

事例4：一人暮らしの認知症、BPSDが悪化、隣近所とのトラブル

加藤ウメさんは84歳の女性です。元来自立心が旺盛で、活動的で、物ごとをはっきり言う、竹を割ったような性格の方です。体育大学を卒業した後、中学校の体育の先生となり、定年まで働きました。結婚は一度しており、一人娘もおりますが、30年以上前に離婚しており、以来連絡はとっていません。

定年後は趣味のダンスをしたり、水泳に通ったり、健康的な暮らしをしていましたが、70歳のときに大腸がんの手術を受け、その頃から高血圧症の治療も受けるようになり、その後はダンスも水泳も辞めて、自宅のマンションで過ごすことが多くなりました。

80歳ごろから家事をあまりしなくなり、指定日以外にゴミを出したりするために、マンションの管理人から苦情を言われるようになりました。また、夜中に大きな音を立てたり、声をあげたりするために、隣近所からも苦情が出るようになり、やがて、ウメさん自身が「隣の住民が家の中に勝手にあがりこむ」「財布や通帳を盗む」と言いだし、警察を呼んだり、管理人に文句を言ったり、隣の家の扉を夜中に叩いて怒鳴り声をあげたりするようになりました。住民は管理人と相談し、地域包括支援センターに行って相談しようということになりました。

その後、地域包括支援センターの職員が何度か自宅を訪問しましたが、解決策は見つかりませんでした。区役所の担当課と相談し、親族を探しましたが、支援してくれる親族は見つかりませんでした。認知症疾患医療センターの相談室とも相談し、一緒に訪問したところ、おそらく認知症の状態であり、血圧も高く、栄養状態も悪いので、診断や治療は必要であろうということでした。

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一人暮らし高齢者の増加により、加藤ウメさんのような方に地域の実践現場で対応することは増えている。本稿では、BPSDの悪化等により隣近所とのトラブルが発生し、頼るべき親族も身近にいないという事例に対して、地域包括支援センターが地域の関係者と協働してどのような対応を行っていくのか解説する。

2. どのような相談受付とアセスメントを行うか

加藤さんの事例の場合には下記の相談支援の介入ポイントがあった。

- (1) 70歳のときに大腸がんの手術を受け、高血圧の治療を受け始めたとき
- (2) 80歳ごろからの認知症状が目立つようになった段階
- (3) 84歳現在の地域包括支援センターの支援が開始された段階

上記の(1)と(2)の段階において、加藤さんの状況が地域包括支援センター等の相談窓口に伝わり、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。しかし、③のBPSDが悪化して初めて地域包括支援センターへつながるといった状況も、今後の少子高齢社会の進行の中で残念ながら増加していくことが予測される。一人暮らしの認知症、それもBPSDによるトラブル発生事例の場合には、地域住民には相反する二つの心理状態が発生しやすい。

- ①「この状況をなんとかして解決してほしい。本人も心配だ。そのためにも支援活動に協力していく」という心理状態。
- ②「この状況をなんとかしてほしい。この状態が継続していくならば、本人にはこの集合住宅・地域から出て行ってほしい」という心理状態。

①のような地域のサポートの側面を広げられるかどうか、地域包括支援センター等の関係機関の取り組みの一つの鍵となる。そのためにも、加藤さんへの支援体制を構築して、今後のケアの方向性を地域住民等の関係者に明示していく必要がある。

3. どのような支援を行うか

- (1) 本人宅へのアウトリーチと関係構築

加藤さんの事例の場合は、本人が職員たちを自宅内に受け入れていることが分かる。BPSDによる被害妄想が強い場合、自宅玄関内に立ち入ることができることが地域包括支援センターの

アウトリーチにおける最初の関門となる。また、最近マンション等の集合住宅の場合は玄関ドアに至る以前のマンション入り口のオートロックをクリアすることも課題となっている。公営住宅やマンション等の集合住宅のそれぞれの管理組合との連携と理解が必要となる。

定期的な訪問により本人との相互作用を増やし関係構築を行っていくとともに、「私たちはあなたの味方であり、あなたをサポートしていきたい、大切にしたい」というメッセージの発信を繰り返し行っていく。加藤さんの事例の場合、支援してくれる親族は見つからず、隣近所とのトラブルが発生しており、本人が信頼する人がいるかどうかは不明である。しかし、地域担当の民生委員や近隣住民からの情報を集め、これまでの友人、知人関係を把握しながら、支援してくれる人がいるかどうかの確認も必要となる。

(2) 緊急性の判断と対応

一人暮らしの認知症の方の事例の場合にはADLやIADLの状況確認とともに、食事や水分補給の状況はどうかも含めた本人の日常生活の把握と、特に緊急性の判断が重要となる。加藤さんの事例の場合は、栄養状態も悪く、脱水症状も疑われる。また、認知症の診断・治療が開始されていないとともに、高血圧の治療も中断されたままになっており、緊急性は高いと判断できる。

生命や身体の危険性があり、緊急性が高いと判断されながらも、一人暮らしの認知症でBPSDが悪化している事例においては、玄関ドアを開かずにそのまま部屋の中で動けなくなっている状況の場合もある。その際には自治体の担当部署との確認に基づいて警察や消防と連携して安否確認を行う場合もある。加藤さんの事例の場合は入室は可能となっており、安否確認が可能であったため、その後の対応が課題となるが、基本的には以下の二つの方法が考えられる。

1) 地域の訪問診療医との連携に基づく医療受診

認知症疾患医療センターにおける医師とソーシャルワーカー等のアウトリーチ、もしくは区市町村レベルにおいて医師会等と連携して地域包括支援センターとも連携がとれる医師の認知症アウトリーチチームを設置している場合は、訪問診療による本人の医療受診に結びつける。仕組みとしての認知症医療訪問チームが組織化されていない自治体の場合は、地域で活動する在宅療養支援診療所と連携を取りながら、訪問診療の開始に結びつける。その後に訪問看護サービスや介護保険サービスの導入を順次段取りしながら導入していく。

