

認知症に対する在宅支援について ～訪問作業療法を通してみえてきたこと～

(有)在宅支援チームフォーレスト
フォーレスト訪問看護ステーション

作業療法士 千瀬 幸佳

キーワード*

- ①在宅支援チームフォーレスト
- ②利用サービス別タイプ分類
- ③認知症訪問作業療法の実際

フォーレストの紹介

<http://teamforest.jp/info/en/01/>



主な事業

1)訪問看護ステーション
福祉用具貸与・販売事業所

2)ネットワーク・連携事業
地域ケア共同開発機構
・専門作業在宅支援事業所
相談訪問(無料)
在宅介護移行支援(無料)
Freet
行政・病院・各事業所との連携
、、***、***

025

森林(Forest)は多種多様な生物から構成され、一つの生態系を築いています。

森林のしくみや生態系を定見する多種多様なネットワークを構築しつづけて...

フォーレスト訪問看護ステーション

◎平成17年8月より訪問看護を開始、仙台市および近郊2市3町をエリア

◎平成20年8月1日現在、常勤換算看護師6.6名、理学療法士9名、作業療法士1.7名体制

◎看護・理学療法・作業療法・福祉機器専門員等多職種で連携できるシステムで運営

FNS (forest network system) について

- ① 当社では、利用者の情報をオリジナルのデータベースで管理
- ② 情報は各担当者が常に閲覧、書き込み可能
- ③ 基本情報の他、日常生活動作やアセスメントに基づくサービスプラン、介護手法まで職域を越えて運営情報共有、実践できることが目的

ニーズ分類について

→H19年より、F49の情報から利用者・ご家族のニーズを抽出、分類

在宅支援における専門職の目的・役割の明確化

①利用者側視点に立ったサービスの構築・提供

②多職種連携から、目的志向型のサービス提供

③多事業連携から、シームレスケアの提供



これらの目的を実践・結果につなげることが
ニーズ分類の目的



I. 通用教育术语

Basic AED (基础急救包)

I.1 急救包内包含物品

- ▶ AED (自动体外除颤器)
- ▶ 急救毯
- ▶ 急救手套
- ▶ 急救纱布
- ▶ 急救绷带
- ▶ 急救剪刀
- ▶ 急救镊子
- ▶ 急救止血带
- ▶ 急救呼吸器
- ▶ 急救急救手册

I.2 急救包使用说明

- ▶ 急救毯
- ▶ 急救手套
- ▶ 急救纱布
- ▶ 急救绷带
- ▶ 急救剪刀
- ▶ 急救镊子
- ▶ 急救止血带
- ▶ 急救呼吸器
- ▶ 急救急救手册

Procedures & Instructions

急救包-使用说明

I.3 急救包使用指南

- ▶ 急救毯
- ▶ 急救手套
- ▶ 急救纱布
- ▶ 急救绷带
- ▶ 急救剪刀
- ▶ 急救镊子
- ▶ 急救止血带
- ▶ 急救呼吸器
- ▶ 急救急救手册

身体报警信号

----->

身体报警-1 (A)

- ▶ 身体报警
- ▶ 身体报警
- ▶ 身体报警

Instrumental AED

- ▶ 身体报警
- ▶ 身体报警
- ▶ 身体报警
- ▶ 身体报警

急救包使用

急救包-使用说明

- ▶ 急救毯
- ▶ 急救手套

急救包-使用说明

急救包-使用说明

- ▶ 急救毯
- ▶ 急救手套

急救包-使用说明

- ▶ 急救毯
- ▶ 急救手套
- ▶ 急救纱布
- ▶ 急救绷带
- ▶ 急救剪刀
- ▶ 急救镊子
- ▶ 急救止血带
- ▶ 急救呼吸器
- ▶ 急救急救手册

認知症ニーズ分類モデル

認知症の場合、疾患の特徴の他、家族機能等多角的な視点からのアセスメントやアプローチが必要

利用サービス別タイプ分類



- ・なぜ、そのサービスを必要としているのか？という視点を切り口としたニーズ分類
- ・身体障害モデルとは別に分類を試みている

認知症モデル

Ⅰ 認知症モデル—巴士の乗利用

- ①認知症モデルタイプ
①認知症モデル
- ②認知症モデルタイプ
②認知症モデル
- ③認知症モデル+
認知症モデルタイプ
③認知症モデル
- ④認知症モデル+
認知症モデルタイプ
④認知症モデル
- ⑤認知症モデルタイプ
⑤認知症モデル
- ⑥認知症モデルタイプ
⑥認知症モデル

Ⅱ—式・アプローチ—平内由

- ①心身認知症モデル
- ②認知症モデルタイプ
②認知症モデル
- ③認知症モデルタイプ
③認知症モデル
- ④認知症モデルタイプ
④認知症モデル
- ⑤認知症モデルタイプ
⑤認知症モデル
- ⑥認知症モデルタイプ
⑥認知症モデル
- ⑦認知症モデルタイプ
⑦認知症モデル

Ⅲ 認知症モデル—巴士の乗利用

- ①認知症モデル+
認知症モデルタイプ
①認知症モデル
- ②認知症モデル+
認知症モデルタイプ
②認知症モデル
- ③認知症モデル+
認知症モデルタイプ
③認知症モデル
- ④認知症モデル+
認知症モデルタイプ
④認知症モデル
- ⑤認知症モデル+
認知症モデルタイプ
⑤認知症モデル
- ⑥認知症モデル+
認知症モデルタイプ
⑥認知症モデル
- ⑦認知症モデル+
認知症モデルタイプ
⑦認知症モデル

◎利用サービス別タイプ分類

I：訪問系のサービスのみ利用

①遠隔予診型タイプ：訪問しほびりのみ利用

②遠利型タイプ：訪問しほびり 訪問介護を利用

③遠利型+高圧電気型タイプ：訪問しほびり 訪問看護
訪問介護を利用

④遠利型+高圧電気型2：訪問しほびり 訪問看護
利用

⑤訪問前電気型タイプ：訪問しほびり 訪問入浴を利用

⑥ターミナルタイプ：訪問しほびり 訪問看護 訪問入浴を利用

I-① ① 混乱予備軍タイプ：訪問リハビリのみ利用 (実施中2名、終了3名)

- 認知症としては初期から中期
- ADL低下に気付き、混乱しやすく受害しにくい時期
- 自尊心や意思を大切に対応
- 初期に介入するほど通所など社会資源への移行は
スムーズ
- 通所利用が困難となり、訪問リハに移行する場合もある

◎初期の認知症の方の受け皿が乏しい

- 状態変化に応じ臨機応変に対応できる
- 自尊心を尊重できる人的・物的環境
- マンツーマン対応が必要な場合が多い
- 通所、ショート機能があり、訪問と連携出来る体制

I-② 高刺激性タイプ

訪問リハビリ、訪問介護を利用
(実施中2名、終了0名)

- ・環境変化に対する高刺激性による行動心理学的症状や拒否があり、通所などの社会資源利用が困難
- ・ご家族の介護負担は大きいですが、社会資源利用に対する諦めムードも大きい
- ・ご家族への支援も大切な役割

I-③ 高刺激性 + 高医療依存タイプ

訪問リハビリ、訪問看護、訪問介護利用
(実施中1名)

- ・ I-②に加え、医療的リスクが大きい
- ・ 役割としては、リスク管理の他 I-②と同様。状態変化に対するご家族の不安に随時対応

I-④ 高刺激性 + 高医療依存タイプ2

訪問リハビリ、訪問看護利用(実施中1名)

- ・基本的にI-③と同様だが、訪問介護のニーズがない
(ニーズはあるが、拒否が強いため
利用困難な場合もある)

課題(I-②~④)

- ・高刺激性に対し、アセスメントに基づいた人的・物理的
環境を配慮出来る通所やショートステイ
- ・ご本人やご家族との信頼関係に基づいた24時間体制の
訪問看護或いは訪問介護
- ・アセスメントと、状態変化に対するフォロー体制の徹底

I-⑤前原業症状タイプ

訪問リハビリ、訪問入浴利用(終了1名)

- ・前原業症状によるADLへの影響、ご家族の介護負担は大きい。
- ・状態変化によりニーズや介護負担が変化する。
- ・通所などの社会資源利用が困難となる場合が多い。
- ・関係機関との情報共有や、ニーズの変化に応じた綿密な個別プランは欠かせない。

課題

- ・ニーズの変化に対し、速宜アセスメントとプラン作成
- ・マンツーマン対応と、アセスメントに基づいた柔軟なサービス提供
- ・ニーズの変化に応じ、速宜障害理解・見守り、対応手法等
家族支援

I-⑤ターミナルタイプ

訪問リハビリ、訪問看護、訪問介護、訪問入浴利用
(終了1名)

- ・認知症としては末期、ADLはほぼ全介助。
- ・医療管理的な対応が主。看護主体である。
- ・医療機関との連携は欠かせず、ご家族の不安やニーズに随時対応していく。
- ・訪問リハビリでは身体機能の維持や環境設定、介護手法の指導等が主目的。

留意

- ・医療依存度の高い認知症の方を受け入れられる
ショートステイや退所
- ・ご本人・ご家族との信頼関係に基づいた24時間体制の
訪問看護、訪問介護および医療機関との連携

Ⅱ：訪問系・外部サービス（通所、ショートステイ）利用

- ①夜勤多岐・介助量大タイプ：訪問ケア、通所サービス利用
- ②身体管理・身体機能低下タイプ：訪問ケア、訪問介護、通所サービス利用
- ③レスパイトタイプ：訪問ケア、通所サービス、ショートステイ利用
- ④在宅支援居戸型タイプ：訪問ケア、訪問介護、通所サービス、
ショートステイ利用
- ⑤高刺激性・レスパイトタイプ：訪問ケア、訪問介護、ショートステイ利用
- ⑥費用＋マイペースタイプ：訪問ケア、訪問介護、訪問介護、通所ケア、
ショートステイ利用

Ⅱ—①皮層多岐・介助量大タイプ

訪問リハビリ、通所サービス利用(実施中2名、終了3名)

- 行動心理学的変換により、通所利用が定着しない。
- ご家族の不安感が大きい場合が多い。疾病・障害理解と共にご本人の状況も実定することがある。
- 通所と訪問リハビリの連携は不可欠。

課題

- 状態変化に応じた外部社会資源との情報共有および
サービスプランの検討
- アセスメントに基づいたご家族の障害理解・受容に対する
働きかけ

Ⅱ-②身体管理・身体機能低下タイプ

訪問リハビリ、訪問介護、通所サービス利用
(実施中3名、終了9名)

- 身体面の介護量が大変だが、ご家族の介護力や管理能力が乏しい場合が多い。
- ご家族が無理しないよう配慮しつつ、関係機関を中心に支援する場合が多い。
- 最終的に入院、或いは施設入所へ移行するパターンが多い。

課題

- 介護力の充てん(必要に応じて行政も介入)

Ⅱ-③レスパイトタイプ

訪問リハビリ、通所サービス、ショートステイ利用
(実施中3名、終了4名)

- ・ショートステイはご家族のレスパイト目的が多い。
- ・ご家族の介護負担がサービス選択の目的を左右。負担の度合いは様々(zarit介護負担尺度スコア12～64)。
- ・ご本人の状態に関わらず、ご家族の不安の程度が介護負担を左右。不安が大きいとショートを利用してても介護負担は減らない。
- ・ご家族とのコミュニケーションは重要。

課題

- ・訪問機能と外部社会資源をニーズの変化に応じ効率的かつ柔軟に活用出来ること

Ⅱ－④在宅支援瀬戸際タイプ

訪問リハビリ、訪問介護、巡回サービス、ショートステイ利用
(換丁1名)

- ・Ⅱ－③に加え、介護力低下があり、訪問介護が必要。
- ・施設入所前夜の場舎、対応・介助手法、環境設定などについて関係機関との情報共有が大切。

課題

- ・スムーズに施設入所に移行出来る様、ニーズに応じた対応手法の徹底
- ・ご家族の体調把握や不安・葛藤に対する支援

Ⅱ-⑤ 高刺激性+レスパイトタイプ

訪問リハビリ、訪問介護、ショートステイ利用

(実施中1名、終了1名)

- ・環境変化に高刺激的であり、症状の日内変動が激しく介護負担が極めて大きい。
- ・ご本人の混乱が生じにくい期間でショートステイを利用することで、状態安定や介護者の負担軽減に繋がることがある。
- ・通所と訪問の連携は不可欠である。

留意

- ・アセスメントに基づいた安心できる物理的・人的環境の提供および対応手段の徹底
- ・医療機関を含め、ニーズに応じ適宜サービスを利用出来るシステム

Ⅱ-⑤ 費用+マイペースタイプ

訪問リハビリ、訪問看護、訪問介護。

通所リハビリ、ショートステイ利用(費了1名)

- 認知症の進行状況としては、初期～中期
- 臥床傾向高い上に合併症による身体管理が必要
- 中核症状は顕著だが、行動心理学的症状は強くない
- 言葉パターンは極めてマイペース。意思表示明確。ニーズに対し、直接的な介入が困難な場合も多い
- 特に、ご家族や訪問介護との連携不可欠

留意

- ご本人の意にそぐわない場合は拒否となるが、基本的に環境変化に対する不安や風風が少ないことから、サービス提供は比較的容易。対応手段の工夫次第でニーズに応じたサービス提供は可能な場合が多い。

事例

氏名 T. Kさん 76歳 女性 要介護3

診断名 アルツハイマー一型認知症 高血圧

生活環境 2階一戸建て 夫婦2人暮らし

現病歴

平成12年頃より夫に対し被害・攻撃的となり、嫉妬妄想出現。平成15年頃より中核症状顕著となり、平成17年精神科クリニック受診。

HDS-R 7/30およびSPECT検査の結果、アルツハイマー一型認知症の診断となる。

訪問リハビリ開始時の状況

- 中核症状顯著であり、不安や妄想等の精神症状をきたしやすい状況。言動が被害・攻撃的。
- 対人関において、役割を持つことで居場所を確保するパターンを取ってきた。情緒的交流や信頼関係を築く体験が極端に乏しいという特徴がある。長男以外の人間との関わりに対する被害が強い状況。
- 臥床傾向が強く、適用性の心身機能低下や不規則な服薬に伴う被害が懸念される状態。
- ADL、IADL全般においてフォローを要するが、介護拒否が強い状態。

訪問作業療法目標

- ①対人面における拒否を軽減できること
- ②規則的に服薬できること
- ③ADL、IADLにおける介助・対応手法を見出すこと
- ④通所利用に向けて移行支援

利用したサービス(利用サービス別タイプ分類Ⅰ-②)

平成17年12月～

訪問リハビリ 隔週1回

訪問介護 隔週1回2人体制

平成19年1月～

訪問リハビリ 隔週1回

訪問介護 隔週1回2人体制

通所介護 週1回

平成19年3月

通所週2回利用の移行と同時に、訪問リハビリ終了

作業療法士の役割

- ・家族機能や日常生活動作についてアセスメント、服薬や日常生活全般について介助・対応手法等の提案。
- ・心身機能面への対応。
- ・通所利用に向けて移行支援。
- ・ご家族に対する精神面への支援。

【結果】

- ・情緒的交流が可能となり、外部の人間との関わりに対する拒否的態度が大幅に減少。
- ・安定した通所利用が可能となった。
- ・長男以外のご家族でも、会話や座いじり等時間を共有する時間が増えた。攻撃的言動は若干軽減。

事例

氏名 8. 8ちゃん 女性 60歳 要介護2
(平成18. 6月より要介護4)

診断名 脳出血後遺症 アルツハイマー型認知症
慢性硬膜下血腫除去術後 高血圧 糖尿病

既往歴 高血圧 高脂血症 狭心症 梗塞症 気管支喘息
不安神経症

生活環境 平屋一戸建て 長男夫婦と3人暮らし

病状歴 平成17年4月14日夕方、家族が目を離した際に
意識より悪くなり、中絶で回つぱいになっていると
ころを発見。2～3日自宅で様子を見た後発診、慢
性硬膜下血腫と診断、入院、血腫除去術を施行。状
態安定のため5月10日退院。

訪問リハビリ開始時の状況

- ・認知症の中核症状が顕著
- ・せん妄に伴う幻覚症状、多動を頻発に認めた。
転倒リスクが高く、常時見守りを要する状態。
- ・夜間頻尿、排泄時の介護抵抗があり、心身の
介護負担が大きい状態。

◎訪問作業療法目標

【訪問開始当初】

- ①安定した外部社会資源の活用が可能となること
- ②移住時の介護負担が軽減すること
- ③ご家族の介護負担が軽減すること

【達成後】

- ①心身機能面の維持を図るよう支援すること
- ②状態に応じた介護・対応手法、環境設定を徹底し、介護負担が増大しないよう支援すること

利用したサービス(利用サービス別タイプ分類Ⅱ-③)

平成17年8月～

読解力ハビリ道1冊(理学療法士)
認知症対応症例選解分冊選1冊

平成17年7月～平成17年12月

読解力ハビリ道1冊(作業療法士)
認知症対応症例選解分冊選2冊
ショートストーリー(巻頭)2冊～

平成18年～平成19年11月

読解力ハビリ道1冊(作業療法士)
認知症対応症例選解分冊選2冊
ショートストーリー(巻頭+特設専科+版)合わせて2冊同程度

平成19年12月～平成20年2月

読解力ハビリ道1冊(作業療法士)
読解力選解2冊
読解力5冊(巻1冊)

作業療法士の役割

【訪問開始当初】

- ・自宅及び通所における状況把握とアセスメントから現状について情報共有。対応・介護手法について提案・コーディネート
- ・自宅及び通所、ショート先における措置アセスメントの実施、対応・介護手法について提案・コーディネート

【結果】

- ・情報共有によりチームで状態や疾病の理解が出来た。プランが明確になることで効率良く情報交換出来るよう変化。チームが安定することで、ご本人の苦痛も安定。
- ・夜間の徘徊頻度が減り、対応もスムーズになった。

【初期目標達成後】

- ・バイタルチェック及び心身機能面への対応
- ・状態変化に応じショートステイの期間や利用場所の選定について相談
- ・進行に応じた専門職の活用について相談
- ・日常生活動作や行動パターンに応じ介助方法の観察や環境調整、自助具等の作成

【結果】

- ・進行状況に応じ安定した生活リズムで生活出来るようになった。
- ・ご家族が習い事を再開したり、旅行に出掛けたりすることが可能となった。
- ・お亡くなりになるまで情緒的に安定した状態で生活出来た。

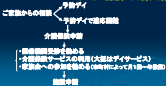
④認知症における居宅依頼までの流れについて(現状)

- ・医療機関(内科が主。他に神経科、精神科)からの依頼が大半。主治医や相談員からの依頼。
- 受診時に主治医より介護認定を受けるよう勧められた場合
- 別な疾患で入院し、認知症を発症したため介護認定を受けるよう勧められた場合
- 利用者やご家族による直接の依頼は無い

③地域包括支援センター依頼までの流れについて(現状)

→ご家族が役所に相談し、包括支援センターを紹介される
場合が多い。

③地域包括支援センターへの依頼から サービス開始までの流れ(現状)



◎問題点

- 1 早期介入の困難 → 初期の段階からアプローチ
- 2 個別評価及びそれに基づくアプローチの不徹底
- 3 生活再構築のための通所事業・ショートステイの不足
- 4 高医療依存タイプへの支援体制の不足

今後の方向性

◎居住型多機能施設の創設

- ・認知症特化型通所サービス
- ・ショートステイ
- ・訪問看護・介護・リハビリ
- ・介護居宅支援事業所

共に劇ってみませんか？