

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の  
基盤づくりに関する研究事業

報告書

2013年3月

株式会社ニッセイ基礎研究所

はじめに

65歳以上高齢者の10人に1人が認知症になるとの推計結果も公表される中、全国民が、当事者意識を持って認知症というものに向き合っていかなければならない時代となっている。

これまで、認知症を抱える人を専門職として支えていくための教育研修は、様々に行われてきており、理論や考え方も徐々に整理されてきた。しかし、それらがどれほど現場の実践に活かされているだろうか考えると、支援に関わる専門職のみなさんは、じくじたる思いになるのではない。なぜなら、その背景に認知症を抱える本人や家族を医療的側面から支援する人と、介護的側面から支援する人との双方で、見据える支援の目的と方向が一致していないという根本的な問題があることに気づいているからである。

認知症の人を支えるための基本理念や目的を、関わるすべての専門職が共有し、目標を一致させていく取り組みは必須であるが、根底にある、認知症ケアにおける文化ともいえる部分を変えていくことは容易なことではない。本報告書で述べられている、「認知症ライフサポート」という概念は、多職種が一つの目標に向かって支援をしていくことを基本に据えて創られたものであり、その実現を目指す基本的考え方である。本研究事業は、この概念にのっとり、研修のカリキュラムとテキストの作成を行い、多職種協働のできる人材を地域に増やすことに役立てていただくことを目指している。

平成24年度事業の中で作成した研修のカリキュラムおよびテキストは、平成23年度に実施された厚生労働省の事業「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」の中で策定された「認知症ライフサポートモデル」をベースにし、これまでの議論の集大成という形でまとめ上げられた。しかし、これらの教材は、時代背景やニーズに応じて今後も精錬し続けていかねばならない。また、研修内容そのものに関しても、これで完成というものではなく、認知症による困難を抱える人の生活を、しっかりと支えていく文化を創り上げていくために、今後さらにブラッシュアップを続けていかなければならない。

さらに忘れてならないのは、この研修事業による成果を今後どのように活用していくかという点である。どんなに価値のあるアイデアもツールも、それが適切な時と場所と、何よりもふさわしい人によって有効に活用されなければ効果を発揮することはない。今後、間違いなく、認知症の人の暮らしを地域の中で支えていかねばならない時代がやってくる。そのとき、多職種協働によるケアの提供は必須であり、基本的な考え方を明示したこの教材は、多職種協働を支えるあらゆる場面で活用していただくことができるように作成されている。認知症による困難を抱える人やその家族に関わる中で、迷った時や、多職種協働をもう一步進めたいという時に、是非とも手にとっていただきたい。間違いなく、なんらかの解答が得られるはずである。

認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の  
基盤づくりに関する研究事業検討委員会委員長

独立行政法人国立長寿医療研究センター総長  
大島 伸一

## 目 次

第1章 事業概要 .....	1
第1節 背景とねらい 2	
第2節 平成 23 年度事業の経過 2	
2.1 経過と課題認識 2	
2.2 成果物 2	
第3節 平成 24 年度事業の経過 5	
3.1 委員会の構成と開催経過 5	
3.2 モデル研修事業の実施 9	
3.3 成果物 9	
第4節 認知症ライフサポート研修の位置づけ 9	
第5節 研究会委員構成 11	
第2章 教材開発 .....	13
第1節 作成方針 14	
1.1 前提となる考え方 14	
1.2 研修事業の達成目標 15	
1.3 対象者 16	
1.4 カリキュラムの作成方針 17	
第2節 八王子市モデル研修 19	
2.1 実施概要 19	
2.2 受講者アンケートの実施 19	
2.3 アンケートの結果 21	
2.4 八王子市モデル研修の評価と教材の見直し 24	
第3節 神戸市モデル研修 27	
3.1 実施概要 27	
3.2 受講者アンケートの実施 27	
3.3 アンケート結果 29	
第4節 今後の課題 32	
第3章 認知症ライフサポート研修テキスト.....	35
第1節 研修計画 36	
第2節 研修テキスト 43	

# 第1章 事業概要

## 第1章 事業概要

### 第1節 背景とねらい

本研究事業は、平成 23 年度老人保健健康増進等事業により実施した「認知症提供現場からみたケアモデル研究会」を引き継ぎ、報告書の中で示された「認知症ライフサポートモデル」の普及推進をねらいとして実施した。

「認知症ライフサポートモデル」とは、「認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援」を意味しており、認知症の人に関わる様々な専門職が、ケアを提供する上での目的・目標を共有し、認知症ケアの多職種協働や専門領域ごとの機能発揮を求めるものである。今年度の研究事業では、この認知症ライフサポートモデルをベースとした認知症ケア多職種協働研修のカリキュラムならびにテキスト作成に取り組み、各地域における多職種協働やチームケア推進のための教材として役立ててもらうことを目的として実施した。

### 第2節 平成 23 年度事業の経過

#### 2.1 経過と課題認識

昨年度に実施した「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」は、認知症の人に関わる医療・介護サービス等の課題を整理し、今後の認知症ケアの質を高めていくために求められる「認知症ケアモデル」とは何かを議論する場として開催された。

議論の中では、医療の領域における認知症の捉え方と介護の領域における認知症の捉え方の違いが鮮明となり、改めて、認知症ケア実践現場の多職種連携の難しさが浮き彫りになった。また、認知症ケアにおける今後の取組み課題として、「各々の専門職が認知症ケアに関する基本的な考え方や医療と介護とを含む統合的な生活支援に対する共通理解を持って、認知症の人に関わる必要がある<sup>1</sup>」との認識を新たにした。この課題認識は、以下に記述する「認知症ライフサポートモデル」策定の背景となっている。

#### 2.2 成果物

こうした課題意識を踏まえて、成果物として作成されたのは、以下の二点である。

##### ① 「認知症ケアの基本」

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、認知症の人を支えていく全ての専門職が共有すべき「認知症ケアの基本的な考え方」を明らかにしていく必要があった。そのため、平成 24 年度検討委員会では、委員会での議論を踏まえて、以下の 6 項目に関する「認知症ケアの基本」がまとめられた。

---

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

### 【認知症ケアの基本】

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

※ 詳細は、本稿第 3 章「認知症ライフサポートモデル研修テキスト」資料編 92 ページ参照のこと

### ② 「認知症ライフサポートモデル」

成果物の2つめは、認知症ケアのサービス提供現場の課題を踏まえて、専門職それぞれの視点を統合させたり、目標を共有したりしながら、チームで認知症の人を支えていくためのケアモデルである。「認知症ライフサポートモデル」と名づけられたこのモデルの定義は、以下のように説明されている。

#### ◆「認知症ライフサポートモデル」とは、

「認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援」のことであり、医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的な支援に結びつけていくことを目指そうとする認知症のケアモデルである。

※認知症の人を支えるには、

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

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

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

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

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

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

### 医療が担ってきた領域

## 認知症

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

## の

### 介護が担ってきた領域

## 人

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

### 認知症ライフサポートモデル

## 認知症

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

## の

### 支援の大きな目標を共有する 情報共有と役割分担

## 人

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

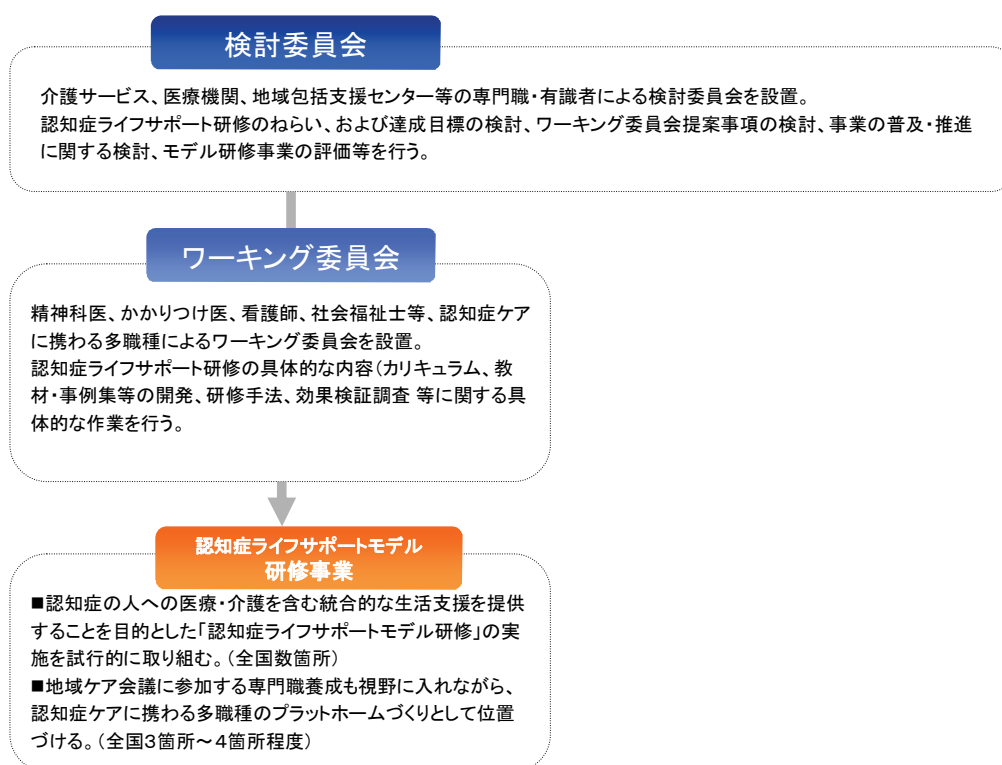
図 認知症ライフサポートモデルの概念図

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

## 第3節 平成 24 年度事業の経過

### 3.1 委員会の構成と開催経過

平成 24 年度事業は前年度の研究成果を引き継ぎ、「認知症ライフサポートモデル」をベースとした認知症ケア多職種協働研修のカリキュラムならびにテキスト作成に取り組んできた。研究会は研修事業全体の枠組みを検討する「検討委員会」と、具体的なカリキュラムおよびテキストを作成する「ワーキング委員会」の二層構造で実施した。研究体制、および開催経過は以下の通りである。



#### 【検討委員会の開催】

##### 第 1 回検討委員会

平成24年7月31日(火) 15:00～17:00

於：株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・平成 23 年度事業の振り返り
- ・資格別・研修制度別の履修内容の比較検討
- ・認知症ケアに携わる人材育成の課題について



### 第2回検討委員会

平成24年10月26日(金) 15:00～17:00

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・ワーキング委員会からの進捗報告
- ・「認知症ライフサポート研修」のフレームワーク

### 第3回検討委員会

平成25年1月31日(木) 14:00～14:00

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・「認知症ライフサポート研修」テキスト(案)検討
- ・「認知症ライフサポート研修」モデル研修実施について
- ・「認知症ライフサポート研修」の今後の展開について

### 第4回検討委員会

平成25年3月18日(月) 15:00～17:00

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・「認知症ライフサポート研修」テキスト(案)検討
- ・「認知症ライフサポート研修」モデル研修結果について
- ・「認知症ライフサポート研修」の今後の展開について
- ・研究事業報告書(案)について

### **【ワーキング委員会の開催】**

#### 第1回ワーキング委員会

平成24年8月7日(火) 13:00～17:00

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・研修計画策定に向けた意見交換
  - 研修事業のフレームワーク
  - 研修内容・手法等
- ・作業分担・スケジュール等

#### 第2回ワーキング委員会

平成24年9月11日(火) 18:00～21:00

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・研修計画の検討
- ・「認知症ライフサポートモデル」を理解してもらうための手法検討

### 第3回ワーキング委員会

平成24年10月3日(水) 16:00～20:30

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・科目ごとの研修計画作成
- ・テキスト使用のスライド作成および事例の作成
- ・事例検討(グループワーク)の進め方の検討

### 第4回ワーキング委員会

平成24年11月11日(金)18:00～21:00

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・第二回検討委員会の報告・情報共有
- ・カリキュラム・テキストの作成方針について
- ・演習の進め方について
- ・モデル研修事業の実施計画

### 第5回ワーキング委員会

平成24年12月5日(水) 18:00～21:00

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・カリキュラム・テキストの作成
  - 単元3と単元4のスライド作成
  - 演習ワークシートの作成
- ・モデル研修事業の実施計画(候補地)

### 第6回ワーキング委員会

平成25年1月9日(木) 17:30～21:30

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・カリキュラム・テキストの作成
  - 単元1～単元3テキストの作成(スライド構成等)
  - テキスト解説文の執筆について
- ・演習事例の作成と進め方について
- ・モデル研修事業の実施計画(候補地との調整状況確認)

### 第7回ワーキング委員会

平成25年2月5日(火) 18:00～21:30

於:株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・テキストの内容および修正点の確認
- ・モデル研修事業の進め方最終確認

### 第8回ワーキング委員会

平成25年3月6日(水) 16:00~20:00

於: 株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・八王子市モデル研修の評価とテキスト案の修正

### 【 経 過 】

		7月	8月	9月	10月	11月	12月
ワーキング委員会	検討委員会		31日 ●			26日 ●	
	ワーキング委員会		7日 ○	11日 ○	3日 ○	11日 ○	5日 ○
モデル研修	モデル研修事業						
テキスト作成経過	研修カリキュラムのフレームワーク		—————→				
	単元ごとの研修計画			—————→			
	演習用事例作成					—————→	
	教材用スライド作成					—————→	
	解説文作成						

		1月	2月	3月
ワーキング委員会	検討委員会		31日 ●	18日 ●
	ワーキング委員会	9日 ○	25日 △	5日 ○ 6日 △ 12日 △ 19日 △ 6日 ○
モデル研修	モデル研修事業		2/25・28 ◎ 八王子開催	3/17 ◎ 神戸開催
テキスト作成経過	研修カリキュラムのフレームワーク			
	単元ごとの研修計画			
	演習用事例作成			
	教材用スライド作成	—————→		.....→ 修正作業
	解説文作成	—————→		.....→ 修正作業

- 検討委員会開催
- ワーキング委員会開催
- △ ワーキング・コア会議開催
- ◎ モデル研修

### 3.2 モデル研修事業の実施

ワーキング委員会で作成した認知症ライフサポート研修のカリキュラムならびにテキスト案の検証を行うため、二つの地域における多職種協働のモデル研修を実施した。実施概要は以下の通りである。

#### 【モデル研修の実施概要】

モデル地域	八王子市	神戸市
開催日	2月25日(月)19時～21時 2月28日(木)19時～21時	3月17日(日)13時～17時20分
講師	単元1～単元3(講義部分):宮島渡ワーキング委員長 単元3～単元4(演習部分):桑原陽ワーキング委員	単元1～単元2(講義部分):宮島渡ワーキング委員長 単元2～単元3(演習部分):桑原陽ワーキング委員
会場	生涯学習センター(クリエイトホール)	シーサイドホテル舞子ビラ神戸
実施規模	30名	94名
参加者の属性	医師、看護師、保健師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、社会福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士、管理栄養士、他 ※但し、介護系の専門職は全て地域包括支援センターの職員	医師、歯科医師、病院看護師、訪問看護ケアマネ、介護職、薬剤師、理学療法士、地域包括支援センター職員 他
開催協力	南多摩医療圏認知症疾患医療センター 八王子市健康福祉部高齢者支援課	神戸西医療・介護地域ケアネットワークの会(エナガの会) 神戸市健康福祉局高齢福祉部介護保険課

### 3.3 成果物

- ① 認知症ライフサポート研修テキスト
- ② 演習ワークシート

※詳細は、本稿第3章「認知症ライフサポートモデル研修テキスト」41ページ参照のこと

## 第4節 認知症ライフサポート研修の位置づけ

認知症高齢者数の急増を背景に、2012年6月、厚労省の認知症施策検討プロジェクトチームが公表した報告書「今後の認知症施策の方向性について」の中では、認知症施策の具体的な方針が打ち出された。また、その施策を進めていく上での達成目標や平成25年度から29年度までの取り組みを示した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」も同年9月に公表されたところである。

認知症ライフサポート研修は、このプロジェクト報告書、ならびにオレンジプランの中にも明確に位置づけられており、平成25年度以降市町村単位で実施する「認知症ケアに携わる多職種の協働研修」として、全国で実施することが想定されている。

認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)

(中略)

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

○「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定

・平成 24 年度 前年度に引き続き調査・研究を実施

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

(略)

## 第5節 研究会委員構成

### 【検討委員会】

(委員長)

大島 伸一 独立行政法人国立長寿医療研究センター 総長

(委員)

上原 タミ子 アイアンドティケア株式会社訪問看護ステーションのい代表

小山 剛 社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園  
総合施設長

柴田 範子 東洋大学 ライフデザイン学部 生活支援学科 准教授  
NPO 法人「楽」理事長

玉井 顯 医療法人敦賀温泉病院院長

西山 隆 和光市北地域包括支援センター長

東 憲太郎 医療法人緑の風 理事長・施設長

本間 昭 認知症介護研究・研修東京センター センター長

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

(敬称略 五十音順)

### 【ワーキング委員会】

(ワーキング委員長)

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

(ワーキング委員)

大谷 るみ子 社会福祉法人東翔会 グループホームふぁみりえホーム長

奥村 典子 藤本クリニック・デイサービス センター所長

木之下 徹 医療法人社団こだま会 こだまクリニック 院長

桑原 陽 社会福祉法人新生会サンビレッジ大垣 施設長

武田 純子 有限会社ライフアートグループホーム福寿荘総合施設長

長野 敏宏 特定非営利活動法人ハートin ハートなんぐん市場 理事

(敬称略 五十音順)

【オブザーバー】

勝又 浜子	厚生労働 省老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 室長
三浦 正樹	厚生労働 省老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 室長補佐
梅本 祐司	厚生労働 省老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 認知症対策係長
堀部 賢太郎	厚生労働 省老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 認知症対策専門官
名取 剛	厚生労働 省老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室

【事務局】

山梨 恵子	株式会社ニッセイ基礎研究所 准主任研究員
進藤 由美	株式会社ニッセイ基礎研究所 研究員

## 第2章 教材開発



## 第2章 教材開発

### 第1節 作成方針

以下では、今年度の作業としてワーキング委員会が取り組んできた、開発に向けた考え方・方針等をまとめた。

#### 1.1 前提となる考え方

- 本研修のベースとしている「認知症ライフサポートモデル」には、認知症ケアに携わる全ての専門職に共通の基盤が無いとの課題意識のもと、認知症ケアにおける多職種協働を促し、医療と介護を含む統合的な生活支援へと認知症ケアを発展させていくねらいがある。
- この「認知症ケアモデル」を具現化するためには、認知症ケアに携わる様々な専門職が「認知症の人の生活や人生を支えてゆく」という目的を一致させ、認知症ケアの理念を共有し、それぞれの専門性や視点を出し合いながら相互に学び合える場作り、機会づくりが重要となる。
- また、従来から言われてきたように、認知症ケアは支援する側からの押しつけでない「本人のニーズ(Cure, Care, Life support<sup>2</sup>)」を中心とした関わりが求められる。そのため、認知症ライフサポート研修は、「自己決定を支えていくこと(自己決定の支援)」「自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること(自己資源の活用)」「住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支えること(継続性のある暮らし)」が多職種協働の目的であるとの前提に立ち、教材作成に取り組んできた。

なお、上述した3点について、この報告書における捉え方は以下通りである。

[自己決定を支えていくこと(自己決定の支援)]

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

[自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること(自己資源の活用)]

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

[住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支えること(継続性のある暮らし)]

単に、馴染みのある暮らし方を追求することだけでなく、住み慣れた自宅や地域での暮らしに拘りを持ちながら、認知症の人の継続性のある暮らしを支えること。これまで、サービスを

---

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

利用するために本人が移動しなければならなかった状況を、本人が地域の中で暮らし続けるために、医療・介護サービス・地域資源等が連携し、支えてゆく状況へと変えていくこと。

## 1.2 研修事業の達成目標

以下では、受講者が何を学び、どのような結果につなげていくことが「認知症ライフサポート研修」の成果と言えるのかという観点から、受講者に求められる達成目標を整理した。

### ① 認知症の人のニーズを捉える「2つの視点」を学び、多職種協働の大切さに気づくこと

認知症の人を理解する上では、本人が有する病態に関する視点(医療が担ってきた領域)と、認知症の人の思いを捉えながら総合的、継続的に生活・人生を支えてゆく視点(介護が担ってきた領域)の二つの基本的な視点が必要であることを学び、多職種協働やチームケアの重要性に気づくこと。

