

東京都認知症 多職種協働研修テキスト



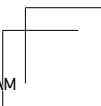
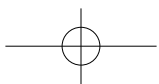
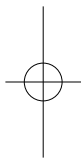
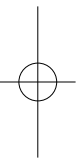
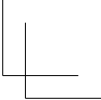
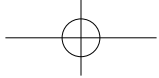
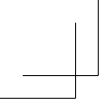
東京都福祉保健局高齢社会対策部
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

東京都認知症 多職種協働研修テキスト



東京都福祉保健局高齢社会対策部

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター



はじめに

医療や福祉のサービス提供に際して、多職種連携の重要性が強調される一方、サービス提供の際に、とりたてて連絡を取り合っていない現場も多い。そのような状況では、他職種が提供しているサービスにも関心を払い、コミュニケーションをとり始めることが連携の出発点だろう。他職種のアプローチが少しでも理解できると、そのアプローチに配慮して行動するようになる。支援の目標は依然として専門職によって異なり、自分たちのアプローチを変えないが、他職種のアプローチを意識するだけで複数の職種が提供するサービスの重複や切れ目が減り、利用者の混乱や苦労を減らすことができる。さらに連携が発展すると、複数の職種が共通の目標に向かって行動するようになる（しかしこの段階でも目標設定はいずれかの専門職が定めたもので共同作業で定めたものではない）。やがて共通の目標に向けて従来の慣習を超えた活動を行えるようになる。この段階になると、多職種で提供するサービス全体の効果は、専門職が個別に提供するサービスを足し合わせたものよりも大きくなる。そして最も連携が成熟した段階とは、多職種で到達目標の初期設定から行う段階である。しかし、このような成熟した連携を、関わるすべての職種で実現させている機関はほとんどない（関わる職種がすべて同一法人であれば別だが）。ある職種と緊密な連携を形成できても、別の職種とは連携できていないことが多い。また、組織改編やメンバーの交代によって成熟しかけた連携は後退してしまうこともある。つまるところわれわれは、関係する他の職種との連携について、それぞれの成熟度をつねに測りながら一步先を目指し続けることが大切なのだと思う。

そして連携のいずれの段階においても、連携の良否を左右するのはコミュニケーションの質であることに異論はないだろう。専門が異なる様々な職種が集まる中、それぞれの立場から広く意見が出され、それぞれの立場の人がきちんと受け止めることが、質の高い多職種のコミュニケーションと言えるだろう。そうしたコミュニケーションこそが多様な視点と観点をもたらし、全人的支援やテラー・メードの支援を可能にすると思われる。そうした指摘が本会議のワーキングでも繰り返しなされた。これからはじまる研修の最大の目標は、つまるところ多職種のカンファレンスのためのコミュニケーション力の向上と言えるのではないか。そのためには、ある人は発言を控えて「聞く」力を高め、ある人は勇気を出して「発言する」力を高める必要があるだろう。ちなみに筆者はできるだけ発言を控えて多職種の意見に耳を傾けることを学ぶ必要があるだろう。このテキストを目にしているあなたはどちらのスキルを学ぶ必要があるだろうか。この研修によって、地域のカンファレンスが多種多様な視点に満ちたものになれば、多職種の連携・協働は大きく前進し、認知症の人と家族の生活の質を上げることができるはずである。

研修のあり方に関する議論とともに、研修テキストの執筆・編集には多くの方々の多くの時間が費やされた。それは出来上がったテキストをご覧いただければきっとお分かりいただけると思う。この会議に関わったすべての方々に心から感謝申し上げたい。

『医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議』を代表して
首都大学東京 繁田雅弘

目次

はじめに

首都大学東京 副学長 繁田雅弘

第1部 多職種協働の理論と研修のあり方について

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.....	2
2. 地域発の、地域に根ざした、統合ケア.....	2
3. 統合ケアを実現するための戦略.....	3
4. 統合ケアを実現するための仕組み.....	4
5. 課題解決に向けた多職種協働のアプローチ.....	5
6. 多職種協働研修のあり方.....	7
7. 今後の課題.....	10

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

事例1 認知症のはじまり、気づき、診断、支援の導入..... 13

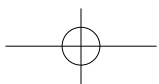
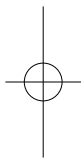
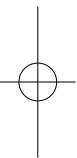
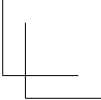
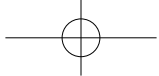
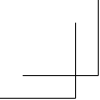
1. 地域包括支援センターの視点と役割.....	14
立川市南部西ふじみ地域包括支援センター センター長 山本繁樹	
2. かかりつけ医の視点と役割.....	17
医療法人社団翔洋会 理事長 辻正純	
3. 認知症疾患医療センターの視点と役割.....	19
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 精神科医長 古田光	
4. 薬剤師の視点と役割.....	21
公益社団法人東京都薬剤師会 常務理事 大木一正	
5. 訪問看護師の視点と役割.....	24
財団法人日本訪問看護振興財団 あすか山訪問看護ステーション 統括所長 平原優美	
6. 介護支援専門員の視点と役割.....	26
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)	
7. 家族支援の視点と役割.....	29
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	
8. 歯科医師の視点と役割.....	31
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	
9. 作業療法士の視点と役割.....	34
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	

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	37
首都大学東京 副学長 繁田雅弘	
10. ケアの統合に向けて	39
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	
事例2 認知症診断後の在宅介護、BPSDの出現、ADLの低下	41
1. 認知症疾患医療センターの視点と役割	42
国家公務員共済組合連合会立川病院 内科部長 太田晃一	
2. かかりつけ医の視点と役割	44
医療法人社団翔洋会 理事長 辻正純	
3. 介護支援専門員の視点と役割	47
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)	
4. 訪問看護師の視点と役割	50
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	
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)	53
株式会社すずらん 代表 今井康明	
6. 薬剤師の視点と役割	56
公益社団法人東京都薬剤師会 常務理事 大木一正	
7. 歯科医師の視点と役割	59
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	
8. 理学療法士の視点と役割	62
リハビリ推進センター株式会社 代表 阿部勉	
9. 家族支援の視点と役割	65
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	
10. ケアの統合に向けて	67
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	
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	69
1. 一般病院の医師の立場から	70
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	

2. 一般病院の看護師の視点と役割	75
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	
3. 一般病院のソーシャルワーカーの視点と役割	79
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	
4. 介護支援専門員の視点と役割	82
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)	
5. 介護老人保健施設の視点と役割	85
医療法人社団翔洋会 理事長 辻正純	
6. 地域包括支援センターの視点と役割	88
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	
7. 居宅サービス事業所の視点と役割	91
株式会社すずらん 代表 今井康明	
8. 家族支援の視点と役割	94
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	
9. ケアの統合に向けて	96
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	
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	99
1. 地域包括支援センターの視点と役割	100
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	
2. 認知症疾患医療センターの医師の視点と役割	103
東京都立松沢病院 精神科医長 新里和弘	
3. 精神科看護師の視点と役割	105
東京都立松沢病院 認知症看護認定看護師 鳥山美鈴	
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	107
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	
5. 訪問看護師の視点と役割	110
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	
6. 介護支援専門員の視点と役割	112
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)	

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に人を支える	115
東京都認知症介護指導者会 会長 井上信太郎	
8. ケアの統合に向けて	118
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	
事例5 認知症の進行、身体合併症、入院、在宅介護の継続、看取り	121
1. 訪問看護ステーションの視点と役割	122
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	
2. 一般病院の看護師の視点と役割	125
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	
3. 地域包括支援センターの視点と役割	128
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	
4. 在宅療養支援診療所の視点と役割	131
医療法人社団至高会 たかせクリニック 院長 高瀬義昌	
5. 居宅サービス事業所の視点と役割：最期まで、認知症の人を在宅で支える	134
東京都認知症介護指導者会 会長 井上信太郎	
6. 介護支援専門員の視点と役割	137
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)	
7. 薬剤師の視点と役割	140
公益社団法人東京都薬剤師会 常務理事 大木一正	
8. 歯科医師の視点と役割	144
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	
9. 家族支援の視点と役割	147
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	
10. ケアの統合に向けて	149
医療法人社団慶成会青梅慶友病院 看護介護開発室長・老人看護専門看護師 桑田美代子	
執筆者が選んだキーワード	151

※執筆者所属等は初版発行当時（平成26年11月）の内容です。



第 1 部 多職種協働研修の理論と研修のあり方について

多職種協働研修の理論と研修のあり方について

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

わが国の保健医療福祉分野における多職種協働は、戦後間もない頃よりその実践が認められている。1950年代にはじまる岩手県沢内村の乳幼児死亡率0への挑戦や長野県佐久総合病院のプライマリヘルスケアはその代表である。高齢者や精神障害者の保健医療福祉分野においても、これまでにさまざまな地域から、多職種協働のベストプラクティスが発信されてきた。しかし、多職種協働の方法論や研修のあり方について盛んに論議されるようになったのは、比較的近年になってからかと思われる。

2. 地域発の、地域に根ざした、統合ケア

1990年代に、わが国に先んじて高齢化が進展していた欧州先進諸国では、感染症に代表される急性疾患の「治療」を目的とする従来の医療中心モデルから、慢性疾患をもつ人の生活全体を「支える」ことを目的とする「統合ケア」と呼ばれる新たなサービス提供モデルの必要性が盛んに論議されるようになった。「統合ケア(integrated care)」とは、異なる職種や組織の連携・協調によって、ケアの分断を減らし、ケアが一体的・連続的に提供されることを目指したサービス提供モデルである。これによって診断、治療、ケア、リハビリ、健康増進などに関するサービスの投入・分配・管理・組織化が一括化され、サービスのアクセス、質、利用者満足度、効率性が向上するであろう、と考えられている。

一方、このようなサービス提供体制を、それぞれの地域において、その地域の歴史、文化、地理的環境、社会資源、人々の考え方や信念に基づいて、そこに住む人々が参加して創り出しているという考え方がある。これは、「地域発の、地域に根ざしたケア(community-based care)」と呼ばれるものである。

この2つのサービス提供の理念を結合させたものが「地域発の、地域に根ざした、統合ケア(community-based integrated care)」であり、これは、今日わが国が高齢者の保健医療福祉分野で進めている「地域包括ケアシステム」の理念に一致するものである¹。2012年に厚生労働省が公表した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」や2015年の「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」もまた、この理念の文脈の中で構想された認知症施策に他ならない。

¹筒井孝子：地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向．高橋紘士編：地域包括ケアシステム．オーム社，東京 2012，p38-p56.

3. 統合ケアを実現するための戦略

多職種協働とは、統合ケアを個別ケアのレベルで実現するための戦略の一つである。統合ケアを実現するために、多職種協働を具体的にどのようなレベルで進めていくかを考える場合、以下のような「統合の類型」に関する知識をもっておくことが有用である。

(1) 水平的統合と垂直的統合

統合は、その形式（または方向性）から、「水平的統合」(horizontal integration)と「垂直的統合」(vertical integration)に分類される³。前者は同一の地平（ステージ）で提供されるサービスの統合を意味し、後者は異なる地平（ステージ）で提供されるサービスの統合を意味する。

例えば、活動過剰型せん妄（精神疾患）と大腿骨頸部骨折（身体疾患）を併存する認知症の人に対して精神科医と整形外科医が協働して治療を行う場合や、在宅において訪問看護と訪問リハと訪問介護のサービスを一体的に提供する場合には、水平的統合が求められる。一方、大腿骨頸部骨折のために救急病院に搬送され、急性期病棟に入院して外科的治療を受け、回復期病棟でリハビリテーションを受け、介護老人保健施設で短期入所リハビリテーションを受け、自宅に退院して訪問診療を受けるというように、急性期-回復期-慢性期のステージで異なるレベルのケアを切れ目なく提供できるようにしていくためには垂直的統合が必要である。

(2) 連携、調整・協調、完全な統合

統合は、その構造レベルから、「連携」(linkage)、「調整・協調」(coordination)、「完全な統合」(full integration)に分類される⁴。

「連携」は、特定の決まりや全体の調整はなく、個人がゆるやかにヘルスケアのニーズに対処しながらつながっている段階である。例えば医師同士の紹介状はこれにあたる。点と点とのつながりとも言える段階である。

「調整・協調」は、「連携」よりも構造化された段階にあり、あらかじめ決められたルールのもとで調整された統合である。例えば、医療機関と地域包括支援センターの間で共通のアセスメントシートを用いて情報を共有し、定期的なカンファレンスなどによってサービスの一体的提供を調整し、計画することなどがこれにあたる。個別事例の地域ケア会議やサービス担当者会議はこれに相当する。認知症初期集中支援チームにおけるチーム員会議や都の認知症アウトリーチ事業におけるカンファレンスは、医療機関の専門職（医師など）と地域の専門職（地域包括支援センターなど）がケアの統合を実現していくための仕組みの一つと考えられる。

「完全な統合」は、さらに構造化されたもので、多様なシステムからさまざまな要素が集まって、新たなプログラムや体系を創り出す段階である。この段階では、別の組織の人間であっても、よりよいケアを目指してあたかも専従する集団のように組織的に働くというレベルの統

³ Ennis WJ, Meneses P: Managing wounds in a managed care environment: the integration concept. *Ostomy Wound Manage* 44: 22-6, 28-31, 34-6, 1998.

⁴ Leutz WN: Five laws for integrating medical and social services: lesson from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly* 77: 77-110, 1999.

合が為されている。たとえば一つの法人組織の中で、医療、介護、リハビリ、住まい、権利擁護など多様な支援を一体的に提供することが可能な場合には、「完全な統合」に相当するサービス提供が行われることになる。

しかし、重要なことは、その人のニーズに応じたレベルでの統合ケアを、現実可能な形態で提供していくことである。すべての人が高いレベルでの統合ケアを必要としているわけではないことを認識しておく必要がある。

（３）臨床的統合、組織的統合、システム統合

統合は、その範囲から、臨床的統合（clinical integration）、組織的統合（organizational integration）またはネットワーク統合（network integration）、システム統合（system integration）または戦略的統合（strategic integration）に区別される⁵。

臨床的統合（clinical integration）はミクロのレベルでの統合を意味し、たとえば同一の医療機関内で、異なる領域の専門医や専門職が協働してサービスの一体的提供を調整するものである。組織的統合（organizational integration）は、異なる組織間のケアの統合を意味し、例えば医療機関-地域包括支援センター-介護保険サービス事業所-ボランティアグループが協働してサービスの一体的提供を調整するものである。システム統合（system integration）は、国や県など地理上の区分において、戦略的な計画・資金管理・購買システム・プログラムの有効性・サービスのカバー率等の活動を統合するものであり、政府や自治体の政策がこれにあたる。

いずれのレベルの統合においても、多職種協働の実践は不可欠である。これら３つのレベルの統合は、１つでも機能が不十分であれば、すべてのレベルの統合がうまく機能しなくなる。マクロレベルでの統合の不全はミクロレベルでの統合を困難にし、ミクロレベルでの統合の不全はマクロレベルでの統合を困難にする。

４．統合ケアを実現するための仕組み

２０００年の介護保険制度の導入によって、居宅介護支援事業所が制度化された。また、２００５年の介護保険法改正においては、地域包括支援センターが創設された。これらはいずれも、統合ケアを実現するための政策的アプローチ（システム統合）である。そこでは、総合アセスメント、ケア会議、ケアマネジメントという多職種協働のための方法論が共通に導入されている。

しかし、現行の制度において、認知症の人に対する統合ケアは成功したと言えるであろうか。居宅介護支援事業所においても、地域包括支援センターにおいても、認知症の人に対する統合ケアの調整については、繰り返し課題が指摘されている⁶。例えば、医療サービスとの連携に関する課題をとってみても、「医療機関において認知症の診断がなされない」「BPSD への対応が不十分」「身体合併症の入院医療に対応してもらえない」「受診困難事例に対応してくれる医療機関がな

⁵ Banks P: Policy framework for integrated care for older people. London, King's Fund, London, (2004). www.kingsfund.org.uk

⁶ 栗田主一，佐野ゆり，福本恵：一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態。特に医療資源との連携という観点から。老年精神医学雑誌 21: 356-363, 2010.

