

---

痴呆症患者に対するケアマネジメント・モデルの開発

---

17500376

平成17年度～平成19年度科学研究費補助金  
（基盤研究（C））研究成果報告書

平成20年4月

研究代表者 加瀬裕子  
早稲田大学人間科学学術院教授



# 1 はじめに

2000年に介護保険が実施されて以降、ケアマネジメントが在宅ケアの現場で提供されるようになった。これによって認知症高齢者は、ケアマネジャーの支援を得て、地域で暮らしていける可能性が広がった。同時に、認知症の高齢者は、2025年には320万人を超えると予測されており、認知症に対するケアマネジメントを効率的効果的に行ない、認知症高齢者を在宅で介護することは、介護保険を持続するための政策課題ともなっている。

認知症患者を在宅でケアするうえでは、認知症の程度よりも、周辺症状である行動障害を改善・緩和することが決定的条件となる。家族介護者が介護を継続できなくなる直接の原因の多くは、認知症患者の行動障害であり、行動障害が生じなければ、在宅生活を継続することが可能となることは、先行研究からも明らかである。

ケアマネジャーが、行動障害に対応するケアプランを策定し、適切な時期に適切なサービスに結び付けるマネジメントを行うことで、認知症患者のケアやリハビリテーションがより効果をあげることが予想され、同時に、ケアにかかわるコストを合理的なものとすることも期待できる。

しかし、行動障害に対する介入は個別性が高く、どのような時期にどのような手立てを講じるべきかという判断は、現場のケアマネジャーの経験と「勘」に任されてきた。介護保険下のケアマネジメントが蓄積してきた、認知症ケアマネジメントの経験や「勘」を、その介入の成否が何によって別れたか解明し、ガイドラインを策定することが必要である。

一方、欧米では認知症ケアのマネジメントの重要性が認識され、科学的根拠に基づいた認知症ケア・ガイドライン策定の試みがなされてきた。日本においても、アルツハイマー型認知症の診断・治療・ケア・ガイドラインが策定されている。しかし、行動障害に焦点をおいたケアプラン作成のガイドラインは、明確にされていない。ケアマネジメント・ガイドラインは、家族介護者やケアマネジャーが最も必要としている、行動障害への対応の指針を含むべきものである。

本研究では、介護現場の認知症患者の行動障害を改善したケアマネジメント事例を収集し、分析することを試みた。さらに、この作業を手がかりとして、認知症患者の行動障害へのケアマネジメント・モデルを作成し、科学的根拠によるケアマネジメント・ガイドラインに関する先行研究の成果と統合することによって、認知症患者に対するケアマネジメント・ガイドラインの開発をめざすことを、本研究の目的とした。

\* 本研究の表題は、「痴呆症患者に対するケアマネジメント・モデルの開発」であるが、2005年末に「痴呆症」は「認知症」に名称変更されたため、報告書本文では「痴呆症」に代えて「認知症」の用語を使用する。

## 参考文献

(1) North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. *BMJ* 1996; 312: 760-761

(2) Practice parameter ; Management of dementia( an evidence-based review); Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1156-1166

(3) 本間昭他、アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケア・ガイドライン 老年精神医学雑誌 特集号 2005

## 2 研究組織

研究代表者 加瀬裕子（早稲田大学人間科学学術院 教授）  
研究分担者 久松信夫（桜美林大学健康福祉学群 専任講師）  
研究協力者 横山順一（日本体育大学社会体育学部 専任講師）  
研究協力者 多賀 努（東京都老人問題研究所 研究員）

## 3 交付決定額（配分額）

（金額単位；円）

	直接経費	間接経費	合計
平成 17 年度	1,100,000	0	1,100,000
平成 18 年度	1,200,000	0	1,200,000
平成 19 年度	1,100,000	0	1,100,000
総 計	3,400,000	0	3,400,000

## 4 研究成果

### (1) 研究の目的

実施されたケアマネジメント事例の中から、行動障害を改善する成果が得られた事例

を選定し、欧米で開発された科学的根拠に基づくガイドラインと統合することにより、実践に役立つ認知症患者に対するケアマネジメント・モデルを開発することが、本研究の目的である。

## (2) 倫理的配慮

### ① 研究の主旨についての説明と承諾

調査を依頼したケアマネジャーまたは介護職が、認知症患者および家族に研究の主旨を説明し、介護記録情報の使用について許可を得た。その際に、諾否は自由であり、情報利用の拒否によって不利益は生じないことを、文書と口頭で伝えた。

また、匿名化は調査を依頼した医療機関で行い、個人を特定できるような情報は使用しないことも、あわせて説明した。

### ② 匿名化と調査票の保管

匿名化は調査を依頼した機関で行い、個人を特定できるような情報は使用しなかった。記入済みの調査票は、研究にかかわらない者の監督の元で、鍵の掛かる保管庫にて研究が終了するまで保管し、その後破棄する。

### ③ 研究倫理委員会の承認

本研究は、早稲田大学研究倫理委員会による審査を受け、承認を得て実施した。

## (3) 研究計画の実施（研究方法）

平成17年度は、行動障害を改善する成果が得られた事例を収集し、内容を分析する質的調査を行なった。

平成18年度は、17年度に行なった質的調査から抽出した、行動障害を改善したと予想される介入を質問項目として構成し、アセスメント・シート（調査票）を作成した。質的調査の内容と調査票策定の過程については、資料1に記した。

先行研究と平成18年度までの質的調査から、以下の5要因が主な原因であり、これらに対する介入が行なわれることで、行動障害の改善が可能となるという仮説を立てることができた。

①身体的・精神的健康要因への介入（薬の調整 視覚・聴覚の低下への対応 急性の疾病への対応、慢性の疾病への対応、低栄養への対応、脱水への対応、便秘への対応、うつ状態・疲労・身体的不快への対応、痛みへの対応）

②環境的要因への介入（本人のペースに合わせた生活が出来る環境をつくる、広すぎるあるいは狭すぎる環境を変えた。参加グループを小さくした。多すぎる・少なすぎる物や人への対応。多すぎる・少なすぎる音や光・色への対応。場所の情報や標識の欠如への対応。知覚低下に対応した環境に変えた。リズムのない日常生活への対応。なじみのない環境への対応、落ち着ける場所を探した）



- ③課題要因への介入(課題を簡単なものに 時間がかかっても出来ることをさせる 障害にあわせて課題を修正 出会いや交流の機会を作る 地域活動への参加)
- ④コミュニケーション要因への介入(ゆっくり会話できる時間の確保、指示をするような話し方を止める、返事が返ってくるまで待つ 試すような質問をしない 出来ない事を指摘するような話し方を止める 嫌がることは勧めない 本人の前で本人のことを人に話さない)
- ⑤家族・介護者の状況への介入(家族・介護者のうつ病への対応、 家族・介護者の疲労への対応 家族・介護者の疾患(持病)への対応 家族・介護者の不適切な介護への対応 介護負担への対応 家族・介護者のストレスへの対応 家族・介護者の経済負担への対応、家族・介護者による本人への不適切なコミュニケーションへの対応)

また、行動障害の内容は以下のように分類できた。

- ①被害妄想②暴言・暴力③無関心な状態④落ち着きがない⑤作り話⑥同じ話を繰り返す⑦大声を出す⑧異食⑨外出し戻れない⑩幻聴・幻視⑪物や衣類を壊す⑫昼夜が逆転⑬一人を出たがる⑭介護に抵抗⑮泣く・感情の不安定⑯物を集めて回る⑰歩き回る(徘徊)⑱火の不始末⑲トイレ以外で排泄⑳排泄物をさわる㉑性的なトラブル

これらの介入方法が、実際に効果的であるか、またどの介入がどの行動障害の改善に効果的であるかを解明するため、平成19年度に作成した質問票を使用して量的調査を行った。

東京都およびその周辺と、四国地方の高齢者福祉施設のケアマネジャーと介護職に対し、調査票を500部郵送し、204部の有効標本を得ることができた。

#### (4) 調査結果

調査の結果は、身体的・精神的健康要因への介入、環境的要因への介入、課題要因への介入、コミュニケーション要因への介入、家族・介護者の状況への介入は、いずれも実施されていることを示しており、仮説の正しさが実証された。

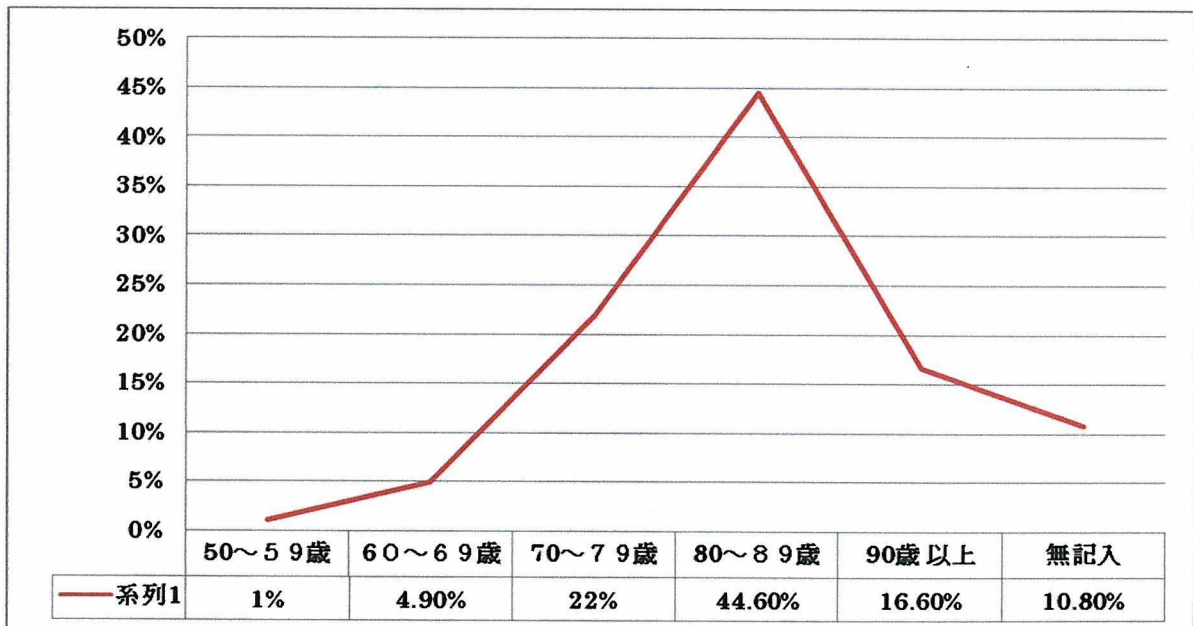
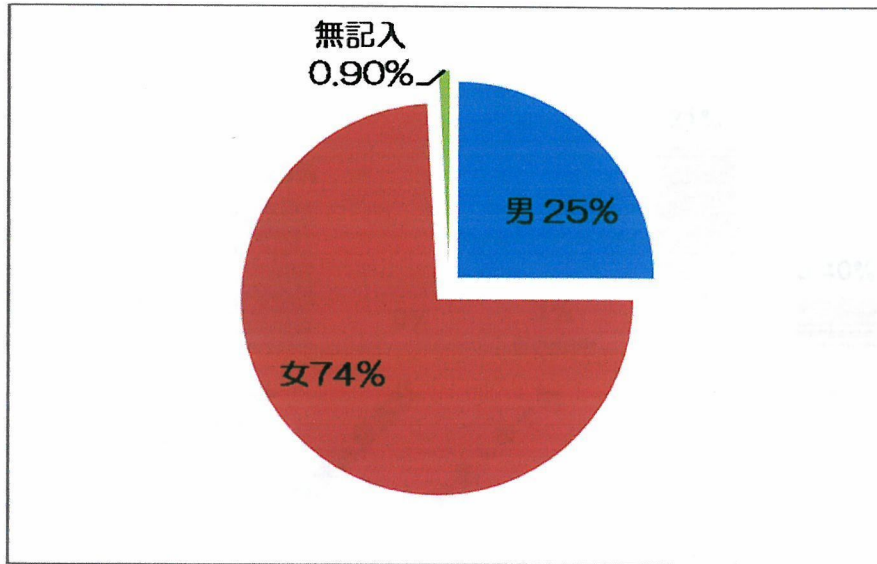
介入は、複数の要因にむけて行なわれており、どの要因により行動障害が改善・緩和されたかを特定することは出来なかった。しかし、最も頻繁に行なわれている介入は、コミュニケーション要因への介入であり、最も行なわれていない介入は、家族介護者への介入であった。

### 1. 性別・年齢分布

男	女	無記入
51	151	2

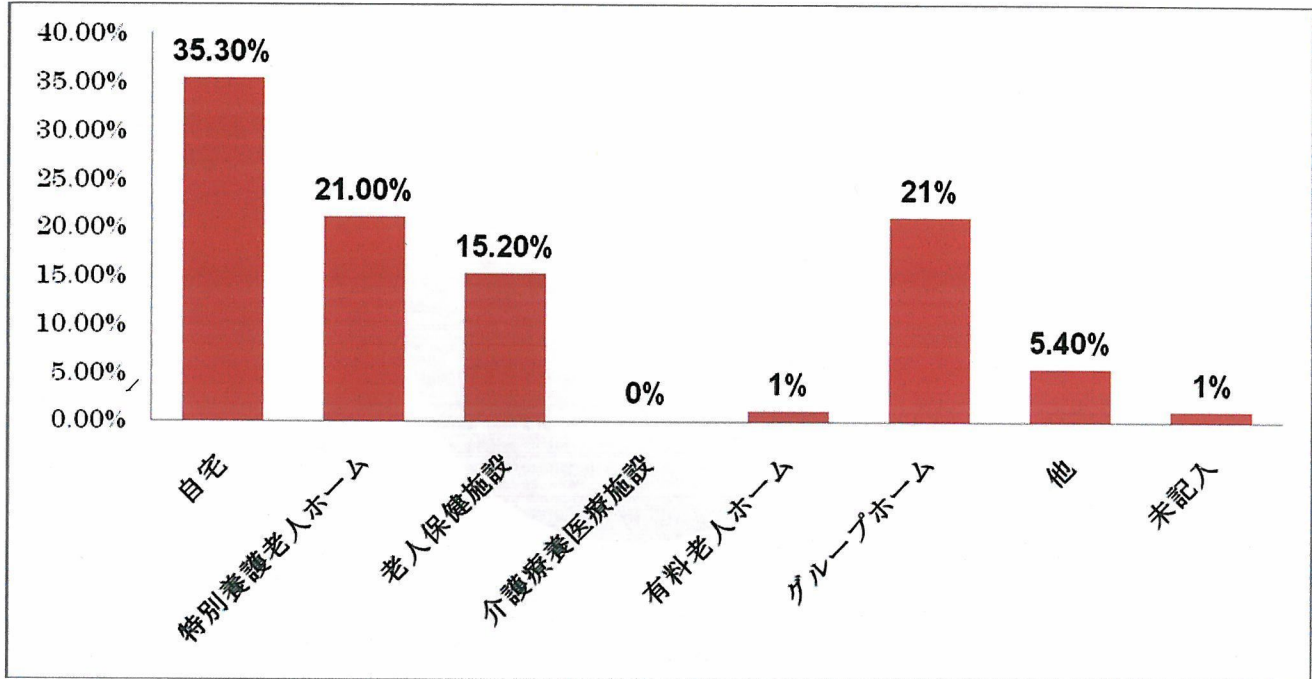
50歳～59歳	60歳～69歳	70歳～79歳	80歳～89歳	90歳以上	無記入
2	10	45	91	34	22

