



平成25年度

老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムにおける認知症
総合アセスメントの開発・普及と
早期支援機能の実態に関する調査研究事業

認知症の総合 アセスメント

テキストブック 改訂版

2013

目次

序	21世紀前半のわが国の高齢化について.....	7
I	これからの認知症施策と地域包括ケアシステム.....	13
1	はじめに.....	13
2	社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策.....	14
(1)	わが国の認知症患者数とその居住場所について.....	14
(2)	英国における認知症ケア政策の動向.....	17
3	認知症ケアを中核とした地域包括ケアシステム構築への取り組みと課題.....	19
4	自治体におけるこれからの認知症ケア推進方策.....	21
5	おわりに.....	22
II	認知症総合アセスメントの重要性.....	25
1	認知症アセスメントの考え方.....	25
2	認知症に関する基礎知識.....	27
(1)	はじめに.....	27
(2)	認知機能障害.....	28
(3)	生活機能障害.....	29
(4)	精神症状・行動障害.....	32
(5)	身体合併症.....	33
(6)	社会的問題.....	34
(7)	認知症の経過と重症度.....	35
III	認知症の人に見られる認知機能障害.....	36
1	はじめに.....	36
2	記憶の障害.....	36
3	見当識の障害.....	38
4	問題解決能力と判断力の障害.....	39
IV	認知症の人に見られる生活機能障害.....	41
1	家庭外の生活を自立して行うための生活機能.....	41
2	家庭内の生活を自立して行うための生活機能.....	42
3	身の回りのことを自立して行うための生活機能.....	42

V	認知症の人に見られる行動心理症状と初期支援	44
1	はじめに	44
2	BPSD の歴史	44
3	BPSD の定義	44
4	BPSD の疫学	45
5	BPSD の影響	46
6	BPSD の成因	46
7	BPSD への対応に関する基本的な考え方	47
8	BPSD の類型と支援のあり方	47
	(1) 妄想	47
	(2) 幻覚	47
	(3) 誤認	48
	(4) 抑うつ状態	48
	(5) アパシー（無気力, 自発性低下）	48
	(6) 不安	49
	(7) 睡眠障害	49
	(8) 徘徊	49
	(9) 焦燥	49
	(10) 破局反応	50
	(11) 脱抑制	50
	(12) 拒絶	50
VI	せん妄について	52
1	概念と疫学	52
2	診断	52
	(1) 必須症状	52
	(2) 随伴症状	53
	(3) 原因検索	53
VII	認知症の人に見られる身体疾患・身体機能障害と初期支援	55
1	はじめに	55
2	認知症の人に見られる病態	55
	(1) 運動症状	55
	(2) 廃用症候群	56
	(3) 老年症候群	56
	(4) その他	57

3	認知症の人に見られる身体疾患	57
	(1) 内科疾患	57
	(2) 外科・脳神経外科疾患	58
	(3) 整形外科疾患	58
	(4) 皮膚科疾患	58
	(5) 耳鼻科疾患	58
	(6) 薬物の影響	59
4	初期集中支援チームにおける身体機能のチェックポイント	59
5	おわりに	62
VIII	認知症の人に見られる社会的困難状況と初期支援	63
1	はじめに	63
2	事例	63
	(1) 事例 1	63
	(2) 事例 2	65
	(3) 事例 3	68
3	おわりに	70
IX	地域包括支援センターの地域基盤構築と初期支援の実際	72
1	はじめに	72
2	地域包括ケアの目的と地域包括支援センター	72
3	緊急性のレベル判断と初期相談の重要性	73
4	認知症ケアを支える地域包括支援ネットワーク	74
5	家族介護力がない世帯への対応	75
6	単身で身寄りがない世帯への支援	75
7	受診拒否, サービス利用拒否等の介入困難事例への初期対応	76
8	ケアマネジメント支援における地域連携の基盤整備	77
9	認知症の行動・心理症状(BPSD)悪化時のケアチーム間の連携と対応	77
10	認知症の地域包括ケアにおける多職種連携の取り組み	78
11	地域包括支援センターにおける個別支援と地域づくりの相互作用	78
12	おわりに	79
X	認知症医療支援診療所(仮称)におけるアセスメントと家族介護者への初期支援	81
1	はじめに	81
2	診療	82
	(1) 診療の概略	82

(2) 外来診療での本人・家族支援	82
(3) 診断後の本人・家族支援.....	83
(4) 早期診断後の治療の空白期間をつくらないための取り組み.....	85
3 若年・軽度認知症専門デイサービス「もの忘れカフェ」	89
(1) 認知症専用デイサービスの変遷.....	89
(2) 認知症専用デイサービスの現在.....	90
(3) 軽度・若年認知症専用 DS「もの忘れカフェ」について	90
(4) 「もの忘れカフェ」の活動の一例.....	92
4 相談活動	92
(1) 電話、面接相談	92
(2) 介護事業所への現地相談.....	93
5 多職種協働・地域連携.....	94
(1) 滋賀／地域版認知症ケア・ネットワークを考える会について.....	94
(2) 地域版認知症ケア・ネットワークを考える会.....	95
(3) 認知症の医療と福祉連携 IN 守山野洲.....	95
(4) 若年認知症地域ケアモデルについて	97
6 通院初期からの家族支援について	97
(1) 軽度認知症の人の初期家族支援.....	98
(2) 進行期の認知症の人の家族への初期家族支援.....	98
(3) 家族への初期支援について	101
7 おわりに	102
XI 認知症アウトリーチチームにおけるアセスメントと支援の実際—板橋区	105
1 はじめに	105
2 対象地域の特徴について.....	105
(1) 板橋区について	105
(2) 東京都健康長寿医療センター	106
3 アウトリーチ事業の実際.....	107
4 実績.....	112
5 事例.....	113
(1) 早急に受診に繋がった事例.....	113
(2) 早期の受診よりもケアの改善を優先する方針に変わった事例	116
6 おわりに.....	118
資料－1 認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳①.....	120
資料－2 認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳②.....	122
資料－3 認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳③.....	124

XII	初期集中支援チームのアセスメントと支援の実際 ～世田谷区.....	126
1	はじめに	126
2	平成 24 年度研究事業.....	127
3	平成 25 年度 国のモデル事業として	128
4	モデル事業を行って	129
XIII	地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート DASC について	134
1	はじめに	134
2	DASC-21 とは.....	134
3	DASC-21 を用いる場合の留意点について.....	135
	(1) 全般的な留意点	135
	(2) DASC-21 の各質問項目の留意点	136
4	DASC-21 の評価方法.....	144
	(1) 合計点をもちいて認知症の可能性を評価する場合	144
	(2) 認知機能障害と生活機能障害の確認から認知症の可能性を評価する場合	144

序 21世紀前半のわが国の高齢化について

東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

21世紀の半ば過ぎに、わが国の高齢化率は40%に達し、認知症を生きる高齢者の数は600万人を超過する。

図1は、国立社会保障・人口問題研究所が公表しているわが国の高齢者人口と高齢化率の将来推計である¹⁾。2012年現在、わが国の高齢者数は約3,000万人(高齢化率24%)であるが、2025年には3,657万人(30%)、2042年にはピークに達して3,878万人(37%)となるものと予測されている。その後高齢者数は減少しはじめるものの、少子化の影響もあって、高齢化率は伸び続け、2060年には高齢化率が約40%になるものと推計されている。

このようなわが国の高齢化の進展は、75歳以上の後期高齢者において特に際立っている。図2は、水色が前期高齢者数、濃い青が後期高齢者数を示し、オレンジが前期高齢者の割合、赤が後期高齢者の割合を示したものであるが、今後増加するのは後期高齢者の数であり、その割合も、2017年を境に後期高齢者の割合が前期高齢者のそれを超え、その後も右肩あがりに増加しつづけ、2025年には後期高齢化率が20%、2051年には25%に達する。つまり4人に1人が後期高齢者の時代になるわけである。

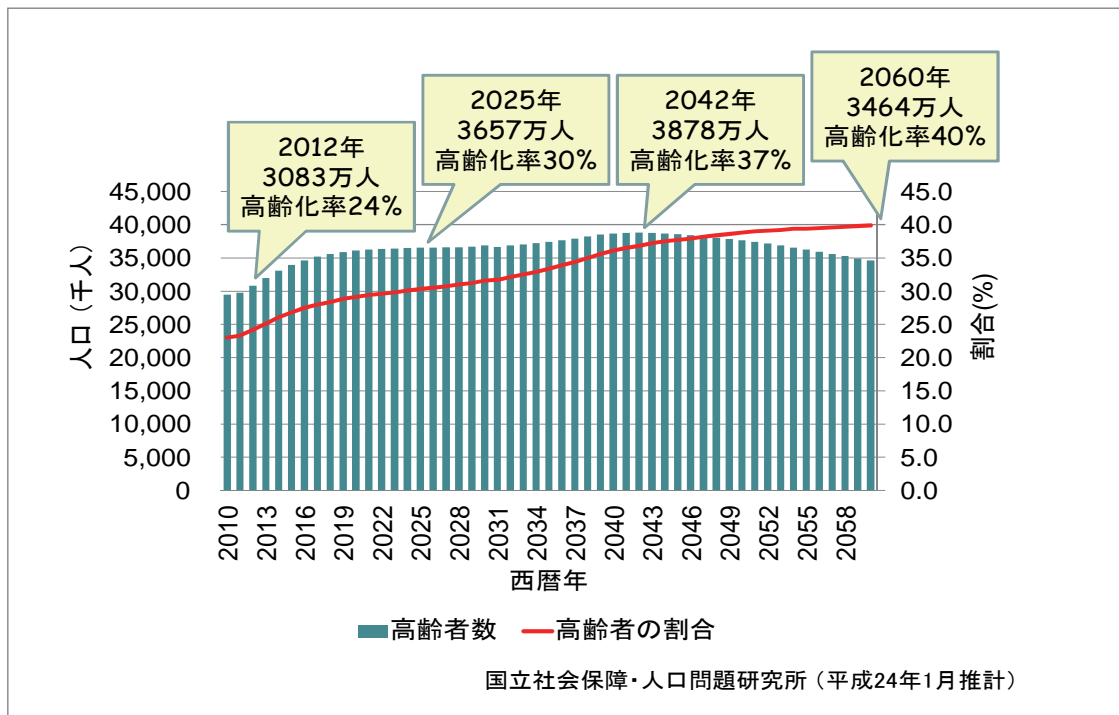


図1. わが国の高齢者人口・高齢化率の将来推計

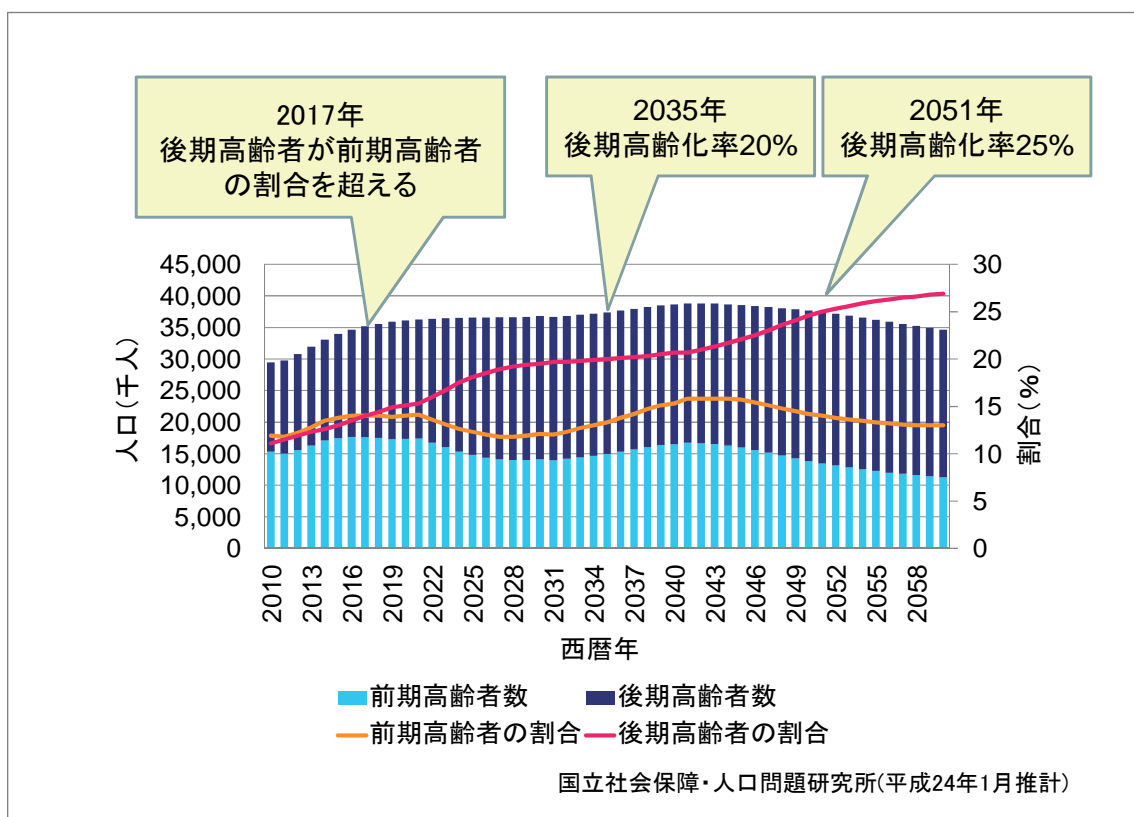


図2. 前期高齢者と後期高齢者の数と割合の推移

このような後期高齢者の急速な増加は、認知症高齢者の増加と深く結びついている。表1は、平成22年1年間の介護保険要介護認定データにおける「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者の性別・年齢階級別人数を、平成22年の性別・年齢階級別人口で割って算出した、認知症高齢者の性別・年齢階級別有病率である(表2)。これを見ると、65歳～90歳までは、年齢が5歳高まると認知症高齢者の有病率はおおよそ2倍に増えることがわかる。このように認知症の有病率は年齢とともに指数関数的に増加するという特徴があるので、後期高齢者人口の増加は認知症高齢者数の増加に大きな影響を及ぼす。

実際に、この数値をわが国の性別・年齢階級別人口の将来推計値¹⁾にかけ合わせて、認知症高齢者数の将来推計値を計算してみると、わが国の認知症高齢者の数は、2010年の段階で281万人であったのが、2015年で341万人(10.1%)、2025年で471万人(12.9%)、2035年で569万人(15.2%)であり、この間の増加率は約2倍となる(表2)³⁾。また、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の都道府県別将来推計人口」(平成19年5月推計)⁴⁾の数値を利用して都道府県別の認知症高齢者の数と増加率を計算してみると、2035年の段階で認知症高齢者が最も多いのは東京都、最も少ないのは鳥取県(図3)、2005年～2035年間の認知症高齢者の増加率が最も高いのは埼玉県(3.1倍)、最も低いのは島根県(1.5倍)となることが予測されている(図4)³⁾。

表 1. 65 歳以上高齢者の性別・年齢階級別認知症有病率

	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85～89 歳	90～94 歳	95 歳以上
男性	1.35%	2.87%	6.09%	12.07%	22.25%	36.77%	53.89%
女性	1.01%	2.59%	6.97%	16.64%	33.32%	52.19%	73.00%

平成 22 年 1 年間の介護保険要介護認定データにおける「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者の性別・年齢階級別数を、平成 22 年 10 月 1 日現在の性別・年齢階級別人口（総務省統計局「国勢調査報告」）で割って算出。

表 2. わが国の認知症高齢者数の将来推計

	65 歳以上高齢者人口		認知症高齢者数			認知症有病率 (%)
	男	女	男	女	合計	
2010 年	1257 万人	1692 万人	80 万人	200 万人	281 万人	9.5
2015 年	1464 万人	1924 万人	99 万人	241 万人	341 万人	10.1
2020 年	1559 万人	2053 万人	120 万人	291 万人	411 万人	11.4
2025 年	1571 万人	2086 万人	138 万人	333 万人	471 万人	12.9
2030 年	1576 万人	2107 万人	153 万人	371 万人	525 万人	14.2
2035 年	1602 万人	2138 万人	164 万人	404 万人	569 万人	15.2
2040 年	1668 万人	2200 万人	171 万人	423 万人	594 万人	15.3
2045 年	1671 万人	2186 万人	173 万人	425 万人	598 万人	15.5
2050 年	1636 万人	2131 万人	175 万人	421 万人	596 万人	15.8
2055 年	1574 万人	2052 万人	181 万人	430 万人	611 万人	16.9
2060 年	1500 万人	1964 万人	187 万人	446 万人	634 万人	18.3

認知症高齢者数は、上記の表 1 の数値を、国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）性別・年齢階級別人口の将来推計（平成 24 年 1 月推計）に掛け合わせて算出。

つまり、21 世紀の前半に、わが国の認知症高齢者の数はおおよそ 2 倍となり、その勢いは大都市およびその周辺地域で特に著しいということがわかる。限られた社会資源、限られた時間、限られた空間の中で、認知症になっても安心して暮らせる地域社会を創り出していくためにはどうすればよいか。これからは国家としてだけではなく、私たちが暮らす地域のこととして、家族のこととして、そして自分自身のこととして真剣に考えていかなければならない。そのためには、一人ひとりが認知症についての正しい知識をもち、理解を深めていく必要がある。そして、さまざまな機会に、さまざまな場で、さまざまな人たちと認知症について語り合えるようにしていくことが大切である。

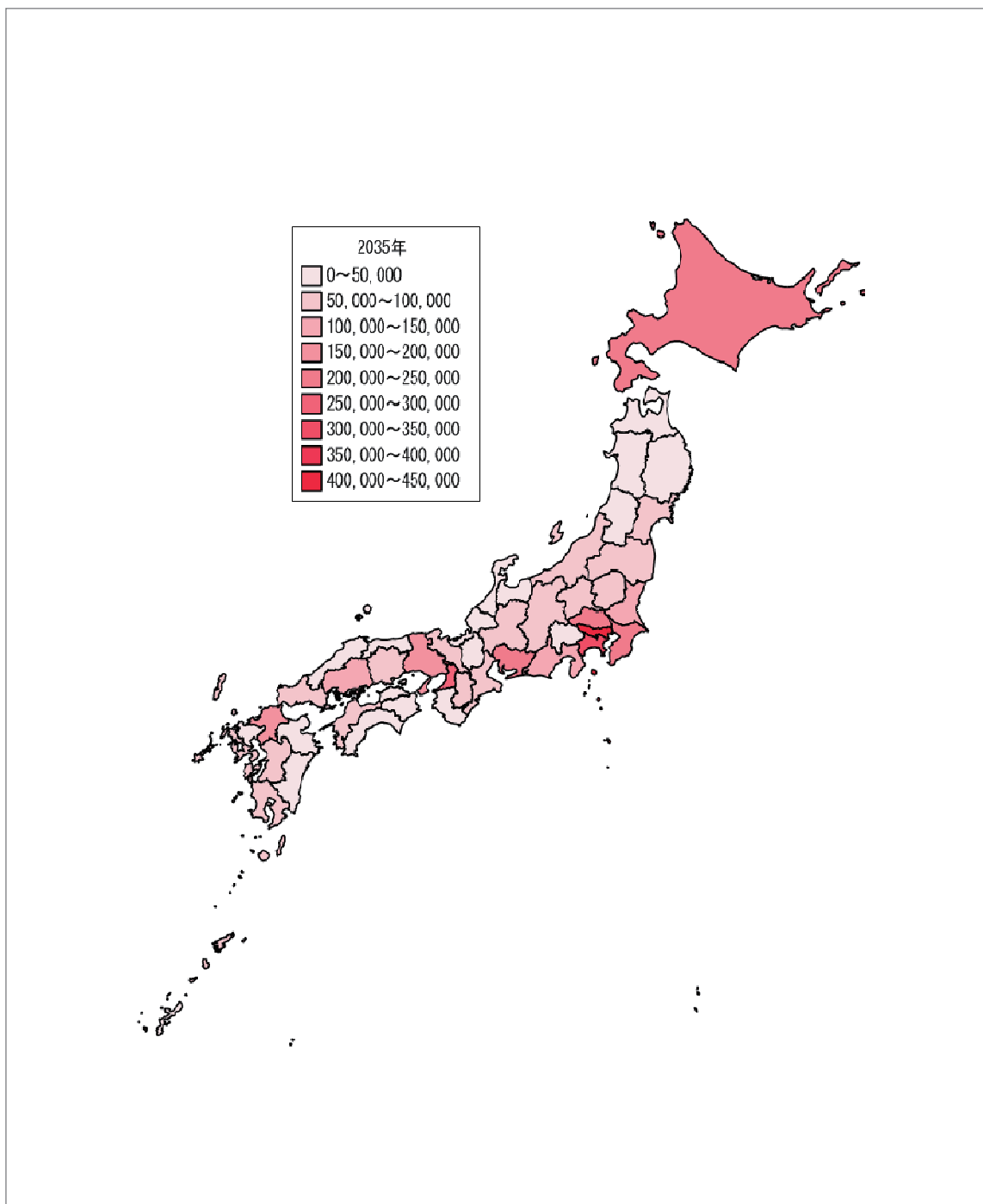


図 3. 2035 年におけるわが国の都道府県別認知症高齢者数

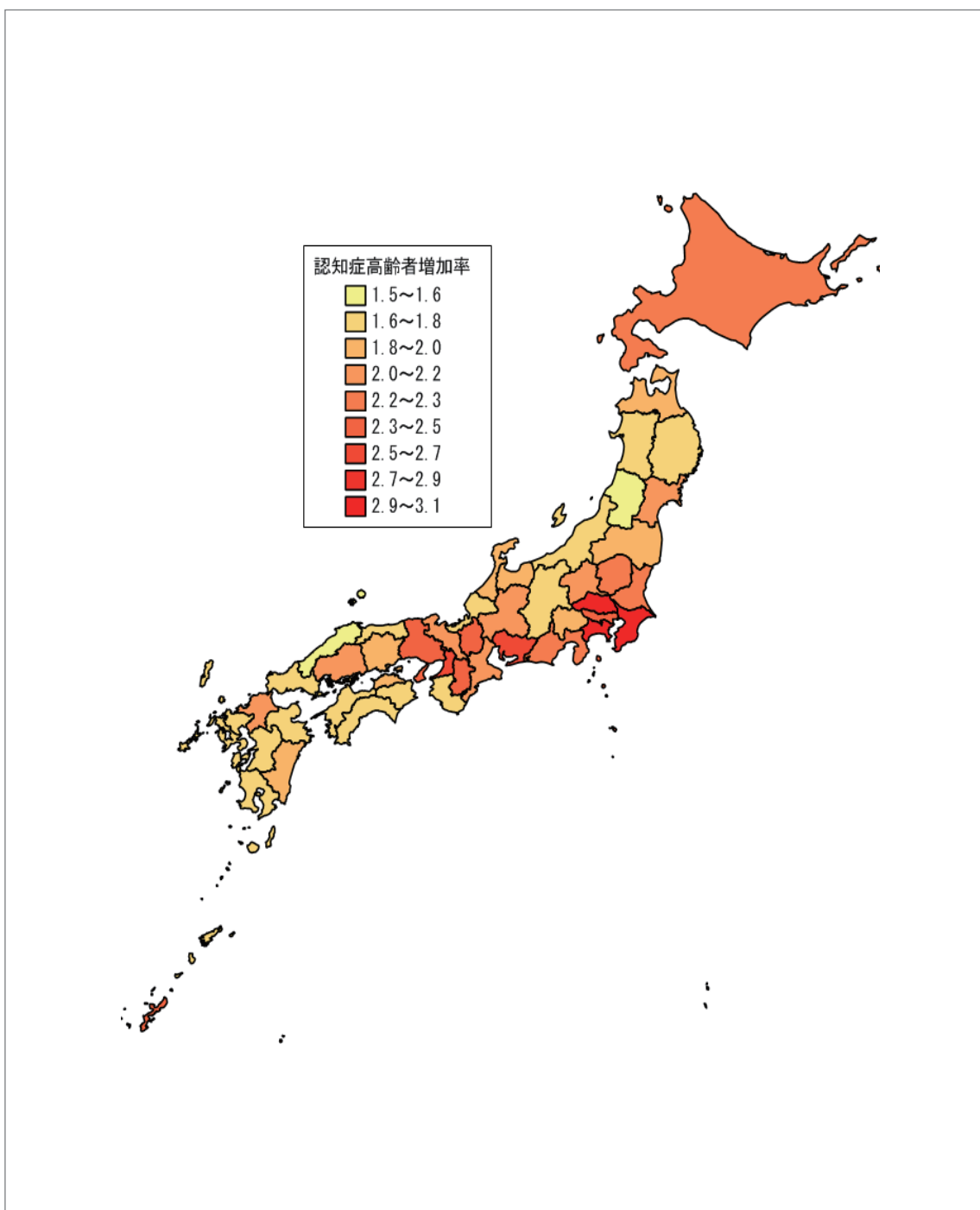


図4. 2005年～2035年におけるわが国の都道府県別認知症高齢者数の増加率

本書は、保健・医療・福祉・介護の専門職の人も、そうではない人も、認知症のことを共に考えていくことができるように、認知症の全体像を捉える方法をなるべく平易に解説する。

参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口：平成 18 年 12 月推計．厚生統計協会，2007，東京
- 2) 大塚俊男：日本における痴呆性老人数の将来推計．平成 9 年 1 月の「日本の将来推計人口」をもとに．日精協誌 20：65-69, 2001
- 3) 栗田主一，赤羽隆樹，印部亮介，他：認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究．平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究（主任研究者黒澤尚）総括・分担報告書．135-156，2008
- 4) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の都道府県別将来推計人口：平成 19 年 5 月推計．厚生統計協会，2007，東京

I これからの認知症施策と地域包括ケアシステム

国立保健医療科学院 筒井孝子

1 はじめに

地域包括ケアシステムは、2015年から、その構築の必要性が説かれ、2005年の介護保険制度改正により、このシステム構築を目指した政策的な取り組みがなされてきた。しかし、このシステムのコンセプトの抽象性が高いことや政策担当者と介護保険制度における現場との施策の見通しの乖離が大きいことが原因となり、一部の自治体を除くと、ほとんどの自治体で地域包括ケアシステム構築はすすまなかった¹⁾。

このため厚生労働省老健局の局長の私的研究会である「地域包括ケア研究会」が2008年、2009年、2012年、2013年の4カ年にわたって組織され、従来のコンセプトで国民からの理解を得ることができなかった介護予防ではなく、医療と介護の連携を重視する *integrated care* の理念を中核とした、わが国に相応しい地域包括ケアシステムの在り方が検討されることとなった^{注1)}。

政府は2012年を地域包括ケア元年と名付け、この年は介護・診療報酬同時改定年であったことから、地域包括ケアシステムの構築に資する診療報酬や介護報酬上で地域包括ケアシステムを構築がすすめられるような報酬にインセンティブを与えるという方策をとった。

また、介護保険制度においても地域包括ケアシステムを現実的に推進するために、24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスを新たに地域密着型サービスとして創設し、報酬において積極的なインセンティブを与えた。この他にも医療保険制度においては、急性期医療から慢性期医療までの連携強化、在宅医療を整備する拠点整備などが図られた。

このように、わが国の社会保障制度において地域包括ケアシステムは、これから中核的なシステムとなると考えられるが、このシステムは諸外国で進められている *community care* や *integrated care*^{2),4)}あるいは *community-based care*⁵⁾, *all-inclusive care*⁶⁾と称される取り組みと同じ文脈にある。

一方、2012年9月5日に「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」⁷⁾が海外の先進国で示されている認知症対策のための戦略例に倣って、わが国においても制定され、認知症者に対する早期診断、初期集中支援などの対応を行うべく支援体制の強化のための行動計画が示され、その整備が現在、急ピッチで進められている。

注1) 地域包括ケア研究会の報告書については、厚生労働省の地域包括ケアシステムのHP (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) に「地域包括ケアシステムに関する主な報告書」として掲載されている。

本章では、わが国において、この認知症施策の推進がなされることが **integrated care** 理念の中核としての医療と介護の連携をすすめ、地域で認知症高齢者が安心して生活できる環境をつくることとつながり、まさに政府がすすめようとしている **community** を **based** (基盤とした) **care** へと発展できる可能性が高いことを述べていく。

換言するならば、認知症認知症の高齢者の地域生活を継続できることが国のテーゼ (**These**) であるとすれば、これは **integrated care** における規範的統合^{注2)}を図ることと同義であり、実体としての地域包括ケアシステムの構築がなされることを示すことになる。

2 社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策

(1) わが国の認知症患者数とその居住場所について

全国の 65 歳以上の高齢者における認知症有病率推定値 15%とすると認知症有病者数約 439 万人と推計されている (平成 22 年)。また全国の MCI (正常でもない、認知症でもない (正常と認知症の間) 状態の者) の有病率推定値は 13%で MCI 有病者数は約 380 万人と推計 (平成 22 年) されている⁸⁾。

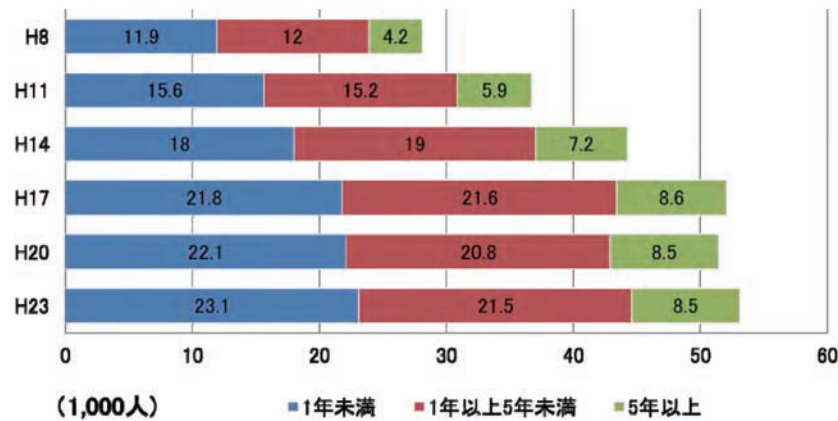
このうち介護保険制度を利用している認知症高齢者は約 280 万人 (平成 22 年) である。すなわち、高齢者人口の約 1 割が認知症と推定され、要介護認定者の約 6 割が認知症高齢者といわれ、認知症高齢者数は、2010 年で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数として、公表されていた人数としては 280 万人であった。

2012 年の時点のデータによると日本の認知症高齢患者は 305 万人で、この患者らの居場所は在宅 149 万人、介護施設 89 万人、居住系施設 (特定施設入所者生活介護・認知症対応型共同生活介護) 28 万人、医療機関 38 万人となっている。ただし、このデータには、医療機関の内訳 (一般病院、精神科病院等) の認知症患者数は反映されておらず、精神科病院に入院している認知症高齢患者は、かなりの数にのぼると考えられている。

また、2017 年の推計値では、認知症高齢患者の総数は、373 万人となるが、在宅に 186 万人、介護施設に 105 万人、居住系施設 (特定施設入所者生活介護・認知症対応型共同生活介護) 44 万人、医療機関に 38 万人と示されており、認知症高齢患者の半数以上が在宅で過ごしているという推計値が示されている。

今日的なわが国の問題としては、認知症患者の精神病院への入院の増加と、そこでの滞留という問題がある。平成 23 年には、以下の図 1-1 に示したように 5 万人を超える認知症疾患患者が精神病院に入院し、うち 5 年以上在院するものが 8.5%を占めていることが報告されている。

注2) 規範的統合(Normative integration)とは、統合のプロセスの要素の一つであり、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通じた臨床的關係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つこととされている。



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料:平成23年患者調査

図 1-1 認知症在院日数別年次推移（精神病院）

出典：第1回認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会（平成25年9月9日）

資料2 精神科病院に係る各種統計データ，P14

しかも、その平均在院日数は、血管性及び詳細不明の認知症が 373.8 日と 1 年を超える状況となり、またアルツハイマー病が 290 日と 1 年近い状況となっている（図 1-2）。

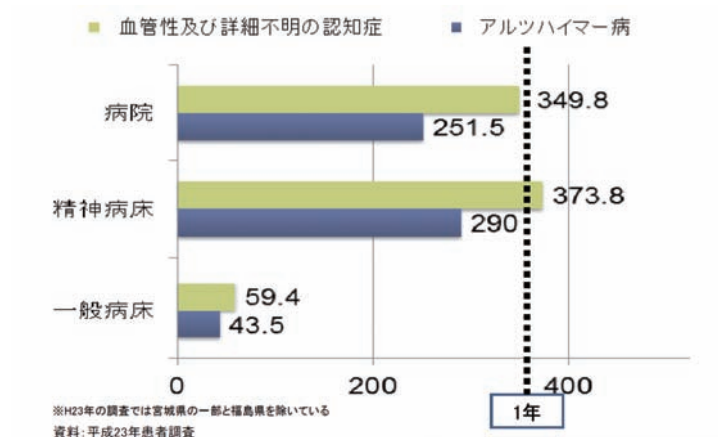


図 1-2 病床種類別の認知症入院患者の平均在院日数

出典：第1回認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会（平成25年9月9日）

資料2 精神科病院に係る各種統計データ，P2

さらに、これらの患者は退院の可能性は低いことやその割合は全入院患者の 39.3%にもあたること示されている。そして、その退院ができない理由は、セルフケア能力の問題が 50.7%と示されている（図 1-3）。もし、本当にセルフケア能力に問題があることが退院できない理由であるならば、認知症の方々の地域生活の継続を可能とするケアシステムが

構築できれば、在宅復帰は可能となるといえよう。この点においても認知症施策の推進がすなわち地域包括ケアシステム構築に資することになるといえる。

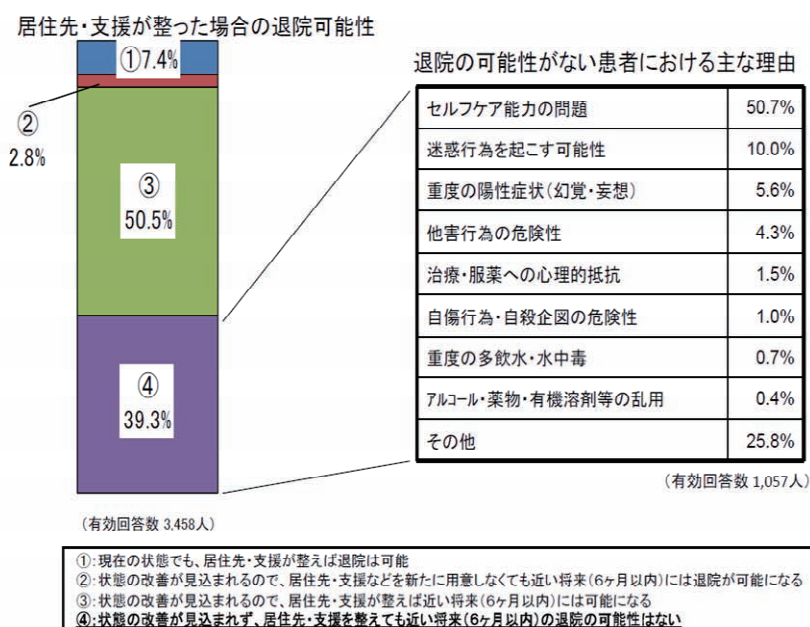


図 1-3 認知症による精神病床入院患者の退院可能性と理由

出典：第 5 回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（平成 22 年 9 月 2 日）

資料 2 精神病床における認知症入院患者の状況について、P39

一方で、平成 24 年 6 月 18 日に、厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームがまとめた「認知症施策の今後の方向性について」という報告書⁹⁾の中において、「『ケアの流れ』を変える」ことが謳われている。ここで示されているようにケアの流れを変えるために重要なことは、従来型の入所施設に入れば施設で、その方の人生も終わりとするのではなく、地域で認知症高齢患者が QOL を保持しながら生活できるようなケアシステムを構築することとされている。

また、エイジングインプレイス^{注3)}の理念からは、高齢になっても、認知症となったとしても在宅で過ごすことが目指されるべきとされていることから、今日の課題はまさに認知症の方々が地域で生活できる仕組みづくりとは、すなわち地域包括ケアシステムを構築することと同義と解釈できる。つまり、わが国で構築しようとしている地域包括ケアシステムとは、MCI（軽度認知機能障害（Mild cognitive impairment））レベルから BPSD（認知症の行動・心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）を発症している重篤なレベルまでの方々が地域で生活することを目指したケアシステムであることを

注3) エイジングインプレイスとは、一般的に「住み慣れた地域で高齢者の生活を支えること」と理解され、高齢者が虚弱化にも関わらず尊厳をもって自宅・地域で暮らすためのケア提供システムの整備が 1990 年代から世界各国で取り込まれてきた。

目指している。具体的に、このシステムが達成せねばならないことは、各地域で認知症ケアパスを作成し、それを普及することであるが、まずは、この認知症ケアパスを地域の特性を踏まえて創ることが自治体の責務としては求められる。

（２）英国における認知症ケア政策の動向

さて、わが国のオレンジプランに影響を与えた英国では、すでに 2009 年に認知症ケア戦略（The National Dementia Care Strategy）¹⁰⁾が制定されていた。現在、英国の経済における認知症の費用は、年間 230 億ポンドであり¹¹⁾、2012 年現在 80 万人である英国の認知症患者は今後 30 年で倍増し 140 万人になると予想されている¹⁰⁾。

これらの人々に認知症患者やその介護者への質の高い支援やケアを提供し続けるためには、国民全体に認知症に関する意識の向上を促し、疾病の重篤化を防ぐための早期の診断や介入がなされる必要があるし、たとえ認知症となったとしても、そのケアの質の向上によって重篤化を防ぐこと等が考えられなければならないことが、示されたのが英国の認知症国家戦略といえる。

また、英国では、認知症国家戦略以前に、The National Health Service Framework for Older People で専門家による治療と生活の質や独立を促進する支援サービスによって認知症患者の精神的健康を改善する必要性が特定された¹²⁾。

また、このための認知症に関するガイダンスである、The National Institute for Clinical Excellence (NICE)の発行がなされ、Social Care Institute for Social Excellence と共に改善のレベルが示され、また認知症患者支援の「integrated care pathway」アプローチの一環として、認知症サービスの必要性が規定された¹³⁾。このガイダンスでは、個人やその介護者に対して多様な影響があり症状が複合的であるという性質の中で認知症に対応する統合アプローチへの提案がなされている¹³⁾。

これは、過去、数十年間に認知症にかかる既存の認知症についての認識方法は疑問視され、生物・医療モデル¹⁴⁾から、社会学的なモデルを含みつつ、患者自身や自宅で老いること¹⁵⁾の重要性を強調するアプローチへと移行したのである。

そして、こうしたケアのアプローチのシフトは、高齢の認知症患者を支援する「integrated care path way」を通じて、認知症ケア提供の改善の必要があるとする政策^{10),12)}と対応してきた^{10),16)}。現在、この英国で示されている integrated care path way や認知症高齢者を対象としたケアパスウェイ（Dementia care pathway）に関する研究はあまり多くないが、認知症のケアに関する問題点は明確にされつつある。

例えば、英国も日本と同様に認知症の診断のプロセスは複雑であり、認知症は重度になるまで診断されないことが多い。診断が遅くなると本人や家族に対する介入の効果は著しく低下することが臨床的な知見としては周知されているが、こういった認知症の診断が下される時期の遅延化がその後のケアの道筋に与える多様な影響についての研究は英国でも必要とはされているものの十分でないといわれている。

だがエビデンスは少ないが、臨床的には、病状の軽い早期において、その診断が正確に行われ、介入がされることが、予後に大きな影響を与えることは英国だけでなく、先進諸国では共通の認識となりつつある。すなわち、早期診断とこの結果が示されると同時にケアが介入することが現時点で認知症の重篤化を予防するのに効果的であることが臨床家にとっては常識となってきたことを意味する。

そして、この早期の診断を早めるためには、患者になる可能性がある国民すべてが認知症に関するセルフケアのレベルを高めることが求められている。さらに、英国の例としては、地域圏域毎の計画として、NHS Ealing で策定された **Dementia Care Pathway** からは、早期診断体制においては、地域のかかりつけ医との連携を強める **community** における **integration** 方策が採用されており、このような地域での医療と介護の連携の在り方は、わが国においても実現の可能性が高いと考えられ、今後の地域包括ケアシステムの構築の際の参考になる (図 1-4 参照)。

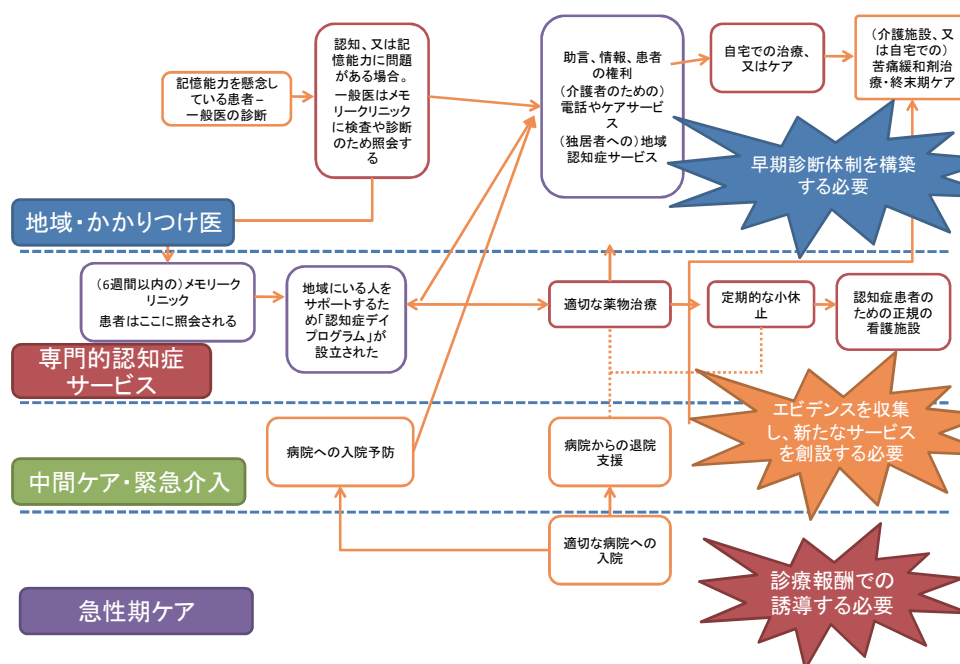


図 1-4 NHS Ealing における dementia care pathway

表中の訳語は筆者による。また同様の体制を日本に適応するための方策について筆者が図に記入
 出典： http://www.mhws.org.uk/files/dementia_care_pathway.pdf

