平成21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開発事業

報告書

平成22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 1

事業実施体制 3

第1章　本事業の概要 4
1. 問題の背景 4
2. 事業の目的 4
3. 事業計画 4
（1）「大府センター式コミュニケーションパック」の完成 4
（2）パーソン・センタード・ケアの啓発・普及のための講演会の全国展開と小グループ研修会の開催 5
（3）「大府センター式コミュニケーションパック完成版」の全国的普及のための説明会 5
4. 期待される成果 5

第2章　「大府センター式コミュニケーションパック」 ― 試行版から改良版、完成版の作成までの取り組み ― 6
1. 試行版の評価と改良のためのアンケート調査 6
（1）説明書について 6
（2）認知症の医学的理解 7
（3）パーソン･センタード・ケアの理解 8
（4）相談シート・使い方マニュアル 9
（5）相談シート 10
2. 改良版の作成 11

第3章　「大府センター式コミュニケーションパック」完成版 11
1. 概要 11
2. 認知症の医学的理解の表面と裏面 13
3. パーソン・センタード・ケアの理解の表面と裏面 22
4. 相談シート 28
（1）ねらい 28
（2）相談シートの活用例 29

第4章　認知症とパーソン・センタード・ケアの啓発・普及のための講演会・説明会の全国展開と小グループ研修会の開催 31
1. 概要 31
（1）講演会とアンケート調査 31
（2）小グループ研修 31
（3）教育研修 31
2. パーソン・センタード・ケアの啓発・普及の講演会・説明会の全国的展開 31
（1）愛知県内４地区での講演会 31
（2）大阪、東京での講演会 33
（3）札幌、仙台、熊本、富山、福山、大阪でのコミュニケーションパック説明会 33
（4）講演内容 34
（5）講演会参加者へのアンケート調査 40
1）講演会についてのアンケート 40
2）家族介護、施設介護についてのアンケート 41
3. パーソン・センタード・ケア実践のための小グループ研修会 43
（1）小グループ研修会の開催 43
（2）ファシリテーターの教育研修会 44

第5章　愛知県内の地域包括支援センターの実態調査　― アンケート調査 ― 45
1. 背景 45
2. 目的 45
3. 対象ならびに方法 45
4. 結果 46
5. 考察 56

巻末資料 60

はじめに

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

認知症ケアの目指すべき方向は、この10年来、世界的にパーソン・センタード・ケアの考え方が主流になった。1990年代の初めに英国のブラッドフォード大学のトム・キットウッド[1)]により提唱されたパーソン・センタード・ケアの理念は、それまでの提供者側に都合の良い「業務効率を重んじた画一的なケア」から「認知症の人の視点に立ち、その人らしさを大切にするケア」へと、ケアについての考え方を180度転換させる契機になった。「業務中心のケア」から「利用者を中心としたケア」へというこの新しい考え方は、トム・キットウッドが介護の現場で何千例というケースを観察した経験に基づいている。痴呆（認知症）という疾患を知能も人格も崩壊する絶望的な病気と考え、目の前の現象をすべて安易に「痴呆のせい」にしていた従来の「業務中心のケア」が、認知症の人を混乱させ、症状や状況を悪化させていることに気づいた彼は、パーソン・センタード・ケアの理念に到達し、その実践のためにケアの質を観察・評価し、それをケアの質向上にフィードバックさせる「認知症ケアマッピング、Dementia care mapping　DCM」法を開発した。

パーソン・センタード・ケアとは、利用者を中心にしたケア、あるいは、その人らしさを大切にするケアと翻訳されているが、もっと深い意味がある。「認知機能の障害により言葉で自分の気持ちや考えをうまく表現できない認知症の人の言動には、それが一見どんなに不可解に見えても、何かの意味があると考えて、その人の内面世界に入り、そのニーズを洞察して行うケア」がパーソン・センタード・ケアである。さらに「その人を取り巻く人々や社会とかかわりをもち、人として受け入れられ、尊重されていると、本人が実感できるように、共に行っていくケア」という意味をも含む。

この考え方は、日本でも室伏君士先生が独自に認知症高齢者ケアの理念として、既にトム・キットウッドの論文発表より以前の1985年に提唱している[2)]。当時は認知症が痴呆と呼ばれていたが、「痴呆性老人の精神的ケア」につき、こう述べている。老人の生き方に合わせること（受容と理解）、老人の対人関係に合わせること（なじみの人間関係）、老人のペースに合わせること（老人の立場に立つ）、老人の感じ方や考え方に合わせること（説得よりも納得を得る）、老人のレベルに合わせること（われわれのレベルではない）、老人に状況を合わせること（その人にふさわしい場を設定する）、老人の年代に合わせること（生きている世界を共にする）、老人の間違いに合わせること（その中に老人の心や主張がある）。