N=204



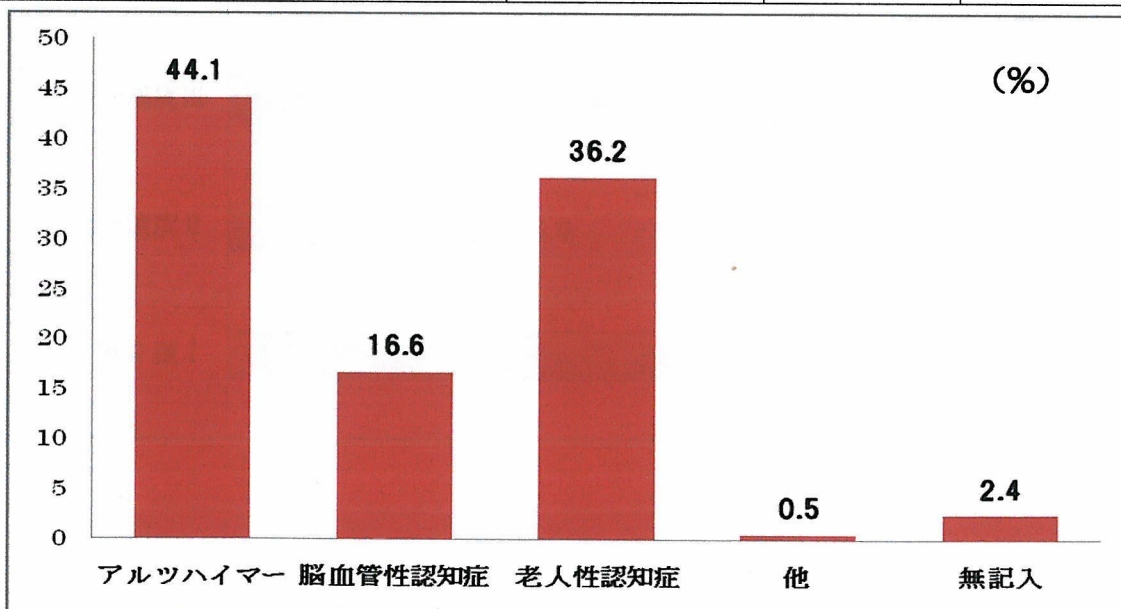
## 2. 居住別分類

自宅	特別養護	老人	介護療養型	有料	グループ	他	未記入
	老人ホーム	保健施設	医療施設	老人ホーム	ホーム		
72	43	31	0	2	43	11	2



## 3. 病状型分類

アルツハイマー	脳血管性認知症	老人性認知症	他	無記入
90	34	74	1	5

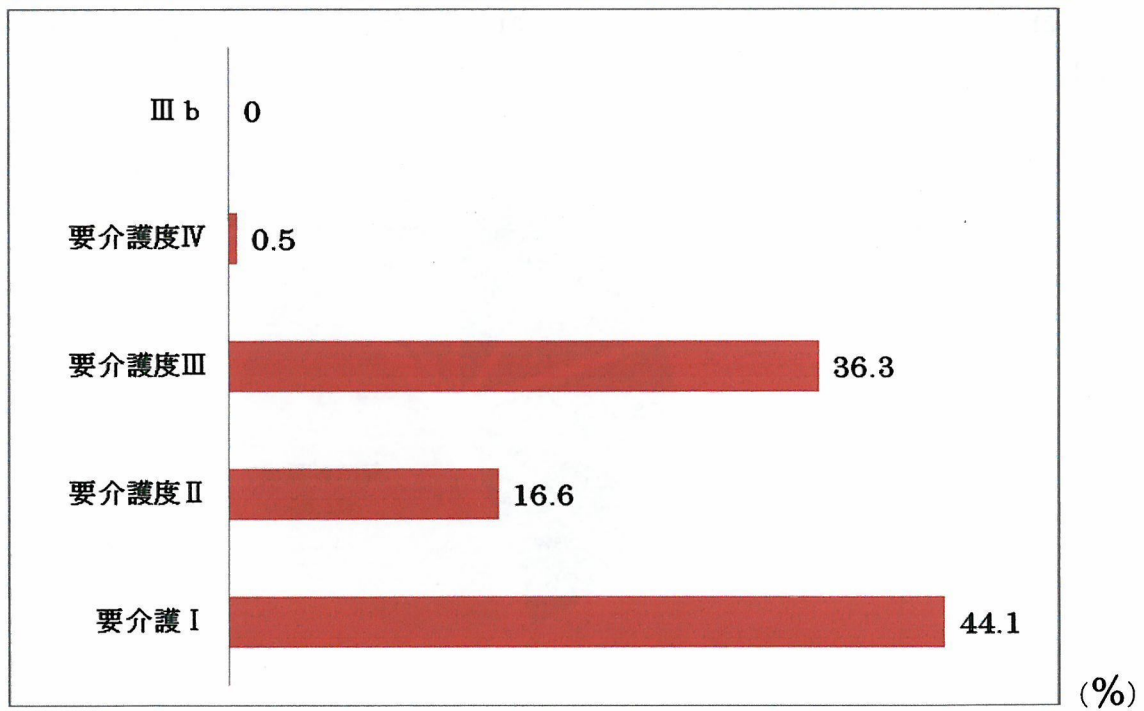
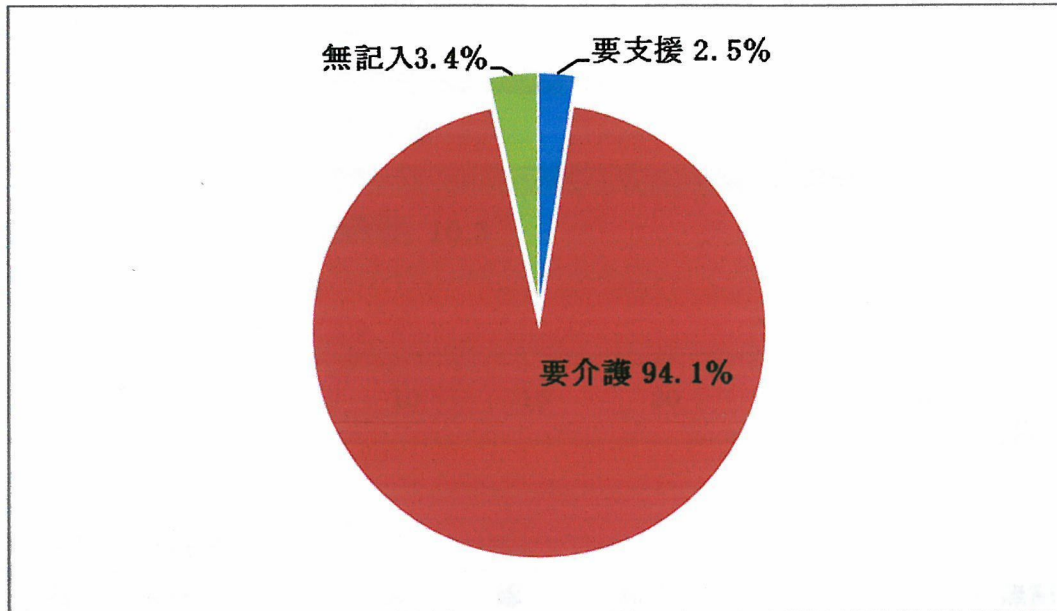


#### 4. 要介護度による分類

要支援	5	(人)
要介護	192	

要介護 I	要介護度 II	要介護度 III	要介護度 IV	要介護度 V	(人)
30	69	53	31	9	

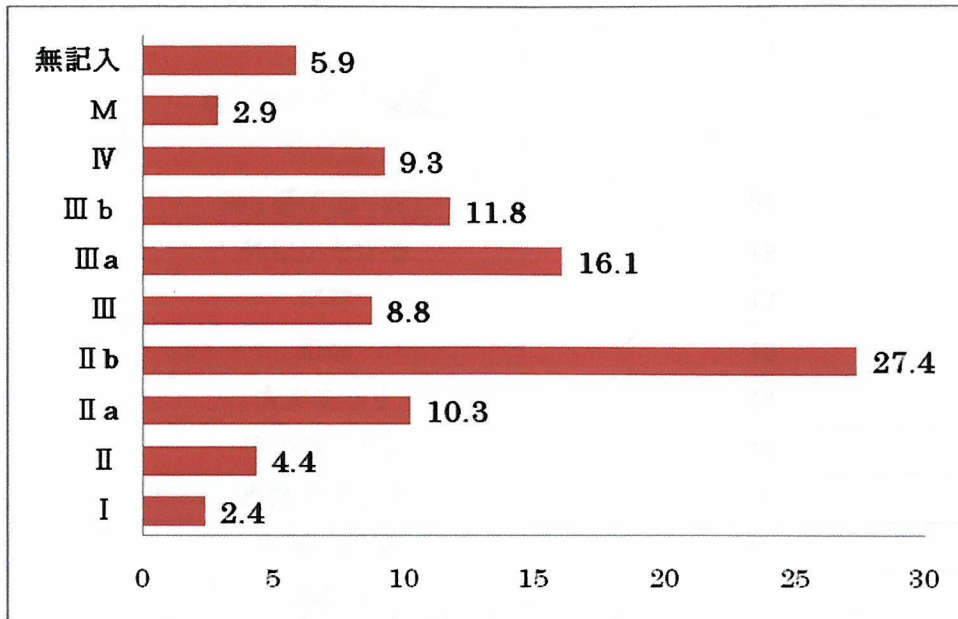
N=204





### 5. 認知症の日常生活自立度

I	II	IIa	IIb	III	IIIa	IIIb	IV	M	無記入
5	9	21	56	18	33	24	19	6	13

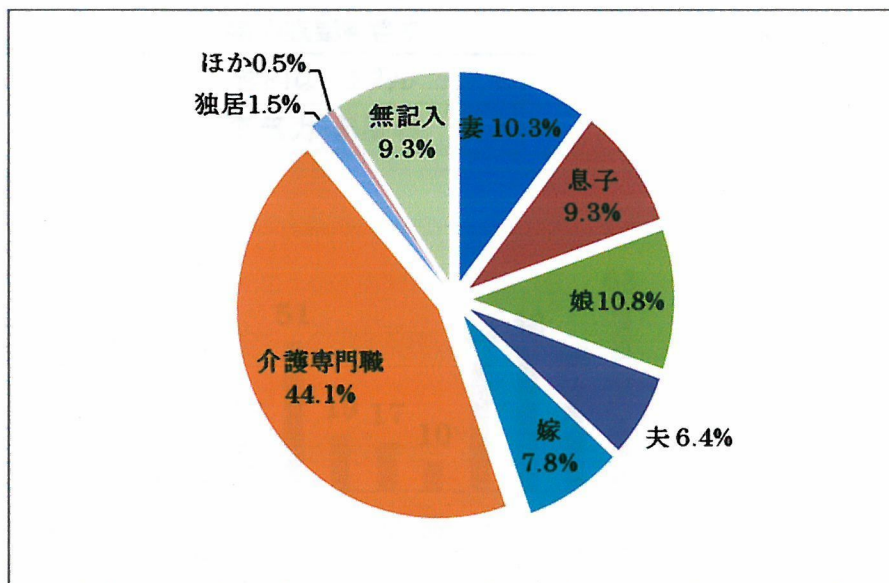


((%) N=204

### 6. 主たる介護者

妻	息子	娘	夫	嫁	介護専門職	独居	ほか	無記入
21	19	22	13	16	90	3	1	19

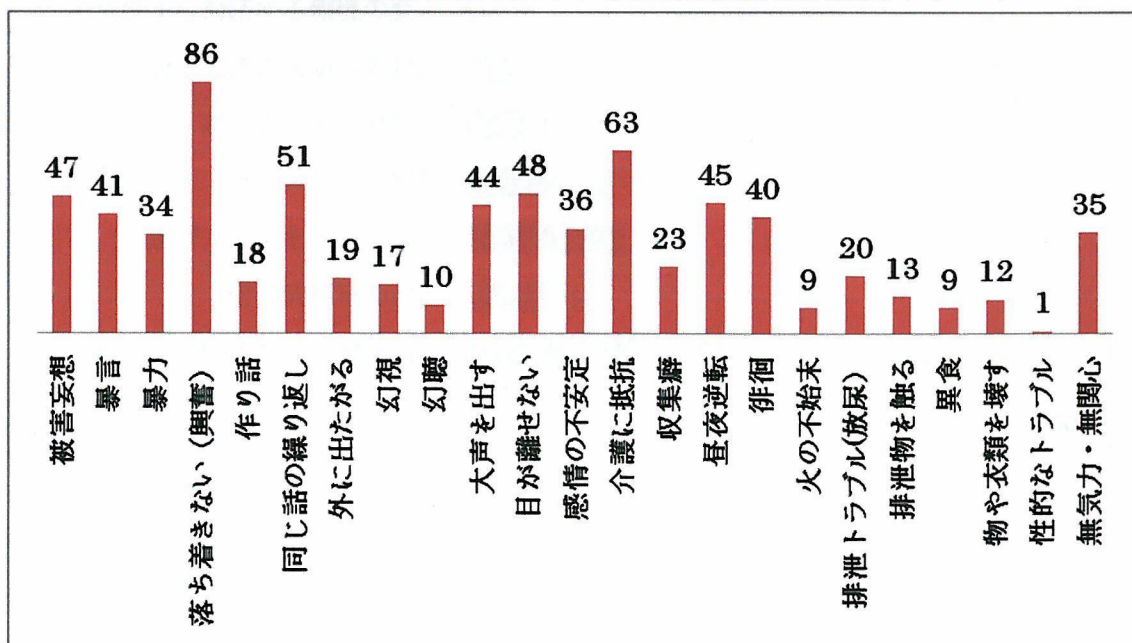
(人)



## 6. 行動障害の内容と改善

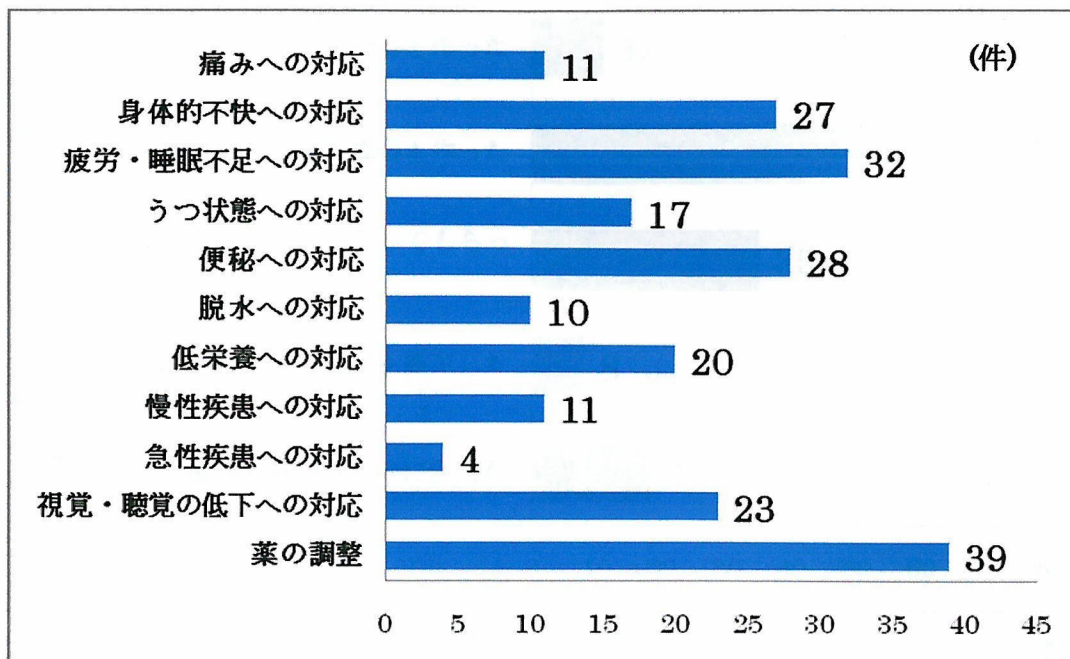
被害妄想	47
暴言	41
暴力	34
落ち着きない(興奮)	86
作り話	18
同じ話の繰り返し	51
外に出たがる	19
幻視	17
幻聴	10
大声を出す	44
目が離せない	48
感情の不安定	36
介護に抵抗	63
収集癖	23
昼夜逆転	45
徘徊	40
火の不始末	9
排泄トラブル(放尿)	20
排泄物を触る	13
異食	9
物や衣類を壊す	12
性的なトラブル	1
無気力・無関心	35

N=204  
(件)

