独立行政法人福祉医療機構長寿社会福祉基金（一般分）報告書

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに基づく支援プログラムの開発事業



平成21年3月

社会福祉法人　仁至会　認知症介護研究・研修大府センター

目　次

はじめに		
第1章	**本事業の概要**	1
	1．事業の目的	1
	2．事業計画	1
	3．組織	2
	4．これまでの経過	3
第2章	**認知症の正しい理解と予防・ケアの普及を目指した啓発講演会**	6
	1．一般市民向けの講演会の開催	6
	2．介護専門職向けの特別講演会の開催	27
第3章	**要介護認定を受けているご本人と介護者を対象にしたアンケート調査**	29
	1．調査の目的と意義	29
	2．調査方法	29
	3．調査結果	31
	4．まとめ	47
第4章	**地域包括支援センター職員へのヒアリング調査と研修会**	48
	1．地域包括支援センター職員へのヒアリング調査	48
	2．パーソン・センタード・ケア研修会	58
	3．まとめ	60
第5章	**「大府センター式」コミュニケーションパックの開発**	61
	1．「大府センター式」コミュニケーションパックのねらい	61
	2．「大府センター式」コミュニケーションパックの概要	61
巻末資料		
	資料１　検討委員会議事録	69
	資料２　作業部会議事録	73
	資料３　パンフレット資料	87
	認知症の人の理解に一歩近づくために　パーソン・センタード・ケアの視点を活かして	87
	パーソン・センタード・ケアを実践するために―認知症ケアマッピング（ＤＣＭ）って何？	88
	現場に活かすパーソン・センタード・ケア	89
	資料４　一般市民向け講演会関係資料	90
	資料５　介護専門職向け特別講演会関係資料	91
	資料６　介護保険の認定を受けた方とそのご家族の健康とくらしに関するアンケート（調査票）	92
	資料７　地域包括支援センター職員へのヒアリング調査（調査枠組）	93
	資料８　パーソン・センタード・ケア研修会関係資料	95

はじめに

認知症になっても、住み慣れた環境の中で、馴染みの人とともに安心して尊厳ある暮らしを続けたい、これは多くの人の願いである。それに応えるには、医療と介護のスムーズな連携、在宅介護家族への支援の充実、地域での助け合いなどの条件整備が必要になる。平成18年度に介護保険制度の見直しにより新予防給付が制度化され、「介護予防」、「地域包括ケア」が国の考え方の基本方向になった。それを機に、市町村を責任主体とする地域包括支援センターが創設され、地域住民に対して地域に根ざした適切な介護予防を支援することになった。医療崩壊と介護危機が深刻化した平成20年に発足した「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においても、医療と介護の連携強化ならびに認知症介護の推進が強調されたのは周知の通りである。医療と介護と地域とが連携する地域ネットワークの中核的存在である地域包括支援センターへの期待は大きく、その充実は急務である。

認知症在宅介護にあたる家族を悩ませるのは妄想、徘徊などの行動・心理症状（BPSD）であり、それは質のよい介護によって軽減することが知られている。しかし現実には、認知症への理解不足に基づく誤った介護や対応によりBPSDを悪化させ、過重な介護負担を抱え込む家族が多い。

本事業の目的の一つは、近年の著しいケアの進歩の基礎になったパーソン・センタード・ケア（その人らしさを尊重する、利用者中心のケア）の理念に基づき、しかも地域包括支援センターの職員が活用しやいようにと工夫した、「認知症在宅介護家族支援プログラム」を開発することである。地域包括支援センター職員がこのプログラムを活用して、認知症在宅介護の家族を支援することにより、BPSDの改善と介護負担の軽減が実現し、介護予防にもつながることを期待したわけである。

この事業展開は、介護保険単位である知多北部広域連合を形成する愛知県の大府市、東海市、知多市、東浦町にある8カ所の地域包括支援センターと協同して行った。まず地域包括支援センターの現状と問題点を知るために、8カ所の地域包括支援センターの3職種（主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士）と面接して、アンケート項目をもとにしながら、自由に語り合う形式のヒアリング調査を実施した。その成果と意義は第4章（5）まとめ、で詳述した。ヒアリングの後、3職種の全員に簡略化した「パーソン・センタード・ケア」の小グループ1日研修を2回に分けて行った。指導したのは、パーソン・センタード・ケアとその観察評価ツールであるDCMの普及活動で実績をもつ認知症介護研究・研修大府センター研修部の職員である。

本事業の「認知症在宅介護家族支援プログラム」が地域包括支援センター職員の視点からのもので、その新しいツールを同センター職員に活用してもらうことを目的としたのは、同センターのレベルアップだけでなく、本事業終了後も地域での介護家族支援が継続することを期待したからである。

なお「認知症在宅介護家族支援プログラム」開発のヒントをつかむため、予備的事業として認知症の本人・家族へのアンケート調査と、開発作業グループによる認知症在宅介護家族への試行的個別支援とをおこなった。

もう一つの本事業の目的は、地域の一般市民や介護サービス提供事業所の介護職員等に対する認知症理解の普及活動をすることである。地域における認知症介護のレベルの底上げが認知症在宅介護の充実や地域ケア・ネットワークの構築の前提になるからである。

そこで、本事業では、認知症介護家族を含めた一般市民を対象として、「認知症の予防とケア」というテーマで啓蒙的講演会を３市１町で各１回行った。次に3市1町とその周辺地域の介護サービス提供事業所・施設の職員を対象として、簡略化された「パーソン・センタード・ケア」の理念と技法に関する比較的専門的な講演会を行った。そのうちの一部の介護施設職員の希望者に対しては、小グループ研修による専門的教育をも実施した。

今年度の事業は、2008―2009年までの2年計画の事業の1年目である。本事業の第1の目的である「認知症在宅介護家族支援プログラム」は試行版ができた段階であり、それはリーフレットなどを含む「大府センター式」コミュニケーションパックの中に含まれている。次年度の本事業では、これを3市1町の地域包括支援センターの実践の場でまず使用してもらい、その結果を検証しフィードバックさせて、より良いプログラムを目指すことになる。本事業の成果が、認知症の在宅介護に努力している家族の方々のお役に立ち、地域ケアのネットワーク構築の担い手である地域包括支援センターのレベルアップに貢献し、「認知症になっても大丈夫、安心して暮らせる町づくり」の一翼を担うことができたら望外の幸せである。

認知症介護研究・研修大府センター
センター長　　柳　　務

第１章　本事業の概要

1. 事業の目的

認知症高齢者の在宅介護をする家族の負担の多くは、不安焦燥、妄想、徘徊などの行動・心理症状（BPSD）で、それは質のよい介護によって軽減することが知られている。しかし現状をみると、認知症在宅介護に従事する家族は認知症の理解不足に基づく誤った対応によりBPSDを悪化させ、かえって介護負担を重くしている場合が多い。在宅介護の段階で、家族が望ましい対応をすれば、BPSDの改善と介護負担の軽減をもたらし、介護予防にもつながる。その望ましい対応とは、認知症の方に注目することである。介護の考え方を「業務中心」から「利用者中心」へと転換させる原点になったのは、その人らしさを尊重する「パーソン・センタード・ケア」(PCC)という理念である。

本事業の目的の第1は、PCCの理念を盛り込み、なおかつ地域包括支援センターのスタッフが活用しやすい「認知症介護家族支援プログラム」を完成させることである。活動の場は、介護保険単位である知多北部広域連合を形成する愛知県の大府市、東海市、知多市、東浦町で、そこの8カ所の地域包括支援センターとともに事業展開をする。協力者として地域包括支援センターを選んだ理由は、今日、医療と介護と地域を結ぶ地域ケア・ネットワークづくりの中核に位置づけられているのが地域包括支援センターであり、そのスタッフにPCCの教育を行った後、大府式「コミュニケーションパック」という新しいツールを活用してもらうことが、本事業終了後も介護家族支援の継続につながると考えたからである。本事業の第2の目的は、地域の一般市民や介護サービス提供事業所の介護職員等に対する認知症理解の普及活動をすることである。とくに介護施設職員の希望者には、PCCにおいて、小グループ学習による専門的教育を実施する。地域における認知症介護のレベルの底上げが認知症在宅介護の充実や地域ケア・ネットワークの構築の前提になるからである。

2. 事業計画

（１）一般地域向けの講演会の実施

在宅介護の問題は、地域一丸となった取り組みが必要となってくる。介護者を支援していくのは第一義的な目的ではあるが、認知症そのものの理解とケアについての啓蒙活動をしていくことも在宅介護を継続していくためには重要であると考えるため、一般市民向けの講演会を実施する。

（２）大府市、知多市、東浦町、東海市（以下３市１町と記す）の地域包括支援センター職員へのヒアリング調査の実施

地域包括支援センター職員が認知症高齢者のケースに対応する際、どのような困難を感じているか、あるいはこれまでどう解決してきたのか、現状と必要だと思う技量や知識などについて調査する。

（３）地域包括支援センター専門職に対するパーソン・センタード・ケアの研修の実施

これまで、施設で直接援助にかかわる介護職が主に受講してきたパーソン･センタード･ケアの研修を、地域で活躍する専門職（地域包括支援センターの職員）が受講することにより、介護をしている家族へのより適切な助言や支援が期待される。

（４）認知症介護家族へのアンケート調査の実施

知多北部　広域連合の協力を得て、３市１町の要介護認定を受けている全ケースから無作為抽出により2,000件の在宅で生活をしていると思われるケースに送付する。

（５）地域包括支援センター職員向け「大府センター式コミュニケーションパック」の作成

在宅でくらす介護家族を支援するためには、その支援にあたる専門職の正しい理解ならびに、面接場面において家族とともに認知症の方の理解をしながら、認知症の行動・心理症状（BPSD）等に混乱しないように支援していくことが求められている。本事業では、認知症の方々のさまざまな言動を理解し、整理していくシートを作成しながら、日頃相談業務にあたる地域包括支援センターの専門職の方々が、使用するパックの作成を目指す。

３．組織

本事業では、３つの部会を組織し事業を運営してきた。それぞれの部会の委員は以下のとおりである。

（１）検討委員会

大島伸一　（国立長寿医療センター　総長）
尾之内直美（認知症の人と家族の会愛知県支部　代表）
○小野寺敦志（認知症介護研究・研修東京センター　主任研究主幹）
柿本　　誠　（日本福祉大学　教授）
神谷　卓男　（知多北部広域連合　事務局長）
祖父江　元　（名古屋大学医学部神経内科　教授）
塚本　鋭裕　（大府西包括支援センター　課長補佐）
中澤　明子　（せんねん村　施設長）
矢吹　知之　（認知症介護研究・研修仙台センター　主任研修研究員）
山本　　楯　（知多郡医師会　会長）
◎柳　　務　（認知症介護研究・研修大府センター　センター長）
藤井　滋樹　（認知症介護研究・研修大府センター　研修部長）
小長谷陽子　（認知症介護研究・研修大府センター　研究部長）
大嶋　光子　（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
中村　裕子　（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）

（２）基礎調査部会（本文中では「作業部会」と記す）

◎田中千枝子　（日本福祉大学　教授）
○塚本　鋭裕　（大府西包括支援センター　課長補佐）
阪野嘉代子　（知多北部広域連合　事業課　係長）
髙見　雅代　（国立長寿医療センター　ソーシャルワーカー）
井上　豊子　（介護老人保健施設ルミナス大府　看護介護部長）
長谷川久美　（グループホーム　ルミナス大府　管理者）
齊藤　妙子　（老人保健施設　みず里　サービス総括部長）
金山まゆみ　（介護老人保健施設　相生　副施設長）
深見　重夫　（介護老人保健施設　相生　センター長）
齋藤　隆司　（あいち福祉医療専門学校　専任教員）

井　　真治　（社会福祉法人サンライフ/サンビジョン教育・研修センター　センター長）
大嶋　光子　（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
中村　裕子　（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
本田　恵子　（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
金田千賀子　（認知症介護研究・研修大府センター　研究員）

（３）教材作成部会

◎水野　　裕（いまいせ心療センター　診療部長/認知症介護研究・研修大府センター
　　客員研究員）
田中千枝子（日本福祉大学　教授）
村田　康子（認知症介護研究・研修大府センターＤＣＭ推進室　マネージャー）
井　　真治（社会福祉法人サンライフ/サンビジョン教育・研修センター　センター長）
塚本　鋭裕（大府西包括支援センター　課長補佐）
山本　友彦（障害者福祉施設　サンサン大府　支援課長）
大嶋　光子（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
○中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
本田　恵子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
金田千賀子（認知症介護研究・研修大府センター　研究員）

※◎は部長、○は副部長

4. これまでの経過

（１）検討委員会の開催

開催日程		議　　題
第１回	平成20年7月　4日（金） 18:00～20:00	・事業全体の説明と今後の予定について
第２回	平成21年3月　24日（火） 14:00～16:00	・事業報告



第１回　安保ホール（名古屋市）



第２回 あいち健康の森　健康プラザ（大府市）

（２）作業部会の開催

開催日程		議　　題
第１回	平成20年7月　7日（月） 13:00～15:00	・検討委員会の報告 ・事業全体の説明と今後の予定について
第２回	平成20年8月　21日（木） 13:30～15:00	・地域包括支援センターのヒアリングについて ・地域包括支援センター職員向け研修について ・パンフレットの作成について
第３回	平成20年10月20日（月） 13:30～15:40	・地域包括支援センターヒアリング結果報告 ・地域包括支援センター職員向け研修実施報告 ・支援プログラム思考方法の概念整理について
第４回	平成21年1月　27日（火） 13:30～15:30	・介護家族実態アンケート調査の経過報告 ・支援プログラム経過報告と概要整理 ・支援プログラムの内容討議から試案完成まで
第５回	平成21年3月10日（火） 13:30～16:00	・介護家族実態アンケート調査結果報告 ・大府センター式コミュニケーションパック試作版の報告

いずれも、認知症介護研究・研修大府センターで開催した。作業部会ではアンケート調査やヒアリング調査の枠組みに関する意見交換及び支援プログラムの作成に関して、実際に部会委員の実践現場での試験的施行をしながら改良につなげていった。









（３）教材作成部会

作業部会は、全13回開催し、主に本事業の根幹であるパーソン・センタード・ケア第8版の翻訳ならびに、「パーソン・センタード・ケア」の視点を活かしたご本人と介護家族のための「大府センター式」コミュニケーションパックの作成のための会議を開催した。



開催日程		
第１回	平成20年7月7日	合同作業部会
第２回	平成20年7月17日	教材作成部会
第３回	平成20年7月18日	教材作成部会
第４回	平成20年7月25日	教材作成部会
第５回	平成20年9月3日	教材作成部会
第６回	平成20年9月18日	教材作成部会
第７回	平成20年9月19日	教材作成部会
第８回	平成20年11月27日	教材作成部会
第９回	平成20年11月28日	教材作成部会
第10回	平成20年11月29日	教材作成部会
第11回	平成20年12月12日	教材作成部会
第12回	平成20年12月19日	教材作成部会
第13回	平成20年12月20日	教材作成部会

1．一般市民向けの講演会の開催

（1）目的

本講演会は、認知症の正しい理解と予防・ケアの啓発を目的とし、3市1町の市民を対象として行った。

（2）開催日と会場

開催は、3市1町で各1回ずつ行った。開催日時は以下の通りである。

開催日時	開催場所	参加者
平成20年8月30日（土）	大府市役所多目的ホール	141名
平成20年9月13日（土）	知多市民体育館　大会議室	248名
平成20年9月17日（水）	東浦町文化センター　大会議室	152名
平成20年9月20日（土）	東浦市しあわせ村多目的ホール	65名

（3）講演内容

講演は、「知らなきゃ損する認知症予防の医学知識」というテーマで認知症介護研究・研修大府センター　センター長の柳が行い、後半を「認知症の人とコミュニケーション上手になるコツ―家族のための新しい認知症ケア―」と題して、同センター研究指導主幹の中村が行った。

柳の講演では、市民にわかりやすく痴呆から認知症への名称の変更の経緯や認知症の原因となる疾患についての説明をしたのちに、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症について医学的知見からの初期症状や行動・心理症状（BPSD）、その診断についての解説がなされた。また、認知症を予防するために危険因子を挙げながら、緩和因子を提示し、詳しく説明した。

中村の講演では、認知症の人に対してどんなイメージがあるのかということを問いながら、何もわからない人でないということを、当事者の言葉を交えながら解説し、思い込みや偏見を持たずに接してもらいたいということを説いた。また、どうして行動・心理症状（BPSD）という形でいわゆる問題行動が起こるのかを認知症の方の立場に立ち、その理解に向けたポイントを解説しながら、介護をしている人も支え合える地域づくりをしていくことが大切と締めくくった。







福祉医療機構平成20年度助成事業
認知症の予防とケア　―知らなきゃ損する認知症の医学知識―

認知症介護研究・研修大府センター　　柳　　務

講演要旨

1．高齢社会の現状

認知症高齢者数の将来推計では、2005年には169万人、2015年には250万人になる。
認知症高齢者の年齢段階別出現率では、65歳以上になると、年齢が5歳増加するごとに、認知症の数は倍増し、85歳以上では4人に1人が認知症である。今や認知症の夫を介護していた妻が認知症になりながら夫の介護を続けるという「認認介護」が社会的に注目されるという深刻な状況である。

2．認知症に対する基本的考え方―痴呆から認知症への用語の変遷

痴呆という言葉は高齢者の尊厳を無視した差別的表現であるという考え方から、認知症という名称に変わった。認知症は、加齢を基盤にした疾患で、脳の障害により認知機能の低下をきたす。長生きすれば誰にも起こりうる疾患である。つまり高血圧、糖尿病と同様に早期発見・早期治療すべき疾患である。認知症に対する偏見を払拭するため、認知症は単なる老化ではなく、病気であり、生活障害であることを強調した。

3．認知症の定義

認知症の定義は、いったん正常に発達した知的機能が持続的に低下し、記憶障害と複数の認知機能（見当識、判断力など）の障害が生じるために、社会生活に支障をきたす状態である。認知症の代表的疾患はアルツハイマー病である。最近はアルツハイマー型認知症とも呼ばれる。

4．認知症の原因疾患

臨床と病理所見の両者で診断が確定した小阪憲司の資料によれば、アルツハイマー型認知症が50%、脳血管性認知症が20%、レビー小体型認知症が20%、その他が10%である。その他は前頭側頭葉変性症、ピック病などである。

5．認知症との境界―軽度認知機能障害　MCI（mild cognitive impairment）

加齢による記憶障害か認知症の初期か判断しにくい状態をMCIという。つまり従来の物忘れとは頻度も程度もちがい、年齢のみでは説明できない記憶障害だと本人と家族が気づき悩むが、他の認知機能は正常で、社会生活、日常生活も一見正常であるという状態である。このMCIのとき適切に対応すれば発症予防につながるわけで、MCIは個人と国の未来を左右する国民的課題である。

6．アルツハイマー病の歴史

1906年にアロイス・アルツハイマー博士は、従来記載のない疾患としてオーグステ Dという51歳の女性の詳細な臨床像と剖検所見を記載した。その臨床像も病理所見も現在のアルツハイマー病の典型的なものであり、のちにアルツハイマー病と命名された。このアルツハイマー病の第1例の発症年齢は51歳であり、現在では若年認知症に該当する。アルツハイマー博士が記載した病理所見の老人斑、神経原線維変化は疾患特異的なものとして、その後のアルツハイマー病研究の中心になった。

7．アルツハイマー病研究の最近の進歩

アルツハイマー病の本態解明には、1980年代から基礎研究の新しい方法論が次々に導入され、研究の基礎が築かれたことが大きく貢献した。1990年代からは、生化学、遺伝学、分子生物学、細胞生物学、発生工学といった生命科学の最先端の分野の基礎研究と疾患研究とが融合して、飛躍的に進歩した。現在では、老人斑はアミロイドベータという物質であり、神経原線維変化はタウ・タンパク質のリン酸化であるという事実が判明し、神経細胞崩壊に至る道程も明らかになりつつある。神経原線維変化がタウ・タンパク質のリン酸化であることを発見したのは井原康夫博士である。

8．認知症理解に必要な脳の解剖と機能

認知症の代表的疾患であるアルツハイマー病で侵される脳の主な部位は、海馬（大脳辺縁系）、側頭葉、前頭前野である。海馬は記憶の中枢で、脳の深部にある大脳辺縁系の一つである。大脳辺縁系は本能的・動物的な衝動、情動、記憶に関与する部位で、発生学的には前頭前野などの新皮質に対し古皮質にあたる。

記憶には、記銘（覚える）、保持（貯蔵）、想起（思い出す）の3要素があり、 短期記憶と長期記憶に大別される。短期記憶には海馬が関与し、長期記憶は大脳皮質に蓄えられる。五感から入る情報はすべて海馬に到達し、処理されて短期記憶がつくられる。短期記憶はレム睡眠中に選別されて大脳皮質（側頭連合野）に移され、長期記憶になる。頻繁にくる情報、強い刺激の情報が長期記憶になりやすい。

大脳辺縁系に属し海馬の前方に位置する扁桃体は、情動の中枢であり、好きか嫌いかの情動に関与し,

好きなら近づき、嫌いか怖いなら飛んで逃げる。心得ておくべきことは、海馬が担う記憶には、扁桃体の情動的価値判断が加わるという点である。例えば誰かと高級レストランで食事したというエピソード記憶は、高級レストランで食事をしたが、楽しくなかったという情動的価値判断とともに記憶される。

前頭前野は脳の最前部にあり、人間だけで極度に発達した新皮質である。①深い思考、②新しいことを創造する力、③コミュニケーションの力、④行動や情動、感情の制御（我慢）などを司る。④の働きについては、中田大貴らが、ヒトが我慢するとき、前頭前野が活性化することをfunctional ＭＲＩで証明し、「ニューロイメージ」2008年2月号に発表している。

アルツハイマー病の初期に障害されるのは、①海馬（側頭葉内側）、②側頭・頭頂葉、③帯状回後半である。②、③は一次視覚野からの情報を受け、空間認知にかかわる部位であるため、本人が気づく最初の症状が「漢字が読めない」などの空間認知障害であることが少なくない。ミニメンタルステート・テスト（ＭＭＳＥ）の中の、二つの重なった五角形や時計の絵の模写では、アルツハイマー病の患者は空間の認識が障害されているので、正しく模写することができない。

9.アルツハイマー型認知症

A. 初期症状

1）一般的には、短期記憶は障害されても長期記憶は比較的残るのが認知症の記憶障害であるが、初期症状としては、長期記憶のうちの名前や名称の想起障害、すなわち固有名詞が出ないことが起こる。会話の中にあれ、それなどの指示代名詞が異常に増える。

2）短期記憶の記銘障害

新しいことがおぼえられない、もの忘れがひどい、約束を忘れる、 同じことを繰り返し聞く、しまい忘れて、捜し物の時間が増える、さらに泥棒あるいは嫁に盗られたという妄想にもなる。

3）加齢による物忘れと認知症の記憶障害の違い

加齢による健忘は、体験の一部分のもの忘れで、もの忘れの自覚がある、日常生活に支障はない。認知症の記憶障害は、体験全体のもの忘れで、もの忘れの自覚がなく、進行性で、生活障害が起こる。

B. 臨床症状

1）中核症状

中核症状は、神経細胞の脱落にともなう能力の喪失で、程度の差はあるが必ず見られ、経過と共に進行するのが特徴である。記憶とくに短期記憶の障害に加え、他の認知機能障害、すなわち①見当識（時、場所）、②思考、判断、③読み書き計算などの障害、④実行障害（段取りが悪い）などが加わる。

2）行動・心理症状（BPSD）（周辺症状）

BPSD Behavioral and Psychological Symtoms of Dementia

BPSDは中核症状＋心理的要因＋環境＋人間関係（主に介護者）で起こる。つまり、中核症状があるために生ずる心理的ストレスやその反応である。必発ではない。また疾患の重症度と必ずしも平行しない。周囲の対応や環境によって、改善したり悪化したりするわけである。具体的症状としては、不安、抑うつ、焦燥、不眠、興奮などの感情障害や、妄想、幻覚などの精神症状、また　徘徊、攻撃的言動、不潔行為、危険行為、ケアへの抵抗などの行動障害がある。

C. 診断基準

1）臨床像

①既述の中核症状、周辺症状（BPSD）、②社会生活・日常生活の支障、③緩徐発症、緩徐進行性の経過、④他の疾患の否定などで診断される。

2） 認知症診断のための心理学的、知的機能テスト

①改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R)、 30点満点で20点以下は認知症疑い。HDS-Rの４－７は遅延反応（前頭前野）をみるテストが重視されている。

②ミニメンタルステート・テスト（ＭＭＳＥ30点満点）で24点以下は認知症疑い。

3）画像診断

広い意味での認知症の中には、治療可能なものがある。それを見逃さないため、MRIなど画像診断が必要である。脳梗塞、硬膜下血腫、正常圧水頭症などとの鑑別診断を行うとともに、側頭葉内側（海馬など）の選択的萎縮の有無、程度をみる。脳全体の一様な萎縮は加齢により出現する高齢者の一般的所見であるが、海馬だけの選択的萎縮はアルツハイマー型認知症の確証になる。

10．血管性認知症 Vascular Dementia

多発性脳梗塞（ラクナ）とビンスワンガー脳症が代表的なものである。中年期健康人の10%に無症状性脳梗塞があり、認知症の危険因子として重要である。

11．レビー小体型認知症

アルツハイマー型認知症と血管性認知症に次ぐ第３の認知症として注目を浴びている。1976年に小坂憲司が発表したびまん性レビー小体病は、1996年から世界的に認知され、現在では、レビー小体型認知症という名称が用いられるようになった。①鮮明で反復出現する視覚性幻覚（幻視、錯視）、②パーキンソン症候、③抗精神薬の副作用が出現しやすい、などが臨床特徴である。

12．病理所見と臨床症状との関係

アルツハイマー病では老人斑がもっとも早く出現し、10年ほど遅れて神経原線維変化が出現する。さらに10年くらい遅れて認知症の症状が現れる。しかし脳の老人斑、神経原線維変化などの病理所見と認知症の程度、・進行は必ずしも平行しない。個人差が大きい。このことがスノードンによるNun studyの研究成果で証明された。Nun Studyは、米国ノートルダム教育修道会の75歳以上の修道女（nun）678名の協力により集積された生活歴、定期的な諸検査、献脳による病理学的所見、それぞれの関連を検討した研究である。この研究で、脳の病理変化の程度（Braak のステージ分類）と生前に認知症と判定された率を対比したところ、ステージⅠからⅥと病理変化が進展するほど、生前に認知症と診断されたものの比率は当然のことながら上昇し、病理ステージ がⅤ，Ⅵでは70 %に達した。注目すべきは、Braakらのステージ Ⅴ,Ⅵの高度の病理変化があっても、その30%は生前認知症がないことである。認知症を免れたこの30%の生活歴を調べると、生前に「アクティブライフ」を送ったものであることが判明した。

このように病理所見と認知症の症状が平行しないこと、個人差があることの理由は未解明であるが、推測されている理由の一つは、若いときからの神経回路網の蓄積である。蓄積により脳の神経回路網が豊富で、シナプスの数が多く、その機能が高いことが、アルツハイマー病による脳細胞減少による機能低下を代償するという推測である。

13. シナプス機能

シナプスとは、神経細胞どうしの連結部であり、ここで神経伝達物質により神経細胞間の情報伝達が行われる。１つの神経細胞のシナプスは3～10万であり、頭は使えば使うほどシナプスが増える。つまり頭が良くなる。記憶の神経伝達物質はアセチルコリンで、アセチルコリン不足の状態がアルツハイマー型認知症である。

14. 認知症の予防

発症予防、介護予防には、認知症の危険因子を減らし、緩和因子を増強することである。認知症の危険因子は、医学的には、メタボリック・シンドローム（高血圧、高脂血症、肥満、糖尿病）、脳梗塞、脳血管障害、うつ病などである。環境的には、①社会的なひきこもり、②悪い食習慣（過食）、③運動不足、④睡眠不足、⑤ストレスである。

認知症の緩和因子としては、①積極的なライフスタイル（趣味、コミュニケーション、ボランティア、社会的活動への参加、）、②よい食習慣（ビタミンE、C、DHA、EPAが豊富な魚、高蛋白食、緑黄色野菜、果物）、③適度の運動（週2―3日で効果、やり過ぎは有害）、④規則的な睡眠リズム、⑤笑い、である。これら緩和因子が認知症になる確率を減らすことは前向き疫学的調査で報告されている。この緩和因子はまた脳の神経回路網のシナプス機能をよくする要因でもある。逆に脳の神経回路網のシナプス機能を低下させる要因は、怒り、過度のストレス、睡眠不足である。

睡眠にはレム睡眠（REM, Rapid Eye Movement）とノンレム睡眠がある。レム睡眠は 1.5時間ごと一晩に3-4回あり、このとき海馬にある多量の情報（短期記憶）が整理されて側頭連合野に移され、長期記憶として蓄えられる。情報が整理されるとき、ヒトは夢を見る。朝目覚めたときは、前日の情報が整理され、頭が冴えている。ひらめき、着想もこういうときに生じる。

よい睡眠のコツは、①レム睡眠のときに起きる(快適な寝覚め)、②夜更かししても、いつもの時間に起きる。覚醒・睡眠リズムが保たれる。③朝、強い光（日光）を浴びる。体内時計のリセットがおこり、規則的な睡眠リズムが保たれる。朝の日光はメラトニンの分泌を抑制し、覚醒をもたらすとともに、14時間後の夜の時間帯に松果体からのメラトニン分泌を増加させ、夜中の熟睡を可能にする。メラトニンの催眠作用、抗うつ作用による。留意すべきはメラトニンの増加は強い日光を浴びた14時間後にしか起こらないことである。したがって夕方に明るい光に当たるのは睡眠リズムを乱す。

15. 認知症の治療

A. 薬物療法

1）基本症状に対する薬物療法

ドネペジル（Donepezil）ーアリセプト が唯一の薬物である。アリセプトはアセチルコリンエステラーゼをブロックし、シナプス間隙のアセチルコリン濃度を高める作用をもつ。根本治療薬ではないため、病態の進行を止めることはできないが、中核症状の進行をある程度遅らせることが可能である。

2）行動・心理症状に対する薬物療法

行動・心理症状は適切なケア、良い対応の仕方､接し方で改善し、介護負担も減少する。それゆえに行動・心理症状に対応するには良いケアが大前提である。よいケアでも行動・心理症状が改善しない場合に、薬物療法を考える。抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬を適宜使用する。