い」などと繰り返し指摘されている。一方、地域包括支援センターに内在する課題として、「職員の認知症対応能力が不十分」「業務量に比して職員数が不足している」などが指摘されており、地域全体の課題として「そもそも認知症の支援に必要な地域資源が不足している」といった指摘もある。このような地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が直面している課題を克服することをめざして、国のレベルでは、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームといった新たな事業が実施されるようになった。東京都で独自に実施されている区市町村の認知症コーディネーターや認知症アウトリーチチームの事業は、東京都という巨大都市圏の地域特性に合わせて設計されたものと考えることができる。

5. 課題解決に向けた多職種協働のアプローチ

統合ケアとは、重層的な課題をもち、複合的な支援を必要とする人に対して、必要な支援を、一体的・連続的に提供していくためのサービス提供モデルある。個別事例において統合ケアを実現するためには、多職種で構成されるチーム員が、情報を共有し、課題を明確化させ、具体的な支援の方法を決定し、支援の実施を計画し、支援を提供していくための調整会議（カンファレンスまたはチーム員会議）を開催する。ここでは、多職種協働チームによる課題解決に向けたアプローチがとられている。多職種協働チームによる課題解決に向けたアプローチの基本的考え方、カンファレンスの流れについて以下に解説する。

（1）基本的考え方

多職種協働チームによる課題解決は、本人の主体性を尊重しながら、可能性のある課題解決に向けて、チーム員が一体となって、本人や家族とともに歩んでいこうとするアプローチである。このようなアプローチによって、重層的な課題に直面し、不安を感じている人も、寄り添いのなさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を徐々に回復し、その人なりの課題解決に向けて、共に生きていこうという気持ちが現れる可能性がある⁷。

（2）カンファレンスの流れ

1）会議の司会進行役と記録係を定める。

カンファレンスの開催にあたっては、はじめに司会進行役と記録係を定め、司会進行役が会議を開会し進行する。司会進行役はどのような職種であってもよいが、可能であれば医師以外の職種であった方がよい（医師が司会進行役を務めると、医師がイニシアチブをとってしまい、他の職種のスタッフの自由な発言を阻んでしまいがちである）。司会進行役は、予めカンファレンスの対象となる個別事例の情報が記載された書面を事例の担当者より受け取り、事例の概要を把握しておく。

⁷ アーサー・ネズらの問題解決療法（Problem-Solving Therapy）の考え方と一致するものである。

2) 支援の対象が誰であるか（本人か、家族か）を確認する。

司会進行役は、はじめに、カンファレンスの対象（支援の対象）となっている人が誰であるかをカンファレンスの中で確認しておく。通常は、障害をもつ当事者が支援の対象となるが、家族介護者が支援の対象となる場合もある。支援対象者が誰であるか、混乱しないようにしておくことが大切である。

3) 支援対象者の担当者は誰かを確認する。

支援対象者への支援の調整を担当している人は誰かを確認する。通常は、地域包括支援センターの総合相談などで、個別事例の相談に応需した専門職が担当者になる場合が多いかと思われるが、その人の支援の調整に現在最もよく関わっている他の専門職が担当者になる場合もある。

4) 担当者が支援対象者の状況とアセスメントの結果を説明する。

担当者は、個別事例の情報が記載された書面の資料などを用いて、支援対象者の状況やさまざまなアセスメントの結果などについて説明する。

5) 他の関係者も知り得る情報を提供し、チーム内で情報を整理・共有する。

カンファレンスに出席している他の関係者も、対象者に関して知り得る情報を提供し、チーム内で情報を整理・共有する。

6) チーム内で話し合いながら課題を明確化させていく。

チーム内で、疑問点を質問したり、意見を述べたりしながら、課題（支援のニーズ）を明確化させていく。課題が明確にされず、漠然としたままだと、その問題は非常に脅威で有害なものであると受け取られがちである。反対に、課題の性質を明らかにすれば、その状況がより明確に描きだされるので、問題はそれほど重大なものではなく、否定的なものでもないことがわかるようになる。「課題がしっかり把握されたならば、その課題はもう半ば解決されたようなものである」(John Dewey, 1910)。

7) いくつかの課題を選択し、具体的な解決目標を定める。

課題が数多く取り出された場合には、いくつかの課題を選択し、具体的な解決目標を定める。この場合、優先度の高い課題を選択するのが原則であるが、それほど差し迫った課題でない場合には、解決しやすい課題から選択していくというのも一つの方法である。状況が複雑化している場合には、まずは単純化させていくというその作業自体が、課題解決に向けたアプローチとなる。

8) さまざまな解決策を案出する。

まずは、できるだけ多くの解決策や対処方法を考え出すようにする。それは、そうすることによって、その中から最も有効な（あるいは現実的な）解決法が出てくる可能性が高くなるからである。このような考え方はブレイン・ストーミング法と呼ばれており、その背景には「数の原理」（人がいろいろな解決法を案出すればするほど、問題解決法として最も効果性の高い最善のアイデアに至る可能性もそれだけ高くなる）と「判断延期の原理」（考えられる解決法がすべて出しつくされるまでは、それらに対して批判的な評価は差し控えられる方が質のよいアイデアが考え出される）という理論がある。

9) 導入する支援を決定し、支援計画を立てる。

ここで案出された解決策の中から、「うまくいきそうな方法」「実行できそうな方法」を選択して、課題解決に向けた全体的な支援計画を立てる。最終的な意思決定は本人や家族と十分話し合いながら行われることになるであろう。課題解決が進まない場合には、下位目標を設定し、それに対する解決策を選択するのもよい方法である。たとえば、医学的な診断に基づいて医療支援を行うという解決目標を提案したとしても、本人がそれを望まずそれを行えない場合もある。そのような場合には、まずは看護師が訪問し、緊急性の高い課題のみを検討するなどの下位目標を設定してもよい。

1 0) 役割を分担して、支援を開始する。

上記の支援計画に基づいて、支援を開始する。支援を実施して、課題がうまく解決した場合には、本人とともに、それを評価していくことが大切である。本人とともに考え、本人とともに解決していくというアプローチによって、本人の自己効力感が保持していくことが可能となる。

6. 多職種協働研修のあり方

(1) 多職種協働研修の目標

多職種協働研修の目標は、多職種が協働して、必要な支援の一体的提供を実現させる能力を身につけることにある。そのためには、多職種が、多職種協働の意義について共通の認識を持ち、同じ土俵の上で、公平に、自由にコミュニケーションしながら、情報を共有し、解決策を案出し、意思決定を行い、支援計画を立て、役割を分担して、支援を実践するという上記に述べたプロセスを円滑に進めていく技能が必要である。

(2) 多職種協働研修の方法

そのような技能を身につける最も効果的な方法は、日常の実践的活動の中での試行錯誤の反復かと思われる。しかし、日常の実践とは異なる場で、これまで行ってきた多職種カンファレンスや課題解決に向けたアプローチのあり方を振り返ってみることも重要である。また、日常の実践とは異なる多職種のメンバーで模擬カンファレンスを試行することによって、さまざまな反省点が新たに発見される場合もある。ここでは本テキストを活用した多職種協働研修の方法について解説する。

(3) 本テキストを活用した多職種協働研修の方法

本テキストには、5つの模擬事例が掲載されており、それぞれの事例について、多様な専門職が、どのようなアセスメントを行い、どのような支援を実践し、どのような連携を行うかについて記載している。また、各事例の最後には、「ケアの統合に向けて」というテーマで、支援を一体的に提供する場合の例を記載している。本テキストを活用することによって、以下のような多職種協働研修を行うことが可能である。

- 1) 多職種からなる小グループを結成し、テキストに掲載されている5事例より1事例を選択して、模擬カンファレンスを実施する。

- 2) 小グループの結成にあたっては、異なる職種や勤務場所の人が含まれるよう工夫する。
- 3) 司会進行役、記録係、事例担当者、発表係を定め、司会進行役のもとでカンファレンスを開始する。記録係はカンファレンスの内容を記録する。
- 4) 事例担当者が事例の紹介を行う。
- 5) 事例について、以下の2つのテーマでブレイン・ストーミングによる討議を行う。
 - ① どのような課題があるか（どのような支援のニーズがあるか）。
 - ② どのような解決策が考え得るか（どのような支援を行うか）。
- 6) 最後に、発表係が上記の2つについて討議された内容を発表し全体で意見交換を行う。
- 7) 発表終了後には、研修の感想などについて、自由な意見交換を行ってもよい。
- 8) 研修終了後に、改めてテキストを読みなおし、さまざまな職種の視点を学びながら、当日の研修内容を振り返ることもできる。

(4) 多職種カンファレンスを実施するにあたっての留意点

多職種カンファレンスでは、「多職種が同じ土俵の上で、公平に、自由にコミュニケーションできる」ように、以下のような心構えをもつことが大切である。

- 1) 特定の人ばかりが発言しないようにする。発言が少ない人、控えめな人にも発言しやすいような雰囲気をつくる（司会進行役が発言を促すなど）。
- 2) ブレイン・ストーミングでは、どのような案も批判することなく、案が出尽くすまでは自由に発言できることを保障する。

参考：模擬カンファレンスを円滑に行うために、模擬カンファレンス実施直前に、以下のようなスライドを用いて、事例検討会ルールや到達目標の確認を行っておくとよい。

事例検討会ルール

- ① 具体的な場면을共有すること
- ② 現実に対する謙虚さを失わずに話し合うこと
- ③ 患者家族に対する敬意を決して失ってはならないこと
- ④ 事例提供者の誤りを正すというスタンスは捨てること
- ⑤ 正解志向ではなく学び合うプロセスを大事にすること
- ⑥ 視点の多様性を尊重すること
- ⑦ 少しずつでも工夫は形にしていくこと
- ⑧ 「問い」を持ち続けること

稲葉一人，倫理教育，日本臨床倫理学会第1回年次大会抄録集，日本臨床倫理学会第1回年次大会事務局，2013年3月

参考：到達目標（例）

1. すべての参加者が積極的に意見を言えた
2. すべての参加者が、他のすべての参加者の意見を聴けた
3. すべての参加者が、それぞれ新たな視点を発見した

文責：首都大学東京 繁田雅弘

(5) ファシリテーター

グループワークを行う場合、受講者に目的を思い出させ、協働意欲を高め、コミュニケーションを支援し、目的に向かって研修を進めていくことができるように、各グループにファシリテーターを配置する。ファシリテーターの役割と心構えは以下のとおりである。

- 1) 受講者間のポジティブな雰囲気を維持し、全メンバーがバランスよく参加できるように留意する。
- 2) 受講者の意見は否定・侮辱されるのではなく、尊重されるという原則を示す。
- 3) その時間にすべきことと異なることを行っている場合に軌道修正をする。
- 4) 全員が話題に加わることができる時間配分で進んでいるかを確認し、意見を言っていない人や自分の課題が話題にあがっていない人がいた場合には声をかける。
- 5) ファシリテーターが説明を繰り返すなど、時間をとることはしない。また、ファシリテーターはグループの力を信じて多くの情報を与えない。
- 6) 各職種の専門用語を用いる場合は、説明を促すようにする。
- 7) 模擬カンファレンス開始前に注意事項を設定し、メンバーと共有する。
- 8) 課題や支援をカテゴリ化する際の様々な手法があることを予め認識しておく（K J 法、マインドマップ等）。
- 9) 事例の話合いにおいて、単なる紐解きにならないよう注意する。
- 10) 他職種には、それぞれの文化があり価値観が違うことを認識することが大切である。

7. 今後の課題

多職種協働研修の方法論は、今尚発展途上の段階にあり、経験の蓄積によってさらなる方法論の検討が必要であろう。それぞれの地域において実際に多職種協働研修を行う場合には、以下のような課題について検討を加えていただければと思う。

(1) 形式

例：講義（教室）形式、グループワーク形式

(2) 内容

例：特定のテーマについての講義、事例検討

(3) グループワークで扱う事例

例：実際の事例、テキストの模擬事例

(4) 多職種の範囲

例：院内のスタッフ、地域の保健医療福祉介護職

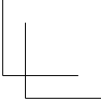
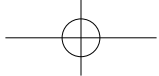
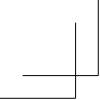
(5) 研修の場

例：認知症疾患医療センター、保健センター、地域包括支援センター、区市町村

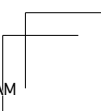
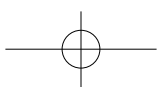
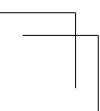
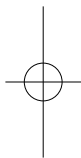
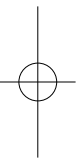
(6) 主体

例：認知症疾患医療センター、区市町村、医師会、看護協会、ケアマネジャー協会

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域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とり、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とり、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考ええる。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」に記載してもらうと、他職種に薬剤師の存在を分かってもらうことができるほか、サービス時間のバッティングなどを防ぐことも出来る。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て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. はい	2. いいえ
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】 ・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 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 ・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】 ・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すること】 食事介助と見守り 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】 ・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 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 ・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．みやこ鳥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。

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たり、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を、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」もセンターの大事な役割である。

この事例でみられた「気持がふさがち、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。

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（嗜眠）、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いことなども特徴になる。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。

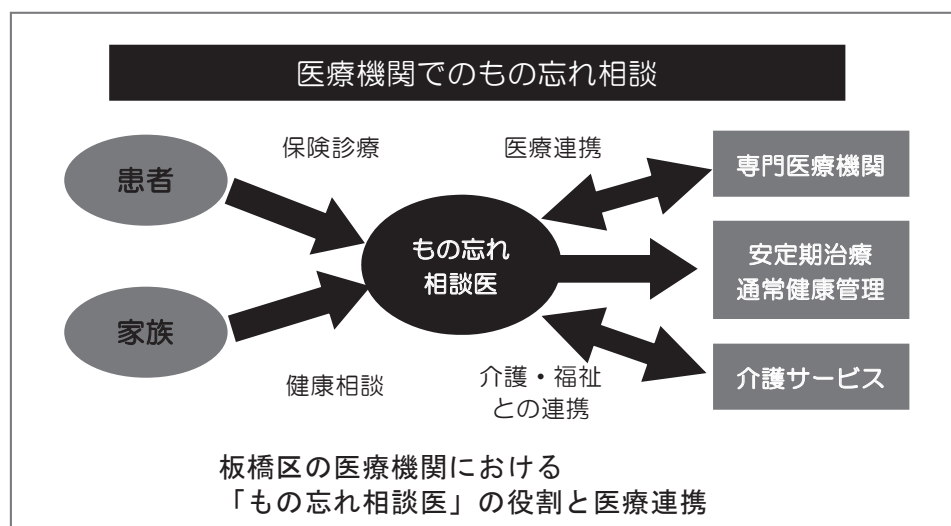


図1 医療機関でのもの忘れ相談
(出典：板橋区医師会より)

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時間を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、通常認知症のアセスメントに加え、レビー小体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レビー小体特有の症状：うつ状態、意欲低下、幻視・幻聴、症状の動揺、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。

(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、本人のレビー小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、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) 環境に関すること