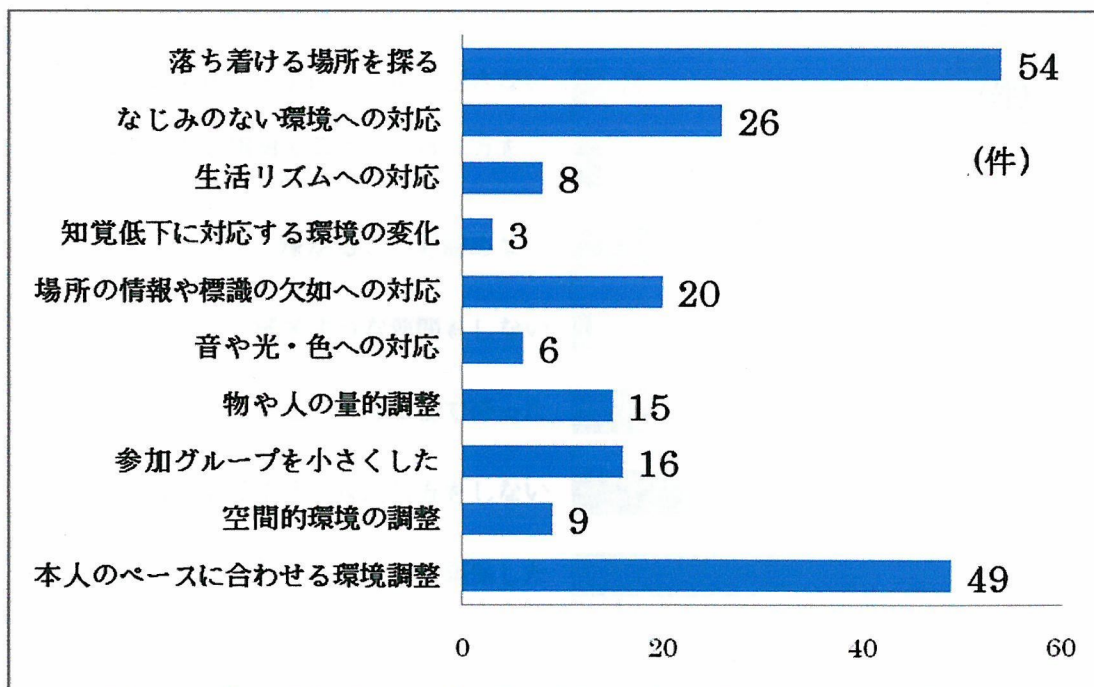


## 7. 行動障害への介入と改善

### (1) 身体・精神的健康

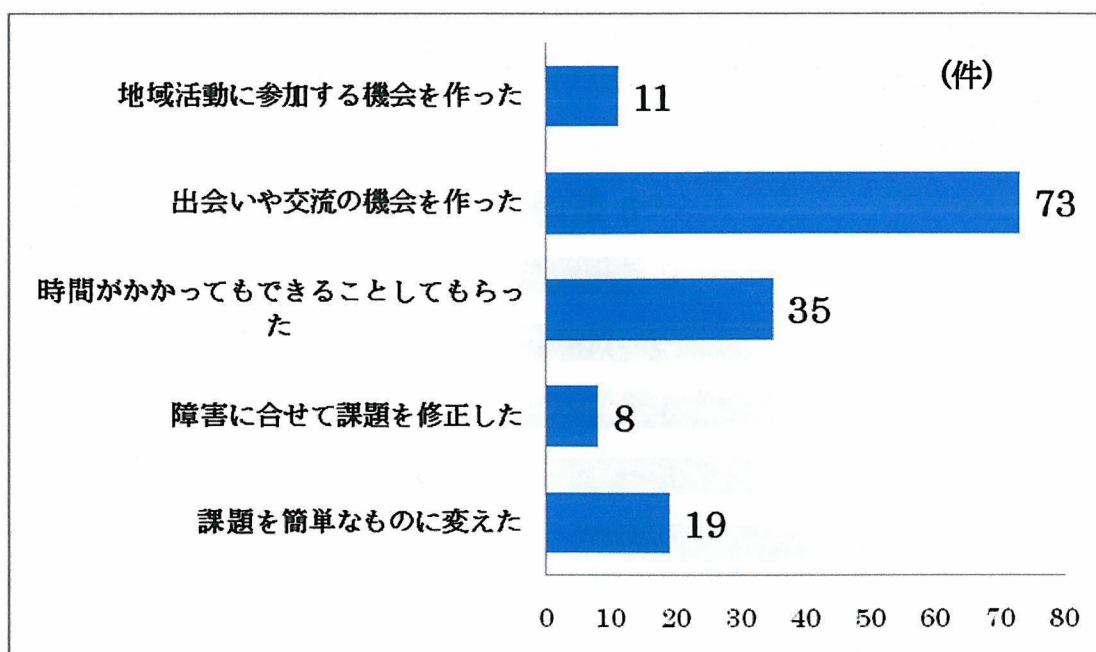


### (2) 環境



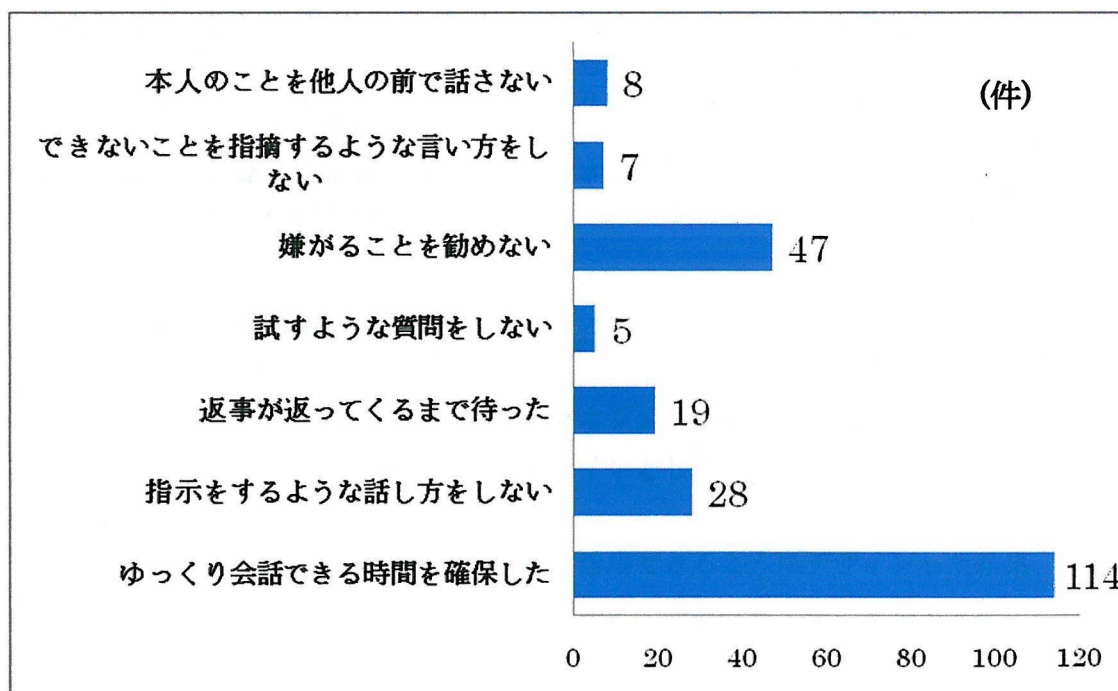


### (3) 能力を維持するための課題



N=204

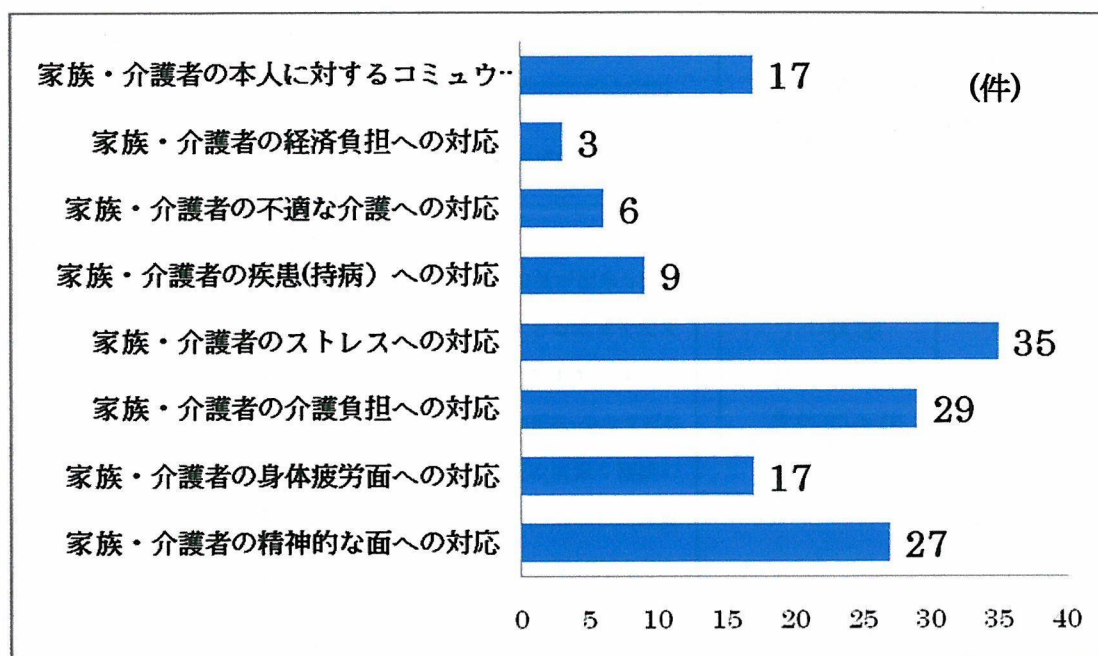
### (4) 高齢者にかかわる者のコミュニケーション



N=204



## (5) 家族・介護者状況



N=204

## (5) 認知症患者に対するケアマネジメント・モデル

仮説が実証されたことをもって、図1を日本における認知症患者の行動障害についてのケアマネジメント・モデルとして活用できるものと解釈した。なお、行動障害への対応モデルは、行動障害への予防モデルとしても成り立つため、認知症患者に対するケアマネジメント・モデルの名称を使用する。さらに、欧米で開発された認知症ケアガイドラインとの統合をはかり、認知症患者に対するケアマネジメント・ガイドラインを開発した。内容については、資料2に示した。

## (6) 今後の研究課題

本研究が目指したところは、認知症ケアマネジメントのモデルを作成するところまでであるが、今後は、対照研究を行い、ガイドラインとしての有効性を評価する研究につながることを予定している。

また、調査票をアセスメント・シートにも活用できるようにデザインした結果、実践場面で個別に工夫されたケア内容についての情報を、多数収集することができた。これらの情報をデータベースとして公開し、認知症患者をその人らしくケアする (person centered care) 際に、介護専門職や家族がアイデアを得られるような手段として提供する予定である。

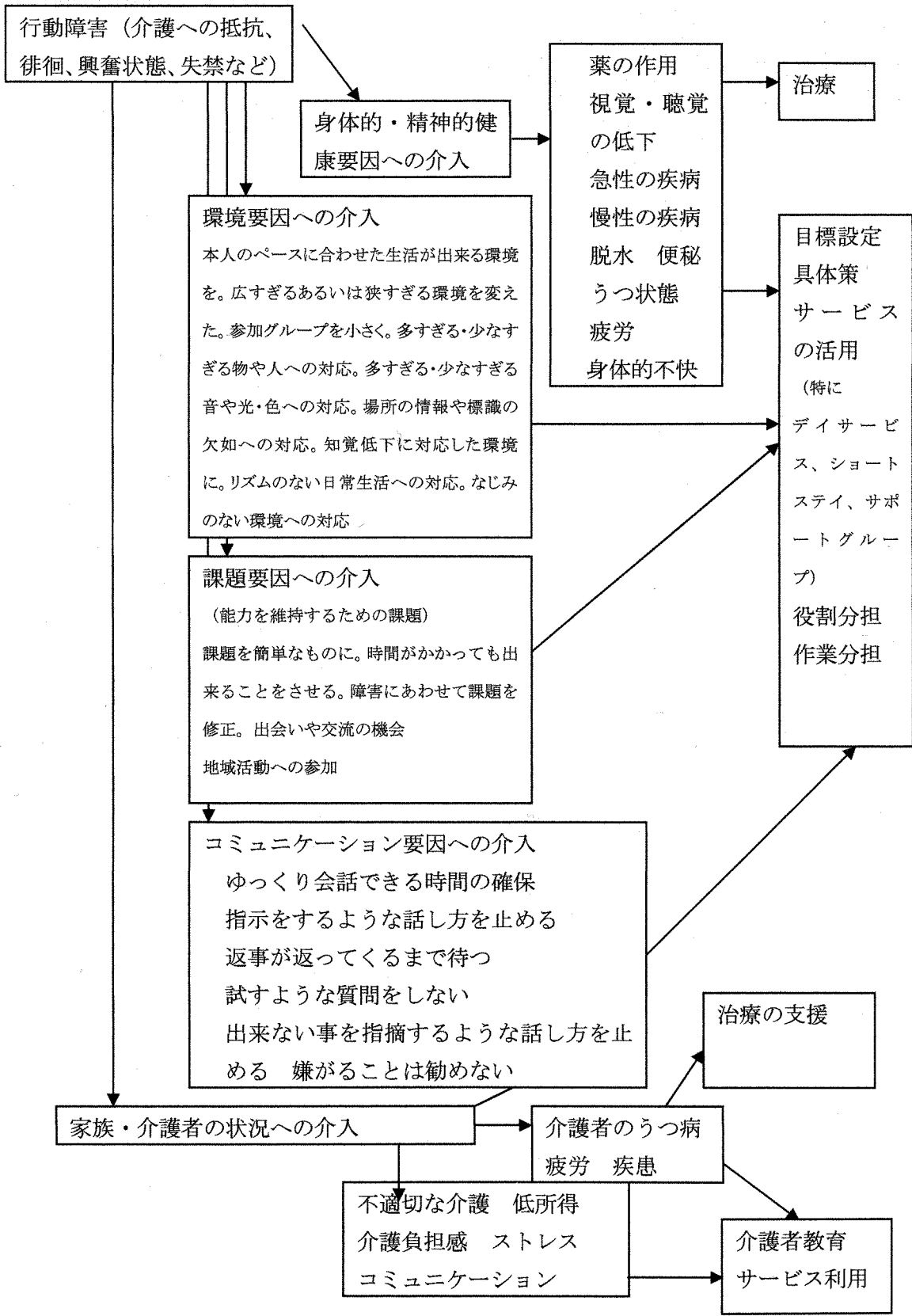


図1 認知症ケアマネジメント・モデル

## 5 研究発表

### 研究論文

- 1) 加瀬裕子：高齢者虐待対応システムの課題.  
日本在宅ケア学会誌, 11 (2) : 12-19 (2008)
- 2) 久松信夫：認知症高齢者と家族介護者に対するソーシャルワーク実践研究の  
現状と課題, 東洋大学大学院紀要、第4集 (2008 予定)
- 3) 加瀬裕子： 介護保険改正とサービスの質の保証.  
保健の科学, 49 (7) : 448-453 (2007)
- 4) 久松信夫： 認知症高齢者と家族へのアウトリーチの意義  
日本老年社会科学会誌『老年社会科学』、第28巻第3号 297-311 (2006)
- 5) 久松信夫： 地域ケアと地域包括支援センターの役割・機能  
日本デイケア学会誌『デイケア実践研究』、第9巻第2号 40-45 (2005)

### 学会発表

- 1) Hiroko KASE : **Privatization of Social Care and the Need for Social Work in Japan:**  
**From Care Management to Social Work Assistance** Social Work2007, Parma  
2007/3/16
- 2) Hiroko KASE : **Evidence based Care Management for Elderly with Dementia**  
US-Japan Seminar on Dementia Care, University of Michigan, U.S.A. 2007/8/31

資料 1

認知症高齢者の行動障害改善についての  
質的調査

分担研究者 久松信夫（桜美林大学 専任講師）

### 1. 行動障害の定義

認知症の行動障害は、具体的には徘徊、興奮、暴言・暴力、異食、作話などを示す。介護保険認定調査においては表1の内容を提示している。

表1 介護保険認定調査における行動障害の内容

ア. 物を盗られたなどと被害的になる
イ. 作話をし周囲に言いふらす
ウ. 実際にないものが見えたり、聞こえる
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある
カ. 暴言や暴行がある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる
ク. 大声をだす
ケ. 助言や介護に抵抗する
コ. 目的もなく動き回る
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがない
シ. 外出すると家などに1人で戻れない
ス. 1人で外に出たがり目が離せない
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくる
ソ. 火の始末や火元の管理ができない
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりする
チ. 不潔な行為を行う
ツ. 食べられないものを口に入れる
テ. 周囲が迷惑している性的行動がある

これらの内容は従来、問題行動、周辺症状、随伴症状、行動異常、異常行動、行動障害などとさまざまに言い表されてきた。最近では、国際的に認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological and Symptoms of Dementia : BPSD）ともいわれている。

しかし、これらの定義は定まっていない。たとえば、行動障害の基本的な考え方は、認知機能の障害が原因で起こるさまざまな行動上の障害ということで、その行動には原因があるという考え方である。

本研究では、この行動障害の基本的な考え方をもとに定義を簡潔にし、「脳の器質的要因によって起こる、認知の機能障害などが原因で起こる行動上の障害」と、行動障害を定義した。

## 2. 調査目的

在宅認知症高齢者の行動障害が改善した事例から、その背景にあるケアスタッフ等の関わり方を改善の要因と位置づけ、その要因を抽出する。その後、要因に基づいたアセスメント・シートを開発することを目的とした

## 3. 調査方法

- 1) 通所介護施設における、認知症高齢者の行動障害改善例を、ケア記録をもとに収集する
- 2) 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター等の相談機関における認知症高齢者の行動障害改善例を、相談記録をもとに相談員から提供してもらう

## 4. 調査結果

通所介護施設1施設から、認知症高齢者の行動障害改善例を3例収集した。調査期間は平成17(2005)年9月21日～11月4日である。

また、居宅介護支援事業所2事業所から各1事例計2事例、在宅介護支援センター1センターから1事例を収集し、合計3事例の改善例を収集した。調査期間は平成17(2005)年12月28日～平成18(2006)年3月6日である。

分析方法は、調査対象となった各事例の記録から改善項目をカウントし、共通項でクラスター化していった。

収集した事例で示されていた行動障害は、異食、不穏・興奮、徘徊、暴言・暴力、同じ言葉の繰り返し、不潔行為、幻覚、帰宅願望であった。

各事例から得られた行動障害への対応を表2にまとめた。各事例とも在宅介護における事例のため、デイサービス利用時やホームヘルパーが自宅に派遣されている場面に、行動障害を示したためその場面に職員が関わったという事例であることが特徴である。

各事例には、相談員や介護支援専門員が担当者として関わっており、介護している介護者との密接な連絡や相談対応、各種在宅サービスの導入とサービス機関との調整を適宜行っていた。また、行動障害があらわれた際には、これまでの関わりの経験から改善に結びついた諸要因等から適切な方法を選択し、援助を行っていた。

上記のように、行動障害の改善に結びついた諸要因を帰納的に抽出し、アセスメント・シートの開発を行った。数回の改訂を行った結果、最終版を表3-1～表3-4に示す。

表2 行動障害への対応の具体例

職員による個別対応
仲の良い利用者を席の隣にする
異性の職員が関わる
好きなプログラムを提供する
体操や散歩をするなど身体を動かす
大勢いる集団から離れる
別室での個別対応
故郷のことを話題にする
利用者と同じ言葉、同じトーンで話すなど調子を合わせる
感謝の言葉を述べる
職員が利用者の子どもの立場で話しかける
話し相手になる
急性の疾患を治療する
服薬内容を変更する
ヘルパーが本人と調理を一緒に行う
デイサービスなどの利用回数を増加する
職員が食事をともにする
声かけを頻回にする
質問の仕方をオープンクエスチョンにする
自尊心を尊重する声かけをする
デイサービスなどの在宅サービスを利用する
大勢のなかで賑やかに過ごす

# フェースシート

記入事業者種別

整理No.