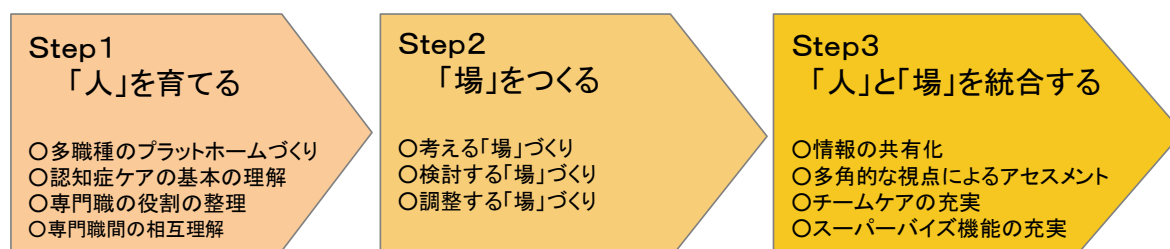
### ② 多職種協働のプロセスを理解し、実際の多職種協働の実践に結びつけること

認知症ライフサポート研修における、多職種協働のためのプロセス(①認知症の人の情報やニーズに関する情報共有、②「継続的な課題に対する目標」の設定・共有、③「直近の課題に対する目標」の設定・共有、④専門職ごとの役割分担と協働)を理解し、地域の実情に応じた、実際の多職種協働やチームケアにつなげていくこと。

### ③ 認知症ケアの理念・目的を多職種間で共有し、医療と介護を含む統合的な認知症ケアを提供できること

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

以上のように、本研修事業は、認知症の人に関わりのある全ての専門職に対して、認知症ケアの理念や認知症ライフサポートモデルの考え方を普及していくという目標とともに、認知症ライフサポートモデルの具現化を目指して、実際のしくみづくり、場作り、チームづくりを目標に掲げている。どんなに意義のある教育研修を企画しても、実践での意味を見出す事が出来なければ、研修の目的を果たすことはできない。認知症の人の生活・人生を地域の中で支えていくという新たな時代に向けて、認知症ケアのパラダイムシフトを図る1つの手がかりにしていくことが期待される。



### 1.3 対象者

受講対象者は、認知症ケアに携わる全ての専門職が想定されている。

例) 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、作業療法士、理学療法士、臨床心理士、薬剤師 等

平成 25 年度以降は、市町村単位で実施する「認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修」として、全国での実施が想定されている。この研修事業を通じて、より幅広い層に認知症ライフサポートモデルやモデルの根幹にある認知症ケアの基本的考え方を普及・浸透させていくことが望まれる。

また、各地域での認知症支援体制を磐石なものとしていくためにも、研修で学んだことを実践につなげていくリーダー層の養成を視野に入れていく必要があるだろう。地域ケア会議の充実や認知症ケアチームの推進役など、地域の受講対象者を戦略的に考えるような活用方法が期待される。

#### 【ワーキング委員会での主な意見】

- 受講者の要件を設けず、より多くの医療、介護等の関係者に認知症ライフサポートの考え方に触れてもらう機会を増やすべき。教育が届いていない人材や、初心者レベルの人材に、「認知症ケアではこんな事が必要になる」という情報を伝えられるような研修が必要である。
- 認知症ケアの現場ではケアの質の二極分化が起きているという問題が繰り返し指摘されている。無資格で認知症ケアに携わるワーカーが大勢いるという状況の中、間口を広げて認知症ケアを学べる機会を創出していくべき。制度で規定される研修を受けられるのは一部の人材に限られる。
- インセンティブ無しで医師の研修参加を促すことは容易ではないが、認知症の専門外だからといって認知症の人の受診を断るような状況は望ましくない。受けざるを得ないようなしくみを考えていくことも必要ではないか。
- 医師であれば、サポート医研修やかかりつけ医研修等の修了者等、介護職であれば認知症介護指導者、認知症実践者研修等の修了者等、ある程度の基礎知識を有する人材が集まり、研修後の具体的な多職種協働に結びつけていききっかけづくりにする方法もある。
- 一通りの考え方を研修で学んでも、なかなか実際の多職種協働につなげていくことは難しい。この研修をきっかけに、地域の専門職同士が顔の見える関係になったり、具体的なチームケアにつなげられるよう、一定のレベルに達している人材を戦略的に集めて、教育していく視点も重要なのではないか。

## 1.4 カリキュラムの作成方針

カリキュラム作成に際して考慮された点や作成方針は、以下の通りである。

### (所要時間)

- 多職種が一堂に会しての開催となることから、研修の時間帯、所要時間等の配慮が必要である。また、医師等の診療時間を考慮すると、実際には平日の夜間、または休日の昼間の開催になることが想定される。
- 以上のことから、カリキュラムは、前半 2 時間、後半 2 時間の合計 4 時間を想定して作成することとした。

### (教材)

- 研修のねらいや対象者像を踏まえて、テキストは基本事項を押さえたシンプルなものとして仕上げる。
- 講師説明用のパワーポイント、および、スライドに解説文を付けたテキストとのセットで、研修教材を準備する。

### (構成)

- 研修前半は、「認知症ライフサポートモデル<sup>3</sup>」や「認知症ケアの基本的な考え方<sup>4</sup>」に関する講義中心の内容とし、後半は、多職種協働のプロセスに関する説明と、演習事例を用いたグループワークを中心に進めていく。

### (研修内容)

- 講義を中心に進める前半部分では、前述の研修事業の達成目標を踏まえて、以下のポイントを押さえる。
  - ・ 認知症ライフサポート研修のねらいと意義
  - ・ 多職種間で共通認識を図るべき「認知症ケアの基本」および「認知症ライフサポートモデル」<sup>5</sup>の考え方
  - ・ 認知症の人を理解するための 2 つの視点
  - ・ 認知症の人のニーズの捉え方
  - ・ 多職種協働のための目標設定と役割分担

---

<sup>3</sup> ニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」(2011) ,p34

<sup>4</sup> ニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」(2011) ,p23-27

- 演習を中心に進める後半部分は、多職種協働のステップを示し、実際の演習課題を用いてグループワークに取り組む。

(多職種協働のステップ)

- ・ 認知症の人の情報やニーズに関する情報共有
  - ・ 「継続的な課題に対する目標」の設定・共有
  - ・ 「直近の課題に対する目標」の設定・共有
  - ・ 専門職ごとの役割分担と協働
- 単なる認知症の知識を詰め込んだ研修とはせず、「認知症ライフサポートモデル」の考え方を多職種間に普及・浸透させていく教材として仕上げる。
  - 「医療は医療」、「介護は介護」というような相互の違いが強調されている現状を踏まえて、多職種に共通する部分に目を向けいく。
  - 多職種協働のプロセスとして、認知症の人のニーズ把握、目的や目標の共有、専門領域ごとの機能発揮と多職種協働の実践等、具体的なイメージを捉えられる内容とする。
  - 多職種協働のためのチームづくりが研修の中心的テーマであることを強調しつつ、常に「認知症ライフサポートモデル」の基本に戻って考えてもらう。

## 第2節 八王子市モデル研修

ワーキング委員会により作成された「認知症ライフサポート研修」のカリキュラム・テキスト素案の検証を目的とし、二度にわたるモデル研修(八王子市、神戸市)を実施した。以下は、その1回目となる八王子市モデル研修の実施概要および評価結果等を示す。

### 2.1 実施概要

#### ①開催経緯

南多摩医療圏認知症疾患医療センター、ならびに八王子市健康福祉部高齢者支援課の協力を得て実施。

#### ②開催日

1回目 平成25年2月25日(月) 19時～21時

2回目 平成25年2月28日(木) 19時～21時

※八王子市モデル研修の開催は平日の夜間帯に設定し、4時間のプログラムを2日間に分けて実施した。

#### ③参加者

認知症疾患医療センターの医師、看護師、コメディカルスタッフ等(13名)

八王子市内15箇所の地域包括支援センター職員、および行政職員(17名)

計30名が受講した。なお、2月25日のモデル研修のみ見学者が11名参加した。

#### ④会場

八王子市生涯学習センター(クリエイトホール)

### 2.2 受講者アンケートの実施

モデル研修受講者に対して、受講後のアンケート調査を実施した。

- ① 実施日      1回目(2月25日)    Q1～Q2 講義前半部分に関するアンケート  
                  2回目(2月28日)    Q3～Q5 講義後半部分に関するアンケート  
                  ※各回の研修終了後にアンケートを記入・回収した。

- ②回収数      1回目 N=41 :受講者30名+見学者11名 41名中  
                  2回目 N=29 :受講者29名中

③ 調査項目

「八王子市モデル研修」

Q1 単元1:「研修のねらいと認知症ケアの基本的な考え方」について SQ1 単元1に関する内容の理解状況(選択肢) SQ2 説明に関する疑問や意見(自由回答) SQ3 スライドやテキストに関する意見(自由回答)
Q2 単元2:「認知症の人を支える2つの視点」について SQ1 単元2に関する内容の理解状況(選択肢) SQ2 説明に関する疑問や意見(自由回答) SQ3 スライドやテキストに関する意見(自由回答)
Q3 単元3:「それぞれの役割とチームケア」について SQ1 単元3に関する内容の理解状況(選択肢) SQ2 説明に関する疑問や意見(自由回答) SQ3 スライドやテキストに関する意見(自由回答)
Q4 単元4:「グループワーク」について SQ1 他の職種の方との視点の違いや、専門性の違いに関する気づき(選択肢) SQ2 グループワークの効果(ケアの目標の共有化)(選択肢)
Q5 多職種連携の必要性や課題意識(選択肢)
Q6 「認知症ライフサポート研修」に関する意見・感想等(自由回答)

## 2.3 アンケートの結果

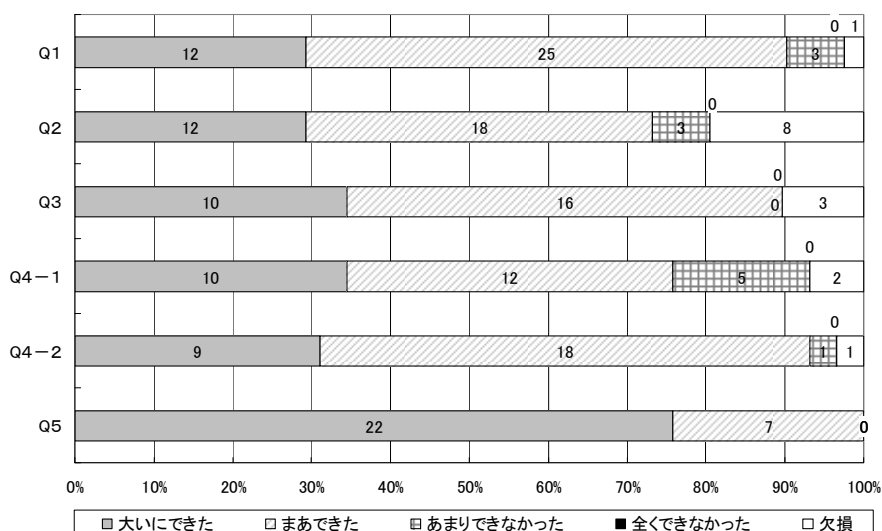
### (1) 研修内容の理解について

単元1～単元 3(Q1～Q3)の「講義内容に関する理解状況」を見ると、いずれも「まあできた」とする回答が最も多く、特に、単元 1「研修のねらいと認知症ケアの基本的な考え方」と単元 3「それぞれの役割とチームケア」では、「大いにできた」と「まあできた」を合わせて 9 割程度の受講者が「理解できた」と回答している。一方、単元 2 の「認知症の人を支える2つの視点」についての理解度は比較的に低く、「大いにできた」と「まあできた」を合わせて 7 割強にとどまる。また、無回答者も多い設問となっており、テキスト見直しの際の着眼点となった。

Q5 の「多職種連携の必要性や課題意識」については、ほぼ全員の回答者が「大いにある」「まあある」のいずれかを選択している。

[八王子市モデル研修・アンケート結果]

- Q1: 単元1に関する内容の理解状況  
 Q2: 単元2に関する内容の理解状況  
 Q3: 単元3に関する内容の理解状況  
 Q4-1: 他の職種の方との視点の違いや、専門性に関する気づき  
 Q4-2: グループワークの効果(ケアの目標の共有化)  
 Q5: 多職種連携の必要性や課題意識



※ Q1～Q2 前半(2/25)終了後アンケートN=41件、Q3～Q5 後半(2/28)終了後アンケートN=29件

### (2) 自由回答の主な意見

#### ① 多職種連携の必要性に関する意見

- 医療だけで認知症の人とその家族の支援をすることは絶対に無理である。日々の生活支援、見守り、早期発見のためには、多職種と共に大勢に人の関わりが必要。(医師)



- 認知症の初期段階で在宅認知症介護の問題を社会(外部)に顕在化させていくためのアプローチ方法の工夫が必要。診断をつけた上で、あらゆるステージでの連携、多職種協働が必要となる。(医師)
  - 多職種連携は難しい。特定の職種間では出来ても、多職種となると顔合わせや意見を交わす機会も少ないように思うので、このような機会があると良いと思う。(看護師)
  - 薬を説明する上で、家族の心配や不安を傾聴し、アドバイスできるようにと心がけてきた。しかし個別の訴えをフィードバックするまでには達していない事に課題を感じた。訪問看護と合わせて服薬指導が行えるような体制も必要と思う。(薬剤師)
  - 一人の専門職が、自分の専門領域だけで支援しても解決できない。相互の専門性を知り、役割分担を理解し、調整を図りながら進めていかないとうまくいかないので連携は大切!!(保健師)
  - 視点や役割の違い・共通点を考える以前に、関係者が本人を中心とした関係自体を理解出来ていない。(精神保健福祉士)
  - ドクターに、受診拒否の状況を知っていただきたい。(社会福祉士)
  - 多職種が視点をすり合わせるには、ライフサポートの視点が欠かせない。何かが起こる前に、連携が取れている関係の必要性を感じる。(社会福祉士)
- ② 認知症ライフサポート研修に関する意見
- 多職種の視点の違いが異なるという事が良く分かった。多職種の視点で、より多くのニーズを洗い出し、サービスの向上に努めることが出来そうだった。これまでは、あまり感じていなかったことである。(医師)
  - この先も各地で試行事業をすすめ、内容、手法を煮詰めて欲しい。(医師)
  - 退院支援で社会資源を結び付けていく場合には、ほとんど精神福祉士に任せていたが、看護師としての支援をどんどん出していきたい。今回の研修の中で、認知症を支えていく上での色々なサービスネットワークがあることがわかり勉強になった。(看護師)
  - とても良い研修であったと思う。出来れば、2時間×3回とし、1回目と2回目のまとめとして3回目が必要と思う。(看護師)
  - 多職種でコミュニケーションを図る時間が必要。研修を通して様々な情報交換ができることで、今後、協力した体制が作っていけると思う。(看護師)
  - 意図していることなのかもしれないが、職種で分化させすぎているように感じる。(看護師)
  - 多職種協働のプロセスの重要性は良く分かったが、情報整理や目標設定、役割分担を考えるには、まず、プロ意識と向上心が求められ、日々の研鑽の足りなさを実感した。(保健師)

- 研修のねらいは理解できるが、受講者としての目新しさはなかった。(社会福祉士)
  - ライフサポートというタイトルなので、本人ニーズやサポートのあり方を考える視点として、もう少し、人の生活やその人自身をどう捉えるかということに重点を置くと良いと思った。(精神保健福祉士)
  - ライフ＝人生＝生き方、生きづらさと、捉えることが重要。サポート(ケア)とは、セルフケアをサポートすることだと思う。(社会福祉士)
  - 共通理解の6つのところは量が多すぎて納得できるところもあるが、よく理解しにくい部分、やや一方的、理想的で、現実的でない部分、地域による差などを感じた。(医師)
- ③ スライド・テキスト・ワークシートに関する意見
- ワークシートは今後も活用できそうである。(保健師)
  - スライドは、後でテキストを読む時に分かりやすい。後でゆっくり勉強したいという気持ちになった。(保健師)
  - スライドやテキストはわかりやすく良いと思う。(看護師)
  - 頁の見開き両面ともにテキストが多く、重複している内容の為どちらに目を移すか迷う。(医療事務)
- ④ グループワークについて
- グループワークの作業手順が分かり難かった(看護師)
  - 多職種でワークできたことは、良い機会になったと思う。(社会福祉士)
  - グループワークが良かった。多職種の視点、思考について、理解し合うことが大切だと思う。(保健師)
  - グループワークは、いろいろな意見が聞くことが出来て勉強になった。(医師)
  - 他のグループの意見も聞きたかった。(医師)
  - グループワークの時間は、もっと長くてしても良いのではないかな。(薬剤師)。
  - ワークの主旨が伝わりにくいところがあり、もう少し説明が欲しいところでした。(社会福祉士)
- ⑤ その他の意見
- 4時間では難しいと思う。(看護師)
  - 「ニーズ」の捉え方について、説明が不足している。(社会福祉士)
  - ニーズや目標の捉え方の例が、現状を整理することにしか視点がないので、グループワークもそれにひっぱられがちだった。(社会福祉士)
  - ファシリテータが必要である。(看護師)
  - 予め資料を渡して、予習を課してからの研修での良いのではないかな。(社会福祉士)

## 2.4 八王子市モデル研修の評価と教材の見直し

### (1)意見のまとめ

#### ①多職種協働の必要性に関する意識

- ・ 受講者は、専門領域にかかわらず、認知症ケアにおける「多職種協働」の必要性を強く認識しており、自由記述を見ても、多くの受講者が「認知症ライフサポート研修」の意義を評価していたと考えられる。一方、認知症ライフサポート研修と、アセスメント手法や単なる多職種連携に関する既存研修との違いが十分に理解されず、「目新しさを感じない」との感想も少数意見として聞かれていた。

#### ②グループワークについて

- ・ 研修全体では、特にグループワークの評価が高く、多職種相互の視点を学べる有意義な機会であったとの意見が多かった。グループワークでは、認知症の人のニーズを捉える専門職間の視点の違いが明らかになり、相互の役割を理解するきっかけづくりになると考えられる。
- ・ 一方、ワークシートの使い方を含めて、演習の進め方が分かり難いとの意見が複数あり、改善課題の1つに挙げられた。

#### ③認知症ライフサポート研修への理解

- ・ ワークシートの記載内容を見ると、認知症の人のニーズを多角的に理解することや、認知症の人の「生活を支える」「人生を支える」という視点での目標設定が、十分に理解されていないケースも確認できた。(例:目標:サービス導入、服薬管理 問題行動に対する治療 等)
- ・ また、後半の演習効果を高めるためにも、単元1で「認知症ライフサポート」の考え方を徹底して理解してもらう必要があり、説明の流れを含めてスライド構成の見直しが必要となった。

#### ④スライド・テキスト等の評価

- ・ テキスト作成において重点ポイントと考えられた単元2「認知症の人を支える2つの視点」は、逆に情報量が多すぎて受講者の混乱を招く結果となった(参考:p21 アンケート調査結果参照)。余分な情報を削除し、要となるスライドにポイントを絞ることとした。
- ・ 単元3の多職種協働のプロセスについては、「継続的な課題に対する目標」の設定・共有と、「直近の課題に対する目標」の設定・共有に関する説明が理解され難かったため、演習事例を用いた説明の工夫を行うこととした。
- ・ テキストについては、スライドと解説文のズレなどに関する意見があったものの、後半の研修で改善したこともあり、概ね見やすいとの評価を得ることができた。

### (2)教材の見直し

以上のような見直しの視点から、神戸市モデル研修に向けてのカリキュラム・テキストの修正作業が、以下の通り行われた。

①4部構成から3部構成へ

八王子市モデル研修を実施した際のカリキュラム案は、4部構成(単元1～単元4)となっていたが、神戸市モデル研修に向けた見直し作業の中で3部構成(単元1～単元3)に変更された。見直し作業に際しては、「認知症ライフサポートモデルとは何か」ということの意味が深まらなままグループワークに入ると、受講者にはその後の演習で求められていることが理解できず、グループワークの効果も半減してしまうとの課題に対応する必要があった。また、講義の中で耳にする1つひとつの言葉を、受講者自身が噛み砕いて理解できるような、具体的な説明や、講義の流れについても工夫が求められた。

具体的な変更点は、研修の重点ポイント(認知症ライフサポートの考え方、認知症ケアの理念、認知症の人のニーズを捉える2つの視点、多職種協働のプロセス等)として、当初案の単元1～単元3に分散されていた内容を、単元1に集中させ、かつ、受講者の混乱を招くような余分な情報を削除するといった作業であった。

[モデル研修1回目(八王子市モデル研修)のカリキュラム]

