

病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修 研修テキスト

令和3年3月

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

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点の重視

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

〔知識 1〕

令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議で決定された認知症施策推進大綱では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持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していくことを基本的な考えとして掲げています。大綱は、5 つの柱で構成されていて、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本としています。

認知症対応力向上研修は、「3.医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」に位置付けられ、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者には、認知症対応力向上研修を通じて、認知症の疑いがある人に早期に気づいて適切に対応し、診断後の継続的な支援まで、認知症である本人・家族の生活の場である地域ネットワークの中で重要な役割を担うことが期待されています。

〔知識 2〕

認知症である本人の、「意思が尊重され」、「住み慣れた環境で」、「自分らしく」暮らし続けていく社会が求められています。そのために、医療・介護等に携わる専門職の対応力の向上、また、職種間の連携が重要となります。地域の医療機関・歯科医療機関、介護サービス事業所等には、管理者（医師や歯科医師など）のみならず、「拠点」としての役割・対応力向上が期待されています。

〔動画 ①〕

研修のはじめに

- ① このような経験はありませんか
- 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

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。

〔知識 3〕

動画① 研修のはじめに

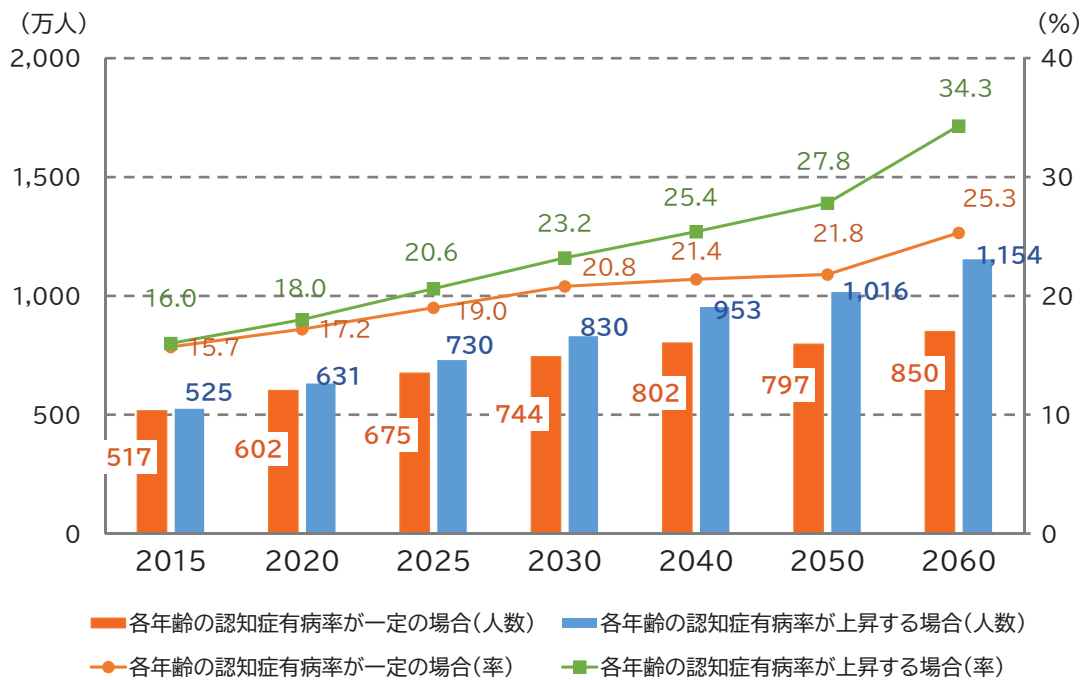
- ①このような経験はありませんか
- ②認知症である本人の声を聴く
- ③受講者へのメッセージ

〔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』と定義されます。認知症の診断基準は、米国精神医学会の精神障害の診断と統計マニュアル第 5 版(DSM-5)や世界保健機関(WHO)の国際疾病分類第 11 回改訂版(ICD-11)が用いられていますが、いずれも、「認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患(うつ病や統合失調症など)では説明されないこと」とされ、さらに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があることにも十分に配慮するべきとされています。

認知症高齢者数の推移

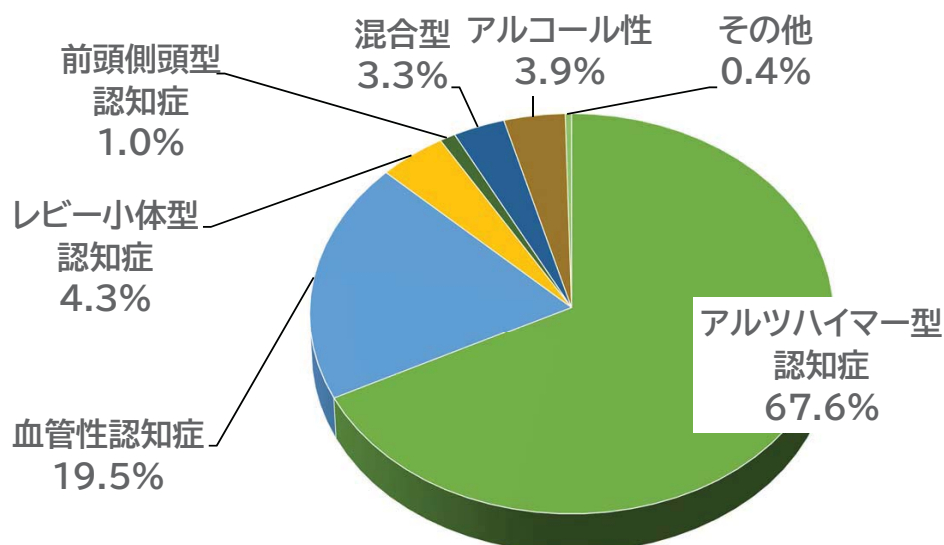
〈知識 5〉



「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

〔知識 5〕

超高齢社会を迎えた我が国では高齢者の増加に伴い認知症高齢者も増加し、認知症有病率が一定である場合では、2025 年に 675 万人（高齢者に占める割合 19.0%）、2040 年に 802 万人（同 21.4%）、2060 年には 850 万人（同 25.3%）になると推計されています。

さらに、認知症有病率が上昇する場合（2060 年までに認知症の有病率が 20%増加すると仮定した場合）には、2025 年に 730 万人（同 20.6%）、2040 年に 953 万人（同 25.4%）、2060 年には 1,154 万人（同 34.3%）に増加すると推計されています。

このように認知症高齢者数も高齢者に占める割合も時代とともに増加することが示唆され、認知症の病態解明のための基礎および臨床研究をさらに推進していく必要があると同時に、より健全な超高齢社会を迎えるためには、予防からケアに至るまで、一層の認知症施策の推進と充実が求められているのです。

〔知識 6〕

認知症や認知症様の症状をきたす疾患には、様々な原因疾患や病態が含まれます。調査の時期や地域、対象、診断基準などにより割合は異なりますが、ここでは厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「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.平成 23～平成 24 年度総合研究報告書;2013」を元に作成した認知症の原因疾患の割合を示します。

アルツハイマー型認知症は 67.6%を占め、最も多く、次いで血管性認知症が 19.5%、レビー小体型認知症（認知症を伴ったパーキンソン病を含む）が 4.3%、前頭側頭型認知症（前頭側頭葉変性症）が 1.0%となっています。特に、高齢の認知症患者は一つの疾患のみではなく複数の認知症疾患が重複している場合もあります。

主な認知症疾患の特徴

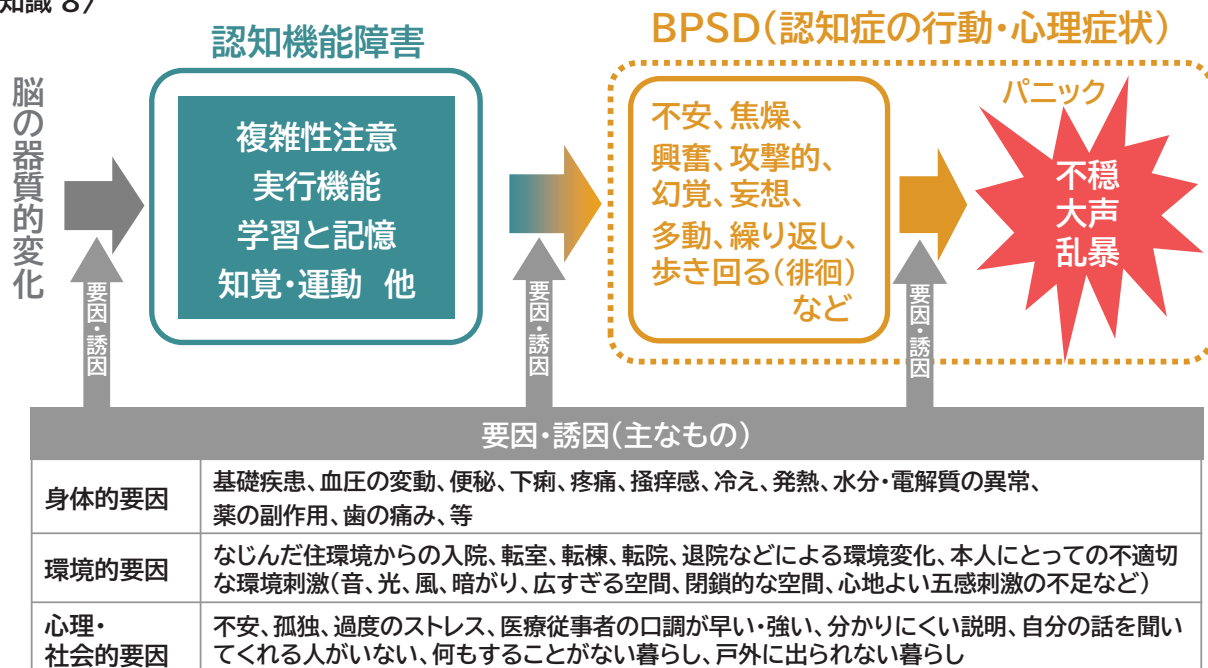
〈知識 7〉

病型	主な特徴	
アルツハイマー型認知症	◆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	◇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	◆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	◇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	◆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	◇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	◆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	◇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〉



永田久美子 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」
正木治恵 監修 「改訂版老年看護学」日本放送出版協会 P196.2011

〔知識 7〕

認知症の原因疾患として割合の多い 4 つの疾患について、主な特徴や日常生活において見られる症状を整理しました。認知症である本人への対応も、「認知症」と一括りに考えるのではなく、原因疾患による違いや特徴を踏まえて、考え・工夫していくことが大切です。

また、日常生活において見られる症状の違いは、気づきのきっかけになるものです。職種や勤務場所によって患者・利用者の方に接する場面はそれぞれと思いますが、ちょっとした様子から気づけること、また、それによる本人の日常生活上の“やり難さ”、“し辛さ”を理解し、対応するための知識と技術を身に付けることが大切です。

〔知識 8〕

日常業務での対応において留意すべき認知症の症状と、それらを引き起こす要因や誘因についての関係を示します。

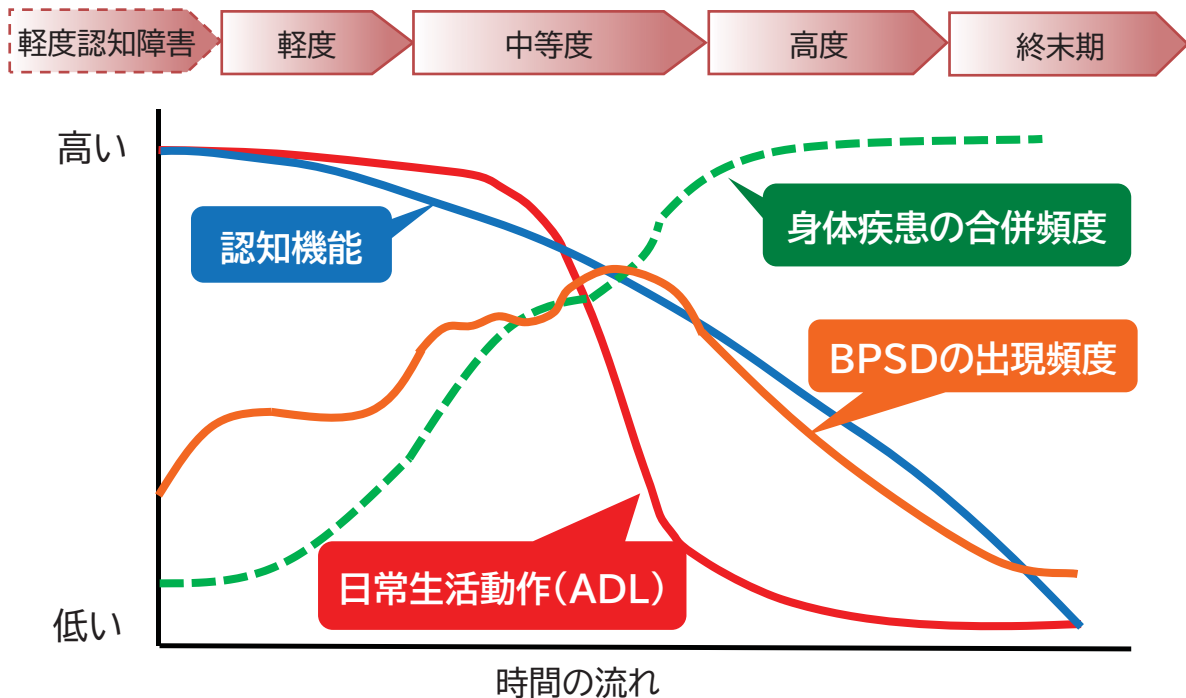
認知症では、脳の器質的变化により、「複雑性注意」「実行機能」「記憶」「知覚・運動」などの認知機能障害が生じ、さらに、この認知機能障害によって、不安や焦燥、興奮、攻撃的言動、幻覚、妄想、多動、繰り返し、歩き回る(徘徊)などの BPSD(行動・心理症状)が引き起こされます。これらの BPSD が、さらに不穏な言動や大声を出す、乱暴な行為などの著明な精神症状としての BPSD として現れます。

この過程において身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因などが要因や誘因となり、BPSD を引き起こしたり、悪化させたりすると言われています。BPSD の予防や治療の際には、スライドにある様々な身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因や誘因などを理解して、適切に対応することが重要です。

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

〔知識 9〕

変性疾患が原因となっている認知症の経過は、軽度、中等度、高度と進行に伴い重症度が変化していきます。高度の先には終末期があり、認知症が原因で死亡するという場合があります。

認知機能の経過は、軽度、中等度、高度と進行するに従い、緩徐に概ね直線的に低下します。

日常生活動作(ADL)は、特に基本的日常生活動作(移動、食事、排泄、更衣、保清、入浴など)でみると、軽度の時期には目立った低下を認めませんが、中等度の時期に急速にできないことが増えてきます。

BPSD の出現頻度は、軽度から中等度の時期にピークとなり、高度や終末期になってくると目立たなくなります。身体合併症の合併頻度は、進行とともに増加します。

このように、軽度、中等度、高度、終末期の時期で、認知症の方のニーズは変化していくことを理解しましょう。

〔知識 10〕

認知症の原因には、割合は必ずしも多くない(全認知症の5～10%)ですが、可逆性の疾患も多種類存在します。もっとも、可逆性といっても、原因疾患が発症後もしばらく放置されてしまうと治療による改善は望めないケースが多いため、早期発見・早期治療が重要となります。

