

事例3：認知症未診断、BPSD の出現、身体合併症、一般病院への入院

鈴木一郎さんは79歳の男性です。頑固一徹で、趣味はなく、仕事一筋の人生をおくられてきた方です。中学校を卒業してから酒屋で働き、25歳で結婚し、30歳のときに独立して自分の店をもち、それ以来45年間にわたって妻2人で早朝から夜遅くまで働き、2人の息子も育てあげました。

75歳のとき、脳梗塞で入院したのをきっかけに、店の経営は長男が継ぐことになりました。脳梗塞の方は無事に回復し自宅に退院しましたが、それからは何をするでもなく、終日テレビを眺めていたり、近所をぶらぶら歩いたりして過ごすようになりました。

76歳ごろからもの忘れが目立つようになり、同じことを何度も繰り返し話したり、財布が見あたらない、鍵が見あたらないと言って騒いだり、言った言わないで妻や息子と口喧嘩したりすることが多くなりました。夜も眠りが浅いようで、暗いうちに起き出してきて、外を出歩いたりするようになりました。

78歳ごろからは、夜中に家を出て明け方に戻ってくるようになり、それを妻が止めると大声を出して手をあげて怒るようになりました。そのような日が毎日続き、止めると暴力を振るうのであきらめていたところ、ある日、警察から、「一郎さんが側溝に落ちて怪我をしたため救急病院に搬送した」という電話が入りました。病院では大腿骨頸部骨折と診断され、整形外科の病棟への入院が必要になりました。

1. 一般病院の医師の立場から

杏林大学医学部付属病院 高齢診療科・もの忘れセンター 准教授 長谷川浩

まず、この事例は入院後どのような経過をたどると予想されるか？

入院後、ご家族が付き添っている時間帯はある程度落ち着いているかもしれない。しかし、ご家族が帰宅された後か、その晩あたりから、患者さんは意味不明のことを言う、大騒ぎをする、点滴は抜く、場合によっては大腿骨頸部骨折の骨折部位の偏位防止のために手術までの間行わなければならない牽引や固定も外してしまうかもしれない。状況によっては、これをなだめようとした医師や看護師がいきなり叩かれたりするかもしれない。この場合、受け持ち医や当直医が呼ばれ「先生なんとかしてください！！」ということになり、呼ばれた医師も「なんでこうなるの？」「僕は認知症は専門じゃないからどうしていいかわからないよ！精神科かもの忘れ専門の先生を呼んで！！」と言う事態が起きてしまう。

さて、このような事態は何故起こったのであろうか？

ここで重要な情報となるのは今までの病歴である。実は、この病歴には、この患者さんを診断する情報がたくさんある。出てくる症状ごとに名前を付けてみたいと思う。

- (1) 75歳の時に脳梗塞で入院し・・・脳梗塞の方は無事に回復し(?)・・・それから何を
するでもなく、終日テレビをながめていたり・・・(無欲様：アパシー?)
- (2) 76歳ごろからはもの忘れが目立つようになり(記憶障害?)、同じことを何度も繰り返
し話したり(近時記憶障害?)、財布が見当たらない、鍵が見当たらないと言って騒いだり
(記憶障害+もの盗られ妄想?)、言った言わないで妻や息子と口喧嘩したりすることが多く
なりました(易怒性?)。夜も眠りが浅いようで(不眠?)、暗いうちに起き出してきて(早
朝覚醒?)、外を出歩いたりするようになりました(徘徊?)。
- (3) 78歳ごろからは、夜中に家を出て明け方に戻ってくるようになり(昼夜逆転+徘徊?)、
それを妻が止めると大声を出して手をあげて怒るようになりました(易怒性?)。

以上のように、75歳の脳梗塞の発症後よりかなりさまざまな症状が出ているようである。脳梗塞は、以前は運動麻痺と失語の症状が重要視されていたため、これが明らかに後遺障害として残らなかった場合には“無事に回復”と考えられていた。しかし、最近では、患者さんの生活の質(QOL)や細かい症状(高次脳機能)まで注目するようになってきた。この患者さんは明らかに脳梗塞後に記憶症状や判断能力などの認知機能の中核症状が低下してきており、これに加えもの盗られ妄想や易怒性、不眠、昼夜逆転、徘徊などの行動・心理症状(BPSD)が悪化してきている。頭部MRIやCT検査が必要であるが、脳血管性障害を原因とする認知症かアルツハイマー型認知症に脳血管性の要因(血管性認知症の合併を含む)が加わったものと考えられる。これらの関係を図1に示す。

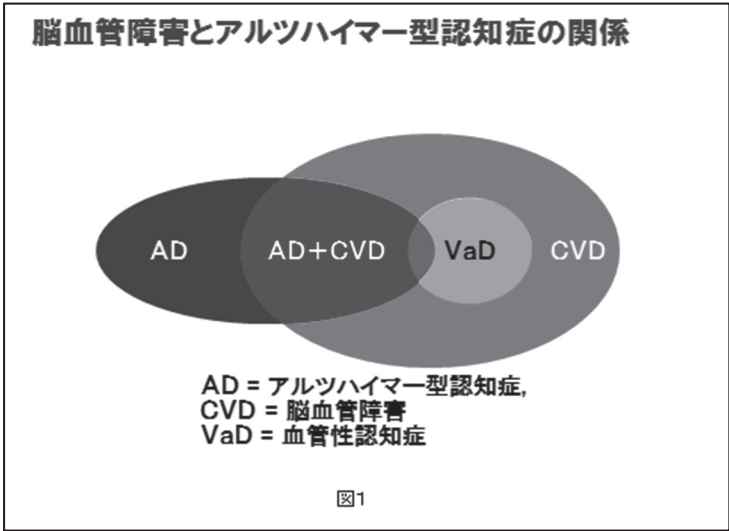


図 1 脳血管障害とアルツハイマー型認知症の関係
(出典：「血管性認知症とアルツハイマー病の血管性因子」
秋田県立脳血管研究センター神経内科 長田ら より引用)

今回、入院後早期に起こると予想される精神症状はせん妄であると考えることができる。
せん妄とは、時間や場所などがわからなくなる失見当識障害や近時記憶の障害、注意力の低下、思考回路の異常などを伴う元に戻る可能性のある一時的な認知機能の障害と考えられている。重要な点は、その障害が短期間のうちに出現し（通常数時間から数日）、1日のうちで変動する傾向があること。また、病歴、身体診察、または臨床検査所見から障害が全身性身体疾患の直接的な結果であることである。この中には「不穏」「夜間せん妄」「術後せん妄」「ICU 症候群」などが含まれる。

また、せん妄は、脳疾患が原因のことも、全身疾患が脳に影響することもある。ナトリウムや血糖の異常による代謝性疾患、薬物などの中毒、肺炎や尿路感染などの感染性疾患が原因となる。原因に関係なく、脳の色々な部位が機能障害に陥ることで発症すると考えられる。急性疾患に睡眠障害や痛みや発熱などの極端なストレスが加われば、その症状を非常に悪化させることがある。

では、せん妄と認知症はどのような関係なのか？簡単な見分け方を表 1 に示す。しかし、現実的にはもともと認知症がある患者さんが、入院や手術などを機にせん妄を発症することが多いのも事実である。

表 1. せん妄と認知症の簡単な鑑別方法

	せん妄	認知症
意識障害	あり	なし
発症	急性から亜急性	緩徐
経過	一過性のことが多い	一般にゆっくり進行
症状の日内変動	あり（特に夜間）	少ない
急性の身体疾患	あり	なし

今回のような急性期(救急)の入院で上記の症状が問題となる時はせん妄であることが多く、これが落ち着いて慢性期または療養期になっても失見当識や短期記憶の障害、注意力の欠如、思考回路の異常などが残る場合には、認知症による症状である可能性が高いと言える。

しかしながら、入院時に精神状態が適切に把握されていない場合も多い。一番の理由は、特に急性期(救急)の入院の場合、担当医師、看護師が、発症前の状態を知らないことが多く、また入院時に精神状態を適切に評価されていない場合もあり、情報不足である場合が多いからである。

