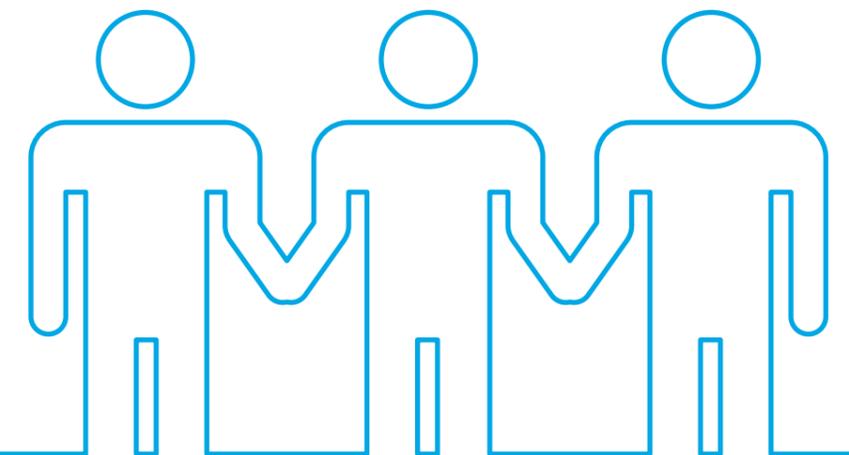


認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集

Q & A でわかる

診断後の
認知症の人と
そのご家族の
支援方法



はじめに

認知症の人とその家族への支援は、現代社会の最も重要課題の一つです。認知症の人の支援においては、本人や家族が認知症ではないかと、何らかの違和感を覚えた初期の段階から看取りの時期まで、切れ目のないきめ細かな対応が望まれます。本人や家族が、どこに相談したらよいかわからないことのないよう、早期からの支援が受けられない空白の期間は極力避けなければなりません。また、専門の医療機関で認知症と診断を受けた後にも、十分な対応が行われないことによって、もう一つの空白の期間が生じてしまうことがあります。こうした空白の期間は、予後やその後のケアにも悪影響を及ぼす危険性が高いことが指摘されていますので、その解消は急務です。

本冊子は、全国の認知症疾患医療センターを対象とした調査の結果に基づいて、認知症の人とその家族が、診断後にどのような支援を受けることが可能か、Q&A という形にまとめた事例集です。本冊子から受け取って頂きたいメッセージは、診断後の支援として、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターそしてかかりつけ医が緊密な連携を取ることが重要だということです。

診断を受けた直後には、認知症に対する怖れや拒否感などの否定的なイメージをもち、認知症であることを他人に知られたくないと思う本人や家族も少なくないでしょう。そのような人のためにも、診断後の専門職による支援は必要不可欠です。それに加えて、インフォーマルな支援によって、専門職の対応が不十分な部分を補完することも有用です。認知症と共に生きる人を支えるためには、認知症疾患医療センター、かかりつけ医、地域包括支援センター、家族、そして地域の住民や行政が可能な限り緊密に連携することが望まれます。本冊子を、その実現のヒントとして活用して頂けることを願っております。

診断後支援対応事例調査委員会
委員長 長田 久雄

この冊子の使い方と概要

この冊子の対象

この冊子は、認知症疾患医療センターの相談担当者の方が、認知症と診断されたご本人、そのご家族の支援を検討する際にご活用いただけます。また、地域包括支援センターにおいて家族支援を行う際にもご利用いただけます。

この冊子の概要と使い方

この冊子は、空白の期間を解消するために専門職ができる家族支援について様々な事例を Q&A 方式で解説しています。

この冊子は、大きく分けて 3 部構成になっています。

最初に、診断後の家族支援の必要性について解説しました。

次に、認知症疾患医療センターで行われている、「認知症疾患医療連携協議会」の実態、介護者教室や本人、家族のピアサポートの実態について解説しています。

そして Q&A 方式にて認知症疾患医療センターが実際に行っている診断後支援の方法 5 題の実践例を紹介しました。また、診断後に起こる特に困難だと思われる家族や本人への支援方法 4 事例を掲載しました。いずれも成功事例であり、成功事例からお読みいただく皆さまにヒントを読み取って頂きたいと思っています。

なお、この冊子で掲載された事例やデータは、2018 年 8 月に実施した「認知症の家族介護者への診断後の支援方法に関する全国調査」の結果を整理したものです。

業務ご多忙の折にご協力いただきました、全国 181 の認知症疾患医療センターの皆さま、誠にありがとうございました。

Q & A でわかる

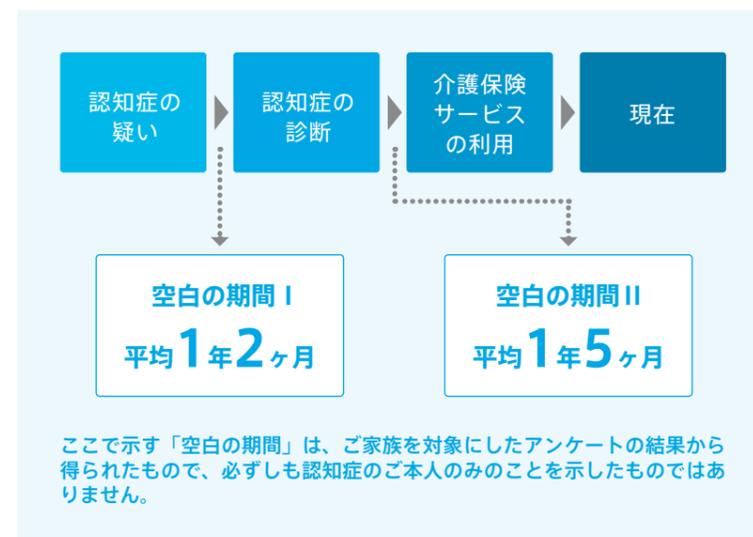
診断後の
認知症の人と
そのご家族の
支援方法

目次

●はじめに	01
●この冊子の使い方と概要	02
1. なぜ、診断後の家族支援が必要なのでしょう	04
2. 診断後の支援方法があるのでしょうか	
Q1. 認知症疾患医療連携協議会に参加する機関はどのようなところでしょうか	06
Q2. 診断後の家族への支援としてどのようなことを行えばいいのでしょうか	07
事例紹介：当院における認知症の診断後早期支援	10
3. Q&A でわかる診断後の家族支援	
① 診断後の相談室による対応方法で“うまくいった”例を紹介します	
Q1. 認知症の診断であったが、その後病院に来なくなった方、その家族への対応や声かけの方法は	14
Q2. 認知症の診断を受けた方への相談支援の中で地域包括支援センターにおいて要介護認定を受けることを勧めたが、その後は分からなくなった場合の対応方法は	16
Q3. 認知症の診断を受けたが、きわめて初期であり介護保険サービスを利用する必要もないほど軽度の方、その家族への助言方法は	18
Q4. 家族は、認知症を疑っているが本人が受診を嫌がっているという場合の対応方法は	21
Q5. MCI という診断を受けた人の家族への対応方法や助言方法は	23
② 家族の想いや、希望にどのように答えるのか“うまくいった”例を紹介します	
Q6. 自宅で暴れて暴力をふるうという相談を家族から受けた場合の助言、対応方法は	25
Q7. 認知症と診断されているが自動車運転をやめてくれないと家族から相談された場合の助言、対応方法は	29
Q8. 認知症の人を介護する家族が、「施設だけには入れたくない」「介護保険サービスは利用したくない」という場合の助言、対応方法は	33
Q9. 認知症と診断されたものの、家族は絶対に違うはずだと認めない場合の助言や対応方法は	35
4. 認知症疾患医療センターにおける家族支援終結の考え方	36

1 なぜ、診断後の家族支援が必要なのでしょう

認知症の早期診断が推進されていますが、認知症の診断直後や初期の人は介護保険サービスの対象となりにくく、地域社会から孤立し、場合によっては進行を待つだけ「空白の期間」[※]が生じます。さらに、要介護認定を経て通所や訪問等介護サービスを利用していても、在宅の生活で誰ともかかわらない「空白の期間」が生まれます。この「空白」は、認知症の人と家族の間でさまざまな葛藤を生み、混乱と不安を伴う期間でもあります。「空白の期間」は、診断直後だけではなく、違和感を覚えることが多くなってから病院に行くまでの期間にも、「空白の期間」が生まれるのです（図1）。



※「空白の期間」は、そもそも一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループの代表理事藤田和子氏が、提唱した言葉である。早期診断が進むが、診断後の支援が十分とは言えず、その間に社会的な孤立や様々な問題が生じる。初期であるためとりわけ目立たず、必要な支援につながらない、これを「空白の期間」として本事業においても用いた。また、「空白の期間」は、介護生活が始まる混乱の時期だけではなく、認知症の疑いの違和感を覚える時期から鑑別診断までの間にも起こることが考えられる。そこで便宜的に「空白の期間Ⅰ」を違和感から診断まで、「空白の期間Ⅱ」を診断から介護保険サービスまでと表現している。

なお、本研究事業は、介護者である家族を対象にしているために、「空白の期間Ⅰ」は、家族が異変を感じとる、または認知症の本人から異変を相談される、もしくは、病院へ行くことを本人が拒むその時期をいう。「空白の期間Ⅱ」は、認知症と診断された直後の家族が将来への不安等、様々な不安を抱える時期、そして、介護保険サービスを必要としない初期の支援がない時期、仮に支援があったとしても十分ではない時期をいう。

図1 認知症の家族等介護者の空白の期間

当センターが2018年に約5000人の介護をする家族に実施した調査では、病院受診までの「空白の期間Ⅰ」は平均1年2ヶ月で、診断から介護保険利用までの「空白の期間Ⅱ」は、1年5ヶ月かかっていることがわかりました（図1参照）。

この期間に、家族と認知症の人は大きな葛藤を抱えます。また、初期では週数回のデイサービスの利用のみですから、圧倒的に在宅での生活が長くなります。その間に適切なかかわり方の方法や情報が得られることは、認知症の人の不安の軽減につながり、地域や友人とのつながりを築くことができるか否かは、予後にも大きな影響を与えることとなります。また、家族にとっても、早期に専門職とつながることで、経済的な問題、就労継続の問題、自分自身の心身の不安、介護方法やかかわり方を知ることができます。

現在この期間を満たされた期間にするために、最も身近な働きかけができる存在は「認知症疾患医療センター」の医師や専門職、そして連携する介護、保健等関係機関および専門職の方々です。不安の中、勇気を振り絞り来院された方とご家族は、仮に認知症と診断されたときに、一緒に考えてくれる専門職の方がいたら心から嬉しいことでしょう。免許返納、役割の喪失と失われるばかりではなく、希望の灯をともし役割の方がこれまでにはいませんでした。この時期に専門職からの一言や優しいまなざしが「空白の期間」を「満たされた期間」にするためには欠かせません。

