

軽度認知障害・認知症診断後の 多職種協働支援



軽度認知障害・認知症診断後の多職種協働支援

2020年3月31日発行

編集 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
認知症対策研究・支援事業(愛知県委託事業)

発行 愛知県福祉局高齢福祉課地域包括ケア・認知症対策室
〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号
電話 052-954-6494

©禁無断転載

愛知県

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology

信頼にこたえ生活を支える 医療の実践のために

認知症疾患医療センターとかかりつけ医との連携において、受診後一貫して、認知症の人とその家族の生活全般を支えていく医療が望まれます。認知症施策においても、本人の自己決定を尊重し、認知症発症後も充実した人生を送る支援をいかに実現するか、という一貫した趣旨が示されています。

実際の臨床の支援は多職種協働で実践されていきますので、本テキストでは、現場の医師の視点に引き続き、例示として、国立長寿医療研究センターで実践されている多職種協働支援の取り組みを紹介します。いずれのクリニック・認知症医療疾患センターも、限られた医療資源の中で、医療の質の向上を目指していることに変わりはありません。それぞれの地域の社会資源も一律でない中、個々の患者・家族に向き合って、よりよい医療を提供していくための参考として、実践例を紹介しています。

本テキストは、かかりつけ医が認知症の日常診療を行う際に役立てていただくことを期待して作成しています。これらをお読みいただき、認知症に係る日常診療の気づきの一助として活用していただければ幸いです。

目次

I はじめに	
発刊によせて	03
II 現場の医師の視点・取り組み	
認知症診断後支援におけるクリニックでの取り組みについて	05
軽度認知障害・認知症診断後の支援 認知症医療疾患センター医師の立場から	07
III 国立長寿医療研究センターの取り組み	
(1) 診断後の支援と視点	
軽度認知障害(MCI)・認知症診断後多職種協働支援 一生活に焦点をあてて	10
(2) 多職種協働の取り組み	
認知症のリハビリテーション 脳・身体賦活リハビリテーションにより介護負担感が軽減した2症例	13
家族教室	17
ポリファーマシーへの取り組み	19
虐待予防・防止などの視点からの支援	23
排尿障害に対する取り組み	25
糖尿病教室	27
食事指導	29
ロコモフレイル外来	31
IV 国の施策の動向	
認知症の診断後支援 認知症施策の流れ	33
V アンケート結果	
アンケート結果 まとめ	35

発刊によせて

公益社団法人 愛知県医師会 理事 野田 正治

一般の診療所の外来において認知症が疑われる契機には大量の残薬や「掃除の時に誤って捨ててしまった」と述べたり、処方された薬剤がまだ相当余っているにもかかわらず再三投薬を求められることなどで気付かれることが多い。また、家族が認知症を疑って本人に内密に相談してくる例もある。

このような場合、診療所では多くの患者はすでに医師やスタッフとの関係性ができあがっていることが多いため、診療中の雑談の中で様々な質問をしながら糸口を見出すようにしている。

そして、その会話の中の僅かな糸口から認知症に関する症状を本人の口から聞き出すことが重要である。

例えば、このよう場合多かれ少なかれ物忘れの自覚はあるので、「物忘れの程度は簡単に調べることができるから、念のために調べて

みようか」と自然な形でMMSEや長谷川式の認知症スケール検査を看護師によって行うように誘導し、その結果をその場で本人に伝えて専門外来受診につなげるようにしている。

さらに、専門外来受診の際に家族を同伴させるように家族と連絡をとることも肝要である。

専門医に紹介する際には単なる病歴だけではなく、主治医が知る家族背景、経済的問題、学歴や職歴、認知症を疑う契機になったエピソードなどについて追記することで専門医との連携をよりスムーズにすることができる。

さて、専門外来からの回答で軽度認知障害と診断された時からは実は開業医の醍醐味である。

「よかったね、今のところ認知症ではなかったようだね」と受診の労をねぎらいつつ、今後は定期的に長谷川式などを行うことを伝え、さらに糖尿病や高血圧、脂質異常症のこ

ントロールの重要性や引きこもりがちになる生活を改善させるために地域の様々な会、特に認知症カフェなどの利用を勧め、さらに最も嫌がるデイサービス通所に「認知症にならないようにするため」と説得して通ってもらうようにしている。

実際、主治医がデイサービス利用を勧めると案外簡単に同意してもらえることが多い。

さらに、その後の専門医への定期的な受診を勧めることになるが、他の疾患で専門医に定期受診してもらうと同様な態度で接することになる。

最も重要なのは患者自身に寄り添い、患者の意志を何度も確認することである。

人生会議(ACP)がマスコミなどで話題になっていることもあり、話題にやすくなった。今後の身の振り方や想いについて雑談の中で確認する。この際にカルテにこれを必ず記

載し、本人の意志を看護師などのスタッフと共有し、患者と看護師との会話に生かすことが重要である。

さらに看護師や他のスタッフにも患者と話をした内容をカルテ記載することを求めることも必要である。

この軽度認知障害の段階こそが共有意思決定支援の最も適当な時期であることを忘れてはならない。

また、専門医との連携においても、単に疾患のことのみならず、患者の意志や家族の思いなどの情報を伝えることが意思決定支援に重要で、患者の信頼関係醸成につながるものと確信している。

非専門医の一般診療所の医師がこの報告書を読んで日常診療に役立てていただくことを願って止まない。

認知症診断後支援における クリニックでの取り組みについて

黒川医院 院長 黒川 豊

1 はじめに

認知症の人が暮らしていく時に関わるべき医療機関にはかかりつけ医と認知症専門病院があります。認知症の初期にはかかりつけ医と専門病院が関わり中期から末期にかけてはかかりつけ医が必要です。認知症については、甲状腺機能低下症や水頭症、うつ病のように本来の認知症ではないものもありますし、アルツハイマーの症状なのにMRIでは前頭葉や後頭葉だけが萎縮している場合やMRI、長谷川式が正常なのに認知機能が低下している場合もあります。したがって認知症専門医による診断が必要な場合があります。認知症が進行してくれば、実際に困るのは日常生活が主になります。この場合は本人の環境や考え方などを知り、往診ができるかかりつけ医が大切になります。

認知症を完治させる治療法が見つからない現在では、かかりつけ医として一番大切な事は認知症の専門知識ではなく、認知症で困っている本人と家族に寄り添う心です。

知らない世界でさまよっている人々に医師が付き添ってあげれば大きな安心と元気を与えることができます。そして初めてこの先に必要になる認

知症症状への対応法、治療、生活支援の制度、食事運動などの知識を得ることができるようになります。実際の指導としては地域の認知症疾患センター、保健センター、包括支援センター、調剤薬局などにご紹介いただくとよいと思います。中でも認知症の家族会にはすでに認知症介護で苦労した経験者がいて、認知症ケアに必要な知識を得るには適しています。認知症と診断されたらボランティアのリンクワーカーが派遣されて、すべての出来事に対応する国もありますが日本にはありません。認知症に詳しく関係する制度などにも知識がある親切的なケアマネージャーが認知症の生活には大変役に立ちます。介護保険を導入して優秀なケアマネを紹介することは認知症の人と家族にとってとても役に立ちます。

2 当院での取り組み

初診の認知症の患者さんには通常の診療時間以外に診察時間を1時間程度とります。認知症本人は別の部屋に誘導し、認知症看護認定看護師が長谷川式、MMSE、GDS-15のテストをおこないます。その間に家族と面談して今までの経過、困っている症状などの聞き取りをします。

多くの場合認知症の症状に家族が困っていて、

そのため認知症の患者さんとその家族の間に問題が起きています。認知症の患者さんを変えることはできませんから家族の態度を変える必要があります。家族の気持ちと態度の原因は認知症についての知識と理解が足りないことが原因になっていることがほとんどであり、認知症という病気を理解していただくとともに大切なご家族が認知症になってどのような状況に身を置いているかを理解していただきます。認知症になってしまった人が昔は家族のために一生懸命に働き家族を守っていたことを思い出していただくと家族の態度がガラッと変わります。そこに検査が終わった認知症本人を合わせ、「あなたは良い家族を持って幸せだね」と本人に語りかけ「良い家族を持って幸せだ」と家族の前で言わせます。多くの場合この本人の言葉で家族のわだかまりが消えて仲良く変えられることとなります。わだかまりが消えたところで、認知症になった人に必要な今後の知識、支援制度や介護保険の説明、後見制度、家族会などの簡単な説明と相談先を提示します。

当院は小さな内科のクリニックでCT、MRIなどの検査機器はありません。簡単な検査で済む場合は甲状腺機能、ビタミン欠乏などを含む血液検査と単純頭部CTの手配をします。鑑別が難しい場合及びご家族の希望があれば近くの名古屋大学にてSPECTを含めた認知症の精査をおこな

います。確定診断が出た後はご家族の希望される医療機関で治療することになっています。当院で治療する場合は1~2か月ごとに受診し、相談を受け薬を調節、6か月ごとに長谷川式などで経過を追っていきます。途中デイサービス、ショートステイ、グループホーム、特養などの手配をしたり、障害者手帳や後見の書類などを書くこともあります。認知症に知識のある親切的なケアマネージャーを選ぶことにより負担はとても軽減します。

認知症診療に必要な関係機関としては、行政（介護保険課、福祉課、保護係など）、民生委員、自治会、保健センター、包括支援センター、認知症初期支援チーム、認知症カフェ、ケアマネージャー、デイサービス、デイケア、サ高住、グループホーム、特養、認知症専門病院、認知症対応急性期病院、認知症疾患センター、訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、訪問リハビリ、訪問歯科、在宅医療、家族会など多岐にわたります。

当院では多くの機関と関係を作るため、介護審査会、初期集中支援チームへの参加、認知症関係の講師、家族会への参加、認知症関係での医師会事業への参加、多職種による認知症連携の会の運営などに携わっています。中でもクリニックとして認知症のフォローに一番必要なのは優秀なケアマネージャーとの連携だと考えています。

Profile

1986年、浜松にて認知症の人の為の病院を開設。在宅医療、訪問看護を開始。グループホーム、特養を併設。
1996年、名古屋市にて内科クリニック継承。その後千種区・東区痴呆疾患研究会発足。認知症介護研究研修大府センターと共同で厚生労働省モデル事業「千種区認知症地域連携の会」へ移行。市民講座、専門職研修会、シンポジウムを開催。
●ケアサポート医 ●名古屋市介護認定審査会 会長 ●認知症の人と家族の会 世話人 ●千種区認知症地域連携の会 代表世話人

軽度認知障害・認知症診断後の支援 認知症医療疾患センター医師の立場から

国立長寿医療研究センター 精神科 安野 史彦

脳の病理的障害は、認知機能の低下が日常生活に影響を及ぼす以前から始まると考えられている。日常生活に明らかな支障はないが、認知機能の低下を示す人では、将来認知症に移行するリスクが高いことが知られている。認知症予防を長期的な観点から考えれば、認知症予防の対象として、これらの「潜在的な」リスクを持つ人たちが対象となる。

健常な高齢者が認知機能低下を生じ、認知症に移行していく過程で、有意に認知機能低下が生じた時点から、日常生活能力の低下をきたし認知症の診断がつくレベルになるまでの期間として5年から10年の期間がある。日常生活で問題はないが、軽度ながら有意に認知機能が低下したこの時期の状態を軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment: MCI)と呼ぶ。年間に健常高齢者の1~2%が認知症に移行するのに対し、MCIの年間移行率は平均10%程度とされる。

MCIもしくは移行して間もない軽度アルツハイマー型認知症(AD)の人の生活障害はまだ軽微で、日常の基本的な生活行為はほぼ自立しているので、介護保険の要介護認定を受けて介護サービスを利用することはあまりなく、積極的な社会的支援を行う段階にない。しかし、その一方でこれらの人の心理的苦悩や家族の戸惑いが存在する。このような軽度の患者と家族にすることができるのか、医師としては以下のことを重視している。

1 診断と認知症についての説明

診断を知りたいかどうかという患者の希望を考慮し、そのうえで患者の認知機能を見極めて、伝えるか否か、あるいはどのように伝えるかを十分に考える。また患者自身および家族の心理状態を判断し、診断を伝えることでの心理的負担に十分な配慮を行う。適切に患者本人および家族や介護者に診断を伝えることができれば、教育的支援が容易になり、本人、家族の不安と混乱を軽減する可能性が生ずる。特に家族に対して(状況に応じて患者本人も含めて)患者が認知症の過程のどこにいるのか、そして、今後症状や生活がどうなっていくのかについての予測と、これからなにを準備していくのかについて説明する。さらに、認知症の症状について

明し、日常の生活の仕方や接し方について助言を行う。

2 診断後の経過における教育的支援

本人、家族から診断後の生活や症状の変化について十分に情報を得る。そのうえで、生活や症状の変化に応じた社会資源(介護保険サービス等)の導入や環境調整、症状に応じた薬剤の調整を行い、さらに、本人に生活の仕方について助言し、家族に対しても、日常生活の過ごし方や認知症の行動・心理症状への対応法などについて話し合うといった教育的支援を行っていく。

3 MCIの認知症への移行予防、認知症の進行抑制にむけた支援

本人、家族の最大かつ切実な願いは、認知症への移行が予防できるのか、進行を抑制できるのかにある。現時点で、認知症を根治的に治療できないことを理解していただいたうえで、必要かつ適応があれば抗認知症薬の適用により、認知症の進行を遅らせることは可能であることをまず理解していただく。そのうえで、患者、家族より、薬以外でなにかできることはないかと聞かれることが多い。患者とその家族に能動的に治療に参加していただくことは有益であり、そのことを念頭に以下のことを伝えている。

a) 生活習慣病のコントロールの重要性

認知症発症前から生活習慣病予防を徹底して行うことによって認知症の罹患率が低下する可能性が示唆されている。糖尿病、中年期の高血圧や肥満、喫煙、うつ病、認知的不活発、身体的無活動などの変更可なりリスクファクターを25%減少させることにより、全世界で認知症の発症を100万人減らすことができると推定されている^{*1}。英国では、脳卒中と心臓病への対策を行うことで、それらの疾患の死亡率をともに40%減少させたが、同時にこれらの施策によって、認知症の発症率が23%低下したと報告されている^{*2}。特に、血圧、血糖値、血中脂質濃度は、目に見える具体的な指標であ

り、また、認知症との関連も具体的に示されており、その内科的なコントロールを行うことが認知症への移行と進行の抑制に重要であることを理解していただく。

b) 栄養指導・運動のすすめ

多くの疫学的研究で、適切な栄養摂取が認知症発症リスクを低減させることが示されている。このテーマはマスコミでもよく取り上げられ、患者・家族からどのような食事が望ましいか、聞かれることも多い。患者・家族に説明する際は、上記の血圧、血糖値、血中脂質濃度を悪化させない食生活を勧めれば、おおむね疫学上、認知症発症リスクを低減させる内容に一致すると思われる。

食生活と同じく、運動の有効性も議論の対象になっており、患者・家族より、よく尋ねられる。その直接的な効果については意見の分かれるところであるが、少なくとも適度の運動は筋力の低下を防ぐだけでなく、脳への刺激の増加や気分をよくするなど感情面での賦活化も期待できる。ただ、激しすぎる運動、転倒など外傷を起こさせる危険性のある運動、本人の嫌う運動を無理強いしない必要がある。

c) 認知機能を維持するための活動のすすめ

手先の細かい作業や慣れ親しんだアクティビティー(習字や陶芸など)による知的活動などが認知機能を維持するうえで有効かどうかについては、現時点では明確なエビデンスは無いが、これまで続けてきた趣味や楽しみごとがあれば、続けていくことを勧める。患者・家族からよく聞かれることとして、認知症防止がうたわれているドリルやパズルを使うべきかどうかがある。今の段階では、効果については賛否のあること、無理強いしたり、苦痛をがまんしたりすると逆効果になりかねないことを伝える。また、他人と関わりをもって楽しんで何かをすることが脳の活性化には重要であることも伝える。

4 軽度認知障害・認知症診断後のサポート医の役割

サポート医の役割は、①認知症の人の医療・介護に

関わる、かかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種連携の連携づくり、③かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発、であり、総じて地域での医療と医療、医療と介護の連携の推進役が期待されている。これらの役割を踏まえれば、サポート医の軽度認知障害・認知症診断後の支援においては、患者や家族の心理に配慮し、疾患の受容を支え、患者本人や家族の選択に寄り添いながら、多職種連携による生活支援を実現することが目標となる。

サポート医が軽度認知障害・認知症をフォローしていく中で、前述した①~③の対応を参考にさせていただいたうえで、どのような場合に認知症の専門医療機関に紹介すべきかについては次のことが考えられる。

a) BPSD(行動・心理症状)が目立ってきた場合

レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症では疾患の特性上、BPSDが中核症状として現れる。レビー小体型認知症は薬剤に対する副作用の出現頻度が高く、また、前頭側頭型認知症では薬剤によるコントロールが難しく、安定するまでは専門医に任すべきかと考える。また急にBPSDが目立ってきた場合には、せん妄の疑いもあり、薬剤の影響や身体合併症の検索が必要となり、脳血管障害の可能性も考慮すれば、専門医療機関での対応が望ましいと思われる。

b) 当初の診断に疑問が生じた場合

定型的なADと考えて経過をみていたら、幻覚妄想が目立ってきたり、パーキンソニズムが出てきたりした場合であり、この場合も一度診断および治療を見直す必要があり、確信がもてない場合は、専門医に紹介することを勧める。

診断力が十分にある医師でも経過中診断に疑問が生じるか、行動・心理症状が目立ってきた場合には、専門施設を利用することによって継続的な診療が可能となる。認知症は専門医やかかりつけ医といった単一の医療資源だけで支援することは困難であり、介護支援も含めた幅広い連携が治療の最も重要な基盤となる。

【引用文献】*1) Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. Lancet Neurol. 2011;10(9):819-828.