また、Prime Minister's Challenge on Dementia^{注4)} という最近の報告書では、認知症サービスの将来に向けた多くの着眼点と関与方法が示された¹⁷⁾。この中には認知症患者に優

注4) Prime Minister's Challenge on Dementia とは、2009年に策定された認知症国家戦略を受けて展開されている2012年時点の施策の進捗状況および2015年に向けた課題を取りまとめた報告書である。

しい地域づくりや、認知症患者の個人の特徴に合ったケア計画の保証などが謳われた。さらに英国では、とくに認知症患者に対するケアの提供に際しては、医療的、健康にかかわる予防的な、そして社会的ケアという複数の領域から提供されるケアの統合が必要であることが認識されつつあり、これらが複合して提供されることによって、良いアウトカムが得られることが認識されつつある^{17),18)}。

以上のように、英国の高齢者は医療・健康・社会ケアサービスの最も重要な顧客と認識されていることから彼らに質の良いケアを提供することが強く期待されている^{19),21)}。

ただ、日本と異なった観点としては、高齢者に対するサービスのアウトカムとして、サービス利用者や介護者が独立して自分自身で、自分への支援を管理し、どんな支援を、いつ、どのように提供されるべきかを自らもマネジメントできる能力があることや、その必要性に関して規定され²²⁾、これは高齢の認知症患者も例外とされていない。

つまり、主に初期のレベルが対象となるものの、認知症高齢者自らが健康状態を管理することが求められるわけだが、その際に、どのような支援サービスを提供すべきか、また、ここで提供されるケアの質を向上させる²²⁾という戦略がとられている。

このことは、長年にわたって、医療政策の一環として、国民にセルフケアやセルフマネジメントをすすめてきた英国ならではのといえるが、日本においても参考とすべき戦略であろう。

3 認知症ケアを中核とした地域包括ケアシステム構築への取り組みと課題

わが国の地域包括ケアシステムが提供するとされる、いわゆる統合ケアには、ケアの連続性や複数のサービス間の調整、サービスに参加する際意思決定の原則がある²³⁾。このケアは、学際的なチームによるケア提供を指す場合もあれば、異なる施設に跨ってケアが提供される場合を指すこともあり、多様な文脈の中で利用されてきた用語ではある²⁴⁾。

また、このケアの目的はケアを迅速に円滑に提供することを促進しながら、継続的にニーズをモニタリングできることを可能にすること²⁵⁾にあり、地域包括ケアシステムの目的は、この統合ケアを地域圏域内で提供できるようにすることとされてきた。

統合ケア実現の第一歩は、医療と介護という二つの領域が地域包括ケアシステムの中で果たしている役割を相互に理解することであるが、認知症患者へのケア提供を通じて、これは達成される可能性が高まる。なぜなら、この医療と介護の相互理解を深める過程で地域連携バスの構築や ICT (Information and Communication Technology) を活用した連携のための環境の整備等の推進がなされると考えられるからである。

これについては、現在、すすめられている認知症における医療と介護の連携機能の高度化を図るための方策である認知症初期集中支援チームの編成とその推進事業の活用は、統合ケアモデルのひとつの形といえる。認知症初期集中支援チームの編成とこれらチームによるアウトリーチに関する事業は、平成 25 年度から、厚生労働省老健局が実施しているモデル事業の一環として実施されている。

これは認知症の初期症状がみられる高齢者への初期の集中的な介入を行うことによって、認知症の悪化を防止し、さらに認知症初期に介入することによって、現行の「認知症になったら、すぐに施設に入所しなければならない」といった臨床現場のあり様を変え、地域における医療・介護に係る様々なサービス提供資源を活用しながら、可能な限り在宅生活を継続できるような体制構築が目的とされた事業である。

25年度に、はじめて認知症初期集中支援チームを自治体が組織し、医療や介護、福祉の専門職が作成した、それぞれの計画と連動し、新しく統合化されたケースマネジメントを実行するというモデル事業を行っている。これは全国の13自治体で実施されているが、平成26年度には、約10倍の130自治体で実施していくことが計画されている。

この事業では、各専門領域で働いてきたヘルスケアに関わる専門職同士が統合的なチームとなって初期症状を呈している認知症高齢者に対して、サービス提供をするシステムを創っていくが、この統合的なチームには組織を動かすための計画書が必要となる。認知症の患者には、すでに医療機関では医師が立てた診療計画があり、介護保険サービスを利用する高齢者であれば、居宅（介護予防）サービス計画がある。あるいは医療機関同士で行われている地域連携診療計画もあるというように、一人の患者に対して、サービスを提供する機関別に、あるいは専門職別に、多くの計画が立てられている。

このため、これらの計画の遂行とこの新しい統合的なケースマネジメントである認知症初期集中支援に係るサービスの提供のための計画とを、どのように整合性をとってすすめていくかという課題が生まれている。

これに対して、チームを発足させた当該自治体内においては、この認知症初期集中支援に係る専門職を対象とした研修会を開催し、対象となった認知症の方々に対する支援計画の見直しや、新しい試みとしての統合化されたチームによるケースマネジメントに挑戦してもらっている。

地域医療計画等で自治体内での認知症疾患医療センターや物忘れ外来等の数は決まっており、そこで医療機関に所属する相談支援に関わる専門職はある程度、想定できる。また、自治体内にどの程度の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、介護保険関連施設があり、介護支援専門員や地域包括支援センター職員等の相談支援に係る専門職が登録されているかについても資料を保持している。

すなわち自治体は、いわば認知症ケアに係る供給量を把握している。現在は、この供給と需要とが大きく乖離していることに問題があるとされているわけだが、こういった状況の中で認知症の初期症状が見られる高齢患者への集中的な介入は、他の深刻な問題を抱えた認知症患者の事例（いわゆる困難事例）に優先するのかといった課題がある。先に解決すべきは、このような困難事例であるという意見は根強い。

しかし、良好な効果（アウトカム）をもたらすためには、初期の集中支援というアプローチが効果的であり、一見、迂遠に見えるが、統合的なケースマネジメントを行う際には、この基盤としての初期の集中支援システムを確立しておくことが必須であり、重要である。

さて認知症初期集中支援チームは、現在、かなり重篤な症状の認知症も対象としている。このため支援の介入効果（アウトカム）が乏しいものとなっているが、これらの対象に対しての支援方法を確立しておくことが、この事業に課された大きな命題でもある。これからは、いずれの対象においても支援計画を立案する際に効果に関する点を明確にしておくことが必須となるため、自治体は、チーム対応をする対象の優先度を決めていかねばならなくなるだろう。その際の考え方は自治体の規範的統合の考え方による。

例えば、自治体は現在、取組んでいる在宅医療連携拠点事業と地域ケア会議をはじめとする多職種協働の連携のためのシステムを活用し、その中で多職種連携の関係性作り（顔の見える関係作り）、多職種合同の事例研究等の機会を増やしていかねばならない。それは、これらの実践が医療と介護の専門職間のコミュニケーションの向上・改善による意思疎通の促進や考え方・方針の共有を図ることにつながるからである。

4 自治体におけるこれからの認知症ケア推進方策

自治体が認知症施策として、地域包括ケアシステム強化のために結果として有効な方策は認知症の実態把握のための調査を利用することであろう。

すでに各自治体は、認知症高齢者数の推計値を算出しているが、要介護認定データの分析や介護保険事業計画策定時の日常生活圏域ニーズ調査において、初期の認知症を発見できるアセスメント（DASC）を実施する方法は最低限、実施すべき事項である。

DASC によって明らかにされた、初期の介入が必要な認知症患者の値と地域が持っている認知症に関連する社会資源としての人や施設、サービスとの整合性を図るための計画策定が地域包括ケアシステムにおける認知症ケア推進の基礎データの部分となる。そして、わが国でとりわけ重要と考えられることは認知症高齢者への支援方策を、どこで、誰がやっていくかを明確化しておくことであろう。

保険者である自治体を中心に「対象者の状況把握」、「アセスメントの実施」、「地域ケア会議」の開催等を通じて介護と医療の一体的な認知症ケアマネジメントシステムを創ることが、結果として地域包括ケアシステム創りと同等の取り組みとなるが、この実行には、郡市医師会の協力は必須となる。当該自治体における医師会と自治体との linkage レベルの連携がなければ、認知症高齢者にはサービス提供ができない。このため、その契機となるような医療と介護の連携のための委員会は設置すべきであろう。

また、認知症の家族への支援には特段の配慮が必要である。認知症ケアにおける家族の関わりは、現在、認知症の方々が地域で生活する際の基盤となっている。このため「家族支援」が大きな柱となることは、現時点では当然のことであり、重要な点となる。

さて、認知症ケアを組織として提供するという観点から考えると、認知症ケアと言う専門的な能力の発展は、認知症ケアに携わる介護者の職場環境によって促進される場合もあれば抑制される場合もある²⁶⁾と言われている。ケアのこうした側面は「ケア環境」として言及されてきたが²⁷⁾、これには意思決定の共有、組織的支援、密接なコミュニケーション、

効果的なスタッフ同士の関係の発展とリスク負担などが含まれる。

また、認知症ケアに携わるケア提供者の臨床知見の共有はこの事業での目的のひとつである。実際のサービス提供に際して統合ケアを成功させるためには、現場で働いている職員のもつ臨床知の蓄積と体系化が行われなければならない。

さらに、ケアを提供する組織における統合の作用を促進したり阻害したりする組織的要因は、すでに研究者が特定しており、いかに組織間の業務上（哲学と思想の両方）の差異が円滑なケア提供を阻害しているかが強調されてきた²⁸⁾。また、ケアに必要とされる委託の在り方や介護職員の管理といった枠組みと柔軟なケア提供の必要性とは互いに相容れないところがあるとも言われており、柔軟な労働力の提供のためには、提供者同士のより密接な統合や地域内のリーダーシップが必要であること²⁹⁾がすでに言われている。

以上は、認知症ケアに係る臨床的な課題やケア提供システムに係る課題を示したものである。とくに認知症患者との効果的なコミュニケーション、つまり患者が意思決定できるような持続的支援の提供やサービス提供への柔軟なアプローチの維持や患者の複雑で変化するニーズへの対応には、統合ケアの思想を応用することである^{30),31)}と示された点は重要であろう。

ただし、これらのコミュニケーションをいかに工夫したとしても、介護者の態度によって専門家のケアは影響を受けることが多いとされており、認知症患者の変わりやすいニーズをよく特定するために言語的・非言語的な対話方法に関するエビデンス³²⁾をいかに蓄積し、発展させ、確立すべきかが今後の課題となる。

5 おわりに

昨今、介護保険法には「地域包括ケア」に係る理念規定の創設がなされ、介護保険法第5条第3項（平成23年6月改正、24年4月施行）には、『国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減、若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。』と規定された。

また、わが国の社会保障の今後の在り方を示す社会保障国民会議報告書(平成25年8月)の第1部 社会保障制度改革国民会議の使命3 社会保障制度改革の方向性においては、『(6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育ての項で、「地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。』と明示された。これは地域包括ケアシステムの構築そして推進が国策となったことを示唆している。

本章では、この国策となった地域包括ケアシステムの構築と推進に際して、認知症の高齢者の地域生活を継続できることを目的にすることが、結果として、integrated careにお

ける規範的統合を図ることにつながり、実体としての地域包括ケアシステムの構築がなされるのだということを述べてきた。

また、地域包括ケアシステムの中核として機能すべきと考えられている自治体には、認知症患者が在宅で生活できるような医療と介護サービス提供の **integration** を図るための実態把握と目標値の設置が明示される必要があることを述べ、そのための方策として、平成 25 年度から、新たな認知症初期集中支援チームが発足していることを紹介した。

ただし、これらのシステムの基盤となるのは、**integration** の基盤が規範的統合の上にあることを鑑みれば、国は、英国がやってきたように、そして、今も継続しているように住民や認知症となった患者自身、それを介護する介護者における養生（セルフケアやセルフマネジメント）のあるべき姿を模索しながら、**common sense** を地道に創ることである。

おそらく、日本にとって、このことが最も重要ではあるが、最も難しい施策となるだろうが、これを実現する道筋こそが、超高齢社会における国の在り方と重なることになる。

引用文献

- 1) 筒井孝子：地域包括ケアシステムの理論 - integrated care の考え方とその応用 - . 中央法規, 2014. 東京
- 2) Welton, W. E., Kantner, T. A., & Katz, S. M. Developing tomorrow's integrated community health systems: a leadership challenge for public health and primary care. *Milbank Quarterly*, 75(2) : 261-288, 1997
- 3) Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D., Erickson, K., & Mitchell, J. Remaking health care in America: The evolution of organized delivery system. San Francisco: Josey Bass, 2000
- 4) Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1, 2001
- 5) Penning, M. J., Roos, L. L., Chappell, N. L., Roos, N. P., & Lin, G. Healthcare restructuring and community-based care: A longitudinal study, 2002
- 6) Shannon, K. & Van Reenen, C. PACE: Innovative care for the frail elderly. *Health Progress*, 79, 41-45, 1998
- 7) 厚生労働省：認知症施策推進 5 年計画(オレンジプラン) (平成 24 年 9 月 5 日), 2012.
- 8) 厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)：「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応(研究代表者：朝田隆)」総合研究報告書, 2013
- 9) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について(平成 24 年 6 月 18 日) 2012
- 10) Department of Health. Living well with dementia: A national dementia strategy. Department of Health, 2009
- 11) Lakey, L., Chandaria, K., Quince, C., Kane, M., & Saunders, T. Dementia 2012: A national challenge. London: Alzheimer's Society, 2012
- 12) Department of Health. National service framework for older people. London: Department of Health, 2001
- 13) The National Institute for Clinical Excellence. Supporting people with dementia and their caregivers in health and social care, NHS, London, 2007

- 14) Brown, J., & Hillam, J. *Dementia: your questions answered*. Elsevier Health Sciences, 2003
- 15) O'Connor, D., Phinney, A., Smith, A., Small, J., Purves, B., Perry, J., Drance, E., Donnelly, M., Chaudhury, H., & Beattie, L. Personhood in dementia care Developing a research agenda for broadening the vision. *Dementia*, 6(1), 121-142, 2007
- 16) Department of Health. *Equity and excellence: Liberating the NHS*, 2010
- 17) Department of Health. *Prime Minister's challenge on dementia Delivering major improvements in dementia care and research by 2015*. London: Department of Health. available at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215101/dh_133176.pdf, 2012
- 18) Petch, A. The tartan road: The Scottish route to health and social care integration. *Journal of Care Services Management*, 6(1), 16-25, 2012
- 19) Wanless, D. *Securing good health for the whole population*. London: HM Treasury, 4, 2003-2004, 2004
- 20) Wanless, D., Forder, J., Fernández, J. L., Poole, T., Beesley, L., Henwood, M., & Moscone, F. *Wanless social care review: securing good care for older people, taking a long-term view*. King's Fund, 2006
- 21) Knapp, M., Prince, M., Albanese, E., Banerjee, S., Dhanasiri, S., Fernandez, J. L., & Stewart, R. *Dementia UK*. London: Alzheimer's Society, 7, 2007
- 22) Department of Health. *The NHS Outcome Framework 2011/12*, London: Department of Health, 2010
- 23) Minkman, M. M. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 12, 2012
- 24) Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2, 2002
- 25) Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. *What is integrated care?* London: The Nuffield Trust, 2011
- 26) McCabe, C. Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 41-49, 2004
- 27) McCormack, B., & McCance, T. V. Development of a framework for person - centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56(5), 472-479, 2006
- 28) Cameron, A., & Lart, R. Revisiting joint working. *Journal of Integrated Care*, 20(2), 89-93, 2012
- 29) CFWI. *Integrated care for older people: Examining workforce and implementation challenges*. available at <http://www.cfwi.org.uk/publications/integrated-care-for-older-people-examining-workforce-and-implementation-challenges>, 2011
- 30) Skills for Care and Development. "Knowledge set for dementia" available at http://www.skillsforcare.org.uk/developing_skills/knowledge_sets/dementia.aspx, 2005
- 31) Van der Kooij, C. H., Dröes, R. M., de Lange, J., Ettema, T. P., Cools, H. J. M., & van Tilburg, W. The implementation of integrated emotion-oriented care: Did it actually change the attitude, skills and time spent of trained caregivers? *Dementia*. available at <http://www.akademiefuermaeutik.eu/wp-content/uploads/2013/02/1471301211435187.full-vd-Kooij-et-al-Dementia-IJSRP.pdf>, 2012
- 32) Killick, J. Dementia, identity, and spirituality. *Journal of Religious Gerontology*, 16(3-4), 59-74, 2004

Ⅱ 認知症総合アセスメントの重要性

東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

1 認知症アセスメントの考え方

認知症は、脳の病的変化（器質的障害）によって、一旦発達した知的機能（認知機能）が、日常生活や社会生活に支障を来す程度にまで、持続的に障害された状態、と定義されている。つまり、何らかの脳の病気によって認知機能が障害され、これによって生活機能が障害された状態が認知症である。このような「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」の三者の連結が認知症概念の中核を構成している。

参考：認知症という用語について

従来、わが国では「痴呆」という用語が広く用いられて来たが、この呼称が認知症の人の「尊厳の保持」という姿勢と相容れないという意見が出され、呼称の見直しに関する要望書が2004年4月に厚生労働大臣に提出された。その後4回の検討会を経て「認知症」という用語が提唱されるに至り、同年12月に厚生労働省老健局通知によって「認知症」という呼称が行政用語として用いられるようになり、さらに関連学会においてもこの用語の使用が承認されて医学用語として使用されるようになった。

認知症では、「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」を中心にして、さまざまな「身体合併症」や、さまざまな「行動・心理症状」が認められる。これらの個々の障害や症状は相互に影響を及ぼし合いながら、認知症の臨床像を複雑なものにしていく。特に、「身体合併症」と「行動・心理症状」は相互に密接な関連をもち、行動・心理症状が悪化すれば身体合併症が悪化し、身体合併症が悪化すれば行動・心理症状が悪化するというような悪循環を形成する。

このような複雑さがあるために、認知症をもつ人はさまざまな「社会的困難」にも直面しやすくなる。そして、これら全体が、認知症の病状を重篤化させ、認知症の人や介護者の生活の質を低下させていく（図2-1）。

認知症ケアの質を高め、認知症の病状の重篤化を防ぎ、認知症の人と介護者の生活の質を保持していくためには、これらの全体像を総合的に評価し、多職種間で情報を共有し、予防、医療、介護、住まい、生活支援、介護者支援、権利擁護など、その人に必要とされる支援を統合的に提供していく必要がある。認知症の総合アセスメントは、そのような「多職種間の情報共有」と「必要な支援の統合的提供」をめざして行われる、認知症の総合評価を意味する。

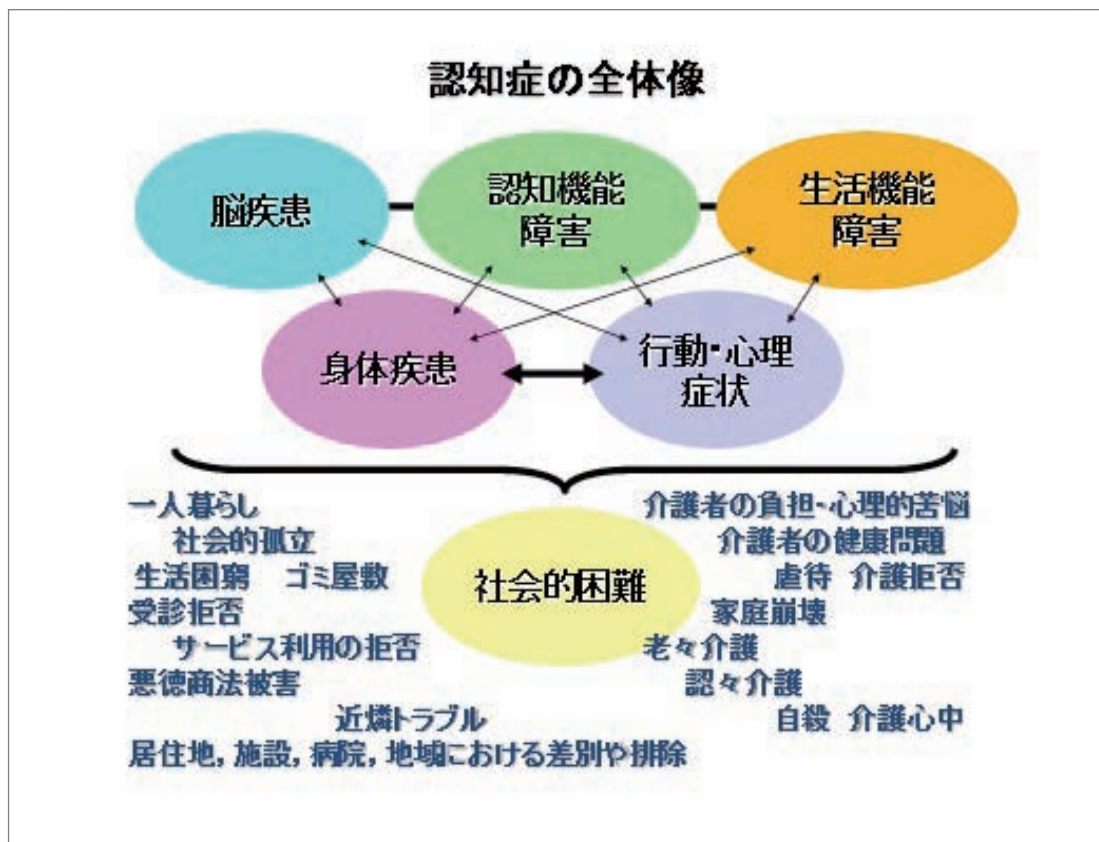


図 2-1 認知症の全体像

表 2-1 認知症の総合アセスメントに関する領域と各領域のキーワード

領域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症, 血管性認知症, レビー小体型認知症, 前頭側頭葉変性症, 正常圧水頭症, 外傷による認知症, アルコール性認知症, パーキンソン病, 進行性核上性麻痺, 皮質基底核変性症, 慢性硬膜下血腫, 甲状腺機能低下症, ビタミン欠乏症など.
認知機能障害	近時記憶障害, 時間失見当識, 場所失見当識, 視空間認知障害, 注意障害, 作業記憶障害, 遂行機能障害, 言語理解障害, 発語障害, 意味記憶障害など.

生活機能障害	基本的日常生活動作能力（排泄，食事，着替，身繕い，移動，入浴）の障害，手段的日常生活動作能力（電話の使用，買い物，食事の支度，家事，洗濯，交通手段を利用しての移動，服薬管理，金銭管理）の障害．
身体合併症	高血圧症，慢性心不全，虚血性心疾患，心房細動，糖尿病，慢性閉塞性肺疾患，誤嚥性肺炎，慢性腎不全，がん，貧血症，脱水症，白内障，難聴，変形性関節症，骨折，前立腺肥大症，褥瘡，歯周病，口腔乾燥症，パーキンソン症候群，脳梗塞など．
行動・心理症状	妄想，幻覚，誤認，抑うつ状態，アパシー，不安，徘徊，焦燥，破局反応，不平を言う，脱抑制，じゃまをする，拒絶症，（せん妄）など．
社会的状況	介護負担，介護者の健康問題，経済的困窮，家庭崩壊，虐待，介護心中の危険，交通事故の危険，老老介護，認認介護，独居，身寄りなし，路上生活，近隣トラブル，悪質商法被害，医療機関での対応困難，介護施設での対応困難など．

2 認知症に関する基礎知識

(1) はじめに

認知症の原因となる脳の病気のことを「認知症疾患」と呼ぶ。認知症疾患には数多くの病気があるが、認知症疾患医療センターやもの忘れ外来（メモリークリニック）などを受診される認知症の方の診断名を調べてみると、その割合は概ね図 2-6 のようになる。これを見てわかるように、認知症をもって専門の医療機関を受診される方の約 8 割が、アルツハイマー型認知症，脳血管性認知症，レビー小体型認知症，前頭側頭葉変性症の 4 つの疾患のいずれかに診断されている。それでこの 4 疾患のことを「認知症の 4 大疾患」と呼ぶことがある。

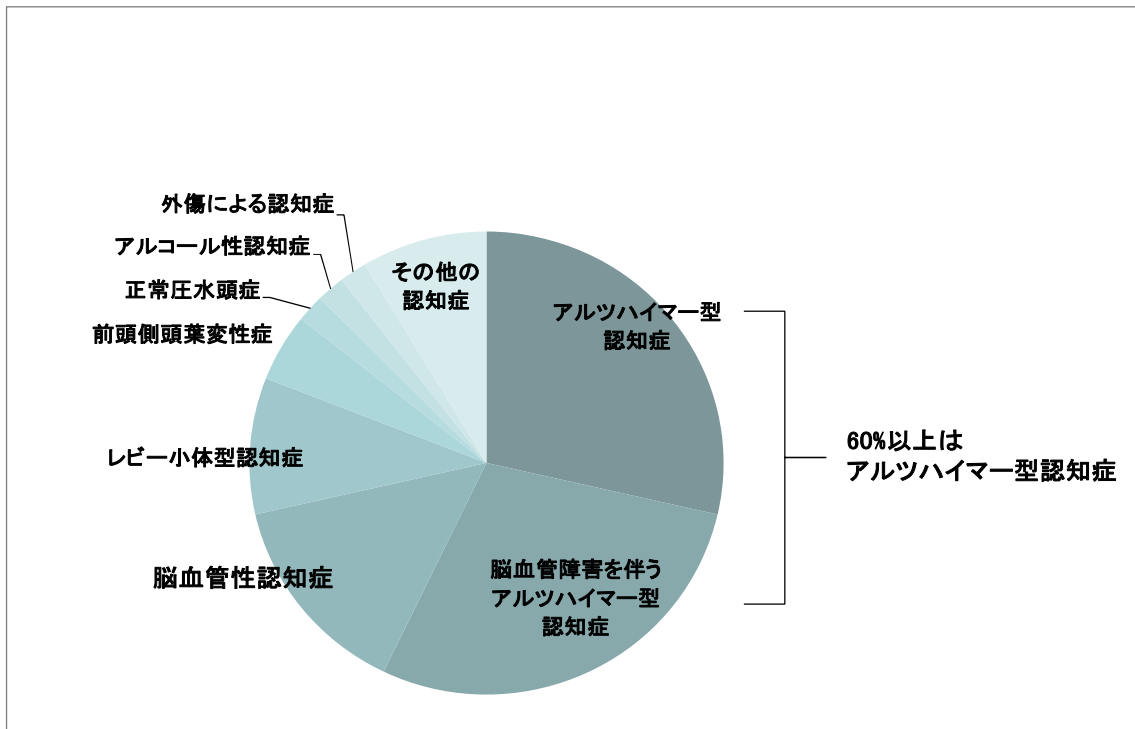


図 2-2 認知症疾患医療センターやもの忘れ外来で診断される認知症疾患

(2) 認知機能障害

脳の病気によってもたらされる認知機能障害のことを、古くから、「認知症の中核症状」と呼んでいる。認知症に見られる認知機能障害のタイプは、障害される脳の部位と密接に関連している。

たとえば、アルツハイマー型認知症では、側頭葉と頭頂葉が強く障害されるために、側頭葉の症状である「少し前の出来事をすっかり忘れる」（近時記憶障害）と「人の言っていることが理解できない」（言語理解の障害）という症状、頭頂葉の症状である「距離感や方向感覚が悪くなる」「道に迷って家に帰って来られなくなる」（視空間認知の障害）という症状が現れやすくなる。脳血管性認知症や前頭側頭葉変性症では前頭葉機能が障害されることが多いために、注意が散漫になり（注意障害）、自発性が低下し、計画的に、段取りよく、目的に向かって行動することができなくなったり（遂行機能障害）、頭の中で暗算などの作業をするのが不得手となったり（作業記憶の障害）、言葉がなかなか出なくなったり（発語障害）する。

また、側頭葉の前部の障害が目立つ場合には、「物の名前が言えない」「物の名前を言ってもそれが何のことだかわからない」（意味記憶の障害）といった特徴的な言語症状が現れる。レビー小体型認知症では後頭葉が障害されるために幻視や錯視が出現しやすく（視覚認知の障害）、脳幹が障害されるためにパーキンソン症状や意識レベルの変動が生じやすくなる（図 2-3）。

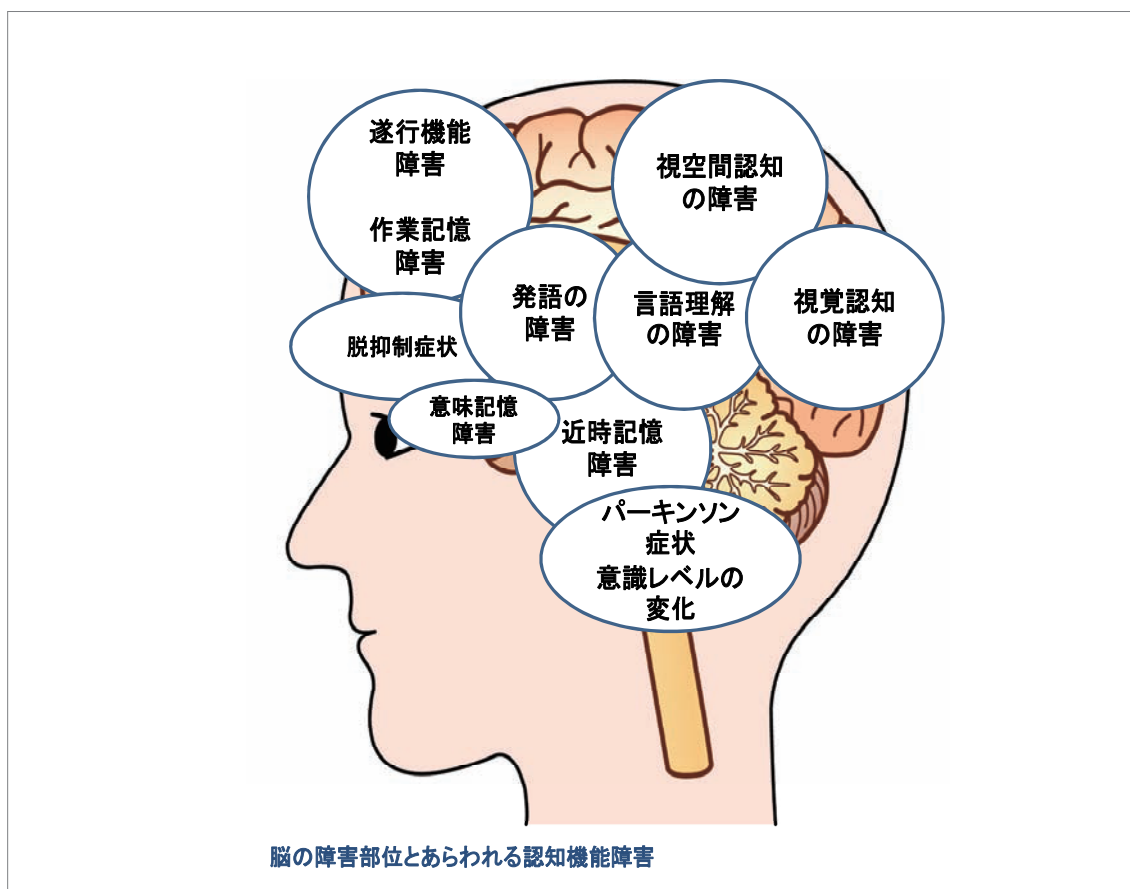


図 2-3 障害される脳の部位と認知機能障害の対応
 (注：パーキンソン症状は認知機能障害ではなく、神経症状)

(3) 生活機能障害

このような認知機能障害によって日々の生活に支障を来すようになるのが認知症の最大の特徴である。生活機能は日常生活動作能力(Activity of Daily Living; ADL)とも呼ばれている。ADLの中でも、自分自身の身のまわりのことを自立して行う能力は基本的日常生活動作能力(Basic Activities of Daily Living; BADL)または身体的日常生活動作能力(Physical Activities of Daily Living; PADL) (例：排泄，食事，着替え，身繕い，移動，入浴)，家事など一人暮らしを維持していくために必要な能力は手段的日常生活動作能力(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)(例：電話の使用，買い物，食事の支度，家事，洗濯，交通手段を利用した移動，服薬管理，金銭管理)と言う。認知症が軽度の段階では IADL のみが障害され，中等度になると BADL が部分的に障害され，重度になると BADL が全面的に障害される。

IADL の障害は，さらに，社会生活を営むための IADL (家庭外の IADL)，家庭生活を行うための IADL (家庭内の IADL) に分類することもできる (図 2-4)。生活機能障害の評価は介護ニーズを把握するための重要なポイントである (表 2-2、2-3)。

表 2-2

ポイント！

手段的日常生活動作能力の障害（IADL の障害，IADL は Instrumental Activities of Daily Living の略）と呼ばれており，一人で自立した生活を営むのに必要な生活機能と考えられている．軽度認知症を特徴づける重要な障害である．

IADL については，通常，下記の 8 項目をチェックする．

- 電話の使用
- 買い物
- 食事の支度
- 家事
- 洗濯
- 移動・外出
- 服薬の管理
- 金銭の管理

この中で，服薬管理の障害は「健康管理」に関わる最も重大な項目である．一人暮らしの高齢者のお宅に訪問したときなどには，確実にチェックすることが大切である．

表 2-3

ポイント！

基本的日常生活動作能力の障害（BADL の障害，BADL は Basic Activities of Daily Living の略）または身体的日常生活動作能力（PADL の障害，PADL は Physical Activities of Daily Living の略）の障害と呼ぶ。中等度以上の認知症を特徴づける重要な障害である。

BADL については，通常，以下の 6 項目をチェックする。

- 排泄
- 食事
- 着替
- 身繕い（整容）
 - 身だしなみ
 - 髪や爪の手入れ
 - 洗面歯磨き
 - 髭そり
- 移動能力
- 入浴

運動麻痺や痛みなど，明らかに身体的な原因で BADL が障害されている場合は，認知機能障害に起因する生活機能障害ではなく，認知症の重症度とは直接関連しなくなる。

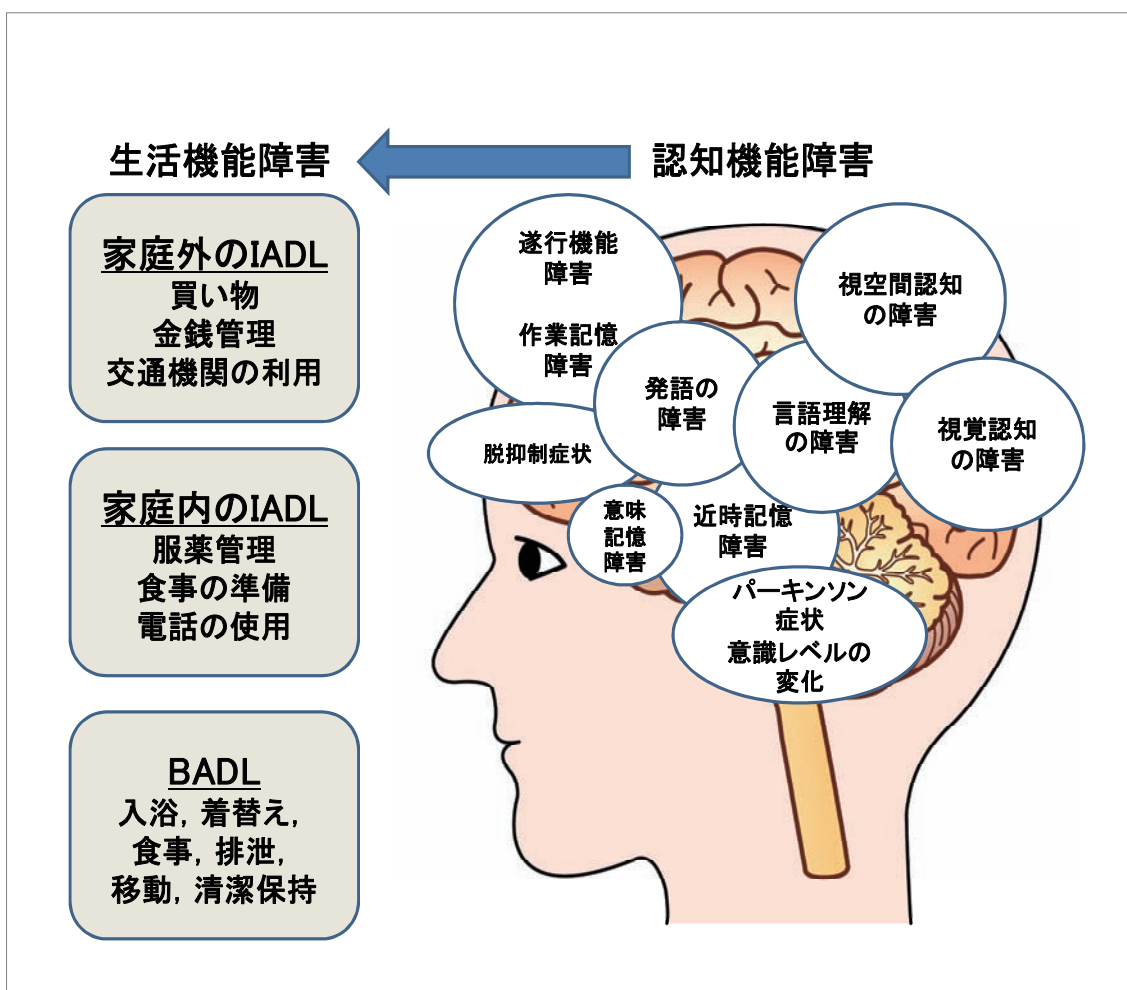


図 2-4 認知症に見られる認知機能障害と生活機能障害

(4) 精神症状・行動障害

認知症では、脳の病気の直接的な影響によって、あるいは認知機能障害や生活機能障害の二次的な影響によって、あるいは身体合併症を背景にして、さまざまな精神症状や行動障害が現れる。このような精神症状や行動障害のことを「認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)」と呼ぶ。

BPSD は、行動症状 (通常は患者を観察することによって明らかにされる) と心理症状 (通常は患者や親族との面談によって明らかにされる) に分類される (表 2-4)。認知症の初期には、抑うつ、不安、怒りっぽさ、自発性低下、妄想、幻覚などの心理症状が認められやすく、進行すると徘徊、脱抑制、喚声、食行動異常、介護への抵抗、不潔行為などの行動症状が認められやすくなる。

一方、精神症状・行動障害の中にはせん妄と呼ばれている症状もある。せん妄は、それ自体は BPSD と区別されるが、BPSD を悪化させる要因とされている。認知症では身体合併症や薬の副作用があるときにせん妄が現れやすくなる。

表 2-4 BPSD の特徴的症狀

グループ 1 (厄介で対処が難しい症状)	グループ 2 (やや対処に悩まされる症状)	グループ 3 (比較的処置しやすい症状)
心理症状 妄想 幻覚 抑うつ 不眠 不安 行動症状 身体的攻撃性 徘徊 不穏	心理症状 誤認 行動症状 焦燥 社会通念上の不適當な 行動と性的脱抑制 部屋の中を行ったり来 たりする 喚声	行動症状 泣き叫ぶ ののしる 無気力 繰り返し尋ねる シャドーイング(人につ きまとう)

出典：IPA: Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) – Education Pack. International Psychogeriatric Association (2003). (日本老年精神医学会監訳：国際老年精神医学会，痴呆の行動と心理症状. アルタ出版，2005年，東京)

(5) 身体合併症

認知症では，通常，さまざまな身体症状，身体障害，身体疾患が認められる．高齢者に一般的によく見られる徴候のことを“老年症候群”と呼ぶが，認知症では老年症候群が顕著に現れる傾向がある．また，認知機能障害や生活機能障害によって，服薬管理や栄養管理などの健康を守るための自律的活動が障害されるために，身体機能がますます低下し，体の病気を発症したり，悪化したりして，救急医療が必要になることもしばしばある．

一般に，身体的問題があると精神的問題（BPSD やせん妄など）は増悪し，精神的問題があれば身体的問題がさらに増悪するという悪循環を形成する．認知症に見られる身体症状，身体疾患として特に留意されるべきものを表 2-5 に示す．

表 2-5 認知症によく見られる身体症状，身体疾患

A. 身体症状

- (1) 運動症状：パーキンソニズム，不随意運動，パラトニア，痙攣，運動麻痺
- (2) 廃用症候群：筋委縮，拘縮，心拍出量低下，低血圧，肺活量減少，尿失禁，便秘，誤嚥性肺炎，褥瘡
- (3) 老年症候群：転倒，骨折，脱水，浮腫，食欲不振，体重減少，肥満，嚥下困難，低栄養，貧血，ADL 低下，難聴，視力低下，関節痛，不整脈，睡眠時呼吸障害，排尿障害，便秘，褥瘡，運動麻痺
- (4) その他：嗅覚障害，慢性硬膜下血腫，悪性症候群

B. 身体疾患

- (1) 全身疾患：脱水症，低栄養，電解質異常など
- (2) 呼吸器疾患：誤嚥性肺炎，慢性閉塞性肺疾患，肺結核，肺癌など
- (3) 循環器疾患：高血圧症，うっ血性心不全，虚血性心疾患，心房細動など
- (4) 消化器疾患：消化性潰瘍，腸閉塞，肝硬変，アルコール性肝障害，癌など
- (5) 腎疾患：腎硬化症，高血圧症性腎症，糖尿病性腎症，慢性腎不全など
- (6) 内分泌・代謝疾患：糖尿病，甲状腺機能低下症など
- (7) 泌尿器科疾患：下部尿路障害，尿路感染症，前立腺肥大症・癌など
- (8) 整形外科疾患：骨粗鬆症，骨折など
- (9) 皮膚科疾患：褥瘡，白癬，疥癬など
- (10) 眼科疾患：視力障害，白内障，緑内障など
- (11) 耳鼻咽喉科疾患：難聴，めまいなど
- (12) 神経・筋疾患：脳血管障害，パーキンソン症候群など
- (13) 口腔疾患：う蝕，歯周病など

