

(2) 受診一週間後、訪問看護時の状況（別添 1、2 のゴシック部分を追加加筆）

- ・地域包括支援センターと同行訪問を実施。
- ・訪問結果、自宅のトイレは和式であり、本人は 200m 離れた実家までトイレをするために毎回出かけていたことがわかった。しかし、夜間は暗いことや見当識障害が始まっていることから迷子になってしまっていることが伺えた。夜間はポータブルトイレを利用することとした。また、本人はミシンがけが好きで、毎日家の裏にある納屋の二階にはしごを登り、ミシンがけに行っていることもわかった。そこで、ミシンを居間に運んでもらうなど、できる限り一人で外に出ていく機会を減らすこととした。さらに、訪問時意識機能の低下を認め、血圧も 200/136 と高血圧であったことから、内科への受診も進めた。本人は整形外科に骨粗鬆のため、かかりつけ医として通っていたが、高血圧と言われたこともなく、服薬治療はされていなかった。

(3) 一ヶ月後 2 回目の訪問看護の状況

- ・週 1 回介護予防通所介護、週 2 回老人福祉センター、週 1 回健康クラブへ、姉の送迎バスまでの見送り支援を受け、通うことができている。
- ・表情もすっきりし、問いに対する応答も良好。笑顔もみられる。受診時みられた異常行動はなし。
- ・民間サプリメントの会社から、購入の電話がかかるが、本人自ら対応し「医師からのお薬のみを飲むことにしたので」とはっきりと断る。
- ・服薬は降圧剤とイクセロンパッチのみ
- ・MMSE 25 点

D. 考察および E. 結論

今回、認知症外来を受診するケースに対し、BPSD を予防し、できる限り在宅で生活できるように、在宅生活を困難にする BPSD を引き起こす要因に関するアセスメントの項目の抽出を行った。また、受診のきっかけとなった BPSD の改善に向け、作業療法士による生活行為向上マネジメントに基づく指導を実践した。

1) BPSD に対する早期診断・早期治療の機能を担う精神科外来

認知症外来での主な受診動機として、認知症治療と今後の対応についてが最も多く 50.0% を占めた。今回のフィールドが大学病院などのもの忘れ外来など早期の認知症の鑑別診断機能を担う病院ではなく、地域の身近な認知症医療を担う認知症医療疾患センターであったことから、認知症に関する治療だけでなく、病気の進行に関する相談や進行させないための対応方法などが多い結果となった。また、約 7 割がもうすでに介護保険を利用していたことから認知症の早期診断、早期対応の中には、物忘れが増えたなどの早期発見診断の機能とは別に、認知症のようなのだけれども進行を遅らせるにはどうしたらよいか、これ以上悪くならないためにはどうしたらよいか、またセカンドオピニオンとしてこの薬で大丈夫なのかなどの相談機能としての役割を担っていることもわかった。また、精神科であったこともあり、かかりつけ医から治療内容や徘徊が出てきた、異常行動などの BPSD に関する治療の相談が特徴的にみられた。BPSD は家族の介護負担感を増加させ、在宅生活を困難にする。認知症の早期診断・早期治療の中には、この BPSD を起こさないための要因を明らかとして、予防する役割が身近型の認知症医療疾患センターの役割があることがわかった。

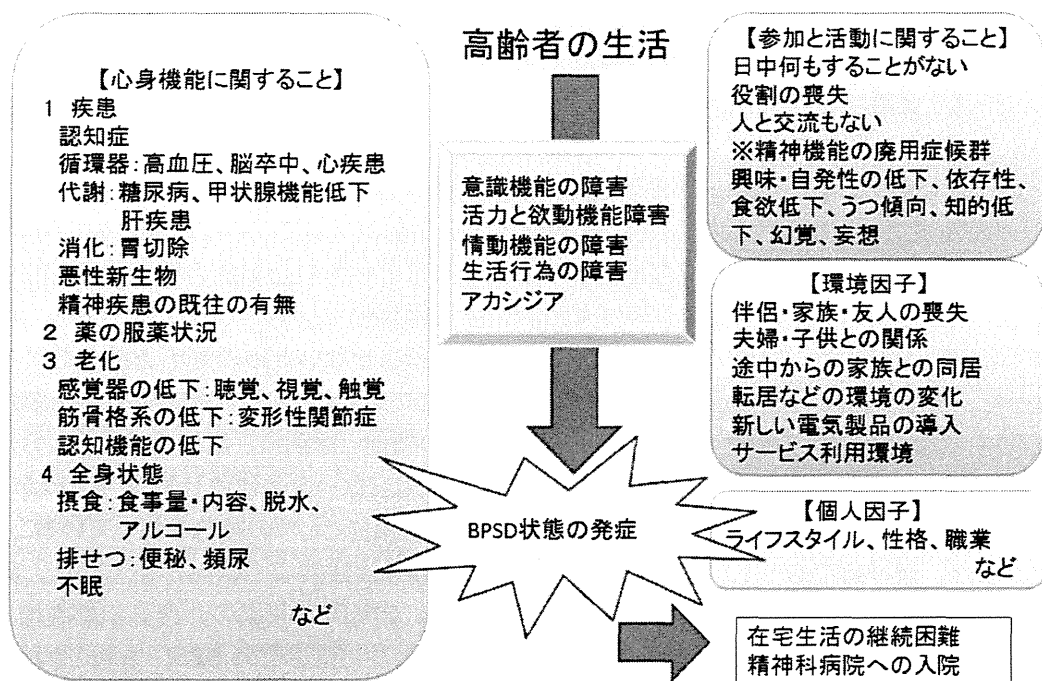
今回の事例からは外れたが外来時、他者の言葉が全く頭に入らず一方的に話し続ける気分の高

い患者やまったく反応みられないうつ症状の強い患者、一人暮らしで明らかに食事がしっかりとれていないため全身状態の悪化している患者については、その場で入院することとなった。認知機能の低下している患者の中には、認知症だけではなく、強い精神症状を合併している者がいる。その場合には入院という選択も求められていた。

2) BPSD を予防するためのアセスメント項目について

外来事例から、BPSD を予防するためのアセスメント項目として、図 1 に示すように 1 つは認知機能の低下を引き起こす可能性のある疾患の有無、2 つ目として服薬状況、3 つ目として食事や水分摂取の状況やその内容、排せつの状況、睡眠などの全身状態を維持するための機能など心身機能に関すること、4 つ目として日中何もすることがないなどによる活動と参加の要因、5 つ目として家族や親しい友人の喪失や家族関係、環境の変化、サービス提供者との関係など環境要因、6 つ目として本人のライフスタイルや性格などの個人因子が考えられた。このように BPSD の予防には医療や健康の情報以外にも本人を取り巻く環境に関するアセスメントも重要である。今回、外来で生活行為のアセスメントを得意とする作業療法士が医師の予診に参画することで、医師による疾患に関することだけでなく、参加と活動に関することや環境、個人因子などの情報を分担し、収集することができた。その上で、外来の場で医師、看護師、作業療法士、本人、家族を交え、BPSD の要因を多面的に検討し、対応方法を検討することができた。BPSD を主に対処方法を考える際には、外来での医師以外の生活障害をみることができるとの職種参加は効果的であると考えられる。

