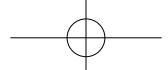


事例2：認知症診断後の在宅介護、BPSDの出現、ADLの低下

鈴木恵子さんは76歳の女性です。もともと気持ちが細やかで、繊細な方です。趣味はガーデニングで、草花を見たり育てたりすることが好きだということです。長年、開業医の夫を支え、娘一人と息子二人を育てました。

68歳のときに胃がんの手術を受けましたが、その頃から気持ちがふさぎがちになり、意欲も低下し、好きなガーデニングもしなくなりました。70歳ごろから居間に小さな子どもがいるとか、カーテンの下に小さな動物が隠れている、などと奇妙なことを言うようになり、次第に動作が緩慢になり、もの忘れも見られるようになりました。71歳のときに、かかりつけ医に勧められて認知症疾患医療センターを受診したところ、レビー小体型認知症と診断されました。それからは、認知症疾患医療センターとかかりつけ医の両方で治療を受けることになり、また、介護保険サービスを利用するためには要介護認定を受け、介護支援専門員にケアプランを立ててもらいました。

73歳ごろから歩行障害が目立つようになり、病院には車椅子を利用して受診するようになりました。症状には波が見られ、調子の良い時は身体の動きも比較的よく、会話や食事もスムーズですが、調子の悪い時には身体の動きが著しく悪く、会話もできず、食事もなかなかとれなくなりました。



1. 認知症疾患医療センターの視点と役割

国家公務員共済組合連合会立川病院 内科部長 太田晃一

認知症疾患医療センター（以下、センター）の担う役割の一つに「認知症の診断と対応」「専門的医療の提供」があり、この事例では専門的医療が必要な認知症患者をかかりつけ医が見出して、センターを紹介し、センターがアルツハイマー病ではなくレビー小体型認知症と診断した、という点に典型的に示されている。その後、センターは認知症療養計画書を作成して患者と家族に説明した上で、かかりつけ医に逆紹介してその後の在宅診療を協力していく体制を整えている。この行為は診療報酬上も認知症専門医紹介加算、認知症専門診断管理料、認知症療養指導料として担保されている。

レビー小体型認知症の診断には、神経内科専門医や認知症専門医による「神経学的診察、神経心理検査」、頭部MRI、脳血流SPECT、MIBG心筋シンチグラフィーといった「高度な画像検査」が必要である。センターはこれらの検査を施行できる体制を整えている。レビー小体型認知症と診断することにより、適切な治療薬を選択したり、アルツハイマー病とは異なった認知症の行動・心理症状（BPSD）の出現、パーキンソン病の運動症状の出現がありうること、などを予測することができる。また、早期から転倒傾向や立ちくらみが起こりやすいなどを念頭に置いた生活指導や、ケアやリハビリの注意点を他の職種のスタッフに伝えることができる。

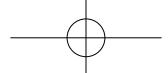
また、この事例でも認められるように、認知症の症状に日によって波がある、というのもレビー小体型認知症の特徴である。このような状況をあらかじめ家族やケアスタッフが理解しておくことにより、「今日は朝から調子が悪いから、すぐ救急車を呼んだ方が良い」といった誤った判断も防ぐことができる。

この事例では「小さな子供がいる」などといった幻視が当初から認められており、さらに動作緩慢というパーキンソン病症状にかかりつけ医が気づいたことが、センターを紹介するきっかけとなったと考えられる。かかりつけ医の認知症に対する知識が豊かであったことが患者さんに大きな利益をもたらしたといえるであろう。このような認知症の専門的知識をかかりつけ医の先生方へお伝えすること、「専門医療・地域連携を支える人材の育成」もセンターの大重要な役割である。

この事例でみられた「気持がふさぎがち、意欲が低下（抑うつ）」「幻視」といったBPSDに対するかかりつけ医やケアスタッフの治療や対応法を日頃から指導することもセンターの役割である。「センターとかかりつけ医の両方で治療を受ける」という状況は、レビー小体型認知症のように専門的医療の必要性が高く、かつ、毎日の生活で様々な問題が頻発する認知症疾患の場合には理想的な診療体制である。この場合、センターとかかりつけ医が医療知識を共有することが大切である。たとえば、「安易に抗精神病薬を投与するのではなく、まずはコリンエステラーゼ阻害薬のような認知症治療薬によってBPSDのコントロールを試みる方が安全性が高い」などといったことがこれにあたる。

事例2：認知症診断後の在宅介護

この事例では73歳頃から歩行障害が目立つようになっており、パーキンソン病症状が進行していることが疑われる。この状況は適切なパーキンソン病治療薬の使用や、リハビリテーションによって改善することが期待できる。このような「治療のチャンスを専門家としての立場から見逃さない」ことも、センターの大事な役割である。これは患者のADL維持のためにとても大切なことである。



2. かかりつけ医の視点と役割

医療法人翔洋会 理事長 辻正純

1. はじめに

「レビー小体型認知症（DLB）」と診断された鈴木恵子さんに関して、ここではかかりつけ医の役割を考えてみたい。まず、生来健康な高齢の女性が、胃がん手術を機会に、意欲が低下し幻覚・妄想が出現している。うつ病や巨赤芽球貧血も鑑別診断に挙げられるが、かかりつけ医が診断に自信がない場合には、認知症疾患医療センターや認知症専門医と連携をとることが望まれる。認知症疾患医療センターは、医療・介護の連携体制の推進役として、二次保健医療圏に1か所（島しょ地域を除く）、東京都全域では12医療機関が指定された。一方、地域連携モデルとしては、もの忘れ相談医の制度を作ったり、地域包括支援センターとの連携を進めている板橋区医師会（図1）の事例があり、スムーズな医療連携体制の構築が各地で求められている。

2. どのようなアセスメントを行うか

認知症を診断する際に重要なことは、ていねいに問診を行うことである。

レビー小体型認知症（DLB）は、アルツハイマー型認知症に比べ、進行がやや早く、運動障害や・妄想幻覚が先行しやすい特徴を持っている。また薬剤過敏性があるため、抗認知症薬に副作用が出やすいことにも注意を払わなければならない。日中に眠ること（嗜睡）、認知症の状態が数日もしくは同一日内でも変動しやすいこと、寝言で叫ぶ（レム睡眠行動障害）、一過性の意識障害を起こしやすくなるなども特徴になる。診察に際しては、多くの症例でパーキンソン症状を合併しているので、見逃さないことが大切である。一方、画像診断では、CTやMRIの画像を見ると、脳の委縮がアルツハイマー型に比べ少ないことも特徴で、DLBを疑う場合にはアイソトープ検査であるMIBG心筋シンチグラムやDATスキャンを行うと診断に役立つとされている。

鈴木恵子さんの場合、上記のような問診や臨床症状をほぼ全て満たしており、DLBの可能性が高いものと考えられる。

認知症疾患医療センターでDLBと診断された後は、かかりつけ医で内服薬の処方を行うと共に、身近なかかりつけ医として生活指導・介護指導を行っていく。地域の介護サービスやケアマネジャーとの連携もかかりつけ医の大切な役割である。

3. どのような支援を行うか

医療面からの支援：BPSDを合併し、ADLの低下傾向にあるDLBの患者様では、中核症状の治療のために、コリンエステラーゼ阻害薬であるドネペジルもしくはリバスチグミンの量投与が治療選択されるであろう。また妄想や幻覚には抑肝散、パーキンソン症状による歩行障害があれば、抗パーキンソン薬の少量投与が勧められる。一方、歩行障害に対しては、理学療法やデイケア（通

