

A. 目的

通所リハにおける認知症ケアに関する課題を抽出することを目的として、通所リハを利用している認知症患者を対象に、作業療法士の立場から事例を分析し、課題検討を行った

B. 対象

当該通所リハに通所している認知症事例を5つ挙げ、それぞれ MMSE、N-ADL、介護度についての評価、生活状況、サービス利用の経過、患者の変化を整理した上で、ケースを通じての課題を検討した。

C. 結果

1. 基本情報

1) 通所リハビリテーションの概要

平成18年1月に外科の有床診療所併設の通所リハビリテーション（以下、デイケア）として開設した。報告者は開設から管理者代行として勤務している。同時に OT として、直接、利用者と家族に接している。日々のマネジメントを始め、担当者会議や契約、その他訪問などは全て報告者が担っている。

デイケアにおける利用者の基本情報を表1、2、3に示す（平成24年12月1日現在）。要支援の利用者を除き、介護度の平均は1.7。利用者の傾向としては、認知症が軽度～中等度あり、歩行は見守り程度で行える方が多い（表2・3）。

①デイケア通所者概要（表1）

2 単位 20 名定員

利用者	
登録者数	41 名
一日平均利用者数	13 名
介護度	
要支援 1～2	16 名
介護 1～3	25 名
介護 4～5	0 名

②日常生活自立度（表2）

日常生活自立度	J1	J2	A1	A2	B1	B2
人数	5	9	16	8	3	0

③認知症高齢者の自立度判定基準（表3）

自立度	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a
人数	12	16	13	1

④人員（実働）

作業療法士1名、介護常勤2名、介護非常勤3名、非常勤理学療法士1名

2) 併設事業所

居宅支援事業所はデイケアの隣に平成 17 年 11 月に開設。居宅支援事業所は、介護支援専門員（以下、ケアマネ）常勤 1 名、非常勤 1 名である。この居宅支援事業所の利用者を 7 割程度受け入れている。

2. 実践報告

1) 当デイケアの傾向

当デイケアは認知症に特化したものではない。しかし、作業療法士が常勤で勤務していることで、近隣の医師からは認知症の生活障害に関する相談、ケアマネからは認知症状のある利用者の相談が寄せられる。傾向としては相談を受け、そのままデイケア利用につながるケースが多い。その結果として、認知症の軽度から中等度の利用者が増加している。

まず、デイケアにおける認知症ケアの実践を通じた課題の報告を下記に示す。その後、課題を 3 つの視点（リハ専門職の役割、ケアマネとの協業について、ケア職のスクルアップ対策、）から整理する。

報告にあたり、個人情報の取り扱いについては利用者、家族に了解を得て本報告に掲載した。

2) デイケアでの実践項目

- ①認知症のタイプ別における作業療法士としての実践
- ②住宅改修に関する実践
- ③地域住民（他職種）との協力
- ④認知症ケアにおける、現象面の解説（他職種に向けて）
- ⑤デイケアにおける作業療法の実践
- ⑥家族支援

3. デイケアにおける実践

①認知症のタイプ別における作業療法士の実践

【事例 A：78 歳代男性、レビー小体型認知症（写真 1）】

(1) 評価

MMSE：12 点/30 点、N-ADL：20 点/50 点 要介護 1

パーキンソン症候群があり小刻み歩行、転倒が頻発している。

(2) 生活状況

夫婦二人暮らし。認知症（アルツハイマー型認知症）の妻が A 氏を介護している。A 氏は妻の姿が見えなくなると、散歩に出て転倒したり、カップラーメンを食べようとしてストーブの上に直接置いたりすることが頻発していた。

平成 23 年 12 月より当デイケアを利用開始した。妻は近所の買い物ならできるので、A 氏のデイケア利用中に用事を済ませている。

(3) サービス利用の経過

デイケアでは、主に身体機能訓練と入浴を実施。主治医へ定期的な情報提供を行い、連携を強化した。妻は記憶力の低下があるため、A 氏に出現するレビー小体型認知症に特有な幻視、妄想などへの対応を覚えることができなかった。妻は介護ストレスのため、認知症状が急に進行するようになった。報告者からケアマネに、お互いの距離を離すためにショートステイを併用するように勧

めた。ショートステイ導入に際しての担当者会議において、報告者はショートステイ先の相談員や介護職に幻視や運動機能の変動に伴うケア内容を説明した。

妻の介護ストレスについては、報告者との面接を定期的にすることで対応を継続した。

(4) A 氏の変化

ショートステイとデイケアの併用によって、妻は介護ストレスを抱えつつ、なんとか在宅介護を続けていた。A 氏は、両サービス（デイケアとショートステイ）の中に信頼できる職員を見つけ、その人となら行動を共にするようになり生活は落ち着いていった。

(5) ケースを通じての課題

家族やケアマネ、ショートステイ先の介護職員はレビー小体型認知症特有の症状について理解が難しかった。特有な症状への対応について、介護職員の対応は稚拙であったため、A 氏を不機嫌にさせる原因となっていた。

特にこの疾患は、運動機能面での障害が大きいため、身体機能訓練を定期的に行う必要があった。デイケアでは身体機能の維持を図る目的で、A 氏の変動する気分と覚醒状況に合わせて体を動かすように心がけた。上記の対応について、報告者が主に主治医への情報提供を適宜行うことで、投薬処方時の有効な情報になっていた。

課題としては、①認知症のタイプによって症状や対応が変わる。②生活面での障害を理解し医師や介護職員と連携するためには、医学的な知識をベースにした職種（OT）が時にチームの中心になる時期も必要だった。



