

認知症訪問作業療法士の役割と考察

フォーレスト訪問看護ステーション

作業療法士 千葉 未佳

キーワード

- ①利用サービス別タイプ分類
- ②認知症訪問作業療法士の役割
- ③認知症に於ける地域支援の現状

利用サービス別タイプ分類について

なぜ、利用サービス別に分類したのか？



利用者やご家族が生活再構築を行っていく過程で、どんな時にどのようなニーズがあり、どんなサービスを求めるのかという視点が必要と考えたから。また、専門職としてどのように介入し、どのような支援が必要なのかという視点が大切と捉えている。

◎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混乱予備軍タイプ : 訪問リハビリのみ利用

②易刺激性タイプ : 訪問リハビリ 訪問介護を利用

③易刺激性＋高医療依存タイプ : 訪問リハビリ 訪問看護
訪問介護を利用

④前頭葉症状タイプ : 訪問リハビリ 訪問入浴を利用

⑤ターミナルタイプ : 訪問リハビリ 訪問看護 訪問入浴を利用

Ⅱ：訪問系・外部サービス(通所、ショートステイ)利用

- ①**変動多岐・介助量大タイプ**：訪問リハ、通所サービス(リハ)利用
- ②**身体管理・身体機能低下タイプ**：訪問リハ、訪問介護、通所サービス利用
- ③**レスパイトタイプ**：訪問リハ、通所サービス、ショートステイ利用
- ④**在宅支援瀬戸際タイプ**：訪問リハ、訪問介護、通所サービス、
ショートステイ利用

I ー①**混乱予備軍タイプ**: 訪問リハビリのみ利用 (実施中0名、終了1名、Ⅱー①へ移行1名)

- ・認知症としては初期から中期
- ・ADL低下に気付き、混乱しやすく受容しにくい時期
- ・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

I ー②**易刺激性タイプ**: 訪問リハビリ、訪問介護を利用 (実施中4名、終了1名)

- ・環境変化に対する易刺激性による行動心理学的症候が目立ち、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、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易刺激性＋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前頭葉症状タイプ

訪問リハビリ、訪問入浴利用(終了1名)

- ・ 前頭葉症状による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。

I ー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さず、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、介護手法の確認等が主目的。

Ⅱ－①変動多岐・介助量大タイプ

- 訪問リハビリ、通所サービス利用（実施中3名、終了4名）
- ・行動心理学的症候により、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安定することがある。
 - ・通所と訪問リハビリの連携は不可欠。

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0名、終了4名）

- ・身体面の介助量が大きいが、ご家族の介護力や管理能力が乏しい場合が多い。
- ・ご家族が混乱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。
- ・最終的に施設入所へ移行するパターンが多い。

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6名、終了1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)。
- ・ご本人の状態に拘わらず、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。

Ⅱ－④在宅支援瀬戸際タイプ

訪問リハビリ、訪問介護、通所サービス、ショートステイ利用
(実施中1名、終了1名)

- ・Ⅱ－③に加え、介護力低下があり、訪問介護が必要。
- ・施設入所前提の場合、対応・介助手法、環境設定などに

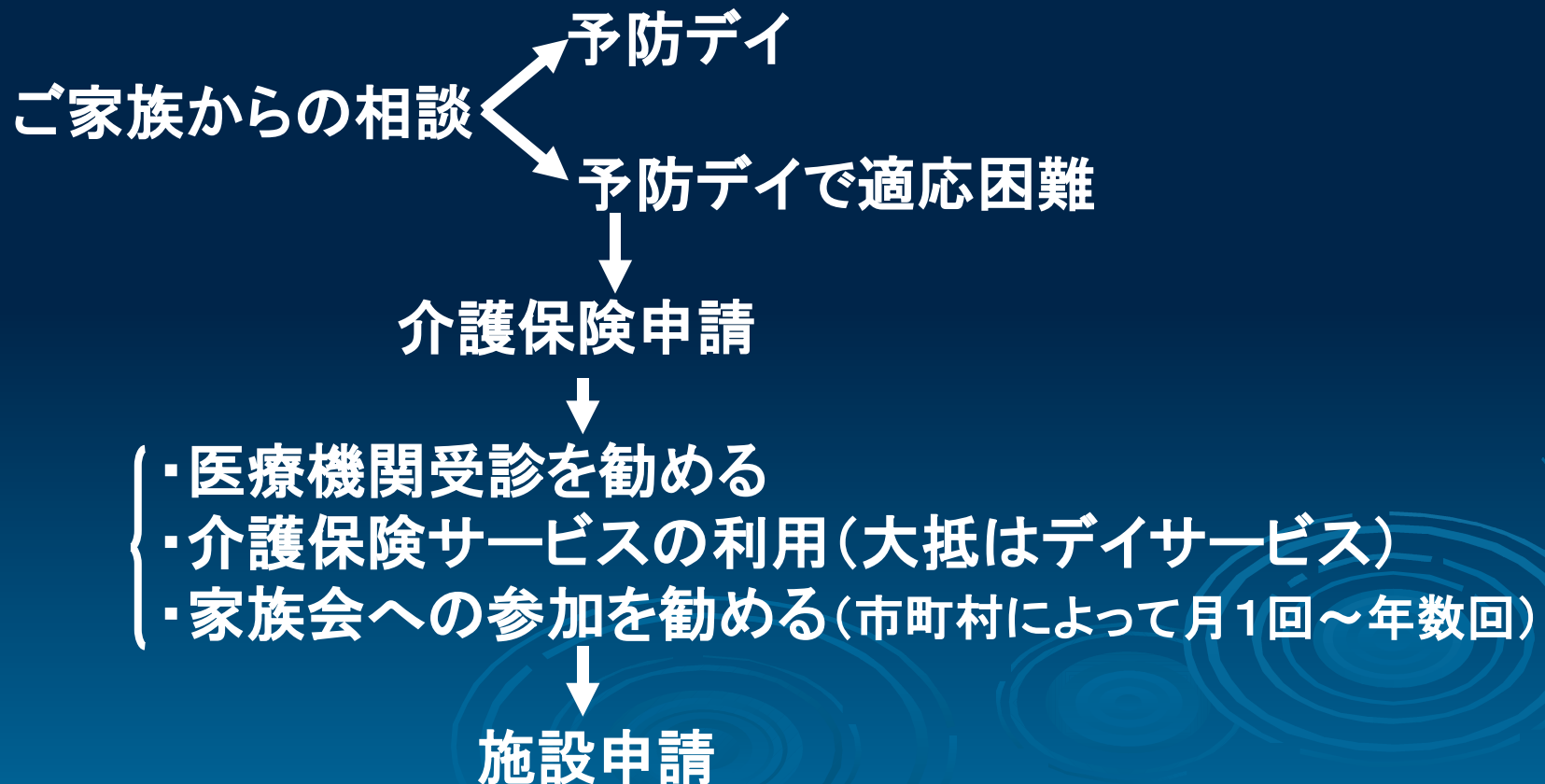
◎居宅依頼までの流れについて(現状)

- ・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

◎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。

◎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

- c. 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

共に創ってみませんか？

