

「認知症ライフサポートモデル」の普及・推進に向けた  
認知症ライフサポート研修テキスト  
(第2版)

平成25年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修  
における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業検討委員会



はじめに

65 歳以上高齢者の十人に一人が認知症と言われる時代、全ての人が当事者意識を持って「認知症」に向き合い、認知症を恐れない文化を築いていくことが、今後の国民的課題となっています。また、認知症の人との関わりを持つ専門職の皆さんには、これまで以上に各々の専門性を発揮していただき、相互の連携力を高めながら、「認知症の人の地域社会での暮らしを支える」という役割を担っていただくことが求められています。

これまで、認知症の人を支えていくための教育研修は様々に行われ、理論や考え方も徐々に整理されてきました。しかし、これらの教育が現場の実践にどれだけ活かされているのかを振り返ってみると、医療・介護サービスに携わる皆さんは、それぞれの立場で、じくじたる思いを抱かれるのではないのでしょうか。

その理由の 1 つには、医療的側面から認知症の人を支える専門職と、介護的側面から認知症の人を支える専門職との間に、見据える支援の目標や方向性が一致していないという、根本的な課題があると考えられます。その結果、医療・介護サービスの双方ともに、それぞれの領域の中の限られた情報だけで課題解決を図ろうとしたり、相互の共通言語を見出せなかったりというような、多職種連携・協働の問題点が様々に指摘されています。

認知症の人の生活を支えるための基本理念を、認知症の人に関わる全ての専門職の間で共有し、多職種間の「目標」を一致させていくことは、猶予なく取り組まなければならない必須の課題と言えるでしょう。また、その「目標」とは、支援する側の目標ではなく、認知症の人自身にとっての目標であるべきことを、それぞれ専門職の心に刻んでいく必要があります。

このテキストの中で説明している「認知症ライフサポートモデル」とは、「認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援」を意味しています。医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、専門職相互の役割・機能を理解しながら、統合的な支援に結びつけていくことを目指そうとするものです。それぞれの専門職ごとに築いてきた認知症ケアの文化ともいえる部分を変えていくことは容易なことではないでしょう。しかし、多職種が一堂に会して出会うことのできる「認知症ライフサポート研修」を契機としながら、相互の理解を深め、地域における認知症ケアの多職種協働が推進されていくことを心から願っています。

認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働  
研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業

検討委員会委員長

独立行政法人国立長寿医療研究センター総長

大島 伸一



## 認知症ライフサポート研修テキスト(第2版)

### 目次

「認知症ライフサポート研修」のねらいと教材開発の経緯 .....	1
1. 研修のねらい .....	1
2. 課題意識 .....	1
3. 求められる認知症ケアの共通理解 .....	1
4. 「認知症ライフサポート研修」の位置づけ .....	3
5. 教材開発の経過 .....	3
6. 研修カリキュラム .....	5
単元1 「認知症ライフサポートモデル」とは .....	7
1 事業の背景 .....	8
2 専門職ごとに異なる「視点」と「目的」 .....	9
3 「認知症ライフサポートモデル」とは .....	12
4 「認知症ライフサポートモデル」の視点から見る認知症の捉え方 .....	18
単元2 それぞれの役割とチームケア(演習) .....	25
1 75歳のハマ子さん .....	26
2 演習(グループワーク) .....	31
3 確認とこれからの展望 .....	41
資料編 .....	45
(資料1) 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン) .....	46
(資料2) 認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業 .....	50
(資料3) 認知症ライフサポートモデルの根幹にある考え方 .....	51
(資料4) 演習 ワークシート .....	55



## 1 研修のねらい

「認知症ライフサポート研修」は、「認知症提供現場からみたケアモデル研究会(平成 23 年度老人保健健康増進等事業により開催)」の中でまとめられた、「認知症ライフサポートモデル」の普及推進をねらいとして実施するものです。

「認知症ライフサポートモデル」とは、「認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援」を意味しており、認知症の人に関わる様々な専門職が、ケアを提供する上での目的・目標を共有し、認知症ケアの多職種協働や専門領域ごとの機能発揮を求めるものとして考えられました。この研修機会を活かして、各地域における多職種協働やチームケアの推進に役立てていただけることを願っています。

## 2 課題意識

上述の「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」は、認知症の人に関わる医療・介護サービス等の課題を整理したり、その課題を克服していくために必要としている「認知症ケアモデル」とは何かを議論したりする場として、開催されました。議論の中では、医療の領域における認知症の捉え方と介護の領域における認知症の捉え方の違いが鮮明となり、あらためて、認知症ケア実践現場の多職種連携・協働の難しさが浮き彫りになりました。また、認知症ケアにおける今後の取組み課題として、「各々の専門職が認知症ケアに関する基本的な考え方や医療と介護とを含む統合的な生活支援に対する共通理解を持って、認知症の人に関わることが必要<sup>1</sup>」との認識を新たにしたところです。この課題認識は、以下に記述する「認知症ライフサポートモデル」策定の背景ともなっています。

## 3 求められる認知症ケアの共通理解

このような課題意識を踏まえて研究会では、以下の 2 つをまとめました。

### ① 「認知症ケアの基本」

- 本人主体のケアを原則とすること
- 社会とのつながりを継続しつつ、生活の中でのケアを提供すること
- 本人の力を最大限に活かしたケアに取り組むこと
- 早期から終末期までの継続的な関わりと支援に取り組むこと
- 家族支援に取り組むこと
- 介護・医療・地域社会の連携による総合的な支援体制を目指すこと

※ 詳細は、認知症ライフサポート研修の中でご説明します。

### ② 「認知症ライフサポートモデル」

認知症ケアのサービス提供現場の課題を踏まえて、専門職がそれぞれの視点を統合させたり、目標を共有したりしながら、チームで認知症の人を支えていくための認知症ケアモデルです。このモデルの定義は、次のように説明されています。

---

<sup>1</sup> ニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」(2011)

◆「認知症ライフサポートモデル」とは、  
「認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援」のことであり、医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的な支援に結びつけていくことを目指そうとする認知症のケアモデルである。  
※認知症の人を支えるには、  
(1) 疾病および体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、  
(2) 早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活支援を中心とする支援が求められる。  
※ライフ(Life)は、「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉である。  
サポート(Support)は、支える、支持する等の意味があり、主体は本人であることを前提とする言葉である。  
以上の考え方から、今後求められる認知症ケアの新たなステージとして、「認知症ライフサポートモデル」という言葉が選択された。

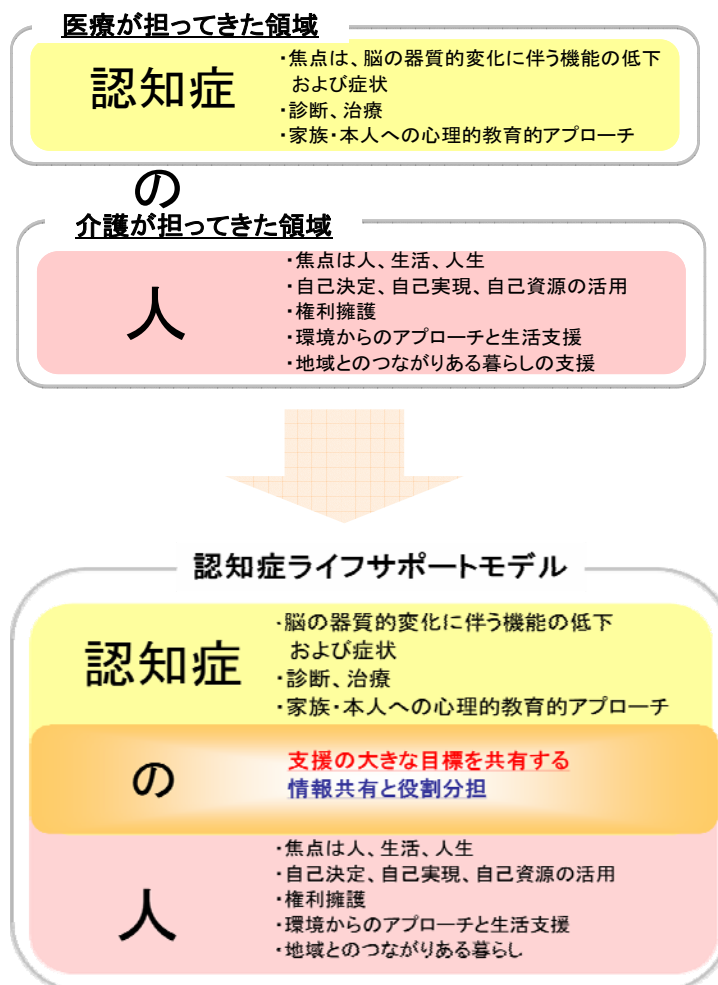


図 認知症ライフサポートモデルの概念図

(資料)ニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」(2011)



## 4 「認知症ライフサポート研修」の位置づけ

認知症高齢者数の急増を背景に、厚生労働省は、認知症施策検討プロジェクトチーム報告書「今後の認知症施策の方向性について(2012年6月)」の中で、認知症施策の今後の方針を打ち出しました。また、同9月には、その施策を進めていく上での達成目標や平成25年度から29年度までの具体的な取り組みを示した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」を公表しました。この2つの中では、認知症ケアにおける「医療・介護サービスを担う人材の育成」に関する考え方、および具体的な計画が7番目の項目として挙げられています。

さらに、厚生労働省は、平成25年度より「認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業」を開始しました。これは、認知症の人とその家族への支援に、最も身近な基礎的自治体である市町村(特別区含む。以下同じ)が、オレンジプランを積極的に促進していけるように後押しするものです。前述の「医療・介護サービスを担う人材の育成」に関連するメニューとしては、「認知症ケアに携わる多職種協働研修」が事業化されています。「認知症ライフサポート研修」は、この「認知症ケアに携わる他職種協働研修」に見合う研修として紹介されており、今後、多くの市町村で実施することが期待されています。

認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)

(中略)

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

○ 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定

・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施

・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用

(略)

