

2019.11.9

認知症作業療法推進委員会

「認知症作業療法評価の手引き」

医療・介護合同ブランチ

村島久美子

(桜新町アーバンクリニック/世田谷区認知症在宅生活サポート室)



「認知症作業療法評価の手引き」について

• 作成の経緯



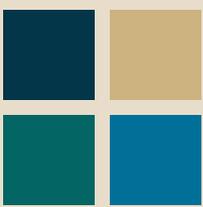
領域によって、
認知症の評価が
バラバラ...



隣の領域で使っている
評価を知り、つなぐときのヒ
ントになるような手引きがあ
ると便利！
まずは、それぞれの領域
でどんなことをしているか
まとめてみよう！



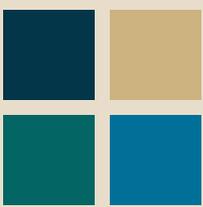
そもそも・・・
評価の使いこなし方や、
連携する領域でどのよう
な評価が使われているか
分からない。



「認知症作業療法評価の手引き」について

「認知症作業療法評価の手引き」の目的

- 作業療法士が関わりの多い領域において、
認知症の方への評価が適切に実施されること
- 病気や領域および居住形態によって優先度や
視点、評価内容が異なることを会員が理解すること

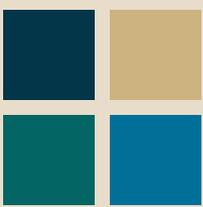


「認知症作業療法評価の手引き」について

この手引きでは、単なる評価の紹介だけに留まらず、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どのように支援に繋げるか・・・

を理解する目的として作成した。



手引きの構成①

第1章 認知症高齢者の理解のために

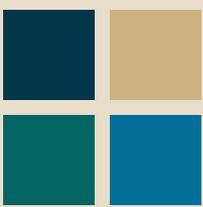
第1節 認知症高齢者の現状

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

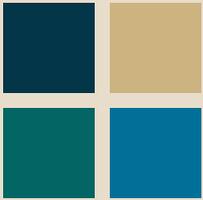


手引きの構成②

第2章 評価・作業療法士としての視点

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)
2. 認知症初期集中支援チーム
3. もの忘れ外来
4. 通所リハビリテーション
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
8. 回復期リハビリテーション病棟
9. 維持期・生活期
10. 認知症治療病棟
11. 介護老人保健施設

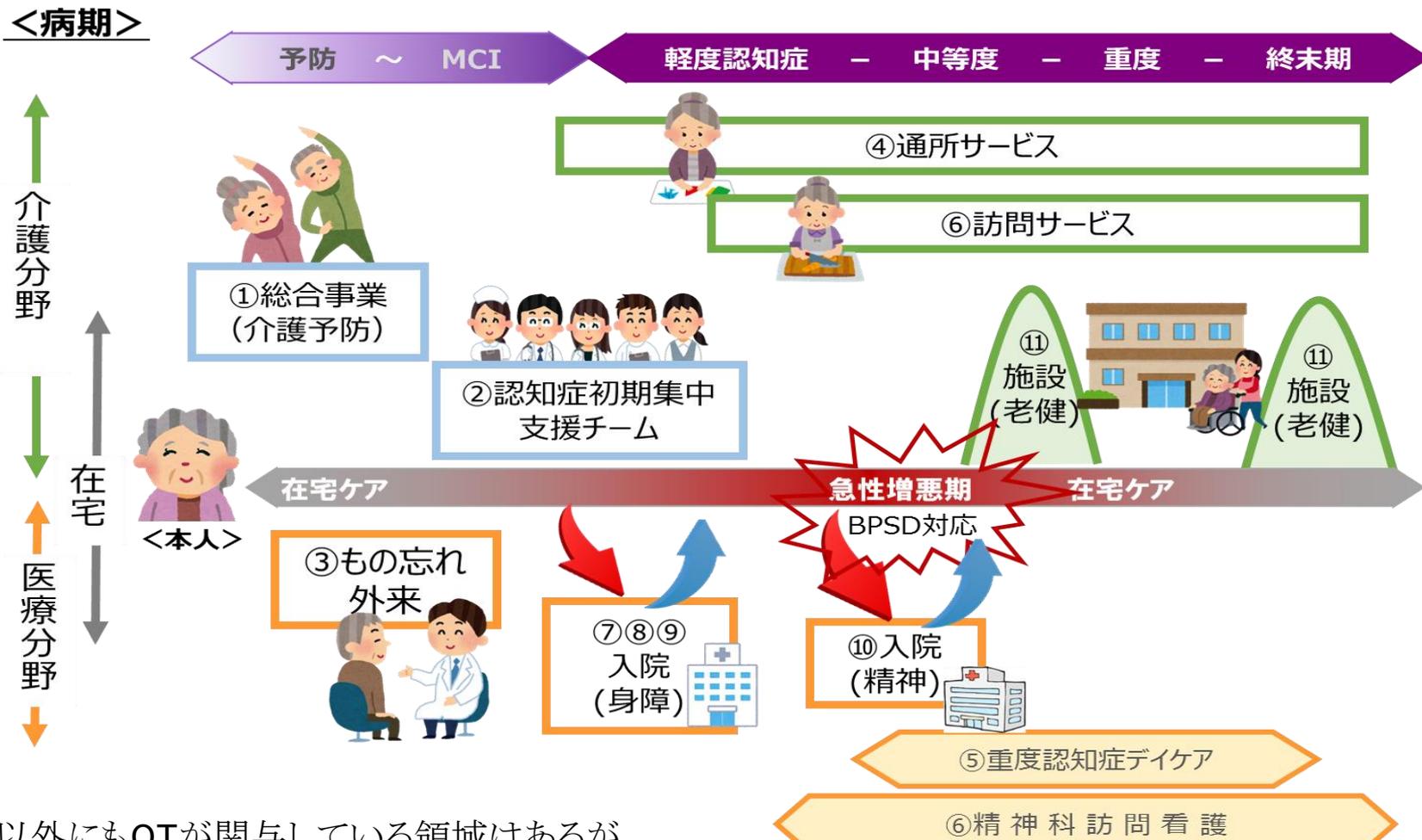


手引きの構成③

別冊

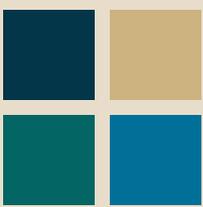
全11領域の事例全文
および**GP**シートを用いた事例紹介

手引き内で記載している領域(11領域)



※これ以外にもOTが関与している領域はあるが、今回の手引きでは制度上関与が多い領域に絞って作成している。

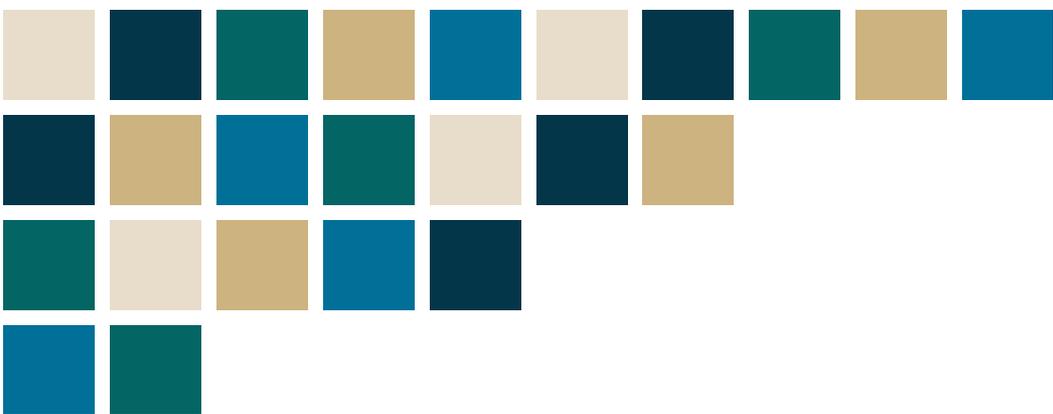
厚生労働省「標準的な認知症ケアパスの概念図」参考



「認知症作業療法評価の手引き」について

「手引きの使い方」

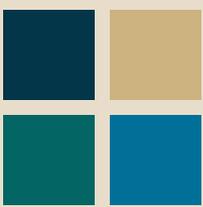
- 作業療法士として共通する視点・評価を理解した上で、自分が知りたい領域のページを読む。
- それぞれの領域のページでは、1)～5)の見出しで構成している。
 - 1) 各領域の目的と役割
 - 2) 各領域における作業療法士の役割
 - 3) 評価実施時の目的、視点、流れ
 - 4) 各領域における評価項目(評価項目一覧表)
 - 5) 評価から支援までの事例



例) 6-1

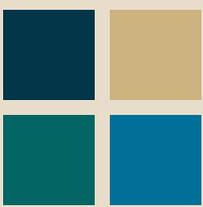
介護保険領域における 訪問リハビリテーション





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、そのものの目的
通所サービスの利用が困難な方に対して、実際の生活場面に出向いて、生活機能の維持・向上を図る。
“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、実際の生活場面でリハビリテーションを行う。
- 訪問リハビリテーションが持つ役割
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。(中略)
介護者が近くで本人の動きや反応を見ている利点を活かし、本人の“残存能力”を実際の場面で共有する。



2) 訪問リハビリテーションにおける OTの役割

- 複数の疾患が重複していることもあり、包括的なアセスメントが求められる。
- 生活上の困りごとと本人のやりたいことの実現を目的に。。。
 - ① 本人の生活習慣
 - ② 本人の能力・機能
 - ③ 本人のニーズの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

3) 評価実施時の目的、視点、流れ

① 評価の流れ

- ・ 本人を理解するための初期評価
- ・ 訪問する毎の状態を確認する定期評価
- ・ 毎月の定期評価



② 地域生活と医療・介護をつなげるために 必要な評価の流れ

- ・ 多サービス、多職種での情報共有
(あくまでも本人が中心となったもの)
- ・ 顔の見える関係づくりの重要性

4) 各領域における評価項目 (評価項目一覧表)

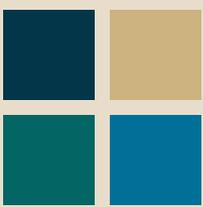
| 基本評価(観察・面接・情報収集) | 当領域における 検査・測定項目 | 引継ぎ時の連携 継続の中での連携 |
|---|---|--|
| <p>【 生活行為全般】</p> <p><input type="checkbox"/> MTDLP</p> <p>【 生活状況】</p> <p>■1 日の流れ ■IADL/BADL</p> <p>■生活習慣 ■睡眠</p> <p>■活動性、外出</p> <p>■対人・ 社会交流</p> <p>■コミュニケーション</p> <p>【 ナラティブ】</p> <p>■今の生活の困りごと</p> <p>■今後の生活のニーズ</p> <p>■興味関心 ■余暇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

左の列: OTとして押さえておきたい、共通の基本評価項目

中央列: 各領域で特に着目して実施している検査・測定項目

右の列: 今後の引き継ぎ・連携を行っていく上でのポイント

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



5) 評価から支援までの事例

- 手引き本編では、事例の前半のみ掲載している。
 - 事例紹介
 - 初期評価
 - 統合と解釈、問題点の抽出
- 事例の全文(作業療法支援、考察)および、GPシートを用いた事例の整理は、「別冊 事例集」に掲載。
 - ⇒ 手引きの本冊と別冊をセットで見てもらい、活用していただきたい。

目次

2024.11

1. 序言 1

2. 認知症作業療法概論 2

3. 認知症作業療法の目的と意義 3

4. 認知症作業療法の評価方法 4

5. 認知症作業療法の評価結果の活用 5

6. 結論 6

7. 参考文献 7

8. 謝辞 8

9. 索引 9

認知症作業療法評価 の手引き

著者 山田 太郎

編集 山田 太郎

発行 山田 太郎

発行所 山田 太郎

発行年 山田 太郎

発行部数 山田 太郎

発行価格 山田 太郎

発行地域 山田 太郎

発行言語 山田 太郎

発行日付

発行部数 発行地域

発行言語 発行地域

目次

はじめに

1. 認知症作業療法
2. 認知症の人の生活支援推進委員会での活動
3. 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）
 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・維持期生活期
 10. 認知症治療病棟
 11. 介護老人保健施設