所リハビリ)が選択される。

介護保険からの支援：介護認定を受け、介護保険サービスが導入されたようであるが、どんなサービスが望まれるか？鈴木恵子さんの場合、BPSDや歩行障害も目立つようになった状態なので、要介護2-3と思われる。このような状態であれば、地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護や認知症対応型デイサービスがふさわしいだろう。小規模多機能型居宅介護は、通所サービスを中心に、宿泊サービスや訪問サービスを一つの事業所から複合的に利用できる点で、家族支援の役割も十分担うことが出来るし、認知症デイサービスでは、小規模で家庭的な雰囲気の中で、きめ細かいサービスが受けられるだろう。

介護家族への支援：鈴木恵子さんの場合、誰が介護しているかの記載はないが、もし夫が介護しているならば、より細かい支援を行わないと、虐待などに結び付く危険性も指摘されている。

4. どのような連携を行うか

かかりつけ医の視点から考えると、医師は、治療は行っても、介護状況（情報）が医師には入りにくいのが現状の課題である。ケアマネジャーや地域包括支援センターより、介護の状況や日常生活における細かい病状の変化を医師に伝えることが出来れば適切な医療管理に繋がる。このような医療と介護の連携は、連携ノートやケア会議で行うことになっているが、時間的な制約から十分おこなわれているとは言えない現状にある。ケアマネジャーとの連携がキーポイントであるが、今後はICTの活用によりスムーズな連携システムの策定が望まれる。

必要があれば、成年後見制度の申請について、家族と話し合うことも望まれる。

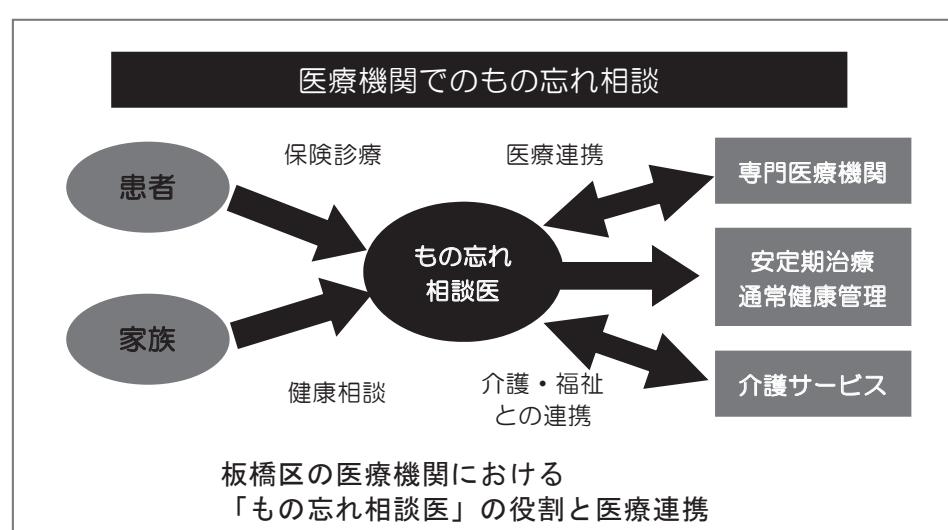
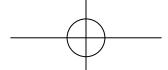


図1 医療機関でのもの忘れ相談
(出典：板橋区医師会より)

事例2：認知症診断後の在宅介護



3. 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

認知症と診断された現実を受け止めるることは容易ではない。鈴木さんの場合は特にレビー小体型認知症の診断を受けた。「診断」を受けたことが本人と家族の今後の生活にとって良い結果をもたらすように、レビー小体型特有の症状を予測し、その方と家族に適した生活をつくっていく意思決定プロセスを支援するのが診断後における介護支援専門員の重要な役割の一つである。忘れやすさだけでなく幻覚、介護拒否、睡眠中の不穏、パーキンソンニズムなど、本人と家族の負担は大きい。本人と家族が疲労していないか、混乱がないかなど本人のみならず家族のQOLも低下させない視点が不可欠である。また、連携上の留意点は、介護のスタッフだけでなく、24時間支える家族も一つのチームとなり、情報を共有し、最善のケアを一緒に考えながら予防的に進めていく。

2. どのようなアセスメントを行うか

(1) 本人に関すること

1) 詳細なアセスメントの前にすべきこと

記憶はどの程度保たれているか、『認知症』の診断結果を告知されているか、告知されている場合、どのように理解し、受け止めているか等を確認する。鈴木さんの場合、通常の認知症のアセスメントに加え、レビー小体型に生じることがらについても確認する。

2) 大きな方針から詳細までをアセスメントする

①本人の希望を本人の言動や行動から確認する。

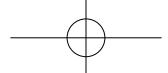
②大きな方針として、住まい、誰とどんな暮らしを希望するのか等。日常生活上の不便、支障、不安、楽しいと感じること。鈴木さんの場合、趣味はガーデニングである。

③24時間の生活状況：食事摂取量と内容、水分摂取量や好みの飲み物、使っている食器、運動量・活動・排泄（排尿回数や便秘等）の状況、ADL、IADL、足の爪や履物、服薬状況、日内変動。

④BPSDの出現状況とその傾向：どのようなBPSDがいつ頃、どのように起きるのか、繰り返すのか、回数の増減、程度の増幅等。周囲の本人のBPSDに対する反応に対して本人がどのように反応しているのか、環境から改善できることはあるか等の視点でも確認する。

⑤レビー小体型特有の症状：うつ状態、意欲低下、幻視・幻聴、症状の動搖、視空間の障害、パーキンソン症状、睡眠中の大声や叫び、起立性低血圧、尿失禁、便秘、多汗等。

⑥家族、友人、近所、地域などコミュニティとの関係。



事例2：認知症診断後の在宅介護

(2) 家族に関すること

- 1) 家族は医師から説明された『認知症』の診断結果をどう理解し受け止め、本人のレビューや体型認知症のさまざまな症状に具体的にどう対応しているのか。
- 2) かかりつけ医の有無、本人の認知症以外の疾患の有無と受診介助の状況。
- 3) 家族が感じる日常生活上の不便、不安、介護負担、睡眠時間、社会とのかかわり、その他の生活上のストレス。
- 4) 本人に受けさせたいケア、1月にかけられる介護費用。
- 5) 家族構成、家族歴、主介護者（KP）からみた本人との関係、本人とその他家族の関係、健康状態、介護可能なこと、介護に対する考え方、副介護者や協力者の有無、介護以外の役割、就労・子育ての有無と家族以外の周囲の理解や協力の程度、近所との関係、BPSDの受け止め方と高齢者虐待に発展する可能性の有無。

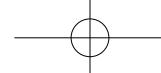
(3) 環境に関するこ

- 1) 幻覚やパーキンソンニズムに対して予防的な観点で環境整備する視点でアセスメントする
 - ①室内の状況：ADL や認知状況と室内の状況のバランスがとれているか（トイレ・浴室・玄関の状況とわかりやすさ、段差、滑りやすさ、支持物、床の整理整頓、寒暖、湿度、エアコンとベッドの位置関係彩光、明るさ、影の状況、室内の色づかい、周辺の騒音）。
 - ②屋外の状況：玄関から道路までの状況（階段、石段、段差、坂、距離、つかまる物等）。
 - ③道路の状況（交通量、段差、傾斜、路面の状況）。
- 2) 本人の日常生活に必要な社会資源
 - ①見守ってくれる人の有無、警察への届け出状況等。
 - ②本人の行きつけの商店街、スーパー、コンビニ、理美容店等までの距離や道路状況等。