繰り返しになるが、特に急性期にはせん妄を発症していることが多く、この時期にその患者さんの認知症を正確に診断することは極めて難しいということも覚えておいてほしい。

さて、この患者さんは大腿骨頸部骨折の手術を受けられたとする。その後に起こりうる身体合併症はどのようなものが考えられるか？

- (1) 術後性肺炎、誤嚥性肺炎：もともと脳梗塞後の患者さんであるため、普段では問題が無い程度の嚥下機能障害がある可能性がある。このため全身麻酔の後に誤嚥性肺炎を発症する可能性がある。
- (2) 褥瘡：最近では褥瘡防止のための対策が早期から始まるため、少なくともはなったが、長期臥床となった場合には褥瘡ができ、この治療が難しくなることがある。
- (3) 深部静脈血栓～肺塞栓：特にこの患者さんは大腿骨頸部骨折のため下肢が動かさない状態が長く続いている。よって下肢の深部の静脈にできた血栓が肺に飛んで肺動脈血栓症を発症する可能性がある。
- (4) 摂食困難、低栄養：上記の1にも関係するが、手術後に口から食事が摂れなくなると低栄養になり、褥瘡の発症や悪化の原因になったり、長期にわたればADLやさらなる認知機能の低下の原因となる可能性がある。

以上のことを当初から予測・予防しながら治療や看護、介護に当たることが重要である。

それではこの患者さんは入院時にどのようにアセスメントをされれば良かったのか？ここで有用な手段となるのが総合機能評価である。総合機能評価とは病気の評価だけでなく、

- 1) 日常生活活動度がどうであったか(歩行、排泄など)
- 2) 家庭での生活手段が自立できていたか(料理、買い物など)
- 3) もの忘れ、認知症の程度がどうであったか
- 4) 行動異常の程度(行動・心理症状)がどうであったか
- 5) 抑うつなど気分障害、意欲がどうであったか
- 6) 家族の介護能力、介護負担がどうであったか
- 7) 在宅環境・社会サービス利用がどうであったか

などを総合的に評価し、全般的、包括的に個人の生活個別性を重視した医療・ケアを選択・計画する方法である。これらを簡単に評価するために総合機能評価簡便法(CGA7)があります(図2)

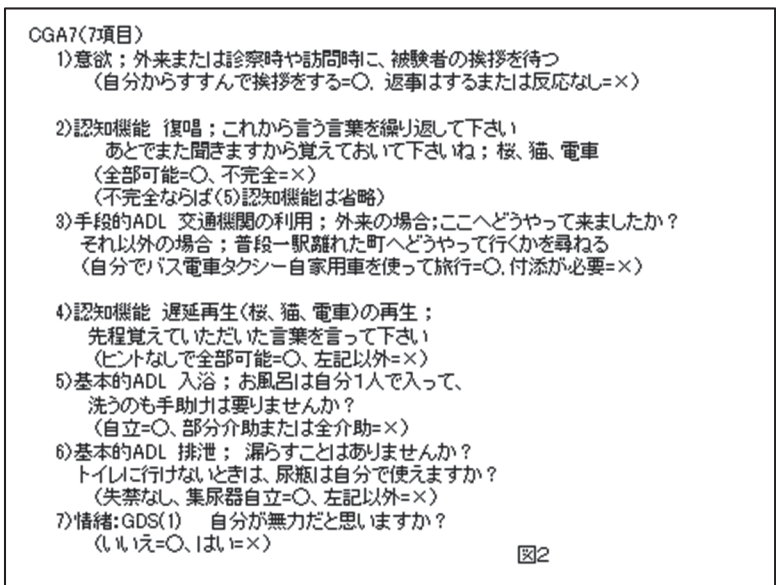


図2 CGA 7 (7項目)
(出典：健康長寿診療ハンドブックより引用)

解釈として

- 1) 挨拶ができないまたは、意欲がない-----趣味、レクリエーションもしていない可能性が大きい。
- 2) 復唱が出来ない-----失語、難聴などなければ、中等度以上の認知症が疑われる。
- 3) タクシーも自分で使えなければ、虚弱か中等度の認知症が疑われる。
- 4) 遅延再生が出来なければ軽度の認知症が疑われる。遅延再生が可能なら認知症の可能性は低い。
- 5) 入浴と排泄が自立していれば、他の基本的 ADL は自立していることが多い。入浴、排泄の両者が介助であれば、要介護状態の可能性が高い。
- 6) 無力であると思う人は、うつ傾向がある。
ということが考えられる。CGA7 はあくまでスクリーニング（簡便法）なので、異常（×）が検出された場合は、標準的方法で評価することが勧められる。もしこれらのうちいずれかに異常があれば図3のように更なる検査を行うことも検討される。

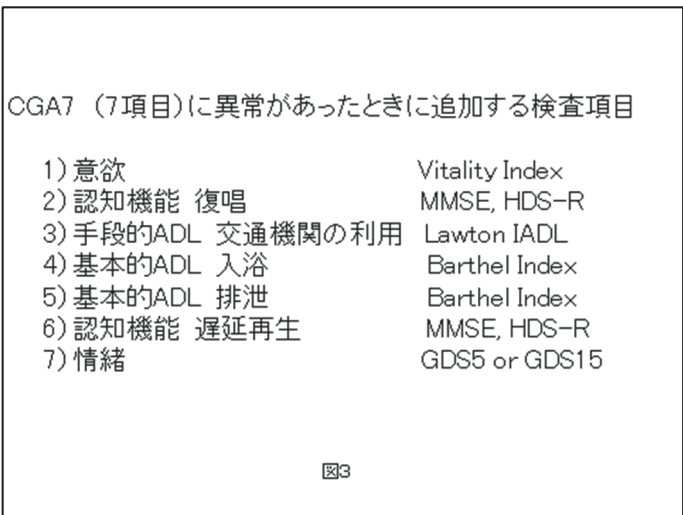


図3 CGA 7 (7項目) に異常があったときに追加する検査項目
(出典：健康長寿診療ハンドブックより引用)

今回のように救急疾患や重篤な病態で入院した場合、本人がこれらの簡便なスクリーニング検査に答えることすら出来ないことが多いが、その場合でも家族に確認することで患者さんの入院前の通常の状況を把握することができる。

いずれにしろ、本事例の場合でも大腿骨頸部骨折の治療やせん妄の治療、認知症の診断・治療と同時に、身体的、精神的にできる限り入院前の状態に戻す努力をする。また、入院前にアセスメントされていなかったこと（今回は認知症にかかわる部分）を解決するために、医師（主治医のみでなく認知症の専門医も協力して）、看護師、リハビリテーション部門が協力し、さらに早期の退院に向けソーシャルワーカーの力も借りてどこに戻るか（退院するのか）を決定することとなると考えられる。もしこれが退院後入所の方であれば、介護支援専門員や介護老人保健施設などとの協力が必要となるし、在宅に戻る場合は地域包括支援センター、介護支援専門員、居宅サービス事業所の協力が必要となる。いずれにしても治療方針が決まった段階から早期に退院に向け、何度も（時にはメンバーを替えて）多職種カンファレンスを行い、詳細に情報共有を行うことが極めて重要となる。これらのことが遅れると長期入院に繋がり、患者さんのADLや認知機能をさらに低下させてしまう原因となる可能性が高くなる。

2. 一般病院の看護師の視点と役割

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 認知症看護認定看護師 白取絹恵

1. はじめに

身体疾患で入院する高齢者のなかには、自宅では支障なく生活していたが、入院によって認知機能が低下したり、“不穏”症状が出現したりする人も少なくない。しかし、すぐに“認知症”と判断するのではなく、加齢やせん妄などの身体面からの影響、環境の変化などによる不安やストレスの影響などを多面的にアセスメントし、安全にかつ安心して治療が受けられるように支援することが必要である。

一般病院は、身体疾患の治療が優先となることが多いが、院内の職種や家族、地域の担当者が「できるだけよい状態で早期に慣れた場所に戻ることができる」ことを目標として関わるのが重要である。

2. どのようなアセスメントを行うか

身体面、認知機能を含めた精神（心理）面、生活背景や家族関係などの社会面を統合したアセスメントを行う。病状により入院時に全て聴取できない場合は、必要な情報から適宜聴取していく。

（1）身体面

受傷の経緯（現病歴）、既往歴などの情報は、合併症を予測し、全身状態を管理するうえで必要となる。鈴木さんの場合は、頭部外傷の可能性も考慮し、麻痺や意識レベルも観察する（頭部外傷もせん妄や認知機能低下の要因となる）。

術後に起こりやすい合併症：感染、深部静脈血栓症、肺塞栓症、腓骨神経麻痺、皮膚の血行障害・知覚障害、また、患部の安静が保たれずに脱臼したり、向精神薬の使用により潜在していた嚥下機能障害が悪化し、肺炎を併発する可能性もある。一方、臥床が長期化すると、廃用症候群によって機能回復に時間を要し、認知症も進行の一途を辿るため、早期離床が必要である。

