

基礎研 レポート

認知症ケアパスづくりで 大切にしたいこと 認知症の人の地域包括ケアの実現に向けて

生活研究部 准主任研究員 山梨 恵子
(03)3512-1818 yamanasi@nli-research.co.jp

1—ケアの流れを変える「認知症ケアパス」とは？

現在、市町村ごとに作成が求められている「認知症ケアパス」は、「認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どの様な医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにする」ものと説明されている。厚生労働省が策定した平成25年度から平成29年度までの「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」には、取組み課題の一番目に、この認知症ケアパスの作成が挙げられている。

オレンジプランのベースとなる考え方をまとめた「今後の認知症施策の方向性について」¹には、目指すべき基本目標として、不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築するとし、さらに、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「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」の実現を目指すとしている。

勿論これは介護施設や精神科病院への入所・入院を否定しようとするものではないだろう。しかし、必要のない入所・入院が増えている現状の中で、認知症の人にとっての地域包括ケアをどのように実現するかは、それぞれの地域が猶予無く考えなければならない優先順位の高い課題である。

オレンジプランが公表されてから間もなく2年。現在、市町村は、第6期介護保険事業計画²の策定に

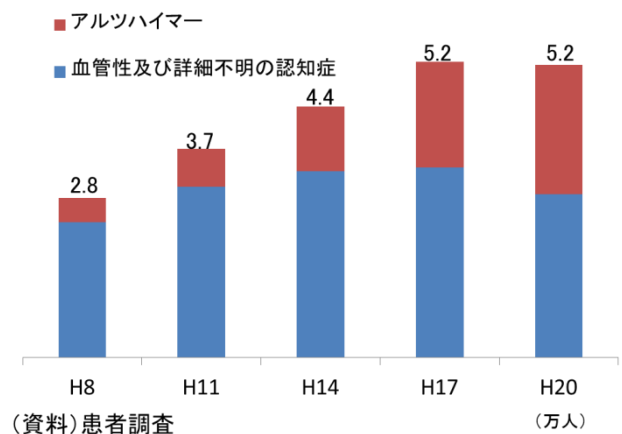


図1 認知症患者の精神病床入院者数

¹ 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(2012)「今後の認知症施策の方向性について」,2012年6月

² 市町村は3年ごとに介護保険事業計画の策定を義務付けられており、第6期(平成27年～平成29年)計画は、今年度中の策定が必要となる。

向けて、この認知症ケアパスの作成に関わる作業の只中にあると考えられる。いまだ、「認知症ケアパスの作成」の具体的な作業に関する疑問や問いかけが少なくない中、本稿は、改めて認知症ケアパスの意義とは何かを考え、認知症の人自身の受益につながるための取り組み課題を考えてみたい。

なお、「認知症ケアパス作成のための研究事業（平成 24 年度）」、ならびに「認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究（平成 25 年度）」は、各市町村でのケアパス作成作業を着実に進めてもらうための情報提供を目的に開催された研究事業である（以下、ケアパス委員会という）。事業は、老人保健健康増進等事業として一般社団法人財形福祉協会が主催し、ニッセイ基礎研究所は調査等の委託先として関わりを持った経緯がある。本稿はこの研究事業報告書、ならびにケアパス委員会における議論をベースに記述する。

2——不適切なケアの流れはなぜ起こるのか

はじめに、「認知症ケアの流れを変える」とまで言われた‘不適切なケアの流れ’とは、いったいどのような理由で生じてしまうのか。プロジェクト報告書には unnecessary 施設入所や精神科病院への入院が増えている背景として、早期診断・早期対応の遅れや、行動・心理症状等への不適切な対応等の理由が挙げられている。ケアパス委員会においては、施設や病院への流れのみならず、居宅介護サービスを利用する場面でも、目的と手段の‘はき違え’が起きているのではないかとの課題認識が示された。

ケアパス委員会における課題認識

- 認知症の早期において、本人・家族が必要としている支援が不足している
- 本人にとっての課題解決よりも、周囲にとっての問題・課題が優先される
- 増悪期になってからサービスにつながっても、対症的なケアが中心にならざるを得ない
- 認知症の早期から終末まで、一貫してかわる専門職がない（しくみがない）
- 多職種連携やケアチームの体制が不足している

