

支援事例 ①

デイサービスでの 高齢者介護の役割で落ち着く

●アルツハイマー型認知症（初期→Part3）の女性 発病時（年齢：55歳）在職中

▶ 本人の情報・病歴——かたくなな受診拒否を乗り越えて

20年余り前に夫が亡くなり、以降2人の息子を育てながら仕事を続けていました。特記すべき既往症はなく、受診数カ月前から高血圧にて降圧剤を服用している程度でした。

受診1～2年前からもの忘れが強くなり、息子たちがかかりつけ医の受診を働きかけていましたが、本人は「どこも悪くない」「できる」と、かたくなに拒んでいました。受診数カ月前に同じ会社で勤務地が変わったことをきっかけに、新たな経路のバスでうまく通勤できなくなり、息子が通勤に付き添っていました。頻繁に行き来している本人の兄が受診を強く勧めてかかりつけ医を受診、さらに57歳の時に専門医を受診しました。→社会生活での不具合、受診拒否 Part4 Part5

①最近の出来事は少し覚えているが詳細な点は覚えていない、②頭部MRIでは海馬の萎縮は軽度なるものの、頭頂葉を中心にした皮質の萎縮、③MMSE*1は17 / 30、CDT（時計描画テスト）*2でも数字、針ともに不完全、④GDS（高齢者うつ病評価尺度）*3が11 / 15と高く抑うつ傾向を伴うことがそれぞれ認められ、これらより若年発症のアルツハイマー型認知症と診断されました。→高齢者とは異なることも多いMRI画像や認知機能障害パターン Part3 Part5

▶ 家族等周囲の環境

本人と息子2人との3人家族です。長男、次男とも仕事に就いています。実兄とは頻繁に行き来しています。

▶ 支援の内容——多職種連携と施設での特別の配慮

初診の直後から抗認知症薬の服用を開始し、副作用がないことを確認して増量、継続中です。

会社からは、仕事のミスが多いことを理由に退職を迫られていました。二度目の受診時には休職しており、経済面の不安について本人から相談を受けた医師より病院のソーシャルワーカーに連絡が入り、傷病手当金、自立支援医療の手続きが取られました。→ Part8 退職後、日中1人で自宅にすることが難しくなってきた段階で担当地域の地域包括支援センターに連絡し、介護保険の要介護認定を申請。→ Part10 医師、ソーシャルワーカー、地域包括支援センターの連携で若年性認知症に対応できるデイサービスを探しました。その結果、要介護1に認定されてデイサービスも見つかり、週に3日デイサービスに通うようになりました。→多職種連携 Part13

初診から約半年後、MMSEは18 / 30とほぼ不変、抑うつ状態はある程度改善していましたが抗うつ薬が追加され、初診から約1年後にはMMSEが20 / 30と認知機能は軽度改善、GDSは2 / 15と著明な改善が見られました。

デイサービスではスタッフから高齢者の世話をする役割を与えられ、病院受診時にもその様子を楽しく語るようになってきています。→**デイサービスでの特別の配慮** **Part6**

▶ 事例の特徴——欠かせない家族支援

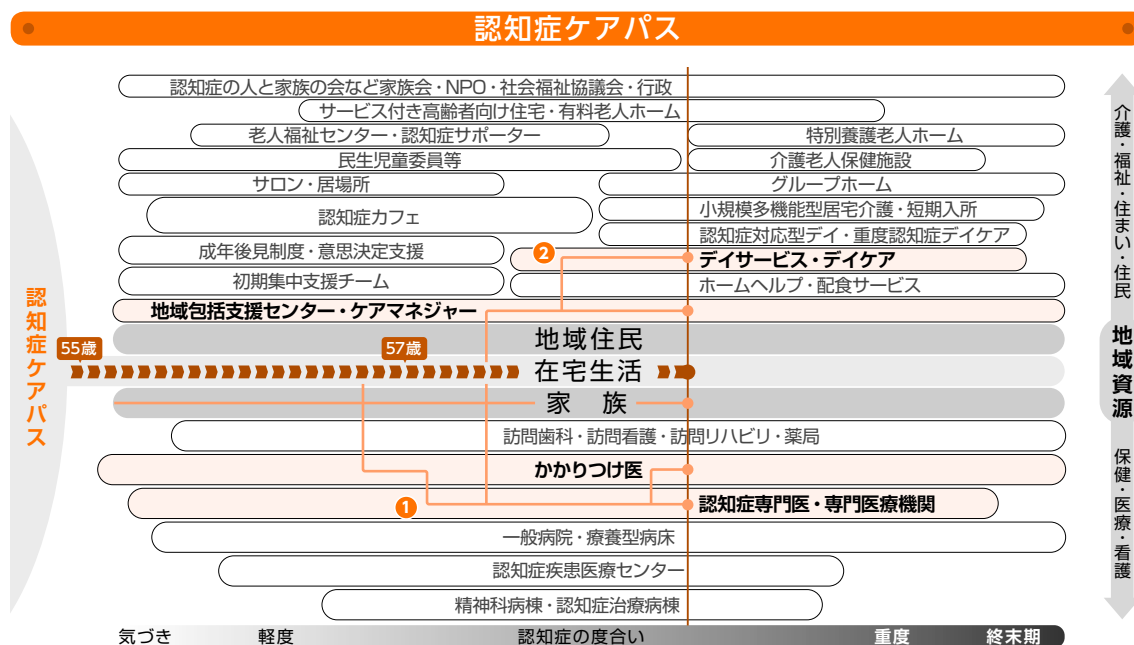
勤務先より病院受診を勧告され、退職まで通告されながらも、受診に結びつくまでに1～2年と時間を要した事例です。しかし、若年性認知症への意識の高まりもあり、かかりつけ医受診から専門医受診への流れはスムーズでした。状態が安定したので現在はかかりつけ医への通院を基本にしながら、専門医の外来にも通っています。→**就労継続の課題** **Part4** **Part5**

経済的な困窮に対しては、緊急に医師とソーシャルワーカーが連携して諸手続きを進めたことで本人と家族の不安が解消されました。ただ、デイサービスの利用はあるものの施設での滞在時間が10時～16時と短く、主たる介護者である次男が、自身の就業時間に制約が強いことなどから強い負担感を訴えていて、引き続き家族支援が欠かせません。→**家族の問題への特別な配慮** **Part6**

*1 MMSE＝認知症のスクリーニング検査の一つ。30点満点で23点がカットオフポイント。

*2 CDT（時計描画テスト）＝時計を描くことで前頭葉機能や視空間認知を調べるテスト。

*3 GDS（高齢者うつ病評価尺度）＝15の質問により高齢者の抑うつ状態を評価する尺度。



①かかりつけ医と相談し専門医を受診 ②医師、ソーシャルワーカー、地域包括支援センターの連携でデイサービスの利用開始

家族が認知症の疑いを強く持ち、かかりつけ医と相談し専門医を紹介受診。診断はすぐに行われたものの若年性のためすぐには介護サービスには結びつかず、専門医による家族ケアや経済的見通しなどのアドバイスを継続しつつ専門医療機関のソーシャルワーカーの支援で、若年性認知症の人をボランティアの形で受け入れることが可能なデイサービスを見つけ、そこを中心に生活の再構築が行われました。

この事例で利用している制度・サービス

●地域包括支援センター→ **Part7**

●傷病手当金→ **Part8**

●自立支援医療→ **Part8**

●介護保険サービス→ **Part10**

支援事例 ②

ホームシェアリングとケアの連携で 在宅生活をできる限り継続

●アルツハイマー型認知症（重度に至った時期）→ **Part 3** の男性
発病時（年齢：58歳 **在職中**）

▶ 本人の情報・病歴——失語・失行・失認を伴い介護抵抗が強く、妻もうつ病に

妻と2人暮らしです。大学に勤めていましたが、58歳の頃、仕事にミスが目立つようになり、2年後には講義の準備ができなくなりました。60歳時にアルツハイマー型認知症と診断、抗認知症薬の服用を開始しました。62歳で退職。趣味のスイミングに通って過ごしていました。64歳頃から、1日何度も外へ出て行くなど行動化が激しくなり、妻はその後をついて歩かざるを得なくなりました。

65歳でデイサービスの利用を開始。デイサービスでは穏やかで、他の利用者の介助をして過ごしました。しかし家では焦燥や妻への暴言・暴力が続き、夜に外出するのを制止しきれず警察の力を借りることもありました。抗認知症薬を中止して少し穏やかになりました。

家族の会との出会いを機に転医。同時に自立支援医療を申請し、精神障害者保健福祉手帳も取得しました。排泄の失敗で衣類が汚れた際に更衣抵抗があれば医療保険の精神科訪問看護で対応し、入浴はデイサービスを利用するなど医療保険と介護保険のサービスを駆使して外来治療を続けていました。しかし66歳時に行方不明になり、2日目に警察に保護されました。妻の疲労もピークに達し、危機介入で精神科に入院しました。