（2）認知機能を含めた精神（心理）面

入院時は、突然の環境の変化や疾患の症状が安定しない時期であり、認知機能にも大きく影響する。混乱し、入院している状況が理解できない人も少なくないが、この段階で認知症と判断するのは時期尚早であり、病状が安定し環境に慣れた時点での評価も行う。

評価の方法として、入院前の生活状況（IADL・BADL）を聴取し、入院前後の生活機能障害を比較する。入院後に突然、認知機能が低下した場合は、せん妄もしくは身体疾患の影響を受けていることを考慮する。そして、本人との関わりから得たコミュニケーション能力と併せて、全体像をとらえる。その際、難聴などの加齢変化に伴う影響も忘れてはならない。

鈴木さんは、脳梗塞発症の1年後からもの忘れが目立ち、探し物が多くなるなどの症状が出現している。また、妻や息子と口論になっていた状況から、2年後には夜中の外出を止められると暴力を振るうようになるなど、徐々に認知機能障害が進行し、易怒性も強くなっている印象を受ける。感情のコントロールが困難になる症状は、脳血管性認知症の特徴であるが、もの忘れが出現しはじめた頃からの家族との関わりや、わからなくなっていくことへのストレスが積み重なった結果のBPSDともとらえることができる。

夜間に外を出歩くという行動は、せん妄を発症していた可能性がある。せん妄は、身体疾患が直接的な原因となるが、加齢や認知症、脳血管障害の既往があることでリスクが高まる。その上に、環境の変化やストレス、不安などが加わると、よりせん妄を引き起こしやすくなる。以上より、鈴木さんは入院中もせん妄を発症する可能性があり、不安の軽減と安全に治療が受けられるように配慮することが必要である。

鈴木さんにとってなじみのある環境とは何か、鈴木さんの人となりや自宅での過ごし方、大切にしていることや習慣などの情報を得て、入院中に取り入れられることを検討する。

(3) 家族状況

情報より、妻はすでに介護に疲弊していると想像できる。入院中にももとの家族関係や家族の認知症に対する理解度、介護力などを情報収集しながら家族の思い（妻は？息子は、どのように感じているのか？）を傾聴し、時には本人が安心できるように面会を依頼する。入院中も本人と家族の関係性に着目し、必要時には認知症の診断目的で専門医による診察を依頼する。

3. どのような支援を行うか

(1) 治療方針の決定

鈴木さんが入院治療に対してどの程度理解されているのか、どうしたい（なりたい）と考えているのか、その声を聴くこと、そして鈴木さんがわかるような言葉（方法）で説明することが必要である。病状説明の場面では、主治医主導で本人および家族に説明され、治療方針が決定される状況が見受けられる。看護者は、病状説明に同席し、そして、本人や家族の理解度を把握し、不明な点や迷っていることがあれば、わかりやすい言葉で説明したり、主治医との橋渡しをする。本人の意思が確認できない場合、家族や本人のことをよく知る人からも情報を得て、“最善”の方針を検討する。決定後も、不明な点はいつでも確認できることを話し、本人、家族の意思決定を支える。

(2) 治療に関して

1) 急性期

治療が優先となる時期であり、患部の安静と骨折痛をはじめとする苦痛へのケアが必要になる。また、せん妄を発症しやすい時期でもあるため、認知機能の変動や表情、言動を観察し、自然に見当識が感じられる工夫や、自宅での習慣を取り入れる、その人に合ったコミュニケーションを工夫するなど、せん妄予防ケアを実践する。せん妄を発症した場合は、安全に配慮しな

がら不安の軽減に努める。

①疼痛について

普段は疼痛を訴えることができて、せん妄などによって混乱していると、痛みの部位や程度が適切に表現できないことが予測される。看護者が痛み気づかず身体に触ると、拒否や暴力という形で表現することもある。鈴木さんのように「怒りっぽい」「暴力をふるう」という情報があると、痛い故に抵抗したことでも認知症にともなう不穏ととらえられることがあるため、看護者は患者の痛み敏感になり、患者の表情や言動をこまめに観察し、苦痛を増強させないケアの工夫が必要である。効果的な鎮痛剤の使用も必要となるが、せん妄の引き金になる薬剤もあるため注意する。

②不安の軽減

慣れない環境のなかでベッドに寝かされ、患部の痛みや同一体位による腰痛など、さまざまな苦痛が予測される。患者は何のためにこうしているのか、何で痛いのか理解できない。そのような中で、医療者の一方的な説明や説得は、ますます患者を不安にさせ、混乱を増強させる結果となる。

相手と視線を合わせ声をかける、説明することを優先せずに、まず本人の言葉を聴き、思いに共感することから始める。その上で本人にわかるような言葉で説明するなど、コミュニケーションを大切にすることが不安の軽減につながる。

2) 回復期

ADL が拡大され、自宅に帰るためのケアがメインになる時期である。入院時から「どのような状態になったら退院できるのか」というイメージを持つことが大切であり、本人と家族の意向を尊重しながら具体的に検討していく。

高齢者は廃用症候群に陥りやすいため、リハビリスタッフと情報交換し、病棟においても生活機能に基づいたリハビリを実践する。生活機能を維持するケアが、認知症の人にとって心強いものとなるため、入院前の生活機能障害の評価から、何がどこまでできてどこからができないのか、できない部分はどのようなサポートが必要なのか随時アセスメントし実践していく。また、入院前の生活状況の情報から入院中でも取り入れられることはないか検討し、認知症の人が自然と“生活”を感じられるようなADLの拡大をめざす。

3) 家族へのケア

家族は、入院後せん妄などが原因で不穏症状を呈し、安静が維持できなかったり、ルート類を抜いてしまうという状態を目の当たりにすると、自宅での介護に不安を抱き、施設入所を考えるようになる。看護者は、せん妄についての説明や、今後予測されることを情報提供し、家族の頑張りを労いながらコミュニケーションを欠かさないようにする。

4. どのような連携を行うか

(1) 院内連携

できるだけよい状態で早期に慣れた場所に戻ることができるようにするには、主治医との連携は欠かせない。カンファレンスなどを活用し、入院前の様子や家族関係（介護力など）につ

いて主治医に情報提供し、適切な退院支援を検討できるようにする。

日々の患者の状態について、主治医と適宜治療方針を確認しながらこまめに情報交換する。
看護者は、必要時には薬剤師、栄養士の介入を調整することも求められる。

(2) 退院支援

廃用性のADL低下を考慮し、術後早い段階からリハビリが介入できるよう調整する。病棟でできる生活機能に基づいたリハビリについては、リハビリスタッフと協働して行う。

適切な退院支援をめざすには、入院時から患者や家族、医療従事者が退院時のイメージを共有することが重要である。鈴木さんのように介護保険が未申請の場合はMSWと連携し、術前から申請を勧めていく。また、もう少しリハビリが必要であったり、在宅生活が困難となった場合もMSWによる転院相談を実施する。看護者は、MSWと密に情報交換し、適切な転院先につなげていく。転院先には、ケアの内容に加えて認知機能や生活機能の評価も情報提供することを忘れてならない。

(3) 地域との連携

一般病院では、早い段階で退院先について家族の意向を確認する。しかし、ADL低下やせん妄によって不穏症状を呈している患者を目の当たりにすると「在宅介護は無理」と諦めてしまう。看護者は、家族の思いを傾聴しながらせん妄は改善しうることを、認知症でも慣れた場所に戻ると生活が可能になり得ることを説明する。そして、主治医と看護師、MSWや在宅支援調整看護師、リハビリスタッフなどに加えて、ケアマネジャーなど、地域の担当者も一緒に検討することが望まれる。

3. 一般病院のソーシャルワーカーの視点と役割

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

認知症疾患医療センター 精神保健福祉士 畠山啓

1. はじめに

近年、一般病院においては診療報酬の観点から、常に在院日数を意識して支援を行わなければならない。特に本事例のように、救急搬送された病院が急性期病院の場合には、とても短い期間の中で退院支援が行われる。そのため、患者本人の意思や自己決定、また家族の思いを深く掘り下げて支援することは難しい。そんな状況下でソーシャルワーカーは、必要な情報収集と本人と家族の希望を聴取し、現実的に考えられるいくつかの選択肢を提示することになる。その支援経過の中では、本人と家族をエンパワメントしながら、自らの意思で決定することへの支援がソーシャルワーカーの役割と言える。

2. どのようなアセスメントを行うか

本事例の場合、大腿骨頸部骨折と診断されているため、多くのソーシャルワーカーが回復期リハビリテーション病棟への転院を検討するだろう。患者本人にリハビリの意思があり、最終的に在宅生活を目指すのであれば、最も適した選択肢であるからである。本人及び家族の希望が在宅に戻り、今までどおりの生活、もしくは今までにより近い生活を目指したいのであれば尚更である。しかし、転院という選択肢を選ばれない場合もあるため、自宅へ退院する可能性も考えながらアセスメントを行っていくことになる。ポイントは、下記のとおりである。