（資料）「平成 24 年度 認知症ケアパス作成のための研究事業」委員意見の記録より

1 | 本人不在の意思決定という課題

たとえば、要介護認定後にデイサービス等の公的サービスを利用すると、「長年慣れ親しんできた地域との関わりや、近隣住民との交流が薄れてしまう」というのはよく耳にする話だ。介護保険サービスは、本人が持っている力を最大限に使い、本人が望む暮らしを支えていくために用いられる制度³であるが、実際には、本人よりも周囲の判断や都合が優先されてしまい、その後の暮らし方が勝手に決められてしまうことも少なくない。認知症の人の場合は、さらに本人の意思が尊重されにくく、家族、地域包括支援センター、ケアマネジャー、医療関係者、介護関係者など、それぞれが懸命に支えよう

³ 介護保険法第一条(目的)「(中略)これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき…(略)」

とする‘善意’が、逆に、本人の思いとは違う方向へと運んでしまうこともある。

問題なのは、認知症の人自身が納得していないサービスを利用したり、馴染みの関係が全くない環境へと移動させてしまうことにより、認知症の症状がさらに進行したり、行動・心理症状を引き起こす要因になってしまったりと、必ずしも本人の受益につながっていない点にある。

2 | ケアの連続性・継続性の欠如という課題

もう1つの課題は、現行制度のしくみそのものにケアの連続性・継続性が損なわれやすいという課題があることだ。図2は、早期から終末期までの「ケアの流れ」の中で、認知症の人とサービス（資源）や専門職のかかわりを表した一例である。たとえば、図中央のケアマネジメントの役割は、要介護認定以前であれば地域包括支援センターの主任ケアマネ、要介護認定以降であれば利用するサービスによって担当者が交代している様子が見える。そのため、早期から終末期までの一貫した情報を持って伴走し続ける専門職がおらず、よほど高い意識で臨まない限り本人の情報は引き継がれていかない。また、医療機関に入院した場合には、介護報酬が算定されないという制度上の理由から、利用者とケアマネジャーとのかかわりは希薄になるか、途切れてしまうことも多い。

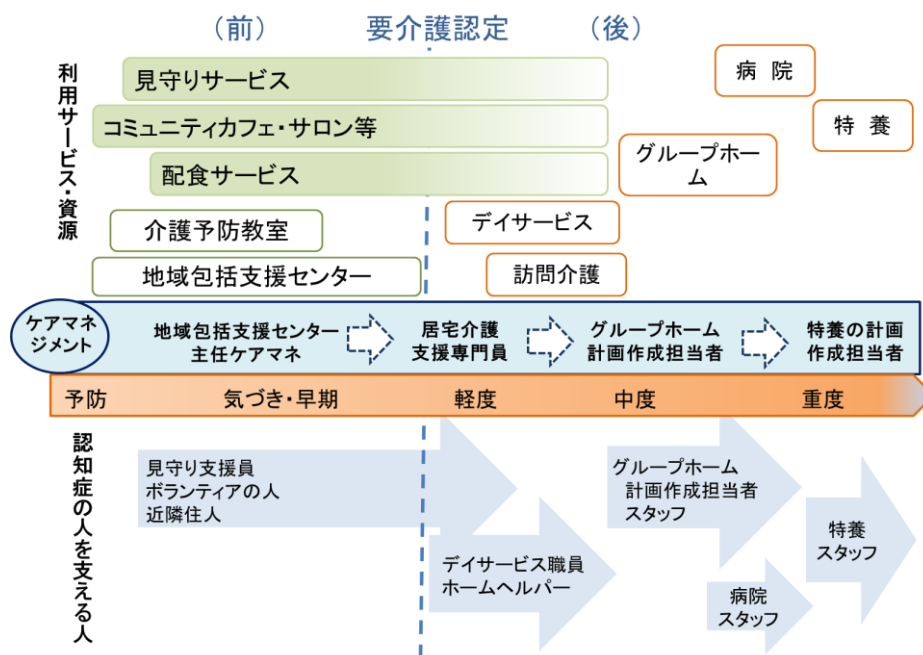


図2 サービス利用の流れの例

生活の連続性・継続性を重視する認知症ケアは、たとえ利用するサービスを変えることになっても、その変り目で本人の情報をまるごと引き継いでいくことが重要だ。また、情報を引き継ぐだけでなく、認知症を抱えて長い道のりを歩む本人に、寄り添い、伴走し続ける専門職の存在も必要だ。たとえば、認知症が重度になってから利用者に出会った人は、本来のその人の姿ではなく、認知症の症状から捉えた姿に惑わされ、問題解決型の支援に陥りやすい面がある。一方、認知症の早期のうち利用者に出会った人は、本来のその人の姿を理解しやすく、認知症が重度になった時にも「その人らしい暮ら