## 5 教材開発の経過

認知症ライフサポート研修のカリキュラムおよび教材を作成するにあたっての考え方や方針は、以下のとおりです。

### ① 前提となる考え方

研修のベースにしている「認知症ライフサポートモデル」には、認知症ケアに携わるすべての専門職に共通の基盤がないという課題意識のもとに、認知症ケアにおける多職種協働を促し、医療と介護を含む統合的な生活支援へと認知症ケアを発展させていくねらいがあります。そして、この「認知症ケアモデル」を具現化するためには、認知症ケアに携わる様々な専門職が「認知症の人の生活や人生を支えてゆく」という目的を一致させて、認知症ケアの理念を共有し、それぞれの専門性や視点を出し合いながら相互に学び合える場づくり、機会づくりが重要になると考えられます。

従来から言われてきたように、認知症ケアは支援する側からの押しつけでない「本人のニーズ(Cure, Care, Life support<sup>2</sup>)」を中心とした関わりが求められます。そのため、認知症ライフサポート

<sup>2</sup> 詳細は第3章「ライフサポート研修テキスト」を参照のこと

研修は、「自己決定を支えていく(自己決定の支援)」、「自らの力を最大限に使って暮らすことを支える(自己資源の活用)」、「住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える(継続性のある暮らし)」の3つが、多職種協働の目的であるとの前提に立ち、教材作成に取り組んできました。

上述した3点について、この報告書における捉え方は以下のとおりです。

[自己決定を支えていく(自己決定の支援)]

認知症になっても、それぞれの人には意思があるということを前提に、本人の思いや意見を尊重する姿勢で認知症の人に接すること。

[自らの力を最大限に使って暮らすことを支える(自己資源の活用)]

身体的能力や精神機能能力にとどまらず、これまで本人が培ってきた経験、社会とのつながり、価値観等を含めたすべての能力を「自らの力」と捉え、認知症の人の自立を支えながら生活支援に取り組んでいくこと。

[住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支えること(継続性のある暮らし)]

単に、馴染みのある暮らし方を追求することだけでなく、住み慣れた自宅や地域での暮らしを大切にしながら、認知症の人の継続性のある暮らしを支えること。これまで、サービスを利用するために本人が移動しなければならなかった状況を、本人が地域の中で暮らし続けるために、医療・介護サービス・地域資源等が連携し、支えられる状況へと変えていくこと。

## ② 研修事業の達成目標

この研修を受講する方が、何を学び、どのような実践につなげていくことが「認知症ライフサポート研修」の成果と言えるのかという観点からまとめた、皆さんにとっての達成目標を段階ごとに以下に示します。

### i 認知症の人のニーズを捉える「2つの視点」を学び、多職種協働の大切さに気づくこと

認知症の人を理解するためには、病態に関する視点(医療が担ってきた領域)と、認知症の人の意思を捉えながら、生活・人生を支えてゆく視点(介護が担ってきた領域)の二つの基本的な視点が必要であることを学び、多職種協働やチームケアの重要性に気づくこと。

### ii 多職種協働のプロセスを理解し、実際の多職種協働の実践に結びつけること

認知症ライフサポート研修における、多職種協働のためのプロセス(①認知症の人の現状把握や情報の共有、②認知症の人の望んでいることを捉える、③多職種(ケアチーム)で目標を共有する、④目標を達成するための方法を考える)を理解し、地域の実情に応じた、実際の多職種協働やチームケアにつなげていくこと。

### iii 認知症ケアの理念・目的を多職種間で共有し、医療と介護を含む統合的な認知症ケアを提供できること

認知症の人の「自己決定の支援」「自己資源の活用」「継続性のある暮らし」を心がけながら、それぞれの専門職が同じ目的や目標に向けて機能を発揮し、医療と介護とを含む統合的なケアを実践できるようになること。

以上のように、認知症ライフサポート研修は、認知症の人に関わりのあるすべての専門職に対して、

認知症ケアの理念や認知症ライフサポートモデルの考え方を広げていくことと同時に、受講された皆さんが、実際のしくみづくり、場づくり、チームづくりにつなげていただくことを目標にしています。どんなに意義のある教育研修を企画しても、実践での意味を見出すことができなければ、研修の目的を果たすことはできません。認知症の人の生活・人生を地域の中で支えていくという新たな時代に向けて、認知症ケアのパラダイムシフトをはかる手がかりとしていただくことを願っています。

## 6 研修カリキュラム

「認知症ライフサポート研修」は、認知症の人に関わりを持つあらゆる職種の方の参加を想定してつくられており、標準的な履修時間は 4 時間です。講義の中で投げかけていくテーマにそって、専門職ごとの視点や考え方を出し合い、相互の理解を深めていけるような研修を目指しています。

研修カリキュラムは、単元1で、認知症ケアにおける現状の課題や「認知症ライフサポートモデル」の基本的な考え方を共有した後、単元2で、演習事例を用いたグループワーク中心の内容となっています。また、参加する方に理解していただきたいことや演習の素材となる事例は、6 つの映像教材に収録されています。映像の視聴、グループワーク、グループで話し合われたことの全体共有などを繰り返しながら、研修を進めていきましょう。

### 【認知症ライフサポート研修カリキュラム】

単元 1 「認知症ライフサポートモデル」とは (60 分)	時間配分(目安)
1 事業の背景 導入	15分
2 専門職ごとに異なる「視点」と「目的」 Video1の視聴 — 専門職ごとに異なる「視点」と「目標」— グループワーク 全体共有	15分
3 「認知症ライフサポートモデル」とは Video2の視聴 — 「認知症ライフサポートモデル」とは—	10分
4 「認知症ライフサポートモデル」の視点から見る認知症の捉え方 グループワーク 全体共有	20分

単元2 それぞれの役割とチームケア(演習) (180 分)	
1 75 歳のハマ子さん Video3の視聴 — 75 歳のハマ子さん— グループワーク 全体共有	30分
2 演習(グループワーク) Video4の視聴 — 演習の流れ— Video5の視聴 — 70 歳のハマ子さん— グループワーク 全体共有	120分
3 確認とこれからの展望 Video6の視聴 — 確認とこれからの展望— グループワーク 全体共有	30分

【教材ビデオ一覧】

Video1 専門職ごとに異なる「視点」と「目標」

Video2 「認知症ライフサポートモデル」とは

Video3 75歳のハマ子さん

Video4 演習の流れ

Video5 70歳のハマ子さん

Video6 確認とこれからの展望

## 単元1 「認知症ライフサポートモデル」とは

### <単元1のねらい>

- 「認知症ライフサポートモデル」の基本的な考え方を理解する
- この研修における認知症の捉え方を理解する
- 「認知症ライフサポート」の視点で、多職種協働をイメージできるようになる

### 事業の背景と経緯

- 認知症ケアに関連する様々な課題
- 「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」(平成23年度)の実施
- 「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業(平成24年度)」の実施

認知症ケアモデル(認知症ライフサポートモデル)の策定

認知症ケアモデル研修の開発とモデル研修事業の実施

#### 【事業の背景と経緯】

「認知症の人に関わる専門職が、認知症に関する知識や総合的な支援に対する基礎知識や総合的な支援に対する共通理解を持って携わっていくことが必用なのではないか」との、社会的な求めを受けて、平成 23 年度に「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」が、厚生労働省の老人保健健康増進等事として開催されました。その中で、医療、介護等さまざまな領域にわたる専門職の視点を統合し、目標を共有したりしながら、チームで認知症の人を支えていくためのモデルとして、これから学んでいただく「認知症ライフサポートモデル」が提案されました。

平成 24 年度には、平成 23 年度の事業の成果を引き継ぎ、医療関係者や介護関係者をはじめとするさまざまな専門職が、共に認知症の人を支援していく際の基本を学び、相互理解を深め円滑な多職種連携を促進することを目的に、「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業」が実施されました。

ここで研修のカリキュラムと教材づくりがおこなわれ、全国の市町村で研修の実施へと至っています。

## 2 専門職ごとに異なる「視点」と「目的」

Video1

専門職ごとに異なる「視点」と「目標」

## 認知症ケアの課題-1

### 専門職ごとの「認知症の人を理解する視点」が異なる



#### 【認知症ケアの課題 -1】

認知症の人が十人十色であるのと同じように、ケアに携わる援助者一人ひとりの「認知症の人を理解する視点」は異なります。

たとえば、「家に帰りたい！」と言っている人が目の前にいるとき、Aさんは「周囲の人の関わり方の問題」と捉え、関わり方を変えてみようとするかもしれません。一方、Bさんはご本人が一人で出かけてしまうのは「問題行動である」と捉え、その人が外出できなくなる方法を考えるかもしれません。また、Cさんは、「家に帰りたい！」という言葉を「ご本人の主訴である」と捉え、一緒に外出するかもしれません。



## 知症ケアの課題-2

それぞれの専門性を活かした、認知症の人の理解



しかし、専門職間の共通理解は図られていない

つながりのないケア

目標・目的の違い

本人の思いを  
置き去りしたままの対応

バラバラな視点で  
のかかわり方

限られた情報だけでの対応

### 【認知症ケアの課題 -2】

認知症の人を捉える視点の違いは、認知症ケアに携わる人の専門分野の違いによっても生じてきます。それを自覚して共通理解を図らないと、それぞれの専門職が、自分の専門領域の知識や情報だけで動いてしまい、結果としてつながりのないバラバラなケアを提供することになってしまったり、専門職ごとに立てた目標が、相反するものになっていたり、ということが起きてしまうと考えられます。

「どの視点が正しいか」ということではなく、さまざまな見方があることを知っておく必要があるのではないのでしょうか。

### 3 「認知症ライフサポートモデル」とは

## Video2

# 「認知症ライフサポートモデル」とは

「認知症ライフサポートモデル」が、どのような目的で、どのような考えに基づいて作られているのかをご説明します。

### 「認知症ライフサポートモデル」とは

— 認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援

### 認知症ライフサポートモデル

## 認知症

- ・脳の器質的変化に伴う機能の低下  
および症状
- ・診断、治療
- ・家族・本人への心理的教育的アプローチ

## の

**支援の目標を共有する**  
**情報を共有し、役割分担の相互理解を図る**

## 人

- ・焦点は人、生活、人生
- ・自己決定、自己実現、自己資源の活用
- ・権利擁護
- ・環境からのアプローチと生活支援
- ・地域とのつながりある暮らし

## 認知症ライフサポートモデル

生 命

生 活

人 生

### 【認知症ライフサポートモデル】

「認知症ライフサポートモデル」とは、認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援を意味しています。医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的な支援に結びつけていくことを目指しています。