図 1. 認知機能の低下した高齢者の精神行動障害 (BSPD) の要因例



3) 早期の生活障害に対する訪問の必要性

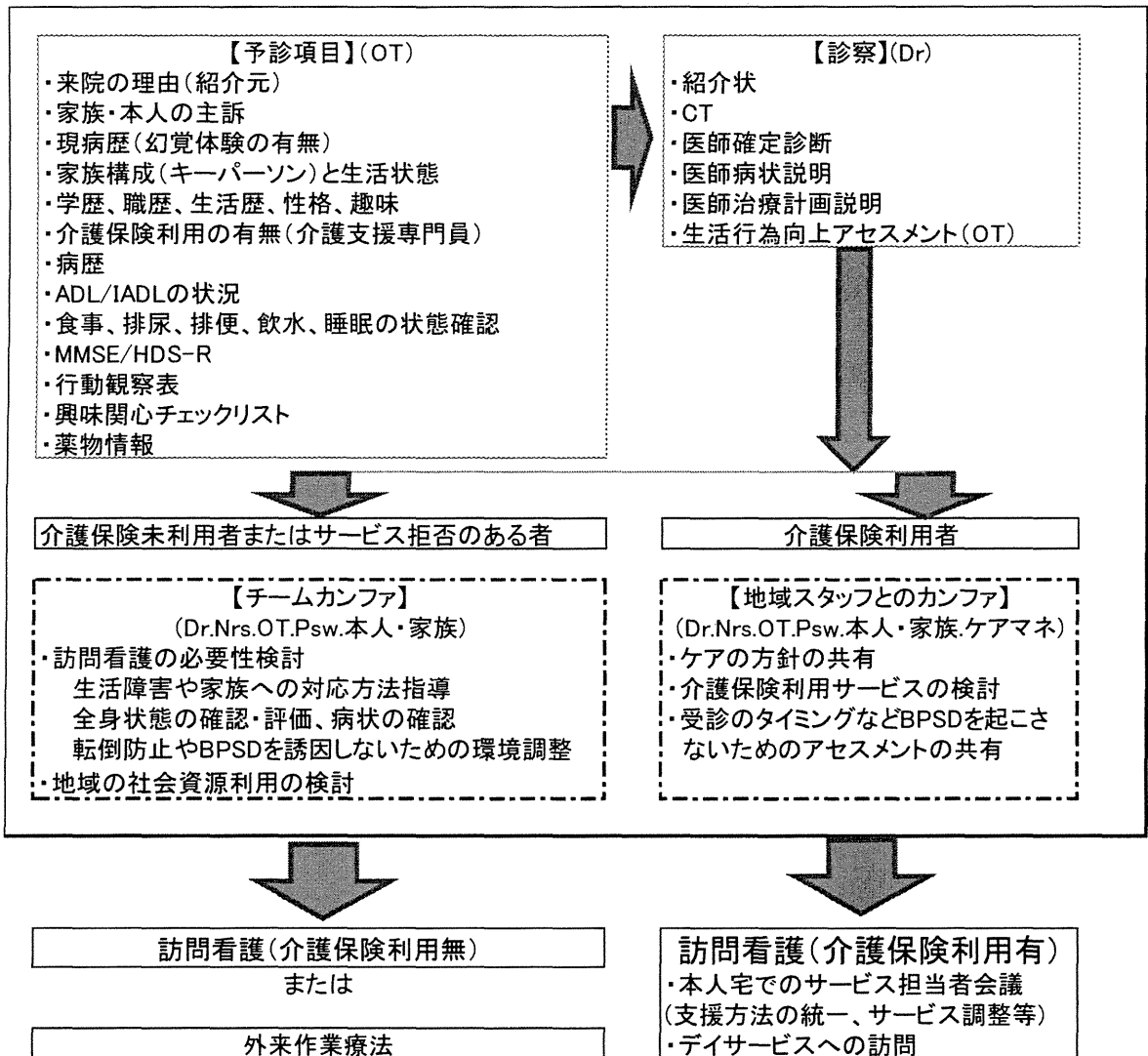
しかし一方、外来の限られた時間では、情報収集にも限界がある。また、医師の前では比較的しっかり対応しようとするなど日ごろとは違う本人の状態であることも多い。さらに家族も病気のことには医師に相談しようとするが、自宅のトイレが和式であるため腰が痛い本人は洋式のトイレを使うため近所にある親戚の家まで行って排泄をしているといった生活上で、本当に困っていることにまで相談が及ばないことが多い。作業療法士が予診に参加することで、生活で本人が具体的に困っている生活行為のニーズについて把握でき、活動と参加、環境要因に対する対応方法についての検討ができるものと考えられる。今回の調査では、外来の場だけではなく、早期の認知症者に対する実際の生活の場で生活行為に支障がある、もしくはある可能性がある、また様々な工夫などの支援が必要と判断されたケースに対し、訪問を実施した。また、デイサービスの利用に対し、帰宅要求や参加を拒否する者に対し、実際にデイサービスに出向き、具体的プログラムについて指導を行うなどデイサービスへの訪問も実施した。特徴的な事例をいくつか紹介する。

- 例 1) トイレの仕方がわからなくなってきたことと、文字理解がまだ良好であったことから、トイレの導線上に順番を示す文字を表示した。また、トイレトペーパーがある場所が気づくよう 20cm だけ下げたようにした。
- 例 2) 夜間外に出て行ってしまい、家に帰れず捜索をしなければならなくなった方がいた。診察時にはわからなかったが訪問した結果、自宅のトイレは和式であり、本人は 200m 離れた実家までトイレをするために毎回出かけていたことがわかった。しかし、夜間は暗いことや見当識障害が始まっていることから迷子になってしまっていることが伺えた。夜間はポータブルトイレを利用することとした。
- 例 3) レビー小体型認知症の方で、夜、窓から人が入ってくるといい、部屋中の窓をふさいでいる方がいた。訪問すると、本人の居室が道の外の街燈の光が窓ガラスを通して入り、影を壁につくるということから、人が入ってくるといふ幻視の訴えに結びついていて、そこで、遮光カーテンを購入し、取り付けを行うよう助言した。
- 例 4) 料理の手順やどこに材料を入れたか忘れ、料理がうまくできないとの訴えがあった。そこで訪問し、台所の本人の視線が行きやすい位置にホワイトボードを取り付け、料理のメニューと材料を掲示した。また、材料を入れる場所を決め、そこにラベルを掲示した。
- 例 5) 通帳や本人の薬などの整理整頓がなかなかできず、その結果ものがなくなって探すのに時間がかかり困っている方がいた。訪問すると整理整頓がうまくできないことから、いろいろなものが雑然と壁にそって積み上げられていた。100 円ショップなどに行き、本人のよく使うものや大切なものについては、目立つ赤いプラスチックケースに入れるよう助言した。しかし一方、いろいろな物を入れてしまう可能性もあるため、併せて時々家族とその中身を確認するように家族に支援をお願いした。
- 例 6) デイサービスへ行ってもすぐに帰るといふ女性の方に対し、デイサービスに対し書面で刺し子に導入するとよいとの連絡をするが、実行されなかった。そこでデイサービスを訪問し、本人が刺し子ができることを実際に示した結果、継続支援が得られ、本人がデイサービスを楽しみに参加するようになった。