これはまさにパーソン・センタード・ケアの理念そのものである。我が国にパーソン・センタード・ケアの概念が初めて紹介されたのは、2000年の第1回痴呆ケア学会の長谷川和夫先生による「痴呆ケアの現在と未来」と題した特別講演で、そこでトム・キットウッドの著書[1)]が紹介された。のちに認知症ケアの理念として長谷川和夫先生により室伏君士先生の考え方とともに、パーソン・センタード・ケアの考え方が紹介され[3)]、広く知られるようになった。

また平成15年度から3年間、厚生労働省の老人保健健康増進等事業の研究事業として、パーソン・センタード・ケアとDCM（痴呆介護マッピング）法の有用性や研修・普及に関する研究事業が認知症介護研究・研修大府センターの手で行われ、その成果の一部は水野により報告されている[4)]。平成19年度からは認知症介護研究・研修大府センターが英国ブラッドフォード大学のストラテジック・パートナーになる契約を結び、日本でのDCM法の研修・普及に努めている。

近年、様々な認知症の非薬物療法が登場している。その一つは、アメリカ、スエーデンに次いで近年日本でも普及しているナオミ・フェイルにより開発された認知症高齢者とのコミュニケーション法、「バリデーション」であるが、これも基本的にはパーソン・センタード・ケアの理念に根ざしている。認知症高齢者の行動の裏には必ず理由があると考え、尊敬と共感をもって関わるという基本的考え方はまさにそうである。

本事業では、「認知症の在宅介護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」として、大府センター式コミュニケーションパックを開発した。これはパーソン・センタード・ケアの理念を盛り込み、かつ地域包括ケアの担い手の中核と位置づけられている地域包括支援センターが認知症介護家族との相談場面で活用しやすいものにすることを目的とした。「認知症の医学的理解」、「パーソン・センタード・ケアの理解」、「相談シート」の3部から構成されている本コミュニケーションパックが地域包括支援センターの方々の批判に耐え、使用して頂けることを心底から願っている。

現在、パーソン・センタード・ケアの用語は広く浸透したものの、まだ理解は不十分である。最近、その専門的な書籍[5,6,7)]が出版されるようなったが、まだ数は少ない。このコミュニケーションパックは元来の目的のほかに、パーソン・センタード・ケアに関する教育の簡易的な教材としても活用できる。大府センター式コミュニケーションパックがパーソン・センタード・ケアの理念の普及と我が国における認知症ケアの質の向上に少しでも役立てば望外の幸せである。

文献

1）Kitwood T.,Bredin k. Towards a theory of dementia care:personhood and well-being. Aging Soc. 1992;12:269-287,1992

2）室伏君士：痴呆老人の理解とケア．金剛出版，東京（1985）．

3）長谷川和夫:認知症ケアの理念．（日本認知症ケア学会編）改訂・認知症ケアの基礎；
認知症ケア標準テキスト，19-28，ワールドプラニング，東京（2006）．

4）水野　裕：Quality of care をどう考えるか．Dementia Care Mapping（DCM）をめぐって.老年精神医学雑誌, 15:1384-1391，2004.

5）Kitwood T 著　高橋誠一訳：認知症のパーソン・センタード・ケアー新しいケアの文化へ．筒井書房、2005.

6）水野　裕：実践パーソン・センタード・ケア．認知症をもつ人たちへの支援のために．ワールドプラニング、2008.

7）鈴木みずえ：Person-centered care. 認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケア実践報告集。クオリティケア、2009.

事業実施体制

■検討委員会

委員長	柳　　務	（認知症介護研究・研修大府センター　センター長）
委員	大島　伸一	（国立長寿医療センター　総長）
	祖父江　元	（名古屋大学医学部神経内科　教授）
	柿本　　誠	（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科　教授）
	山本　　楯	（知多郡医師会　会長）
	神谷　卓男	（知多北部広域連合事務局長）
	尾之内直美	（認知症の人と家族の会愛知県支部　代表）
	塚本　鋭裕	（大府西包括支援センター　管理者）
	中澤　明子	（社会福祉法人せんねん村　施設長）
	小野寺敦志	（国際医療福祉大学大学院　准教授）
	矢吹　知之	（認知症介護研究・研修仙台センター　主任研究研修員）
	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　主任研修指導主幹）
事務局	森坂　　清	（認知症介護研究・研修大府センター　事務部長）
	汲田千賀子	（認知症介護研究・研修大府センター　研究員）
	児玉しげみ	（認知症介護研究・研修大府センター　事務職員）