※認知症の人を支えるには、

(1) 疾病および体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、

(2) 早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活支援を中心とする支援が求められます。

※ライフ(Life)は、「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉です。

サポート(Support)は、支える、支持する等の意味があり、主体は本人であることを前提とする言葉です。

以上の考え方から、今後求められる認知症ケアの新たなステージとして、「認知症ライフサポートモデル」という言葉が選択されました。

## 認知症の人を支えていくために必要なこと

**本人のニーズを多面的に捉える**

**チームケアに取り組む**

**専門職間の目標を共有する**

**専門職相互の役割が機能を理解する**

### 【認知症の人を支えていくために必要なこと】

「認知症ライフサポート」を実現する、すなわち、認知症の人の生命や生活、人生全体を支えていくには、どのようなことが必要なかを、大きく2つのポイントで考えてみましょう。

**本人のニーズを多面的に捉える:**ご本人の「生活」や「人生」といったことも視野に入れ、病気を持っている患者さんという一面だけで見るのではなく、日常を暮らす一人の生活者としても見ることで、その人の必要としていることを多面的に捉えることができます。

**チームケアに取り組む:**お互いの役割や専門性を知ったうえで、ばらばらではなく、チームで認知症の人に関わっていきます。

一人の認知症の人に対する支援の方向がバラバラになってしまう原因の一つとして、関わっている複数の専門職が、目標を共有できていないことが挙げられます。認知症の人の生命や生活、人生を支えていくには、さまざまな職種がチームで関わる必要があります。さらには、そのチーム内で目標を共有することが大切です。

認知症を抱えて生きる本人が  
必要としていることを多面的に捉える



専門職間での目標の共有



専門職が相互の役割や機能を理解する





## 互いの役割を理解しチームとして認知症の人を支える



## 認知症ライフサポートモデルとは

### 認知症

- ◆脳の器質的变化に伴う機能の低下と症状
- ◆診断・治療
- ◆本人・家族心理的教育的アプローチ
- ◆医療的視点

### 人

- ◆焦点は人、生活、人生
- ◆自己決定、自己実現、自己資源の活用
- ◆権利擁護
- ◆環境からのアプローチと生活支援
- ◆地域とのつながりある暮らし
- ◆生活的視点

## 認知症ライフサポートモデルとは

### 認知症の人

- ◆認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活の支援
- 医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアに結びつけていく

## 【認知症ライフサポートモデルの実現に向けた多職種協働】

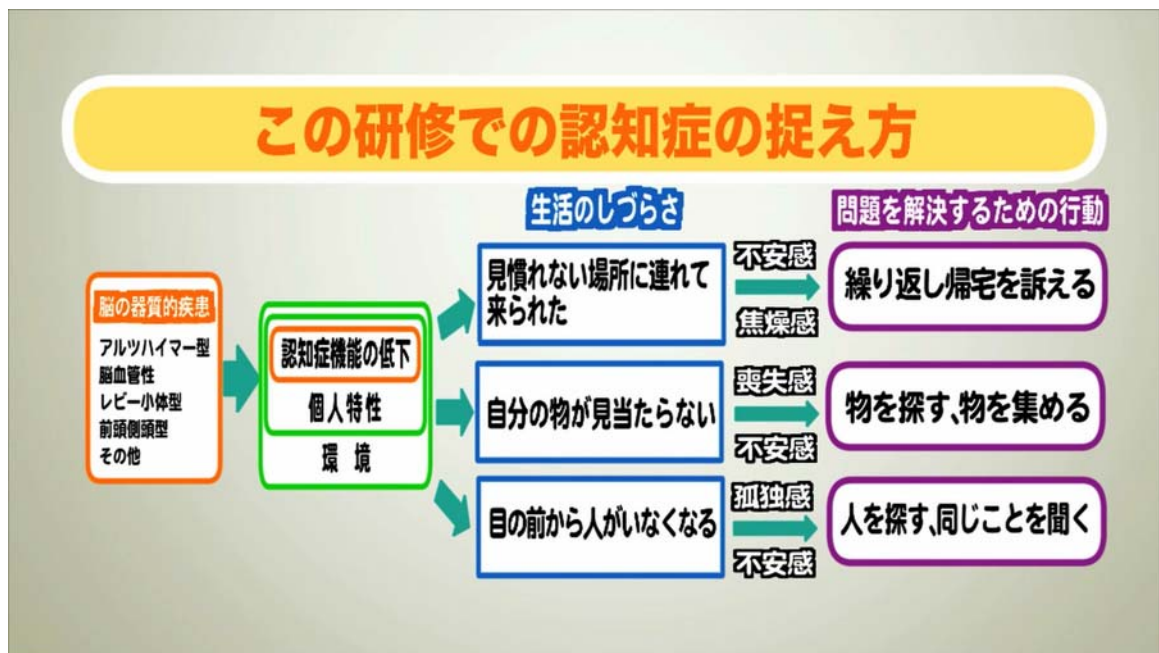
認知症ケアの現場では、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、ケアマネジャー、医師、看護師、療法士、臨床心理士、薬剤師などさまざまな専門職が、それぞれの専門性を発揮しながら認知症の人を支えています。これらの専門職は、その専門性と役割から、大きく2つの領域で捉えることができます。

一つ目が、医療の領域です。これは、脳の器質的変化に伴う機能の低下および症状等を対象にしながら、鑑別診断やサービス提供現場（在宅・事業所等）への医療的サポート、本人・家族への心理的側面への支援、教育等の役割を担ってきた部分と考えられます。もう一つが、介護の領域です。本人・家族の身近な存在として、人・生活・人生に焦点をあて、生活全般を支えていく役割を担ってきた部分だと考えられます。

それぞれの領域には、認知症の人を支えていくうえで必要な貴重な情報が蓄積されています。しかし、それらの貴重な情報や専門職の視点で捉えた認知症の人のニーズは、それぞれの専門領域に埋もれたまま、多職種の間で共有がされてきませんでした。専門職間の認識の違いに加え、「医療」と「介護」という2つの専門領域間では、認知症の人の捉え方や関わり方、そして認知症の人を支えていく上での役割が特に大きく異なるため、双方が共通理解を持つことがなかなかできずにいる状況があります。

双方がお互いの役割と機能を理解し、目標を共有していくことは、認知症の人の生命や生活、人生を支えていくうえでは欠かせません。

#### 4 「認知症ライフサポートモデル」の視点から見る認知症の捉え方



#### 【この研修での認知症の捉え方】

「認知症ライフサポートモデル」では、認知症を単なる“中核症状”や“行動・心理症状”が現れる病気と捉えるのではなく、「原因疾患による認知機能の低下や、もともとある個人特性と環境との相互作用によって、生活上の困りごとや生活のしづらさが現れた状態」と捉えます。

認知症の人は、さまざまな原因疾患により認知機能の低下、つまり記憶力の低下、判断力や思考力の低下などを経験しますが、さらに、もともとある個人特性の影響で、様々な「生活のしづらさ」を感じるようになります。

ここで言う生活のしづらさとは、認知症でない人にとってはちょっとしたことかもしれませんが、たとえば、見慣れないところに連れてこられてしまったことや、「自分の物がみあたらない」こと、デイサービスから帰る時間になり、「目の前から人がいなくなっていく」ということは、認知症の人にとって平静ではいられなくなる「生活のしづらさ」かもしれないのです。

このような場面での支援には、本人の不安や焦燥感をいかに減らしていくかという視点に立って、生活のしづらさを解消していくことが必要です。

生活のしづらさを解消するための支援にも、身体の状態や認知機能の低下に対応していくこと(疾患や認知機能の低下から捉える医学的視点)と、生活環境の改善に向けた支援(本人の願いや思いを支えてゆく生活支援の視点)の両面が必要になるのです。

※ 個人特性とは、本人の「知識」「経験」「性格」「価値観」「身体的健康」「社会とのつながり」等を含めた、全人的理解に基づく個別性を意味します。



## 認知症の人が抱える問題の背景

認知症の人の言動と認知機能の低下との関係づけでみると



### 【認知症の人が抱える問題の背景－1】

「認知症ライフサポートモデル」における認知症の捉え方を踏まえたうえで、認知症の人が抱える問題の背景について考えてみましょう。

「家に帰る」という認知症の人の言葉を、脳の認知機能の低下と関連づけて考えると、その背景には「場所がわからない」、「何をしているのかわからない」、「言われていることが理解できない」などの理由が考えられます。

## 認知症の人が抱える問題の背景

認知症の人の言動を「個人特性」「環境」との関係づけでみると



### 【認知症の人が抱える問題の背景－2】

次に、認知症の人の言動を、「個人特性」や「環境」と関連づけて考えてみましょう。

たとえば、家でやるべきことがあるから帰ると訴える人は、もともと責任感が強いのかもかもしれません。また、知らない人の中で不安感が強いから家に帰ると訴えているのかもかもしれませんし、尿意や便意、空腹などの身体的負担感により、帰ると訴えているとも考えられます。

このように、認知症の人の抱える問題を認知機能の低下や認知症の人の個人特性や環境を含めたトータルな視点で捉えていくためにも、医療と介護、それぞれに携わる専門職の視点を統合する「認知症ライフサポートモデル」が求められているのです。

## 認知症ライフサポートモデルが大切にしている

### 6つの考え方

1. 本人主体のケアを原則とすること
2. 住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支える
3. 自らの力を最大限に使って暮らすことを支える
4. 早期から終末期までの継続的な関わりと支援に取り組むこと
5. 家族支援に取り組むこと
6. 介護・医療・地域社会の連携による総合的な支援体制を目指すこと

【認知症ライフサポートモデルが大切にしている 6 つの考え方】

「認知症ライフサポートモデル」では、以下の 6 つの考え方を大切にしています。

1 つ目は、「本人主体のケアを原則とする」ことです。認知症になったから何も分からなくなってしまうと捉えるのではなく、本人がどのような生き方や暮らし方をしていきたいのか、その望みをかなえる支援することが重要なのだという考え方です。