2) 認知症疾患医療センター等への医療受診への結びつけ

地域の社会資源状況によっては、訪問医療への結びつけが困難な場合もある。その場合は、本人との関係構築を行いながら、地域包括支援センター職員が複数で対応して、認知症疾患医療センターや地元の精神科病院等と連絡調整を行いながら、自動車に本人を乗車させて、医療機関に同行し、受診や入院治療に結びつけていく対応を行う場合もある。本人が医療受診に同意していくまでには、相当の関係構築と時間を要する場合が多い。

4. どのような連携を行うか

一人暮らしの認知症、BPSD の悪化事例においても、医療受診が途絶えている場合は、医療受診に結びつけて、認知症の診断、その後の訪問看護や介護保険サービス等の導入に結びつけていく基本的な対応の流れに変わりはない。加藤さんの事例の場合は、医療受診から一時的な入院治療の可能性も考えられるが、BPSD が安定してきた段階で、訪問診療や介護保険サービスを導入して再び在宅療養に移行させていくことが想定できる。地域包括支援センターは、要介護認定の申請支援、担当する居宅介護支援事業所の決定支援、必要に応じて把握している情報の伝達、同行訪問、利用者との関係構築の支援等を行っていく。本事例の場合は、財産管理や身上監護が必要となり早急な成年後見制度の利用支援を行っていく必要がある。支援してくれる親族が見当たらないため自治体の首長申し立てによる成年後見の利用支援となる可能性が高い。自治体の高齢者担当部署や区市町村の成年後見支援センター・権利擁護センター等と連携し、認知症の主治医とも連絡調整を行う。

また、認知症の BPSD 悪化による隣近所とのトラブルが発生しており、近隣住民の認知症理解がその後の本人の地域生活の継続のためにも重要となる。在宅でのケアチーム体制構築が整ってきた段階で、最初に加藤さんの状況を地域包括支援センターに繋げてくれたマンション管理人やマンション住民に、必要に応じて加藤さんの今後の在宅療養の方針を伝えていく。住民とケアチームのメンバーが合同で参加する個別ケースの地域ケア会議の開催も構想できる。人は知らないことには冷淡になりやすいため、認知症への理解を深めてもらうこと、また在宅のケアチームが本人をしっかりと支えていくことを地域関係者に明確にわかりやすく伝えていくことが大切となる。複数の専門職が関わり、認知症の BPSD も落ち着いていく状況が理解されていくと、近隣住民がサポート役になってくれることも多い。また住民向けの認知症サポーター養成講座の開催による認知症の理解促進と予防的な地域づくりも重要な取り組みとなる。

2. 認知症疾患医療センターの医師の視点と役割

東京都立松沢病院 精神科医長 新里和弘

1. はじめに

地域で生活が続いている認知症の方で、認知症に伴う問題行動が増悪、そのために在宅での生活が困難となるケースはしばしばある。医療の側からいえば、病院に来てもらえない以上医療の提供はできないため、往診サービスを行っていない医療機関では、手の出しようがなく、生命に危機が及ぶ状態となって初めて病院に緊急搬送される事例というのは少なくない。また、たとえ、往診を行っていたとしても本人の拒否が強ければ、介入は全く不可能となる。近年、アウトリーチの重要性が強調されるようになり、受診を拒否し在宅生活が続いている認知症の患者に対して、医学的関与が少しずつではあるが可能となってきている。在宅で生活が続け、BPSDのために徐々に生活が困難となってきた例（事例4）に関して、検討を行ってみたい

2. どのようなアセスメントを行うか

認知症か、精神病圏か、その判断が重要である。事例4の場合、認知症疾患医療センターの職員が訪問し、「おそらく認知症」の判断である。この部分に関しては専門医療機関の判断が欲しい。認知症であるということは、進行性の疾患であることを意味しており、身体面での急激な悪化のリスクも精神病圏より一般的には高いと考えるべきである。

「血圧が高く、栄養状態も悪い」ようである。介入の緊急性に関しては、「現時点での」かかりつけ医がいるかどうかで、大きく左右される。高血圧等で治療を継続しているかかりつけ医がいれば、現在の一応の身体状況がわかるし、本人を適正な方向に誘導するガイドとしての役割を医師に期待できる。しかし、かかりつけ医がいなければ、緊急度は高くなる。

3. どのような支援を行うか

事例4のようなケースでは、早晚入院になるだろうと想定したうえでの支援が必要である。入院に際しては、同意の問題が必ず出てくるので、数十年来音信をとっていない娘さん、あるいは本人の兄弟などへ連絡をつけ続ける努力を、関わりのスタートの時期から行っていく必要がある。遠隔地の親族に連絡をとったり、戸籍にあたったりすることは、非常に時間を要することである。そのうえでまったく「身よりなし」と判定できるのであれば、いざという時首長同意がとれるよう、事前に準備を整えておくことが必要である。平成26年4月から、精神保健福祉法の一部改正があり、首長同意の入院に関しては今まで以上に厳しい条件が付けられている。

万一の緊急時対策を整備しながら、できる限り在宅で暮らせるよう支援する。本人は、もともと「竹を割ったような性格」とであるという。相性の合う介護者がいれば、意気投合でき、今後の道筋が開けていく可能性もあるかもしれない。本人の希望を尊重した関わりが重要であると考え

4. どのような連携を行うか

現時点でかかりつけ医が存在するのでなら、かかりつけ医と本人との関係が最重要と考える。その関係を核にして、本人から拒否の声が上がらないよう配慮しながら、地域包括支援センターやケアマネジャーが関わっていく。認知症疾患医療センターの職員が訪問しているので、その結果などもかかりつけ医へ伝え、かかりつけ医から、専門医への受診を勧めてもらう。それが難しければ、かかりつけ医から少し興奮を鎮めるような薬を出してもらうことが必要になる。

かかりつけ医がない場合は、往診が可能で、認知症診療もできる医師に診療を依頼する（もちろん本人の同意は必要）。高血圧治療あたりを糸口として、何とか受け入れを承諾してもらう。