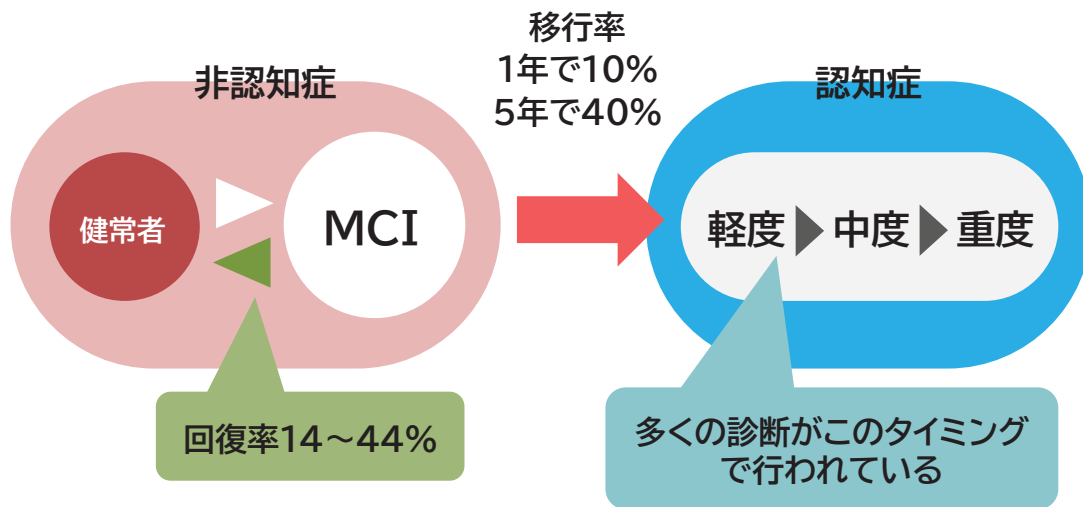
アルツハイマー型認知症であれば、治療薬としてコリンエステラーゼ阻害薬による薬物療法での進行抑制が可能で、治療開始が早いほど効果も出やすいと言われています。行動・心理症状(BPSD)に対しても、限定されるもののコリンエステラーゼ阻害薬の一定の効果が示されています。

また、認知症を早期に発見できれば、本人が病気について理解することもより容易となるといえます。病気に関してある程度理解できれば、病気の進行による生活への影響にも予めの準備が可能で、不安も軽減されるでしょう。行動・心理症状(BPSD)にもあまり悩まされずに生活が継続できる可能性が高まります。

早期発見により、家族も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となり、実際に病気の進行に合わせて、介護保険サービス等も利用し適切にケアできれば、日常生活の質の維持・向上が期待され、介護負担も軽減できます。また、家族介護者の介護負担に対する心理社会的な介入の効果を勘案すれば、早期からの介入あるいはケアマネジメントが好ましいでしょう。

軽度認知障害 MCI

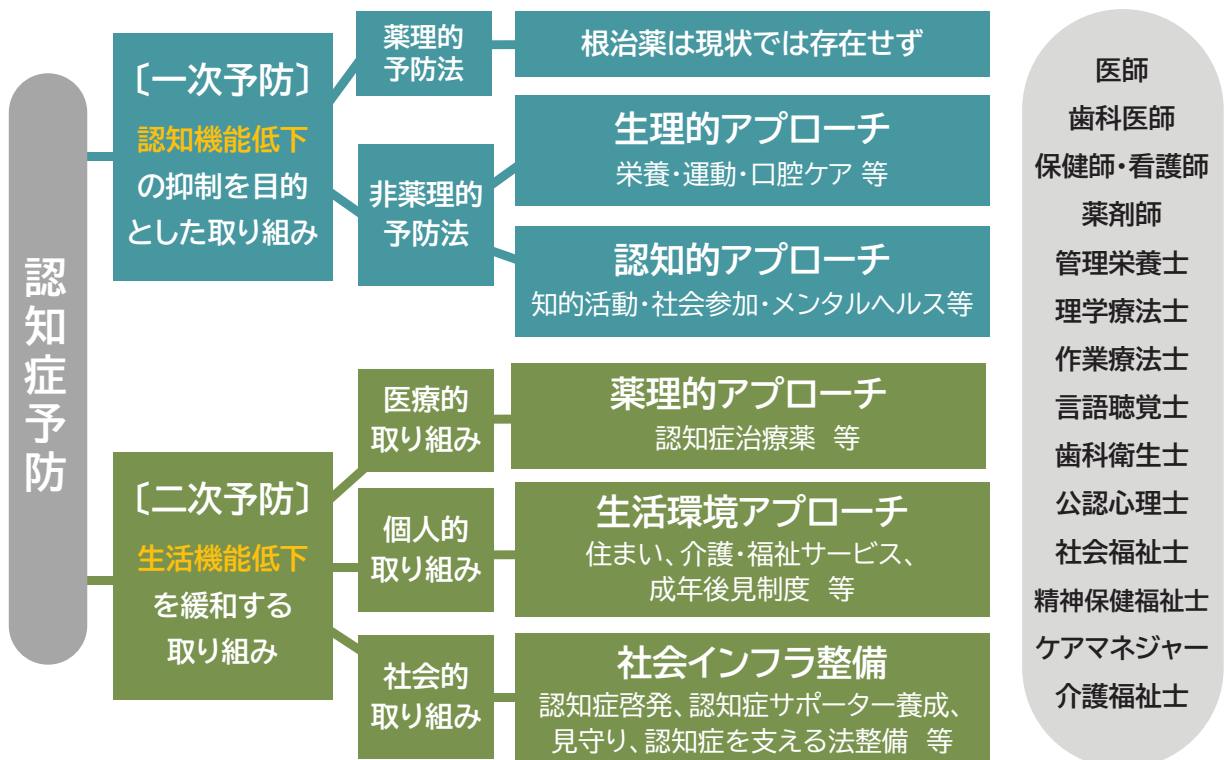
〈知識 11〉



- ◆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〉



〔知識 11〕

軽度認知障害は、英語では mild cognitive impairment といわれ、MCI と略されます。

記憶障害の訴えが本人または家族よりある、心理検査で示される1つ以上の認知機能の低下、日常生活動作は正常という3項目で診断されます。

日本において、500万人、概ね認知症の方と同じ数はいるとされています。

軽度認知障害と診断された方の経過をみると、1年で10%、5年で40%が認知症に移行するとされる一方、14～44%の方は健常状態に回復するともされています。

認知症と診断された方が健常状態に戻る可能性は少ないですが、軽度認知障害の段階で診断した場合には健常者に回復する可能性があり、認知症の予防の観点から、軽度認知障害の段階で診断し、予防に資する介入を行うことができないか注目されています。

〔知識 12〕

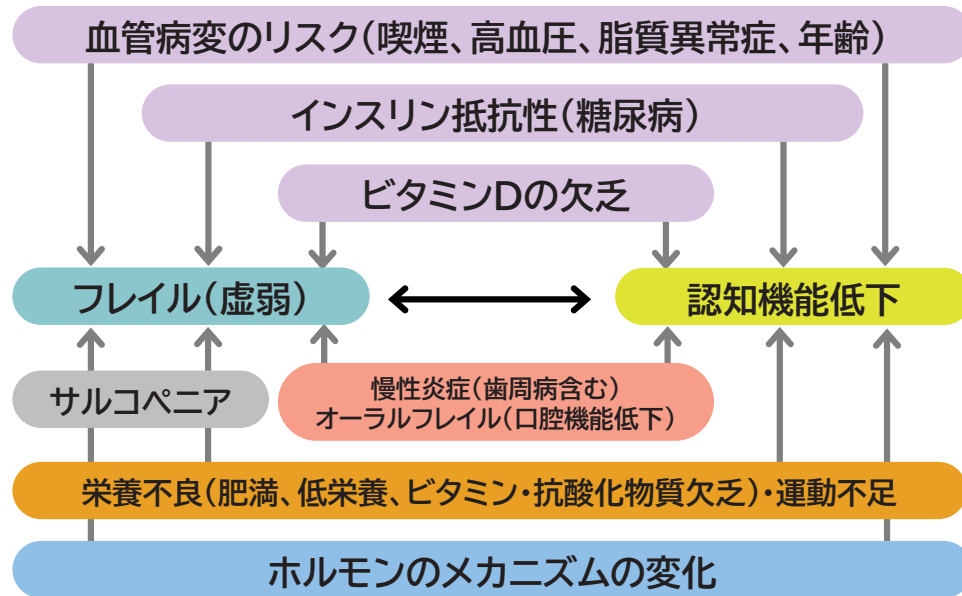
認知症予防においては、さまざまな職種が連携して行う多職種アプローチが必要とされます。

認知症の一次予防を、認知機能低下の抑制を目的とした取り組みとすると、根治できる薬物は現状では存在しないものの、栄養、運動、口腔ケアなどの生理的アプローチ、知的活動、社会参加、メンタルヘルス等の認知的アプローチを統合した、非薬物的予防法が推奨されています。

認知症の二次予防を、生活機能低下を緩和する取り組みとした場合、認知症治療薬といった薬理的アプローチに加え、住まい、介護・福祉サービス、成年後見制度といった生活環境アプローチが含まれます。さらには、認知症啓発、認知症サポーター養成、見守り、認知症を支える法整備などの社会インフラ整備も寄与すると考えられます。

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.

〔知識 13〕

認知症の危険因子としては、高血圧、糖尿病、肥満、喫煙、アルコール摂取過剰、うつ病、外傷性脳損傷、聴力障害、低教育歴、身体不活動、社会的孤立、大気汚染などが知られています。認知症に最も関連するのは加齢であり、介入可能な因子の関与は全体の 35%であるという報告もありますが、これらの危険因子がある場合、その介入は、認知症の予防に寄与する可能性が十分にあります。

以前より、認知症と血管病変の関連は知られており、喫煙、高血圧、脂質異常症は血管病変のリスクとして、さらに糖尿病はインスリン抵抗性として独立して認知症の発症に関与すると考えられています。一方近年では、認知症の危険因子としてフレイル(虚弱)が同定されてきました。特に認知症では発症より前から体重減少がはじまるとの報告もあり、加齢に伴うホルモンメカニズムの変化や、栄養不良、運動不足が、サルコペニアやフレイル、オーラルフレイル(口腔機能低下)ばかりでなく、その先の状態としての認知症にも関連すると考えられています。逆に、認知機能低下はフレイルの危険因子ともなるので、フレイルと認知機能低下は相互に関連します。

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

〔実践 1〕

認知症である本人の多くは記憶障害等の症状があるため、話がすれ違うこともあります。すべての話がすれ違うという訳ではありません。

「どうせすべてを忘れてしまうから」と思わずに、認知症である本人の話を聞き、どのようなことを伝えたいのか、どのような経験をしてきた人なのか、知ろうとすることが重要です。まずは、本人に聞いてみる、伝えようとしている話の内容を推し量ることで、認知症である本人は状況を把握しにくいこともあるので、本人が説明を理解しやすいように伝える方法を考えましょう。

医療者からの一方的な対応ではなく、認知症である本人がどう思うのかという視点のもと、その人に合った対応を考えるようにします。どのように思うか聴いてみる、どのようにするか相談してみることも大切です。

〔実践 2〕

認知症である本人の支援は、単に認知症を治療する、認知症に伴う生活の不便を代替することではありません。認知症である本人が、その人らしく存在していただけることを支援し、“分からない人”とせず、自己決定を尊重することが重要です。

また、家族やケアスタッフの心身状態にも配慮することや、本人の生活歴を知り、生活の継続性を保つことも大切です。地域の医療従事者にも、常に“その”本人の視点を重視したアプローチが求められており、認知症である本人の視点を施策の中心とした取り組みや施策が展開されています。

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いる
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/>

〔実践 3〕

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)は、平成 29 年に認知症になった体験をもとに、診断を受けた後に絶望せずに、自分なりによりよい日々を暮らしていくためのヒントをまとめた「本人にとってのよりよい暮らしガイド(通称:本人ガイド)」を作成しました。

「本人ガイド」は、「認知症になったら、何もわからなくなる、何もできなくなる」、「認知症になったら、人生もうおしまい」といった偏見を離れ、「わかること・できることはたくさんある」、「認知症になっても希望を持って一日一日を楽しく暮らしていける」、「認知症になっても支えられる一方になるわけではなく、新しいことを学んだり、やりたいことにチャレンジできる、家族や社会の役に立てる」などのメッセージとそれを実現するための具体的方法が書かれています。

〔実践 4〕

「認知症とともに生きる希望宣言」は、認知症とともに暮らす本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で生まれたもので、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)が、2018 年(平成 30 年)11 月に表明したものです。今とこれからを生きていくために、一人でも多くの人に一緒に宣言をしてほしいといった思いと、この希望宣言が、さざなみのように広がり、希望の日々に向けた大きなうねりになっていくという願いが込められています。

「一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ」のメッセージとともに 5 つの宣言がまとめられており、「認知症とともに生きる希望宣言」のリーフレットは、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)のホームページからダウンロードが可能です。

http://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2018/11/statement_leaflet.pdf

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、認知症の人が暮らし続けていく社会です。
- 「認知症の人と暮らしやすい町」に、近づくことが、認知症施策や地域支援体制づくりのねらいです。
- このガイドは、認知症施策や地域支援体制づくりの行政担当者・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ためのガイドです。
- このガイドは、認知症施策や地域支援体制づくりの行政担当者・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ためのガイドです。

※本ガイドの活用方法として、「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、本ガイドで紹介します。

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

「旧い方針」から「新しい方針」へ切りかえよう！

高齢者の認知症対策は？ 本人の視点から？

旧い方針（認知症対策）

- ①本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ②本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ③本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ④本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ⑤本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ⑥本人の認知症・生活力・生活環境を把握

新しい方針（本人の視点重視）

- ①本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ②本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ③本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ④本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ⑤本人の認知症・生活力・生活環境を把握
- ⑥本人の認知症・生活力・生活環境を把握

本人の声を聴く

本人の声を聴く

本人の声を聴く

本人の声を聴く

本人の声を聴く

本人の声を聴く

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はなく、
支援者の支援力によって変化する

〔実践 5〕

「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」は、本人の視点重視の考え方を施策の展開において実現していくためのガイドであり、平成 29 年度の老人保健健康増進等事業において制作されました（実施主体：東京都健康長寿医療センター）。

このガイドは、自治体担当者・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（役にたつことを、無駄・無理なく）、展開していくことを応援するために作られたもので、各自治体で具体的に進めていくためのあり方や方策をわかりやすまとめられています。地域の医療・介護等の拠点としても、このガイドの内容を理解した上で、積極的に関与・協力していくことが期待されています。

〔実践 6〕

本研修の目的でも触れた、認知症である本人の「意思が尊重され」、「住み慣れた環境で」、「自分らしく」生活し続けていくためには、認知症である本人の意思決定を支援していくことがとても重要です。

基本原則として 3 つ挙げられます。1 つ目は、「支援者の目線ではなく、本人が口や行動で示した意向や選好を確認・尊重すること」、2 つ目は、「本人ができる・決められることを前提に支援すること」、3 つ目は、「医療・介護の専門職だけでなく、本人を支える家族、地域の関係者を含めたチームで、“早期”から“継続的”に支援すること」です。

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)