この時点では、①言語機能は不良だが感情機能は良好、②対話場面では失語が前景に立つ、③現在と過去を混同するなど高度な記憶障害、④外に出て行こうとする行動を反復し行動化が激しい、⑤外界の刺激に対して反射的に反応する「被影響性の亢進」等が認められました。

入院する頃には暴力、介護抵抗や威圧的態度で他の利用者や職員に恐怖感を与えるためサービスの拡大が図れず、妻は在宅生活を維持する展望が持てなくなっていました。疲弊した妻のうつ状態が深刻となり、妻も治療が必要になりました。→「**入り口問題**」 **Part 4**

▶ 支援内容と経過——在宅継続を可能にしたホームシェアリングとケアの連携・開発・共有

妻が望む在宅ケア継続をかなえたのは、2回の短期入院（各1カ月）と入院後に導入した「ホームシェアリング」でした。ホームシェアリングの事業所では主治医を招いて「認知症ケア研修」を実施し、介護抵抗はケアの仕方によって反応（抵抗）が変わることや「被影響性の亢進」を理解することの重要性を学んで臨みました。

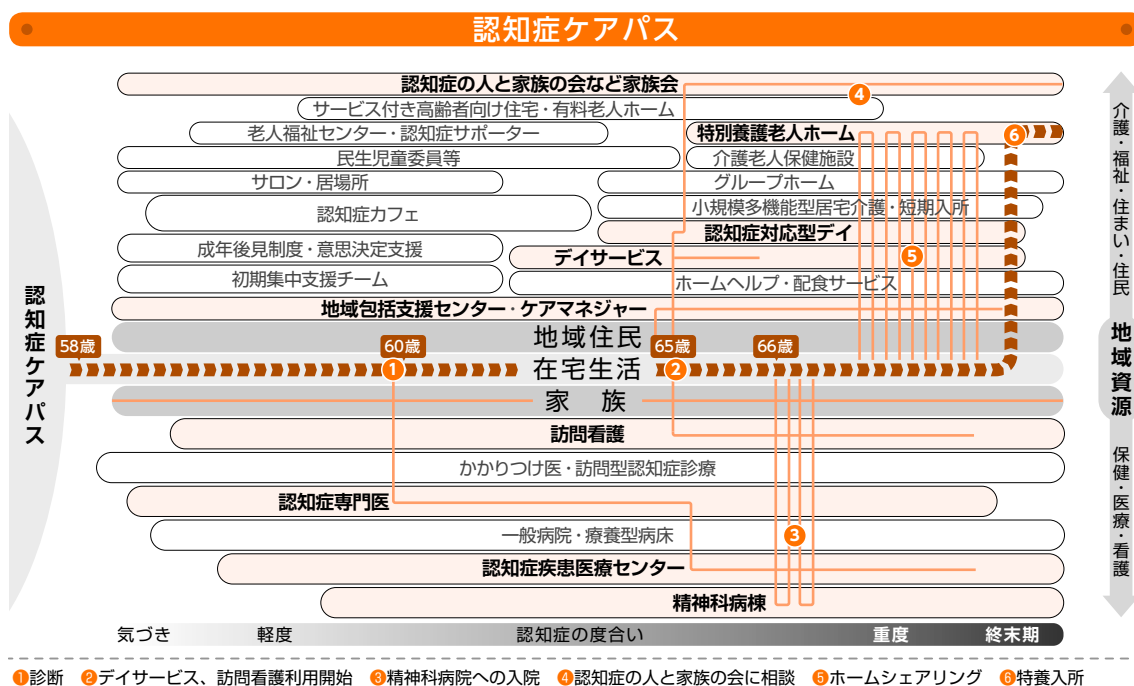
この頃には概ね安定した状態に回復していましたが、家でも施設でも共通する問題は、「失行」により、布団やベッドに横になれないことでした。無理に寝かせようとすると抵抗されます。スタッフは、座る際も肘掛けなどを持った安心できることから、触覚で認知できると恐怖心を軽減できることに気づきました。そこから独自の介助方法を工夫するとともに妻にも動作を習得してもらうことで、家庭介護を強力にサポートしました。

その後68歳になると、立ち上がりが困難になり、徐々に自発性の低下も進行しました。また自宅での排泄介助が難しくなり、さらに歩行も困難になってきました。妻には「最後まで在宅」との思いから葛藤がありましたが、娘の助言もあって決断し、69歳時にホームシェアリングで馴染みの関係ができていた特別養護老人ホームに入所しました。

特養入所後は、ゆっくりとした歩行が可能なまでに回復し、面会に訪れる妻と周辺の散歩を楽しむなど穏やかに過ごしています。➡多職種連携とケアの連続例 **Part 13**

▶ 事例の特徴——濃厚なケアが必要だったのは1年間

発病後の期間を概観すると、最初の4年間は就労し、6年目まで日常生活は自立し、8年目まではデイサービスにも適応できていました。結果的に入院などの濃厚なケアを要したのは9年目の1年間だけでした。こうした時期に本人や家族をどうサポートできるかが問われている事例です。



ケアの関与が図の右半分に集中していることが一目瞭然です。ケアとの出会いは発病後7年が経過して認知症が重度になってからでした。生活が破綻してからケアと出会う事後的対応が介護者のうつ病をもたらします。異彩を放つのは最上段で関与を続ける認知症の人と家族の会のサポートと上段右端の格子状に走るホームシェアリングです。この2つが危機を救い生活の再構築を可能にしました。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 地域包括支援センター➡ **Part 7**
- 精神障害者保健福祉手帳➡ **Part 8**
- 自立支援医療➡ **Part 8**
- 介護保険サービス➡ **Part 10**

支援事例 3

同じ施設の複数サービスをつなぎ ケアを軌道に乗せる

●血管性認知症→Part3の男性 発病時（年齢：57歳 退職後）

▶ 本人の情報・病歴——複合的な家庭的要因をもち、衝動的で行動化が激しい

30代で結婚し子ども3人、55歳で退職しました。3人の息子は独立していて、現在は実母と妻との3人暮らし。実母は脊髄損傷により要介護5の寝たきり状態で、介護保険法にもとづく訪問介護を利用しています。

57歳頃から妻への暴言が始まり、手も出るようになりました。63歳の時、実母のヘルパーに暴言を反復。実母への愛着が強く本人流の介護の仕方を強く要求するため、ヘルパーは次々にやめていきました。本人は64歳の時に何度目かの脳梗塞を起こし入院しますが、退院直後に妻を殴って縫合が必要なほどのケガを負わせました。

さらに暴力行為がひどくなり、たまりかねた妻が入院治療を希望して精神科を受診し入院。この段階では①発語の不明瞭さや歩行障害など脳血管障害による症状、②不正確で思い違いを伴う記憶障害、③些細なことで怒りを爆発させる感情のコントロール障害、④柔軟性を欠く思考と周囲への支配性、⑤自発性の低下などが認められました。ここまで介護サービスは実母の訪問介護のみであり、本人は未利用でした。

▶ 家族等周囲の環境

妻は外交的でヘルパーらとの関係は良好ですが、本人には批判的で周囲にも吹聴します。3人の息子は、暴力の原因の一端は妻の「口」にあると感じていて本人に同情的ですが、仮に事件になれば自分たちの家庭に影響が出ることと心配します。実母のヘルパーなどは、本人が実母のケアを独占しようとして結果として深刻な援助不足になるため、実母への「虐待事例」と考える雰囲気があります。

▶ 支援の内容と経過——情報の共有とケアの連続性

退院後の在宅生活をめざし、暴力リスクの減少が課題になりました。実母との距離をとるためにも「新しい場と関係」の提供が求められていました。

入院治療では、①暴力の背景にある衝動性・怒りっぽさをやわらげる、②妻と本人との関係の改善、③退院後のデイサービス導入の準備に取り組みました。木工による作業療法に熱中できるようになったことで、強く拒否していたデイサービス利用に展望が持てるようになりました。退院前に

は病院、福祉事務所、実母のケア関係者、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、利用予定のデイサービスセンターによる合同カンファレンスで情報を共有しました。→ **Part 13**

介護ではまずデイサービスを利用しました。当初は通所の際も実母を気にしていましたが、喫茶コーナーを利用した雑談など職員が集中的に関わりを持つ努力をしたことで馴染みの関係が生まれ、次第にプログラムへの参加もできるようになっていきました。

