

平成 23 年度  
老人保健健康増進等事業  
による 研 究 報 告 書

(認知症を有する人への適切な支援に資する認知症ケアモデルの研究事業)

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

2012年3月

株式会社ニッセイ基礎研究所

## 目 次

<b>1章 はじめに</b> .....	<b>1</b>
1. 研究会開催の背景.....	1
2. 経過と現状認識.....	1
3. 認知症ケアに関連するこれまでの指摘事項.....	2
4. 議論の前提.....	5
<b>2章 本研究会における議論</b> .....	<b>7</b>
1. 認知症ケア現場で求められているものは何か.....	7
2. 認知症ケアはどこまで体系化/普遍化しうるか.....	13
3. 認知症ケアはいかに評価されるべきか.....	16
4. 認知症ケアにおける医療の役割とは何か.....	17
5. 現状で改善しうるものには何があるか.....	22
<b>3章 認知症ケアの基本について</b> .....	<b>23</b>
1. 認知症ケアの基本に関する共通理解.....	23
2. 認知症ケアの基本.....	23
<b>4章 認知症ケアモデルの考え方</b> .....	<b>28</b>
1. 認知症ケアモデルの捉え方.....	28
2. 多様なイメージ.....	29
3. キーワードの整理.....	31
4. 「認知症ライフサポートモデル」の提案.....	33
<b>5章 今後の取組みに向けて</b> .....	<b>37</b>
1. 「認知症ライフサポートモデル」の推進.....	37
2. 推進に向けての課題.....	42
<b>おわりに</b> .....	<b>44</b>
<b>研究会の実施と委員会構成</b> .....	<b>45</b>
<b>資料編</b> .....	<b>47</b>

# 1章 はじめに

## 1. 研究会開催の背景

- 総務省<sup>1</sup>によると、2011年9月1日時点の高齢者人口（推計）は2,980万人（前年2,956万人）と過去最高であり、高齢化率は23.3%となった。我が国は既に、5人に1人が高齢者という本格的な超高齢社会を迎えている。
- 国立社会保障・人口問題研究所<sup>2</sup>によれば、65歳以上人口は、2012年に3,000万人を上回り、2020年には3,612万人へと増加する。その後しばらくは緩やかな増加期となるが、第二次ベビーブーム世代が老年人口に入る2042年に3,878万人に達し、その後老年人口は徐々に低下し、2060年には3,464万人になると推計している。また、老年人口割合は、2013年に25.1~2%で4人に1人を上回り、2035年に33.4%で3人に1人を上回る。また、2042年以降、高齢者人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、2060年には39.9%、すなわち国民の2.5人に1人が65歳以上の高齢者になるという未曾有の超高齢社会を迎えることとなる。
- 今後ますます、認知症ケアのサービス提供量を増やしていくことや認知症ケアを担う専門人材の育成が必須の課題となっており、いかに認知症ケアの対応力を高めながら良質なケアサービスを提供していくかの方策が迫られている。
- 認知症に関わる専門家や行政関係者においては、認知症高齢者を支える社会システムの構築やケアサービスの質の向上が喫緊の課題であるとの認識が強く、介護サービス提供現場においても、新しい認知症ケアの普及・推進に努めているところである。また、介護保険制度施行以降は、高齢者の尊厳の保持や認知症高齢者の特性を踏まえたケアのあり方を重視し、認知症の人の生活の継続性、自己決定の支援、残存能力の活用等に着眼したケアへと大きく方向転換が図られてきた。

## 2. 経過と現状認識

- 介護サービスの普及・整備においては、2006年より地域密着型サービスが創設され、小規模多機能型居宅介護や認知症デイサービス、認知症対応型共同生

<sup>1</sup> 総務省統計局・政策統括官（統計基準担当）・統計研修所 「高齢者の人口」  
(<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi541.htm>、情報検索日：2012年3月7日)

<sup>2</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」p3

活介護（以下グループホームという）などの日常生活圏域を基盤とする介護サービスの拡充が図られてきた。特別養護老人ホームや老人保健施設等においても多くの認知症高齢者を受け入れ、ユニットケアの推進やリハビリテーション等への積極的な取り組みにより、利用者の状態の維持・改善に取り組んでいる。

- 個別ケアの推進においては、様々な研究事業や実践の中から生まれたケアマネジメントツールや支援の手法が積極的に活用されるようになり、認知症に関わる専門知識と技術を用いながら、認知症の人への理解に基づく良質なケアサービスの提供が可能となりつつある。
- しかし、対応力を高めた事業所が増えてきた一方で、その流れに乗れない事業所とのケアの質の格差も指摘される場所である。また、個々の認知症の人にとってどれだけ生活の継続性が尊重される状況となったかについては、改めての検証が必要である。例えば、在宅介護であっても、デイサービス等を多用することで近隣住民との関係が断ち切れてしまうなど、認知症の人を地域社会の中で支えていく体制は未だ充分とは言えない状況にある。
- さらに、住み慣れた地域の中にグループホームやユニット型特養などの居住系介護サービスが整えられても、利用者の暮らしが地域と隔絶されたものであるなら、オールドカルチャーと言われてきた「認知症の人を保護する場所」「収容する場所」を現行のサービスに置き換えただけのことになる。生活の連続の中で、認知症の人をどのように支えるのかという課題は依然として残されている。

### 3. 認知症ケアに関連するこれまでの指摘事項

- 認知症ケアのサービス提供現場では、新しい認知症ケアの確立を目指してたゆまない努力が続けられてきたが、認知症ケア提供現場の対応力向上や早期の発見と治療、在宅の認知症高齢者支援策等、認知症ケアに関わる課題は様々に残されている。また、新たな認知症ケアモデルの必要性についても言及され続けている。
- 本研究会は、介護保険制度施行以来度々言われてきた「新しい認知症ケアモデルの確立」や、「認知症ケアの標準化」、「科学的根拠に基づく認知症ケアの確立」等について、何らかの回答を導き出せないかという課題意識により、今後、どのような認知症ケアモデルが求められるかの議論を行う場として取り組むこととなった。

<介護保険制度の見直しに関する意見より抜粋>

(平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会等)

### Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

#### 1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)

(略)

#### (6) 認知症を有する人への対応

(略)

○当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス(認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋)の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。(略)

\*下線はニッセイ基礎研究所

以下に、これまでの指摘事項を整理する。

#### (1) 2015年の高齢者介護研究会報告書<sup>3</sup>(2003年)

- 2003年6月に公表された「2015年の高齢者介護研究会」報告書では、高齢者の尊厳を支えるケアの確立の必要性が明確に打ち出された。この中では、認知症高齢者への対応として新しいケアモデルの確立について提言されている。
- 当時の指摘事項としては、「精神上の障害による要介護状態についての取組みは遅れている」とした上で、グループホームの系統的・組織的なケアへの挑戦が始まっていることや、認知症ケアを確立していく上で小規模・多機能サービス拠点(その後の小規模多機能型居宅介護が該当)、施設機能の地域展開、ユニットケアの普及等のサービスを前進させていく必要性が示唆された。また、認知症の状態の特性を踏まえながら、「尊厳の保持」をケアの基本としていくべき点や、生活の継続性の尊重、日常生活圏域を基本としたサービス体系の整備、個別ケアのあり方の明確化、地域住民への啓発活動、地域ネットワーク支援など、多岐にわたる方向性について提言がなされている。
- さらに、補論3「痴呆性高齢者」の認知症ケアモデルに関する記述の中では、

<sup>3</sup> 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」法研、2003年6月26日。尚、ここで用いられている用語については、原文のままを用いた。

介護予防から終末期に至る全ステージで、「痴呆性高齢者を標準とした仕様に転換していくことが 21 世紀初頭の大きな課題である」とした上で、①痴呆の原因診断の重要性、②地域の痴呆ケアシステム、③効果的な介護サービスの内容の明確化と普及等に触れている。

- ここで言及されている認知症ケアモデルは、医療と介護の連携や、予防および早期発見・サービス提供体制の構築等を含めた地域支援体制のあり方、認知症高齢者のニーズに対応する個別ケアのあり方等、比較的幅広く捉えられている。
- また、個別ケアに関わる原因疾患に応じたケアの技法については、「ようやく医療関係者により部分的にエビデンスの集積が始められた段階」との認識が記されており、「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針」や「適切なアセスメントに基づいて、標準化されたサービスを柔軟に使いこなせる専門人材の育成」とともに取り組んでいくべき重要な課題であるとしている。

## (2) 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書<sup>4</sup> (2008 年 7 月)

- 2008 年 7 月に公表された「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書は、たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築することが必要との認識の下に、医療、介護等の有識者が集まり、認知症の人の家族や認知症対応型サービスの関係者等からのヒアリングをもとに取りまとめられている。
- 報告書の中では、今後の認知症対策の基本方針として早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進が必要との認識が示された。認知症対策の具体的内容としては、(1)実態の把握、(2)研究開発の加速、(3)早期診断の推進と適切な医療の提供、(4)適切なケアの普及及び本人・家族支援、(5)若年性認知症対策を積極的に推進するため、財源の確保も含め、必要な措置を講じていく必要があると提言されている。
- 発症後の対応に関わる現状の課題としては、「これまでのケアは、個人の経験に依拠していたり、重症度別やサービス種類別に個別に行われていたりした傾向にあった」ことを挙げ、「これまでの個人的な体験に依拠した断片的なケアから、今後は科学的根拠に基づいた総合的かつ認知症の早期から生涯を通じた

---

<sup>4</sup> 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」2008 年 7 月

継続的なケアを目指し、研究を推進するものとする。」と記されている。

- 加えて、「適切なケアの普及および本人・家族支援」については、高齢者の「尊厳の保持」を基本として、身体ケアに並ぶ認知症ケアを推進し、個々の症状の変化に合わせたケアの提供で、BPSDの予防や改善などの技術の進歩を評価している。
- 一方で、ケアの質に関する施設・事業所間格差や介護と医療の連携が依然として不十分であるとの指摘もあり、今後の適切なケアの推進に向けて、認知症ケアの高度化を図っていく必要性についても触れられている。なお、この取組み課題は、後に認知症介護研究・研修東京センターにおいて事業化された「認知症ケア高度化推進事業<sup>5)</sup>」へとつなげられた。

#### 4. 議論の前提

本研究会は、これまでに開催された研究会ならびに審議会等における認知症ケアに関連する指摘事項を踏まえて、求められている「認知症ケアモデル」とは何かについて改めて議論する場として開催された。また、ここで検討する「認知症ケアモデル」は、認知症になっても、個々の人の尊厳が損なわれることなく、住み慣れた地域で、その人らしく最期まで生きることを支えていくためのケアサービスとして、認知症ケアの中核を成すものとして検討された。以下は、議論を進める上での前提となる考え方を記述する。

##### (1) これまで言われてきた認知症ケアのビジョン

- 「2015年の高齢者介護研究会」等をはじめとする我が国の認知症ケアのあり方に関する議論の中では、「本人なりの生活の仕方や潜在する力を周囲が大切にすること」、「その人の人格を尊重してその人らしさを支えることが必要であること」、「尊厳の保持をケアの基本として考えていくこと」などが認知症ケアに求められてきた。
- この基本に基づくケアサービスの具現化に向けては、認知症の人の生活の継続性、自己決定の支援、高齢者の力の発揮等の視点を重視する「新しい認知症ケア」への挑戦として、現在も取り組み続けているところであり、従来の身体ケアを中心とする介護からのパラダイムシフトが図られてきた。

---

<sup>5)</sup> 認知症介護研究・研修東京センター「認知症高度化推進事業」  
(<http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/>)

- 本研究会の議論においては、これまでの長い年月、認知症ケアのビジョンを掲げて取り組んできた実践等が尊重されるべきであることが確認された。加えて、認知症ケアの拡がりを地域に求めていくのであれば、専門職のみならず、本人・家族、地域住民等にも社会通念として根付かせていくべきとの共通理解のもとに進められた。

## (2) 現状の課題を踏まえた検討を行う

- 住み慣れた地域や自宅での暮らしをベースに、本人が持てる力を発揮し、なじみの関係の中で暮らしていくケアの有効性は、これまでの認知症ケア実践現場において示されてきた。
- しかし、個別性の高い認知症ケアの効果を測ることのできる尺度は未だ明確にされておらず、認知症ケアの質を科学的手法により証明する研究成果は一部に留まる。
- また、認知症ケアのレベルを押し上げていくためには、これまで積み上げてきた実践や研究成果を総括し、認知症ケア提供現場が、今、何を求めているかの課題整理や、認知症の人のニーズに対応するケアモデルとはどのようなものなのか等、疑問として挙げられていることをこれまでの取組みに照らしながら整理し、検証していくことが重要である。
- 本研究会では、認知症ケアに携わる、医療、介護、地域包括支援センター等の様々な有識者の眼から見た実践現場の課題や、これまでの取組みの経過を丁寧に洗い出していくことから始めることにした。



## 2章 本研究会における議論

「認知症ケアモデル」を検討するにあたっては、現在、認知症ケアの提供現場で何が求められているか、また、認知症ケアをどこまで体系化・普遍化しうるのか等、モデルづくりの前提となる現状認識や課題整理が不可欠であると考えられる。2章では、本研究会の議論の内容を、以下の論点ごとに整理した。

1. 認知症ケア現場で求められているものは何か
2. 認知症ケアはどこまで体系化/普遍化しうるか
3. 認知症ケアはいかに評価されるべきか
4. 認知症ケアにおいて、医療に求めるものは何か
5. 現状で改善しうるものには何かがあるか

### 1. 認知症ケア現場で求められているものは何か

認知症ケア現場で求められているものが何かについては、個々の専門職における資質や能力等に関わることから、事業所・施設の運営に関わること、地域連携や家族支援に関わることまで多岐に渡る意見が挙げられた。

#### (1) 「認知症の人の理解」について

最も重視されるべき点として挙げられたことは、認知症ケアに携わる者が認知症の人をいかに理解するかという「認知症の人の理解」の重要性である。

認知症という疾患により苦しんでいるのは他ならぬ本人であり、認知症ケアでは、本人の視点で課題を把握し、苦しんでいる本人を支えていくことがケアの目的となる。委員会の中では本人が陥っている状況を本人の視点で捉え、その思いを理解するために本人に向き合うところから認知症ケアが始まるとの共通認識が示された。

本人を理解する（本人の抱えている困難を理解する）ためには、その人の心理的なニーズと現状とのギャップが何であるかに気づく必要があり、疾患のみならず、従来の暮らし方や本人の好み、嗜好、生活のリズム、環境、人間関係等、様々な視点からのアセスメントが必要であるとの意見が挙げられた。

## 【意見の詳細】

- ・ 認知症は、ケアする側の問題ではなく、ご本人の問題である。
- ・ 風呂に入らない人がいたとしたら「どうやったら入るか」、寝ない人がいたら「どうすれば寝るか」ということばかりを考えてしまいがちだ。しかし、そのことよりも、その時に本人はどのような苦痛を感じているのかという視点を持つことが重要である。
- ・ 認知症ケアは、その人ありきの「その人」を知るということを基本のところに入れていかないと間違いを起こしてしまう。
- ・ 本人の言葉や行動を客観的な事実として捉え、その事実に基づいて分析的に理解することで、ケアする者が本人の立場で考えていくことはできると思う。
- ・ 認知症の人の状態把握は、介護者と本人との信頼関係をベースに、生活の中でみていくことが大切。本人と関わりのないところで、**BPSD** の背景や真のニーズを把握することは困難である。
- ・ 認知症ケアを通じて確信出来たことは、「重度の人でも自分自身の意思をしっかりと持っている」ということ。実践現場では、ターミナルケアの時でも、本人の意思を確認することが出来るようになっている。
- ・ 一人ひとり違う生活のリズム、環境、身体状況などを整えていくために、問題をしっかりとアセスメントして対応していくことが重要である。
- ・ アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型、血管性など、疾患によってそれぞれ特徴があるが、症状がどんなふうに出るかというのは、人それぞれ違うから、「その人」を知るのは基本である。
- ・ 軽度のときと中度・重度のとき、終末期と、認知症のステージによってケアに求めるものは違う。その求める人たちを主体として考えていく。
- ・ 歳をとったらみんな判断力は落ちる。「困っていることを助けよう」という社会にしていけないといけない。
- ・ 例えば「子供が交通事故にあう」というのは、子供が自由に外に出ていることで発生するリスクであり、同じように認知症の人が交通事故に遭ったとしても、地域で普通の生活を送る上では起こりうるリスクと言えるのではないか。このような「社会の中で生きていく上で起こりうるリスク」に対する社会全体の許容量を増さないと、いつまでたっても認知症の人の自由は保障されない。

## (2) BPSD（認知症の行動・心理症状）<sup>6</sup>への対応

認知症の人の BPSD への対応は、認知症ケアに携わる者が直面しやすい困難の 1 つであり、認知症ケア現場における重要な課題となっている。BPSD は、本人に過大な負担や危険を生じさせているだけでなく、家族や周囲の者へ与えるストレスも大きい。

BPSD への対応は、その状態が起きている背景や要因分析を行うことが最も重要であり、脳神経疾患の影響のみならず、家族や職員等との人間関係、本人を取り巻く生活環境、音・光・色等による心身への刺激、性格や気質などが複雑に絡み合って生じているという理解が必要であるとの意見が多く挙げられた。また、疾患別の中核症状の特徴を踏まえたケアや、認知症の人の理解に基づく適切な対応により、BPSD 等が生じた後の「後追いのケア」から、BPSD を引き起こさない予防のケアへと進化させていく必要があるとの意見もあった。

### 【意見の詳細】

- ・ケア現場では、介護者が負担に感じるものを BPSD と捉えてしまいがちである。常に目が離せないとか、同じことを何度も繰り返して言っている状態（介護者自身が負担感やストレスを感じる行為）を BPSD と捉えるかどうかは、介護する者の力量の差によって異なる。
- ・重要なのは、BPSD が現れる前に現れる兆候を見逃さないこと。現状では、その兆候を見逃し、重度になってから介護サービスや医療につながることが多い。
- ・困難事例化してから介護サービスにつながっても、現場は本人の状態に翻弄されるばかりで、本質的な対応が出来ない。
- ・BPSD は、様々な要因が絡み合って生じることから、心と身体を含めた多角的な視点でケアを提供していくことが重要である。
- ・BPSD はまさに中核症状に物理的環境とか人的環境が影響して起きている症状であることから、その 2 つをきちんとコントロールしていく必要がある。

<sup>6</sup> BPSD は、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略称で、「認知症の基本障害（記憶の全体的欠落、認知・理解・判断力の障害、自己抑制力障害、計算力等の知的機能の障害など）に随伴して生じる行動と心理状態」であり、一般的に物盗られ妄想、抑うつ気分、帰宅欲求、徘徊、攻撃・暴力、弄便などがある（『介護職員基礎研修テキスト』編集委員会編「認知症の人の心理・行動モデル」『介護職員基礎研修テキスト 第 4 巻 認知症の理解』全国社会福祉協議会、2006 年。

### (3) 倫理観や権利擁護の考えについて

認知症ケアの実践現場では、自らの想いを表出し難くなったり、判断力の低下がみられる認知症の人を、人として大切に、尊厳を持って生きていくことへの支援が求められている。そのため、認知症ケアに携わる全ての専門職が、高齢者虐待防止法に記されている5つの法的定義だけでなく、日常ケアにおける人権の尊重について常に意識する姿勢が必要であるとの意見があった。

委員会においても、サービス提供現場の全ての職員に、倫理観や権利擁護の考えを徹底することの重要性が指摘された。認知症の人を1人の人間として敬い、本人の権利を尊重し、「出来ること」や「したいこと」を支えていこうとする専門職の姿勢が求められる。

#### 【意見の詳細】

- ・グループホームなどでは、理念を掲げて認知症ケアに取り組んできたが、認知症の人に「やってはいけないこと」が何かは明確にされてこなかった。
- ・北欧などの認知症ケアは、「やってはいけないこと」を倫理という形で明確化している。
- ・介護職はその人がよりよく生きていくために、暮らしていけるためにある。だから、核になるのは権利擁護であり、理念であると思う。
- ・ケア現場で人材を育成したり、体制やケアの質を高めていく上では、最初に権利擁護をやっていかないと、認知症の人にきちんと関わることができない。
- ・認知症を疾患として理解することにより、家族のストレスを軽減したり、虐待予防にもつながっていく。

### (4) 専門職間の意識の違い

認知症ケアには、医師、看護師、介護士、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士など様々な専門職が関わっている。しかし、これらの専門職は職務の目的が異なる面もあり、多職種協働のチームケアを提供する上で、ケアの方針等が共有されにくいという課題が挙げられた。

例えば、疾患や症状への対応に主眼を置く医療関係者や、生活の支援に主眼を置く介護関係者の間では、認知症ケアの基本的な考え方で相違がしばしば現場で生ずる

混乱の原因となっていることがある。認知症ケアでは、医療、介護のみならず、様々な専門職、家族等が一体となり、本人を支えていくことが重要であり、お互いの支援の視点を合わせ、相互の専門性や役割を理解し合うことが求められる。

これまで認知症に関わる教育・研修は、各々の専門領域ごとに実施されてきたが、そこでは、認知症ケアの基本方針として統一された考え方が示されてはこなかった。しかし、1人の認知症の人に対して、各々が統一されたビジョンを持って携わっていくことが望ましいことから、全ての専門職に共通する「認知症の基本」の考え方が必要であるとの指摘があった。

#### 【意見の詳細】

- ・ 教育研修は、介護施設・事業所、病院、行政など、様々な場所、機関で行われているが、その内容は統一感がなく別々の方向を向いている。
- ・ ケア現場では職員のストレスが大きく、離職率も高い。職員の異動や離職は、ケアの質を危うくしてしまう。人材の蓄積・育成もさることながら、職員のモチベーションをあげながら、現場の質を上げていくことが課題。
- ・ 介護の現場では人材の蓄積がなされていない。リーダーがいない事業所は、延々と職員が入れ替わっているという印象がある。
- ・ 現場の職員は非常に志があり、認知症の人に対する思いもあるのに、それが形にならず、苦しんでいる。
- ・ 職員は志を持って介護の仕事を選んでおり、自分たちはこういうことをやりたいという思いもあるが、事業所・施設によっては経営者の考えにそぐわない。
- ・ 経営者の考え方や姿勢によっては、個々の職員が学んだことをケアに活かすことが出来ない。
- ・ 現場では、職種によって優先すべき事柄や用いる言葉の意味合いが微妙に異なるなど、混乱が生じている。
- ・ 自分で理解し、判断し、決断し、行動できる専門職を育成していくことがケアの質を上げていくことだと思う。

## (5) 早期介入のしくみや地域支援体制について

地域における連携体制について、地域包括支援センター、医療関係者、介護関係者等の専門職が連携し、早い段階から本人・家族にアプローチしていくことで、在宅生活の安定につなげていくことが重要であるとの指摘が多く挙げられた。また、「認知症の人」だけを見るのではなく、家族をも含む、「その人たちの生活」をみるという発想に転換していくことの必要性も指摘された。

認知症の早期の段階では、本人の変化として何らかの徴候が起きているはずだが、家族や周囲は「歳による物忘れ」「歳をとって怒りっぽくなった」などと解釈し、認知症の徴候を見逃してしまうことがある。軽度のうちから適切な医療、介護サービスにつながるにより、認知症の進行を遅らせたり、BPSDの症状の複雑化を防ぐことができるという点や、認知症の人の支援を介護保険サービスの中だけで考えていくことは難しく、地域を含めた全般的なサポートシステムの中で考えていく必要性についても意見があった。

### 【意見の詳細】

- ・ 地域によっては介護サービスが増え過ぎており、ビジネス化が起きている。その結果、認知症の人と地域との関わりが断ち切られてしまったり、本人が地域社会から引き離されていくタイミング早まったりしている。
- ・ 包括支援センターの看護師が地域に出向き、認知症に対する教育を行うことで、地域づくりを仕組んでいくことができる。
- ・ 本当に認知症に取り組もうと思っている医師や地域包括、行政などが手を結び、時間をかけて取り組めば、認知症の人を支える地域づくりは実現可能である。
- ・ 地域によって、医療資源も違えば、人的資源、地理的条件も違う。それぞれの地域特性に合わせた連携のあり方があるはずだ。
- ・ デンマークでは家庭にアウトリーチしている専門職が多く、これに習った取り組みを展開している地域もある（生活アドバイザーによる早期の掘り起こし、家庭医・専門医の連携、認知症コーディネーターの関わり、高齢者精神医療班の診療・アドバイス、介護サービスの利用、ケアパスの充実）。
- ・ スクリーニングや個別訪問を通じて、軽度のうちから介護サービスが関わっていくことで、施設への依存を軽減していくことができるのではないかと。
- ・ 初期段階の掘り起こしは地域包括支援センターなどの行政が担い、ケアマネジャー

につないで、一緒に支援していける形がよい。

- ・ 現行の介護予防のスクリーニングにある、身体、栄養、口腔の 3 つの項目に、認知症の視点を取り入れて、予防の段階から啓発が進むようにしていったらどうか。
- ・ 認知症の「その人」だけを見るのではなく、家族をも含めた「その人たちの生活」をみるという発想に転換していくことが重要。
- ・ 家族支援によって、家族が納得できる状況をつくることが出来れば、重度化しても在宅復帰できる可能性はある。
- ・ 家族の安心のために、いざという場合のセーフティーネット（緊急用のベッドの確保）を用意しておけば、それが安心材料となって家族や施設のケアが比較的スムーズにできる。家族を不安にさせないような、医療とのつながりを持つことも大切。

## 2. 認知症ケアはどこまで体系化/普遍化するのか

認知症ケアは個別性が高いといわれており、標準化の作業は難しいとの意見が多数挙げられている。一方で、最低限やるべきことを標準化することは可能ではないかとの意見もあった。

実際、実践現場ではサービス類型ごと、専門職ごとに様々な切り口や考え方で認知症ケアが実践されており、新たに、「これが認知症ケアモデルである」と打ち出しても、サービス提供現場に受け入れられるものにはならないだろう。むしろ、これまでの実践を振り返りながら、どのような課題が残っているのか、どのように改善すべきかの整理が必要であり、認知症の人が何を求めているのかという視点にたってケアモデルを体系化すべきではないかとの意見が挙げられた。

### 【意見の詳細】

- ・ 実践現場は様々な切り口で認知症ケアに取り組んでおり、類型化できるようなものではない。喫緊に必要な対応は、状態把握、認知症の症状に対する対応、認知症の人へのトータルな支援システムづくりではないか。
- ・ 個別の職種の専門性を高めればよいかというと、どうもそうではなく、むしろ全体の連携をきちんと押さえないといけない。
- ・ 介護保険制度の原点は「高齢者の尊厳を支えるケア」であり、それは、認知症の人

に限定される話ではない。高齢者の暮らしの継続をどうやって支えるのかといえば、在宅サービスの充実であり、受け入れる家族や地域の認知症に対する基礎理解の普及である。同時に、認知症ケアに携わる専門職には、ソーシャルワークという関係性の理解や、疾患の知識などが求められる。

- この研究会で論じていくべき答えは各論で出しても仕方ないので、これまでの何がだめだったのかということに対する整理が必要だと思う。新しいケアの形があることを提示するのではなく、これまでやってきた中での疑問に対する整理を行い、どのように考えていくかの提案をすることが必要ではないか。
- ケアという言葉の定義といったらおかしいが、みんなでコンセンサスを持つべきだと思う。「ケア」とは、「介護する」という意味だけではなく、医療も、リハビリといった様々なものを含んでいると思うがいかがか。
- ケアには、医療も介護も平等な立場で参画するものとして捉えている。
- 認知症ケアのベースとして考えるべきことは、「認知症になっても、その人がその人らしく、地域の中で生涯を全うできるような社会をつくる」ということであるはずだ。生活のベースとなる住まいをきちんと押さえ、生活機能を第一に考えながら、医療機能、介護機能を個々の人の生活にどう合わせていくかを考えていく必要があるのではないか。
- 認知症の人が住みなれた地域や自宅をできる限り離れることなく、なじみの生活の中で、持てる力を発揮していくこと。それを支えていくことが重要であるし、このことは既に「2015年の高齢者介護」の提言にある「尊厳を支えるケアの確立」に当てはまることだ。医療、介護、制度が、よりよく生きて、より良く暮らしていくために連携すれば本当にいい支援になると思う。
- これまで進められてきたことの中にも、きちんと育ってきているものがあると思うしビジョンは同じだと思う。その中で足らなかったものを強化し、育ちきっていないものを徹底していくことが大切なのではないか。
- 認知症の人を中心にものごとを考えていくことが重要である。病院だから、在宅だから、ではなく、支援が必要な人がどこにしようと、どういう状況にあらうと、その人が求めていることをどのように考えていくかというモデルをつくるべきではないか。
- 概念的なことをケアモデルとして提言していくとしても、具体的にはどのようなことかという点は抑えておくべきではないか。



- ・ 認知症ケアにおいては、バリデーションや回想療法など様々なことを試してきたが、どれか 1 つで対応しようとしても上手くはいかない。モデルに当てはめるとのことそのものが難しい話だ。病態別、重症度別と言っても、利用者の日々変わる状況の中でモデル化するのは難しいという事を体験した。
- ・ いい取組みもあるが、様々に異なる点があるので単純に標準化できる話でもない。
- ・ 非常に個別性の高いケアを普遍化しようという取組みが、この認知症のケアモデルである。
- ・ 「こういう状態」だから「こうする」というモデルではなく、「私たちは最低限これをやる」という、スタンダードモデルならば作れるのではないか。
- ・ ケアモデルは、あくまでも道具にすぎず、それぞれの状態で、使う道具も変わってくる。道具はたくさん開発され続けなければならないし、類型を作ってもマイナスにはならない。毎年、バージョンアップを図っていくことも必要だろう。
- ・ 現状から考えると、この委員会で示すケアモデルがこうだからといって、各所で使っているツールを入れ替えさせるようなことは不可能ではないか。
- ・ クリティカルパスにしても、チェックシートにしても、たくさんある既存のもの良い所を活かそうと考えても、共通部分を探していくような作業は難しいだろう。
- ・ これまで不足していた部分をはっきりと明示し、だからこそ、この部分を足してモデルにしていくのだということを書いていくべき。新たに別のモデルを作るという話ではないということを決めていかないといけない。