写真 1 A 氏の様子

【事例 B：80 歳代女性、アルツハイマー型認知症・大腿骨頸部骨折後（写真 2）】

(1) 評価

MMSE：10 点/30 点、N-ADL：10 点/50 点 要介護 3

アルツハイマー型認知症があり、当デイケアを利用していた。ある日、自宅で転倒して右大腿骨頸部骨折を起こした。

(2) 生活状況

娘と二人暮らし。要介護 3。受傷前はデイケアを週 3 回利用していた。失行・失認症状がみられていたので、昼食や入浴に軽介助が必要であった。

骨折後、入院中の治療目的を理解できず、激しい抵抗をするようになった。そのため、病棟では拘束されることもあった。リハビリでの階段昇降は、どちらの足から降りるかわからない（写真 2）。リハビリは苦痛を伴うものとして彼女に認識されて、暴力を振るうようになった。娘は病院から転院を早期に迫られるようになった。

(3) サービス利用までの経過

娘は B 氏の在宅復帰を希望していた。そのため、娘はまずケアマネに相談した。その後、娘とケアマネとでデイケアに相談に来た。報告者は、入院先の主治医、リハビリ職と連携して、試験外出・外泊の際には同行した。特に、入院先の理学療法士には B 氏がデイケアに通う際に必要なシルバーカーの操作練習を依頼した。ケアマネとは退院後に必要な手すりなどの福祉用具の検討(写真 3)を行った。

外泊を繰り返し試行することによって、自宅での介護状況を家族も少しずつ理解できた。住宅改修は最小限にとどめるようにした。その頃に退院となる。

(4) B 氏の変化

身体機能維持に必要な訓練はデイケアで引き継いだ。歩行能力の回復状況に合わせて、福祉用具はシルバーカーから四点杖に変更した。半年後、本人は受傷前と変わらないほどに回復した。大きな混乱もなく在宅生活を継続できている。

(5) ケースを通じての課題

認知症高齢者の場合、骨折後に身体機能レベル低下、認知症状の悪化などを多く経験する。本ケースにおいても、入院中の治療やリハビリを理解できずに、抵抗したために、転院を勧められていた。ケースはデイケアに通っていたので、受傷前の評価はされていた。受傷前とその後の身体機能面と認知機能での変化を理解している職種(OT)がいることは大きかった。この変化は、その後の生活面での予後・予測に役立つ材料となった。そして、住宅改修の際には、本人に混乱を与えない改修に留める材料となった。

課題としては、①認知症高齢者が受傷前にどのような生活状況であったのか、機能面(身体面・認知面)を保っていたのかを評価できている職種を有効に活用できれば、ケースのように ADL の改善に貢献できると考える。



写真 2



写真 3

②住宅改修に関する実践

【事例 B：80 歳代女性、アルツハイマー型認知症・大腿骨頸部骨折後(写真 3)】上記ケースの続き

(1) B 氏の住宅改修について

B 氏の場合、アルツハイマー型認知症が重度(概ね要介護 3 以上)であり、失行や失認症状が出現していた。デイケアでは、手すりが目の前にあっても意識していない時もあった。そのことから、自宅に手すりを設置することで B の行動を邪魔することも考えられた。ケアマネには、一概に手すりを勧めるべきでない旨を伝え、しばらく様子を見るようにした。

(2) ケースを通じての課題

認知症の人の場合、手すりや踏み台を設置した結果、転倒につながるケースが多い。そのため、報告者は手すりを設置したあとも、実用性があるかどうかの検証を実施している。予後予測を踏まえて、住宅改修に臨む必要がある。ケアマネにはそこまでの知識はなく、知識と経験を備えた OT は不足している。

③地域住民（他職種）との協力

【事例 C：80 歳代女性、アルツハイマー型認知症（写真 4）】

(1) 評価

MMSE：15 点/30 点、N-ADL：24 点/50 点 要介護 2

(2) 生活状況

独居で一軒家に住んでいる。ゴミを出す日にちがわからない。ゴミを分別できない。など、日常の細かな部分でのつまずきが起きていた。その結果、ゴミを自分の庭に捨てるようになった（写真 4）。猫やカラスが集まるようになり、近隣住民から行政への苦情が寄せられたため、介入開始された。C 氏には、民生委員、ヘルパー、デイケア、ケアマネが関わるようになった。

(3) 経過

地域住民の中には、認知症の C 氏が一人暮らしを続けている状況を不満に感じる人もいた。その件は、民生員から聞くことができた。

(4) 地域住民の変化

民生委員を中心に公民館で認知症に関する知識や接し方などをシリーズで開催した。報告者は、公民館館長、民生委員とともに認知症講習の企画をした。参加者は、住民、スーパーの店長、薬剤師などであった。人のつながりができた結果、介護保険のサービスで賄えない部分、例えば、ゴミ捨ては、両隣の人々が手伝ってくれるようになり、夕方の食事は近所の総菜屋が届けてくれるようになった。

(5) ケースを通じての課題

地域の課題は、地域住民と話し合い、解決方法を探ることが良いように考える。地域での C 氏の歴史も含め、住民との関係性までをしっかりと理解する必要があった。C 氏の場合、報告者がキーパーソンとして情報収集を担った。地域で活動する場合は、住民との協力、他職種との連携が密で、継続して求められる。そのため、息の長いつきあいを彼らと続けることが課題となるだろう。



写真 4

④認知症ケアにおける、現象面の解説

【事例 D：90 歳代女性、アルツハイマー型認知症（写真 5）】

(1) 評価

MMSE：4 点/30 点、N-ADL：5 点/50 点 要介護 3

(2) 生活状況

特別養護老人ホームに入居中。重度の認知症のため、ADL は半～全介助レベルだった。

(3) 経過

衣服の着脱や入浴は全介助レベルであった。報告者による評価を実施した結果、失行を呈することが判明。失行を誘発しない介助方法について、介護職員に説明し実践をしてもらった。