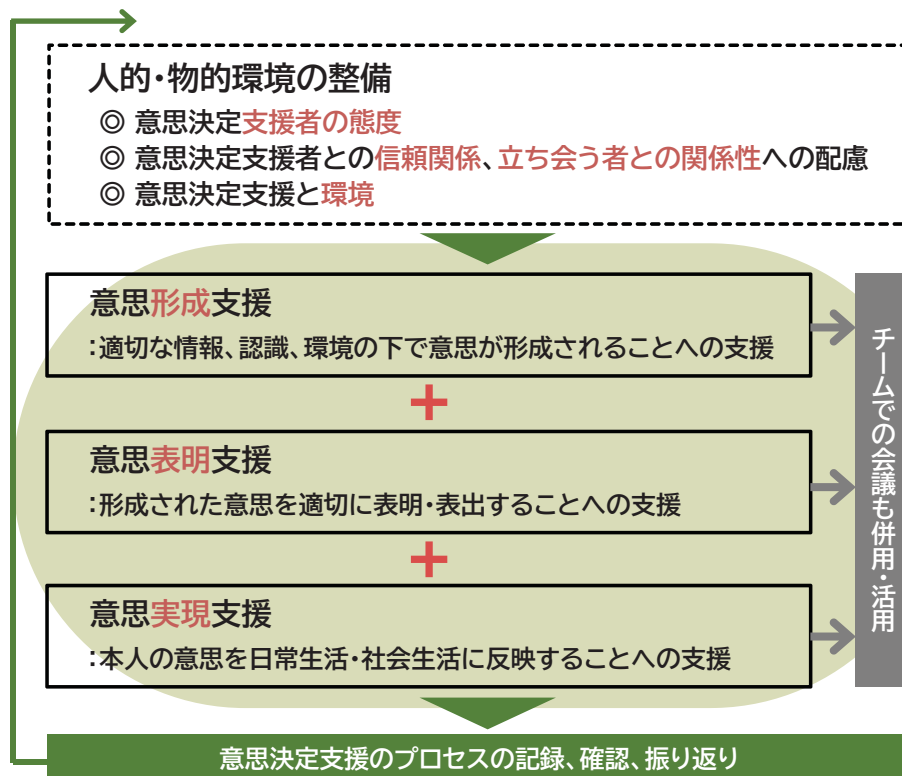
- 認知症の人ための
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

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 組込型研修の視聴

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〉



〔実践 7〕

認知症である本人が日常生活・社会生活の場面において、自分で選んで自分で決めることの重要性、その支援の必要性に鑑み、「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」が策定され、平成 30 年 6 月に公表されました。

認知症である本人は自分で決められない人ではなく、意思決定しながら尊厳を持って暮らしていくことの重要性について全ての人が認識することが必要であり、「決められないときに代わりに決めてあげる」のではなく、「本人が自分で決めることを支援する」ことが意思決定支援の基本原則です。ガイドラインでは、認知症である本人の意思決定をプロセスとして支援（意思形成、意思表明、意思実現）する基本事項が整理されています。

ガイドラインの理解や実践につなぐための研修（認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修）も令和元年度から展開されています。

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

URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>

参考

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「組込型研修」(15 分の動画教材)の視聴

(令和 2 年度 老人保健健康増進等事業「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の普及や活用実態および事前の意思表明のあり方に関する調査研究事業」より)

〔実践 8〕

意思決定支援のプロセスを示します。意思決定支援においては、意思決定支援者の態度や意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人との関係性や環境による影響を受けることから、まず、人的・物的な「環境の整備」が重要となります。

それを前提に、本人が適切な情報と、決められるだけの環境・認識のもとで判断できるようになっているかに注意して意思「形成」支援を行い、その上で本人が適切に「表明・表出」することができるよう支援し、最終的にはその意思を生活に反映・「実現」させることを支援します。

なお、これらは必ずしも順番通りに行われなければならない訳ではなく、重なり合い、行きつ戻りつ行われるもので、適切な支援のプロセスかどうかを確認するときには、3 つの支援に、「環境の整備」、「振り返り」を加えた 5 つの観点から行くと整理しやすいとされています。

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

〔実践 9〕

認知症になっても、脳の中の情動の機能は重度になるまでしっかり働いています。しかし、認知機能が障害されることで、心身の快・不快や思っていること・考えていることをそのとおりに表現できず、イライラが募ったり、自閉的になりやすくなります。また、情報が適切に処理されず、誤った情報にもとづいて心理的・行動的に反応してしまいます。これが、認知症特有の BPSD (行動・心理症状) の本質です。

そこで、BPSD の原因となりそうな個人・環境因子の把握に努めることがポイントで、その主な手がかりは 3 点あります。第 1 は「病状の進行・身体状態・心理状態の変化」です。これらが心身の快・不快の状況やコミュニケーション能力に影響を与えている可能性があります。第 2 は「非言語的コミュニケーション」です。認知症になり見当識障害が進んでいくと、相手がどのような人なのか、自分がどういう状況にあるのかということが認識できなくなり、不安・焦燥が募ります。第 3 は「視覚・聴覚などの加齢の変化」です。見えにくい、聞こえにくいなどの身体機能の低下により、環境から入ってくる情報が著しく制限されます。これからどのようなことが起こるのかがわからないために、不安・焦燥が募ってしまいます。

コミュニケーションの基本は、この 3 つの手がかりをもとに、本人の目線に立って本人の状況に共感し、ねぎらったり、いたわったりするところから始めることです。そこで心がけたい基本原則はケアする側が本人の視界に入る際に声をかけるなど、自分が「これから」関わるという手がかりを非言語的に与えることです。早めに本人の視界に入りしっかりコンタクトをとることなど、これからコミュニケーションを始めるという合図を非言語的に送ることです。

その際、配慮する点は 2 つあり、①本人の表情・声の抑揚・行動・歩き方・身体反応などから本人の意思を推し量ること、②本人を取り巻く環境に気配りし、不快な要因を取り除くことです。

〔実践 10〕

認知症である本人に対しては、まず以下のようなコミュニケーションをとります。

まず、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ます。

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ます。

本人の前での、家族への病状説明は慎重に行い、家族とだけ話をすることは避けた方がよいです。

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ます。

身体疾患を早めに見つけて治療します。症状を訴えられなかったり、病歴を忘れてしまうことで、身体疾患が見逃されやすくなっています。

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

〔実践 11〕

コミュニケーションをとる際には、以下のことを視点として理解しておくといでしょう。

まず、本人は強い不安の中にいることを理解して接します。

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します。これは、医師や医療スタッフの前では取り繕いができるため、医療機関での様子だけでなく、家庭での様子も確認しておく必要があるということです。

感情面は保たれているという認識で接します。認知症の症状は基本的に理解可能として接します。これは、医療スタッフがもし同じ障害をもったらどういう感情をもつか、その結果どういう思考に至るかを推測することで、例えば妄想に基づく発言があったとしても、その症状を理解することができるということです。

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します。認知症の方は高齢者が多く、高齢者は多くの疾患を発症する可能性があります。また、認知機能の急激な低下や精神症状(せん妄)をきっかけに身体合併症が診断されることもよくあります。

〔実践 12〕

認知症である本人の言動には意味があります。その原因や背景を考えていくための考え方や技法として代表的なものをスライドに挙げています。

認知症である本人に接する医師をはじめとする医療職や介護職等が専門職としての役割を果たすための基礎的な対応力として有効なものである。

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
◎ 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	▲ 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 ▲ のけものにすること ▲ 能力を使わせないこと ▲ 人扱いしないこと ▲ 子供扱いすること ▲ 無視すること ▲ 怖がらせること ▲ 強制すること ▲ 区別をすること ▲ 後回しにすること ▲ 差別すること ▲ 非難すること ▲ 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	◎ 尊重 ◎ 話し合う(相互理解する) ◎ ともに行う ◎ 楽しむ ◎ 感覚を刺激する ◎ 喜び合う ◎ リラックスすること ◎ 共感をもって理解する ◎ 包み込む ◎ 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 ◎ 創造的な活動を促すこと ◎ 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

〔実践 13〕

認知症である本人に対する心理療法の目標は、認知症である本人の QOL の向上にあると考えられます。パーソンセンタードケアでは、このスライドで示されたように、良い状態のサインが多く、良くない状態のサインが少ないことが、認知症である本人の QOL が高い状態と考えています。

認知症である本人への医療スタッフのかかわりが効果的かどうかを判断するのに、その方に良い状態のサインが見られているか、良くない状態のサイン見られているかを連続して記録するという方法も考案されています。

〔実践 14〕

パーソンセンタードケアにおいては、良い状態のサインが増え、良くない状態のサインが減る、言い換えれば認知症である本人の QOL が向上するための具体的なケアの方法が示されています。

スライドに示すように、「悪性の社会心理」をできるだけ減らす、排除し、ポジティブパーソンワークを増やすことが効果的であると考えられています。

ここに示されたポジティブパーソンワークは、認知症である本人のためだけでなく、すべての対人コミュニケーションの基本となりますが、認知症である本人と接する際に、医療スタッフが意識することでケアの質が格段に向上することを、よく覚えておく必要があります。

バリテーションの基本的態度

〈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

【実践 15】

「バリデーション」は高齢者が尊厳を回復し、引きこりに陥らないよう援助する方法として、1963年にアメリカのソーシャルワーカーであるナオミ・ファイル氏により提案されました。

「バリデーション」では、認知症である本人のマイナスの感情(悲しみ・怒り・怖れ・不安など)にもふたをせず、むしろ表出を促して共感していくことを目指します。また、認知症高齢者の「人生の未解決の課題(やり残したこと・心の傷になっていること・大切な人との死別や離別など)」への奮闘を支援することであるとも表現されています。介護者は、「老年期」という最期のステージを迎えた認知症の方々の訴えの奥にある奮闘を認め、苦しさに関心して分かち合おうとします。そして、大きな喪失感を抱えた認知症である本人が、自身の人生の意味や存在の価値を確認できるよう手助けします。

バリデーションの基本的態度として、「傾聴する」、「共感する」、「誘導しない」、「受容する」、「うそをつかない・ごまかさない」の5つが示されています。

【実践 16】

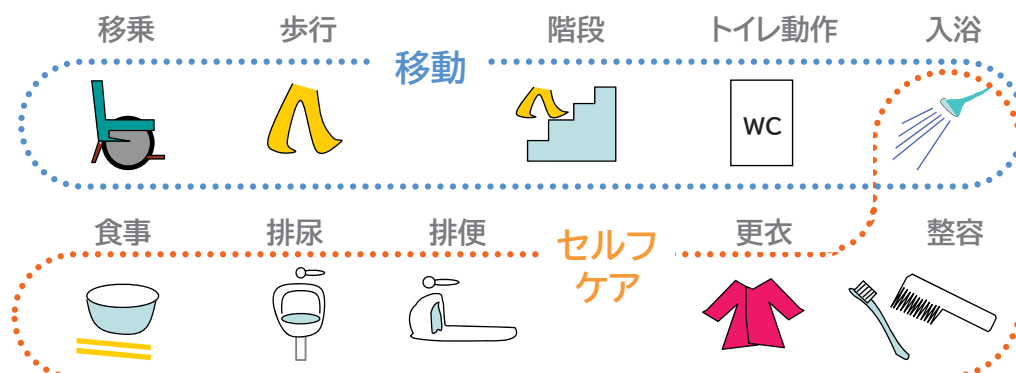
認知症である本人は医療機関や事業所に来ることに納得していない場合や緊張している場合もあります。まずはリラックスした雰囲気を作り出すことが重要です。スライドの項目は、かかりつけ医による認知機能検査を想定するものもありますが、診療所等の拠点の一員として、本人や家族に対する配慮には変わるところはありません。また、次回予約やセルフケアなど、こちらから伝えたいことは、少し時間をかけて会話をした後、「今から大事なことをお伝えしますね。メモを取りながらで構いませんよ」など、聞く準備をしてもらってから、とするのも有効です。顔を合わせたときに、一方的に多くのことを伝えないことが大切です。

また、家族等から在宅での生活(困りごとなど)や服薬の状況、また、介護保険を利用されている場合は、本人や家族の了解を得た上で、ケアマネジャー等からも情報を集めることも有効です。

ADLのアセスメント

〈実践 17〉

●Barthel Index

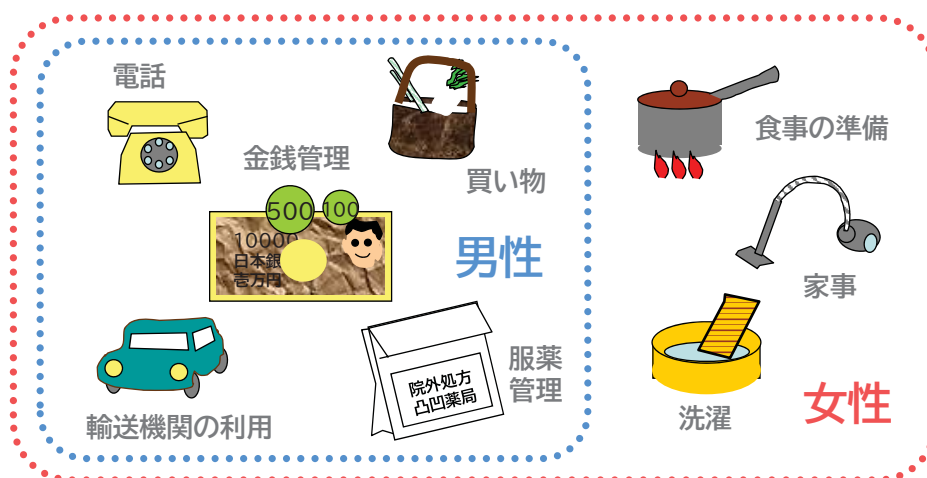


- Physical Self-Maintenance Scale(PSMS)
- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度(DAD)
(Disability Assessment for Dementia)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

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)

〔実践 17〕

実際の評価は、バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価) の 10 項目 100 点満点で行います。総合点は、全般的自立を表しますが、各機能項目の依存評価がより重要です。

バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価)

1 食事	10: 自立 5: 部分介助 (例えば、おかずを切って細かくしてもらう)	0: 全介助
2 車椅子から ベッドへの移動	15: 自立 10: 軽度の部分介助または監視	5: 座ることは可能であるがほぼ全介助 0: 全介助または不可能
3 整容	5: 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0: 部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10: 自立、衣服の操作、後始末を含む 5: 部分介助、体を支える、衣服、 後始末に介助を要する	0: 全介助または不可能
5 入浴	5: 自立 0: 部分介助または不可能	
6 歩行	15: 45m 以上の歩行 10: 45m 以上の介助歩行、 歩行器の使用を含む	5: 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可 0: 上記以外
7 階段昇降	10: 自立 5: 介助または監視を要する	0: 不能
8 着替え	10: 自立 5: 部分介助、半分以上は自分で行える	0: 上記以外
9 排便 コントロール	10: 失禁なし 5: ときに失禁あり、介助を要する	0: 上記以外
10 排尿 コントロール	10: 失禁なし 5: ときに失禁あり介助を要する	0: 上記以外

〔実践 18〕

IADL (手段的日常生活動作) は 1960 年代に Lawton らによって提唱された概念で、再現性、検者間の一致などの基礎的検証がなされました。項目は電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬管理、金銭管理の 8 項目です。