### 3. 認知症ケアはいかに評価されるべきか

これまで、認知症の人の重症度は、要介護認定、認知症高齢者の日常生活自立度などにより測られてきた。改善効果を測る指標としても、これらの尺度が用いられることが多い。しかし、いずれの尺度も認知症の人の「できないこと」に着目している指標であるとの意見が挙げられていた。

また、認知症ケアの効果をスケールだけで測れるのかという疑問や、地域の実情を把握するために、物的、人的資源の量を調査する必要があるとの意見も挙げられた。

#### 【意見の詳細】

- ・ 介護の現場では、どういうケアを提供したら、認知症の人のコミュニケーション能力が変わったとか、社会参加がどれくらい多くなったとか、家族との関係がどうなったとか、皆さんいろいろなアプローチしながら判断している。しかし、判断の指標がばらばらでサイエンスにはなっておらず、人が人らしくあるためにという視点だけになっている。
- ・ ICF という指標には、認知症に関わる項目も入っている。ICF は何ができるか、例えばその人がどれだけ話ができるのか、コミュニケーションができるのか、社会参加ができるのか等を見ており、サイエンティフィックにみていく1つの指標になり得ると思う。
- ・ この十年間の新しい認知症ケアは名人芸だけでやってきたわけではない。例えば A さんがみても、B さんがみても、誰がみても、同じ方向に持っていけるというのは必ずある。その根本にあるのは、本人の姿に着目することである。それはスケールだけでは測れないものだ。
- ・ 物的、人的資源の量が足りないということも、地域の実情をきちんと調査することによって明らかになってくると思う。

#### 4. 認知症ケアにおける医療の役割とは何か

医療と介護の役割と連携については、以前から度々指摘される事項である。地域や事業所・施設等の取組みごとに、出来ているところと出来ていないところの格差が大きいことや、医療と介護の役割分担が曖昧であったり、医療だけ、介護だけで認知症の人を抱えてしまっているといった指摘があった。

主な意見としては、認知症の人を理解し支援する上で、認知症の疾患に関する基礎知識が欠かせないこと、認知症の人の多くは、身体疾患（例：糖尿病、高血圧、白内障など）を合併しているため、医療と介護との連携が不可欠であること、医療と介護とが共にケアサービスに関わることで、ケアの質は向上するとの意見が挙げられている。また、医療関係者、介護関係者の、各々の意見や考え方の相違も様々あり、本研究会の議論の中でも、鑑別診断の意味合い、医学モデルと生活モデルに対する理解、エビデンスの考え方の3点については、捉え方の差が際立った。

##### 【意見の詳細】

- ・ 認知症ケアにおける医療の役割としては、予防や早期発見・診断、BPSDの一部に対する医療的な介入（高血圧、糖尿病、高脂血症、パーキンソン症状、嚥下障害、歩行障害、尿失禁、正常圧水頭症、ジスキネジア、睡眠障害、むずむず足症候群、睡眠時無呼吸症候群、意識障害、せん妄、夕暮れ症候群 等）、往診・訪問診療、家族・介護職への助言等である。
- ・ 本人が病院に来ないときには、我々から訪問して診断をしたり、家族にきちんとした教育をするのも医療の役割だと思う。
- ・ かねてより、医療の分野では認知症の脳の器質疾患、それに伴う高次脳機能障害が原因で起きるさまざまな症状について治療していくことが言われているわけで、それは認知症ケアの前提にあると思う。ただ、それだけだと生活から切り離された中で、治療とか訓練だけになってしまう。
- ・ その人が何の病気かということが曖昧なままでは、いろいろなアプローチができないと思うので、診断は非常に重要だと思う。
- ・ 家族や施設関係者等への教育を通じて、BPSDの対応方法が伝わると、患者の状態も改善されてくる。10年前と比べると、認知症の入院患者の状態は軽度になってきている。
- ・ もし鑑別診断が必要な状態であれば正確に測って、それを介護者側家族に提供すれば随分違うと思う。

- ・介護職は医療的知識が不足していることで混乱が生じている面もある。介護と医療とがつながっていくことが大切だ。
- ・特に認知症のような問題については、ここからここまでが医療で、ここからは介護だというような線引きなどできるようなものではない。
- ・現状は、医療と介護が両極に分かれ過ぎている。お互いがお互いを知って、両面から学べるものにしなければならない。
- ・認知症ケアは医療と介護が一緒になければだめだ。介護だけでうまくいくものでもないし、医療だけでうまくいくものでもない。
- ・連携する医療側が診断をきちんとしてくれることで介護の質がよくなる。
- ・認知症なのか、単なる物忘れなのかというレベルの診断も必要なのではないか。
- ・本人の状態が変化するときは、医療から生活へ、生活から医療へという、双方向のやりとりが大切になる。
- ・従来、医療と介護の連携と言う場合は医療が中心で、介護は医療の言うことを聞いて協力するという形のもの主だった。しかし、認知症ケアではどうも違うようだ。一言で言ってしまうと、医療と介護の連携は欠かせないが、どちらかといえば、むしろ介護主体の連携であるということか。
- ・リハビリのための入院なのに、転んで骨折したら大変だからと、拘束をしてまで回復期リハビリをやっているところもある。
- ・医師や看護師の対応力の格差が生まれており、病院によって受け入れが出来ないようなケースも出てきている。

### (1) 認知症ケアにおける鑑別診断の意味

「認知症ケアは診断を前提とすべきか否か」という問いかけに、様々な意見が寄せられた。全般的な意見では、「確定診断がなされた上で認知症ケアを提供できる方が望ましい」としつつ、実際には確定診断の難しいケースもある。また、認知症の症状は様々な要因が複合的に影響して出てくること、認知症の確定診断を受ける前からサービスの提供が始まっていることなどから、「診断が先か後かというような順番で捉えるべきではないのではないか」との意見が挙げられた。

### 【意見の詳細】

- 病気を知らなければ介護もできない。診断があつてこそ、適切なケアができる。
- 疾患による中核症状の特徴を踏まえれば、ケアは楽になる。
- 確定診断をしようとしても、診断名が見つからないことがある。
- 認知症ケアの入口に診断があるわけではない。診断は認知症ケアを行う上での情報としては必要だが、診断がなければ認知症ケアがはじまらないというものではない。

### 議論1: 認知症ケアの入り口に診断は必須か

- 疑いを持ったときに、きちんとした診断をすることが、認知症ケアの一番のスタートになるのではないか？
- どういうタイプの認知症なのかということを押さえないと、きちんとしたケアモデルをつくることは難しいのではないか？
- 診断がスタートであるとするれば、まず最初に認知症が疑われた時、きちんとした診断ができる体制をつくるのが大事なのではないか？

### 【問いかけに対する意見】

- ・ まず病気をわからないことには介護もできない。例えば高血圧ならば血圧を測らなければいけないのと同じようにというのが、認知症の場合では抜けているような気がする。
- ・ 前頭側頭型はこういう病気だということを皆さんが学べばいい。そういうことをきちんと学ぶことが大事だし、それにプラスしてその人の特性がある。アルツハイマー型はみんな一緒ではない。その人自体を知らなければいけなくて、それからまた症状がいろいろ発生するので、その人を知ること自体は必要である。
- ・ 認知症自体が医療保険と介護保険の複合した定義だから、最初の診断は必要だ。(中略)ただ、それがどういう疾患かについては医療的な説明が必要だし、もう1つは高次脳的にも知らなければいけない。そういう面を介護側に提供することが医療の義務だと思う。
- ・ (地域包括としては) 確定診断をしたいが、主治医の先生がしていなかったり、専門外の先生が曖昧なまま診断してしまうと、そこから先に進まなくなる。(中略) 介護保険の中で、しかも認知症のケアモデルということで考えると、定期診断が基礎にあつて欲しいとは思ふ。
- ・ 鑑別診断が「スタートだ」と言うからおかしくなる。認知症ケアの基礎部分は順番を決めるものではなくて、これは外してはいけないところが基礎部分である。基礎部分というのは医療もあるべきだし、理念もあるべきだし、パーソンド・ケアのすごくいいところは入れるべきだと思う。それこそ場面、環境によって、診断から入るところもある。
- ・ 診断をする体制はとても大事だと思うが、認知症が疑われる人を病院にお連れしよう

しても、なかなか難しかったり、ご本人が拒否されることもある。(中略) 診断をつけていただくと、「より」その方への関わりや良いケアができるし、よい状態にはなれるとは思う。

- ・ 診断ありきでスタートすると、介護現場の中ではさらに狭まってしまい、いまの介護現場は成り立たないだろうと思う。
- ・ 最初の入口で「診断」と言った部分に抵抗を感じていると思う。不可欠というのと、そこから入るといのは、似ているようで微妙に違っている。(中略) 例えば、専門病院で鑑別診断を行っても、初診で診断のつかない人が2～3割いるとのことだ。自分自身も経験的には、1年たってもわからなかった人がいた。

## 議論2: 診断がないままに認知症ケアを提供することはできるか

- 診断が先か後かということに拘らないとして、診断がなくても認知症ケアは提供出来るのか否かについてはどうか？
- 「診断があるべき」ということであれば、疑いがあれば最初に一定の能力を持った医者が適切な診断をつける努力をするしくみとして体制を整える必要があるのではないか？

### 【問いかけに対する意見】

- ・ 診断がつかなければ機能しないような制度をつくらうとは思っていないが、診断は極めて重要だと思う。それがあってによって、より適切なケアが計画できると思う。
- ・ 現実的な問題として、医者が適切な診断ができているかが一番問題だ。心理検査もしていない、画像診断もしていない、詳細な問診も聞いてない、家族が言っただけで薬を出して対応が終わっている。また、全て「アルツハイマー」と書いている場合など。その診断を受け取った方は、医者の診断を信じているので間違った対応につながる危険もある。
- ・ ケア現場では、診断もその人をサポートするためのツールの1つという捉え方をしている。
- ・ 認知症の診断ができない場合に、ケアができないリスクがあるとおっしゃったが、逆も心配するわけだ。医療につながってくれば対応出来るのに、ちゃんと診断もできるのに、レビーだったらこうできるのに、それを無視して介護だけで何とかしようというリスクのほうが大きいのではないかということを行っている。
- ・ 欠かせない事実だということはどうしても全く同じことを言っていると思う。医療も欠かせない、介護も欠かせないという話を、「医療がなくてはならない」という表現にひっかかっている方々がいる。

## (2) 「医学モデル」と「生活モデル」

医療や介護の現場では、「医学モデル」「生活モデル」といった言葉が用いられており、本委員会においても、これらの言葉が議論となった。一般に「医学モデル」「生活モデル」という言葉はよく使われているが、この言葉は、使う人によって意味合いが異なっている。また、認知症ケアにおいては、医学モデル、生活モデルといった区分けをするのではなく、両者を統合した形で提供していくことが望ましいとの意見も挙げられている。

### 【意見の詳細】

- ・ 医療関係者の言う生活モデルと、福祉関係者の言う生活モデルとは、似て非なるものである。
- ・ 『広辞苑』を見ると、医療の項目には「医術で病気を治すこと」と、これしか書いていない。これは典型的な医学モデルである。
- ・ 人間全体の QOL をいかに高めていくかということが医療の目的であって、これは生活自体に戻すことだ。治すというのはあくまで手段である。
- ・ 少なくとも医学モデル、生活モデルをどう考えるかということについて、少し言葉の使い方に差があったということだけ理解しておくことが必要だ。

## (3) 認知症ケアにおけるエビデンスの考え方

近年、医療の分野では「エビデンス」という言葉が盛んに使われており、認知症ケアにおいても、「エビデンスのあるケア」「科学的根拠のあるケア」というものが求められるようになってきている。委員会においては、「本人の思い」が認知症ケアのエビデンスになり得るか否かについての活発な意見が挙げられた。

### 【意見の詳細】

- ・ エビデンスは、病態だとかいろいろなものを理解するアセスメントだと思うが、人を理解するためのエビデンスとは、ご本人の言葉や行動で捉えるべきだと思う。
- ・ 現場では一方通行の支援ではなく、本人の力があって、本人が何とかしようとされることに、こちらのスキルを持って対応し、さらに、ご本人がそれに対して対応する。そこには本人のさまざまな資源やいままでの生活習慣など、いろいろなものに基づいた言葉や言動がある。

## 【意見の詳細】

- ・ 認知症の人の持っている力、言葉などを見ながら私たちはケアを提供している。しかし、そのことはきちんとエビデンスとして形にしていない。
- ・ エビデンスは、言葉を変えて言えばサイエンスである。サイエンスとは論理と普遍性であり、再現性があることが大前提になる。医療の世界では、説得力のある根拠を示すために方法が確立されている。だから、介護の世界で同じエビデンスという言葉を用いると話が混乱してしまう。
- ・ 例えば病気がある場合には、病気を治すことを目標にして、その病気の問題点を取り上げて、介入するということで比較的単純化できる。ところが、認知症となると、その人をその人らしくということが目的になる。そうすると、関わる人の状態と、受ける人の状態によって、結果が変わってしまう。
- ・ エビデンスという言葉の定義があまりに曖昧だ。医学の世界では科学的根拠としてのデータと定義されてきた。それを、普遍的事実をエビデンスというふうになんて置き換えるのはやめた方がいいかもしれない。普遍的事実や、言葉で受け継がれてきたものを「エビデンスだ」と言ってしまうと、科学者には違和感があると思う。

## 5. 現状で改善しうるものには何があるか

上述の1～4に記述した通り、委員会の議論では、認知症ケアのサービス提供現場における様々な課題や提案、ケアモデルに対する考え方、評価の方法、医療に求めるもの等に関する意見が挙げられた。

議論を通じて明らかになってきたことは、認知症ケアにおける多職種連携が重要と言われながらも、医療関係者や介護関係者等に共通する「認知症ケアの基本」が徹底されていないことである。加えて、認知症の人の症状や状態別のケアを標準化することは極めて困難であるとの共通認識の中、長きにわたり提示が求められてきた「認知症ケアモデル」の具体的なイメージを共有化することの難しさを改めて認識することとなった。各々の委員から挙げられる認知症ケアモデルのイメージは様々であり、個々の専門職に求められていることから、制度やしきみとして対応が必要なこと等、多岐に渡る。

こうした議論を踏まえて、認知症ケアに携わる全ての専門職が共有すべき「認知症ケアの基本」に関する整理を第3章に、求められる「認知症ケアモデル」についての考え方を第4章に、それぞれ本研究会の意見のまとめとして記述する。



## 3章 認知症ケアの基本について

### 1. 認知症ケアの基本に関する共通理解

本研究会は、医療、介護、地域包括センター等の各分野で認知症ケアに関わっている有識者の協力を得て開催した。しかし、各々の立場からサービス提供現場の現状認識や課題等が語られるにつれ、認知症ケアに携わる様々な専門職の考え方の違いや、支援の視点が異なるという課題に直面することとなった。「認知症ケア」という1つの言葉にしても医療関係者と介護関係者の捉え方はそれぞれに異なる場合があり、共通認識を図ることは容易なことではない。

各々の専門領域に偏りがちな認知症ケアの視点（理念や目標）を一致させていくことが重要であり、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も、本人を支える全ての専門職がよりどころとするための、認知症ケアの基本的な考え方を明らかにしていく必要がある。また、認知症ケアモデルを策定していく上でも、その基本的な考え方をベースにしていくことが重要になると考えられる。

以下では、本研究会の議論の中で整理した、全ての専門職が支援の前提とすべき「認知症ケアの基本」についてまとめた。

### 2. 認知症ケアの基本<sup>7</sup>

#### ① 本人主体のケアを原則とすること

- ・ 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

<sup>7</sup> ここで記述した「認知症ケアの基本」は、認知症ケアに携わる全ての専門職が踏まえておくべき基本について、本研究会の意見の整理を記述している。

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>8</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 社会とのつながりと生活のなかでのケアを提供すること

- ・ 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 本人の力を最大限に活かしたケアに取り組むこと

- ・ 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

<sup>8</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。

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くみを構築し、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>9)</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。

---

<sup>9)</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

## 4章 認知症ケアモデルの考え方

本研究会は、認知症ケアモデルを策定していく上での前提となる課題を認識し、そもそもケアモデルに何を求めていくかといった基本的な問題に正面から取り組むための議論を進めてきた。(参照：第2章)

認知症ケアの「モデル」を考えると、それはしばしば誤解されるような個別性を無視した安易な類型化や画一化であってはならない。認知症ケアにおいて高い個別性が求められることを大前提とした上で、優れた認知症ケア現場の経験と知恵から、最低限規範にすべき理念や方法論を抽出・言語化し、「モデル」として再構成することが本研究会の目指すところである。

以下では、「認知症ケアモデル」に何を求めていくべきかについて、様々に挙げられた意見を提示しつつ、本研究会における考え方を整理する。

### 1. 認知症ケアモデルの捉え方

- 第2章に示したように、「認知症ケアモデル」についての共通理解を図ることは、極めて難しい現実があった。例えば、「認知症ケア」という最も基本的な用語1つに対しても、各々の専門領域ごとに捉え方が異なり、単純に「認知症の人への介護」と捉えている人もあれば、「認知症の人への身体介護を含む生活援助全般」と捉えている人もある。また、地域社会での生活の支援を含むソーシャルワークの視点からの捉え方や、診断や治療などの医療領域をも含むケアとして捉える考え方もある。
- 本研究会の中で共通理解が持てない状況は、認知症ケアのあり方についての日本の現状を象徴的に表している。認知症の人のより良い状態や、生活の質の向上を目指していこうという目的は共通していても、時には想像を越えるほどに、それを実現するための方法論や、優先順位はそれぞれの専門性や立場等によって考え方に違いがあるという現状を理解しておく必要がある。

## 2. 多様なイメージ

- そもそも、「モデル」という言葉は、目的や場面に応じて様々に使われている<sup>10</sup>。先行研究においても、「認知症ケアモデル」という言葉が多様なイメージで語られていることが多く、例えば、認知症ケアの概念に関わるものから、認知症の人を支えるシステム・しくみ等の構造的なもの、個別の症状への対応方法やアセスメント手法に至るまで様々である。
- 研究会では、まず、「認知症ケアモデル」に対するイメージを共有化させていくための議論が進められた。

### 【委員意見より抜粋】

#### ○システムやしくみづくりに関連して

- ・ 地域包括ケアの考え方の中で認知症ケアモデルを考えるには、従来の介護保険の枠を超えて、届いていないところへのケアと一緒に考えていくべきである。
- ・ ある程度の場面設定を行いながら、総合病院の中とか、精神科に取り残されている人とか、介護につながっていない在宅の人へのケアモデルも一緒に考えていく必要がある。
- ・ 現在ある資源を見直して、一方通行の状態であるものから双方向のものにしていくモデルをつくっていくことも必要ではないか。
- ・ 介護保険サービスだけで認知症ケアを考えていくと、いろいろなところが破綻するのではないか。ケアモデルを含めて進めていく部分と、地域に戻ってしくみの再構築をしていく部分とに分けて考える必要がある。

#### ○事業所や施設における取り組みに関して

- ・ ケア現場では職員のストレスが大きく、離職率も高い。職員の異動や離職は、ケアの質を危うくしてしまう。
- ・ 介護の現場では人材の蓄積がなされていない。リーダーがいない事業所は、延々と職員が入れ替わっているという印象がある。

#### ○個別の関わり方やケアに関連して

- ・ 利用者のやりたいことが毎日違うので、たくさんの引き出しを使う必要がある。病態別、重症度別と言っても、利用者の日々変わる状態の中で、モデル化するのは難しい。
- ・ 一つひとつの取組みは、様々な切り口で展開されており、類型化できるようなものではない。

<sup>10</sup> 「モデル」の言葉の意味として、広辞苑（第6版）では以下の5つを挙げている。

1. 型、型式 「最新—」
2. 模型、雛形 「プラスチック—」「計量経済—」
3. 模範、手本 「—地区」
4. 美術家が製作の対象にする人
5. 小説、戯曲などの題材とされた実在の人数

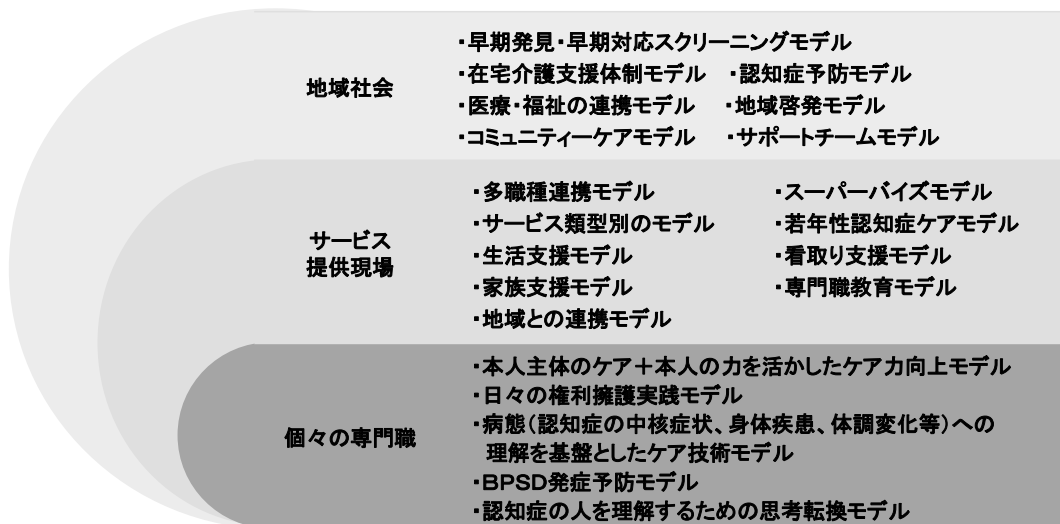
- ・ 「こういう状態」だから「こうする」というモデルではなく、「私たちは最低限これをやる」というもの、「スタンダードはこれなんだ」というものならば、作れるような気がする。
- ・ きちんとした研究があって、こうしたらこうなるというエビデンスがあれば、説得力があるものが作られるのだろう。
- ・ 認知症の人の言葉や行動を客観的な事実として捉え、分析的に理解し、本人の立場で考えることができるように、介護職等の思考を転換していくためのプロセスの標準化が必要なのではないか。

○ アセスメント等のツールに関連して

- ・ モデルは、あくまでも道具にすぎず、それぞれの状態で、使う道具も変わってくる。道具はたくさん開発され続けなければならないし、毎年バージョンアップを図っていくことも必要だろう。

- 図表1は、委員会の中で挙げられた意見、および第3回委員会、第4回委員会において各委員が行ったプレゼンテーション（参考資料：p47 委員プレゼンテーション資料参照）の内容をもとに、認知症ケアに必要と思われるモデルのイメージを、個々の専門職、サービス提供現場、地域社会の3つに分けて整理したものである。

図表1 認知症ケアに必要と思われるモデル



- ▶ 認知症ケアにおける課題や認知症高齢者のQOL向上に向けて提案された認知症ケアモデルのイメージは、モデルの対象となる場や目的が地域社会、サービス提供現場、個々の専門職等、多岐にわたる。

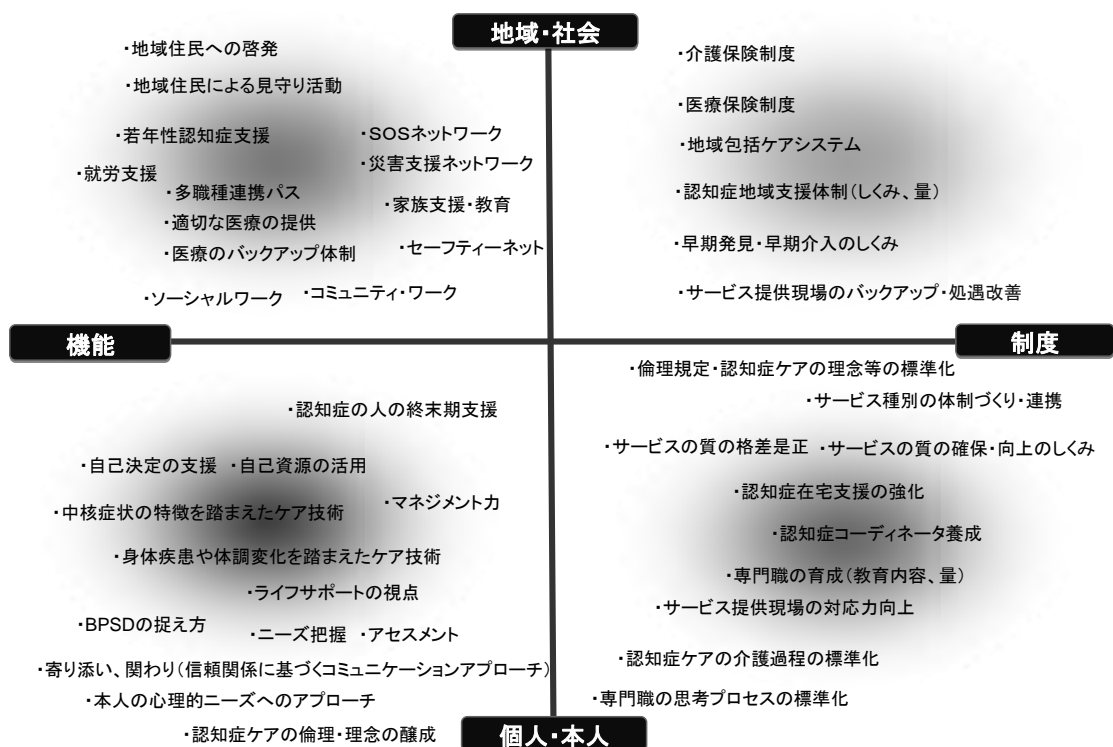
(資料) 研究会での委員の発言を基にニッセイ基礎研究所が作成



### 3. キーワードの整理

- 図表1に示した多様な認知症ケアモデルを見ると、一つひとつのモデルは認知症ケア全体を構成する個別の要素と捉えることができる。
- さらに、図表1に示した各々のケアモデルが、認知症ケア全体の中でどのような役割を果たすのかを確認するために整理したのが図表2である。
- 多様にイメージされているケアモデルの、その役割や目的をキーワードで整理することにより、各々がどのような機能を果たすのかが見えやすくなる。また、個々のケアモデルがそれぞれ重要なキーワードとして認知症ケア全体を構成する重要な要素であることを示しており、どれもが個別性の高い認知症の人の暮らしを支えていく上で欠かせないものであることが確認できる。

図表2 認知症ケアモデルの対象と位置づけからのキーワードの整理



(資料) 研究会での委員の発言を基にニッセイ基礎研究所が作成

#### ①「個人・本人」と「機能」が交差する象限(左下)

- 個別の認知症の人に、どのように対応していくべきかの機能が示されている。個別ケアを提供する上での核となる部分であり、専門職の知識や技術に関連することや、認知症の人のニーズの把握、アセスメント、支援の視点等に関わるキーワードが置かれている。

#### ②「個別・本人」と「制度・しくみ」が交差する象限(右下)

- 個別の認知症の人を支えていくために、制度やしくみとして取り組むべき内容が示されている。教育や研修のしくみ、実践現場をサポートするしくみ、サービスの質を向上させるしくみ等に関わるキーワードが置かれている。

#### ③「機能」と「地域・社会」が交差する象限(左上)

- 地域・社会として認知症の人を支えていくための機能が示されている。医療によるバックアップ、多職種連携パス、認知症の人の暮らしを地域の中で展開していくためのサポート体制、あるいは地域住民による見守り支援や SOS ネットワーク、啓発活動等に関わるキーワードが置かれている。

#### ④「制度・しくみ」と「地域・社会」が交差する象限(右上)

- 地域・社会として認知症ケアを支えていくための制度やしくみ等が示されている。介護保険制度や地域包括ケアシステムといった社会システムとしてのレベルから、各々の地域で取り組んでいる認知症地域支援体制や早期発見・早期介入のしくみ、サービス提供現場のバックアップ、介護職等の処遇改善等に関わるキーワードが置かれている。

- このように、研究会で挙げられた多様な認知症ケアモデルは、いずれにも重要な視点や目的が込められており、認知症の人の暮らしを支えていく上で欠かせない対応の求められるものであった。
- 一方、各々のモデルの機能や役割に焦点を合わせると、認知症ケアの中核にあるものが個別の人への関わり方にあることが分かる。中核症状や身体疾患の変化を踏まえたケア技術、自己決定の支援や自己資源の活用等の認知症ケアの基本に関わること、そして、その人らしい「生き方」や「暮らし方」を支援するためのニーズ把握やライフサポートの視点等、いずれも個別ケアの重要な要素である。
- 個別ケアの質を高めていくことは、地域社会における多様な取り組みや、個別ケ

アを支える制度やしくみをより充実してゆくことへとつながる。

- こうした意味では、『個人・本人』と『機能』が交差する象限が認知症ケアに関わる取組みの出発点と考えられ、このことは本研究会が、個別ケアのあり方に焦点を当てて認知症ケアモデルを検討した根拠でもある。