記入日	200 年 月 日	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	歳	介護が行われたときに本人がいた場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型病院群 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( )		認知症: <input type="checkbox"/> アルツハイマー型(病) <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> ビック病 <input type="checkbox"/> レビ-小体病 <input type="checkbox"/> 老人性 <input type="checkbox"/> その他( )
介護保険 被保険者番号	( 下1ケタ )			介護の尺度による判定 (実施している場合)		
疾患:(既往歴・現病歴)				要介護度		
介護 前 ( 年 月頃)				介護 後 ( 年 月頃)		
要介護度	認知症の日常生活自立度判定	認知症老人自立度判定	認知症の尺度による判定 (実施している場合)	要介護度	認知症の日常生活自立度判定	認知症老人自立度判定
A D L (介入前)						
視力	見える・あまり見えない・見えない	歩行	自立・一部介助・全介助	視力	見える・あまり見えない・見えない	歩行
聴力	聞こえる・あまり聞こえない・聞こえない	排泄	自立・一部介助・全介助	聴力	聞こえる・あまり聞こえない・聞こえない	排泄
立位	自立・一部介助・全介助	食事	自立・一部介助・全介助	立位	自立・一部介助・全介助	食事
更衣	自立・一部介助・全介助	入浴	自立・一部介助・全介助	更衣	自立・一部介助・全介助	入浴
整容	自立・一部介助・全介助	服薬	自立・一部介助・全介助	整容	自立・一部介助・全介助	服薬
会話	成立・やや困難・困難	移乗	自立・一部介助・全介助	会話	成立・やや困難・困難	移乗
A D L (介入後)						
行動障害の内容と程度 (その1)						
※記入方法: 全くない 時々ある(月1回以上) ある(週1回以上) よくある(週3回以上)						
介入前				介入後		
全くない 時々ある よくある				全くない 時々ある よくある		
1. 被害妄想がありましたか				誰に対しても		
2. 暴言をいうことがありましたか				誰に対しても		
3. 暴力をふるうことがありましたか				誰に対しても		
4. 落ち着かないことがありましたか				誰に対しても		
5. 作り話をすることがありましたか				誰に対しても		
6. 同じ話を何度もすることがありましたか				誰に対しても		
7. 外出したと見えないことがありましたか				誰に対しても		
8. 見えないものが見える幻視がありましたか				誰に対しても		



# フェースシート

## 行動障害の内容と程度(その2)

※記入方法: 全くない ほとんどない(月1回以上) 時々ある(週1回以上) よくある(週3回以上)	介入前			介入後				
	全くない	ほとんどない	よくある	全くない	ほとんどない	よくある		
9. 聞こえないものが聞こえる幻聴がありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
10. 大声を出すことがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
11. 一人で出たがるので目が離せないことがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
12. 泣くなど感情の不安定がありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
13. 介護に抵抗することがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
14. 物を集めて回ることがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
15. 昼夜が逆転していることがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
16. 歩き回る(徘徊)ことがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
17. 火の不始末がありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
18. トイレでない所で排泄することがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
19. 排泄物をさわることがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
20. 異食することがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
21. 物や衣類を壊すことがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
22. 性的なトラブルを起すことがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
23. 解気力・解離的な状態であることがありましたか	1	2	3	4	1	2	3	4
24. ※注	2	3	4	4	1	2	3	4
25. ※注	2	3	4	4	1	2	3	4

※当時の行動障害のうち、認知症が原因だと考えられることすべてを記入してください

どこであったか

どのようなことがあったか

誰に対してあったか

※注 その人特有の行動障害が上記の項目の他にある場合、その内容を記入してください

行動障害への介入 その1 (どのようことを行ったら行動障害が改善したか)

No.3

※行ったことのみをチェックして、詳しい内容を記述してください(すべてに記入する必要はありません)。

1. 身体的・精神的健康

- 薬の調整 ( )
- 視覚・聴覚の低下への対応 ( )
- 急性疾患への対応 ( )
- 慢性疾患への対応 ( )
- 低栄養への対応 ( )
- 脱水への対応 ( )
- 便秘への対応 ( )
- うつ状態への対応 ( )
- 疲労・睡眠不足への対応 ( )
- 身体的不快への対応 ( )
- 痛みへの対応 ( )

2. 環境

- 本人のペースに合わせた生活ができるよう環境を変えた ( )
- 広すぎるあるいは狭すぎる環境を変えた ( )
- 参加グループを小さくした ( )
- 多すぎるあるいは少なすぎる物や人への対応 ( )
- 多すぎるあるいは少なすぎる音や光・色への対応 ( )
- 場所の情報や標識の欠如への対応 ( )
- 知覚低下に対応した環境に変えた ( )
- リズムのない日常生活への対応 ( )
- なじみのない環境への対応 ( )
- 落ち着ける場所を探した ( )

3. 能力を維持するための課題

- 課題を簡単なものに変えた ( )
- 障害にあわせて課題を修正した ( )
- 時間がかかっても自分でできることをしてもらった ( )
- 他の人との出会いや交流の機会をつくった ( )
- 地域の活動に参加する機会をつくった ( )

## 行動障害への介入 その2 (どのようなことを行ったら行動障害が改善したか)

No.4

※行ったことのみにチェックして、詳しい内容を記述してください(すべてに記入する必要はありません)。  
 ※下記のようなコミュニケーションは、利用者の尊厳を尊重するという視点では当然のおおとだと考えられますが、特に意識的にこれらの項目のようことに注意して援助したことで、改善したことがあれば記入してください。

4. コミュニケーション (高齢者に関わる者のコミュニケーション)	
<input type="checkbox"/> ゆっくり会話できる時間を確保した (	)
<input type="checkbox"/> 指示をするような話し方をしないようにした (	)
<input type="checkbox"/> 返事が返ってくるまで待った (	)
<input type="checkbox"/> 試すような質問をしないようにした (	)
<input type="checkbox"/> 嫌がることは勧めないようにした (	)
<input type="checkbox"/> 出来ない事を指摘するような言い方はしないようにした (	)
<input type="checkbox"/> 本人の前で本人のことを他人に話さないようにした (	)
5. 家族・介護者状況	
<input type="checkbox"/> 家族・介護者のうつ状態など精神(的疲労)面への対応 (	)
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の身体的疲労面への対応 (	)
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の介護負担への対応 (	)
<input type="checkbox"/> 家族・介護者のストレスへの対応 (	)
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の疾患(持病)への対応 (	)
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の不適切な介護への対応 (	)
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の経済負担への対応 (	)
<input type="checkbox"/> 家族・介護者の本人に対するコミュニケーションへの対応 (	)
6. その他 (上記にない対応・介入などがあれば、自由に記述してください)	
<input type="checkbox"/> (	)
<input type="checkbox"/> (	)
<input type="checkbox"/> (	)
<input type="checkbox"/> (	)
<input type="checkbox"/> (	)

認知症ケアマネジメント・ガイドライン

## 1 ケアマネジメントとは何か

### (1) ケアマネジメントと在宅ケア

アルツハイマー型認知症をもつ人々のためのサービス制度は、医療、介護、福祉などシステム毎に作られている。しかし実際は、個人の日常生活は、衣食住から医療を受けることまで、切り離すことのできない一連の営みである。特に高齢者の場合、入院して治療をしているときは自立していた能力も、退院して数ヶ月経つと「寝たきり」になって病院に戻ってくるという事例は、医療関係者としてはよく目にする。

高齢者を治療するときには、栄養や住居環境についてのアセスメントと対応策のプランなどが、重要な要素となる。よって、老年科医療の分野では、チームアプローチが登場するわけであるが、とりわけ、認知症の治療とケアにおいては、チームによるケアが必要となる。認知症は、病気の周辺症状への対応が課題となるので、縦割りで存在しているサービスを統合して提供していかなければ、実質的な「治療」が実現できない。

また、患者の身体状況や介護者の状況の変化に合わせて、ケアの焦点を変える事で、効率的なケアが可能となる。体調の悪いときには、多くのサービスを利用し、回復すれば減らすというように、時期に合ったサービスと支援の体制が運営できれば、人々の在宅生活を効率的に支えることが可能となる。

このようにして、在宅ケアの効果と効率を高めるため、個人の事情にあわせて、サービスと支援のネットワークを作り運営する方法が、1970年代半ばにアメリカで登場した。この方法は、当初ケースマネジメントと呼ばれ、もともとは、精神障害や知的障害をもつ人々の在宅ケアのために使われたものであった。しかし、1980年代になって、高齢者の医療と長期ケアに社会的関心が集まるようになると、徐々にケアマネジメントとも呼ばれるようになる。ケアマネジメントは、複数のニーズを持ち、複数の専門職がそのケアにかかわるような人を対象に行われる、在宅のチームケアにとって欠くことのできない技法である。

### (2) ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントは、様々な方法で行われているが、共通する機能から定義すると、「複数のケアニーズを持つ人に対し、サービスと支援のネットワークを形成し運営すること」である。こうしたネットワークを活用して、利用者がいつでも、どのような生活の側面でも一定のレベルでの生活を送れるよう支援するのが、ケアマネジャーの役割である。

ケアマネジメントの概念が明確でないと、チームが係わっていても、それぞれの専門職がそれぞれの個別判断のもとに動いてしまいがちである。チームの中で情報を共有し、それぞれの専門的判断を相互的に理解したうえで、ひとつのゴールを決め、そのゴールの達成を目指さなければならない。そのチームの連絡調整を行い、ケアの統合性と継続性を保証する方法がケアマネジメントである。

### (3) ケアマネジメントの展開

ケアマネジメントは、段階をおって展開される。質の高いケアを達成するため、本人、家族、専門職などの役割分担を明らかにし、ネットワーク全体がどのような方向で動くべきか、目標を示し、実践をモニターし、ケアのあり方を見直していく。

アセスメント→ケアプランの策定→サービスの実施→モニタリング→評価、がケアマネジメントの過程である。6ヶ月ほど後に評価を行ない、患者の状況が改善していなければ、再アセスメントが行なわれる。この過程が繰り返され、本人の状況の変化にあわせて、サービスと支援のネットワークを運営することで、ケアの効果と効率を高めることができる。

## 2 介護保険とケアマネジメント

### (1) 介護保険の仕組み

2000年4月より日本で実施された介護保険では、サービス利用に際しては、利用者一人に対し、一名のケアマネジャーが任命されるようになった。ケアマネジャーが、利用者の特性にあったケアプランを立て、それに沿った介護サービス提供がなされる。このケアプラン策定は、介護支援サービスと呼ばれ、利用者が自宅でサービスを利用する場合は居宅サービス計画、施設に入所している場合は施設サービス計画が策定される。介護支援サービスは、介護支援専門員の資格がある者が行わなければならない、ここにはケアマネジメントの考え方が応用されている。

しかし、介護保険における介護支援サービスはケアマネジメントの考え方を援用したものであるにもかかわらず、実際には介護保険によって提供できるサービスの調整におわって、入院医療や保健サービス、またインフォーマルな支援の総合的活用を実現できる体制とはなっていない。ケアマネジャーは、医療職、特にかかりつけ医との連携をとることを求めているが、保険制度上の保証もなく、困難も多い。町田市の調査では、主治医との連絡が密にとれていると答えたケアマネジャーは、16.5%に過ぎなかった。

### (2) 認知症患者を地域でケアするには

要介護認定を受けた高齢者が、認知症を併せ持つ割合は高い。(表1参照) 2002年には、何らかの見守りが必要な認知症患者(自立度Ⅱ以上)は、149万人、介護保険制度利用者の約半数であった。そのうち何らかの介助を要する認知症患者(自立度Ⅲ以上)は、79万人である。認知症患者の数は、2025年までには倍増すると予測されている。

表1 介護保険利用者にしめる認知症患者の割合

(単位：万人)

要介護者の認知症高齢者の日常生活自立度 (2002年9月末現在)	要介護者 要支援者	居宅	特別養護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314	210	32	25	12	34
再掲 自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

※括弧内は、運動能力の低下していない認知症高齢者の再掲(認知症自立度が「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「M」かつ、障害自立度が「自立」、「J」又は「A」)

厚生労働省；介護保険制度改革の概要 3pより

認知症が疑われるとき、家族は患者をまず医療機関に連れてくる。そのときの医師の対応は、重要である。後に述べるように、介護する家族のストレスや介護負担を減らすことができるのは、病気についての教育やサポートである。家族介護者の鬱や心理面について留意しながら、患者の機能障害と介護の経過について傾聴することが大切である。

また、ケアマネジャーが患者や家族とともに、医師のところに相談に来る場合もある。ケアマネジャーは、居宅生活をする患者と家族にとっては、一番頼りとする相談相手であり、介護を継続するためのキーパーソンである。患者ができる限り地域で生活し、家族も満足感を持った介護ができるようにするためには、ケアマネジャーと連携し、適切なチーム方針を立てていくことが、かかりつけ医に求められる。

認知症は、軽度・中度・重度期に区分されるが、軽度の段階では、昼夜転倒、物盗られ妄想などが見られ、外見からは変化が著しくないため普通の人と同様に思われ、機能の低下は性格の問題にされるなどの問題が起こる。中度では、明らかに生活障害がみられ、介助なしに外出できないなど援助が必要になる。重度になると、日常生活動作の自立がそこなわれ、全面的な生活介助が必要となる。従って、認知症患者のケアニーズは変化するものであり、ケアプランの目標や方針も変わっていかなければならない。

しかし、認知症患者のケアは、認知障害の段階を後追いするものではなく、認知障害の進行をおさえ、出来るだけ希望する生活を維持する戦略をもたなければならない。

### (3) ケアマネジャーと地域包括支援センター

ケアマネジャーの活動を支援し、新しい介護予防事業を担うため、地域包括支援センターが、2006年4月より設立された。地域包括支援センター設立をめぐる議論は、介護保険によるサービスは、本人の自立を強化する方向で、地域で、効率的に行うべきであるという考え方に基づいている。その背景には、介護保険の利用者が増加し、財政的負担によって、介護保険制度の存続があやぶまれるような事態が懸念されていることをあげることが出来る。

介護保険サービスの財政的効率化をめざすためには、全てを専門職のサービスで賄うのではなく、地域に支援基盤となるネットワークを構築することが重要と考えられた。一例をあげれば、認知症の高齢者や虐待事例の発見のために、地域の見守りネットワークをつくることで、多くの市町村の介護保険計画に組み込まれるようになった。

