

病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修

1. 知識 編
2. 実践 編
3. 社会資源 編

令和2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分)

病院勤務以外の看護師等に対する認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業 編

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修

研修全体の目的・意義

- 認知症である本人の視点に立った、本人の生活を支える知識と方法を習得する
- 早期発見・早期対応の重要性を理解する
- 多職種連携の重要性とその活用についての方法を理解する

知識 編

ねらい: 認知症である本人や家族の視点に立ち、その生活を支えるために必要な基本的な知識を習得する

到達目標:

- 認知症の現状やその病態について、概要を説明できる
- 認知症の早期発見・早期対応の意義を理解できる

認知症施策推進大綱の概要

〈知識 1〉

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

▶▶早期発見・早期対応、医療体制の整備

▶▶医療従事者等の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視pointsの重視

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

本研修が必要とされる背景

〈知識 2〉

- 認知症の人が増加することが見込まれ、認知症である本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた良い環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現が必要
- そのために、認知症医療・介護等に携わる者が有機的に連携し、認知症である本人のそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが切れ目なく提供されることが重要

[動画 ①a]

研修のはじめに

- ① このような経験はありますか
- ② 認知症である本人の声を聴く
- ③ 受講者へのメッセージ

認知症とは

〈知識 4〉

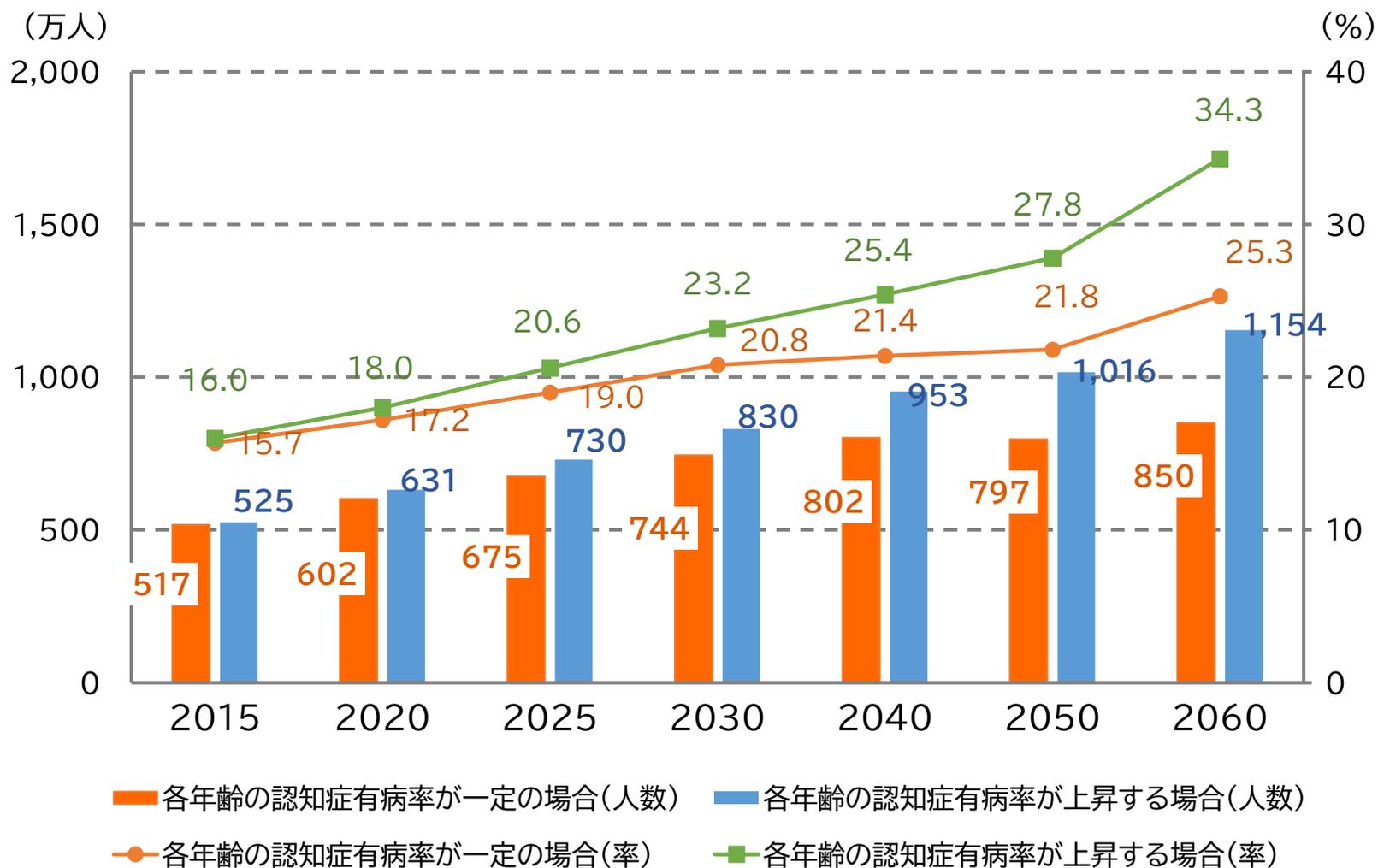
認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

- ※ 認知機能の低下は、せん妄や精神疾患では説明されない。
- ※ 認知機能の低下については、各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合もある。

認知症高齢者数の推移

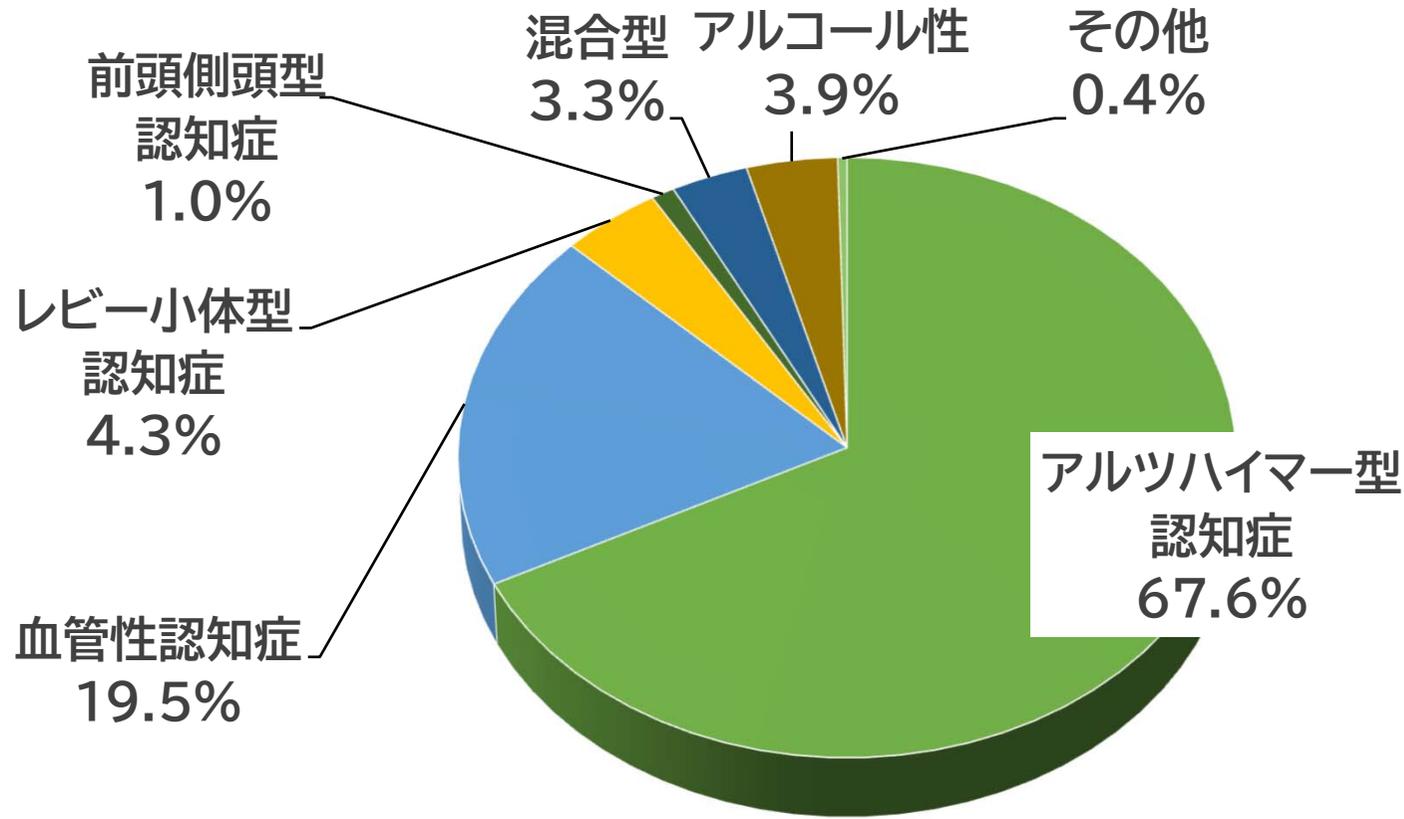
〈知識 5〉



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

認知症の原因疾患

〈知識 6〉



「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)を引用

主な認知症疾患の特徴

〈知識 7〉

病型	主な特徴	
アルツハイマー型認知症	<ul style="list-style-type: none"> ◆海馬や大脳皮質を中心に、広範な神経細胞の脱落と、さまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症 ◆発症は潜行的で、進行は緩徐である。初期から、近時記憶障害が目立つのが特徴 	<ul style="list-style-type: none"> ◇計画性がなくなり段取りが悪くなる ◇経験した出来事を忘れる ◇時間感覚が悪くなる
血管性認知症	<ul style="list-style-type: none"> ◆脳梗塞や脳出血などの脳血管障害に関連して現れる認知症 ◆脳卒中発作後に急速に発症し、階段状に進行するものと、慢性虚血変化を背景に、潜行的に発症し、緩徐に進行するものがある 	<ul style="list-style-type: none"> ◇手足のまひ ◇ろれつがまわらない ◇忘れやすい
レビー小体型認知症	<ul style="list-style-type: none"> ◆認知症とパーキンソン症状を主症状とし、レビー小体が脳幹や大脳皮質に多数出現する認知症 	<ul style="list-style-type: none"> ◇夜中に大声を出し手足を動かす ◇体の動きが遅くなり転びやすくなる
前頭側頭型認知症	<ul style="list-style-type: none"> ◆大脳前方領域(前頭葉や側頭葉前部)に原発性変性を有する非アルツハイマー型変性性認知症の総称 	<ul style="list-style-type: none"> ◇言葉が出ない ◇意欲ややる気がない

認知症初期集中支援チーム員研修テキスト等を一部改変して引用

認知症の症状と要因・誘因

〈知識 8〉

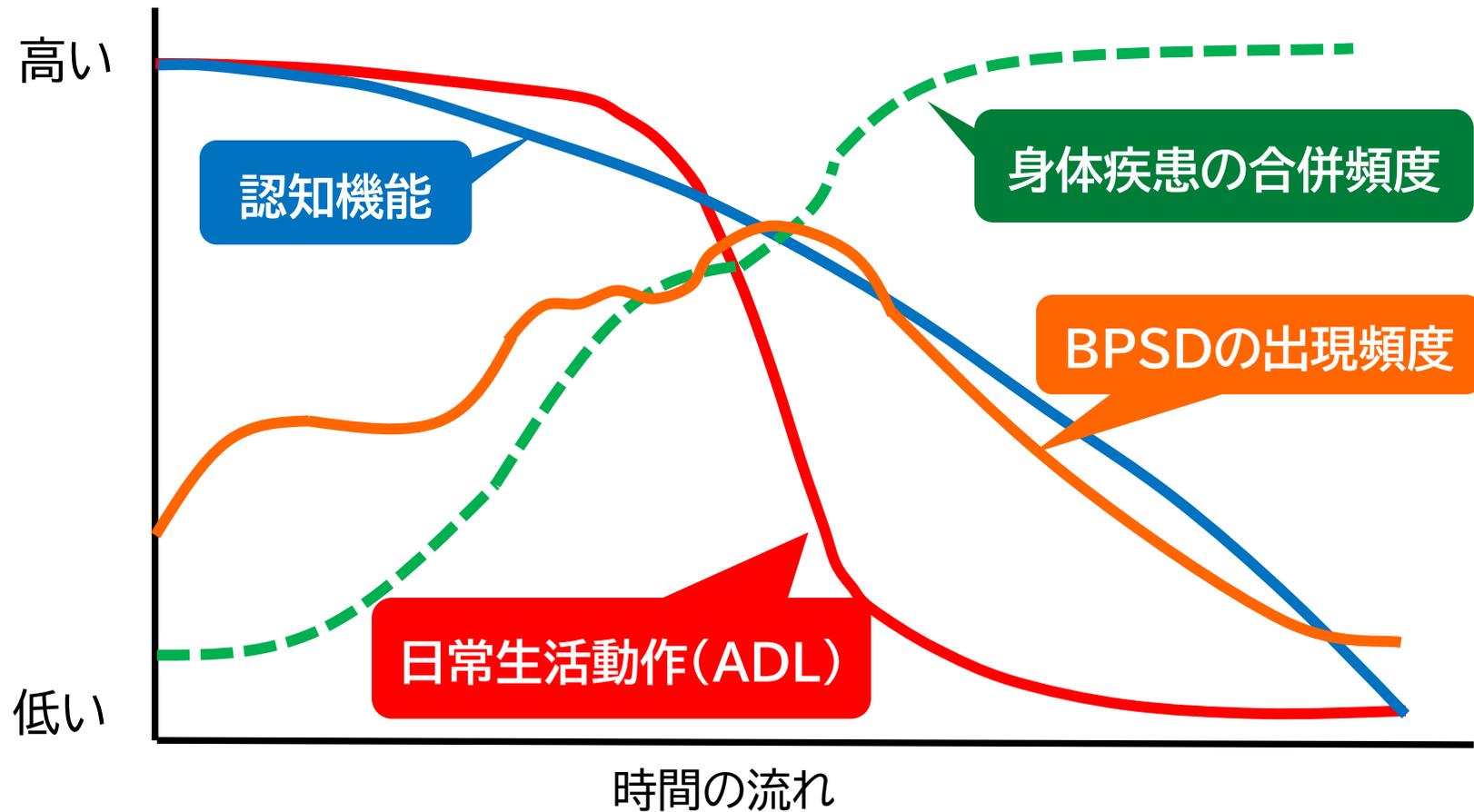


要因・誘因(主なもの)	
身体的要因	基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用、歯の痛み、等
環境的要因	なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激(音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など)
心理・社会的要因	不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし

認知症の経過（変性疾患の場合）

〈知識 9〉

認知症の進行とともに状態は変化する



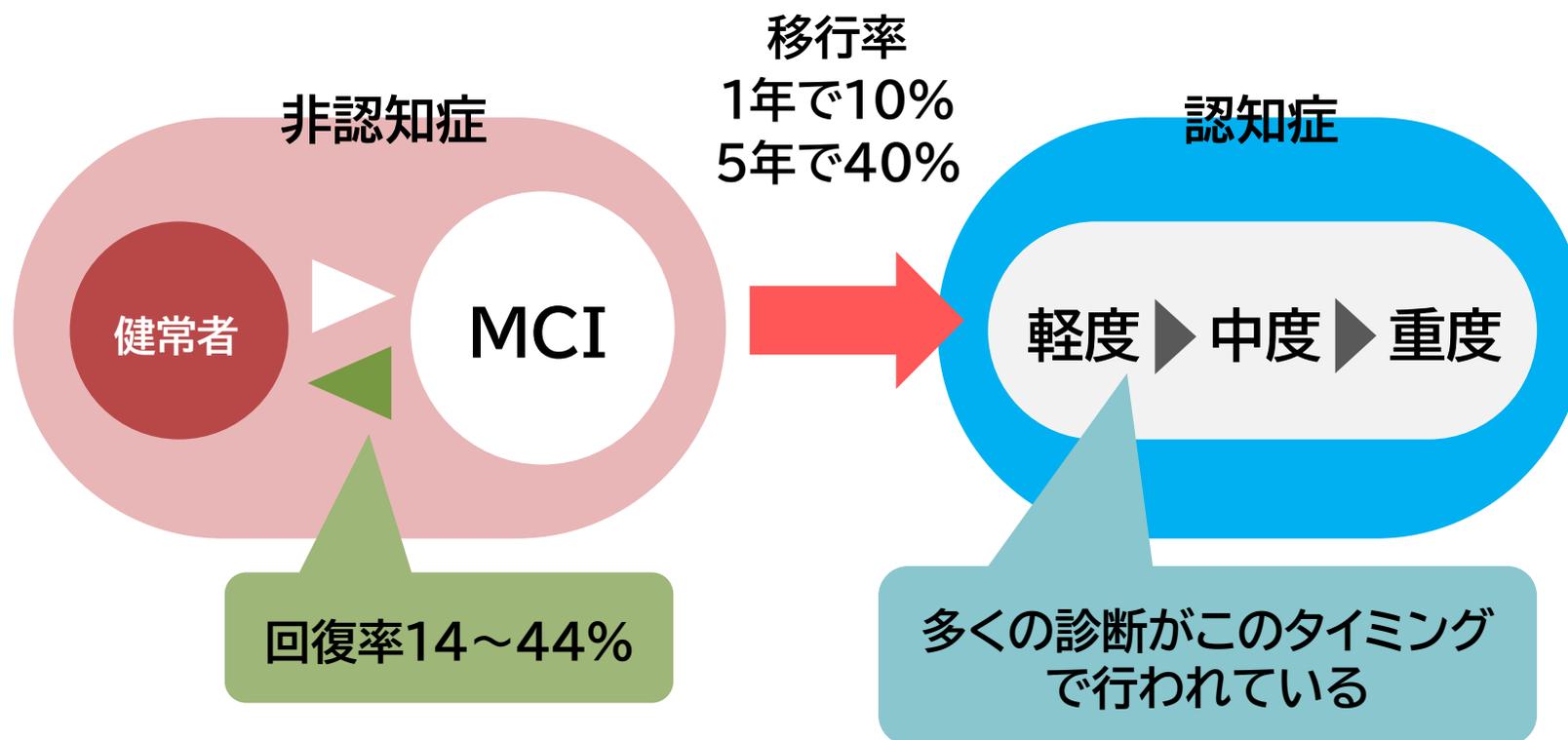
早期発見・早期対応の意義

〈知識 10〉

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- 進行性の認知症であっても、より早期からの適切な薬物療法により進行抑制や症状緩和が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用によって、認知症である本人の生活の質の維持や家族の介護負担の軽減ができる

軽度認知障害 MCI

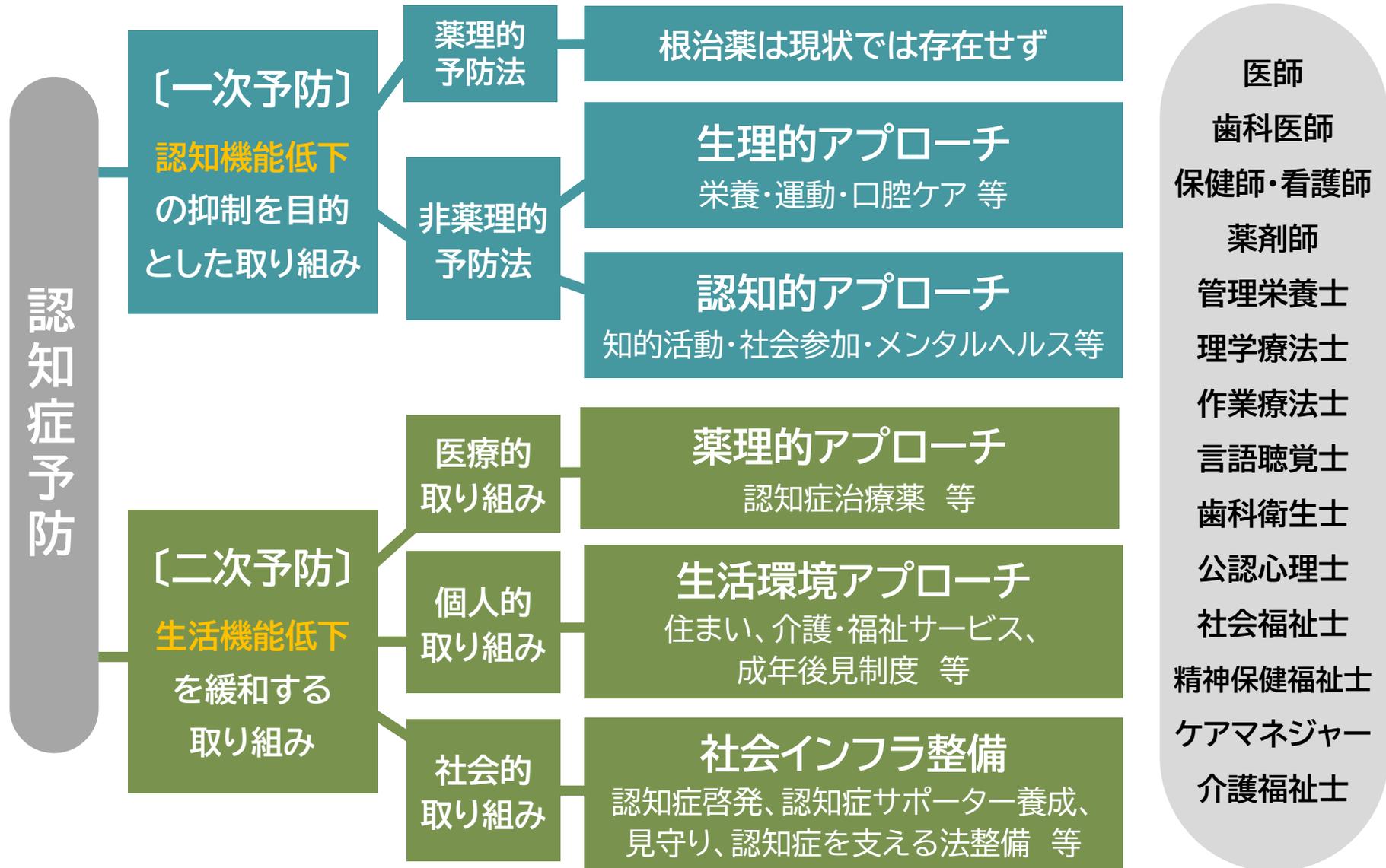
〈知識 11〉



- ◆記憶障害の訴えが本人または家族よりある
- ◆1つ以上の認知機能低下(心理検査)
- ◆日常生活動作は正常→認知症ではない
- ◆日本に500万人(認知症の方と同じ数)はいる

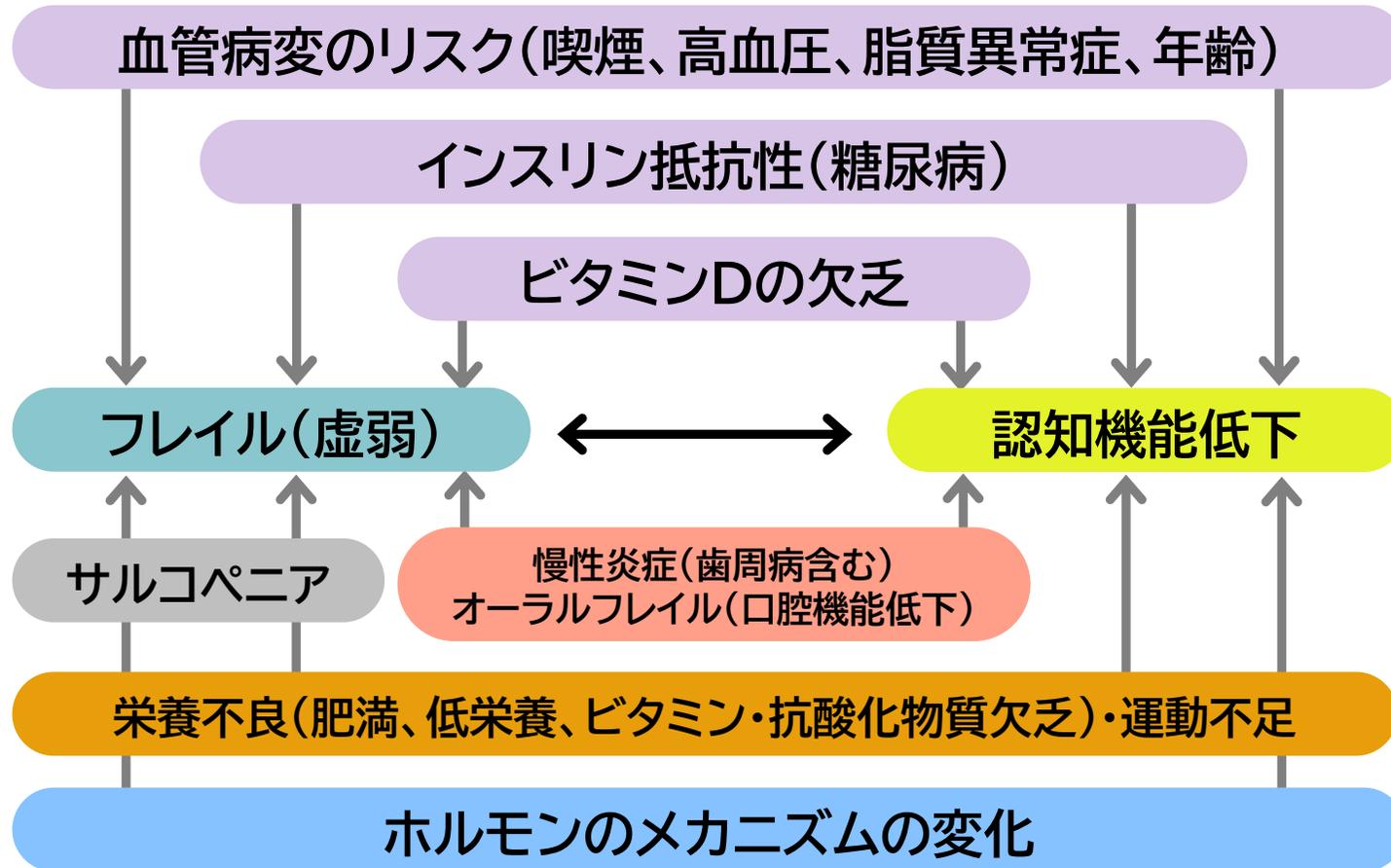
認知症予防 = 多職種アプローチ

〈知識 12〉



認知症の危険因子

〈知識 13〉



※歯科(口腔)も認知症予防に関係する

(一部改変)

Halil M1, Cemal Kizilarlanoglu M, Emin Kuyumcu M, Yesil Y, Cruz Jentoft AJ. Cognitive aspects of frailty: mechanisms behind the link between frailty and cognitive impairment. J Nutr Health Aging. 2015 Mar;19(3):276-83. doi: 10.1007/s12603-014-0535-z.

Kamer AR1, Pirraglia E2, Tsui W2, et al. Periodontal disease associates with higher brain amyloid load in normal elderly. Neurobiol Aging. 2015 Feb;36(2):627-33. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2014.10.038. Epub 2014 Nov 5.