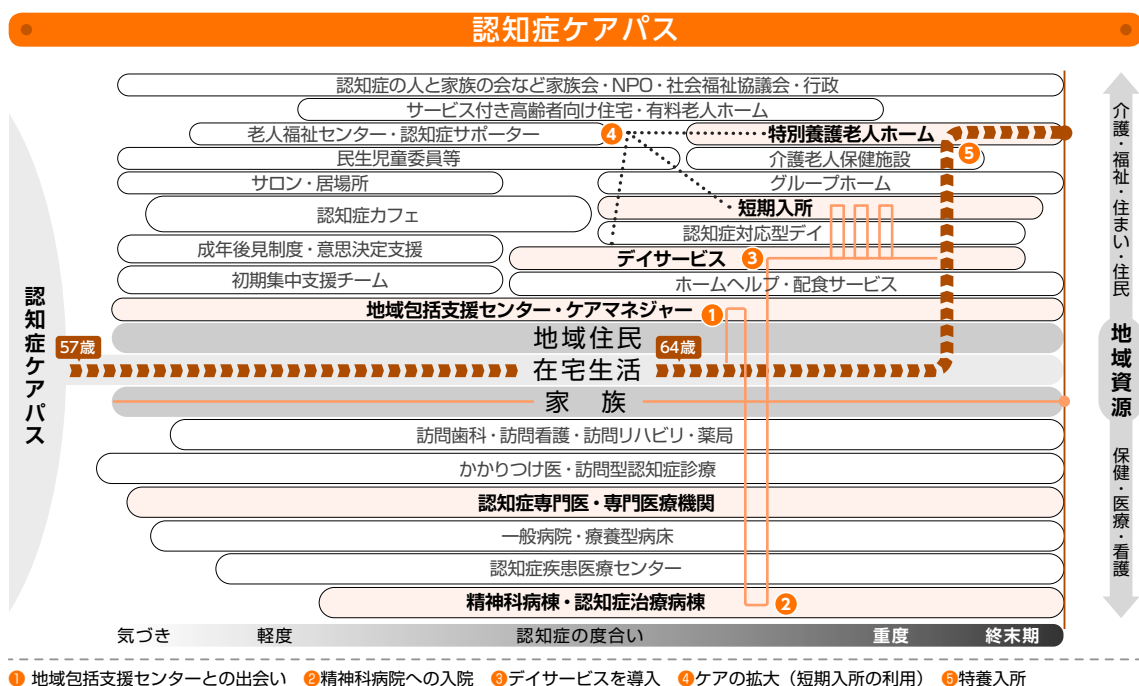
デイサービス開始半年頃から同じ施設でショートステイも開始。当初は強い口調も目立ちましたが、本人をよく知る努力や個別のケアメニューを組み、職員が共通のケアをすることなどにより、他人に対してもやさしい声をかけるなどの変化が見られるようになっていきました。

しかし、妻らとの緊張関係などが消えたわけではありません。また退院1年後には妻が体調を崩して入院しました。サービス量を拡大して対応しましたが、家庭環境の不安定さと援助不足は本人の状態をも不安定にさせるため、施設入所の検討を開始しました。

そして退院の2年後、同じ施設内の特別養護老人ホームに入所。既に形成されていた「場と人へのなじみ」と、ユニットだけでなくフロア全体で見守るなどのチームケアが、環境変化によるストレスを最小にしました。

▶ 事例の特徴——カギは新しい場と新しい関係の形成にあった

ケアが軌道に乗っていく過程は「新しい場と関係」の形成の成否が「カギ」を握りました。同じ施設のデイサービスからショートステイ、さらに特養入所と、ケアの連続性にも留意した事例です。



①ケアとの出会いが発病後7年と遅いこと、②いきなり精神科病院への入院で始まっていること（下段の最外側）、③それを中心（在宅生活）に戻すと同時に上段のサービスを導入したこと、④2年をかけてケアの連続性を準備したこと、⑤家庭要因により最終的にはデイとショートで馴染みができた特養に生活の場を移したこと、以上の流れが一目でわかります。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 地域包括支援センター → **Part 7**
- 精神障害者保健福祉手帳 → **Part 8**
- 自立支援医療 → **Part 8**
- 介護保険サービス → **Part 10**

支援事例 4

適切に診断・治療すれば ケアが有効に作用する

●レビー小体型認知症→ Part 3 の男性 発病時（年齢：62歳 退職後）

▶ 本人の情報・病歴——精神症状とパーキンソン症状が悪化

30代で結婚、子どもはなく、妻と2人暮らし。60歳定年後は関連会社の顧問に就任しています。62歳頃から気分が沈んで食欲がなくなり、不眠を訴えて睡眠導入剤の服用を開始しました。同じ年に胃癌手術を受けました。その後、「(天井の模様が) 虫に見える」と訴え、落ち着かず眠れないため心療内科を受診、抗うつ剤などが処方されました。1カ月で退院し、仕事や趣味の山登りができるまでに回復しました。

同年末に、今度は肺炎で1週間入院、抗生剤の点滴治療を受けました。この間、壁に向かって話したり、ベッド柵を外すことがありましたが、退院後はまた仕事ができるようになりました。

63歳頃からパーキンソン症状が出現し、夜中に転倒して大腿骨頸部骨折を起こしました。術後は歩行可能な状態に回復、抗パーキンソン病薬が追加されました。

その後不眠と失禁が始まります。一晩中ブツブツと独語。相手を聞くと「(亡くなった) 両親」と答えます。夜になるとウロウロし、何もないのに「その石を取ってくれ」と訴えるために抗精神病薬の服用が始まりましたが改善しません。この頃より小規模多機能型居宅介護の利用を開始しました。

抗精神病薬はその後増量されましたが、歩行は小刻みで前屈みになり、筋緊張も強くなります。昼夜を問わず頭がボーッとし、夜は眠くても3時間くらいしかまとまって眠れません。抗精神病薬の種類を変更しながら服用を続けましたが、状態は悪化していきます。

日中、週2回の小規模多機能型居宅介護には楽しんで通い、それ以外の日は妻が車で外出させていますが、相変わらず夜は眠れず、じっとしておれません。そこで、診断と今後の見通し、治療を求めて専門医を受診しました。

▶ 症状と治療の経過——レビー小体型認知症と気づくかどうかが分岐点

症状の特徴は次のとおりでした。

- ①うつが先行。62歳で「気分が沈む」「食欲がない」「不眠」などのうつ状態で発病しています。
- ②一過性でしたが、身体治療で入院する度に錯視（錯覚）やせん妄様病態が出現しました。
- ③幻視・頑固な不眠・尿失禁に加えて認知機能の変動が見られます。
- ④薬への脆弱性とパーキンソン症状。

⑤記憶障害は軽度。HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)*は28 / 30と高く、CDT(時計描画テスト)→事例1(注2)もパーフェクトでした。

⑥その他多くの身体疾患がありました。

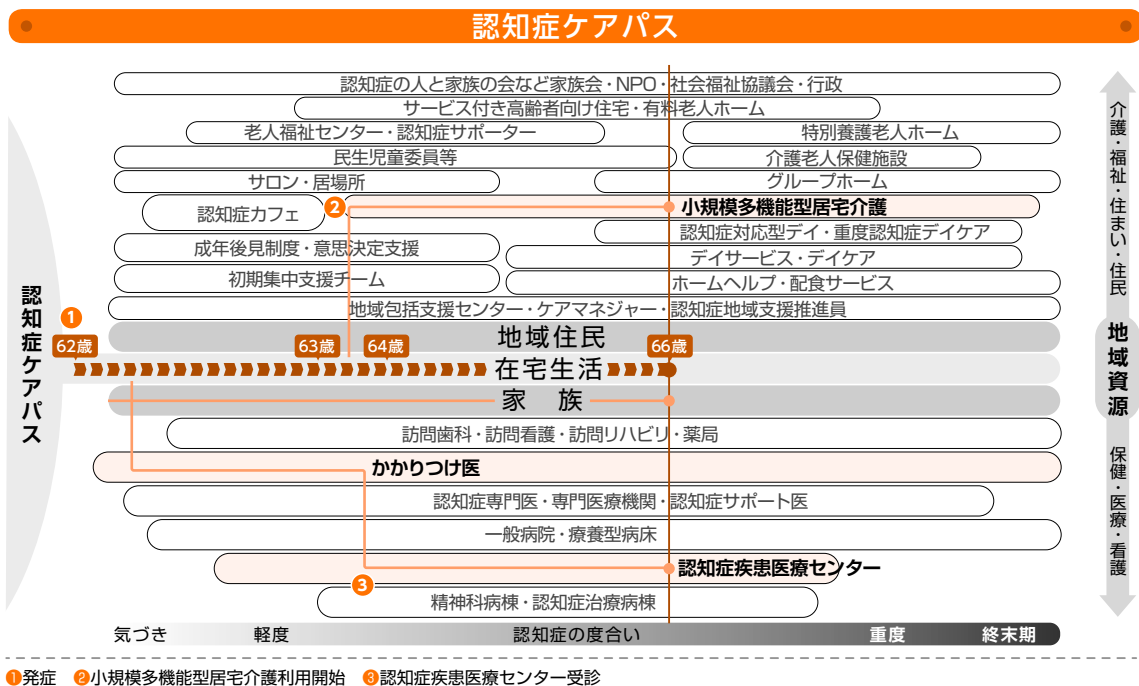
詳しい検査の結果、レビー小体型認知症と診断されました。→Part3 正確な診断がなされなかったために、抗精神病薬により精神症状とパーキンソン症状が悪化していました。レビー小体型認知症に見合った薬に調整し直し、抗精神病薬を中止して抑肝散、抗認知症薬を開始しました。