■講演等企画作業部会

委員長	水野　　裕	（認知症介護研究・研修大府センター　顧問研究員）
委員	阪野嘉代子	（知多北部広域連合事業給付係長）
	田中千枝子	（日本福祉大学社会福祉学部　教授）
	高見　雅代	（国立長寿医療センター　ケースワーカー）
	井上　豊子	（介護老人保健施設ルミナス大府　看護部長）
	大嶋　光子	（認知症介護研究・研修大府センター　非常勤職員）
	長谷川久美	（グループホームルミナス大府　管理者）
	齋藤　妙子	（介護老人保健施設みず里　サービス統括部長）
	金山まゆみ	（介護老人保健施設相生　副施設長）
	深見　重夫	（グループホームきんもくせい　管理者）
	齋藤　隆司	（あいち医療専門学校　専任講師）
	井　　真治	（社会福祉法人サンライフ・サンビジョン本部）
	村田　康子	（NPO法人その人を中心とした認知症のケアを考える会　代表）
	大矢　日信	（グループホームたけのこ　管理者）
	塚本　鋭裕	（大府西包括支援センター　管理者）
	久野　恵三	（社会福祉法人西尾地域包括支援センター）
	山下　友彦	（障害者支援施設サンサン大府　支援課長）
	中村　裕子	（認知症介護研究・研修大府センター　主任研究指導主幹）
	本田　恵子	（認知症介護研究・研修大府センター　指導員）
	汲田千賀子	（認知症介護研究・研修大府センター　研究員）
事務局	児玉しげみ	（認知症介護研究・研修大府センター　事務職員）

「大府式コミュニケーションパック」執筆者一覧

柳　　務	（認知症介護研究・研修大府センター　センター長）
汲田千賀子	（認知症介護研究・研修大府センター　研究員）

第1章　本事業の概要

1.　問題の背景

認知症高齢者を在宅介護する家族の介護負担の多くは、妄想、徘徊、暴言暴力などの行動・心理症状（Behavioral psychological symptoms of dementia　BPSD）である。このBPSDを軽減させるのに役立ち、近年のケアの考え方の主流になった「パーソン・センタード・ケア」（Person centered care　PCC）の理念とその実践法は、介護サービス従事者の間でもまだ広く普及していない。社会や家族の認知症に対する知識不足とも相まって、家庭でも施設でも、BPSDに対する不適切な対応やケアがまだ少なくないのが実情である。家庭内介護の段階で、適切な指導のもと、家族が正しい知識と対応力を身につけるなら、認知症高齢者のBPSDも家族の介護負担も軽減し、介護予防や施設入所時期遅延などにつながることが期待されている。

2.　事業の目的

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するのに適した、地域包括支援センター用の「認知症在宅介護家族支援プログラム」を完成することである。そこに至る道筋として、まず地域包括支援センターの実態を調査し、次に同センターの実情を考慮した上で、同スタッフに対し認知症やPCCについて教育を行う。さらに同スタッフからの意見を取り入れ、当大府センターのPCCに関するノウハウとを融合させ、「認知症在宅介護家族支援プログラム」の試行版を作成する。その試行版を地域包括支援センターのスタッフが実際の認知症在宅介護の家族の相談や支援の現場で使用して検証し、その結果をフィードバックさせて同プログラムを完成させる。

認知症在宅介護家族支援プログラムを地域包括支援センターのためのものとした理由の1つは、いま同センターが医療と介護と地域を結ぶ地域ケア・ネットワーク作りの中心に位置づけられていること、また同センターのスタッフは地域のケアマネジャー、民生委員、近隣住民、商店などネットワーク構成員との接点が多く、在宅の認知症高齢者とその家族の強力な支援者になりうる立場にあるからである。地域包括支援センターを選んだもう1つの理由は、支援の継続性である。地域包括支援センターの位置づけから、本事業修了後も、地域に認知症在宅介護家族支援の輪が根付き、拡大することが期待できるからである。

本事業の第2の目的は、地域の人々に対し認知症とその予防・ケアについての理解を深める普及活動をすることである。一般市民や介護サービス提供事業所の介護職員等に対し、認知症の予防とケアのための啓発的な一般講演を行い、とくに介護施設サービス職員に対しては、希望者を選抜して、PCCにつき、小グループ研修の専門的教育を豊富な教材を提供しながら実施する。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体制の構築の前提になるからである。

