

認知症作業療法 評価の手引き

一般社団法人 日本作業療法士協会
認知症の人の生活支援推進委員会

目次

はじめに

- 手引き改訂にあたって Dementia Friendly Community の創生—関係性の再構築—
- 認知症作業療法評価の手引きの目的と使い方

第1章 認知症高齢者の理解のために

第1節 認知症高齢者の現状

第2節 認知症を理解する

第2章 評価・作業療法士としての視点

第1節 作業療法士として押さえておきたいスキル「面接と観察」

第2節 認知症作業療法に共通する視点・評価

第3節 各領域における作業療法評価の目的と具体的評価および事例

1. 総合事業（介護予防）

<ポイント> 住民個人の評価だけではなく、地域全体を評価することの重要性を説明する。

2. 認知症初期集中支援チーム事業

事業における作業療法士の役割や生活をもとに、具体的な方法を提示する。

3. もの忘れ外来

本人・家族と関わる時間が短い中で、観察・面接から生活状況を把握するポイントを示す。

4. 通所リハビリテーション（デイケア）

デイケア内だけにとどまらず、生活全体の活動と参加に着目した評価と支援について提示する。

5. 重度認知症患者デイケア

他職種と連携しながら、身体・認知機能の必要な検査を実施し、出来る能力を生活に反映するポイントを示す。

6. 訪問リハビリテーション

実際の生活場面で、日々変化する状態に応じた支援を家族とともに評価する重要性について示す。

7. 身体障害領域・急性期病棟

身体面の急激な変化と認知機能に対して、適切な評価の実施と多職種連携の必要性について説明する。

8. 身体障害領域・回復期リハビリテーション病棟

ADL の再獲得に対する評価および支援について示す。

9. 身体障害領域・維持期

入院の長期化による廃用も考えながら、その人の QOL を高めるための評価と支援について示す。

10. 認知症治療病棟

周辺症状の沈静化や施設入所をゴールするのではなく、その人らしい生活の支援に再度着目した評価について示す。

11. 介護老人保健施設

多職種協同の中で、生活環境を整え特に人的環境である家族や職員も含めた評価の重要性を示す。

おわりに

巻末 参考文献・執筆者一覧

はじめに

手引き改訂にあたって

Dementia Friendly Community の創生—関係性の再構築—

イギリスの歴史家ピーター・ラスレット（Peter Laslett、1915～2001）が提唱したサード・エイジ論（theory of the Third Age）は高齢期を区別する興味ある理論として知られている。その理論では、年齢による区分けではなく、生まれた時から人生の終焉を迎えるまでの生活（人生）の質により、「ファースト・エイジ」、「セカンド・エイジ」、「サード・エイジ」、「フォース・エイジ」の4つに区分けしている。その区分けの中で老年期においては、退職などをしてもおお精神的に活動し、個人の達成と充実の年代にもなるサード・エイジ年齢とともに病気に罹患したり、どうしようもない体力の衰えで最終依存、老耄、そして死を迎えるフォース・エイジに区分している。

近年、平均寿命より元気で活動できる年齢すなわち健康寿命の延伸の重要性が、人生の質（Quality of Living：以下 QOL）や経済的側面からも述べられている。日本は健康寿命においても世界一ではあるが、今後はさらに平均寿命と健康寿命の広がりをも縮めていくことも大切であり、ラスレットの理論から言えば、サード・エイジを少しでも長く延伸させ、フォース・エイジを出来るだけ短くしていく生き方の取組みがさらに必要だと言えよう。

認知症という状態は認知機能の障害やそれに伴うに行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：以下 BPSD）の出現により、ラスレットの言うフォース・エイジの領域に入るイメージであるが、認知症という状態であっても何らかのサポートを受けながら、自分の持てる能力を最大限に発揮し、喜びを持ちながら生きていく生き方は決してフォース・エイジではない。認知症の人の生活の不具合の本質は何か。これまで周囲の理解不足により BPSD を助長している場面を何度も見てきた。それは生活の不具合への対応とともに関わる側の変容も必要であるということである。つまり認知症の「障害」の捉え方を、本人、周囲の環境（人・物など）との「関係性の障害」として再考する必要があるのではないかということである。その視点をしっかりと持つためには、そのマインドを持ちながら施設も含めた地域で具体的な支援策を実施し「Trial&Error」を覚悟を持って行うことである。

2019 年 4 月 22 日、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らせる社会にするため、政府や当事者団体、経済団体など約 100 の団体・機関でつくる「日本認知症官民協議会」の設立式が東京都内で開かれた。

根本匠厚生労働大臣は「認知症バリアフリーの取り組みを日本中、世界中で進めていけるようご協力願いたい」とあいさつをし、協議会の下にテーマごとのワーキンググループを設けて具体的な課題を議論し、施策や民間の取り組みに反映させていく予定。認知症を医療や福祉だけの課題として捉える時代から社会の様々なセクターが共同して、まさに Social inclusion の仕組みづくりが本格的に始まったといえる。この社会の流れに作業療法士（Occupational Therapist：以下 OT）のスタンスとして何ができるか。まさに認知症作業療法の真価が問われるステージにいる。そうした状況を再認識し、会員皆様の日々の臨床にこの手引きを役立ててほしい。

認知症作業療法評価の手引きの目的

近年、OT は様々な原因疾患・進行ステージ・居住形態・地域特性において、多様な領域で認知症の人に対する作業療法を提供している。各領域によって、評価・介入の視点・内容・優先度が異なるため、それぞれの役割・目的を据えたうえで、それに応じた視点・スキル・手法を身に着けていくことが求められている。

認知症の人がたどる継時的変化の中で、「今どこに位置しており、その前後にどのようなイベントや支援策があるのか」といったマクロの視点を持ち、そのうえで「現在の役割や支援すべきこと、次の領域につなぐべきこと」を考えるミクロの視点をもつことが重要となる。また、臨床の流れの中で種々の評価を実施する困難さ、評価で得た情報を介入につなげるプロセスの難しさが課題となっている。この「認知症作業療法評価の手引き」は、作業療法士が関わる各領域において、認知症の方への評価が適切に実施されることを目的として作成している。単なる評価の紹介だけにとどまらず、1人のクライアントを軸に作業療法士が、①どのようなタイミングで、②どのような評価を選択し、③どのように支援に結び付けるか、④次の支援に繋げるためにはどうすればよいか、を理解することを目的として作成した。また、認知症のタイプごとの変化に応じた評価の視点も盛り込んだ内容である。

手引きの使い方

作業療法士として共通する視点・評価を理解した上で、自分が知りたい領域のページを見ることで、各領域の特性に応じた評価・介入の視点・内容・優先度・観察のポイントがわかるように構成している。また、対象者が次の領域に移行する際、つなぐ先の領域を理解することで、どのような評価や介入が有効であるかを知ることができる内容である。評価で得た情報を介入につなげることを、介入の対象となる BPSD や事例を通し、思考のプロセスを追えるような図やフローチャートを挿入している。

それぞれの領域のページでは、1)～5) について掲載している。

- 1) 各領域の目的と認知症の方への役割
- 2) 各領域における作業療法士の役割
- 3) 評価実施時の目的、視点、流れ
- 4) 各領域における評価項目（評価項目一覧表）
- 5) 評価から支援までの事例

第1章 認知症高齢者の理解のために

第1節 認知症高齢者の現状

わが国は、高齢大国であり、認知症の人の将来推計では2025年には有病者数が700万人になると推定されている。認知症対策は、先進国の大きな課題であり、わが国においても2012年（平成24年）に「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」を策定、さらに2015年（平成27年）1月27日に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を公表し、医療・介護等の基盤整備を進め、生活全体を支えるために認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けた省庁横断的な総合的な戦略とし、そして何よりも認知症の人やその家族の視点に立った施策であることが重要としている。

また、平成29年6月2日に『「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の公布について（通知）』が出され、その中で認知症に関する施策の総合的な推進等に関する事項では、「国及び地方公共団体は、認知症に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならないものとする」と（介護保険法第5条の2第1項関係）、「国及び地方公共団体は、認知症である者の心身の特性に応じたリハビリテーション及び認知症である者を現に介護する者の支援その他の認知症に関する施策を総合的に推進するよう努めなければならないものとする」と（介護保険法第5条の2第2項関係）、「国及び地方公共団体は、認知症に関する施策を総合的に推進するに当たっては、認知症である者及びその家族の意向の尊重に配慮するよう努めなければならないものとする」と（介護保険法第5条の2第3項関係）」と新オレンジプランの主旨が介護保険法に明確に位置付けられた。

日本作業療法士協会は、「平成28年度老人保健健康増進等事業 認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究報告書」において、認知症を脳の疾患からくる認知機能障害としてみるだけではなく、その結果としての生活障害の視点からとらえてリハビリテーションモデルを構築することの重要性を強調した。リハビリテーションの主体は本人であり、取り巻く人々が広義のリハビリテーションを共有する必要があるということを前提に推進されるべきである。認知症のリハビリテーションの目標は、認知症の早期発見と早期介入そして進行予防や軽減はもちろんのこと、認知症の人が尊厳を尊重されながら自信と誇りを持って住み慣れた地域でそのひとらしく生活することである。そして切れ目のない支援へと繋がるためには、QOLの維持・向上を目指した実践と認知症の状況に応じたリハビリテーションが継続して実施できるシステムを構築することが求められている。

第2節 認知症を理解する

認知症は、脳の神経疾患であり人間の行動を制御する重要な役割を担っている脳が機能不全に陥り、その結果として現れる生活障害を把握することが重要となる。生活のしづらさから起こる困惑や葛藤、不安が要因となってさらBPSDが増強して現れることも周知のとおりである。

認知症を発症するまでの生活や物事の捉え方、社会とのつながりなどが心理的症状や行動障害の現れ

方に影響し、環境の変化では、目の前の状況と記憶とのすり合わせができずに不安を引き起こすことも多くみられる。生活歴から個々の特性や背景を把握しておくことが不安を紐解くヒントとなり、本人の置かれている状況や心理面を理解するためには、本人の訴えに耳を傾け、行動を観察することである。私たちの支援は複数のサービスや関係者が携わる為、個人をしっかりアセスメントし、共通の指標を用いた評価などから情報を共有することは、本人の困った状況をできるだけ軽減する支援や、混乱させない支援を提供するために必要であり、むしろ困った状況に陥ることを回避することが重要である。また、評価においては、「できない」ところがクローズアップされることが多いが、「できる」ところに目を向け、代償能力に働きかけるためにもさまざまな生活場面での包括的な評価をこころがけるべきである。

本人の役割を奪うことなく、安全に安心して遂行できる環境づくりから日々の暮らしの中の活動の保障につながる。特に認知症のリハビリテーションは、早期から現存している機能を積極的に活用することが大切であり、疾患が進行しても、心身の状況に応じて関わり方を変化させていくことは専門職として当然のことである。認知症の人の自立支援と重度化防止のためには、リハビリテーションの理念を認知症の人にかかわるすべての人が共有しなければならないと考える。

第2章 評価・作業療法士としての視点

第1節 作業療法士として押さえておきたいスキル「面接と観察」

「さて、この角を曲がれば家だったな」

「あれ、無いな」

「こっちだったか・・・、いやこちらでもない・・・」

「ここは何処だ？」

「おかしいな、変だ、どうすればいい・・・！」

「人に尋ねたいけど、変に思われるかな？」

「あれ、今何時になった、どのくらい経った・・・」

「いったい、私はどうなってしまったんだ?!・・・」

道の角を曲がろうとする人

立ち止まって考え、来た道を引き返す、そしてウロウロ

何度も同じところを行ったり来たり、

不安そうに、こちらをチラチラ見ながら、汗をかき困惑した表情

上記のような場面に遭遇した時、私たちはそれが認知機能の低下なのか、単純に迷っているだけなのか、機能・精神面の状態を仕草や言葉の反応をみて、あるいは話しかけて、その後何らかの対応を考える。

目の前の現象を理路整然と根拠をもって整理し、対処方法を考えることは医療者にとって大切な関りである。しかし、私たちには「さて、この角を曲がれば家だったかな」など個人特有の想いや、心のつぶやきを見ることができない。自分が「こうだ」と思ってとった行動や考えが明らかに違ったり、人から違うと指摘されたその時、その個人が持つ不安感や混乱を完全に知ることはできない。

BPSD を読み解く（観察）とき、この個人特有の想い・・・は大切であり、それを抜きにして、BPSD の理解を深めようとしても浅薄なものになってしまう。つまり、混乱の原因は脳の機能障害にあるが、混乱の表出の様は人それぞれであり、そこを読み解く「共感的理解」がなければ、機械的に目の前の現象（BPSD）を抑えるだけの関りになってしまい、個の尊厳を守るところか、かえって BPSD を助長することにもなってしまう。

上記の例でいえば、「この角を曲がれば・・・、あれ？」は地誌との関係、「聞いたら変に思われるかな？」は人との関係、「今、何時だ？」は時間との関係、そして「私はどうなってしまった」は自分自身との関係、などさまざまな事柄と自分との関係性が揺らぎ、その「関係性の障害」こそが BPSD の根底にあるということである。

作業療法は生活モデルを旨とするリハビリテーションの担い手である。機能障害からくる「できない事」と「様々な環境要因」との“関係性”を修復し、個人がよろこびを持って生きていく、生活を取り戻す（再建する）介入が作業療法である。そのための面接と観察が必要であるということを肝に銘じておくべきである。

家族との面談においても、同じようなことが言えるが、家族全体でみる場合、そこにはその家族の軌跡（それまでの親子、夫婦の歴史、関係）が大きく関与してくる。今起こっている家族内の問題は、実はずいぶん前から内在しており、家族の認知症発症をきっかけに表面化したに過ぎないかもしれない。家族への面接はこうしたことも念頭に入れながら行うことが必要である。

面接に関しては神田橋が述べている「面接の三つの側面」がおおいに参考になる。詳しく知りたい方は書籍にてさらに学ばれるといい。

①患者の陳述を聞く

- 1) 面接者が聞く能力を持つ
- 2) 本人の語る意欲と能力を向上させる技術を持つ

②患者を観察する

良い面をみる力

③患者と関係を作る

言語的で行うことと、非言語でおこなうことの違いを知る

神田橋篠治 追補 精神科診断面接のコツ 岩崎学術出版社 2005

神田橋は面接の本質を水面に浮かぶ二つの泡に例えて述べている。私も臨床で様々な場面で面接と観察を行ってきたが、この感覚をいつも大切にしている。そうすると何かをきちんと観察して、問題を見つけるといふ焦りが少なくなり、そのほうがかえって当事者の抱えている課題の本質をキャッチできたりすることもあった。以下に引用する。面接技法にもいろいろあると思うが、その底流にある面接の意味をまずは知ることだと思う。

「面接とは「出会い」であるということ。三つの側面に分けたのは人工産物であり、面接の本質は「出会い」である。ここでわたくしがいう「出会い」とは、決して難しい内容のものではない。よどみに浮かぶ二つの泡が、種々の条件が揃ったがゆえに出会ったという意味である。いずれかの結ぶのが早くても遅くても、他方の消えるのが早くても遅くても、二個の泡が出会うことはなかったであろう。その因縁に心置くことなくして行われる面接は、技法、学説を問わず、結局、両者にとって有害無益であるとわたくしは思う。そのような考えは、わたくしの偏見であるにしても、二個の泡のイメージを描くことは、面接技術の向上にとって、本質的に有効であることは確かである」

第2節 認知症作業療法に共通する視点・評価

本人の生活全般や周囲の環境（人や物など）、医療的側面やリスク管理など、OTとして押さえておきたい視点は多岐にわたる。ここでは、OTが携わる領域全てにおいて共通の視点を列挙する。第3節以降、各領域の役割やOTの役割、評価の目的と流れを示していく。

表1 認知症作業療法における認知症の人に対する評価一覧（共通編）

基本評価（観察・面接・情報収集）		引継ぎ時の連携 継続の中での連携
【生活行為全般】 ☐ MTDLP 【生活状況】 ☐ 1日の流れ ☐ IADL/BADL ☐ 生活習慣 ☐ 睡眠 ☐ 活動性、外出 ☐ 対人・社会交流 【ナラティブ】 ☐ 今の生活の困りごと ☐ 今後の生活のニーズ ☐ 興味関心 ☐ 余暇活動 ☐ 経済状況 【人的環境面】 ☐ 家族背景 ☐ マンパワーと知識、技術 ☐ 介護負担（Zarit-8） ☐ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ☐ 住環境 ☐ 地域資源 ☐ 公共交通機関	【行動・心理症状（BPSD）】 ☐ 心理症状 ☐ 行動症状 【機能面】 ☐ 認知機能 ☐ せん妄 ☐ 身体機能 運動機能 循環・呼吸器 摂食嚥下 感覚(疼痛) 【心理面】 ☐ アパシー ☐ うつ ☐ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☐ 服薬状況 ☐ 身体合併症管理 ☐ 栄養 【リスク管理】 ☐ 誤嚥 ☐ 転倒・転落 ☐ 廃用	■ 介入時にチェックした 「要因」と「キー」に対する変化 ■ 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ■ つなぐ先の環境評価 情報収集 ■ 本人の生活支援に向けてのポイント（活動・参加を意識しながら） （備考）

第3節 各領域における作業療法評価の目的と具体的評価および事例

OT が認知症の人へ関わる居住場面・領域を病期に沿って示している（図1）。必ずしも、このような流れで関わるわけではないことを、ご了承ください。OT は様々な領域で、認知症の人の予防期から終末期まで関わる。また、介入方法も個別評価・介入だけではなく、集団を活用することもある。

OT として勤めている領域を軸に、前後の流れや他の領域がどのようなタイミングで関わっているかなど、広い視点で一人のケースを考えてもらいたい。

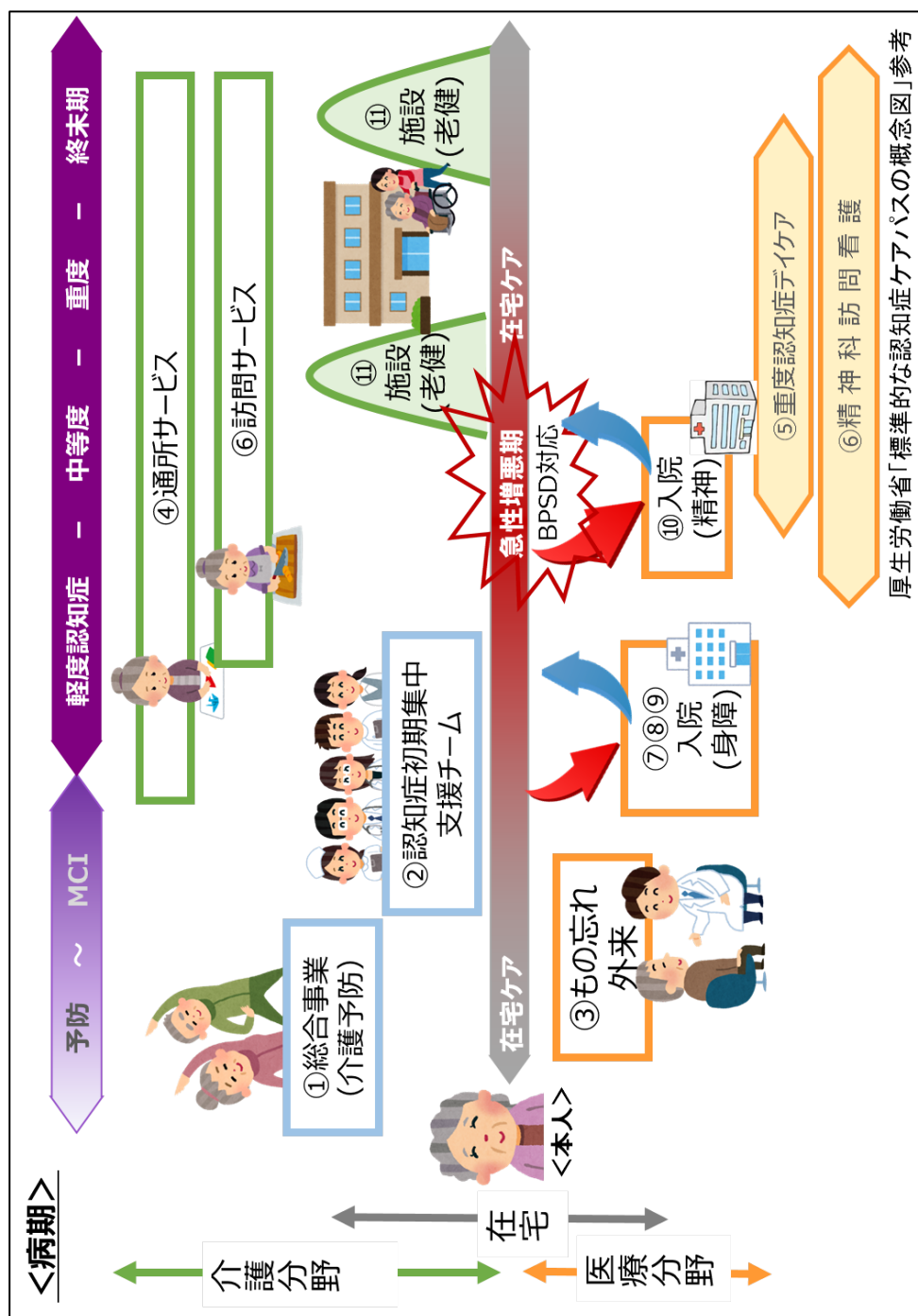


図1『予防から終末期までのOTの関わり』

1. 総合事業（介護予防）

1) 認知症予防の目的と役割

認知症予防には、その発症を予防する1次予防、軽症からの進行を防ぐ2次予防、認知症が進行しても本人の意向を尊重しながら家族や仲間と一緒に地域で暮らせることを目指す3次予防がある。1次予防の基本的考え方としては、認知症の原因となる疾患（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、肥満など）を防ぐための生活習慣の『改善』だけでなく、認知症になりにくい生活習慣（食習慣、運動習慣、睡眠習慣、他者とのコミュニケーション、知的活動習慣、残存歯数と歯周病予防など）の積極的な『獲得』も重要

となる。2次予防の基本的な考え方は、生活行為の向上を図るため、身体機能と認知機能の活性化を狙って、楽しく頭を使うこと、有酸素運動を行うこと、他者とのコミュニケーションを行うことの3つがその柱とされている。3次予防は、適切なケアと不安の軽減を基本として、役割喪失や自信喪失を防ぎ尊厳を保てるようにしていくことと、その人らしさを尊重していくこと（パーソンセンタードケア）が重要となる。

なお、これらの1次から3次までの予防的視点は、認知症のすべてのステージや領域にも関わってくる重要かつ必須な考え方ではあるが、この予防事業の項目では、このうち発症前の1次予防のみに焦点を当て、発症後の取り組みである2次から3次予防については他の項目がその役割を担っているものと考え、本項目では扱わないこととする。

【認知症予防にかかる各種事業について】

「地域支援事業」は「(新しい) 介護予防・日常生活支援総合事業」と「包括的支援事業」と「任意事業」の3つから構成されている。このうち認知症に関しては「包括的支援事業」が行う認知症施策（認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等）が中心を担うこととなる。これに関して「2. 認知症初期集中支援チーム事業」の項目で詳細に触れる。「包括的支援事業」以外で OT が直接関わる可能性の高い事業としては、「(新しい) 介護予防・日

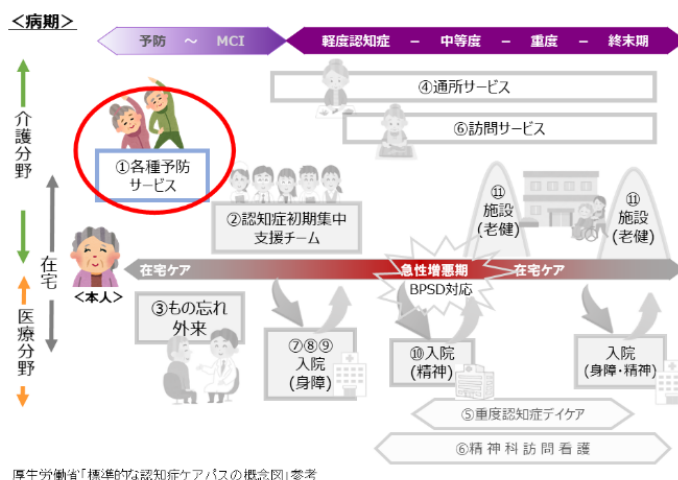


図1-1 認知症ケアパスにおける
認知症予防事業の位置づけ

認知症予防におけるOTの役割

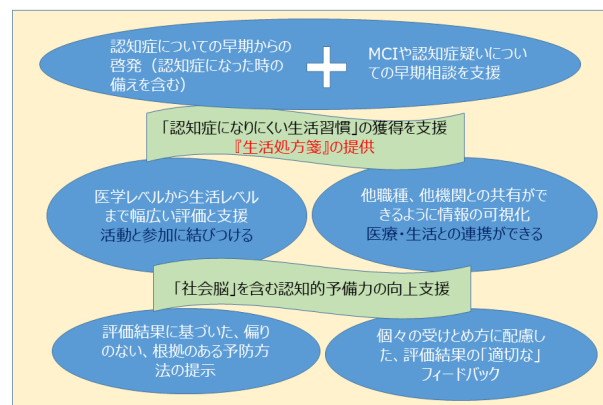


図1-2 認知症予防における OT の役割

常生活支援総合事業」の中の「一般介護予防事業」が該当する。一般介護予防事業は①介護予防把握事業（地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる）②介護予防普及啓発事業（介護予防活動の普及・啓発を行う）③地域介護予防活動支援事業（地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う）④一般介護予防事業評価事業（介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う）⑤地域リハビリテーション活動支援事業（地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する）の5つで構成されている。対象は、第1号被保険者の全ての者と、その支援のための活動に関わる者となる。

2) 認知症予防における OT の役割と取り組みへの参画

①認知症予防における OT の役割（直接的支援の場合）

介護予防の中には当然、認知症予防も入っているのであるが、包括的支援事業の認知症施策が別に存在しているために、介護予防はどちらかという筋力訓練的なアプローチがその中心となっている現状もある。認知症予防に関して比較的エビデンスがはっきりしているのが運動習慣であることや、活動的な生活を支えるのが運動能力と考えられることから、専門職であるはずのリハビリ職においてさえ「認知症予防イコール運動」という短絡的な考え方をしてしまう者もあり、介護予防が運動サークル的になっているのではないかという見方もある。また一方、その分かりやすさや手軽さも手伝って、いわゆる「脳トレーニング」という方法論もブームとなっている。認知症予防には計算や音読をすればよい、左右別な事をして頭を混乱させてみたら良いなどの情報が巷にあふれている。しかし、認知症予防で忘れてはいけないのは、毎日の生活活動や社会参加や役割、コミュニケーションの状況が少しでも活発になること、あるいは認知症になりにくい生活習慣を獲得していただくことではなかろうか。またそこには、本人のこれまでの生活やこだわり、人間関係、自己認識、意欲などが大きく関わっているはずである。認知症予防はそもそも個別性の高い支援が必要であるはずで、画一的プログラムには限界があると考えておくことは重要である。なかには運動が嫌いな方、皆で集まってワイワイが馴染めない方、物作りが苦手な方などいろいろな性格の方々が存在する。OT は、そうした方々の一人一人にとって参加しやすい馴染めそうなアプローチ方法や環境を、その評価を基に個別に考えて提案や助言していける重要な専門職となりうる。

②認知症地域における認知症予防の取り組みへの OT の参画（事業の後方支援の場合）

どのような事業に関わるにせよ、地域において OT が認知症予防に関わる場合、連携や協働の視点を忘れてはならない。それは保健師など他の専門職種との間だけでなく、地域の人々もその連携・協働の対象という意味である。

対象となる地域の状況は様々であり、それぞれ地域特性を十分に考慮しなければならない。それは、対

象となる地域や集団自体をあたかも一人のクライアントのように見立てて、彼らの認知症予防活動の自主運営化や住民主体化、要するに認知症予防を取り組む住民集団の自立を目指す取り組みが重要だからである。私たちが目指すのは、対象となる一般住民が認知症予防行動を自主的かつ主体的に行える物的・人的環境作りである。専門家頼みの受け身的な教室方式の認知症予防では、参加者のドロップアウトやマンネリ化、モチベーション低下を来してしまうことは、過去の多くの取り組み事例での失敗が示している。認知症予防の取り組みとは、デイケア・デイサービス様の既存のサービスに似た、新たな類似サービスを地域に作ることで無いはずだということを OT として肝に銘じたい。

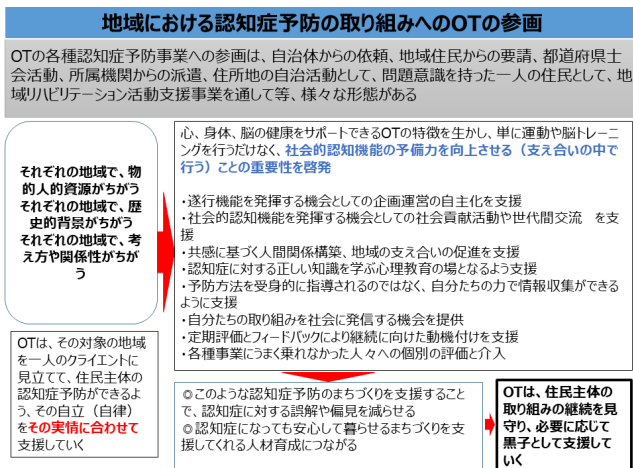


図1-3 認知症地域における認知症予防の取り組みへのOTの参画

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

①認知症予防で評価を実施する上での視点（評価の目的）

認知症予防に OT として関わるときに、どのような依頼のされ方をするかで、当然その評価の目的は変わってくる。またそれぞれの自治体の（行政側の）考え方により、評価の目的だけでなく OT の動き自体も違ってくる場合もあるので、私達にはその時の状況に合わせた柔軟な姿勢が求められる。

多くの場合、認知症予防において評価の目的は大きく2つに分けられる。一つは事業自体の評価、もう一つは対象者個別の評価である。事業自体の評価には事業立ち上げ時に行う評価と、事業全体としての効果判定のための評価がある。一方、対象者個別の評価としては、対象者個々人の効果判定のための評価と、対象者の個別支援のための評価がある。事業の立ち上げ時には保健師や民生児童委員の協力のもとで地域評価を十分に行い、それぞれの地域の実情に適合し、それぞれの地域ニーズに沿った介入方法や事業の進め方を地域個別に検討することが重要である。地域差があればクレームに繋がるからと、行政サイドから全地域統一した介入を求められることもあるが、OT として「地域住民にとって真に必要な支援は何か」に絶えず立ち返って考え、何とか行政サイドを納得させられるだけの説得力と勇気を持ちたいものである。さらに、事業自体や対象者個々人の効果判定についても、OT としては特に注意を払

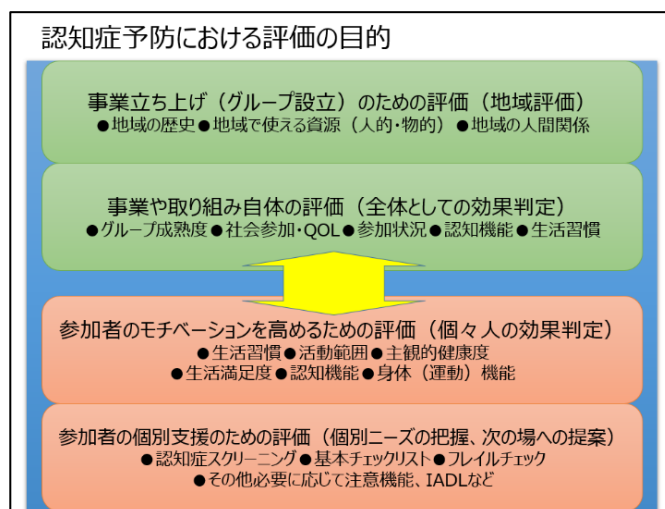


図1-4 認知症予防における評価の目的

わなければならない。我々を含めた医療職は往々にして認知機能だけに着目しがちであるが、認知症はそもそも認知機能の低下だけが原因ではなく、個人因子や環境因子との相互関係で起こってくる状態像であることを考えれば、認知症になりにくい生活習慣を獲得したか、認知症になりにくい環境や人間関係を対象者の生活の中に構築することはできているかにも着目した、多面的な評価を行うことが重要である。さらに、グループ内の関係性に着目して、集団の中の個人を見るといった精神科作業療法的な評価の視点も重要となる。また、単に数値的データを計測することで終わらないように注意し、対象者も評価結果を自ら活用できるように支援することも大切である。対象者が評価結果から自分の生活を振り返り、対象者自身が何を改善すべきかわかることや、対象者が自分の努力した結果を知り、次へのモチベーションにできるようにしたい。

②認知症予防で評価を実施する上での視点（評価の流れ）

適切な時期に適切な医療へと繋ぐことも予防領域に関わる OT の重要な役割となる。早期の気づきや早期の医療への相談が重要だということは分かっているが、認知症における医療の入口へのハードルは決して低くはないのが実情である。そういう意味では、認知症予防の場合は、必ず同時に認知症啓発の場ともならなければならない。認知症予防のプログラム内容には、認知症に対する誤解や偏見が少なくなり、かつ、認知症になってしまうかもしれないことへの必要以上の恐怖感や不安感が軽減するような取り組みを入れることが必須である。また、地域の対象者相互で支えあい励ましあい助け合える

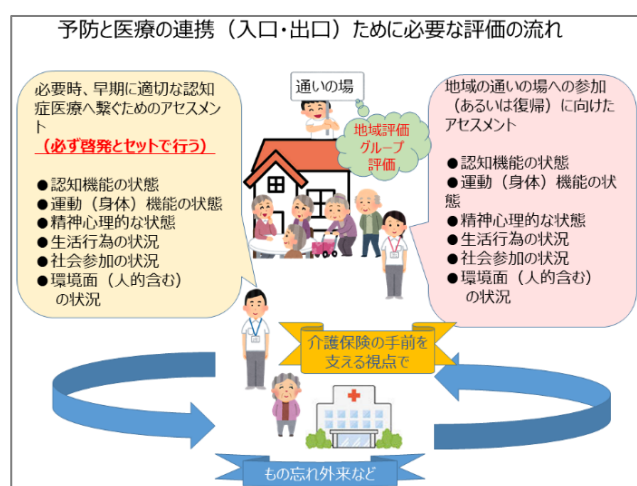


図1-5 予防と医療の連携のために必要な評価の流れ

集団へと育っていけるよう、集団を扱うプロである OT として、上手に支援していくことも忘れないようにしたい。「認知症になっても安心な街づくり」とは、まさにこういう地道な取り組みから始まるのである。人々を集めて体操や脳トレだけ行っているような安易なプログラムでは、こうしたことは決して達成はできないことを OT として肝に銘じておきたい。予防と医療の連携を支援するための評価としては、認知症超早期における様々な生活面での変化を見落としなく把握できるように多面的に把握しておくことが重要である。

③認知症予防で評価を実施する上での視点（評価における留意点）

“対象者は一般住民であることを忘れないこと。” 病院や施設で対象者に行う評価とは、様々な意味で違っていることを評価者は予め強く自覚しなければならない。「認知症の検査」ではなく「脳の健康度」という配慮した言い方・伝え方をした方が、対象者によっては受け入れやすい場合もあるので、検査内容

や名称の伝え方には工夫をしてみることが必要である。また、問題点や異常を見つける評価ではなく、チャレンジする課題を見つける評価となるように考えることも大切である。そのためには、結果をポジティブな伝え方に言い方に変換して伝えることができる能力が我々には必要となる。

中には診断は受けていないが認知症の可能性が高い対象者もいるので、評価の実施にあたって、あらかじめ対応や対策を考えておくよう気を付けたい。さらに、一般の方々の中には「軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment：以下 MCI）」を「軽度認知症」と思っている場合も多いので、こうした医学用語の使用については理解を確認し必要に応じて配慮をすることも重要である。

評価結果は参加者と共有することを前提に実施することが必要である。結果についての突っ込んだ質問も多くあるので、その場合の対応について事前準備を怠らないようにしておかなければならない。また、対象者同士が、その無意識の競争心からお互いの評価結果を比較しあうことは避けられないので、評価結果で傷つきドロップアウトしてしまう参加者が出ないように、対象者同士の動向に細かく気を配るようにすることも重要である。加えて、個人差があるにも関わらず、たった1点の差に対しても一喜一憂してしまう対象者もいるので、結果のフィードバック方法には十分な配慮が必要である。

活動参加中の対象者の行動観察を通じて問題となる状態や変化を把握できる部分も大きい。何気ない会話の中からも生活状況に関する多くの情報を得ることができる。OT として数値化できる検査ばかりに気を取られてしまわないよう気を付けたい。もし、評価結果や観察等から認知機能の病的低下やその他さまざまな医療的問題を予測・発見した場合は、適切な医療につなぐような対応が求められる。そのような場合に備えて、事前に地区担当の保健師や地域包括支援センター等の関係機関と対応方法を十分話し合っておくことが重要である。

4) 評価項目

認知症予防に必要な評価項目としては、生活機能評価を基本にして、MCI スクリーニング、効果指標としての各種検査、地域状況の把握のための評価、事業自体の評価などが必要となる。地域の希望や実情（予算、備品、マンパワー等）に合わせて手法は選択すべきだが、自治体の運営方針もあるので評価項目は上記に限らず柔軟に検討する。認知機能の評価だけにこだわるようなことはせず、労力はかかっても、認知症予防に関する知識はきちんと修得できているかどうか、認知症になりにくい生活習慣が獲得できているかどうかも含め、出来るだけ幅広く個人および集団の評価を行っておくことが大切である。なお、MCI のスクリーニングに関しては、啓発の状況を睨みながら選定および実施をすることが求められるということを忘れないようにしたい。繰り返しになるが、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下：HDS-R）など認知症検査としての知名度のある検査を健常高齢者を対象とする予防領域で安易に使うことについては慎重になるべきであろう。

基本評価（観察・面接・情報収集）	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
【生活行為全般】 ☐ MTDLP 【生活状況】 ☒ 1日の流れ ☒ IADL/BADL ☒ 生活習慣 ☒ 睡眠 ☒ 活動性、外出 ☒ 対人・社会交流 ☒ コミュニケーション 【ナラティブ】 ☒ 今の生活の困りごと ☒ 今後の生活のニーズ ☒ 興味関心 ☒ 余暇活動 ☐ 経済状況 【人的環境面】 ☐ 家族背景と介護力 ☒ 本人と家族の関係性 ☐ 介護負担（J_ZBI_8） ☒ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ☒ 住環境 ☒ 地域資源 ☒ 公共交通機関 【BPSD】 ☐ 心理症状 ☐ 行動症状 【機能面】 ☒ 認知機能 ☐ せん妄 ☒ 身体機能 【心理面】 ☐ アパシー ☒ うつ ☐ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☒ 栄養 ☒ 服薬状況 ☒ 身体合併症管理 【リスク管理】 ☐ 誤嚥 ☒ 転倒・転落 ☒ 廃用	【生活機能評価】 ☐ 基本チェックリスト ☐ 生活機能チェック ☐ 生活機能検査 【MC I スクリーニング】 ☐ ファイブコグ ☐ 物忘れ相談プログラム ☐ CDR ☐ 主観的記憶に関する質問紙 ☐ 3MS ☐ MoCA-J ☐ NCGG-FAT 【効果指標】 ☐ ※上記MC I スクリーニング ☐ 文字流暢性課題 ☐ TMT ☐ ウェクスラー記憶検査 ☐ 各種の運動機能検査 【地域評価】 ☐ 調査 ☐ 情報収集 【事業評価】 ☐ 調査 ☐ 情報収集 【その他】 ☐ 集団成熟度評価 ☐ 健康観 ☐ 自己効力感 ☐ QOL ☐ 認知症予防に関する知識	☒ 介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 ☒ 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ☒ つなぐ先の環境評価 情報収集 ☒ 本人の生活支援に向けてのポイント（活動・参加を意識しながら） （備考）

表2 予防事業における認知症の人に対する評価項目

5) 認知機能低下が疑われた参加者を地域が支えた事例

認知症予防の通いの場へ参加しているなかで、経過とともに変化が生じた方に対して OT をはじめ地域の多職種で支援を検討した事例を紹介する。

【事例紹介】

A さん、70 代男性、同居の娘と二人暮らしであった。新たに地域に立ち上がった認知症予防のための通いの場に友人と共に参加した。OT は地域包括支援センターの職員とともに立ち上げ支援をし、運営ノウハウを伝えながら陰からグループを支え、徐々に自主運営化に向けて支援をしていた。A さんは責任感が強い上に問題意識も高く、グループの中心メンバーとして熱心に活動し、他のメンバーからも頼り

にされるリーダー的存在であった。

【初期評価】

開始時評価では上記のような活発な生活状況であり、認知機能（ファイブコグ得点のすべての項目で50点以上）や身体機能（TUG、30秒椅子立ち上がり、握力、開眼片足立ちの全てが同年代平均以上）にも全く問題がなかった。こうして活動は順調に地域の中に定着してきていたが、ある日フォローアップ評価を行った時に、Aさんの認知機能が大きく低下（特にファイブコグ得点の文字位置照合課題と手ごかり再生課題の2つが20点以上低下）していることに気づいた。OTが個別面談と詳細な検査を実施したところ、認知機能その他には全く問題なく（MMSE 30/30点）、先のファイブコグでの検査結果はどうも病的なものではなく、評価時の心理的な問題が背景にあることが伺われた。他の参加者たちからは、「本人は強がっているが、これまで同居していた娘が独立してAさんと別居することになった為に、食事作りを一人でやっていけるか不安もあって最近元気がないのではないかと心配だ」という情報も得た。OTは、一人暮らしでの食生活の不安が大きく影響していると考え、Aさんに地域センターでの「男性向け調理教室」への参加を勧めた。

作業療法の介入方法、考察等は、「別冊事例集：1．総合事業（介護予防）」を参照いただきたい。

2. 認知症初期集中支援チーム事業

1) 認知症初期集中支援チームの目的と役割
認知症初期集中支援チーム（以下チーム）とは、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問しアセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う。その際に、医療療養機関と連携し、早期診断・対応に向けた支援体制を構築しようとするものである¹⁾。

「認知症初期集中支援チーム員は、経験年数など一定の条件を満たす専門職 2 名以上と、専門医としての経験年数など特定の条件を満たした医師 1 名以上から構成されている」2016 年度の実施要綱では、訪問するチーム員数について、「初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上の計 2 名以上で訪問することとする」²⁾。対象者については図 2-2 を参照していただきたい。



厚生労働省「標準的な認知症ケアパスの概念図」参考

図 2-1 認知症ケアパスにおける
認知症初期集中支援チームの位置づけ

対象者の把握

40歳以上で在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症がある。

- a.医療サービス、介護サービスを受けていない、中断している
 - ア.認知症疾患の臨床診断を受けていない
 - イ.継続的な医療サービスを受けていない
 - ウ.適切な介護サービスに結びついていない
 - エ.介護サービスが中断している

- b.医療サービス・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著な多対応に苦慮している。

図 2-2 訪問支援対象者の定義
(チーム員テキストより)

2) 認知症初期集中支援チームにおける OT の役割

私たち OT は普段の業務から活動の「工程分析・動作分析」を行い、“なぜ出来ないのか、どうしたらできるようになるのか”という視点でアプローチしている。このチームでも「工程分析・動作分析」は重要であり、生活障害とリンクさせることで、より具体的な支援計画につながる³⁾。

認知機能が低下して日常生活、社会生活にほころびが出始めた人に対して、実際の生活場面をアセスメントし穏やかにその人らしい在宅生活を継続できるように支援することも大切な視点である。OT の役割として、1つ目に対象者との関係の取り方、2つ目に ICF の視点に基づいた対象者の理解、3つ目に対象者にとって「やりたい」と思っている作業に焦点を当てた支援をすること、4つ目に作業活動の利用、5つ目に家族支援、6つ目に連携といった視点が必要である⁴⁾。

具体的に述べると、①認知機能に由来する行為障害や日常生活遂行困難に対する支援や助言であったり、②住環境の確認と改善の提案や③できる事、したい事を切り口にした生活行為の支援方法である。また、④福祉用具の提案や⑤環境から問題点を抽出し解決策を見いだせること、⑥活動を通して「その人らしさ」を見つけそれを軸にサービスを提案することであると考えます。（図2-3）

また、おおむね6か月間の支援期間であるため、いわゆる介護保険サービスのように継続的に支援することができない。そのため、短い期間に集中的にその地域の資源に上

手くマッチングすることや認知症とともに自分（家族）の足で自立して歩いてもらうことに着目する。認知機能が落ちてきたことで、周囲との関係や今までの生活が、どの様に崩れてきたかが最大のポイントである。次につなげるサービスに向けてOTの視点（生活、認知機能・高次脳機能、環境設定・福祉用具など）を活かしつつ、評価、支援し、チームの医療職の一員として関わっていく。

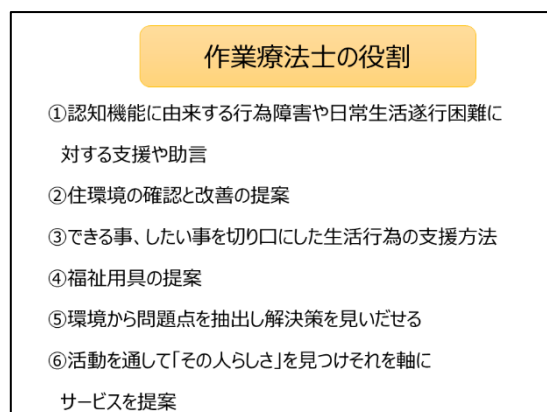


図2-3 認知症初期集中支援チームでのOTの役割⁵⁾

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

OTの評価と役割の対応を図2-4に示す。評価の視点としては、本人や家族が認知機能低下によって生活上のどのような場面に困っており、または、本人や家族が認知症に対してどの様に捉えているのかなどを具体的かつ詳細に探っていく必要がある。

①評価の流れ

評価の流れはチームが設置されている機関やチームへの支援依頼までの流れなど、市区町村の体制によって異なるが、まずは訪問前の情報収集から始まるのが一般的である。訪問前には、地域包括支援センターなど依頼主から一定の情報が提供される。例えば、基本情報や主治医の状況、だれが何に困り、何を望んでいるのかを記入した書類などが依頼票として用いられていることが多いが、この点も市区町村により異なるところである。初回評価時に必