3. どのような支援を行うか

(1) かかわり方の工夫、日内変動に対応する

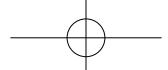
幻覚は、本人が見ている世界を否定しない原則は多職種だけでなく、家族も含めて対応する。しかし、家族は、わかっていてもつい「動物なんかいるわけないでしょう。」などと言ってしまいがちである。本人と家族の相互の関係で本人の不安や拒否が強くなることもあるが、介護支援専門員は家族が感じる葛藤にも共感し、家族と関わるたびに労い、本人と家族の両者を支援する。日内変動がつかめたら、本人と家族が負担を感じにくいケアを設定する。たとえば夕方暗くなる時間帯に本人の幻覚、介護拒否、暴言などが出てやすいなら、その時間はヘルパーで対応する。また、調子の良いときには趣味活動のガーデニングができる活動を取り入れ、本人が自然と自信をもち、取り組めることを日常生活に取戻し、気持ちが落ち着くように工夫する。活動する際には特に、パーキンソンニズムや起立性低血圧に留意し、転びにくい配慮をする。爪を切り、裾の短いズボンや靴、物を持たない等である。また、声をかけるときには、本人の視界に入つてゆっくりと話す。活動性を維持するため、リハビリをケアプランに入れておく。



4. どのような連携を行うか

(1) 医療、介護の専門職だけでなく家族もチーム

わずかな段差や床や壁の色づかい、採光や照明によって転倒しやすく、生活リズムの乱れによってBPSDや体調不良をきたしやすい。本人の体調変化の情報はもちろんのこと、季節の移り変わり、家族の体調・仕事の状況など、生活のリズムにかかわることを継続的に確認する。情報は、ケアに携わるすべてのスタッフと家族が共有し、本人の体調不良、幻覚、不安、拒否、暴言、夜間睡眠時の不穏などを誘発しない予防的なかかわり方と生活環境の工夫は、鈴木さんの場合には、何が最善なのかをチームで一緒に考える。



4. 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

介護保険開始となり、主治医からレビー小体型認知症と診断されている場合は、なるべく早めに訪問看護をプランにいれてほしい。

レビー小体型認知症の場合は症状の進行で寝たきりになることが多く、妄想、暴言、介護拒否、徘徊などの行動・心理症状もおこしやすい。うつ症状もかなり、家族や周囲の本人への誤った対応は、患者の自尊心を傷つけ、よりうつ症状が進行してしまうことがある。家族、介護者などサービス全体にレビー小体型認知症の正しい疾患の理解と、接し方、介護のしかたについての意思一致をケアマネジャーと行うことが訪問看護師の役割である。

また、様子を観察し、その患者ごとに出現する症状の見極めと、病気から予想できる症状、リスクを念頭に、予防的のかかわりを行うことができる。パーキンソン症状により転倒しやすくなり、環境整備を早めにおこなうことが大切であり、ケアマネジャーや家族と一緒に話し合う。些細な段差などの認識が難しく、人によっては浴室をまたいで中に入れないことがあり、赤いテープではっきりとわかるようにすることがある。

2. どのようなアセスメントを行うか

訪問看護師は、これまでの身体疾患を含めた経過を家族や主治医に確認し、本人の記憶や表現があいまいになることを配慮して、全身の様子を細かく観察し、触ったときの本人の反応や苦痛様表情を察知して、異常がないか、判断する。

レビー小体型認知症は、幻覚や暴言など介護拒否を引き起こしやすい。実際の日常生活での本人の幻覚や妄想の様子とその変化、暴言や介護拒否などによる家族、介護者の支援困難の有無を確認し、日常生活にどう影響しているかをアセスメントする。

また、どう対応したらわからないといった周囲の反応に対して、本人がもつ感情などをよく観察し本人がここちよい感情になりやすい対応と、不愉快になり暴言などを引き起こす対応を発見する。

また、日常生活動作の変化やパーキンソン病による生活のしづらさ、手足の不隨運動の有無、動かないことによる廃用症候群などの鑑別を行う。

体調が日によって違うことから、気温、湿度、日内変動の観察により予防的なかかわりについてないかを考える。

認知症は早期から食事や排せつ、運動といった生活習慣が乱れていることがある。家族もてつきり食べているものだと思ったら、食事がこれまでのようにならぬ準備できなかつたり忘れたりして、体調を崩したり、ひどい便秘になり本人の苦痛が大きくなり、暴言や介護拒否になつたりする。また、不安や強い緊張などは、自律神経の交感神経を興奮させてるので、のどがカラカラになつたり、動悸がしたり、便秘になつたり、眠れなくなつたりするので確認する。尿失禁がよくあ

り、身体の機能障害なのか、トイレにいけない理由で失禁となってしまうのかの判断を行い対処する必要がある。原因をよく観察して医師に報告することが重要である。

このように体の変化と基本的な生活習慣の現状がどうなっているのか確認することは重要である。本人に聞いても、はっきりわからないことが多いので、食材や食事がどうなっているのか、冷蔵庫をみたり、ごみ箱の中を確認したり、お風呂場を使った形跡があるのか、ないのか確認して判断する。

この鈴木さんの場合、胃がんの手術のころから気持ちがふさぎ込み、意欲低下をきたしている。胃がんという大病による病院生活でも、当然、気持ちはふさがるが、手術という緊張した経験や病院の環境がそれまで本人にしかわからないようなもの忘れを一気に進めたかもしれない。明らかな症状が起きるずいぶん前から、本人にしかわからない自分の変化に大きな不安を抱えている患者は多い。

誰に相談すればよいかわからず、自分の変化でささいな生活しづらさを実感していることが多い。たとえば、鍵をおとしてしまい家に入れなくなったり、買い物に行ったら、急に何を買いに来たのかわからず、そのまま帰宅する、缶切りがどうしても見つけられず、料理ができなかったりと、本人は老化によるものなのか、何か異常があるのかという不安でうつ状態となっている患者は多い。

3. どのような支援を行うか

本人の感情の様子を判断し、不安や不快な感情となりやすいことを少なくし、快感、安心の感情が起こるような環境を整える。たとえば、好きな音楽や花などを身近におき、ガーデニングがしやすいように準備する。

生活に必要なものがどこにあるのかわからず、興奮したりうつ症状が悪化することがあるので、たとえば下着や箸、スプーンなどの置場は紙に書いて張り出し、すぐにわかるようにする。

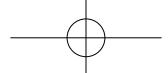
排泄は触診で便秘になっていないか、ガスがたまっていないか確認するが、本人が嫌がることもあり、そういう時は無理には行わない。

食事は食材の減り方と、皮膚や脱水症状を観察し、適切に食事がとれるように、これまでの食習慣を尊重し、簡単な準備で食べられるようにセットする。

たとえば、お茶碗と箸、漬物などは膳にセットしておき、すべてヘルパーが準備するのではなく自分でできることを残す。

1日の中での動きやすい時間帯があれば、体を動かすように散歩にでかけたり、ガーデニングと一緒に使うなど、体を動かすようにする。

パーキンソン症状がひどくなり生活への影響が出る場合は、早めに医師に相談する。リラックスできるような、オイルによるマッサージを行い、緊張を緩和する。入浴介助は全身の異常を早期発見しやすい場面なので、定期的なケアを入れる。