おわりに

巻末付録：参考文献

別冊 事例集

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、退職などをしていながらも精神的に活動し、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・エイジに区分けしている。

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 (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や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出来るか。まさに認知症 OT 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

現在、作業療法士は、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要求されている。

認知症の人がたどる継続的変化の中で、「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が、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動する際に、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 OT 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为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、Quality of Living（以下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、人から違々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と言われる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、個の尊厳を守るどころか、かえってBPSDを助長することにもなる。

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「できない事」と「様々な事柄」との“関係性”を修復し、個人がよる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のごたごたは、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 籐治 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る。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といふことだと思ふ。

「面接とは「出会い」であるといふこと。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ふ意味である。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ふ。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、医療的側面など、作業療法士（Occupational Therapist：以下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。

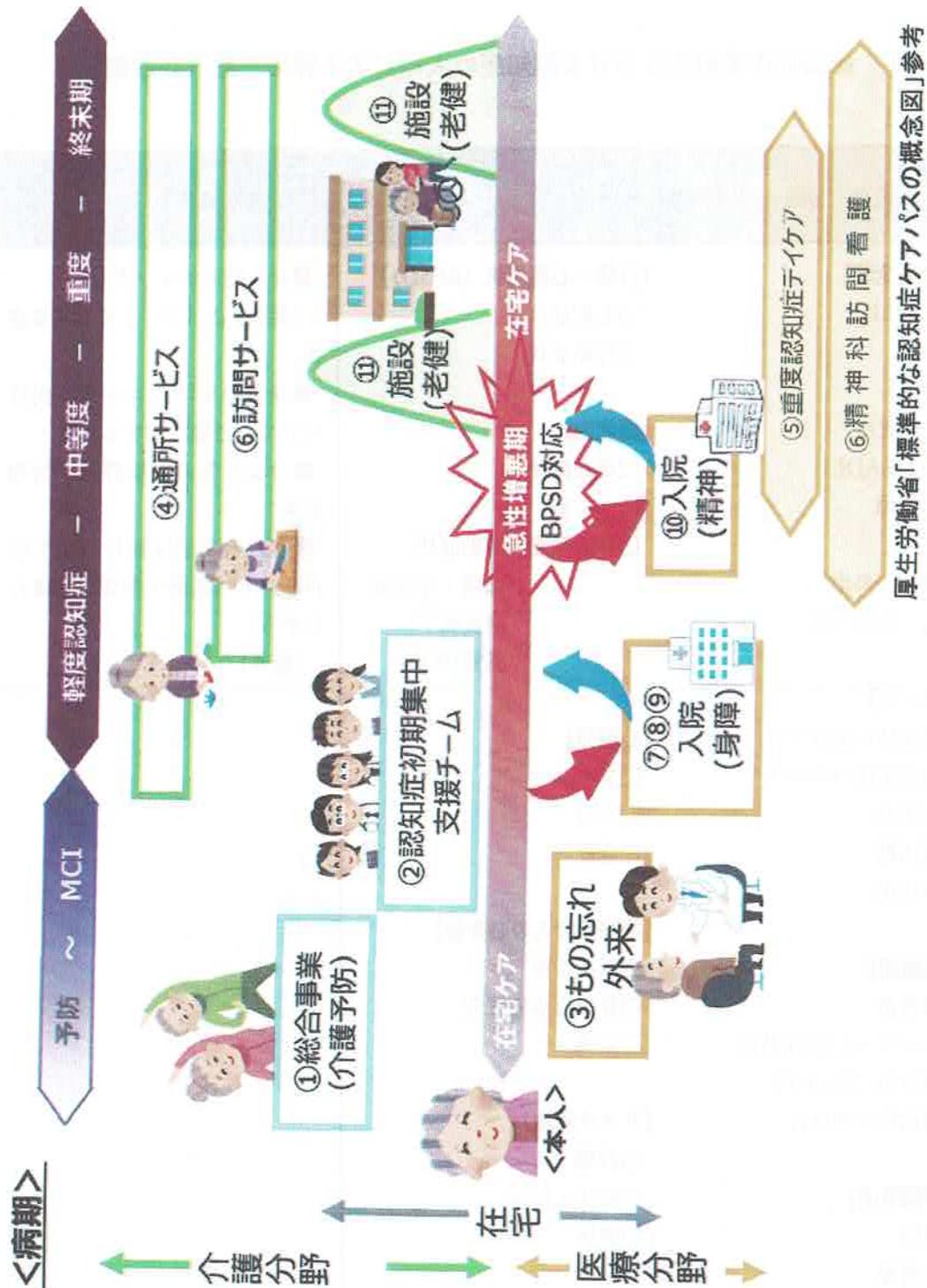
表1 認知症作業療法における認知症の人に対する評価一覧（共通編）

| 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 |
|--|--|
| <p>【生活行為全般】</p> <p><input type="checkbox"/> MTDLP</p> <p>【生活状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 1日の流れ</p> <p><input type="checkbox"/> IADL/BADL</p> <p><input type="checkbox"/> 生活習慣</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠</p> <p><input type="checkbox"/> 活動性、外出</p> <p><input type="checkbox"/> 対人・社会交流</p> <p>【ナラティブ】</p> <p><input type="checkbox"/> 今の生活の困りごと</p> <p><input type="checkbox"/> 今後の生活のニーズ</p> <p><input type="checkbox"/> 興味関心</p> <p><input type="checkbox"/> 余暇活動</p> <p><input type="checkbox"/> 経済状況</p> <p>【人的環境面】</p> <p><input type="checkbox"/> 家族背景</p> <p><input type="checkbox"/> マンパワーと知識、技術</p> <p><input type="checkbox"/> 介護負担（Zarit-8）</p> <p><input type="checkbox"/> 近隣住民や地域性</p> <p>【物理的環境面】</p> <p><input type="checkbox"/> 住環境</p> <p><input type="checkbox"/> 地域資源</p> <p><input type="checkbox"/> 公共交通機関</p> | <p>【行動・心理症状（BPSD）】</p> <p><input type="checkbox"/> 心理症状</p> <p><input type="checkbox"/> 行動症状</p> <p>【機能面】</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能</p> <p><input type="checkbox"/> せん妄</p> <p><input type="checkbox"/> 身体機能 運動機能 循環・呼吸器 摂食嚥下 感覚(疼痛)</p> <p>【心理面】</p> <p><input type="checkbox"/> アバシー</p> <p><input type="checkbox"/> うつ</p> <p><input type="checkbox"/> 意欲</p> <p>【医療的介入の必要性】</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬状況</p> <p><input type="checkbox"/> 身体合併症管理</p> <p><input type="checkbox"/> 栄養</p> <p>【リスク管理】</p> <p><input type="checkbox"/> 誤嚥</p> <p><input type="checkbox"/> 転倒・転落</p> <p><input type="checkbox"/> 廃用</p> |
| | <p>■介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化</p> <p>■今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果</p> <p>■つなぐ先の環境評価 情報収集</p> <p>■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）</p> |

[表の見え] せみか2(すい!)
 認知症の人は、
 認知症の人は、

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場面を図1に示した。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。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。



厚生労働省「標準的な認知症ケアパスの概念図」参考

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。



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



図1-2 認知症予防におけるOTの役割

い) 介護予防・日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と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」だ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。本人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

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の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。

地域における認知症予防の取り組みへのOTの参画

OTの各種認知症予防事業への参画は、自治体からの依頼、地域住民からの要請、都道府県士会活動、所属機関からの派遣、住所地の自治活動として、問題意識を持った一人の住民として、地域リハビリテーション活動支援事業を通して等、様々な形態がある

それぞれの地域で、物的人的資源がちがう
それぞれの地域で、歴史的背景がちがう
それぞれの地域で、考え方や関係性がちがう

OTは、その対象の地域を一人のクライアントに見立てて、住民主体の認知症予防ができるよう、その自立（自律）をその実情に合わせて支援していく

心、身体、脳の機能をサポートできるOTの特徴を生かし、単に運動や脳トレトレーニングを行わずに、社会的認知機能の予備力を向上させる（支え合いの中で行う）ことの重要性を啓発

- ・運行機能を発揮する機会としての企画運営の自主化を支援
- ・社会的認知機能を発揮する機会としての社会貢献活動や世代間交流を支援
- ・共感に基づく人間関係構築、地域の支え合いの促進を支援
- ・認知症に対する正しい知識を学ぶ心理教育の場となるよう支援
- ・予防方法を受身的に指導されるのではなく、自分たちの力で情報収集ができるよう支援
- ・自分たちの取り組みを社会に発信する機会を提供
- ・定期評価とフィードバックにより継続に向けた動機付けを支援
- ・各種事業にうまく乗れなかった人々への個別の評価と介入

○このような認知症予防のまちづくりを支援することで、認知症に対する誤解や偏見を減らせる
○認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを支援していただける人材育成につながる

OTは、住民主体の取り組みの継続を促す、必要に応じて働きとして支援していく

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来る場合もあるので、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。

認知症予防における評価の目的

事業立ち上げ（グループ設立）のための評価（地域評価）
●地域の歴史 ●地域で使える資源（人的・物的） ●地域の間人間関係

事業や取り組み自体の評価（全体としての効果判定）
●グループ成熟度 ●社会参加・QOL ●参加状況 ●認知機能 ●生活習慣

参加者のモチベーションを高めるための評価（個々人の効果判定）
●生活習慣 ●活動範囲 ●主観的健康度 ●生活満足度 ●認知機能 ●身体（運動）機能

参加者の個別支援のための評価（個別ニーズの把握、次の場への提案）
●認知症スクリーニング ●基本チェックリスト ●フレイルチェック ●その他必要に応じて注意喚起、IADLなど

図1-4 認知症予防における評価の目的

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

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ますが、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でき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」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 | （継ぎ時の連携 業務の中での連携 |
|--|---|--|
| 【生活行為全般】 <input type="checkbox"/> MTDLP 【生活状況】 <input checked="" type="checkbox"/> 1日の流れ <input checked="" type="checkbox"/> IADL/BADL <input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 活動性、外出 <input checked="" type="checkbox"/> 対人・社会交流 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーション 【ナラティブ】 <input checked="" type="checkbox"/> 今の生活の困りごと <input checked="" type="checkbox"/> 今後の生活のニーズ <input checked="" type="checkbox"/> 興味関心 <input checked="" type="checkbox"/> 余暇活動 <input type="checkbox"/> 経済状況 【人的環境面】 <input type="checkbox"/> 家族背景と介護力 <input checked="" type="checkbox"/> 本人と家族の関係性 <input type="checkbox"/> 介護負担（Zarit-8） <input checked="" type="checkbox"/> 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 <input checked="" type="checkbox"/> 住環境 <input checked="" type="checkbox"/> 地域資源 <input checked="" type="checkbox"/> 公共交通機関 【BPSD】 <input type="checkbox"/> 心理症状 <input type="checkbox"/> 行動症状 【機能面】 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> せん妄 <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能 【心理面】 <input type="checkbox"/> アパシー <input checked="" type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 意欲 【医療的介入の必要性】 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 身体合併症管理 【リスク管理】 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落 <input checked="" type="checkbox"/> 施用 | 【生活機能評価】 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 生活機能チェック <input type="checkbox"/> 生活機能検査 【MCIスクリーニング】 <input type="checkbox"/> ファイブコグ <input type="checkbox"/> 物忘れ相談プログラム <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> 主観的記憶に関する質問紙 <input type="checkbox"/> 3MS <input type="checkbox"/> MoCA-J <input type="checkbox"/> NCGG-FAT 【効果指標】 <input type="checkbox"/> ※上記MCIスクリーニング <input type="checkbox"/> 文字流暢性課題 <input type="checkbox"/> TMT <input type="checkbox"/> ウェクスラー記憶検査 <input type="checkbox"/> 各種の運動機能検査 【地域評価】 <input type="checkbox"/> 調査 <input type="checkbox"/> 情報収集 【事業評価】 <input type="checkbox"/> 調査 <input type="checkbox"/> 情報収集 【その他】 <input type="checkbox"/> 集団成熟度評価 <input type="checkbox"/> 健康観 <input type="checkbox"/> 自己効力感 <input type="checkbox"/> QOL <input type="checkbox"/> 認知症予防に関する知識 | <input checked="" type="checkbox"/> 介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 <input checked="" type="checkbox"/> 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 <input checked="" type="checkbox"/> つなぐ先の環境評価情報収集 <input checked="" type="checkbox"/> 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