4) 認知症者に対する効果的支援方法の提案

認知症外来では、介護保険の対象にならない早期の方から、介護保険を利用している方まで幅広い患者が受診してくる。認知症では病気だけではなく、生活障害に焦点を当てたアプローチがBPSDの予防には重要である。外来受診は本人や家族も認知症に対する今後の対応を含めた意識は高く、教育や早期の対応方法、ケアの方針を共有できる絶好の機会でもある。今回の取り組みから、図2に表すように受診後の対応が介護保険未利用者またはデイサービスの利用を拒否するなどサービス未利用者の場合、病院の訪問看護や外来作業療法を提供するなど早期の介入によるBPSDへの対応が重要であることが考えられた。また介護保険利用者については、ケアマネジャーが診察に同行することで医療と介護の情報交換ができることや病気の予後予測から今後のケアの見通しや方針を本人・家族をはじめ支援者も共に共有するでき、効果的な連携が得られることもわかった。さらに、デイサービスなど介護保険サービスについても、病院の作業療法士が実際の場面に外向くことにより、より具体的なプログラムの指導や実施にあたってのコツなどを伝えることができるものとする。

図2. 外来における効果的支援方法の提案



5) 認知症者に対する作業療法

今回の日本作業療法士協会が開発した生活行為向上マネジメントを活用し、対象者に対し支援を実践した。精神機能の廃用症候群には何もしないことによるうつ症状や意欲の低下、場合によっては幻覚・幻聴も報告されている。今回の外来受診の患者の作業療法士の指導からも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各14件(50.0%)と最も多かった。日中ほとんどすることがない、何かをしようとして本人は整理整頓をしているつもりで散らかしてしまう、仕事に行こうとして外に出て行ってしまふなどの問題も多くみられた。行動には本人なりの理由があるが、その行動が認知機能の低下から周囲に理解されず、異常行動ととられてしまっていることもあった。一方デイサービスを利用することになったものの、デイサービスもただのおあずかり機能が強いところは、本人たちが何故行かなければいけないのかがわからず、帰宅要求や出口を探して歩くといった状況も見られた。そのため、デイサービスに対するプログラムの提案という機能も求められた。認知症はそういう意味でも、精神機能の廃用症候群の予防によるBPSDを予防していくことも重要であると考え。認知症になってもいつまでもできることがあるのだという高齢者が自己有効感を持てる支援が求められる。また、認知症の方々の転倒予防に向けた環境調整や認知症特有の環

境調整として残された認知機能を活用して、わかりやすい環境を整えることで生活行為ができるようにする環境調整も求められた。さらに、レビー小体認知症では、光と影や目のついた人形、ガラス戸などの幻覚を引き起こすリスクのあるものを除去するまたは環境を整えるという機能も訪問で求められた。

実践事例から、生活機能の側面から、障害された精神機能に対し、強みとなる残存機能や代償機能を活用し、表3に示すように具体的に生活障害アプローチを組み立てることができる可能性が示唆された。今後は生活機能に基づくアセスメントを活用し、事例集積を図ることで生活機能からみた認知症の病態別の特性と標準的アプローチを明確にできればと考える。

表3. 精神機能障害別生活障害に対する作業療法士による指導【例】

| | 代償 | 練習 | 例示 |
|----------|---|--|--|
| 記憶機能障害 | <ul style="list-style-type: none"> ノートでメモするなど書字で代償。 短期記憶をエピソード記憶で代償。 大切な物入れを赤など目立つ色とするなど視覚の代償。 手続き記憶は最後まで残存するため、本人の生活歴、興味・関心リストから、好きでよくしていた作業を把握する。 | <ul style="list-style-type: none"> 記憶障害のあることを理解し、左記の習慣づけを早期から実践する。 本人の好きでできる作業は早期から取組み、進行しても継続できるよう、生活習慣の中に組み込む。 | <ul style="list-style-type: none"> 料理のメニューを書き出す。台所に白板を用意し、料理のメニューと食材を書き出す。 針仕事が好きな方には、縫い物を早期の段階からボケ防止と提案し、実践するよう勧める。重度になっても針を持つことで安心するようになる。 |
| 見当識 | <ul style="list-style-type: none"> 時間は、目覚まし時計等聴覚で代償。 場所は目印とエピソード記憶で代償。 | <ul style="list-style-type: none"> カレンダー、時計などで確認する習慣づけをする。 | <ul style="list-style-type: none"> 散歩などはコース設定を早期から行い、家族が確認しておく。場合によっては地域の支援組織に理解を求める。 |
| 注意機能障害 | <ul style="list-style-type: none"> 大切な物入れを赤など目立つ色とするなど視覚の代償。 好きな作業をすると注意の維持が改善する。 | <ul style="list-style-type: none"> 生活の中で本人の好きな作業を把握、継続を進める。 | <ul style="list-style-type: none"> 食材が大きめに切られることがあるが、障害を家族が理解する。 好きな塗り絵は60分黙々と作業する。 |
| 精神運動統制障害 | <ul style="list-style-type: none"> できる生活行為を継続することが重要。しなくなることで徐々に下手になり、できなくなる。 | <ul style="list-style-type: none"> 生活行為を繰り返して実践。 | <ul style="list-style-type: none"> 家族・支援者が本人の障害を理解し、多少完成度が低くても継続を支援する |
| 複雑な運動障害 | <ul style="list-style-type: none"> 失行症状により、行為自体がうまくできない。できる一つの行為を継続し、行うことが大切。 道具はシンプルなものとする。使い方を書き貼るなど視覚で代償。 行為もできる限り、シンプルとする。 | <ul style="list-style-type: none"> 使い方の練習をする。 メモを読みながら使用できるよう練習する。 | <ul style="list-style-type: none"> エアコンのボタンに暖房のところに寒いという字やマークを張る。 トイレに「パンツをおろし、座る」と書いて貼る。ペーパーはあらかじめ20cmほどペーパーを下げる。また、切ったペーパーを足元に置く。 |
| 情動機能障害 | <ul style="list-style-type: none"> 人格と気質機能の自己有効感を高める作業を選択、実践を促す。 怒った顔や言い方をしない。 | <ul style="list-style-type: none"> 周囲が本人に情動機能障害があることを理解し、接し方工夫する。 | <ul style="list-style-type: none"> 話しかけるときは、にこやかに明るく静かに話しかける。 本人にとって仕事の意味に近い書字を導入し、自己有効感を高める。 |