B. 非薬物療法

非薬物療法として知られているのは、回想法、 音楽療法、レクリエーション、 ゲームなどである。

16. 認知症ケア

過去の介護福祉の流れは、業務中心・流れ作業のケアであった。現在では、パーソン・センタード・ケアと呼ばれる利用者中心のケア（その人中心のケア）が認知症ケアの主流になっている。これは英国のトム・キットウッドにより1980年代に提唱されたものである。パーソン・センタード・ケアの目標は、認知症の人が一人の人間として尊重され、かつ本人もそれを実感している状態を実現することである。パーソン・センタード・ケアとは、その人のすべての行動や発言には何らかの意味があると考え、その人のニーズを推測し、そのニーズに注意深く対応することによって、その人の可能性や能力を引き出すというケアである。

認知症のかたの心の状態は、初めは物忘れの持続による不安や焦燥感など常にストレスを抱えて生活する状態に置かれている。症状が進むと、自分のつらさや悩みを言葉で正確に伝えることが難しくなる。留意すべきことは、記憶は消えても心は生きている、感情機能とプライドは残るということである。その医学的根拠は、認知症の初期段階では、記憶に係わる海馬の細胞は崩壊しても、情動の中枢である扁桃体や考える前頭前野はまだ保たれているからである。介護者は、行動や表情、態度など、非言語的メッセージ（身体言語）を読み取り、心理的側面を推測して共感的態度で接することが求められる。

認知症の人への支援と同時に、介護家族への支援が重要である。家族への支援としては、まず専門医、ケアマネジャーやケアスタッフなどと協力して、認知症患者と家族を支えることを伝えることである。そして社会資源の活用をすすめる、症状の変化や介護の状況､家族の不安などについて傾聴する、家族の会など､介護仲間を紹介する、などである。

介護保険制度の平成18年度の見直しで「地域包括ケア」が国の考え方の基本方向になった。その中核拠点が地域包括支援センターである。今われわれは、介護保険単位である知多北部広域連合を形成する愛知県の大府市、東海市、知多市、東浦町の3市1町の地域包括支援センターと協同して事業展開をしている。この事業は、地域包括支援センターのレベルアップをもたらす効果だけでなく、今後の継続的な介護家族支援や「地域包括支援ネットワーク」の構築と拡大にも貢献することが期待できる。

地域ケアのネットワーク構築の担い手である地域包括支援センターには、主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士が共同作業を行いながら、総合相談・支援、介護予防事業、虐待防止・権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防マネジメントなどの事業に従事している。認知症介護家族の方がたは、困ったとき、地域包括支援センターに気軽に相談していただきたい。今後は、地域包括支援センターがつなぎ役となって、医療と介護・福祉と地域の連携を実態あるものとし、「住み慣れた地域で、馴染みの人たちと安心して暮らせる町づくり」に貢献することを期待している。

認知症の人とコミュニケーション上手になるコツ
―家族のための新しい認知症ケア―

認知症介護研究・研修大府センター
研修指導主幹　中村　裕子

人々の間には、「認知症になると何もわからなくなる」あるいは、「認知症になると、どんな行動をするか理解できなくて厄介だ」という間違ったイメージがあるようだ。しかし、認知症になっても、豊かな感情はなくならない例は、今では広く知られるようになった。そこで認知症のご本人の言葉を紹介しながら、思い込みや偏見を持たずに接する姿勢こそが、コミュニケーションの第一歩であることを第一の話題とした。

第二の話題は、認知症のご本人の行動には、体調や性格、周りの人々の関わり方などが大きく影響するということである。それらの要因を探っていくことで、行動の意味を理解しやすくなる。つまり、「どんな行動をするのかわからない人」ではなく、認知症の人の行動には必ず何らかの意味があるのである。

誰もがなりうる「認知症」という病いには、安心できることが何よりの薬となる。偏見や思い込みのないまなざしで、支えあう地域づくりが今、求められている。

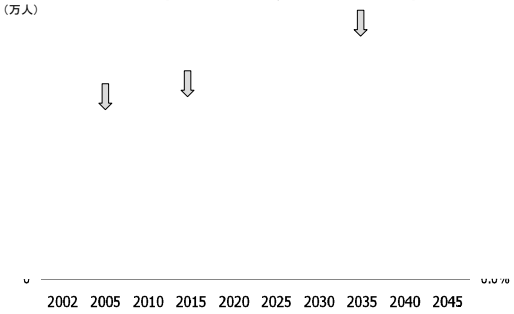
福祉医療機構平成20年度助成事業
2008年8月30日　大府市役所多目的ホール

認知症の予防とケア

知らなきゃ損する認知症の医学知識

認知症介護研究・研修大府センター
名古屋第二赤十字病院名誉院長
センター長　柳　務

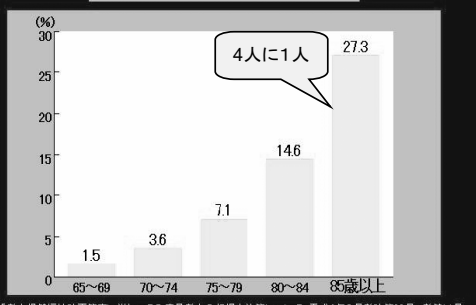
認知症高齢者数の将来推計



*2002年データは実測値。それ以降は推計値

認知症高齢者の割合

■認知症高齢者の年齢段階別出現率　平成4年



「老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆老人の把握方法等について」平成4年2月老計第29号、老健14号



用語の変遷

痴呆　→　認知症

↓

高齢者の尊厳を無視した差別的表現

↓

脳の障害により認知機能の低下をきたす、
加齢を基盤にした疾患！

長生きすれば誰にも起こりうる疾患！
高血圧、糖尿病と同様に早期発見・早期治療すべき疾患

アルツハイマー病　→　アルツハイマー型認知症



認知症の定義

いったん正常に発達した知的機能が
- ○ 持続的に低下し、
- ○ 記憶障害と
- ○ 複数の認知機能（見当識、判断力など）の障害が生じるために、
- ○ 社会生活に支障をきたす状態。

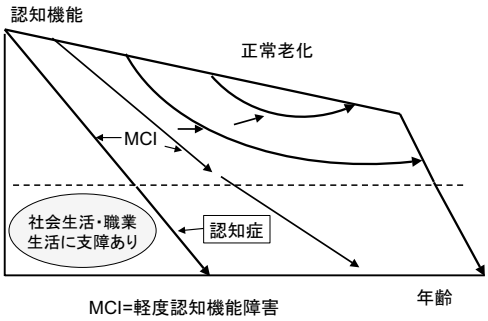
• 軽度認知機能障害
• MCI（mild cognitive impairment）

加齢による記憶障害か？
認知症の初期か？

1. 従来とはちがう記憶障害
   年齢のみでは説明できない記憶障害
   本人と家族が気づき悩む
2. 他の認知機能は正常
3. 社会生活、日常生活は正常

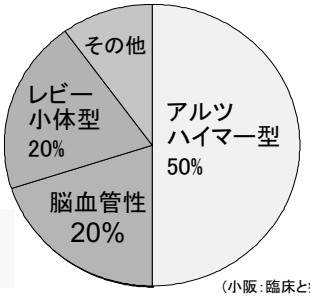
MCI のとき　適切に対応すれば発症予防につながる！
個人と国の未来を左右する国民的課題！

軽度認知障害（MCI）と認知症の概念



MCI=軽度認知機能障害

認知症の原因疾患は？



その他:
前頭側頭葉変性症
ピック病　など

（小阪：臨床と病理所見の両者で診断確定）

アルツハイマー型認知症（アルツハイマー病）

Alzheimer type dementia　ATD
(Alzheimer disease　AD)

Alois Alzheimer　アロイス・アルツハイマー

1906年　アルツハイマー病の第1例発表
Auguste D, 51歳, 女性
詳細な臨床像と剖検所見の記載



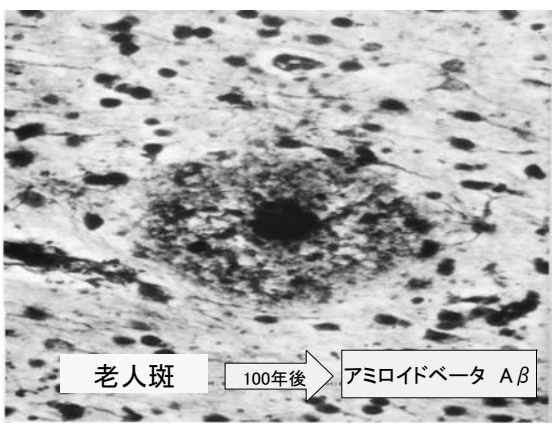
アルツハイマー病の第1例

（オーグステ D　さん）51歳, 女性, 主婦
1901. 3月　「夫が隣人の女性と散歩に出かけた」と騒ぐ
夫が異常に気付いた最初の出来事
記憶力の低下
5月　食事の用意の失敗, 徘徊
家事がおろそかになる
朝方興奮状態, 近所の家々のベルを鳴らす
物を隠すようになる
11月　夫につれられて初診. 市立精神療養所に入所
進行性記銘力低下, 失語症, 失見当識, 幻聴,
嫉妬妄想, 社会的活動喪失

Auguste Dの解剖所見

死因：褥創に伴う敗血症
解剖所見：軽い内及び外水頭症
脳萎縮
脳内細動脈の動脈硬化症？
両下葉肺炎
腎炎
脳病理：顕著脳萎縮, 脳室拡大, 動脈硬化
老人斑、神経原繊維変化

1. 老人斑　･･･　脳のシミ
2. 神経原線維変化





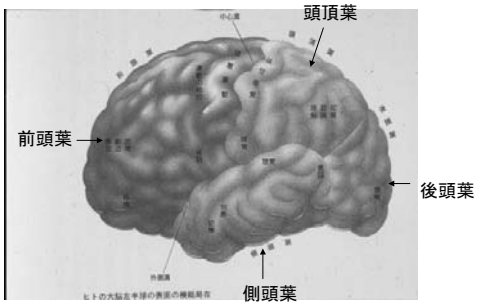
認知症理解に必要な 脳の解剖と機能

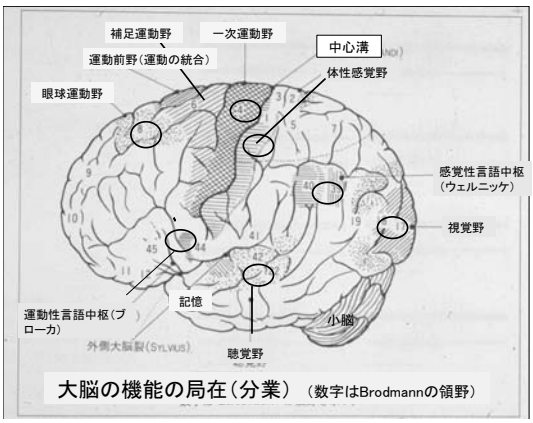
アルツハイマー病で侵される脳の主な部位

海馬、(大脳辺縁系)、 側頭葉、 前頭前野

アルツハイマー病で侵されにくい部位

運動野、感覚野





大脳の機能の局在(分業)　(数字はBrodmannの領野)

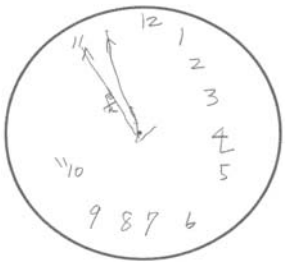
ダブルペンタゴン



二つの重なった五角形を見ながら別の紙に模写をさせるテスト。アルツハイマー病の患者では空間認識が早期から障害されるので、これを正しく模写することはとても難しい。右側はある患者の模写を示す。

《出典》田平 武. アルツハイマー・ワクチン -認知症 予防・治療の最前線. 中央法規. 2007

時計の絵



アルツハイマー病の患者は空間の認識が障害されるので、時計を描くのがとても苦手になる。

《出典》田平 武. アルツハイマー・ワクチン -認知症 予防・治療の最前線. 中央法規. 2007

記憶

記銘	覚える	情報の符号化
保持	貯蔵	
再生(想起)	思い出す	情報の検索

1 短期記憶	海馬
2 長期記憶	大脳皮質

記憶

側頭葉の内側にある

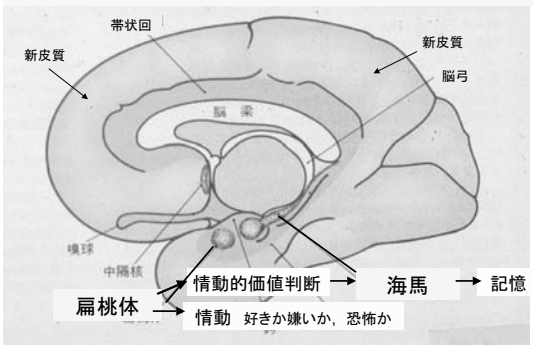
海馬が記憶の中枢

カイバ

海馬は大脳辺縁系の一つの場所

大脳辺縁系:古皮質　海馬、海馬傍回、扁桃体、脳弓、帯状回

本能的・動物的・衝動、 情動、 記憶 に関与



記憶の中枢は海馬（カイバ）

○五感から入る情報はすべて海馬に到達し、処理されて短期記憶がつくられる

○短期記憶はレム睡眠中に選別され大脳皮質（側頭連合野）に移され、長期記憶になる

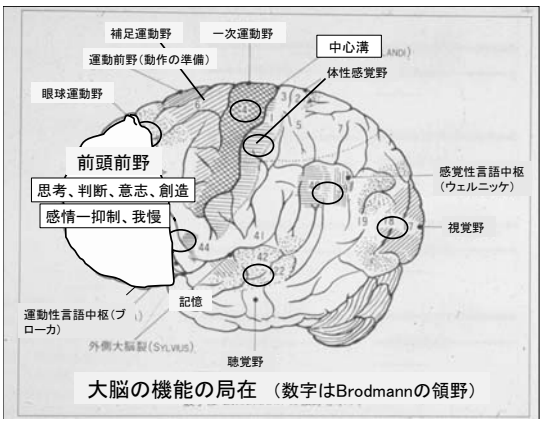
○頻繁にくる情報、強い刺激の情報は長期記憶になりやすい

前頭前野

脳の最前部。人間だけで発達

1　深い思考
2　新しいことを創造する力
3　コミュニケーションの力
4　行動や情動、感情の制御　（我慢）

中田大貴ら：「ニューロイメージ」2008年2月号
我慢するとき、前頭前野が活性化
functional MRI で 証明



大脳の機能の局在　（数字はBrodmannの領野）

アルツハイマー型認知症の初期症状

1　長期記憶のうちの名前や名称の想起障害
　　固有名詞が出ない
　　会話の中にあれ、それなどの指示代名詞が異常に増える
2　短期記憶の記銘障害
　　新しいことがおぼえられない
　　もの忘れがひどい。 約束を忘れる。
　　同じことを繰り返し聞く。
　　しまい忘れて、捜し物の時間が増える。
　　泥棒あるいは嫁に盗られたという。
　　器具等の操作マニュアルを憶えられない

註　短期記憶は障害されても長期記憶は比較的残る
　　昔のことはよく覚えている

アルツハイマー型認知症の初期症状

1　長期記憶のうちの名前や名称の想起障害
2　短期記憶の記銘障害
3　興味や関心の薄れ
　　好きなこともしなくなる
　　会合などの外出をしない
　　おしゃれをしない。身なりがだらしない
4　職場での意欲的・創造的仕事・能率の低下
5　情動の制御力の低下
　　悲しいTVで涙もろい　感性豊か？
　　感性が豊かになったのではなく、前頭前野の老化！
　　怒りっぽい、短気、 家族との口げんかが増える

加齢による物忘れと認知症の記憶障害の違い

加齢による健忘	認知症の記憶障害
体験の一部分のもの忘れ	体験全体のもの忘れ
• もの忘れの自覚がある	もの忘れの自覚がない
• もの忘れは進行しない	もの忘れは進行性で悪化する
• 日常生活に支障はない	生活障害が起こる

中核症状

・ 神経細胞の脱落に基づく
・ 程度の差はあるが必ず見られる
・ 経過と共に進行する

1.　ひどい記憶障害　（とくに短期記憶）

2.　他の認知機能障害
　　見当識（時、場所）、 思考、 判断、
　　読み書き計算　（失語、失算、失書、失認、失行）
　　実行障害　（段取りが悪い）

行動・心理症状（BPSD）（周辺症状）

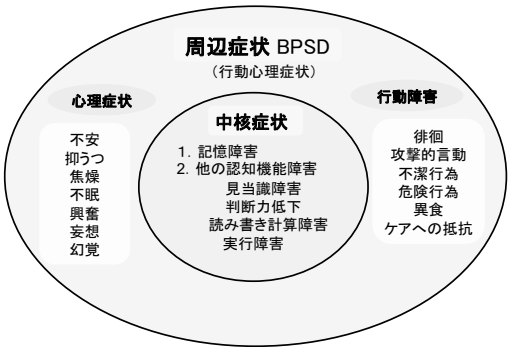
BPSD　Behavioral and Psychological Symtoms of Dementia

中核症状＋心理的要因＋環境
＋　人間関係　（主に介護者）

1. 中核症状があるために生ずる心理的ストレスや反応
2. 必発ではない ⇨ 周囲の対応や環境で変わる
3. 疾患の重症度と必ずしも平行しない

不安、 抑うつ、 焦燥、 不眠、 興奮、　妄想、 幻覚
徘徊、 攻撃的言動、 不潔行為、 危険行為、 ケアへの抵抗

認知症の症状をまとめると？



認知症の診断基準

1. ひどい記憶障害　とくに短期記憶　（海馬の症状）
   記銘　保持　想起（再生）
2. 他の認知機能障害
   見当識　：「時間」⇒「場所」⇒「人物」と進行
   思考、判断、 実行機能障害　（前頭前野の症状）
   読み書き計算（失語、失算、失書、失認、失行）
3. 社会生活・日常生活に支障（発症3-4年後から目立つ）
4. 発症ゆっくり、緩徐進行性　（特にアルツハイマー病）

２　認知症診断のためのテスト

1. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）
   30点満点、20点以下認知症疑い
2. ミニメンタルステート・テスト（MMSE）
   30点満点、24点以下認知症疑い
3. N式老年者用精神状態尺度（NMスケール）
   50-48点正常

改訂長谷川式知能評価スケール（HDS-R)

1 年齢	1 点
2 時間の見当識	4
3 場所の見当識	2
4 3つの単語の直後再生	3
5 計算	2
6 数字の逆唱	2
7 3つの単語の遅延再生	6
8 5つの物品課題	5
9 言語の流暢性	5
合計	30 点

- HDS-Rの4－7は遅延反応（前頭前野）をみるテスト

アルツハイマー型認知症の診断

1　問診によるくわしい病歴、神経学的診察

2　心理学的・知的機能テストによるアセスメント
（HDS-R, MMSEなど）

3　画像診断　：頭部CT、 MRI

a 脳梗塞、硬膜下血腫、正常圧水頭症の鑑別
b 側頭葉内側（海馬など）の選択的萎縮

認知症の分類・鑑別診断

代表的な認知症

1	アルツハイマー病	（50-60%）
2	血管性認知症	（20-30%）
3	レビー小体型認知症	（5-10%）
4	その他	（5 %）

（前頭側頭型認知症、ピック病など）

治療可能な認知症（正確に

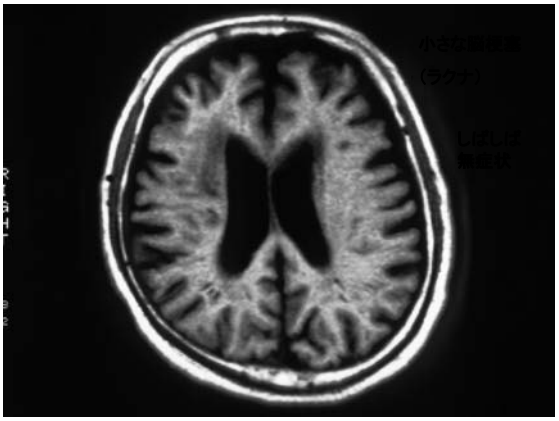
1　正常圧水頭症
2　慢性硬膜下血腫
3　甲状腺機能低下症
4　ビタミンB12欠乏症
5　脳腫瘍

重要なこと！
広い意味の認知症の中には
治療可能なものがある！
それを見逃さないため
MRIなど画像診断が必要！

（脳）血管性認知症

Vascular　Dementia

多発性脳梗塞　（ラクナ）
ビンスワンガー脳症



血管性認知症

中年期健康人の10%が
無症状性脳梗塞

認知症の危険因子として重要

Stroke　2008年

脳卒中の世界的な学会誌

レビー小体型認知症

1976年　小坂憲司　びまん性レビー小体病の発見

1996年から世界的に認知
レビー小体型認知症
という名称

最終警告! たけしの本当は怖い
家庭の医学　（ビートたけし）

2007年6月12日放送

アルツハイマー病と脳血管性認知症に次ぐ
第3の認知症　レビー小体型認知症！

1. 鮮明で反復出現する視覚性幻覚（幻視、錯視）
2. パーキンソン症候
3. 抗精神薬の副作用が出現しやすい

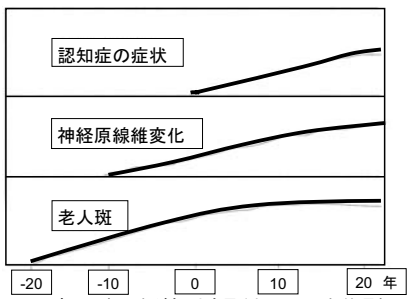
アルツハイマー病の病理所見と臨床症状との関係

Q1 アルツハイマー病の予防はいつから必要か？

早ければ早いほどよい！

アルツハイマー病の発症の
少なくとも20年前から・・・・・・
老人斑は脳で増えている ‼

アルツハイマー病の時間的推移



アルツハイマー病では老人斑がもっとも早く出現し、10年位遅れて神経原線維変化が出現する。さらに10年位遅れて認知症の症状が現れる。

《出典》田平 武. アルツハイマー・ワクチン -認知症 予防・治療の最前線. 中央法規. 2007

Q2　アルツハイマー病の病理所見と認知症の進行は平行するか？

・必ずしも平行しない！
・個人差が大きい！
Nun studyの研究成果で証明！

Nun Study（スノードン） Aging with Grace 100才の美しい脳、（2004年）

75歳以上の修道女（nun）の678名、検査と献脳によるデータ集積

（米国ノートルダム教育修道会）

病理ステージ分類と生前認知症と判定された率（118名）

Braak の	ステージ Ⅰ, Ⅱ	22 %
	ステージ Ⅲ, Ⅳ	43 %
	ステージ Ⅴ, Ⅵ	70 %

Braakらのステージ Ⅴ, Ⅵの**30%**は生前認知症なし
この**30%**は生前に「アクティブライフ」を送った者！

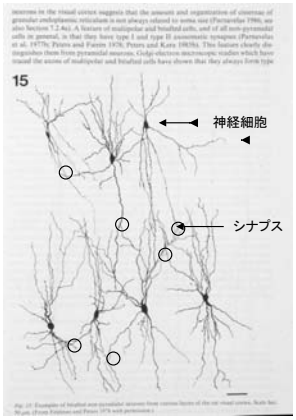
病理所見と認知症の症状が平行しない理由は？ ⇒ 未解明

推測

若いときからの蓄積
1. 脳の神経回路網が豊富
2. シナプスの数が多く、その機能が高い

脳の細胞死滅を代償

神経回路網

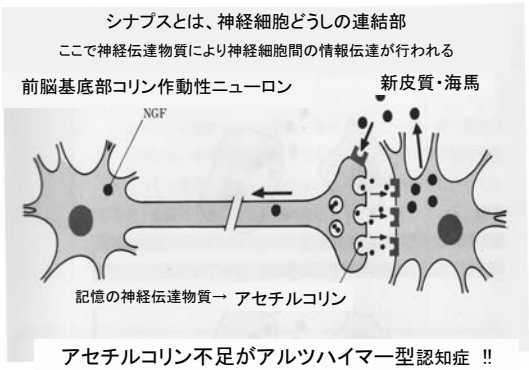


1つの神経細胞のシナプスは10～3万

頭は使えば使うほどシナプスが増える
→頭が良くなる

脳の可塑性

シナプスとは、神経細胞どうしの連結部
ここで神経伝達物質により神経細胞間の情報伝達が行われる



アセチルコリン不足がアルツハイマー型認知症 !!

認知症の予防

発症予防 !
介護予防 !

認知症の危険因子を減らし
緩和因子を増強する

認知症予防の危険因子

医学的
1） メタボリック・シンドローム
（高血圧、高脂血症、肥満、糖尿病）
2） 脳梗塞、脳血管障害（高血圧が関与）
3） うつ病
4） 頭部外傷、感染症、代謝異常

環境的
1） 知的・社会的活動: 無趣味、ひきこもり、
“閉じこめ”は最悪 !!
2） 食習慣: 高カロリー食、高脂肪食
3） 運動不足
4） 睡眠不足
5） ストレス: 死別（配偶者、ペット）、苦悩、落胆、悲哀
6） 喫煙: 百害あって一利なし

認知症予防の緩和因子

医学的
1 疾患（高血圧、脳血管障害、生活習慣病など）の
予防とコントロール

環境的
1 知的社会的環境: 積極的なライフスタイル
趣味、コミュニケーション、ボランティア、
2 食習慣
ビタミンE、C
魚、高蛋白食、
緑黄色野菜、果物

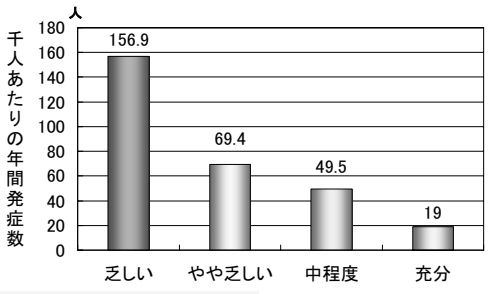
食・運・睡は がん、脳卒中、メタボ、認知症の共通の緩和因子 !

3 適度の運動 週2日で効果、やり過ぎは有害
4 睡眠リズム、 長さより規則的な睡眠
5 笑い

知的・社会的活動に積極的に参加することが
認知症になる確率を減らします！



認知症発症数と社会的接触頻度



前向き調査でエビデンス証明

（Fratiglioni, 2000）

知的社会的活動と アルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣		危険度
Verghese Jら (2003)	チェスなどのゲーム	ほとんどしない	1
		よくする	0.26
	ダンス	ほとんどしない	1
		よくする	0.24

前向き調査でエビデンス証明

食習慣、栄養で認知症の危険度が変わる



- 魚の摂取
  DHA、EPAが豊富
  1日18．5g以上の摂取で危険度は1/3
- 野菜・果物の摂取
  1日10．4国際単位以上の摂取で危険度は1/3



- ワインの摂取



魚の摂取量と アルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣		危険度
Kalmijn（1997）	魚の摂取量	1日あたり 18.5g 以上	0.30
		1日あたり 3g 以下	1
Barberger-Gateau P (2002)	魚・シーフードの摂取頻度	1日に1回	1
		週に1日	1.64
		週1日未満	2.24
		食べない	5.29

前向き調査でエビデンス証明

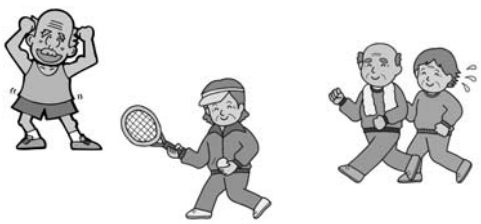
野菜や果物中のビタミンEの摂取量と アルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣		危険度
Morris MC（2002）	野菜や果物中のビタミンEの摂取量	1日あたり 10.4 国際単位以上	0.30
		1日あたり 7.0　国際単位以下	1

前向き調査でエビデンス証明

運 動

週2－3回以上の運動習慣で認知症の危険度は下がる



運動習慣と アルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣		危険度
Lindsay Jら (2002)	運動習慣	あり	0.69
		なし	1
Laurinら (2001)	運動強度と頻度の組み合わせ	ウォーキング以上の強度の運動を週 3 回以上	0.50
		ウォーキング程度の強度の運動を週 3 回以上	0.67
		まったく運動しない	1

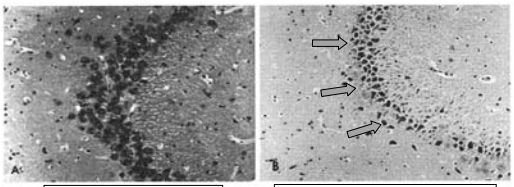
前向き調査でエビデンス証明

脳の神経回路網の シナプス機能を低下させる要因

1. **怒り**
2. **過度のストレス**
3. **睡眠不足**

ストレスによる海馬神経細胞死

怒り、恐怖、不安などのストレス



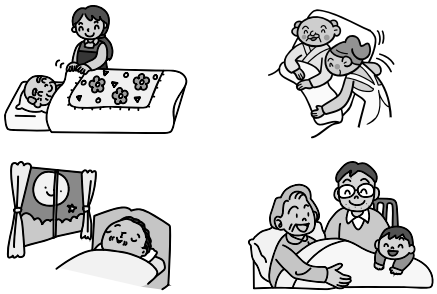
対照ラット　　ストレスを加えたラット

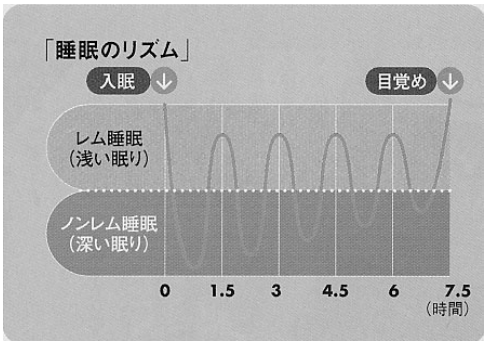
ラットにストレスを加えると海馬CA3の領域の神経細胞が

小さくなり、一部は死んでしまうため、数が減少する！

《出典》田平 武. アルツハイマー・ワクチン -認知症 予防・治療の最前線. 中央法規. 2007

睡　眠





※ レム＝REM（Rapid Eye Movement）⟶ 夢

レム（REM）睡眠のとき

（　　）

情報が整理されるとき
夢を見る！

朝目覚めたときは、
前日の情報が整理され、
頭が冴えている。
ひらめき、着想も起こる！

1.　夢を見ている
　　脳波は覚醒脳波

2.　海馬にある多量の情報（短期記憶）が
　　整理されて
　　側頭連合野に移され、
　　長期記憶として蓄えられる

よい睡眠のコツ

1.　レム睡眠のときに起きると→快的な寝覚め

2.　夜更かししても、いつもの時間に起きる
　　→覚醒・睡眠リズムが保たれる

3.　朝、強い日光を浴びる！
　　→ 睡眠リズム（体内時計）のリセットがお
　　→ メラトニンの分泌を抑制し、覚醒状態にか
　　→ 14時間後（夜）に松果体からのメラトニン分泌がふえ、夜中に熟睡できる！