それら一切の介入が困難で、日に日に問題が大きくなり、身体的にも悪化しているようであれば、東京都の「認知症アウトリーチチーム」や「高齢者精神医療相談班」に訪問を依頼するか、緊急度が高ければ、それまでの経過をまとめ管轄の認知症疾患医療センター等の病院に入院（おそらく医療保護入院）を依頼することになると考える。

3. 精神科看護師の視点と役割

東京都立松沢病院 認知症看護認定看護師 鳥山美鈴

1. はじめに

本事例の加藤ウメさんのように支援してくれる親族がおらず、いつ頃から認知症の症状が出始めたのかわからないまま BPSD が悪化してしまうケースが近年増加している。また、認知症高齢者は複数の身体疾患を併発していることが多々あり、認知症の状態から受診行動がとれていなかった場合深刻な身体状況に陥っていることが懸念される。私たち看護師の役割は、認知症の中核症状と認知症を悪化させている要因を身体的・心理社会的・物理的環境といった視点からアセスメントを行うことである。アセスメントを行う際には BPSD が悪化している認知症患者さんとののかかわり方に気を配りながら、問診や観察を重ね、全体像を導き出すことが必要と考える。

2. どのようにアセスメントを行うか

(1) 身体的要因

加藤さんには大腸がんと高血圧症の既往があり、訪問時に血圧が高かったことから必要な治療を継続できていなかった可能性がある。高血圧症は無自覚であることが多くても、めまいや動機・息切れといった症状がある場合もあるので、そういった具合の悪さが BPSD の悪化の引き金になっていないか知っておく必要がある。また、高血圧症は合併症を引き起こす原因にもなるので、脳や心臓、腎臓といった器官に障害が起きていないか、そして栄養状態の悪さも大腸がんや他疾患が影響していないか総合的に身体的アセスメントを行う。加藤さんの場合、自身に生じている体の変化にどのように対処したらよいのか（この場合“受診行動をとる”こと）適切に判断できず、またその原因を知る手がかり（この場合「高血圧の薬を飲んでいた。」あるいは「大腸がんの手術をした。」といった記憶）がつかめず体の具合が悪くなってしまったと考えられる。

(2) 心理的要因

定年後、加藤さんは趣味のダンスや水泳に通ったり活動的に暮していた。その中で様々な人と交流してきたと推察できる。70歳の時、大腸がんの手術と高血圧症を機にそのような交流の場から遠ざかったことを背景に、認知症の状態になることでさらに孤独を感じていた可能性がある。また、支援してくれる親族もおらず娘さんとも連絡をとっていないことから頼る存在がなく不安もあったと考えられる。元来自立心が旺盛な加藤さんは他者に相談することができなかった、交流できる場がなかったことも不安を高めた可能性もある。さらには隣近所からの苦情も加藤さんにとってはなぜそうなるのかが理解できずストレスの蓄積につながったとも考えられる。

(3) 物理的環境要因

物理的環境要因には、不適切な環境刺激（音、光、陰、空間の広がりや圧迫）などがある。本

事例ではふれていないが、マンションで生活している加藤さんの身の回りでストレスとなるような物理的環境要因がなかったかを調べていくことも必要である。また、84歳である加藤さんに視力や聴力といった感覚器官に障害がないかもアセスメントしていく。

3. BPSD が悪化している認知症患者さんとのかかわり方について

加藤さんは「隣の住民が家の中に勝手にあがりこむ」「財布や通帳を盗む」と言っていたことから、BPSD の精神症状のひとつ、妄想（被害妄想）が生じていると考えられる。このような妄想を生じている認知症患者さんにかかわるときには次の点に配慮する。

（1）妄想的言動内容を否定しない

加藤さんには妄想症状が生じているが、加藤さん自身にとってみれば“隣近所の人が自分に害を及ぼしている”と感じている。その脅威から身を守るため警察を呼んだり、怒鳴り声をあげたりといった行動をとっていた。加藤さんとかかわるうえで大切なことは、「近所の方は加藤さんの家に入ったりしませんよ。」や「財布を盗む人なんてどこにいるのですか。」など否定的な態度をとるのではなく、「夜も眠れずつらかったですね。」や「怖い思いをさせていませんか？」など加藤さん自身がどんな思いで過ごしていたかを察する姿勢でかかわることである。否定的な態度は、加藤さんに不信感を抱かせ疎外感をたかめてしまう恐れがある。

（2）“あいづち”や“うなずき”でありのままの話を聴く

加藤さんの心をひとつのコップと考える。今、加藤さんの心のコップの中は、家事ができなくなりつつあり、体の具合も悪い……いままでできていたことができなくなっているといった不安で満たされていて今にもこぼれそうになっている。このような状態のときに他者からの意見や説明のような話をきく心の余裕をもつことは難しい。対面時「一度病院にきてくれませんか？」「検査が必要ですね。」など早急に話を進めていくと、加藤さんのコップの中の不安があふれてしまい、不信感がつのり医療者さえも妄想対象となるおそれがある。大切なことは、私たち医療者は加藤さんにとって味方であること、安心できる相手だと感じてもらうことである。加藤さんの話を“あいづち”や“うなずき”をもってありのままに聴き、加藤さんの感じている不安の感情を少しずつ和らげることができるよう傾聴する。これを繰り返しおこない加藤さんの不安を私たちに分けてもらうことで、加藤さんの心のコップに隙間ができたならこれからのことを話していくようにする。

（3）相手の声の調子や表情を観察する

加藤さんとコミュニケーションをとる時に、上記に述べたような不安がどのように変化していくのか知っておく必要がある。話し始め、その途中、話し終える頃と加藤さんの声の調子（怒気を含んでいるのか、落ち着いて話しているのか）や表情（緊張しているのか、陰しいのか、穏やかなのか）を評価できるよう注意深く観察を行う。また加藤さんと医療者との距離や、加藤さんのしぐさ（ソワソワしていないか、拳を強くにぎっていないか、視線を合わせるか）のような点も観察のポイントとなる。

