

# チームに見られる援助困難性

	全数	43	63	47
	2015	2016	2017	
援助困難	<u>67%</u>	<u>75%</u>	<u>43%</u>	
関わり拒否	53%	25%	26%	
受診拒否	51%	16%	19%	
サービス拒否	56%	30%	36%	

## 1. チームに見られる援助困難性

- ・初期は受診や関わりが始まる時期
- ・拒否が多く事例に見られる。

2. 初期であっても  
BPSDの発症からの  
相談も多い。

3. 拒否事例からBPSDへ

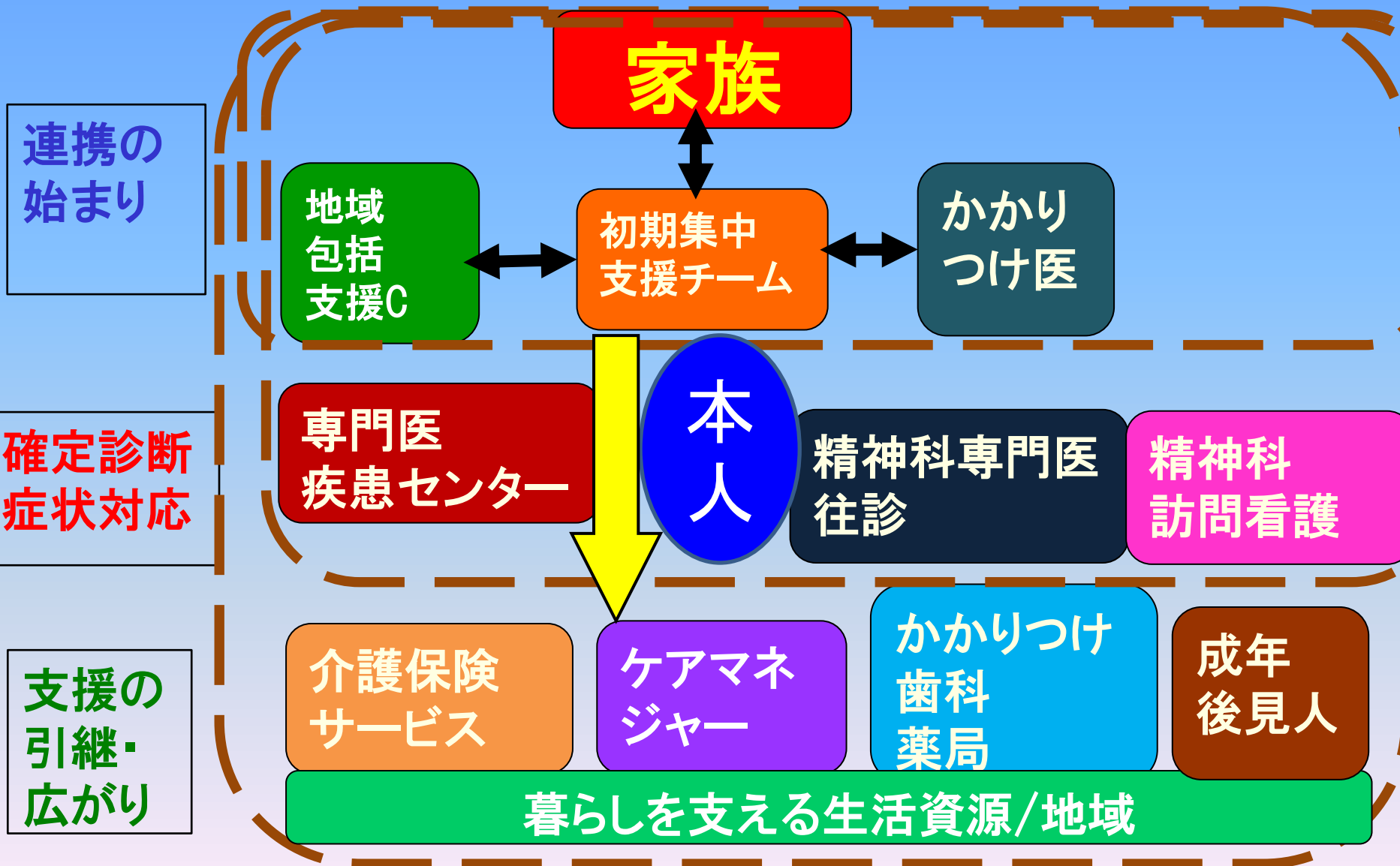
	全数	43	63	47
	2015	2016	2017	
妄想	10%	16%	<u>30%</u>	
被害 念慮	8%	<u>20%</u>	15%	
暴言・ 暴力	10%	15%	<u>22%</u>	
易怒・ 興奮	9%	<u>32%</u>	<u>37%</u>	