*2) Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet. 2013;382(9902):1405-1412

多職種協働の取り組み

「認知症とともに生きる」ということは、生活全般に関わることであり、認知症の医療は、単に認知機能の回復のみを目指すのではなく、認知症を持つ人とその家族の生活全般を支えていく視点が求められます。軽度認知障害、認知症の診断後も、大切なことは、認知症の診断後も、発症前と変わらない生活を続けていくための支援であり、信頼するかかりつけ医とともに、どのように地域で生活をしていくかを考えていくこと、ということが出来ます。

認知症を持つ人への医療は、専門的な認知症の医療のみを提供することを目指すものではありません。糖尿病・高血圧等、生活習慣病は認知症の発症・進行リスクであるとともに、生活習慣の改善・維持は、認知症の進行予防につながることも報告されています。さらに、高齢者では、複数の老年症候群を抱え、認知症により、それらの管理も困難になることもあります。身体面も、認知症では歩行速度が低下する等、運動機能に影響がある反面、認知症の発症・進行予防につながるという報告もあります。専門医への定期的な受診とともに、やはり、生活全般を支えるかかりつけ医との信頼関係、地域でのネットワークがその人と家族を支えていくと思われれます。

本章では、認知症を生活障害としてとらえる視点を紹介し、個人個人の生活を支える支援として、国立長寿医療研究センターで、多職種で取り組んでいる支援を紹介し、認知症本人・家族の生活全般の支援(外来リハビリテーション・家族教室)、生活習慣病へのとりくみ(糖尿病教室・食事指導)、老年症候群への対応(すっきり外来、ポリファーマシーの取り組み)、運動器への取り組み(ロコモ・フレイルセンター)、介護者・支援者への支援(虐待予防・防止などの視点からの支援)を紹介する。国立長寿医療研究センターも、その人と家族の生活全般を支える視点から、多面的な支援を提供していますので、支援内容は日常診療の参考になるものと考えています。

診断前から一貫して、認知症の人とその家族の生活全般を支えていく医療の実践のためには、軽度認知障害・認知症軽度の段階での医療者との信頼関係の構築が非常に重要になると考えられます。

認知症の原因疾患の多くは進行性で、認知機能の低下により生活全般に支障をきたすとともに、自立が障害され、意思決定も困難になっていきます。生活習慣の見直し等、生活の変化への対応も認知症が進んでいくと、自らの意思で決めていくことも難しくなっていきます。このように、認知症は今後の人生全体のかかわる“life-changing disease”ということが出来ます。

軽度認知障害・認知症軽度の段階は、生活習慣を見直し、これから認知症とともに生きていくために、医療者との信頼関係を構築していく重要な段階ということが出来ます。

軽度認知障害(MCI)・認知症診断後多職種協働支援 —生活に焦点をあてて—

国立長寿医療研究センター 【精神科部】 部長 服部 英幸

1 生活障害とは

医師が認知症を診療する時は、中核症状や精神症状・行動異常(Behavior and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)のような「症状」を抽出して診断に至る作業を行っている。「症状」を抽出する時点で、個々に生じている「困りごと」「もめ事」などは振るい落とされていることが多いが、実はこれらの些末ととらえがちな「生活障害」が認知症の患者、家族、地域において見つめなおすべき視点であることを強調したい。朝田は、認知症の包括的ケア、支援を行ううえで、従来の中核症状、BPSDという観点に加えて「日常生活機能の障害」という視点を加えた「3次元構造」でとらえることの重要性を指摘した^{*)}。軽度認知障害(MCI)、軽度認知症の段階では、生活障害が顕著に示されることから、本テキストは診断後の生活を支える多職種協働支援を概説している。

本人だけでなく周囲も巻き込んださまざまな「困りごと」は、これまで支援としての焦点が当てられにくかった領域である。これは認知症本人に、一方的に責任を押し付けるような意図がみえる「BPSDによる問題行動」という考え方とは異なっていることを強調しておく。どちらかに責任を押し付けるのではなく、生活場面において、本人が困ることもあれば、家族や近隣の人、地域などが困ることもある点に配慮する。医療・介護現場で治療対応の方針をめぐる意思決定や、鉄道事故、自動車事故など裁判所での法的判断が求められるような「大きな」責任能力問題は、成年後見制度の在り方も含めて重要ではある。しかし、軽度認知障害(mild cognitive impairment, MCI)や認知症の初期においては、買い物、生活費程度の金銭管理、家庭や施設での暴力や暴言、近隣とのトラブルといった「ありふれた日常生活レベル」での意思決定、責任能力について問題点の整理、評価、対応方法の検討を行っていくことが求められていると考える。

2 社会的な生活障害と認知機能

ADL(日常生活機能)は基本的ADL(BADL、排泄、食事などの基本的な生活機能)と手段的ADL(IADL、社会生活を営むうえでの生活機能)にわけることができ、それに対応して、「基本的」生活障害と「社会的」生活障害が区別できる。認知症における基本的な生活障害は食事のとき食物が認識できずに食事を取らなかったり、全介助を要することや、トイレで座る位置がわからず失禁してしまうことなどであり、社会的な生活障害は、医療、介護の導入における意思決定、犯罪に巻き込まれること、金銭管理、契約、近隣との人間関係の障害などである。認知症においては、日常生活において困ることを「生活障害」として対応に取り組みされてきたが、基本的な生活障害に重点が置かれており、社会的な生活障害の理解、および支援のための研究はまだ途上にあるといえるだろう。

鉄道事故でも問題になった通り、認知症の人と家族が暮らす地域での日常生活の中で生じる生活支障では、本人および家族にどこまで責任を問えるかが重要になる。認知症はその特性から、責任能力が問題になるのは本人が加害者となる場合と、本人自身あるいは周囲の人が被害を被る場合の両方があると考えられる。本人が加害者になるあるいはまわりから訴えられる場合は、スーパーでの万引きや医療機関、介護施設内での暴力である。これまでの医療・介護施設の現場での受け止め方の多くは、本人には弁別能力が無く(責任能力が無く)自分たちのケアの仕方に問題があったと判断して、受け入れることが多かったように思われるが、今後、このような環境での責任能力の評価・対応についての適正な指針が求められるだろう。本人自身あるいは周囲の人がトラブルに巻き込まれる場合として、詐欺を含む金銭問題や財産処理は大きな問題である。認知症では記憶障害や判断力低下が早期から出現していることがあるが、本人や周囲の認知が乏しく契約締結などで不利な状況に置かれてしまうことが考えられる。しかし、それらに対する適正な対処方法の基準作りは今後の課題である。

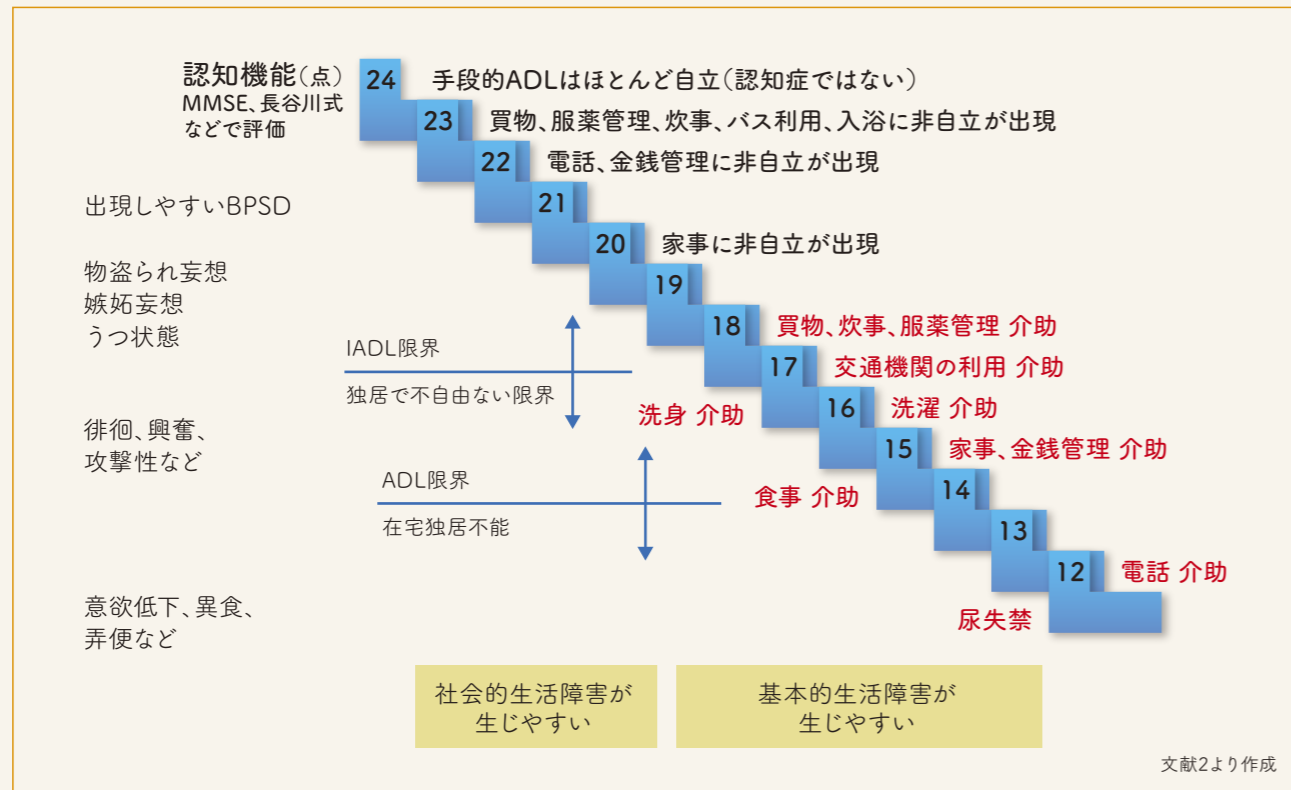
生活機能障害は認知機能の低下とある程度の相関があると考えられる【図1】^{※2}。社会的生活障害は認知機能が比較的保たれている段階から出現してくる。高次脳機能の観点からすると社会的生活障害には、記憶障害、視空間認知の障害などとともに、社会的認知の障害が重要と思われる。社会的認知に関しては、これまで小児自閉症などで研究されてきた「こころの理論」を認知症に応用する研究が多くなされるようになっており、前頭側頭型認知症やアルツハイマー型認知症では早期より障害されていることが示されている。認知症の生活障害や生活支障を考えるうえで「こころの理論」からの視点が今後重要になっていくのではないだろうか。

3 MCIと生活障害

MCIは、記憶をはじめとする認知機能が明らかに落ちており、本人および周囲もその点に気付いているが、認知症には至っていない状態である。認知症との違い

は「生活に支障がない」こととされている。したがって、用語の厳密な使いかたをすれば、MCIの生活障害は矛盾している。しかしながら、「生活に支障がない」とはどのようなレベルのことをさしているかは明確にされていない。生活障害に視点をおくと、認知症とMCIの区別は本質的には恣意的であり、これらの障害は連続したつながりを持つ。生活機能の中でもIADLは認知機能が比較的保たれている時期から障害される。IADL障害は介護困難の要因であるが周囲からはわかりにくい。MCIにおいても生活の支援は求められていることは明記されている^{※3}。したがって、MCIにおける生活障害について配慮することは重要である。寺田らはMCIレベルで繰り返し同じものを買ってくる行為や、火の消し忘れが対象例に比べて多くなることを報告している^{※4}。

認知症やMCIの人と介護者の支援を考えるとき、単に認知機能障害や精神症状の有無のみでは不十分であり、生活障害という視点が必要である。認知症の生活障害は、基本的生活障害と社会的生活障害に分けられ、本稿では社会的生活障害に重点をおいて考



【図1】認知機能・ADL/IADLと生活障害の関係

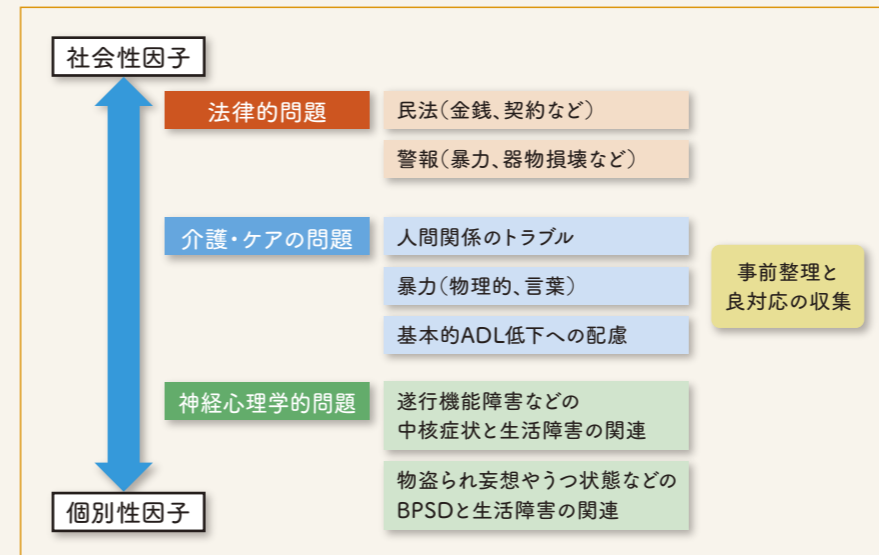
した。生活障害により、家族や地域との間でさまざまな生活支障(トラブル)が生じる。特に、社会的な生活障害はMCIレベルの事例において重要な問題といえるだろう。鉄道、自動車事故など、世間の耳目をひくものだけでなく、買い物や金銭、人間関係トラブルなども重要である。生活障害の支援のためには、法律、介護、神経心理学など多様なアプローチが求められる【図2】。この冊子において展開される項目はすべて生活支援の視点から重要な示唆を与えてくれる内容である。

基本的な生活障害の中で、特に介護の負担の高い排泄の障害に関しては、すっきり外来で支援を解説している。排泄の課題は、MCIの段階から生じることもあり、本人の尊厳に大きく関わる障害であり、外出等社会参加の意欲低下につながる等、社会的な生活障害の側面も持つことから、早期の介入が望まれる。また、運動機能の低下は生活全般に関わるため、本稿ではロコモフレイル外来の支援を紹介している。そして、社会的な生活障害への支援として、本人と家族が参加するリハビリテーション支援を紹介している。当リハビリテーションは、本人の機能維持のみを目指すのではなく、介護家族・地域との関係性に配慮し、社会関係性の維持・社会的な生活障害への対応を目指すものである。さらに、介護家族に対しては、家族教室での疾患教育・社会資源の紹介を行うとともに、虐待への地域連携等による支援を紹介する。理解はしているが、現実として介護に向き合った時、軽度の段階でも負担感が

待という形で暴発することもあり、早期からの支援が必要なケースもある。さらに、医療支援として、生活全般に関わる生活習慣病への取り組みとして、糖尿病教室・食事指導を概説している。また、生活習慣病をはじめ、慢性疾患を抱える高齢者に共通する課題として、ポリファーマシーの取り組みを紹介している。糖尿病・高血圧等、生活習慣病は認知症の発症・進行リスクであるとともに、生活習慣の改善・維持は、認知症の進行予防につながることも報告されている。さらに、高齢者では、複数の老年症候群を抱え、認知症により、それらの管理も困難になることもある。身体面も、認知症では歩行速度が低下する等、運動機能に影響がある反面、認知症の発症・進行予防につながるという報告もある。

このように、「認知症とともに生きる」ということは、生活全般に関わることであり、認知症の医療は、単に認知機能の回復のみを目指すのではなく、認知症を持つ人とその家族の生活全般を支えていく視点が求められる。MCI・軽度認知症の段階で顕著に示される生活障害に対しては、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・社会福祉士・精神保健福祉士等による多職種連携、さらには、専門医療機関とかかりつけ医の連携により、生活全般を支える支援により対応していくことが可能となると思われる。この時期、大切なことは、発症前と変わらない生活を続けていくための支援であり、専門医への定期的な受診とともに、やはり、生活全般を支えるかかりつけ医との信頼関係、地域でのネットワークがその人と家族を支えていく。

