

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究

研究代表者 栗田主一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・
センター長

研究要旨

研究目的：本研究の目的は認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者等の診断後支援のガイドを作成することにある。この目的を達成するために、2023年度は、認知症疾患医療センターを受診・通院している独居認知症高齢者のデータベースを作成し、このデータベースに登録されている事例の分析を行うことによって、ガイドを作成するための基礎資料を得た。**研究方法：**データベースに登録されている事例の診療録を詳細に閲覧し、初診時から調査時点に至るまでの経過を要約的に記述した。次に、2022年度に作成した6つのカテゴリーで構成される「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」を活用しながら、初診後から調査時点に至るまでの経過の中で実践されている診断後支援のプロセスを演繹的に分析した。本報告書では2事例の経過の要約と分析結果を示す。**研究結果：**MCIの診断から4年間、認知症の診断から1.2年間独居生活を継続している調査時68歳の女性（事例1）と、MCIの診断から4年間、認知症の診断から3年間独居生活を継続している調査時89歳の女性（事例2）の経過を分析したところ、多職種で6カテゴリーの診断後支援の枠組みが踏襲されていることが確認された。**考察：**認知症疾患医療センターでは、独居の認知機能低下高齢者に対して、MCIや認知症と診断した後に、多職種協働チームで診断後支援が行われている。そのプロセスには、①診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供、②本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント、③生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援、④地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携、⑤別居家族との情報共有と連携、⑥パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働、という6つのカテゴリーに分類される診断後支援が含まれている。一方、事例の詳細な分析から、独居認知症高齢者の診断後支援のプロセスを進める上で、その前提となる重要な4つの視点があることが推察された。**結論と今後の課題：**独居認知症高齢者の診断後支援のプロセスを進めるにあたっては、支援チームは以下の4つの視点を前提としてもつことが重要である：1)多職種協働によるソーシャルワーク、2)独居生活の不安と妄想に対する精神療法的アプローチ、3)意思決定支援チームの結成と権利実現支援（アドボカシー）、4)ピア・サポートとエンパワメント。このうち、第4の視点の実践は現在のところ不十分であり、その普及と強化が今後の課題として残されている。

A. 研究目的

本研究の目的は認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者等の診断後支援のガイドを作成することにある。この目的を達成するために、2023年度は、認知症疾患医療センターを受診・通院している独居認知症高齢者のデータベースを作成し、このデータベースに登録されている事例の分析を行うことによって、ガイドを作成するための基礎資料を得た。

B. 研究方法

データベースに登録されている事例の診療録を詳細に閲覧し、初診時から調査時点に至るまでの経過を要約的に記述した。次に、2022年度に作成した6つのカテゴリで構成される「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」を活用しながら、初診後から調査時点に至るまでの経過の中で実践されている診断後支援のプロセスを演繹的に分析した。本報告書では2事例の経過の要約と分析結果を示す。尚、2022年度に作成した「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」は以下のとおりである。

1. 診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供

- 1.1. 医師が本人・家族等に認知症の診断名やその他の医学的評価の結果を説明する。
- 1.2. 診断名に対する不安に配慮し、今後の治療、尊厳ある暮らしの継続などについて情報提供する。

2. 本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント

- 2.1. 本人・家族・地域支援者等から生活の様子を聴取するとともに、現在利

用しているサービスを把握する。

- 2.2. 今後の生活に関する本人・家族の意向を確認する。
- 2.3. 本人や家族に不安がある場合には、対話を通して心理的なサポートを行う（火の不始末や独り歩きの際の心配がある場合には、危険を回避するための助言を行う）。

3. 生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援

- 3.1. 本人・家族の生活上の困りごとや意向を聴取しながら、介護保険サービスやその他の地域サービスについての情報を提供する。
- 3.2. サービス利用にあたっては、要介護認定を受けることの必要性を説明し、地域包括支援センターの利用について情報提供する。

4. 地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携

- 4.1. 必要に応じて、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターや介護支援専門員と情報共有を行う。
- 4.2. 必要に応じて、見守り・安否確認、服薬管理、金銭管理、受診同行などの生活支援のあり方について本人・家族・多職種で検討する。

5. 別居家族との情報共有と連携

- 5.1. 独居の場合は、キーパーソンになり得る別居家族の有無を確認し、本人の同意を得て家族と情報共有し連携する。
- 5.2. 相談員等は、電話や面接等を通して、別居家族と継続的な関係を保ち、変化がある場合には情報を共有して対応できるようにする。

6. パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働

6.1. 相談員等は、本人・家族、担当医、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、事業所職員、地域の関係者等と必要に応じて関係者会議を開催するなどして、生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を継続的に実践する。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報を取り扱わない。また研究の実施にあたっては、東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センターの受診者に対して、日常診療の中で得られたデータを研究活用することについてオプトアウトによる包括的同意を得ている。

C. 研究結果

本研究では、データベースに登録されている事例の中から、MCIの段階から認知症への進展を経て、4年以上にわたって独居生活が継続されている2事例を以下に提示し、診断後支援のプロセスを記述的に分析した。

事例1 MCIの診断から4年間、認知症の診断から1.2年間独居生活を継続している調査時68歳の女性

【調査時の診断名】

アルツハイマー型認知症

【世帯状況】

独居、別居家族(長女)は遠方に居住

【現病歴】

X-1年頃より約束を覚えられないと自覚するようになり、X年春ごろから、同じ内容の電話を何度もする、「皆から無視さ

れている」「兄弟が何かこそこそ私の話をしている」と被害的なことを言う、といったエピソードが見られるようになった。また、長女が本人宅を訪問した際、冷蔵庫の中に期限切れの食材がたくさんあった。同時期、施設に入所していた母が他界、その際には書類を紛失したり、長女が書類の説明をしても理解出来ないということがあった。X年10月に長女が地域包括支援センターに相談し、12月に認知症疾患医療センターを受診。本人によれば、「急に記憶が切れちゃったような感じがする。聞いたことを覚えられない」「よく眠れない。なかなか寝付けない」とのことであった。