(1) 本人の状況（リハビリ適応の有無・認知症の程度）

受傷前と現在の状況を比較して、ADL の変化を確認し、リハビリが開始できる状況なのか、どこまで回復する可能性があるのか主治医やリハビリスタッフから情報を収集する。本事例のように認知症がある場合には、リハビリスタッフの指示を理解できるのか、意思を伝えられるのか、現実検討能力はどうか、リハビリに対する意欲はあるのかといった点も確認が必要になる。骨折により認知症状が進行している場合も少なくなく、一定の BPSD がある場合には、処方によりある程度落ち着いたとしても、転院先に精神科医や認知症に詳しい医師がいないなどの理由から転院を断られてしまう場合も多い。

(2) 家族の状況（キーパーソン・住宅環境）

次に家族や支援者の状況について確認を行う。認知症のある患者の場合には、特にキーパーソンの存在が重要になるが、暴力を振るわれた妻が担うのか、家業を継いだ長男か、もしくは別居の次男になるのかなど、家族の意向や思い、そして認知症の理解についても把握する必要がある。また、特に自宅退院を目指す場合には、介護保険の有無、介護度、利用していたサービスの内容、頻度、具体的な内容も把握する。そして、自宅の生活環境についても確認も行う。

一戸建てか集合住宅か、持ち家か借家か、何階に住んでいるのか、エレベーターの有無、日中の主な生活スペースや寝室からトイレやお風呂の動線、手すりや段差の有無等も確認し、本人の状況から客観的にゴールはどこになるのかを考えておくことも必要になる。

（3）経済面（療養費用等）

リハビリ目的で転院する場合でも長期の療養や施設入所を目指す場合でも、ある程度纏まった費用や継続的に発生する療養費が必要になる。基本的な収入源の情報の他に、場合によっては妻の生活費や店の経営状況、家賃の有無など、立ち入った情報収集を行うことになる。そのために十分な説明と信頼関係の構築が大切である。

3. どのような支援を行うか

アセスメントを行った上で本人と支える家族から、今後どういう生活設計をしていきたいかを聴取する。最終的に自宅に帰って今までどおりに同居を希望するのであれば、回復期リハビリテーション病棟への転院を第一に検討し、認知症の症状により受け入れ先が見つからない場合には、訪問リハや訪問看護、デイケア等の在宅のリハビリにより ADL の維持改善が行われるように支援を構築することが一案として考えられる。

また、骨折の場合には、手術が行われるかどうかで、その後の支援が大きく変わる場合がある。手術を行って段階的に加重をかけてリハビリを進められる場合と、何かしらの理由により手術が行われない場合には、保存療法のままりハビリを進める、もしくはリハビリを諦めなければならないという大きな分かれ道がある。認知症の症状が重度の場合には、手術の適応があったとしても、施行されない場合も少なくない。状況によっては、一生免荷（荷重をかけないようにすること）を維持しなければならない場合もあり、結果的に寝たきり状態になってしまう。本人が、可動域が制限されることをどこまで理解できているか、辛さを共感する関わりも必要になってくる。

このようなことを想定して準備をしている家族ばかりではなく、初めて突きつけられる現実と先の見通しが立たない不安に落ち込んでしまうこともあるだろう。気持ちに寄り添い、励まし、本人や家族のペースを見極め、時にはリードし、一つひとつ進めていくことが、結果限られた時間の中での支援に繋がっていく。

4. どのような連携を行うか

院内では、主治医を中心に看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士等とソーシャルワーカーがチームで関わるが必要になる。随時情報交換を行い、設定した目標に向かって支援を行う。直接自宅へ退院する場合には、情報収集した生活環境の中から家屋評価をして、必要な福祉用具の導入等を検討する。

院外では、転院先のソーシャルワーカーへ病状やリハビリの様子だけではなく、認知症に対するケアの工夫など、転院後もあまりケアに変化の無いような橋渡しを行う。自宅へ退院する場合には、ケアマネジャーを中心に必要に応じて地域包括支援センターへ連絡し、可能であれば、退

院支援カンファレンスを実施し、入院中のケアを引き継ぐ連携が必要になる。そして、今後の医学管理をどこで行われるかによって、かかりつけ医を探したり、訪問看護等の医療系サービスの調整をしたりといった連携も必要になる。

4. 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

(1) 必要なサポートに繋がらなければ本人と家族のQOLの低下を招く

本来ならば、鈴木さんが脳梗塞を患った75歳の段階でケアマネジャーに繋がれることが望ましかった。鈴木さんと家族は、生活をサポートする専門職の介入を得られないまま、みるみる状態悪化し、家族関係、家族のQOLも低下した。

(2) 在宅復帰の可否を判断する家族をエンパワメントする

住まいの場の決定は本人の意思によるべきだが、特に認知症の方の場合に発言権を握るのは家族である。家族の在宅復帰に対する動機を高めることが、結果として本人が望む在宅復帰を実現する有効なアプローチとなる。鈴木さんの場合、家族が在宅復帰を躊躇する理由として、ADL低下に伴う介護だけでなく、家族の関係性の悪化がある。介護支援専門員は、在宅復帰にあたり、介護環境の整備やケアスタッフのセットにとどまらず、病気の発症を機に家族に起きたできごとを家族構成員それぞれのエピソードを過去に遡り、丁寧に聞き出し、各立場に共感し、労うことから始まる。家族はこれまで誰にも言えなかった想いや経験を他者に語ることで、ようやく次のステップに踏み出す意欲をもち、前向きな思考が可能になる。本人支援だけでなく、家族のエンパワメントも在宅をサポートする介護支援専門員の重要な役割である。

大腿骨頸部を骨折した鈴木さんのようなケースの場合、介護支援専門員への紹介は以下の複数のルートが考えられる。①急性期病院、②回復期リハビリテーション病院、③地域包括支援センター、④老人保健施設である。ここでは全てを記述することはできないが、そのルートにより介護支援専門員の在宅復帰に向けた支援、連携、準備は少しずつ異なる。

2. どのようなアセスメントを行うか

(1) 本人に対して

1) 本人の認識、想いや感じ方を知る

入院している現状認識、痛みや不安、言葉の理解等の程度、暮らしたい場所、一緒にいたい人、したいこと、何が不快・痛みか、気持ちが落ち着く場所・人との関わり方、好きな物・食べ物、プライド、本人の家族への想いなどを聞き取る、または感じ取る。ただしこの情報は病院という本人にとって特殊な場所での情報とし、変化しうるものであり、在宅復帰後にもあらためて確認していく必要があることに留意する。

(2) 病院の医療者に対して

1) ADLやリハビリテーションに関すること

手術の有無、可動域や禁忌動作・角度、ADL、入浴の可否と形態。回復の見込みと目標到達度、リハビリテーションの必要性、内容、頻度、リハビリテーション指示書発行の可否、訪問看護の必要性の有無と訪問看護指示書の発行の可否。

2) 環境整備に関すること

使用しているマットレスの種類、クッション、病室で本人のためにされている環境の工夫、本人のベッド周辺に準備している物など（配置、ナースコール、センサーマット、歯ブラシの種類、水分摂取の方法、おむつやパッドの種類等）。

3) 入院中の様子

大腿骨頸部骨折に伴う疼痛の程度、入院中のせん妄の有無、具体的な介助の程度。

4) 病院からみた家族の情報

来院の頻度、来院時の本人との関わり、退院に向けた家族の理解度と納得度、介護することへの不安や抵抗感、介護方法に関する指導内容とその獲得度など。

(3) 家族に対して

1) 脳梗塞発症前の本人と家族の生活

出生、兄弟、親の養育や教育、就労後、結婚、結婚後のエピソード、子供との関係、仕事のこと、他の兄弟や親族との関係、妻や子供たちとの関係。妻や子供からみてどんな夫（父）であったか。家族の力関係。

2) 脳梗塞発症後～入院前までの本人と家族の生活

脳梗塞発症前後のエピソード、家族に何が起きたのか（役割、力動の変化等）、本人は脳梗塞をどう捉え、どう対応してきたのか。（例）医師の指示の遵守（服薬等）

家族は脳梗塞をどう捉え、どう対応してきたか。家族はこれまでの経緯をどのように捉え、どう感じているのか。

3) 大腿骨頸部骨折後の状況と今後の生活について

家族の力関係、本人の状況を妻と長男、長男の家族はどう理解し、どのような感情を抱いているのか。介護したい気持ちの程度、介護にかけられる費用、家族の健康状態、長男の仕事と長男の日常の介護への協力度、長男の家族の介護への協力度、役割分担（緊急連絡先、判断者も含む）。