4. 認知症疾患医療センターのソーシャルワーカーの視点と役割

公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院

認知症疾患医療センター 地域医療連携室 医療相談係 鈴木謙一

1. はじめに

東京都では今年度から、認知症早期発見・早期診断推進事業を、都内に12箇所ある全ての認知症疾患医療センターに拡大して実施している。センターに配置される認知症アウトリーチチームは、医師とソーシャルワーカーなどのチームで編成されており、行政などの地域機関に配置される認知症コーディネーターからの依頼に基づき、病院から地域へ出向いていく。

事例のような状況の中で、独居認知症高齢者の方が住み慣れた地域で、できるだけ長く生活できるように支援していくためには、その方のおかれている状況を総合的にアセスメントする視点が、特にソーシャルワーカーには求められるであろう。なぜならば、認知症は単なる脳の疾患というだけではなく、人間関係にも影響をあたえ、自尊心の低下や家族崩壊など様々な社会的問題を引き起こすからである。

従来からソーシャルワークは、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入するとされてきた。本稿では、事例に基づき、「一人暮らしの認知症、BPSDが悪化、隣近所とトラブル」をキーワードに、認知症疾患医療センターにおけるソーシャルワーカーの視点を中心に、アセスメント・支援・連携について体系的に概説する。

2. どのようなアセスメントと支援を行うか

(1) 支援の緊急性と優先順位、ニーズなどを整理するアセスメントと支援

所属機関に関係なく相談窓口配置されているソーシャルワーカーは、最初に本人や家族、近隣住民などの相談者と接する機会の多い専門職であると言える。そのため、まずは本人のおかれている状況を身体面、経済面、環境面から丁寧に情報収集を行い、支援の緊急性や優先順位を整理する。この場合、本人と相談者との関係性をアセスメントする視点が重要である。なぜならば、両者の関係性の良し悪しによって、ソーシャルワーカーに期待してくるニーズが変化するからである。このことに気をつけながら、本人と、相談者など周囲の人々の双方に支援を行っていく。

事例のようにBPSDが悪化し、隣近所とトラブルを起こしている認知症の方の場合、かかりつけ医がいても受診を中断していたり、自宅にこもっていたりするなど、自ら築いてきた社会とのつながりを自ら閉ざしているケースが多い。このような方に支援を開始するにあたっては、生命の危機が切迫している場合以外においては、受診勧奨を第一目的とした関わりは逆効果であることが多く、関係性の構築からアプローチしていくことが重要である。

(2) 様々なレベルでの心理・社会的状況を理解するアセスメントと支援

認知症の方は、できていたことが徐々にできなくなっていく状態に多く遭遇するため、自分

はできると思ってやったことができずに葛藤が生じやすい状態であると言える。また、個人の内面だけでなく、個人と周囲(家族や地域住民、支援機関も含む)との間にも、本人としては正しいと思っているのに周囲からはおかしいと指摘をされ不満に思うなどの葛藤も生じていることが多い。さらに、周囲の人々がその個人に向ける目も、とても尊敬できる人だったのになぜこんなに迷惑をかけるのか、などという葛藤もあることから、認知症の方や、その周囲の方々は、何重もの葛藤の状況を抱えて生きている人にとらえることができる。このような状況にあることをソーシャルワーカーなりに受けとめた上で、本人と周囲へ働きかけていくことが大切である。

(3) 本人と周囲を取り巻く地域状況へのアセスメントと支援

地域においてソーシャルワーカーが所属する機関はどのような役割を担っているのか、立場にあるのかを踏まえたうえで、事例の状況に応じて地域の支援関係者との役割を分担する必要がある。継続して支援を行う地域包括支援センターなどのソーシャルワーカーは、前述のように様々なレベルの葛藤に巻き込まれざるを得ないことも多々ある。それに対し、認知症疾患医療センターアウトリーチチームのソーシャルワーカーは、客観的な立場からその葛藤に入っていく姿勢も求められてくる。そして受診に結び付くよう一時的に支援に入ったとしても、その後も継続して地域で支援を行っていくのは、地域包括支援センターなどの地域のソーシャルワーカーである。あくまで認知症疾患医療センターのソーシャルワーカーとしては、本人と周囲を取り巻く地域の状況に対して、一時的な関わりであり、側面からその支援を支えていくという姿勢が望ましい。

(4) 受診後を見越したアセスメントと支援

アウトリーチの結果、本人が病院を受診し鑑別診断を受けた場合、どのような支援が行えるのか、方針の見立てを事前に関係機関と話し合っておくことも重要である。あくまで、受診はゴールではなく、支援のスタートである。

3. どのような連携を行うか

この事例のように、すでに多くの関係機関が本人へ関わっており、本人は困っておらず、むしろ困っているのは周囲であることは多い。そのため、認知症疾患医療センターへ相談がきた時点で、まずは関係機関とのカンファレンスを開催し、前述のアセスメントや支援方針などについて丁寧に話し合い、共通の認識を持つことが求められる。そこでは、本人と周囲のおかれている複雑な状況を、各々の立場にたって受けとめたうえで、認知症疾患医療センターのソーシャルワーカーとしてのアセスメントや支援方針を提示することも必要となるであろう。そのうえで、お互いの役割分担、立ち位置、介入する時期、継続支援を依頼する時期などについて、事例を通して整理していく過程こそが、連携と考えられる。

アウトリーチ事業のように、地域での個別支援を、実際に何例も所属機関の異なる多職種が協働で行い、その結果を互いにフィードバックしていくことが医療と福祉の真の連携につながると

