

認知症アップデート研修
- 選択項目 -

各領域の理解と認知症対応の実際

平成29年10月29日（日）

山梨県作業療法士会認知症対策推進委員会

宮尾亮、森彰司、吉田瑞穂

本単元の主旨と流れ

◆主旨

- ・ 医療保険領域、介護保険領域、地域支援領域の認知症支援に関して理解を深める

◆流れ

- ・ 架空の1事例を提示
- ・ 事例の経過に合わせて、各領域での関わりを紹介
- ・ 3名の講師が入れ替わりで話す

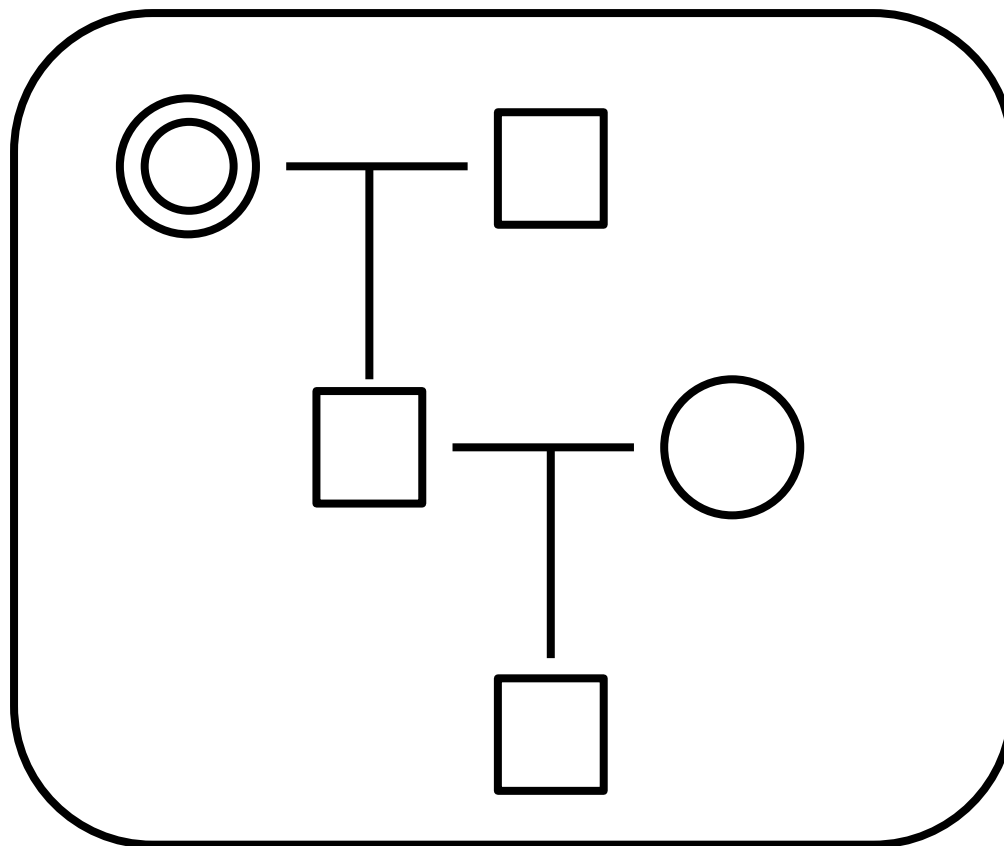
症例紹介



ヨシコさん（仮名） 80代 女性

- 20代～30代 ・ JR勤務 結婚し子供を授かる
- 40代 ・ 義母の介護のため退職
- 50代～70代 ・ 義母の死後は主婦で料理上手だった
- 80代 ・ 徐々に意欲低下が見られ、最近は寝て過ごすことが増え、入浴も拒否傾向
・ 役割である郵便物を取りに行くことも少なくなる