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

(別添1) 作業遂行アセスメント表

| | | | |
|------|---|----------|----------------------------------|
| 作業目標 | <p>本人：健康教室にいきたい。</p> <p>家族：元々、物忘れがひどくなり、日時がわからない、整理整頓ができないなどの認知機能の低下がみられていた。最近、近所の友達のところ遊びに行き、友達の一部の話を真に受けて近所に言いふらすなどの問題が生じてきている。迷子にもなったこともある。そこで一度受診し、今後のことを相談したかった。</p> | 達成可能なニーズ | <p>周囲のサポート体制を組み、現在の生活が維持できる。</p> |
|------|---|----------|----------------------------------|

| アセスメント項目 | 心身機能の分析 (精神機能,痛み・感覚,神経筋骨格・運動) | 活動と参加の分析 (運動・移動能力,セルフケア能力) | 環境因子の分析 (用具,環境変化,支援と関係) |
|-----------------------|---|---|---|
| 生じさせている要因 作業遂行の問題を | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧。整形外科は骨粗鬆症で受診。しかし、降圧剤の処方なし。民間のサプリメントをたくさん飲んでいる。 ・ 軽度意識機能の低下がある。 ・ 日時の見当識に低下がみられる。 ・ 言葉の記銘再生に低下がみられるなど、軽度の記憶機能の低下がある。 ・ 注意機能に支障があり、維持や細部に対する注意がいかないなどの傾向を認める。上記の影響と考えるが、文章入力においても、短文でさえもしっかり覚えられない。漠然とした不安がある様子。 ・ アリセプト服用後、夜間に外へ出て行ってしまう。トイレで吐くなどの症状があったため、1日で中止。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康クラブに行こうとして、日時を忘れて参加できない。 ・ 時計がみつからず盗られたというエピソードがある。 ・ 冷蔵庫に古いものがたまり、娘が整理をしようとしたらとても怒る。 ・ 整理整頓ができず、乱雑になりつつある。 ・ 本人自身も物忘れを自覚し、物事をメモ紙に書くようにしているが、そのメモ紙をなくしてしまう。書くことは苦にならないタイプ。 ・ 毎日ミシンかけを楽しみにしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 日中一人暮らしである。独身の息子と二人暮らし。 ・ 介護は未申請。 ・ 家のトイレが和式であるため、大便是家から 200m 離れた弟の家まで行ってしている。 ・ 納屋の二階にミシンがあり、毎日梯子を上り、ミシンをかけに行っている。 ・ 夜中に近所の家の枝を切ろうとして脚立を持ち出し、近所の人から妹の家まで連絡があった。 ・ 知らない人の家に行き、100 円を返しに来たといつてあがり込むことがあった。 ・ 地域包括支援センターも、本人のことはとても気になっていたが、介入できていない状況であった。 |
| 作業目標達成可能な理由と根拠 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体機能には問題がない。 ・ 感覚器も良好。 ・ 物忘れの自覚はある。 ・ 性格的に社交的で朗らか。 ・ 実行機能は良好。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL/IADL は一応自立している。 ・ 買い物は歩いていける。 ・ 入浴は近所の〇〇〇（老人福祉センター）で行っている。週2回利用。 ・ ミシンかけはできる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 同じ町内に兄弟がいて、交互に面倒を見てくれている。妹は買い物の支援をしてくれる。娘が受診援助など時折見に来てくれる。弟は〇〇の議員。 ・ 入浴はバスで〇〇〇（老人福祉センター）に行っている。 ・ 近所の魚屋に頼まれて魚屋の手伝いに行っている。 |
| 予後予測 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 意識機能の低下の原因として、高血圧などの循環器の問題が考えられる。そのことで、軽度せん妄から認知機能が一気に低下したことが考えられる。まず受診。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 今後、日時のみならず、場所の見当識の低下により、迷子、日時の誤りが生じていると考えられる。ただし、町内での歩行により移動範囲であるため、町内の理解見守りで対応できる可能性がある。わからないことがあったらヘルプを言える練習をしていくことが大切である。 ・ 服薬管理が必要。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ トラブルを未然に防ぐためには、周囲の理解を得ながら、家族の支援をしていくことが大切。具体的には、介護保険の利用はまだ必要ではないが、定期的な状態確認やサポートなど様々な人の関わりによる支援を検討していく。 ・ ミシンを居間に移動。 ・ ポータブルトイレを夜間利用することとした。 |

(別添 2) 作業遂行向上プラン表

| 達成可能なニーズ | 作業工程分析 | | 評価 | | 達成のためのプログラム | 基本練習 | 応用練習 | 社会適応練習 | |
|--------------------------|------------|--|-----------------------|-----------------------|---|---|--|---|---|
| | | | 前 | 後 | | | | | |
| 周囲のサポート体制を組み、現在の生活が維持できる | 企画準備力 PLAN | ・ヒントをつくるサポートを環境を整えて行う。 ・本人の主体性を尊重する。 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | いつ・どこで・誰が支援して行うか | ・物わすれをサポートするメモノートを作成する。支援者全体で記録していくようにする。 ・重要な出来事はカレンダーを活用して、確認する行動パターンを構築する。 ・疾患に対する理解をする。 | ・ADL/IADL のできるだけ実施。 ・うまくできない ADL/IADL について工夫でできるかを見極め、できない場合のサポート者を決定する。 ・居間でミシンかけができるようにする。 | ・〇〇〇への参加が、いつまでもできるよう支援する。 ・健康教室への参加ができる方法を検討する。 ・魚屋さんの相談を妹に願う。 ・トイレはポータブルを導入。 | |
| | 実行力 DO | ・生活のできるだけ実施。 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | | 本人 | ・メモをつけるくせをつける。 ・カレンダー確認を実施する。 ・困ったことがあったら、困ったと言う練習をする。 ・疾患に対する理解をする。 | ・ADL/IADL のできるだけ実施。 ・居間でミシンかけをする。 ・トイレはポータブルを使用。 | ・カレンダーによる参加日の確認を行う。 |
| | 検証完了力 SEE | ・うまくできないことについて、早い時期に本人理解を得て、家族の中でのサポートの役割を明確にし、実施する。 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | | 家族 | 疾患に対する理解をする。 ・メモをつけるくせをつける。 ・カレンダー確認を実施する。 ・机の上にカレンダーがはつきりとわかる時計を購入。 | ・できなくなってきた行為について、専門職に相談する。できない場合、分担をしてサポートする。 ・通院、冷蔵庫、金銭管理は娘の担当とする。 ・日ごろの相談と買い物、服薬は妹の担当とする。 | ・魚屋さんに今後起きうる可能性を伝え理解を求める。何かあった場合は、相談に応じる。 ・近所にも同様の対応をお願いする。弟と妹に依頼する。 ・〇〇〇バスへの送りを妹さんに服薬管理とともに願う。 |
| | | | | | | 支援者 | 疾患に対する理解をする。 ・メモをつけるくせをつける。 ・カレンダー確認を実施する。 | ・家族からの相談に応じて、生活行為の見極めは作業療法士が、病状の確認や服薬等医師との連絡を訪問看護が、支援が必要になってきた場合の対応については地域包括支援センターが担当する。 | ・〇〇〇と健康クラブについては、地域包括支援センターが相談窓口となる。施設職員や利用者、また地区の高齢者教室に認知症サポート講座を開催する。 |
| 達成 | | | | | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成（理由： _____） <input type="checkbox"/> 中止 | | | | |

