

<Cover Letter> 高齢者主体の在宅医療において、認知症を持つ方はかなりの割合にのぼる。その進行度は様々だが、中にはBSPD症状などで自宅での介護に負担が大きく、施設入居を余儀なくされる場合もあり、その結果本人の認知症状はさらに進行が進むという経験も少なくない。周りの方の関わり方や環境の不備により生じるBSPD症状を予防、軽減させるためにも、とりわけ認知症の早期段階で本人や家族への適切な支援が重要であることは言うまでも無い。今回自治体の取り組みである「認知症初期集中支援」にチーム員として関わる機会を得た。認知症早期の方への支援による在宅生活の継続をもたらすこの取り組みについてまとめてみる。

<背景> 老化と深く結びついた認知症の予防にはいまだ有効なエビデンスが乏しい。むしろたとえ認知症になっても、その生活や社会性が維持され、可能な限り住み慣れた自宅や地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが症状緩和や進行予防につながる。2012年に策定された認知症施策推進総合戦略（オレンジプラン）の7つの柱のひとつ、「2）認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の取り組みとして「認知症初期集中支援チーム」の設置が、2018年から全ての自治体で実施されている。この事業は、地域での生活が維持できるような支援をできる限り早い段階で包括的に提供するものである。最も特徴的な点は、**これらのサービスを認知症の方の自宅に訪問しておこなうアウトリーチサービスである**ということだろう。

当院のある東京都世田谷区は、人口90万人、高齢化率20%、高齢者人口18.2万人が暮らしている。在宅医療と訪問看護を提供している当院では、**2012年度から世田谷区の初期集中支援事業に医師、看護師を含む多職種で参画する機会を得て、現在までの7年間に約400事例の実績を得る事ができた。**保健師、看護師、作業療法士、栄養士、薬剤師、医師らで構成されたチームが利用者の自宅に訪問し、状況把握を行い、チーム員会議で個別的な支援プランを検討、実施する。その多くが認知症の診断や介護導入がなされていない状態にあり、認知機能の低下によると思われる生活上の困りごとを抱えていた。認知症状への鑑別診断とともに、自宅で暮らしつづけるための生活支援、家族支援について、個別性の高いケアマネジメントを検討していくことは、在宅医療との親和性が高く、地域包括支援センターや地域のケアマネ、認知症カフェや家族会など様々なリソースと初期集中支援チームが連携することで、本事業を効果的に展開することができた。



<事例> Aさん 80歳 女性

【疾患】 気管支喘息、高血圧症、難聴

近医かかりつけ医はあるも、認知症の診断なし。**医者嫌い。**

【生活歴】 夫(86歳、慢性心疾患)と二人暮らし。教師を退職後は専業主婦、料理好き。日課は近隣のデパートまで散歩し、店員や買い物客と談笑すること。

【初期集中導入までの経緯】 2年前から料理の失敗やエピソード記憶の低下あり。心配したご主人がかかりつけ医に「**認知症が疑われるのでよく診てほしい**」と相談。それを聞いた本人は「**私を認知症扱いて！**」と怒り、**それ以降は服薬と受診を拒否**。対応に困ったご主人が地域包括支援センターに相談し、初期集中支援チームへの依頼につながった。

初回訪問調査からの情報

【認知機能】 HDS-R 18/30点 短期記憶障害及び見当識障害が顕著。古い手続き記憶（掃除、洗濯、料理）はある程度保持されているが、新しいこと（電話やリモコンの操作）は困難。同じ話の繰り返しがみられる。

【身体機能】 杖歩行で外出も可能。難聴あり、集団での会話は理解できず。

【生活状況】 DASC 46点、DBD 26点、Zarit-8 11点 ほぼ毎日デパートに買い物に行くが、その際支払いや商品を忘れてくるなどの支障が生じている。その都度夫が対応しており、介護負担が増大。

本人、家族の問題

本人：「私に相談なしに、先生に私の失敗を勝手に話した。私の父親は認知症で大変だった。私も何も分からなくなって、周りに迷惑をかけるのだろうか？」と泣きながら不安な感情をあらわにした。

夫：「認知症は早く治療することが大事と聞いた。はやく薬を始めて、飲み忘れないようにちゃんと続けていきなさい」と、本人を気遣っての発言がかえって追い詰めている状況。計算問題や薬の管理など本人の能力以上の作業を強いて喧嘩になるなど、**認知症に対する理解不足**が伺われた。

生活上の問題

服薬管理や買い物、料理などの家事動作に問題がみられる。特に得意だった料理が思うようにできずストレスを感じている。服薬拒否もあり、初回訪問時の**血圧は184/86**と高値で、また夜間を中心に軽度**喘息発作症状**も出現していた。