(6) 社会的問題

上記で述べてきたような障害が複合するために，認知症の人とその家族は，さまざまな社会的問題に直面しやすくなる(図 2-1)．認知症の人は社会的な孤立状況におかれやすく，特に一人暮らしの場合には，悪質業者に騙されたり，経済的困窮状態に陥ったり，近隣トラブルを招いたり，身体疾患の発見が遅れ救急事例化することが少なくない．一方，認知症の人を介護する家族は，介護負担のために，精神的・身体的健康を害することがある．また，虐待や介護心中など深刻な事態に陥る危険性もある．このような社会的困難に対応

していくためには、さまざまな社会的資源と連携した包括的な介入が必要となる。しかし、人員不足に悩む医療機関や介護施設では、このような問題に対応できるだけの十分な余裕がなく、そのために複合的な問題をもつ認知症の人ほど医療機関や介護施設で受け入れを断られてしまうといった新たな社会問題も生じている（このような問題を「さかさま医療の法則」と呼ぶ）。

（7）認知症の経過と重症度

多くの認知症疾患は、進行性に経過し、時間とともに重症度を増していく（図 2-5）。そして、その重症度のステージに応じて、さまざまな医療ニーズや介護ニーズがあらわれる。適切な医療と介護は、認知症の重度化を緩和し、救急事例化を防ぎ、認知症高齢者とその家族の生活の質（QOL）を高めることに寄与する。一方、医療や介護が不適切であれば、認知症高齢者の健康状態は悪化し、BPSD が顕著となり、認知機能障害や生活機能障害も重度化し、認知症をもつ高齢者も介護する家族も、生活を維持することが困難になる。認知症の人が抱える身体的・精神的・社会的な臨床像の全体を総合的にアセスメントして、その重症度に応じた適切なサービスを包括的に提供していけるような地域システムを創り出していくことが、これからの認知症対策のめざすべき方向である。

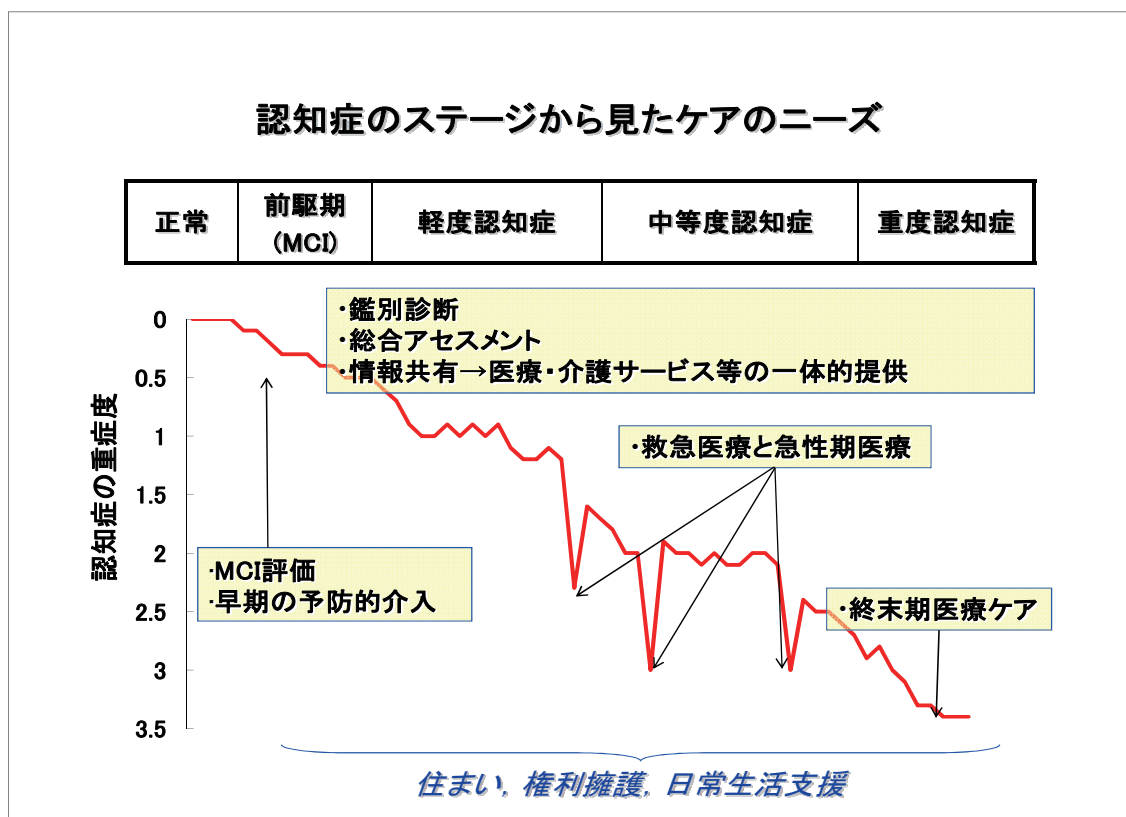


図 2-5 認知症のステージから見たケアのニーズ

Ⅲ 認知症の人に見られる認知機能障害

東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

1 はじめに

認知症では、原因となる脳の病気や障害される脳の部位によって、さまざまな認知機能障害が現れます。ここでは、比較的多くの認知症疾患に共通に認められる認知機能障害として、記憶の障害、見当識の障害、問題解決能力と判断力の障害を評価する方法について解説する。

一般に、認知機能障害を評価するためには、観察法と質問法という2つの方法を用いる。観察法とは、本人のことをよく知っている家族や介護者などから本人の日常生活の様子について詳しい情報を集めたり、本人の言動を面接場面で注意深く観察したりしながら、認知機能障害の有無を評価する方法である。一方、質問法とは、特定の認知機能を評価するための心理テストを行いながら、その成績から認知機能障害の有無、質や程度を評価する方法である。ここでは、軽度認知症をイメージしながら、観察法と質問法を組み合わせた認知機能障害の評価方法を紹介する。

2 記憶の障害

(1) 軽度認知症

記憶の障害を評価するためには、まずは、「近時記憶障害」（最近の出来事をすっかり忘れてしまうような記憶障害）が持続的にあるか否かを確認する。アルツハイマー型認知症では、軽度認知症の段階で、日常生活に支障を来すような明らかな近時記憶障害が認められる。

近時記憶障害を観察法で確認するために、本人や家族に、「最近、もの忘れが増えましたか」と質問してみる。本人または家族のどちらかが肯定する場合には、さらに「どのようなことで、そのように感じましたか」と質問してみる。また、以下のような具体例をいくつか挙げながら近時記憶障害の存在を確認していく。

- 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることが頻繁にありますか。
- 5分前に聞いた話を思い出せないことがよくありますか。
- いつも探しものをしていることはありませんか。
- 同じことを何度も繰り返して話したり、訊いたりすることが多いですか。
- 同じものを何度も買ってきたりすることが頻繁にありますか。
- 電話に出ても、誰からの電話だったのか、どのような用件だったのかを忘れてしまい、電話の取り継ぎができないということはよくありますか。
- 約束や予定を忘れてしまうことが頻繁にありますか。

さらに、以下のような質問を本人にしてみても、本人の答えの様子から近時記憶障害の有無を評価することができる。

- 今日の午前中は何をして過ごしましたか（正解を家族に確認する）。
- ここまでどうやって来られましたか（正解を家族に確認する）。
- 昨日は1日何をして過ごしましたか（正解を家族に確認する）。
- 最近2・3日の間にどこかに外出されましたか（正解を家族に確認する）。
- 最近、誰かが家に訪ねて来られましたか（正解は家族に確認する）。
- 最近のニュースで記憶に残っている出来事がありますか（さらに、そのニュースの中で出てくる、普通は誰でもが覚えているような出来事について訊いてみる）。

質問法では、実際にその場で何かを記憶してもらい、数分後にそれを思い出してもらうという心理テスト（遅延再生課題）を行う。

- 私が今から言う3つの言葉を同じように言ってみてください（「桜、猫、電車」）。しばらくしたらもう一度聞きますから覚えておいてくださいね（約2分経過したら、「先ほど覚えた3つの言葉は何でしたか」と言って回答してもらう）。

（2）中等度認知症

認知症が中等度以上になると新しい出来事はすぐに忘れてしまい、遠い昔の出来事に関する記憶の障害（遠隔記憶障害）も見られるようになる。遠隔記憶障害を確認するために、自然な会話の中で本人の生活史について聞いてみるという方法もある。

- お生まれはどちらですか。
- 生年月日は何年の何月何日ですか。
- 最後に卒業された学校はどちらですか。
- 御兄弟は何人いらっしゃるのですか。
- 御兄弟の名前は全部言えますか。
- 旦那様（奥様）のお名前はなんですか。
- 旦那様（奥様）が亡くなられたのはいつですか。
- お子さんは何人いらっしゃいますか。
- お子さんのお名前を教えてください。
- 家の電話番号を教えてください。

3 見当識の障害

(1) 軽度認知症

見当識の障害を評価するためには、まずは、「時間の失見当識」（今が一体いつだかわからなくなる）が認められるか否かを確認する。軽度認知症では、近時記憶障害とともに、「時間の失見当識」が見られることがある。

「時間の失見当識」を観察法で確認するために、本人や家族に、「今が一体いつだかわからなくなってしまうことがありますか」と質問してみる。本人または家族のどちらかが肯定する場合には、さらに「どのようなことで、そのように感じましたか」と質問してみる。また、以下のような例を具体的に挙げながら質問してみる。

- 今日が何月何日かわからないときがありますか。
- カレンダーを見ても、今日の日付がわからないということがありますか。
- 予約日とはまったく違う日に病院に通うことがよくありますか。
- 午前か午後かわからなくなってしまうことがよくありますか。

質問法を用いて、以下のような質問を本人にしてみる。

- 今日は何月何日ですか。
- 今日は何曜日ですか。
- 今年は平成何年ですか。
- 今の季節は春夏秋冬のいずれですか。

(2) 中等度認知症～重度認知症

中等度認知症になると、「場所の失見当識」（自分が現在いる場所がわからなくなる）が認められるようになる。「場所の失見当識」を観察法で確認するために、本人や家族に、「自分がいる場所がどこだかわからなくなることはありますか」と質問してみる。また、以下のような質問を本人にしてみる。重度認知症になると場所の見当識は完全に障害され、「人物の失見当識」も障害されはじめる。

- 今いるところ（ここは）どこですか
- 今いるところ（ここは）何県の何区（市町村）ですか。
- ここは何階ですか。
- ここは誰の家ですか。

4 問題解決能力と判断力の障害

(1) 軽度認知症

軽度認知症では、日常の生活や行動は概ね普通だが、所々に「問題解決能力の障害」が疑われるようなエピソードが認められるようになる。観察法による方法では、家族に、「〇〇さんは、以前できていたことができなくなったと感じることはありませんか」と率直に訊いてみる。以下のようなエピソードがあれば、問題解決能力の障害があると考えられる。

- 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できない。
- 一日の予定や計画を自分で立てることができない。
- 仕事上の失敗が多くなった。
- コンピュータがうまく使えなくなった。
- 町内会の会計がうまくできなくなった。
- 確定申告が自分でできなくなった。
- 通帳や財布が見当たらないと言ってパニックになることがよくある。

質問法で本人に具体的に以下のような質問をしながら、概ね適切な回答ができるかどうかを確認し、「問題解決能力の障害」の有無を評価することもできる。

- 通帳をなくしてしまったときはどうしますか。
- クレジットカードを紛失したときはどうしますか。
- 停電になったときはどうしますか。
- 朝起きた時、病院の予約時間ぎりぎりだったらどうしますか。
- 水道管が破裂したらどうしますか。
- ガスが止まってしまったらどうしますか。
- 家族が病気になったときはどうしますか。

問題解決能力の障害は「抽象的思考能力の低下」とも深く関連しており、以下のような質問に対する回答からそれを類推することもできる。

- 学校と病院の類似しているところ、異なるところは何ですか。
- みかんとバナナの類似しているところ、異なるところは何ですか。
- 「猿も木から落ちる」という諺の意味は。
- 「弘法も筆の誤り」という諺の意味は。

(2) 中等度認知症～重度認知症

認知症がさらに進行して中等度認知症以上になると、態度や行動から明らかにわかるような社会的判断力の低下が認められるようになる。重度認知症になると、社会的判断はほぼ不可能となる。

- 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができない。
- 人が来ても、挨拶もしなくなった。
- 孫のおやつを横取りして食べてしまう。
- 隣の人の食事をとって食べてしまう。
- 店先の商品を勝手にもってきてしまう（万引き）。
- 家の中で一日中ぼんやりして、何もせずに過ごすことが多くなった。

IV 認知症の人に見られる生活機能障害

東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

認知症では、その重症度にしたがって、さまざまなレベルの生活機能障害が現れる。ここでは、1. 家庭外の生活（社会生活や職業生活）を自立して行うための生活機能、2. 家庭内の生活を自立して行うための生活機能、3. 身の回りのことを自立して行うための生活機能を評価する方法について解説する。

1 家庭外の生活を自立して行うための生活機能

(1) 軽度認知症

認知症では、問題解決能力や判断力の障害（または遂行機能障害）と密接に関連して、仕事、買い物、ビジネス、金銭の取り扱い、ボランティア、地域活動など、家庭外の生活を自立して行うことが困難になり、次第に活動範囲が狭まってくる。このような社会生活機能の障害は認知症が疑われる段階から少しずつ見られるようになるが、それが明確に見られるようになるのは軽度認知症の段階である。本人や家族に以下のような質問をすることによって社会生活機能の障害を確かめることができる。

- 以前と同じように、仕事は支障なくできますか。
- 地域活動やボランティア活動は支障なくできますか。
- 一人で買い物に行けますか。
- バスや電車などを使ってひとりで外出できますか。
- 貯金の出し入れはひとりでできますか。
- 家賃や公共料金の支払いはひとりでできますか。
- 家計のやりくりなどはできますか。
- ATM を一人で使うことができますか。
- 外出先で待ち合わせをして人に会うことができますか。
- 年金や税金の申告書をひとりで作成することができますか。
- 初めての場所で地図を見て、目的地へ行くことができますか。

社会生活機能が維持されていることは、認知症ではないこと（正常老化であること）の重要な根拠になる。また、中等度以上の認知症では、上記のような社会生活を一人で行うことがほぼ完全に不可能になる。

2 家庭内の生活を自立して行うための生活機能

(1) 軽度認知症

軽度認知症の段階では、家庭生活にも障害が見られるようになり、趣味や社会的な出来事に対する関心も失われていく。こうした生活機能は手段的日常生活動作能力 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) と呼ばれており、一人暮らしを営むために必要とされる能力とされている。本人や家族に以下のような質問をすることによって IADL の障害を確かめることができる。

- 電話をかけることができますか。
- 食事の準備はできますか。
- 薬を決まった時間に決まった分量飲むことができますか。
- エアコンを一人で使えますか。
- その日の予定に合わせて洋服を選ぶことができますか。
- 料理は以前と同じようにできますか。
- お湯を沸かして、お茶を入れることができますか。
- 掃除機やほうきを使って掃除ができますか。
- 洗濯物・食器などをもとあった場所に片づけることができますか。
- これまで好きでやっていた趣味は今も続けていますか。
- テレビや本、雑誌などをみて、話のすじを追うことができますか。

(2) 中等度認知症～重度認知症

中等度認知症では、上記のような生活機能がほとんど不可能になり、できたとしても単純なことのみ (例：庭の草取り、テーブル拭きなど) になる。重度認知症では、家庭内で自立して行えることはほとんどなくなる。

3 身の回りのことを自立して行うための生活機能

(1) 軽度認知症

身の回りのことを自立して行う生活機能は、基本的日常生活動作能力 (Basic Activities of Daily Living, BADL) または身体的日常生活動作能力 (Physical Activities of Daily Living, PADL) と呼ばれている。自分自身で生命を維持するための基本的な機能である。軽度認知症の段階では、通常、BADL は障害されていないことが重要なポイントになる。本人や家族に以下のような質問をして、具体的に生活の様子を聞きながら BADL の障害の有無を確かめることができる。

- 入浴はどうされていますか.
- 服の着替えはどうされていますか.
- トイレはどうされていますか.
- 洗面や歯磨きはどうしていますか.
- 髭そりはどうしていますか.
- 食事は一人で食べられますか.
- 家の中での移動は一人でできますか.

(2) 中等度認知症～重度認知症

中等度認知症になると、身の回りのことも自立して行うことが難しくなり、身体的な介護が必要になる。中等度認知症の段階では BADL が部分的に障害され、重度認知症の段階ではほぼすべてが障害されて、全介助が必要になる。

V 認知症の人に見られる行動心理症状と初期支援

東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

1 はじめに

BPSD への対応や予防に関する支援を行う上で最も重要なことは、BPSD の背景にある認知症の人の心のあり方を考えること、認知症と呼ばれる障害をもって生きるとはどういうことか、その人が主観的どう体験しているかということ、その人の立場に立って考え、理解することである。ここでは、BPSD への理解を深めるための基礎知識として、歴史、定義、疫学、影響、成因について述べ、その後で BPSD の類型と対応のあり方について検討を加えたい。

2 BPSD の歴史

認知機能や生活機能の低下とともに、多様な精神症状や行動症状が認知症を構成する主要な臨床像であることは、精神医学の歴史の中では古くからよく知られていた。老年認知症の概念を規定した Esquirol (1838)¹⁾は、その臨床像として、記憶力や注意力の低下とともに、「わずかなことに過度に興奮したり、無目的に種々の仕事をやりすぎたり、長らく忘れられていた性欲が現れたり、前には考えられもしない行動にでることがある」と記載している。Alzheimer (1906)²⁾は、今日彼の名で知られている疾患の記載において、パラノイア、性的虐待の妄想、幻覚、叫声がこの疾患の顕著な症状であると述べている。

これらの症状は、その後、「周辺症状」「辺縁症状」「随伴精神症状」「行動障害」「問題行動」などさまざまな名称で呼ばれるようになった。しかし、近年になって、世界が認知症高齢者の増加に直面するようになり、これらの症状が本人、家族、看護師や施設職員、社会に対して甚大な影響を及ぼすことが広く知られるようになってから、その研究を世界規模で推進することが強く求められるようになった。このような経緯の中で、1996年に、国際老年精神医学会は「認知症の行動障害に関するコンセンサス会議」を開催し、「認知症の行動・心理症状 (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)」という世界共通語としての名称を提唱するに至ったのである (表 5-1)³⁾。

3 BPSD の定義

BPSD は「認知症患者に頻繁に見られる知覚、思考内容、気分、行動の障害の症候」と定義されている⁴⁾。BPSD は行動症状と心理症状に分類され、行動症状は「通常は患者の観察によって明らかにされる。攻撃的行動、叫声、不穏、焦燥、徘徊、文化的に不釣合な行動、性的脱抑制、収集癖、ののしり、つきまといなど」、心理症状は「通常は、主として患者や親族との面談によって明らかにされる。不安、抑うつ、幻覚、妄想など」とされている⁴⁾。

表 5-1 1996 年の BPSD コンセンサス会議の結論 (Finkel 1996) ¹⁾

1. BPSD は、疾病過程の不可欠の要素であり、それゆえに世界中の保健医療提供者の重大な関心事となっている。
2. これらの症状は、患者本人、社会、保健医療サービス、そして患者と関わるすべての人々にとって深刻な問題となっている。
3. 今や、多くの BPSD は、治療によって症状を緩和させることができる。このような治療によって、患者の苦悩、家族の負担、認知症に関連して生じる費用を軽減させることができるであろう。
4. 以下の領域の研究に取り組むことが、今、必要とされている。
 - ・異なる文化間で使用することができる BPSD の評価尺度の開発
 - ・BPSD の出現に関する、環境的、生物学的、心理学的な関連要因の探索。
 - ・BPSD の縦断的評価
 - ・BPSD の頻度、病態メカニズム、患者・家族・社会に及ぼす臨床的・社会的影響。
 - ・様々な BPSD に対する治療法の開発と薬物・非薬物的介入に対する反応性の評価

4 BPSD の疫学

BPSD の疫学調査は、地域レベル、医療機関レベル、施設レベルで行われ、さらには異なるフィールド間の比較や、系統的文献レビューも報告されている。Seitz ら ⁵⁾ は、系統的文献レビューによって、介護施設に入所している認知症患者の 78% に BPSD が認められると報告している。Savva ら ⁶⁾ は、地域在住高齢者の BPSD の有症率を 12 の具体的症状について推計し、図 5-1 のような結果を得ている。

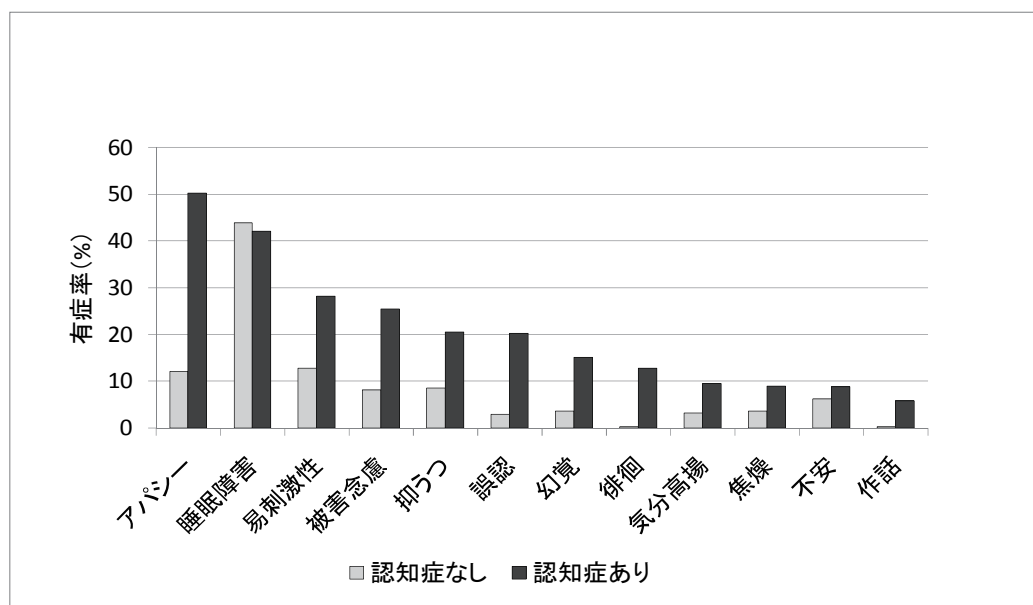


図 5-1 イングランドとウェールズの地域在住高齢者における BPSD の有症率の推計値 (Savva らの論文 ⁶⁾ より作成)

5 BPSD の影響

BPSD は、認知症患者の、①施設入所、医療機関への入院、救急事例化のリスクを高め、②医療・介護の費用を増大させ、③家族や施設職員らの介護負担を高め、④本人の機能障害を増大させ、⑤本人および介護者の QOL を低下させる（図 5-2）⁷⁾。

Black ら⁸⁾は、pooled analysis によって、BPSD が介護負担($r=0.57$, $95\%CI=0.52-0.62$), 介護者の心理的苦悩($r=0.41$, $95\%CI=0.32-0.49$), 介護者の抑うつ状態 ($r=0.30$, $95\%CI=0.21-0.39$)と有意に関連すること、施設入所との関連では、BPSD そのものよりも、介護者の機能状態や社会的支援の多寡がより重大な要因になることを示している。

6 BPSD の成因

BPSD の成因については、遺伝的異常、神経伝達物質の変化、神経内分泌の異常、神経病理学的変化、神経画像（形態画像、機能画像）、概日リズム、神経心理学的所見、認知症の重症度、原因疾患、性格・心理的要因、環境・社会的要因との関連で研究されている⁴⁾。BPSD の成因に関する研究は、その治療やケアのあり方を科学的に考えていく上で重要である。

しかし、より重要なことは、我々ひとりひとりが、認知症をもって生きるということがいかなることであるかということ、その人が主観的にどう体験しているかということ、その人の立場にたって想像し、共に理解していくということにあらう。そのような視点から、BPSD と呼ばれるものを改めて見直していくことが、これからの認知症の医療と介護には欠かせない。

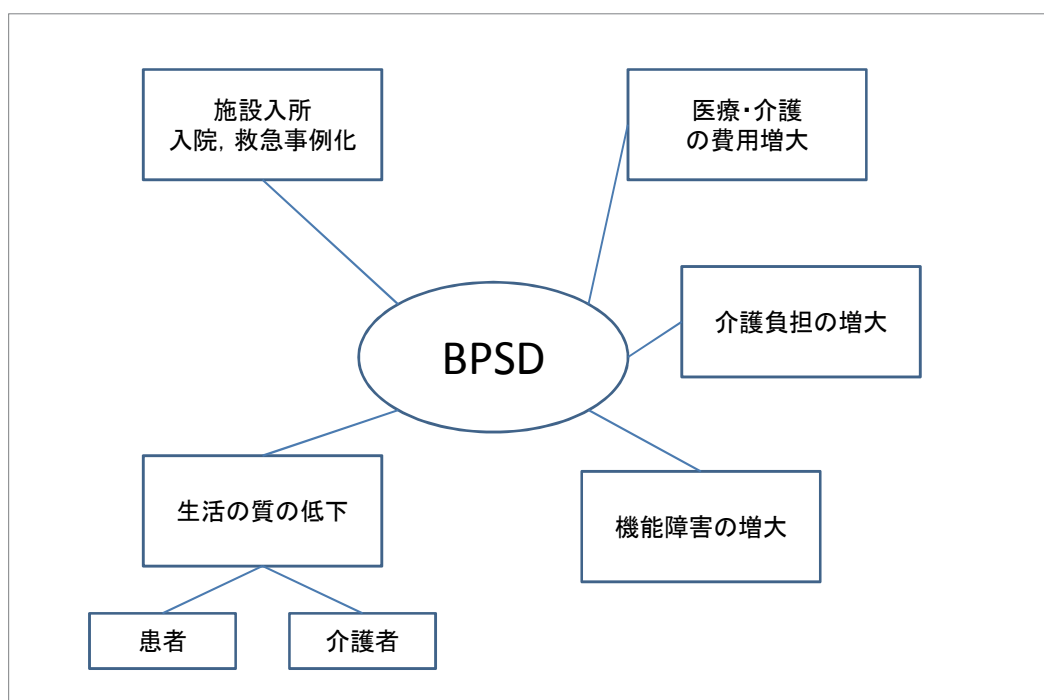


図 5-2 BPSD の影響（Finkel の論文に掲載されている図⁵⁾を一部改変）

7 BPSD への対応に関する基本的な考え方

国民の多くが超高齢期を経験するわが国にとって、認知症はもはや他人事ではなく、誰でもが罹り得る国民的な疾患である。「世界に類を見ない長寿国である日本で、高齢者が認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、私たちの共通の望みである」。これは 2012 年 6 月 12 日に公表された厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームの報告書「今後の認知症施策の方向性について」の冒頭の一文である。

たとえ認知症疾患に罹患しても、尊厳をもって質の高い生活を送ることができる社会を創出するために、私たちは BPSD に注目し、より深くこれを理解していく必要がある。なぜならば、BPSD は、認知症をもって生きる人の主観的な体験と切り離せないものであるからであり、特に、認知機能障害や生活機能障害をもって生きるということの不安や孤独感と深く関連して現れる場合が少なくないからである。支援者はまずそこに眼差しを向け、その上で支援のあり方を考えていく必要がある。

8 BPSD の類型と支援のあり方

BPSD の発現には、身体的要因（身体疾患：脳血管障害や感染症、便秘、痛み、脱水症、薬物の影響など）や環境的要因（騒音、気温、不適切なケアなど）が関与していることもある。第一に行うべきことは、そのような要因の検討である。このような要因を検討した上で、認知症の人の不安や孤独感など、認知症の人の主観的体験を考慮して、支援のあり方を検討していく必要がある。また、そのような支援によっても対応困難な顕著な BPSD が認められる場合には、薬物治療等の医療的対応が必要になる場合もある。

（1）妄想

病的な誤った判断や観念のことを妄想と言う。なみなみならぬ確信をもち、容易に修正できない。認知症によく見られる妄想には、「人が物を盗む」（物盗られ妄想）、「家の中に人が侵入してくる」（侵入妄想）、「私を家から追い出そうとしている」（迫害妄想）、「食べ物に毒を入れられる」（被毒妄想）、「配偶者（またはそれ以外の介護者）は偽者である」（替え玉妄想）、「家に見知らぬ人が住んでいる」（同居人妄想）、「見捨てられる」（見捨てられ妄想）、「配偶者が浮気をしている」（不義妄想）などがある。被害的な内容をもつ妄想（被害妄想、被害念慮）では、しばしば易刺激性、攻撃性などが認められる。

認知症の場合には、あたかも記憶の欠損を埋め合わせるように話をつくり（作話）、これが妄想として表出されることがある（作話性妄想）。そこには、認知機能の障害をもって生きる高齢者の不安や孤独が背景にあるように思われる場合も少なくない。認知機能障害がある高齢者の立場に立って、体験をよく聞き、不安や孤立を解消できるような支援、気分転換がはかれるような支援を考えていくことが有効な場合がある。

（2）幻覚

対象が実在しないにも拘わらず知覚として体験される心的現象を幻覚という。幻視、幻

聴、幻嗅、幻触などがある。幻視の中でもよく見られるものに「現実にはいない人を家の中で見る」（例：幻の同居人）という体験があるが、これは誤認に分類することある。幻視が目立つ場合にはレビー小体型認知症が疑われる。症状が現れたり、消えたり、変動しやすい。

まずは、体験を受容し、不安が強い場合には安心感をあたえるような支援が大切である。何か活動をしていたり、人と一緒に過ごしたり、注意がどこかに向けられていると症状があまり見られないこともある。

（３） 誤認

外部刺激の知覚錯誤であり、妄想的に抱いている信念または作り上げた事柄を伴う知覚錯誤と定義することができる。「患者自身の家に誰かがいる」（「幻の同居人」症候群）、患者自身の誤認（例：自分の鏡像を自分だと認識できない）、他者の誤認、テレビの映像の誤認（映像が現実の 3 次元空間で生じているとイメージする）などがある。代表的な妄想性誤認として、①カブグラ症候群：人物がよく似た偽者に置き換わっているという妄想様信念。人以外（例：家、ペット、物体）で認められることもある。②フレゴリ症候群：人が自分に影響を及ぼそうとして別の人間のふりをしているという妄想様信念。③相互変身：ある人物の身体的外観を、別の誰かの外観に一致すると知覚する状況。

まずは、体験を受容し、不安が強い場合には安心感を与えるような支援が大切である。レビー小体型認知症の場合、症状が現れたり、消えたりすることが多い。

（４） 抑うつ状態

抑うつ気分はアルツハイマー病患者の 40～50%に見られる。軽度の認知症の場合には、患者を面接している間に抑うつ気分と抑うつ症状を明らかにできることがある。認知症が進むに従い、言語やコミュニケーションの問題が増してくることや、アパシー、体重減少、睡眠障害、焦燥が認知症の一部として生じることから、抑うつ状態の同定が難しくなる。

基本的には安心感を与えられるような関わりや、環境の整備が大切である。社会的な孤立や寂しさが背景にある場合もある。症状が強い場合には抗うつ薬を使用することもある。

（５） アパシー（無気力、自発性低下）

日常の活動や身の回りのことに興味をなくし、さまざまな社会的なかわり、表情、声の抑揚、情緒的反応、自発性を失った状態である。アパシーも抑うつ状態も意欲低下を生じるが、アパシーでは抑うつ状態で見られるような抑うつ気分や自律神経症状は伴わない。

アパシーの要因として前頭葉機能の低下に関連した実行機能障害が認められることも多い。この場合は、計画を立てたり、段取りをつけたりなどの支援をおこない、一緒に行動したり、気分転換をはかれるような生活プランを調整することによって、予防や改善が得られる場合もある。

(6) 不安

自分の経済状態について、将来について、健康についての懸念が繰り返し述べられ、強い不安が表出されることがある。例えば、これまではストレスと感じなかったちょっとした事（例：家を離れる）について心配したりする。将来の出来事に対して繰り返し尋ねるような不安は Godot 症候群と呼ばれ、介護者の負担も大きくなる。

基本的には、体験を受容し、安心感を与えるようにサポートすることが大切であるが、生活の中で気分転換が図れるように支援をしていくのが現実的かもしれない。

(7) 睡眠障害

睡眠と覚醒の発現・調節には概日リズム機構と恒常性維持機構が関与しているが、高齢者ではこの両システムに機能変化が生じやすい。睡眠障害はその症状特徴と病因から、①不眠症、②睡眠関連呼吸障害、③過眠症、④概日リズム睡眠障害、⑤睡眠時随伴症、⑥睡眠関連運動障害などに大分類されているが、多くの睡眠障害において、不眠症状（入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難）、過眠症状（日中の耐えがたい眠気）が共通して認められる。

睡眠障害を防ぐために、日中の活動性を高めるように心がける、夕食後にはカフェイン飲料を避ける、などの生活習慣に対する指導が大切である。

(8) 徘徊

以下のような行動が含まれる。①物事を調べてまわる、②人の後についていく、またはしつこくつきまとう、③ぶらぶら歩きまたは探し回ること（家の周りや庭を歩き回って、何か仕事＜例：洗濯、洗濯物干し、掃除、草取り＞をしようと無駄な試みをする）、④目的なしに歩く、⑤夜間に歩く、⑥とんでもないところに向かって歩く、⑦活動過多、⑧さまよい歩き、家へ連れ帰る必要が生じる、⑨繰り返し家を出ようと試みる。

徘徊は、その人なりに意味のある行動である場合もある。長年続けてきた仕事と深く関連していたり、そこにいるとが不安で落ち着かなかったり、家に帰ろうしている行動であったり…。その人にとってどのような意味を持つ行動であるかを検討し、それを考慮した上でこれに代わる活動が行えるような支援をしたり、安全に過ごせる環境整備を検討したりすることが支援の基本かと思われる。

(9) 焦燥

概念はかなり広く、「部外者から見て、その人の要求や困惑から直接生じた結果とは考えられないような不適切な言語、音声、運動上の行動をとること」と定義されている。以下の4つのサブタイプが設けられている。①身体的攻撃性のない行動（全般的な不穏、わざとらしいことを繰り返す、部屋の中を行ったり来たりする、別の場所に行こうとする、物を隠す、不適切な衣服の着脱、滞続言語）、②言語的攻撃性のない行動（拒絶症、気に入るものが何もないという、ひっきりなしに注意を促す、威張った言葉使いをする、不平や泣

き言を言う，関係ある事柄で話に割り込む，関係ない事柄で話に割り込む)，③身体的攻撃性のある行動（叩く，押す，ひっかく，物をつかむ，人をつかむ，蹴る，咬む)，④言語的攻撃性のある行動（大声で叫ぶ，ののしる，かんしゃくを起こす，奇妙な音を出す)。

非常に広い概念であるが，焦燥の背景に不安がある場合は多い。どのような不安があるかを検討し，不安を解消していくことができるような支援を考えていくことが基本かと思われる。

(10) 破局反応

怒り反応とも呼ばれる。環境ストレスによる過剰な情緒反応を特徴とし，脳損傷のある患者にその能力を超える形で何かをするようなストレスを加えた場合に生じる。①突然の怒りの爆発，②言語的攻撃性（例：叫ぶ，ののしる)，③身体的攻撃性のおそれ，④身体的攻撃性（例：叩く，蹴る，咬む) などがある。

その人の能力を超えるような過大なストレスにさらされないような環境を整備することが最も効果的な対応であり，予防である。

(11) 脱抑制

衝動的で不適切な行動であり，気を散らしやすく，情緒的に不安定で，洞察や判断力に乏しく，それまでの社会行動のレベルを維持できないことがある。泣き叫ぶ，多幸感，言語的攻撃性，他者および物体に対する身体的攻撃性，自己破壊行動，性的脱抑制，精神運動焦燥，でしゃばる，じゃまをする，衝動性，徘徊などがある。

脱抑制症状は，前頭葉の障害に起因する症状であることが多い。前頭葉障害（脱抑制症状）があっても，そこで過ごせる環境を整備すること（居場所づくり）が，BPSD への対応や予防に関する支援として最も効果的かと思われる。

(12) 拒絶

「協力するのを拒むこと」と定義されている。ここには，頑固，非協力的な行動，介護に対する抵抗などが含まれている。

拒絶の背景には不安があることが多い。例えば，言語理解の障害（会話をよく理解することができない）がある場合には，介護者の言葉が理解できず，その結果，介護者が行うことが侵害的に行為に思えて，それで抵抗する場合もある。拒絶の背景に不安がないか，不安がある場合には，それを解消するにはどうすればよいかを考えていく必要がある。

文献

- 1) Esquirol JED : Des Maladies Mentales, 1938
- 2) Alzheimer A : Uber einen eigenartigen schweren Erkrankungen der Hirnrinde. Neurologisches Centralblatt 23: 1129-1136, 1906
- 3) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, et al : Consensus statement. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr 8 (suppl 3): 497-500, 1996
- 4) The International Psychogeriatric Association: The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), International Psychogeriatric Association, 2010 (日本老年精神医学会監訳: 認知症の行動と心理症状. 第2版. 東京, アルタ出版, 2013)
- 5) Seitz D, Purandare N, Conn D: Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr 22: 1025-1039, 2010.
- 6) Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, et al: Prevalence, correlates and course of behavioral and psychological symptoms of dementia in the population. Br J Psychiatry 194: 212-219, 2009
- 7) Finkel S : Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Int J Geriatr Psychiatry 15: S2-S4, 2000
- 8) Black W, Almeida OP: A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. Int Psychogeriatr 16: 295-315, 2004
- 9) 服部英幸編集, 精神症状・行動異常 (BPSD) を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班: BPSD 初期対応ガイドライン. ライフサイエンス, 2012, 東京

VI せん妄について

東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

1 概念と疫学

せん妄とは、意識障害、注意障害、認知機能の全般的障害、精神運動興奮または減退、睡眠覚醒サイクルの障害によって特徴づけられる、急性発症・一過性の器質精神症候群と定義されています¹⁾。脳の機能を広範に障害するような身体疾患や物質(乱用薬物, 医薬品, 毒物)がその原因となるが、その成因は「準備因子」「促進因子」「直接原因」に区別して考えるのが实际的である¹⁾。例えば、高齢であることや慢性の脳疾患が存在することは「準備因子」となり、心理社会的ストレス、睡眠障害、感覚遮断または過剰な感覚刺激、身体が動けない状態は「誘発因子」となり、脳機能を直接障害する身体疾患、薬物、アルコールなどが「直接原因」となる。

米国精神医学会 (APA) の治療ガイドライン²⁾によれば、せん妄の有病率は、入院患者の 10%~30%、入院している高齢者の 10%~40%、入院している癌患者の 25%、術後患者の 51%、臨死期にある末期患者の約 80%に及ぶと推計されている。また、身体疾患のある患者におけるせん妄は、合併症併発率の増大と死亡率の増大に関連することが明らかにされている。すなわち、せん妄は、肺炎や潰瘍性褥瘡の併発とそれによる入院の長期化に関連し、術後患者の術後合併症と術後回復期の長期化・入院の長期化・機能障害の長期化に関連する。また、入院中にせん妄を発症した高齢患者が、その入院期間中に死亡する率は 22%~76%、入院中にせん妄を発症した患者が退院後 6 カ月以内に死亡する率は 25%、せん妄の診断後 3 ヶ月以内の死亡率はうつ病などの気分障害の患者の 14 倍であるとされている。

2 診断

診断の基本は、1)せん妄の必須症状と随伴症状を確認した上で、2)病歴、身体診察、臨床検査所見から、病因的な関連をもつ身体疾患、物質中毒または離脱、またはそれらの組み合わせを証明することにある。

(1) 必須症状

必須症状は認知領域の障害を伴う意識障害であり、短期間のうち(通常は数時間から数日)に発症し、一日の中で変動する傾向をもつ。意識障害は、覚醒レベルの変化、周囲の状況を認識する能力の低下、注意を集中し、維持し、転導する能力の障害として現われ、思路のまとまりが悪くなる。認知障害では記憶、見当識、言語の障害が見られ、近時記憶障害(最近の出来事が想起できない)、時間失見当識(例:真夜中なのに朝だと思う)、場所失見当識(例:病院なのに自宅だと思う)、構音障害、物品呼称の障害、書字障害が見ら

れることが多い。錯覚、幻覚、妄想も認められるが、目立たないこともある。幻覚では幻視が最も一般的だが、幻聴、幻嗅、幻味、体感幻覚が認められることもある。

(2) 随伴症状

随伴症状として睡眠-覚醒サイクルの障害、精神運動障害、情動障害が認められることがある。睡眠-覚醒サイクルの障害では、日中睡眠、夜間の焦燥性興奮、睡眠連続性の障害、睡眠-覚醒サイクルの完全な逆転、睡眠-覚醒の日内パターン断片化が認められることがある。精神運動は増加する場合（活動増加型 = hyperactive delirium）と減少する場合（活動減少型 = hypoactive delirium）があり、前者では幻覚、妄想、焦燥性興奮、失見当識がより頻繁に認められる⁴⁾。不安、恐怖、抑うつ、易刺激性、怒り、多幸、無欲のような情動障害が認められることもあり、感情状態が突然一方から他方へ変化するような感情不安定性が認められることもある。脈拍、血圧、呼吸の変動、発汗などの自律神経症状を伴うこともある。

(3) 原因検索

米国精神医学会の診断基準（DSM-IV）³⁾では、原因によって、a.一般身体疾患によるせん妄、b.物質誘発性せん妄、c.複数の病因によるせん妄、d.特定不能のせん妄と分類される。原因となる身体疾患と物質の一覧を表 6-5、表 6-6 に示す。

表 6-5 一般的なせん妄の原因疾患

分類	疾患
中枢神経疾患	頭部外傷、けいれん発作、発作後状態、脳血管障害（例：高血圧性脳症）、変性疾患
代謝疾患	腎不全（例：尿毒症）、肝不全、貧血、低酸素症、低血糖症、チアミン欠乏症、内分泌障害、体液または電解質不均衡、酸塩基不均衡
心・肺疾患	心筋梗塞、うっ血性心不全、不整脈、ショック、呼吸不全
全身疾患	物質中毒または離脱、感染症、腫瘍、重度外傷、感覚遮断、体温調節障害、術後状態

(American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999. 日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄. 医学書院, 2000.)

