと、地域包括支援センターへ相談に行こうとしたことである。一方、問題点は、①もの忘れが増え、薬を飲み忘れること、通帳や印鑑・鍵等の貴重品を紛失してしまうこと、②得意だった料理の回数が減っていること、③イライラすることが増えていること、④外出の機会が減り閉じこもりがちになっていることが挙げられる。OT の視点でこれらの「強み」「問題点」を整理する場合、単純に出来ているか、出来ていないかということではなく、「どのように出来ているか・出来ていないか」という評価（活動分析/動作分析）を行う。

①もの忘れについては、問題となる記憶の種類と保持時間を考える。また、メモ帳・アラーム機能等ヒントがあれば思い出すことが出来るか、通帳や印鑑等の置き場を調整することで探す回数が減少するか等を評価する。②料理は切る・炒める等の動作だけではなく、「献立の立案・食材や道具の準備・調理・片づけ」といった複雑な動作が重なったものである。その為、全体を通して“料理ができない”というのではなく、各工程を分析して評価する必要がある。山田さんの料理の回数が減ったことについて、元々どんな料理が得意だったのかといったことや、今現在、料理に対する意欲はどの程度残っているか等を聴取する。また、料理動作を阻害する要因は様々であり、その点も細かく評価する。例えば、遂行機能の低下により昔に比べ作業遂行に時間がかかったり、献立が立てられなくなった、遂行機能・注意機能・記憶の低下により工程がスムーズ

に浮かばなくなった、味覚が変わってしまった、体が動きづらくなった、買い物に行くのが億劫になった、注意機能の低下により人混みの中を歩くのが大変とを感じるようになった等が挙げられる。これらは意欲低下を引き起こす原因となりうるため、慎重に紐解いていく必要がある。特に、認知症の初期段階では、小さな変化にも敏感に反応し、悲観的になりやすい為、IADL は具体的に分析しなければならない。③イライラする理由として、小さな変化から来る不安や焦燥感、喪失感が引き金になることもある。今まで何気なく出来ていたことが上手くできない、注意機能の低下により集中できないといったこともイライラの原因となる。そのため、ご本人の話をしっかり聴き、不安などを汲み取ることが必要となる。④外出の機会が減り閉じこもりがちになることについても様々な原因が推測できる。外出の準備をするための着替えや化粧が面倒に感じる、人混みの中で注意を持続させることに疲れてしまうため億劫になる、道順記憶の低下・空間認知の低下により目的地への到達・帰宅が難しくなる等、様々な理由が考えられる。この問題に関しても、ご本人の話から支援方法を紐解いていく必要がある。

3. どのような支援を行うか

ご本人の評価を十分に行い、問題点や目標を明確化した上で支援を行っていく。注意点としては、“あなたの味方であり、理解しようとしている”ことを丁寧に伝えた上で支援を開始することである。OT がご本人にとって安心できる存在であることを理解していただくことは、生活上の問題を解決するだけでなく、将来を見据えた支援をする上でも役立つのである。山田さんは認知症初期段階であるため、支援に関する目標とアクションプランを一緒に考えることも必要である。

自宅生活の継続を考えると、①ものの忘れによる内服管理の問題、②調理能力の低下に対する支援が優先される。ただし、上記2点だけではなく、趣味であった旅行の再開や成功体験を繰り返しながら自信を再獲得させる支援も重要である。

まず、①ものの忘れによる内服管理の問題については、処方された袋のまま管理するのではなく、内服薬に応じた一包化の検討や、服薬カレンダー等を用いて「可視化」を図るといった環境の工夫が必要である。服薬カレンダーだけでは気づかない場合は、アラーム付き薬箱といった福祉用具や携帯電話等のアラーム機能を用いて時間を知らせることで服薬管理が可能となることもある。さらに、手指の巧緻性や嚥下機能の低下など、内服に必要な機能も定期的に確認する必要がある。

