

認知症初期集中支援における 具体的な援助

全国訪問看護事業協会 事務局長
宮崎和加子
大分県高齢者福祉課 地域包括ケア班
吉田 知可

この單元では、一般社団法人全国訪問看護事業協会が平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において、「認知症高齢者とその家族に対する適切な支援技術を用いた支援方法に関する調査研究」の成果物である「支援者のための認知症の人とのファーストコンタクトヒント集」(以下ヒント集)を中心に説明する(以下「ヒント集」という)。

帰ってまず、確認する事項

- 1 認知症初期集中支援推進事業の行程表
(事業のロードマップ)
- 2 わがまちの認知症ケアパスと有効な人材
- 3 今後この事業で利用する様式、媒体と
チーム内と自治体のルール決定

2

本題の前に、確認事項3点列挙。

認知症初期集中支援チーム員研修を終えて、まず地元に戻って確認する事項を列挙する。

- ① 事業のロードマップを自分の目で確認しておくこと。それをチーム員として共有すること、パーツで動いているだけでは、パフォーマンスも上がらない。
- ② これから初期集中支援チーム員として、そして、実践家として歩み出す前に、しっかりと地元地域の認知症に関する社会資源、ソーシャルキャピタルの確認をすること。これはインフォーマル分も含めて行政とともに最低限、押さえておく。

今回受けた研修の伝達講習をチーム員のメンバー、関係者に実施していただくが、その際にわがまちの認知症ケアパス、有効な人材の確認、わからなければ自治体担当者からレクチャーを受ける機会をもつこと。「認知症ケアパス」ができていない自治体も、社会資源マップなどこれまで情報提供していた内容を確認し、キーパーソンには必ず顔合わせしておくこと、その情報を共有することは最低限必要となるので準備すること。

- ③ チームと自治体でのルール、様式、媒体等決定すること

最低限、以上3つは、実施して具体的な援助をしていく環境を整えていくことが重要である。

わがまちの認知症ケアパス

11) 認知症ケアパス・関係機関一覧

この表の見方: 認知症の症状は上から下に向かって進行します。「本人の様子」の列を見て、当てはまる行の右を見ると、適切な支援の内容や利用できるサービスのサービスが分かります。

認知症の生活機能障害	支援の内容	本人の様子	介護予防 ※ 26・27・33 頁参照	悪化予防 ※ 29・30・35・36 頁参照	医療 ※ 29・30・35・36 頁参照	介護保険で利用できるサービス ※ 37・38 頁参照		生活支援 ※ 14・23～28・33・34 頁参照		住まい ※ 38 頁
						介護予防	悪化予防	介護保険	生活支援	
自立										
① 認知症の疑いがある(自立)	もの忘れはあるが日常生活は自立している	●もの忘れがあり、買い物や金銭管理などに時々ミスが見られる ●着替え、食事やトイレなどの日常生活は自立している ●表情が乏しく、会話が減った	介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	相模大分認知症疾患医療センター(かかりつけ医)・認知症サポート医・認知症初期集中支援チーム 認知症診療科(内科)・認知症診療科(神経科) 認知症診療科(脳神経外科)・認知症診療科(精神科) 認知症診療科(小児科)・認知症診療科(産科)・認知症診療科(産科)	介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など
② 症状はあっても日常生活は自立している(Ⅰ)	買い物や事務・金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	●新しいことが覚えられない ●料理の準備や手順を考える等、状況判断が必要とする行為が難しくなる	介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	相模大分認知症疾患医療センター(かかりつけ医)・認知症サポート医・認知症初期集中支援チーム 認知症診療科(内科)・認知症診療科(神経科) 認知症診療科(脳神経外科)・認知症診療科(精神科) 認知症診療科(小児科)・認知症診療科(産科)・認知症診療科(産科)	介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など
③ 誰かの見守りがあれば日常生活は自立できる(Ⅱ)	服薬管理ができない、電話応対や訪問者の対応などが、一人では難しい	●日時、季節が分からなくなる ●たまたま道に迷う ●今までできていたことにミスが目立つ	介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	相模大分認知症疾患医療センター(かかりつけ医)・認知症サポート医・認知症初期集中支援チーム 認知症診療科(内科)・認知症診療科(神経科) 認知症診療科(脳神経外科)・認知症診療科(精神科) 認知症診療科(小児科)・認知症診療科(産科)・認知症診療科(産科)	介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など
④ 日常生活に手助け・介護が必要(Ⅲ)	着替えや食事・トイレ等がうまくできない	●財布等を盗られたと言いつけ出す ●自宅が分からなくなる ●夜眠れなくなる ●大声をあげたり暴力を振るう	介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	相模大分認知症疾患医療センター(かかりつけ医)・認知症サポート医・認知症初期集中支援チーム 認知症診療科(内科)・認知症診療科(神経科) 認知症診療科(脳神経外科)・認知症診療科(精神科) 認知症診療科(小児科)・認知症診療科(産科)・認知症診療科(産科)	介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など
⑤ 常に介護が必要(Ⅳ)	ほぼ寝たきりで意思疎通が困難である	●言語によるコミュニケーションが難しい ●声かきや介護を拒む ●飲み込みが悪く食事に介助が必要	介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 介護予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業) 悪化予防サービス(訪問型)「生活支援サービス」(市が行う事業)	相模大分認知症疾患医療センター(かかりつけ医)・認知症サポート医・認知症初期集中支援チーム 認知症診療科(内科)・認知症診療科(神経科) 認知症診療科(脳神経外科)・認知症診療科(精神科) 認知症診療科(小児科)・認知症診療科(産科)・認知症診療科(産科)	介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等 介護予防訪問型入浴サービス「ヨロトク」等	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など	相模光一 竹田市認知症高齢者福祉課、竹田市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所など