8 点満点で評価しますが、男性は食事の準備、家事、洗濯は判定項目から除外され、5 点満点となっています。現在では、女性の社会進出によって、家事を応分に負担する男性も増え、独居高齢者の場合、性差を問う必要もないとの考えもみられます。全体として独居機能をみているものとされています。

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

〔実践 19〕

アルツハイマー型認知症の重症度について、Functional Assessment Staging (FAST) のスケールを示します。

スライドのように病期を7段階に分類しており、この病期は認知症の重症度と対応しています。旅行や買い物、運転といった日常家庭生活の具体的な状態が指標・基準として示されていて、行動面から観察し評価できることが特徴です。そのため正確な評価のためには介護者からの情報が必要となる場合もあります。

出典

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

〔実践 20〕

BPSD (認知症の行動・心理症状)は、認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現する、行動面の症状と心理症状です。活動亢進が関わる症状(焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、異常行動、暴言・暴力、徘徊)、精神病様症状(幻覚・妄想、夜間行動異常)、感情障害が関わる症状(不安、抑うつ)、アパシーが関わる症状(自発性や意欲の低下、情緒の欠如、不活発、周囲への興味の欠如)の4つに分類する考え方もあります。

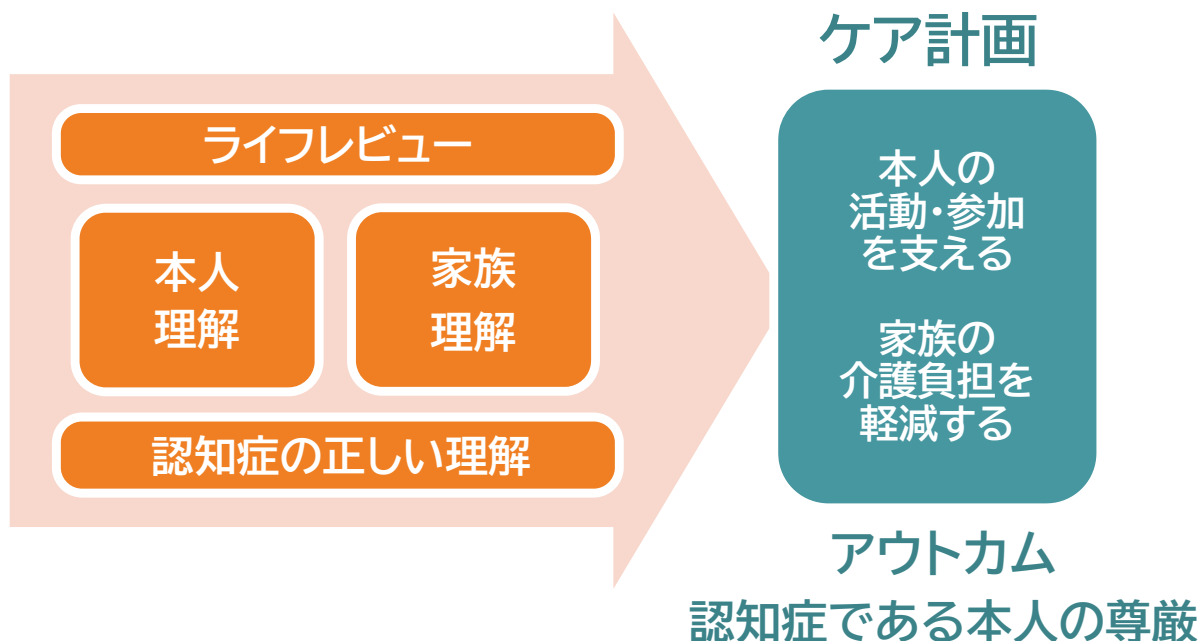
NPI (Neuropsychiatric Inventory) は認知症における行動・心理症状(BPSD)を測定する検査として、認知症である本人の BPSD の頻度と重症度および介護者の負担度を数量化することができる神経心理検査です。1994 年に Cummings らによって確立され、1997 年に博野信次によって日本語版 NPI が標準化されました。

「妄想」、「幻覚」、「興奮」、「うつ」、「不安」、「多幸」、「無関心」、「脱抑制」、「易怒性」、「異常行動」、「夜間行動」、「食行動」の計 12 項目で構成されています。特徴としては、それぞれの症状の頻度と重症度からスコアを計算し、介入前後で測定すれば、効果の判定が行えることです。

ケアのためのアセスメント

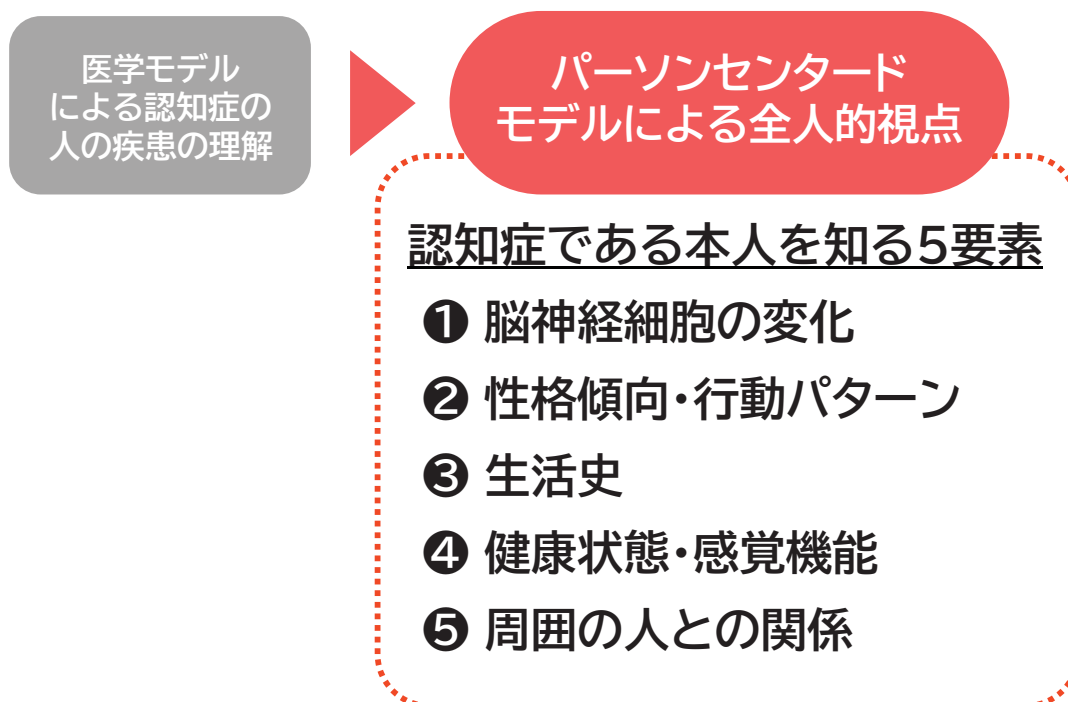
〈実践 21〉

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〉



〔実践 21〕

認知症である本人やそのご家族を支えるためには、まず深いアセスメントを行います。認知症の正しい理解を基盤に、本人、家族に対してそれぞれライフレビューを行い、本人、家族の人となりをよく理解します。認知症ケアの目的は、認知症である本人の尊厳を守ることです。そのためには、本人の活動・参加を支えるための視点と、家族の介護負担を軽減する視点を統合した計画を作成します。

〔実践 22〕

認知症である本人の情報からアセスメントし支援につなげることが重要となります。認知症という疾患の情報に焦点をあて、本人を理解・対応していく、いわゆる“医学モデル”でのアプローチから、認知症である本人を尊重し、その人の立場に立って、疾患だけでなく、様々な面から理解を試みてケア・支援を実践していく、“パーソンセンタードモデル”による全人的視点でのアプローチが適しているとされています。

認知症である本人の状態や行動は、疾患によってのみもたらされているのではなく、他の要素との相互作用によるものと考えていくものです。具体的には、スライドにあるような、5つの要素、疾患としての把握である「①脳神経細胞の変化」の他、その人の「②性格傾向・行動パターン」、育った環境や職歴などの「③生活史」、現在の体調等の「④健康状態・感覚機能」、そしてその人を取り囲む「⑤周囲の人との関係」です。疾患だけでなく、これらの要素にも視野を広げて認知症である本人を理解することで、接し方・対応の仕方も変わってくるのです。

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。

〔実践 23〕

この事例について、パーソンセンタードモデルを用いてアセスメントしてみましょう。まずは、認知症である本人の視点に立って、考えてみましょう。

〔実践 24〕

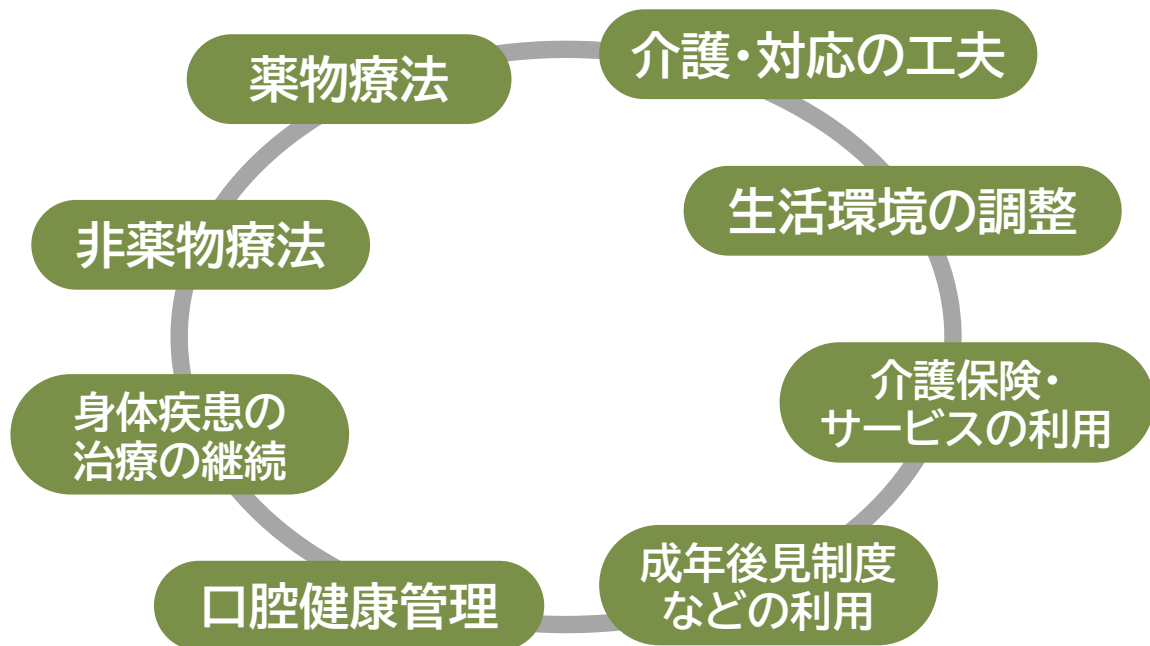
パーソンセンタードモデルを用いたアセスメントの 1 例になります。5つの要素が項目に示されています。事例のなかの情報を各要素・視点から整理し、この情報から認知症である本人の状態や様子をどう判断したのか書かれているのが、アセスメントになります。認知症という疾患に着目するのではなく、どのような原因・理由で現在の症状・状態となっているのか(と考えられるか)を事実(情報)から判断した内容を右欄に示しています。アセスメントした内容から、本人の症状の個性に合わせた具体的な接し方・関わり方が考えられます。

事例では、環境の変化から入院中のせん妄が見られ、退院後には、入院をきっかけに認知症の症状が進行した可能性があります。その症状に家族がどうしたらよいのか悩み、本人は家族の自分を見る目が変わったことに傷つき、辛い言葉では表現できないことが要因となって、BPSD の1つである徘徊のような行動が見られていたことが考えられます。

このような状況の時、医療者側から必要と思うケアを一方向的に伝えるのではなく、本人が自立して継続できるケアを“どうわかりやすく医療者が表現できるのか”、などを考えていくことがポイントとなります。

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

〔実践 25〕

認知症である本人とその家族を担当した場合には、医療スタッフはここに示すように、本人に対しては、認知症の薬物療法や非薬物療法、身体疾患の治療継続、口腔健康管理を提案することに加えて、家族に対しては、介護・対応の工夫、生活環境の調整、介護保険・サービスの利用、成年後見制度などの利用について情報提供します。

薬物療法では、認知症の原因疾患ごとに進行抑制効果のある薬物を選択して投与したり、BPSD に対して向精神薬を投与する場合があります。

非薬物療法では、主に介護保険サービス(通所・訪問リハビリテーションなど)として提供されるため、まずは要介護認定を受けるよう情報提供します。

身体疾患の治療継続では、認知症の発症に伴い、服薬管理能力の低下が予測されますので、服薬しやすい飲み方の検討(1 日 3 回→1 日 1 回、内服薬→貼付薬)や、服薬支援体制の構築が図られます。さらに、自ら症状を訴えることが難しくなるため、症状出現の有無の見守り体制の構築、薬物副作用出現時の対応方法を事前に情報共有、定期的に健康診断を計画することなどが勧められます。

〔実践 26〕

これまで認知症医療は早期発見と治療導入が中心とされてきました。しかし、このような取り組みだけでは、認知症と診断された後の本人や家族の心理的ダメージや将来に対する不安を緩和する対応が不十分であることが指摘されています。また、初期には支援の必要性が理解されず、十分な支援を受けられない空白の期間があるとも言われています。

この空白期間には、社会的孤立、生活の質の低下、認知症の進行など、様々なマイナスの可能性があり、診断された後の十分なサポートが求められています。認知症である本人や家族を支える地域の「拠点」として、認知症である本人の自立生活・社会参加に伴走する支援を行うことがとても重要です。

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、「こんな考えの人もあるんだ」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。

チャレンジング行動から認知症の人の世界を理解する, イアン・アンドリュー・ジェームズ著, 山中克夫監訳, 星和書店

〔実践 27〕

医療者は認知症である本人のみならず、その介護者にも心を配ることが重要です。認知症である本人を支える介護者の不安、病状の変化を受け入れられない状況等の根底にある意味を理解し、心理的サポートを提供しましょう。

介護者が家族の場合は、今までの家族形態・機能が、どのように変化し、それにより新たに生じた役割を無理なく担い、乗り越えられるのか否か等を見極める必要があります。これまでの人生で起きた変化を家族のなかでどのように乗り越えてきたのかというような過去の経験が役立つかもしれません。

情報提供については、介護者にとって本当に聞きたい情報が、実は医療者から提供されていないという場合も少なくありません。介護者が大切にしていることは何か？どんなことを知りたいのか？と、共に考え、情報を提供することが欠かせません。また、介護者にとって、介護仲間の存在を知り、お互いに助け合うことは、専門職の支援と同様大きな支えとなることも押さえておきましょう。