2 つ目は「住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える」ことです。その人が今まで暮らしてきた地域社会や人間関係の中で、周りの人の理解や、必要であれば医療、介護など、トータルな生活支援を受けながら暮らし続けることを支えています。

3 つ目は「自らの力を最大限に使って暮らすことを支える」ことです。認知症だからできないと決めつけず、本人の持っている力を可能な限り活用し、生活をすることを支援します。

4 つ目は「早期から終末期までの継続的な関わりと支援」です。認知症の方との出会いのポイントをなるべく早くし、しかも地域の中で出会い長く関わっていきます。

つまり、健常な頃から地域の中で出会い、場合によってはターミナル期まで支援をし続けていくという考え方です。その人の人生を見守りながら一緒に走る、伴走型という言い方もあります。

5 つ目は「家族支援に取り組む」ことです。本人を支援している周りの人、家族の支援も積極的に行っていくということです。

そして最後に、「介護・医療・地域社会の連携による総合的な支援体制」です。

介護、医療、地域社会によるサービスが総合化することによって、その人らしい多様なニーズにこたえる支援が可能になってくるという考え方です。

## 1. 本人主体のケアを原則とすること

価値観や個性、想い、人生の歴史を持つ  
個別の人として尊重する

認知症ケアは共感や理解から始まること  
を理解し、日常生活全般にわたって権利  
擁護を意識する

## 2. 住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支える

本人の生活の継続性や地域社会の中の  
支援を基本に考える

なじみの暮らし方、なじみの関係の継続

## 3. 自らの力を最大限に使って暮らすことを支える

生きがいややりがいのある暮らし  
ADLやIADLだけでは捉えない  
できることに着目する



#### **4. 早期から終末期まで継続的な関わりと支援に取り組むこと**

**本人との早期から関わり、状態悪化を  
最小限に抑える**

**終末期まで必要な医療や介護につながる  
体勢を整える**

#### **5. 家族支援に取り組むこと**

**家族は本人支援の貴重な資源である**

**家族の心情を理解すると同時に、  
家族への支援も欠かせない**

#### **6. 介護・医療・地域社会の連携による 総合的な支援体制を目指すこと**

**介護には地域社会での生活の支援が求められる**

**医療には、正確な診断・適切な治療・  
情報提供が求められる**

**専門職同士がお互いの役割や専門性を理解  
して協働する**

## 認知症の人を支援していくために必要なこと



### 【認知症ライフサポートモデルにおける3つの視点】

また、6つの考え方の中でも特に、認知症の本人の状態や尊厳に密接に関わる次の3つの視点「自己決定を支える」、「住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える」、「自らの力を最大限に使って暮らすことを支える」を重視し、関わりを持っていく必要があります。

6つの考え方と、3つの視点を、認知症の人に関わるすべての人たちが共通認識として理解し、共通の目標を持って協働しながら、認知症の人の生命、生活、人生を支えていこうというのが「認知症ライフサポートモデル」なのです。

## 単元2 それぞれの役割とチームケア（演習）

### <単元2のねらい>

- 具体的な事例を通じて、認知症の早期における多職種協働の必要性を考える
- 認知症ライフサポートモデルの考え方にに基づき、専門職それぞれの視点を活かした、多職種協働のイメージを共有する
- 困りごとが多くなってからはじめる「手遅れ型」の支援にならないためには、早期から、どのようなチームケアが必要なのかを考える

1 75歳のハマ子さん

Video3

「75歳のハマ子さん」



## 演習事例 松田ハマ子さんの背景

事例を使って多職種連携について考えてみましょう



ハマ子さんは、広島で生まれ、地元の商業高校を卒業後、アパレル関係の就職で当地に来ました。職場で夫と知り合い結婚。一女を授かりました。

結婚後は家庭に入り、専業主婦として家事を切り盛りし、一人娘を大切に育ててきました。その娘も無事に成人、隣町に嫁ぎ、時間に余裕もできたハマ子さんは、手芸教室に通ったり、夫や友人たちと旅行に出かけるなどして、楽しく暮らしていました。

日々、穏やかな生活が送れており、特に大きな不満はありませんでしたが、強いて言えば、新鮮な海の幸が少なく、また店頭に並ぶのは赤身や青物が多く、白身の魚が少ないことを、ちょっぴり残念に思っていました。

やがて孫が生まれ、ハマ子さんもたいそう可愛がりました。その孫が広島の大学を希望し、自分の生まれ故郷の大学に進学することを、ハマ子さんは大変喜びました。そして、孫の大学入学後には、実家の墓参りを兼ねて、夏・冬と下宿先を訪れていました。やがて、孫は大学を卒業し、大阪の企業に就職しましたが、孫に会える機会がめっきり少なくなったことをハマ子さんは寂しく思っています。

夫は、8年前に脳梗塞で倒れ、そのまま帰らぬ人となりました。余りに突然のことでハマ子さんは嘆き悲しみましたが、「一人暮らしでもあり、自分がしつかりしなきゃ」と健康に気を付けながら、日々の生活を送っていました。娘にも迷惑をかけないようにしながら、自宅での暮らしを続けていくことがハマ子さんの願いです。

しかし、夫が亡くなってから3年ほど経った頃(今から5年前)、ハマ子さんは認知症が疑われる症状がしばしば見られるようになりました。かかりつけ医からは、認知症の診断が娘にだけ告げられました。診断から5年が経過し、ハマ子さんの症状はますます重度化しています。自宅での一人暮らしにも、さまざまな支障が生じています。

## 75歳の ハマ子さん

ハマ子さん(75歳)は、かりつけ医から認知症と診断されて5年が経過しました。最近では、ふと思い立って外に出て自宅に戻れなくなったり、冷蔵庫の中をかきまわしてし、調理が必要な食材をそのまま食べたりするようことが起きてきました。

現在、ハマ子さんは要介護3(寝たきり度A1、認知症自立度Ⅲb)です。

ハマ子さんは誰にも迷惑をかけずに、住み慣れた自宅での暮らしを望んでいます。一方、独居での暮らしに限界を感じた娘は、介護施設への入居も考え始めています。

### 認知機能や身体機能の情報

- ・対人交流は愛想もよく、にこやかに対応する。
- ・一方、つじつまの合わないことも多い。
- ・「あれはどこにいった」等とブツブツつぶやきながら探し物をする目立つようになった。
- ・ぼんやりとすることが多く、また、「あそこに孫がいる」と喜ぶことがある(実際はいない)。
- ・突然、夜中に大声で叫び声をあげるようなことが、ここ数カ月で何回もあった。
- ・外出して戻れなくなり、警察のお世話になったことが、最近立て続けに3回あった。
- ・通院することを嫌がるようになった。そのため、娘がハマ子さんの近況報告を行い、薬を処方してもらっている。
- ・メモリー(メマンチン20mg)、リスパダール(リスペリドン1mg)と、糖尿病のボグリボース0.2mg 3錠(1日3回毎食直前)、高血圧のベジル酸アムロジピン5mg(1日1回朝食後)が処方されているが、飲めていたり、飲めていなかったりしている。

### 社会参加

- ・デイサービスに週3回行っている。
- ・天気の良い日には娘と近所を散歩している。
- ・隣人がよく覗いてくれていたが、物が見当たらなくなると「隣人が盗っていった」と触れ回ったことがあり、最近は関わらないようになった。
- ・そのため、地域包括支援センター職員や担当ケアマネが様子伺いをしている。
- ・頻繁に、昔の手芸教室の友人が差し入れを持って訪ねてきてくれるのを、ハマ子さんも心待ちにしている。
- ・スーパーへの買い物はしなくなった。

### 生活機能の情報

- ・食事は自分で食べることができるが、肉や根菜類など、繊維質の多い食材は噛み切れず、吐き出す。義歯の装着を勧めるが「痛い」とのことで、はめない
- ・鍋を焦がしたり、食事作りの手順が分からなくなってきた。
- ・排泄の失敗が目立つようになっており、汚れた下着をタンスにしまったりする。
- ・以前ほど、毎朝の夫の仏壇へのお勤めに関心を示さなくなった。
- ・孫との写真や旅行に行った時の写真を眺めることが楽しみな様子で、繰り返し眺めている。

### その他の情報

- ・毎夕とデイサービスの無い日の昼に配食サービスを利用している。
- ・デイサービス以外の介護保険サービスは利用していない。
- ・デイサービスがない日に訪問介護の利用を勧めたが、ハマ子さんは「自分でできる」と言い張り、利用が続かなかった。そのため、娘が訪問。掃除や洗濯、服薬確認をしている。
- ・ここ数カ月のうちに、訪問販売で羽毛布団や磁気ネックレスを高値で売り付けられ、娘がクーリングオフをした。
- ・最近、申し込んであったグループホームから空きが出たと連絡もらった。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) ----- <b>松田 ハマ子 (75 歳)</b>	男 ● 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 _____		電話 ( ) _____	
医療機関名 _____		FAX ( ) _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. <b>アルツハイマー型認知症</b>	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性		<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			
<p><b>5年程前に、健忘症状を主訴に来院。CTの結果、脳全体の委縮を認め、上記診断。メモリー(メマンチン20mg)、リスパダール(リスペリドン1mg)と、糖尿病のボグリボース0.2mg 3錠(1日3回毎食直前)、高血圧のベジル酸アムロジピン5mg(1日1回朝食後)を処方。</b></p>			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )
(4) その他の精神・神経症状	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[症状名: _____] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無

(5) 身体の状態  
 利き腕 (  右  左 ) 身長 =  cm 体重 =  kg (過去6ヶ月の体重の変化  増加  維持  減少 )  
 四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)  
 麻痺  右上肢 (程度:  軽  中  重)  左上肢 (程度:  軽  中  重)  
 右下肢 (程度:  軽  中  重)  左下肢 (程度:  軽  中  重)  
 その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 関節の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 失調・不随意運動 ・上肢  右  左 ・下肢  右  左 ・体幹  右  左  
 褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動  
 屋外歩行  自立  介助があればしている  していない  
 車いすの使用  用いていない  主に自分で操作している  主に他人が操作している  
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可)  用いていない  屋外で使用  屋内で使用