参考)

認知症ケアパスの具体例

これは大分県竹田市が作成した「竹田市認知症ガイドブック」(平成28年3月作成)である。

竹田市はホームページに認知症ケアパスをアップしており、誰でもこの情報にアクセスが可能となっている。

高齢化率が40%を超え、過疎化が進んだ市町村では、離れて暮らす子ども世帯もアクセスできるような環境が重要。

http://taketa-syakyu.com/wp-content/uploads/2016/07/%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E7%97%87%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%96%E3%83%83%E3%82%AF_AC1.pdf

支援者のための
認知症の人との
ファーストコンタクト
ヒント集

初期集中支援の対象者

- ◆「ごみ屋敷になっていて近所が心配・迷惑している」
- ◆「人を寄せ付けないで家にこもっているらしい」
- ◆「娘さんが会いに行っても玄関のドアを開けないで誰も家に入れない」
- ◆「認知症の人の介護している家族が倒れそうなのに介護サービスを受けようとしない」
- ◆「夫の物忘れがひどくなってきているが、このままでいいのか心配だ」
- ◆「認知症の人を、家族が怒鳴ったり、時々ぶったりしている。放置していいのかわからない」

ヒント集 P.2

全国の実践の中から、認知症初期集中支援チームの把握ルートは「家族から」が約4割を占めていることが明らかになった。

認知症初期集中支援チームを設置して、その活動を広報することにより、解決策を求めて様々な所からチームへ情報が提供される。

中でも、認知症初期集中支援チームの対象とする事例の約5割はいわゆる困難事例であることが判明している。

例えば、上記のような例が考えられる。

ヒント集に加えて、今回の研修で同時に配布している「認知症の方を介護するご家族のためのガイドブックーこんなカン違いや思い込みしてませんか？」一般社団法人全国訪問看護事業協会作成(2015年3月)も媒体として参考とすること。

