

アウトリーチにおけるアセスメント について ～医療職の視点から～

看護師 片山智栄

Step1

類似疾患の鑑別

正常老化による物忘れ
老年期うつ病
せん妄
水頭症、脳腫瘍など

まず、気付くこと

Step2

診断・治療

どのタイプかを診断
病気に合わせた治療
と予防的対応を行なう

早めの診断

Step3

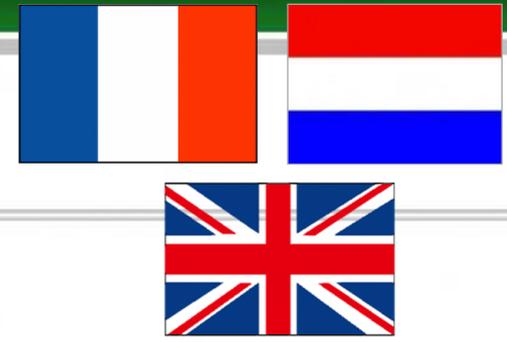
障害把握と 個別ケア

個別的なケアを提供
本人・家族の認知症
への理解を深める

ちゃんと知ること
理解すること

認知症は医療で治すものではなく、
理解とケアで支えていくもの

オランダ・フランス・イギリスの 認知症施策に共通していたこと



- 認知症者と介護者のQOLを維持しながら、
できる限り**住み慣れた家での暮らし**をサポート
- そのためにも**適切なタイミング**で医療やケアに
つなげられるような体制作りを行う
- **抗精神病薬の使用を減らし**、ケアによる対応を
- 医療費介護費はすでにパンク状態につき、
低コストで良質なケアを考える
- それを実現するのが、**多職種チーム**による
キュアとケアの包括的な提供
- 認知症への理解のある**社会、地域作り**

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム



平成25年1月29日(九段):後援:厚労省、東京都、イギリス大使館、フランス大使館、オランダ大使館、オーストラリア大使館、デンマーク大使館

認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。
認知症政策の国際動向を把握。

<参加者311人>イギリス、オランダ、フランス、デンマーク、オーストラリア、日本の政策立案者、経済学者

共通する理念と推進体制

基本的理念

認知症の人の思いを尊重し **住み慣れた地域での生活の継続**を目指す

推進体制

首相・大統領レベルのリーダーシップ、**当事者・市民の積極的関与**

地域生活を可能とするための共通戦略(例)

普及・啓発 *Anti-Stigma*

認知症に対する**スティグマ(烙印、偏見)**の克服

事前の意思表示 *PersonCentered Care*

本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

事前的対応 *Proactive Care*

タイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ**予防的ケア体制**

危機への対応 *Psycho-Social Care*

行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、**抗精神病薬使用の低減**

ケアラー支援 *Supports for Carer*

レスパイトやカウンセリングなどの**家族介護者(ケアラー)支援**を強化

ケアの改善に向けた政策・施策 各国共通するポイント

利用者満足度が高い
費用対効果が高い

先手、予防的、事前的な
サービスモデル

Proactive

タイムリーな診断
包括的初期支援
Advanced Directive
抗精神病薬使用回避

統合的ケア・治療

Integrated

本人中心のケア・治療

**Person-
centered**

ニーズのあるところに出向く
サービス

Outreach

医療・介護、身体・精神、
統合的提供を可能とする
ケースマネジメント
チームアプローチ

スペシャリストから
ジェネラリストへ

Task-Shift

ニーズが高いほど、
サービスは届きにくいいため、
サービスを届ける(往診)

国家戦略の共通点

“入院を前提としないサービスモデル”

認知症の人の地域生活継続が困難となる最大の要因

心理・行動症状の出現とその増悪
(不適切な環境(ケア・治療を含む)が原因であることが少なくない)

