

早期認知症におけるケアマネジメントの実践の効果と課題について

～脳トレーニングを利用した事例から考察する～

大阪府 聖志会 ケアプランセンターわたなべ 介護支援専門員 ○村田智恵

「目的」最近、認知症予防に関する情報もテレビを賑わすようになり、医療機関の「物忘れ外来」には近年、軽度認知機能障害、または早期認知症の方の受診が増加している。しかしながら、実際、受診者は自分の問題となると「年のせい」と受けながすことが多い。そのうえ、初めて「物忘れ外来」を受診する患者の多くは、介護保険を利用できるとは思っておらず、認定すら受けていない方がほとんどである。その際の受診者の要望は、物忘れが減ることであり、また家族の要望は少しでもその認知機能の状態が維持されることである

一方、私は、脳トレーニングをケアプランに組み込む際、①ADLの低下が目立たないため、認知機能障害のみでは、認定調査において「非該当」になりやすい、②申請時から認定がおりるまでのタイムラグが大きく、利用者の参加意欲が減退し、サービス利用への導入が困難になることをしばしば経験している。

今回私は、2例の「物忘れ外来」を受診された利用者のケアマネジメントを通し、早期認知症における認知リハビリテーションの重要性を痛感し、早くかつ上手に関わることの大切さを改めて再認識したので若干の考察を加えて報告したい。

「事例提示」

A氏 男性 70歳代 アルツハイマー型認知症 元会社経営

平成19年の初めまで、息子に譲った会社を手伝っており、特に問題は見られなかった。平成19年夏、親族の会社が倒産し、その際、連帯保証人であったため負債を負うことになった。そのことが原因で不眠や引きこもりが出現し、うつ状態になった。その

際、嫁がA氏に介護が必要と思い介護保険を申請し、「要支援1」を認定された。その後、包括支援センターがデーターを紹介したが、A氏は事業所を見学しただけで、「馬鹿にされた」といって拒否した。同年12月、孫の成人式のお祝い金を銀行に下ろしに行った際、名前が掛けなかったことに妻が驚き、「物忘れ外来」を受診となった。

「物忘れ外来」受診時、診察した医師から軽度の物忘れが見られるため、物忘れの進行予防トレーニングの重要性を説明された。その際、A氏は「介護度1」になり、私が担当の介護支援専門員となった。私は、A氏の自尊心を傷つけないように、物忘れの進行予防の重要性を説明し、前頭葉刺激型のプログラムのデイケアを勧めた。実際のサービス現場に同行したところ、思いがけず、本人も喜んで参加した。すでに介護保険が認定されていたので、スムーズに導入でき、現在まで継続している。

HDS-R : 17点 (H20. 8. 7) →21点 (H 21. 9. 9)

B氏 男性 70歳代 アルツハイマー型認知症 背広の仕立て屋を経営

平成19年4月ころ 息子家族と同居のため仕事をやめ、北摂から岸和田に転居した。その年の夏、散歩に出かけた際、迷子になり、1日半後に警察に保護された。平成19年8月、物忘れが目立ち始めたため病院を受診し、アルツハイマー型認知症と診断された。その際、介護保険を申請するが「非該当」と認定された。そのため、B氏は、「自分は介護サービスを利用する必要がない」と考え、すべてのサービスを拒否した。

しかしながら、B氏の妻は介護サービスの必要性を感じ、再度、介護保険の申請をした。その際、担当

した介護支援専門員である私が、物忘れの進行予防リハビリテーションの重要性を本人と妻に説明した。妻は、介護サービス利用への理解を示したが、B氏はサービス現場を見学しても「まだ、自分には物忘れ予防は必要ない」といって拒否した。その際、当時介護保険にて「非該当」と認定されているため、息子夫婦もB氏の認知症予防の必要性を認識しなかった。私も、B氏が「非該当」であることから、今回の認定結果が出るまでは、介護サービスの利用を控えた。受診後1ヶ月半後に、「要支援1」と認定されたが、そのときには、B氏は、まったく聞く耳を持たない状態になっていた。

その後、B氏は自宅で何もしない日々を過ごしていた。医療機関を受診し塩酸ドネペジルを定期的に服用していたが、その1年後に、妻が「何度も同じことを質問してくる」といったため、再度認知機能を測定したところ、著明な低下が見られた。その時妻は、B氏の自宅での引きこもりが、認知機能の低下を促進すると思い介護支援専門員である私に、介護サービス利用を依頼した。B氏は当初、利用を拒否していたがサービス事業所はサービス利用を繰り返し勧めたため、しぶしぶと開始した。現在では、週3回喜んで利用している。

HDS-R、20点（H20. 8. 2）→4点（H21. 9. 8）→10点（H22. 4. 5）

「考察」現在、認知症の予防、また認知症の進行予防に生活習慣病の是正や抗認知症薬である塩酸ドネペジルの服用などがあげられているが決して十分ではなく、矢富らは認知症予防や、認知症の進行予防の可能性を示唆し認知リハビリテーションの重要性を強調している。

一方、浜松の金子らは、前頭葉機能を活性化するよう脳トレーニングが、軽度認知機能障害の進行を抑制するといっている。我々のグループもHDS-R15点以上の利用者に対して平成20年7月より認知リハビリテーションに目的をおいた介護サービスを行っ

てきた。現在40名以上の方が、利用されており、一定の効果を認めている。

私は、「物忘れ外来」にて軽度認知機能障害もしくは初期の認知症と診断された方を認知リハビリテーションに導入する際、スムーズに導入できない事例をいくつか経験している。

その理由として、利用者の家族が、ADL障害が少ないため、認知機能障害のみでは介護保険が取れないと思っている、また認定調査で、ADLが非常に高く認知機能障害だけでは、認定調査で「非該当」が出ることがある、申請時から認定がおきるまでのタイムラグが大きく、利用者の参加意欲が減退するなどが考えられる。

そのため、①私は調査前に家族から、利用者の状況、家族の状況や心の動きなどの詳細に聞き取る、②認定調査時に認知機能障害を見逃されないため、家族、ケアマネジャーが同席させてもらう、③初回見学時から、認定がおきるまでのタイムラグが大きいので、参加意欲が減退しないように、「お試し利用」といった自身体験参加を続けてもらう、などの工夫をしている。

「結論」軽度の認知機能障害に認知リハビリテーションは重要である。そして、軽度の認知機能障害はADLが高いために「非該当」と認定されやすく、詳しく問題点を聞きだすことが大切である。また、利用者の物忘れ予防の意欲は中断されやすいため、受診から導入までタイムラグを生じさせないことが大切である。

「文献」金子満雄 早期認知症の予防と改善プログラム 医歯薬出版 2007

矢富直美 地域型認知症予防プログラム実践ガイド 中央法規 2008

渡辺浩年 前頭葉刺激の認知症の認知機能に関する効果 岸和田市医師会報 9. 2009