はじめての出会い・かかわりの第1歩

- **早期診断・早期対応**が重要
- **専門家の目**でみて、**的確・確実に対応**する
- **必要なサービス**に結びつけていく

←きちんと**コミュニケーション**をとることができる

←**把握できる**

★**緊急対応の必要性**

★**その人の状態の全体像**

ヒント集 P.2

前頁の認知症初期集中支援チームの対象者については、様々なルートで情報が入ってくる。まずは、その情報を『放置』しないこと。

時間の経過とともに改善することはほぼない、専門家の目で見て「的確」「確実」に対応することが求められる。

チーム員の職種、所属、団体等の強みを活かして、チームで対応することが重要。

認知症初期集中支援チームとしては、人との関わりが困難な状態にある対象者に対して、「コミュニケーション力」を使って、

①緊急対応の必要性の判断

②その人の状態の全体像を素早く把握して対応することが、求められる。

はじめて、本人や家族とお話をする時の留意点

- ・自分が誰なのか、訪問の目的を伝える
- ・守秘義務を守るということ
- ・緊張しないで話をしていただけるように
- ・聴力に配慮した話しかけをする
- ・相手の方の尊厳を守り、ていねいな言葉で接する
- ・事前の情報は話題にしない
- ・話題は広く、豊かに、世間話から
- ・かかわりは、会話だけではなく、五感を使って

ヒント集 P.3

はじめて、本人や家族とお話をする時の留意点

- ① 自分の所属、認知症初期集中支援チーム員としての名刺持参しておく（作成しておくこと）
- ② 守秘義務について：あたりまえのことであるが、そのことをきちんと言葉にして伝え約束すること
- ③ 緊張しないような声かけ：うまく話せなくてもよいこと、自分の思うままに遠慮なく教えてください等の声かけえをすること
- ④ 聴力への配慮：ただ大声で話しかけるのではなく、ゆっくり、低音で、アイコンタクトをとる、「もしもしフォン」など訪問グッズで揃えてもよし
- ⑤ 丁寧な言葉：対象の名字は、夫婦の場合わからないので、名前も加える
- ⑥ 近所からの苦情などは話題にしない。
- ⑦ 話題は日頃から蓄えておく、時にはユーモアも交える
- ⑧ 五感を駆使する：視覚、嗅覚、聴覚、触覚、味覚（提供されたお茶等）

はじめての出会い・かかわりの第1歩

ファーストコンタクトでは、

本人の状態の **緊急度** と **全体像** を

4つの視点

と

9つの方法

で

把握しましょう

ヒント集 P.5

まず、本人の状態の「緊急度」+「全体像」の把握を行う。

その際、**4つの 視点**

9つの 方法で把握していくことができる。

ファーストコンタクトの4つの視点

1. 生活状態の把握
2. 身体状況の把握
3. 認知症の状態の把握
4. 本人や家族の気持ち・意向の把握

緊急度 と 全体像

ヒント集 P.6

これまで学習したアセスメントツールである「DASC21」+「DBD13」+「J-Zarit_8」+「身体の様子チェック」を総括し、

まず、『緊急度』と『全体像』をつかむために、意識して把握していくことが重要。

家庭訪問は、その人の生活の場に足を入れることになるので、下記4つの項目に深く関わる事が可能。

- ①生活状態
- ②身体状況
- ③認知症の状態
- ④本人の気持ち、家族の気持ち(誰が、何に困っているのか?)

ファーストコンタクトの9つの方法

1	会話から	本人との会話から
2	目で観察	本人の身なり等から
3		室内の観察から
4	周囲の人からの情報収集	家族から
5		医療機関から
6		ケアマネ、民生委員、関係者から
7		近隣の人から
8	ケアでの把握	健康チェックから
9		身体ケアから

ヒント集 P.9

1 会話:表情、不安、曖昧、困っている等

2~3 目で観察(五感):本人の身なり(ボタンの掛け違い、爪の伸び方、汚れ具合)

室内環境、居場所

4~7 家族から(本人と別の場所で聞いたほうがよい時も多いため、初回は複数で訪問)

8~9 健康チェック・身体ケア

爪切り、フットケア、手浴、足浴、便秘確認、皮膚の落屑、保清状況)

上記のなかから、セルフケア能力が把握できる。

緊急対応の必要性(緊急度)を判断する

- A.** 緊急対応を要する状態
(即日～数日以内には対応)
- B.** 早めの対応を要する状態
(1か月以内には対応)
- C.** 急いで対応する必要はないが、
経過観察を要する状態