メラトニン
1. 催眠作用
2.　抗うつ作用

重要なこと！
14時間後にしか増加しない！

認知症の治療

1　薬物療法
　1）進行を遅らせ　良い状態を保つ
　　アリセプト
　2）行動障害に対する対症療法
　　抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬

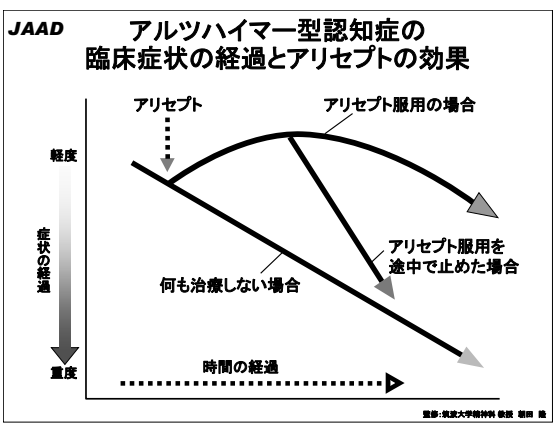
2　非薬物療法
　　行動障害を減らして介護負担を減らす
　1）適切なケア
　　良い対応の仕方、 接し方
　2）回想法、 音楽療法、レクリエーション、 ゲームなど
　3）コミュニケーション、趣味、 娯楽、 楽しいこと

基本症状に対する薬物療法

ドネペジル（Donepezil）ーアリセプト®

- **アリセプトはアセチルコリンエステラーゼをブロックし、**
- **シナプス間隙のアセチルコリン濃度を高める**

アメリカ、ヨーロッパ、日本で承認



薬の副作用　（アリセプト）

アセチルコリンの過剰による薬理作用
1.　消化器症状　（下痢、吐き気）
2.　精神症状の興奮
3.　顔面の紅潮

薬剤一般の副作用
1. 過敏症
2. 臓器障害（肝、腎、骨髄など）

認知症の予防とケア　知らなきゃ損する認知症の医学知識　講演資料

行動・心理症状に対する薬物療法

幻覚・妄想
グラマリール錠　　錠

夜間せん妄（不
グラマリール錠

抑うつ気分
ルボックス錠（25mg）　2～3錠
ルジオミール錠（10mg）1～3錠　、アモキサン（25mg）2～3錠

不眠
アモバン錠（10mg）1～2錠　、サイレース（1mg）1 錠

まず良いケアで対応する！
ケアで対応困難な場合に
薬物療法を考える！

認知症ケア

目標

認知症になっても、自立した生活を
できるだけ長く送ることにより、
身体と脳の残存機能の維持を図り、
介護を要する時期を遅らせる
その支援は介護予防の要諦！

介護福祉の流れ

介護保険導入
（平成12年）

福祉がまだ「施し」だった時代 ⇒ 業務中心・流れ作業のケア ⇒ 利用者中心のケア

パーソン・センタード・ケア
・認知症ケアマッピング（DCM）
・センター方式
など

認知症ケアの基本的考え方

現在の主流は
パーソンセンタードケア
（その人中心のケア）

パーソン・センタード・ケアの基本的な考え方

- **認知症であってもなくても、周囲の人や社会とのつながりの中で、一人の人として尊重される存在にかわりはない**
- **すべての行動や発言には、何らかの意味があると考える**
- **その人の歴史（生活歴）やその人らしさを踏まえ、可能性や能力を引き出す**

認知症のかたの「心」の状態

記憶は消えても心は生きている！

感情機能とプライドは残る！

初期段階では，物忘れの持続による不安や焦燥感など心理的問題を訴える。
常にストレスを抱えて生活する状態

⇩

症状が進むと，自分のつらさや悩みを言葉で伝えることが難しくなる。

⇩

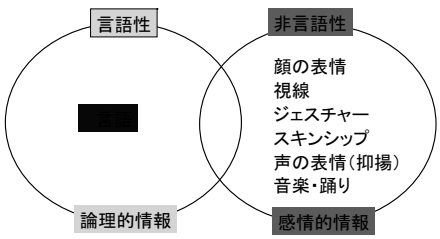
介護者は、行動や表情，態度から，心理的側面を推測し、非言語的メッセージ（身体言語）を読み取ることが重要！
そして共感的態度で接する ことが求められる ‼



中日新聞

国立長寿医療センターと認知症介護研究・研修大府センターの共同研究

ヒトのコミュニケーションに用いられるシグナル



・相手の心の状態を読むための大切な情報
・認知症高齢者には、表情やジェスチャー豊かに伝える

介護者・利用者が心を通わせるのにとても大切！

認知症の予防とケア　知らなきゃ損する認知症の医学知識　講演資料

自立した生活の意味

1　身体的
　自ら体を動かすことは、リハビリ効果
　身体機能を維持でき、介護予防になる
2　精神的
　自立は自尊心を高め、自発性を維持する
3　脳科学的
　自立は残存している脳のシナプス機能を刺激し、残っている認知機能の維持に役立つ

認知症の人への支援

医療、介護・福祉、地域の連携で！

住み慣れた地域で、馴染みの人たちと安心して暮らせる町づくりを！

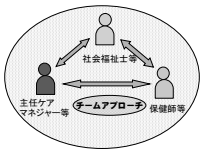
認知症サポーター100万人、　キャラバンメイト

家族への支援

医療、介護・福祉、地域の連携で！

- 専門医、ケアマネジャーやケアスタッフなどと協力して、認知症患者と家族を支えることを伝える
- 社会資源の活用をすすめる
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の会など、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、往診をするなど介護者の負担の少ない方法をとる

地域包括支援センター



地域ケアのネットワーク構築の担い手！

医療 ⇔ 地域 ⇔ 福祉・介護

- ○　総合相談・支援
- ○　介護予防事業
- ○　虐待防止・権利擁護
- ○　包括的・継続的ケアマネジメント支援
- ○　介護予防マネジメント

認知症の人とコミュニケーション上手になるコツ　～家族のための新しい認知症ケア～　講演資料

パーソン・センタード・ケアの視点を活かして

認知症の人とコミュニケーション上手になるコツ

～家族のための新しい認知症ケア～

認知症介護研究・研修大府センター
研修部　中村裕子

1

パーソン・センタード・ケアの視点

- 認知症の人を、「何もわからない人、できない人」と決め付けてしまわず、一人の人として尊重すること。
- その人の視点、立場に立ったケアを行おうとすることです。

本人の安心⇒激しい症状の緩和
⇒介護者の安心⇒双方のよい関係

2

コミュニケーションとは？

- 情報を共有する
  （主に言葉を通して）
- 情動（感情）を共有する
  （言葉ぬきで、共に楽しむなど）

「心を通わす」

3

認知症の人って？



- どんなイメージですか？

・「何もわからなくなってしまった人」
（本人は幸せ）

・「どんな行動をするか理解できない人」
（厄介な人）

4

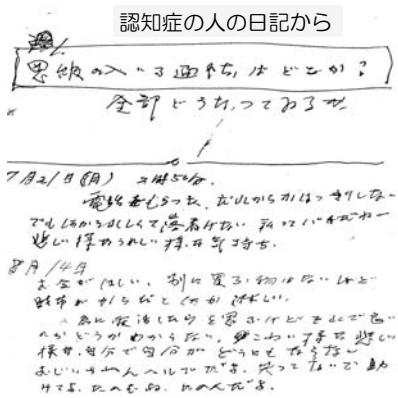
本日お伝えしたいポイント

何もわからなくなってしまった人　⇒
1）共通の感覚や感情は豊かに残っています
・思い込みや偏見を持たずに接してください

どんな行動をするか理解できない　⇒
2）行動には理由があります
・「なぜ？」と考えてください

5

認知症の人の日記から



ご本人の中でどんなことが起こっているのでしょう？

認知症介護指導者
22期生　野中良子提供

6

共通の感覚や感情は豊かに残っています

- 恩給の入っている通帳はどこか　不安
  全部どうなってゐるか
- （電話を受けたが）誰からかはっきりしない　記憶は曖昧
  何かうれしくて落ち着けない　感情は鮮明
- 私ってバカだねー　情けなさ
- 悲しい様なうれしい様な気持ち　複雑な感情
- お金がほしい。別に買ふ物はないけど
  財布がからだと何か淋しい　当たり前の気持ち
- こわい様な悲しい様な、自分で自分が
  どうにもならない　恐怖・おそれ・無力感
- おじいさんヘルプだよ　笑ってないで助けてよ

共通の感覚や感情は無くなりません

- 相手が「誰」とわからなくなっていても、その人が笑顔でいるのか、怒っているのか、自分のことが好きなのかどうかを敏感に感じとることができます。
- 出来事自体は忘れても、楽しい気分や嫌な気分という感情は残ります。

8

本日お伝えしたいポイント　1）

何もわからなくなってしまった人　⇒
共通の感覚や感情は
豊かに残っています

・思い込みや偏見を持たずに
接してください

9

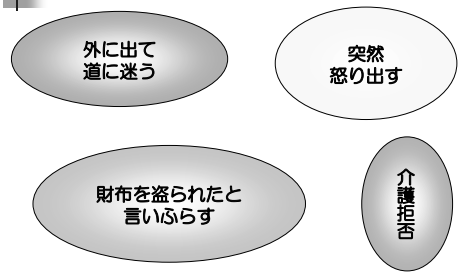
本日お伝えしたいポイント　2）

どんな行動をするか理解できない　⇒
行動には理由があります
（うまく表現できないだけ）

「なぜ？」と考えてください

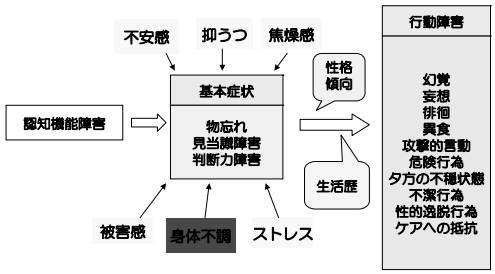
10

認知症の人の状態や行動



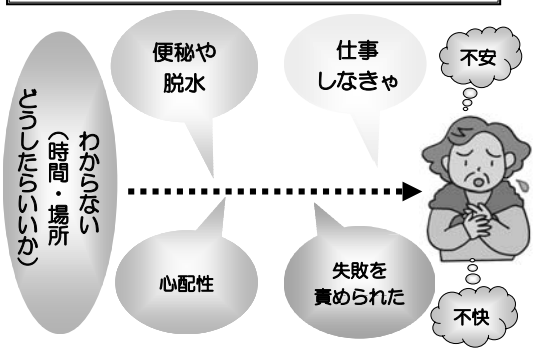
11

認知症による行動障害の出現原因



出典　加藤伸司「認知による行動障害（BPSD）の理解と対応」「高齢者歯科介護実践講座Ⅱ」第一法規、p152、2002

イライラして落ち着かないのはなぜ？



行動に影響を与える要素

- 認知機能障害
  （物忘れ・時間や場所がわからない等）
  +健康状態（発熱、便秘等）
  +性格傾向（心配性、几帳面、親分肌等）
  +生活歴（職業、習慣、好み等）
  +周りの人との関わり
  （プライドを傷つけられる等）

14

本日お伝えしたいポイント　2）

どんな行動をするか理解できない　⇒
行動には理由があります
（うまく表現できないだけ）

「なぜ？」と考えてください

15

大切なことは...

- 大変な不安や混乱を抱えながら、うまく伝えられない人なのだと考える姿勢
- 「この人はどんな気持ちで、この行動をしているのだろう？」「この人の行動の理由は何だろう？」と考える姿勢

16

本人の声を聴いてください

- 常に不安があります。
- 急な出来事には対処できません。
- 無理やり何かをやらせようとしないで。
- 全ての音は「がやがや」という騒音になって、人が何を言っているのかわからなくなります。
- 記憶に残るのは、あなたが何を言ったかではなく、どんなふうに話したかです。

『私は私になっていく　痴呆とダンスを』
クリスティーン・ブライデン著　かもがわ出版より

17

まとめ　接するときは…

- その人の視界に入り、同じ目の高さでゆっくりと笑顔で話しかけてください。
- 一度にたくさんのことを伝えず、簡単な短い言葉でひとつづつ伝えてください。
- 時間をかけて、理解できるのを待ってください。

18

まとめ　接するときは…

- できるだけ静かなゆったりした環境を作ってください。（物理的、人的）
- 嫌がらない範囲内で、身体にふれて、不安をやわらげてください。
- イライラは伝わります。思い切って第三者に任せることも大切です。

19

町で認知症の人を見かけたら…

- 認知症になると、突然別人になってしまうわけではありません。
- まずは普通に「こんにちは」と挨拶からスタートしましょう。
- 不安そうなら、お茶に誘ったり、散歩につきあってあげてください。
- 顔見知りの人が優しく声をかけてくれれば、不安もやわらぎます。

20

皆で支え合う地域作りを！

認知症の人にとって、安心できることが何よりの薬です。認知症を正しく知り、思い込みや偏見のないまなざしで、本人や家族を見守ってください。

認知症の人や家族の思いを理解して「一人で抱えこまないで」その一言で家族は楽になれるかもしれません。



21

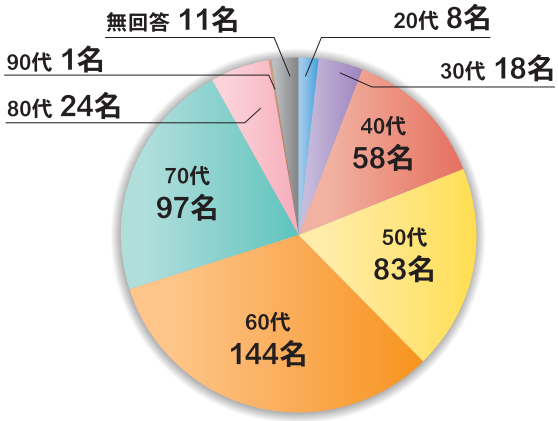
ご清聴ありがとうございました。



（4）参加者の関心と講評

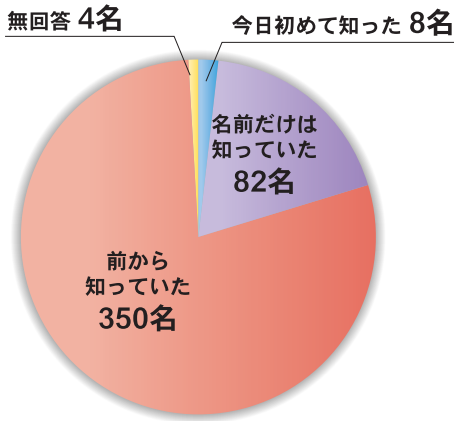
1) 参加者の年齢層

参加者の年齢層は60代が多く144名、次いで70代が97名、50代が83名、40代が58名、80代が24名であった。中には90代の参加もあり、認知症の予防とケアに関する市民の関心の高さがうかがえた。



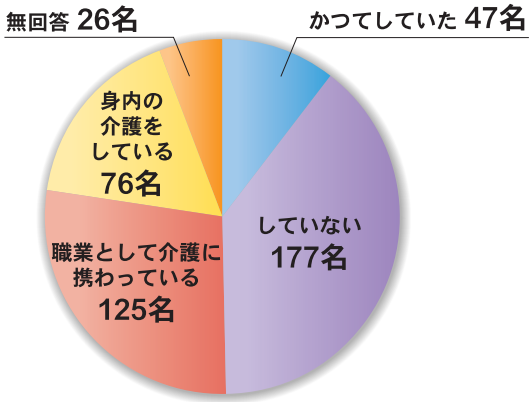
2) 認知症がどのような病気であるかご存知でしたか

認知症を前から知っていた方が圧倒的に多く350名、名前だけを知っていたと答えたのが82名、今日初めて知ったと回答したのが8名であり、認知症について知っている方が大多数を占めていた。



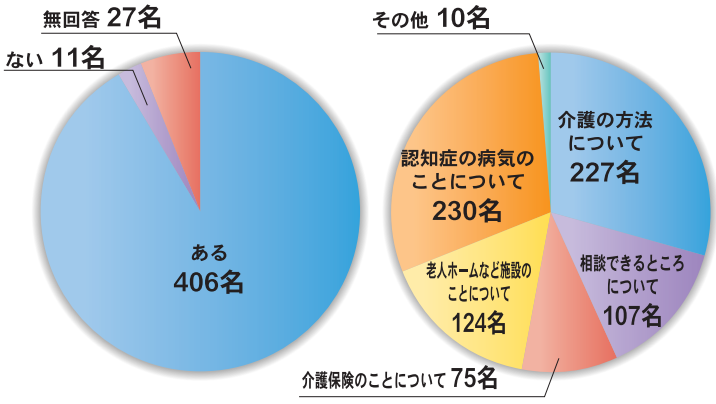
3) あなたは現在、どなたかの介護をしていらっしゃいますか（複数回答）

介護をしていないのと答えたのが177名、職業として介護に携わっている方が125名、身内の介護をしている方が76名、かつてしていたが47名であった。



4) 認知症介護について興味・関心はありますかまたそれはどんなことですか（複数回答）

関心があると答えたのが406名で、ないが11名、無回答が27名だった。また、関心のある内容については、認知症の病気のことについてが一番多く230名、介護の方法についてが227名、老人ホームなど施設のことについてが124名、相談できるところについてが107名、介護保険のことについてが75名であった。



2．介護専門職向けの特別講演会の開催

日　時：平成21年1月23日（金）14:00～16:00
場　所：大府市勤労文化会館　くちなしホール
　　演題「認知症ケア現場に活かすパーソン・センタード・ケア」
講　師：水野　裕（認知症介護研究・研修大府センターＤＣＭ推進室）
　　村田康子（認知症介護研究・研修大府センターＤＣＭ推進室マネージャー）
　　中村裕子（認知症介護研究・研修大府センター　研修部　研修指導主幹）
参加者：約230名

（１）内容

水野裕氏より「パーソン・センタード・ケア」の考え方についての講義があり、中盤は、実際のケア場面を想定したロールプレイを行った。客席からもロールプレイに参加してもらい、認知症ケア現場での専門職のかかわりの在り方について客席と一緒に考えていく形式で講演会を行った。以下は、当日の参加者のアンケートによる講評である。



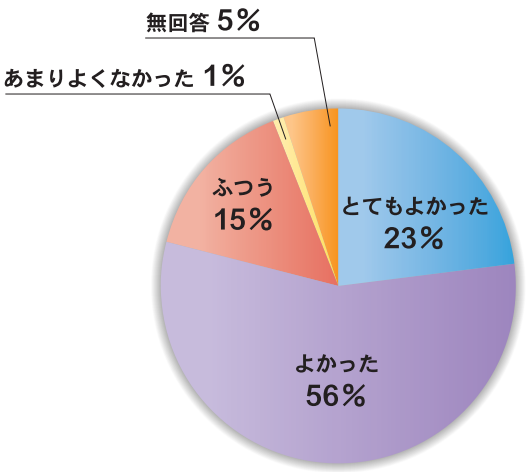




（２）参加者の声

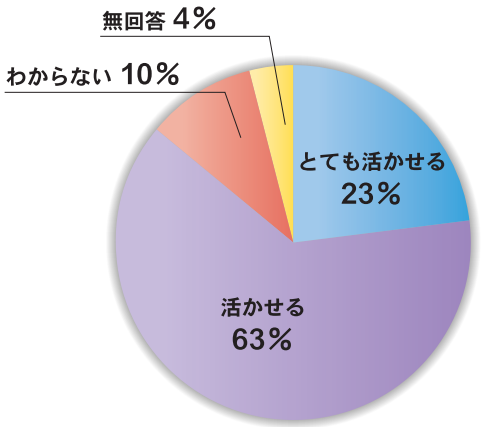
研修会の内容は、とてもよかったと回答したのは23%（40名）、よかったと回答したのは56%（97名）、ふつうと回答したのは15%（25名）、あまりよくなかったと回答したのは1%（1名）、無回答が5%（9名）であった。（図1）

図1　研修会はどうでしたか



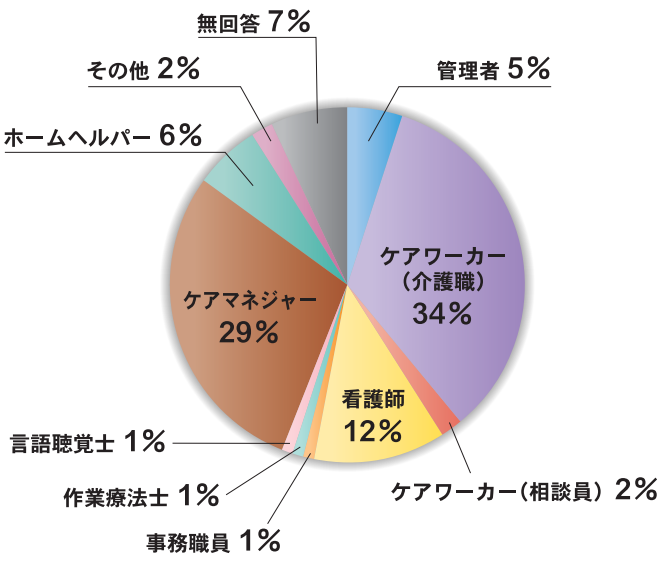
研修の内容を仕事に活かすことができるかどうかという問いには、とても活かせると回答したのは23%（39名）、活かせると回答したのは63%（108名）、わからないと答えたのは10%（17名）、無回答が8名（4%）であった。（図2）

図2　研修会は、仕事に活かすことができるか



また、今回の講演会に参加した方々の内訳は、ケアワーカーが全体の34%を占めて56名、次いでケアマネジャーが29%の47名、看護師が12%で20名であった。（図3）

図3　来場者の職種



1. 調査の目的と意義

（１）調査目的

本調査は、要介護認定を受けている方（介護保険第一号被保険者）とその家族を対象に送付するもので、要介護者の心身と介護保険サービス利用の状況と、介護者の介護の内容、もの忘れの有無と受診について明らかにするものである。

（２）本調査の社会的意義

認知症高齢者の介護家族を支援する方法を構築することは、単に家族介護を代替するサービスの提供、つまり「介護量の軽減」というだけではなく、介護過程における認知症高齢者の状態の変化、必要とする介護家族に対する支援、介護過程を視野においた支援のあり方を追及することである。

介護問題が引き起こす最悪のケースとして、介護者による懸命な介護の結果が「虐待」という形で事件となりマスメディアが報じることが増えてきている。介護者と要介護者という2者間の介護生活は、介護される側、介護する側という力関係を生み出し、また適度な距離が保てずに虐待という結果になってしまいがちである。一方で、介護を家族から一切切り離し、すべてを社会サービスの中で進めていくことも、介護保険導入後可能となった。しかし家族を家族成員から排除し、あるいは地域から排除しがちとなることを指し示している。介護家族を支援することは、認知症高齢者をとりまく社会関係を再生するためのシステムや、社会資源等を整えることである。これは、認知症高齢者が家族とともに生活を継続していくことを可能にすることにつながる。

本調査では、同一期間に、認知症の症状がありながら在宅で暮らしている方々と、他の疾患や障害により介護保険のサービスを利用して在宅で暮らしている方々を対象とし、全体の4分の1を抽出してアンケートを行う機会を得た。これは、多くの高齢者は、家族がもの忘れに気付いていても「歳相応である」と診断されている現状や、あるいは「ボケは治らない」という知識が先行し、受診をせずに生涯を終えようとしている方々がどの程度いるかということを明らかにするものである。

これまでの認知症高齢者に関連した先行研究では、認知症高齢者の家族の介護負担を明らかにするものが中心であり、介護の状況やその際の診断の有無までをも加味したものではない。

2．調査方法

（１）調査対象

平成20年12月31日時点で、知多北部広域連合の管轄する３市１町に住所地がある65歳以上の第一号被保険者で、なおかつ要介護認定を受けた方のうち要介護１～５と認定され、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・ケアハウス・グループホームに入所している方を除く自宅で生活をしている方2,000名を対象とした。その中から、要介護１～５の方を各400名ずつ抽出した。

今回の調査では、認知症に関することと介護家族の状況を明らかにすることが目的となるため、介護予防の対象である要支援１・２の方は調査対象から除いた。

（２）調査方法

調査期間：平成21年1月15日～1月31日
調査方法：質問紙による郵送法（自記式郵送調査）

（３）調査内容

質問項目は、要介護認定者ご本人宛の封書であるために、ご本人が回答する場合を考慮して、前半はご本人に記入してもらい、ご本人がＡＤＬの低下などにより回答できない場合にはご家族などに回答してもらうようにした。後半は、介護が必要で現在家族が介護している場合に、主介護者に記入してもらうようにした。

【前半】
・現在の生活場所
・現在の住まい方
・要介護度
・現在受けている（受けたことのある）介護保険サービス
・体や生活に対する不安
・性別
・年齢
・何人で暮らしているか

【後半】
・介護者の性別
・介護者の年齢
・介護者と本人の続柄
・仕事の有無
・介護期間
・地域包括支援センターに関すること
・介護相談をした場所
・現在の介護の内容
・入所の申し込みの有無
・相談や支援を求める家族の続柄
・医療機関への受診
・物忘れに関すること
・今後の生活や介護に対する心配事について
・介護負担

（４）倫理的配慮

調査対象者に対しては、調査票郵送時に調査主旨と調査の依頼を添付した。また、回答者が特定されないよう無記名での返信であることを明記した。知多北部広域連合と当センターとは、事前に個人情報取扱についての覚書を交わした。

3. 調査結果

（1）回答率

2,000名にアンケートを送付した結果、1,196名から回答を得た。回収率は58.9%であった。

（2）結果

回答者

回答している人は、家族が979名（82%）、本人が172名（14%）、その他が38名（3%）、無回答が7名（1%）であった。その他では、ヘルパーやケアマネジャー、知的障害者ケアホーム世話人が回答していた。

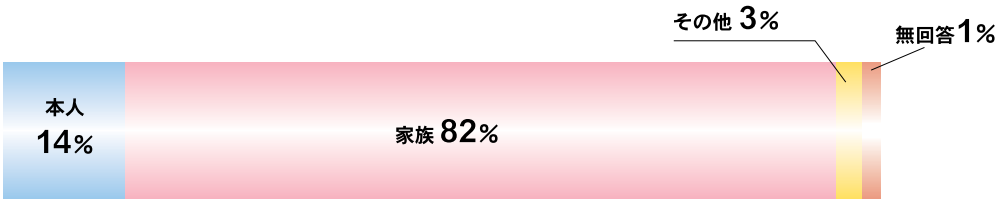


図3-1　回答者

現在の生活場所

要介護認定を受けた方が、現在どこに住んでいるのかという問いでは、自宅が981名（82%）、病院に入院中が128名（11%）、老人福祉施設等に入所中が61名（5%）、その他が16名（1%）、無回答が10名（1%）であった。平成20年12月現在のデータでは、実際に保険給付を行った時期と2か月の誤差が生じるため、10月から12月の間に61名が施設入所をしたということになる。また、病気療養中により入院していることは、介護保険給付の中では、明らかにされないため、このような結果に反映された。

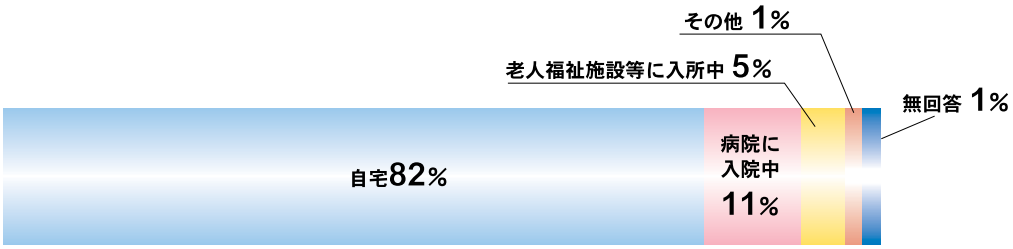


図3-2　現在の生活場所

1) 現在誰と住んでいるか

現在の住まい方として、子世代との同居が388名（32%）、子と孫との同居世帯が332名（28%）、夫婦世帯が292名（24%）、ひとり暮らしが116名（10%）、その他が63名（5%）、無回答が5名（1%）であった。その他の内訳は、甥姪との同居が5名、兄弟姉妹が3名、常駐ヘルパーが1名、老人ホームの入所者が5名という記述がみられた。

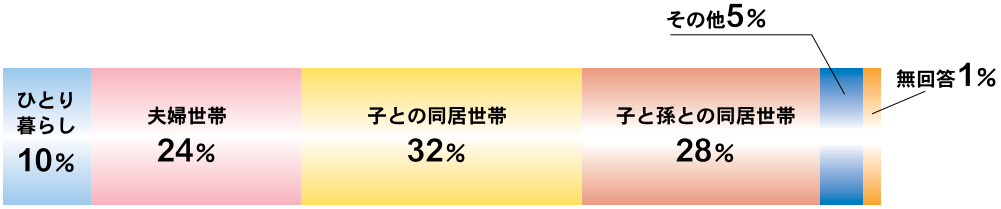


図3-3　現在誰と住んでいるか

2) 現在の要介護度

要介護度に関する設問では、要介護1と回答したのが207名（17%）、要介護2が244名（20%）、要介護3が238名（20%）、要介護4が246名（21%）、要介護5が230名（19%）、無回答が31名（3%）であった。

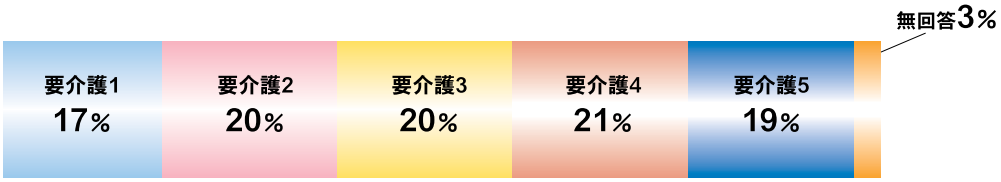


図3-4　現在の要介護度

3) ―①デイケア・デイサービス

現在受けている介護保険サービスについて

①デイケア・デイサービス

デイケア・デイサービスを利用していると回答したのが688名（58%）、利用したことがあると回答したのが175名（15%）、利用したことがないと回答したのが194名（16%）、無回答が139名（11%）であり、利用していると利用したことがあるをあわせると、全体の70%以上であった。