前半 (120分)	
単元1 (30分)	研修事業のねらいと認知症ケアの基本的な考え方について 講義(30分)
単元2 (90分)	認知症の人を支える2つの視点 講義(60分) 演習(30分) グループワーク
後半 (120分)	
単元3 (60分)	それぞれの役割とチームケア 講義(60分)
単元4 (60分)	演習(60分) グループワーク



[モデル研修2回目(神戸市モデル研修)のカリキュラム]

前半 (120分)	
単元1 (70分)	「認知症ライフサポートモデル」の考え方 講義(40分) 演習(30分) グループワーク
単元2 (50分)	それぞれの役割とチームケア 講義(50分) グループワーク
後半 (120分)	
単元3 (120分)	演習(120分) グループワーク 発表・情報共有

②テキスト修正作業(新旧対比)

スライドに関する作業内容は、以下の修正作業(新旧対比)に集約した通りである。

八王子モデル研修テキスト		神戸モデル研修テキスト	
単元1	研修のねらいと認知症ケアの基本的な考え方について	単元1	「認知症ライフサポートモデル」の考え方
	1認知症ライフサポートモデルとは		1「認知症ライフサポートモデル」とは
	事業の背景と経緯		①事業の背景と経緯
	認知症ケアにおける共通理解	新	②研究会で見えてきた認知症ケアの課題-1
	2認知症ケアにおける2つの領域	新	③研究会で見えてきた認知症ケアの課題-2
	モデル図を用いて説明		④研究会で見えてきた認知症ケアの課題-3
	3求められる2つの領域の統合	新	⑤認知症の人を支えていくために必要なこと-1
	認知症ライフサポートモデル図		⑥認知症の人を支えていくために必要なこと-2 (自己決定支援、事後資源の活用、継続性のある暮らしの支援)
	4この研修で重要なこと		⑦認知症ライフサポートモデルとは - 認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援
	5この研修の位置づけと今後の展開について		⑧そのために必要な具体的取組
	「認知症ライフサポートモデル」の今後の展開について		⑨「認知症ライフサポート研修」の位置づけ
			⑩認知症ライフサポート研修のゴールイメージ(多職種協働のステップ)
単元2	認知症の人を支える2つの視点		⑪期待される今後の展開
	この研修での認知症の捉え方		
	認知症ケアにおける2つの視点		
	2つの視点を活かした様々なアプローチ		
	パーソン・センタード・ケア	削除	
	ICFにおける「医学モデル」「社会モデル」から「統合モデル」へ		2「認知症ライフサポート」の視点から見る認知症の捉え方
	医療におけるEBMとNBIM		①この研修での認知症の捉え方-1
	2つの視点を発展させる認知症ライフサポートモデル		②この研修での認知症の捉え方-2
	認知症ライフサポートモデルに必要なこと		③「認知症ライフサポート」実践へのステップ
	認知症の人のニーズを明らかにする①		認知症の人の多様なニーズとは
	認知症の人のニーズを明らかにする②		認知症の人のニーズを明らかにする-1
	認知症の人の捉え方モデル図		認知症の人のニーズを明らかにする-2
	専門領域ごとに異なるニーズの捉え方		各々の専門職で目標を設定し、共有する1
	目標の設定と多職種間の共有		各々の専門職で目標を設定し、共有する2
	認知症の人の多様なニーズ	新	ここまでのまとめ
	多職種協働のステップ		グループワークの準備(自己紹介、グループワークの役割分担)
	事例から読み取る		
	単元2のまとめ		
単元3	それぞれの役割とチームケア	単元2	それぞれの役割とチームケア
	多職種協働のプロセス		多職種協働のプロセス
	情報の整理		情報の整理
	ニーズの整理		ニーズの整理
	認知症の人の多様なニーズ		認知症の人の多様なニーズ
	目標の設定		継続的課題に対する目標設定・共有
	多職種間の役割分担・協働		直近の課題に対する目標設定・共有
	事例を使ったプロセス説明		事例を使って、演習の流れを確認してみましょう
			新 事例
単元4	多角的視点による情報の再考		新 情報の整理
	演習		新 Work1 課題整理と目標設定:個人ワーク
			新 Work2 「継続的課題に対する目標」の設定
			新 Work3 「継続的課題に対する目標」ニーズの整理
			新 Work4 ニーズに対する直近の目標の整理
			新 Work5 多職種間の役割分担・協働
			事例を使って、目標を共有するまでのステップを説明(ねらいは、予め、グループワークの手順を理解してもらうこと)
		単元3	演習 単元2のWorkの流れにそってグループワークを進める
			新・個人ワークシート
			新・グループまとめ用 ワークシート

その他の修正作業として、解説文の補強、言葉の精査、スライドイメージを改良(スライドの文字量を減らし、見やすさを追求)、時間配分の見直し(演習時間を増やす)、グループワークのステップを明瞭化、個人ワークシート、グループワークシートの改良等が行われた。特に、「認知症ライフサポート研修」は、単なる多職種連携研修ではなく、認知症の人の ①自己決定、②自己資源の活用、③継続性のある暮らしを支える、本人主体のケアの実現であることを強調する内容とした。

これらの修正作業を経て実施した神戸市モデル研修の実施概要およびアンケート調査結果は以下の通りである。

## 第3節 神戸市モデル研修

### 3.1 実施概要

#### ①開催経緯

神戸西医療・介護地域ケアネットワークの会(エナガの会)、ならびに神戸市健康福祉局高齢福祉部介護保険課の協力を得て実施。

#### ②開催日

平成25年3月17日(日) 13時～17時20分

神戸市モデル研修の開催は休日の昼間に設定し、4時間分のプログラムを15分間の休憩を挟んで通して実施した。

#### ③参加者

神戸西医療・介護地域ケアネットワークの会の関係者を中心に、クリニックの医師・看護師、歯科医師、薬局薬剤師、訪問看護ステーション看護師、病院および介護施設の作業療法士・理学療法士、社会福祉士、居宅介護支援専門員、地域包括支援センター主任ケアマネ等、計94名が受講した。

#### ④会場

シーサイドホテル舞子ビラ神戸

### 3.2 受講者アンケートの実施

① 実施日 3月17日 Q1～Q2

※研修終了後にアンケートを記入・回収した。

②回収数 N=85:受講者94名中

「神戸市モデル研修」

Q1 単元1:「認知症ライフサポートモデルの考え方」について SQ1 単元1に関する内容の理解状況(選択肢) SQ2 説明に関する疑問や意見(自由回答) SQ3 スライドやテキストに関する意見(自由回答)
Q2 単元2:「単元2:それぞれの役割とチームケア」について SQ1 単元2に関する内容の理解状況(選択肢) SQ2 説明に関する疑問や意見(自由回答) SQ3 スライドやテキストに関する意見(自由回答)
Q3 単元3:「グループワーク」について SQ1 単元3に関する内容の理解状況(選択肢) SQ2 説明に関する疑問や意見(自由回答) SQ3 スライドやテキストに関する意見(自由回答)
Q4 多職種連携の必要性や課題意識(選択肢)
Q5 「認知症ライフサポート研修」に関するご意見ご感想等(自由回答)

※ 八王子市モデル研修後にカリキュラムの変更を行ったため、八王子と神戸のアンケート調査項目は異なる。

### 3.3 アンケート結果

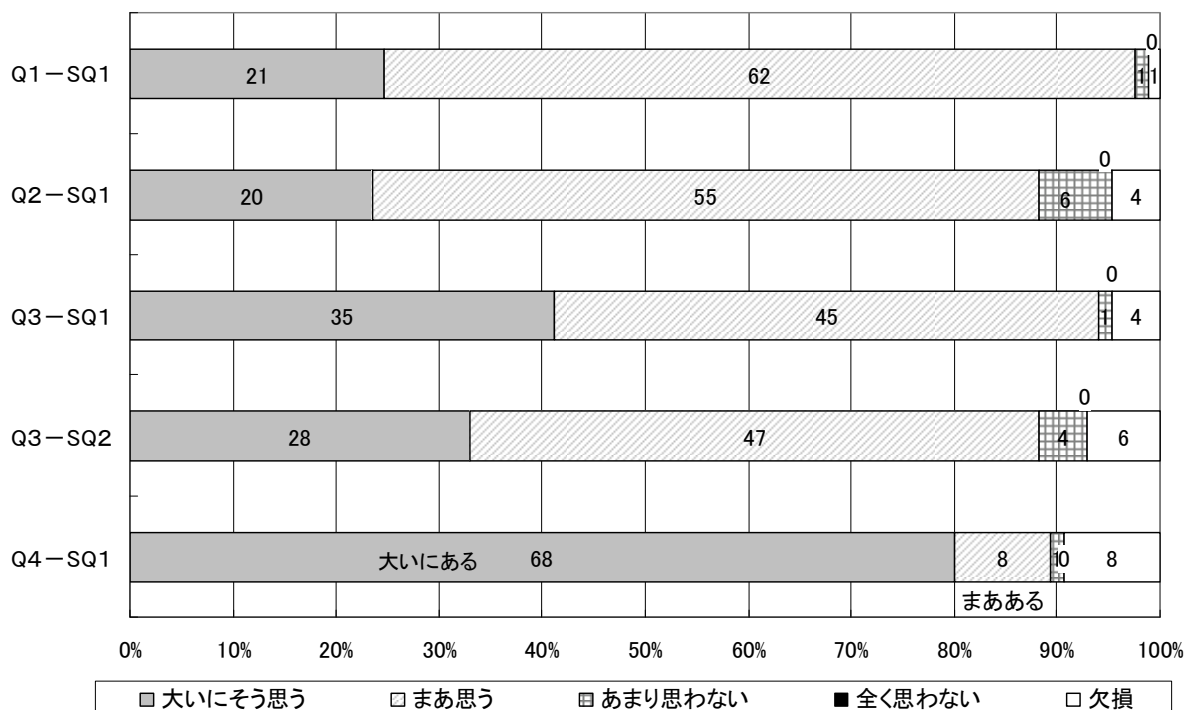
#### (1) 研修内容の理解について

単元1～単元 3(Q1～Q3)の「講義内容に関する理解状況」を見ると、いずれも「まあできた」とする回答が最も多い。「大いにそう思う」の割合は単元 3 の演習が最も高く4割以上を占めているが、いずれの項目も「大いにそう思う」と「まあ思う」を合わせて 9 割前後となっている。八王子市モデル研修で、比較的「できている」の割合が低かった単元 2 についても、9 割近くの受講者が「大いにそう思う」「まあ思う」のいずれかを選択している。

Q3-SQ2「グループワークの効果(ケアの目標の共有化)」は、「大いにそう思う」が 33%、「まあ思う」が 55.3%となっている。Q4「多職種連携の必要性や課題意識」については、八王子市モデル研修と同様に「大いにある」の割合が 8 割と、高い課題意識を示している。

[神戸市モデル研修・アンケート結果]

- Q1-SQ1: 単元1に関する内容の理解状況
- Q2-SQ1: 単元 2 に関する内容の理解状況
- Q3-SQ1: 他の職種の方との視点の違いや、専門性に関する気づき
- Q3-SQ2: グループワークの効果(ケアの目標の共有化)
- Q4-SQ1: 多職種連携の必要性や課題意識





## (2) 自由回答の主な意見

### ① 多職種連携の必要性に関する意見

- 医師は患者と接する時間が少なく状況把握が不十分である。他職種の方や、家族、サポートして下さる方々の情報は大いに参考になる。(医師)
- 地域の中で、認知症の方及びその家族の抱える問題の大変さ、大きさを常に感じています。医療だけでは到底解決出来ない事も多く、暮らし生活を支えながらいかに継続したしっかりした医療を提供出来るかは、多くの方の眼が必要です。それをコーディネートする地域のリーダーの育成が急務と思われれます。(医師)
- 大きな目標にちがいはない様に思うが、多くの職種の顔の見える連携がもっと必要になろうかと感じた。(歯科医師)
- 具体的で、目標を達成する事を再認識しました。多職種と力を合せられる環境を整えていきたい。(看護職)
- いつも思っていてなかなか言えなかったことが伝えられたので、他職種の方とお話できる機会を作って頂きありがとうございます。Dr も地域に関わりたいと思って下さっているのを知ってとても心強く感じました。(看護師)
- (多職種連携の課題は、)やはり「問題視」し過ぎている事だと思います。連携以前の問題ですね。やはり認知症の人が何に困惑し、何に行き詰まり、何を望んでいるのにうまくいかないのか？を捉える観点が抜けていては「ケア者主体のケア」に違いはつくれないのではないのでしょうか？(相談員)
- 他職種で同じ人を見ても重要と感じる点の異なる事に気付かされた。又、連携する事から自分の担当する職能をより活かせる事を実感しました。(薬剤師)
- その人らしさの人生を全うするための施策を如何に行うのか、多職種の知識が必要なことがよくわかった。(医師)

### ② 認知症ライフサポート研修に関する意見

- 抽象的な内容が多く、今少し具体例等を加えたらよいと思った。(医師)
- 内容が理想的、抽象的であり具体的なイメージが分からなかった。”本人のニーズ”についてはよく分かった。(医師)
- 一人ひとり時間的な制約があり、皆が一緒に集まり検討することが困難であると思いますが、介護者側にその評価をつけてもらうことができれば可能となる可能性は高くなると思います。(歯科医師)
- 内容が濃い。日頃行なっているケア(認知症)を再確認する事が出来ましたが、チームで見る事の限界を感じていますので、この研修を無駄にしない様、継続して現実化して行きたいです。(看護師)
- 抽象的すぎるのがわかり難かった。具体例があった方がふに落ちやすい。(社会福祉士)

- 目標を提示するのではなく、聞いて一緒に考えていく必要があると感じました。(薬剤師)
  - お互いの具体的な職種や考え方を知ることができ、チームとしてトータルサポートをするメリットが見られたように思う。一つの症状(状態)の考え方、捉え方が異なることも知ることができた。(薬剤師)
- ③ スライド・テキスト・ワークシートに関する意見
- ポイントが絞られており、わかりやすかった。(医師)。
  - 認知症のスライドはわかりやすかったですが、イラスト等を入れるとさらにイメージしやすいのではないか。(医師)
  - 聞き慣れない言葉が多く説明が難しく感じた。(歯科医師)
  - スライドとテキストが連動していてわかりやすいと思いました。後で見直したり参加していない人にも伝えやすいと思います。(看護師)
  - 「生活のしづらさ」を観点として盛り込んでいますが、その後につながっていないように思いました。P17 ステップ2「認知症の人のニーズを明らかにする」は、私の認識では、「生活のしづらさの要因＝なににつまずいているのか」を明らかにすることではないかと思っています。しかし、ステップ3「各職種の目標を設定し共有する」の段階で「専門職からみて課題だと思われる事」が前面に出てきてしまうため「本人の困りごと」が置去りになってしまったグループワークになったのではないかと思います。(相談員)
  - 定義や考えの方向性についての説明が必ず付随しており、わかりやすかった(地域包括支援センター)
- ④ グループワークについて
- 事例演習について必要な情報が不足していたと思いました。多職種から指摘がありました。この研修会で多職種の考えや意見を聞くことが出来るよい機会となりました。こうした集いが各地域で行なわれるような仕組み(具体的な)が重要になってくるでしょう。(医師)
  - このようなグループワークに初めて参加したので、どのように取り組んでいいのか良く分からなかった。個人ワークの時間がもう少し長いと良かった。(歯科医師)
  - 「目標」「ニーズ」の捉え方がグループ内でバラバラでした。(相談員)
  - ”継続的課題に対する目標””目標に対してのニーズ””直近の課題に対する目標”の意味、流れがしっかり理解できればもっとスムーズに考えられるかと思います。(地域包括支援センター)
- ⑤ その他の意見
- Off-JT から OJT へのつながりが重要と思われるが、このプロセスを地域でいかに誰が

- 構築していくか、いかなる仕組作りが必要か、マニュアルが作れるかが問題。(医師)
- 一度の研修ですべてが理解できることは困難である。くりかえし、多方面からの研修が必要と思われる。(医師)
  - 認知症の人への支援作りに医療・介護を結びつける人材は果たして誰の役割かということも思った。(看護師)
  - 医師の参加しやすい状況があるのが良いと思った。とにかく、多職種で会うことから始めなくてはならない。どれだけ医療職と福祉職が同じ場で顔を合わせられるか。一番良い研修は、本当の事例で関わるチームを、本当に集めて(行政権限で)するのが良いと思った。(社会福祉士)
  - ずっと昔に受けたケアマネジャーの資格取得のための講習会を思い出しました。なかなか理想を現実化するのは難しいと改めて感じました。(薬剤師)
  - 今後もし可能ならば医療関係者のみならず、実際に認知症のご家族があおられる方も一緒に参加していける地域づくりになっていけるような研修会にしてほしいです。(理学療法士)
  - 専門職でない家族や地域の方はチームに入らないのですか？(地域包括支援センター)

## 第4節 今後の課題

以上のように、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(「認知症ライフサポート研修」)は、二度にわたるモデル研修事業の評価を踏まえ、ワーキング委員会による改良を重ねた結果として、第三章に示す「研修計画書」と「研修テキスト」という形で成果物にまとめあげた。

しかし、この教材開発は、認知症ケアにおける実践的な多職種協働を目指すという未知なる取り組みであることから、今後、引き続き改良を重ねていく必要があると考えられる。また、これらの教材を活用して、各市町村で多職種協働のコアとなる人材を育成していくことも、認知症ライフサポートモデルをあらゆる領域に浸透させていく上では重要な取り組みとなる。以下には、次年度以降の研究課題として取り組むべき具体的な取り組み課題を整理した。

### ○地域における研修事業の推進

認知症ライフサポート研修の普及にあたっては、研修会の企画そのものに、各地域の行政、医師会、介護サービス事業者団体等が一体となって取り組むことが重要である。認知症ライフサポート研修の意図するねらいは、医療と介護を含む各領域が、お互いの認識や考え方の違いを埋めるところが始まると考えている。その牽引役となる領域ごとのコアメンバーが集い、研修事業の意義を話し合い、共に推進していく体制を作ることが、地域の中で取り組むべき、はじめの一歩である。

○講師養成

今後、この研修事業を普及・推進していく上では、「認知症ライフサポートモデル」の意味や、研修事業の意義をしっかりと伝えていくことの出来る講師養成が必須である。

○付随する教材の作成

全国的な研修の実施が望まれる研修事業であり、研修内容の均質化を図る必要があるため、講義の要となる部分を映像教材として仕上げる等、次年度以降も付随する教材開発に取り組んでいく必要がある。また、テキスト、映像教材、演習ワークシートに加えて、研修主催者向けのガイド、講師用ガイド、ファシリテータガイド等をパッケージで提供していく必要がある

○テキストのブラッシュアップ

平成 24 年度事業の区切りとしてまとめたテキスト案については、次年度以降、継続的に内容のブラッシュアップを図っていくことが求められる。

※ 平成 24 年度の成果物としてまとめたカリキュラム、ならびにテキスト案は本稿第3章に掲載した。

## 第3章 認知症ライフサポート研修テキスト

## 第3章 認知症ライフサポートテキスト

### 第1節 研修計画

実施概要	
研修のねらい	<p>認知症ライフサポート研修は、認知症ケアに携わる様々な専門職が「認知症の人の生活や人生を支えてゆく」という共通の目的を持って、①本人のニーズを多面的に捉えること、②専門職間の目標を共有すること、③専門職相互の役割や機能を理解すること、そして、④チームケアに取り組むこと等に取り組んでいくこと等を推進していく専門職の人材育成をねらいとしている。この研修を多職種協働の入り口にあるきっかけと捉えて、実践場面における多職種間の「連携」、「協働」、「統合」を図り、チームケアの進展を目指そうとする意図がある。</p> <p>なお、研修のベースにある考え方は、認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援のあり方をモデルとしてまとめた「認知症ライフサポートモデル<sup>6</sup>」に基づいており、このモデルが目的とする、以下の点を多職種協働により支えていくことが目的である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 認知症の人の自己決定を支えること</li> <li>○ 認知症の人のニーズを明らかにすること</li> <li>○ 各々の職種で目標を設定し、多職種間で共有すること</li> <li>○ 各々の職種が連携・協働すること</li> </ul>
活用方法	<p>平成 25 年度から始まる認知症多職種協働研修等事業等の活用により、各市町村で実施することが可能である。より幅広い領域を視野に入れて、認知症の人に関わる専門職の参加を呼びかけていくことが重要であり、市町村、医療・介護等の各ネットワーク、地域包括支援センター等との連携を図りながら、地域の特性に応じた柔軟な開催が想定される</p> <p>また、介護施設等におけるチームケア推進のための事業所内研修として用いていくことも有効である。</p>
達成目標	<p>①認知症の人のニーズを捉える「2つの視点」を学び、多職種協働の大切さに気づくこと</p> <p>認知症の人を理解する上では、本人が有する病態に関する視点(医療が担ってきた領域)と、認知症の人の思いを捉えながら総合的、継続的に生活・人生を支えてゆく視点(介護が担ってきた領域)の二つの基本的な視点が必要であることを学び、多職種協働やチームケアの重要性に気づくこと。</p> <p>②多職種協働のプロセスを理解し、実際の多職種協働の実践に結びつけること</p> <p>認知症ライフサポート研修における、多職種協働のためのプロセス(①認知症の人の情</p>