ヒント集 P.7

認知症初期集中支援チームでは「チーム員会議」が必須。

医師をはじめ、多職種で情報を共有、アセスメントを確認して、対象の課題の優先度、今後の支援方針を決定する。

しかし、チーム員会議が定例で開催されているのであれば、会議を待たずに訪問したチーム員が専門職として、「緊急度」を判断する必要がある。

よって、突然の事態に応じられるために、チーム員、自治体でどのように緊急事態に対応するのか、想定をしておくことが不可欠。

チームにおける「リスク管理」のしくみを明確化しておく必要がある。

緊急度を把握する具体的な内容

生活状態の把握から	① 栄養失調になっている ② 食中毒を起こす危険がある ③ 火事を起こす危険がある
身体状況の把握から	① 重篤な身体症状がある ex. 意識障害・痛み・発熱・脱水 ② 誤薬による状態悪化がある
認知症の状態の把握から	① 急激な認知症症状の出現・悪化 ② 暴力的行動・行方不明・異食など
本人や家族の気持ち・意向の把握から	① 虐待を受けている ② パニック ③ 家族の介護限界、家族の重篤な健康問題

ヒント集 P.7

生活状態: 火事リスク(コンロ周辺の焦げ、鍋こがし、喫煙の有無、床、畳の焦げ)

身体状況: せん妄のリスク

本人・家族の気持ち・意向: 虐待リスク、家族の健康・経済問題等

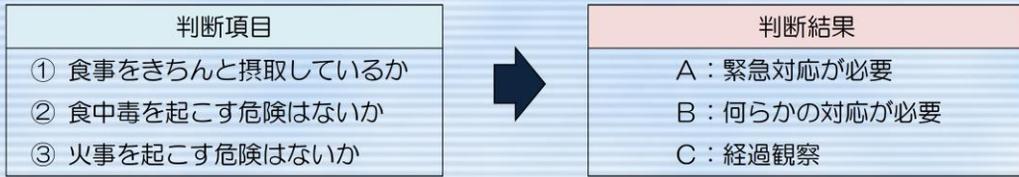
視点	緊急度		
	A: 即日~数日	B: 1ヶ月以内	C: それ以降
生活状態	A	B	C
身体状況	A	B	C
認知症の度合い	A	B	C
本人や家族の気持ち・意向	A	B	C

Aが1つでもあれば、即緊急対応を行う必要があります

ヒント集 P.8

それぞれの視点に、Aが一つでもあれば、即緊急対応を行う必要あり。
 判断に迷ったら、チームで検討すること。
 あくまでも緊急度のランクを意識することが重要。

1. 生活状態の把握



判断項目	観察項目
① 食事をきちんと摂取しているか	・栄養失調になっていないか
② 食中毒を起こす危険はないか	・賞味期限の管理ができていないか
③ 火事を起こす危険はないか	・一日何本喫煙するのか ・焼け焦げなどがないか ・吸い殻の処理がきちんとできているか ・ガスコンロ使用の危険はないか ・ストーブの危険はないか

ヒント集 P.14

4つの視点に基づき、ファーストコンタクトの祭の把握すべき具体的な内容と方法について説明。

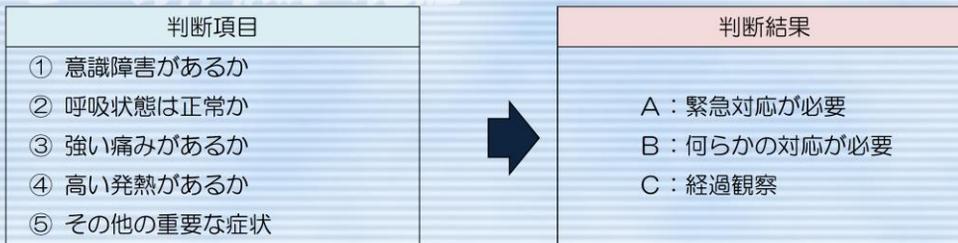
まずは、『ライフライン』が中断されていないか、電気、水道、ガスの状況を確認する。

