

月刊

# 保険診療

*Journal of Health Insurance & Medical Practice*

3

2025.Mar.

Vol.80 No.3

Ser.No.1619

## 特集／増え続ける“認知症”——その医療と介護

～認知症患者への対応事例集～

**視点** 老障介護の現実と社会的支援の課題



独居認知症高齢者への対応事例

事例5 ▶ 成年後見人制度の活用と意思決定の支援

(田中)



認知症と診断されたEさんは、一人暮らしを続けながら、地域包括支援センターのサポートを受けて、成年後見制度の手続きを進めていました。しかし、支援者が訪問しても外出して不在のことがあり、搜索願を出されることが増えてきました。支援者より「徘徊が増え、けがをして発見されることも増え、在宅生活継続はきびしい」と相談があり、病院を受診。受診時の検査にて、栄養失調、肺炎を起していることがわかり、入院することになりました。

入院時、身寄りがなく身元保証人がいないため、「入院物品や支払いをどうするのか」という話が出ましたが、支援者から「成年後見に関する書類等は裁判所に提出しており、審判を待つのみ」という説明がありました。病院と支援者の話し合いによって、後見人が選任されるまでは、必要物品は支援者からの補充、入院費は保留ということが決まりました。

入院後、本人は今後の生活の場として施設入所を希望しましたが、施設からは、成年後見人が選任されるまでは申込みはできないと言われてしまいました。Eさんは入院中、後見人が決まらないことに関してイライラしたり、「もう何もしたくない」と自暴自棄になったりすることも増えたため、支援者へ進捗状況を確認し、本人へ説明を行いました。結局、入院から半年後に後見人が選任されました。

事例のポイント

①本人の行動の真意を知る

まず、支援者が徘徊だと指摘した行動について、「本当に徘徊だったのか」という視点で見直すことが必要です。もしかしたら、食事の購入や入浴など、日常生活に必要なことをするために外出していたのかもしれない。

また、認知症が原因で支援者との約束の時間を忘れてしまっていたのであれば、カレンダーを活用して訪問日時を知らせる、本人の能力や生活史にも視点を向けて関わっていく——などの対応が必要です。

②インフォーマルな支援の活用

今後、認知症患者や身寄りのない人が増えるにつれて、支援を必要とする人が増えてくるでしょう。そうしたとき、医療・介護保険などのフォーマルな支援だけでは、生活の継続がむずかしい状況になると考えられます。

今回の事例では、もし体調不良の原因が栄養状態の偏

田中 美菜 (たなか みな)

美作大学卒。2012年より国立病院機構鳥取医療センター勤務。2015年精神保健福祉士取得、認知症治療病棟にて行動・心理症状が出現した患者・家族を支援。2018年認知症ケア専門士、2023年終末期ケア専門士取得。現在は同病院の回復期リハビリテーション病棟で医療ソーシャルワーカーとして勤務。



りにあった場合は、配食サービスなどの情報提供という選択肢も考えられました。また、本人の能力を評価したうえで、入院時の物品についての支援策を検討する必要がありました。例えば、物品補充サービス(民間企業による、入院生活に必要な日用品を定期的に提供するサービス)の契約を勧めることも考えられます。

今後はフォーマルな支援・インフォーマルな支援の両方を活用することが必要になってくるでしょう。

今後の対策

①成年後見制度の利用までの間の支援

成年後見人の選定には時間がかかります。そのため、早期に申請に着手するとともに、選定までの間の支援を考える必要があります。

厚労省は、2019年に示した「身寄りのない人への入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」で、①緊急の連絡先、②入院計画書、③入院中に必要な物品の準備、④入院費等、⑤退院支援、⑥(死亡時の)遺体・遺品の引取り・葬儀等——の具体的対応を示しました。先に述べた物品補充サービスは③の解決につながりますが、それだけで十分とは言えません。

特に、④の支払いについてはむずかしいところです。ガイドラインでは、地域包括支援センターが介入して成年後見制度の申請を進めていくと明記されていますが、成年後見人が選任されるまでの期間は地域等によって異なり、選任までの間の入院費・入院物品セットの支払いなどが滞ってしまう場合もあります。院内にATMがない病院では、医療ソーシャルワーカー(以下MSW)などが、本人に付き添ってお金を下ろす・支払いに行くといった支援を行っているケースもあります。