実践 編

ねらい: 認知症である本人のQOLの向上を図るため、
コミュニケーション、ケア及び多職種連携による
支援の実際を理解する

到達目標:

- 認知症である本人の意思を尊重したケアの基本を理解できる
- 認知症である本人や家族への支援のポイントを理解できる
- BPSDについて理解し、その対応について理解できる
- 認知症である本人への支援にあたって、多職種連携の意義や方法を理解できる

認知症である本人の理解

〈実践 1〉

認知症である本人には 意思も・経験も ある

認知症である本人が体験している世界を理解する

認知症
である
本人

- に 聞いてみる
- の 話を想像する
- に 現状を伝えてみる
- の 反応をみる
- が どのように思うか聴いてみる
- に どのようにするか相談する

認知症である本人の視点を重視したアプローチ

〈実践 2〉

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は家族も交える
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

認知症である
本人の視点を
施策の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

本人にとってのよりよい暮らしガイド

〈実践 3〉

一足先に認知症になった私たちからあなたへ

診断直後に認知症である本人が手にし、次の一步を踏み出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイド



〈主な内容〉

1. 一日も早く、スタートを切ろう
2. これからのよりよい日々のために
 - イメージを変えよう！
 - 町に出て、味方や仲間と出会おう
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう
 - のびのびと、ゆる～く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にある
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています)

平成29年度老人保健健康増進等事業

「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

認知症とともに生きる希望宣言

〈実践 4〉

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日)
<http://www.jdwg.org/statement/>

本人の視点を重視した施策の展開

〈実践 5〉

都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、 認知症施策や地域支援体制づくりをより効率的 に展開していくことを支援するためのガイド

このガイドのねらいと活かし方

- 大都市でも、小さな町村でも、認知症の人が増え続けていく時代です。
- 「認知症の人たちにやさしい町に」新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）がめざす方向に向かって、あなたの自治体でも様々な事業や取組を試行錯誤で進めていると思います。
- このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを、よりスムーズに（もっと楽に）、より効率的に（役に立つことを、無駄・無意味なく）展開していくことを応援するために作られたものです。
- その重要なポイントは、認知症とともに暮らしている「本人の声」、新オレンジプランの中でも、「本人の意思の尊重」、 「本人の視点の重視」がキーワード。
- このガイドでは、それらを各自治体で具体的に進めていくためのあり方や方法をわかりやすくお伝えします。

★本ガイドの関連用語として、「本人にとってのよりよい暮らしガイド（通称：本人ガイド）」があります。その活かし方やポイントについても、本ガイドでご紹介します。

本ガイド（都道府県・市町村用）

本人ガイドのポイントや活かし方についても紹介しています。

本人ガイド（本人用）

認知症の本人たちと一緒に作った本人向けのガイドです。家族や関係のみなさん、医療・介護関係者とともに地域支援体制づくりを進めるためのにも活用してください。

セットでご活用下さい。

- ・認知症施策のこれからのあり方、計画・実施・見直しの際に
- ・認知症の本人、家族のよりよい暮らし・支援のための、具体的な道具として
- ・医師・介護・福祉関係者の意識・サービス、連携・役割の道具として
- ・地域の多様な関係者が、連携・展開していくための道具として

1 認知症になってからの日々をより良く暮らせるわが町に

- ◆今、認知症地域支援体制づくりの「方針の転換」が求められています。
- ◆施策や事業、資源の見え方・増やしも、方針が旧いままでは、本人や家族、地域のみなさんが、共に安心して暮らしている地域にはなりません（行政としての成果が上がりません）。
- ◆限られた人手、時間、コストの中で最大限の成果を出していくためには、「新しい方針」への転換が不可欠です。
- ◆「新しい方針」の根拠になっているのは、「本人の声」です。

行政担当者が必要なチェンジメーカー

「旧い方針」から「新しい方針」へ切りかえよう！

あなたの自治体の方針は？あなたの自身の方針は？

旧い方針：従来型の視点重視	新しい方針：本人の視点重視
①本人の意思・生き方・生活を重視	①本人の意思・生き方・生活を重視
②本人が決められる・進める	②何事も本人と決める・一緒に進む
③本人の力を重視・無視/問題点重視	③本人の力を重視/可能性重視
④本人は支えられる一方	④本人が支え手として活躍
⑤本人が地域に出ない/出されない環境（孤立）	⑤本人が地域に出る/出られる環境（共生）
⑥状態が悪くなってから問題対応	⑥初期～最期までより良く生きる
⑦一部の人が、バラバラに支援	⑦多様な人がつながり一緒に歩む（家族、住民、専門職が一纏に）

本人の声をもとに記録・蓄積しよう

本人が存在感・安心、状態安定、力の発揮・家族、地域、社会の偏見解消・負担が最小化・希望の実現

早く、方針転換しないとみんなが困る可能性があります。

あたりまえのことだから、自分だったら、こうあってほしいわーっ

◆方針の転換は、国の内外で1990年代から徐々に始まってきている、旧くて新しい課題です。国内では、新オレンジプラン（2015年1月）以降、「本人の視点重視」が施策の重要な柱として位置づけられています。この方針は、自治体がすべての施策や事業を進める上での根拠です。

本人の声の中に、必要でその手がかりが豊富に

◆何が起き、何が必要か、本当のこと
◆本人の声を聴くこと。行政担当者へ「本人の声を聴く」ことを、行政担当者へ伝える。事業の第一歩は地域にアンテナをたて、本人の声を聴いておしまい、集めて*まずはその本人のために、そして

本人の声を聴く

本人の声を情報化する

本人の声を活かす機会をつくる

本人の声を「本人からの情報発信」としてとらえ、継続的に記録・蓄積しよう

- 多様な機会に本人が発信している声を、地域支援体制づくり、施策、事業のための「情報源」と位置づけよう
- 継続的に記録・蓄積し、関係者・関係者の間で共有しよう
- 本人の「ありのままの声」の記録が重要。その中に具体的な内容や周囲が気づけずいたことが隠れている。高目の考えや専門用語で声を加工作してしまわないよう関係者で申し合わせよう

声は加工しないで「ありのまま」を大切に

「本人の声」をテーマにした話し合いの機会を作ろう

- 担当部署、庁内関係部署間、地域の認知症関係者等、多様な立場、メンバーによる話し合いの機会をつくる
- 担当部署内から始めて、関係部署や関係者に情報発信、「話し合い」への参加者を広げていく
- 話し合いの機会に、本人が参加を*
- ★一人からでも本人が参加できるようにトライしよう

本人の参加が、本人視点、本人参加が進む一歩になる

都道府県・市町村向け
本人の声を起点とした
認知症地域支援体制づくり
ガイド

平成30年度老人保健推進費補助金（老人保健推進費補助事業）
認知症の診断前後における認知症の人の視点を重視した支援体制構築のための研究事業

東京都健康長寿医療センター
地方独立行政法人

意思決定支援の基本原則

〈実践 6〉

- ① 本人の意思の尊重
- ② 本人の意思決定能力への配慮
- ③ チームによる早期からの継続的支援

意思決定能力は本人の個別能力だけでなく、支援者の支援力によって変化する

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン

〈実践 7〉

趣旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

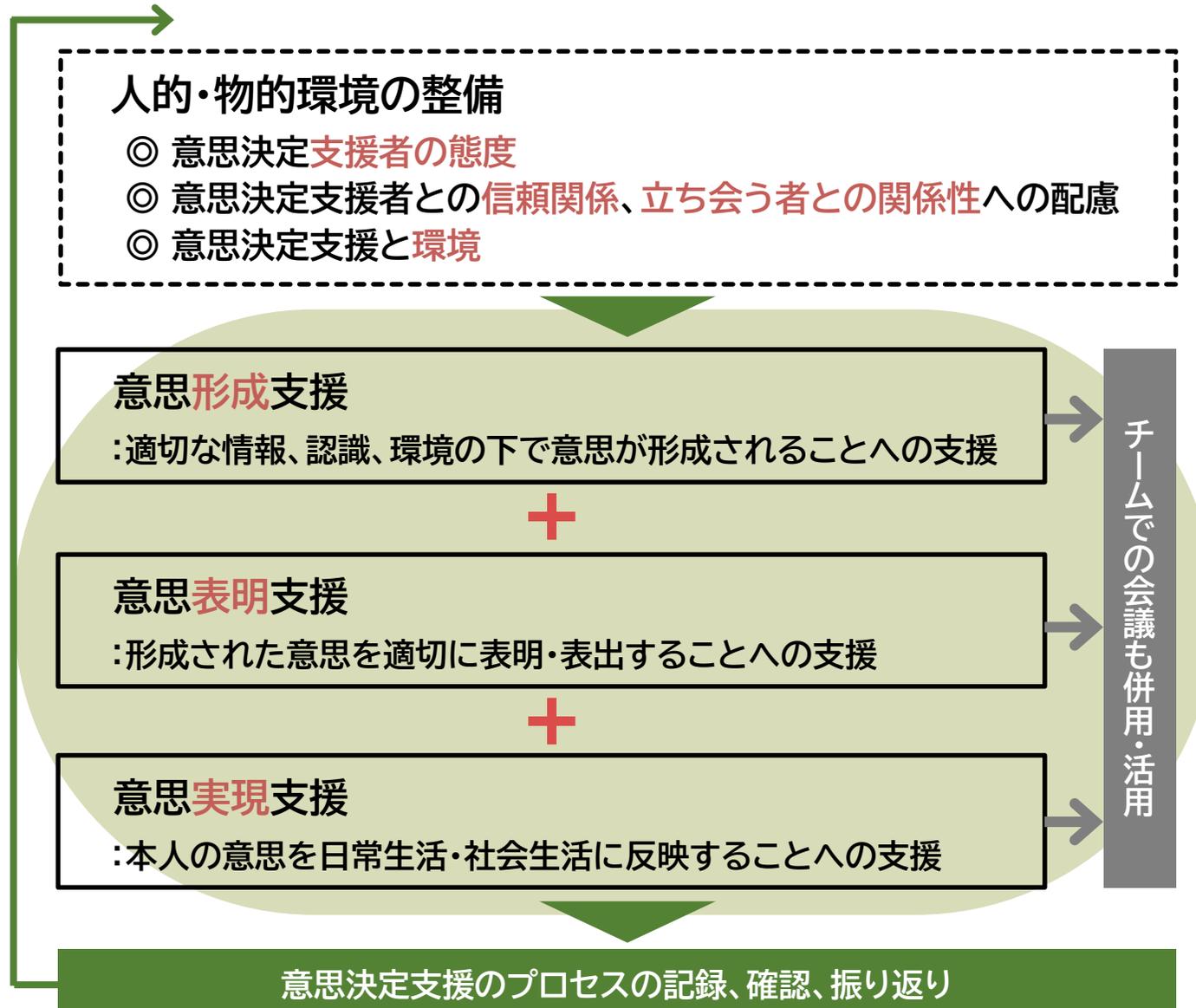
- 認知症の人ための
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)



意思決定支援のプロセス

〔認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6)より〕

〈実践 8〉



コミュニケーションの特徴と工夫

〈実践 9〉

【認知症の人のコミュニケーションの特徴】

- 病状の進行、さまざまな身体・心理状態の変化等によって、コミュニケーションレベルは影響される
- 非言語的コミュニケーションが多くの割合を占める
- 視覚・聴覚など、さまざまな加齢変化もある

【コミュニケーションの工夫】

- 表情や声の抑揚、行動、歩き方、身体反応などに現れる意思を把握する。
- 空間や自然、時間などを含む環境すべてがコミュニケーションであると考えてみる。

具体的なコミュニケーションの内容

〈実践 10〉

- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、**できる限りの治療や支援を行う**ことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する**辛さを受け止め**、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、**家族への病状説明は慎重**に行う
- 家庭の中で何らかの**役割を持ってもらうこと**、**社会参加**や**介護保険サービスの利用**をすすめる
- 身体疾患を**早めに見つけて治療**をする

コミュニケーションにおける視点

〈実践 11〉

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. いつもと様子が違うと感じたら、身体合併症のチェックを

認知症である本人のケア:心理学的な概念

〈実践 12〉

パーソンセンタードケア

- 認知症の人を1人の人として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケア
- 認知症の人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活的、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉え理解しようとするもの

バリデーション療法

- 認知症の人の虚構の正解を否定せずに感情を共有し、行動の背景や理由を理解しながら関わる手法

ユマニチュード

- 知覚・感覚・言語といった人間が本来からもっているコミュニケーションに基づいた、認知症の人へのケア・コミュニケーション技法

良い状態／良くない状態

〈実践 13〉

良い状態のサイン	良くない状態のサイン
<ul style="list-style-type: none">◎ 表現できること◎ ゆったりしていること◎ 周囲の人に対する思いやり◎ ユーモア◎ 創造的な自己表現◎ 喜びの表現◎ 人に何かをしてあげようとする◎ 自分から社会と接触すること◎ 愛情を示すこと◎ 自尊心(汚れ、乱れを気にする)◎ あらゆる種類の感情を表現すること	<ul style="list-style-type: none">▲ がっかりしているときにほったらかしにされている状態▲ 強度の怒り▲ 悲しい時にほったらかしにされている状態▲ 不安▲ 恐怖▲ 退屈▲ 力のある他人に抵抗することが困難▲ 身体的不快感▲ 体の緊張、こわばり▲ 動揺、興奮▲ 無関心、無感動▲ 引きこもり▲ 文化的阻害

悪性の社会心理／ポジティブパーソンワーク

〈実践 14〉

悪性の社会心理	ポジティブパーソンワーク
▲ だましたり、あざむくこと	◎ 尊重
▲ のけものにすること	◎ 話し合う(相互理解する)
▲ 能力を使わせないこと	◎ ともに行う
▲ 人扱いしないこと	◎ 楽しむ
▲ 子供扱いすること	◎ 感覚を刺激する
▲ 無視すること	◎ 喜び合う
▲ 怖がらせること	◎ リラックスすること
▲ 強制すること	◎ 共感をもって理解する
▲ 区別をすること	◎ 包み込む
▲ 後回しにすること	◎ 能力を引き出し、なにかができるようにするためのサポートを行う
▲ 差別すること	◎ 創造的な活動を促すこと
▲ 非難すること	◎ 認知症の人が人のためになにかをしてあげるようにできること
▲ 急がせること	
▲ 中断させること	
▲ わかろうとしないこと	
▲ 侮辱すること	