現状の対応

精神科病院への入院
平均在院日数900日超

- 地域で支え切る「ケア力」蓄積が貧弱
- <日本の特殊な事情>
- 精神科病床が異常に多い
- 医療保護入院制度

予防

心理・行動症状の**出現**の予防

発病後早期に適切な診断を受け
初期集中支援により適切な環境
を整え在宅生活を軌道に乗せる

初期集中支援機能

例)初期集中支援チーム

予防

心理・行動症状の**増悪**の予防

心理行動症状が出現した際に
早期に**電話相談、アウトリーチ**し
タイムリーに危機の解決を図る

危機回避・解決機能

例)アウトリーチ医療

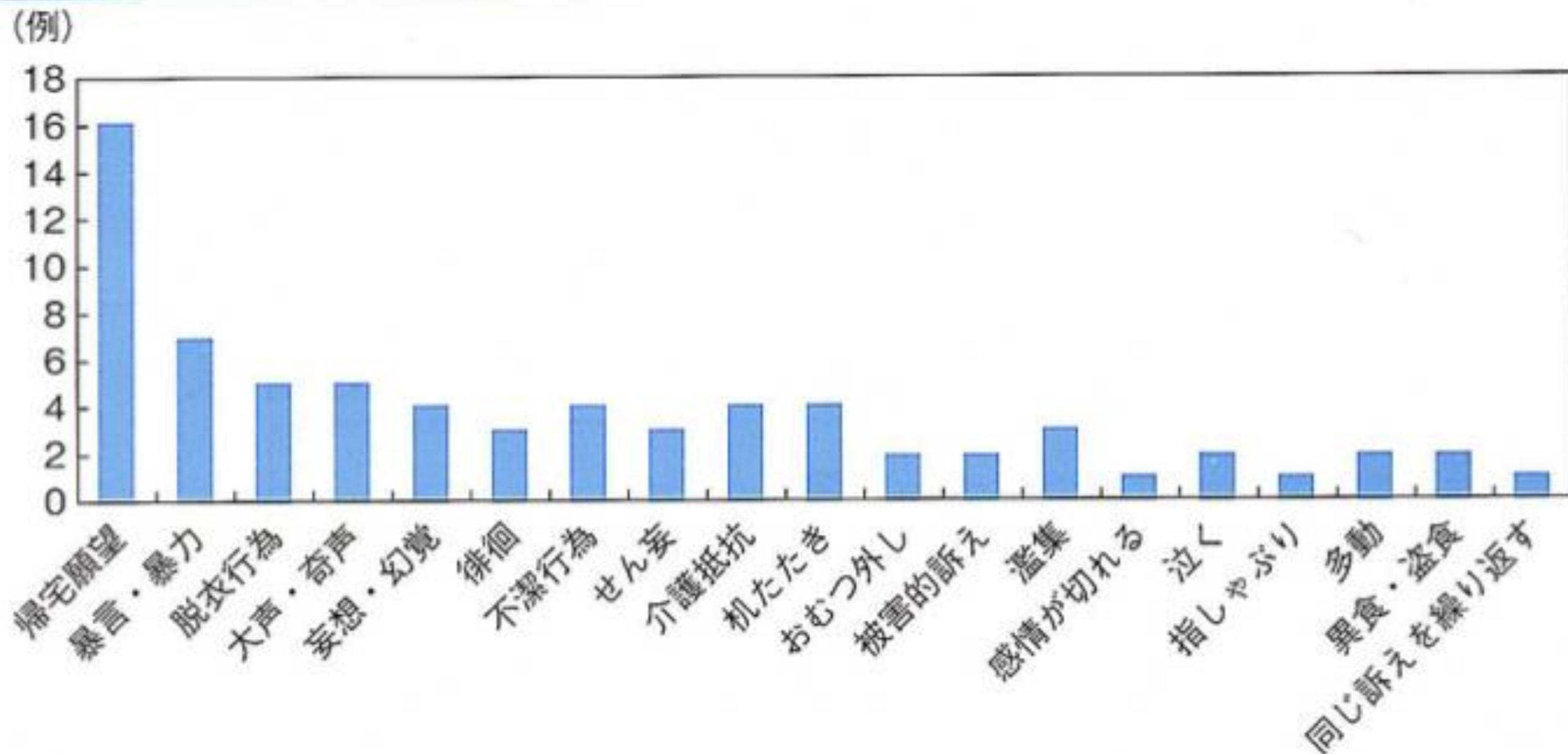
- 周りの方々の理解や承認が必要
- それを難しく悪化させるのが**行動心理症状**

だから

- 早期発見は周りの方の行動を変えるために必要
- 行動心理症状を予測・対処するために信頼関係が必要
- 周りの方の関わり方で行動心理症状を予防出来る

周りの方に認知症の知識と具体的な関わり方や介護方法を知ることが重要

BPSDの種類と頻度



老健に入所した高齢者でのBPSDの発生頻度

BPSD初期対応ガイドライン
服部 英幸ら 国立長寿医療センター

行動心理症状は

認知症の人が苦痛や不快な
症状を表出できる手段のひとつ



1

家のなかに入る

- 家族や馴染みの方と訪問する
- 事前情報からどのような人なのかを把握しておく

2

継続して訪問を受け入れてもらう

- 同じ色の服装、聞き覚えのあるkeywordを多用する
- お茶などをいっしょに飲食し楽しみを共有する
- ひたすら本人からの話を聞く
- 楽しみを共に共有する

3

支援を受け入れてもらう

- 生活するにあたっての問題の明確化と解決方法の検討
- 療養環境の整備
- 認知障害の見立て
- 介護保険サービス導入の提案と利用促進

4

支援がつづく

- 楽しみの提供
- 生活パターンをつくる
- 日課にする
- 仮想現実に取り憑く

体調不良がないか

- 感染症、便秘、脱水、栄養失調など
- 糖尿病、心疾患などの合併症がないか
- 骨折、皮膚疾患などが原因の痛みやかゆみがないか
- 薬物過剰投与の影響、薬の副作用など