考える。また、その継続した積み重ねこそが、地域における認知症の早期発見・早期治療から、予防的対応へつながっていくと実感している。

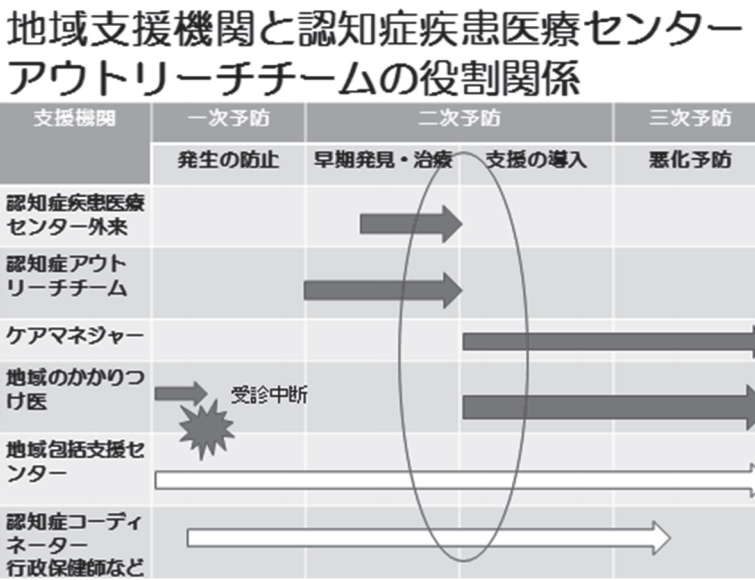


図1 地域支援機関と認知症疾患医療センターアウトリーチチームの役割関係
(出典：荏原病院 鈴木作成)

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

地域には、ずっと定年まで仕事をして、定年後は趣味のサークルなどに所属して生活している高齢者は多い。職場と居住地の地域が異なることで、仕事をしている期間は地域の活動や隣近所との交流が少なく、定年後の職場とは違う人間関係を地域で構築するのは難しい。趣味だけの関係であると、楽である一方で日常生活の中で少し声をかけてもらったり、フォローしてもらおうとすることがないので、認知症が発症して生活困難が早期に起こりやすい。声を掛け合いながら、定期的に参加でき、それも歩いてすぐに行ける場所での人間関係は、認知症の早期発見、そして、生活困難に理解してもらえて手助けをいただける大切なコミュニティである。

認知症が一度進行してしまい本人が不安を抱えての在宅療養は、感情が激しく表出されたり、近所とのトラブルになったりすることが多い。不安を軽減できるかわりを、訪問看護師などが血圧や聴診器を使用して身体から開始すると、ほかのサービスが自然に導入できるのではないだろうか。

2. どのようにアセスメントを行うか

大腸がん手術後高血圧症の治療はおこなっているものの、身体的管理のみで認知症についての早期発見は短時間の診察時間では難しい。それまでのダンスや水泳などをやめたことは、高血圧症をみている主治医は把握していない可能性があり、定期受診をしているかどうかにも心配である。その後の10年間で次第に引きこもりとなっている。独居であることでこの定年後10年間の生活の様子が特に地域のご近所との関係が薄く、町内活動、老人クラブ、婦人部など地域活動への参加もしていないことが考えられる。つまり、退職後の元気だった10年間、職場以外の人とのつながりをもつ機会が少なかったと考えられる。本来はこの退職後の期間に、地域のつながりを持つことが重要であり、地域包括支援センターの予防活動や、市民講座などに積極的に参加することで、相談できる人を地域に作るできたと思う。

さらに、家事をしない期間に食事、運動、排泄、受診による高血圧症の管理、全身の健康診断などが十分できず、脳血管性認知症への罹患となったのではないだろうか。認知機能の低下によるゴミ出しなど生活管理ができないようになるまでに、たくさんの自覚症状があったと思われるが、その時に相談できる人がいなかったことが、加藤さんにとって今後の人生を決めるほどのリスクになったと思う。

また、夜中に大きな音を立てることから、昼夜逆転が予想でき、生活リズムが乱れており、自律神経失調症状もあることが予想できる。入浴や食事、洗濯など生きていくための基本的なADLの障害があったと思われる。食事や水分量も不十分で便秘になっている可能性もある。被害妄想や物盗られ妄想も、自宅の中の部屋がかなり整理できていない環境に関連しているのであろうと思う。どこに何があるかわかりづらい環境では被害妄想になりやすい。ゴミ出しなどの生活障害

が発覚した時点で、食事支援、高血圧症の治療継続支援、家事支援など行っていれば、被害妄想の悪化は予防できたかもしれない。

警察を呼んだりしているので、早期に地域包括支援センターへ相談できたのではないかな。

地域ケア会議は、地域包括支援センターが中心となって、地域の町会、老人クラブ、民生委員、警察、消防署、郵便局、病院、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、サービス提供責任者（ヘルパー事業所）が定期的に話し合っている。この会議にどの関係者でもよいので、事例相談できればよかった。

3. どのような支援を行うか

まず、高血圧症の治療継続支援、受診できていなければ適切な訪問診療医に紹介する。栄養剤の利用と嗜好を尊重した食事内容の確認と栄養改善対策として本人が食べたいと思うように整える。

若い時の教師の仕事を傾聴しながら感情が穏やかになるようなかわりをする。自尊心を傷つけないかわりにより、信頼関係を構築する。これまでの習慣を聞き取りや家の環境から理解し、今の生活の方法を本人にとって慣れ親しんだ方法へと変える。たとえば、教師であれば、日誌への〇つけなどを一緒にいき生活リズムを整える。

入浴を介助し身体を清潔にすることで不快感を減少する。ゴミなど部屋の環境を整え、部屋の空気を入れ替える。朝同じ時間に朝日をあび、軽い散歩などの運動を取り入れる。そのことに慣れてきたら、ヘルパーなどの支援の協力を借りて、継続できるようにする。

感情が不安定になりやすい夕方に定期的に訪問し、アロマオイルによるマッサージを行い、リラクゼーションを得る。夕食の確認、良質の睡眠となるように入浴や清拭などを行う。地域住民とのトラブルを起こした際は民生委員へ依頼し、訪問看護ステーションは24時間緊急対応ができるので、連絡をしてもらい介入する。

4. どのような連携を行うか

地域ケア会議の中で、事例の相談が出れば、そこで、看護の視点での医療と生活障害の関係や医療へのつなぎ方やかわり方の相談ができる。介護保険を地域包括支援センターが申請し、医師の意見書に看護師の相談必要の欄にチェックがあれば、主治医の訪問看護指示書がなくても居宅療養管理指導として定期的に自宅訪問できる。地域包括支援センターや警察からも情報を得ながら介入する。