し方」「本人の想いや希望」「個性」などを重視するケアにつながりやすい。サービスの変わり目で情報がつながらないという課題、認知症の早期から終末までを伴走し続ける専門職がないという課題。これらは、本人不在のままに「不適切」と言われるケアの流れを生んできた要因の一つと考えられる。

3——地域ごとに作成する「認知症ケアパス(マクロのケアパス)」

前述のとおり、認知症ケアパスは、「認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにする」ものと説明されている。しかし、具体的な機関名等を開示するためには、認知症の進行に応じて必要となる支援とは何かを明らかにし、そうしたニーズに応じて予めサービス（資源）を整えておかなければならない。つまり、認知症ケアパスを提示するためには、基盤整備を先に進めていく必要があるということだ。そのため、現在は、「認知症ケアパスの作成」と、第6期介護保険事業計画とが一体的に語られることが多い。

一方で、「認知症ケアパスを作成」に関する市町村の捉え方は様々だ。たとえば、「認知症の状態別にサービスの一覧表を作成する」、「住民向けのガイドブックを作成する」、「認知症ケアのための情報連携ツールを作成する」など、オレンジプランの意図が明確に伝わっていないような状況もみてとれる。

そこで、ケアパス委員会では、「認知症ケアパス作成のための手引き（2013年9月）」⁴を技術的助言として提案し、活用を促している。手引きには、基盤づくりの流れ(図3)、計画の根拠として用いるべきデータ、考慮すべきポイントなどが整理されている。詳細については、実際の手引きを参照いただくこととし、ここでは手順ごとのポイントを述べていく。

① 地域に住む高齢者の状態像と推計・見込み量の把握

1つめは、地域に暮らす高齢者の状態像と状態別の人数を把握することである。わがまちに認知症のリスクがある人がどの程度存在するのか、また、出現率がどのくらいなのかを把握しないままに、ステージ別の基盤整備計画を立てることは難しい。手引きでは、高齢者の状態像を把握する方法として、「日常生活圏域ニーズ調査」と「要介護認定データの情報」を用い、認知機能障害の程度（CPS）、あるいは認知症高齢者の日常生活自立度別に人数を割出していくことを求めている。

② 介護保険事業計画の理念・基本目標・基本方針の確認

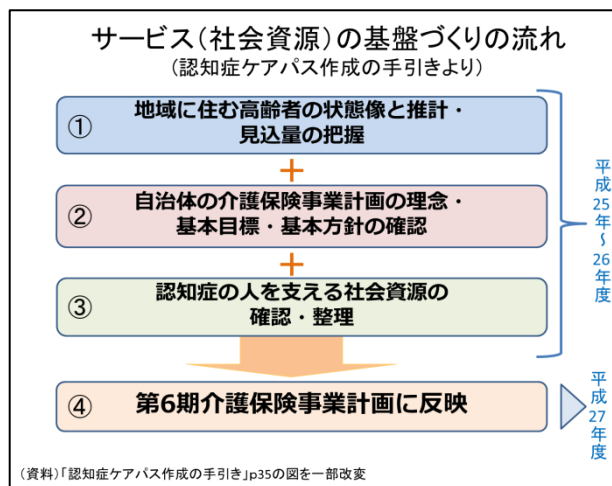


図3 基盤づくりの流れ

⁴ 財形福祉協会ホームページ, <http://www.zaikei.or.jp/>

2つめは、介護保険事業計画の理念・基本目標・基本方針などを改めて確認することである。わがまちの認知症施策の理念、基本目標、基本方針を政策として強く打ち出し、認知症ケアパス作成における市町村としてのビジョンを関係者のゆるぎない共通認識とすること。また、それを地域住民に明示できることが重要である。

③ 認知症の人を支えるサービス（社会資源）の確認・整理

3つめは、わがまちの認知症の人を支えるサービス（社会資源）と、その利用状況を把握し、今後必要となるサービス（社会資源）の必要量を見極めていく。また、認知症のステージごとに当事者が求めている支援を洗い出し、既存サービスの整理や不足しているサービスの補強につなげる。このプロセスで、不足しているサービス（社会資源）や必要量の見込みを、第6期介護保険事業計画に反映させていくことが必須となる。