# 鑑別診断/介護支援の利用

全数	43	43	63	63	47	47
	2015		2016		2017	
	前	後	前	後	前	後
診断:未	<u>74%</u>	35%	<u>59%</u>	21%	<u>55%</u>	28%
診断中	2%	0	0	0%	2%	0
診断:済	23%	<u>65%</u>	41%	<u>79%</u>	43%	<u>72%</u>
介護:未	<u>47%</u>	19%	<u>78%</u>	25%	<u>81%</u>	47%
介護等:導入	0%	<u>35%</u>	0%	<u>51%</u>	0%	<u>32%</u>

認知症鑑別診断に約70%強の利用者がつながる鑑別診断等医療につながってから、介護支援を検討支援中に約30%強がCM・サービス導入を開始する

# 最初の相談から連携が始まる ～つながる・協働する・ひきつぐ～





### 3. 3年半の実践から

- 1) 日頃困っている支援者への支援
- 2) 本人合意による支援～初期・BPSD～
- 3) 家族への支援、地域への予防教室等

# 奈良市の認知症初期集中支援チームの歩み

2015.9  
(H27)

2016  
(H28)

2017  
(H29)

2018  
(H30)

初期集中  
支援チーム  
発足

初期事例と共に  
CM・包括から  
援助困難事例

・チームに相談事例のうち  
初期支援はチーム担当に特化  
・支援者(CM)事例は  
地域支援推進員による後方支援。  
推進員判断で必要時はチームへ。

CM・包括への広報周知

医師会・訪看・歯科・  
薬剤師会への広報周知

医師会ブロックで  
の広報周知

地域住民は各包括からチームちらし等で広報周知。チームから研修等の機会に啓発。

チームによる住民へ  
予防教室・周知

本人・家族の交流機会：カフェ増  
H29家族教室(本人も参加)

# 苦勞している・困っている支援者の状況

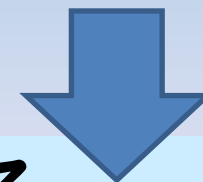
## 2015CMからの相談事例

事例内容	支援(助言)内容	事態の改善
1. 本人家を出ると言い転倒繰り返す、訪問看護に夜間頻回電話・出勤	本人の声をよく聴き 本人中心の支援へ	怒りが軽減、支援継続
2. 家賃等滞納・あちこち頻回電話、医療拒否	本人のパターン理解・ 根気良く関係作り支援	電話少なくなる、滞納 徐々解決、医療受診
3. ベランダからおむつ投げる、デイ拒否	本人・家族の声理解 環境調整	投げ捨てなし、 デイ利用
4. 腰痛理由にデイ拒否、医療拒否気味	本人の声を受容、待つ CMとの関係調整	デイ利用・受診継続
5. 本人デイ拒否、家族本音わからない	本人・家族の声を聴く 家族の努力を認め、 認知症理解を伝える	他のサービス利用、 家族とCMの信頼関係 ができる
6. くわえ煙草で地域から苦情がある夫 死にたいと鬱っぽい妻の事例	夫のたばこへの環境 調整、妻が役割を果た せ準備できる関わりへ	夫たばこ対応調整、 妻デイ利用、支援工夫
7. 認知症の本人への暴言・ デイ利用に拒否的な夫のため、 家族関係が悪化している事例	長男夫婦、夫、各々の 気持ちを受容、認知症 理解を伝え、方針立て	家族が落ち着く 夫の認知症理解、 本人デイ利用