本書のMCI・軽度認知症の段階に焦点をあて、診断後の生活全般を支える多職種協働支援は、読者の皆さんにとって有用なものであると確信している。



【図2】軽度認知障害の人の生活支援への視点

【引用文献】※1) 朝田隆 認知症の生活障害とその対応 : 精神神経学雑誌115, 1217-1218, 2013 ※2) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター編:平成30年版認知症サポート医養成研修テキストp46
※3) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 高橋三郎、大野裕監訳、医学書院、東京、2014, p. 598-599
※4) Terada S et al.: Social problems in daily life of patients with dementia. Geriatrics and Gerontology International, 19, 113-118, 2019

認知症のリハビリテーション

脳・身体賦活リハビリテーションにより介護負担感が軽減した2症例

【リハビリテーション科】 医長 大沢 愛子 部長 近藤 和泉

【リハビリテーション科部】 理学療法士 田口 大輔 理学療法士長 伊藤 直樹

1 認知症の人への支援のあり方

認知症疾患診療ガイドライン2017^{※1}によると、「認知症診断後の介入、サポートはどうあるべきか」という問いに対して、認知症者と家族の生活の質を高めるためには、認知症と診断された早い段階から認知症を有しつつ生活する方法を伝えたり、社会資源へのつながりを促し将来計画を考えたりするなどの診断後支援（post-diagnostic support）が必要になると述べられている。これまでの認知症診療の歴史においては、診断や薬物療法に関心が寄せられてきたが、認知症の有病者数が増え、社会で生活する認知症の人が増えるにしたがって、医療機関で行う診断や薬物療法のみならず、認知症に伴う新たな症状の出現や進行をなるべく予防し、いかに住み慣れた地域で暮らし続けることができるかということに関心が向けられるようになってきた。

認知症の人への支援は、当然ながら認知症の人を対象にすべきであるが、彼らが地域で生活するにあたって共に生活する介護者の支援の力は強力であり、また、認知症の行動・心理症状が周囲の対応や環境に左右されることを考えても、介護者への支援もまた重要となることは自明の理である。従って、認知症者に対する支援のあり方としては、認知症の人への治療やケアを行うと同時に介護者に対してもアプローチを実施し、認知症の人と介護者が共に安全で穏やかな生活を継続できるよう、様々な手法を駆使すべきである。

2 認知症の人と介護者へのリハビリテーション

一般的なリハビリテーションは、骨折後や脳卒中後の運動療法、失語症に対する言語訓練、摂食嚥下障害に対する嚥下機能訓練など後療法的なイメージが強いが、その本質は生活の再建と活動の維持・創出にあり、生活能力の低下や活動能力の低下に対する予防的意義も大きい。記憶力障害や言語機能障害、失行症状などの高次脳機能障害に伴って生活能力や活動能力が低下した人に対して、障害によるダメージを最

小限にし、残存している能力を最大限に引き出しながら、より活動的でありながらも穏やかな生活に導くことはリハビリテーションの最も得意とするところである。

介護者に対しては、疾患教育や介助方法の指導に加え、社会資源の活用方法や最適なサービスの選択などについて考えると共に、介護者同士の交流の場を提供し、介護ストレスを軽減させたり、介護方法に関する案を出し合ったりすることで、社会的な孤立を防いで介護者の精神状態を安定させ、翻って自宅での生活の中で認知症の人により良いケアが実施できるよう、継続的なサポートを行う。

当センターでは、認知症の人とその介護者を対象に、週に1回1時間の脳・身体賦活リハビリテーションを実施しており、その中で、長期的に地域で生活する認知症の人と介護者に対する支援を行なっている。ここでは認知症専門医、リハビリテーション専門医が治療の全体をマネジメントしながら、多職種が連携してケアを実施し、認知症の人と介護者の生活を維持できるよう様々な手法を用いてサポートしている。

介護者の具体的なリハビリテーションと家族に対するアプローチの方法については、症例を提示しながら説明を行う。（大沢愛子）

3 認知症のリハビリテーションの特徴

一般的な認知症のリハビリテーション（リハ）には、記憶障害などに対してアプローチする認知機能訓練や、有酸素運動などの運動療法、患者への関わり方や自宅内の環境設定などを伝える家族指導などがある。ただ、認知症には様々な症状があり、画一的な対応ではなく、患者の個性に合わせた介入方法を選択することが重要である^{※1}。当センターでは、認知症と診断された人に対して、家族同伴のもと、週1回の頻度で脳・身体賦活リハ（脳活リハ）と称した外来リハを行っている。脳活リハの最大の特徴は、1クラス約10名の患者で構成された集団の中で、患者1名に対して1名の療法士を配置し、個別性を重視したテーラーメイドのリハを実施していることである。医師や担当の療法士は、様々な各種認知機能検査結果や家族の介護負担感などを把握し、

患者に最適なリハを提供している。また、家族指導では評価に基づいた具体的なアドバイスを行っている^{※2}。

脳活リハにおける具体的な内容としては、運動療法として足踏み等の有酸素運動を行いながら記憶課題などを行う二重課題運動などを実施している。また季節に合わせた製作課題や、神経衰弱、パズル課題などゲーム性を持たせた認知機能訓練も行っている。上記の内容は、認知機能の重症度別にルールを設定し、療法士は各患者に応じた難易度で課題を提供している。

家族（介護者を含む）には、患者に対する声かけ・援助の仕方や、自宅内の環境設定などを指導している。また、月1回の頻度で家族のみが集まる場を設け、認知症に対する専門的な知識を伝えたり、介護に対する不安や問題点を介護者同士が相談し、解決できるよう助言している。このように、実際のリハでは、患者だけでなく、家族も含んだ包括的なアプローチ^{※3}を行う事が重要である。

また、実際に患者と接する時は、出来る限り患者の意向を尊重し、敬意と共感を持って対応する事や、患者の感じている世界や現実を否定せずに寄り添う事が重要であり^{※1}、失敗をしても否定せず、課題を行う過程で賞賛するポイントを見つけ患者を肯定しながらリハを行うべきである。関与できる療法士の人数や時間的な制約がある場合は、生活する上での活動性を維持・向上させるよう促すことも一つの手段である。自発性や意欲の低下は、認知症の症状として最も高頻度に認められる症状である。本人の生活歴や嗜好を家族から聴取した上で、本人の能力から行いやすい活動を、家族と共に抽出し、活動性の向上を目指すようなプログラムを立案することが重要である。

以上、一般論を記載したが、以下に2症例を提示し、リハにおける具体的な対応方法や家族指導内容について示す。

1症例目は、記憶障害と注意障害により家族の介護負担感が増加した例であり、家族の介護負担感の軽減に焦点を絞った対応について紹介する。

4 症例 1

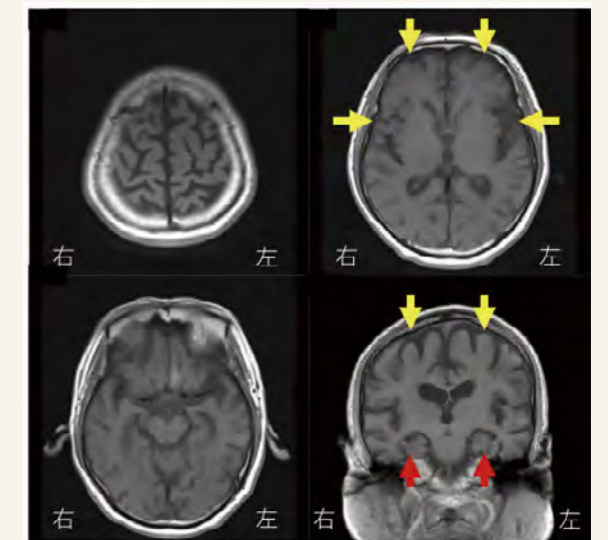
症例は70歳代男性、6年前にAlzheimer型認知症

と診断された。同年、症状のできる限りの進行抑制と家族の介護負担感の軽減を目的に脳活リハを開始し、現在に至る。妻と息子二人がいるが、息子は独立して別居しており、症例は妻と二人暮らしである。

記憶検査では、即時的に記憶可能な単語は3つであり、一度忘れた内容でも、ヒントがあれば思い出すこともできた。注意検査では、同時に複数の事柄に注意を向けると動作が遅くなり、分配性の注意障害を呈していた。

認知症の重症度Clinical Dementia Rating(CDR)は1(軽度の認知症)であったが、Zarit介護負担尺度を用いた家族の介護負担感は中等度であった。「介護を受けている方に対して、どうして良いかわからない」という項目に対して、薬の飲み忘れ、同じことを何度も聞く、複数の事柄を同時に行おうすると時間がかかるなどの症状への対応方法がわからないことから介護負担感が増加していた。

頭部MRI【図1】では脳全体に萎縮を認め、特に記憶に強く関連すると考えられている海馬を含む両側の側頭葉内側面の萎縮が顕著であった。



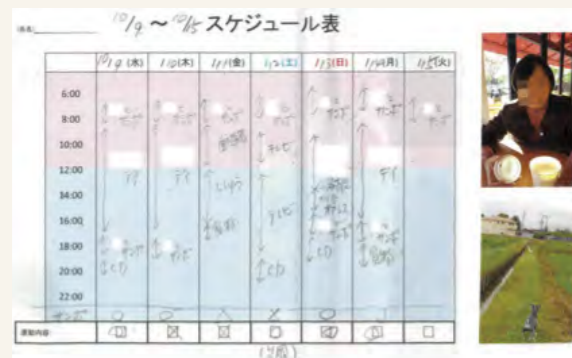
【図1】頭部MRI画像(T1強調画像)
脳溝の拡大(黄矢印)など全体的な脳の萎縮が認められる。
海馬を含む側頭葉内側面の萎縮が顕著である。

記憶障害・注意障害に対する対応方法と家族指導

本症例の主症状である記憶障害と注意障害に対して、自宅における対応策を考案し、家族の介護負担感の軽減を目指した家族指導を行った。記憶障害に対しては、一度に記憶する内容を3つまでとし、メモや、療

法士が提供したスケジュール表【図2】を家族とともに記載し、記憶を補助するヒントとして活用するよう指導した。注意障害に対しては、「居室や居間など日常的に使用する部屋は常に整理する」、「何かを行う時は、テレビを消して静かな環境にする」、「作業に集中している時は指示が通りにくいため、視線を合わせてからコミュニケーションを図る」、これらの点に配慮し、注意を分散させない環境設定と対応方法を伝えた。

指導後は、本症例の作業に対する集中力も上がり、家族の不安軽減に繋がったことから介護負担感も軽減した。



【図2】スケジュール表の記載例

毎日、1日の振り返りを行い書き込む。書き留めておく事で思い出すヒントになり、家族との会話の時間もできる。記載方法は自由であり、本人と家族が書きやすい方法で記載する。本症例では、外出時に本人や家族、ペットの写真などを撮り(上下写真)、スケジュール表と見比べて思い出せるよう独自の工夫がなされていた。なお、投稿にあたり、スケジュール表内で個人情報が含まれる箇所は白抜きとし、写真にモザイク処理を行なった。

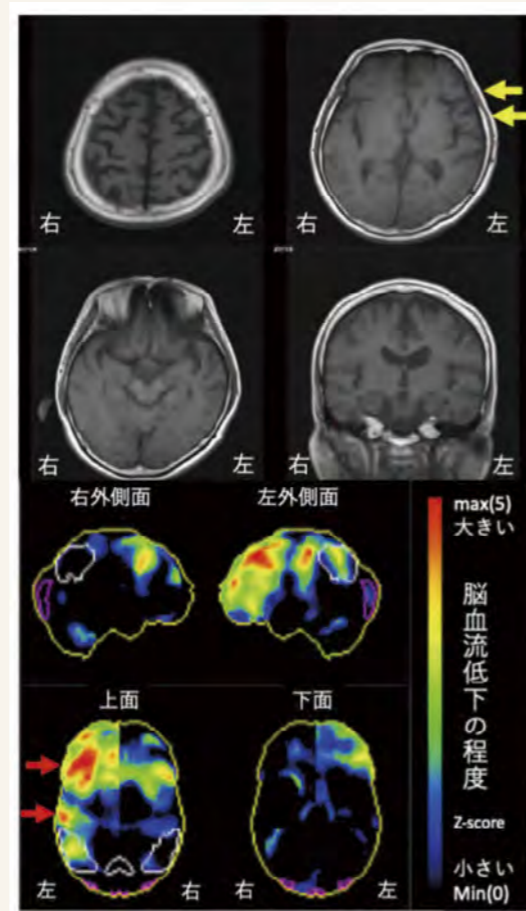
小括

認知症と診断された後のリハでは、本人の認知機能や運動機能だけでなく、家族の介護負担感を含めた総合的な評価結果を踏まえ、具体的なアドバイスを交えながら家族と医療者が協力体制を構築することが重要である。

5 症例 2

2症例目は、失語症によりコミュニケーションに困難さを認めた症例である。言語聴覚士が中心となり、検査結果から対応方法を考察し、家族指導も含めて対応した内容を紹介する。

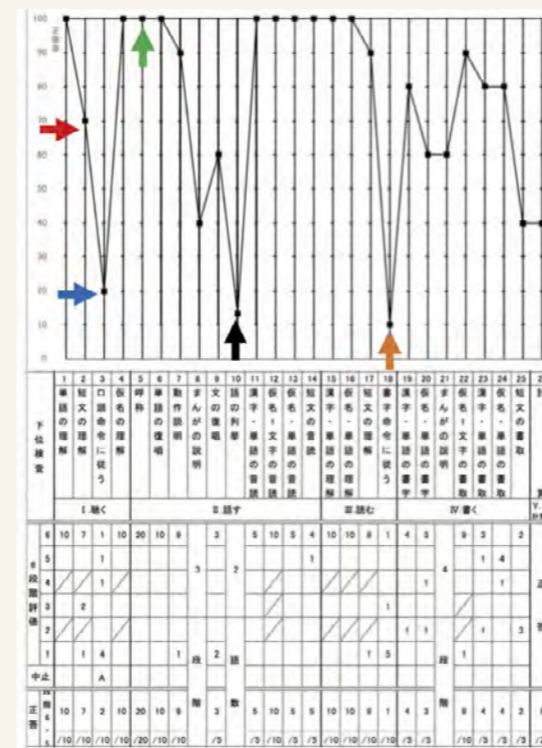
症例は70歳代の女性である。4年前に原発性進行性失語と診断され、言語機能の低下に対する治療目的で2年前に脳活リハに紹介された。MRIでは左半球前頭葉から側頭葉の萎縮を認め、局所脳血流(SPECT:IMP)においても、左の大脳半球に優位な血流低下が認められた【図3】。



【図3】頭部MRI画像(T1強調画像)と局所脳血流(SPECT:IMP) 頭部MRI画像:左半球前頭葉~側頭葉(黄矢印)を中心に萎縮を認める。局所脳血流:脳血流が低下している場所ほど赤色に近い色で表示されている。左半球に優位な血流低下(赤矢印)を認める。

CDRは0.5(認知症疑い)であり、記憶はほぼ保たれていたが、検査中に口頭で説明した内容を理解出来ない場面があった。言語機能検査の結果は、イラストを見て内容を理解する事は10割可能、短文を聞いて理解する事は7割可能だが、口頭指示など複雑な指示は2割程度しか理解できなかった。また、言葉として表出する際には、「動物」などのカテゴリーを伝えても1分間で2語しか表出する事が出来ず、書字命令など複雑な

文章を読んで理解することも困難である事がわかった【図4】。この結果から、長文で話しかけると理解が困難となるが、単語・短文での会話であれば理解しやすい事、また、「食べたいもの」などの質問をしても、言葉として多く表出する事は困難だが、イラストを指し示して答える事はでき、イラストを用いる事でコミュニケーションが円滑になる事がわかった。Zarit介護負担尺度では、「将来どうなるのか不安になる」という項目で主介護者である夫の介護負担感が強まっていた。夫は少しでも会話能力を保ちたいという思いが強く、多くの内容について話しかけ答えることを強いていたが、日常会話でも意思疎通が取りづらくなっており、このまま意思疎通がはかれなくなるのではないかと不安である事がわかった。



【図4】標準失語症検査の検査結果

標準失語症検査は「聴く」「話す」「読む」「書く」について各々複数の下位検査を持ち、計算を加えて合計26の下位検査からなる。それぞれ被検者の反応を6段階で評価する。スムーズに正答した場合を段階6、反応の遅れや自己修正等が見られたが最終的に正答した場合を段階5とし、段階6および5を正答として扱う。段階4以下は、誤りを含む不完全正答、ヒント後の正答、ヒント後の部分正答、誤答である。折れ線グラフの横軸は検査項目であり、縦軸は正答率(%)を表している。短文を聞いて理解する事は7割可能(赤矢印)であり、口頭命令の理解は2割可能(青矢印)、イラストの理解は10割可能(緑矢印)、語の列挙は1分間で2語表出可能(黒矢印)、書字命令に従う事は1割可能(橙矢印)であった。