介護者が悩みを抱え込まないように、社会資源が活用できるよう、専門サービスを具体的に紹介していくことも必要です。

〔実践 28〕

認知症のケアにおいてはチームアプローチが有効であり、意識することが大切です。

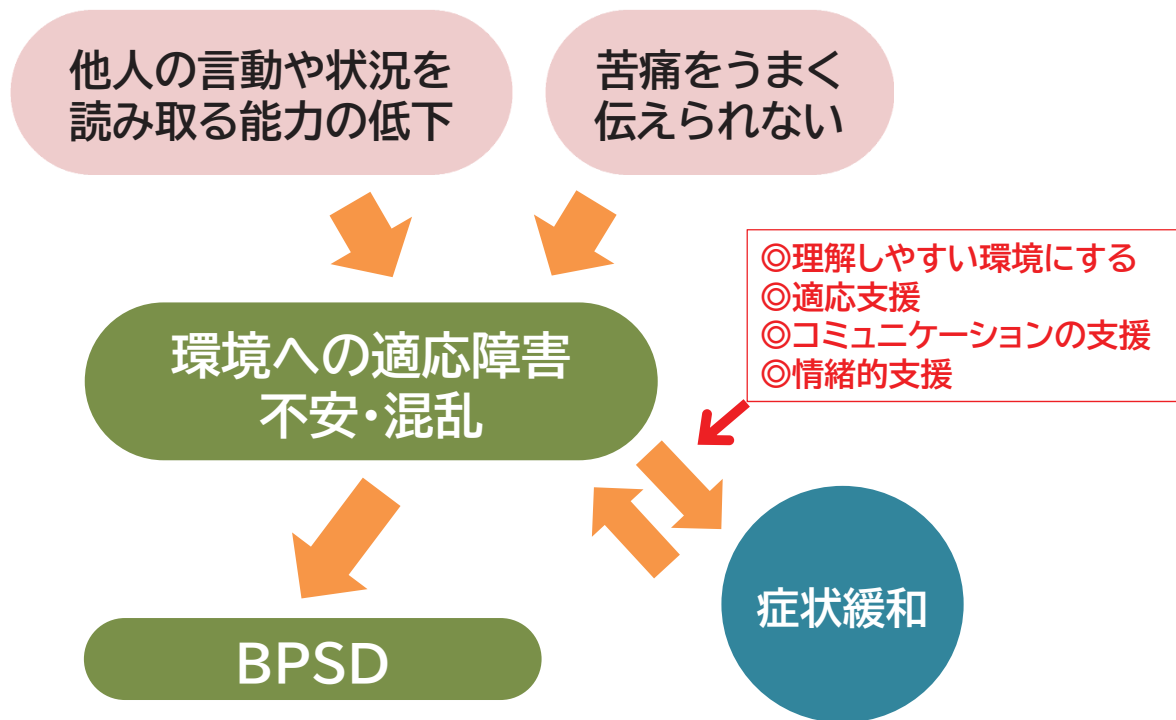
そもそも、認知症のケアにおいては、周囲の人、職場、家族の受け止め方、すなわち許容や理解の程度により、さらには対応スキルのレベルにより、問題の大きさや負担の度合いが変わってきます。ある介護者にとっては、認知症の症状に対応することは強い苦痛を伴うと感じる一方で、別な介護者にとっては全く苦痛がないということがあり得るのです。

ですから、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、孤立させないことが大切です。強い苦痛を感じている介護者も、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とめ方が変わり、さらには対応のヒントが得られると、その苦痛は緩和されます。

認知症である本人の家族や介護者に対して、認知症カフェ、家族の会、家族介護教室などを紹介することは、このような視点から勧められます。

BPSDが発生する背景

〈実践 29〉



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

〔実践 29〕

認知症である本人は、認知機能低下を背景に、他人の言動や状況を読み取る能力が低下し、また、苦痛をうまく伝えられません。その結果、環境にうまく適応できず、不安や混乱が生じます。認知症である本人の訴えに耳を傾けるときには、その背景にある心理(感情や思考)を推測することが必要であり、言葉をその通りに受けて止めることは、必ずしも適切ではない場合があることに留意が必要です。例えば、家に帰りたいと訴えるとき、そのまま、ある住所のある住宅に帰りたいといわけではなく、「なんとなく現在の環境になじめない」、「古き良き時代に帰りたい」という心理を、家に帰りたいと訴える場合があります。

不安や困難のさなかになる認知症である本人に対して、理解しやすい環境を与えて、適応やコミュニケーションを支援し、さらには情緒的な支援が適切に行われると、本人は安心して情緒も安定します。一方、これらの支援が適切に行われないと、不安や混乱が悪化し、BPSD の発症に結び付きます。

〔実践 30〕

BPSD のケアを考える際には、まず BPSD の原因となりうる直前の状況を評価します。

具体的には、場所、時間、周囲の人や関わり方、活動、音、温度、湿度、照度などの環境、痛み、疲労、不快、空腹、睡眠、排泄などの体調、そして服用中の薬物です。

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

チャレンジング行動から認知症の人の世界を理解する, イアン・アンドリュー・ジェームズ著, 山中克夫監訳, 星和書店

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

〔実践 31〕

BPSD の対応は、非薬物的アプローチを優先する、薬物療法や入院治療の検討など医療と連携する、デイサービスの導入など社会資源を活用するのが基本です。

BPSD の予防的支援も大切で、これは普段から非薬物療法を行うということなのですが、ストレスの少ないかわり方をする、日頃から認知症である本人に活動に参加してもらおうといったものとなります。

また、介護者への専門的な研修は BPSD の改善に効果があることも知られていますので、介護者へのアプローチも行います。

〔実践 32〕

認知症の非薬物療法としては、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、介護ロボットなどが知られています。

認知刺激などの認知機能に働きかける非薬物療法は、認知症の認知機能障害に対する効果があります。運動療法は日常生活動作の改善に、音楽療法は BPSD に対する効果がある可能性が示されています。

多面的な介入で、日常生活動作 ADL や生活の質 QOL、行動や気分状態の改善が得られることが示されており、認知症である本人の状態や趣向に合わせて、複数の非薬物療法を組み合わせ提供することが推奨されます。認知症である本人にとって「快刺激」となる非薬物療法が効果的であるとする考えもあります。

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

〔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とされています。

プログラムの例としては、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、といったことが推奨されています。また、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ります。

〔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といわれています。

プログラムの例ですが、まず挨拶や季節の話題など、導入を行います。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います。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、身体を動かします。最後はゆったりとした曲を鑑賞してクールダウンします。

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。

〔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です。認知症である本人は、最近の記憶を保つことは困難ですが、昔の記憶は保持されていることが知られています。

回想法の効果として、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のではないかと考えられています。

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”があります。

〔実践 36〕

認知機能に直接働きかける非薬物療法についてまとめます。

認知機能訓練は、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ものです。個人療法とグループ療法があります。

認知刺激は、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ものです。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)も含まれます。

認知リハビリテーションは、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ものです。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します。

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**

山口智晴、山口晴保. アルツハイマー病の非薬物療法. 日老医誌 2012;49:437-441 から一部改変

〈実践 38〉

〔動画⑥〕

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～

〔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、不安感や喪失感といった漠然とした病感があり、徐々に自信を失うとともに意欲や活動性が低下します。

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ます。

物理的・人的環境や社会制度など周囲の資源を活用することで、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ます。できることをやって楽しむと言い換えることができます。

このような非薬物療法が認知症である本人に行われた場合に、BPSD が予防されることが知られています。

〔実践 38〕

動画⑥ 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

吉池毅志, 栄セツコ:保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理－精神保健福祉実践における「連携」に着目して－, 桃山学院大学総合研究所紀要, 34(3):109-122. 2009.

〔実践 39〕

多職種連携という言葉が良く聞かれるようになりましたが、形式的に多職種集団をつくるだけでは、有効な臨床実践に繋がらないことも頻繁にみられます。世界保健機構(WHO)のヘルスチームの定義では、「健康に関するコミュニティのニーズによって決定された共通の目的を持ち、ゴール達成に向かってメンバー各自が自己の能力と技能を発揮し、かつ他者の持つ機能と調整しながら寄与していくグループ」とされています。

高齢者ケア、認知症である本人に対する支援の場面においては、単独の職種のみでは解決に結びつかない複雑化した状態にもしばしば遭遇します。複雑なニーズを持った要介護高齢者に対して最大のアウトカムを得るためには、地域の複数の専門職・事業所による多職種チームが共通の目標を持ち、各専門家によって多面的なアセスメントがなされ有機的に連携を図ることが重要です。

具体的な連携の展開プロセスはスライドの①～⑦の7段階を経るとされます。

在宅で生活する認知症の本人・家族の課題を発見した時、その課題は、自身(自事業所)と認知症の本人の関係における小さな課題に留まらない可能性が大いにあります。その課題を共有できる地域の他の専門職・事業所を見つけ、働きかけ、役割分担・情報共有しながら、連続的な関係に発展させていくことが連携の本質とされます。

多職種チームは、高齢者の健康と QOL の向上、介護者の介護負担の軽減に寄与できるだけでなく、チームのメンバーと知識と技能の分かち合いを促進し、高齢者ケアに関わるメンバーの仕事をより豊かで、興味深いものにすると言われています。またその多職種チームの実戦経験は継続的な効果を生み出します。

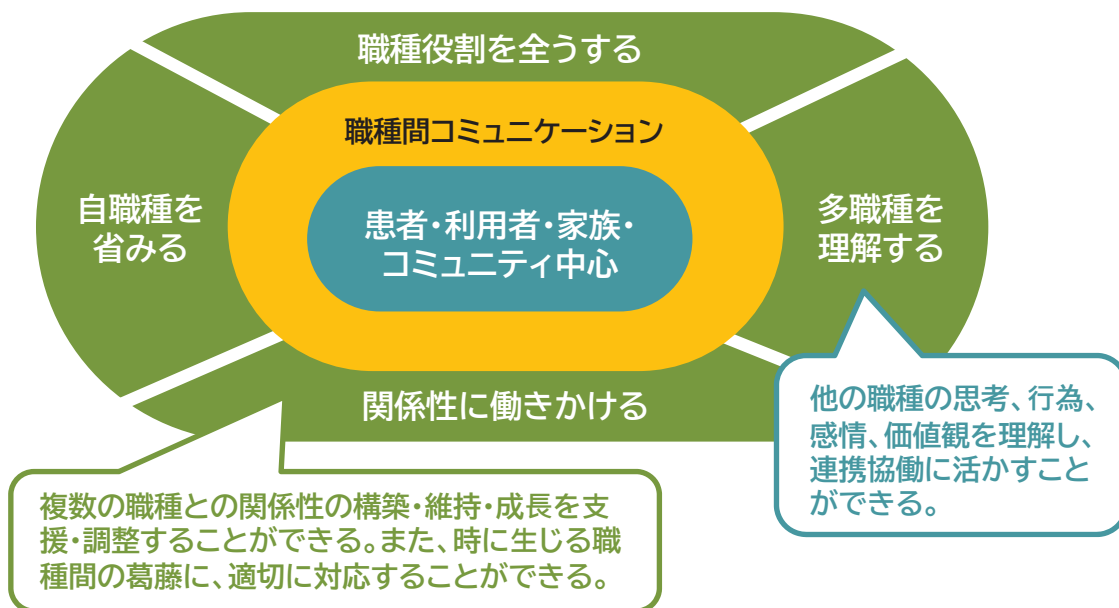
出典

- 1) Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care.WHO1985, p44
apps.who.int/iris/bitstream/.../1/WHO_TRS_717.pdf.
- 2) 平原佐斗司. 10.多職種連携(IPW)について. 在宅医療テキスト.P39.公益社団法人在宅医療助成勇美記念財団 第3版第1刷 2015.
- 3) Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group: Interdisciplinary Care for Older Adults with Complex Needs: American Geriatrics Society Position Statement. Journal of the American Geriatrics Society ,2006;54(5):849-852.

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 〉〉

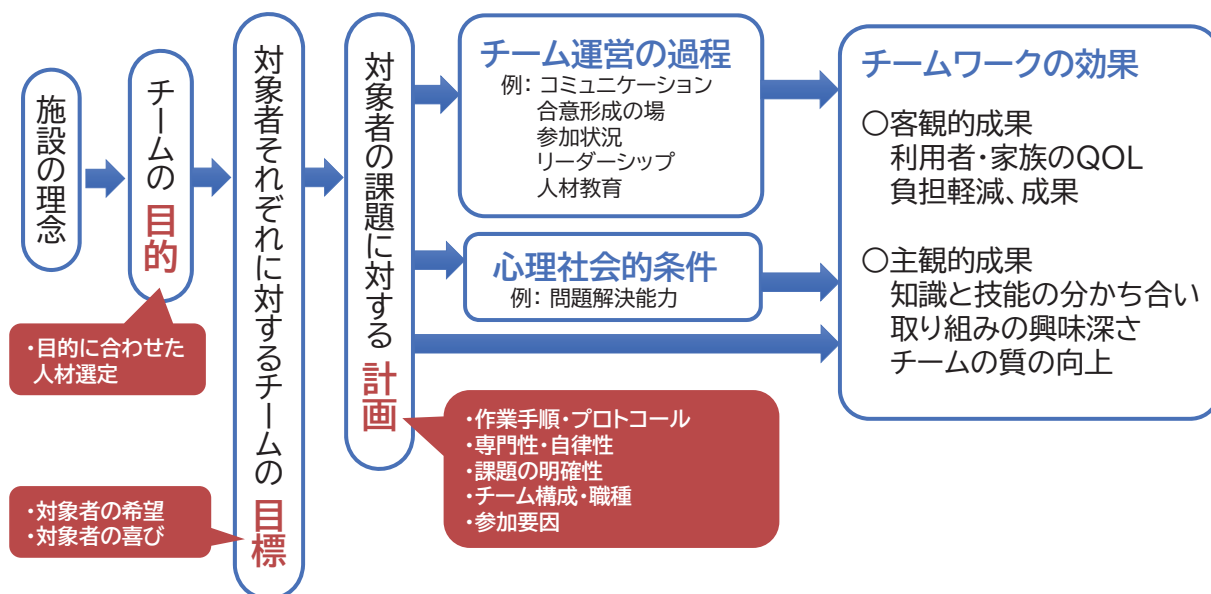


多職種連携コンピテンシー開発チーム:医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシーInterprofessional Competency in Japan,「文部科学省未来医療研究人材養成拠点形成事業『リサーチマインドを持った総合診療医の養成』選定事業 筑波大学『次世代の地域医療を担うリーダーの養成』, 2015 』を一部改変

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

野中猛、野中ケアマネジメント研究会, 多職種連携の技術－地域生活支援のための理論と実践, 中央法規出版, 東京, 2014.より改変

〔実践 40〕

多職種連携を行う際に、専門職が自分の専門領域にのみ興味を持って、専門領域にのみ取り組んでいるだけでは、協働として不十分です。

専門職が専門職として多職種連携の中で調和して業務を行う能力の全体像はスライドのように示されます。認知症である本人や家族の課題を中心に据え、共通の目標を設定し、職種間コミュニケーションをとって連携することは、外殻の 4 つのコアドメインに支えられている、という概念図です。

専門職たる「個」が、他の職種の価値観を理解し、連携協働に活かすことができ、複数の職種と関係性を構築し職種間葛藤に適切に対応し、調和を図る協働的能力が必要とされます。

関係に働きかける能力は、自分も含んだ複数の職種の関係構築から、その後の維持・成長の支援・調整など、時間軸を追って全ての関係性に働きかけ、チームや組織全体がより良くなるように他職種に働きかける能力も含まれます。

同じ地域で働く多職種・多事業所の各専門職は、この協働的能力を備え、発揮することが求められています。我々が支援していく認知症である本人や家族を中心とした、地域のチームの一員として、他の職種の専門性を理解し、関係性を構築し、実務の調整を行い、冷静に協働的能力を向上させていくことが重要です。