不安感や不快感がないか

- 白内障や緑内障などで目がよく見えない
- 片方または両方の難聴がある
- メガネや補聴器があっていない など

チーム員によるアセスメント

Assessment

神経心理学
診断

Communication

Care Plan

Support

- 診断についての丁寧な説明
- 傾聴
- 心理教育
- 家族教育

- 個別なプラン
- 先を見越した早期介護サービス導入
- クライシスプラン
- 薬物療法

- 物理的・人的環境整備
- ボランティア
- 医療介護福祉連携
- 成年後見制度
- 社会保障

臨床経過

認知症診断の有無

もの忘れが始まった時期

その後の経過 急速 緩徐進行性 変動性

脳卒中発作の既往

人格変化の有無

頭部外傷の既往

MMSE・HDS-R・CDR・DASK・DBD

血液性危険因子の状況

大量飲酒 高血圧

脂質異常 糖尿病

心臓病・A f

服薬管理状況 受診日のミスなど

精神科的状況

精神疾患歴

精神科的遺伝負因（家族・親戚）

精神病薬の服用

抗認知症薬の服用

神経学的所見（要点）

眼球運動障害（特に下方視）

構音障害・嚥下障害

錐体路系：片麻痺

錐体外路系：パーキンソリズム（振戦・筋拘縮・寡動・後方突進）

感覚の左右差 両下肢遠位部の感覚低下（振動覚）

ひとりで靴下を 脱げるか脱げないか

起立・歩行状態の障害

神経因性膀胱：失禁

生活歴

婚姻歴

同居家族

キーパーソンの存在



初期集中支援チームの役割



1. アウトリーチできる多職種「専門チーム」によるアプローチ

- どの職種も必要時にアウトリーチすることが原則
- 在宅ケアに精通した訪問看護師と在宅医の関わり
- 認知症ケアに精通した多職種(OT等)による高いアセスメント能力、コミュニケーションスキル