(4) D 氏と介護職員の変化

D 氏は食事、衣服の着脱や入浴、歯磨きなどが、半介助レベルになった。

介護職員は、自身の介助方法を変えるだけで、D 氏の ADL 状況が改善した事実には驚いたようだった。その結果、一部介護職員は、他利用者へのケア内容を自ら見直すことを始めた。

その後、D 氏は夜間不眠で徘徊をするようになった。介護職員は、再アセスメントをして、眠り始めに人がそばにいれば眠れることを把握した。介護職員は D 氏に添い寝を試し、眠剤を使用せずに良眠に導いた。

(5) ケースを通じての課題

業務を淡々とこなしていた介護職員も、機会（きっかけ）があれば変容する。そのきっかけは、その日、その時に解説がなされ、報告者と一緒に取り組んだ結果だったと考える。報告者は認知症高齢者の実生活レベルで、『できること、できないこと、工夫すればできること』に整理して他職種に解説をした。具体的な動作は、実際にやって見せた。介護職員が認知症の人の行動背景を考えようとするきっかけをどのように創れるかが、課題となるだろう。しかし、現象面を解説できる職種がケア現場に少ない。



写真 5

⑤デイケアにおける作業療法の実践

【事例 E：80 歳代女性、アルツハイマー型認知症（写真 6）】

(1) 評価

MMSE：18 点/30 点、N-ADL：40 点/50 点 要介護 3

(2) 生活状況

長男夫婦との 3 人暮らし。自宅では、嫁に対する物盗られ妄想、過食、何度も同じことを尋ねる

などの行動が続いていた。デイケアは週に4日利用。

(3) デイケアでの経過

E氏は記憶障害があり、未経験の作業は混乱を起こすため難しかった。そのため、作業療法士として、作業の種類、用いる時間帯、作業の難度を考えた。昔趣味であった編み物を段階的に導入した(写真7)ところ、毎日続けることができた。帰宅後、夕食前まで編み物を続けることを日課としたので生活が安定した。

(4) ケースを通じての課題

デイケアでは、認知症の利用者が自宅に帰ったあとの行動も調査する。帰宅後にBPSDが頻発する場合は、デイケアでの過ごし方に問題があると仮定している。デイケアと自宅での生活を包括的にマネジメントすることが大切である。自宅とADLの状況を把握するためには、情報提供者となる家族との関係を円滑に保つことが大切と考える。



写真 6

⑥ 家族支援の実際

【家族A氏 78歳男性 介護経験1年未満】

(1) 生活状況

夫が妻(脳血管性認知症、77歳、介護度2)を介護している。デイケアを利用して1ヵ月が経過する。夫は、「私はなんでもできます」と、日々頑張っていた。夫は介護を一人で抱え込む傾向が強く、送迎時に観察していると血圧が高くなっている。また、夫は妻が言うことを聞かないからと、頭を叩いたり、大声を出すようになった。

(2) デイケアでの対応

妻がデイケアに滞在している間に、報告者は夫と自宅での面談を開始した。報告者が自宅に赴くことによって、住宅の構造や介護の現状を実際に見ることができた。また、生活の場で夫に話してもらうことによって、具体的な介護状況を伝えてもらいやすかった。

【家族B氏 61歳男性 介護経験6年】

(1) 生活状況

長男夫婦が母(アルツハイマー型認知症、82歳、介護度2)を介護している。嫁の介護拒否のため、長男が主介護者であった。部屋の掃除はヘルパーを利用している。デイケアには週に3回

通っている。長男は冬になると「人の多いところに行くと風邪をもらうから」と母を家から出さない。ヘルパーを断わり、息子が介護するのみとなっていた。隙間風を防ぐため、窓をベニヤで塞ぎ真っ暗にする。ポータブルトイレの汚物はいっぱいになるまで替えない。食事の皿は洗わずに、そのまま次の食事を載せる。などの行為が見られていた。

(2) デイケアでの対応

デイケアを長期に休んでいるため、報告者は他利用者の送迎時に時折寄るようにしていた。いつも長男が対応に現れ、本人に会わせようとしなかった。ある時、ヘルパーは料金の徴収のため、偶然本人の部屋に入ることができたことから、前述の生活状況が判明した。ヘルパーから連絡を受け、すぐに報告者も部屋を確認した。

ケアマネとの連携のもと、長男との面談を開始した。虐待に近い状況である旨を説明するが、長男は全く自覚がなかった。環境を改善する意思も見られないため、地域包括支援センターに報告し、介入することになった。

(3) 家族支援の課題

2 事例では、どちらの介護者も要介護者に対して、よいことをしていると思い込み、そして、「自分でなければ（ならない）」とも思っていた。事実、このような介護者は多く、様々な問題を抱え込んでいる。解決できない状況でも、何とかないと根拠のない自信を持っている。楽観的な家族、虐待の自覚のない家族、介護者自身が精神疾患を抱えている家族など、多種多様な家族に対して支援をするのは、デイケアにおける利用者への支援以上に困難な事例を抱えることがある。

⑦その他（デイケアからの訪問）

平成 24 年度の介護報酬の改定により、デイケアからの訪問が認められるようになった。事例 B、C には訪問が有効であった。

D. 考察および結論

1. デイケアにおける認知症ケアの課題

実践報告から以下の 6 項目を課題として挙げた。

- ①認知症ケアにおいても医学知識が求められる
- ②大きな変化（骨折や脳卒中など）が起きる以前の状態・情報を持ち、伝える人が必要
- ③住宅改修の知識（認知症のタイプ別の理解、生活上の予後予測）を備える
- ④チームリーダーは適宜交代があり得る
- ⑤介護職やケアマネが認知症の人の行動背景を考えようとするきっかけを創る
- ⑥家族支援においては、1 事業所では対応できないケースが増えている