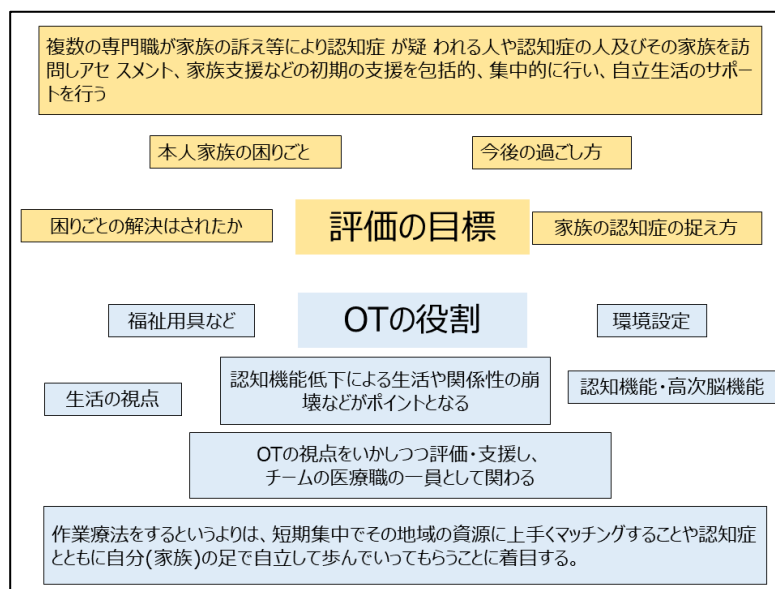


図2-4 OTの役割と評価の目標

要なことは、基本情報や生活状況、身体状況、認知機能、BPSDや介護負担などの情報収集である。それらの情報収集に加え、チームの役割や認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や

介護保険サービスの利用勧奨、そして、訪問支援対象者及び家族との信頼関係構築や心理的サポートなども場合によって初回の訪問にて実施することもある。

初回評価の訪問時には、対象者と信頼関係が構築されている地域包括支援センターの職員などに行ってもらい、無理に評価せずに相手との信頼関係構築を第一優先にした情報収集に心がけるべきである。

使用するアセスメントツールは「信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと」という指定以外は、特定のアセスメントツールは指定されていない。なお、平成25年度からのモデル事業では以下の①②③が用いられていた。特にDASC21は、この事業のような訪問場面で適切な情報収集を行うのに非常に有用である。①「**地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（The Dementia Assessment Sheet in Community based Integrated Care System;DASC21）**」－認知症によく見られる認知機能障害や生活機能障害の程度を評価し、簡便にチェックすることができる。②「**認知症行動障害尺度の短縮版（DBD-13）**」－BPSDの程度をおおまかに評価することができ、よくみられる症状をリストアップしておくことができる。③「**Zarit 介護負担尺度 日本語版の短縮版（J-ZBI_8）**」－家族の介護負担感を評価することができる。留意点として、家族の受け止め方、家族の対応力、家族の主訴などを記述する。その他にも「**身体の様子チェック**」は身体状況の観察や問診をするためのチェックリストである。また、「**認知症高齢者のための総合機能評価（CGA-D）**」は複雑な認知症の臨床像を適切に表現し、多職種間で情報共有し、医療と介護のニーズを明らかにする際に有用である。

初回評価の際は、認知症の本人や家族との関係性を見据えながら、関わりの糸口を探りつつ、次の訪問につなげられるような関わりが求められる。

② 初期集中支援における地域生活と医療・介護（入口・出口）をつなげるために必要な評価の流れ

この事業は早期の関わりも目的であるが、早期に対象者を把握し、相談を応需し、訪問・支援するという流れで主に関わる。相談の流れは主に相談者が地域包括支援センターに相談し、地域包括支援センターがチームに依頼する流れが多いが、市区町村の体制によっては地域住民や自治体職員、かかりつけ医からの直接的に相談や支援依頼を受けることもある。相談の内容也多岐にわたり、地域生活を営めるように支

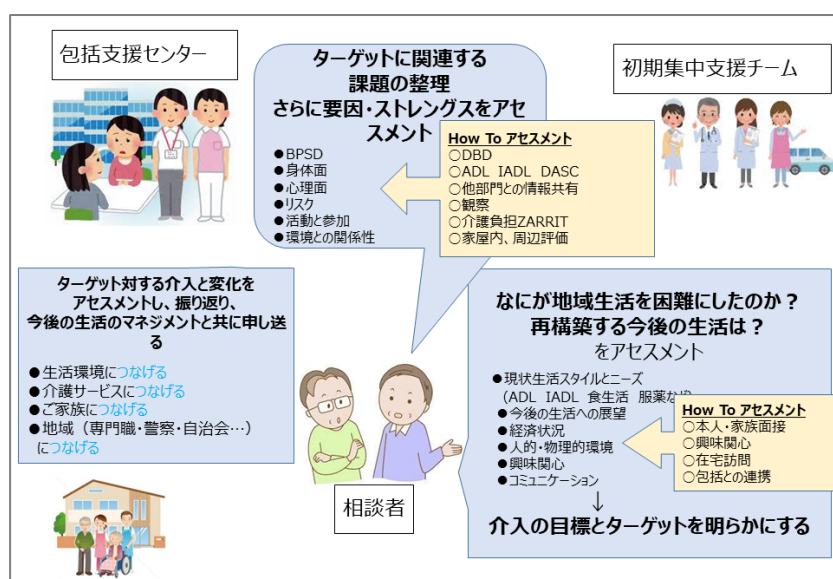


図2-5 認知症初期集中支援チームにおいて在宅生活継続に必要な評価の流れ

援するには多くの視点が必要である。

例えば、図2-5では、支援対象者のBPSDや心理面、身体面、医学的リスク、活動や参加レベルにおける課題の整理、本人や家族のニーズ、経済状況などの人的、物的環境の面まで含めた視点が必要となる。そのような地域生活を困難にした理由や、地域生活を再構築するためのアセスメントや支援について情報の整理を行う。

チームとしてのもう一つの機能として忘れてはいけないのが「つなげる」という視点である。対象者の課題の整理や支援方法がある程度決まり、支援を開始する際に、生活を継続していくための今後を見据えておく必要がある。それは介護保険サービスにつなげるという視点だけではなく、生活につなげる、家族につなげる、地域（専門職、自治会、警察など）につなげるということも視点に入れながら介入をしていく必要がある。

4) 評価項目

認知症初期集中支援チームにおける対象者に対する評価項目の一覧を表3に示す。認知症初期集中支援チームにおいては幅広い側面から地域生活の継続に向けた評価が必要であり、認知症の状態や心身機能、活動、参加面を見極めながら、その人の能力や生活のニーズに沿った形である程度目標を定めて、必要に応じて詳細な検査、測定をすることが望ましい。また対象者は、検査や測定についてその必要性などを理解できずに拒否的な反応を示すこともあるため、無理せずに状態・状況に応じて可能な範囲で評価を行う。また、評価の実施方法も病院や施設と異なり自宅で行うことになる

基本評価 (観察・面接・情報収集)	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
【生活行為全般】 ☐ MTDLP 【生活状況】 ☒ 1日の流れ ☒ IADL/BADL ☒ 生活習慣 ☒ 睡眠 ☒ 活動性、外出 ☒ 対人・社会交流 ☒ コミュニケーション 【ナラティブ】 ☒ 今の生活の困りごと ☒ 今後の生活のニーズ ☒ 興味関心 ☒ 余暇活動 ☒ 経済状況 【人的環境面】 ☒ 家族背景と介護力 ☒ 本人と家族の関係性 ☒ 介護負担 (J_ZBI_8) ☐ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ☒ 住環境 ☐ 地域資源 ☐ 公共交通機関 【BPSD】 ☒ 心理症状 ☒ 行動症状 【機能面】 ☒ 認知機能 ☒ せん妄 ☒ 身体機能 【心理面】 ☒ アパシー ☒ うつ ☒ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☒ 栄養 ☒ 服薬状況 ☒ 身体合併症管理 【リスク管理】 ☒ 誤嚥 ☒ 転倒・転落 ☒ 廃用	【主疾患の予後予測】 ☒ 主疾患の機能的予後 【リスク管理】 ☒ 心疾患 ☒ 血圧など 【身体機能】 ☒ ROM ☒ MMT ☐ 筋緊張 ☒ 感覚障害 (表在・深部) ☒ 痛み ☐ 失調 ☒ 起居動作 ☒ 座位 ☒ 立位 ☒ 歩行等移動能力 【認知機能】 ☒ MMSE ☒ HDS-R ☒ その他高次脳機能評価 バッテリー 【活動・参加】 ☒ 病棟の状況 ☒ FIM ☐ 家事 (炊事、洗濯、掃除、買い物) ☐ 職業関連活動 ☐ 自動車運転 ☐ 趣味活動 【環境面】 ☐ 制度 (介護保険、障害者手帳、精神保健福祉手帳 等)	☒ 介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 ☒ 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ☒ つなぐ先の環境評価情報収集 ☒ 本人の生活支援に向けてのポイント (活動・参加を意識しながら) (備考)

表3 認知症初期集中支援チームにおける認知症の人に対する評価項目

ため、評価の実施方法に工夫が必要である。さらに通常の評価に加えて、DASC や J_ZBI_8、BPSD、IADL など在宅生活に必要な評価も大きな要素を占める。前述した量的な評価に加えて、観察で分かることも多くあり、本人・家族の発言内容や思いなども大切であるので、質的な評価も念頭に入れておくとうまいだろう。

また、支援終了後の生活を想定した支援体制の構築についての検討も重要であり、今後のつなげる先に応じて評価も場合に依って必要となるであろう。

<訪問時の評価の視点>

訪問時には、多くの情報を観察を通して収集することができる。その流れや観察ポイントを図2-7にまとめた。初期集中支援では、対象者と家族の支援を行うために支援対象者の生活についてその詳細を知る必要がある。

例えば、玄関はどのような状況であるか、自宅が面している道路は交通量が多いのか、移動手段はどのようにしているのかなどである。室内では、装飾品のチェックから、趣味嗜好を確認する。普段の生活の様子や生活習慣の確認、困りごとの確認も必要である。図2-7-2でも示しているが、屋内外の様子と観察の方法なども参考にしていくとうまいだろう。入室できた場合、特に女性の対象者の場合はチーム員にお茶を出してくれるという機会にも遭遇する。その際には、お茶の入れ方（準備、道具操作、分量など）を観察でき、そこから遂行機能や注意機能など高次脳機能の評価も可能である。お茶だけではなく、炊飯器やガスの使い方、冷蔵庫の整理や掃除は行き届いているか、入浴は行えているか、排泄は適切に行えているかなど、多くのことを観察することができる。それに加えて金銭管理や服薬管理も大事な視点である。服薬では複数の医療機関の薬で重複したものがないか、これまでの管理などを聞き取る必要がある。服薬管理は、カレンダーやお薬ボックス、介助者にしてもらうなど多くのパターンがあるため、支援対象者の残存機能や習慣に依った支援方法の検討が望まれる。図2-7-1にも示したが、支援者が訪問時に困らないようにフローチャートもぜひ活用していただきたい。

訪問時の観察

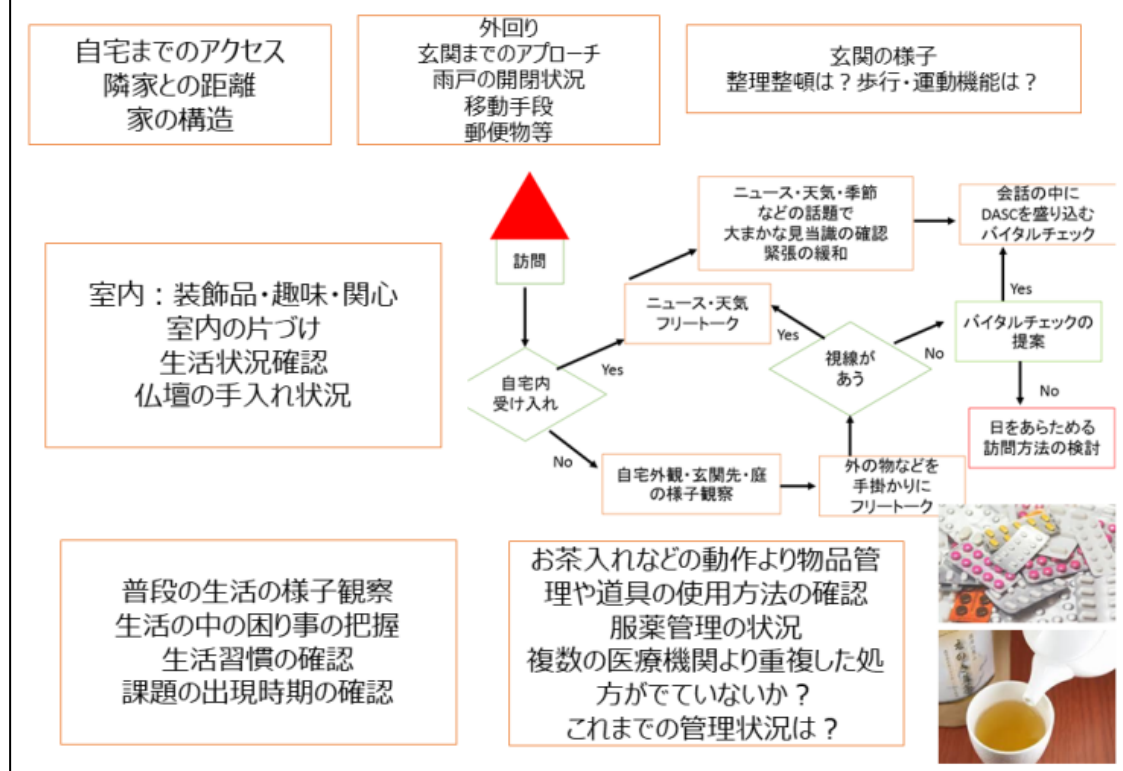


図 2 - 7 - 1 訪問時評価の視点と観察ポイント

屋内外からのアセスメント

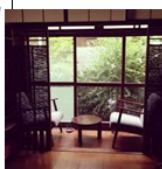
屋外 ①「家屋は保守点検されているか」「庭木などの手入れはどうか」「駐車してある車の傷は？」「ポストの郵便物は？」など様々な情報に目を凝らす。 —生活状況を観察することが極めて重要である。認知症は生活障害であり、生活状況の把握が基本である。	
屋内 ① 玄関を開けてもらえたらにのびの確認をする —整理整頓などが可能か ② 本人が出てきたら—身だしなみや衣服の確認 ③ 化粧や髭剃り整髪や整容ができていないか（意欲や遂行機能） ④ 口臭（口腔衛生）、尿臭（失禁や漏れ）、姿勢と歩容（運動麻痺や正常圧水頭症やパーキンソン病に特有な姿勢や歩き方の有無）についても確認する。 ⑤ 屋内に挙げてもらうことができれば —居間に通されるまでに飾ってあるお土産や写真賞状などを見ておく。 ※最初から困りごとを聞くのではなく、今までの生活歴や趣味、活躍していた時の話題などその人の人となりの部分から情報収集する	
アセスメントする環境づくり 家族や主介護者からの客観的な情報が欠かせないが、本人がいると家族は話しにくい。2人のチーム員のうち1人が本人のアセスメントをしている間に他方が家族からの聴取をすることが多い ① 方法「身体のうごきをみせてください。立ち上がってみましょう。痛いところはないですか。では歩く姿を見せてください」といった具合に誘導して本人と家族を離しアセスメントしやすい環境を作り出す。 ② どうしても2人を引き離す環境を作り出すことが難しい場合 ・介護負担や行動観察シートを返信用封筒とともに家族に渡し時間のある時に返信してもらう ・事前に家族へアセスメントシートを郵送して状況を把握する ・訪問前に家族だけ別な場所に来てもらい面談で事前情報をとることもある。	

図 2 - 7 - 2 屋内外からのアセスメント

5) 認知症初期集中支援チームにおける事例

認知症初期集中支援チームにおける支援では、前述したとおり、多くの視点と評価、観察、支援が必要となる。上記のように支援チームの活動では支援後の生活を見据え、つなげる先とも連携を行う必要がある。今回、生活上の困りごとやその人のナラティブな面、生活の支援方法、介護保険サービスの継続先について支援に難渋はしたものの、在宅生活の継続に至った事例を以下に報告する。

【事例紹介】

Bさん、80歳代女性、独居。家族（息子と娘）が日中訪問を行い、食事や身の回りの世話をすることで在宅生活を行っている事例である。本人には「元気に暮らしたい」という希望があった。要介護1、かかりつけ医（整形外科）で認知症に関連する服薬等はない。最近、物盗られ妄想などが多く聞かれる。息子からの叱責、家族の認知症理解のすれ違いがあり、BPSDが増強している。家族は対応がわからない。本人は何かやりたい気持ちはある様子であるが、デイサービスの拒否がある。

【初期評価】

簡単な会話は疎通良好だが、複雑な内容の会話は一部通じにくい。着替えやトイレなどのセルフケアは自立していたが、食事の準備や服薬管理は介助が必要であった。閉じこもりがちであるが、畑の手入れなどを通じて、近所や友人が気にかけており交流が保たれていた。息子、息子の妻、娘との間に理解の仕方の相違があり、お互いの負担感が増大していた。

DASC21は68/84点であり、DBD-13は20/52点、J-ZBI_8で30/32点と介護負担感もADLの介助量も多い状態であった。



図2-8 認知症初期集中支援事業における事例

心身機能・身体構造面では、ふらつきあり。筋力の低下と膝痛や腰痛を認め、屋内での転倒歴もある。屋外では歩行車を使用し数メートル程度歩行が可能であった。中核症状はMMSEが17/30点で、近時記憶の低下、見当識障害が著明であった。そのため、置き忘れやしまいい忘れ、探し物が多く、食事を摂っても、すぐに忘れてしまう状況であった。また、新たに会った人の顔は覚えていることができず、同じ話を何度もすることもあった。遂行機能障害面では、調理方法がわからない、ストーブのつけ方がわからないことが多くあった。理解・判断力の低下では、簡単な会話は疎通良好だが、複雑な内容の会話は一部通じにくい状態であった。BPSD面では、意欲低下を認め、水分・食事をあまり摂らない。もの盗られ妄想があり、財布がなくなった、お金を盗られたと言うことが毎日であった。不安を多く訴える場面も多く、息子へ30分おきに電話がある状態であった。精神状態は興奮状態でもあり、ケンカもしやすく、長男の妻に対する

暴言は毎日聞かれた。

活動面では、ADL では、歩行は杖歩行だが転倒がある。着替えやトイレなどは衣服を整えるなど声かけが必要な状態であった。IADL では、服薬管理は介助が必要であり、金銭管理も介助が必要であった。買い物は行うが、同じ物を何度も買うことがあり、冷蔵庫の中で腐らせてしまう。家事では、調理は介助が必要である。また、洗濯は干すことはできるが、洗剤の量やスイッチは介助を要する。参加面では、対人交流で、閉じこもりがちであるが、畑の手入れなどを通じて、近所や友人が気にかけており交流があった。環境面では住宅環境は手すり、段差解消済みであった。本人の性格は温和で世話好きである。趣味は、料理で、昔はてんぷら屋を営んでいた。

【統合と解釈・問題点の抽出】

1 つ目に近時記憶障害（食事を食べていないと頻回に訴えるなど）、遂行機能障害があることによる生活障害（調理の一部ができない、食べずに脱水や栄養不足のリスク、冷蔵庫の中が腐る、洗濯の一部ができないなど）。2 つ目に、周辺症状（もの盗られ妄想、閉じこもり）を挙げた。3 つ目に家族の負担感。家族間の中で認知症に対する認識の相違があり、本人の対応に家族が疲弊しているとした。4 つめに頻回に転倒を繰り返すことを挙げた。

作業療法の介入方法、考察等は、「別冊事例集：2．認知症初期集中支援チーム事業」を参照いただきたい。

コラム （事例を通した OT の関り）

B さんはデイサービスの拒否、暴言、家族の認知症の理解不足による対応の不一致や生活面や服薬、買い物、金銭管理などの症状の出現があり、認知症患者は症状が多彩である。BPSD の出現原因を探るとともにナラティブな面を配慮し対応を考えていくことや家族環境、物理的環境をしっかりと見極めたうえで助言や調整をすることも大切である。認知機能面や高次脳機能面、精神面が日常生活にどのように作用し、何に困っているのかを把握することも重要な視点の 1 つである。

③もの忘れ外来【医療保険】

1) もの忘れ外来の目的と役割・もの忘れ外来の特徴

もの忘れ外来は各医療機関やクリニックにより診療科目も様々であり、専門性にも特徴がある。標榜も内科系、神経内科、脳外科、精神科など多岐にわたり、それぞれの診療科目によって検査内容や治療内容も違っている現状がある。

本来、認知症の鑑別診断には専門的検査や評価、豊富な知識、経験が必要であり、また包括的な視点が求められてくる。そして本人の状態（重症度や今後の予後予測等）についても十分なインフォームドコンセントが重要であり、時に家族・介護者への教育・指導も合わせて治療の一環として継続的に行われることが望ましい。

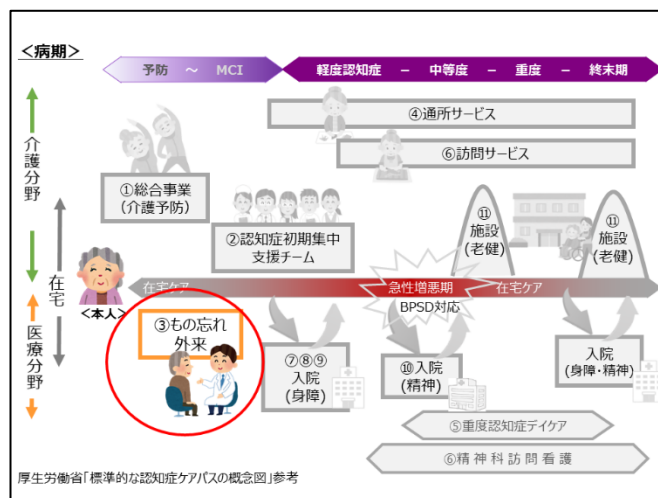


図3-1 認知症ケアパスにおける
もの忘れ外来の位置づけ

そのためには、まず初診時であれば受診の目的を明確にしておくことで、検査の内容、観察のポイント、治療方針等の方向性が専門職と共有することができる。本人は身体的、精神的、社会的に多くの複雑な課題を抱えていることが多く、家族・介護者も本人の変化に戸惑い、混乱している状態にある。そのため、本人だけが受診するのではなく、家族・介護者も受診に同席し、現状の課題、ストレングスを共有しその方向性を共有しておくことが治療効果を高めていくことへつながる。故に、認知症の本人だけでなく、家族・介護者、その周囲の環境を含めた在宅生活の継続のための包括的な視点が求められる。

再診以降も同様であるが、加えて本人の身体的（合併症や転倒等による全身状態の変化）、精神的、社会的、環境的にも変化が起こりやすいため、常に情報収集及び伝達を行いながら在宅生活の状況を把握し、必要であれば適切な地域資源の提案も実施していくことが必要である。

2) もの忘れ外来における OT の役割

OT がもの忘れ外来に携わる機会は臨床的には多くない。医療機関での役割が様々であり、また、OT が関わることで診療報酬上のメリットも少なく、認知機能検査や心理検査であれば OT 以外の職種が実施することが多い現状がある。しかし、本人や家族・介護者の多くは認知機能の低下の改善を期待して受診するだけでなく、生活の中での困りごとの改善も期待している。また、本人は当然ながら家族・介護者が混乱、不安を強く抱いていることも多く、それらの支援が不可欠であり、本人と家族・介護者とのギャップが在宅生活を困難にさせる要因のひとつになることもある。そのため、検査結果の数値や機能評価だけでなく、生活環境や周囲の状況、生活場面での本人や家族・介護者との関係性等を評価し、具体的な生活場面での方法の工夫や家族・介護者の支援方法を提案していくことへつながっていく。必要で

あれば地域資源へつなげていく調整役が必要とされている。OT は検査で得られた結果及び情報収集や観察場面から特に、生活場面での課題やストレングスを評価し、ADL や IADL への本人及び家族・介護者への直接的、間接的アプローチを行うと同時に在宅生活の構築・再構築を図りながら在宅生活の継続を図っていくことが大きな役割であると思われる。

○もの忘れ外来の特徴と目標

- ・現在の状態について詳細な問診と検査等包括的な評価と、それを基に診断し治療へつなげていく。
- ・対象者の状態（重症度、今後の経過等）についてもインフォームドコンセントを十分に図っていく。
- ・対象者への直接的治療だけでなく、家族・介護者への指導・支援も必要である。
- ・在宅生活の継続のため、必要であれば地域資源の活用へつなげていき、情報共有を図っていく。

○作業療法士の役割

- ・正確な診断、治療を選択できるための検査、その際の状態についての情報を提供する。
- ・また、診断後の本人・家族の心理的サポートを行いながら、居住先での生活環境の再構築を図れるよう生活環境のアセスメントを行っていく。
- ・包括的な評価を行いながら対象者、家族・介護者との関係性の構築を図り、情報収集を絶えず行っていく。
- ・生活場面での具体的改善案を提案し、生活環境の再構築を図る。（社会的認知機能やストレングスをより意識して）
- ・介護負担や地域資源の活用等への助言やサービスとの情報共有を図る。

図3-2 もの忘れ外来の特徴と OT の役割

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

まず、もの忘れ外来を受診した目的をできる限り明確化しておくことが重要である。鑑別診断なのか、BPSD の軽減なのか、介護保険等のサービス利用を促していきたいのか等、個々によって異なる。時には家族・介護者は様々な事情の中で混乱、不安、焦りなどの多様な気持ちを持ちながら受診に来られることも少なくなく、その気持ちと対象者の気持ちとにギャップがあり、より課題を複雑化させてしまうこともある。それら関係性のねじれが在宅生活を困難とさせる大きな一因ともなることからこうした視点を持ちながら介入していくことが重要である。

OT が介入する上での特徴は、本人の疾病や身体機能、精神・認知機能、ADL 関連等の検査、数値だけを医師へ伝えることが目的ではなく、本人の人となりや現在の家族構成、社会との関わり等、生活全体を包括的に捉えていく視点が重要である点である。それ故、本人や家族・介護者との関係性を迅速に構築し、より多くの情報を得られるよう配慮していく必要がある。いつ、どのようなことで、どの程度困っているのか、そしてそれらをどのようにしていきたいと考えているのかをできる限り捉え、治療方針の方向

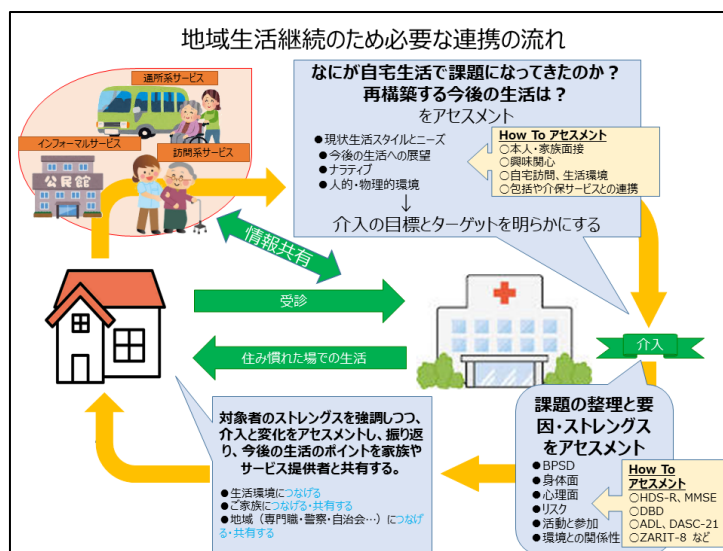


図3-3 地域生活を継続するために必要な連携の流れ

性を共有していく。基本的には、前述した受診の目的によって必要な検査項目や情報収集を選択していくことになるが、外来診療という限られた時間内で、できる限り集中できる環境（クローズドで外的刺激が少ない空間）での検査実施が望ましい。落ち着いた雰囲気の中で検査、情報収集を行い、検査へ取り組む態度（拒否的、攻撃的、協力的、猜疑心が強い等）や行動、発言内容、指示理解度、注意・集中等を観

察し、医師へ情報提供を行うことで診断、治療へ役立てていく。また、一回の検査だけでは本来の機能や能力を測り知ることは困難であることも念頭に入れておく。その時の身体状況や心理状況などによっても大きく影響を受けるため、観察場面や継続的な関わりの中で判断していくことが必要である。

評価した内容を基に治療方針を医師、対象者、家族・介護者と共有し生活場面での改善や地域資源の活用等の提案していきながら双方向での情報共有を行っていくことが在宅生活の継続につながっていく。

4) 評価項目

もの忘れ外来における評価項目については参考として一覧を表4に示す。前述した通り、もの忘れ外来では各医療機関により診療科目や検査内容、担当専門職等が異なる点が多い。

また、診断までの流れにおいても他の疾患と比べても特殊な面が多い。例えば、対象者だけでは十分ではない生活状況について家族・介護者が付き添い、それらの情報を共有する必要があること、対象者が協力して治療へ望んでいるケースだけではないこと、原因となる疾患が多数あること、進行性の病変であることが多い等を考慮すると包括的な視点をもっての診断が必要となってくる。また、対象者の合併症や他の疾患への罹患も含めて状態変化が

更に診断、予後予測、今後の治療選択を複雑化させていくことになる。

OTとしてはこうした包括的視点に立ちながら、認知機能検査(HDS-R、MMSE、COGNISTAT、TMT-A/B等)、生活能力の現状(DASC-21、FIM、Barthel Index等)、BPSD(DBD、NPI-Q等)、介護負担度(J-ZBI_8)を行い、必要な場合は双極性障害やアルコール依存等の認知症に関連する検査も実施し、医師の診療へ役立っていく。

基本評価 (観察・面接・情報収集)	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
【生活行為全般】 ☐ MTDLP 【生活状況】 ☒ 1日の流れ ☒ IADL/BADL ☒ 生活習慣 ☒ 睡眠 ☒ 活動性、外出 ☒ 対人・社会交流 ☒ コミュニケーション 【ナラティブ】 ☒ 今の生活の困りごと ☒ 今後の生活のニーズ ☒ 興味関心 ☒ 余暇活動 ☒ 経済状況 【人的環境面】 ☒ 家族背景と介護力 ☒ 本人と家族の関係性 ☒ 介護負担 (J_ZBI_8) ☐ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ☒ 住環境 ☐ 地域資源 ☐ 公共交通機関 【BPSD】 ☒ 心理症状 ☒ 行動症状 【機能面】 ☒ 認知機能 ☐ せん妄 ☒ 身体機能 【心理面】 ☐ アバシー ☐ うつ ☐ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☒ 栄養 ☒ 服薬状況 ☒ 身体合併症管理 【リスク管理】 ☐ 誤嚥 ☐ 転倒・転落 ☐ 廃用	【基本情報】 ☐ 生育歴 ☐ 職歴 ☐ 生活歴 ☐ 既往歴 ☐ 服薬状況 ☐ 介護保険・公費・手帳 等 【身体機能】 ☐ 痛み ☐ 麻痺の有無 ☐ ROM ☐ 起居動作 ☐ 移動能力 【認知機能】 ☐ HDS-R ☐ MMSE ☐ TMT-A or B ☐ COGNISTAT 【生活能力】 ☐ FIM もしくは Barthel Index ☐ DASC-21 【行動心理症状】 ☐ DBD ☐ NPI 【その他】 ☐ うつとの鑑別 CES-D ☐ アルコール依存 ☐ せん妄	☒ 介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 ☒ 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ☒ つなぐ先の環境評価情報収集 ☒ 本人の生活支援に向けてのポイント(活動・参加を意識しながら) (備考)

表4 もの忘れ外来における認知症の人に対する評価項目

検査数値を中心とした評価以外では、それぞれの検査場面での観察及び“何ができて、何ができにくくなっているのか”を作業・活動分析を行いながら評価していくことが求められる。そしてどのような工夫をしたらできにくくなった機能を最大限発揮できるのか、あるいは補い行うことができるのかを評価していくことが重要である。

外来時における評価で難しい点として、在宅生活の様子が見えにくく、情報収集にも限られてしまうことが挙げられる。生活の主体が在宅であるにも関わらずその様子进行评估、介入しにくいいため、評価時の状態と在宅生活の差が把握できず、結果的に生活の中での困りごとが共有・解決できない可能性もでてくる。そのため、可能な限り在宅での様子を聞き取れるような関係づくりを構築し、直接訪問し生活状況を評価していくことが望ましい。

評価後の治療的介入を考慮した場合、フォーマル・インフォーマルなサービス利用にもつなげていけるよう地域資源の情報も大切である。特にこの時期は地域サービスとのつながりが少ないことが多く、現状の課題を整理し、必要なタイミングで必要な地域資源の活用へとつなげていくことが在宅生活の継続に欠かせない要素である。

5) もの忘れ外来における事例

今まで当たり前のように生活していた本人にとって、できないことの連続は何にも耐えがたい苦悩の連続であり、不安の渦中にいるかのように感じることもあるという。同時に、本人の変化に家族・介護者もまた、戸惑い、混乱し不安を抱えていることも多い。

健康な状態の時には双方が関係性の波の中でどちらがということもなく今まで築き上げた関係性によって調整することが可能であったが、認知機能の低下が起こることで生活の基盤が揺らぎ、家族との関係性も崩れてきてしまう傾向にあるため、現在の生活の中で起こっていることを整理し、本人も家族・介護者も理解し再構築していく調整役が必要になってくる。そのような支援を具体的にを行った事例について下記に報告する。

【事例紹介】

Cさん70歳代後半の女性。1、2年前から火の消し忘れや自転車の置忘れなどの記憶障害が目立つようになり、徐々に頻度も多くなり同じことを何度も繰り返し聞いたり、同居している夫への易怒性・暴言が多くなり夫が対応に困りもの忘れ外来へ受診となる。

Cさんは夫へ対し「自分をバカにしている」、「何もさせてくれない」という不満が強く、夫だけでなく他者との関わりに拒否的な発言がみられていた。また、夫も「何度言ってもわからない」、「ボケちゃって何もできない」と否定的かつ強調的な訴えがみられており、在宅生活でも2階建ての戸建てに住んでいるが1階に本人、2階に夫が生活空間を創っており、家庭内別居の状態であるとの情報。元々夫婦仲は良いほうではなかったとのことであるが、現在では顔を合わせれば口論になるため、顔を合わせないように生活しているとのこと。

4. 通所リハビリテーション【介護保険】

1) 通所リハビリテーションの目的と役割

認知症の予防期から終末期まで幅広くかかわる通所リハビリテーション（以下デイケア）では、認知症に関する様々な知識・アプローチだけでなく、家族を含めた包括的な視点が必要である。医学的管理、心身機能の維持・改善（リハビリテーション）、閉じこもりの予防（ソーシャルケア）、介護負担の軽減（レスパイトケア）をその利用者に合わせて展開していくことが求められている（図4-2）。そして、自立と安定した生活をサポートし、在宅生活が継続できるよう多職種で関わっていく。

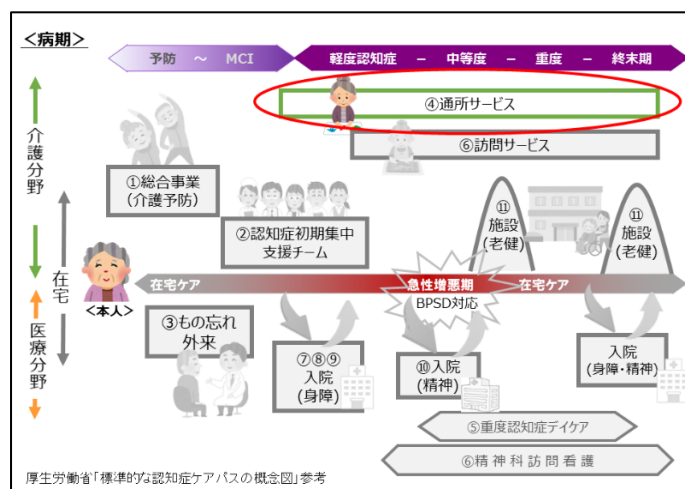


図4-1 認知症ケアパスにおける
通所リハビリテーションの位置づけ

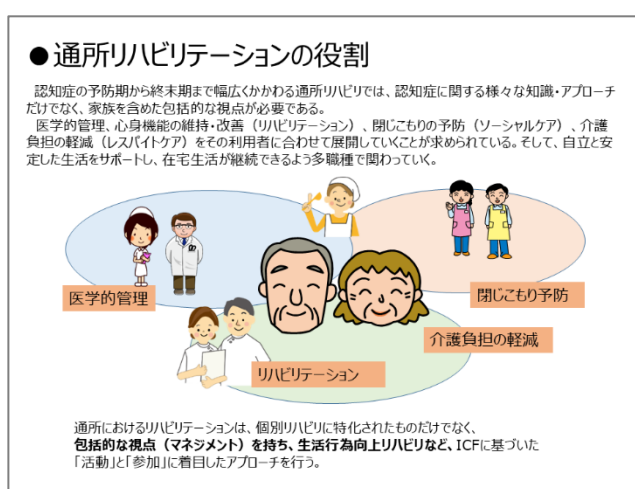


図4-2 通所リハビリテーションの役割

2) デイケアにおける OT の役割

回復期リハ病棟でのリハビリを経験した利用者は、今まで通りの量的なりハビリテーションを求められることがあるが、機能訓練から生活リハビリテーションへの大幅なシフトチェンジが必要である。通所におけるリハビリテーションは、個別リハビリに特化されたものだけでなく、包括的な視点（マネジメント）を持ち、生活行為向上リハビリなど、ICFに基づいた「活動」と「参加」に着目したアプローチを行う。個別リハビリ以外の時間をどう過ごすかを多職種で考え、それをマネジメントすることが OT に求められている。特に認知症利用者は、自身のやりたいことをうまく伝えることが難しいため、家族などから情報収集をしながら、プログラムに落とし込むことが必要である。認知症の進行とともに、本人が楽しめる場所が狭くなるため、通所リハビリが本人にとっての馴染みの場所となるような配慮や工夫を多職種と一緒に検討する。

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

通所利用前や現在の生活を知り、在宅生活を継続するうえで何がしづらくなっているのかを評価する。情報提供書では読み取れない情報を家族から聴取し、予後予測を踏まえて総合的にアセスメントする。個別リハビリ時間以外のデイケアでの様子も把握し、自宅での生活の様子との乖離に作業療法の介入ポイントが隠れていることがある。

リハビリテーションマネジメントⅢ（H30 年度改訂）のリハビリ会議や送迎時に同行し、家族との接点を意図的に持つことも重要である。在宅でのサービスの隙間がどこにあり、どう埋めるかも考え、在宅生活継続に必要なフォーマル、インフォーマルなサービスについてかかわる職種で情報共有する。サービスの隙間にあるリスクもしっかりと共有し、家族やケアマネジャーに伝えることも忘れてはいけない（図4-3）。

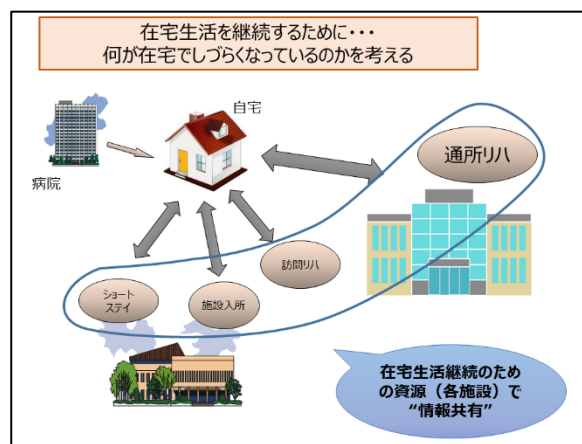


図4-3 通所リハビリテーションにおける評価の視点

4) 評価項目およびタイミングと視点

デイケアでは、通所利用開始時1ヶ月以内に自宅環境を評価することが義務付けられているため、自宅での評価をする機会を持ちやすい。また、「リハビリテーションマネジメントⅢ」で多職種による会議の機会も多いため、以前よりも家族やケアマネジャーと連携を取る機会は増えている。反面、会議が毎月行われるため、常に生活課題の見直しを意識しなければならない。通所で関わっている時間だけでなく24時間の日常を評価するためにはOTだけでは評価しきれないため、家族など

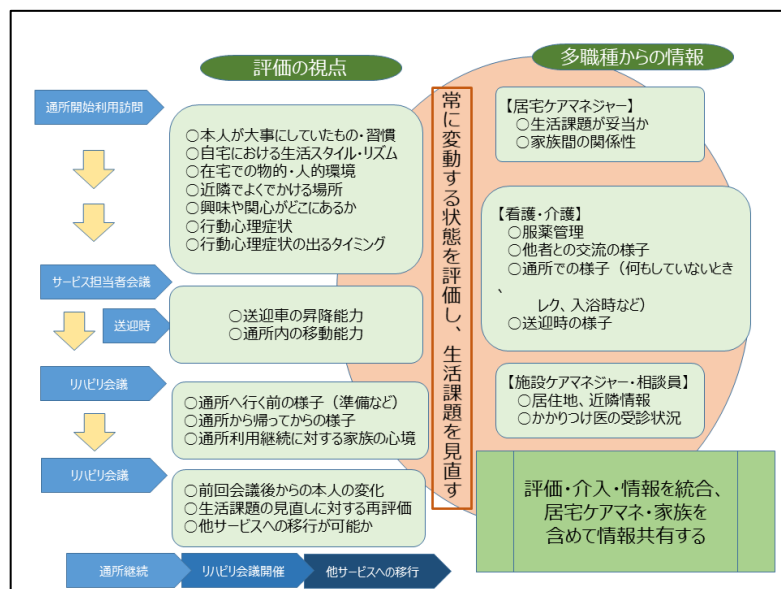


図4-4 通所リハビリテーションにおける認知症の人に対する評価の流れ

と連絡帳のやりとりや、送迎の場面への介入を意図的に行っていく。常に変動する状態を評価し、その評価に関わる多職種で情報共有することが望まれている（図4-4）。

基本評価 (観察・面接・情報収集)	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
●MTDLP 【生活状況】 ☐ 1日の流れ ☐ IADL/BADL ☐ 生活習慣 ☐ 睡眠 ☐ 活動性、外出 ☐ 対人・社会交流 ☐ コミュニケーション 【ナラティブ】 ☐ 今の生活の困りごと ☐ 今後の生活のニーズ ☐ 興味関心 ☐ 余暇活動 ☐ 経済状況 【人的環境面】 ☐ 家族背景と介護力 ☐ 本人と家族の関係性 ☐ 介護負担 (J_ZBI_8) ☐ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ☐ 住環境 ☐ 地域資源 ☐ 公共交通機関 【BPSD】 ☐ 心理症状 ☐ 行動症状 【機能面】 ☐ 認知機能 ☐ せん妄 ☐ 身体機能 【心理面】 ☐ アパシー ☐ うつ ☐ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☐ 栄養 ☐ 服薬状況 ☐ 身体合併症管理 【リスク管理】 ☐ 誤嚥 ☐ 転倒・転落 ☐ 廃用	【通所利用開始の自宅訪問】 【生活状況】 ☐ 1日の流れ ☐ IADL/BADL ☐ 生活習慣 ☐ 睡眠 ☐ 活動性、外出 ☐ 対人・社会交流 ☐ コミュニケーション 【ナラティブ】 ☐ 今の生活の困りごと ☐ 今後の生活のニーズ ☐ 興味関心 ☐ 余暇活動 【人的環境面】 ☐ 家族背景と介護力 ☐ 本人と家族の関係性 ☐ 介護負担 (Zarit-8) ☐ 近隣の周辺環境 ☐ インフォーマルサービス 【物理的環境面】 ☐ 住環境 ☐ 地域資源 【BPSD】 ☐ DBD 【認知機能】 ☐ HDS-R ☐ MMSE 【心理面】 ☐ アパシー ☐ うつ ☐ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☐ 栄養 ☐ 服薬状況 【リスク管理】 ☐ 誤嚥 ☐ 転倒・転落 ☐ 離脱	■ 介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 ■ 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ■ つなぐ先の環境評価情報収集 ■ 本人の生活支援に向けてのポイント（活動・参加を意識しながら）（備考）

表5 通所リハビリテーションにおける評価項目

5) デイケアにおける事例

デイケア利用者は、回復期や急性期の病院から退院され、在宅生活を再開されたばかりの人が多い。回復期の病院では1日に3時間のリハビリテーションを行っていた方々が、在宅では活動量が低下してしまうことがある。個別対応のリハビリテーションという形にこだわらず、生活に関わる行為をリハビリテーションとして意識し、多職種・家族とともに理解していくことが重要である。たとえば安全を重視するあまり行動を制限してしまうことなく、見守りのもと本人のやりたいことを支援できる工夫をOTが提案していく。

【事例紹介】

Dさん、80代前半の女性。3年前に老年期認知症と診断。2年程前から行きなれない場所で迷うことが増えてきた。入浴や着替えは強く促さなければしなくなった。便汚染の下着やパッドを自室にしまい

こんだり、パッチ薬を勝手に外したりする行為あり。外出して迷うことが増えてから、家族から外出を制限され、その頃より娘や孫（同居）に対する暴言が見られるようになった。関わることで家族間トラブルも増えることから、料理や洗濯などの家事も本人がすることが少なくなった。銭湯に一緒に行っていた友人との交流も減り、閉じこもり傾向が続いていた。

家族から外出制限をされるまでは、近所の友人と銭湯に行ったり、買物などにも出かけていたりしたそうだが、通所利用相談時はほとんどを自宅で閉じこもるような生活になっていた。

【初期評価】

身体機能面は両膝関節の痛みによる両下肢筋力の低下を若干認めるが、それ以外は年相応に保たれている。ADL は概ね自立も整容など身の回りのことに無関心になっている。HDS-R 13/30 点、DBD13 26/52 点、J-ZBI_8 19/32 点、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）は A1、認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）は II b、コミュニケーションは良好で、近くに座った他利用者とも笑顔で話しかけていく場面も多く見られる。

通所内のアクティビティなどへの参加は良好で、開始当初は促しがないと参加できなかったが、徐々に自ら参加できるようになった。家族のことを聞くと、「よくしてもらっている」という言葉が聞かれ、通所で作成した押し花などの作品も「娘に見てもらう」と持ち帰る場面も見られた。

自宅では長女や孫が家事を担い、本人は自室のベッドで横になってテレビを見ていることが多いとのことだが、通所では本を読んだり、塗り絵をしたり、何もせずに過ごす場面はほとんど見られない。

【統合と解釈・問題点の抽出】

ADL において、身だしなみを整えることへ無関心になりつつある。また、自宅では意欲低下により家事動作を行わなくなっている。身体面においては、両膝関節痛により活動性が低下し、下肢の筋力低下を認める。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：4. 通所リハビリテーション」を参照いただきたい。



図 4-5 通所リハビリテーションにおける事例の概要

5. 重度認知症患者デイケア

1) 重度認知症患者デイケアの目的と役割

2000 年から介護保険制度がスタートし、それまでは医療保険サービスとしてあった高齢者デイケアが介護保険サービスへと移行した。しかし、その中でも精神科専門療法に位置付けられていた重度認知症患者デイケアは医療保険適用でのサービス提供となった。重度認知症患者デイケア（以下デイケア）は精神科専門療法として、医師の指示のもと、精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を図ることを目的としている（図 5－2）。