その後、精神症状もパーキンソン症状も改善し、小規模多機能型居宅介護に通ってリハビリと入浴などのサポートを受けながら、妻との2人暮らしを楽しんでいます。

▶ 事例の特徴——レビー小体型認知症における医療の重要性

レビー小体型認知症と気づくことが大切な事例です。適切に診断をすることで、薬物治療の戦略の目途が立ち、症状の改善とQOLの向上につながっていきます。

* HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)＝認知症のスクリーニング検査。30点満点で20点以下が「認知症の疑い」と判定される。



支援事例②や支援事例③と比較すると、医療とケアの関与が図の左から、つまり比較的早期から始まっていることが特徴です。レビー小体型認知症の場合は、緩徐進行性の経過をたどるアルツハイマー型認知症と異なり、うつや幻視の出現など「折れ目のはっきりした」症状が出現しやすいからです。その分下半分の医療の比重が大きく、診断と治療が適切になされることと上段のケアが有効に作用します。

この事例で利用している制度・サービス(本文中の未記載含む)

- 自立支援医療 → Part 8
- 介護保険サービス → Part 10
- 精神障害者保健福祉手帳 → Part 8

支援事例 5

「小規模」とホームシェアリングの 隔月交代利用でサポートが安定

●前頭側頭型認知症→ Part3 の女性 発病時（年齢：41歳 在職中）

▶ 本人の情報・病歴——6年間パニック障害、うつ病と診断されていた

20代で結婚して子どもは男3人、42歳まで美容師をしていました。41歳の時、仕事中に過呼吸発作を起こし、「パニック障害＋うつ病」の診断で近所の医院への通院を開始。やる気がない、家事ができない状態が続きました。

45歳頃から車の運転ができなくなり、46歳時には会話は少なく無表情になり、2回の万引きがありました。

47歳時、HDS-R→事例4(注)で16／30、MMSE→事例1(注1)16／30に加え、MRIで前頭葉の萎縮が著明と判明、前頭側頭型認知症と診断されました。徐々に会話が成り立たなくなり、ついで排泄・更衣・入浴が全介助になり、48歳になると夕方の徘徊が始まりました。また不眠が目立ち、泣く、怒るなど情動の不安定さが増しました。さらにウロウロと動き回り、すぐに怒って物を投げます。49歳時、夜中に徘徊し、警察に保護されました。

その年、家族が入院治療を希望して精神科を受診。この時の臨床症状には、①仮面様で変化に乏しい特有の表情、②特定の行動を繰り返す常同行動、③自発性及び自発語が減少した無言状態、④座ったかと思うとすぐに席を立つ立ち去り行動、⑤無頓着さ・衝動性・叫声・被影響性の亢進（反響症状）などの特徴が認められました。

▶ 家族等周囲の環境——母親が娘を介護

夫と、大学生、高校生、中学生の男3兄弟との5人家族です。医療費や子どもの教育費等の負担も大きく、夫は仕事に専念せざるを得ない状況です。→ Part5 Part6 そのため関東に住む母が本人の介護と孫の面倒を見るために引っ越してきました。

小規模多機能型居宅介護を週に3泊4日利用し、残りの4日間を家で過ごしていましたが、行動化が激しく目が離せないため、家族はヘトヘトになっていました。

▶ 治療と支援の内容・経過——三度の入院治療とホームシェアリングで安定

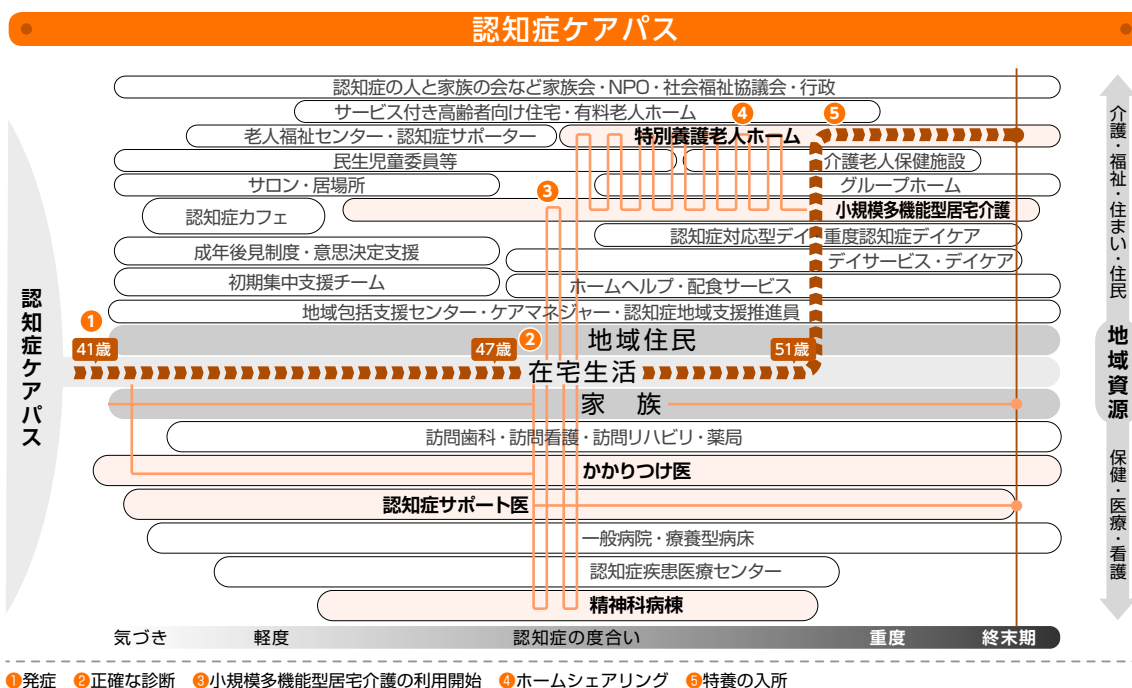
最初の1カ月の入院で、無言・無表情・徘徊は残ったものの情動・睡眠は安定し、行動化は消失しました。退院後は小規模多機能型居宅介護を利用し安定して過ごしていましたが、4カ月ほどで「叫声」「不眠」が再燃して2回目の入院がありました。

年齢の若さと行動化の激しさゆえに事業所の疲弊が強く、単独で支えるには限界を迎えていました。→「入り口問題」 Part 4 そのため2回目の入院時には、①小規模多機能型居宅介護だけの援助体制を見直し、介護老人保健施設か特別養護老人ホームの利用に向けて準備を具体化すること、②被影響性の亢進が関与する「焦燥」「叫声」「行動化」などの精神症状を、環境調整に重点をおいてコントロールすること、などが課題になりました。

退院後は、特養のホームシェアリングと小規模多機能型居宅介護を隔月で利用するようになり、ようやくサポートが安定していきます。それとともに本人の状態も安定化に向かい、家族も疲弊状態から解放されました。さらに、十分に安定した51歳時に特養の長期入所に移行。発病から12年が経過した現在も穏やかに暮らし、外来にも通っています。

▶ 事例の特徴——若年性認知症の早期診断の難しさの特徴

正確な診断までに6年が過ぎていました。若年性認知症は診断が難しいことがよくわかる事例です。→ Part 5 母が娘を介護するという通常とは逆転したパターンになること、3人の息子はまだ思春期にあり受験期と重なることも若年性認知症の重要なポイントです。



下段、医療の関与は早期に始まりながら、上段のケアの関与が右半分に集中していることが印象的（前頭側頭型認知症の早期診断の難しさ）で、かつ図の上方に偏在していることも特徴です。重度になってからの出会いは利用できるサービスを限定します。窮地を救ったのは小規模多機能型居宅介護と右端格子状のホームシェアリングでした。子どもへの支援を含め、早期からの家族サポートが必須です。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 自立支援医療 → Part 8
- 介護保険サービス → Part 10
- 精神障害者保健福祉手帳 → Part 8
- 障害年金 → Part 11
- 運転免許返納制度 → p27参照

支援事例 6

V-Pシャントで回復した 正常圧水頭症による認知症

●その他のタイプの認知症→ **Part3** の女性 発病時（年齢：62歳 **在職中**）

▶ 本人の情報・病歴——家族には性格変化のように見え、かかりつけ医と相談して専門医へ

20代で結婚、病弱な夫を支えてクリーニング店を自営してきました。2人の息子はそれぞれ独立して、現在は夫との2人暮らしです。

62歳の頃、配達先から車を運転して帰宅した後「どこをどう走ってきたか覚えてへんけど、いつの間にか家に帰っていた」と訴えました。財布・携帯電話・眼鏡などを置き忘れ、探しものに明け暮れる日が少しずつ増えていきました。

64歳になると、自分のしたことをすっかり忘れて「そんなことしてへん」と言い張るようになりました。自分でもおかしいと思いかかりつけ医を受診しましたが、この時点では経過観察とされました。

しかし、外出時に財布や携帯電話を忘れたり、物をなくすことが増えています。自宅ガレージで車庫入れに失敗して何度も車をぶついたり、仕事で道に迷い引き返そうとして車を当てるなど、不注意による事故が続きました。→ **p27参照** 集中力を持続できなくなり、見当識や判断力が低下して、車検などの社会的手続きも困難になりました。