相談後のCMアンケートより：  
CMの感じていた困難性：  
・サービス拒否、  
・援助方針が立てられない

初期集中利用により：  
事例の変化を実感・  
見え方が整理・自分の学習になった

アセスメントを丁寧にする  
見立て・ニーズのふりかえり  
方針を毎回立てる



日頃の支援で困っている  
支援者への支援をどうするか

# 支援者の対応力向上に向けて

全包括へのチーム広報周知の機会に、  
事例を通じて、体調管理や支援のヒントを伝える



## ケアマネジメントのヒント

- ①認知症の症状は体調ととても関係します。
- →水分・栄養・排泄・活動・睡眠は重要！
- →アセスメント:1日の生活を確認しましょう。
- →足りないものは数値的な目標を共有し、
- 確実にチームケアをすると、変化する☆
- ②人となり・病気の経過(過去)が未来を見せる
- →アセスメント:病歴・生活歴、本人の意向の確認！
- →その方の生き方・思いから代弁プランに近づける
- ③認知症の症状と本人のこころを理解する
- →本人の否認・抵抗感の心情理解から支援を考える







## 事例

### 体調管理の重要性

- **Bさん 男性 75歳 自立、診療所から相談(妻から相談)**
- **夫婦二人暮らし。妻に怒鳴る、ガスの消し忘れ、カギの閉め忘れ。**
- **指摘して受診を促すとひどく怒るため困っている。**
- **初回訪問: DASC40点、DBD20点、ZBI13点**
- **本人は一方的ではあるがよく話される。水分600ml、焼酎をジュースで割って飲む、早くに両親を亡くし、戦争中は苦勞した。叔父の建築会社を手伝い、監督を行った。付き合いで飲むことも多かった。次男の近くに住むことになり、引っ越してきて2年。植木の手入れ以外は家で閉じこもり気味。働く妻のために昼食をつくる。健康で家族に負担をかけたくない思いあり。**
- **支援内容: 苦勞をねぎらう。水分摂取・ジュース等の管理。社会交流できる力は十分、サロン・男性デイケアを利用。運動開始。VD**
- **結果: DASC26、DBD5、ZBI3と激減。ガスの消し忘れ・カギの閉め忘れがなくなった。今度、妻と一緒に予防教室を参加する予定。**





## 事例

本人を中心に支援！

- **Cさん 女性 88歳 要支援1、夫婦で暮らす、家族より相談本人怒ると手がつけられなくなり、立ち上がり転倒する。CMは気に入らないと交代、訪問看護には夜間頻回に電話。**
- **初回訪問：DASC55点、DBD24点、ZBI21点  
よくお話しされ、話の中で自分の父親が歌ってくれた歌を歌い、今は死んでいるがとても会いたいと思っているとのこと。  
本人抜きで夫と話を進められたことはとても嫌だったと話す。**
- **支援内容：サービス担当者会議に参加。  
支援者から「本人は自分を中心にいないと気が済まない人」という意見。でも、本人は中心にいると感じているのだろうか？  
本人を真の意味で中心においた支援を作ることになる。**
- **結果：本人怒るが笑って話せるようになる。支援者も夜間の電話に振り回されなくなった。本人から確定診断を受けたいと話す。**
- **夫は本人をかわいいと思い最期まで看ようと思っていた。  
奈良公園までボランティアと出かけるようになった。**
- **「本人を知らなかった。本人も支援者も変わりました」とCM。**