また、成年後見人選定の進捗状況がわかりにくいとい



う問題もあります。支援者間で進捗状況が定期的に確認できるよう、地域の支援者との連携が必要となります。

## ②本人の思いを尊重した意思決定

近年、アドバンス・ケア・プランニングが推進され、厚労省からは「人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスガイドライン」が示されています。このなかでは、医療・ケアの方針決定に当たって、①意思形成に向けた十分な話し合いを行い、本人にとっての最善の方針を慎重に判断する、②支援者から一方的に話をするのではなく、患者自身が理解できるように説明を行う——などが求められています。

医療従事者は、本人の意思決定を支えるため、診察時から声掛けや聞き取りを行う必要があります。もしかしたら、「面談をセッティングされると緊張して、言いたいことも言えない」という人もいるかもしれません。そのため、日々の生活やケアのなかで、本人が発した言葉や思いに耳を傾け、その情報を持ち寄って、スタッフ間で相談できるような院内環境作りも必要となるでしょう。

今後、身寄りのない方や認知介護などの世帯がますます増え、将来について悩む状況が増えるでしょう。病院としても、身寄りのない方への支援の整備を進めていくことが必要です。一方で、行政は地域住民に向けた成年後見制度などの説明会などを行い、「当事者自身が自分の人生の最終段階をどのように選択をしたいか」を考えてもらい、人生の最期に向けた準備体制を整えていくことが必要になってくるのではないのでしょうか。

病院での治療が終われば、本人は住んでいる地域での生活を再開します。そのため、地域の支援者との連携がいっそう必要となります。医療従事者一人ひとりが、地域における自施設の役割などを理解したうえで業務を行っていくことが求められているでしょう。

## コラム それって本当に「問題行動」ですか？～被害妄想編～

被害妄想を理解するのに大事なのは、それが「本人にとっては、本当に起こっている出来事だ」ということです。頭ごなしに否定するのではなく、「なぜそう考えるようになったか」を考えることで、対処法も見えてきます。

では、原因を大きく3つに分類してみましょう。

### ①負い目や寂しさを感じている

「世話になっている」という負い目や、周囲が自分にわからない話をしているという疎外感、ショートステイに預けられる寂しさなどから、「私をのけ者にして…」という思いを募らせる（「見捨てられ妄想」「嫉妬妄想」）

### ②物忘れの影響

自分が物の置き場を変えたことを忘れて、もしくは「自分は物忘れをしやすい」という現実を受け入れられないために、「他人が物を盗んだ」と主張する（「物盗られ妄想」）

### ③幻視・幻聴の影響

レビー小体型認知症による幻視・幻聴などの症状のため、本人には人がいるように見えるが、周囲の人にはわからない。または、白内障や難聴などが原因で見えない・聞こえないときに、脳が過去の記憶から似ている映像・音を勝手に補ってしまい、幻覚・幻聴が生じる

\* \* \*

被害妄想を抱く原因の一つとして、「自尊心の毀損」がある

と考えられます。「自分が物忘れをした」「聞こえなかった」などの事実を受け入れることができず、他人に責任転嫁してしまうのです。

ただ、本人に「責任転嫁をしている」という意識がなく、本当に被害に遭ったと思っているため、否定するとどんどん思い込みを強くしてしまうという問題があります。例えば、デイサービスの帰り際に「上着がなくなった」と騒ぎだしたとき、「向こうにありましたよ」と手渡すと、「お前が盗ったんだろう」と疑いを深めてしまうようなケースです。もし棚の上にあるのなら、一緒に探しつつ、さりげなく棚まで誘導して本人に見つけてもらうとよいでしょう。もし最初から着てこなかった場合は、気が済むまで一緒に探したあと、「家になにか確認してみましょうか」と声掛けをして帰宅してもらう方法が考えられます。

大事なのは、「いかに相手の自尊心を保つか」ということです。「自分で見つけた」という実績（名誉の回復）があれば、「自分は認知症ではないけれど、たまたまうっかりした」と言い訳ができる（面目が立つ）と考え、言動が落ち着くかもしれません。

とはいえ、たびたび一緒に探し物をするのは疲れます。認知症が軽度の場合は一人で探してもらうなど、「介護者の心を守るために少し離れる」ことも必要かもしれません。

親族間で意見の相違がある事例

事例6 多職種による家族へのフォロー

(田中)



Fさんは夫と二人暮らし。長年介護をしてきていた夫が病気になり、緊急入院してしまいました。そのため、2人の親族が交代でFさんの介護をすることになりました。親族Aさんは、Fさんを安心させるつもりで「旦那さんはすぐよくなるよ」と声を掛け、親族Bさんは「旦那さんの入院はまだ続くけど、がんばろうね」と励ましました。