次に、②調理動作能力の低下に対する支援としては、評価の項で述べた具体的な分析を基に対応方法を検討する。動線の修正、キッチン周辺の整理整頓・写真等を用いた視覚からの情報、調理道具の選択肢の削減、次の作業工程を忘れても思い出せるような目印の設定など環境を工夫することで、注意の転導をコントロールし、工程切替え時の混乱を軽減すること等が可能となる。素材の工夫、例えば、市販のカット野菜を使用する等、手順の簡略化を提案することもできる。また、1人での食事の寂しさや“美味しい”という正のフィードバックのなさも調理意欲を失くす原因と考えられるため、友人と食事を楽しんだり、介護保険サービスで他者と楽しみながら料理をする機会を設けることも支援として挙げられる。

山田さんは、元来社交的で明るい性格であったことから、他者と繋がる支援も必要と思われる。しかし、初めから大集団のコミュニティへ参加するとストレスになる可能性がある為、10人程

度の小集団や料理・体操・旅行といった目的のあるコミュニティから参加するなど、集団の特性を踏まえた支援が必要である。

4. どのような連携を行うか

認知症を有しても、その人らしく生活していくためには、多くの支援者と連携しながら支援していく必要がある。そして、より現実的且つ持続的な支援とするために、支援者がご本人に沿った支援を行うことで、「強み」を生かし、意欲を高め、内発的な動作に結び付けることが大切である。

OTとしてご本人の「問題点」だけでなく、「強み」を支援者に伝えることで、その方の出来ることを奪わない支援が可能となる。ご本人の「強み」を生かした作業活動を行うためにも、OTの強みを生かした具体的な支援方法を申し送ることが重要である。



コラム：どのような情報をどういうタイミングで家族に伝えるべきか

首都大学東京 副学長 繁田雅弘

私たち医療・福祉・介護の専門職は、認知症の人や家族にさまざまな情報提供を日々行っている。医療機関の受療や介護サービス・制度などを利用する上で知っておいたほうがよいと思われる情報を提供している。また、治療やサービス利用に直接関係しなくても、病気や生活障害の理解を深めると思われれば、そうした知識を提供することもある。ところが、私たち専門職が知っておくべきだと考える情報と、認知症の人や家族が知りたいと考えている情報は必ずしも一致しない。確かに、認知症の人や家族が知りたいと考えることの中には、私たち専門職には有用と思えない情報があるかもしれない。しかし、認知症の人や家族が知りたい情報を私たちが提供することで、認知症の人や家族が安心したり納得したりするのであれば、認知症の人は精神的により安定し、また家族は余裕をもって介護にあたれるかもしれない。本人や家族の希望する情報を提供することは、治療やケアにおける支援の効果を高めることにつながると考えられる。

ここでは、医療機関における家族への情報提供について考えてみたいと思う。表 1 は、認知症の人の家族を対象に、平成 22 年に行った医療機関における情報提供の満足度に関する調査である。協力をいただいたのは、『認知症の人と家族の会（東京都支部・神奈川県支部・栃木県支部）』、『NPO 法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン』の紹介による都内 18 の介護者会、若年認知症家族会『彩星の会』、その他診療所や在宅医療を利用している認知症の人の家族の人々である。医療機関でこういった内容の情報提供（説明）を受けたか、また、受けた情報提供（説明）に関して、どの程度満足したかを調べた。1237 人に調査票を配布し 399 人から回答を得ることができた（回収率：32.3%）。

このアンケートから次のことがわかった。一つは、「今後の見通しと起こり得ること」、「精神症状と行動の変化」、「介護方法や対応」の 3 つについては、説明は受けたけれど、多くの人々が満足していなかった。受けた説明のどの部分に満足できなかったのか検討する必要がある。説明内容が不十分で満足できなかった人がいるだろうし、説明の仕方に満足できなかったという人もいるかもしれない。「今後の見通しと起こり得ること」については、進行を遅らせる治療薬は存在するものの、記憶ないし認知機能が徐々に悪化していくことを多くの医療機関で説明しているものと思われる。ていねいな説明を心がける医療機関では、精神的に不安定になることがあることや、高度の認知症に進行する頃には身体的な問題が起こるようになることを説明しているかもしれない。「精神症状と行動の変化」については、とてもたくさんの症状が含まれるため、すべてを説明することは難しいと思われる。多くの症状を説明するとかえって不安になる家族がいるかもしれない。「介護方法や対応」についての情報提供も容易ではない。実際の介護に関して助言するためには、症状と状況の関連性や、家族構成、介護者の許容量などを知る必要があるが、限られた時間の外来診療では難しいと思われる。一方、『認知症の人と家族の会』の都道府県支部が行っている電話相談や地域包括支援センターなどの存在を知らない家族も少なくない。こうした情報のアクセス先を提示するだけでも家族の助けになる可能性がある。