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

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

認知症を有する高齢者の介護サービス受給の差異の検証—文献検討から—

研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

目的：認知症高齢者の介護保険サービス利用について明らかにすること。

方法：文献検討による。本報告では先行研究から認知症高齢者の介護保険サービス利用の実態について記述的に明らかにする。国立情報学研究所の文献情報検索サイトにて、「認知症」および「介護」、「痴呆」および「介護」を検索キーとして文献検索を行い、そのうち認知症高齢者の介護サービス利用について記述がある文献を検討の対象とした。

結果：検討対象となった調査・研究は 5 本であった。調査の方法として、介護保険者からデータを得ているものと、事業所等の介護支援専門員や日本看護協会会員が在職している在宅サービス事業所を通じて調査対象者の紹介を得ているものに分けられた。

介護サービス別の利用状況をまとめると、1) 通所介護の利用回数・利用人数が相対的に多いことは各文献で共通であった。2) 訪問介護の利用回数・利用人数も相対的に多くなっていたが、少ない文献もあった。3) 訪問看護はほとんどの文献で利用回数・利用人数が相対的に少ないサービスであったが、利用回数・利用人数が相対的に多い結果を示す文献もあった。4) 通所リハや短期入所生活介護は文献によって利用回数・利用人数の多寡が異なっていた。

考察・結論：通所介護は認知症の高齢者の介護の現場において最も基本的なサービスとなっているものと考えられた。訪問介護もほぼ同様であると考えられた。一部の文献で通所介護・通所リハが非常に多く用いられていたが、調査対象者を抽出する際に通所介護・通所リハを提供している事業所から紹介された調査対象者が多くなった可能性が考えられた。また、訪問看護サービスの利用が相対的に多くなっている文献についても訪問看護事業所から紹介された調査対象者が多くなった可能性が考えられた。これらの結果は、認知症を有する高齢者であってもケアを提供する事業所ないしはケアマネージャーの違いにより受けるサービスのパターンが異なり得る可能性があることが示唆していると考えられた。

A. 目的

認知症高齢者の介護保険サービス利用について明らかにすること。

B. 方法

文献検討による。本報告では先行研究から認知症高齢者の介護保険サービス利用の実態について記述的に明らかにする。国立情報学研究所の文献情報検索サイト cinii (<http://ci.nii.ac.jp/>)にて、「認知症」および「介護」、「痴呆」および「介護」を検索キーとして文献検索を行い、そのうち認知症高齢者の介護サービス利用について記述がある文献を検討の対象とした。

C. 結果

文献検討の対象となった調査・研究は5本であった。対象となった論文の調査対象者等の情報は表1にまとめられている。各文献においては、100人弱から300人強の範囲にあった。文献1と4では継続的な観察を行っており、前者では6ヶ月間観察が可能であった者、後者では2年間観察が可能であった者、が対象となっていた。

調査の方法としては大きく2群に分けられた。文献3は事業所等の介護支援専門員を通じて調査対象者に調査票を配布し、文献5は日本看護協会会員が在職しているO県内の在宅サービスを提供している機関を通じて調査対象者の紹介を得ていた。その他の文献では市町村（介護保険者）からデータの提供を受けていた。

表2は各文献の調査対象者の属性をまとめたものである。それぞれの文献で全ての項目が報告されているわけではなかった。文献2では要介護認定の状況を本人または家族が回答する形になっているため、標注に無い要支援1～要介護5以外の要介護度を回答した者が107人、無回答が58人と欠損値が多くなっていた。

介護サービスの種類別の利用状況の示し方は月平均利用回数（文献1,4）、利用者数（文献2,3,5）に大別できた。

介護サービス別の利用状況をまとめると以下の通り。通所介護の利用回数・利用人数が相対的に多いことは各文献で共通であった。訪問介護の利用回数・利用人数も相対的に多くなっていたが、少ない文献（文献3）もあった。訪問看護はほとんどの文献で利用回数・利用人数が相対的に少ないサービスであったが、利用回数・利用人数が相対的に多い結果を示す文献もあった（文献5）。通所リハは文献2～4では利用回数・利用人数が相対的に多いサービスであった。短期入所生活介護は文献3,5において利用回数・利用人数が相対的に多いサービスとなっていた。

D. 考察およびE. 結論

介護サービス別の利用状況のうち、通所介護は全ての文献で相対的に多く使用されているサービスとなっていた。このため、認知症の高齢者の介護の現場において最も基本的なサービスとなっているものと考えられた。訪問介護もほぼ同様であると考えられた。

この他のサービスについては利用状況が分かっていたが、特徴的なサービス利用状況は文献3,5で見られた。文献3は事業所等の介護支援専門員を通じて、文献5は日本看護協会会員が在職している事業所を通じて調査対象者の紹介を得ていたため、これらの調査方法の特性を反映したものと考えられた。すなわち、文献3では訪問介護がほとんど使用されていない一方、通所介護・通所リハが非常に多く用いられていた。このことは調査対象者を抽出する際に通所介護・通所リハを提供している事業所から紹介された調査対象者が多くなった可能性が考えられた。

日本看護協会会員である者は看護資格を持つ者であると考えられるが、その者が在籍する職場には訪問看護事業所が含まれ得る。このため、文献 5 では訪問看護サービスの利用が相対的に多くなっている結果となった可能性が考えられた。

文献 3,5 とその他の文献での結果の違いは、認知症を有する高齢者であってもケアを提供する事業所ないしはケアマネージャーの違いにより受けるサービスのパターンが異なり得る可能性があることを示唆している。

もちろん、本文献検討の対象となった調査・研究の調査対象地で日本全体の認知症を持つ高齢者に対するケアについての代表性があるとは言えない。それゆえ、さらに継続して認知症を有する高齢者に対するケアの現状を把握し、よりよい認知症ケアにつなげていく必要があると考えられた。

【引用文献】

- 1.筒井孝子 (2004)「介護保険下の介護サービス評価に関する変化-痴呆性高齢者に提供された介護サービスと経年的変化-」『厚生指標』 Vol.51,No.1,pp.1-6.
- 2.東京都福祉保健局 (2007)『東京都在宅高齢者実態調査 (専門調査) 報告書』
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2009/04/60j4k300.htm>
(平成 25 年 3 月 20 日アクセス)
- 3.中井康貴・中山慎吾・古瀬徹 (2012)「在宅認知症高齢者の介護・医療サービス利用:家族介護者が感じる困難・負担感」『厚生指標』 Vol.59,No.11,pp.23-29.
- 4.東野定律 (2010)「地域における認知症高齢者の福祉用具サービス利用評価とその効果に関する研究」『経営と情報』 Vol.23,No.1,pp.105-115.
- 5.人見裕江・中村陽子・小河孝則・畝博・森千佳・浜田美穂・岩崎尚子・郷木義子・岡京子・徳山ちえみ・谷垣静子・宮林郁子・浦上克哉・稲光哲明・矢倉紀子 (2002)「在宅痴呆性高齢者の介護負担感と介護保険サービス利用に関する研究」『米子医学会雑誌』 Vol.53,pp.90-98.
- 6.平野隆之・奥田佑子・笹川修・藤田欽也・中島民恵子 (2007)「都市自治体における認知症高齢者の介護保険サービスパッケージ分析」『厚生指標』 Vol.54,No.11,pp.1-8.