表 6-6 中毒または離脱によってせん妄を引き起こす物質

カテゴリー	物 質
乱用薬	アルコール, アンフェタミン, カンナビス, コカイン, 幻覚薬, 吸入薬, オピオイド, フェンサイクリジン, 鎮静薬, 睡眠薬, その他
医薬品	麻酔薬, 鎮痛薬, 喘息治療薬, 抗けいれん薬, 抗ヒスタミン薬, 降圧薬と心循環作動薬, 抗生物質, 抗パーキンソン薬, コルチコステロイド, 胃腸薬, 筋弛緩薬, 免疫抑制薬, リチウム, および抗コリン作用をもつ向精神薬
毒物	コリンエステラーゼ阻害薬, 有機リン系殺虫薬, 一酸化炭素, 二酸化炭素, 燃料や有機溶剤のような揮発性物質

(American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999. 日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄. 医学書院, 2000.)

参考文献

- 1) Lipowski ZJ: Delirium: Acute Confusional State. Oxford University Press, New York, 1990
- 2) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999 (日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄. 医学書院, 2000)
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 1995)

Ⅶ 認知症の人に見られる身体疾患・身体機能障害と初期支援

国立長寿医療研究センター 鷲見幸彦

1 はじめに

認知症は、高齢者に多い疾患であると同時に経過の長い疾患である。そのため経過中に様々な身体疾患や外傷を合併（身体合併症）する。また身体合併症の発症は、短期的には行動心理症状（BPSD）を発現させる要因となり、日常生活動作を低下させてしまうことがある。さらに長期的には生命予後に影響することになる。以下に示すような身体合併症は通常の高齢者においても普通に見られるが、認知症では、自己評価の障害や言語機能の障害から自ら症状を訴えることが困難なことがあり発見が遅れることがある。入院が必要となることもしばしばだが、体調の悪化に環境変化によるダメージが加わり、せん妄状態となりやすく、しばしば急性期病院での対応が問題になる。また多職種チームが自宅を訪れる際に可能な限り身体疾患・身体機能障害の情報を収集することが求められる。本稿では認知症に合併しやすい身体疾患への対応と注意について述べる。

2 認知症の人に見られる病態

表 7-1 に認知症に合併しやすい身体症状を示した¹⁾。

表 7-1 認知症に合併しやすい身体症状

1. 運動症状	パーキンソニズム、不随意運動、痙攣、運動麻痺
2. 廃用症候群	筋萎縮、拘縮、心拍出量低下、低血圧、肺活量減少、尿失禁、便秘、誤嚥性肺炎、褥瘡
3. 老年症候群	転倒、骨折、脱水、浮腫、食欲不振、体重減少、肥満、嚥下困難、低栄養、貧血、ADL 低下、難聴、視力低下、関節痛、不整脈、睡眠時呼吸障害、排尿障害、便秘、褥瘡、運動麻痺
4. その他	嗅覚障害、慢性硬膜下血腫、悪性症候群

(1) 運動症状

パーキンソニズムはパーキンソン病にみられる動作緩徐，筋固縮，姿勢調節障害，歩行障害などが組み合わさっておこる症候群であり，認知症を伴う病態としてはレビー小体型認知症，進行性核上性麻痺，正常圧水頭症，多発脳梗塞などでみられる。薬剤性のパーキンソニズムにも注意が必要で向精神薬や抗うつ薬でおきるほか，抗認知症薬であるコリンエステラーゼ阻害薬でも起こることが知られている。不随意運動で最も頻度が高いのが

振戦であるが、動作時の振戦は本人の不自由はあるが、加齢でも出現し、病的意義は乏しい。安静時振戦はパーキンソン病に特異的であり、重要である。その他ハンチントン病で見られる舞踏様運動（ヒョレア）やクロイツフェルドヤコブ病で見られるミオクローヌスが重要である。痙攣はてんかんが背景にあったり、腎不全や肝不全といった代謝性疾患で見られることがある。運動麻痺の原因として最も多いのは脳血管障害で脳梗塞、脳出血が多いが転倒が多い認知症患者では慢性硬膜下出血にも注意が必要である。

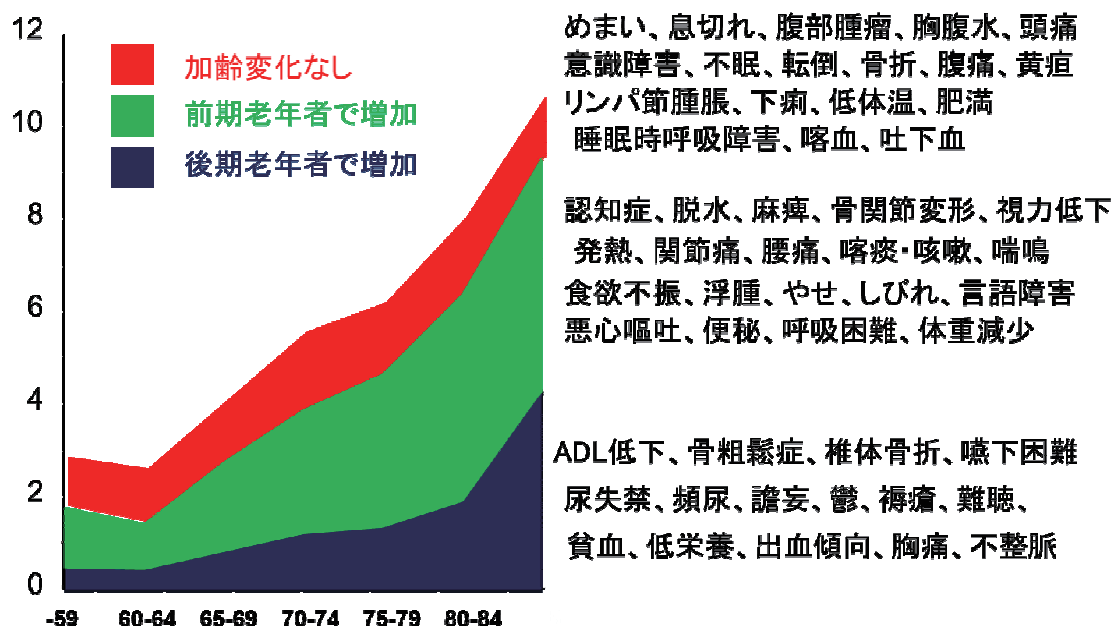
（2）廃用症候群

本来ある生理機能を十分に使用しなかったために生理的機能が減弱し、その結果生じる一連の症候をいう。表 7-1 に示したものの以外にも、静脈血栓や肺梗塞、無気肺、尿路結石、心理的荒廃がおこる。廃用症候群をきたすと、それが活動性の低下をひきおこし、さらに廃用がすすむという悪循環に陥りやすいので、注意が必要である。

（3）老年症候群

老年症候群とは虚弱な高齢者に特有の一連の症候で、しばしば日常生活活動の妨げになるものをいう。それぞれの症候は単一の原因ではなく多くの原因が複合していることが特徴である。鳥羽は老年症候群を加齢による影響を受けない群、65歳以降の前期高齢者で増加する群、75歳以上の高齢者で増加する群に分類している²⁾。認知症に伴って起きやすい老年症候群は65歳以上に見られる群、75歳以上で診られる群に多い（表 7-2）。

表 7-2 老年症候群の3つのタイプ



(4) その他

嗅覚障害は感覚器である鼻そのものの疾患が少ないため中枢性の嗅覚障害をとらえることは難しいが、レビー小体型認知症の初期症状のひとつが嗅覚障害であることが知られている。

3 認知症の人に見られる身体疾患

認知症の人に合併しやすく日常診療で問題になりやすい身体疾患について述べる。

(1) 内科疾患

脳血管障害は出血、梗塞にかかわらず、それ自体で認知症を起こしうるが、血管障害自体が直接認知機能障害を起こさなくても、せん妄を引き起こすことがある。認知症のひとつが経過中に突然 BPSD をきたした際には MRI を用いて新しい血管病変の有無を確認する。拡散強調画像では最近 1 か月以内の梗塞巣を高輝度で描出でき有用である。心疾患では洞不全症候群に注意が必要で、高齢者でアセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (AChEI) を内服しているときには常に徐脈の有無を確認する。同様に AChEI 内服時に注意すべきは逆流性食道炎と胃潰瘍で、経過中に食欲不振がみられた際には上部消化管の精査を検討する。逆流性食道炎は同時に誤嚥性肺炎の危険因子でもある。誤嚥性肺炎は終末期の認知症での大きな問題であり、経口からの栄養の可否にも直接関係してくる。Ganguli らの報告³⁾でも認知症の死因の大きなリスクとなっている (表 7-3)。

表 7-3

死の原因	AD合併 n=236	認知症なし n=546	補正なし	年齢・性で 補正	全症例 n=845
認知症	29(12.3)	2(0.4)	<.001	<.001	32(3.9)
脳血管障害	22(9.3)	57(10.4)	.63	.40	87(10.5)
敗血症	12(5.1)	27(5.0)	.93	.72	41(5.0)
脱水	7(3.0)	0	.001	NA	9(1.1)
肺炎	29(12.3)	35(6.4)	.006	.04	66(8.0)
褥瘡	2(0.8)	0	.09	NA	3(0.4)
心停止	39(16.5)	87(15.9)	.84	.44	140(16.9)
他の脳疾患	13(5.5)	9(1.7)	.003	.01	
呼吸器系	53(22.5)	92(16.9)	.06	.16	
心血管系	112(47.5)	275(50.4)	.73	.36	
消化器系	11(4.7)	28(5.1)	.78	.99	
悪性腫瘍	29(12.3)	143(26.2)	<.001	.005	
老衰	5(2.1)	10(1.8)	.79	.81	
不明	24(10.2)	58(10.6)	.85	.49	

(2) 外科・脳神経外科疾患

腸閉塞は見落とされると致命的になりうるが、症状が潜行することがある。悪性腫瘍や腸間膜動脈閉塞症の合併もまれでないが、検査が困難なこともあり進行してから発見されることが多い。北川らは認知症のひとの消化器外科手術では術前に何らかの合併症を有する率が高く、術後合併症では認知症悪化、術後せん妄、肺炎の合併が多く在院日数の延長が認められるが、手術・在院死亡率には差を認めないと報告した。十分な術前評価を行い手術適応と術式を決定すれば合併症による在院日数の延長は見られるが、死亡例は増加せず、認知症を有するのみでは手術阻害要因とはならないとしている⁴⁾。

転倒の頻度が正常高齢者の3倍多い認知症のひとにとって慢性硬膜下血腫は常に起こりうる身体合併症である。何となくぼんやりしている、右手を使わなくなった、歩行がおかしくなったなどの訴えが見られる際には頭部CTを行うべきである。

(3) 整形外科疾患

徘徊する患者では大腿骨頸部骨折は7倍になるといわれている。山崎は認知症患者の整形外科疾患の特徴を以下のように挙げた。①骨折の発見が遅れる。②病院での受け入れが困難。③来院が遅いため合併症を伴う。④本人の訴えがはっきりしないため病態の把握が困難。⑤骨粗鬆症を伴う。⑥骨粗鬆症に起因した既存骨折に対する手術によりインプラントが残存しているため手術方法が困難。⑦受傷から時間が経過している例が多く手術が困難。⑧術後のせん妄がおこり管理が困難。⑨重度の認知症ではリハビリが困難。⑩術後ADLの低下で退院先の受け入れが困難。大腿骨頸部骨折に関しては可能な限り早期に手術を行うことにより上記の困難さのいくつかは軽減可能である。また同時に骨折予防の重要性を強調している⁵⁾。

(4) 皮膚科疾患

皮膚科が関係する疾患としては褥瘡、蜂窩織炎、疥癬、帯状疱疹が問題になる。これらの疾患は疾病そのものの治療が重要であると同時に、これらが引き起こすかゆみや痛みがせん妄の原因となることに注意が必要である。

(5) 耳鼻科疾患

耳垢栓塞が聴力低下の原因になっていることがある。乾性耳垢の多いアジア諸国では耳垢栓塞になりにくく耳垢に対する関心がうすいが、日本でも高齢者、知的障害者では耳垢栓塞の頻度が高い。長寿医療研究センター耳鼻科での調査ではMMSE23点以下の患者の4人に一人に耳垢栓塞がみられた。認知症患者で聴理解が悪化した際には耳垢栓塞の可能性を考慮すべきである⁶⁾。

(6) 薬物の影響

多くの薬物が認知機能に影響を与えることが知られている。表 7-4 に主要な薬剤を示した。総合感冒薬や泌尿器病薬、消化器病薬といった一見中枢神経作動薬とは思えない薬剤に認知機能を低下させる薬剤があることに注意が必要である。

表 7-4

向精神薬	向精神薬以外の薬剤
抗精神病薬 (フェノチアジン系) 催眠剤・鎮静薬 (ベンゾジアゼピン系) 抗うつ薬 (三環系抗うつ薬)	抗パーキンソン病薬 抗てんかん薬 循環器病薬(降圧薬、抗不整脈薬、利尿薬、ジギタリス) 鎮痛薬(オピオイド、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) 総合感冒薬(抗コリン作用の強い抗ヒスタミン薬が使用されている)

4 初期集中支援チームにおける身体機能のチェックポイント

認知症初期集中支援チームは、平成 25 年度に認知症施策検討プロジェクトチームがまとめた「今後の認知症施策の方向性について」に基づき、認知症になっても在宅での生活の継続につながるサービス体制の整備を推進するため、認知症の人や家族に専門家チームが関わり、アセスメントや初期集中ケアを受けることで自立生活をサポートする多職種協働チームである。このようなチームが創設されるに至った背景には、1)早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診しているケースが散見されている。一方、国際的には認知症の人への早期対応が重視されてきている。2)日常的なケアの場での継続的なアセスメントが不十分であるため、適切な認知症のケアが提供できていない。3)これまでのケアは、認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が生じてからの「事後的な対応」が主眼となっていたと言える。4)これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本をおくものである。この「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能な限り維持できるようにするための初期集中支援を、発病後できる限り早い段階で包

括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。このチームの機能として、訪問対象の認知症のひとの身体状況のチェックである。

身体のチェックとしては、表 7-5 の 1.①から⑧までを観察する。詳細な観察は次のステップとなるので、この時点ではまず全体的な把握に努めるようにする。すべてを初回にチェックする必要はなく、2回目以降にチェックしたり、初回で気になった点は2回目以降で詳細に検討する。全身観察では、表 7-5 の 1.①～⑧の項目について、表 7-6 に示すような内容を聞く。表 7-6 の質問のあとに DASC や DBD の番号が示してあるのは、同じ質問が DASC や DBD の項目にあることを示している。

表 7-5

<p style="text-align: center;">なにを評価するのか-体の様子をチェック-</p> <hr/> <p>1. 全身観察</p> <ul style="list-style-type: none">①身体機能②コミュニケーション能力③衛生状態④栄養状態⑤摂食状態⑥排泄状態⑦睡眠状態⑧精神状態 <p>2. 基礎データ</p> <p style="text-align: center;">バイタルサインのチェックと身体測定</p> <p style="text-align: center;">血圧 脈拍 体温 呼吸数 身長 体重</p>

表 7-6 に示したチェック項目は情報の得やすさに難易度の差がある。家族がいて情報が得られる場合にはこれらの項目の情報は比較的得やすい。独居で観察のみから情報をえることは難しく、トイレは一人でできるか、トイレやお風呂までの移動は一人でできるか、目が見えにくいかどうか、耳が聞こえづらいかどうか、訪問者との意思疎通が可能かどうか、身体や衣服は清潔か、家屋、室内は清潔か、極度にやせているか肥満しているか、むくみがあるかどうか、昼間寝てばかりいるかどうか、興奮や無気力がなく訪問を受け入れられるかは観察だけでも情報がえられる可能性がある。一方、入浴はひとりでできるか、一人で買い物に行けるか、食べ過ぎるか（食事摂取量、水分摂取量、食事回数）、何時に寝て何時に起きるか、寝つきはよいか、特別な理由がないのに夜中に起きだすかなどは一般に情報獲得が困難であることが多い。

表 7-6

－身体の様子をチェックについて－

- ①身体機能
- 入浴はひとりで行えるか (DASC16)
 - 着替えは一人でできるか (DASC17)
 - トイレは一人でできるか (DASC18)
 - 身だしなみを整えることは一人でできるか (DASC19)
 - 食事はひとりで行えるか (DASC20)
 - トイレやお風呂までの移動は一人でできるか (DASC21)
- ②コミュニケーション能力
- 目が見えにくい
 - 耳が聞こえづらい (DASC13)
 - 訪問者との意思疎通が不可能
 - 訪問者との意思疎通が可能
 - 一人で買い物に行けるか (DASC10)
 - 電話をかけることができるか (DASC13)
- ③衛生状態
- 身体は清潔か 衣服は清潔 家屋、室内は清潔か
- ④栄養状態
- 極度にやせているか肥満している むくみがある
- ⑤摂食状態
- 食事を拒否したり食べない (DBD 28-18)
 - 食べ過ぎる (DBD 28-19)
(食事摂取量、水分摂取量、食事回数)
 - 噛めるかどうか
- ⑥排泄状態
- 尿失禁がある DBD 28-20(回数、性状)
 - 便失禁がある DBD 28-28(回数、性状(便秘・下痢の有無))
- ⑦睡眠状態
- 何時に寝て何時に起きるか 寝つきはよいか
 - 特別な理由がないのに夜中に起きだす (DBD13-4)
 - 昼間寝てばかりいる (DBD13-6)
- ⑧精神状態
- 興奮や無気力がなく訪問を受け入れられるか
 - 興奮したり、動き回ったりしておちつかない (DBD13-5,9)
 - 何もしようとせず、無気力 (DBD13-3)

5 おわりに

認知症のひとが合併しやすい代表的な身体合併症について概説した。初期集中支援チームのような多職種チームが、自宅に訪問する際に、どのような身体症状に注意をむけ、情報を得るべきかを示した。冒頭にのべたように、身体合併症の存在は、行動心理症状(BPSD)を発現させる要因となり、日常生活動作を低下させる。自己評価の障害やコミュニケーション能力の障害をもつ認知症のひとの身体合併症に気づき、どのように情報を集めるかは、認知症のひとに関わる医療者のみでなく、介護者にとっても重要な能力となる。今後、医療スタッフのみでなく介護スタッフの教育といった面からも検討が必要である⁷⁾。

引用文献

- 1) 認知症疾患治療ガイドライン 2010：認知症疾患治療ガイドライン作成合同委員会編，医学書院，pp129，2010．東京
- 2) 鳥羽研二：老年症候群．老年学テキスト，南江堂，pp53-63，2006．東京
- 3) M. Ganguli, H. H. Dodge, C Shen et al：Alzheimer Disease and Mortality A 15-Year Epidemiological Study Arch Neurol.62：779-784，2005
- 4) 北川雄一、深田伸二、川端康次ら：認知症を有する高齢患者に対する全身麻酔下消化器外科手術．日臨外会誌．66(9)：2099-2102，2005
- 5) 山崎 謙 渥美 敬：整形外科疾患と認知症．老年精神医学雑誌．21(3)：329-334，2010
- 6) 鷺見幸彦：認知症の身体合併症 —予防、医療、管理—．こころの科学 161：33-37，2012
- 7) 鷺見幸彦：認知症の人のための地域包括ケア；2025年に向けたプログラム 2) 認知症の身体合併症医療はどうあるべきか．老年精神医学雑誌．23 (suppl1)：101-107，2012

Ⅷ 認知症の人に見られる社会的困難状況と初期支援

東京都健康長寿医療センター研究所 井藤佳恵

1 はじめに

認知症の臨床像の全体は、認知症疾患に起因する認知機能障害と生活機能障害、これに伴う身体合併症と精神症状・行動障害（BPSD やせん妄）、そして、これらによってもたらされる社会的困難状況によって特徴づけられる。社会的困難は、認知症高齢者の地域での生活の継続を難しくする大きな要因の1つである。本章では、地域における困難事例が抱える困難事象のアセスメントと初期支援のあり方について、困難事例を通じて考える。

困難事例とは、当事者、家族、支援者、そしてそれを取り巻く社会環境との相互作用によって可変的に顕在化する関係概念であり、従って困難事例は一義的には定義されない。地域保健の現場では接近困難、支援困難、処遇困難など様々な名称で呼ばれ、「本人やその家族が困難事象を抱えているが、接近が困難で、支援が困難な事例」を指す。

本稿では社会的困難を「A.家族介護者に関わる困難事象」「B.地域社会との間で生じる困難事象」「C.虐待と財産管理に関わる困難事象」「D.身体医療に関わる困難事象」の4カテゴリーに類型化して考察する。

2 事例

(1) 事例1

- ① 地域包括支援センターからの相談内容
診断と医療の必要性、今後の見通し、対応についての助言がほしい。
- ② 事例呈示
Aさん 83歳女性
世帯形態：高齢者住宅にて独居
身体疾患：生来著患なし

Aさんは元来、忍耐強く穏やかな人柄であった。生涯独身で、75歳まで養護施設に勤め、80歳のときに現住所に転居した。「人に迷惑をかけないということが私の信条」と話していた。

X-1年暮れから、「(階下に住む生活協力員が)夜中に大きな音を出してうるさい」と生活協力員本人に訴えるようになった。何度か話し合いをしたが折り合いがつかず、抗議の意味でAさんの方が床をドンドンと叩くようになった。生活協力員が自治体に相談したところ、「本人に直接苦情を言ってください」との回答だったため、生活協力員がAさん宅に怒

鳴り込み、Aさんを怒鳴りつける事態となった。これを機に、幻聴に迫害妄想が加わる形となり、生活協力員に対するAさんの攻撃は一層激しくなった。同時期より、Aさんは自治体へも毎日通い、窓口で苦情の申し立てを繰り返すようになった。「身の危険を感じる」と生活協力員から相談があり、地域包括支援センターの介入が開始された。

③ 臨床診断

面接時の会話では近時記憶の障害は目立たないが、本人は多少のもの忘れを自覚していた。時間見当識は保たれているが、時間感覚がやや曖昧であった。身ぎれいにしており、家の中もきれいに整頓され、食事は自炊できていた。買い物も必要なものを必要なだけ購入できているようであった。食事、トイレ、入浴、着替えは自立していた。

一貫した軽いもの忘れと時間感覚の障害があり、生活機能障害は目立たなかった。所見を総合して軽度認知障害と診断した。

④ 社会的困難の評価

弟が他県にいるが施設入所中である。区内に姪がおり、入居する際の保証人を引き受けている。しかしこれまでに交流がなく、本人は姪の世話になることに非常に抵抗を感じている。近所付き合いはない。生活協力員との関係は、この一件が起こるまでは特に問題はなかった。

要約すると、「A.家族介護者に関わる困難事象」としては、キーパーソンになりうる家族がないこと、「B.地域社会との間で生じる困難事象」としては幻聴による“騒音”被害に対して本人が抗議行動を繰り返しており、生活支援員との間にトラブルが生じている。

⑤ 初期支援

このケースでは自治体と生活協力員の対応が事態を複雑化させた印象があった。自治体の担当部署に問い合わせたところ、以前にも同じ生活協力員と他の認知症の入居者との間でトラブルがあり、Aさんがそのことに関して「生活協力員さんが認知症になった人を追い出した」と感じていることがわかった。

生活協力員は話し合いに応じないとの意向だったため、自治体職員、地域包括支援センター職員、精神科医で個別会議を開催した。独居の認知症高齢者は増えており、特に高齢者住宅に携わる者には認知症の基礎知識をもつことが求められる。行政職員や高齢者住宅の生活協力員にも認知症サポーター養成講座等の案内を積極的に行うことを自治体に提案した。

Aさんは「頭がおかしいと言われて悔しい。受診して、”精神病ではない”という診断書がほしい」と切々と訴えた。そのような内容の診断書は作成できないが、受診するのは良い考えだと伝えた。その後Aさんは、精神科外来を受診しては「みんな私がおかしいと思ってる」と訴え、服薬には応じず、介護保険サービスの導入にも抵抗し、「もう来ないので

予約はいりません」と言って去るのだが、2~3 か月するとまた受診をするということを繰り返していた。自治体へは毎日通って苦情申し立てと自治体の対応に対する抗議行動を続け、三者の関係はますます悪化していった。

苦情への対応をめぐって再度、自治体職員と再度の個別会議を開催した。「そういう騒音は確認できない」という対応ではなく、「騒音を一緒に聞く」という対応ができないかと提案し、介入開始から1年半経過したあるとき自宅を訪問した行政職員が「この音ですか？」と”騒音”体験を共有できた。Aさんはこの体験を主治医には語らなかったが、この時期に突然服薬に応じるようになった。極めて少量の抗精神病薬によって幻聴は消褪し、抗議行動もみられなくなった。

⑥ 転帰

初期支援から2年経過した。現在の診断はアルツハイマー型認知症（軽度）である。幻聴が消褪して自治体への抗議行動をとる必要がなくなると他に外出する場所もなく、ひきこもりがちの生活となった。不眠の訴えが強くなり、また、もの忘れが増えたと訴えるようになったため、Aさんがずっと拒否していたデイサービスを改めて勧めると、週に1回の体操ならということで参加するようになった。現在はまずまず落ち着いて暮らしており、Aさんが受け入れられるペースで、Aさんの支援の輪を広げていくことを課題としている。

(2) 事例2

① 地域包括支援センターからの相談内容

本人の認知症の有無と医療の必要性、今後の見通し、対応と支援の方向性についての助言がほしい。

② 事例呈示

Bさん 76歳女性

世帯形態：非高齢世帯（娘夫婦と3人暮らし）

身体疾患：高血圧、糖尿病で近医通院中

Bさんには若年時から浪費傾向があったが、1年ほど前から、請求書を見ても自分が買い物をしたことを思いだせなくなり、娘夫婦が自分のクレジットカードを盗んで買い物をしていると言うようになった。買い物はかなりの額になるので成年後見の申し立てをしたい、とBさんの娘から地域包括支援センターに相談があった。

地域包括支援センターの職員が訪問すると、玄関に一番近い位置にあるBさんの部屋には腐敗した食物や排泄物で汚染された衣類がたまり、小バエとゴキブリが大量に発生しており、極めて不衛生な住環境であった。さらに共用廊下にまでゴキブリ、ハエが発生しているため、近隣住民との間でトラブルになっており退去勧告がなされていることがわかつ

た。

Bさんには娘夫婦を対象とした物盗られ妄想があり、これにもとづき日常的に激しい諍いが繰り返されており、Bさんと娘夫婦の言動からは娘夫婦がBさんを虐待していることが強く疑われた。

早急な対応が必要と判断されたが、地域包括支援センターの介入が始まって以降、娘が区役所、地域包括支援センター、Bさんの主治医など諸機関を訪れては、他の職員や他の機関の対応を批判したり、自分は幼少時に父母から虐待を受けた、結婚後は夫からの暴力に悩まされている、生活費を消費者金融からの借金で補っている、私は誰からも愛されていない等、長い時には2時間以上に渡って娘自身の問題を訴えるようになった。支援機関が互いの対応に批判的な意識を持つようになり、支援方針が立たなくなっていた。

③ 臨床診断

Bさんは面接中にも頻回に同じ話を繰り返し、近時記憶の障害が明らかであった。数年前から通院が不規則になっていることには、時間の見当識障害の影響もあると考えられる。生活状況としては、徒歩圏内の同じ店でいつもおかずを買ってきており、小銭を使えておられた。買い物、公共の交通機関をつかった外出に支障が生じていた。住環境の衛生はまったく保たれておらず、服薬管理もできていなかった。年金の額以上の買い物を重ねており金銭管理も難しかった。食事、トイレ、入浴、着替えは自立していた。

明らかな近時記憶の障害と時間の見当識障害、家庭内外のIADL (Instrumental Activity of Daily Living) の障害を認め、トイレ・着替え・食事・入浴など、身の回りのことを行うADL (BADL ; Basic Activity of Daily Living) はある程度自立していた。

所見を総合して、アルツハイマー型認知症(軽度)の可能性ありと診断した。

④ 社会的困難の評価

Bさんの娘は境界性人格障害で、娘の夫はアルコール依存症かつ暴力傾向があり、Bさんの認知症発症以前から複雑な家族関係があったと推察された。

Bさんの物盗られ妄想は最初は娘の夫を対象としていた。Bさんが「私物を盗ったでしょう?!」と食ってかかるために、娘の夫の暴力の対象は娘からBさんに移行していった。次第に娘が娘の夫と共同して母を虐待する形へと転じ、やがて娘も物盗られ妄想の対象となった。Bさんは娘夫婦が就寝している時間にトイレと風呂を使う以外は自室に閉じこもるようになり、娘が掃除等のために入室することも強く拒否するようになった。結果として腐敗した食物や排泄物で汚染された衣類が部屋にあふれるようになったと考えられた。

身体的健康に関しては、もとは健康に対する意識は高く、通院服薬を好んでしていたとのことだった。しかしおくすり手帳を見ると1年ほど前から記入がなく、それ以前から通院間隔は不規則で、数年前から服薬管理ができていないと思われた。最近も不規則ながら通院は続けているが、医療スタッフに攻撃的な態度を示し採血には応じないとのことだった。

た。睡眠覚醒のリズムが乱れており、注意障害が著明、情動も著しく不安定であった。

要約すると、「A.家族介護者に関わる困難事象」として、認知症の発症以前から家族関係が複雑でキーパーソンがいないという問題、「B.地域社会との間で生じる困難事象」としては、著しく不衛生な住環境から発する異臭と虫により近隣トラブルが生じ、退去勧告がなされているという問題、「C.虐待と財産管理に関わる困難事象」としては娘夫婦による心理的・身体的虐待、「D.身体医療に関わる困難事象」としては服薬管理が困難になり血糖コントロールが著しく悪化し、せん妄が惹起されているという問題が把握された。

⑤ 初期支援

娘の夫は職に就いておらず、娘がパートタイムの職に就いていたのだが、娘の夫が B さんに暴力をふるうようになったため母を家に置いて外出することができなくなると感じるようになり離職した。3人の生活は経済的には本人の年金に依存しており、3人が暮らしている家も本人名義のものであった。

関係諸機関の職員が娘に感情的に巻き込まれており、本人に対する支援方針が共有できなくなっていたため、自治体職員、地域包括支援センター職員、精神科医による個別会議を開催した。まず、娘が他の機関の窓口ではどういった相談をしているのか、各窓口でどう対応したのかということの関係者の間で共有した。その結果、自身の幼少時の外傷体験や借金については地域包括支援センターに、Bさんの医療に関する相談は自治体に、夫の暴力については B さんのかかりつけ医にと、それぞれに最も適しているとは言えない窓口で相談していること、相談を受けた窓口担当者が適切な窓口を案内してもそこには相談していないこと、また、それぞれの機関で娘が語る他機関の対応が事実とは異なること、当初の相談内容であった成年後見の申し立てについては一向に手続きを進めていないことがわかった。これにより、関係諸機関が偏った状況理解にもとづき行動していることが事態をより複雑化させていることが関係者の間で認識された。

この事例に関しては、支援対象者が B さんであることを各担当者が強く意識することを基本方針とし、娘の幼少時の外傷体験や娘の夫婦関係について B さんの支援者が主たる支援者となり解決していくことは難しいという見解を共有した。

糖尿病で通院していたかかりつけ医に、本人が認知症であり服薬管理ができなくなっている旨を情報提供し、処方整理して分 1 処方、一包化することにご協力いただいた。介入当時の HbA1c は 13.8%だった。

B さんは身体を動かすことが好きで元々はスポーツクラブに通っていたことがあったため、運動プログラムのあるデイサービスを勧めたところ、ぜひ通所したいということだった。かかりつけ医に主治医意見書の作成を依頼し、介護保険を申請した。要介護 1 の認定となりデイサービスを利用するようになると、物盗られ妄想は徐々に消褪した。さらに、昼夜のリズムが回復し、処方整理の効果もあって服薬アドヒアランスが向上し血糖コントロールが改善、これに伴いせん妄が改善し、攻撃性や浪費傾向にも改善が認められた。

⑥ 転帰

Bさんの物盗られ妄想が消褪して家族間の緊張が緩和され、娘が本人の部屋に入れるようになったため住環境の衛生状態が改善された。初期支援から2年が経過した現在、本人はデイサービスの利用を継続しており、服薬管理はデイサービスのある日にはデイサービスのスタッフにお願いすることにし、HbA1cは5.9%、身体的健康に大きな問題はない。娘はパートタイムの職に復帰し、危うさを内包しつつも家族の均衡は保たれている。何らかの変化にともない家族の均衡がまた危機的な状況になることが予想され、時期を逸することなく介入できるよう、本人がデイサービスを利用している通所介護事業所とも情報を共有しながら家族全体を見守っている状況である。

(3) 事例3

① 地域包括支援センターからの相談依頼

本人の認知症の有無と医療の必要性、今後の見通し、対応と支援の方向性についての助言がほしい。

② 事例呈示

78歳男性 C氏

世帯形態：非高齢世帯（息子と2人暮らし）

身体疾患：高血圧、高脂血症、糖尿病、前立腺肥大、血管性パーキンソンニズム

C氏が60歳時に妻が他界し、その後は当時16歳だった息子を男手ひとつで育てた。近隣住民によれば、C氏は長男を「できの悪い息子」と言っており、高圧的に接し、手をあげることも日常的であったようである。しかし一方では長男名義の国債を購入するなど息子の将来を案じていたようであった。妻の生前は妻に対する暴力があったようで、これを理由に娘は現在も関わりを拒否している。

C氏はX-2年（76歳）頃から道に迷って警察に保護されることが続いた。服薬をほとんどしなくなり血糖コントロールが悪化、幻視、独語、見当識障害などせん妄の症状がみられるようになった。長男がC氏の意に沿わない接し方をすると激昂して手を挙げるため、食事の管理も難しく、息子はC氏が望むままに毎食菓子パンを用意していた。

X-1年頃からC氏の尿失禁が始まると、息子が手を挙げるようになり、頭部を2針縫うけがをしたり、突き飛ばされて転倒し救急搬送されるようになった。

X年には両下肢の蜂窩織炎のため内科病棟に入院したが、要求が多く、療養上の規則に従うことができず、一般病棟では処遇困難とのことで治療終結となった。息子の介護負担を心配した民生委員から地域包括支援センターに相談があり介入が開始された。

③ 臨床診断

食事，トイレ，入浴，着替えに一部介助を要した。

せん妄を合併する以前から買い物，公共の交通機関を使つての外出，預貯金の出し入れなどはできておらず，家庭内外の IADL の障害が認められた。合併しているせん妄の影響を考慮すべきであるが，病初期より実行機能障害や無気力・無関心な態度が目立つ病像であったことが伺われ，面接時は注意障害が顕著で反応に時間がかかり，保続が目立った。近時記憶については比較的保たれている印象であった。

所見を総合して血管性認知症（中等度，せん妄の合併による影響が大きい）の可能性ありと診断した。

④ 社会的困難の評価

息子は中学校の普通学級を卒業しているが，言語能力，理解力等から軽度精神遅滞と考えられた。予測することやコントロールすることができない状況に対応していくことが難しく，若干の強迫傾向もあり，失禁等により衣類や住環境が汚染されたり，C氏が転倒して息子が並べた物を倒したりすると，混乱して突発的に暴力をふるうようだった。

虐待という観点からこのケースをとらえると，虐待の類型としては「力関係逆転型」²で，父の認知症をきっかけとして，支配的な親と無力化された息子という力関係が逆転し，虐待に至った例としてとらえられる。しかしながら息子には定職がなく，最も長く続いたのは清掃の仕事で1か月，この数年は収入が全くなかった。家計は父の年金に依存しており，経済的には父が優位に立ったままで，息子自身がこのことを非常に負い目に感じていることが事態をより複雑にしていた。娘は，母に暴力をふるったC氏を恨んでおり，またC氏が弟名義の国債を購入していることを知ったこともあり，一切の関わりを拒否している。このため，息子を援助する親族はいない。

身体的な健康の問題として，C氏自身は服薬管理ができなくなっており，これを息子が手伝えることも困難で，また，食事制限も守れないため血糖コントロールは著しく不良であった。下肢に潰瘍形成と蜂窩織炎が認められた。蜂窩織炎のため内科病棟に入院したが療養上の指示に従わないとのことで強制退院となり以後の診療応需も拒否されている。

要約すると，「A.家族介護者に関わる困難事象」としては主たる介護者である息子に精神遅滞があり家族の介護力に限界があること，「C.虐待と財産管理に関わる困難事象」としては息子による身体的虐待，「D.身体医療に関わる困難事象」としては，服薬管理の困難により血糖コントロールが悪化しせん妄を合併していること，せん妄時の問題行動により医療機関とのトラブルになり治療終結となつてしまったことが把握された。

⑤ 初期支援

自治体職員と精神科医で個別会議を開催した。本人の下肢の蜂窩織炎の炎症所見は重度で血糖コントロールも極めて不良であるが，介護者が食事を管理することが難しかった。

虐待事例でもあるため、自宅での療養は難しく入院医療が必要と判断した。通院・入院歴のある病院を含め、一般病床への入院依頼は5か所に断られた。認知症にせん妄が合併した状態であり、医療保護入院の適応があったためA総合病院精神科に入院とした。

外来受療状況としては、主治医意見書の更新はA病院精神科（治療歴はない）、前立腺肥大はB病院泌尿器科、高血圧、糖尿病、高脂血症はD病院内科を受診、他にE病院内科も受診しており、本人が単独でそれぞれの病院を不規則に受診していた。処方重複も多く、かかりつけ医を定めて処方を一元的に管理することが望ましかった。そのため入院を機に処方を整理し、退院後の通院先を1か所に定める方針とした。

息子が父の処遇についてひとりで決断をしていくことは極めて難しかった。家の中は清潔で極めて整然と片付いており、決まりきった家事は自分で決めたやり方に従ってきちんとできるが、それ以上のこと、それ以外のことに対応することが難しいようだった。予定を1日に1つ以上入れると容易に混乱し、介護保険サービスについて理解することも困難だった。社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業の利用も検討したが、C氏本人に利用意思がないため導入できなかった。在宅で介護保険サービスを使いながら息子が介護を続けることは難しく、虐待防止の観点からも望ましくなかった。

経済的には、今後C氏の年金をC氏の入院費あるいは施設入居費に充てた場合、息子が1人で生計を立てることは不可能であった。そのため、まずは世帯分離して息子が生活保護を受給する方針とした。諸手続きを進めるペースについて、手続きは同時にいくつかのことを並行して行うのではなくひとつずつ、ペースも1日に1ステップずつ、ということを支援者の間で確認した。

⑥ 転帰

指示されたことを長男が理解できずに主治医と再三のトラブルになったため、主治医の協力を仰ぎ面談には常に自治体職員が同席する形をとった。

退院後に入所した施設では処遇困難とのことで、1か月で退所勧告をされた。自治体に関わり次の入所施設を探し、2つ目の施設への適応は良好で、初期支援から2年経過した現在も特に問題なく暮らしている。

息子に対する就労支援の成果が得られていないが、自治体の紹介で参加を始めた男性介護者の会で、話を聞いてもらえるという体験を通じて自尊感情は少しずつ回復しており、社会的ひきこもりの改善が認められる。父との面会は定期的に続けており、父子関係にも改善が認められる。

3 おわりに

これまでの研究¹⁾で、地域で困難事例化する認知症高齢者では、認知症の臨床ステージが進展するほど困難事象が重層化することが明らかになっている。初期支援のあり方として、重層化した困難事象を個別に評価することで幾通りかの支援の糸口が見えてくる。

困難事例の支援で見過ごししてはならないのは身体的健康の問題である。身体的健康の問題が前景にあることは多くないが、実際には困難事例化した認知症高齢者の生命予後は極めて悪く、初期支援の段階で身体的健康を適切に評価することは非常に重要である。また、せん妄が比較的多くみられ、背景として服薬管理の困難に起因する慢性疾患の増悪がある場合が少なくない。せん妄は入院患者においてもしばしばそのケアや処遇の困難さが指摘されるが、自宅では一層の困難が予想され、事例2、3ではせん妄によって周囲との軋轢が増していた。服薬管理の困難は認知症の比較的初期から認められる生活障害であり、かかりつけ医や調剤薬局との連携、介護保険サービスの導入等によって適切な介入をしていくことが必要である。

認知症の全臨床ステージを通じて、家族介護者に関わる困難事象が非常に高い頻度で認められることがわかっている。家族が複数の問題を抱えており慢性的な依存状態にあるいわゆる多問題家族では、家族全体に対する臨機応変なアプローチが必要になる。しかし一方で、支援者が優先課題と自分の役割を定位していないと現場は混乱し、支援が継続できなくなることさえある。家族全体へのアプローチでは、常に多角的に状況をアセスメントし優先課題を決定することが重要である。家族がいないという状況もある。近隣トラブルという視点でとらえると、近隣トラブルを抱えるのは、非高齢世帯や高齢夫婦世帯よりも、圧倒的に高齢独居世帯である³⁾。特に事例1のような、幻覚妄想を背景として近隣住民や関係諸機関に抗議行動を繰り返すタイプの近隣トラブルは独居高齢者に特有であるようだ。このタイプの近隣トラブルに関して、表面的には抗議行動の形をとっているが、実は周囲への援助希求行動の一型であるという側面をとらえ、地域社会からの排除が起こらないよう介入していくことが必要である。あるいは十分な介護力をもたない家族介護者と認知症高齢者本人とが社会的に孤立するという状況もある。支援者の支援の輪を広げていくという観点も必要であろう。

引用文献

- 1) 井藤佳恵, 多田満美子, 櫻井千絵, 他: 地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴: 認知症ステージによる検討. 老年精神医学雑誌, 24: 1047-1061, 2013
- 2) 小林篤子: 高齢者虐待, 初版. 中央公論新社, 2004. 東京
- 3) 井藤佳恵: 独居あるいは高齢夫婦世帯で迎える認知症: 近隣トラブルを通じた考察. 老年精神医学雑誌, 24: 1117-1123, 2013

Ⅹ 地域包括支援センターの地域基盤構築と初期支援の実際

立川市南部西ふじみ地域包括支援センター 山本 繁樹

1 はじめに

地域包括支援センターは、介護保険法第 115 条に「地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」として規定されている。社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師又は地域ケアの経験がある看護師といった専門職によるチームアプローチを用いて、地域包括ケアにおける総合相談とマネジメントを担う中核的な拠点施設となる。

高齢化に伴う認知症の増加と、特に独居者の増加のなかで、成年後見制度等の法的支援を含めた権利擁護支援や総合的な生活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。本章では認知症の地域包括ケアにおける地域包括支援センターの地域基盤構築と初期支援の実際について解説する。

2 地域包括ケアの目的と地域包括支援センター

2011 年の介護保険制度改正では高齢者が地域で自立した生活が営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進める>として、①医療と介護の連携の強化等、②介護人材の確保とサービスの質の向上、③高齢者の住まいの整備等、④認知症対策の推進、⑤保険者による主体的な取り組みの推進、⑥保険料の上昇の緩和、の 6 点の主要施策が掲げられた。

長寿社会開発センター発行の『地域包括支援センター運営マニュアル』においては、地域包括ケアとは「地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続できるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に提供すること」¹⁾と定義されている（下線部筆者）。地域包括ケアは地域住民の保健医療福祉の増進を包括的に支援することによる地域住民の福利の向上を目的とし、その中心には、地域社会の主人公たる地域住民がいることをまず確認しておきたい。

「フォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように」していくためには、認知症などにより、生活課題を抱えて困惑している本人や家族に対して、生活課題を明確化し、対応方法をともに考え、生活の再建に向けた自己決定の支援が出来るように、多様な地域の社会資源を分かりやすく説明できなければならない。その前提として、

地域包括支援センターには地域にある多様な社会資源を「把握する」、「活用する」、「つなげる」、「改善する」、「創設する」、といった取り組みが求められている。

3 緊急性のレベル判断と初期相談の重要性

地域包括支援センターが日々対応する相談は、本人、家族をはじめとして地域の様々な関係者から持ち込まれ、電話相談、来所相談、メール相談、訪問相談といった諸手段によって対応が行われる。初期相談対応において地域包括支援センターが行うのは相談者との関係構築、及び緊急性の判断とその対応であり、認知症の地域包括ケアにおいても同様となる。『地域包括支援センター運営マニュアル』では、初期相談における緊急レベルと対応を表 9-1 のように4つのレベルに分けている²⁾。

表 9-1

緊急レベル別の相談内容と対応

緊急レベル	相談内容	対応
レベル1	一般的な問い合わせ	一般的な情報提供
レベル2	相談者の意思で主訴に対する対応が可能と判断される相談	必要な情報提供、関係機関や団体等の紹介・つなぎ
レベル3	継続的・専門的な関与が必要と判断される相談	継続的な関与、訪問面接等
レベル4	緊急対応が必要と判断される相談	危機介入、事例ごとに対応できるチーム編成

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年,65頁.