(2) 栄養・食生活  
 食事行為  自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助  
 現在の栄養状態  良好  不良  
 → 栄養・食生活上の留意点 ( **摂食の確認が必要** )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針  
 尿失禁  転倒・骨折  移動能力の低下  褥瘡  心肺機能の低下  閉じこもり  意欲低下  徘徊  
 低栄養  摂食・嚥下機能低下  脱水  易感染性  がん等による疼痛  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 → 対処方針 ( **十分なサービス利用。家の内外で転倒リスクが高いため、可能な限り見守りが必要。** )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し  
 期待できる  期待できない  不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)  
 訪問診療  訪問看護  看護職員の訪問による相談・支援  訪問歯科診療  
 訪問薬剤管理指導  訪問リハビリテーション  短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導  
 訪問栄養食事指導  通所リハビリテーション  その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項  
 ・血圧  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・移動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
 ・摂食  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・運動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
 ・嚥下  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)  
 無  有 ( \_\_\_\_\_ )  不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

本人は独居であり、要介護3であるが、転倒防止も含めて24時間の見守りが必要な状態。グループホームなどの施設入所が本人の安全ために必要と考えられる。排泄の失敗もあり、不潔なままでいることも目立つ。居宅では良好な衛生状態を維持することができない。また、現在の独居では極めて転倒リスクが高いが、転倒時の対応ができないことが大きな課題。

申請者の認定結果等(お知らせ)を希望しますか  希望する  希望しない



## 2 演習(グループワーク)

### Video4

### 「手遅れ型支援」と「備え型支援」



### 【手遅れ型支援の例】

前半で学んだことを振り返ってみましょう。「自己決定を支える」、「住み慣れた地域での継続性のある暮らしを支える」、「自らの力を最大限に使って暮らす」という3つの視点を、認知症の人に関わるすべての人たちが共通認識として理解し、さらに共通の目標を持って協働しながら、認知症の人の生命、生活、人生を支えていこうというのが「認知症ライフサポートモデル」です。

ところが、75歳のハマ子さんの映像のようにさまざまな生活上の不都合や困りごとが前面に出てくるからの支援では、ハマ子さん本人の望むことよりも、どうしても「こうあるべき」という専門職側からの思い込みを優先し、結果としてハマ子さんの意志とは違った支援が本人の状態を悪化させる危険性があります。

たとえば、ハマ子さんが自宅で暮らし続けることを望んでいても、「火の不始末の防止」「服薬や栄養管理の徹底」「衛生管理」など生活を脅かす要因の排除や「家族の希望」「近隣の人への迷惑の解消」などを考慮すると、本人の意志に反して施設やグループホームへの入居が優先されるかもしれません。

しかし、早期から関わり、本人の自己決定を尊重し、これまでの生活や環境を変えない生活の継続性と自己資源の活用をしていくことで、ハマ子さんの「こうありたい」方向に向かっていくことが、結果として状態の悪化を防ぎ、よりハマ子さんの「こうありたい」姿に近づきやすくなるということも分かってきています。

## 備え型の支援の例



### 【備え型支援の例】

「認知症ライフサポート」で提案することのひとつに「早期から終末期までの継続的な関わりと支援」というものがあります。これは、できる限り早期から関わる「備え型」の支援です。

「備え型」の支援では、一見さほど困っていないように見える本人の現状のなかから、本人の望むことを早期に受け取り、チームで実現に向けて支援をします。

重大な困りごとが起きてからそれを追いかけるようにその場しのぎの対応をしていくのではなく、ささいなサインも見落とさずに、QOL を落とさないための多面的な支援を早め早めにしていくことは、その後、本人が望む方向で、落ち着いた生活を送れることにつながります。

## 演習の流れ

ワーク 1 ハマ子さんの現状把握 早期からの把握

ワーク 2 ハマ子さんの望むことを捉える 「～したい」を把握  
書き出す（個人ワーク）  
共有（グループワークと全体共有）

ワーク 3 ハマ子さんの望むことの実現したかたちを共有する 「～できる」への変換  
ワークシートへ記入  
共通認識をもつ  
（グループ内での確認と全体共有）

ワーク 4 実現に向けた話し合いをする

### 【演習の流れ】

演習の流れのご説明をします。

- ・ 「備え型」の支援には、まず、早期からのハマ子さんの現状把握が必要ですが、これは 70 歳の時のビデオをみていただきます。これがワーク1です。
- ・ ビデオを観ながら、ハマ子さんは一体何を望んでいるのか、どうしたいと思っているのかを捉えてみてください。メモをとっていただいても結構です。そして、それを個人ワークのシートに書き込む時間をもうけますので、書き込んでいただいたあとでグループ内での共有、全体共有までを、ワーク 2 とします。
- ・ その次に、ハマ子さんが望むことが実現したかたちをイメージし、共有しましょう。たとえばハマ子さんの「〇〇したい」が、「おいしい白身魚が食べたい」だったとしたら、それが実現した形は「おいしい白身魚を食べることができる」となります。これをワークシートへ記入して、グループ内で確認してください。
- ・ 共通認識が持てたら、そのあとで、実現するための具体的な話し合いに入ります。これがワーク4です。
- ・ ワーク 4 を少し細かく説明します。
- ・ まず、実現するための材料とは、たとえば「広島に行きたい」という望みの実現のために必要なことです。一緒に行く人やお金などです。チェックポイントの確認とは、ADL を確認しなければなりませんし、お金や手段についても確認が必要ということです。
- ・ 手順の確認とは、いつまでに何を、どのような順序で行うべきかということです。
- ・ 役割分担とは、誰が何をするかを決めることです。
- ・ その際、自分にはどんなことができるのかを考え、また、必要だけれど自分の職種ではできないことは、チームワークカードに書いて、他のメンバーに渡して打診しましょう。

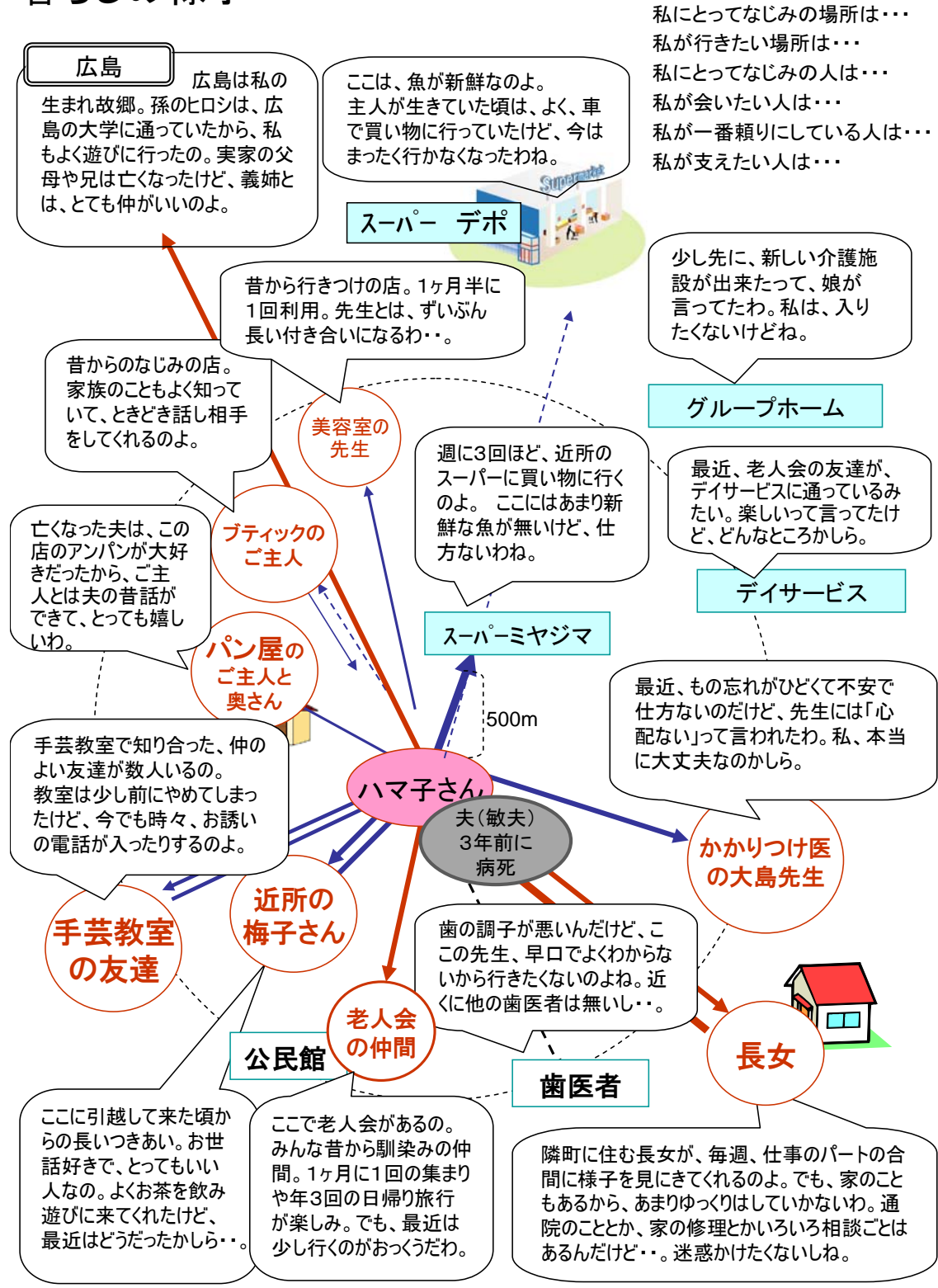


Video5

「70歳のハマ子さん」

# ビデオ視聴 70歳のハマ子さん

## 暮らしの様子



## 70歳の ハマ子さん

夫が亡くなって、しばらくたった頃。ハマ子さん(70歳)は、隣町で暮らすひとり娘に何度も確認の電話を入れたり、同じ物を買ひ込む等の言動がみられるようになりました。

心配した娘がかかりつけの先生に相談したところ、認知症との診断を受けました。ハマ子さんには認知症の告知はされていません。現在、要支援2(寝たきり度J2、認知症自立度Ⅱa)です。