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

表 1：検討対象となった文献の調査対象

| 文献番号 | 報告者 | 刊行年 | 対象地域 | 対象者 | サンプルサイズ |
|------|----------|------|--------|---|--|
| 1 | 筒井 | 2004 | 3市町村 | 介護保険制度の施行後、居宅で介護サービス提供を受けた痴呆性高齢者(問題行動あり群・問題行動無し群)である。介護保険制度開始の6ヶ月後に認定更新のために再申請を行った者のうち、転居せず同一地域で6ヶ月間居宅で生活していた者 | 333人 |
| 2 | 東京都福祉保健局 | 2007 | 12市区町村 | 島嶼圏を除く12圏域から選んだ12市区町村から住民基本台帳により無作為抽出した在宅高齢者5,000人を対象に平成20年1月から3月にかけて郵送による「在宅高齢者実態調査」を実施し、3,462人から回収。回答結果から認知症である可能性のある648人を抽出し、郵送調査で回答が無かった1,538人と合わせて、2,186人及びその家族を対象にし、訪問による調査「在宅高齢者実態調査(専門調査)」を実施し、970世帯から有効票を回収。このうち、MMSE(Mini-Mental State Examination)によるスクリーニングを行い、得点が23点以下であった者。 | 250人 |
| 3 | 中井・中山・古瀬 | 2012 | 1市町村 | 2010年9月現在で介護保険を利用している在宅認知症高齢者(認知症自立度Ⅱ以上)と同居している主介護者。事業所等の介護支援専門員を通して調査票を配布し、主介護者が記入して返送。認知症高齢者の認知症自立度等については事業所用の記入用紙を用意し、介護支援専門員が記入後、返送。調査協力が得られたのは、居宅介護支援事業所16ヶ所、地域包括支援センター1ヶ所、小規模多機能生活介護事業所2ヶ所。 | 139人 |
| 4 | 東野 | 2010 | 1市町村 | 要支援・要介護認定された65歳以上のうち、医師の診断において認知症を有する高齢者とその家族。そのうち2年間にわたり継続的に調査を行って、協力が得られたもの | 137人(うち福祉用具サービス利用者:49人、非利用者:88人) |
| 5 | 人見他 | 2002 | 0県内 | 何らかの介護保険による在宅サービスを6ヶ月以上利用している、在宅痴呆性高齢者(痴呆症状を有し、在宅で6ヶ月以上療養している高齢者)を介護している家族を対象とした。日本看護協会会員が在職している0県内の在宅サービスを提供している機関152施設に在宅痴呆性高齢者の介護者の紹介を依頼した。63施設から協力が得られた。 | 95人 |
| 6 | 平野他 | 2007 | 15保険者 | 2004年10月の保険者向け給付実績情報データ及び認定情報をリンクージュして利用。(※要介護認定を受けており、かつ、サービス利用があるものとなる。) | 50,434人(うち、動ける認知症:13,237人、寝たきり認知症:12,916人) |

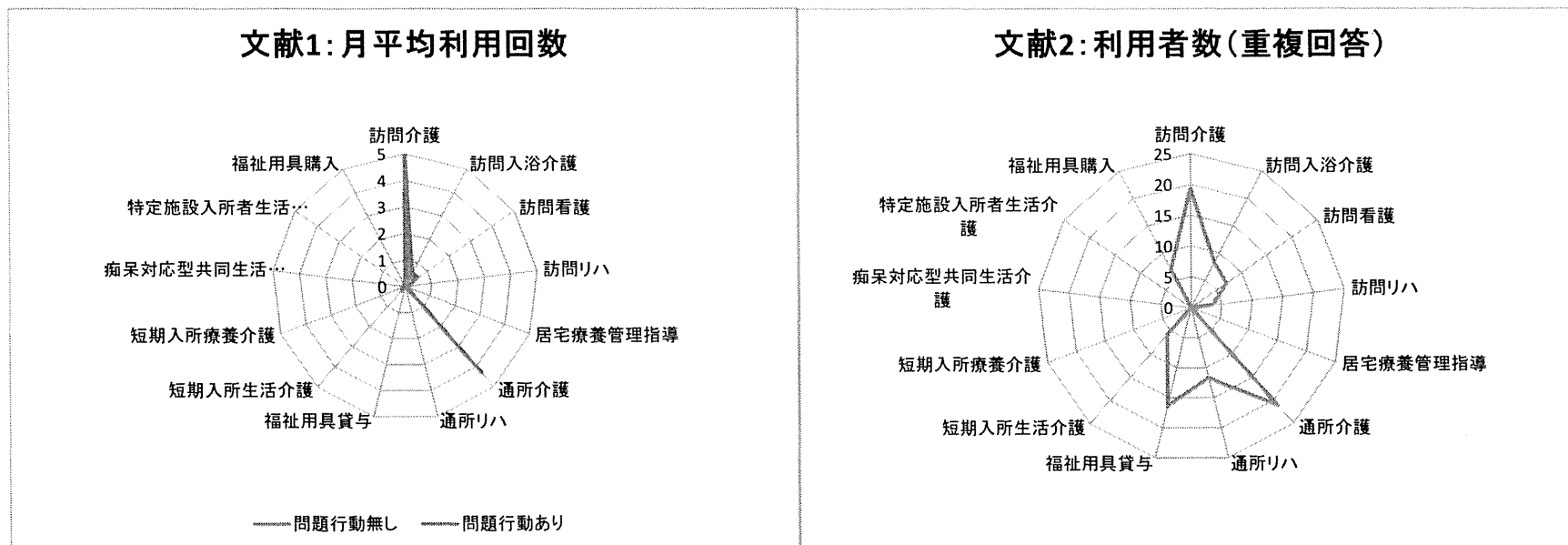
出所：各文献の記述から泉田が作成

表 2：検討対象となった文献の調査対象の属性

| 文献 番号 | サンプル中 の男女比 | 年齢 | | | | | | 要介護度 | | | | | | 認知症自立度・痴呆度 | | |
|----------|---------------|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|------|----|----|-----|----|----|------------|----|---|
| | | 60～64 | 65～69 | 70～74 | 75～79 | 80～84 | 85～ | 要支援 | | | 要介護 | | | | | |
| | | | | | | | | 要支援 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 1 | 121:212 | - | - | - | - | - | - | 96 | - | - | 81 | 51 | 42 | 39 | 35 | - |
| 2 | 89:161 | - | 74 | | 115 | | 61 | | 13 | 12 | 18 | 19 | 11 | 7 | 5 | - |
| 3 | 36:97 | 1 | | 16 | | 115 | | - | - | - | - | - | - | - | - | Ⅱa:19、Ⅱb:54、Ⅲa:37、 Ⅲb:12、Ⅳ:10、M:1 |
| 4 | 43:94 | (平均年齢)福祉サービス利用あり:82.6歳、 利用無し:83.3歳 | | | | | | 5 | - | - | 35 | 45 | 25 | 15 | 12 | - |
| 5 | 29:65 | 1 | 10 | | 82 | | | 0 | - | - | 12 | 14 | 25 | 19 | 23 | 日常生活に支障なし:12 誰かが注意していれば支障なし:19 時々介護が必要:27 恒に介護が必要:36 |