もう一つ分かったこととして、「施設入所」、「医療機関への入院」、「終末期（看取り）」については、あらかじめ説明を受けた家族は多くはなかった。初診後の間もない段階では当事者は多少なりとも困惑し戸惑っている。そのような状況で多量の情報が提供されることは、当事者の混乱を助長することになり適切とは言えない。しかし、精神症状や身体合併症の悪化が家族の介護能力を超えるような場合は、緊急の入所や入院を考える必要が生じ、そうした場合には、当事者があらかじめ知識を有していることが望ましいわけである。上記の知識を当事者に提供することにも一定の意義がある。「終末期」に関しても、情報提供のタイミングには微妙なところがあるものの、あらかじめ知っておくことに大きな意義がある。

認知症の人と家族に、こういったタイミングでこういった情報を提供するのが望ましいか、それは事例によって異なるであろう。多職種で様々な異なる立場と観点で検討してみよう。

<参考資料>

- 1) 繁田雅弘（編集）．実践・認知症診療 第1巻 認知症の人と家族・介護者を支える説明．医薬ジャーナル，2013年5月．
- 2) 繁田雅弘，半田幸子，今井幸充．認知症診療における適切な情報提供と対応：患者と家族の安心と納得を左右する要因．みやこ島首都大学東京機関リポジトリ．
<http://www.repository.lib.tmu.ac.jp/dspace/bitstream/10748/4316/9/10280-011.pdf>

表１．医療機関における説明の有無と満足度

説明内容	説明の有無（*1）			説明に対する満足度（*2）		
	説明なし （％）	説明あり （％）	無回答 （％）	満足 （％）	不満 （％）	無回答 （％）
認知症の症状と必要な検査	18.8	75.5	6.3	62.1	29.5	8.3
今後の見通しと起こり得ること	36.6	57.2	6.3	46.6	46.6	6.8
精神症状と行動の変化	46.6	45.9	7.5	41.3	48.4	10.3
認知症の薬	24.3	68.5	7.3	57.1	33.9	9.0
介護方法や対応	46.6	46.2	7.3	39.9	50.9	9.3
施設入所	56.4	30.3	13.3	35.3	44.6	20.1
医療機関への入院	48.9	32.9	18.3	36.6	37.6	25.8
終末期（看取り）	63.4	19.8	16.8	—	—	—

*1: 【説明あり】とは「説明があった」、「少し説明があった」の合計、【説明なし】とは「あまり説明がなかった」、「説明がなかった」の合計である。【説明あり】よりも【説明なし】と答えた人が多かった項目を太字で示した。

*2: 【満足】とは「満足している」、「まあ満足している」の合計、【不満】は、「あまり満足していない」「満足していない」の合計である。終末期（看取り）に関しては満足度は尋ねていない。【満足】よりも【不満】と答えた人が多かった項目を太字で示した。

10. ケアの統合に向けて

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 栗田主一

1. はじめに

認知症とは、アルツハイマー病や脳血管障害など、さまざまな脳の器質的疾患によって認知機能や生活機能が低下した状態を言うが、そのような状態のはじまりに、本人自身も、日々の生活の中で、「思うようにいかない」「前のようにはいかない」と感じ、これからのことを不安に感じている方は少なくない。「必要なものがなかなか見つからない」「同じ物をまた買ってしまふ」という日常生活の中での失敗は、そのような不安な思いのきっかけになる。そのようなときに、こうした不安に気がついてくれる家族がいるということは大きな助けである。しかし、一人暮らし高齢者が急速な勢いで増加する東京都では、このようなことに気がついてくれる身近な人をどのようにして創り出していくことができるかということ自体が大きな課題となっている。