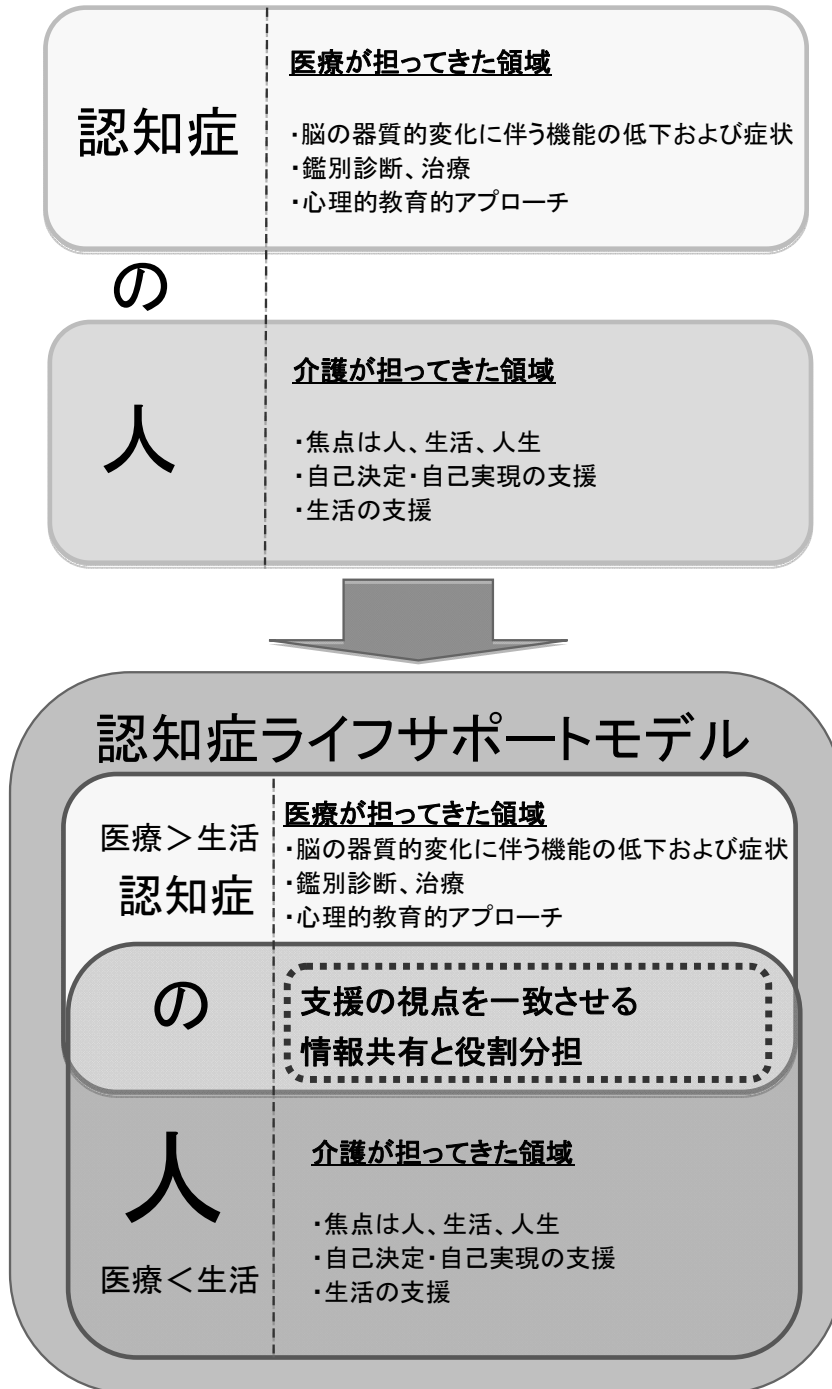
#### 4. 「認知症ライフサポートモデル」の提案

- 認知症の人への個別ケアにおいては、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、臨床心理士など、様々な専門職との関わりがあり、専門職同士の連携の大切さは周知の通りである。これらの専門職は、認知症ケアにおけるそれぞれの役割を担いつつ、各々の領域で、その専門性に基づいて、高齢者の尊厳の保持や QOL 向上に向けての取組みを試行錯誤的に続けてきた。
- 例えば、医療が担ってきた領域は、脳の器質的変化に伴う機能の低下および症状を対象に、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・家族への心理的教育的アプローチ等であり、介護が担ってきた領域は、本人・家族の身近な存在として、人・生活・人生に焦点をあて、生活全般を支えてゆく生活の支援などである。
- そのため、それぞれが得た情報や判断は各々の領域に利用され、結果的にばらばらの対応になっていることも多かった。医療と介護が、認知症の人の生活の支援がケアの目的であるという共通認識に立って、相互に連携し、統合的なケアを提供してゆくことが求められる。
- 今後の認知症ケアを推進する上では、認知症の人の生活を総合的、継続的に支えてゆく視点と、本人が有する病態（中核症状、身体疾患、体調変化等）への対応を統合したケアモデルが必要になると考えられる。
- 以上のことから、本研究会は、「認知症ライフサポートモデル」を提案する。この認知症ライフサポートモデルは、医療も介護も認知症の人の生活の支援の一部であり、それぞれの専門職が相互の役割や機能を分担し、一人ひとりの認知症の人に統合的なケアを提供していくということを目的としている。
- 本研究会の提案は、各々の専門領域に偏りがちな認知症ケアの視点（理念や目標）を一致させ、ケアの個別性を重視しつつ、普遍性を高めてゆくことを目指そうとするものである。

図表 3

# 認知症ライフサポートモデル

## 認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活の支援



## 「認知症ライフサポートモデル」

### 【本委員会における定義】

認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活の支援

### 【説明】

認知症ケアは、

(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、生活の支援を中心とするケアの提供が求められる。

「認知症ライフサポートモデル」は、医療も介護も生活の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ことを目指している。

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、「認知症ライフサポートモデル」という言葉が選択された。

- 今後の認知症の人の増え方を考えれば、認知症に関わる全ての専門職が「認知症ケアの基本」を踏まえて、認知症の人を多角的な視点で理解することや、医療と介護とがお互いの役割や機能の違いを相互に理解し、連携力を高めていくことが極めて重要である。
- なぜならば、認知症の人の生活のし難さや困りごと、BPSD が現れる背景には、「認知症の症状、性格、生活史、身体の状態、神経学的な障害、社会心理学的要因」<sup>11</sup>があると言われており、本人が何を思い、何に苦しんでいるかを多角的に捉えてゆくことが極めて重要となるからである。
- 加えて、日々進化し続けている認知症の医学的知識や認知症ケアの研究成果に

<sup>11</sup> T. Kitwood, "Dementia reconsidered; The person comes first." Open University Press, Maidenhead. 1997

ついて積極的に学び、専門職としての基礎知識・技術として取り入れていくことも必要である。

- また、認知症の人のライフサポートを実践していく上では、医療、介護の領域に関わらず、家族や地域住民をはじめとする様々な人の関わりが不可欠である。上述の「認知症ライフサポートモデル」の説明文では、医療と介護が象徴的な課題であることから、あえて「医療と介護等」という表現を使っているが、この「介護等」には、家族や地域住民等も含まれていることに留意いただきたい。
- 以下は、このモデルの必要性や今後の活用に関わる考え方を整理したものである。
  1. 医療であっても介護であっても、理念と目標は同じである
  2. 認知症ケアの基本に則った支援が必要である
  3. 医療と生活の支援の両面からトータルな視点での支援が必要である
  4. 関係するすべての専門職に求められる共通する教育が必要である
  5. ケアサービスの質が医療や介護の領域によって異なることなく、全ての認知症の人にそれぞれの特性に合わせたライフサポートとして提供されるべきである
- 今後、「認知症ライフサポートモデル」をどのように推進していくべきかについては、「5章 今後の取組みに向けて」に記述した。

## 5章 今後の取組みに向けて

### 1. 「認知症ライフサポートモデル」の推進

- 「認知症ライフサポートモデル」は、医療、介護の視点を活かしたバランスの取れたケアを認知症の人の支援に取り入れていこうとするものであり、これまで提唱されてきたパーソン・センタード・ケアや全人的医療といった考えにも共通する。
- 認知症ライフサポートモデルは、決して、認知症の人の症状や状態像別にマニュアル的な対応を促そうとするものではなく、医療も介護も認知症の人の生活の支援の一部であるということを前提に、認知症を有する一人の「人」を包括的に支え、本人主体のケアを提供していくべきとの考えに根ざしている。
- 認知症の人への総合的なケアを提供していくために、認知症ケアを支える個別専門職の対応力向上や、サービス提供現場のあり方、地域社会のあり方、制度のあり方等を、改めて問いかけていく機会にもなるであろう。
- 以下では、認知症ライフサポートモデルをベースに置きながら、今後の対応が期待される取組みを挙げる。

#### (1) 個々の専門職における活用

##### ■基礎教育に活かす

- 認知症の人には、医療関係者、介護関係者をはじめとする様々な専門職が関わっている。認知症ケアの質を高めていく上でも、それぞれの専門職の教育を充実させていくことは極めて重要である。
- 各々の専門職は、資格取得や実践課程における教育の中で、職務に求められる役割に応じた知識や技術を身につけていく。しかし、一言で認知症ケアと言っても、疾病や症状への対応や、できないこと、わからないことへの支援、あるいは人生歴やその人らしい暮らし方を踏まえた QOL の向上など、専門職によって焦点の当て方は様々である。
- 医療や介護のお互いの役割や専門性の理解のために、全ての専門職に共通する認知症ケアの基礎教育が必要であろう。本研究会では、その教育の中に、第3章に記述した「認知症ケアの基本」等の考え方や、認知症ライフサポートモデルの考えを、専門職教育の共通の基礎課程に取り入れていくことを提案したい。

## ■認知症ケアの基礎教育に関する提案

以下は、研究会意見の中で挙げられた専門に求められる資質や能力に関わる意見のまとめである。

### ①認知症ケアに携わる専門職の理念・倫理の醸成

- 認知症ケアに携わる専門職は、認知症ケアを提供する上での拠り所となる「認知症ケアの基本」を共有すること。（2章参照）
- 権利擁護、倫理等、認知症の人との関わりの中で絶対にはしてはならないことやしなければならないことを遵守すること。

### ②本人ニーズを見極める力と「個人としての尊重」を基本としたケアの提供

- 本人との関わり、事実（言葉や行動）の確認、本人の心身状態の把握等により、本人のニーズを見極めること。
- 本人の視点に立ち、「したいこと」「願い」「困りごと」等に焦点を置いてニーズを把握し、支援をすること。
- 認知症の人の理解や共感を元に、BPSD等の状態を引き起こす要因分析を行い、個別ケアの根拠につなげていくこと。

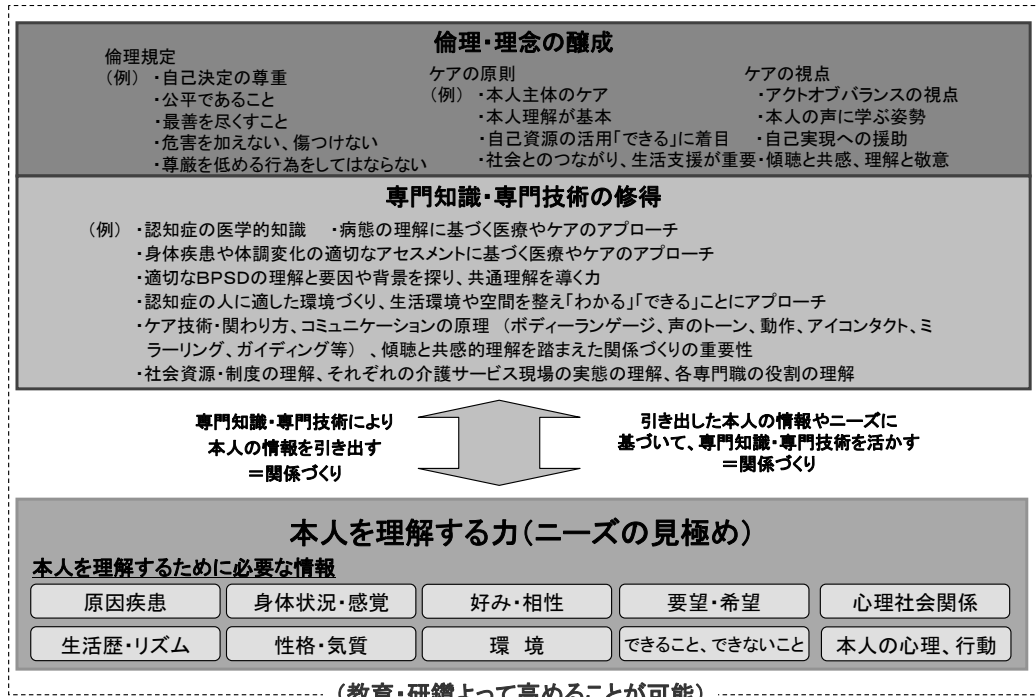
（注）認知症の人への評価的理解から共感的理解への思考プロセスに関する考え方については、資料編 125 ページ参照

### ③専門知識・専門技術に基づいた根拠あるケアの提供

- 認知症に関わる医学的知識、アセスメント手法、BPSDの理解、中核症状に応じた援助技術、コミュニケーション技術、多職種連携、社会資源・制度の理解等、幅広い専門知識・技術に基づいて、根拠のある個別ケアを提供できるようにすること。



図表4 専門職に求められる資質・能力



■ 尊厳を支えるケアに活かす

- ケアとは、「人」が「人」に関わることであり、支援する者が何らかの介入をすることにより成立する。しかし、認知症ケアでは支援する側が、支援される者を支配してしまう関係に陥りやすく、認知症の人の「尊厳」が脅かされるリスクも高い。そのため、認知症ケアに携わる専門職の倫理や人間観の醸成が重要であることや、権利擁護に対する認識を徹底すべきとの意見は、研究会の議論の中で繰り返し挙げられた。
- 自らの思いや権利等を表出し難くなったり、判断力が低下したりする認知症の人だからこそ、専門職には、一人の人として尊厳を守り、支援することが求められる。また、認知症の人の権利擁護を支援し、そのことを代弁していくことは認知症ケアを担う者の重要な役割である。それは単に成年後見制度や金銭管理等の制度・しくみの活用のみを意味するのではなく、日常生活の支援のあらゆる場面で、意識していくことが求められる。
- サービス提供現場では個別の認知症の人の自由な意思や行動を最大限に尊重する一方で、安全性の確保をいかに考えていくかが求められている。予測される状況

において危険が伴うか否かの判断や、本人の意思を尊重するために講じていくべき対応方法を的確に判断していく上でも、「本人がどんな気持ちでいるか」、「何をしたいのか」等、支援する側の感覚や既成概念に当てはめることのない視点が不可欠であり、倫理観や豊かな人間観を醸成していくことは、こうした場面に活かされていくことにもなる。

#### ■根拠あるケアの提供に活かす

- 認知症の人の個別ケアを実践するには、専門職が本人の行動や言葉から様々な気づきを持ち、認知症の疾病や中核症状、その人の性格、生活歴、身体状態、神経学的な障害、社会心理学的要因等の多角的な視点で、症状や状態の背景を探っていくことが必須である。
- 専門職には、認知症の人の思いや言動の意味を探りながら、「専門職自らの体験や知識にのみに基づくケア」から、「認知症の人の価値観を尊重するケア」へと転換していくことが求められる。また、これらの視点をケアにつなげていくために、今後ますますケアマネジメントの充実を図っていくことが重要である。
- こうした考え方は、すでにパーソン・センタード・ケアなど様々な認知症ケアの実践の中で取り入れられており、認知症ライフサポートモデルが意図する、医療と介護を含めた多角的視点による「本人への理解」を根本に据え、それに基づく根拠のあるケアを提供していくことが、認知症ケアの質を高めていくことにつながっていく。

### (2) サービス提供現場での活用

#### ■事業所間の連携に活かす

- 認知症の人の暮らしを支えていく上では、介護、医療、地域包括支援センター等の様々な地域資源が関わっている。また、個々のケースを見ると、ケアに関わる事業所や機関が単独の場合もあれば、複数の場合もある。しかし、いずれの場合も、認知症ケアには多角的視点が必要とされ、医療と介護とがお互いの役割や機能の違いを相互に理解することが求められる点は前述の通りである。それぞれの専門領域を担う事業所同士が、積極的に連携し合うことが求められる。
- そのためには、サービス提供現場が、常に認知症ケアの基本を押さえ、同じ視点に立ったケアを提供していくことが望まれる。同時に、各々のサービス提供

現場の機能や役割、段階に応じたたゆまない教育を行っていくことや、ケアマネジャーの機能強化、サービス提供現場の取組みをサポートするスーパーバイズのしくみづくり等が求められる。

#### ■家族支援に活かす

- 認知症の人の多くが家族の介護により支えられている現状がある。しかし、家族は、認知症に伴う様々な症状・状態を容易には受容できないことがある。むしろ、家族であるがゆえに冷静に受けとめることが難しく、介護施設やグループホーム等の利用を選択するケースも少なくない。さらに、医療や介護サービスにつながる時期が遅れば遅れるほど、家族との関係性が複雑化したり、悪化していくケースもある。
- そのため、サービス提供現場には認知症の人への支援と共に、その家族への支援をも含めて対応していくことが望まれる。その際にも、サービス提供現場は専門職同士が連携しあい、医療、介護の両方の視点から家族支援を行うことが求められる。
- 家族の病気への無理解が悪循環を引き起こさないために、また、家族の心身負担の軽減を図るためにも、家族への啓発や医師等による認知症教育が有効である。家族と本人との関係性サポートしたり、複雑化してしまった関係の修復を図っていくことも、認知症の人のライフサポートの一部に位置づけられる重要な取組みであると考えられる。

#### ■地域社会とのつながりのある支援に活かす

- 人生には、様々な人との出会いや関係があり、社会の中で果たしてきた役割がある。一人ひとりが地域社会との様々な関係を持ちながら日常生活を送っており、それは高齢になっても、認知症になってもなんら変わるものではない。これは第三章「認知症ケアの基本」で述べたとおりである。
- 疾患により、自らの思いや意向を表出しにくくなるからこそ、認知症の人が大切に思っている人や場所などとの関係をつないでいく支援が重要である。それぞれの人生歴や人間関係、習慣を尊重し、その人が培ってきた地域との関係を活かしながら、認知症の人のライフサポートに取り組んでいくことが求められる。
- さらに、今後のサービス提供現場に求められるものとして、在宅復帰支援への取組みが挙げられる。グループホームや介護施設、精神科病院などが、在宅介

護サービスや訪問看護サービス、地域包括支援センター等と連携することで、認知症の人の在宅復帰の可能性を拡げていく支援のあり方を考えていくことも必要であろう。

### (3) 地域社会に求められるもの

#### ■早期から終末期までの関係機関の連携

- 認知症の人あるいは認知症が疑われる人が、最初につながる場所がどこであっても、必要な医療、介護につながるしくみを、各々の地域の特性に応じて構築していくことが求められる。同様に、認知症の人の症状や身体疾患の変化に応じ、医療や介護が適切に提供されるしくみも必要である。
- 認知症の人が、「どこで」、「誰から」、ケアを提供されようとも、提供されるケアの質が一定に保たれ、本人の安心と安全を支えるものであることが望まれる。
- そのためには、医療、介護を含む様々な専門職が、互いの役割や機能を理解しながら連携力を強化していくこと、各々の知見や情報を出し合いながらそれぞれの場所で統合的なケアを提供していくなど、本人にとっての連続性のあるケアを組み立てていくことが重要である。
- 一部の地域では、医療、介護の専門職、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、市町村自治体等による認知症サポートチームが結成され、認知症の個別ケースに対応するしくみを構築し始めているところもある。これらのチームは、在宅介護のみならず、施設入所者の困難ケースなどにも対応するスーパーバイズ機能を備えている。
- 認知症ケアの対応力を高め、認知症の人の連携パスを整えていく上でも、医療、介護をつなぐ共通の考え方として「認知症ライフサポートモデル」を推進していくことが有効であろう。

## 2. 推進に向けての課題

#### ■積み残しの議論

- 本研究会は、認知症の人を支えるケアサービスのあり方として、「サービス提供現場に求められることは何か」との観点から議論が進められてきた。そして、認知症ケアのあり方を第一に考えてきたことから、必ずしも、これまでの介護保険制度の枠にはまらない内容も含まれている。

- 今後、急増が見込まれる認知症の人のニーズに対応していくためには、サービスの供給量を増やしていくことはもとより、そこで働く人材の確保・育成、そして、介護保険サービスやその他のサービス、地域資源や地域住民の力をつなぎながら地域の中で見守り続けていく支援体制を早急に進めていく必要がある。
- 本研究会で提示したモデルや認知症ケアの基本の考え方を社会の中に浸透させていく中で、既存の制度やしきみなどがどのような役割を果たしていくのか、サービス提供現場においていかに対応力を高めていくのか等については引き続きの議論が必要である。また、制度の隙間の部分を誰がどのような形で埋めていくのか等の方法論は、各々の地域の特性に応じて、サービス提供現場の状況に応じて考えていくことが求められる。

#### ■認知症ケアの評価尺度

- どれほど有効なケアモデルやケアプランを策定し、良質なケアサービスを提供できたとしても、認知症の人にとってどのような効果があったかを測る尺度がなければ、ケアの質の良し悪しを確認することも、ケアサービスの評価を行うことも難しい。
- しかし、本研究会で議論されてきたように、認知症ケアでは本人の「できること」や「したいこと」に着目すべきと言われながら、介護認定や認知症高齢者の日常生活自立度など、これまで用いられてきた指標は、認知症の人の「できないこと」に着目しているとの指摘があった。
- 認知症ケアの効果や実践を正しく把握し、今後に向けての議論をしていく上で、本人主体のケアや、生活の継続性、地域社会での関係性の維持、本人が持てる力を最大限に発揮できるケア等、これまでの認知症ケアの実践で大切にされてきた取組みの効果を客観的に捉えることができ、かつ認知症の人が生活している場所に関わらず用いることができる尺度が必要である。
- こうした尺度の紹介や開発は、認知症ライフサポートモデルの効果検証とともに取り組むべき課題であり、これまでの議論の中で「あるべき論」として語られてきたことを、客観性をもって証明していく必要がある。
- 認知症ケアの中核を担う介護現場から、認知症ケアの効果や、根拠となり得るものに関する研究成果を発信し続けることが重要であり、現場の取組み一つひとつが一体となることで、認知症ケア全体が補強されていくことを期待したい。

## おわりに

本研究会では、これまで長年にわたり求められてきた「認知症ケアモデル」の策定に向けて、認知症ケアの最前線で取り組んでいる有識者に集まっていただき、議論を続けてきた。「認知症ケアモデル」に対する多様な考え方や、モデルが示す範囲等について様々な考えが示された。(2章)

研究会での検討を通じて認識されたことは、「認知症の人を支える」ということを、標準化することの難しさであった。そもそも「人の暮らし」に関わる問題は、多面的であり多次元的であるため、一つのモデルに集約することは難しい。

報告書の中で提案した、「3章 認知症ケアの基本」は、認知症ケアに携わる全ての専門職が周知すべき考え方をまとめたものである。また、「4章 認知症ライフサポートモデル」は、認知症の人の「生命、人生、生活」を支えるために、多職種がそれぞれの専門知識・技術を活かして連携し、支えていくことを概念として示している。認知症ケアの実践のなかには今回示したような考え方で行われている事例もあり、必ずしも本研究会が新たに生み出したものとは言い切れない。本報告書に意味がある点は、①従来のケアモデルを吟味し、現時点における認知症ケアの考え方について、認知症ケアの実践現場における経験と知識を集大成したこと、②認知症ケアを「ライフサポート」として提唱し、医療も介護も認知症の人の生活の支援の一部であることを、はっきりと定義づけたこと、③そして、あえて加えれば、認知症ケアは多職種の連携が不可欠であるが、その主体は介護にあり、医療は極めて重要な役割を持っているが、むしろ補完的なものであると位置づけたことである。

人の暮らしは、制度や仕組みによって規制されるものではなく、人の暮らしを支えるために、制度や仕組みが創られるべきである。また、認知症の人の地域での生活を支えていく上では、介護保険サービスや自治体が独自に提供する「フォーマルな支援」だけでなく、家族や地域住民等の支えによる「インフォーマルな支援」の充実が欠かせない。多様な支援が折り重なって認知症の人を支えていくことが、今後、激増する認知症の人の支援に不可欠であり、その中核に、「認知症ライフサポートモデル」の考え方を根付かせていくことが望まれる。社会全体として認知症の人を支えてゆく土壌作りのために、認知症ケアの実践現場で働いている多くの介護・看護職員や医師、療法士、相談員たちが、積み重ねてきた知識や経験、技術を活かす上で、本研究会の成果が活かされれば幸甚である。

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

## 研究会の実施と委員会構成

### 1. 研究会の開催

回数	開催日	議題
第1回	2011年6月29日	○研究事業の趣旨確認 ○認知症ケアの現状について
第2回	2011年9月2日	○認知症ケア現場で求められているものは何か
第3回	2011年10月7日	○認知症ケア現場で求められている「ケアモデル」 ○各委員のプレゼンテーション ・ 大谷 るみ子 委員 ・ 武田 純子 委員 ・ 玉井 顯 委員 ・ 東 憲太郎 委員
第4回	2011年11月4日	○認知症ケア現場で求められている「ケアモデル」 ○各委員のプレゼンテーション ・ 小山 剛 委員 ・ 長野 敏宏 委員 ・ 西山 隆 委員 ・ 宮島 渡 委員
第5回	2011年12月21日	○これまでの議論の振り返り ○本研究会における認知症ケアモデルについて
第6回	2012年2月10日	○報告書のまとめ方について ○認知症ケアモデルの考え方 ○専門職に求められる資質・能力 ○「認知症ケアの基本」について
第7回	2012年3月8日	○総括

## 2. 研究会メンバー

○大島 伸一	独立行政法人国立長寿医療研究センター総長
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	財団法人正光会御荘病院院長 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長
東 憲太郎	医療法人緑の風 介護老人保健施設いこいの森理事長・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

(○印は委員長、五十音順・敬称略)

### 【事務局】

株式会社ニッセイ基礎研究所

山梨 恵子 准主任研究員

進藤 由美 プロジェクト研究員、早稲田大学大学院公共経営研究科博士後期課程

廣渡 健司 主任研究員

吉田 妙子 研究アシスタント



# 資料編

## <目次>

資料 1 大谷委員提出資料	… 49
資料 2 武田委員提出資料	… 59
資料 3 玉井委員提出資料	… 66
資料 4 東委員提出資料	… 77
資料 5 小山委員提出資料	… 88
資料 6 長野委員提出資料	… 99
資料 7 西山委員提出資料	…110
資料 8 宮島委員提出資料	…121

## 委員提出資料

大谷 るみ子  
グループホームふぁみりえ ホーム長

1

## これまでの10年のケアの取組みから

- デンマークの認知症コーディネーターから認知症の病気の理解と「人」の理解、ケアの原則やあり方を学び、理念やケアの10姿勢(方針・方法)をつくり、その実践を続けてきた
- 人は、一人ひとりが個人価値の高い個人であり、自分の人生の責任者である  
⇒豊かな人間観の醸成
- 認知症の「人」を個人価値の高い人としてとらえ、「本人がどうありたいか」を最優先し、人としてあたりまえに生きること、生活や人生の継続を支援することを理念とした

2

## “ふあみりえ”ケアの10姿勢

1. いつでも「そのまま」を受け入れ共感する。
2. どんなときにも笑顔で心を掛ける。
3. 入居者の自己意思・願い・人権を重視、そして安全の確保を忘れない。～アクト オブ バランス～
4. 困った時も創意工夫、ユーモアとファンタジーを忘れない。
5. 一人ひとりの安心・安全・安楽が最優先。
6. 人生史や生活習慣・らしさに目を向ける。普通の当たり前の暮らしを支援する。
7. 自己資源。出来ることを発見し、活かしていく。
8. 自然を楽しみ、五感を活かし、生活の潤いを支援する。
9. 家の次に居心地のいいところ。家族の次に安心できる人として家族とのパートナーシップを大切にする。
10. 地域との程よいつながりをつくり、活かしていく。

3

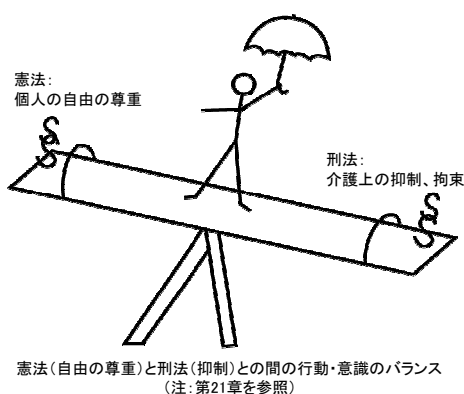
### • ケアの原則、方針、方法として

1. アクトオブバランスを日々のケアの原則として、ケアの10姿勢を現場で実践しながら、教育しながら、たえず試行錯誤してきた
2. 人生史や生活習慣、自己資源を重視したケア、メモリアルボックス、コミュニケーションの原理と方法などを活用
4. それらの方法は、尊厳を支えるケアであると同時に認知症による症状(生活障害)にアプローチする方法であることを実感し、対応力の向上に努めた

4

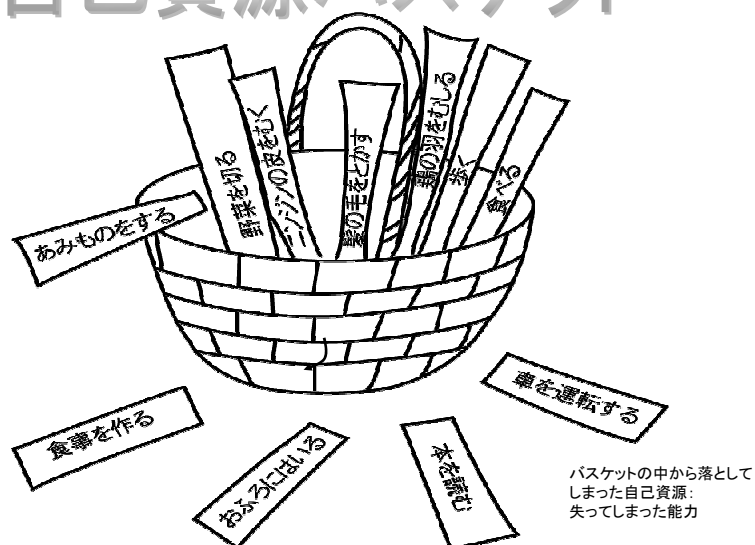
## アクト オブ バランス

- 人権、自己意思の尊重、自由を重視
- しかしその対岸にある「危険の回避」「管理責任」を抜きには考えられない
- つねに一瞬一瞬の振る舞い、行動のバランスをとりながら、限りなく「自由」に近づく