【初診時所見】

MMSE=26で、減点は主としてケアレスミスによるものであり、注意力低下に起因するものと思われた。頭部MRIでは頭頂葉の脳溝の軽度拡大を認め、脳血流SPECT検査では両側前頭葉・頭頂葉の血流低下を認めた。心理検査及び画像検査上はアルツハイマー病などの何らかの変性疾患による軽度認知障害(MCI)も疑われるが、母との死別というライフイベントが不安や不眠の出現に関連する可能性もあり、本人・家族には認知症疾患医療センターの外来にしばらく通院することを提案した。

【X年～X+2年の経過】

★MCIの診断と本人・家族への説明、不安に対する精神療法的アプローチ

その後は外来での支持的な精神療法的アプローチを通して不安や不眠が軽快し、家事や金銭管理などの日常生活にも概ね支障なく暮らせていた。しかし、本人自身は記憶力低下の進行を自覚しており、X+1年12月のMMSEは21点で心理検査上も明

らかな近時記憶障害を認めるようになった。また、X+2年2月の脳血流 SPECT 検査では両側頭頂側頭連合野の血流低下パターンが明確に認められるようになり、アルツハイマー病による MCI と診断。本人・家族にその旨を説明するとともに、当科で継続医療を続けるように助言した。

その後も、本人は受診時に「思い出せないものが結構ある。なんだっけと思うことがある。でも、そのような自分の頭になれてきた感じもする」と述べ、金銭管理についても「どこにおいたかなとか。支払いなので間違えたかもしれないと思うことがある」と言いながらも、比較的穏やかな自立生活が続けられていた。本人としては「通院しているということで安心感がある」ということであった。

【X+3年の経過】

★MCI から認知症への進展、本人・家族への説明、不安・不眠・妄想への精神医学的な対応、介護保険サービスの利用支援

しかし、認知機能低下はその後も進行し、X+3年2月には MMSE が 19 点となり、らかな近時記憶障害と時間失見当識が見られるようになった。MCI からアルツハイマー型認知症への進展と説明し、本人・家族にもその旨を説明してコリンエステラーゼ阻害薬の内服を開始した。また、同時期より不安や混乱が目立つようになり、本人は以下のような体験について語るようになった。「(家に居ると)心細くなったり、こわくなったりするのです。家には(誰かに)はいられている。それが続いている。勝手口からかな。それで娘のところへ避難したりしています。本当にこわくて泣きました。(娘のところにいると)安心です。

交番にも行ったんですが、交番の前でおまわりさんが男の人と話しているの見たらこわくなってそのまま娘のところに行きました。(誰かが)家の中のものを移動したりしています。ここに無かったものがあったりするのです。おまわりさんも来てくれて見てくださいました」。長女によれば、本人が近隣に住んでいる人をいきなり捕まえて警察に連れて行こうとする行動も見られたという。

医師は本人の病状と今後の方針について本人・長女に以下の趣旨を説明した：①独居、認知機能障害、社会的孤立が妄想成立の状況付置を構成している、②孤立を解消する方向での生活環境の調整が妄想の解消に役立つ可能性がある、③現在は要支援 1 なので区分変更をしてサービスのさらなる利用を考慮する。

さらに、X+3年7月より不安、不眠、妄想を標的にクエチアピン 12.5mg を就眠持薬として処方した。また、病院の精神保健福祉士を通じて、地域包括支援センターの担当者に連絡し、本人・家族の意向を確認した上で、在宅サービス(服薬管理を目的とする訪問看護など)の利用を調整することとした。

その後、本人は、自宅と長女宅を行ったり来たりしながら暮らす生活をするようになった。本人によれば、若い男の人が家に入ってきて、家においてあった億単位の現金を盗んだ。若い男の子の声が上と下で聞こえたのでわかった。娘にそのことを話したが金額が大きいので信じてもらえなかった。人が家に入ってくるのがこわい。それで娘の家の方に避難したりしている、ということであった。

★認知機能障害・生活障害の進展、支援チームでの情報共有と生活状況のアセスメント

また、記憶力低下に伴い日常生活の中での失敗も目立つようになった。ある日、携帯電話がないということで、本人が公衆電話で地域包括支援センターに連絡し、地域包括支援センター職員が本人宅を訪問した。そのことで長女に連絡したところ、長女がGPS機能を使って携帯を捜索し、本人の鞆の中にあることを発見した。本人は誰かがそこに入れたと主張した。

ある日、受診後に薬局に行って処方箋を渡したが、そのあとコーヒーを飲んでいる間にそのことを忘れてしまい、薬をもらわずに帰宅してしまった。そのことで本人から病院の精神保健福祉士に電話があり、精神保健福祉士から地域包括支援センターの職員に電話を入れ、地域包括支援センターの職員が薬局に行って薬を受け取り、本人宅で訪問看護師がそれを受け取り、薬をセットするというエピソードがあった。室内には過去に処方されている薬がバラバラに置いてあったという。

★要介護1への区分変更、新たな意思決定支援チームの結成、チームによる服薬管理支援体制の構築、不安の軽減

X+3年8月には要支援1から要介護1に区分変更され、訪問看護を週2回利用することになった。また、X+3年9月には地域包括支援センター職員と居宅介護支援専門員の2人が同伴して受診し、本人・地域包括支援センター職員・居宅介護支援専門員・精神保健福祉士・医師で情報共有しながら、新たな意思決定支援チームに円滑に移行できるように調整がなされた。