<sup>6</sup> 株式会社ニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」(平成 23 年度)

	<p>報やニーズに関する情報共有、②「継続的な課題に対する目標」の設定・共有、③「直近の課題に対する目標」の設定・共有、④専門職ごとの役割分担と協働)を理解し、地域の実情に応じた、実際の多職種協働やチームケアにつなげていくこと。</p> <p>③認知症ケアの理念・目的を多職種間で共有し、医療と介護を含む統合的な認知症ケアを提供できること</p> <p>認知症の人への「自己決定の支援」「自己資源の活用」「継続性のある暮らし」を心がけながら、それぞれの専門職が同じ目的や目標に向けて機能を発揮し、医療と介護とを含む統合的なケアを実践できるようになること。</p>	
講師、および ファシリテータ	(想定)認知症サポート医、認知症介護指導者、保健師、地域で独自に養成している認知症ケアの専門職 等	
対象者	社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、ケアマネジャー、医師、看護師、療法士、臨床心理士、薬剤師 等 認知症ケアに携わる全ての専門職	
意義	<p>認知症ライフサポート研修の意義は2つの側面があると考えられる。</p> <p>○啓発的側面(認知症ケアに携わる全ての専門職を対象に)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケアに携わる専門職の共通ベースをつくること</li> <li>・認知症ケアの理念や認知症ライフサポートモデルの普及・浸透を図ること</li> <li>・多職種協働の基盤づくりを進めること</li> </ul> <p>○戦略的側面(専門領域ごとのリーダー層を対象に)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種協働を具体的な実践やチームづくりに活かしていくこと</li> <li>・専門領域ごとの多職種協働の推進役を戦略的に養成していくこと</li> </ul> <p>※地域の実情に応じて、様々な活用の仕方が考えられる。</p>	
単元 (履修時間)	単元1 「認知症ライフサポートモデル」の考え方 1「認知症ライフサポートモデル」とは 2「認知症ライフサポート」の視点から見る認知症の捉え方	70分
	単元2 それぞれの役割とチームケア 1 多職種協働のプロセス 2 事例を用いた演習の流れの理解	50分
	単元3 演習(グループワーク)	120分
	合計	240分

単元 1 の詳細	
単元 1	単元1 「認知症ライフサポートモデル」の考え方
履 修 時 間	70 分
単 元 の ね ら い	単元1では、「認知症ライフサポート研修」のねらいや意義を確認するとともに、「認知症ライフサポートモデル」とは何か、また、「認知症ライフサポートモデル」が、なぜ多職種協働やチームを大切にしようとしているのかを、これまでの認知症ケアの課題に照らしながら理解してもらおう。
講義の流れとポイント	<p>1「認知症ライフサポートモデル」とは</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①事業の背景と経緯</li> <li>②研究会で見えてきた認知症ケアの課題-1</li> <li>③研究会で見えてきた認知症ケアの課題-2</li> <li>④研究会で見えてきた認知症ケアの課題-3</li> <li>⑤認知症の人を支えていくために必要なこと-1</li> <li>⑥認知症の人を支えていくために必要なこと-2 (自己決定支援、事後資源の活用、継続性のある暮らしの支援)</li> <li>⑦認知症ライフサポートモデルとは —認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援</li> <li>⑧そのために必要な具体的取組</li> <li>⑨「認知症ライフサポート研修」の位置づけ</li> <li>⑩認知症ライフサポート研修のゴールイメージ (多職種協働のステップ)</li> <li>⑪期待される今後の展開</li> </ul> <hr/> <p>2「認知症ライフサポート」の視点から見る認知症の捉え方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①この研修での認知症の捉え方-1</li> <li>②この研修での認知症の捉え方-2</li> <li>③「認知症ライフサポート」実践へのステップ</li> </ul> <p>認知症の人の多様なニーズとは 認知症の人のニーズを明らかにする-1</p>



		<p>認知症の人のニーズを明らかにする-2</p> <p>各々の専門職で目標を設定し、共有する 1</p> <p>各々の専門職で目標を設定し、共有する 2</p> <p>ここまでのまとめ</p>
		<p>3 グループディスカッション(グループワークの準備)</p> <p>①グループの中で、自己紹介をお願いします。</p> <p>②進行者 1 人、記録者1人、発表者1人 を決めてください。</p> <p>③前半の講義について、それぞれが理解したことを共有してください。</p> <p>④共有されたことをグループごとに発表していただき、会場の全体でも共有したいと思います。</p>
	教 材	テキスト

単元2の詳細		
単元2	単元2 それぞれの役割とチームケア	
	履修時間	50分
	単元のねらい	この単元では、専門職それぞれの視点を相互に活かしながら、多職種協働のプロセスを確認し、これから行うグループワークの流れを理解する。
	講義の詳細とポイント	<p>1 多職種協働のプロセス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種協働のプロセス</li> <li>・ 情報の整理</li> <li>・ ニーズの整理</li> <li>・ 認知症の人の多様なニーズ</li> <li>・ 継続的課題に対する目標設定・共有</li> <li>・ 直近の課題に対する目標設定・共有</li> </ul> <p>2 事例1を用いた演習の流れの理解</p> <p>Work1 課題整理と目標設定:個人ワーク</p> <p>Work2 「継続的課題に対する目標」の設定</p> <p>Work3 「継続的課題に対する目標」ニーズの整理</p> <p>Work4 ニーズに対する直近の目標の整理</p> <p>Work5 多職種間の役割分担・協働</p>
	教材	テキスト

単元3の詳細

単元3	単元3 演習	
	履 修 時 間	120 分
	単 元 の ね ら い	<p>事例検討を通じて、各々の専門職が捉えるニーズの違いを理解したり、そのニーズを多職種間で共有したりしながら、多職種相互の理解を深める。</p> <p>また、認知症の人の多様なニーズの捉えにより、「認知症ライフサポートモデル」を踏まえた目標設定を一緒に行い、目標達成を目指すための具体的な役割分担・協働を考える。</p>
	講義の詳細とポイント	<p>1 事例 2 を用いたグループワーク</p> <p>Work1 課題整理と目標設定：個人ワーク</p> <p>Work2 「継続的課題に対する目標」の設定</p> <p>Work3 「継続的課題に対する目標」ニーズの整理</p> <p>Work4 ニーズに対する直近の目標の整理</p> <p>Work5 多職種間の役割分担・協働</p> <p>2 グループごとの発表</p> <p>3 演習のまとめ</p>
教材・参考資料等	テキスト、ワークシート 1～3、事例：要介護認定の調査項目	

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)

認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに  
関する研究事業

## 認知症ライフサポート研修（モデル研修版）

前半（120分）	
単元1（70分）	「認知症ライフサポートモデル」の考え方 講義（40分） 演習（30分） グループワーク
単元2（50分）	それぞれの役割とチームケア 講義（50分） グループワーク
後半（120分）	
単元3（120分）	演習（120分） グループワーク 発表・情報共有

&lt;スライド1-1 &gt;

## 単元1 「認知症ライフサポートモデル」の考え方

### <単元1のねらい>

- 「認知症ライフサポートモデル」の基本的な考え方を理解する
- 「認知症ライフサポート」の視点で、多職種協働をイメージする
- 情報の整理、ニーズの整理、目標設定と共有等の多職種協働のプロセスをイメージする

単元1は、この研修事業のねらいや意義を確認するとともに、「認知症ライフサポートモデル」とは何か、また、「認知症ライフサポートモデル」が、なぜ多職種協働やチームを大切にしようとしているのかを、これまでの認知症ケアの課題に照らしながら考えます。

また、今後の認知症施策における、本研修事業の位置づけについても押さえていきたいと思います。

<スライド1-2 >

## 1. 「認知症ライフサポートモデル」とは

はじめに、「認知症ライフサポートモデル」が、どのような考え方や目的により作られているのかをご説明します。

&lt;スライド1-3 &gt;

## ① 事業の背景と経緯

- 認知症ケアに関連する様々な課題
- 「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」(平成23年度)の実施

認知症ケアモデル(認知症ライフサポートモデル)の策定

- 「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業(平成24年度)」の実施

認知症ケアモデル研修の開発とモデル研修事業の実施

## 【事業の背景と経緯】

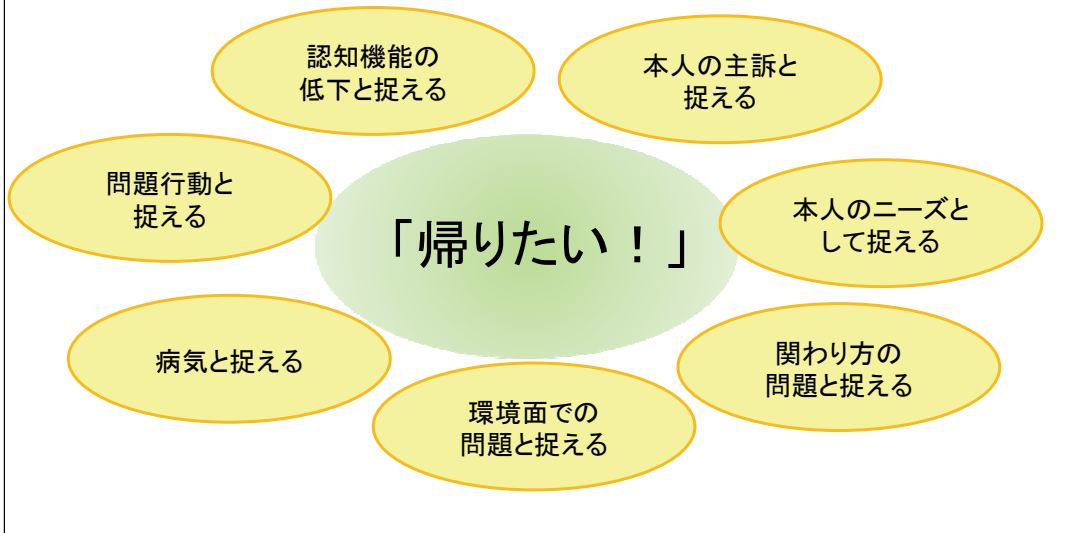
「認知症ライフサポートモデル」は、平成23年度に実施された厚生労働省の事業「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」の中で、その必要性が話し合われ策定されました。この研究会は、認知症の人に関わる専門職が、認知症に関する基礎知識や総合的な支援に対する共通理解を持って携わっていくことが必要なのではないかとの、社会的な求めを受けて始まったものです。

専門職それぞれの視点を統合させたり、目標を共有したりしながら、チームで認知症の人を支えていくためのモデルとして「認知症ライフサポートモデル」は考え出されたのです。

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

&lt;スライド1-4 &gt;

## ② 研究会で見えてきた認知症ケアの課題-1

専門職ごとの「認知症の人を理解する」  
視点が異なる

## 【研究会で見えてきた認知症ケアの課題 -1】

研究会ではまず、認知症の人に対するケア現場の課題を洗い出し整理しました。

その中で見えてきたことは、認知症の人が十人十色であるのと同じように、ケアに携わる援助者一人ひとりの「認知症の人を理解する視点」がそれぞれ異なっているということでした。

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

どれが正しいのかではなく、「視点が異なっている」ことを認識する必要があることが見えてきました。



<スライド1-5 >

③ 研究会で見えてきた認知症ケアの課題-2

認知症ケアに関わる専門職間で  
共通理解が図られていない

専門職ごとに  
「認知症の人」の捉え方が違う

つながりのない  
バラバラなケア

ケアの目標が異なる

課題解決できないと、  
本人の居場所を移してしまう

自分の専門領域の  
情報だけで対応する

【研究会で見えてきた認知症ケアの課題 -2】

認知症の人を捉える視点の違いは、個人の育ってきた背景に加え専門とする分野によっても生じてきます。

それを自覚して共通理解を図らないと、様々な専門職が、自分の専門領域の知識や情報だけで対応をしてしまい、結果としてつながりのないバラバラなケアを提供することになってしまったり、それぞれの専門職の立てた目標が、相反するものになっていたり……ということが起きてしまうと考えられます。

<スライド1-6>

④ 研究会で見えてきた認知症ケアの課題-3

**認知症の人を支えてきた  
2つの領域とその隙間**

**医療が担ってきた領域**

**認知症**

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

の

**介護が担ってきた領域**

**人**

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

**【認知症の人を支えてきた2つの領域とその隙間】**

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

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等を対象にしながら、鑑別診断やサービス提供現場(在宅・事業所等)への医療的サポート、本人・家族への心理的側面への支援、教育等の役割を担ってきた部分だと考えられます。

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・人生に焦点をあてた、生活全般を支えていく役割を担ってきた部分だと考えられます。

それぞれの領域には、認知症の人を支えていくうえで必要となる貴重な情報が蓄積されています。

しかし、それらの貴重な情報や専門職の視点で捉えた認知症の人のニーズは、それぞれの専門領域に埋もれたまま、多職種の間で共有されてこなかった現実もあります。

<スライド1-5>で見た専門職間の認識の違いに加え、「医療」と「介護」という2つの専門領域間では、認知症の人の捉え方や関わり方、そして認知症の人を支えていく上での役割が特に大きく異なるため、双方が共通理解を持つことがなかなかできずにいる状況があります。

&lt;スライド1-7 &gt;

**⑤ 認知症の人を支えていくために必要なこと-1**

- 本人のニーズを多面的に捉える
- 専門職間の目標を共有する
- 専門職相互の役割や機能を理解する
- チームケアに取り組む

これらを意識し大切にしていくことで.....

**【認知症の人を支えていくために必要なこと-1】**

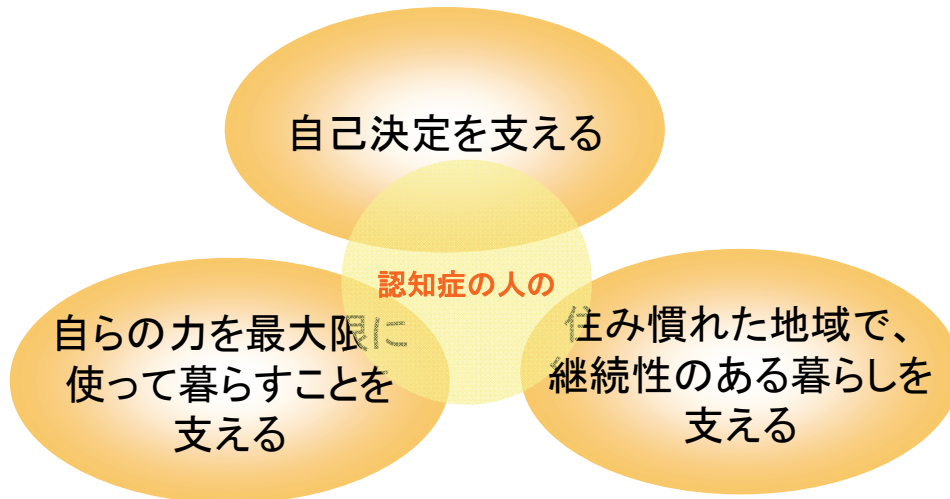
研究会では、専門職や専門領域による視点や課題の捉え方の違いを踏まえ、認知症の人を多職種で支えていくために必要なことを次のようにまとめました。

- **本人のニーズを多面的に捉える**: 自分の分野の専門知識だけでなく、他の職種の人たちの視点も意識してご本人を見る。ご本人の「生活」や「人生」といったことも視野に入れる。
- **専門職間の目標を共有する**: それぞれの専門職における短期的な目標や専門分野に特有な目標は異なっても、その先にご本人を中心とした大きな共通の目標があることを理解し、進んでいく。
- **専門職相互の役割や機能を理解する**: 協働する相手を知ること。協働しようとしている相手は何が得意でどんな役割を持っているのかを理解し、相手の役割を補える自分の専門職の強み、相手の役割と合わさって相乗効果が得られる部分は何かを考えてみる。
- **チームケアに取り組む**: 上記を踏まえたうえで、ばらばらではなくチームで認知症の人に関わっていく。

<スライド1-8>

## ⑥ 認知症の人を支援していくために必要なこと-2

### 以下のことを目指します



#### 【認知症の人を支援していくために必要なこと-2】

- 本人のニーズを多面的に捉える
- 専門職間の全体目標を共有する
- 専門職相互の役割や機能を理解する
- チームケアに取り組む

ということを意識し大切にしながら、今後目指していくべきことは、大きく以下の3つの点と考えます。

- ①自己決定を支援していくこと
- ②自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること
- ③住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支援していくこと

支援する側からの押しつけではなく、本人の力を最大限に活かしながら、本人が希望すれば今いるその場所で最善を尽くすことが必要です。また、そのための支援は多職種協働なしには実現できません。

※参考:「認知症ライフサポートモデルの根幹にある考え方」・・・資料編 資料2

<スライド1-9 >

⑦ 「認知症ライフサポートモデル」とは  
 ー 認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援

**認知症ライフサポートモデル**

<b>認知症</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳の器質的変化に伴う機能の低下 および症状</li> <li>・診断、治療</li> <li>・家族・本人への心理的教育的アプローチ</li> </ul>
<b>の</b>	<p><b>支援の大きな目標を共有する 情報共有と役割分担</b></p>
<b>人</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・焦点は人、生活、人生</li> <li>・自己決定、自己実現、自己資源の活用</li> <li>・権利擁護</li> <li>・環境からのアプローチと生活支援</li> <li>・地域とのつながりある暮らし</li> </ul>

【「認知症ライフサポートモデル」とは】

ここで、本委員会における「認知症ライフサポートモデル」の定義をご説明します。

◆「認知症ライフサポートモデル」とは、

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

※認知症の人を支えるには、

- (1) 疾病および体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、
- (2) 早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活支援を中心とする支援が求められます。

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

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

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

<スライド1-10 >

⑧ そのために必要な具体的な取り組み

「認知症ライフサポート研修」  
(多職種協働・チームケアの推進)

多職種協働のための基盤づくりと  
身近な地域でのチームづくり

地域での「認知症ライフサポートモデル」の実現

【そのために必要な具体的な取り組み】

「認知症ライフサポートモデル」をそれぞれの地域で形づくっていくためには

- ・多職種協働のための基盤づくり
- ・身近な地域でのチームづくり

が欠かせません。

それらを支援する意味で「認知症ライフサポート研修」を実施していくことになりました。

&lt;スライド1-11 &gt;

## ⑨ 「認知症ライフサポート研修」の位置づけ

## 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)

7. 医療・介護を担う人材の育成

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

## 【「認知症ライフサポート研修」の位置づけ】

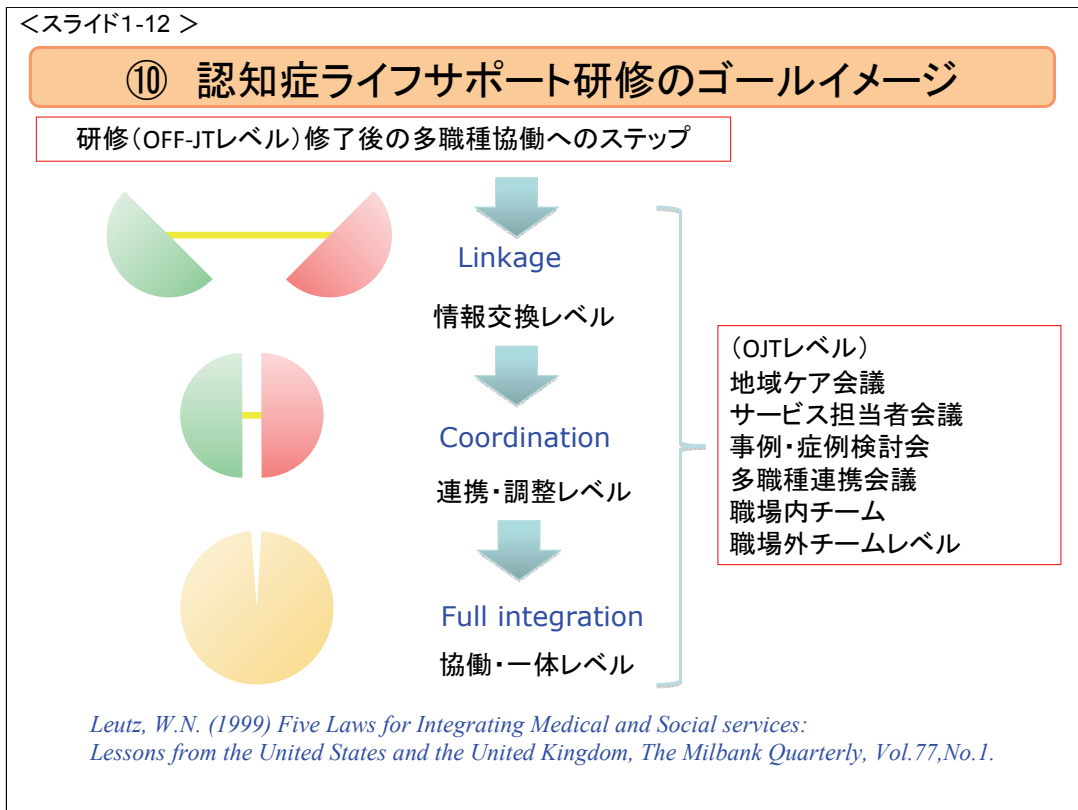
増え続ける認知症高齢者数を背景に、2012年6月、厚労省の認知症施策検討プロジェクトチームが公表した報告書「今後の認知症施策の方向性について」では、認知症施策の具体的な方針が打ち出されました。