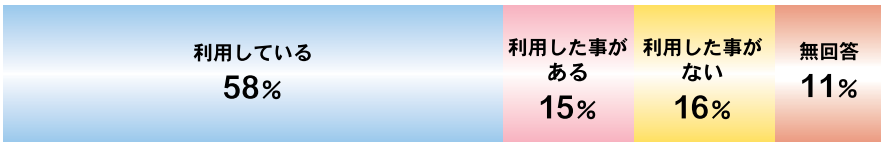


図3-5　デイケア・デイサービスの利用

3) ― ①デイケア・デイサービス

利用していると回答した688名がどの程度利用しているかについては、週1回未満の利用は2名（0%）、週1回の利用は95名（14%）、週2回の利用は205名（30%）、週3回の利用は185名（27%）、週4回の利用は77名（11%）、週5回の利用は43名（6%）、週6回の利用は40名（6%）、週7回と回答したのは9名（1%）、無回答32名が（5%）であった。

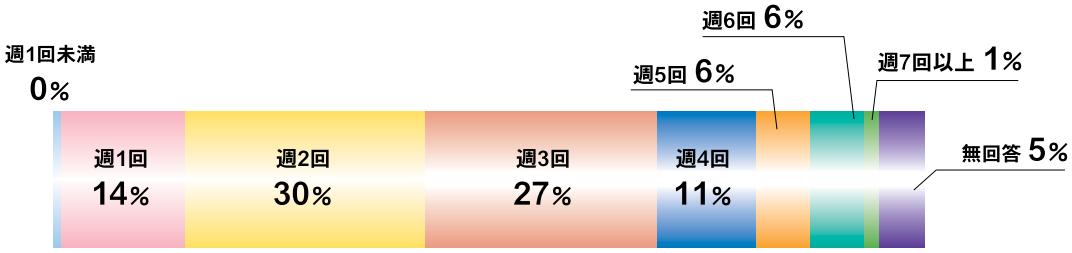


図3-6　デイケア・デイサービスの利用頻度

3) ― ②ショートステイ

②ショートステイ

ショートステイを利用していると回答したのが219名（18%）、利用したことがあると回答したのが269名（23%）、利用したことがないと回答したのが451名（38%）、無回答が257名（21%））であった。



図3-7　ショートステイの利用

3) ― ②ショートステイ

ショートステイの利用頻度について回答を得た方の内訳としては、週1回未満が78名（40%）、週1回が36名（19%）、週2回が28名（14%）、週3回が19名（10%）、週4回が15名（8%）、週5回が8名（4%）であった。また、週換算で14回と回答した方がいたが、これは要介護度が高くすでに施設入所待機をしている方が、月の半分をショートステイを利用しているということであった。

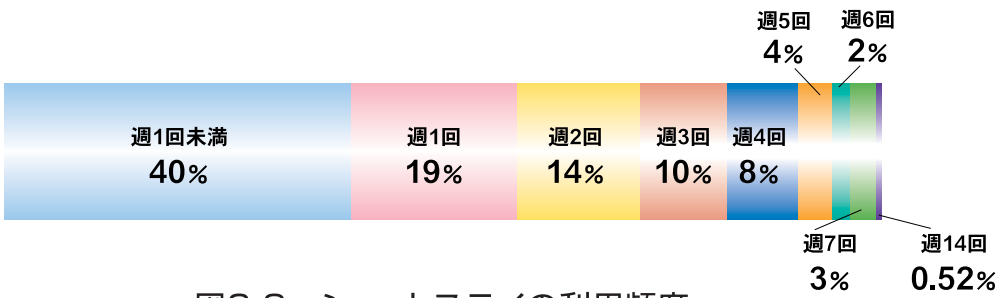


図3-8　ショートステイの利用頻度

3) ― ③ホームヘルプサービス

③ホームヘルプサービス

ホームヘルプサービスの利用については、利用していると回答したのは184名（15%）、利用したことがあるが105名（9%）、利用したことがないと回答したのは621名（52%）、無回答が286名（24%）であった。

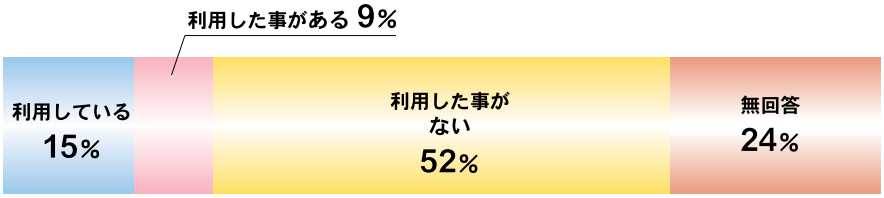


図3-9　ホームヘルプサービスの利用

3) ― ③ホームヘルプサービス

ホームヘルプサービスの利用頻度については、利用していると答えた方のうち、週1回未満が3名（2%）、週1回が44名（24%）、週2回が42名（23%）、週3回が28名（15%）、週4回が14名（7%）、週5回が12名（6%）、週6回が14名（8%）であった。週7回以上と回答した方が27名（15%）もいるが、これは1日に1回以上の訪問がある方の述べ訪問回数と考えられる。

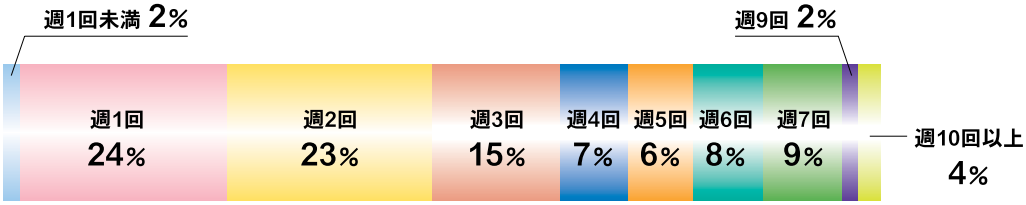


図3-10　ホームヘルプサービスの利用頻度

3) ― ④訪問看護

④訪問看護

訪問看護の利用では、185名（15%）が利用していると回答した。また、利用したことがあると回答したのは81名（7%）、利用したことがないと回答したのは652名（55%）、無回答は278名（23%）であった。



図3-11　訪問看護の利用

3) ― ④訪問看護

訪問看護を利用していると回答した人のうち、週1回未満と回答したのは18名（10%）、週1回が91名（49%）、週2回が46名（25%）、週3回が10名（6%）、週4回が8名（4%）であった。週5回が4名（2%）、週6回、週7回が4名ずつとなっていた。

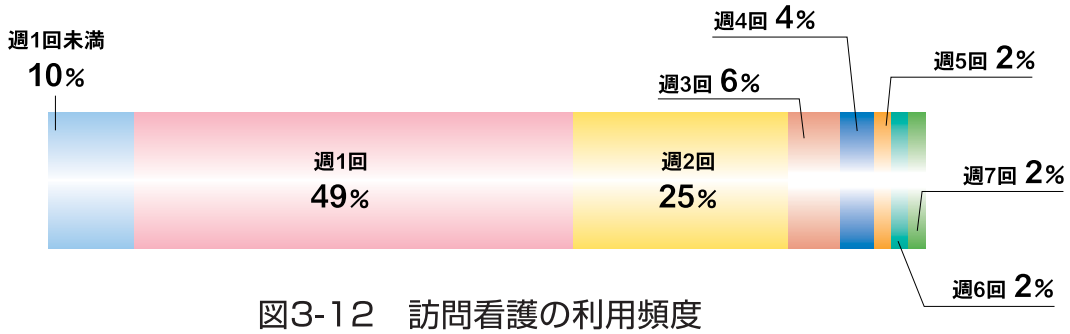


図3-12　訪問看護の利用頻度

3) ― ⑤医師の往診

⑤医師の往診

医師の往診を受けていると回答したのは184名（15%）、利用したことがあると回答したのが101名（8%）、利用したことがないと回答したのは642名（54%）、無回答が269名（23%）であった。



図3-13　医師の往診

3) ― ⑤医師の往診

医師の往診を利用していると回答した人のうち、週1回未満の利用と答えたのが141名（77%）、週1回と回答したのが17名（9%）、週2回と回答したのが12名（6%）、週3回が4名（2%）、週4回は9名（5%）、週5回と回答したのが1名（1%）であった。



図3-14　医師の往診の頻度

3) ― ⑥住宅改修

⑥住宅改修

介護保険で住宅改修を利用したことがあると答えたのは487名（41%）、利用したことがないと回答したのは490名（41%）、無回答が219名（18%）であった。



図3-15　住宅改修

3) ― ⑦福祉用具レンタル

⑦福祉用具レンタル

福祉用具のレンタルについては、利用したことがあると回答したのが598名（50%）、利用したことがないと回答したのが410名（34%）、無回答が188名（16%）であった。

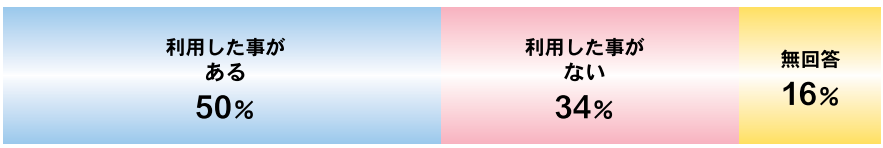


図3-16　福祉用具レンタル

3) ― ⑧福祉用具購入

⑧福祉用具購入

福祉用具を購入したことがあると回答したのは595名（50%）、利用したことがないとの回答は387名（32%）、無回答は214名（18%）であった。

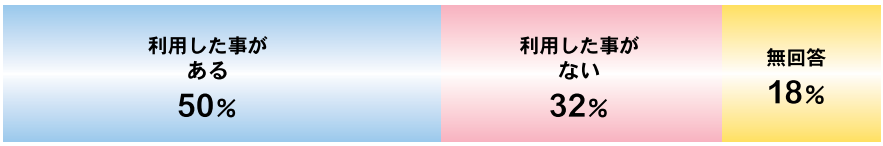


図3-17　福祉用具購入

3) ―⑨その他

⑨その他（自由記述）

その他の利用でみられたものは以下の通りである。

・訪問入浴18名
・訪問リハビリ18名
・送迎車9名
・マッサージ
・歯科往診

4) 現在、体や生活のことで心配なことはあるか

体や生活のことで心配なことがあると答えたのが876名（73%）、ないと答えたのが246名（21%）、無回答が74名（6%）であった。



図3-18　体や生活のことで心配なこと

5) 要介護認定を受けているご本人の性別

男性が456名（38%）、女性が734名（61%）、無回答が6名（1%）であった。



図3-19　要介護認定を受けているご本人の性別

6) 現在の年齢

要介護認定を受けている方の年齢は、65～69歳が92名（8%）、70～74歳が141名（12%）、75～79歳が207名（17%）、80～84歳が266名（22%）、85～89歳が242名（20%）、90～94歳が173名（15%）、95歳以上が74名（6%）、無回答が1名（0%）であった。

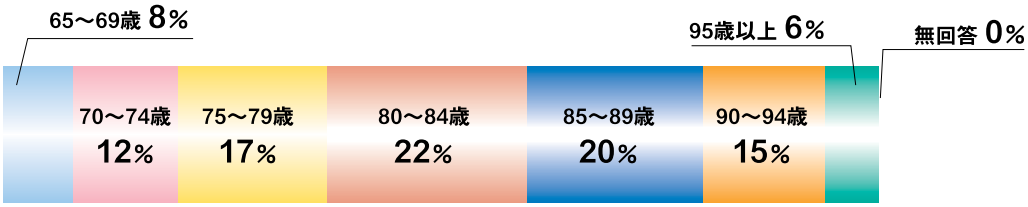


図3-20　現在の年齢

7) 現在何人の方と暮しているか

要介護認定を受けた方でひとり暮らしであると回答したのは136名（11%）、二人暮らしと回答したのは261名（22%）、3人と答えたのは214名（18%）、4人と答えたのは147名（12%）、5人と答えたのは115名（10%）、6人と答えたのは61名（5%）、7名と答えたのは27名（2%）、8人と回答したのは8名（1%）、9名以上で暮らしている方は7名（1%）みられた。無回答は220名（18%）であった。

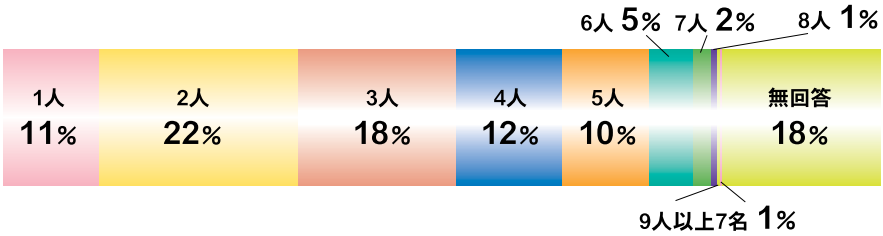


図3-21　現在何人の方と暮しているか

8) 介護をしている方の性別

介護者の性別は、男性が285名（24%）、女性が770名（64%）、無回答が141名（12%）であった。



図3-22　介護をしている方の性別

9) 介護をしている方の年齢

介護をしている方の年齢は、20～30歳が18名（2%）、40歳代が104名（9%）、50歳代が217名（18%）、60歳代が325名（27%）、70歳代が243名（20%）、80歳代が135名（11%）、90歳代以上が24名（2%）、無回答が130名（11%）であった。

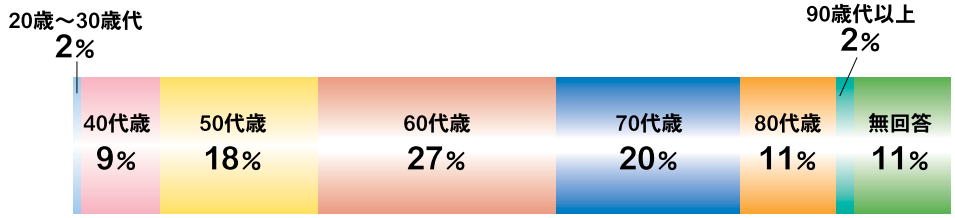


図3-23　介護をしている方の年齢

10) 介護をしている方と要介護認定者との続柄

介護者と要介護認定者との続柄は、妻が305名（26%）、夫が110名（9%）、嫁が235名（20%）、婿が5名（0.4%）、息子が112名（9%）、娘が221名（18%）、父が10名（1%）、母が36名（3%）、孫が2名（0.1%）、姪・甥が6名（0.5%）、その他が18名（2%）、無回答が136名（11%）であった。その他の項目に該当したものとしては、姉・妹、甥の嫁、家政婦、同居人、知的障害者ケアホーム世話人の記述があった。

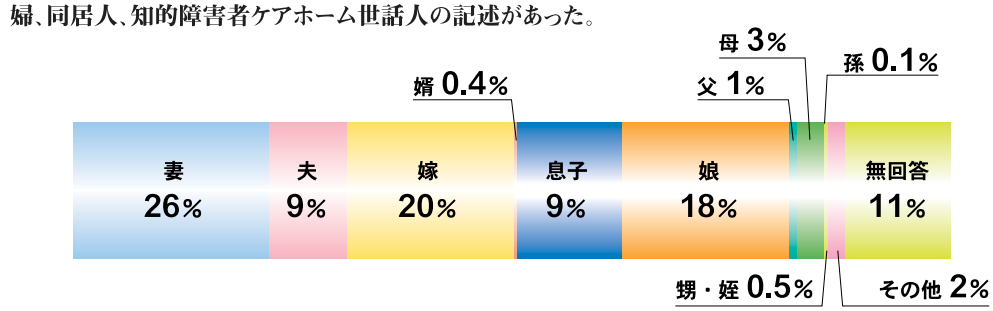


図3-24　介護をしている方と要介護認定者との続柄

11) 現在の就業について

介護者が常勤で働いていると回答したのが120名（10%）、パートで仕事をしているが142名（12%）、自営業で仕事をしているが105名（9%）、仕事をしていたが介護をするために辞めたが98名（8%）、仕事をしていないが541名（45%）、その他が36名（3%）、無回答が154名（13%）であった。その他に含まれるのは内職、シルバー人材センター、NPO活動であった。

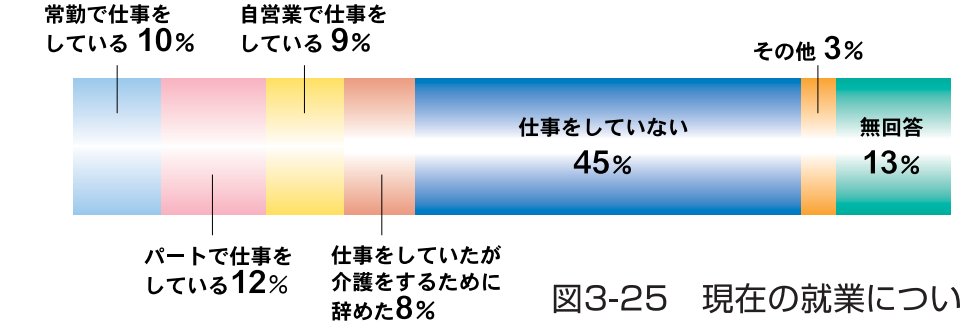


図3-25　現在の就業について

12) 現在までの介護期間

介護期間は、1年未満が93名（8%）、1～2年が140名（12%）、2～3年が155名（13%）、3～4年が136名（11%）、4～5年が114名（9%）、5～6年が93名（8%）、6～7年が62名（5%）、7～8年が33名（3%）、8～9年が35名（3%）、9～10年が45名（4%）、10年以上が133名（11%）、無回答が157名（13%）であった。

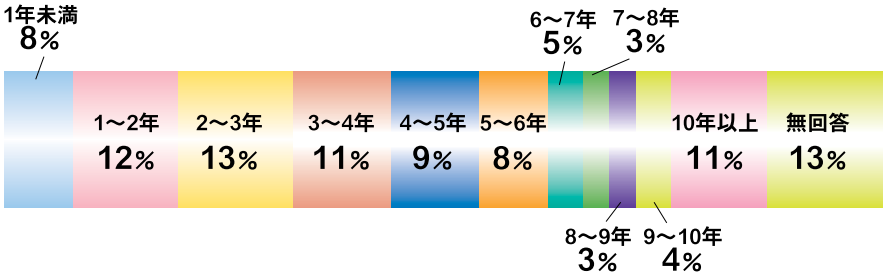


図3-26　住宅改修

13) 地域包括支援センターを知っているかどうか

地域包括支援センターを知っていると回答したのは433名（36%）、知らないと回答したのは575名（48%）、無回答が188名（16%）であった。



図3-27　地域包括支援センターを知っているか

14) 地域包括支援センターへの相談の有無

地域包括支援センターを知っていると回答した方433名が実際に相談をしたかどうかを尋ねたところ、相談したことがあると回答したのは208名（48%）、ないと回答したのは216名（50%）、無回答が9名（2%）であった。



図3-28　地域包括支援センターへの相談の有無

15) 地域包括支援センターへの相談経緯

地域包括支援センターへ相談したことがあると回答した208名がどのような経緯で相談に行ったかを尋ねたところ、自分から直接が68名（33%）、市役所や町役場からの紹介が48名（23%）、入院先の病院からの紹介が33名（15%）、かかりつけ病院の医師からの紹介が16名（8%）、民生委員からの紹介が4名（2%）、近所の人からの紹介が8名（4%）、その他が22名（11%）、無回答が9名（4%）であった。その他の項目としては、ケアマネジャー、知人、ヘルパー、市の健康診断、広報を見てという記述がみられた。

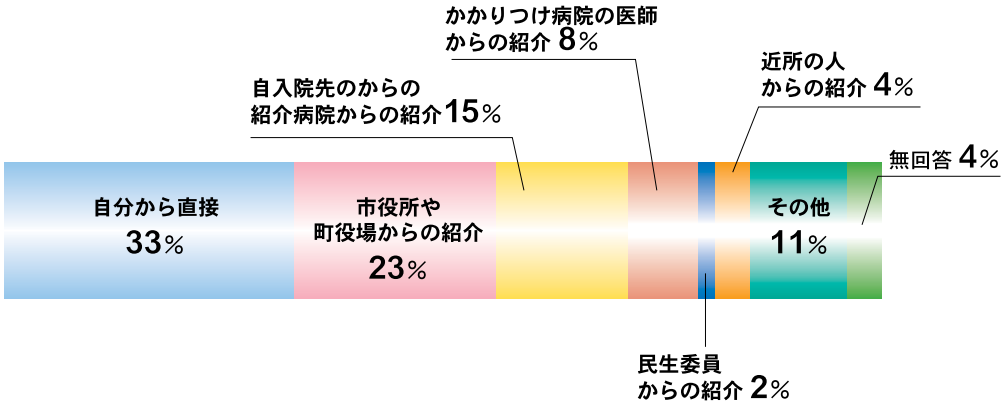


図3-29　地域包括支援センターへの相談経緯

16) 介護について最初に相談したところ

市役所・町役場の高齢福祉課が359名（30%）、保健センター、保健所が23名（2%）、入院先の病院の職員が204名（17%）、かかりつけ病院の医師が158名（13%）、地域包括支援センター（在宅介護支援センター）が145名（12%）、その他が97名（8%）、無回答が210名（18%）であった。その他としては、ケアマネジャー、知人・友人、社会福祉協議会、民生委員、デイサービス、インターネット、宗教団体、地元議員という回答が見られた。

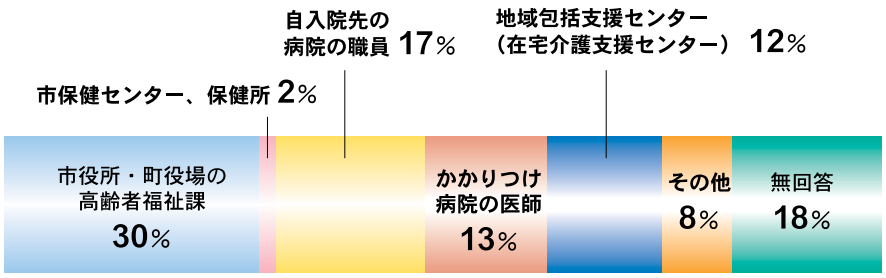


図3-30　介護について最初に相談したところ

17) 現在、どのような介護をしているか（複数回答可）

食事を作っていると回答したのが851名（71%）、食事を食べることの介助をしていると回答したのが362名（30%）、入浴の介助をしていると回答したのが393名（33%）、トイレの介助をしていると回答したのが439名（37%）、おむつの交換をしていると回答したのが424名（35%）、着替えの介助をしていると回答したのが644名（54%）、洗面・歯磨きの介助をしているが414名（35%）、常に見守りが必要で、みていると回答したのが583名（49%）、たんの吸引をしていると回答したのが57名（5%）、胃ろうや経管栄養の処置をしていると回答したのが73（6%）、その他の介護をしていると回答したのが117名（10%）であった。その他に含まれているのは、通院、服薬、生活全般、移動・歩行介助、血糖値測定、人口肛門、尿管カテーテル、在宅酸素、腹膜透析などである。

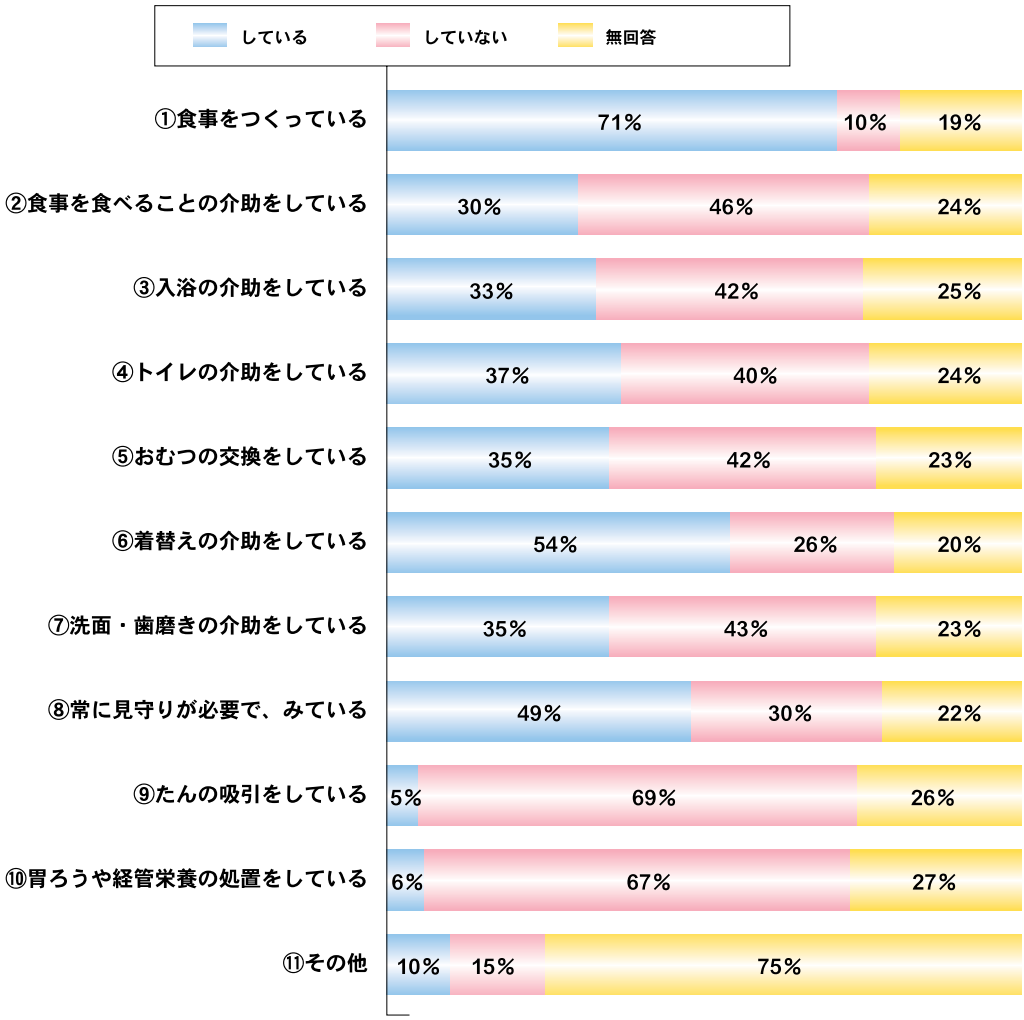


図3-31　現在の介護内容

18) 現在、施設への申し込みをしているか

施設入所の申し込みをしていると回答したのが174名（15%）、していないと回答したのが769名（64%）、しようと考えていると回答したのが87名（7%）、無回答が166名（14%）であった。

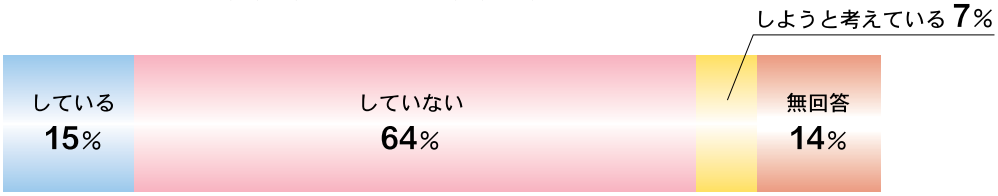


図3-32　現在、施設への申し込みをしているか

19) 介護に関する相談や支援を求める時に頼る家族

介護に関する相談や支援を求める家族としては、介護者のきょうだいと回答したのが199名（16%）、要介護者のきょうだいが38名（3%）、息子・娘が552名（46%）、近所の人が10名（2%）、その他が214名（18%）、無回答が183名（15%）であった。その他に含まれたのは、夫、息子の嫁、妻、孫などであった。

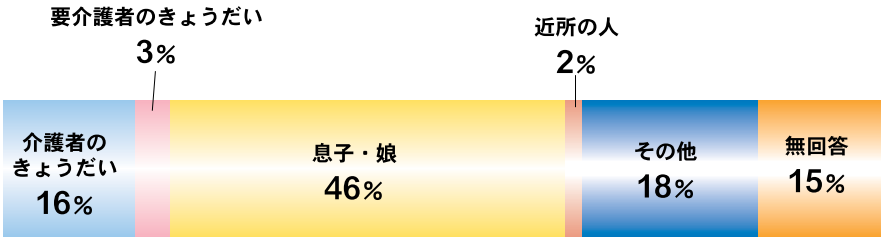


図3-33　介護に関する相談や支援を求める時に頼る家族

20) 要介護認定を受けている方は現在定期的に医療機関を受診しているか

要介護認定を受けている人が医療機関を定期的に受診しているか否かについては、していると答えたのが928名（78%）、していないと回答したのが83名（7%）、無回答が185名（15%）であった。

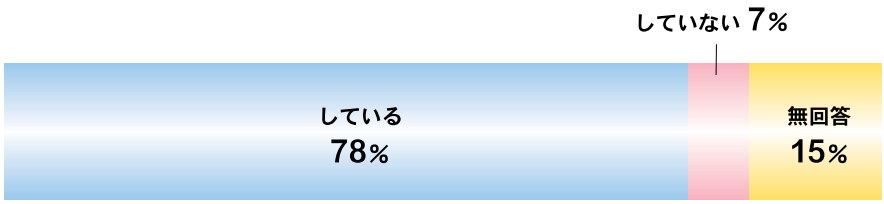


図3-34　要介護認定を受けている方は現在定期受診をしているか

21) 「もの忘れ」の症状の有無

介護者からみて、要介護認定を受けた方にもの忘れの症状があるかどうかを尋ねたところ、あると答えたのが753名（63%）、ないと答えたのが263名（22%）、無回答が180名（15%）であった。これは、実際に認知症か否かではなく、介護者の主観での回答である。。



図3-35　「もの忘れ」の症状の有無

22) どのようなもの忘れがあるか

置き忘れしまい忘れがあると回答したのが533名、時間や場所がよくわからないが390名、今の季節がよくわからないが305名、食事をしたことを覚えていないが254名、知らない間に外出をして自宅がわからずに帰宅できないことがあるが58名、夜間であることがわからず、就寝せずに起きていると回答したのが163名、その他が163名であった。その他の回答では、会話、最近の出来事がわからないが28名、人の顔・名前がわからないが16名、何も理解できない、意味不明の言動が8名、同じことを繰り返し聴く、話すが6名などがあげられた。