【事例紹介】

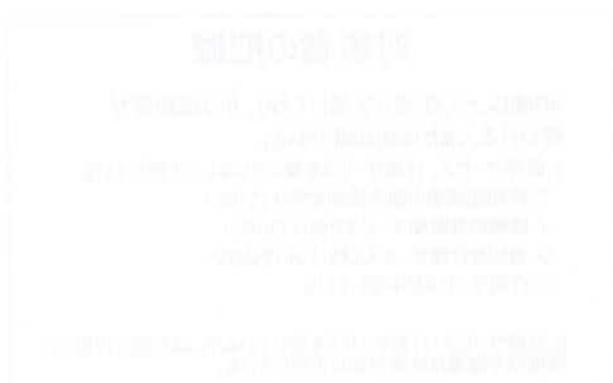
Aさん、70代男性、同居の娘と二人暮らしであった。新たに地域に立ち上がった認知症予防のための通いの場に友人と共に参加した。OTは地域包括支援センターの職員とともに立ち上げ支援をし、運営ノウハウを伝えながら陰からグループを支え、徐々に自主運営化に向けて支援をしていた。Aさんは責任感が強い上に問題意識も高く、グループの中心メンバーとして熱心に活動し、他のメンバーからも頼りにされるリーダー的存在であった。

【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（特にファイブロ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）、先のファイブロ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。



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面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る。(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。

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様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

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

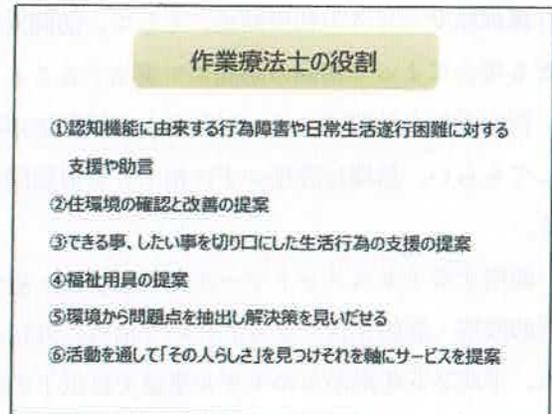


図2-3 認知症初期集中支援チームでのOTの役割⁵⁾

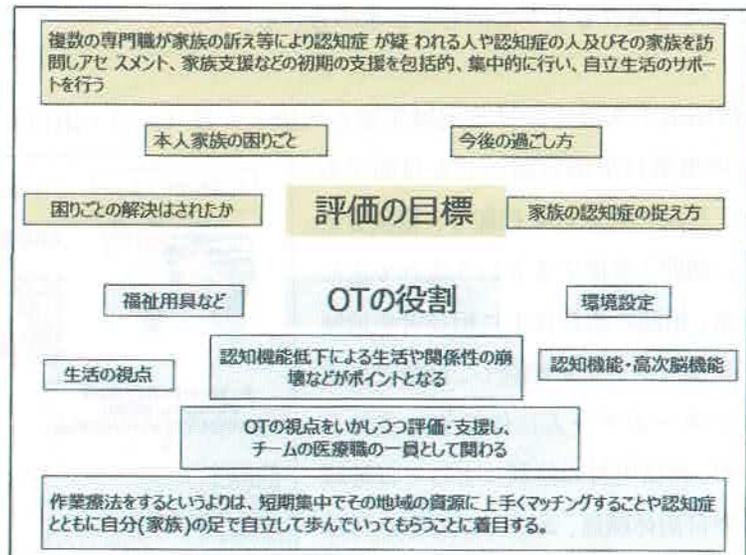


図2-4 OTの役割と評価の目標

こ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同行してもらい、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DASC-21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;DASC-21）」－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。相談の内容も多岐にわたり、地域生活を営めるように支援するには多く

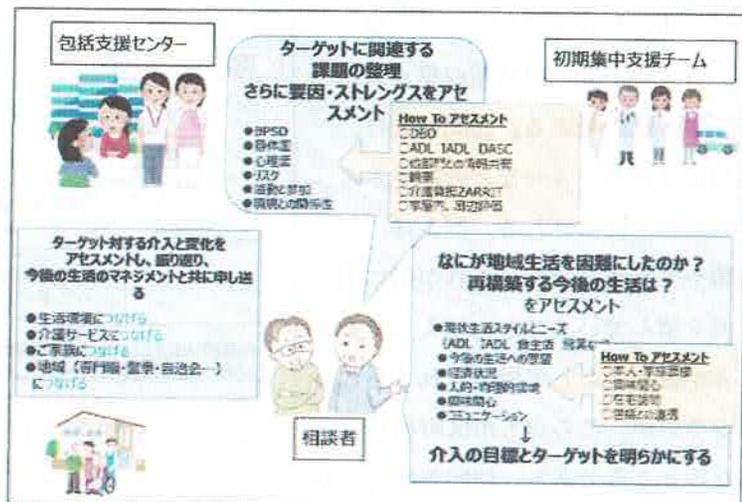


図2-5 認知症初期集中支援チームにおける在宅生活継続に必要な評価の流れ

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ため、評価の実施

| 基本評価 (観察・面接・情報収集) | 当該領域における検査・測定項目 | 引継ぎ時の連携 継続中での連携 |
|---|---|---|
| 【生活行為全般】 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 ■住環境 <input type="checkbox"/> 地域資源 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 筋緊張 ■感覚障害 (表在・深部) ■痛み <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 家事 (炊事、洗濯、掃除、買い物) <input type="checkbox"/> 職業関連活動 <input type="checkbox"/> 自動車運転 <input type="checkbox"/> 趣味活動 【環境面】 <input type="checkbox"/> 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

方法に工夫が必要である。さらに通常の評価に加えて、DASCや介護負担感、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よいだろう。

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応じ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よいだろう。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、これまでの管理は?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応じ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。

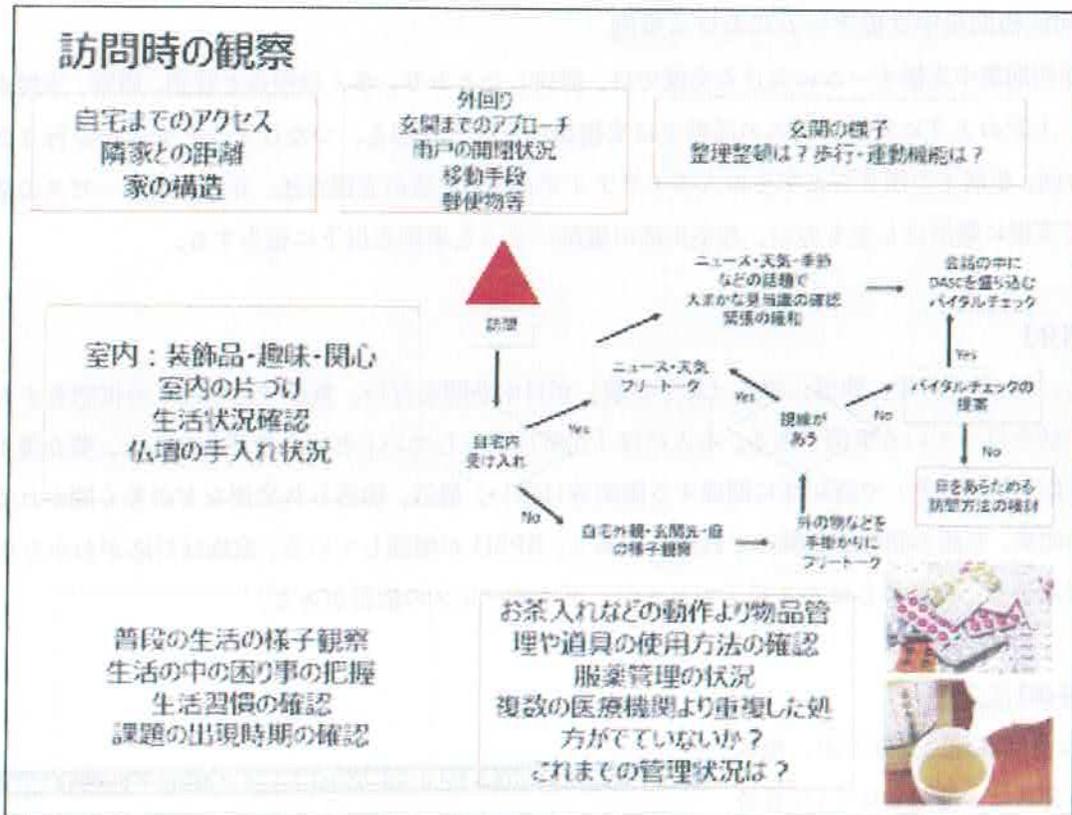


図 2-7-1 訪問時評価の視点と観察ポイント

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おいの確認をする — 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ニズム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たなら
— 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さないが、本人がいると家族は話したくない。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「身体のごきみせてください。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返して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準備をとることもある。

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68/84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。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



図2-8 認知症初期集中支援事業における事例

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、ケンカもしやすく嫁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。

【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）

A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る。そして対象者の状態（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。

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。対象者は身体的、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・介護者も対象者の変化に戸惑い、混乱している状態にある。そのため、対象者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、対象者だけでなく、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、加えて対象者の身体的（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、対象者や家族・介護者の多くは認知機能の低下を期待しての受診だけではなく、生活の中での困りごとの改善も期待している。また、対象者は当然ながら家族・介護者が混乱、不安を強く抱えていることも多く、それらの支援が不可欠であり、対象者と家族・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はなく、生活環境や周囲の状況、生活場面での対象者や家族・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げていく。必要で



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

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スを評価し、ADLやIADLへの対象者及び家族・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、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、対象者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、対象者や家族・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

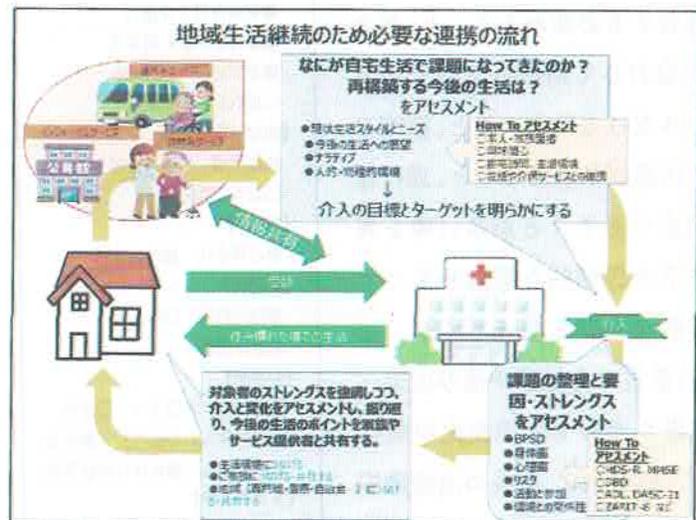


図3-3 地域生活を継続するために必要な連携の流れ

方向性を共有していく。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図に示す。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。