家族構成



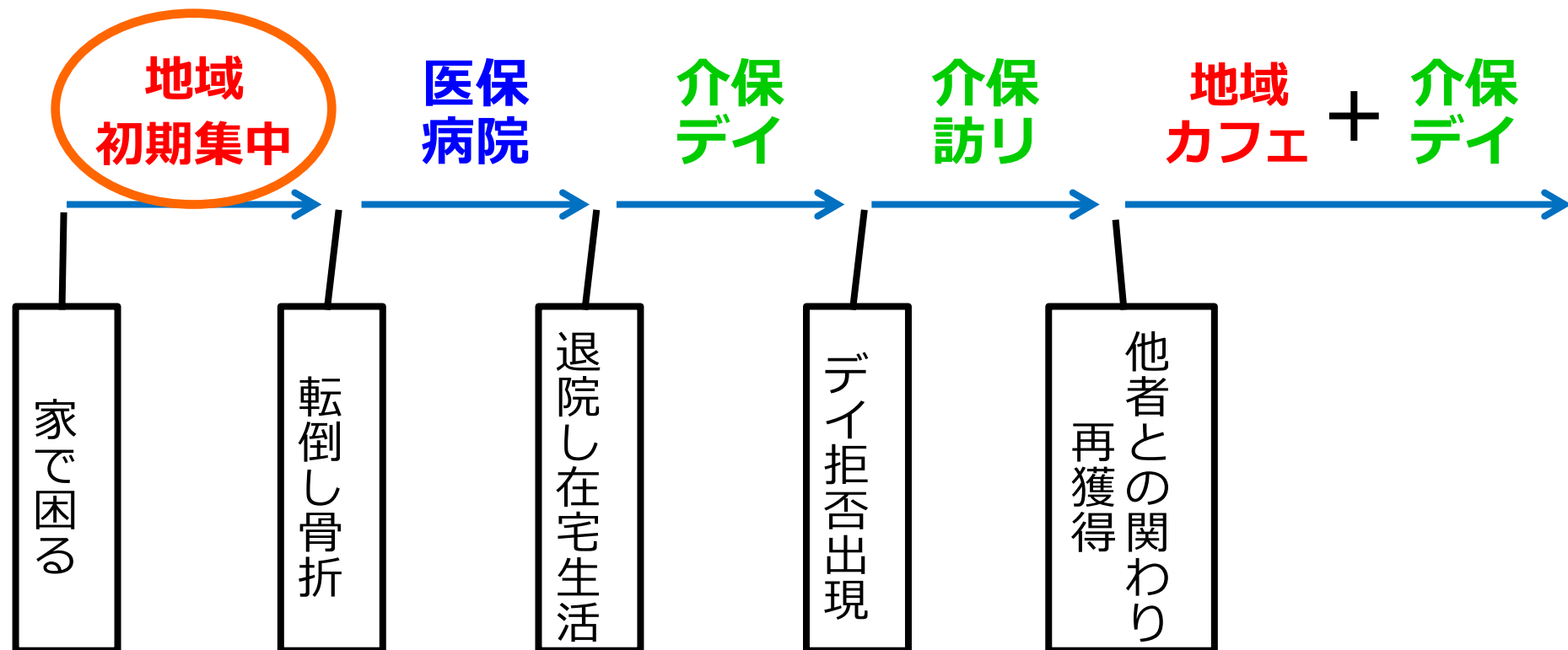
夫と長男夫婦、孫と同居。長男夫婦の介入はほとんどなく、介護は夫が担っている。

症例紹介 - 認知症症状の経過 -

- 経過①** 夫と長男家族と暮らしていたが、不活発で入浴できない状態が続く。転倒も多くなり、市役所へ相談に来る。
- 経過②** 在宅生活を続けていたが、転倒し大腿骨骨折により、入院する。環境が変わったことで、BPSD悪化。骨折後のリハと認知症症状への対応により自宅へ退院する。
- 経過③** 退院後デイサービスを使い、在宅生活を継続。デイサービスで、入浴でき、集団の中で交流が図れるよう支援。調子よく通っていたが、トイレの失敗を機に周囲に対して易怒的になりデイサービスも拒否が強くなる。
- 経過④** デイサービス利用が困難になり、訪問リハを開始。本人と夫への支援を通じて、徐々に状態は安定する。再度、他者との交流場を増やすために、認知症カフェを紹介。無理なく交流場を増やしていったことで、デイサービスも再開できるようになる。

経過

状態の変化に合わせて、様々なサービスが介入する。



1. 地域支援領域

- 認知症初期集中支援チーム -

◆新オレンジプランの柱の一つに対応

「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」を目指し、**早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかな適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制を構築する。**

※ 「初期」は、「認知症の初期」と「関わりの初期」

◆**場所**：地域包括支援センターや病院等に市町村が設置する。

◆**内容**：医師の指導の下、**複数の専門職が、訪問し観察・評価**を行い、初期の支援を包括的・集中的に行う。
訪問した情報を元に、**チーム員会議を開催**する。
概ね6ヶ月で、チーム支援から、適切な支援に移行

◆チーム員

①医師（以下を満たす者1名以上）

- ・ 認知症専門医、または5年以上認知症専門医療に携わった医師

②他の専門職（以下を満たす者2名以上）

- ・ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等の**国家資格を有するもの**
- ・ 認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務に**3年以上携わった者**