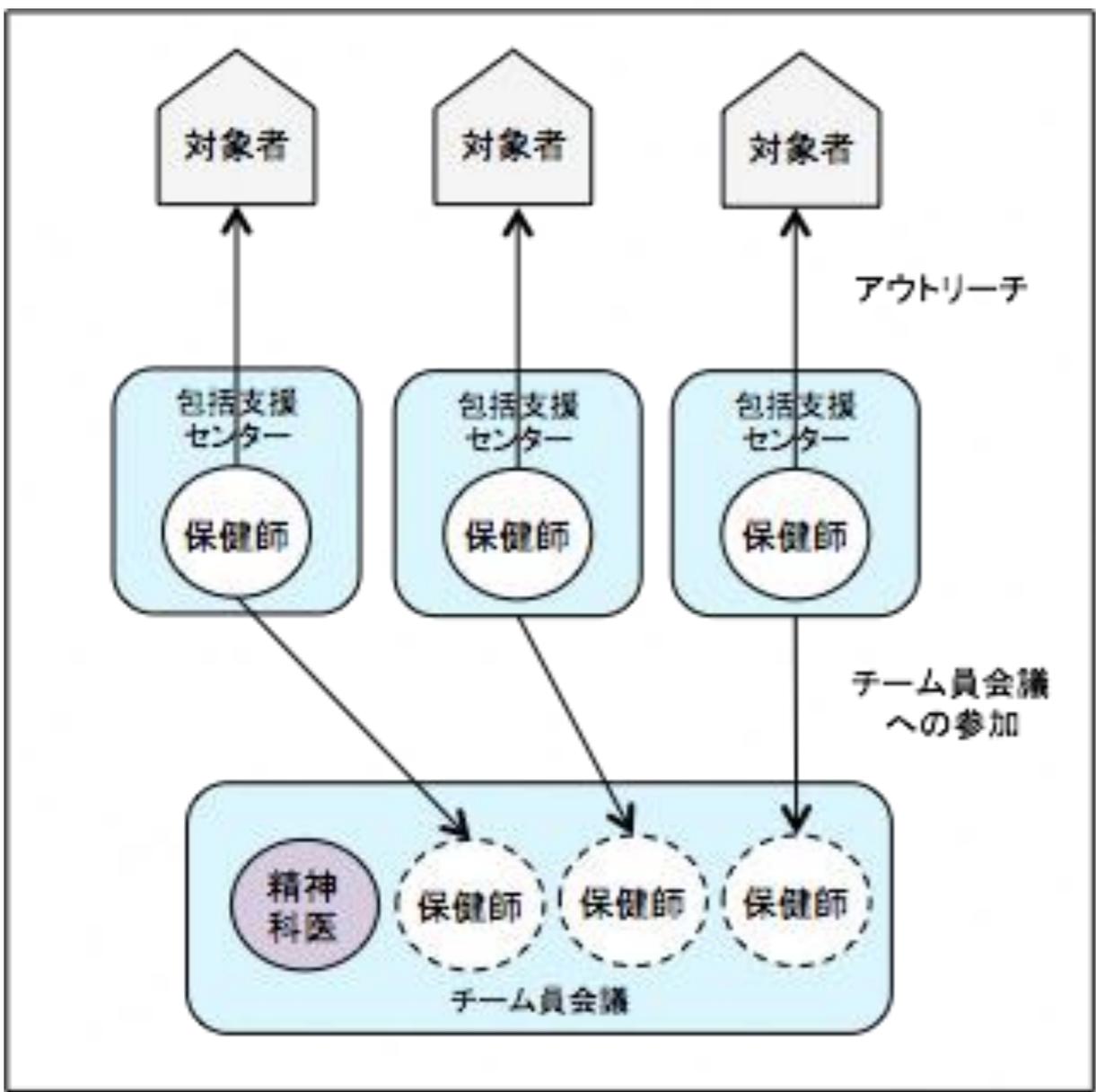
2. 訪問看護師が中心的役割を担う

- 医師主導ではなく、訪問看護師がリーダーシップをとり、在宅生活を継続させ支援する
- 認知症の人を中心に捉え、その人の立場に立って考える、全人的に診るプライマリケア
- 介護保険サービスや医療機関につなぐだけでなく、各職種を連携・協働を支援する調整役