服薬管理について、地域包括支援センター職員によれば、薬はカレンダーに貼ってあり大体飲めているようだとのことであった。また、本人も「物がなくなったときはパニックになる。夜の薬はやはりあった方がよい」ということであった。そこで、通院時には訪問介護を利用し、訪問看護師が受診から薬局に処方箋を出すまで同伴し、その後、訪問看護師が薬局で薬を受け取り、自宅で薬をセットするという流れが作られるようになった。X+3年10月には居宅介護支援専門員に誘われてデイサービスに見学に行くが、「まだ自分には早いようだ」と言って利用は辞退される。

このような経過の中で、本人の不安も幾分軽快し、生活も比較的安定してきた。X+3年11月の受診時に、本人は、「なんか急にすごい不安がでてきたり、あつという間にそれが治まったり、なんで落ち着いたのかもわからないし、なんでこわかったのかもわからない。なんかスイッチがあるんです。きっとたわいないことだと思いますが。それでも普通の方が多い。一時期はあんなに不安だったのに、それは治まっています」と自分自身の体験を述べている。

その後は長女宅と自宅を月に1回程度行ったり来たりしながら暮らすようになった(この頃から長女宅の近隣にアパートを借り、長女宅に行くときはそこで独居生活を継続するようになる)。本人に自宅での暮らしの様子を聞くと、「ちょっと寂しい。結構、今も物がなくなって。天袋のところの物がなくなって。今でも、ときどきそのことを思い出すとこわいです。でも、何をもっていったのかということが、その日はわかるが次の日はわからない。だから

あまり気にしない。外で男の子にあっついでこられると、その人がついてくるつもりなのかどうかわからないけれど、なんとなくこわい」という。

【X+4年の経過】

★認知機能障害・生活障害の進展、妄想に対する本人なりのコーピングと自立生活の工夫、独居生活の不安の持続、別居家族の生活支援を得ながらの新たな暮らし方・暮らしの場の模索

X+4年1月、それまでは病院で訪問介護士と待ち合わせをして同行受診をしていたが、数回うまくいかないことがあり、1月からは訪問介護士が自宅まで迎えに行き同行受診することになった。一方、侵入妄想と物盗られ妄想についてはその後も続き、「多分、隣の子が家に入ってくる」

「いろいろなものがなくなった」と本人は述べるが、診察室では比較的落ち着いており、部屋の中がすっきりしてよい、などと冗談も言えるようになった。訪問介護士によれば外出もよくしているとのことで、本人に「道に迷うことはないか」と聞いたところ、「迷ったらすぐ人に聞くことにしている。親切な人が多い」と答え、本人なりの自立生活の工夫がなされている様子が伺えた。

しかし、診察室での本人の発言と別に、本人にとっては、侵入妄想や物盗られ妄想の体験とそれに伴う不安感は決して容易なものではなかった。「泥棒が入るので一人だと不安」ということで、X+4年2月より本人は長女宅の近隣のアパートに継続的に滞在するようになった。長女によれば、長女宅の近隣のアパートであれば比較的落ち着いて過ごせており、一人で家のまわ

りを散策したり、孫たちと虫取りに行ったりしている、ということであった。また、内服はほとんどしていないとのことであった。本人としては「物がなくなるのがとてもこわい。それで娘の家に逃げた。だって物の場所が変わっているんだもの」「(そのことを)話すとこわくなる。物がなくなっていたり、次に見たら戻っていたり。一人でいると自分がばかになっているみたいで。こんなことあり得ないと。たぶん、嫌な人がいるのだろうなと思う」とのことであった。

【事例1の診断後支援の分析】

1. 診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮ある情報提供

この事例では、初診時(MCI疑い、不安・不眠症状の併存)、X+1年(アルツハイマー病によるMCI疑い)、X+3年(アルツハイマー型認知症、妄想の併存)に本人・家族に認知症の診断名やその他の医学的評価について説明し、不安への対応や、今後の尊厳ある自立生活に向けた情報提供が行われている。

2. 本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント

上記と並行して、診察場面のみならず、日々の生活を通して、本人・家族・地域支援者等から生活の様子を聴取し、現在利用しているサービスを把握するとともに、今後の生活に関する本人・家族の意向を確認している。また、本人や家族の不安に対しては、対話を通して心理的なサポートが継続されている。

3. 生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援

上記を通して、認知症疾患医療センター

の医師と精神保健福祉士は、本人・家族の生活上の困りごとやニーズ、意向を聴取し、介護保険サービスやその他の地域サービスについての情報を提供している。また、サービス利用にあたっては、要介護認定を受けることの必要性を説明し、地域包括支援センターの利用について説明している。

4. 地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携

上記に関連して、この事例では、初診の段階で、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターに連絡を入れて介護保険サービスの利用調整を開始している。また、X+3年には、認知機能障害と生活障害の進展に合わせて、地域包括支援センターと連携して区分変更を進め、要介護1になってからは、さらに居宅介護支援専門員とも情報を共有して、見守り・安否確認、服薬管理、金銭管理、受診同行などの生活支援のあり方が検討され、実践されている。

5. 別居家族との情報共有と連携

この事例では、初診時からキーパーソンとなる長女が同伴しており、初診時から一貫して、本人と長女と医師を含む支援者の間で情報共有していく作業が継続的に実践されている。また、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、電話や面接等を通して、長女と継続的な関係を保ち、変化がある場合には適宜情報を共有しながら対応しているのがわかる。

6. パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働

以上のプロセス全体を通して、本人、家族、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、介護保険サービス事業所職員

(訪問看護師、訪問介護士)、認知症疾患医療センターの担当医師と精神保健福祉士が、意思決定支援チームを結成し、必要に応じて関係者会議を開催しながら、生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を継続的に実践されているのを確認することができる。