居宅療養管理指導の訪問により、信頼関係や具体的な支援を行い、受診行動へとつなげ、認知症の診断や治療開始となれば、訪問看護指示書を主治医が発行し、定期的な訪問看護として入る。その際は専門病院の主治医、できれば訪問診療医、ケアマネジャー、地域包括支援センター、民生委員、警察などとあらかじめ連携をとり、24時間365日の緊急対応を訪問診療医とともに取れることを理解してもらう。

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

都会の一人暮らしは人との交流が少なく、BPSDに伴う社会的な課題が発生した段階で顕在化しやすい。本人に支援を受け入れてもらえれば良いが、とかく専門職から見て必要な支援であっても本人は困っておらず、本人の生命、安全やQOL改善に繋がらないことも多い。こうして本人の自己選択とケアの必要性との狭間で倫理的葛藤が生じる。加藤さんのように支援者不在のケースでは、介護保険サービス利用開始の代理判断、契約締結の法律行為の履行などサービス利用前段階の課題がある。倫理的、法律的に適切な対応、本人の生命とQOLをまもるケア、地域に暮らし続けるための住民理解や協力を調整する支援など、多方面からの支援が必要である。

2. どのようなアセスメントを行うか

(1) 本人の身体と生活環境から情報を整理する

認知症、独居高齢者の24時間生活実態の把握は困難を極める。アセスメントは本人の説明と現状が必ずしも一致するわけではない。確かな情報収集のために、1) 本人の心身状態、2) 本人の行動、3) 生活環境から、確定事項と推察事項を分けて整理する。

- 1) 本人の身体からは、脱水、痩せ、清潔・整容、臭いなど。
- 2) 本人の行動からは(ADL、IADL、人との関わりや反応等)
- 3) 生活環境からは自宅内外の状況(食器、飲み物、郵便受け、玄関回り、室内全体の状況、ゴミ、キッチン、冷蔵庫の中、風呂、トイレ等)。何がストレス、喜びなのか推察し続ける。

(2) 家族に対するアセスメント

1) 協力可能な家族から得られる支援の種類を確認する

加藤さんは区役所の担当課の協力を得ても「支援してくれる親族」はみつからなかった。もし、家族から何らかの支援が得られそうな場合、「支援」を分類し、どんな支援なら担ってもらえるか整理する。支援とは、①日常的支援、②判断する支援、③経済的支援、④入退院手続きや法律行為に関する支援、⑤危篤・他界した際の連絡先等が考えられる。

2) 家族がこれまで築いてきた生活を壊さない

疎遠になった家族に連絡する場合、突然の電話を受ける先方の心理、家族が長年築いてきた生活を崩さない配慮が必要である。

(3) 近隣住民との関わり

情報収集：地域包括支援センター職員の同行が想定される。通報者、その他の近隣住民からも話を聞く。いつ頃からどのような状態か。近隣住民が危惧すること、本人の生活状況、人の

出入り、BPSD 等。

3. どのような支援を行うか

(1) 早期に馴染みの関係をつくる

馴染みの関係づくりは初期段階の目標である。相談から初回訪問までの期間は不必要に間をおかず、顔を覚えてもらえるまで足しげく通う。ケアは必要ながら、加藤さんのように気丈に生きてきた方には特に「ケアを受けることの苦痛」の程度も把握する。

(2) 不安にしない関わり

人との関わりによって生じる不安に伴う BPSD を防ぐため、本人の理解レベルや好みを把握し、本人が理解し選択しやすい声掛けを工夫する。

＜例＞「どれにしましょうか？」→「（好きなものを把握し）これにしましょうか？」

(3) 体調悪化を改善し病気を予防する

脱水、低栄養と高血圧があり、生命維持だけでなく、脳血管疾患などの発症リスクにも目を向け、毎日の生活を整える。

(4) 本人にあった役割をつくる

気丈に活動的に生きてきた加藤さんには、例えばデイサービスや訪問介護では体を動かしながらやれる役割や一緒に買い物に出かける等する。

(5) 成年後見制度

本人は自分にとって最善の判断や選択が難しく、契約行為、金銭管理、ケアの判断に課題がある。成年後見制度の申請は地域包括支援センターと連携する。

(6) 見守りの体制をつくる

異変に早期対応するには介護保険のサービス事業所だけでは限界がある。近隣住民からの苦情はある意味において本人への関心の一つでもある。介護支援専門員がきちんと介入していることで安心しもらう。異変の連絡だけでなく近隣からの要望も聞けるように居宅介護支援事業所の連絡先を伝えておく

4. どのような連携を行うか

本人に関わるチームは、本人が自分のネットワークを築いて生活してきたこと、これまで本人が独居生活を続けるために積み重ねた努力を尊重し、目を向ける。加藤さんにとっての不安や孤独感はどうなるものかを確認し、BPSD を最小限にとどめ、加藤さんはどうすれば生活しやすくなるのかという視点で臨む。

(1) 医療との連携

認知症の診断につなぐ。本人が忘れていた大腸がんの経過や留意点を確認する。介護側の視点として日ごろ捉えている情報を医師に伝える。服薬による効果と副作用と推察される事項を意識して確認し、医師に伝える。

(2) 介護職、その他の専門職との連携

- 1) 毎日の水分・食事摂取量、排泄状況の把握と共有。真夏・真冬の室温管理や衣服の様子も含め、適切でない場合には早急に調整する。
- 2) デイサービス利用時やヘルパー等との関わりの中で、どのようなときに笑顔になり、不快、不安になっているのか、エピソードで把握し、チームで共有して本人への理解をチームで深め、次のケアにつなげる。
- 3) 徘徊が発生する場合には、探知機など市町村一般施策を活用する。

(3) 近隣住民との連携

地域への対応は、地域包括支援センターと連携する。近隣住民には、協力依頼の前に苛立ちや不安について丁寧に聞き取る。認知症は病気であり、本人には助けがなければ生活できないことを近隣住民の心理に配慮しつつ伝えていく。専門職がチームで関わっていることを知ってもらい地域住民の安心につなげる。認知症の人を地域から『排除』することで地域住民が安心するのではなく、認知症になってもお互い様で暮らしていける地域となることが安心であると加藤さんの関わりを通して理解してもらえるように努める。近隣住民が何か協力してくれたときには、必ずすぐに介護支援専門員からお礼を言う。