3. 初期認知症の人への集中支援サービス

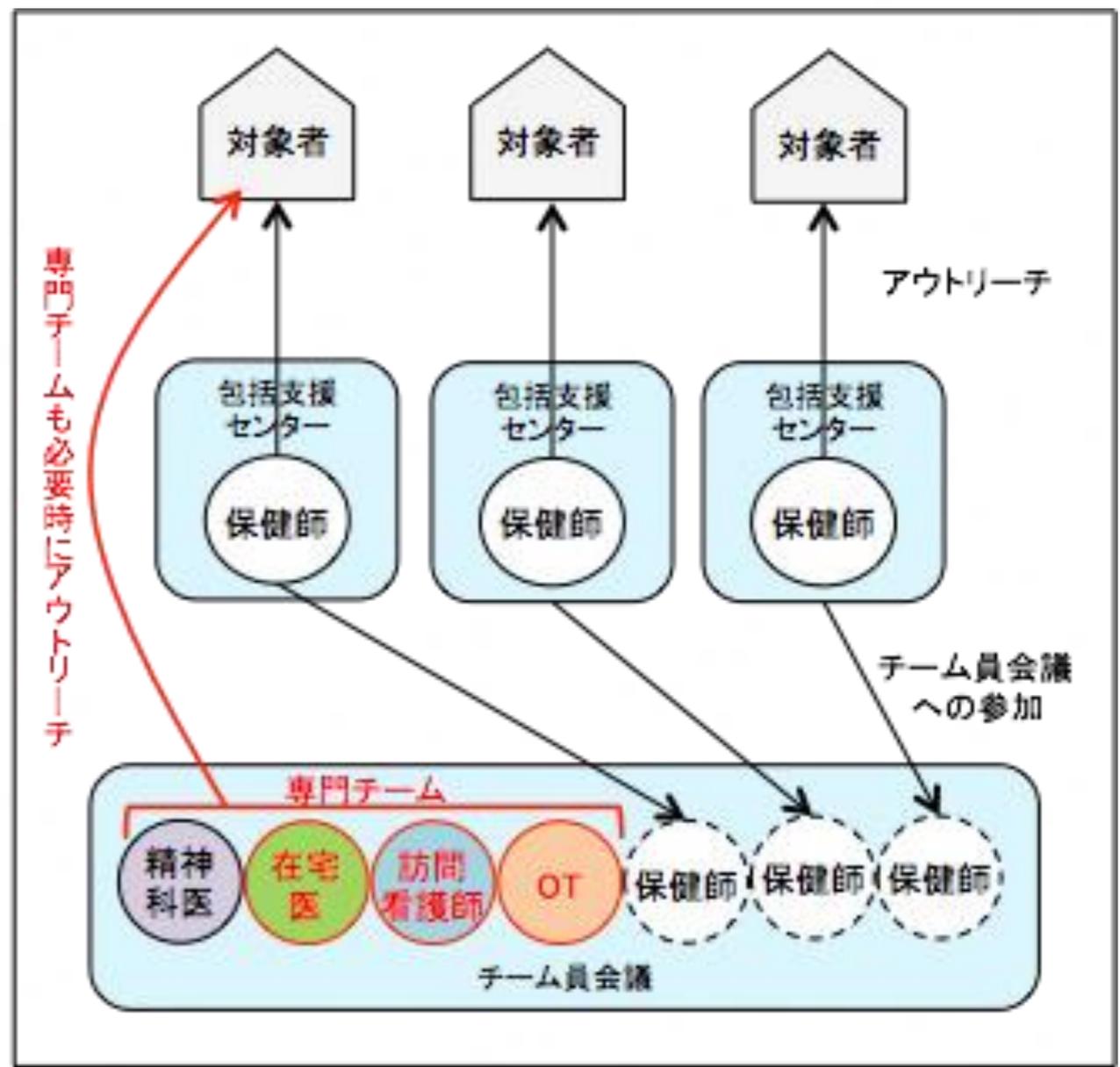
- 初期認知症やサービスが提供されていない人たちを重点的に地域で抽出
- 事前対策的な認知症ケアのアプローチ
- その人の思い、価値観などを事前に収集し、家族や支援者たちへと引き継ぐ