事例2 MCIの診断から4年間、認知症の診断から3年間独居生活を継続している調査時89歳の女性

【調査時の診断名】

脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症、高血圧症

【世帯状況】

独居、別居家族（長男）は遠方に居住

【現病歴】

X年5月頃より健忘を強く自覚するようになり、同年6月に夫が緊急入院したのを契機に不安が強まり、かかりつけ医より認知症疾患医療センターに紹介された。本人によれば「急にもの忘れが始まり、約束を忘れるようになった」「夫が入院してから、寝付きが悪く熟睡できなくなった」「眼鏡や書類を置いたところがわからなくなることが頻繁になりパニックになることがあった」「明日の予定をメモしてもそれをなくしたり、書いたメモの内容がわからなくなったりした」「もの忘れが日々ひどくなっているように感じ不安が増している」とのことであった。

【初診時所見】

MMSE=24で、近時記憶障害と軽度の注意障害を認め、頭部MRIで右基底核のラクナ梗塞、左優位海馬近傍萎縮、脳血流SPECTで左頭頂側頭葉・後部帯状回・両

側前頭葉の血流低下を認めた。脳血管障害を伴うアルツハイマー病または嗜銀顆粒病による軽度認知障害（MCI）疑いと診断し、かかりつけ医との併診で認知症疾患医療センターの外来で通院加療することとした。尚、かかりつけ医からは高血圧症に対して降圧剤が処方されていた。

【X年～X+1年の経過】

★MCIについての本人・家族への説明、不安に対する心理的なサポート

初診時には本人・家族にMCIの状態であること、背景にアルツハイマー病があることを説明し、かかりつけ医と連携して認知症疾患医療センターの外来で継続診療することを提案した。その後、通院時には本人の日々の体験や不安について傾聴するようにしたところ、本人の不安も次第に軽快していった。長男によれば、一人暮らしに慣れてきたようだとのことであった。本人によれば、月曜以外は毎日朝～昼までスポーツジムで過ごしているということであった。

★生活状況に関する別居家族からの情報、認知機能障害・生活障害の進展、併存する身体疾患の悪化、MCIから認知症への進展、本人・家族への説明、要介護認定

しかし、X+1年9月、長男によれば「ここ半年でもの忘れはひどくなった。前はメモをとっていればなんとか大丈夫だったが、最近ではメモをとったことも忘れていく」という。同日のMMSEは23点で、明らかな近時記憶障害、軽度の視空間構成障害を認めた。また、本人によれば、毎日スポーツジムで血圧を測っているがそこではそんなに高くなかったため、かかりつけ医の通院もやめたといい、同日に診察室で測定し

た血圧は219-88mmHgであった。以上より、①MCIから脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症へ進展した状態であること、②かかりつけ医への通院が中断していることから、高血圧症に対しては当科で降圧剤を処方し血圧管理を行うこと、③要介護認定を受けて服薬管理支援のためのサービス利用が必要であることを説明した。

★介護保険サービスを活用した服薬管理と健康管理のための支援体制の構築、夫との死別、地域包括支援センターによる心理的サポート、社会生活の中での失敗

その後、要支援2の認定を受け、訪問看護を隔週で入れ、診察場面では血圧も次第に安定してきた。また、本人も、自宅では自動血圧計で1日2回血圧を測定するようになった。しかし、測定記録を見ると、血圧の変動が大きく、服薬アドヒアランスが不安定な様子がうかがえた。X+1年11月に入院中の夫が死亡。本人の精神的動揺は目立たなかったが、地域包括支援センター職員が本人宅を訪問して本人をサポートした。地域包括支援センター職員によれば、本人の希望は施設入所であるが、故郷のA町の施設に入所したいということであった。一方、家族は自宅近くの有料老人ホームをすでに検討しており、本人とも見学もしているとのことだった。ひとまず施設入所までは訪問看護を利用しながら在宅生活を継続することにしたが、その後、郵便局より地域包括支援センターに電話があり、「本人が印鑑を探しており、郵便局にあると聞いたと主張して毎日郵便局に来訪している。郵便局でいくら説明しても、途中で怒りだしてしまうので、地域包括支援センターに連絡した」とのことであ

った。区分変更を行い、要介護1となり、訪問看護を利用しながら、同時に介護付き有料老人ホームの入所を検討する方針とした。

【X+2年の経過】

★意思決定支援チームの形成と別居家族による生活支援と在宅支援の体制整備

しかし、その後、施設入所については、本人の気持ちが揺れ動いた。X+2年6月に本人、長男、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、精神保健福祉士、医師で話し合いの場を設けた。長男によれば「在宅を継続するには訪問看護と訪問介護が不可欠だと思う。さもなければ入所しかないと考えている。本日も郵便受けをみたら重要な書類がそのままになっていた。郵便受けを定期的にチェックしてくれるような支援が必要である」と述べた。医師から金銭管理を家族がサポートすることは可能かと問うと、長男は「それは無理。私に電話がかかってきて犯人扱いされたりした。職場に突然電話がかかってきたりする」とのことであった。

上記の話し合いを契機に、本人、長男、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、認知症疾患医療センターの医師・精神保健福祉士の間で情報が共有され、それによって一定の信頼関係も形成され、本人の意向を尊重しながら本人の在宅生活の支援していくための基盤が作られはじめた。その後、長男は金銭管理・書類整理をサポートし、ジムのない月曜日に訪問看護が入り、通院受診時には居宅介護支援専門員が可能な限り同伴することになった。訪問看護の記録上の血圧も収縮期圧 130～140 台で安定するようになってきた。

