

在宅・地域でここまでできる!

訪問看護と介護



2013年
1月号

Vol.18 No.1 2013, January

医学書院

特集1

認知症の

地域医療が変わる!

ホントに
変わるの?
どう変わる?..

特集2

成年後見制度を

知る!活用する!

どんなときに
どう使う?..

懸賞論文募集
はじめました。

賞金10万円

INTERVIEW ケアする人々

関口祐加さん

認知症の力を借りて、
魅力全開になった母



片山智栄さん。KOMI理論によるアセスメントシートを前に。

訪問看護を中心とした「初期集中支援チーム」の試行も

「認知症初期集中支援チーム」(以下、初期チーム)のモデル事業が、2013年度から始まる予定だ(2014)。これに先立ち、そのスキーム(概型)を検討する試行も、全国3か所で始まっている。そのうち一つは「訪問看護ステーション」を中核に地域包括支援センターと連携しての取り組みである。

その中心となっているのは、ナースケアステーション(東京都世田谷区)・片山智栄所長だ。初期チームのメンバーは今のところ、片山所長を中心とする4名の訪問看護スタッフと、ステーション外から作業療法士、連携する在宅療養支援診療所の総合内科医・精神科医である。すでに3事例の「初回アセスメント訪問」を行ない、近く「チーム員会議」を開催する予定だ(2012年12月5日現在)。

これまでの流れを断ち切る初期チーム

これまで、認知症の人と家族には、行動・心理症状などが重篤化し、精神科病院への入院以外に選択肢がないような危機的状況に陥るまで適切な支援を受けられず、その入院も長期化したり、在宅復帰が難しい状況に追い込まれる悪循環の構図があった。その一因は、適切な時期に適切な支援を提供できなかった医療・ケアの体制にある。厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームは、「今後の認知症施策の方向性について」(2012年6月18日。以下、「方向性」)で、認知症ケアの「流れ」を変える必要性を指摘した。

「初期チーム」は、こうした反省に立つて、症状が初期・軽度のうちから認知症の人と家族に関わり、在宅・地域での自立生活の継続をサポートする、新たな多職種チームである。「早期支援機能」の中核となり、「早期診断」につなぎ、急性増悪期の「危機回避」なども行なう。事前の対応(「予防」)の糸口となるものだ。この取り組みプロセスは、「方向性」において次のように想定されている。

- ① 初回アセスメント訪問
- ② チーム員会議の開催

- ③ 認知症疾患医療センター等への検査・診察紹介(主治医経由)
- ④ チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成
- ⑤ 在宅初期集中支援の実施
- ⑥ 家族支援

- ⑦ 急性増悪期のアウトリーチや電話相談(以下、介護保険サービスの必要時)
- ⑧ ケアマネジャー等への助言
- ⑨ 地域会議への出席

訪問看護師がアセスメントを行なう利点

「初回アセスメント訪問」は初期集中支援計画の礎になるもので、その内容は多岐にわたる。認知症の症状はもちろん、既往歴やその治療と服薬状況、身体状況などの「医療」の視点から、本人のパーソナリティや価値観、生活状況や生活障害、家族背景や経済状態などの「生活」の視点まで、また居住環境など訪問しなければわからない項目も少なくない。

片山所長は、このアセスメントを1度で2〜3時間かけて行なっている。チームで評価尺度を共有するためのアセスメントツールには、今のところナイチンゲールの看護原理に基づく「KOMI理論」を活用している。生活面を含めた課題と必要なケアをリーダーチャートで読み解くKOMI理論は、認知症の人を医療・介護の両面から支えるのに適したアセスメント方法だ。ナースケアステーションは、これまで認知症に特化した取り組みを行なってきたわけではない。こ

く普通の訪問看護の視点で、また他職種でも同じようにアセスメントできる尺度の必要性を片山所長は感じている。来年度のモデル事業では、全国で共通のアセスメントツールが用いられる予定だ。