例えば、「要介護認定を受けたいがどうすればいいのだろうか」、「自治体のおむつの給付助成があると聞いたがどのように手続きすればいいのか」、「配食サービスを利用したいがどのような内容なのか」、「地域に介護者の集いがあると聞いたがどうすれば参加できるのか」といった表面的には緊急レベル1や2と見える相談内容であったとしても、相談に至った経過や背景を確認しつつ対応を進めなければならない。表面上の主訴とは別に、訴えの背景となる真のニーズが隠されていることがあり、背景にある要因として認知症がある場合がある。地域包括支援センターの相談対応者は、①聞き取りを丁寧にしつつ関係を構築する⇒②相談者は誰で、課題を抱えている人は誰なのか、及びその関係性を明らかにす

る⇒ ③相談内容とその背景を把握する⇒ ④緊急性を判断しつつ対応方法を検討する⇒ ⑤必要に応じてセンター内の多職種のチームアプローチで検討していく、といったプロセスを踏まえながら相談対応を進めていくことになる。

レベル1,2の相談であったとしても、地域の認知症ケアに関わる幅広い社会資源の情報とその整理、つなぎ先としての保健,医療,福祉等のネットワークがあって、はじめて具体的な相談対応が可能になってくる。また、家族構成数が少なくなるなかで、介護者側にも身体面、精神面、経済面等の諸課題を抱えている世帯が増加している社会状況においては、家族介護者等の相談者が自らの意志で主訴に対する対応が可能であると判断されるレベル2の相談においても、相談者の持っている問題解決に向けた意欲や能力をアセスメントし、必要に応じてフォローアップをしていくことが求められ、特に認知症ケアの初期相談対応では重要となる。

4 認知症ケアを支える地域包括支援ネットワーク

地域包括支援センターの①総合相談支援、②権利擁護、③介護予防ケアマネジメント、④包括的・継続的ケアマネジメント支援、といった主要業務の土台となるのが地域における総合的、重層的な支援ネットワークを構築すること、すなわち地域包括支援ネットワーク構築の機能となる。この地域包括支援ネットワークは「関係行政機関はもとより、地域のサービス利用者や家族、サービス事業者、関係団体、成年後見関係者、民生委員、地域支えあい等のインフォーマルサービス関係者、一般住民等によって構成される〔人的資源〕からなる有機体」³⁾と定義されている。〔人的資源〕からなる有機体ということは、可変性があり、センターや地域関係機関の取り組みによって発展的变化も可能だということである。

センターの各業務の入り口となる①総合相談支援業務では、ニーズアセスメントに基づき、必要に応じて権利擁護、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント支援、といった各業務につないでいくことになる(図9-1)。「総合相談支援」という名のとおり、幅広い相談対応から具体的な支援、必要な地域の社会資源への「つなぎ」の取り組みが必要とされている。地域におけるネットワーク構築によって、地域の実態把握や総合相談がしやすくなるとともに、実態把握や総合相談のなかから地域の新たなネットワークを構築していくといった具合に、この3つの取り組みは円環的な関係にある。地域包括支援センターにおける早期のニーズキャッチによる予防的相談対応、地域の社会資源への適切なつなぎ、組織レベルのチームアプローチ、地域レベルを視野においた制度横断的なアプローチは、認知症の相談対応においても取り組みの土台となる^{4) 5) 6)}。

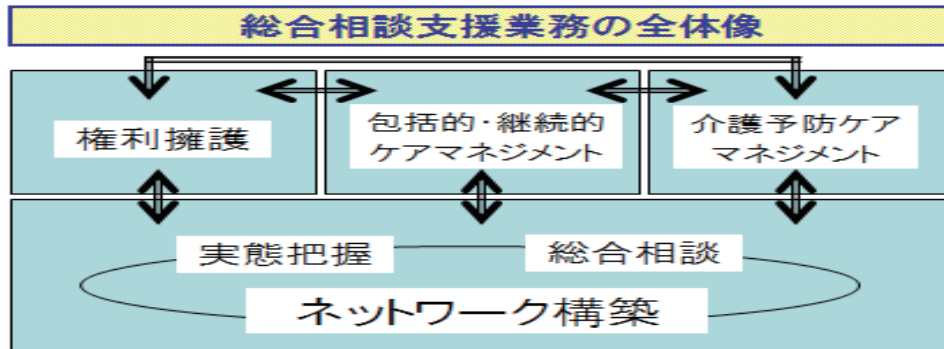


図 9-1 厚生労働省老健局(2005)『地域包括支援センター業務マニュアル』より一部改変

5 家族介護力がない世帯への対応

2011年現在で65歳以上の高齢者のいる世帯は1,942万世帯であり、国内の全世帯数(4,668万世帯)の約41.6%となっている。その内訳を見ると、1980年には7割を占めていた子どもとの同居世帯は減少を続けて2011年現在では42.2%となっており大幅に減少している。一方で、一人暮らし又は夫婦のみの世帯については大幅に増加し、1980年には合わせて3割弱だったものが、2011年には合わせて54.0%まで増加している。⁷⁾ 高齢化と家族構成数が減少する状況のなかで、高齢者同士の老々介護、介護者も認知症や疾病を抱えている、介護者の長時間勤務や失業など、家族介護力が低下している世帯が増えている。認知症の人に対する支援とともに、介護者への支援が重要な地域ケアの取り組み課題となっており、特に、認知症高齢者への支援の場合は虐待の防止と対応が重要となる。

なかでも、近年増加している男性介護者による高齢者虐待への対応と支援においては、男性介護者が地域で孤立しがちな状況に対して、①地域社会からのアプローチ、②地域における介護の学びや情報共有の場作り、③家族介護者の労働環境の整備や介護保険制度等の充実といった社会的介護・保障の充実、④介護者との援助関係の構築、といった取り組みが必要となる⁸⁾。

いずれにしても多機関の連携による生活支援と介護環境の整備が求められており、自治体や地域包括支援センターには、個別ケースへの対応とともに、介護支援専門員によるケアマネジメントの地域基盤強化、諸制度を横断する地域包括ケアネットワーク構築、地域における介護者教室やセルフヘルプグループ支援等の介護者支援策の推進、高齢者虐待の対応と防止のための地域システムの構築、といった取り組みが求められている。

6 単身で身寄りがない世帯への支援

高齢者の単身世帯は、高齢者人口に占める割合が1980年には男性4.3%、女性11.2%であったものが、2010年には男性11.1%、女性20.3%と急増しており⁷⁾、家族介護力が低下している状況のなか、単身で身寄りがない世帯への支援策の構築は今後の認知症の地域包

括ケアにおいても喫緊の課題となっている。

認知症の独居世帯への支援においては、訪問介護による通院同行や訪問診療・看護の導入といった医療アクセスの保証とともに、通所ケアによる社会交流とリハビリテーション、訪問介護の生活援助(家事支援)による生活環境の整備、介護やリハビリによる生活機能の回復等の取り組みが基本となる。同時に、様々な諸サービス導入の前提となる財産の管理や契約行為の支援を行う必要性があり、地域包括支援センターによる取り組みの実際には、成年後見制度や社会福祉協議会が実施している日常生活自立支援事業といった地域の権利擁護システムとの連携が必須となる。

地域包括支援センターの役割として、①成年後見制度の活用促進、②福祉施設等への措置の支援、③高齢者虐待の防止と対応、④困難事例への対応、⑤消費者被害の防止、といった事業に取り組む「権利擁護業務」があり、センターは自治体担当部署や社会福祉協議会といった専門機関と連携しながら、地域の弁護士、司法書士、社会福祉士といった専門職とのネットワーク構築の取り組みが必要となる。

また、認知症の独居者の在宅支援においては、近隣住民の見守り、支え合いの理解の促進も不可欠となる。地域社会は認知症の人をサポートしていこうとする側面と、火の元管理等への不安から排除しようとする側面の両面を持つ可能性がある。地域包括支援センターは、地域の自治会や老人会、学校、企業、関係機関等と連携し、地域に出向いて開催する「認知症サポーター養成講座」、「介護予防教室」、「家族介護者の集い」といった様々な手法を用いて、認知症の地域ケアに関する理解を深め、広報・啓発を行い、地域社会のサポートの側面を促進していく取り組みが必要となる。

7 受診拒否,サービス利用拒否等の介入困難事例への初期対応

認知症の早期受診体制の確立と環境整備は地域包括ケアシステム全体のなかでも課題となる。なかでも、受診拒否やサービス利用拒否の単身世帯や、家族介護力の弱い世帯の場合は地域包括支援センターの関わりが必須となる。多くの場合は、本人の持病等に関わる主治医との連携が重要であり、日常生活の状況に関する DASC 等の簡易なアセスメントツールの活用と主治医への情報伝達、主治医による医療ケアと介護者等への助言、専門的な医療支援や鑑別診断が必要な場合の専門医へのつなぎ等が必要となる。

また、単身者の場合は近隣者や担当地域の民生委員等から、地域包括支援センターへ「本人の様子が少しおかしい」等の通報により認知症の状況が判明する場合もあり、この場合は主治医そのものがないケースもある。このような場合は「地域の一人暮らしの方を順次訪問しています」といった初回訪問方法により、本人との関係づくりから始めて、受診につなげていく必要がある。これらの取り組みの前提になるのが、地域の医療機関との日常からの顔の見える関係づくりである。地域包括支援センターの職員と地域の医療機関の職員が互いの顔を知っており、地域課題に対して相談し合うことができる関係づくりは、地域包括ケアネットワーク構築に向けた土台となっていく。

民生委員や地域住民からの相談でセンターにつながり、アウトリーチで本人宅に訪問してみると、外からは見えにくい家の中は既にごみの山となって暮らしている状況であったり、外見上は普通に暮らしているが、時間をかけて確認していくと多額の悪質商法の被害にあっていることが判明したり(ご本人は自覚していない)、また人の介入やサービスの導入を拒否するケース等も多くある。多くは認知症、一人暮らし、家族機能の低下といった要素が絡んでいる。また、知的障害や精神疾患を持った子を長年世話してきた親の高齢化や認知症の発症等による生活機能の低下により、世帯の中でキーパーソンが不在となってしまっている事例、介護者によるさまざまな形態の虐待事例(背景にある介護負担・経済負担)など、地域包括支援センターが対応する事例は幅広くある。第一次的な地域のニーズキャッチとインテークを行う地域包括支援センターの総合相談の窓口機能が、認知症の独居世帯等における消費者被害の予防や重度化の予防の観点からも重要であり、地域包括支援センターの初期相談における緊急性の判断と対応、その後の必要な地域の社会資源へのつなぎや専門的・継続的な支援の取り組みは重要な役割を果たす。

上記のような事例では、地域包括支援センター単独での対応は困難であり、土台となる支援ネットワークを活用し、行政の関係部局、医療機関、社会福祉協議会、介護支援専門員、介護サービス事業者、各種専門職、民生委員、地域住民とのネットワークのなかでの制度横断的な取り組みが必要となる。

8 ケアマネジメント支援における地域連携の基盤整備

本人や家族介護者に寄り添い、ケアプランを作成して生活支援を行っていく介護支援専門員をはじめとした地域のケアスタッフと病院・診療所、訪問看護ステーション等との日常からの横のネットワーク構築は、地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント支援事業における基盤整備においても重要な取り組みとなる。

地域レベルの介護支援専門員や介護サービス事業所の連絡会とも連携して、互いの顔合わせの機会や研修の場づくりを計画的に行っていくこと、互いの情報交換の仕組みづくり、利用者情報の相互提供に関する簡便な連携ツールや DASC 等の活用といった、認知症の人や家族介護者を中心としたケアチームの連携促進に関する基盤整備の取り組みが必要とされている。

9 認知症の行動・心理症状(BPSD)悪化時のケアチーム間の連携と対応

BPSD 悪化時の在宅ケアにおけるチーム間の連携促進は、地域包括支援センターの総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援といった諸側面からも課題となる。本人がまだ介護保険制度や地域の医療資源等に結びついていない場合には、総合相談支援による地域の社会資源への結びつけを行う。すでに介護支援専門員とのかかわりがある場合において、担当介護支援専門員や所属している居宅介護支援事業所のみで対応が困難な場合には、必要に応じて地域包括支援センターがサポートに入り、本人宅や医療機

関への同行支援，専門医との結びつけ，サービス担当者会議のバックアップ，個別支援に関する地域住民や他職種も含めた地域ケア会議の開催による連携支援といった対応を行う¹⁰⁾．家族介護者がいる場合は，夜間も含めた日常の生活リズムを的確に主治医等に伝え，認知症の行動・心理症状（BPSD）の治療方針の参考に資するための生活リズムのチェック表といったツールの活用も有効と考えられる¹¹⁾．

地域包括支援センターは，介護者や介護支援専門員が担当医療機関とコミュニケーションがとりやすい状況になるようにサポートしていく．同時に，医療機関側の役割として重要となるのが，主治医や専門医，その他の医療スタッフによる，認知症の人とその家族の立場になって考え，人が感じている苦悩や思いに心を寄せながら，「生活の状況をいかに聞き取るか」という技術と態度だと考えられる¹²⁾．

BPSDの発生時は，家族介護者の負担感も増し，虐待行為が発生しやすい時期ともなる．高齢者虐待対応が必要となるケースには，主治医や専門医とも連携して，高齢者虐待防止法に基づく市町村責任のもとに地域包括支援センターと福祉保健担当部署の職員が緊急介入して，本人の権利擁護と養護者への支援を行っていく．同時に，基盤となる地域の関係機関・団体による高齢者虐待対応・防止のネットワーク構築を地域レベルで進めていく．

10 認知症の地域包括ケアにおける多職種連携の取り組み

今後の認知症の地域包括ケアにおける多職種連携の推進においては，認知症疾患医療センターと各自治体の保健福祉担当部署，地域包括支援センター，在宅医療連携拠点等の協働により，①病院内の相談窓口と地域の相談窓口である地域包括支援センターの連携強化，②医師会，認知症疾患医療センター等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，支援への活用，③地域レベルにおける介護支援専門員，医療機関，関係専門職の顔合わせの場づくり，④地域関係者の協力による認知症ケア研修・多職種参加の事例検討会等の充実，⑤認知症初期集中支援担当等の増配置による地域包括支援センターの総合相談機能充実に向けた組織体制・人員体制の基盤強化，といった諸点が挙げられる．また，社会資源やケアシステムについての地域住民への広報・普及，認知症の人や家族介護者のセルフヘルプグループへの支援をはじめとした地域住民自身の取り組みへの支援が重要となる．

11 地域包括支援センターにおける個別支援と地域づくりの相互作用

筆者の活動している地域では，毎月開催される行政関連部署や社会福祉協議会も含めた関係機関・団体による地域ケア会議において，地域包括支援センターの前月の相談対応の状況を報告し，地域全体の相談支援体制づくりのノウハウの蓄積に役立てている．地域の医療機関の医療福祉相談室，地域医療連携室の職員も参加するこの会議では，互いの現状の取り組みの情報交換を行うとともに，地域包括支援センターの諸活動における課題把握から地域の基盤構築のヒントを得るといった個別支援と地域支援の円環的な取り組みが意識

されている。例えば、認知症の独居者の支援において悪質商法被害が出た場合の対応策の検討と消費者センターや法テラスといった地域の関係機関との連携方法の確認、受診やサービス利用拒否等の介入困難事例への対応における個別支援の方法の検討と、保健所や認知症疾患医療センター等の関係機関との連携のあり方といったことが同時に検討される¹³⁾。

個別事例における支援ネットワークの形成過程から分かることは、本人の置かれている状況に応じて編成するチームは多様であり、チーム編成の多様さは人の生活の多面性・総合性に応じているということである。本人や家族を中心として、地域包括支援センター等の初期相談対応チーム、医療チーム、生活支援・介護チーム、権利擁護チーム、そして地域のインフォーマルサポート等が問題状況の改善に取り組んでいくことになり、支援過程は本人・家族のエンパワメントと地域社会のエンパワメントが同時になされていく相互作用関係にある。医療機関をはじめとした専門機関・団体との連携を通じた専門機関ネットワークの構築と、地域住民・団体との連携を通じた住民主体ネットワークの構築は、この相互作用関係の土台となる^{5) 6) 9) 14)}。

12 おわりに

地域包括支援センターは地域の総合相談窓口として住民ニーズのインテーク機関となる。第一次の相談窓口としての緊急性の判断、相談対応、必要な地域の社会資源へのつなぎ、及び専門的・継続的な支援といった取り組みは、認知症の地域包括ケアにおけるシステム構築の観点からも重要となる。また、総合相談のなかから見えてくる認知症の人や家族介護者の抱えるニーズ、必要となる地域包括ケアの方向性、背景にある社会保障の諸課題等を整理し、実践機関の立場から行政や立法サイドに必要な制度・施策のニーズを伝達していく役割も今後ますます重要となってくる。

各地域には、その地域独自の社会資源や環境があり、全国共通の社会保障の共通基盤に基づいたうえで、各地域の特色を活かした「地域で支える仕組みづくり」が期待される。同時に、認知症の地域包括ケアにおいては、地域の主人公である地域住民の認知症に関する理解の深まりや主体的な取り組みが重要となるため、地域で構築されてきた認知症ケアに関する仕組みや社会資源を地域の人々に理解しやすく伝えていく必要がある。個別支援におけるチームアプローチや、地域支援におけるネットワーク構築を通して、地域包括ケアや認知症ケアの知識・技術・価値が専門職や地域住民に普及し、地域のなかで認知症の人や家族も含めた「一人ひとりの人を大切にす」という意識が広まっていく取り組みが重要となる¹⁵⁾。

引用文献

- 1) 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，15，2012

- 2) 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， 63-71， 2012
- 3) 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， 81， 2012
- 4) 厚生労働省老健局：地域包括支援センター業務マニュアル， 35， 2005
- 5) 山本繁樹：地域包括支援センターにおける総合相談の意義と課題；ソーシャルワーカーの取り組みの基本視点.ソーシャルワーク研究， 33（3）：13-21， 2007
- 6) 日本社会福祉士会：ネットワークを活用したソーシャルワーク実践.中央法規出版， 2013
- 7) 内閣府：平成 25 年度版高齢社会白書， 13-14， 2013
- 8) 山本繁樹：男性介護者による高齢者虐待に関する考察；取り組みの現状と専門職の認識から探る今後の地域実践.高齢者虐待防止研究 6(1)：13-20， 2010
- 9) 山本繁樹：地域特性を活かした総合相談体制づくり.地域包括支援・総合相談事例集,第一法規出版， 1051-1063， 2011
- 10) 長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル， 42-74， 2013
- 11) 「認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業」研究委員会：認知症の方とご家族のためのケアとお薬のガイドブック， 34， 認知症介護研究・研修東京センター， 2010
- 12) 松田実：認知症支援における医療の役割；あくまでも症候学にこだわる立場から.老年精神医学雑誌， 22(1)：126-134， 2011
- 13) 長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル， 135-149， 2013
- 14) 日本社会福祉士会：改訂 地域包括支援センターのソーシャルワーク実践. 中央法規出版， 2012
- 15) 山本繁樹：地域包括支援センターの未来;認知症の地域ケアにおける諸課題を中心に.老年精神医学雑誌， 23(増刊号-1)：126-131， 2012

X 認知症医療支援診療所(仮称)におけるアセスメントと家族介護者への初期支援

医療法人藤本クリニック 藤本直規、奥村典子

1 はじめに

認知症医療の枠組みは大きく変わってきていて、国が推進している「かかりつけ医認知症対応力向上研修」¹⁾を受けたかかりつけ医、国立長寿医療センターのサポート医養成研修を受けた認知症サポート医 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/d01.html>) などが養成され、地域のかかりつけ医が認知症の人の受診の最初の受け皿としてだけでなく、診断後の本人・家族支援、啓発、多職種・地域連携でも重要な役割を担うように位置づけられた。

一方、「もの忘れ外来」は、大学病院・総合病院・精神科単科病院・診療所^{2) 3) 4) 5)} など色々な医療機関に広がっているが、専門医としての診断後の関わり方は、それぞれの医療機関によって異なっている。不足している認知症専門医が、診断目的の初診の人を優先せざるを得ない実情もあり、診断後の本人・家族支援などを十分に行っているとは言い難く、その地域の事情に応じて、専門医療機関の間で、あるいは、専門医とかかりつけ医・サポート医の間で役割分担を図るなど、新たな認知症医療体制を作る必要がある。

そして、早期受診・早期診断が促進されるようになると、診断直後の軽度認知症の人に対する精神療法的な支援やデイサービスなどの非薬物療法の受け皿の不足が大きな社会問題となってくる。その理由は、徐々に悪化する記憶障害や実行機能障害などの認知機能障害を少しでも改善したい、あるいは、現在の能力を維持したいと望みながら、生活の中では自分のやりたいことを出来るだけ実現したい、社会の中で役割を持ちたいといった、認知症の人が求めている支援のニーズに支援者側が気付いていなかったからである。そのため、本人と家族を支える受け皿も体制も整えないまま安易に病名告知を行ってしまうと、早期診断が心ならずも本人と家族を絶望の縁に突き落としてしまうことになりかねない。

ところで、これまで認知症の人に対して診断以外のことに関わってこなかった医療が、長期に続く認知症ケアを支えるためには、認知症の人や介護者の支援ニーズを発見し、それに基づいて提供した新たな医療サービスに評価（モニタリング）を加えながらよりよい医療サービスを行っていくことが重要である⁶⁾。そして、認知症の人と家族が必要とするニーズを知るには、“本人の声”をいつも丁寧に聴いて、それをアセスメントすることが必要である。

本稿では、もの忘れクリニックで行っているアセスメント、すなわち、1)診断のために必要なアセスメントと 2)適切な支援を提供するために必要なアセスメントのうち、認知症の本人や介護家族の声を丁寧に聴き、それをアセスメントすることで展開してきた、診断後の本人支援としての非薬物療法、家族支援、相談活動、地域連携などを紹介したい。

2 診療

(1) 診療の概略

外来受診の目的は、診断、認知症の行動・心理症状(BPSD)の治療、家族ケアや介護支援のための受診である。外来新患者は、一ヶ月に30～35名、再来の人数月約600名である。診断目的の往診は、地域包括支援センターからの依頼で行うが、かかりつけ医との連携の充実と相談活動のおかげで、開業当初と比べて数は少なくなっており、一ヶ月に1～2名である。CT、MRI、脳血流SPECTなどの脳画像診断は他院に依頼して行う。

(2) 外来診療での本人・家族支援^{7) 8) 9)}

① 予約時の受診前相談

家族が予約電話のついでに、受診困難例の受診方法、症状への対応方法などについて尋ねてきた場合は、看護師が可能な限り丁寧に答えておく。必要に応じて、緊急受診の手配、地域包括支援センターへ連絡、介護保険サービスの緊急利用へつなげることもある。家族支援は予約時から始まる。

② 初診時の本人・家族支援

i) 入室時の観察

診療所の玄関を入った時から診療は始まっていて、待合室での本人と家族との会話の内容、口調やしぐさで両者の関係を推測できる。本人と離れて座る家族であれば、待ち時間には離れたいのだろうと介護負担の重さを思うし、手を握って小声で話しかけているのなら、本人の不安を取り除こうとしているのだろう。待合室の風景からこれらのことを感じ取り、家族一人ひとりにあった話の仕方を考える。これは、再診の人たちにも言えることで、普段の様子と違う時は、何か異変が起っていないか注意をはらうことが必要である。

ii) 待合室のアメニティ

受診への不安感を軽減できるように、外来のアメニティには配慮が必要である。テーブルの上には、季節の花、お手玉や折り紙やパズルを置いておくことで、本人だけでなく家族も和ませる。また、認知症に関する書籍やパンフレットを置いて情報提供を行うと、家族だけでなく認知症の人も興味を示す。

また、診療時間以外に、日時を決めて待合室を家族の集いの場に利用している。



写真 10-1 外来のアメニティ

iii) 問診

a. 認知症の本人からの情報収集

問診は本人から先に話を聞くことにする。本人から受診の目的を尋ねると、自らがもの忘れを訴えることが多い。その後、困っていることはないか、もの忘れについて家族はどう言っているかなどをゆっくり聞いていくことで本人との信頼関係を築いていく。作話や妄想に基づく話の可能性があっても、それらの話の中にも“事実”や“本当の気持ち”は織り込まれているので、否定や訂正はしないで受けとめておく。自分の意思で受診した人はもちろんのこと、もし自分の本意ではなく連れてこられたのなら、家族の話を先に聞かれることは納得いかないであろう。自分の気持ちを本気で聞いてもらえる場所と分かってもらえると、もの忘れに関する自覚や生活での困り事を話し始めることが多く、その後の関わりがスムーズになる。問診票やチェックリストへの記載だけで対応すると、場合によっては、自己評価を良く見せようと症状を軽めに伝えてくることがあるので注意が必要である¹⁰⁾。

【初診時の本人の言葉】

- ・頭だけがちょっとボケています。今までは覚えていたのに
- ・時々ボケていますね。言われたこと、それはこうやったかな
- ・家での存在感がない、役割がない
- ・何だか、何もわかっていない
- ・霞がかかったみたい。自分が悪いのか？自分に愛想が尽きる

b. 家族からの情報収集

家族は様々な思いをもって受診する。受診のきっかけになった症状、受診までの家族の葛藤、妄想対象になっていることへの怒り、診断結果に対する不安、家族間の意見の相違、自らの健康不安などを自由に話してもらい、求められない限り、行動や対応に対する否定や指導はしない。診断までの検査の手順と、診断後に治療と多くの支援者によるサポートが始まることを伝えた上で、症状が進行してからの受診であっても、受診に繋いでくれたことをねぎらう。

BPSD への対応に苦慮している場合は、症状の背景にある認知機能障害とそれへの対応を説明する。初診から診断までの間に何か心配事があれば、常時、連絡・相談は可能と伝える。

(3) 診断後の本人・家族支援

① 診断¹¹⁾

認知症の診断は、例えば、アルツハイマー型認知症であれば、NINCDS-ADRDA, DSM-IV などの臨床診断基準に基づく診断であるが、これらの診断基準に忠実に従うだけでは、病初期の段階で診断を行うことは困難である。神経心理テストやMRI, SPECTなどの脳画像

などを用いた様々な診断法が検討されてはいるものの、エビデンスに基づいた早期診断法は確立されておらず、最終的には如何に丁寧に臨床経過を診ていけるかが重要である。

i) 神経心理テスト

われわれのクリニックでは、全般的スクリーニング検査であるMini-Mental State Examination(MMSE)ないし改訂長谷川式簡易知能スケール(HDS-R)、立方体模写、言語流暢性検査、Wechsler Memory Scale-Revised(WMS-R)論理性記憶、前頭葉機能検査(Frontal Assessment Battery(FAB))などを行っている。

ii) ADLの評価スケール

介護者への問診は、自由に口述させるほか、症状の聞き落としを防ぎ、経過を経時的に追跡できるように、「N式老年者日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)」「N式老年者用精神状態尺度(NMスケール)」を用いている。

iii) 脳画像検査

発症早期の診断の補助診断のために行うCT、MRIやSPECTは、受診した認知症の人の居住地の病院に依頼している。滋賀県内でMRIやSPECTでの画像統計解析法での判定が可能な病院は約10カ所である。

② 診断と告知を希望につなぐ^{5) 9) 12)}

発症早期に診断がついた認知症の人と家族には、原則的に病名と現時点の状態を伝える。アルツハイマー型認知症の場合は、「基本的には病気の進行は緩やかで、年単位ではもの忘れなどが目立つようにはなりますが、診断がついたからといって明日から何かが変わる訳でもなく、今とほとんど変わらない生活は続けられます」と伝える。彼らは、自分の身に起こっていることの自覚はあり、漠然とした不安感や所在のなさを訴える。ほとんどの軽度認知症の人は、告知後に異口同音に「忘れたり、上手く出来なくなることは、自分がさぼっているわけではないのですね。」とホッとする。認知機能に問題があると気づいているのに、そのことについて家族と率直に話し合うことができないのは、本人・家族の両者にとって不幸である。そして、発症初期に病名告知をしてあれば、その後起こってくる様々な症状の変化に対して、真正面から話し合うことができ、より適切な対応が可能になる。診断とその告知によって、出来るだけ「病気になったことは諦めるが、これからの人生は諦めない」¹²⁾ と言ってもらえるように支える。

【告知についての本人の言葉】

- ・ (告知のことを) 先生の方が気にしているみたいだけど、(自分は) 大丈夫やで
- ・ やっと本当のことを教えてくれましたね。ありがとうございます

- ・ 薬を飲んで少しでももの忘れを遅らせることが出来るなら飲んでみたい
- ・ 今私に起こっていることは病気のせいで、私が悪いわけではないのですね。
- ・ これからは、家族とも病気のことや症状のことを隠さず話せますね

③ 支援者であり続けることを表明する

告知とともに、「様々な薬の治療があり、介護保険サービスなども利用でき、今日からは我々とその仲間ができる限りの支援をするので、必要なら受診日に限らず遠慮なく相談を持ちかけてください。」と、支援者であり続けることを表明し、様々な治療と多くの支援者によるサポートが始まることを伝えて、本人と家族の不安を軽減しておく。できれば、緊急時の連絡方法を教える。



写真 10-2 外来情報ボード

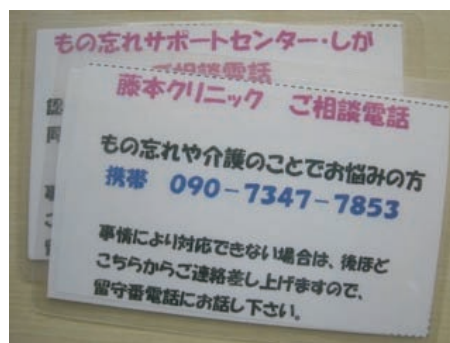


写真 10-3 相談電話カード

④ 薬物治療

アルツハイマー型認知症の診断がついた時には抗認知症薬を投与する。投薬開始後は本人、家族が少しでも効果を実感できるように、認知機能障害で起るいくつかの生活障害の具体的な変化や副作用に関する生活チェックリストを作成し、診察前に記載してもらっている。薬物投与後、症状が一方向的に悪化するばかりではなく、不変ないし、改善している項目もあることがわかると、本人や家族が服薬の必要性をさらに理解しやすくなる。

専門医であっても、診断後に抗認知症薬を投与するだけの外来診療となり、「何か変化がありましたか」と抽象的な質問になりがちであるが、生活チェックリストを用いることで、具体的な生活の変化を共有して、薬物治療が「生活を支える処方箋」であることを認識してもらう。

(4) 早期診断後の治療の空白期間をつくらないための取り組み

早期診断が、“早期絶望”につながらないように、薬物治療だけでなく、本人や家族が症状を理解して対応できるような情報提供を行う。同じ症状を持つ仲間との出会いの場づくり

をしたり、地域包括支援センターなどの支援者を紹介することは、診断を行った専門医療機関の責務である。

① 外来心理教育¹³⁾

i) 本人個別心理教育

医師ないしは看護師が、告知後の本人と外来でゆっくりと話す機会を持つと、一旦は受け入れた病気のことであっても、今の状況に対する不安、病気の症状や対処方法を知りたいこと、生活で困っていること、やってみたいこと、家族とのことなどについて語ってくれる。日常生活の中では自分の思いを話す機会が少ない人たちが自由に語り、それを聞き手が傾聴・受容していくことは、重要な支持的な精神療法である。

ii) 家族個別心理教育

看護師が待ち時間を利用して、あるいは、医師が診察中に家族個別心理教育を行う。主に、家族が対応に困っている生活障害の背景にある認知機能障害とそれへの対応を説明する。認知機能障害への適切な関わりが介護負担の軽減につながるため、心理教育は必要に応じて何度も繰り返す。

iii) 本人・家族集団心理教育

a. 本人に対して

病名告知後、病気の受容が困難で、介護保険サービスの利用に消極的な軽度認知症の人と家族に対して、月二回、一回約1時間、1クール3ヶ月、1グループ数人の心理教育を行っている。本人への集団心理教育は、認知症についての仲間同士の自由な話し合いの場を設けながら、様々なアクティビティ活動を行ない、毎回、参加者に感想や内容の記録を書いてもらう。病気を受け入れ、対処方法を学びあい、仲間意識が芽生えてくる。

以下に、参加者の感想を紹介する。

【病気の受容】

- ・ 少々の失敗も恥ずかしいことはなく、むしろ参考になることばかり
- ・ 参加前は重い気持ちだったのが帰りはとてもすがすがしい
- ・ 人に言えないことでも素直に話し合える
- ・ 明日からの生き甲斐を感じました
- ・ もの忘れしていると普通に言えるようになった気がする

【症状への対応】

- ・ どうしてうまく付き合っていくのかをいろいろアイデアを出し合うことはよかった
- ・ 忘れる事に対して助けを求めることは必要です

- ・自分一人で悩んでいることは余計に落ち込ませているんだと思った
- ・書くことはとても大切だ
- ・話し合うのはとても有意義で効果を感じる

【仲間意識】

- ・病院で同病の方と話しあえる機会があることは非常に素晴らしい
- ・来るまでは緊張しましたが皆さんと出会って心が休まる思いです
- ・同じもの忘れに苦しむ者同士が恥も外聞もなく話し合えることは素晴らしい
- ・非常に楽しい集まりになってきた

b.家族に対して

家族への集団心理教育は、認知機能障害、それへの対応、介護保険サービスなどの説明を6回シリーズで行いながら、軽度認知症の人の介護家族のピア・カウンセリングの場を提供している。

参加後、ほとんどが介護保険制度のデイサービスに結びついた。また、家族は病気の受容が出来ていなかった本人との関係の修復が図れるようになった。

【家族の声】

- ・こんなに楽しそうな声や顔を見たのは久しぶりです
- ・今後のことを一人で考え落ち込んでいたが、同じ境遇の方と知り合えて私が元気になった。
- ・病気のことや介護保険制度のことなども理解でき考え方が変わった
- ・病気のことを夫と話せるようになった



写真 10-4 本人集団心理教育

② 本人・家族交流会^{5) 12)}

2ヶ月ごとにデイサービスおよび外来通院の人本人とその家族の交流会を行っているが、毎回15～20名の認知症の人と30～50名の家族の参加があり、若年認知症の人の参加も多い。

ミニ講義を行った後、家族関係別（夫、妻、嫁、娘・息子など）に小グループを作り、ピア・カウンセリングの場を提供しているが、共通の悩みについて話し合い、お互いにアドバイスをしている。

介護サービスに結びつかない若年認知症の人とその家族が、本人・家族交流会に参加することで、本人と家族両方の抵抗感が減り、デイサービスを使い始めることがある。

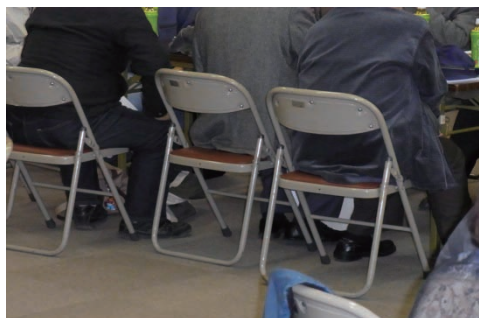


写真10-5 家族交流会（男性介護者グループ）



写真10-6 家族交流会（娘グループ）

③ 退職直後の若年認知症の人の支援のための「仕事の間」¹⁴⁾

診断後の若年認知症の人が、最終的に職場を退職となった場合、就労意欲は衰えてはいないが、再就職は難しく、仕事を失った彼らが活動する場も、同じ病気を持った仲間と出会う機会もない。そこで、週一回半日を、内職を請け負う仕事の間として提供している。現在（2014年1月）、若年認知症の人10名と他の精神障がいの人2名が約2年間継続して参加している。現在は、現役の介護家族や地元の老人会のメンバーもボランティアとして参加しており、社会とのつながりを実感できる場である。介護保険サービスへの移行も比較的容易で、現在4名がデイサービスとの併用である。



写真10-7 若年認知症の人の「仕事の場」

【若年認知症の人の言葉】

- ・（仕事のやり方を忘れて）僕は認知症だから、その都度教えてくれないとね
- ・ 僕らは忘れるからここに来ている
- ・（パンフレットが折りやすいように）道具をつくってきました
- ・（帰りの電車のホームを間違える仲間に対して）間違ったら、僕たちが教えてあげるレスキュー隊だよ
- ・（半年分の給与が入った封筒を手にとって）えらく薄いな、明細か？（笑）

【介護者ボランティアの言葉】

- ・ 自分にも優しい気持ちがあると気づきました
- ・ 介護するだけでなく、社会とつながる場所ができました
- ・ 何か人の役に立っている感じがいい
- ・ 目的があることはいいこと

【老人会ボランティアの言葉】

- ・ どこが悪いんや。（自分たちと）何も変わらないやないか
- ・ お互い様やないですか
- ・ まあ、暇やからな
- ・ 遊びにきているんや

3 若年・軽度認知症専門デイサービス「もの忘れカフェ」^{5) 12) 15) 16)}

(1) 認知症専用デイサービスの変遷

われわれのクリニックの認知症専用デイサービスは、集団の規模、雰囲気などの異なる2つのユニットで、介護保険事業として行われていた。予定された固定的なプログラムをやめ、利用者の選択の自由度を高くしていたため、軽度認知症の人が多く利用していた。ところが、年齢の若い軽度認知症の人の受診が増えるにつれて、当院のデイサービスですら

参加を拒否することが多くなったため、2004年9月から従来よりもさらに自主活動や社会参加を目的とした、クリニックとしては3番目のデイサービスである若年・軽度認知症専用デイサービス「もの忘れカフェ」の取り組みを始めた。

(2) 認知症専用デイサービスの現在

① 利用者の特徴

2014年1月のデイサービス利用者の要介護度は要支援から要介護5までで、年齢構成は50歳前後から90歳前後までである。登録者数は月平均90名前後である。認知症の疾患別の人数は、前頭側頭型認知症およびレビー小体型認知症が十数名、脳血管性認知症が3名、それ以外はアルツハイマー型認知症である。

② 3つのユニットの特徴

ユニット1は、軽度から中等度・重度認知症の人までが利用しており、ユニット2は軽度から中等度認知症の人が多く、固定的なプログラムがなく、当日の活動内容を決める個別ケアと、それぞれの認知症の症状の特性に合わせた疾患別ケアを目標に行なっている。ユニット3がこれから述べる「もの忘れカフェ」である。