認知症初期集中支援事業 世田谷区の特徴



＜チーム員の配置人数と職種＞

- ・「保健師、看護師、OT、精神保健福祉士、介護福祉士」等
 - ・認知症ケア実務経験3年又は在宅ケア実務経験3年以上
 - ・「初期集中支援チーム員研修」を受講し、合格した者
- イ 認知症専門医又は認知症医療を主たる業務とした5年以上の経験がある者で、且つ認知症サポート医1名(嘱託)



＜チーム員の配置人数と職種＞

- ・地域包括支援センターの「保健師、看護師」等
- (必要時にアウトリーチする専門チームの存在)
- ・認知症専門医あるいは精神科医
 - ・在宅医
 - ・訪問看護師(認知症ケア実務経験且つ在宅ケア実務経験)
 - ・OTなど

多職種によるチーム員会議

第1回

第2回

第3回

判断・見立て

アクション
プラン

実践ケア提案

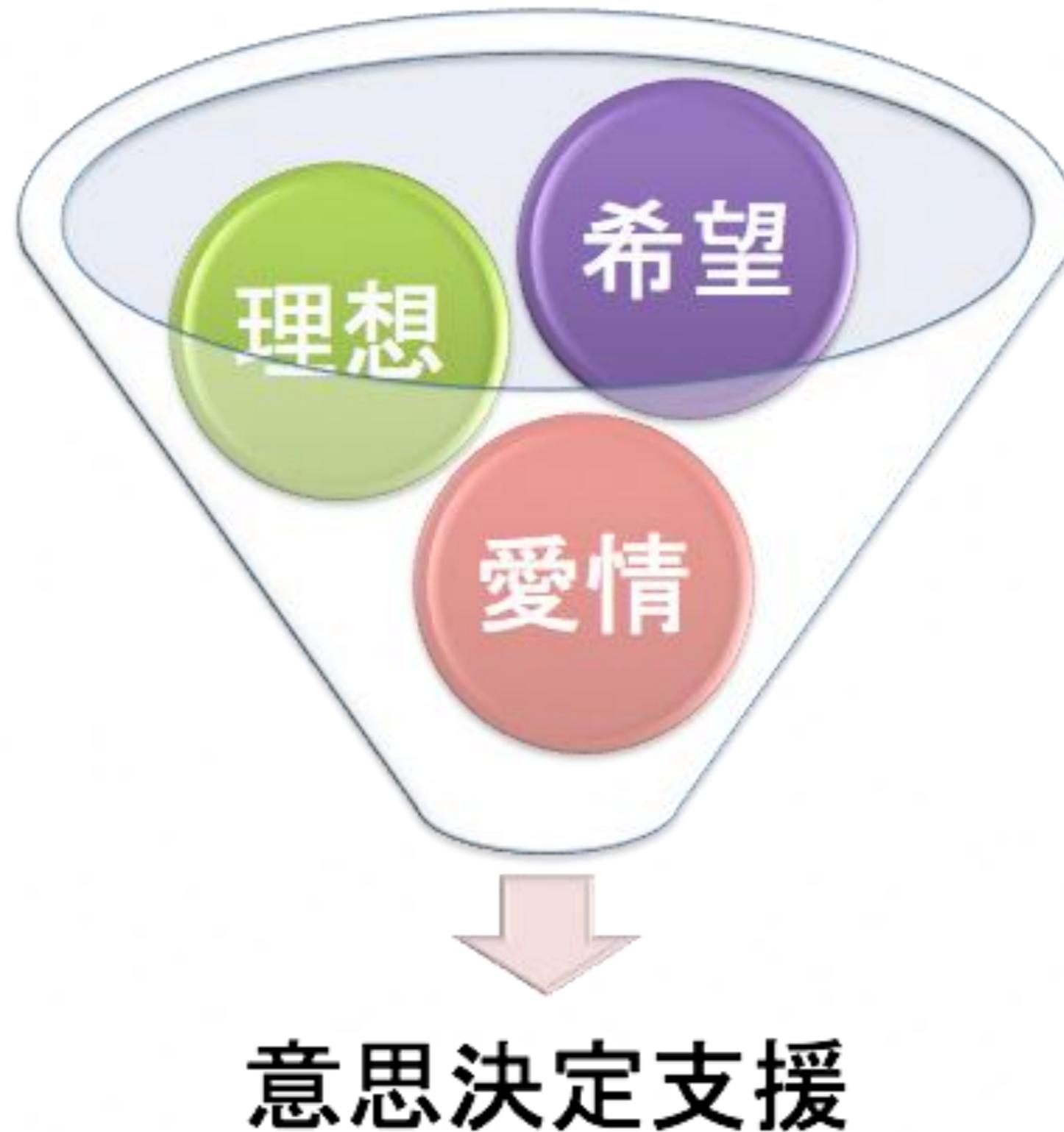