3. どのような支援を行うか

(1) 機能回復に向けたケアの設定

退院時に医師から示された予後（改善可能性）に向けたケアの提供を行う。リハビリテーションは、急性期病院からの退院では、1対1のリハの回数を確保する。回復期からの退院であれば、個別リハ、集団のリハ、自主トレーニングなど幅を広げて考える。日常生活動作の繰り返しによる機能向上も計画的に取り入れる。また住宅の環境に応じた動きや訓練は訪問リハビリテーションで評価し、本人、家族、訪問介護、通所介護等にも共有し、統一したケアを行う。

(2) 毎日の生活を確保する

1) 自宅でも規則正しい生活で、体力回復を目指す

自宅では家族の生活、ケア如何により本人の生活が左右される。朝は太陽の光を浴び、洗面し着替え、可能であれば離床して座位を保ち、食事をとって口腔をケアする。人と語らい、ニュースを見るなど社会の動きを感じる。できれば車いすでも外に出て、風や光を感じるなど、人として当たり前の生活を送ることで心身を活性化し体力の回復を狙う。

2) 家族をサポートする

①家族が「できる介護」ではなく「続けられる介護」で設定する

ADL の程度と家族の介護力、家族と本人の関係性により介護内容、接触頻度、介護量に配慮して調整する。家族には、「できる介護」ではなく、「続けられる介護」を設定するのが在宅介護の継続の鍵である。

②家族を悪者にしない

家族が十分に介護できないとしても、決して家族を悪者にしてはならない。介護支援専門員は、家族の介護力の他、これまでの家族の関係性などを含め、何が原因で介護が十分にできないのかを探る。

3) 脳梗塞の再発予防

鈴木さんの現在の状況の根源は脳梗塞を発症したことである。脳梗塞の再発を予防する。通院、服薬、血圧管理、水分、食事、室内温度差、ストレス、その他慢性疾患が発症しないように留意する。仮に脳梗塞とみられる症状が現れた場合には、すぐに救急搬送する。

4. どのような連携を行うか

退院時カンファレンスの時に、在宅の医師、リハビリ、看護、介護を担うサービス事業所、福祉用具事業所に参加してもらう。入院後の治療、ADL、リハビリの到達度、ケア内容、禁忌事項を共有する。回復期病棟の場合、家屋調査を実施するが、本人の機能だけでなく家族の生活にも着目した提案をもらえるよう家族の生活状況も伝える。家族のストレスの度合いによっては、地域包括支援センターだけでなく、臨床心理士のカウンセリングも情報提供し、連携する。

5. 介護老人保健施設の視点と役割

医療法人翔洋会 理事長 辻正純

1. はじめに

介護老人保健施設（老健）は、1987年（昭和62年）年の設立以来、病院と在宅を結ぶ中間施設として、在宅復帰、在宅支援やリハビリテーションを目指して運営、発展してきた。老健は医師、看護師、介護スタッフ、リハビリスタッフ、支援相談員、ケアマネジャーなど多職種が協働してケアやリハビリテーションを総合的に提供できる多機能の在宅支援施設であり、地域包括ケアにおける認知症や骨折後のリハビリテーションには最もふさわしい施設と考えられている。

この事例には、過去に振り返って考えるといくつかの介入ポイントがあり、そのポイントで介入していれば、現在の様な状況に陥ることを防げた可能性が高いと考えられる。

老健施設の立場からその介入ポイントを考えると、次のようなことが考えられる。

（1）75歳、脳梗塞の退院後に無事に退院しながら、無為な生活を続けていた時点。

この時点では介護予防の観点から、老健の利用が勧められる。通所リハビリテーションの利用により、ADLの維持向上や認知症症状の悪化を食い止められた可能性が考えられる。

（2）76歳、認知障害が目立つようになり、徘徊が始まった時点。

この時点では認知症の薬物療法と並行して、認知症のリハビリテーションが勧められる。老健には、入所もしくは通所による「認知症短期集中リハビリテーション」の制度があり、週3回セラピストより個別訓練を受けることができる。

（3）79歳、今回の受傷時点

今回は大腿骨頸部骨折を受傷したことから、まず整形外科にて手術を行い、その後、回復期病院にて集中的なリハビリ訓練を受けることが一般的なコースと考えられる。老健が関与するのは、回復期病院を退院後、入所もしくは通所でリハビリを利用する場合、3か月は認知症短期集中リハビリテーションを受けることができる。

2. どのようなアセスメントが行われるか

上記の3つの段階において、ご本人・家族及びケアマネジャーがどのような目標で、またどのような希望（例えば通所なのか、入所を希望するか）をもって老健にアプローチするかを考えて、老健のご利用を提案していくべきかと考える。

老健施設ではR4システムの導入によりチーム介護を効率よく実践できるアセスメント方式を取り入れている（図1）。これは、4段階アセスメントすなわち①ニーズ、②適性、③生活機能（ICF）、④専門職（チーム）により利用者の状態を的確に把握し、アセスメント結果を1シートに集約することにより利用者にもわかりやすく、全体像も把握しやすいアセスメントが可能になる。また、ケアプラン（Plan）、ケア実績（Do）、評価・モニタリング（See）の構築を手助けする。老健では、理学療法士などのリハビリ専門職のリハビリ以外にも、生活リハビリと呼ばれるケアスタッフによるリハビリも生活全般で進められているので、老健でのR4ではアセスメントに

ICF の考え方を取り入れ、評価やケアプランが策定される。ICF（国際生活機能分類）は、以前の障害分類がマイナス面を分類していたのに対し、ICF では生活機能というプラス面から見るように視点を転換し、①身体機能、②活動、③参加の3つに次元に分け、活動制限や参加制約を含む包括用語として用い、これに対応する積極的・具体的なケアプランを求めている（図2）。

3. どのような支援を行うか

鈴木さんが、大腿骨頸部骨折で整形外科へ入院し、手術を行った後の状況を考えてみよう。

（1）回復期病院に転院した場合

認知症のBPSDが、受傷前に見られたことより、整形外科で手術終了後にはまず一般病院の精神科（老人科）に相談され、認知症の治療が開始されると考えられる。精神症状が安定しない限り、回復期病院への転院は困難であろう。

治療により、BPSDが軽減されれば、回復期病院に移って、リハビリテーション開始となる。この場合、受傷から90日程度のリハビリが可能であるが、最近では早期リハビリの導入により、長期に入院を要しない症例も多くなったようである。

（2）回復期病院へ転院後、リハビリを終了して、在宅に戻った場合

認知症のBPSDが幸い軽減して、リハビリが施行出来た場合で、ご家族の受け入れがある場合には、在宅に戻る。この場合、認知症の治療は外来で継続しながら、老健では、通所リハビリ（デイケア）で、慢性期（維持期）リハビリが行われる。通所が開始してから3か月は短期集中リハビリが受けられる。

（3）認知症を理由に回復期病院に入らず、老健入所を勧められた場合

認知症が重く、十分なリハビリが行えない場合、ADLの向上は期待できないであろう。この場合には、認知症の薬物療法を行いつつ、在宅へ戻れないまま、（老健への）施設入所が選択されることがある。この場合は特別養護老人ホームの入所が決まるまで、老健入所が続くこともよくある。また、認知症のBPSDが重く、老健入所も困難な場合は、精神科病院の認知症専門棟や療養型病院の介護療養型病床に入院になることがある。

4. どのような連携を行うか

鈴木さんが、大腿骨頸部骨折で整形外科へ入院し、手術を行った後の状況で連携を考えると・・・。

（1）回復期病院に転院する場合

院内では主治医を中心にPTやソーシャルワーカーがチームで関わる。随時情報交換をしながら、転院先病院と連携をとりながら支援を行う。

（2）回復期病院を経てリハビリが終了し、在宅に戻った場合

回復期病院に入院中に介護保険を申請し、在宅に戻る前には、家屋調査を行うと共に、退院支援カンファレンスを実施、今後の医療管理やリハビリをどこで行うかを検討した後、退院となる。この際、認知症に対する医療やケアの工夫などの伝達も必要となる。また、老健での通所リハビリを継続する場合には、リハビリに関する情報提供も必要である。