なお本事業のテーマは、③「認知症高齢者及び在宅で介護にあたっている家族への支援に関すること」に該当する。

3.　事業計画

（1）「大府センター式コミュニケーションパック」の完成

平成20年度は、愛知県知多半島の介護保険単位である知多北部広域連合の3市1町を事業展開の場とした。まず、そこの8つの地域包括支援センターの実態調査を行い、そのスタッフの意見を尊重しながら、作業部会で検討を重ねた結果、地域包括支援センターのための認知症在宅介護家族支援プログラムとして、「大府センター式コミュニケーションパック」の試行版を作成した。このコミュニケーションパックの完成を目指す平成21年度は、活動の場を3市1町に加え、愛知県の名古屋（中川区）、尾張（江南市）、三河東部（豊橋市）、三河南部（西尾市）の4地区にも拡大した。

上記の4地区の関係施設に大府センター式コミュニケーションパック試行版を配布し、現場での使用を依頼した後、試行版に対する使用経験に基づく意見や感想をアンケート調査した。その目的は、使いやすさ、理解しやすさ、効率の良さなどに対する現場の意見を知ることである。そのアンケート調査の意見を参考にしながら、作業部会や関係者の間で議論を重ね、試行版をたびたび改変し、改良版の作成を試みた。その改良版を知多北部広域連合の７地域包括支援センターを初めとする地域包括支援センターや作業部会の関連介護施設事業所に配布し、その使用経験をフィードバックして完成版にまとめ上げる方針を策定したが、作業部会や関係者の間で議論を重ね、頻繁に改良を加えた結果、改良版の最終版が結局は完成版になる運びになった。

要支援の認知症を扱う地域包括支援センターの意見と、要介護の認知症を扱う介護保険施設職員である作業部会メンバーの意見とを聞いたのは、地域包括支援センター中心とはいえ、ほかにも活用可能なより普遍的な相談シートの開発を目指したからである。

（2）パーソン・センタード・ケアの啓発・普及のための講演会の全国展開と小グループ研修会の開催

平成20年度に、愛知県知多半島の知多北部広域連合の3市1町で行ったパーソン・センタード・ケアの啓発・普及を目的とする「講演会と小グループ研修会」は、平成21年度も愛知県の名古屋（中川区）、尾張（江南市）、三河東（豊橋市）、三河南（西尾市）の4地区で行い、次いでその事業成果をさらに練り上げ、全国的展開として東京と大阪でも同様の「認知症とパーソン・センタード・ケア」を主題とした講演会を開催した。対象は一般市民を含む介護保険施設サービス事業所関係者および地域包括支援センター職員である。講演内容は２部構成で、医学的視点からみたパーソン・センタード・ケアの概論ないしは認知症に関する講演と、ロールプレイを交えたパーソン・センタード・ケアの具体例の講演からなる。こうした講演会参加者の中の希望者に対し、小グループ研修会（20名前後）を後日各1回行うことにした。

（3）「大府センター式コミュニケーションパック完成版」の全国的普及のための説明会

前項で述べた愛知県4地区と東京、大阪での講演会では、パーソン・センタード・ケアの考え方の啓発活動と、開発中の「大府センター式コミュニケーションパック」にも一部言及したが、大府センター式コミュニケーションパック完成版ができあがった段階では、その内容と使用法についての説明会を全国的に行い、このパックが広く普及するよう積極的に活動を展開することにした。

4. 期待される成果

認知症在宅介護家族支援プログラムである「大府センター式コミュニケーションパック」という新しいツールが地域包括支援センターのスタッフに有用と評価され活用されるなら、介護家族の認知症に関する知識が向上し、理解不足による誤った対応が減少し、その結果、介護負担であり虐待の遠因にもなる行動・心理症状（BPSD）は軽減する。介護の新しい理念であるパーソン・センタード・ケアの考え方に基づく家族への啓発活動を行う本事業によって、認知症介護家族の精神的、身体的な負担の軽減だけでなく、介護施設への入所時期の遅延や介護予防にもつながり、財政負担軽減効果も期待できる。

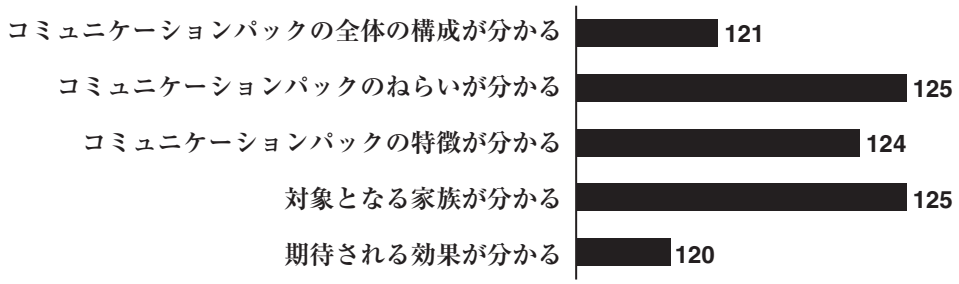
第2章　「大府センター式コミュニケーションパック」
―試行版から改良版、完成版の作成までの取り組み―