③におけるポイントは、サービスの必要量を見込む際、単純に既存サービスの提供量に認知症高齢者の増加率（①で算出）を乗ずるのではなく、地域包括ケアの観点から、小規模多機能型居宅介護や認知症グループホームの伸び率を増やしたり、既存のデイサービスを認知症デイサービスに転換させたり、あるいは地域ニーズに応じた一定の機能を地域密着型サービスに付加させるなど、独自の視点と工夫を加えていくことである。

個別のニーズを満たしていけるか否かはサービスの種類で決まるのではなく、そのサービスが提供する「機能」や「対応力」にかかってくる。単純に、訪問、通所、宿泊等のサービスを提供する社会資源を確認するだけでなく、認知症の人やその家族のニーズをすくい上げ、そのニーズに込んでいる場所がどこかということをきめ細かく見ていくことが望まれる。また、そのプロセスでは、認知症ケアに直接携わる専門職の声、認知症の人自身の声、家族の声等にも耳を傾けていく必要があるだろう。

「認知症ケアパス作成のための手引き」には、これらの作業をより分かりやすくするために、「認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート」および「認知症の人を支える社会資源の整理シート」を掲載しているのでご活用いただきたい。ただし、これらのシートは、数字や資源を書き込んだからといって、自動的にサービス（資源）の基盤計画が導き出されるものではない。状態別に把握した認知症の人をどのような方針で、どのような方法で支えていくかは、まさに認知症ケアパスづくりの中核にある作業と言えるだろう。地域の特性を踏まえ、知恵を絞りながら、市町村独自の検討を重ねることが求められるとともに、地域包括ケアシステムの5つの要素とされる、住まい・医療・介護・予防・生活支援等を観点に取組むことが重要である。

4—個別の人の認知症ケアパスをコーディネートする体制づくり(ミクロのケアパス)

1 | もう1つの認知症ケアパス

さらに、ケアパス委員会におけるもう1つの着眼点は、個別の認知症の人にとっての認知症ケアパス（ケアの流れ）を適切に機能させるための体制づくりである。前述した、地域の基盤づくりを「マクロのケアパス」と捉えるならば、個別の人に焦点を当てた体制づくりは「ミクロのケアパス」と捉えることができる。

現在、各市町村においては、目前に迫る介護保険事業の第6期に向けて、まずは「マクロのケアパス」作成が先行される形となった。しかし、「ケアの流れを変える」というオレンジプランの目標を達成するためには、「地域の基盤づくり」と「個別の人のコーディネート体制」の両方に取り組んでいくことが必要になると考えられる。

注) ここで言う「コーディネート」とは、個別の人に、より良いサービスを提供するための調整機能を意味する。居宅介護支援専門員等が担うケアマネジメントと重なる部分も多いが、認知症ケアパスの範囲は、要介護認定以前の予防を含む概念であるため、ここではあえて広義のケアマネジメントを意味する「コーディネート」という言葉を使用している。

2 | 的確なコーディネートができる体制づくり

認知症ケアパスを歩むのは、他でもない認知症の人自身だ。本人が望む暮らしを実現するために、基盤づくりで整えた社会資源をどのように活かしていくのか。資源を使いこなしていくためには、使いこなすだけの一定のルールや、認知症ケアに携わる多職種間の共通理解が必要になる。また、そのルールや共通理解は、「本人不在のケアマネジメント」や「連続性・継続性が損なわれたケアの流れ」といった現状の課題を克服できるものにしていく必要がある。

以下に、その打開策につながる3つのポイント（手順、情報連携ツール、多職種協働のチームづくり等）を述べていく。

① コーディネートの「手順」づくり

コーディネートの過程では、認知症の人に向き合い、その人が何を望んでいるのかを知り、生活課題を見極めるための「手順」が必要だ。地域ケア会議の有効活用で注目を集める和光市においても、適切なアセスメントが行われるためのツール開発や、市として描いた認知症ケアパスを個別の人が歩むケアパスに結びつけるための「手順」を定め、自立支援の観点から、早期発見、早期対応、課題の整理、ケアチームの編成、マネジメントのキーパーソン決定、地域ネット進行管理等を行うための手順等が整えられている。