山田花子さんの場合は、一人暮らしではあるが、そのことに気がついてくれる娘さんがいた。そのような家族の支援もあって、地域包括支援センターの相談窓口にアクセスすることができた。

2. ケアの統合に向けて

地域包括支援センターは、さまざまな高齢者の相談に対応し、必要な支援を調整する統合ケアの拠点である。山田花子さんのように、認知機能や生活機能の低下を背景に、漠然とした不安をもって、相談機関や医療機関を訪れる方は多い。このような方を支援していくためには、まずはどのような支援が必要なのかをアセスメントする必要がある。その出発点は、本人の思いや体験をよく聴き、そして家族の思いや体験をよく聴くことである。その上で、限られた時間の中で、必要なアセスメントを段取りよく行う。

山田花子さんの場合、相談を受けた専門職は、“山田さんには認知機能や生活機能の低下がありそうだ”ということに気づくであろう。そして、具体的にどのような認知機能や生活機能に支障があるのかについて注意が向けられることになるであろう。それとともに、身体的な健康状態はどうか、精神的な健康状態はどうか、社会的な状況はどうか（住まいや生活環境はどうか、経済状況はどうか、人とのつながりはどうか、支援を受けられる体制にあるか）、家族の状況はどうかについて、総合的に捉えていく必要あると考えるようになるのではないと思われる。

認知機能や生活機能が低下していても、それが必ずしも認知症によるものとは限らない。認知症以外のさまざまな身体的・精神的な健康状態が認知機能や生活機能に影響を及ぼすことがある。また、認知機能や生活機能の低下が身体的・精神的な健康状態に影響を及ぼし、悪循環を形成している場合もある。したがって、認知症であるのか否か、認知症であるとすればどのような病態が背景にあるのか（認知症疾患の診断）、身体的な健康状態はどうか、精神的な健康状態はどうか、歯科的な健康状態はどうか、これらの状態を把握し、情報を共有していくためにも、医療へのアクセス（診断へのアクセス）を支援することは重要である。

山田花子さんは一人暮らしであるということから、認知機能や生活機能の低下をもちながらも現在の生活を継続していくためにはいかなる支援が必要か、実際に居宅を訪問してアセスメントをすることは重要である。その際、本人がどんな暮らしをしたいと思っているか、家族はどのように思っているか、現実には家族はどのような生活支援をしているか、どのような生活支援が必要とされているか、具体的には、どのように医療を継続していくか、通院はどうするか、服薬管理はどうするか、金銭管理はどうするか、日々の食事はどうするか、家事はどうするか、山田さんなりに生き生きと暮らしていくためにはどのようなことが大切かなど、本人や家族とともに歩みながら継続的に考えていくようなアプローチが必要であろう。

3. ケアを統合するための仕組みを創り出していくために

地域包括支援センターにはそのような役割が求められているが、地域包括支援センターが単独でこのような支援を行っていくことはできない。かかりつけ医、認知症疾患医療センター、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、作業療法士、介護支援専門員、介護サービス事業者、家族支援を行う NPO など、支援に関わるさまざまな人々が一堂に会して、その人の支援の方向性を共に考え、支援を統合していくことを可能にする「仕組み」が必要である。

地域包括支援センターが実施する地域ケア会議（個別ケア会議）は、現場レベルでケアを統合していくための仕組みの一つである。また、認知症コーディネーター・アウトリーチチーム事業や認知症初期集中支援チーム事業は、そのような地域包括支援センターの機能をバックアップしていくことを基本目標とする事業である。このようなさまざまな事業を、それぞれの地域の実情に応じて活用しながら、認知症の人のための統合ケアを実現するための「仕組み」を創り出していくことが、これからの認知症支援体制づくりの課題である。