# 1) 初期支援における 相談の始まり

家族：「認知症専門医に受診して、  
少しでも進行を遅らせたい…。」

本人：  
「ぼけてなんかいない。馬鹿にして!」

家族：「どうしたらいいのか…。」



受診を  
させたい



受診を  
拒否



# 本人と会うために

～会う前に環境を整備する・家族支援から～

家族の思いから始める：家族の困りごと・思い

アセスメント：支援の根拠・土台

本人の暮らし・意向、もの忘れ等経過、病歴・生活歴、1日の暮らし方、経済状況、家族の関わり、家族の負担度、本人の好み、趣味、人となり など

認知症の理解と  
基本的関わり方  
などを伝える



本人が少しでも安心して、  
チームに会ってもらうために、  
ご家族と訪問計画を立てる。

- ・本人が納得できる訪問理由
- ・慣れた場所 ・集中できる時間
- ・安心できる人(家族)がいること
- ・多人数の訪問で圧倒されないか など



# 本人と合意形成・意思決定のために



## 1. 訪問前に家族の思いの確認

→本人の前で言えない思い・アセスメント・訪問の計画を立てる

## 2. 本人と話せる環境をつくる

→笑顔でアイコンタクト、ゆっくりはっきりと簡潔に話しかける

→聴力の確認（聞こえないことで認知症を疑われていることも…）

## 3. 本人がどう考えているかを聴く（本人の声）

→今後の暮らしの希望・もの忘れの認識等を聴いてみる

## 4. 本人が表現できていないニーズに気づく

→病歴・生活歴、身体のチェックから痛みや辛さ・意欲等の理解

## 5. 本人と話し合い、一致できるところを探す

→本人の思いや合意できることから支援をつなげる

## 6. 意思は関係や状況により変化する

→「本人が嫌だと言ってるから」関係や状況によって意思は変わる

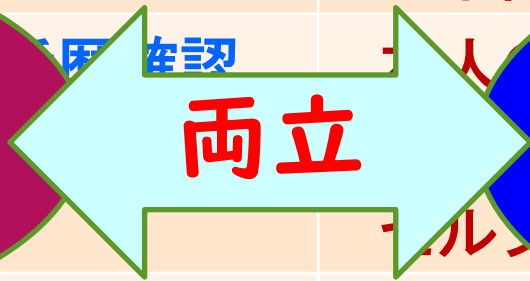
## 7. 強い拒否はタイミングを待つ・忍耐強く関わる

→本人からの動き（警察へ電話等）、身体状況の変化から介入

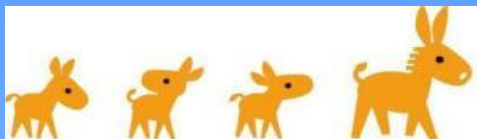
# チームの主な支援内容

支援内容	目的
1. 本人の困りごと・意向確認・支援	本人合意形成・意思決定支援
2. 確定診断・医師の病歴・	の援助
3. 体調1日の	不活発・
4. 服薬確認 投薬内容確認	援へ・ 部連携依頼
5. 生活面・環境面の工夫： 暮	認知機能低下・ 生活障害を
<div data-bbox="48 921 782 1249" style="background-color: #800040; color: white; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;">                     本人の表明した 意思・選好を 尊重する                 </div>	<div data-bbox="1207 921 1922 1249" style="background-color: #000080; color: white; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;">                     本人の状態に 適切な支援体制 を構築する                 </div>
8. 介護保険等利用： 主たる支援者への引継ぎ	本人の意向・状態に合わせた支援 を途切れず継続していく

受診、サービス利用、  
生活支援の一つ一つに  
意思決定が必要になる







# 事例

初期

**Aさん 女性 73歳 自立、別居の長女が相談・窓口でチーム紹介。忘れっぽい。何度も同じことを聞く。同じものを買って腐らせる。注意しても、「ボケていないわよ、馬鹿にして！」と言う。同居の夫がイライラ。夫のストレスが心配。どうしたらいいのか。**

**家族面談：状況をお聞きし、Aさん・夫の心理を長女と共有し、かかわり方・支援の方針を検討する。チーム訪問ができるよう一緒に考える。**

**初回訪問：市から訪問健診で訪問。理解しやすいように本人に話す。本人は笑顔で対応。聴力・身体チェック。高血圧、薬の飲み忘れあり。もの忘れへの認識やそれについての本人の意見を聴くと、本人から物忘れも感じており、心配だったと打ち明けられる。**