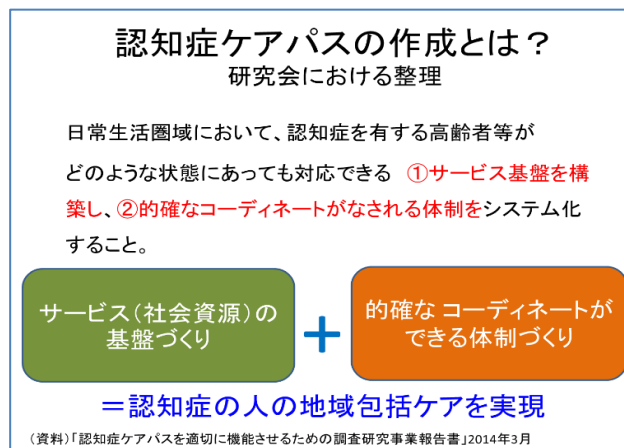


図4 認知症ケアパスの2つの側面

認知症の人がケアパスにつながる入り口の部分で、認知症ケアに精通する専門職がかかわり、適切な手順を踏むことは、本人・家族の真のニーズを捉えたコーディネートを実現するためにも必須の取り組みになると言えるだろう。また、複数の専門職が多角的な視点でニーズを捉えることで、目先の困りごとに惑わされた‘その場しのぎの対応’を回避することにもつながる。ケアパス委員会では、適切なコーディネートの実現に向けて、援助の基本的視点や手法をまとめた「認知症の人に対するケアマネジメントの手順と専門職の心得」⁵を作成した。以下はその要点をまとめたものである。

表1 関係性を重視したケアマネジメントにおける「手順」について

1 認知症の人との出会いの場面(インテーク)
<ul style="list-style-type: none"> • 自己紹介と秘密が守られることなどのオリエンテーションを行う • 認知症の人が抱えている問題の状況、主訴を正確に把握する • 家族や周囲の人が抱えている問題の状況、主訴を正確に把握する • 相談に至った経緯や理由を把握する • 支援を受ける意思があるか否かを確認する • 今後の支援の目安を提示する • 緊急性について判断する • 信頼関係を築く
2 アセスメント
<ul style="list-style-type: none"> • 認知症の人の暮らしを全体的に把握し、現状に対する本人の思いの確認 • 認知症の人や環境のもつ強みの把握 • 認知症の人の望む暮らしの理解 • 認知症の人のもつニーズの明確化 • 緊急性についての全体状況の把握 • 緊急性に関する支援の計画と実施 • 医療やサービス機関との認知症ケアパスを用いた確認
3 支援計画の作成
<ul style="list-style-type: none"> • アセスメントした状況を踏まえ、生活の目標を認知症の人とともに設定する • ニーズの整理と優先順位の確認、ニーズに対する目標を認知症の人と共に設定する • ニーズとデマンドの明確化 • 支援内容の検討と利用する資源の調整 • 本人参加のサービス担当者会議を開催し、チームの一員としての自覚を持ち、認知症の人と協働することを確認する • 支援計画の決定および個別援助計画とのすり合わせ
4 支援の実施
<ul style="list-style-type: none"> • サービスを利用している時の実際の様子を確認する。(同行・同席など) • 支援計画に基づいた支援内容であるかを確認する。 • 認知症の人のニーズと支援の実際がずれていないかを確認する。 • チームの状況を把握する。 • サービス利用や支援によって家族が支えられていると感じられる状況になっているかを確認する。

⁵ 一般社団法人財形福祉協会(2013)「認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業報告書」, p187-p228

5 モニタリング

- サービス等の資源の活用を通して、生活がどのように変化したのかを認知症の人、支援者とともにチームで確認する
- 新たなニーズについて確認する
- 自立支援、自己決定の保障、生活の継続性が守られているかを確認する

6 支援の評価

- 認知症の人、支援者と共にチームで目標の達成状況を確認する。
- 再アセスメントの実施(全体状況の確認)
- 新たなニーズに対する目標と支援内容の検討
- 終結に至るかどうかをチームで確認する

7 終結

- 利用者と当初立てた計画の目標が達成され、利用者のニーズが充足されたか
- 終結後の利用者の生活について話し合い、必要があれば、支援を再開する
- 終結後のフォロー体制を整える
- 利用者ができるだけ安心して終結を迎えられるように配慮する