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つ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

| 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 継続中での連携 |
|---|---|---|
| 【生活行為全般】 <input type="checkbox"/> MTDLP 【生活状況】 <input checked="" type="checkbox"/> 1日の流れ <input checked="" type="checkbox"/> IADL/BADL <input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 活動性、外出 <input checked="" type="checkbox"/> 対人・社会交流 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーション 【ナラティブ】 <input checked="" type="checkbox"/> 今の生活の困りごと <input checked="" type="checkbox"/> 今後の生活のニーズ <input checked="" type="checkbox"/> 興味関心 <input checked="" type="checkbox"/> 余暇活動 <input checked="" type="checkbox"/> 経済状況 【人的環境面】 <input checked="" type="checkbox"/> 家族背景と介護力 <input checked="" type="checkbox"/> 本人と家族の関係性 <input checked="" type="checkbox"/> 介護負担 (Zarit-8) <input type="checkbox"/> 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 <input checked="" type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 地域資源 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 【BPSD】 <input checked="" type="checkbox"/> 心理症状 <input checked="" type="checkbox"/> 行動症状 【機能面】 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> せん妄 <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能 【心理面】 <input type="checkbox"/> アパシー <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 意欲 【医療的介入の必要性】 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 身体合併症管理 【リスク管理】 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 廃用 | 【基本情報】 <input type="checkbox"/> 生育歴 <input type="checkbox"/> 職歴 <input type="checkbox"/> 生活歴 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 介護保険・公費・手帳 等 【身体機能】 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 麻痺の有無 <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 移動能力 【認知機能】 <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> TMT-A or B <input type="checkbox"/> COGNISTAT 【生活能力】 <input type="checkbox"/> FIM もしくは BI <input type="checkbox"/> DASC-21 【行動心理症状】 <input type="checkbox"/> DBD <input type="checkbox"/> NPI 【その他】 <input type="checkbox"/> うつとの鑑別 CES-D <input type="checkbox"/> アルコール依存 <input type="checkbox"/> せん妄 | <input checked="" type="checkbox"/> 介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 <input checked="" type="checkbox"/> 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 <input checked="" type="checkbox"/> つなぐ先の環境評価情報収集 <input checked="" type="checkbox"/> 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

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。

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を評価、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これば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さんは夫に対し「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階に対象者、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。元々夫婦仲はよ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行っていたが、現在は対象者自身が拒否し行

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。(図4-3) 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通所での様子も把握し、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。

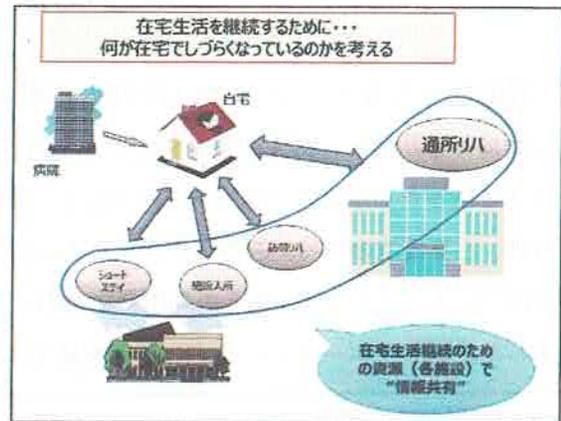


図4-3 通所リハビリテーションにおける評価の視点

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。

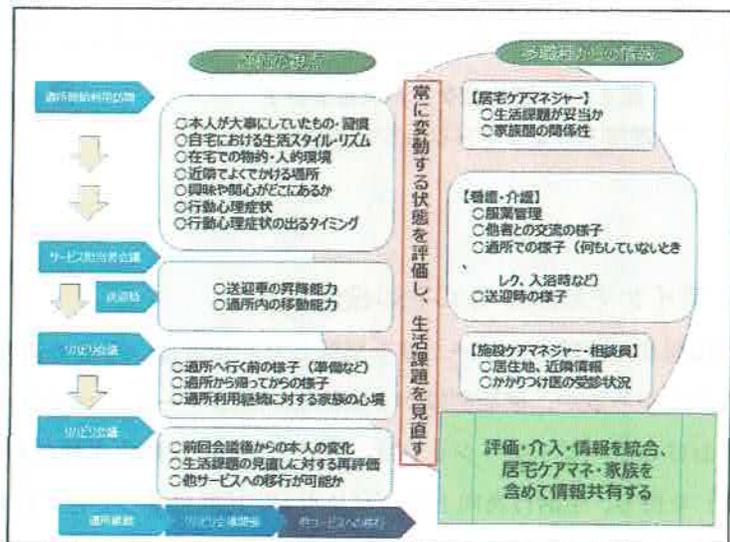


図4-4 通所リハビリテーションにおける認知症の人に対する評価の流れ

| 基本評価（観察、面接、質問紙等） | 当施設における検査・測定項目 | 社会生活の再建 目標達成のための評価 |
|--|--|---|
| <p>●MTDLP</p> <p>【生活状況】</p> <p><input type="checkbox"/>1日の流れ <input type="checkbox"/>IADL/BADL</p> <p><input type="checkbox"/>生活習慣 <input type="checkbox"/>睡眠</p> <p><input type="checkbox"/>活動性、外出</p> <p><input type="checkbox"/>対人・社会交流</p> <p><input type="checkbox"/>コミュニケーション</p> <p>【ナラティブ】</p> <p><input type="checkbox"/>今の生活の困りごと</p> <p><input type="checkbox"/>今後の生活のニーズ</p> <p><input type="checkbox"/>興味関心 <input type="checkbox"/>余暇活動</p> <p><input type="checkbox"/>経済状況</p> <p>【人的環境面】</p> <p><input type="checkbox"/>家族背景と介護力</p> <p><input type="checkbox"/>本人と家族の関係性</p> <p><input type="checkbox"/>介護負担 (Zarit-8)</p> <p><input type="checkbox"/>近隣住民や地域性</p> <p>【物理的環境面】</p> <p><input type="checkbox"/>住環境 <input type="checkbox"/>地域資源</p> <p><input type="checkbox"/>公共交通機関</p> <p>【BPSD】</p> <p><input type="checkbox"/>心理症状 <input type="checkbox"/>行動症状</p> <p>【機能面】</p> <p><input type="checkbox"/>認知機能 <input type="checkbox"/>せん妄</p> <p><input type="checkbox"/>身体機能</p> <p>【心理面】</p> <p><input type="checkbox"/>アバシー <input type="checkbox"/>うつ <input type="checkbox"/>意欲</p> <p>【医療的介入の必要性】 <input type="checkbox"/>栄養</p> <p><input type="checkbox"/>服薬状況 <input type="checkbox"/>身体合併症管理</p> <p>【リスク管理】</p> <p><input type="checkbox"/>誤嚥 <input type="checkbox"/>転倒・転落 <input type="checkbox"/>廃用</p> | <p>【通所利用開始の自宅訪問】</p> <p>【生活状況】</p> <p><input type="checkbox"/>1日の流れ <input type="checkbox"/>IADL/BADL</p> <p><input type="checkbox"/>生活習慣 <input type="checkbox"/>睡眠</p> <p><input type="checkbox"/>活動性、外出</p> <p><input type="checkbox"/>対人・社会交流</p> <p><input type="checkbox"/>コミュニケーション</p> <p>【ナラティブ】</p> <p><input type="checkbox"/>今の生活の困りごと</p> <p><input type="checkbox"/>今後の生活のニーズ</p> <p><input type="checkbox"/>興味関心 <input type="checkbox"/>余暇活動</p> <p>【人的環境面】</p> <p><input type="checkbox"/>家族背景と介護力</p> <p><input type="checkbox"/>本人と家族の関係性</p> <p><input type="checkbox"/>介護負担 (Zarit-8)</p> <p><input type="checkbox"/>近隣の周辺環境</p> <p><input type="checkbox"/>インフォーマルサービス</p> <p>【物理的環境面】</p> <p><input type="checkbox"/>住環境 <input type="checkbox"/>地域資源</p> <p>【BPSD】</p> <p><input type="checkbox"/>DBD</p> <p>【認知機能】</p> <p><input type="checkbox"/>HDS-R <input type="checkbox"/>MMSE</p> <p>【心理面】</p> <p><input type="checkbox"/>アバシー <input type="checkbox"/>うつ <input type="checkbox"/>意欲</p> <p>【医療的介入の必要性】</p> <p><input type="checkbox"/>栄養 <input type="checkbox"/>服薬状況</p> <p>【リスク管理】</p> <p><input type="checkbox"/>誤嚥 <input type="checkbox"/>転倒・転落 <input type="checkbox"/>離脱</p> | <p>■介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化</p> <p>■今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果</p> <p>■つなぐ先の環境評価情報収集</p> <p>■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）</p> <p>（備考）</p> |

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く、回復期の病院では1日に3時間のリハビリ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。

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 (図5-1・5-2)

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。

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、何より対象者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機能判定基準」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機能判定基準の適用について）平成18年4月2日（総務省第3433007号）厚生省人保発第3433007号

【重度認知症患者デイケアの特徴】

- ☆多職種から成員と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、精神保健福祉士または臨床心理士または看護師）
- ☆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

重度認知症患者デイケアでは、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のようなことに困っている、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】

認知症高齢者自立生活判定基準のランクMに該当する方のため、主に行動・心理症状の軽減やその減少のため又は身体機能の維持・向上を図るために個別に臨床評価を行いいくかを患者本人、家族、他サービスとの連携をとりながら、在宅生活や他関係機関と相互に情報提供・共有、評価、助言を行う。

より具体的な観点から、在宅生活の中での留意点、社会的なつながりの拡大への対応等についてその臨床的視点から「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】

- ・対象者の個性性の把握を十分に図る。（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出する。「できる能力」の把握。
- ・得られた情報を関係機関、家族、関係機関と共有していくことを行う。

上記の視点を持ちながら、認知症の低下から起る生活課題に対しての視点（フォーカス）、今困っていることの原因を探り、その原因の中でどの部分に対して事前に把握し対応できるよ本人、家族、他サービスとの連携をとり環境を図る。以上、当該の予後予測で起こりうる状態変化に対して家族や関係機関との情報共有も図り、安心な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・心理症状に対する対応法について具体的な生活の改善につなげること、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、評価の点検だけでなく経過観察のモニタリングの取組や患者、取組む姿勢等についての信頼が重要であり、それらの信頼を築き、優先順位をつきながら、個別に本人との関係性を構築する基盤として、関係機関の情報を集める化、連携していくことがポイントである。

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対象者の性格、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。対象者の状態によっても異なるが、多サービスによって多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がよい。そして、それらを把握した上で、対象者や家族にとって「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。(図5-3)

3) 評価実施時の視点、目的、流れ

重度認知症患者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、生活者としての対象者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が、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対象者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、対象者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、デイケアだけ

だけでできていれ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。

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



図5-4 在宅生活継続のための連携と視点

抱えている課題とのギャップがみられることも多々あり、そのギャップを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、それぞれに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

重度認知症患者デイケアにおける対象者へ対する評価項目の一覧は表6に示す。

受診から重度認知症患者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、その準備をしてお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お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 継続中での連携 |
|---|--|--|
| 【生活行為全般】 <input type="checkbox"/> MTDLP 【生活状況】 <input checked="" type="checkbox"/> 1日の流れ <input checked="" type="checkbox"/> IADL/BADL <input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 活動性、外出 <input checked="" type="checkbox"/> 対人・社会交流 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーション 【ナラティブ】 <input checked="" type="checkbox"/> 今の生活の困りごと <input checked="" type="checkbox"/> 今後の生活のニーズ <input checked="" type="checkbox"/> 興味関心 <input checked="" type="checkbox"/> 余暇活動 <input checked="" type="checkbox"/> 経済状況 【人的環境面】 <input checked="" type="checkbox"/> 家族背景と介護力 <input checked="" type="checkbox"/> 本人と家族の関係性 <input checked="" type="checkbox"/> 介護負担 (Zarit-8) <input type="checkbox"/> 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 <input checked="" type="checkbox"/> 住環境 <input checked="" type="checkbox"/> 地域資源 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 【BPSD】 <input checked="" type="checkbox"/> 心理症状 <input checked="" type="checkbox"/> 行動症状 【機能面】 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> せん妄 <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能 【心理面】 <input type="checkbox"/> アバシー <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 意欲 【医療的介入の必要性】 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 身体合併症管理 【リスク管理】 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落 <input checked="" type="checkbox"/> 廃用 | 【基本情報】 <input type="checkbox"/> 生育歴 <input type="checkbox"/> 職歴 <input type="checkbox"/> 生活歴 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 介護保険・公費・手帳 等 【身体機能】 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 麻痺の有無 <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> MMT <input type="checkbox"/> 全身の耐久性 <input type="checkbox"/> バランス、平衡感覚 <input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 移動能力 【認知機能】 <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> TMT-A or B <input type="checkbox"/> COGNISTAT 【生活能力】 <input type="checkbox"/> FIM もしくは BI <input type="checkbox"/> DASC-21 【行動心理症状】 <input type="checkbox"/> DBD <input type="checkbox"/> NPI 【その他】 <input type="checkbox"/> ケアプランの共有 <input type="checkbox"/> 他サービスの利用状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 介入時にチェックした「要因」と「キー」に対する変化 <input checked="" type="checkbox"/> 今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果 <input checked="" type="checkbox"/> つなぐ先の環境評価情報収集 <input checked="" type="checkbox"/> 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