4. どのような連携を行うか

医師へはうつ症状の程度や変化、パーキンソン症状の悪化など抗精神病薬やドパミン作動薬などの内服薬治療で症状緩和できる可能性がある場合は、早期に相談する。また、ヘルパーなどへ観察をする視点をお知らせして、そのような症状が見られたら教えてもらうよう話す。家族や介護者は、幻覚について心配したり、家族は「そんなものいないじゃない」と感情的に否定したりすることがある。そのことが本人の不安や緊張を大きくすることになるので、対応について十分説明し、家族の不安へかかわる。

ケアマネジャーとは正しい疾患の理解を助け、環境整備と生活能力にあった介護サービスについて一緒に考える。

認知症は進行していく疾患であるので、変化を予測しながら、予防的なプランづくりの相談役を訪問看護師は行う。

5. 居宅サービス事業所の視点と役割（訪問介護、通所介護、短期入所介護）

株式会社すずらん 代表 今井康明

1. はじめに

ここでは居宅サービスである訪問介護、通所介護、短期入所介護の事業所の役割について考えていきたい。サービス事業者は認知症と診断されたばかりの人が、要介護認定を受け、介護保険のサービスを利用するにあたり、どのような心境でいるのかということも、しっかりと考へる必要がある。

また居宅サービス事業所は、在宅の情報を多く収集しやすいと言える。であるならば、認知症の人を在宅で支えていく上において、居宅サービス事業所が持っている情報をお互い共有していくこと、また、多職種間で共有していくことも、とても大切な事と言える。

2. どのようなアセスメントを行うか

まず、認知症との診断を受けたことを、本人や家族はどのように受けとめているかという事を考へる必要がある。認知症との診断を受け、それを前向きな姿勢で受け止められる人は、多くはないだろう。多くの人は、この先に起こる事への不安な気持ちや戸惑いといった感情が湧き、素直には、現状を受け入れられないに違いない。

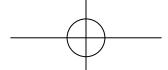
居宅サービス事業所に限らず、認知症の人と家族等を支援していく関係者は、この事を忘れずに、本人や家族等の支援を行う必要がある。

次に考えたいのは、本事例の中に「胃癌の手術も受け、もの忘れや幻視といった症状も見られるようになり、レビー小体型認知症と診断され、歩行障害も目立つようになってきた」とある。もちろん、認知症の症状や身体状況において、しっかりアセスメントをすることは必要だが、この人がどのような生き方をしてきた人なのか、どのような価値観をもって生活をしてきたのか、何が好きで何が好みではない人なのかというような視点に立ってのアセスメントも忘れてはならない。

認知症ケアにおいて、「パーソンセンタードケア」という考え方がある。「その人を中心としたケア」という意味である。ともすると、介護者側は、「認知症」の症状ばかりに焦点を合わせてしまいがちになったり、介護者側の都合に合わせたケアになりがちである。その結果、更にその人の症状を悪化させてしまうこともある。そのような事にならないように、認知症である本人を中心に考えて、支援をしていくことが重要なのである。

3. 認知症の人を支えるために：訪問介護（ホームヘルプ）

訪問介護は、自宅にホームヘルパーがお邪魔して行うサービスである。認知症の人の暮らしを知り、ケアに活かしていく上で、一番情報が得やすいと言える。また、その人が出来る限り、在宅生活を継続していくための、まさに「生活の場」である。この「生活の場」で暮らし続けて



事例2：認知症診断後の在宅介護

いくためには、この人の生活の「どの部分を」、「どのくらい」、「いつのタイミングで」サポートすれば良いだろうかという視点で、アセスメントを行うことが必要と言えるだろう。

また、訪問介護では、認知症の人が通所介護へ行くための準備、送り出しや通所介護から自宅へ帰ってくる際のお迎えをヘルパーが行う事も多い。送り出しの場合、限られた時間内に、準備を済ませることと同時に、本人の気持ちを「外出しようかな」という前向きな気持ちにすることも含まれるため、高いスキルが必要と言える。

なお、「いつもと、様子がちょっと違うな」といった情報は、大変重要な情報となるため、通所介護のスタッフへ伝えたり、担当のケアマネジャーへ報告すると言った連携が欠かせない。

4. 認知症の人を支えるために：通所介護（デイサービス）

通所介護は、在宅生活をしている人が、デイサービス事業所に通って受けるサービスである。通所介護には、大規模なものから小規模のもの、また、認知症の人やリハビリなどに特化したものなど、様々あるが、ここでは、全ての通所介護に共通して言える点に絞って考えて行きたい。

通所介護の場合、複数のサービス利用者や複数のスタッフがあり、様々な人との接点や交流が生まれる。その事は、認知症の人にとって、以前より少なくなってきた、社会とつながる、人とつながる機会ともなる。その一方、認知症の人の中には、集団の中で過ごすことが苦手であったり、個別的な関わりを多く必要とする人もいる。そういう人に対しても、柔軟にサービスを提供できるようにする配慮が求められる。

また、認知症の症状があるからといって、何も分からなくなり、何もできなくなっているわけではない。そのため、認知症ケアにおいては、認知症の人が現在持っている力を発揮でき、本人の自信につながるような支援が重要なポイントとなる。認知症になり、様々な事が難しくなっていく中で、本人は自信を失いがちになるが、手助けがあればできる事はたくさんあり、そのような支援によって、自信を取り戻すことにもつながり、認知症の症状も安定してくることになる。

また、認知症の人の家族への精神的なサポートも、居宅サービス事業所の大切な役割の一つと言える。特に通所介護では、送り迎え時に家族との接点があったり、連絡帳などを活用している場合もあり、家族の気持ちや表情の変化、悩み等に気づきやすいと言える。そして、ケアマネジャーなどに、本人の情報はもとより、家族の様子や精神状態などを伝えるなど、家族も共に支えていくという視点が、認知症ケアにはとても大切となる。

5. 認知症の人を支えるために：短期入所介護（ショートステイ）

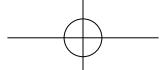
短期入所介護は、在宅生活をしている人が、短期間、施設などにおいて短期入所をしながら受けるサービスである。認知症の人を在宅で介護している家族は、昼夜を問わず気持ちが張りつめている人も多い。また、家族自身も病気を患っていたり、精神的に追い詰められている場合も少なくない。短期入所介護を利用することによって、主介護者である家族を支え、在宅介護を継続していく上では、とても重要なサービスの一つと言える。

ただ、認知症の人にとって、環境の大きな変化は、認知症の症状を悪化させてしまう事にもつ

事例2：認知症診断後の在宅介護

ながるため、特に短期入所介護を初めて利用する場合には、その人の在宅での暮らしぶりなどの情報、その人が利用しているサービス、例えば訪問介護事業所の情報、通所介護事業所の情報などを十分に集め、環境変化による認知症の症状の悪化やADLの低下等を最小限にすることが求められる。

その結果、認知症の人が引き続き、今までと同じような在宅生活が継続できることで、家族の精神的な負担軽減にもつながると思われる。



6. 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

薬剤師が認知症診断後の在宅医療・介護に関与して訪問して確認する事は、現在の服用薬剤の確認だけではない。患者さんの生活・人生を確認する事が大切である。

代表する例の一つとして、薬が上手く飲めない場合の対応策を示してみると、その方法にはいくつかある。

訪問した結果、実際に服薬現場に参加することで、患者様の理解力、嚥下能力、身体能力などの服薬状況をより詳細に把握でき、評価と計画を行うことにより、適切な服用形態の選択へつなげることができる。