バリデーシヨンの基本的態度

〈実践 15〉

◆ 傾聴する

「部屋に誰かがいる！」と訴える場合、まず「部屋に誰かがいるのですね」と反復し、「その人はどのような人ですか？どのあたりにいますか？」と質問し、本人の世界を理解する。

◆ 共感する(カリブレーション)・誘導しない(ペースを合わせる)

認知症の方の感情が表れている表情・呼吸のペース・姿勢や歩き方をよく観察し、感情を分かち合うとともにペースを合わせる。

◆ 受容する(強制しない)

認知症の方を現実に引き戻そうと誘導したり、否定したりせず、「あるがまま」を認めて、ご本人の世界に近づこうと努める。

◆ うそをつかない・ごまかさない

例えば、認知症の方が「家に帰る！」と訴えたとき、嘘をついたり、ごまかしたりせず、本当の主訴をつかもうとする。「帰りたい」と訴える本人の感情にふたをせずに向き合い、信頼関係を築くようにする。

アセスメントの留意点

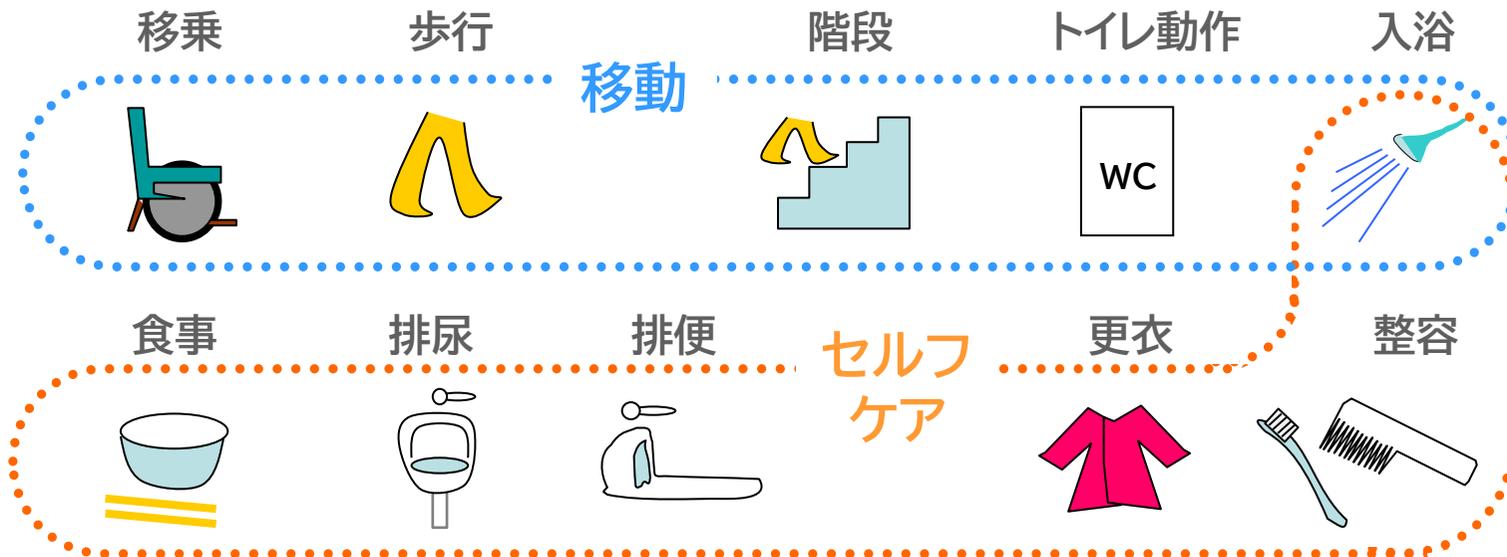
〈実践 16〉

1. 本人と家族(または付添人)それぞれから聞き取る
2. 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける
3. 認知機能の評価をする際に、自尊心を傷つけないように配慮する
4. 本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて、情報を収集する
5. ケアマネジャーや訪問看護師などの関係者からも情報を収集する(介護保険利用時)
6. 服薬内容や服薬状況についても情報を収集する

ADLのアセスメント

〈実践 17〉

● Barthel Index



● Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)

● N式老年者用日常生活動作能力評価尺度

● 認知症のための障害評価尺度 (DAD)

(Disability Assessment for Dementia)

● ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

IADLのアセスメント

〈実践 18〉

● IADL(Lawton) = 独居機能の評価



● 認知症のための障害評価尺度 (Disability Assessment for Dementia:DAD)

重症度のアセスメント(FAST)

〈実践 19〉

アルツハイマー型認知症の場合

認知症の程度	
1. 正常	
2. 年齢相応	物の置き忘れなど
3. 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。 新しい場所に旅行することは困難。
4. 軽度	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。 入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6. やや高度	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。 トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度	最大約6語に限定された言語機能の低下。 理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。 着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type.
Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

BPSDのアセスメント

〈実践 20〉

NPI (Neuropsychiatric Inventory)

妄想

興奮

脱抑制

幻覚

易刺激性

異常行動

うつ

多幸

夜間行動

不安

無関心

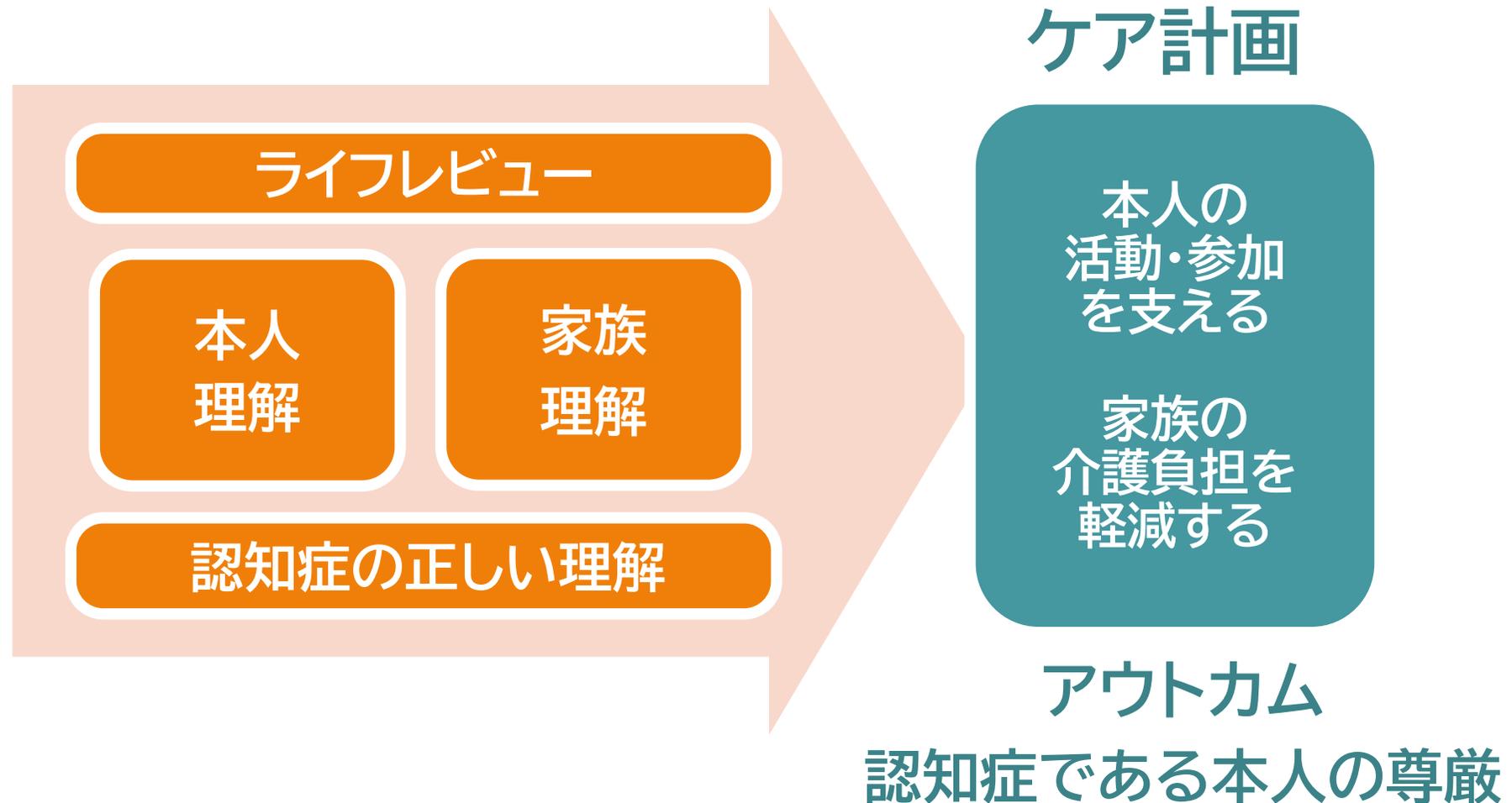
食行動

症状の頻度×重症度

ケアのためのアセスメント

〈実践 21〉

アセスメントからケアの方向性を決める



パーソンセンタードモデル

〈実践 22〉

医学モデル
による認知症の
人の疾患の理解

パーソンセンタード
モデルによる全人的視点

認知症である本人を知る5要素

- ① 脳神経細胞の変化
- ② 性格傾向・行動パターン
- ③ 生活史
- ④ 健康状態・感覚機能
- ⑤ 周囲の人との関係

事例

〈実践 23〉

Aさん 80代女性 アルツハイマー型認知症がある。
うっ血性心不全があり、入院した時にはせん妄が見られた。

家族構成は、娘夫婦、孫1人、4人暮らし。

家族と食事をするが、娘の顔を見て、誰なのかわからなくなった。自宅ではないと思い、「家に帰ります」と家からどこかに出かけようとする行動が見られ、家族はどうしたら良いのかわからないため困っていた。

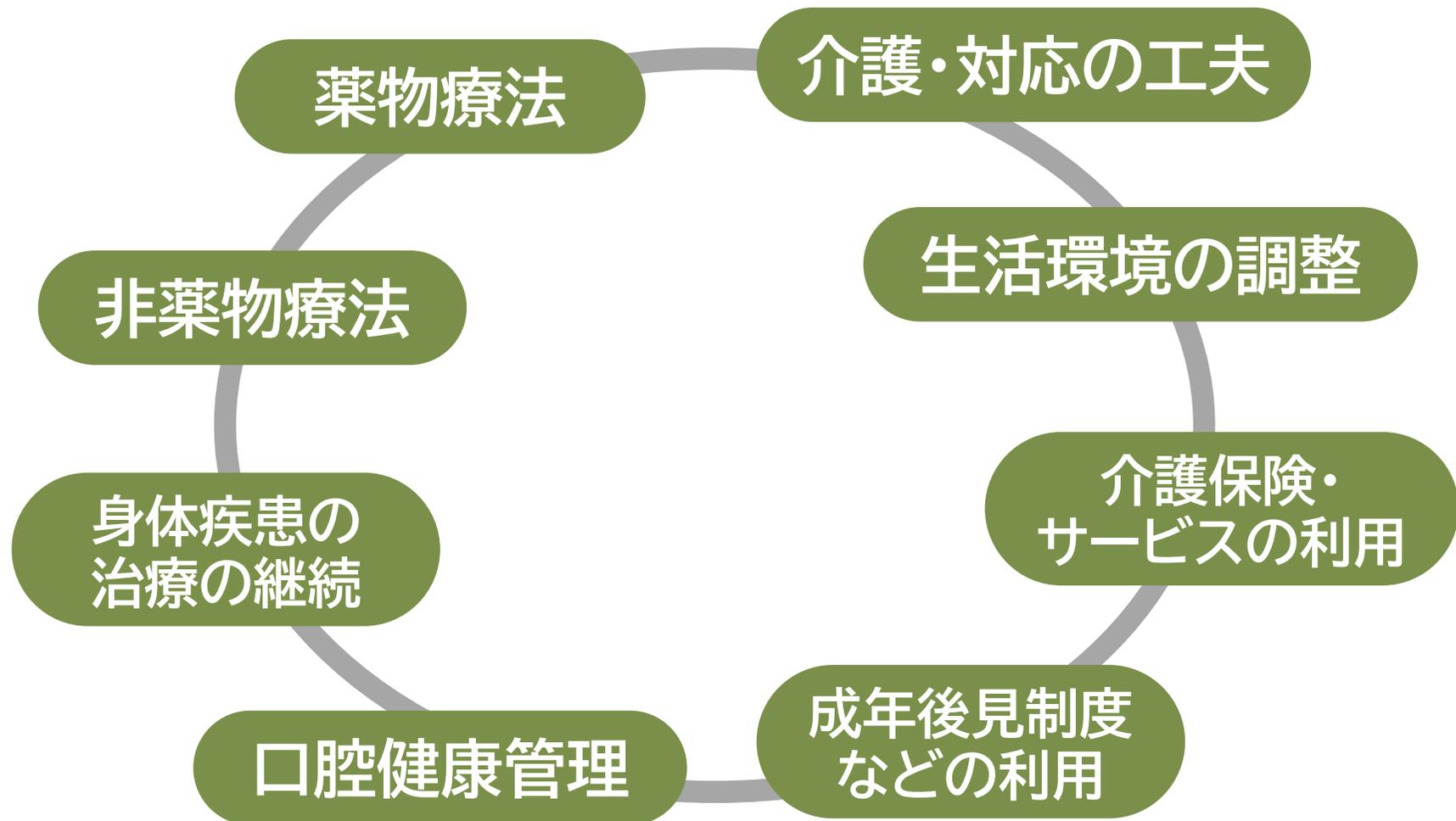
5つの要素によるアセスメント

〈実践 24〉

項目	情報	アセスメント
① 脳神経細胞の変化	娘の顔を見て誰なのかわからない	中核症状である失認があるため中等度～重度認知症が考えられる。
② 性格傾向・行動パターン	優しい。心配性。自宅に居て、「家に帰ります」という言葉と行動が見られた。	周囲の自分に向けられる視線が気になり、自宅に居ても違和感があることが考えられる。
③ 生活史	子どもが小さい頃は一緒に遊ぶことがあった。	子どもの成長を嬉しく思う気持ちが鮮明であることから、長期記憶が保たれている。
④ 健康状態・感覚機能	うっ血性心不全の治療のため通院・入院を繰り返す。	入院という環境の変化があり、せん妄が起きた可能性がある。
⑤ 周囲の人との関係	家族は母親との生活に疲れた表情を浮かべている。家族で食事をしている時は落ち着きがない。	家族の表情を敏感に感じ取り、心地よい自分の居場所がないため、落ち着かない行動がみられていることが考えられる。