〔実践 41〕

連携を実践するうえで、目的や目標が多職種・多事業所の間で共有されていなければ、個々の技術があっても効果を生み出さない可能性があります。多職種チームが目的を共有してこそ、認知症である本人や家族の日常生活等に関する困難を理解し、その人が安心して生活を送る環境を整えていくための支援につながります。

目的とは、何のために行動するのか方向性を示すもので、抽象的で長期的な目線に立ったものです。一方で目標とは、目的に沿って当面に目指す事柄で達成可能なものです。

実践の渦中に身を置いていると、目的は見えにくく見失いやすいものですから、常に意識する必要があります。目標は、目的を確認したうえで常に軌道修正するような仕組みづくりをすることで、目的と目標の混在を避けることができると言われています。特に、それぞれの所属事業所が異なる中での専門職同士の連携においては、意思疎通がしにくい状況であるがゆえに、目的や目標、計画を継続的に共有していくことがとても重要となります。

病状の変化や社会経済的状況の変化、介入によって、時間経過とともに支援対象である認知症である本人や家族の様子や考えは変化していきます。その状況に合わせて最大の効果を発揮する多職種連携チームであるには、定期的な多職種カンファレンスが欠かせません。

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

千葉大学大学院看護学研究科附属専門職連携教育センター、IPWマネジメント研修理論編資料を参考に作成

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

〔実践 42〕

地域の診療所や歯科医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等で勤務する多職種が、認知症である本人やその家族の在宅生活を支援する場合、その連携は「多事業所間」で行われるものでもあることを意識することが大切です。

スライドにある多事業所間連携の実践は、いずれも専門職としての多職種連携の要素を「事業所単位」に当てはめたポイントです。自分が所属する事業所の地域における役割を踏まえて、自分自身がその役割を担う“事業所の一員”としての自覚をもつことが大切です。そして、関係する多事業所が一つのチームとなって協働し、認知症である本人やその家族へのより良い支援を共に考えていくことが重要です。

そのためには、所属する事業所内における専門職としての自分の役割を認識し、医師や歯科医師を含めた多職種間での情報共有や役割分担といった事業所内での取り組みが不可欠であって、地域における多事業所間連携の基礎になっているともいえます。

〔実践 43〕

多職種カンファレンスは、認知症である本人と家族の希望を聞き、各専門職がその希望や個々に収集した情報を共有する貴重な機会です。（「実践 6～8」意思決定支援も参照）

地域で暮らす認知症の本人と家族に多職種・多事業所で支援しているときには、関わる多職種で行うカンファレンスが重要な役割を果たします。ケアマネジャーを中心として開催されるサービス担当者会議などがその例です。

一方で、予定を合わせてカンファレンスを頻繁に開催することは難しいものです。そのためにも、開催にあたって事前の情報整理（提供する情報や、提供を依頼する情報を明確化し、連絡しておく）を行い、専門性の異なる他の専門職に分かりやすい言葉で情報伝達することが大切です。

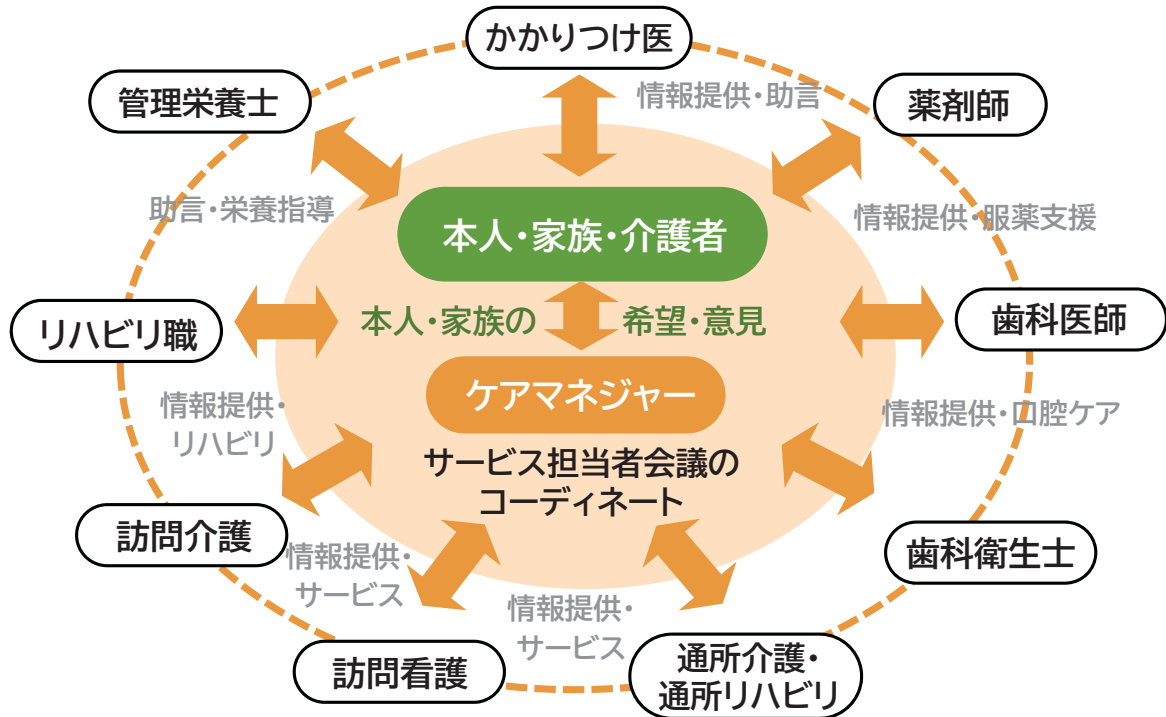
多職種・多事業所でのカンファレンスを、自分にとっても事業所にとってもメリットの多い機会ととらえ、日常的な連携の基礎とすることが重要です。こういった機会を持つことで、認知症である本人や家族の在宅での日常生活を支援する、という共通の目的にたった目標と計画、さらに、それぞれの職種・事業所の役割を相互に理解し、各専門職・各事業所の具体的な役割を確認することができます。

また、入院・入所時など病院・施設等との連携においても、認知症である本人のケアや生活が分断されることのないスムーズな移行のために、地域での多職種カンファレンスにおける整理された情報がとても役立ちます。退院時カンファレンスでは、病院という特殊な状況下におかれた時の認知症である本人の様子を伺うとともに、検査などの情報を受け取り、在宅生活の再出発として、収集した情報を基にアセスメントと計画立案、そして実践を繰り返すことが必要です。

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

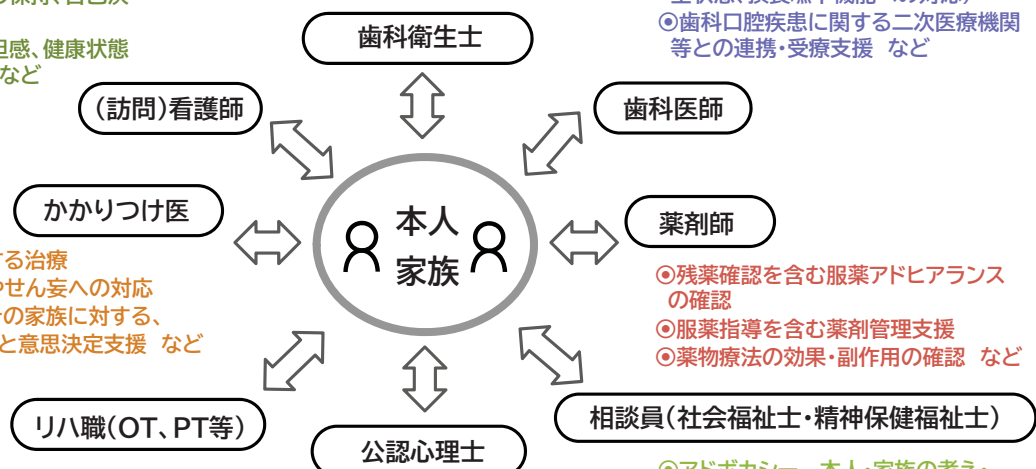
〈実践 45〉

- ◎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

- ◎ 身体疾患に対する治療
- ◎ 認知症の症状やせん妄への対応
- ◎ 認知症の人とその家族に対する、適切な情報提供と意思決定支援 など



- ◎ 基本的動作能力の回復
- ◎ 応用的動作能力、社会的適応能力の回復
- ◎ 言語聴覚能力の回復
- ◎ 日常生活活動や社会参加機能の評価情報の提供 など

- ◎ 心理検査・心理アセスメント : 認知機能検査など
- ◎ 心理療法 : カウンセリング、回想法など
- ◎ 心理コンサルティング : BPSDのケア計画作成

- ◎ アドボカシー...本人・家族の考え・気持ちの代弁
- ◎ 退院計画の支援...退院後の生活設計の支援
- ◎ 利用可能なフォーマル・インフォーマルサービスを紹介・仲介 など

〔実践 44〕

ケアマネジャーは、認知症である本人に関わるケアチームをコーディネートし、本人にとっての適切な生活支援が可能になるよう、各職種の業務のバランスをマネジメントしていきます。

- ①認知症である本人の情報はケアマネジャーに集約され、アセスメントが行われた上でケアプランに活かされます。
- ②病気や障害を抱える認知症である本人の生活支援では、疾患の管理ニーズが最優先となる場合があります。疾病・障害・身体状況の把握は、常にかかりつけ医をはじめとする医療専門職との連携が必要となります。
- ③サービス担当者会議は、認知症である本人にかかわるケアチームの共通理解・共通認識の場としてとても重要です。ケアプランの更新時や変更時には、必ず開催しなければなりません。介護保険サービス事業所だけでなく、認知症である本人に関わる地域の診療所や歯科医療機関等も、必要に応じて出席することが望ましいとされています。

〔実践 45〕

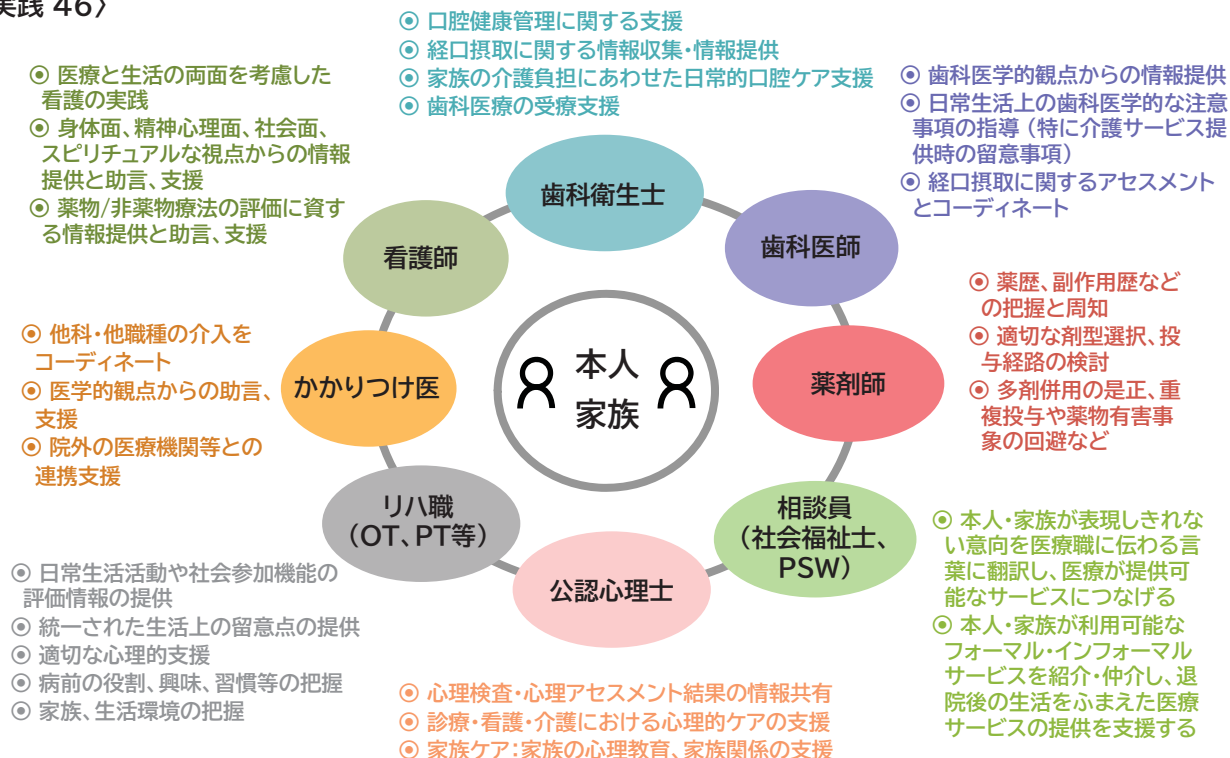
地域において多職種・多事業所間で連携を行うためには、地域における全体像を把握し、それぞれ異なる場所で勤務している他の職種や事業所のそれぞれの業務内容や役割を知ることが重要となります。

一人の支援対象の課題を把握したうえで、連携による対象者への効果が最大化するように連携の意義を明確にして、関係各所に連絡しあい対象者情報を共有し、互いが実施可能な医療・介護の内容を共有することが、利用者の生活支援にとっても、医療機関や事業所の日常業務(サービス)にとってもメリットになります。

スライドでは、本人・家族に関わる多職種の主な役割が記載されています。連携相手の業務内容をたがいに理解した上で、実際の連携の場面だけでなく、地域の多職種研修等の機会を通じて、日頃から関係を築き、忌憚のない意見交換ができるようにしておくこともとても大切です。

多職種連携における役割

〈実践 46〉



多職種（多事業所間）連携のメリット

〈実践 47〉

- ◎ チームで臨む目標が定まり、状況の安定化・好転に対し、相乗的効果がある
- ◎ BPSDに関連する要因についての情報が得られる
- ◎ チームで情報共有することで関わり方を共有できる
- ◎ 各職種の専門的な知識が発揮され、認知症である本人と家族に生じる複雑なニーズに対応できる
- ◎ 地域の認知症ケア提供体制やシステム構築の検討の場となる

〔実践 46〕

前のスライドにおいて示した地域の多職種について、多職種・多事業所の連携を図っていく上での「連携に着目した」主な役割を記載しています。もちろん、スライドに記載されていることだけが役割ではありませんが、近隣地域の拠点が、認知症である本人や家族、また、自院・自事業所にとってどのような連携のパートナーであるのかを把握しておくことが重要です。

〔実践 47〕

地域の多職種・多事業所において、認知症である本人に関する全身状態や背景、BPSD に関連する要因などに関する情報を共有し、専門性を活かして改善・維持に向けての役割分担を図り、協働することによって、多くのメリットがあります。

情報の共有によって、各職種の専門的、多角的な視点で認知症である本人に生じている複雑なニーズが読み解かれるでしょう。チームで臨む目標を定めれば、認知症である本人の状況に相応しい介入・対応を検討することが出来ます。多職種連携チームで各職種の専門性が発揮され、キュアとケアを並行して提供されるようになることで、認知症である本人や家族を取り巻く状況の安定化や好転につながり、相乗的な効果が生み出されます。

また、それぞれの専門職だけが知り得た情報を共有することは、認知症である本人の生活全体を把握することにつながり、BPSD に関連する思わぬ要因を発見することも少なくありません。認知症である本人に対して、適切である対応方法は、関わる各専門職が共有し、都度同じように対応した方が、認知症の本人や家族の混乱も極めて少ないと言えます。