E・メーリン、R・B・オールセン「デンマーク発・痴呆介護ハンドブック」(ミネルヴァ書房)P222より

## 自己資源バスケット



E・メーリン、R・B・オールセン「デンマーク発・痴呆介護ハンドブック」(ミネルヴァ書房)P224より

6

## そのプロセスの中で～1

- BPSDを必ずしもマイナスととらえない、むしろ本人なりの行動や力としてとらえ、BPSDの背景になる本人の気持ちやニーズに着眼し、BPSDのみでなく、本人の全体を見る重要性を意識して、ケアのヒントを探っていた
- その学びやケアの取組みを広げ、地域全体のケアの質の向上や地域づくりを図るために認知症コーディネーター養成研修を市へ提案し、実施してきた（H15～）
- 同時期に、センター方式の作成に関わり、パーソンセンタードケアの意義を学んだ

7

## そのプロセスの中で～2

- 地域密着型サービスの役割として、地域生活を支えるライフサポートの考え方を導入し、グループホームをベースキャンプとして、地域で暮らす支援に積極的に取り組んでいる
- 早期発見から終末までのステージに応じた、支援体制をつくる必要性を感じ、市と協働し、地域支援体制の取組みを続けている
- 認知症が病気であることを踏まえ、医療と介護、両面からサポートしていく必要性を感じ、専門医と協働し、地域認知症サポートチームの活動に着手している

8

## そのプロセスの中で～3

- H18年より早期発見、予防の取組み、若年認知症当事者とのつながりの中で、MCIの段階あるいは初期の認知症の段階で認知機能の維持・向上、「認知症をあきらめない」ことも本人ニーズであり、重要な支援であることを学び、予防教室や本人交流会、認知症専用デイを窓口にし、初期の認知症高齢者、若年認知症の個別支援を行っている
- 若年認知症の当事者の声に学び、認知症でも、できるだけ仲間や社会とつながって積極的に生きていきたいという強い本人ニーズを、再認識した

9

## そのプロセスの中で～4

- 個別支援においては、記憶障害や判断力の低下に対する補助具の活用、支援者の協力体制、習慣作り、気づきを促す環境づくりなど
- これらの目的は、トレーニングではなく、できるだけ自立し、仲間や社会とつながって、「人」として尊厳を保持して生きることを支援するためのものである
- これらのケアや支援を、一事業所や一専門職ではなく、市全域へ広げ、ケアの質を高めていく上で、認知症コーディネーター養成研修と地域認知症サポートチームの重要性が高まっている

10

## 認知症ケアとは？ グループホームの10年を振り返り

- 認知症により、これまでの暮らしや人生を、自分で続けられなくなった「人」が、尊厳を持ち、人としてあたりまえに、より良く暮らしていけるようサポートをすること
- またそのために、本人に関わる家族やなじみの人たち、専門職が、認知症の病気や認知症を抱えて生きる人の気持ちや生き方を知り、共通の目標を共有しながらチームでサポートをすること

11

尊厳を持ち・・・自分自身が大切にされていると感じられること  
人としてあたりまえに・・・これまで続けてきた周囲や社会との関係や生活を保ち、絆を深め、より良く・・・できるだけ自立して、健康で、安全に、有意義に、心豊かに  
チームでサポート・・・家族や周囲の関係者の共感と手助け、見守り



### 認知症の人のニーズ

12

## ＝パーソンセンタードケア

- その人を取り巻く人々や社会とかかわりを持ち、人として受け入れられ、尊重されていると本人が実感できるように、共に行っていくケア

2009. 6日本人DCMTトレーナー会

\*トム キットウッド教授が提唱した考え方

- 5つの心理的ニーズをアプローチするケア
- 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の5つの共通視点
- 寄り添うケア
- 小規模多機能ケア ⇒ ライフサポート

13

## グループホームは人生のベーキャンブ 人生の舞台はなじんだ地域

認知症の人の不安や悲しみをしっかりと受けとめ、支える

ご本人がどうありたいかをいつも真っ先に考え、実現できるようにトライする

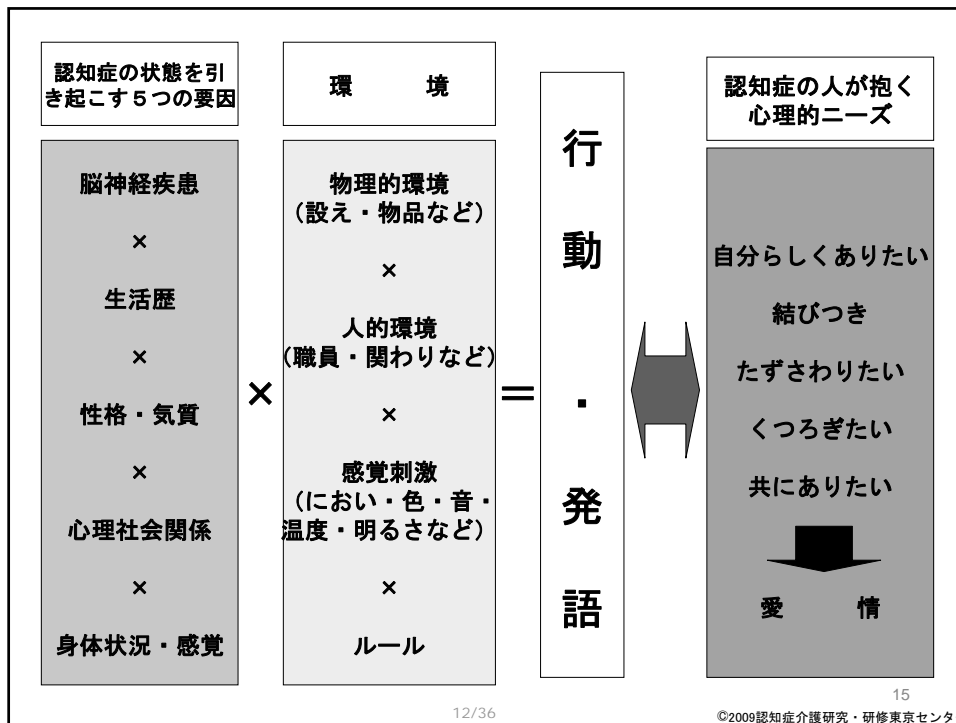
愛する人やなじみの人たちとの絆を深め、地域とつながって暮らしていける

生活を支え、一人ひとりの人生にしっかりと向き合っていける

認知症の人や家族、職員、地域みんなが互いに支え合える

14





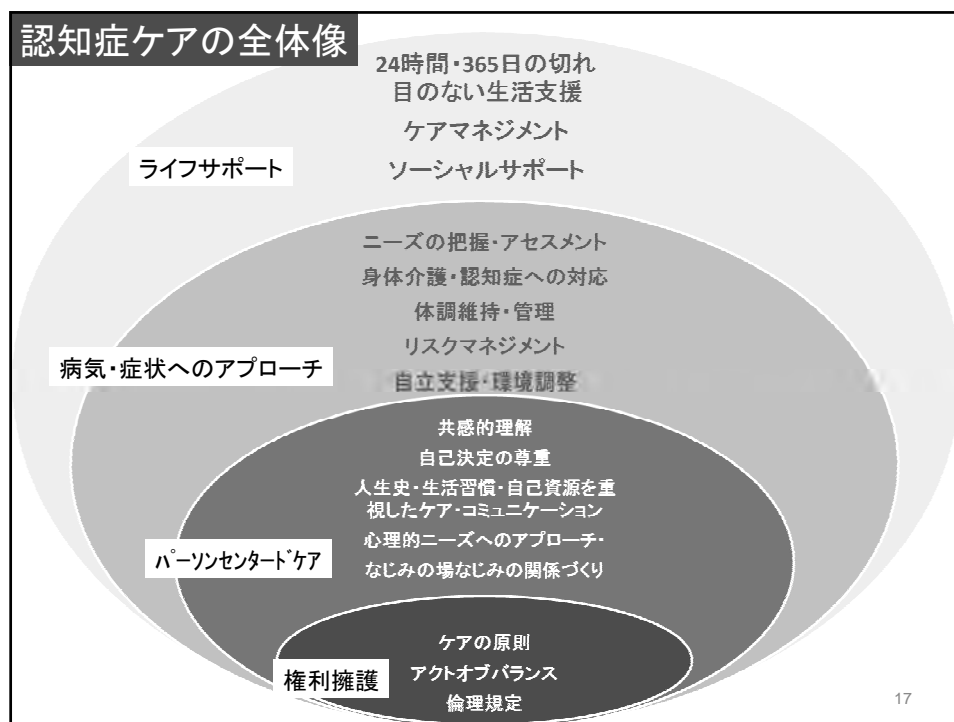
### 認知症の病気の進行、 疾患別状態像の理解とアプローチによって

- 生活の支障を減らし、「できる」「わかる」ことを増やし、自立を助ける
- 体調変化や他の疾患の不具合や感染症等の早期発見と体調管理ができる
- リスクを予測し、危険を減らし、安全性を確保できる
- BPSDの誘発を減らせる
- 介護負担を減らし、安定につながる

↓

認知症があっても、  
「人」としてより良く暮らせる支援の一部


16



## より良い認知症ケアのために

- 支援者としての倫理、人間観の醸成とケアの原則の浸透
- 認知症をかかえ生きる「人」全体の理解とパーソンセンタードケアの実践
- 認知症の「病気」や「症状」の理解と医療と介護の密接な連携による適切な対応
- 家族や介護者へのスーパーバイズと日常的なストレスケア
- 24時間365日の暮らしと人生の継続を支えるライフサポート体制
- 地域支援体制の構築

## 認知症ケアの向上のためには



事業所や現場をサポートするしくみの構築	<ul style="list-style-type: none"><li>• 自己評価や指導の充実と活用</li><li>• スーパーバイズ等、サポート体制の構築</li><li>• 医療や看護の有機的な連携のしくみの構築</li></ul>
チームケアと職場のマネジメント力の向上	<ul style="list-style-type: none"><li>• 職場のマネジメント力の向上</li><li>• スーパーバイズのしくみの導入</li><li>• 経営者・管理者の質の向上</li><li>• 人材確保と介護職員の定着</li></ul>
個々の介護職員の対応力の向上	<ul style="list-style-type: none"><li>• 教育システム、継続的研修の充実</li><li>• OJT・スーパーバイズによる育成方法の確立</li><li>• 認知症ケアの原則、倫理規定、理念や方針の指導</li></ul>

## 認知症サービス提供の 現場からみたケアモデル研究会

有限会社ライフアート  
武田純子

1

### 認知症の人と共に歩んだ15年

- 医療モデルから生活モデルに
- 当事者の視点で見る  
できない事からできることに視点  
介護 → 支援に
- 緩和ケアの視点(終末期ケア)  
最期まで可能なコミュニケーション  
家族支援 → 在宅復帰も可能
- 本人達と共に生きる(若年者支援)  
語り始めた本人達 → 人・社会との交流を求めている  
自己実現を可能にする支援

2

## あるべき姿を求めてきたが

- 認知症ケアの質  
理念作りからの研修  
しかし、基準になるもの  
やってはいけない事が明確になっていない
- 虐待・身体拘束・・・ケアの一体化が求められる
- 虐待・身体拘束・・・医療の中ではどうするか

傷つけることはしない  
その人にとって最善を尽くす  
自己決定の尊重  
公平であること

3

## 10年の中で

**従来のケア**

出来ないことを  
やってあげる

「後追い」のケア

**新しいケア**

出来るように支援する

「先手必勝」のケア

**「情報」が必要！**

4

## 新たな認知症ケアに向けて

- 本人の意向に沿っているケア
- 挫折させないケア
- 根拠があるケア

後始末をするケアから  
失敗させないケアへ

原因疾患の医学的解明で  
ケアが変わる？

5

## 支援の技術（アルツハイマー型認知症の場合）

中核症状

支援の技術

記憶障害	記憶の固定、メモを残す、印象つける
実行機能の障害	やってみせる、一緒に行く(モデリング)
見当識障害	助言、ヒント、シンボルの活用、
判断力の障害	ゆっくり、いっしょに考える
言語障害	優しい言葉、簡単に、待つ、 非言語コミュニケーション

6

## 支援の技術 2

- 環境を整える(静かさ、明るさ、穏やかさ)
- 体調を整える(排泄、睡眠、食事、苦痛なく快適)
- 適切な薬剤の使用
- 安心・安全・楽しい生活
- その人にあった活動ができる
- 家族支援の大切
- 本人の病気の理解(医師・専門職による指導・リハビリ)

7

## ケアの効果が現れてくると・・・

- 満足した食生活・・・落ち着き・・・異食が減る
- 排泄リズム整う・・・失禁しない・・・弄便ない
- 納得した環境・・・自由に穏やか・・・歩き回らない

8

## 行動を意識化する

「洋服を着る」ということ

「服を着よう」と思う



着やすい形にする



袖を通す  
(かぶる)



形を整える  
(ボタンなど)

- 日常生活行動は  
無意識に行われる  
(洋服を選ぶことを考えても、  
どう着るかは意識しない)
- まず「細分化」する
- そして、どこにつまづくか  
を知る アセスメント
- 支援の方法を考える  
ケアプラン

9

## レビー小体型認知症のケアのポイント

- ①記憶があることを前提にして話す  
昨日のことでも話し合うことが出来る  
謝るべきは謝る  
本人の前で打合せをしない
- ②薬に注意
- ③幻視・幻聴に対しては、否定も肯定もせずゆっくり聞く
- ④立ちくらみがある時は、立位保持支援
- ⑤自律神経に関する症状

10



## 前頭側頭型認知症のケアのポイント

- ①本人の意思は変えられない  
無理強いしない
- ②一緒にやろう
- ③本人の目的になれば出来る

例:わざと一回外に出て、  
「中に入って絵を描こう」と誘う

- ④「よい認識」をされていない人は  
働きかけることはできない

11

## 本人と家族の支援

- 家族・本人が病気について学ぶ
- 支える人がいる
- 重度になってからの在宅生活
- 認知症になったから不幸ではない  
といえるような支援体制の構築

12

## 今後の認知症ケア

- 医療との連携
- 疾患別ケアと症度によって異なるケア
- 住み慣れた所で最後まで
- 認知症になっても、楽しく豊かに暮らす
- 重度になっても、家で暮らせる支援体制

みんなで力を合わせて、明るい社会を作ろう

認知症サービスの現場からみたケアモデル研究会

## 認知症ケアにおける医療の役割

2011.10.7 九段センタービル  
敦賀温泉病院 玉井 顕

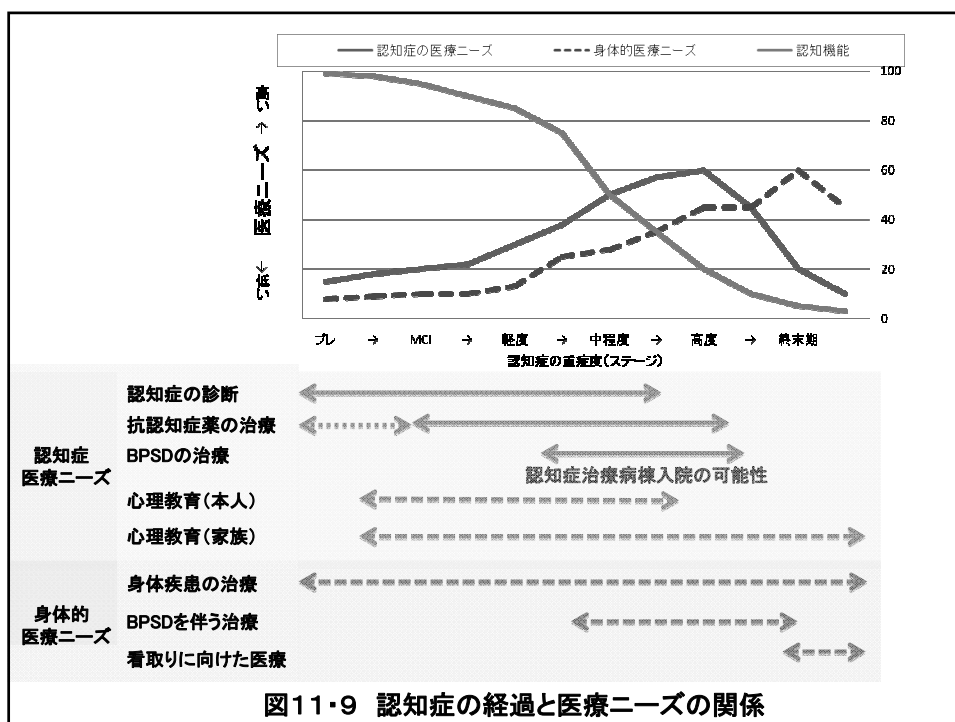
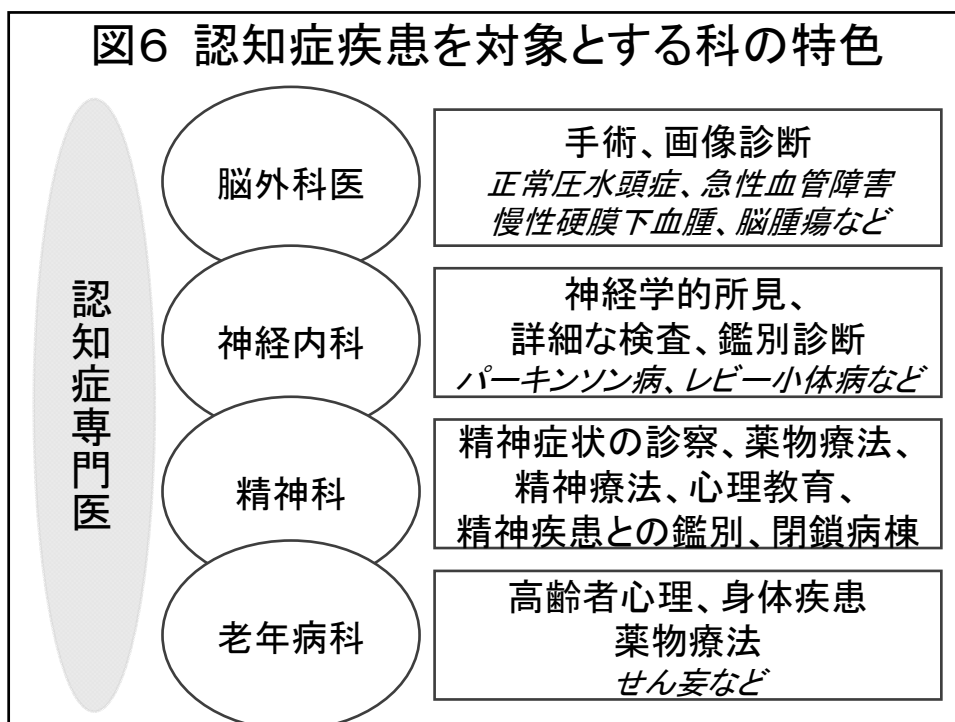
### 認知症そのものの定義が包括的

#### 医療保険：検査、診断、治療

- 脳の病変もしくは脳に影響する全身疾患があつて、
- 記憶や言語などの複数の認知機能が障害された状態が慢性に持続し、

#### 介護保険：予防、見守り、リハビリ

- その結果、社会生活の水準が低下した状態。



認知症疾患の診断・対応・治療			
プロフィール	認知症疾患	脳機能	治療・対応
生活史 性格 趣味 環境 家族背景 介護状況 対応状況 現病歴 既往歴	アルツハイマー病 血管性認知症 レビー小体病 前頭側頭葉型認知症 正常圧水頭症 他	前頭葉 側頭葉 頭頂葉 後頭葉	非薬物治療・対応 ・パーソンセンタードケア ・保たれた機能 ・障害された機能  薬物治療 ・非定型抗精神薬 ・SSRI ・抗てんかん薬 ・他

医療側からみた認知症ケアに必要なこと
<p>1. 認知症の心理教育的アプローチ 認知症の正しい理解、医療と福祉の共通のツール</p> <p>2. 適切な医療情報の提供 診断・鑑別診断（詳細な問診、神経心理学的検査、画像診断、血液検査、身体所見）、症状の特徴、高次脳機能障害の特徴、治療の可能性と限界、予後</p> <p>3. アウトリーチ 認知症お出かけ専門隊（施設、在宅）</p> <p>4. セーフティーネット 身体合併、BPSD ↓ 領域を超えたクリティカル・パス、情報</p>

## 認知症の心理教育的アプローチ

### 0. 人を知る

高齢者の心理を知る

1. 知識(病気の知識、病気の特徴、現象の言語化)
2. 理解(症状の分析・整理・予測、誤った理解の改善)

生活支援アンケート

### 3. 行動(症状に応じた対応)

### 4. 継続(一人で頑張らない)

介護保険、医療保険サービス

セーフティネット 身体合併:総合病院

BPSD:認知症疾患医療センター

認知症治療病棟

家族、介護者に対するのストレスケア

スーパーバイザー ➡ 領域を超えた情報ノート

## BPSDの症状

第1群 最も介護困難	第2群 やや介護困難	第3群 管理可能
幻覚(薬物抵抗性)	幻覚、誤認	幻覚、誤認(薬が有効)
妄想(薬物抵抗性)	妄想	念慮
希死念慮	抑うつ気分(薬剤抵抗性)	抑うつ気分(薬が有効)
極度の不安	不安	
	重度の不眠	不眠
衝動性、暴力	叫び	暴言
徘徊(屋外)	徘徊(屋内)	意欲低下
不穏	混乱	つきまとい(依存)
性的逸脱行為	放尿、排便	
	不潔行為	収集癖
異食	多食	

### より医療を必要とするもの

- 高血圧、糖尿病、高脂血症
- パーキンソン症状
- 嚥下障害
- 歩行障害、尿失禁、認知症（正常圧水頭症）
- ジスキネジア
- 睡眠障害、むずむず足症候群
- 睡眠時無呼吸症候群
- 意識障害、せん妄、夕暮れ症候群

### より医療を必要とするもの（理解、リハビリ）

- 失語症（表出障害、理解障害など）
- 失行症
- 失認症（視空間失認、相貌失認など）
- 誤認症候群
- 前頭葉症候群（易怒性、実行機能障害など）
- 記憶障害（遅延再生、学習障害など）
- 把握反射
- 感情失禁

## より医療を必要とするもの（理解、薬物治療）

- 異食、多食
- うつ（意欲低下、抑うつ気分、希死念慮など）
- 抑制の欠如、衝動性、暴力行為、多幸症
- 感情失禁
- せん妄
- 妄想（より了解可能でないもの）
- 幻覚（幻視、幻聴、セネストパチーなど）
- 睡眠障害（レム睡眠異常行動、むずむず足症候群）
- 夜間異常行動
- 強迫症状、収集癖、常同行為

## 認知症疾患の治療

### 治療・対応

#### 非薬物治療・対応

- ・音楽療法、回想法、運動療法、アニマルセラピー、園芸療法、リアリティーオリエンテーション

#### 薬物治療

- ・認知症治療剤 ドネペジル、ガランタミン、メマンチン
- ・非定型抗精神薬 リスペリドン、パリペリドン
- ・抗うつ薬
- ・抗てんかん薬
- ・抑肝散



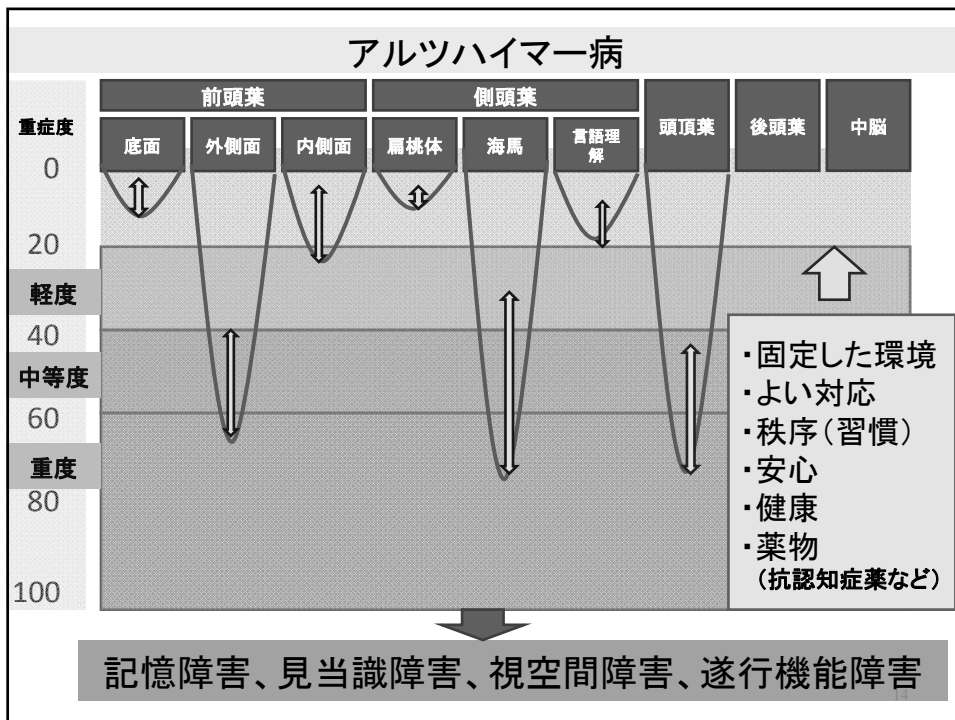
## BPSDの悪化要因

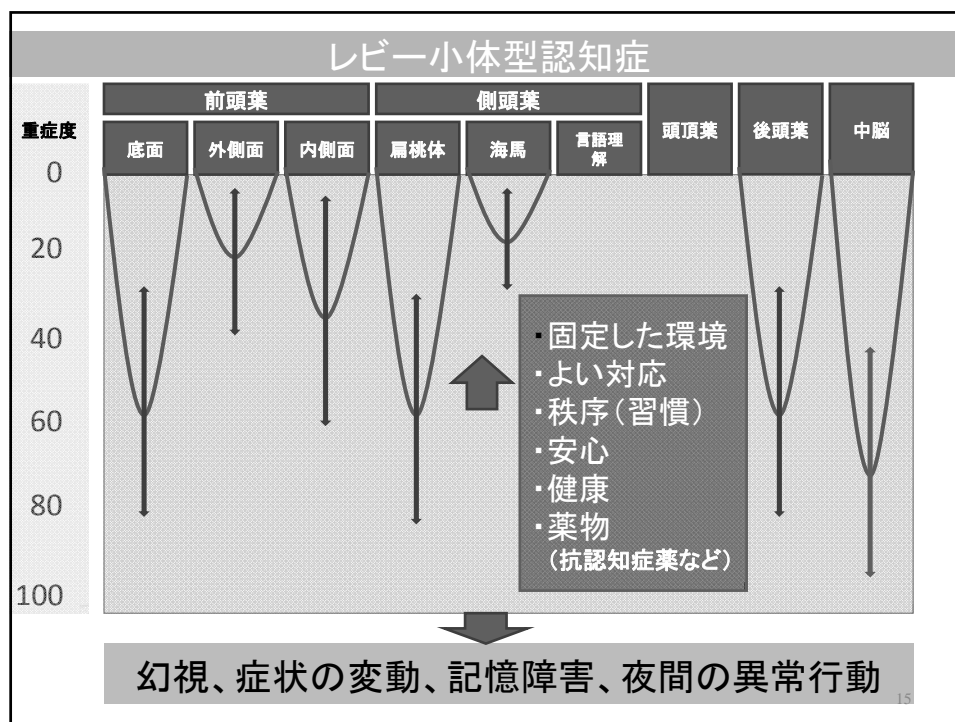
だから医療と介護を切り離してはいけない

- 薬剤性の要因 37.7%
- 身体要因 23.0%
- 家族・介護などの環境要因 10.7%

医療にかかわる部分がなんと6割

平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業：認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の推進策定調査報告. 実施主体:財団法人ぼけ予防協会





### よりよい対応をするために

- 認知症疾患の特徴を知る
- 個人の認知症疾患の特徴、程度を知る
- 高次脳機能の状態を知る
- 生活状況、家族状況、社会状況
- 性格、生活習慣
- 生活史
- 身体状況
- 薬の影響
- 対人的要因(悪い対応をしていないか)

## 認知症の症状を悪化させる対応

- 叱る
- 言いきかせる
- 閉じ込める
- 急がせる
- 無視する
- からかう
- 軽蔑する
- 環境変化

## 生活支援アンケート

A. 日常生活動作について、当てはまるところに●印して下さい。

	自立している	半分できる	全く自分でできない
1) 歩行	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) 食事	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) 排泄	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) 更衣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) 入浴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

スコア:

B. あてはまる項目の番号に○印を、すこし傾向がある項目には△印をつけて下さい。

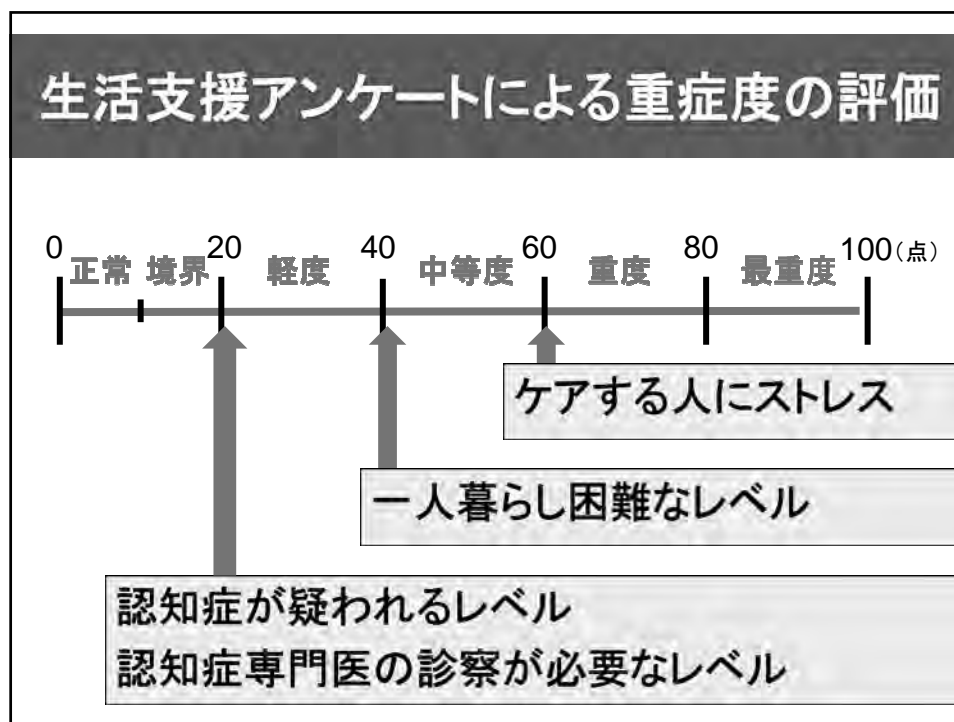
1. よく知っている場所でも、道に迷うことがある <input type="checkbox"/>	23. ちょっとしたことでも言いなり、強辞する <input type="checkbox"/>
2. 無言が続き、顔面が扁平の表情を長時間としない <input type="checkbox"/>	24. 作り話をよくする <input type="checkbox"/>
3. 会話中に、「あれ」とか「それ」とかの代名詞をよく使う <input type="checkbox"/>	25. 時々、家族の名前を間違えたり、忘れたりする <input type="checkbox"/>
4. 今食べたことでも、すぐに忘れてしまう <input type="checkbox"/>	26. 今日が何日か、何曜日かが正確に覚えられない <input type="checkbox"/>
5. 夕方に寝ると朝醒めが分からなくなり、変更ことを覚える <input type="checkbox"/>	27. 直感したことと忘れ、何度も説明を要する <input type="checkbox"/>
6. 遅刻がなく、新しい事への興味がない <input type="checkbox"/>	28. 話がよく聞かなくなったり、外に出ていく <input type="checkbox"/>
7. ごく簡単な事も理解できない <input type="checkbox"/>	29. 人付き合いが苦手で、自閉的である <input type="checkbox"/>
8. 便秘が定しい <input type="checkbox"/>	30. いつも上機嫌でよく笑う <input type="checkbox"/>
9. ボイや靴などを取替する <input type="checkbox"/>	31. 時々、声にたいという <input type="checkbox"/>
10. 顔が赤くはくで、内容が分からない <input type="checkbox"/>	32. 新しい歌やゲームを覚えられない <input type="checkbox"/>
11. 身だしなみを気にしない <input type="checkbox"/>	33. 夜中になると起きて騒ぐ <input type="checkbox"/>
12. 昨日の出来事をほとんど忘れてしまう <input type="checkbox"/>	34. よく知った人の顔を見ても分からない、又は顔を <input type="checkbox"/>
13. 動作がのろくなってきている <input type="checkbox"/>	35. 1つの用事をしている間に他の用事を忘れることがよくある <input type="checkbox"/>
14. 被害妄想で、お金や物を盗まれたという <input type="checkbox"/>	36. 暴力を振るうことがある <input type="checkbox"/>
15. 食べ物でないものでも食べようとする <input type="checkbox"/>	37. 尿や便をもらす <input type="checkbox"/>
16. ちょっとしたことでもイライラする <input type="checkbox"/>	38. 忍耐力がなく、集中力が低下している <input type="checkbox"/>
17. 今が何年、何月であるか分からない <input type="checkbox"/>	39. 自覚的に之しく、他人に頼りがちである <input type="checkbox"/>
18. 過去に記憶を失うほど、頭を強く打つ <input type="checkbox"/>	40. 自覚的に之しく、他人に頼りがちである <input type="checkbox"/>
19. 悪化を恐れたり、療養の <input type="checkbox"/>	41. 「声がかさえる、声が見える」などの幻覚がある <input type="checkbox"/>
20. 言葉、行動の区別がつかない <input type="checkbox"/>	42. 悪徳商法と誤解されている <input type="checkbox"/>
21. 怒り言葉という <input type="checkbox"/>	43. 悪徳商法と誤解されている <input type="checkbox"/>
22. やさしい言葉でも間違える <input type="checkbox"/>	44. 悪徳商法と誤解されている <input type="checkbox"/>

**A.日常生活動作:5項目**  
**スコア:0~100%**  
 (点数が高いほど日常生活で自立)

**B.具体的な本人の様子を評価:45項目**  
**スコア:0~100点**  
 (点数が高いほど重症)

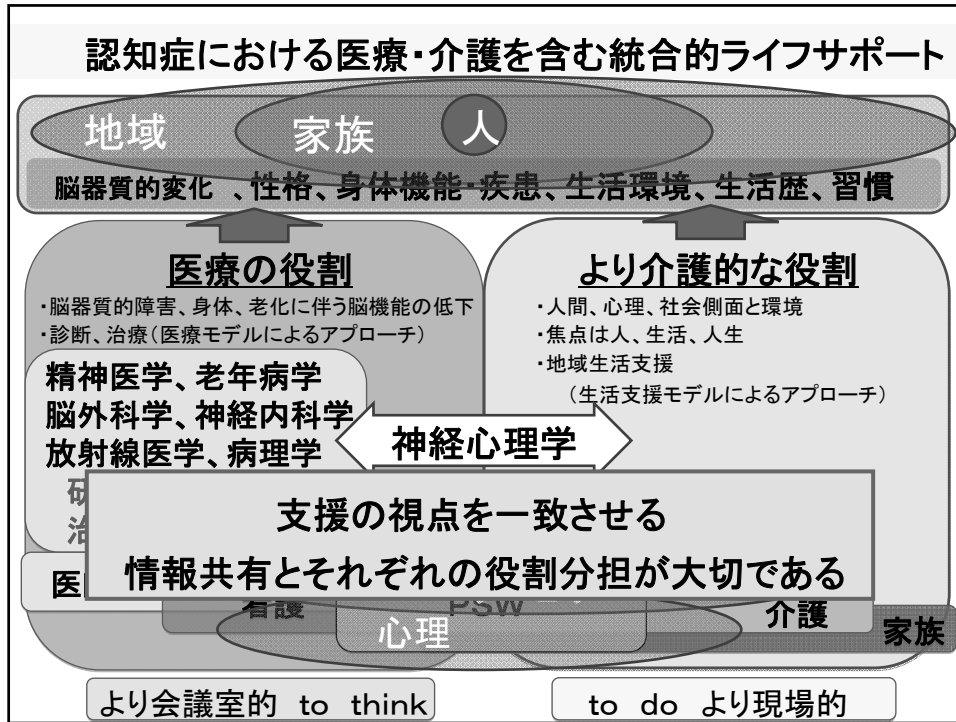
1. 危険因子:6項目
2. 境界因子:12項目
3. 中核症状:8項目  
(軽度4項目、重度4項目)
4. 周辺症状:19項目

主に家族が主訴という言葉



### 生活支援アンケートの利点

- 直接検査をしなくても認知症重症度が推測できる
- 認知症サポート医への紹介をする目安となる
- 認知症の早期発見・早期受診につながる
- 医療で改善される可能性がある症状がわかる
- 本人が評価すれば、病気の認識がわかる
- 認知症の症状を家族とともに確認しあえる
- 認知症症状の整理ができる
- 今後の症状予測ができる
- 認知症の心理教育的アプローチができる



認知症サービス提供の現場から見たケアモデル研究会  
(2011.10. 7)

## 介護老人保健施設における 認知症ケアの実際

医療法人 緑の風  
介護老人保健施設 いこいの森  
理事長 東 憲太郎

1

### いこいの森の概要

#### ① 定員

入所 100名 通所 60名

#### ② 入退所者数

1カ月 約240名

在宅復帰率 : 66.23%

ベッド稼働率 : 95.35%

#### ③ デイケア利用人数

1日約50名

#### ④ 訪問リハビリ件数

1日約14件

#### ⑤ 職員配置

医 師 1名

看 護 師 15名

介 護 46名

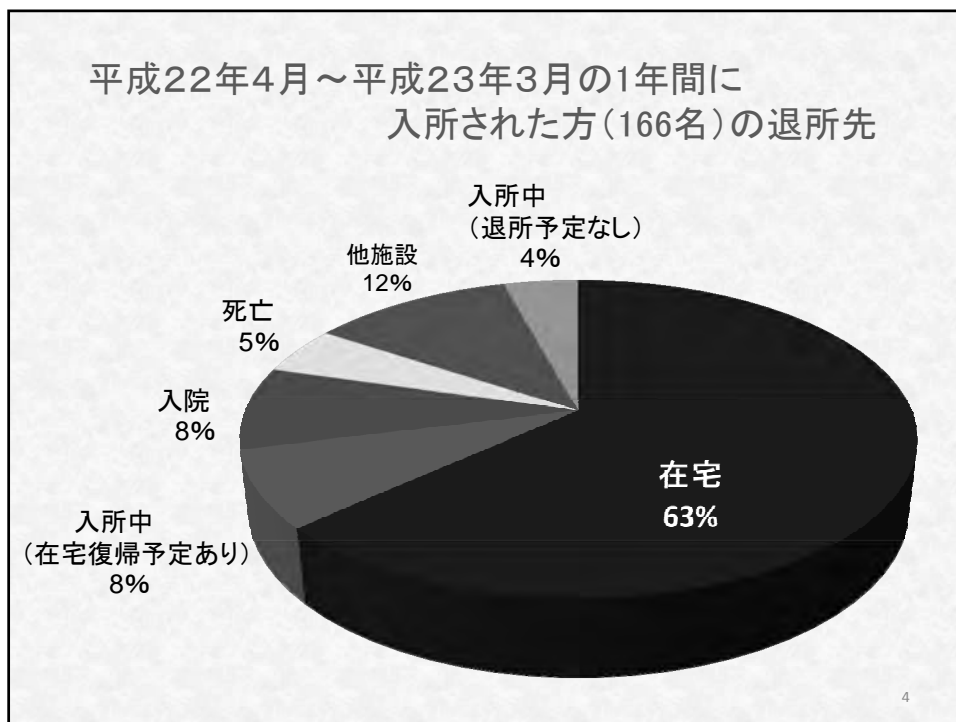
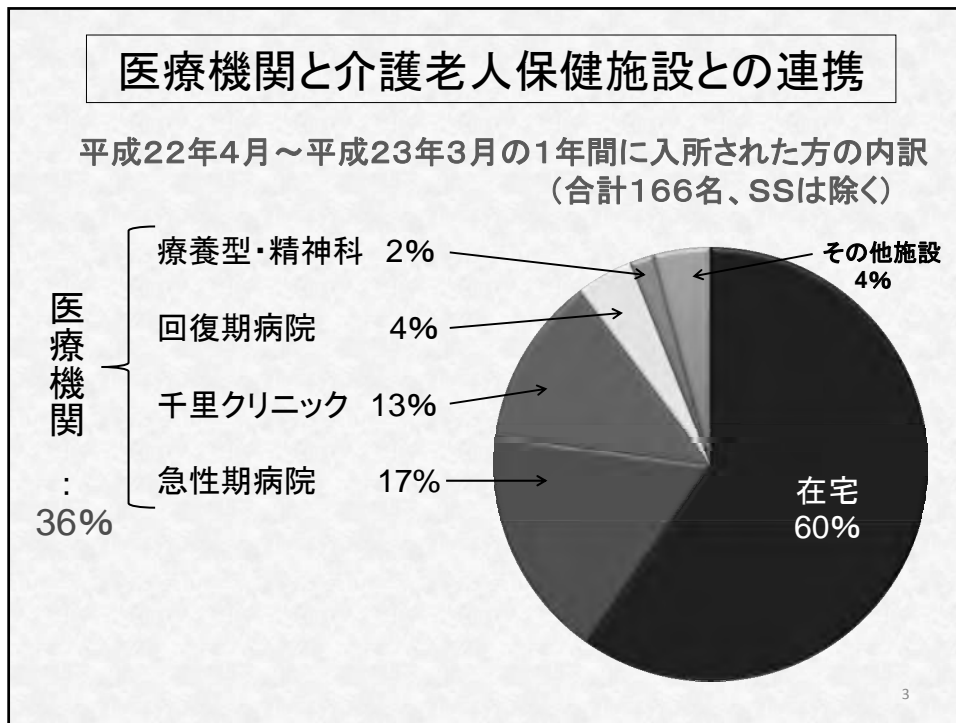
支援相談員 4.5名

理学療法士 6名

作業療法士 2名

言語聴覚士 1名

2



## 認知症短期集中リハビリテーション

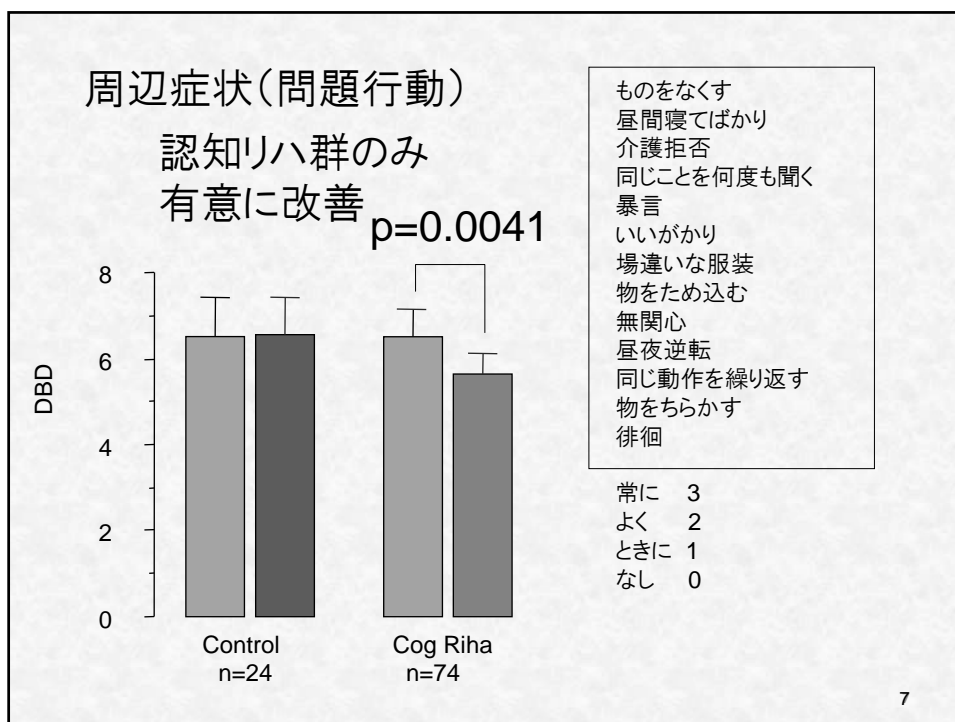
5

### 〈 認知症短期集中リハビリテーション 〉

- 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーションにおいて、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された認知症者に対して、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせた20分以上のプログラムを個別に週3日（通りハでは週2日）実施（3月以内の期間）。
- 調査研究事業において、認知症短期集中リハビリテーションによる認知症の中核症状と周辺症状の改善効果が示された。

6





- ・認知症短期集中リハビリテーションのコンプライアンスは、92%と極めて良好である
  - ・阻害要因の中で、集中力の低下がある場合、より適応が容易な、現実見当識療法や運動療法などに振り替えて継続可能であることが示唆された
  - ・複数のプログラムを用意しておけば、中止に至ることがないことが示され、各施設はより多くのプログラムを用意する研修、準備が求められている
- 8

## 認知症短期集中リハビリの内容

### 1. 見当識の確認

例: 場所・季節・日付・時間・人物等の確認

### 2. 注意力・集中力の訓練

例: パズル・計算問題・読み書き・まちが絵探し・ぬりえ  
道具を使った訓練

### 3. 記憶訓練

例: カードを用いた訓練, 口頭での質問形式の訓練

### 4. 趣味活動

例: 簡単な工作, 手芸作品と一緒に作成

9



カードを用いた訓練  
(記憶訓練)

10



道具(自作ボード)を使った訓練  
(注意力・集中力の訓練)

11



立体パズル  
(注意力・集中力の訓練)

12



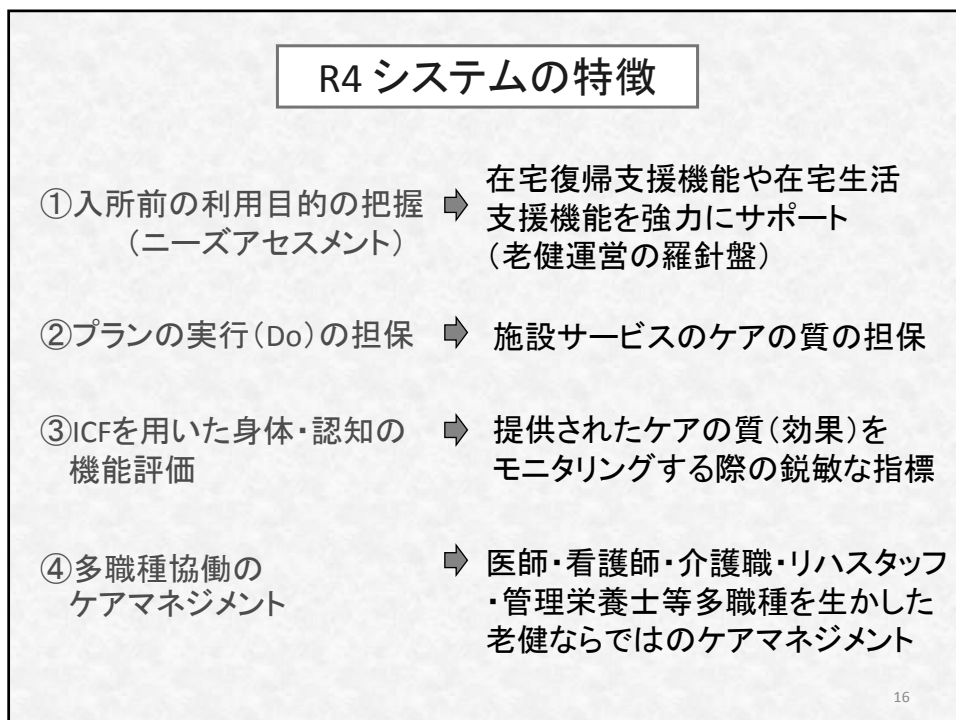
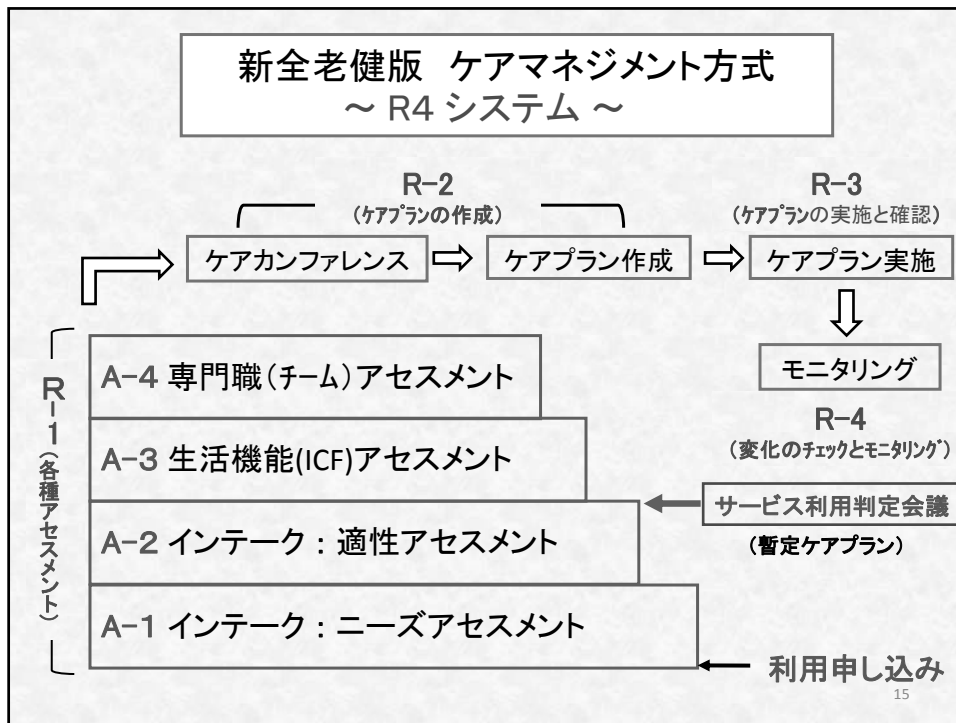
簡単な工作(ごみ箱作り)  
(趣味活動)

13

# R4システム

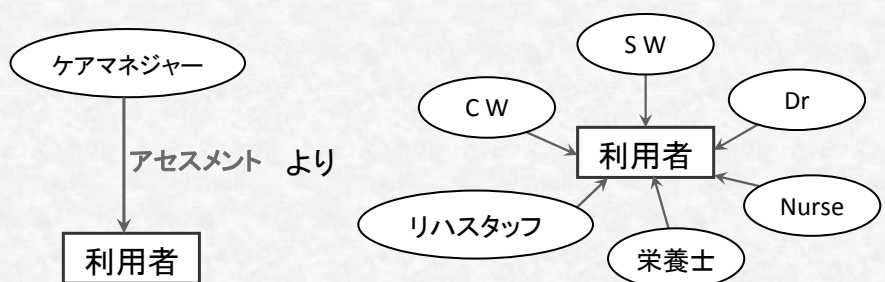
(参考資料あり)

14



## アセスメントのあり方を根本から考えよう。

- ・ 居宅では1人のケアマネジャーがアセスメントを行うのでアセスメントツールが必要となる。
- ・ 多職種がいる老健では、より質の高いアセスメントが可能では？



の方がより上質なアセスメントでは？

17

### 【事例紹介】

氏名：B氏 性別：女性 年齢：83歳

要介護度：5 障害自立度：B2 認知自立度：Ⅲa

現病名：

H12 うつ病

(一時精神科に通院 入所時は無投薬)

H13 アルツハイマー型認知症

(食欲低下・パーキンソン様症状にて入院  
激しい認知症状が出現 自宅へ退院)

18

【入所当初の様子】

- ・幻覚
- ・独語
- ・突然の大声
- ・机を叩く
- ・他の利用者に対する暴言
- ・夜間も毎日のように独語や幻覚
- ・HDS-R 8点/MMSE 11点

19

問題／ニーズ	ケア目標	ケア項目	ケア内容	担当	評価			
元気になって家に帰りたい。         穏やかな生活を送りたい。	下肢筋力の強化を図り、移動動作・排泄動作の軽介助を目指す。    食事摂取量を増やし、体力の向上を目指す。   精神面の安定を図り、認知症の進行を防止する。	短期集中リハビリ	① 月・木・金曜日の午前、2階でリハビリを行わせて頂く。  火・金曜日の午後、2階でリハビリを行わせて頂く。内容：206号室～207号室の間を1往復、職員が両脇の下に手を添え、介添え歩行して頂く。	PT	① 実行できている			
		フロアリハビリ	① 午前・午後の離床時、立位保持を10秒とってから車椅子に移乗して頂く。	CW	① 実行できている			
		生活リハビリ	② トイレ誘導時、できるだけ自力でズボンの上げ下げを行って頂く。	CW	② 実行できている			
		食事時のアプローチ	① 食事の摂取量に注意し、全量摂取して頂けるように声かけや介助をさせて頂く。	CW	① 3/25より、1/2量から全量に変更。問題なく全量摂取されている。その為、エンシュアゼ			
			② 栄養補助食品を、毎食摂取して頂く。	Ns	② リー(補食)は中止している			
		認知症短期集中リハビリ	① 火・水・金曜日の午前、2階でリハビリを行わせて頂く。	OT	① 精神面は安定しており、穏やかに過ごし継続的に入えている。			
		フロアリハビリ	① 火・金曜日の午後、2階にて職員の付き添いで計算問題を行って頂く。	CW	① " " " " " "			
		刺激の場の提供	月～金曜日の午前に行われるレクリエーションや、土曜日の午前に行われる音楽療法に参加して頂く。	CW MT	① " " " "			
		喫茶	① 水・土曜日の午後、喫茶でゆったりとした時間を過ごして頂く。	CW	① " " " "			
		家族団楽	① 家族の協力を得、面会時に散歩や会話など、楽しいひと時を過ごして頂く。	家族	① " " " "			
月	火	水	木	金	土	日	随時	
タイムスケジュール	短期集中リハビリ(PT)	認知症短期集中リハビリ(OT)	認知症短期集中リハビリ(OT)	短期集中リハビリ(PT)	短期集中リハビリ(PT) 認知症短期集中リハビリ(OT)	音楽療法		・膀胱炎の既往があるため、水分摂取量に注意し、排尿間隔があくようであれば、Nsに報告させて頂いた。
昼	入浴	フロアリハビリ	喫茶	入浴	フロアリハビリ	喫茶		
夜								

20

## 【3カ月後の様子】

- ・不安や緊張、怒りなどの情緒不安定はない。
- ・認知症による周辺症状は殆どなくなり、昼夜ともに落ち着いて過ごされる。
- ・記憶力、集中力、注意力が向上し、他者とのコミュニケーションも良好となる。
- ・HDS-R 8点→26点  
MMSE 11点→25点

21

## 〈 認知症ケアモデル 〉



22





### 平成6～8年長寿科学研究事業

目的 特養・老健・病院が認知症に果たす役割研究

結果 25%に認知症？診断

日常生活ほぼ自立者も、施設・病院生活

その対応として

- ・認知症診断外来の開設(神経内科と神経科)
- ・グループホームの開設(制度開始以前に自費で)

キーワード

- ・科学的診断をベース
- ・住み慣れた地域社会に生きる  
(見慣れた風景と馴染みの人々が行き交う中で)
- ・どんな状態に変化してもそれを支えられるバックアップ体制を用意する

## 認知症ケアの理念

### ■室伏君士(1984)

その心を知って

その生き方にそって

認知症の人の尊厳と

その人の生活、生き方支えるケア

### ■長谷川和夫(2006)

その人らしさを中心におくケア

(トム・キットウッド Tom Kitwoodの

パーソン・センタード・ケアの理念から説明)

3

## トム・キットウッド(1997年)の考え方

脳神経障害はいかんとも仕方がないが、

■今現れている状態はすべて単に認知症による障害だけから導き出されている症状とのみ言い表されることではなく

■その人の育った環境

■生活などから身についた対処スタイル

■今の健康状態

■人や社会との付き合い方などの影響が大きい

4

痴呆という病を受容すべきなのは痴呆を抱えた本人だけではない。彼らとかかわる人たちが、さらに彼らの住む地域が、そして社会全体が、彼らを受容できるようになれば、あるいは痴呆という事態を、生き、老い、病を得、そして死に至る自然な過程の一つとしてみることができるようになれば、周辺症状は必ず治まり、彼らは痴呆という難病を抱えても生き生きと暮らせるようになるはずである。

「痴呆を生きるということ」  
(小澤勲 2003年 岩波新書)

5

## ケアの原則

- 本人の変化に対応する
- 本人の要求と了解に基づく
- 客観的・科学的なチームの介入  
(診断＝社会・医学)
- ケアは24時間365日連続する
- 身体ケアの時代から生活ケアへ
- 生活はそれまでの生き方の延長
- つまり地域社会の中にあり続ける

6

## しかし高齢者の希望と現実乖離している

1963年施行の老人福祉法には、「常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者を特別養護老人ホームに…」と書かれていた。つまり、施設は在宅生活が困難だから使用するという、二次的な目的となっている。ということは、自然災害時に使用する体育館などの「避難所」と機能が類似している。確かに、隙間なくベッドを並べた8人部屋は自然災害時の避難所である体育館と同様の、日常から乖離した生活であった。

しかも、集団処遇の現場において、個々の要求に沿って行動する認知症の高齢者は、集団処遇になじまない(我慢できない? 放置に耐えられない?)「問題老人」として取り扱われ、ひいては認知症専用特別養護老人ホームあるいは専用棟という、より隔離された集団生活が現れた。

このため少人数の共同生活の場として認知症対応型共同生活介護が提供されているが、意識レベルの高かったモデルから普遍化するための制度になるに従い、ビジネスモデルと称して利益性を優先したり、およそ日常生活からかけ離れた場所や施設の増員のような施設併設、さらには生活が外に出ない小さな隔離施設のようなものまで存在している。

そして生活の最後である死の段階で、ホーム? から出される!

7

## では現場から提言するケアモデルとは何か?

### ■ サービス提供側

認知症の有無については介護認定において専門職が同じ評価表で判定していることを前提に

医学診断→どのような認知症か?

社会診断→現症状の要因と支援に必要なことは何か?