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

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

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

※ 参考:認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)・・・資料編 資料1



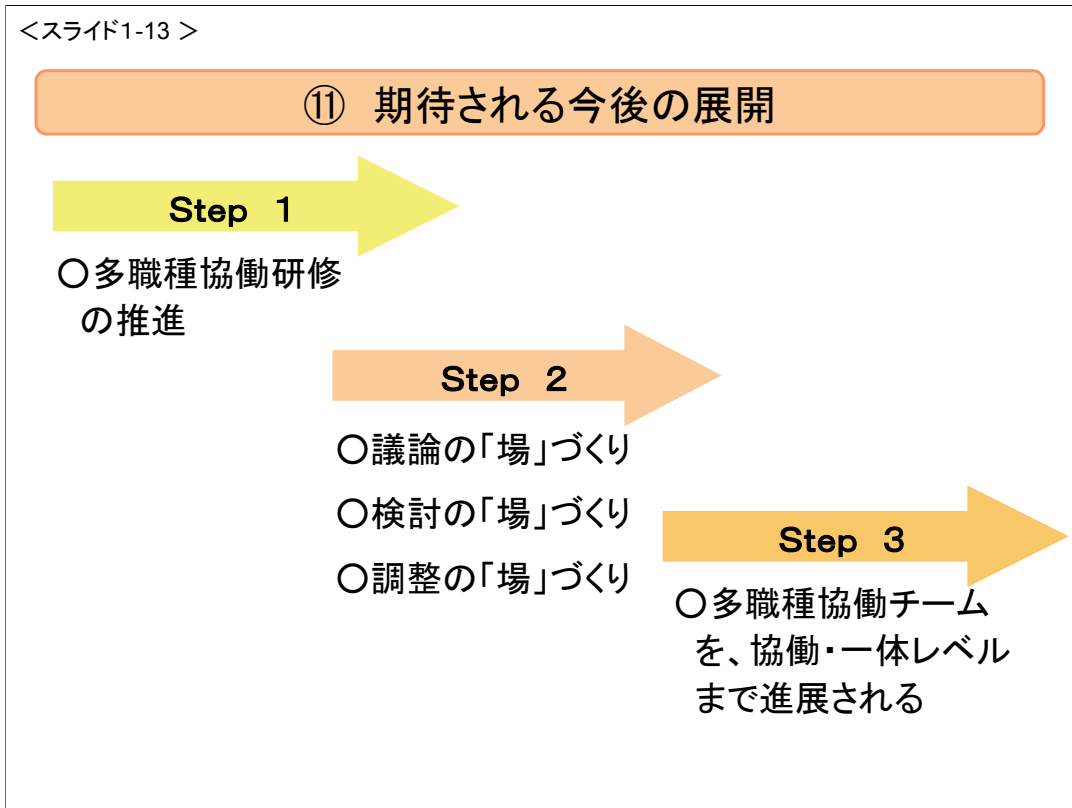
【「認知症ライフサポート研修」のゴールイメージ】

この図は、多職種協働のステップをイメージ化したものです。

今回の「認知症ライフサポート研修」を多職種協働の入り口にあるきっかけと捉えていただき、図に示しているような、実際の場面における「連携」⇒「協働」⇒「統合」に向けて、チームの伸展を目指すことを期待しています。

研修はOff-JT (Off the Job Training: 認知症ライフサポート研修)として行いますが、研修の目的はこの場だけで達成することはできません。研修のテーマを各々の地域に持ち帰り、チームの中で繰り返し情報の共有や目標達成に向けた協働作業を行うOJT (On the Job Training: 地域実践を通じた成長)を通じて、チームの協働・一体レベルをGoal (研修の達成目標)とと考えています。





**【期待される今後の展開】**

認知症の人を支えるための多職種協働に焦点を当てた「認知症ライフサポート研修」は、より幅広い領域から、認知症の人に関わる専門職の方に参加していただき、「認知症ライフサポートモデル」や多職種協働の基本的な考え方を学んでいただきたいと思います。

また、演習事例を用いたグループワークを取り入れることで、お互いの専門性や役割を理解し合い、同じ地域の中で認知症の人を支える専門職同士の“顔が見える関係づくり”にも、活かしていただければ幸いです。

限られた研修時間の中では、この研修が今後の多職種協働のきっかけづくりに留まる可能性もありますが、こうした出会いを実際のケア現場で多職種が集まれる「場作り」や、多職種協働チーム、地域ケア会議、施設内チーム等の具体的な活動（「人」と「場」との統合）につなげていただくことを願っています。

<スライド1-14 >

## 2. 「認知症ライフサポート」の視点から見る認知症の捉え方

&lt;スライド1-15 &gt;

## ① この研修での認知症の捉え方-1

この研修では、認知症を単に「原因疾患による症状」としてみるのではなく、

原因疾患による認知機能の低下

や

もともとある個人特性と環境との相互作用

などによって起きる

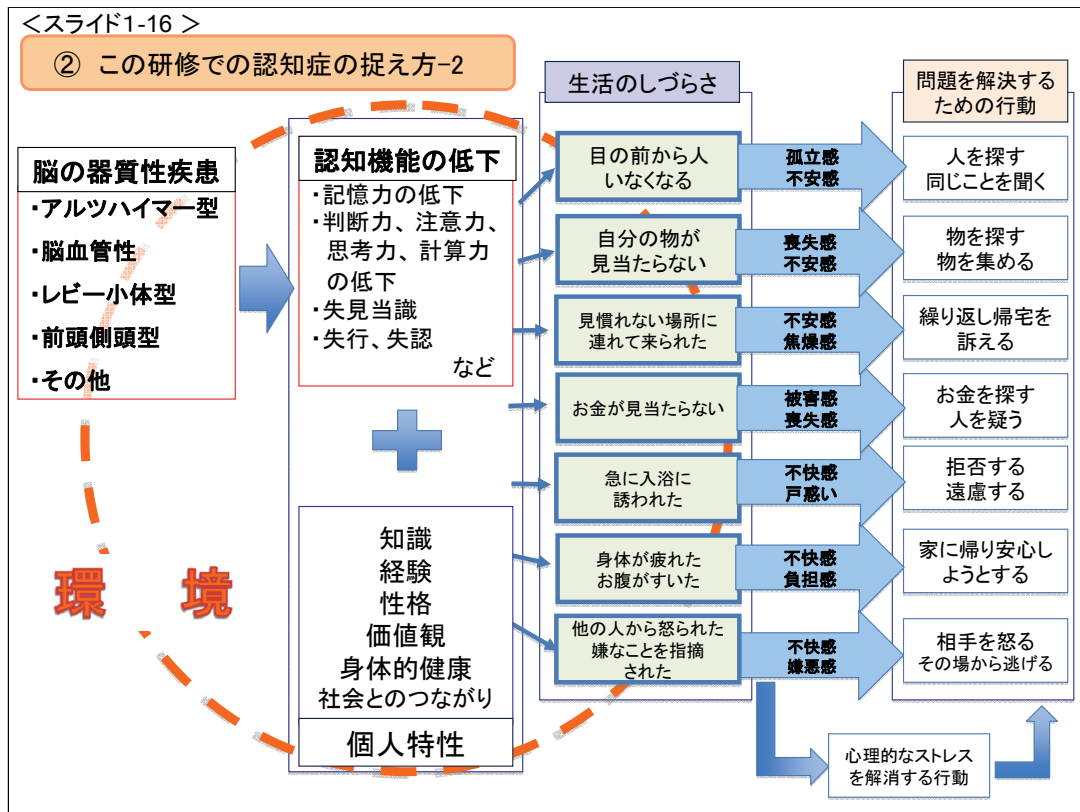
「生活のしづらさが現れた状態」

として捉えます

## 【この研修での認知症の捉え方】

「認知症ライフサポート研修」では、認知症を単なる“中核症状”や“行動・心理症状”が現れる病気と捉えるのではなく、「①原因疾患による認知機能の低下や、②もともとある個人特性と環境との相互作用によって、生活上の困りごとや生活のしづらさが現れた状態」と捉えて、講義を進めていきます。

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



【この研修での認知症の捉え方】

もう少し細かくみていきましょう。

認知症は、脳の器質性疾患による認知機能が低下が起こり、その結果として社会生活の水準が低下した状態と説明することができますが、原因疾患からその人の状態を理解する以前に、個人の特性を踏まえて本人が置かれている状況・状態を理解する必要があります。

認知症の人は、自分を取り巻く環境と認知機能の低下(記憶力の低下、判断力や思考力の低下等)との相互作用により、様々な「生活のしづらさ」を体験することになります。

その生活のしづらさは、認知症の人に様々な感情(不快感、不安感、喪失感、焦燥感、怒り、戸惑い、悲しみ等)を引き起こし、その結果として「探し物ばかりしている」「繰り返し帰宅したいと訴える」「お金を盗ったと人を疑う」「大声を出したり、暴力をふるう」等の状況につながっていきます。

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

認知症の人の生活のしづらさは、本人を取り巻く環境と認知機能の低下との相互作用に生じてくるものです。そのため、生活のしづらさを解消するための支援にも、身体の状態や認知機能の低下に対応していくこと(疾患や認知機能の低下から捉える医学的視点)と、生活環境の改善に向けた支援(本人の願いや思いを支えてゆく生活支援の視点)の両面が必要になるという理解が求められます。

<スライド1-17>

### ③ 「認知症ライフサポート」実践へのステップ

#### ステップ 1

1. 「認知症ライフサポートモデル」の目的を共有する  
自己決定支援   自己資源の活用   生活の継続性への支援

#### ステップ 2

2. 認知症の人のニーズを明らかにする

#### ステップ 3

3. 各々の職種で目標を設定し、共有する

#### ステップ 4

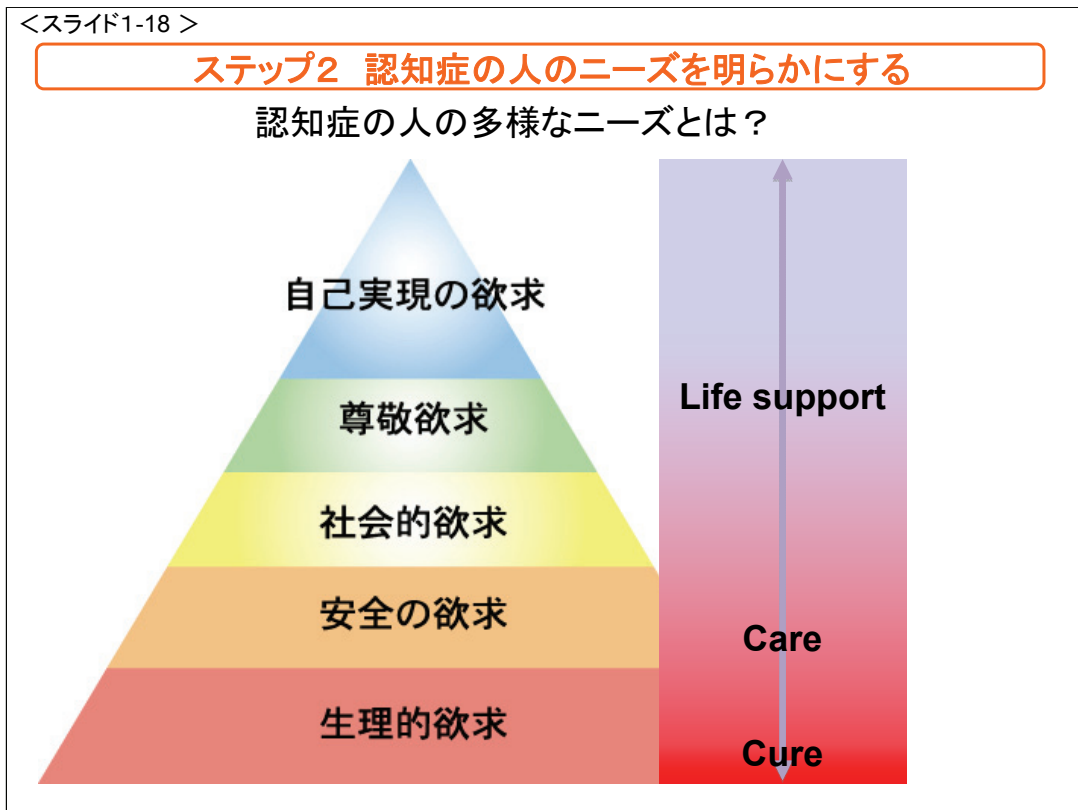
4. 各々の職種が連携・協働する(研修のゴールイメージ)

#### 【「認知症ライフサポート」実践へのステップ】

「認知症ライフサポートモデル」の構築(「認知症ライフサポート」の実践)には、次の4つのプロセスが必要であると考えられます。

1. 「認知症ライフサポートモデル」が目指す目的
  - (1) 自己決定を支える(自己決定支援)
  - (2) 自らの力を最大限に使って暮らすことを支える(自己資源の活用)
  - (3) 住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支える(生活の継続性への支援)
 を共有したうえで、
2. 認知症の人のニーズを明らかにする
  - (1) 認知症の人の多様なニーズ捉え
  - (2) 専門職として認知症の人のニーズを捉え
  - (3) 専門職間でニーズを共有する
3. 各々の職種間で目標を設定し多職種間で共有する
  - (1) 捉えたニーズから目標を設定する
  - (2) (その目標を) 専門職間で共有し
  - (3) 全体としての目標を共有する
4. 各々の職種が連携・協働して認知症の人を支えていく  
 (研修のゴールイメージ)

※以降、スライドの「ステップ2」以降を説明します。



【「認知症ライフサポート」実践へのステップ】

○ステップ2: 認知症の人の多様なニーズとは？

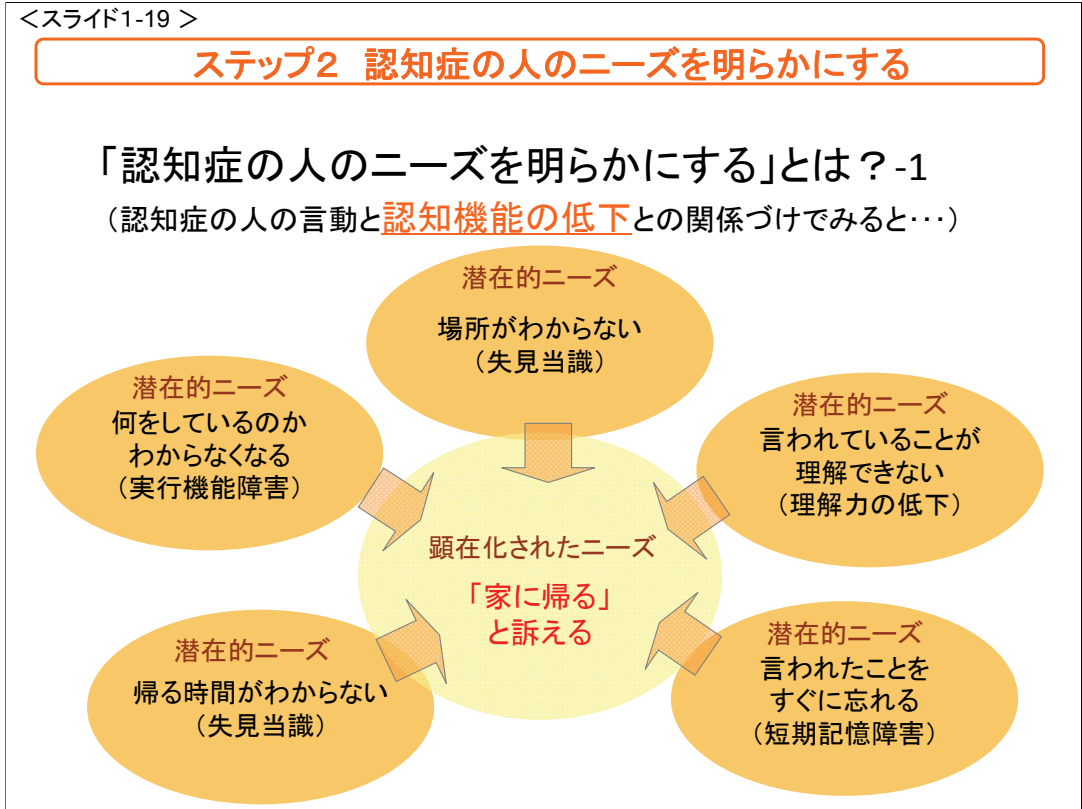
ここで「ニーズ」について整理してみましょう。

この研修では、認知症の人が示す行動や言葉を「顕在化されたニーズ」と呼びます。また、専門職が捉えたニーズを「潜在的ニーズ」と呼びます。

この図(スライド1-18)は、マズローの欲求階層説を参考に、「認知症ライフサポートモデル」の視点から、ニーズと目標の関係を模式化したものです。

「Life support」は、「医療が担ってきた領域(Cure: 治療)」と、「介護が担ってきた領域(Care: 介護)」を含むトータルな視点です。

※この2つの領域での視点の違いは、次のスライド1-19、スライド1-20で説明します。さらに、スライド1-21の説明ではニーズを整理し、ニーズ達成に向けた目標設定と、専門職間で目標の共有化を図ります。



【「認知症ライフサポート」実践へのステップ】

○ステップ2:「認知症の人のニーズを明らかにする」とは？

認知症の人の多様なニーズは、大きく分けて2つの視点で整理することができます。

ひとつは、「認知症の原因疾患による認知機能の低下や身体状況の変化」によるもの、もうひとつが「もともとある個人特性とその人を取り巻く環境の相互作用」によるものです。

認知症の人の言葉や行動を、この2つの視点から考えてみましょう。

スライド1-19は、「家に帰る」という認知症の人の言葉(顕在化されたニーズ)を、脳の器質性疾患の症状と関連づけた図です。

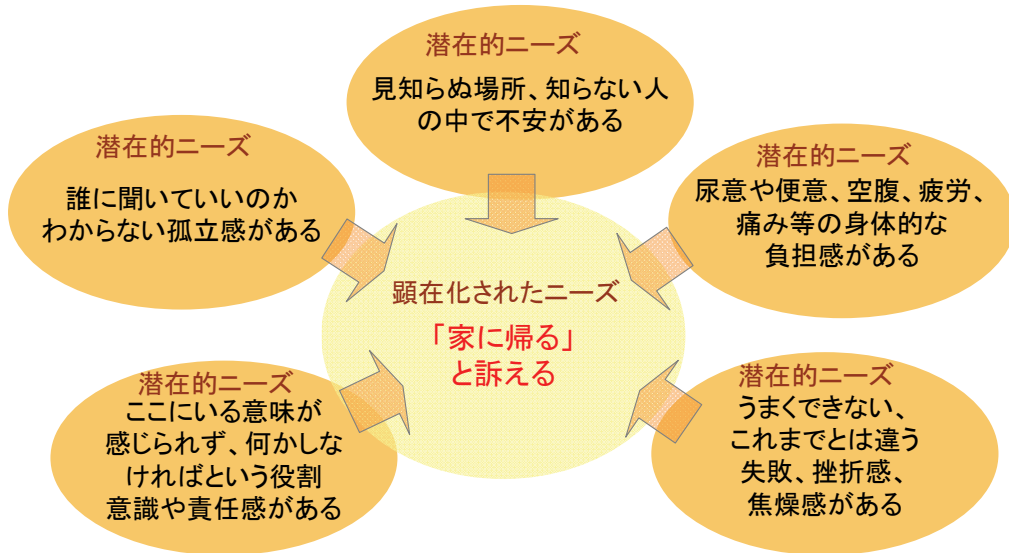
これは、帰宅欲求が主に脳の器質性疾患の症状により引き起こされる二次的的症状であると捉えています。