生命を維持するための「食事」について、どのようなリスクがあるのか確認する。

栄養失調、食中毒は代表例である。

また、火事のリスクについても、これまでの生活歴、生活状況の中から「火を使う」行為、「火の元」となるリスクを確認する。

2. 身体状況の把握



判断項目	観察項目
① 意識障害があるか	<ul style="list-style-type: none"> 声掛けに応答するか、（はっきり答える、うなづいたりするがぼんやりしている、反応なし） 呂律が回るか（アルコール、薬物との関係性） 目つきはしっかりしているか 手足の麻痺や脱力はないか
② 呼吸状態は正常か	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸困難はないか 呼吸苦はないか
③ 強い痛みはないか	<ul style="list-style-type: none"> 本人の痛みの訴えはないか ⇒ 部位は？ 程度は？ いつからか？ 受診・治療の状況
④ 高い発熱はないか	<ul style="list-style-type: none"> 熱はあるか ⇒ いつからか？ 程度は？

ヒント集 P.17

身体状況の把握については、BPSDの因子にも直結している。

いずれも、この項目については、看護職が把握することで重要な役割を示す。

せん妄、呼吸器・循環器の症状、痛み、発熱等の確認を行う。

必ず把握すべき身体状況の内容

- **バイタルサインや一般的な健康状態**
 - ⇒ 体温、脈拍、血圧、呼吸状態、顔色、皮膚状態、浮腫の有無、手足の冷え、食欲、排尿排便状態など
- **主治医・受診状況など**
 - ⇒ 主疾患・治療方針・薬物の服用状況
 - ⇒ 受診方法（外来受診・訪問診療）・受診頻度

ヒント集 P.17

バイタルサインの確認ができるように、訪問グッズとして揃える物品も確認しておく必要がある。

実施要綱において保健師、看護師の関与が記載されているのは、身体の状態の緊急度の把握をすることを考慮されている所以である。

よって、チームに関与する保健師、看護師は身体の観察・評価できるように、また他のチーム員にも把握のポイントを看護職がレクチャーしておくことも重要である。

ヒント集 P.20

<参考資料>身体状況の全体的把握のための医療的な視点 は確認しておくこと。

3. 認知症の状態の把握



ヒント集 P.22

認知症初期集中支援チームでは「DASC-21」と「DBD13」で評価している。
また、家庭訪問をすることで、実際の服薬の管理やお茶を入れてくれる行為等の確認も可能である。

上記に加えて

- ① 急激な出現・悪化
→ 可逆性の疾患の可能性を探る(転倒、薬剤、感染等)
- ② 暴力行為
→ 程度、内容、きっかけ、対象 等
- ③ 行方不明の経験
→ 自宅周辺の環境の確認も併せておこなう(踏切、道路の交通量、池、川、側溝など)
- ④ 危険物の飲食
→ 異食内容、頻度、環境

緊急度の把握のポイント

① 急激な認知症症状の出現・悪化

⇒ “治る認知症”の可能性を探る

- ・ 認知症様の症状が急激に出現し、急激に悪化していることはないか
- ・ ADL・身体能力の急激な低下はないか
- ・ 最近1～3か月の間に転倒したことや頭を打ってことはないか
- ・ 他の身体症状はないのか（頭痛、嘔気・・・）
- ・ 薬の副作用での症状の可能性はないか

ヒント集 P.22

① 急激な認知症症状の出現・悪化

⇒ “治る認知症”の可能性を探る

正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、せん妄等

いつ頃から出現したのか、その症状出現と同じような時期、それ以前2～3か月で家族からエピソードがないか確認する。

家族へ例示することも効果あり（階段から落ちた、はしごから落ちた、座り込んでいた、トイレに行けなくなった、、ご飯を食べなくなった、ふらつきが目立ちはじめたなど）

② 暴力的行為

⇒ 他人の命にかかわる危害を与える可能性

- ・ 周囲の人を殴ったり物を壊したりすることはないか
- ・ 足で蹴飛ばしたり、杖でぶったり、唾を吐きかけるなどの行為はないか

ヒント集 P.22

② 暴力的行為

⇒ 他人の命にかかわる危害を与える可能性(本人も含む)