認知症のマネジメント

〈実践 25〉



診断後のサポートのあり方

〈実践 26〉

～診断後の当事者や家族の不安～

『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』

『これからの変化や症状についての説明がなかった』

『サポート体制や具体的な対応の情報がなかった』

『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 早期診断と治療導入の取り組みだけでは不十分
- 本人と家族の受ける心理的打撃や将来への不安を緩和することが重要
- 認知症対応力の向上と本人や介護者の話をしっかりと聴くことが不可欠

認知症である本人の自立生活・社会参加に伴走する支援

家族・介護者への支援

〈実践 27〉

● 心理的サポート

- 介護者自身がどのような状況に置かれていると認識しているかを尋ねる
- 自分の置かれた状況について話す
- 新たに生じた役割がどのようなものかを考える機会を提供

● 情報提供

- 疾病に関する情報、医療に関する情報、生活に関する情報
- 家族教室、家族会の紹介等

● 専門サービスの紹介

チームアプローチの意義

〈実践 28〉

- ◆ 周囲の人、職場、家族の受け止め方、すなわち許容や理解の程度により、さらには対応スキルのレベルにより、問題の大きさや負担の度合いが変わってくる。
- ◆ 認知症である本人とかかわる家族や職員、家やケアの現場を閉塞的にしないこと、孤立させないこと。つながりにより精神的に支えられ、「こんな考えの人もいるんだ」と認知症に対する受け止め方が変わり、さらには対応のヒントが得られる。

BPSDが発生する背景

〈実践 29〉

他人の言動や状況を
読み取る能力の低下

苦痛をうまく
伝えられない

環境への適応障害
不安・混乱

- ◎理解しやすい環境にする
- ◎適応支援
- ◎コミュニケーションの支援
- ◎情緒的支援

BPSD

症状緩和

BPSDの原因となりうる直前の状況

〈実践 30〉

- ◆ 場所
- ◆ 時間
- ◆ 周囲の人やかかわり方
- ◆ 活動
- ◆ 環境:音、温度、湿度、照度
- ◆ 体調:痛み、疲労、不快、空腹、睡眠、排泄
- ◆ 薬

BPSD対応の基本

〈実践 31〉

- ◆ 非薬物的アプローチを優先する
- ◆ 医療と連携する：薬物療法や入院治療の検討
- ◆ 社会資源を活用する：デイサービスなどの導入
- ◆ 予防的支援を行う：非薬物療法
 - ① ストレスの少ないかわり方をする
 - ② 日頃から本人が活動に参加
- ◆ 介護者への専門的な研修はBPSDの改善に効果あり

認知症の非薬物療法とは

〈実践 32〉

- ◆ 運動療法
- ◆ 音楽療法
- ◆ 回想法
- ◆ 認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション
- ◆ 作業療法・日常生活動作訓練
- ◆ 栄養療法
- ◆ コミュニケーションや感覚器への介入：補聴器など
- ◆ 生活リズムアプローチ
- ◆ 介護ロボット

運動療法

〈実践 33〉

- ◆ **運動療法**は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果がある

プログラムの例・・・

- 散歩する、ボールを転がすなどのレクリエーション要素を取り入れた活動の中で、自動的に身体を動かす
- 音楽を流したり、リズムをとったり、風船を使うなどして、身体を動かしやすいきっかけを作る
- コミュニケーションがとりづらい、指示が入りにくい、といった症状が見られる場合には、対象者の身体を直接的に誘導して運動を促すこともある

音楽療法

〈実践 34〉

- ◆ **音楽療法**には、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、身体の運動性の向上、表情や感情の表出、コミュニケーションの支援、脳の活性化、リラクゼーションなどの効果がある

プログラムの例・・・

- 挨拶や季節の話題など、導入を行う
- 誰もが知っている定番の曲や季節の曲をピアノの伴奏に合わせて歌う
- 音楽に合わせて手拍子をうったり、体操をしたり、楽器を鳴らしたり、体を動かす
- ゆったりとした曲を鑑賞してクールダウンする

回想法

〈実践 35〉

- ◆ **回想法**とは、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法
- ◆ 認知症である本人は、最近の記憶を保つことは困難だが、昔の記憶は保持されている
- ◆ 効果として、情動機能の回復、意欲の向上、集中力の増大、社会的交流の促進、支持的・共感的な対人関係の形成、他者への関心の増大などがあがっており、認知症の進行予防に役立つ

回想法の実践方法 …

マンツーマンで行う“個人回想法”と、6～8名で行う“グループ回想法”がある

認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション

〈実践 36〉

◆ 認知機能訓練

記憶、注意、問題解決など、認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を、紙面やコンピューターを用いて行う。個人療法とグループ療法がある。

◆ 認知刺激

認知機能や社会機能の全般的な強化を目的に、通常はグループにて、活動やディスカッションなどを行う。集団リアリティオリエンテーション(正しい見当識等の情報を繰り返し教示)も含まれる。

◆ 認知リハビリテーション

個別のゴール設定を行い、その目標に向けて戦略的に、セラピストが本人や家族に対して個人療法を行う。日常生活機能の改善に主眼が置かれ、障害された機能を補う方法を確立する。

非薬物療法は行動・心理症状を予防

〈実践 37〉

- ◆ 認知症である本人は、失敗体験の連続や動作の困難さに伴い**漠然とした病感（不安感や喪失感）**があり、徐々に**自信を失う**とともに**意欲や活動性が低下する**
- ◆ しかし、昔取った杵柄といったような**手続き記憶**を基にした**動作**や、**若いときに習得した意味記憶**は比較的保たれる
- ◆ 周囲の資源（物理的・人的環境や社会制度）を活用することで、認知症である本人の**現在ある能力**や、**ポジティブな面**を最大限引き出すことが、認知症の介護や非薬物療法に求められている=**できることをやって楽しむ**

〈実践 38〉

〔動画①b〕

気づく、支える、つなげる
～専門職の気づきから多職種連携へ～

連携とは

〈実践 39〉

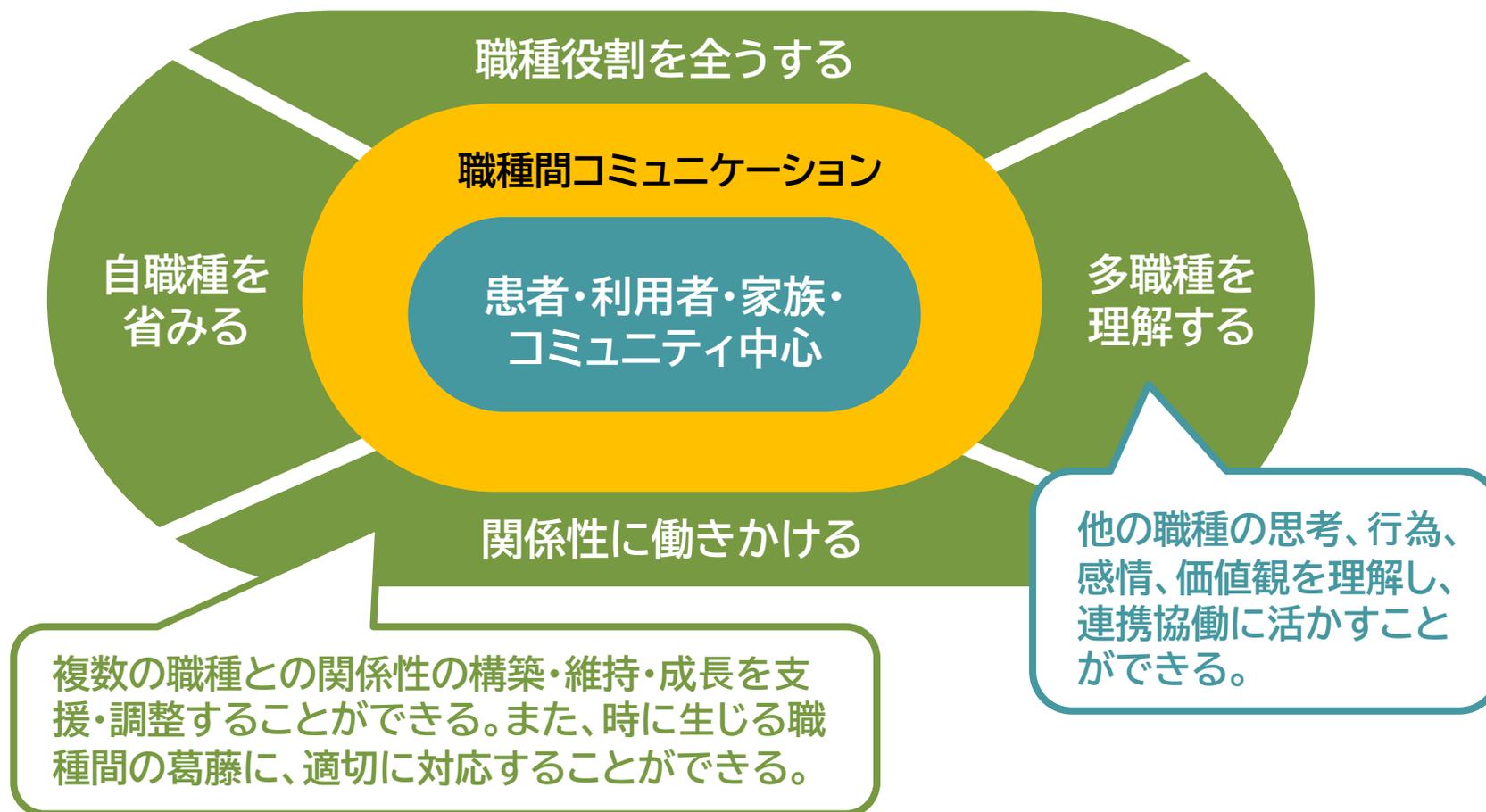
- ◆ 「共有化された目的を持つ複数の人及び機関(非専門職も含む)が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」
- ◆ 「連携」の展開過程には、連携する相手に対する評価や失望など「認識」レベルのものと、打ち合わせや助言などの「行為」レベルのものが含まれ、以下の7段階の過程を経る

- ① 単独解決できない課題の確認
- ② 課題を共有しうる他者の確認
- ③ 協力の打診
- ④ 目的の確認と目的の一致
- ⑤ 役割と責任の確認
- ⑥ 情報の共有
- ⑦ 連続的な協力関係の展開

多職種協働に必要な専門職個人の協働的能力

〈実践 40〉

〈〈 協働的能力の全体像 〉〉

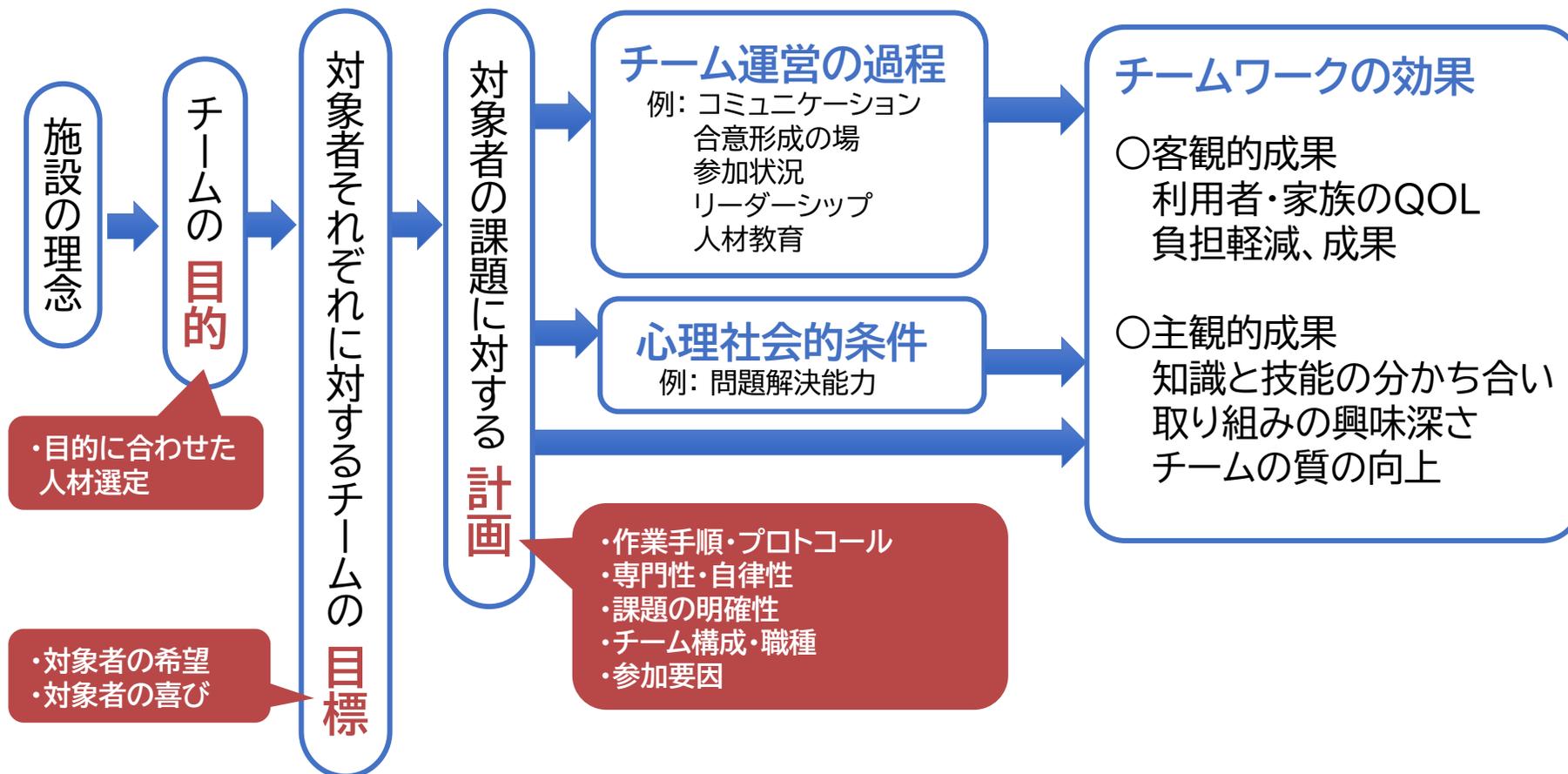


多職種連携コンピテンシー開発チーム:医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー-Interprofessional Competency in Japan, 「文部科学省未来医療研究人材養成拠点形成事業『リサーチマインドを持った総合診療医の養成』選定事業 筑波大学『次世代の地域医療を担うリーダーの養成』, 2015 を一部改変