2. 3 つの視点でのまとめ

1) リハ専門職（作業療法士）の役割

①連携のための情報伝達

事例 B のように認知症の人が骨折を起こした場合、予後予測を考える際には、以前の ADL レベルや認知症評価がもとなる。デイケアを利用している方であれば、これらの情報を医療機関に伝えることができる。先方が情報を欲している内容を的確に記述して伝える。

②住宅改修には予後予測を考慮する

住宅改修に際しては、認知症のタイプ別による特徴、それらを考慮した住宅改修、福祉用具の選択が求められる。そして、最も重要なのは、予後・予測を考慮した住宅改修を提案することにある。

2) ケアマネとの協業について

①ケアマネジメントの質的向上のために

認知症ケアにおいても、糖尿病や肺疾患など持病を抱えている事例が多い。さらに、癌を発症している事例も経験する。このように医学的な管理が必要な事例もあり、薬の効能などの医学な知識が求められる。ケアマネがこれらをすべて把握する必要はないと考えるが、医療職と連携するためには医学的知識も必要と思われる。

②連携を図るうえで考慮する点

上記の医療的課題とも重なる問題であり、ケアマネがチームケアのリーダーである必要が場合もある。時には、看護であったり、OTであったり、生活上で生じる課題によってリーダーの交代が適宜できるようになれば、連携もスムーズに図れると考える。

家族支援においては、家族自体の様々な問題が投影されることも多くなり、1事業所では対応できないケースが増えている。そのため、ケアマネと事業所の情報交換を密にする必要がある。しかし、ケアマネも介護職が多くなっている現状では、専門的な支援ができない。対処できない場合が多く、彼らは適宜、行政などへ相談できる「相談しやすさ」を培っておく必要がある。

3) ケア職のスキルアップ対策について

①認知症の方の行動背景の理解

ADLで、利用者が今していることが「できること」ではない。「もっと、生活しやすくなる要素は何か？」の視点をいかに、支援する側の介護職やその他職種にもってもらうか、が課題になる。目の前の利用者の可能性を個別に探る視点を業務の中にどのように活かすか。デイケアでは、OTと介護職が組み、幾つかのケースを一緒にかかわることで、認知症の人の行動背景やケア内容を解説している。これは、介護職が考えるケアを実践するきっかけとなっているように考える。

特に、介護職やケアマネが理解困難と述べているのが、失行や失認をどのように見分けるのか、その対応は？であった。これについては、個別にその時に解説するようにしている。

②生活上の予後・予測を考える感覚を醸成

利用者の日々の生活において、ADLが低下している状況、身体面の変化、認知面の低下など、いつもと違う状況を把握する観察力は、ケースを通じて経験してその感覚を醸成する必要がある。介護職は、予後までを考えることは難しいかもしれない。しかし、「何かおかしい」と感じる感度を上げ、それを他職種に伝える言葉を持つことは、連携の重要な要素になると考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 24 年度分担研究報告書

認知症患者に対する訪問支援の課題
－当院の取り組みを通じて－

研究協力者 岩本昌子（兵庫県立リハビリテーション西播磨病院）

【研究要旨】

認知症患者に対する作業療法が、患者の精神・行動症状と介護負担を軽減することは既に知られているが、在宅認知症患者に対する効果を検討した報告は少ない。そこで、本稿では、作業療法士が在宅認知症患者に対して訪問支援をおこなった事例を通じて、その効果および課題を検討することを目的として、当院の取り組みを報告する。

対象者は、2012 年 4 月 1 日から 11 月 1 日の間に当院を受診し、精神科訪問看護が指示された認知症関連疾患患者である。まず 13 例について概要を述べ、そのうち 3 例について介入の内容と介入前後の変化について報告する。対象者には、介入開始時、介入開始後 3 ヶ月時に以下の評価を実施した。精神・行動症状は Neuropsychiatric Inventory、介護負担は Zarit 介護負担尺度日本語版、認知機能は改訂長谷川式簡易知能スケール、日常生活活動は Disability Assessment for Dementia を用いて評価を行った。介入は、原則として週 1 回 1 時間の訪問を 3 ヶ月間実施し、訪問時に評価と指導、個別に設定した作業活動を行った。

介入後、活動性の向上、精神・行動症状や介護負担が軽減した症例を認めた。外来場面での本人陳述や家族の評価と実際の生活状況の乖離が訪問により明らかとなり、適切に家族や介護保険サービスに連携し得た症例も認めた。特に重度の精神・行動症状を有する事例や拒否が強い事例については、多職種との同時訪問や、担当者の技術向上が必要である。家族や介護者に対する支援も含めた、包括的な生活行為向上を支援するためには、作業療法士による訪問支援を含め、多職種との連携をより緊密にとることが不可欠であり、情報共有を含めた連携システムの構築が課題である。

A. 目的

平成 24 年 9 月に厚生労働省によりまとめられた「認知症施策推進 5 か年計画」では、地域の認知症患者に対する初期支援を包括的・集中的に行う為に、作業療法士などの専門職が自宅を訪問し、評価や家族支援を行う専門チームの創設が提言された。当認知症疾患医療センターでは既に、通院が困難な場合や、独居で生活状況の把握が難しい場合、通常の医療・介護マネジメントでは十分でない患者に対し、作業療法士が個別に訪問して評価や指導を行っている。認知症患者に対する作業療法が、精神・行動症状と介護負担を軽減することは既に知られているが、在宅認知症患者を作業療法士が訪問し、支援した効果を検討した報告は少ない。今回、作業療法士が訪問で行う支援について経験事例を通して報告する。