認知症による生活機能障害がみられていても、対象者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対象者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対象者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。



図5-5 重度認知症患者デイケアにおける事例

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、言葉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。

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。

【統合と解釈・問題点の抽出】

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 (図 6-1-1)

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
出向いて、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認知症の人を対象に関わることも多く、病期としては軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: 以下 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出来る。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、介護者の生活状況に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

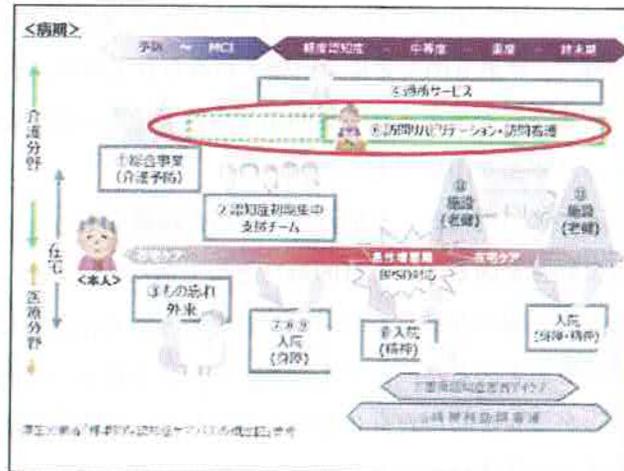


図 6-1-1 認知症ケアパスにおける
訪問リハビリテーションの位置づけ

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

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。

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

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。

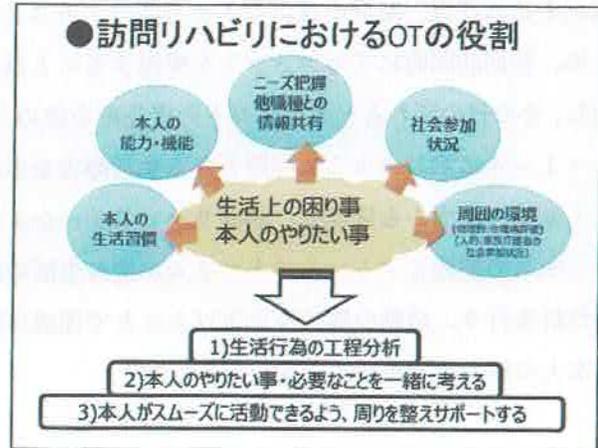


図6-1-3

訪問リハビリテーションにおける OT の役割

Co-Production とは

専門家とサービスを使う人々やその家族・近隣 が対等な相互関係の中で届けられる公共サービスを意味する。活動を当事者ととともに作り上げていくという、共同創造のこと。従来のような「支援」や整えられた環境で当事者が活動するのではなく、本人とともに作り活動するという考えである。

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で達成可能なのか、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 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

平成30年の介護保険診療報酬改定から訪問リハビリテーションを実施する上では、看護師による定期的なアセスメントが必要となり、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。

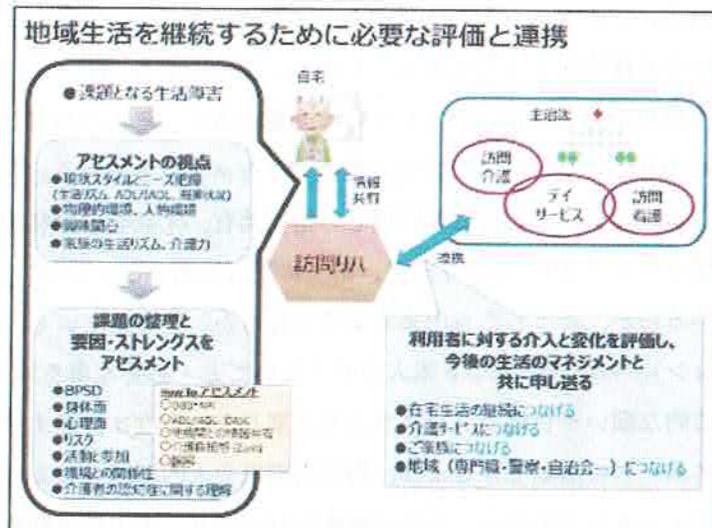


図6-1-4 訪問リハビリテーションの視点からみた地域生活を継続するために必要な評価と連携

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・観察評価が最も重要となる。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において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） | 当該職における検査・測定項目 | 引継ぎ時の連携 継続の中での連携 |
|--|---|--|
| <p>【生活行為全般】</p> <p><input type="checkbox"/> MTDLP</p> <p>【生活状況】</p> <p>■1日の流れ ■IADL/BADL</p> <p>■生活習慣 ■睡眠</p> <p>■活動性、外出</p> <p>■対人・社会交流</p> <p>■コミュニケーション</p> <p>【ナラティブ】</p> <p>■今の生活の困りごと</p> <p>■今後の生活のニーズ</p> <p>■興味関心 ■余暇活動</p> <p><input type="checkbox"/> 経済状況</p> <p>【人的環境面】</p> <p>■家族背景と介護力</p> <p>■本人と家族の関係性</p> <p>■介護負担 (Zarit-8)</p> <p><input type="checkbox"/> 近隣住民や地域性</p> <p>【物理的環境面】</p> <p>■住環境 <input type="checkbox"/> 地域資源</p> <p>■公共交通機関</p> <p>【BPSD】</p> <p>■心理症状 ■行動症状</p> <p>【機能面】</p> <p>■認知機能 <input type="checkbox"/> せん妄 ■身体機能</p> <p>【心理面】</p> <p>■アパシー ■うつ <input type="checkbox"/> 意欲</p> <p>【医療的介入の必要性】 <input type="checkbox"/> 栄養</p> <p>■服薬状況 ■身体合併症管理</p> <p>【リスク管理】</p> <p>■誤嚥 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 廃用</p> | <p>【生活状況】</p> <p>■ADL/IADL (DASC-21、FIM、Barthel Index) (Lowton の IADL 尺度)</p> <p>■生活習慣、睡眠、活動性 (ヒアリング)</p> <p>【ナラティブ】</p> <p>■生活の困りごと、生活のニーズ (ヒアリング)</p> <p>■興味関心、余暇活動 (興味関心チェックシート)</p> <p>【人的環境】</p> <p>■家族背景 (ヒアリング)</p> <p>■介護負担感 (Zarit-8) 介護肯定感 (介護肯定感尺度)</p> <p>【物理的環境】</p> <p>■住環境 (生活動線、手すりの有無)</p> <p>■福祉用具の使用状況</p> <p>■一般家具の使用状況</p> <p>【機能面】</p> <p>■認知機能 (HDS-R、MMSE、CDT、 TMT-A/B)</p> <p>■身体機能 (ROM、MMT、感覚、 疼痛、バランス能力、移動能力)</p> <p>【医療情報、リスク管理】</p> <p><input type="checkbox"/> 合併症の有無、 ■服薬状況</p> | <p>■介入時にチェックした 「要因」と「キー」に対する 変化</p> <p>■今後の生活のニーズに向 けて立てた目標に対する結 果</p> <p>■つなぐ先の環境評価 情 報収集</p> <p>■本人の生活支援に向ける ポイント (活動・参加を意 識しながら) (備考)</p> |

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本人は、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、在宅生活を継続している方に介入した事例を紹介する。

【事例紹介】

A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。

【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：以下NPI）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。

中等症認知症の方のBPSDに対する支援 ～家族への心理的サポート～

FSA、女性、80歳代、●診断名：AD ●介護歴：要介護2 ●介護保険サービス：訪問看護(週1日)訪問看護
 相談領域：夫と二人暮らし(夫は認知症の認知症状態)
 <アセスメント>HDS-R 8点、MMSE 12点、DBD 30/52点、FBI_B 11/32点、認知行動・内服状況

| | |
|---|--|
| <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●1 頻回な電話行動のみの、家族疲労。 ●2 見当識障害、短期記憶障害があり、常に緊張状態。 ●3 歩行側弯、円背のため、近くの店舗まで移動困難。 <p>ト1 家族としては自宅での生活継続を希望。</p> | <p>目的：ご本人の諸活動に対して、家族の介護負担を軽減する</p> <p>内容：問題点の分析と、家族への心理教育</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 頻回な電話に対して ⇒ 電話が長時間にわたって通話の時間が増え、電話の多い時間帯（夕方）に訪問看護が派遣される。 ② 家族への心理教育 ⇒ 認知症の諸活動が引き起こしている状態を一緒に理解し、不安な気持ち、焦りを感じておられることを共有。 ③ 身体的見当識障害に対して ⇒ 日々入居の会話の中で現在地・出生地など話の辻みながら、地図の読み取りを視覚的に促す。 ④ 本人の不安等に対して ⇒ 不安の軽減を求め、日中一人で過ごす、訪問看護総力の低下による歩行距離短縮に対して ⑤ 歩行距離による歩行距離短縮に対して ⇒ T字杖を使用したほか、歩行補助車（車椅子）の導入、座墊支持で負担軽減を図るため、シニアカーを導入。 |
|---|--|

| | | |
|--|---|---|
| <p>結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ●見当識障害、短期記憶障害のため、夕方に落ちつきがない。 ●歩行距離に伴い、歩行距離短縮、歩行側弯・円背が改善。 | <ul style="list-style-type: none"> ●訪問看護の電話はなくなった。訪問日以外は、夕方前に家族から電話することなくなった。 ●シニアカーを導入し、歩行は楽になったが、定着には差支らず。（使いづらい） | <ul style="list-style-type: none"> ●シニアカーの使用方法的な定着化は難しく、日間的な使用が困難。 ●電話の頻度は大きく変わらなかったが、電話の内容として見守りしている様子が少なくなった。 |
|--|---|---|

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、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、生活リズムの確立や、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の人は、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。認知症者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る

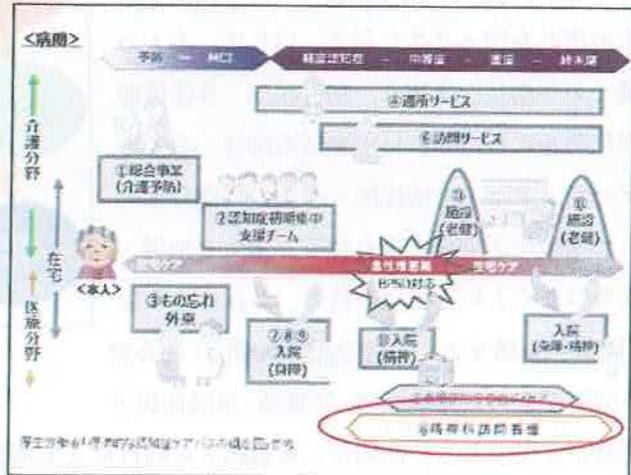


図6-2-1 認知症支援領域の全体における精神科訪問看護の位置づけ

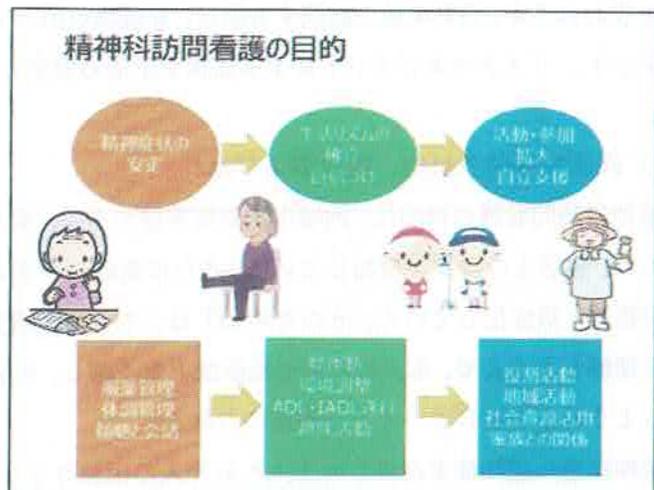


図6-2-2 精神科訪問看護の目的

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に示す。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・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。