実際、患者様の理解力、嚥下能力、身体能力が低下することにより、剤型の変更や服用補助の品々を準備して、その方に合った工夫をすることが大切になる。

薬剤師が、単独で、出来る事は限られているので、多職種の意見交換・情報交換が重要な行為となる。

併用薬剤によっては、認知機能低下を誘発しやすい以下のような薬剤が報告されている。

- (1) 向精神薬：抗精神病薬・催眠薬・鎮痛薬・抗うつ薬
- (2) 向精神薬以外の薬剤：抗 Parkinson 病薬・抗てんかん薬・循環器病薬（降圧剤・抗不整脈、利尿剤・ジギタリス製剤）鎮痛薬（オピオイド製剤・NSAID s）・副腎皮質ステロイド・抗菌薬・抗ウイルス薬・抗腫瘍薬・泌尿器病薬（過活動膀胱治療薬）・消化器病薬（H2 受容体拮抗薬・抗コリン薬）抗喘息薬・抗アレルギー薬（抗ヒスタミン薬）以上が、代表例である。

2. どのようなアセスメントを行うか

訪問開始する場合には、心がけるべき事がある、その代表を示す。

患者さんのお宅では、初回訪問時にまず介護保険被保険者証を確認する。介護保険被保険者証を確認する事により、介護認定の有無、認定されていれば要介護度、認定期間、担当の居宅介護支援事業所名がわかる。介護保険の認定を受けている場合は、介護保険の居宅療養管理指導になり、医療保険ではなく介護保険への請求になる。また、重要事項の説明と契約が必要になる。重要事項の説明の後、重要事項説明書と契約書に署名または捺印してもらい、双方で保管する。介護保険の利用者は、例えば訪問介護など、ほかの事業所とも同様に重要事項説明書と契約書に署名または捺印をしているので、薬剤師の場合も必要である事をしっかり伝えればスムーズに契約できるだろう。

一方、多職種連携の観点から、担当の介護支援専門員にも、居宅療養管理指導で訪問する旨を伝え、介護支援計画に、薬剤師が居宅療養管理指導を行っていることを記載してもらうようにする。これによって、他職種に薬剤師の存在を分かってもらうこともできるほか、サービス時間のバッティングなどを防ぐことも出来る。

また、介護支援専門員には、居宅療養管理指導は、区分支給限度額に含まれないことを再確認しておくことが必要と考える。

3. どのような支援を行うか

レビー小体型認知症の症状として、進行性の認知機能低下を認める。症状として、パーキンソン病の類縁疾患であり、パーキンソン病同様にドパミン神経細胞の変性を認め、パーキンソニズムと呼ばれるパーキンソン病様の運動障害を認めることが多い。そのため、転倒による外傷が多く、また、病状の進行によりアルツハイマー型認知症に比べ10倍も寝たきりになるのが早いともいわれている。病状の進行に伴い、認知機能とパーキンソニズムの進行を認め、最終的には寝たきりになる。初期の段階でアルツハイマー型認知症との鑑別が難しい。薬物に過敏に反応し（薬物過敏性）、特に、抗精神病薬の投与によって悪性症候群をきたしやすい。しかし、妄想、暴言、介護拒否、徘徊などの認知症に伴う行動・心理症状が出現しやすく、これに対して抗精神病薬が処方されることがある。

ドネペジルに代表される、アルツハイマー型認知症の治療薬であるアセチルコリンエステラーゼ阻害剤は有効で、アルツハイマー型認知症よりも効果を認めることがある。

レビー小体型認知症治療薬には、認知症に対する治療とパーキンソン症状に対する治療がある。

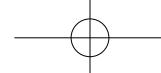
- (1) 認知症の症状にはコリンエステラーゼ阻害薬が効果を示すとされている。
 - 1) ドネペジルはパーキンソン症状を増悪させずに認知症に対する効果を示すとられている。
 - 2) リバスチグミンは中核症状だけでなく行動・心理症状（BPSD）の悪化を有意に抑制したとの報告がある。
 - 3) 漢方薬である抑肝散は臨床治験で効果を示すことが示されつつある。
 - 4) パーキンソン症状には、レボドパやドパミン受容体作動薬が用いられる。

- (2) 認知症治療薬の薬剤には、現在、4種類の薬剤が存在する。
 - 1) ドネペジル塩酸塩（アリセプト等）：剤型（錠・口腔内崩壊錠・細粒・ドライシロップ・ゼリー）が多く、各服用経路が選択できる。
 - 2) ガランタミン臭化水素塩（レミニール）：剤型（錠・口腔内崩壊錠・内服液）が多く、各服用経路が選択できる。
 - 3) リバスチグミン（リバスタッチ・イクセロン）：剤型が、貼り薬であり、使用しやすい。
 - 4) メマンチン塩酸塩（メマリー）：剤型は錠剤である。

以上の、剤型の選択は、状態により選択できると考える。

4. どのような連携を行うか

高齢者に対して介護職員ができる医療的行為には、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区別し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導



事例2：認知症診断後の在宅介護

の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助することである。ただし、患者が入院・入所して治療する必要がなく、容態が安定している場合であり、副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと、内服薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないことが条件となる。上記を医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助が出来ることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき介助が可能となる。

高齢者に対して介護職員ができる具体的な医療的行為としては、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること、がある。以上が、具体的な行為となるが、多職種の連携の場合、毎日、薬剤の服薬管理を行う必要がある場合には、介護職員の方々の力が必要となる。連携にあたっては、薬剤の使用方法・有効性・注意事項を明記していく事が重要である。

7. 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

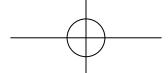
1. はじめに

認知症が進行するにしたがって、食事の変化や口腔のケアなどにかかる問題がさらに顕在化する。アルツハイマー型認知症では、早期には、嚥下機能そのものは比較的保たれるが、歩行が困難になる時期から口腔清掃の自立度も下がり、自身での口腔のケアや義歯の着脱などが困難となり、洗面所への誘導、義歯の清掃や歯磨きの一部介助などの支援が必要となる。また、「自ら食べ始めることができない」、「最後まで食べ続けることができない」、「食べこぼす・一口量や口に入れるペースの調整ができない・むせることがある」などの食べることの乱れに対する支援が必要になる。食べる機能を適切に評価するとともに、自ら食べる意欲を失わないような支援をすることも大切で、可能な限り、ご自分で食べ続けることができるような食事環境の整備や介護者への食事介助方法の指導、食事形態などを調整していくことが大切である。

鈴木恵子さんは、レビー小体型認知症と診断されていることからアルツハイマー型認知症とは異なる病態を示すと考えられる。「食べること」については、注意障害と認知機能の日内変動から食べることができる時とできない時があり、食事が中断することもある。また、視空間認知障害から食卓の食物までの距離が正確につかめず食物に食具が届かず、食物の位置関係がわからぬいで食べ残す場合もある。また、幻視から食物の中に虫や鳥の羽が入っていると言って、食事を中断する場合や、さらにパーキンソンニズムによる振戦、姿勢反射障害から摂食動作に支障をきたし、食べこぼしたり、手前の皿の食べ物だけを摂取したりするといった、食べることの乱れも想定される。したがって、歯科専門職などによる食事時の観察を行い、適切な摂食・嚥下評価と食環境調整や食事形態などについて介護者への指導などが必要である。レビー小体型認知症は錐体外路症状としてパーキンソン病同様に、嚥下反射や咳反射の低下による障害が起こりやすく不顕性誤嚥による肺炎のリスクも高まる。アルツハイマー型認知症と比較して有意に嚥下障害が多く、適切な形態の食事・水分の提供と栄養管理が必要である。また、抗精神病薬への過敏による誤嚥性肺炎のリスクも高くなると想定される。したがって、口腔のケアの充実は重要であり、歯科衛生士の専門的口腔衛生処置の継続も必要である。