言語機能の低下に対する対応方法

本症例は、特に「長文を聴いて理解すること」が問題点であったため、夫に対して単語や短文で話しかけるように指導した。また、日常生活で高頻度に使う言葉を家族と共に選び、場面毎のイラスト集「コミュニケーションノート」を作成した【図5】。内容は夫と療法士が定期的に話し合い、必要なイラストを随時更新した。

指導後の夫は、短文で話しかけたり、コミュニケーションノートを使用しながら買い物に出かけるなど、徐々にコミュニケーション手段を習得した。症例自身も理解が容易となり、自らの考えを表現する機会が増え、それを実感した家族の不安感が軽減した。



【図5】「コミュニケーションノート」の一部

日常生活で高頻度に使う言葉を家族と選び、場面毎のイラスト集を作成した。イラストを指差す事で情報を伝える事が可能となり、言葉に詰まった時も、コミュニケーションを円滑にする効果が期待できる。

小括

言語機能が低下した症例に対して、評価に基づき対応方法を指導することで、コミュニケーションの円滑化と家族の介護負担感の軽減を図る事ができた。

6 まとめ

認知症の症状は、症例によって多種多様である。医師や療法士など各専門職は、認知機能や運動機能だけを見るのではなく、症例を取り巻く環境を十分に理解し連携することが重要である。その上で、各職種の専門性を発揮することができれば、QOLの維持・向上を目指すことができると考える。ただし、病状の進行に伴って個々の認知機能は徐々に低下するため、本人と家族のニーズに即した長期的な治療が必要である。(田口大輔)

※1日本神経学会監修(「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集)。認知症疾患診療ガイドライン2017。医学書院、東京
 ※2大沢愛子ほか:高齢者によくみられる疾患・障害とそれに対するリハビリテーション1.認知症 3)認知症における家族指導, Geriatric Medicine 54(7):723-726, 2016.
 ※3大沢愛子ほか:認知症の非薬物療法, IRYO Vol. 71 No.5 :211-215, 2017

家族教室

国立長寿医療研究センター

【看護部】 看護師 竹内 さやか 師長 水野 伸枝 看護部長 伊藤 眞奈美



認知症の人やその周りの環境でケア方法はそれぞれ違う。そのため当センターでの家族教室では、具体的な解決策ではなく、参加者自身が自分たちに合った解決策を考えることが出来るプログラムにした。

ここで、2016年に完成した2つのプログラムを【表2】【表3】にまとめた。今回は、現在当センターで行っている「進行期認知症の人の家族介護者向けの教室プログラム」を紹介する。1クール6回コース、2週間に1回のペースで120分の講義を行っている。参加人数は1講義に10～20人/回程度である。参加者は診断から0～3年程度の認知症の人を介護している方が多い。講義は、座学だけでなく、参加者同士が作業を行ったり、グループワークを出来るようにしている。例えば、心理では参加者自身の特性を知るためエゴグラムを行ったり、ケアでは事例検討を行っている。参加者自身が積極的に参加することで、学びを深められるようにしている。

家族教室を終了した参加者は、1年2回の茶話会(家族教室卒業生の交流会)を開催しフォローアップを行っている。茶話会では介護者同士が普段の介護体験を語り合う場を作っている。半年に1回、定期的に介護体験を語ることでストレスが発散できる、家族教室の効果が持続できるよう関わっている。

【表2】 初期認知症・診断まもない認知症の人及び家族介護者向け教室

分野	テーマ
医学	認知症の基礎知識
薬剤	認知症の治療薬と管理
看護	認知症の人を理解し、対応する方法
社会福祉	認知症の人と家族が生きていくために必要な社会資源

【表3】 進行期認知症の人の家族介護者向けの教室プログラム

領域	テーマ
医学	認知症の基礎知識
ケア	認知症の人を中心としたケアの考え方とケア
ケア	認知症の症状に合わせた、関わり方のコツ
心理	認知症の人とのコミュニケーション技術と自己覚知(自分を知る)
ケア	認知症の人の行動理解と諸症状への対応
社会福祉	家族介護者の介護環境や感情から考える必要な地域支援

【引用文献】※1) 杉山孝博, 認知症看護の"キホン"を理解する. COMMUNITY CARE, 第9巻第12号, P10-21, 2007. ※2) 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター編「認知症家族教室」企画・運営ガイドブック中央法規, P84, 2018
【参考文献】※1) 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター編「認知症家族教室」企画・運営ガイドブック中央法規, 2018.

1 はじめに

2019年6月に閣議決定された認知症施策推進大綱に医療・ケア・介護サービス・介護者への支援があげられ、認知症の人の介護者の負担軽減の推進があげられている。家族教室を提供する意義について、杉山は、^{※1}「家族介護者への介護指導を充実されることで介護者に余裕ある介護が可能になれば、認知症の症状が落ち着く」ことを指摘している。介護者への支援は介護者自身の負担軽減だけでなく、認知症の人へも良い影響があると考えられる。集団で家族を支援していく大切さなどを述べつつ、国立長寿医療研究センター(以下、当センター)で行っている家族教室について紹介したい。

2 集団支援の必要性

認知症の人の介護者への支援は、認知症の知識の獲得だけでなく、身体的・心理的・社会的な負担を軽減できることが必要となってくる。清家は^{※2}「相互交流により家族介護者は、感情を吐露したり共感を得たりすることで心理的負担が軽減される、自己効力感を得られる、さらには他の仲間からの情報や知恵を追体験することで、介護の行きづまりや思念利用の躊躇を解消できる等の効果を得られると考えられる」とある。家族教室の参加者の中には、「自分だけではないと感じた」ことや、「介護で困っていることを話が出来てスッキリした」などの発言があった。集団で集まり、様々な介護者の話を聞くことで孤独感の解消、同じ介護者同士の中で困っていることを共感することで介護負担軽減になっていると考えられる。

家族教室は、正しい知識を獲得する場でもあるが、認知症の家族教室として集団で集まり、話し合うことで、個別ケアではできない集団の力が発揮されると言える。

3 ニーズ調査について

参加者が家族教室に求めることは、その地域や施設によって違う。その地域・施設にどのような背景の参加者が多いのか調査すること、そして、参加者自身の意見を聞き客観的な評価を行い、どのような介入方法が効果的なのかを検討していく必要がある。

当センターでは、もの忘れ外来窓口で実施していた看護相談の内容を分析しニーズを調査した。その結果、「初期認知症・診断まもない認知症、介護歴が1年前後の介護者」「進行期の認知症、介護歴が数年以上の介護者」に大別し整理を行った。【表1】

【表1】 家族介護者のニーズ把握の結果

「初期認知症・診断まもない認知症、介護歴が1年前後の介護者」
認知症の予防方法や進行予防のためにこころがけたらよいことを教えてほしいなど、医療領域に関する知識の習得
「進行期の認知症、介護歴が数年以上の介護者」
看護・心理・福祉領域に該当し、認知症の人の行動・心理症状(何もせずにじっとしている、夜に寝ない、勝手に家の外へ出ていく)や症状に伴う介護やサービス利用拒否への対応等、具体的なケア方法の習得、介護者の悩みを表出する機会の創出

引用: 国立長寿医療研究センターもの忘れセンター編「認知症家族教室」企画・運営ガイドブック, 中央法規, P27, 2018.

4 家族教室の実際

ニーズ調査を踏まえ、家族教室の目的は家族介護者のウェルビーイング(Well-being)の向上・維持を目指すこととした。目標は①認知症に関する知識の獲得、②介護者自身が客観的に自分の課題を把握することができること、③社会的支援を活用できるようになること、④介護者同士の交流により孤独感の解消を設定した。これらが達成することで介護者自身の「自律」を促すことになり、介護者が問題を自分で解決していく力を身に付けていくことを目指している。

ニーズ調査の中には、具体的なケア方法を知りたいという意見が多かった。しかし、具体的なケア方法は

5 運営スタッフについて

当センターの家族教室は医師、心理士、看護師と多職種で講義を行っている。そして、各講義にファシリテータとして看護師が2～3人参加している。講義担当者とファシリテータに、参加者の状況や家族教室の目的や内容について説明を行い、同じ目標に向かえるように協力を得ている。さらに、協力スタッフの上司にも家族教室の効果や必要性を理解してもらい、時間の確保が出来るようにしている。家族教室を継続的に運営するためには、協力スタッフが必要不可欠となってくるため、チームとして一緒に活動できるような働きかけが必要となる。

6 家族教室に参加が困難な方への支援について

前述では、集団教育の重要性や実際を伝えた。しかし、中には集団に入りたくない方、個別対応が望ましい方も見える。また来院のための交通手段がない方や仕事があるため参加したくても参加できない方も見える。その方たちへのフォローをどのように行っていくか課題がある。当センターでは途中離脱した方、家族教室に参加したくても参加できない方はもの忘れ外来通院時に声をかけたり、必要な場合はソーシャルワーカーに連絡して個別支援を行っている。

7 まとめ

当センターの家族教室のプログラムを紹介したが、実際に家族教室を行っている時、参加者全てが目標を達成することは難しい。その時々参加者の背景やニーズに合わせて、その都度プログラムの見直し、ブラッシュアップが必要となってくる。家族教室が参加者にとって介護の支えの一助になれるよう考える必要があり、それは、一人のスタッフの力ではできずチームで多面的に考えることが大切となる。

ポリファーマシーへの取り組み

国立長寿医療研究センター 【薬剤部】 薬剤師 溝神 文博

1 ポリファーマシーとは？

近年、ポリファーマシー問題は注目を集め、高齢者医療にとって重要な課題であると言える。ポリファーマシーは、薬剤数が多いことをポリファーマシーとして捉えられてきた。しかし、ポリファーマシーが関わる問題は、薬物有害事象の発現頻度が6剤以上で上昇^{※1}、処方複雑化^{※2}、服薬アドヒアランスの低下^{※3}、薬物関連問題^{※4}など様々な問題と関連すると言われている。厚生労働省の高齢者医薬品適正使用検討会において、ポリファーマシーは数の定義だけではなく「薬物有害事象や服薬アドヒアランスの低下、不要な処方、あるいは必要な薬が処方されないことや過量・重複投与など薬剤のあらゆる不適切な問題」がポリファーマシーと捉えるべきとしている^{※5}。一般的にポリファーマシーという「減薬」に注目されることが多いが、必要な薬が処方されていない、服薬アドヒアランス不要や患者が薬に依存した状態など減薬アプローチだけでは解決できない問題も多い。そのため、処方内容だけでなく服薬支援や生活環境の調整や患者家族を含めた指導など包括的な対応が必要になるのがポリファーマシー問題である。

【表1】薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

症 候	薬 剤
ふらつき・転倒	降圧薬(特に中枢性降圧薬、 α 遮断薬、 β 遮断薬)、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、てんかん治療薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、メマンチン
記憶障害	降圧薬(中枢性降圧薬、 α 遮断薬、 β 遮断薬)、睡眠薬、抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬(三環系)、てんかん治療薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)
せん妄	パーキンソン病治療薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬(三環系)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、降圧薬(中枢性降圧薬、 β 遮断薬)、ジギタリス、抗不整脈薬(リドカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬(テオフィリン、ネオフィリン)、副腎皮質ステロイド
抑うつ	中枢性降圧薬、 β 遮断薬、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、抗精神病薬、抗甲状腺薬、副腎皮質ステロイド
便秘	睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬(三環系)、過活動膀胱治療薬(ムスカリン受容体拮抗薬)、腸管鎮痙薬(アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、 α グルコンダーゼ阻害薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)
排尿障害・尿失禁	抗うつ薬(三環系)、過活動膀胱治療薬(ムスカリン受容体拮抗薬)、腸管鎮痙薬(アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗精神病薬(フェノチアジン系)、トリヘキソフェニジル、 α 遮断薬、利尿薬

高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)より引用

2 ポリファーマシーに関連する問題点

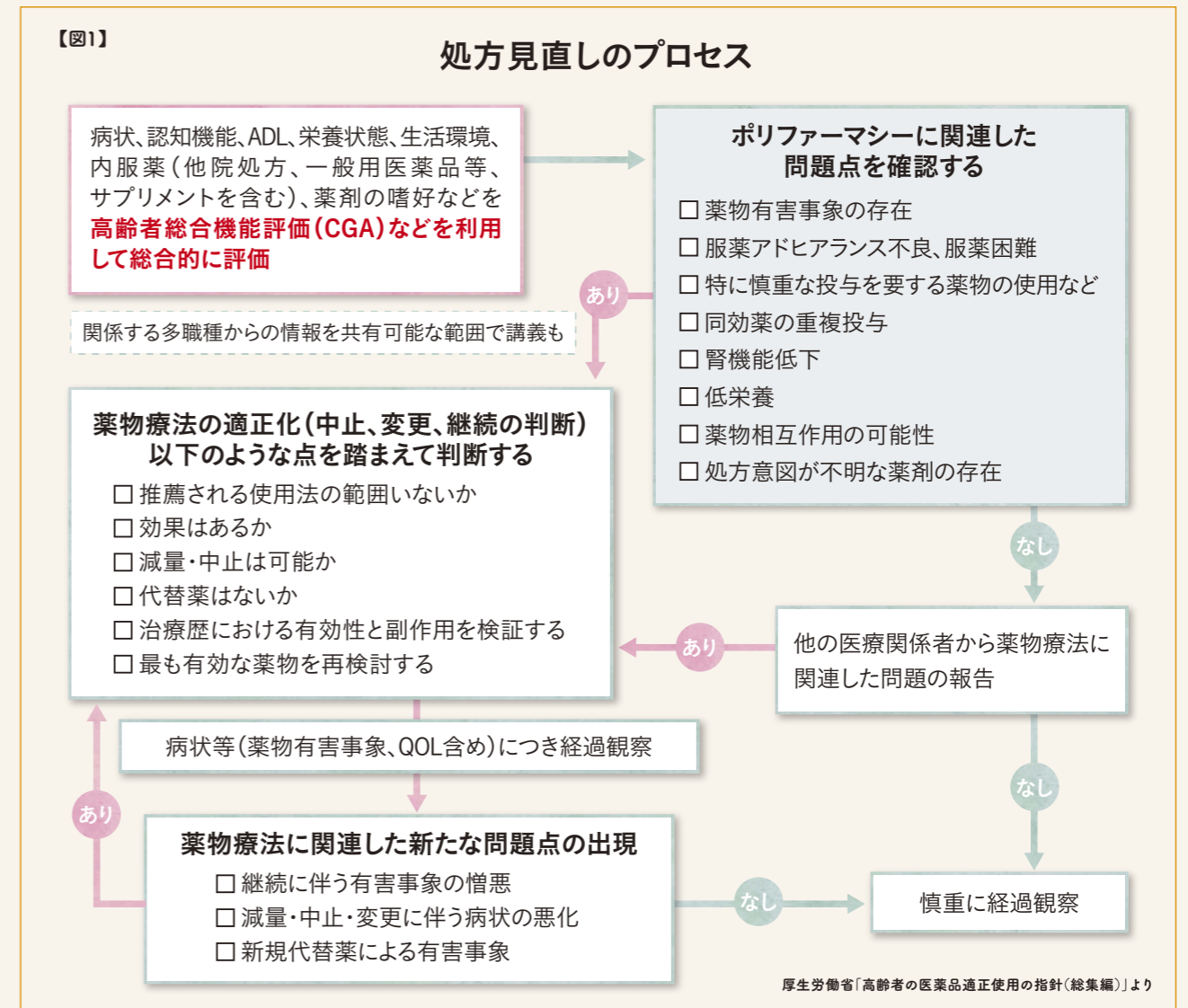
患者ごと、また、その置かれている状況によっても薬物療法の必要性は異なり、問題のあるポリファーマシーへのアプローチが求められる。高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)で示されているポリファーマシーの問題は、①薬物有害事象の存在および処方カスケードの存在、②服薬アドヒアランス不良・服薬困難、③特に慎重な投与を要する薬物の使用、④同効薬の重複投与、⑤腎機能低下、⑥低栄養、⑦薬物相互作用の可能性、その他にも問題点として、対症療法薬の漫然処方、患者・家族の処方に対する依存などの問題が考えられる。

処方カスケードとは、薬物有害事象を新たな疾患や症状と勘違いし処方をしてしまう状態を指し、疑わな限り発見することが難しい。薬物有害事象はポリファーマシー患者に多く特にフレイル状態であれば、発生頻度は33%にも達する^{※6}。そのため、新たな症状に対して処方を追加する場合、薬物有害事象を疑い中止することも念頭に置くことが大切である。このような状態が起こりやすいのは、いわゆる薬剤起因性老年症候群であり、【表1】のような症状があり、処方が処方されている場合は中止も考慮することが必要である。