作業療法士がチーム員として動いている地域は、まだ少ない

作業療法士はこんなことで
お手伝いができます！

認知症初期集中支援 在宅で生活している 認知症の人への支援

- 01 脳の機能障害を考慮した具体的な生活支援。
- 02 家族・介護者への認知症理解サポート。
- 03 生活行為向上リハの視点。
- 04 福祉用具・自助具の見立てと環境整備。

認知症初期集中支援を 一緒に考えます！

01 記憶障害など脳の機能障害を考慮した生活支援



例えは

なぜ、洋服を着ることができないのか？
身体の影響？洋服の影響？動作ができない
原因と支援方法を一緒に考えます。

*認知機能障害への支援を行います。

02 家族や介護者の認知症への理解をサポート



例えは

ご本人の思いを記録しながら、ご家族・
介護者の認知症についての理解を支援して
いきます。必要であれば社会資源利用につ
いての提案を行います。

03 生活行為向上リハビリテーションの視点



例えは

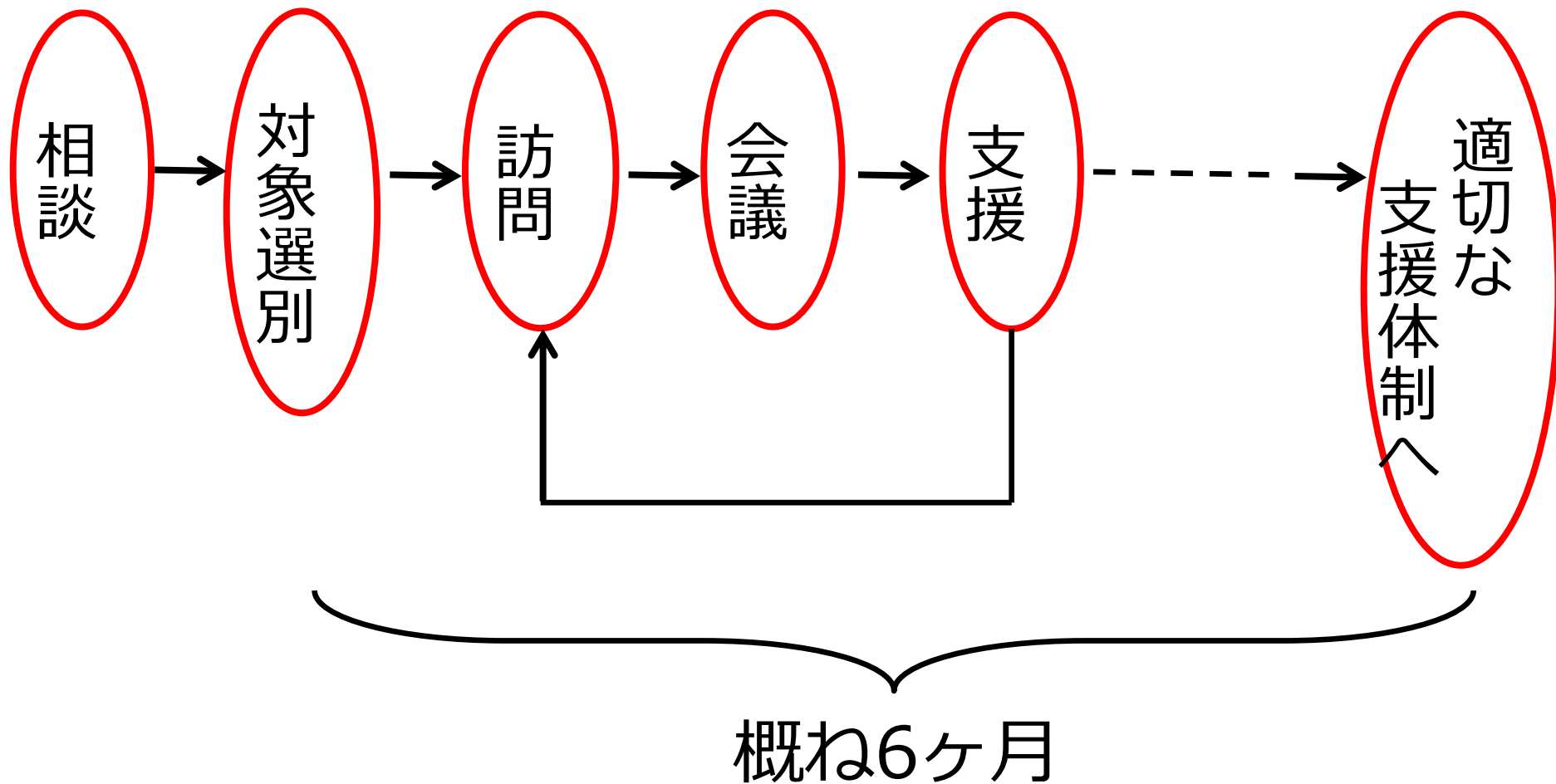
ご本人のできること、やってみたいこと
を基本にした活動や生活行為を一緒に考え
ます。