ハマさんは忘れることが増え、不安になることも増えていますが、このまま自宅で暮らし続けたいと思っています。

### 認知機能や身体機能の情報

- ・短期記憶の低下が見られ、今しがたのことを思い出せず、不安になることが増えている。
- ・昔の出来事などはよく覚えている。
- ・コミュニケーション能力は保たれている。
- ・多少、足腰は弱ってきているが、ふらつきや転倒もなく、杖も必要としていない。

### 生活機能の情報

- ・食事や排泄、入浴などは特に支援を必要としていないが、義歯を外したまま、洗面所に置き放しにすることが増えてきている。
- ・冷蔵庫の中にある物で食事を作るため、同じようなメニューになることが多い。
- ・毎朝の夫の仏壇へのお参りは欠かさない。

### 社会参加

- ・近所のスーパーに買い物に行っている。
- ・娘が必要な物を買ってきてくれたり、時には一緒に買い物に行く。
- ・2週間に1度、通院している。
- ・近所の住民や趣味の仲間との交流もあり、老人会にも通っているが、時々約束を忘れて、記憶違いが増えている。
- ・月に1回程度、担当民生委員の訪問がある。

### その他の情報

- ・自宅は持ち家で戸建である。
- ・夫の遺族年金と合わせて月14万程の収入がある。
- ・介護保険サービスは利用していない。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) ----- <b>松田 ハマ子 (70歳)</b>	男 ● 女	〒 -
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 _____			
医療機関名 _____		電話 ( ) _____	
医療機関所在地 _____		FAX ( ) _____	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. <u>アルツハイマー型認知症</u>	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]			
3年前に夫と死別し、独居。隣町に一人娘。夫と死別後、しばらくして健忘発症し、何度も同じ内容の電話をしたり、確認することが増える。 同じ物をいくつも買うなどの行動もあり、本年2月に当院受診。診断はアルツハイマー病。娘はパートタイムの仕事をしているが、仕事中でも、不安になると何回も電話する。夜間でも動悸がしたりすると救急車を呼び、受診するなどの行動が目立つ。			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )
(4) その他の精神・神経症状	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無]

(5) 身体の状態  
 利き腕 (右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化  増加  維持  減少)  
四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)  
麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)  
右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)  
その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
関節の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左  
褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動  
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない  
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している  
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活  
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助  
 現在の栄養状態 良好 不良  
 → 栄養・食生活上の留意点 ( **摂食の確認が必要** )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針  
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊  
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 → 対処方針 ( **介護サービスの利用** )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し  
期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)  
訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療  
訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導  
訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項  
 ・血圧 特になし あり( \_\_\_\_\_ ) ・移動 特になし あり( \_\_\_\_\_ )  
 ・摂食 特になし あり( \_\_\_\_\_ ) ・運動 特になし あり( \_\_\_\_\_ )  
 ・嚥下 特になし あり( \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)  
無 有 ( \_\_\_\_\_ ) 不明

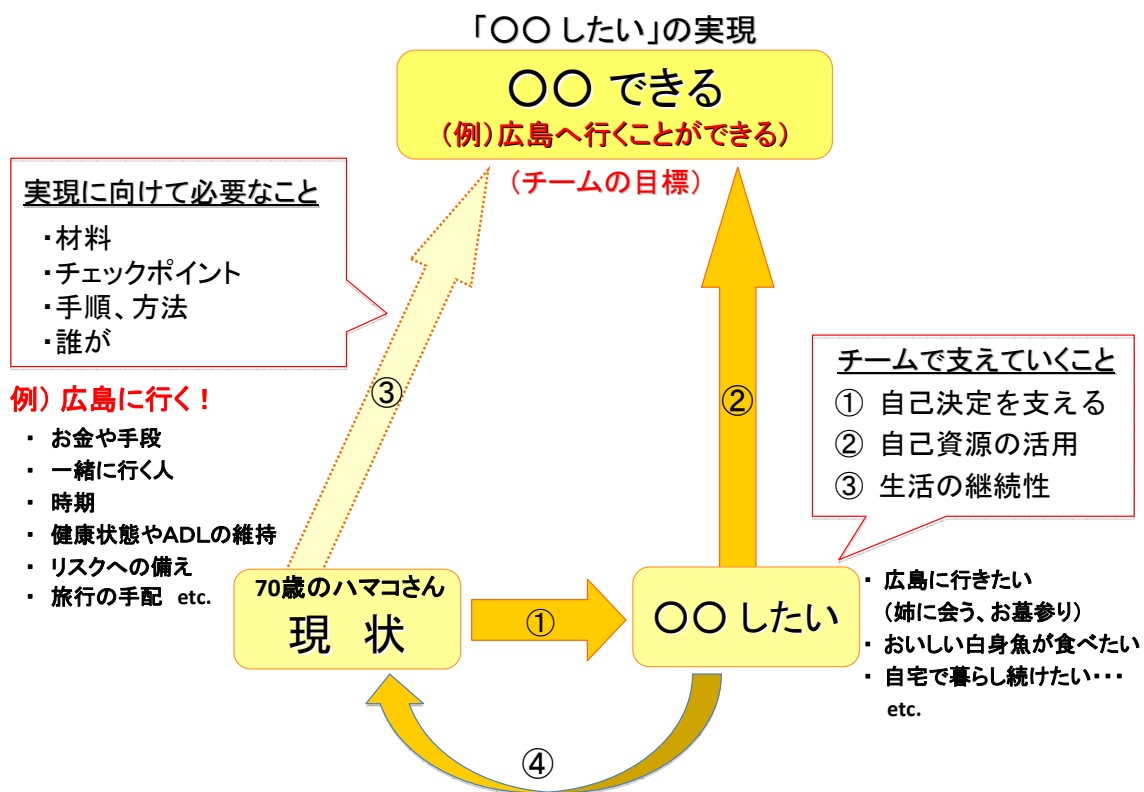
5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

不安症状に対して、向精神薬による薬物療法が必要。

申請者の認定結果等(お知らせ)を希望しますか 希望する 希望しない





### 【認知症の人「〇〇したいの実現」】

現状から、「〇〇したいの実現」にするためには、以下のようなことが必要です。

1. 材料を集める(=実現するために必要なもの、こと)

→たとえば、広島に行きたいということを実現するのだったら、一緒に行く人はいるのか、お金はどうするのか、などです。

2. チェックポイントの確認

(=実現するためにチェックしておくべきこと)

→これは、たとえば移動のためのADLや健康状態はどうか、ということです

3. 方法と手順の確認(=いつまでに、どのように)

→チケットの予約などをどのように行うかの確認です。

4. 役割分担(=誰が)

→方法と手順の確認と同時に、誰がやるのか、という役割分担も必要です。

自分の職種の専門性ではできないことがあれば、他の専門職に頼むことも大切です。

## Video6

### 「確認とこれからの展望」

## 「認知症ライフサポート研修」の位置づけ

認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）

医療・介護サービスを担う人材の育成

平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの  
多職種協働研修等で活用

### 【「認知症ライフサポート研修」の位置づけ】

増え続ける認知症高齢者数を背景に、2012年6月、厚労省の認知症施策検討プロジェクトチームが公表した報告書「今後の認知症施策の方向性について」では、認知症施策の具体的な方針が打ち出されました。

その施策を進めていくうえでの達成目標や、平成25年度から29年度までの取り組みとして「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）※」も示されたところです。

医療・介護サービスを担う人材の育成は、このプロジェクト報告書、ならびにオレンジプランの中にも明確に位置づけられています。

これらの動きにあわせ、「認知症ライフサポート研修」は、平成25年度以降 市町村単位で実施する「認知症ケアに携わる多職種協働研修」として、全国で実施することが求められています。

※ 参考：認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン） … 資料編 資料1  
認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業… 資料編 資料2



## 研修修了後の多職種協働へのステップ



### 【「認知症ライフサポート研修」のゴールイメージ】

この研修を受けたからといって、現場に戻ってすぐに連携や協働ができるかというと、そうではないかもしれません。

最後に、どのような段階を踏んでいけば、このあと地域にチームが完成していくのかをイメージしましょう。

連携や協働という言葉も、私たちは何気なく使いますが、そこにたどり着くためにはいくつかの段階を踏む必要があります。

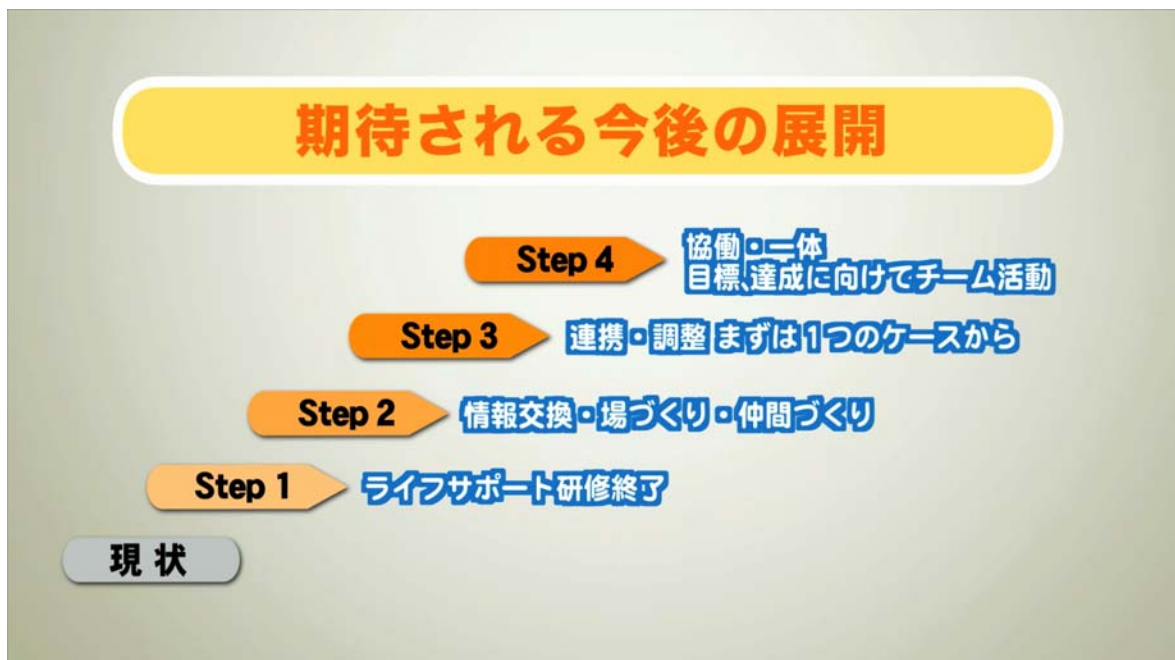
まず、今日のような研修や勉強会の段階です。共通の学びを得ると同時に、より多くの人と顔見知りになります。