7. 居宅サービス事業所の視点と役割：一人暮らしの認知症の人を支える

東京都認知症介護指導者会 会長 井上信太郎

1. はじめに

在宅において、一人暮らしの認知症の人を支えていく為に、居宅サービスとして様々な地域資源との連携が必要である。中でも、近隣住民の認知症に対しての理解は欠かすことができない。一人暮らしの認知症の人が、少しでも在宅生活を継続できるよう、地域の認知症対応力の向上に向けた居宅サービス事業者の取り組みが注目される。

2. アセスメントに際して必要なこと

本事例のように、健康状態や栄養状態がすぐれないため、病院での診断、治療や介護サービスが必要であることが見込まれてはいるものの、なかなか状況が変化していかない方は少なくない。しかしこのような方の場合、社会とのつながりが途切れてしまっていることや、頑なに他者とのコミュニケーションを拒否している可能性も考えられる。そのためにも私たち居宅サービス事業者は、本人との人間関係の構築に向け、丁寧にコミュニケーションを図ることが求められる。例えば自宅に訪問する際は、現在の困り事や心配事、今後どのように暮らしていきたいのかなどについて本人の視点に立って丁寧に話を聞く。そうしていくことで次第に本人の緊張はほぐれ、話しやすい環境が作られていくのである。信頼・信用してもらえるような関わりを持つことから、本人の生活課題を考えていくことが望まれる。また、私たち居宅サービス事業者は本人の思いを最も身近で感じ受け取ることができ、かつ長時間関われる唯一の存在なのである。本人の思いやこれからのことについて、本人の言葉を代弁する重要な役割があることを自覚しなければならない。本人とのなじみの関係づくりは、他職種においても共有の視点を持つことが重要であり、また、チームケアにおいてはそれぞれの立場や考え方、ケアの方向性について意見を述べたり、ディスカッションをすることが求められる。

3. 居宅サービスについて

例えば本事例の方が、小規模多機能型居宅介護というサービスを利用した場合を考えてみる。小規模多機能型居宅介護とは、自宅に住みながら、通いのサービス、訪問サービス、また、泊りのサービスを利用できる地域密着型サービスであり、柔軟なサポートをすることで、その人の生活を支援していくサービスである。急な訪問、急な泊りもでき、また看護師も配置されているため、医療的なニーズにも対応が可能であり、一人暮らしだけではなく、家族と暮らしている場合においても、在宅介護を支えていくための切り札として、平成18年に介護保険制度に位置づけられた。

本事例は、まず本人との信頼関係を構築することがケアプランの一つとして挙げられる。本人にとって身近な存在となり、本人から受け入れていただけるような状況を作らなければならない。

しかし、初動期の支援は容易ではない。訪問するも門前払いを食らうことも少なくないからである。これはご本人にとっての強い“拒否”という意思表示でもあるが、“恐れ”という感情の変化でもあるのだ。これまで自宅で自由に生活してきたのに、知らない人が家の中に入ってくるということは、本人にとっては大きなダメージなのである。私たちはそのことを十分に理解しながら支援を考えていかなくてはならない。やがて顔なじみになり、心が開かれてくると、日中のさりげない見守りや、通いサービス利用につながっていくことが考えられる。しかし、これらのサービスは状況に応じて臨機応変に変化していくことが求められ、認知症の人の地域生活を支えていくためのポイントとなりえる。もう少し訪問サービスを継続し、もっともっと顔なじみになってからのほうが良いとなれば、そのような計画を継続したり、そのような訪問サービス計画を継続したり、日中のさりげない見守りを繰り返したりという柔軟な判断が必要となる。本人の生活全般を捉え、不安になる原因を探り、その不安の改善を図っていく、そのような支援を事業所のスタッフや他職種によるチームと話し合いを行いながら、在宅生活の継続に繋げていきたいものである。

4. どのような連携を行うか ～地域とつながる 地域と共に支える～

一人暮らしの認知症の人を在宅で支えていくためには、医療や介護などの多職種間での連携は欠くことができないが、連携を図っていく際にどのような情報を“どこへ”“何を”伝えていくのかを明らかにしておくことも重要である。

また、地域住民との連携も大切となる。地域の人々が認知症についての正しい知識を持ってもらうことで、認知症の人をさりげなくサポートしてくれるような協力が自然と生まれることもあるのである。例えば、買い物時の支払いが上手く出来なくなってきた時、いつも買いに行くスーパーや商店街の人に、認知症であること、ここでの買い物をとても楽しみにしている事、支払い時に時間がかかってしまうかもしれないが、少し待ってもらいたいこと、時にはそっと手伝ってもらいたいこと、などをお店の人に前もって協力をお願いし、理解を得るということも、地域との大切な連携となるのだ。個人情報扱うため配慮は必要であるが、近隣住民力、町内会力、商店街力、銀行力、郵便局力、銭湯力、スーパー力などなど、様々な力を少しずつ貸してもらい、図1にあるようにご本人を乗せたライフサポート号は進んでいくのである。このような地域の力を活用した新しいチームケアを実現していきたいものである。

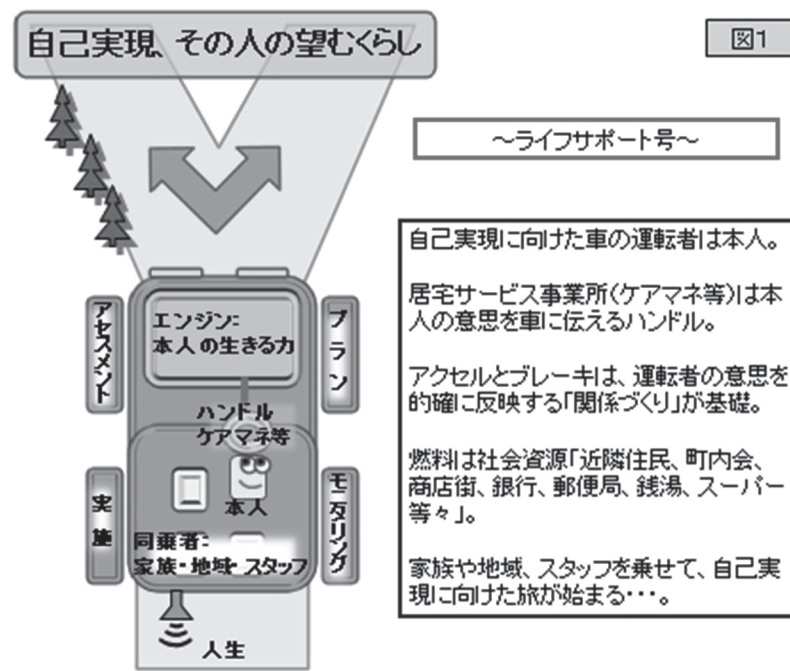


図1 小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントを車に例えると…
(出典：全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会より引用)