1．試行版の評価と改良のためのアンケート調査

改良版、完成版を作成するにあたり、平成20年度に事業展開した知多北部広域連合の7地域包括支援センターと平成21年度に事業展開する愛知県内の4地区（名古屋、尾張、三河東部、三河南部）の地域包括支援センター、ならびに本事業作業部会メンバーが関与する事業所に「大府センター式コミュニケーションパック試行版」を配布し、試行版に対する感想や使用経験に基づく意見をアンケート調査した。調査目的は、使いやすさ、理解しやすさ、効率などに対する現場の意見を知り、それを改良版、完成版の作成に反映させることである。アンケートの質問項目に対し、5段階で評価し、総得点で示した。

なお、回答は29名から得ており、項目あたりの最高点は145点である。

（1）説明書について



すべて得点は120点以上で評価は高い。

しかしコミュニケーションパックの全体の構成がわかる、期待される効果がわかるという項目では他の項目よりも若干点数が低かった。

● 自由記述による評価

・ねらいについて箇条書きになっているが、文章の内容は並列すべきものではないのでしょうか。
そこを変えると「特徴」がもっと際立つのではと思いました。

・イラストが多く、色分けされており、字体もゴシックのため、忙しい業務の中でも視覚に訴えかけてくるためとてもわかりやすい。また、対象者、ねらい、効果もはっきり記載されている。

・P4Ⅰ「医学的理解」の6行目、P5Ⅱ「パーソン・センタード・ケアの理解」13,14行目の相談シートの項目の示し方が少々わかりにくいと思いました。（相談シートの項目であると、すぐに結びつかない感じがしました）