出所：各文献の記述から泉田が作成

図1：文献別のサービス別利用状況（出所：各文献の記述から泉田が作成）



注：短期入所以上に分類されていなかったため、ここでは短期入所療養介護である可能性のある利用者も短期入所生活介護にまとめている。

図1(続): 文献別のサービス別利用状況(出所: 各文献の記述から泉田が作成)

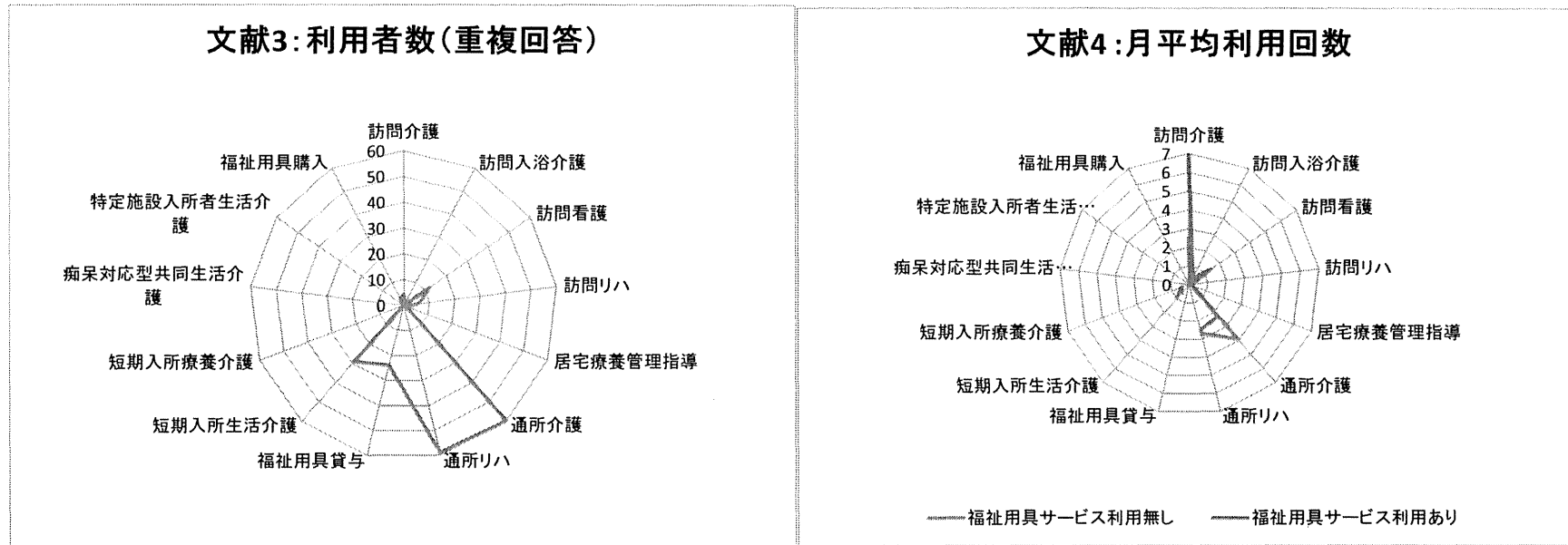
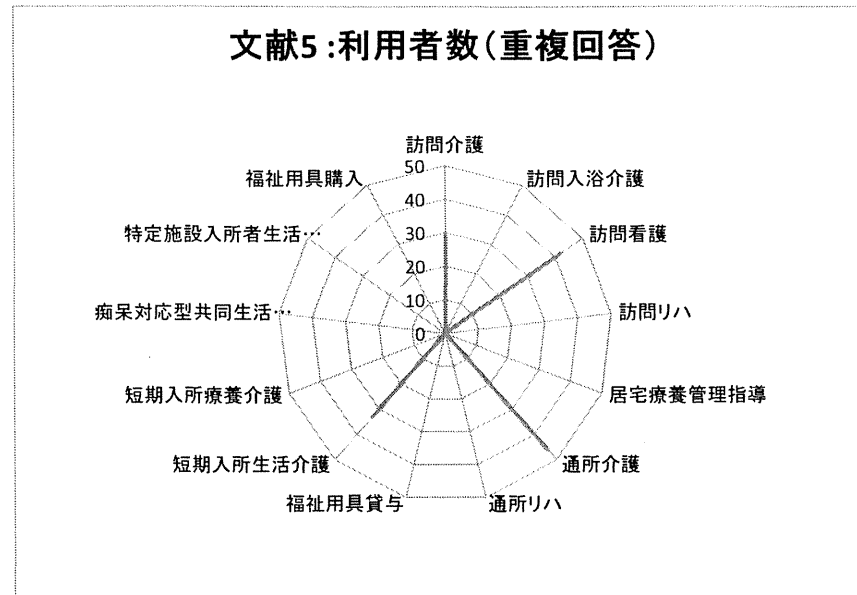


図1 (続) : 文献別のサービス別利用状況 (出所 : 各文献の記述から泉田が作成)



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

「日常生活状況等に関する情報提供書」の作成

研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

研究協力者 村井千賀（石川県立高松病院 作業療法士）

【研究要旨】

石川県介護支援専門員河北支部のケアマネジャーを対象に実施した認知症ケアマネジメント実態調査（n=76）から、①要介護度や認知症高齢者日常生活自立度（以下、認知症自立度）が比較的軽度であっても、家族の介護負担感は強く、家事や食事の支度、金銭管理などの手段的日常生活活動（IADL）を行っていない傾向があった、②社会的交流では、「友人との交流」「他者を手伝う」「アクティビティへの参加」が週1回未満の者が約半数と、社会との交流が少ない、③介護サービスの利用状況は、「通所介護」80.3%、「訪問介護」37.9%に対し、「訪問看護」13.6%、「訪問リハ」3.0%と、医療系サービスの導入率は低かったなどの事実が明らかとなった。また、医師会や認知症専門病院、ケアマネジャーを交えた勉強会の場では、「外来通院時だけでは、なかなか患者の日常生活や健康状態の問題は把握できない」といった主治医からの意見もあった。

そこで、今回、主治医とケアマネジャーの連携の強化を図ることを目的に、ケアマネジャーが定期的（6ヶ月毎）に主治医に提供する「日常生活状況等に関する情報提供書」を作成することとした。