- 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、本人の視界に入ってゆっくりと話す。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。うつ症状もかさなり、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、予防的に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。実際の日常生活の中で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ちよ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、手足の不随運動の有無、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。家族もてっきり食べているものと思ったら、食事がこれまでのように準備できなかったり忘れていたりして、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ったりする。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るので、のどがカラカラになったり、動悸がしたり、便秘になったり、眠れなくなってい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、ゴミ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っと前から、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、ガーデニングを一緒に行うなど、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、定期的なケアに入れる。

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「そんなものいらないじゃない」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、しっかりと考える必要がある。

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える必要がある。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ぶりを知り、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

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おり、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。そういった人に対しても、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

なかるため、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と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、NSAIDs）・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もある。

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) リバスタ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) リバスタグミン（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

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継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わ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、ご自身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ないう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。食にかかわ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。

（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には、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？ 車いすでの食事か？ 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でる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、すくう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. F A S T 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	・主観的および客観的機能低下は認められない	正常	正常	健常者と同じ対応
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 ・喚語困難			
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生じる ・新しい場所に旅行することは困難			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たり、家計を管理したり、買い物をする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	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みの摂取などを認めることがある	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 ・入浴させるとき、なだめやすさ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		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、便秘禁	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		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 ・理解する言葉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、そのために摂食・嚥下障害が出現する 廃用症候により、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、口腔内感覚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、食事の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勞する、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、飲み込みに苦勞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、一歩足が出ない）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。

立ち上がりに苦勞するケースも多い。ま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、立ち上がれ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”の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、その他の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ら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、リズム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。家族にそ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

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 栗田主一

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・飲水に支障を来し、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もある）も特徴的であり、機能障害が著しい時期には、摂食・飲水にも支障を来し、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（標的症状は認知機能障害やBPSD）やパーキンソン病治療薬（標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る。

（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。

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。

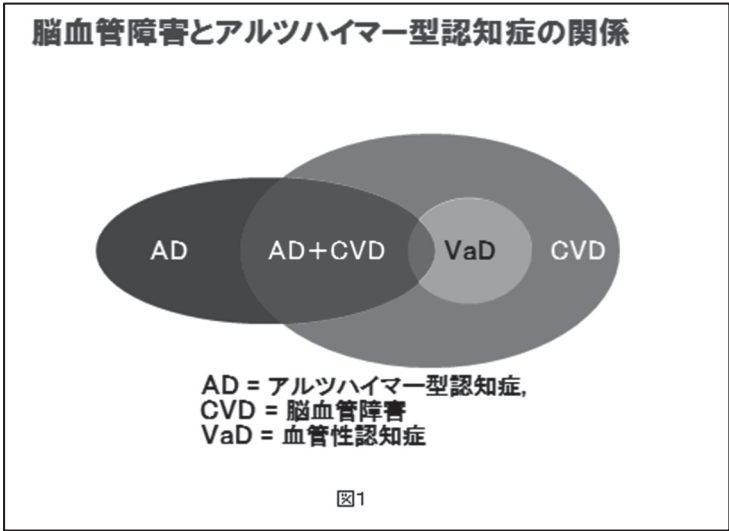


図 1 脳血管障害とアルツハイマー型認知症の関係
(出典：「血管性認知症とアルツハイマー病の血管性因子」
秋田県立脳血管研究センター神経内科 長田ら より引用)

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せ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)

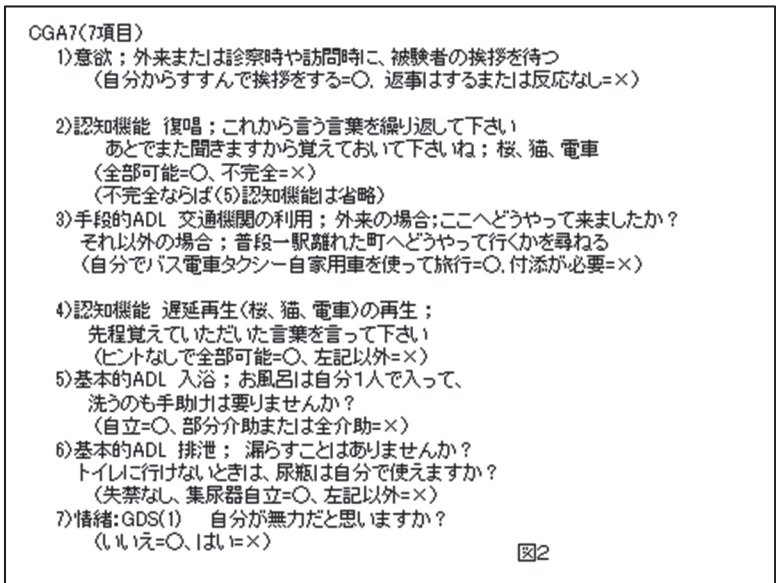


図 2 CGA 7 (7 項目)
(出典：健康長寿診療ハンドブックより引用)

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。

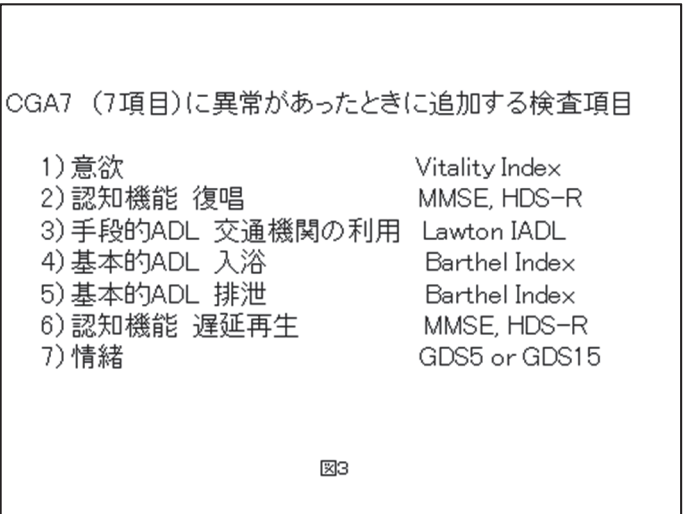


図 3 CGA 7 (7 項目) に異常があったときに追加する検査項目
(出典：健康長寿診療ハンドブックより引用)

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。看護者が痛みに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、痛いのが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に関心になり、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によって、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、親の躾や教育、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。

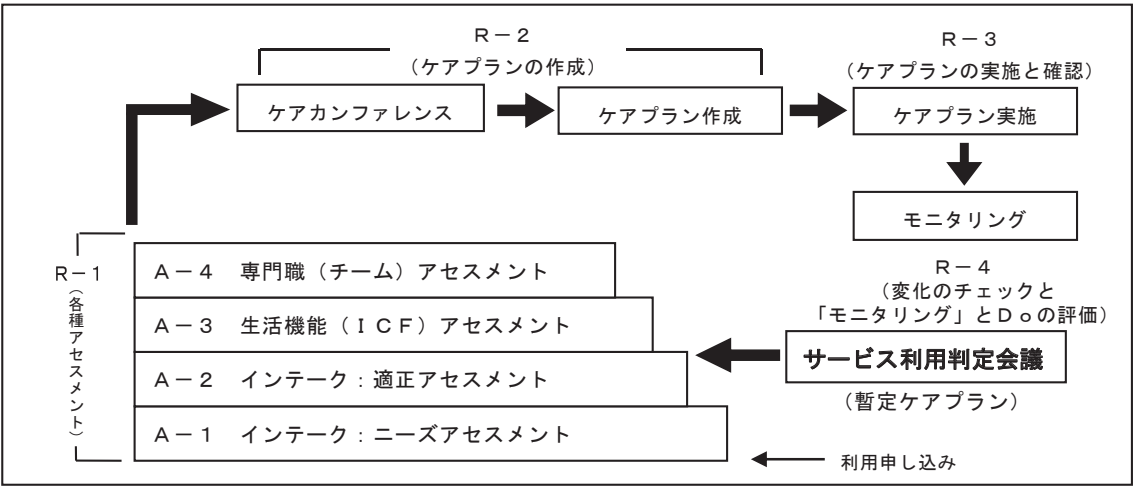
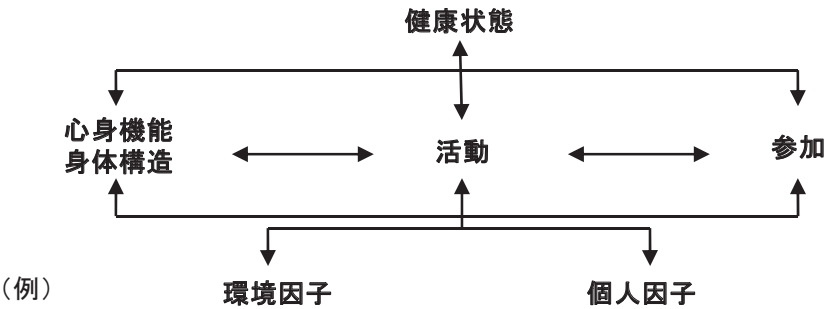


図1 新全老健版 ケアマネジメント方式 ～R4システム～
（出典：公益社団法人全国老人保健施設協会より引用）



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、鬱になるケースもよくある。

【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 粟田主一

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）。

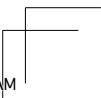
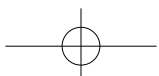
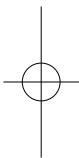
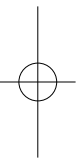
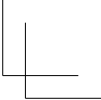
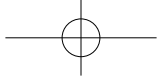
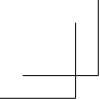
そのような理解によって日中の過ごし方を考えていくことが、夜徘徊したり、興奮したり、暴力をふるったりする鈴木一郎さんの行動に変化を与えるかもしれない。

（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。



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、最近は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。それが難しいければ、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。

かかりつけ医がいない場合は、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ためである。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。

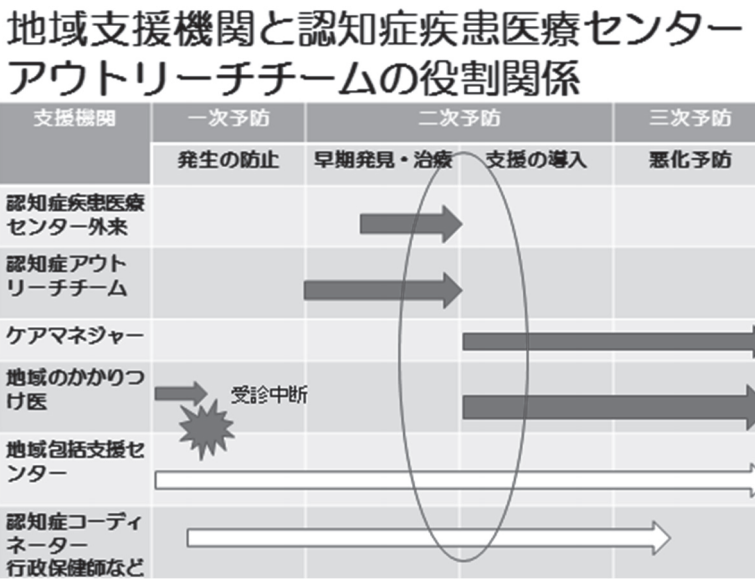


図1 地域支援機関と認知症疾患医療センターアウトリーチチームの役割関係
(出典：荏原病院 鈴木作成)

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こともできたと思う。

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。

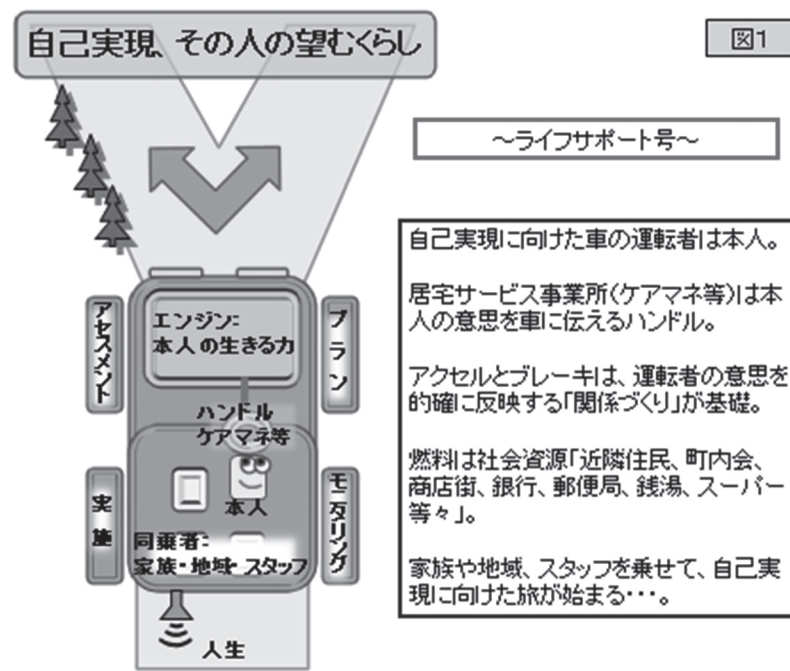


図1 小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントを車に例えると・・・
(出典：全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会より引用)

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 粟田主一

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

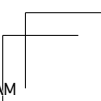
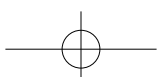
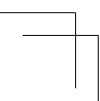
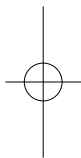
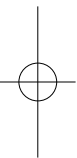
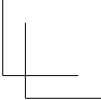
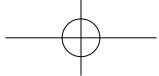
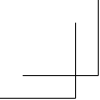
まずは、マンションの管理人や近隣の人々に、加藤ウメさんの臨床像を理解してもらい、現在の住まいを「生活支援付き」にしていくためのネットワーク創りが課題となる。しかし、近隣住民の協力が得られなかったり、家賃が未納であったり、経済的困窮状態にあってマンションの家賃が支払えるだけの経済状態にない場合には、現在の住まいに暮らし続けることが難しくなるかもしれない。現在の経済状態を確認し、生活支援のある住まいの支援（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホームなど）と経済支援の両者について検討する必要がある。

（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。



事例5：認知症の進行、身体合併症、入院、在宅介護の継続、看取り

石田花子さんは79歳、持ち家でひとり暮らしをしています。10年前にご主人は他界、子供がいなかったため遠くの甥をかわいがり、甥も時々会いに来ていました。

4～5年前、「ゴミ出しの日を間違える」「大好きな庭いじりもしなくなる」など、引きこもりがちになりました。近医を受診し、「軽度の認知症」といわれ、地域包括支援センターが関わるようになりました。その後もご近所関係が良好であったため、特に問題なく生活していました。

ある日、腹痛が起こり、近医受診。△△総合病院を紹介され、精密検査後、末期の胃がんと診断され、手術が適応にならないとのことでした。入院後、ADLが低下し、興奮し、点滴も抜いてしまうため、痛み止めの貼り薬（麻薬）を処方され、退院することになりました。退院前カンファレンスでは、地域包括支援センター、ケアマネージャー、訪問看護師で今後のことを話し合いました。帰宅すると、穏やかな表情で過ごされました。

痛み止めの貼り薬（麻薬）の管理のため、訪問介護と看護で対応しました。しばらくすると息苦しさが現れ、在宅酸素療法を開始しました。しかし、酸素チューブを付けるのを忘れる。チューブをハサミで切る。痛み止めの貼り薬（麻薬）を何枚も貼ってしまう。食事摂取量も次第に減り、再入院することになりました。