(3) 回復期病院に入らず、老健に入所する場合

まず、介護保険申請が必要になるため、ご家族とも話し合いながら、地域の地域包括支援センターに申請を行う。老健の医師や相談員とも連携を取りながら、転院準備をして行く。認知症治療のために認知症治療薬が多数処方されていると、経済的な理由で、老健の入所を断られる場合もある。

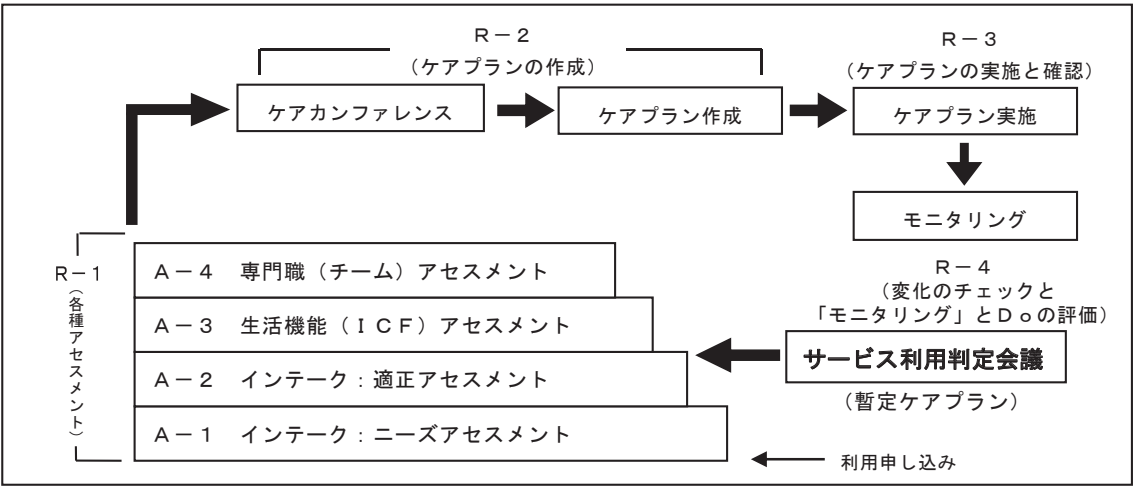
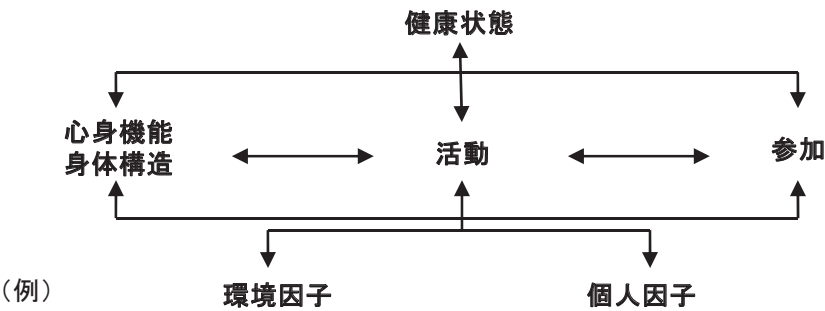


図1 新全老健版 ケアマネジメント方式 ～R4システム～
(出典：公益社団法人全国老人保健施設協会より引用)



健康状態	心身身体機能	活動	参加
# 脳梗塞 # 糖尿病	# 疼痛なし # 高次機能障害なし	# 食事動作自立 # 屋内歩行5m可	# 対人関係良好
	機能障害 # 痙性異常 # 感覚障害 # 言語障害	活動制限 # 入浴動作制限 # 屋外歩行不可	参加制約 # 家屋未改造で家庭復帰困難 # 外出困難

図2 ICFの生活機能モデル
(出典：ICFの生活機能モデル (WHO、2001より引用))

6. 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

認知症が未診断のまま地域の社会資源とつながらず BPSD が出現した鈴木さんのような事例を、BPSD の出現以前の段階でいかに早期に防止していくことができるかは、認知症の地域包括ケアの一つの鍵となる。脳梗塞発症の時期における家族等からの地域包括支援センターへの相談、入院先病院からの相談連絡、その後の在宅療養支援、地域でのリハビリテーション支援に早期の段階からつながるように地域の支援体制を構築していくことが本事例のような場合の対応の一つの鍵となる。

また、BPSD 出現等への早期対応、大腿部頸部骨折後の一般病院入院から在宅療養移行支援にあたって、地域包括支援センターは地域の総合相談支援窓口として家族介護者等からの相談に対応していく。本稿では、認知症未診断、BPSD の出現、病院から地域への在宅療養移行支援等における地域包括支援センターの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

本事例の場合には下記の3つの相談支援の介入ポイントがあった。

（1）75歳のときに脳梗塞で入院したとき

この段階で、入院先の病院で退院支援計画がしっかりと立てられて在宅療養移行支援が行われ、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等の地域のケアチームに引き継がれていれば、鈴木さんの地域における在宅生活は「何をするでもなく、終日テレビを眺めていたり、近所をぶらぶら歩いたりして過ごす」という状況とは異なったりリズムある生活になったと考えられる。病院内の連携、及び病院の相談窓口と地域包括支援センター等の地域の相談窓口との連携、さらに本人や家族への情報提供が重要となる。

（2）76歳ごろからのもの忘れが目立つようになった段階

この段階においても、家族から、かかりつけ医や地域包括支援センター、地区担当の民生委員等への相談があれば早期対応が可能となる。逆に言うと、地域の相談窓口等の情報が十分に在宅療養をしている本人や家族に伝わっていないという、地域社会としてのケアシステム構築のあり方が問われてくる事例である。また、「言った言わないで妻や息子と口喧嘩したりすることが多くなりました」とある通り、このような時期は家族も本人の急激な変化に戸惑い、介護負担が増す時期でもある。同時に介護負担増に伴い家族介護者による心理的虐待、身体的虐待等の高齢者虐待も発生しやすい時期ともなる危険性があることに留意していかなければならない。

介護する家族への認知症ケアの知識や対応の技術等の伝達が最も必要な時期であり、介護が

密室の行為とならずに、外部サービスの利用や介護者自身が自分の時間を持てるようなケアの工夫による虐待防止の対応が必要な時期となる。

（３）７８歳ごろからの、BPSD 悪化時

上記（２）と同様に、地域の相談窓口等の情報が十分に在宅療養をしている本人や家族、また、近隣の地域住民にも伝わっていないという、地域社会としてのケアシステム構築のあり方が問われてくる場面である。この段階において、地域包括支援センターに相談がつながりニーズキャッチできれば、地域包括支援センター職員が訪問して医療や介護チームへつなげていく取り組みができる。

上記の３つの段階において、鈴木さん、及び家族の状況が地域包括支援センター等の相談窓口に伝わり、医療への受診支援や介護保険等のサービス利用へのつなぎ、といった早期対応が行われていくことが本事例の本来の対応ポイントとなる。

３．どのような支援を行うか

転倒による大腿骨頸部骨折、整形外科病棟へ入院後の鈴木さんへの地域包括支援センターの視点からの支援は以下のような取り組みとなる。

（１）家族への情報提供

鈴木さんの事例の場合、大腿骨頸部骨折の経過によりリハビリ後に自宅に戻ってくる可能性は高い。妻と長男との同居世帯であり、家族の認知症、及び在宅療養に関する理解と対応が重要となる。頸部骨折の経過によっては、病院からの情報提供により退院後の介護保険サービス利用申請のために地域包括支援センターにつながる可能性は高い。この段階で、入院中の状況とともに、入院前の認知症の状況、家族介護の状況を聞き取れるかどうか、地域包括支援センター職員の対応の鍵となる。自宅でのこれまでの生活の様子、入院に至る経過を相談時に把握していくことが必要となる。長男世帯や次男世帯の状況等も聞き取りながら、今後の在宅療養移行に向けた情報提供を確実にやっていく。

（２）本人の状況確認

大腿骨頸部骨折の経過により、急性期病棟から回復期リハビリ病棟への移行、もしくは介護老人保健施設でのリハビリテーション後に自宅での療養に移行していく可能性がある。認知症へのフォローがないまま整形外科病棟から在宅療養へ移行というパターンも考えられるため、要介護認定等の手続きを支援していくとともに、本人の状態確認のために入院先に訪問して、現在の身体状況、認知症の状況等を病院スタッフとも連携をとりながら確認していく。

（３）在宅療養移行支援

在宅療養へ移行という場合は、担当していく居宅介護支援事業所を決めていく等の支援を早

めに行うとともに、家族の介護負担も考慮し、訪問診療の紹介等も含めながら、介護支援専門員による在宅ケアプラン作成を支援していく。必要に応じて今後必要となる地域の見守り等のサポート、家族会等のセルフヘルプグループ等の情報を介護支援専門員と連携して伝えていく。