(資料)「認知症の人に対するケアマネジメントにおける手順と専門職の心得」

② 情報連携ツール

2 つめのポイントは、「情報連携ツール」の活用である。

情報連携ツールには、チームケアを円滑に進めていくために、ある一時点でチームメンバーの情報共有を図る機能と、サービス利用の経過により新たにつながる場所へ情報を渡す、‘バトン’としての機能の2つがあると考えられる。認知症になると「何もわからなくなる」「わけの分からないことを言う」など、周囲の者が抱いてしまいがちな誤解は、認知症により現れてくるコミュニケーション障害によるものだ。しかし、周囲の者には分かり難い言葉や行動にも、本人にとっての意味は必ずある。本人から発せられるサイン（本人の思い・意思等）、本人を取り巻く様々な人の気づき、医療・介護等の専門職が捉えたニーズなど、本人にかかわりを持つ人が集めた多様な情報を繋ぎ合わせ、個別の支援の効果を高めていくことが期待される。特に、生活の連続性・継続性が重視される認知症ケアでは、早期のうちから蓄積される本人の情報が、認知症が重度になったときにも‘その人らしさを支えるケア’の貴重な手がかりにすることができる。

表3は、地域における標準的な情報連携ツールを作成する際の一助としてもらうため、ケアパス委員会において情報連携項目の洗い出しを行った表である。なお、洗い出し作業においては、次の情報連携（共有）ツールを参考とさせていただいた。

表2 既存の情報連携(共有)ツール

	ツール名	所管
専門医	「みまもり・つながりノート」	大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 数井裕光医師
	「KN式認知症ケアパス情報共有シート」	京都大学医学部付属病院 老年内科医師武知 一医師
	「あんしん手帳」	南魚沼市立ゆきぐに大和病院 認知症疾患医療センター
行政	「千葉県オレンジ連携シート」	千葉県(健康福祉部高齢者福祉課)
	「私のアルバム ～やがてのために」	霧島市地域包括支援センター 霧島市「私のアルバム」作成委員会
団体	認知症地域連携バス「オレンジ手帳」	公益社団法人 日本精神科病院協会
	「認知症の人の『退院支援・地域連携バス』」	社団法人日本精神保健福祉士協会

(資料)ニッセイ基礎研究所が作成

連携項目をカテゴリに分けてみると、①基本情報、②家族や家庭環境に関する情報、③身体状態に関わる情報、④認知症に関わる情報、⑤医療機関の情報、⑥生活支援や介護サービスに関わる情報、⑦生活歴・人生歴に関わる情報、⑧本人の個別性に関わる情報（⑧-1 生活の様子や趣味・嗜好等の事実の基づく情報、⑧-2 将来の望み・希望等の本人の意思決定支援に関わる情報）等に分けられる。

これらの項目整理を通して気づくことは、情報には、医療や介護を提供する専門職の立場から必要とする客観的な情報（①専門職が知りたい情報）と、認知症の人自身が望む暮らしを獲得するための周囲に知って欲しい情報（②本人が伝えたい情報）の2つの側面があるという点である。繰り返しになるが、認知症ケアでは、個別性に関わる情報（馴染みの人や場所やモノ、習慣やこだわり、大切にしていること、逆に、嫌いなこと、されると嫌なこと等）は、終末期に至るまでのケアを本人本位のものにする上で貴重なヒントになる。

今後、早期支援に着眼していく方向性の中では、課題抽出を中心とする情報よりも、本人の「できること」「したいこと」に眼を向け、本人にとっての心地よさ、こだわり、安心感をつないでいくこのとのできる情報連携のあり方を意識することが大切になると考えられる。