B. 対象と評価項目

はじめに、当センターについて圏域や外来患者の概要を紹介する。訪問支援については、2012 年 4 月 1 日から 11 月 1 日の間に、精神科訪問看護が指示された認知症関連疾患 13 名について、概要を述べ、そのうち 3 例について介入の内容と介入前後の変化について報告する。対象者には、介入開始時、介入開始後 3 か月時に以下の評価を実施した。精神・行動症状（以下、BPSD）は Neuropsychiatric Inventory(以下、NPI)、介護負担は Zarit 介護負担尺度日本語版（以下、ZBI）、認知機能は改訂長谷川式簡易知能スケール（以下、HDS-R）、日常生活活動（以下、ADL）は Disability Assessment for Dementia (以下、DAD)を用いて評価を行った。介入は基本的に、週に 1 回 1 時間の訪問を 3 ヶ月間実施し、訪問時に ADL や行動の評価と指導、個別に設定した作業活動を行った。作業活動は、可能な限り本人の希望する種目を選択した。作業種目や実施状況、ケアのアドバイスなどは随時家族と担当ケアマネージャーに情報提供した。

C. 結果

1. 兵庫県立リハビリテーション西播磨病院認知症疾患医療センターの概要

当センターは兵庫県の西部に位置し、たつの市、宍粟市、相生市、赤穂市、太子町、佐用町、上郡町の 4 市 3 町を圏域としている。東西 43 km、南北 67 kmと広い圏域面積を有する。人口は約 27,600 人（H23 年）であり、そのうち高齢者は約 7 万人と高齢化率が高い。当センターは 2009 年に開設し、月外来件数は 400 件程度である。

2. 当センター外来患者の概要

初診鑑別診断は月約 40 件、診断名の内訳は以下の通りである（表 1）。

3. 当センター早期認知症患者の割合

当センター初診時 Clinical Dementia Rating (以下、CDR)の内訳を表 2 に示す。認知症の早期と考えられる 0.5、1 の患者は 120 名のうち 66 名で 55%を占める。また、未実施の 25 名はほとんどが単独の受診もしくは友人との受診であり、ごく軽度の患者である可能性が高いことから、実際はさらに高い割合になると考えられる。

表 1 初診鑑別診断件数 2012 年 4 月から 7 月

診断名	Nomal	MCI	AD	AD +VD	VD	DLB	FTLD	その他	計
(件)	4	12	54	8	7	5	2	28	120

表 2 CDR の内訳 2012 年 4 月から 7 月

CDR	0	0.5	1	2	3	未実施	計
(名)	6	33	36	15	5	25	120

4. 当センター訪問支援を実施した患者の概要

当センター外来患者のうち、2012 年 4 月から 11 月に担当医から精神科訪問看護が指示された認知症関連疾患の患者は 13 名であった。男性 5 名、女性 8 名、平均年齢 75.9±8.0 歳、診断名は、AD5 名、DLB3 名、VD+AD2 名、FTLD1 名、PSP1 名、MCI1 名であった。CDR は 0.5 が 2 名、1 が 5 名、2 が 6 名で進行期の患者も含まれることがわかる。しかし、介護保険が未申請であった患者が 7 名含まれ、生活障害が顕著になりつつも、地域サービスを利用できていない患者が多い傾向にあった。

5. 事例提示

【事例A : 70 歳代男性、レビー小体型認知症、妻と二人暮らし、介護保険未申請、CDR1】

平成 22 年、外出が減り、元気がないことに家族が気づいた。平成 23 年に妄想や幻視と歩行障害が出現し、転倒が頻回となった。平成 24 年に当センターを受診し、DLB、多発性脳梗塞、糖尿病性末梢神経障害による四肢の筋力低下との診断を受けた。本人は転倒恐怖から日中はずっと横になっていると話しており、活動性の低下が疑われたが、介護保険の利用は必要ないと拒否していた。また通院手段がなく外来のリハは困難であったため、精神科訪問看護が指示された。

1) 初期評価

初期評価結果を表 3 に示した。

表 3 事例A 初期評価

HDS-R (点)	13
NPI	12
DAD (%)	75
ZBI (点)	7

NPI の下位項目として、妄想、幻覚、無為無関心、易刺激性を認めた。DAD は 75% で更衣や薬の服用に一部介助が必要な他、以前からの趣味であったいろいろな物品の収集と車の修理や改造に全く興味を示さなくなっていることがわかった。ニーズは「家の敷地を安全に歩いて、集めたものを見たい」であった。

2) 介入

介入は週 1 回の訪問時に、住環境調整と福祉用具の選定、本人の希望であった敷地内の歩行を安全に行えるよう、歩行距離や実施時間を設定し、散歩の習慣づけを試みた。また、選んだ福祉用具の使用練習を行った。連携については、介護保険の申請支援、ケアマネジャーとの同時訪問、担当者会議への参加、書面による情報提供を行った。情報伝達の内容は主に、現病歴、BPSD の内容とその対処法、生活指導の内容、散歩の適当な量やルートであった。

3) 最終評価

最終評価結果を表 4 に示した。

表 4 事例 A 最終評価

HDS-R (点)	11
NPI	8
DAD (%)	67
ZBI (点)	6

NPI の下位項目のうち、妄想、幻覚、無為無関心、易刺激性は軽減した。散歩は妻の声掛けで実施している。当初拒否していた介護保険は、申請を承諾し、要介護1 の認定を得た。担当ケアマネジャーと福祉用具担当者同席のもとで歩行器を提案し、試用期間を経てレンタルすることとなった。通所介護サービスは、歩行能力の向上のために、パワーリハを導入している施設を選択し、半日から開始、現在は週 2 日のペースで継続している。

4) 事例 A ケアの課題と対応

BPSD のうち、妄想幻覚は軽度で介護負担にもつながっていなかった。一方で、無為無関心や易刺激性は日中の臥床傾向と関連し、今後廃用症候群が悪化する可能性も考えられた。そこで、訪問看護の課題は本人の希望であった趣味活動の再開を利用し、日中の活動性を向上することとした。事例 A は、PD 症状を認めず、日中の臥床傾向が悪化するきっかけとなった転倒は、糖尿病性末梢神経障害による四肢の筋力低下が要因の一つだと考えた。主治医より四肢麻痺の進行は緩徐で訓練により若干の改善は望めるとの情報を得ており、福祉用具の導入と、歩行距離や時間を決定することで転倒恐怖を軽減すれば、臥床傾向が改善し、日中の活動性は向上すると考えられた。