<スライド1-20 >

**ステップ2 認知症の人のニーズを明らかにする**

**「認知症の人のニーズを明らかにする」とは？-2**

(認知症の人の言動と「**個人特性**」「**環境**」との関係づけでみると…)



【「認知症ライフサポート」実践へのステップ】

○ステップ2:「認知症の人のニーズを明らかにする」とは？

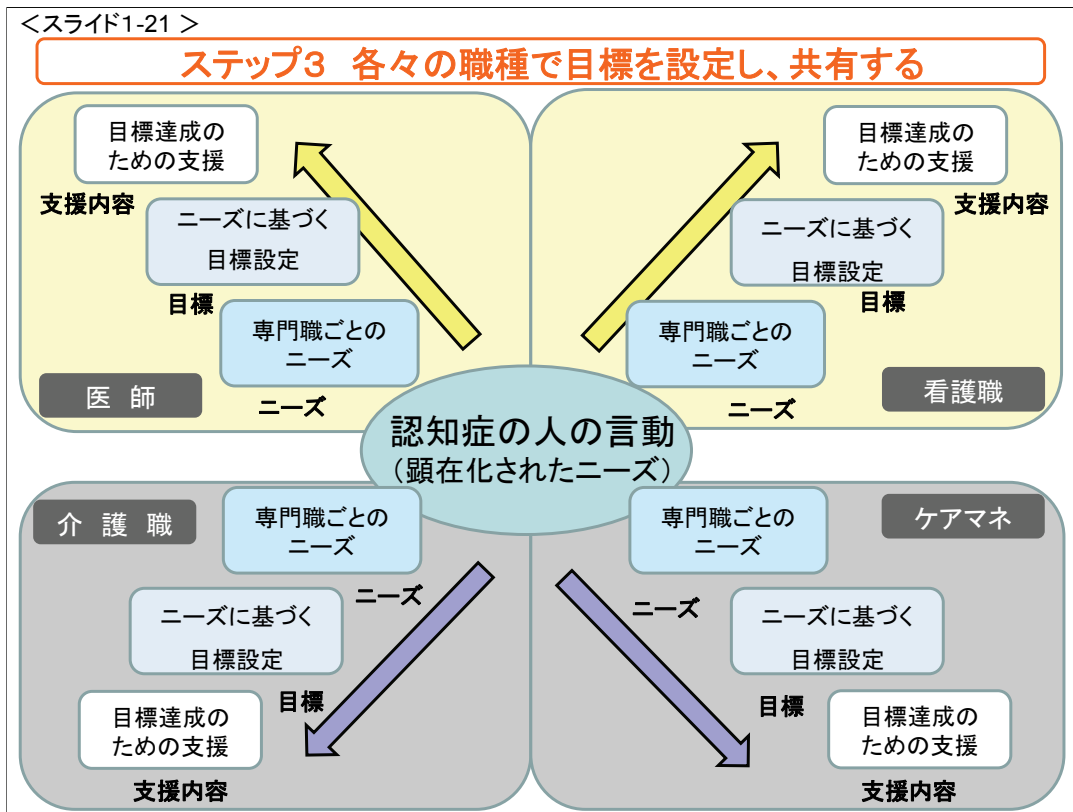
<スライド1-20 >は、本人の発する言葉(顕在化されたニーズ)と、その背景にある認知症の人の心理的、身体的な負担感や生活歴や価値観に基づく行動とを関連づけた図です。

この図では、帰宅の訴えが、主に認知症の「個人特性」や「環境との相互作用」による生活のしづらさであることを説明した図です。いわば「介護が担ってきた領域のニーズの捉え」です。

<スライド1-19 >で説明した、認知症の人の言動と認知機能の低下との関係づけとともに、認知症の人をトータルに捉える視点が必要になります。

次に、この2つの視点を統合する「認知症ライフサポートモデル」との関係について見てみましょう。





【「認知症ライフサポート」実践へのステップ】

○ステップ3:各々の専門職が目標を設定し、多職種間で共有する

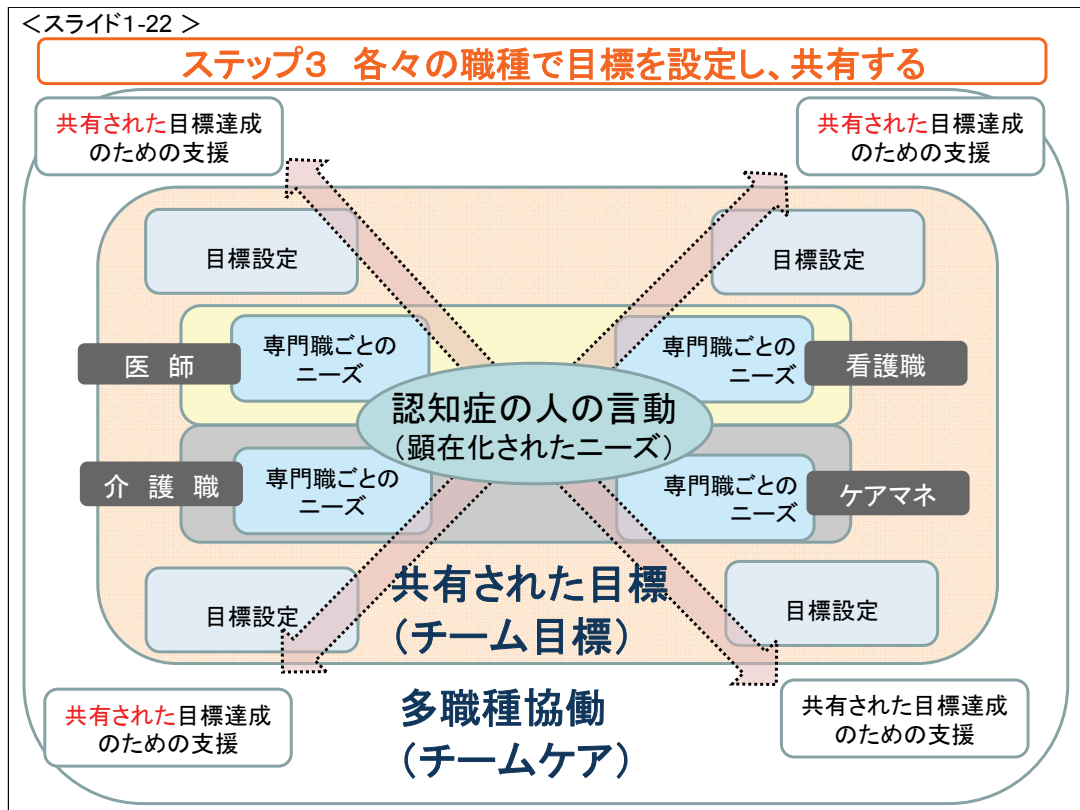
この図は、認知症の人の言動(顕在化されたニーズ)に対して、それぞれの専門職がニーズを捉え、それに基づく目標を設定し、目標達成のための支援をしている状況を表しています。

たとえば、医療専門職は、主に認知症の原因疾患に基づく認知機能の低下や身体状況の変化と関係づけながらニーズを捉えます。一方、生活や介護の専門職は、主にIADLやADL、価値観、本人を取り巻く環境などと関係づけながらニーズを捉えます。

これまでご説明した通り、「認知症ライフサポートモデル」では、認知症の人を全人的に捉える視点で、本人の言動という顕在化したニーズから、専門職としての知識や多職種からの情報をも加味したうえで潜在的ニーズを探っていくことが必要になると考えます。

さらに、それらのニーズに基づいて認知症の人の生活や人生を支えていく視点で、専門職間の目標を設定したり共有したりすることが求められます。

※本研修ではニーズの達成目標を2つに分けて説明します。ひとつは、「直近の課題に対する目標」と表現します。これは、ただちにに取り組むべきニーズや優先順位の高いニーズ達成(実現可能性が高い、危険性が高いなど)がそれにあたります。もうひとつは、「継続的課題に対する目標」と表現します。これは、長期間にわたり取り組まなければならないニーズが、これにあたります。



【「認知症ライフサポート」実践へのステップ】

○ステップ3:各々の職種で目標を設定し、共有する

<スライド1-21 >では、それぞれの職種が捉えたニーズで目標を設定しました。

<スライド1-22 >では、多職種間で目標の優先順位を共有します。その際、認知症ライフサポートモデルの目的(①自己決定支援、②自己資源の活用、③生活の継続性への支援、を確認しながら話し合うことが重要です。

この「継続的課題に対する目標」と「直近の課題に対する目標」を設定し、これをチームの目標とします。各々が捉えたニーズに対する目標と、チームの目標をチームの中で確認します。

○ステップ4:各々の職種が連携・協働する

さらに、各々の職種が捉えたニーズに対する目標と、チーム目標に向けた取組みが、それぞれの職種の役割分担や協働になります。

&lt;スライド1-23 &gt;

## ここまでのまとめ

- ◆「認知症ライフサポート研修」は、認知症の人への①自己決定支援、②自己資源の活用、③生活の継続性への支援を実現するために、多職種協働のチームづくりを推進しようとする取り組みです。
- ◆認知症の人を支えるチームは、専門職ごとの視点で捉えたニーズや、本人の生活・人生を支えていくためのチームの目標を共有し、多職種協働に取り組むことが求められます。

### 【ここまでのまとめ】

- ◆ 「認知症ライフサポート研修」は、認知症の人への①自己決定支援、②自己資源の活用、③生活の継続性への支援を実現するために、多職種協働のチームづくりを推進しようとする取り組みです。
- ◆ 認知症の人を支えるチームは、専門職ごとの視点で捉えたニーズや、本人の生活・人生を支えていくためのチームの目標を共有し、多職種協働に取り組むことが求められます。

<スライド1-24 >

## グループワークの準備

自己紹介をお願いします

司会者を決めてください

単元1の講義について、それぞれが  
理解したことを共有しましょう

### 【グループワークの準備】

- ①グループの中で、自己紹介をお願いします。
- ②進行者1人、記録者1人、発表者1人 を決めてください。
- ③前半の講義について、それぞれが理解したことを共有してください。
- ④共有されたことをグループごとに発表していただき、会場の全体でも共有したいと思います。

<スライド2-1 >

## 単元2 それぞれの役割とチームケア

---

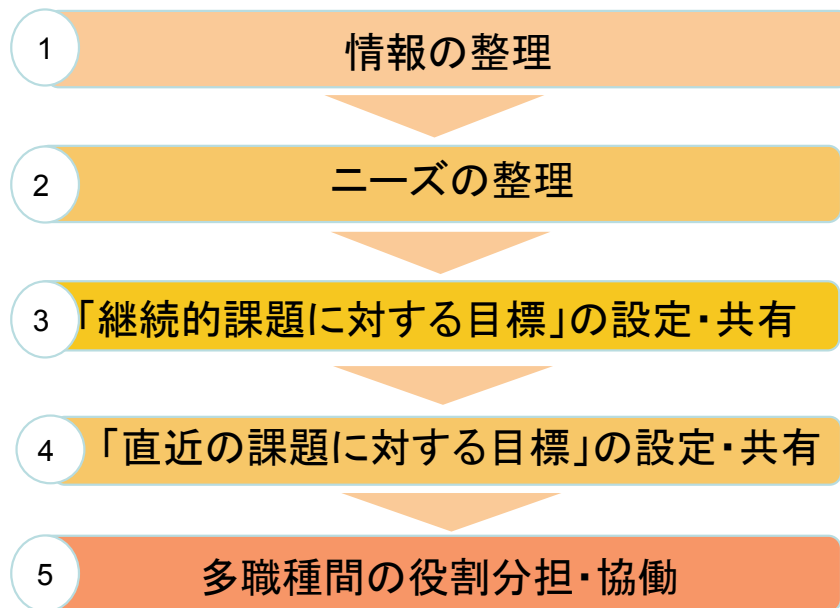
<ねらい>

- 専門職それぞれの視点を相互に活かしながら、多職種協働のプロセスをイメージする
- グループワークの流れを理解する

この単元では、専門職それぞれの視点を相互に活かしながら、多職種協働のプロセスを確認し、これから行うグループワークの流れを理解していただくことをねらいとしています。

&lt;スライド2-2 &gt;

## 多職種協働のプロセス



### 【多職種連携のプロセス】

「認知症ライフサポートモデル」の基本的考え方や、「認知症ライフサポート」を実践するための目標設定の考え方を踏まえて、実際の多職種連携・協働の際のプロセスを確認しましょう。

- ①情報の整理
- ②ニーズの整理
- ③「継続的課題に対する目標」の設定・共有
- ④「直近の課題に対する目標」の設定・共有
- ⑤多職種間の役割分担・協働

このあと、本研修のグループワークで特に体験していただきたい①～④のプロセスについて、グループワークをイメージしながら確認していきます。

&lt;スライド2-3 &gt;

1

## 情報の整理

個別の情報は、それぞれの性質ごとに整理することができます

- 認知症の原因疾患や身体状況の変化に関する情報
- 個人の特性や環境、生活に関する情報
- コミュニケーションや社会参加に関する情報
- その他の情報

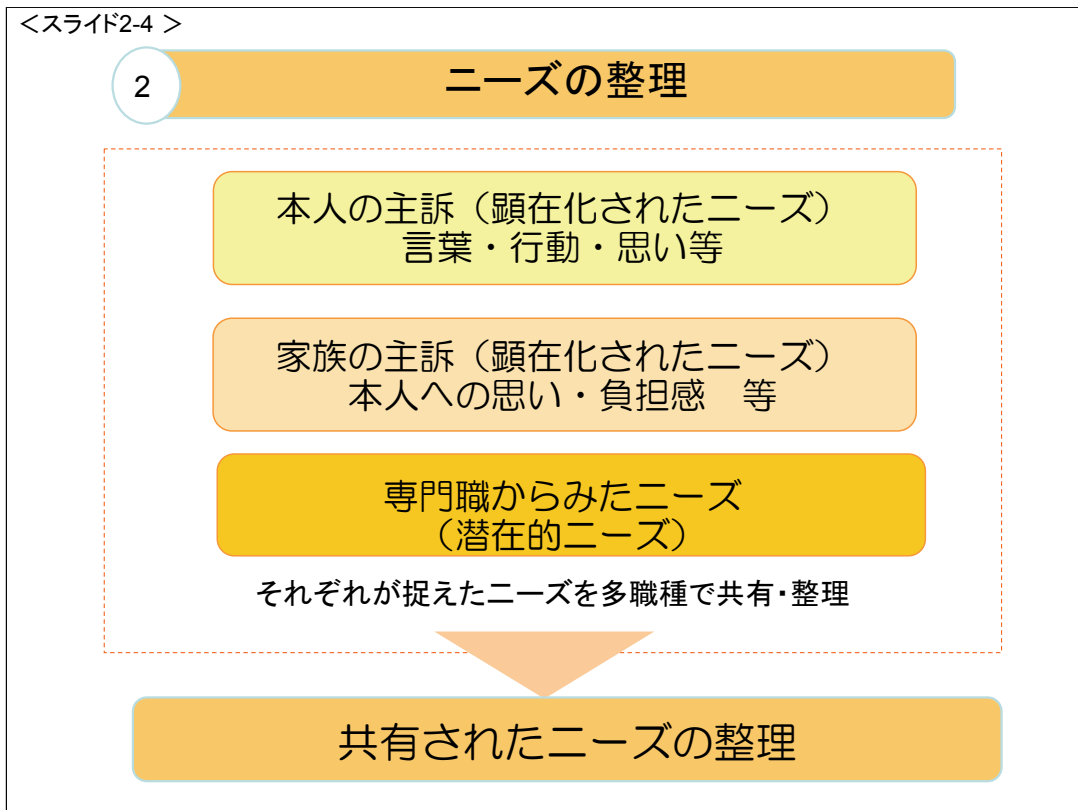
### 【①情報の整理】

それぞれの専門職は、認知症の人との関わりの中で、さまざまな情報得ることができます。

認知症の人を多面的に理解するために、以下の4つの視点で情報を整理してみましょう。

- ・認知症の原因疾患や身体状況の変化に関する情報
- ・個人の特性や環境、生活に関する情報
- ・コミュニケーションや社会参加に関する情報
- ・そのほかの情報

情報を整理し、本人の心身状態や取り巻く環境、本人が体験している生活のし難さ、困りごとなどを把握します。



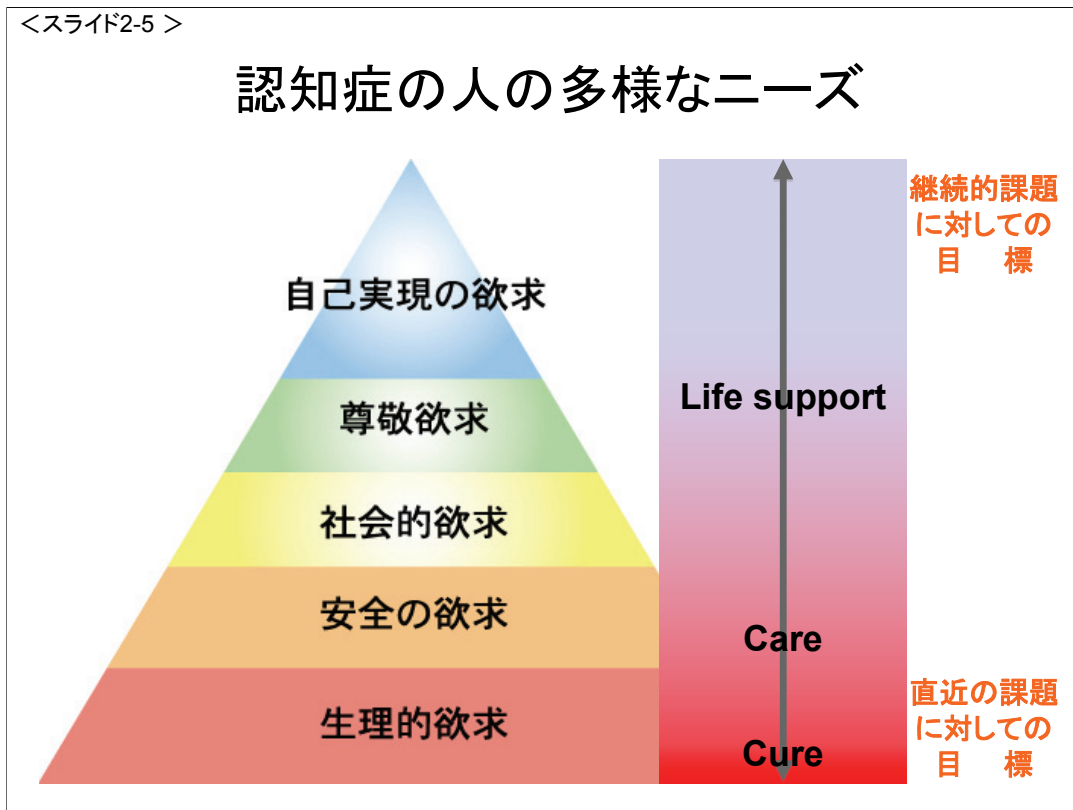
## 【②ニーズの整理】

単元1でもご説明したように、認知症の人のニーズは、本人の行動や言葉に現れる「顕在化されたニーズ」と、専門職が捉える「潜在的ニーズ」があります。

「顕在化したニーズ」には、本人の主訴と家族の主訴がありますが、それらは一致していないことの方が多く、専門職は、この異なる顕在化したニーズを踏まえて、本人が真に必要なとしている支援（潜在的なニーズ）を捉えていくことが重要になります。

そして、それぞれが捉えた、顕在化されたニーズ、潜在的ニーズを多職種間で共有し、整理しながら、「認知症ライフサポートモデル」の基本（①自己決定を支える（自己決定支援）、②自らの力を最大限に使って暮らすことを支える（自己資源の活用）、③住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支える（生活の継続性への支援）をふまえて、「継続的な課題に対する目標」を設定します。