表3 認知症ケアの情報連携項目の整理表

<p>1. 基本情報</p> <p>氏名</p> <p>性別</p> <p>生年月日</p> <p>住所・電話</p> <p>婚歴</p> <p>緊急連絡先</p> <p>2. 家族や家庭環境に関わる情報</p> <p>キーパーソン</p> <p>同居家族</p> <p>家族関係図</p> <p>同居以外の家族</p> <p>家族情報</p> <p>経済的状況(生活日、年金受給、家族からの援助等)</p> <p>家屋・住居周辺情報</p> <p>3. 身体の状態に関わる情報</p> <p>過去の病気</p> <p>治療中の病気</p> <p>服薬内容</p> <p>服薬管理</p> <p>身体所見</p> <p>検査所見</p> <p>要介護認定</p> <p>日常生活自立度(認知症・寝たきり度)</p> <p>ADL</p> <p>IADL</p> <p>身長・体重・血圧等</p> <p>身体所見</p> <p>頭部画像検査、認知機能検査 等</p> <p>4. 認知症に関わる情報</p> <p>認知症の原因疾患</p> <p>認知機能の程度</p> <p>行動心理症状</p> <p>5. 医療機関の情報</p> <p>かかりつけ医</p> <p>認知症専門医</p> <p>その他の医療機関</p> <p>訪問看護</p> <p>受診記録</p> <p>薬局</p> <p>6. 生活支援や介護サービスに関わる情報</p> <p>地域包括支援センター</p> <p>民生委員</p> <p>ケアマネジャー</p> <p>介護サービス利用状況</p> <p>利用している介護事業者</p> <p>福祉機器の利用</p> <p>成年後見制度の利用</p>	<p>7. 生活歴・人生歴に関わる情報</p> <p>出身地</p> <p>人生史・生活歴</p> <p>交友関係</p> <p>仕事関係</p> <p>幼少期</p> <p>学生時代</p> <p>8. 本人の個性に関わる情報</p> <p>① 生活の様子や趣味・嗜好等の事実に基づく情報</p> <p>趣味・好み・習慣・こだわり</p> <p>好きな食べ物や飲み物/嫌いな食べ物や飲み物</p> <p>好きなテレビ番組</p> <p>好きな歌や歌手</p> <p>好きな匂い</p> <p>好きな場所</p> <p>好きなこと</p> <p>楽しみにしていること</p> <p>得意なこと</p> <p>欠かさない日課やこだわり</p> <p>おしゃれや好みについて</p> <p>性格</p> <p>人間関係</p> <p>好きな人・仲良し</p> <p>頼りにしている人</p> <p>会いたい人</p> <p>日中の過ごし方・生活リズム</p> <p>暮らしの出来事</p> <p>家庭・社会での役割</p> <p>地域住民・インフォーマルサービスとのつながり</p> <p>② 本人の意思決定支援に関わる情報</p> <p>将来の暮らしたい場所や生活への希望</p> <p>将来の医療や生活支援に関する希望</p> <p>将来、意思が伝えられなくなったときに相談してほしい人</p> <p>将来、食べられない状況になったときの希望</p>
---	---

(資料) ニッセイ基礎研究所作成

③ 多職種協働のチームづくり・場づくり

3つめのポイントは、多職種協働のチームづくりや場づくりが挙げられる。

認知症ケアパスには、医療、介護、生活支援サービスをはじめとする様々なサービス（社会資源）、専門職（図5）が紐づけられる。本人・家族の多様なニーズに対応していくためには、これらの資源・人材がネットワークを築き、チームで支えていくための支援体制構築が求められる。

たとえば、認知症ケアの多職種協働を推進するための「認知症ライフサポート研修」⁶は、多職種間で専門性、役割・機能等を相互理解し、認知症ケアにおける基本原則（①自己決定を支える、②自らの力を最大限に使って暮らすことを支える、③住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支える）を共有しながら、多職種に共通する基盤づくりを目指す教育プログラムである。

認知症ケアに携わる専門職は、それぞれの立場で課題を抱え、他の職種とつながりたいと考えている者も多いはずだ。地域における多職種間の顔の見える関係づくり、チームづくりの一步として、こうしたプログラムの活用も有効と考えられる。

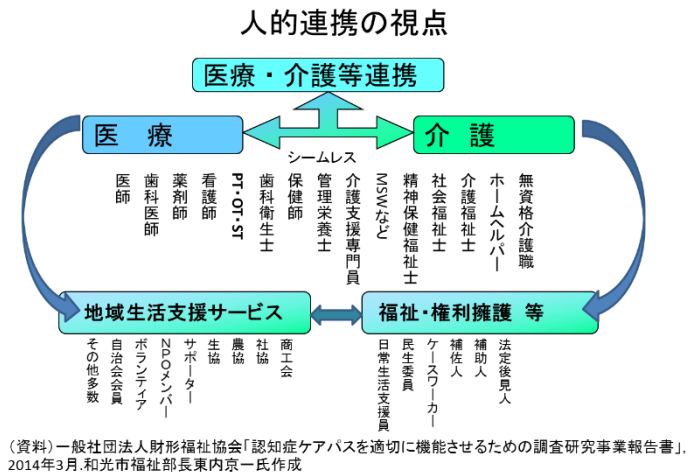


図5 認知症ケアに携わる様々な人材

5— 認知症ケアパスで実現したい「備え型の支援」

おわりに認知症ケアパスを使って、今後、目指していくべきケアの方向性を確認したい。

オレンジプランの中でも特に強調されていることは、早期診断・早期支援体制の充実だ。早期診断・早期支援は、一定の予後予測に基づき、症状が進行した場合にも本人・家族に不安や混乱を生じさせない‘備え’を提供できるところに意義がある。