★本人なりの自立生活の継続に向けた工夫

本人によれば「午前中はジムに通って、昼にはもどって家で昼食を食べている。家にいると会話することがないが、ジムにいる間は結構楽しくやっている。血圧はジムで時間のあいているときに測っており、家でも測っている。薬はときどき看護師さんが来てくれて確認してくれている。日にちを書いて、飲んだ薬の殻はそのままそこに入れてある。飲んだかどうか忘れてしまうので」とのことである。精神的には落ち着かれている様子で、訪問看護が来てくれていることもよく認識されている。また、「息子たちに迷惑はかけられないので、いざという時のために有料老人ホームを自分で申し込んでおいた方がいいでしょうか。でも、お金が途中でなくなってしまっただけで追い出されたりすると困るし」と問うので、居宅介護支援専門員、精神保健福祉士、別居の長男で連絡をとりあっており、そのための準備もしているので安心して今の暮らしを続けてください、と伝える。

★居宅介護支援専門員の通院同行、訪問看護師による健康管理

外来もほぼ時間通りに単独で通院し、病院で居宅介護支援専門員と待ち合わせして受診している。居宅介護支援専門員から見ても落ち着いている印象だとのことである。訪問看護は週1回利用が継続されており、部屋には入れないがスムーズに玄関に入れてもらい話が出来ているとのことである。但し、部屋に入りたいということに対しては拒否的な雰囲気があるとのこと。それでも、玄関先の様子では落ち着いている感じがあり、以前は、メモが山のよ

うに貼ってあり、乱雑でありメモの用をなしていない状態だったが、今は、メモが減っていて、綺麗に貼ってあり機能しているという。請求書や重要書類などは全て長男に送付することとし、金銭管理も息子が支援するようになって、その点で不安要素が減ったようだという。

★再び服薬アドヒアランスの低下、物盗られ妄想が目立つようになる

しかし、居宅介護支援専門員からの報告によれば、X+2年9月頃から血圧が高いことが多くなり、物盗られ妄想も頻繁に見られるようになった。また、訪問看護からの報告では、「訪問は玄関のみ。訪問時の血圧が先月くらいから160台のことが続き、200のこともあった。服薬管理が出来ていない可能性が考えられるが、確認ができない状態が続いている」、「10月末から、『人の良さそうな身なりの良い、字も綺麗な男性に鞆を盗られた、カードも見つからない』という訴えがあり、財布が庭から紙幣のない状態で見つかったとも話している。事実なのかどうかは不明だが、被害届を出したと言っている」とのことであった。

【X+3年の経過】

★服薬アドヒアランスが不安定ながらも、本人なりに自立生活を工夫

その後も、診察室で測定する血圧は収縮期圧130～140台で比較的安定していたが、訪問看護の記録によれば150～180台であり、「飲んだのを忘れてまた飲もうとしたり、一包化の袋に日付を書き直した痕跡がある」と記載され、服薬アドヒアランスが不安定な状態が続いた。一方、日常生活では、食事は近隣のスーパーマーケットで総菜や弁当を買って食べており（血液検査上

も栄養状態は良好である）、金銭管理は長男が年金を下して本人に渡していた。本人は、最近では自覚症状が出てきており、「ぼけてるんだなーって思う。前は自覚がなかったけど。前は買い物をするときに買うものを2、3文字で書いておけばわかったが、今は細かく書かないと買い忘れる。自分であー情けないなあと思ったりする」という。

★スポーツジムの退会とそれによる社会的交流の減少、在宅サービスの利用については拒否感が目立つ、銭湯を社会的交流の場として活用

居宅介護支援専門員によれば、長年通っていたスポーツジムをX+3年4月に退会したとのこと。本人によれば、書類を書かされるのが煩わしいので辞めた、という。その場で居宅介護支援専門員がデイサービスの利用を勧めたところ、本人は乗り気で、その場ですぐに問い合わせをして見学の予約をとった。しかし、X+3年5月に見学したところ、年寄が多いので行きたくないとのことであった。その頃から訪問看護への拒否感も強まってきた。本人には支払いについての不安があり、看護師に対する不満もあるようであった。看護師が訪問しても、インターホン越しで帰ってほしいと訴え、血圧も自分で測定できると言って拒否するようになった。また、訪問看護の指定の時間に不在のことも多くなった。一方、入浴はそれまではスポーツジムでしていたが、ジムをやめてからは自宅近くの銭湯に通うようになった。本人によれば、銭湯は会話ができるからよい、時間によってはすいている、ということであった。

★在宅と施設入所との間で本人の気持ち

は揺れ動く、意思決定支援チームで今後の暮らし方について再度検討する

ほぼ1年以上、自宅の様子を誰も見ていないということなので、長男と居宅介護支援専門員で自宅の様子を見てくることにした。また、今後のことについて、居宅介護支援専門員、精神保健福祉士、医師で以下のような検討を行った「本人にはサービス利用について説得すればするほど反感が募る可能性がある。そうやって生きていきたいという本人の意向も尊重する必要がある。給付サービス以外の生活支援でどこまで在宅生活が継続できるかということになるが、在宅が限界になるタイミングがアクシデントである場合もある。本人の意向を尊重しながらも、アクシデントが起こるリスクを関係者で共有し、可能な範囲で見守り支援を検討する必要がある。これに対応するために、①通院頻度は月1回から月2回とし、②訪問看護については、本人が拒否するから終了するというのではなく、上記の考え方に基づいて、可能な範囲で継続する。③長男に自宅の様子を見て頂き、生活が破綻しているようならば緊急対応等を検討する。万全ではないながらも本人なりに生活が送れている様子であれば、関係者で情報共有しながら、現在の支援を継続する」。

★独居生活に関する本人の不安、別居家族による金銭管理支援の継続

X+3年7月、診察室で本人は以下のような不安を訴えた「一人で一軒家に居るのはこわい。できれば寮のようなところに入りたい。ピンポンとなって、男の人だとこわいので2階からのぞいてから出るようにしている。買い物袋からお財布の中身だけ