- 情報収集の結果から医師による判断や見立ての助言をもらう

- 今後のサービス提供内容についての検討と役割分担

- 個別的なケアに関する助言と引き継ぎ

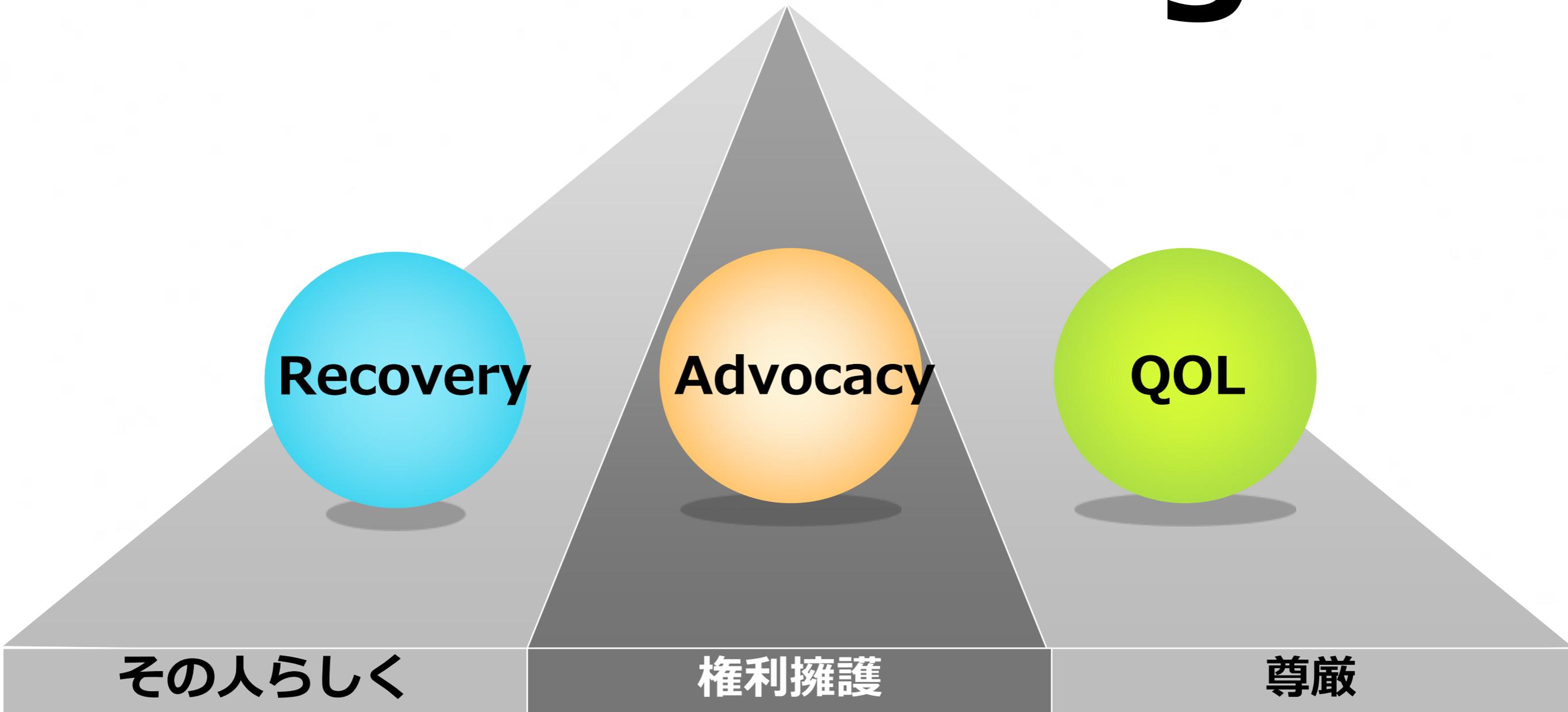
医療・生活・経済状況・居住環境などの視点からアセスメント

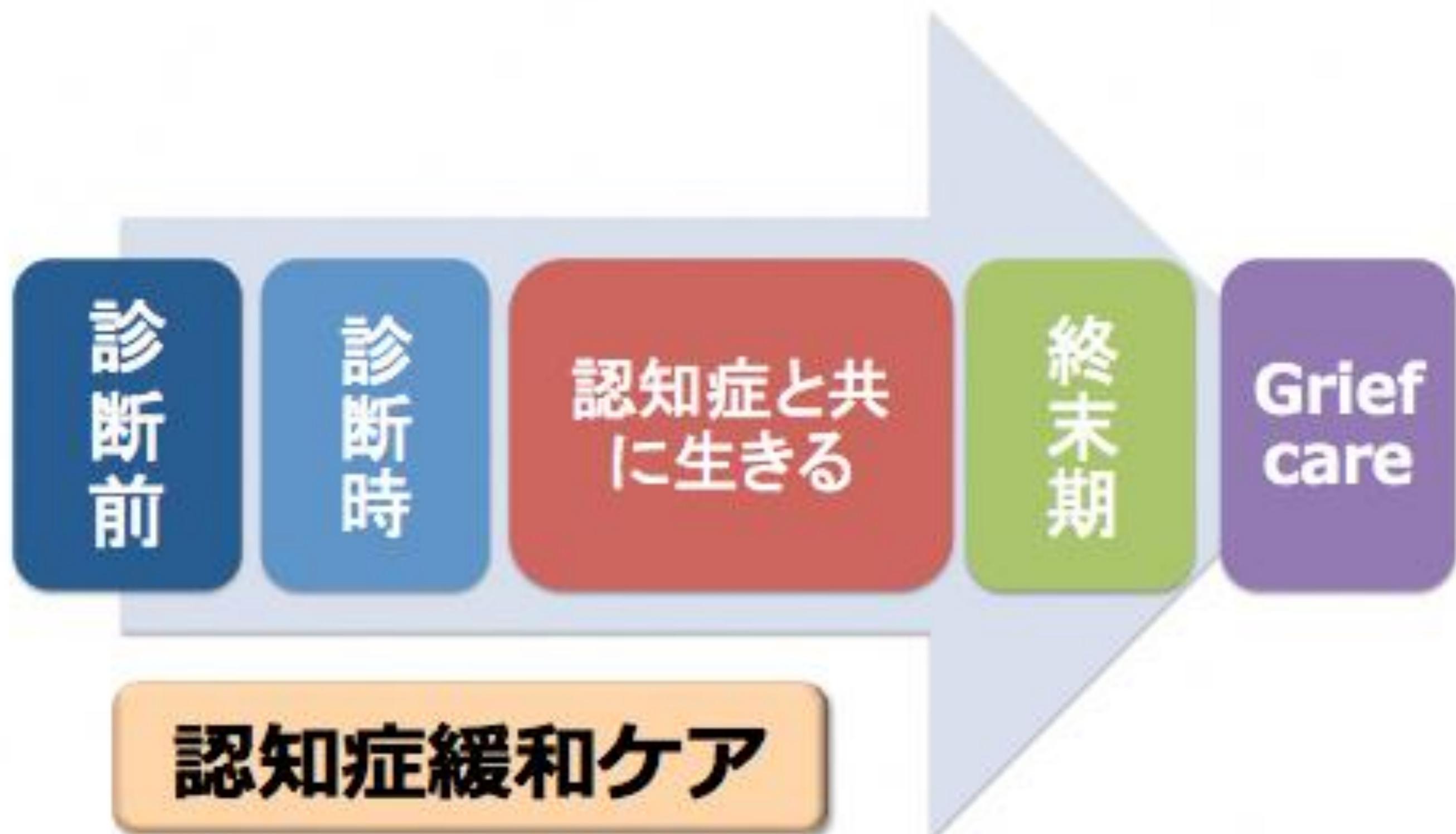






Well-Being





認知症緩和ケアへの着目

認知症に対する世界的アクションに関する第1回WHO大臣級会合（2015年3月）

- 欧州緩和ケア学会の認知症緩和ケア白書（2013）に基づき、認知症施策における緩和ケアの確立を要請する声明が提出された

認知症緩和ケア白書

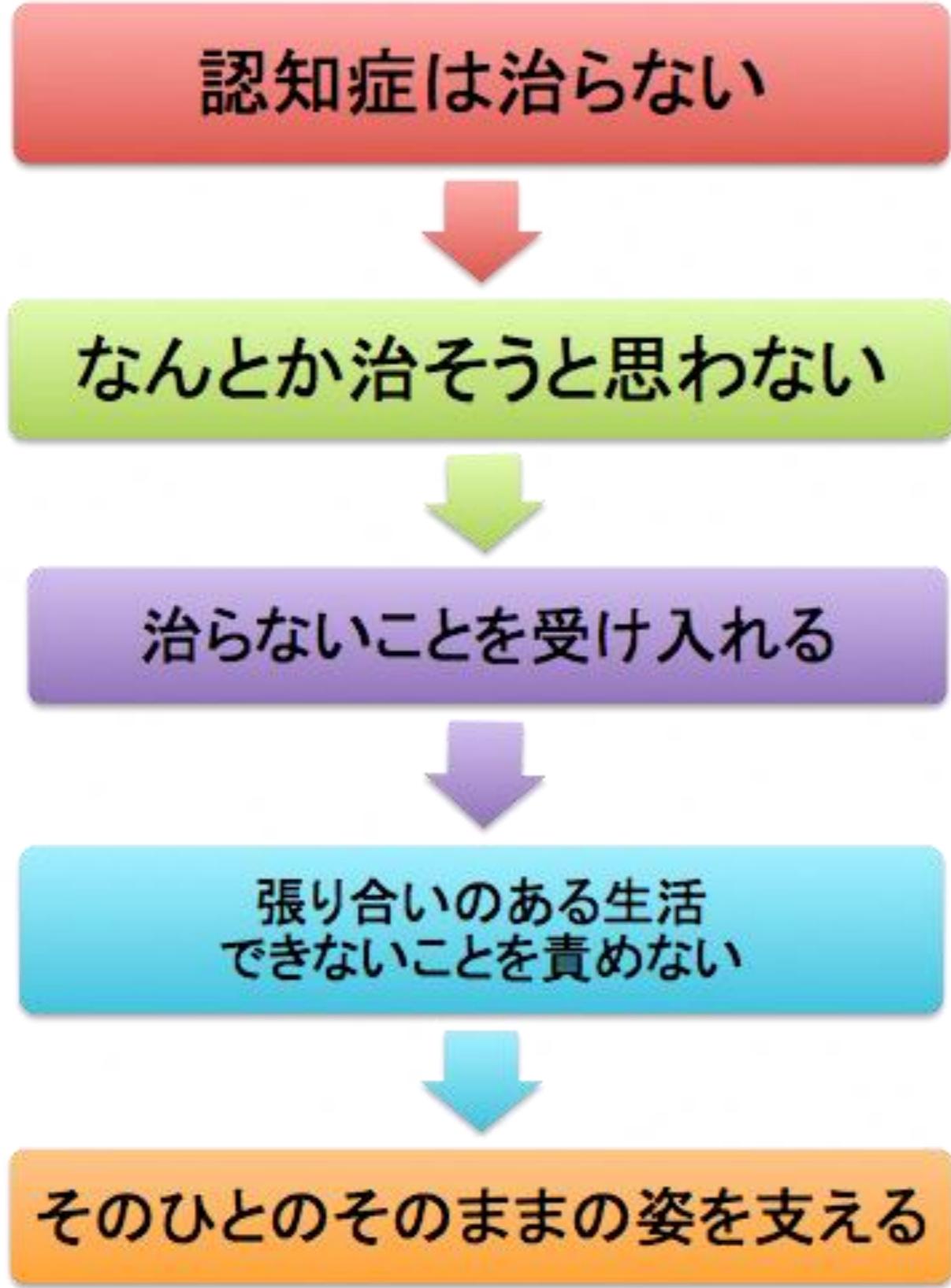
- 認知症は死に至る疾患であり、治療法が確立されていない
- 生活の質（QOL）を最大化するアプローチとして、認知症の診断時から死後に至るまで緩和ケアを適用することを推奨
- 11領域にまたがる 57 の提言

欧州緩和ケア学会の提言

1. 緩和ケアの適用
2. その人を中心としたケア（パーソン・センタード・ケア）、コミュニケーション、意思決定の共有
3. ケアの目標設定とアドバンス・ケア・プランニング
4. ケアの継続性
5. 予後予測と時宜を得た死期の認識
6. 過度に積極的な、負担のかかる、あるいは無益な治療を避ける

欧州緩和ケア学会の提言

7. 症状の最適な治療と快適さの提供
8. 心理社会的、及び、スピリチュアルな支援
9. 家族ケアと関わり
10. 医療チームの教育
11. 社会的、倫理的な問題



「治らない障害」

**治さなくてよい、
治らなくてよい**

「生活」 的視点