同チームの一員である遠矢純一郎医師(桜新町アーバンクリニック)は、訪問看護師ならではの「医療」「生活」両面からのアセスメントに利点を感じているという。診断に必要な情報はもちろん、初期には特に重要な「生活支援」の視点にもぬかりないからだ。

遠矢医師は、初期には、診断や治療など「医療」の比重は少ないとも指摘する。「方向性」における初期チームの要件にも「医師」は含まれず、診断・治療はかかりつけ医や認知症疾患医療センターが担う構図になっている(図1)。実際、初期集中支援の内容は、生活障害のケアや、火元を含む住居の環境整備、そして心理教育などが主になりそうだ。

特に、本人はもちろん、家族も対象とする「心理教育」は、早期支援に欠かせない。認知症の理解から、今後どういった障害が起ころうのか、また、そうした障害が起きたときにどこに相談すべきかなど、症状の重篤化を予防するための教育支援を行なう。加えて、介護職等の周囲の支援者に、個別性に応じた支援方法をアドバイスすることも期待される。

ポイントは「訪問(アウトリーチ)機能」
やはり同チームの一員である上野秀樹

医師（海上療養所）も、医療職に偏らず、生活支援を行なうためのメンバーである重要性を強調する。上野医師は、精神科医として認知症の人への「訪問診療」に力を入れてきた。その経験から、「よいケア」と「よい環境」、そして必要に応じ精神科医療を訪問で提供できれば、ほとんどの場合、精神科病院への入院は必要にならないと実感語る。

認知症の人に「医療」が必要になる局面は2つある。まずは「診断」、そして「治療」の場面だ。さらに、後者は「認知症（行動・心理症状）」と「身体合併症」の治療とに大別される。上野医師は、こうした治療は、精神科医でなくても、トレーニングを受けた一般科医に十分可能と考えている。行動・心理症状はケアや環境の改善で軽快することも多く、不適切な

薬物療法や多剤併用は時に行動・心理症状の背景にもなりうるが、その調整なども困難ではない。精神科医療が必要になるのは、こうした基本的な対応を行なっても、どうしても改善しない重篤な行動・心理症状などの場合に限られる。

上野医師は、「入院を前提としないのが新施策の画期的なところ」と強調する。そもそも入院を必要とする状態をつくらない。そのためにポイントとなるのは「訪問（アウトリーチ）機能」であると、両医師は口をそろえる。そもそも初期に、本人・家族から相談・受診行動を起すことは稀だ。一方、精神科医療が必要な危機的状況では外来受診は難しくなってしまう。であれば、自ら訪問することで、必要な医療・ケアを運んでいけばいい。自宅を訪問すればこそわかる事

情も多く、その後の支援計画にも活かされるだろう。訪問機能は、初期チームだけでなく、いわゆる身近型認知症疾患医療センターにも期待されるところだ。

片山所長は、日頃から訪問しているかかりつけ医や訪問看護師とチームがうまく連携することで、初期集中支援につなげるのではないかと考えている。

最も重要な本人の意思尊重

もうひとつ、初期チームの役割として「最も重要」と上野医師が指摘するのは、本人の意思を尊重するための支援である。そのためには、たとえ認知症のために意思伝達が困難になっても、その人の意思を押し測れることが必要になる。

その人の意思を尊重した支援をするには、記憶や判断能力が失われる前によく聞いておくことが不可欠となる。片山所長も、この点のヒアリングには特に時間をかけている。上野医師は、行動・心理症状は、その人にとって譲れない人生の価値を侵害されたときに現われやすいと指摘する。これらの症状は、その侵害を訴える認知症の人からのメッセージとも読み取れる。「自宅」が病院や施設と異なるのは「何の規則も拘束もない自由」が保証されるところにポイントがあるとも上野医師は言う。初期チームが、その人の人生をその人の言葉で記録しておくことは、そうした自由と、その人にとって譲れない人生の価値、ひいては、その人の「意思」を尊重する支援の礎になるだろう。片山所長は、その「記録」をきちんとまとめ共有することが、初期チームの重要なアウトカムのひとつになると考えている。