しかし、Fさんの状況は夫から聞いていたよりも悪く、自宅では多弁、被害妄想の症状が出ていました。親族だけでは介護がむずかしくなり、介護保険を申請し、通所サービスを利用しましたが、通所先では他利用者への暴言がみられました。その後、親族が介護の限界を迎えてしまったため、Fさんは病院に入院することになりました。

入院後は、他の患者とトラブルを起こすことはありませんでした。ただ、親族2人の間で、Fさんの退院後「自宅に戻るか、施設に入居させるか」について、意見の相違がみられました。それが影響したのか、Fさんは夕方に帰宅願望が強くなったり、親族の面会后に特定の親族に対する被害妄想が出現したりするようになりました。

事例のポイント

①環境変化に伴う混乱への配慮・説明の統一

Fさんの症状は、夫の入院による環境の変化や、介護者の交代、通所サービスの利用といった生活の変化による混乱だと考えられます。また、夫の入院についての説明が統一されていなかったことも、Fさんの混乱を招いた可能性があります。説明の仕方や対応を統一したことで、本人の混乱は解消され、症状は改善していきました。

②家族間での情報共有、本人への寄り添い

親族間でFさんの今後についての意見に食い違いがあったため、Fさんが「あの人は私を捨てようとしている」といった被害妄想を抱いてしまったと考えられます。親族間で本人の状況を共有し、統一した対応を取ることで、症状の改善へつながりました。

今後の対策

認知症の方は環境の変化に敏感であり、普段と状況が変わったりすることで、行動・心理症状(BPSD)が出現することがあります。治療法は、薬物療法と、非薬物療法(薬を使わないケアや音楽療法など)に分けられます。

①非薬物療法による本人への治療

非薬物療法は幅広く、環境整備、コミュニケーション、

集団活動などがあります。非薬物療法を実施するうえで、本人の今までの生活史などを知ることや、ケアを行うなかでコミュニケーション能力や本人の変化などに気づくことができる観察力が何よりも必要です。

②多職種連携・コミュニケーション

病棟生活においては、スタッフ間で連携しながら介入していく必要があります。関わり方を統一するためには、スタッフ間でコミュニケーションを取り、それぞれの専門性を発揮することが大切になってきます。

③家族支援と病状理解(定期的な主治医面談)

入院患者の家族の多くが、介護疲れやノイローゼを起こして日常生活への支障が出ているため、家族への支援も必要となってきます。こうした状況では、家族は在宅医療の再開に消極的になる一方で、本人は自宅退院をしたいと思っていることもあり、すれ違いが生じてしまいがちです。まずは、家族の苦労話を聞いて労ったうえで、休息の必要性を説明しましょう。

また、入院期間中に適時、家族と主治医などが面談を行うことも必要です。「本人が入院中に迷惑をかけているのではないか」と気にしている家族も多いため、入院中の生活や集団活動中の様子などを伝えてあげましょう。

④スタッフと家族の情報共有

当院では、看護師、OT、MSWが家族から聞き取った情報を共有し、次の面談時に必要な支援者とコンタクトを取れるように心がけていますが、日常的なケアをしながら面談時間を確保することはむずかしい状況です。そこで、認知症家族教室(講義と座談会を4回1クールにしたもの)を開始しました。内容は下記のとおりです。

- 第1回 疾患説明(医師)
- 第2回 問題行動への関わり方(看護師・OT)
- 第3回 認知症の方の見ている世界(心理療法士)
- 第4回 社会資源について(MSW)

この活動は、病棟では聞けなかった話が聞ける、家族同士のつながりができるといった利点があった一方、介護者の多くが現役世代であるため、平日に実施する教室への参加はむずかしいというデメリットもありました。

こうした介護者(家族)へのフォローは、支援者同士がお互いの役割を把握し、「本人だけでなく、家族も支援する対象だ」と理解したうえで行うことが重要です。

## 施設・病院間を行き来する事例

## 事例7 最適なケアや生活環境を模索していく

(田中)



Gさんは老人保健施設へ入所してしばらく経った頃から、施設職員に対する性的逸脱行為や暴言・暴力、夜間の帰宅願望が出現するようになり、入院加療となりました。入院中には、施設で問題となっていた性的逸脱行為等は見られませんでした。別施設への入所を調整していましたが、骨折したため、まずは手術目的で転院となりました。

転院後、夜間に不穏行動がみられましたが、無事に手術とリハビリを終えて、有料老人ホームへ入所しました。しかし、入所からまもなく、職員に対する暴言、帰宅願望、大声などの症状が出現しました。家族の説得によっていったんは納得しましたが、その夜に「自分の家に勝手に入ってきた不審者がいる」という発言が見られました。その後、他の入所者への影響も出てきたため、施設から病院に対して「再度入院加療をさせてほしい」との依頼があり、入院となりました。