(3) 軽度・若年認知症専用DS「もの忘れカフェ」について

① なぜ「もの忘れカフェ」を始めたか

クリニックとしては3番目のデイサービス「もの忘れカフェ」を始める前に、外来で聴き取った本人の言葉である⁵⁾。

【仲間がいないことへの不安】

- ・ ものを忘れを何とかよくしたい
- ・ 本当の気持ちを話せるところがない
- ・ 仲間が仕事をしているのに、自分だけ遊んでいるわけにはいかない
- ・ 同じ悩みを持っている人はいますか？
- ・ 私を独りぼっちにしないで

【社会の一員でいられないという不安】

- ・ 忘れるので完全でないことはわかっているが、世の中の役に立つことはしたい
- ・ 仕事がだめならボランティアをやりたい
- ・ 掃除は公共の道のほうが好き。人の役に立ちたいと思う
- ・ ゴミ出しくらいしないと、何もしたらんといわれる

「コメント」

認知症の人の生きづらさを起こしている本質的な問題について、室伏¹⁷⁾は、認知症性老人のケアを考える際に、「認知症老人がそれまで生きる頼りのよりどころにしていた知的能力や生活史を失い（健忘）、人間関係も失うことによって、生きる不安（存在不安）が起こること」が問題だと指摘している。この「存在不安」は、家や施設で自分が安心していられる《身体とところの居場所》があるか、社会の中で《自分の役割》があるか、「暮らしづらさ」「生きづらさ」を分かり合える《同じことが起こっている仲間》がいるか、「暮らしづらさ」「生きづらさ」を適切に支えてくれる《自分のことを分かってくれる援助者》はいるか、さらに、私は生きていてもいいのか、《生きている価値》があるのか？という人間の根元的な不安である¹⁸⁾。

「もの忘れカフェ」をはじめとする、われわれのクリニックの外来とデイサービスで認知症の人や家族に対して行っている様々な活動、多職種協働・地域連携の取り組みにおける「支援の目標」は、本人の声から聴き取った彼らの「存在不安」へ支援を考えることである。

② もの忘れカフェへの参加者

カフェ開始時の参加者はそれまでDSを利用していなかった軽度認知症の人のうち、参加を希望した27名である。65歳以下の若年認知症の人は14名、平均年齢58.4歳であった。開始時は週二回の開催にした。

「コメント」

受診の早期化に伴い、発症初期の若年認知症の人が多くなり、居心地がよくて、自由に活動が選べるデイサービスへの参加を誘っても、できる限りの症状の改善や生活場面での失敗の減少を望み、社会での役割を求めるようになった。そこで、若年・軽度認知症の人が積極的に社会参加しようとすることを後押しするクリニックでは、三番目のデイサービスである「もの忘れカフェ」を開始した。

③ 「もの忘れカフェ」での活動の実際

i) 活動の流れ

「もの忘れカフェ」の開始時の参加者との約束事は、①活動内容は当日参加者が話し合っ
て決める ②活動内容が決まれば、活動達成のために必要な役割や準備、時間配分や手順
などを決める ③参加者同士で協力していくつかのことに同時に取り組むことにした。

ii) 記録の方法

活動内容の記録の仕方として、①ホワイトボードに話し合いの過程を記入し、模造紙に
決定事項を書いて残す ②1日の活動を個人ノートにも記入する。写真、ビデオなどを多く
残す ③買い物がある時は金銭管理をしてもらい、簡単な出納簿をつける。

iii) 活動内容

作業やレクリエーション、畑づくりなどのほか、作品展への応募、災害義援金のためのバザー、町内の清掃など、社会活動的なものが好んで行われたが、認知症に関する話し合いも定期的に行なわれた。エピソード記憶障害、実行機能障害、注意分割機能障害などの、中核症状の存在に配慮し、それを補う活動を考えた。

iv) スタッフの関わり方

スタッフの関わり方としては、①手がかりときっかけ作りに徹する ②どんなことでも、極力参加者に任せる ③関わりの引き際を見極め、境界線はスタッフが引く ④自主的な活動を邪魔しない。

(4) 「もの忘れカフェ」の活動の一例

① 社会参加

世間の役に立つことをしようという話になる。どんなボランティア活動があるのかなどを話し合う。地元の社会福祉協議会に問い合わせ、自分たちでできることを尋ねてみる。空き缶拾い、古切手回収、清掃活動などの中から、すぐに取りかかれる駅前周辺の清掃活動を計画する。もちろん、もの忘れカフェだけの取り組みでは終わらせない。回覧板を作り、他のユニットにも説明をして呼びかける。黄色の画用紙で作った回覧板にそれぞれのユニットから参加者のサインが入る。遊びに行くための外出は拒否する重度認知症の人が、清掃活動には参加する。

当日、ゴミ袋や軍手などを準備してゴミ拾いが始まる。「こんなところにも捨ててある」「吸い殻が多いなあ」などと口々に言いながら自然と身体が動く。よい汗もかいた。ゴミもたくさん拾った。何より、自分たちが世間の役に立った。(他人から)してもらえばかりでは生きていけない。自分も誰かの支えになりたいと思う。認知症だからと言ってくよくよしてばかりではいけない。駅前清掃は地域に対する認知症啓発になっている。

【参加者の感想】

- ・ (若年の人で) 同年齢が話はあるけど、同じ行動ができるなら高齢者もいい
- ・ (若年の人で) 仲間と一緒になら(高齢者集団へも)入れる
- ・ (ここは) 他の人に傷つけられたり傷つけたりしていないだろうと思う。(スタッフの人が) みんなと上手につないでくれる
- ・ 大勢いるのにストレスがない。同じ仲間だから
- ・ 知り合いの人数ではないと思う。気の合う人がいたらよい

4 相談活動

(1) 電話、面接相談¹⁸⁾

介護家族や専門職が、認知症の医療やケアにかかわることを総合的に相談できる場所が

少ない。われわれは、1999年開設当時から、通院とDS参加者の介護家族には、相談時間制限なしの電話相談を行っていたが、2003年には69件、2004年には184件と、クリニックに受診していない介護家族や専門職からの相談があった。そこで、2005年4月に滋賀県から、認知症に関する相談センター「もの忘れサポートセンター・しが」の委託を受け、9年間、年間約400件の相談（電話・面接）があった。その半数が介護家族からで、残りの半数は専門職からの相談である。

相談の内容は「こんなときどうしたらいいか」といった対応の仕方に関する質問が最も多いが、認知症の症状を丁寧に伝えることで、「症状なのですね」という言葉が変わる。症状からくる生活障害が直接改善しなくても、その背景が理解できることで気持ちが楽になることが多い。また、受診前の相談が近年は増えてきており、早期診断の重要性を伝えてきた啓発活動による効果と考えられる。このように、相談活動のニーズは高いので、専門医だけでなく、地域の医師や看護師は、診断や治療などの医療的な相談はもとより、必要に応じて、介護保険サービスや認知症ケアについての相談にも応じられるようになっておきたい。自らが相談に乗ることが難しい時でも、連携をとっている地域包括支援センターや介護事業所のスタッフに橋渡しをする。

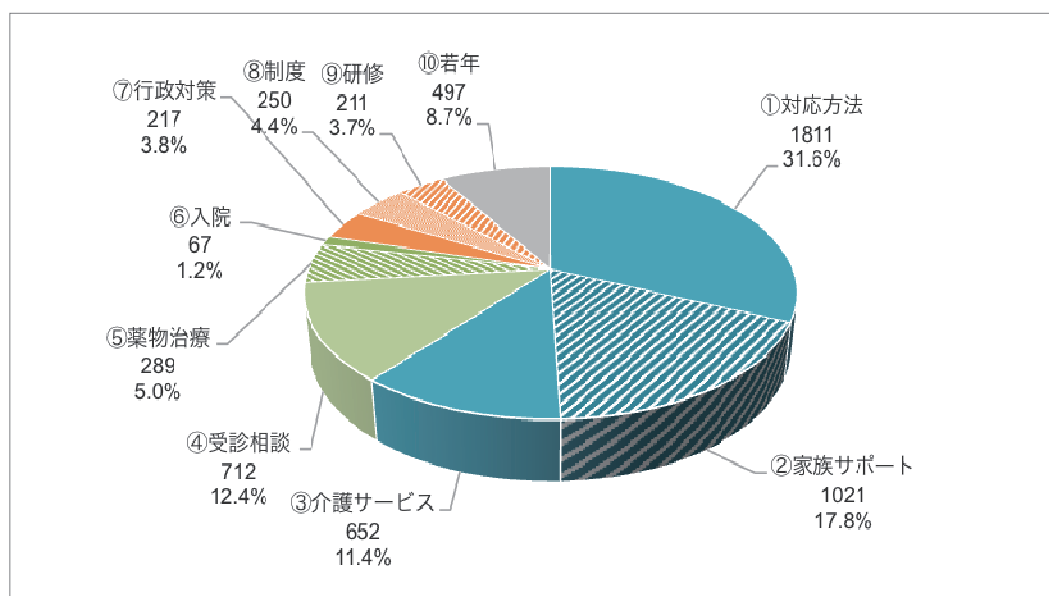


図 10-1 8年間の相談内容の内訳（複数カウント）

（2）介護事業所への現地相談¹⁹⁾

現地相談とは、事業所や施設で抱えている課題に対して現場に出向き、認知症ケアの実践現場で課題解決と一緒に取り組む、滋賀県からの委託事業である。方法や内容は毎年変更しており、2013年度は事例検討会へ参加して一緒に考える取り組みを行っている。

地域の介護施設のケアの標準化をめざすには、認知症に関する基礎知識の習得と人材育成のための様々な工夫が求められる。従って、デイサービスである「もの忘れカフェ」で

の認知症ケアの経験をベースに、「人」としての気持ちに配慮することと、認知機能障害・疾患別の特徴をふまえた具体的で根拠のあるケアの実践、「人」と「病気」の両方の視点がバランスよく学べる場づくりを指導することが必要と考える。

現地相談の結果、訪問した介護事業所でのケアの質の向上のためのさまざまな取り組みが、それぞれの職場のスタッフの力で出来るようにサポートするとともに、ケアの実践に自信が持てるようアドバイスするが、最終的には職場内で OJT ができるようにサポートする。

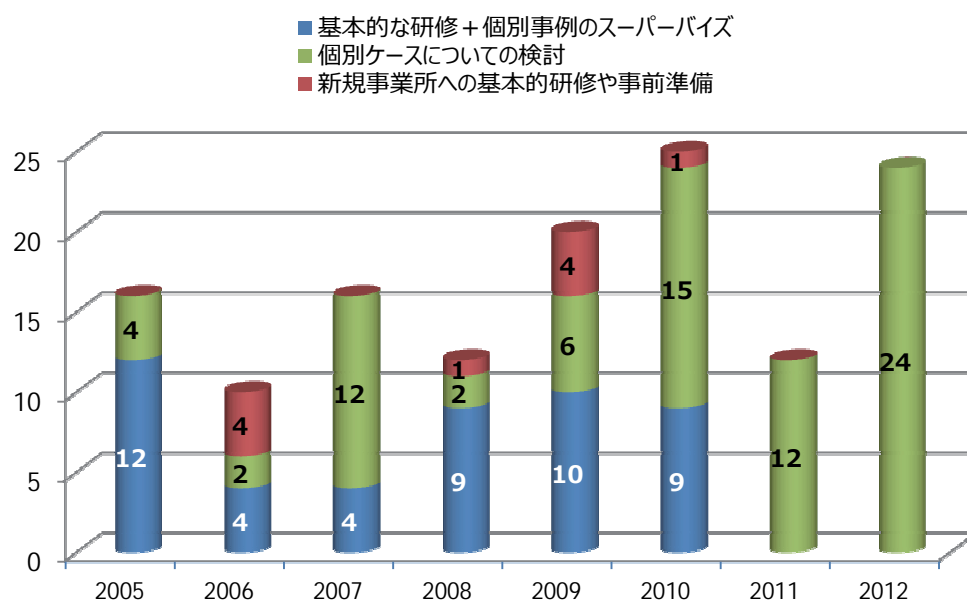


図 10-2 現地相談

5 多職種協働・地域連携²⁰⁾

(1) 滋賀／地域版認知症ケア・ネットワークを考える会について

介護保険開始後、DS やグループホームなどは急速に増えているが、医療との連携、介護施設同士の連携も十分ではない。ところで、われわれはもの忘れクリニックという専門医療機関であること、同時に往診や現地相談などのアウトリーチを行っていること、介護施設からの相談に応じていること、そして、認知症専用デイサービスを行っていることなどから、様々な職種の専門職に声をかけやすい立場にある。そこで、保健・医療・福祉間のネットワークづくりの拠点としての役割を果たすべく、2003 年 11 月から毎月、かかりつけ医、専門医、一般病院勤務医と介護スタッフ、ケアマネジャー、行政職との合同の勉強会である「滋賀認知症ケア・ネットワークを考える会」を開催した。(2006 年度からは隔月開催になった) 介護職向けの講義をかかりつけ医と専門医に交互に行ってもらった後、介護職からの質問を医師が受ける形式で行っているが、会に出席した医師全員に毎回自己紹介とコメントを話してもらうことで、会に参加している介護スタッフにとっては、連携するには壁の高い医師たちとの、「顔が見え、声をかけ合える」交流が可能になった。特に、

当時余り知られていなかった認知症医療疾患センターの認知症専門医たちの活動を，ケアマネジャーやケアスタッフや介護家族に周知することに力を注いだ．図 10-3 は，開始 1 年後の参加者へのアンケート結果で，家族の会なども含めて出席者の約 40%が，会に出席した医師たちに対して何らか連携を図っていた．

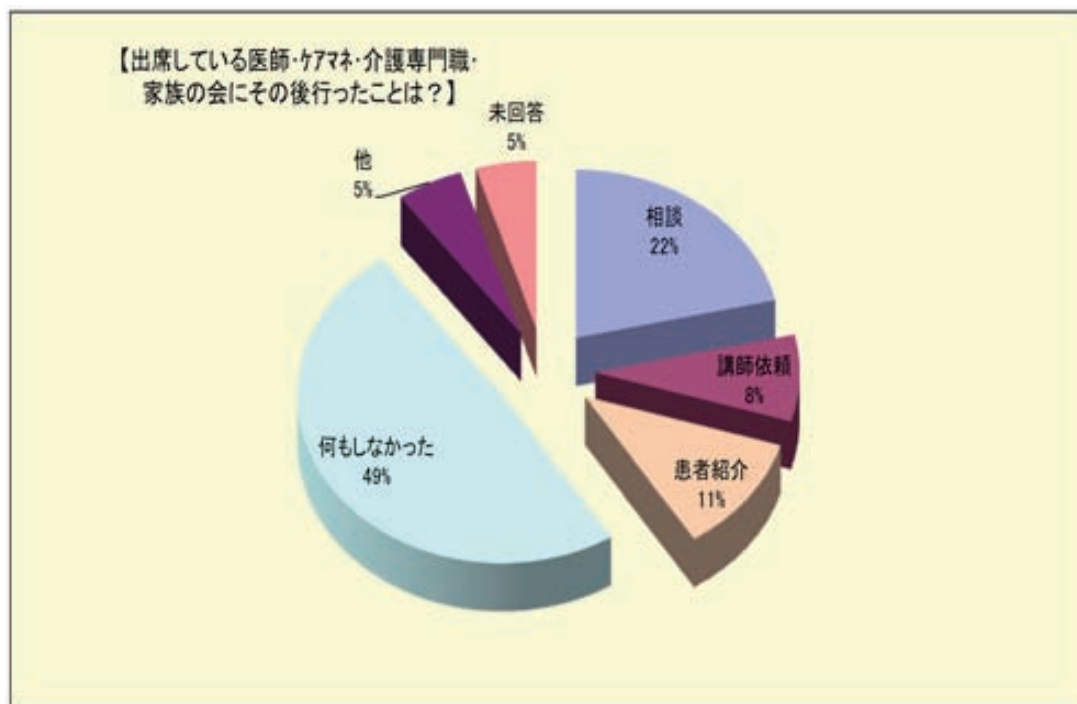


図 10-3 滋賀認知症ケア・ネットワークを考える会開始後 1 年目のアンケート結果

(2) 地域版認知症ケア・ネットワークを考える会

「滋賀認知症ケア・ネットワークを考える会」に出席した認知症サポート医を中心に，各地域医師会における「地域版認知症ケア・ネットワークを考える会」が展開されていき，2013 年度現在，すべての地域医師会で医療と介護の連携のための取り組みが行われている．

(3) 認知症の医療と福祉連携 IN 守山野洲²¹⁾

2004 年に開始した「滋賀認知症ケア・ネットワークを考える会」などを通じて，顔が見える多職種協働・地域連携の取り組みを行ってきたが，専門医とかかりつけ医の役割分担の見直しなど，ますます多様化する認知症医療とケアの課題解決のためには，更に知識や支援の方向性を共有できる，垣根のない連携の取り組みが必要と考えた．そこでクリニックの所属する地元の医師会で，2012 年度は医師と地域包括支援センターが議論を重ね，2013 年度からケアマネジャーや歯科医師、薬剤師等の参加も求め、テーマ別にグループワークを行う「認知症医療と福祉の連携 IN 守山野洲」を行った．2012 年度は 3 回開催し，医師と地域包括支援センターが模擬事例の検討により，生活支援でのお互いの役割を意識

し、多職種に広げるための手順を考えた。2013年度は、約10名の医師がグループワークのリーダーとなり、ブレインストーミングで「地域作り」を考えた後、模擬事例で「役割分担」「家族支援」「コミュニケーション」などのテーマ別に議論した。また、議論の整理のためにテーマ別に工夫したシートを用いたことで、認知症の本人と家族の立場を考え、生活の継続を重視する視点が共有された。そして、医師のリーダーシップによって、参加者同士のコミュニケーションが深まった。

段階を追って作り上げた認知症医療と福祉の連携の会は、顔が見えるだけでなく、お互いを認め合いながら、専門性を生かした議論が可能となった。また、医師が医療の視点だけにとらわれず、リーダーシップを発揮したことで、実際の支援場面での他職種とのつながりも、よりスムーズになると考えられた。



写真 10-8-1 認知症の医療と福祉連携 IN 守山野洲

(グループワーク：今回は職種間の連携とその順番を各グループで議論した)



写真 10-8-2 認知症の医療と福祉連携 IN 守山野洲

(各グループからの発表は医師が行う)

【参加者の言葉】

- ・ フラットなコミュニケーションを目的に行われていたと思うのでとても良かったと思う

- ・ 普段言いにくい大切なことを伝えられる関係がつくれればと思います
- ・ 多職種でのグループワークは多方面からの指摘があり、新鮮な思いで参加できます
- ・ 登場人物に患者本人を入れ忘れたのは問題でした。反省です。医師である自分にとって、グループワークは発見があります

(4) 若年認知症地域ケアモデルについて¹⁴⁾

われわれは、診療と若年・軽度専用デイサービス「もの忘れカフェ」で、若年認知症の人と家族への支援を行うとともに、2011年9月からは、退職直後の若年認知症の人が集まる「仕事の間」を開始した。これらの活動を背景に、2011年4月に滋賀県から、「若年認知症就労継続支援事業」「本人および家族支援事業」「若年認知症就労支援ネットワーク会議」などといった若年認知症地域ケアモデル事業の委託を受けた。「若年認知症就労継続支援事業」では、2年間で7名に、職場での就労継続のために、産業医、人事担当などと面談を行い、配置換えや仕事の変更を依頼した。

委託事業のうち、退職直後の若年認知症の3人の要望で開始した週1回4時間の「仕事の間」は、診療後の支援の空白期間をなくす取り組みとして前述したが、T市で計画されている若年認知症家族会の立ち上げと「仕事の間」のランチづくりの支援を行っている。

また、「若年認知症就労支援ネットワーク会議」では、家族、県・各市町、医師会、他の障害者団体などが集まり、小委員会に分かれて地域で支える仕組みづくりを検討した。その結果、若年認知症の啓発用リーフレット、支援マニュアル、約1100社への企業アンケート、産業医研修、地域包括支援センター研修、活動報告会などを行った。今後、かかりつけ医による企業内研修を行う予定である。もの忘れクリニックでの取り組みをベースに、県・各市町、医師会などと協議を重ねながら課題を共有することで、各市町で施策化されるとともに、企業を含む社会啓発となった。



写真 10-9 若年認知症就労支援ネットワーク会議

6 通院初期からの家族支援について

われわれのもの忘れクリニックへの来院の目的は、再診断も含めての診断目的が最も多いが、他の専門医を受診したが診断後の対応についての指導がなかったという理由での受

診も多く、BPSDに対する対応方法を求めての受診や受診を拒む本人をどうやって受診させるかなどがそれに次ぎ、診断後の家族支援が不十分であることを示している。若年認知症の人も含めて、発症初期の認知症の人の受診が増えてきているために、病名の告知、病気や病状の説明、対応方法、仲間作りなど、認知症の人本人への支援が重要なことは言うまでもないが、受診初期から始まる継続的な家族支援が重要である。

(1) 軽度認知症の人の初期家族支援

軽度認知症の人の家族支援は、本人に出来るだけ早期に受診してもらうことから始まるが、この時期の認知症の人は早期受診に拒否的であることが多い。もの忘れサポートセンター・しがでの電話相談でも、受診方法の相談は増えているが、本人に対して「健康診断のため」などと受診目的をぼやかせるより、「いろいろな治療もあるので、診断を受けて欲しい」と、ストレートに伝えた方が受診しやすいことが多く、診断後の病気の受け入れもスムーズである。

診断後は、病気についての情報提供と仲間作りと支援者との信頼関係づくりのために、本人と家族を同時に、「本人・家族心理教育」「本人・家族交流会」「仕事の間」などへ参加してもらう。認知症の人が精神的に落ち着いていることが、その家族の介護負担の軽減には大切であるが、軽度期は特にその傾向が強い。

(2) 進行期の認知症の人の家族への初期家族支援

ある程度認知症が進行期して受診した認知症の人の家族への初期家族支援は、個別の事情に応じた様々な方法による支援が必要となってくる。いくつか実例を示す。

① 支持的精神療法が家族支援になった症例

近隣の県から通院していた80歳半ばのアルツハイマー型認知症の実母を介護していた長男夫婦は、昼間はデイサービスを使い、帰宅後は長男の妻が傍にいた。そして、長男が帰宅すると介護はバトンタッチされて、添い寝をすることで一日の介護が終わった。遠方からの定期的な通院と長男夫婦の共同作戦は続き、ショートステイを使うことなく90歳近くで永眠されるまで、在宅で介護を終えられた。もちろん、地元の医療機関に通うことやショートステイを利用することなどをいつも強く勧めたが、これがこの長男夫妻の介護のスタイルだった。1~2ヶ月に一度クリニックまで2時間かけてやってこられて、その間の出来事を報告され、いくつかの質問を受けたが、ほとんどの答えが長男夫婦の介護のやり方を「それでいいですよ。」と肯定するものであった。いつでも、どんなかたちでも相談には乗ることを伝えた後、診察室をでる時にいつも残された言葉は、「病気が治らないことは分かっています。でも、ここは私たちに安心をくれます」「安心が私たちを支えています」であった。

「コメント」

介護する家族は、心理的に孤立しがちであるが、家族会などに参加できる人は限られおり、集団での話し合いを好まない家族もいる。本例が介護サービスを利用せずに介護を終えてしまったことは筆者たちの指導力不足であったかもしれないが、本例の家族を支えたのは、彼らの介護を受容的に支持したことと、常時、相談にのる姿勢を示し続けたことであった。

② 心理教育によってBPSDが改善した症例

80歳代の進行したアルツハイマー型認知症の妻を介護している夫が「何度も同じことを聞く」「炊飯器が使えない」「服が着られない」ことに対して、本人を何度も強く叱責するため、不安、妄想、攻撃性などのBPSDが頻回に見られるようになった。

そこで、夫とサポート役の娘に対して、心理教育を繰り返し、認知機能障害とそれへの対応についてその都度説明したが、説明時は納得するものの、自宅での夫の叱責とそれに伴う本人のBPSDは続いていた。5回目の心理教育の際に、歩く時に左側の物にぶつかる理由（左半側空間無視）を説明したことをきっかけに、「さぼっているのではなく、見えていなかったのやな」「期待したらあかんのや。それがわかった」と納得した。夫の対応が変わったため、不安、妄想、攻撃性などのBPSDが改善した。

「コメント」

認知症の人の介護家族は、記憶障害や実行機能障害による何かしらの日常生活の変化に気付きながら、以前と変わらぬ行動もとることができる認知症の人に対して、受診を決めるまでには、確定診断を受けることへの恐怖心や本人に対しての罪悪感など、様々な思いを抱きながら、受診に踏み切ることが出来ない長い時間を過ごしている。そして、診断を受けた段階で、介護家族は、「戸惑い・否定」「混乱・怒り・拒絶」「割り切り・あきらめ」「受容」の4段階の心理ステップをとおっていくと言われている²³⁾。家族から、「病気とわかっているけれど、病気として受け入れられません」「できることばかりに注目してしまいます」「できないことを見ようとせずに、大丈夫だと思いきもうしてしまうのです」などの言葉を聞くことが多い時期には、認知機能障害への対応方法を繰り返し説明する必要がある。医師や看護師は、頻度の多い生活障害の背景にある認知機能障害に対する関わり方（認知症ケア）については熟知しておくべきである。

③ ファックス通信による家族心理教育⁷⁾

60歳代の妻を数年間介護している夫は、介護サービスを利用せず、自分ひとりで介護を続けていたが、ある時クリニックへ受診となった。夫は主治医と診察時に話す以外ほとんど周囲との交流がなかったため、診察前に看護師が面接を行って、現在の生活の様子、夫の介護負担、家族の事などを自由に話してもらった。すると、数回の面接の後に、「やっ

話せる場所ができました。介護して初めて私は自分のことを話しました。」「ここでは、しんどいと言ってもいいのですね。」と話してくれた。そして、今、一番気がかりな事は、自分と奥さんの安否確認をしてくれる場所がないと訴えたため、看護師が「毎日ファックス交換の提案」をした。翌日から、体調や対応、天気やその日にしたことなどについてのファックスが届くようになり、看護師は日曜日を除いて必ず返信していたが、約一年間ファックス通信が続いた。

「コメント」

自分一人で介護をやり通すとして、診断後の数年間の介護期間、専門職からの支援を断り続けていた夫であったが、クリニックに転院後、看護師からの度々の申し入れに対して、ファックスでの連絡を提案してきた。最初は、介護者の安否確認が目的のファックス通信であったが、排泄、入浴、服薬など、介護上困っていることを順次訴えてきた。

ファックスで対応した看護師が配慮したことは、信頼関係を築くことが出来るまで傾聴・共感に徹し、相手の介護方法を肯定的に評価することに心がけたことである。その後、「決まった位置に横になるのも出来ません」（身体定位障害）、「服を脱がせることから、石けんで身体を洗う事、寝間着に着せる事まで全てに介助が必要です」（失行）など、認知機能障害に基づいて起こっている生活障害に対して、症状に適したケアについて紹介するようになった。

ファックスで支持的精神療法ともいえるやり取りを続けることで、踏み出せなかった介護サービスの利用が順を追って行えるようになった後、クリニックの家族交流会を通じて同じ立場の人たちと話す機会も得た。

④ 往診と家族心理教育によって、診断と介護サービス導入が行えた症例

電柱に人が乗ってこちらを見ているなどの、幻覚、妄想がある 80 歳代の男性が、何もせず一日中寝たり起きたりの状態であった。地域包括支援センター職員が何度も訪問したが、些細なことに興奮し、訪問出来なくなった。

外来受診ができないため、クリニック看護師と市保健師 2 名とともに、往診したが、記憶力障害、時間的・場所的見当識障害があり、様々な幻覚、家族や市保健師に対する妄想を交えた話を約 1 時間傾聴した。

レビー小体型認知症疑いで、内科的検査と CT の依頼を近医に依頼し、抗精神病薬の投薬を行ったところ、妄想、幻覚、興奮は軽減した。その後、再度、往診を行って家族を交えて一時間半、本人と家族の話を傾聴し、家族にデイサービスの必要性を繰り返し話したところ、家族の同意も得られたため、通所サービスが導入できた。

「コメント」

BPSD が目立ち受診できない症例では、地域包括支援センターやケアマネジャーを通じ

て、家族からの依頼で往診をしている。その際、本人との関係を築くのに、時間をかける必要があるが、往診後に診断のための脳画像検査や血液検査は近くのかかりつけ医に依頼すると、スムーズに検査が出来ることが多い。

⑤ 専門医の診断を受けていたが、診断後の家族への心理教育や介護保険サービスの利用がなく、介護が破綻してから受診となった症例

専門医によりアルツハイマー型認知症の診断を受けた70歳の女性が、介護保険サービス利用につながらずにいたが、家族が疾患に対する理解ができておらず、3年後、介護放棄に近い状態で当院に緊急受診となった（MMSE 施行不能）。初診時、すぐに地域包括支援センターに連絡して職員に緊急来院してもらい、介護保険の申請と同時に、介護者サポートも兼ねて、当院デイサービスの毎日利用をただちに開始した。しかし、介護力不足により在宅介護の継続が困難で、幻覚などに抗精神病薬を投与しながら、認知症医療疾患センターに緊急入院となった。

「コメント」

介護支援体制の問題、疾患についての理解不足、家族関係の問題、介護力不足などで介護が破綻してからの受診が少なくない。近隣住民からの情報提供、地域包括支援センター職員の訪問活動、ケアマネジャーからの報告などによって、介護破綻前に対応策をとらなければならない。十分な家族支援を行うためにも多職種協働・地域連携の充実が必要である。

（3）家族への初期支援について²⁴⁾

認知症の二人目の患者といわれる介護家族への支援は、初診時から医療の重要な役割の一つであり、まず、診察後にひと言励ましやねぎらいの言葉をかけることから始める。また、本人や家族が求める情報を、適切な内容・タイミングでの情報提供は、不安感や孤立感の解消に役立つので、認知症の新しい情報・役立つ情報を常に提供できるよう努める。さらに、それぞれの医療機関において可能な範囲の、敷居の低い相談体制と支持療法的なオーダーメイドの支援を考える。例えば、診断後にすすめた介護保険サービスを利用しようとせず、支援の空白期間が出来る若年・軽度認知症患者などに対しては、個別・集団家族心理教育などで、情報提供と仲間作りを行うことで、フォーマルなサービスの隙間をうめる。

また、診察時間以外の待合室を利用するなどして、介護家族の集いを行うことで、介護者の社会とピア・カウンセリングの場を提供することも重要である²⁵⁾。診断後の医療の関わりが決して薬物治療だけにならないように心がける。

専門医であろうと、かかりつけ医であろうと、家族支援を行う際には、認知症ケアに関することと介護保険制度や介護事業所についての知識や情報が必要である。認知症ケアについて触れておけば、胃瘻の適応についての相談で受診に来た介護家族に、空間失認から

おこる摂食困難についての対応方法をアドバイスしたところ、ケアの工夫で摂食が改善し、胃瘻を避けることができた事例を経験したことがある。また、支援制度の情報は、看護師から伝えてもらうなど、院内の役割分担を決めておき、公的なパンフレットも常置しておく。情報提供だけでなく、地域での受け入れのため、地域包括支援センターとの「つなぎ」（電話連絡）も積極的に行う。

ところで、家族支援は一つの医療機関の中だけで出来るものではなく、医師とケアマネジャー、ケアスタッフなどとの連携とともに、専門医とかかりつけ医との医療・医療連携も必要である。しかし、診断に携わる専門医が未だに不足している現在、診断能力の高い専門医が必ずしも家族支援を十分に出来ないこともあり得るため、今後は、慢性疾患患者の治療や在宅医療を行っているかかりつけ医も、専門医や介護事業所などと連携をとりながら、家族支援においても大きな役割を果たす必要がある。

7 おわりに

認知症の人と家族への支援は、診断後の「病名告知」と「経過と予後の説明」によって、“何が起きているか分からないという不安”を少しでも軽くすることから始まる。そして、発症早期の認知症の人に対する非薬物療法的な介入は、認知症であるという告知を受けた絶望感を少しでも減らし、本人が病気に向き合おうとする気持ちを支え、本人や家族が認知機能障害への対処の仕方を学ぶ機会をつくることになる。そして、病初期に病気と闘う仲間や支援者と出会えることで、病状が進行しても認知症の人とその家族の暮らしの継続への支えになるため、認知症診療に関わる専門医療機関は、診断・告知後の軽度認知症の人に対して、何らかの方法で非薬物療法的な取り組みを行うべきである。

15年間継続しているクリニックの活動では、認知症の人本人や介護家族の声を丁寧に聴くことで、診断と診断後の本人支援としての非薬物療法、家族支援、相談活動、地域連携などを行ってきた。しかし、これらは医師だけでできることではなく、看護師、ケアスタッフ、事務職などの院内多職種との連携と地域包括支援センターやケアマネジャーなどの院外多職種と連携をとりながら、必要なことを臨機応変に行うことが必要である。

ところで、認知症診断のできる医師が全国的に不足している現状を考えると、さまざまな理由で診断後の本人・家族支援を担うことが難しくても、認知症の診断を正確に行うことのできる専門医、いわば“診断専門医”とでもいうべき医師の存在は重要である。しかし、認知症医療が担うべき役割として、診断後の本人・家族支援も重要であり、今後は、“診断専門医”がその役割まで担えるようにするのか、あるいは、かかりつけ医のうち、地域で医療・福祉の連携役を担っている「認知症サポート医」が、身近な医師として、地域包括支援センターなどと連携を取り、アウトリーチを行いながら、本人・家族支援を担うのか、あるいは、両者ともに担っていくのか、医療機関の役割の見直しが必要と考える。

引用文献

- 1) 本間昭, 栗田主一, 池田学, 植木昭紀, 浦上克哉, 北村伸, 繁田雅広, 中村祐: 認知症の早期発見と地域連携推進を目的に始められた、かかりつけ医の認知症診断技術向上に関するモデル事業. 老年精医誌, 16(増刊号): 155-159, 2004
- 2) 藤本直規: “もの忘れ外来”の役割とは何か? —「もの忘れチェック外来」12年の経験から—. 精神科治療学, 17: 335-342, 2002
- 3) 藤本直規: 臨床現場からの専門医に対する期待—もの忘れクリニックの活動から見えてくるもの—. *Dementia Japan*, 22: 3-12, 2008
- 4) 藤本直規, 奥村典子: 早期認知症の人の外来診療—地域医療の視点から、もの忘れ外来の機能分担を見据えて—. 老年精医誌, 19: 1068-1081, 2008
- 5) 藤本直規: 認知症の医療とケア—“もの忘れクリニック”“もの忘れカフェ”の挑戦—. クリエイツかもがわ, 2008. 京都
- 6) 藤本直規: 疾病診断から「機能」をベースにした評価へ. 精神面の高齢者総合評価; 高齢者医療福祉の新しい方法論. 医学書院, pp89-90, 1998. 東京
- 7) 藤本直規, 奥村典子: 認知症の家族ケア. 内科学雑誌, 100: 2170-2176, 2011
- 8) 奥村典子, 藤本直規: 若年認知症の人と家族へのケア—支持的精神療法の実際—. 家庭看護, 21: 62-70, 2013
- 9) 藤本直規, 奥村典子: もの忘れ外来における認知症患者とのコミュニケーション: 認知症診療の実践テクニック—患者・家族とどう向き合うか—. 医学書院, 38-81.2011. 東京
- 10) 福山秀直: I画像診断で峻別されるコホートの意義をどう考えるべきなのか. SPECT画像の観点から—J-COSMIC試験から明らかになってきたこと—. 老年精医誌(増刊号), 17: 28-32, 2006
- 11) 藤本直規, 奥村典子: 早期認知症患者の外来診療—地域医療の視点から、もの忘れ外来の機能分担を見据えて—. 老年精医誌, 19: 1068-1081, 2008
- 12) 藤本直規, 奥村典子: 続・認知症の医療とケア—「根拠のあるケア」を追い求めて—. クリエイツかもがわ, 2010. 京都
- 13) 藤本直規, 奥村典子: 認知症の人と家族への心理教育. 精神科, 18: 410-417, 2011
- 14) 若年認知症の人の就労支援を展開. 介護保険情報, 24-31, 2012
- 15) 藤本直規, 奥村典子: 若年認知症の人を発症初期から進行期に至るまで継続的に支えるために—若年認知症専用デイサービスでの取り組みから考える—. 老年精医誌, 20: 865-873, 2009
- 16) 奥村典子, 藤本直規: もの忘れカフェの作り方. 徳間書店. 東京, 2013
- 17) 室伏君士: メンタルケアの実際的原則. 老年期痴呆診療マニュアル. 日本医師会, 127-133, 1995
- 18) 藤本直規: 疾病診断から「機能」をベースにした評価へ. 精神面の高齢者総合評価; 高齢者医療福祉の新しい方法論. 医学書院, 70-71, 1998. 東京

- 19) 奥村典子, 藤本直規: 「もの忘れサポートセンター・しが」5年間の相談活動について—電話・面接相談と現地相談の相談内容の分析から—. 日本認知症ケア学会誌, 9-2: 304, 2010
- 20) 奥村典子, 藤本直規, 堀井康江: 「もの忘れサポートセンター・しが」における現地相談の実践—座学研修と介護現場をつなぐための取り組み—. 日本認知症ケア学会誌, 11-1: 262, 2011
- 21) 藤本直規, 奥村典子: もの忘れクリニックから始まった滋賀県における認知症ケアネットワークの広がり—医師会・行政と連携して—. 日本認知症ケア学会誌, 9-2: 304, 2010
- 22) 守山野洲医師会ホームページ
- 23) 松本一生: 家族と介護. P58-77. 家族と学ぶ認知症—介護者と支援者のためのガイドブック. 金剛出版. 東京. 2006.
- 24) 藤本直規, 奥村典子: もの忘れクリニックにおける家族支援. 認知症ケア事例ジャーナル.2011; 3: 257-268
- 25) 藤本直規, 吉田摩喜子, 他: 痴呆患者の介護者に対するピアカウンセリング. 保健婦雑誌.54: 928-933,1998.