さらに、能力低下に対する不安と、従来の生活が維持できなくなったことによる焦燥から、カッとなることが増え、夫を怒鳴りつけたり、手を挙げるが多くなりました。「理解してもらえない」という疎外感による孤独・孤立感・見捨てられ感は、絶望的な気持ちを生みました。

その年の秋、かかりつけ医と相談の上で専門医を受診しました。この時の所見では、①月に数件しかない注文を忘れて客とトラブルになるなど最初に仕事上の失敗が増えたこと、②注意を集中していないと日常生活での失敗が増えること、③突然のパニックと判断の障害、④余裕がなくなり不安・困惑・焦燥の強い精神状態に陥りやすくイライラしてすぐにキレるので、家族には性格が変わったように見えること、などの症状が認められました。その一方で、HDS-R→ **事例4(注)** は満点に近く、認知機能はMCI（軽度認知障害）→ **Part2(注3)** レベルでした。

▶ 事例の特徴——求められる軽度な段階に見合ったサービス

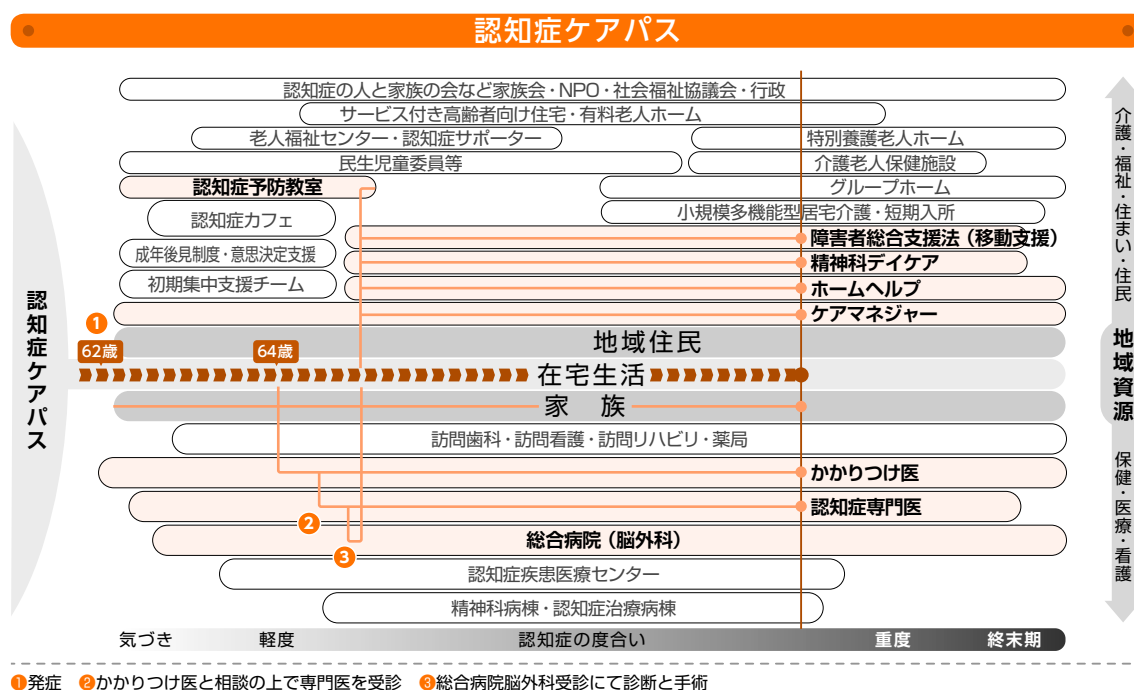
HDS-Rは満点に近かったため、記憶障害の有無を詳しく調べたウエクスラー記憶検査では一般的記憶が軽度に不良で、「記憶障害を中心に認知機能が低下した病態」とは認められたものの、アルツハイマー型認知症の病態とは矛盾していました（遅延再生の低下が小さい）。初診時には歩行

障害の報告はありませんでしたが、たまたますり足歩行に気づき、頭部MRI検査で高位円蓋部の脳溝・くも膜下腔の狭小化が確認できました。脳外科にてタップテスト（髄液排除試験）を行ったところ歩行障害が改善したので正常圧水頭症の診断が確定、V-Pシャント術→ **Part 4** を行いました。

65歳時に介護保険の要介護認定を受けて訪問看護を依頼、続いてデイサービスを申し込みましたが、介護保険サービスでは本人に見合った事業所がなかなか見つからないため、精神科デイケアに参加しました。→ **Part 9** 65歳で店を廃業、自動車運転免許証も返納しました。通院や遠出をする時には障害者総合支援法*にもとづく障害福祉サービスの移動支援サービスを利用しています。→ **Part 10**

その後、かかりつけ医への定期通院と必要に応じた専門医の受診で、70歳の現在も安定した状態を維持しています。

*すべて現行の「障害者総合支援法」に統一しています。



最初に下方向に延びるスパイク（診断と手術）があり、そこを起点にして上段も下段も重層的な横線が一気に右方向へと延びていきます。中心（在宅生活）に近いところで安定的に医療とケアが提供されて6年が経過していることは「理想型」に見えます。ただ注意して上段を見ると原図にはないサービスに書き換えられています。使えるサービスがない「空白の期間」を埋める工夫が重要です。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 自立支援医療→ **Part 8**
- 精神障害者保健福祉手帳→ **Part 8**
- 精神科デイケア→ **Part 9**
- 運転免許返納制度→ **p27参照**
- 障害福祉サービス→ **Part 10**
- 介護保険サービス→ **Part 10**
- 障害年金→ **Part 11**

支援事例 7

頭部外傷性認知症の2つの課題とそれぞれの回復過程

● その他の類型の認知症 → Part 3 の男性 受傷時（年齢：47歳 在職中）

▶ 本人の情報・病歴——せん妄状態・失語からの回復・復職と、その後の再入院

20代で結婚しましたが、早くに離婚して1人暮らしです。隣に住む妹家族がいろいろと手助けしていました。47歳の時に生活が一変します。工作中的の事故で転倒し、頭部を打撲。激しい頭痛を訴え救急受診し、緊急手術を受けました。術後1週間より昏睡状態から回復するとともに、徘徊・不眠・興奮・見当識障害が出現。精神症状のコントロールを目的に、精神科に転科しました。

病像は変動し、最初の1カ月は激しいせん妄状態が続き、その回復後に失語が鮮明になりました。しかし言語療法などのリハビリにより失語は劇的に回復、2年後の49歳時に復職にこぎつけました。ところが51歳頃から職場での疎外感・不安全感が強まります。53歳頃からは家事を手伝ってくれる妹に被害妄想をいだき、ついに妹の言動に過敏に反応し暴力が出ました。これを機に妹家族との関係がとぎれ、さらに55歳で会社を退職して仕事も失いました。

会社を退職すると同時に外来通院も中断しました。妄想対象は近所に向き、57歳頃から隣近所に向けて夜中に騒音を出すようになり、ついに隣の家に怒鳴り込む行動に至りました。放置できない状況が続くため、危機介入のために主治医から2年ぶりに電話を入れ、自宅に出向いて入院を説得しました。