本人の記憶障害は中等度で、アドバイスした内容の想起は困難であったため、安全なルートなど必要事項は妻に伝達し「散歩に行くよう声をかける」「昼は寝かさない」といった対応を依頼した。散歩が習慣化したこと、趣味活動の一部を再開したことは、無為無関心や易刺激性の改善の要因の一つであると考ええる。一方で認知機能は妻の印象からも低下しており、電話がかかけられない、出かける際の準備ができない、といった場面が増えたため DAD の得点も低下した。この間薬物療法は副作用の出現により数回変更されている。妄想、幻覚も薬物の変更とともに変動し、最終評価時は改善していた。

介護保険のサービス利用に期待したことは、上記と同様、日中の活動性を向上することであったため、福祉用具のレンタルや通所介護サービスを導入した。連携に際し、事例 A は、ADL、IADL を低下させる要因が多岐に渡り、介護保険担当ケアマネジャーや施設担当者も状況を把握することは難しい状況と予想されたため、現病歴と予後予測、各事象の要因に対する考察を詳細に伝達するよう留意した。

【事例 B：60 歳代女性、若年性アルツハイマー型認知症、娘息子と 3 人暮らし、介護保険未申請、CDR2】

平成 21 年に近所の人から様子がおかしいと指摘され、当院受診した。診断の後、かかりつけ医で薬物療法開始された。平成 24 年に家族が「症状がひどくなった気がする」と心配し、再度来院した。診察の結果、画像、神経心理学検査とも比較的急激な進行を認めた。廃用症候群、ADL 障害の進行が疑われたが、本人から明確な返答を得ることは難しく、家族は昼間仕事で留守にしているため、生活の様子を十分に把握できていなかった。通院も困難であり、精神科訪問看護が指示された。

1) 初期評価

初期評価結果を表 5 に示した。

表 5 事例B 初期評価	
HDS-R (点)	5
NPI	5
DAD (%)	45
ZBI (点)	29

認知機能検査は失語の影響が大きく、教示が理解できない項目が多かった。

DAD の下位項目のうち、洗髪は自分でできていると思う、歯磨きはしていないかもしれないがわからない、などあいまいな情報が多かった。趣味活動は本人より「編み物など好きだったが、今は忙しくなったから（していない）」との発言が聞かれた。実際場面の評価により日中はリビングとトイレの往復のみ、入浴や整容はできておらず、洗剤を使わず食器を洗う、台所のシンクタンクに洗濯物を干すなど家事も十分にできていない状態であった。また、冷暖房機器など機械類の操作は困難であった。また、「怖い」とテレビを大音量でつけたり、雨が降ると布団の中にもぐりこむなどしていた。観察からは、セラピストの顔を覚える、前回訪問時の様子を話すなど記憶障害は比較的軽度であった。一方で道具の操作や口頭命令に従うことができなかった。編み物は病前一番好きな作業であったが、かぎ針の持ち方がわからず「あれ、どしてやる、おかしいことになってしまった」と運針が難しい様子であった。

2) 介入

介入は週に 1 回訪問時に実施した。日常生活場面の評価や趣味活動の導入を実施した。具体的には、簡単な家事動作の練習、趣味活動として最も簡単な鎖編みを練習した。数回の実施で、セラピストの顔を見ると、食器を洗い始めるなどするようになった。針と毛糸を渡せばかぎ針編みは一人で編み続けることができるようになった。連携については、介護保険の申請支援、デイサービス開始にあたり、症状や入浴時の指示方法（身体部位を口頭で伝えるのではなく、優しく手を添えて誘導するなど）、適した作業活動を情報提供した。

3) 最終評価

最終評価結果を表 6 に示した。

表 6 事例 B 最終評価

HDS-R (点)	9
NPI	8
DAD (%)	40
ZBI (点)	18

HDS-R は教示が理解できる項目が増え、得点が増加した。NPI と DAD は悪化しているが、NPI の無為無関心や、DAD の整容や入浴といった初回訪問時点で、できないことが確認されていた項目の変化であった。介護負担感は改善を認めた。現在は週 2 回デイサービスに通い、ショートステイの導入も検討中である。

4) 事例 B ケアの課題と対応

事例 B はご家族が再診を希望された時点で既に前回受診時から急速に認知機能が低下していた。画像上も萎縮の進行を認めたが、日中独居であることや、地域のつながりが希薄であったことから、廃用症候群も認知機能低下の要因の一つであると考えられた。そのため、訪問看護の目的は、介護保険の導入支援と、日中無為に過ごす時間を減らし、廃用症候群を改善することとした。ADL や家事動作、趣味活動をしていないことは、手続き記憶の低下に加えて、失行症状により「やり方がわからない」ためと考えた。訪問時は家事動作の練習、趣味活動を実施し、介護保険の利用開始に際し、有効な ADL や家事動作の支援方法、適した作業活動を伝達した。最終評価の HDS-R の得点向上は、日中の活動性が向上し、廃用症候群が改善したことが要因であると考ええる。また、NPI と DAD の悪化は情報提供を通じて、ご家族が ADL や IADL の状況を正しく認識した結果であると考えられる。連携について、当初同居の子供は日中仕事で「母のことは心配だけど、構ってられない」と話し、介護保険についても情報を持っていなかった。当センターの訪問看護を通して、これらの整備と、サービスのスムーズな利用開始ができた可能性がある。