04 環境整備（住宅改修）や福祉用具・自助具の見立て



例えは

住環境の改修（手すりを付けるなど）など
の物理的な改善や、生活をサポートする福祉
用具（車椅子や杖など）や自助具（薬の飲み
忘れ）の提案ができます。



症例経過 - 自宅での異変～相談 -



夫



市の保健師

- 1年ほど前から、妻がほとんど動かなくなり、お風呂にも入らない状況が続いている。
- 入浴や外出を促すが、しつこく声かけすると怒る。
- 最近では、歩くのもふらつきがあり、よく転ぶ

- 相談経緯は様々（家族、民生委員、かかりつけ医 など）
- 市によって相談の受け方は異なる
- 多くは、異変を感じてから数年経っている・・・

症例経過 - チーム支援① 訪問 -

地域包括の保健師と社会福祉士で訪問

- ・ 本人、家族に話を聞く
 - 実際の困りごと（本人、家族）
 - 本人の認知機能、家族の理解度
- ・ 自宅の環境評価
- ・ 評価バッテリーの例：DASC、DBD13、Zarit8 など

市の健康
チェックです！

- 2人で行く意味がある
- 訪問は何回も繰り返される場合が多い
- ペアの専門職を変えて訪問することもある

症例経過 - チーム支援② チーム員会議 -

N市の場合・・・

- ・ 地域包括 : 保健師、社会福祉士
- ・ 外部 : 医師 (市内の脳外)、看護師 (市立病院)
OT (市内のデイ)



症例経過 - チーム支援② チーム員会議 -

2-① 訪問で得られた情報を共有し、アセスメントを整理

認知症疾患	診断なし（未受診） 恐らくアルツハイマー病
身体疾患・機能	<ul style="list-style-type: none">・ 血圧が高めだが、治療中の疾患などはない・ フリーで歩行可能（屋外で転倒あり）
中核症状	<ul style="list-style-type: none">・ 記憶障害：その場での会話は成り立つが、同じ内容を繰り返し話す・ 遂行機能障害：料理や買い物などが上手くできなくなってきた。 ※ご飯は炊ける。草取りなどは、たまにやっている。
行動心理症状	<ul style="list-style-type: none">・ 意欲低下：あまり動きたがらない。外出、入浴などは拒否・ 易怒性：入浴などを促す声かけに対し怒ることがある（訪問した職員には笑顔で対応）

症例経過 - チーム支援② チーム員会議 -

2-① 訪問で得られた情報を共有し、アセスメントを整理

生活障害	<ul style="list-style-type: none">・ 食事、排泄は問題ない。・ 入浴は拒否あり、1年前からほとんど入っていない。・ 外出時は着替えるが、ほとんど外出しないため、あまり着替えない
社会的状況	<ul style="list-style-type: none">・ 夫は、協力的で熱心に本人に関わっているが、認知症に関する知識は乏しい様子で、上手く関われないでいる（できないことを指摘してしまう）・ 長男夫婦は、同居しているがほとんど介入していない

2-② 関わりの方針決定

- まずは受診して確定診断を受ける
 - 保健師と社会福祉士が、夫に話し受診を勧める
長男夫婦にもアプローチして協力してもらおう
 - 医師と情報共有しておき、受診時に対応してもらおう
- 夫に認知症に関する知識と関わり方を指導する
 - 保健師と作業療法士で資料を作り、夫に伝える
- 転倒予防策の環境設定や外出・入浴機会の確保検討

症例経過 - チーム支援③ 支援 -

3. チーム支援

① 夫と長男夫婦に受診の必要性を説明

→ 孫の説得もあり、高めの血圧の様子を見てもらう
ということで受診できる。アルツハイマー病の確定
診断を受ける。

② 夫と長男夫婦に認知症に関する知識を説明

→ 一般的な知識と本人の状況を照らし合わせて、
関わり方を提案

できることに注目！！

草取りや炊飯ができる！ 他者への対応能力は残っている！

→ 「草取りありがとう」等プラスの言葉をかけることを提案

症例経過 - チーム支援～骨折 -

確定診断を受け、内服を開始。

家族の関わりも徐々に対応が上手くなりかけていたところで、転倒し骨折してしまう！！

支援主体は、医療保険領域へ・・・