2. どのようなアセスメントを行うか

車いすで歯科診療所へ通院が可能であれば、定期的な歯科健診や治療、口腔機能の評価を継続して行う。食にかかるアセスメントが重要となることから、歯科医師、歯科衛生士等による摂食・嚥下機能評価を実施すると共に、食事環境や食事介助、食後の口腔のケアなどの留意点について確認することが大切である。



事例2：認知症診断後の在宅介護

(1) 食事場面の観察による食事の変化の把握

認知症の食事を支えるためは、実際の食事場面の観察から見出される支援を考えることである。生活者の視点と認知症の病態による食事の特徴、身体合併症などに伴う変化や環境づくりの視点が大切である。

- 1) 自ら食べ始めることはできますか？
- 2) 自分で食べ続けることはできますか？
- 3) 食べ方の変化がありますか？ 食べるペースが変わった、こぼすようになった、口に貯め込んでしまうようになったなどの変化がないかを確認する。

(2) 口腔機能、口腔のケアなどの状況の把握

FASTによるアルツハイマー型認知症のアセスメントに対応した口腔機能、口腔のケア（表1）などを参考に評価を行う。

3. どのような支援を行うか

(1) 食事支援について

食事の準備と食事環境や食事形態の把握と調整

1) 身体の準備

十分な覚醒と食前の排泄、発熱、脱水がないか？ 睡眠の乱れがないか？ などの確認と服薬の確認を行う。

2) 食事の環境

食べることに集中できる環境か？ 車いでの食事か？ 食卓の高さ、座る位置は適切か？ 食卓と体との距離は適切か？ 食べやすい姿勢か？ 姿勢が崩れないか？ などの確認と調整を行う。

3) 提供される食事形態、調理の状況や食卓、食具の確認

彩りよい盛付けや食べたいという意欲の食事の提供が大切であり、ご本人が混乱しない品数と認知しやすい色使いや摂食・嚥下機能に適した食形態、食事に集中できる食卓環境の整備と持ちやすい食具を用意するなど、介護者への説明と指導を行う。幻視は触れると消えることもあるので、手に食具を持たせ、すぐことを誘導してみるのもよい。

4) むせなどがあり、食べ続けられない場合

摂食・嚥下機能障害の評価後に、適正な姿勢（ポジショニング）の支援と調整、覚醒レベルへの配慮、飲み込みやすい食事形態の選択や冷たいゼリーやとろみ調整剤の活用、嚥下体操（間接訓練）の実施や食事中に嚥下に集中できるようにする。現在、カタログ販売、スーパーなどでもユニバーサルデザインフードなどが豊富に販売されているが、家族にはどれを選択して良いのか、また、使用方法が良くわからないということもあり適切な助言が必要である。デイサービス、ショートステイを利用する場合には、在宅での食事姿勢の確保や食形態、介助方法などについての申し送りを行うことも大切である。

(2) 口腔のケアについて

可能な限りの自立を支援するために、適切な口腔のケアグッズの選択や義歯管理などについて、介護者への指導を行う。一部介助が必要な場合でも、ご本人が安楽で介護者が継続可能な口腔のケア方法を選択する。また、義歯の紛失防止として、義歯床にお名前などを刻印することなども考慮する。睡眠、覚醒、排せつなどの生活リズムと連動した食事支援を考えるとともに、口腔のケアも、口腔の清潔保持だけではなく、食事と連動した一連の生活リズムづくりとしての位置づけをすることも必要である。

4. どのような連携を行うか

歯科専門職から食事の状況や口腔のケア、歯科疾患等についての情報を発信し、主治医や訪問看護師、訪問薬剤師、介護支援専門員などと連携し、口腔のケアや食にかかわる問題や支援方法を共有する。食環境や食形態などの具体的指導の提供は文書だけでは難しく、食事場面の観察も兼ねたケアカンファレンスが有効である。また、身体疾患等により、入院になった場合、在宅での口腔のケアや義歯の管理、食事形態などについても、病院への情報提供も必要である。

介護保険サービスとして、通所系サービスでの口腔機能向上加算や介護保険施設における口腔機能維持体制加算、口腔機能維持管理加算などのサービスが導入されており、歯科医師、歯科衛生士の位置づけがされていることから、これらのサービスについての情報提供を行う。

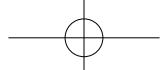
表1. FASTに対応した口腔機能などの変遷とその対応

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴	口腔ケア(セルフケア)	口腔機能(摂食・嚥下機能)	口腔のケア(支援・介助)
1 認知機能の障害なし	正常	・主觀的および客觀的機能低下は認められない			
2 非常に軽度の認知機能低下	年齢相応	・物の置き忘れを訴える ・喰語困難	正常		健常者と同じ対応
3 軽度の認知機能低下	境界状態	・熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる ・新しい場所に旅行することは困難	従来のブラッシング法は保持されるものの、口腔清掃にむらが生じる 新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れが困難となるケースがある	正常	認知症との診断がされていないケースが多く、口腔清掃の低下を契機に認知症と診断される可能性がある時期である
4 中等度の認知機能低下	軽度AD	・夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす	従来のブラッシング法は何か保持されるものの、口腔清掃状況に低下を認める 新たな清掃器具、手技などの指導の受け入れは極めて困難となる		複雑な指導の受け入れが困難となるため、単純な指導を適宜行うことにより口腔清掃の自立を促すことが必要となる 一部介助も必要となる時期であるが、介助の受け入れは自尊心が障害となり困難な場合が多い
5 やや高度の認知機能低下	中等度のAD	・介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない ・入浴させると、なだめずかすなどの説得の必要性が出現する	自らのブラッシング行為は遂行困難となる	認知機能の低下により、先行期に障害を求めるケースがある 食事摂取に偏りが出現し、自己の嗜好性に合った品目ののみの摂取などを認めることがある	口腔清掃を促すことにより、口腔清掃の自立は困難ながら保持できるが、介助は導入に配慮が必要で、不適切な導入は介助拒否となることもある 対象者の食事への嗜好性に配慮した食事提供が必要となる
6 高度の認知機能低下	やや高度のAD	・不適切な着衣 ・入浴に介助を要する ・入浴を嫌がる ・トイレの水を流せなくなる ・尿、便失禁	セルフケアが困難となる清潔行為が困難となるため、ブラッシングなども行わなくなるが、歯ブラシなどを提示するとブラッシング行為を行うことがあるが、清掃行為としての認識は低下	先行期障害が顕著 食具の使用が限られる 摂食・嚥下機能は保持されているが、一口量、ペーシングが不良となり、それが原因でむせ、食べこぼしなどが出現する	口腔清掃は一部介助が必要となり、全介助のケースもあるが、対象者の不快感を極力軽減する配慮が必要となる 使用可能な食具を選択し、その際、一口量が過剰にならない配慮が必要となる 食事の配膳などにも配慮が必要となり、ケースによっては一品ごとに提供することも効果的である
7 非常に高度の認知機能低下	高度のAD	・言語機能の低下 ・理解しうる語彙は限られた単語となる ・歩行機能、着座能力、笑う能力の喪失 ・昏迷および昏睡	セルフケアが顕著に困難となる	食具の使用が困難となる多くの場合、嚥下反射の遅延が認められるものの、咀嚼機能、嚥下機能は保持されている 姿勢の保持が困難となり、そのため摂食・嚥下障害が出現する 麻痺症候により、摂食・嚥下障害の出現も認められる	口腔清掃は全介助となり、口腔内感染の惹起を目的に食事提供前の口腔清掃も効果的なケースもある 食事環境(配膳、食形態、姿勢など)の整備に配慮が必要となり、食事も一部介助から全介助となるケース、さらには経口摂取が困難となり、経管栄養などの方法も必要となる

FAST : Functional Assessment Staging

AD での各ステージで生じる可能性がある問題を、ADL の障害を基準にして判定する尺度

(出典) 平野浩彦、本間 昭：実践！認知症を支える口腔のケア、東京都高齢者研究福祉振興財団、2007.