別々ではなく、学際的なチームで実施

### ■ 社会

認知症に対する基礎教育と理解の拡大

### ■ ケアモデルの意味

家族を介護から解放することをめざした収容・保護からの脱却

社会での生活が家族ではなく、社会の力で継続させること

8

### 事例妻が認知症になったとき

今までのサービスでは、別々に暮らすことになった

認知症の妻はグループホームに住み替え  
 夫は1人暮らし

老齡世帯が急増している中で、夫婦を別々にケアすることは必ずしも良い結果ではない  
 何故一番安定する環境要因である配偶者を引き剥がすのか？  
 妻は知らない社会(グループホーム)に移動することで益々混乱  
 夫は役割喪失の中で孤立してしまう

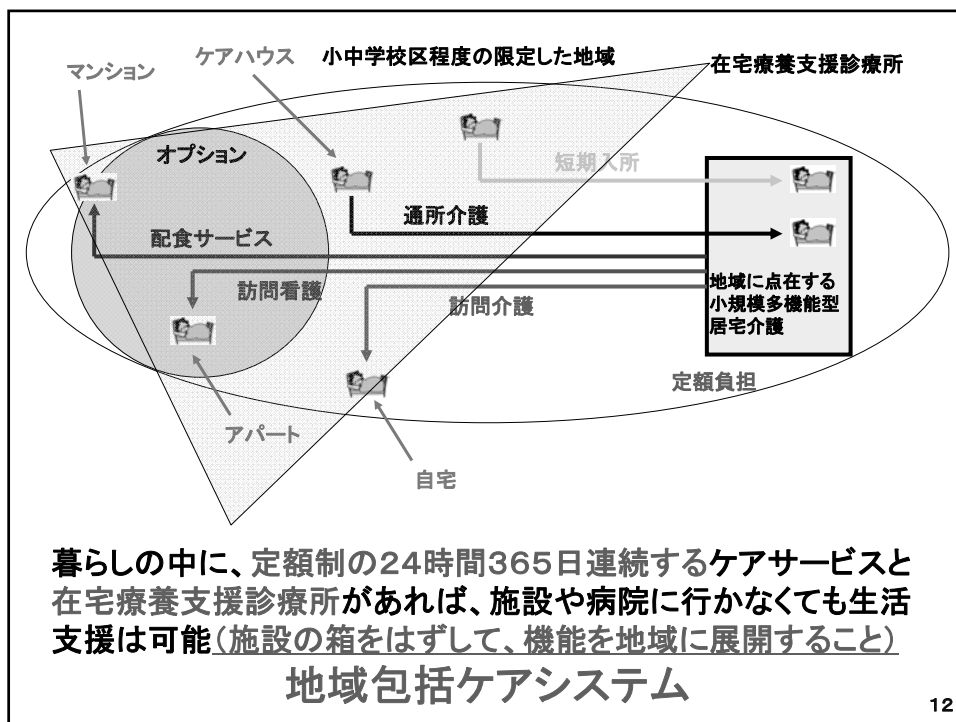
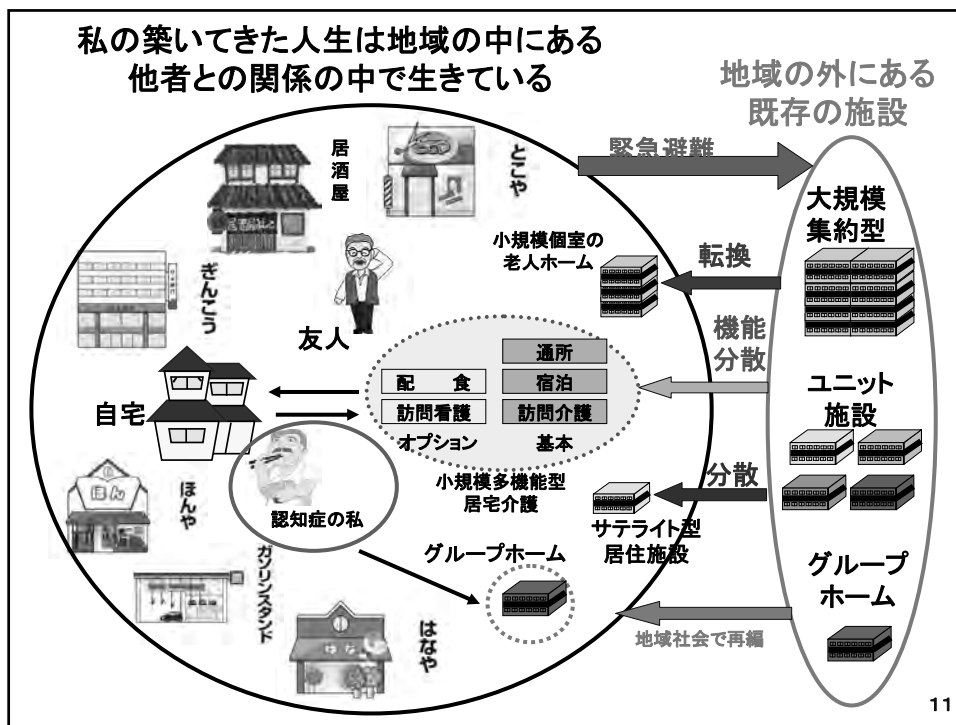
9

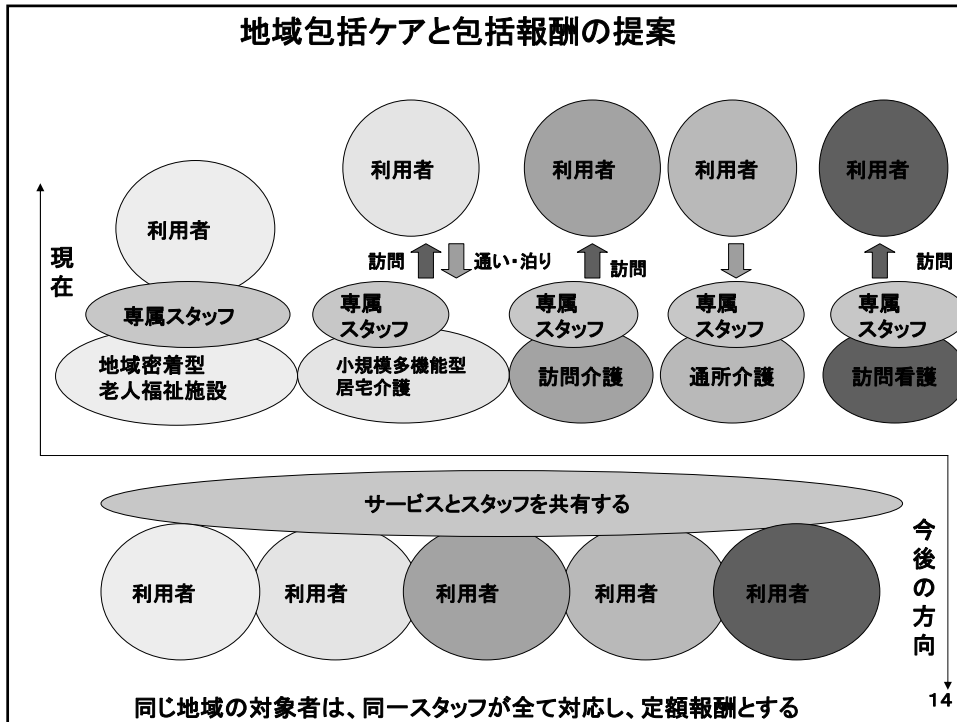
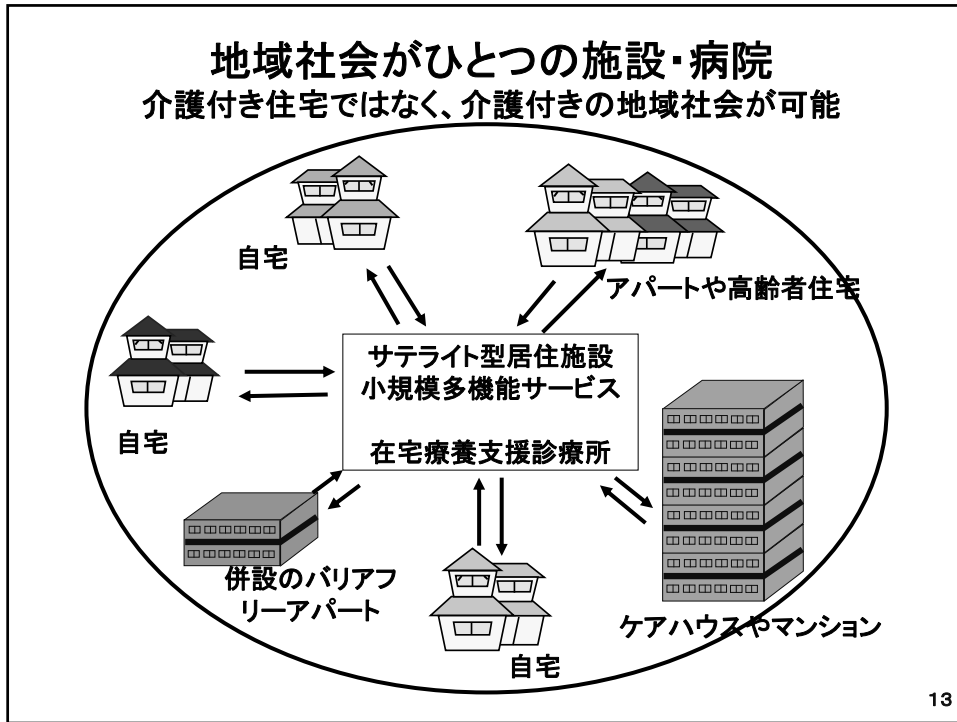
### 新たな認知症ケアの提案

基本的には小規模多機能型居宅介護サービスで、地域に暮らしてきた夫婦二人の生活を支える  
 自宅での生活が限界(連続的なケアが必要)にきたら、夫婦が共に住み替える選択肢を提示することが重要  
 たとえば妻の介護はグループホームで提供し、夫は併設・隣接のバリアフリー住宅(在宅支援型住宅)で生活することで、認知症の妻には生活の安心を、夫には役割を、そして介護の責任はグループホームが担当する(あるいは共にグループホームで暮す)  
 バリアフリー住宅での介護は小規模多機能型居宅介護で支えることが可能

小規模多機能型居宅介護  
 夫婦一緒に住み替え

10





## 生活支援の基本

家族介護から社会介護に変化したの  
だから、連続的な支援体制が無けれ  
ば絵にかいた餅にしかない

15

### 在宅生活の基本① 3食365日の配食

1日3回の安否と健康の確認  
が、誰でも負担している食費  
だけでできる



16

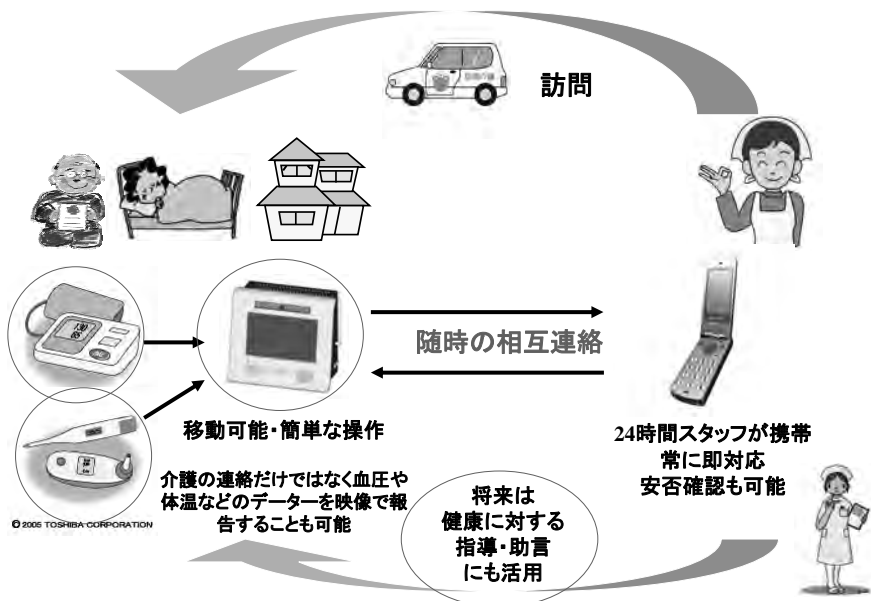


在宅の生活支援における最低条件②  
地域社会の24時間ケアを守る訪問介護



17

在宅の安心を支える仕組み  
24時間365日の生活を守るホームヘルプと在宅用のテレビ電話のナースコールシステム



18

### サポートセンター三和

デイサービスセンター三和(365日 15名)  
 ユニバーサルハイツ三和(家事援助・食事付き 4室)  
 小規模多機能型居宅介護三和  
 登録定員24名 通い12名 泊まり6名



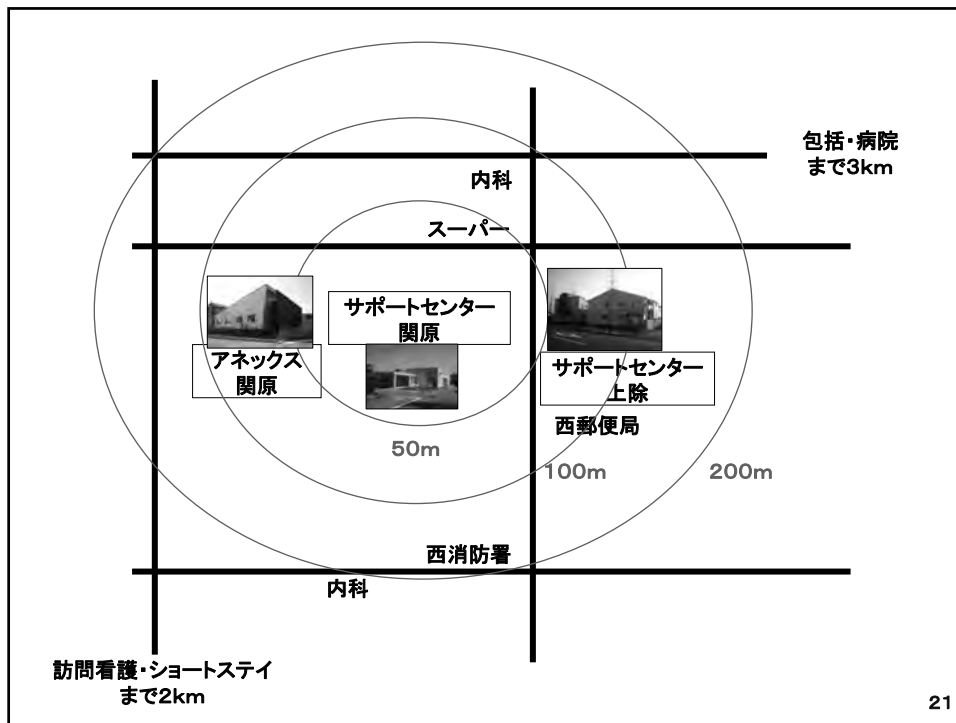
19

周辺に点在しているサービスを繋ぎ合せ  
 フルタイム・フルサービスを提供する事例

## ネットワーク型サポートセンター

認知症グループホーム 18名  
 バリアフリー住宅 9室  
 居宅介護支援事業所  
 24時間ケアサービスステーション  
 通所介護事業所 26名  
 小規模多機能型居宅介護事業所  
 24時間ケアサービスステーション

20



「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル」について

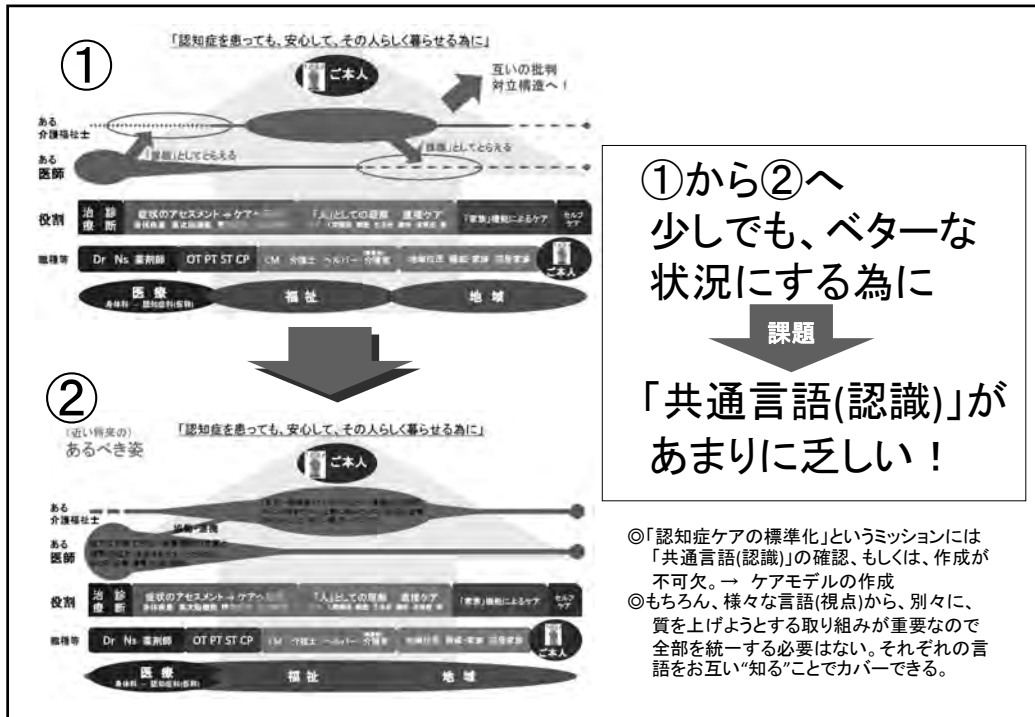
長野 敏宏

## これから

- 「身の丈」で、「幸せ」、かつ、「持続可能」な地域をつくりたい！
  - いわゆる狭義の「福祉サービス」が最小限～不要な地域づくりを目指す

## 「認知症ケアモデル」作成に向けて 思うこと

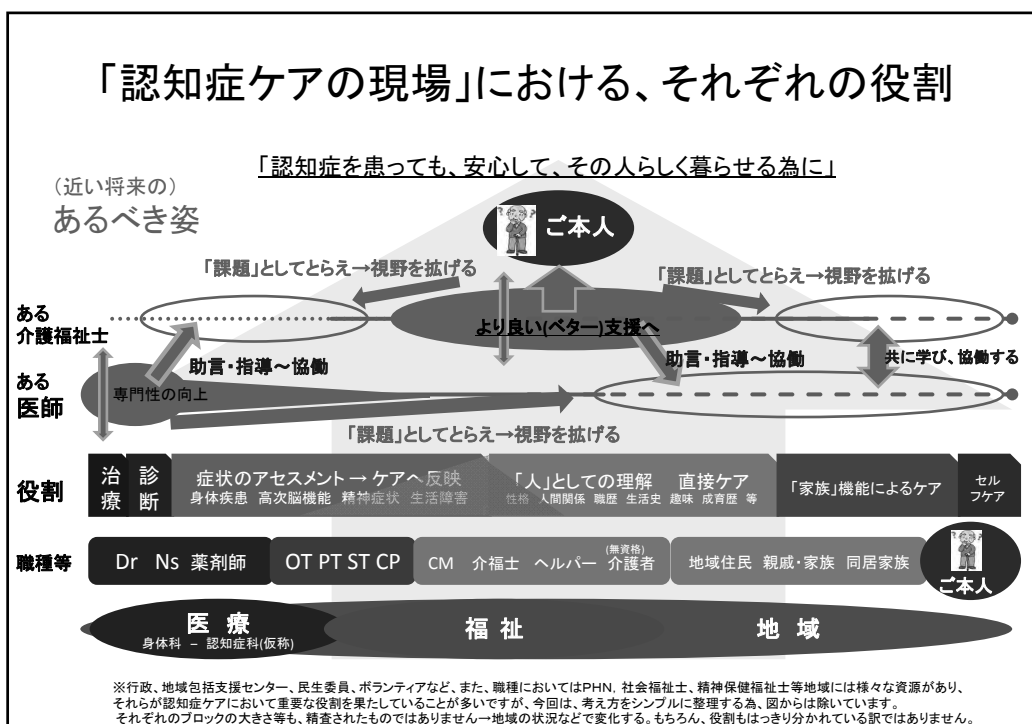
- 現時点では「認知症サービス提供の現場」を介護保険による介護事業現場などに限定し、かつ、基礎部分を中心にケアモデルを作成するのが現実的かも…。更に、そのケアモデルも100点に到達するのは程遠いことを明示し、考えうる課題を列挙するのはどうか？
- しかし、多くの認知症を患っている方は、そこにはいらっしやらないことを強く認識した上で、今後への問題提起が必要。
- その上で、現在、量と取り組みの長さ、ご本人に関わる長さ等では他を圧倒している介護事業現場で積み上げてきたノウハウ(強み)を活かし、中心に据え、かつ、医学的視点など、不足していることが明らかになってきている事を、補充する必要がある。介護現場では大切にされているはずの事も、到底、周知徹底とは言い難い状況であることの認識は欠かせない。また、「**やっではいけないことを明示する**」という意見に大賛成。
- 将来的にも、議論し続けなければならない完全なゴールはないテーマ。病気としての側面も研究が進むし、介護のノウハウもしかり、変わり続けることを「よし」とした報告に。
  - 現時点で、全国一律のものを創るのは不可能。最良と思われるものを無理に発信しても、誰もが、少しづつ納得しないものになる状況は、これまでの議論からも明白。下手をすると無用な対立構造を生む。
  - 様々な地域や現場、立場でそれぞれ「認知症ケアモデル」を創ろうと試行錯誤が繰り返されていて、ある程度の成果が上がっていることを認識し、それぞれの取り組みを阻害しないような報告にすることも重要。それぞれの「いい点」を最大限評価し、その上で、足りないことを自ら気づいていただけるようなしかけにならないか…。「無くて、必要にせまられているから、自分たちのこととして考え、実践する」というプロセスはとても大切。「人」は、マニュアルがあると、考えなくなる性質があると思う。**遠くに目指すべき方向性**さえ間違えていなければ(それが難しい…)、必ず、それぞれが近いものになってくる。
  - 但し、「底上げ」の視点は欠かせない。
- そもそも「**認知症ケアの現場**」とは「**地域社会**」...という、共通認識が国民全体にできるような方向で、様々な取り組みを進めていかなければいけないと思うが...



### 「共通言語(認識)」を確認～作成にあたり 課題として考えられる事

- 医療(≒医学)用語**
  - 認知症に関わる様々な診療科間で異なる場合も多い → 時間の経過による問題も。
  - Dr、Ns、OT等 職種間での違い。
  - 医学的基礎知識がないと「難解」なものが多い。
  - 福祉側、家族などに伝える為の「わかりやすい言語」を他に持っていない。医学用語をかみ砕いて伝えている(つもりだ)が...
- 福祉用語**
  - “定義”がはっきりしないまま、もしくは、“定義”が日常生活と微妙に異なるまま、通常の生活で使われている言葉がそのまま専門用語として使われているものが多い。
    - Ex.「その人らしく」、「寄り添う」など
  - 医学用語の理解不十分、もしくは、誤解のままの使用 (→介護保険認定調査等でも)
  - 施設の種類や職種などによるばらつきが著しい。
- 日常生活において使われる用語**
  - 同じ症状・事象でも、実に様々な言葉で表現される。その逆もしかり。
  - マスコミなど様々な情報が氾濫、専門用語が定義や症状のとらえ方を正確に理解できない、もしくは、誤解されたまま日常生活に入りこんでいる。
    - Ex.「認知」がはじまった→記憶障害、失見当識、被害妄想、幻視...
- 医療も、福祉も、長年の研究や実践から使っている用語には、それぞれ「意味」や「誇り」等があり簡単に変えられないものが多い。そもそも、日常生活の中での用語はコントロールが難しい...**

→現時点で、認知症ケアの標準化「ケアモデルの作成」はきびしいのではないかと?



### 認知ケアにおける精神科医療の役割について 地域の方にどうお伝えし、どう行動しているか？

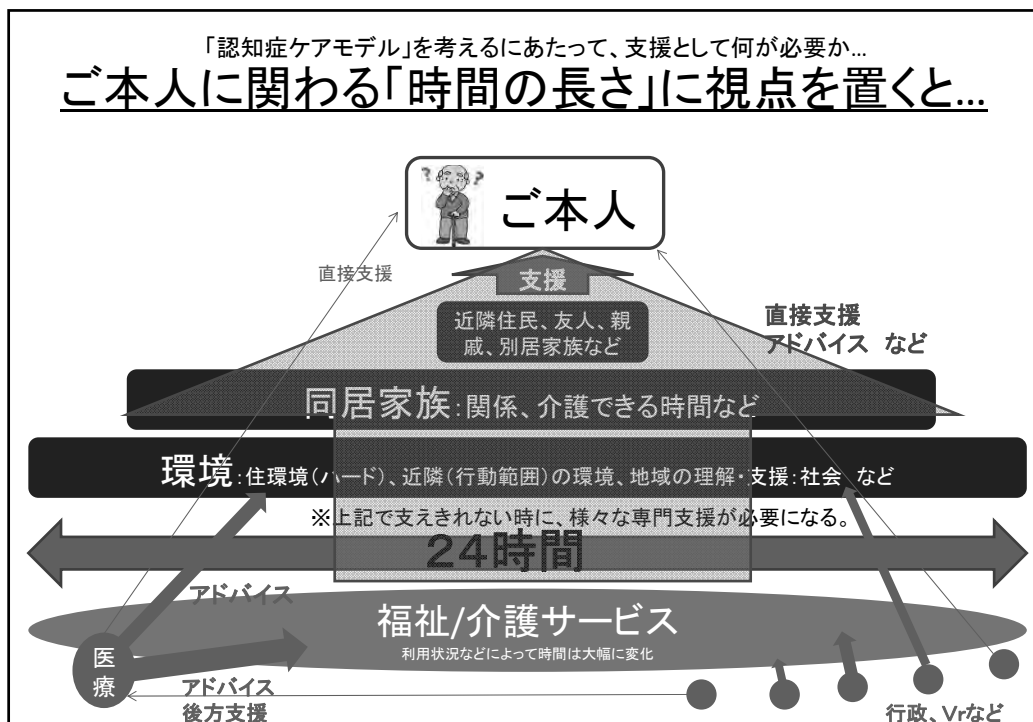
- **ご本人に対する支援**
  - 経過に対する不安等へ、精神療法的サポート。意向をくみ取り、権利を守る支援ができないか... 試行錯誤中。
- **啓発、地域づくり**
  - 医師が直接、認知症の事を、地域に伝える。「よかったら、専門家を、上手く使ってください」というスタンスで、12年に渡り、集会所単位で、継続中。
  - ネットワークに積極的に参画。
- **早期診断に向けて**
  - 「老いる準備」をする為の早期診断のすすめ。
  - 病院以外での、出会う場設定。往診、訪問、出張相談など。
- **認知症ケアに対するサポート**
  - いわゆる“BPSD”や、認知症前期に様々な、介護困難な状態像を呈す。対応のアドバイス、薬物療法を含め、一緒に考え続ける位置で支援。本人、家族、介護者など直接、間接的に。
  - 今後の見通しの説明が大切。
  - 精神科への入院、施設への早期入所をどう回避するか...
- **かかりつけ医との連携サポート**
  - 精神科医療の必要性はなくなっていく。身体科の医療をスムーズに、適切に受けられるようなサポート。

### 愛南町の認知症ケアにおける 精神科医療の不可欠度の印象

あくまで  
長野個人の...

	100%
硬膜下血腫・水頭症など 外科的治療が可能なもの	他の医療機関で診断がつかなかった場合→診断がついていたら不可欠度は限りなく「0」
身体疾患や、薬物による 認知症の増悪、意識障害等	他の医療機関で診断がつかなかった場合→「状態像の診断(→治療)は重要」
アルツハイマー病	投薬→他科で行われていることも多い。介護現場のみでかなりのアセスメントが可能。
レビー小体型	診断～医学の視点からのアプローチが介護現場にかなり有効(介護現場の力量↑すると...)
前頭側頭葉型	現時点では、診断の有無が人生を左右するようなことが起きる
脳血管性	他科で、きちんと身体の側面からフォローされていることが多い。 介護現場でのアセスメントも成熟しつつある...
複雑・困難ケース ALC、内因性精神疾患、MR等 うつ病、妄想性障害などの 不可欠度が高いと思うが...	診断に基づいた「交通整理」が必要

※医療 → 認知症の診断、治療(紹介も含む)、症状のアセスメントに基づくDrによる  
アドバイス・訪問Nsによるアドバイス。精神療法的アプローチなど、愛南町  
で、精神科医療以外では代替不可能な機能に限定して考えたもの。  
あくまで不可欠度であって、あった方がベターという視点は入れていない。



より具体的に考える為の設定として(特養で認知症の方のケアに取り組む)  
**ある「介護福祉士」に求められること...①絶対不可欠(最低限)**

**理念** : 「目指すべき方向性の理解」と「そこに向かう真摯な姿勢」

「認知症を患っている方」は決して「何も分からない人」「恍惚の人」ではないという理解を礎に、  
 ◎「本人はどうしたいのか」を一番に聞き、考え、自己決定していただくという原則を貫く姿勢  
 ◎必死で生きてきた人生を知り、残りをどう豊かに生き、どう「死」を迎えてもらいたいかという視点  
 ◎できる限り「自分の力で生きたい」「誰かの役にたちたい」と思っていることへの理解とその支援

(理解が必要なこと)

◎そもそも、「高齢者の状態には様々な要因(環境:ハード・ソフト両面、「人」としての性質、疾患など)が複雑に影響している」ということへの理解。

◎医療的側面

- ・認知症について  
病気であること。多様な病気の総称であること。  
適切な診断のもと、症状に対応した介護が必要であること。
- ・身体疾患について  
糖尿病や高血圧など高齢者に多い病気について。  
見逃してはいけない(命に関わる)症状について。

◎介護専門職としての基本的技術 ◎家族支援の視点

ご本人

(一番大切なのは)

- ◎変化に気づき(何かちがう...)
- 適切なタイミングで
- 適切な相手に
- 適切な言葉で
- ◎報告・連絡・相談できる事

**倫理** : 絶対にやってはいけないことを知り、常時守りながら行動できること。

- ・「虐待」 ~定義も含め詳細に。現場での認識が希薄、かつ、ばらつく。“分かったつもり”の蔓延。
- ・「金銭や物の貸借」や「土地などの売買の仲介」など。悪意より善意から行っている場合も多い。
- ・「守秘義務」 あまりに認識が低い。“あの人、貯金大分あるよ...”みたいなうわさ話を平気で...
- ・「医療行為など、法的に禁止されていること」 熟知されず、慣例になっていることがある。  
(内容については、権利擁護の視点を軸に、更に精査が必要)



(特養で認知症の方のケアに取り組む)

**ある「介護福祉士」に求められること②ここまでは「底上げ」できれば...**

**理念** :「目指すべき方向性の理解」と「そこに向かう真摯な姿勢」 → 理解・実践の継続的深化

(理解が必要なこと)

◎そもそも、「高齢者の状態には様々な要因(環境:ハード・ソフト両面、「人」としての性質、疾患など)が複雑に影響しあっている」ということへの理解。→それぞれの要因に対する理解

◎医療的側面

・認知症について


病気になること。多様な病気の総称であること。  
適切な診断のもと、症状に対応した介護が必要であること。  
→少なくとも、担当している方の診断を知り、医療からの症状アセスメントに基づく介護へのアドバイスを知る。  
(現在の認知症医療体制では到底かなわないこともあることは承知。そうあるべきだということを知り、可能な限り探求する姿勢を身につける。もちろんバランスが大切。)[「診断なんかしなくても...」からの脱却。「診断をちゃんとした方がベター」という理解へ  
→その中で使われている医学用語の正確な理解  
→薬物の与える影響について～変化に気づける力を。

・身体疾患について

糖尿病や高血圧など高齢者に多い病気について。  
→医療上必要な日常ケアの理解  
見逃してはいけない(命に関わる)症状について。  
→より理解を深め、最低限の救急対応が実際できる。