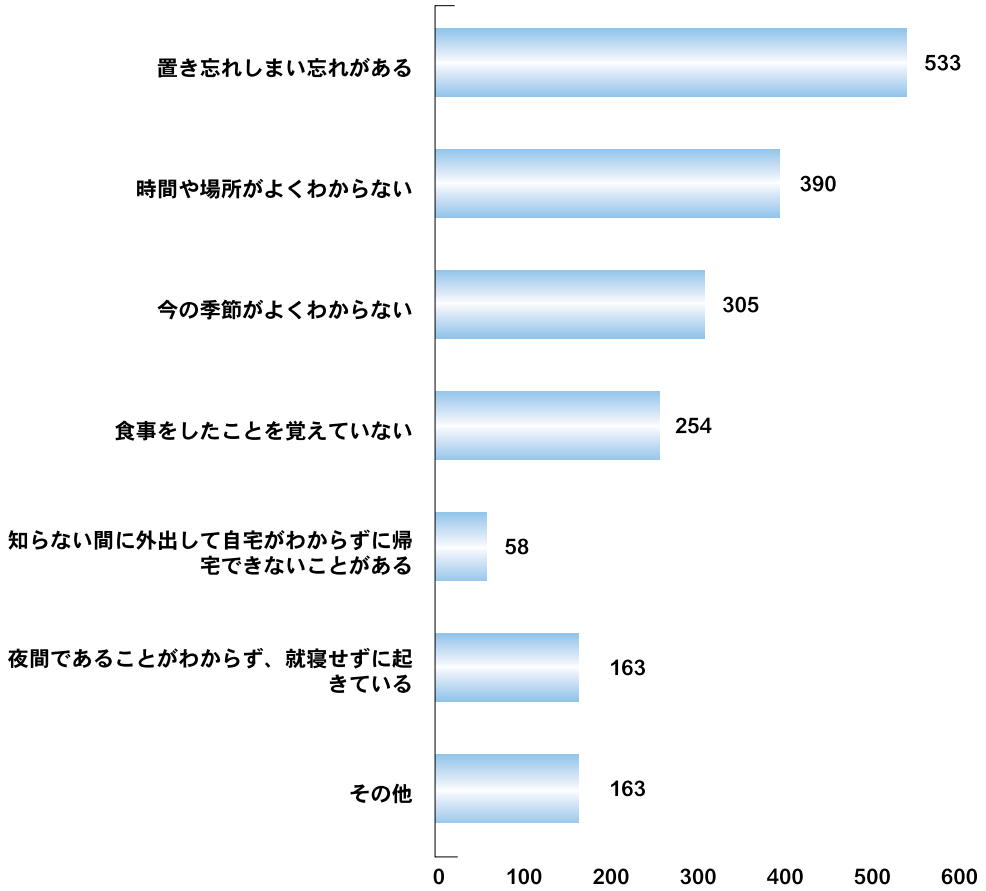


図3-36　どのようなもの忘れがあるか

23) もの忘れについて病院で診察を受けたことがあるか

主観的に要介護者にもの忘れがあると回答した753名の中で、もの忘れについて病院で診察を受けたことがあると回答したのは342名（45%）、診察を受けたことがないと回答したのが365名（49%）、無回答が46名（6%）であった。



図3-37　もの忘れについて病院で診察を受けたことがあるか

24) どのような病院で診察を受けたか

介護者が主観的に要介護者にもの忘れがあると回答し、なおかつもの忘れについて診察を受けたことがあると回答した342名が、実際にどのような病院で診察を受けたのかについてたずねたところ、精神科やもの忘れ外来のある病院が187名（55%）、かかりつけの病院が145名（42%）、その他が8名（2%）、無回答が2名（1%）であった。

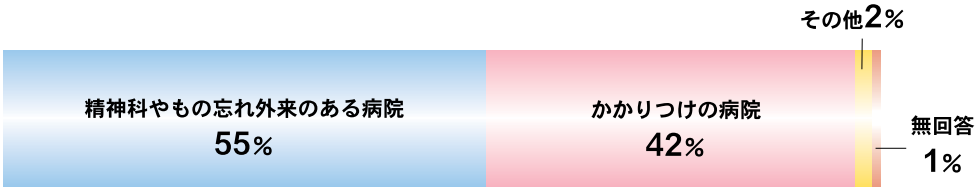


図3-38　どのような病院で診察を受けたか

25) 診察の結果、どのような診断を受けたか

診察を受けたことがあると回答した342名のうち、歳相応のもの忘れと診断されたと回答したのが67名（20%）、認知症と診断されたのが236名（69%）、異常なしと診断されたのが4名（1%）、その他が31名（9%）、無回答が4名（1%）であった。その他では、ウェルニッケ脳症、脳梗塞、統合失調症によるものなどの記述がみられた。

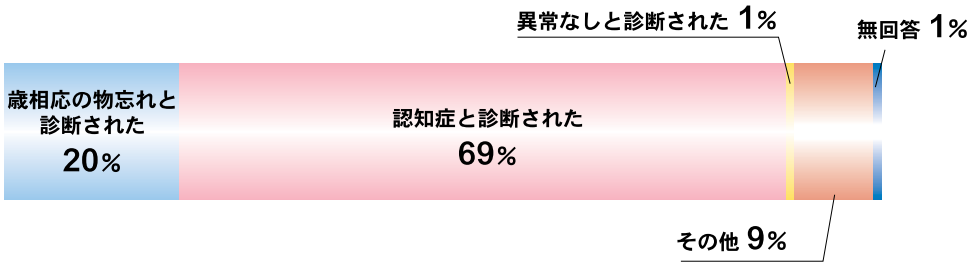


図3-39　診察の結果、どのような診断を受けたか

26) 現在、今後の生活や介護に関する悩みや心配事があるか

以下、自由記述にて回答を得た内容を分類したものである。このこと、もしくは介護者が抱えている今後の生活にまつわる悩みは多岐にわたるものの、要介護者が現状よりもADLが低下した時に自分が介護し続けることができるのか、すなわち今よりも負担の多い介護が必要になることによる不安、そして、要介護度が上がり在宅での生活が難しくなった時に、受け入れてもらえる場所が果たしてあるのかということに不安を抱いている。特に、介護者自身に病気や障害がある場合にはその不安が大きいと考えられる。また、1世帯の中に、要介護状態の高齢者が2人またはそれ以上存在するため、介護に負担があるという記述が9名の方からあった。

表3-1　今後の生活や介護に関する悩み

経済的問題		施設入所の方法
今後の生活不安		施設入所待機
老老介護		緊急時の施設受け入れ
家族の中に複数の要介護者がいる		通所施設での対応
要介護者の配偶者の世話		災害時の対応
要介護者に関すること	要介護者とのジェネレーションギャップ	認知症の症状
	要介護者のサービス利用拒否	病気に関すること
	要介護者の入院拒否	病気のコントロール
	要介護者とのコミュニケーション	退院後の生活
	要介護者のＡＤＬの低下	相談者の不在
	要介護者の性格	生活全般
	要介護者の体重増加	介護者の就労に関すること
介護者に関すること	介護の受け入れ拒否	家族関係
	介護者のストレス	医療に対する不信
	介護者の体力	家庭での医療処置に対する不安
	介護者の日常生活	
	介護による拘束	
	介護代替者の不在	
	介護の方法	

4. まとめ

今回の調査では、事前に認知症の方を抽出したわけではなく、あくまでも要介護認定１～５の方を対象とし、もの忘れの有無については、介護家族の主観的な回答であった。しかし、753名の方からもの忘れが「ある」との回答があり、そのうちの342名はもの忘れについて医療機関を受診していた。要介護認定を受け、なおかつ介護サービスを利用している方を対象にした調査であることから、このような結果になったと考えられる。一方で、もの忘れがあると家族が感じていながら、医療機関の受診に結びついていない方々が365名であった。約半数ともいえるこの結果は、もの忘れはどうせ治らない、歳をとったから仕方がないと診断や治療に消極的であるか、あるいは、診断や治療を受ける必要性自体を感じていない、認知症よりもより重篤な病気や障害のため介護が必要であり、もの忘れのことはそれらに比べれば深刻ではないなどといったことが考えられる。

診断をしている場所に関する設問では、かかりつけ医という回答が半数近く見られ、かかりつけ医による認知症の正しい診断や理解がより求められていることを示している結果となった。本調査地域では認知症専門医がおり、専門的な検査ができる病院は、予約がとりにくいため、受診までに数ヶ月待機しなければならないという。したがって、かかりつけ医が認知症について正しく診断できることは、本人と家族の安心につながると考えられる。

在宅介護では、介護保険のサービスの利用が始まってからも、この介護がいつまでつづくのか、私が倒れたらどうなるのか、介護者が外出もできずに常に見守っていなければならないことに拘束感を覚えたり、常に不安に苛まれている状況が自由記述から明らかになった。

1．地域包括支援センター職員へのヒアリング調査

（1）調査目的

本調査は、地域包括ケアの一翼を担う地域包括支援センターにおける専門職の認知症高齢者支援に関する現状を明らかにし、専門職がどのような知識と技術、ネットワークを必要としているのかについて考察し、地域包括支援センターの専門職のための家族支援プログラムの開発に向けた示唆を受けるために実施した。

（2）調査対象

1）対象の地域包括支援センター

知多北部広域連合管轄の３市１町の地域包括支援センター８ヶ所とした。

・東海北包括支援センター　・東海東包括支援センター　・東海南包括支援センター
・大府東包括支援センター　・大府西包括支援センター　・知多北包括支援センター
・知多南包括支援センター　・東浦包括支援センター

（※知多北部地域連合内では“包括支援センター”に名称を統一している）



（出典 知多北部広域連合ホームページより）

2）対象地域の特徴

知多北部広域連合が管轄する東海市、大府市、知多市、東浦町の３市１町の総面積は、153.55平方キロメートルである。平成20年4月1日現在、３市１町の総人口は326,665人で、人口に占める65歳以上の高齢者数は56,691人で、高齢化率は17.4％である。

（3）調査方法

1）調査期間

平成20年8月25日～9月3日

2）調査方法

本調査は、認知症介護研究・研修大府センター研修部が主体となり、作業部会のメンバーも加わった。事前にヒアリング項目をFAXにて各地域包括支援センターに送信した。当日は、主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士の3職種の同席のもとに約2時間のヒアリングを行った。記録は、職員からの了解をとり、ICレコーダーに録音した。質問項目は12項目である。

3）倫理的配慮

ＩＣレコーダーで録音することの了承を得て、分析終了後には消去すること、また分析の際には、特定された個人の発言としては用いないことを約束した。





（４）調査結果

１）地域包括支援センターの役割として期待されている下記の事業のうち貴センターの活動の割合や、特に力を入れている事業について
①介護予防ケアマネージメント、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的継続的ケアマネージメント業務、⑤地域ネットワーク構築

平成19年度の地域包括支援センター事業状況報告書によれば、利用者やその家族を対象とした年間の相談件数はどの包括も2,000件を超えている。また、関係機関を対象とした相談には差があり、多いところでは2,500件を超える相談があり、少ないところでは約800件であった。地域包括支援センターの事業状況報告では、認知症がある方の相談かどうかという区分がないため、全体で認知症の方の相談がどのくらいあるかを把握することはできないが、ヒアリングによれば、認知症の場合には総合相談が多く、特に関係機関とのやりとりが主となっているところもある。また、認知症がある方の場合には、介護する家族の問題だけではなく、近隣との関係や複雑化する課題のため、その相談は極めて総合的にならざるを得ないといえる。

表4-1　相談件数

相談区分	包括A	包括B	包括C	包括D	包括E	包括F	包括G	包括H
利用者･家族･親族を対象とした相談	2,657	2,581	2,471	2,506	2,456	3,496	3,171	4,887
関係者･関係機関等を対象とした相談	794	868	956	1,832	2,145	2,576	1,747	6,338

２）地域包括支援センターでの認知症介護に関する相談や支援の依頼はどのようなところからあるか

8地域包括支援センターのヒアリングによれば、4か所の地域包括支援センターが家族からの相談が多いと回答した。また、ケアマネジャー、保健センターと回答したところもあった。認知症に関する相談は、家族及び関係機関を超えて、最近では一般市民からの相談も増えてきているという。また、地域包括支援センターの職員が持つネットワークや専門性を頼りに指名制で相談が持ち込まれることもあり、専門職ごとにその特色があるという。たとえば、開業医のもとで働く看護師から認知症のために薬の管理ができなくなっている方や、必要以上に受診をする高齢者についての情報提供と相談が持ち込まれている。

３）認知症にまつわる相談の中で特に多い相談や支援の内容はどのようなことか

家族が認知症に気づき、どこかに支援を求める時には具体的にBPSDなどで混乱していることが多い。そのため、この状況を打破しようと病院よりも先に地域包括支援センターに相談に来るケースが多くみられるという。医療機関から相談があると回答した地域包括支援センターもみられたが、このような連携は1か所の地域包括支援センターのみであった。地域性という観点からすれば、一般住民が、近所の人や団地内の人の今までとは違った様子を目の当たりにし、地域包括支援センターに相談するというケースもみられた。これは、集団就職等で同時期に就職のために越してきた人々が暮らす団地でみられたことで、この地区を担当する地域包括支援センター職員によれば、「同郷の結」が存在しているところだということであった。

表4-2　認知症にまつわる相談内容

家族	制度の説明
	家族の医療機関受診拒否
	進行する認知症の不安
	虐待
	近隣とのトラブル
	運転免許のはく奪に関すること
	配食サービスに関すること
	行動・心理症状（BPSD）への対応
	金銭管理
	服薬拒否
	家族の精神的負担
	サービス利用拒否
民生委員	地域で噂になっている認知症の人にかかわってほしい
	独居で火の元が危ない
	隣人トラブル
	地域で役員を務められなくなった
	近所をフラフラしている人の相談

保健センター	子育て相談に来た人の家庭内に認知症の人がいる
	健康相談に来た人に認知症の兆しがある
ケアマネジャー	同行訪問の依頼
	独居の認知症高齢者の在宅生活が限界にきている
	介護者の虐待
	近隣トラブル
	認知症は霊によって引き起こされると信じている家族の対応
	悪徳商法に引っかかっている人
医療機関	DV事例について
	退院後の支援
	服薬管理ができないひとり暮らし高齢者の相談
施設職員	在宅生活時の情報提供

4）認知症に関する相談で支援が難しいと感じる時はどんな時か

一人暮らしの場合には、本人との話合いのなかで決定していくが、認知症が進行している場合には、日ごとに内容が異なっていたり、一度利用すると言ったサービスを翌日には拒否したりする。このような時に「同意」をどう得るのかが難しい。また、親戚等がいない場合も同様で、意思確認を最終的にどのように行えばよいのかが難しい。家族に関しては、認知症の理解が低い場合は、近所などに知られたくないと抱えこんでいる場合や、家族に別の障害を抱えている方がおり複数の方の支援が必要な場合、家族関係が良好でない場合、協力が得られない時に支援が難しいと感じていた。また、地域の問題では、認知症の理解が低い場合や、開業医がいない、精神科の敷居が高いという回答があった。介護者に対しては、介護者自身が介護負担やストレスにより体調を崩し入院してしまったり病気がちになってしまうこと、世間体を気にして介護サービスや医療機関の受診ができないことがあげられた。その他では、経済的に困窮している場合や、キーパーソンが見つからないといった回答がみられた。

表4-3　支援が難しいと感じる時

高齢者本人	独居で親せきがいない
	同意が得られずサービスにつながらない
家族	家族関係の亀裂
	認知症の理解度が低い
	認知症を抱え込む
	家族の中に精神疾患の人がいる
	協力が得られない
	家族の攻撃性が高い場合
	どうすればよいのかと答えを求める
地域	認知症の理解度が低い
	精神科の敷居が高い
	開業医がいない
介護者	病気になってしまう
	世間を気にしてサービスや受診ができない
その他	経済的に困窮している
	キーパーソンが見つからない

5）支援をする家族の形態（老老介護、三世代介護、内縁関係など）によって支援の複雑さや安易さを感じるか

支援がしやすいと感じる時は、自分の意思を持ってこうしたいと自己決定ができる介護者、地域の力により支えられ、なおかつ認知症に関する受診や治療を行っている場合、親族が遠方にいても協力的である場合、権限（決定権）を持っている家族が理解のある場合があげられた。また2世代介護の場合には、医療機関受診につながりやすい傾向があるという意見も聞かれた。

一方で支援をしにくいと感じる場合は、親が認知症であることを認めたくないことによる支援の遅れやサービスにつながらない場合、高齢者の年金が家族の生活費などに補填されているため、施設入所が必要であるにもかかわらず決断できない（家族の生活が成り立たない）という問題がある場合、認知症高齢者の支援だけではなく家族問題が複雑化している場合、認知症への関心が低く、サービスの必要性や適切な介護について興味を持ってもらうことができない場合、専門職から見て介入、支援が必要であるにもかかわらず、家族は支援を望んでいない場合が挙げられた。しかし、世帯員の数やその規模などによって必ずしも支援方法が変化したり、難易差があるわけではなく、家族の協力と介護者の理解の程度が大きな影響を及ぼすと考えられる。

表4-4　支援をする家族の形態によって支援の安易さや複雑さがあるか

支援がしやすいと感じる場合	自分がこうしたいという意志を持った介護者
	自己決定のできる介護者
	地域の力があり、受診・治療をしている場合
	遠方に親族がいても協力的である場合
	権限を持っている家族が理解がある場合
	２世代介護の場合、医療機関受診につながりやすい
	介護者の理解がある
支援がしにくいと感じる場合	実親の認知症を子は認めたくない、認めにくい傾向があるので難しい
	高齢者の年金を当てにして生活をしている家族がいる場合
	家族が協力的でない場合
	認知症のことだけでなく家族の中に様々な問題がある場合
	認知症への関心が低い場合
	家族が支援を望んでいない場合

6）家族を支援する場合に主介護者と同居している他の家族（孫・子ども・きょうだい等）の力を借りることはあるか

表4-5　他の同居家族の力を借りる場合

同居他家族の力を借りる場合	主介護者との関係が作れない場合
	揉めている場合
	施設入所の際
同居他家族の力を借りない場合	かかわらないことが多い
	コンタクトを取ること自体が難しい
その他	昔の情報を得るために遠い親戚から情報収集することもある
	近所から本人についての情報を得る
	家族を納得させる人が必要な場合には医療機関の協力が必要
	介護者だけではなく、コンタクトのとれる人と一緒に面接に行く

同居している他の家族の力を借りる場合には、主介護者との関係が上手く築けない場合、あるいは揉めている場合、施設入所の際という回答があった。また、家族に力を借りない場合は、そもそもかかわらないことが多い、あるいは他の家族とコンタクトをとること自体が難しいということであった。

その他としてあげられたのは、同居外で、遠い親戚から本人の昔の情報を得る、近所の方からの情報収集、医療機関からの家族へのアプローチ、介護者だけではなく、対象となる方とコンタクトがとれる親しい方と一緒に面接に行くといったことがあげられた。

7）家族を支援する場合に、家族以外の社会資源の力を借りる場合はどのような時か。またこれまでどのような社会資源を利用したことがあるか。

これまで社会資源として利用したことがあるものは、公的機関として、保健所、市役所、警察、社会福祉協議会、保健師の訪問指導であった。また地域の中では、日ごろ高齢者が買い物をしている近所の商店、銀行、コンビニエンスストア、植木屋であった。交通機関では、高齢者が通院のために利用しているコミュニティバスの運転手という回答があった。その他では、民生委員、大家、警備会社、家族会、高齢者のかつての教え子、民間の配食サービス事業者、宗教団体があげられた。

表4-6　社会資源の活用

公的機関	保健所
	市役所
	警察
	社会福祉協議会
	保健師の訪問指導
商店等	近所の商店
	銀行
	コンビニエンスストア
	植木屋
交通機関	コミュニティバスの運転手
その他	民生委員
	大家
	警備会社
	家族会
	当事者の教え子
	民間の配食サービス業者
	宗教団体

8）専門職として認知症高齢者の家族を支援する時に気をつけていることはあるか

専門職が気をつけていることとしては、それぞれの話を集約し12に分類した。①関係づくり、②家族の話の聴き方と返答、③高齢者本人のこと、④医療、⑤制度・社会保障、⑥見極め、⑦環境、⑧ネットワーク、⑨紹介、⑩支援、⑪発信、⑫その他である。以下の表がその具体的な内容である。

表4-7　支援をする時に気をつけていること

関係づくり	信頼関係を作る	環境	個室を用意して話しやすい環境を作る
	関係をこわさないようにする		本音が言えるような環境づくり
家族の話	話を傾聴すること	ネットワーク	他の人と一緒に支援していく
	肯定的にとらえること	紹介	家族会を紹介する
	問題を整理してもらうこと	支援	具体的な方法を教える
	受け止める		すぐに答えを出さない
	プラスの方向で話をする		今困っていることに、「○○しませんか」と対応する
	いかにアセスメントするかが大切		介護者の趣味を継続できるような支援
	不安な状況に同調せずに落ち着いて話を聞く		介護者の仕事を継続できるような支援
	何に困っているかを聞く		認知症ステージを見極めた支援
高齢者本人	情報をまとめる		頑張りすぎている介護者に「休もう」と声をかける
医療	病気の話を看護師がする	発信	認知症の介護が大変なことを理解していることを伝える
	病気の話は看護師が同行する		さりげなく介護関係のパンフレットを置いておく
	精神症状の強い方には受診を勧める	その他	認知症という言葉を使うこと自体に気を遣う
制度･社会保障	制度について十分に説明する		訪問をして顔を見て話す
見極める	どれだけ情報を必要としているかを見極めて話をする		家族に考えさせる

9）専門職として認知症高齢者の家族を支援する場合に家族に伝えておきたいと感じることはあるか

家族に伝えておきたいと感じている項目をヒアリングをもとに分類した結果、7つの項目に分類できた。①専門職が何者であるかということ、②認知症の症状に関すること、③家族にお願いすること、④病気の理解と受診に関すること、⑤切れ目のない支援をしていくこと、⑥介護環境のこと、⑦その他である。

表4-8　介護家族に伝えておきたいこと

認知症に関して	専門職はあくまでも他人であること
	行動・心理症状（BPSD）は病気がもたらしているものだということ
	認知症は進行していくということ
	治療が必要だということ
	認知症のこれからの進行について
家族	家族にもできることがある
	ＳＯＳを出してくださいと伝える
	高齢者のイライラがうつるということ
	家族の生活を壊さないように
	一人ではないこと
	どの方向で介護していくのか少しずつ考えていってほしいということ
病気・受診	認知症が病気であること
	病院で診察を受けること
支援	切れ目のない支援
介護環境	相談者をつくる
	いつでも相談できる相談機関
その他	今日あったことなどを記録につけてもらう
	介護サービス利用と施設入所は罪ではないこと
	施設入所希望したら、本人に会いに頻繁に行ってください

10）専門職として認知症高齢者の家族を的確に支援するにあたり、地域包括支援センターとしての役割をどのように考えているか

地域に対しては、いつでも来れるところであり、ワンストップサービスの場となることが存在意義だとしている。介護が必要となった家族に対しては、家族の内に入り込みすぎずに一定の距離を保ちながらも必要な資源と結びつけていくことが役割であると考えている。他機関とは、ネットワーク、連携が重要だと考えており、役割分担をしながら、できるだけ多くの人を巻き込んで支援していくことが役割だと考えている。また、関係職種が困っている時の相談場所としての機能も果たすこと、とくにケアマネジャー支援を強調している。介護保険制度だけでは対応できない複雑な事例が多く持ち込まれる地域包括支援センターでは、NPOのサービスや、他の法律による利用可能な制度などについても回答ができるように準備をしておくなど、サービスメニューの多様化が求められているという。地域包括支援センター内では、3職種のチームワークを大切にして、自分たちがまずは社会資源であることの認識を忘れずに、そして他の専門のスタッフからの助言やアドバイスを大切にすることにより、良い支援が展開できることが求められていると考えている。

表4-9　地域包括支援センターの役割

認知症に関して		ワンストップ窓口であること
		ここに相談すればよいという場所
		だれでも来られる所
		早期発見、早期解決、安心して暮らせるまちづくり
家族	一定の距離	相手（相談者）の内に入り込まない（家族との距離を保つ）
		一歩引いて状況を確認する
		一緒に振り回されない
	調整	資源につなげていけるかどうかが大切
他機関	連携	役割分担。他機関ができることは分担する
		できるだけ多くの人を巻き込み理解してもらうこと
	ネットワーク	ネットワークづくりの調整役
		住民レベルのネットワークづくり
		見守りネットワークづくり
	支援	ケアマネジャーの支援
		関係職種が困ったときに支える
		介護保険だけでなく、NPOや精神保健関連サービスなど多彩にメニューをそろえる
包括職員	横の連携	ネットワークを大切にする場
	助言	自分以外の専門を持つ者からの助言、アドバイス
		我々が社会資源であることを忘れない

11）認知症高齢者への支援に関して、関係者とのネットワークについて貴センターではどのような取り組みをしているか。または、どのようなネットワークが必要だと思うか

これまでの取り組みでは、８包括支援センターでは個別的ネットワーク形成、医療関係とのネットワーク形成（とくに開業医訪問）や、各種研修会への参加という回答が見られた。また、幅広く地域包括支援センターを知ってもらおうとする取り組みとして、老人会や町内会の会合に出向いて地域包括支援センターの役割を話す機会を設けたり、さまざまな会議で他専門職との関係を築いてきたことがあげられた。

今後、必要だと考えているネットワークは、24時間対応の電話相談、特に緊急の場合には、勤務地と自宅が遠い職員もいるため、各包括が連携して、近くにいる者が瞬時に対応できるシステムが必要だという声が聞かれた。また、警察との連携や高齢者の生活を把握するために欠かせない郵便局、スーパー、新聞配達者などとのネットワークによる見守りが必要だと考えている。このようなネットワークが、小単位でクモの巣のように絡み合って連続していること、そして「助けて」と声を上げられる地域づくりと、徘徊者に声をかけてくれる○丁目といった小さな単位の見守りのネットワークが必要だと考えていた。

表4-10　関係者とのネットワーク

これまでの取り組み
個別的にネットワーク形成
医療機関とのネットワーク形成（開業医訪問）
老人会で包括支援センターの説明会開催
町内会で包括支援センターの説明会開催
徘徊者の見守りネットワーク形成
商工会とのネットワーク形成
いきいきふれあいサロンでの包括支援センターの説明会開催
年４回の地区別ケア会議の開催
民生児童委員連絡協議会への出席
ケアマネジャー連絡協議会への出席
精神保健福祉関連の月１回のネットワーク会議の参加
今後必要だと感じているもの
24時間電話相談
各包括との連携により、より現場に近い人がすぐにかけつけられるシステム
警察との連携
ヤクルト配達事業とのネットワーク（社会福祉協議会との連携）
郵便局との連携
新聞社との連携（配達代理店）
鍵の110番
スーパーマーケット
小単位のネットワークがクモの巣のように絡み合っている地域
「助けて」と言える関係づくり
徘徊者を「どこにいくの？」と声をかけてくれる○丁目単位の関係

12）地域包括支援センターでは、認知症のご本人やその家族からのよりよい相談援助を行うために、認知症に関する研修や勉強会の機会があるか。またその必要性を感じているか

認知症に関する研修は、包括内での独自のものよりも、病院や他団体主催のものに参加するという形が多くみられた。包括内では共通の書籍を決めた読書会や事例検討会、月１回の研修会という回答があったが、いずれも現在継続されているものではないということであった。

今後必要だと思うものについては、介護保険外のサービスに関する研修会、障害者自立支援法をはじめとした障害者に対するサービスに関すること、地域包括支援センターが相談ができるところという回答があった。

表4-11　研修会や勉強会

これまでに出席・開催した研修会		今必要だと思う研修会
包括内	認知症関連図書を用いた読書会	介護保険外のサービスについて
	１か月１回の研修会	障害領域で利用できるサービスの研修会
	事例検討会	他地域包括支援センターが相談できる窓口
その他	精神病院主催の研修会	
	保健センター主催の研修会	
	広域連合主催の研修会	
	パーソン・センタード・ケア研修会	
	社会福祉協議会主催の研修会	
	製薬会社主催の研修会	
	サポーター養成講座	
	個別の学習	

（5）まとめ

センター長、研修部と一部作業部会メンバーも加わった認知症介護研究・研修大府センター調査チームが8カ所の地域包括支援センターを順次訪問して、3職種の職員と2～2.5時間かけて自由に親しく語り合う形式をとったヒアリングは、地域包括支援センターの実態や問題点、また認知症関連業務の実情を知る定性的分析になった。（4）結果で述べた内容に一部補足して、ヒアリングの概要をまとめる。

地域包括支援センターに課せられた5業務への取り組みの現状は、全体的にみると、総合相談支援事業が最多であり、次いで包括的継続的マネジメント、介護予防ケアマネジメントの順で、権利擁護業務は少ない。地域ネットワークは国の構想通りの系統的、組織的な構築こそまだ見られないものの、3職種の熱意と努力による個別ケースでの小さなネットワークは進行中である。

介護予防ケアマネジメントは、発足当初は最多の業務で、介護予防ケアプラン作成のため忙殺された。しかし地域の要支援者の介護予防ケアプラン作成が一段落し、外部委託が進んだ現在は減少した。認知症に関する相談や支援の依頼は介護家族からが最も多く、次いでケアマネジャー、保健センター・市役所などの行政、あるいは民生委員からである。民生委員を通じての依頼は近隣の人からの情報に基づくことが多い。夫婦だけの老老介護の所帯では、相談件数が増え、地域包括支援センターとの関わりも深くなっている。中には介護者も認知症になる認認介護の例が生じている。進行すると、認知症がより高度な方が入所し、残った方はケアマネジャーの世話になる。援助を求める契機の多くは認知症の行動・心理症状で、そういうとき病院受診よりも先に地域包括支援センターに相談にくるケースが最近増えている。包括的継続的ケアマネジメントでは困難事例への対応が主なものである。総合相談支援業務も包括的継続的ケアマネジメント業務もその解決には地域ネットワークが関係してくる。

地域ネットワークの構築では、地域の関係者間、関係機関同士が緊密に連携しあう大規模かつ組織的なネットワークはまだみられない。医療と福祉・介護との連携の要である医師会あるいは三師会とのネットワークづくりは進んでいない。この点は愛知県下全地域包括支援センター調査結果（愛知医報第1838号、第1839号）と同様である。しかし個別のケースでは、職員が自ら地域へ進出して、個別訪問し、認知症本人・家族とその生活圏のコンビニ、民生委員などを巻き込んだ馴染みの場での小さなネットワークをいくつか作った。今後は、知識・力量の向上に努め、１例ごとの事例解決を積み上げて、地域包括ケアを広げていくという発言がみられた。