今後については、家族から「こんな状況で受けくれる施設はないと思うから、入院を継続してほしい」との希望がありましたが、病院への長期入院はできず、自宅へ帰ることとなり、小規模多機能型居宅介護の宿泊と通所を合わせることで生活が落ち着きました。

## 事例のポイント

## ①生活リズムと環境調整

入所後しばらくしてから症状が出現した背景には、仲良くしていた他の入所者の退所など、環境的な要因もあったと考えられます。環境や人の変化に敏感であるため、些細なことで問題行動が出現してしまったのかもしれませんが。

性的逸脱行為への対応としては、日中の運動量を増やし、夜間の睡眠時間を確保するといった生活リズムの安定や、趣味の話などに話題を転換して自尊心に配慮する



などの対応が必要とされています。こういった環境が本人にとって落ち着くのか、どのようなことが好きなのか——といった本人の人となりを知り、日常生活に取り入れていきましょう。

## ②家族説明の仕方

高齢者は、緊急入院によってせん妄を発症することがあります。そうした状況で、施設からの「受入れはむずかしい」という返答が重なると、家族は「自分たちが介護をするしかない」という不安や、見捨てられたという気持ちが強くなってしまいます。家族には、「この症状があるうちはむずかしい」と理由を明確に伝え、「その理由を改善するために入院している」という目的を認識してもらう必要があります。

## 今後の対策

医療機関の専門職は、本人や家族の不安を解消し、今後の生活を継続していけるように適切なアドバイスをすることが必要ですが、本人のケアをしながら家族のケアも行うのは、むずかしい現状があります。

## ①必要な医療の提供

認知症治療病棟は、行動・心理症状（BPSD）により、在宅や施設、病院で生活ができなくなった人向けの病棟です。入院後、まずは、非薬物療法（症状の緩和や本人が落ち着いて過ごせる環境の検討など）を行っていきます。この際、日々の本人の様子や状況の変化の観察が必要になります。

それでも症状が落ち着かない場合は、薬の調整が必要になります。しかし、薬を使いすぎると、過鎮静になり、骨折などのリスクも高まります。そのため、関わるすべてのスタッフや家族が本人を観察して情報を共有し、医師へ報告し、薬の量を調整することが大切です。

## ②生活の場の調整・説明

退院の際、生活の場を自宅ではなく、施設へ変更する方もいます。施設ごとに入所人数や部屋の環境、スタッフの人数などは様々です。そのなかから本人が落ち着いて過ごせる施設を選定するためには、本人の生活史や日々の生活の様子などを支援者間で共有・検討していく必要があります。具体的には、「集団生活への参加ができてきているか」「他者との交流はどのようにしているのか」などに着目します。例えば、集団活動に参加できている

方は、デイサービスなどへの参加もできるため、有料老人ホームへの入所を勧めたりします。一方、自分のペースで過ごしたいタイプの場合は、個別ケアを重視しているグループホームを紹介し、本人の生活が維持できるようにアドバイスをするとよいでしょう。

1つの場所で長く生活できれば本人の混乱は少なく済むと思いますが、病状や認知症の進行状況によっては、施設の変更を検討しないといけなこともあります。病院と施設では、できること・できないことが異なります。それぞれのメリット・デメリットを理解し、適切な治療やケアを提供していくことが求められています。

**病院のメリット**

- ・薬剤師・栄養士・リハビリスタッフなどの専門職が揃っており、それぞれの視点でのアセスメントが可能
- ・本人の状況に合わせた療養環境の調節が可能（個室・大部屋の対応など）
- ・費用が安い（医療費の助成がある）

**病院のデメリット**

- ・季節行事が少ない
- ・生活よりも治療がメイン

**施設のメリット**

- ・季節に応じた行事・レクリエーション等が可能

**施設のデメリット**

- ・要介護度によってサービスの料金が決定される（助成制度を利用しても費用負担が大きい）

認知症・合併症・加齢などが同時進行する事例

**事例8** 終末期におけるよりよいケアとは

(田中)



Hさんは、認知症と診断されたあと、グループホームで落ちついて過ごしていました。しかし、しだいに易怒性や職員・他利用者への暴力などの行動が出現しはじめました。

グループホームでの生活がむずかしくなったため、病院（認知症治療病棟）に入院したのですが、入院後は暴言・暴力に加えて、大声を出すといった症状も出現するようになりました。そこで、薬剤調整（薬物療法）や非薬物療法などに取り組みました。また、入院時の検査で、大腸癌が発覚しました。