対症療法薬の中には、処方が追加された後の評価が行われる前に処方医が変更となり継続処方され、処方意図がわからない状態となることも多い。さらに、一般的に服薬することを嫌う患者が多いが、処方を欲する患者もいるため、薬物療法に対するリスク・ベネフィットバランスについて患者に説明し理解していただくことも大切である。また、ポリファーマシーという「減薬」に注目されることが多いが、Kuijpersらの報告では、ポリファーマシー状態の高齢者では、4.8倍必要な薬が処方されていない状態であると報告されている^{※7}。そのため、減薬だけでなく、薬物療法の必要性についても検討が必要であり、総合的な評価および処方の見直しが必要となる。

3 ポリファーマシー対策に必要なこと

ポリファーマシーによる問題があると判断される場合、積極的に対応する必要があるが、上記のように問題が複合的なことが多く、包括的な対応が求められるため、多職種で対応することが望ましいと考える。高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)^{※5}において日本における処方見直しのプロセスを示している【図1】。重要なこととして、ポリファーマシーに関連する問題を評価する前に、患者の状態把握や背景に関して高齢者総合機能評価(CGA)などを用いて総合的に評価す



ることが求められていることである。とりわけ、CGA評価には、関連する多職種からの情報共有と協議が必要であり、ポリファーマシーの処方見直しには、多職種協働の考え方が重要である。

4 処方適正化チームでのポリファーマシー対応

多岐にわたるポリファーマシー問題に対して包括的なアプローチを行うために国立長寿医療研究センターでは、多職種によるポリファーマシー対策チームを組織し活動を行っている。処方を検討する際に詳細な薬歴など薬に関する情報を収集し、医師や薬剤師だけでなく、患者の生活状況の把握、服用状況の把握、薬物有害事象が疑われるような症状、非薬物療法の介入の

必要性、嚥下機能、患者・家族の治療に対する思いといった情報を収集し、多職種で処方を見直すことを目的としている。主な参加職種は、医師(老年内科、循環器内科、リハビリ科、代謝内科)、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士である。医師も複数診療科により議論を行うことが特徴である。各職種の役割として【図2】に示す。

チームの活動の流れは、情報収集に関して多職種で行い、薬に関して(詳細な薬歴、処方意図、サプリメントやOTCなどを含めて)、薬物有害事象の評価、服薬アドヒアランス、各職種からの情報を集め情報の一元化、および患者・家族から薬に対する考え方や思いなどを聞き入れ患者中心の処方見直しを行うように心がけ、情報シートを作成する。作成した資料を元に週に1回カンファランスを実施し、処方医への意見をまとめ、カン

ファランス結果をもとに主治医と処方変更に関して担当の薬剤師と再度ディスカッションを行う。チームからの提案内容は、主に、①削減候補薬の選定、②過小医療に対する提案、③服薬環境の調整および④非薬物療法の提案である。削減候補薬に関しては、優先順位を明確に示し、薬物有害事象の被疑薬やPIMsなどを中心に積極的に提案する。さらに処方意図を考慮しつつ必要性が低い薬も削減提案を行い、必要性が高いが投与されていない薬などがなく慎重に検討を行う。さらに入院前及び退院後の処方医とも連携を取り、処方意図や退院後の方針について確認しながら進めることが大切である。また、退院後の継続的な見直しと経過観察につながるよう退院後の処方医に適切な情報提供を行っている。



カンファランスの風景



薬の管理方法の工夫

5 おわりに

ポリファーマシーに関連する問題は、多種多様である。その多様な問題に対応するため、多職種とともに各職種が専門性を発揮し情報収集し共有し活用することが求められ、患者・家族とともに治療の方向性を共有し処方を検討することが求められている。

ポリファーマシーの課題

医療者側の問題

- PIMs
- 診療科ごとの治療
- 医学教育の問題
- ガイドラインごとの治療
- 患者に対する教育不足



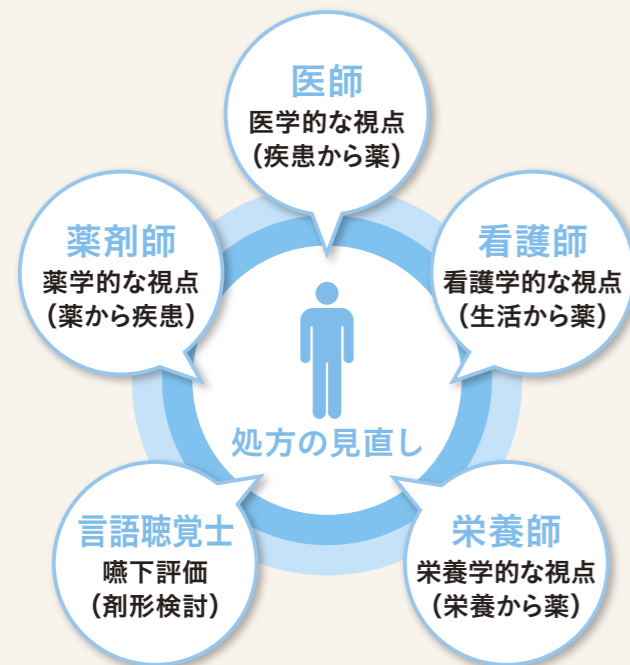
医療者と患者と一緒に考える必要がある

社会的な問題

- 患者・家族の希望
- 保険制度の問題
- 薬に対する過剰な期待
- 薬物有害事象への理解不足
- 価値観の違い

※1) Kojima, T.; Akishita, M.; Kameyama, Y.; Yamaguchi, K.; Yamamoto, H.; Eto, M.; Ouchi, Y., High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. *Geriatrics & gerontology international* 2012, 12 (4), 761-762.
 ※2) Mansur, N.; Weiss, A.; Belooesky, Y., Looking beyond polypharmacy: quantification of medication regimen complexity in the elderly. *The American journal of geriatric pharmacotherapy* 2012, 10 (4), 223-229.
 ※3) Hajjar, E. R.; Cafiero, A. C.; Hanlon, J. T., Polypharmacy in elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy* 2007, 5 (4), 345-351.
 ※4) Viktil, K. K.; Blix, H. S.; Moger, T. A.; Reikvam, A., Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British journal of clinical pharmacology* 2007, 63 (2), 187-195.
 ※5) 厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)について. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11125000-Iyakushokuhinkyoku-Anzentaishaku/0000209385.pdf> (accessed 2018/7/9).
 ※6) Hanlon, J. T.; Pieper, C. F.; Hajjar, E. R.; Sloane, R. J.; Lindblad, C. I.; Ruby, C. M.; Schmadler, K. E., Incidence and predictors of all and preventable adverse drug reactions in frail elderly persons after hospital stay. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2006, 61 (5), 511-515.
 ※7) Kuijpers, M. A.; Van Marum, R. J.; Egberts, A. C.; Jansen, P. A.; Group, O. S., Relationship between polypharmacy and underprescribing. *British journal of clinical pharmacology* 2008, 65 (1), 130-133

【図2】処方適正化チーム各職種の役割



チームでの処方適正化

医師

チームの中心医学的な視点から診断と薬物の効果を評価

薬剤師

薬に関する情報の全体像の把握、薬学的な視点から総合的に判断

看護師

生活の視点から服薬支援、症状の把握や患者・家族の思いなどの聴取

管理栄養士

非薬物療法として食欲や栄養状態の把握、栄養指導

言語聴覚士

嚥下機能の評価

虐待予防・防止などの視点からの支援

国立長寿医療研究センター 【在宅医療・地域医療連携推進部】 医療社会事業専門員 近藤 秀憲

1 はじめに

高齢者に対する虐待事例絡みについての報道を目にしても、介護を現実として接する機会がない限り、自身のことと考えるのは難しいかもしれない。しかしながら介護は誰にでも訪れる可能性がある。そして現実として介護に向き合った時に、正しい知識やこころづもりがないと、虐待という形でフラストレーションが現れてしまうこともあり得る。

認知症とその予備軍とされる軽度認知症(MCI)の人口は862万人と予測されている。これは65歳以上の4人に1人という比率で、認知症に対する課題を示す数字でもある。だからこそ認知症について正しく理解し、その人なりまたその地域特性に合わせた適切な支援・対応が必要である。適切な支援・対応ができれば、患者そしてご家族様のストレスは軽減し、虐待の予防・防止に繋げることが可能となる。支援者は認知症の患者を介護する家族や地域住民が抱く不安を少しでも和らげるために、認知症についての基本的な理解をしておく必要がある。患者自身としては、日常生活において病気が理解できる時点で受診し、患者そしてご家族様で少しずつ理解を深めていくことが適当である。そうすることで必要な時必要なフォーマルサービスの利用へと結び付けることが可能となる。症状の軽いうちに診断・治療を受け、自立した生活を可能な限り維持しつつ、症状が重くなった時に備えることが、その人らしさ・生を全うすることを支えることに繋がる。活用できる制度の一例としては、介護保険制度、任意後見制度、成年後見制度、傷病手当金、障害年金、精神障害者保健福祉手帳、そして自立支援医療などがある。

認知症の方はご自身の意思や要望をうまく伝えることができない。支援者は、養護者が本人の望む生活・生き方を把握し、社会背景、地域特性などに合わせ自己決定を尊重してゆくパーソン・センタード・ケアの考え方を基本に押さえ、本人とのコミュニケーションや客観的評価を通じて、その人の生を全うすることができるよう支えるアドバンスケアプランニングの実践が必要となる。また認知症を支援する上では、患者本人の支援とともにそのご家族様、養護者への支援も必要となる。

親、配偶者、そして親族が認知症になったことを受け

入れる難しさ、介護がいつまで続くのか予測できない不安、日常生活において見守ることを欠かすことができない拘束感、周囲の協力、共感・理解が得られない折の孤独感、そして認知症という病気がと分かっていても患者本人に怒りを向けてしまうことへの葛藤など、否定的感情を抱きながら家族や養護者などは日々認知症の患者に向き合っている。そしてそれが初めての経験ですらある場合が多いのである。だからこそ支援者は家族介護者、養護者らの抱く気持ちを押し量りながら、家族がどのような気持ちの変化をたどるかを理解し、また家族をとりまく社会背景はそれぞれ異なるという個性にも配慮する必要がある。介護の社会化に応じて介護保険制度は整備されたものの、その支援内容において個性性は幅広く、ニーズも多様化している。またフォーマルな社会資源にも限界があるのも現実である。

誰もが虐待の加害者となる可能性を理解し、虐待が起きてしまう養護者側の要因として、養護者自身が疾病や障がいを抱えている、加齢に伴う心身機能の低下や認知症など病気についての理解不足がある、そして介護を自分がしなければならぬという責任感など高いストレス状況にある、もしくは放任の状況にあるなど様々な要因が虐待に影響を及ぼしている。

この様に介護の問題だけではなく、これまでの人間関係や経済的問題など、多くの要因が重なり合って虐待は発生している。だからこそ支援者は、家族、養護者を認知症患者の介護者や家族としてだけではなく個の人生もある一人の人間であることを認識し、家族が抱く思いに寄り添いながら、介護者が自分自身を大切にできるように支えることが必要である。

患者、そして家族には相談できる人、相談できる場所があることを理解することが必要であり、それを適時適切にアナウンスし繋ぐことが支援者にとって重要になる。

- ・主治医 ・医療ソーシャルワーカー ・ケアマネジャー
- ・包括支援センター(いきいき支援センター)
- ・行政 ・家族会 ・介護保険施設各種相談員などネットワークで支え繋がる支援が大切です。

2 医療機関における支援者の皆さまへ

支援者の中でも医療機関は高齢者虐待を発見する機会が高い機関である。身体虐待、ネグレクトにより医



血栓予防剤内服患者
不適切な介護方法により胸部に広範囲な皮下出血を発生した事例



多問題世帯
マネージメントが適切になされず、帯状疱疹を契機に左下腿重度皮膚潰瘍を発生した事例

療機関を受診、または救急搬送されることがある。日々の診療を通じて不審な皮下出血痕などを把握できるほか、家族・養護者の様子の変化に気づくこともできる。

認知症患者の人権侵害、生命、生活が損なわれないよう、虐待から患者を保護するためにも、支援者が虐待を疑った所見がある場合、管轄虐待防止センターへ相談、通報することが必要である。相談通報は患者の支援を見直す契機となり客観的評価がなされる。そして必要時には医療、保健、福祉、法律、地域の専門家らの協力・支援により、患者、ご家族様、養護者含めた、より適切と考えられるサービス提供がマネージメントされることを目的としてなされる。

1例として当センターの位置する大府市にも「大府市高齢者・障がい者虐待防止等連絡協議会」が定期開催され、有意義な意見交換、個別の支援検討がなされている。医師、弁護士、学識経験者、医療ソーシャルワーカー、保健師、民生委員、警察官、ケアマネジャー、介護施設、障がい者施設、人権擁護委員、成年後見センター、患者家族会、そして福祉事務所スタッフを構成メンバーとし、有機的な活動がなされている。支援者は主体的に、地域特性に合ったかたちで支えるネットワーク、支援体制づくりをすすめることで、目の前にいる患者家族の生を全うできることを支えられるものとする。2015年4月1日から2017年3月31日の期間において、当センター虐待防止委員会虐待受理件数は60件。うち虐待被害者の65%が何らかの認知症、または精神科疾患を有していた。また被害者の80%が女性であった。施設職員などからの虐待はみられず、家族親族など養護者からの虐待が83%であった。

それら個々の事例に対する支援方法としては、被害者(患者)を施設や医療機関などへ分離した事例は48%、また判断能力の欠如などから成年後見制度を活用した事例は12%であった。虐待の要因として考えられたものは、やはり介護負担の増大、養護者への指導不足、その他マネージメント不足などの例が目立った。ついで夫婦のみの二世帯において、男性介護者による病識の理解不足、パターンリズムが虐待の要因となっている事例が目立った。その他新興住宅地域にお

いては経済的搾取事例が多くみられたという特徴があった。またセルフネグレクト、そして養護者らの知識不足などによる不適切な介護環境を要因とした虐待疑い事例が増加していたという傾向もみられた。

このように当センターにおける事例件数からも、支援者、専門職による早期発見、虐待要因の除去、適切な援助介入がとて大切なのである。

3 「高齢者虐待」の捉え方と対応が必要な範囲について

高齢者虐待防止法では、広い意味での高齢者虐待を「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること」と捉えた上で、高齢者虐待防止法の対象を規定したものとしている。また、地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)の一つとして、市町村に対し「被保険者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業その他の被保険者の権利擁護のため必要な援助を行う事業」(「介護保険法第115条の45第2項2号」の実施が義務づけられている。

こうしたことから、市町村は高齢者虐待防止法に規定する高齢者虐待かどうか判別しがたい事例であっても、高齢者の権利侵害がされていたり、生命や健康、生活が損なわれるような事態が予測されるなど支援が必要な場合には、高齢者虐待防止法の取り扱いに準じて、必要な援助を行っていく必要があるとの記載がある。

4 まとめ

目の前にいる患者家族の生を全うすることを支えるためにも、支援者は認知症について正しく理解し、その人なりまたその地域特性に合わせた適切な支援・対応に努める必要がある。また虐待予防・防止などの視点からも、患者、家族、そして支援者自らも自分だけで問題を抱え込まないように、適時適切なチームで支援することができるネットワークづくりをすることも必要である。

●主な虐待種類について

身体的虐待	暴行によって、身体に傷や痛みを与える行為、または生じる恐れのある行為を加えること	性的虐待	本人の同意していない性的行為やその強要をすること
心理的虐待	脅しや侮辱などの行為、態度により心理的外傷を与えること	経済的虐待	財産を不当に処分することその他当該者から不当に財産上の利益を得ること
介護世話の放棄放任	衰弱させるような著しい減食または長時間の放置、養護を著しく怠ること	セルフ・ネグレクト	介護・医療サービスの利用を拒否するなどにより、社会から孤立し、生活行為や心身の健康維持ができなくなる

排尿障害に対する取り組み

国立長寿医療研究センター

【看護部】 副看護部長 横山 剛志 看護師 安江 孝依 看護部長 伊藤 真奈美

【泌尿器科】 医師 西井 久枝 医長 野宮 正範 部長 吉田 正貴

1 はじめに

排尿行為は、「蓄尿→尿意を感じる→我慢する→排尿しようと思う→行動を起こす→排尿する→後始末をする」という一連の動作ができて成立する。この一連の動作のどこかに支障をきたして排尿障害となる。そのため、膀胱や尿道などの泌尿科的障害以外の認知障害や歩行障害などでも排尿障害は起こりうる。

認知症患者が、排尿障害を合併していることは、珍しくない。認知症からみた尿失禁の頻度は11~90%、平均50%程度と推定されており、これは高齢者全体での尿失禁の頻度より高い^{※1}。軽度認知障害や認知症診断後の早期のうちから排尿障害の有無や程度を確認する等の介入することが良いと考えられる。今回は、認知症患者のみを対象としたものではないが、国立長寿医療研究センターで地域在住高齢者、それを支える介護・医療関係者を対象とした排尿障害に対する取り組みである「すっきり排泄ケア相談外来」「高齢者排尿障害研修会」について報告する。