とって、庭にポツと投げている。そんなことが2回あった。駐在さんにもそのことを言った。息子は遠方に転勤になって、仕事も忙しくて連絡がつかない。息子と関係なく、こちらの方で（寮に入ることを）決めていただいでかまいません」。そこで、精神保健福祉士より長男に電話をして本人が寮に入りたいと希望していることから、長男に施設サービスの利用について再度打診してみた。長男によれば「本人はしっかり生活できていると話しているが、公共料金の支払いなども一切できない。去年は電気が止まったりしていた。不動産屋が変わったが、振込先の変更もできなかった。本人が納得するのであれば入所はやぶさかではない。しかし、1年前の時点では、コストを心配して公的のところじゃないと納得しないと話していた。そうは言ってもしんどくなっているのは事実なのだから入所を考えた方がよいと本人に伝えていた。以前に有料老人ホームを見学に行ったが、本人はそのことすら覚えていない」とのことであった。一方、同月には、本人の希望も受けて訪問看護師を変更した。訪問看護師が来る時間に事前に長男が本人に電話を入れるようにしたところ、訪問時にはスムーズに玄関を開けてもらい、にこやかに対応してくれたという。訪問看護は隔週で利用することを再確認した。

★侵入妄想に関する不安、施設入所と在宅生活継続の間で揺れ動く本人の気持ち

X+3年8月に居宅介護支援専門員が同伴して自宅近くの有料老人ホームに見学に行ったところ、現在満室であり空き待ちであるとのことであった。本人には、逆にまだ自宅で過ごせるという気持ちが出てき

たようであったが、一方、自宅に見知らぬ怪しい人が家に入ってきたことがあるという不安もあり、揺れ動いているようだとのことであった。精神保健福祉士から長男に電話を入れ、本人は揺れ動いているようだが、順番待ちに並んでいた方がよいのではないかと伝えたところ、長男によれば、先日本人宅を訪問したところ、本人は「満室だし、無理に入らなくてもよいのでは」と言ったという。そこで、申し込みだけしておいて、その間、そこでやっているデイサービスに通所していたら、と水を向けたところ、「デイサービスはお金がかかるから必要ない、施設にもそれほど入りたいわけじゃない」と答えたという。入所しても「嫌だ」と言ってすぐ出てきてしまう可能性が高い。薬も半分も飲んでいないようだし、血圧計もきれいなカバーがかけられており、血圧測定はしていないようだ。本人は医師から血圧は測定しなくてよいと言われた、などと言っている。

★本人自身の一人暮らしの不安、物の紛失、物盗られ妄想、被害妄想、それらによる社会生活の中で対人トラブルが頻繁に生じるようになる

X+3年9月の受診時には、本人は自宅近くの有料老人ホームを見学に行ったことも覚えていなかった。また、家の中に人が入ってくるという不安についても「鍵をかけているから大丈夫」と言い、寮に入りたいと言っていたことについても「離れたところでなくて家の近所ならよいが」と述べた。一方、この時期には、通院の際に病院や薬局の窓口で、財布を忘れたり、保険証を忘れたり、薬を日数分もらえていないと言って薬局に抗議するなどの社会生活の

中でのトラブルが目立った。X+3年10月には再び一人暮らしの不安を訴え、入院したいと言うようになった。「一人きりだから。子供も遠くに住んでおり、近くに誰もいない。できたら（生まれ故郷の）A町の施設に入りたい。A町なら親戚もいると思うし。もの忘れもあるし。わたくしはこれからどうなるんだろうなど、心配になっている」と言う。また、X+3年11月には保険証が見あたらないというエピソードがあり、本人は「なんか本当に、最近ぼーっとしているのを自覚している。なんかちょっとしたことでコロっと忘れるんです。前はメモをしておけば、わかったが。メモはしょっちゅう。買い物に行くのも、今は、これはここで買う、これはここで買うと書かないとわからない。最後まで書かないと、このメモなんだっけかなという感じになる」と述べた。さらに、最近是人と話すことも少ないので、「だんだん言葉もわすれそうです。最近は何に行っても話をすることもないし。お風呂に行っても、時間によっては年代が違うので、まったく話さないことがある」と述べている。

一人暮らしの不安、物の紛失、物盗られ妄想、被害妄想、社会生活の中で対人トラブルが頻繁に生じている様子である。ある日の診察時の会話の一場面を以下に素描する。尚、括弧内は医師の言葉である。

（調子はどうですか）

本人：5月にスポーツジムやめてから“今日は会話したかな？”という感じです。近所の人はみんなおつとめだし。

（寂しい感じですか）

本人：寂しいという感覚もない。ぼーっとして過ごしているから。会話しないから言

薬をわすれるんじゃないかと。〈自宅の〉車庫の中の傘をもっていかれました。玄関の横においてあった靴べらもっていかれました。いつも 50 歳前後の女の人。

(怖いと感じることは)

本人：鍵はしっかりとかけている。映像は映ってますよ。上から見てとられちゃったという感じ。狙っているんですよ。

居宅介護支援専門員：看護師さんのことかな。月曜の午後に訪問看護師が行っていきませんが会えていないようです。

本人：訪問看護は来なくていいです。来てもしょうがないし。

居宅介護支援専門員：血圧とか、お薬確認してもらったり。

本人：薬局でお薬手帳を返してくれないんです。薬が 13 日分しかなかったとか、いろいろメモしていたので〈返してくれないんだと思う〉。診察券も盗られてしまい、再発行しました。

【X+4 年の経過】

★さまざまなリスクを抱えながらも本人なりの自立生活の継続

X+4 年の冬、本人は、「以前は頭が痛くなることもあったが今はそのようなこともなく体調はよい、もうこのままぼっくりいかないかと考えている、自分の母も 97 歳まで台所の仕事をしていた」という。長男としては安否確認のために訪問看護師を入れたいと考えているが、本人は通院しているので必要ないという。居宅介護支援専門員よれば、部屋にエアコンはあるが使用していないという。また、診察時は毎回のように「今、飲んでいるお薬は何ですか」と医師に質問する。その都度、医師は本人に説明するが、本人はそのことをすぐに忘