**支援内容：本人は一緒に考えることに合意、「(認知症薬と言わず、わかりやすく)進みにくくする薬を飲んでみませんか」と提案。長女は夫の苦勞を受けとめ、一緒にチームと面談。もの忘れ予防をCMも入れて相談へ。**

**結果：専門医受診、投薬。要介護認定・ケアマネジャー・サービス 家族：「関わり方・方向性が見えてきた」。本人の笑顔が増える。**

## 2) 本人合意による支援 ～BPSD等困難性の相談～



家族：

「(本人が)暴力をふるう」

「(本人が)盗られたという」

ずれ

本人：

「自分が怒られてばかり」

「物が盗られて心配」

「認知症にさせられている」



# BPSDは本人なりの意思表示 ～背景に不安や理解できなさ～

- <拒否>
- 周囲：  
認知症だから診断してもらおう  
閉じこもりだからデイに行こう
- 本人：  
「私はなんともない。放っておいて！」  
「おれを認知症と言うのか！」

「理解できない」「認知症診断  
への不安」「行かされる」  
変化への不安・強制へ抵抗  
診断の恐怖等からの表現

- <妄想>: 本人の思い  
自分の家のものが盗られる  
(家族が盗る、泥棒が家に入る)  
夫が浮気をしている
- 知らない写真や下着が出てくる
- 新聞が飛んできて、机の上にある

易怒興奮・  
暴言暴力へ

中核症状(記憶障害等)から  
今の状況が理解できない  
衰えを受容できない、今までの  
家族間の葛藤の現われ

# 本人のいるところから始めるために ～本人の納得・関係づくりから～

- 支援の必要性を本人は感じていないことが多い
- まず、本人と関係を結べることから
- 本人が納得できる状況・説明
  
- 本人側からの理解・関わり・傾聴・「聴いてもらえた」
  
- 生活習慣病の改善：夫と共に「健康になること」
- 本人の悩んでいることを一緒に考える  
「物が盗られる・困っている」
- 本人の今までしていたことを教えてもらう  
「子どもへの手遊び・紙芝居を助けてほしい」

# 早期診断・受診中断拒否・精神症状 ～医療との連携～

- かかりつけ医との連携：情報共有、相談・検討等
- 専門医との連携：疾患センター・専門医（検査）  
早期診断・継続治療等
- 精神科・心療内科クリニックとの連携  
盗られ妄想・受診拒否  
訪問拒否・関係づくりから  
精神疾患の課題

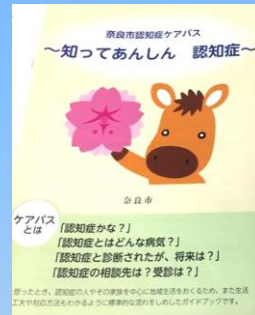


# 意思決定支援に向けて ～環境整備・関係づくりの重要性～

- 1. 本人が話せる環境・話せる関係をつくる  
本人に今までの思い、将来の希望を確認する
- 2. 家族の悩みを受容・整理する（家族との関係）  
認知症の理解から本人の心理や行動理解を共有  
家族も意思決定支援者の一員として協働し始める
- ☆「環境整備・関係づくりの重要性」

# 家族の支援をどうするか ～困っている家族・本人への影響～

- 家族がどのように対応しているか困っているのが伝わる
- 「自分のところだけが大変なんでしょうか…」
- 家族の対応で本人が苦しんでいる。
- チームは初期介入、だが時期ごとの大変さがある



最初に家族の苦勞を受け取りきちんと知識（関わり方）を伝達  
→ケアパスを使い、今後の指針としても活用してもらう  
継続的な家族支援、家族同士が出会い話せる機会を…。  
→家族教室開催（年3回）、本人・家族が参加・本人G、家族G

本人・家族が参加できる  
場所（カフェ等）の必要！