・評価4にしたのは、パーソン・センタード・ケアについて、すべての包括の職員が知っているとは限らないので、受け入れ理解度が異なると思いました。

・わかりやすく書いてあると思いますが、シートの表紙に書かれているのと、形状も同じで、保管しやすいと思います。（あるいは説明書がシート状）

・字も大きく、イラストが入っていて、読みやすかったです。この後テキストも読んでみようかなと思えました。

・説明書の上に実物のパンフレットが乗っているのでわかりやすい。

・図自体は見やすい

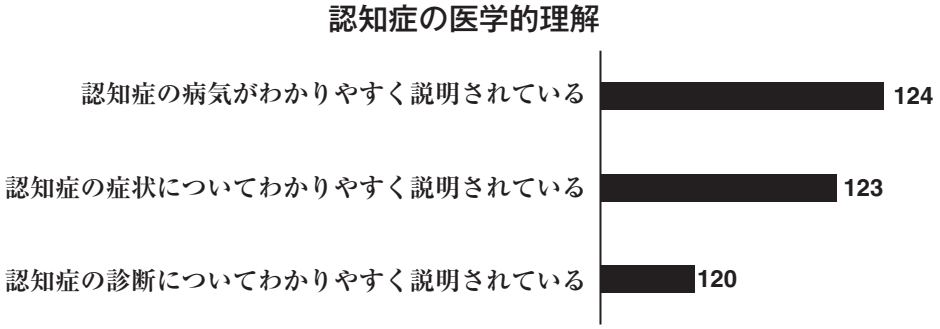
・色の配色が多くて見にくい。

・１→Ⅱのところが家族と専門職とが対象になっていて、やや分かりにくい。

・図自体は見やすい

・色の配色が多くて見にくい。

（2）認知症の医学的理解

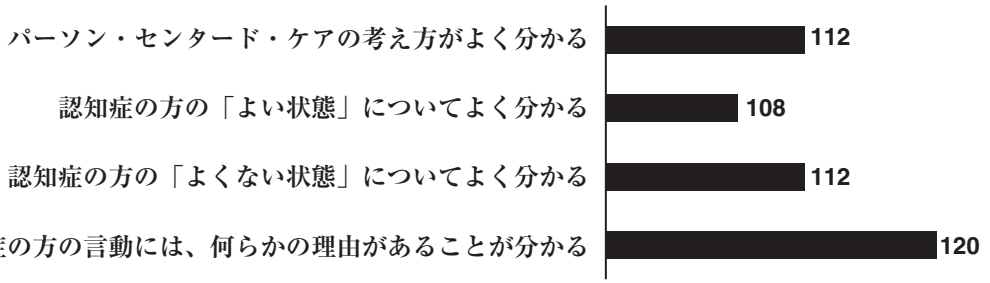


3項目とも120点以上で比較的高評価であったが、認知症の診断についての項目は最も点数が低く、改善が必要と考えられた。

● 自由記述による評価

・認知症の診断について、早い方がよいのはわかるが、専門医を受診するタイミングを入れてもらえる とより理解しやすくなる。
・Ⅰ-⑧青字“もの忘れの自覚をすることが困難”→もの忘れを自覚することが困難ではどうでしょうか？
・一緒に住んでいる家族にも見てもらいやすい。
・Q&A方式でわかりやすい（具体例が示されているので良い）
・とてもよいと思います。
・Ⅰ-⑥短期記憶（すぐ前にあった出来事）と書いてあるが具体例の中で「何年か前に母親が～」という文がある。「すぐ」の具体的な期間がわからない。
・Ⅰ-⑧の順番は1番始の方がよいのでは？
・Ⅰ-⑨具体例が多いので各々1つずつでよいと思う。同じような内容にも取れる。→字が小さくなり読みづらい
・A4サイズが大きさちょうどよく、字体、大きさ、イラストなど工夫されており、見やすかったです。家族が疑問に思っていることを内容として取り上げており、必要な内容「シート」を見ながら相談時に活用できそうです。
・カラーできれいだが、文字も多く伝えたいポイントがわかりにくい。（パーソンセンタードケアの理解シートも）
・１→少ない文章でわかりやすく工夫してあるとは思うが、専門用語がそのまま使ってあるので、説明を受けても本当に理解できるのかが少し心配（家族への教材として）
・２→④⑤は難しいが、⑥～⑩がわかりやすくてよい。
・３→⑪が難しい。⑪のあとなぜ⑫⑬なのか、よくわからない。
・必要最小限抑えておきたいポイントが、まとめて書いてあるけれど、家族に説明をするとき、もう少し補足説明が必要かなと思う内容もあり、表面にまとめの項目、裏面に細くの詳細説明があると話す側として理解しやすい。
・内容はわかりやすいが、利用者・ご家族向けの内容になっている。支援者側としては、もう少し専門的な内容であってほしい。
・何枚かにわかれていると、必要部分を見つけるのに時間がかかってしまう。
・家族に提示するには言葉・内容が高度の部分があるので説明もしづらい。
・青文字より黒文字がいい（印象的に）
・わかりやすい（見やすい）用紙で
・病識のない方に、中核症状・行動・心理症状という言葉が、説明した時にうまく伝わるか不明。
・理解を深めるため、内容（情報）が盛りだくさんなので、もう少しスリムにしてもよいかと思いました。

（3）パーソン･センタード・ケアの理解

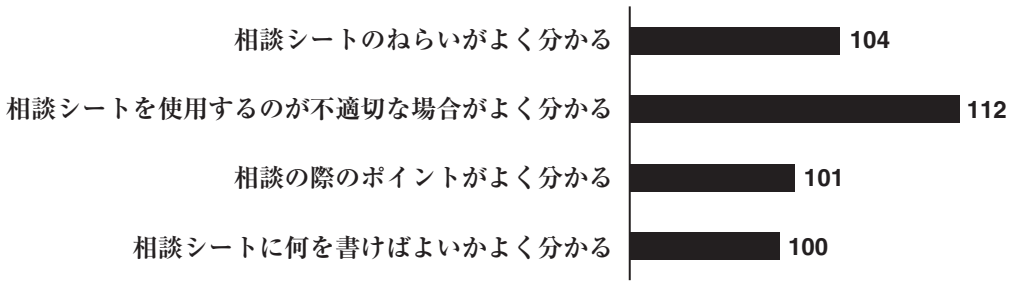


4項目の質問中3項目は110点前後で、とくに認知症の方の「よい状態」についてよく分かるの項目では、他項目よりも点数が低く、パーソン・センタード・ケアについては、改善が必要と考えられた。