▶ 症状の特徴と経過——入院治療を経て精神科デイケアで疎外感と孤立感が和らぐ

再入院時の状態は次のとおりでした。

①頭部外傷後遺症（軽度健忘失語など）

IQは113まで回復。重篤だった失語も大きく改善しており、名前や言葉が思い出せない健忘失語が残る程度でした。

②感情のコントロール障害・易刺激性・爆発性（制御の障害）

些細なことに「カチン」ときます。それが頭から離れなくなり、感情を爆発させます。

③勘ぐり・固着・短絡を基盤に被害妄想を発展させる

目の前の状況とそれに関する妹の何気ない言葉を無理に結びつけ、自分に何かをさせるため、と受け止めます。被害妄想的な認知が特徴的でした。

④身体への過敏性

鼻血、手掌紅斑、下肢の湿疹などの身体症状を、空気や水に混入させられた毒物の影響と捉え、「殺される」と警戒を強めました。

⑤極端な疎外感と人間不信、そして固着

「誰も信用できない」と人間不信を強めます。背景には被害妄想以外に強い孤立・孤独感があり、「死にたい」という思いも強くあります。自暴自棄になりやすい状態でした。

入院治療では、①切迫した状況に治療的介入をして危機的状況から離脱すること、②器質性精神症状への洞察を深め生活を再構築すること、が重点になりました。

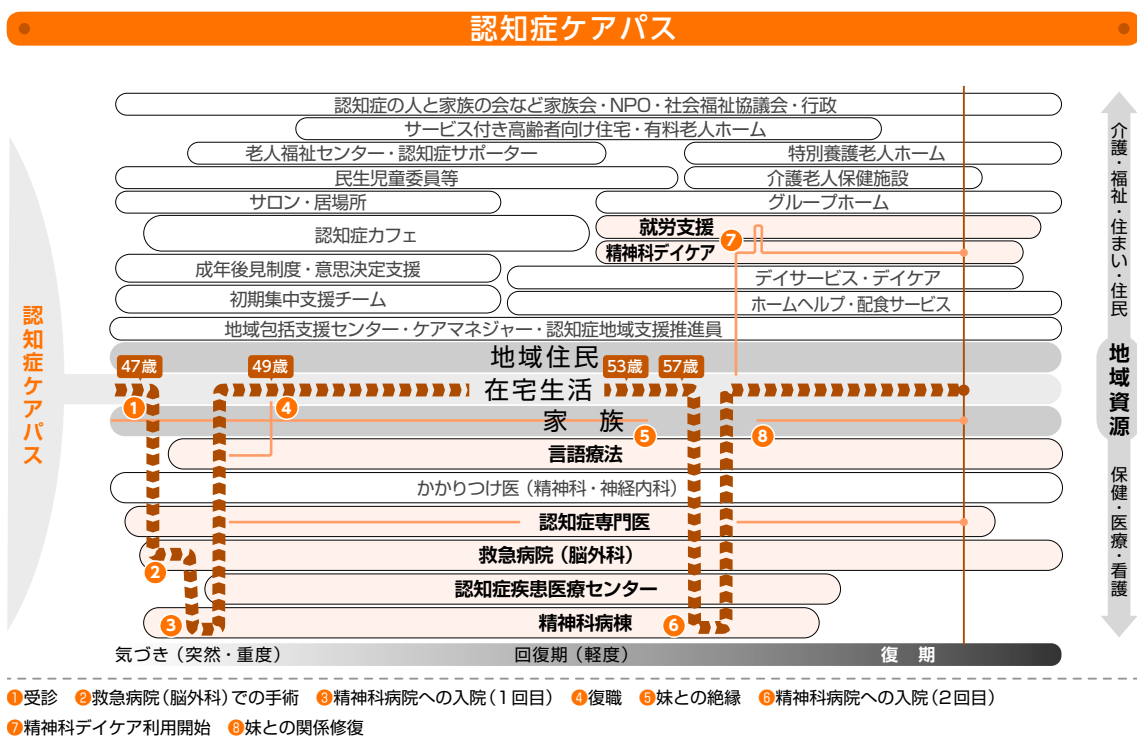
1カ月半の入院治療後は精神科デイケアに誘導し、テニス、ソフトボール、パソコンなど本人が興味を示すプログラムを利用しました。初期は再就職を希望し、ハローワークや就労支援プログラムも試しましたが、最終的に本人が精神科デイケアへの通所を選択しました。→ **Part9**

デイケアでの人間関係が疎外感と孤立感をやわらげ、10年目にしようやく手にした平安の日々となりました。傷病手当金、退職金、障害厚生年金による経済的なゆとりも幸いし、平日は毎日デイケアに通い、休日は趣味のカメラを楽しんでいます。→ **Part8** **Part11**

生活が再構築され新しい人生が始まるとすべてが好転し、妹家族との関係も復活しました。

▶ 事例の特徴——変性疾患と違い一定の回復が見られる（2つの課題）

若年性認知症では、このように頭部外傷によるケースは少なくありません。変性疾患と違い、発症時が最も重篤でその後一定の回復が見られるのも特徴です。もう1つの課題は、一定の回復を遂げたあとの生活の再構築です。さまざまな心理的反応へのサポートがポイントになります。



介護疲れでうつ病になった妻は 入院治療を含め回復に2年を要した

●家族支援事例（夫はアルツハイマー型認知症）

夫の発病時（年齢：53歳 在職中） → Part 6

▶ 本人と妻の情報・病歴——若年性アルツハイマー型認知症の夫の介護疲れで妻がうつ病に

3人の息子は家を離れ夫婦2人暮らしです。高校教師だった夫は53歳で若年性アルツハイマー型認知症→ Part 3 を発病、55歳で学校を退職しました。57歳頃から日常生活にも支障をきたすようになります。

60歳からは、夜間の興奮が激しく、何度も外に飛び出しては警察に保護されることを反復するため、状態の改善を目的に夫は61歳の時に精神科に入院しました。

それと同時に、1人で介護してきた不安・緊張と24時間365日の介護疲れなどから、妻がうつ病を発症します。心療内科を受診、この時は3カ月ほどで速やかに回復しました。その後、夫を在宅でサポートする体制を構築した上で、退院した夫との生活が再び始まりました。新しく構築したサポート体制と息子たちや近くに住む姉の応援もあり、在宅生活は軌道に乗ったように見えました。

しかし、夫62歳の秋頃から再び妻の調子が下がり始めます。うつ状態の再燃が明らかになった時点で妻の治療が再開されますが、しかしこの時は1回目のように回復せず、総合病院の心療内科に入院が必要になりました。

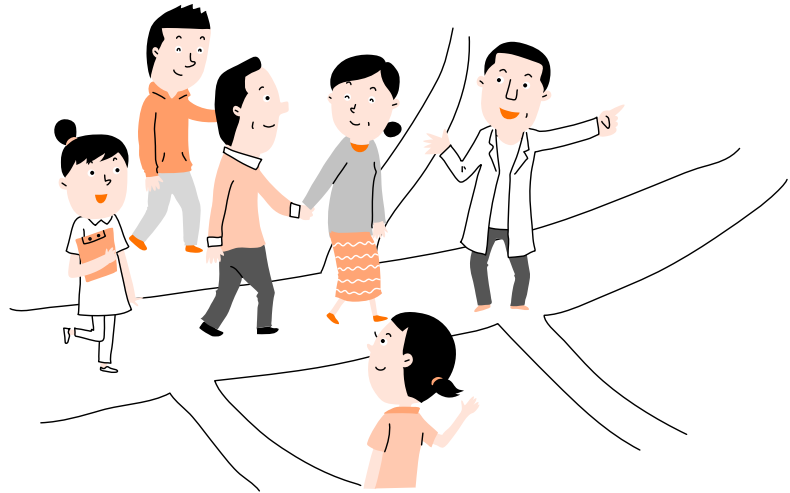
妻は、焦燥と心気妄想を中心とするうつ状態を呈し、食事が十分に摂取できないために点滴などの身体管理も必要になりました。ゆっくりと回復して1カ月ほどで身体管理も終了。その後の作業療法や院内散歩などのリハビリプログラムを経て、介護保険の要介護認定を申請して退院を準備しましたが、意欲低下と受動的な姿勢は残存しました。

介護保険サービスだけでは在宅生活を維持するのは難しいと考え、障害者総合支援法にもとづく障害福祉サービスによるサポートも準備して退院にこぎつけました。しかし、退院後も心的エネルギーが低下した状態は持続し、本当の回復にはなお時間を必要としました。

▶ 症状の特徴と治療——身体の回復からうつ状態の回復へ

妻の症状の特徴は次のとおりです。

- ①入院時には意欲低下と思考障害（思考停滞、判断ができない）が強く出現していました。
- ②自律神経症状の他に「胸が詰まる」「息苦しく呼吸がしにくい」など不安発作様の症状も伴いました。これらは速やかに改善しましたが、食欲低下はしばらく続きました。



③極期には「お腹の中が空っぽになった」から治療しても治らないと確信する心気妄想も出現しました。

④入院当初は「死にたい」という思いが潜在的に持続。経済的な不安、夫の成年後見の手続きなどやるべきことが山積しているなどの思いが頭を離れませんでした。→ **Part5** 現在はこうした思いは消失しています。

治療は、まず点滴と食事の工夫により身体を回復させることを優先し、その上で十分量の薬を使ってうつ状態の回復を図りました。現在、妻は元のレベルに回復し、クリニックでの治療も終了していますが、回復には2年という長い時間を要しました。

▶ 事例の特徴——家族も視野に入れた支援が必要

若年性認知症は経済活動や家庭生活の中心を担う現役世代の病気であり介護が長期化します（本例は12年）。それによる疲弊、経済的不安、先行きの展望のなさ、孤立無援の状況は、しばしば配偶者にうつ病の発症をもたらします。

介護の過酷な状況や一番しんどい時期に介護サービス等が「対応できない」と引いてしまう現実があり、若年認知症の人を介護する家族は孤立し疲弊してうつになりやすいのです。

そして妻のうつ状態は、回復に2年という長い時間を要したことからその深刻さが伺えます。支援する側は家族へのサポートも十分に視野に入れる必要があります。→ **「入り口問題」 Part4**

支援者がこうした家族の支援をする際は、次の点に留意するとよいでしょう。

1つは、適切な医療機関の紹介など、うつの治療がきちんと受けられるよう支援することです。もう1つは、うつの原因となっている心身両面の負担を軽減できるよう支援することです。そのためには、介護サービスの導入や経済的なサポートの調整などが望まれます。

*これは「うつ病の妻」の事例ですから、認知症のツールである「認知症ケアパス概念図」の守備範囲外です。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| ●自立支援医療→ Part8 | ●障害福祉サービス→ Part10 |
| ●精神障害者保健福祉手帳→ Part8 | ●障害年金→ Part11 |
| ●介護保険サービス→ Part10 | ●成年後見制度→ Part12 |