そのため、医師、作業療法士、看護師、精神保健福祉士等の専門職のチームによって在宅生活での困りごとを包括的に検査、評価し、治療方針を在宅生活の支援をしているケアマネジャーやヘルパー、通所サービス、訪問サービス等と共有し、何より本人及び家族と共に在宅生活の継続へ向けて「できること」を創造していくことが求められている。

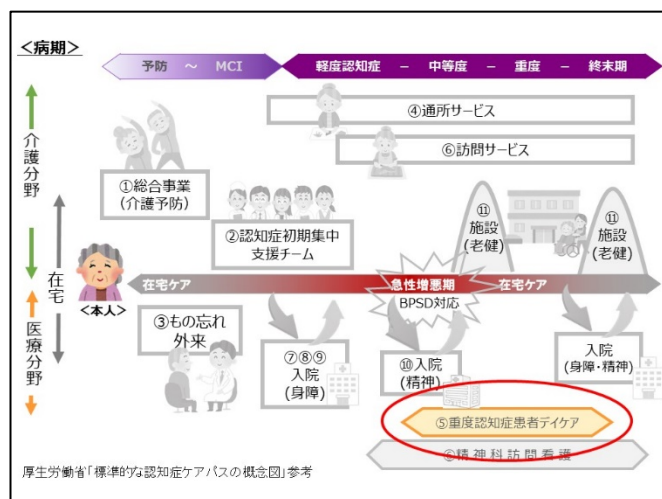


図 5－1 重度認知症患者デイケアの位置づけ

重度認知症患者デイケアの目的と役割

【重度認知症患者デイケア施設基準とその目的】

「精神症状および行動異常が著しい認知症患者（「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」がランクMに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、患者1人当たり1日につき6時間以上行なった場合に算定する」

※認知症自体が重度ということではなく、何らかの認知症を有し、かつ「著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）」場合がランクMとなる。

（「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について）
（平成18年4月3日老健第0403003号）厚生省老人保健福祉局長通知より）

【重度認知症患者デイケアの特徴】

- ☆多職種から成員されるチーム構成で運営されている。（医師、作業療法士、精神科経験を有する看護師、精神保健福祉士或いは臨床心理士或いは看護師）
- ☆多サービスを併用しながら在宅生活の継続が可能となっている方が多い。
- ☆多様な状態像を示し、通所の目的、目標も多岐に渡る。
- ☆その時々により柔軟な組織運営と対応が求められる。

図 5－2 重度認知症患者デイケアの目的と役割

2) 重度認知症患者デイケアにおける OT の役割

デイケアでは、在宅生活の継続を目指していく多分野における多職種のチームによってのアプローチが行われる必要がある。その中で OT が担う役割は、まずは在宅生活の中でどのようなことに困っていて、それらをどのようにしていきたいと考えているのか、もしくは考えていくかを把握していくことが重要である。BPSD

【重度認知症患者デイケアにおける作業療法士の役割】

認知症高齢者自立度判定基準のMランクに該当するため、主に行動心理症状の原因やその減少のため又は身体機能の維持・向上を図るために如何に環境調整を行っていくかを導き出し、専門医の治療と併せながら、在宅生活や他関係機関と相互に情報提供、共有、指導、助言を行っていく。

より具体的な関わり方、在宅生活の中での留意点、社会的つながりの拡大への対支援等についてその傾向を具体的にわかりやすく伝えられるよう情報共有を行う。

【作業療法評価時の視点、流れ】

- ・対象者との関係性の構築を十分に図る。（通所に対して拒否的なケースが少なくない）
- ・在宅生活の状況を十分に把握する。（ADL、生活リズム、家族との関係性等）
- ・デイケア内で対象者の安心感を確保し、十分な能力を発揮できる生活環境を創造する。「できる」能力の把握。
- ・得られた情報を如何に家族、関係機関と共有していくかを検討する。

上記の視点を持ちながら、認知機能の低下から起こる生活障害に対しての視点にフォーカスし、今困っていることの原因を探り、その他生活の中での困り事について事前に把握し対応できるように本人、家族、他サービスとの情報共有と連携を図る。また、今後の予後予測や起こり得る状態変化に対して家族や関係機関との情報共有を図り、安心した在宅生活の継続を支援していく。

評価の目的としては、行動心理症状についての対処法について具体的な生活のしやすさにつなげていくこと、それを家族や関係機関と共有し、できることを拡大していく環境づくりを図る。そのためには、検査の点数だけでなく検査の際のコミュニケーションの取り方や様子、取り組み姿勢等についての情報が重要であり、それらの情報を整理し優先順位をつながら、如何に本人との関係性を構築を基盤にした、関わり方の特徴を見える化・言語化していくかがポイントである。

図 5－3 重度認知症患者デイケアにおける OT の役割

の多くは中核症状による機能低下によって起こる生活機能の障害や社会的関わりへの障害や本人の性格、生活歴、考え方や価値観、身体状況等様々な要因によって大きく影響を受けながら出現し、変化していく。その状態の揺れ動きが家族の心理的な介護負担を増大させていく要因のひとつともなり、在宅生活を困難にさせてしまうことにつながる可能性もある。本人の状態によっても異なるが、多サービスによって様々なスタッフが在宅生活を支援していることも少なくなく、それらの利用状況についても情報収集しておくといよい。そして、それらを把握した上で、本人や家族にとって「できること」を創造し、それらをデイケア内だけでなく在宅生活で行えるよう共有していくことが基本アプローチとなる

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

デイケアでの目的は、地域包括ケアシステムの一員として、できる限り住み慣れた地域で安心して生活し続けるよう支援していくことである。主たる生活の場は在宅であり、生活者としての本人や家族を理解していくことが重要である。対象者を評価していく中で、多くの課題と問題点が抽出されることが予想される。しかし、何を目的に評価していくかが不明瞭であると、不必要な検査や評価の連続となり本人や家族に負担をかけることにつながる恐れがあるため注意が必要である。デイケア内で「できる」能力を構築、再構築し、それらを在宅生活につなげていくことが大切な要素となる。

評価の流れとしては、本人や家族の困りごとを評価し、整理していくことから始まる。多くの課題を抱えながらの生活の中で、混乱、不安な心理的負担が増大し、課題の焦点化が行えない状況である場合もあり、ひとつずつ紐解き、整理していく作業が重要なこととなる。同時に基本情報を収集しながら整理していく一助とする。

その後、身体機能や認知機能に対して必要な検査を行っていくが、その上で「できる」能力の視点を念頭に置きながら、どのような環境設定を行うことで、生活のしやすさを創り出すことができるかを考えておく。そのためには、在宅生活の環境評価は不可欠であり、情報収集だけでなく可能な限り訪問して観察、評価していくことが求められる。

それら評価から得られた情報を家族や利用しているサービス機関と共有していくことも重要なことであり、デイケア内だけ出来ていけばよいということではなく、生活の連続性の中で在宅生活の中でも十分な能力を発揮できるような環境づくりを行い、他のサービス利用時にも同様である（図5-4）。

これら評価の過程で難しいところは、情報の共有を行うことである。対象者が抱えている課題と家族が抱えている課題とのギャップ



図5-4 在宅生活継続のための連携と視点

がみられることも多々あり、そのギャップ少なくしていくためにも、情報共有は重要な課題である。また、サービス機関の中でも様々な利用目的があり、それぞれで必要な情報も異なるため、情報共有を行い、方向性を一致させていくことが難しい。それらを解決していくためにも、OT は、自身の視点や得られた評価をより具体的にわかりやすく見える化・言語化していくことも求められている。

4) 評価項目

デイケアにおける対象者へ対する評価項目の一覧を表6に示す。

受診からデイケアの利用に至った経緯、認知症の状態となった原因となる疾患を把握し、医学的な情報、機能障害の程度や進行の程度をみながら予後予測していき、今後起こりうる変化への情報提供も行うことで、突然に起こった出来事ではなく、その準備をしていくことで安心感にもつながる。しかし、逆に不安を煽る可能性もあるため、不必要な不安を煽らないよう医師らと相談しながら慎重かつ丁寧に説明していくことが重要である。

基本評価 (観察・面接・情報収集)	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
【生活行為全般】 ☐ MTDLP 【生活状況】 ☒ 1日の流れ ☒ IADL/BADL ☒ 生活習慣 ☒ 睡眠 ☒ 活動性、外出 ☒ 対人・社会交流 ☒ コミュニケーション 【ナラティブ】 ☒ 今の生活の困りごと ☒ 今後の生活のニーズ ☒ 興味関心 ☒ 余暇活動 ☒ 経済状況 【人的環境面】 ☒ 家族背景と介護力 ☒ 本人と家族の関係性 ☒ 介護負担 (J_ZBI_8) ☐ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ☒ 住環境 ☒ 地域資源 ☐ 公共交通機関 【BPSD】 ☒ 心理症状 ☒ 行動症状 【機能面】 ☒ 認知機能 ☐ せん妄 ☒ 身体機能 【心理面】 ☐ アパシー ☐ うつ ☐ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☒ 栄養 ☒ 服薬状況 ☒ 身体合併症管理 【リスク管理】 ☒ 誤嚥 ☒ 転倒・転落 ☒ 廃用	【基本情報】 ☐ 生育歴 ☐ 職歴 ☐ 生活歴 ☐ 既往歴 ☐ 服薬状況 ☐ 介護保険・公費・手帳 等 【身体機能】 ☐ 痛み ☐ 麻痺の有無 ☐ ROM ☐ MMT ☐ 全身の耐久性 ☐ バランス、平衡感覚 ☐ 起居動作 ☐ 移動能力 【認知機能】 ☐ HDS-R ☐ MMSE ☐ TMT-A or B ☐ COGNISTAT 【生活能力】 ☐ FIM もしくは BI ☐ DASC-21 【行動心理症状】 ☐ DBD ☐ NPI 【その他】 ☐ ケアプランの共有 ☐ 他サービスの利用状況	☒ 介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 ☒ 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ☒ つなぐ先の環境評価情報収集 ☒ 本人の生活支援に向けてのポイント（活動・参加を意識しながら） (備考)

表6 重度認知症患者デイケアにおける評価項目

5) 重度認知症患者デイケアにおける事例

認知症による生活障害がみられていても本人や家族の様々な複雑な気持ちの中で、早期受診へつながるケースは未だ多くない。当たり前のように行っていた日常生活が当たり前のようにできにくくなることでの本人の強く深い不安は想像し難い大きな経験である。そのため、拒否や否定な気持ちが強く家族との気持ちのギャップの中で双方が混乱、不安の渦中に巻き込まれてしまい、より症状の悪化へつながっていることもある。そのように、本来安心できるはずの在宅生活が本人も家族も苦しみ悩みながら生活している状況で、それによる BPSD の出現がみられ、余計に社会との関わりも減少し、更なる BPSD の悪化を招いているといった悪循環に陥っている中、妻の介護負担の軽減を図りながら対象者の「できること」の再構築を図り、社会とのつながりも確保していくことで在宅生活の安定化を図ることができたため、以下に報告する。

【事例紹介】

E さん、70 代前半の男性。夫婦二人暮らし。元来、温厚で外へ出かけることが好きで活動的な性格であった。数か月前から急に妻に対して易怒的になり、昼夜問わず「バカにしている!」、「ふざけるな!」等の暴言、暴力がみられるようになる。また、制止しても聞かず外へ出かけようとして、警察に保護されることも頻回になってきた。スーパーで万引きもみられるようになり、妻が対応に困り果て専門病院へ受診となる。受診に



図5-5 重度認知症患者デイケアにおける事例

対しても本人は強い拒否であったが、妻がどうにか説得し受診となり、受診時も妻の表情から疲労がみられ、疲弊している様子がみられていた。本人はなぜ自分が病院へ来なくてはならないのかわからないといった様子であった。医師からは前頭側頭型認知症と診断。妻の介護負担増大が大きいことから、介護負担軽減を早急に図る必要があると判断し、介護保険の申請を促し、また重度認知症患者デイケアの利用をすすめた。妻は本人が拒否してしまい迷惑をかけてしまうのではないかと不安な様子であったが、デイケア利用に対しては前向きであった。本人はデイケア利用に対して拒否的な発言がみられていたが、若い頃から地域で少年野球のコーチを担っており、子供達にも慕われ、人情深い人柄であったというナラティブな情報から本人には元気でいてほしいので様子を定期的にみさせてほしい、今までの多くの経験を若いデイケアスタッフへ指導してほしいということで説得し、すぐに週5回の利用となる。

妻はほぼ24時間緊張状態が続いていたとのことで、眠れない時が多かった。何をどうしたらいいのかわからず混乱しており、この先の将来について不安を感じていた。

【初期評価】

外来初診時から間もなくデイケア利用であったこと、また本人に不快な印象をなるべく初期の段階で与えないように考慮し、認知機能検査等クローズドな検査は利用時すぐに実施はせず、対応した。

初診時、HDS-R 6/30点、MMSE 6/30点、DASC-21は60/84点、DBD-13は26点、J-ZBI_8は29点であった。全般的に認知機能の低下がみられているが、注意・集中力の低下がみられ落ち着きがなく、じっとしていられない様子がみられていた。また、言語理解や言語表出が不十分で特に複雑な指示理解は困難で、語彙も出てきにくい様子がみられており、そういった自分に対してイライラするような、もどかしいような表情をされる場面がみられていた。表情は常に陰しく、硬い表情。身なりはきれいに整っており、几帳面な印象であった。

【統合と解釈、問題点の抽出】

デイケア利用に対して拒否されていた経緯もあったため、できる限り継続的な利用へつなげ、妻の介護負担の軽減を図ることも目的のひとつであったことから本人にとって居心地がよい環境を創ることを最優先として関わりはじめていくこととした。そのためにコミュニケーションをとれる機会を増やし、関係性の構築を図るためコミュニケーションにおいて今できることと難しいことを実際の関わりの中で直接的かつ間接的に観察しながら評価した。同時に疾病の特徴からも考慮し、ルーチン化した生活リズムを新たに構築していくことでデイケアへの利用を拒否なく行なえるよう工夫するため、ナラティブな面でのより詳細な情報収集と実際に活動を行ってみて評価した。

上記の情報を妻と共有していくことも介護負担軽減において、また本人、妻が在宅生活を安心して継続していけるためにも重要なことであるため、妻の心理的ストレスを考慮しながら、どのような手段・量を共有していくことが可能なのか、そして在宅生活の中での困りごとを少しずつ整理していくことを意識しながら在宅への訪問も行い、生活環境の評価も実施した。これらの評価及びアプローチに際しての視点に留意しながら、段階付けてアプローチしていくこととした。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：5. もの忘れ外来」を参照いただきたい。

6. 訪問リハビリテーション

6-1 介護保険領域における訪問リハビリテーション

1) 訪問リハビリテーションの目的と役割

訪問リハビリテーションは、通所サービスの利用が困難な方に対して、OT が実際の生活場面に出席して、生活機能の維持・向上を図る、在宅生活を支える重要なサービスの一つである。“その人らしく”充実して暮らすための工夫や方法を提案し、本人や家族と共に実際の生活場面でリハビリテーションを行う。また、在宅生活を支える他職種と協業すると、多角的により本人を捉えることができるため生活の質が向上する。それぞれ個人の機能低下の程度と生活環境を勘案し、いかに生活しやすくするかという視点で介入し、その人に関わり続けることが重要となる。平成 27 年度の介護報酬改定により、「活動」と「参加」が強調され、かかりつけ医の関与がより強く求められるようになった。

訪問リハビリテーションでは認知症の人を対象に関わることも多く、病期としては MCI から認知症の終末期に至るまで幅が広い。そのため、評価・アプローチ内容も病期ごとに、個々に合わせて調整する必要がある。訪問リハビリテーションの特徴を図 6-1-2 に示した。本人の能力が十分に発揮できるよう、手続き記憶を活かした生活環境の評価および調整を実施する。また、訪問リハビリテーションの最大の特徴は、本人と介護者との関係性を直に感じられるということである。外来の診察場面や入院・入所中の面会と異なり、それぞれの生活の中に私たちが入っていく。そこでしか見えない家の雰囲気やその家族だけのオリジナルのルール、さらには家族間の微妙な距離感を見ることができる。その中で作業療法を提供するため、本人の生活だけではなく、介護者の生活状況も踏まえてアセスメントすることが重要である。また、介護者が近くで本人の動きや反応を見ているという利点を活かし、本人の“残存能力”を実際の場面で共有することも重要なポイントである。

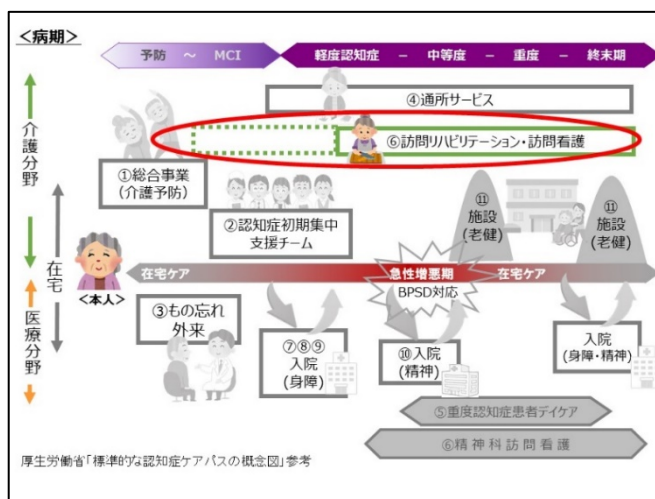


図 6-1-1 認知症ケアパスにおける
訪問リハビリテーションの位置づけ

⑥訪問リハビリテーション（介護保険）

- 訪問リハビリテーションの目的
居宅要介護者の居宅において、心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる
- 認知症利用者への訪問リハビリテーションの特徴
 - ・利用者本人の能力が発揮できるよう、手続き記憶を活かした生活環境整備を実施する。
 - ・家族や介護者との関係性を直に感じながら、本人の活動をサポートする人的環境を整える。
 - ・福祉用具・自助具の提供だけでなく、自宅とマッチングさせ利用者自身が使いこなせるまで支援する。
 - ・利用者本人の残存能力を発揮できるよう、家族・サービス提供者へ情報提供することも重要なポイントである。



図 6-1-2 訪問リハビリテーションの目的と特徴

2) 訪問リハビリテーションにおける OT の役割

訪問リハビリテーションの対象者は多岐にわたる。1つの疾患だけではなく、複数の疾患が重複していることも多く、認知症についても同じである。認知症と他の疾患、例えば大腿骨頸部骨折や肺炎など高齢者に多くみられる疾患が併発することも多々見られる。そのため、他の疾患や加齢に伴い生じる症状、生活上の障害に対しても包括的にアセスメントする必要がある。

また、訪問リハビリテーションでは介護保険の限られた単位数の中でリハビリテーションを提供するため、アセスメントの結果からフィジカルア

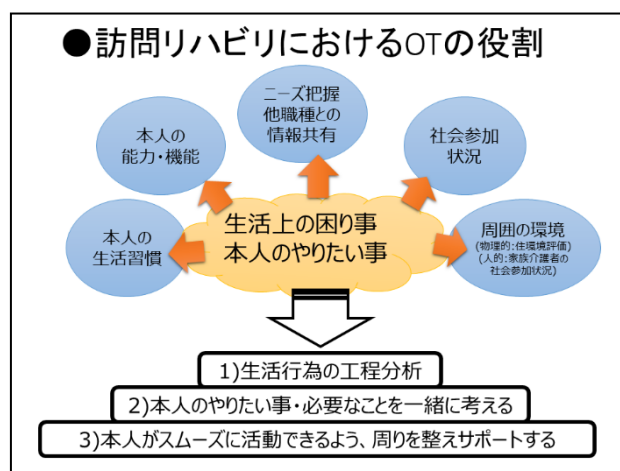


図6-1-3

訪問リハビリテーションにおける OT の役割

プローチを優先することもある。しかし、その中でも OT として「活動」と「参加」につながっていくという視点を持ちながら介入していく必要がある。そのためには、本人の望む生活・やりたいことや生活上の困りごとをベースに5つの視点でアセスメントを行う。①本人の生活習慣、②本人の能力・機能、③本人のニーズ把握と他職種との情報共有、④社会参加状況、⑤周囲の物理的環境・人的環境である（図6-1-3）。そのうえで、第一に生活の困りごとについて「工程分析・作業分析」し、“なぜ困っているのか、どうしたら出来るようになるか”を考えていく。第二に「Co-Production（コ・プロダクション）」の理念に基づき本人のやりたいこと・必要な事を本人と一緒に考えていく。支援者や家族の一方的な願いや目標でプログラムを立案しないように注意すべきである。最終的に本人のやりたいことがスムーズに活動できるよう、物理的環境や人的環境を整えていく。具体的には、住宅内の生活動線やアフォーダンスを活かした環境整備を行ったり、本人の活動をサポートする新たな道具の使用方法が定着するよう反復して道具の使用訓練を実施する。また人的環境整備としては、本人に近い存在である家族介護者への心理教育を行う。“どうしたら活動が維持できるのか”という点だけではなく、今後起こる可能性のある生活障害について備えられるよう家族のエンパワメントを高めることは、本人が在宅生活を継続するために重要なポイントと言える。

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

①評価の流れ

訪問リハビリテーションは、1週間で最大6単位（1単位20分以上）という限られた時間の中で本人の状況や生活状況、家族の状況など多方面のアセスメントおよびアプローチを実施する必要がある。そのため、初回訪問時にアセスメントを実施することはもちろん、毎回の訪問時にスクリーニング評価を実施し、その日の関わるべきポイントの優先度を決めプログラムを修正する必要がある。初回訪問時は、図6-1-4に示したように課題となる生活障害を多角的に捉える。現在の生活スタイルや生活状

況を本人・家族の両面から確認し、訪問リハビリテーションが介入することでどのような生活を望んでいるのかニーズの把握をする。その上で本人が望む生活の獲得のために課題となっている点の整理を行い、要因分析を行う。活動の難易度を下げることによって達成可能なのか、方法を変更するのかといった点に着目し、本人の能力を活かせるよう介入していく。

② 訪問リハビリテーションにおける地域生活と医療・介護（入口・出口）をつなげるために必要な評価の流れ

平成 30 年の介護保険診療報酬改定以降、介護老人保健施設・病院・診療所から訪問リハビリテーションに出る場合には医師、訪問看護ステーションから「訪問看護Ⅰ5」でリハビリテーションを実施する場合には看護師による定期的なアセスメントが必要となった。身近なスタッフ間で多職種介入による多角的なアセスメントが可能となった。また、訪問リハビリテーション以外に介護保険サービスを利用している本人も多く、サービス提供者間の連携も本人の在宅生活を支える上では重要である。連携の方法として

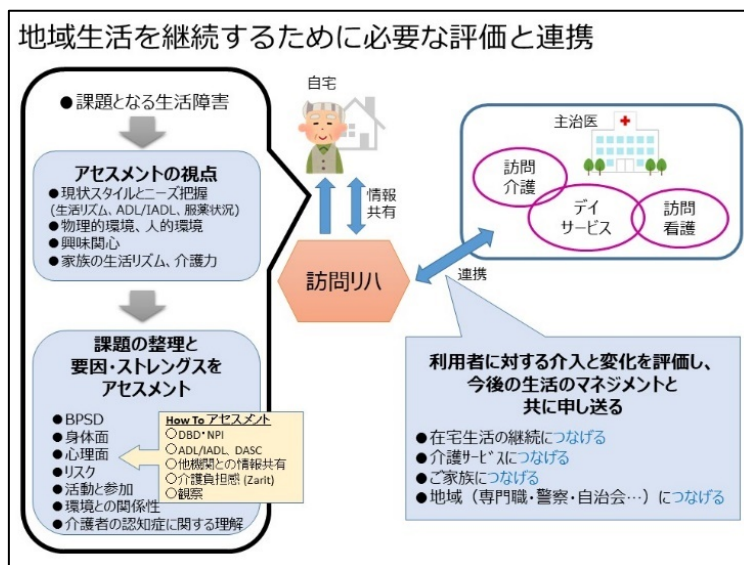


図6-1-4 訪問リハビリテーションの視点からみた地域生活を継続するために必要な評価と連携

では、サービス担当者会議で顔の見える関係を作っておくことや定期的な書類を通じての情報共有などである。

4) 評価項目

訪問リハビリテーションにおいてアセスメントすべき項目は多いが、その中でも面接・観察評価がとて重要となる。毎回の訪問時に紙面上の検査を実施するのは現実的ではなく、観察によって本人の小さな変化を感じるとることを求められるからである。表7では訪問リハビリテーションにおいて優先する評価について■で表記している。もちろん、□で表記している評価の項目についても確認する必要があるため、極力すべてを網羅していただきたい。

基本評価（観察・面接・情報収集）	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
【生活行為全般】 ☐ MTDLP 【生活状況】 ■1日の流れ ■IADL/BADL ■生活習慣 ■睡眠 ■活動性、外出 ■対人・社会交流 ■コミュニケーション 【ナラティブ】 ■今の生活の困りごと ■今後の生活のニーズ ■興味関心 ■余暇活動 ☐ 経済状況 【人的環境面】 ■家族背景と介護力 ■本人と家族の関係性 ■介護負担（J_ZBI_8） ☐ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ■住環境 ☐ 地域資源 ■公共交通機関 【BPSD】 ■心理症状 ■行動症状 【機能面】 ■認知機能 ☐ せん妄 ■身体機能 【心理面】 ■アパシー ■うつ ☐ 意欲 【医療的介入の必要性】 ☐ 栄養 ■服薬状況 ■身体合併症管理 【リスク管理】 ■誤嚥 ☐ 転倒・転落 ☐ 廃用	【生活状況】 ■ADL/IADL （DASC-21、FIM、Barthel Index） （Lowton の IADL 尺度） ■生活習慣、睡眠、活動性 （ヒアリング） 【ナラティブ】 ■生活の困りごと、生活のニーズ （ヒアリング） ■興味関心、余暇活動 （興味関心チェックシート） 【人的環境】 ■家族背景（ヒアリング） ■介護負担感（J_ZBI_8） 介護肯定感（介護肯定感尺度） 【物理的環境】 ■住環境（生活動線、手すりの有無） ■福祉用具の使用状況 ■一般家具の使用状況 【機能面】 ■認知機能（HDS-R、MMSE、CDT、TMT-A/B） ■身体機能（ROM、MMT、感覚、疼痛、バランス能力、移動能力） 【医療情報、リスク管理】 ☐ 合併症の有無、 ■服薬状況	■介入時にチェックした 「要因」と「キー」に対する 変化 ■今後の生活のニーズに向 けて立てた目標に対する結 果 ■つなぐ先の環境評価 情 報収集 ■本人の生活支援に向けて のポイント（活動・参加を意 識しながら） （備考）

表7 訪問リハビリテーションにおける認知症の人に対する評価項目

5) 訪問リハビリテーションにおける事例

訪問リハビリテーションの対象となる人は、在宅生活を継続している人もいれば、病院や施設から退院・退所され在宅生活を再開されたばかりの人もいる。今回は、在宅生活尾継続している方に介入した事例を紹介する。

【事例紹介】

F 氏、80 歳女性。X-2 年にアルツハイマー型認知症と診断を受けており、抗認知症薬の服薬治療を開始した。認知症の進行に伴い、IADL の遂行困難さや家族への頻回な電話での確認行動が出現し、家族の介護負担感が徐々に増大してきた。また、外出の頻度も減少してきたことを家族が心配し、介護保険サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション）導入に至った。家族構成は、自営業を営んでいる夫と

二人暮らしであり、日中は独居状態である。近隣に娘が住んでいるため、食事や洗濯など IADL のサポートを受けている。

【初期評価】

訪問者の受入れは良好であり、礼節も保たれている。日常生活はセルフケアにおいてセッティングや促しを要するが、動作自体は本人で行う事が可能である。IADL は全介助であり、近くに住む娘が代行実施している。服薬管理も困難な状況であり、娘もしくは夫が促すことで内服継続できている。しかし、促しや見守りの頻度が徐々に増えており同居の夫の介護負担感が増大していた。家族からの情報を聴取していると、店舗へ頻回に電話をかけてくる事が仕事の手を止めてしまいストレスになっていることも介護負担感の増大に繋がっていることが判明した。

アセスメントとしては、BPSD を評価する DBD は 30/52 点、NPI (Neuropsychiatric Inventory) は 22/120 点であった。HDS-R は 8/30 点、MMSE は 12/30 点であり、日付・場所の見当識障害、短期記憶障害、ワーキングメモリの低下が顕著であった。

【統合と解釈・問題点の抽出】

日付・場所の見当識障害、短期記憶障害、ワーキングメモリの低下を認めたことから、家族への頻回な電話も、短期記憶障害や見当識障害が引き起こす不安が原因であり、不安を取り除くために家族へ電話をかけて確認作業をしていることが理解できた。身体機能面としては、脊柱側弯・円背があり脊椎のアライメントの崩れに加えて、下肢・体幹の筋力低下が歩行距離短縮の原因となっていた。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：6-1 介護保険領域における訪問リハビリテーション」を参照いただきたい。

トピックス：Co-production とは

コ・プロダクションとは、専門職と市民が互いの持てる力を有効に発揮し合い、新しい価値を創造し、よりよい成果を効率的に高めることである。それぞれの長所・持ち味を発揮し合う協働の取り組みであり、困難を打開する協働の取り組みでもある。たとえ、解決できなくてもプロセスが重要と言われている。

支援される側と支援する側という関係性ではなく、認知症の人とともに作り上げていくという考えのもと、本人が住みやすいまちづくりを目指していく。

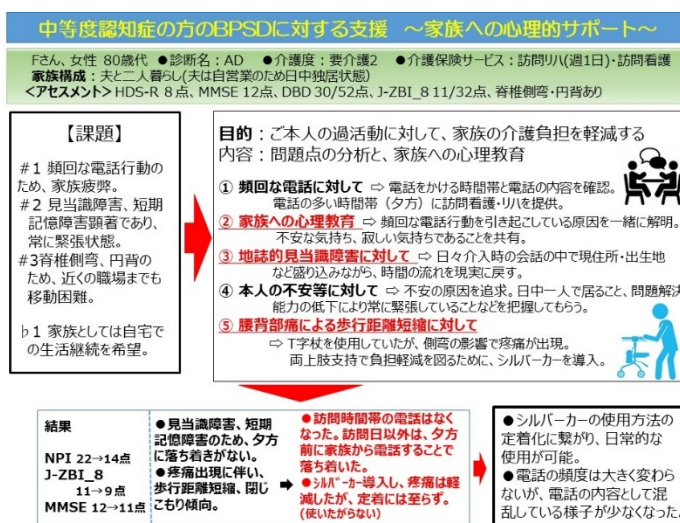


図6-1-5 訪問リハビリテーションにおける事例

6-2 精神科訪問看護【医療保険】

1) 精神科訪問看護の目的と認知症の方への役割

精神科訪問看護は、入院中以外の精神疾患を有する本人の自宅を訪問し、本人やその家族に対し、看護または、療養上必要な助言・指導を行うものであり、保険医療機関が提供するタイプと訪問看護ステーションが提供するタイプがある。医師が必要と判断し、本人または家族が希望した場合、医師の指示により、保健師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士等が訪問を実施する。精神科訪問看護の目的を図6-2-2に示す。服薬管理・体調管理などによる精神症状の安定を図ることを基本とし、セルフケア、活動遂行のための環境を調整し、参加を促すことで、生活リズムを確立や、自信の回復を図る。さらには、地域資源や家族関係などの調整を行い、役割・地域活動などへの参加を拡大させ、自立支援を図るものである。

65歳以上の方においては、在宅サービス利用に関して、介護保険を優先させる原則があるため認知症の本人は基本的に、介護保険での対応となる。しかしながら、精神疾患を有している本人に関しては、医療保険での精神科訪問看護を利用することが可能である。従って精神科訪問看護を実施する認知症本人は、精神疾患を

ベースに抱えているため、主疾患の精神症状、経過を理解したうえで、認知症によって加わった生活機能障害を正しくアセスメントし、在宅での生活環境を整えることが重要になる。

2) 精神科訪問看護における OT の役割

精神科訪問看護では、本人の地域生活継続支援のため訪問を通して本人の状態を把握し、本人・家族への適切な助言を行うこと、必要に応じて関連する他職種、他機関、地域住民等との連携が重要である。認知症の人への精神科訪問看護における OT の役割は、精神疾患に認知症が合併したことによって生じ

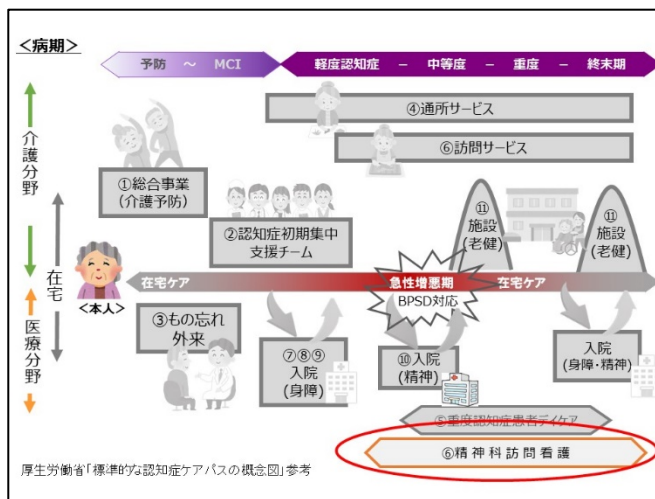


図6-2-1 認知症支援領域の全体における精神科訪問看護の位置づけ

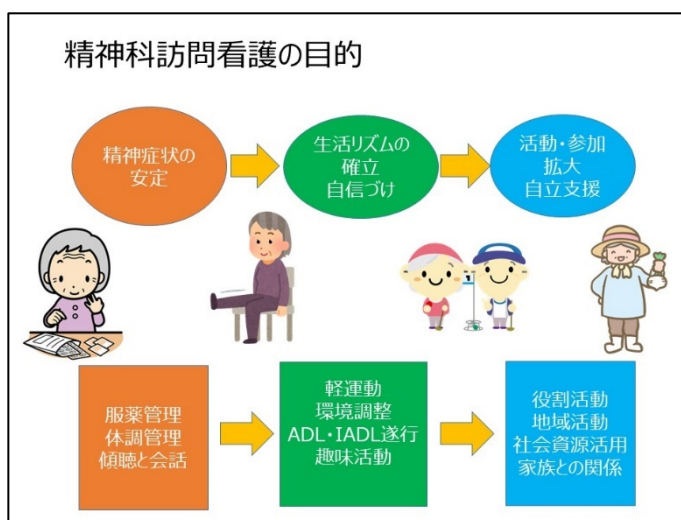


図6-2-2 精神科訪問看護の目的

る地域生活継続困難な要因をピックアップし、今後の生活の展望と必要な条件を整理しながら、残存能力に応じた活動・参加の継続支援を行うことである。精神科訪問看護の OT の役割と焦点化の流れを図 6-2-3 示す。OT は、本人の地域での生活状況を知り、精神状態・身体機能の悪化防止に留意し、日常生活の維持、本人のエンパワメント、生活技能・役割の再獲得等を通して地域生活継続支援を行う。本人と地域・家族をつなぐという視点を持ち、これまでの生活・関係性を踏まえた家族支援、物理面・

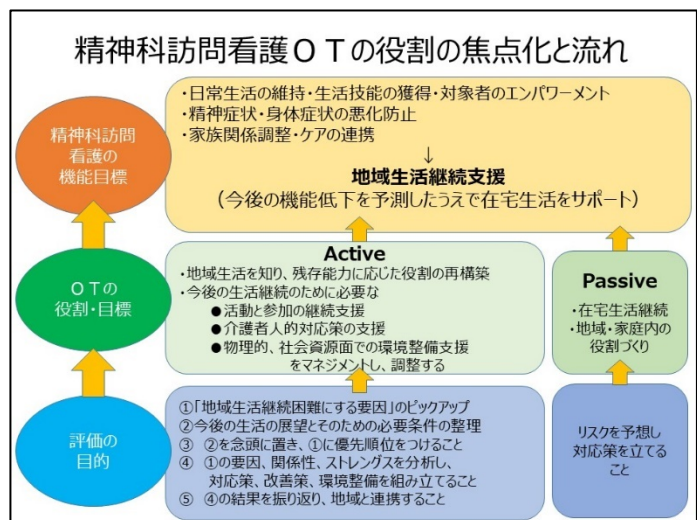


図 6-2-3 精神科訪問看護 OT の役割

社会資源の活用を含めた環境調整、他職種・地域住民との連携が必要である。訪問は、看護職との同行による複数訪問と OT 単独での実施にわけられる。複数訪問の場合は、各職種がそれぞれの職種の専門性を活かすと同時に、双方が共通して支援していく必要がある。OT は、本人との関係を築き健康的な側面に焦点をあてること、生活機能障害に対する支援が重要と思われるが、OT 単独で訪問する際は、看護職が担っているバイタルチェックはじめフィジカルアセスメント、リスクマネジメントによる症状や生活の安定という視点も併せて実施する必要がある。

3) 評価実施時の目的、視点および流れ

精神科訪問看護の目的は、地域生活継続支援である。本人は、精神疾患に認知症による認知機能障害が加わり、生活上の混乱が増加している。さらに高齢期のさまざまな身体疾患が加わり、社会生活上の困難さが複雑・重症化していく。そのため OT は、本人の生活史、精神疾患の病歴、経過、これまでの支援内容を理解したうえで、本人の今後の機能低下を予測したうえで、生活上の混乱を最小限に抑え、地域生活が継続できるようサポートしていくことが求められる。

精神疾患に認知症を合併した本人への介入の困難さとして、ベースの精神疾患により社会生活のスキルが未熟であること、思考パターンや認知の歪みにより独自の生活スタイルがあり、そこに認知機能の低下が加わるため、本人が何に困り、どのような支援を求めているのかが判り難いことが挙げられる。精神疾患により思考過程の変調、気分の変動、コミュニケーションの拙劣さ、対処能力の低下、ストレスへの脆弱性などが根底に存在しており、ベースの精神疾患の医学的側面からの理解が必要である。そのうえで、本人が自身の困りごとを適切に表現することが難しいこと、些細なきっかけで変調をきたしやすいこと、変化に弱く環境適応が苦手であることに加え、認知機能の低下により新たに生じた生活障害に対する支援が必要である。

精神科訪問看護における観察・評価・解釈のポイントを図 6-2-4 に示す。本人の自宅という安定した生活空間で、天気、本人が大切にしている物、時事話題などの会話や、本人と同じ空間でゆるやかな時

が必要である。地域生活を継続するには、フォーマルサービスのみでは限界があり、地域のサポートが重要である。しかし精神疾患を有する本人の多くが、これまで地域とのつながりが希薄であるケースが少なくない。地域にどのような資源があるのかを把握し、本人が参加できる場や、支援を受けられる環境を関連する職種・機関と連携しながら模索していくことも必要である。

ADL・IADLにおいては、認知機能の低下により新たなつまづきが生じはじめてきているが、作業遂行の動作分析、工程分析を行い、作業のどの工程に誤りが生じているのかを明らかにし、介入を検討する。OTは在宅生活継続の上で問題となる点について認知機能や身体機能だけでなく、環境等も含めた総合的な視点を基にアセスメントし、本人のやりたい活動の支援、環境の整備、介護家族への具体的な助言や支援等を行う。認知症が進行すると、介護保険サービスを併用しているケースが増えてくるが、他職種・他機関と情報を共有していくことで、介入方法の統一や状態像に応じたサービスの検討・調整が可能となる。OTは、認知症をもつ人のニーズに敏感に気づき、本人や家族、他職種とともに考え、工夫し、たずさわることを通して、人と人をつなぐ役割を担っている¹⁾。把握した情報をもとに疾患の特性を踏まえた具体的な対応方法について提案し、コンサルティングしていくことで、本人の在宅生活継続のサポート体制を強化につながる。精神科訪問看護におけるOTの役割は、本人の生活に寄り添い、体験を共有しながら、その方の望む生活に向けて、医学的、心理的、社会的な視野から、支援を提供していくことである²⁾。

地域生活を継続するために必要な評価の流れを図6-2-5に示す。病院や施設内での評価と違い、訪問先の自宅で、本人・家族との会話や観察での評価が主となる。本人が暮らす生活の

観察・評価・解釈のポイント

- 会話・観察から非侵襲的に実施
- 本人・家族双方の意向を聞き取る
- これまでの生活パターンを知る
 - ・ これまでの生活様式を取り入れた ADL・IADL 遂行継続の工夫
 - ・ 家族への助言・環境調整
- 地域の資源を知る
- 精神面・身体面を診る
 - ・ 些細な状態変化をきたしやすい
 - ・ 臨機応変な判断・他職種との情報共有により重症化防止
- 情報共有・伝達
 - ・ 状態変化に応じた外部社会資源との情報共有、サービスの検討
 - ・ 把握した状態像をもとに対応方法について提案、コンサルティング

図6-2-4 観察・評価・解釈のポイント

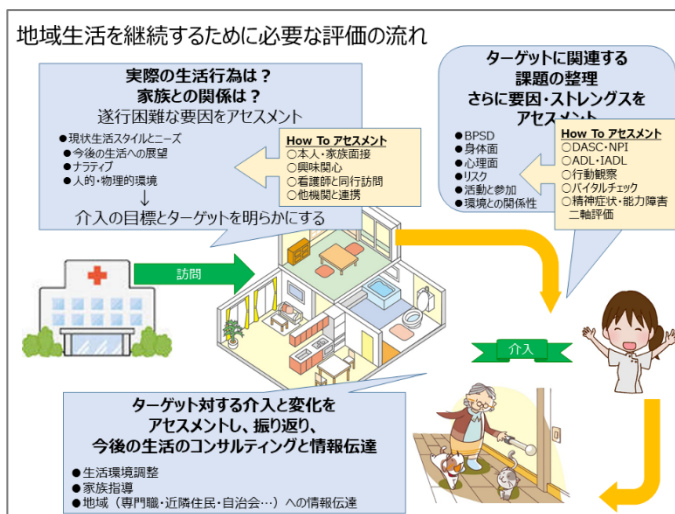


図6-2-5 地域生活を継続するために
必要な評価の流れ

場でアセスメントし、たくさんの生活課題の中から優先順位をつけ、介入目的を明らかにしていく必要がある。まずは、本人が何に困り、何を求めているかを明らかにするために訪問する職員との信頼関係を築くことから始める。訪問時、季節に関する話題、本人の興味・関心、得意なことを通して、リラックスした環境で会話できるような雰囲気づくりに努める。実際の生活行為の遂行状況は、生活動線の観察より、調理、トイレへの移動、お茶入れ、洗濯、掃除などの実施状況、会話や家族とのやりとりを通して、興味・関心、家族との関係性、現在の生活スタイルとニーズを把握する。個人の生活様式や環境、今後の生活への展望を踏まえたうえで、介入の目標とターゲットを明らかにする。実際に活用する評価スケールとしては、初期集中支援推進事業で活用される DASC-21 などを用いるとよい。BPSD の評価に関しては、DBD や NPI が活用できる。ベースとなる精神疾患による症状や能力の評価に関しては、障害者総合支援法の医師意見書などで用いられる精神症状・能力障害二軸評価や精神保健従事者や医師が、成人の社会的・職業的・心理的機能を評価するのに用いられている機能の全体的評定尺度（GAF）などの指標が活用できる。家族の介護負担感には J-ZBI_8 などが用いられる。これらのアセスメントを通して、ターゲットに関連する課題を整理し、さらに要因やストレングスを明らかにしていく。本人のストレングスに着目し、生活環境、家族指導、関連職

4) 精神科訪問看護 OT における評価項目

各評価を個々に見るのではなく、評価間の関連性についても考慮しながら評価の解釈を進めていく必要がある。精神科訪問看護における評価一覧を表 8 に示す。

基本評価（観察・面接・情報収集）	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
【生活行為全般】 ☐MTDLP 【生活状況】 ■1日の流れ ■IADL/BADL ■生活習慣 ■睡眠 ■活動性、外出 ■対人・社会交流 ■コミュニケーション 【ナラティブ】 ■今の生活の困りごと ■今後の生活のニーズ ■興味関心 ■余暇活動 ■経済状況 【人的環境面】 ■家族背景と介護力 ■本人と家族の関係性 ■介護負担（J-ZBI_8） ■近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ■住環境 ■地域資源 ■公共交通機関 【BPSD】 ■心理症状 ■行動症状 【機能面】 ■認知機能 ☐せん妄 ■身体機能 【心理面】 ■アパシー ■うつ ■意欲 【医療的介入の必要性】 ■栄養 ■服薬状況 ■身体合併症管理 【リスク管理】 ☐誤嚥 ■転倒・転落 ■廃用 ☐離脱	【精神機能】 ■精神症状評価 【能力障害評価】 ■生活リズム ■保清 ■金銭管理 ■社会適応を妨げる行為	【退所前カンファレンス】 ☐在宅サービスの調整 ☐福祉用具の選定 ☐試験的な外泊 ☐家族の心理的变化および介護負担 【退所後訪問】 ☐生活リズム ☐サービスの変更 ☐BPSD の出現状況 ☐介護負担 ☐睡眠 ☐新たな生活ニーズ ☐地域参画

表 8 精神科訪問看護における認知症の人に対する評価項目

5) 精神科訪問看護における事例

認知機能の低下により、生活のリズムが乱れ、活動性の低下、不安による精神症状が悪化し、臥床傾向となった本人に対し、周囲の支援者も対応に苦慮していた。OT として介入方法を提案し、支援継続に繋がったケースを紹介する。

【事例紹介】

G さん、70 代後半の女性。10 代後半に結婚、2 子を儲けた。20 代前半に幻聴、精神運動興奮を認め、統合失調症の診断を受け 1 年間入院後、自宅に退院した。通院中断、症状再燃を繰り返し、60 代前半までに計 5 回の入院歴があるが、隣市に住む息子のサポートを受けながら独居で自立した生活を送っていた。60 代後半、孫娘と同居開始したが、若者との生活のペースの違いに慣れず不眠を訴え 6 回目の入院。陽性症状は目立たず、感情鈍麻、能動性の低下などの陰性症状の影響

が強く、終日臥床傾向。服薬状況確認、生活リズム確立目的で退院時に精神科訪問看護導入となった。70 代前半、食思低下、低栄養状態認め一般病院へ入院となるが、入院時、検査や説明の理解が悪く、記憶見当識障害も認めたため認知症の検査を実施、アルツハイマー型認知症の診断となった。退院前に介護保険申請し要介護 1 の認定を受け、訪問介護を週 4 回導入となったが、受け入れが悪く、訪問介護士との意思疎通が困難、介護士が準備した食事に手をつけないことが続いている。週 1 回は医療保険で、病院からの精神科訪問看護が再開となった。