● 自由記述による評価

・Ⅱ-⑦シートの良い状態の目安（サイン）のところで、「ある程度の基準を持っていれば流されない」は、負担感を基準にした場合に対する項目だと思ったのですが、ここに入れるべきものでしょうか。
・パーソン・センタード・ケアというなじみのない言葉がいきなりタイトルとなるとわかりづらいと思う。家族向けとして使うなら“認知症の方の理解”とされた方がわかりやすい
・知識としては分かるが、実践をしていないので、はっきり理解できるといい難い。
・目次の題名が本文の中で明確に表示がしていなくて、なんとなく違和感ありました。説明書には「家族自らが気付く」ことが目的になっているのに、Ⅱ－③の見出しが、「職場で活かす」となっています。Ⅱ-⑧も「ケアの質は職場の雰囲気次第」とあります。「よい」「良い」の使い分けがない。
・職員向け？家族向け？が混在している。
・職場向けのコメントは別にまとめた方が家族に使いやすいかと思いました。
・良い状態、よくない状態へ至る具体例をもっと載せるとよいと思う。
・（1）最初にパーソンセンタード・ケアの考え方からではなく、パーソンセンタードケアとは何か説明してくれた方が理解しやすいのではないかと感じた。
・認知症の方の思い、考えていることにより添うことができそうな内容と思いました。
・シートの中に「現場」「職員」「スタッフ」とあるので、施設でも使用するシートなのでしょうか？
・1→②が凝縮されすぎていて、色もさまざまなため圧迫感を感じる。③～⑥は専門職が考え直す機会につながると思う。
・2→なんとなくはわかるが伝わりにくいのでは。
・3→思い当たる点があるとおもわれ、わかりやすい（よい状態より）
・Ⅱ－⑧のところで「ケアの質は、職場の雰囲気しだい」は、その文章自体は分かるが、これは介護する側の問題という例えなのか、なぜ急に職場というのが出てきたのかつながりがわかりにくい。
・「自覚がなくて、困る」・・・もの忘れの本人の自覚がなくて、どう困るのか？家族の声？次のページでは（家族の声）と書いてあるけれど、Ⅱ－⑤にはないので、説明しづらいと思います。
・Ⅱ-7「もし・・・」の文章がおかしい。
・パーソンセンタードケアの考え方がまとまっているとわかりやすい。
・これだけの内容で、家族に納得していただける説明ができるか不安。
・緑色文字より黒文字がいい（印象的に）
・いろいろな場面において、まだまだあるであろう「家族の声」に反応し、パックをどんどん作っていただきたい。
・理解してくださる家族であれば、よくない状態に向かわせる状況について　わかりやすく記入されているので良いと思う。
・「良い状態」の目安はわかりやすく表記されており、進めることで前向きになれる。
・認知症のパターンに広がりがほしい。

（4）相談シート・使い方マニュアル

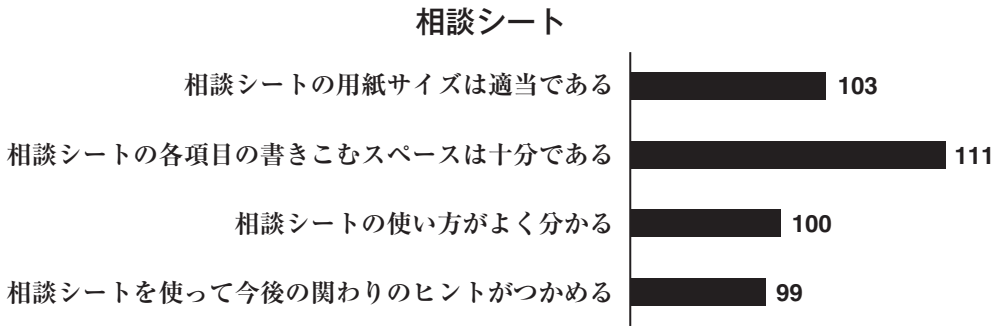


4項目中3項目が100～104点と得点が低く、相談シートの使用法の説明にはより工夫が必要である。

● 自由記述による評価

・わかりやすい言葉で整理されており、理解しやすい
・マニュアルもシートに書いてある方が目が移りやすいと思う。
・相談の際の質問の仕方、バリエーションが広がりそうな気がした（ヒントになりそう）
・家族の視点の転換を図ることができそうな相談シートになっていると感じました。
・項目がわかれているので、わかりやすい。
・説明書と同じ色の文字でも行間隔や文字の大きさから、読みやすい
・シート5のところは、上が人的環境、下が物理的環境について記入すると思うが、記入例の環境とご本人の気持ちを見ると、人的環境についての記述になっているのでは？一番困っていることは、深く掘り下げるとあるが、他の問題はなく一気に7でまとめるのは難しい？
・書き方はわかりやすい
・活用方法がわかりづらい
・ポイントは、マニュアルの中で、どんな役割があるのでしょうか。たとえば、はじめにポイントを移動するといかがでしょうか。
・相談シートを使い、②その時の本人の様子から⑥ご本人はどうしたかったのでしょうかが、スムーズにつなげていくことが難しい。また、⑦今後の関わり方のヒントについては、早く答えを見つけたいと思うので、導きだせるようなものがあるとよいかと思う。
・使いやすいシートです。

