

1 認知症

● 認知症の地域ケアにおけるかかりつけ医の役割

団塊の世代が65歳以上となる2015年、認知症高齢者は全国で250万人前後になると予測されている。高齢者の10%以上が認知症を抱えるとも言われ、誰もが認知症という病と生活機能障害をもって生きる可能性がある。

現在、東京都の認知症高齢者の半数以上は居宅で生活しているが、現代社会や都市構造は決して認知症の人にとって暮らしやすくない。たとえばごみの分別は難しく、通信・交通・金融手段の自動化は高い障壁となり得る。

身近な誰かが認知症の人を理解し、見守り、声をかけ、手助けをすれば住み慣れた暮らしの場で生活を継続することができる。しかし東京の高齢者の6割近くは独居が老々世帯に暮らし、高層化や街の形骸化によって、人と人のかかわりや社会の見守りは薄れている。

国は2009年度までに、全国で100万人の認知症サポートを養成することを目指し、各地、各界で認知症への理解を深める活動を行う講師役を、「キャラバンメイト」と命名して取り組みを支援している。

東京都でも、2006年に「認知症高齢者を地域で支える東京会議」を設置し、都民、自治体、警察、消防、流通、交通、不動産、金融、医療・介護提供団体など、関係各業界、各分野から幅広い参加を得て、各種事業を展開した。たとえば認知症の人が暮らしやす集合住宅の管理人組合、お金の出し入れに対応する金融機関団体、徘徊者の発見に努めるタクシー業界団体等々支援の輪は広がりにある。

言うまでもなく、認知症の地域ケアにおけるかかりつけ医の役割は大きい。まず、認知症高齢者と家族から話や悩みを丁寧に聞き取ることを端緒として、専門医へのアクセスの支援により、早期診断と治療し得る他疾患の鑑別を適切に行うことである。

次に認知症とはどういうものかについて、これからの実

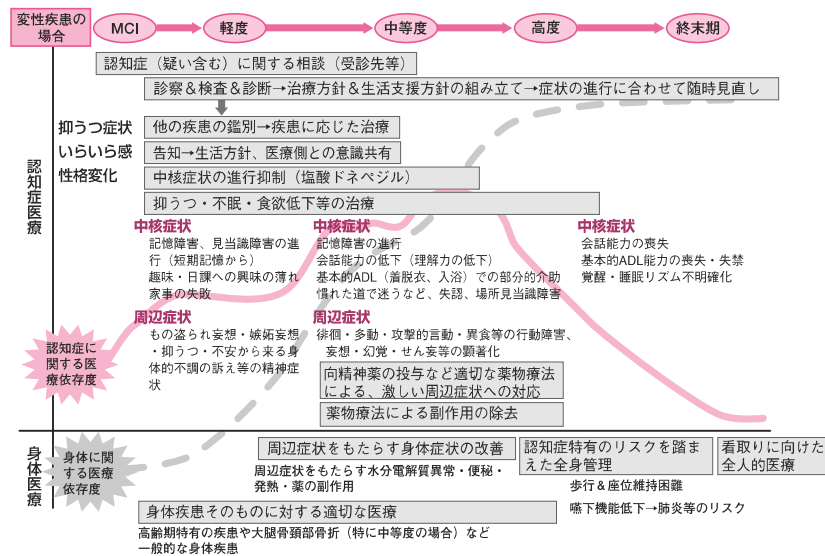
と呼ばれる著しい周辺症状への適切な対応にある。それについては後述するが、薬物治療法が未確立であることに加え、入院管理のための病院や、一時的なレスパイトに対応できる施設が少なく、BPSDに対する社会的スキルそのものが乏しいと言っても過言ではない現状にある。

また、低栄養や脱水、感染症、転倒による外傷や骨折、その他の合併疾患にしばしば遭遇するが、これらの急性増悪時に、認知症ゆえに入院が困難であったり、受け入れ先が少ない現実もあり、地域的な対応システムづくりが必要である。

また、社会的弱者としての認知症高齢者に対する法律的擁護が必要とされ、成年後見制度、虐待防止について、地域包括支援センターと連携した対応が必要である。

社会的にも病気としての認知症の理解も不十分であり、認知症の早期対応の意義、見守りや対応方法の理解を深めるための社会啓発の推進役となることも重要である。

認知症の経過と医療依存度



(東京都認知症対策推進会議医療支援部会 資料)

● 周辺症状の基本的理解

■ 1 「BPSD」(周辺症状)とは

認知症に伴うさまざまな行動の障害や、心理的な症状を、これまで周辺症状、行動障害、精神症状、問題行動、異常行動、などと言ってきた。英語でもさまざまな用語が使われていたが、1999年の国際老年精神医学会を経て、国際的にはBPSDと統一的に呼称にするようになった。介護保険の記載では「周辺症状」を用いている。また、BPSDと言えば、一般には、周囲の人々が大変だと思ってしまう暴言暴力、幻覚妄想、徘徊、異食などがイメージされるが、その他の無気力、うつなどもBPSDの範疇である。

参考までに本問の調査により示されているBPSDの例を示す（表1）。

■ 2 BPSDの原因

認知症はその原因疾患によるものの、脳の変性を原因とするものが主たるものである。したがってBPSDも、脳の器質的な変化による精神症状や行動障害に端を発すると考えられる。しかし、「たこえび」「もの盗られ妄想」を考えてみると、人間関係における病理という特徴からも、「環境

生活で起き得る、日常生活上の行動の変化を具体的に挙げながら、病気の捉え方や一般的な経過を、患者および家族への心理的な配慮を行いつつ、適切に説明し理解を得ることがである。

早期診断には「告知」の問題がある。尊厳の根幹は「自己決定」の尊重であり、家族や友人が認知できなくなることによる別れ、財産の処分決定、今後の療養上の希望などについて、少しでも自己決定の機会を広げ、多様な選択を提供する社会基盤があつてこそ、尊厳ある生と死の実現を可能にするからである。

さらに認知症治療とケアの原則、塩酸ドネペジル（アリセプト）など、中核症状に対する薬物療法の適応、効果、副作用についての説明を適切に行い選択に寄り添う。

また周辺症状に対する対応の原則、認知症高齢者の特性、起き得る合併症の説明と予防や対処法、療養生活を支えるための医療と介護の連携の重要性や、介護保険サービスの利用法を伝える必要がある。

暮らしの場での療養生活の継続の鍵は、多くの認知症の、一時期に周囲の対応をしばしば困難にするBPSD (Behavior and Psychological Symptoms of Dementia)

表 1. 在宅認知症高齢者にみられる認知症の原因疾患別の精神症状の頻度

	原因疾患	
	アルツハイマー型 (n =53)	血管性 (n =37)
睡眠障害	25.5 (%)	32.4 (%)
不安症状	25.5	21.6
うつ症状	13.7	8.1
自殺企図	5.9	5.4
自発性低下	37.3	48.6
心気	15.7	18.9
気分の易変	21.6	21.6
感情失禁	17.6	21.6
焦燥	15.7	16.2
多動	15.7	16.2
妄想	19.6	16.2
被害念慮	7.8	13.5
幻聴	5.9	8.1
幻視	13.7	16.2
せん妄	17.6	10.8
逸脱行為	2.0	5.4
徘徊	25.4	21.6
易怒	17.6	16.2
拒絶	21.5	8.1
攻撃的言動	9.8	24.3
依存	15.7	13.5
人物誤認	13.7	13.5
興奮	9.8	13.5
火の不始末	11.8	13.5
収集癖	7.8	2.7
多弁	3.9	8.1
異食	0.0	0.0
過食	5.9	18.9
神経症状あり	72.5	83.8

「痴呆」とあった用語を「認知症」に変更した。
出典：本間昭編著：在宅痴呆診療マニュアル、
日本医事新報社、東京、2001より

場合、他人には妄想かもしれないが、本人にとってそれは真実である。したがって、診察の折に真実だと思っ
ている本人の前で、周囲の人がそれを妄想だと思っ
たの前で言い争いが起こってしまう。したがって問診の折
には本人の自尊心を尊重する工夫を意図的にする必要が
ある。また、認知症の中でも、特に注意力障害の目立つ
レビー小体型認知症や、認知症を伴うパーキンソン病の
患者は、医師の前では緊張して意外にも「普通」になっ
てしまうことがある。問診の場で一見しただけでは認知

症とは気がつかず、介護者からの聞き取りからそのBPS
Dが初めて明らかになることも少なくない。
■6 BPSDへの投薬前の確認事項(適応外使用)
現在、健康保険でBPSDに対して適応が承認されてい
る薬剤は1剤もない。暴言暴力、不穏興奮などの焦燥に対
して選ばれる抗精神病薬も、実はBPSDに対しては適応
をとっていない。しかし実際の臨床現場ではやむを得ず使
用される場合がある。したがってBPSDに対して薬剤を
使用する際には、本人あるいは家族介護者に、作用や有害

因性」が強いと推察できる場合もある。介護者のいらだつ
た対応によってますますエスカレートし、逆に上手な対応
で穏やかになる場合もあるからである。一方「異食」につ
いて考えてみると、ふつうではとても食べられないような
物を異食してしまうほど脳の障害、すなわち「脳因性」の
要素が濃いと考えるほうが自然である。つまりBPSDの
種類によって、環境因性／脳因性の比率が変化し、医療介
入のあり方もそれに応じて変化してくる。

■3 BPSDの程度と認知症の程度

「BPSDが深刻であれば、認知症の程度も深刻である」
とは必ずしも限らない。大まかに言えば、認知症のどのス
テージでもBPSDの出現する可能性がある。しかし認知
症のステージによって出現するBPSDはその内容が変化
する。たとえば、「危険操作」などというBPSDは、危
険な操作ができるだけの高度な知能を要求されるわけで、
認知症の程度は軽度であるはずである。そもそも認知症の
程度はその中核症状(記憶障害、失語、失認、失行、見当
識障害など)にリンクする。ところで、中核症状そのもの
を元に復させることはできないが、BPSDは医療的な介
入によってある程度調整可能である。ときには薬剤が著効

する場合もある。したがって医療介入を考える際、中核症
状とBPSDとを分けて捉えらると、より認知症に対する医
療的な理解が深まる。

■4 BPSDの出現についてのアセスメント

まず「認知症があるか否か」を確認する。認知症がない
場合のBPSD様症状への対応については本稿では省略す
る。次にBPSDの種類、出現頻度、程度、場所、時間帯
、痛みの有無、身体的な状況、服薬状況、うつの有無、人間
関係(たとえば、誰といるときに出現するか)、生活状況
などBPSDが出現する際の環境について聞き取る必要が
ある。すなわち、この環境とは生物学的、心理学的、社会
学的な環境を総括したオムニバスなものである。認知症自
体が「社会生活に支障のある状態」として定義づけられて
いるので、必ず生活上の支障がBPSDと意識している人
(たとえば家族介護者)にあるはずである。それを把握す
ることは、以後の治療に大いに役立つと同時に、今後のB
PSD対応の糸口となり得る。

■5 BPSDの問診における留意点

BPSDの問診を行う際、本人と家族介護者を別々にし
て行うことも効果的である。たとえば「嫉妬妄想」がある

事象のみならず、保険制度、負担金の問題、医療制度などについて、かなり詳しく説明し承諾を得る必要がある。今後、国や製薬企業にBPPSDへの適応拡大や薬剤開発への適正な取り組みを期待したい。

● 著しい精神行動障害への対応

ここからは、地域で出会った療養者と家族の事例を述べる。個人情報保護のため、それに関わる情報は省略あるいは改変してあるのでご容赦願いたい。また、訪問診療を行う立場という医学的な視点で述べる。BPPSDが激しいと「本人不在」のサービス提供に陥りがちである。医療サービスや介護サービスは、最終受益者である療養者や家族の立場で考えるようにすべきであるが、ここでは便宜的に医療側の視点で述べていることに留意してほしい。

■ 1 重い認知症とは？

まずはよく勘違いされる事例について述べたい。「重い認知症」だから診てほしいと診療依頼があって出向いて調べると、認知症自体はそんなに重くはなかったというケースも多い。なぜこんな矛盾が生じるのか。まずは二

て穏やかな「肉好きのAさん」と、いらだっている「着物のBさん」のふたつが認知症が進行しているのか？ 答えは「肉好きのAさん」であった。

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)を用いて調べたところ、「肉好きのAさん」は10点中で、「着物のBさん」は20点台であった。思いのほか「着物のBさん」はなんでも答えることができた。医療的には認知症の症状を中核症状すなわち記憶障害、うまく行いができない、うまく認識できないなどの知能の障害とBPPSDを分けて捉える。認知症の重症度は中核症状と関係する。一見、激しい暴言暴力があるからといって、一概には認知症が「高度」であるとは言えない。また、認知症の重症度に関わらずBPPSDは出現する。ただし重症度によって出現するBPPSDの種類は変化する。