この地域ネットワークの構築と、総合相談・権利擁護の実施、包括的・継続的ケアマネジメントの実施、介護予防ケアマネジメントを実施することが必要であると考えられ、在宅介護支援センターが改組され、地域包括支援センターが設立された。地域包括支援センターの基本的機能は、図1のとおりである。



■地域包括支援センターの基本機能

共通の支援基盤構築	地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築すること。
総合相談支援・権利擁護	高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐこと。虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること。
包括的・継続的ケアマネジメント支援	高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること。
介護予防ケアマネジメント	介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントを行うこと。

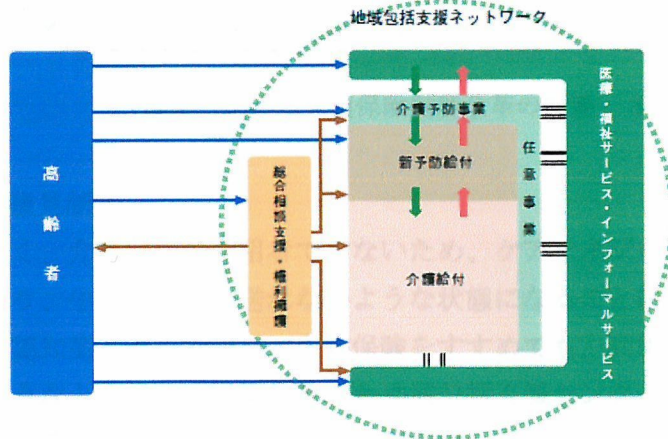


図1 地域包括支援センターの機能

厚生労働省；介護保険制度改革の概要 17 pより

包括的・継続的ケアマネジメントとは、自宅と施設・病院を効率よく利用し、結果的に在宅生活が維持できるようなケアプランをたて、実行することである。そのためには、現在の介護サービスのみを資源とするのでは不十分であり、地域のネットワーク構築が求められる。このネットワークは、ボランティアなどインフォーマルな支援者の組織化とともに、地域医療との連携なくしては、目的を達成できない。

介護予防ケアマネジメントは、要支援レベルと認定された人々に対し、リハビリテーションに焦点をおいたケアプランを作成することである。このことによって軽度の生活困難をもつ人々の重度化を防止する。

認知症ケアに関しても、要支援レベルの人々についてのケアマネジメントは、原則として地域包括支援センターの職員が行い、要介護レベルの人々については、居宅介護支援事業所のケアマネジャーがかかわる。

認知症の高齢者で介護保険を利用するものは、2025年には2002年に比べて倍増すると考えられている。また、認知症ケアそのものとはいえなくても、認知症を併発する高齢者は多く、介護保険では、身体的ケアから身体的ケアプラス認知症ケアへと介護モデルを変えていくことを、推奨している。(表2参照)

認知症患者への包括的・継続的ケアマネジメントは、介護保険制度を維持していくためには、焦眉の課題である。



表2 「身体ケア」モデルから「身体ケア+認知症ケア」モデルへ  
将来の推計

	2002年	2015年	2025年
自立度Ⅱ以上	149 (6.3%)	250 (7.6%)	323 (9.3%)
自立度Ⅲ以上	79 (3.4%)	135 (4.1%)	176 (5.1%)

※下段は、65歳以上人口比

(参考) 自立度Ⅱ:日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。  
自立度Ⅲ:日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

厚生労働省；介護保険制度改革の概要 3pより

#### (4) 成年後見制度

家族もなく、介護保険の利用者でもないため、ケアマネジャーも居ない患者が、徐々に認知症となり、生活が十分に送れないような状態になることは、そう珍しいケースではない。また、認知症が進んでおり、介護保険をすすめても、利用を拒否する高齢者も存在する。このようなときには、連絡を受けた地域包括支援センターが訪問し、別居している親族に連絡をする。

親族がいない、緊急に保護が必要である、などの場合には、成年後見制度を利用する必要が出てくる。認知症、知的障害、精神障害によって判断能力の不十分である者は、財産管理や、日常生活について判断すること（身上監護）ができない場合がある。契約や遺産分割などの法律行為を自分で行うことが困難で、悪徳商法などの被害にあうことも考えられる。このような人々を保護し支援するために、成年後見制度が存在する。

従来の民法による禁治産および準禁治産の制度は、重度の精神上の障害のある人にしか認められず、認知症の問題に対応することはできなかった。新しい法定後見制度では、「補助」「保佐」「後見」の段階を創り、障害レベルにあわせて利用できるようになっている。

「補助」の制度は、軽度の精神上の障害により、判断能力が不十分な者を対象としており、本人の同意の下で特定の契約などの法律行為について「補助人」の支援を受けられることになっている。また、準禁治産および禁治産はそれぞれ「保佐」および「後見」と改められ、より使いやすくなった。

新しい成年後見制度では、本人、配偶者、四親等内の親族が申し立てをする任意後見制度が創設された。

任意後見制度では、本人が前もって代理人（任意後見人）に、自己の判断能力が不十分になった場合の財産管理、身上監護の事務について代理権を与える「任意後見契約」を公正証書で結んでおくことができる。そして、家庭裁判所が選任する「任意後見監督人」の監督の下で任意後見人による保護を受けることが可能になる。

後見制度には、市町村長が家庭裁判所に後見の申し立てをする。法定後見制度がある。認知症の初期段階から手続きをとることで、任意後見人を選定できれば、施設入所の意思決定や資産管理が問題となることが避けられる。

認知症が進んで意思決定ができない人には、法定後見制度が適応され、後見人への報酬は無料だが、任意後見人を依頼するには、本人の判断能力の査定の手続きなどに、30万円ほどの費用がかかる。

市町村の社会福祉協議会では、身上監護について社会福祉士等が支援する地域権利擁護事業を行っている。ケアマネジャーと相談の上、患者に地域権利擁護事業の利用をすすめることも選択肢のひとつである。

### 3 認知症のケアマネジメントについてのガイドライン

認知症の人々は、様々な側面で生活の継続に困難を生じるため、チームによるケアとケアマネジメントを必要とする。多くの場合、ケアマネジメントをする際に、生活の質を向上する要因は何であろうか。認知症の人々のケアマネジメントにとって鍵となる目標は、どのように設定することができるだろうか。そうしたガイドラインが示されていれば、介護支援専門員や家族が見通しを持って、時宜にかなったケアマネジメントを行うことが容易となろう。

以下に認知症を持つ人々に対するケアマネジメントのガイドラインについて記述する。なお、これはアセスメントやケアプランを作成する時に配慮すべきことではあるが、必ずしもケアマネジャーが全て行うということを意味しない。例えば、医学的診断は医師、身体的アセスメントは看護職、心理社会的アセスメントは福祉職が担当すべきとされているが、適切な専門職に適切な依頼をすることがケアマネジャーの役割である。

介護と医療との連携を向上するためには、開業医がケアマネジメントについて適切な助言をケアマネジャーにすることが不可欠である。そのような観点から、アルツハイマー型認知症の人々のケアマネジメントの留意点を列挙する。

#### (1) ケアマネジメントの有効性1；家族介護者の負担軽減

ケアマネジメントは、介護者の介護負担を軽減し、アルツハイマー型認知症のある人々の在宅生活を維持する方法として、画一化することはできない。患者の状況の個別性に対応したケアマネジメントが必要である。

ケアマネジャーがいることで、介護者の負担が軽くなると考えるべきではない。介護者の介護負担軽減、うつ状態にケアマネジメントは影響を与えているが、明確な改善に結びつくものではない。ケアマネジメントは、サービス利用を促進するが、それによって必ずしも介護者の介護時間が減少はしない。

#### (2) ケアマネジメントの有効性2；介護者教育

介護者のうつ状態を改善するためには、心理的支援と認知症についての教育的支援を焦点とするケアマネジメントが効果的である。情報の提供やサービスの紹介だけでなく、介護者を心理的に支援し教育することで、介護者の鬱状態を改善できる。問題行動への対処方法を介護者に教育することは、特に配偶者の介護者の場合、効果がある。

アルツハイマー病患者の介護者に対する長期の集中教育やサポートサービス（可能なら）は、介護施設への入所時期を遅らせるので実施すべきである。また、アルツハイマー病教育の短期プログラムは、介護者の満足度を改善するので実施すべきである。教育、支援、レスパイト・ケアなどの介護者の心理面に対する社会的な介入は、介護者の情緒的な健康度や生活の質（QOL）を改善すると思われる、また、認知症患者の介護施設への入所を遅らせ

と思われる。

主たる家族介護者は、二次的家族介護者からの支援を得ることが難しい場合が多い。また、介護する家族間での葛藤は、認知症についての認識の違いが原因である場合が多いので、他の家族構成員や親族に対しても、アルツハイマー病についての知識を教育することが必要である。

### **(3) ケアマネジメントの有効性3 ; 社会的ケア費用の削減**

認知症患者の社会的ケア費用を削減するには、ケアマネジメントは有効である。特に、早期の糖尿病や心臓病などの合併症対策を含むケアプランが必要である。

入院と外来の治療を組み合わせ、継続的治療をマネジメントすることで、入院と同等の改善を得ることができ、医療費の削減が可能である。

攻撃性の行動障害がある患者でも、入院と外来の治療を組み合わせることで、入院と同等の改善を得ることができ、医療費の削減が可能であった。

### **(4) アルツハイマー型認知症患者の発生率**

年齢が増せば認知症の罹患率や有病率は増加するので、記憶障害を単なる老化による物忘れであると速断しないことが必要である。認知症罹患は年齢と共に増加し、80歳では約20%と推定される。主観的な記憶障害の訴えは認知症の有効な指標ではないが、機能喪失のヒストリーはより有効に徴候を示す。機能の変容がより重要な徴候である。

認知症は他の精神的症状（うつ病性障害、適応障害、不安障害、アルコール関連問題）と関連がある。

### **(5) アルツハイマー型認知症のアセスメント**

認知症が進行すると識見は減少するため、患者から聴取した履歴は信用できなくなる。

認知障害の人をアセスメントするには、患者と同様に介護者から記憶障害のヒストリーを求めるべきである。患者による記憶の訴えはうつ病と相関する。患者の記憶に関する介護者の訴えは認知症と相関する。

認知症や他の精神的症状（シンプルな妄想、幻覚、またはその両者）が同時に存在する可能性に配慮する。

### **(6) 認知障害のアセスメント**

一般医師を含む保健医療の専門従事者は、認知障害の認定にスクリーニングテストの活用を考慮すべきである。MMSE、時計描写テスト、日常生活動作を測定する検査法、短縮されたメンタルテストなどの得点を知ることは、認知障害の認定に役立つ。認知症患者と妄想のある者の区別、認知症と妄想の混在する患者の区別には短縮したMMSEが統計的に有意であった。

手段的日常生活動作での4領域の悪化は認知障害と非常に関連している。それらの領域とは、薬剤管理、電話の使用、家計の管理、交通機関の利用である。介護者からの訴えによって、これらのスクリーニングツールを完成させることは、認知障害の把握に役立つ。

## (7) 認知症患者の身体的状況のアセスメントとケアプラン

専門職は、認知症の可逆的原因の存在に配慮するべきである。認知症患者が身体的疾病に罹る率は、一般人と同様であるが、症状を訴えない傾向にある。患者の身体的状況が、認知症症状の原因となっていないか注意する必要がある。赤血球沈降速度を含む血液学、生化学、血清カルシウムとリン酸塩、甲状腺機能、単純尿分析などの通常の検査が確実に行われていることを確認する必要がある。

## (8) うつ病のアセスメントとケアプラン

うつ病は、認知症の進行過程のどの段階でも疑うことができる。認知症のある者のほうがうつ病の発生率が高く、認知症とうつ病のある者の死亡率は高い。うつ病は認知症の初期段階でより認識され、診断される。反応率は高く、治療の価値は高い。

表現的症状は不安、気分、興味減少、無力感、絶望感、無価値感のような精神的感情に関連する。その経過は患者や介護者の両者から聴取すべきである。個人又は家族のうつ病状歴のようなうつ病、又は死別や引越しなどの最近の不都合の出来事は、密接に関連するリスク要因として考慮すべきである。

日常生活動作、機能レベル、混乱した行動、最近みられる生物学的特長のような明白な基準に対する抗うつ剤の試みを考えるべきである。

## (9) 行動障害のアセスメントとケアプラン

### 1) 身体的要因

急性的な身体疾患、又は身体的不快感は、行動障害の隠れた原因であり、隠れた原因が確認されたときは、行動障害の薬を処方する前に対策が講じられるべきである。行動変容、計画的な排泄行動、排尿自覚刺激は尿失禁を減少させる。妄想と攻撃的な行動の間には関連があるので、その点をふまえて攻撃的な行動を評価すべきである。

可能なら、一般医は認知症の行動障害を抑えるために日常的にトランキライザーを使うべきではない。危機状況下では、神経遮断薬の短期使用は適切であろう。レヴィー小体型認知症患者は神経遮断薬を用いて治療されるべきではない。

### 2) 環境的要因

(患者の好きな)音楽は、食事、入浴などのさまざまな場面で興奮、攻撃性、気分障害を減少させた。対一の社会的な交流や家族の映っているビデオ映像は、音楽よりも破壊的な言語行動を減少させた。少数の認知症患者の集団を扱った研究では、明るい光によって攻撃性、興奮、多様な行動障害が減退したと見られる。

暗い照明光や自然の環境音などの環境操作によって、摂食行動が促進するという中間報告がある。

### 3) コミュニケーション要因

認知症患者の常同的な質問、言葉を文字にしたことが質問・言葉の減少に役立ったという、小規模研究がある。ウォーキング、軽い運動に関する中間報告では、徘徊、攻撃性、興奮を減退させたと見られている。現実見当識訓練・再動機づけ、感覚刺激と感覚統合、回想、運動などの多戦略集団療法によって、日常生活動作を改善された。

### 4) 課題要因

訓練と正の強化の補完による段階的な援助では、認知症患者の日常動作に改善が見られた。社会復帰リハビリテーション（記憶訓練、手本にもとづく行動/創造にもとづく行動、感覚運動機能の改善、セルフマネジメント理論）の再開は、機能的リハビリテーション（機能的な作業療法、理学療法、言語療法）よりも認知機能、心理社会的機能、情緒の安定、主観的幸福感の改善に効果があることが証明されている。

### 5) 家族・介護者要因

ケアの状況や家族介護者（又は施設でのケアチーム）の態度が行動障害に影響を与えていないか、配慮する。軽度・中度の認知症患者は、言われている内容を理解できなくても、相手がどのような感情でものを言っているかは判断できる。介護者がストレスから、適切な対応ができていないと、患者が攻撃的になるなど、行動障害の原因となることが多い。現場では、「説得より納得」といわれ、患者の意思を尊重しつつ行動を修正する方法が推奨されている。