4. どのような連携を行うか

地域包括支援センターは、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うとともに、必要な場合は事業所の選択を公正・中立の立場から支援していく。担当する居宅介護支援事業所が決まった場合は、必要に応じた情報の伝達、同行訪問、利用者・家族との関係構築の支援を行っていく。また、本事例の場合は、鈴木さんの今後の財産管理の問題が発生する。家族に成年後見制度の説明を行い、成年後見制度の利用支援を行う。必要に応じて社会福祉協議会等が運営する区市町村の成年後見センター・権利擁護センターと連携して支援していく。

5. 高齢者虐待の防止・対応

前述のように鈴木さんの事例に見られるような認知症未診断、BPSD の出現、介護者の急激な負担増ということが重なる時期は、介護負担による虐待が発生しやすい時期ともなる。虐待対応においては、虐待が起きないように早期対応と予防的な取り組みが必要である。それには下記の留意点がある。

- (1) 介護負担が重い行為は何か、介護負担が重い時間帯はいつか、といった適切なアセスメントに基づいた介護負担軽減につながるケアプラン作成とケアサービスの導入
- (2) 家族介護者への認知症の理解と対応の知識、技術、心構えの伝達
- (3) ケアチームによる本人の生活史も踏まえた利用者本人が一番落ち着く環境と対応、本人が張り合いを持てる生活とは何かといった探究とチーム対応
- (4) 適切な医療受診

そのうえで、家族介護者による高齢者虐待が出現してしまった場合は、高齢者虐待防止法に基づく区市町村責任による迅速かつ適切な高齢者虐待対応を、地域包括支援センターと区市町村の担当部署が協働して行うこととなる。

7. 居宅サービス事業所の視点と役割

株式会社すずらん 代表 今井康明

1. はじめに

認知症のような症状はあるものの、専門医の診断を受けていない人はまだまだ多い。本人も家族も「認知症かも知れない」という状況を受け入れられない、受け入れたくないという心理状況が受診を遅らせていることも多い。ただ、出来る限り早期に受診し、治療をすることのメリットについて、本人、家族等に伝えていく事も多職種協働での重要な役割の一つと言えるであろう。

また、認知症の人を在宅で支えている家族の心理面などについても考えて行きたい。

2. 認知症の本人の自覚について

本事例の中でもあるように、「もの忘れが目立つようになり、同じことを何度も繰り返したり・・・」という状況が見られるようになって、居宅サービスを利用される人は多い。認知症の症状が出てきて、周囲も変化に気が付く。しかし、その変化を一番はじめに感じているのは、本人なのである。忘れっぽくなっている事や今までとの変化に一番不安な気持ちでいるのも本人なのである。自覚があるのである。認知症の人を支えるすべての人は、この事を忘れずに支援することが大切と言える。

3. 介護サービスを利用するにあたって～信頼関係の構築～

もの忘れが目立ち、今までのように上手く行かない事が増えてきたことを自覚しており、また、周囲の人からも、もの忘れや失敗してしまったことを指摘されるようになっていく状況下では、認知症の人は、おそらく大変不安定な精神状況にあると思われる。そのような時に、居宅サービスなどの今までに利用したこともないサービスを利用する機会が多いため、環境の変化に戸惑う事は容易に想像される。

だからこそ、まず初めに行いたいのは、その人との人間関係、信頼関係の構築である。人間関係、信頼関係の構築や馴染みの関係は、残念ながらすぐに形成されるものではないかもしれない。時間が必要であろう。しかし、「私は、あなたの味方ですよ。」「あなたに安心して過ごして欲しいし、あなたの事を応援したいのです。」という、メッセージを言葉だけでなく、接するときの表情や仕草などにおいても、伝えることは、可能であり、そのことの積み重ねこそが、信頼関係につながっていくと言える。

また、人間関係、信頼関係を築く上で重要になるのが、認知症の人の情報を知ることである。様々な視点からの情報を得ることによって、多面的に認知症の人を知っていくことが重要となる。認知症ケアで使われているツールの一つに「センター方式」というものがある。「センター方式」とは、全国3か所にある認知症介護研究・研修センター（東京、大府、仙台）が中心となり、研究開発した、認知症の人のためのケアマネジメントシートである。アセスメントとケア

プランの展開ツールとして、また家族との情報交換ツールとして、また日常の情報集約ツールなどとして活用できる。

また、「ひもときシート」というものもある。これは、援助者の思い込みや試行錯誤で迷路に迷い込んでいる状況から脱するために、シートのそれぞれの段階で「評価的理解」「分析的理解」「共感的理解」の考え方を学び、援助者中心になりがちな思考を本人中心の思考（すなわち本人の気持ちにそった対応）に転換し、課題解決に導こうとするツールである。

このようなツールを活用しながら、認知症の人を多面的に捉えることや思考の整理につなげていくこともできると言える。

「センター方式シート」URL：<http://itsu-doko.net/download/sheets.pdf>

「センター方式ガイド」URL：<http://itsu-doko.net/download/guide.pdf>

「ひもときシート」URL：<http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>

4. 家族の支援について

認知症ケアでは、本人同様、家族の支援も大変重要となる。例えば、身近にいる家族が「財布を盗った」と本人に言われる「もの盗られ妄想」では、家族は精神的に大変なショックを受けることになるので、家族に対しての周囲のサポートや理解が不可欠となる。

在宅にて認知症の人を支えている家族は、精神的に疲弊している場合が多い。家族への精神面のサポートも居宅サービス事業者には求められる。

また、居宅サービスを利用しながら、在宅にて認知症の人を介護してきた家族は、在宅介護が限界に近づき、施設入所を検討している段階や、実際に入所先が決まった場合においても、また、入所した後においても、これで良かったのかななどと家族の心理は揺れ動くことがある。家族の心理状況も、それぞれのステージによって、変化するということを理解し、家族についても、その時その時に合ったサポートが必要である。

5. 虐待について

認知症の人を在宅で支える家族の中には、精神的に疲れ切り、ストレスが溜まる中で、認知症の人に対して、暴力などの虐待に至ってしまう場合がある。居宅サービス事業者としては、本人の体に不自然なアザや傷を見つけた場合などは、注意深く見守っていく必要がある。特に入浴介助や排泄介助時の際に不自然なアザや傷などを発見することもあるので、さりげなく確認して欲しい。また、初めは小さなアザであったが、そのうちにエスカレートし、大きな事件・事故に発展することも考えられる。本人と家族をそういった悲惨な事件・事故から守るためにも、虐待と疑われる場合は、早めに、区市町村や地域包括支援センターなどの機関との連携が必要と言える。

6. 入退院時の連携の重要性について

認知症の人が、身体合併症により一般病院への入院が必要になった際は、その人に関する情報

を家族や居宅サービス事業者は、必要に応じて、入院先に提供することが必要である。また入院先も同様に、その人に関する生活習慣などの様々な情報収集をすることで、認知症の人の BPSD の予防・緩和に役立てていくことが望まれる。例えば、本人が毎日、寝る前に行う習慣などを病院スタッフが知っていて対応できれば、本人は安心して、夜間、熟睡できるかもしれない。ちょっとした情報かもしれないが、認知症の人を支援する上では、このような具体的な情報が大変重要となる場合がある。

また、退院時も同様に、一般病院での入院中の情報を家族や居宅サービス事業所にしっかり引き継ぐことが必要であり、居宅サービス事業所側も入院中の情報を積極的に収集することで、在宅に戻ってからの支援に役立てていくことが重要となる。

このように身体合併症により、在宅から病院への入院という大きな環境の変化や身体状況の変化が認知症の人に与える影響は、相当大きいと言える。その為、なるべく、それらによるダメージを最小限にするためにも、我々、多職種での連携が絶対に欠かせないのである。

8. 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

同じことを何度も繰り返し話したり、ものがないと言って騒いだり、このような認知症本人の初期から中期に起こる行動・心理症状は、毎日そばにいて介護を引き受けている家族にとって大きな精神的ストレスをもたらす。もともと頑固で真面目な性格の親などがこうした症状で家族を困らせるとき、子どもとしては理解しがたい状況に怒りがわき、声を荒げてしまう。間違いを正そうとの思いで説得を繰り返そうとする。その怒りの表情をみて、認知症の本人は「怖い。」と不安を募らせ、ますます不穏な状態を加速していく、という悪循環が家庭の中に起こる。こうした時期の家族の対応（ケア）は本人に大きな影響を与える。毎日のように起こるBPSDの症状に家族は大きな心理的ストレスと不安にかられ、鬱になるケースも多くある。