【初期評価】

統合失調症にアルツハイマー型認知症が加わり、これまでできていた調理などの IADL 遂行能力の低下を認めたため、必要な生活環境調整目的で精神科訪問看護を実施している看護師に OT が同行することとなった。初回訪問時、居間に布団を敷き、横になった状態で過ごしており、看護師の声かけには、短い返答があるものの、視線の動きは少なく、会話時視線があうことはない。体型は小柄でやせている。肌は浅黒く視線は鋭い。服装は柄入りのブラウスに薄茶のズボンであり、不潔ではないが、身だしなみには無頓着で、寝癖もついている。終日臥床し、食事摂取が不規則。本人は自宅で静かな暮らしを継続するこ



図 6-2-6 精神科訪問看護における事例

とを希望している。本人が対人接触を苦手としており個別な聞き取りが難しいため、行動観察に加え、家族や関連機関からの情報を入手し評価を行った。障害高齢者の日常生活自立度は A2、認知症高齢者の日常生活自立度は 1。認知機能 MMSE19 点/30 点。DASC-21 は 35/84 点で近時記憶障害・見当識障害を認める。精神症状は、被害妄想や幻聴を認め、感情は平板化、意欲・活動性低下していた。GAF スコアは 60 と中等度の症状あり。精神症状・能力障害二軸評価、精神症状評価は 3、能力評価は 2、生活障害評価では、食事 4、生活リズム 4、保清 2、金銭管理 3、服薬管理 2、対人関係 4、社会的適応を妨げる行動 1 であった。BPSD に関しては、NPI 28 点で、無関心・妄想などを認める。ADL は自立しているが、IADL は調理・交通機関の利用なし、服薬・金銭管理は見守りや声かけを要する。家族介護負担感 J-ZBI_8 で 20/32 点であり、家族はとにかく食事を前のように摂ってほしいがどう対応していいかがわからない、今後どうなっていくのかが不安と訴えた。

【統合と解釈・問題点の抽出】

評価結果から、認知機能が低下したことにより、生活のリズムの乱れや活動性の低下、不安などの精神症状の悪化が認められ、終日臥床傾向となり、食事摂取量も低下していることが判明した。現在、調理動作が困難なため、訪問介護によるサービスの提供を開始しているが、受け入れが悪く介護拒否がみられる。家族も訪問介護士も本人への介入方法がわからず苦慮していることが明らかになった。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：6－2 精神科訪問看護」を参照いただきたい。

7. 急性期病棟【身障領域】

1) 急性期リハビリテーション病棟の目的と役割

急性期の段階から無理のない範囲で可能な限り体を動かすことが、その後の機能回復に大変良いことが医学的に証明され、脳血管障害のリハビリテーションは急性期より開始することが重要であることが認識されるようになった。日本脳卒中学会が定めた脳卒中の治療指針である脳卒中治療ガイドライン 2009 にも急性期リハビリテーションは推奨レベル A(強く行うことが勧められる)となっている。急性期リハビリテーションが遅れることにより、臥床に伴う二次的合併症いわゆる廃用症候群を生じ、その後のリハビリテーションに重大な障害をもたらす。急性期リハビリテーションの効果は廃用症候群の防止と機能回復の促進により、より高い機能での早期社会復帰が可能となり、結果として入院期間の短縮につながることにある¹⁾。

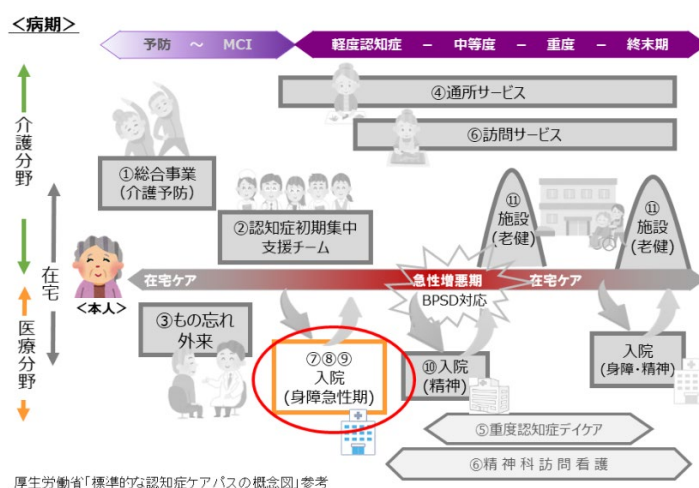


図7-1 認知症ケアパスにおける急性期病院の位置づけ

2) 急性期リハビリテーション病棟における OT の役割

急性期リハビリテーションのなか、作業療法の担う役割は、意識改善を早め次の段階へのアプローチの早期移行、二次的合併症の予防を目的として、①嚥下訓練・指導（自力摂取への援助）、②意識レベルの改善（聴覚刺激、味覚刺激、触覚刺激を与えるなど）、③心理的支持（不安の軽減や興奮状態の鎮静化など）、④高次脳機能障害と意識障害、認知症などの鑑別、⑤家族や他スタッフに対する病棟での環境設定の指示や指導、⑥浮腫の軽減、患肢の管理、分離運動の促進といった上肢機能面への対応、⑦ベッドサイドでの ADL 訓練と家族や他スタッフに対する ADL 指導が介入内容として挙げられている²⁾。

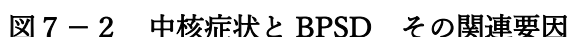
急性期での作業療法では、本人のナラティブや意志を尊重する関りも重要である。また、急性期は関りが短期間なゆえに、次のつながる先を念頭に置いて関わり、連携をスムーズにシームレスに関わる必要がある。

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

①評価実施時の視点、目的

急性期リハビリテーションの目的は、発症初期より介入するため患者の病気やケガによる病状の治療を優先する必要がある。その中で十分なリスク管理のもとで早期リハビリ治療の開始による廃用症候群の予防が必要である。短期目標を繰り返し設定し治療をおこなっていく。意識障害が継続 JCS で 1 桁ないし

減できる可能性がある。何が原因で BPSD が出現しているのか、患者の思いや、生活歴などのナラティブを十分に把握し、生活環境や家族環境なども十分に考慮した介入を急性期より行うことで効果を上げると考えられる。図 7-2 で BPSD と中核症状や関連する要因について記載した。また、BPSD において、過活動、低活動の BPSD についても記載している（図 7-3、7-4）



```

graph TD
    A[動きが悪い 反応に乏しい] --> B[突然の状態変化]
    B --> C[症状の動理性過活動症状  
（興奮、幻覚など）を伴っている]
    C --> D[意識障害（せん妄）]
    D --> E[バイタルサインの確認  
処方薬剤の見直し  
専門医療機関への紹介]
    A --> F[以前からあった状態の増悪]
    F --> G[悲哀感 睡眠障害  
自分を卑下したり責めたりする  
言動がある]
    G --> H[うつ病]
    F --> I[認知機能低下がある]
    I --> J[アパシー（自発性の低下）]
    F --> K[妄想・幻聴を伴う  
統合失調症の既往]
    K --> L[統合失調症による  
感情鈍麻・自閉]
    F --> M[常同行動がある  
脱抑制行為がある  
幻覚がない]
    M --> N[前頭側頭型認知症の自発性の低下]
    O[低活動型BPSDの見方 考え方]
  
```

図7-4 低い活動BPSDの考え方

その評価の流れとしては、発症状況の確認を行い、本人・家族ニーズの評価と併せて、心身機能、活動、参加、環境面の包括的な評価のスクリーニング、主疾患の予後等からある程度の退院、転院先の生活、環境の憶測をつけることが重要である。その後、身体機能や認知機能に対して必要な検査・測定を実施し、生活の目標に合わせた形のトップダウンの流れで評価を進めることが望ましい。とりわけ、認知症のある患者に対して評価を行う際には、指示理解が困難な者や評価の協力が得られないこともありうる。また、せん妄や意識障害も多く呈するため、その対応にも力を注がなければならない。また、ADL等の作

業遂行の観察等が重要な評価になることがある。そして、作業の遂行や参加を継続的に
行えるように多職種への連絡・相談や転棟、
転院する先の OT やケアマネジャーや多職
種へ引き継ぐことが重要である。

認知症のある患者に対する入院時の対応
の難しい点として、BPSD の症状が強く出現
していることで混乱や不安な状態をきたし、
さまざまな問題を引き起こすことである。さ
らにそのような状態であると本人との目標
の共有や生活状況の把握、生活の問題への
対処が本人と共有しにくいことがある。つ

まり認知障害により、入院時に病前の生活状況や、退院後の生活をどのように構築したいかに関して、本人から情報収集するのが難しいこと、そして本人に意志決定を委ねるのが困難なことがあることである。このような困難への対応として、入院時に家族からの情報収集が行え、退院後の生活を考えた作業療法の方針や目標の相談、意思決定ができる体制を築いておくことが重要である。しかし、家族の情報だけに頼ることなく、本人からのニーズにも耳を傾けることや本人に意志決定に関与してもらうことも重要な点であるため、認知症という理由で家族の意向に全て従うということではない。そして、本人からニーズを聴取する時には、自由回答を求めるオープンな質問より、「はい」、「いいえ」で答えられるクローズドな質問を用いたが、本人からのニーズが聞きやすいこともある。

介入時の注意点として、急性期は介入期間が非常に短いため、現状の評価を素早く実施し、問題点を把握、介入を行う流れをとらなければならない。特に、認知症のある人は環境の変化により、入院中に獲得した能力が上手く活用できないケースがある。また、高次脳機能障害や意識障害も混在するため、認知症によるものなのか、その他からくるものなのか判断が必要である。それに応じて、対応を行う。介入の際に、本人を尊重し、本人の意思の尊重、思いをくみ取りナラティブを基に対応していくことも OT の重要な役割である。

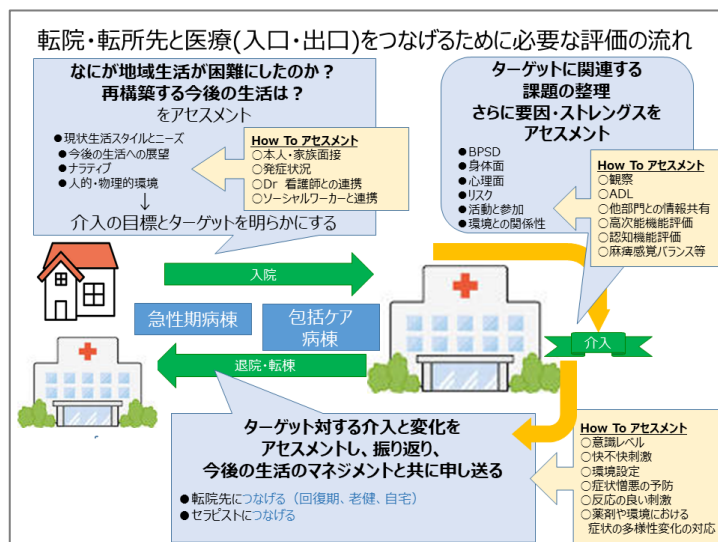


図 7-5 急性期病院における地域生活と医療（入口・出口）をつなげるために必要な評価の流れ

4) 評価項目

急性期リハビリテーション病棟における評価項目の一覧を表9に示す。急性期リハビリテーション病棟においては幅広い側面から退院後の生活構築に向けて評価が必要であり、主疾患である脳血管障害や骨折による機能的な予後を見極めながら、その人の能力や生活のニーズに沿った形である程度目標を定めて、必要に応じて詳細な検査、測定をすることが望ましい。また認知症のある患者は検査や測定の指示理解の不良などにより測定できないこともあるため、状態・状況に応じて可能な範囲で評価を行うこともある。退院時には退院後の生活に対する視点での評価と入院中の作業療法の効果を検討

基本評価（観察・面接・情報収集）	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携・継続の中での連携
●MTDLP 【生活状況】 ■ 1日の流れ ■ IADL/BADL ■ 生活習慣 ■ 睡眠 ■ 活動性、外出 ■ 対人・社会交流 ■ コミュニケーション 【ナラティブ】 ■ 今の生活の困りごと ■ 今後の生活のニーズ ■ 興味関心 ■ 余暇活動 ■ 経済状況 【人的環境面】 ■ 家族背景と介護力 ■ 本人と家族の関係性 ■ 介護負担 (J_ZBI_8) □ 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ■ 住環境 □ 地域資源 □ 公共交通機関 【BPSD】 ■ 心理症状 ■ 行動症状 【機能面】 ■ 認知機能 ■ せん妄 ■ 身体機能 【心理面】 ■ アバシー ■ うつ ■ 意欲 【医療的介入の必要性】 ■ 栄養 ■ 服薬状況 ■ 身体合併症管理 【リスク管理】 ■ 誤嚥 ■ 転倒・転落 ■ 廃用	【主疾患の予後予測】 ■ 主疾患の機能的予後 【身体機能】 ■ ROM ■ MMT □ 筋緊張 ■ 感覚障害（表在、深部） ■ 痛み □ 失調 【基本動作】 ■ 起居動作 ■ 座位 ■ 立位 ■ 歩行等移動能力 【認知機能】 ■ MMSE ■ HDS-R ■ その他高次脳機能評価バッテリー 【活動・参加】 ■ FIM □ 家事（炊事、洗濯、掃除、買い物） □ 職業関連活動 □ 自動車運転 □ 趣味活動 【環境面】 □ 制度（介護保険、障害者手帳、精神保健手帳） 【リスク管理】 ■ 心疾患 ■ 血圧 等	■ 介入時にチェックした 「要因」と「キー」に対する変化 ■ 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ■ つなぐ先の環境評価 情報収集 ■ 本人の生活支援に向けてのポイント（活動・参加を意識しながら） （備考）

表9 急性期病院における認知症のある患者に対する評価項目

するための評価の両側面から評価を行う必要がある。認知症のある患者は主観的な満足度や遂行度に関して信頼のある結果が得られないこともあるため、家族等に代わりに評価させてもらうことも必要な場合もあるだろう。

5) 急性期病棟における事例①

【事例紹介】

Hさん、女性、80代前半。外科病棟に入院する1カ月前に左乳がんの診断を受け、入院2日後に、左乳がん腫瘍摘出術を受けた。手術後は左腋下と左前胸部にドレーンが留置され、手術翌日までは左上肢を固定しており、左肘関節以遠の動きのみに制限された。2日後より肩関節屈曲・外転

90度までは許可され、5日後にはドレーン抜去の指示が出された。ドレーン抜去後は安静度の指示はなく、積極的な上肢機能のトレーニングを実施するよう主治医より指示があった。

既往歴として、アルツハイマー型認知症があったが自宅では繰り返し同じことを聞いてくることのみで、特に目立ったBPSDは認めなかった。キーパーソンである娘も特に自宅での生活に困難さを感じることはなかった。

入院前は娘と二人暮らしであり、日中娘は仕事に行っており昼間一人で家にいることが多かったが、問題はなかった。病前のADLは自立しており、屋内歩行はややふらつきはあるものの、屋外のみシルバーカー歩行であった。洗濯物をたたむ等の簡単な家事は行っていたが料理や掃除は娘が行っていた。

昼間はテレビ鑑賞や編み物をしながら過ごすことが多かった。

約50年前に夫と離婚してから娘と二人暮らしであり、色々な仕事をして生計を立ててきた。人と話すことが好きで、趣味は編み物だった。H氏は自宅に帰りたいとの強い希望があったが、娘は一度転院した後、在宅復帰の意向を示していた。

【初期評価】

手術後の認知機能検査では、MMSEは18/30点、FABは9点で認知機能の低下を認めていた。身体機能面は下肢の筋力はMMT4程度であり、左肩関節は制限挙上しないよう運動制限の指示があった。また、不安が強く、病棟での暴言や暴力を頻繁に認めていた。なぜ自分が入院しているのか、どこにいるのか理解できていなかった。ふらつきがあるにもかかわらず、一人で歩きたがる傾向を認めそれを制止しようとする、攻撃的になった。BPSDの評価であるDBD13は20/52点で、同じことを繰り返し聞く、口汚くののしる、世話をされるのを拒否するという項目で点数が高かった。家族への介護負担感の聴取をJ-ZBI_8で行い11/32点で、「本人の行動に困ってしまうことがある」「本人のそばにいと腹が立つ」「どうしていいかわからないことがある」ということに対し負担を感じていることが分かった。本人からは「家に帰ってご飯を作らなければいけない」「子どもが待っているから早く帰らなければ」という発言を繰り返し認めていた。ADLとしてBarthel Indexは60/100点で食事、整容は自立しているがその他のADLでは左上肢の運動制限から一部介助を要していた。トイレまでの歩行はつたい歩きにて見守りを行っていたが、看護師を呼ばずに一人で病室から出てくる様子を頻繁に認めていた。



図7-6 急性期病院における事例①

【統合と解釈・問題点の抽出】

これらの評価から、10 日間の急性期病院入院中に歩行、更衣、整容、トイレ動作の自立を目標とした。また、これらの ADL が自立するために、左上肢の可動域改善、筋力向上、疼痛や不安の軽減を目指した。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：7. 急性期病棟」を参照いただきたい。

急性期病棟における事例②

【事例紹介】

I さん 80 歳代女性。疾患名は脳血管障害である。

【介入までの経緯】

アルツハイマー型認知症を持ちながらも在宅で長男夫婦と生活していた。起床時に手足の脱力が出現し、救急要請。A 病院に緊急入院となる。入院 1 日後、リハ処方が出され、OT が介入となる。趣味はガーデニング。左片麻痺 Br. stageIV 中等度感覚障害、ADL 全介助、近時記憶の低下、焦燥感、暴言、介護拒否あり。せん妄状態が著明に出現していた。もともとの認知機能の低下もあり、環境になれることができないことや混乱が見られていた。

【本人・家族の生活目標】身の回りのことが出来て、自宅に退院する。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：7. 急性期病棟」を参照いただきたい。

急性期病棟		アルツハイマー型認知症のある脳血管障害の方の介入	
場所：事例	年齢：82 歳 性別：女性 疾患名：脳血管障害	CDR2	
	【介入までの経緯】アルツハイマー型認知症を持ちながらも在宅で長男夫婦と生活していた。起床時に手足の脱力が出現、救急要請。A病院に緊急入院となる。入院 1 日後リハ処方が出され OT 介入となる。趣味はガーデニング 左片麻痺 BmsIV 中度感覚障害、ADL 全介助、近時記憶の低下、焦燥感、暴言、介護拒否あり。 【本人・家族の生活目標】身の回りのことができて自宅に退院する		
	開始時（入院時）	中間（1週間）	転院転院 2～3 週間
	ADL・IADL の状態	食事は自己摂取行ってきた、上肢下肢麻痺（左 BmsIV）でより更衣やトイレ動作、移乗、入浴で介助必要	トイレ時の立ち上がり向上、少しずつ協力動作得られてきた。
	BPSD/ 周囲との関係性	せん妄は継続するが指示入力が少しずつ可能。離床時間 UP があるが介護拒否は継続	【考察】急性期は覚醒の低下、せん妄が出現しており混乱している方も多い。その見極めや BPSD の出現要因をも身機能環境、活動などトータルな面から捉える必要がある。短期間の介入となるため今後の予後予測をしっかりとあてはめようという考えで介入を進めるほうが ADL の向上に繋がる。また早期より離床、意欲の向上のための活動の獲得なども意識して介入ができれば転院先での活動継続や予後にも良い影響を与える。と考える。
生活行為の目標	食事が自立して行える 移乗などの介助量の軽減	トイレ動作（失禁によりソワソワする）の向上、移乗動作の向上、興味のある活動を模索する	
介入内容	高次脳機能評価 認知機能評価 各種評価と問題点の抽出 車椅子離床、立ち上がり、立位 端座位 B-ADL 訓練 高次脳機能訓練	トイレ動作訓練 ソワソワするパターンや時間の把握、趣味がガーデニングのため花の水遣りや花の塗り絵などを導入。	

せん妄や意識障害
高次脳機能障害の見極めと生活への影響を
評価

➡

リスクに注意しながら
離床、活動の提供、
ADL 訓練を始めていく

➡

その人の出来ること支援が
必要なものを見極め
関わっていく

結果：BPSD は持続しているが、ADL の介入や認知機能、生活とその人個人の要因をふまえて関わることにより課題に対する意欲が増加し、リハ拒否が軽減した。周囲との関係性の調整も功を奏した。しっかりと評価し整理することでつながる先にも適切な情報提供が行えた。

課題：BPSD が継続しており、暴言、拒否は残存している。機能面に目が行きつう的なことがある。ADL の介助量が多い。

図 7-7 急性期病院における事例②

トピックス：せん妄とは

短期間で認知症のような症状が急激に進むのが特徴である。急激に起きてくる軽い意識障害、錯乱状態のことである。せん妄には興奮して活動量が増え異常行動や言動を認める「過活動型」と意識が低下し、ぼんやりしたりうつらうつらする「低活動型」その両者を認める「混合型」がある。多くの場合せん妄は一過性かつ可逆性のものであり、原因が解消されれば症状も消えるのが特徴である³⁾

8. 回復期リハビリテーション病棟

1) 回復期リハビリテーション病棟の目的と役割・特徴

回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患または大腿骨頸部骨折などの疾患により、急性期治療を脱した者が、在宅復帰、社会復帰を目指した集中的リハビリテーションを提供することを目的とした病棟である。この病棟では、それぞれの患者や家族のニーズに基づき、医師、看護師、ケアワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、等が協働し、リハビリテーション計画、プログラムを立案し、提供される。

回復期リハビリテーション病棟において、認知症は入院の対象疾患でない。しかしながら、回復

期リハビリテーション病棟の対象疾患の多くを占める脳血管疾患も認知症を続発する疾患であること、さらに 80 歳以上の頸部骨折患者の約半数近く¹⁾、廃用症候群で入院する患者の 25.0%が認知症をもつとされている²⁾。このように、回復期リハビリテーション病棟では、認知症は入院の対象疾患でないにも関わらず、認知症を含めた認知障害が併存する患者が多いことが特徴である。したがって、主疾患によって引き起こされる身体機能障害のみならず、認知機能障害やそれらによって引き起こされる ADL や IADL、仕事、趣味活動等の障害の評価、介入が OT の役割である。

2) 回復期リハビリテーション病棟における OT の役割

回復期リハビリテーション病棟では、家庭復帰、社会復帰を目指した多職種アプローチが行われる。その中で作業療法が担う役割は、家庭や地域で本人や家族にとって意味ある活動を見つけ、獲得あるいは再獲得を促すことになる。そのため、環境面の評価・修正、活動の形態の修正、機能面の回復等、多くの側面からのアプローチが基本となる。急性期で医療的支援の高い状態から脱し、心身の回

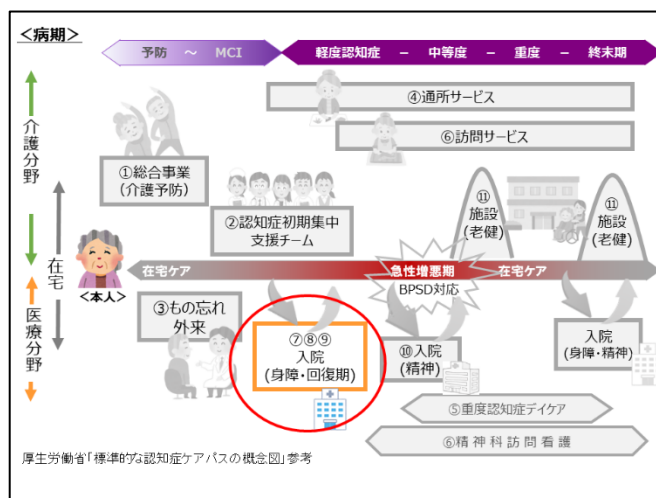


図 8-1 認知症ケアパスにおける回復期リハビリテーション病棟の位置づけ

8-1) 回復期リハビリテーション病棟

●回復期リハビリテーション病棟の目的と特徴

対象疾患 脳血管疾患、大腿骨頸部骨折など

認知症は対象疾患でないが、多くの対象者が認知症を併存

目的 在宅復帰、社会復帰に向けての集中的リハビリテーション

●回復期リハビリテーション病棟のOTの役割

回復期病棟の作業療法の目標

家庭や地域で本人や家族にとって意味ある活動を獲得あるいは再獲得

アプローチは多方面から実施

環境面の評価・修正、活動の形態の修正、活動能力の向上、機能面の回復等

入院時：地域生活に意識を向けた目標設定とアプローチ

退院時：地域移行を行うために維持期への円滑な橋渡し

図 8-2 回復期リハビリテーション病棟における OT の役割

復をしながら、退院後の生活の再建に向けて準備を進める期間である。そのため、在宅生活での意味ある活動の再獲得を目指し入院中、活動能力の向上に最大限務めることと、そして円滑に地域移行を行うために維持期への適切な橋渡しが役割である。認知症のある患者は回復期リハビリテーション病棟には多くみられ、入院時から退院支援に至るまで、認知症のない患者に比べて注意をしなければならないことが何点かあるため、その注意点を次項から述べる。

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

①評価実施時の視点および目的

回復期リハビリテーション病棟の目的は在宅復帰、社会復帰であり、多くの患者はそれを目指して入院する。そして、患者は回復期の対象となる急性に発生した疾患に罹患しており、それ以前に多くは自宅で生活していた者が多い。そのため、作業療法においては、発症前の生活を理解した上で、退院後の地域生活に本人らしい作業を明らかにし、その獲得、あるいは再獲得を目指すことが重要である。

回復期リハビリテーション病棟では集中的にリハビリテーションが実施できるため、1対1で比較的時間の作業療法が提供できる。このようなサービス提供面の特徴から幅広く、かつ細かい評価ができる時間が確保しやすい。したがって、必要に応じ退院後の地域で行われる訪問リハや通所リハでの作業療法に、あるいは地域生活に結び付くようにアセスメントをし、情報を地域に伝達することが重要な視点である。ただ、必要以上に評価をすることは患者に余分な負荷やストレスを与えることになるため、本人に不利益とならないように評価内容に関しては、ニーズや能力、方針を鑑みた上で、十分に吟味して行うことが肝要である。

②評価実施時の流れ

その評価の流れとしては、本人・家族ニーズの評価と併せて、心身機能、活動、参加、環境面の包括的な評価のスクリーニング、主疾患の予後等からある程度の退院後の生活の憶測をつけることが重要である。その後、身体機能や認知機能に対して必要な検査・測定を実施し、退院後の生活の目標に合わせた形のトップダウンの流れで評価を進めることが望ましい。とりわけ、認知症の人に対して評価を行う際には、指示理解が困難な者や評価の協力が得られないこともありうる。そのため、自然な文脈下、例えば病棟生活で行わる ADL 等の作業遂行の観察等が重要な評価になることがある。そして、最終的に退院後に入院中に獲得された能力を活かして自宅で活動が行うためには自宅環境の評価は必須である。そして、作業の遂行や参加を自宅で継続的に行えるように家族の連絡・相談や地域の OT やケアマネジャーや多職種へ引き継ぐことが重要である。

認知症のある患者に対する入院時の対応の難しい点として、退院後の生活の希望やイメージが本人と共有しにくいことがある。つまり認知障害により、入院時に病前の生活状況や、退院後の生活をどのように構築したいかに関して、本人から情報収集するのが難しいこと、そして本人に意志決定を委ねるのが困難なことがあることである。このような困難への対応として、入院時に家族からの情報収集が行え、退

院後の生活を考えた作業療法の方針や目標の相談、意思決定ができる体制を築いておくことが重要である。しかし、家族の情報だけに頼ることなく、本人からのニーズにも耳を傾けることや本人に意志決定に関与してもらうことも重要な点であるため、認知症という理由で家族の意向に全て従うということではない。そして、本人からニーズを聴取する時には、自由回答を求めるオープンな質問より、「はい」、「いいえ」で答えられるクローズドな質問を用いたが、本人からのニーズが聞きやすいこともある。さらには、絵カード評価法や ADOC (Aid for

Decision-making of Occupational Choice) のような活動を絵で示せるツールはより容易にニーズが聴取できる場合もあるため、そのようなツールの活用も推奨したい。また早期に自宅訪問ができるのであれば、自宅訪問し地域生活のイメージを早期から共有できることが望ましい。

退院時の注意点として、認知症の人は環境の変化により、入院中に獲得した能力が上手く活用できないケースがある。つまり、入院時に指導してきたことが、記憶障害の影響などにより自宅環境に汎化されないことや継続して行えないことがありうる。例えば、認知症の人は調理器具の片付ける場所や家電（炊飯器、洗濯機等）は、環境や物品の変化があると、それにより作業の遂行が行えなくなる場合がある。そのため、退院後に自宅環境等で作業が適切に実施できるか等の作業を適応させるような支援が必要である。家族指導も重要であり、さらには訪問リハビリテーション等のサービスの提案の必要性を評価し、必要に応じてケアマネジャーなどに提案することも OT の重要な役割である。

4) 評価項目

回復期リハビリテーション病棟における認知症のある患者に対する評価項目の一覧を表 10 に示す。回復期リハビリテーション病棟においては幅広い側面から退院後の生活構築に向けて評価が必要であり、主疾患である脳血管障害や骨折による機能的な予後を見極めながら、その人の能力や生活のニーズに沿った形である程度目標を定めて、必要に応じて詳細な検査、測定をすることが望ましい。また認知症のある患者は検査や測定の指示理解の不良などにより測定できないこともあるため、状態・状況に応じて可能な範囲で評価を行うこともある。

退院時には退院後の生活に対しての視点での評価と入院中の作業療法の効果を検討するための評価の両側面から評価を行う必要がある。認知症のある患者は主観的な満足度や遂行度に関して信頼のある結果が得られないこともあるため、家族等に代わりに評価させてもらうことも必要な場合もあるだろう。

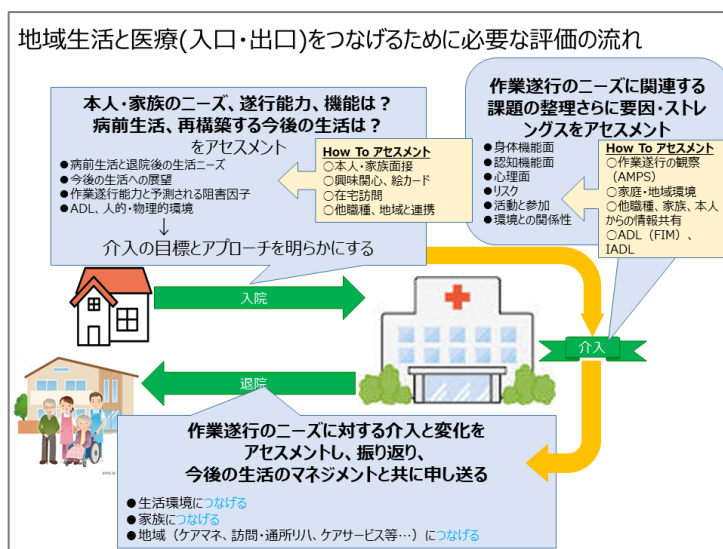


図 8-3 回復期リハビリテーション病棟における地域生活と医療（入口・出口）をつなげるために必要な評価の流れ

基本評価（観察・面接・情報収集）	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携・継続 の中での連携
●MTDLP 【生活状況】 ■1日の流れ ■IADL/BADL ■生活習慣 □睡眠 ■活動性、外出 ■対人・社会交流 ■コミュニケーション 【ナラティブ】 ■今の生活の困りごと ■今後の生活のニーズ ■興味関心 ■余暇活動 ■経済状況 【人的環境面】 ■家族背景と介護力 ■本人と家族の関係性 □介護負担（J_ZBI_8） □近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ■住環境 ■地域資源 ■公共交通機関 【BPSD】 ■心理症状 □行動症状 【機能面】 ■認知機能 □せん妄 ■身体機能 【心理面】 ■アバシー ■うつ ■意欲 【医療的介入の必要性】 □栄養 ■服薬状況 ■身体合併症管理 【リスク管理】 ■誤嚥 ■転倒・転落 ■廃用	【主疾患の予後予測】 □主疾患の機能的予後 【身体機能】 □ROM □MMT □筋緊張 □感覚障害（表在・深部） □痛み □失調 □起居動作 □歩行等移動能力 【認知機能】 □MMSE □HDS-R □プール活動レベル □その他高次脳機能評価 バッテリー 【活動・参加】 □FIM □家事（炊事、洗濯、掃除、買い物） □職業関連活動 【環境面】 □介護保険・障害者手帳	■介入時にチェックした 「要因」と「キー」に対する変化 ■今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ■つなぐ先の環境評価 情報収集 ■本人の生活支援に向けてのポイント（活動・参加を意識しながら） （備考）

表10 回復期リハビリテーション病棟における認知症の人に対する評価項目

5) 回復期リハビリテーション病棟における事例

急性期・回復期病院から退院後、環境の変化等により入院中に獲得された作業が遂行できないことは少なくない。とりわけ、認知症のある患者に関しては記憶障害等の影響により、院内で習得、学習された作業が自宅に帰った後に継続して遂行できないことが問題になりやすい。そのため、自宅退院後に作業の定着を図るためには、動作を獲得する発想と出来る動作を引き出し、見つけ出し、退院後の環境でその動作が上手く出現する環境整備やケアの方法論を提案することが重要である。そのためにも、できるだけ類似した環境を院内で準備して作業の習得に関わる練習を測ることが必要である。しかしながら、環境を準備することにも限界があるため、退院して生活する環境にて実際に作業を定着させるようなアプローチが必要となる。これを行うには、自宅に実際訪問して行えるような訪問リハビリテーションへの引継ぎが有効なことがある。病院から自宅が近い場合には入院中から自宅で作業療法を実施すること

も有用かもしれない。

上記のように回復期リハビリテーション病棟では入院時より退院後の生活を見据えた評価を行い、退院時に病院から地域へとシームレスな連携を行う必要がある。今回、回復期リハビリテーション病棟入院中のある患者が、退院後の生活を想定した入院中の作業療法と退院後それらの活動を定着・拡大させる訪問リハによる作業療法にて、役割・楽しみ活動の再獲得をしたため、以下に報告する。

【事例紹介】

Jさん、女性 70 代後半。回復期リハビリテーション病棟に入院 6 週前、橋梗塞を発症し、右片麻痺・失調・構音障害を呈した。既往歴として、統合失調症、アルツハイマー型認知症があった。統合失調症に関しては慢性的な経過をたどっており、激しい症状は見られないが、「知らない男が病室に来た」等と妄想と考えられる発言がまれに見られた。妄想のような発言時には本人の不安感はあったが、頻度も少なく回復期リハビリテーション病棟の生活やリハビリテーションに大きな

支障のするような状態ではないと判断した。不安に対して受容的に接する等の対応は実施し、特別な介入は行わなかった。

脳梗塞発症前の生活は、長女宅に長女とその夫、2 人の孫と 5 人で同居をしていた。2 年前の本人の夫の死別により長女宅に引き取られ、一緒に暮らすようになった。昔から世話好き、そして働きものであったため、病前は長女と同居後も娘夫婦の役に立ちたいとの気持ちと、綺麗好きな性格もあって、掃除、洗濯、布団の上げ下げ、買い物を家庭内役割としていた。本人の唯一とも思われる楽しみの活動は、バスを利用してのウィンドウショッピングであった。

【初期評価】

入院時、本人からニーズを、カナダ作業遂行測定（Canadian occupational performance measure；以下 COPM）を用いてニーズを聴取した結果、トイレの自立、洗濯・掃除・皿洗い・布団の上げ下げ等の家事に関する作業が挙げられ、満足度は平均 4.0 点（3～5 点）、遂行度は平均 4.0 点（3～6 点）であった。家族からもニーズを聴取した結果、家事が少し行えればという希望が挙がった。

次にニーズに挙がった作業を実際に行ってもらい観察から作業遂行上の問題を分析した。掃除機を使った掃除、皿洗い、等の観察評価を実施し、作業遂行上の問題点は、運動技能に関しては物の持ち上げ・運搬等の移動面の問題に加えて、掃除機を跨ぐ動作・立ち上がりや後方へのステップ時のふらつき、下方

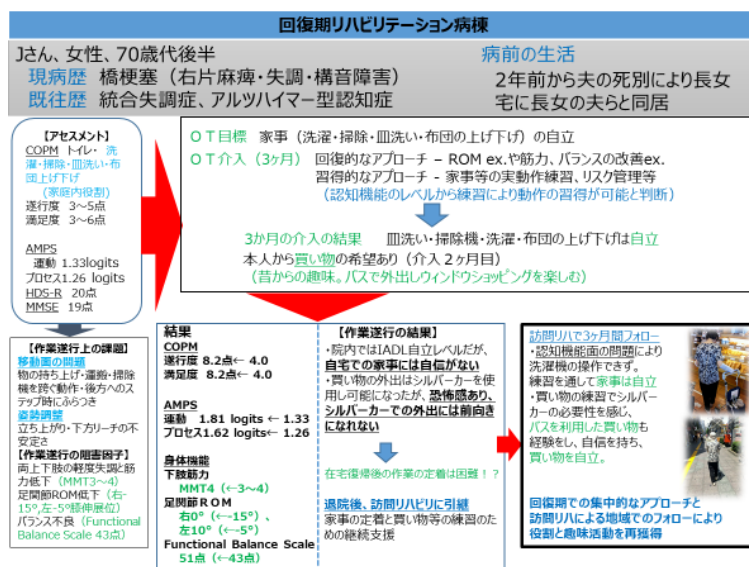


図 8-4 回復期リハビリテーション病棟における事例

リーチの不安定さ等が主要な問題として認められ、AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills) 運動技能は 1.33 点であった。認知機能のスクリーニング検査から HDS-R は 20/30 点、MMSE は 19/30 点と認知機能の明らかな低下は認められた。しかし一連の IADL の活動に関しては戸惑うこともなく実施できており、プール活動レベルが計画活動レベルであったため、慣れた環境で慣れた活動であれば問題なく行えると判断した。AMPS プロセス技能は 1.26 点であった。

【統合と解釈、問題点の抽出】

これらの作業遂行を阻害している身体機能面の問題として、両上下肢の軽度失調と筋力低下 (MMT3～4)、膝伸展位での足関節の可動域制限つまり下腿三頭筋の短縮 (右-15 度、左-5 度)、バランス不良 (FBS 43 点) が考えられた。

これらの評価から、3 ヶ月間の回復期リハビリテーション病棟入院中に家事 (洗濯・掃除・皿洗い・布団の上げ下げ) の自立を目標とした。トイレの自立に関しては、作業遂行の分析の結果、歩行による移動の問題が主な問題であったため、理学療法中心にアプローチする形でチームでの役割分担にてアプローチする方針とした。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：8. 回復期リハビリテーション病棟」を参照いただきたい。

9. 身障病院（生活期／維持期）【医療保険】

1) 病院（生活期・維持期）の目的と役割

療養型医療施設では、急性期治療後で継続的な医療が必要、神経難病等、終末期、認知症など継続的な治療・支援が必要な患者が入院している。これらの患者において、認知症が合併しており、問題行動のため急性期病院での受け入れが難しいために転院に至る者も少なくない。そのため、多くの療養病床では、認知症のある患者を診る役割も担っている。療養型医療施設では、疾患の悪化、廃用症候群、これらを予防するという視点からも診療・治療が中心の入院医療ではなく、人間らしい尊厳を重視し、あくまでケアを主体とした生活に主眼を置き、医療・ケアが提供される。

療養型医療施設では、自宅退院する認知症のある患者の割合は 22.6%であることが報告¹⁾されており、その中でも BPSD を伴う認知症のある患者ではその割合がさらに低くなることが予測できる。認知症のある患者の中でも重度に進行した患者も多いこともこの領域での特徴でもあると言える。

入院期間について、平成 28 年の調査では療養型医療施設に入院する患者の在院日数はおよそ 152 日であり、一般病床の 16 日と比較すると患者の入院生活は長期間に渡ることが明らかである

(図 9-2)。すなわち、入院する認知症のある患者にとってのリハビリテーションは ADL の低下を防ぐだけでなく、患者本人が不快なく楽しみのある入院生活を継続することも重要な目標となる場合も多い。しかしながら、本人が望んで入院・入所する例は少なく、ADL の自立度低下³⁾や併存疾患⁴⁾のために長期入院生活を送らざるをえないことが大半である。そのため、入院を契機に新たな環境に適応できずに BPSD を呈す認知症のある患者も多い。

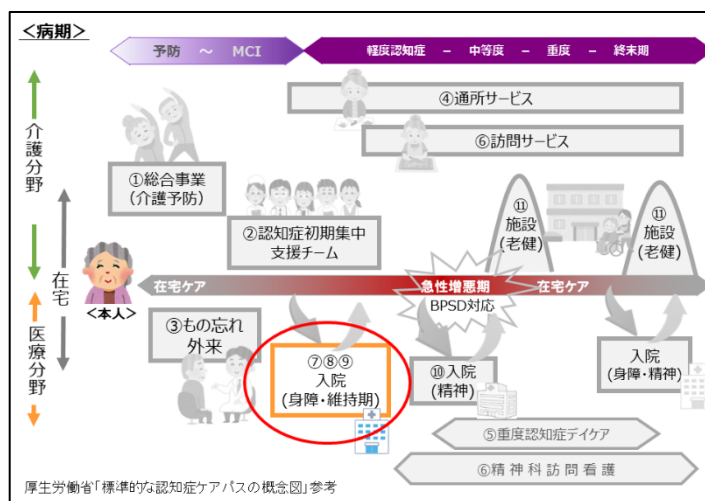


図 9-1 認知症ケアパスにおける
維持期・生活期病院の位置づけ

●組織・施設の目標

対象疾患

急性期治療後で継続的な医療が必要、神経難病等、終末期、認知症など継続的な治療・支援が必要な患者

目的

在宅復帰、社会復帰だけでなく、疾患の悪化、廃用症候群の予防、緩和も目的としたリハビリテーション

●病院（生活期・維持期）におけるOTの役割

認知機能、ADL、BPSDの状態を明確に引き継ぎ、少なくともそれらの増悪を防ぐこと

患者のほとんどは入院が長期化するため、心理・情動面、余暇活動面の充実など限られた環境の中でその人らしい生活を充実させること

図 9-2 医療療養型施設における OT の役割

2) 療養型医療施設における OT の役割

在宅から療養型医療施設に入院する場合、認知症の進行にともなって在宅生活の介護負担は増加し、認知のある症者の多くが医療施設または介護施設など、在宅ではない生活の場へ移行することも多い。そのため、すでに述べたように自宅へ退院する認知症患者の割合は低く、入院が長期化するために心身の廃用がますます進行する恐れが常にある。

これらの認知症のある患者の特徴から、まずは、入院前の自宅、病院、施設などから明確に認知機能、ADL、BPSD の状態を引き継ぎ、OT の介入によって少なくともそれらの能力をできる限り維持することも重要である。その上で、他職種と連携しつつ、痛みなどの不快感のケアや余暇活動の充実など限られた環境の中で QOL を意識したその人らしい生活を支援できるように介入する必要もある。以下に具体的な評価実施時における視点を解説する。

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

療養型医療施設に入院する患者は、回復期リハビリテーション病棟と異なり、在宅復帰を目標とする場合は多くはなく、1日あたりのリハビリテーションサービスの提供量も少なくなる。そのため限られた時間の中で、他職種との連携の中で共通の目標に向かって、OT が行うべき優先度の高い課題を定めなければならない。在宅部門と異なり、多くの職種が同一病院内にいることから他職種からの情報収集や連携は取りやすいはずである。

評価の視点としては、すでに述べたように慢性的な疾患を多く有している場合が多いため、心身の障害の改善のみに焦点をあてて評価を行うべきではなく、その人と家族など周囲の人のニーズを達成すること、最終的にその人の QOL を高めることを忘れてはならない。このことに留意したうえで、本人とその家族にとって意味のある作業が実践できるように評価を始める。

まず入院時に、他医療・介護施設からの転院であれば多くの場合が ADL や認知機能状態が記載されているサマリーが届くことが多いだろう。しかし、これらの内容だけでは本人の全体像を把握できるほどの情報やこれまでの生活歴が記載されていることは多くない。当領域で出会う本人は、多数の疾患を有し、基本動作・ADL 能力も重度に障害されている場合も多いため、まずは、心身機能・活動・参加それぞれの側面から強みを面接・観察・測定を用いて把握する。具体的には認知機能、ADL、基本動作能力を評価すること、

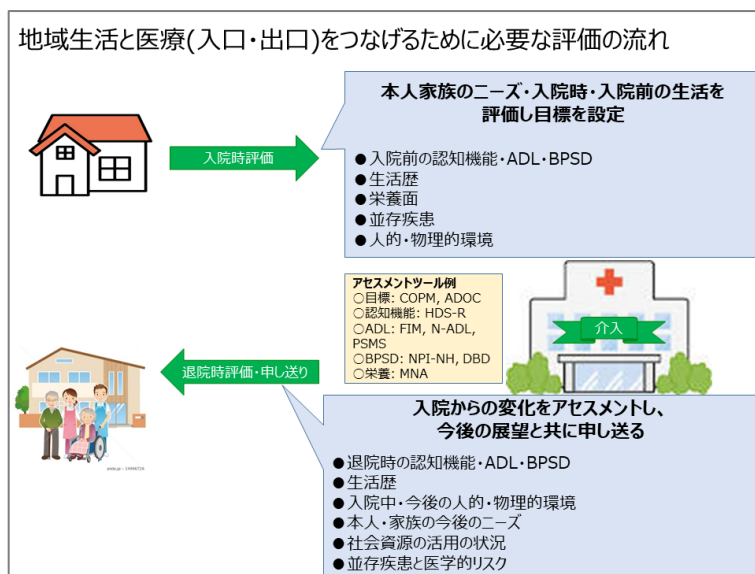


図9-3 医療療養型施設における地域生活と医療
(入口・出口)をつなげるために必要な評価

心理・情動面の安定、余暇活動面を充実させるためにも快・不快、興味関心、物理的・人的生活環境まで包括的に評価する。

他にも、当領域では生命予後に影響しうる栄養状態や並存疾患の種類・重症度なども評価しておくことも重要である。

当領域において最も重要なことは、療養型医療施設では死亡退院の割合も多く、つまり、最期を迎える患者の割合も多いことも特徴である。このような本人との関わりの中では、その人と家族にとってこれまでの人生の歴史であるライフヒストリーを聴取し、今どのような想いを持って生活しているのかを評価することが極めて重要であると思われる。その人とその家族のライフヒストリーの中で重要な意味のある作業に対して、OT が少しでも実践できる環境を整えることができるかを評価の流れで意識していただきたい。

4) 評価項目

当領域における認知症の患者に対する評価項目の一覧を表 11 に示す。なお、これらの評価を行うにあたって、これは評価尺度では判定できない、重度認知症の患者のわずかに発揮できる残存能力にも着目すべきである。残存能力の測定に当たって気をつけなければならないことは、評価尺度を用いた能力の測定だけを行うと既存の評価尺度では重度認知症の患者においては床効果を呈し、詳細に能力を把握できないことに留意する。そのため、重症度に応じた評価尺度を用いたり、観察評価にて全体像を把握する工夫が必要である。