チーム員会議にて： チーム員医師としてのコメント

「アルツハイマー型認知症の初期～中期レベルが疑われる。しかし喘息があるためコリンエステラーゼ阻害薬が使いにくく、鑑別診断されても問題解決にはつながりにくい。医者嫌いな本人とチーム員の関係悪化も懸念されたことから、**無理に認知症疾患医療センターの受診勧奨をせず、かかりつけ医への受診再開を優先すべき。**」まずは喘息や高血圧への受診・治療の再開を促し、かかりつけ医との連携した支援で経過観察していく方針となった。

【支援のポイント】

- ・ 中断している薬の再開を最重要課題として、受診勧奨する
- ・ 本人への心理的支援、ADL維持への支援
- ・ 夫へ認知症への理解促進、心理教育
- ・ 認知症診療につなぎ、介護保険の導入を行う

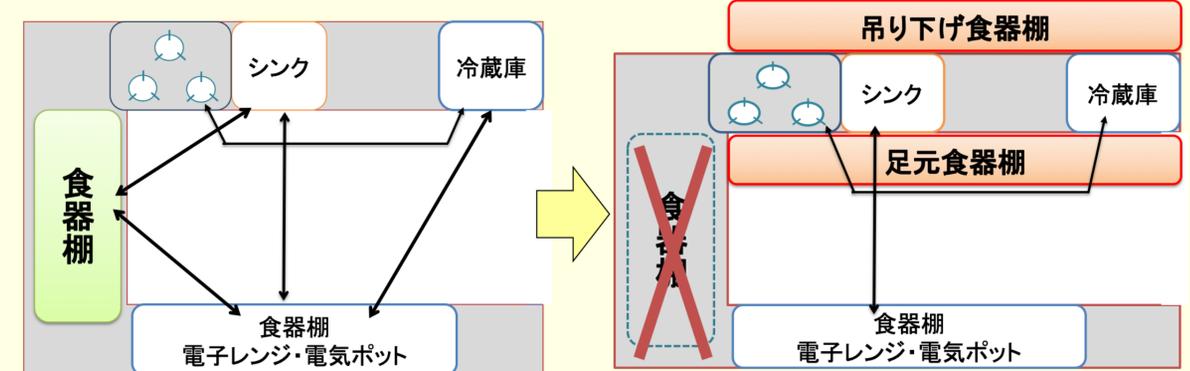
中断している薬の再開を最重要課題に

現在の高い血圧や夜間の喘息発作などを指摘し、服薬再開のメリットをお伝えし、**かかりつけ医への受診が再開**された。服薬忘れが目立つため、**ピルケースを導入して仕分けや確認を夫と一緒に**行うこととした。



本人のADL維持に向けた支援

本人が大好きな料理を継続するための検討を行った結果、**工程が多くなると混乱**することが判明したので、キッチンの動線を分析・整理。(作業療法士の視点) => キッチン内全体に道具が配置され、体の向きを変えるたびに調理動作が途切れる配置から、シンク側に食器棚を移し、**方向転換の頻度を減らした。**



その後の経過 経過とともに夫の理解も進み、夫婦で一緒に買い物に出かけたり、料理を楽しんだりする生活に。かかりつけ医への受診と服薬も維持出来ている。チーム員から本人・夫への**介護保険申請と利用**も勧め、承諾を得た。かかりつけ医への情報提供により、主治医意見書の作成がなされ、要介護1と認定。本人の性格や現状の生活を踏まえ、通所介護や訪問介護は馴染まず、夫の見守りや援助で家事も出来ていることから、現状で無理にサービスを導入せず、服薬・健康状態の確認と生活指導などを目的に**訪問看護を2週に1度の頻度で利用**することとなる。

<Next Step>

実際地域包括支援センターから初期集中支援に依頼のある事例には、すでに認知症がかなり進行した困難事例も多い。これは認知症に対するアウトリーチサービスの少なさから、本来の初期集中支援サービスの機能ではなかった「危機時の支援」（事後的な対応モデル）が流れ込んでしまい、**当初のproactive（予防的）な役割・機能を果たせなくなっている**。発症後、できるかぎり早く診断を受け、すぐに初期集中支援につながり、その方らしい暮らしや希望を支えられるような流れに修正していく必要性を感じる。

<考察> 本事業の目的は早期支援と危機回避支援(事前対応)により在宅生活の継続を目指すことにある。認知症の人を早期に見つけだすことより、認知症で困っている人やその家族を早期に見つけることが重要。当事者の価値や困りごとの明確化とその問題解決を行うことで、認知症とともに生きるその後生活が豊かなものになるよう、多職種による視点で支援していくことで、当事者らの不安や負担を軽減し、在宅生活の継続が可能になると感じた。