これらの行動障害をマネジメントする要因を図示すると、図2のようになる。

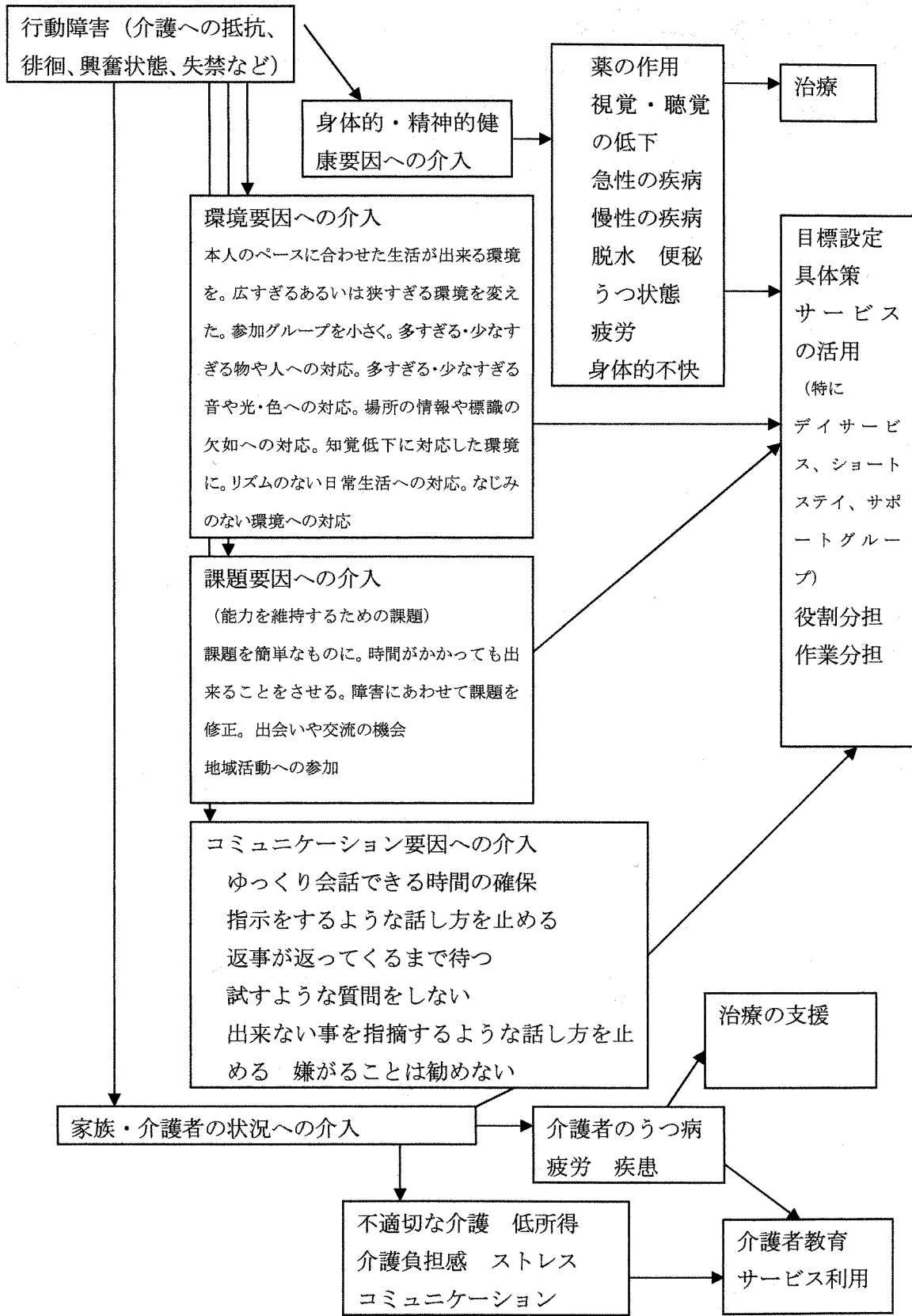


図2 認知症による行動障害のケアマネジメント・モデル

#### (10) 転倒予防のアセスメントとケアプラン

認知症患者に転倒は多く、大腿骨頸部の骨折は認知症が関係した転倒に最もよくみられる。薬、徘徊、意識混濁は転倒のリスクを高めるので、対策に留意すべきである。転倒のリスクは認知症のひどさに関連しないが、機能的な能力に関連し、より能力の高い者に多い。転倒した認知症患者は再び転倒する傾向にある。転倒は、寝たきりの原因の第2位に位置するものであり、患者の生活の質（QOL）を著しく損なうものである。認知機能の低下により、自分で転倒に注意することができなくなるだけに、ケアプランに組み込むべきものである。

#### (11) 介護することにより生じる家族への諸影響のアセスメント

専門職は、認知症患者をケアすることによる影響が、家族の何処に現れているかよく理解する必要がある。最も影響を受けやすいのは、主介護者である。

多くの要因がケアによる影響と重なり、相互作用を引き起こし、認知症患者を施設入所させることにつながっている。

なかでも、介護者のストレス、傷つきやすさ、社会的ネットワークの低下、経済的問題が、介護負担を増加させる。認知障害のひどさをもって、介護負担が大きいと判断することはできない。また、介護負担は常に時間とともに増大するとは限らない。患者の行動や態度などの要因にどのように認知症が出現するかによって、介護負担感の程度が決まる。

男性の介護者は自発的に不満を言わない傾向があることに留意する。

#### (12) 介護サービスの活用

認知症についての情報やサポート対策のためのグループへ家族介護者を紹介することは、介護者の重荷を減らすとは考えられないが、選択肢の一つとする価値はある。

介護サービスへ患者を紹介することは、家族介護者の全体的安寧まで変えるとは思えないが、介護者に満足感や安心感を与える。ショートステイやホームヘルプサービス、デイケアに患者を紹介することは、患者がより長く自宅生活を持続することにつながる可能性がある。

うつ病は認知症患者の介護者に普通に現れ、ケアを受ける者に行動障害や高いケアニーズがあることによって影響を受ける。行動障害やケアニーズの高い患者を介護する家族については、うつ病の可能性に留意する。

介護者が自らの苦悩を認め、対処するように支援する。専門職が認知症に関するより多くの情報を提供することによって、介護者の満足感を高めることが可能である。

#### (13) 施設入所のアセスメント

介護者のストレス、患者の身体機能面の依存、興奮、夜間徘徊、失禁などの要因が、患者の在宅生活の限界を示していないか考慮する。

介護者のことを考慮せずに患者の最適な在宅介護を評価すべきではない。介護者のストレスは施設入所のリスクを増加させる。認知症患者のデイケア利用は施設入所を遅らせる効

果がある。

教育、支援、ショートステイなどの介護者の心理面に対する社会的な介入は、介護者の情緒的な健康度や生活の質（QOL）を改善すると思われ、また、認知症患者の介護施設への入所を遅らせると思われる。

家族や患者本人が施設入所を望む場合、情報の正確さや施設選択の適切さについて、在宅ケアチームは相談にのるべきである。現在では、特別養護老人ホームや老人保健施設だけでなく、グループホームや特定施設（有料老人ホームのうち介護保険の対象となるもの）など、施設の費用やケア内容が多様化している。患者のニーズにあったケアを提供してくれる施設を選択できるように、ケアマネジャーは施設情報を把握していることが必要である。

また、在宅生活の限界がきているような患者に対しては、将来入所が必要となったときの方策を用意しておくこともケアマネジメントの役割である。

#### 4 施設におけるケアとケアマネジメント（アメリカ・アルツハイマー協会による施設ケア・ガイドライン）

ケアマネジメントは、在宅ケアの方法として発達したことは、前に述べたとおりであるが、今日では、グループホームや特定施設など、在宅施設の位置づけでケアを提供するものも登場している。

自宅での介護が困難となったときには、そうした施設ケアへの移行が必要となるが、その際には、施設におけるケアを評価し、患者にとって適切な施設を紹介することが、ケアマネジメントの課題となる。

施設ケアについてのエビデンスに基づくガイドラインは、欧米でいくつか示されているが、アメリカ・アルツハイマー協会が発表した施設ケア・ガイドラインは、エビデンスの内容が、公表されている研究の成果物でありながらも、実践家向きに記述されたものである。

認知症ケアガイドラインとして、わが国でも活用が可能であり、同時に、ケアマネジャーが、施設ケアが必要となった患者に対し、入所する施設をアセスメントする際の基準とすることも出来よう。さらに、家族や在宅ケア専門職への、患者へのかかわり方のアドバイスとしても有効と思われるので、以下に概要を提示する。

##### （1）効果的な認知症ケアの基本

- 認知症患者は人生の喜び、安らぎ、意義、成長を体感することができる。
- ケア付き住宅・高齢者介護施設の認知症の入居者の生活の質は、直接処遇の職員との関係の質に依存する。
- 最良のケアは、職員・家族・入居者が健全な関係に発展するのを支える社会環境のなかに生まれる。



- 優れた認知症ケアは、入居者の能力評価、介護計画の作成と対策、行動変容・情報伝達方法の変更を目的とする方策、適切な職員配置の方法、共同体的な一体感を醸成するケア付き住宅・高齢者介護施設の環境をともなう。
- 各認知症患者は個性があり、能力や必要性の違いから様々な支援を組み合わせることになる。能力や必要性は、疾患の進行に応じて様々に変化する。
- 職員は各入居者の生活歴、好み、能力をできるだけ知ること、各入居者に対しどのようなサービスが最善なのかを意志決定できる。
- 優れた認知症ケアは、「人間中心主義的な」方策を立てるために入居者に関する情報を活用する。各個人の体調に応じたサービスの確保を目ざすことが、「人間中心主義的な」方策である。

## (2) 効果的な認知症ケアの目標

- 職員は、入居者自身に関する知識およびその能力・必要性に関する知識にもとづいて、人間中心主義的な認知症ケアを確実に提供する。
- 職員と家族が入居者に対する「共同介護者」として行動できるように援助し、入居者の心身の機能が最良の状態になり、質の高い生活が実現できるように、入居者に働きかける。  
注釈： 「家族」には入居者の親族だけでなく、親族ではないが入居者の生活に重要な役割を果たす人も含まれる。
- 職員には、認知症患者の体調の変化にしたがい介護方策を変更する弾力的・問題解決型の方法を用いてもらうことによって、問題が発生する前に、問題を未然に防ぐことをめざしたケアを行う。

## (3) 効果的な認知症ケアのために推奨される実践

### アセスメント

- 入居者の必要性に応じたケア・援助を提供するためには、入居者の能力、経歴に関する総合的なアセスメントが必要である。
- 総合的なアセスメントには、入居者に関する以下の理解が含まれる。
  - ・ 認知機能の健康度
  - ・ 体力的な健康度
  - ・ 身体機能の健康度
  - ・ 行動の状態
  - ・ 感覚能力
  - ・ 意志決定能力
  - ・ 情報伝達能力
  - ・ 個人経歴

- ・ 文化的嗜好
- ・ 精神的な欲求・嗜好
- 入居者の心身の機能に関するアセスメントは、職員の配置次第で変わることを認識しておく必要がある。  
 例示： 入居者は夕方が近づいたり、職員の交代の最中、頭の中が混乱したり、失見当識の状態になったり、過活動になったりすることがある。
- 十分なアセスメントには、入居者や、可能であれば家族から直接、情報収集することも含まれる。  
 例示： 職員が日常のケアに対する受け止め方を入居者本人に尋ね、その結果を関係職員全体に伝えることで、ケア技術を継承することができる。  
 例示： 入居者の生活体験、個人的な好み、日課について情報の詳細な裏付けを家族に求めることは、入居者の「生活歴」をふくらませることに役立つ。
- 入居者や家族から情報収集することがむずかしくても、職員はカルテなどの情報源を活用し、個々のケア方法に対する入居者の受け止め方を観察することを通じて、入居者を理解することができる。
- 入居者の行動は情報伝達の一つの方法であり、好みの表現であると見ることができる。  
 例示： 入居者がある食べ物を再三、拒絶するのは、単にその食べ物が嫌いなためかもしれない。  
 例示： 浴室に頑として入ろうとしない入居者に対しては、別の方法でからだを清潔にする必要があるだろう。
- 行政の規則に則った形式の正規のアセスメントは、入居者ケアを適切に行っていくための要となる。同様に、入居者に関する継続的な見守り・アセスメントも重要である、とりわけ、退院後や状態の大きな変化があったときは重要である。
- アセスメントによって専門家に健康等の相談を行う必要が明らかになったときには、適切な専門家に照会することが問題の軽減に役立つ可能性がある。  
 例示： 理学療法士や作業療法士等の専門家は、認知症患者の身体能力を回復させ、日常動作の状態を改善するために役立つ可能性がある。
- 最新の事前指示書（医療に関する永続的委任状、遺言状など）の内容や、緩和医療・葬儀方法に関する入居者の意向を情報としてつかんでおくことは、入居者の意志を尊重する上で確実に役立つ。  
 注釈： 入居者は意志決定能力を保持している段階から、事前指示書の内容を見直し、修正する権利を法的に有する。

#### （４）介護計画の作成と対策

- 効果的な介護計画の作成には、入居者、家族だけでなく、入居者と日常の関わりがあり入居者の様子を見ている（直接処遇の職員を含む）すべての職員も適切な範囲で加わる。

例示： 入居者とたいへん良好な関係を築いている職員・家族に、必要な介護活動をするためにどのように協力をお願いしているのかを述べてもらえれば、その技術を日常ケアの一部にすることができる。

- 効果的な介護計画は入居者の能力にもとづいて作成する。また、課題を小さな段階に分けたり、健康増進・体力維持の運動をしたり、理学療法・作業療法を行うなど、入居者ができる限り自立した日常生活を送ったり、心身機能の能力維持を図るのに役立つ方策を介護計画に組み入れる。

入居者のケアにかかわる職員はすべて、担当する入居者の介護計画を熟知しておく、入居者に適切なケアを行うための態勢づくりがより良くできる。

注釈： アセスメント・介護計画・生活歴はすべての職員が利用でき、たいへん有益である。

- 介護計画は最新にしておく。一定期間ごとのアセスメントに連動し定期的に内容を更新すれば、たいへん役立つ。
- 介護計画は、入居者の必要性や意向の日々の変化に応じ柔軟に対応できなければならない。

#### (5) 行動と情報伝達

- 入居者は自分を表現する機会や、表現のための時間が十分に必要である。

例示： 職員が日常の行動に関係して入居者に話をするとき、簡単で比喻を使わない話し方が役立つだろう。場合によっては、話をしながら身振り・手振りを交えたり、紙に書いたり、言葉で手がかりを与えると良い。

例示： 入居者の情報伝達能力を高めるためには、音声言語病理学の専門家と連携することも必要である。

- 認知症患者の行動や感情の状態は、しばしば情報伝達方法の一つである。なぜなら、入居者はその方法以外に情報を伝える能力がないと見られるからである。
- 興奮や落ち込むなど、入居者の行動上の症状や情動性の症状を引き起こす潜在的な要因を特定する研修を、職員に対し初任時や現任中に継続的に行う必要がある。

注釈： 潜在的な要因には、視覚・聴覚の障害、空腹、乾き、痛み、社会的な関わりの不足、職員のケア活動に対する誤った方法などがあるだろう。

- 職員がこれらの要因に気づけば、行動面や環境面からこれらの要因の影響のしかたを変える方策を用いることができる。
- 職員の行動も、望ましい言動を入居者から引き出すことができる。  
例示： 職員の肯定的な言動には、手を握るような身体的なふれあいによって落ち着いた気分させたり、入居者が介護活動の最中に痛みなどを訴えたときに謝ったり、入居者の心配事を聞いてあげたり、元気づけたりすることがある。
- 入居者の家庭内における習慣や役割など入居前の生活に関する情報は、効果的なケアを行うための手がかりを与えてくれるだろう。

例示： 入居者は朝、コーヒーやお茶を飲むことを楽しみにしているか、何時に起きるのが好みなのかなど、入居者の朝の習慣を知ることによって、入居者に対するケアのしかたを的確につかむことができる。

- もし非薬物療法を継続して行ってきたのにその選択がうまくいかなかった場合で、入居者に重篤な症状が生じ、本人やその周囲に害を及ぼす可能性があるときには、新たに投薬を行ってみるのが良いだろう。

注釈：薬物療法と非薬物療法は、互いに排他的な関係にあるわけではない。二つを組み合わせ合わせた方法が入居者にとってもっとも有益になることも多々あったと見られる。

- 新たに投薬を検討するときには、うつなど他の潜在的な作用の存在を考慮しなければならない。

注釈：薬理学的な治療を継続する必要がある場合は、有資格の医療従事者が投薬計画もしくは入居者の状態の変化にもとづいて治療を再アセスメントする必要がある。

- 職員が入居者の家族と情報交換するときには、入居者の認知症の進行に対する家族の理解を職員が助けることが決定的に重要な意味を持つ。入居者が終末期を迎えつつあるときには、とりわけ重要である。

#### (6) 職員管理

- 認知症の入居者が健康面に対する日常ケアや身の回りの世話を過不足無く受け、施設の日常生活に参加するための十分な支援を確保できるよう、職員管理をする必要がある。
- 職員の業務分担を固定することは、職員と入居者の関係の質を高めることに役立つ。
- 直接処遇職員は、入居者に本人の必要とするケアを要望してもらえるように、教育、支援、スーパービジョンを受ける必要がある。

例示： 直接処遇職員は、入居者の起床時間の希望、入浴方法の希望を確認できるようになるだろう。

例示： 入居者との関わり方に関して職員に建設的な情報・意見を与える。

- 職員のスーパーバイザーは、直接処遇職員が意思決定の力を身につけるために継続して指導する必要があるだろうし、また、直接処遇職員の意思決定を支援することもあるだろう。

注釈： 施設・職員の長は、優れた認知症ケアを提供する手本として重要な役割を果たす。

- 主任は施設の運営方針や手順に対する遵守を評価することで、入居者と関わっているその場で直接処遇職員が意思決定するのを確実に支援する。
- 職員が認知症の予後・症状を理解していることや、通常に加齢および改善可能な認知症との違いについて知っていることは、認知症患者のケアに対する心構えがより良くできる。