●本書を作成するうえで認知症と共に生きる本人よりメッセージをいただきました

認知症が進むと、何もかもができなくなる、何もかもわからなくなると思われていますが、私は違うと思っています。

認知症が進むと、言葉がうまく出なくなったり、色々なことができなくなったりします。

家族や支援者はそれを見て「何もわからない」と思っているように思います。本人は言い出すことができないのです。

世話になっているし、投げ出されたらどうしようと思ひ、心まで閉ざしてしまいます。

優しく心の中の声を聴いて下さることがあれば、きっと気持ちを話すことができると思います。

私は認知症になり、声になっていなかった本人の気持ちを伝えたいと思っています。

家族も支援者も病気や本人の気持ちを正しく理解することによって毎日の生活は変わると思っています。

最近悲しい事件や事故が多いですね。

息子さんが自分の作ったご飯を認知症の母親が食べてくれず殴ってしまった。

周りに認知症を理解してくれる人がいたら、ご飯を食べてくれなかった母親をどうしたらよいか相談できる人がいたら、殴ることはなかったでしょう。

だから私は認知症を正しく理解してほしいのです。

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ
平みき

2 診断後の支援方法があるのでしょうか

Q1 認知症疾患医療連携協議会に参加する機関はどのようなところでしょうか？

2018年に全国181件の認知症疾患医療センターを対象に行ったアンケート結果[※]から、診断後支援の現状を見ていきたいと思います。

連携協議会には、地域包括支援センターや自治体行政担当者等が多くの場合出席しているようです。一方で、地域生活を支える介護保険事業所や社会福祉協議会の参加は少ない傾向がみられます。診断直後の初期の段階では認知症カフェや民生委員などの見守りのようなインフォーマルな社会資源が重要であるから参加を検討する必要があるかもしれません。

年間の平均回数は1.79回で、最大で10回も実施している連携協議会がありました。連携協議会の主な内容は下記に示します(図2)。

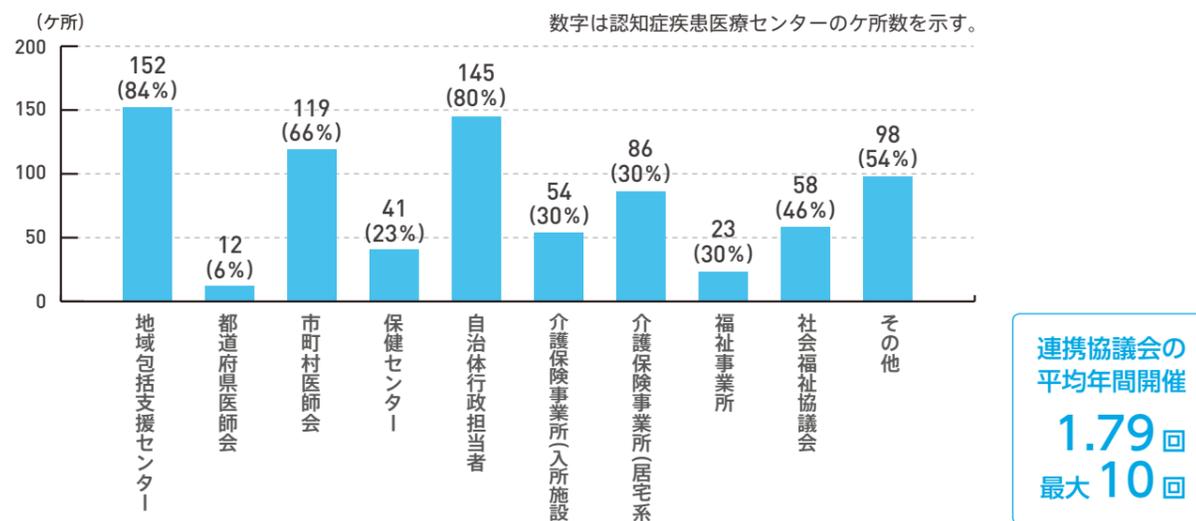


図2 認知症疾患医療連携協議会の参加機関(複数回答)

連携協議会の内容

- 認知症疾患医療センターの実績や計画報告
- 初期集中支援チームの活動状況報告
- 若年性認知症対応について
- 専門職向け研修会の企画
- 自動車運転免許返納についての情報交換
- 困難ケースの事例検討
- 都道府県等の認知症施策報告
- 認知症地域連携パスの活用方法
- 早期発見、早期支援に関する情報交換
- 災害時の対応に関する情報交換
- 認知症カフェなどの社会資源の情報共有
- SOSネットワークの状況と周知
- 各関係機関のミニレクチャー
- グループワークにて事例検討

※調査は2018年9月に認知症介護研究・研修仙台センターが厚生労働省の老人保健事業で実施した「認知症の家族介護者への診断後の支援方法に関する全国調査」の結果から引用しています。

Q2 診断後の家族への支援としてどのようなことを行えばいいのでしょうか？

診断後家族支援の場を準備している疾患医療センターはまだ多くはありません。家族への心理教育が実施率は高い傾向がありますが、定期的に行われているところはあまりありません。認知症と診断された本人交流会を実施している疾患医療センターは6カ所だけでした。先駆的に行われている事例は大変参考になる事例と言えるでしょう(図3)。

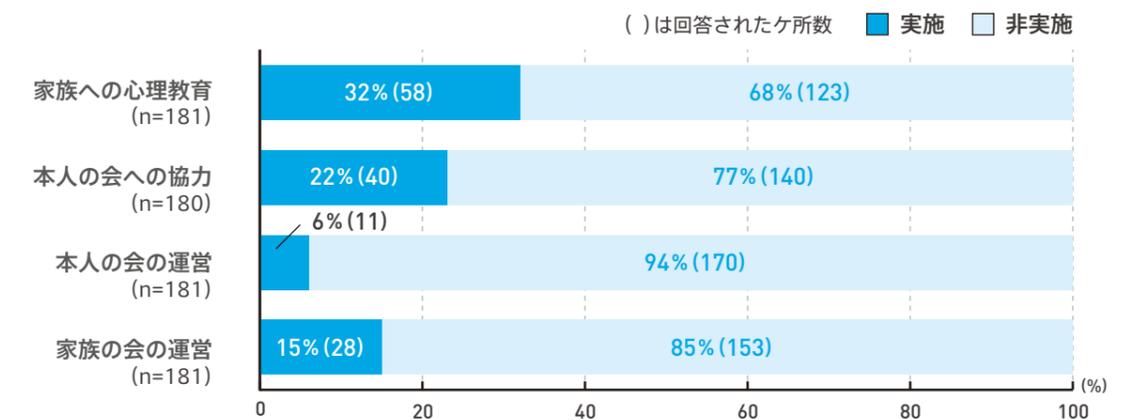


図3 認知症疾患医療センターによる診断後の家族等支援の実施状況

定期的に行われている 家族介護者の心理教育 の内容

頻度	内容
1回/月	全5回シリーズで年2回実施。介護方法、運動、栄養 医師などの専門職による講義と質疑応答、家族の方同士が悩みを話せる時間 家族教室を開催。看護師、臨床心理士、薬剤師、精神保健福祉士などの講義と家族同士の語り合いの場 家族教室。内容：認知症に関する講義 + 家族間での交流会 疾患や介護保険についての基礎編と寸劇を用いた対応の仕方の応用編 家族教室の実施
2回/月	認知症への対応方法や家族の心理的支援(気持ちの整理等)。家族の状況で頻度は異なる(1回/月~1回/週)。 1回1時間「もの忘れ外来」担当医1名が担当。家族の話、介護サービス、福祉サービスについて勉強会など
1回/3ヶ月	介護者教室、パンフレット配布、個別相談など

2

診断後の支援方法があるのでしょうか

1回/3ヶ月	「認知症はじめて教室」医師による認知症とともに生きるためのレクチャー。医師その他専門職が解答する質疑応答 初めて鑑別を受けた患者家族を対象に、認知症専門医、認知症看護認定看護師などの専門職と共に情報提供と質疑応答 3ヶ月1クール計6回。情報提供と仲間作り「外来心理教育」を1999年から実施 家族教室・個別支援の中で家族教室（随時）
1回/4ヶ月	医師からの講話。PSW、看護師との相談会

※診察直後に状況に応じて実施されているところも多数あり

家族介護者の会の実施や協力内容（家族介護者ピアサポート）

月に1回開催しているセンターは少なく心理教育と一体的に実施しているところが多くみられます。また、講話を交えて実施していることが多くテーマ設定を行っている傾向がみられます。

頻度	内容
2回/月	介護家族同士の話し合いや、介護体験談の聴講、当事者からの講話、専門家による講義
1回/月	テーマ例「徘徊に備える（携帯GPS機能利用例）」、「日々の食事について考える」（栄養士とのコミュニケーション）、「特養、グループホーム、小規模多機能サービスについて考える」 茶話会やOT活動などを実施 併設している認知症デイケアの職員と運営、開催。テーマは、医師からの話、対応について、施設（自院のもの）見学、排泄ケアについて等 介護中の家族、終えた家族、専門職が集まり、認知症の方を介護している方の相談や傾聴を行いながら、安心して思いを語れる場として実施 参加者が近況などを語ったり創作活動を実施 家族の患者対応を中心に助言 若年性認知症の家族交流会を開催。同時間に本人の居場所づくりを行い家族が参加しやすいようにしている。 本人、家族ミーティング、レクリエーション等 体操は外来作業療法及び精神科デイケア利用者 センタースタッフによる講座と、センタースタッフと家族での茶話会を実施。
1回/2ヶ月	若年認知症の人と家族の会を実施。家族は専門職同席のもと、意見交換、情報共有 認知症の方の介護に関するミニレクチャーと情報交換を開催。テーマは参加者の希望で決定 「本人、家族交流会」。家族関係別に小グループを作り、ピアカウンセリングの場を提供 家族介護者を対象に学習会や座談会を実施

1回/2ヶ月	法人内の薬剤師、栄養士、看護師などを講師として開催
1回/3ヶ月	対象は当該センターで認知症の診断を受けた家族に郵送で案内し開催。 スタッフから認知症疾患や介護に関係することを30分程度話し、グループに分かれて家族交流の時間
1回/年	ファミカフェと題して、家族が日頃悩んでいることなど話し合う

本人交流会（本人ピアサポート）※実施している全6ヶ所の内容

本人交流会とデイケアのようなアクティビティが混在している傾向がみられます。

頻度	内容
1回/週	若年性認知症の人、高齢軽度認知症の人、発達障害や精神障害の人、社会につながりが持てない若者等が、内職仕事で集まり、茶話会なども行っている“仕事の場”
2回/月	体操、講話、ゲーム、情報交換
1回/月	若年性認知症のつどい
1回/月	若年性認知症の人と家族のつどいを、認知症の人と家族の会と共催。年12回行い、うち4回は当院で実施。センター医師との座談会や体操、本人、家族の思いの共有等プログラムを実施。
2回/月	若年認知症の人と家族の会を実施。本人はレクリエーション（ヨガ、体操、音楽、お菓子づくり）などを行う。
1回/月	活動（レクリエーションや作業）、外出、テーマを設定したミーティングを実施。
1回/2ヶ月	本人、家族交流会

当院における 認知症の診断後早期支援

みはるの杜診療所 院長 石原 哲郎

認知症と診断された本人（以下、本人）が住み慣れた地域で今後も暮らし続けていくために、私たちは一人ひとりの異なる認知機能障害への対応のみならず、身体の健康状態、本人と周囲の人との関係性にも配慮する必要があります。また本人や周囲の人が持つ認知症に対する固定観念や漠然とした不安が大きな障壁としてあります。

本人や周囲の人の心理的不安が軽減し、本人にとって暮らしに必要な支援がその時の症状に応じて安定して得られる見通しが立つだけでも、本人や家族の負担感は大きく軽減されます。そのためには早期診断と適切な治療、良好な人間関係、将来の見通しを個別に一緒に考えてくれるような相談担当者との出会いが重要です。