XI 認知症アウトリーチチームにおけるアセスメントと支援の実際 —板橋区

東京都健康長寿医療センター 畠山 啓

1 はじめに

厚生労働省は、2012年6月18日に今後の認知症施策の方向性について発表した。これは、同省認知症施策検討プロジェクトチームが、過去10年間の認知症施策を再検証したうえで、今後目指すべき基本目標と、その実現のための施策の方向性について検討したものである。この目標を実現するために展開する7つの施策の内のひとつ「早期診断・早期対応」のなかに、新たに「認知症初期集中支援チーム」を設置し、認知症の包括的なアセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、地域生活のサポートを行う事業をモデル的に実施すると明記している。同省の考えでは、地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを設置し、チームでアセスメントやカンファレンスを行い、その情報を関係諸機関と共有し、医療・介護・福祉の連携のもとに、家族支援や相談対応を行うものとされている。東京都モデルでは、認知症初期集中支援チームを認知症早期発見・早期診断推進事業（以下「アウトリーチ事業」）として、地域包括支援センターではなく、認知症疾患医療センター（医療機関）に認知症アウトリーチチームを配置した。市区町村が配置する認知症コーディネーターと協働して、認知症の疑いのある人を把握・訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスに結びつけるなどの取組みを進めることになった。2013年8月に事業が開始され、同年12月現在で、7つの認知症疾患医療センターと12区市の自治体で事業が運営されている。

ここでは、東京都板橋区と東京都健康長寿医療センター認知症アウトリーチチームの取組みについて報告する。

2 対象地域の特徴について

(1) 板橋区について

1) 板橋区の特徴

板橋区は、東京23区の北西部に位置し、面積の殆どが市街地である。高齢化率（65歳以上の高齢者数／総人口）は、2013年4月には21.6%（外国人を含む）まで上昇し、特に後期高齢者が増加傾向にある。要介護（要支援）認定者の数、高齢者の単独世帯、高齢夫婦のみ世帯も高齢者人口とともに増加している。1991年に、高齢者の地域ケア推進拠点として、板橋区おとしより保健福祉センター（以下「おとしより保健福祉センター」）が設置され、16か所設置されている地域包括支援センターを統括している。

2) おとしより保健福祉センター

おとしより保健福祉センターは、1991年の設置以来一貫して地域ケアの推進拠点として活動してきた。都市部における高齢者の総合的な対策を行うことが難しい中、これを担う組織として全国的に注目されている。特徴は、一般行政職員・保健師・理学療法士・作業療法士・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・言語聴覚士など多職種協働組織であることだ。認知症・介護予防係において、一般的な介護予防に関する事業のほかに、認知症施策の中心的な役割を担っている。アウトリーチ事業の認知症コーディネーターも認知症・介護予防係の保健師が担当している。また、困難事例に関しては、相談支援係で対応しており、「認知症専門相談事業」において、区より委託された精神科医師と地区担当保健師等が、地域包括支援センター等から挙げられる認知症困難事例を訪問している。

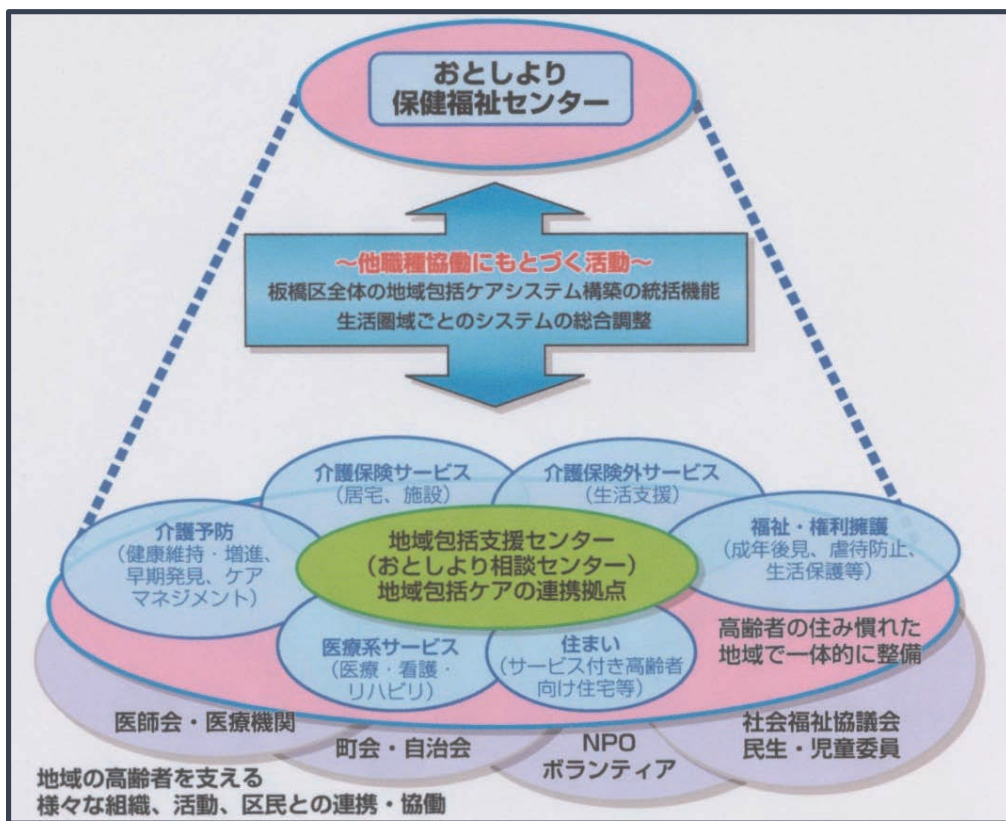


図 11-1 「板橋区おとしより保健福祉センターについて」

出典：第5期板橋区介護保険事業計画 平成24年3月 東京都板橋区

(2) 東京都健康長寿医療センター

1) 概要

東京都健康長寿医療センターは、東京都板橋区にある地方独立行政法人であり、病院と研究所を擁する機関である。大学病院以外で病院と研究所の連携が取れている全国的にも

珍しい機関のひとつである。病院は、550床の急性期病院で、精神科病床30床（閉鎖病棟）を有している。歴史は、1873年の養育院設立まで遡り、長い間高齢者に特化した医療研究機関であることから、認知症疾患医療センターに適した機能を備えていたといえる。

2) 認知症疾患医療センター

東京都12圏域ある2次医療圏のうち、区西北部（板橋区・豊島区・練馬区・北区）を担当している。診断と対応については、もの忘れ外来を中心に精神科医・神経内科医・研究所医師が連携して診療に取り組んでいる。専門医療相談は、外来に認知症専門相談室を設置して、電話や面接による受診受療相談、介護相談、緊急を要する場合の受診・入院相談、認知症患者の退院支援等を行っている。メンバーは、精神科医師、精神保健福祉士（専従・専任各1名）、臨床心理士2名、認知症看護認定看護師1名、一般職員の多職種連携で業務を行っている。アウトリーチ事業についても、同相談室で担当することになり、随時カンファレンス等を行って情報を共有している。

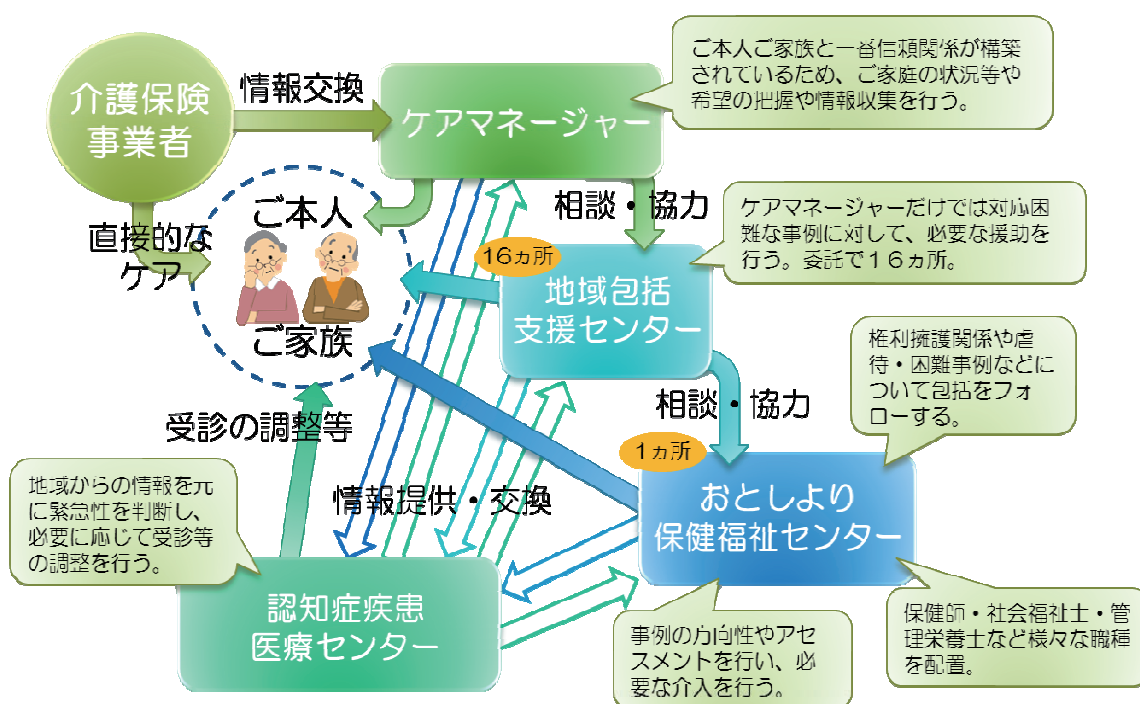


図 11-2 板橋区の認知症介護連携について

3 アウトリーチ事業の実際

(1) アウトリーチ事業のながれ

1) 把握から認知症アウトリーチチームへの依頼まで

地域包括支援センターやおとしより保健福祉センター相談支援係などから認知症が疑わ

れ医療の必要性があり、かつ受診を促しても受診に至らない事例の相談が、おとしより保健福祉センターの認知症コーディネーターに入る。情報を元に、認知症コーディネーターと相談支援系の保健師等が、緊急性や重症度、家族の有無や協力体制などを考慮して、介入のレベルやリスクの評価する。その上で、アウトリーチ事業や認知症専門相談事業等のいくつかの事業の中から最も適した形態を選択し、アウトリーチ事業が適切と判断された場合、認知症アウトリーチチームに訪問の依頼が入る。当初から関わっている地域包括支援センターの職員等が訪問台帳①(資料1)を作成し、認知症コーディネーターへ提出する。受け取った訪問台帳①の内容を確認し、不足の情報を追記した上で、認知症アウトリーチチームへ提出される。事前に電話などによって、アウトリーチ事業の対象になるか、アプローチはどのようにするか、認知症コーディネーターと認知症アウトリーチチームで意見交換をし、本事業の対象とするかどうかを決める場合も少なくない。

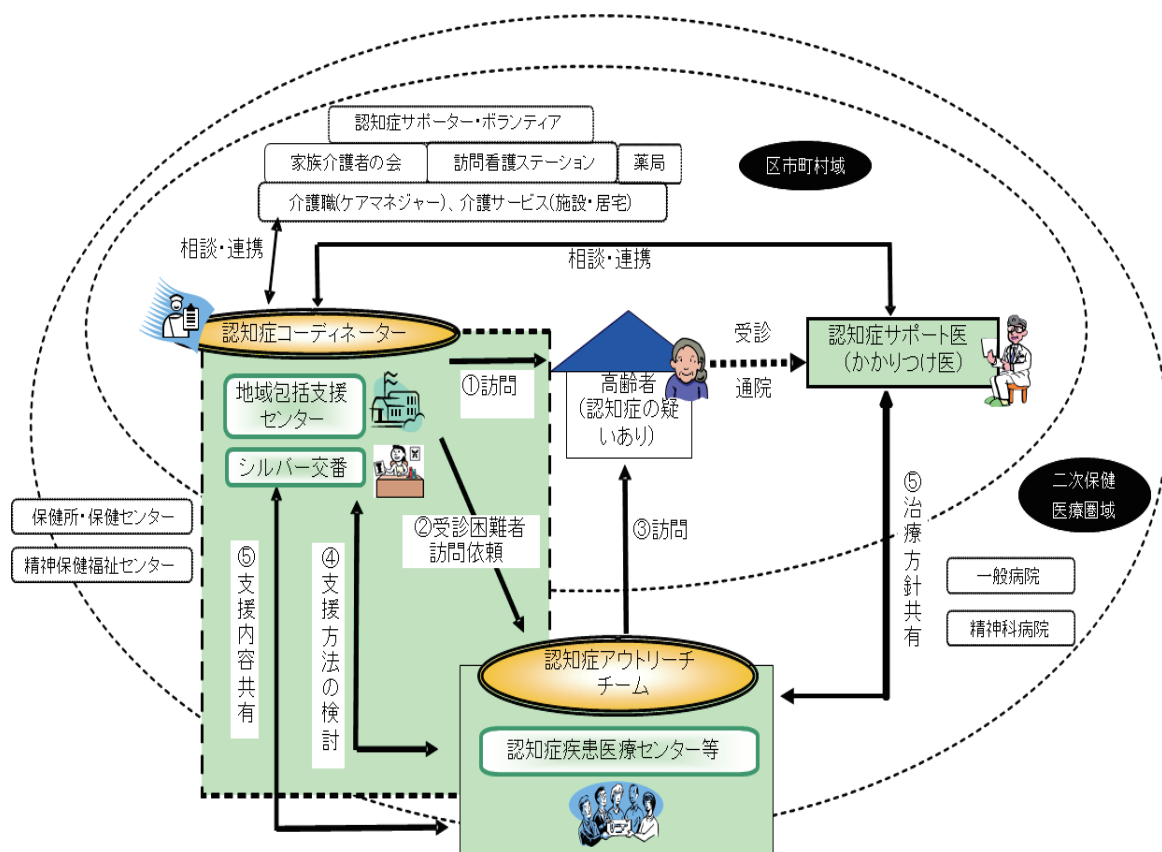


図 11-3 東京都認知症早期発見・早期診断推進事業 事業イメージ図「東京都作成」

2) 認知症アウトリーチチームの受付から訪問まで

認知症コーディネーターからの連絡は、主に精神保健福祉士（以下「PSW」）が窓口にな

っている。情報を収集した PSW は、訪問台帳①と電話などで聴取した内容をまとめ、チームメンバーである精神科医や臨床心理士を交えてカンファレンスを開催し、訪問時のアプローチや観察するポイント、関わる際の注意点などを検討する。地域包括支援センター等が心理検査（HDS-R など）を行った結果など、可能な限り事前に情報を収集し、大まかな診立てをするなど念入りな事前準備を行っている。訪問時のチーム編成についても、依頼内容や対象者の心理的抵抗を考慮し、医師と PSW、PSW と臨床心理士、もしくは PSW のみの訪問を設定している。認知症アウトリーチチーム側で打ち出した方針を認知症コーディネーターに伝え、具体的な日程を決定するが、多くは依頼があった時点でチームを編成し日程を決める。必ずしも初回訪問に医師は同行せず、まずはコ・メディカルスタッフが訪問し、現場で医療的な判断が必要な場合には、改めて医師を含めたカンファレンスを開催するようにする。随時医師と相談ができる体制であること、現場に決定権が与えられており、オンタイムで対応していけることが当チームの特徴といえる。

3) 事前カンファレンス

事前カンファレンスは、当日行っている。ここでは、対象者のこの数日の状況の確認、対象者にはどのように訪問の目的を説明するか、互いの役割分担などについて確認する。

4) アプローチ

事前カンファレンスで確認したとおりの段取りで介入する。関係性が出来ている地域包括支援センターやケアマネジャー等からチームを紹介してもらってから挨拶するなど、対象者に出来るだけ緊張を和らげる配慮をする。紹介された認知症アウトリーチチームは、対象者にいつも座っている場所で、出来るだけリラックスした雰囲気で行き面接を開始する。まずは、PSW から体調の話や趣味の話、日中の過ごし方など世間話のように DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System:地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント)を実施する。DASC の内容を頭に入れて、可能な限りシートを見ずに話を進める。もの忘れについての質問は後半に行い、あまり抵抗を示されない場合に心理検査を促す。大方「難しい」「恥ずかしい」「できない」などの抵抗を示すが、受け入れてくださることも少なくない。気を付けていることは、実施する際には、もの忘れの検査であることをはっきりと伝え、嘘のない関係をつくることである。あまりに抵抗を示される場合は、関係性を考慮して無理強いしないようにする。心理検査が実施できなかったとしても、DASC や対象者の反応や動き、生活スペースの様子も重要なアセスメントの要素になるからである。

検査の承諾が得られたら、PSW から臨床心理士へバトンを渡す。心理検査は、HDS-R・MMSE・時計描画テストなどを行う。臨床心理士の判断で、手指模倣検査や様々な模写課題・熟字訓なども実施することもある。心理検査は、出来ない部分が露呈してしまいやすいため、対象者に対して失敗を突きつけることにならないように、必要に応じて励まし、

支持的な声かけをしながら行う。DASC 及び心理検査の後、独居生活や家族の支援が受けづらい対象者の場合は、認知症アウトリーチチームから対象者本人に直接受診を促す。受診を承諾する場合も多くあるが、後日、地域包括支援センター等が訪問すると、そのこと自体を忘れてしまっていることもある。

5) 事後カンファレンスから受診へ

事後カンファレンスは、管轄の地域包括支援センターや区の施設の一室などを借りて行っている。認知症アウトリーチチームから DASC と心理検査、その他得られた情報からアセスメントの結果を伝え、その上で受診が必要かどうか、家族などがいる場合にはどのような説明をするか、その他の支援について協議する。概ね 30 分程度だが、事例によっては 1 時間くらいかけることもある。アセスメントの結果からケアの工夫が必要な場合は、改善の提案や、認知症の精査が必要な場合や介護保険など利用に繋がっていない場合など、専門医やかかりつけ医への受診について具体的な段取りを検討する。また、1 度の訪問では方針が立てられないなど、必要に応じて継続訪問をする場合もある。

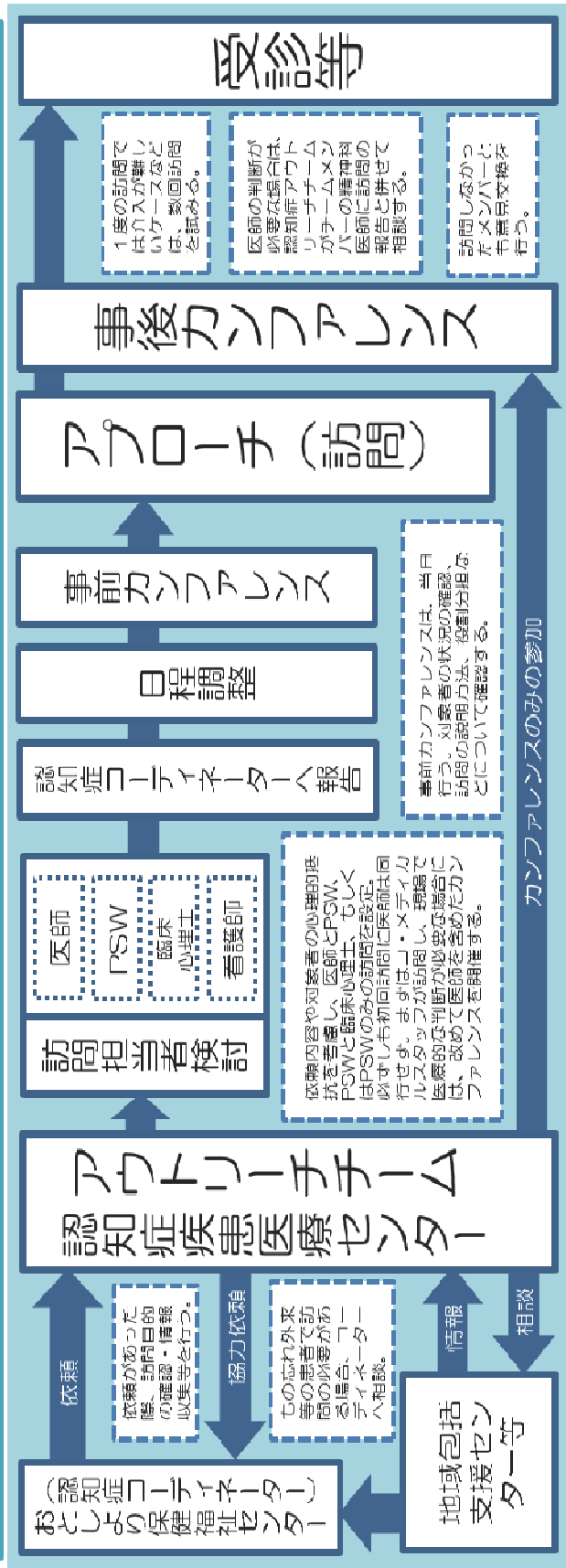
事後カンファレンスで判断が難しかった場合や、医師の判断が必要な場合は、認知症アウトリーチチームがチームメンバーの精神科医師に訪問の報告と併せて相談する。結果として、東京都健康長寿医療センターの外来受診に繋がった事例もあった。認知症アウトリーチチームは、訪問をする度に訪問台帳②（資料 2）を作成する。

6) 支援終了へ

対象者が医療に結びつくなど、具体的な支援方針が立った時点で、アウトリーチ事業は終結となる。継続的な支援は、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターの専門医療相談へと引き継がれる。認知症コーディネーターが訪問台帳③（資料 3）を作成し、東京都へ提出する。

認知症早期発見・早期診断推進事業

(認知症初期集中支援チームの東京都版通称「アウトリーチ事業」)



依頼・連絡調整・対象者把握

- ①認知症コーディネーターからアウトリーチの依頼から始まるルート
 - ②認知症疾患医療センターからおとしより保健福祉センターへ相談から始まるルート
- 地域包括支援センター等が介入している場合は、それぞれが持っている情報等の交換をする。アウトリーチチームは、対象者の情報を聴取し訪問担当者を選抜する。

事前カンファレンスまで

情報を収集したPSWは、電話などで聴取した内容をまとめ、精神科医や臨床心理士を交えてカンファレンスを開催し、訪問時のアプローチや観念する点、関わる際の注意点などを検討する。可能な限り事前に情報を収集し、入まかな診立てをするなど念入りな事前準備を行う。

アプローチ(訪問)

訪問時、チームメンバーは、直接援助もしくは状況把握から受診の必要性等を鑑み、関係機関に意見を述べ、DASC実施を可能であれば心理検査を施行。生活環境等も含めて、アクセスメントを行う。

事後カンファレンス

訪問後、訪問先から近い地域包括支援センター等で事後カンファレンスを行う。必要に応じて同対象者に対して繰り返しの訪問の計画や、訪問メンバーの入れ替わり等を検討する。受診が必要な場合、かかりつけ医になりえそな医師を探しつなげるようになる。

4 実績

アウトリーチ事業を開始した2013年8月～12月の期間で実績を集計した。9人訪問し、対象者本人に会えたのは8人で、その8人の全員が認知症の可能性ありとの判断となった。残り1件については、3回訪問しているが、対象者本人に会えなかった。家族から聴取した情報や生活状況の観察からは、認知症以外の何らかの精神疾患の可能性が考えられ、引き続きアプローチをする予定である。

対象者の基本属性			
N	9		
性別	男性	1	
	女性	8	(人)
年齢(平均±標準偏差)	76.11±14.11	(歳)	(中央値 78歳)
世帯形態	独居	5	
	家族同居	4	(人)
介護保険	未申請	4	
	申請中	1	
	要介護	4	(人)

訪問メンバー									
事例番号	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
板橋区									
認知症コーディネーター	○	○	○	○	○	○		○	○
相談支援担当保健師	○		○	○	○		○	○	○
地域包括支援センター	○	○				○	○		
福祉事務所ケースワーカー									○
認知症アウトリーチチーム									
医師									○
精神保健福祉士(PSW)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
臨床心理士	○	○		○		○		○	○
ケアマネージャー				○					○

DASC及び心理検査の結果(訪問時)			
	N/訪問全数	平均±SD	中央値
DASC 21	7/9	40.83±5.16	42.5
HDS-R(閾値19/20)	4/9	18.75±8.25	17.5
MMSE(閾値23/24)	4/9	20.25±4.25	20.5

支援の結果(複数回答)	
専門医療機関の受診	5
介護保険の申請	1
家族介護者に対してケアに関する助言	3
地域包括支援センター職員・ケアマネージャー・行政職員への助言	5

※具体的な支援内容から認知症アウトリーチチームで独自に分類したものです。

5 事例

(個人が特定できる項目については、一部修正しています)

ここでは、2つの事例を紹介する。1つ目は、訪問から早期に受診に至った事例である。2つ目は、訪問時のアセスメントにより受診よりもケアの改善を優先していく方針が変わった事例である。

(1) 早急に受診に繋がった事例

1) 事例の概要

Aさん、70歳の一人暮らしの女性。同居していたお姉さんが施設入所したことをきっかけに、通帳・印鑑をしまい込んでしまい、しまった場所がわからず1日に何度も銀行へ行くようになったそうだ。段々と被害妄想が形成され「誰かが隠している」と思うようになり、民生委員に泣きながら訴えるようになった。銀行や民生委員から地域包括支援センターへ相談が入り、トラブルが起こる度に地域包括支援センターが対応する日々が続いた。次第に、地域包括支援センター職員に対しても被害妄想が形成されたため、おとしより保健福祉センターが介入するようになった。認知症が疑われたが、受診の促しに応じず、近隣トラブルも絶えないことから、認知症コーディネーターの判断により、アウトリーチ事業で訪問することになった。

2) 訪問時の様子

5名の訪問者(地域包括支援センター職員、おとしより保健福祉センター相談支援係保健師、認知症コーディネーター、認知症アウトリーチチームPSW・臨床心理士)に最初は驚いていたようだが、その後はすぐに受け入れ部屋に通してくれた。身なりや生活スペースは清潔で、礼節も保たれていた。認知症アウトリーチチームから自己紹介し、PSWがDASCを実施した。協力的な態度で応じていただけたため、続いて心理検査(HDS-R・MMSE・時計描画テスト・模倣検査)を実施した。検査時は、緊張もあったようで「わからない」と自信ない発言が目立った。その後、心配な事について伺うと「ありません」「福祉局の人を悪く言ったらバチがあたる」など話したがらなかったが、お姉さんの話や近所づきあいのお話になると、「嫌がらせされて辛い」といった発言が出て、途中で涙を流しながら訴えた。Aさんは、もの忘れについても気にしているようで、もの忘れの相談目的での受診を促すと「お願いしたい」とのことである。

3) 具体的な助言や今後の対応

① 介護保険の申請

介護保険の主治医意見書については、すでに地域包括支援センターからかかりつけ医に相談していた。現状ではADLが自立のため、専門医に認知症の診断を受けてから作成したほうが良いだろうと考え申請自体が保留となっていた。

② 受診の調整

不安が強くなると、時間を問わず近隣住宅を訪れ、電話をかりて民生委員や地域包括支援センターへ電話をかけるため、近所からもクレームが出ていた。日に何度も対応する地域包括支援センターの他の業務にも支障が生じ、また早急な介護保険申請が必要になるため、受診日の調整を検討することにした。

③ アセスメント結果より考えられる工夫など

心理検査中は、**Head turning**（わからない課題について、職員を見て助けを求める）はあったものの、取り繕いは目立たず、全般的に協力的であり、人格水準も相応に保たれている印象であった。**HDS-R** や **MMSE** の検査結果からは、時間の見当識のうち、日付が曖昧になってきていること、加えて近時記憶障害が明らかであり（再認課題でも既知感に乏しい）、語の流暢性の障害および保続などの前頭葉症状が指摘された。一方で作文や図形模写（頭頂葉機能）などは比較的良好に保たれていることや、自分の気持ちや状況については、言語的説明が良好に保たれているなど、認知機能のうち保持されている部分と低下している部分のばらつきが大きいようであった。注意課題（連続減算、数字逆唱）の得点は低下していたが、緊張の影響もあった可能性があり、Aさん自身としても、不出来な点については、一定以上の自覚があり、非常に不安になりやすい状況にあると考えられた。

特に、日付の曖昧さや通帳など大切なものを紛失したことで不安が生じやすく、その不安を制御することが困難と思われ（前頭葉機能の低下より）、地域包括支援センターや近隣住民に訴えるなどの行動に及ぶ傾向は、検査からも指摘される点であり、今後もこのような状況が頻回に生じることが予測された。

また、同じ建物の同階に住む住人に対する「疎んじられている」「避けられている」といった被害感が強くなって「火をつけてやりたい」などの発言も聞かれ、Aさんも流涙して辛そうであることから（実際に行動に及ぶ可能性は低いとしても）、可能であれば早めに認知症および精神科的な診立てと治療が行われることが望ましいと考えられた。

日付や通帳などの貴重品に関する管理について、特に不安が喚起されやすい傾向が窺われたため、可能であれば、普段よく座る位置から見やすい位置に、自動日めくりカレンダー（電子版）を置いたり、貴重品を収納する場所に、カギの管理についての説明書きを、大きく見やすい書体で貼っておいたりするなどの工夫を行うことは一案と考えられた。その他、電話については、かけるときによく見える位置に、また安心を促す内容をわかりやすく書いたメモを貼付する工夫を試みるのもよいと思われた。

④ 今後について（短期・長期目標）

スタッフが対応している時間には、Aさんが安心して様子が見受けられたため、短期目標としては、介護保険の利用により、ヘルパーなどAさんと顔なじみになれそうなスタッフが定期的に来訪するようなスケジュールを組むことが望まれた（なお、関係職員も妄

想の対象となる可能性があるため、2名以上かつ顔を覚えてもらえて関係が構築できそうな人数でスケジュールを組むのがよいのかもしれない)。また長期的には、Aさんが施設入所を希望しているため、家族や福祉事務所とも連携し、Aさんに合った施設入所を目指し、金銭管理についても、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用を検討することになった。

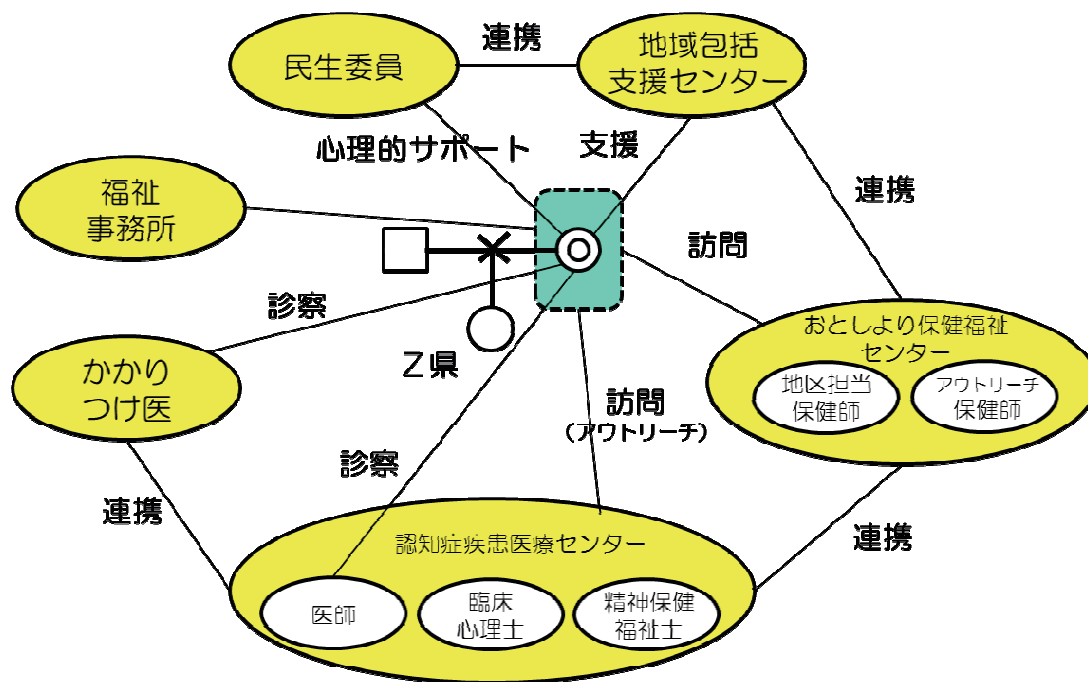


図 11-5 Aさんの支援体制（エコマップ）

4) 訪問後の支援

① 専門医の診察

認知症アウトリーチチームで専門医の受診を調整し、地域包括支援センター職員に同行されて拒否なく受診した。目立った血管病変がなくアルツハイマー型認知症の診断で、結果をかかりつけ医に報告した。

② 介護保険の申請

かかりつけ医が専門医の診察結果を元に介護保険の主治医意見書を作成した。要介護状態の見込みからケアマネジャーを立て、暫定プランでサービス（ヘルパー）導入を開始した。

③ 見守り体制の構築

Aさんの不安感は、すぐに解消されなかったが、チームで見守り体制が整い、地域包括支援センターの負担感も軽減された。

(2) 早期の受診よりもケアの改善を優先する方針に変わった事例

1) 事例の概要

次の事例は、Bさん、87歳の女性。3年前に夫を亡くしてから一人暮らし。再婚であり、前夫のお子さん（義理の息子）はいるが、疎遠でBさんには関われないとのこと。Bさんの甥にあたる方が、身元引受人になったが、Bさんからお金を借りては返さないということが続き、関係が悪化していった。そんな中、毎日家事援助で入っている特定のヘルパーに対して、お金を盗ったと言うようになり、時には興奮して警察や国会議員に訴えると言うなど落ち着かなくなることもあった。困ったケアマネジャーが、おとしより保健福祉センターの相談支援係の保健師に相談し、認知症コーディネーターの判断で、アウトリーチ事業で訪問することになった。

2) 訪問時の様子

訪問時には、ちょうど朝食を摂っている最中であつた。Bさんは、食事よりも面接を優先しようとしたが、食事を摂ってもらってから再度訪問することにした。暫くして再度訪問すると、ケアマネジャーが食事を片づけ、奥の部屋で訪問を待ってくれていた。部屋は、すべてケアマネジャーやヘルパーが整理整頓及び掃除を行っているため、清潔保持は問題なかった。Bさんが、施設入所を希望していることから、施設に入居するための事前訪問と説明していたため、DASCもスムーズに施行できた。Bさんは、話すことが好きなようで、笑いも交えながら生活状況について語ってくれた。買物や掃除については、すべてヘルパーが行っているが、金銭管理は、Bさんが行っているようだ。「盗られた」と言うことはなく、最近ではさらに嚴重に管理することで事なきを得ているようだ。その後の心理検査も、拒否なく行うことができた。最後にBさんから、「食が細くなり（栄養価の高い）ゼリーを食べていると、何故、泣き泣き（こんなものを）食べなければいけないのか...と思って泣いてしまう」と話すが、うつ病の可能性を考えるような気分の落ち込みはなかった。

3) 具体的な助言や今後の対応

① アセスメント結果より考えられる工夫など

日時および場所の見当識および近時記憶は、良好に保たれていた。計算力には問題はなく、野菜名想起では、意味流暢性は良好に保持されていた一方で、明らかな保続傾向が認められ、前頭葉機能の低下の可能性が示唆された。左目の視覚に問題があり心理検査中も提示された物品を手にとって確認をしていたため、視知覚の問題を検討するために高次視知覚検査の模写課題（花）を追加したところ、左側の半側無視があり、視空間認知の問題も示唆された。時計描画テストは5/5点で、文章課題も良好に保持されていたことから、側頭葉外側面の機能については、特記すべき問題は認めなかった。HDS-R27点（遅延再生：6/6点）、MMSE24点（遅延再生：3/3点）と、全般的な認知機能としては、概ね保たれていることが示唆された。

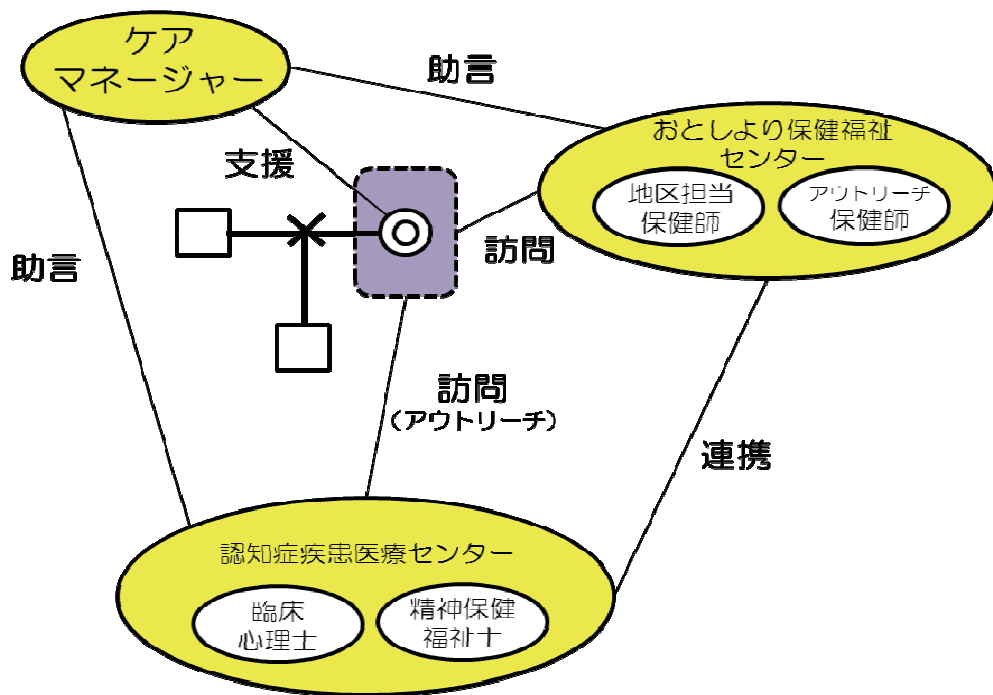


図 11-6 B さんの支援体制 (エコマップ)

また、見当識および記憶が良好な成績であったことから、アルツハイマー型認知症は否定的と考えられ、一方で、前頭葉機能の低下、および視空間認知あるいは視覚に何らかの支障があることが示唆された。これについては、脳の機能の問題としてなのか、あるいは視覚の問題から生じるものなのかは、今回の検査のみでは判然としないが、日常生活に相応の支障をきたしている可能性が考えられた。前頭葉機能としては、ワーキングメモリーに支障が生じている場合もあり、注意機能が良好でない際に記憶が上手く定着せず、周囲から物忘れ（記憶障害）と認識される場合もあると思われた。しかし、アルツハイマー型認知症に特徴的なエピソード記憶の欠損として生じる本質的な記憶障害については否定的であり、重要な事項については、決まったノートに大きくメモしておくなどの工夫が考えられた。

今回の一部の認知機能低下は、おそらく血管性障害に伴うものとして生じている可能性が挙げられた。記憶や見当識が保たれている一方で、前頭葉や視空間の認知に低下があるといった個人内能力に大きなばらつきがあるため、不安になりやすい状態と考えられた。以前に実施された頭部 CT では、薄い硬膜下水腫および軽微な虚血性変化の疑い（左基底核の陳旧性梗塞、両側深部白質にラクナ梗塞が散在）が指摘されており、画像所見からも血管性の要因が指摘されていたようだ。現時点では、経過観察とし、また今後新たに血管性の問題が生じる可能性は否定できないため、急変時には画像評価が望ましいと思われた。

受診勧奨のタイミングは、個々に事例によって適切な時期が異なる。本事例の場合は、対象者本人の自覚的ニーズが生活支援にあったため、介護者（支援者）に対するケアのア

ドバイスという側面から関わりを始めて、支援者が入ることで生活がしやすくなるという対象者本人の満足感を引き出すことを最初の課題とし、十分な関係性を構築した上で受診勧奨を行うことが適切と判断した。

② 具体的な助言内容

Bさんには常時、潜在的な不安があるため、Bさん自身が感じていることをあるがままに受け止め、孤立感を深めないように支持的にサポートしていくことを提案した。また、今後は、施設入所も視野にいれながら、長期的な視点に立って、体制を整えていく必要があると思われた。客観的な事実と異なることを話していることもあったとしても、特に支障がない限りは、訂正せずにBさんの訴えを支持的に受け止めていく関わりで統一することになった。

6 おわりに

(1) 地域の特徴

板橋区の認知症対策は、おとしより保健福祉センターを中心に、認知症予防から困難事例への対応まで、各段階の事業が運営されている。行政側で、介入のレベルやリスクの評価し、最も適した事業に振り分けることができる土台があることは、アウトリーチ事業の運営にとっても、大変恵まれている地域であると言える。

(2) 認知症コーディネーターとの密な情報交換と相談

地域包括支援センターからの問い合わせや相談に対応する認知症コーディネーターの負担はかなり大きいと考えられる。本事業に乗せるかどうか検討している段階からも、認知症アウトリーチチームが関わり、情報意見交換をして、認知症コーディネーターの負担感を軽減できるような体制が必要である。

また、認知症アウトリーチチームの関わりは、受診を含めた支援の方針決定がなされた時点で終結することになっている。その後のフォローアップは、元々関わっていた地域包括支援センター職員等がすることになる。認知症アウトリーチチームの関わりとしては、終結したケースでも、必要時には、相談対応をすることも必要だと考えられる。

(3) 多職種連携と役割分担

当チームは、常に医師が訪問する形をとっていないが、相談応受と各機関の調整役のPSW、訪問時に的確な助言を行う臨床心理士、訪問したスタッフの相談や助言を医師及び認知症看護認定看護師が行うという役割分担がうまくいっていると考えられる。特に、神経心理学に詳しい臨床心理士が地域に出て、認知症の方の生活環境などから、具体的なケアの助言ができることは、すぐにでもできるケアの改善に繋がり、また時には受診に優先する課題を提示する場合もあり、大変貴重な職種と言える。

(4) ある程度の現場判断が委ねられている

当チームは、常にどのタイミングでも医師に相談し助言を受けられる環境にある。そのため、訪問先から電話で医師の意見を求めることができる体制のため、課題を病院に持ち帰ることなく迅速な提案や介入が地域関係者のニーズに合わせられていると考えられる。

そのためには、多職種の専門性を活かしつつも、チーム全体のスキルアップが重要になる。特に限られた情報と時間の中で、より良いアセスメントができるように診立てやチェックするポイント、緊急性の判断はどのチームメンバーでもできるようにすることが必要である。

引用・参考文献

- 1) 特別区における単独世帯等の状況「特別区の低所得者の実態と支援」基礎調査 平成 21 年 7 月 財団法人特別区協議会事業部調査研究課
- 2) 第 5 期板橋区介護保険事業計画 平成 24 年 3 月 東京都板橋区

資料－１ 認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳①

認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳① (兼訪問依頼書、事前カンファレンス用)	
※ 区市町村が記入する。 ※ 認知症アウトリーチチームに訪問依頼を行う際、事前カンファレンスを行う際には、可能な範囲で記載する。 ※ 東京都へ月次実績報告として報告する際には、全て記載する。	
区市町村名:	訪問支援対象者通算No.
ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 [生年月日] <input type="checkbox"/> 女 明・大・昭 年 月 日 (歳)
[対象者住所]	電話番号
[居住等]	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 公営賃貸住宅 <input type="checkbox"/> マンション等の集合住宅 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設(具体的に)
[世帯]	<input type="checkbox"/> 単独世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他()
[相談経路]	<input type="checkbox"/> 本人からの相談 <input type="checkbox"/> 家族(配偶者、息子、娘、嫁)からの相談 <input type="checkbox"/> その他の親族からの相談 <input type="checkbox"/> 近隣住民からの相談 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーからの相談 <input type="checkbox"/> 医療機関からの相談 <input type="checkbox"/> 介護予防事業を通じての把握 <input type="checkbox"/> 日常生活圏域ニーズ調査等からの把握 <input type="checkbox"/> その他 ()
[アセスメントの実施] ※「認知症アセスメントシート(DASC)」を実施していれば結果を添付	
① 実施日時	月 日 () 時 分～ 時 分 場所()
アセスメント実施者	()
② 実施日時	月 日 () 時 分～ 時 分 場所()
アセスメント実施者	()
[介護度]	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
[在宅サービスの利用状況]	
訪問介護	: ()
通所介護	: ()
短期入所介護	: ()
その他	: ()
[困っていること]	
<input type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 未診断 <input type="checkbox"/> 生活機能障害 <input type="checkbox"/> 受診拒否 <input type="checkbox"/> 介護負担大 <input type="checkbox"/> キーパーソン不在 <input type="checkbox"/> 経済問題 <input type="checkbox"/> 身体的問題 <input type="checkbox"/> 介護サービス拒否 <input type="checkbox"/> 家族が支援拒否 <input type="checkbox"/> その他 【具体的内容】	
[かかりつけ医]	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療機関名()

〔医療職の訪問に関する承諾〕	
本人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
〔相談目的〕	
<input type="checkbox"/> 現状の見極め(認知症の有無、程度)	<input type="checkbox"/> 医療の必要性の判断
<input type="checkbox"/> 対応方法の助言	<input type="checkbox"/> 支援の方向性についての助言
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 今後の見通し
〔家族状況〕 (家族構成・キーパーソン・主たる介護者などについて)	
※現状での行動・心理症状等への対応の仕方と認知症をどのように捉えているのかについても記入	
	〔家族図〕※同居者を○で囲む
〔生活歴・教育歴等〕	
〔その他(経済状況等)〕	
〔訪問時に留意してほしいこと等〕	