課題は地域の認知症医療・ケアのボトムアップと住民の啓発

2009年から取り組む国家認知症戦略の主要政策のひとつ「メモリーサービス」をモデルとしている。たとえば南ロンドンのクロイドン・メモリーサービスは、看護師、上級心理士、作業療法士、ソーシャルワーカー等6名程度の多職種チームである（精神科医は非常勤で、チームによる診断会議での助言が主な役割）。その名のとおり、失われていく認知症の人の「メモリー」を記録しておくことが主眼のひとつだ。そのため、時に4時間にも及ぶ、アウトリーチでの濃密な初回アセスメントを行なっている。認知症高齢者が在宅で生活できる期間をできるだけ長く長く維持するとともに、施設ケアにかかる膨大なコストも抑制するね

英国のメモリーサービスは、半年〜1年で初期集中支援を終え、地域のかかりつけ医らに引き継ぎが行なわれる。日本でも、地域包括支援センターやケアマネジャーが引き継いで支援を継続していく構想だが、「同じ人に関わり続けてもらいたい」という本人・家族の要望も強いだろうと片山所長は推測する。英国のよ

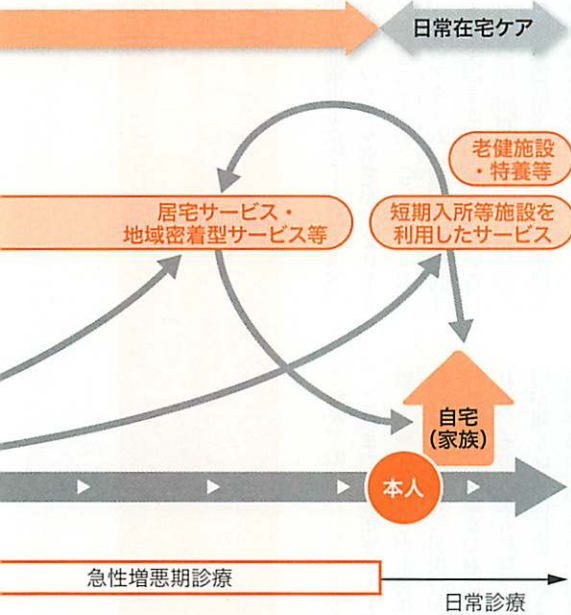
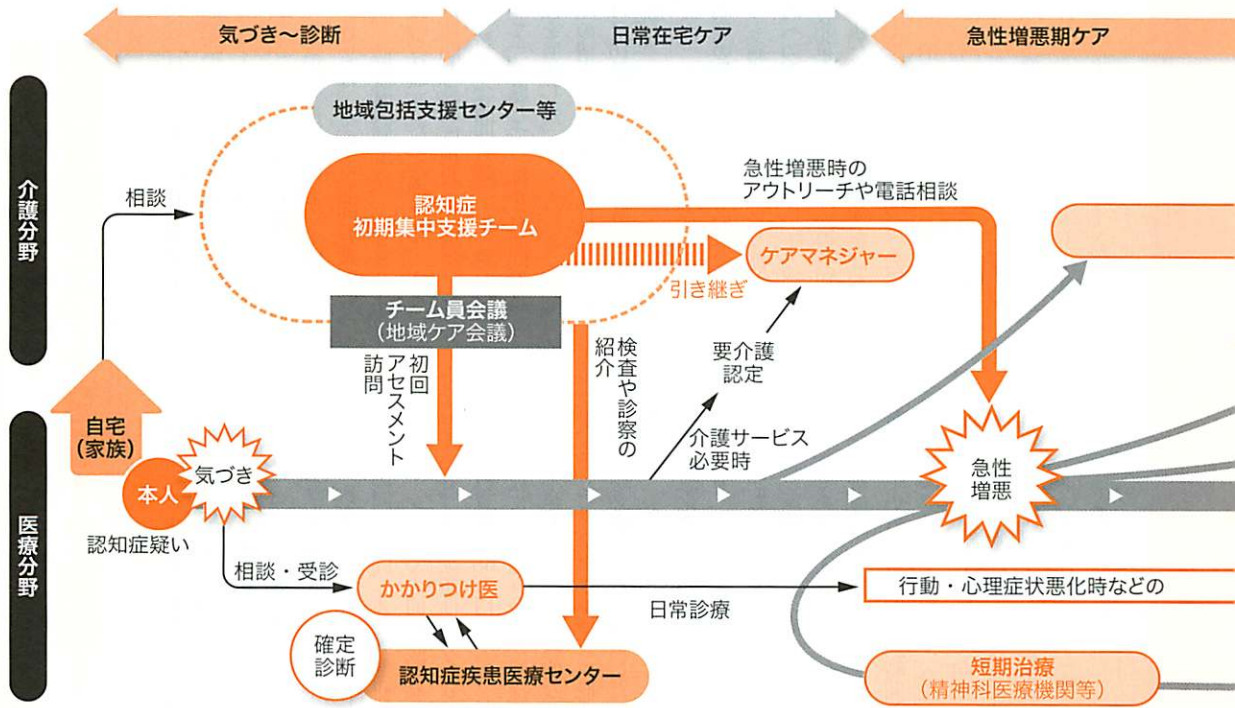