- 効果的な初任時・現任中の研修では、以下を扱う。
  - ・ 認知症は、疾患の進行、記憶の喪失、精神病理的症狀・行動的な特徴をともなっている。
  - ・ その人らしいケア（パーソンセンタード・ケア）を提供するための方策
  - ・ 情報伝達に関する問題
  - ・ 行動面の症状を理解し対処する拘束に代わる多様な方法
  - ・ 家庭内力学の理解
  - ・ 個別のケア（痛み、食べ物・水分、社会参加など）の取り組み方に関する情報
- 職員に必要なことは次の2点である。
  - (1) 問題解決しながらケアを提供する方法を職員なりに理解すること。
  - (2) 入居者の日々の機能減退や最終的な死に対する職員の情動的な反応に対処し、職員の感情面を支援すること。
- 職員は入居者の経験を事実として受け止めなければならない。また、入居者が語ることや気持ち・考えを無視してはならない。
 

例示：入居者が痛みを訴えているときは、入居者がほんとうに痛くて、しかも職員が痛みを何とかしてくれると思っている。だから痛みを伝えているのである。

職員は、そのことを自分たちはよくわかっていると、入居者に伝えることはできる。

## (7) 環境

- 安全性を高める空間は、自立を促し、自立を支援することができる。
 

例示：食事、活動、排泄する空間の境界がはっきりしているのが、良い環境である。

同様に、入居者が居室周辺までの動線を発見するための手がかりがあるのも、良い空間である。
- 環境の広さが適切だと、居心地の良さや馴染みやすさが感じられる。それは、病院だけでなく家でも同様である。環境については、物理的な構造よりも、空間の質によって喚起される感情が重要である。
  - ・ 例示：住まい環境に求められるのは、入居者が私的な時間・空間を確保できたり、照明が十分であったり、心地よい音楽が流れていたり、飲食がある時間帯に固定されていなかったりということである。また、音声による館内呼び出し放送の音量や光のまぶしさなどの好ましくない刺激は最小限度に抑える。
  - ・ 例示：住まい環境として適切と認められる場合は、自室と専用浴室を確保し、入居者が居間にあたる空間に個人的な家具や写真等の私物を置く機会を与えても良い。
- 許可のない外出は認めない一方で、安全に外出しやすい手続きをきちんと確保することは環境の質を高める。
 

注釈：徘徊する入居者には、安全にさまよえる機会が必要である。

## (8) 十分な食べ物・水分の摂取

### 1) 認知症にかかわる問題

- 食べ物・水分の摂取不足や不適切な選択は、入居者の身体的な健康や精神的な健康の減退の直接の原因になる可能性がある。
- 栄養の問題に対する十分な援助、選別による予防、介入は、認知症に罹っている入居者の健康全体に確実に役立つことになるし、不必要な合併症を予防することになる。
- 認知症は食べ物・水分の摂取の減少に影響を及ぼすだろう。それぞれの理由は部分的であるものの、空腹感や渇水感の減少、臭覚・味覚の減退、嚥下障害（飲み込むことが困難になる）、食器の機能を理解する能力の欠如、食べる動作など自分の身体を制御する能力の喪失、失行症（自力で異動する能力の欠損）、うつなどがある。
- 認知症の入居者は、空腹感・渇水感を情報伝達する能力が喪失しているかもしれない。
- 入居者は、生理面もしくは行動面の問題から食べることを拒むかもしれないし、その理由が終末期にあるためかもしれない。
- 認知症にかかわる問題を扱うときや食べ物・水分の十分な摂取に対する支援を確実に確保するときには、職員間の一致団結した努力が必要とされる。

### 2) 介護目標

- 栄養面の介護によって体重の減量、低栄養、褥瘡、感染症、創傷治癒の遅延を回避するためには、選別・予防のための優れた仕組みを導入する。
- 入居者の好みや生活環境に応じた栄養・水分補給を厳格に、確実にを行うことによって、入居者の健康を栄養面から維持でき、不要な合併症を回避できる。
- 食事時間を居心地良く、楽しい活動の機会にしていく。食事時間は、職員が入居者を観察し、入居者とふれあう機会を与えてくれ、入居者の身体的な健康、精神的な健康、生活の質の確保に役立つ。

### 3) 推奨される実践

#### アセスメント

- 栄養面に対する十分なアセスメント・選別は、栄養面への望ましい介護のための基礎となる。
- アセスメントは栄養面の課題や、歯の疾患、嚥下困難、食事時のイライラなど、食べ物・水分摂取に影響を及ぼすかもしれない入居者の特徴に対応していることが必要である。

例示： 栄養面の問題で危険度の高い入居者に対しては、法的な規制基準にしたがって登録栄養士への照会を手配する。登録栄養士は身体的・化学的・行動的特徴を検

査、アセスメント、解釈し、栄養面の課題・介入に優先順位を与えることができる。

例示： 嚥下困難の入居者に対しては、嚥下障害に精通している有資格の専門家のアセスメントが必要である。

- 摂食困難の入居者は、身体機能の調和・協調、緊張、持続に機能的な欠陥があることが原因かもしれない。

注釈： 正しい座位は、これらの機能的な欠陥を確実に補完する。

入居者に対する継続的な見守りは、食事時の食べ物・水分の摂取の変化、身体機能の変化、行動の変化を見つけるために必要である。どのような変化であっても、栄養士や介護計画の作成者に報告する必要がある。

- 食事時の困難を最小限に抑えるために入居者を観察し十分なアセスメントを行うときには、以下の兆候が要注意である。
  - ・ 咀嚼・嚥下困難もしくは嚥下能力の変化
  - ・ 食器がうまく使えない
  - ・ 代替栄養の拒否
  - ・ 食事への参加意欲の低下もしくは食事時の徘徊
  - ・ 食事時の 25%以上の食べ残し
- 入居者の体重の定期的な測定・記録は、職員が何らかの変化の理由に確実に気づき、対処するのに役立つ。

#### 4) 職員の取り組み

入居者の食事時の体験にいろいろな活動を結びつけ、食欲を刺激することができる。

例示： 入居者が献立の作成や配膳を手伝う機会をつくったり、食事に先立ってパン・パイを焼いて嗅覚を刺激したりする。

例示： 水分摂取量が増えるように「(飲食店のような) サービスタイム」を設ける。

- 入居者が食事する時間を選択できるという実践法もある。入居者が時間帯や明るさによって興奮・イライラ・失見当識を示すときには、食事時間を変更する必要があるだろう。
- 食事の最中の入居者は、食べる・飲む能力を最大限、活かすためにしばしば援助を必要とする。自分でできることはいつでも入居者にやらせることが、依存することを学ばせないために役立つ。

例示： 入居者の摂食能力に対するアセスメントが自立と出たら、たとえ、食べる動作がたいへん遅くても、おそらく食べる・飲むに対する励ましを口頭で与えることもしながら、本人の速さで食べてもらう。食事時間は、ゆっくり食べる入居者に合わせて延長すればよい。

例示： 選択する点数が少なければうまく対応できる入居者に対しては、一度に一点ずつ食べ物を出すほうが好ましい。

例示： 入居者が手を使って食べなければならないときには、「手に手を添える」技法を使って入居者の手の動きを誘導する。

- 職員は座って入居者と視線を合わせ、入居者に話しかけながら、食事を援助するのが理想である。
- 補強食品・栄養補助食品が必要になるかもしれないが、初めは本人の好きな食べ物や、栄養素密度・カロリー・タンパク質のもっと高い食品など、他の食べ物の取り組みに挑戦する。
- 重度で軽快の見込みのない終末期の入居者は、もはや食べることはできないので、居心地の良い介護だけが必要となるだろう。

注釈： 終末期の入居者に必要なのは、口唇を湿らせることと口腔を清潔に保つことである。

注釈： 入居者が終末期に近づいたら、本人の意志次第で人工栄養と水分補給を控えることもあるだろう。

- 終末期にはしばしば体重の減少を覚悟することになるが、それでもアセスメントは続ける必要がある。

注釈： 入居者に、本人が望むもの以外のものを無理に食べさせる必要はなくなるだろう。

- 経管栄養法を選択肢として検討するときには、いろいろな結果があり得ることを認識しておく必要がある。経管栄養法は、認知症の入居者による誤嚥、感染、管の取り外しなど、多数の深刻な副次的な作用を起こす可能性がある。

## 5) 環境

- 入居者が食べる・飲む能力を最大限に活用するためには、気を散らすものがない、快適で身近な感じの環境が食堂になければならない。

例示： 食事時間の中断を避け、不要な音や卓上に置くものの点数を減らして、入居者が食事中に気を散らさないようにする必要がある。

例示： 認知症の入居者にはふつうよりも小さな食事空間を提供することで、イライラを最小限に抑えることができる。

例示： 皿、食べ物、スプーン・フォーク等の食器の色覚的な対比を確保するなど、視覚的な手がかりを通じて、入居者の食べ物への注意を高めることができる。

例示： 目を引く方法で、いろいろな食べ物を並べる。

- 好ましい社会環境は、入居者の食べる能力・飲む能力の活用を促すことができる。

例示： 意向や人柄の似通っている入居者同士がもっともうまく並ぶように、入居者の座席の位置を検討する。

例示： 同席者の会話がはずむように、小さい食卓を利用する。



## 6) 食べ物・水分

- 入居者は一日を通じて水分を補給する機会が必要である。  
例示： 入居者の活動に水分補給を組み入れ、アイスクャンディ・シャーベット・フルーツラッシュ・ゼラチン菓子等の形態の水分をいつも入居者が摂れるようにする。
- 栄養の摂取は、食べ物の好みや文化的な嗜好に合致させる必要がある。
- 入居者の心身の機能が減退したときには、食べ物を最大限に受け付けられるように食べ物を準備する必要がある。  
例示： 入居者が食器をうまく扱えなくなったときには、指で食べ物をつかめるように食べ物の形状を工夫してみる。

## (9) 疼痛管理

### 1) 認知症にかかわる問題

- 痛みとは、個人の不快な感覚もしくは不快な経験と定義する。  
注釈： 急性期の痛みは突然始まり、急速に強まる。一方、慢性期の痛みは持続したり繰り返して起こったりする。
- 痛みはきわめて主観的、個人的な経験であって、矛盾もあり、全てに客観的生物学的原因があるわけではない。  
注釈： 客観的な原因がないので、認知症患者の痛みは安易に過小に評価され、不十分な処置になりやすい。
- 疼痛管理が不十分だと、結果的に行動的な異常が現れ、向精神薬の薬物療法の不必要な使用につながりかねない。
- 認知症患者の疼痛管理に対する試みの一つは、痛みの内容や薬物療法の副作用についてアセスメントし、その情報を伝えることである。  
注釈： 各個人の認知機能、情報伝達能力、文化的な背景、情動の状態は、痛みの経験のしかたに影響を与えるかもしれない。

### 2) 介護目標

- 痛みに関わる苦痛を軽減し、入居者が生活の質の改善を享受するのに役立つ。
- 痛みを「5番目のバイタルサイン」と見なす。血圧・心拍数・呼吸・体温を正規の身体測定に位置づけることが考えられ、これを定期的、組織的に測定する。
- 各入居者の必要性、環境、状態、危険度に応じて、疼痛管理の技法を適用する。

## (10) 推奨される実践

### 1) アセスメント

- 痛みのアセスメントは定期的実施する必要がある。また、入居者の体調が痛み由来していると思われるときや、入居者が痛みを感じている態度をしめしているときにもアセスメントを実施する。
- 効果的な痛みのアセスメントは、以下を扱う。
  - ・ 痛みの場所
  - ・ 痛みの種類
  - ・ 痛みの人体への影響
  - ・ 痛みのきっかけ
  - ・ 急性の痛みか慢性の痛みか
  - ・ 治療効果の良否
- 口頭で情報を伝えられない入居者に対しては、入居者にいつも働きかけを行っている職員が直接、観察すると、痛みや痛みの行動を特定するのに役立つことがある。

例示： 移動しているときの入居者を観察すると、休憩しているときには起きない問題が表に現れるかもしれない。こうした問題は作業療法士もしくは理学療法士に照会する必要があるだろう。

例示： 観察によって、興奮や気分の変化などの行動の特徴が明らかになる。また、介護中のため息・顔をしかめること・ブツブツ言う様子・緩慢な動作・硬直した姿勢・四肢をすくめる動作など痛みに関する言葉・身体による表現が、観察することで、明らかになるだろう。
- 痛みが始まった時期やその原因がわからないときには、入居の体調について十分なアセスメントを実施し、できれば家族に連絡して、入居者の過去の疼痛経歴について情報収集する。
- 入居者が痛がっているときには、有資格の医療の専門家にきちんと照会することによって効果的な治療につなげられる。

例示： 採用された薬物治療の良い面・悪い面について知りたいときには、連絡すると良いだろう。
- 直接処遇職員を含むすべての職員が、観察日誌を付けたり、入所者の痛みの兆候を看護師の資格のある職員に報告する研修を受け、痛みのアセスメントに関与することが必要である。

注釈： アセスメント・ツールを利用する。

  - ・ 痛みのアセスメントに使える尺度・手段は多数あり、職員はいろいろ試してみて、個々の認知症の入居者にもっとも効果のあるものをどれか決めるとよい。
  - ・ 適当な痛みの尺度が決まれば、入居者に同一の痛みの尺度を続けて使用するために、職員に研修を行う必要がある。

- ・ 入居者の痛みの内容を定期的に再アセスメントするためには、必要な限り継続して同一のアセスメント・ツールを使用しなければならない。

## 2) 職員の取り組み

- 痛みの予防は、痛みに対する第一の防御である。  
例示： 入居者に対する介護を行うときに十分な注意を払うことによって、感染症、骨折、褥瘡、ひび割れなどの痛みの原因となる状況を回避する。
- 規則正しい薬物の使用によって痛みは防げる。臨機応変な投薬の実施、すなわち入居者が痛みを訴えたときのみでの投薬は、多くの入居者にとって十分な処置とはならないだろう。
- 痛みの原因が特定されるまでもしくは取り除かれるまで、鎮痛剤で慢性の痛みを抑えたくないことがたまにあるが、それには臨床的に合理的な理由がある。  
例示： 急性の腹痛が外科的救急疾患かどうかを見極めるためには、痛みに対する経過観察が必要になるだろう。
- 慢性の痛みが起きているときには、しばしば非薬物的な取り組みが役立つ。  
例示： 痛みを軽減し健康状態を高める有益な方策には、リラクゼーション、運動、温熱療法、体位変換がある。
- 非薬物療法が十分でない場合には、鎮痛薬や麻薬の鎮痛剤が必要になるだろう。  
注釈： 医師資格のある開業医が、入居者の痛みの重度や過去の鎮痛薬の投薬歴にもとづいて投薬の種類・量を決める必要がある。薬物治療を決定するにあたって、投薬が認知症や認知機能に影響を与えるあらゆる副作用を検討しなければならない。
- 入居者が認知症の最終段階に入ったと見られる場合には、入居者とその家族はホスピスなどの緩和医療の選択肢について情報提供を受ける必要がある。
- 必要に応じて、認知症の最終段階にある入居者をホスピスに登録するため、入居者の担当医と連携する。  
注釈： 入居者が最終段階にあるとされる兆候には、援助なしに歩行する能力がない、支えなしに座位を維持する能力がない、笑う能力がない、発話が意味不明である、嚥下に問題があるなどがある。  
注釈： 終末期医療への登録は、鎮痛薬の効果的な使用を促進し、終末期の苦痛状態を軽減するのに役立つ可能性がある。

### (1 1) 社会参加と有意義な活動への関わり

#### 1) 認知症にかかわる問題

- 入居者には、日中、有意義な社会的ふれあいに毎日、参加することが、尊厳や自尊心の気持ちを維持し、高める機会となる。

- 職員は、入居者がこのような目標を獲得するのを手助けする方法を理解するために、研修や支援が必要である。
- 公私両面の活動で、入居者・介助者は安心感や楽しみを味わう。  
注釈： 公式的な活動は一般的に、集団活動の予定表（教室・集会・話しあい）で確認できる。また私的活動は、日々のふれあいである（友人とおしゃべり、施設内の散歩、soothing bath（筋肉の凝り・疲労回復効果のある温浴施設？））。
- 有意義な活動は認知症ケアの基礎である。なぜなら、入居者の心身の機能の維持に役立ち、また、生活の質を高めることができるからである。
- 入居者と職員による行事・出会い・やりとりはすべて、活動になりうる。  
例示： 夕食は、つきあい、楽しみ、充実、自己実現の重要な機会である。
- 自分の空間を持ち、くつろぐ時間を自由に持てる機会があることは、生活の質を高めるための要件である。

## 2) 介護目標

- 各個人にとって価値がある、共同体的な一体感がある、行動を選択する、おもしろいという状況を提供できる機会を、日々、たくさんつくる。
- 入居者とは関わらない、入居者のためにかかわるのではなく、入居者と一緒に何かするための関わりをめざす。
- 入居者の好みを尊重する。入居者が孤独を望めば、それを尊重する。