図6-2-3 精神科訪問看護OTの役割

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、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間を共有するという非侵襲的な関わりからまずは本人との信頼関係を築く。さらに、会話時の表情、視線の動き、家族との関係、室内外の建物の様子などの観察から本人のこれまでの生活や現在の暮らし、精神状態、家族との関係等を評価する。本人のニーズを聴取する際、質問をしても、会話が続かない、「はい」「いいえ」で終わることが多く、オープンクエスションでは、会話の発展性がないため沈黙となることが想定される。本人のこれまでの生活より得られた情報より、

本人のニーズを予測し、選択肢を提示しながら聞き取りを行うなどの工夫が必要である。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、認知症の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

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かすしやすい
 - ・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

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。個々の生活様式や環境、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



図6-2-5 地域生活を継続するために必要な評価の流れ

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スを明らかにしていく。本人のストレスに着目し、生活環境、家族指導、関連職種・機関との情報共有を行いながら、本人にとって大切な生活行為が継続できるよう介入を工夫し、必要に応じて再評価、調整を行っていくことで地域生活継続を図ることが大切と考える。

4) 精神科訪問看護 OT における評価項目

どの領域においても言えることだが、それぞれの評価を単独で見のではなく、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。

| 基本評価（観察・面接・質問紙法） | 当該域における検査・測定項目 | 引継ぎ時の連携 継続中での連携 |
|---|--|--|
| 【生活行為全般】 <input type="checkbox"/> MTDLP 【生活状況】 <input type="checkbox"/> 1日の流れ <input type="checkbox"/> IADL/BADL <input type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 活動性、外出 <input type="checkbox"/> 対人・社会交流 <input type="checkbox"/> コミュニケーション 【ナラティブ】 <input type="checkbox"/> 今の生活の困りごと <input type="checkbox"/> 今後の生活のニーズ <input type="checkbox"/> 興味関心 <input type="checkbox"/> 余暇活動 <input type="checkbox"/> 経済状況 【人的環境面】 <input type="checkbox"/> 家族背景と介護力 <input type="checkbox"/> 本人と家族の関係性 <input type="checkbox"/> 介護負担（Zarit-8） <input type="checkbox"/> 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 地域資源 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 【BPSD】 <input type="checkbox"/> 心理症状 <input type="checkbox"/> 行動症状 【機能面】 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 身体機能 【心理面】 <input type="checkbox"/> アパシー <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 意欲 【医療的介入の必要性】 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 身体合併症管理 【リスク管理】 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 離脱 | 【精神機能】 <input type="checkbox"/> 精神症状評価 【能力障害評価】 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 保潔 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 社会適応を妨げる行為 | 【退所前カンファレンス】 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの調整 <input type="checkbox"/> 福祉用具の選定 <input type="checkbox"/> 試験的な外泊 <input type="checkbox"/> 家族の心理的变化および介護負担 【退所後訪問】 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> サービスの変更 <input type="checkbox"/> BPSDの出現状況 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 新たな生活ニーズ <input type="checkbox"/> 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

【事例紹介】

Gさん、70代後半の女性。10代後半に結婚、2子をもうけた。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、若者との生活のベ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、訪問介護員との意思疎通が困難、介護員が準

備した食事に手をつけられないが続いている。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。

図 6-2-6 精神科訪問看護における事例

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・能力障害二軸評価では、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 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。

【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⁾。

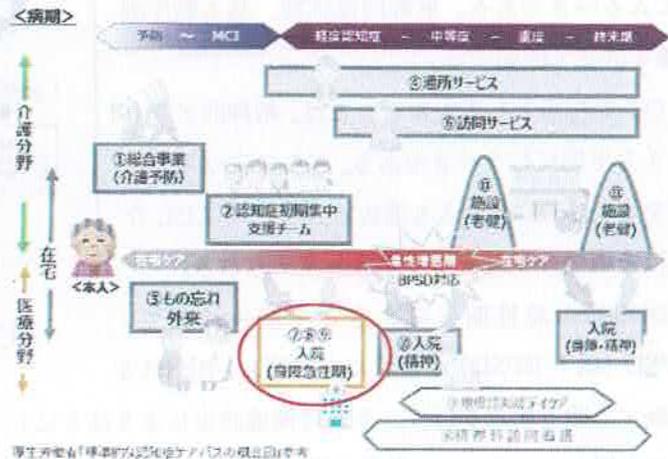


図7-1 認知症ケアパスにおける急性期病院の位置づけ

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 10 程度になり離床が許可されれば、端坐位保持から立位、歩行への積極的リハビリ治療に入るべきである。麻痺回復訓練、基本動作訓練も併せて開始する。

OT の視点として大事なことは、精神的アプローチを早期に行うべきである。さらに次のステージを考え ADL の介入も進める。早期の ADL 介入はその後の予後もよくすると考えられる。

認知症の急性期を考えると上記に加えて、BPSD (以下 BPSD) の症状にも注意し、BPSD を軽減する取り組みを行う。それは環境設定により往々にして軽減できる可能性がある。BPSD が何が原因で出現しているのか、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)

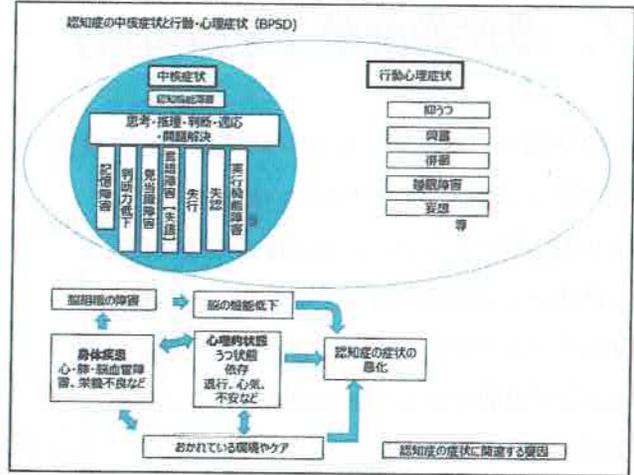


図 7-2 中核症状と BPSD その関連要因

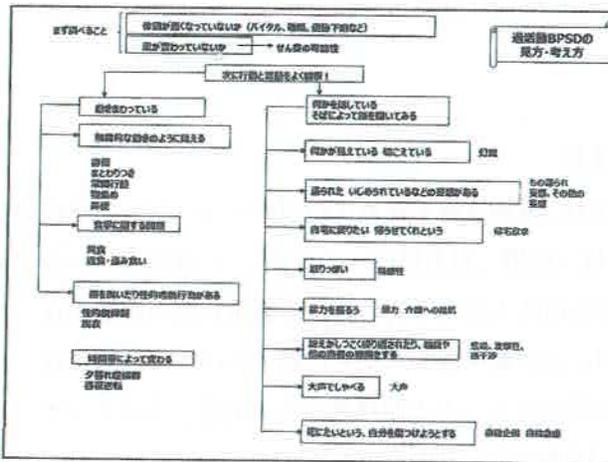


図 7-3 過活動 BPSD の考え方

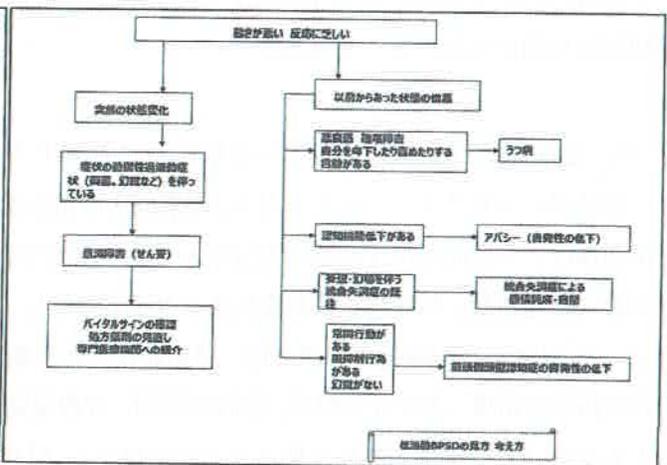


図 7-4 低い活動 BPSD の考え方

②評価実施時の流れ

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。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他職種への連絡・相談や転棟、転院する先のOTやケアマネジャーなどへ引き継ぐことが重要である。

認知症の人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ほかからくるものなのかも判断が必要である。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。

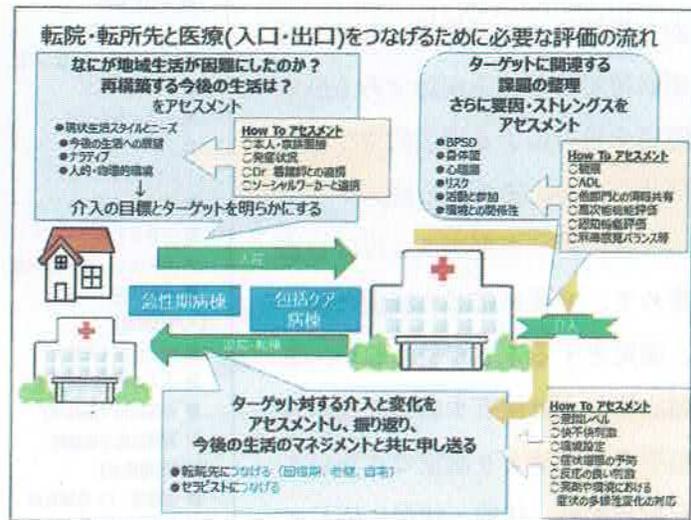


図7-5 急性期病院における地域生活と医療(入口・出口)をつなげるために必要な評価の流れ

4) 評価項目

急性期リハビリテーション病棟における認知症の人に対する評価項目の一覧を表8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。また認知症の人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。認知症の人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。

| 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 |
|--|--|---|
| <p>●MTDLP</p> <p>【生活状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <p>【ナラティブ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <p>【人的環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <p>【物理的環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 住環境 □ 地域資源 □ 公共交通機関 <p>【BPSD】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 心理症状 ■ 行動症状 <p>【機能面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 認知機能 ■ せん妄 ■ 身体機能 <p>【心理面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ アパシー ■ うつ ■ 意欲 <p>【医療的介入の必要性】 ■ 栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 服薬状況 ■ 身体合併症管理 <p>【リスク管理】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 誤嚥 ■ 転倒・転落 ■ 廃用 | <p>【主疾患の予後予測】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 主疾患の機能的予後 <p>【身体機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ROM ■ MMT □筋緊張 ■ 感覚障害（表在、深部） ■ 痛み □失調 <p>【基本動作】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 起居動作 ■ 座位 ■ 立位 ■ 歩行等移動能力 <p>【認知機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ MMSE ■ HDS-R ■ その他高次脳機能評価バッテリー <p>【活動・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <p>【環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 制度（介護保険、障害者手帳、精神保健手帳） <p>【リスク管理】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 心疾患 ■ 血圧 等 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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8 急性期病院における認知症の人に対する評価項目

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、特に目立った認知症の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にはなかった。

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入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。A氏は自宅に帰りたいた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4程度であり、左肩関節は制限拳上しないよう運動の指示があった。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と、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。