2 すっきり排泄ケア相談外来について

すっきり排泄ケア相談外来は、平成27年10月から看護部と泌尿器科とで協働して行っている専門外来で、その目的は、地域在住高齢者とその家族・介護者の排泄ケアに関する質の向上、排泄ケアに関する地域包括ケアモデルの構築、高齢者排泄ケアセンター設立を視野に入れた研究の実施の3つである。週に1回、2人枠(1人45分)の完全予約制で行っている。本外来では、排尿に関する症状の改善、軽減は勿論のこと、困っている排尿に関する症状により、患者本人あるいは家族が困っている生活上の問題点を解決できるような視点で取り組んでいる。初診の患者は、必ず泌尿器科医の診察を受けてもらう。その理由は、冒頭で述べた通り、排尿障害の要因は1つではなく、医学的に治療できるもの、治療が必要なものはまず医師による介入を行い、その後に看護が介入するためである。例え

ば、頻尿を主訴に来院した患者の場合、原因が膀胱炎であれば、抗生剤の投与で症状は改善される。また、膀胱がん等の悪性腫瘍で治療が必要なこともある。

平成27年10月から令和元年7月までの受診患者数は延べ126名で、そのうち認知症と診断を受けている者は34名、認知機能障害がある者は29名で、半数を占めていた。今回はその63名について解析を行った。平均年齢は79.4±7.3歳(最小70歳、最大93歳)で、男性は34名、女性29名であった。既往歴として前立腺肥大症24名(男性の70.6%)、神経疾患44名(69.8%)であった。

困っている排尿障害(複数該当)は、尿閉35名、尿失禁21名、頻尿13名の順であった。また、他院で留置された尿道カテーテルを抜去したいとの相談患者は5名であった。

ケアの内容(複数該当)は、間欠(自己)導尿指導が36名、飲水指導28名、排尿記録を用いた排尿パターンの指導26名、おむつに関する指導20名の順に多かった。

排尿障害に尿閉が多く、尿を体外へ排出するための間欠導尿の指導を行うことも多かった。また、間欠導尿が尿道留置カテーテルよりも合併症の頻度が低いため、当センターでは認知症や認知機能障害の患者であっても積極的に本人もしくは家族に間欠導尿の指導をしている。ただ、外来だけでは間欠導尿の習得が困難な場合は、入院で対応していることもある。認知症や認知機能障害の患者では、入院によるせん妄や転倒などの弊害も多いため、本人、家族、ケアマネージャー等の多職種により検討を行っている。尿道留置カテーテルの抜去を希望された患者5名は尿道留置カテーテルを抜去でき、3名はカテーテルフリー、1名は自己導尿、1名は家族による間欠導尿となった。尿道留置カテーテルを使用している患者は、なぜ留置されているのか、他の選択肢はないのか、尿道留置カテーテルを使用していることでQOLを低下させていないか等と患者の視点から今一度考えてみる必要がある。

おむつに関することでは、おむつからの尿の横漏れや不快感で困っている患者が多かった。基本のおむつの使用法を指導することで、ほとんどは改善できている。患者、家族が誤ったおむつの使用をしている要因は、おむつの使用を開始する際に医療・介護関係者へ相談せず、よくわからないまま使用を開始するこ

とや、介護・医療関係者が誤った指導を行っていることである。中には、おむつの適切な使用で、暴力等の行動・心理症状(BPSD)が軽減した認知症患者もあり^{※2}、排泄の視点から認知症患者のBPSDについてアセスメントすることは重要である。

3 高齢者排尿障害研修会について

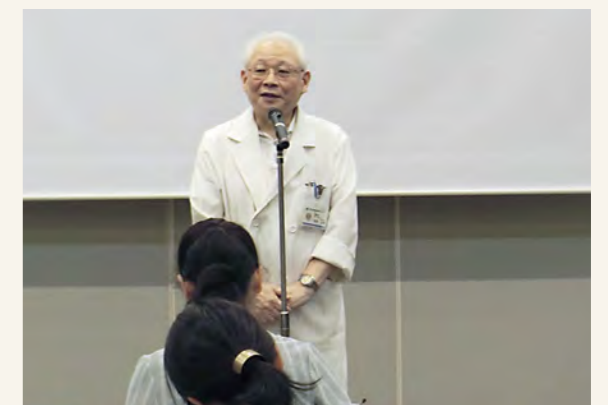
平成30年から介護・医療関係者を対象とした高齢者排尿障害研修会を開催している。看護部、泌尿器科だけでなく、リハビリテーション科部、国立長寿医療研究センターと共催している。主な内容は、排尿障害とそのケア・対処の基本的事項であり、体系的に1日で学べるようにしている。また、泌尿科医、看護師、理学療法士による排尿障害に関する基礎知識の講義だけでなく、実際現場で扱うことの多いおむつや尿道カテーテル、アセスメントで重要である超音波残尿測定装置を用いた残尿測定、排尿に関連する動作の訓練や介助法について演習も行っている。

第1回は平成30年11月17日に国立長寿医療研究センターの教育研修棟で開催した。参加者は31名であった。研修後のアンケートから参加者の職種は、看護師が40%と最も多く、次いでケアマネージャーが37%であった。現職の経験年数は平均11年であった。勤務先は介護施設(入所)が35%で、訪問看護ステーション21%であった。研修の満足度はVisual Analogue Scaleで100(満足)が59%、80~99%が26%であった。また、今後研修で得たい知識(複数回答)は、「排便障害」「感染対策(患者の尿と感染症や環境感染対策)が14%と最も多く、次いで「排泄関連動作のリハビリテーション」が10%、「排尿関連動作のアセスメント」「保存療法・行動療法(生活指導、膀胱訓練、骨盤底筋訓練など)」が9%の順であった。さらに、どのようなことがあれば排泄ケアが円滑に行えると思いますか?という問い(複数回答)には、「知識・技術向上のための勉強会」が25%と最も多く、次いで「施設内での勉強会」が20%、「ケアマニュアル」14%、「排泄ケアを行う事でのメリット(保険収載、個人的な金銭面でのメリットなど)10%であった。

研修後のアンケートから参加者のほとんどが研修内容に満足していた。ただ、今後研修で得たい内容として、排便障害や感染対策が最も多かったことから、今後はこれらの内容を学べるような研修の企画も必要かと考える。また、排泄(排尿)ケアを円滑に行うためには、本研修のような勉強会の開催の必要性が挙げられており、今後も本研修を継続して行っていくことが重要であるとする。

4 おわりに

排尿(排泄)障害は人の尊厳に関わる問題だが、これまであまり注目されてこなかった。しかし、軽度認知障害や認知症診断後の患者にとって、いずれは出現する症状の1つであり、非常に重要な問題である。当センターでは、今後も質の高い排尿(排泄)ケアを実践し、患者や家族のQOL向上を目指して、多職種と連携しつつ今回紹介した外来、研修会などに取り組んでいく予定である。



【文献】※1) 穴澤真夫 他: 排泄リハビリテーション理論と臨床, 92-93, 中山書店, 2009 ※2) 横山剛志 他: 事例でみる 認知症の高齢者に対する排尿管理, 泌尿器Care&Cure Uro-Lo 22(6): 750-753, 2017.

糖尿病教室

国立長寿医療研究センター 【代謝内科部】 医師 谷川 隆久

1 背景

高齢者糖尿病患者では糖尿病でない人に比べて認知症に約1.5倍、軽度認知障害に約2倍なりやすい^{※1}。認知機能が低下すると血糖降下薬の内服やインスリン注射、食事療法や運動療法の管理ができなくなる。そのため認知機能低下を早期発見し、適切に介入することが必要であり、患者の状態を把握し、適切な指導を行う必要がある。糖尿病患者における指導には糖尿病教室による集団指導や個別指導がある。それぞれ長所、短所があるため、両者を比較するとともに当施設での取り組みを紹介する。

2 糖尿病における療養指導

良好な血糖コントロールを達成、維持し、合併症発症の予防あるいは進展を抑制するには糖尿病の自己管理と療養指導が有用である。糖尿病療養の基本である食事療法、運動療法、ストレス管理、薬物療法は日常生活の中で自己管理していかなければならず、患者が糖尿病に関する正しい知識を持ち、自己管理に必要な適切な技能を習得し、主体的に治療に取り組む必要がある。そのため、医療者は患者の生活を理解し、患者が具体的な目標を設定し、日常生活の中で継続的に継続できるように支援するべきである^{※2}。

療養指導内容は多岐にわたるため、各専門職の専門性が高くなった。患者に必要な指導を提供するには医療専門職によるチームアプローチが必要である。医療チームは医師のほか、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカーなどが参加する。各職種は役割分担を行い、療養指導の責任を持つ^{※3}。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標は、患者の認知機能、身体機能、併存疾患、重症低血糖のリスクを考慮し、個別に設定するようになった^{※4}。3つのカテゴリーに分類し、それぞれの血糖値も目標を設定するため、患者の状態や治療目標の共有が必要であり、それ

にあわせた指導を行っていくため、チームによる指導の重要性が増している。

3 個別指導と集団指導

糖尿病教育は栄養指導でみられるような個別指導と糖尿病教室で行われる集団指導がある。それぞれに特徴があり、長所短所がある。個別指導の長所としては個別に対応しやすい、自己効力感を高める介入がしやすいといった点があげられる。短所としては外来では医師、栄養士以外の職種の介入が難しく、職種間の情報共有の場が持ちにくいといった点があげられる。集団指導の長所としては、初期教育に適している、患者同士の仲間作りの機会となり、患者間の相互作用が期待できる点があげられる。短所としては参加者が一定の者に限られる傾向がある、教育効果の確認がおこなにくい、自己効力感を高める介入がしにくい^{※5}がある。

4 当施設での糖尿病教室

当科にて外来ではDASC-8 (Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-8)、入院ではMMSE (Mini-Mental State Examination)、MOCA-J (Japanese version of Montreal Cognitive Assessment)で認知機能のスクリーニングを行っている。糖尿病教室は前述した個別指導、集団指導の長所、短所をふまえ、両者をミックスさせた形式をとっている。また、指導内容を共有、また患者が指導内容を振り返ることができるように患者の現在の状態(認知機能、身体機能、併存症、合併症、使用薬剤)、指導内容を記載する本人専用の療養指導手帳を用意した。

糖尿病教室は医師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、看護師、理学療法士で行う、糖尿病教室は糖尿病食を実食するランチタイム教室とその後に続く、個別指導からなる。参加者は6名と小グループ制をとっている。ランチタイム教室では、個別に対応した糖尿病食を用意し、実食してもらうことによって栄養指導の一

部を担っている。医療者も一緒に実食に参加し、参加者がスムーズにコミュニケーションをとるように促していく。そこで患者間、医療者患者間がコミュニケーションをとることによって、患者同士のコミュニティ形成にも役立ち、通常知ることのない患者の心理状態が判明する場合もある。ランチタイム教室の後は個別指導になるが、上記6職種専用のブースをそれぞれ用意し、それぞれ個別に指導を順繰りに受けていく。1職種あたり、20分の指導で患者の血糖コントロール目標にあわせた指導を行っていく。1回の糖尿病教室で3職種、合計60分の指導を受ける(つまり、6職種すべての指導を受けるには2回の糖尿病教室参加が必要となる)。各職種の指導者は本人専用の療養指導手帳に指導内容と目標を記載して、情報共有するとともに本人の振り返りに役立たせる。また、その手帳を外来で持参することによって外来での継続指導に役立たせる。

5 糖尿病教室をやってみて

当施設での糖尿病教室での取り組みを紹介した。集団指導の長所である患者間の相互作用を期待したランチタイム教室をまず行った。患者間のコミュニケーションが図りやすいことと、今までの当施設で様々な糖尿病教室を行ってきたが、糖尿病食を実食するランチタイム教室が一番参加者が多かったことから糖尿病食の実食形式を採用した。指導は自己効力感を高めるために個別指導を採用した。同一空間で多職種の医



糖尿病集団教室で提供している食事
患者に合わせた栄養量の食事を提供し、昼食も兼ねて重要な教材として役立っている。

療者が同時に指導することによって、情報共有しやすくなり、また通常の外来で指導を行いにくい、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士が指導できる場を提供することができた。指導を受けた患者からは、これまで重点的に個別指導を受けたことがなく、役にたったといった感想が多数みられた。欠点としては、人手がかかることと、1回の教室で指導できる人数が限られることがあげられた。

6 おわりに

多職種によるチーム連携での指導は医療機関のおかれた状況や教育課程によって異なる。重要なことは情報を共有し、個々の治療方針、アプローチ方法、評価について統一見解をもつことである。指導を行う上では個別指導、集団指導の両者があり、それぞれの長所短所を把握していなくてはならない。また、糖尿病教室ですべての指導を網羅することは難しい。クリニック、急性期病院、慢性期病院によって投入できる人員、時間も異なる。当施設でも4年間にわたって毎年、各職種間で話し合い、糖尿病教室を変更してきた。フレキシブルに医療環境にあわせた対応が必要である。



【参考文献】※1)Chen G et al. Intern Med J 42: 484-491, 2012. ※2)Knowler WC et al. N Engl J Med 346: 393-403, 2002. ※3)Funnell MM et al. Diabetic Care 35: S101-S108, 2012
※4)日本老年医学会・日本糖尿病学会(編・著). 高齢者糖尿病診療ガイドライン2017. 南江堂. 東京. P46, 2017 ※5)東林綾香ら 信州大学医学部付属病院看護研究抄録 43: 52-55, 2015.

食事指導

国立長寿医療研究センター 【栄養管理部】 臨床栄養主任 飯塚 祐美子

1 はじめに

生活習慣病の栄養指導では、初回で食事状況や生活習慣の聞き取りから問題点の抽出と目標の設定を行う。2回目以降は目標の達成状況の確認を行い習慣の行動変容を促していく。具体的には食事時間・食事頻度・主食量・副食量(たんぱく源・野菜・果物など)・間食の種類と食べ方・飲酒習慣・外食中食の習慣について調査を行う。高血圧などで減塩が必要な場合は高塩分の食品についても聞き取る。聞き取りの手法としては、過去24時間の食事を思い出してもらう方法や、食事摂取頻度調査票(Food Frequency Questionnaire :FFQ)、食事の写真や食事日記をつけて指導毎に確認する場合もある。いずれにしても患者本人より日常生活習慣を問診し、その過程で問題点・改善点の抽出を行いバランスの良い食習慣に近づけていく。

しかし、高齢者では味覚低下・口腔機能の低下により味が濃い食品や、糖質が多く咀嚼しやすい食品に偏り、食品の種類が減り食事バランスもとりにくくなる。また、活動性の低下・金銭の問題により、買い物などの食事調達力が低下したり、調理力の低下により、塩分の多い加工食品や総菜の利用に頼らざるを得なくなることがある。一方で、減塩や血糖コントロールを意識するあまり、過度に食事が減ってしまうことも経験する。

上記に加え、認知症を持つ高齢者では外来栄養指導時に問診による食事内容の調査が困難となる。また食物摂取頻度調査票などの質問紙票では明らかに摂取頻度がおかしく、体格からはありえない摂取量が算出されることも少なくない。現状把握の困難さに加え、記憶力低下にともない行動変容のための計画は立てづらい。しかし、指導時の工夫次第で行動変容の促しが可能であることも経験する。本稿では臨床での実際の工夫や取り組みについて紹介する。

2 具体的な工夫～臨床経験を踏まえ～ 持ち帰り資料の情報量を減らす

患者に提供する資料は、情報量を減らし、イメージしやすい資料作りを心がける。例えば食事バランスについて、こども向けの食育資料を参考に炭水化物中心の主食を黄色い皿、タンパク質中心の主菜を赤い皿、野菜・海藻類を緑の皿に表して食べる量を記載する。高血圧などの減塩では麺類の汁を残す、漬物は1日に1回など特定の高塩分の食品に絞って記載する。また、1日に食べる量や回数を具体的に決めることで行動目標を単純にし、実行しやすくする。提供した資料は、冷蔵庫や手帳など目につきやすいところに貼っておくことも提言する。

3 記録する

習慣的に血圧手帳や自己血糖測定手帳の記載が出来る方には、手帳の自由記載欄に間食やお酒、菓子パンなど注意したい食べもののみの記録を簡単に記載してもらう。簡単な目標設定(例:漬物は1日1回のみ)を行い、できた日にのみ〇を付けることもある。また、栄養指導当日の食事の聞き取りでは食事内容が推計できない場合、本人に食品の空袋や買い物のレシートを持参してもらったり、家族に残した食事量の確認をお願いしたりすることで摂取量を推定する。

4 視界に入りやすい 場所の工夫

食事が目につかなければ摂取しない方、また目についたら際限なく食べてしまう方があり、視界に入る食事については気を配る必要がある。摂取が進まない原因として、冷蔵庫の中に用意されたものを本人が確認していない場合がある。パンや栄養剤などを卓上などの目につきやすい場所に用意し、摂取を促す方法もある。逆に際限なく食べてしまう場合は、家族に見えない場所にしまっただけを依頼することもある。