個々の認知症である本人のケースに対して多職種連携チームによる検討を繰り返すことは、地域課題の把握につながり、各専門職・各事業所が地域の有用な資源となって地域全体のシステム的解決を構築する検討の場となっていくます。個々の事例はもちろん、より円滑に協働し合える環境づくりやケア提供体制についても意見交換し検討していくことが大切です。

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

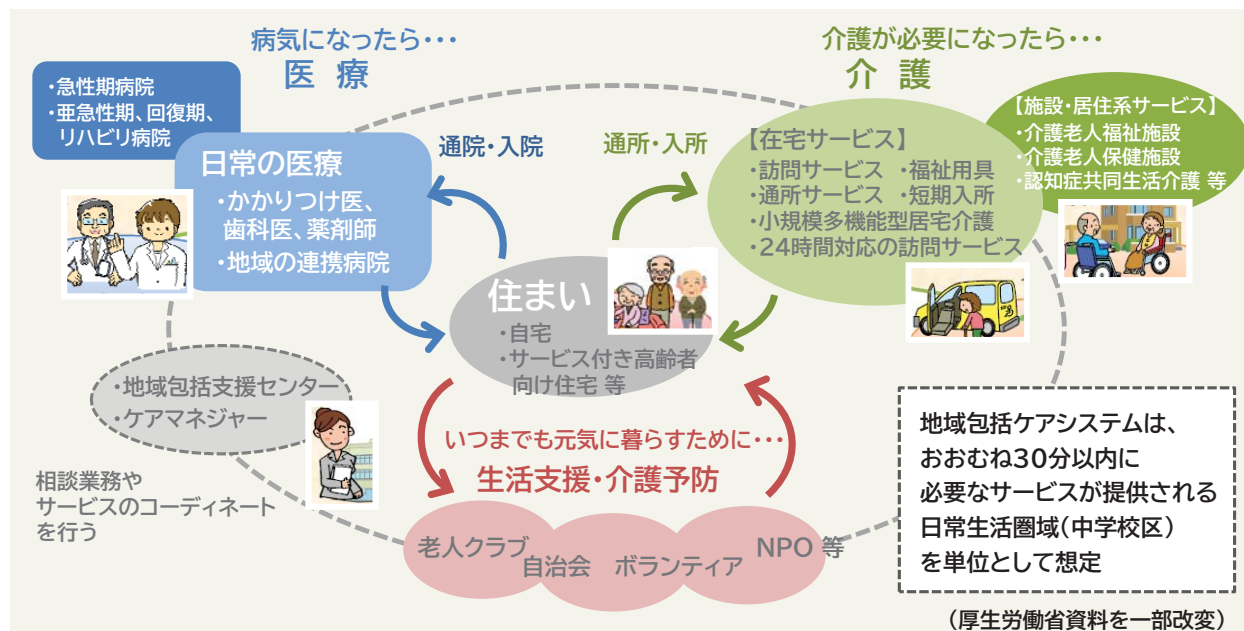
到達目標：

- 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



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。

〔資源 1〕

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を実現するため、医療や介護の公的な保険サービスに加え、住民の自発的な活動などインフォーマルなサービスも含めて、必要ときに必要なサービスを誰もが継続的に利用できることを目指す仕組みが「地域包括ケアシステム」です。

認知症である本人についても、この地域包括ケアシステムの中で、切れ目なく適時適切なサービスを受けることができ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることが重要であることに変わりはなく、そのためには、自治体や医療機関（薬局を含む多様な医療資源）、介護サービス事業所、インフォーマルサービスなど様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域作りが重要となります。

認知症施策においても、この住まい・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を実現することが目指されています。

〔資源 2〕

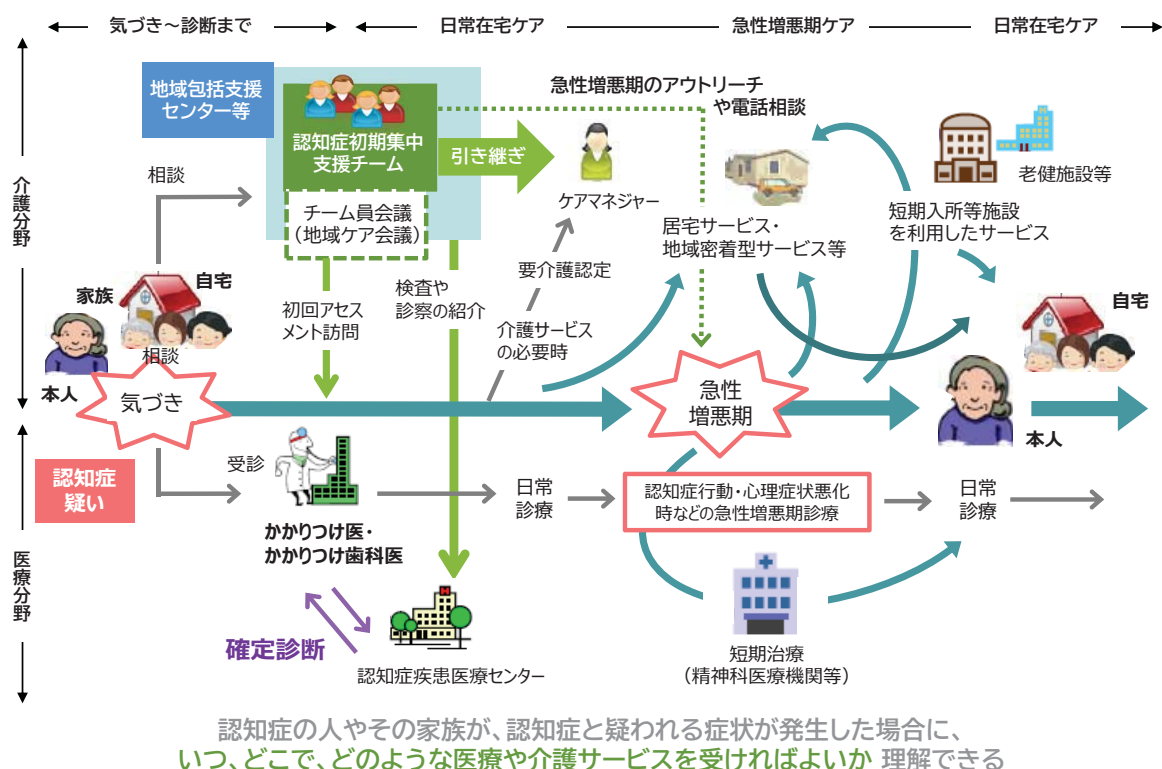
認知症ケアパスは、スライドのように定義され、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを表すものです。各市町村の実情に応じて策定され、介護保険事業計画にも反映されます。

①認知症である本人が地域で生活するための基盤整備として介護保険サービス、医療サービス、インフォーマルサービス、その他社会資源を整理していくためのもの、②認知症である本人への適切なケアマネジメントの実施にむけて、医療・介護関係者間の情報共有のツールとして標準的な「認知症ケア」の手順を表したものの、二つの側面があります。

それぞれの地域の認知症ケアパスによって、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され、また、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関・歯科医療機関や介護サービス事業所でも内容が共有されることが大切です。

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

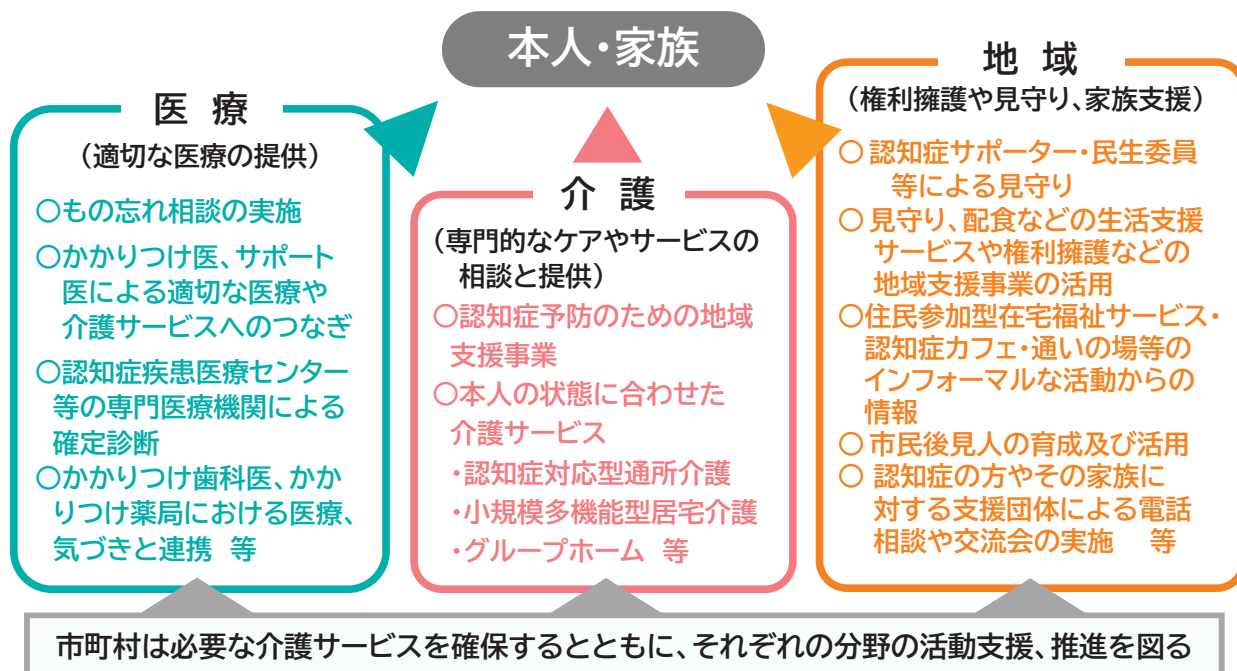
〈資源 3〉



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



〔資源 3〕

認知症ケアパスは、認知症の進行や状態によって、必要な支援・サービスが切れ目なく提供されるイメージを図で示したものです。

医療機関・歯科医療機関や介護サービス事業所が所在する地域ごとに、医療サービス、介護サービス、地域支援事業等のサービス、介護保険制度以外のサービスなど、どのようなものが整備され、それらを大まかに地域の関係者間で共有されることが重要です。

さらに、それぞれの専門職が関わる認知症である本人の個別の状態に応じて、認知症ケアパスに位置付けられたそれらのサービスが適切に提供されるため、気づき、つなぎ、支援することも対応力の 1 つです。

自身の地域の認知症ケアパスがどのようなものか、を是非確認してみるとよいでしょう。

〔資源 4〕

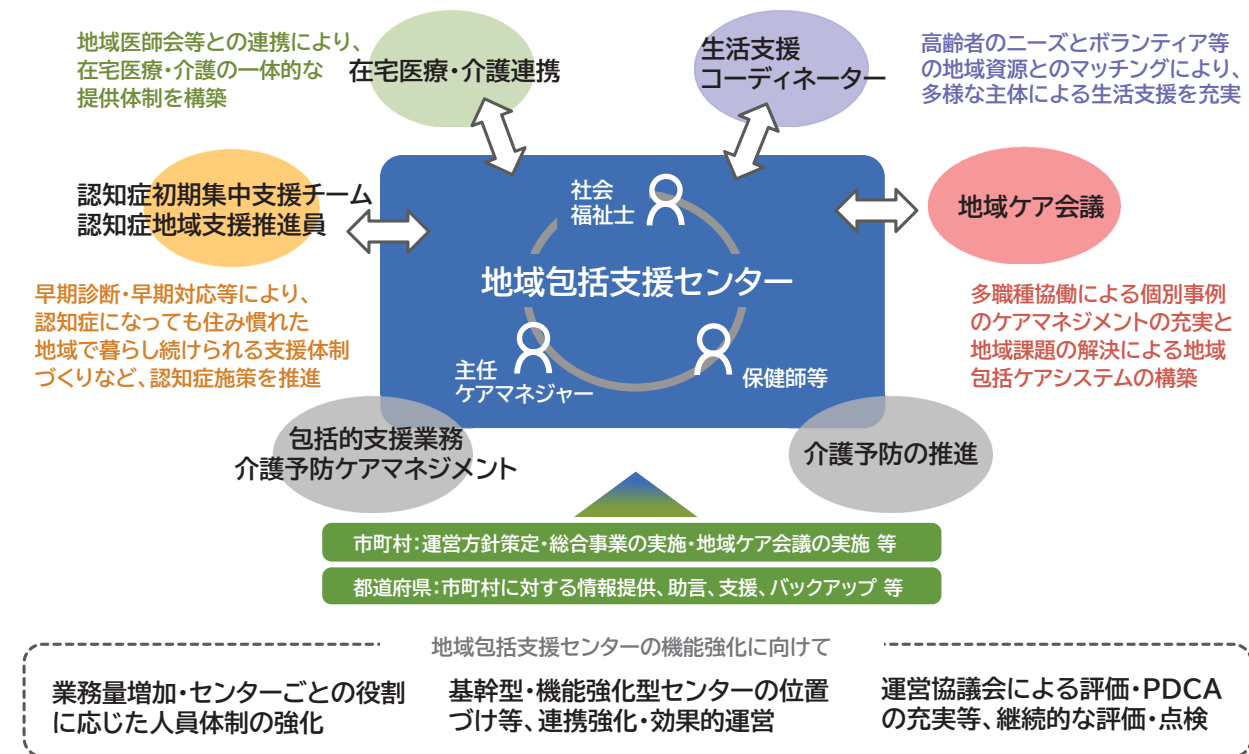
それぞれの地域で認知症の人と家族への支援体制を示します。

認知症の人や家族の時々の状態やニーズに適切に対応し、暮らしを支えるサービスを提供するためには、スライドに示すように医療・介護・地域の領域ごとの各サービスが連携と役割分担することで効果的な支援を行っていく必要があります。さらに地域の実情を踏まえ、それぞれの領域が利活用・補完しながら展開されることが大切です。