8. 理学療法士の視点と役割

リハビリ推進センター株式会社 代表 阿部勉

1. はじめに

一般的に、在宅での理学療法士等のリハビリ専門職の役割は、個々人の求める、または、必要な動作や生活行為が安全に効率よく実行されるための基本的運動機能を改善し、環境整備や福祉用具または補装具の適合を図って心身機能を最大限に引き出すことと、病状の進行や再発を予防し家族の介護負担を軽減しながら活動量を向上させ、家庭内参加（家庭内での役割）や社会参加を、他職種を巻き込みながら促すことである。そのためには、疾患特性に配慮したリスク管理と本人の意欲や気持ちに寄り添ったプログラム（支援）が必要である。

事例の認知症疾患の場合では、疾患特有の歩行障害が目立つようになり外出には車椅子を使用するなど徐々に身体機能が低下し、日々の活動量も減少して廃用症候群が進行するという悪循環に陥っていることが推測される。また、日差や日内差が状況を複雑にさせている。このままでは近い将来にも転倒が頻発し、骨折などの大きな障害を招いて、さらに介護度を悪化させることが懸念される。したがって、リハビリ専門職には転倒と廃用症候群の予防を最優先しながら、日々の活動が無理なく安全に実行できる手段を模索し、家族や他職種へ助言していくことが求められる。

では、どのようにアセスメントを行って支援をしていくのか？他職種とどのように連携を図っていくのかを解説する。

2. どのようなアセスメントを行うか

第一印象でレビー小体型認知症は、静止時振戦や仮面用顔貌、姿勢反射障害、嚥下障害などの特有の病態を大雑把に把握することができると言われている。一般的には筋肉がこわばって表情が乏しくなり動作が遅くなって起居動作や更衣に苦労する、前かがみの姿勢で小刻みに歩くようになり進行すると転倒の危険性が増大したり、飲み込みに苦労して肺炎を引き起こしたりしやすいなどの印象がある。そのため、一般的な評価（筋力等の運動機能、起居動作等のADL機能、介護や家屋状況等）に加えて、疾患特有のパーキンソンニズムについても確認していく。具体的には身体症状（振戦、固縮、無動、姿勢反射障害、不随意運動）、歩行障害（小刻み歩行、すくみ足、突進現象）、自律神経症状（便秘、起立性低血圧、排尿障害）、精神症状（うつ症状、幻覚、認知機能障害）であるが、特に歩行障害は転倒予防を図る上でも重要なアセスメントである。

転倒予防は、どのような場面（動作、行為の途中で）、またはどこの場所で、どの方向にどのように（姿勢が戻せない、一步足が出ない）バランスを崩しやすいのか？日内差はあるのか？などの評価のもとに支援（プログラム）を行っていく。一方、歩行障害とともに問題になるのが起居動作である。起き上がりの途中（頭が持ち上がる）で止まってしまい動けなくなるケースをよく見かける。固縮や廃用症候群による体幹の可動性の低下により、重心が起き上がる方向に移動できないために起こる。アセスメントは、どこまで回旋できるのか？上肢や下肢の補助動作でど

ここまで補えるのか？背もたれの位置やマットレスの素材でどこまで改善できるのか？を予測する。また、介助する場合には、どこをどの方向にどのタイミングで介助したら効率が良いのかを評価する。

立ち上がりに苦労するケースも多い。先ずは立ち上がる前の環境（ベッドの高さ、手すりの位置）や姿勢（膝を90度以上曲げてお尻を前に出す）を確認する。次にしっかりとお辞儀をして（側方から見て頭の位置が膝より前に出るまで）から、立ち上がっているかを確認する。お辞儀（前方への重心移動）が不十分で後方に倒れやすくなっていないか？上肢で手すりを引っ張りすぎていないか？などがポイントである。また、諸々の動作の自立度をアセスメントしながら、最大に“できること”と“できないこと”的日差や日内差を把握して、それぞれに応じた支援につなげていくこと大切である。実際の場面では細かな指示動作は難しいため、日常生活の行為動作や習慣化された動きの中でアセスメントを行う。趣味や嗜好を考慮した関連動作を盛り込みながら、本人の気持ちや意欲の上下に気を配ることも大切である。

3. どのような支援を行うか

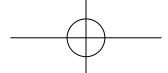
転倒予防と廃用症候群に絞って話をする。

（1）転倒予防のポイント

前項のアセスメントに基づき、必要な要素を揃えていく。筋力や関節の可動性も含めながら動きのタイミング、動く方向について一緒に動作を反復しながら練習していく。また、手すりや家具の位置、床の目印等によって動作が効率良くなる場合もあるので、色々と試行錯誤してみる。環境に対しては、滑りやすい物やつまずきやすい物がないか？玄関マットをはずす、コード類を壁際に固定する、厚みのあるカーペットや段差をなくす、新聞や雑誌、その他こまごました日用品を床に置かない、台所や洗面所・脱衣所などは、特に水で濡れたらそのつど拭き取り、滑らないよう注意する、本人のズボンの裾は短めにして引っかかるないようにするなど、必要に応じて家族に助言する。杖の使用は状況によって異なるので、個々のアセスメントに応じて対応する。

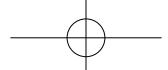
（2）廃用症候群予防のポイント

筋肉は使われないと徐々に弱くなり、関節も硬くなって動作に支障を来たす。精神的ストレスの解消とともに認知機能低下の予防効果も期待できるため、定期的な全身運動が推奨される。本事例では膝や腰が曲がりやすく不良姿勢を助長しているので、下肢や体幹を伸ばす運動とそもそも重力に抗して身体を支える大腿部や臀部の筋力強化が必要である。実際、リズミカルな声かけや歌とともに一緒に体を動かしたり、ボールや棒などの道具の使用、アセスメントした趣味、嗜好の要素に配慮した動作など少しでも興味が持てる内容に工夫する。



4. どのような連携を行うか

認知症疾患に対してはBPSDの発生を抑制することが肝要である。そのためには、発生要因や不安をやわらげるコミュニケーション、環境作りをアセスメントするとともに、統一した対応が必要となるため他職種と積極的な情報交換を図っていくことが求められる。例えば、体調日誌などを用いて日差や日内差の体調の波を記録しながら気づきの伝達を行うことも推奨される。リハビリ専門職は、生活支援の視点から動作や介助のポイント、転倒予防を図って他職種へその内容を開示していくが、実際にそれが当てはまるのか？支障がないのか？などのフィードバックはとても重要である。