図1 ●標準的な「認知症ケアパス」の概念図 (文献1に基づき編集室で作図)



うに、初期チームがスペシャリストとして一時的に効果的に関わる体制をとるには、日ごろから継続的に彼らを支えるチームが別にあることが前提となるのかもしれない。「ずっと関わっている人が、いちばんその人のことをわかっていて、やはり継続性が大切」と遠矢医師は言う。

また、認知症の初期の人は、要介護認定を受けても「要支援」程度の評価であることが少なくない。その範囲の介護保険サービスで支援を行なうには限界がある、と片山所長は指摘する。実際、初回アセスメントを行なった1例は、すでに中等度のレビー小体型認知症で、要介護度は低いが訪問看護による継続支援が必要と考えられるケースだ。そのためには、医療保険での精神科訪問看護の対象とするほかに、それをできるステーションに限られる。訪問看護師が初期チームに入ることで、適時に訪問看護につなげるという利点を活かしたい現状がある。モデル事業での検証・議論を経て、十分に認知症医療・ケアを提供できる制度の改正にも期待される。

もうひとつ、そもそも「初期」の認知症の人を、どのように見つけ出しているのか。片山所長がすでに取り組む3事例のうち、1例は地域包括支援センターから、もう1例はもの忘れ外来から在宅療養支援診療所を経ての紹介で、すでに認知症の診断を受けていた。診断を受けていなかった1例は、徘徊などで警察沙汰になり、認知症が疑わしいと紹介され

た。初期チームの存在と役割を知り、地域ぐるみで取り組んでいく必要があるだろう。初期チームによる本人・家族、周囲の支援者への教育支援を「ミクロの啓発」とするならば、オランダシブランにもある地域住民対象の「マクロの啓発」も不可欠であると、上野医師は指摘する。

このように地域全体のボトムアップが図られれば、「方向性」が基本目標にかける「認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」に近づいていくに違いない。誰もがなりうる認知症という「障害」を、1人ひとりが自分や家族の問題として捉えることで、人々の多様性を認め、すべての人を包摂する社会へと日本社会全体が変わっていく可能性をも、上野医師は示唆している。いずれにせよ、オランダプラムも初期チームも、まだ端緒についてはかりだ。いよいよ今年から、こうした社会を具体化するさまざまな取り組みが全国的に始まっていく。(文責●編集室)

文献

- *1 厚生労働省(認知症施策検討プロジェクトチーム): 今後の認知症施策の方向性について, 2012.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
- *2 西田淳志: 英国の国家認知症戦略のビジョンと実際, 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)研究分担報告書, 2012.