Hさんは、元々は自分で歩けていましたが、薬物療法を始めてからは歩行が不安定になり、徐々に支えてもらって歩くようになりました。歩行器などの使い方も覚えられないため、歩行補助具の使用はできませんでした。その後、介護が必要な状態になり、肺炎で最期を迎えました。

**事例のポイント**

**①疾患への理解**

Hさんは、認知症の進行とは別に、加齢に伴う身体機能面の低下も見られました。つい問題行動へ目が向きがちですが、その症状は認知症の進行によるものなのか、他の病気の影響はないかなど、**医学に関する知識や疾患への理解**が必要になってきます。

**②コミュニケーション方法の検討**

言語的コミュニケーションがむずかしくなった場合でも、非言語的コミュニケーションは最後まで可能なこと

があります。スタッフは、声掛けとともに、**表情を見ながら本人の意図を汲み取る姿勢が大事**です。

**③家族への精神的アプローチ**

行動・心理症状（BPSD）の悪化により、精神科病棟では隔離・拘束等が必要な状況があります。本人・家族に説明してから実施することになっていますが、一度は同意したとしても、実際に隔離・拘束されている姿を見ると、「自分が同意したから拘束されている」と責任を感じたり、他の家族から「なぜ同意したのか」と責められたりして苦痛を感じる家族もいます。家族が自分の思いを吐き出せる場所を確保するなどの**精神的なフォロー**が必要です。

また、徐々に身体機能が低下し、介護が必要な状況を見ると、家族は不安になります。加えて、**病気になる前とのギャップ**を感じて苦しむこともあります。例えば、家族やスタッフに対する暴言などの行動を目にすると、「以前は温厚な人だったのに」とショックを受けるでしょう。医療機関の職員は、家族のそうした気持ちに寄り添った声掛けをすることが大切です。

このとき、入院治療の目的を丁寧に説明することで、不安を軽減させられることもあるでしょう。「表情などの細かい部分を観察し、本人が落ち着ける環境や適切な関わり方を模索するために、今は入院治療が必要です」「レビー小体型認知症（DLB）は薬剤過敏という特徴があり、少量から薬の調整をすることが必要なので、まず

は病院で治療します」などの説明をするとよいでしょう。

### 今後の対策

高齢者は、認知症以外にも様々な合併症を抱えていることが多いうえ、加齢とともに身体機能が低下するリスクもあります。入院時に情報提供を受けていても、新たに病気が発見されることや、既往症の悪化が生じることもあります。そうした状況下で、病院が本人・家族へどのような支援を実施できるか、下記にまとめてみます。

#### ①認知症高齢者へのケア：よりよい支援に向けて

身体的なケアだけでなく、**心身の変化に寄り添い、その人らしい生活を支える**ことが必要です。そのためには、本人の生活史や好きなことを知り、ケアに取り入れて実践していくことが大事です。

#### ②日々の観察と適切なケアの重要性

認知症と診断された方の終末期ケアにおいては、BPSD 症状だけでなく、合併症に伴う苦痛に対してもケアを行っていくことが重要です。**合併症に伴う痛みの表現が、医療者や家族に BPSD だと誤って受け取られるケース**もありますので、看護師と病棟に関わるスタッフが共同で日々の観察を行い、必要な時には医師に報告して、適切な検査等ができるようにしていくことが必要です。

#### ③家族との連携・家族支援

家族は、病状の説明を受ける際、複雑な気持ちを抱くことがあります。そのため、医療従事者は、家族の不安や疑問に寄り添い、わかりやすく説明することが大切です。また、定期的に家族との面談を行い、病状の変化や今後の見通しについて共有することで、**家族の不安を軽減し、協力体制を築く**ように心がけていきましょう。

#### ④尊厳あるケアの提供

問題行動に目を向けるだけでなく、**本人の気持ちに寄り添い、適切な支援を行うことが大切**です。これは、病院の医療チーム、家族、そして社会全体が協力して取り組むべき課題です。認知症基本法に則り、認知症と診断された方の尊厳が尊重される社会の実現に向けて、一人ひとりが、それぞれの立場からできる限りのことを考え、よりよいケアを提供できるよう努めることが重要です。

#### ⑤終末期におけるケア

終末期においては、本人の尊厳を守り、穏やかな時間を過ごせるよう、家族と連携しながらサポートすることが必要です。本人が好んでいた音楽を聴く、会話をするなど、**その人らしい時間や「快の時間」を提供**することで、本人も家族も心の安らぎを得ることができます。📖