資料－２ 認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳②

認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳② (認知症アウトリーチチーム訪問時用)	
※ 認知症アウトリーチチームが記入する。 ※ 認知症アウトリーチチームが複数回訪問する際は、その都度本台帳を作成する。	
ふりがな 〔対象者氏名〕	<input type="checkbox"/> 男 [生年月日] <input type="checkbox"/> 女 明・大・昭 年 月 日 (歳)
カンファレンス日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
訪問日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 <small>※職場からの往復時間、訪問支援対象者面接時間、面接事前事後のカンファレンス時間を全て含む時間を記載</small> <small>※上記の時間のうち訪問支援対象者面接時間 時 分 ~ 時 分 (分)</small>
訪問体制	区市町村 <input type="checkbox"/> 認知症コーディネーター(氏名) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター(氏名・職種) <input type="checkbox"/> その他(所属・氏名)
	認知症アウトリーチチーム <input type="checkbox"/> 医師(氏名) <input type="checkbox"/> コメディカル①(氏名・職種) <input type="checkbox"/> コメディカル②(氏名・職種)
	その他 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 近所の人 <input type="checkbox"/> その他(所属・氏名)
面接者	本人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 家族 <input type="checkbox"/> 有(本人との関係) <input type="checkbox"/> 無
身体状況	視力 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 見えない 聴力 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 会話 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 歩行 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 整容 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 着脱衣 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症の症状	認知機能 <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害(日時・場所・人物)
	生活機能 <input type="checkbox"/> 服薬管理不能 <input type="checkbox"/> 金銭管理不能
	行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 迷子 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 破壊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 入浴拒否 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 放尿 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的異常行為 <input type="checkbox"/> 無動 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> うつ的 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> その他()

既往歴・ 現病歴	
内服薬	
訪問時の 様子、相 談内容等	
アセスマ ント	※実施した場合に記入 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) : ミニメンタルステート検査(MMSE) :
アセスマ ント結果	認知症の疑いの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現段階では不明 ※ありの場合(診立て) <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> その他 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
今後必要 な対応	<input type="checkbox"/> 受療支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 家族介護者への支援 <input type="checkbox"/> かかりつけ医への認知症の症状に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状への対応方法助言 <input type="checkbox"/> その他()
具体的な 助言内 容・今後の 対応	

資料－ 3 認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳③

認知症早期発見・早期診断推進事業 訪問台帳③ (支援終了時用)	
※ 区市町村が記入する。	
ふりがな 〔対象者氏名〕	<input type="checkbox"/> 男 [生年月日] <input type="checkbox"/> 女 明・大・昭 年 月 日 (歳)
個別ケース会議	① 開催日時 月 日 () 時 分～ 時 分 ※カンファレンスの記録を別紙で添付(出席メンバー、検討内容等を簡潔に記載する) ② 開催日時 月 日 () 時 分～ 時 分 開催しなかった場合→開催しなかった理由()
支援内容	<input type="checkbox"/> 受療支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 家族介護者への支援 <input type="checkbox"/> かかりつけ医への認知症の症状に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状への対応方法助言 <input type="checkbox"/> その他()
認知症の鑑別診断	<input type="checkbox"/> 診断された(診断名 () (診断医療機関 ()) <input type="checkbox"/> 診断されなかった(理由 ())
今後の認知症のフォロー	<input type="checkbox"/> 診断医療機関においてフォロー <input type="checkbox"/> 他院でのフォロー(医療機関名: ()) <input type="checkbox"/> その他()
介護・医療サービスの導入	<input type="checkbox"/> 在宅生活……… <input type="checkbox"/> デイサービスの利用 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパーの利用 <input type="checkbox"/> ショートステイの利用 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用 <input type="checkbox"/> 趣味の活動を見つける <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院……… 病院名() <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他() ※退院後の見通し <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 転院・施設入所等 <input type="checkbox"/> その他()
家族のケアの質	<input type="checkbox"/> ケアの質がよくなった <input type="checkbox"/> ケアの質が悪くなった <input type="checkbox"/> どちらとも言えない
支援期間	年 月 日 ～ 月 日
支援終了とした理由	
相談の時期	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 遅い
相談の遅れた理由	<input type="checkbox"/> 相談窓口を知らなかった <input type="checkbox"/> 認知症についての認識不足 <input type="checkbox"/> 認知症への偏見(公にしたくない) <input type="checkbox"/> 家族対応の過信 <input type="checkbox"/> 家族の無関心 <input type="checkbox"/> その他()
関係機関の調整	<input type="checkbox"/> 訪問の事前・事後の関係機関の調整が十分にできた <input type="checkbox"/> 訪問の事前・事後の関係機関の調整が十分にできなかった (問題点 ())

認知症アウトリーチチーム派遣の効果	
全体を通しての評価・課題等	

XII 初期集中支援チームのアセスメントと支援の実際 ～世田谷区

桜新町アーバンクリニック 上野 秀樹

1 はじめに

初期集中支援チームとは、平成 24 年 6 月 18 日の「今後の認知症施策の方向性について」で示された「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現のための大きな柱となる施策である。

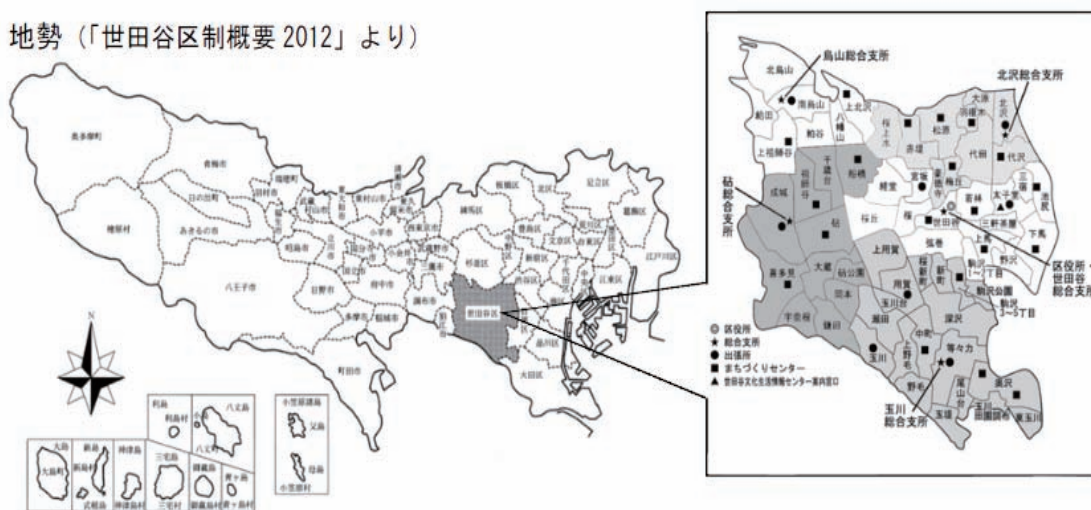
平成 24 年度の研究事業においては、桜新町アーバンクリニックが実施し、世田谷区では、平成 25 年度の国のモデル事業より初期集中支援チームの運営に取り組んできた。

世田谷区は、総人口が 86 万人あまり、世帯数は約 45 万世帯、高齢化率は 19%弱で、65 歳以上の人口は 16 万人あまりである。人口も多く、人口密度も高い都市型の地域になる。所得は比較的高いことが知られている。

平成 24 年 4 月現在、介護保険の要介護・要支援と認定された人は約 3 万 3 千人、このうち認知症の症状があり介護が必要な人は 1 万 8 千人となっている。

区では、平成 21 年度に地域福祉部を設置し、介護予防・地域支援課を新設、認知症施策の担当所管とした。区内 27 カ所に設置している地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）に、認知症に関する地域の区民や支援機関をつなぐまとめ役（コーディネーター）として「認知症専門相談員」を 1 名ずつ配置し、さらに、認知症に関する相談・支援機能を強化するため「もの忘れ相談窓口」を開設するなど、認知症の在宅支援の充実に取り組んできている。

A. 地勢（「世田谷区制概要 2012」より）



B. 概況（平成 24 年 10 月 1 日現在）（世田谷区公式ホームページ「せたがや統計情報館」より）

1	総人口	860,456 人
2	世帯数	448,533 世帯
3	65 歳以上人口	163,083 人
4	高齢化率	18.95%
5	あんしんすこやかセンター （地域包括支援センター）数	27 か所

<参考> 初期集中支援チームの主な訪問エリア（用賀・深沢あんしんすこやかセンター担当地区）

	総人口	世帯数	65 歳以上人口	高齢化率
用賀	60,964 人	30,172 世帯	10,515 人	17.25%
深沢	46,118 人	22,333 世帯	8,341 人	18.09%

C. 医療資源（平成 23 年度）（「世田谷区保健福祉総合事業概要」統計編 平成 24 年度他より）

- 医療施設数 病院 26 か所、診療所 841 か所（有床 40 か所、無床 801 か所）
- 病床数 6,318 床（病院 5968 床、診療所 350 床）
- 地区医師会 2 医師会
- もの忘れ（認知症）外来のある病院数 7 病院
- 認知症専門病棟のある病院数 2 病院
- 認知症サポート医の人数 5 人

D. 介護保険認定状況（平成 24 年 4 月 1 日現在）（介護保険課より）

1	要支援・要介護認定者数	32,907 人
2	1 のうち認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上	17,830 人

2 平成 24 年度研究事業

平成 24 年度の研究事業では、初期集中支援チームは桜新町アーバンクリニックの訪問看護ステーションに設置され、「初期の認知症」の対象者 6 名に対してサービスが提供された。チーム員は訪問看護師 4 名で、認知症の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師と、在宅医が参加してチーム員会議が行われた。

行動分析の手法を併用しながら、KOMI ケア理論に基づいて、情報収集とアセスメントが行われ、その結果を基にチーム員会議で検討し、支援を行った。

総訪問回数は計 20 回に上り、対象者の 2 / 3 が専門医受診に結びつき、他のケースでも介護保険サービスの導入、意思決定支援を行うという成果が得られた。

3 平成 25 年度 国のモデル事業として

平成 25 年度に国のモデル事業，世田谷区の事業となり，世田谷区全体を対象にサービスを提供することとなった。そして，世田谷区内 27 カ所のあんしんすこやかセンターと連携して，認知症の人への訪問を提供することが出来る訪問看護ステーションを有する 2 カ所の医療法人（桜新町アーバンクリニック、成城リハケアクリニック）が実施主体として選定された。

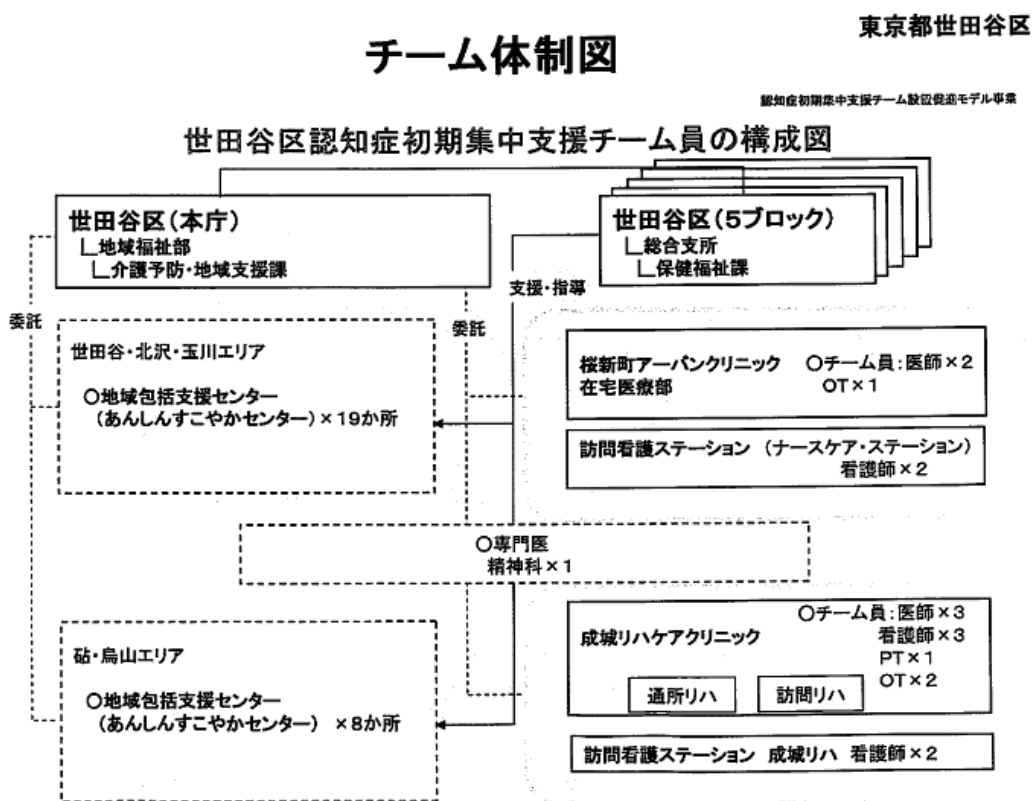
チーム員は，

専門医師 1 名

桜新町アーバンクリニック看護師 2 名，医師 2 名，作業療法士 1 名

成城リハケアクリニック看護師 5 名，医師 3 名，作業療法士 2 名，理学療法士 1 名

今年度は，チーム員に作業療法士，理学療法士が加わったのが特徴である。



各あんしんすこやかセンターが概ね 2 事例ずつの対象者を選定し，事業が開始されることとなった。

2 クールに分けて，平成 25 年 8 月から事業が開始された。

あんしんすこやかセンターから選定されたケースは計 51 例，そのうち入院や死亡により訪問開始できなかったのは 2 人で，49 名が訪問対象とされた。その後，さらに 3 名が入院や

先に介護保険サービスを利用開始するなどしたため、実際には訪問したのは46名である。

担当のあんしんすこやかセンターから、あらかじめ、

- ・日常生活自立度
- ・サービス利用状況
- ・認知症高齢者の日常生活自立度
- ・既往歴及び医療状況（内服薬の有無と種類を明記）
- ・家族状況（家族図）
- ・生活史（最終学歴、職歴、飲酒歴、ライフイベント等で大きい出来事）
- ・生活状況（認知症の症状はいつから、どのような事が生じているか等）
- ・かかわりの経過
- ・事業の利用目的・支援のねらい

などの情報を提供していただき、その情報を元に、初期チームではフェイスシートを作成する。

そして、対象者、ご家族と調整の上、初回の訪問が行われる。初回訪問は、原則としてチーム員にあんしんすこやかセンター職員も同行する。対象者との関係づくりに留意しつつ、国から指定されたアセスメントシートであるDBD、DASCなどを含めた情報収集を行う。介護者がいる場合にはZarit 8の情報も収集することとなる。

訪問時には、情報収集が対象者の負担とならないように最大限配慮することが必要である。

ケースによって異なるが、1回もしくは複数回の訪問を行い、十分な情報収集が終了した後に区独自の個別支援計画表を作成し、初回のチーム員会議に臨むこととなる。

チーム員会議では、おおよそ1ケース15分程度をかけて、担当者からのプレゼン後、出席者の議論が行われる。特に初回のチーム員会議では、出席した専門医、在宅医からの医学的な評価と情報提供が重要となった。そうした情報を参考に会議の中で具体的な支援プランを組み立てて、その後の支援を行っていくこととなる。

ケースによって異なるが、その後、支援の経過をみつつ、支援プランの検討・修正のためのチーム員会議を随時行う。中間のチーム員会議では個別支援計画表にまとめられた情報が利用される。支援の目標が達成された場合、最終のチーム員会議を行う。そこでは、引き継ぎに関する話し合いがなされ、初期集中支援チームの成果に関して議論される。

平成25年度は、桜新町アーバンクリニックでは計6回、成城リハケアクリニックでは計5回のチーム員会議が行われることになっている。

4 モデル事業を行って

ここで、平成24年度、25年度と2年間初期集中支援チームを運用して、その課題を考えてみたいと思う。

そもそも初期集中支援チームの役割は、認知症の人がその住み慣れた場所で暮らしつづけることが出来るように、物理的な環境、人的な環境を整備することである。

例えば、現在は進行してしまってから認知症の存在に気づかれ、鍋こがしや火の不始末などが認められるようになって、火の元をガス代から IH に変更したりしている。しかし、認知症が進行した段階では、あたらしい機器の使い方はもはや憶えられないので、この時点で住み慣れた場所での生活ができなくなってしまう可能性が高い。物理的な環境を整えるとは、いずれ認知症が進行した状態を想定して、認知症が進行しても住み慣れたその場所での生活を続けることが出来るように環境を調整することをいう。火の元をガス台から IH に変更するだけでなく、認知症の人が転倒して骨折したりすると認知症が進行してしまうので、住まいのバリアフリー化や階段に手すりを付けることなども含まれる。

また、現在は周囲の人々の認知症の理解が十分ではなく、不適切な対応によって認知症の症状、とくに行動・心理症状と呼ばれる精神症状が生じてくることがある。人的な環境の調整とは、ある特定の認知症の人の認知症に関して周囲の人々に理解していただくことをいう。認知症の人は、原因疾患や身体状況もいろいろで、家族状況やそれまで生活のバックグラウンドが異なり、さまざまな状態像を呈しうる。認知症のケアにあたってご家族に話を聞くと、「初めての経験なので、どうすればいいのかわからなかった」という感想を聞くことが多い。周囲の人々が認知症の人がどういった状態になり得るのか、その時にどうすればいいのか、どこに相談したら適切な支援をしてもらえるのかなどの情報があらかじめわかっているならば、あわてずに済むのである。日本では、認知症キャラバンという認知症啓発活動が行われている。全国民を対象とした「マクロな認知症啓発」の認知症キャラバンに対して、初期集中支援チームによる「特定の認知症の人に関する認知症啓発」は「ミクロな認知症啓発」ということが出来るであろう。

初期集中支援チームのもう一つの大きな役割として、認知症の人が自分の意思を表明できる間にその意思や思いを記録する機能がある。徐々に進行していずれ死が訪れる病、例えば神経難病や末期がんなどの場合には、自分の意思を表明できなくなった時にどのような支援を受けたいか、どのような医療を受けたいかに関して、あらかじめ本人の意思を確認してから支援が行われる。認知症の場合も徐々に進行していずれ死が訪れるが、認知症における大きな問題は死が訪れる遙か以前に、自分の意思を的確に表明できなくなってしまうことである。初期集中支援チームの重要な役割は、本人が自分の意思を表明できる間にその言葉を記録しておくことである。こうした情報があれば、本人の支援に役立つだけでなく、行動・心理症状が生じて支援が困難になった場合にそのひもときたいへんに役に立つのである。

平成 24 年度の研究事業では、対象のほとんどが「初期の認知症の人」であったため、上記の機能が十二分に発揮され、期待された成果が得られている。

平成 25 年度のモデル事業では、認知症初期集中支援チームの訪問対象として、40 歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア) 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者

(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者

(イ) 継続的な医療サービスを受けていない者

(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者

(エ) 診断されたが介護サービスが中断している者

イ) 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

とされた。そして世田谷区でも、あんしんすこやかセンターが対象ケースを選定することとなった。

実際に平成 25 年度のモデル事業の利用者の特性をみてみよう。

性別 男性：女性＝12：37

年齢

65-69 歳 1 人

70-74 歳 2 人

75-79 歳 12 人

80-84 歳 16 人

85-89 歳 16 人

90 歳以上 2 人

世帯状況

独居 18 人 夫婦のみ 18 人 その他 13 人

把握ルート

本人 6 人

家族 26 人

民生委員 8 人

近隣住民 1 人

その他 6 人

(もの忘れチェック相談会、CW からの相談等)

障害高齢者日常生活自立度

J1 13 人 J2 24 人 A1 2 人 A2 7 人

認知症高齢者の日常生活自立度

I 7 人 IIa 23 人 IIb 13 人 IIIa 3 人

認知症の重症度

軽度 27人 中等度 17人 重度 2人

介護保険

利用中 3人 かつて利用 1人 未利用 42人

主治医の有無

有 35人 無 11人

認知症専門医療

利用中 14人 かつて利用 7人 未利用 25人

社会的困難事例に該当

15例 (33%)

平成 24 年度に比較した平成 25 年度の特徴は、認知症の重症度が中等度以上の人が多く、また、「社会的困難事例」に該当するケースが多かったことである。

認知症初期集中支援チームには以下の三つの機能を有している。

- ・みため機能
- ・生活支援機能
- ・連携機能

この三つの機能に分けて考えてみよう。

みため機能とは、対象者の元に訪問した初期集中支援チームが、情報を収集し、生活障害の原因を検討する機能をいう。

現在の日本では認知症の人に対する社会的な支援が不十分なため、行動・心理症状などの精神症状を生じて、医療機関の受診が出来なかったり、サービスの導入などの介入が困難になってしまっているケースが散見される。

こうしたケースは、

- ・精神症状が激しく、サービス導入はおろか、介入自体も困難
- ・そもそも精神障害なのか、認知症なのかわからない
- ・ご家族に支援が必要な精神症状のある人がいる

など精神症状関係の問題があるケースが多い。

こうした社会的困難事例では、まず正確な（精神）医学的な評価が必要となる。正確な（精神）医学的な評価の上で、支援、介入方法を検討することになるのである。

平成 25 年度の初期集中支援チームでは社会的困難事例に対するみため機能が重要な役割を果たした。桜新町アーバンクリニックでは、非常勤の精神科医のチーム員として訪問を通じて、また、成城リハケアクリニックでは、区内にある訪問診療を行う精神科クリニックを利用し、このみため機能が提供されたのである。

今後、全国にサービスを展開する場合には、このみたて機能をどのように提供するかが大きな課題になると思われる。

生活支援機能に関しては、特に作業療法士の訪問が重要であった。作業療法士が訪問し、認知症の人の生活障害の原因を精査することでより適切な支援が行われるのである。その他の生活支援機能に関しては、地域包括支援センターの他、地域の介護保険サービスを利用して提供することも十分に可能である。

連携機能に関しては、とくに情報の取り扱いとかかりつけ医との連携が問題となった。情報の取り扱いに関しては、個人情報保護との兼ね合いもあり、適切な取り扱いのために検討が必要である。かかりつけ医との情報共有、連携機能は今後充実させていく必要がある大きなポイントの一つであった。

今後は、認知症初期集中支援チームの機能を検討した上でより効率的な支援を行うことを検討している。限られた貴重な初期集中支援チームの能力を、みたて機能が必要なケースには集中的に提供し、生活支援機能に関しては可能な限り他の社会資源に任せたりすることで、初期集中支援チームにおいて、より多くのケースを効率的に専門的なサービス提供できるような体制をつくる必要があるであろう。このために情報共有の効率化、特にかかりつけ医とのさらなる連携の強化は欠かせないと考えられる。

XII 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシートDASCについて

東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

1 はじめに

認知症の人や介護者が、住み慣れた地域の中で穏やかな暮らしを継続できるようにしていくためには、地域の中で、認知症に気づき、総合的なアセスメントを実施し、多職種間でその情報を共有し、必要な支援を統合的に調整していく必要がある。

ここでは、そのためのツールとして開発された「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート」(Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC ; ダスク) について解説する。

2 DASC-21 とは

認知症とは、何らかの「脳の病気」によって、「認知機能」が障害され、これによって「生活機能」が障害された状態を言う。そして、このような「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」の3者の連結を中核にして、さまざまな「身体疾患」、さまざまな「行動・心理症状」、さまざまな「社会的困難」が加わって、認知症の全体像が形づくられる。これらの全体を包括的に評価することを認知症の総合アセスメントと呼ぶ。

しかし、認知症に気づき、認知症であることを診断するためには、まずは「認知機能障害」と「生活機能障害」を評価することが重要である。DASCは、認知症をもつ人によく見られる「認知機能障害」と「生活機能障害」をリストアップしたものである。DASC-21には以下のような特徴がある(表13-1)。

表 13-1 DASC の特徴

- ▶ DASC-21は、導入のA,B項目と1から21項目の評価項目からなるアセスメントシートである。
- ▶ 認知機能と生活機能を総合的に評価することができる。
- ▶ IADLの項目(6項目)が充実しているので軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい。
- ▶ 4件法で評価しているために障害の機能変動をカバーできる。
- ▶ 設問は具体的であり、観察法によって評価できる。
- ▶ 簡便で、短時間で実施できる。
- ▶ 評価方法も単純である。
- ▶ 簡単な研修をすることによって、認知症の基本的な理解と認知症の総合的アセスメントの基本的技術を修得することができる。
- ▶ 評価結果から臨床像の全体をある程度把握することができ、かつ必要な支援の目安をつけることができる。

3 DASC-21 を用いる場合の留意点について

(1) 全般的な留意点

- ① DASC は、原則として、研修を受けた専門職が、対象の方をよく知る家族や介護者に、対象の方の日常生活の様子を聞きながら、認知機能障害や生活機能障害に関連する行動の変化を評価する尺度 (Informant Rating Scale) である。
- ② 一人暮らしの方で、家族や介護者に質問することができない場合には、対象者本人に日常生活の様子を質問しながら、追加の質問をしたり、様子を観察したりして、調査担当者自身の判断で対象の方の状態を評価する (各質問項目の、一人暮らしの方の場合の評価の留意点を参照)。
- ③ 質問は 21 項目あり、それぞれにつき 1 から 4 の 4 段階 (4 件法) で評価する。
- ④ 4 段階評価を行う場合、1, 2 と 3, 4 の間にアンカーポイントをおき、1 および 2 が正常域、3 および 4 が障害域であることをおおよその目安にして評価する。
- ⑤ 回答者が家族または介護者の場合には、基本的には回答者の回答をそのまま採用してかまわない。しかし、客観的な観察と回答者の回答とが著しく乖離する場合には、調査担当者の専門職としての判断に従って評価する。
- ⑥ 「～できますか」という質問に対して、家族や介護者が“実際にできるか否か”を確認していないという場合でも、家族や介護者からみて“実際にできそうか否か”を判断して回答してもらう。一人暮らしで、家族や介護者に質問できない場合には、調査担当者からみて“実際にできそうか否か”を判断して評価する。
- ⑦ 導入質問の A, B 項目については、DASC アセスメントを円滑に行うための「もの忘れ」の自覚症状についての質問である。この質問は DASC の導入の質問であるので、採点を行わない。

	導入質問	留意点
A	もの忘れが多いと感じますか。	導入の質問。家族や介護者から見て、対象の方の「もの忘れ」が現在多いと感じるかどうか (目立つかどうか)、その程度を確認します。 一人暮らしの場合 (家族や介護者がいない場合) は、対象者本人の回答で評価してかまいません。
B	1 年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか。	導入の質問。家族や介護者から見て、対象の方の「もの忘れ」が 1 年前と比べて増えていると感じるかどうか、その程度を確認します。 一人暮らしの場合 (家族や介護者がいない場合) は、対象者本人の回答で構いません。

(2) DASC-21 の各質問項目の留意点

項目	質問項目	留意点
1	財布や鍵など，物置いた場所がわからなくなることがありますか．	<p>記憶機能（近時記憶障害）に関する質問です．財布，鍵，通帳など，物の置いた場所やしまった場所がわからなくなったり，探し物をしたりすることが頻繁にあるかどうかを確認します．</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には，実際に，ものの置き場所を質問してみて（例：「おくすり手帳はありますか」）確認することもできます．対象の方が「物がよくなる」「誰かがもっていく」「盗まれる」という体験を自ら話す場合には，話の内容から，物を置いた場所しまった場所がわからなくなることが頻繁にある様子を推測することができる場合があります．</p>
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか．	<p>記憶機能（近時記憶障害）に関する質問です．少し前に話したことを忘れてしまい思い出せないこと，例えば，その日の予定（例：病院に行く，デイサービスに行く，孫が遊びにくる）や電話で伝えられた用件などを頻繁に忘れてしまうかを確認します．</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない）には，実際に質問法の記憶課題（例：先程伝えた調査担当者の名前を再度確認してみる，実際に MMSE などの 3 単語遅延再生課題を行う）で近時記憶障害を確認することもできます．また，日常会話の中で，つい先刻話したことを忘れて，同じことを何度も繰り返して話したり，同じ質問を何度も繰り返したりすることがあれば，その様子からも，「5分前に聞いた話を思い出せないことが頻繁ある」様子が窺われます．</p>

	質問項目	留意点
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか.	<p>記憶機能（遠隔記憶障害）に関する質問です. 自分の年齢の記憶は近時記憶障害のレベルでも曖昧になることがあります. 生年月日までわからなくなると, 遠隔記憶障害がある可能性が推測されます.</p> <p>一人暮らしの方の場合 (家族や介護者がいない場合) には, 実際に本人に生年月日を追加質問して確認することができます. 遠隔記憶障害が認められる場合には中等度以上の認知症が疑われます.</p>
4	今日が何月何日かわからないときがありますか.	<p>見当識（時間の失見当識）に関する質問です.</p> <p>一人暮らしの場合 には, 実際に本人に今日が何月何日かを追加質問して確認することができます. 日付が1~2日ずれている程度であれば, わからなくなるとはそれほど頻繁ではないものと思われます. 日付が極端にずれていたり, 月が誤っていたりするようであれば, 「今日が何月何日かわからなくなることが頻繁にある」ものと推測されます.</p>
5	自分のいる場所がどこかわからなくなるとはありますか.	<p>見当識（場所の失見当識）に関する質問です.</p> <p>一人暮らしの場合 (家族や介護者がいない場合) には, 実際に本人に現在いる場所や自宅の住所を追加質問してみたりしながら確認することができます. 場所の失見当識が認められる場合には, 中等度以上の認知症が疑われます.</p>

	質問項目	留意点
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることはありますか。	道順障害に関する質問です。これは視空間機能の障害に係る行動の変化である可能性があります。道に迷って家に帰ってこれなくなる、外出して帰ってこれなくなる、外出先で迷子になってしまう、そのようなことがあるか否か、その程度を確認します。そもそも外出することがまったくない場合には「道に迷う」という行為も発生しませんが、そのような場合には「いつもそうだ」を選択して、質問文の余白にその旨をメモしておいてください。 一人暮らしの場合 （家族や介護者がいない場合）には、本人の回答に基づいて、調査担当者がそのようなことがありそうか否かを推測して評価します。
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	問題解決能力に関する質問で、生活上の問題に直面した際に、それに対して自分で適切に対処できるか、対処できそうか、その程度を確認します。 一人暮らしの場合 （家族や介護者がいない場合）には、実際にさまざまな問題場面（例：「停電になったらどうするか」「クレジットカードを紛失したらどうですか」）を例にあげてみて、その対処方法を本人に追加質問しながら評価します。何が適切であるかは評価者の主観が入るので判断が難しい場合があります。たとえば「なんでも家族に相談する」や「そういうことは全部、管理人さんがしてくれる」という答えは、それ自体は問題解決につながっていますが、仮に家族や管理人がその場にいなかった場合には、自分でそれなりに対処できそうか否かを考慮して評価します。
8	一日の計画を自分で立てることができますか。	問題解決能力に関する質問で、ここでは、自発的、計画的、効果的に、目的に向かって行動できるか、その程度を確認します。その日の状況や用件に応じて、自分で計画的に行動できているか、通院日には時間に間に合うように自分で準備して病院にでかけているか、ゴミ出し日には自分で時間に間に合うようにゴミを出しているか、などを確認します。毎日、同じ時間にテレビを見て過ごしているというだけでは、計画的に行動できているとは言えません。 一人暮らしの場合 （家族や介護者がいない場合）には毎日の生活の様子を具体的に聞きながら評価していきます。

	質問項目	留意点
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	<p>常識的な判断力に関する質問です。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には、例えば、「セーターを着ていらっしゃいますが、それは今日が寒いからですか？」「ご自分で、寒いな、と思ってセーターを選ばれたのですか？」等、調査施行日の気候・気温にあった服装をしているかどうか、その服は対象の方本人が選んだものなのかどうか、追加質問をしながら評価します。</p> <p>明らかに常識的な判断力の低下が見られる場合は中等度以上の認知症が疑われます。</p>
10	一人で買い物はできますか。	<p>家庭外の IADL（買い物）に関する質問です。これは店まで行けるかどうかを問うているのではなく、必要なものを、必要なだけ買うことができるかどうか、買い物という行為を果たすことで期待される目的を達することができるかどうかを聞くものであり、その点で目的の場所に行くことができるかどうかを問う質問 13 と区別されます。同じものを頻繁に買ってくるなど、買い物に関する失敗が頻繁に見られる場合には、「あまりできない」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には本人に日常生活の様子を追加質問しながら評価します。</p>
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	<p>家庭外の IADL（交通機関の利用）に関する質問です。実際に交通機関を利用して外出する習慣がない場合でも、必要に応じて交通機関を利用して一人で外出することができそうかどうかを家族や介護者に確認します。交通機関を利用して外出する際に、頻繁に失敗が見られる場合には「あまりできない」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には本人に日常生活の様子を具体的に質問しながら評価します。</p>

	質問項目	留意点
12	貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払いは一人できますか。	<p>家庭外の IADL（金銭管理）に関する質問です。銀行で窓口または ATM で、自分で預金のおし入れができるか、公共料金の請求書が来れば、自分でその支払いができるかについて確認します。これは 9 の問題解決にも密接に関連する質問です。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には本人に日常生活の様子を質問しながら評価します。</p>
13	電話をかけることができますか。	<p>家庭内の IADL（電話）に関する質問です。これは電話をしようと思う相手に電話をかけることができるかどうかを問うもので、「娘のところは“短縮 1”，息子のところは“短縮 2”を押すだけです」という回答であっても、必要な相手に必要なときに電話をかけることができるならば「問題なくできる」または「だいたいできる」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には、電話の使用に関して、本人に具体的な質問をしながら評価します。</p>
14	自分で食事の準備はできますか。	<p>家庭内の IADL（食事）に関する質問です。これは、生命と健康の維持に必要な食料を自分で調達し、自分で摂取することができるかどうかを問うものであり、自分で調理して食べるか、惣菜を買ってきて食べるかは問いません。</p> <p>一人暮らしの方で、3 度の食事を適切にとれず、栄養状態の不良が疑われる場合には、「あまりできない」または「できない」になります。本人に食事の準備に関する日常生活の様子を具体的に質問しながら評価します。</p>

	質問項目	留意点
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか.	<p>家庭内の IADL（服薬管理）に関する質問です。一般に、処方薬をまったく飲み忘れず服用しているということはむしろ稀であり、通常でも多少の飲み忘れはあります。特に、昼薬と就寝前薬の飲み忘れは多いかと思えます。昼薬の飲み忘れが週の半分あったとしても朝・夕はほとんど飲み忘れがなく、「大事な薬」と本人が認識している薬（降圧薬、血糖降下薬、高脂血症治療薬、ワーファリンなどで、たいてい朝・夕に処方されている）が概ね服用できていて、血圧・血糖等のコントロールが良好であれば「だいたいできる」に該当します。処方薬が朝・昼・夕・就寝前ばらばらに半分以上残っている、健康維持に必須と思われる薬を相当飲み忘れていて、あるいは複数の処方薬の残薬の量が著しくばらばらである場合には、「あまりできない」「できない」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいな場合）には、実際に内服している薬を確認することによって、服薬管理の様子をうかがうことができます。また、おくすり手帳を確認して短期間に処方が頻回に変更になっている履歴が確認できる場合には、コントロールが急速に悪化していることが推察されるため、服薬管理ができていない可能性があります。</p>
16	入浴は一人でできますか.	<p>身体的 ADL（入浴）に関する質問です。これは入浴に関連する一連の動作を行い、期待される効果（保潔）が得られているかどうかを問うものです。運動機能障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動機能障害の部位を余白に記載します。運動機能障害とは無関係に一人で入浴できない場合には、中等症以上の認知症が疑われます。</p> <p>一人暮らしの場合には本人に入浴に関する日常生活の様子を具体的に質問したり、身なりを観察したりしながら評価することができます。</p>

	質問項目	留意点
17	着替えは一人でできますか.	<p>身体的 ADL（着脱衣）に関する質問です. 用意された服を一人で着られるかどうかを評価するものであり, 適切な服装を選ぶことができるかどうかを問う質問 11 とは区別します. 運動器の障害により介助が必要な場合には, 「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し, 運動器の障害部位を質問欄の余白に記載します. 運動器の障害が認められないにも関わらず一人で着替えができない場合（着衣障害）, 中等度以上の認知症である可能性があります.</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には本人に着替えに関する日常生活の様子を具体的に質問したり, 実際に身なりや着衣の様子を観察したりしながら評価することができます.</p>
18	トイレは一人でできますか.	<p>身体的 ADL（排泄）に関する質問です. 大小便のいずれも, 一人でトイレを使用して, 排泄に必要な一連の動作を完了できるかを問うものです. 運動器の障害により介助が必要な場合には, 「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し, 運動器の障害部位を質問欄の余白に記載します. 運動器の障害が認められないにも関わらずトイレを使用して排泄できない場合（例：失禁）には, 中等度以上の認知症である可能性があります.</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には本人に排泄に関する日常生活の様子を具体的に質問したり, 身なり, 家の様子（尿臭など）を観察したりしながら評価することができます.</p>
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	<p>身体的 ADL（整容）に関する質問です. 身だしなみ, 紙や爪の手入れ, 洗面, 歯磨き, 髭そりなどが, 自分一人でできるかについて問うものです. 多小手伝ってもらう場合には部分介助, 全面的に手伝ってもらう必要がある場合は全介助となります.</p> <p>一人暮らしの場合には, 本人に質問するとともに, 本人の着衣の様子, 家の中の様子などを観察し, 清潔保持などに支障がないかを評価します.</p>

	質問項目	留意点
20	食事は一人でできますか。	<p>身体的 ADL（食事の摂取）に関する質問です。これは、用意されている食事を、自分一人で支障なく摂取できるかを問うものです。多小介助すれば自分で摂取できる場合には部分介助、自分ではまったく摂取できない場合は全介助になります。</p> <p>一人暮らしの場合には、本人に質問して確認するとともに、生活の様子全体から判断して評価します。</p>
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	<p>身体的 ADL（移動）に関する質問です。これは、家の中で、トイレや風呂などに自分一人で行くことができるか、移動能力について問うものです。杖、歩行器、車椅子などを使用して一人で必要な場所に移動できる場合は支障なしとし、見守りが必要か、多小介助が必要か（部分介助）が必要かについて検討します。移動のためには全面的に介助が必要な場合には全介助とします。</p> <p>一人暮らしの場合には、本人に質問して確認するとともに、生活の様子全体から判断して評価します。</p>

※注：表の網掛け部，「導入質問」の A,B 項目と「身体的 ADL②」の項目 19, 20, 21 は合計点の計算には用いない。

4 DASC-21 の評価方法

(1) 合計点をもちいて認知症の可能性を評価する場合

合計点を使用する場合は、DASC_21 の項目のうち、DASC_18 にあてはまる項目を用いる。項目 1～項目 18 の回答番号の合計を求めて判定する。29 点以上で認知症の可能性ありと判定する。

※「導入質問」の A,B 項目と「身体的 ADL②」の項目 19, 20, 21 は合計点の計算には用いない。

(2) 認知機能障害と生活機能障害の確認から認知症の可能性を評価する場合

① 認知機能障害（記憶，見当識，問題解決・判断）の各項目のいずれかが障害領域（3～4 点）であり，かつ，生活機能（家庭外の IADL，家庭内の IADL，身体的 ADL①②）のいずれかが障害領域（3～4 点）の場合には，認知症の可能性がある。

② ①を満足し，かつ，記憶のドメインで遠隔記憶（項目 3），見当識のドメインで場所（項目 5），問題解決・判断で社会的判断力（項目 9）のいずれかが障害領域（3～4 点）か，身体的 ADL①②（項目 16～項目 21）が障害領域（3～4 点）であれば，中等度以上の認知症である可能性がある。

③ ①を満足し，かつ，記憶のドメインで遠隔記憶（項目 3），見当識のドメインで場所（項目 5），問題解決・判断で社会的判断力（項目 9）のいずれも障害領域ではなく（1～2 点），身体的 ADL①②（項目 16～項目 21）も障害領域でなければ（1～2 点），軽度の認知症である可能性がある。

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日:	年 月 日 (歳)	男・女	同居・同居		
本人以外の情報提供者の氏名:		(本人との続柄):		(所属・職種):			
		1点	2点	3点	4点	評価項目	備考欄
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)	
B	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる		
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	遠隔記憶
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	問題解決 判断力	場所
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	社会的 判断力	問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができませんか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	買い物
10	一人で買い物はできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	金銭管理
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		
13	電話をかけることができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ①	食事の 準備
14	自分で食事の準備はできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL ②	入浴
16	入浴は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		
17	着替えは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	排泄
18	トイレは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	食事
20	食事は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		
DASC 18: (1~18項目までの合計点)		点/72点		DASC 21: (1~21項目までの合計点)		点/84点	

© 栗田主一 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム(認知症・うつ予防と介入の促進)

「認知症の総合アセスメントテキストブック」 執筆者一覧

- 序 21世紀前半のわが国の高齢化について
東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一
- I これからの認知症施策と地域包括ケアシステム
国立保健医療科学院 筒井孝子
- II 認知症総合アセスメントの重要性
東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一
- III 認知症の人に見られる認知機能障害
東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一
- IV 認知症の人に見られる生活機能障害
東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一
- V 認知症の人に見られる行動・心理症状と初期支援
東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一
- VI せん妄について
東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一
- VII 認知症の人に見られる身体疾患・身体機能障害と初期支援
国立長寿医療研究センター 鷺見幸彦
- VIII 認知症の人に見られる社会的困難状況と初期支援
東京都健康長寿医療センター研究所 井藤佳恵
- IX 地域包括支援センターにおける地域基盤構築と初期支援の実際
立川市南部西ふじみ地域包括支援センター 山本繁樹
- X 認知症医療支援診療所（仮称）におけるアセスメントと家族介護者への初期支援の実際
医療法人藤本クリニック 藤本直規, 奥村典子
- XI 認知症初期集中支援チームにおけるアセスメントと支援の実際—板橋区
東京都健康長寿医療センター 畠山 啓
- XII 認知症初期集中支援チームにおけるアセスメントと支援の実際—世田谷区
桜新町アーバンクリニック 上野秀樹
- XIII 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート DASC について
東京都健康長寿医療センター研究所 栗田圭一

平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメントの開発・普及と
早期支援機能の実態に関する調査研究事業

「認知症の総合アセスメントテキストブック 改訂版」

発行 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

編集 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
自立促進と介護予防研究チーム

粟田 主一

平成 26 年 3 月

無断転載、改訂を禁じます