多職種連携の効果をもたらす要因

〈実践 41〉

チームワークの効果をもたらす要因の関係



目的を共有し共通認識を持つことが、多角的な視点を収束しやすくする

多事業所間連携とは

〈実践 42〉

多事業所間連携とは、サービス内容の異なる複数の事業所が認知症である本人により良いサービスを提供するために、目的・目標を共有したうえで協働し達成する過程

多事業所間連携の実践

- ① 協働する複数の事業所があることを認識する
- ② 相手の事業所に連絡をする。また、連絡されたら返事をする
- ③ 自事業所の役割を明確にしたうえで相手の事業所を知る
- ④ 自事業所のサービスの過不足を評価し適正化する
- ⑤ 協働する事業所と、目的と目標、情報の共有を行う
- ⑥ 同じ目的と目標に向かって、自事業所の業務を修正して協力する
- ⑦ 相手の事業所の役割を理解し信頼する
- ⑧ 目的・目標を達成するために事業所間で相互に助け合う
- ⑨ 事業所間で時間と場所を共有し、課題解決に向けて協働する
- ⑩ 複数の事業所が一つの組織のように機能する

多職種カンファレンス開催の要点

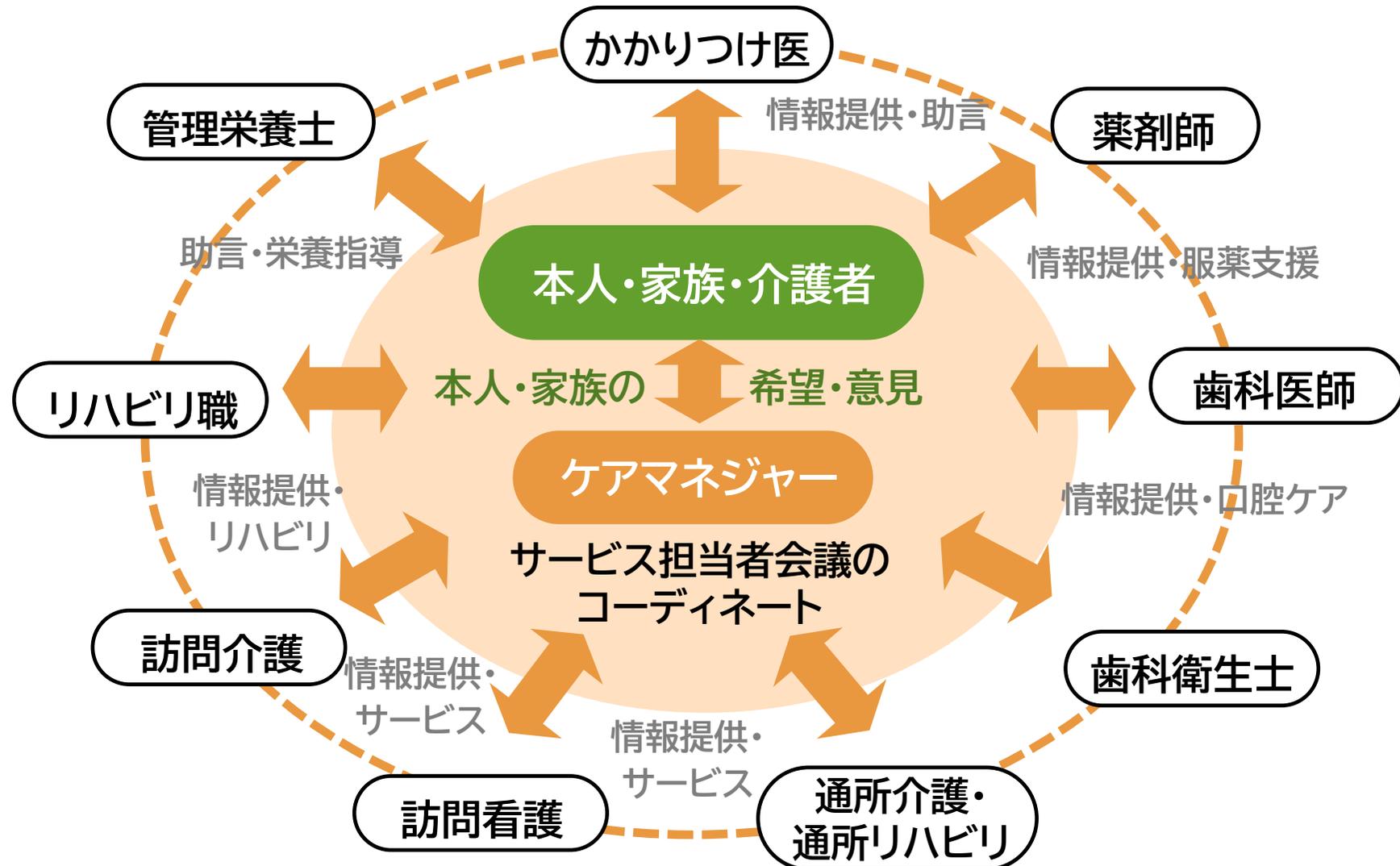
〈実践 43〉

- ◎ 開催までに、これまでの暮らしの情報、ケア提供内容などを、家族や入院元の関係者、サマリなどから情報収集しておく
- ◎ 経過を踏まえて、これからの生活に活かす情報を共有する
- ◎ 本人と家族の希望を聞く：優先順位の確認
- ◎ 多職種それぞれが専門的アセスメント内容を説明し、全員が情報を共有する。説明の際は専門用語は分かりやすく解説する
- ◎ 目標と計画(短期的目標と中長期的目標)を検討する
- ◎ 家族の社会的状況を勘案し、今後の支援体制を構築する
- ◎ 各自の具体的な役割を確認する
- ◎ 具体的な実施方法を検討する

ケアマネジャーと多職種連携

〈実践 44〉

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



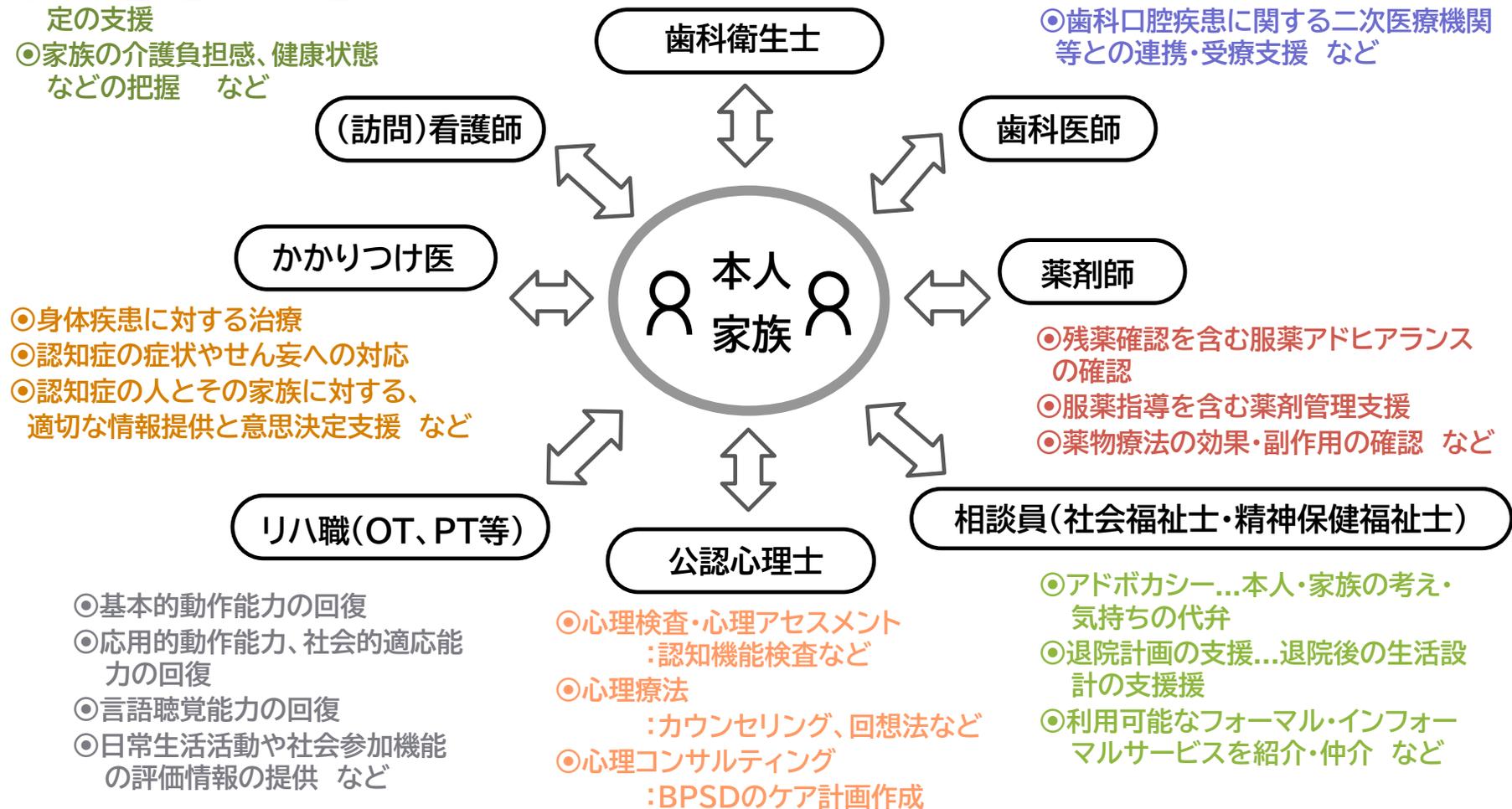
地域の多職種の役割

〈実践 45〉

- ◎日々の健康状態の把握
- ◎本人のニーズに応じた生活の支援、環境調整
- ◎本人の主体性の保持、自己決定の支援
- ◎家族の介護負担感、健康状態などの把握 など

- ◎ 口腔健康管理状態の把握
- ◎ 歯科口腔疾患のスクリーニングと受診支援
- ◎ 口腔衛生管理、口腔保健指導
- ◎ 本人の口腔セルフケア機能の保持支援
- ◎ 口腔機能の維持回復の支援

- ◎歯科口腔疾患に対する治療と指導、意思決定支援
- ◎認知症があることによる変化への対応(口腔健康管理:口腔機能や口腔衛生状態、摂食嚥下機能への対応)
- ◎歯科口腔疾患に関する二次医療機関等との連携・受療支援 など