◎介護専門職としての基本的技術 ◎家族支援の視点  
→専門性の向上へ、学び続けることの定着

◎地域づくりの視点を持つこと。



ご本人

**(一番大切なのは)**

◎**変化に気づき**

・どのような変化に気づくべきかという理解  
・起きうる変化の予測～医療的視点:急性疾患(脳梗塞、肺炎など)新しい処方開始時の副作用、せん妄などの意識障害+介護的視点  
・「何かおかしい」だけからの脱却。

◎**適切なタイミングで**

◎**適切な相手に**

◎**適切な言葉で**

・最低限の医学用語の正確な理解。少なくとも誤使用を避ける。「ありのままを、そのままの言葉で記録、報告」  
・介護現場で不用意な造語、省略語を作らない、使わない

・介護の専門用語の再確認。

◎**報告・連絡・相談できる事**

・施設内だけではなく、本人にとって必要な連携を意識した行動。医療、行政など地域の使える支援の内容及、施設の窓口を知る。担当の方にフィードバックされているか確認するところまで責任をもって。


**倫理** :絶対にやってはいけないことを知り、常時守りながら行動できること。 →初心忘るべからず！常に自己分析・再確認

(「認知症ケア現場(=介護保険サービスの現場)における)

**「認知症ケアモデル」の作成 (案)**

**理念** :「目指すべき方向性の理解」と「そこに向かう真摯な姿勢」

医学的側面からの理解



ご本人

地域・組織・しくみの中で介護する視点からの理解

介護の専門性(生活モデルに主軸)からの理解

**倫理** :絶対にやってはいけないことを知り、常時守りながら行動できること

→ **めざすべき方向。絶対こちらに向かう。**

・倫理(最終ライン)を守り  
理念(ゴール)を実現する為に  
必要な知識や技術

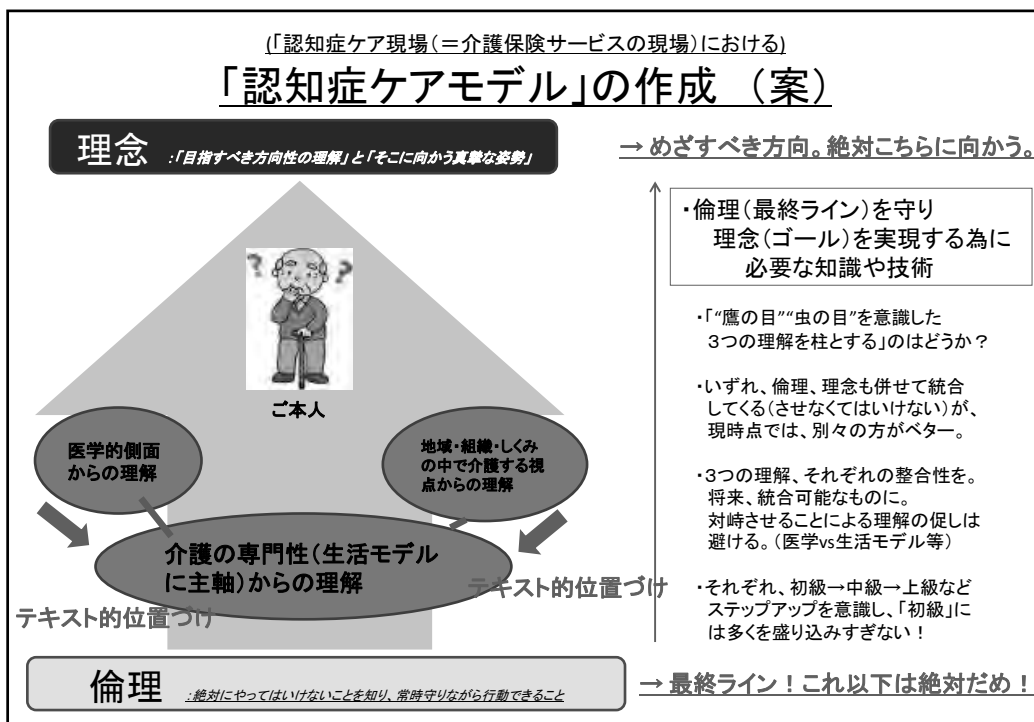
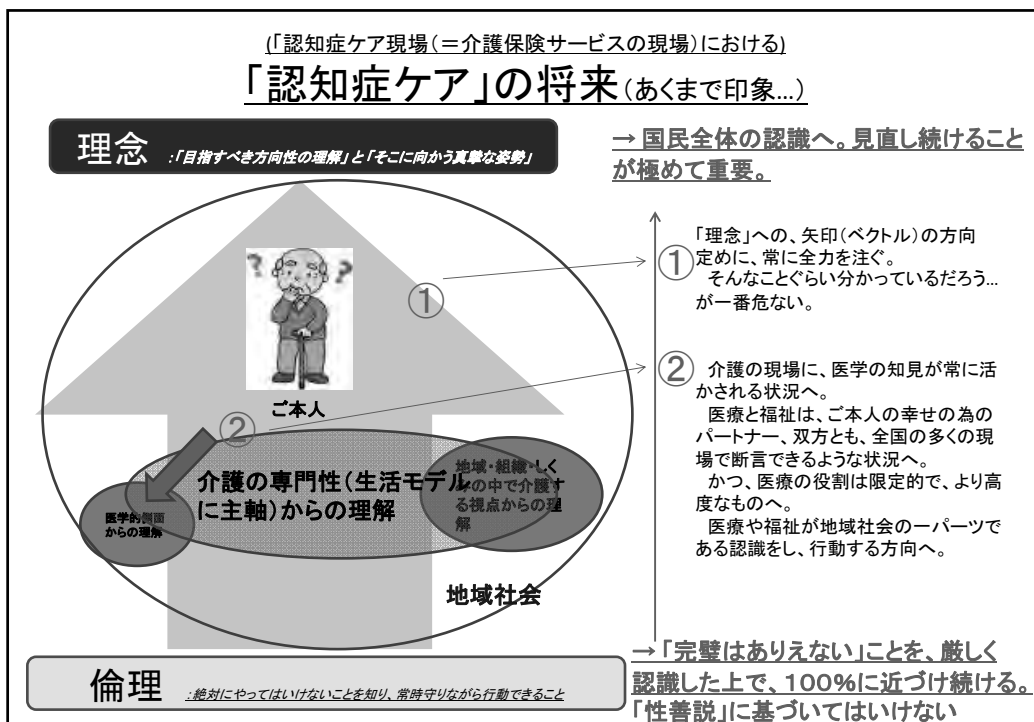
・「“鷹の目”“虫の目”を意識した  
3つの理解を柱とする」のはどうか？

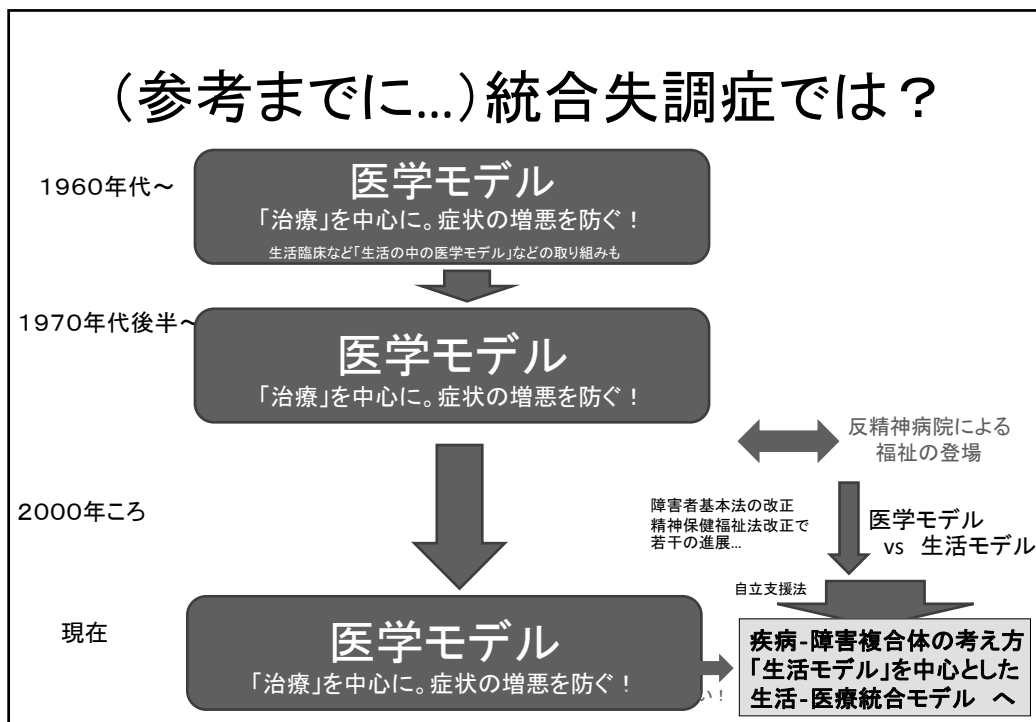
・いずれ、倫理、理念も併せて統合  
してくる(させなくてはならない)が、  
現時点では、別々の方がベター。

・3つの理解、それぞれの整合性を。  
将来、統合可能なものに。  
対峙させることによる理解の促しは  
避ける。(医学vs生活モデル等)

・それぞれ、初級→中級→上級など  
ステップアップを意識し、「初級」に  
は多くを盛り込みすぎない！

→ **最終ライン！これ以下は絶対だめ！**





- (「認知症ケア現場(=介護保険サービスの現場)における)
- ### 「認知症ケアモデル」の作成にあたり
- (共通事項)
    - － できる限り「言葉の定義の明示」をする。
      - ・ 無資格者も多く基礎知識が全くないことを前提とすべき。
      - ・ 勉強し続ける習慣がないことも視野に。
    - － 「日本語を中心に」
      - ・ 海外に学ぶ姿勢は不可欠だが、カタカナもそれらの日本語訳も日本の生活の中には定着しづらい。「ニーズ」「ケアマネ」「ケアプラン」...肝心のご本人は、専門職の中では定着してきたこれらの外来語を理解できているだろうか？もちろん、それでも定着させていかなければならない言葉もある。
      - ・ かつ、研鑽を積んだ専門職が「幼稚」に感じないような配慮も必要。多くの現場で、多くの介護者が、謙虚に勉強し直そうと思えるものにならないか...。他人が輸入した外来語やケアの方法にアレルギーが起きることが多いことにも注意が必要(～かぶれ...)。「～式」「～型」にも注意が必要→ある一定以上は拡がりにくい。
    - － 3つそれぞれの理解について、できる限り「役割」を明確化して重ねて書かない視点と、あえて、同じことを繰り返し伝える視点のバランス
      - ・ それぞれが(優先順位も含め)完全にしないにも一致にも関わらず、似通ってしまうことを避けるべきでは。

「認知症ケアモデル」

①地域・組織・しくみの中で介護する視点からの理解

- 最低限の地域の状況～高齢化率など
  - 恐ろしいほど理解されていない現状。
- 介護保険のしくみ と 地域の社会資源
  - 本人、家族に一番身近な介護者がはじめに相談を受けることが多々ある。自分は分からないけど、どこに相談すればいいか...レベルの知識は必要。
- 「報告・連絡・相談」の重要性やしくみ。
  - すべてのことを解決する力をつけることは不可能。課題を放置しない為に。
    - 全国一律のもの と それぞれの地域版のひな型 を創るのはどうか？

「認知症ケアモデル」 →地域(主に医療の立場)から見た時の希望ですが...後はお任せします(笑)

②介護の専門性(生活モデルに主軸)からの理解

- 介護現場で、ご本人と、しっかり向き合うことをベースとしたもの。
- 「できる事、好きな事」や「残っている力」への注目とそれを活かす支援へ。
- 「環境」「心因」など影響が大きい要因についても言及。
- 「熱い心」と「冷たい頭」のバランスがとれたものへ。
  - 介護万能感からの脱却。
    - 意識して「介護だけ」としている場合と、結果として「介護だけ」になっている場合がある。
  - うまくいかない時、また、よりよい支援にする為、医学的視点など他の視点からのアプローチがあることを知り、そこへアクセスできる力を。

### 「認知症ケアモデル」

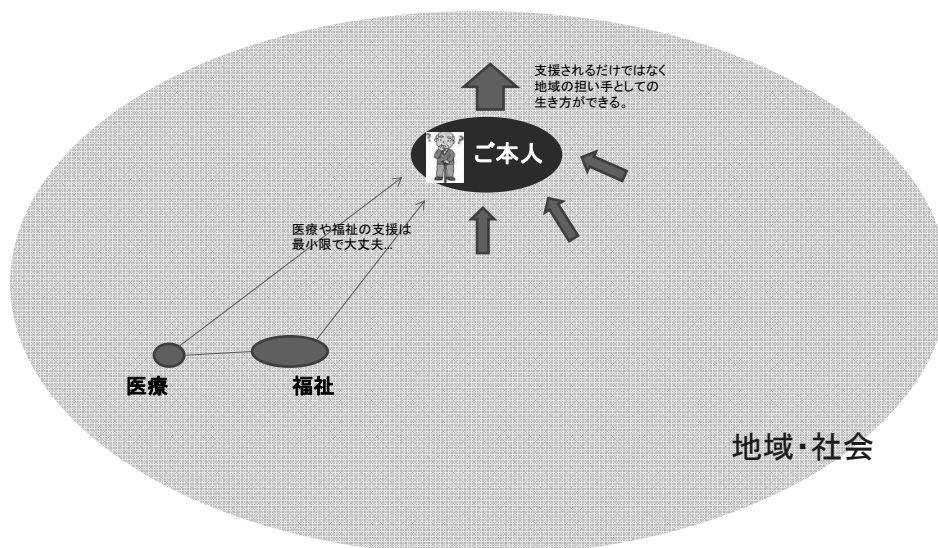
#### ③医学的側面からの理解

- 介護者のSOSに応えられるものに。「いざという時、具体的にどうすればいいのか」を明示。
  - － 初級→全体・概略の理解 と 具体的な医療への相談実践へ。
  - － 中級→医学的なアセスメントを理解し、介護実践に活かす。
  - － 上級→医療と協働し介護。パートナーとしてそれぞれのレベル向上へ。より上位の情報へのアクセスの仕方を学ぶ。場合によっては医療側への指導も…。
- 「鑑別診断」～認知症疾患別の理解をベースとしたもの。
- 身体疾患の影響(相互)の理解も重要。
- 「疾病」と「症状や状態像」の混同された理解をどう打破するか？
- 「中核症状」+「周辺症状」という理解のみからの脱却。
- 介護現場に有用な、日進月歩の新しい情報の提供継続。
- (再掲)「言葉、用語」の定義を明示。

### 「認知症ケアモデル」作成に向けて 思うこと

- 現時点では「認知症ケアの現場」を介護保険による介護事業現場などに限定し、かつ、基礎部分を中心に作成するのが現実的かも…。更に、そのケアモデルも100点に到達するのは程遠いことを明示し、考える課題を列挙するのはどうか？
- しかし、多くの認知症を患っている方は、そこにはいらっしやらないことを強く認識した上で、今後への問題提起が必要。
- その上で、現在、量と取り組みの長さ、ご本人に関わる長さ等では他を圧倒している介護事業現場で積み上げてきたノウハウ(強み)を活かし、中心に据え、かつ、医学的視点など、不足していることが明らかになってきている事を、補充する必要がある。介護現場では大切にされているはずの事も、到底、周知徹底とは言い難い状況であることの認識は欠かせない。また、「やってはいけないことを明示する」という意見に賛成。
- 将来的にも、議論し続けなければならない完全なゴールはないテーマ。病気としての側面も研究が進むし、介護のノウハウもしかり、変わり続けることを「よし」とした報告に。
  - － 現時点で、全国一律のものを創るのは不可能。最良と思われるものを無理に発信しても、誰もが、少しずつ納得しないものになる状況は、これまでの議論からも明白。下手をすると無用な対立構造を生む。
  - － 様々な地域や現場、立場でそれぞれ「認知症ケアモデル」を創ろうと試行錯誤が繰り返されていて、ある程度の成果が上がっていることを認識し、それぞれの取り組みを阻害しないような報告にすることも重要。それぞれの「いい点」を最大限評価し、その上で、足りないことを自ら気づいていただけるようなしかけにならないか…。「無くて、必要にせまられているから、自分たちのこととして考え、実践する」というプロセスはとても大切。「人」は、マニュアルがあると、考えなくなる性質があると思う。**遠くに目指すべき方向性さえ間違えていなければ(それが難しい...)、必ず、それぞれが近いもの**になってくる。
  - － 但し、「底上げ」の視点は欠かせない。
- そもそも「認知症ケアの現場」とは「地域社会」...という、共通認識が国民全体にできるような方向で、様々な取り組みを進めていかなければいけないと思うが…

本当は...こんな画が描きたい。



“認知症”って？  
地域で穏やかに暮らす為に



御荘病院 精神科医師  
長野 敏宏

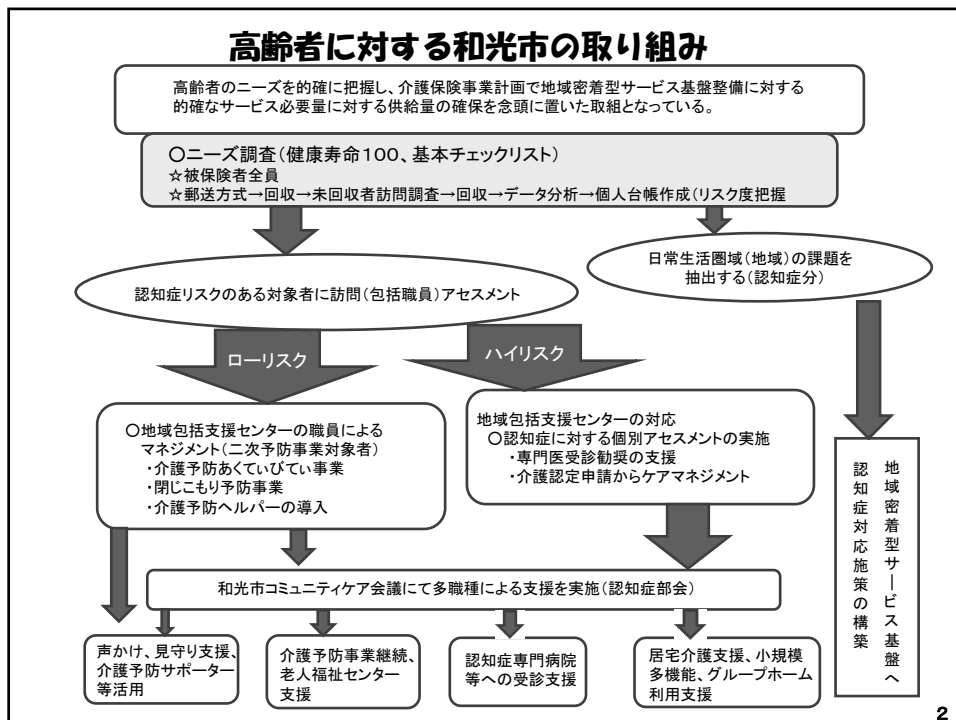
本当に伝えたいこと...

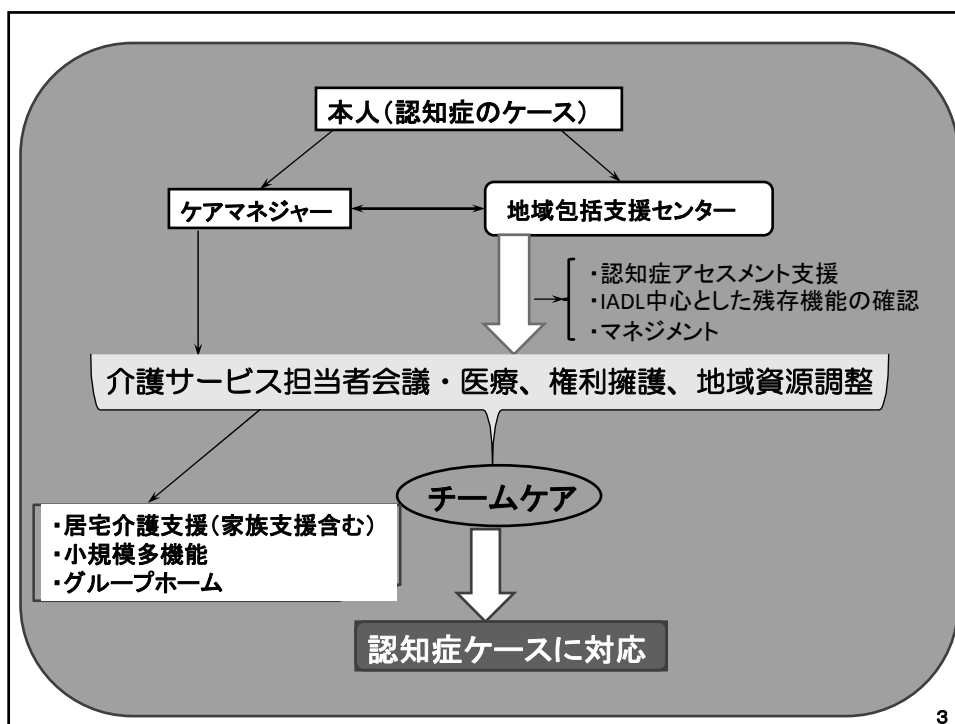
- 「認知症」になることを、恐れすぎないでほしい。
- 心配な時は、早く相談し、周りの方々と一緒に、準備をすすめてほしい。
- それは、年齢(とし)をとることと同じ。
  - 備えあれば...
- 短い人生...病気に振り回されず、自分らしく生き、自分らしく終えたい。

認知症サービスの現場からみたケアモデルの研究会  
(2011. 11. 4)

和光市における認知症ケアの取り組み

和光市北地域包括支援センター 西山隆





## 和光市ケア会議でのケアプラン支援



## ケア会議の開催の目的

- ①介護保険の理念の実現(自立支援)
- ②介護保険ケアマネジメントの標準化
- ③介護職員のOJTの一貫として、ケア会議を開催している。

(参加メンバー)

○恒常的メンバー

保険者、地域包括支援センター(4か所19人)、外部からの助言者(管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士)

○個別プランに関係する時のみ参加するメンバー(例)

消費生活相談員等の市役所関係者、成年後見候補者、居宅支援事業者、訪問介護事業者、グループホーム、小規模多機能施設職員、その他社会資源関係者

5

## 介護保険法

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、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介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

6

## 介護保険法

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居室において、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に配慮されなければならない。

7

## ケア会議の開催の目的

- ①介護保険の理念の実現(自立支援)
- ②介護保険ケアマネジメントの標準化
- ③介護職員のOJTの一貫として、ケア会議を開催している。

(参加メンバー)

○恒常的メンバー

保険者、地域包括支援センター(4か所19人)、外部からの助言者  
(管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士)

○個別プランに関係する時のみ参加するメンバー(例)

消費生活相談員等の市役所関係者、成年後見候補者、居宅支援事業者、訪問介護事業者、グループホーム、小規模多機能施設職員、その他社会資源関係者

8

### 生活行為評価票

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽に出来る	少し難しい	改善の可能性高い	改善の可能性低い	改善の可能性高い	改善の可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

A D L	生活機能	事前	事後予測	備考
	室内歩行	○1		
	屋外歩行	○2	→ ○2	慣れた所はバスで外出可
	外出頻度	△1	→ ○2	閉じこもり事業、通院、近くの商店街
	排泄	○1		
	食事	○2		生活リズムが変わり、食事時間不規則
	入浴	○1		
	着脱衣	○1		

9

	生活機能	事前	事後予測	備考
I A D L	掃除	△2	→ △1	家事の習慣がなく、声掛けや支援必要
	洗濯	○1		
	買物	○2		必要時には自宅近くの商店街に買い物に行く。主は次女
	調理	○2		調理はするが、片付けが苦手。ガス代をセンサー付きに変えた
	整理	△1		置き忘れやしまい忘れあり。
	ごみ出し	○2	→ ○2	自費ヘルパーの指導で分別出来るようになった
	通院	○2	→ ○2	家族やヘルパーにより同行
	服薬	△2	→ △1	服薬ケースを使用し、ヘルパーと一緒に仕分けをする
	金銭管理	○2		通帳、印鑑をなくした事があり、今後は心配
	電話	○2		
	社会参加	○2	→ ○2	閉じこもり予防事業に参加

10

## ケア会議の開催の目的

- ①介護保険の理念の実現(自立支援)
- ②介護保険ケアマネジメントの標準化
- ③介護職員のOJTの一貫として、ケア会議を開催している。

(参加メンバー)

○恒常的メンバー

保険者、地域包括支援センター(4か所19人)、外部からの助言者  
(管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士)

○個別プランに関係する時のみ参加するメンバー(例)

消費生活相談員等の市役所関係者、成年後見候補者、居宅支援  
事業者、訪問介護事業者、グループホーム、小規模多機能施設職員、  
その他社会資源関係者

11

## 和光市内のグループホームと小規模多機能施設の法人内訳

### グループホーム

社会福祉法人3か所  
営利法人2か所

### 小規模多機能型居宅介護

社会福祉法人2か所  
営利法人2か所

ケア会議におけるケアプランレベル向上、職員の質の向上

認知症ケアレベルの均一化

12

和光市コミュニティケア会議（地域ケア会議）  
包括的・継続的支援事業タイプ

項目	所要時間	ポイント
(1) プラン作成者より 概要説明	約4分	<ul style="list-style-type: none"> <li>●現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明(生活機能低下の背景を洞察することが重要)</li> <li>●【更新プランの場合】前回の支援計画に対するの評価:⇒目標に対して達成か未達成か? ⇒未達成の場合はその原因は? ⇒生活機能評価の解説⇒改善可能なポイントは?</li> <li>●上記を踏まえて次期プランの説明</li> <li>(注)参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。例えば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点や、服薬内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点。社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護的な観点。</li> </ul>
(2) 事業者から評価、 今後の支援方針	約4分	<ul style="list-style-type: none"> <li>●居宅介護支援事業者、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、食の自立支援事業者、ゴミの戸別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言</li> </ul>
(3) 全参加者から 質問、意見	約10分	<ul style="list-style-type: none"> <li>●参加者は、挙手したうえで発言する。</li> <li>●司会は、ケースの本質(課題の本質)やプラン作成・サービス提供上の注意点等について、端的に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないようにする。</li> </ul>
(4) まとめ	約2分	<ul style="list-style-type: none"> <li>●司会は、会議の最後に次回(通常3か月後または6か月後)までのケア(プラン修正含む)の方針を確認する。</li> <li>●介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題(例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など)がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。</li> </ul>

13

和光市コミュニティケア会議ケース検討会  
アセスメントシート

氏名	00様(89歳)		性別	住所	属性
要介護度	介護2	有効期限	女		独 高 他
健康状態	<p>介護に影響を及ぼす健康状態について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アルツハイマー認知症(長谷川式16点)によるアリセプト服用、記憶障害、見当識障害あり。服薬管理や家事支援が必要</li> <li>・高血圧、心疾患、腎機能低下により、塩分(6g)、カルウム制限(2000~3000mg)あり</li> <li>・多量の尿失禁があり、泌尿器科受診中</li> <li>(上記にたいして介護スタッフの役割)</li> <li>・ヘルパーによる服薬管理、掃除支援、うえるかむ(閉じこもり予防地域支援事業)でのアクティビティ</li> <li>・紙おむつ助成</li> </ul>				
個人因子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症による判断力の低下、日時の感覚低下、気分の浮き沈み、まれに幻覚がみられる。新しい事の受け入れに時間がかかりヘルパー介入にはかなり時間がかかった。</li> <li>・生活歴により元々家事能力が低く、整理、掃除が出来ない。</li> </ul>				
環境因子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人暮らし。キーパーソンの次女は週1回訪問し買い物や事務手続きなど支援。(以前は次女と同居も関係悪化し別居。長女とは元々疎遠状態。</li> <li>・自宅は敷地が広く、老朽化し家の中は乱雑にてネズミやゴキブリが発生</li> </ul>				
経済的環境	夫の遺族年金月15万円				
現況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成20年から二次予防事業対象者として支援。閉じこもり予防事業や介護予防ヘルパー利用にて閉じこもり改善、歩行力の向上、生活機能も向上(ゴミ分別、ゴミ出し習得など)で室内環境改善</li> <li>・平成22年頃より認知機能低下見られ、服薬、通院を忘れる。通帳、印鑑を紛失し混乱するなどみられる。</li> <li>・専門病院受診にてアルツハイマー型認知症と診断。アリセプト服用開始にて、記憶力や意欲も向上</li> <li>・10月気力低下あり、ヘルパー拒否など見られ家の中が乱雑となり、生活リズムも乱れ幻覚などの症状も出る。介護保険の申請を行い要介護1の認定出たため、00ホーム小規模多機能の通い、訪問利用開始。</li> </ul>				
問題点 課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧、心疾患、腎機能の低下あり、食事、服薬の管理が必要</li> <li>・生活リズムの乱れ、日時の感覚低下があり段取りや外出準備が出来ない</li> <li>・掃除、整理が出来ず室内が不衛生になりやすい</li> <li>・家族は認知症を受け止めきれず、ストレスにより関係が希薄になる恐れがある</li> </ul>				
支援計画	<p>(短期目標・支援内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との連携、食事内容の確認、服薬管理支援により病状悪化を予防する。</li> <li>・通いサービス利用により認知症悪化を予防し、メリハリのある生活をする</li> <li>・共同家事により室内の衛生を保ち、生活機能を維持する。</li> <li>・家族の相談対応、定期的な担当者会議実施により情報共有と家族の役割の確認をする。</li> </ul> <p>(中期目標・支援内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・短期目標の継続(閉じこもり予防事業は3月末で終了予定)</li> <li>・一人暮らしのリスクの確認</li> </ul> <p>(長期目標・支援内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や介護サービス等の支援を受けながら一人暮らしを継続する。</li> </ul>				

14

## 生活行為評価票

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽に出来る	少し難しい	改善の可能性高い	改善の可能性低い	改善の可能性高い	改善の可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