9. 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

このケースは、ご本人が「レビー小体型認知症」ということがポイントである。実際にはないものがはっきり見えるという幻視が特徴的な症状であるが、特に小動物など家族には見えないものが本人にははっきりと見えているため、家族は「そんなものは見えないわよ。」と否定しがちである。家族に感情的に対応されると、さらに幻視や妄想が進む可能性もある。まず家族が病気特有の症状を理解し、うまく対応ができるための支援が求められる。

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。
主に関わる家族、サブで関わる家族は誰なのか。
- (2) 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、そして具体的に可能な生活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、見守りなどの支援、具体的な訪問の頻度や時間)
- (3) 家族の心身の状況について
(眠れているか。疲弊していないか。体調を崩していないか。など)

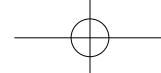
3. どのような支援を行うか

家族に対し、対応方法などを知ってもらうことが必要になる。幻視に対し、感情的に否定するのではなく「私には見えないけれどお母さんには見えるのね。」と伝えたり、本人が怖がらなければ、「一緒にそこへ行ってみましょう。」と一緒に行動することで幻視が消える可能性もある。家族にこうした病気の知識を得てもらうことが大切になる。またパーキンソンの症状も出ている場合は、特に歩き出しが難しかったり、歩幅が取れなくなったりするので、転倒しないような注意が必要である。

症状に波があるため、対応する家族は振り回されることも多くある。最も身近で本人に対応する家族は特に、今後どうなっていくのか不安が募る。家族の不安や葛藤、揺れる気持ちに寄り添い、傾聴するという支援が大事である。その上で効果的な対応方法や介護保険サービスの利用について勧めていく。

4. どのような連携を行うか

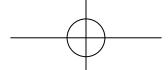
通常、認知症の家族が集まるピアサポートとしての地域の「家族会」や「介護者の会」を紹介



事例2：認知症診断後の在宅介護

し、つなげるという支援は有効であろう。会に参加することで「(つらいのは)自分だけではなかった。」と孤立感の解消になったり、さまざまな情報を得たり、今後起こるうる介護についての構えができたり、自分の介護を見つめ直すことができ、家族は参加することで気持ちが楽になっていく。

レビー小体型認知症は脳血管症やアルツハイマー型の認知症と症状が違うため、普通の家族会に出たが「なかなか介護の困難さが通じない。」と感じる家族の方もいる。レビー小体型認知症の家族会も最近では各地でできているので、家族に勧めてみるのがよい。



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 粟田主一

1. はじめに

認知症の原因となるさまざまな「疾患」の特徴を知っておくことは、認知症の人の暮らしを支え、家族介護者を支えていく上で、とても重要である。特にレビー小体型認知症という病気は、比較的初期の段階から、抑うつ症状、自発性の低下、精神運動緩慢、レム睡眠行動障害、知覚錯誤（幻覚や錯覚）、妄想性誤認などの精神症状が現れ、本人も不安で、困惑状態に陥ることが少なくない。身体的にも、パーキンソン症状（筋固縮、寡動、姿勢反射障害、歩行障害）が見られるために転倒しやすく、進行とともに嚥下障害が現れ、摂食・飲水に支障を來し、誤嚥性肺炎を併発しやすい。また、自律神経症状も現れやすく、便秘、神経因性膀胱、起立性低血圧が見られ、これが転倒や失神の原因になることもある。さらに、認知機能や身体機能の変動（数分～数時間の日内変動もあれば、数週～数ヶ月に及ぶ変動が見られることがある）も特徴的であり、機能障害が著しい時期には、摂食・飲水にも支障を來し、ケアが不十分なために、脱水症、尿路感染症、肺炎、敗血症などで救急搬送されることもある。このようなことから、家族介護者には、「周囲の人に（しばしば医師にも）理解されない大きな介護負担」が生じている。

したがって、「診断へのアクセス」は重要である。鈴木恵子さんの場合は、かかりつけ医が「気づき」、認知症疾患医療センターに紹介され、「診断へのアクセス」に成功している。しかし、「診断へのアクセス」に成功しただけでは何の助けにもならない。最も重要なことは「診断後の支援」である。

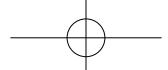
2. ケアの統合に向けて

(1) 医療

認知症疾患医療センターでは、レビー小体型認知症の診断の下で、かかりつけ医と情報共有しながら（特に、他の疾患の治療を考慮して）、コリンエステラーゼ阻害薬（標的的症状は認知機能障害やBPSD）やパーキンソン病治療薬（標的的症状はパーキンソン症状）の処方内容を決定し、継続治療の方針（かかりつけ医療機関で行うか、認知症疾患医療センターで行うか、今後の連携をどうするか）を決める。また、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携し、介護保険サービスの利用を含む生活支援の体制づくりを助言することになるであろう。

(2) 介護支援専門員によるサービスの調整

レビー小体型認知症という疾患をもって、本人も家族も安全・快適に暮らしていくための住まい、生活支援、介護保険サービスの調整を介護支援専門員が行う。先に述べたように、レビー小体型認知症の人の家族の介護負担は大きい。介護支援専門員は、居宅を訪問し、認知症をもって生きる本人と、それを支える家族とともに歩みながら、介護保険サービスに限定されることなく、支援を総合的に調整していく必要があろう。



事例2：認知症診断後の在宅介護

(3) 居宅サービスと地域密着型サービス

居宅サービス（訪問、通所、短期入所）や地域密着型サービス（認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護など）を利用しながら、在宅生活を維持できるように支えていく。ここでも、認知症をもって生きる本人の思いや家族の体験を理解しながら柔軟な支援を提供していくようにしていくことが、認知症ケアの質を担保する重要な鍵となるであろう。

1) 訪問看護

レビー小体型認知症の人の在宅ケアにおいて、訪問看護の果たす役割は大きい。本人・家族・他のケアスタッフとともに、疾病の経過に応じて現れるさまざまな症状についての理解を深め、その対応を予測的に考えていくことがケアの質を高める鍵となる。また、レビー小体型認知症では薬剤の副作用が現れやすいので、身近な場に医療スタッフがいて、いつでも相談できるようにしておくことは、本人や家族にとって大きな助けとなる。

2) リハビリテーション

レビー小体型認知症では、歩行障害や易転倒性とともに、筋固縮や寡動のために拘縮（廃用症候群）を来しやすい。転倒と廃用症候群を予防するためのリハビリは疾患の全経過を通して重要な意義をもっている。

3) 服薬支援

薬剤師と連携して、服用している薬物の効果、副作用、服用の仕方をわかりやすく説明してもらうとともに、訪問看護師、訪問介護士、医師、薬剤師が服薬状況の情報を共有し、服薬管理の方法を簡便化していくための工夫を検討する必要がある場合も少なくない。

4) 口腔ケアと食事の支援

増悪期の栄養・水分確保の方針を立てておくことは重要である（飲水が困難な場合には、医師と相談し、補液などによる脱水症の予防が必要となる）。また、経過とともに嚥下障害が認められるようになるので、食事摂取と口腔機能・口腔ケアの状況を定期的にアセスメントし、経過に応じた食事と口腔ケアの支援を行っていくことは重要である。

5) 家族支援

レビー小体型認知症の人の介護では、比較的早い段階から24時間体制での生活支援が必要になる。家族は長期にわたってそのような支援の中心にいる。家族支援のための社会資源にアクセスできるようにしておくことは極めて重要である。