地域包括ケア構築の阻害要因としては、地域包括支援センターの業務内容が多岐にわたり、かつ仕事量が多いため、職員が本来業務である地域包括ケアのネットワークづくりに専念できないという事情がある。また地域における認識や意識レベルが低いこともある。個人情報保護法の制約により情報の入手や伝達が困難なことも一因だという。連携が難しい相手は医療機関という点は8センターで一致した。医師、とくに総合病院の勤務医は多忙なため、連絡、情報交換、相談をしにくく、接触の機会さえ極めて少ない。こういう状況の中、ある市の3つの地域包括支援センターの看護師資格をもつ5人はグループを組んで、個別事例の相談を兼ねて、病院、開業医を訪問し、連携を呼びかけた。認知症患者は診療時間が長くなるので歓迎されないし、またその対応にも開業医は熟達していない。ただ若手医師の中には、多数は困るが、適正数なら対応に協力するという医師がいる。

認知症支援の要諦は、本人のほか家族など介護者の負担を軽くすることで、それにより介護者のバーンアウトが防がれる。地域包括支援センターの職員が支援しやすいと感じるのは、家族の中に理解力に加え経済面や意思統一の面で決定権をもつキーパーソンがいる場合である。家族が認知症であることを認めると、社会資源サービスにもつなぎやすくなる。逆に支援しにくいと感じるのは、肉親が認知症であることを家族が認めようとしない場合で、これには、肉親ゆえ客観的に判断できず、ひいき目に見るケースと、認知症に対する無理解と偏見から世間体を気にして隠すケースとがある。後者の場合、「閉じこめ」と「介護者の過剰負担」という最悪のパターンになりやすい。比較的早期の段階で、本人と家族に認知症であることを納得させるには、権威ある医師の診断と医師からの告知が重要である。認知症であるという告知は重いからである。しかし現実には、かかりつけ医は年齢相応の物忘れだとあいまいな言い方をする場合が多い。家族は要求水準が高く、専門医の診断を求める。しかし専門医がいる物忘れ外来の多くは、予約制で受診まで3ヶ月以上かかるのが現状である。

地域包括支援センターの役割を職員がどう考えているかの質問には、介護保険の各種サービスや地域の人的社会資源とのつなぎ役だという答えが多かった。家族教育プログラム、地域見守り体制が求められていた。地域包括支援センターの職員のバーンアウト対策も必要で、それには、職員間、センター間連携が効果的である。定期的な情報交換・情報の共有、家族の中にのめり込まず一定の距離を保って仕事をすること、均等な業務分担（専門別業務分担よりも地域割り分担）、ケアマネジャーとの協調などが有用とのことだった。

今後の予定は、サービスメニュー多様化のニーズに応えること、広域連合内の各地域包括支援センターの連携による24時間携帯電話対応の体制をつくることだという。

職員の組織的教育体制については、ないに等しい。職員の個人的努力に依存している。事例に遭遇して必要を感じたとき、本を買って自主的に勉強したり、外部の勉強会に出席したりしている。地域包括支援センター内での定期的な勉強会はない。業務多忙で、ミーティングが精一杯とのことだった。

最後にヒアリング調査後の感想を述べる。地域包括支援センターにより温度差はあるものの、発足後約2年なのに、多忙な中、少ない職員数で頑張り成果を挙げている。認知症について、熱意があり知識や見識が高いことは予想以上であった。戸別訪問、個別事例の解決など実体験の強みである。今後ますます仕事が増え、職員の能力アップと効率的運営が求められる。系統的な知識、技術を学ぶ研修機会に恵まれたら、さらに支援能力を伸ばすことであろう。認知症支援の入り口になる認知症診断の迅速化のため、認知症疾患医療センターなどでの診断部門の強化が緊急の課題である。国や地方自治体が主導のトップダウンの地域包括ケアのネットワークづくりは、医療分野でのサポート医、かかりつけ医、地域でのキャラバンメイト、サポーターなど数は増えている。しかしまだ実体を伴っていない。地域包括支援センターによる個別ケースの身の回りの生活圏での小さなネットワークは小規模ながら実体がある。この個別ケースのネットワークというボトムアップの動きがトップダウンの大規模な動きと結合したとき、地域医包括ケアの目標達成は近づくと考えられる。

2. パーソン・センタード・ケア研修会

（１）開催の目的

３市１町の地域包括支援センター全職員を対象に、パーソン・センタード・ケア（ＰＣＣ）の研修会を行った。これは、本事業の柱である支援プログラムの作成にあたり、パーソン・センタード・ケアの理念や考え方について、在宅介護をしている家族の相談援助を行う機関である地域包括支援センターの専門職に理解してもらい、日頃の相談援助場面での手がかりにしてもらうために実施した。

（２）日時

日時：2008年9月30日（火）13:30～16:30（地域包括支援センター職員向け）

2008年10月7日（火）13:30～16:30（地域包括支援センター職員向け）

2009年2月5日（火）14:00～17:00（介護専門職向け）

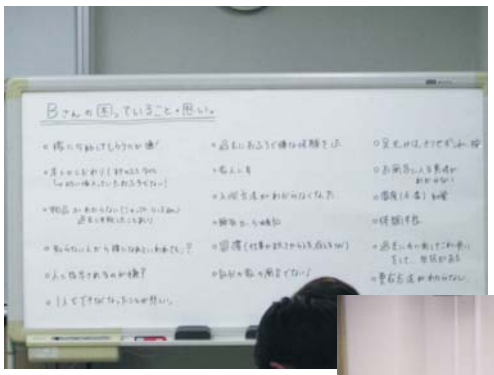
場所：認知症介護研究・研修大府センター　研修室

講師：「パーソン・センタード・ケアの視点を生かす」認知症介護研究・研修大府センター　中村裕子

（３）研修内容

地域包括支援センターの職員向けに行われたこの研修では、①パーソン・センタード・ケアとは何か、②認知症の基本的理解、③パーソン・センタード・ケアの考え方の３つの柱で行われた。認知症の症状がどういう状態を指すのかを詳しく説明し、症状がもたらす意味（ご本人の気持ち）と行動について解説した。

後半では、グループごとに、風呂に入りたがらない認知症の高齢者Ａさんの事例をもとに、Ａさんの立場に立った心の内についてグループワークをし、それぞれのグループの意見を発表した。入浴とはそもそも私たちの生活においてどんな行為であるのか、その入浴に際して生じるさまざまな動作は認知症の高齢者にはどう映るのかなど、本人の立場に立った積極的な意見交換がなされた。











（４）参加者の声（アンケートによる）

参加者に自由記述により研修会についてのアンケートを行い、その結果についてカテゴリー分析を行った。

１）本日の研修会を受けて感じたことを教えてください。

本人理解の重要性を知った18名、日々の業務の振り返りができた10名、わかりやすくてよかった4名、新しい視点を持つことができた4名、パーソン・センタード・ケアの理解が深まった3名という回答がみられた。

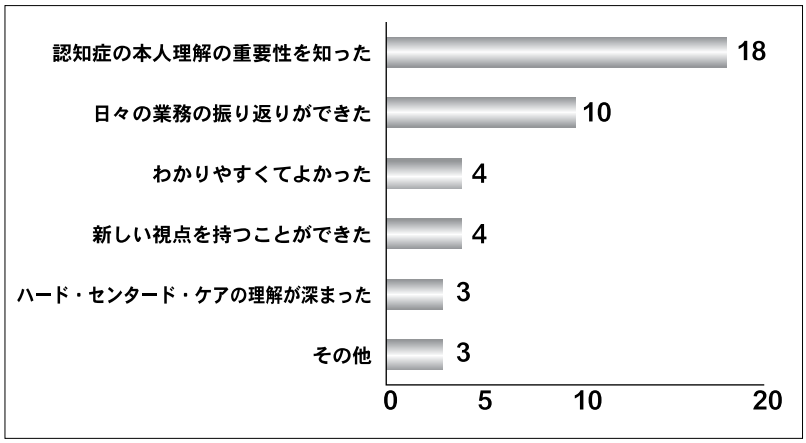


図4-1　研修会の感想

２）本日の研修を受けて、認知症高齢者ご本人との対応について、今度どのように活かすことができますか。

本人の視点に立った支援と回答したのが30名、業務改善に役立つという回答が4名、両者（本人・介護家族）支援という回答が2名、人的物的社会環境の活用が2名、三者（本人・介護家族・包括職員）への支援に役立つと回答したのが1名であった。

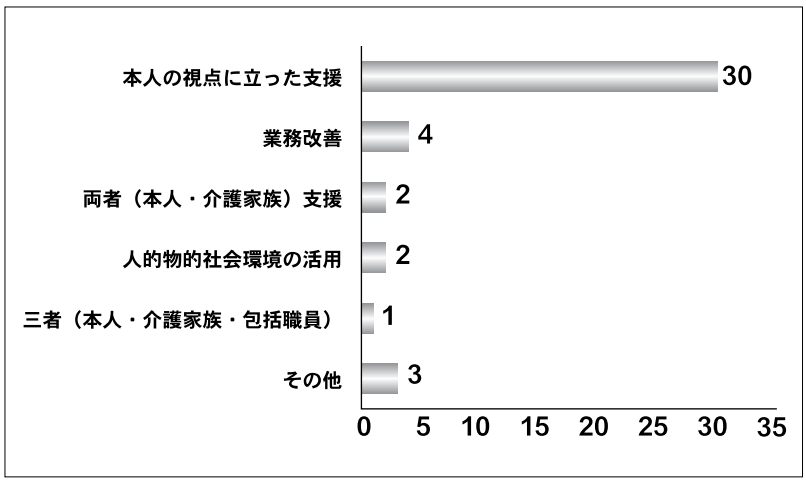


図4-2　認知症高齢者ご本人との対応で今後、どう活かせるか

３）ご家族と接する時に今日の研修会の内容をどのように活かすことができると思いますか。

両者（本人・介護家族）支援に活かすことができると回答したのが19名、認知症の正しい理解につながったと回答したのが10名、本人の理解に活かせると回答したのが6名、家族支援で活かせると回答したのは3名だった。

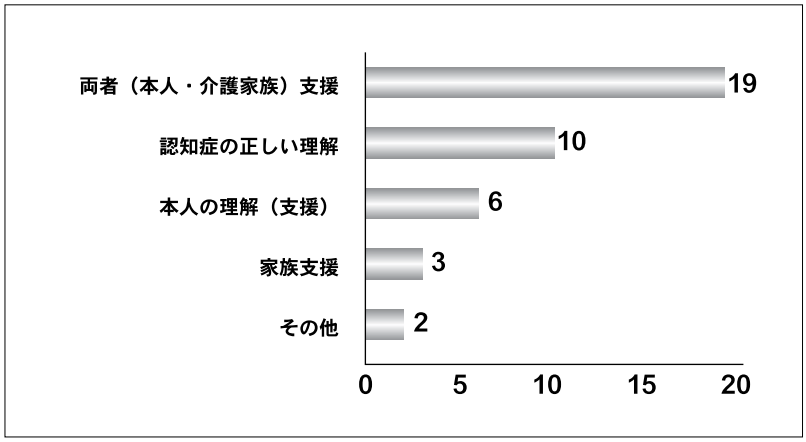


図4-3　家族と接する時にどう活かせるか

4）今後、お仕事をしていく中で、どのような勉強会や研修会が必要だと感じていますか。

ＰＣＣの普及研修を必要と感じていると回答したのが12名、事例研修が10名、地域・近隣に対する協力が5名、認知症を理解するための研修が4名、介護家族を支援するための研修が4名、職員のストレス緩和が2名、権利擁護についてが1名、ＤＣＭ研修が1名、若年性認知症についてが1名、ケアプランの作成が1名、スキルアップが1名、指導者研修が1名であった。

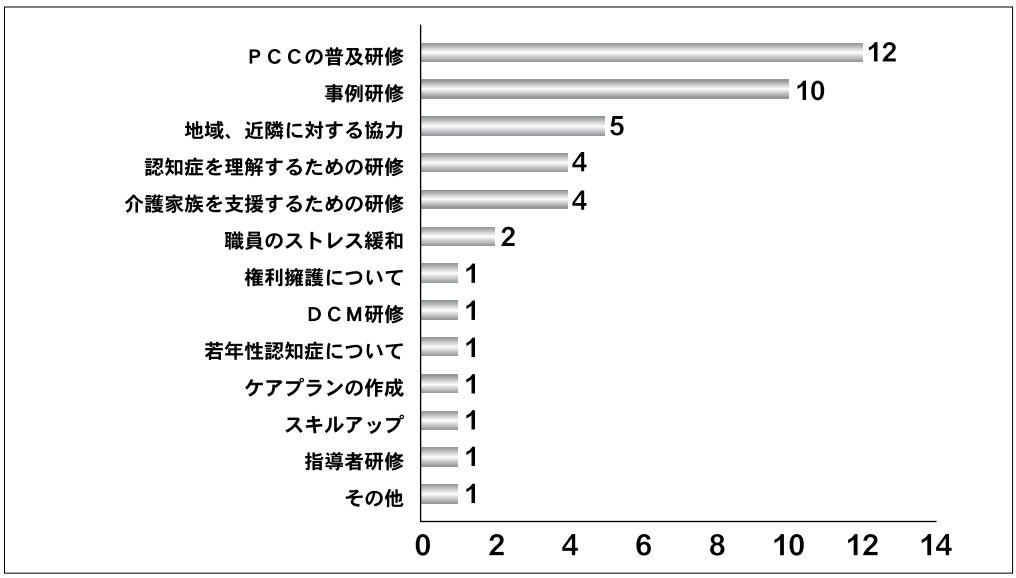


図4-4　どのような勉強会や研修会が必要か

3．まとめ

地域包括支援センターに勤務する専門職は、介護家族を支援することもさながら、地域をフィールドに仕事をするという特徴と、相談窓口としての第一義的役割を担っているという責務から、地域で仕事をするとはどういうことかとそれぞれが考えていることを強く感じた。また、社会福祉法のなかの各法律が近年「地域でくらす」ことを目標に掲げていることからも、地域包括支援センターでの相談内容は、家庭内の高齢者の介護というものから、複数の介護者が家族の中にいる事例や家庭内に介護以外の問題を抱えている事例が多くなってきているという。このような中で、確実に相談事例に認知症のある方が増加していることは、地域包括支援センターの職員も感覚的に実感しているところであった。相談というところまで来ることができた介護家族を、その後どう支援していけばよいのか。パッケージ化されたケアマネジメントによる介護保険サービスの提供のみでは、認知症の支援は十分ではない。「どうしてこんな風になってしまったのか」というような嘆きをどう認知症の理解につなげていくのかという一連の支援が欠かせない。ヒアリングのなかでも、専門職として「家族の話」と「支援」というところに比重が置かれていたように、認知症の介護家族を支援する際には、この納得のプロセスをどう作り上げていくのが重要である。

今回のヒアリングでは、家族の話を傾聴し、肯定的にとらえて不安に同調しないといったことが述べられていた。本人のことに関しては、今回のヒアリングでは情報をまとめるというところに終始していた。認知症の本人が今の現状をどうとらえているのかを逆に考えてみるという発想は、実際の支援ではなかなか難しいようである。介護家族を支援することは、認知症の方を通して家族を支援する、すなわち本人をないがしろにしないケアの在り方である。認知症の方は介護保険サービスを利用して、介護家族に対しては話を傾聴して受容するといった支援では、介護家族の認知症の方への理解が進まない。

地域包括支援センターの専門職の方々と介護家族とが認知症の方々への理解を共通認識のなかでどのように持っていくのか、その方法は何かと考えると、新たな方法が必要となる。そこで、パーソンセンタード・ケアの考え方を用いて、介護家族とともに本人理解をしながら、ひいては介護家族の負担の軽減につながるような支援ツールが必要ではないだろうか。

1.「大府センター式」コミュニケーションパックのねらい

「大府センター式」コミュニケーションパックは、パーソン・センタード・ケアの理念をもとに、地域包括支援センターの職員が、介護家族との相談場面で活用するものである。認知症の人を介護する家族は、よい介護をしたいという肯定的な介護観をもちながらも、認知症を理解できず、介護負担感を抱えている場合が多いと言われている。このような介護家族とセンター職員が、認知症の人の行動の背景や本人の思いなどを共に考えること、介護家族自らが誤解や混乱を整理していけるよう支援すること、これらのプロセスを通して、家族の介護負担感を軽減することをねらいとしている。

本パックの特色は、認知症のご本人の行動の理由を知るために、背景となるいくつかの要因に沿って、家族と職員が共に考え方を整理することができる。また、「本人はどのような気持ちで行動しているのか」を度々問いかけることで、家族の視点の転換を図ることができる点である。

シートを埋めるために、介護家族に質問をしたり、専門職が介護指導をするために用いるものではない。

2.「大府センター式」コミュニケーションパックの概要

1）作成過程

本事業は検討委員会、基礎調査部会、教材作成部会の３つの部会から成り、在宅での介護家族の支援のためのプログラム作成に取り組んできた。（部会の組織及び開催日程については、本報告書の第一章を参照のこと。）

本プログラムの作成過程の概略を、以下の通り示す。

【第一回作業部会協議結果】

本プログラムでは、当初、介護家族に向けての集合型の講習会を想定していた。しかし、検討委員会で協議した結果「地域包括支援センターが使いやすい家族支援のプログラムがよい」という意見を受け、また、作業部会及び地域包括支援センター職員の意見をもとに、個別の相談援助場面で使えるツール開発へと方向転換することとなった。

【第二回作業部会協議結果】

本プログラムの作成に向け、地域包括支援センター職員のニーズを把握するため、アンケート及びヒアリング調査の必要事項を検討した。

また、本プログラムの名称について検討する。

【第三回作業部会協議結果】

地域包括支援センター職員が、介護家族との相談場面で使用できる相談シートのたたき台を事務局で作成した。そのシートについて、使い勝手等を検討した結果、以下の意見が出された。

・職員が家族に指導するというものではなく、「一緒に作り上げる」という視点が大切。
・相談シートの使い方ガイドが必要。
・本シートが有効なケースとそうでないケースがあることを明確にする。
・パーソン・センタード・ケアの視点を大切にする観点から、本人の思いを記入する欄が必要。

上記の意見を踏まえて、相談シートの試案を作成し、11月上旬に、実際に介護家族の相談場面に試用することとする。

【第四回作業部会協議結果】

コミュニケーションシート改訂版及び活用マニュアルに関して意見交換を行った。

主な意見は下記の通り。

・どんな時にどのように活用すればよいか、ガイドラインが必要。
・事前に研修が必要ではないか。
・補助教材的な位置づけとして「医学的理解」「パーソン・センタード･ケアの理解」のテキストを作成したが、介護家族に示せるよう、簡単な紙芝居様式のものにしてはどうか。
・正式名称は、「『大府センター式』コミュニケーションパック」と決定する。

上記の意見をもとに、「大府センター式」コミュニケーションパック試用版を作成した。

2）介護家族に対するコミュニケーションシート試用結果

知多北部広域連合の三市一町（大府市、東海市、知多市、東浦町）の地域包括支援センターより、それぞれ一家族ずつご紹介いただき、コミュニケーションシートを試用してヒアリングを行った。期間は平成20年11月4日～7日で、自宅または、当センターで実施した。時間は2時間程度である。

以下がケースの概要である。

ケース1　忘れたことを「笑い」にしながら過ごすA氏

A氏は6人家族である。認知症の義母を介護しているが、現在は、要介護１でほとんど自立している。1年前に自らもの忘れを感じて、外来を受診したものの「性格的なもの、わがまま」と言われて認知症とは診断されなかった。のちに失禁するようになりトイレが汚れていることが度々あるが、知らないと言い張っている。自転車を乗って出かけるが、自転車をどこに止めたか忘れてしまい、家族中で探しまわったりしたこともある。

最近では、自分から自転車でデイサービスに行き、「ここに通いたい」と職員の方に言ったという。それが契機となってデイサービスに通うようになり、週3回通っている。

共働きで中間独居状態なので、昼食を作っておいてくるが薬をきちんと飲めているかわからない。本人も薬を飲んだかどうか忘れている。

今では家族が病気だから怒ってはいけないと気をつけているが、昔は、一言いえば義母から十言くらい返ってきて、私もイライラしていたが義母もイライラしていたんだろうと振り返っていた。

本人は、社交的で友人づきあいも多い。あっけらかんとして何でも話したがるという性格から、物忘れも自分から言ってきた。今の生活が非常にうまくいっているのでこのまま続いたらとA氏は思っている。一日に何度も仏壇に手を合わせる義母に「今日、何回目だよ」と声をかけると、「そうかね。いかんね～、忘れてしまって」とお互いに忘れていることを笑えるようになった。しかし、認知症の初期であるために、「これからが大変だよ」と聞いているが、家族で介護できるうちはやっていきたい。

> ＊本人の立場に立って考えられたこと
> 一言いえば、十言くらい返ってきて・・・義母もイライラしていたんだろうと思う。

ケース2　服薬管理が最も重要なことと位置付けるB氏

B氏は、母の介護をしていた。現在、要介護１で家の中のことはほどんと自分でできるが、糖尿病であるために服薬管理が重要である。これまでに薬の管理がうまくできずに、身体の状態が悪くなったことが何度かあったため、現在はB氏が管理している。

近隣との関係も深く、お互いの資産管理をしあうほどの他人がいたり、外出をすると必ず立ち話をして帰ってくる。70歳まで仕事をしていたという母は、現在デイサービスを楽しみにしている。外出が楽しみであったが、近頃は散歩に出かけると帰れなくなることがある。

現在は、家族関係上B氏の姉妹の家で暮らしているが、そこできちんと介護がされているか、服薬が管理されているかが心配だという。また、母にとっては今暮らしている家に行ったことは、母が長年暮らしていた家なので自分が住んでいないと取られてしまうのではないかという不安があるのだと思う。

今後、介護が難しくなってきたら入所できるところを探そうと考えている。

＊本人の立場に立って考えられたこと
母も今暮らしている家に住んでいないと自分の家がた取られてしまうと思って不安があるのだと思う。

ケース３　認知症の妻を介護したC氏

C氏は、妻の介護をしている。妻は身の回りのことはほぼ一人ですることができる。責任感が強い性格もあり、調理などが今まで通りにできないと夫に当たることもある。息子や孫の顔を忘れてしまっている。妻は、他者との交流はあるものの自発的に発言することは少ないという。散歩に行くとしばらく帰ってこないことがあり、これまでに2回行方不明となった。1度は30キロ離れたところで見つかり、警察に保護された。妻は、病院の受診が嫌いで病院に着くと嫌だ嫌だと怒りだす。このことが一番大変だった。

現在は要介護２であるが、しばらく前にグループホーム入所した。入所してからも受診は家族の役割となっているため、インフルエンザを受けさせるべきかどうか今悩んでいる。

＊本人の立場に立って考えられたこと
介護していたのが過去のため、D氏自身が介護振り返ることに終始してしまった。

ケース４　「本人は忘れることを何とも思っていない」と思いながら介護するD氏

D氏は、夫の介護している。夫は持病でヘルニアがある。認知症の服薬はアリセプトを1日1回飲んでおり、自分で管理・服用している。現在は、落ち着いているが「死にたい」「どうにかなってしまった」と自分が置かれている状況に混乱していたこともあったという。認知症になってから、趣味にしていたことを一時的に止めていたが、病院の先生からつづけるように言われ、最近になって再開した。そのことで、少し認知症の症状が軽減されたとD氏は感じている。夫は、優しく、よく気づき、整理整頓が好きな人と理解している。D氏が認知症の症状として日頃感じているのは、高級品のシャンプーで風呂の浴槽を洗っていること。しかも、小さな洗顔ネットを使って洗っている。そして、「これでいいか」と聞いてくるので違うと何度も言ってしまう。ご近所の人の顔や訪ねてきた人を忘れてしまったり、同じことを３～５回聞いてくる。そのことをとがめてしまうこともあるが、そうすると夫は怒る。とがめられるとご主人はどんな気持ちでしょうね？と尋ねると、D氏は、「忘れたことを言われたら本人はショックでしょうね」と夫はショックを受けるのではないかと認知症の立場に立つ発言が聞かれた。

D氏は、夫が認知症になったことにより、近所や自治会長等々の地域の方々に話してあり理解を求めたという。自分と夫が楽になるために、認知症によいとされる「音読」と歯間ブラシを使って2人で歯磨きをしている。

＊本人の立場に考えられたこと
忘れたことをとがめられると夫もショックだと思う。

明らかになった課題と改善点は以下の5点である。

1. 四家族ともに、すでに認知症に関する混乱期を脱しており、本シートの使用に適する時期を過ぎていることがわかった。つまり、本シートの使用は、認知症の初期から中期にかけて、本人、家族ともに混乱した時期が最も適当だと思われる。
2. シートをもとに会話をしていくと、認知症のご本人か家族か、誰が本当に困っているのかが明確になった。
3. 認知症のご本人の状態を把握する上で、必要事項の聞きもれが起きにくい。
4. 認知症のご本人の状態に影響を及ぼす要因について、記入する欄の配置を再検討し、本人の思いの欄を追加する。
5. 認知症以外の精神障害等の影響が考えられる場合、本シートは適当でない。

上記の意見をもとに、コミュニケーションシートの改訂版及び活用マニュアルを作成した。

3）「大府センター式」コミュニケーションパックの概要

本コミュニケーションパックは、三部構成となっており、「Ⅰ．医学的理解」、「Ⅱ．パーソン・センタード・ケアの理解」、「Ⅲ．相談シート（使い方マニュアル）」となっている。

「医学的理解」では、認知症がどんな病気かということ、認知症の原因、認知症と加齢による物忘れとがどう違うのか、中核症状やＢＰＳＤについて、診断の方法に関する基本的なことがカード式になっており、介護家族の理解度によって、必要な情報だけを取り出し、家族とともに理解することができるようになっている。

「パーソン・センタード・ケアの理解」では、なぜ、介護拒否や暴言・暴力をはじめとする言動が起こるのかを①認知機能の低下、②心身の健康状態、③周りの人との関わり・環境、④生活歴、⑤性格傾向の5つの要素から成り立っている可能性があることを説明している。また、認知症の人の「よい状態」と「よくない状態に向かわせる状況」について解説している。

「相談シート（使い方マニュアル）」では、相談シートの活用のポイントを整理し、具体的な相談の手順例や、シートの記入の方法について解説している。相談シートでは、①家族が現在困っていること、②その時のご本人の様子、③認知症の状態、④習慣・生活歴（生活パターン・好きなこと・嫌いなこと）、⑤本人を取り巻く人たちとのかかわり、⑥ご本人はどうしたかったんでしょうか、⑦今後のかかわりのヒントの７つの項目について、家族とのコミュニケーションを通して、把握していく。特徴は、常に本人の気持ちに立ち返りながら進めていくことである。コミュニケーションパックでは、具体的記入例を2例用いながら詳しく説明した。

本パックを使用することが難しい介護家族は、以下の場合が考えられる。家族が認知症を全く受けいれる状況にない場合、家族と認知症のご本人の人間関係が極端に悪い場合、認知症以外の精神障害などが影響している場合、認知症高齢者に対して虐待が発生していると疑われる場合である。このような場合には、他のアプローチで支援することが望ましいと思われる。



4）まとめ

本事業では、認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに基づく支援プログラム開発事業として、地域包括支援センターの職員向けコミュニケーションパックの作成に至った。その過程では、介護現場の第一線で活躍されている方々と大学教員の方々に、作業部会のメンバーに加わっていただき、会議を重ねてきた。本パックは、介護家族向け講習会のテキストや読み物といったものではなく、あくまで地域包括支援センターの職員が、個別の相談場面で活用することに特化されている。

しかしながら、今年度は、本コミュニケーションパックが実際の相談場面でどのように活用され、その成果をどう評価していくのかというところまでは至っていないため、試行版として作成した。来年度以降、本事業の成果が、介護家族と地域包括支援センター職員を支援するために、より良いものとなるために、さらに認知症介護の現場の皆様の協力を得ながら、「大府センター式」コミュニケーションパック完成版を作り上げていきたい。

最後に、本事業に協力して下さった多くの現場の方々、ならびに介護家族の方々に感謝を申し上げたい。

巻末資料

資料1　検討委員会議事録　第1回

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに
基づく支援プログラムの開発事業
第１回　検討委員会　議事録

【開催日時】　平成 20 年 7 月 4 日（金）　１８：００～２０：００

【開催場所】　安保ホール（名古屋駅前）２０１会議室

【出 席 者】　大島　伸一　（国立長寿医療センター　総長）
尾之内直美　（社団法人　認知症の人と家族の会　愛知県支部代表）
小野寺敦志　（認知症介護研究・研修東京センター　研究企画主幹）
神谷　卓男　（知多北部広域連合　事務局長）
祖父江　元　（名古屋大学医学部神経内科　教授）
塚本　鋭裕　（大府市西包括支援センター　課長補佐）
中澤　明子　（社会福祉法人　きらら会　せんねん村　常任理事　施設長）
矢吹　知之　（認知症介護研究・研修仙台センター　主任研修研究員）
柳　　務　（認知症介護研究・研修大府センター　センター長）
藤井　滋樹　（認知症介護研究・研修大府センター　研修部長）
小長谷陽子　（認知症介護研究・研修大府センター　研究部長）
中村　裕子　（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
森坂　　清　（認知症介護研究・研修大府センター　事務部長）
江本　勝美　（認知症介護研究・研修大府センター　総務課長）
大嶋　光子　（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
児玉しげみ　（認知症介護研究・研修大府センター　事務員）
金田千賀子　（日本福祉大学院福祉社会開発研究科社会福祉学専攻）

【概　　要】
委員長挨拶　…　柳　務
委員会設置規程　　承認
委員紹介　…　出席者全員
副委員長　…　小野寺敦志（仙台センター）　　承認

１．事業内容の説明
事業計画に基づき、資料３を用いて今年度の概要説明がなされた。

２．協議事項
１）モデル事業の実施について
・　プログラムを実施する前と後で、介護側または患者側にどんな効果があるのかアウトカムを測定する。
・　評価に関しては、プログラムを進める中で当事者と関わる家族や、関係者はどう

資料1　検討委員会議事録　第1回

変ったのかを系列でおさえていく必要がある。また作業部会の中で進めていくことになる。
- 包括スタッフが使えるプログラムを作っていただきたい。
- 全国の包括支援センターがプログラムを使って継続させることが出来れば、この事業が終わった後でも効果は期待できる。
- 今年度はプログラムをツールとして試行しながらで完成させていくことを中心にする。（展開は2年目以降）
- 誰がこのプログラムを誰に提供あるいは支援（教育）するのかはっきりする必要がある。
- 試行的に包括支援センター単位で家族を集め、最終的には包括支援職員が使えるようなプログラムを作っていく。
- 問題点を指摘しつつ、地域包括支援センターのあり方を提言していく。家族支援を地域包括センターがどのようにしたらよいのかを提言型で出していく。