しかし、「家に帰りたい」と訴え落ち着かず、身体拘束が実施されました。甥と相談し、自宅で看取することにしました。

1. 訪問看護ステーションの視点と役割

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

超高齢社会は認知症だけでなく、悪性腫瘍の発生も増加していると言われる。つまり、認知症があり、悪性腫瘍を患う人が増えるのである。しかし、認知症の人ががんに罹患した場合、在宅療養支援は困難を極める。医療者や介護サービスといったフォーマルなサービスでは限界であり、どれだけインフォーマルなサービスの開拓を行い、在宅での24時間療養を支えることができるかが重要な課題となる。このような人たちを地域でどのように支えていくのかは、チームの力量が最も問われるのである。

その中で、「医療」と「介護」の両方の視点でアセスメントが行え、ケアの提供ができる訪問看護ステーション・訪問看護師は、看取りケアにおいて重要な役割を担っている。

2. どのようにアセスメントを行うか

(1) 在宅ケアを支えるためのチームのアセスメント

退院前カンファレンスにおいて、治療の継続、石田花子さんにとっての異常とは何か、それを早期発見するための注意事項、どのような生活支援体制が必要か、ケアマネジャー・訪問看護師・ヘルパーはもちろんであるが、地域包括支援センターと病院での情報共有及び起こり得る状態についても話し合うことが必要である。看取りを見据えた在宅ケアを実践していくため、チームによるアセスメントがまず必要となる。

(2) 認知症に関すること

石田花子さんの場合、死を見据えた具体的なケア計画が必要となってくる。本人の望みを叶えるためにも、認知症の進行がどの程度なのかを把握しておく必要がある。

入院中の様子から認知症の進行を判断する場合、病棟の看護職にはこちらから意図的に質問し、情報を得ることが必要である。認知症患者は、看護職の体制上のことを理由に、退院を迫られるケースが多い。つまり、在宅ケアに必要な情報が得られにくいためである。

悪性腫瘍だけが原因ではなく、認知症が重度となり、嚥下機能障害や身辺自立の機能低下が現れる可能性もある。本人の治療に対する意思決定にも関係してくる。通常、がんと診断されると治療内容についての説明と同意が求められる。認知症が進行すると、自ら決定できないことにより不利益を生じる恐れがあるため十分注意する。化学療法を行う場合、認知症の進行や病状の具合により、どのような状態になったら通院では難しいかということについて、病院主治医の意見を確認しておく必要がある。

(3) 身体状態について：痛み

早期から訪問診療を利用することが重要となってくる。認知症と同様に医療的な判断はでき

なくても、いつもと違うと気がついて知らせてもらえるだけで在宅療養は継続しやすくなる。現在の胃がんの進行、今後現れることが予測される症状や痛みについてアセスメントし、共通認識を得ておくことが必要である。

また、痛み止めの貼り薬（麻薬）の使用上の注意事項及び管理方法についても関わる全てのチームメンバーが知っておくことが、石田さんのリスク管理にもなる。その場合、医師や薬剤師の関与がどの程度可能なのかを確認しておく。そして、本人への緩和ケアは認知症の症状とがんの検査結果を総合して判断し、苦痛の予測と予防的緩和ケアを行っていく必要がある。

（４）家族について：一人の時間をどうするか

歩ける場合は、認知症のデイケアなど看護師がいる通所サービスを利用して、そこで日中過ごすこともある。動けなくなった場合は、ヘルパー、訪問看護師以外の近所の友人や民生委員、ボランティアなどの支援をかりて見守りを行う等、サービスの隙間を埋めるための地域の資源の確認も必要となる。

甥は、在宅で看取することをどのように考えているのか。甥だけでなく、在宅の全てのサービスやインフォーマルなサービスに関わる多数の関係者による情報共有が重要となる。甥が遠方に居住し、仕事もあるためコミュニケーションをとることが難しい。いつでも連絡がとれる方法・体制を確認しておくため、携帯メールやラインなど現代社会の手段の了解を得る。一人で過ごす時間がある場合、甥の携帯電話を遠隔操作し、本人の様子を、カメラ機能を利用して確認することもできる。

3. どのような支援(ケア)を行うか

（１）緩和ケア：生活を支える

ヘルパーと訪問看護師は本人の不安を軽減するリラクゼーションケア中心の緩和ケアと、食事、排泄、清潔など基本的な生活支援を行うときに、変化の共有は重要である。

具体的には、麻薬の量も表情や身体的変化、呼吸抑制など副作用の表れ方を判断して医師に報告し、便秘などによる苦痛もケアによって緩和しスムーズに排泄ができ、水分や食事も無理のない範囲で本人が楽しめるようにヘルパーへの説明も行う。

在宅酸素もマスクやカヌラ（鼻からの吸入）は本人には息苦しさの緩和とは理解できないことが多い。支援者は火やハサミの管理も行い、在宅酸素のケアに入った時、十分に酸素吸入ができるようにする。低酸素状態になると脈拍数が増え身体への負担が大きく、全身倦怠感や苦痛が増加してしまう。苦痛表情を訴えることができない認知症の人の早期の緩和ケアは、訪問看護師と往診医が中心となり、多職種チーム全体でケアに当たる。

（２）在宅サービスの資源の活用

在宅サービスの社会資源量は急には増えず、地域性もあり、この地域で認知症のがん患者を在宅で看取りをするための支援について、ケアマネジャーへ協力をしながらも近隣住民や民生委員、地域包括支援センターへの協力要請などを行う。病院から往診医に切り替わる時、これ

までの経過を伝え在宅医療チームへ往診医がスムーズに入れるような配慮を行う。往診医は同行し、本人の代弁も行う。

（３）意志決定を支える

看取りに向けて、甥へ緩和ケアについて十分な説明を行う。食事摂取量が少なくなっても、過剰な点滴治療などは反対に苦痛が増加することを甥に具体的に説明する。病院への入院は、せん妄やBPSDの発症、認知機能レベルの低下を招く恐れがある。石田さんの意志を支え、在宅での看取りが行えるような調整を行う。甥が最後の療養場所を在宅に決定したことを後悔しないよう、在宅での看取りの説明を訪問看護師がわかりやすく行い意思決定支援を行う。石田さんは住み慣れた我が家の環境で不安も少なく、安心することができる。

（４）看取り

看取りが近くなった時、ヘルパーが困惑しないよう24時間緊急対応とする。尊厳を尊重し看取りとエンゼルケアを行う。看取り後は病院の主治医にも報告しフィードバックを行う。

（５）グリーフケア

ケアマネジャー、ヘルパーなど福祉職に倫理葛藤がおきないような情報共有と支援方法の伝達をする。看取りに向かった甥や支援者の悲嘆（グリーフケア）も行う。

訪問看護師は、石田さんが十分訴えることができない苦痛を察知しながら尊厳を保ち、在宅ケアチームの一員として医師やヘルパーへの情報提供を担い、それと同時に24時間（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）の対応を行いながら在宅看取りを行う。看取り後は、甥やかかわったチームメンバーの悲嘆のアセスメント、ケアも必要となる。

4. どのような連携を行うか

訪問看護師が代弁し、病院の治療方法・認知症の進行や不安・その人らしい考え方やこれまでの人生について、十分チーム内でディスカッションが行えるようにする必要がある。

ケアマネジャーはヘルパーサービスの調整に大変苦慮すると予想される。連携しながら、看取りのできるヘルパー事業所への協力を得て、緊急時の対応は訪問看護師が行うことを理解してもらいサービス提供をしてもらう。具体的に看取りまでどのようなプロセスをたどるかを説明し、往診医と訪問看護師との連携で緊急対応を行い、看取りをすることの意志一致を行う。慌てて救急車を呼んでしまうと、『救命の意思表示』とみなされることが多い。これまで受診したことがない病院の救急センターに搬送された場合、がんターミナルであっても延命処置が施されることがある。希望の穏やかな看取りは提供できない。そのような救急対応にならないよう、チーム内に十分周知しておく必要がある。

往診医とは、認知症の石田さんがこれまで暮らしてきた生活になるべく合わせた方法を取り入れて、医療的な処置も緩和ケアとして必要か十分甥と話し合い不必要な医療が新たな苦痛を生まないように話し合うことが大事である。

2. 一般病院看護師の視点と役割

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

終末期医療の考え方や緩和ケアの普及により、緩和ケアチームや緩和ケア病棟を設立する施設が増えている。それと同時に、住み慣れた自宅で最期を迎えることが身近なこととして検討されるようになってきた。しかし、認知症の人にとっては、「本人の意思確認ができない」「一人では無理」など、乗り越えなければならない課題がある。

“認知症だから” “独居だから” “終末期だから”、在宅ケアは難しいという先入観を捨てること。そして、“本人は何を望んでいるのか” “家族はどうしたいのか”、当事者の思いを聴くこと。自宅での最期を迎えるため、その地域の力をどのように活用するのかを検討すること。様々な意思決定の場面には、情報をタイムリーに提供することが必要である。認知症の人の意思を言葉で確認できない場合、その人をよく知る人々が集まり、方針を検討・決定していくことが求められる。

2. どのようなアセスメントを行うか

(1) 意思決定支援について

終末期の患者に対してどこまで治療するのか、症状緩和の必要性など、一般病院の役割は大きい。患者の意思決定支援においては、本人の意思が最優先されることが至極当然である。しかし、認知機能の低下があるという理由から、意思が確認できず、家族が意思決定することは少なくない。本人への告知を含め、治療方針の決定については、その人をよく知る家族を中心に、地域の担当者を交えて検討することが必要である。

石田さんは、認知症と診断されていないが、75歳頃から引きこもりがちとなり、生活機能障害も生じている。引きこもりがちとなった背景や、他にどのような生活機能障害がみられているのか、地域包括支援センターや甥から情報を得ながら、石田さんの認知機能を把握する。そのうえで、告知や説明にはそのような工夫が必要か、意思決定支援の方法について検討することが重要である。

(2) 症状緩和について

身体疾患で入院した患者が、せん妄を発症するケースはよくある。認知症を有している場合は、より発症率が高くなるといわれている。石田さんの場合も、初回の入院時に“興奮”し、点滴などの治療が行えなかった。また、病状の悪化にともない、自宅でも息苦しさが出現し、酸素チューブをハサミで切ったり、貼り薬（麻薬）を何枚も貼ってしまうなど、せん妄症状と考えられる混乱がみられていた。

せん妄は、可逆的であり病状が改善されると、せん妄も改善するといわれている。しかし、なかには改善できない疾患や症状（非可逆的）もある。せん妄ケアと同時に、本人の苦痛を緩

和する薬物療法が実施されることがある。石田さんは、最初の入院時は、腹痛と環境の変化などによってせん妄を発症したことが考えられた。退院後は、自宅の慣れた環境で生活することで穏やかに過ごすことができていた。しかし、病状の悪化により、不安と混乱が増強し前記のような行動に至ったと考えられる。

せん妄患者に対し、医療者は症状を改善することだけに集中しがちであるが、その要因を探ると、その人の心身を脅かしていることを探り当てることができる。そのため、せん妄発症時の言動にも耳を傾ける必要である。また、せん妄の直接要因である身体的苦痛に対しては、症状緩和のための薬物療法の選択も必要となる。そして、私たちのケアも忘れてはいけない。薬物療法の効果を上げるためにも、生活援助に対するケアを意識する必要がある。

3. どのような支援を行うか

(1) 安心できる環境を提供する

認知症の人は、日常から生活機能障害を呈しているが、病院という“非日常”の環境での生活は、わからないことが多くなり、不安や混乱が増強しやすい。そうになると、今までできていたことができなくなり、より不安が増強する。そのため、その人の認知機能に合ったコミュニケーションを工夫し、安心できる環境を提供することが必要である。

一方、食事への支援として、本人の好む食べ物や食形態を検討することは重要であるが、石田さんの場合は、進行性の胃がんという疾患を考慮する必要があり、無理強いしないようにする。

(2) 症状緩和とせん妄への対応

認知症の人は、苦痛を適切に表現することが苦手だといわれている。石田さんについてもどのような形で苦痛を表現するのか観察し、キャッチすることが必要である。また、病状から、今後どのような症状が出現する可能性があるのか予測することも、苦痛を早期にキャッチすることにつながる。せん妄を発症していると、その症状への対応に終始してしまう傾向があるが、苦痛が軽減することでせん妄症状も改善しうることもあるため、症状緩和は重要となる。ただし、薬剤によってはせん妄を助長させる可能性があるため、観察が必要である。

(3) 本人の意思決定支援と今後の治療方針の決定

石田さんのように身体不調で入院し、その後全身状態が悪化した患者は、家族の強い希望がない限り「自宅退院」か「転院か」を迫られ、仕方なく転院を選択する家族が多いのが現状である。「もう何もしないで、家で静かに逝かせてあげたい」と思っているが、現実的な問題に直面すると、転院を選択せざるを得なくなる。

石田さんのケースも、キーパーソンである甥が判断を任され、甥が声をあげない限り独居の自宅に戻るという方針にはなりにくい。しかし、終末期であると告げられた（告げた）最初の入院時から、石田さんの意思は確認できるのか、今後何をすることが本人にとって最善なのかについて、地域の担当者を含めた多職種で検討することが必要ではないかと考える。その結果、

家族の意思が優先された場合も、その意思を支えていくことが求められる。「この人は、自分で意思決定することができるのだろうか？」と一見疑問に感じられる人も、よく聴いてみるとしっかりとと言えることもあるため、まずは本人に聴いてみることを試みて欲しい。

4. どのような連携を行うか

石田さん本人の「帰りたい」思いに沿うにはどのようにしたらよいか。多くは院内の職種のみで家族の意向を確認し、転院方向となるなど退院先が決定してから地域の担当者とカンファレンスを開催することになる。しかし、本人の意思が確認できない場合や、本人の意思に沿うことが難しいと思われる場合、地域の担当者から本人の思いを聴き、果たして自宅で看取することは可能なのか「退院先の決定前に相談できる体制作り」を構築することが、認知症の人の意思決定を支えることにつながると考える。

3. 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

石田花子さんのように、認知症の発症後も周囲のサポートを受けながら地域生活を継続し、在宅での看取りを迎える方も今後増加していくと考えられる。認知症の進行後も、身体合併症の発症、入院を経て退院後の在宅介護の継続、自宅でのケアチームによる看取りという流れを本人の生前の望みどおりに丁寧に行っていける地域社会を形成していけるかどうかは、今後の認知症ケアの一つの鍵となる。本稿では、認知症の進行、身体合併症、退院後の在宅介護の継続、看取り、といった事例に対して、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、必要となる地域レベルのケア体制構築と併せて解説する。

2. どのような相談受付とアセスメントを行うか

石田さんの事例の場合における地域包括支援センターの視点からの相談支援のポイントは下記の通りである。

(1) 一人暮らしとなったとき以降から次第に引きこもりがちになっていった時期

この時期の石田さんは、リウマチや認知症の初期症状の出現等の複数の要因が重なって引きこもりがちになっていったと考えられるが、引きこもりがちになる以前からの予防的アプローチが出来ることが望ましい。地域の社会福祉協議会等が推進している「ふれあい・いきいきサロン」のような地域のグループ活動に多くの方が参加できる地域環境を作っていくことが出来れば早期の予防的対応が可能となる。

(2) 胃がんによる入院から退院カンファレンスを経て、在宅療養移行支援の時期

この段階においては、入院中の食欲低下、急速なADLの低下、興奮状態等により、退院カンファレンスを経て在宅療養への移行となるが、要介護状態も変化しているため要介護認定の変更申請を行う。担当する介護支援専門員を明確にして、退院後の在宅療養生活のサポートを行っていく。