5. 認知症サポーターの広がり

また、現在、国は「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」の一環として、認知症サポーターキャラバンという取り組みを行っている。企業や商店街、町会、学校、スーパー、銀行など多くの人に認知症を理解し、認知症の人や家族を見守る、認知症サポーターを一人でも増やし、安心して暮らせるまちを、みんなでつくっていくことを目指しているものである。この取り組みは、現在、大きな広がりを見せており、目標であった100万人を大きく上回り、現在499万人の人が認知症の講座を受け、認知症の人と家族の応援者「認知症サポーター」となっている。この事は一般住民や商店、企業が認知症についてもっと知らなければいけない、他人事ではない、という意識が高まっている証とも言えるのではないだろうか。わたしたち専門職としても、地域の人とつながる事をより一層、意識していくことが必要と言える。

8. 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

認知機能の低下とともに、生活のしづらさや、孤独、不安、抑うつを体験しながら生きる一人暮らしの高齢者の数は着実に増えている。そのような暮らしの中で、現実との接触を失い、人々との間で軋轢を生じ、妄想的な世界が築かれていくようである。認知症となり、現実社会とのつながりを失って一人で生きるということは、そのようなことを意味しているのではないかと思われる。したがって、適切なタイミングで認知症であること（認知機能や生活機能に支障があること）を知り、現実社会とのつながりを保てるような支援を提供していくことは、認知症の人の暮らしの維持にとっては不可欠なことなのであろう。

しかし、加藤ウメさんのように、タイミングを逸し、社会との軋轢を生じ、生活が破綻する直前になって、はじめて支援に辿りつく事例は決して珍しくない。このような事例に対しても、「手遅れ」と言って諦めてしまうのではなく、可能な支援を提供していくことができる地域社会を創り出していくことが大切なのではないかと思う。

2. ケアの統合に向けて

（1）地域包括支援センターにおけるアセスメントと支援

地域包括支援センターは、本人や家族のみならず、民生委員、マンションの管理人、不動産業者、銀行、弁護士、近隣住民などさまざまな人々から、「必要な支援に辿りついていない高齢者」に関する相談を受けている。そのような場合、地域包括支援センターの専門職は、対象者の自宅を訪問し、信頼関係の構築を進めながら情報を収集し、支援のニーズを総合的にアセスメントすることになるであろう。そして加藤ウメさんのような複雑事例では、関係機関と連携し、多職種でチームを組んで、総合アセスメントとケアの調整を進めていくことが必要になるであろう（例：認知症アウトリーチチーム）。

（2）医療

認知症疾患医療センターや訪問看護師などの医療職は、①認知症疾患である可能性が高いこと、②高血圧を認めること、③栄養状態が不良であること、④大腸癌のフォローアップが必要であること、⑤その他の身体疾患や精神疾患の有無について医学的評価が必要であること、⑥救急事例化するリスクが高いこと、などに気づき、「診断へのアクセス」が重要であることを指摘するであろう。

加藤ウメさんの場合は通院支援の担い手となる親族がいないので、まずは地域包括支援センターの専門職が本人との信頼関係を構築し、通院同行などによる受療支援を行うことになるかもしれない。それでも受診が困難な場合には、公的な保健事業（例：認知症アウトリーチ、精神保健福祉相談など）の中で医師が訪問し、おおまかな医学的な評価を行うという方法もある。

しかし、この事例はBPSDや身体合併症によって救急事例化する可能性が高い点も見逃せない。もしも救急事例化し、入院医療が必要な状況に陥った場合には、精神保健福祉法の下で精神病床へ入院し、精神医学的な配慮の下で治療を行うことが最も現実的なアプローチであろうと筆者は考える。

（3）住まい、生活支援、経済支援

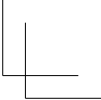
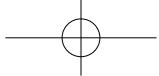
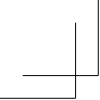
まずは、マンションの管理人や近隣の人々に、加藤ウメさんの臨床像を理解してもらい、現在の住まいを「生活支援付き」にしていくためのネットワーク創りが課題となる。しかし、近隣住民の協力が得られなかったり、家賃が未納であったり、経済的困窮状態にあってマンションの家賃が支払えるだけの経済状態にない場合には、現在の住まいに暮らし続けることが難しくなるかもしれない。現在の経済状態を確認し、生活支援のある住まいの支援（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホームなど）と経済支援の両者について検討する必要がある。

（4）権利擁護

医療、介護、生活支援、居住支援、経済支援のいずれにしても、現在の加藤ウメさんには、その必要性を理解し、サービス利用のための契約締結能力が欠如している可能性がある（その代諾者となり得る親族もいない）。こうしたことから、成年後見制度の利用を視野に入れた権利擁護の支援が不可欠になるであろう。

（5）介護保険サービスの導入

居宅サービスや地域密着型サービスは、日常生活の世話ばかりではなく、一人暮らしの認知症の人の社会的孤立を防ぎ、生活リズムを創り出し、認知症の人に楽しみや生きがいをもたらす可能性がある。このような支援がBPSDの改善や予防に有効であることは経験的にもよく知られている。また、「住まいの確保」と「介護」の両者を要する場合には、グループホームや介護保険施設の利用も検討する必要があるだろう。



三