認知症の重症度について、医療的な捉え方について述べたが、我々に診療依頼があるのは周囲が対応に困るような「重い認知症」である。「高度な認知症」が確かに多いがすべてが「高度な認知症」ではない。中核症状にせよ、BPPSDにせよ、「生活」に困ったから、その解決を医療に求めて門をたたく。認知症は進行する病気である。しかし

人の症例を示す。

■ 事例① Aさん 80歳代 女性 独居

遠方より長男が週1回様子を見に来る。ふだんはヘルパーが関わっている。食事は出されれば、自分でしっかりと食べる。保清モサボートがあればできる。息子は週に1回お金を渡すが、毎日肉屋へ行き、肉を買っては冷蔵庫に入れておく。冷蔵庫を見ると肉であふれかえっていた。しかし、おおむね穏やかに家で過ごしている。

■ 事例② Bさん 70歳代 女性 娘の家族と同居

Bさんは、実業家の多忙な夫を支えて、家の切り盛りをしつかりこなしてきた。夫を5年前に亡くし、一人暮らしをしていた。腰痛が悪化して、娘の家族と同居することにした。同居直後より「ものを盗られた」と訴えるようになった。娘が「盗られたという着物はこれでしょう」と示しても、「私が騒いだから元に戻したのでしょ」と言ったりしてらちがあかない。大切な着物から、化粧品、はては財産目当てに同居したと近所に言いふらす始末であった。娘の家族は困り果てていた。

日々の対応に困っているのは、Bさんのようである。さ

BPPSDは認知症の進行過程の中で、出たり消えたりしながら変化する。

■ 2 見落とされる認知症

地域においてしばしば見受けられる問題である。訪問診療の場合にも思わぬ落とし穴がある。この問題は地域で活躍するケアスタッフも同じ問題を抱えている。ここでは見過ごされやすい認知症を取り上げる。

■ 事例③ Cさん 70歳代 女性 アルツハイマー型認知症

アルツハイマー病の患者さんを訪問診療していたときのことである。家族構成は80歳代の長女、70歳代のアルツハイマー病の次女、精神発達遅滞のある70歳代の長男であった。主たる介護者は80歳代の長女である。在宅介護支援センターより、「次女の言動が最近おかしいようだ、本人は受診を拒否している。長女のたつての希望なので往診してほしい」と依頼があった。訪問すると長女は愛想がよく、腰も低く「先生のお陰で、こつやって家で妹を診てもらえて、本当に助かります。ありがとつございませう」といつも感謝する。長女には、次女の病状の説明、服薬の管理や注意点などを細かく伝えた。長女は、毎回「あそこですか」「眠れないときこの薬ですね」などテキパキと返事をした。

次女に関わって半年も過ぎた頃だろうか。長女の腰痛が激しく、湿布薬の処方依頼された。その場でカルテを作るため年齢を尋ねると、長女は何の戸惑いもなく37歳と答えた。ごつみても80歳代である。見上げると本人は真顔だった。大変驚き、呆然とした。振り返ってみると、我々が次女のごとで細かく説明していた内容が伝わらないことが多かったことに気づいた。

なぜこんなことが起こってしまったのか？ どうしたら気づくことができたのだろうか。たとえば、典型的なアルツハイマー型認知症は、記憶障害が知られている。その中でも、遅延再生障害といって、少し前に覚えた言葉や、内容を思い出すことができないことが、その障害の中心となる。注意力も認知機能であるが意外に保たれていて、とても快活に見えて、いわゆる認知症のイメージとはかけ離れている。したがって、こういった認知機能障害のアンパランスさから、道端で出会って話すような日常会話には、何ら支障を来さないことも理解できる。つまり、ふだんの会話の中では誰もが「いちいち」「さっき言ったことは何でしたか」などと質問することはない。たとえ、そういう質問をしたところで、本人はもの忘れを無意識にでも認めたくな

来にも連れて行けない状態で、家族は困り果てていた。

その数日後も興奮、妄想、幻覚、徘徊、感情失禁、睡眠障害を認めた。「朝、おばあちゃんが迎えにくる」「家へ帰りますから、ここから帰してください」をくり返し、出かける準備をして誰かを待っている仕草をしていた。夜間になると歩き回ることであった。大声を出したり、4階の団地だったが、窓の柵を越えようしたりするなどの行動の異常の連続であった。高齢の夫は介護と睡眠不足に疲れ、遠方に住んでいる子どもたち3人も交代で住み込み、目の離せない状態であった。

そこで、これに対し薬を処方した。最近の抗精神病薬をごく少量、家族に頼んで服用してもらった。薬をのんで4日経ったころ、徘徊、妄想が減り、そして大声を出すことも減った。8日目、まだ夜間眠りが浅いために少量の睡眠薬を加えた。19日目、大声で叫ぶことはなくなった。しかしまだ真夜中にごそそ起き出してしまつので、さらに作用時間の長い睡眠薬を追加したが、夜間起きたときふらつきが強く現れて危険なため、すぐに中止した。それでも服用1か月目、在宅での生活も落ち着いて笑顔を見せ、夫も安心した。

「ご書いしてしまつて、薬を使うことで簡単にBPSDが

いから、にこやかに作り話もするはずである。かならず確認が必要で、その情報を家族から得るか、遅延再生障害をEHSRなどによって明らかにする必要がある。ただし、唐突にもの忘れ検査を行うなどを避け、本人の自尊心を尊重しながら丁寧に関わり、検査するように心がけるべきである。

3-1 激しいBPSDを伴った認知症

ここで激しいBPSDを伴った認知症高齢者の方の事例を紹介したい。まずは認知症のBPSDとしては典型的なケースを紹介する。それからBPSDの薬周辺の問題をいくつか列挙し、ケアスタッフとの連携について考えてきたい。

■事例④ Dさん 80歳代 女性

身体的な障害は特に認めていない。BPSDとしては、不穏、興奮、夜驚などがあつた。同居者の夫（90歳代）が対応できなくなり、認知症専門の施設に入所となった。入所直後より帰宅願望が強く、他の入居者たちの腕をつかんで訴えた。床に大の字になり手足をバタバタさせながら大声をあげるなどを繰り返した。興奮、不穏がおさまらず不眠、疲労感、発熱、脱水症なども加わつた。施設では対応できないとのことで8日定らずで退所、帰宅となった。外

なくなるように思える。実は医師は処方するだけだが、この裏を支える家族は大変な苦勞をすることになる。病院の中ではこういった治療の際に、すでに役割分担ができており、なにか異常があればすぐに医師に報告が行き対処できる。しかし医療的には素人である家族介護者にとってみれば、とてもしんどいことにつきあわされる。ちなみに、このとき家族にお願いした、薬の副作用についての観察ポイント「は、次のようなことがある。事例の中で示した「抗精神病薬」についてであるが、専門的な書き方をすると、抗コリン作用、錐体外路症状、脱抑制、過鎮静、悪性症候群などである。そのほかにも副作用があるが、ここでは主なものを示した。したがって、こんな観察と報告を高齢のご主人には頼めない。無理を言つて、3人の子どもたちに伝え、チェックノートを作ってもらつた。もし家族介護者がいなければ、ケアマネジャーをお願いをして、現場のヘルパーと共有することになる。そういう環境が整わなければ、副作用の出やすい薬なので処方できない。この事例では、我々は、まず投薬当初数時間のリスクとして、排尿困難、ときには出口の筋肉が詰まって、尿が出なくなることもあるので、チェックしてもらつた。それから便秘だが、これは数日間以上使

が出ないと問題となる。必要があれば、下剤や腸を動かす薬、あるいは浣腸なども処方する用意があることを伝えた。これらが抗コリン作用である。また数か月たって、手足の出が悪くなって転びやすくなったり、表情が硬くなったり、よだれが出たり、体がかたむくことがないか、そわそわしていないか（これらは錐体外路症状）、あるいはかえって気分が盛り上がりすぎているか（脱抑制）、薬が効きすぎてくったりしていないか（過鎮静）、突然汗をかいて、発熱して、体がこわばっていないか（悪性症候群）などのチェック項目を伝えた。

ところで、よく出される睡眠薬や抗不安薬についても、高齢者にとっては命取りになる場合もある。とてもこわいのはぶらつきである。筋弛緩作用といって、力がいらない、とまった副作用がある。またイライラ止めにこの薬を常用することで、なかなか精神症状がおさまらず、悪化することも多い。作用時間が長いものであると、高齢者は排泄する能力が落ちているので、徐々に薬が体に溜まり、日中からもぶらつきをしてしまっていることもある。せん妄というのだが、そのせいで、BPSDが悪化することもよくある。したがって、精神に働きかける薬は慎重に処方されるべき

何でも薬が効くわけでもない。薬によって、症状が顕著に改善することもあるが、それほど効かない、あるいはかえって悪化する場合もある。鎮静目的での使用は、体を縛り付けるもの何ら変わりがない。過剰な抑制が虐待に結びつくことがあるてはならない。耳が聞こえないせいで、ベランメ工調で大声で叫ぶため（本人にとっては穏やかに話している）、他の利用者が迷惑をしているからといって薬を使うとか、徘徊を繰り返す（本人はにこやかに散歩していた）のは困るので薬を止めるといふことは避けたい。

● 地域における認知症対応のあり方

■ 1 「地域におけるBPSD対応」の「生活情報」の重要性

地域におけるBPSDへの対応は、医療のみでは適切な解決策が得られないことが多い。まずは地域におけるBPSDへの在宅医療の関わりを3つの事例から考察したい。

■ 事例① Eさん 70歳代 女

姉による「妹が夜起きたして、私の顔を蹴る」とのこと。本人は、姉の訴えを自分のことだと思わず、「私っついでいのが悪いのかしら」といって話をしない。会話をしな

である。意外なところでは、胃薬や風邪薬の種類によっても精神症状が悪化することもある。しっかりと医師と相談してもらいたい。ふだんの生活の状態をしっかりと伝えることが必要であり、情報を収集できるのは、家族介護者やケアスタッフである。

とは言え、医師に連絡するのは、結構気が重いものである。予見できる副作用の時間に合わせて、看護師から担当の家族介護者やケアマネジャーなどに連絡を入れさせ様子を聞くのもよい。また知り合いのケアマネジャーだと話が早く、経験を積むことによってお互いに連絡が密となる。こういった薬は願わくば、使いたくない。しかし、どうしてもというとき、本人のADLを落とすことはできるだけ避けたい。副作用も虚弱な高齢者には心配である。だから少量で最大の効果を引き出すことも重要だし、その際に介護者も、何が何でもおとなしくさせればよいのだ、ということよりも、ともに生活ができる、というラインを目標値にすえてももらえると、医療者も助かる。BPSDの医療は何より本人、そして家族、そして周囲の人々、すなわち生活者にとって、生活の障害を少しでも改善することに役立てられることが目的である。またBPSDであれば

がら、あきらかな遅延再生障害があるのがわかった。姉は「妹に夜、顔を蹴られるのは耐えられないので、夜途中で起きたくないように睡眠薬を出してほしい」と訴えた。

身体的な問題は特になかった。そこで、姉の希望に沿って、夜起き出さないように中間型作用時間のものを成人の通常量出す、ということが一つの解決策として考えられる。しかし、果たして、これで良いのだろうか。この対応に対するよくある意見を次に列挙する。①高齢者であり、これでは睡眠薬の量が多い。②作用時間が長すぎ、日中にも影響してしまう。③睡眠薬を認知症の人に処方するというのは良くないので、抗精神病薬を処方すべきである。④そもそも抗精神病薬も含めて、向精神薬自体の投薬は良くない。

■ 事例①-2 つじき Eさん 70歳代 女

Eさんの家は、戦後すぐに建てられた古い家屋であった。かなり壁も薄く、非常な急勾配の階段のある二階建ての家であった。Eさんは、50年来二階に寝て、姉と弟は一階で寝ている。夜な夜な、Eさんはむっつりおんこから起き