(3) 再入院から退院後の看取りの時期

基本的には担当する介護支援専門員が中心となって看取りのケアマネジメントを行い、入院先の病院、訪問診療を担う診療所の主治医、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、薬剤師、歯科医師、親族等との調整を行っていく。地域包括支援センターは、地域の総合相談支援機関として、介護支援専門員と連携を保ちつつ、必要に応じてケアマネジメント支援を行っていく。

3. どのような支援を行うか

(1) 早期対応による地域の社会資源とのつなぎ支援

石田さんの事例の場合は、引きこもりがちになっていった以降に、地域包括支援センターがかかわるようになったが、この時点では本人の状態像により、①自治体の配食サービス等の一般福祉施策による支援、②介護保険サービスによる訪問サービスや通所サービスの組み合わせによる支援、③金銭管理や契約行為の支援、といった組み合わせを調整していく。リウマチ等の持病もあり服薬管理も課題となるため、訪問看護サービスや居宅療養管理指導等との連携による医療連携を早めに行っていく。

③の金銭管理や契約行為の支援は、石田さんのように子どもがいない一人暮らし高齢者に認知症状が出現した場合には、その後の医療サービス利用、介護サービス利用等のいずれにおいても必須の取り組みとなる。石田さんの場合、支援してくれている親族とも連絡調整を行いながら、認知症の状態が軽度で契約行為が可能な場合は日常生活自立支援事業の利用、判断応力が低下してきた場合には成年後見制度の利用支援を行う。また、本人が元気なうちから自ら考えていけるように、遺言書の作成や医療・介護サービス利用等に関する事前指示を残しておくこと等の必要性を伝えていくことも重要となる。

(2) 医療連携における留意点

石田さんの事例の場合には、認知症により服薬管理も課題となるため、訪問看護サービス等との連携による医療連携を早めに行っていく。ADL、IADL、食事、水分補給の状況、日常生活の様子の把握と、かかりつけ医への日常生活の状態報告・共有等の取り組みが重要となる。かかりつけ医や甥とも連絡調整を行いながら、必要に応じて専門医への受診支援を行う。

4. どのような連携を行うか

本事例が教示してくれる地域レベルの連携の仕組みづくりには、下記のような留意点がある。

(1) 医療・介護・福祉連携

①病院内の相談室・地域医療連携室⇄地域の総合相談窓口としての地域包括支援センター⇄地域の介護支援専門員やケアチーム間の連携強化、②医師会とも連携した自治体・地域包括支援センターによる地域医療資源の収集・整理と支援活動への活用。特に在宅療養支援診療所、認知症専門医や対応医療機関の情報の整理と周知、③地域の各種専門職の顔合わせの機会づくり、④関係機関の協力によるケア関係者向け多職種協働研修や認知症ケア研修の充実、といった諸点が挙げられる。また、一人暮らしや高齢者同士の介護世帯の増加を踏まえて、入院時からの退院後の在宅の介護状況を見据えた退院支援計画の策定、介護者への在宅介護や認知症対応の知識・技術の伝達、本人が主体という原則の確認が重要となる。

(2) 在宅の看取り体制の土台となるネットワーク形成

石田さんには既にリウマチ等の治療を担当しているかかりつけ医がおり、必要時の専門病院への紹介・連携もとれていた。また地域包括支援センターと介護支援専門員との連携、入退院支援、関係者によるカンファレンスの実施も行われ、同居家族がいなくとも自宅での看取りを行っていく方針が立てられ、関係者の協働による在宅での穏やかな看取りにつなげていくことが可能となった。地域の実践現場において、例えば親族が遠方に暮らしている独居者であっても、このような穏やかな看取り体制が構築できるようにしていくためには、前述①の地域レベルの連携体制の構築が行われていく必要がある。一方で、急な退院調整が行われる場合や、今回の石田さんの事例における甥のような協力的な親族がいない場合もあり、地域包括支援センターは、多様な事例に対処できるように、地域の社会資源の情報把握、ネットワーク構築、利用者と社会資源との関係構築の支援を行っていく。

(3) 地域連携

石田さんの場合には、入院先で不穏状態となり、在宅に戻ると落ち着くといった本人なりの意思表示、「家に帰りたい」といった願いを関係者がよく汲み取り、在宅療養移行、自宅での看取り支援を行えた。本事例のように関係者には認知症とともに歩む本人の意志や願いの確認が最大限必要となる。

一方で今後の地域社会において必要となることは、「自分の最後をどの場所で、どのように迎えていきたいのか」、「終末期にどのような介護サービスや医療サービスを受けていきたいのか」、「自分の財産は誰にどのように残していきたいのか」、「死後の事務はどのように行ってもらいたいのか」といった事前の意思表示の仕組みづくりだと考えられる。高齢期は実は意思決定の連続の時期とも言え、私たち関係者には「自己決定支援」「意思決定支援」の取り組みが必要とされている。在宅での看取り支援は今後増加していく。地域の在宅医療機関をはじめとした関係機関間の連携、看取りに関わる社会資源やケアの仕組みについての地域住民への分かりやすい広報・普及、地域住民自身による多様な学び等の取り組みへの支援が重要となっていくだろう。

4. 在宅療養支援診療所の視点と役割

医療法人社団至高会 たかせクリニック 院長 高瀬義昌

1. はじめに

在宅療養支援診療所とは、24時間体制で往診や訪問看護、訪問診療、電話対応等を実施する診療所で、平成18年の医療法改正で新設された。自宅でのターミナルケア（終末期ケア）や慢性疾患の療養などへの対応が期待されている。そのため、高齢者対象の在宅医療（在宅療養支援）は病院以外の看取りの医療といえる。

さて、在宅療養現場では高齢者の患者・家族は通常の診察では見られない様子を見せることがある。何気なく語られる昼・夜の生活状況や室内の状況を見ると、もしかしたら“認知症の一症状かもしれない”と思うポイントは多い。同時に高齢者の認知症者に多いとされる「せん妄」のリスクについても評価しておく必要がある。

2. どのようなアセスメントを行うか

高齢者対象の在宅医療は概念的には3つの段階を踏んで行くと考えられる。

第一は高齢者特有の症状を総合的に判断することによる診断推論。

第二は注意深い薬剤とケアの最適化（チームによってPDCAサイクルをまわすことによる）。

第三に最適化にあたってはQOL、場合によってはQOD（Quality of Death）、ADLを定期的に評価し、同時に医療経済的な視点におけるさらなる最適化を目指す。

このプロセスを遂行するためには十分なヒアリング・カウンセリング・コーチングの能力が必要とされるが、これについては一朝一夕で会得されるものではなく、不断のスキルアップ・トレーニングを要する。これらのプロセスを踏んで、患者・家族のみならず構成メンバーの満足度の高い解決に向かうことが理想的である。

（1）石田花子さん：症例に合わせた解説-どのようなアセスメントを行うか

医師・看護師として最も気を配らなければならないことは、在宅療養空間の医療面・看護面での安全管理と安定化である。当然のことながら、生活支援に根ざしたものである必要があり、介護側との詳細かつメリハリのある連携は最低条件である。（実際にはなかなか困難であるが…）

この症例の場合、安全管理と安定化の観点から、最初に評価しなければならないのは「せん妄」のリスクである。最も在宅療養の継続を困難にするものは、この症例をみるべくもなく「せん妄」である。既述したとおり、高齢・認知症・脳血管障害が素因で、悪性腫瘍や薬物などが直接因子となり、さらに促進因子として心理的ストレス（環境変化・拘束・輸液など）となることは周知であるが、実際の病医院の臨床現場で意識されることはむしろ少ない。この症例の場合は惜しむらくは最初の段階での「せん妄」の評価がおざなりにされていた可能性があることである。

この症例については早い段階でベテランの在宅医に紹介があれば、「せん妄」のリスクについてより注意喚起がなされ、入院の選択の可能性が減ったと考えられる。実際の在宅現場における医療面接の中で、外来専門の診療所や病院からの診断面、治療面さらには介護面での収集可能な有益情報はできる限り集め、患者にとって最も身近なヘルスレコードを知っておく必要がある。

同時に、キーパーソンの介護力、意思決定の能力についても評価していく必要がある。この症例では無用だが医療保護入院の場合は家族の同意は必須となる。キーパーソン（家族）へ病状と環境については十分に説明し、同意をとる必要がある。

また、多職種協働についても、個々の症例毎にメンバーが変わり、各メンバーの理解・熟達度には差異があることは否めない。患者・家族のみならず、各メンバーに対しても生活支援の立場から粘り強く、愛護的に関わる必要がある。この症例については結果的には在宅での看取りとなったが、そのプロセスについては検討の余地が残る。

認知機能に関しては簡単なスクリーニングを行うとともに、認知症の行動・心理症状（BPSD）の有無の把握に努める。BPSD とは、認知症に伴う行動症状や心理症状のことをいい、行動症状としては暴力、徘徊などが、心理症状としては不安、うつ症状、幻覚、妄想などが主な症状としてあげられる。認知症者の QOL や介護者の負担度は行動・心理症状による影響の方が大きいとさえ言えるほど、大切な症状概念である。

さて、認知症であっても、それらの原因やタイプによって、大なり小なり改善をみたり、進行を遅らせることができることも多い。

また、BPSD の程度や種類を見極めながら、適切な薬剤を用いることで、症状の軽減や生活への適応力回復を期待することができる。冒頭で述べたように、何気なく語られる生活状況や室内の状況、あるいは本人の言動から、石田さんの場合は、少なくともせん妄のリスクは有しているものと考えられるが、それがいつどのような時期にどのような形で現れるかには個人差も大きく予測が困難である。

訪問を行う中で、日々そのような症状をこまやかに把握していく視点をスタッフ皆で共有しておく。それにより、認知症の重症度やタイプの絞り込みや推移の把握に努めていく。

加えて、胃がんという原疾患にまつわる症状や、その他日常的に可能性のある肺炎などの、「よくある病気」の罹患症状など、日々の訪問の中からいつもと異なる症状や兆候の発現や進行を見逃さずに確認していくよう努めていく。具体的には、ADL に大きく寄与する骨折・脳卒中・心血管系疾患へのリスク把握や軽減のために、骨粗鬆症や血管状態、生活習慣病の有無に対するアセスメントも重要である。よりよい看取りにつなげるためにも、それらに応じて日々の地道なコントロールにもあわせて心を砕いておきたい。

3. どのような支援を行うか

どの時点で訪問診療を開始できるかによって出来る支援が異なるが、石田さんの場合退院後に訪問診療を開始しており、キーパーソンや介護者もある程度定まった状態からの関わり合いとなっている。この場合に重要となるのは、ご家族・ヘルパー・訪問看護師、ケアマネジャーの訪問

可能回数から見守りのローテーションを組み立て、チーム・モニタリングをしていくことである。また、通常在宅療養支援診療所は、月2回定期的に患者宅を訪問して診察を行う（緊急対応は24時間可）が、特に容体が不安定なときや終末期においてはその限りではなく、追加的に往診を行う場合もある。

石田さんの場合には、胃がんの終末期にあたるため、診療報酬の枠組み上からも月2回よりも多くの訪問スケジュールを組み入れやすいと言える。病院でも「家に帰りたい」と落ちつかずに身体拘束がなされたような経緯を鑑みても、介護・福祉の仕組みを最大限に活かしながら自宅での日々が安心して過ごしやすいものとするよう、手厚い見守りができる体制をつくることに努める。その上で、遠方のキーパーソンである肉親（甥）への心理的な負担にもしっかりと目を配っておきたい。終末期や高齢というのみで、それらに不随する医療的な合併症のリスクも多く、石田さんの場合にはリウマチという慢性疾患ももちあわせている。特にステロイドの服用が問題となるそれらのリスクや起きうる不安をご家族ともあらかじめよく共有しておくことは大切な支援のひとつである。リスクや不安をこまやかに汲み取り適切な対応を施せるよう『チームでモニタリングを行っていく』との意識をもって、質の高い看取りを実現していく。

4. どのような連携を行うか

先に述べたチーム・モニタリングが支援の根幹にあるとの意識をまず共有しておくことが重要である。石田さんにおいては、ケアマネジャーや訪問看護師、地域包括支援センターを交えてのカンファレンスなどを重ねた経緯もあり、ある程度の支援者同士は連絡しているケースと考える。在宅介護の継続や看取りを良いものとしていくポイントのひとつとして、患者さんに対してそれぞれの役割にいるスタッフらが行ったことを、互いに共有しておくことがあげられる。

具体的には、各種連絡ノートの活用や、日常的な気付きや変化の様子といったものを電話やITを用いてこまめに連絡しあう。多職種が介入する支援であるだけに、患者・家族の不安や希望を、各スタッフが大きな偏りなく把握し同じ方向性をもってそれぞれのスキルを活かしていけるよう、必要に応じてカンファレンスやそれに代わる方法にて方針や課題点の共有・刷新を行っていく。

5. 居宅サービス事業所の視点と役割：最期まで、認知症の人を在宅で支える

東京都認知症介護指導者会 会長 井上信太郎

1. はじめに

認知症の人を在宅で看取るという本事例をチームとしてどのように連携したのか、何を大切に考えたのかという事を、本事例から考えてみる。また、本事例の中で、認知症の人を在宅で看取る過程において、身体拘束を余儀なくされたが多職種によるカンファレンスにおいて、その方針が大きく変わったことは注目すべき点である。多職種におけるカンファレンス次第で、認知症の人が置かれている環境や、生き方そのものに大きな影響を与える可能性がある事をわたしたち居宅サービス事業者は認識しておかなければならない。

2. どのようなアセスメントを行うか

本人の認知症の症状が重くなり、周囲の人に自分の思いや考えを上手く伝えることが出来なくなってしまうような場合、その人に親族などがいない場合をはじめとして医療や介護などの専門職がチームとなり、今後のその人の生き方について考えていかななくてはならない。そして、たとえば認知症になったとしても、その人が今後、どこでどのように暮らしていきたいのかを、私たちは本人から直接聞くこと、またそれらを代弁することが大切であると言える。そのためには日頃から出来る限り情報を集めておく必要があるのである。前述したが、私たち専門職が、認知症の人の生き方、暮らし方に大きく影響を与えることがあることを忘れてはならないのである。

本事例の中に「我が家に戻ると、穏やかな表情で、大声を上げることはなくなりました。」とある。安心できる環境は、その人にとっては住み慣れた「我が家」であり、病院という環境ではなかったのかもしれない。本人の体調の変化などにより、在宅での看護・介護の限界も感じ、病院へ再入院するも、身体拘束を余儀なくされて、周りの人達はとても悩んだに違いない。しかし甥も含め多職種間で、今後の方針について話し合われた考え方こそが、「パーソンセンタードケア」その人を中心にした考え方だったのかもしれない。在宅生活において医療とケアの両立を果たした体制づくりは容易ではないが、「自宅で見守る」という方針を打ち出し、それを多職種によって形成されたチームが共有し、密接な連携を図りながら実践したというところに、本事例から多くの学びを得ることが出来るのである。

時に私たちは何が正しくて、何が本当に良い事なのかについて、本人を中心に考えれば考えるほど正解を見いだせない場面に遭遇することがある。そんな場面が訪れた時には本人の「～したい」という思いをひとつのキーワードとして大切に考えて行くことが解決の糸口となることがある。人の捉え方には4つの視点（図1）が求められる。

例えば、糖尿病による食事制限のある方が「もう死んでもいいから好きなだけ食べたい！」とおっしゃられる、高血圧の方が「もっと熱いお湯にゆっくり浸かりたい！」などとおっしゃられる場面がある。“生物学的な視点”から見ると本人の訴え通りの支援をすることは極めて難しいことであろう。しかし、本人の信念や生き方とも言える、“実存的視点”で見ると、この限りで