中等重症認知症の方の手術後のBPSDに対する支援 ～他職種連携～

氏名: 女性 80歳前半 介護者: 娘(72歳) 介護が難しい点: ナイター(夜3時)
 転院経緯: 3人に一人暮らし(認知症のため)日中在宅(食事) 転院時: 転院(転院後、ADL)
 <アセスメント> MMSE 18点, FAB 9点, DBD13 20/52点, ADLは食事、整容以外(洗濯・片付け)のみ可

【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、短期記憶障害あり、上肢の安静が保てない。
- ③ 歩行不安定(一人で行きたくがる)。
- ④ 術後の上肢機能低下
- ⑤ 家族としては急性期治療後、地域の高齢者施設で暮らすことを希望。

目的: 術後の不安軽減し、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。できる限り病棟スタッフが対応し、なじみの関係を作る。
 ② **術後の上肢の安静が保てないことに対して**
 ⇒ 手術した側腕を見くもろう。安静度別服を色とりどり可視化する。
 ③ **見当識障害に対して**
 ⇒ 日々介護入時の会話の中で日時・住所・手術後病棟、入居していることなど認知込みながら、記憶の高さを現実に戻す。丸シートの使用。
 ④ **歩行不安定**
 ⇒ 自宅で使用していた、シルバーカーを病棟に持って来てもらう。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

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <p>転院前 DBD13 20-13点 J-ZBI 9-11-9点 MMSE 18-18点 FAB 9-10点 BI 60-75点</p> | <p>●術後疼痛や環境の変化から不安が強くなり ●暴言・暴力は再発した ●安静度別服は5日程度であったため本人が見える前に整理が解除された ●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</p> | <p>●見当識障害あり ●歩行不安定で転倒のリスクあり</p> |
|---|---|-------------------------------------|

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。

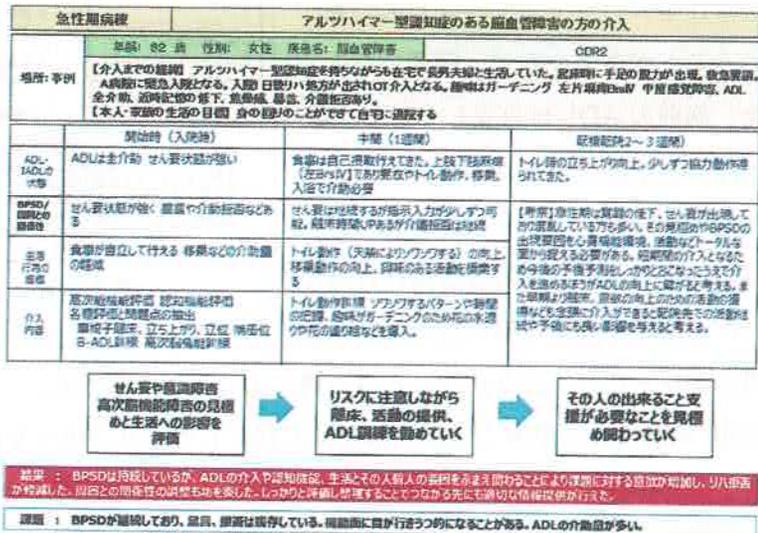


図7-8 急性期病院における事例②

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。

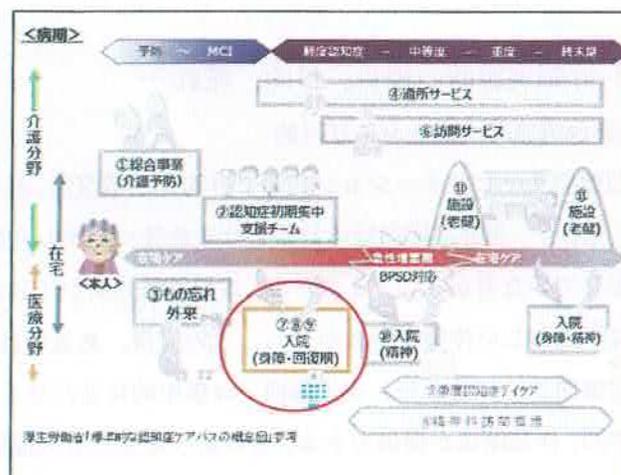


図 8-1 認知症ケアバスにおける回復期リハビリテーション病棟の位置づけ

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、心身の回復をしながら、退院後の生活の再建に向けて準備

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

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。認知症の人は回復期リハビリテーション病棟に多く入院しており、入院時から退院支援に至るまで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標に入院する。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で比較的長時間、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、退院先の環境、特に住宅評価を十分に行い、現在の病棟生活で行わる ADL 等への反映が重要になる。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。

認知症の人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ようであれば、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。

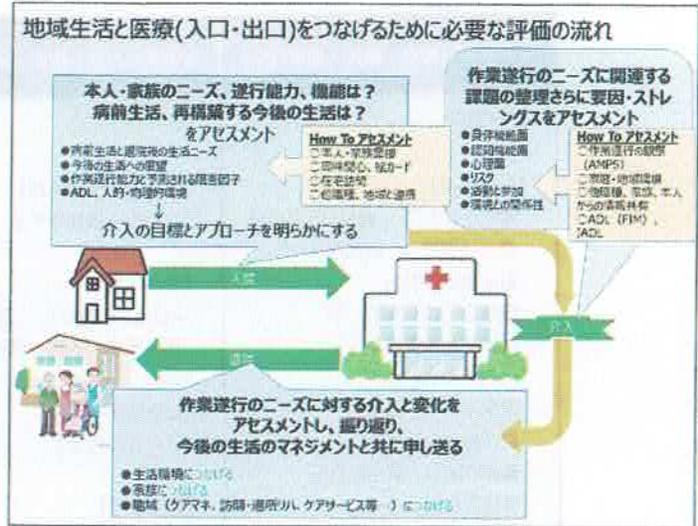


図 8-3 回復期リハビリテーション病棟における地域生活と医療(入口・出口)をつなげるために必要な評価の流れ

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、入院中から積極的に退院先の環境下で実際に遂行可能な動作・活動を病棟内訓練として取り入れることおよび家族指導も重要であり、さらには訪問リハ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人に対する評価項目の一覧を表9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。また認知症の人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。認知症の人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。しかし、本人の意思を汲み取る観察や意志を理解しようとする介入が大前提である。

| 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 |
|---|---|---|
| <p>●MTDLP</p> <p>【生活状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■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 <p>【ナラティブ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■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 <p>【人的環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■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 <p>【物理的環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■住環境 ■地域資源 ■公共交通機関 <p>【BPSD】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■心理症状 □行動症状 <p>【機能面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■認知機能 □せん妄 ■身体機能 <p>【心理面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■アパシー ■うつ ■意欲 <p>【医療的介入の必要性】 □栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> ■服薬状況 ■身体合併症管理 <p>【リスク管理】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■誤嚥 ■転倒・転落 ■廃用 | <p>【主疾患の予後予測】</p> <ul style="list-style-type: none"> □主疾患の機能的予後 <p>【身体機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> □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 <p>【認知機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> □MMSE □HDS-R □ブール活動レベル □その他高次脳機能評価 バッテリー <p>【活動・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> □FIM □家事（炊事、洗濯、掃除、買い物） □職業関連活動 <p>【環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> □介護保険・障害者手帳 | <ul style="list-style-type: none"> ■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 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、認知症の人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、動作を獲得するという発想と、出来る動作を見つけ出し、引き出し、退院先の環境でその動作がうまく出現する環境整備やケアの方法を提案することは重要である。しかしながら、環境を準備することにも限界があるため、入院時から退院環境を見据えた訓練を実施し、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退院後の生活を見据え入院時より評価を行い、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するような状態ではないと判



図 8-4 回復期リハビリテーション病棟における事例

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 ; 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 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（図9-1）

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。これらの患者は、認知症を合併しており、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、認知症の人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。

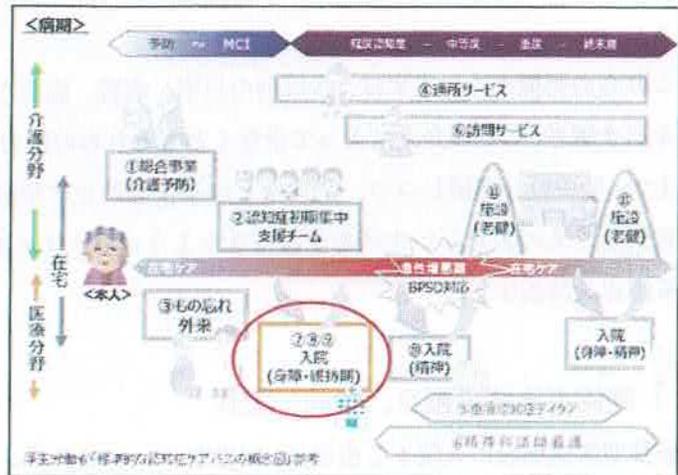


図9-1 認知症ケアパスにおける維持期・生活期病院の位置づけ

療養型医療施設では、自宅退院する認知症患者の割合は22.6%であることが報告¹⁾されており、その中でもBPSDを伴う認知症の人ではその割合がさらに低くなることが予測できる。認知症の人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も言える。

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、入院する認知症の人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でき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を呈す認知症の人も多い。

● 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、認知症の人の多くが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の人の割合は低く、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が少なく、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

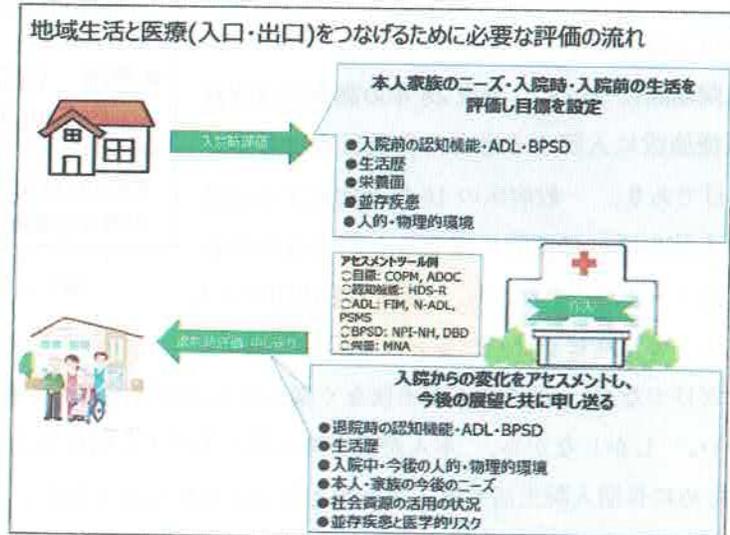


図9-3 医療療養型施設における地域生活と医療(入口・出口)をつなげるために必要な評価

すること、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人に対する評価項目の一覧を図に示

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、重度認知症の人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人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の人におけるQOLに影響を及ぼす要因としては、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

表 10 医療用型施設における認知症の人に対する評価項目

| 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 (掲示症例で行なった評価) | 引継ぎ時の連携 継続中での連携 |
|--|--|---|
| <p>●MTDLP</p> <p>【生活状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■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 <p>【ナラティブ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■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 <p>【人的環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> □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 <p>【物理的環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■住環境 □地域資源 □公共交通機関 <p>【BPSD】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■心理症状 ■行動症状 <p>【機能面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■認知機能 □せん妄 ■身体機能 <p>【心理面】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■アパシー ■うつ ■意欲 <p>【医療的介入の必要性】 ■栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> ■服薬状況 ■身体合併症管理 <p>【リスク管理】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■誤嚥 ■転倒・転落 ■廃用 | <p>【生活状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> □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 <p>【ナラティブ】</p> <ul style="list-style-type: none"> □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 <p>【人的環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> □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 <p>【物理的環境面】</p> <ul style="list-style-type: none"> □住環境 <p>【BPSD】</p> <ul style="list-style-type: none"> □NPI-NH, SDS, やる気スコアなど <p>【機能面】</p> <ul style="list-style-type: none"> □MMSE □プール活動レベル □基本動作能力 <p>【医療的介入の必要性】</p> <ul style="list-style-type: none"> □MNA □服薬状況 | <ul style="list-style-type: none"> ■介人時にチェックした「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・伝達 ■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) |