拠点が所在している地域の医療サービス、介護サービス、地域の仕組みや取り組み等の支援体制を把握することは、多職種連携・多事業所間連携の基礎になると言えます。

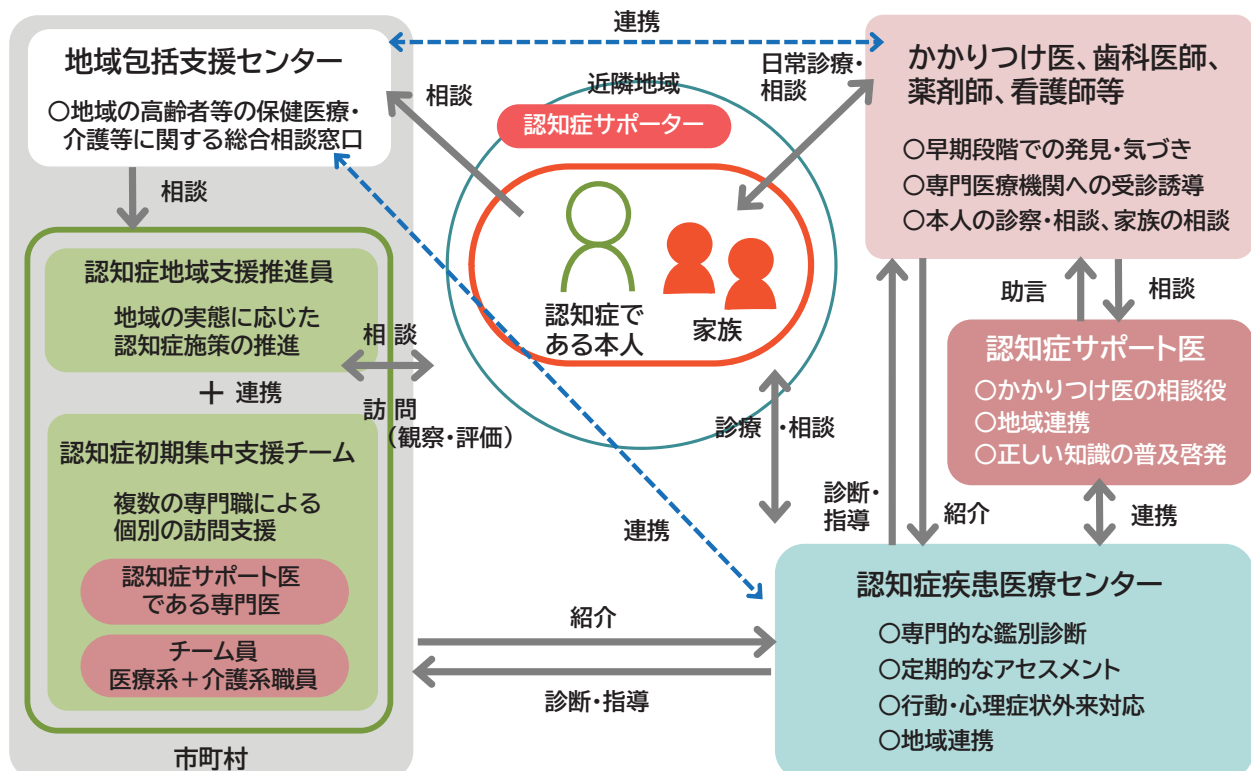
地域包括支援センター

〈資源 5〉



認知症である本人を支える様々な仕組み

〈資源 6〉



〔資源 5〕

地域包括支援センターの機能は、従来からの、介護予防、多職種ネットワーク、権利擁護の柱に加え、認知症施策の推進、生活支援、地域ケア会議など、それぞれを有機的に関連させながら拡充しています。

センターの基本配置職種である、保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士を中心に、地域の専門職や専門機関等の社会資源と連携を図りながら、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されています。

認知症である本人や家族の生活をサポートするため、地域包括支援センターの所在(連絡先等)、担当者、基本的な機能を把握し、その機能を通じて必要な社会資源につなげるなど、十分に活用していくことが求められます。

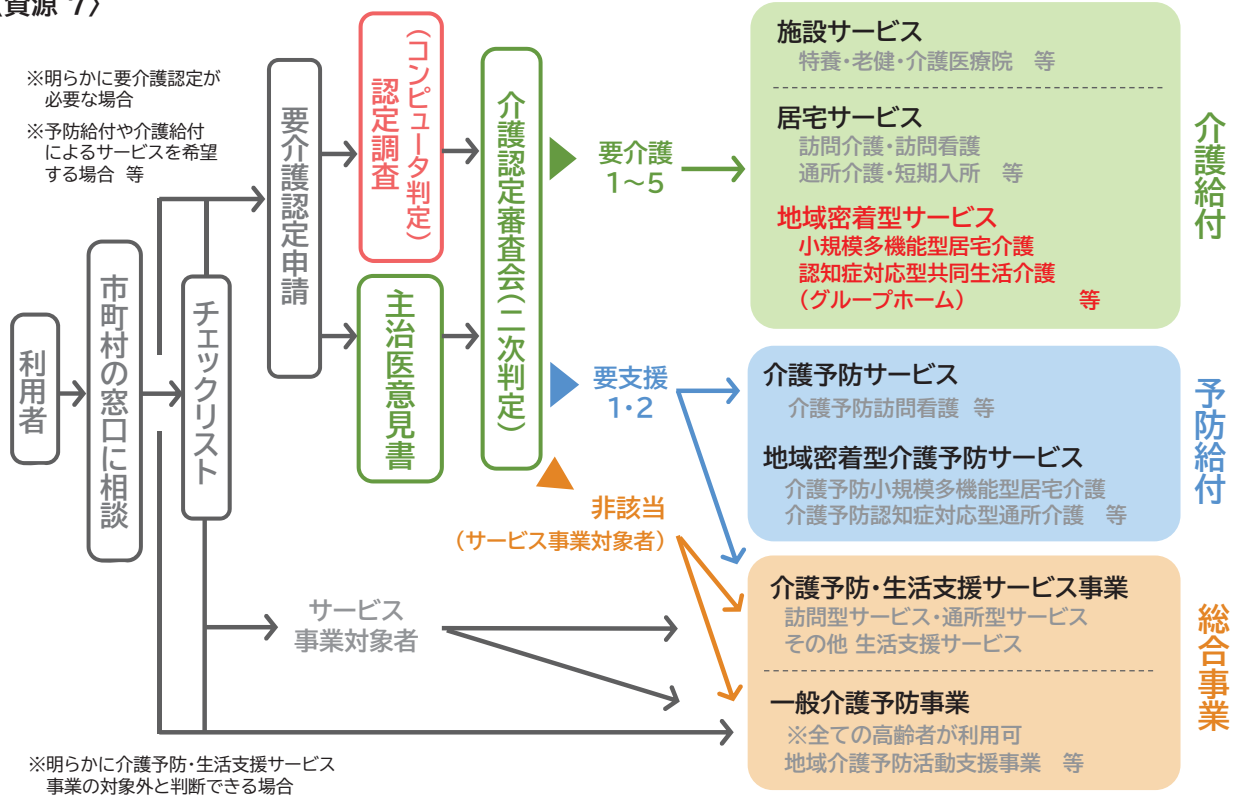
〔資源 6〕

認知症である本人や家族の日常生活を支える仕組みは様々なものがあります。それぞれが連携や相談・助言等を行いながら、個別の支援から、地域の体制となって役割を果たしています。スライドに配置されている主な拠点について、以下で簡単に補足説明をします。

- 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設置され、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行います。
- 認知症地域支援推進員は、市町村に配置され、主な役割は、医療と介護の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進などを担っています。
- 認知症サポート医は、①認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り、など、地域における「連携の推進役」を担います。
- 認知症疾患医療センターは、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対などの専門的医療機能と、情報発信、地域保健医療・介護関係者への研修といった地域連携拠点機能を果たすことが求められています。

介護保険制度の利用の流れ

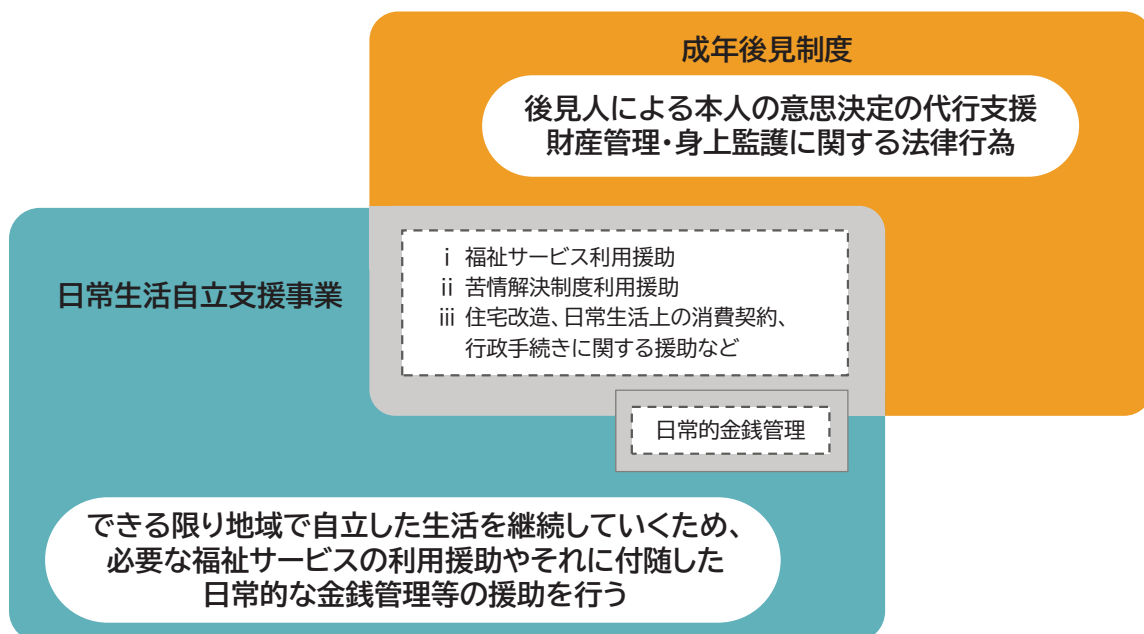
〈資源 7〉



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



〔資源 7〕

介護保険制度は、大きく、①認定申請、②要介護認定、③介護給付・予防給付・総合事業という流れ(スライドの左から右へ)で利用することになります。

利用者が市町村の窓口で相談することから始まり、要介護認定は認定調査員による調査の結果と主治医意見書の内容に基づき、介護認定審査会において判定されます。

要介護認定を受けて利用できる介護サービスには、主に認知症の人の利用が想定される地域密着型サービス(認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)など)等があります。

〔資源 8〕

認知症である本人が消費者被害にあうことも少なくありません。高齢者全般の被害増は社会問題にもなっていますが、特に、判断能力が不十分な認知症の人の場合には、日常における金銭管理や契約等の支援の必要性が高いと言えます。

日常生活自立支援事業や成年後見制度は、支援の内容・場面や判断能力の程度に応じて、認知症の人の金銭・財産管理をはじめとする契約等を支援する仕組みです。

日常生活自立支援事業は、市区町村の社会福祉協議会の専門員等による「生活継続のための日常的な援助」です。一方、成年後見制度は、家庭裁判所への申立てや医師の診断書などの手続きが必要で、成年後見人による「財産管理等の法律行為の代行支援」という違いがあります。それぞれが可能なこと(利用できること)は下表のように整理できます。

日常生活自立支援事業	支援内容	成年後見制度
身の回りに関すること		
△	福祉サービスの利用援助	○
△	病院入院契約	○
△	施設の入退所契約	○
×	医療行為の同意	×
×	身元保証人	×
×	婚姻・離婚・養子縁組	×
財産に関すること		
○	日常生活の金銭管理	○
○	年金の受領に必要な手続き	○
○	通帳や銀行印の保管	○
×	不動産の処分や管理	○
×	遺産分割	○
△	消費者被害の取消	○

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/

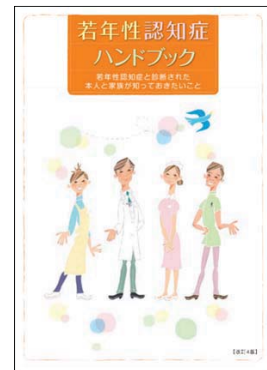
【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 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

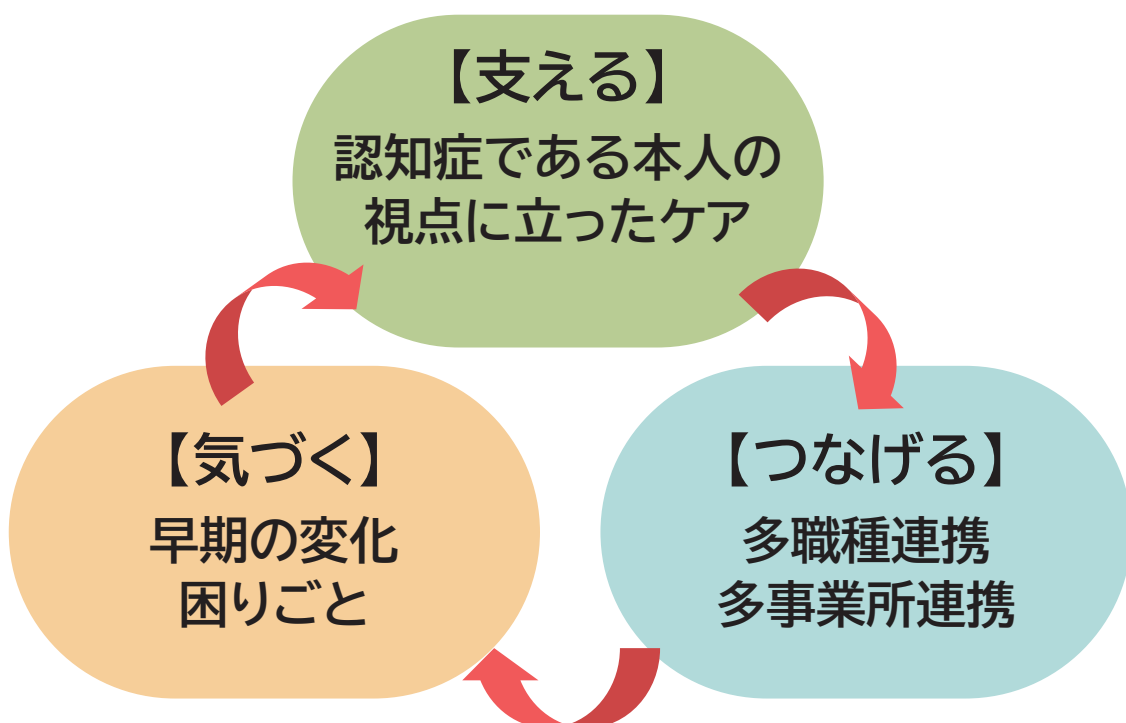


本人・家族向け



修了者への期待と役割（まとめ）

〈資源 10〉



〔資源 9〕

65 歳未満で発症する認知症を若年性認知症といいます。全国の若年性認知症の人の数は、令和 2 年 3 月公表のデータにおいて約 3.57 万人と推計されています。

若年性認知症の人は、年齢や置かれている社会経済的状況が高齢発症の認知症の人と異なるので、支援を組み立てる際に本人の希望や状況にあわせた配慮や工夫が必要となります。課題としては、診断後の相談先がわかりにくいこと、地域で交流できる居場所の不足、自治体によって若年性認知症施策の取り組みにバラツキがあること、などがあります。

相談機関としては、若年性認知症の人への自立支援に関わるネットワークの調整役として若年性認知症コールセンター(愛知県大府市 <https://y-ninchisyotel.net/>)、都道府県の若年性認知症支援コーディネーターなどの相談機関、そのほか市町村や地域包括支援センターなどの相談窓口を活用することができます。

〔資源 10〕

最後にこれまでの研修をまとめます。

まず、日常診療の中で、早期の認知症である本人の変化に気づいてもらうことを期待します。認知症である本人の困りごとにも気づきましょう。

そして、認知症の方やその家族を継続的に支えましょう。その際には、認知症である本人の視点に立ったケアを心がけましょう。

また、専門医や認知症サポート医といった医療の専門家、あるいは地域包括支援センターといった介護・福祉の専門家につなぎます。自分の地域に、どのような機関があり、どのような職種や事業者がいるのかに関心を持ちましょう。

以上の「気づく」、「支える」、「つなげる」が、本研修修了者への期待と役割となります。

**病院勤務以外の看護師等
認知症対応力向上研修テキスト**
〈令和2年度版〉

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**

令和3年3月
禁無断転載

（発行）合同会社 HAM 人・社会研究所