れてしまう。それでも、再来予約日にはほぼ時間通りに単独で受診し、居宅介護支援専門員の都合がつくときには病院で待ち合わせをして同伴で診察を受けている。

本人としては日常生活の中で特に困りごとはないという。これまで通り、食事は自宅近くのスーパーマーケットで総菜や弁当を買っており、入浴は近隣の銭湯に定期的に通っている。一包化されて処方されている薬（降圧剤を含む）は、いつもテーブルの上において、自分で服用している。診察時に測定する血圧は収縮期圧が 130～140 台で比較的安定しているときもあるが、収縮期圧が 150～160 台で高めに推移することもある。服薬管理や健康管理を支援するために訪問看護サービスを継続しているが、本人としては自宅に他人を入れたくないらしく、看護師が来てても不在であったり、家にいたとしても玄関先で会うのみであったりする。家では、することがないのでテレビばかり見ているが、テレビも面白くないというのでデイサービスを勧めてみるが、年寄ばかりで印象がよくなかったと本人は言う。

★長男に対する被害妄想、家族による日常的な金銭管理支援の破綻、成年後見制度利用についての検討

居宅介護支援専門員によれば、最近、遠方に住む長男との関係が悪化してきたという。長男によれば、本人から「通帳を返せ」との電話が繰り返しあり、あまりにも頻繁にあるので長男が本人に通帳を返したが、それでも同じような電話が繰り返しあるので着信拒否にしたという。日常的な金銭管理やサービス利用にも支障を来す可能性が高まったため、居宅介護支援専門

員、精神保健福祉士、医師で相談し、成年後見制度の利用を視野に入れる必要があると判断し、診察日に医師から本人に「法律の下で財産を守る公的な制度がある」ことを説明し、成年後見制度の利用を勧めた。また、居宅介護支援専門員より長男に成年後見制度の利用について提案し、利用の意向がある場合には長男より申請してもらうこととし、申請方法については精神保健福祉士からも情報提供する旨を伝えてもらうことにした。

【事例2の診断後支援の分析】

1. 診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供

夫の入院を契機とする健忘への強い自覚と不安を契機に認知症疾患医療センターを受診し、MCIと診断され、その後の経過の中で認知症へ進展している。医師は通院診療の中で、本人・家族等にMCIやMCIから認知症への進展について説明し、また併存する身体疾患の問題についても説明をしている。また、本人の独居に関する不安に配慮して、今後の暮らし方についても継続的な情報提供を行っている。

2. 本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント

日々の生活状況については、本人、家族、地域包括支援センター職員等から絶えず情報を収集し、現在のサービスの利用状況や、本人・家族の意向を確認しながら、今後の暮らしのあり方が検討されている。また、本人の独居生活に関する不安については、本人の体験を積極的に傾聴しながら、心理的なサポートが継続されており、それによって本人・家族ともに精神的に落ち着いてきている様子も

うかがわれる。

3. 生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援

本人・家族の生活上の困りごとや意向を聴取しながら、介護保険サービスやその他の地域サービスについての情報を提供したり、サービス利用にあたっては、要介護認定を受けることの必要性を説明したり、地域包括支援センターの利用について情報提供したりするなどの支援がなされている。本事例で特に注目しておきたいことは、併存する血圧コントロールの不良と服薬アドヒアランスの不良という医学的評価の下で、服薬管理および健康管理の支援体制の再構築がなされている点である。独居の認知症高齢者ではしばしば身体的健康状態が悪化しており、その評価と管理体制を構築することが診断後支援の重要なポイントになっている。

4. 地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携

上記のプロセスの中で、必要に応じて、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターや介護支援専門員と情報共有を行い、見守り・安否確認、服薬管理、金銭管理、通院同行などの生活支援について本人・家族・多職種で検討されている。特に注目しておきたいことは、本人・家族・多職種の間で情報共有を行いながら、信頼関係が形成され、意思決定支援チームが結成されていることである。今後の暮らしについて本人の意思決定が揺らいでいたり、猜疑心や被害妄想などを背景にサービス利用に拒否感を感じていたりするときなどは、信頼関係が

形成されている意思決定支援チームが、本人の意思を尊重し、安全性を確保しつつ、本人に伴走しながら協働で意思決定できるようにしていくことが、本人の在宅生活の継続に寄与しているものと思われる。

5. 別居家族との情報共有と連携

初診時よりキーパーソンである長男との間で情報共有と連携がなされている。その際には、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、電話や面接等を通して別居家族と継続的な関係を保ち、変化がある場合に情報を共有して対応できるようにしている点がポイントである。しかし、本事例では、長男が遠方に暮らしており、かつ勤務もされているということから、本人とのコミュニケーションや生活支援には明らかに限界があった。そのようなことも背景にあって、やがて本人は長男に対して被害妄想をもつようになり、別居家族による金銭管理支援が困難になり、それを契機に成年後見制度の利用という選択肢が支援チームの間で検討されるようになっていく。

6. パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働

このように、全経過を通じて、認知症疾患医療センターの医師及び精神保健福祉士が、本人・家族、担当医、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、介護保険サービス事業所職員と必要に応じて関係者会議を開催するなどしながら、パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働が継続的に実践されている。そして、この事例では、初診後4年目に成年後見制度の利用

が検討されるようになったが、後見人が選任された場合には、後見人も意思決定支援チームに加わり、本人の意思の尊重を原則にしながら、本人の安全性の確保を考慮に入れて生活支援ネットワークの構築を進めていけるように多職種協働を維持していく必要がある。