はないのである。重要なことはこれら4つの視点を全て排除せず、その時の状況によって多職種が話し合いを重ね、方針を立てることなのである。特に居宅サービス事業者としては本人との関わる時間が長いことから、本人の考えや思いを正しく伝えていくことが求められる。決して事業者の主観で語ってはならないことにも注意が必要となる。

デマンドとニーズをしっかりと捉え、専門職である多職種間で知恵を出し合いながら協働することによって、本人の叶えられるべき「～したい」という思いに届くかもしれない。

パーソンセンタード、その人を中心に、その人らしさを常に忘れずに、認知症の人の思いに耳を傾け、話し合いを重ねることが求められる。

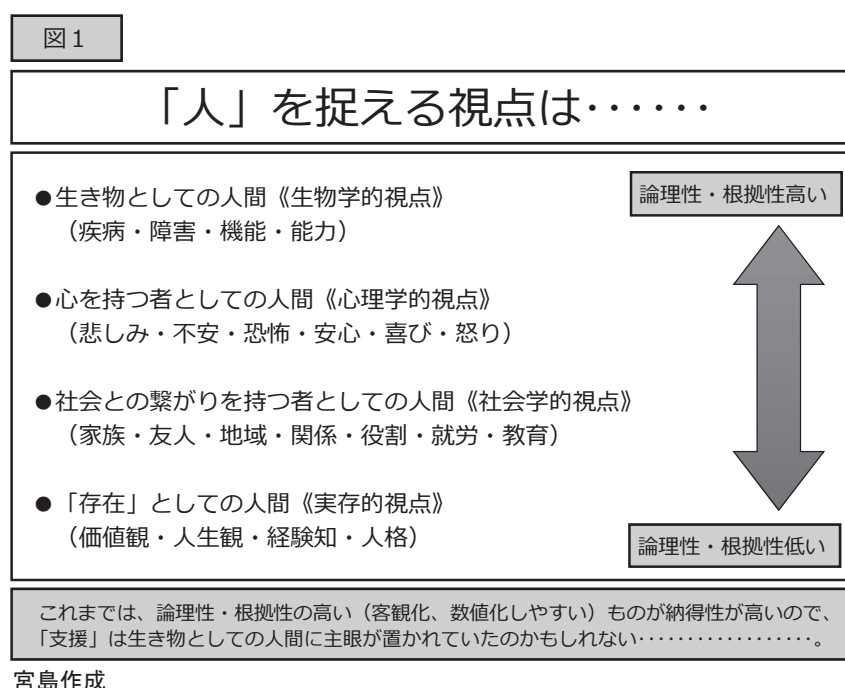


図1 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 参考資料
(出典：宮島 渡(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 副代表)作成)

3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合

例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護というサービスについて考えてみる。定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは、在宅の要介護者に日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の両方を提供し、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う地域密着型サービスであり、平成24年に新しく創設されたサービスである。

本事例のように自宅でのターミナルケアを行う場合、介護・看護を組み合わせたサービスが短時間でも24時間の中で、日に複数回受けられ、また、必要な場合には随時対応が可能という事は、本人や家族にとって、精神的にも安心を得られるであろう。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスに限らず、居宅サービス事業者として24時間の生活を支えていくために、現場スタッフとサービス担当責任者による緊急時の連絡方法や、対応方法をあらかじめ打合せしておくことが大切である。また、他職種間の連絡方法等についても同様のことが言える。

4. どのような連携を行うか

在宅でのターミナルケアでの多職種協働において、特に医師とは連絡体制について綿密な連携が必要となるだろう。その場合も、何を伝えるべきなのかについて情報を整理しておくべきである。例えば、具合が悪そうな状況があったとき、単に「具合が悪そうです」と伝えても相手は困るのである。どのあたりが？どのように？いつごろから？等々といった現在の状態像をしっかりと伝えることが必要である。また日頃から医療職からの指示を待つだけでなく、不安なことは積極的に確認するなど、わからないことをわからないままにしておかないということも重要である。特に、多職種間において責任の所在がはっきりしないからといって放置することは最も避けるべき行為と言える。必ず事業所の責任者や関係者等にハウレンソウ（報告・連絡・相談）を行い、円滑なチームケアを目指す必要がある。本人、そして家族の不安を少しでも取り除き、在宅でのターミナルケアを支えていくことも、これから求められる多職種協働ケアと言える。

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

がん末期、在宅看取りの相談を受けると介護支援専門員は、準備から在宅生活スタートまでの調整を、タイミングを逸しないため通常の何倍ものスピードで実施する。短時間で本人と家族を支えるチームを結成し、援助の方向性を統一する必要がある。ケア開始後も本人の状態の変化によるさまざまな動揺が生じるため、家族全体を含め支援を行う。

ケアプランは一日単位で変更が必要な時期がくるが、めまぐるしい変化に合わせたサービス提供に馴染まない介護保険制度のルールによって、本人や事業所が不利益を被ることのないよう、がん末期のサービス提供環境を整えることが求められる。

2. どのようなアセスメントを行うか

(1) 本人に関すること

1) 本人の意志を確認することを第一とする

認知症だからわからないと決めつけるのではなく、本人の希望や安心できることを言葉、表情、体の緊張度などから推察する。

(2) 体を観察する

脱水、便秘、口腔内の状態、痰がらみ、皮膚、褥瘡、爪、掻痒感、下肢の浮腫、発熱、呼吸、一日のうち覚醒と眠っている割合、不安感、せん妄の有無等を観察する。石田さんは胃がんでもあり、日々変化する食べられるものを随時アセスメントしていく。

(3) 家族に関すること

同居・別居に関わらず、関係性の遠い親族も家族全体を支援する。

どのような最期の関わりを希望するかは、個々の関係性や家族歴によって異なる。家族の現状認識、本人との関係性、看取りに関する考えや希望、他に関わる家族の有無や考えを確認する。限られた時間の中で本人にしてあげたいこと、毎日をどのように過ごさせたいか、医師からの説明は、十分に理解できているかなども確認する。

(4) 環境に関すること

介護用ベッドではなく馴染みのある寝具を利用することがある。これまで使った馴染みの掛布団も状態により重く感じたり、皮膚に刺激となる場合もある。馴染みのものもあらためて確認する。

3. どのような支援を行うか

(1) 本人に対して

1) 継続的な支援は看取りを確かなものにする

本来ならば、石田さんが75歳で鍋を焦がすようになった時点で関わりが必要だった。看取りは最期の短期間ではなく、暮らしの延長にあるものである。会話が可能な時期に石田さんと話ができていれば、石田さんの価値観や想いに添った支援が可能であった。

2) 意思決定の支援

アセスメントにも述べたとおり、最大限に本人の意思を引き出す。介護支援専門員が本人の意思をつかみたいという視点で感性を研ぎすまして観察しなければ見落とす小さな表情もある。

3) 代理判断は本人の立場にたって考える

本人の意思確認が難しい場合には、代理判断が必要である。たとえ家族であっても本人以外の他者の判断であるため、『本人のために』ではなく『本人の立場にたって』考える。もし家族やチーム一員の判断に偏りがあると感じたら率直な意見交換が可能なチームの関係形成が最期まで本人の尊厳がまもられる大切な要素の一つである。

4) 身体的なケア

石田さんにとってのケア、予測される変化、変化が生じたときの対応を訪問看護、訪問診療、訪問介護等で共有・統一し、日々刻々と変化する状態に対応する。ヘルパーで行えない医療行為は、訪問看護の24時間体制で対応する。

5) 胃がんである石田さんが食べたいときに食べたいものを食べられるような準備、ケアプランの工夫を行う。

(2) 家族に対して

1) 家族の気持ちや考えを整理する

介護支援専門員は、石田さんの立場にたって語られない想いを想像する。甥から石田さんと甥のエピソードを聞き出す。特に男性は自らエピソードを語ることは少ないため、介護支援専門員から問いかける。甥は語ることで石田さんとのエピソードを振り返り、甥自身の想いが整理される。本人にしてあげたいこと、本人に十分にしておけない辛さがないか引き出す。遠くに離れた家族が自分の手で直接本人にしてあげられない場合、専門職や地域のサポートでできることを探し、情報提供し、看取った後に家族が「もっとこうしてあげればよかった。」と後悔がないよう支援する。

2) 意思決定支援に関わる際は、中立的であるよう留意する

意思決定に対する選択肢を提示する際、『在宅での看取りが良いこと』、あるいは『病院が安心である』といった支援者自身の価値観が無意識的にも反映された説明にならないよう留意する。

4. どのような連携を行うか

(1) 医療との連携

医師から病名、病状、予後、告知の有無を確認する。

緊急時の連絡先や方法を確認すると共に、在宅看取り、病院入院の両方を想定して準備すること等を医師や看護師と確認する。

(2) チームとの連携

1) 本人・家族の価値観に添った迅速なチーム結成

ターミナルケアは本人や家族の価値観に添った繊細な関わりが求められる。短時間で石田さんにマッチする訪問看護事業所、訪問介護事業所、福祉用具事業所等を選択しチームを結成する。

2) 援助方針を共有する

行うケアの根拠は身体状態だけでなく、告知の有無、本人・家族の想い、その家族の価値観も重要な根拠であり、これらの情報を共有し、ケアの意思統一を図る。緊急時の具体的対応と連絡ルートを共有し、自宅の良く見えるところに貼り出しておく。

3) 変化する状態をスピーディーに共有する

日々刻々と変化する本人の状態に対するケアの変更が著しいため逐次電話でスピーディーに「担当者全員で」情報共有する。ICTの使用が可能な環境であれば、連携はスムーズである。

4) 看取りにむけてメンバーのケアをする。

最近では独居高齢者の自宅への入室時に死亡が発見される状況が増加している。ヘルパーをはじめとする介護職は『死』に直面する機会があり、知識や経験の不足から、死へのショックや自責の念を感じやすい。訪問看護からこの方にとっての観察やケアのポイント、この方にとって起きうる「何か」とはどのような状態かなど、あらかじめ共有しておく必要がある。

7. 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

認知症の進行による、服用薬の種類増加による薬剤の服薬支援が必要となる。具体的には、服用し易いように、一包化の実施を図り、嚥下が上手くいかなければ、粉碎による対応を図る。次に、相互作用の確認事項、特に麻薬を使用する場合の事項は、項目が多く発生する。身体合併症の発現によりその状態での服薬介助方法の応援として、①理解力・服薬拒否等の対応策については、服薬指導を理解して頂くまでまた、どうして服薬拒否をしてしまうのかその原因を探り解決する。②嚥下能力・身体的能力が劣っている方に対する対応策は、適切な剤型の選択を検討し、簡易懸濁法・粉碎法・速崩壊性薬剤の選択・ゼリー剤の選択・経皮吸収型薬剤の選択・とろみ添加栄養補助食品の使用・服用ゼリー、水分補助ゼリーの使用等による服薬介助で応援していく。

医薬品だけの対応だけではなく、医療材料の提供、介護備品の提供、消毒薬等の使用方法及び提供が、薬剤師の役割となっている。

入退院の際に、急遽入院することになる場合には、入院患者は、それまで服薬している薬剤を持参するしないしは、お薬手帳の情報を持参して、入院することになると考える。しかし、持参しないでそのままに自宅に保管されていることも多く、その場合、薬の整理を薬剤師が行うことが必要と考える。退院時の多くは、退院処方として持ち帰ってくることが多く、その薬剤が、入院時と違っていたり、一包化されていなかったりしていることが多い。また、入院する前のお薬が、多く残ってしまっていることが多い。それら手持ちのお薬、退院時のお薬を整理し、服薬の援助、処方に関しての日数調製、同一系統の薬剤の整理、相互作用の確認等、薬剤師による、介入が必要と思われる。

最期の看取りに関しては、薬剤師の役割は見守りと、残薬の回収をきちんとすることと考える。特に麻薬の残薬回収は、その廃棄処分を責任をもって薬剤師がすべきである。

2. どのようなアセスメントを行うか

症状の進行に伴い、各職種の介入回数、訪問回数も増加する。多職種連携が非常に重要になってくる。特に、処方薬の変更などの伝達は、こまめに行うべきと考える。また、その時点での必要な項目は、お薬手帳・伝達ノート等、目でお互いが理解確認できる方法を実施し、ケアレスミス未然に回避すべきである。

3. どのような支援を行うか

(1) 癌性疼痛のコントロールについて

以下の点について医師・看護師・介護専門員と確認を行う。

- 1) 癌性疼痛の特徴と癌患者への基本対応
- 2) 癌患者の疼痛コントロール：①薬物療法 ②心理療法
- 3) 痛み以外（副作用）の諸症状への対応
 - ①摂食障害 ②排泄障害 ③睡眠障害 ④発熱 ⑤口腔症状 ⑥呼吸器症状
 - ⑦神経・精神症状 ⑧消化器症状 ⑨尿路症状 ⑩皮膚症状
- 4) 在宅患者における疼痛コントロール
- 5) 麻薬の取り扱いについて
- 6) 看取りの後の残薬

（2）その他の看取りにおいて薬剤師が行える支援

疼痛の管理に、麻薬が使用されることが多い。基本的な使用方法を、介護者・家族・本人（認知症の方の場合は、ご本人が理解される範囲で）にも、的確に伝えることが重要である。薬剤（麻薬）取り扱いは、日常生活での注意点をわかり易く説明することが大切である。

薬剤師が看取りに関与する場合、終末期の薬剤管理が重要である。この時期は、訪問回数も増え、経口薬剤が摂取しにくい状況が推測できる。その場合、坐薬・注射剤・貼り薬・吸入剤等その剤型の選択が重要になる。看取り後は、その薬剤の回収、特に麻薬の薬剤回収は、薬剤師に課せられた重要な務めである。

介護備品に関しても、薬剤接種の為の備品から、介護に必要な衛生材料も含めて、多くの薬剤及び介護備品が、薬剤師によって供給されることになる。在宅における、消毒薬の使用法も重要な薬剤師の仕事となる。消毒は使用目的により、使用器具・手指など方法により消毒薬を選定していくことが必要となる。

4. どのような連携を行うか

認知症で痛みがあるケースの場合、薬剤の内服方法に関して、多職種で情報の共有化を行うことが必要となる。医療職ばかりが関与するわけではないため、実際に内服する薬剤の注意点を紙面にわかりやすく示すことで、その薬剤の重要性を伝えることができる。

麻薬のパッチ（貼り薬）の注意点の示し方の一例を述べる。

（1）この薬の効果は？

- ・この薬は、持続性のがん疼痛・慢性疼痛治療剤と呼ばれるグループに属する貼り薬です。
- ・この薬は、皮膚を通して少しずつ体内に吸収され、痛みを伝える神経組織や痛みの中枢に働きかけ、痛みをやわらげます。