これまでの先行研究からも認知症患者における QOL に影響を及ぼす要因としては、

基本評価 (観察・面接・情報収集)	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
●MTDLP 【生活状況】 ■1日の流れ ■IADL/BADL ■生活習慣 □睡眠 ■活動性、外出 ■対人・社会交流 ■コミュニケーション 【ナラティブ】 ■今の生活の困りごと ■今後の生活のニーズ ■興味関心 ■余暇活動 □経済状況 【人的環境面】 □家族背景と介護力 ■本人と家族の関係性 ■介護負担 (Zarit-8) □近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ■住環境 □地域資源 □公共交通機関 【BPSD】 ■心理症状 ■行動症状 【機能面】 ■認知機能 □せん妄 ■身体機能 【心理面】 ■アパシー ■うつ ■意欲 【医療的介入の必要性】 ■栄養 ■服薬状況 ■身体合併症管理 【リスク管理】 ■誤嚥 ■転倒・転落 ■廃用	【生活状況】 □生活スケジュールの情報収集 □活動量(離床頻度), 外出頻度 □対人・社会交流 □コミュニケーション 【ナラティブ】 □今の生活の困りごと □今後の生活のニーズ □興味関心チェックリスト □生活歴 【人的環境面】 □介護スタッフが対象者の能力をどのように評価しているか 【物理的環境面】 □住環境 【BPSD】 □NPI-NH, SDS, やる気スコアなど 【機能面】 □MMSE □ブール活動レベル □基本動作能力 【医療的介入の必要性】 □MNA □服薬状況 □バイタルサイン	■介入時にチェックした 「要因」と「キー」に対する変化 ■今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ■つなぐ先の環境評価情報収集 ■本人の生活支援に向けてのポイント(活動・参加を意識しながら) (備考)

表 11 医療用型施設における認知症の人に対する評価項目

ADLに加えて痛みや不快感なども挙げられており⁵⁾、それらの原因となりうる並存疾患の状況やケアスタッフによる介護方法やさらには、ベッド上のポジショニングや車椅子シーティングの状況など、不快感を与えそうな事項について評価することも求められる。

その人と家族にとって重要な作業を聴取するためには、ADOCやCOPMなどが活用できる。さらには、ケアスタッフが知りたい、家族が知ってほしいと考えているその人の生活歴項目を抜粋したライフヒストリーカルテ⁶⁾などをツールとして用いて評価することもできる。

5) 療養型医療施設における事例

事例を通して当領域での実践の一例を掲示したい。回復期でのリハビリテーションがスムーズに進まざ療養型医療施設へ入院となった症例に対して、本人とその家族にとって重要な作業を評価し、その作業が実践できるまでに至った経緯を紹介する。

【事例紹介】

K氏、80歳代後半の女性。現病歴は、X年Y月自宅で倒れて動けなくなっているところを息子が発見しB病院へ入院となる。発熱、脱水と診断された。転倒時に打撲した右腰背部の痛みが残存していたため、当院へ療養目的のために入院となる。今後の方針としては、自宅退院は介護的に困難とのことで、息子は療養継続を希望している。

作業療法処方目的は、入院後に活動性の低下が著明となり、離床拡大を目的に処方された。

【入院時評価】

①COPM：（家に帰って）庭の野菜・花の世話をすること（重要度/遂行度/満足度：10/1/1）、家族ニーズ/ 本人の好きなことをさせてあげたい、食事とトイレは自分でできるようになってほしい。

②生活歴：入院前の生活は、自宅の庭で毎日朝早くから趣味であった野菜作りや花の世話をしていた。また、その野菜を友人に譲ったり、野菜作りの話を友人と話すことが好きであった。入院に対しての受け

療養型病院(老健入所)		意欲・抑うつ改善によりトイレでの排泄が可能となり老健入所へ至った一例		
年齢：85歳 性別：男性 疾患名：脳梗塞、アルツハイマー型認知症		介護度：4 認知症の程度：CDR2（重度）		
【現病歴とOT処方までの経緯】 X-1年特養生活入所中に脳梗塞発症、回復期リハビリテーション病棟へ入院するも転院時から意思も低下し機能訓練に拒否的となり療養型病院へ入院する。入院中離床拒否が続きため生活範囲拡大目的でOTが処方される。 【家族・本人ニーズ】 家族：本人の好きなことをさせてあげたい、食事やトイレは自分でできてほしい 本人：家に帰って友達と会いたい、庭の野菜・花の世話がしたい 【生活目標】 長期：OT期限内（6ヶ月）に身障者用トイレにて排泄が日常ADL場面で可能となること。 短期：1ヶ月以内毎食時離床しデイルームで食事をとること。				
	開始時（入院時）	統合と解釈・プログラム設定	中間（1ヶ月後）（園芸中心） 目標：車椅子乗車し食事摂取可	施設退院（4ヶ月後）（園芸・集団） 目標：病棟内トイレにて排泄可
認知機能 の状態	HDS-R：10/30点 近時記憶、見当識低下	長期の入院により趣味であった野菜・花作り、友人交流ができなくなり抑うつ・意欲低下	HDS-R：14/30点 見当識改善	HDS-R：18/30点 近時記憶改善
ADLの 状態	FIM：23点 食事ベッド上介助、尿意あるもオムツ内排泄、食事量少ない時は点滴	離床の動機付けがなくADLの介助量増大、過介助	FIM：40点 食事車椅子にて自力摂取、食事量安定、排泄はオムツ継続	FIM：44点 排泄：時間誘導にてトイレ排泄可能
BP5Dの 状態	NPI-NH：抑うつ、無為無関心、SDS：57/80点 やる気スコア：26/42点	さらなる認知機能障害増悪、抑うつ・意欲低下の悪循環	SDS：46点 やる気スコア：18点	SDS：40/80点 やる気スコア：15/40点
介護者など環境 との関係性	・何もやろうとしない人という印象、介助量が多い ・他患やスタッフとも関わり希薄	問題点：離床するための動機付け欠如 介入：園芸や集団OT介入	・園芸の話題でスタッフと会話、看護師と車椅子に乗り中庭の野菜を見に行く ・スタッフとの関わりが中心	・他患とともに園芸に参加 ・食事時に他患と交流多くなる
経過：導入初期は本人のなじみのあった花の水やりから活動開始し、「今日は暑いけど花が気になるから行く」と離床意欲が徐々に改善する。食事前にOTを行うことで、食事車椅子で摂取できるようになる。看護師とも園芸の話などをしていく場面が多くなる。集団OTを追加導入することで他患とも交流増える。本人の要求も増え始め、面接評価にてトイレでの排泄をあげ、訓練開始し、時間誘導にて病棟内で実践し、定着する				
考察・まとめ：抑うつを呈する認知症患者は日々のADLに対して動機付けが得られない患者も多い。抑うつや意欲低下を改善させるためには心理・環境面も重要な介入要素である。本症例は、生活歴の評価から本人にとって重要な活動を日常生活に導入することで、入院生活の改善を図り、意欲や抑うつを改善することができた。				

図9-5 医療療養型病床における事例の概要

入れは悪く、入院直後には「(帰れると思っていたのに) 早く帰りたい。」との入院環境の不満発言が見られた。

●神経心理学的評価：HDS-R 10/30 点、遅延再生・見当識著明に低下。検査中の反応速度は遅い。

●BPSD 評価：うつ Self-relating Depression Scale (cut off=48 点以上) 57/80 点。意欲・やる気スコア (cut off=16 点以上) 26/42 点。

●ADL：FIM 23 点、食事ベッド上介助、尿便意あるもオムツ内排泄、食事量少ない時は点滴をしている。介護者からは、ADL 上では、何もやろうとしてくれない、されるがままという印象であった。

【統合と解釈・問題点の抽出】

入院により趣味であった野菜・花作り、友人交流ができなくなり抑うつ・意欲低下の低下を認め、離床の動機付けもなくなり、ADL の介助量も増大し、介護者からの過介助、さらなる認知機能障害の増悪、抑うつ・意欲の低下、ADL 低下の悪循環となっていた。本症例においては、離床するための動機付けが欠如されていることが問題であると考えられた。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：9. 生活期/維持期病棟」を参照いただきたい。

10. 病院（認知症治療病棟）【医療保険】

1) 精神科認知症治療病棟の目的と役割

精神科治療病棟の機能目標は、「地域（在宅・施設）生活への早期リカバリー」と示されている。

これに則した作業療法の役割・目標は、作業的存在としての視点で、入院要因すなわち介入のターゲットを整理したうえで、今後の生活再構築のために必要な「活動と参加・介護者・環境」等の支援をマネジメントし、渡すことである。よって評価は、これに必要な情報収集と関連付け、優先順位付けの作業となる。また、これと

並行し、入院の弊害に備える必要がある。廃用・副作用等の二次障害、退院後に予想されるリスクの提示と回避も生活を支える1側面であり、それに必要な情報収集も重要な評価となる。

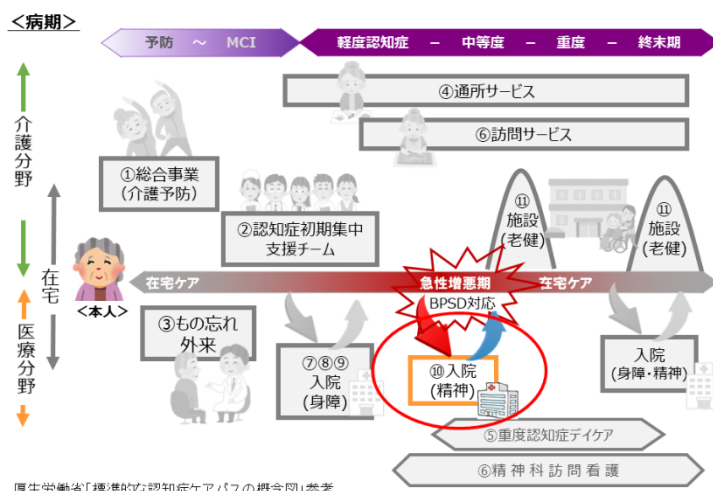


図10-1 認知症ケアパスにおける精神科認知症治療病棟の位置づけ

2) 評価実施時の視点、目的、流れ

精神科治療病棟の評価・解釈のポイントを、①目的、②手法、③活用の3つの側面から説明する。

①目的とは、何を目指して評価を行うかである。治療病棟では、えてして周辺症状の沈静化や施設入所が目指すべきゴールのようにとらえられ、「その人らしい生活」の支援との乖離に陥ることがある。OTは医療の中で薬物療法や身体管理と並行しながらも、あくまでその人の作業遂行を支援し、それによる活動と参加、すなわち「アクティブエイジング」をかなえる生活の再構築を目指すさなくてはならない。その目的に向け、目標となる大切な（あるいは必要な）作業の特定、作業遂行における課題・強みや残存能力を評価し、最良の介入方法を選択する材料を揃えることが重要となる。

②手法とは、治療病棟ならではの評価のしにくさを打破するポイントである。医療ではその人らしさに関する情報不足に見舞われるため、地域や家族とつながるルートの確保が必要となる。また、中等度～重度の認知機能障害を有する本人が主であることから、言語を要しない評価ツールの使用や、重度特異性

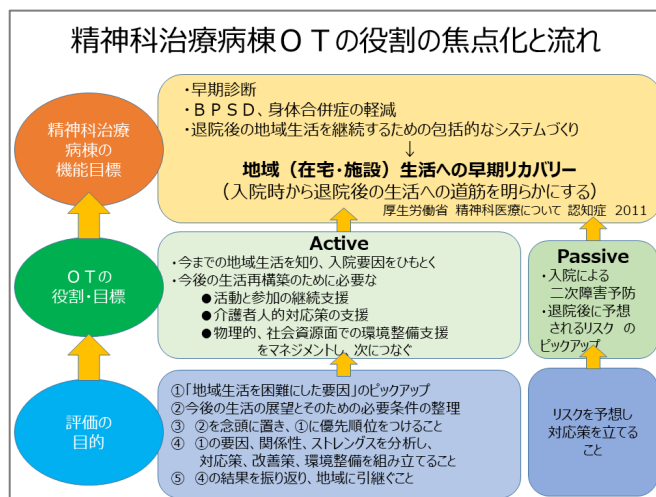


図10-2 精神科認知症治療病棟におけるOTの役割

に対応できる評価ツールを選択することをお勧めする。生活機能訓練や精神科作業療法といった集団プログラムが主となる場であるため、これを制約でなく強みとし、個別と集団の評価を連動させて介入につなげることが有効である。

③活用とは、評価の多職種との共有である。OT が実施する評価をいかに多職種と共有し、生活の中に入れ込めるか、または夜間活動や薬剤や栄養など、多職種の情報をいかに入れ込んだ生活評価ができるかが、評価を組み立て解釈し活かすための基盤となる。

上記で述べた、「明確な目的」「地域やご家族とつながるルート」を確保するために、地域生活と医療をつなぐ「流れ」を作り、これに沿って入り口・介入・出口と3段階の評価を行う必要がある。

第1段階として、入院時に、その人特有の暮らし方や環境、地域生活を困難にした要因と、退院への具体的なイメージについてアセスメントし、入院中に介入すべきターゲットを明らかにする。第2段階として、より詳細の評価、つまり、入り口で抽出し共有したターゲットに対し、関連する課題の整理と要因、ストレングスをアセスメントし、介入手段につなげていく工程が必要となる。第3段階として、出口、退院の部分で、入院理由に対する介入と変化を形にして地域に申し送ることで、医療の介入を地域生活につなげることが大切となる。

3) 精神科治療病棟における日常評価のタイミングと視点

上記で述べてきたように、精神科治療病棟における評価は、入り口で退院目標と生活課題を定め、その視点とリスク管理の視点を並行して持ち、集団作業と個別作業をリンクさせて評価から介入へとつなげていくことが必要である。日々の関りの中でこの流れを遂行していく1つの例示を図10-4に示す。ポイントとして、その日の状態変化や活動基盤をモニタリングして介入の調整を行うに終始せず、薬物療法や環境調整、立案した目標や実施しているOTプログラムが、退院目標や生活課題、「本人の生活」に寄与

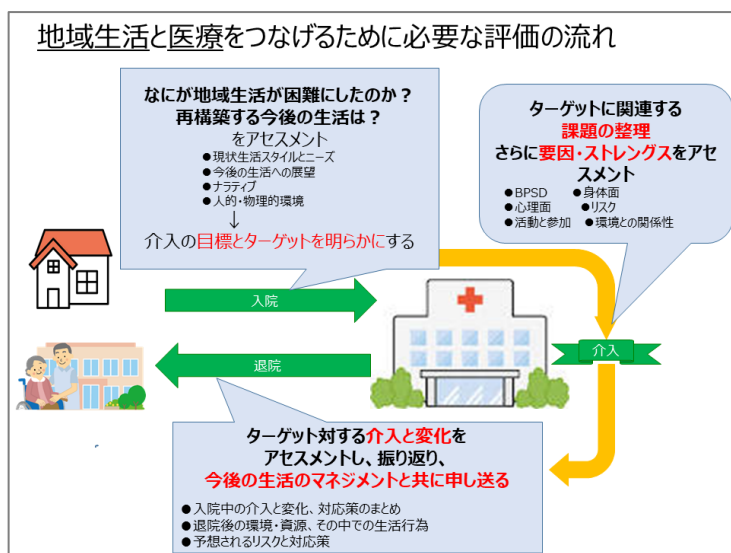


図10-3 精神科認知症治療病棟における地域生活と医療（入口・出口）をつなげるために必要な評価の流れ

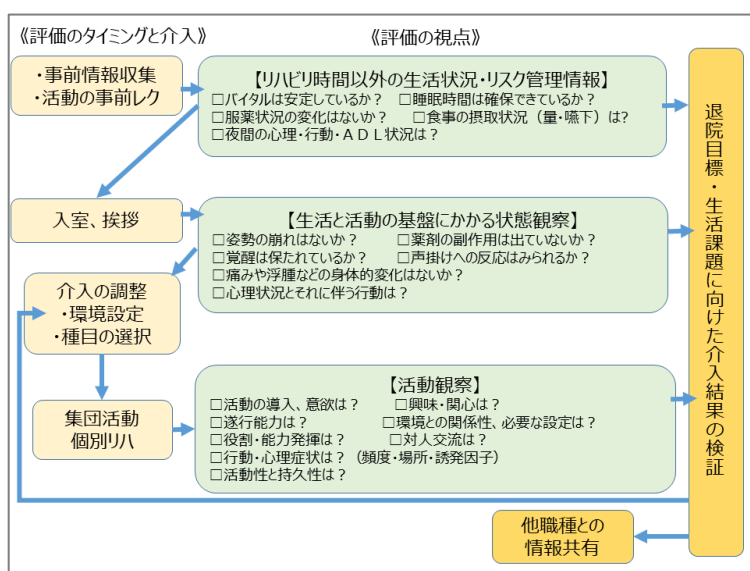


図10-4 認知症治療病棟における日常の評価視点

しては、その日の状態変化や活動基盤をモニタリングして介入の調整を行うに終始せず、薬物療法や環境調整、立案した目標や実施しているOTプログラムが、退院目標や生活課題、「本人の生活」に寄与

しているかを検証し、その調整・修正、他職種との情報共有につなげるといった流れを作ることが重要となる。

4) 評価項目

精神科治療病棟における認知症のある患者に対する評価項目の一覧を図10-4に示す。

精神科治療病棟に入院される認知症のある患者は中等度～重度の方が多く、現状や評価の必要性に対する理解や回答困難により、正確な情報収集が難しい場合も少なくない。そのため、ご家族やキーパーソンからの早い段階（できれば入院前・入院時）での情報収集や、実際の生活の場に出向くアウトリーチ評価を行うことが要となる。また、臨床場面での検査測定においても、観察によるバッテリーを用いたり、認知機能障害が重度であっても回答できる手法（絵カード評価法、ADOCなど）を利用したりといった工夫が必要となる。

さらに、精神科治療病棟は薬剤調整が行われる場であり、その作用・副作用と生活・活動・参加のバランスをモニタリングし、介入に反映させていくこともOTの重要な役割となるため、評価の項目として挙げている。

基本評価（観察・面接・情報収集）	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携・継続の中での連携
●MTDLP 【生活状況】 ■1日の流れ ■IADL/BADL ■生活習慣 ■睡眠 ■活動性、外出 ■対人・社会交流 ■コミュニケーション 【ナラティブ】 ■今の生活の困りごと ■今後の生活のニーズ ■興味関心 ■余暇活動 ■経済状況 【人的環境面】 ■家族背景と介護力 ■本人と家族の関係性 □介護負担（Zarit-8） □近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ■住環境 ■地域資源 ■公共交通機関 【BPSD】 ■心理症状 ■行動症状 【機能面】 ■認知機能 ■せん妄 ■身体機能 【心理面】 ■アバシー ■うつ ■意欲 【医療的介入の必要性】 □栄養 ■服薬状況 ■身体合併症管理 【リスク管理】 ■誤嚥 ■転倒・転落 ■廃用	【身体機能】 □ROM □MMT □筋緊張 □感覚障害（表在・深部） □痛み □失調 □起居動作 □歩行等移動能力 【心理面】 □意欲（VI） 【認知機能】 □MMSE □HDS-R □高次脳機能評価バッテリー 【BPSD】 □DBD 【活動・参加】 □FIM □作業遂行能力 □集団活動の評価 【環境面】 □介護保険・障害者手帳 □環境リスク要因 【副作用】 □覚醒レベル □錐体外路症状の有無（DIEPS等）	■介入時にチェックした 「要因」と「キー」に対する変化 ■今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ■つなぐ先の環境評価情報収集 ■本人の生活支援に向けてのポイント（活動・参加を意識しながら）（備考） ■重症度よりも、入院要因が何か、退院先の生活につなげるキーが何かによって、評価項目の優先度が変化する

表12 認知症治療病棟における認知症の人に対する評価項目

5) 認知症治療病棟に対する事例

食思不振、点滴抜去、拘束、暴力が主要因で精神科治療病棟入院となった症例に対し、これまで述べてきた流れとポイントに基づく評価と認知症リハビリテーション・在宅退院支援を行い、早期退院となった事例を以下に報告する。

【症例紹介】

L さん、60 代後半の女性。アルツハイマー型認知症と血管性認知症の混合性認知症で、要介護度 1、

HDS-R 5 点であった。キーパーソンはご主人、2 人暮らし。X-5 年頃より認知症状が出現し、自宅でデイサービスを利用しながらご主人の介護で過ごしていたが、転倒されて大腿骨頸部骨折を受傷したことをきっかけにサービス付き高齢者向け住宅に入所された。その直後から不穏・ご主人や介護職員に対する暴力が顕著となり、さらに不眠・食事量低下・尿閉などの身体症状合併により、精神科病院の認知症治療病棟に入院と

なった。入院後は脱水治療のため

点滴挿入するも抜去してしまい、また徘徊し転倒リスクが高かったため、車椅子で安全ベルト、ミトン装着による拘束状態となった。

【初期評価】

入院時、本人とご主人に生活目標を聴取したところ、本人は「人と話がしたい」、ご主人からは「暴力がネック。それがなくなれば自宅、ダメなら施設を考えたい」との希望を示され、ここで入院の目標、退院への手立ての 1 つが「暴力の軽減」であることが共有された（入口におけるターゲットと流れの明確化）。

次に、生活目標の特定、介入の糸口をつかむため本人の作業歴や興味・関心の評価を試みたが、認知機能障害による理解困難に加え運動性失語があり言語による聞き取りが困難だったため、絵カード評価法と自宅訪問を実施した（評価方法の工夫）。その結果、家事は嫌いで外食が好きだったこと、編み物が好きなこと、散歩が日課だったこと、1 人娘をととても大切に思っていたが、結婚して別居になってから寂しがっていたこと、一緒に喫茶店に行く時間を大切にしていたことなどが情報収集できた。

さらに、定量的評価として実施したものは、HDS-R：5/30 点、VI：3 点、J-ZBI_8：10/32 点、FIM：

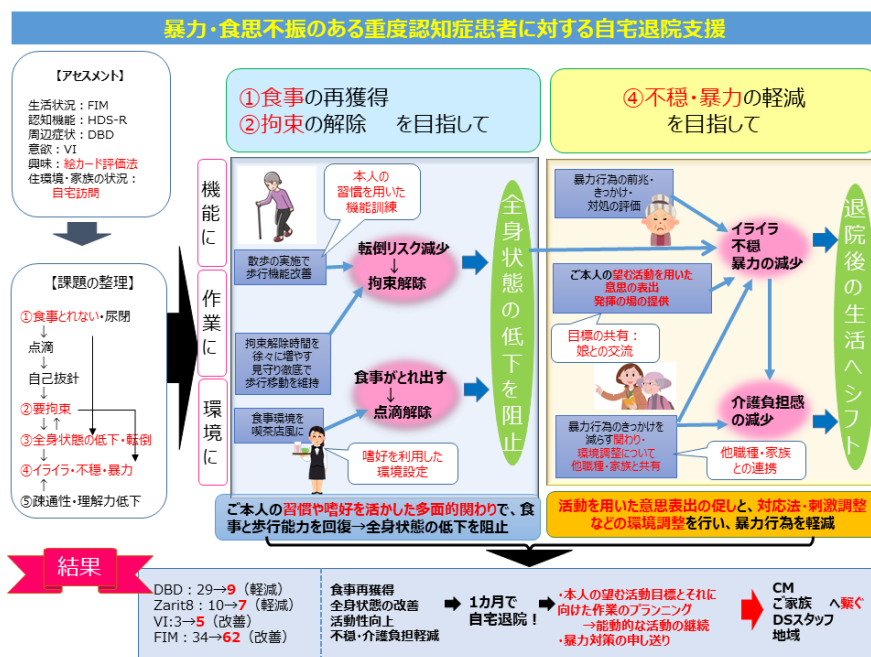


図 10-5 認知症治療病棟における事例の概要

34/126 点、DBD-13：29/54 点であった。

【本人・家族の生活の目標】

本人：人と話をするのが好き→娘と喫茶店に行きたい

ご家族：暴力がなくなれば在宅、ダメなら施設

【考察、問題点の抽出】

以上の情報から、考察、課題の整理、関連付けを行った。（図の左側のボックスに記載）

食思不振による脱水症状・尿閉が起こり、入院により点滴治療を開始したが、抜去や徘徊といった B P S D により、リスク管理の観点で要拘束となった。そのことで、廃用性の身体機能低下や排泄動作能力低下を引き起こし、さらに拘束状態を長期化させるといった悪循環リスクが予想された。また、全身状態の低下、要拘束状態、おむつ交換回数の増加が、本人の不穏や暴力行為を引き起こすファクターとなっていることが考えられた。

以上から、入院の目標である「不穏・暴力」と、それに関連する要因であり医療的介入ニーズでもある「食思不振」「要拘束」に着目し、この 3 点の課題に対して、さらに詳細評価（不穏・暴力の環境要因やパターンの分析、食事・歩行・排泄動作の各工程の残存機能など）を行った。

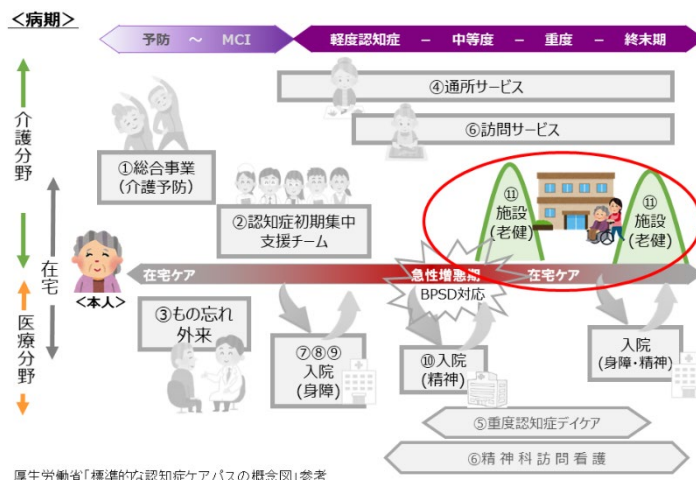
作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：10. 認知症治療病棟」を参照いただきたい。

1 1. 施設（介護老人保健施設）【介護保険】

1) 介護老人保健施設の目的と役割

介護老人保健施設（以下、老健）の理念は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助し、家族や地域の人びと・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援するとある。その理念に基づき、1. 包括的ケアサービス施設 2. リハビリテーション施設 3. 在宅復帰支援施設 4. 在宅生活支援施設 5. 地域に根ざした施設の5つの役割を担っている。その役割をもって、老健が実践していくべきことは、利用者の「利用目的」の明確化、利用者個別の適切なサービス（医療・看護・介護・リハビリテーション）の提供と成果、利用者の衰退・終末期の対応であり、認知症の利用者には利用開始から、終末期までの変化に対して、細やかな対応が望まれる。

老健での生活期リハビリの目的は、生活のしづらさの改善とQOLの向上であるため、食事や入浴、排せつ、整容、更衣などのセルフケア以外の時間も重要な生活行為と捉え、多職種でアセスメントを行う。



厚生労働省「標準的な認知症ケアパスの概念図」参考

図11-1 認知症ケアパスにおける介護老人保健施設の位置づけ

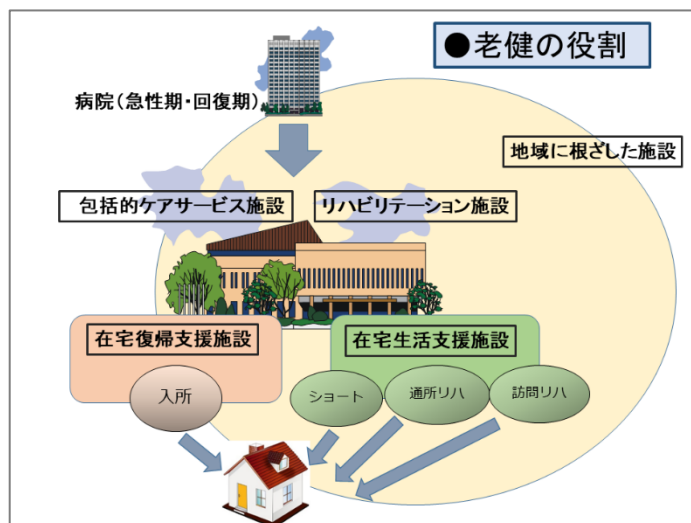


図11-2 介護老人保健施設の役割

2) 老健における OT の役割

老健では、前述の5つの理念に基づき、多職種（医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士など）が在宅復帰およびその後の在宅支援を目指し、包括的なアプローチを行っている。その中で認知症という症状だけに捉われず、OTはICFに基づき、生活モデルを用いて利用者を全人的に評価し、他職種とその評価を共有しケアに活かすことが望まれている。身体的、精神的、社会的側面を統合して評価し、なかでも家族支援は重要な役割のひとつである。そのため在宅復帰にあたり、階段や上がり框の昇降など物的な環境を把握することも大切だが、人的環境である家族や家族以

外の周辺（近隣の方々）の人々の評価も必須である。

BPSD に対する適切な医療的視点を持ち、各認知症の特徴だけでなく、薬剤や利用者本人の人となりなども評価し、環境要因のひとつである介護によるケアの質にも留意しなければならない。

また生活動作を細かく動作分析を行い、その動作のなにがしづらくなっており、どんな支援が必要なのかを他職種に伝える役目を担う。そして動作そのものよりも、その行為の持つ意味を伝えることも必要である。たとえば更衣は単に服を着るというだけでなく、季節を考えながら身だしなみを整え、社会とつながっていくために必要な行為であることを忘れず、ケアのヒントにしなければならない。

※認知症短期集中リハビリテーション

認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものとして制度化されたもの。記憶の訓練、日常生活、活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週 3 回実施することを標準とする。認知症のある利用者のコミュニケーション維持する効果があると考えられ、認知機能低下の進行予防、心の健康維持（意欲、活動性）を通じて、ADL の改善が認められている。

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

老健におけるリハビリテーションの目的は在宅復帰、在宅生活支援である。身体機能面では年相応に維持出来ている認知症の方も多く、在宅支援へのハードルは低いように取られがちである。そのため、在宅生活がなぜ難しくなっているか、その「利用目的」を明確にする必要がある。施設内で落ち着いた生活を送ることが目標にならないよう、利用目的（入口）と退所時（出口）にあたって家族が求めているもの、必要なものを明らかにし、家族とともに検討する。在宅復帰しても、常に変化し続ける在宅生活に対応できないと、すぐに再入所する場合も

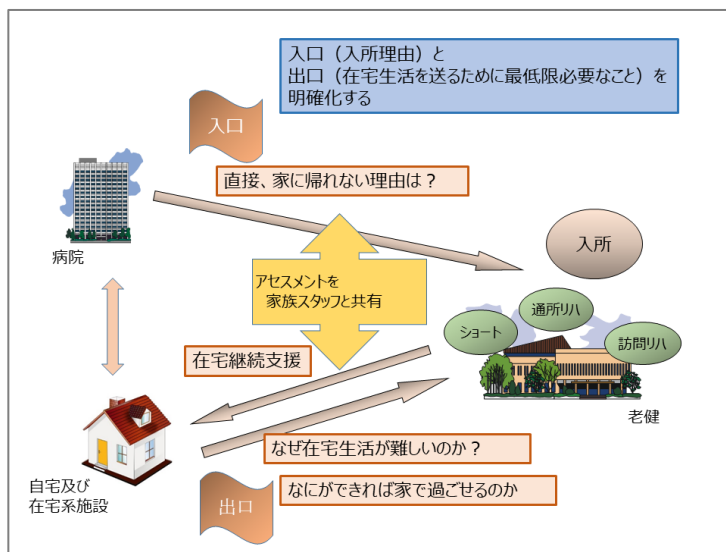


図 11-3 老健における施設と在宅をつなげるために必要な視点

あり、在宅生活支援という視点が必要である。キーパーソン以外の援助者の把握など、在宅で起こりうることを予測して、環境を整えるための評価も行う。

認知症利用者の多くは、自分の現状や思いを伝えることができにくいため家族の訴えを聞いているうちに本人の求める生活よりも家族ニーズに応えるアプローチになりがちである。そのため利用目的を明確にするときには細心の注意が必要である。

評価を行い、実際のアプローチを行うときに、短期集中リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーションでかかわったとしても1日最大40分しかかかわる時間がない老健では、それ以外の時間の過ごし方を常に意識しておかなければならない。個別リハビリ以外の時間をどう過ごすか、介護福祉士や看護師、施設ケアマネジャーとケアカンファレンスを行い、ケアプランに落とし込み、出口までの道筋を常に多職種で確認する。

4) 老健における日常評価のタイミングと視点

老健では、入所前後訪問・サービス担当者会議（開催までに入所時の評価を行う）・家族カンファレンス・退所前カンファレンスと定期的な会議が開催され、家族とOTだけでなく多職種が集まる機会が多い。それぞれが評価したこと、情報収集したことを統合し、可能であれば家族カンファレンスにも居宅のケアマネジャーに同席してもらい、生活課題が実用的であるか家族以外から確認できる機会をできるだけつくるようにする。また本人だけでなく、

入所によっておこる家族の心境の変化も大切な視点である。認知症利用者家族は、入所によって介護負担が大きく軽減し、在宅生活をイメージできなくなっていることが多いため、面会などを通して密に家族と話す機会を持つようにする。

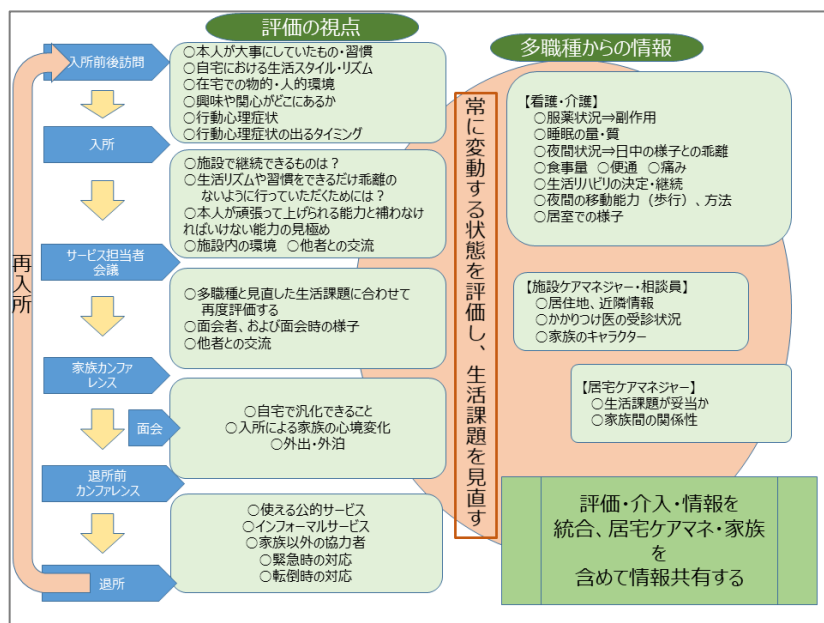


図11-4 老健における日常の評価のタイミングと視点

5) 評価項目

老健における認知症のある利用者に対する評価項目の一覧を図11-4に示す。老健入所に至る認知症利用者の多くはBPSDに起因しているが、認知機能障害（記憶障害、見当識障害、実行機能障害など）に、心理的要因・身体的要因・環境的側面の要因が加わり、なぜBPSDを引き起こすのかを分析することが重要である。

一般的な身体機能面・心理面はもちろん、老健利用前の生活の状況および家屋環境、介護サービスの利用状況、同居する家族以外の家族やかかわる周辺の人々の状況を知ること大切である。利用者の状況によっては一度に行うことを避け、心身の耐久性を見ながら評価を進め、家族からの聞き取りも根拠を得るうえでは必要である。服薬状況や栄養状況などは、看護師や薬剤師、管理栄養士等と連携を取りながら評価を行い、信憑性を深める。

基本評価 (観察・面接・情報収集)	当領域における検査・測定項目	引継ぎ時の連携 継続の中での連携
●MTDLP 【生活状況】 ☐1日の流れ ☐IADL/BADL ☐生活習慣 ☐睡眠 ☐活動性、外出 ☐対人・社会交流 ☐コミュニケーション 【ナラティブ】 ☐今の生活の困りごと ☐今後の生活のニーズ ☐興味関心 ☐余暇活動 ☐経済状況 【人的環境面】 ☐家族背景と介護力 ☐本人と家族の関係性 ☐介護負担 (J_ZBI_8) ☐近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ☐住環境 ☐地域資源 ☐公共交通機関 【BPSD】 ☐心理症状 ☐行動症状 【機能面】 ☐認知機能 ☐せん妄 ☐身体機能 【心理面】 ☐アバシー ☐うつ ☐意欲 【医療的介入の必要性】 ☐栄養 ☐服薬状況 ☐身体合併症管理 【リスク管理】 ☐誤嚥 ☐転倒・転落 ☐廃用	【入所前後訪問】 ☐生活習慣 ☐睡眠 ☐住環境 ☐生活スタイル ☐在宅で行う IADL/BADL ☐移動能力 (自宅内・周辺) 【認知機能】 ☐MMSE ☐HDS-R 【ナラティブ】 ☐今後の生活のニーズ ☐興味関心 ☐余暇活動 【人的環境面】 ☐家族背景と介護力 ☐本人と家族の関係性 ☐家族以外の協力者 ☐介護負担 (J_ZBI_8) 【活動・参加】 ☐BI ☐興味関心チェックリスト 【BPSD】 ☐DBD 【医療的介入の必要性】 ☐栄養 ☐服薬状況 ☐身体合併症管理 【リスク管理】 ☐誤嚥 ☐転倒・転落 ☐廃用 ☐離設	■介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 ■今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 ■つなぐ先の環境評価情報収集 ■本人の生活支援に向けてのポイント (活動・参加を意識しながら) (備考)

表 1 3 老健における認知症の人に対する評価項目

6) 評価から支援までの事例

老健入所時、環境変化による混乱から自宅にいるときより、BPSD が顕著になることが多い。すでに抗精神薬などを服薬されている利用者もあり、混乱から一時的に薬の追加をして沈静化を図ることのないよう混乱の原因追究が大切になってくる。その問題を取り除き、施設生活を穏やかに過ごすことが目標とならないよう、BPSD の評価は早急に必須である。入所をして施設生活に慣れてしまうと、家族はこのまま入所を継続させたいと思ってしまうことがあり、入所時に明確化した目標を達成したら早期に退所支援する必要がある。

老健に入所される認知症利用者の多くは、家族がいかに認知症状を理解できているかで、その後の在宅復帰、在宅生活の継続に大きく影響する。BPSD が出現したときの対応などを、家族と一緒に考えておく

ことが重要である。つまり、利用者の認知症状が改善されなくても、家族の症状理解が利用者の BPSD の軽減につながるということが少なくない。

以下に、娘と同居後、トラブルが絶えず入所に至ったが、入所中に娘との関係を再構築することで、在宅復帰が可能となったケースを報告する。在宅復帰後も利用者と娘が過ごす時間が増えると被害妄想が著明となることを予測し、事前に通所サービスや短期入所療養介護（ショート）を提案した。施設と自宅という環境の変化があるなか、多職種で対応を統一し、事例の混乱を予防し、交互利用が可能になった。

【事例紹介】

M 氏、90 歳代前半、女性。要介護度 2、診断名はアルツハイマー型認知症。障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）は A1、認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）は IIIa、3 年前、長年暮らした自宅から長女宅に引き取られた頃より、被害妄想や帰宅願望が出現した。長女だけでなく孫とのトラブルも増え、老健に入所の相談となった。呉服屋を営む夫を支えながら、3 人の子どもを育て、夫が亡くなったあとは住み慣れた自宅で一人で生活していた。日常生活は家事も含めて自立し、近隣にも古くからの友人が多く住み、趣味の剣舞を楽しんでいた。

【初期評価】

身体機能面能力面は年相応に保たれ、日常生活動作能力は入浴に見守りを要する以外は自立。HDS-R 14/30 点、DBD13 18/54 点、J-ZBI_8 22/32 点であった。「長女と離れられたから快適」という発言の反面、環境が変わった混乱から職員や他利用者とのトラブルも頻回であった。トラブルや不安になると帰宅願望につながるため、スタッフと一緒に観察を行い、不安症状が強くなるタイミングを調べたところ、食事後や就寝前、入浴前など人が慌ただしく動きだすときに多くみられた。

体を動かす体操やレクリエーションが好きで、他利用者にも自分から声をかけ一緒に楽しもうとされていることが多い。それ以外の時間もひとりで新聞を読み、穏やかに過ごす時間も増えるようになったが、服薬への不安などがきっかけで暴言を伴う不穏や帰宅願望につながることもあった。

作業療法の介入方法、考察は、「別冊事例集：11.介護老人保健施設」を参照いただきたい。



図 1 1 - 5 老健における事例の概要

おわりに（担当：村島）

認知症の人を取り巻く環境はここ数年で大きく変わりつつある。国として、オレンジプラン・新オレンジプランといった認知症施策を打ち出し、令和元年6月には「認知症施策推進大綱」が閣議決定された。その大綱の中では5つの柱が提示され、3つ目の柱である「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」では、『認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常の生活を継続できるようにすることが重要である。このため、認知症の生活機能の改善を目的とした認知症のリハビリ技法の開発、先進的な取組の実態調査、事例収集及び効果検証を実施する』と書かれている。すなわち、実際の生活場面で、その人らしく生活するために何が出来るかという点が求められる。

また、OTを取り巻く環境も変化している。様々な原因疾患・進行ステージ・居住形態・地域特性において、多様な領域で認知症の人に対する作業療法を提供している。各領域によって、評価・介入の視点や内容、優先度が異なるため、それぞれの役割・目的を見据えたうえで、それに応じた視点・スキル・手法を身に着けることが必要である。

今回、ひとりの認知症の人の時間の流れに着目し、それぞれのステージで関わるOTに対するメッセージとして評価を切り口にした手引きを作成した。評価法を知ることだけにとどまらず、それぞれの領域における評価の流れやポイントを記載している。また、評価結果をどのようにくみ取るかは、介入プログラムを立案する上で必要な視点である。そこで、各領域で実施した評価およびその評価結果の統合と解釈を事例を用いて解説している。

この手引きでは、各領域で活躍するOTが執筆を担当し、それぞれの事例を紹介している。画一的な評価・介入ではなく、ひとりひとりに合わせた評価の選択、介入プログラムの立案を行っていることが読み取れる。支援対象者として見るのではなく、ひとりの人として向き合い、どのように生活していくかを共に考えるパートナーとして日々の臨床に活かしていただきたいと考える。

引用・参考文献

6-2. 精神科訪問看護

【引用文献】

- 1) 宮口英樹編：認知症をもつ人への作業療法アプローチ.メジカルビュー社：122-130,2014
- 2) 香山明美,大場綾希子：統合失調症の地域生活支援-訪問作業療法の機能と役割.OT ジャーナル 50 (1) 39-44.2016
- 3) 中野輝美,長倉寿子：認知症の方を支援するための多職種連携.作業療法ジャーナル 50 (2)：132-137,2016

7.急性期病棟

【引用文献】

- 1) 北川雄一,深田伸二,川端康次,藤城 健ほか：認知症を有する高齢患者に対する全身麻酔下消化器外科手術 日心外会誌 66 (9)：2099-2102 (2005) .
- 2) 一般社団法人 日本 OT 協会：平成 28 年度老人保健健康増進等事業の認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究報告書 (2017.3)

8.回復期リハビリテーション病棟

【参考文献】

- 1) 森末博之,山下俊彦,名越智,桐田卓：超高齢者における大腿骨頸部骨折の予後調査.整形外科 54：31-33,2003.
- 2) 橋本康子,木下祐介：回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群患者調査 結果報告. (オンライン),入手先 〈http://jamcf.jp/enquete/enquete_kaifukuki0810.pdf〉, (参照 2018-6-4) .