A D L	生活機能	事前	事後予測	備考
	室内歩行	○1		
	屋外歩行	○2	→ ○2	慣れた所はバスで外出可
	外出頻度	△1	→ ○2	閉じこもり事業、通院、近くの商店街
	排泄	○1		
	食事	○2		生活リズムが変わり、食事時間不規則
	入浴	○1		
	着脱衣	○1		

15

I A D L	生活機能	事前	事後予測	備考
	掃除	△2	→ △1	家事の習慣がなく、声掛けや支援必要
	洗濯	○1		
	買物	○2		必要時には自宅近くの商店街に買い物に行く。主は次女
	調理	○2		調理はするが、片付けが苦手。ガス代をセンサー付きに変えた
	整理	△1		置き忘れやしまい忘れあり。
	ごみ出し	○2	→ ○2	自費ヘルパーの指導で分別出来るようになった
	通院	○2	→ ○2	家族やヘルパーにより同行
	服薬	△2	→ △1	服薬ケースを使用し、ヘルパーと一緒に仕分けをする
	金銭管理	○2		通帳、印鑑をなくした事があり、今後は心配
	電話	○2		
社会参加	○2	→ ○2	閉じこもり予防事業に参加	

16

第2表		服薬、受診				外出、社会参加				
居宅サービス計画書(2)										
作成年月日 平成 年 月 日										
生活全般の解決すべき課題(コース)	支援目標				援助内容					
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
高血圧や心疾患があり、服薬や食事管理が必要	疾患に合わせて食事管理と確実な服薬ができる	H23年10月～3月	確実に服薬が出来る	H23年10月～12月	①主治医と病院栄養士との連携 ②服薬支援(日付入れ) ③食事内容の確認 ④定期的な体重測定		①主治医・管理栄養士、ケアマネ、家族 ②小規模訪問 ③家族・小規模多機能 ④小規模多機能通い	〇〇病院 〇〇ホーム	1回/月 2回/週 2回/週	
認知機能低下と生活リズムの乱れから、段取りや外出準備ができない。	通いの場で習字を教える事が出来る	H23年10月～4月	外出に合わせて準備ができる	H23年10月～12月	①電話による外出の声掛け ②外出準備の支援 ③ゲームやアクティビティへの声掛け ④同じこもり予防事業に参加の声掛け ⑤そばうち参加声掛け ⑥通所での体操等の参加		①②③小規模多機能・自費ヘルパー ⑤自費事業	〇〇ホーム NPO △△ 事業所	2回/週 2回/月	
家事習慣がなく、家事能力が低い	室内の清潔が保持できる	H23年10月～5月	食器を自分で片付ける事が出来る	H23年10月～12月	①共同家事支援の声掛け ②ヘルパーによる家事支援 ③ゴミだし確認		①②③小規模多機能訪問・自費ヘルパー	〇〇ホーム NPO △△ 事業所	2回/週 2回/月	
家族が本人の状況を受け入れ、介護負担が軽減する	周囲の支援を受けながら、在宅生活が継続できる	H23年10月～6月	本人と家族、担当者らの役割を明確にする	H23年10月～12月	①本人の状況の共有 ②本人・家族の相談支援(介護疲労度評価等)		① ②包括、ケアマネ、小規模多機能・自費ヘルパー	〇〇ホーム NPO △△ 事業所 地域包括	随時 随時	

掃除、ゴミだし

週間サービス計画表								
	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
6:00								起床
8:00	迎え時間連絡							朝食
10:00	小規模通い		同じこもり予防事業 (第2・3・4曜日)			週末は次女訪問		昼食
12:00				2回/月自費ヘルパー				
14:00	小規模訪問							
16:00								
18:00								夕食
20:00								
22:00								入眠
0:00								
2:00								
4:00								
週単位以外のサービス		緊急通報システム						







## まとめ

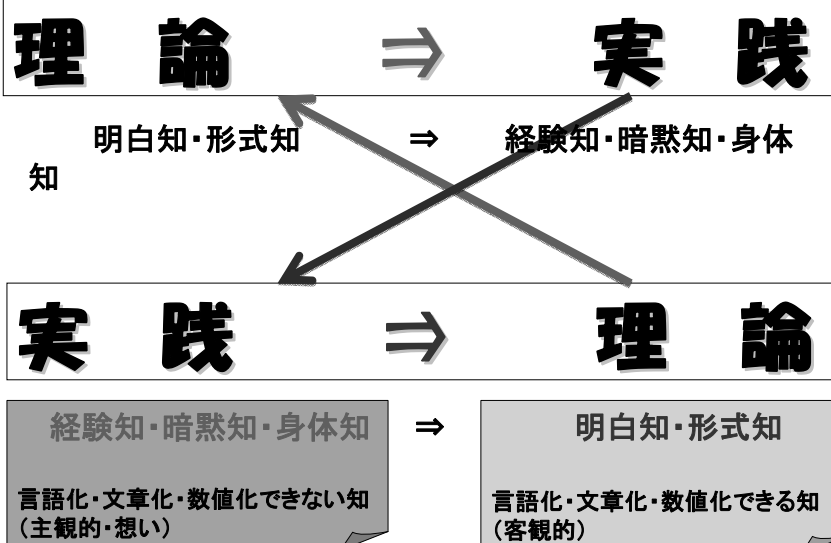
- ◎早期発見の為のシステム
- ◎介護保険の理念を明確にする
- ◎本人の介護が必要になった原因(個人因子、環境因子)を明確にする。(医療、介護アセス含め)
- ◎ケア会議を利用した多職種支援、社会資源調整やケアの標準化(職員へのOJTにより、ケースレベルだけでなく、職員のレベル向上を図る)を行う

# 認知症ケアの標準化に向けて

認知症ケアモデル研究会

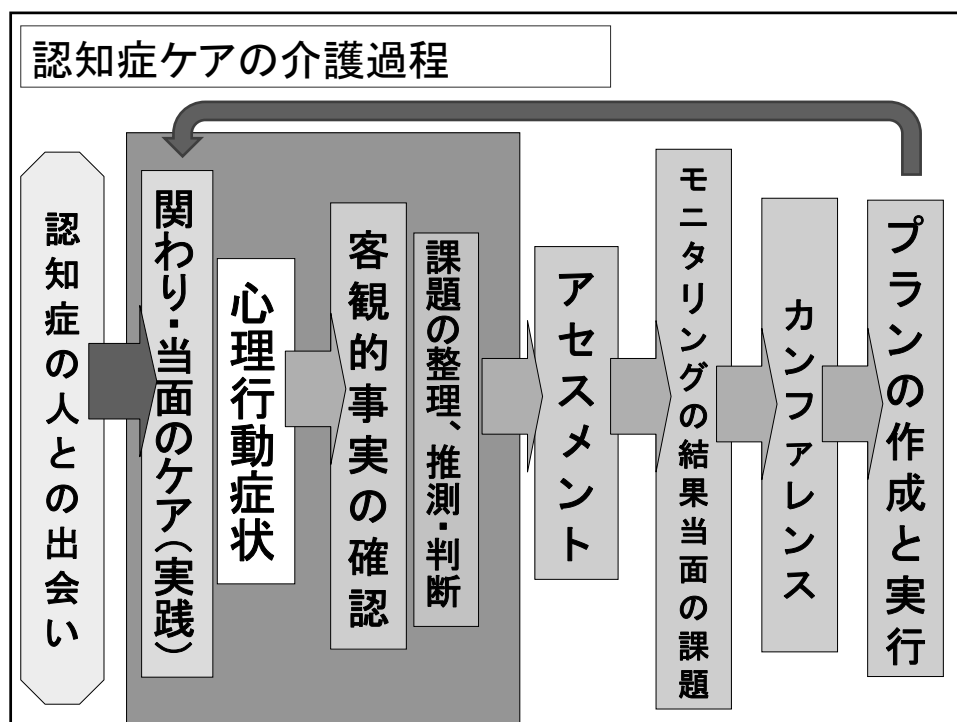
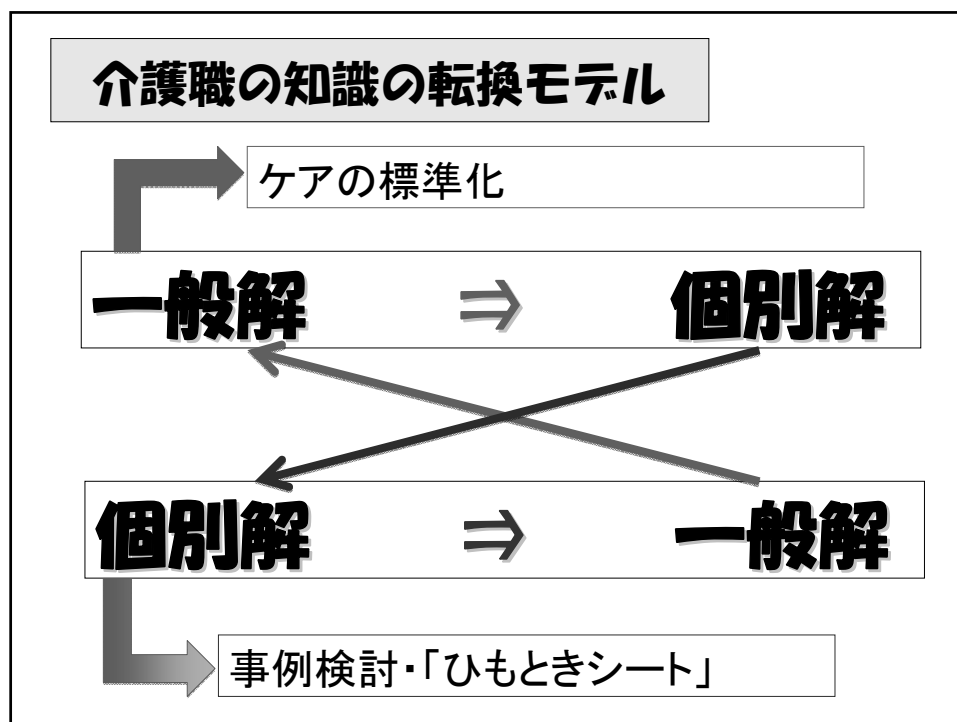
高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ  
総合施設長 宮島 渡

## 介護職の知識の転換モデル




- ◎ ケア現場では、介護者の暗黙知／経験知が使われる。
- ◎ それは、体系化された「介護学」が無いことや、生活支援は、自らの体験を援用して支援ができるからと考えられる。
- ◎ そのため、介護は「勘・経験・度胸」と永らく言われてきた。
- ◎ しかし、認知症ケアの場合、「認知症の人の世界観」と「自らが生きている世界観」が違うので、体験を援用できない難しさがある。
- ◎ 特に、BPSD(行動心理症状)は、介護者の理解を困難にさせる。
- ◎ しかし、認知症の人の言動はその人なりの意味を持ち、その言動から意味をひもとくことで、介護者の「自らの体験の援用による介護」から、「認知症の人の世界を共感する介護」に転換することができると思う。

- ◎ 一方、認知症のケアを標準化とは、明白知化された知識、つまり、「一般解」を実践に生かすことで、ある一定の期待値を持つ結果を得ることと言える。
- ◎ 以上の関係を整理すると、認知症の人の個々の世界観に基づいた生活を「個別解」とすると、それらを、事例検討や言動をひもとくことにより一般解に落とし、その一般解を用いた介護へつなげることが、認知症ケアの標準化ということになる。
- ◎ 今回のプレゼンテーションでは、「認知症ケアの介護過程の標準化」を、認知症の人の生活からケアプランの作成、そして生活支援へつなげるまでの視点が重要であることを主張する。



●● 認知症ケアの理念 ●●

## 「パーソン・センタード・ケア」




「認知症」

の人 (みえ子さん) から

「認知症」の

人(みえ子さん)

へ



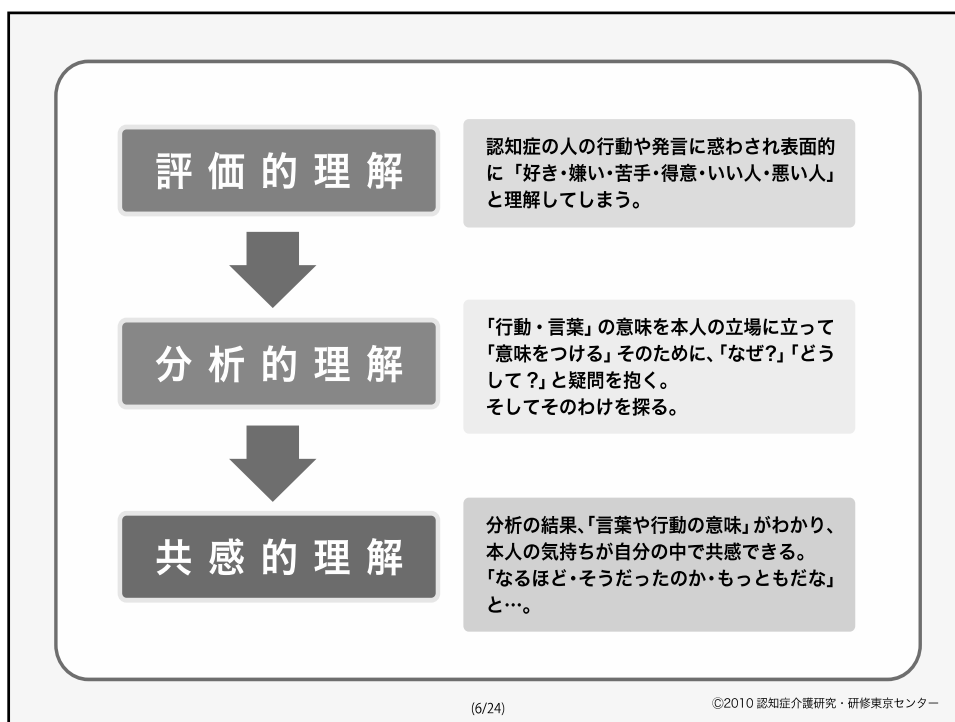
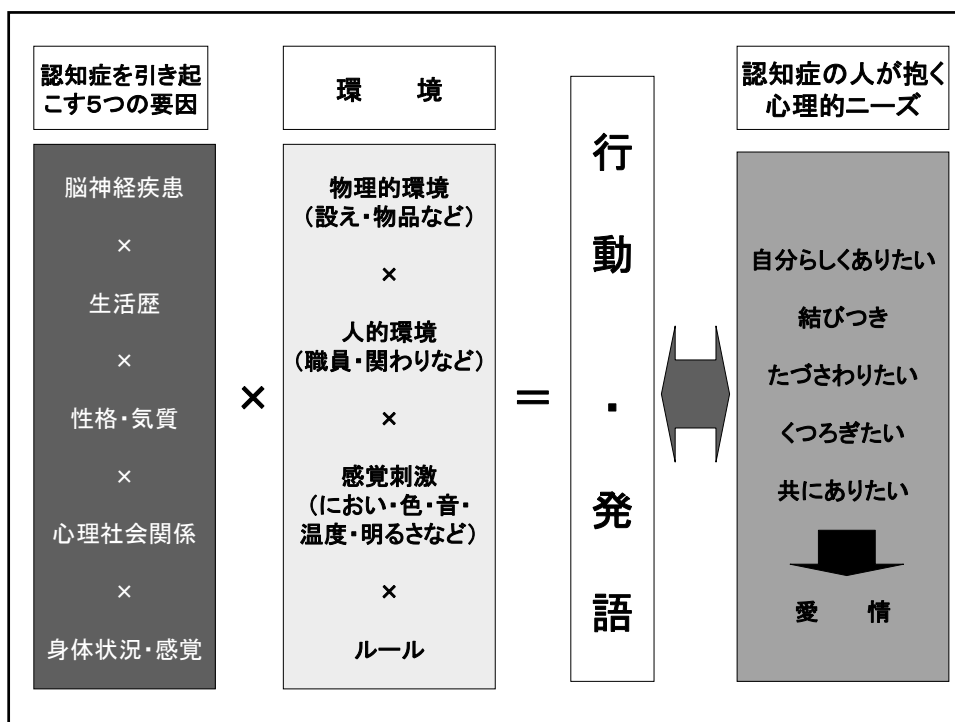
※ どこに重点・焦点・視点をおいてケアを工夫するか、創造するか

(10/24) ©2010 認知症介護研究・研修東京センター

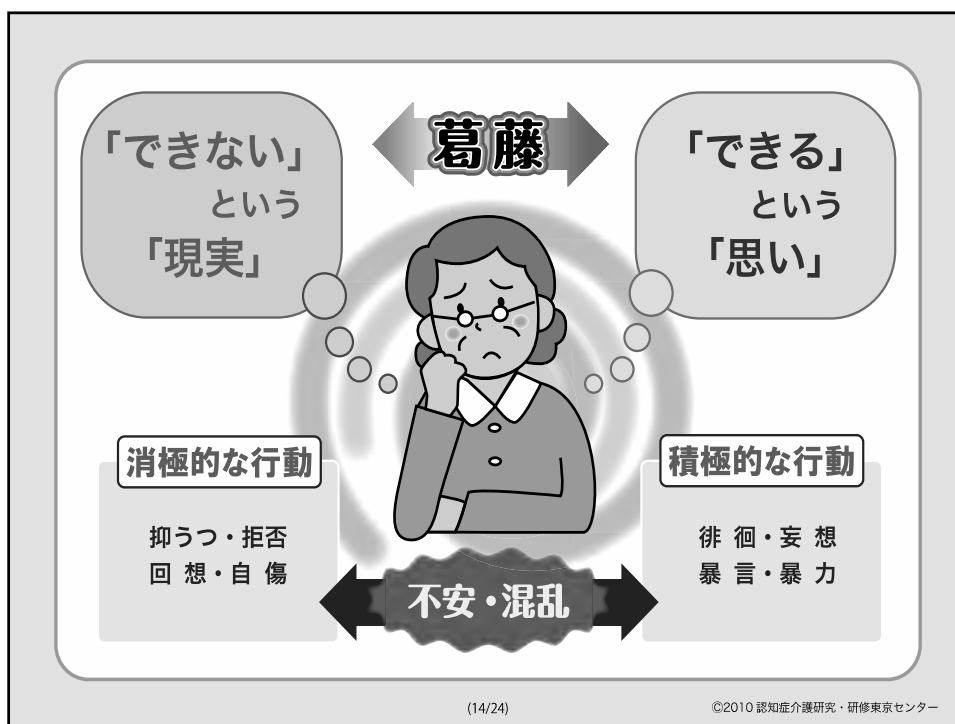
様々な要因によって作られている

認知症	➡	疾患別・重症度・中核症状
×		×
人	➡	性格・生活歴・社会意識・身体的健康 価値観・感情・社会関係
×		
生活	➡	×
		習慣・環境・機能・継続・行為
行動・言葉 (BPSD)		

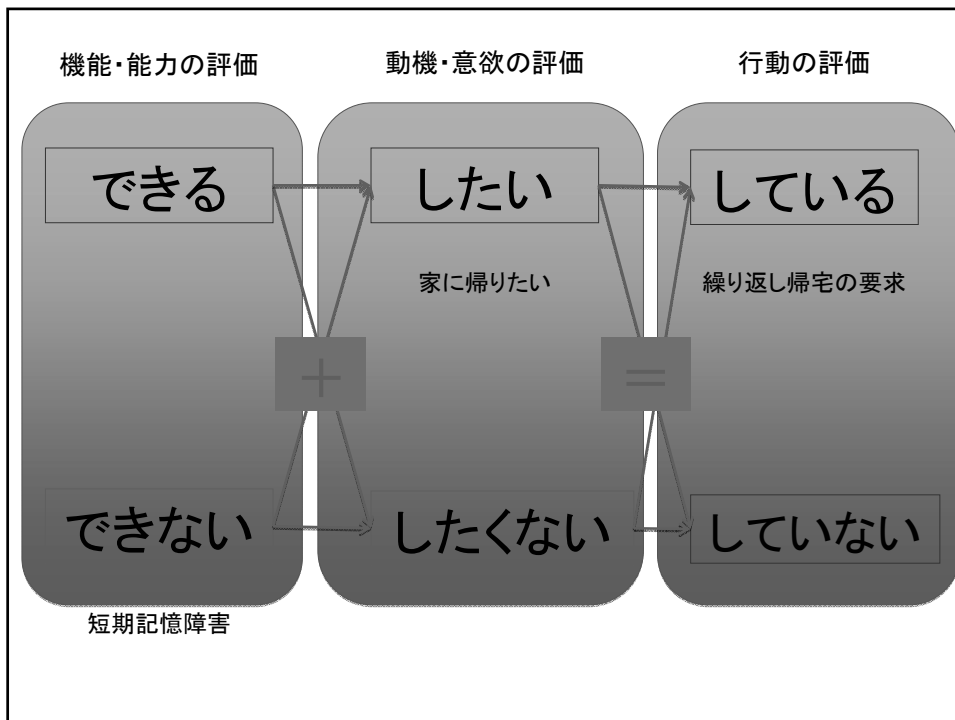
これら様々な要因の相互作用によって複雑化、多様化して「個別」が作られている  
一般解にするためには、①要因(変数) ②事実(代入情報)

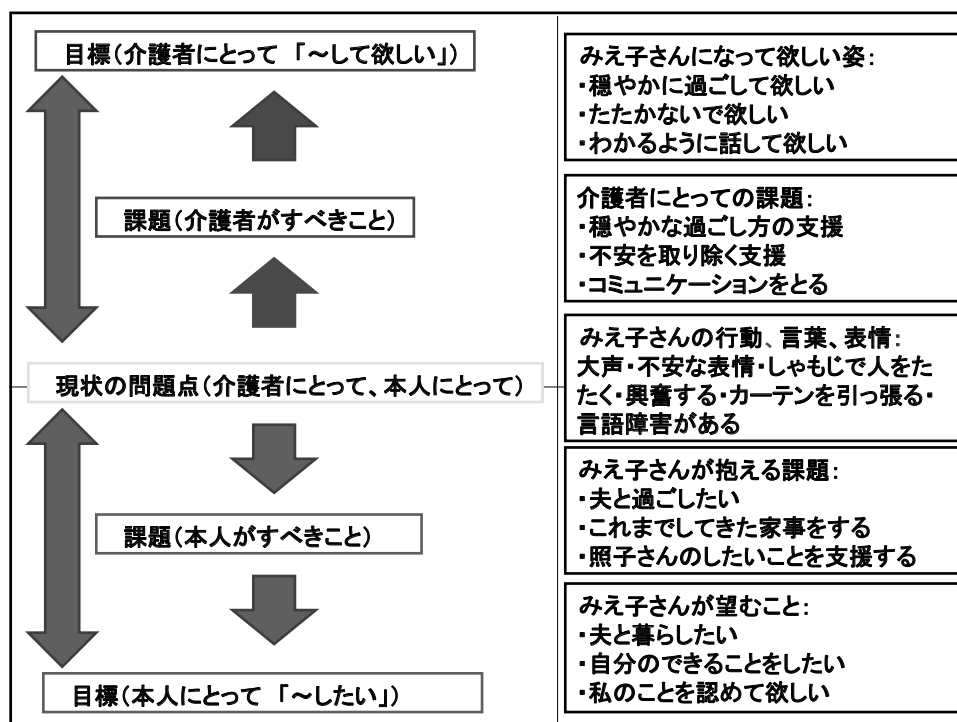
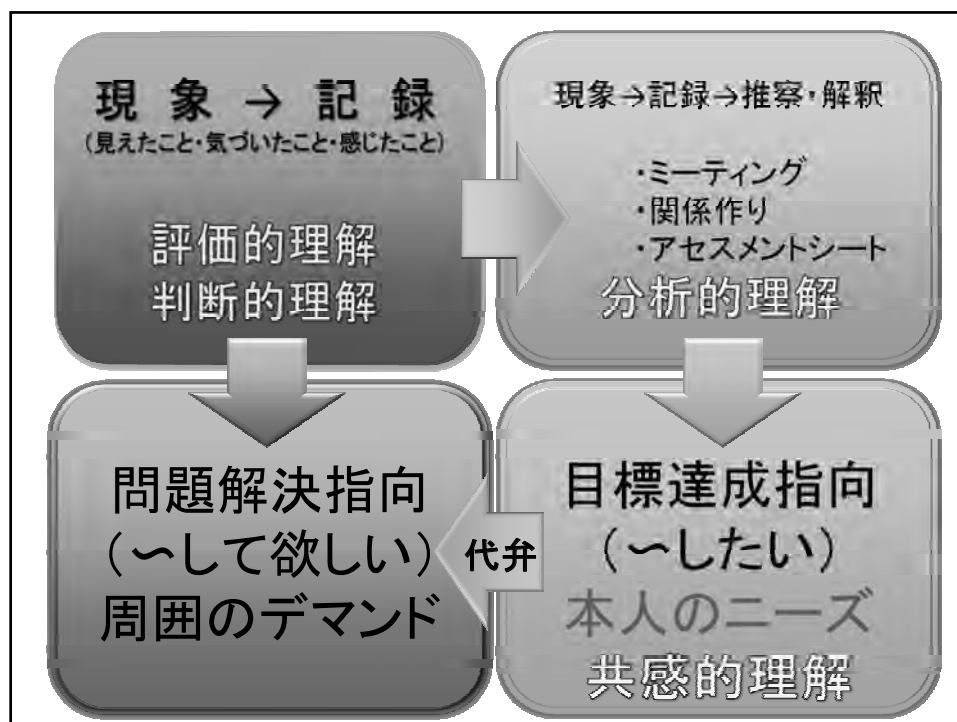


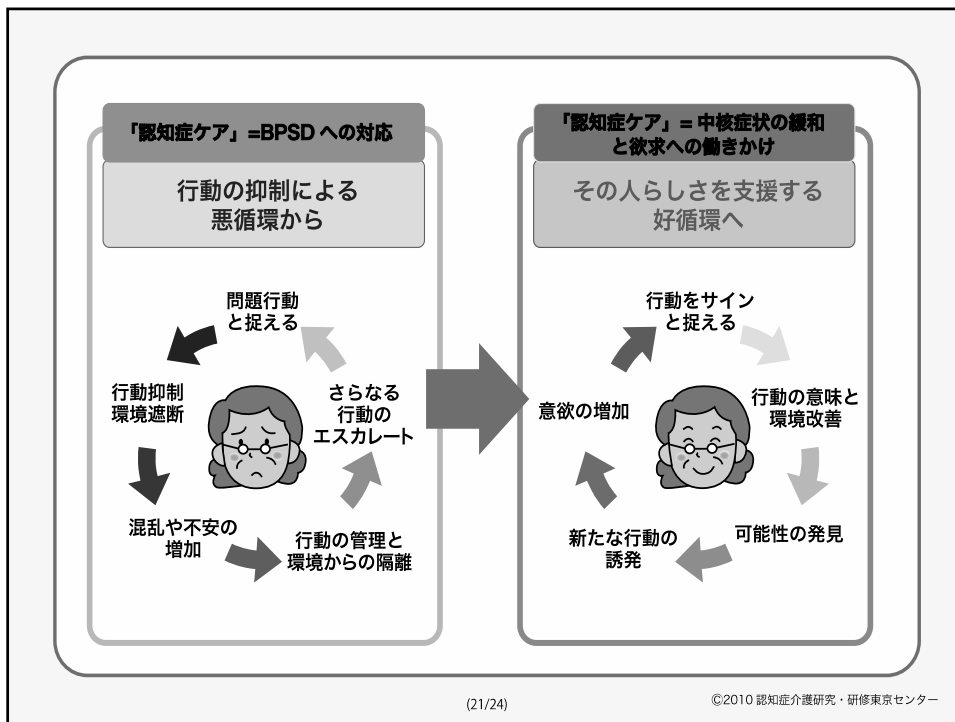
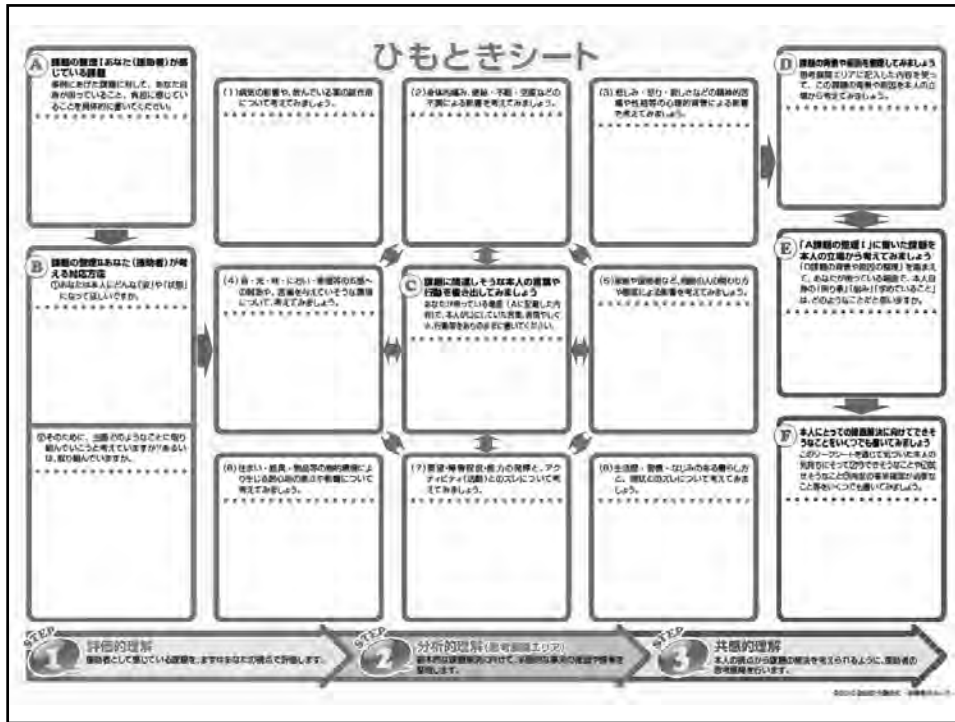












## 認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書

---

2012年3月発行

- 編集 認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会
- 発行 株式会社ニッセイ基礎研究所

東京都千代田区九段北4-1-7 九段センタービル5F  
TEL 03 (3512)1818 FAX 03 (3512)1084

禁無断転載