出し、急な階段をすつと下りて、姉の顔を蹴り、また階段を上って布団に入るといったことであった。これでは寝ている姉は、たまったものではない。

さて、睡眠薬や抗不安薬を飲むと、筋弛緩作用が懸念される。まして中間型の作用時間を持つ睡眠薬を高齢者に成人量出せば、日中もふらついたり、傾眠したりしてしまいかもしれない。ここまでは、周知の「疾患情報」である。ところが後半の事例のつぎき部分は、いわば「生活情報」である。この家には急勾配な階段がある。夜中この階段の上り下りをするということである。そこで、この「疾患情報」と「生活情報」を組みあせて投薬法を考えてみたい。このまま睡眠薬を飲むということは非常に危険で、転落の危険が予見できる。同様に抗精神病薬であっても、高齢者であれば錐体外路症状の出現が懸念され、足がもつれて転落する危険に結びついてしまいかもしれない。また古い家のため、階段の入口に頑強な柵を作るとはできそうもなかった。したがって、このケースにおいて「このままの環境では、残念ながら薬を出せない。一階で皆と一緒に寝ることはできないだろうか」とすすめた。しばしばあることだが、

環境の変化でも暴力がおさまる可能性もある。そのことも期待した。それでも暴力がおさまらなくて、投薬するにしても一階に寝ていれば、先の状態よりも転落のリスクは軽減できる。

前半に考察した投薬法が、後半の「生活情報」の付加で、大幅に変わってしまった。さて、次の事例である。

■事例② Fさん 80歳代 女

二階に居を構え、急勾配な階段で下はコンクリートであった。独居で、ごみに埋もれて生活している。いつも台所で排尿し、床は板張りで腐りかけていた。洋服は何か月も替えた様子もなく、風呂に入っている様子もない。行政の介入によって介護保険サービスが適用されているが、最近の盗られ妄想が著しくなり、ヘルパーがその対象となり、家に入れてもらえなくなってしまった。認知機能障害については遅延再生障害が目立った。しかし食べ物などの小さな買い物はコンビニでできる。また自分でガスコンロを使って調理するようであった。じゅうたんにはたばこによる焦げあとが多数あった。

「疾患情報」を抽出すると、「台所での排尿」と「遅延再

生障害」と「著しいもの盗られ妄想」である。「台所での排尿」「遅延再生障害」への医療的対応は難しいが、「著しいもの盗られ妄想」に対しては少量の非定型抗精神病薬の効果がありそうである。しかしこのような医療上の方針が立てられたとしても、「生活情報」を加味すると、それは実現不可能であろうと考察される。たとえば、先の事例と同様に急勾配な階段を介した二階に住んでいる。この事例も睡眠薬や抗不安薬、抗精神病薬などのような向精神薬を使うと、先ほどのように筋弛緩作用や錐体外路症状による転落事故が懸念される。そもそも処方薬を飲んでもらうようにするだけでも、医療のみの対応では無力であろう。BPSDに関する訪問診療において、地域でよく見受ける事例である。行政から依頼を受け訪問したが、本人は「体は丈夫で病気なんかない」「今もとても元気である」と言う。だから医者なんかは「いらない」と言うわけである。そもそも医療介入が果たして必要なのであろうか。

第二章 ■ 認知症

実はその後、細々と関わっているうちに子宮脱があることがわかった。そのために和式トイレだと、脱した子宮口が下についてしまうとのことであった。これが原因で、台所で排尿していることがわかった。和式トイレの生活は不

快であったのである。したがって奥の深いポータブルトイレを運び入れると、そこで用を足すようになった。しかし火事の危険性は近隣の人々には脅威であり、ヘルパーの介入、施設入所などを視野に入れて検討した。この事例では、状態を評価する上でも、またその後の介入方法を考える上でも、「疾患情報」と「生活情報」を組み込んで考える必要があった。

■事例③ Gさん 70歳代 女

せん妄が著しく、主たる介護者である長女を「長女に似た偽者である」と思い込んでいて、長女を罵る。体感幻覚、うつ、幻視、歩行困難、姿勢反射障害を認める。身体的には合併症がないものの、BPSDのために食事や水分摂取量が減って、低栄養、脱水が懸念された。数か月前に、長女の介護疲れから在宅療養が継続できなくなり入院となったが、今は退院して家に戻って来ている。BPSDに対して抗精神病薬が処方されたが、精神症状は改善していない。自律神経障害についても、昼夜問わず頻尿と発汗異常が激しい。仕事を持っている長女は、夜な夜な起きて布団を取替えたり、汗を拭いたりしていた。長女によると、「睡眠不足を押しての介護は大変だができる。しかし一番耐え

られないのは、特に疲れている夜中に介護している自分を「偽者」この心ごとと訴える。ケアマネジャーより依頼を受けて訪問診療に行ったケースである。

長女の困り果てた姿には心痛むものがあった。この症例は、先ほどのBさんよりも、直感的にはより医療の対象のように思える。しかし、どのような方法によるアプローチが適切なのかという「疾患情報」が必要である。またこの人の疾患の場合には、やはり専門性が要求されるので、地域でどのように専門医と連携をとるのが課題であろう。疾患情報からは、せん妄、幻視、自律神経障害、記憶重複錯誤（長女を偽者という）などが挙げられるが、長女にとっては、最後の記憶重複錯誤が最大の苦痛であると言っている。これは生活情報から収集できる医療的な課題である。そのことや介護力など医療介入後の問題も、主に生活情報にその介入の限界が規定されている。この生活情報を専門医と連携しながら調整することで、初めて在宅療養可能な環境づくりができるようになる。BPSDの加療は確定されていないが、この症例に専門医ならこのような対応をするのではないかと一例を記す。

しびー小体型認知症であることから、まず、せん妄に関わる薬を注意深く減量し、アリセプトを開始し漸増する。さらに体の動きにスムーズさが欠け抑うつ気分が強いことから、経過を見ながらゆつくりと極少量の抗パーキンソン薬とごく少量の非定型抗精神病薬を追加する。それによって症状が改善し、人物の誤認がなくなった。専門領域の医師にとっても、これらの薬剤量の調整をいつ、どのように行うか、といった投薬戦略を立てる上でも、「生活情報」は非常に役に立つ。

■2 「認知症の診断」への「生活」の観点の導入

認知症そのものは常に進行する。そんな現状の中で、地域で「認知症を診断する」ということは「生活のしづらさを認知症を通して評価すること」なのではないだろうか、と考える。すなわち、地域においては、身体的および精神的な「疾患情報」と「生活情報」を合わせて収集し、それらを評価して、何に困っているのかをまず同定することではないだろうか。なぜなら、概して、地域におけるBPSDに対する治療に寄せられる期待は、「困っている生活の障害を軽減すること」であると考えるからである。ここではBPSDについて、地域の実状から生じるヘルスケアニ

ズに合わせた医療サービスが提供されるべきであるという考え方に基ついて述べている。認知症を来す疾患そのものが何なのかを知ることが軽んじているわけではないが、地域においても、特に大きな医療機器の持ち運びができない在宅医療においては、認知症に関する臨床病理的診断にまで一貫性があるような症候学的診断方法は重要である。病診連携においては、現実の中で実行可能な環境づくりをした上で、脳形態画像、脳機能画像検査、脳波、sMIIには、しばしばBPSDの増悪要因となっている伏在する身体疾患の精査を、積極的に行うべきであると考える。

■3 「認知症の治療」への「生活」の観点の導入

BPSDを中心とした医療的ならびに生活上の評価を行うことにより、「困っている」ことが抽出できる。たいていは疾患そのものよりも、そのせいで生活上困っている場合が多いように思う。その際に医療サービスの範囲が、いわゆる保守的な意味での治療というものでしかなければ、たいいてい問題の解決につながらない。たとえば、幻視があれば、幻視そのものを消失させることがこの意味での治療目標になる。しかし生活に困っているという観点から考えた場合に、幻視そのものは実は問題にならないこともあ

る。したがって、認知症の診断ないし評価も「生活」の観点を要するが、フィードバックさせるべき治療目標にも、「生活」の観点からその落とし所を、本人ならびに周囲の人々と考えるプロセスが重要であると考えている。

■4 「地域の認知症医療」についての再考

地域の認知症医療では、「医療としての関わり」、「誰のための介入なのか」、「治療のゴールとは何か」について再考を迫られる。人との関係性によって生じる障害という局面も大きく、前述したように疾患の情報だけでは足りない。また「誰のための介入か」という問題は、本人が中心にあるとしても、共同生活者としての家族介護者も切り離すことができず、その視野に入れておく必要がある。またBPSDが著しいと本人不在の医療になりがちである。この場合の問題解決は難しいが、医療提供者が患者支援(patient advocacy)という視点を忘れぬように心がけ、その観点から医療サービスが提供されるべきであるということが、より強調される必要があるかもしれない。

「治療の「ゴール」は、いま直面している生活のしづらさを軽減し、(筑波大学朝田隆氏の言葉をそのまま記すが)より安全で、自由で、快適な生活ができることなのでな

いかと考へる。

■参考文献

- ① 医歯薬出版株式会社「月刊総合ケア」第17巻10号特別企画「BPSDの治療とケアを考える」訪問診療におけるBPSDへのアプローチ　こだまクリニック 木之下徹
- ② ワールドブランニング 老年精神医学雑誌「さまざまな治療場面におけるBPSDへの対応と課題」テーマ：「在宅（訪問）診療におけるBPSDへの対応と課題」 木之下徹 医療法人社団こだま会こだまクリニック 津谷喜一郎 東京大学大学院薬学系研究科医療政策学 現在校正中
- ③ 南山堂「治療」2007年11月号 特集 プライマリ・ケア医のための認知症の早期診断・治療テーマ：認知症の治療 行動・心理症状の薬物療法ープライマリ・ケア医はどこまでかわるべきかー こだまクリニック 木之下徹

2 高齢者のうつ病

● 高齢者のうつ病について

認知症と間違えられやすいものにうつ病がある。うつ病は生涯有病率が13%と高い。高齢者にも多く、見落とされると自殺に結びつくこともある。しかし精神症状よりも頭痛、めまい、嘔気、倦怠感などの多彩な身体症状が前面に立つことも多く、はじめに精神科以外の各科を受診する人が80%以上と言われている。

■ 1 つうつ病の診断

以下の症状のうち少なくとも5つがほぼ毎日、2週間以上続いている場合に、うつ病と診断される。

- ① 抑うつ気分 ② 興味または喜びの喪失 ③ 食欲の減退または増加 ④ 不眠または過眠 ⑤ 焦燥感、緩慢 ⑥ 易疲労性または気力の減退 ⑦ 罪責感または無価値感 ⑧ 思考力、集中力の減退 ⑨ 自殺念慮（ただし少なくとも1つは①②を含む）

また診断の補助的手段としてSDS（自己評価式抑うつ尺度）やSRDD（うつ病自己評価表）などがある。

高齢者は、加齢に伴う心身の衰えがある上に、退職、子どもの独立、死別などの環境の変化がしばしば起り、うつ病になりやすい。

注意すべき症状の特徴としては

- (1) 抑うつ気分よりは不安や焦燥感が目立つ。つまり一見して落ちこんでいるようには見えない場合がある。
- (2) 精神症状より身体症状、不定愁訴が目立ち、うつ病を疑いにくいようなケースもある（仮面うつ病）。
- (3) 反応が鈍く、ぼんやりした表情で、一見したところ認知症と間違えやすい場合がある（仮性認知症）。

■ 2 つうつ病と認知症の鑑別

自らの忘れを訴えたり、注意力や思考力の低下のために、簡易知能検査（HDS-R、MMSE）でも低得点となり、認知症と誤認されやすい。両者はその診断、治療、経過、予後の点で異なるが、両者の鑑別は必ずしも容易でなく、家族からの情報も参考にして行うことが重要である。

〈症例〉

68歳男性、会社役員を1年前に引退した。数か月前から、以前は熟読していた新聞の内容が、なかなか覚えられなく

なった。趣味のサークルも興味がなくなり、同僚の名前まで忘れやすくなった。自分が認知症状態のためになったような気がして、妻にも申し訳ない気持ちになった。心配した妻と来院した。ぼんやりした表情で反応に乏しく、HDS-Rは18点だった。妻の話から食欲減退や早朝覚醒も確認された。

もの忘れが主訴で、一見反応に乏しくHDS-Rも低得点であったが、前記②③④⑤⑥⑦⑧のうつ症状が認められ、注意力や思考力の減退が原因であると判断した。なおMRI検査も正常であった。

本人のみの来院であれば、うつ症状の把握が不十分となり、もの忘れという主訴や表情、態度、HDS-Rの低得点にひきずられ、認知症と誤認されたかもしれない。

一方、認知症のBPSDとしてのうつ症状を、うつ病と誤診する可能性もある。その場合、中核症状の有無や内容（想起、遅延再生障害）およびうつ症状の発症時期を丹念に聞き出す必要がある。また他のうつ病の症状があるかどうかの確認も必要となる。

●高齢者の特徴と薬物療法のポイント

医師からの処方、薬局で購入された医薬品の適正使用について、患者・家族に対する指導や援助を継続的に行い、QOLの維持・向上のために、最小の医薬品使用で有効かつ安全な薬物療法が行われることが目標である。高齢者は複数の疾病を有するため、多剤併用による相互作用への注意が必要であり、また、加齢による生理的要因も薬の反応に影響をおよぼす。安全で有効な薬物療法を提供するには、高齢者の特徴や薬の使用上の問題点を把握することと同時に、患者に関わる医療・介護職種の連携が必要である。

また患者の療養環境が、医療設備のない自宅であることを考慮し、患者・家族などに適切な指導を行い、医薬品への理解を深めてもらうことが重要となる。薬によって発現する可能性のある副作用については、発現したときの対応をあらかじめ検討しておくことも必要である。高齢者では、常用量であっても、生理機能・生体機能の低下から、薬が効きすぎたり副作用が現れたりする。副作用など

記憶障害	うつ病	認知症
症状に対する態度	自覚するより軽度	自覚するより重度
うつ症状の出方	悲観している 深刻味あり	病識に乏しい 深刻味なし
経過	記憶障害の前につつ症状が出やすい	記憶障害が先に出現する
見当識	波がある	徐々に悪化
早期覚醒	正常	障害されている
抑うつ気分	しばしばあり	少ない
妄想	あり	なし
その他のBPSD	心気妄想を中心とした微小妄想	もの盗られ妄想 しばしばあり

(成城墨岡クリニック 高桑光俊編)

の症状を、病気や老化によるものと思いつつもある。

高齢者は、薬に対する理解力の低下や嚥下障害、服薬能力の低下などにより、服薬コンプライアンスが低下することがあり、服薬状況の把握と服薬支援（服薬における自立支援）が必要である。

●服薬コンプライアンス低下の原因と対処

十分に検討された薬物療養計画であっても、指示通りの薬の使用ができないと、治療はうまく進まない。

服薬コンプライアンス低下にはさまざまな因子が影響するが、多剤併用や服用方法の複雑化が挙げられる。考えられる主な原因には次のようなものがある。

■「コンプライアンス不良の原因」
①患者に関連する点

①服用方法に対する誤解

- どれが何の薬か、いつ飲むのか、一回の服用量などがわからなくなった

- 食事を摂らない、水分の制限を受けているなどから飲

まない

②服用忘れ

- 飲み忘れる、薬を持たないで外出する
- 複数科で処方される投薬日数が異なる。薬を飲んだかどうかわからなくなる
- ③薬の試用に対する不安
 - 長期服用しても症状の改善が見られない。依存症への不安（睡眠薬など）、薬を続けると効かなくなる不安（下剤など）
- 患者自身が薬に優先順位をつけて、一部の薬だけを服用する

④身体的理由

- 嚥下、錠剤の取り出し、開封口の開閉ができない
- キヤップが外せない、容器が硬くて使用できない
- 坐薬が挿入できない
- 軟膏を塗りまでしぼれない
- 服薬時の姿勢が保てない
- 視覚障害／聴覚障害／失語症／認知症
- 薬を飲む意欲、理解力がない

- ⑤薬の有効性への疑問
 - 鎮痛剤が効かない。飲んでも飲まなくても体調が変わらない
- ⑥副作用の経験
 - 胃部不快、頭痛、腹痛、下痢、発疹、下血、低血糖症状などを起こしたため、その後服用をやめた
 - ⑦症状の軽減、変動または消失
 - 症状に合わせて使用する。調子の良い日は飲むのをやめる
 - ⑧経済的理由
 - 薬代が高いので、1日3回の薬を1回もしくは2回しか服用しない
- (2)薬に関連する点
 - ①有害作用
 - 実際の有害作用、想像による有害作用
 - ②複雑な処方内容
 - 1日3回、2回、1回、隔日など、服用回数異なる薬がある
 - 食前服用は飲み忘れをしやすい
 - ③外観が類似した薬
 - ⑥医師に連絡の上、薬を変更あるいは削除した
 - 使用上の注意や制限の少ない薬への変更、副作用回避のための薬の変更、重複投薬による薬の削除
 - ⑦医師に連絡の上、剤形を変更した
 - 坐薬から経皮吸収型貼付剤や内服薬へ、散剤から水剤へ、サイズの小さい錠剤やカプセルへの変更
 - 軟膏チューブを開閉の楽な軟膏壺に入れ替える
 - ⑧医師に連絡の上、服用時点を変更した
 - ライフスタイルにあった服用時点に変更した
 - ⑨患者の服用能力を考慮の上、服薬補助員を紹介した
 - 飲み忘れ、飲み間違い防止カレンダール、視覚障害の人に点字シール、味や臭いのマスキングにオフノート、むせ防止に嚥下補助ゼリー など
 - ⑩高齢者の介護にあたる家族などへの指導
 - 薬の使用に関する注意事項の説明 など

●誤嚥防止のための剤形選択

嚥下障害のある高齢者に対する服薬指導において大切なことは、正しい薬の服薬方法の習得と、薬を飲みやすくする工夫である。誤嚥を起こしやすい剤形としては、粘性の

- 薬袋から出した後、錠剤の色が同じで何の薬かわからなくなる
- ④薬が飲みづらい
 - 不快な味または臭い。粉薬、錠剤と散薬は同時には飲みづらい
- ⑤使用上の注意に対するストレス
 - アルコール、納豆、緑黄色野菜、チーズなどの摂取制限へのストレス
- 2-1-1 ノンコロンプライアンスに対する薬剤師の対応
 - ①薬の正しい飲み方や使い方を説明した
 - ②飲み忘れた場合の対処法を説明した
 - 1日3回服用の薬、1日2回服用の薬、1日1回服用の薬など、薬に応じて説明 など
 - ③服薬の意義や重要性を説明した
 - 自覚症状がない疾患に対する服薬の重要性を説明した
 - 降圧剤中止によるリバウンドの危険性を説明した など
 - ④使用期限切れの医薬品を廃棄するなど残薬を整理し、医師に連絡の上、処方日数を調整したり、複数科受診の場合、投薬日数をそろえた
 - ⑤医師に連絡の上、一包化した

■1-1 薬が飲みづらい原因

- ①飲みにくい剤形
 - 散剤 …………… 味が悪い、粉が散る
 - 顆粒剤 …………… 入れ歯の間に挟まり不快、ザラザラする
 - 錠剤・カプセル …… 径の大きいものは飲めない、口腔粘膜に貼りつく、つかえる
 - シロップ剤 …… 計量が煩わしい、後味が悪い
 - 包装 …………… PTPシートからの取り出しが不便、散財が開封時に飛散しやすい、坐薬の取り出しが不便、液剤が計量しにくい
- ②口腔内の障害
 - 口腔内の乾燥 …… むせる、口に残る

入れ歯の不適合：歯に挟まる、口からこぼれる
 食道入口部の開放時間の短縮：喉に送り込めない

2 対策

- ① 最適な剤形を選ぶ
 - ゼリー剤、小さな錠剤、崩壊錠、ドロップ、トローチ、貼付剤、坐薬などを選ぶ
- ② 飲みやすいものと一緒に飲む
 - ゼリー、ヨーグルト、とろみ水、オプラートなどを
使う、とろみ調整剤を使う
- ③ 誤嚥防止のための服用方法を習得する
- ④ 服薬支援グッズを使う
 - 軟膏の搾り出し器、錠剤分割器、点眼用自助具、嚥下補助ゼリー、オプラート、服薬用カップ、服薬カレンダー、管理ケース箱、点字シール、補聴器 など
- ⑤ 製剤を飲みやすく加工する
 - 散財、顆粒剤をペースト状に加工する、錠剤を粉碎、脱カプセル

作用はある。副作用が現れたとしても、早い段階で対応できるように、副作用の前兆として現れる症状を、あらかじめ医師や薬剤師から確認しておくことが重要である。

また、薬の副作用は、高齢者のADLの低下に影響を与えることに留意する必要がある。薬の使用によって引き起こされる副作用が、日常生活に与える影響については、慎重な管理が必要で、職種間の連携が重要である。これまでできていたことができなくなったとか、目がぼやけたり、トイレが頻繁になってきたなどの現象は、もしかしたら薬の影響かもしれない。日常的に患者と接する機会が多い家族や介護者・看護者は、患者のADLの変化に気がつきやすい環境にある。それまでと違った症状の変化や家族からの情報があれば、医師や薬剤師に伝えてほしい。薬の影響などを確認し適切に対応することで、本人はもちろん、介護者・看護者の負担も軽減される可能性もある。

代表的な副作用と、それが生活に与える影響を記載する。
●薬が与えるADL（日常生活動作）などへの影響

動作・運動機能	歩行・移動動作、階段昇降、入浴動作、整容動作、
摂食動作、転倒	

■参考 誤嚥防止のための服薬方法

- ① 服用前に口腔内を湿潤させる
- ② 服用前後は座位を保つ（体をまっすぐに起こす）
- ③ 座位が困難な場合は、上半身を30度以上起こす
- ④ 飲み込むときは、うなずくようにあごを引く（薬が気管に入らないように）
- ⑤ 舌、頬および唇に麻痺のある人は、薬が麻痺のない側を通過するよう、スプーンを用いて頭と体を麻痺のない側に傾けて服用する
- ⑥ 飲み込みにくいときは、ゼリーなど滑らかな食感の食物を利用する

●薬の副作用と日常生活への影響

薬を飲んだとき、本来の目的とは異なる作用が現れることがある。これを「副作用」という。薬の副作用には、風邪薬を飲んで眠くなるというものから、生死に関わるものまである。また、副作用には個人差もあり、飲んだときの体調なども影響する。副作用の現れ方も、すぐ現れる（1〜数日）副作用と、時間がたつてから（1〜数月）現れる副作用がある。大衆薬（一般用医薬品）や漢方薬にも副

食事	食欲不振、食欲の異常亢進、嚥下障害、味覚障害
排泄機能	尿失禁、便失禁、頻尿、多尿、乏尿、排尿困難、便秘、下痢
感覚機能	音声・言語障害、視覚障害、聴覚障害、味覚障害、皮膚感覚異常
精神機能	失見当識、意欲低下、記憶力低下、思考力低下、抑うつ、不安、せん妄、幻覚、問題行動、不眠、眠気、睡眠
その他	体重増加、体重低下、体温調節異常

1 せん妄

高齢者の場合、薬の副作用が原因となることが多い。外界に対する意識がにぎり、幻覚、妄想を認める状態を言いつ具体的には、ぼんやりしたり、注意を集中できず考えがまとまらない、判断力が低下する、時間や場所がわからなくなるなどの状態を言い、精神錯乱、見当識障害、不眠、興奮が見られる。

これらの症状は、認知症状と類似しているため、せん妄と認知症を間違っケースがある。せん妄は、発症が急速で

可逆的だが、迅速な診断や治療を受けないと死亡する危険にさらされることもある。

●せん妄がおよぼす日常生活への影響

嚥下、寝返り、起き上がり、座位、立位保持、歩行、移乗、排便、入浴、歯磨き、洗顔、爪切り、食事摂取、衣服着脱、居室掃除、薬の内服、金銭管理 など

■せん妄を引き起こす薬の例

- 抗コリン作用のある薬
- 制吐薬、抗ヒスタミン剤、抗パーキンソン病薬、向精神病薬、鎮痙薬、筋弛緩剤、三環系抗うつ薬
- その他の薬
- アルコール、降圧剤、ベンゾジアゼピン系薬剤、シメチジン、ジゴキシン、麻薬、その他の中枢神経系抑制薬

■2 抑うつ・うつ状態

うつ状態は感情、行動性の低下をもたらす悲哀気分を言い、抑うつ気分、思考抑制、不安と焦燥、意欲の低下、自責感、自殺念慮、不眠、食欲不振などの症状を指す。

●うつ状態がおよぼす日常生活への影響

歩行、移乗、浴槽への出入り、洗身、歯磨き、洗顔、爪

■便秘に影響をおよぼす薬

抗コリン剤、ブチロフェノン系薬剤、三環系抗うつ剤、利尿剤、制酸剤（アルミニウム、カルシウム化合物）、抗パーキンソン病薬、カルシウム拮抗剤、造影剤、アヘンアルカロイド、筋弛緩剤

■4 尿失禁

高齢者で頻繁に使用される薬の多くは、尿失禁を惹起させる。失禁に対する懸念から、水分摂取を控えたり、服薬コンプライアンスの低下が問題となる。

これらの対策として、尿失禁を誘発する薬の使用中止や、類似する効果をもつ薬への処方変更が望まれる。

■尿失禁を引き起こす薬

利尿剤、睡眠剤、精神安定剤、抗精神病薬、β遮断薬、リチウム

■5 転倒の誘発

寝たきりになる原因のひとつとして「転倒・骨折」がある。転倒を誘発させる薬を使用すると、転倒の危険度がさらに増大するので、同じ効能を持つ薬の中からできるだけ

切り、食事摂取、衣服着脱、居室掃除、薬の内服 など

■うつ状態を引き起こす薬の例

ラウオルフイアアルカロイド、副腎皮質ホルモン、メチルドパ、非ステロイド性抗炎症剤、β遮断薬、インターフェロン

■3 便秘

便秘とは「3日以上の排便がない場合、あるいは1日の便量が35g以下のとき」と言われている。特に高齢者は、副作用として便秘の可能性がある薬を使用する機会が多く、便秘によって食欲不振、悪心嘔吐、胃部不快感などの症状や高血圧あるいは狭心症などの基礎疾患を悪化させることもあり、便秘の予防・早期対応が大切である。

瀉腸や下剤、排便へのストレス、非生理的リズムでの排便へのストレスなどの精神的ストレスがあり、これらは、高齢者の生活の質にさまざまな影響をおよぼす。

しかし、便秘を誘発させる薬を使用している高齢者には、下剤を処方される場合が多いため、生理的リズムを考慮した下剤の使用量、使用方法の検討が必要である。

転倒リスクの少ない薬を選択する。

●転倒を誘発させる薬とその副作用

筋弛緩剤	脱力、筋力低下
抗不安薬	脱力、筋力低下、ふらつき、めまい、眠気、覚醒水準の低下
睡眠薬	ふらつき、めまい、眠気、覚醒水準の低下
NSAIDs	ふらつき、めまい
抗てんかん薬	ふらつき、めまい、視力障害、眠気、覚醒水準の低下
麻薬	ふらつき、めまい、せん妄、眠気、覚醒水準の低下
非麻薬性鎮痛剤	ふらつき、めまい、眠気、覚醒水準の低下
抗がん剤	ふらつき、めまい、せん妄
降圧剤	失神、起立性低血圧
利尿剤	失神、起立性低血圧
抗うつ剤	失神、起立性低血圧、パーキンソン症候群

患者の身体状況と検討できる服薬支援方法の例

患者の状況	服薬行動に関する状況	服薬支援の例
<input type="checkbox"/> 運動機能障害 筋力低下 リウマチ 脳卒中片麻痺	<input type="checkbox"/> 薬をつかめない <input type="checkbox"/> シートから出せない <input type="checkbox"/> 袋を開封できない <input type="checkbox"/> 半錠にできない <input type="checkbox"/> 点眼薬のキャップがはずせない <input type="checkbox"/> 点眼薬がうまくさせない <input type="checkbox"/> 貼付剤の開封口の開閉ができない <input type="checkbox"/> 湿布がうまく貼れない <input type="checkbox"/> 軟膏を終わりまで取り出せない <input type="checkbox"/> 軟膏容器の先端に穴があげられない <input type="checkbox"/> 坐薬が挿入できない	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 調剤方法の工夫 <input type="checkbox"/> 自助具の利用 袋オブラート、軟膏を搾り出す自助具、点眼用自助具
<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 残薬がある <input type="checkbox"/> 飲み間違いがある	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 服薬カレンダーなど利用 <input type="checkbox"/> 介護者・看護者への服薬指導 <input type="checkbox"/> 自助具の利用 嚥下補助ゼリー、オブラート、薬杯
<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 飲み込めない（嚥下反射遅れ、薬の咽頭への送り込み困難、麻痺） <input type="checkbox"/> 誤嚥しやすい <input type="checkbox"/> 服薬時の姿勢が保てない	<input type="checkbox"/> 小さいサイズの錠剤や散剤への変更 <input type="checkbox"/> とろみをつける <input type="checkbox"/> つぶし <input type="checkbox"/> 経管投薬 <input type="checkbox"/> 自助具の利用 嚥下補助ゼリー、服薬用カップ、オブラート
<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> あまり見えない <input type="checkbox"/> 薬袋の字は少し読める <input type="checkbox"/> 点字が読める	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 触知型シール <input type="checkbox"/> 見やすい字 <input type="checkbox"/> 点字・知覚シール <input type="checkbox"/> 自助具の利用
<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 大きな声であれば聞き取れる	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 自助具の利用 補聴器、音声伝達器
<input type="checkbox"/> 失語症	<input type="checkbox"/> 構音障害あり <input type="checkbox"/> 失語症あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害を伴う	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 剤形の検討
<input type="checkbox"/> 理解力の低下（認知症など）	<input type="checkbox"/> 服薬の理解力がない <input type="checkbox"/> 服薬の理解力は少しある	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 服薬カレンダー・管理箱などの利用 <input type="checkbox"/> 介護者・看護者への服薬指導

胃腸機能調整薬	制吐薬	血糖降下剤	抗ヒスタミン剤	抗不安薬	抗コリン剤	β遮断薬	H2拮抗剤	ジギタリス製剤	抗パーキンソン病薬	向精神薬 (睡眠薬を除く)
パーキンソン症候群	パーキンソン症候群	眠気、覚醒水準の低下	眠気、覚醒水準の低下	眠気、覚醒水準の低下	視力障害	せん妄	せん妄	せん妄	せん妄	失神、起立性低血圧、パーキンソン症候群

●高齢者の身体状況に応じた服薬支援

高齢者に応じた適切な服薬支援を行うには、まず服薬効果の把握が必要である。薬剤師に相談すれば、身体状況に

応じた服薬支援方法が検討できる（次頁表参照）。

(1) 運動機能障害者への服薬支援

(筋力低下・関節リウマチ・脳卒中片麻痺)

服薬動作のうち、具体的に何に困っているのかを聞き取り、有効と思われる自助具の使用をすすめる。

脳卒中片麻痺の患者の場合、内服薬、外用薬にかかわらず、片手ではスムーズな服用動作が行えないため、片手でも服薬ができるような調剤方法の工夫を行う。また、介護の状況に留意し、必要なれば投薬回数のない持続性の薬への処方変更を医師に依頼する。患者自身が服薬する能力がある場合は、できるだけ自力でできるよう、薬袋に切れ目を入れて一回分ずつ薬杯に移しておくなどの工夫をする。関節リウマチの患者の場合は、変形や疼痛によって自分で薬を飲んだり、外用薬を使用することが徐々に困難になる。また、病気が長引くほど、握力や指の力が低下し、薬の開封ができなくなったり、関節の変形によって手が口に届かなくなり、薬の服用・使用が困難になっていくので、調剤方法の工夫と有効と思われる自助具の使用をすすめる。

(2) 寝たきり者への服薬支援

寝たきりの人は、コンプライアンスに問題がある場合は

多くある。服薬に問題のある点については、介護者・看護者などと十分な連携の下に改善策を検討する。

まず、服薬の意義について、病態・疾患について視覚的資料を活用するなど、患者、介護者・看護者の理解が深まるように説明する。また、服薬を自身で調節してしまう原因として、嚥下能力の低下、義歯の使用、剤形の飲みにくさ、飲み忘れや飲み間違いがあり、対応は前述の通りである。

■(3) 嚥下障害への服薬支援

患者、介護者・看護者双方にとって服用しやすい、させやすい方法を検討する。患者にとって服用しやすい姿勢を見つけないことにより、嚥下諸筋のリラックした状態、誤嚥にくい状態を確認する。

家族や介護者・看護者より現在の服用状況を確認し、嚥下反射の遅れや、薬の咽頭への送り込みの困難さ、舌、頬、唇麻痺、咽頭、咽頭麻痺などの問題点を検討する。

服用方法として、液体と薬を交互に飲み込む交互嚥下、一口に服用する薬を制限する一口量の制限、大きく息を吸って息を止めてから飲み込む息止め嚥下、一口について何回も飲み込む複数嚥下などの方法を使い分け、患者に最も適切な方法を検討する。

(4) 視覚障害への服薬支援

視覚障害者は、健常人と比較して得られる情報は非常に少なく、特に中途障害者の場合には、点字の習得が困難なケースが多くある。視力、視野欠損状況などの視機能に応じて、文章や視覚資料の説明が可能な場合や、口頭での説明を行う場合などがある。

また、視覚障害に起因して理解力の低下が起きている場合もあり、それに伴った服薬能力の低下も考えられる。視機能に応じて、文字を大きく大きくする、色をつけるなどの工夫をする。

■(5) 聴覚障害者への服薬支援

聴覚障害の状況（伝達障害、感音難聴、混合難聴）について正しく把握し、補助機器、文書を用いた服薬指導を行う。

(6) 失語症（構音障害）者への服薬支援

構音障害の患者は舌が動かない、唇が閉じない、または嚥下障害を伴うことがあり、剤形を工夫する。

(7) 認知症患者への服薬支援

周辺症状の改善を目的とした抗精神病薬によって、高齢による生理機能低下による副作用発現のおそれも大きくなっているので、薬の管理を行っている家族および介護者・

看護者に対して適切な説明を行うとともに、詳細な患者情報を入手し、継続的な薬剤管理と指導を行う。

●在宅医療での服薬支援

これらの在宅医療で、薬剤使用との関連が深い在宅成分栄養経管栄養法、在宅中心静脈栄養法、在宅悪性腫瘍患者の疼痛治療への薬剤師の関わりを紹介する。なお、ここで記載したものは、これら治療法に直接関わる範囲であり、前章などで示した居宅療養患者に関する一般的な注意は記載していない。

■1 在宅成分栄養経管栄養法

錠剤やカプセル剤の薬は、チューブを通して投与するため、錠剤粉砕またはカプセルを外した状態で、水または温湯に溶かして（懸濁）させてチューブを通して投与させる。その際、薬がしっかりと溶けて（懸濁）いるか、薬によってチューブが詰まらないか、などが問題となる。多くの錠剤は粉砕して用いるようにできていないため、粉砕することにより、体内動態の変化をはじめとした予測しがたいケースが生まれる可能性がある。また、薬の成分と栄養素の相互作用が起るケースもあるし、薬そのものや、薬と栄養剤の混合

などにより粘度が増すことなどもある。

薬剤師は、このような場合、薬の変更や投与方法の変更を検討する。

■2 在宅中心静脈栄養法

薬局から、HPNに利用する薬剤、たとえばカロリー輸液用基本液（糖質・電解質）、アミノ酸製剤、脂肪乳剤、ビタミン製剤、その他（微量元素製剤、電解質補正液、糖質輸液など）を供給する。

混合する薬剤そのものや、薬剤を混合するタイミング、薬剤を保存しておく期間によっては、予期しない化学変化や効力の低下などが生じる可能性もある。

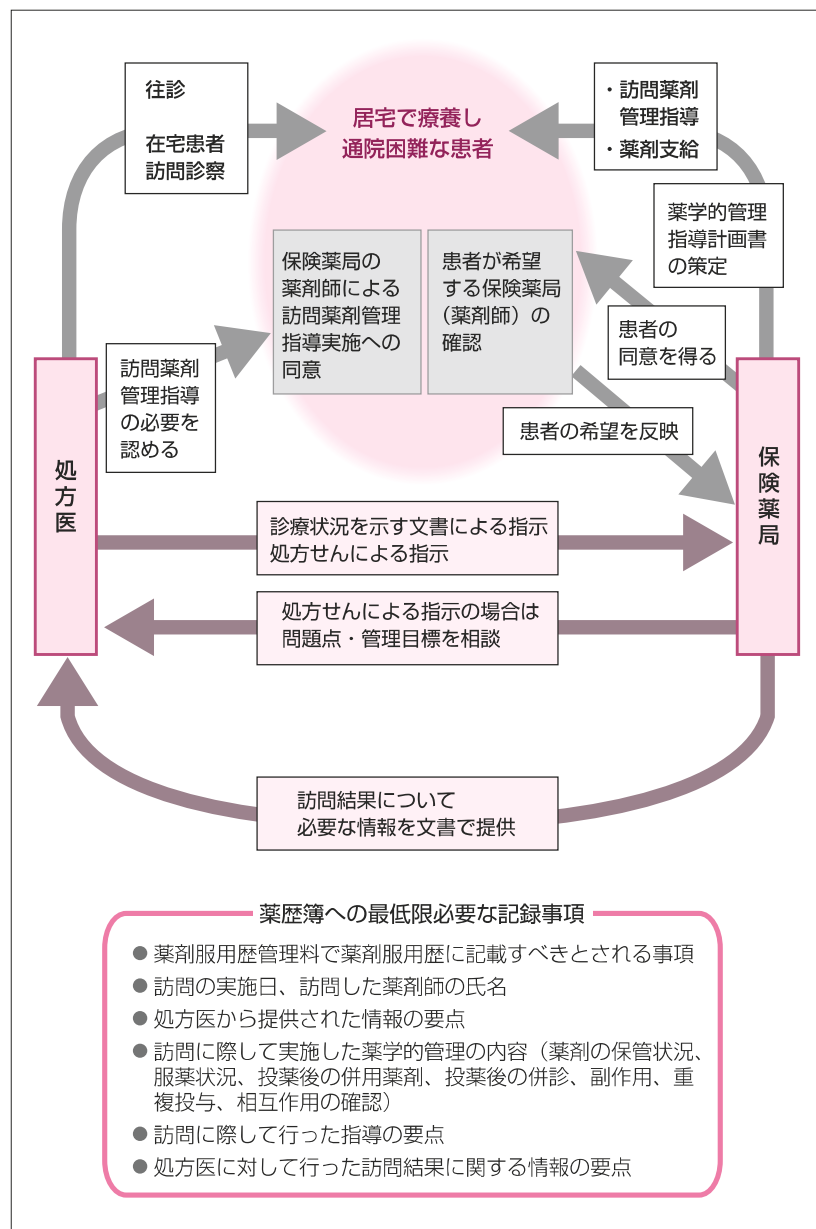
また、他の投与方法に比べ、高血糖、低血糖、電解質異常、必須脂肪酸欠乏症、微量元素欠乏症、ビタミン欠乏症などへの注意が必要である。

薬剤師は、患者の使用実態に合わせた最適な薬剤の供給を検討する。

■3 在宅悪性腫瘍患者の疼痛治療

WHOの「WHO方式がん性疼痛治療法」は、1996年に改定され、段階的投与方法と使用薬剤はがん性疼痛の項（267頁）で述べられている。

在宅患者訪問薬剤管理指導の流れ



薬剤師が行う訪問薬剤管理指導について

薬剤師が自宅を訪問し、薬の服用方法や管理の仕方について説明する。

●薬についての説明

処方された薬の効果と副作用について説明する。また、副作用の症状が出ていないかを確認し、疑いがあれば速やかに医師に報告し、対応する。

●薬が飲みづらい場合の工夫・対応

錠剤やカプセルが喉につかえるなど薬が飲みづらい場合には、薬剤師が医師に剤形の変更を依頼したり、ゼリーやオブラートを使って飲みやすくする。

●薬の保管・管理上の工夫・アドバイス

朝・昼・夕ごとに飲む薬をまとめるなど、飲み忘れがなくなるように工夫する。また、薬を湿気・日光・高温から守るよう管理方法についても説明する。

さらに、以前に処方された薬などについても、薬剤師がアドバイスする。

●薬の飲み合わせや食品・健康食品との相性の確認

処方されている薬を市販薬と一緒に飲んで安全かどうか調べる。また、ふだん食べている食品や健康食品と薬の相性も調べる。

●介護用品や衛生用品などの相談

褥瘡を予防するための介護用品の紹介や介護方法、その他衛生用品などについて相談に応じる。

●住環境などを衛生的に保つための指導・助言

シーツや住まいの消毒方法などについて説明する。

■費用について

薬剤師が行う訪問薬剤管理指導は、健康保険または介護保険の対象となる。

●慢性呼吸不全の種類

在宅においての呼吸機能維持を必要とする患者は、肺気腫、慢性気管支炎、肺結核後遺症などの慢性の肺疾患や、進行性筋ジストロフィー、多系統萎縮症などの神経、筋疾患を持っている人で、その悪化により血液ガスの異常を来す。慢性呼吸不全には次のタイプがある。

①Ⅰ型呼吸不全『炭酸ガスの蓄積を伴わない』

肺の血流に見合う換気が行われないタイプで、急性では肺炎、気胸、肺塞栓症、慢性では肺気腫、慢性気管支炎、びまん性汎細気管支炎、気管支拡張症、あるいは拡散障害のタイプで慢性では肺繊維症、慢性間質性肺炎がある。

②Ⅱ型呼吸不全（高炭酸ガス血症を伴う低酸素血症）

肺胞の低換気をもたらすもので、肺結核後遺症、脳の病変、筋萎縮性脊索硬化症のような神経、筋疾患などの呼吸中枢の障害によりもたらされたものがある。

在宅酸素療法は、安静時 SpO_2 が 90—93% を維持するように、安静時の酸素用量を決定する。ナルコーシスを起

がら動作を行うことが基本である。

(1) 歩行と呼吸

腹式呼吸を行いながら、呼吸に合わせてゆっくりと歩行。最初は吸気と呼気の割合を 2対3とし、慣れたら呼気の延長をしていく。深呼吸は、呼吸補助筋を緊張させ、酸素消費を増し効率が悪い。呼吸を乱さないように注意する。

(2) 歩行の目安

活動量を維持するために、その能力に応じて無理のない戸外の歩行を心がける。可能な場合は 3,000 歩から 4,000 歩を目安とする。休憩がとれるコースを選ぶ。

(3) 食事

慢性呼吸不全の利用者は、横隔膜の平底化に伴い腹部膨満感を感じやすい。そのために排便コントロール、腹圧をかけない姿勢で食事を摂る工夫が必要である。また、エネルギー消費が増大するにもかかわらず、摂取エネルギーが減少するため、エネルギーインバランスが起こる。必要なカロリーや栄養素などの摂取については、専門家の栄養士を活用したい。

(4) 洗面

椅子を置いて座って洗面を行う。洗顔は連続して行わず

こさないように、Ⅱ型呼吸不全では、定期的に $PaCO_2$ のチェックが必要となる。慢性呼吸不全の患者はしばしば急性増悪を来す。その場合は急性処置が必要になることも多い。

●呼吸管理

■1 在宅ケアにおける呼吸管理の目標

- (1) 在宅療養者・介護者が、慢性的疾患をマネジメントできる。
- (2) 急性増悪の徴候がないか、急性増悪を起こしていないか観察、アセスメントする。
- (3) 急性増悪時の的確な判断と対応ができる。

■2 日常生活の中の指導

息苦しさを増強させる動作は、息を止める動作時や腹部を圧迫する姿勢である。立ち上がりるとき、蛇口をひねるとき、ボトルを開けるときのなど力を入れる動作時には、筋肉を緊張させ酸素消費量を増加させ、息を止めていることが多い。

自身が息苦しさを感じるときはどんなときなのか、利用者とともにふり返り、利用者が自覚することが重要である。日常生活の指導ポイントは、息を止めないで、息を吐きな

呼吸を整えて行う。うがいを行うときも連続して行わないように指導する。

(5) 排泄

息を止めて腹圧をかける動作は息苦しさを増すので、息を吐きながら腹圧をかけるようにする。繊維質の多い食品や水分を意識して摂取し、便通を整えておく。

(6) 更衣

着替えの衣類は手の届く椅子、台などの上に準備し、何度かがまないようにする。

着衣は前開きの物が着脱に楽である。かぶるタイプの着衣は首回りがゆったりしているものを選ぶ。ズボン、靴下は椅子に腰掛け、一度の立ち上がりで行えるようにする。

(7) 入浴

連続した動作は避け、口すぼめ呼吸や腹式呼吸で整え、息を吐きながら行う。浴室では、低すぎる椅子は腹部を圧迫しやすいので避けたほうがよい。

日頃から、緊張をほぐしリラックスすることは酸素消費減となるので、全身の緊張緩和ができる練習しておく。

在宅介護支援事業者に依頼して介護保険の申請を行い、訪問介護

③ 福祉機関
医療機器の安全管理とともに医療機器の操作を行い、家族支援として操作を指導し、確認をする。

② 訪問看護ステーション
医療機器の安全管理とともに医療機器の操作を行い、家族支援として操作を指導し、確認をする。

① 専門医療機関とかがかりつけ医
専門医は医療機器の使い方について指導、地域の開業医と訪問看護ステーションに、日常的ケアについて申し送る。地域医師会と連携して事例検討会議を行い、地域ケアシステムづくりを考える。東京都では、難病相談や訪問事業を行っている、東京都医師会、専門医、地区医師会が協力している。

が連携して、病状の進行に伴う医療的管理、障害に伴う身体的・精神的負担の軽減を図る。

① 専門医療機関とかがかりつけ医
専門医は医療機器の使い方について指導、地域の開業医と訪問看護ステーションに、日常的ケアについて申し送る。地域医師会と連携して事例検討会議を行い、地域ケアシステムづくりを考える。東京都では、難病相談や訪問事業を行っている、東京都医師会、専門

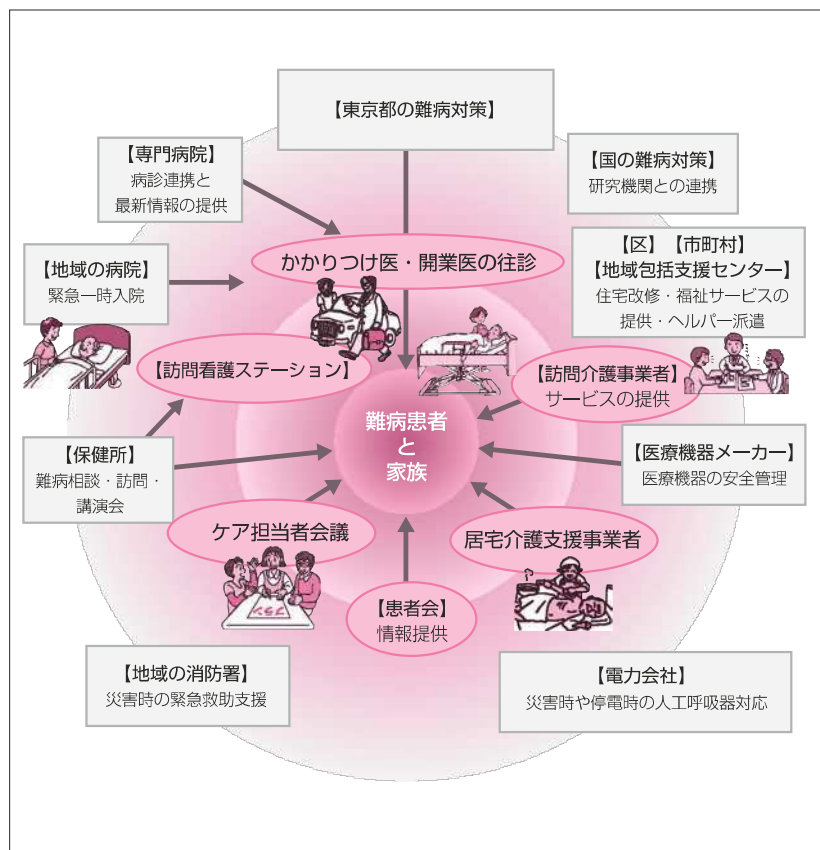
医、地区医師会が協力している。

が連携して、病状の進行に伴う医療的管理、障害に伴う身体的・精神的負担の軽減を図る。

① 専門医療機関とかがかりつけ医
専門医は医療機器の使い方について指導、地域の開業医と訪問看護ステーションに、日常的ケアについて申し送る。地域医師会と連携して事例検討会議を行い、地域ケアシステムづくりを考える。東京都では、難病相談や訪問事業を行っている、東京都医師会、専門

医、地区医師会が協力している。

難病療養者支援ネットワークの推進



3 呼吸リハビリテーション

目標…症状を軽減し、O₂を改善し、日常生活への身体、精神的な参加を促進するものである。

呼吸リハビリテーションは非薬物療法として重要な位置を占めている。

- (1) 肺理学療法（呼吸訓練・排痰訓練）
- (2) 運動療法

■情報を得るためのサイト

- ① 肺理学療法の誘い
kei.dproj.or.jp/lib/haitan/haitan1.htm
- ② 呼吸理学療法とは
www.copd-info.net/treat/respiratory.html
- ③ 呼吸理学療法
www.2s.biglobe.ne.jp/~MINEO/oneyama5-5.htm

■参考文献

- ① 「呼吸器ケア8」 2006・8 MCMメディア出版
- ② 「呼吸管理」 川越 博美他 日本看護協会出版会

5 神経難病・特殊疾患

●神経難病・特殊疾患への対応

医療依存度の高い療養者が在宅で療養生活をするためには、保健・医療・福祉を包括したケアシステムが重要となる（次頁）。

■1 関連職種との連携

病状の進行に伴い、家族や療養者を支援し、人工呼吸器を装着しても、在宅療養生活が継続できる地域のサポート体制が必要である。主に、保健所保健師が関連機関の調整を行う。専門病院・かかりつけ医・訪問看護ステーション

- ③ 「息切れを克服しよう―患者のための包括呼吸リハビリテーション」 木田厚瑞 照林社
- ④ 「呼吸リハビリテーションマニュアル運動療法」

■引用文献

- ① 「呼吸器ケア2」 2006・2 MCMメディア出版

とコミュニケーション機器の導入、緊急時の短期入所制度を整備し、介護負担の軽減を図る。福祉制度の活用や指導をする。

④ 地域のサポート

● 難病患者団体

難病に関する地域の情報を交換する。

● ボランティア

地域のNPO団体による送迎ボランティアや、看護資格のあるボランティアを組織化する。

6 在宅医療と皮膚疾患

● 褥瘡の予防と治療

■ 1 褥瘡予防

(1) 体位変換

① 可能な限り2時間以上の同一姿勢を回避する。圧迫されている骨突出部に発赤があれば、2時間未満での交換が必要と判断する。夜間は、自動体位変換マットを利用すると介護者の負担軽減となるが、拘縮などがあ

る場合は、摩擦、ズレが生じやすく注意が必要である。

② 30度側臥位は、骨突出のない臀部で圧力を受けることができ、褥瘡発生リスクを少なくする。

③ ベッドギャップ45度では上半身の50%の重さが、70度では88%の重さと臀部の重さが負荷されるため、できれば30度までとしたい。また、ギャップした際に、皮膚のよれ、ズレが発生しやすい。予防するためには背抜き（一旦背部に手をいれ、ベッド面に密着している皮膚のよれを解除する）を必ず行う。

④ 椅子上での体位変換は、自力で頻回に腰を浮かすか、できない場合は介助する。

⑤ 踵部は下腿にクッションを入れ浮かす。虚血状態を助長する円座は使用しない。

(2) 体圧分散

① マットレスが沈みこむ寝具なら接触面積が広くなり、その部分に加わる圧力は小さくなることを考慮する。骨突出部位を一時的に浮かせて、圧力の加わらない時間をつくる方式のエアマットもある。

② 体圧測定器を使って、骨突出部位にかかる圧力を測定し評価する。簡易体圧測定器は3万円程度で購入でき、

簡単に測定することができる。

(3) スキンケア

① ズレ、摩擦によるダメージを避ける。体位変換時に引きずったりしないようにする。

② 予防のためのマッサージは、摩擦とズレを引き起こしかねないので望ましくない。

③ 骨突出部位にポリウレタンフィルムドレッシング材を貼用、白色ワセリンなどの塗布で予防する。

④ 乾燥した皮膚はズレ、摩擦により容易に表皮にダメージを受けやすく、親水性クリームで予防する。

⑤ 湿潤の予防には、しわができないように、オムツは体の動きにフィットしたサイズを選ぶ。尿とりパットを上手に使う。安易なバルンカテーテルの選択は避けたい。撥水性クリームの塗布を行う。

⑥ 弱酸性石鹸を使用した洗浄を行う。

(4) 栄養

栄養状態のアセスメントを行い、たんぱく質、ビタミン、亜鉛、水分補給が大切である。粉ミルク、スポーツ飲料、サプリメントなどや濃厚流動物も上手に使用したい。

■ 2 車椅子利用のときの褥瘡予防

(1) 車椅子の選択、座面除圧クッション、除圧動作が大切。

(2) 座位時間が長いと、仙骨座りや身体の傾きなどで、正しい姿勢保持ができない場合が多い。体形に合わせて調整可能な車椅子や、座面と脊椎部にクッションを装備したものなど工夫されたものがある。理学療法士が相談に乗っているので活用されたい。

■ 3 褥瘡ケア

(1) 局所ケアは創面の清浄が先決、消毒は不要だが、行った場合は、1〜2分後に生食などで洗い流す。

(2) 壊死組織の除去を行う。

(3) 軟膏による創傷治療促進のほかに、創傷被覆材の使用がある。

在宅では、少数であるがWOC認定看護師が活躍しているので活用をすすめたい。

■ 4 保険上の注意

ドレッシング材を使用する場合には、保険上の制約がある。ポリウレタンフィルムなどの費用は、当該材料を使用する手技料に含まれ、別に算定できない。

皮膚欠損用被覆材は2週間を標準として、特に必要と認

められる場合に限り3週間算定できる。

7 リハビリテーション

■ 情報を得るためのサイト

- ① 褥瘡に対する新しい考え方と治療
www.jokuso-dr-ohura.ne.jp
- ② NPO法人 創傷治療センター
www.woundhealing-center.jp/kyzu/jokuso.html
- ③ Minds 褥瘡医療情報
minds.jcqhc.or.jp/0036_ContentsTop.html
- ④ 褥瘡発生予測方法 スケールについて
square.unin.ac.jp/sanada/japanese/admin/2.html
http://www.fcda.jp
- ⑤ 東京都皮膚科医会ホームページ とうずれ110番
http://www.fcda.jp

■ 引用文献

- ① 「褥瘡のすべて」 宮地良樹 真田弘美 永井書店

■ 参考文献

- ① 「最新！褥瘡治療マニュアル」 福井基成 照林社
- ② 「褥瘡予防・ケアガイド」 照林社
- ③ 「褥瘡ケアガイド」 日本看護協会出版会

● 地域リハビリテーション実践ガイド

■ 1 「地域リハビリテーション」とは

「地域リハビリテーション」とは、自宅で生活している生活機能障害者のために、地域で行う医療・保健・福祉・社会活動を包括した概念であり、リハビリテーション医療のノウハウを活かし、生活機能障害に応じて最も適切な生活が送れるよう、本人、家族、医師、療法士、看護師、ホームヘルパーなどが連携し支援する活動を指す。わが国では、保健師の在宅リハビリテーション活動がその発端であり、リハビリテーション医療との結びつきが特徴的である。在宅リハビリテーションは地域リハビリテーションの中に含まれ、地域リハビリテーションと言う場合には、生活基盤の広がりや社会参加の意味合いが大きい。

海外では現在、CAR (Community Based Rehabilitation) が同義とされているが、この定義は本来発展途上国での出張でのリハビリテーション活動を指すものであった。その後WHO、ILO、UNESCOが1994年、次のよう

に定義した。「CAR (Community Based Rehabilitation) とは、障害のあるすべての人々のリハビリテーション、機会の均等、そして社会への統合を地域の中で進めるための戦略である」(澤村誠志監修・編集「地域リハビリテーション白書2」三輪書店、1998)

■ 2 具体的な活動

具体的な活動は、その地域での既存の医療、保健、福祉の体制との関わりが大きいため確立されたものはない。不可欠なのは、医療、保健、福祉の担い手であり、地区医師会、関連病院、行政機関と現場の各職種連携である。地域リハビリテーションでは、その基礎となるネットワークづくりが求められる。

地域リハビリテーションは「地域で行う」という文言のためか、間違った認識を持たれがちだが、病初期の入院中に在宅での生活復帰を念頭に計画され実施される急性期集中リハビリテーションに始まる。その後の回復期のリハビリテーションには病初期にどのようにアプローチされたかが影響する。したがって地域連携のネットワークには急性期病院の関係者の関与も重要である。

第二章 7 リハビリテーション

地域リハビリテーションには、個別の事務所で活動し

ているリハビリテーション専門職種との関係が重要であるが、事業所単位では、在宅リハビリテーションを専門とする訓練士は少ない。たとえば理学療法士(PT)は、全国の41%は1人職場との報告がある。人も物も制限が多い上、対象者は重度者が多いという在宅の場合において、どうしたらいいのか、どのようにアプローチしたらいいか、困惑する訓練士も少なくない。そんなときには同じ職種のネットワークが大切であり、症例検討会を通じてのいろいろな経験を、お互いに共有することが技術力向上につながる。

また、核となる看護師、リハビリテーション専門職種の理学療法士、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)とともに介護スタッフを含めた多職種ネットワークが必要となる。今後は、各地の地域リハビリテーションにおける様々な事例についてデータベースの構築を行い、多施設協働でのリハビリテーションのエビデンスを積み重ねる必要もある。

以上のような活動を担う地域リハビリテーション支援センターが島しょを除く各二次保健医療圏に1か所設置されることになっており、東京都福祉保健局のホームページにも紹介されている。

訪問リハビリテーションの種類と特徴

分野	介護			医療		
法律	介護保険の提供サービス			医療保険、老人保健の提供サービス		
実施機関	病院 診療所 老人保健施設	訪問看護ステーション		病院 診療所	訪問看護ステーション	
名称	訪問リハビリテーション	PT・OT・ST による訪問	保健師・看護師 による訪問	在宅訪問 リハビリ テーション 指導管理料	保健師、看護 師、助産師に よる訪問	PT・OT・ST による訪問
対象者	介護保険対象者 (40歳以上で加齢に伴う特定疾病に該当する者)			介護保険非対象者		
訪問時間単位	20分以上 ：500単位 <加算> リハビリ マネジメント ：20単位 1ヵ月以内 ：330単位 1ヵ月越 3ヵ月未満 ：200単位	30分未満(7-1) ：425単位 30分以上 60分未満(7-2) ：830単位	20分未満： 285単位 (夜間、早朝、深 夜のみ算定可) 30分未満 (7-1)：425単位 30分以上60分 未満(7-2)： 830単位 60分以上90分 未満：1198単位 *准看護師による 訪問 上記単位の 90/100で算定 <加算> 特別管理加算、緊 急時訪問看護加算 ターミナルケア加 算など	20分1単位 300点	30分～90分 程度 週3日まで/ 1日：5,300円 週4回目以降/ 1日：6,300円 *1回の訪問時 間は30分～90 分が標準 *准看護師に よる訪問 週3日まで/ 1日：4,800円 週4日以降/ 1日：5,800円	30分～90分 程度 週3日まで/ 1日：5,300円 週4回目以降/ 1日：6,300円
訪問頻度	上限規定なし	原則として保 健師・看護師 の訪問回数を 越えない	上限規定なし	退院後3ヶ月 は12単位算 定可能その後 は6単位算定 可能	訪問看護・指導 計画に基づき定 期的に訪問看護 または指導を行 った場合に1日 に1回算定する	週4日以上算定 できるのは、厚生 労働大臣が定める 疾病等の利用者と 特別訪問看護指示 書*期間中の利用 者のみ
利用者負担	1割負担			保険に応じ1～3割負担 (手帳等による助成あり)		

*特別訪問看護とは、急性増悪、終末期等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に行う必要性を主治医が認め、当該患者の同意が得られた場合に行われる。

●訪問リハビリテーション実践ガイド

■1 訪問リハビリテーションとは

理学療法士や作業療法士、言語聴覚士などのリハビリテーション専門スタッフが家庭を訪問して、病气やけがなどで来した生活機能低下や変化を評価し、日常生活動作訓

■情報を得るためのサイト

① 東京都福祉保健局

http://www.tokushinoken.metro.tokyo.jp/ryo/sonota/rha_ryo/center_to/

■参考文献

- ① 「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班 平成11年3月
- ② 「地域リハビリテーション論 ver.3」編集 大田仁史 著書 浜村明徳 下斗米貴子 澤俊二 三輪書店
- ③ 「地域リハビリテーションと介護予防・自立支援推進のためのガイドライン」日本リハビリテーション病院・施設協会 2006年3月

練や起き上がり・端座位訓練などの基本動作訓練などの機能訓練、補装具選定などの環境設定や精神的なサポートを行い、在宅での生活の自立支援とQOL向上を目指すことである。これらの活動は単独では機能せず、地域リハビリテーションの一環として、多職種協働連携が必要となる。

医療保険制度は医療機関から派遣された理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が自宅へ訪問して提供するサービスのみが「訪問リハビリテーション」である。しかし「訪問リハビリテーション」という名称は、文字通り訪問によって展開されるリハビリテーションすべての俗称として使われている。リスク管理に長けた訪問看護サービスによるリハビリテーションも、重要な訪問リハビリテーション手段のひとつと言えよう。ただし、制度を利用する場合には、それぞれの制約があるので、確認が必要である。

このような制度としてのリハビリテーションだけではないが、「生活」を支える訪問介護職を含めて、生活機能向上を意図した活動は、もっとも基本的なりハビリテーションアプローチと言っても過言ではない。

■ 2-1 訪問リハビリテーションの実践

―実践目標は小刻みに―

生活機能の評価上、療養者と関わるスタッフが共有する目標（リハビリテーションゴール）を設定することに始まる。個々の事例により、利用する制度を含めて導入方法からやり方まで異なるが、リハビリテーション実践のキーポイントを紹介する。

（1）運動器能力ではなく、生活機能を見る

発病直後を担当する急性期病院での集中リハビリテーションは、機能低下へのアプローチが主となる。機能低下とは、いわゆる手足の麻痺や言語障害を指す。それはもともとより病気による後遺症であって、完全に治癒するものではない。たとえば脳卒中の後遺症では、病気の大きさ、程度、発病からの期間などから、病初期に90%程度はおおよその機能回復レベルが予測できる。そこから期待しうる運動機能目標を定め、地域リハビリテーションの端緒としての急性期の集中リハビリテーションを開始される。

訪問リハビリテーションが施行される維持期においては、急性期の集中リハビリテーションを十分終えていることが前提となる。維持期のリハビリテーションでは、その能力

を維持するための生活活動プログラムや療養者が希望している活動が、補助具などを使って安全に行えるのかどうかを検討する。生活機能とは、動くか動かないかに代表される身体機能障害とそれによる日常生活動作の自立度、家族や社会での役割などの社会参加の程度からなり、本人の性格、介護者や家屋状況、使える施設の有無、経済的問題、併存疾患の有無などを合わせて、安心して暮らしていける状況かどうかを評価する。そのためには、生活情報を含めて多方面からの視点が必要で、多職種協働による作業となる。

（2）一番大切なのは利用者のニーズと生活機能とのマッチング

生活機能とのマッチングとは、こうしたいという利用者のニーズが可能かどうかを踏まえて、思いが強くても決してできないことを受容しつつ目標を定めるところである。生活を支援するという立場は、運動機能を中心とした予後予測に基づくリハビリテーション医療とは異なり、利用者・家族の不安をサポートし生活の質を向上維持させるという役目も担う。本人のニーズを確認して、それが現実の生活機能で可能かどうか、あるいは機能訓練などのアプローチでできる可能性があるのかどうか、もし、本人の能

力でだめなら、環境（補装具の検討、住宅改修など）を交えるか、介護者に何か学習してもらおうか（生活パターン、介護方法など）ということまで検討してみることが大切である。そのときに、小さなことでもここまで、いつまでと計画を立て、実践目標は小刻みに決める。うまくいかなければ修正するということを繰り返す。

訪問リハビリテーションでのアプローチが最も期待できるのは、本人が意識清明でリハビリテーションに対する理解と意欲がある場合、あるいは介護者がリハビリテーションに対しての理解があり、家具の配置などの住環境において、生活の変化を受け入れられる場合に多い。「リハビリテーションに対する理解」というのは、ある場合には、「障害の告知」と受け取られることもあり、その受容を支援し生活の再構築へ取り組む意欲を醸成することにある。住環境の変化というものは意外に受け入れ難いものである。空間のあるところに、ベッドを置くということでは、でも、ポータブルトイレについては置いて使わないという人もいる。トイレが部屋のなかでは、と考えるのである。スペースがない場合は言うまでもなく、もともとあった家具の配置替えも拒否する人も多い。

介護保険のサービス内容が変わり、ベッドが借りられなくなったから、ふとんからの起き上がりができるようにして欲しいとのニーズがあっても、状態像からかけ離れた訓練は危険と言わざるを得ない。

表 生活モデルの医療

目的	医療モデル
疾病の治療・救命	生活(QOL)モデル
健康	生活の質向上
対象	自立
疾患(生理的正常の維持)	障害(日常生活活動の維持)
病院(施設)	社会(生活)
医療従事者(命令)	多職種(協力)
チーム	

(長谷川敏彦：平成10年度医療提供体制に関する研究より)

（3）訪問リハビリテーション。なぜ必要なのだろうか？

制度上訪問リハビリテーションは仕分けられており、使い方で選ぶ必要がある。閉じこもり予防を兼ねて、通所がよい場合もある。訪問リハビリテーションは、依頼をすれば、すぐ開始できるものでもなく、また、ただケアプランを埋めるためのものでもない。あくまで生活機能の評価し、ニーズにあわせて実践目標を小刻みに設けるという手順を

忘れてほしくありません。

(4) 併存疾患はないか？ 訪問リハビリテーションのリスクはないか？

リハビリテーション医療の根幹は「運動管理 motor control」である。医療におけるリハビリテーションで、最も重要なのは運動時のリスク管理である。高齢者の医療依存度は非常に高くなっている現在、かかりつけ医からの情報や指示が欠かせない。また、かかりつけ医も、どのような訓練をしていくのか活動度を知らなければ、情報の提供は困難である。たとえば、肝硬変などで血小板が極端に少ない人、あるいはワーファリンによる抗凝固療法を受けている人は、本人・介護者によっては自身の状況を理解できていない場合もある。このような場合、軽い関節可動域訓練でも血腫を形成してしまふ。心不全などでは軽い労作で呼吸困難になる場合もある。最近では末期がんの療養者にも介護保険が適応されるようになり、病院では終末期においてもQOL維持のためリハビリテーションが導入されている。今後地域でもこのような医療情報と密接に関わって、リハビリテーションの遂行や支援にあたる機会が増加していく。

(5) リハビリテーションでもっとも大切なのは、

本人のやる気、学習能力、やっぱり体力

いわゆる機能障害に対するリハビリテーションは、維持期には行わないと述べたが、リハビリテーション専門病院では、必ず本人あるいは介護者へのホームプログラムを指導している。訓練の場合もあるし、生活上の注意事項である場合もある。自主トレーニングなどのメニューのない場合は、ホームプログラムの指導を訪問リハビリテーションで取り入れることもひとつの方法である。いずれにしても自分たちで日々やれなければ意味がない。訪問リハビリテーションは、暮らしの場における維持的リハビリテーションのペースメーカーとしての意義もある。訓練士や介護スタッフはある程度メニューをこなせるようになったら、次の内容へグレードアップし、同じ内容で続けるとしても、それらを確認して励ましていく。そもそも訓練とは単純な動作の繰り返しであり、専門職種であっても継続するには努力が必要なものであることを理解したい。

また、基本的に廃用や超高齢のため体力筋力低下が著しい場合、たとえば、端座位にならない、車椅子乗車が30分もできない場合には、訓練そのものがバイタルサインに影響

響することがあるので、かかりつけ医に必ず相談し、体を動かしていかどうか確認する必要がある。

(6) 入院でリハビリテーション訓練をするのはどんな場合か？

訪問での訓練は、時間と場所に制約がある。発症からの期間が2か月以内で、一度も入院での専門リハビリテーションを受けたことがなく、訓練による効果が期待できる場合には、入院訓練の適応となることもある。廃用による機能低下では直後からの介入が有効で、在宅では持ち込むのが困難な機器類を使つてのリハビリテーションが必要な場合もある。

(7) 家での訓練はどのようにしたらいいか？

家での訓練は、痛くない程度の軽い負荷から始めて、疲れたら休む、休んだままではなく、またしばらくしたら行うとこのことを繰り返す。すなわち、廃用と過用を避けるということである。10回は必ず行うことができるかということ、いきなり目標を100回にして、次の日から動けないということ是最も避けなければならない。医学的観点からは筋力増強のためには、最大筋力の35%以上の負荷を行わなければならないなどのポイントがあるが、最大筋力そのものが体調によっても違う場合もあるので、おおまかに個人の

疲労感を目安にして良い。頑張りすぎる性格の人は、ふだんの訓練内容で計れるものは記録を残し、それを目安に目標値を設定して行うと良い。たとえば、万歩計を使う場合には、一日500歩くらいの人はプラス100歩を自指す。車椅子に乗っている時間が連続20分程度の人はずは30分、次は1時間と時間を目標値とするのも良い。本人の体力や持久力だけでなく、座位を継続して保つていくには、座面での体重分散（座りなおすという動作）ができていないと、褥瘡の原因にもなりスタッフの工夫も重要である。

(8) 介入のタイミングを図り、訪問リハビリテーションを利用する

訪問リハビリテーションは生活の変化に応じて、またライフステージにおいて、さらにいつ利用するかによって、アプローチする内容も変わり有効性も異なる。一番有効なのは、生活機能低下直後であり生活の再構築にリハビリテーションは大きな力を発揮する。さらに加齢とともに生活機能状態は変化する。変化に合わせた生活支援にも、リハビリテーションの知識は役立つ。タイミングは非常に重要であり、上手に介入し、実践目標を決め、訪問回数を決める。目標の設定を小刻みに変更しながら、生活リハビリ

テーションとして、介護者や関係するスタッフそれぞれにアプローチを依頼する。ひとつの実践目標に対して多くの時間が必要なときもあり、生活のいろいろな面からのアプローチによる経験的積み重ねが必要である。見守りや動作への安全誘導、声かけによる指導など、じかに生活に則して関わる立場のスタッフの役割は大きい。

(6) ゼンギョウゴカワカラナク場所

現在、理学療法士の41%は1人職場と報告されている。専門職と言えども、利用者の対応や訓練プログラムなど迷うことは多々ある。そんなときは、やはり同業者の先輩に相談するのが一番。東京都では地域リハビリテーション支援センターが島しょを除く各二次保健医療圏で1か所指定されており、そこでの事業のひとつにリハビリテーションに関する相談業務がある。実際の活動はこれからのセンターもあるが、近隣の地域リハビリテーション支援センターのシステムを利用し、皆で育てていくことも重要である。

3 介護スタッフにもできる生活支援への心構え

リハビリテーション専門職種だけでなく、より生活に密着している介護スタッフの協力なくして生活の支援はでき

ない。かと言って、いわゆる直接機能訓練は難しい。そんなとき、こんな対応を試してみよう。

(1) キーワード「共感 sympathy」

目の前の利用者が、障害のことや自分のことを一生懸命話しかけてくるとき、まずはその話に耳を傾け、「がんばってきましたね」と声をかけてほしい。介護者に対しても同様である。ほとんどの人が初めて夢中で取り組んでいる在宅療養や介護であることを忘れてはならない。なぜこんなことになったのか、悲しみといらだちを持ちながら、これでいいのか、こんなこともやるのかと不安や疑問を感じつつ、一生懸命取り組んでいることに思いを至したい。それに対してまずは共感し「良くなりそうです」と声をかけることが何よりも求められる。特に障害を受けてからの時間が短いときは、元気だったときとの比較はするなという言葉が難しいものである。かといって、いつまでも失ったものにはかり気をとられては、新しい生活を受け入れられない。「このことはここにあり」という視点をケアに関わる人も持ち、できることは根気強く見守ってきたい。

(2) スタッフに求められるのは、「この人を良くしよう」とする情熱。何もできなくても「あなたに会えて良かった」

訪問リハビリテーションでは、機能障害に大きく関わるのは難しい。また利用するタイミングによっても、同じことはほとんどないこともある。生活の再構築が難しくても、機能を上げることが目的ではない。生活の質を良くしようという視点で何ができるか。「この人を良くしよう」ともつ一度生活全般を見直して見よう。すると、生活そのものを見ている介護スタッフには、「気づき」が止まらなくなる。たとえば、介助パー左30度で、車椅子は左45度に入っただけだと移乗が軽介助でできるといったことがある。それは非常に有用な情報であり、それを共有することによって、より個人に沿った対応方法が検討できる。この「気づき」は、患者や利用者の体調の変化を捉え、適切な医療機関への受診などにも役立つ。このような丁寧さを持って観察すれば、見えてくるものが多くなる。

それでも、何もできないときも多い。そのようにときでも「あなたに会えて良かった」と思ってもいいと思う。最善をしよう。

■ 情報を得るためのサイト

- ① 東京都福祉保健局 地域リハビリテーション支援センター
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/ryo/sonota/rha_ryo/center_to/

■ 参考文献

- ① 「はじめの訪問リハビリテーション」 編集 古良健
 医学書院 2007

精神訪問看護指示書（基本療養費Ⅱ）	
指示期間（平成 年 月 日～ 年 月 日）	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () - 施設名
主たる傷病名	
現在の状況	病状・治療状況
	投与中の薬剤の用量・用法
	病識
	日常生活自立度
治療の目標	
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 1 生活習慣、生活リズムの確立 2 生活技術、家事能力、社会技術等の獲得 3 対人関係の改善 4 社会資源活用の支援 5 その他	
緊急時の連絡先 不在時の対応法	
特記すべき留意事項	
上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。 平成 年 月 日 医療機関名 住 所 電 話 (FAX.) 医師氏名 印 指定訪問看護ステーション 殿	

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書	
※該当する指示書を○で囲むこと 特別看護指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日） 点滴注射指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
病状・主訴	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記入して下さい。）	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	
上記のとおり、指示いたします。 平成 年 月 日 医療機関名 電 話 (FAX.) 医師氏名 印 指定訪問看護ステーション 殿	