D. 考察

2事例の記述的分析を通して、認知症疾患医療センターでは、独居の認知機能低下高齢者に対して、MCIや認知症と診断した後、多職種協働チームで「独居認知症高齢者等の診断後支援のプロセスの枠組み」が踏襲されていることを確認することができた。また、いずれの事例も調査時点まで本人の意思が尊重された尊厳ある自立生活が継続されており、上記の「診断後支援のプロセス」がそれに貢献しているものと推察された。

さらにここでは、事例の詳細な分析から、独居認知症高齢者の診断後支援のプロセスを進める上で、その前提となる重要な4つの視点があることが推察される。

1. 多職種協働によるソーシャルワーク

この2事例で実践されてきたことは、多職種協働による「総合アセスメント」と「必要な社会的支援の統合的調整」であり、独居であるか否かに関わらず、複合的生活課題をもつ認知症高齢者に対して実践されている多職種チームによるソーシャルワークに他ならない。しかし、独居認知症高齢者の場合には、いわゆる日常生活を共にしている家族が不在であるという点において、生活状況の評価や本人のニーズの把握について多職種チームが果たす役割が

大きくなることに留意する必要がある。

2. 独居生活の不安と妄想に対する精神療法的アプローチ

特に、上記の2事例においても明らかのように、認知機能障害をもって独居で暮らすことに関する不安は大きく、しばしば妄想に発展する。これに対しては、認知症疾患医療センターのスタッフのみならず、多職種チームで本人の体験を積極的に傾聴し、受容し、共感するという精神療法的アプローチが肝要であり、そのことが信頼関係の醸成と、不安をもちながらも本人なりの自立生活を継続していくことを助けている。上記2事例からもわかるように、さまざまな生活上のリスクに直面しながらも、本人なりの自立生活の工夫が継続されている様子が伺える。

3. 意思決定支援チームの結成と権利実現支援（アドボカシー）

このような本人なりの自立生活の工夫を尊重し、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を継続できるようにしていくことは、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念（第3条第1項）にも掲げられている基本的人権の実現に他ならない。同時に、可能な範囲で本人が健康で安全な生活を維持できるようにすることは憲法第25条に定められる基本的人権の実現支援であり、それは国家の責務でもある。意思決定支援チームは、そのような自由権と社会権の両者の実現に向けて機能する役割を担っており、チーム員は認知症とともに生きる当事者のアドボケートとして機能することが求められている。

4. ピア・サポートとエンパワメントに

ついて

わが国では2014年に認知症当事者の組織である日本認知症本人ワーキンググループが発足し、その後、認知症である当事者の発信、本人同士の出会い、ピア・サポートが、認知症とともに生きる人々を力づけ、それが尊厳ある自立生活の継続に大きな役割を果たしていることが示されてきている。そのようなことから、2018年には認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱に「診断後等支援機能」が掲げられ、そこでピア・サポートや当事者交流会の開催などが推奨されるようになった。上記に示した2事例については、診断後支援の中でそのような支援にはつながっていない。こうした事例を、当事者のピア・サポートにどのようにつなげていくかが、これからの課題として残されている。

E. 結論と今後の課題

認知症疾患医療センターでは、独居の認知機能低下高齢者に対して、MCIや認知症と診断した後に、多職種協働チームで診断後支援が行われている。そのプロセスには、①診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供、②本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント、③生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援、④地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携、⑤別居家族との情報共有と連携、⑥パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働、という6つのカテゴリーに分類される支援が含まれている。また、このプロセスを実践していく上での重要な視点として、以下の4点を挙げることができる：1)多職種協働によるソーシャルワーク、

2) 独居生活の不安と妄想に対する精神療法的アプローチ、3) 意思決定支援チームの結成と権利実現支援（アドボカシー）、4) ピア・サポートとエンパワメント。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 栗田主一：認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの役割と課題. 臨床精神医学 52(9):1081-1087, 2023.
 - 2) 栗田主一：社会医学・政策 認知症と社会保障. 医学のあゆみ, 287(13):1100-1105, 2023.
 - 3) 栗田主一：認知症とともに暮らせる社会という潮流. 精神科治療学 38(10):1129-1134, 2023.
 - 4) 井藤佳恵, 津田修治, 山下真理, 菊地和則, 畠山啓, 扇澤史子, 古田光, 栗田主一：認知症サポート医が困難事例対応において期待される役割. 日本老年医学雑誌 60(3):251-260, 2023.
 - 5) 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田主一：認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援. 老年精神医学雑誌 34(5):477-486, 2023.
- ### 2. 学会発表
- 1) 栗田主一：日本の認知症研究の方向性. 認知症の社会的研究の今後. 第42回日本認知症学会, 2023. 11. 24-11. 26, 奈良（シンポジウム）

- 2) 栗田主一：認知症疾患医療センターの現状と今後の方向性. 第42回日本認知症学会, 2023. 11. 24-11. 26, 奈良（教育講演）
- 3) 古田光, 扇澤史子, 土屋大樹, 大森佑貴, 片岡宗子, 松井仁美, 岡本一枝, 今村陽子, 青島希, 上田那月, 加藤真衣, 畠山啓, 齋藤久美子, 栗田主一：大都市の認知症疾患医療センター10年間の初診患者の動向. 第38回日本老年精神医学会（秋季大会）, 2023. 10. 13-10. 14, 東京（ポスター）
- 4) 関野明子, 涌井智子, 中山莉子, 大久保豪, 石崎達郎, 栗田主一：地域在住高齢者を支える別居介護者が抱える介護負担感 別居介護者と同居介護者へのインタビュー調査から. 第65回老年社会科学会, 2023. 6. 17-6. 18, 横浜.

3. 書籍

- 1) 栗田主一：認知症高齢者の安全・安心な暮らしとは. ひとり暮らしが可能は環境をつくるために. 株式会社ワールドプランニング, 2023年, 東京.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：
該当なし
2. 実用新案登録：
該当なし
3. その他：
該当なし