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しまう。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。

2) 精神科認知症治療病棟における OT の役割

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 認知症ケアにおける精神科認知症治療病棟の位置づけ

3) 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。



図10-2 精神科認知症治療病棟における OT の役割

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

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のが有効である。

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。

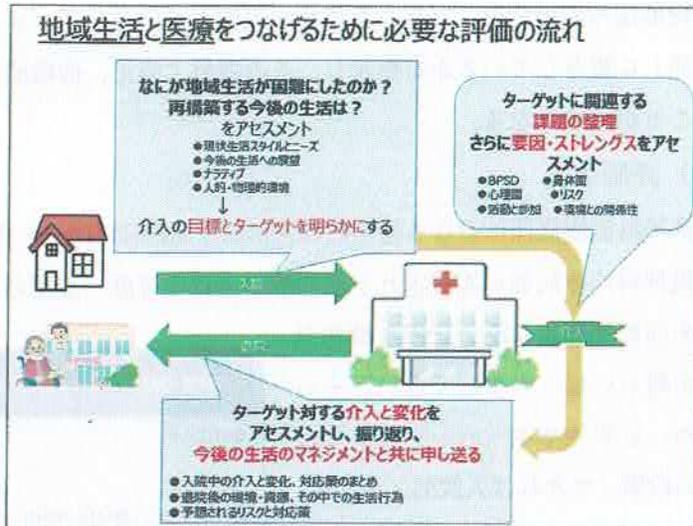


図10-3 精神科認知症治療病棟における地域生活と医療（入口・出口）をつなげるために必要な評価の流れ

4) 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、

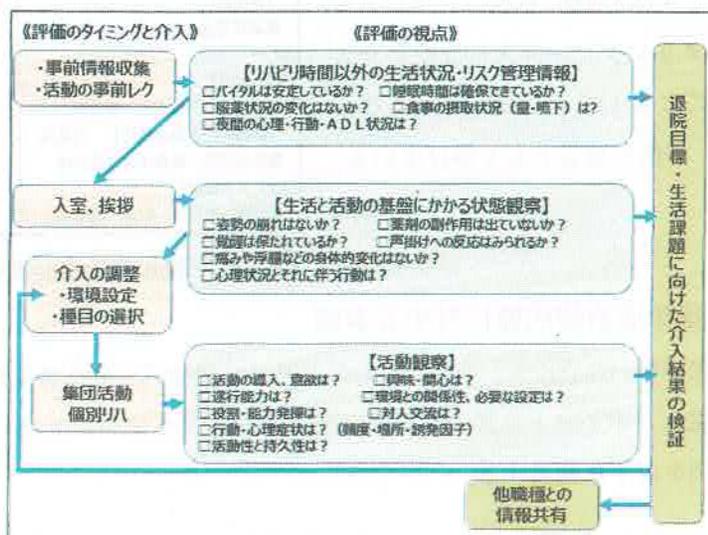


図10-4 認知症治療病棟における日常の評価視点

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人に対する評価項目の一覧を表11に示す。

精神科治療病棟に入院される認知症の人は中等度～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 |
|--|---|--|
| <p>●MTDLP</p> <p>【生活状況】</p> <p>■1日の流れ ■IADL/BADL</p> <p>■生活習慣 ■睡眠</p> <p>■活動性、外出</p> <p>■対人・社会交流</p> <p>■コミュニケーション</p> <p>【ナラティブ】</p> <p>■今の生活の困りごと</p> <p>■今後の生活のニーズ</p> <p>■興味関心 ■余暇活動</p> <p>■経済状況</p> <p>【人的環境面】</p> <p>■家族背景と介護力</p> <p>■本人と家族の関係性</p> <p>□介護負担 (Zarit-8)</p> <p>□近隣住民や地域性</p> <p>【物理的環境面】</p> <p>■住環境 ■地域資源</p> <p>■公共交通機関</p> <p>【BPSD】</p> <p>■心理症状 ■行動症状</p> <p>【機能面】</p> <p>■認知機能 ■せん妄 ■身体機能</p> <p>【心理面】</p> <p>■アパシー ■うつ ■意欲</p> <p>【医療的介入の必要性】 □栄養</p> <p>■服薬状況 ■身体合併症管理</p> <p>【リスク管理】</p> <p>■誤嚥 ■転倒・転落 ■廃用</p> | <p>【身体機能】</p> <p>□ROM □MMT □筋緊張</p> <p>□感覚障害（表在・深部）</p> <p>□痛み □失調</p> <p>□起居動作</p> <p>□歩行等移動能力</p> <p>【心理面】</p> <p>□意欲 (VI)</p> <p>【認知機能】</p> <p>□MMSE □HDS-R</p> <p>□高次脳機能評価バッテリー</p> <p>【BPSD】</p> <p>□DBD</p> <p>【活動・参加】</p> <p>□FIM</p> <p>□作業遂行能力</p> <p>□集団活動の評価</p> <p>【環境面】</p> <p>□介護保険・障害者手帳</p> <p>□環境リスク要因</p> <p>【副作用】</p> <p>□覚醒レベル</p> <p>□錐体外路症状の有無 (DIEPS S等)</p> | <p>■介入時にチェックした</p> <p>「要因」と「キー」に対する変化</p> <p>■今後の生活のニーズに向けて立てた目標に対する結果</p> <p>■つなぐ先の環境評価情報収集</p> <p>■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）</p> <p>（備考）</p> <p>■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わる</p> |

表11 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-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したことをきっかけにサ高住に入所された。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。

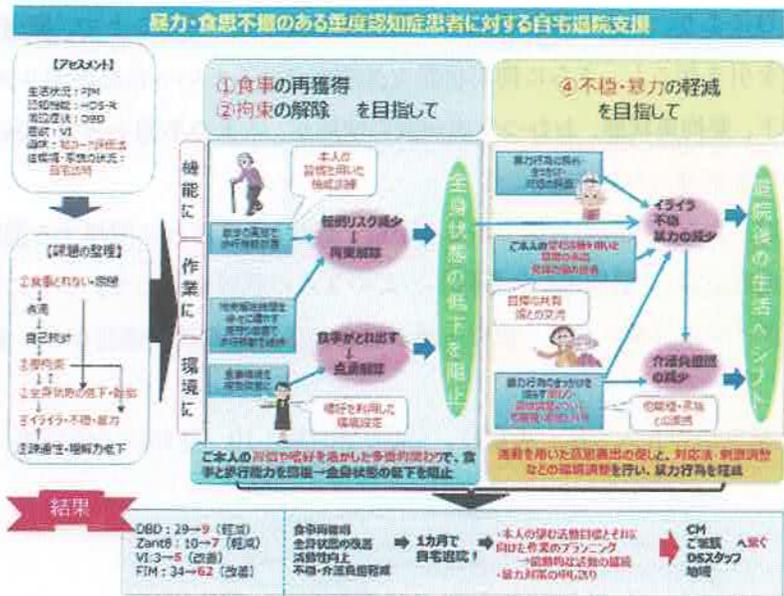


図 10-5 認知症治療病棟における事例の概要

【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つっていたこと、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点、VI：3点、J-ZBI_8：10点、FIM：34点、DBD：29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
- 家族：暴力がなくなれば在宅、ダメなら施設

【統合と解釈、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BP

SD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。

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、OT、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



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

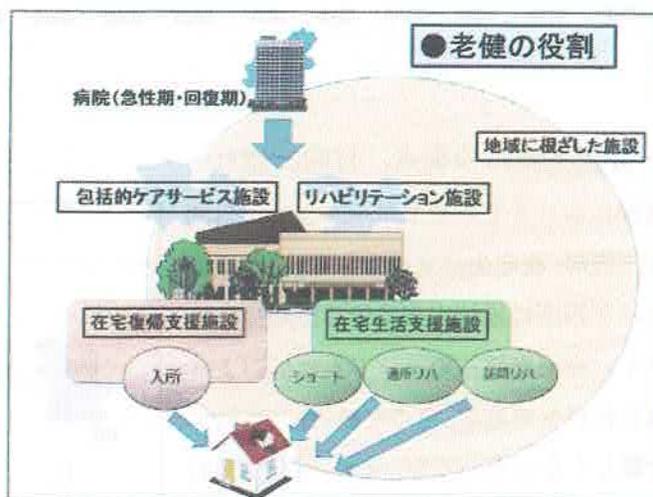


図11-2 介護老人保健施設の役割

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、その動作のなにごと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いけない。

※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あり、在宅生活支援という視点が必要である。

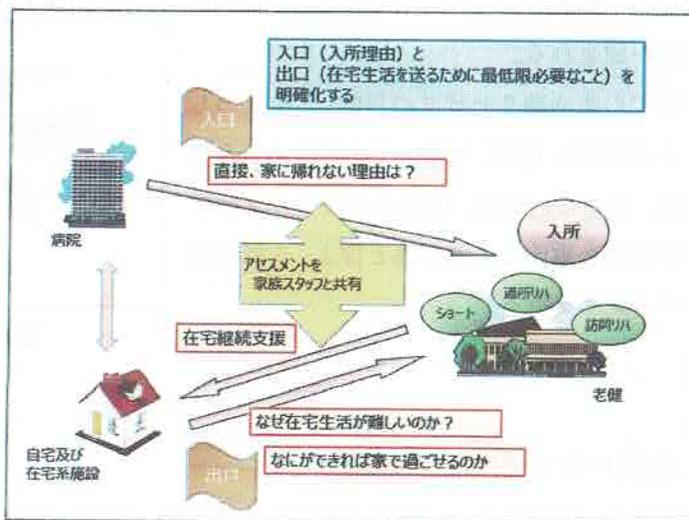


図 11-3 老健における施設と在宅をつなげるために必要な視点

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。

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でも大切である。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 継続中での連携 |
|--|--|--|
| ●MTDLP 【生活状況】 <input type="checkbox"/> 1日の流れ <input type="checkbox"/> IADL/BADL <input type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 活動性、外出 <input type="checkbox"/> 対人・社会交流 <input type="checkbox"/> コミュニケーション 【ナラティブ】 <input type="checkbox"/> 今の生活の困りごと <input type="checkbox"/> 今後の生活のニーズ <input type="checkbox"/> 興味関心 <input type="checkbox"/> 余暇活動 <input type="checkbox"/> 経済状況 【人的環境面】 <input type="checkbox"/> 家族背景と介護力 <input type="checkbox"/> 本人と家族の関係性 <input type="checkbox"/> 介護負担 (Zarit-8) <input type="checkbox"/> 近隣住民や地域性 【物理的環境面】 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 地域資源 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 【BPSD】 <input type="checkbox"/> 心理症状 <input type="checkbox"/> 行動症状 【機能面】 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 身体機能 【心理面】 <input type="checkbox"/> アパシー <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 意欲 【医療的介入の必要性】 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 身体合併症管理 【リスク管理】 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 廃用 | 【入所前後訪問】 <input type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 生活スタイル <input type="checkbox"/> 在宅で行う IADL/BADL <input type="checkbox"/> 移動能力 (自宅内・周辺) 【認知機能】 <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R 【ナラティブ】 <input type="checkbox"/> 今後の生活のニーズ <input type="checkbox"/> 興味関心 <input type="checkbox"/> 余暇活動 【人的環境面】 <input type="checkbox"/> 家族背景と介護力 <input type="checkbox"/> 本人と家族の関係性 <input type="checkbox"/> 家族以外の協力者 <input type="checkbox"/> 介護負担 (Zarit-8) 【活動・参加】 <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> 興味関心チェックリスト 【BPSD】 <input type="checkbox"/> DBD 【医療的介入の必要性】 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 身体合併症管理 【リスク管理】 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 廃用 <input type="checkbox"/> 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 1 2 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おり、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、趣味の剣舞を楽しまれていた。



図 11-5 老健における事例の概要

【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て自立。HDS-R14 点、DBD13 18 点、J-ZBI_8 22 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。

おわりに

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

執筆者一覧

認知症の人の生活支援推進委員会

小川敬之 京都橘大学 (担当：第2章 第1節)

長倉寿子 (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 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

(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」)