【認知症の人の多様なニーズ】

ここで、単元1でもご説明したこのスライドで、目標を設定する際のポイントについて見ていきましょう。

<目標設定のポイント>

- 目標は、目の前にある問題に対応する「直近の課題に対する目標」と、本人の一生に関わるような長期的な視点による「継続的課題に対する目標」の2つで考えます。
- 「継続的課題に対する目標」は、本人の真の利益を最大にする視点で、地域社会との関わりや居住場所、生きがいや本人が行きたい場所・会いたい人など、人生レベルでの目標を設定します。
- 「直近の課題に対する目標」は、「継続的課題に対する目標」を達成するために解決していくべき課題への取り組みです。個別的・個人的な極めて具体的なものであり、決して万人に対して共通するような漠然としたものではありません。身体的な不調や認知機能の低下に関わる課題、生活のし難さや、人間関係のトラブルなど、個人レベル、生活レベルでの目標を設定します。
- 目標は専門家が勝手に決めるのではなく、複数の目標候補を本人・家族に提示、説明して、認知症の人と介護者と専門職が協働決定していくことが求められます。

&lt;スライド2-6 &gt;

3

**継続的課題に対する目標の設定・共有****継続的課題に対する目標**

- 認知症ライフサポートの基本にそって、継続的課題に対する目標を設定する
- 本人、家族、多専門職が協働して目標を決定する

何のために目標を達成するかという多職種「目的意識」は、「継続的課題に対する目標」と重なる

**【③「継続的課題に対する目標」の設定・共有】**

まず「継続的課題に対する目標」から設定・共有しましょう。そのあとで、「継続的課題に対する目標」に向かうための「直近の課題に対する目標」を考えます。

「継続的課題に対する目標」設定のポイント

- ・目の前の問題点に対応するのではなく、認知症の人本人一生にわたる長期的な真の利益を最大にすることを目指して目標を設定します。
- ・認知症の人がどのような人生を生きるのかに視点を置きます。
- ・目標は専門職が勝手に決めるのではなく、複数の目標候補を提示、説明して認知症の人と介護者と専門職が協働決定していきましょう。

&lt;スライド2-7 &gt;

## 4 「直近の課題に対する目標」の設定・共有

**直近の課題に対する目標**

- 「継続的課題に対する目標」を達成するために必要なこと
- 実現可能性が高いことや危険性が高いこと

## 5 多職種間の役割分担と協働

## 【④「直近の課題に対する目標」の設定・共有】

次に、「直近の課題に対する目標」の設定と共有をしましょう。

「継続的課題に対する目標」設定のポイント

- ・「直近の課題に対する目標」は、個別的・個性的な極めて具体的なものであり、決して万人に対して共通するような漠然としたものではありません。身体的な不調や認知機能の低下に関わる課題、生活のし難さや、人間関係のトラブルなど、個人レベル、生活レベルでの目標を設定します。
- ・それぞれの「直近の課題に対する目標」が、「継続的課題に対する目標」に向かっているかどうか、確認しながら考えていきましょう。
- ・目標は専門職が勝手に決めるのではなく、複数の目標候補を提示、説明して認知症の人と介護者と専門職が協働決定していきましょう。

目標が設定できたらそれぞれの職種がそれに向かって何をすればよいのかが明確になってきます。そこで次のステップとして、多職種間の役割分担と実際の協働へと進みます。

&lt;スライド2-8 &gt;

## 事例を使って、演習の流れを確認してみましょう

### —事例の背景—

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

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

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

やがて孫が生まれ、ハマ子さんは大変に可愛がりました。その孫が広島の大学を希望し、自分の生まれ故郷の大学に進学することを、ハマ子さんは大変喜びました。そして、孫の大学入学後には、実家の墓参りを兼ねて、夏・冬と下宿先を訪れていました。

孫はそのまま広島の企業に就職しましたが、ハマ子さんは以前同様、度々広島の孫宅を訪問しています。孫もハマ子さんのことが大好きな様子です。

さて、3年前に夫が脳梗塞で倒れ、そのまま帰らぬ人となりました。余りに突然のことでハマ子さんは嘆き悲しみましたが、「一人暮らしでもあり、自分がしっかりしなきゃ」と健康に気を付けながら、日々の生活を送っています。

娘にも迷惑を掛けないように一人暮らしを続け、時々孫宅訪問を楽しみにしています。

<スライド2-13 >

## 情報の整理

事例

1

ハマ子さんは夫の他界後、暫くして隣町で暮らす一人娘に何度も確認の電話を入れたり、同じ物を買込む等の言動がみられるようになりました。心配した娘が、かかりつけの先生に相談したところ、アルツハイマー型認知症との診断を受けました。認知症の告知はされていません。現在、要支援2(寝たきり度J2、認知症自立度II a)です。ハマ子さんは忘れることが増え、不安になることも増えていますが、このまま自宅で暮らし続けたいと思っています。

### 認知機能や身体機能の情報

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

### 生活機能の情報

- ・食事や排泄、入浴などは特に支援を必要としていない。
- ・冷蔵庫の中にある物で食事を作るため、同じようなメニューになることが多い。
- ・毎朝の夫の仏壇へのお参りは欠かせない。

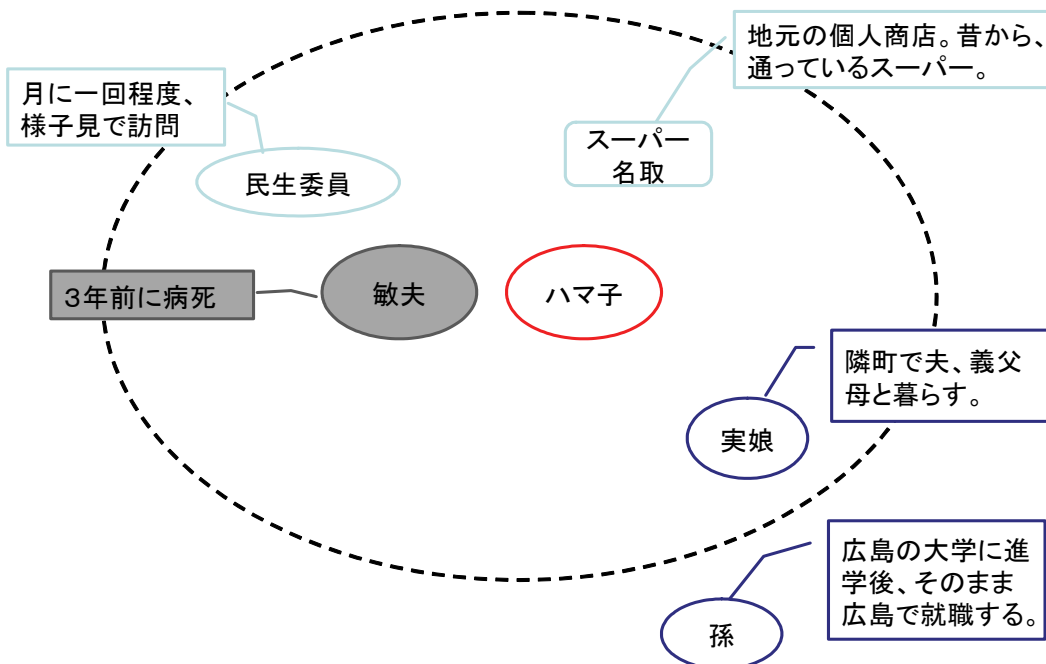
### 社会参加

- ・近所のスーパーに買い物に行っている。
- ・娘が必要な物を買ってきてくれたり、時には一緒に買い物に行く。
- ・月に1回程度、担当民生委員の訪問がある。

### その他の情報

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

<スライド2-12 >



<スライド2-14 >

ワークシート 1

## Work 1 課題整理と目標設定:個人ワーク

継続的課題に対する目標:ライフサポートモデルとしての目標を設定しよう

目標に対してのニーズ:目標達成の為に、専門領域におけるニーズを考えよう

直近の課題に対する目標:ニーズに対しての目標を設定しよう

<スライド2-15 >

ワークシート 1

## Work 1 課題整理と目標設定:個人ワーク

継続的課題に対する目標:ライフサポートモデルとしての目標を設定しよう

自宅での暮らしを不安なく、継続できる。

目標に対してのニーズ:目標達成の為に、専門領域におけるニーズを考えよう

多少、下肢筋力の低下が見られる。加齢や活動量の低下により、下肢筋力の低下が進む可能性がある。

直近の課題に対する目標:ニーズに対しての目標を設定しよう

下肢筋力の維持、向上を図り、安定した歩行が可能となる。

<スライド2-16 > ワークシート 2

## Work 2 継続的課題に対する目標の設定

Dr 【目標】	CM 【目標】	
【ニーズ】	【ニーズ】	
NS 【目標】	<b>継続的課題に対する目標</b>	リハ職 【目標】
【ニーズ】	<b>直近の課題に対する目標</b>	【ニーズ】
SW 【目標】	CW 【目標】	
【ニーズ】	【ニーズ】	

<スライド2-17 > ワークシート 2

## Work 2 継続的課題に対する目標の設定

Dr 【目標】	CM 【目標】	
【ニーズ】	【ニーズ】	
NS 【目標】	<b>継続的課題に対する目標</b>	リハ職 【目標】
【ニーズ】	<b>直近の課題に対する目標</b>	【ニーズ】
SW 【目標】	CW 【目標】	
【ニーズ】	【ニーズ】	

それぞれが捉えた「継続的課題に対する目標」を紹介し、**多職種協働で目指す「継続的課題に対する目標」を整理、合意します。**

<スライド2-18 >

ワークシート 2

## Work 2 継続的課題に対する目標の設定

Dr 【目標】	CM 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】
NS 【目標】	リハ職 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】
SW 【目標】	CW 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】

**継続的課題に対する目標**  
 自宅での暮らしを継続しながら、時に広島の子孫にも訪問できる

---

**直近の課題に対する目標**

<スライド2-19 >

ワークシート 1

## Work 1 課題整理と目標設定:個人ワーク

継続的課題に対する目標:ライフサポートモデルとしての目標を設定しよう

共有された「継続的課題に対する目標」を目指す為に、**それぞれの専門領域におけるニーズや目標を再考します。**

目標に対してのニーズ:目標達成の為に、専門領域におけるニーズを考えよう

多少、下肢筋力の低下が見られる。加齢や活動量の低下により下肢筋力の低下が進む可能性がある。

直近の課題に対する目標:ニーズに対しての目標を設定しよう

下肢筋力の維持、向上を図り、安定した歩行が可能となる。  
**駅構内等、500m程度は負担なく歩くことができる。**



<スライド2-20 > ワークシート 2

### Work 3 「継続的課題に対する目標」ニーズの整理

<p><b>Dr</b> 【目標】</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p>	<p><b>CM</b> 【目標】</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p>	
<p><b>NS</b> 【目標】</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p>	<p><b>継続的課題に対する目標</b></p> <p>自宅での暮らしを継続しながら、時に広島の子孫にも訪問できる</p> <p>-----</p> <p><b>直近の課題に対する目標</b></p>	<p><b>リハ職</b> 【目標】</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p>
<p>「継続的課題に対する目標」を目指す為に、<u>それぞれの専門領域におけるニーズや目標を紹介し合います。</u></p>		
<p><b>SV</b> 【目標】</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p>	<p>【ニーズ】</p>	

<スライド2-21 > ワークシート 2

### Work 3 「継続的課題に対する目標」ニーズの整理

<p><b>Dr</b> 【目標】</p> <p>認知症の進行を遅らせ、健康で暮らせる</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p> <p>病状把握や健康管理が必要である。要介護認定の区分も妥当だろうか？</p>	<p><b>CM</b> 【目標】</p> <p>周囲の見守りを受け、時々孫宅に行くことができる</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p> <p>本人の判断力や理解力を踏まえ、非日常的な活動にどの程度、支援が必要かを探る必要がある</p>	
<p><b>NS</b> 【目標】</p> <p>必要に応じて、処方薬を用いて認知症の進行を遅らせることができる</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p> <p>不安感や混乱に対して現在、服薬はないようだが、処方薬の必要性はどうだろうか？</p>	<p><b>継続的課題に対する目標</b></p> <p>自宅での暮らしを継続しながら、時に広島の子孫にも訪問できる</p> <p>-----</p> <p><b>直近の課題に対する目標</b></p>	<p><b>リハ職</b> 【目標】</p> <p>駅構内等、500m程度は負担なく歩くことができる</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p> <p>多少、下肢筋力の低下が見られる。加齢や活動量の低下により下肢筋力の低下が進む可能性がある</p>
<p><b>SW</b> 【目標】</p> <p>権利が守られながら、自宅で暮らせる</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p> <p>独居であり、訪問販売等で騙されないか、懸念する</p>	<p><b>CW</b> 【目標】</p> <p>馴染みのスーパーで必要な物品が購入でき、栄養バランスの取れた食事を摂ることができる</p> <p>-----</p> <p>【ニーズ】</p> <p>同じ物を買ひ込み、消費期限切れのものもあるようだ 買い物や食品管理、調理等の生活支援の介入が必要</p>	

<スライド2-22 >

ワークシート 2

## Work 4 ニーズに対する直近の目標の整理

Dr 【目標】	CM 【目標】
認知症の進行を遅らせ、健康で暮らせる	周囲の見守りを受け、時々孫宅に行くことができる
【ニーズ】 病状把握や健康管理が必要である。要介護認定の区分も妥当だろうか？	【ニーズ】 本人の判断力や理解力を踏まえ、非日常的な活動にどの程度、支援が必要かを探る必要がある
NS 【目標】	リハ職 【目標】
必要に応じて、処方薬を用いて認知症の進行を遅らせることができる	駅構内等、500m程度は負担なく歩くことができる
【ニーズ】 不安感や混乱に対して現在、服薬はないようだが、処方薬の必要性はどうだろうか？	【ニーズ】 多少、下肢筋力の低下が見られる。加齢や活動量の低下により下肢筋力の低下が進む可能性がある
SW 【目標】	CW 【目標】
権利が守られながら、自宅で暮らせる	馴染みのスーパーで必要な物品が購入でき、栄養バランスの取れた食事を摂ることができる
【ニーズ】 独居であり、訪問販売等で騙されないか、懸念する	【ニーズ】 同じ物を買ひ込み、消費期限切れのものもあるようだが買い物や食品管理、調理等の生活支援の介入が必要

紹介し合ったニーズや目標に対して、**多職種協働で目指す「直近の課題に対する目標」を整理します。**

**継続的課題に対する目標**  
自宅での暮らしを継続しながら、時に広島の孫宅にも訪問できる

**直近の課題に対する目標**

<スライド2-23 >

ワークシート 2

## Work 4 ニーズに対する直近の目標の整理

Dr 【目標】	CM 【目標】
認知症の進行を遅らせ、健康で暮らせる	周囲の見守りを受け、時々孫宅に行くことができる
【ニーズ】 病状把握や健康管理が必要である。要介護認定の区分も妥当だろうか？	【ニーズ】 本人の判断力や理解力を踏まえ、非日常的な活動にどの程度、支援が必要かを探る必要がある
NS 【目標】	リハ職 【目標】
必要に応じて、処方薬を用いて認知症の進行を遅らせることができる	駅構内等、500m程度は負担なく歩くことができる
【ニーズ】 不安感や混乱に対して現在、服薬はないようだが、処方薬の必要性はどうだろうか？	【ニーズ】 多少、下肢筋力の低下が見られる。加齢や活動量の低下により下肢筋力の低下が進む可能性がある
SW 【目標】	CW 【目標】
権利が守られながら、自宅で暮らせる	馴染みのスーパーで必要な物品が購入でき、栄養バランスの取れた食事を摂ることができる
【ニーズ】 独居であり、訪問販売等で騙されないか、懸念する	【ニーズ】 同じ物を買ひ込み、消費期限切れのものもあるようだが買い物や食品管理、調理等の生活支援の介入が必要

**継続的課題に対する目標**  
自宅での暮らしを継続しながら、時に広島の孫宅にも訪問できる

**直近の課題に対する目標**  
認知症の進行を遅らせ、健康的な暮らしを継続できる

<スライド2-24 > ワークシート 3

## Work 5 多職種間の役割分担・協働

Dr	CM
NS	リハ職
SW	CW

継続的課題に対する目標

---

直近の課題に対する目標

<スライド2-25 > ワークシート 3

## Work 5 多職種間の役割分担・協働

Dr	CM
NS	リハ職
SW	CW

継続的課題に対する目標

自宅での暮らしを継続しながら、時に広島の子孫にも訪問できる

---

直近の課題に対する目標

認知症の進行を遅らせ、健康的な暮らしを継続できる

**合意した二つの目標に対して、それぞれの専門職がどんな支援をするのか表現します。**

<スライド2-26 >

ワークシート 3

## Work 5 多職種間の役割分担・協働

<p><b>Dr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アルツハイマー型認知症の程度を把握、処方薬の検討を行う。</li> <li>・不安軽減の為に、病気/病状の告知を行う 事前に、娘に相談し、本人の性格等の把握も行う</li> </ul>	<p><b>CM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・非日常的な活動に対して、どの程度の判断力や行動力があるのかを把握する。</li> <li>・その程度により、広島までの旅行に際しての支援の必要量を検討する。</li> </ul>	
<p><b>NS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬管理能力の把握を行う</li> <li>・公共交通機関の行先の判断、チケット購入能力、計算能力等のアセスメントを行い、自力での外出の可能性を探る</li> </ul>	<p><b>継続的課題に対する目標</b></p> <p>自宅での暮らしを継続しながら、時に広島の孫宅にも訪問できる</p> <hr/> <p><b>直近の課題に対する目標</b></p> <p>認知症の進行を遅らせ、健康的な暮らしを継続できる</p>	<p><b>リハ職</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レッグプレス、バイオステップ、バイオステップ等のパワーリハビリにて、下肢筋力向上を図る。</li> </ul>
<p><b>SW</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣住民に、夜間の灯り、カーテンや雨戸の開け閉め等の見守りを依頼する</li> <li>・新聞配達員に新聞受けに新聞が溜まっていな いか、配達時の確認を依頼する。</li> <li>・本人や娘に「成年後見制度」の概要を説明し 活用の提案を行う。</li> </ul>	<p><b>CW</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一緒に献立を考え、必要な食材をメモするよ うにする</li> <li>・買い物際には、このメモを持参するよう勧 める</li> <li>・スーパーの店員には、メモを確認しながら必 要な物品を共に確認するように、依頼する</li> <li>・新鮮な白身魚が仕入れられないか、相談す る</li> </ul>	

<スライド2-27 >

事例を使って、多職種連携の  
プロセスを確認してみましょう



単元3 演習  
グループワークへ

<スライド3-1 >

## 単元3 演習

<ねらい>

- 演習を通じて、「認知症ライフサポートモデル」を理解する
- 専門職間で、お互いの専門性や役割について理解を深める
- 多職種協働や顔の見える関係づくりのきっかけの場とする

&lt;スライド3-3 &gt;

## 情報の整理

事例  
2

ハマ子さん(75歳)はアルツハイマー型認知症と診断されて5年が経過しました。最近では、ふと思いたって外に出てしまったり、自宅に戻れなくなったり、また、夜中に冷蔵庫の中をあさるようになってきました。

独居での暮らしに限界を感じた娘はグループホームへの入居を決意しました。現在、ハマ子さんは要介護3(寝たきり度A1、認知症自立度Ⅲb)です。ハマ子さんは、誰にも迷惑を掛けたくない、慣れた自宅での暮らしを望んでいます。

## 認知機能や身体機能の情報

- ・対人交流は愛想もよく、にこやかに対応する。
- ・一方、つじつまの合わないことも多い。
- ・「あれはどこにいった」等とフツフツつぶやきながら探し物をすることが増えた。
- ・依然、足腰は丈夫であるが、以前ほど長い道のりを歩くことは出来なくなった。
- ・外出して戻れなくなり、警察のお世話になったことが、最近立て続けに3回あった。

## 生活機能の情報

- ・食事は自分で食べることが出来る。
- ・鍋を焦がしたり、食事作りの手順が分からなくなっている。
- ・排泄の失敗が目立つようになっており、汚れた下着をタンスに仕舞ったりする。
- ・以前ほど、毎朝の夫の仏壇へのお勤めに関心を示さなくなった。

## 社会参加

- ・デイサービスに週3回行っている。
- ・デイサービスがない日には娘が訪問している。天気の良い日には娘と近所を散歩している。
- ・スーパーへの買い物はしなくなった

## その他の情報

- ・毎夕とデイサービスのない日の昼に配食サービスを利用している。
- ・デイサービス以外の介護保険サービスは利用していない。

## 一事例の背景－(再掲)

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

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

日々、穏やかな生活が送れており、特に大きな不満はありません。強いて言えば、新鮮な海の幸が少なく、また店頭に並ぶのは赤身や青物が多く、白身の魚が少ないことを、ちよびり寂しく思っていました。