（2）この薬の使い方は？

1) 使用量および回数

- ・使用量は、あなたの症状などに合わせて医師が決めます。

- ・ 1 回に複数枚使用することもあります。
 - ・ 貼る部位：痛い場所に貼るのではなく、胸・腹・上腕または大腿部のいずれかの部位にパッチ（貼り薬）を貼ってください。
 - ・ パッチ（貼り薬）を貼る手順は以下の通りです。
 - ①外袋には3カ所の切り込みがあります
 - ②外袋を手で破ります⇒両側に切り込みがある方から破ります
 - ③残った切り込みを手で破ります
 - ④外袋を引きはがすようにあけて中のパッチ（貼り薬）を取りだします
 - ⑤パッチ（貼り薬）を引っ張り出さないでください
 - ⑥添付のシールに油性マジックペンでパッチを貼る日付と時間を記入し、パッチ（貼り薬）の表面に張ってください⇒理由：貼った日時を忘れないようにするため。3日間（約72時間）たったなら新しいパッチに貼り替えます。※貼り替えの時間は薬剤に応じて異なります。薬剤師に確認してください
 - ⑦貼る部位：胸、腹、上腕、または大腿部のいずれかの部位。痛い場所に貼らないでください
 - ⑧かゆみやかぶれを防ぐために、貼る部位を毎回変えて下さい
 - ⑨パッチ（貼り薬）をハサミなどで切って使用しないでください
 - ⑩傷ついたパッチは使用しないでください
 - 2）パッチ（貼り薬）がはがれた場合の対応
 - ・ パッチ（貼り薬）がはがれそうときは、再度、手で押しつけてください。
 - ・ パッチ（貼り薬）がはがれた場合は、直ちに同用量の新しいパッチ（貼り薬）に貼り替えて3日間貼ってください。
 - 3）パッチ（貼り薬）を貼り忘れた場合の対応
 - ・ 2回分を1度に貼ってはいけません。
 - ・ 貼り忘れや3日を超えたにもかかわらず貼り替えていないことに気がついたら、すぐにパッチ（貼り薬）をはがし、通常の手順に従って貼ってください。
 - 4）パッチ（貼り薬）の薬の量を、多く使用した時（過量使用時）の対応
 - ・ 重篤な換気低下（酸素の吸収が十分に行えないために起こる、考えがまとまらない、判断力の低下、頭痛などの症状）があらわれることがあります。
 - ・ このような症状があらわれたら全てのパッチ（貼り薬）を剥がし、すぐに受診してください。
 - ・ 家族の方は、このような症状が現れたらゆり動かしたり、話しかけたりして目を覚まさせてください。
- （3）この薬の使用中に気をつけなければならないことは？
- ・ この薬を使用するにあたって患者さんや家族の方は副作用、使用方法などを十分理解できるまで説明を受けてください。※重度認知症の方の場合、ご家族の方に説明をお願いします。

- ・呼吸抑制（呼吸ができない）や意識障害（声をかけても意識がもうろうとしている）などの症状があらわれた場合は、ただちに医師に連絡してください。
- ・この薬は、発熱や激しい運動によって体温が上がると体内へ吸収されやすくなります。そのため、この薬を使用している間は外部熱源（電気パッド・電気毛布・加温ウォーターベッド・赤外線灯・こたつ・集中的な日光浴・サウナ・湯たんぽ等）の使用、熱い温度での入浴を避けてください。
- ・他の医師を受診する場合や、他の薬局で薬を購入する場合には、必ず薬を服用していることを伝えてください。また、医療職だけでなく、他の職種にも、薬剤の使用方法を伝えておくことが重要です。

また、薬剤によっては、糞便中に残渣が排泄されるものがある。代表は、塩酸オキシコドンである。有効成分が抜け出た後の錠剤の殻が糞便中にそのまま排泄されることがあるため、他の職種にもそのことについて十分伝えておく必要がある。

最後に、残薬（特に麻薬）の回収は薬剤師に依頼し、絶対に独自で廃棄をしないように伝えることが重要である。

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

認知症が重度になると、食事や口腔のケアにかかわる問題はさらに大きくなる。アルツハイマー型認知症の経過においては、進行に伴い、失禁、歩行障害などが出現する時期から、嚥下障害を意識した食支援を開始することが必要となる。

石田花子さんの場合、胃がんの進行による食欲不振、食事摂取量の減少やるい瘦が想定されるが、食べる量が減少した時点で残存する摂食嚥下機能の再評価も行い、食環境の調整やその機能に対応した食事形態、介助方法の確認が必要である。

がん治療においては、口腔粘膜炎、口腔乾燥、味覚障害、歯科疾患の増悪など多様な口腔内合併症や摂食・嚥下障害などが起こることも多く、患者にとって身体的、精神的な大きな苦痛となっている。がん診療拠点病院などでは、がん治療を開始する前から地域の歯科医療機関と連携し、口腔機能評価、そして歯科治療や口腔のケア指導など口腔管理を行い、口腔衛生状態を改善すると共に、術後の口腔のケアに関する連携事業が行われている。

その結果、口腔粘膜炎や肺炎の発症頻度低下、入院期間の短縮などが報告されており、口腔環境の改善は生活復帰に向けて、栄養改善や気道感染予防などにも重要な役割を果たしている。現在、東京都においても東京都福祉保健局と東京都歯科医師会が連携し「東京都周術期口腔ケア体制基盤整備事業」が実施され、地域医療連携の推進が図られている。

人生の最終段階のケアにおける口腔内環境の整備、口腔のケアの充実は緩和ケアとしても重要である。歯科治療や専門的口腔衛生処置により、口腔の環境が維持改善し、食事の問題や口腔内の疼痛や不快感などが軽減されることは、小さな進歩であっても、直接的に生活意欲、療養生活の質の向上につながると考えられる。石田花子さんのように酸素のカニューレを外すなどがあると、口呼吸となり開口状態が長くなり、口腔乾燥が進み、口臭の増加や口の中に痛みや不快感を生じたり、歯肉などの炎症が起きやすくなる。

また、唾液の粘性が強くなり痰や剥離上皮の固着にもつながる。したがって、病院から退院後には、歯科専門職による訪問診療を早期に導入し、在宅医や訪問看護師などと連携しながら、常に口腔を湿潤にした快適な状態に保持し、安楽で爽快感を得られるような専門的口腔衛生処置が必要である。

2. どのようなアセスメントを行うか

認知症の進行に伴い、痛みや不快感を正しく伝えることができなくなる場合があるので、口腔領域を良く観察することが大切である。

- (1) 急に食べなくなる
- (2) 開口/閉口しなくなった

- (3) 口腔のケアを拒否したり、食事以外のケアにも拒否がでている
- (4) 冷たいもの、熱いものを嫌がる
- (5) いつもとちょっと違う感じがする
- (6) 手や指を口に持っていくなど

これらの動作が認められた場合には、口腔内に何らかの問題がある場合もあるので、歯科専門職につなげることが大切である。修復物の脱落、歯の破折やそれによる口腔粘膜の損傷は急に食欲が減る原因となる。

また顎関節の脱臼により、顎の開閉が不自由になって食べられなくなった事例もあり、急激な変化は局所的な要因を考える必要がある。口腔内の乾燥状態、唾液分泌や嚥下の状態は常に変化をきたす可能性があり、口腔機能の評価を定期的に行う必要がある。

3. どのような支援をするか

人生の最終段階のケアにおける歯科からの支援の中心となるのは、口腔内の多様な症状緩和と口腔のケアの充実、最期まで口から食べることへの支援である。

介護者に、全介助による口腔のケアの方法についての具体的な指導を行う。口腔のケアで誤嚥させないような注意と、口腔乾燥がある場合には、口腔用の保湿剤、湿潤剤などを適切に使用し、常に口腔内の保湿に留意することが大切である。また、歯科専門職による口腔衛生処置も継続する。嚥下機能評価から、経口摂食が極少量でも可能な状況では、食事形態や介助方法などの検討を行う。

身体状況にあわせて、食事量や水分量が過剰にならないような配慮が必要であり、睡眠、覚醒リズムを見極めながら、しっかりと覚醒したときに身体状況にあわせて、食事姿勢の確保、食事形態や量を調整しながら、食事摂取を行う。アイスクリームやゼリー、スープの氷片など、たとえ数口であっても無理なく飲み込みやすく楽しめるような支援を行う。

嚥下反射が消失し、唾液が飲み込めなくなり、口腔や咽頭へ貯留している状況であれば吸引をし、口から食べることは控えるようにする。口から食べていなくても、安楽で少しでも快適な口腔のケアを続けるようにする。

また、家族も不安やストレス、生活上の混乱などもあり、ご自身の健康管理ができなくなったり歯科治療などを中断したり、あきらめたりするケースもある。家族の生活機能低下は介護力にも影響することから、家族の口腔のケアやグリーフケアについても配慮し支援する必要がある。

4. どのような連携を行うか

在宅歯科医療は要介護者に対する口腔機能管理として、歯科治療、専門的口腔衛生処置、摂食・嚥下リハビリテーションなどを生活の場において、多職種と連携協働して提供される包括的な歯科医療である。平成20年度より、在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置づけ、地域における在宅歯科医療を担う核となることが期待されている。

今後は、認知症の人の人生の最終段階のケアにおいて、口腔のケアの充実や食への支援についても、地域における在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどと在宅療養支援歯科診療所が連携し、緩和医療や緩和ケアにかかわるシステムづくりが必要である。訪問歯科医からは、口腔内状況や摂食嚥下の状態について、在宅医や訪問看護師などへ情報提供を行い、口腔のケアの方法などを共有する。また、オピオイドやビスホスフォネート剤などの処方に対して在宅医や保険薬局との連携も重要である。

<参考・引用文献>

- *厚生労働省老健局老人保健課：介護予防マニュアル改訂版 平成 24 年 3 月
- *平野浩彦、本間昭監修：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
- *山田律子：認知症の人の食事支援 BOOK、食べる力を発揮できる環境づくり、中央法規、2013、5 月
- *平野浩彦他：平成 23 年度厚労省老健事業、認知症高齢者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究
- *枝広あや子、平野浩彦、山田律子、千葉由美、渡邊裕：アルツハイマー型と血管性認知症高齢者の食行動の比較に関する調査報告第一報 ―食行動変化について―、日老医誌 2013, 50, 60, 651-660
- *杉原一正、岩淵博史監修：口腔の緩和医療・緩和ケア 末永書店、2013 年 10 月

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

身体合併症のある認知症の患者さんが終末期を迎えるとき、入退院を繰り返すなど、家族はさまざまな治療や医療的処置を受けながら、都度重要な選択を迫られる場面に出くわすことになる。多くは、家族にとっては初めて聞く知らないことばかりの連続で大変悩み、混乱をきたす。特に胃ろうなどの医療処置は家族にとって大変葛藤する事柄になる。またこの時期は普段会わない親類がやってきて決定場面に口を出すこともあり、それぞれの立場やさまざまな考え方、価値観がぶつかり、意見が食い違う場面も生じる。日頃接している家族にとって、普段とは違うストレスも増している。とりわけ本人の意志が確認しづらいことも重なり、親類や家族同志の意見をストレートにぶつけることも多くなる。このような場合には、医師や看護職、あるいは医療機関からの丁寧な説明と納得のいく選択ができるための調整や説明、支援が望まれる。

これからは在宅での看取りも増えていくだろう。訪問医療と看護、介護の連携による家族を交えたカンファレンスがますます重要になる。できるだけ早め早めに次に起こるだろう事態や、対応などの情報を家族に伝えていくことも重要な支援のひとつといえる。

2. どのようなアセスメントを行うか

- (1) 本人の意志は確認できるか。意思表示はかつてあったか。
- (2) 関わりのある家族は誰か。キーパーソンは誰なのか。
- (3) 家族や親類同士のコミュニケーションはとれているか。
- (4) 看取ることへの準備はどうか。

3. どのような支援を行うか

- (1) 家族には今の本人状況を丁寧に伝える。
- (2) 想定できる事態や可能性については早めに伝え、どのような処置や対応があるのかをできるだけわかりやすく伝える。
- (3) 判断が必要な場合には、メリット、デメリットなどを都度説明する。
- (4) 退院後の過ごし方や家族の関わり方についても、介護と相談しながら家族へより具体的に伝える。

4. どのような連携を行うか

医療と介護が家族を中心に連携しながら、迅速にコミュニケーションが取れる体制を整えておくことが大切である。

【家族への目線について】

～家族介護者支援のスタンス～

これまで、一般的な“家族支援”の前提としては、まず認知症患者本人の権利擁護や生活支援優先の観点から、家族へは、当然のことながら、本人への適切な対応や介護が求められる“「ケアパートナー（＝ケアラー）」としての適切な役割”を期待されることが現場では常であったと思う。

しかし、現状では家族介護者自身が高齢で支援が必要であったり、病気を患っていたり、認知症や精神障害であったりする＝支援の必要な当事者（隠れた患者）であることも多く、介護者であるという立場であるために、そのことがともすれば見逃されてしまいがちになる。

さらに、介護者本人も“自分自身に支援が必要である”ことに気づかず、病気であってもさまざまな理由で病院にも行くことができず、睡眠も不足し、疲弊困憊しながらも介護に埋没している場合もあり、目には見えにくい、大きな虐待のリスクをはらんでいる場合もある。

家族介護者支援の立場としては、家族の側に立つスタンス＝ひとりの人間として「あなたも大事なひとりです。」「あなたの人生や生活を大事にしてほしい。」というケアやメッセージを伝えつつ、抱えている介護者自身の不安や落胆や葛藤に丁寧に向き合う支援態度を望みたい。特に認知症の介護では、家族は毎日理不尽なことや予測できない事態にさらされ、心は傷つき、不信感や猜疑心で神経がとがっており、被害的にもなりがちである。患者本人によかれと思っただけの指導的な示唆だけでは家族介護者の心は動かないどころか閉じてしまう。それでは、専門職側との良好な信頼関係はできず、介入を拒み、サービスを断ってしまったたり、さらにひとりで抱え込み、その結果、認知症患者本人にもよい影響を及ぼさないこともある。

家族介護者をひとりの人間として尊重し、家族関係の中で培われた長年の歴史や価値観を視野に入れつつ、介護者の性格や置かれた立場を加味し、よき理解者としての目線で必要に応じタイミングを見計らい、きめ細やかな情報や知識を提供するといった状況判断や対応が、多職種のチーム連携によってより可能になるのではと期待したい。

10. ケアの統合に向けて

医療法人社団慶成会青梅慶友病院 看護介護開発室長・老人看護専門看護師 桑田美代子

1. はじめに

わが国は超高齢多死社会を迎えている。1950（昭和26）年は自宅死亡が8割を超えていたが、その割合が徐々に低下し、1976（昭和51）年には、病院の方が多くなった。そして、一人暮らし世帯が今後も増加する傾向にある。人生の最晩年をどの場所で、どのように過ごすのかは、誰にとって大きな課題でもある。

花子さんご夫婦にはお子さんはなく、夫が他界後、一人暮らしを送っていた。軽度の認知症と診断された後も、ご近所などのなじみの関係の中で生活ができていた。認知症があり、悪性疾患を併せ持つ場合、本人の意思をどのように汲み取り、苦痛の緩和を図るのか。

多職種で死を見据えたケアを実践して行かねばならないケースである。

2. ケアの統合に向けて

（1）本人の望みをチームで支える

本ケースの場合、認知症であろう花子さんの望みを叶えるために、各職種が自らの役割の視点からケアを提供する内容が記述されている。人生の最晩年、認知症が進行し、言葉で意思を表すことが難しい中、花子さんの意思を汲み取り、チームで同じ目標を持ちながら活動する姿は、看取りケアの醍醐味でもある。認知症の有無に関係なく、本人の望み、意思決定を支えることは当然ではある。しかし、認知症の場合、“本人の意思はわからない”“意思決定が難しい”と捉えられる傾向もある。だが、認知症の人達は、日々の生活の中で微弱なサインを発している。それを我々がキャッチし多職種間で共有し、本人の望みを支えるケアの統合に活かし、実践していく必要がある。