どのような人が、自分と近い領域で活動しているのか分からず、特に顔が見えない状態では、なかなか情報交換がしづらい部分があるでしょう。しかし、少しでも実際に顔を見たり言葉を交わしたりすることで、地域に戻った時に、連絡をとりやすくなるのではないのでしょうか。

情報交換がスムーズにできるようになると、連携や調整ができるようになります。

そしてそれを積み重ねて行くことで、一体感を持って協働ができるという段階に進むことができます。

## 期待される今後の展開



### 【期待される今後の展開】

ここまで、「認知症ライフサポート」の3つの視点である、「自己決定を支える」、「自らの力を最大限に使って暮らすことを支える」、「住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える」という点を確認しながら、グループワークを行ってきました。

顔見知りになったり、他の職種の人たちはどのような考え方や役割を持っているのか、自分の職種に求められることは何なのか、などが見えてきたところではないでしょうか。

日々の現場では、情報交換が必要な場面が多々あります。そこで臆することなく連絡を取り合うことはもちろん、あらためて情報交換の場を設定することも大切です。

すでに行われている、地域ケア会議やサービス担当者会議、事例・症例検討会、多職種連携会議などがこれにあたります。この他にも直接話のできる場を設定し、顔をあわせていくことでさらに細かい情報のやりとり、調整といったことが可能になるのです。

時間はかかるかもしれませんが、現場での情報交換と、連携・調整の場づくりとが並行して進み、一体感を持って協働できるチームが生活圏域の中に作られていくことが期待されています。

資料編.....	45
（資料1） 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン) .....	46
（資料2） 認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業 .....	50
（資料3） 認知症ライフサポートモデルの根幹にある考え方 .....	51
（資料4） 演習 ワークシート.....	55

**「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」**  
**（平成25年度から29年度までの計画）**

**1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及**

- 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
  - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
  - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
  - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

**2. 早期診断・早期対応**

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）  
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人  
【考え方】高齢者人口約600万人（認知症高齢者約600万人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。  
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）  
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人  
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
  - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
  - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 早期診断等を担う医療機関の数
  - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。  
※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。



- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
  - ・平成 24 年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
  - ・平成 27 年度以降 すべての市町村で実施

### **3. 地域での生活を支える医療サービスの構築**

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
  - ・平成 24 年度 ガイドラインの策定
  - ・平成 25 年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
  - ・平成 24 年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
  - ・平成 24 年度 クリティカルパスの作成
  - ・平成 25～26 年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
  - ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画に反映

### **4. 地域での生活を支える介護サービスの構築**

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

### **5. 地域での日常生活・家族の支援の強化**

- 認知症地域支援推進員の人数  
平成 24 年度末見込 175 人 → 平成 29 年度末 700 人  
【考え方】5つの中学校区当たり1人配置（合計約 2,200 人）、当面5年間で700人配置。  
※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施
- 認知症サポーターの人数（累計）  
平成 24 年度末見込 350 万人 → 平成 29 年度末 600 万人

- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数  
平成24年度見込 40市町村  
将来的に、すべての市町村(約 1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
  - ・平成24年度 調査・研究を実施
  - ・平成25年度以降 「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

## **6. 若年性認知症施策の強化**

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
  - ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数  
平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

## **7. 医療・介護サービスを担う人材の育成**

- 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定
  - ・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
  - ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)  
平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人  
【考え方】すべての介護保険施設(約 15,000)とグループホーム(約 14,000)の職員1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約 11,000)内で1人ずつが受講
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)  
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人  
【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)  
新規 → 平成29年度末 87,000人  
【考え方】病院(約 8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講。



(別紙)

# 認知症高齢者の介護サービス利用について (5年後の推計)

認知症高齢者数の居場所別内訳	平成24年度 (2012)	平成29年度 (2017)
認知症高齢者数	305	373
在宅介護	149	186
うち小規模多機能型居宅介護	5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス	0	3
居住系サービス	28	44
特定施設入居者生活介護	11	19
認知症対応型共同生活介護	17	25
介護施設	89	105
介護老人福祉施設	48	58
介護老人保健施設等(介護療養型医療施設を含む。)	41	46
医療機関	38	38

(単位:万人)



※端数処理の関係で積み上げは一致しない。

【推計の考え方】

1. 各年度の「認知症高齢者数」については、将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所:H24.1推計。死亡中位出生中位)に、平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計。

2. 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」(以下、「一体改革試算」という。)における各サービスごとの利用者増加率等(※)を乗じて推計した。

(※)増加率等には、平成22年度に対する各サービス別利用者数増加率に次の要素を含めて補正している。

[平成24年度]介護施設の入所者に占める認知症者割合を増加。

[平成29年度]認知症高齢者数の増加(平成22年度:208万人→280万人)及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。

①認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。

②特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。

③在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。

3. 「医療機関」の認知症高齢者数は、副働病名に認知症がある者を含む。

(注)医療機関の内訳(一般病院、精神科病院等)の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成20年約5万人(患者調査)となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成29年は約7万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約2万人と見込んでいますので、精神科病院の認知症患者数は平成29年約5万人と推計される。



(資料 2)

## 認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業 (市町村認知症施策総合推進事業)

### 1 目的

平成24年9月に策定した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を 着実に実施するためには、認知症の人とその家族への支援に最も身近な基礎的自治体である市町村（特別区含む。以下同じ）が積極的に取り組むことが重要であるため、地域の実情に応じて、認知症の人やその家族等を支援するための各種事業を実施し、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」を実現する。

### 2 事業内容

#### (1) 病院・介護保険施設などでの認知症対応力向上の推進

病院や介護保険施設等において、その職員に対して、行動・心理症状等で対応困難な事例への助言等の個別支援を実施する。

#### (2) 地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続支援のための相談・支援の推進

認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、特別養護老人ホーム、複合型サービス事業所などが、相談員を配置し、当該事業所等が有する知識・経験・人材などを活用し、在宅で生活する認知症の人やその家族に対して効果的な介護方法などの専門的な相談支援等を行う。

#### (3) 高齢者虐待防止対応の推進

高齢者の虐待防止のための独自の対応マニュアルの作成やネットワークの構築等の推進を行う。

#### (4) 認知症の人の家族に対する支援の推進

認知症に関する知識の習得や情報交換を図る「家族教室」や、誰もが参加でき集う場「認知症カフェ」等を開設する。

#### (5) 認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得する認知症多職種協働研修を実施する。

### 3 実施主体 市町村

(資料 3)

認知症ライフサポートモデルの根幹にある考え方

冒頭で紹介した「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」では、認知症ケアをトータルサポートとして進化させていくために、認知症の人を支えていく全ての専門職が共有すべき「認知症ケアの基本的な考え方」を、以下の6つにまとめました。

- 本人主体のケアを原則とすること
- 社会とのつながりを継続しつつ生活の中でのケアを提供すること
- 本人の力を最大限に活かしたケアに取り組むこと
- 早期から終末期までの継続的な関わりと支援に取り組むこと
- 家族支援に取り組むこと
- 介護・医療・地域社会の連携による総合的な支援体制を目指すこと

1. 本人主体のケアを原則とすること(自己決定を支える)

- ・ 認知症を有する人を、各々の価値観や個性、想い、人生の歴史等を持つ個別の「人」として尊重する、「本人を主体とするケア」に取り組んでいく。
- ・ 認知症ケアに携わる全ての専門職は、本人への共感や理解から認知症ケアが始まることを理解し、生活の支援全般にわたる権利擁護に取り組んでいく。

- 認知症の人は、認知機能障害等の症状の特徴により、不安や混乱、孤独感のなかで過ごしていることがある。また、自らの想いや欲求が理解されがたく、周囲の人とのコミュニケーションや関係性の維持が難しくなることもある。
- しかし、各々の人は、独自の価値観や個性、想い、そして人生の歴史を持つ個別の人として存在する。その個別性を尊重する支援こそ尊厳を支えるケアであり、本人を主体とするケアを基本に据えていくべきである<sup>3</sup>。
- 認知症ケアに携わる専門職は、認知症の人の想いに共感し、本人を理解することから認知症ケアが始まるという理解が必要である。
- また、認知症の人の自由が尊重される暮らしと、安全確保とのバランスのとれたケアを個別に考えながら、日常生活全般にわたって、認知症の人の権利擁護を意識していくことが求められる。

2. 住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える

<sup>3</sup> この考えは、Tom Kitwood が提唱した「パーソン・センタード・ケア」として知られている。

- ・ 本人の生活の継続性や地域社会の中の支援を基本に考えていく。
- ・ 本人のなじみの暮らし方、なじみの関係が継続できるように支援していく。

- 認知症の人のそれまでの生活や地域とのつながりを尊重し、各々の人のペースで、その人らしさが発揮できるような支援に取り組んでいく。
- いわゆる「リロケーションダメージ(転院などで生活の場が変わることによる悪影響)」など、環境の変化に適応することがことさら難しい認知症の人に配慮し、生活の継続性が尊重されるようなケアサービスを整えていく必要がある。
- また、認知症の症状や進行の状況に応じた個別の支援が可能となるよう、多職種連携や、多角的な視点で本人の心身状態の把握に努めていく。

### 3. 自らの力を最大限に使って暮らすことを支える

- ・ 本人が有する「力」を最大限に活かし、「生きがい」や「やりがい」のある暮らしを支援する。
- ・ 本人が有する力は、ADL、IADL等だけで捉えず、地域の人との関係性や地域資源とのつながりを含めたものとして捉えていく。
- ・ できないことに目を向けるのではなく、できることに目を向けて支援していく。