やがて孫が生まれ、ハマ子さんは大変に可愛がりました。その孫が広島の大学を希望し、自分の生まれ故郷の大学に進学することを、ハマ子さんは大変喜びました。そして、孫の大学入学後には、実家の墓参りを兼ねて、夏・冬と下宿先を訪れていました。

孫はそのまま広島の企業に就職しましたが、ハマ子さんは以前同様、度々広島の孫宅を訪問しています。孫もハマ子さんのことが大好きな様子です。

さて、3年前に夫が脳梗塞で倒れ、そのまま帰らぬ人となりました。余りに突然のことでハマ子さんは嘆き悲しみましたが、「一人暮らしでもあり、自分がしっかりしなきゃ」と健康に気を付けながら、日々の生活を送っています。

娘にも迷惑を掛けないように一人暮らしを続け、時々孫宅訪問を楽しみにしています。

<スライド3-4 > ワークシート 1

## Work 1 課題整理と目標設定:個人ワーク

継続的課題に対する目標:ライフサポートモデルとしての目標を設定しよう
目標に対してのニーズ:目標達成の為に、専門領域におけるニーズを考えよう
直近の課題に対する目標:ニーズに対しての目標を設定しよう

<スライド3-5 > ワークシート 2

## Work 2 継続的課題に対する目標の設定

Dr 【目標】	CM 【目標】	
【ニーズ】	【ニーズ】	
NS 【目標】	<b>継続的課題に対する目標</b>	リハ職 【目標】
【ニーズ】	<b>直近の課題に対する目標</b>	【ニーズ】
SW 【目標】	CW 【目標】	
【ニーズ】	【ニーズ】	

<スライド3-6 > ワークシート 2

## Work 2 継続的課題に対する目標の設定

Dr 【目標】	CM 【目標】
<div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">                 それぞれが捉えた「継続的課題に対する目標」を紹介し、<b>多職種協働で目指す「継続的課題に対する目標」を整理、合意します。</b> </div>	
NS 【目標】	リハ職 【目標】
継続的課題に対する目標	
【ニーズ】	【ニーズ】
直近の課題に対する目標	
SW 【目標】	CW 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】

<スライド3-7 > ワークシート 2

## Work 3 「継続的課題に対する目標」ニーズの整理

Dr 【目標】	CM 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】
NS 【目標】	リハ職 【目標】
継続的課題に対する目標	
【ニーズ】	【ニーズ】
直近の課題に対する目標	
SV	
【ニーズ】	【ニーズ】

「継続的課題に対する目標」を目指す為に、**それぞれの専門領域におけるニーズや目標を紹介し合います。**



<スライド3-8 > ワークシート 2

## Work 4 ニーズに対する直近の目標の整理

Dr 【目標】	CM 【目標】
<div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; background-color: #fff9c4; margin: 10px auto; width: 80%;">                 紹介し合ったニーズや目標に対して、<b>多職種協働で目指す「直近の課題に対する目標」</b>を整理します。             </div>	
NS 【目標】	リハ職 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】
SW 【目標】	CW 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】

<スライド3-9 > ワークシート 3

## Work 5 多職種間の役割分担・協働

Dr	CM
NS	リハ職
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; background-color: #fff9c4; margin: 10px auto; width: 80%;">                 継続的課題に対する目標  <hr style="border-top: 1px dashed red;"/>                 直近の課題に対する目標             </div>	
SW	CW

# 資料編

資料1…………… 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)

資料2…………… 「認知症ライフサポートモデル」の根幹にある考え方

資料3…………… 参考事例(その後のハマ子さん)

資料4…………… 認知症ライフサポート研修・ワークシート

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

## 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

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

## 2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）  
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人  
【考え方】高齢者人口約600人（認知症高齢者約60人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。  
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）  
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人  
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
  - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
  - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討  
※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 早期診断等を担う医療機関の数
  - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。  
【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。  
※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

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

### 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

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

### 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

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

### 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

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

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

## 6. 若年性認知症施策の強化

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

## 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

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

(別紙)

# 認知症高齢者の介護サービス利用について (5年後の推計)

(単位:万人)

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



平成29年度 (2017)
373
186
14
3
44
19
25
105
58
46
38

※端数処理の関係で積み上げは一致しない。

[推計の考え方]

- 各年度の「認知症高齢者数」については、将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所:H24.1推計。死亡中位出生中位)に、平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計。
- 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」(以下、「一体改革試算」という。)における各サービスごとの利用者増加率等(※)を乘じて推計した。

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

[平成24年度]介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。

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

- 認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。
- 特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。
- 在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。

- 「医療機関」の認知症高齢者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

(注)医療機関の内訳(一般病院、精神科病院等)の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数

データがないことから推計ができない。

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

## 認知症ライフサポートモデルの根幹にある考え方

### 1. 本人主体のケアを原則とすること（自己決定を支える）

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

- 認知症の人は、認知機能障害等の症状の特徴により、不安や混乱、孤独感のなかで過ごしていることがある。また、自らの想いや欲求が理解されがたく、周囲の人とのコミュニケーションや関係性の維持が難しくなることもある。
- しかし、各々の人は、独自の価値観や個性、想い、そして人生の歴史を持つ個別の人として存在する。その個別性を尊重する支援こそ尊厳を支えるケアであり、本人を主体とするケアを基本に据えていくべきである<sup>1</sup>。
- 認知症ケアに携わる専門職は、認知症の人の想いに共感し、本人を理解することから認知症ケアが始まるという理解が必要である。
- また、認知症の人の自由が尊重される暮らしと、安全確保とのバランスのとれたケアを個別に考えながら、日常生活全般にわたって、認知症の人の権利擁護を意識していくことが求められる。

### 2. 住み慣れた地域で、継続性のある暮らしを支える

- ・ 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

<sup>1</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。

慮し、生活の継続性が尊重されるようなケアサービスを整えていく必要がある。

- また、認知症の症状や進行の状況に応じた個別の支援が可能となるよう、多職種連携や、多角的な視点で本人の心身状態の把握に努めていく。

### 3. 自らの力を最大限に使って暮らすことを支える

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

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

### 4. 早期から終末期までの継続的な関わりと支援に取り組むこと

- ・ 本人のニーズに応じて、認知症の早期から終末期まで、必要な医療や介護がそれぞれの専門職に適切につながる体制を整えていく。
- ・ 認知症の早期発見と本人への早期介入等による適切なケアの提供で、発症後の状態悪化や BPSD の発症を最小に抑えていく。
- ・ 本人の心身状態への対応や生活の支援等を含めて、トータルな視点でのケアサービスの提供やサポート体制を整えていく。
- ・ 原因疾患ごとの認知機能障害等の症状の特徴、治療の可能性と限界、予後の違い等に関する基本的な医療情報を関係者のなかで共有し、段階に応じた日常生活の支援に活かしていく。



- 認知症の早期から終末期に至るまで、本人や家族の必要に応じて医療や介護等の専門職につながるができるよう、情報提供や支援のしくみを整えていくことが必要である。
- 認知症に伴う症状は中核症状の進行のみにとどまらず、本人の生活歴や性格、身体状態、人間関係、物理環境等の様々な要因に影響されることもある。また、不整脈や心不全といった身体的側面や、薬物が影響していることもある。早期発見、早期対応によって認知症の症状の悪化を防ぐことにもつながることから、早期に発見できる体制やしくみを構築し、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>2</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。

(資料) 株式会社ニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」認知症ケアの基本 (p 23) を一部改編載

<sup>2</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

## 参考事例(その後のハマ子さん)

本人の状態像の整理	
<p><b>事例 3</b></p> <p>ハマ子さん(77歳)はグループホームで暮らすようになって2年が経過しました。当初は混乱等も見られましたが、今ではすっかりと慣れて、得意の炊事や洗濯も行っています。ある晩、トイレに起きた際に、ふらつき、転倒。左大腿頸部骨折にて入院となりました。術後の経過も順調で、退院の指示も出ました。現在、ハマ子さんは変更申請中(寝たきり度B1、認知症自立度Ⅲb)です。</p>	
<p><b>認知機能や身体機能の情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・話し掛ければ、にこやかに対応する。</li> <li>・一方、ぼんやりとしている時間も増えた。</li> <li>・グループホームのスタッフや利用者の顔も分からなくなってきた。かろうじて、娘の顔は分かる。</li> <li>・病院のリハビリでは平行棒内を歩いているが、普段は車椅子に乗っている。</li> </ul>	<p><b>生活機能の情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事は自分で食べることが出来る。</li> <li>・食欲が無いことが多く、食べ残しも目立つ。</li> <li>・バルーンカテーテルを留置しているが、退院の目途が立ち、オムツに変更となった。</li> <li>・入院中は入浴はしておらず、清拭のみ。</li> </ul>
<p><b>社会参加</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院してから外出の機会はない。</li> <li>・骨折前はグループホームスタッフの同行で買い物に出掛けたり、近所を散歩していた。</li> <li>・毎晩の娘の面会、時々グループホームの利用者やスタッフの面会がある。</li> </ul>	<p><b>その他の情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームの居室はキープしている。</li> <li>・病院では安静が必要であり、睡眠薬や抗精神薬の処方追加された。</li> </ul>

本人の状態像の整理	
<p><b>事例 4</b></p> <p>ハマ子さん(80歳)は3年前の骨折した後も、グループホームに戻って暮らしています。骨折後は次第に歩行困難となり、ベッドの上での生活になりました。先々月に風邪をこじらせて以降、元気がありません。最近は、食事を自分で摂ることも、なかなかできません。現在、ハマ子さんは要介護5(寝たきり度B2、認知症自立度Ⅳ)です。</p>	
<p><b>認知機能や身体機能の情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・話し掛ければ、微笑むものの具体的な返答はない。</li> <li>・「はい」「うん」等の返答はあるものの、どんな質問に対しても同じ返答が多い。</li> <li>・時々、「良いよ」「嫌よ」等、しっかりと意思表示することもある。</li> <li>・関心や意欲も薄くなり、ウトウトすることが多い。</li> <li>・車椅子での離床を促すものの、1時間も経つと座位が崩れる。</li> </ul>	<p><b>生活機能の情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事は最初の一口、二口は口にするものの、その後はなかなか口を開かない。</li> <li>・移乗や移動、排泄、入浴等、全介助である。</li> </ul>
<p><b>社会参加</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・天気の良い日には、スタッフに車椅子を押してもらいながら、屋外を散歩している。</li> <li>・レクリエーション等の輪にも加わっているが、ウトウトしていることが多い。</li> </ul>	<p><b>その他の情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この1ヶ月で体重が5kg落ちた。(42kg → 37kg)</li> </ul>

主治医意見書

事例3

申請者	(ふりがな) 東京 ハマ子(77歳)	男 ● 女	〒 -
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 ( ) _____ 医療機関所在地 _____ FAX ( ) _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. <u>アルツハイマー型認知症</u>	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明		
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]			
67歳で夫と死別し、独居。隣町に一人娘。夫と死別後、しばらくして健忘発症。認知症進行し、独居での生活が困難かつ危険になったので、2年前にグループホームに入居。認知症の重症度はやや重度に進行。グループホームの職員、利用者の顔は区別が出来ない。77歳の10月に転倒し、左大腿骨頸部骨折し、××日間入院。退院後、グループホームでは車椅子を利用。排泄、入浴は全介助。摂食は自立。退院後の認知症の重症度は重度。夜間不穏状態が出没。 投薬:ルスペリドン 0.5mg、プロチゾラム0.25mg/1x眠前			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

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

(5) 身体の状態

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

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

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

(2) 栄養・食生活

食事行為  自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助  
 現在の栄養状態  良好  不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁  転倒・骨折  移動能力の低下  褥瘡  心肺機能の低下  閉じこもり  意欲低下  徘徊  
 低栄養  摂食・嚥下機能低下  脱水  易感染性  がん等による疼痛  その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる  期待できない  不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療  訪問看護  看護職員の訪問による相談・支援  訪問歯科診療  
 訪問薬剤管理指導  訪問リハビリテーション  短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導  
 訪問栄養食事指導  通所リハビリテーション  その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・移動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
 ・摂食  特になし  あり (見守り \_\_\_\_\_ ) ・運動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
 ・嚥下  特になし  あり (見守り \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無  有 ( \_\_\_\_\_ )  不明

5. 特記すべき事項

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

ADL低下と誤嚥の、可能な限りの予防

申請者の認定結果等(お知らせ)を希望しますか  希望する  希望しない

主治医意見書

事例4

申請者	(ふりがな) 東京 ハマ子(80歳)	男 ● 女	〒 -
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 ( ) _____ 医療機関所在地 _____ FAX ( ) _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. <u>アルツハイマー型認知症</u>	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. <u>左大腿骨頸部骨折</u>	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性		<input checked="" type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入] 67歳で夫と死別し、独居。隣町に一人娘。夫と死別後、しばらくして健忘発症。認知症進行し、独居での生活が困難かつ危険になったので、2年前にグループホームに入居。77歳の10月に転倒し、左大腿骨頸部骨折し、××日間入院。退院後もグループホームで生活を続けるが、次第に歩行困難となり、現在はほぼベッドの上の生活。風をこじらせてから元気がなく、最近では自分で食事を摂ることが難しくなりつつある。認知症の重傷度は、非常に重度。			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

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

(5) 身体の状態

利き腕 (  右  左 ) 身長 = **149** cm 体重 = **36** kg (過去6ヶ月の体重の変化  増加  維持  減少 )  
 四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)  
 麻痺  右上肢 (程度:  軽  中  重)  左上肢 (程度:  軽  中  重)  
 右下肢 (程度:  軽  中  重)  左下肢 (程度:  軽  中  重)  
 その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 関節の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 失調・不随意運動 ・上肢  右  左 ・下肢  右  左 ・体幹  右  左  
 褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

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

(2) 栄養・食生活

食事行為  自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助  
 現在の栄養状態  良好  不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ( 誤嚥に注意 )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁  転倒・骨折  移動能力の低下  褥瘡  心肺機能の低下  閉じこもり  意欲低下  徘徊  
 低栄養  摂食・嚥下機能低下  脱水  易感染性  がん等による疼痛  その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる  期待できない  不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療  訪問看護  看護職員の訪問による相談・支援  訪問歯科診療  
 訪問薬剤管理指導  訪問リハビリテーション  短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導  
 訪問栄養食事指導  通所リハビリテーション  その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・移動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
 ・摂食  特になし  あり ( 介助 \_\_\_\_\_ ) ・運動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
 ・嚥下  特になし  あり ( 見守り \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無  有 ( \_\_\_\_\_ )  不明

5. 特記すべき事項

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

食事の嚥下も含めて、自ら摂れなくなりつつある。ターミナルケアを考慮する時期に来ている。

当院はターミナルケアへの対応は可能であるが、グループホームの職員、家族のコンセンサスはまだない。本人の意思を含めて、家族がどのような対応を望んでいるのか、話し合いが必要。

申請者の認定結果等(お知らせ)を希望しますか  希望する  希望しない

# 認知症ライフサポート研修

## ワークシート 1～3



## 課題整理と目標設定：個人ワーク

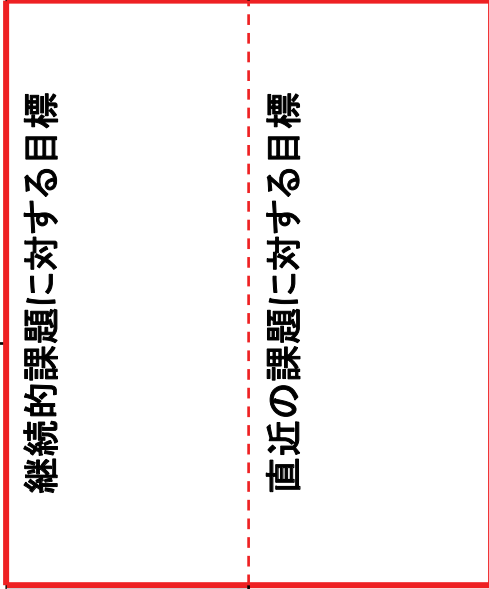
継続的課題に対する目標：ライフサポートモデルとしての目標を設定しよう

目標に対してのニーズ：目標達成の為に、専門領域におけるニーズを考えよう

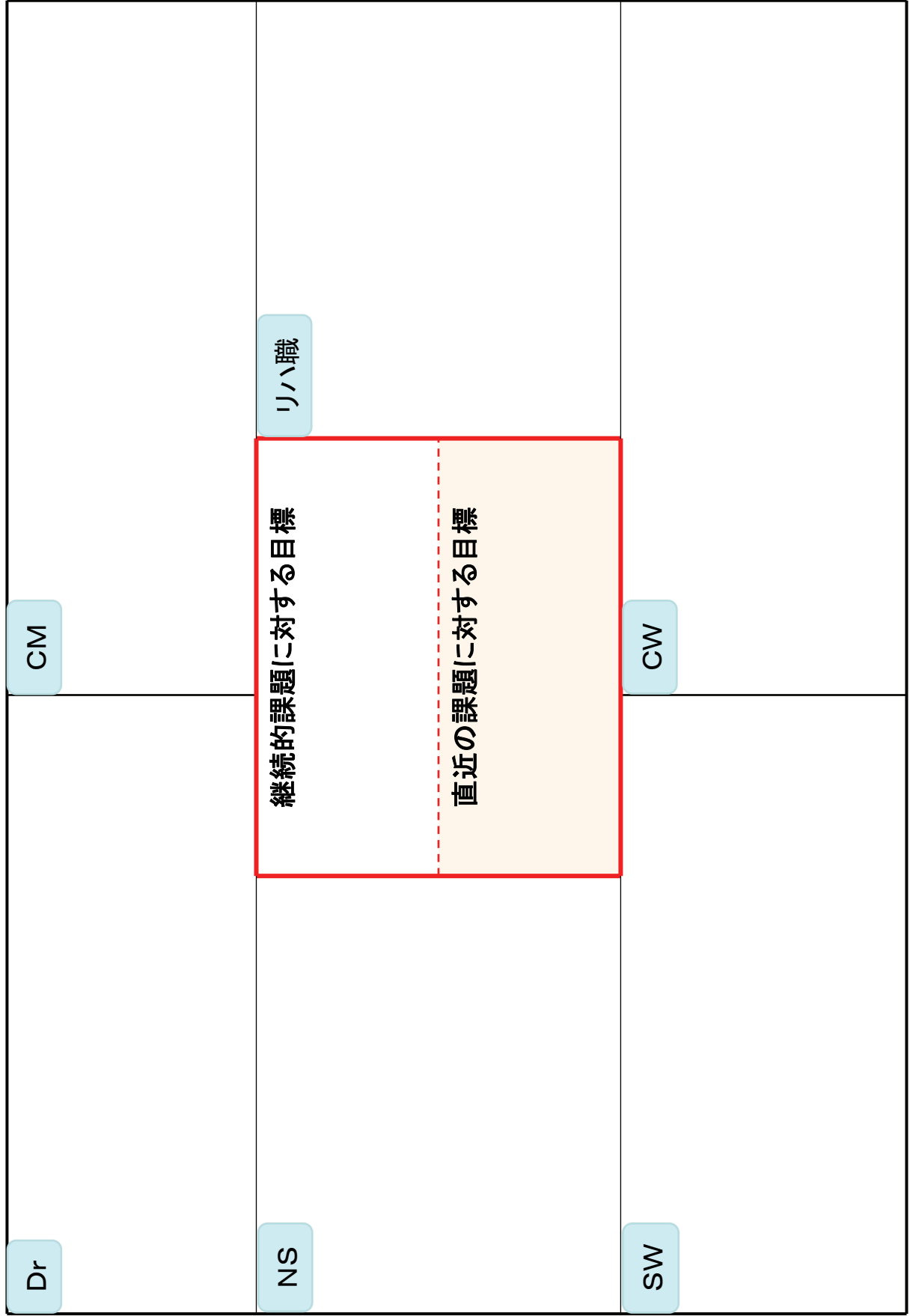
直近の課題に対する目標：ニーズに対しての目標を設定しよう

# 継続的課題に対する目標の設定

Dr 【目標】	CM 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】
NS 【目標】	リハ職 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】
SW 【目標】	CW 【目標】
【ニーズ】	【ニーズ】



# 多職種間の役割分担・協働



認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の  
基盤づくりに関する研究事業報告書

---

2013年3月発行

- 編集 株式会社ニッセイ基礎研究所
- 平成24年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)

禁無断転載