たとえば、火の不始末、衛生面、服薬や栄養管理など、生活の中で様々な生じてくる困りごとや、近隣住民とのトラブルが起きてしまったからでは、目の前にある課題解決にばかりに目が奪われて、本人の想いや願いを慮る視点はなおざりにされやすい。これこそが、本人が望まない「ケアの流れ」の起点となり、望まないサービスの貼り付けになってしまう要因にもなる。一方、認知症の早期のうちから本人・家族にかかわりを持ち、不安や混乱を受け止めていく体制があれば、当事者の安心につながるだけでなく、支援者は、「出来ないこと」よりも「出来ること」、「周囲の困りごと」よりも「本人の困りごと」に目を向ける余裕ができる。こうした本人本位のケアは、結果として行動・心理症状を予防し、家族等の心身負担を大きく軽減する効果にもつながると思われる。

図6、7は、問題が大きくなってからサービスにつながる「手遅れ型の支援」と、早期のうちからつながり、チームで支えていく「備え型の支援」のイメージを表している。

⁶ ニッセイ基礎研究所（2013）「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 検討委員会報告書」

早期における、認知症の人自身の困りごとは、生活の中のほんの些細なことかもしれない。しかし、その些細なことを見過ごさず、家族、地域住民、多職種等がチームとなって支えていくことは、生活課題を最少に食い止め、その後の落ち着いた生活を維持する上での大きな力になっていく。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とるのではなく、些細なサインを見逃さず、本人のQOLを落とさないための多面的な支援が望まれる。

全ての団塊世代が75歳以上となる2025年は目前だ。そのとき、認知症高齢者の数は470万人になるとの推計も示された。その途方もない数の認知症の人を支えようとするとき、「手遅れ型の支援」のままでは人材・費用ともに不足する一方となるだろう。認知症ケアパスに関わる取組みにおいては、介護する家族や専門職にかかる負担を軽減できる基盤・体制づくりに取り組み、いかに「備え型の支援」にシフトしていくかが鍵になるであろう。

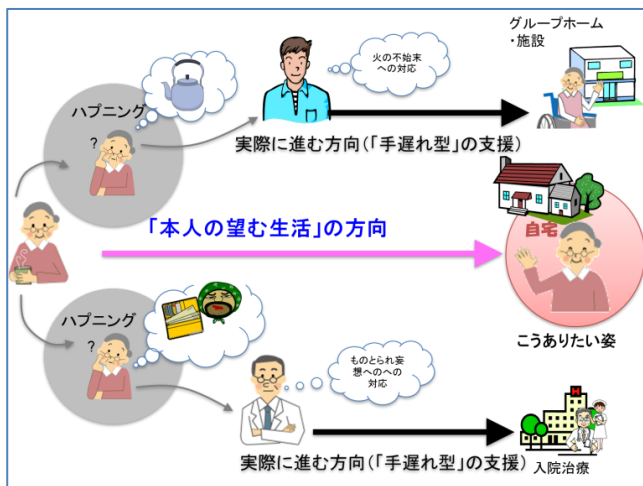


図6 手遅れ型の支援の例

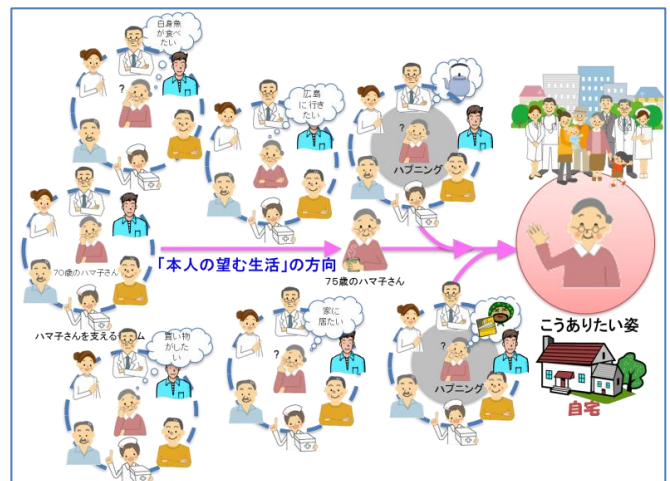


図7 備え型支援の例

【主な参考文献】

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(2012)「今後の認知症施策の方向性について」(2012年6月)
 一般社団法人財形福祉協会(2013)「認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業報告書」(平成25年度老人保健健康増進等事業)
 ニッセイ基礎研究所(2013)「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報告書」(平成25年度老人保健健康増進等事業)