支援事例 9

早期発見で「どう生きたいか」を考え、発病後も6年仕事を続ける

●リビング・ウィル→ **Part4** の有無をめぐる事例（アルツハイマー型認知症／男性）
発病時（年齢：50歳 **在職中**）

癌末期と比べて終末までの期間が長い若年性認知症の人に、いきなり「どう死にたいか？」とは問えません。若年性認知症の人のリビング・ウィルはむしろ「どう生きたいか」を考えるべきで、その時間が本人・家族に必要です。この事例では早い告知・早い治療開始により、その時間を持つことができました。

▶ 本人の情報・病歴——若年性アルツハイマー型認知症、頭部外傷を契機に悪化

結婚後は妻と2人で父から受け継いだ老舗の和菓子店を自営してきました。3人の息子がいます。50歳の夏頃からもの忘れがひどくなりました。52歳の頃には「記憶が薄れてくるのが自分でも分かる」と妻に語っています。同じことを何回も言うようになり、間違いを指摘するとカッとなって怒るようになりました。かかりつけ医の勧めで53歳時に認知症専門外来→ **Part7** を受診、アルツハイマー型認知症の診断を受けました。→ **Part3** 同年、長男が結婚して近所に住み、55歳の時に次男が、56歳の時には三男が就職して家を離れました。その年末には30年続けた店を閉め、自宅で妻と2人暮らしです。

57歳の頃、妻と九州に旅行した時に転倒して後頭部を打撲しました。その後、遅発性の慢性硬膜下血腫を生じ、この事故を契機に能力は大きく低下しました。

発病から16年、初診から13年を迎える現在も、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の支援を受けながら、妻と住み慣れた自宅で穏やかに暮らしています。

▶ 症状の特徴と経過——家族のサポートで仕事継続

①軽度のレベルながら不安・困惑が強い

初診時のHDS-R→ **事例4(注)** は22 / 30、一度覚えた言葉を数分後に問い直す遅延再生が3 / 6と相対的に不良でした。「言われたことが頭に残りにくくなる感じ」と記憶障害に対してある程度
の自覚はありますが、それよりも不安と困惑が強いのが特徴的でした。

②それでも仕事は長く続けることができた

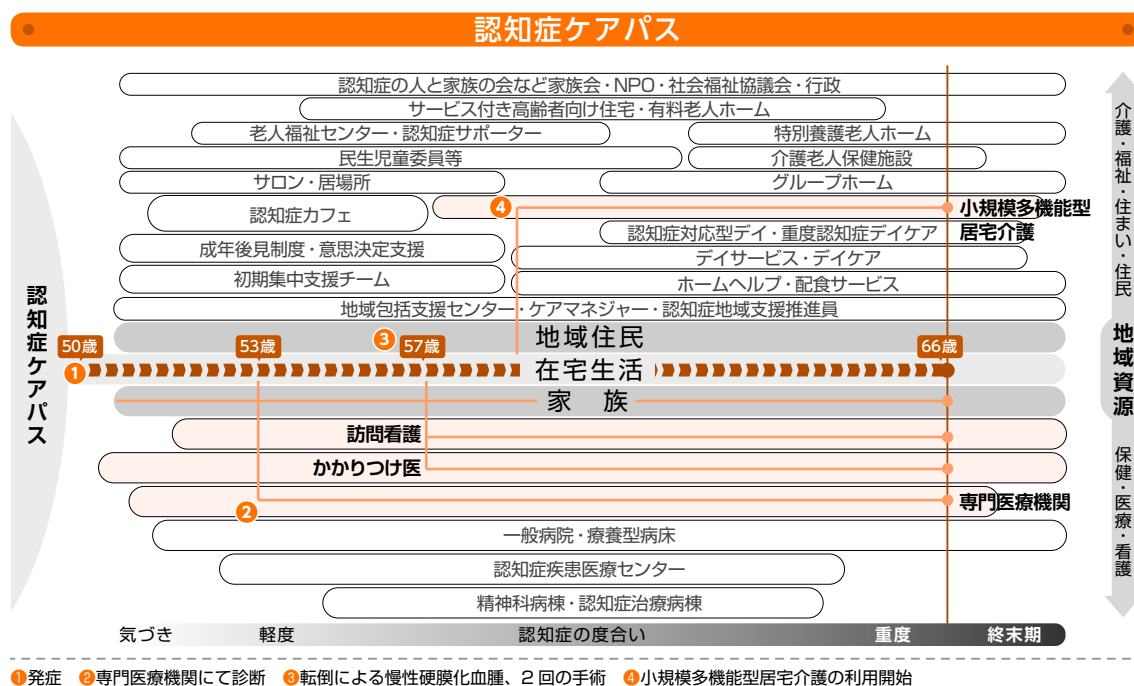
直前のことはすぐに忘れますが、体で覚えた記憶、商売上の知識や接客技術の保持は良好です。本人の希望で、妻のサポートにより56歳まで仕事ことができました。抗認知症薬への反応はよく、HDS-Rも一時は満点にまで回復、1年半の間は初診時の点数を上回りました。

③頭部外傷後の急激な能力低下

事故後は、夜になると認識が混乱し、「帰る」と自分の家にながら帰宅要求が出現します。HDS-Rは7 / 30に急落し、言いたい言葉が出てこない喚語障害も強くなります。会話はまとまりがなくなり、意思疎通が困難になりました。

▶ 事例の特徴——入所も入院もなく16年間→ Part 4

- ①本人は発病後も一家の大黒柱として仕事を続けることを選択。3人の息子はまだ10代でした。
- ②初診時に告知し、本人の求めですぐに抗認知症薬による治療が開始されました。
- ③HDS-Rの点数が初診時を上回り続けた1年半があったことが幸運でした。彼は仕事や家族をどうしたらいいかを、家族もまた彼と自分たちの暮らしをどうしたらいいかを、それぞれ考える時間にできました。この1年半がなかったら彼らの生活の再構築は難しかったでしょう。こうして発病後も6年仕事を続け、3人の子どもが自立した年に仕事をやめています。
- ④本人は住み慣れた家での暮らしを希望。16年間で入院も入所も一度もありません。



下段の医療では3本、上段のケアでは1本の横線が、時間差をもちながら順次延びていき、中央部の「在宅生活」と平行線を形成します。発病からの16年を「切れ目なく連続したケア」が提供された1つの典型です。医療（とりわけ専門医療）が単独で先行するのは就労している若年性認知症の特性でもあります。上段に該当項目はありませんが、発病後の6年間は妻による「就労支援」でもあります。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 自立支援医療 → Part 8
- 介護保険サービス → Part 10
- 精神障害者保健福祉手帳 → Part 8
- 障害年金 → Part 11

支援事例 10

「高度障害」適用による経済不安の解消が精神状態の安定にもつながる

●生命保険による住宅ローン弁済→ **Part 11** の事例（アルツハイマー型認知症／男性）
発病時（年齢：53歳 **在職中**）

▶ 本人の情報・病歴——自分で調べて「アルツハイマー型認知症」と確信

40代前半で結婚、子どもはなく妻との2人暮らしです。企業の研究開発部門に所属していた53歳の頃、日・曜日を1日に何度も聞くようになり、計算ができなくなりました。最初は「うつ」の診断で、近くの病院の心療内科を受診していました。半年後インターネットなどで調べて自ら「アルツハイマー型認知症」だと確信します。不眠が始まり、仕事の疲れがひどくて夜の食事も忘れてしまいます。54歳の時、休職に入りました。

休職した頃は、学生時代から続けていた趣味の油絵サークルにも通えていました。56歳頃から徘徊が始まり、吹雪の日に自宅に戻れないこともありました。57歳で認知症対応型デイサービスの利用を始めた後も、遠出と行方不明を反復し奈良で保護されたこともあります。この頃、ケアマネジャーの支援により専門医を受診しました。

▶ 症状の特徴と経過——失語・失行・失認を伴い進行が早い若年性アルツハイマー型認知症

受診時の状態は次のとおりでした。

①記憶障害は高度

直前のことや最近のことだけではなく、生活史記憶もうまく再生できません。「父親などと暮らしている」「結婚していません」と答えました。

②失語症状が強い

言語理解が低下しているために、話しかけられた言葉を理解できずに困惑します。喚語障害が強く、財布や時計など日用品の名前が出てきません。自発語は流暢ですが意味不明になります。そのためにコミュニケーションは大きく障害されています。

③失認と失行を伴う

トイレがうまく認識できず、便座の蓋を上げずに用を足したり、ふすまに向かって排尿します。食べものの区別がつかず、銀紙や歯ブラシを異食します。衣服の着脱もうまくできません。

④二次的な困惑と焦燥が強く行動化を伴う

自分の連続性を保つことができず、強い不安と困惑が生じます。失認や失行により、日常生活の基本動作さえうまくできなくなるので、大きな混乱とパニック状態をもたらします。失語の存在は介入を困難にし、拒絶や抵抗を生み出します。強い焦燥は、食事の途中で離席するなどじっとできない多動や、外へ飛び出す激しい徘徊を生み出します。