多職種連携における役割

〈実践 46〉



社会資源 編

ねらい: 認知症である本人を取り巻く、医療、介護及び地域の社会資源等の活用の重要性を理解する

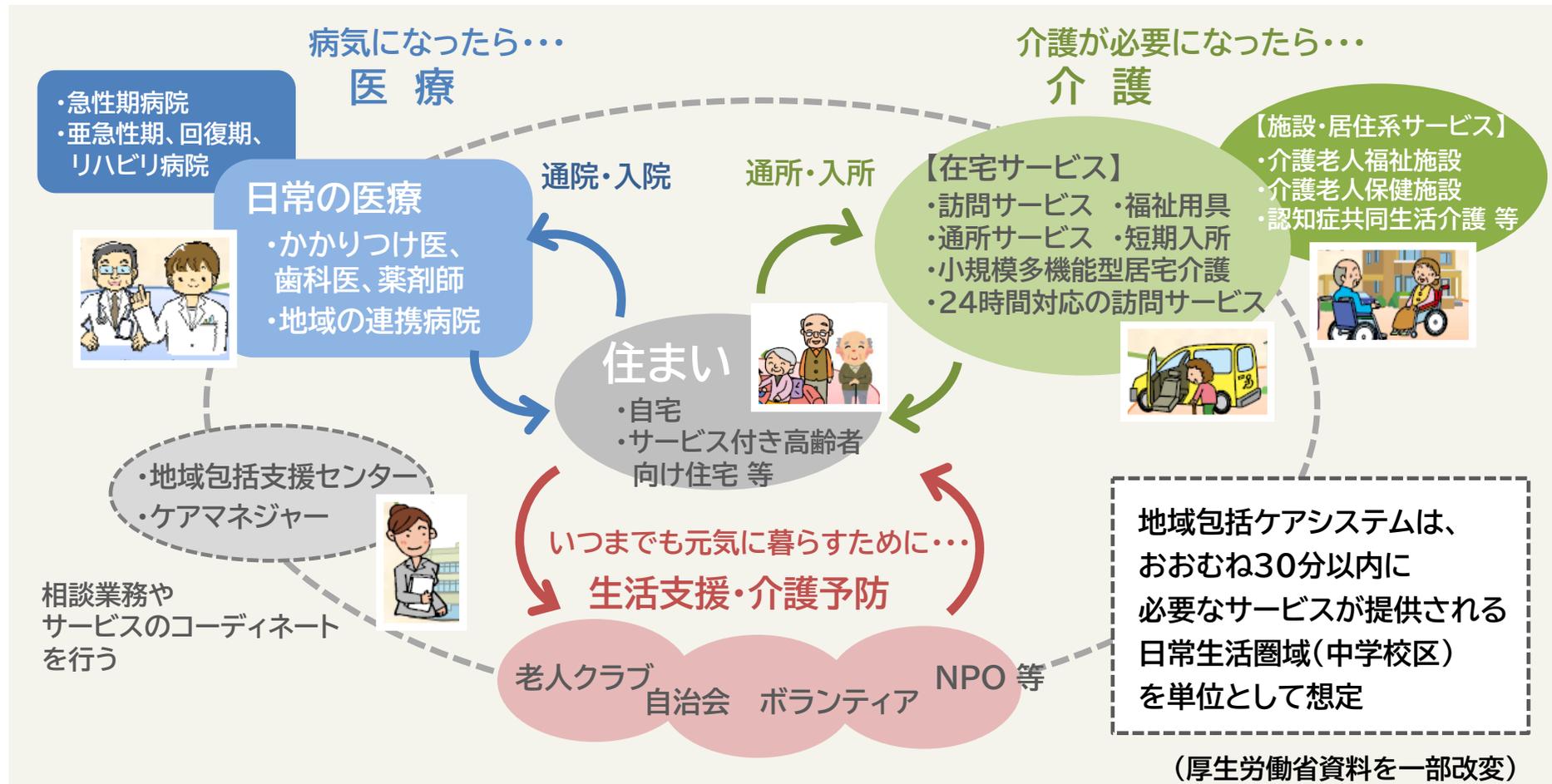
到達目標:

- 認知症である本人を支える施策や仕組みを理解できる
- 活用できる制度等について、本人・家族に説明できる

地域包括ケアシステム

〈資源 1〉

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が包括的に提供される 地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる



(厚生労働省資料を一部改変)

認知症ケアパス

〈資源 2〉

認知症ケアパスとは

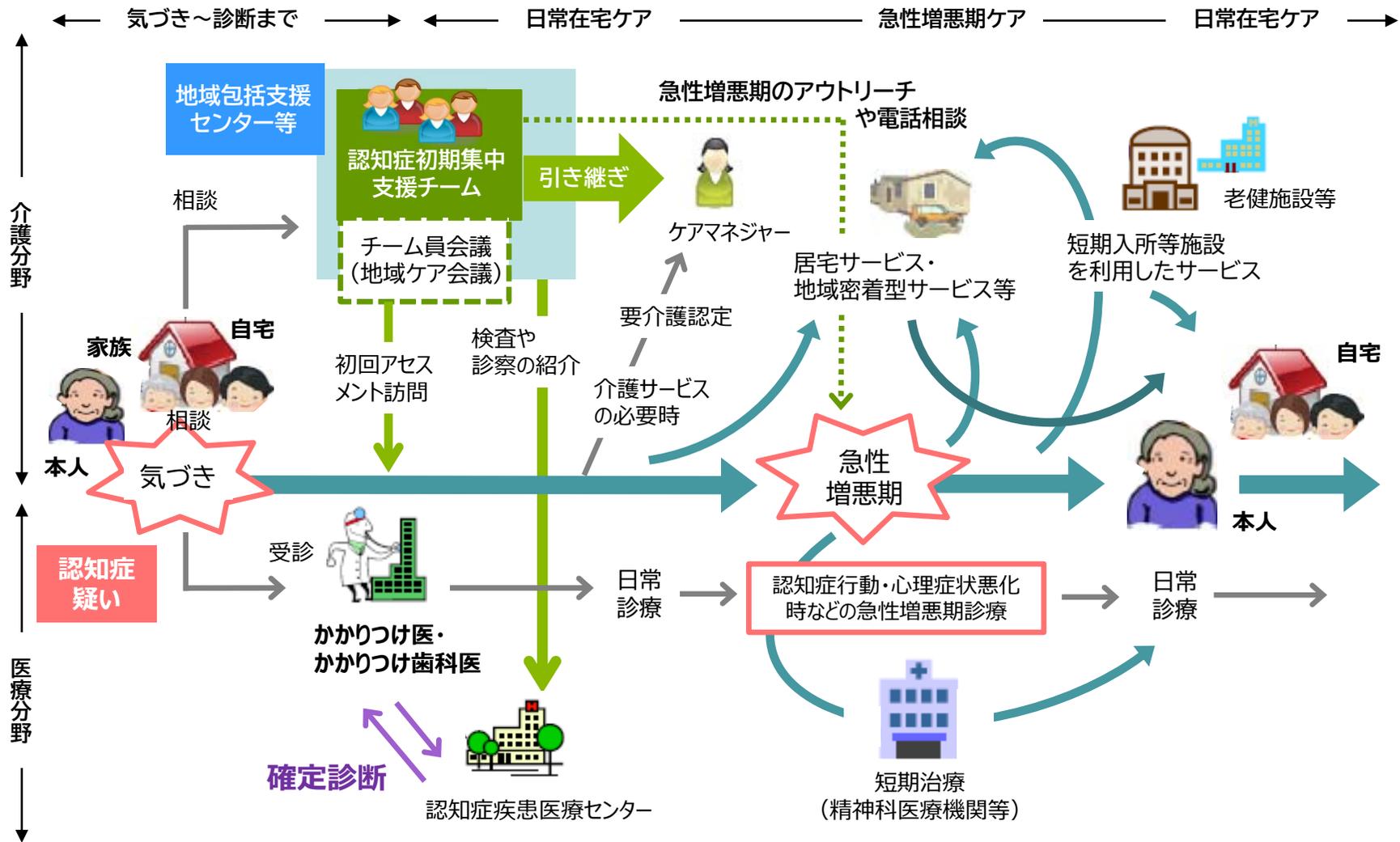
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

(認知症施策推進大綱より引用)

- 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。
- サービスが切れ目なく提供されるように医療機関等でも共有されることが望ましい。

認知症である本人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ

〈資源 3〉



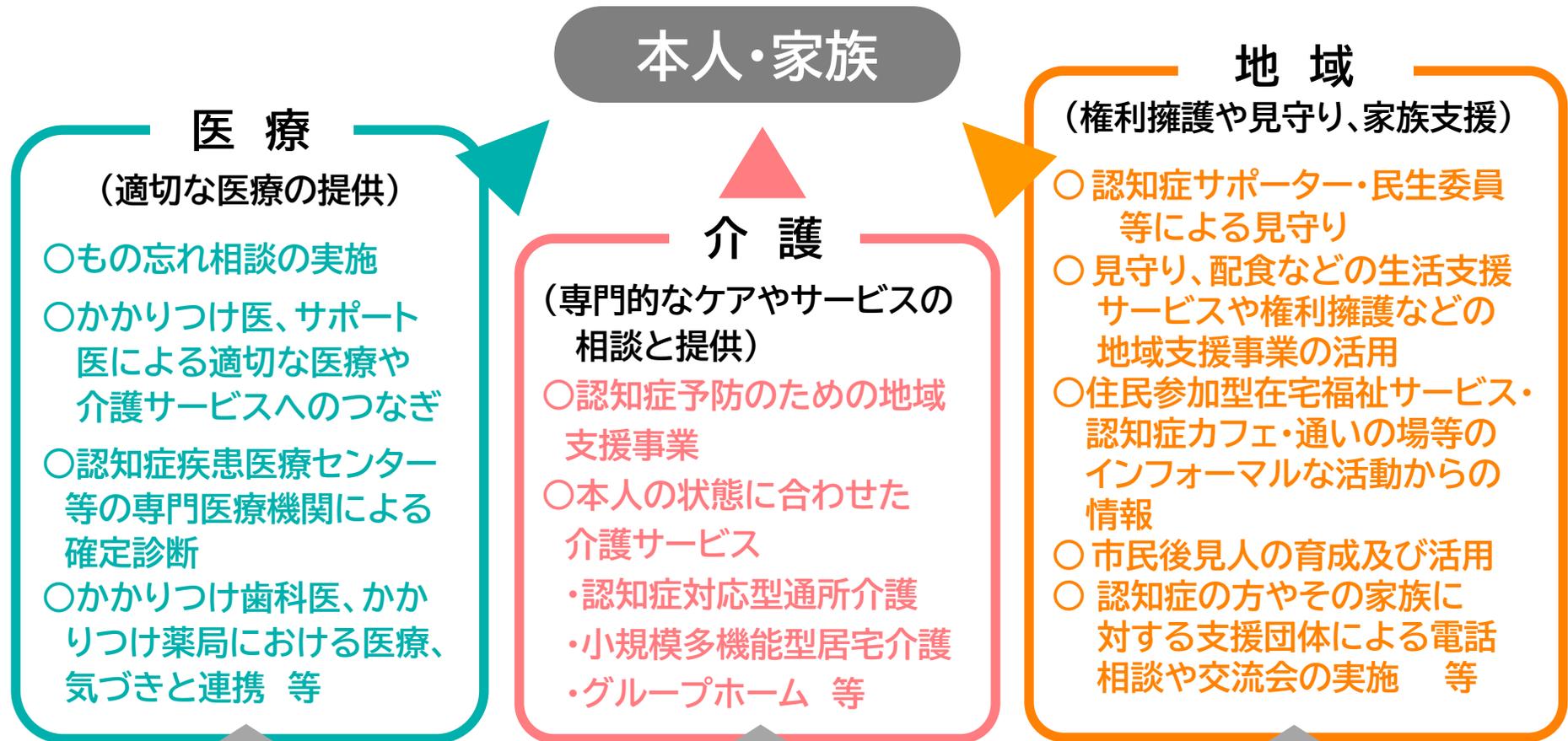
認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できる

認知症である本人への支援体制

～医療・介護・地域の連携～

〈資源 4〉

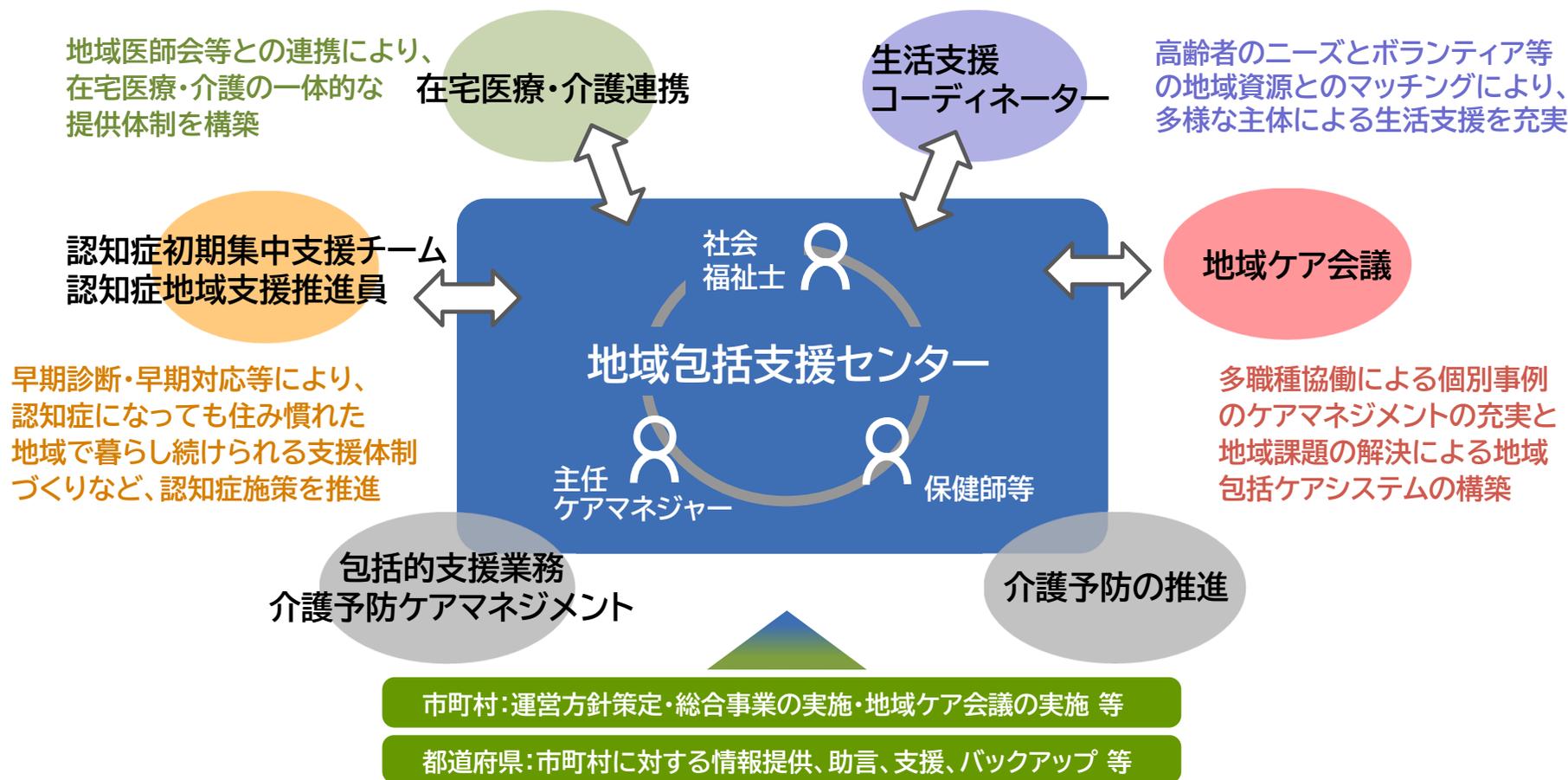
認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る