【対応について】

周囲の声かけや早めの介入が大切だが、周囲から社会的、心理的に孤立している介護者ほど「大丈夫ですか。」と近隣の人が声かけをしても「大丈夫、なんとかなっています。」と助けにもすぐに応じることは少ない。特に「人さまに迷惑をかけてはいけない。」と教えられ、「自分がすべて（介護の）対処をしなければならない。」というプライドの強い男性介護者はそうした傾向が強く、人に助けてもらうことに抵抗がある人も多い。普段から何気なく「おかずが余ったのでどうぞ。」とか、あるいは「家の前をついでにお掃除しましょうか。」など生活のちょっとしたさりげない日常的な声かけやあいさつなどの関係を紡いでいく、重荷にならない地域の見守りの支援が必要である。地域との関わりの薄い男性介護者に対しては、「地域の災害訓練や高齢者の集まりに男手が必要なので手伝ってください。」などボランティア活動をお願いし、地域とのつながりのきっかけを作ったという事例もある。介護者の心理的ストレスを緩和し、相談することへの心理的障壁を理解し、できるだけ周りの支援を少しずつ求めやすくする、という地道な環境（関係）づくりが望まれる。

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。
- (2) 主に日常的に関わる主介護者および副介護者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、具体的に可能な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) 妻と夫の関係性や生活の歴史がどのようなものであったのか。
- (4) 息子と父との関係性や育てられ方がどうであったのか。

3. どのような支援を行うか

息子にとって、認知症になる前の父親の存在がどんなものであったのか。

今の父親の様子をどのように感じているのか。息子さんの想いをじっくりと聴きとり（傾聴）受けとめる。仕事ひとすじでかくしゃくとしていた父親が、もの忘れや言ったことを忘れてしまうなどの行動をするようになったことで、息子としてはとても悔しくやりきれない思い（喪失感情）を抱いているのかもしれない。「ずっと毅然とした父でいてほしい。」という息子ならではの願いが湧きあがり、ついつい厳しい言葉を発してしまうことも多い。そうした本音の話をしてもらうことで、大きな心理的負担の軽減になり、問題点を自分自身にフィードバックしながら、家族自身が明らかにしていくプロセスにもなる。

その上で、家族に徘徊など認知症のBPSDについての理解を深めてもらいながら、今後の対応について一緒に考えていくという姿勢が望まれる。たとえば、本人が夜中に出ていくという行為がなぜ起こったのか、今後どうしたらよいのか、について話しあう。仕事をリタイアしたあと、父親の生きがいは何だったのか。自分自身をもてあましてはいなかったか。本人の気持ちを想像しながら、退院後のよりよい生活環境は何かをともに探っていく。昼間の活動が足りないのであれば、散歩をしたりデイサービスを利用したりすることも勧めてみるのもよいかもしれない。時間が許せば、家族が付き添いながら馴染みの場所に、散歩に出かけるなども効果的かもしれない。歩行が困難であれば、車いすごと乗れる福祉車両での移動サービスか、送迎の支援など地域のインフォーマルな生活支援の情報も伝えておくとも今後の生活にも役立つかもしれない。

4. どのような連携を行うか

その後の生活については、これまでの近所とのつながりを思い出し、なじみの近隣の人達とのつながりや関わりも絶たないよう環境を整える。場合によっては町内会や老人会、民生委員などに相談をし、見守ってもらうなどの方法もあるだろう。

また、地域包括支援センターを通じ、介護保険の利用につなげていくことも重要である。

9. 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

認知症が未診断のまま、必要な支援が提供されず、認知機能障害や生活機能障害が重症化し、BPSDを随伴し、急性の身体疾患を併発して救急事例化してしまうケースは少なくない。鈴木一郎さんの場合、本来は、このような事態に陥る前に、適切なタイミングで認知症疾患の診断に至り、臨床像の複雑化を予防していくようなケアが提供されていなければならなかった。しかし、臨床の現場では、こうした事例に遭遇するのは通常のことである。まさに、この時点から、ケアの調整をはじめていかなければならないという現実がある。

認知症の高齢者に対して（特に顕著なBPSDがある場合）、入院医療や外科的治療などを、一般高齢者と同じようには提供しない（あるいは提供できない）という医療機関は今日でも少なくない（それでも、筆者の印象では、十数年前に比べれば、認知症高齢者に対しても、一般高齢者と同じように積極的な医療を提供する医療機関は増えたように思う）。本事例では、救急搬送された一般病院の中で、多職種が一堂に会し、統合的なケアの提供に向けたディスカッション（チーム会議）が重ねられることになるであろう。

2. ケアの統合に向けて

（1）医療

大腿骨頸部骨折の診断の下で、通常は整形外科の病棟に入院し、人口骨頭置換術などの外科的治療を行い、回復期リハ病棟などでリハビリテーションを行ってから自宅へ退院し、通院・通所によるリハビリテーションを継続していくのが一般的である。

しかし、この事例では、治療方針の決定にあたって、このような救急事態に至った背景にある夜間の徘徊や、それ以前から見られた認知機能障害や生活機能障害の背景にある病態を評価しておく必要がある。鈴木一郎さんの場合は、その経過から、「血管性認知症」または「脳血管障害を併存するアルツハイマー型認知症」である可能性が高い。このような病態評価は、急性期医療の現場で厳密に行うことは困難かもしれないが、ある程度の目安をつけておくことは重要である。

さらに、こうしたケースは、入院後（特に術後）にせん妄を併発する可能性が極めて高い（必発と言っても過言ではない）。特に、病棟の看護師は、活動過剰型せん妄のリスクを低減していく対策、せん妄発症時の安全確保、家族への心理教育などに十分配慮する必要がある。

（2）リハビリテーション

術後は、せん妄への対応とともに、リハビリテーションの開始時期を検討することになるが、リハビリの導入がせん妄の改善を促す場合もある。

一般に、認知症の人へのリハビリテーションには、本人に安心感を与えられるような、十分

な心理的サポートが求められる。そのためには、BPSD の特徴や背景を丁寧に評価しながら、リハビリテーションの方法を検討する必要がある。ゆとりをもったリハビリテーションを行うには介護老人保険施設の利用が有用かと思われる。

（3）退院支援、介護保険サービスの調整

入院中に、ソーシャルワーカーは、リハビリテーションや継続医療の方針と並行して、退院後の生活の場を調整する。ソーシャルワーカーは、本人・家族とともに、転院、入所、自宅退院の方向性を定めるとともに、地域包括支援センターと連携し、介護保険サービスの利用や、その他の生活支援・家族支援のためのサービス利用に向けた調整を行う。自宅退院の場合には、地域包括支援センターを通して居宅介護支援事業所とも連携し、要介護認定の手続きとともに、在宅サービス利用に向けた調整を進めることになる。

（4）居宅サービスの利用と生活支援

本事例では、入院、施設、在宅のいずれの段階にあっても、BPSD への対応が大きなテーマとなる。認知症の人に見られる BPSD の背景には一体何があるのか。身体の状態はどうか、服用している薬物はどうか、生活環境はどうか、そして、その人はこれまでにどのような生活の歴史を歩んできたのか。こうしたことが、「BPSD の背景を知ること」すなわち「認知症をもって生きる本人の想いを知ること」の助けになる。鈴木一郎さんには、妻と2人で早朝から夜遅くまで働き、2人の子を育てあげてきたという人生の歴史がある。暗いうちに起き出してきて外を出歩いたりしたのは、そのような長年の生活が関連していたのかもしれない（それを我々が「徘徊」と呼んでいるのかもしれない）。

そのような理解によって日中の過ごし方を考えていくことが、夜徘徊したり、興奮したり、暴力をふるったりする鈴木一郎さんの行動に変化を与えるかもしれない。

（5）家族支援

徘徊、夜間の行動異常、興奮、暴力は、在宅生活を破綻させる代表的な BPSD である。家族介護者（特に暴力の対象となっている妻）の介護負担は甚大である。また、そのような著しい BPSD は、認知症の人に対する虐待の要因となる（特に息子さんは要注意）。

しかし、BPSD が現れる背景には、自分自身の生活のしづらさを家族にはわかってもらえないという認知症の人の想い（孤独感）があったのかもしれない。また、家族には、そもそも、鈴木一郎さんが認知症であるということの正しい知識や理解がなかったのかもしれない。

家族が認知症についての正しい知識が得られるように、また、認知症の人の生活支援だけでなく、介護する家族も人生の主人公として生きていけるように、家族介護者を支援していくことが重要である。