（2）医療と介護の連携 - 緩和ケアの提供

望みを支えるだけでなく、死を見据えた苦痛を緩和する医療と日々のケアの提供も重要である。認知症の人の場合、苦痛を言葉で訴えることが困難になる。BPSDは苦痛のサインと考えても良い。そのため、苦痛を軽減する身体管理が必要となる。花子さんの場合、往診医や薬剤師との連携、日常生活を安楽に過ごせるための訪問介護や看護との連携に関するケアの統合が重要となる。そして、忘れがちであるが、緊急時の搬送先である。予期せぬ緊急時に対する対応方法、搬送先に関しても決めておくことが大事である。今後、花子さんに現れる症状についても、地域の人々、ヘルパーにも事前に伝え、その時の対応を指導しておくことが重要である。その人たちの不安の軽減も含めた、医療と介護、緩和ケアの提供に関するケアの統合を考えていく必要がある。

（3）地域連携 - 資源の活用

地域により社会資源の活用も異なる。また、インフォーマルな人材も活用しながら、地域の中で連携をとっていくことが看取りには必要となる。地域包括支援センターやケアマネからの情報を得て、上記にも述べた医療と介護の連携に反映させることが大切になる。

（4）家族とケア・家族もケア

看取った後、家族に後悔が残らないように注意する必要がある。家族はチームメンバーの一員でもある。しかし、家族はケアの対象であることを私達は決して忘れてはいけない。家族の価値観は千差万別である。だからこそ、ケアする側の思い込みや「〇〇あらねばならない」等の私達の価値観で対応することは十分注意した方がよい。家族の個性に配慮し、家族にわかる言葉で丁寧にコミュニケーションをとる。そして、家族の心の準備のためには、早期から家族に説明するようにする。家族へのケアも多職種で関わるからこそ、隙間を埋めることにつながるのである。

（5）グリーフケア - 家族・スタッフ

甥のグリーフケアも必要であるが、私達ケアスタッフへのグリーフケアも重要である。人は必ず亡くなる。しかし、私達はどこかで「死は怖いもの」と思いがちである。しかし、多死社会を迎えている中、今後、地域での看取りは増加するであろう。

看取りの体験は、私達ケアスタッフを成長させる機会にもなる。多職種の役割を認識する機会ともなり、次への看取りケアへのきっかけにもなる。花子さんの場合も、多職種協働連携が実現できたからこそ、自宅での看取りが行えた。しかし、忘れてはいけないのは、ケアを提供した側も喪失体験をしていることである。亡くなれば寂しいと感じ、ケアを提供した側にも心残りがあるかもしれない。だからこそ看取った後、関わった多職種メンバー、そして、可能ならば家族も交えケアを振り返り、語る場があることが望まれる。

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

死は敗北ではない。自然の摂理である。そして、看取りの場もその人にとっての最良・最善をチームで考えていくことが必要である。また、本人が望む通りにならないこともある。また、本人が望んだことが最良でないこともある。「家」であっても、「施設」であっても、「病院」であっても、その人にとっての最善を尽くし、有終の美を飾る終焉の時を創り出していく必要がある。そのためには、まず私達が死を語ることをする必要があると思う。

執筆者が選んだキーワード

執筆者が選んだキーワード

<あ 行>

あいさつ	94
アウトリーチ	100,101,103
悪性症候群	57
アセスメント	107,108
アドヒアランス	21
アルツハイマー型認知症	57
アルツハイマー型認知症に脳血管性の	
要因が加わったもの	70
安否確認	101
怒りやパニック	30
生きがい	95
意識障害	143
意思決定	76,125,126,127,149
意思決定支援	124,130
医師の指示型	21
一緒に行動すること	65
一般病院	75,78,125
一般福祉施策	129
移動サービス	95
意欲低下	35
医療材料	140
胃ろう	147
陰性症状	18
インテーク	14,88
インフォーマルサポート	15
インフォーマルな生活支援の情報	95
う蝕	32
エピソード	26,82,83,114,138
嚥下体操	60
嚥下能力	22,56,140
往診サービス	103
お薬手帳	22,23,140

<か 行>

介護	
介護支援計画	22,56
介護備品	140,141
介護負担	62,88,90,
介護方法	37
介護予防事業	31,33
介護老人保健施設(老健)	85
介入ポイント	88,100
回復期	77,83
回復期リハビリテーション病棟	79,80
外部熱源	143
抱え込み	148
かかりつけの医師	
かかりつけ医	16,19,20,30,42,88,103,104,129
かかりつけ歯科医	31,33

顎関節の脱臼	145
隠れた患者	148
家事援助サービス	30
可視化	35
家族	75,76,77,78
家族会	15,65,66,90
介護者の会	65
家族介護	89
家族介護者	88,90
家族支援	27,92
家族全体を支援	137
家族の心理状況	92
家族の生活	83,84
家族の精神的な負担軽減	55
家族への精神的なサポート	54
合併症	75
ガラタミン臭化水素塩	57
簡易懸濁法	22,140
環境	34,35,75,76,77,126
安心できる環境	134
環境整備	32
環境の大きな変化	54
関係構築	15,16,90,100,101,102,130
関係性	30,94
癌性疼痛	140,141
がん疼痛	141
鑑別診断	19,20
緩和	
症状緩和	125,126
緩和ケア	144,146,149
キーパーソン	79
記憶	34,35
起居動作	62
義歯管理	32,61
基本チェックリスト	15,31
虐待	92
虐待のリスク	148
急性期	76
急性期病院	79
経皮吸収型薬剤	140
興味・関心	34
居宅療養管理指導	21,22,25,56,57,111
緊急性	14,101
近隣住民	101,102
具体的な情報	93
区分支給限度額	22,57
暮らしの延長	138
グリーフケア	145,150
ケアカンファレンス	61
ケアシステム構築	88,89

執筆者が選んだキーワード

ケアマネジメント.....	16,90,128	作業工程.....	35
ケアマネジャー.....	80,104	作業療法士.....	34
介護支援専門員提案型.....	21	残薬回収.....	140
ケアラー.....	148	歯科疾患.....	31,32,61,144
ケアレスミス.....	140	歯科治療.....	31,32,144,145
傾聴.....	65	視空間認知障害.....	59
契約行為.....	129	自己決定支援.....	130
契約書.....	56	歯周病.....	32
幻視.....	59,60	自信喪失.....	27
権利擁護.....	148	姿勢反射障害.....	59
権利擁護センター.....	90,102	事前指示.....	129
口腔乾燥.....	144,145	指導的な示唆.....	148
口腔機能.....	31,32,33,59,60,145	社会	
口腔機能維持管理加算.....	61	社会参加の機会.....	30
口腔機能維持体制加算.....	61	社会資源.....	14,30,88,101,129,130
口腔機能向上加算.....	61	社会性の維持.....	30
口腔機能向上事業.....	33	社会とつながる、人とつながる機会.....	54
口腔機能自己チェックシート.....	31	社会との接点.....	30
口腔機能評価.....	33,144	社会福祉協議会.....	90,128
専門的口腔衛生処置.....	59,144,145	柔軟なサポート.....	115
口腔粘膜炎.....	144	終末期.....	125,126,147
口腔のケア.....	31,32,33,59,60,61,144,145,146	重要事項説明書.....	56
高次脳機能.....	70	受診支援.....	89,129
行動・心理症状(BPSD)		首長同意.....	103
.....	29,30,42,79,94,105,106,107	首長申し立て.....	102
BPSDの予防・緩和.....	93	術後性肺炎.....	72
高齢.....	131,133	趣味.....	34,35
高齢者虐待.....	88,90	小規模多機能型居宅介護.....	45,115
高齢者虐待防止法.....	90	少子高齢社会.....	100
高齢者精神医療相談班.....	104	消毒薬.....	140,141
誤嚥性肺炎.....	32,59	情報提供.....	37
コーディネーション.....	30	初期集中支援.....	14
呼吸抑制.....	143	初期対応.....	19,20
告知・未告知.....	27,125	食事	
孤独感.....	26,27,113	食環境調整.....	59
粉碎法.....	140	食事介助方法.....	59
コミュニケーション.....	75,76,77,106	食事環境.....	59,60
コミュニケーションを拒否.....	115	食事形態.....	59,60,61,144,145
<さ 行>		食事摂取.....	145
罪悪感を抱く.....	29	褥瘡.....	72
在院日数.....	79	自律神経症状.....	62
財産管理.....	90,102	身上監護.....	102
最善.....	76,126	心身機能.....	62
在宅歯科医療.....	145	人生の最終段階のケア.....	144,145,146
在宅療養.....	103	人生や生活を大事に.....	148
在宅療養移行支援.....	88,89,128	身体拘束.....	134
在宅療養空間.....	131	身体症状.....	62
在宅療養支援歯科診療所.....	145,146	身体的虐待.....	88
在宅療養支援診療所.....	101,129,131,133	身体的要因.....	105
		身体能力.....	56

執筆者が選んだキーワード

診断推論	131	＜た 行＞	
深部静脈血栓	72	退院支援	78
信頼関係	115	退院支援カンファレンス	80
心理的虐待	88	退院支援計画	88,127
心理的障壁	94	大腿骨頸部骨折	79
心理的ストレス	94	体調チェックフローチャート	22
心理的要因	105	代弁	115,134
遂行機能	34	代理判断	112,138
ステージアプローチ	31	多職種	126
生活		多職種協働	132
生活課題	115	多職種協働研修	129
生活機能	77,78	多職種提案型	21
生活機能障害	75,77,125,126	楽しみ	35
生活史	90	食べる機能	59
生活支援チーム	30	短期入所介護(ショートステイ)	54
生活全般	116	地域	75,78,103,104
生活の場	53	地域ケア会議	102,111
成功体験	35	地域社会	16,88,89,126,128
精神症状	37	地域住民	14,89,100,130
精神・心理的弱者(フレイル)	18	地域住民との連携	116
精神病圏	103	地域づくり	102
精神保健福祉法	103	地域包括ケア	88
成年後見制度	14,90,102,129	地域包括支援センター	14,15,16,19,20,88,89,90,100,101 102,104,108,125,128,129,130
成年後見支援センター	90,102	地域密着型サービス	115,135
摂食嚥下機能	33,144	地域連携推進	19
摂食嚥下機能の再評価	144	地域連携モデル	44
摂食・嚥下障害	144	チーム	80
摂食困難	72	注意機能	34,35
説得	29,94	超高齢多死社会	149
セルフヘルプグループ	15,90	町内会	95
センター方式	91	治療方針	76,78,125,126
せん妄	71,72,74,75,76,77,78,125,126,131,132	通所介護(デイサービス)	54
術後せん妄	71	通所リハビリ(デイケア)	86
夜間せん妄	71	通所リハビリテーション	85
せん妄と認知症の簡単な鑑別方法	71	つながりが途切れて	115
専門医療機関	19	強み	34,36
専門医療相談	19,20	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	135
早期対応	88,89,90,100,129	デマンド	135
総合機能評価	72	転倒予防	62,63,64
総合機能評価簡便法(CGA7)	72,73	電話かけ	29
CGA7(7項目)に異常があったときに		動作分析	34
追加する検査項目	73	動線	35
総合相談支援窓口	88	閉じこもり状況	15
相互作用	21,22,101,140	独居	125,126
喪失感情	95	独居認知症高齢者	107
ソーシャルサポート	29	ドネペジル塩酸塩	57
ソーシャルワーカー	101,107,108	とろみ調整剤	60
ソーシャルワーク	107		
速崩壊性薬剤	140		
育てられ方	94		

執筆者が選んだキーワード

＜な 行＞		フィードバック	95
内発的	36	不穏	71,75,77
長年の歴史や価値観	148	不穏な状態	94
馴染みの関係	91	服薬カレンダー	21
24時間	135	服薬拒否	140
ニーズ	115,135	不信感や猜疑心	148
日常生活自立支援事業	129	振戦	59
日常的な声かけ	94	物理的環境要因	105,106
入退院時の連携	92	ふれあい・いきいきサロン	128
人間関係、信頼関係の構築	91	不顕性誤嚥	59
認知機能	75,76,78,125,126	併用禁忌	22
認知症カフェ(オレンジカフェ)	30	包括的訪問看護指示書	25
認知症サポーター	117	訪問介護(ホームヘルプ)	53
認知症サポーター養成講座	102	訪問看護	50,101,102
認知症サポーターキャラバン	117	訪問看護師	24,25,50,52,110,122,123,124
認知症疾患医療センター	19,20,42,101,103,104,107,108	訪問看護指示書	111
認知症初期集中支援チーム	20	訪問看護ステーション	111,122
認知症初期段階	35	訪問診療	90,101,102,128,131,132,144
認知症専門医	42	訪問薬剤管理指導	21
認知症専門医紹介加算	42	歩行障害	62
認知症専門医療相談室	19	保湿剤	145
認知症専門診断管理料	42	本人から直接聞く	134
認知症早期発見・早期診断推進事業	107	本人の「～したい」という思い	134
認知症アウトリーチチーム	20,107	本人の希望	47,137
認知症コーディネーター	107	本人の自信につながるような支援	54
認知症相談	17,18	本人の立場にたって	138
認知症短期集中リハビリテーション	85		
認知症治療薬	57	＜ま 行＞	
認知症の人の暮らしぶり	53	まだらな状態	29
認知症の本人の自覚	91	慢性疼痛治療剤	141
認知症療養計画書	42	満足度	37
認知症療養指導料	42	味覚障害	144
脳血管性障害を原因とする認知症	70	見通し	37
		看取り	128,129,130,150
		在宅での看取り	147
＜は 行＞		自宅で看取る	134
パーキンソン病	42,65	看取りケア	122,149
パーソンセンタードケア	53,134,135	見守り	29,65,94
廃用症候群	62,63,75,77	民生委員	16,30,88,95,101
8020運動	32	メマンチン塩酸塩	57
パッチ(貼り薬)	141,142	妄想(被害妄想)	106
張り合い	90	もの盗られ妄想	92
ピアサポート	65	問題点	34,35,36
被害的	148		
ビスホスフォネート剤	146	＜や 行＞	
人となり	34	薬学的管理指導計画	22,23
一人暮らし	15,16,100,101,102,128,129	薬剤過敏性	44
ひとりの人間として尊重	148	薬物過敏性	57
ひとときシート	92	薬剤とケアの最適化	131
不安	75,76,77,126	薬局提案型	21

執筆者が選んだキーワード

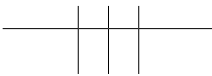
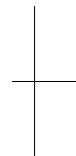
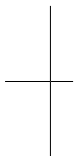
遺言書	129
ユニバーサルデザインフード	60
揺れる気持ち	29,65
要介護認定	15,16,89,102,128
陽性症状	18
よき理解者	148
予防的アプローチ	128
予防的対応	109

<ら 行>

落胆や喪失感	29
理解力	56,140
理学療法士	62
リバスチグミン	57
リハビリ	77,78,79,80
リハビリ専門職	62,64
良好な信頼関係	148
療養費用	80
臨機応変	116
レビー小体型認知症	42,44,57
レム睡眠行動障害	44
老人会	95

<欧 文>

ADL	79,80
Behave-AD	17
DATスキャン	44
IADL	35
ICU症候群	71
MIBG心筋シンチグラム	44
PDCA	131



登録番号（３０）５０

東京都認知症多職種協働研修テキスト

平成２６年１１月 発行
平成２７年 ５月 第２版
平成２８年 ５月 第３版
平成２９年 ６月 第４版
平成３０年 ６月 第５版

編集 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

編集・発行 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課
東京都新宿区西新宿二丁目８番１号

TEL ０３（５３２０）４３０４

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
東京都板橋区栄町３５－２

TEL ０３（３９６４）１１４１（代表）

印刷 有限会社日本メディア・アート

古紙パルプ配合率 70%再生紙を使用しています。
石油系用材を含まないインキを使用しています。