5 代替食品の活用

パンに塗るジャムや間食がやめられない場合や、減塩のために代替食品を活用する。当院の売店では低エネルギー食品(マービージャム・菓子類)、減塩調味料などを販売しているため、一緒に売店に出向き買い物を手伝うこともある。また、嗜好品の中でも糖分や脂質・塩分の少ない商品を確認し、それらを選ぶように促す。

6 加工食品・冷凍食品の活用

加工食品や冷凍調理品は塩分が多い一方で、保存性が高く調理が容易である利点がある。そこで、1食に食べる量を減らし、冷凍野菜や卵・大豆製品などと組み合わせてかさを増す工夫を提案する。例えばインスタント味噌汁の味噌を規定の3分の2程度にし、冷凍野菜・豆腐などを加え具沢山にする。

7 食事提供を伴う 集団教室へのお誘い

当院では、糖尿病療養チーム主催の集団教室で、ランチタイムに教室を開催し食事提供を行っている。このランチタイム教室では、病院のエネルギーコントロール食に準じた食事を患者個々の必要栄養量に応じて提供している。外来患者本人のみならずそのご家族にも参加を呼びかけており、実際に必要な食事量を家族に見てもらおう機会となっている。

8 さいごに

認知症という病気の性質を踏まえると、栄養指導の効果に疑問を感じるかもしれない。また、高齢者では好きな物を好きなように食べて、残りの時間を過ごした

いと話す方も少なくない。得てして糖尿病や高血圧などの生活習慣病の指導は、食事を制限する話になりがちである。しかし、患者本人や家族と向き合っていると、工夫次第では患者なりに取り組めることがあり、栄養指導の効果を実感することもある。若年者の指導においても性格や理解度・生活習慣に応じて目標は変わるように、認知症であってもその特性を踏まえ、個人に合わせた目標を設定し、指導を行っていくことに変わりはない。



実際の指導で用いている資料の例



栄養相談室待合室の展示資料

指導の待ち時間に見てもらえるよう、食品サンプルを活用して展示を行っている。季節に合わせて定期的に更新している。

ロコモフレイル外来

国立長寿医療研究センター【ロコモフレイルセンター】センター長 松井 康素

1 高齢期の身体的な虚弱状態の予防・改善

我が国では世界に例のない速さで社会の高齢化が急激に進んでいる。健康寿命の延伸を目的として、体の自立を促すための診療体制を整えるため、平成28年3月に「ロコモフレイル外来」が開設された。ロコモは、立ったり歩いたりといった移動する能力に注目した考え方で、運動器(骨、関節、筋肉や神経など)の障害により移動能力の低下をきたした状態のことで、また、フレイルは身体の機能だけではなく精神的、心理的な状態や社会の中での問題を含め、加齢に伴う様々な機能低下をもとに、種々の健康障害(例えば、日常生活機能障害、転倒、独居困難、入院、死など)に陥りやすくなった状態で、いずれもそのまま機能の低下が進むと介護が必要となりやすい状態である。なお、サルコペニアとは、筋肉減少症で、転倒・骨折を招きやすい病態である。

「ロコモフレイル外来」では、多科の医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、薬剤師、臨床研究コーディネーター

ネーターなどの様々な職種が、それぞれの専門的な視点から患者様の状態改善のためにそれぞれの専門的な視点からどのようなことをすべきかを連携して【図1】検討する外来であり、高齢期の身体的な虚弱の進行・要介護化を予防し、要介護度を改善することを目指している。

評価は多面的・包括的に行い、質問紙評価による、基本属性(年齢、性別、教育年数、家族構成、要介護認定など)、高次脳機能評価、生活機能評価、社会性評価、フレイル評価、ロコモ25評価、併存疾患、服薬、栄養評価、身体測定(身長、体重、下腿周囲長、血圧)に加え、脊椎Xp、DXA法骨量・筋量測定、大腿部CT、Inbody身体組成、血液生化学(栄養、骨代謝、内分泌、25(OH)D等)、運動機能検査としてwalkway歩行検査、握力、TUG、バランス機能、足部背屈角度等の計測を行っている。そして、全症例、評価結果を2週間に1度の多職種参加の検討会で病態、問題点を討議し、栄養指導、リハビリテーション介入をはじめ、ポリファーマシーへの対処や、認知機能低下に対する対応、社会的な介入を実施している。

2 外来受診者のフレイル・ロコモ・サルコペニアの合併について

3病態は合併していることが多く、本外来でのフレイル・ロコモ・サルコペニアの病態比較から、ロコモが最も早い段階で捉えられることが示唆されている。3病態の病態解明、ロコモの初期段階から進行してフレイルやサルコペニアに至る経過については、今後の検討が必要であるが、最も早い段階で現れるロコモへの介入は、サルコペニアやフレイル予防の観点からも、有用である可能性があると考えられる。そこで、当外来は、運動機能・生活機能を維持改善するための医療サービスの提供を目的としつつ、さらなる有用な介入法の開発を行っている。

くのが遅くなった、転びやすくなった、疲れやすくなった等の訴えのある患者の紹介を受け、評価・指導、必要に応じて介入の後、フォローアップは地域資源を活用して、機能維持を図り、機能低下が顕著等の場合には、再評価・指導を行う、という循環型の連携構築が、課題となっている。

3 軽度認知障害・認知症診断後支援に関して

認知症の発症・進行予防に、運動が効果的という報告がなされているが、運動はリスクを管理した上で実施することが求められる。転倒の予防の他、例えばリウマチの場合は関節の保護が必要となる。このように、運動習慣を獲得することは望ましいが、リスクを考慮した最適な運動は、個人異なる。認知症が進行していくと、リスク・運動の必要性の理解も困難になり、自らの意思で運動習慣を獲得するのも困難になっていくため、軽度認知障害、認知症発症の軽度の段階で、本人が運動の必要性を理解し、リスクを把握して運動習慣を獲得することが重要となる。

4 地域連携に関して

ロコモフレイル外来での評価に続いて介入を実施しているが、一定期間・回数のリハビリテーション介入・栄養指導終了後の生活習慣・機能維持が課題となる。そのため、ロコモフレイルセンターでは、個々の患者の機能維持のために、よりよい連携のあり方を模索している。地域の医院から、運動機能の低下、たとえば、歩



【図1】「ロコモフレイル外来」での多職種連携

認知症の診断後支援 認知症施策の流れ

国立長寿医療研究センター 【医療安全推進部】 部長 武田 章敬

1 はじめに

認知症が診断された後、医療・介護・福祉関係者はどのように認知症の人や家族を支援していけば良いのかについて確立した方法論はない。しかし、これまでの施策の流れを見ていくと診断後支援に関する示唆があると考えられるため、本稿で概説する。

2 介護保険制度発足

平成6年(1994年)に高齢者介護・自立支援システム研究会が取りまとめた報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」において、「従来の高齢者介護は、どちらかと言えば、高齢者の身体を清潔に保ち、食事や入浴等の面倒をみるといった「お世話」の面にとどまりがちであった。今後は、重度の障害を有する高齢者であっても、例えば、車椅子で外出し、好きな買い物ができ、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することが、介護の基本理念として置かれるべきである」と述べられている。平成12年(2000年)に開始された介護保険制度において、その目的として「日常生活の自立」が掲げられた。本制度の創設に当たり、北欧の高齢者保健福祉3原則である「人生の継続性の尊重」「自己決定の尊重」「残存能力の活用」が影響していると言われている。

3 2015年の高齢者介護

平成15年(2003年)に高齢者介護研究会において取りまとめられた報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」において、今後求められる高齢者介護の姿が描かれ、介護における「地域包括ケア」が初めて提唱された。介護保険制度発足時の目的は「日常生活の自立」であったが、「尊厳の保持」がその上位の目的とされ、平成17年(2005年)

介護保険法の改正に反映された。

尊厳について考える場合に平成23年(2011年)に改正された障害者基本法の第一条が参考となる。「この法律は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策に関し、基本原則を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。」更に、基本的人権とは日本国憲法においては、自由権(身体的自由、精神の自由、経済活動の自由)、法の下での平等、社会権(生存権、教育を受ける権利、労働の権利)、参政権、請求権とされている。

4 認知症施策推進大綱

令和元年(2019年)6月に認知症施策推進関係閣僚会議が取りまとめた「認知症施策推進大綱」においては、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく」という基本的な考えのもと「普及啓発・本人発信支援」「予防」「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」「認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援」「研究開発・産業促進・国際展開」の施策を認知症の人やその家族の意見を踏まえ推進することが示されている。本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援ができるよう、専門職向けの認知症対応力向上研修や認知症サポーターのステップアップ講座、成年後見人への研修等において「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を盛り込むことが示されている。

厚生労働省は「障害福祉サービス利用等にあって

の意思決定支援ガイドライン」(平成29年3月)、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(平成30年3月)、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(平成30年6月)を公表した。それぞれに多少の違いはあるが、基本原則は共通している。

- 1.本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則。
- 2.本人による自己決定が困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって本人の意思を推定する。
- 3.本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断する。

特に、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」は英国の意思能力法(Mental Capacity Act 2005)を踏まえており、「人は能力を失っていると証明されない限り、能力があるときみなされなければならない」「人は意思決定を支援するすべての取り組みが失敗したのであれば意思決定能力がないとされない」等、本人の自己決定を尊重することをより重視した内容となっている。現在のガイドラインにおいて本人の意思決定を支援する具体的方法が明確に示されているとは言えないが、今後、臨床家、研究者ともに試行錯誤しつつ追及していく必要がある。

5 成年後見制度の利用促進

平成12年(2000年)から介護保険制度が始まり、これまでの行政による措置制度が、高齢者自らがサービスを選択し、事業者との契約に基づきサービスを利用する仕組みが導入された。このため、判断能力が不十分な認知症の人等の様々な契約等を支援する目的で同時に成年後見制度が始まった。本制度では財産管理に加えて身上監護(医療・住居の確保、施設の入退所など)に対しても配慮する義務が示された。しかし、本制度の利用者数は伸びず、後見、補助、保佐の3類型のうち、最も重い後見と判定される例が多く、本人の意思決定支援が可能な軽度の利用が少ないこと、また、親族後見人による不正の多発を受け、弁護士・司

法士・社会福祉士などの職業後見人の割合が多い一方で、中には本人の意思決定支援や身上保護等の福祉的視点に乏しい運用がされているものもあるなどの問題点が指摘されている。これらの問題点を踏まえ、平成28年(2016年)に成年後見制度利用促進法が施行され、平成29年(2017年)成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定された。その取り組みの中で意思決定支援のための指針の策定、診断書の見直し、適切な後見人選任のための検討、成年被後見人の権利制限の見直し等が行われている。

6 本人にとっての よりよい暮らしガイド

認知症施策推進大綱にもその活用は述べられているが、「本人にとってのよりよい暮らしガイド」は診断後支援において大変有用である。「認知症になったら、何もわからなくなる、何もできなくなる」「認知症になったら、人生もうおしまい」といった偏見を離れ、「まだまだわかること・できることはたくさんある」「認知症になっても希望を持って一日一日を楽しく暮らしていける」「認知症になっても支えられる一方になるわけではなく、家族や社会の役に立てる」といったメッセージとそれを実現するための具体的方法が述べられており、日常臨床においても大いに参考となる。

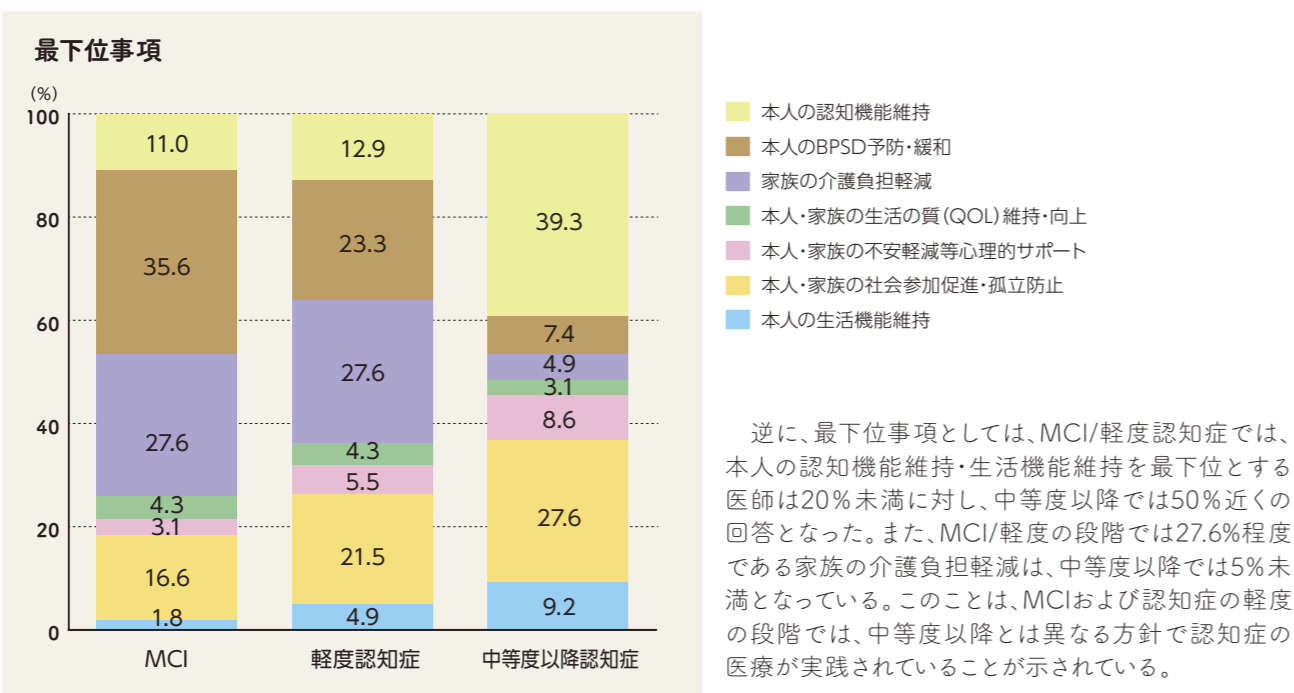
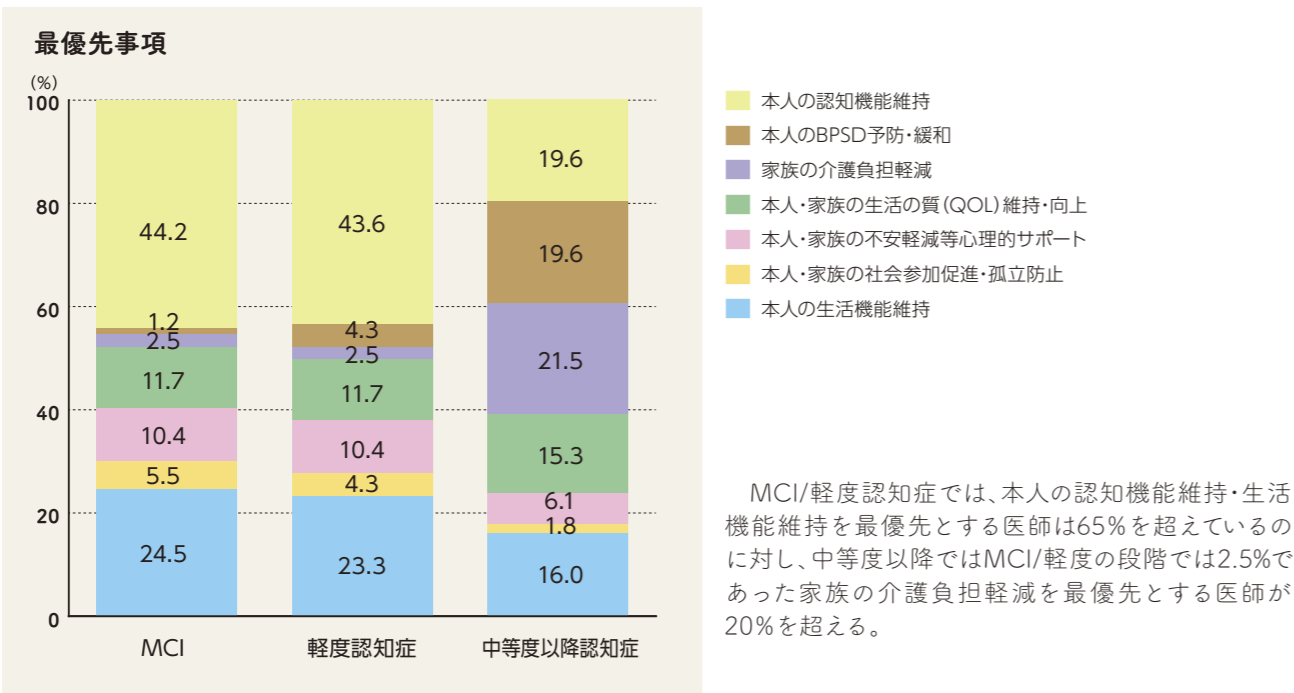
7 おわりに