当院では本人と家族が、周囲の人とつながりながら前向きに生活しつづけられるような診断早期のかかわりを意識しています。枠組みとしては、権利を基盤としたアプローチ（RBA）やパーソン・センタード・ケアなどに則って策定されたスコットランドの認知症リンクワーカー制度を参考にしています。

1. 当院におけるリンクワーカー制度を参考にした診断早期のかかわり

スコットランドのリンクワーカー制度にはその要素として、以下の5つの柱があります。

スコットランドのリンクワーカー 5つの柱

- a. 病気を理解し、症状とうまく付き合うための支援
- b. 本人や家族が地域とつながり続けるための支援
- c. 当事者同士の出会いや関わりに対する支援
- d. 将来のケアの計画づくり
- e. 将来の意思決定のための計画づくり

当院ではリンクワーカーという担当者を作るのではなく、一人ひとりの本人や家族にかかわる内外の専門職に以下のような内容を理解してもらい、共通した認識をもってチームでかかわっていく取り組みを目指しています。重視しているのは本人、ご家族、専門職の水平な関係性です。それを実現するために次のように展開をしています。

a. 病気を理解し、症状とうまく付き合うための支援

当院では本人と家族が病気に対して共通認識を持てるように一緒に説明を行います。本人がいないところで説明がなされた場合、自身の病気について知る権利が阻害され、将来について考えるチャンスをも奪うことにもなります。症状が進行した方にもわかるように図表を使う、平易な表現を使う、文書として渡す、統一した説明を繰り返し行うなどの本人の障害に応じた配慮を行って意思決定に関われるように説明しています（合理的配慮）。

b. 本人や家族が地域とつながり続けるための支援

本人がこれからも地域でつながり生活を送り続けるためには、本人に対して何でもやってあげるのではなく、本人が必要とする支援が得られる環境づくりを、本人と一緒にめざします（合理的配慮）。近所の住民にも状況の理解が得られるように、本人と家族には周囲の信頼できる人に症状を伝えることの重要性についてお話しします。場合によっては本人や家族の同意を得たうえで地域包括支援センターを通じて民生委員などに簡単な病状の説明を行うこともあります。一方で認知症に対する偏見の強い地域や本人や家族のお考えによっては伝えることを望まない場合もあります。当院では町内会や地域包括支援センターが開催する認知症に対する理解やパートナーシップを深める活動にも協力しています。

c. 当事者同士の出会いや関わりに対する支援

本人同士、家族同士など当事者同士のピアサポートは単に語りあうだけでなく、自らが持つ認知症への固定観念を氷解し、疾患の理解を深めることにもつながります。当院では本人同士、家族同士が話し合う機会を増やすため、当事者交流会を定期的に行っています。現在の参加者は、たまたま調理の仕事をされていた方が多く、本人グループでの雑談から生まれた企画として料理教室を行い、作った料理を食べながら交流しています。なお開催にあたっては当院の管理栄養士と精神保健福祉士がコーディネートしています。

d. 将来のケアの計画づくり

本人が生活上大切にしていることや考えをできる限り聞き取り、それを維持する視点から将来のケアについて話し合います。そして本人の望む生活維持のためには家族のケアも含めてどのような支援が必要か地域包括支援センターやケアマネジャーを交えて考えていきます。その後、症状の変化に応じて変更を加えていきます。

e. 将来の意思決定のための計画づくり

認知症ではコミュニケーション障害が進行する可能性もあるため、診断初期の段階から、自分で意思決定ができなくなった場合、どのようなかかわりを希望されるかなどのアドバンス・ケア・プランニング（ACP）や誰に意思決定を任せられるかなどを話し合う機会を設けるようにしています。

2 診断後の支援方法があるのでしょうか

2. 片倉さんの診断後支援

ここからは1人の認知症の方の診断後支援についてご本人の掲載の許可をいただきましたのでお話しさせていただきたいと思えます。

片倉さんは、84歳の男性です。趣味は大リーグ観戦です。片倉さんは、奥様の認知症介護のご経験もあり、人一倍体調には気をつけ、運動やマンションの住民と交流を積極的に行っていました。ある時、いつもできていた書類の整理ができなくなる、計算が難しくなる、夜になると



片倉氏 近影

蛇の幻覚が見える、自宅の間取りが毎日変わるように思えるという症状が出たため当院を受診。様々な検査の結果レビー小体型認知症の可能性があると診断されました。

主治医は片倉さんと長男に、検査の結果を説明し、蛇の幻視や毎日間取りが変わるような不思議な体験は病気の症状の1つであることを説明しました〔a. 病気を理解し、症状とうまく付き合うための支援〕。薬物治療の併用で現在では蛇の出現はめったに出なくなり、出てきてもそれが幻だと認識することができるようになったと仰っています。また、処方する薬剤について、副作用などについても説明を行い、服薬状況も良好です。

片倉さんは、自ら認知症になったことを同じマンションの仲の良い住民に伝えました〔b. 本人や家族が地域とつながり続けるための支援〕。そうすると「実は私もそうだ」「私も心配だから先生を紹介してほしい」と伝えてくれる方が複数いらっしゃったそうです。以前からマンションで主宰しているワインパーティー（同好会）でも自身の病気について伝えた上で継続しています。知人には道を歩いているときに声をかけてくださる方も多そうです。独立している息子さんも周囲の人に認知症であることを伝えることに理解を示しています。片倉さんは、「今後マンションの人に助けてもらうことも増えると思うけれども、認知症の私が助けることや、できることがあるかもしれない」と考えています。実際に行政などの講演会で自らの体験を語るなどの活動を行っています。講演に際しては主治医がご本人の変動する体調を伺いながら相談に乗っています。主治医からの助言内容は待ち合わせ場所の統一、前日と当日にリマインドの電話、会場までの交通の手配（体調や場所によってはタクシー要請を検討）、午前中は体調不良多いため、講演開始時間をなるべく午後にするなどの本人に合わせた合理的配慮が中心です。

片倉さんには、丹野智文さんなど認知症当事者との交流もあります〔c. 当事者同士の出会いや関わりに対する支援〕。片倉さんは当院のピアサポートでも自らの体験を話していただきます。ある時、片倉さんは当院通院中の同じレビー小体型認知症と診断された方とお話しする機会がありました。その女性は、片倉さんの蛇の幻視について聞いて、黙って涙を流されたそうです。女性はピアサポート後の診察の時に「初めて自分の症状

を理解してくれる人と出会えた」と喜ばれていました。同席していた長女も、母親の症状が特別なものではないと理解され、また片倉さんが笑顔で生活されている様子を見てずいぶん安心されたとのことでした。

片倉さんは現在お一人暮らしですので、苦手な整理を手伝ってもらえるように、介護申請を行い、週一回ヘルパーを利用しています。健康に留意してウォーキングを続けられ、お気に入りのレストランでランチをすることを日課にされています。今後も自宅で生活することを望まれていますので、状況に応じて在宅生活を続けられるようなケアプランに見直すこととしました〔d. 将来のケアの計画づくり〕。

片倉さんの将来の意思決定については、長男との関係は良好で、父親の1人で暮らすという意思を尊重されています。現在のところは長男が担うこととなっています。また、今後のことを考えて成年後見制度などについても説明しました〔e. 将来の意思決定のための計画づくり〕。

3. おわりに

本稿では事例を交えながら当院におけるリンクワーカー制度を参考にした多職種による診断早期の支援について述べました。本人の症状が進行してからかかった事例では、ご家族の疲労感が前面に出ている時は、さらに家族支援を追加する場合があります。それでも本人の意思が最後まで尊重されるような継続的なかわりをめざして、私たちは試行錯誤を重ねています。今後も皆さんと一緒に取り組んでいきたいと思えます。

3 Q & A でわかる診断後の家族支援

① 診断後の相談室による対応方法で“うまくいった”例を紹介します

Q1 認知症の診断であったが、その後病院に来なくなった方、その家族への対応や声かけの方法は？

受診中断者には、こまめに連絡を入れておくことがもっとも簡単ですが大切なことです。特に高齢期の方や認知症の疑いがある方は、忘れてしまう可能性も考慮し同行してくれる専門職やキーパーソンなどを確認しておき丁寧な関りを持たなければなりません。

窓口での支援方法



受診を中断のきっかけを電話をして家族に聞き取るようにしています。そして、その理由を聞きながら家族が孤立していないか注意深く読み取ります。特に、家族が抱えこみすぎているかを聞くようにしています。即効性はないかもしれませんが、危機的な状況に陥らないようにすることが大切だと考えています。

月に1度は必ず家族や本人へ電話連絡をするようにしています。また、担当地域の地域包括支援センターと連携し、家族や本人の状況を確認するよう依頼しています。受診に1度でも来ていただくと疾患医療センターとしても対応がしやすくなり、そのつながりを維持するよう努めるようにしています。定期的には話ができることは本人、家族の不安軽減につながるため、この関わりは効果的であると考えています。

必ず次回受診予約を入れ予約日に来院がない場合は連絡をとるようにしています。

予約診療に関しては、必ず前日または当日に本人または家族に連絡を入れます。もしも受診されない場合には、受診予定日であったことを伝え、来院できなかった理由を尋ねます。その際次回の受診日を設定し、来院してもらうよう再度案内をし、受診日を記載したメモを渡したり、予定案内を自宅に送付するようになっています。

アルツハイマー+血管性の混合型認知症と診断された方です。中大脳動脈の狭窄あり、経過のフォローが必要な方でした。妻以外に子供にも状況を把握していただくため、2回目の受診には子供も一緒に来院してもらえよう電話にて妻へ確認し、受診を促した。2回目の受診は本人、妻、子供で来院できました。3ヶ月後の予約を入れ、予約日の2週間ほど前に妻へ連絡をします。

多職種連携による支援 (同行をする)



緊急性が低い場合は、少し時間をおいてから、家族に電話をし、様子を聞き、受診できる方法を一緒に考えました。すると、家族から本人への促しでは、再受診が難しいことがわかり、地域包括支援センターと協力し、地域包括支援センターの方に対象者の自宅の訪問を依頼し、受診当日にも同行をお願いし、受診継続につながりました。そして本人の受診が難しい場合には、家族のみの受診相談もおこなうようにしています。

多職種連携による支援 (同行をする)



疾患医療センターの担当者が、地域包括支援センターや担当ケアマネジャーもしくは、キーパーソン以外の近親者へ連絡して再受診となるよう受診の必要性を説明したうえで協力を依頼しています。そして、本人が継続して受診できるようこれら支援者の調整をします。そのほか、毎回の受診で、家族等近親者の協力が得られない場合や、仕事などで付き添うことが難しい場合には、担当のヘルパーや担当ケアマネジャーの付き添いも検討し調整を行います。こうした協力が得られない場合には、介護サービス事業所の変更等についても助言、提案するようにします。

認知症初期集中支援チーム(院内委託)があり、そこと連携をして、その後の受診を再開できた事例がありました。その際には、担当ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員も同行をお願いしました。

多職種連携による支援



本人に認知症の病識はなかったのですが、頭痛がするとのことで自身で当院受診したところ認知症と診断されました。鑑別診断をするために同居の妻の同伴を依頼するも本人が拒否しました。その後の通院について、自宅が遠方のため自家用車での移動手段しかなく、事故等のリスクが高いとの主治医の判断があり、地域包括支援センターへ生活状況の確認をしつつ、連携をして近くの医療機関での受診を勧めるようにしました。