暴力的行為については、地域精神保健福祉とタイアップして対応することも検討すること。

保健所の協力等も必要な場合あり。

どうして、その行為に至るのかという視点を持つこと、認知症疾患医療センターと協力することが重要。

③ 行方不明の経験の有無

⇒ 交通事故や転倒・転落事故などの本人の身の危険

- ・過去に行方不明になったことがないか
- ・家族にことわらないで、一人で外出することがないか
- ・迷子になった経験はないか
- ・家屋周囲の危険な状況の有無
(車通りは多いか、踏切・がけ・川・池など、側溝や壁の隙間)

ヒント集 P.22

③ 行方不明の経験の有無

⇒ 交通事故や転倒・転落事故などの本人の身の危険を把握すること

「DASC-21」により見当識 場所 の項目にチェックのついた場合には、必ず確認する。

移動の手段について、例えば、自家用車、自転車、単車、セニアカーなども確認。

自治体のSOS・見守りネットワーク等の情報も事前に確認しておくことが望ましい。

④ 食べ物以外の摂取（異食）

⇒ 危険物の飲食・摂取による健康被害・
命の危険

- ・何でも口に入れることはないか
- ・油や洗剤などを飲んだりする危険性はないか
- ・薬を多量に飲んでしまうことはないか

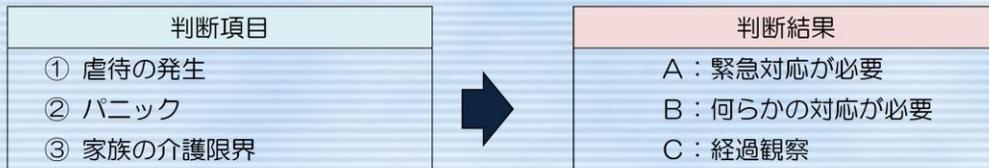
ヒント集 P.22

④ 食べ物以外の摂取（異食）

⇒ 危険物の飲食・摂取による健康被害・命の危険を把握する

在宅での生活が継続しにくい要因ともなる、異食と被毒妄想は、入院せざるを得なくなる場合もあるため、注意して確認して欲しい項目である。

4. 本人・家族の気持ちや意向の把握



① 虐待の発生の有無

- ・顔や手などに不審なアザなどがないか
- ・家族を怖がっている様子はないか
- ・家族の顔色をうかがっていないか
- ・本人が話をする時に内緒話のように話さないか
- ・家族が本人の言動をさえぎったり、存在を無視したりしないか

② パニック

- <本人> ・怒り、泣き出す、困惑の表出
- ・「家を出たい」「追い出される」等の言動
- <家族> ・怒り、泣き出す、困惑の表出
- ・「どうして、自分だけが介護しなければならないの」等の言動

③ 家族の介護限界

- ・お世話がづらい・放り出したいという発言はないか
- ・介護の放棄や虐待をうかがわせる発言はないか（怒鳴る、ののしる、悪口を言う）
- ・本人への威圧的な態度はないか

ヒント集 P.29

本人・家族の気持ちや移行の把握について

虐待、パニック、家族の介護の限界状態については、初回での家庭訪問において把握することご困難な場合も多いと考えられる。

しかしながら、この項目の重要性に鑑み、意識して毎回訪問することが重要である。

特に、認知症の人は家族との会話の意図を取り違えるという経験を重ねて、家族と本人の関係性が陰悪になっていることも、しばしばあることから、③の介護の限界においては、それぞれのことをゆっくりと話せる環境づくりも不可欠である。

また、どうしても、ネガティブな情報ばかりに偏りがちとなるので、例えば墓参りなど、これからやってみたいことなどがあるか、どのような支えでこれまで、困難を乗り越えられてきたのかなども把握すると、これまでの家族との関係性なども把握しやすい。