2）アンケートについて
- 認知症のケアに関して、包括支援センターが抱えている課題というものをもう少し細かく拾い上げたほうがよい。
- 地域に関するものが入っていることが大事。
- 選択方式である程度絞り、介護家族との関係で困っていること、家族支援で困っていること等自由記述で書いてもらう。
-

[決定事項]
- アウトカムを測る。
- 地域包括支援センタースタッフ向けの支援プログラムを作成する。
- ビフォーアフターのアンケートは必ずとる。
- もっと身近な認知症に関する設問を増やす。
- マクロの視点で現在の問題点が浮かび上がってくるような設問を設ける。

3）その他
- 福祉医療機構に申請をして了解がもらえれば、ある程度事業で検証して中身を作った後の事業展開は可能。

4）次回予定
第２回検討委員会は２月か３月を予定

資料1　検討委員会議事録　第2回

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに
基づく支援プログラムの開発事業
第２回　検討委員会　議事録

【開催日時】　平成２１年３月24日（火）　１４：００～１６：００

【開催場所】　愛知健康の森　健康プラザ２F　会議室４

【出 席 者】　大島　伸一　（国立長寿医療センター　総長）
尾之内直美　（社団法人　認知症の人と家族の会　愛知県支部代表）
小野寺敦志　（認知症介護研究・研修東京センター　研究企画主幹）
柿本　誠　（日本福祉大学社会福祉学部　教授）
神谷　卓男　（知多北部広域連合　事務局長）
塚本　鋭裕　（大府市西包括支援センター　課長補佐）
山本　楯　（知多郡医師会　会長）
柳　務　（認知症介護研究・研修大府センター　センター長）
小長谷陽子　（認知症介護研究・研修大府センター　研究部長）
大嶋　光子　（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
中村　裕子　（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
本田　恵子　（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
森坂　清　（認知症介護研究・研修大府センター　事務部長）
江本　勝美　（認知症介護研究・研修大府センター　総務課長）
児玉しげみ　（認知症介護研究・研修大府センター　事務員）

【概　要】

１．事業全体の内容説明と事業報告

資料と報告書に基づき、柳センター長より、今年度の概要説明と事業報告がなされた。

２．（試行版）コミュニケーションパック完成の報告

コミュニケーションパックを用いて、教材作業部会委員の中村裕子より、作成までの経緯についての説明がなされた。

３．ご意見

１）事業実施の報告について

・ 三市一町でも講演会を開催したことでこの地域の中に、大府センターがあることが地域住民に認知されたことや、認知症についての知識や取り組みについての勉強する機会が増え、それなりの効果を上げた。
・ 認知症の患者は増え続けているので、現状変化にどう対応していくのかが、後追いになっている。この周辺は認知症対策が進んでいる方ではあるが、サポート医

資料1　検討委員会議事録　第2回

とかかりつけ医のあり方、専門医のあり方の住み分けを、どうしていくのかを、全国的に展開していかなければならない。

- この地域に国立長寿医療センターや認知症介護研究・研修大府センターがあり、認知症対策に恵まれた地域である。行政が積極的に福祉に関わり、市町村規模に見合ったやり方で、色々な取り組みが行われているが、その意識の高さの原因を分析する必要がある。
- 知多半島は社会資源が揃っていて、認知症について住民活動の支えあいのボランティア活動（ＮＰＯ等）が育ってきているので、顔の見える関係が、住民の間に広がり、地域で支えあっているしくみができている。
- 介護形態が複雑化しているので、色んな形のサポートが必要になってきている。まずはかかりつけ医から専門医につなげる連携が大切であることを伝えている。
- 地域で優れているところには、医者のリーダーが必ずいるということと、その地域の社会資源を有効に使っているということが見えてくる。
- 医師会と行政が足並みを揃え、上手くコミュニケーションをとっていくことが大事で、この地域では、旗をふるドクターの顔が見えていることは大きい。

２）コミュニケーションパックの完成について

- 地域包括支援センターが知識も技術もないところで、きっかけになるツールを作り上げていく必要があった。エキスとなるノウハウはいままでの研修の中で、積み重ねてきているので、使ってみて意見を拾い上げていくと、自分たちが当事者ときちんと向かい合っているのかという振り返りにもなる。
- ツールが有効かどうかはこれを使い、認知症と向き合っていく上で、自分が見落としていることや、介護家族に伝えられていないことの気付きがでてくる。
- 認知症を抱えて困っている時点の、家族の思いを十分受け止め、介護家族の相談シートを作ることが重要である。
- シートの説明が地域包括センター職員向けにないと難しいので、介護家族に見せながら、説明するトラの巻きのようなものを補足する。

[まとめ]

２１年度はコミュニケーションパックの試行版を、三市一町の８包括支援センターと、愛知県内の包括支援センターに配布し、現場からの意見を参考にして、完成版を作成し、在宅介護家族支援に繋げる。

資料2　作業部会議事録　第1回

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに
基づく支援プログラム開発事業　第一回　合同作業部会　議事録

【開催日時】　平成２０年7月7日（月）１３：００～１５：００

【開催場所】　認知症介護研究・研修大府センター　研修室

【出 席 者】　水野　　裕（いまいせ心療センター　診療部長）
村田　康子（大府センターDCM 推進室　マネージャー）
山下　友彦（社会福祉法人　仁至会　サンサン大府　支援課長）
井　　真治（社会福祉法人サンライフ　教育・研修センター　センター長）
井上　豊子（介護老人保健施設ルミナス大府　看護介護部長）
金山まゆみ（介護老人保健施設　相生　副施設長）
金田千賀子（日本福祉大学院福祉社会開発研究科社会福祉学専攻博士課程）
齋藤　妙子（老人保健施設　みず里　サービス統括部長）
齋藤　隆司（あいち福祉医療専門学校　専任教員）
髙見　雅代（国立長寿医療センター　ソーシャルワーカー）
田中千枝子（日本福祉大学　教授）
塚本　鋭裕（大府西包括支援センター　課長補佐）
阪野嘉代子（知多北部広域連合　事業課　係長）
深見　重夫（介護老人保健施設　相生　センター長）
大嶋　光子（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
本田　恵子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
柳　　務（認知症介護研究・研修大府センター　センター長）
森坂　　清（認知症介護研究・研修大府センター　事務部長）
江本　勝美（認知症介護研究・研修大府センター　総務課長）
児玉しげみ（認知症介護研究・研修大府センター　事務員）

【概　　要】
委員長挨拶　…　センター長　柳　　務
委員自己紹介　…　出席委員全員

１．事業内容の説明
資料２を用いて今年度の事業の概要説明がなされた。

２．検討委員会の報告
アウトカムを出来るだけ追求することと、地域包括支援センターが使いやすい家族支援プログラムにする。またそれをきっかけとして地域家族に関われるということに期待している。

資料2　作業部会議事録　第1回

３．協議事項

１）家族支援プログラム作成について（合同部会）

・　どのようなときにニーズがあるのかに焦点を当ててディスカッションし、本当に使える有効なプログラムにしていかなければならない。
・　ひとつの方向にみんなが向かうと、取り組むのにも支えあうのにもよいと思う。それが無いと何のために支援をしているのかわかりづらくなって、支援をするパワーがめげてしまう。
・　すべての家族に有効とは限らないので、簡単にスクリーニングできるような仕組みを考えるのが必要。

２）リーフレット作成について（教材部会）

・　講演会で配布する簡単なリーフレットの作成をする。
・　パーソン・センタード・ケアについてもっと知識を増やせるようなものを作成する。
・　ケアのための１０か条など、スローガン的なものがあっても面白い。
・　視点を活かしたシリーズにして、１，２，３というリーフレットにしてみる

３）包括スタッフ向けの研修について（教材部会）

・　包括スタッフ向けの研修と何らかの家族向けのものを作っていく。
・　最終的に家族支援に何が必要なのか見通しをある程度調査していかないと、ニーズからずれてしまう可能性がある。
・　地域包括の人と、在宅の家族はどんなニーズを持っているのかという事態把握を平行しなければならない。
・　実施後のアンケートでどの部分が役に立ったか、立たなかったかをきちんとフィードバックする構成にしないといけない。
・　ニーズの調査結果をどこまで入れ込めるかは時期的なことにかかっている。
・　プログラムをするのであれば、2時間とか1時間半でディスカッションを1時間くらいして、家族に役に立つことをヒアリングも兼ねてする。
・　アンケートを書いてもらった上でディスカッションをするという形にする。
・　知識ばかりを教えるプログラムではなく、引き出すプログラムみたいなものに心理的ニーズの極意をいれてみたりする。
・　パーソン・センタード・ケアの視点を活かした家族支援プログラムとしたほうがよい。
・　研修資料はパワーポイントの資料でよい。進め方のマニュアルも必要。

４）包括支援センターへのアンケートについて（調査部会）

・　家族支援プログラムがどのように評価して、効果が上がるのかというように、結びつけられるアンケート項目の洗い出しが必要になってくる。
・　課題的なものが中心となる。
・　支援プログラムに意識を結びつけるものと、認知症ないし家族支援の中身を意識したものをイメージして考えたほうがよい。

資料2　作業部会議事録　第1回

5）介護家族へのアンケートについて（調査部会）
・　パイが大きいほうがよい。数が少ないとばらつきが大きくなる。
6）家族支援プログラムについて（調査部会）
・　DCM を使ってこういう形にすればよいって言うのが示していただけるとよい。

7）小グループ活動について（調査部会）
・　試案を基に地域包括支援センター職員に対して、ダイレクトに認知症の理解を入れた後に、家族を呼んで委員が実施し、それを包括の方に返すという形でよいのでは。
・　家族支援の方を柱にして、包括支援センター単位で実施し、それで職員が使えるツールのとりかかりとして作っていければよい。
・　何かをつくってみて、1 番は家族にして、2 番目は地域包括に返すという 2 段階になる。

【検討事項】家族支援パック実施後の、家族の精神的な評価の仕方

8）その他（調査部会）
・　メーリングリストの作成

4．決定事項
教材部会
・　啓蒙用リーフレットの作成。（2 種類）
・　包括スタッフ向けの研修プログラムを考える。
・　プログラムを実施するときのマニュアル（ガイドライン）の作成。
調査部会
・　アンケートは原案が出来てから、すりあわせをしてメーリングリストで発信していく。
・　家族パッケージは試案が出来てから１２月 2 月にファシリテーターとして関わっていく。

5．次回の予定
教材部会　7 月 17、18 日（木・金）
調査部会　7 月 18 日（金）

資料2　作業部会議事録　第2回

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに基づく
支援プログラム開発事業　第二回　モデル地域基礎調査部会　議事録

【開催日時】平成２０年８月２１日（木）１３：３０～１５：００

【開催場所】認知症介護研究・研修大府センター　研修室

【出 席 者】田中千枝子（日本福祉大学　教授）
塚本　鋭裕（大府西包括支援センター　課長補佐）
山下　友彦（社会福祉法人　仁至会　サンサン大府　支援課長）
井　　真治（社会福祉法人サンライフ／サンビジョン教育・研修センター
センター長）
井上　豊子（介護老人保健施設ルミナス大府　看護介護部長）
金山まゆみ（介護老人保健施設　相生　副施設長）
深見　重夫（介護老人保健施設　相生　センター長）
阪野嘉代子（知多北部広域連合　事業課　係長）
齊藤　妙子（老人保健施設　みず里　サービス統括部長）
齊藤　隆司（あいち福祉医療専門学校　専任教員）
髙見　雅代（国立長寿医療センター　ソーシャルワーカー）
金田千賀子（日本福祉大学大学院）
大嶋　光子（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
本田　恵子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
柳　　務（認知症介護研究・研修大府センター　センター長）
森坂　　清（認知症介護研究・研修大府センター　事務部長）
児玉しげみ（認知症介護研究・研修大府センター　事務員）

【概　　要】

来年度の事業実施について

センター長より２年目は愛知県下に地域を広げて、事業展開を計りたいとの意見が出された。

議　題１　広域連合管内の地域包括支援センターへのアンケートとヒアリングについて

報　　告　金田委員より、包括支援センター向けアンケートの概要説明とアンケート項目の趣旨を交えて、各委員より意見を募った。

巻末資料

資料2　作業部会議事録　第2回

決定事項

- 質問項目のCとDをより深めていくヒアリングにする。
- 項目Bはアンケートの最後に持っていく。
- ヒアリングの方法は　ICレコーダで記録をして、聞き取り用紙を作成し、記録していく。
- ヒアリング後の報告は、次の日に繋げていくために必ずフィードバックをする。
- 知多北部広域連合で集積している地域包括が抱える諸問題についての客観的なデータを用意して参考資料とする。

議　題２　包括支援センター職員向けのパーソン・センタード・ケアによる研修会について

報　　告　中村委員より概要の説明がなされた。

包括支援センター職員にパーソン・センタード・ケアの概念を盛り込んだ内容にしていきたい。

決定事項　・モニタリングのフィードバックのため、終了後に振り返りの時間をとる。

議　題３　その他補足資料についての説明

報　　告　事務局より、事業内容の概況とタイムスケジュールの説明がなされた。

議　題４　「パーソン・センタード・ケアの視点を活かした」パンフレット作りについて

報　　告　中村委員より進捗状況が報告された。

決定事項　・講演会に間に合うように初版を作成してほしい。

その他　中村委員より「家族支援プログラム」の呼称を変更するように意見が出された。

【次回の予定】　モデル地域基礎調査部会　１０月２０日（月）　１３：３０－

資料2　作業部会議事録　第3回

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに基づく
支援プログラム開発事業　第三回　モデル地域基礎調査部会　議事録

【開催日時】平成２０年１０月２０日（月）１３：３０～１５：４０

【開催場所】認知症介護研究・研修大府センター　研修室

【出 席 者】田中千枝子（日本福祉大学　教授）
村田　康子（DCM 推進室　マネージャー）
塚本　鋭裕（大府西包括支援センター　課長補佐）
井　　真治（社会福祉法人サンライフ／サンビジョン教育・研修センター　センター長）
井上　豊子（介護老人保健施設ルミナス大府　看護介護部長）
長谷川久美（グループホーム　ルミナス大府　管理者）
金山まゆみ（介護老人保健施設　相生　副施設長）
深見　重夫（介護老人保健施設　相生　センター長）
齊藤　妙子（老人保健施設　みず里　サービス統括部長）
髙見　雅代（国立長寿医療センター　ソーシャルワーカー）
金田千賀子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部研究員）
大嶋　光子（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
本田　恵子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
児玉しげみ（認知症介護研究・研修大府センター　事務員）

【概　　要】

議　題１8 包括のヒアリング調査の結果報告について

報　　告金田委員より、ヒアリング結果の概要版をもとに報告を行い、各委員より意見を募った。

意　　見

- 数量調査を行ったわけではないので、単純に比較はできない。
- 広い意味での地域（一般市民）への啓発活動は、まだまだ必要である。
- 包括支援センター職員には、一定の認知症に関しての、研修プログラムがない。
- スキルアップ研修などのいろんな研修に出ても、認知症に関しては系統立てて学んでいない。
- 包括支援センターの相談業務の中でも、認知症に関する困り事が少しでも、支えとなるものができればよい。

決定事項

- アンケート項目で足らないところは、現場経験の高い作業部会の方の意見を聞きたい。修正・追記などがあれば、後日、メール等で教えていただきたい。

議　題２包括支援センター職員向け PCC 研修実施の報告

報　　告中村委員より資料により、説明がなされた。

包括職員は認知症についての研修を受けていないと言われるが、全く知らないわけではないので、グループワークでは細かい意見が出てきて驚いた。（すでに蓄積ができている。）

資料2　作業部会議事録　第3回

認知症本人の理解ができれば、全体としてのソーシャルワークには活かしていける。

意　見

・包括職員が介護家族に使うには、知識だけでなく技術の研修が必要である。
・答えがあるわけではないので、いくつか提案をすることで、家族に余裕を持ってもらうきっかけになって欲しい。

決定事項

・アンケートの質問（※３）は、家族支援に活かせるのかを検証したい。

（※３）ご家族と接するときに研修会の内容をどのように活かすことができると思いますか。

議　題３愛知県内包括支援センターアンケート及び、三市一町の介護家族アンケートの内容討議

報　告金田委員より、現在の進捗状況と今後についての概況の説明がなされた。

愛知県内包括支援センター向けのアンケートについては、ベースを作ってメールで配信。三市一町の介護家族向けのアンケートについては、広域連合の倫理委員会が終わったところで、内容を充実させたい。

意　見

- 本人または介護家族の主観的なアンケートに、頼らざるを得ない。
- 愛知県内包括支援センター向けでは、相談支援を実施していく側が、認知症介護家族の支援で、どんな課題や悩みを持ちながら、関わっているのかを聴くアンケートである。
- 介護家族向けアンケートでは、家族自身が認知症高齢者に関して、どんなところで悩んでいるのかを把握し、どんな支援を希望するのかを聴くアンケートである。

決定事項

- 愛知県包括支援センター向けアンケートは、１０月中に第一案を作成して、メールで配信する。意見と感想を募る。
- 介護家族向けのアンケートの抽出方法は、三市一町の介護認定者の中から、要支援１と２をはずし、約１／４抽出の２０００人に実施する。

議　題４介護家族支援プログラムの思考方法の概要整理について

報　告中村委員より進捗状況とサンプルを用いて、たたき台のイメージについて報告された。

シート（サンプル）の使い方のイメージ

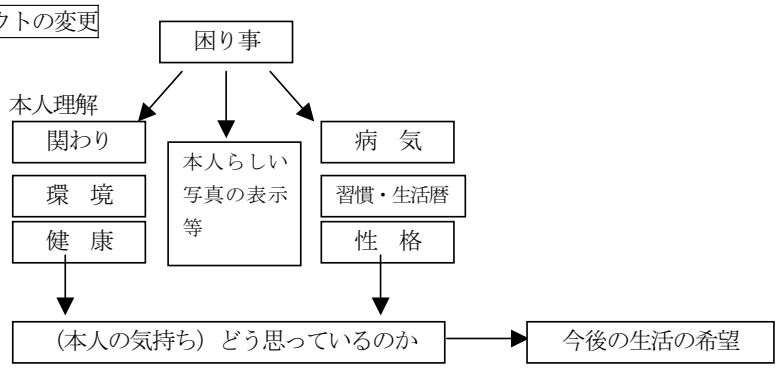
- 地域包括職員が、家族の方と使えるツールを作りあげたい。
- 本人の家族の困り事をどのように繋げていくかがポイント。
- 介護家族と一緒に作り上げていくというもの。
- 介護家族が混乱しているところで、包括職員が家族と一緒に整理していく。
- 包括職員自身が整理したシートを、後で活用できるようなものにしていく。
- シートの使い方ガイドが必要。
- シートを使うにはある程度の前提があることを念頭に置く。（限定したケースに有効なシートであること）

資料2　作業部会議事録　第3回

グループワークサンプルのシートを用いて、3 グループに分かれて、意見を出し合った。

- PCC の視点から、本人がどのように思っているのかの記入欄が必要。
- 本人の気持ち→今後の生活の希望→本人の希望、家族の希望が重なる。
- ある程度記入されたマニュアルを用意し、番号などで連動させて、シートに記入することに必死にならないよう配慮する。
- 使い方ガイドではいろんな問いかけをして、家族からこんなことを引き出してくださいというようなものを作成する。
- 家族にとっての困り事の優先順位を付ける
- 家族の状況を付け加えて、3 枚綴りにしたらどうか。
- 認知行動療法の仕組みを使うなら、適応する家族は限られてくるので、あるパターンでこういう時期のこういう状態の家族に使っていくという発想。
- 困っている場面での、ご本人の様子を聞く。
- 本人の思い→本当はどうして欲しいのかを一緒に考える→今度どうするのか。
- レイアウトを変えて、流れを分かりやすくする。（観音開きタイプにする。）

レイアウトの変更



決定事項

- もう少し具体的に記入した形のものが出てくると分かりやすいので、やり取りの例を想定して作成したものを、バージョン 2 として作る。
- 試案を持って、11 月上旬の介護家族の実態調査を行う。

その他

委員長からの総評

プロジェクトとしてきちんと進んでいる。来年度に向けて何をしたい（手に入れたい）から調査するとか、どんな風になりたいからツールを開発していく、というように触れていくと良いのでは。とても楽しみにしている。

副委員長のまとめ

一つ一つがバラバラに動いているのはなく、趣旨は介護家族支援・地域包括が主体的に使える家族支援プログラムであり、そのためのアンケート調査であり、いろんな研修であり、シート（プログラム）であるので、そこに焦点を当てながら、皆さんの意見を整理していきたい。

【次回の予定】　今日の議事の中身を整理した上で、次回の委員会を設定。（12 月頃予定）

資料2　作業部会議事録　第4回

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに基づく
支援プログラム開発事業　第四回　モデル地域基礎調査部会　議事録

【開催日時】平成２１年1月２７日（火）１３：３０～１５：３０

【開催場所】認知症介護研究・研修大府センター　研修室

【出 席 者】田中千枝子（日本福祉大学　教授）
塚本　鋭裕（大府西包括支援センター　課長補佐）
井　　真治（社会福祉法人サンライフ／サンビジョン教育・研修センター　センター長）
井上　豊子（介護老人保健施設　ルミナス大府　看護介護部長）
金山まゆみ（介護老人保健施設　相生　副施設長）
深見　重夫（介護老人保健施設　相生　センター長）
齊藤　妙子（老人保健施設　みず里　サービス統括部長）
髙見　雅代（国立長寿医療センター　ソーシャルワーカー）
金田千賀子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部研究員）
大嶋　光子（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
本田　恵子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
児玉しげみ（認知症介護研究・研修大府センター　事務員）

【概　　要】

議　題1　介護家族の実態調査（アンケート）の経過報告について

報　　告　金田委員より、口頭で報告を行い、各委員より意見を募った。

意　　見

当初予定していた認知症の方を対象とした調査は、個人情報保護の面から出来ないという判断で、要介護認定を受けている方（ご本人と介護家族）を対象として実施した。2000 件の抽出については、市町村の要介護認定者（要介護１から５まで）の割合を出して、無作為に抽出して郵送を行った。
2 月中に個別集計を行い、報告書の中に盛り込む形の集計ができるようにする。
1 月 27 日現在で回答数は９６８通で、回収率は４９．３％　〆切は 1 月 31 日（土曜日）

決定事項

個別集計の結果を作業部会の委員返して、必要があればどの項目をクロス集計するかを考える。

議　題2　介護支援プログラムの経過報告と概要整理について

報　　告　中村委員から資料により、説明がなされた。

介護支援プログラムの完成に向けて、様々な事業を行った結果を反映した介護支援プログラムのたたき台を作成した。

意　　見

・ 特別講演を加えたわけは？
→ 介護支援プログラム作成が大きな柱ではあるが、もう一方で知多北部広域連合全体の介護

資料2　作業部会議事録　第4回

専門職や一般の方のパーソン・センタード・ケアの普及を目的としているため。

- 介護家族向けアンケートの結果は、本来介護家族支援プログラムに反映していかなければ、ならないのではないか。

→　スケジュール的に、後追いになってしまっている。

- 地域包括支援センター職員向け PCC 研修会と PCC 特別講演会の内容の濃度の違いは？

→　特別講演は講演形式で PCC の普及を目的としているが、研修では事例を盛り込んでみんなで考えてもらう形式にした。内容的には、介護専門職 PCC 研修も地域包括支援センター職員向け PCC 研修の内容も大きな違いはない。

- プログラム実施の評価は、改めて家族を巻き込んでプログラムを試行する計画になっていたが、それを変更するのか。

→　何らかの形で家族を巻き込んでいくことにはなるが、当初想定していたものとは途中で大きく方向転換して、個々の相談場面で使えるツールとしたので、プロフェッショナルな皆さんに実際に使っていただいて、使えるものかどうかを評価していただきたいと思っている。

- 包括支援センター職員に実際にツールを使ってもらい、どこがいいか悪いか把握し、検証してもらい、意見をもらうところまでを、今年度の作業とするのか。

→　プログラムの形が大きく変わったので、個々の場面で使用するという形になった。

決定事項

- 最終的に、地域包括支援センター職員が使うプログラム開発という点は変わらない。
- 来年度の改訂版の中には、介護家族向けアンケート結果を反映させたものを作成する。
- 個々の在宅のケースで使ってもらい、効果があるのかどうかの評価を把握していく。
- プログラムの使い方の説明と、使った後の結果を返してもらうために、最低 2 回は集まってもらうか個別に回答をしていただくかの必要がある。

議　題3　介護支援プログラムの内容討議から試案完成までについて

報　　告

中村委員より、現在の進捗状況と介護支援プログラムの概略の説明がなされた。
まだラフなたたき台で、このような骨格でこのようなものを作りたいというものを作成したので、皆さんから御意見をいただき、反映をさせて試案のレベルの完成を目指したい。

意　　見

- 現場サイドで必要となる「事例集」と「進め方マニュアル」に重点を置いて話し合いをすすめていきたい。

グループワーク　介護支援プログラムのたたき台をもとに、２グループに分かれて、意見を出し合った。

●全体についての意見

- どんな時（場面）にどのように活用すればいいのかを明記してほしい。
- 具体的にこういう場面で使うという想定がほしい。
- どんな形で家族が相談に来たときに使えばいいのか。
- 家族の方に認知症を理解するために使ってもらうもの。
- 相談したい家族は、何をどう理解したらいいのか、どう対応したらいいのかがわからないので、理解をするために、職員と一緒に使い始めるプログラムになる。
- 介護者の支援プログラムでありながら、本人の希望が中心となっているので、あくまで介護者と

資料2　作業部会議事録　第4回

本人の両者の支援プログラムとする。
- プログラムの使い方の説明と実施した後の研修が必須。
- プログラムを使う上で、イメージを持たせることが大切なので、「はじめに」の部分をもっと膨らませる。
- どの場面でどう使うのか、指導の仕方がないとわからない。経験のある職員はシートを書かなくても十分対応できてしまうこともありうる。
- 負の感情（殴ってやりたいとか）がでてきた時に、どういう対応が必要かを入れておいたほうがよい。（会話の留意点に入れておく。）
- 負（マイナス）の感情を引き出すことは大切である。マイナスの感情の中で引き出してしまうと、本人とずれた人格像が出来上がってしまうので、注意が必要。
- プログラムは一律の使い方ではなく、多様的な進め方で幅がある。
- 全体的なイメージがあってつかっていけるのが良いのでは。
- 使う目的がはっきりしないから、わかりづらいので、各部門別の目的（ねらい）が必要。
- 具体的な使用場面がうたってあると、わかりやすい。

● 医学的知識について
- 紙芝居形式にして、家族と支援者が共通認識を持てるようにして、認知症の理解をしてもらう。
- 診断方法と予防は削除する。
- 医学知識を使うときの使用目的と意味を説明書きしておくとよい。
- アルツハイマーだけではなく、レビー小体、ピック病などの全体像を知ってもらい、個々の説明も必要。記憶障害や見当識障害とはどんなことかなど、家族と見ながら教えられるものを作成する。

●シートについての意見
- シートの「今後の生活の希望」は「今後の関わり方のヒント」としたほうがよい。
- 今後の関わり方のヒントとなる、入り口までにたどり着くシートとなる
- 家族と支援者の両者の使い方があることを入れたほうがよい。
- 介護者と一緒に書いていくことを前提としていることを、説明の中に書いておくことが必要。
- 家族の思いはいろいろあるので、どのタイミングでも使えるシートではない。
- 家族の吐き出しをきちんと受け止めなければ、シートは使えない。
- どんな場面でも使える万能なシートではないと言うことを説明しなければいけない。
- 家族と援助者の両者が、振り返りや再整理の出来るシートであることを書いておく。
- このシートを使うとどんな効果があるのか。効果とは家族が悩んでいるときに、このシートを使い、整理することで、家族に気づいてもらうということと、援助者側が整理することで、家族の悩みや本人の行動の再整理になり、二面性の効果があることをどこかに付け加えておく。
- シートの項目に沿って会話を進めていき、援助者（包括支援センター職員）が一度持ち帰り整理をして、家族に説明するときに気づいてもらうようにする。
- 吐き出しの言葉を書いてもらい、書いていくと自然に答えがでるものもあるし、そうでないものもある。
- 使用方法として、一緒に書きながら気づいてもらう方法と、会話を整理後、家族と話し合いながら進める方法と2通りあることを伝える。
- 書いたことを押し付けにしてしまうと悪い影響を与えてしまう。
- 順番に進めるとか、すべてを記入するとかの形式にこだわると、使いにくいシートになってしまうので、介護家族の方が冷静に見られるようになるまでに行き着けばよいと思う。

● 進め方マニュアルについて
- 家族の吐き出し出の部分の、対応のポイントを入れる。

資料2　作業部会議事録　第4回

- PCC は本人中心で進めがちになるので、初めに家族の吐き出しを否定しないで受け止めないといけないことを入れ込まないといけない。
- 使うタイミングやポイントをきちんとする。
- 記入の仕方は、説明だけではわかりづらいので、ロールプレイも織り交ぜた研修をすると、わかりやすいかもしれない。

決定事項

- 医学知識と PCC の理解の部分は、テキスト的な知識として身につけるものになるので、大府センターサイドで作成する。
- 支援プログラム説明の研修会では、一例を書いてもらい研修に参加してもらう。
- 記入の内容を検証していく作業が必要。（何を気づき、本人がどんな思でいたのかを聞かせてもらう。）
-

その他　・「介護支援プログラム」と「作業シート」の名称について

意　見

- プログラムとは違うイメージ。ツール？
- 介護支援プログラムは固有名詞ではないので、そのままでいいのでは。
- 地域包括支援センター向けは入れたほうがよい。
- 「認知症家族相談ツール」の中の相談シートとする。

→ 保留

今後について

2 月中に三市一町の包括支援センターで活用してそれを評価する作業と平行して、介護施設などにも支援プログラムを使ってもらうことになるので、どこか共同で説明会を開くのであれば、委員の方にもどこかで出てきてもらうことになるのか、センターから出向くのかを早急に決めて、メールでお知らせする。

愛知県下のアンケートは、実施する方向だが、やった結果が報告書に載せられないのは問題なので、時期については早急に考えたい。来年度にじっくり取り組むほうが良いと思う。

【次回の予定】　アンケート結果と相談シートを試行した結果を踏まえた最後の委員会は、
3 月 10 日（火）に決定。事前に送れる資料があれば送る。

資料2　作業部会議事録　第5回

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに基づく
支援プログラム開発事業　第五回　モデル地域基礎調査部会　議事録