家族全員が精神疾患をかかえており、認知症の本人の支援が十分にできずに受療が中断してしまった事例がありました。かかりつけの薬剤師、当院 PSW、地域包括支援センターにて対応検討後、福祉まるごと相談事業につなぎ、自宅訪問してもらいました。その結果、通院が再開された。

かかりつけ医との連携



以前から関わりのある地域の支援医療機関と連携しました。近況を電話で確認したところ、遠方の当院に通院が困難だということで、当疾患医療センターの担当医と相談し、より通院しやすい本人の自宅から近い医療機関を紹介し、通院が再開しました。

かかりつけ医と連携するようになっています。これまでの経過や今後の治療について情報共有し、対象者の再受診の必要性についてかかりつけの医師からも本人、家族に説明して頂きました。

3 Q&A でわかる診断後の家族支援

Q2 認知症の診断を受けた方への相談支援の中で地域包括支援センターにおいて要介護認定を受けることを勧めたが、その後は分からなくなった場合の対応方法は？

地域包括支援センターとの定期的な情報共有は大切なポイントになりそうです。また、連携ノートやリストなどを作成し活用されているところもあります。

<p>地域包括支援センターとの情報共有</p> 	<p>地域包括支援センターとの関係作りをする情報共有の機会を定期的にもっており、いつでも連絡をお互いのできるようにしています。</p> <p>外来受診時には担当医師と相談員とで要介護認定を受けたかダブルチェックをするようにしています。</p> <p>介護申請を勧めた場合、必ず地域包括支援センターへ連絡をするようにしています。連絡があったケースについては、地域包括支援センターから対応結果の連絡が返ってくるために、その後不明というケースはありません。もし申請に来ない場合も、地域包括支援センターが訪問での状況把握を行ない、結果の連絡をいただいています。</p> <p>診断後は、原則地域包括支援センターへつなぐこととなっています。そして、本人と家族の了解を得て、病院の相談員からも地域包括支援センターへ電話で連絡します。あわせて、連携シートを作成しFAX。その後、地域包括支援センターより連携シート（対応結果報告）が届き、対応状況を把握しています。</p> <p>地域包括支援センター担当者と適宜連絡をとりあい、情報共有できるようにしています。介護認定につながらなくても、地域包括支援センターでフォローする体制があります。</p>
<p>地域包括支援センターへの協力要請</p> 	<p>診断後は必ず地域包括支援センターとの情報、連携は必ず取る様にしており、もしも要介護認定につながっていない場合には、地域包括支援センターが自宅に訪問して頂ける様になっています。</p> <p>初診前の家族面談において、その後の治療継続と介護サービスの利用や活用について説明する機会を設けています。その際に家族が介護保険の申請等に不安や疑義を感じている場合には、地域包括支援センター等の担当者と連携を図り、申請時の不安やサービス利用に対する不安を軽減する働きかけを行います。そのため、殆どの方が初診後に要介護認定を受けています。どうしても、申請に至らない場合は、家族の同意を得た上で、地域包括支援センターの担当者が自宅訪問して介護認定を受けた場合のメリットや認知症の治療と並行した介護サービスの利活用等について、現在の生活、支援状況と照らし合わせて、具体的に説明して頂くよう連携を図っています。</p>
<p>電話での確認</p> 	<p>要介護認定を勧めた方には、その後電話等で確認するようにしています。そのため、分からなくなったケースはありません。次の受診までの期間が長いときは地域包括支援センターに行かれてどうだったか聞かせてくださいね、と予め家族に伝えておき、地域包括支援センターに電話で確認をしています。</p>

電話での確認



要介護認定の申請窓口に行くことが難しければ地域包括支援センターに行くようにお話しています。その際、本人に了解をいただきその場で先方に電話を入れ、担当いただける方にこれから患者本人と家族が行くことをお伝えし、本人、家族には「本日中に必ず行って下さい」とお伝えします。

介護保険申請のチェック機能



鑑別診断後、介護保険の申請をすすめた方のリストを作成しており、申請がなされていない方はいつでも把握できるようになっています。このリストに基づき、地域包括支援センターと連携し、訪問を依頼しています。訪問時には、なぜ申請が必要か丁寧に説明を行ってもらい申請をうながしてもらっています。受診が遠のいている場合にも、再度受診をすすめています。

家族への助言



初診後、介護保険の申請の有無については、次回の外来受診の際に確認し、未申請となっている場合は、その理由を聞きながら、その都度必要な助言を行うとともに、家族の意向を尊重しながら定期的に助言をするようにしています。

社会資源の活用



家族会等を勧めてできるだけ接点が途切れないようにしています。他の家族と話をする中で徐々に介護サービス利用につながることもあります。

3 Q&A でわかる診断後の家族支援

Q3 認知症の診断を受けたが、きわめて初期であり介護保険サービスを利用する必要もないほど軽度の方、その家族への助言方法は？

社会とのつながりを維持するために社会資源を活用すること、運動の促進、食事の改善などの助言を行うことが有効なようです。その際に、本人、家族それぞれに助言を行うことで効果を示しています。また、再受診は3ヶ月、6ヶ月などの定期的な受診を勧め本人や家族との面談の機会を設けると精神的な安心にもつながります。

<p>介護保険の説明</p> 	<p>いずれ必要になった時あわてないように、介護保険制度等の説明を行います。</p> <p>今後、認知症の症状が進んだ際に利用できるものとして、介護保険のサービスについて家族へ説明。医療機関以外の相談できる場所として、住所地の地域包括支援センター、市町村の相談窓口などについて情報提供を行います。引き続き通院される方に関しては、主治医からも対象者の状態をみて介護申請について助言をします。</p> <p>認知症の診断はあってもADL的には自立しており、本人も家族も介護保険サービスの利用の申請に消極的な事例では、まず信頼の深い医師から本人へ申請を勧め、その後市の介護保険課のパンフレットを用いながら、予防的な意味合いでサービスを利用することも出来ることを案内しました。趣味等の余暇活動や家庭内での役割等の与えるよう助言。OTなど介護保険ではなく医療保険内のサービス導入を提案しています。</p>
<p>家族への教育的支援</p> 	<p>本人に席をはずしてもらい、家族へ医師やスタッフから対応方法を説明。各種パンフレットやリーフレットを活用。基本、本人ではなく、家族に、本人を受け入れるため、対応方法を学んでもらう機会を作ります。</p> <p>告知の際の受診の時にあらかじめ、家族にもビデオを通じて学習をしてもらい、告知をした際にも学習をしてもらう体制をとっています。そこで、重度の認知症についてはもちろんであるが、軽度の認知症のことも学習していただき、告知の際には本人、家族に改めて病名を伝え、長期的間隔を空けて（1年～3ヶ月）フォローの予約を取り、経過観察を行います。</p> <p>今もできること、少し苦手になってきているが何かサポートがあればできること、本人の安全を考えた場合に家族のサポートが必要なこと等を本人と家族と話し合っただけです。本人や家族の負担にならない範囲で、日常生活での日課や役割を具体的に考えてもらうようにしています。それを負担にならない範囲で可能な範囲で続けていただくが、物忘れの進行具合で困難になってきた場合は、必要な社会資源を利用しながらできることを支援機関やご家族と検討するようにしています。</p>
<p>今後の診療の説明</p> 	<p>医師より抗認知症薬の作用、副作用を説明し、薬を服用するかどうかを本人、家族で決定して頂きます。服用を希望された方へは、何かあった時は相談や受診をすることができる旨を伝え、かかりつけ医へ処方依頼をします。副作用もあり、服用しても結果的に症状が進行していくので、服用を希望されない方に関しては、日常生活でやれることは本人にできる限りしてもらう、趣味などの外へ出る機会を増やす等の非薬物療法をお伝えします。もちろん何かあった際はいつでも対応することをお伝えしています。</p>

今後の診療の説明



医師より、半年～1年後に再受診・検査を促してもらい、家族に再受診の予約手順を説明しました。また、認知機能の低下が目立つようであれば、早目の受診が可能ことや、地域の高齢者の集まり等、変化を感じてもらえるような場について情報提供を行います。

医師より、次回受診すべき大まかな目安をお伝えし、経過をみています。家族には問題が発生するようであれば、当院又は、地域包括支援センターへ連絡するよう伝えていきます。

6ヶ月後に外来受診するように伝え、経過をみていきます。

次回の診療日（相談日）を決めフォローして行きます。（3ヶ月後、6ヶ月後等の受診を促す）。

専門職とのつながり支援



今後のことを考えて、地域包括支援センター等に相談し、顔見知りになっておくこと良いことを伝えていきます。

認知症疾患医療センター・地域包括支援センター・認知症の人と家族の会等の連絡先や相談方法が記載されたパンフレットを渡し、困ったときに相談できることを情報提供しています。生活指導を行い、希望に応じてパンフレットを提供したり、参考書籍を貸し出ししたりします。また、院内で開催している認知症カフェや勉強会を紹介し参加を促します。

本人が外出する事にあまり興味を持たないようであれば、地域包括支援センターの職員の訪問などを勧め、地域包括支援センターの職員との関係性を作った上で、実際に介護が必要になった際にスムーズに導入できるような体制を整えておきます。

生活についての身近な相談機関として「地域包括支援センター」を提案。日中の活動に、有酸素運動やボランティアなどの社会的活動を取り入れることを提案。認知機能やADLの維持につながる可能性があることを説明。結果：運動等に取り組んでおり、認知機能、ADLの大きな低下なく過ごしている。

地域包括支援センター、介護保険制度、認知症ケアパスなど可能な限りの情報を提供。本人や家族は、「知らなかったので、大変助かりました。安心しました。」と話されます。

日常生活の改善助言



日常の見守りのチェックポイントを伝え、困った際の相談窓口（認知症疾患医療センター）担当者の名刺を渡しています。

初期例については、日常生活の中での友人や家族等の交流について、聞き取りし、周囲の人との交流を継続してもらっています。

社会資源活用のすすめ



状態に変化があったら気軽に受診してほしいことを伝えるようにしています。地域で開催される、介護予防教室、認知症カフェの情報提供、などを行い、経過観察を行ってもらっています。

3

Q&A でわかる診断後の家族支援

社会資源活用のすすめ



認知症療養計画書を立て、脳トレや運動を取り入れるようにお話ししています。その他にも、社会参加の促しと、今できていることを続けるようにおすすめています。そのうえで、半年ごとの経過受診にて様子観察を行っています。

サロン、介護予防事業を家族と一緒に通ってみることをすすめています。

地区の中で孤立しないようにするため、市が開催するミニデイサービスを紹介しました。

趣味や習い事など他人との関わりを持っている患者の場合には、家族に継続して趣味や習いごとができるよう家族の協力の方法について一緒に考えます。また、家族へ認知症理解の促進を行い、保護的な過剰な関りになりすぎないように指導している。

家族と本人と面談機会を設けます。そして、実際にご家族や本人が、困っている事や本人が興味を持っている事（趣味や今まで取り組んだことのある事など）を聞き取りそのうえで、地域包括支援センターで開催している、認知症予防の教室や、また各地域で行っている生涯学習や趣味として取り組めるような教室をご紹介します。

Q4 家族は、認知症を疑っているが本人が受診を嫌がっているという場合の対応方法は？

「認知症と言う名称を使わない」は共通して大切なことのようにです。その代わりに、健康診断の一環であるという受診し認知症の診断につなげている事例は多くみられました。その際には、本人が受け入れやすい人から伝えることも大切です。また、本人が自覚していることが多いために本人との会話を大切にしながら時間をかけて説明していくことが専門職には求められます。

かかりつけ医に依頼



かかりつけ医にその旨を伝え受診を勧めてもらうようにします。その際には紹介状の作成も事前に依頼します。

信頼関係のある以前から見てもらっているかかりつけ医から勧めてもらうことでスムーズに診断につながりました。

家族と相談



家族側の思いと、本人が拒否する気持ち両方を汲み取り、どういう声かけで誘い出せるか家族と一緒に考える時間を取ることがあります。こうしたプロセスを繰り返すと、渋々ながらも受診に来てくれるケースも多いように感じています。どうしても、受診拒否がある場合は、認知症初期集中支援チームのことを説明し、家族と本人が了承した場合に利用することもあります。

家族も一緒に受診する



同居の配偶者も同様の検査・診察を受けることで本人も納得し受診につながったケースがありました。

妻を診てもらうため、付添者として一緒に来ていただけないか、と提案したところ、家族が「妻と共に定期健診に行こう」と声かけし、スムーズに検査、診察につながりました。

警察に依頼



ご家族に対する物とられ妄想があり拒否されています。まずは、家族相談を行い、その際地域包括支援センター職員にも同行してもらいました。結果、保健所や警察で受診援助を行っていきこととなりました。保健所や地域包括支援センター、警察の受診援助により、ご本人受診されました。

健康診断の一環



高齢でもあるので1度脳の健康診断を受けてみましょうと受診を勧めます。その際には診察時に認知症という言葉を使わないように心がけます。認知症であっても「同じ年齢の方よりは記憶力が少し落ちているので、進みにくくする薬を」と説明して治療を開始できるケースがよくあります。

健康検診目的であることを強調し予約票をわたすと受診してくれました。

「認知症」という病名等を使わず、「脳ドック」という形での受診受入れをすることで比較的スムーズにいつていると思います。

採血や尿検査があるので健康診断ということで来院して頂き、検査結果を説明する中で脳の萎縮からご本人に認知症であることを医師より説明しました

●●歳になったから、節目に脳の検査をしましょう。念のため頭の検査をしましょう。と本人に説明。受診を促すと成功しました。

3

Q&A でわかる診断後の家族支援

他の病気の検査という



「認知症の検査で、他の病気がみつかる方もいるので、検査をして欲しい」、「家族が大変お身体を心配している」ことを伝えました。そのうえで、本人に受診をして欲しいと家族より頼むように助言しました。初診時には、不安な表情を見せながらも受診されました。

本人へは年齢に応じて必要な健康診断であると説明し、内科的な心配があればそれを口実に受診をうながされてはどうか、と家族に提案します。その場合には事前に医師へその旨を伝え対応を共有することが必要です。

既往歴を確認し、「その後の経過を診てもらいましょう」と説明し受診することができました。

かかりつけ医がない場合、市から年1回郵送で健康診断のお知らせが届くため、身体の内診の名目で(当院内科外来が有るため)同時受診してもらう様にしました。

本人が目の不調を訴えていたため、その精査の1つとして眼科の医師が当院での脳のMRI撮影をしました。そして認知症鑑別につなげ治療につながっています。

頭痛やよく眠れないことがある、とご本人からも体調面の相談があり、信頼している内科かかりつけ医から、高血圧があるので多発性脳梗塞等が生じていないか精査をするとご本人へ説明していただき、センター紹介へ。スムーズに受診へ来ていただくことができました。

もの忘れ検査という



強制的な受診は、今後本人が受診拒否に至る可能性があるため、家族から本人に対して「もの忘れ」の検査で受診すること、受診自体は2回程度であること等を、時間を掛けて説明していただく。

初期集中支援チームに依頼



病院自体を拒否している場合は、予約を取っても、キャンセルになる確率がかなり高いので、その場合は、認知症初期集中支援チームへつなげます。一度で解決することは少なく、基本姿勢として、チーム員が何度か訪問を行い、本人と信頼関係を築き、受診へつなげるやり方を行っています。時間はかかりますが、受診へつなげる確率はかなり高くなります。

初期集中支援チームと地域包括支援センターと連携しました。本人の不安、心配に思っているところを傾聴し共感をしたうえで、「こころと体の健康チェック」という名称で受診につながりました。

説得



受診を嫌がる原因をきちんと理解する必要があると思います。家族が「気になるから」、「おかしいと思うから」と他者目線で受診を勧めると、病識の乏しい状態であれば、本人にとっては押し付けでしかないのでもういきません。また、本人に病院に行くことを知らせずに連れていくことは行わない方が良いと思います。

孫に説得を依頼



もの盗られ妄想があり、家族だけでなく、近隣の者へも訴えるようになった方です。疾患医療センターの職員が本人に話しを聞くと、家族が大切なものを壊す、薬を隠すと訴えており、自分は正しいのに誰もわかってくれないと泣きながら大声で話をします。そのため、家族の話しには耳を傾けなくなっています。そこで、本人にとって、一番、話が入りやすい人はだれかを確認し、結果孫娘の声がけに本人が応じ、自ら受診予約となりました。地域包括支援センターと連携しながら解決した事例です。

Q5

MCI という診断を受けた人の家族への対応方法や助言方法は？

MCI や軽度認知障害という言葉は、なじみのない言葉ですからこれを理解してもらうために苦労している人は多いようです。わかりやすい説明資料を準備しておきましょう。また、この時期は自覚がある方が多いので、何よりもまずはその不安を軽減することを優先しましょう。そのために、次の診察があること、そして3ヶ月など定期的につながりを持つことが大切です。できるだけ専門職とつながる機会を増やすためにも認知症カフェなどの社会資源とつながるための情報提供を考えておきましょう。

MCI の説明と
進行予防

MCI がどういった位置づけの病気なのかをご理解いただけるようご説明する。MCI と診断を受けた人の家族の疑問として、認知症との違いと認知症にならない方法を知りたいという2点が多い。MCI の「認知症ではないが年間で一定数の患者が認知症に移行する」という事実を伝えた上で、患者本人の意思確認、日頃の生活で心がけたいこと、いざという時の相談場所等の情報提供を行い、家族には心構えをしていただく。

認知症の予備群である可能性を医師が説明。認知機能に進行がなければ、年に1回程度の受診を勧めている。認知機能に進行があったり、それ以外にも困ることが増えてきた場合は、その都度相談を受けたり、再診の調整ができることを伝えている。

告知のための受診時に、家族には、認知症についての学習機会を設けています。認知症についての過程を学んでもらう際にまず MCI についても理解を深めてもらい、経過観察が必要であることを伝えています。

医師より食事への気配りや、運動の継続の必要性について説明を行いました。また、センター職員からは、当センターが主催する認知症予防カフェを案内しました。実際に1~2回ご夫婦でカフェへ参加しています。

医師から、認知症に今後進む可能性があることについては説明されるため、予防のための生活習慣、運動、社会交流、治療中の病気があればその内服継続や通院がとても大事であることを説明しています。また楽しみを持ち生活すること、楽しみながら物事に取り組んでいただきたいことをお伝えします。

日中の活動に有酸素運動やボランティアなどの社会的活動を取り入れることを提案。認知機能やADLの維持につながる可能性があることを説明しました。結果、シルバーカレッジに入学。勉強や交流、社会的活動への参加を行うことで、認知機能、ADLの低下なく過ごしています。

進行の予防を含めケアパスの冊子を渡し十分に説明、助言を行うようにしています。

MCI と診断を受けた後、今後どのようになってしまうのか家族や本人は不安に感じます。認知症についての話しを少しした後、現在、趣味の活動をおこなっている方であったので、続けていくことを勧めた。話すことで、家族の不安も少し軽減できたように思われます。

介護サービスの紹介



病状の見守り方法や、困った際の相談先を伝えるようにしています。通院継続される場合には、訪問看護などのサービスを紹介し、病状悪化についての予防策を立てています。

MCI の方でも介護保険申請案内と利用を行っています。日課を立てて認知症の予防を意識した生活を送ること、日常生活の中で出来ていることを続けること、脳トレを家族と一緒にこなすこと、社会資源（認知症カフェ・無料体操等）をうまく活用しながら社会参加と運動をする機会を作るように等助言をしています。

家族への対応方法助言



今後の予測される変化を丁寧に伝えるようにしています。その上でその変化を本人と一緒にペースで家族が受けとめ、そしてこちらが支えて行けるかを伝えていくことが大事なことでと考えています。

MCI と診断を受けた患者さんやご家族向けの院外でのグループワークの紹介をします。

本人がもの忘れを訴え、当センター初診したケースです。本人の希望から家族は受診に付き添いせず、電話で今後進んでいく可能性があること説明し、見守りを依頼しました。知人のサポートと安定した介護サービス利用により、一人暮らしを数年続けた後、家族と相談の上、施設入所となりました。本人の希望を確認して生活環境を整えていくこと、家族と介護スタッフが少しずつ準備をしていくことが MCI の段階で診断を受けるメリットとなると考えています。

次回受診日の明確な設定



医師からは、3、6、12 ヶ月後に再診の話があります。

担当医より、半年～1年後に再受診・検査を促してもらい、家族に再受診の予約手順を説明。また、認知機能の低下が目立つようであれば、早目の受診が可能なことや、地域の高齢者の集まり等、変化を感じとってもらえるような場について情報提供を行っています。

経過観察のため3ヶ月～半年ごとの受診を促しています。地域包括支援センターを紹介し介護予防教室などへの参加につながったケースもあります。家族には生活習慣の見直し等を助言しました。

MCI の診断を受けた患者さん及び家族には、次回の受診日（検査日）について確認しています。また、認知機能の低下が進行したと思った際には、いつでもセンターに相談しても良いことを説明しています。

②家族の想いや、希望にどのように答えるのか“うまくいった”例を紹介します

Q6

自宅で暴れて暴力をふるうという相談を家族から受けた場合の助言、対応方法は？

暴力の程度にもよりますが緊急的な入院体制を整えておくことは大切です。そのうえで、認知症の人が興奮する要因を専門職が家族から丁寧に聴きとり、アセスメントを行いその要因を排除することで多くの場合は解決に向かっていくようです。しかし、家族に危険が及ぶ程の暴力がある場合には、警察に通報することも視野に入れるよう家族には助言しておくことも必要でしょう。

(掲載順は優先順位を表すものではありません)

可能な限り即時対応を行う

暴力行為等で早急な受診対応が必要なケースに対しては、外来と相談し、外来患者の隙間の時間を見つけて対応する。必ずしも、外来に空きがあるわけではないので、常に受け入れができていないために、受け入れが難しい場合は、他の認知症疾患医療センターを紹介したり、精神症状の増悪であれば、認知症疾患医療センターを設置していない精神科病院も視野に入れ、情報提供を行う。過去、暴力行為や徘徊著明で、地域包括支援センターが強く入院希望をしてきたケースがあり、当医師が入院の手段はとらずに、地域にあるサービスを活かすようにした場合もある。地域ケア会議を開催。対応した当医師にも参加を依頼し、話し合い後、サービス調整や周囲の対応方法の改善にて、入院せずに在宅で生活ができたケースもあった。

受診枠を即時設ける

平日午前ならば予約なしで受診可能。午前の早い段階で受診が出来そうな様子ならばいつでも来てくださいとアナウンスしているため、ほぼうまくいっている。受診そのものが困難な時は、我慢せずに警察や地域包括支援センターへ連絡する事をすすめている。

緊急入院後家族への対応方法の助言

拒否をすると拳で胸を突くそぶりを見せるなどの様子が見られ、次第に、夢と現実の区別がつかず夢を現実と思い込みつじつまの合わない話をし、パニックを起こして怒り出すようになるという症状。主治医と情報共有し、薬の調整をしたが、改善が見られず。精神科への入院加療が必要と判断し、妻ともよく相談した上で、精神科病院への紹介。しかし予約前になって、入院させたくないという妻から連絡あり入院はキャンセルとなる。その後徐々に暴力が落ち着きを取り戻す。暴力などの周辺症状は、本人と家族との相互作用の中で生じていることがうかがえた。この事例では、入院への決断を迫られ、これから本人とどう時間を過ごしていくのかを考えたいという介護者である妻自身の変化がその後の本人の症状の改善につながったと思われる。

緊急入院後原因の特定へ

暴力行為等がある場合、外来通院での対応の後、入院での対応に切り替えるケースがあった。その際の助言は、本人が不快に感じている事、例えば、排泄（失禁）などのケアに関するものを行い軽減が図られた。

慎重な聞き取り

まずは暴れる、暴力を振るう場面の状況を細かく確認する。誰に対して、きっかけは何か、頻度はどのくらいか、どういった言葉かけを行った時に起こるのか等。きっかけが家族の言動によるものであればケアについてアドバイスする。認知症の症状進行に伴うものであれば薬物の検討を含めて受診につなぐ。また、

3

Q&A でわかる診断後の家族支援

暴力を振るわれた家族の思いを傾聴し、介護の負担について表出してもらい、家族が背負い過ぎないように介護保険サービス導入や場合によっては地域包括支援センターへつなぐよう介入する。緊急対応が必要な場合は保健福祉センターへの相談や精神科入院もあることを家族に説明。

慎重な聞き取りと社会資源活用

家族と本人の距離をおくことを優先する。そのうえで、どのような状況で暴力をふるうのか、家族は本人にどのような関わりをしているのか、詳しく話をきき関わり方の改善を家族と共に考える。家族への教育的支援として、認知症の人と家族の会を紹介したり、書籍やパンフレットを提供したりすることもある。ケアマネジャーに暴力をふるうことを伝えているか確認し、介護保険サービスの利用や生活の場の変更を検討する。ケアで対応が難しい場合は、必要に応じて予約日を調整し、主治医・家族・ケアマネジャー等で今後の治療方針を話しあい、メリットとデメリットを十分に説明したうえで、向精神薬の導入や精神科入院を検討。

慎重な聞き取り後のケアの助言

家族の話を傾聴し辛い気持ちに共感し、どういう時に暴力をふるうのか、何かきっかけがあったのか、落ち着かなくなる時間はいつも同じくらいなのか、普段の関わり方等について確認。入浴等を促した時の反応として暴力に発展することもあるれば、そうでない場合もあるとのことだった。入浴を促して拒否された場合は時間を改めて試みることや数日毎に入らなくても良いと思うことも大事であること、また入浴剤を入れたり、美味しい飲み物を提供したり等、嬉しい楽しい思いとつなげることを伝えた。家族は本人の言うことを否定しないように心掛けていたが、物忘れが起こらないようにしようとしているところがあった。そのため、物忘れがなくても楽しくないというより、物忘れがあっても安心して生活するにはどうしたらよいか、楽しく幸せに暮らすにはどうすれば良いかが重要ではないかと話した。ただ、本人も大切だが同様に家族も大切であり、本人のために家族が犠牲になるのは良くない。家族がゆっくり休める時間を持つことや気分転換することも大事であると説明。脱力介護を目指すよう伝えた。その後、家族も徐々にゆとりが持てるようになったようで、数ヶ月かかったが、本人も落ち着いてきた。

家族への聞き取り後のケアの助言

家族から、ご本人のこれまでの暮らし、家族との関係、いつからどのような症状がでてきたか、環境、身体疾患、服薬状況なども含めて聴き、いつ、どこで、どんな場面で誰に、どんな風に暴力をふるうのか等具体的にうかがう。

あわせて、医師と共有し、薬の処方検討。実際の場面で、よりよい対応の仕方を実践。服薬も試みる。再度、検討。デイサービスなどのサービスが利用できる状況になったら、家族と距離をとり日中の過ごし方を工夫する。

暴力の背景の理解と原因の除去を図る

何故暴力を振るうのかという疾病の理解と同時に、家族自身も身を守ることを方針とすることについて支援者・医療者・家族などがそれぞれ共通認識を持つことを大切にしたい。認知症の程度にもよるが、入院での薬物調整と安全の確保を検討。入院後、暴力行為の減少がみられれば、家族の関与のあり方も変化することもある。このパターンがうまくいった事例とは断言できないが、関与を放棄する人はほとんどなくなっていると感じている。

原因分析と入院

本人が、どのような状況で暴力をふるうのか、その要因は何か、既往歴や現病歴などを早急に調査していく。また、家族面談等を行い自傷、他害の危険性についても把握しながら、医師に相談し、受診日の調

整を図る。同時に受診の際の協力者として、公的機関（地域包括支援センター、保健所や場合によっては警察）にも依頼する。受診後、外来加療が検討される場合は、同居の家族以外で、本人の暴力行為への対応および薬物療法、生活介護等に協力していただける協力者やサービスの調整を図る。受診後に入院加療が必要と診断された場合は、医療保護入院のケースを踏まえ、入院同意する家族を探し、同時に受診の際の協力者を調整する。入院加療となった場合は、退院後の受け入れ先（生活の場）を検討し、必要となる申請、サービス利用など、入院早期の段階から支援計画を作成し、退院後の受け入れについて、家族が具体的にイメージできるよう説明していく。

原因分析と入院

どんな状況のときに暴れることや暴力を振るうことがあるのかを丁寧に聞き取る。その他気になる様子、既往歴、性格等を聞き取る。家族から聞き取った本人の状態から、認知症という病気によって、暴れることや暴力が起こっていると考えられるときは、そのままご家族へ説明し、専門の医療機関への受診、入院の可能性を説明する。当院への入院が希望であれば入院調整をしました。

原因分析により落ち着く

暴力（杖を振り回す）の背景をアセスメントすると、排尿障害が見つかり、最初は拒否があったが導尿を開始するようになって、落ち着かれた。また、退院後は、導尿ができるグループホーム利用につながり、家族も安心された。

原因分析と入院

家族から、症状経過や家族のかかわり方、現在のケア体制について情報収集。ケア、環境設定で工夫の余地があるようならば、アドバイスを行っていく。また、社会資料の活用についてもアドバイスを行った。状況的に、危機的な状況も認められ、受診の必要性があった時は、当院救急外来に案内。救急外来から入院へつながることもある。また、当院が受入れできない時は入院先をさがして、認知症のコントロール後で再度療養先、療養体制を検討した。

入院の検討

自宅で暴れたり、暴力をふるうケース。自宅での介護のみでは、暴力をふるうことについての対応は難しいため、いったん施設や病院（急性病棟）入院などを検討してもらいました。当センターとしては、家族のレスパイトを目的にも入れて、説明させて頂くことで、何とか、家族が動き始める場合があります。

緊急時には警察への通報を勧める

家族が身の危険を感じた場合、速やかに警察へ連絡するよう勧める（精神保健および精神障害者福祉に関する法律第23条に基づき通報を視野に入れて進める）。同時に市や保健所へ相談。夜間と休日に暴れる場合を想定し、家族へ県の精神科救急情報センターの連絡先を伝えておく。その間に市や保健所と連携し、入院への流れへつなげることが出来た。

緊急時には警察への通報を勧める

相談があった時点で、妻に対する暴言や杖を振り回すといった行動あり、妻の身に危険が及ぶ可能性があった為、必要時は警察に連絡するよう促した。入院希望があった為、即日入院可能か医師と相談し、調整出来次第連絡すると伝えた。当院での受け入れ体制が整った為、妻に連絡を入れたところ、現場には、

3

Q&A でわかる診断後の家族支援

妻の連絡を受けた、警察、救急隊が到着し、妻の身の安全も確保されていた。その後、救急隊と共に来院され、診察の結果入院となった。

家族支援後の経過観察

包丁をチラつかせアパートの大家さんや高齢者支援センタースタッフも介入せざるを得ない状況のようだった。この状況に関して介護者である妻は自分が口答えをしてしまうからと責任は自分にあると状況を捉えていた。この状況は普通ではない事、DVの可能性があること、自分の安全を守ることを優先させることを伝えると、涙を流しながら、「ありがとうございます」「実は少し前までできていた息抜きさえも今はできなくなってしまっている」と心理的にも切迫し、正常判断も失ってしまいがちな状況を訴えてきた。高齢者支援センターや入院施設等と連携し、夫を入院させるのか、ないしは妻を夫から引き離すために入院させるか、そして妻を入院させた場合、認知症の夫の生活をどうするかを検討しながら、妻を支えることを最優先に環境調整を進めることとなった。

家族支援と対応の助言

デイサービス利用について拒否があり「お前を殺して死ぬ」と興奮され警察介入となった。妻が地域包括支援センターへ相談。地域包括支援センターより当センター窓口へ連絡が入る。妻より状況を確認したところ、今は落ち着いているが包丁を持ったので今すぐ入院をさせてほしいと訴えがあった。理由はデイサービス利用が明確であるので、現在落ち着いている状況であれば週末の過ごし方を考える方向となった。

対応方法の助言と緊急対応体制の整備

家族介護者のかかわり方が本人の易怒性を悪化させている要因となっていたので、まずは家族への聞き取りと助言を行った。物盗られ妄想に対する対応方法、受け答えの仕方等具体的に説明し、あまり関わりすぎず少し距離をとるように助言。並行して、当院には精神科病棟がないためにBPSD悪化に備えて精神科病院へつなぎ、家族のみの受診を行い緊急時の入院対応ができるよう調整。また、警察にも現状を説明し、何かあれば保護入院への協力を得られるよう体制を整備した。

多職種連携による体制整備

地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームと連携。地域包括支援センタースタッフ、チーム員が本人宅訪問を重ね、人間関係を構築。介入中は電話等にて情報共有していたところ、本人が転倒。打撲したことをきっかけに、関係者が付き添い総合病院受診。その際に専門科受診につなげた。家族に対しては、症状悪化時には、本人と距離を置くよう提案し、又、いつでも関係機関（地域包括支援センター、疾患医療センター）へ連絡、相談出来る体制を整えた。

初期集中支援チームの介入

自宅で暴れ、妻に暴力をふるっていると夫婦の息子から連絡があり、初期集中支援チームに依頼。依頼後すぐ本人宅にチーム員が訪問し、本人に受診を促し、本人も受診に同意。当院初診後、即日入院となった。また、本人の妻もMCIの診断を受けていたことから、息子に本人を刺激しないような対応例を伝え、息子からも妻に対応を教えて家族全体でサポートしていく体制を整えた。

Q7

認知症と診断されているが自動車運転をやめてくれないと家族から相談された場合の助言、対応方法は？

医師の丁寧な説明と説得により自主返納に応じるケースが多い傾向がみられました。場合によっては信頼関係の構築されているかかりつけ医に依頼している例もあるようです。家族が免許返納をかわいそうと感じてしまい躊躇している例もあり、家族と一緒に話をするのが大切になります。

ただし、免許返納は生活そのものを変えてしまう問題でもあるので、その後の生活支援を合わせて提案する必要があります。高齢者の自動車運転については社会の機運が高まっていることから警察も親身になって対応してくれるようです。鍵を隠すことはうまくいく例よりも、失敗し新たなトラブルを生むケースもあるので注意してください。

(掲載順は優先順位を表すものではありません)

疾患医療センター医師から説得

更新が近い場合は、先に認知症の診断書を提出して、更新ができない様にする。本人だけでなく、家族も呼んで、医師から話をしてもらい自主返納について説得する。

本人が、1番言うことをきいてくれる人（息子、兄、弟など）から説得をもらう。運転については、本気で家族がやめさせたいと考えている方については、案外スムーズに自主返納に結びつくようです。そのため家族の「かわいそう」「まだ大丈夫」「自分達が送迎しないといけなくなる」という問題を解決することも重要。

疾患医療センター医師から説得

過去に何度も単独事故歴があるが運転は継続してきた。本人以外は運転の継続は望んでいなかった。医師より本人と家族に対し認知症であることを説明し、運転については「技術的なことだけを言えば出来るのかもしれないが、相手がいる事故を起こす可能性はとても高い。残りの人生を刑務所で過ごすのは悲しすぎませんか？あなたには支えてくれる奥さんやお孫さんだっている。この人たちのためにも勇退しませんか？」と話し本人納得。免許は返納に至った。

疾患医療センター医師から説得

76歳男性、免許更新の認知機能検査の結果、医師の診断書が必要となり当院を受診され、受診結果ADと診断された方。まず、本人と家族を別で医師が面談し、再度本人、家族同席で面談した。本人は免許を更新したいという気持ちを強く訴え、診断書の作成を希望されていた。家族は今後事故が心配なので、なんとか自主返納してもらいたいが本人は自主返納する気がなく困っていると訴えていた。医師から本人、家族へ「運転時の危険リスクが高いこと、自主返納は各市で優遇サービスを受けられるメリットもあること」など丁寧に説明し、本人と家族で十分話し合うよう提案した。家族より、「本人と家族で話し合った結果、本人も納得し自主返納することにしました」と連絡をいただいた。

疾患医療センター医師から説得

現在の状況での運転は法律違反に該当する旨を本人・家族に説明した。運転し、事故を起こせば100%責任を負うことになる。本人のみならず、家族も許していたと見られ責任の対象となる事も説明。医療者の立場では認知症は完治が望めない病気であり、症状が悪化してからでは改善は望めない。現状を維持する事が大切であり、早めに治療を開始し、現状維持することの重要性を理解できるよう説明。また、一生涯、運転しつづける事はできない為、この受診を期に車に頼らない生活を家族も一緒に考える事も説明。車に

3

Q&A でわかる診断後の家族支援

頼らない生活自体（歩いたり、公共交通機関を考えて利用したり）が認知機能により影響を及ぼすことも充分説明。また、自主返納であれば、地域で受ける事ができる支援がある事、診断書を提出し、免許失効になるとそれらの支援は受けることが出来ない事も説明。一旦、本人・家族で話合って頂く期日（診断書提出期限以内）を設け診察終了。後日、免許は自主返納し、治療希望された為、受診予約となった。

疾患医療センター医師から説得

認知症の診断がついて本人へ運転中止や返納を勧めるが、本人は納得しなかった。公安委員会へ当センターと家族から相談。公安委員会の診断書を家族へ送ってもらい診断書を医師が作成。診断書を元に家族が返納について説明し、一度は納得するも翌日には忘れてしまい、家族も説明や説得することに疲弊していた。再度医師から説明していただくことを家族に勧め3ヶ月後に再受診。本人に話を伺うと、本人も警察に行けば運転はだめだと言われることを分かっており、気持ちの整理がつきまらなかったとのこと。本人と家族とで相談を続け、診察の10日後に返納。返納後も免許証を探したり、家族へ確認を続ける行為は続くが、無理に返納手続きを進めるのではなく、本人に説明し少しでも分かって頂ける時間と割くことも大事であると感じた。

かかりつけ医師からの説得

家族から連絡が入り免許を返納させてほしいとの依頼が入る。家族の同意をもらった上で主治医のクリニックにソーシャルワーカーが電話した。その後、主治医のクリニックの医師から本人に対して「今のあなたの状態では、運転は大丈夫だと診断書に記入することはできない。免許は返納した方がいい。」と説明と説得をされ、本人も「先生がそこまで言うなら免許は返さないといけないな」と納得し、次の日に妻同伴で免許返納したということだった。かかりつけ医は運転免許に関する意見書記入に対する抵抗感が強く、患者との今後の信頼関係にも響くからとセンターに回して来られるケースがあるが、この事例のように説得という方法もあり説得できれば診断書記入の必要はないという事をおかかりつけ医に伝えるだけでも、本人にとっても家族にとっても新たな受診で負担感を感じることなくスムーズに終結する場合もあるため、SWとしてはかかりつけ医に対して運転免許の診断書に関する周知を行っていく必要があると感じたケースだった。

警察からの説得

医師が説得を行ったが聞き入れなかったため、医師が家族と面談した。その時に家族から依頼があり、家族・警察署と対応を検討しました。その後、家族が「ドライブレコーダーを借りに行こう」と本人と警察署を訪れた際に、警察担当が本人を説得し、自主返納となった事例がある。

警察からの説得

家族に警察に相談して貰うよう伝えたところ、警察に診断書を提出する運びとなった。その後当院受診し検査を行ったところ、検査結果が悪く、本人も検査の出来が悪かった実感があったようで、診断書を作成する前に免許返納に応じた。

警察からの説得

車で衝突事故をおこしたが、そのことをよくおぼえておらず、ぶつかっていないと言い張ることがあり、警察から運転に関わる診断書の提出命令があった。同時期から、腰痛により歩行の不安定さがあり、家事やセルフケアが大変になっていた。免許返納を説得すると激しく怒り出し、家族からの食事の差し入れも拒否するようになった。易怒性の緩和と、生活の立て直し、運転免許返納についての段取りを行うことを目

的に、1月程度、精神科病棟へ入院していただくことに。入院中、薬物調整により易怒性が落ち着いた。退院前に、ご本人が一番信頼を置く娘婿が警察交通課に行く。
警察から、1時間かけてご本人に免許返納について説明があり、自ら免許を返納した。

警察からの説得

「運転出来ないなら死んでやる」などと発言もあった。家族の意見を確認したところ、やめさせたいという思いが強かったため、地域包括支援センター、警察署へ情報提供することで了承を得て連携を図る。（事前に警察署へは、家族の意見が強ければ、対応してもらえるか否かの確認済み）警察署へ相談、警察署員より地域の見守りとして訪問していただくことで協力依頼を行った。地域包括支援センターへは、返納後を検討している方がいることの情報提供をする。当センターからは、返納後の本人への家族のサポートの必要性について説明。家族、本人と何度か話を言い返納に至った。

運転免許センターへ相談

家族から「何かあってからでは遅いので何としてでもやめさせたい」と強い思いがあった。免許センターに相談し、家族から相談をしたらセンターでの検査は更新時以外にはできないが、本人に確認の上診断書を提出し、運転可能かどうかの判断をしてもらう事になった。

返納後の生活の提案

診断後（医師から運転禁止の説明後）、本人の思いを聞き、共感・受容に努め運転することのリスクについても説明。家族の想いなども伝え、また家族にも運転することのリスクを話し、返納の流れ及び診断書提出の流れについても説明し返納後の生活環境について提案する。同時に警察にも相談を入れた。

自動車を使わない生活設計の提案

本人の気持ちを否定することなく、自動車が無い環境での生活の代替案を提案した。不透明であったキーパーソンを家族内で決めてもらい、キーパーソンが中心となって本人に粘り強く運転に関する声掛けをするようにした。同時に本人・家族の意向に配慮し、担当ケアマネジャーと支援の方向性を決め、環境整備を行った。デイサービス・ヘルパーの導入がスムーズにいき、2～3ヶ月の時間を要したが、ある程度、自動車の無い生活環境が整い、新しい環境での生活へ移行ができた。

自動車を使わない生活設計の提案

運転をやめない理由の一つに「自宅にお風呂がなく毎日温泉へ運転して通っている」という事があり介護保険サービスで補える場合もあると説明。介護認定を行いその後デイケアや訪問介護、介護タクシーが利用できるようになったことで、生活の支障を解消され自主返納された。

様々な情報提供を行う

何故運転を続けたいのか聴く。運転しない生活を想像してもらう。運転に代わる交通手段などについて考えてもらう。お住まいの免許証返納後の交通機関利用方法などについて情報提供を行う。高齢者の自動車事故について、さりげなく話す。家族が心配されていることを伝える。独居の患者本人には生活に欠かせない移動手段だったが、上記内容について何回も聴き、話す時間を設け、ご家族と一緒に説得を続け、何とか自主返納へとこぎつけることができた。

運転経歴書がもらえることを説明

神経心理検査を行い、軽度～中等度のADの診断だった。実際、車の運転の仕方が変わってきていた。(車庫出しに急発進する、2車線の真ん中を走る、道に迷うなど)。検査後に、家族、本人に診断結果を説明した。この状況では運転することはできないことを説明し、また自主返納すると運転経歴証明書がもらえることを説明し、自主返納となった。

認知症の検査に家族が同席

神経心理検査に家族に同席してもらい、家族と共に現状を把握する。本人の気持ちに寄り添う働きかけにより、多くの方が、免許証を返納している。

家族からの説得方法の工夫と本人の納得

本人に運転をやめて何が困るか、運転は何のためにするのか家族にも一緒に考えてもらう。できなくなったことに対してフォローはどうするかを考える。タクシーを利用する場合お金の支払い、連絡など決めておく。特にお金の支払いは本人のお金がなくなると思うことが多くなるべく本人が支払わなくてもよいようにする。しばらく納得がえられるまでやってみる。

車の鍵は絶対取りあげない、かくさない。これは逆効果で別のトラブルを生むことがある。

自動車のキーを隠す

診察時、医師より本人には認知症と診断されると運転はできないと伝える。家族には、鍵を本人の見えないところに隠すなど車を使えないように工夫をしてもらう。

新たな役割ができることで自主返納

家族より「認知症と診断をされてからも、車まで行き運転をしようとする」「子供もおらず、本人にとって家庭では、車の運転が重要な役割であった様子」「バスの本数が少なく、車でないと交通が不便な場所に住んでいる」「それでも、家族としては、本人に運転を諦めてほしい」とのこと。相談対応としては、「今まで担っていた、運転という役割を本人がすぐには諦められないかもしれない」「家事の一部など、家庭内での新たな役割を少しずつ考えてみる」ことを提案。本人と家族の同意のもと、居住区担当の地域包括支援センターへ経過を連絡し、介入の運びとなる。後日、家族から運転を辞めたとの連絡があった。

Q8 認知症の人を介護する家族が、「施設だけには入れたくない」「介護保険サービスは利用したくない」という場合の助言、対応方法は？

家族への介護保険や介護サービスの状況の情報提供と教育的な支援が有効です。まずは、施設に入れたくないという声に耳を傾けて、そう感じている理由について話を聞く時間を設けましょう。それだけで気持ちが変わってくる可能性があります。

(掲載順は優先順位を表すものではありません)

家族の想いの傾聴

何故介護サービスを利用したくないのか話を聞き、マイナスイメージを払拭できるようメリットを伝える。自宅まで来てくれるサービスや通所サービス等があることを説明。それぞれのニーズにあったサービスを提案。また、今はよくても今後何かあった場合、施設等に慣れていないと本人を誰も見ることができなくなってしまうことも丁寧に説明した。家にもってばかりだと認知症の進行やADLの低下も考えられるため、介護サービス等を利用し、外に出たり、他者と関わることも必要だと話し納得へとつながった。

家族の思いの傾聴

若年性認知症の方への支援。本人は、高学歴で小学校の校長を務めあげた方であり、寄り添ってきた妻は、本人の事を尊敬し生活をしてきていた。家族は非常に献身的に介護を続けてきた。家族は、生まれ育った自宅だという気持ちが強く、なかなか施設入所への受入れが困難であった。本人は、全介護状態までレベル低下が見られ、体も大きく介護力をかなり要する状態。小柄な妻ではとても介護は難しく、また自宅には本人の母(90歳代・要介護2)もおり、2人の介護を妻が一人で担うのは現実的には困難であった。妻の気持ちを汲みつつ、介護力がかなり必要となり、自宅で日々過ごすにはかなり難しい状況であることを伝えつつ、妻の「自宅へ連れて帰りたい」という想いを大切に、介護方法を一緒に検討した。数ヶ月に渡り、話し合いを続け徐々に妻の気持ちへの変化がみられるようになった。妻の気持ちの変化してきた所で、介護保険の区分変更と施設入所についての話を再度すると施設入所方向へ。本人と、そのご家族の気持ちを丁寧に時間をつくり傾聴してきたこと、また実際の介護を経験していただいた事で気持ち的に変化が見られた。気持ちを汲みつつ、気持ちの変化するまで、待つことの大切さを学んだ。

家族の想いの傾聴

家族の話を傾聴し現状を把握する事に努めることから始めた。認知症ケアにおける家族への介護負担は大きい。家族がなぜ、施設はいやだと思うのか、サービスを使いたくないのはどんな思いがあってなのか、その背景を考える。今の介護の状況はどんな様子なのか、自宅で見えていくことは可能なのか、または無理をしているのか現状を把握する。施設は嫌だ、サービスは使わない＝困っていないではない事が多く、その背景の思いを考えるようにしている。家族が何に対して悩んでいるのかを知るためには、傾聴し思いを聞くことが第一の対応であると考えた。実際に伝えた言葉としては、迷いがある場合は、実際に見学について見ることも提案した。本人の生活だけではなく、介護者自身の生活も考えてお互いが安心して過ごせる方法について一緒に考える機会を設けることで解決が図られた事例があった。

家族介護者側の生活への配慮も行う

家族に対し現在の認知症介護の情報提供を中心として行った。必ずしも在宅介護がいい訳ではないこと、離れることでいい介護ができることもあること、介護保険サービスをうけることの意味や、そうすること

で在宅介護にも影響が出てくることなど、ゆっくりと伝えていった。一番大事なのは本人も家族も安心して安全な暮らし（生活）ができることなのでそう考えた時にどういった選択がベターなのか一緒に考えて、施設入居にふみきった方がいた。在宅介護中はお互いにイライラしていたのが、今は笑顔で外来に来られている。家族は離れたことで会う時にすごく優しくなれると後日語っていた。

家族の状況の再アセスメント

家族の意向に理解を示しつつ本人の状況と、家族の状況を観察、情報収集を丁寧に実施。そして介護保険サービスは利用したくなくなければなくてよい事を伝え、もし家族が何らかの理由で難しくなった場合に備えて介護認定の申請をしておいてはどうかと説明した。認知症の対応が書いてあるパンフレットを用いて活動の必要性を伝え、反応を見ながらケアマネジャーにつなぎ、デイサービス利用となった。

現状のアセスメントと共に考える姿勢を示す

本人・家族の考えを聞き、本人・家族を受容する。現状で家族が支援を行っているのか、できていないのか認知症専門医・相談員が情報共有し見極め、本人・家族の気持ちに寄り添いながらも現状が本人のためにとって良い状態なのか一緒に確認作業を行い、家族に「どうしたら本人にとって良い状態・支援ができるのか」を一緒に考える支援をしている。少しずつではあるが、家族に考えてもらうことで、現状を理解し、客観的に本人を見られるようになってくれる家族が多く、介護保険の利用も検討開始するケースが多い。ただし、家族の支援だけで、他のフォーマルなサービスが必要無い場合には、無理に勧めない。困ったときに相談し、支援が受けられるような状態で経過を観察している。受診時に、本人・家族へ声かけし困り事等ないのか確認と対応方法など助言を行い、信頼関係を築いている。

介護負担感軽減への助言

サービスを利用したくない理由が、“介護サービスを信頼していないから”“自分が介護をしなければと
思い込んでいる”“経済的に不安となるため”など一言にサービスを使わないと言っても理由は様々なので、
利用しない、出来ない理由を把握する。その上で、施設・介護保険サービスなどサービス利用を前提とせず、
現在、何に困っているのか？ 当人、家族の話聞き、何らかの解決策が無いのか一緒に考えるようにして
いる。

Q9

認知症と診断されたものの、 家族は絶対に違はずだと認めない場合の助言や対応方法は？

認知症の理解ができていない家族がまだまだたくさんいることを理解しておきましょう。できれば、治療の経過や検査の内容についても理解してもらうように、診察の際には本人が許せば同席してもらうようにしましょう。そして、認知症疾患医療センター内の心理教育や介護者教室などへの参加を促しましょう。

(掲載順は優先順位を表すものではありません)

家族への教育的支援

本人が物忘れ主訴にて受診。MRI、SPECTにて初期ADと診断。家族は、治療、介護保険申請についても否定的。セカンドオピニオンすすめるも拒否。当センター内他科の医師により再度検査所見について説明施行。同時にリーフレット使用にて家族教育を実施した。地域包括支援センター職員にも介入依頼しアプローチ開始する。介護保険はまだ申請出来ていないが、デイケア等を見学をしている。

認知症の人の状況確認と家族への教育的支援

受診者本人の認知機能評価の受検時に家族の同席をお願いして、検査時の本人の得意・不得意な部分を見てもらうようにしている。検査直後に、同席した家族に対し自宅でのBPSDに関する質問があるので、その後に本人の認知症を呈する状態について説明も行い理解を促している。

家族が納得するまで丁寧な説明をする

時間をかけ、診察、説明をすることで、本人の行動が認知症の症状であることを、ひとつひとつ説明し、家族に受け入れてもらった。当院では、医師の診察時間が、初診の方の場合、1時間程度、その後、家族のみに5～20分程度説明することが多い。CT・心理テスト等を含めると平均2時間半～3時間かかっている。

家族との信頼関係の再構築

遠方に住む息子が本人の病気を認めなかった。それまで病院からの連絡は、病状の事や介護サービスの内容が多く、次第に反発するようになった。まずは、息子との関係性を築くため、良い報告も積極的にするようにし、密に連絡をとりあうようにしたところ、病院職員に対して好意的になり、結果として、本人の病状を受け入れてくれた。

4 認知症疾患医療センターにおける 家族支援終結の考え方

認知症疾患医療センターでの、家族支援の終結については「明確な終結はない」という答えがもっとも多い傾向がありました。認知症疾患医療センターは支援が始まる場所であり、診断がなされる場所です。連携が前提ですから、疾患医療センターが終結を決めることはできず、基本的な姿勢として認知症の本人や家族が受診に訪れた場合には、また支援が始まります。特に認知症は現状では完治することは難しいので明確な終結というのは難しいと言えます（図4）。

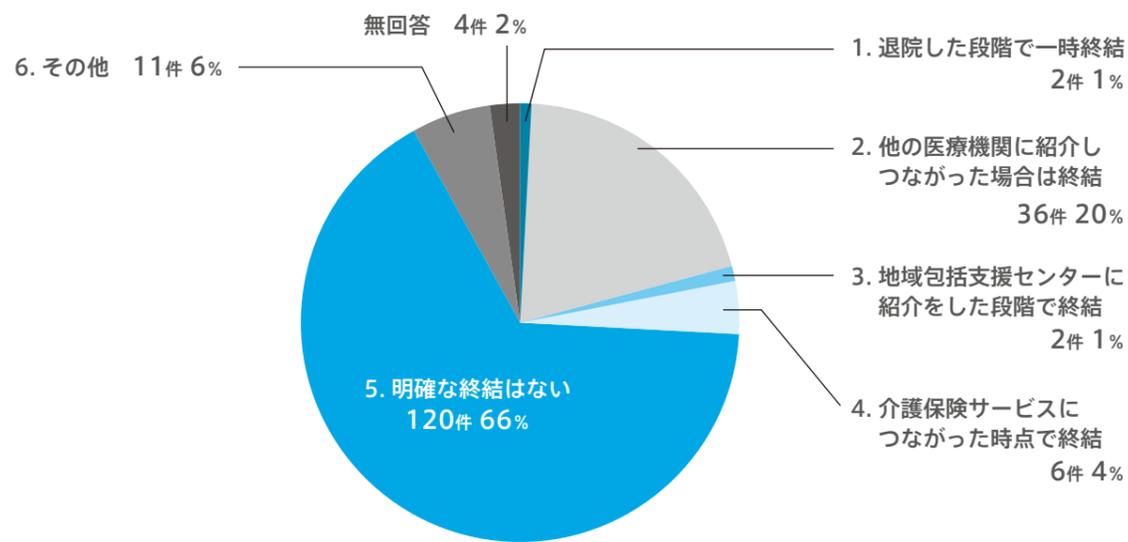


図4 認知症疾患医療センターでの家族支援終結の考え方(n=181)

終結について考えること

- 個々の状況に応じケースバイケースであるが判断は難しい
- 鑑別診断後も家族、本人への心理社会的アプローチがある場合や、他の支援機関へ後ほどつなぐケースがあるため、明確な基準はない
- かかりつけ医が存在すれば、かかりつけ医に戻った段階でいったんは終結
- 地域包括支援センターにつながった時点で一旦終結
- その方が亡くなるまで終結はない
- 支援の目的が、ある程度達成され、終結について合意が得られた時
- 状況によっては再度の支援が必要になるので支援に終結はないと考えている
- 通院が無くなっても相談窓口として関わっている
- 本人、家族が納得いく生活が送れる状況になった時
- 本人、家族ともに今の本人の状態をうけいれ、今後の生活を前向きに考えられた時（共に生活する社会づくり）
- 終結と言うよりおかれた状況で何を優先して支援するのか考える姿勢をもち続けたいと思う

この事例集を作成するにあたり下記の委員会にて内容を検討いたしました。

認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業
診断後支援対応事例調査委員会

(順不同・敬称略)

氏名	所属先
長田 久雄	桜美林大学大学院 老年学研究科 (委員長)
高橋 正彦	たかはしメモリークリニック
石原 哲郎	みはるの杜診療所
北村 世都	日本大学 文理学部
進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
森下 久美	公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター
工藤 靖子	認知症介護研究・研修仙台センター 事務局

この冊子は下記のQRコードから自由に
ダウンロードすることができます。



パソコンでは、 と検索してください。
ダウンロードすることができます。

発行元



社会福祉法人 東北福祉会

認知症介護研究・研修仙台センター

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1

TEL 022-303-7550 FAX 022-303-7570 <http://www.dcnet.gr.jp/>

平成30年度老人保健健康増進等事業

認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業

印刷：ハリウ コミュニケーションズ株式会社

〒984-0011 宮城県仙台市若林区六丁の目西町2-12

TEL 022-288-5011 FAX 022-288-7600