9. 維持期・生活期病棟

文献

1. 公益社団法人 全日本病院協会: BPSD の増悪により精神科病院への入院を要する認知症患者の状態像の分類モデル及び退院後の在宅療養支援に関する調査研究事業.
2. 厚生労働省：病院報告 平成 22-28 年度 http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/dl/02_02.pdf (2018 年 2 月 8 日アクセス)
3. Helvik AS, Engedal K, Benth JS, et al : A 52 month follow-up of functional decline in nursing home residents - degree of dementia contributes. BMC Geriatr 14:45-54, 2014
4. Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, et al : Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 57:173-177, 2002
5. Nagata Y, Tanaka H, Ishimaru D, et al: Development of the Japanese version of the Quality of Life in Late stage Dementia Scale. Psychogeriatrics 18: 106-112, 2018
6. 田中寛之, 山本祐子, 永田優馬, 他: ライフヒストリーカルテの作成 -生活史を多職種で共有す

る意義-。老年精神医学雑誌 25: 801-808, 2014

10. 認知症治療病棟

【参考文献】

1. 藪脇健司, 藤本一博, 他: 高齢者のその人らしさを捉える作業療法 大切な作業の実現, 2015, 文光堂
2. 厚生労働省: 精神病床における認知症入院患者に関する調査, 2010, www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000z8ie-att/2r9852000000znwy.pdf
3. 厚生労働省: 精神科医療について, 2011, www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001trya-att/2r9852000001ts1s.pdf
4. 認知症の行動と心理症状, 日本老年精神医学会, 2013, アルタ出版

11. 老健

【参考文献】

1. 全老健ハンドブック, <http://www.roken.or.jp/wp/archives/category/ko-news>
2. 小川敬之, 竹田徳則: 認知症の作業療法, 2016, 医歯薬出版

事例集

目次

1. 総合事業（介護予防）
2. 認知症初期集中支援チーム事業
3. もの忘れ外来
4. 通所リハビリテーション（デイケア）
5. 重度認知症患者デイケア
6. 訪問リハビリテーション
7. 身体障害領域・急性期病棟
8. 身体障害領域・回復期リハビリテーション病棟
9. 身体障害領域・維持期
10. 認知症治療病棟
11. 介護老人保健施設

第4節 タイプ別作業療法評価の視点

1. 予防事業

認知機能低下が疑われた参加者を地域が支えた事例

【事例紹介】

A さん、70 代男性、同居の娘と二人暮らしであった。新たに地域に立ち上がった認知症予防のための通いの場に友人と共に参加した。OT は地域包括支援センターの職員とともに立ち上げ支援をし、運営ノウハウを伝えながら陰からグループを支え、徐々に自主運営化に向けて支援をしていた。A さんは責任感が強い上に問題意識も高く、グループの中心メンバーとして熱心に活動し、他のメンバーからも頼りにされるリーダー的存在であった。

【初期評価】

開始時評価では上記のような活発な生活状況であり、認知機能（ファイブコグ得点のすべての項目で50点以上）や身体機能（TUG、30秒椅子立ち上がり、握力、開眼片足立ちの全てが同年代平均以上）にも全く問題がなかった。こうして活動は順調に地域の中に定着してきていたが、ある日フォローアップ評価を行った時に、A さんの認知機能が大きく低下（特にファイブコグ得点の文字位置照合課題と手がかり再生課題の2つが20点以上低下）していることに気づいた。OT が個別面談と詳細な検査を実施したところ、認知機能その他には全く問題なく（MMSE 30/30点）、先のファイブコグでの検査結果はどうも病的なものではなく、評価時の心理的な問題が背景にあることが伺われた。他の参加者たちからは、「本人は強がっているが、これまで同居していた娘が独立して A さんと別居することになった為に、食事作りを一人でやっていけるか不安もあって最近元気がないのではないかと心配だ」という情報も得た。OT は、一人暮らしでの食生活の不安が大きく影響していると考え、A さんに地域センターでの「男性向け調理教室」への参加を勧めた。

自分と同じように男性一人で頑張っている同志となる仲間たちと出会い、本当は苦手だった食事作りにも多少自信が持てるようになったため、不安も解消した A さんは元のようにリーダー的な存在として再び住民運営の認知症予防のための通いの場で活躍できるようになった。OT は必要があれば医療に適切に繋ぐつもりで個別面談と再評価をしたわけだが、住民同士のつながりや支えの力もあって、何とか地域で支えることができた事例である。もしも OT が得た情報を軽く見たり、評価結果の判断を間違えば、ドロップアウトから廃用性心身機能低下をきたしていたかもしれない事例である。予防領域では、「（異常を早く発見し）如何に次のサービスにスムーズに繋ぐか」というより「（異常があってもなんとか）次に繋げることなく、出来るだけ今の地域生活を維持するか」の視点に立った評価が重要だと、改めて感じた。

補足 事例：A氏(70代) 男性

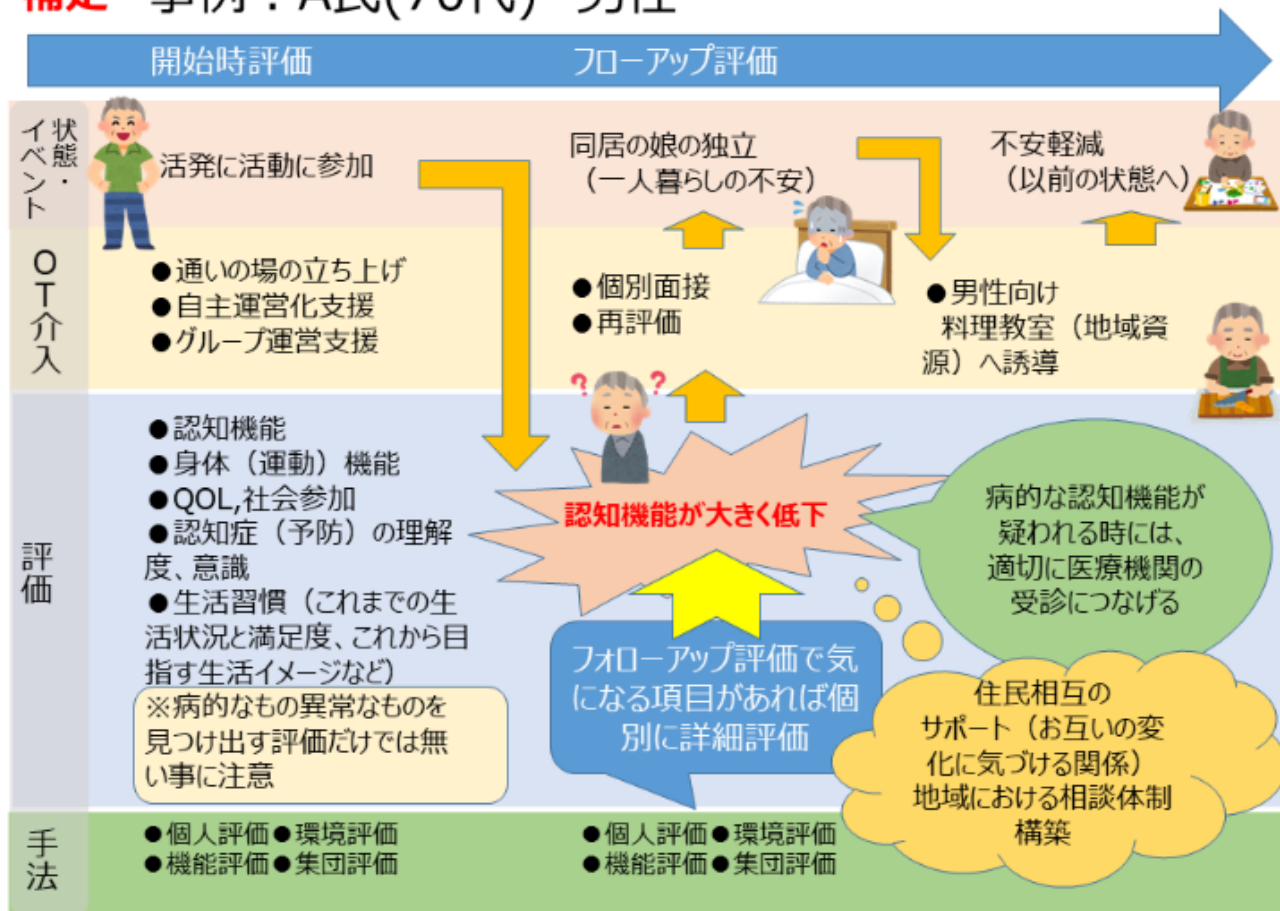


図1-3 認知症地域における認知症予防の取り組みへのOTの参画

2. 認知症初期集中支援チーム事業

認知症初期集中支援チームにおける事例

認知症初期集中支援チームにおける支援では、前述したとおり、多くの視点と評価、観察、支援が必要となる。上記のように支援チームの活動では支援後の生活を見据え、つなげる先とも連携を行う必要がある。今回、生活上の困りごとやその人のナラティブな面、生活の支援方法、介護保険サービスの継続先について支援に難渋はしたものの、在宅生活の継続に至った事例を以下に報告する。

【事例紹介】

Bさん、80歳代女性、独居。家族（息子と娘）が日中訪問を行い、食事や身の回りの世話をすることで在宅生活を行っている事例である。本人には「元気に暮らしたい」という希望があった。要介護1、かかりつけ医（整形外科）で認知症に関連する服薬等はない。認知症高齢者の日常生活自立度判定Ⅱa、障害高齢者の日常生活自立度判定J2、もの忘れ、遂行機能障害による生活行為遂行困難の動作がある。最近、物盗られ妄想などが多く聞かれる。息子からの叱責、家族の認知症理解のすれ違いがあり、BPSDが増強している。また、身体機能の低下により家に閉じこもりがちである。家族は対応がわからない。本人は何かやりたい気持ちはある様子であるが、デイサービスの拒否がある。

【初期評価】

簡単な会話は疎通良好だが、複雑な内容の会話は一部通じにくい。着替えやトイレなどのセルフケアは自立していたが、食事の準備や服薬管理は介助が必要であった。閉じこもりがちであるが、畑の手入れなどを通じて、近所や友人が気にかけており交流があった。息子、息子の嫁、娘との間に理解の仕方の相違があり、お互いの負担感が増大していた。

DASC-21は68点であり、DBD-13は20点、J-ZBI_8で30点と介護負担感もADLの介助量も多い状態であった。心身機能・身体構造面では、フラツキあり。筋力の低下と膝痛や腰痛を認め、屋内での転倒歴もある。屋外では数m程度歩行が歩行車で可能であった。中核症状はMMSEが17点で、近時記憶の低下、見当識障害が著明であった。そのため、置き忘れやしまい忘れ、探し物が多く、食事を摂っても、すぐに忘れてしまう状況であった。また、新たに会った人の顔は覚えていることができず、同じ話を何度もすることもあった。遂行機能障害面では、調理方法がわからない、ストーブのつけ方がわからないことが多くあった。理解・判断力の低下では、簡単な会話は疎通良好だが、複雑な内容の会話は一部通じにくい状態であった。BPSD面では、意欲低下を認め、水分・食事をあまり摂らない。もの盗られ妄想があり、財布がなくなった、お金を盗られたと言うことが毎日であった。不安を多く訴える場面も多く、息子に30分おきに電話がある状態であった。精神状態は興奮状態でもありケンカしやすく嫁に対する暴言は毎日であった。

活動面では、ADLでは、歩行は杖歩行だが転倒があった。着替えやトイレなどは衣服を整えるなど声

かけが必要な状態であった。IADL では、服薬管理は介助が必要であり、金銭管理も介助が必要であった。買い物は行すが、同じ物を何度も買うことがあり、冷蔵庫の中で腐らせてしまう。家事では、調理は介助が必要である。また、洗濯は干すことはできるが、洗剤の量やスイッチは介助を要する。参加面では、対人交流で、閉じこもりがちであるが、畑の手入れなどを通じて、近所や友人が気にかけており交流があった。環境面では住宅環境は手すり、段差解消済みであった。本人の性格は温和で世話好きである。趣味は、料理で、昔はてんぷら屋を営んでいた。全体像を ICF に示した（図 2－9）。

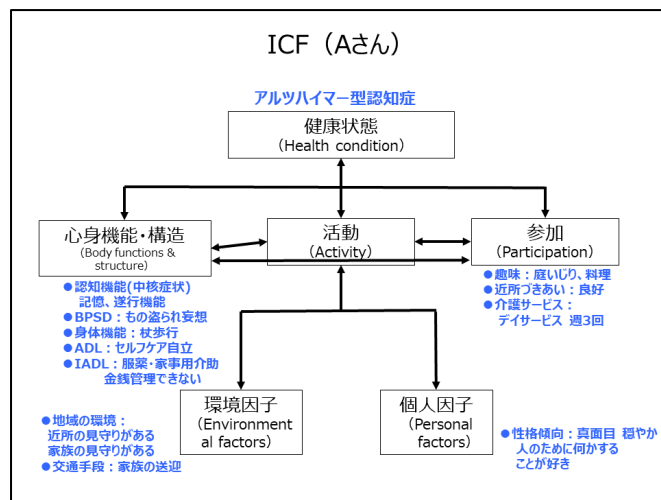


図 2－9 A さんの状況把握のために用いた ICF

問題点としては、1 つ目に近時記憶障害（食事を食べていないと頻回に訴えるなど）、遂行機能障害があることによる生活障害（調理の一部ができない、食わずに脱水や栄養不足のリスク、冷蔵庫の中が腐る、洗濯の一部ができないなど）。2 つ目に、周辺症状（もの盗られ妄想、閉じこもり）を挙げた。3 つ目に家族の負担感。家族間の中で認知症に対する認識の相違があり、本人の対応に家族が疲弊しているとした。4 つめに頻回に転倒を繰り返すことを挙げた。

【介入】

作業療法的介入として、まず転倒が多いとされる場所での生活環境と動作の確認を行った。転倒が多いとされるのは毎日の日課の中である、仏壇にお供え物をする際であったため移動の際の段差に目印をつけることや仏壇の立ち上がりにフラツキがかるため、椅子を使用するなど工夫した。次に料理をしたいという希望に沿うため調理動作の評価を行った。環境面では整えられているが、よく使う物品を近くに備え付けることや材料をあらかじめ切っておくなどして調理工程の短縮化を図ること、長男の嫁が毎日訪問するので、時々一緒に調理をするようお願いをした。また定期的に買い物と一緒にいき冷蔵庫の整理をすることも提案した。服薬管理においても、本人と家族に相違があるため、本人の希望のようにあらかじめ準備しておいてそれを飲んでもらい、家族にはそれを毎日チェックしてもらうという方法で統一した。全体の関りを考えるうえで、A さんの「さみしい、もっとかかわってほしい」という気持ちと「まだできる、調理がしたい」という気持ちを持っていることをくみ取り、家族と話し合いながら支援を考えた。遂行機能障害、記憶障害により IADL の低下を起こしているため、家事の分担を行うことで A さんのやりたいという気持ちを失わない介入を行った。また、園芸も興味があるため最初は家族と一緒にこなしてもらい自信につながるように支援した。

デイケアの拒否は意欲の低下と行きたいデイケアではない（友人がいない）ということからきていると評価した。そこで前述した取り組みを行い生活に主体性をもってもらうことで意欲の向上に努め、デイ

ケアはケアマネジャーに相談し A さんにあったデイケアの紹介、見学をしてもらう計画を立てた。家族に対しては認知症に対する説明と対応の説明、調理や園芸、BPSD 出現時の対応を共に話し、助言を行い、家族のケアを行った。取り組みについては図 2-10 に示した。

【認知症初期集中支援チームの関り】

本人および家族からそれぞれ時間をかけてじっくりと話を聞いた。後日には、生活の把握のため自宅に訪問して BPSD の原因や環境の把握を行った。さらに、相談外来では本人家族に寄り添いながら、医師は認知症についての専門的な話や予後の事などの説明を行い、看護師は家族の思いを聞き取り、OT は回想法を用いてやりたいことや思いを傾聴した。そうした中から簡単な家事の継続が可能であることや、畑仕事が好きであること、人に天ぷらを作り振舞っていたこと、またそれをやってみたいという思いがあることなどを家族に伝え、関係性の構築と、認知症の理解向上に努めた。在宅では家族の介護負担の軽減と本人の希望通りに生活することを念頭にサポートを継続している。

【支援結果】

食事や服薬管理などは介助が必要だったが、財布やお金がなくなった、と探し物をする行動は減少した。家族への電話の回数も減り、家族の負担感が減少した。近隣の住民の、認知症への理解が良かったため、周囲を気にせずケアはできている様子であった。家族間で少しずつ理解が深まったことや、本人の周辺症状が落ち着いてきたことで、現在も在宅生活は継続している。現在、本人は「元気に暮らしています」と言われていた。

家族は、認知症初期集中支援チームに対して「悩みを打ち明けられ、専門的にみてくれて、話ができるようになってよかった」と話してくれた。

【事例の考察】

OT として認知症に関わる専門職・OT としての役割を述べる。

- (1) 適切な認知機能の状態を把握する。
- (2) 本人や家族の思いに寄り添うことや、環境を調整すること。認知症者は「思いをなかなか聞いてくれない、言いたいことが伝わらない」「さみしい」などと言われることが多いが、回想法を用いてその方の生活史を回顧することで、生き方や考え方、思いを知ることができる。その思いをうまく家族に伝え、家族もその思いに寄り添えるように対応していく。
- (3) 認知症症状の出現状況や、実際の生活場面を、訪問や往診の中で把握し、調整することや、サポートの在り方を考え調整していく。
- (4) 地域ケース会議での認知症者や家族の現状を説明し、関わり方を提示すること、関係機関との調整や情報共有の際に認知症の状態や生活の視点、その人の思いを伝えることができるのも OT の役割だと考える。

認知症（中等度）の在宅生活継続支援への具体的取り組み -OTの視点（赤字）を中心に-

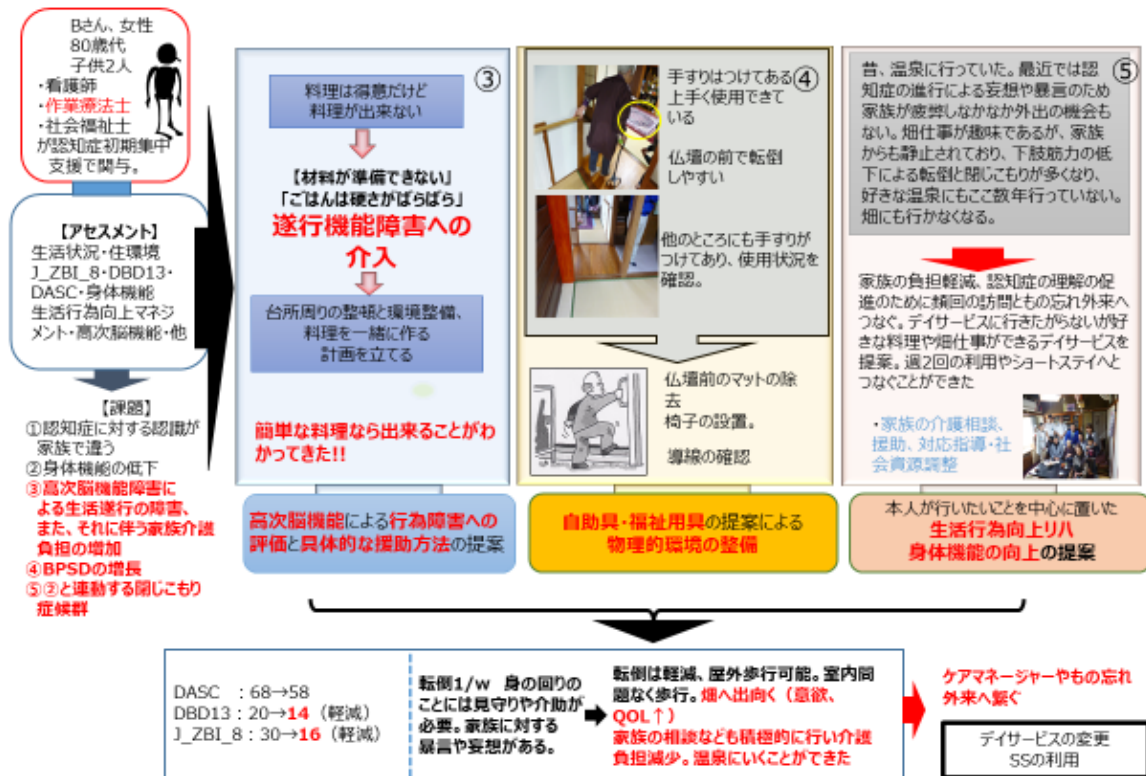


図 2 - 8 認知症初期集中支援事業における事例

認知症（中等度）の在宅生活継続支援への具体的取り組み

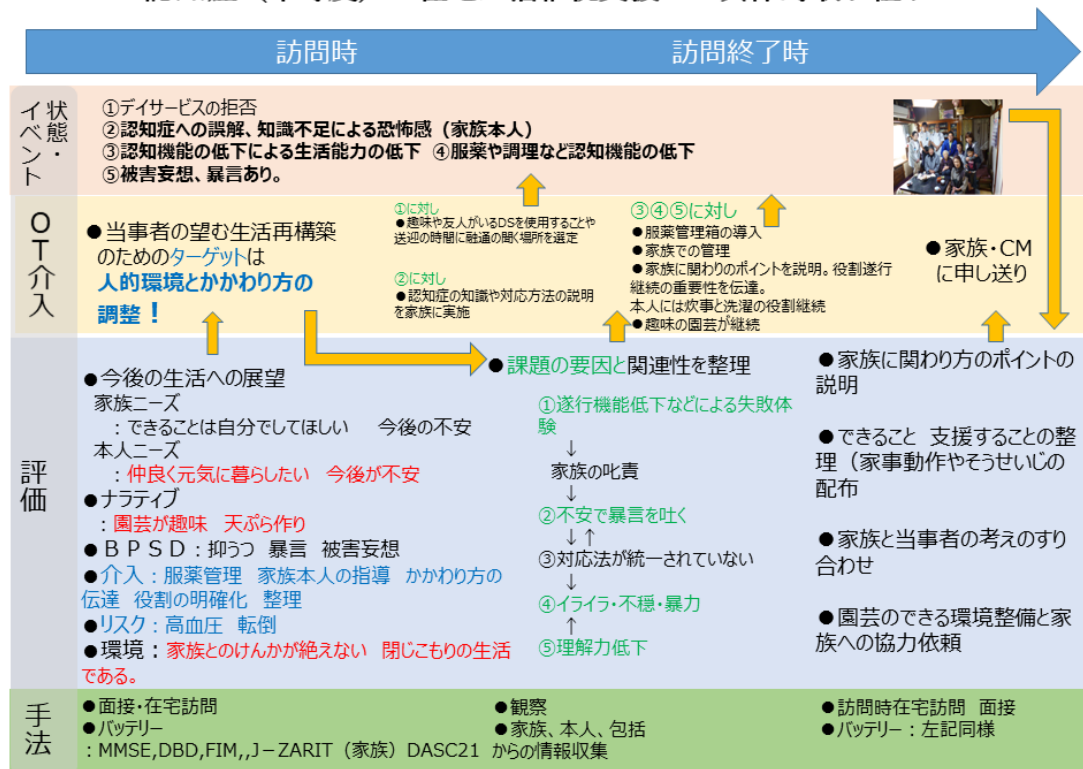


図 2 - 10 初期集中支援における作業療法の関り

③もの忘れ外来【医療保険】

評価から支援までの事例

今まで当たり前のように生活していた対象者にとって、できないことの連続は何にも耐えがたい苦悩の連続であり、不安の渦中にいるかのように感じることもあるという。同時に、対象者の変化に家族・介護者もまた、戸惑い、混乱し不安を抱えていることも多い。

健康な状態の時には双方が関係性の波の中でどちらがということもなく今まで築き上げた関係性によって調整することが可能であったが、認知機能の低下が起ることで生活の基盤が揺らぎ、家族との関係性も崩れてきてしまう傾向にあるため、現在の生活の中で起こっていることを整理し、対象者も家族・介護者も理解し再構築していく調整役が必要になってくる。そういった支援を具体的に行った事例について下記に報告する。

【事例紹介】

Cさん70歳代後半の女性。1、2年前から火の消し忘れや自転車の置忘れなどの記憶障害が目立つようになり、徐々に頻度も多くなり同じことを何度も繰り返し聞いたり、同居している夫への易怒性・暴言が多くなり夫が対応に困りもの忘れ外来へ受診となる。

Cさんは夫へ対し「自分をバカにしている」、「何もさせてくれない」という不満が強く、夫だけでなく他者との関わりに拒否的な発言がみられていた。また、夫も「何度言ってもわからない」、「ボケちゃって何もできない」と否定的かつ強制的な訴えがみられており、在宅生活でも2階建ての戸建てに住んでいるが1階に本人、2階に夫が生活空間を創っており、家庭内別居の状態であるとの情報。元々夫婦仲は良いほうではなかったとのことであるが、現在では顔を合わせれば口論になるため、顔を合わせないように生活しているとのこと。

高血圧にてかかりつけ医に通院していたが、現在はCさん自身が拒否し行かなくなった。服薬管理も困難であり夫が管理していたが口頭で指示するのみであり、一部介助されることに対しても拒否を示すため夫の負担感が強くなり現在では内服していない状況であった。

【初期評価】

初診時、夫と共に来院されるも表情は陰しく、夫とは距離を置きながら離れて移動し、会話することもなく過ごしていた。初診時の検査で認知機能検査を実施し、HDS-R19/30点、MMSE23/30点であった。見当識や計算、逆唱、記憶の想起等で困難さがみられていた。本人は困っていることはないとはハッキリと訴えられ、「どうして病院に来たのかわからない、夫が勝手に連れてきた」との発言もみられ受診に対しては拒否的な態度であり、「自分のことは自分でできるから大丈夫」と話す。コミュニケーションにおいて発語は流暢であるが、時折言葉が出てこない、同じ話を何度も繰り返すことが多く、それらに対しても対象者なりに気付いているが他人に指摘されたくないという思いが強いのか、誤魔化そうとする様子もみられる。夫が主たる介護者であり、夜勤での仕事を行っている。現在の本人の現状に対して困り果てており、「言うこと聞かない！！」と怒りの感情が強い。DASC21は41/84点、DBD13は24/52点、J-

ZBI_8 は 24/32 点で、夫から見た対象者は夫からの発言より「厄介者」という印象である様子。夫婦二人暮らしで生活空間も家庭内で別居状態であり夫婦の会話はほぼないとのことであった。

【統合と解釈・問題点の抽出】

これらの評価から対象者が人とのコミュニケーション自体は拒否ではなく、逆に初対面の OT にも夫への愚痴や不満を話し、共感の態度での関わりを行うことで会話を楽しんでいる様子もみられた。夫との関係性の悪化がより不安、混乱を煽り、現在の対象者の能力をより低下させてしまうことの悪循環が現在の生活の中での困りごとにつながっているのではないかと考え、対象者の「できること」、「できにくくなったこと」を具体的かつ明確化して夫と共有していく。その中でも「できること」を自然な形で強調しながら夫の意識の変革を図りながら夫の介護負担の軽減も同時に提案していき、安定した在宅生活の継続が可能になると考え、関係性の再構築を図ることを中心にアプローチした。

【作業療法介入】

作業療法のアプローチとしては、対象者へのアプローチとして、現状の「できること」「できにくくなったこと」を本人、夫より情報収集しながら評価内容と合わせて整理する。生活の中で「できる」環境設定を行い実践していく。（今回は夫が一番困っていた服薬管理の点）自尊心を尊重し、言葉や表情の表現方法をどのようにすると対象者の理解が得やすいか傾向をつかむ。他者とのコミュニケーションの機会を増やし、社会性の確保と興味・関心の拡大を図ることを目標にアプローチしていった。

介入方法としては、初診後間もなく、自宅へ訪問し生活場面での評価を実施した。また、服薬治療が開始されその服薬状況の確認のためにも 2 週間に 1 回の頻度で継続受診を行った。外来受診時に 30 分程度診療時間以外の時間で本人と最近の生活の様子、困っていること、新たに組みこんでいきたいこと、生育歴や生活歴等についてオープンな形で面談し、関係性の構築を図りながら生活の中での困りごとに対しての取り組み方法を共有し、夫とは受診時の際に上記の内容を共有、また電話でも随時連絡を取り合いながら相談を受けながら外来受診の継続を図っていった。関係性の構築と共に対象者の自宅生活での活動性、興味・関心の拡大が図れるようになり、OT との面談時の会話量や表情の明るさが増大していった。服薬管理については夫の介入はなしで自己管理がどれくらい可能であるかも含めて、普段使用頻度が高い冷蔵庫にカレンダーを貼り付け、そこに薬を貼り付け管理していく方法やプラスチックケースにて 1 週間毎に管理する方法（セッティングは夫）等を試すも全てではないが飲み忘れは軽減されていた。

夫には何かあれば電話でも相談できるという安心感を得てもらいながら、対象者の状況を情報収集しながら「できていること」を共有し、夫の発言内容についても助言していった。

外来継続の中で、訪問リハの利用を提案していたが、より在宅環境の中での困りごとを迅速に把握し、支援していくことに対象者や家族が意欲的となり、導入することにつながった。

【訪問リハ介入後からのアプローチ】

訪問リハビリ開始前に、訪問リハビリスタッフへ初診時から現在までの評価と経緯、治療方針等について情報共有する機会を設けた。そして継続的に訪問リハ介入後からはより在宅生活の中で直接的に対象者と夫の関係性の再構築を図るようアプローチし、関係性の改善がみられ、対象者や夫の笑顔が受診時にも多くみられるようになってきた。同時に対象者の社会とのつながりの拡大を図れるよう訪問リハスタッフとの関係性の構築も図り、更なる活動性の向上へつながった。

【考察】

本事例においては、元々の夫婦関係で各々が干渉しない形での関係性を構築してきていた中で、妻が認知症を発症し、生活の中でできにくくなっていることが出現してきた時、対象者も夫も生活リズムや生活の中での優先順位等が変化することにうまく適応できず、調整できなかったことにより、余計に対象者の症状を悪化させ、更なる症状の出現と本来できることもできない状況にさせてしまっており、悪循環に陥っていた。

情報から得られた日常生活での夫から見た対象者のできることや困りごとと実際の対象者の状態には大きなギャップがあり、そこを明らかにしていきながら夫婦関係の再構築を支援し、対象者のできることとお互いが共有していくことが悪循環から好循環に変えていく大きなきっかけでもあった。

それらを継続的かつ丁寧に実施していくためには外来受診時のみの支援では限界があり、ある一定の時期だけでも専門スタッフが介入し、在宅生活の中で調整役として機能できる役割が求められていく。その際、情報共有と方向性を一致させ、変化があった時に速やかにその情報を共有できる関係性づくりと地域資源の適切なタイミングでの提案も OT には求められていく。

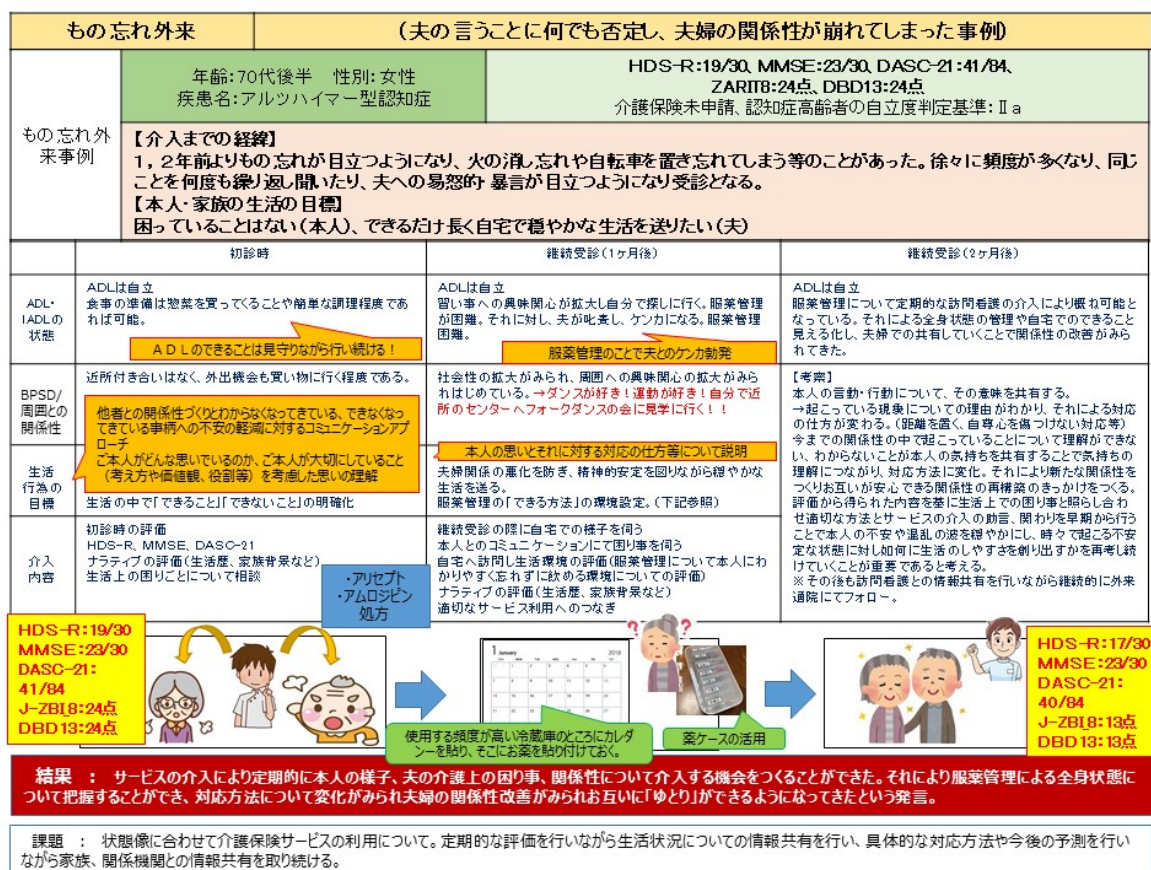


図3-5 もの忘れ外来における事例

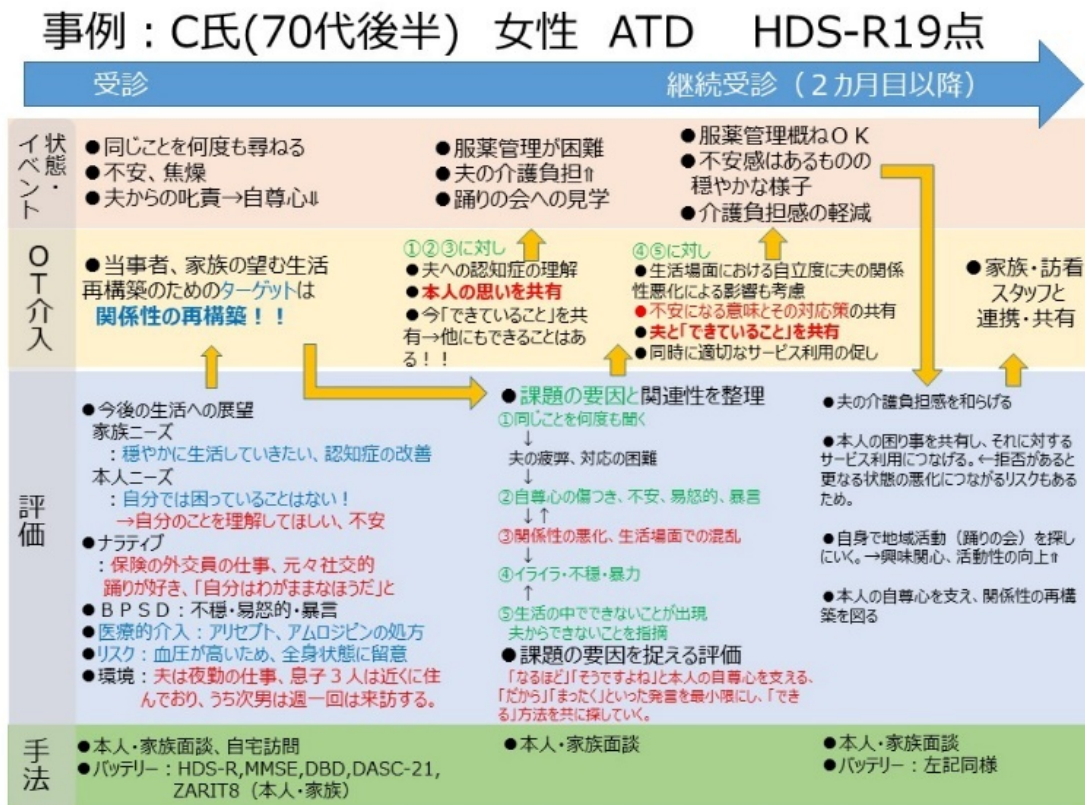


図3-6 もの忘れ外来における作業療法の関わり

4. 通所リハビリテーション【介護保険】

デイケア利用者は、回復期や急性期の病院から退院され、在宅生活を再開されたばかりの人が多い。回復期の病院では1日に3時間のリハビリテーションを行っていた方々が、在宅では活動量が低下してしまうことがある。個別対応のリハビリテーションという形にこだわらず、生活に関わる行為をリハビリテーションとして意識し、多職種・家族とともに理解していくことが重要である。たとえば安全を重視するあまり行動を制限してしまうことなく、見守りのもと本人のやりたいことを支援できる工夫をOTが提案していく。

【事例紹介】

Dさん、80代前半の女性。3年前に老年期認知症と診断。2年程前から行きなれない場所で迷うことが増えてきた。入浴や着替えは強く促さなければしなくなった。便汚染の下着やパッドを自室にしまいこんだり、パッチ薬を勝手に外したりする行為があった。外出して迷うことが増えてから、家族から外出を制限され、その頃より娘や孫（同居）に対する暴言が見られるようになった。関わることで家族間トラブルも増えることから、料理や洗濯などの家事も本人がすることが少なくなった。銭湯に一緒に行っていた友人との交流も減り、閉じこもり傾向が続いていた。

家族から外出制限をされるまでは、近所の友人と銭湯に行ったり、買物などにも出かけていたりしたそうだが、通所利用相談時はほとんどを自宅で閉じこもるような生活になっていた。

【初期評価】

身体機能面は両膝関節の痛みによる両下肢筋力の低下を若干認めるが、それ以外は年相応に保たれている。ADLは概ね自立も整容など身の回りのことに無関心になっている。HDS-R 13/30点、DBD13 26/52点、J-ZBI_8 19/32点、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）はA1、認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）はIIb、コミュニケーションは良好で、近くに座った他利用者とも笑顔で話しかけていく場面も多く見られた。

通所内のアクティビティなどへの参加は良好で、開始当初は促しがないと参加できなかったが、徐々に自ら参加できるようになった。家族のことを聞くと、「よくしてもらっている」という言葉が聞かれ、通所で作成した押し花などの作品も「娘に見てもらう」と持ち帰る場面も見られた。

自宅では長女や孫が家事を担い、本人は自室のベッドで横になってテレビを見ていることが多いとのことだが、通所では本を読んだり、塗り絵をしたり、何もせずに過ごす場面はほとんど見られない。

【統合と解釈・問題点の抽出】

ADLにおいて、身だしなみを整えることへ無関心になりつつある。また、自宅では意欲低下により家事動作を行わなくなっている。身体面においては、両膝関節痛により活動性が低下し、下肢の筋力低下を認めた。

【作業療法介入】

両膝に痛みを伴う両下肢の筋力低下を認めたため、運動面では両下肢の筋力向上練習を取り入れ、自主練習を見守りのもと行った。立位を伴う動作にも不安定さがあるため、ゲーム（立位で行う）を利用したバランス練習を行う。認知症短期集中リハビリテーションでは、パズルやブロックなどの机上課題に加え、洗濯物をたたむなど自宅で行える生活動作につながるものを取り入れる。家族には連絡帳を通して、通所から帰ると洗濯機に洗濯物を入れる、洗濯物の取り入れなどを一緒に行っていただくようお願いをして実行してもらった。また夕食の準備も出来る範囲内で長女と一緒に出来るようお願いした。

洗濯物たたみや取り入れが概ねできるようになってからは、通所にいく準備を利用者本人が行えるように段階づけし、通所にいく前日には利用者に意識付けを家族から行ってもらうようにした。

【考察】

外出制限をされたり、排泄の失敗で娘や孫から責められたりすることが増え、自信喪失につながっていたが、少しずつ家事を娘たちと一緒に行うことで、自信の回復とともに役割を獲得でき、自宅で落ち着いて過ごす時間が持てるようになったと考えられる。また通所に行き、娘や孫との距離を置いたことで、お互いにストレスが軽減された。通所もカラオケなどの参加により、親しい利用者との関わりが増え、馴染みの場所となった。自宅と外出とのバランスが図れるようになり、ひとりで出ていってしまうことがなくなったと思われる。

通所リハビリ利用継続により、家族間トラブルが減り、在宅生活が安定した事例

【介入までの経緯】3年前に老年期認知症と診断。2年程前から行きなれない場所で迷うことが増えてきた。入浴や着替えは強く促さなければならなかった。便汚染の下着やパッドを自室にしまい込んだり、パッチ薬を勝手に外したりする行為あり。外出して迷うことが増えてから、家族から外出を制限され、その頃より娘や孫(同居)に対する暴言が見られるようになった。関わることで家族間トラブルも増えることから、料理や洗濯などの家事も本人がすることが少なくなった。銭湯に行っていた友人との交流も減り、閉じこもり傾向が続いていた。



図 4-5 通所リハビリテーションにおける事例の概要

事例:D氏(80歳代) 女性 アルツハイマー型認知症

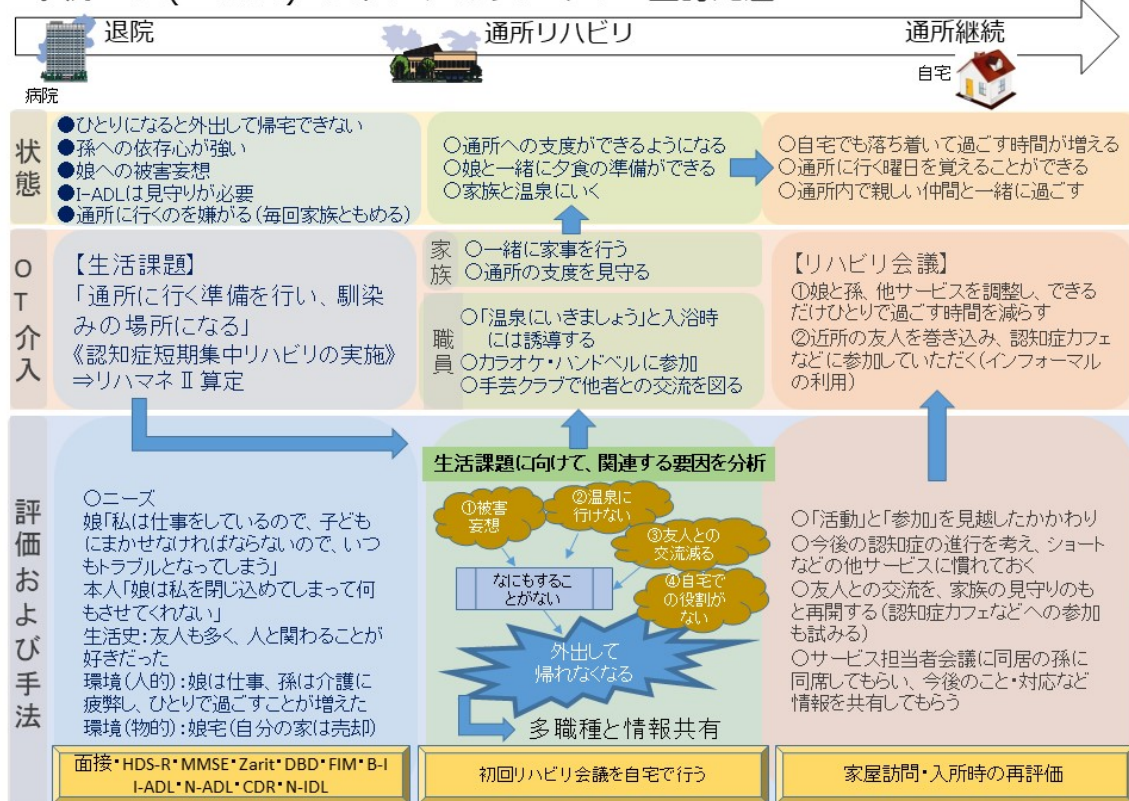


図 4-6 通所リハビリテーションにおける事例の作業療法の展開

5. 重度認知症患者デイケア

評価から支援までの事例

認知症による生活障害がみられていても本人や家族の様々な複雑な気持ちの中で、早期受診へつながるケースは未だ多くない。当たり前のように行っていた日常生活が当たり前のようにできにくくなることでの本人の強く深い不安は想像し難い大きな経験である。そのため、拒否や否定な気持ちが強く家族との気持ちのギャップの中で双方が混乱、不安の渦中に巻き込まれてしまい、より症状の悪化へつながっていることもある。そのように、本来安心できるはずの在宅生活が本人も家族も苦しみ悩みながら生活している状況で、それによる BPSD の出現がみられ、余計に社会との関わりも減少し、更なる BPSD の悪化を招いているといった悪循環に陥っている中、妻の介護負担の軽減を図りながら対象者の「できること」の再構築を図り、社会とのつながりも確保していくことで在宅生活の安定化を図ることができたため、以下に報告する。

【事例紹介】

E さん、70 代前半の男性。夫婦二人暮らし。元来、温厚で外へ出かけることが好きで活動的な性格であった。数か月前から急に妻に対して易怒的になり、昼夜問わず「バカにしている!」、「ふざけるな!」等の暴言、暴力がみられるようになる。また、制止しても聞かず外へ出かけようとして、警察に保護されることも頻回になってきた。スーパーで万引きもみられるようになり、妻が対応に困り果て専門病院へ受診となる。受診に対しても本人は強い拒否であったが、妻がどうにか説得し受診となり、受診時も妻の表情から疲労がみられ、疲弊している様子がみられていた。本人はなぜ自分が病院へ来なくてはならないのかわからないといった様子であった。医師からは前頭側頭型認知症と診断。妻の介護負担が大きいことから、介護負担軽減を早急に図る必要があると判断し、介護保険の申請を促し、また重度認知症患者デイケアの利用をすすめた。妻は本人が拒否してしまい迷惑をかけてしまうのではないかとという点に不安な様子であったが、デイケア利用に対しては前向きであった。本人はデイケア利用に対して拒否的な発言がみられていたが、若い頃から地域で少年野球のコーチを担っており、子供達にも慕われ、人情深い人柄であったというナラティブな情報から本人には元気でいてほしいので様子を定期的にみさせてほしい、今までの多くの経験を若いデイケアスタッフへ指導してほしいということで説得し、すぐに週 5 回の利用となる。

妻はほぼ 24 時間緊張状態が続いていたとのことで、眠れない時も多かった。何をしたらいいのかわからず混乱しており、この先の将来について不安を感じていた。

【初期評価】

外来初診時から間もなくデイケア利用であったこと、また本人に不快な印象をなるべく初期の段階で与えないように考慮し、認知機能検査等クローズドな検査は利用時すぐに実施はせず、対応した。

初診時、HDS-R 6/30 点、MMSE 6/30 点、DASC-21 は 60/84 点、DBD-13 は 26 点、J-ZBI_8 は 29

点であった。全般的に認知機能の低下がみられているが、注意・集中力の低下がみられ落ち着きがなく、じっとしてられない様子がみられていた。また、言語理解や言語表出が不十分で特に複雑な指示理解は困難で、語彙も出てきにくい様子がみられており、そういった自分に対してイライラするような、もどかしいような表情をされる場面がみられていた。表情は常に陰しく、硬い表情であった。身なりはきれいに整っており、几帳面な印象であった。

【統合と解釈、問題点の抽出】

デイケア利用に対して拒否されていた経緯もあったため、できる限り継続的な利用へつなげ、妻の介護負担の軽減を図ることも目的のひとつであったことから本人にとって居心地がよい環境を創ることを最優先として関わりはじめていくこととした。そのためにコミュニケーションをとれる機会を増やし、関係性の構築を図るためコミュニケーションにおいて今できることと難しいことを実際の関わりの中で直接的かつ間接的に観察しながら評価した。同時に疾病の特徴からも考慮し、ルーチン化した生活リズムを新たに構築していくことでデイケアへの利用を拒否なく行なえるよう工夫するため、ナラティブな面でのより詳細な情報収集と実際に活動を行って評価した。

上記の情報を妻と共有していくことも介護負担軽減において、また本人、妻が在宅生活を安心して継続していけるためにも重要なことであるため、妻の心理的ストレスを考慮しながら、どのような手段・量を共有していくことが可能なのか、そして在宅生活の中での困りごとを少しずつ整理していくことを意識しながら在宅への訪問も行い、生活環境の評価も実施した。これらの評価及びアプローチに際しての視点に留意しながら、段階付けてアプローチしていくこととした。

【作業療法介入】

作業療法の介入としては、本人へ継続的にデイケアに通所してもらうことをベースとして、余計な不快感を与えないよう十分配慮した。同じようにコミュニケーション手段の方法をアプローチしながらも同時に評価を行い、どの程度のセンテンスでこういった語彙であれば理解しやすいのか、また言語的コミュニケーションだけでなく、非言語的コミュニケーション能力へのアプローチも同時に行い、意思疎通が図れる関係性づくりが本人にとっての安心感、居場所づくりには重要となってくると考えた。本人にとっての居場所があることで、新たなことへ挑戦する姿勢であったり、ナラティブな情報から得られた本人にとっての大きな存在意義である社会的役割を再構築していけるような関わり方、態度を示していった。ある程度大まかに本人なりの一日のスケジュールを決めてその中に散歩やキャッチボールといった活動的な内容も取り入れながら「できること」を創造していくことに留意した。

同時に、妻の心理的ストレスを軽減し、在宅生活の継続への支援として、デイケア利用で物理的に本人と離れる時間をつくり心理的ストレスの軽減を図るだけでなく、妻の生活リズムの安定化を図りつつ、生活の中での課題を整理して今後の方向性を共有していくことにした。その中でデイケアでの様子をより具体的に伝え、「できること」をみつけた際にはできる限り日常生活の中でどのように対応していくことがよいのかも含めた形でわかりやすく簡潔に記した「できることリスト」を作成し共有するようにす

ること、スタッフとの関係性の構築状態を敢えて送迎時等に妻にみせるように心がけ、安心して利用してもらい、本人が健康な時にみせたようないきいきとした姿をみてもらうように環境設定した。

【他サービスへのつながりにより在宅生活の包括的支援と安定を図るアプローチ】

当初、妻はサービス利用について望んではいるが本人が拒否してしまうと強く感じており、妻一人で抱え込んでしまうようなこともみられていたが、在宅生活を継続していくためには多くの在宅サービスを活用していくことが重要であることを直接伝えることや、前述したように本人の姿や「できること」を共有していく等、間接的に伝えていくことでそういった不安が軽減し、妻の表情も明るくなり時には友人と外出したりして気分転換を図ることができるようになってきた。

妻への心理的ストレスの軽減を図ることと同じように、本人の「できること」を他の在宅サービスと情報共有できるよう、本人が十分能力を発揮できる環境設定の方法や留意点、状態の変化があった際にはその時の様子等について定期的に情報交換、共有できる機会をつくり、デイケアで行ってきた一日の中での生活リズムを継続して行っていくことで本人の混乱も最小限にしていきながら、より活動範囲、社会的関わりの拡大を目指していくために、そういった情報共有も十分に継続して図っていくことが重要である。

【考察】

本事例においては、外来初診までに介護者である妻が悩み、苦悩し、在宅生活が大きく揺らぎ、崩れかけていた中で、どうにか医療へつながることができ、その後介護保険サービスの併用により在宅生活の継続につながった。前頭側頭型認知症という特徴的な症状変化を示すことに加え、今までの健康な状態であった時との大きな変化に家族は戸惑い、大きな不安を感じていた。また、本人自身も周囲との関係性の中でのギャップを感じており、それらに上手く対応することができず強い不安を感じ、心理的ストレスを抱えていた。今まで当たり前のように生活していたとしても、認知症の状態になることで本人は普段表出せずとも積み積みもったものが、周りからは急にという認識で状態の変化が表面化してしまう。そして生活自体を大きく揺るがしてしまうことにつながるが多いため、介護負担の軽減と同時に本人の生活を再構築していくことが可能となる重度認知症患者デイケアは在宅生活を継続していく上で貴重な場であると考ええる。

本事例を通して、コミュニケーション能力をより日常生活の中で支援しやすいように支援していく方法を創造し、それらを本人、家族だけでなく他の在宅サービスと共有していき、「できること」を共にを行い、共有していくための OT の作業分析・活動分析と生活へ生かすための段階付けした支援が在宅生活の継続に重要であると考ええる。

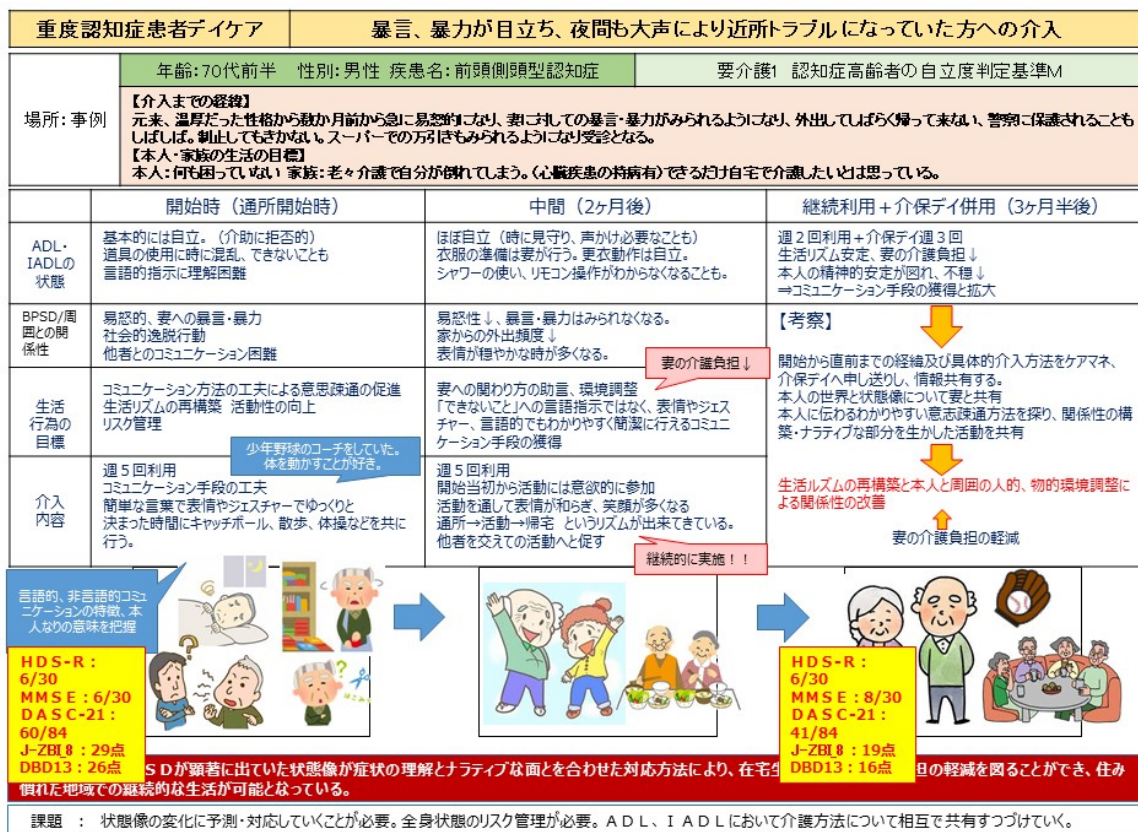


図5-5 重度認知症患者デイケアにおける事例

事例：E氏(70代前半) 男性 FTD HDS-R6点

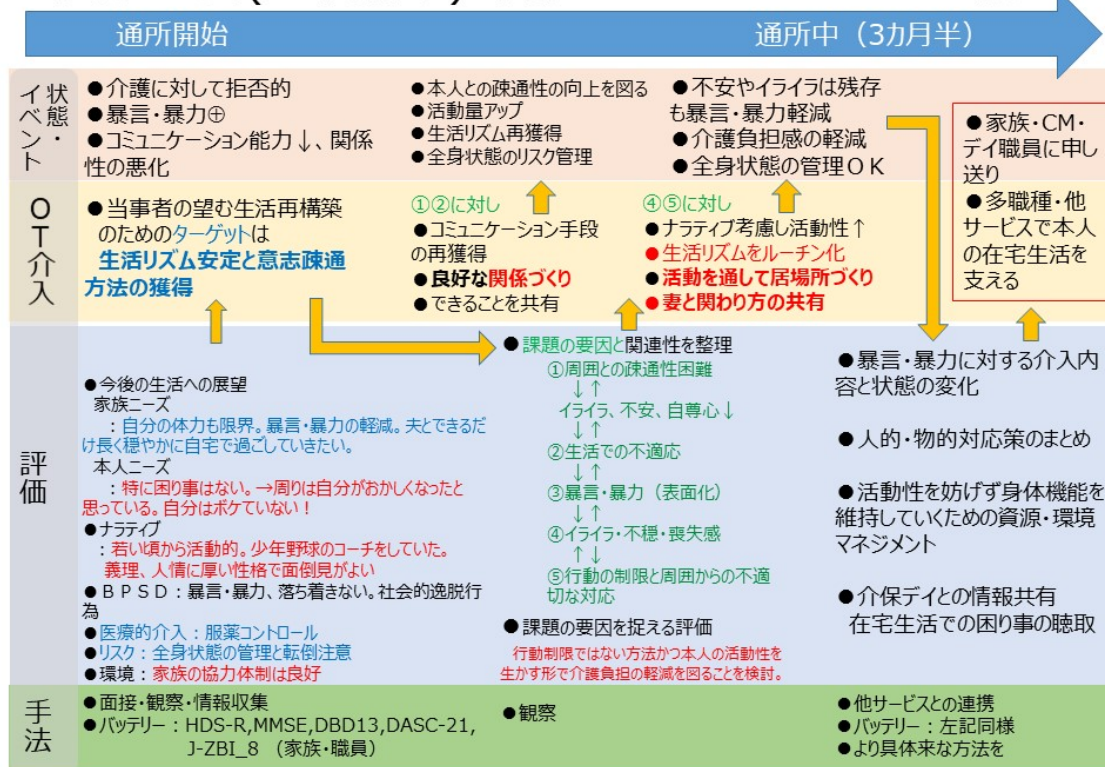


図5-6 重度認知症患者デイケアにおける事例の作業療法の展開

6. 訪問リハビリテーション

6-1 介護保険領域における訪問リハビリテーション

評価から支援までの事例

訪問リハビリテーションの対象となる人は、在宅生活を継続している人もいれば、病院や施設から退院・退所され在宅生活を再開されたばかりの人もいる。今回は、在宅生活尾継続している方に介入した事例を紹介する。

【事例紹介】

F氏、80歳女性。X-2年にアルツハイマー型認知症と診断を受けており、抗認知症薬の服薬治療を開始した。認知症の進行に伴い、IADLの遂行困難さや家族への頻回な電話での確認行動が出現し、家族の介護負担感が徐々に増大してきた。また、外出の頻度も減少してきたことを家族が心配し、介護保険サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション）導入に至った。家族構成は、自営業を営んでいる夫と二人暮らしであり、日中は独居状態である。近隣に娘が住んでいるため、食事や洗濯などIADLのサポートを受けている。

【初期評価】

訪問者の受入れは良好であり、礼節も保たれている。日常生活はセルフケアにおいてセッティングや促しを要するが、動作自体は本人で行う事が可能である。IADLは全介助であり、近くに住む娘が代行実施している。服薬管理も困難な状況であり、娘もしくは夫が促すことで内服継続できている。しかし、促しや見守りの頻度が徐々に増えており同居の夫の介護負担感が増大していた。家族からの情報を聴取していると、店舗へ頻回に電話をかけてくる仕事が仕事の手を止めてしまいストレスになっていることも介護負担感の増大に繋がっていることが判明した。

アセスメントとしては、BPSDを評価するDBDは30/52点、NPI（Neuropsychiatric Inventory）は22/120点であった。HDS-Rは8/30点、MMSEは12/30点であり、日付・場所の見当識障害、短期記憶障害、ワーキングメモリの低下が顕著であった。

【統合と解釈・問題点の抽出】

日付・場所の見当識障害、短期記憶障害、ワーキングメモリの低下を認めたことから、家族への頻回な電話も、短期記憶障害や見当識障害が引き起こす不安が原因であり、不安を取り除くために家族へ電話をかけて確認作業をしていることが理解できた。身体機能面としては、脊柱側弯・円背があり脊椎のアライメントの崩れに加えて、下肢・体幹の筋力低下が歩行距離短縮の原因となっていた。

【作業療法介入】

OT としては、①外出の難易度を下げることと②本人の不安な時間の軽減を目標に介入した。1 つ目の「外出の難易度を下げること」に関しては、外出を阻害している要因をアセスメント結果から分析した。身体機能面の低下として脊柱側弯・円背のために疼痛が出現していたこと、活動性が低下していたことで下肢・体幹の筋力低下が生じていた事が認められた。また、場所の見当識障害が外出時の不安要因となっていることが分かった。そこで、まずは福祉用具（シルバーカー）を導入し、屋外歩行時に出現する疼痛および疲労出現の軽減を図ったが、当初は道具の使用手順の混乱と、見た目を気にされ使用を控えておられた。しかし、反復して使用を練習したところ、道具の使用方法を理解し徐々に外出時に使用する頻度が増えた。結果、外出時は必ずシルバーカーを使用して外出するようになり疼痛の出現も押さえられるようになった。

二つ目に挙げた目標の「本人の不安な時間の軽減」については、短期記憶障害や見当識障害が不安の大きな要因になっていることが紙面上検査や観察場面から判断できた。元々、自営業を長年手伝っていたため、自宅にいる時間はとても少ない生活歴を送っておられた。また、見当識障害も年単位でのズレが生じており、会話の中では幼少期の記憶をたどることが多く見受けられた。そのため、幼少期を過ごした場所ではない事や自宅になじみが薄かったことが、不安を助長させている要因と考えた。そこで、訪問時には現実見当識訓練として自宅から自営業の店舗までの屋外歩行や自宅周辺の街並みを見ながら居場所を確認することを行った。同時に、家族に対して頻回に電話をかけている要因として、短期記憶障害や見当識障害が関係しており、いまの状況に対してストレスフルな状況下にあることを説明した。対応策として、本人が不安になる時間帯を生活リズムから導き出し、その時間の前に家族から電話をかけていただくよう提案した。自営業のため毎日実施することは難しかったが、徐々に繰り返していただくことで、A さん自身も自宅に居ても良いという安心感が得られるようになり、電話をかける頻度も減少した。

【考察】

本事例は、短期記憶障害や見当識障害といった認知症の進行に伴い、IADL の遂行困難さや家族への頻回な電話での確認行動が出現し、家族の介護負担感が徐々に増大してきたケースであった。また外出頻度が減少し家族が心配したケースでもあった。在宅生活継続のために OT として、本人や家族の不安の原因が何かを分析し、どのようにすれば安心して在宅生活を続けることができるのかに着目して介入した。認知症の症状の変化に本人も家族も戸惑っており、どのように対処すればよいか分からない状況の中、OT としてニーズを把握し不安の要因となっていた認知症の症状を紐解いた。その結果、短期記憶障害や日付・場所の見当識障害が不安の原因になっていることが引き金になり、頻繁に電話をかける行動や外出動作を妨げる要因となっていた。家族からみると漠然と「外出しなくなった。日に何度も電話がかかってきて大変」という漠然とした負担を感じていたが、ひとつずつを紐解くことで解決策を身に着け、対応することが可能となった。

このように、認知症の症状を単に「分からなくなってしまった」と判断するのではなく、住み慣れた環境で起こる症状をひとつずつ紐解いていくことが、本人や家族の不安・負担を軽減し、在宅生活を継続するためのきっかけになるのではないかと考える。

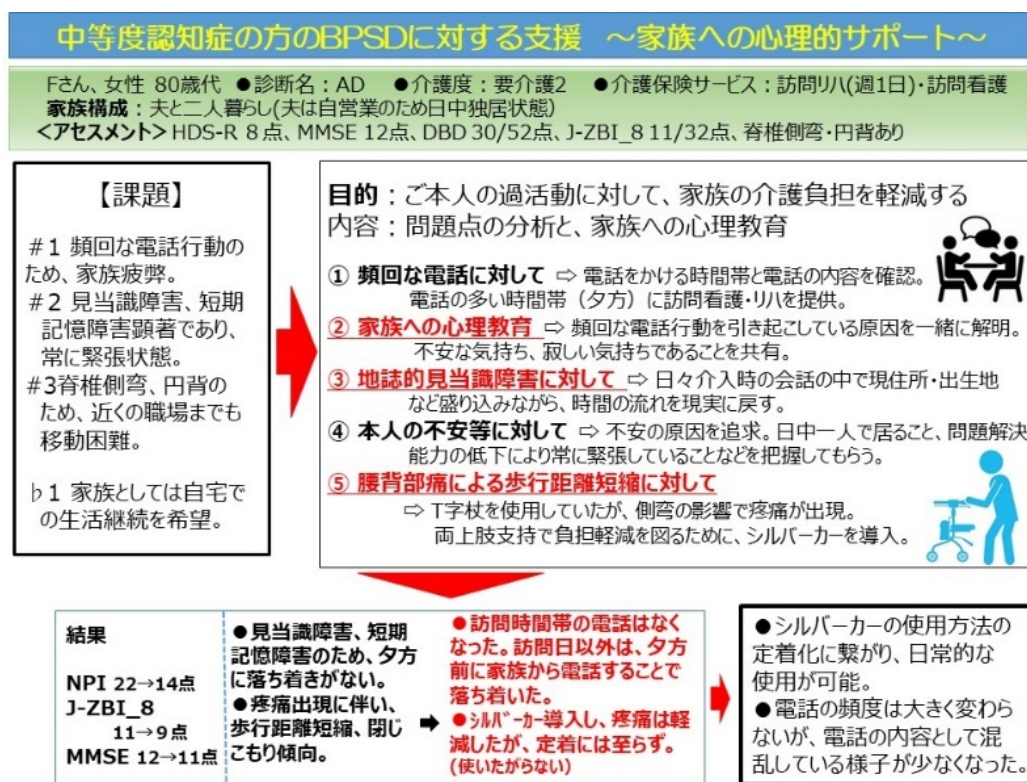


図 6-1-5 訪問リハビリテーションにおける事例

事例：F氏(80代) 女性 ADD HDS-R 8/30点

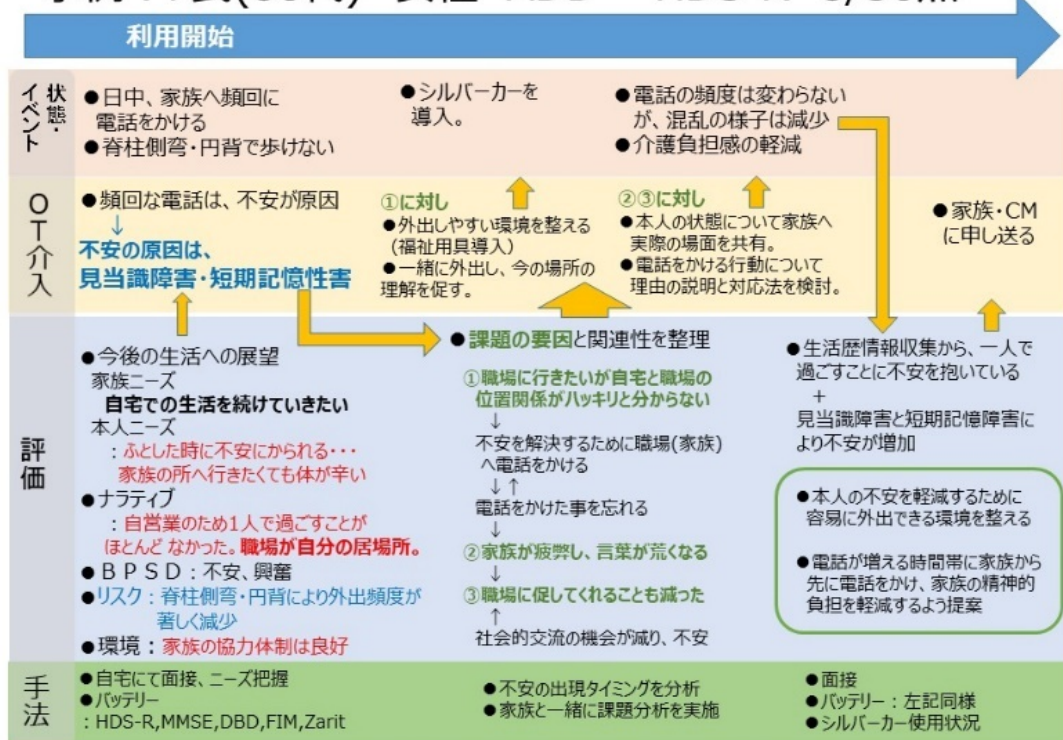


図 6-1-6 訪問リハビリテーションにおける作業療法の関わり

6-2 精神科訪問看護【医療保険】

評価から支援まで

【事例紹介】

Gさん、70代後半の女性。10代後半に結婚、2子を儲けた。20代前半に幻聴、精神運動興奮を認め、統合失調症の診断を受け1年間入院後、自宅に退院した。通院中断、症状再燃を繰り返し、60代前半までに計5回の入院歴があるが、隣市に住む息子のサポートを受けながら独居で自立した生活を送っていた。60代後半、孫娘と同居開始したが、若者との生活のペースの違いに慣れず不眠を訴え6回目の入院をした。陽性症状は目立たず、感情鈍麻、能動性の低下などの陰性症状の影響が強く、終日臥床傾向であった。服薬状況確認、生活リズム確立目的で退院時に精神科訪問看護導入となった。70代前半、食思低下、低栄養状態認め一般病院へ入院となるが、入院時、検査や説明の理解が悪く、記憶見当識障害も認めたため認知症の検査を実施、アルツハイマー型認知症の診断となった。退院前に介護保険申請し要介護1の認定を受け、訪問介護を週4回導入となったが、受け入れが悪く、訪問介護士との意思疎通が困難、介護士が準備した食事に手をつけないことが続いている。週1回は医療保険で、病院からの精神科訪問看護が再開となった。

【初期評価】

統合失調症にアルツハイマー型認知症が加わり、これまでできていた調理などのIADL遂行能力の低下を認めたため、必要な生活環境調整目的で精神科訪問看護を実施している看護師にOTが同行することとなった。初回訪問時、居間に布団を敷き、横になった状態で経過しており、看護師の声かけには、短い返答があるものの、視線の動きは少なく、会話時視線があうことはない。体型は小柄でやせている。肌は浅黒く視線は鋭い。服装は柄入りのブラウスに薄茶のズボンであり、不潔ではないが、身だしなみには無頓着で、寝癖もついている。終日臥床し、食事摂取が不規則。本人は自宅で静かな暮らしを継続することを希望している。本人が対人接触を苦手としており個別な聞き取りが難しいため、行動観察に加え、家族や関連機関からの情報を入手し評価を行った。障害高齢者の日常生活自立度はA2、認知症高齢者の日常生活自立度は1。認知機能MMSE19点/30点。DASC-21は35点で近時記憶障害・見当識障害を認める。精神症状は、被害妄想や幻聴を認め、感情は平板化、意欲・活動性低下していた。GAFスコアは60と中等度の症状あり。精神症状・能力障害二軸評価、精神症状評価は3、能力評価は2、生活障害評価では、食事4、生活リズム4、保清2、金銭管理3、服薬管理2、対人関係4、社会的適応を妨げる行動1であった。BPSDに関しては、NPI28点で、無関心・妄想などを認める。ADLは自立しているが、IADLは調理・交通機関の利用なし、服薬・金銭管理は見守りや声かけを要する。家族介護負担感J-ZBI_8で20/32点であり、家族はとにかく食事を前のように摂ってほしいがどう対応していいかわからない、今後どうなっていくのが不安と訴えた。

これらの評価から、認知機能が低下したことにより、生活のリズムの乱れや活動性の低下、不安などの精神症状の悪化が認められ、終日臥床傾向となり、食事摂取量も低下している。調理ができないため、訪問介護によるサービスの提供開始となっているが、受け入れが悪く介護拒否がみられる。家族も訪問介護士も本人への介入方法がわからず苦慮していることが明らかになった。

【作業療法介入】

作業療法の介入としては、認知機能低下によって加わった不安や混乱の要因を明らかにし、在宅生活を継続することを目的とした。本人がサービスを受け入れ、生活リズムの再構築を図るためにアセスメントの結果を踏まえ、介入を行った。見当識の低下を補うために本人の枕下にデジタルの電波時計を置き、日付や曜日、時間が一目でわかるようにした。本人が好むテレビの横にホワイトボードを描け、これまでの生活パターンに即したタイムスケジュール表を作成した。食事時間、好きなテレビ番組鑑賞の時間、洗濯、入浴、服薬時間などを一定にし、電波時計を見て、ホワイトボードのスケジュール表を確認し行動するというパターンを繰り返し練習し、定着を図った。食事に関しては、本人の嗜好品を好きなときに食べることができるよう食卓の目に付くところに家族に準備を依頼した。嗜好品を食べるときに目がつく場所に、訪問介護士からのメモを貼るようにし、食事のメニューと冷蔵庫に入っていることを知らせるようにし、自らが動く仕掛け作りに重点を置いた。家族、訪問介護士と情報を共有し、対応方法を統一した。一日の生活のリズムが定着し、食事も安定して摂取できるようになった。文字を書くことが好きなことを活かし、本人の食べたいものを書き留めるようにし、本人の希望したメニューを訪問介護で提供してもらうことで、訪問介護の受け入れも改善した。介入後の DASC21 は 35 点、MMSE19 点で不変。NPI は 18 点と改善、特に無関心の項目の改善がみられた。J-ZBI_8 は 15 点となり、家族の介護負担感は軽減した。

【考察】

統合失調症にアルツハイマー型認知症を合併したケースに対する精神科訪問看護による作業療法介入を行った。本事例はベースに統合失調症を抱えているため、環境の変化や他者とのコミュニケーションを苦手としており、必要なサービスを受け入れることを妨げていた。

OT は、室内の装飾品や本人の持ち物の話題などの非侵襲的な会話などからはじめ、まずは信頼関係の構築に努めた。さらに家族や関連する職種からの情報収集に努め、認知機能が低下したことにより、在宅での生活にどのような支障をきたしているのかのアセスメントを行った。アセスメントの結果を踏まえ、認知機能低下によって加わった不安や混乱を最小限にし、生活のリズムの再構築を図ることを目的に、環境調整や家族指導、他職種との情報共有を行った。

今回は、本人の語りを引き出し、これまでの生活パターンに即したタイムスケジュール表を作成し自ら行動できるように繰り返し練習を行うことにより、不安の軽減や生活リズムの確立につなが

ったのではないかと考える。さらに情報を共有することにより、本人を取り巻く生活環境の安定、家族の介護負担感の軽減につながったのではないかと考える。OT は、本人の生活障害に注目するとともに、それに対する家族の思いや対応法も丁寧に聞き取り、常にそれを支持する姿勢を示し³⁾ながら、多職種連携し、訪問支援を展開していく必要がある。精神科訪問看護では、自宅という生活の場で生じる課題に対して、物理的・人的環境の調整や代替手段の提案、これまでの関係性を踏まえた家族への助言や心理的サポートを行うことができ、在宅生活継続に大きな役割を果たすと考えられる。



図 6 - 2 - 6 精神科訪問看護における事例

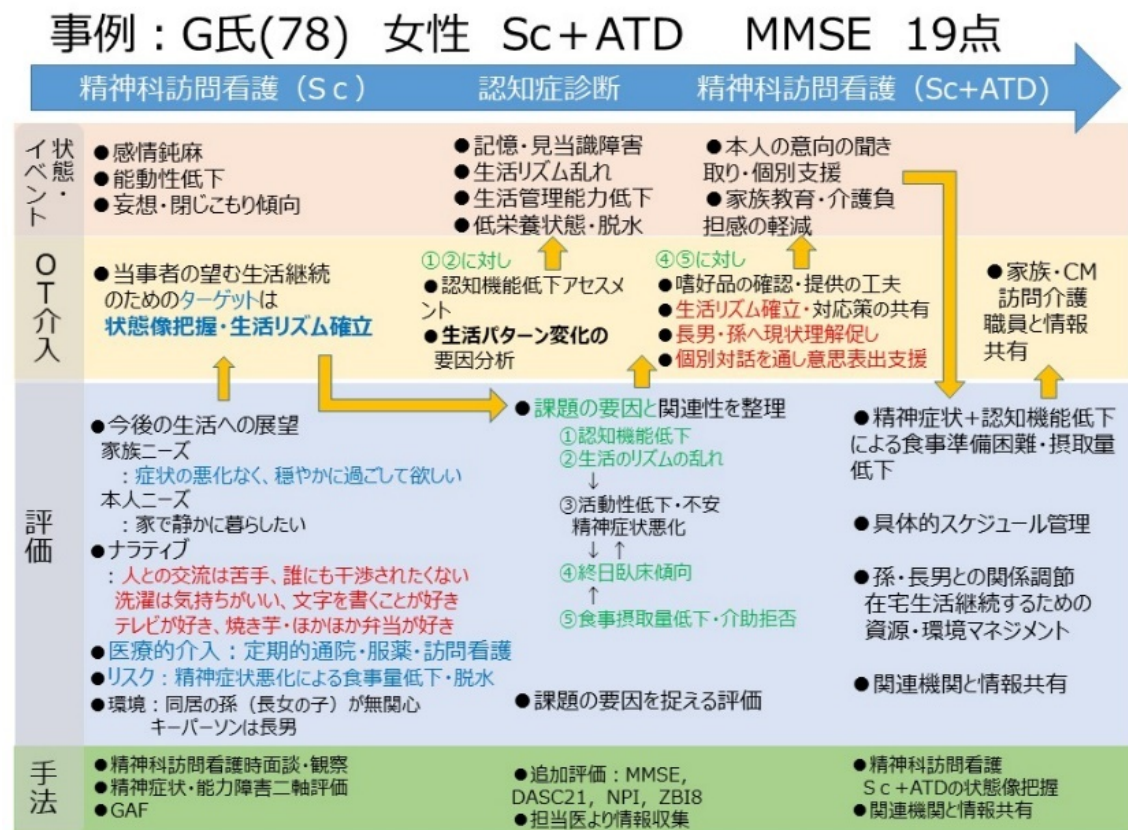


図 6 - 2 - 7 精神科訪問看護における事例の作業療法の展開

7. 急性期病棟【身障領域】

評価から支援までの事例①（急性期病棟）

【事例紹介】

事例は H 氏、80 歳代前半の女性である。外科病棟に入院する 1 カ月前に左乳がんの診断を受け、入院 2 日後に、左乳がん腫瘍摘出術を受けた。手術後は左腋下と左前胸部にドレーンが留置され、手術翌日までは左上肢を固定しており、左肘関節以遠の動きのみに制限された。2 日後より肩関節屈曲・外転 90 度までは許可され、5 日後にはドレーン抜去の指示が出された。ドレーン抜去後は安静度の指示はなく、積極的な上肢機能のトレーニングを実施するよう主治医より指示があった。

既往歴として、アルツハイマー型認知症があったが自宅では繰り返し同じことを聞いてくることのみで、特に目立った BPSD は認めなかった。キーパーソンである娘も特に自宅での生活に困難さを感じることはなかった。

入院前は娘と二人暮らしであり、日中娘は仕事に行っており昼間一人で家にいることが多かったが、問題はなかった。病前の ADL は自立しており、屋内歩行はややふらつきはあるものの、屋外のみシルバーカー歩行であった。洗濯物をたたむ等の簡単な家事は行っていたが料理や掃除は娘が行っていた。昼間はテレビ鑑賞や編み物をしながら過ごすことが多かった。

約 50 年前に夫と離婚してから娘と二人暮らしであり、色々な仕事をして生計を立ててきた。人と話すことが好きで、趣味は編み物だった。H 氏は自宅に帰りたいとの強い希望があったが、娘は一度転院した後、在宅復帰の意向を示していた。

【初期評価】

手術後の認知機能検査では、MMSE は 18/30 点、FAB は 9 点で認知機能の低下を認めていた。身体機能面は下肢の筋力は MMT4 程度であり、左肩関節は制限挙上しないよう運動制限の指示があった。また、不安が強く、病棟での暴言や暴力を頻繁に認めていた。なぜ自分が入院しているのか、どこにいるのか理解できていなかった。ふらつきがあるにもかかわらず、一人で歩きたがる傾向を認めそれを制止しようとする、攻撃的になった。BPSD の評価である DBD13 は 20/52 点で、同じことを繰り返し聞く、口汚くののしる、世話をされるのを拒否するという項目で点数が高かった。家族への介護負担感の聴取を J-ZBI_8 で行い 11/32 点で、「本人の行動に困ってしまうことがある」「本人のそばにいと腹が立つ」「どうしていいかわからないことがある」ということに対し負担を感じていることが分かった。本人からは「家に帰ってご飯を作らなければいけない」「子どもが待っているから早く帰らなければ」という発言を繰り返し認めていた。ADL として BI は 60/100 点で食事、整容は自立しているがその他の ADL では左上肢の運動制限から一部介助を要していた。トイレまでの歩行はつたい歩きにて見守りを行っていたが、看護師を呼ばずに一人で病室から出てくる様子を頻繁に認めていた。

これらの評価から、10 日間の急性期病院入院中に歩行、更衣、整容、トイレ動作の自立を目標とした。また、これらの ADL が自立するために、左上肢の可動域改善、筋力向上、疼痛や不安の軽減を目指した。

【作業療法介入】

作業療法の介入としては、身体機能面への回復的なアプローチである関節可動域訓練、筋力増強訓練、上肢機能訓練等と、ADL 等を習得するアプローチとして実動作の練習を行った。左肩関節の運動制限の指示を忘れてしまうため、ベッドサイドに運動制限を貼り、理解を促した。介入により改善が見られ、上肢機能と ADL は改善した。また、病棟内の歩行に際し、自宅で使用していたシルバーカーを利用することで慣れた道具でもあり毎回シルバーカーを押して移動できるようになった。そのことにより、トイレ動作は自立した。5 日でドレーンは抜去され、上肢の運動制限は解除され、疼痛も軽減した。

夕方不安になる傾向があったため、作業療法の時間を不穏になりやすい夕方の時間に設定し、趣味の編み物や散歩をしながら訴えを傾聴した。訴えを傾聴することで、作業療法終了後は穏やかになることが多かった。手術したことを忘れてしまうことに関しては、看護師のケアの際に一緒に傷を見てもらい、疼痛が手術により生じていることや安静度の確認を行なった。娘が来院した際には、娘からも一緒に手術のことや運動について説明を行ってもらい、娘と一緒に運動をしてもらうように促した。暴言・暴力がどのような状況でなぜ起こっているかを病棟でのカンファレンスの際に説明し、職員の理解につなげた。疼痛の軽減に伴い、徐々に不安の訴えは軽減し介護への抵抗や暴言・暴力は減少した。

退院前の認知機能検査では、MMSE は 18 点、FAB は 10 点で著明な変化は認めなかった。DBD13 は 13 点となり、口汚くののしる、世話をされるのを拒否するという項目での減点を認めた。J-ZBI_8 は 9 点となり、「本人の行動に困ってしまうことがある」「どうしていいかわからないことがある」の項目について減点となった。

10 日後、回復期病院へ転院となったが、その際に家族へ対応の説明を行い、転院先の病院へも申し送りを行った。

【考察】

本事例は、入院以前よりアルツハイマー型認知症との診断を受けており、その後左乳がんの診断を受け手術を受けることになった。入院前の生活では自宅では大きな問題もなく穏やかに過ごしていたが、手術後、暴言・暴力等の不穏症状が出現し、事例も家族も不安な状態となった。環境の変化や疼痛により BPSD が出現していることが予測された。まずは疼痛のコントロールを行うことが必要であると考え、看護師へ投薬時間の調整を依頼した。また、不穏状態に対し、スタッフへの理解を促すことで対応策を共有し、できるだけ同じスタッフが対応し安心できる関係を作ったことが介護への抵抗を減少させたのではないかと考える。娘が来院した際に一緒に運動や傷の確認を行うことで、A 氏も安心して受け入れることができ、それと同時に娘も事例もどう対応してよいかわからないと感じていたが徐々に自分

なりの対応を見つけるきっかけになったことが推察された。結果的に、疼痛が減少し、運動機能が向上し、補助具を使用することで身体機能は向上し、看護師やOTとなじみの関係ができることで、安心できる場所になったのではないかと考える。また、以前から使用していたシルバーカーを利用しながら自分で自由に廊下を行き来できるようになったことも BPSD が減少した一因ではないかと考えられる。

北川ら¹⁾は術後合併症において認知症ありの群では、認知症悪化・術後せん妄、呼吸不全（肺炎）の割合が認知症なしに比べて有意に高値であったことを報告している。また、平成 28 年度老人保健健康増進等事業の認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究報告書²⁾の中でせん妄等の認知機能低下がある身体合併症者に対するリハビリテーションでは、まだ十分な介入ができる体制が整っていないとの報告があり、精神科リエゾンチームや在宅支援チーム、認知症ケアチームなど、チームで重層的に関わり早期のベッドサイドから作業療法が介入している先駆的な取り組みも紹介されている。

もともと認知症を有している方が何らかの疾病や外傷を急性発症し、よく理解できないままに入院していることが多いため、環境の変化に戸惑い BPSD が出現することはめずらしくない。BPSD が出現している本人に作業療法を提供することはもちろんであるが、BPSD により対応に難渋する方への入院中の対応を早期に検討し、他職種や家族にその対応を助言することも作業療法の大きな役割の一つである。さらにその状況や対応を、転院先や在宅復帰後のサービス利用施設へ情報提供し、本人の負担ができるだけ少ないようにすることも急性期作業療法の重要な役割であると考えられる。

中等度認知症の方の手術後のBPSDに対する支援 ～他職種連携～

H氏 女性 80代前半 介護度：要介護2 介護保険サービス：デイサービス（週3日）
 家族構成：娘と二人暮らし（娘は仕事のため日中独居状態） 疾患名：乳がん術後、AD
 <アセスメント> MMSE 18点、FAB 9点 DBD13 20/52点、ADLは食事、整容以外は監視・介助が必要

【課題】

- #1 手術後の不安が強く病棟での暴言・暴力。
 - #2 見当識障害、短期記憶障害顕著であり、上肢の安静が保てない。
 - #3 歩行不安定だが一人で歩きたがる。
 - #4 術後の上肢機能低下
- ↳ 1 家族としては急性期治療後、地域の病院でリハビリ後に自宅での生活を希望。

目的：術後の不安を軽減し、安全な生活動作を獲得する

内容：問題点の分析と、他職種間での統一した対応

① 手術後の不安、暴言・暴力

⇒ 疼痛の軽減を図る。できるだけ同じスタッフが対応し、なじみの関係を作る。
 なぜ、暴言・暴力につながるのか、スタッフに理解を促す。

② 術後の上肢の安静が保てないことに対して

⇒ 手術した傷跡を見せよう。安静度制限を張り出し可視化する。

③ 見当識障害に対して

⇒ 日々介入時の会話の中で日時・住所・手術後病院に入院していることなど盛り込みながら、時間の流れを現実に戻す。カレンダーの使用。

④ 歩行不安定

⇒ 自宅で使用していた、シルバーカーを家族に持ってきてもらう。病棟でも歩行を促してもらう。

⑤ 術後の上肢機能低下

⇒ 関節可動域訓練、筋力訓練、上肢機能訓練

結果
 DBD13 20→13点
 J-ZBI_8 11→9点
 MMSE 18→18点
 FAB 9→10点
 BI 60→75点

●術後疼痛や環境の変化から不安が強く暴言暴力が出現
 ●見当識障害あり安静度を保てない
 ●歩行不安定で転倒のリスクあり

●暴言・暴力は消失した
 ●安静度制限は5日程度であったため本人が覚える前に制限が解除された
 ●シルバーカーを利用し、トイレまでの歩行が自立し、トイレ動作も自立した

●回復期病院に転院し、その後、在宅復帰となった。

図7-6 急性期病院における事例①

事例：H氏(80代) 女性 乳がん術後AD MMSE:18点

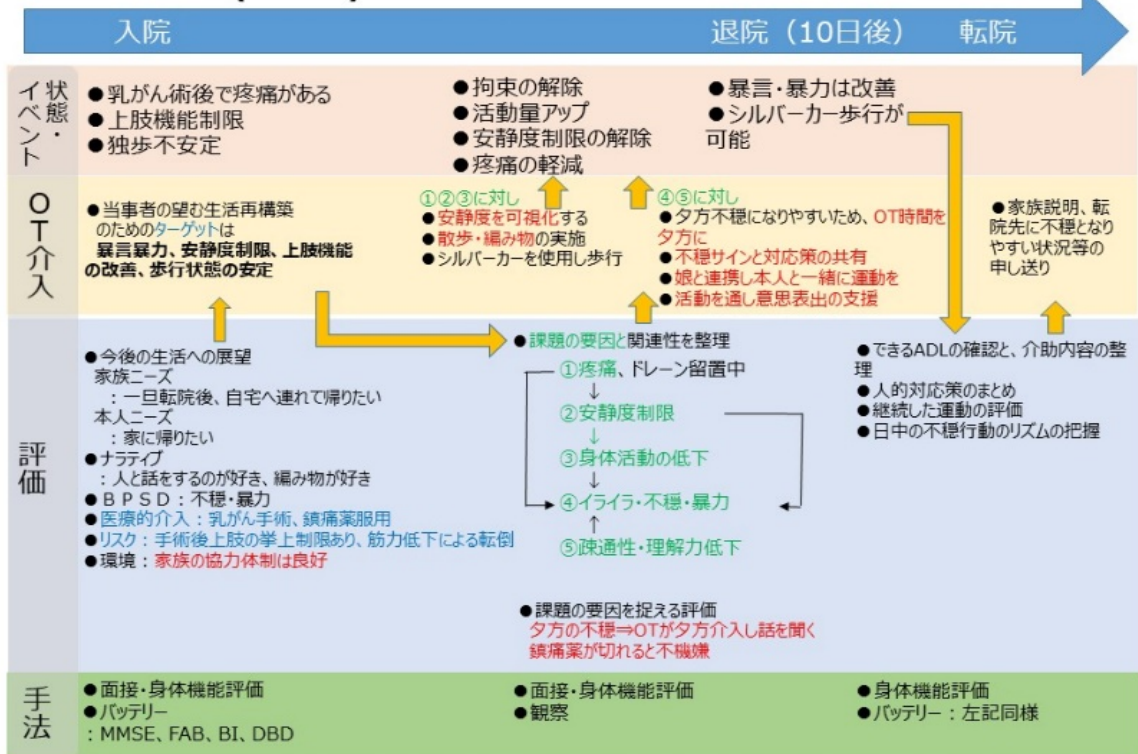


図7-7 急性期病院における事例の作業療法の展開

評価から支援までの事例②

【事例紹介】 80歳代女性。疾患名は脳血管障害である。

【介入までの経緯】

アルツハイマー型認知症を持ちながらも在宅で長男夫婦と生活していた。起床時に手足の脱力が出現し、救急要請。A病院に緊急入院となる。入院1日後、リハ処方が出され、OTが介入となる。趣味はガーデニング。左片麻痺 Br. stageIV 中等度感覚障害、ADL 全介助、近時記憶の低下、焦燥感、暴言、介護拒否あり。せん妄状態が著明に出現していた。もともとの認知機能の低下もあり、環境になれることができないことや混乱が見られていた。

【本人・家族の生活目標】 身の回りのことが出来て、自宅に退院する。

【介入経過】

食事や更衣が徐々に向上していく中で、そわそわすることが出現し、暴言や介護拒否が見られていた。せん妄は持続しているが、指示入力が可能なおもてできており、離床時間も少しずつ向上してきていた。

【介入の内容と結果】 暴言や介護拒否の原因を探るため生活の習慣や行動を注意深く観察した。そわそわする際の特徴として排泄の前に出現することがわかった。そのため、ソワソワする時間帯の傾向を図りその時間帯にトイレ誘導やリハに誘うなどして、排泄に行くにつれて失禁も軽減し、立位保持やトイレ動作の訓練として少しずつ介入を行えるようになってきた。

さらに、落ちつける環境や楽しみをもってもらうために、趣味であるガーデニングを行えるように花の水やりや花の塗り絵などを始めた。

【考察】

急性期は覚醒の低下、せん妄が出現しており混乱している方も多い。その見極めやBPSDの出現要因を心身機能、環境、活動などトータルな面から捉える必要がある。短期間の介入となるため、今後の予後予測をしっかりと行ったうえで介入を進めるほうがADLの向上につながると考える。また、早期より離床、意欲の向上のための活動の獲得なども念頭に介入ができると、転院先での活動継続や予後にも良い影響を与えると考える。

急性期病棟		アルツハイマー型認知症のある脳血管障害の方の介入	
場所: 事例	年齢: 82 歳 性別: 女性 疾患名: 脳血管障害		CDR2
	【介入までの経緯】 アルツハイマー型認知症を持ちながらも在宅で長男夫婦と生活していた。起床時に手足の脱力が出現。救急要請。A病院に緊急入院となる。入院 日後リハ処方が出されOT介入となる。趣味はガーデニング 左片麻痺BrsIV 中度感覚障害、ADL 全介助、近時記憶の低下、焦燥感、暴言、介護拒否あり。 【本人・家族の生活の目標】 身の回りのことができて自宅に退院する		
	開始時（入院時）	中間（1週間）	転棟転院2～3週間）
ADL・IADLの状態	ADLは全介助 セン妄状態が強い	食事は自己摂取行えてきた。上肢下肢麻痺（左BrsIV）であり更衣やトイレ動作、移乗、入浴で介助必要	トイレ時の立ち上がり向上。少しずつ協力動作得られてきた。
BPSD/周囲との関係性	せん妄状態が強く 暴言や介助拒否などある	せん妄は継続するが指示入力が少しずつ可能。離床時間UPあるが介護拒否は継続	【考察】急性期は覚醒の低下、せん妄が出現しており混乱している方も多い。その見極めやBPSDの出現要因を心身機能環境、活動などトータルな面から捉える必要がある。短期間の介入となるため今後の予後予測をしっかりとおこなったうえで介入を進めるほうがADLの向上に繋がると考える。また早期より離床、意欲の向上のための活動の獲得なども念頭に介入ができると転院先での活動継続や予後にも良い影響を与えようとする。
生活行為の目標	食事が自立して行える 移乗などの介助量の軽減	トイレ動作（失禁によりソワソワする）の向上、移乗動作の向上、興味のある活動を模索する	
介入内容	高次脳機能評価 認知機能評価 各種評価と問題点の抽出 車椅子離床、立ち上がり、立位 端座位 B-ADL訓練 高次脳機能訓練	トイレ動作訓練 ソワソワするパターンや時間の把握、趣味がガーデニングのため花の水遣りや花の塗り絵などを導入。	

せん妄や意識障害
高次脳機能障害の見極めと生活への影響を
評価

➡

リスクに注意しながら
離床、活動の提供、
ADL訓練を勧めていく

➡

その人の出来ること支援
が必要なことを見極め
関わっていく

結果 : BPSDは持続しているが、ADLの介入や認知機能、生活とその人個人の要因をふまえ関わることで課題に対する意欲が増加し、リハ拒否が軽減した。周囲との関係性の調整も功を奏した。しっかりと評価し整理することでつながる先にも適切な情報提供が行えた。

課題 : BPSDが継続しており、暴言、拒否は残存している。機能面に目が行きうつ的なことがある。ADLの介助量が多い。

図 7 - 8 急性期病院における事例②

8. 回復期リハビリテーション病棟

急性期・回復期病院から退院後、環境の変化等により入院中に獲得された作業が遂行できないことは少なくない。とりわけ、認知症のある患者に関しては記憶障害等の影響により、院内で習得、学習された作業が自宅に帰った後に継続して遂行できないことが問題になりやすい。そのため、自宅退院後に作業の定着を図るためには、動作を獲得する発想と出来る動作を引き出し、見つけ出し、退院後の環境でその動作が上手く出現する環境整備やケアの方法論を提案することが重要である。そのためにも、できるだけ類似した環境を院内で準備して作業の習得に関わる練習を測ることが必要である。しかしながら、環境を準備することにも限界があるため、退院して生活する環境にて実際に作業を定着させるようなアプローチが必要となる。これを行うには、自宅に実際訪問して行えるような訪問リハビリテーションへの引継ぎが有効なことがある。病院から自宅が近い場合には入院中から自宅で作業療法を実施することもあるかもしれない。

上記のように回復期リハビリテーション病棟では入院時より退院後の生活を見据えた評価を行い、退院時に病院から地域へとシームレスな連携を行う必要がある。今回、回復期リハビリテーション病棟入院中のある患者が、退院後の生活を想定した入院中の作業療法と退院後それらの活動を定着・拡大させる訪問リハによる作業療法にて、役割・楽しみ活動の再獲得をしたため、以下に報告する。

【事例紹介】

Jさん、女性 70 代後半。回復期リハビリテーション病棟に入院 6 週前、橋梗塞を発症し、右片麻痺・失調・構音障害を呈した。既往歴として、統合失調症、アルツハイマー型認知症があった。統合失調症に関しては慢性的な経過をたどっており、激しい症状は見られないが、「知らない男が病室に来た」等と妄想と考えられる発言がまれに見られた。妄想のような発言時には本人の不安感があったが、頻度も少なく回復期リハビリテーション病棟の生活やリハビリテーションに大きな支障のでるような状態ではないと判断した。不安に対して受容的に接する等の対応は実施し、特別な介入は行わなかった。

脳梗塞発症前の生活は、長女宅に長女とその夫、2 人の孫と 5 人で同居をしていた。2 年前の本人の夫の死別により長女宅に引き取られ、一緒に暮らすようになった。昔から世話好き、そして働きものであったため、病前は長女と同居後も娘夫婦の役に立ちたいとの気持ちと、綺麗好きな性格もあって、掃除、洗濯、布団の上げ下げ、買い物を家庭内役割としていた。本人の唯一とも思われる楽しみの活動は、バスを利用してのウィンドウショッピングであった。

【初期評価】

入院時、本人からニーズを、カナダ作業遂行測定（Canadian occupational performance measure；以下 COPM）を用いてニーズを聴取した結果、トイレの自立、洗濯・掃除・皿洗い・布団の上げ下げ等の家事に関する作業が挙げられ、満足度は平均 4.0 点（3～5 点）、遂行度は平均 4.0 点（3～6 点）であった。家族からもニーズを聴取した結果、家事が少し行えればという希望が挙がった。

次にニーズに挙がった作業を実際に行ってもらい観察から作業遂行上の問題を分析した。掃除機を使った掃除、皿洗い、等の観察評価を実施し、作業遂行上の問題点は、運動技能に関しては物の持ち上げ・運搬等の移動面の問題に加えて、掃除機を跨ぐ動作・立ち上がりや後方へのステップ時のふらつき、下方リーチの不安定さ等が主要な問題として認められ、AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills) 運動技能は 1.33 点であった。認知機能のスクリーニング検査から HDS-R は 20/30 点、MMSE は 19/30 点と認知機能の明らかな低下は認められた。しかし一連の IADL の活動に関しては戸惑うことなく実施できており、プール活動レベルが計画活動レベルであったため、慣れた環境で慣れた活動であれば問題なく行えると判断した。AMPS プロセス技能は 1.26 点であった。

【統合と解釈、問題点の抽出】

これらの作業遂行を阻害している身体機能面の問題として、両上下肢の軽度失調と筋力低下 (MMT3 ~ 4)、膝伸展位での足関節の可動域制限つまり下腿三頭筋の短縮 (右 -15 度、左 -5 度)、バランス不良 (FBS 43 点) が考えられた。

これらの評価から、3 ヶ月間の回復期リハビリテーション病棟入院中に家事 (洗濯・掃除・皿洗い・布団の上げ下げ) の自立を目標とした。トイレの自立に関しては、作業遂行の分析の結果、歩行による移動の問題が主な問題であったため、理学療法中心にアプローチする形でチームでの役割分担にてアプローチする方針とした。

【作業療法介入】

作業療法の介入としては、身体機能面への回復的なアプローチである関節可動域訓練、筋力増強トレーニング、バランストレーニング等と、家事等を習得するアプローチとして実動作の練習の中で、転倒しないようにリスクマネジメントに配慮するような指導を 3 ヶ月間行った。介入により改善が見られ、2 ヶ月が経過したところに本人よりバスを用いたウィンドウショッピングもしたいとの希望があり、バスでの外出や屋外での移動に関しても理学療法士と協業してアプローチすることになった。

これらの介入の結果、身体機能面では筋力、関節可動域、バランス能力に改善が見られ、院内で全ての作業は自立して行えると判断されるレベルになった。AMPS 運動技能は 1.81 点、プロセス技能は 1.62 点まで向上し、自立した地域生活が送れるカットオフの技能レベルに概ね達したと考えられた。この AMPS のスコアから自宅での IADL の自立が可能なレベルと判断した。COPM の満足度の平均 8.2 点、遂行度は 8.2 点まで向上した。

しかし、退院が近づいても Aさんは、自宅での家事動作に自信を持てず、外出時の転倒恐怖感に加え、羞恥心からシルバーカーを使用しての外出に前向きでなかった。そのため、退院後の在宅で作業療法を継続する必要性を感じ、理学療法士を含め多職種と相談した。その結果、退院後の生活を考えると訪問リハビリテーションの必要性が高いという結論に至った。そのため、当院の訪問リハビリテーション担当者へ引き継ぎ、自宅での家事の定着、シルバーカーを用いた外出、バスを用いてのウィンドウショッピング

グができることを目的に週1回の訪問リハビリテーションを3ヶ月間実施することになった。

【訪問リハでの作業の定着・拡大を目的としたアプローチ】

自宅退院後、家庭内の役割であった掃除、皿洗い、布団の上げ下げは訪問リハの OT の介入なく行えたが、認知機能の問題により洗濯機の操作に問題を生じていた。特に認知機能の問題は、入院中に顕在化しなかったが、退院後に環境の変化、つまり洗濯機が変わったことにより生じていた。これに関しては、訪問の OT・娘と自宅にて練習をすることにより一人で可能となった。自宅退院前、後ろ向きであった外出や買い物についても、毎日の散歩、近所のパン屋へ行くこと、バスを利用した買いものに段階的に目標を定め介入することで前向きな姿勢が見られるようになった。最終的に3ヶ月間週2回の訪問作業療法により、病前からの楽しみ活動であったバスを利用して買い物も行えるようになり、訪問リハビリテーションを終了とした。

【考察】

本事例においては、入院以前よりアルツハイマー型認知症との診断があることに加え、入院当初より認知機能の低下が認められた。しかしながら、入院中の作業遂行などの観察からは、作業遂行が行えない理由は身体機能の問題に起因したものと考えられ、認知症や認知機能障害が本人・家族のニーズとなっていた家事等を阻害する因子とは捉えられなかった。しかしながら、自宅に帰った時に環境の変化により、認知機能障害による問題が顕在化した。したがって、本事例において退院後に自宅の環境での作業の遂行を確認するといった期間を限定した訪問による作業療法が有効であったと考える。このためには、入院中に担当した OT がその必要性を感じ、入院中から訪問作業療法の必要性について訴えたことが、結果的に自宅での役割や地域での楽しみの再獲得につながったと考える。

地域生活での役割や楽しみ活動の獲得を見据えた回復期リハビリテーション病院での作業療法アプローチに加え、その定着・拡大のために訪問による作業療法は非常に効果的であり、事例の作業の再獲得には不可欠であった。退院後円滑な地域での意味ある作業の獲得のためには、作業の背景やニーズの把握、そしてその分析ができ作業の再獲得の重要性を共有できる作業療法間でのシームレスな連携は非常に有益と考える。とりわけ、認知症のある患者は入院時の作業療法で習得した内容が、自宅に帰ってから活かせないことが生じうるリスクが高いため、このような病院から地域への連携をより一層強めていくことが、地域での意味ある活動の支援に必要不可欠と考える。

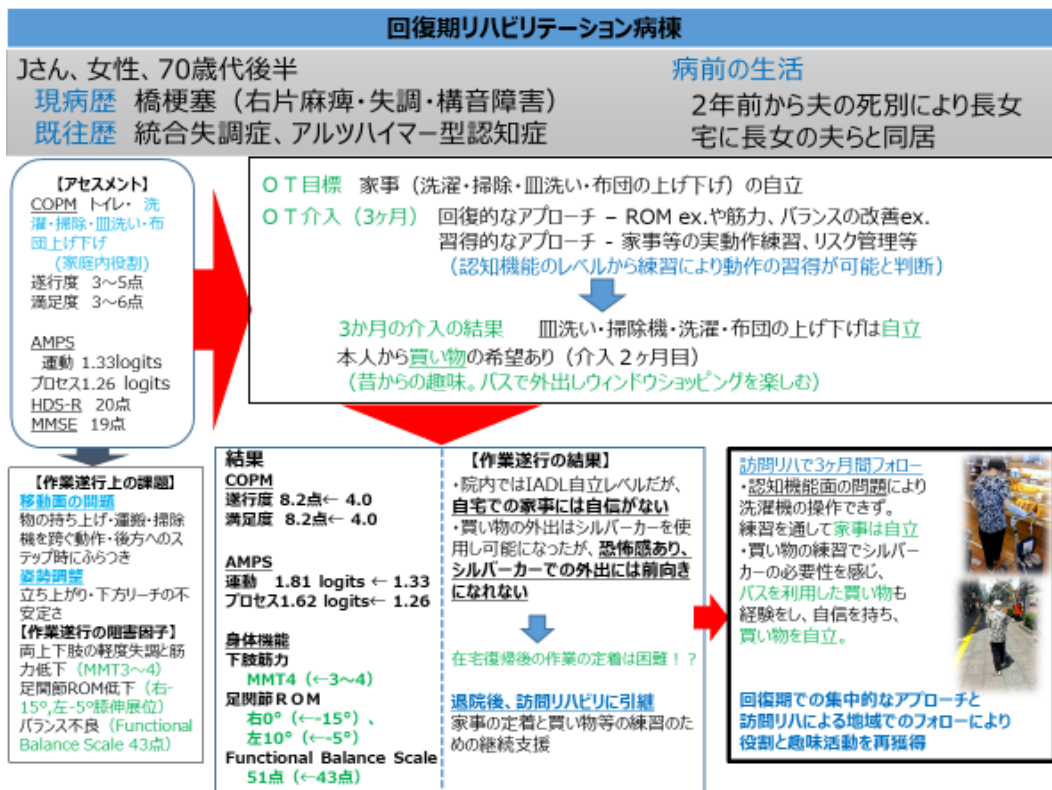


図8-4 回復期リハビリテーション等における事例の概要

事例：J氏(70代) 女性 ATD HDS-R20点 MMSE19点

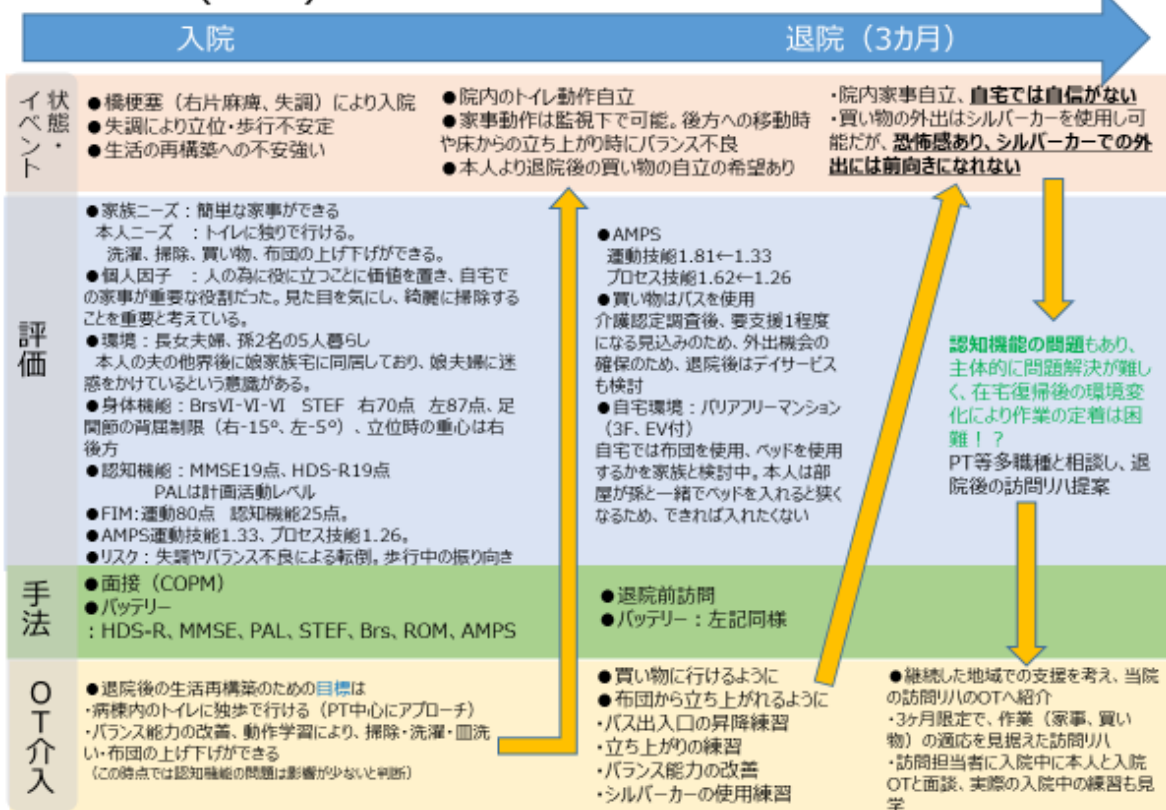


図8-5 回復期リハビリテーション等における事例の作業療法の展開

9. 身障病院（生活期／維持期）【医療保険】

回復期でのリハビリテーションがスムーズに進まず療養型医療施設へ入院となった症例に対して、本人とその家族にとって重要な作業を評価し、その作業が実践できるまでに至った経緯を紹介する。

【事例紹介】

K 氏、80 歳代後半の女性。現病歴は、X 年 Y 月自宅で倒れて動けなくなっているところを息子が発見し B 病院へ入院となる。発熱、脱水と診断された。転倒時に打撲した右腰背部の痛みが残存していたため、当院へ療養目的のために入院となる。今後の方針としては、自宅退院は介護的に困難とのことで、息子は療養継続を希望している。

作業療法処方目的は、入院後に活動性の低下が著明となり、離床拡大を目的に処方された。

【入院時評価】

①COPM：（家に帰って）庭の野菜・花の世話をすること（重要度/遂行度/満足度: 10/1/1）、家族ニーズ/ 本人の好きなことをさせてあげたい、食事とトイレは自分でできるようになってほしい。

②生活歴：入院前の生活は、自宅の庭で毎日朝早くから趣味であった野菜作りや花の世話をしていた。また、その野菜を友人に譲ったり、野菜作りの話を友人と話すことが好きであった。入院に対しての受け入れは悪く、入院直後には「（帰れると思っていたのに）早く帰りたい。」との入院環境の不満発言が見られた。

●神経心理学的評価：HDS-R 10/30 点、遅延再生・見当識著明に低下。検査中の反応速度は遅い。

●BPSD 評価：うつ Self-relating Depression Scale （cut off=48 点以上）57/80 点。意欲・やる気スコア（cut off=16 点以上）26/42 点。

●ADL：FIM 23 点、食事ベッド上介助、尿便意あるもオムツ内排泄、食事量少ない時は点滴をしている。介護者からは、ADL 上では、何もやろうとしてくれない、されるがままという印象であった。

【統合と解釈・問題点の抽出】

入院により趣味であった野菜・花作り、友人交流ができなくなり抑うつ・意欲低下の低下を認め、離床の動機付けもなくなり、ADL の介助量も増大し、介護者からの過介助、さらなる認知機能障害の増悪、抑うつ・意欲の低下、ADL 低下の悪循環となっていた。本症例においては、離床するための動機付けが欠如されていることが問題であると考えられた。

【作業療法介入と経過】

離床の動機付けを少しでも得られるように、ご家族にも協力を依頼し、自宅で活用していた園芸用品や植木鉢を病院内に持参してもらい、作業療法室の窓から見える屋外へ設置した。導入初期は野菜・花の知識や育て方など、園芸に関する話題を植木鉢を見ながら OT と会話を図った。その後、本人から「そろ

そろ花さくんちゃうか」など、意欲的な発言が見られだした際に、本人にとってなじみの作業である水やりや肥料撒きなどを行なった。その後も、同様の関わりを継続し、毎日の成長を写真にとり、印刷物を病室に置いたり、看護師・介護士などにも見てもらい、周囲から本人に声かけをするようにした。その後は、「今日は暑いけど花が気になるから行くわ」と離床意欲が徐々に改善しだした。また、食事前に OT を行うことで、食事でも車椅子で摂取するようになり、看護師とも園芸の話などを行っている場面がますます多くなった。同時期に、週一回すでに行なっていた集団作業療法に参加を促し、導入することで他患とも交流増えはじめた。その後、その集団作業療法内で知り合った他患者とともに園芸を行うようにした。徐々に本人の要求も増え始め、再評価にてトイレでの排泄をあげて、訓練開始しはじめ、2 週間後には時間誘導にて病棟内で定着できた。介入 4 ヶ月後には、FIM44 点となり、ADL の改善を認めた。SDS も 40 点まで改善、やる気スコアは 15 点まで改善が認められた。

【退院に向かっての調整】

ADL の改善に伴い、自宅復帰を目指すためにさらなるリハビリテーションの実施をすすめることとなり、自宅近くの老健への入所が決定した。この時期に、本人を含めた家族との多職種カンファレンスが実施された。本人が自宅で再び園芸活動を実施するためにも、屋内外の移動能力の獲得を目標とした老健入所であることを本人に理解していただき、目標を共有して同意を得る作業を行なった。当院への入院時に「早く帰りたい」と常に思っていたこと、入院が長引いたことで抑うつを呈していたこともあったため、老健入所についても退院までの作業療法中に本人と一対一で面接を行なった。その中でも「早く帰りたい気持ちは変わらない」「でもやらなあかんこと（歩行練習）もある」とその場での入所への理解は示しているが、症例の想いは変わらず在宅にあることを OT に伝えてくれた。

次施設への申し送りについては、現段階での認知機能障害や ADL の状況などを伝えることに加えて、今回の入院についてどのような想いを抱いているのか、何が原因となり BPSD の発言と ADL の減退に陥っていたのかについて、これまで上述したことについて、流れがわかる形で時系列で記載した。

【考察・まとめ】

本症例は、記憶や見当識の障害は認められたが、本人の大切にしている作業への想いは最後まで一貫して変わらなかった。意味のある作業の剥奪はたとえ認知症の有無にかかわらず、抑うつや意欲低下を招く要因ともなりうる。認知症を有している患者の抑うつについては、環境条件のような心理社会的要因の重要性も指摘されている⁷⁾。これらの BPSD の発現によりさらなる ADL の低下を招く悪循環に陥っていた本症例において、入院中においても本人にとってこれまでの重要な活動を入院生活に段階的に導入できたことが、症例にとっての抑うつや意欲低下を改善する一助となったと考えられた。療養型医療施設の認知症患者への作業療法では、病棟生活で本人の生活の場を再構成し、ADL をできる限り維持するだけでなく BPSD の改善をも図り QOL を維持することが重要となる。特に、病院だからといって心身機能レベルだけに目を向けるのではなく、本人がどのような生活を送っていたのかといった今までの

生活にも目を向ける必要があるだろう。

この症例から、当領域における OT は病院という環境条件の中でも本人の大切にしていた作業を再び取り戻すためにもどのような評価を行い、支援するのかを考えるきっかけになれば幸いである。

療養型病院(老健入所)		意欲・抑うつの改善によりトイレでの排泄が可能となり老健入所へ至った一例		
年齢：85歳 性別：男性 疾患名：脳梗塞、アルツハイマー型認知症		介護度：4 認知症の程度：CDR2（重度）		
【現病歴とOT処方までの経緯】 X-1年特養生活入所中に脳梗塞発症、回復期リハビリテーション病棟へ入院するも転院時から食思も低下し機能訓練に拒否的となり療養型病院へ入院する。入院中離床拒否が続くため生活範囲拡大目的でOTが処方される。				
【家族・本人ニーズ】 家族：本人の好きなことをさせてあげたい、食事やトイレは自分でできてほしい 本人：家に帰って友達と会いたい、庭の野菜・花の世話がしたい				
【生活目標】 長期：OT期限内（6ヶ月）に身障者用トイレにて排泄が日常ADL場面でも可能となること。 短期：1ヶ月以内毎食時離床しトイレで食事をとること。				
	開始時（入院時）	統合と解釈・プログラム設定	中間（1ヶ月後）（園芸中心） 目標：車椅子乗車し食事摂取可	施設退院（4ヶ月後）（園芸・集団） 目標：病棟内トイレにて排泄可
認知機能 の状態	HDS-R：10/30点 近時記憶、見当識低下	長期の入院により趣味であった野菜・花作り、友人交流ができなくなり抑うつ・意欲低下	HDS-R：14/30点 見当識改善	HDS-R：18/30点 近時記憶改善
ADL の状態	FIM：23点食事ベッド上介助、尿便意あるもオムツ内排泄、食事量少ない時は点滴	離床の動機付けがなくADLの介助量増大、過介助	FIM：40点 食事車椅子にて自力摂取、食事量安定、排泄はオムツ継続	FIM：44点 排泄：時間誘導にてトイレ排泄可能
BPSD の状態	NPI-NH：抑うつ、無為無関心、SDS：57/80点 やる気スコア：26/42点	さらなる認知機能障害増悪、抑うつ・意欲低下の悪循環	SDS：46点 やる気スコア：18点	SDS：40/80点 やる気スコア：15/40点
介護者など 環境との 関係性	・何もやろうとしない人という印象、介助量が多い ・他患やスタッフとも関わり希薄	問題点：離床するための動機付け欠如 介入：園芸や集団OT介入	・園芸の話題でスタッフと会話、看護師と車椅子に乗り中庭の野菜を見に行く ・スタッフとの関わりが中心	・他患とともに園芸に参加 ・食事時に他患と交流が多くなる
経過：導入初期は本人のなじみのあった花の水やりから活動開始し、「今日は暑いけど花が気になるから行くわ」と離床意欲が徐々に改善する。食事前にOTを行うことで、食事車椅子で摂取できるようになる。看護師とも園芸の話などをしている場面が多くなる。集団OTを追加導入することで他患とも交流増える。本人の要求も増え始め、面接評価にてトイレでの排泄をあげ、訓練開始し、時間誘導にて病棟内で実践し、定着する				
考察・まとめ：抑うつを呈する認知症患者は日々のADLに対して動機付けが得られない患者も多い。抑うつや意欲低下を改善させるためには心理・環境面も重要な介入要素である。本症例は、生活歴の評価から本人にとって重要な活動を日常生活に導入することで、入院生活の改善を図り、意欲や抑うつを改善することができた。				

図 9 - 5 医療療養型病床における事例の概要

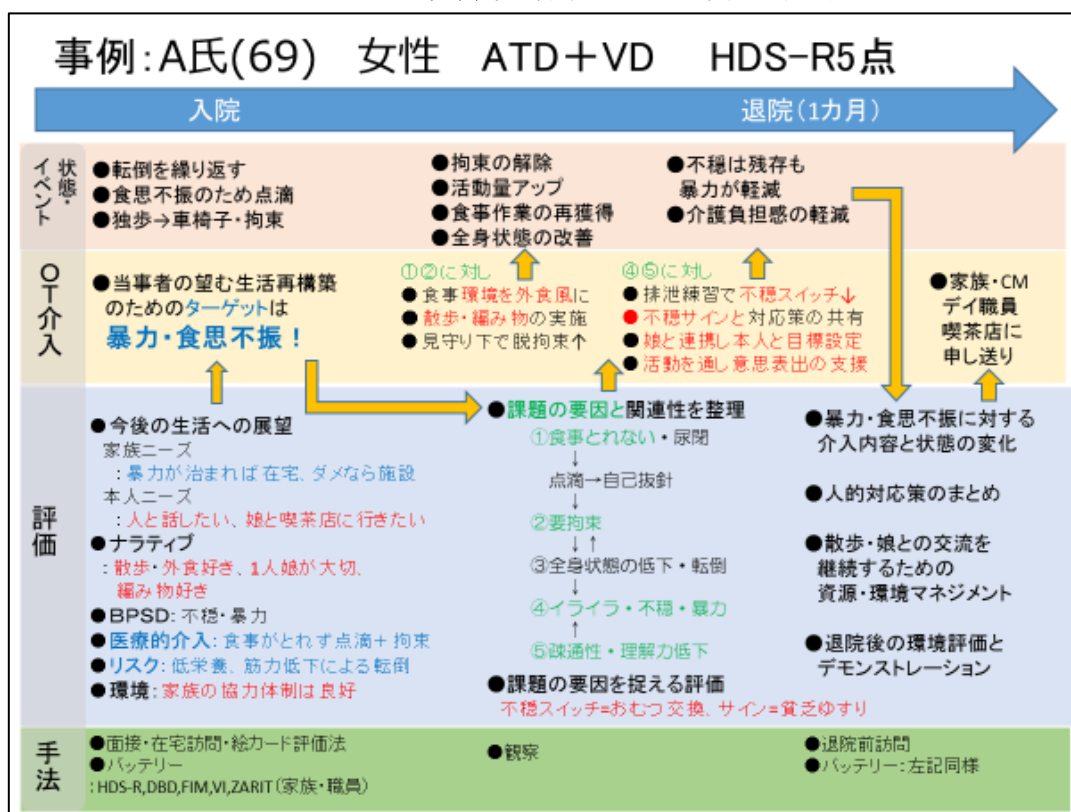


図 9 - 6 医療療養型病床における事例の作業療法の展開

10. 病院（認知症治療病棟）【医療保険】

評価から支援までの事例

食思不振、点滴抜去、拘束、暴力が主要因で精神科治療病棟入院となった症例に対し、これまで述べてきた流れとポイントに基づく評価と認知症リハビリテーション・在宅退院支援を行い、早期退院となった事例を以下に報告する。

【症例紹介】

症例はA氏、69歳の女性である。アルツハイマー型認知症と血管性認知症の混合性認知症で、要介護度1、HDS-R5点であった。キーパーソンはご主人、2人暮らし。X-5年頃より認知症状が出現し、自宅でデイサービスを利用しながらご主人の介護で過ごしていたが、転倒されて大腿骨頸部骨折を受傷したことをきっかけにサービス付き高齢者向け住宅に入所された。その直後から不穏・ご主人や介護職員に対する暴力が顕著となり、さらに不眠・食事量低下・尿閉などの身体症状合併により、精神科病院の認知症治療病棟に入院となった。入院後は脱水治療のため点滴挿入するも抜去してしまい、また徘徊し転倒リスクが高かったため、車椅子で安全ベルト、ミトン装着による拘束状態となった。

【初期評価】

入院時、本人とご主人に生活目標を聴取したところ、本人は「人と話がしたい」、ご主人からは「暴力がネック。それがなくなれば自宅、ダメなら施設を考えたい」との希望を示され、ここで入院の目標、退院への手立ての1つが「暴力の軽減」であることが共有された（入口におけるターゲットと流れの明確化）。

次に、生活目標の特定、介入の糸口をつかむため本人の作業歴や興味・関心の評価を試みたが、認知機能障害による理解困難に加え運動性失語があり言語による聞き取りが困難だったため、絵カード評価法と自宅訪問を実施した（評価方法の工夫）。その結果、家事は嫌いで外食が好きだったこと、編み物が好きなこと、散歩が日課だったこと、1人娘をとっても大切に思っていたが、結婚して別居になってから寂しがっていたこと、一緒に喫茶店に行く時間を大切にしていたことなどが情報収集できた。

さらに、定量的評価として実施したものは、HDS-R：5/30点、V I：3点、J-ZBI_8：10/32点、FIM：34/126点、DBD13：29/54点であった。

【本人・家族の生活の目標】

本人：人と話をするのが好き→娘と喫茶店に行きたい ご家族：暴力がなくなれば在宅、ダメなら施設

【考察、問題点の抽出】

以上の情報から、考察、課題の整理、関連付けを行った。（図の左側のボックスに記載）

食思不振による脱水症状・尿閉が起こり、入院により点滴治療を開始したが、抜去や徘徊といったB P S Dにより、リスク管理の観点で要拘束となった。そのことで、廃用性の身体機能低下や排泄動作能力低下を引き起こし、さらに拘束状態を長期化させるといった悪循環リスクが予想された。また、全身状態の低下、要拘束状態、おむつ交換回数の増加が、本人の不穏や暴力行為を引き起こすファクターとなっていることが考えられた。

以上から、入院の目標である「不穏・暴力」と、それに関連する要因であり医療的介入ニーズでもある「食思不振」「要拘束」に着目し、この3点の課題に対して、さらに詳細評価（不穏・暴力の環境要因やパターンの分析、食事・歩行・排泄動作の各工程の残存機能など）を行った。

【作業療法介入】

詳細評価をふまえ、ストレングスや本人のニーズ・生活習慣を織り込んだアプローチ（散歩・外食・娘との交流）を実施した。

1つ目に、要拘束状態を脱することを目指し、本人の習慣であった散歩を通した歩行運動を実施し、歩行補助具と靴の調整を行った。また、歩行運動の結果を病棟スタッフと共有し、脱拘束に向けた段階付けと見守り体制について連携を図った（多職種との連携）。この結果、6日目に拘束解除、独歩となった。

2つ目に、1つ目と並行し、食事の確保に向け、本人の嗜好であった外食をイメージした食事場所設定や、院内喫茶での補食など、環境設定と作業の変更のアプローチを行った。院内喫茶での補食はご家族の協力も得、本人は楽しみとして認識・記憶しており、「次いつ行くの?」「何食べようかな」「風呂入ってかなあかな」など、予定に向けて生活を整える反応も見られた。

3つ目に、不穏・暴力の軽減を目指し、不穏の引き金であったおむつ交換を減らすための排泄動作練習、スタッフ間での不穏スイッチ・サインの共有、編み物作業を用いた意志表出の支援を行った。また、本人のニーズとして抽出された「退院後娘と喫茶店に行く」という作業をモチベーションとして本人・ご家族と共有し、1つ目の散歩を継続的に実施した（ご家族との連携）。

1つ目、2つ目の結果として、徐々に食事が増加したため点滴治療を終了し、入院後6日目に拘束解除、独歩となった。このことにより、全身状態の低下阻止、歩行機能維持（Passive の介入）が図れた。また、1～3の結果として、不穏は残存したものの、暴力に至る回数は軽減し、また職員の介護負担感も軽減した。入院要因となった「暴力」の軽減（Active の介入）が図れたことから、入院から24日目にて、退院後の生活の見通しを立て、具体的再構築へとシフトする流れとなった。

定量的評価としては、HDS-Rは5点で変化がなかったが、VI:5点、J-ZBI_8:7点、FIM:62点、DBD:9点と改善が見られた。

中央の2つのボックスには、重要課題として抽出した項目に対し、実施した介入内容とOTの視点、それによる状態の変化を図式で示している。

【退院時の引継ぎ】

入院要因となった「暴力」に対し、入院中に行った評価・介入と変化に基づき、不穏のサイン・環境設定・解除のポイントなどを「在宅生活における暴力軽減対策」としてまとめ、ご家族とデイサービス職員に申し送った。

また、本人の大切な作業である娘との交流や、意思表示・対人交流の糸口となる作業である散歩・編み物・集団参加について、退院後も継続できるよう、ご家族・ケアマネジャー・地域の人と共に退院前訪問にてプランニングを行った（出口における地域との結びつけ）。

スライド最下部には、結果と転機、退院に向けて医療から地域へ繋げるために行った支援について記載している。

【考察・まとめ】

本症例は、介護負担感が大きく、精神科治療病棟の入院要因となりやすいBPSDである「暴力行為」に加え、身体的な医療介入が必要となり、入院、拘束を余儀なくされた症例であった。これに対し、入院早期から在宅退院に向け介入ターゲットを定め、リスク回避と暴力対策を並行してプランニングし、本人が大切にしている作業を中心に据えた介入を、他職種やご家族と協働して入院生活の中で実施できたことが功を奏したと考える。

近年、重度の認知症であっても、生活する場所を選択できるような地域づくり、仕組み作りが叫ばれ、医療機関における「早期退院」「入院前からの退院支援」「退院後を見据え、引き継ぐ支援」が推進されている。精神科治療病棟における入院がその選択肢を狭めてはならない。「生活とつなぎ、生活に戻す支援」のベースとなる評価の視点と、精神科治療病棟ならではの課題や困難を切り抜けるヒントをお伝えできればと願う。

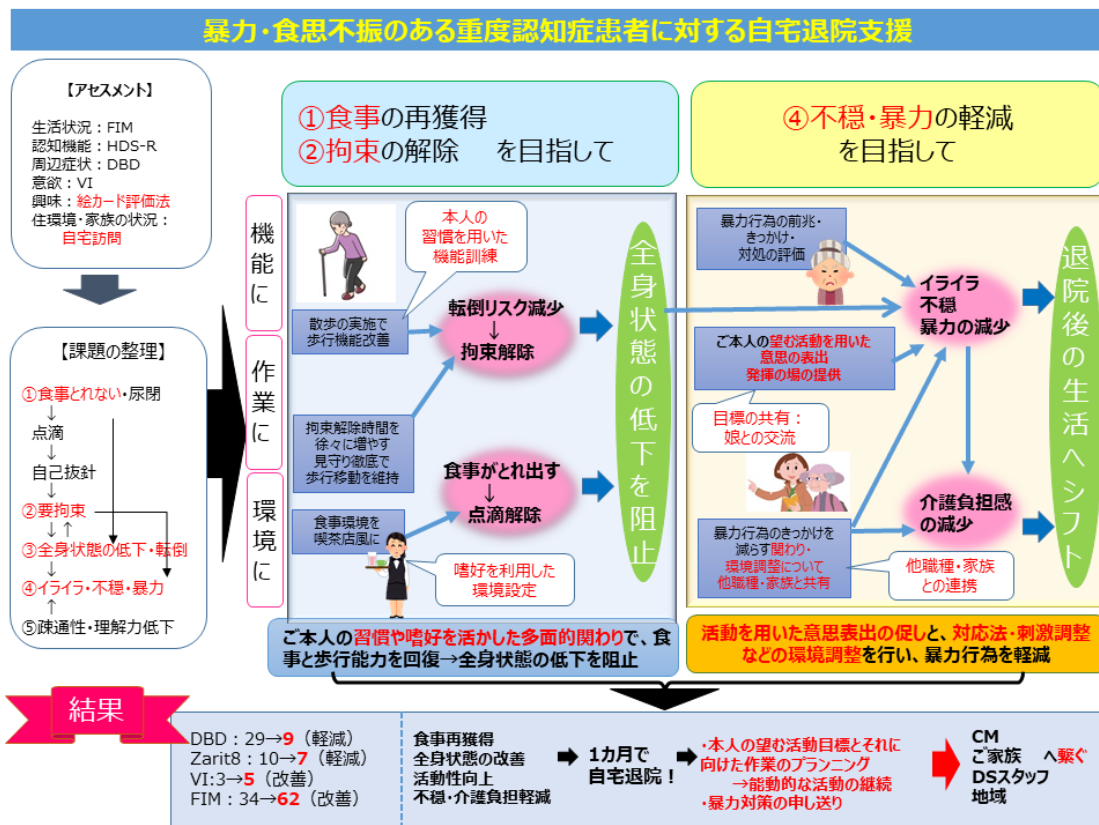


図 10-5 認知症治療病棟における事例の概要

事例：A氏(69) 女性 ATD+VD HDS-R5点



図 10-6 認知症治療病棟における事例の作業療法の展開

1 1. 施設（介護老人保健施設）【介護保険】

評価から支援までの事例

老健入所時、環境変化による混乱から自宅にいるときより、BPSD が顕著になることが多い。すでに抗精神薬などを服薬されている利用者もあり、混乱から一時的に薬の追加をして沈静化を図ることのないよう混乱の原因追究が大切になってくる。その問題を取り除き、施設生活を穏やかに過ごすことが目標とならないよう、BPSD の評価は早急に必須である。入所をして施設生活に慣れてしまうと、家族はこのまま入所を継続させたいと思ってしまうことがあり、入所時に明確化した目標を達成したら早期に退所支援する必要がある。

老健に入所される認知症利用者の多くは、家族がいかに認知症状を理解できているかで、その後の在宅復帰、在宅生活の継続に大きく影響する。BPSD が出現したときの対応などを、家族と一緒に考えておくことが重要である。つまり、利用者の認知症状が改善されなくても、家族の症状理解が利用者の BPSD の軽減につながるものが少なくない。

以下に、娘と同居後、トラブルが絶えず入所に至ったが、入所中に娘との関係を再構築することで、在宅復帰が可能となったケースを報告する。在宅復帰後も利用者と娘が過ごす時間が増えると被害妄想が著明となることを予測し、事前に通所サービスや短期入所療養介護（ショート）を提案した。施設と自宅という環境の変化があるなか、多職種で対応を統一し、事例の混乱を予防し、交互利用が可能になった。

【事例紹介】

A 氏、90 歳代前半、女性。要介護度 2、診断名はアルツハイマー型認知症。障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）は A1、認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）は IIIa、3 年前、長年暮らした自宅から長女宅に引き取られた頃より、被害妄想や帰宅願望が出現した。長女だけでなく孫とのトラブルも増え、老健に入所の相談となった。呉服屋を営む夫を支えながら、3 人の子どもを育て、夫が亡くなったあとは住み慣れた自宅で独居していた。日常生活は家事も含めて自立し、近隣にも古くからの友人が多く住み、趣味の剣舞を楽しんでいた。

【初期評価】

身体機能面能力面は年相応に保たれ、日常生活動作能力は入浴に見守りを要する以外は全自立。HDS-R 14/30 点、DBD13 18/54 点、J-ZBI_8 22/32 点であった。「長女と離れられたから快適」という発言の反面、環境が変わった混乱から職員や他利用者とのトラブルも頻回であった。トラブルや不安になると帰宅願望につながるため、スタッフと一緒に観察を行い、不安症状が強くなるタイミングを調べたところ、食事後や就寝前、入浴前など人が慌ただしく動きだすときに多くみられた。

体を動かす体操やレクリエーションが好きで、他利用者にも自分から声をかけ一緒に楽しもうとされていることが多い。それ以外の時間もひとりで新聞を読み、穏やかに過ごす時間も増えるようになったが、服薬への不安などがきっかけで暴言を伴う不穏や帰宅願望につながることもあった。

【作業療法介入】

帰宅願望が出現するときは、食後や、入浴前などに他利用者の動きがあわただしいときが多かったため、施設内でも認知症短期集中リハビリテーションの時間に中庭の手入れや体操の時間のリーダーなど役割をもってもらうこととした。また再び剣舞ができるようにと、短期集中リハビリテーションにも積極的に運動を行うようになった。

長女との関係を再構築するため、長女が面会に来るときには、本人が好きな和菓子をもってきてもらい、ふたりでお茶を飲んで過ごす時間を持てるようにした。また本人が施設生活に慣れ長女も精神的に落ち着き、その頃に本人の症候理解や不穏時の対応など少しずつ、長女と話す時間を持つようにした。

「私、薬を飲みましたか」と不安症状が強くなるため、施設管理としていた服薬も本人がスタッフに薬を取りに来るということをケアプランにあげ、本人管理にするまでの段階付けを行った。

体操やカラオケなどの集団に参加できるようになってから、徐々にリーダー的な役割をもってもらうようにした。

入浴順番カードを作成し、入浴前のあわただしさで不安が強くなっていたため、入浴カードを作成して、順番がくるまで落ち着いて過ごせるようにした。また洗濯を自分で行き、洗濯機操作、干す。取り入れなどの作業遂行能力を評価し、徐々に自身で行えるようにした。洗濯物を自己管理できるようになってからは、入浴準備を自己にて行うようにしてもらい、曜日を意識できる機会を増やすようにした。

また家族支援として、家族カンファレンスだけでなく、面会前後のわずかな時間を利用して、長女と話す時間をできる限り持つようにした。BPSD など負の側面ではなく、療養棟でも活動参加や洗濯・服薬管理など本人ができることを伝えるようにした。

【考察】

発症以前、独居をしていたときは家事をてきぱきとこなし、余暇時間は近所の友人と趣味の剣舞を楽しむなど社会参加もされていた。記憶力の低下とともに不安症状が強くなり、長女宅で同居してからは家事なども長女が行うことから自宅内の役割、また社会参加の機会もなくなり、長女や孫とのトラブルが増えていった。記憶力の低下から不安になり、他者とのトラブルになることが多かったこと、またそれらが発生するときは療養棟で何もすることがないときに起こりやすいことが観察で知りえたため、まずはその2点を課題と捉えアプローチした。

不安から BPSD 出現に至らないよう入浴カードや服薬確認を自己にて行えたことで、他者とのトラブルが軽減し、療養棟内での役割獲得（体操リーダー、カラオケ準備など）で活動参加も円滑に進めることができた。施設で穏やかに過ごす利用者を見て、長女の介護負担や母に対する確執も軽減し、母娘で過ごす時間を無理なく持てるようになった頃を見計らって、在宅復帰の具体的なプランを提案した。長女の在宅介護に対する不安を軽減するために、ショートや通所リハビリなど多くのサービスを絡めた在宅継続プランを、外出や外泊を試しながらゆっくり進めたことも自宅と施設の交互利用を円滑に進めることができた要因のひとつと考えられる。

また万一在宅で以前のように BPSD が出現し、家族では対応できなくなったときも、施設が利用者にとっても馴染みの場となっていたことで、家族がいつでも相談できる体制を整えていた安心感も在宅継続の大きな安心材料となったと考える。



図 1 1 - 5 老健における事例の概要

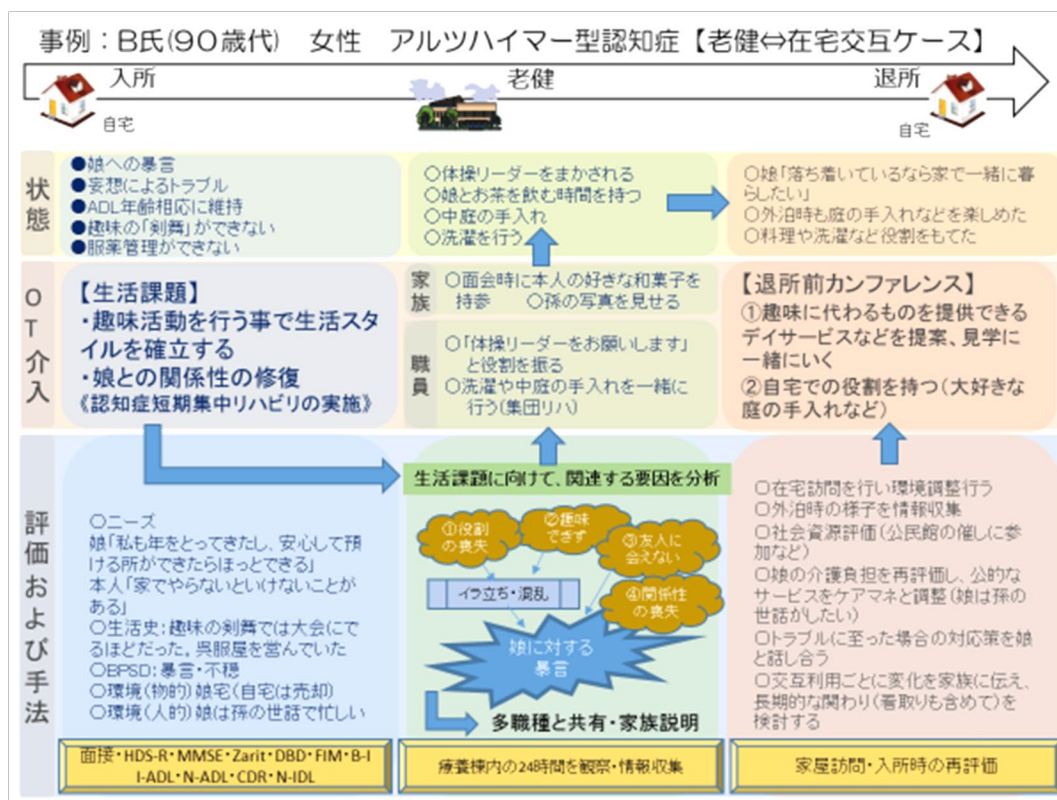


図 1 1 - 6 老健における事例の作業療法の展開

執筆者一覧

小川敬之 京都橘大学 (担当：第2章 第1節)

長倉寿子 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 (担当：第1章)

大井博司 広島国際大学 (担当：第2章 第3節「1. 予防事業」)

岩切良太 日南市立中部病院 (担当：第2章 第3節「2. 認知症初期集中支援チーム事業」、
「7. 身体障害領域・急性期病棟」)

稲橋秀樹 蓮田よつば病院

(担当：第2章 第3節「3. もの忘れ外来」、「5. 重度認知症患者デイケア」)

椿野由佳 介護老人保健施設ウェルハウス川西

(担当：第2章 第3節「4. 通所リハビリテーション」、「11. 介護老人保健施設」)

村島久美子 桜新町アーバンクリニック在宅医療部

(担当：第2章 第3節「6-1. 訪問リハビリテーション」)

松浦篤子 荒尾こころの郷病院 (担当：第2章 第3節「6-2. 精神科訪問看護」)

仙波梨沙 西九州大学 (担当：第2章 第3節「7. 身体障害領域・急性期病棟」)

小川真寛 京都大学

(担当：第2章 第3節「8. 身体障害領域・回復期リハビリテーション病棟」)

田中寛之 大阪府立大学 (担当：第2章 第3節「9. 身体障害領域・維持期」)

河合晶子 三重県医療保健部長寿介護課地域包括ケア推進班

(担当：第2章 第3節「10. 認知症治療病棟」)

(特設委員会) 認知症の人の生活支援推進委員会

岩切 良太	小川 敬之	上城 憲司	河合 晶子	菅沼 一平
椿野 由佳	橋本 千枝	松下 太	村島 久美子	山口 智晴

「認知症作業療法評価の手引き」

2019年12月 第1版 発行

発行者 一般社団法人日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿1丁目5-9 盛光伸光ビル

電話：03-5826-7871

※本誌の著作権(著作人権, 著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており, 本誌の全部又は一部の無断使用, 複写・複製, 転載, 記録媒体への入力, 内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。