【事例 C：60 歳代女性、レビー小体型認知症、要介護 1、CDR1】

平成 22 年、うつ症状を訴え、当院を受診した。23 年度より妄想、幻視、幻聴、幻臭を訴え DLB と診断された。「家の中に泥棒が住み着いて悪さをする」「ご飯に変なことをされている。灯油のにおいと味がする」「家中にゴミのようなものをまかれる」など訴えた。夫も要介護者であり、妻の対応は困難であった。うつ症状と幻視の軽減を目的に精神科訪問看護が処方された。

1) 初期評価

初期評価結果を表 7 に示した。

表 7 事例 C 初期評価

HDS-R (点)	17
NPI	35
DAD (%)	88
ZBI (点)	66

NPI 下位項目のうち、妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、脱抑制を認めた。重症度、介護負担感の強い項目は妄想、幻覚であった。

2) 介入

介入は 2 週に 1 回の訪問と、2 週に 1 回の通院リハで、環境調整を実施した。訪問時、訴えは「2 階に悪い人が住み着いて、いろいろ物を盗む、悪さをする」「絨毯にゴミをまかれている」であった。詳細に聴取すると、実際にお面をかぶった人が部屋の隅から自分を見ているといった幻視と、幻の同居人（誤認）、絨毯の網目がゴミに見えるといった錯視が認められた。部屋の中は荷物が多く置かれ、窓からの光もほとんど入らない状態であった(図 1)。部屋の照明や明るさの調整、植木の伐採を家族に提案、OT とともに 2 階の荷物を整理した。訪問開始後、幻視などの訴えは減少したが、本人が「家に来られると思うとしんどい」と訪問を拒否、訪問を 3 回程度実施したのち、家族、ケアマネに情報伝達して終了となった。

図 1



3) 事例 C ケアの課題と対応

事例の場合、ADL は自立、家事もほとんど以前と同様に取り組んでいた。しかし、妄想や幻覚の訴えが激しく、家族と言い争いになる、落ち着きがないことのきっかけにもなっていた。そのため、訪問看護の目的は、環境調整により、妄想幻覚を軽減することとした。

報告会のディスカッションにより、知覚過敏の状態であるため、刺激は減らすことが良かったのではないかと、光の遮断など逆の対応が必要であったのでは、との指摘があった。長濱は、「AD に比較し、DLB は病識が保たれている場合が多く、幻視に対しては、ごまかしたりはぐらかす対応ではなく、繰り返し説明することで本人の理解と安心を得ることができる場合がある。また、物体誤認に対しては、誤認の対象になるものを取り除くことや壁紙の模様などを避けてシンプルなものにする。人物誤認に対しては、介護者が叱責したり否定するのをやめると頻度・程度が減少することがある」と述べている¹⁾。事例 C の場合も、別居の娘がキーパーソンで、幻視や誤認の訴えの度に本人を叱責していることや、夫と二人暮らしで、安心させる対応が得られないことも悪化の要因であったと考えられる。訴えの内容について要因を一つずつ検討し、解決していく必要があった。また、家族の対応や社会的に孤立していることに対する改善も有効であったかもしれない。

D. 考察およびE. 結論

介入後、活動性の向上、BPSD や介護負担が軽減した症例を認めた。外来場面での本人陳述や家族の評価と実際の生活状況の乖離が訪問により明らかとなり、適切に家族や介護保険サービスに連携し得た症例も認めた。今後、重度の BPSD を有する事例や拒否が強い事例については、多職種との同時訪問や、担当者の技術向上を含めた対応の蓄積が必要である。

引用文献

- 1) 長濱康弘 : DLB に特有の BPSD 発生メカニズムと具体的対処法. 老年精神医学雑誌, 23- I : 81-88 (2012)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 24 年度分担研究報告書

外来認知症患者に対する心理行動障害の発症を予防するための作業療法の取り組み

研究協力者 村井千賀（石川県立高松病院）

【研究要旨】

本研究は、外来で BPSD を引き起こすリスクの問診内容及び予防に向けての指導内容、対応方法を行い、医師と共に作業療法士として認知症者の生活障害への早期介入の取り組みを検討した。

今回、石川県立高松病院（精神科単科）、兵庫県立西播磨リハビリテーション病院（総合病院精神科）の協力を得、平成 24 年 9 月 15 日～平成 25 年 1 月 15 日に外来に初めて受診した認知症患者について、①相談経路と主な相談内容、②受診時の MMSE、③作業療法士の主な指導内容、④受診後の対応方法と利用サービスを調査した。

結果として、対象は男性 9 名、女性 19 名の計 28 名であった。平均年齢は 79.0 ± 7.8 才であった。疾患名では、アルツハイマー型認知症（AD と表記）が最も多く 17 名(60.7%)で、軽度認知機能低下（MCI と表記）は 3 名(3.6%)であった。介護度では、未申請者が 7 名(25.0%)であった。受診のきっかけは、家族・親戚からの相談が最も多く 17 名(60.7%)、次いで他院からの紹介 6 名(21.4%)であった。相談内容は、認知症の治療と今後の対応方法が最も多く 14 件(50.0%)、BPSD に対する治療が 2 件(7.1%)であった。作業療法士による指導内容は自宅での家事などの役割や趣味、好きな手仕事に関すること、デイサービスでのプログラムについての助言が最も多く各 14 件(50.0%)、家族指導 10 件(35.7%)、環境調整 6 件(21.4%)、セルフケアに関すること 5 件(17.9%)であった。具体的サービス利用状況は、通所介護・リハを利用 15 件(53.6%)、作業療法士による精神科訪問看護 7 件(25.0%)、外来作業療法 6 件(21.4%)、デイサービス拒否やサービス利用なし 4 件(14.3%)であった。