認知症の診断後支援についてわが国の認知症施策を概観しつつ述べた。認知症の人を支援する具体的な方法として、本人の自己決定を尊重し、支援すること、認知症になっても楽しく充実した人生を送ることができると本人や家族に伝え、それを手助けすることが必要であり、それらを妨げる障壁があれば、地域や社会を変えていくことに参画することも診断後支援の一環と言える。

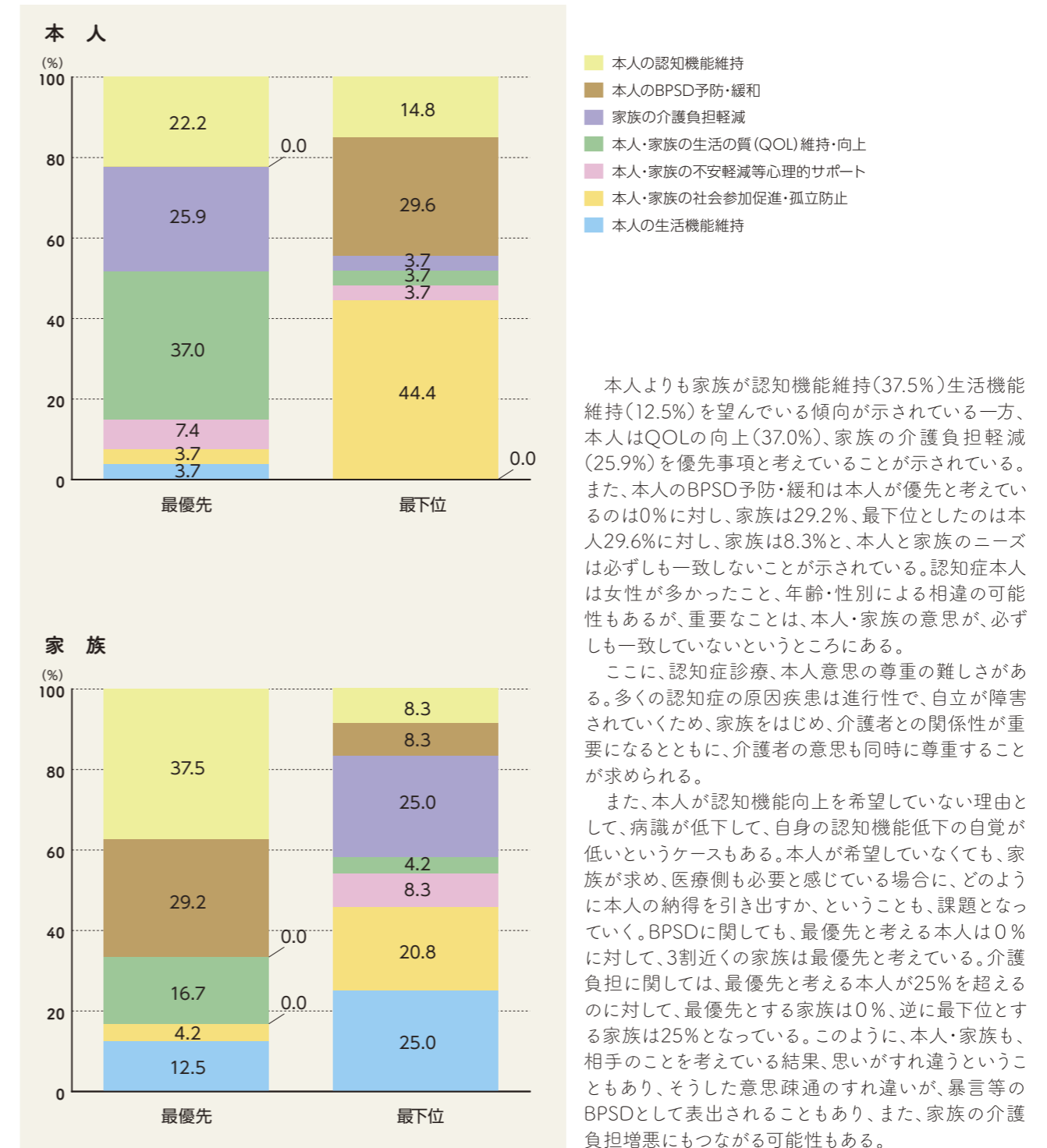
アンケート結果

愛知県内の認知症学会専門医、認知症サポート医、認知症医療疾患センター勤務の医師524名に郵送によるアンケートを実施し、有効回答は186(35.5%)であった。

軽度認知障害(MCI)・ 軽度認知症(概ねMini Mental State Examination 20点以上)・ 中等度以降の認知症医療の優先順位

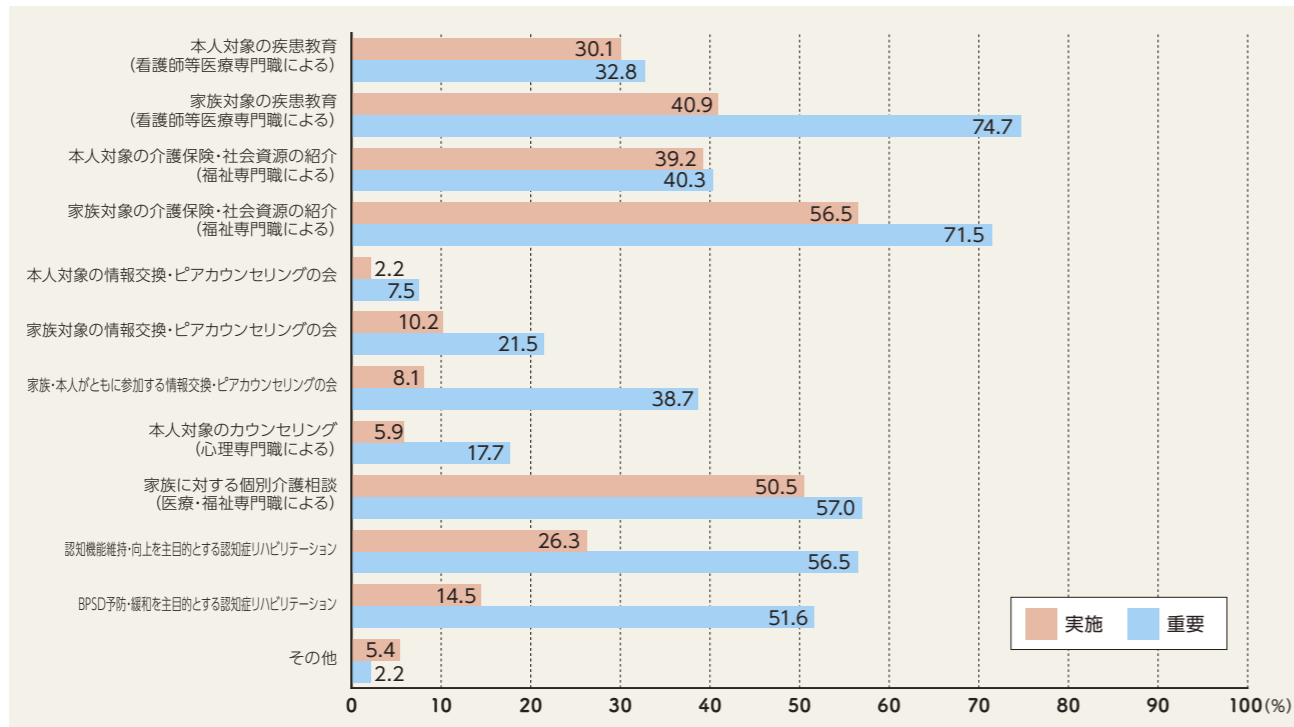


同じ質問を国立長寿医療研究センター外来に通院している軽度認知症の本人・家族にも実施した。
(本人27人:年齢76.2±7.6(標準偏差)歳、MMSE 23.3±2.7点、女性21人・男性6人、家族24人(3人は本人のみで受診):
年齢63.7±12.8歳、配偶者12人・子ども12人、男性9人・女性15人)

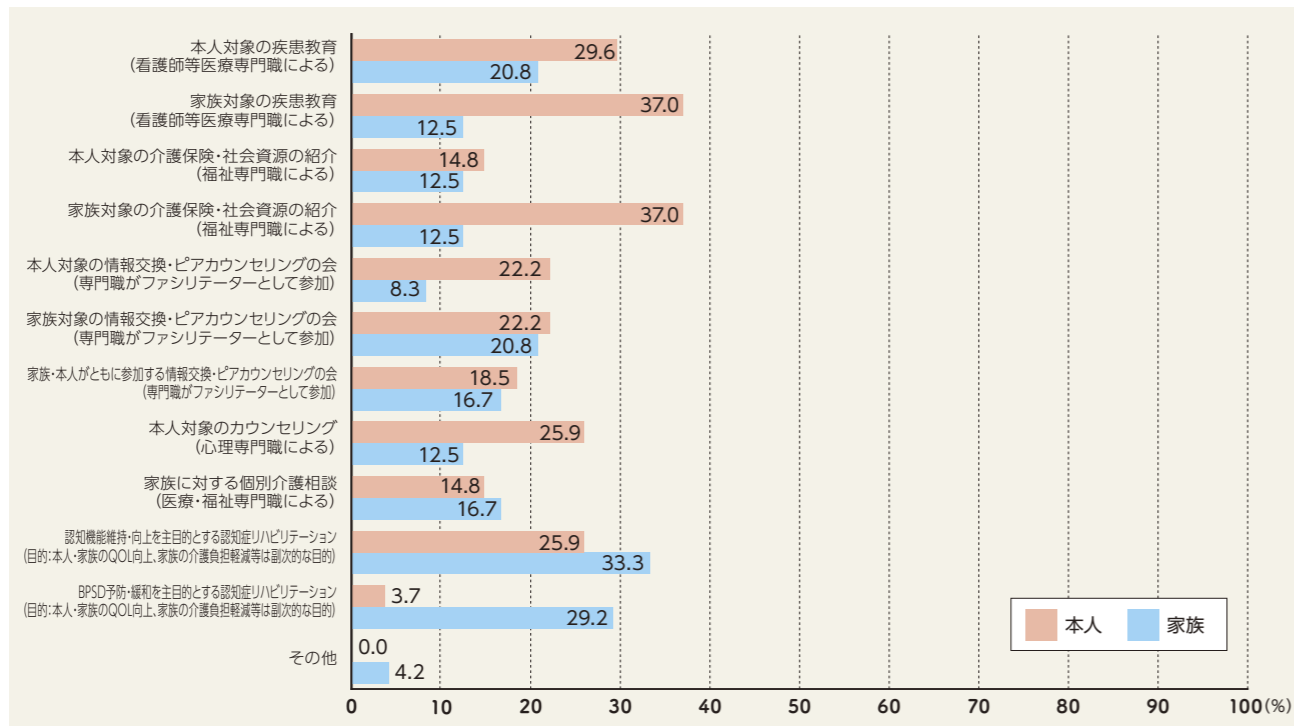


診断後支援をするうえで、重要と考える支援内容、および実施している内容

看護師等医療専門職による家族対象の疾患教育、福祉専門職による家族対象の介護保険・社会資源の紹介を重要視している医師は7割を超えているのに対して、実際の実施状況はそれぞれ40%、55%程度となっている。疾患教育に関しては、本書で紹介している家族教室の実践例が参考になるとされる。また、併存疾患の理解も重要であることから、認知症に深い関連のある糖尿病・高血圧等生活習慣病に対しては、糖尿病教室・食事指導の実践を紹介し、認知症で自己管理が難しくなる排泄(尿)障害に関しても、多職種連携による支援を紹介している。さらに、疾患教育では、服薬指導も重要となる。服薬に関しては、ポリファーマシーの取り組みを解説している。家族対象の介護保険・社会資源の紹介は、56.5%以上の医師から実践しているとの回答があるが、実際に介護負担から虐待に発展するケースもあることから、虐待予防・防止の視点での支援も重要と思われる。さらに、リハビリテーションを重要と考える医師は5割を超えているものの、実施は半数以下となっている。本書では事例を通じて、分かりやすく解説をしているので参考とされたい。



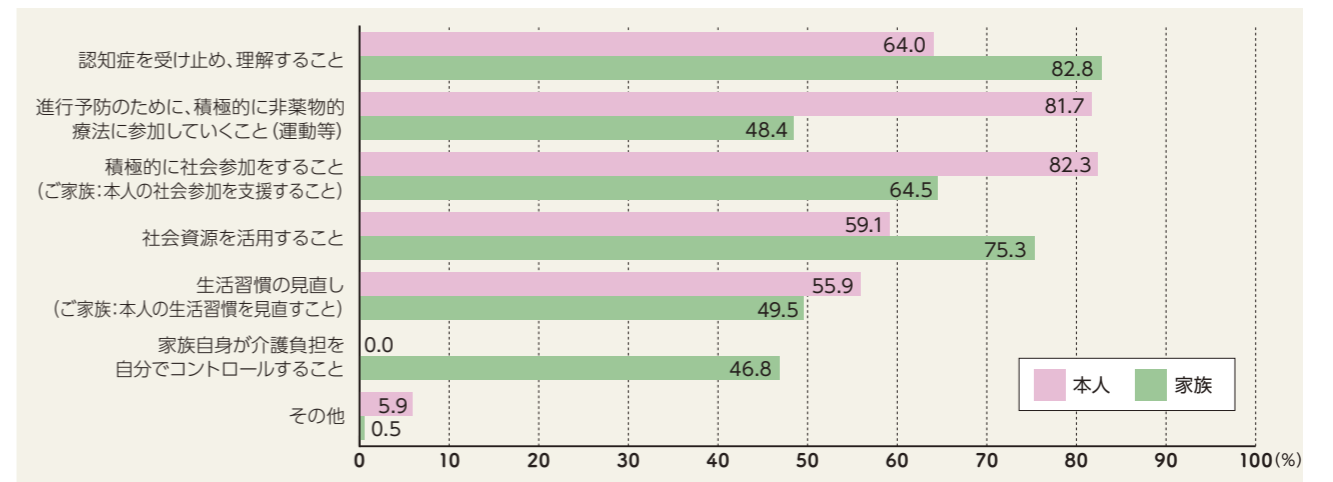
同じ質問への本人・家族の回答は下記の通りである。



本人は、疾患・介護保険も自分ではなく、家族が理解することを望む傾向が示されているものの、全般的に、必要性は感じていないことが示されている。特に、認知症本人・家族同士の情報交換を希望するのは本人は2割程度で、家族は本人同士の交流には消極的(8.3%)であることが示されている。理由を聞くと、従来の生活を続けていきたいという希望が聞かれ、変化には消極的である回答も示されている。ただし、生活状況を聞くと、認知症を発症後は、これまでの交友関係の維持は徐々に困難となり、社会参加の機会も減少していることが伺われる。医療者側が必要と考えていること、長期的には本人・家族にメリットのあると思われることで、現段階で本人・家族が求めている場合、本人・家族の現在の意思を尊重するのが良いかどうか、という判断も分かれてくる。さらに、本人・家族が求めていることを、どのように納得していただけるのか、ということも、画一な方法論があるということではない。

治療の効果をあげるために、軽度認知症の患者さん・ご家族に期待すること

家族に対しては、認知症を理解し、社会資源の活用を望んでいることが示されているのに対し、本人には、進行予防に関して、積極的に非薬物療法への参加・社会参加を望む医師は8割を超え、社会資源の活用も6割近くの医師が望んでいる。



まとめ

高齢者に医療では、個人を尊重し、個々の生活のあり方に応じた支援が望まれます。根本的な治療法のない認知症は、治療満足度の低い疾患とされていますが、本人・家族の声を聴いて、複雑な思いを受け止め、より良い医療を提供していくためには、やはり、医療者との信頼関係構築が重要となっていくと思われます。認知症が進行していくと、本人の意思の確認も困難になっていくことから、軽度認知障害・軽度の段階で医療者と、本人・家族の信頼関係を構築していくことが、非常に重要となると考えられます。

アンケートにも示されている通り、医療側は、本人・家族に、認知症を受け止め理解し、積極的に治療に参加していくことを求めています。また、社会資源を活用し、また、社会参加をして認知症発症後も、いきいきとした生活を送っていくことを望んでいます。

ただし、日常の実臨床で向き合うのは、合理的に判断をしていく人間像ではなく、いろいろな思いを抱えている生身の本人と家族で、医療側の望むように行動することを期待しても、必ずしも、その通りに行動してくれるとは限らないことは、日々経験していると思います。ここに、認知症医療の本質があると考えられます。客観的・合理的な画一的な方法では、“医療”を必要とする患者・家族には、必ずしも届けられません。医療を届けるためには、その人に向き合っ、信頼関係を築き、維持していくという、日常の地道な臨床が、何よりも重要になると考えられます。