- 本人が有する力を、単に ADL や IADL 等だけで捉えずに、地域社会のなかで培ってきた人間関係や地域資源とのつながり等、本人の関係力を含めて考えていく。こうした自己資源を見極め、連携していくことにより、本人主体のケアをさらに充実させていく。
- 「できないこと」「分からないこと」に目を向けるのではなく、「できること」「できそうなこと」等に目を向けながら、本人の力を最大限に活かして生活できるように支援する。
- また、認知症の BPSD を、必ずしもマイナスと捉えない視点も重要である。むしろ本人の想いや力の表れであると捉え、本人ニーズに着眼した支援への糸口として活かしていくべきである。

### 4. 早期から終末期までの継続的な関わりと支援に取り組むこと

- ・ 本人のニーズに応じて、認知症の早期から終末期まで、必要な医療や介護がそれぞれの専門職に適切につながる体制を整えていく。
- ・ 認知症の早期発見と本人への早期介入等による適切なケアの提供で、発症後の状態悪化や BPSD の発症を最小に抑えていく。
- ・ 本人の心身状態への対応や生活の支援等を含めて、トータルな視点でのケアサービスの提供やサ

ポート体制を整えていく。

- ・原因疾患ごとの認知機能障害等の症状の特徴、治療の可能性と限界、予後の違い等に関する基本的な医療情報を関係者のなかで共有し、段階に応じた日常生活の支援に活かしていく。

- 認知症の早期から終末期に至るまで、本人や家族の必要に応じて医療や介護等の専門職につながるができるよう、情報提供や支援のしくみを整えていくことが必要である。
- 認知症に伴う症状は中核症状の進行のみにとどまらず、本人の生活歴や性格、身体状態、人間関係、物理環境等の様々な要因に影響されることもある。また、不整脈や心不全といった身体的側面や、薬物が影響していることもある。早期発見、早期対応によって認知症の症状の悪化を防ぐことにもつながることから、早期に発見できる体制やしきみを構築し、適切な医療や介護サービスにつなげ、継続的な関わりを持てるようにすることが重要であり、BPSD 等の症状を引き起こさない支援を提供していくことを基本に考えていくべきである。
- 本人・家族、関係者等は、「認知症になってもあきらめない」という意識を共有していくことが求められる。特に、若年性認知症の人には、地域社会との関係性やトータルな視点でのサポート体制を強めていくことが重要である。
- 医療的側面から見ると、原因疾患ごとの認知機能障害等の症状の特徴、治療の可能性と限界、予後の違い等に関する基本的情報を関係者が知識として共有し、日常生活の支援に活かしていくことが有用である。

## 5. 家族支援に取り組むこと

- ・家族は、本人支援の最も貴重な資源である。
- ・家族の心情を理解すると同時に、家族への支援も欠かせない取り組みである。

- 認知症の人が地域社会とつながりつつ生活をしていく上で、家族は、本人支援の最も貴重な資源である。また、本人のことを最もよく知る家族であるからこそ、認知症に伴う様々な症状を容易には受容できない心情も強い。専門職は、こうした家族の心情を踏まえて関わり続けることが望まれる。
- BPSD 等の状態が続くことにより、家族のストレスや心身の負担が相当に大きくなることから、本人との関係が複雑になりやすく、不適切な対応に結びついていく危険をはらんでいる。
- 加えて、認知症に関わる病気の理解や、本人の状態を理解することにより、本人に対する家族の受け止め方を変え、ストレス軽減につなげていくことができる。専門職は、認知症の人と家族への支援を含めて取り組んでいくべきである。

## 6. 介護・医療・地域社会の連携による総合的な支援体制を目指すこと

- ・ 医療、介護、地域社会等が連携した総合的な支援として認知症ケアに取り組んでいく。
- ・ 認知症ケアは生活の支援の側面が大きいことから、ケアの提供現場は在宅や地域社会で展開されるべきである。また、その中核を担うのは介護サービス専門職の役割である。
- ・ 医療には、正確な診断、適切な治療、医療情報の提供、およびセーフティーネットの役割などの重要な役割が求められるが、ケアの中核を担うのが介護であることを理解して、本人、家族、介護サービスのサポート機能を果たすことが求められる。
- ・ 認知症ケアに携わる各々の専門職が、お互いの役割や専門性を理解し、相互に協働していく必要がある。

- 認知症とは「一旦正常に発達した知能が、後天的に器質的な脳の障害によって、広汎に継続的に低下し、日常的な生活を営めない程度にまで衰退した状態<sup>4</sup>」と定義されている通り、脳の器質的障害と、社会生活障害を包括したものと捉えることができる。
- 認知症ケアを脳の器質的障害の側面から考えていくと、認知症のステージごとの中核症状や身体疾患、体調変化等に応じた適切なケアの提供が求められる。また、社会生活障害の側面から考えていくと、本人が培ってきた地域社会との関係、なじみの人や場との関わりを断ち切ることなく、生活の継続性が尊重されるような支援に取り組んでいく必要がある。
- 認知症ケアは、この両者の側面からトータルな視点でのサポートに取り組んでいくことが重要であり、認知症ケアのサービス提供は地域社会を中心に展開されるべきである。
- また、ケアの中核を担うのは介護サービスであり、医療は、本人、家族、介護サービス等をサポートする役割を担いつつ、適切な治療や医療情報の提供、および専門的な知識と視野を持った相談機能を果たしていくことが求められる。

(出典)株式会社ニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」認知症ケアの基本(p23)を一部改編載

<sup>4</sup> 国立長寿医療センター看護部高齢者看護開発チーム「認知症患者の看護」2009年改訂版

(資料 4) 演習 ワークシート

ワーク 2 で使用

個人ワーク用(一人につき 1 枚配付)

**ワーク 2 個人ワーク用**

ハマ子さんの望んでいることを「～したい」の形で書き出してください

職種 \_\_\_\_\_

ワーク 4 で使用

個人ワーク用(一人につき 1 枚配付)

**ワーク 4 個人ワーク用**

「～したい」を「～できる」にするための具体的な取り組みを書き出してみましょう

職種 \_\_\_\_\_

ワーク 4 で使用

依頼する内容ごとに、一人が複数枚使用

**ワーク 4 チームワークカード**

役割分担を考える上で、あなたが、他の専門職に頼みたいことを、このカードを使って連携してみましょう

お名前 \_\_\_\_\_ から お名前 \_\_\_\_\_ さんへ  
職種 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

(依頼したいこと)

各グループに1枚配付（記録担当者が、ワークごとにグループ意見のまとめを記入）

## グループワークのまとめ

グループ番号

※記録係の方は、グループ内の意見を整理して、記録をお願いします。

**ワーク 2** ハマ子さんの望んでいることを「～したい」の形で書き出してみましよう

**ワーク 3** ワーク1で共有した「～したい」の部分を「～できる」に変えてみましょう

**ワーク 4** 「～したい」を「～できる」にするための具体的な取り組みを書き出してみましよう



【平成 23 年度】認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会

(委員長)

大島 伸一 独立行政法人国立長寿医療研究センター 総長

(委員)

大谷 るみ子 社会福祉法人東翔会 グループホームふぁみりえ ホーム長  
 小山 剛 社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長  
 武田 純子 有限会社ライフアート グループホーム福寿荘 総合施設長  
 玉井 顯 医療法人敦賀温泉病院 院長  
 長野 敏宏 特定非営利活動法人ハート in ハートなんぐん市場 理事  
 西山 隆 和光市北地域包括支援センター センター長  
 東 憲太郎 医療法人緑の風 理事長・施設長  
 宮島 渡 社会福祉法人恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 総合施設長

(オブザーバー)

厚生労働省老健局 認知症・虐待防止対策推進室

【平成 24 年度】認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する検討委員会

(委員長)

大島 伸一 独立行政法人国立長寿医療研究センター 総長

(委員)

上原 タミ子 アイアンドティケア株式会社訪問看護ステーションのい 所長  
 小山 剛 社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長  
 柴田 範子 東洋大学 ライフデザイン学部 生活支援学科 准教授/NPO 法人「楽」理事長  
 玉井 顯 医療法人敦賀温泉病院 院長  
 西山 隆 和光市北地域包括支援センター センター長  
 東 憲太郎 医療法人緑の風 理事長・施設長  
 本間 昭 認知症介護研究・研修東京センター センター長  
 宮島 渡 社会福祉法人恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 総合施設長

(ワーキング委員会座長)

宮島 渡 社会福祉法人恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 総合施設長

(ワーキング委員)

大谷 るみ子 社会福祉法人東翔会 グループホームふぁみりえ ホーム長  
奥村 典子 藤本クリニック・デイサービスセンター 所長  
木之下 徹 医療法人社団こだま会 こだまクリニック 院長  
桑原 陽 社会福祉法人新生会サンビレッジ大垣 施設長  
武田 純子 有限会社ライフアート グループホーム福寿荘 総合施設長  
長野 敏宏 特定非営利活動法人ハートin ハートなんぐん市場 理事

(オブザーバー)

厚生労働省老健局 認知症・虐待防止対策推進室

【平成 25 年度】認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する検討委員会

(委員長)

大島 伸一 独立行政法人国立長寿医療研究センター 総長

(委員)

池田 敦子 神戸市保健福祉局 高齢福祉部介護保険課 高齢者支援担当係長  
上原 タミ子 アイアンドティケア株式会社訪問看護ステーションのい 所長  
西川 保子 京都市保健福祉局 長寿社会部長寿福祉課 課長補佐  
東 憲太郎 医療法人緑の風 理事長・施設長  
古川 歌子 町田市いきいき健康部 高齢者福祉課 高齢者支援係担当係長  
本間 昭 認知症介護研究・研修東京センター センター長  
宮島 渡 社会福祉法人恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 総合施設長

(オブザーバー)

厚生労働省老健局 認知症・虐待防止対策推進室

(敬称略 委員長以下五十音順)

研究事業実施主体

---

株式会社ニッセイ基礎研究所

(事務局) 山梨 恵子  
中村 昭  
廣渡 健司  
進藤 由美  
吉田 妙子

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)  
「認知症ライフサポート研修」テキスト(第 2 版)

---

2013 年 10 月

- 編集 認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業検討委員会
- 発行 株式会社ニッセイ基礎研究所
- お問い合わせ 03-3512-1818 (担当 山梨)

禁無断転載