以上の結果から、精神科外来は BPSD に対する早期診断・早期治療の機能を担っていること、相談内容からは患者及び家族は BPSD やその予防に向けた具体的対応方法を知りたいと希望していた。このことから、日常の対応に関する指導助言ができるコメディカルチームの関与は重要であると考えられた。また、初診時介護未申請の者も多く、介護保険を利用前に BPSD を予防するため在宅での生活行為を維持する支援が重要であると考えられた。そのためにも ADL/IADL の継続に向け、生活の場で環境の工夫など代償方法を具体的に指導できる作業療法士による指導が必要であると考えられた。しかし、作業療法士が外来のチームの一員として参画できるためには、精神科作業療法は一人当たり 2 時間の集団訓練をする現在の報酬体系から、今後は外来での早期または急性期における重点的な指導ができる診療報酬のしくみや在宅での訪問指導（介護保険サービス提供事業所への指導を含む）ができるしくみが重要であると考えられた。

A. はじめに

石川県立高松病院は、病床数 400 の単科精神科病院である。150 床を高齢者専用とし、平成 21 年度よりこのうちの 50 床を急性期治療病棟、50 床を認知症病棟として運用している。作業療法では、急性期病棟になったことをきっかけに、早期自宅退院に向け、退院前訪問の実施、必要に応じて訪問看護などに取り組んでいる。平成 21 年度退院患者への追跡調査では、作業療法士が退院前訪問を必要と判断し在宅での生活障害に対する指導を行った者(介入群)、通常の退院をした者(対照群)に対し、3 ヶ月後の心理行動障害(以下、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia=BPSD と略し、表記する)の有無を要介護認定調査項目にて調査した。結果として、一人暮らし者に対し作業療法士は退院前に在宅訪問が必要と判断し、また、介入群の方が退院時の MMSE の得点が高かった。さらに 3 ヶ月後の BPSD の項目の有無では介入群が無の項目が多いという結果を得た。このことから、作業療法士による在宅訪問は BPSD を予防できる可能性が示唆された。

そこで平成 24 年度、外来で医師診察の予診を担当し、医師と共に作業療法士として認知症者の生活障害への早期介入を試行し、外来での BPSD を引き起こすリスクの問診内容及び予防に向けての指導内容、対応方法について検討したので報告する。

B. 対象および方法

1) 研究実施協力機関

- ・石川県立高松病院（精神科単科）
 - ・兵庫県立西播磨リハビリテーション病院（総合病院精神科）
- いずれも認知症医療疾患センターを併設。

2) 研究対象者

平成 24 年 9 月 15 日～平成 25 年 1 月 15 日の間に外来受診した認知症患者

3) 研究方法

初回外来受診時の以下の内容について、調査した。また、受診時すべてのケースに生活行為に焦点を当てた「生活行為向上マネジメント」による支援計画を立案、作業療法士による指導内容及び対応方法について調査を行った。

- (1) 基本情報：年齢、性別、介護度
- (2) 相談経路と主な相談内容
- (3) 受診時の MMSE
- (4) 作業療法士の主な指導内容
- (5) 受診後の対応方法と利用サービス

C. 結果

1) 対象者の基本情報

対象者数は、表 1 に示すように男性 9 名、女性 19 名の計 28 名であった。平均年齢は 79.0±7.8 才であった。疾患名では、アルツハイマー型認知症（AD と表記）が最も多く 17 名(60.7%)で、次いで軽度認知機能低下（MCI と表記）、血管性認知症（VD と表記）、前頭側頭型認知症（FTD と表記）が各 3 名(3.6%)であった。介護度では、未申請者が最も多く 7 名(25.0%)、次いで介護 1 の 8 名(28.6%)、介護 3 の 5 名(17.8%)であった。

表 1. 対象者の基本情報

区分	総数	性別		疾患名				
		男	女	MCI	AD	VD	DLB	FTD
総数 (名)	28	9	19	3	17	3	2	3
西播磨 (名)	8	1	7	1	5	0	0	2
高松 (名)	20	8	12	2	12	3	2	1

表 2. 対象者の受診時の介護度

区分	総数	介護度						
		未申請	申請中	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3
総数 (名) (%)	28 (100.0)	7 (25.0)	1 (3.6)	2 (7.1)	1 (3.6)	8 (28.6)	4 (14.3)	5 (17.8)
西播磨 (名)	8	3	0	0	0	1	2	2
高松 (名)	20	4	1	2	1	7	2	3

2) 相談経路

家族・親戚からの相談が最も多く 17 名(60.7%)、次いで他院からの紹介 6 名(21.4%)、本人、介護支援専門員、地域包括支援センター、介護サービス事業所が各 1 名(3.6%)であった。

3) 主な受診理由

認知症の治療と今後の対応方法が最も多く 14 件(50.0%)、次いで専門医への早期診断・早期治療が 9 件(32.2%)、セカンドオピニオンとしての相談が 3 件(10.7%)、BPSD に対する治療が 2 件(7.1%)であった。

4) MMSE

知的評価では、MMSE で平均 15.1±2.8 点であった。

5) 主な作業療法士による指導内容

受診時または訪問時の主な作業療法士による指導内容としては、自宅での家事などの役割や趣味、好きな手仕事に関すること、デイサービスでのプログラムについての助言が最も多く各 14 件(50.0%)、次いで家族に対し、本人の残存する精神機能と対応方法、生活行為でできる能力や在宅で継続するとよい生活行為についての指導が 10 件(35.7%)、歩行車・歩行時の転倒予防のための環境調整やレビー小体型認知症に特徴的な知覚機能障害による BPSD を予防するための環境調整、生活行為の自立を容易にするための道具の配置や文字代償によるヒントの掲示などの調整が 6 件(21.4%)、排せつ行為や入浴行為の方法などのセルフケアに関すること 5 件(17.9%)、生活リズムに関すること 4 件(14.3%)、歩行や起居などの基本動作に関すること 4 件(14.3%)、調理や掃除などの IADL に関することが 3 件(10.7%)であった。