### (1 2) 推奨される実践

#### 1) アセスメント

- できれば家族も含めた正規の初回アセスメントと入居者との継続的なふれあいが、入居者にとって有意義と思われる活動について理解を深めることになる。
- アセスメントは、社会参加や活動への参加に関する入居者のいろいろな特徴を判断するのに役立つだろう。入居者にとって意義のある活動に入居者を参加させていくためには、入居者について以下のアセスメントを行う。
  - ・ 身体的な移動能力
  - ・ 精神的な刺激への反応能力
  - ・ 社会的な交わりへの興味
  - ・ 心理的な参加・充足欲
  - ・ 文化的な価値観・文化に対するアセスメント
  - ・ いろいろな余暇活動に対するそれぞれの興味・好み
- 入所申請時は、職員に入居者の過去の経験、個人的な好み、現時点の能力を「生活歴」にまとめ職員に話してもらうために、家族と入居者を呼ぶ必要がある。

## 2) 職員の取り組み

入居者の社会参加に対する責任は、活動を担当する職員だけにあるのではない。どの職員も入居者の意向・欲求に合った方法で各入居者とふれあう責任があり、またふれあう機会がある。

- 社会参加や有意義な活動を計画することは、介護計画のきわめて重要な部分である。
- 職員は、一日を通じて、入居者とのちょっとしたやりとりも、もっと深いやりとりも、両方ともに実行可能である。ちょっとした、しかし有意義な出会いは、入居者の生活の質をきわめて高くする。

例示： 入居者の家族の写真のような、入居者の個人的な事柄を職員が共有する。また、廊下にいる入居者のところにいて服をほめるなどは、ほとんど時間がかからない。

- 言葉で情報を伝える技術が不足していることは、認知症の入居者の社会参加を妨げることにはならない。反対に、職員が入居者の参加を導く役割を担うことが重要になる。

例示： 入居者が音楽を愛好していることが生活歴でわかれば、楽器を演奏する。あるいは、歌を歌う。

- 複数の認知症の入居者が、一日の終わりに混乱・興奮・多動の増加を経験することを理解していることが、活動には必要である。

- 十分に研修を受けた職員やボランティアは、集団活動を促進することができる。

注釈： 職員研修は、入居者の必要に応じて活動を工夫し、認知症の各入居者の活動参加・社会参加を可能な限り高める方法を含めることもありえる。

## 3) 環境

- ケア付き住宅・高齢者介護施設は、構造または設計の要素によって有意義な活動機会を生み出せる。

例示： 住宅設備が設置できる場合は、探し回ったり動き回ったりする動線をつくる。

例示： 水槽や色彩の鮮やかなカーペットなど、視覚的・触覚的な刺激を促す興味を引く場所をつくる。

- 活動用具は活動を担当していない職員や訪問客が利用できるように、いつでも利用可能にする。

注釈： これらの用具として、かごに入った生地見本、グリーティングカード、魅力的な写真の印刷されたカレンダー、エプロン・帽子などの触覚的なもの、釣具などがあるだろう。

- 入居者の環境によって不安・混乱を招く可能性のあるイライラを最小限に抑え、自立を促進する環境要因を最大限にすれば、入居者の心身の機能は改善することが可能である。

例示： 活動場所を気を散らすものや騒音のない静かな部屋にする。

例示： 適度な光量・温度を確保し、入居者が気分の良い状態にする。

#### 4) 活動

入居者には、日常動作に残存能力を使うよう促すことが必要である。入居者の自立を可能な限り促す技術を活用する。

- 回数の少ない本人にとってどうしてもいい企画よりも、回数が多く有意義な活動が好ましい。

- 入居者が積極的に参加する活動である必要がある。

例示： 職員のパーティの飾り付けを入居者に見守らせるのではなく、入居者に飾り付けを手伝ってくれるようお願いするほうが有意義である。

- 活動や社会的なふれあいの結果は、入居者の参加の過程ほど重要ではない。

例示： 園芸の活動は、植えた植物が生長するかどうかとは関係なく入居者に喜びを与えることができる。

- 入居者の心身の機能の水準に合った活動を提案することによって、入居者の参加を増やすことができる。

例示： 言葉のゲームは、ある認知機能の水準にある入居者に対しては大成功かもしれないが、他の水準にある入居者に対しては深い挫折感を与えるだろう。

- 複数の参加者単位に活動する場合には、集団内の力学的な関係や集団の全体的な雰囲気考慮し、活動の焦点・目的は柔軟な対応を行う。

- 共同体的な関係に関わる機会は、小集団よりも大きい社会の一端を感じることができ重要である。

例示： 近隣の劇場の演奏会に参加したり、地域行事の企画に参加したり、世代間事業の一環で近隣の子どもたちと遊ぶことなどを検討する。

- 職員は家族が活動に参加する機会を提案することが可能である。

- 活動するときの集団規模・活動時間は、入居者の心身の機能に合わせる必要がある。

例示： 理想的な集団規模は活動内容、入居者の能力に依存するが、4人から10人の範囲である。

例示： 一回の活動、もしくは一つの課題から次の課題に移行するまでの時間は、多くの認知症患者にとって30分以下が適当である。

例示： 歩行できない入居者は、伝言・音楽・お話等の活動への参加が有意義であり、元気になる。

以上、アメリカのアルツハイマー協会では、認知症ケアの基本を踏まえたうえで、十分な食べ物・水分の摂取、疼痛管理、社会参加と有意義な活動への関わりを患者に保障することが、施設ケアにとってとりわけ重要な要素であると考えている。

## 最後に

ケアマネジメント一般の有効性についてのエビデンスのレベルは、比較的が高いが、その内容は、一律にケアマネジメントを行ってみても成果に結びつかず、患者の個別事情やニーズに対応したケアマネジメントでなければ有効ではない、というものである。

介護サービスを導入することが、一律に介護負担の軽減に結びつくことはなく、ショートステイやデイサービスなどの効果的紹介が必要である。認知症の程度ではなく、行動障害の深刻さが介護者のストレスに結びつくので、行動障害のマネジメントを行うことが大切である。

家族介護者への支援は、情報を提供すれば一律に効果があるわけではなく、ストレスやうつ病の可能性について留意し、介護者の傷つきやすさや社会的ネットワークの脆弱さ、経済的困難が介護負担を増強しないような支援を行うことが求められる。

また、介護の場を、自宅から施設へ、時によっては施設から自宅へと変化させなければならぬときには、適切な連携を行うマネジメントが必要となる。

アルツハイマー病患者の末期ケアでは、施設入所は選択肢のひとつとなるが、施設ケアの的確性をアセスメントすることが必要となる。その際には、当該施設で、認知症ケアの基本が守られているか、十分な食べ物・水分の摂取に留意しているか、疼痛管理が充分か、社会参加と有意義な活動への関わりが目指されているか、がアセスメントの重要な基準である。

ケアマネジャーには、こうした認知症の各段階を通じた、包括的ケアマネジメントが求められるわけであるが、必ずしも介護保険下の全てのケアマネジャーがそうした活動を行っているわけではない。

患者や家族が望むケアプランを立ててくれないなど、ケアマネジャーと患者・家族の認識に差があり解決ができないときには、苦情を申し立てることができる。指定介護保険サービス事業所と同様に、指定居宅介護支援事業所にも苦情対応窓口が設けられている。ケアマネジャーに対する苦情調整は、この事業所の窓口依頼するか、市町村の介護保険担当課の苦情窓口相談する。それでも解決しない苦情については、介護保険を運営する国民保険連合会の苦情窓口相談に申し立てることができる。

## 参考文献

- 1 加瀬裕子 アルツハイマー型痴呆のケアマネジメントガイドライン 老年精神医学雑誌 特集号 2005
- 2 North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. *BMJ*1996; 312: 760-761
- 3 Practice parameter ; Management of dementia( an evidence-based review); Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1156-1166
- 4 矢富直美 アルツハイマー病の環境的危険因子 *Dementia Japan* 19: 1999-210

2005

5 Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residence and Nursing Home Alzheimer's Association 2005 [www.alz.org](http://www.alz.org)

6 Tilly J.& Reed P., Evidence on Interventions to Improve quality of care for residents with dementia in Nursing and Assisted Living Facilities, Alzheimer's Association 2004 [www.alz.org](http://www.alz.org)



### 資料 3

Evidence-based Care management for the People with Dementia ;  
Presentation paper  
US-Japan Seminar on Dementia Care, Michigan 2007/8/31

## **Evidence-based Care management for the People with Dementia**

Hiroko Kase M.S.

Professor

School of Human Science

Waseda University

This presentation aims to report on our research project which has been conducted since 2002.

### **1 Development of a guideline project granted by Ministry of Health, Labor and Welfare from 2001 to 2002 ; Diagnosis, treatment, care and care management for the Alzheimer disease**

**Objective:** The goal of the first research project was to develop a guideline of diagnosis, treatment, care and care management of the elderly with dementia and problematic behavior. **Background:** Studies of ageing and dementia have demonstrated that care management is an efficient and effective way to work with people with dementia. However, it is unclear how to perform care management to cope with problematic behavior of the people with dementia in their own home.

**Method:** Literature review process. The authors conducted computerized literature searches and generated a set of abstracts based on text and index words selected to reflect the key issues to be addressed. Data bases: MEDLINE. Key and index words used were as follows: Alzheimer, care, case management, care management, caregiver, education. We also examined two reviews to identify additional articles.

See Appendix I

**Classification of evidence:** Each article was assigned to a class of evidence based on a priori definitions. In accordance with a research question, abstract tables are developed. These tables indicate the author and year of the study, level of evidence, population, intervention, measurement and result.

Class	Description
I	Evidence provided overviews (meta-analyses) of such trial
II	Evidence provided by one or more well designed randomized controlled clinical trials
III	Evidence provided by non- randomized controlled trials
IV	Evidence provided by well designed observational studies with current controls (e.g. case control or cohort studies)
V	Evidence provided by descriptive case series, case report and studies
VI	Evidence provided by expert opinion

### **Classification of recommendation:**

The class of evidence determined whether or not study results were ultimately translated into recommendation level.

Class	Description	Evidence class
A	Strongly recommended; Principle for patient management	I • II
B	Recommendation for patient management	III • IV • V
C	Uncertain strategy	inconclusive /conflicting evidence
D	Strongly not recommended	I • II

**Result:** There were insufficient data to make any recommendations regarding care management for the people with dementia. Medicare Alzheimer's Disease Demonstration in the US during 80' s evaluated various styles of care management and research projects. 200 articles are collected.

A model of care management on problematic behavior, associate with the people with dementia was developed. See Appendix II

## **2 Guideline Development Research Project on care management for the people with dementia granted by Ministry of Education and Science from 2005 to 2007**

**Objective:** The goal of this research project is to establish a model of care management on behavioral disorder as a cognitive dysfunction.

**Background:** Many studies indicate managing behavior disorder is a crucial point for the people with dementia to maintain their lives in their own home. Evidence of intervention on behavior disorder is insufficient to make a guideline. (See Appendix III)

**Method:** Case examples which include improvement of behavior disorder were collected and a qualitative study was conducted with them in 2005. With the result of qualitative study, the authors developed a questionnaire to clarify the treatment of each behavior disorder in 2006. The questionnaires were mailed to 300 care managers and care workers in charge of community and institutional care.

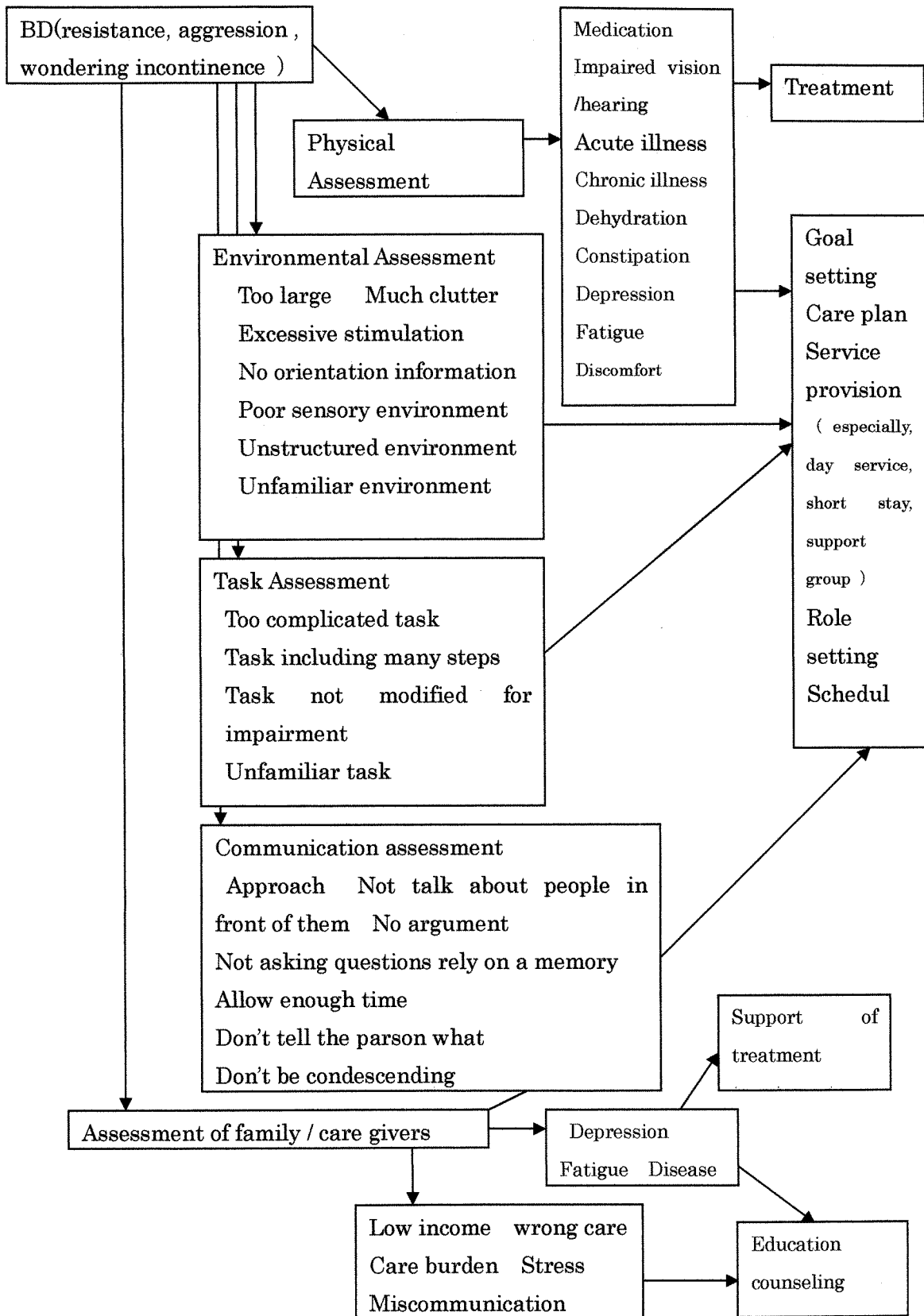
## **3 Conclusion**

Our research focuses on to identify what kinds of treatment perform on behavior disorder and to analyze the effectiveness. Accumulated evidence is expected to belong level IV, however it will be useful to make a list of intervention for care managers.

Appendix I

North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. *BMJ* 1996; 312: 760-761,

Practice parameter ; Management of dementia( an evidence-based review); Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1156-1166



Appendix II Care Management Model

Appendix III

North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. *BMJ* 1996; 312: 760-761

## Statements

An association exists between acute underlying medical illness and outbursts of aggressive behaviour in people with dementia (II). A placebo response is seen in 67% of people treated with neuroleptic agents for the control of behavioural disorders in dementia; there is no difference between neuroleptic agents used and no identifiable differences between responders and non-responders (I). A high proportion of people with dementia of the Lewy body type are sensitive to neuroleptic agents, and an appreciable number of these experience a severe reaction (II). Delusions or misidentifications are associated with a high number of aggressive episodes (II).<sup>49 67-72</sup>

## Recommendations and important points

- Any underlying causes of behavioural disorder, for example, an acute physical illness, environmental distress, or physical discomfort, should be excluded (D).
- Where underlying causes are identified they should be managed before prescribing drugs for the behavioural disorder (D).
- General practitioners should, wherever possible, resist using tranquillisers routinely to control behaviour disorders in dementia (D).
- In crisis situations, the short term use of neuroleptic drugs may be appropriate (D).
- Patients with dementia of the Lewy body type should not be treated with neuroleptics (B).
- There is a relation between delusions and aggressive behaviour; aggressive behaviour should be assessed with this in mind (D).
- The care setting and the attitudes of carers (or care teams in an institutional setting) may influence the emergence of behavioural problems (D).