【開催日時】平成２１年3月１０日（火）１３：３０－１５：３０
【開催場所】認知症介護研究・研修大府センター　会議室
【出 席 者】田中千枝子（日本福祉大学　教授）
塚本　鋭裕（大府西包括支援センター　課長補佐）
井　　真治（社会福祉法人　サンビジョン／サンライフ教育・研修センター　センター長）
井上　豊子（介護老人保健施設ルミナス大府　看護介護部長）
金山まゆみ（介護老人保健施設　相生　副施設長）
深見　重夫（介護老人保健施設　相生　センター長）
齊藤　妙子（老人保健施設　みず里　サービス統括部長）
金田千賀子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部研究員）
大嶋　光子（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
本田　恵子（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
児玉しげみ（認知症介護研究・研修大府センター　事務員）

【概　　要】

議　題1　介護家族の実態調査（アンケート）の結果報告について

報　　告　金田委員より、資料を用いて報告を行い、各委員より意見を募った。

意　　見

・調査方法について、在宅生活というのはどういうわけ方をしたのか。
→グループホーム、介護保険施設で生活している人を抜いた。（施設利用以外の在宅介護者）
・全国へ発信していくデータになるので、いつの時点のどのデータに基づいたものなのか
はっきりさせたい。
・どういう方法で抽出したのか明確にしたい。
・要支援１，２を抜いた根拠を示しておくことが必要。
・調査対象者の抽出方法を数値（地区別、介護度別）で表しておく必要がある。
・調査方法をはっきりさせなければならない。
・認知症の方の分析データとして報告できる。

決定事項

・介護家族がどんな思いを持っているのかわかるデータとなるので、来年に向けて再度クロス集計をかける必要がある。
・介護家族の困りごとは、カテゴリー化した上でどれくらいの割合であるかを分析したい。
またどうこれを活かして行くかは今後の課題。

資料2　作業部会議事録　第5回

議　題2 介護支援プログラムの試案完成の報告について

報　　告 中村委員から資料により、説明がなされた。

保留になっていた名称については、「大府センター式　コミュニケーションパック」とした。

意　　見

- 三部構成の使い方が一冊にまとまっている方がわかりやすい。
- ぱっと見て明確で分かりやすい形にする。（色分けや区分けがされている等）
- 相談シートはいつでも取り出せるようにするしくみを作っておく。（ダウンロードできる等）
- 説明書を読んでいただいた上で使ってもらい、どれだけ伝わるかを調べたい。

決定事項

まずは知多北部広域の地域包括支援センターに送り、評価・ご意見をいただく。（知多北部の８ヶ所で検証して、評価票を確定したい。）

今後について

８包括での検証では、どういう意見をいただくのかをきちんと考えた上で、愛知県下への配布を実施する。愛知県下での検証は来年度の改訂版コミュニケーションパックへつなげる。

H21.3.11 作成

資料3　認知症の人の理解に一歩近づくために　パーソン・センタード・ケア の視点を活かして　パンフレット資料

認知症の人の理解に
一歩近づくために

パーソン・センタード・ケア

の視点を活かして



「パーソン・センタード・ケア」とは、
認知症の人を「何もわからない人、できない人」と
決め付けてしまわず、一人の人として尊重すること。
その人の視点、立場に立ったケアを行おうとすることです。

社会福祉法人仁至会　認知症介護研究・研修大府センター

このパンフレットは、独立行政法人福祉医療機構（長寿社会福祉基金）
助成事業により作成されたものです

認知症についてのお役立ち情報

関連サイト

認知症介護情報ネットワーク　http://www.dcnet.gr.jp/
知多北部広域連合　http://www.chitahokubu.or.jp/



相談窓口

地域包括支援センター
※高齢者が住みなれた地域での生活を継続できるようお手伝いいたします。

ご相談はお近くの各地域包括支援センターへどうぞ

センター名	担当小学校区	住所	電話番号
東海北包括支援センター	緑陽・名和・渡内・明倫	東海市荒尾町西廻間2-1（東海市しあわせ村健康ふれあい交流館内）	052-689-1606
東海東包括支援センター	富木島・船島・加木屋三ツ池・加木屋南	東海市加木屋町南鹿持27-1（東海市立加木屋デイサービスセンター内）	0562-31-3312
東海南包括支援センター	平州・大田・横須賀	東海市富木島町八幡南20（介護老人保健施設東海内）	052-601-5050
大府東包括支援センター	大府・神田・北山・東山	大府市東新町一丁目219（大府市社会福祉協議会内）	0562-48-1051
大府西包括支援センター	共和西・共長・吉田石ヶ瀬	大府市江端町四丁目2（大府市保健センター内）	0562-45-5455
知多北包括支援センター	八幡・つつじが丘・新知佐布里・新田	知多市緑町32-6（知多市福祉活動センター内）	0562-39-2551
知多南包括支援センター	岡田・旭北・旭南・南粕谷・旭東	知多市新知字永井2-1（知多市民病院内）	0562-55-4455
東浦包括支援センター	東浦町全域	東浦町大字石浜字岐路28-2（東浦町勤労福祉会館内）	0562-82-2941

平成20年8月1日現在

資料3 パーソン・センタード・ケアを実践するために… **認知症ケアマッピング(DCM)って何??** パンフレット資料

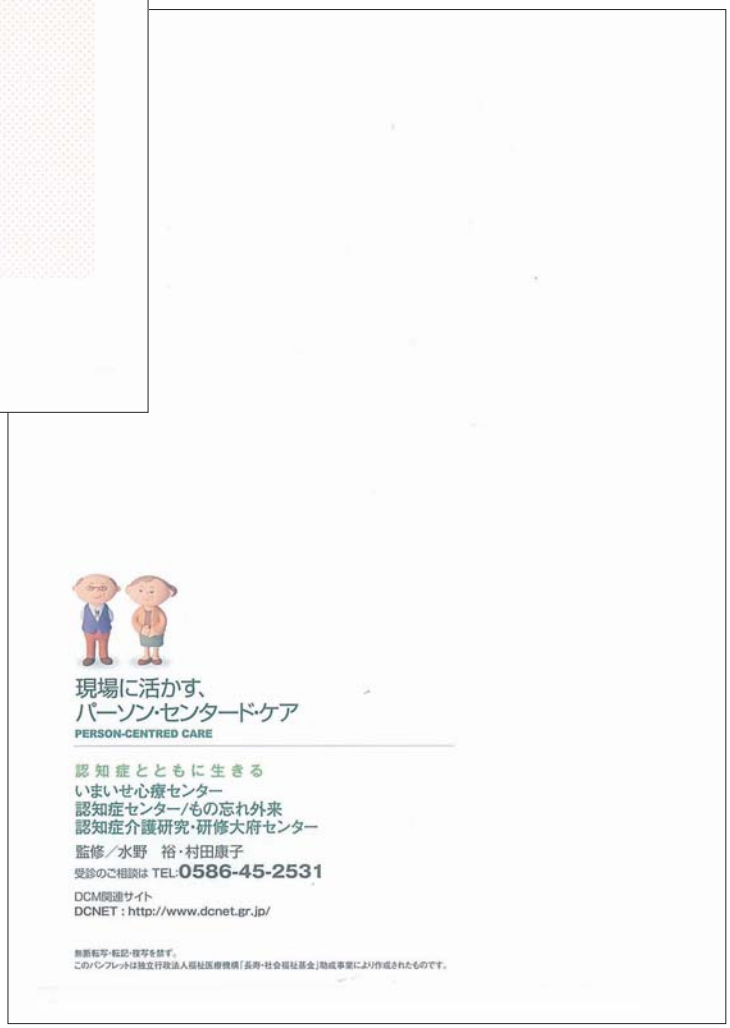


巻末資料

資料3　現場に活かす、パーソン・センタード・ケア

パンフレット資料





資料4　一般市民向け講演会関係資料



「認知症の予防とケア」講演会プログラム

日　時：平成20年9月13日（土）
場　所：知多市民体育館大会議室（2F）
協　力：大府市・知多市・東海市・東浦町・知多北部広域連合

開　場　13：00～14：00

第一部　14：00～15：20

- 開会の挨拶
- 講演会　「知らなきゃ損する認知症予防の医学知識」
  認知症介護研究・研修大府センター
  センター長　柳　務
  （名古屋第二赤十字病院名誉院長）
- 質疑応答　（約10分）

休　憩　15：20～15：30

第二部　15：30～16：00

- 講演会　「認知症の人とコミュニケーション上手になるコツ」
  －家族のための新しい認知症ケアー
  認知症介護研究・研修大府センター
  研修指導主幹　中村　裕子
- 質疑応答　（約10分）
- 閉会の挨拶

以　上

事務局：社会福祉法人　仁至会　認知症介護研究・研修大府センター
電話：0562－44－5551

この講演会は独立法人福祉医療機構「長寿社会福祉基金」助成事業により行われています。

アンケートのお願い

本日はご来場いただきまして、ありがとうございました。お手数ですが下記ご記入の上、お帰りの際に回収箱にお入れください。今後の参考にさせていただきます。

1. 認知症がどのような病気であるかご存知でしたか。

i 前から知っていた　ii 名前だけは知っていた　iii 今日始めて知った

2. あなたは現在、どなたかの介護をしていらっしゃいますか。

i 身内の介護をしている　ii 職業として福祉に携わっている　iii していない　iv かつてしていた

3. 認知症介護のことについて興味・関心はありますか。またそれはどんな事ですか。

i ある　ii ない

- i 介護の方法について
- ii 相談できる所について
- iii 介護保険のことについて
- iv 老人ホームなど施設のことについて
- V 認知症の病気のことについて
- VI その他（　　）

4. 本日の講演にお越しいただいたきっかけはどんなことですか。

5. 講演はいかがでしたか。

差し支えければご記入ください

性別：　男・　女　　年齢：（　　）歳

おところ　（　　）市・町


（第3種郵便物認可）

認知症の予防とケア

高血圧、肥満防ぎ趣味を持って

東浦で講演会　介護者の表情も大切

認知症の予防とケアの講演会が十七日、東浦町文化センターで開かれた。

認知症介護研究・研修大府センターが知多北部四市町で開いている。この日は百五十人が参加。柳務センター長が予防の医学知識について話し、中村裕子研修指導主幹が家族のためのコミュニケーションのとり方を教えた。

柳センター長は、加齢による物忘れは「電話の内容の一部を忘れる」、認知症の場合は「電話したこと自体を忘れる」などと分かりやすく講義。ダンスやチェスをたしなむ人には認知症の発現率が低く「高血圧や肥満などのメタボを防ぎ趣味を持って」と話した。

中村主幹は、認知症の患者は記憶が欠落するが感情は豊かに残って「財布を取られたなど表現するのは、不安やイライラが募っている場合が多い。記憶に残るのは話の内容よりも、介護者がどういう表情で話したかです」と理解を求めた。

二十日は東浦市しあわせ村で開催。無料。（長坂幸枝）

中日新聞　知多版
平成20年9月18日掲載

開催日時	開催場所	参加者
平成20年8月30日(土)	大府市役所多目的ホール	141名
平成20年9月13日(土)	知多市民体育館　大会議室	248名
平成20年9月17日(水)	東浦町文化センター　大会議室	152名
平成20年9月20日(土)	東浦市しあわせ村多目的ホール	65名

巻末資料

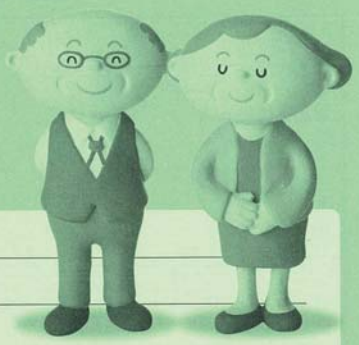
資料5　介護専門職向け特別講演会関係資料

平成20年度
独立法人福祉医療機構「長寿社会福祉基金」助成事業

特別講演会

認知症ケア現場に活かす パーソン・センタード・ケア

**認知症のケア単なる手段やテクニックではありません。
自ら得た情報や洞察、ヒントを参考に、想像力と創造性を働かせて、
自ら考えることを求められる仕事です。
この講演では、ふだんのケアを振り返り、認知症をもつ人の立場に立って考えます。
そこから様々な気づきやケアの手がかりを、
一緒に見つけていきませんか。**



2009年1月23日(金)

●時　間／午後2時～午後4時(受付／1時半～)
●会　場／大府市勤労文化会館 1階　くちなしホール
　JR共和駅南西約800m　徒歩約10分
●申　込／下記までFAXでお申込ください。

13:30　開場

14:00　開会　挨拶

14:10　特別講演会

「認知症ケアの現場に活かすパーソン・センタード・ケア」

講師　認知症介護研究・研修大府センター DCM推進室
特定医療法人 杏嶺会いまいせ心療センター 診療部長 …… 水野　裕

認知症介護研究・研修大府センター DCM推進室マネージャー
「その人を中心とした認知症のケアを考える会」代表 …… 村田康子

認知症介護研究・研修大府センター 研修部
研修指導主幹 …… 中村裕子

16:00　閉会　挨拶

終了

参加費無料
先着250名様

主催・申込／社会福祉法人仁至会　認知症介護研究・研修大府センター
〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番
TEL:0562-44-5551　FAX:0562-44-5831(担当:児玉)

お申し込みは裏面にて

AX0562-44-5831

認知症介護研究・研修大府センター　行き

空欄にご記入の上、本用紙をそのままお送りください。
め切りは1月22日(木)です。
組えた場合は、調整をさせていただく場合がございますので、予めご了承願います。
の場合のみ、こちらからご連絡差し上げます。

平成20年度　独立法人福祉医療機構「長寿社会福祉基金」助成事業
講演会「認知症ケア現場に活かすパーソンセンタードケア」

参加申込書

事業所名		
参加者代表 氏名	(ふりがな) (漢　字)	(職　種)
参加者 氏名	(ふりがな) (漢　字)	(職　種)
参加者 氏名	(ふりがな) (漢　字)	(職　種)
参加者 氏名	(ふりがな) (漢　字)	(職　種)
住所	〒　　—	
連絡先	TEL　　—　　— FAX　　—　　—	

お問い合わせ先
社会福祉法人仁至会　認知症介護研究・研修大府センター(担当:児玉)
〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番
TEL:0562-44-5551　FAX:0562-44-5831

資料6　介護保険の認定を受けた方とそのご家族の健康とくらしに関するアンケート（調査票）

平成21年１月15日

認知症介護研究・研修大府センター
センター長　柳　　務

介護する家族へのアンケート調査のご協力のお願い

拝 啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。突然のお手紙で失礼いたします。

私ども、認知症介護研究・研修大府センターでは、認知症介護指導者の育成や認知症高齢者を介護する家族への支援など、介護の質の向上のために様々な取り組みをしております。

このたび、介護家族支援のプログラム開発のため、知多北部広域連合のご支援のもと、東海市、大府市、知多市、東浦町にお住まいの要介護認定を受けられている方や、その介護をされている家族の方にアンケート調査を行うことになりました。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、趣旨をご理解の上、調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、この調査は、平成20年12月時点の対象者の中から無作為に抽出された方に送付しております。調査項目は統計的に処理されますので、回答内容が個別に公表されたり、個人が特定されたり、この調査以外の目的で利用されることはありません。また、アンケート調査票は集計後に廃棄いたします。

アンケートにご記入いただきましたら、1月31日（土）までに、返信用封筒（切手不要・記名不要）にて、ご投函いただきますようお願い申し上げます。

本アンケートのことに関するお問い合わせは、下記の連絡先までお願いします。

敬　具

―お問い合わせ先―
〒474-0037　大府市半月町三丁目294番地
社会福祉法人 仁至会　認知症介護研究・研修大府センター
担　当：金田千賀子
ＴＥＬ（0562）44-5551
ＦＡＸ（0562）44-5831
E-Mail　c.kaneda.o-dcrc@dcnet.gr.jp

介護保険の認定を受けた方とそのご家族の健康とくらしに関するアンケート

このアンケートは、要介護認定を受けられているご本人および、介護をされているご家族それぞれに記入していただきたいところがあります。ご本人がアンケートに記入できない方は代わりにご家族あるいは、主として介護している方が記入してください。

◆要介護認定を受けているご本人のことについてお答えいただく項目です。

回答している方は、どなたですか。　1．本人　2．家族　3．その他（　　）

現在どちらで生活をしていますか。
1．自宅　2．病院に入院中　3．老人福祉施設等に入所中　4．その他

1．現在、誰とお住まいですか。下記の当てはまるものに○を付けてください。
1．ひとり暮らし　2．夫婦世帯　3．子との同居世帯　4．子と孫との同居世帯
5．その他（　　）

2．現在の要介護度を教えてください。
1．要介護１　2．要介護２　3．要介護３　4．要介護４　5．要介護５

3．現在受けている（あるいは受けたことのある）介護保険サービスについて教えてください。

①デイケア・デイサービス	1．利用している　週（　）回 2．利用したことがある　3．利用したことがない
②ショートステイ	1．利用している　週（　）回 2．利用したことがある　3．利用したことがない
③ホームヘルプサービス	1．利用している　週（　）回 2．利用したことがある　3．利用したことがない
④訪問看護	1．利用している　週（　）回 2．利用したことがある　3．利用したことがない
⑤医師の往診	1．利用している　週（　）回　月（　）回 2．利用したことがある　3．利用したことがない
⑥住宅改修	1．利用したことがある　2．利用したことがない
⑦福祉用具レンタル	1．利用している　2．利用していない
⑧福祉用具購入	1．利用したことがある　2．利用したことがない
⑨その他（　）	1．利用している　週（　）回　月（　）回 2．利用したことがある　3．利用したことがない

4．現在、体や生活のことのことで心配なことはありますか　1．ある　2．ない

5．要介護認定を受けているご本人の性別は、　男　・　女

6．現在、おいくつですか
1．６５～６９歳　2．７０～７４歳　3．７５～７９歳　4．８０～８４歳
5．８５～８９歳　6．９０～９４歳　7．９５歳以上

7．現在、何人の方と暮らしていますか　（　　）人

◆ここからは、介護をしているご家族の方にお答えいただく項目です。介護を必要としている家族がいない場合には、ここまでで結構です。主に介護をされている方がお答えください。

8．介護している方の性別を右のどちらかに○をつけてください。　男　・　女

9．介護をしている方の現在の年齢はおいくつですか。
1．２０～３０歳代　2．４０歳代　3．５０歳代　4．６０歳代
5．７０歳代　6．８０歳代　7．９０歳代以上

10．介護している方の要介護認定を受けているご本人との続柄を教えてください。
1．妻　2．夫　3．嫁　4．婿　5．息子　6．娘
7．父　8．母　9．孫　10．甥・姪　11．その他（　　）

11．現在、お仕事をしていますか。
1．常勤で仕事をしている　2．パートで仕事をしている　3．自営業で仕事をしている
4．仕事をしていたが介護をするために辞めた　5．仕事をしていない
6．その他（　　）

12．現在まで、どのくらいの期間介護をしていますか。
1．１年未満　2．１～２年　3．２～３年間　4．３～４年間　5．４～５年　6．５～６年
7．６～７年　8．７～８年　9．８～９年　10．９～10年　11．10年以上

13．平成18年から高齢者の総合相談をする場所として、「地域包括支援センター」が設置されましたが、ご存知ですか。
1．知っている　→１４の質問へ　2．知らない　→１６の質問へ

14．地域包括支援センターに相談したことがありますか。　1．ある　2．ない

15．地域包括支援センターには、どのような経緯で相談に行きましたか。当てはまるものに○を付けてください。
1．自分から直接　2．市役所や町役場からの紹介
3．入院先の病院からの紹介　4．かかりつけ医の医師からの紹介　5．民生委員からの紹介
6．近所の人からの紹介　7．その他（　　）

16．介護について最初にどこに相談しましたか。当てはまるものに○を付けてください。
1．市役所・町役場の高齢者福祉課　2．保健センター、保健所
3．入院先の病院の職員　4．かかりつけ病院の医師
5．地域包括支援センター（在宅介護支援センター）　6．その他（　　）

17．現在、どのような介護をしていますか。当てはまるものに○を付けてください。

①食事をつくっている	1．している　2．していない
②食事を食べることの介助をしている	1．している　2．していない
③入浴の介助をしている	1．している　2．していない
④トイレの介助をしている	1．している　2．していない
⑤おむつの交換をしている	1．している　2．していない
⑥着替えの介助をしている	1．している　2．していない
⑦洗面・歯磨きの介助をしている	1．している　2．していない
⑧常に見守りが必要で、みている	1．している　2．していない
⑨たんの吸引をしている	1．している　2．していない
⑩胃ろうや経管栄養の処置をしている	1．している　2．していない
⑪その他（　　）	1．している　2．していない

18．現在、介護老人福祉施設等（特別養護老人ホーム、老人保健施設、認知症グループホーム、有料老人ホーム）への入所の申し込みをしていますか。以下の当てはまるものに○を付けてください。
1．している　2．していない　3．しようと考えている

19．介護に関する相談や支援を求めたりする時に家族で頼る人はどなたですか。以下の当てはまるものに○を付けてください。
1．介護者のきょうだい　2．要介護者のきょうだい　3．息子・娘
4．近所の人　5．その他（　　）

20．要介護認定を受けている方は、現在定期的に医療機関を受診していますか。
1．ある　2．ない

21．要介護認定を受けているご本人は介護者の方から見て、「物忘れ」の症状がありますか。
1．ある　2．ない　→23．の質問に進んでください。

22．どのような物忘れがありますか。当てはまるものすべてに○を付けてください。
1．置き忘れしまい忘れがある　2．時間や場所がよくわからない
3．今の季節がよくわからない　4．食事をしたことを覚えていない
5．知らない間に外出をして自宅がわからずに帰宅できないことがある。
6．夜間であることがわからず、就寝せずに起きている。（就寝してもすぐに起きてくる）
7．その他（　　）

23．物忘れについて病院で診察を受けたことがありますか。
1．ある　→24へ進んでください　2．ない　→26へ進んでください

24．どのような病院で診察を受けましたか。
1．精神科やもの忘れ外来のある病院　2．かかりつけの病院　3．その他（　　）

25．診察の結果、どのような診断を受けましたか。
1．歳相応の物忘れと診断された　2．認知症の診断を受けた
3．異常なしと診断された　4．その他（　　）

26．現在、今後の生活や介護に関する悩みや心配事がありますか。

27．以下の質問について、あなたの気持ちにもっとも当てはまる番号を○で囲んでください。

	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う
（1）介護を受けている方は、必要以上に世話を求めてくると思いますか。	0	1	2	3	4
（2）介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか。	0	1	2	3	4
（3）介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（4）介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（5）介護を受けている方のそばにいると腹が立つことがありますか。	0	1	2	3	4
（6）介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか。	0	1	2	3	4
（7）介護を受けている方が将来どうなるのか不安になることがありますか。	0	1	2	3	4
（8）介護を受けている方は、あなたに頼っていると思いますか。	0	1	2	3	4
（9）介護を受けている方のそばにいると、気が休まらないと思いますか。	0	1	2	3	4
（10）介護のために体調を崩したと思ったことがありますか。	0	1	2	3	4
（11）介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと思いますか。	0	1	2	3	4
（12）介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（13）介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか。	0	1	2	3	4
（14）介護を受けている方は「あなただけが頼り」というふうにみえますか。	0	1	2	3	4
（15）いまの暮らしを考えれば、介護にかける金銭的な余裕がないと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（16）介護にこれ以上の時間は割けないと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（17）介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（18）介護を誰かに任せてしまいたいと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（19）介護を受けている方に対して、どうしていいのかわからないと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（20）自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
（21）本当は自分はもっとうまく介護できるのになぁと思うことがありますか。	0	1	2	3	4
	まったく負担ではない	多少負担に思う	世間並の負担だと思う	かなり負担だと思う	非常に大きな負担である
（22）全体を通してみると介護するということは、どれくらい自分の負担になっていると思いますか。	0	1	2	3	4

（世界的に用いられているzaritの負担感スケールです）

ご協力ありがとうございました。

巻末資料

資料7　地域包括支援センター職員へのヒアリング調査（調査枠組）

訪問した包括名：（　　）
日　時：（　　）
記入者：（　　）

****

地域包括支援センターに対する認知症高齢者を介護する家族支援に関する調査

A. 地域包括支援センター全体のことについて

（1）地域包括支援センターの役割として期待されている下記の事業のうち貴センターの活動の割合や、特に力を入れている事業について教えてください。（順位でお答えください）

（2） 貴地域包括支援センターでの認知症介護に関する相談や支援の依頼は主にどのようなところからありますか。今年4月～8月現在の実績で教えてください。

1

（3）認知症にまつわる相談の中で特に多い相談や支援の内容はどのようなことですか。
例）本人・家族のサービス利用拒否、医療機関の受診拒否、介護者による虐待、認知症の周辺症状に関する対応の相談、近隣とのトラブル、精神的負担のある家族に関する相談、身体的負担のある家族に関する相談など

B. 認知症高齢者を介護する家族とかかわる上での諸課題について

（4）認知症に関する相談で支援が難しいと感じるときはどんな時ですか。
例）認知症のご本人に対して、家族に対して、地域に対して、他機関関係者に対して

2

（5）支援をする家族の形態（老老介護、3世代介護、内縁関係など）によって支援の複雑さや安易さを感じますか。
→家族形態の変化により、老老介護、3世代介護等々の家族形態によってその支援をどのように変えているのか、あるいはむずかしさが生じるのか等体験的に語ってもらい、家族支援プログラムのヒントになることがえられるとよいという観点からの質問です。

（6）家族を支援する場合に、主介護者と同居している他家族（孫・子ども・きょうだい等）の力を借りることはありますか。
→介護は、とかくに主介護者と要介護者2者間の問題と捉えられがちですが、同居家族の協力や理解が介護関係の良好さや修復に影響があることを理解しながら広い視野でとらえるという視点での支援を行っているかどうかについての設問です。

3

（7）家族を支援する場合に、家族以外の社会資源の力を借りる場合はどのようなときですか。また、これまでどのような社会資源を利用したことがありますか。
→民生委員や隣近所との協力、家族会、介護教室、カウンセリング、郵便局員、大家、ガスや水道局など、あらゆる生活するために必要な資源との協働についてたずねる設問です。

C. 専門職としてのかかわり方について

（8） 専門職として認知症高齢者の家族を支援する場合に気をつけていることはありますか。
→専門職が支援する際、何に気をつけているのかを明らかにすることは、支援のポイントとして何が大切なのかが見えてくるのではないかという仮説に基づいた設問です。

4

資料7　地域包括支援センター職員へのヒアリング調査（調査枠組）

（９） 専門職として認知症高齢者の家族を支援する場合に家族に伝えておきたいと感じることはありますか。

→専門職が感じている家族へ伝えなければならないと感じているものはどのようなことか、そのエッセンスは、家族支援プログラムに反映することができるのではないかということを考えての設問です。

（１０）専門職として認知症高齢者の家族を的確に支援するにあたり、地域包括支援センターとしての役割をどのように考えていますか。 3職種の方からお応えいただく設問です。

→在宅介護を継続するためには、介護力を持続することができるかどうか、そしてそれをサポートする体制がどれだけ整えられているかということが重要であると考えます。そのことを踏まえて、在宅生活を支える地域包括支援センターの家族支援とは専門職がどのように考えているのかについて明らかにしたい設問です。

（１１）認知症高齢者への支援に関して、関係者とのネットワークについて貴センターではどのような取り組みをしていますか。または、どのようなネットワークが必要だと思いますか。

→在宅介護の支援は、当事者家族を取り巻く資源のネットワークも欠かせません。また、そのネットワークは非常に個別的であると思います。具体的にセンターが取り組んできたネットワーク化についてヒアリングし、またこれまでの経験から必要なネットワークについてお伺いする設問です。

D．スキルアップのための研修や勉強会について

（１２）貴包括支援センターでは、認知症ご本人やその家族からのよりよい相談援助を行うために、認知症に関する研修や勉強会の機会がありますか。また、その必要性を感じたことはありますか？これまで行った研修会などを教えてください。例）エーザイ

資料8　パーソン・センタード・ケア研修会関係資料

平成２０年９月４日

地域包括支援センター長及び管理者　様

社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
センター長　　柳　　務

地域包括支援センター職員向けパーソン・センタード・ケアの
半日研修会について（依頼）

新秋の候、貴職におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。日頃から、本センターの助成事業にご支援をいただき、厚くお礼を申し上げます。

さて、助成事業の一環として地域包括支援センター８ヶ所へのヒアリング調査を行いましたが、皆様から貴重なご意見をいただき、この結果を踏まえた内容を盛り込んだ「包括支援センター向けのパーソン・センタード・ケア」の研修会を実施することになりました。

つきましては下記の内容により研修会の参加日程を決めさせていただきたいと思います。ご多忙とは存じますが、業務に差し障りのないよう調整の上、ご参加いただきますよう宜しくお願いいたします。

記

１　研修会日程　９月３０日（火）　または　１０月７日（火）
　　いずれも午後１３：３０から２時間程度
２　研修会場所　認知症介護研究・研修大府センター　研修室
３　参加職員　　３職種で２～３名程度（定員はありません）
４　日程調整　別紙ファックス送信票を９月２０日までに
　　認知症介護研究・研修大府センター　児玉まで　ファックスして下さい。
　　ファックス番号　０５６２－４４－５８３１
５　研修内容
　（１）　認知症の理解
　（２）　パーソン・センタード・ケアの考え方
　（３）　演習　他

以　上

平成２１年２月２日

様

社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
センター長　　柳　　務

介護専門職向けパーソン・センタード・ケアの
半日研修会について（依頼）

立春の候、貴職におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。日頃から、本センターの助成事業にご支援をいただき、厚くお礼を申し上げます。

さて、助成事業の一環として「介護専門職向けのパーソン・センタード・ケア」の研修会を実施することになりました。

つきましては　〇〇〇〇　様のご出席をお願い致したいと存じます。
ご多忙とは存じますが、業務に差し障りのないよう調整の上、ご参加いただきますよう宜しくお願いいたします。

記

１　研修会日程　２月５日（木）
　　いずれも午後１４：００から３時間程度
２　研修会場所　認知症介護研究・研修大府センター　研修室
３
３　研修内容
　（１）認知症の理解
　（２）パーソン・センタード・ケアの考え方
　（３）演習　他

平成 20 年度　独立行政法人福祉医療機構
長寿社会福祉基金（一般分）報告書

認知症高齢者の在宅介護の家族に対するパーソン・センタード・ケアに基づく支援プログラムの開発事業

平成 21 年 3 月　発行

発行所：　社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474-0037　愛知県大府市半月町三丁目294番地
ＴＥＬ（0562）４４－５５５１
ＦＡＸ（0562）４４－５８３１



社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター