

認知症高齢者へのケアマネジメント

～脳リハビリの評価を通じて認知症介護を取り巻く環境を知る

ケアプランの位置付けから考える～

和歌山県 竹村医院居宅介護支援事業所 介護支援専門員

○松下貞子

1 はじめに

当事業所が所在する田辺市はH18年3月で人口約85210人 65歳以上21294人で高齢化率25%です。当事業所のケアプラン作成件数（H17年5月）442名のうち 認知症診断者78名 認知症状はあるが診断なし147名 正常範囲（年齢相応の物忘れあり）217名で、認知症と診断あるいは症状のある人は全体のほぼ半数と言う結果がでました。

H17年5月竹村医院に認知症外来を開設、その時期に認知症外来・往診から紹介があった12名をエントリーし訪問看護師による脳リハビリを開始しました。

浜松式早期認知症診断スケール（前頭葉機能テスト・MMS）を4ヶ月毎に評価し 月2回の勉強会で情報交換をしました。メンバーは看護師1名 介護支援専門員2名 支援センター1名 ヘルパー2名です。

脳リハビリの評価を通じて認知症介護を取り巻く環境を知り、認知症治療の現状を考え、訪問看護師による脳リハビリを開始 認知症利用者への介入のきっかけとなり定着するように、介護支援専門員としてケアプランに位置付けていけば良いのかを考える機会を得ましたのでここに報告します。

2 研究方法

対象者：認知症診断 脳リハビリを必要とした12名

調査方法：担当介護支援専門員によるアンケート調査及び浜松式早期認知症診断スケール
長谷川式スケール

評価：かなひろい・MMS評価基準

評価実施月：H17.8 H17.12. H18.4

3 結果

3回の評価で12名中 脳リハビリ継続が6名（評価ができていた4名・評価は拒否も訪問看護として継続2名） 認知症の悪化による終了が2名（施設入所） 他のサービスへ移行が2名、本人が良くなったと訪問看護終了が2名いました。 脳リハビリ継続6名のうち評価ができていた4名はMMSが中度～重度だが家族の協力があり継続できました。評価は拒否も訪問看護を継続の2名のうちMMS軽度が1名、重度が1名。 評価の拒否の理由として軽度の1名は、眼が見えにくいから計算はしたくない、字がへただから書きたくない、プライドが高くテストをしたくないということがありました。重度の1名は、意思疎通困難で行う事ができませんでした。

認知症悪化による終了2名は、初回のMMSは中度だが認知症進行のため施設入所となりました。他のサービス移行2名のMMSは中度～重度で、夫と二人暮らしで介護負担となりデイサービスに移行、もう1名は夫も認知症状が進行し家族の負担が大きくなりデイサービスに移行が必要になりました 本人が終了したケースはMMSが、正常範囲で日常生活が自立され家事ができるようになった為良くなったと判断しました。

4 考察

認知症の進行により介護度が高くなってくると脳リハビリの状態ではなく他のサービスへの変更、施設入所が必要になってきます。

介護状況では介護者の協力があると脳リハビリを継続して行く事が出来ますが、介護者のいない老夫婦世帯は他のサービスに変更しなければいけないケースが多くなりました。

訪問看護で脳リハビリを継続していくには認知症状の安定、介護者の協力又他のサービスを利用しながら在宅での生活を送る事が大切になってきます。利用者が高齢であり心身両面を含めた看護も必要になります。

脳リハビリを継続していくには、導入時期において軽度から正常範囲に開始するのが理想であり中度では維持、重度では困難となってきます。

認知症と診断され、新規ケアプラン依頼時は中度～重度の人が多いのが実情です。脳リハビリを早期に考えていくのであれば、もっと早い段階に一番関わっている家族が、変化に気づいた時に相談できる専門医が必要になります。当事業所が関わっている正常範囲（年齢相応の物忘れあり）217名の利用者、又新規ケアプラン開始の方全員に早期にテストを行い早い段階で診断に結びつけていく取り組みが必要になってきます。

最近では 認知症・脳リハビリがマスコミでも取り上げられる事により、社会全体に認知症への関心が深まり、家族も理解できる様になり介護支援専門員としても対応が容易となりました。

訪問看護師による脳リハビリの多くは1時間の1対1のリハビリであり、利用者の満足感・達成感の得られる内容を取り入れて行き、マンネリ化しないメニューを考えて評価して行く事が大切になってきます。

ディサービス・ショートステイの利用時は集団でのリハビリを行い、又ヘルパーが入っている場合一緒に、家事・掃除等の生活リハビリを取り入れています。家人との散歩、買物等の関わりを大切に、徘徊等の問題行動があり在宅での生活が困難になれば、行政・民生委員又近隣への声かけ等連携を取りながら 地域とのネットワーク作りをしていく事が重要になってきます。

認知症のケアマネジメントとして、センター方式を取り入れている施設も多くなりました。

他国においてはアリセプト以外にも新薬の開発が進んでおり近い将来症状を遅らせる薬から症状を止める薬 治す薬へと期待できるかも知れません。

5 結語

脳リハビリをケアプランに位置付け実施したことにより

- ①定期的な評価が訪問看護で出来る様になりました。
- ②利用者とサービス提供事業者間で目標を統一する事ができ、それに向かったサービス提供を行う事が出来ました。
- ③定期的な評価により指標ができた事で、必要とするサービスを本人 家族に提供でき家族の介護負担を軽減する支援に繋がりました。

6 おわりに

私達介護支援専門員は、利用者一人一人がその人らしく生活を送る為に必要とする環境を考え、支援して行く事だと思います。

介護保険当初は認知症の評価が低く感じられました。H18年4月の改正後認知症に対する介護評価が見直されましたが、ADL評価との差があり、今後は身体と生活の両面から対象を捉え、利用者の全体像を的確に判断した介護評価であり、介護保険であってほしいと思います。