専門医療機関の医師や作業療法士、ケアマネジャーと複数回の打合せを実施し、情報提供書に折り込むべき項目の検討を行った。主な項目は以下の通りである。

- ・ケアマネジャーが主治医に相談したい内容
- ・本人や家族が困っていることおよび要望
- ・ご本人の健康状態（食事、排泄、睡眠、痛み、転倒、むくみ、熱発、むせ）
- ・認知機能/BPSDの発生状況
- ・ADL/IADLの状況
- ・社会との交流状況
- ・介護サービスの利用状況

現在、同地区のケアマネジャーの一部の間で試用を行っている。今後、同情報提供書の導入背景や意義を説明しながら、利用者の拡大を図っていく予定である。

A. 開発の背景および目的

石川県介護支援専門員河北支部のケアマネジャーを対象に実施した認知症ケアマネジメント実態調査 (n=76) から、①要介護度や認知症高齢者日常生活自立度 (以下、認知症自立度) が比較的軽度であっても、家族の介護負担感は強く、家事や食事の支度、金銭管理などの手段的日常生活活動 (IADL) を行っていない傾向があった、②社会的交流では、「友人との交流」「他者を手伝う」「アクティビティへの参加」が週 1 回未満の者が約半数と、社会との交流が少ない、③介護サービスの利用状況は、「通所介護」80.3%、「訪問介護」37.9%に対し、「訪問看護」13.6%、「訪問リハ」3.0%と、医療系サービスの導入率は低かったなどの事実が明らかとなった。また、医師会や認知症専門病院、ケアマネジャーを交えた勉強会の場では、「外来通院時だけでは、なかなか患者の日常生活や健康状態の問題は把握できない」といった主治医からの意見もあった。

そこで、今回、主治医とケアマネジャーの連携の強化を図ることを目的に、ケアマネジャーが定期的 (6 ヶ月毎) に主治医に提供する「日常生活状況等に関する情報提供書」を作成することとした。

B. 方法

石川県介護支援専門員協会河北支部長、石川県認知症疾患医療センターの医師や作業療法士にて定期的な会議を設けて、具体的な項目の検討を行った。

C. 結果、D. 考察、E. 結論

専門医療機関の医師や作業療法士、ケアマネジャーと複数回の打合せを実施し、情報提供書に折り込むべき項目の検討を行った。主な項目は以下の通りである。

- ・ケアマネジャーが主治医に相談したい内容
- ・本人や家族が困っていることおよび要望
- ・ご本人の健康状態 (食事、排泄、睡眠、痛み、転倒、むくみ、熱発、むせ)
- ・認知機能/BPSD の発生状況
- ・ADL/IADL の状況
- ・社会との交流状況
- ・介護サービスの利用状況

現在、同地区のケアマネジャーの一部の間で試用を行っている。今後、同情報提供書の導入背景や意義を説明しながら、利用者の拡大を図っていく予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 塩田繁人, 村井千賀, 北村 立, 元女貴久乃, 川越雅弘: かほく郡市認知症ネットワークづくり勉強会からみえた地域の課題, 第 46 回日本作業療法学会, シーガイヤコンベンションセンター, 宮崎市, 2012.6.15.

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

提出先: 〇〇クリニック
田中 先生

No 1
記載日: 2012年 7月25日

日常生活状況等に関する情報提供書

ID 12345 年齢 85 要介護度 要介護1
氏名 〇〇太郎 性別 男性 診断名 アルツハイマー型認知症
同居人数 2人 主たる介護者 配偶者

I 主治医への相談内容

食欲が減少し、体重が減ってきています。以前好きだった活動にも興味を示さないため、家族・本人ともにデイサービスの利用にも消極的。本人は物忘れの自覚がないため、家族とトラブルとなることが多いのですが、物忘れについて指摘した方がよいのでしょうか？本人が単独で散歩に行った際に迷子になったことがあり、家族は本人を置いて出かけることができなくなり、ストレスがたまってきています。

II 本人の困っていること／希望

妻と息子がグルになって自分のすることについて、いちいち口を出してくるから腹が立つ。足腰が弱くなってきたのは自覚しており、外を歩く自信がない。

III 家族の困っていること／希望

家の中が段差だらけで、本人が転びそうなので、声をかけるが、そのたびに怒鳴られる。以前は社会的で近所の友人の家に将棋をしに出かけていたが、1年前くらいから段々と外出しなくなってきた。着替えや風呂も時間がかかるようになり、たまにおしっこの失敗もある。

IV ご本人の健康状態／家族の介護負担感

| 評価日 | 4月23日 | 7月25日 | | |
|---------------------|-------------|-------------|--|--|
| ①-1 食事頻度 | 3食食べている | 3食食べている | | |
| ①-2 食事量 | 一部残している | 全部食べている | | |
| ②-1 排尿回数(ここ1週間の平均回) | 4-8回 | 9-12回 | | |
| ②-2 尿失禁の有無 | あり | あり | | |
| ③-1 排便回数(ここ1週間の平均回) | ほぼ毎日 | ほぼ毎日 | | |
| ③-2 下剤の使用頻度 | 1回もなし | 1回もなし | | |
| ③-3 便秘の有無 | なし | なし | | |
| ④-1 睡眠時間 | 6-8時間未満 | 4-6時間未満 | | |
| ④-2 入眠困難の有無 | なし | あり | | |
| ④-3 途中覚醒の有無 | あり | あり | | |
| ④-4 睡眠剤の使用頻度 | あり(週1-2日程度) | あり(週1-2日程度) | | |
| ⑤服薬 | 薬剤処方なし | 薬剤処方なし | | |
| ⑥-1 痛みによる生活支障の有無 | 少し支障あり | 少し支障あり | | |
| ⑥-2 痛みの部位 1 | 腰 | 腰 | | |
| ⑥-3 痛みの部位 2 | | 膝 | | |
| ⑦転倒 | あり(屋内のみ) | あり(屋内のみ) | | |
| ⑧むくみ | なし | なし | | |
| ⑨熱発 | なし | あり | | |
| ⑩むせ | なし | なし | | |
| ⑪-1 家族の介護負担感 | ややあり | ややあり | | |
| ⑪-2 家族の介護疲労感 | やや疲労 | やや疲労 | | |

V 認知機能／BPSDの状況

| 評価日 | 4月23日 | 7月25日 | | |
|------------|--------|--------|--|--|
| 短期記憶 | 問題あり | 問題あり | | |
| 見当識障害(場所) | 問題あり | 問題あり | | |
| 妄想 | やや問題あり | やや問題あり | | |
| 幻覚 | ほとんどなし | ほとんどなし | | |
| 食行動の異常 | ほとんどなし | ほとんどなし | | |
| 徘徊 | ほとんどなし | ほとんどなし | | |
| 暴言・暴力・介護拒否 | ほとんどなし | ほとんどなし | | |
| 不安・焦燥 | ほとんどなし | ほとんどなし | | |
| うつ | ほとんどなし | ほとんどなし | | |
| 無気力・無関心 | ほとんどなし | ほとんどなし | | |
| 怒りっぽさ | 問題あり | 問題あり | | |
| 認知症自立度 | II a | II a | | |