地域包括支援センター

〈資源 5〉



地域包括支援センターの機能強化に向けて

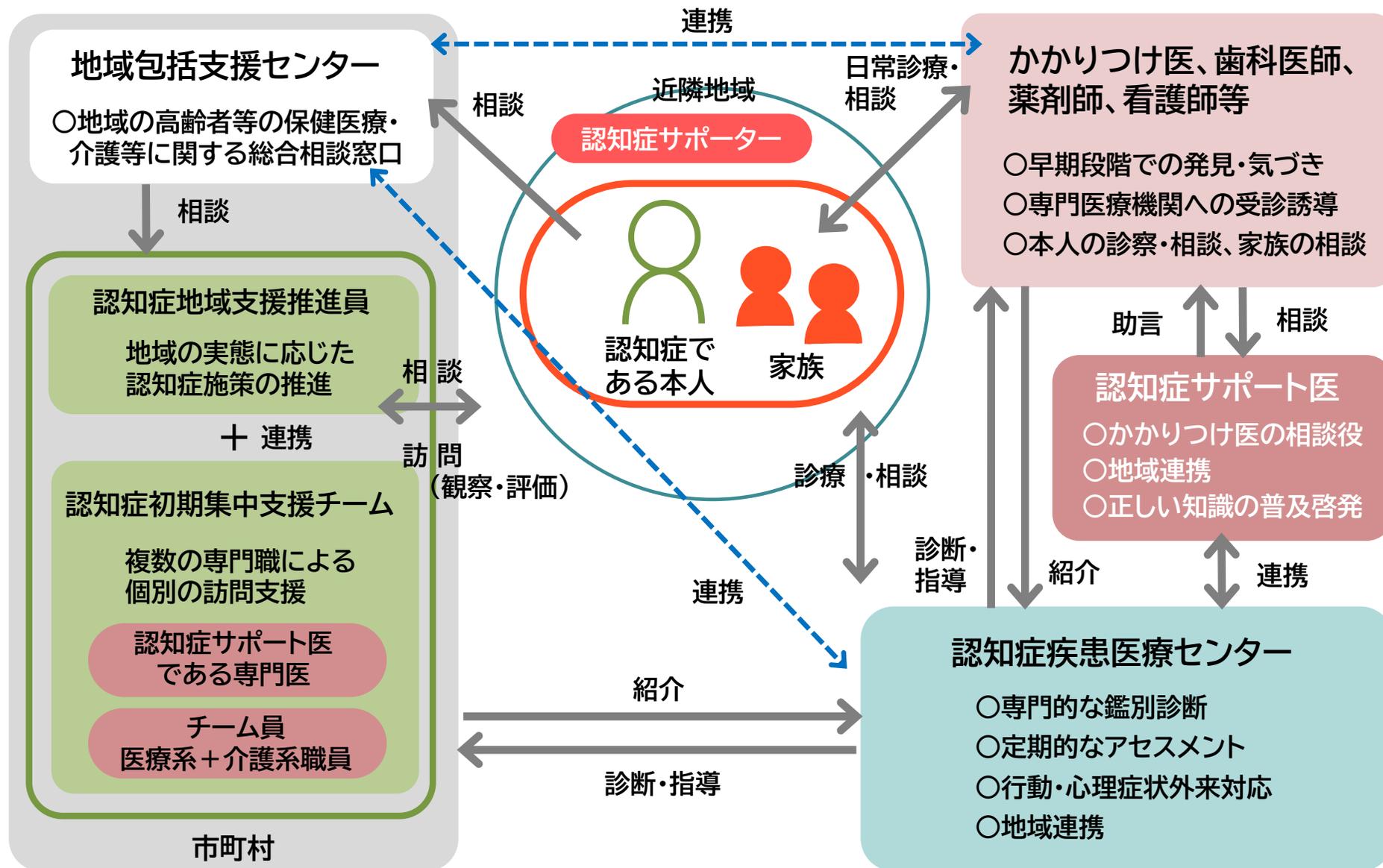
業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化

基幹型・機能強化型センターの位置づけ等、連携強化・効果的運営

運営協議会による評価・PDCAの充実等、継続的な評価・点検

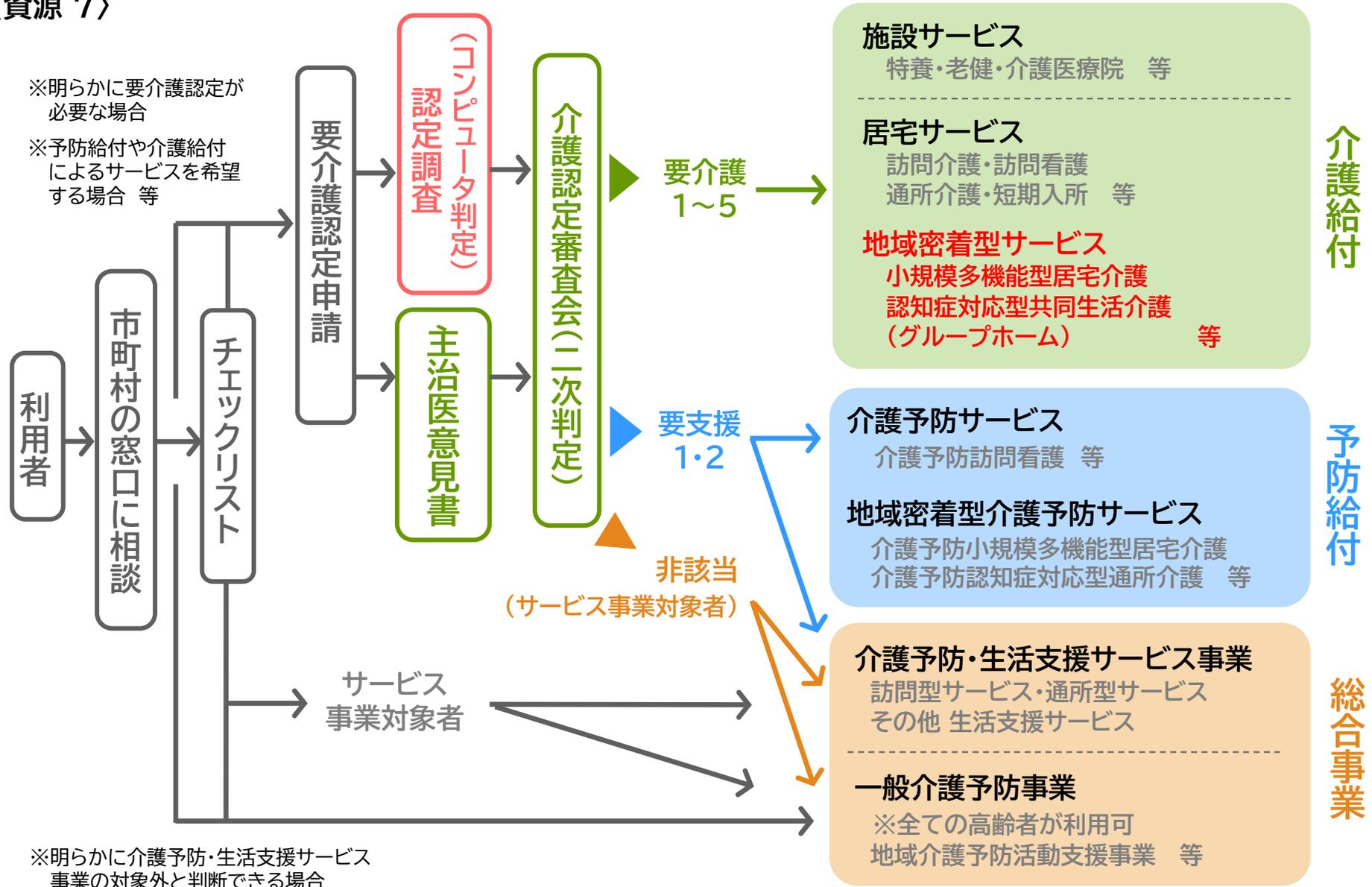
認知症である本人を支える様々な仕組み

〈資源 6〉



介護保険制度の利用の流れ

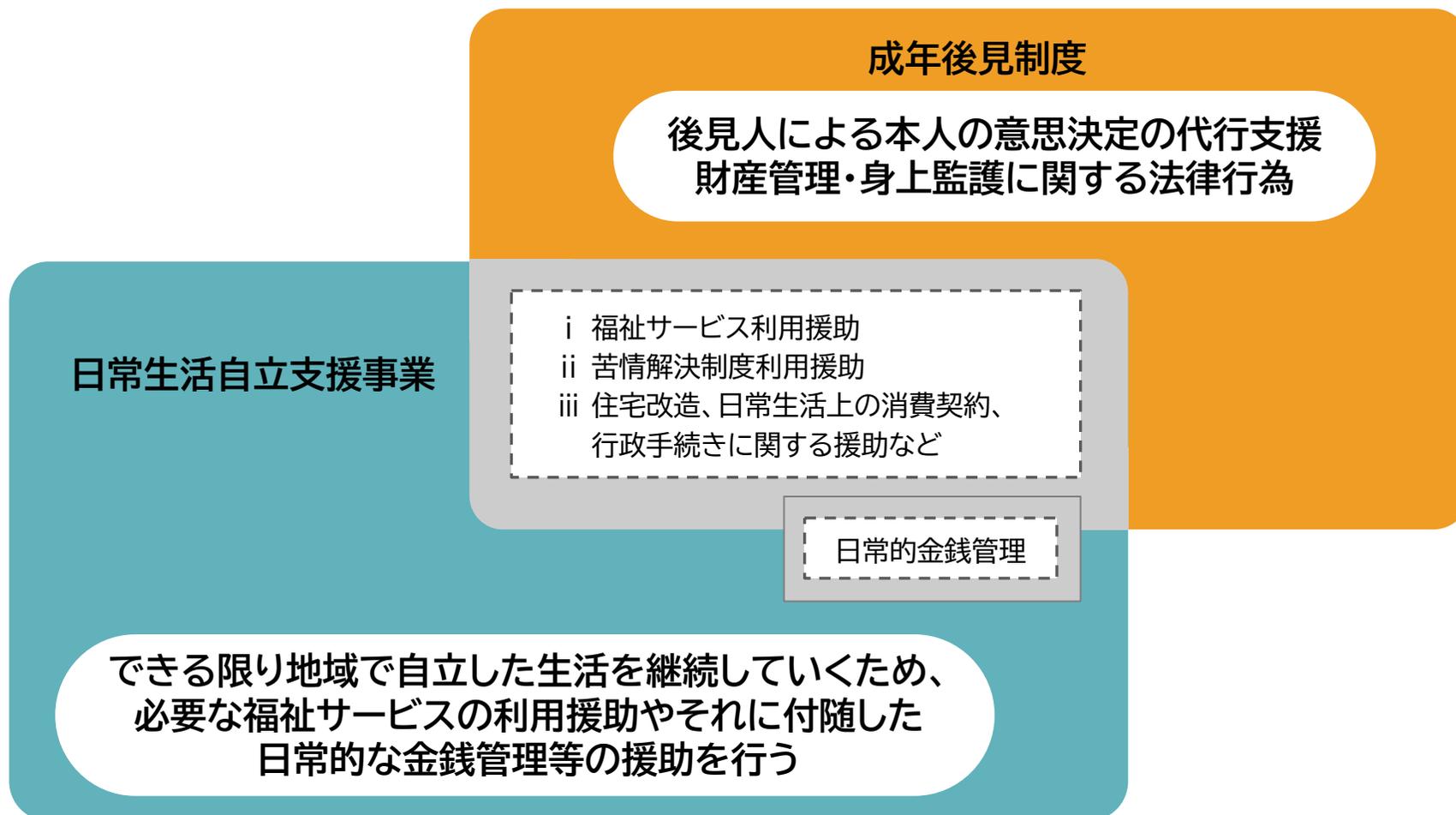
〈資源 7〉



成年後見制度と日常生活自立支援事業

〈資源 8〉

判断能力の不十分な人の日常生活上のニーズを発見し、その判断を支援することにより、要支援者の生活を継続的に支える仕組み



若年性認知症である本人への支援

〈資源 9〉

- 若年性認知症は 高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境や異なるため、本人や家族の心理状態への配慮する
- 早期診断や早期治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつながりが重要
- 若年性認知症コールセンター(全国若年性認知症支援センター)
https://y-ninchisyotel.net/call_center/

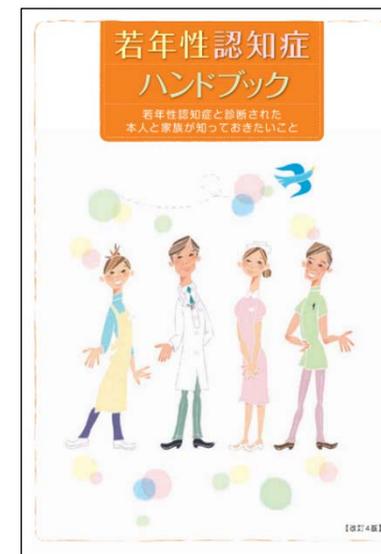
【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 本人やその家族、職場等からの電話等による相談窓口
- ・ 適切な専門医療へのアクセスと継続の支援
- ・ 利用できる制度・サービスの情報提供
- ・ 関係機関との連絡調整

専門職向け



本人・家族向け



修了者への期待と役割（まとめ）

〈資源 10〉