気持ちや意向を聞くときの留意点

- ◆ 訪問時に家族を含めて秘密の保持が確保できていることを伝えられているか
- ◆ 一方的な質問の投げかけだけになっていないか
- ◆ 話を途中で遮っていないか
- ◆ 訪問者が話を短時間にまとめようとしてしまっていないか
- ◆ メモ・記録に夢中になっていないか
- ◆ 会話の内容を反復し、こちらの理解が間違っていないか確認ができているか
- ◆ 着席の位置は適切か

ヒント集 P.29

気持ちや意向を聞くときの留意点は標記のとおりであるが、冒頭のヒント集 P.3にある「はじめて、本人や家族とお話をするときの留意点」に加えて、認知症初期集中支援チーム員としての姿勢も重要である。

相手の反応を待つという時間、沈黙も時には必要であり、チーム員側のペースではなく、あくまでも相手の調子に合わせる工夫が必要とされる。

着席の位置関係や時間配分にも配慮が不可欠で、一度野訪問でなく、何度かの訪問を繰り返して把握していくこととなる。

ヒント集、p. 31～は「かかわりが困難な場合のヒント集」として、全国の訪問看護ステーションや認知症初期集中支援チームによる、Good practiceを掲載している。

- ① 訪問・接触を拒否される場合
- ② 入浴ケアを拒否される場合
- ③ きちんと服薬ができていない場合

上記3つの状況に対して、それが考えられる理由、かかわり方のヒント、受け入れていただいた具体的なヒントを記載しているので、参考にして欲しい。

困難事例については、事前に介入方針、方法をチーム内で想定して確認しておくこと、チーム員の訪問活動においての後ろ盾となることから、事前にチーム員会議を行う等の工夫が有効である。

現場では必ず困りごとが出現します

○リスク管理

インシデント(ヒヤリ・ハット)
アクシデントの想定をしておくこと

○チームアプローチ

チームビルディングで成り立つ事業
チーム内、事業関係者内でのOJTの充実

○効率的に事業を進める工夫

事例数増加時を想定して事例にタイトルを

24

認知症初期集中支援チームが訪問活動で直面する課題は多様である。

ゆえに、緊急事態を想定した「リスク管理」、解決の方策をさぐる「チームアプローチ」、「効率的に事業を進める工夫」が必要である。

- ① 現場でのインシデント・アクシデントをリスト化し、共有すること
- ② チームアプローチが有効に機能するために、事業の関係者、自治体、バックアップ機関でのOJTの充実、off-JTの場の確保すること
- ③ 事例数の増加を想定した事例のタイトル化、簡略なサマリー、チーム員会議でのプレゼンテーションの方法など、多数の事例を整理しやすくする工夫が必要となる。例)結論を先にしめして、その根拠を提示する方法等

チームのミッション

- ① 適切な時期に医療や介護につなぎ、急激な心身機能の低下を防ぎ、継続的な在宅生活が今後送れるように支援体制を整える
- ② 家族への支援を確実に行う

チームの知恵
総動員

訪問事例
経験数

認知症のひとがより長く地域で
生活できるための因子

市町村の認知症初期集中支援チーム検討委員会へ(次の施策へ)

25

最後に認知症初期集中支援チームのミッションを提示。

このミッションを果たすために、チーム員全体の知識・経験を総動員した実践を行うこと、そのためには訪問事例の経験数を増やすことが重要である。

事業を実施すれば、するほど、チームだけでは解決できない課題、地域住民の認知症への抵抗感など、様々な課題が明らかになる。

まずは、チームでうまくいった事例を早く作ることが肝要である。

また、事例の経験を蓄積し、個別の事例に複数関わることで明らかになる地域の課題や、認知症の人が住み慣れた地域でいつまでも暮らせるための要因を明確化することで、更なる認知症施策の充実に繋げる必要性がある。

この課題やわが町の認知症初期集中支援チームの対象者やその転帰どうなっているのかを医療や介護、その他の地域の重要な関係機関や団体、地域住民へ示していくことで、更なる「認知症にやさしい地域づくり」を推進する役割を担っていただきたい。