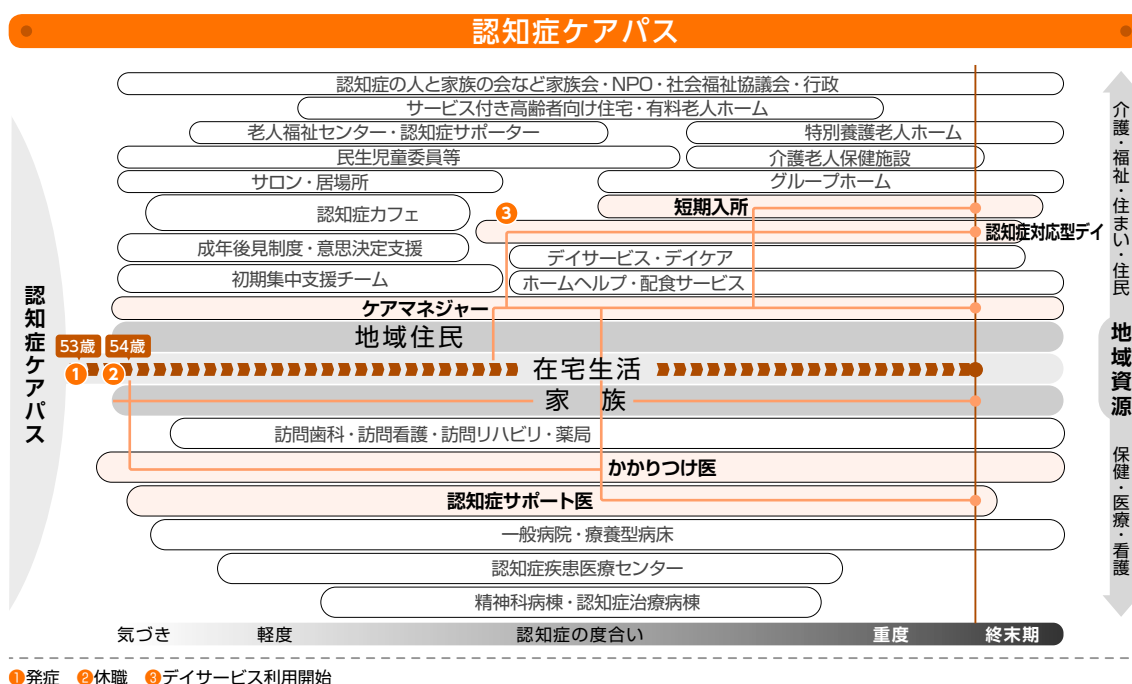
これらの所見から、5年で失語・失行・失認を伴うようになった、進行の早い若年性アルツハイマー型認知症→ **Part 3** と診断されました。しかも進行が早い分、困惑・焦燥・混乱が激しく行動化を伴いやすいタイプです。焦燥を緩和するよう薬を調整しながら、その上で、本人と妻をサポートし、新しい生活を軌道に乗せることが治療方針になりました。

▶ 事例の特徴——経済的支援と配偶者サポートで本人も安定

一家の大黒柱の発病と急激な進行により、介護負担と深刻な経済問題及び将来への不安が、妻に重くのしかかりました。妻の疲弊と絶望が本人の状態にも大きな影響を与えていました。そこで休職中の傷病手当金に続き、本人が57歳で退職すると障害厚生年金を申請、→ **Part 11** さらに認知症が進行して日常生活のすべてに全介助が必要になった時点で生命保険の「高度障害状態」の認定を受け*住宅ローンの返済も解決しました。→ **Part 11** 退職金も加えると経済的問題はほぼ解決。将来の不安が軽減して妻の精神的負担も軽くなりました。

妻が安心して介護に専念できるようになったことで本人の精神状態も安定し、介護保険の認知症対応型デイサービスとショートステイ（月の半分）を利用しながら、発病から11年が経過した64歳の現在も、妻と2人で穏やかに暮らしています。

※「高度障害状態」の認定は、最終的には生命保険会社の判断になります。状態等によっては申請しても認定されないこともあります。



上段のケアの提供も下段の専門医療の開始も図の右半分に偏っています。出会いのポイントが後ろにずれることの弊害は、事例が示した行動化の激しさとなって現れます。福音は優秀なケアマネとの出会いでしょうか。図はケアマネを起点にしてケアと医療の両方がうまくコーディネートされていく様子を示しています。図に該当項目はありませんが、経済的支援が加わって生活が再構築されました。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 傷病手当金 → **Part 8**
- 自立支援医療 → **Part 8**
- 精神障害者保健福祉手帳 → **Part 8**
- 介護保険サービス → **Part 10**
- 障害年金 → **Part 11**
- 高度障害適用と住宅ローン返済免除 → **Part 11**

●制度・サービス早見表

	制度・サービス	掲載ページ
相談窓口	若年性認知症支援コーディネーター	22
	電話相談・コールセンター	22
	認知症専門医・専門外来のある医療機関	23
	地域包括支援センター	23
	認知症の人と家族の会	38
認知症専門医・専門 外来のある医療機関	認知症疾患医療センター	23
	学会等が認定する専門医等	23
障害福祉サービス	精神障害者保健福祉手帳	26
	障害者総合支援法にもとづく障害福祉サービス	32
介護サービス	介護保険法にもとづく介護サービス	30
医療費の助成	自立支援医療（精神通院医療）	25
	高額療養費	36
税・保険料の 控除や減免	障害者控除・特別障害者控除（所得税・住民税）	35
	医療費控除（所得税・住民税）	35
	国民健康保険料の減免	35
	国民年金保険料の減免	36
経済的支援	傷病手当金	24
	雇用保険（失業給付）	25
	障害年金	34
	特別障害者手当	34
	生活福祉資金（貸付）	36
	高度障害保険金と住宅ローンの返済	37
日常生活支援	京都府警察運転免許試験場運転適性相談窓口	27
	運転免許返納制度（「運転経歴証明書」の交付）	27
	就学援助	36
	奨学金（独立行政法人日本学生支援機構）	36
	介護休業制度	38
	地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）	39
	成年後見制度	39
就労	京都ジョブパークはあとふるコーナー （はあとふるジョブカフェ）	28
	京都障害者職業センター	28
	障害者就業・生活支援センター	28
その他	認知症カフェ	29
	精神科デイケア	29

認知症総合対策推進プロジェクト委員名簿

● 全体会

委員長	京都地域包括ケア推進機構理事長	井端 泰彦
副委員長	京都府医師会理事	關 透
委 員	京都府社会福祉協議会副会長	櫛田 匠
委 員	京都市市長会事務局次長	山下 恭弘
委 員	京都府町村会総務課長	重井 優

● 医療・ケア連携部会

委 員	京都府立医科大学（認知症疾患医療センター）	成本 迅
委 員	京都府介護支援専門員会常任理事	松本 善則
委 員	京都府介護福祉士会会長	杉原 優子
委 員	京都府介護老人保健施設協会副会長	大川原 徹
委 員	京都府看護協会常任理事	宇都宮宏子
委 員	北山病院（認知症サポート医）院長代行	澤田 親男
委 員	京都府歯科医師会常務理事	木村 明祐 (～25年6月)
	京都府歯科医師会理事	宮本 保幸 (25年7月～)
委 員	京都私立病院協会副会長	武田 隆久
委 員	京都精神科病院協会会長	南部 知幸
委 員	京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会会長（25年4月～副会長）	荻野 修一
委 員	西京医師会理事	塚本 忠司
委 員	認知症のひとと家族の会京都府支部代表	荒牧 敦子
委 員	福知山医師会理事	吉河 正人
委 員	京都府理学療法士会会長	並河 茂
委 員	京都府老人福祉施設協議会副会長	藤田 良一
委 員	京都市老人福祉施設協議会副会長	山岸 孝啓

● 初期対応・地域部会

委 員	乙訓医師会	野々下靖子
委 員	京都府介護支援専門員会	北野 太朗
委 員	京都大学医学部（認知症サポート医）	武地 一
委 員	京都府作業療法士会	加藤 里美
委 員	京都社会福祉士会介護保険委員会委員	大岡 正浩
委 員	京都精神科医会会長	三木 秀樹
委 員	京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会会長	源野 勝敏
委 員	京都地域密着型サービス事業所協議会副会長	三代 修
委 員	認知症のひとと家族の会京都府支部副代表	山添 洋子
委 員	京都府訪問看護ステーション協議会副会長	木村 春香
委 員	京都府薬剤師会副会長	渡邊 大記
委 員	京都府立洛南病院（認知症疾患医療センター）副院長	森 俊夫

(平成26年3月時点)

※団体名 50 音順



認知症総合対策推進プロジェクト
京都地域包括ケア推進機構

支援者のための 若年性認知症 京都オレンジガイドブック

発行日 ● 平成 30 年 3 月

発 行 ● 京都府 健康福祉部高齢者支援課

編 集 ● 京都地域包括ケア推進機構 認知症総合対策推進プロジェクト

問い合わせ先

京都地域包括ケア推進機構

〒 604-8418 京都市中京区西ノ京東柊尾町 6 番地 京都府医師会館 703

電話 075-822-3562 FAX 075-822-3574

E-mail info@kyoto-houkatucare.org

<http://www.kyoto-houkatucare.org/>