（5）相談シート



相談シートについては、4項目の得点が99～111点で低く、特に、使い方と今後の関わり方については、より詳しい説明と改善が必要である。

● 自由記述による評価

・職員としてはケアプランに反映していけそう。
・A4サイズが妥当ではないか。
・他の家族の意見を持ちかえって書いてもらうならこのシートでよい。
・対面で書く場合も上記同様。
・専門家が聞きとって書くのみならA4でもいいと思う。
・マニュアル、記入例を読むと書けそうな感じがします。（判りやすい言葉、具体例などがあるので）
・A4サイズの方が良いような・・・A3サイズは一目でわかってよいのですか・・・
・いったん出すと入れにくい。（BOXのこと）。
・簡単な生活史があるとよい。
・用紙サイズが少し大きい。A4でよいのでは？
・家族の前であまりメモを取ること自体好ましいとは思わないので理論として勉強のツールとして使うのはよいと思う。
・家族と一緒にシートを作成することを目的としたことは理解できた。情報を整理するにはいいと思いました。ただ、いちから一緒に家族と作業していくには時間がかかりそう。ある程度収穫した情報を整理して不足部分を補うのにいいと思う。
・全体的にコミュニケーションパックとしてわかりやすかったです。活用するに当たっては、援助者がパーソン・センタード・ケアの理解をした上でのツールだと感じました。対象者が包括支援センター用に限らず、在宅ケアマネジャーまで対象を広げた方が、良いと感じました。理由は、包括もいろんな相談場面があり、認知症のケースも直面しますが、ケアマネさんたちも同様だと思います。
・実践で活用するには、必要な部分（シート）を活用して家族の理解を深めるための援助ツールとしては、使えそうだと感じました。
・マニュアルの記載例、投げかける質問○などが記載されており、わかりやすかったです。例で、どの場面で、「医学的理解シート」「パーソン・センタード・ケアの理解のシート」のどの場面をどのように使うと効果的なのかも説明していただけるととても使いやすくなるかと思いました。

※自由記載は具体的、かつ多岐にわたり、改良版の作成に役立つ貴重な示唆が多く含まれていた。
その内容は膨大になるので、その内容の一部を掲載。

2. 改良版の作成

アンケート調査の意見を参考にしながら、改良版作成に着手した。その改良版を知多北部広域連合の地域包括支援センターや作業部会メンバーが関連する介護施設事業所などに配布し、意見とその使用経験をアンケート調査し、その結果をフィードバックさせて改良版を作成し発行する方針であった。アンケート調査の結果の概略は、前項で述べたように、パーソン・センタード・ケアに関して理解度が低く、「パーソン・センタード・ケアの理解」もパーソン・センタード・ケアに基づいて作成された「相談シート」も「認知症の医学的理解」に比べると、低い評価であった。この理由として考えられることは、認知症の医学的知識については様々な啓発書が刊行されており、また講演でなども取り上げられることが多いため、アンケート回答者が既に予備知識として備えていたと考えられる。これに対しパーソン・センタード・ケアについては、出版された書物がほとんどなく、パーソン・センタード・ケアという用語自体に馴染みがなく、予備知識がほとんどない状態であるためと推測された。このため、パーソン・センタード・ケアに関する入門書的な詳しいリーフレットが必要と考えられた。

アンケート結果を尊重しながら、作業部会や関係者の間でも議論を重ね、大府式コミュニケーションパック改良版のたたき台を作成した。しかしそれに対しても頻繁に関係者間で検討を重ね改良を加えた結果、改良版を刊行する時間的余裕がなく、改良版の最終版が完成版になる運びになった。

第3章 「大府センター式コミュニケーションパック」完成版

1. 概要

「大府センター式コミュニケーションパック」完成版（以下完成版と略す）は、「Ⅰ.認知症の医学的理解」、「Ⅱ.パーソン・センタード・ケアの理解」、「Ⅲ.相談シート」の３つが試行版と同様、中核的なもので、このほかに「大府センター式コミュニケーションパック説明書」と「相談シート使い方マニュアル」、さらに完成版で新たに加えた「パーソン・センタード・ケアって何？」というパーソン・センタード・ケアの簡単な入門書ともいうべきリーフレットの合計６部から構成されている。いずれも試行版にかなり改良を加えたものである。

地域包括支援センターのスタッフが認知症在宅介護家族の相談に応じるとき用いる「相談シート」は、コミュニケーションパックの中心に位置するもので、「Ⅰ.認知症の医学的理解」、「Ⅱ.パーソン・センタード・ケアの理解」、は「相談シート」を活用するためのツールである。

「相談シート」は、パーソン・センタード・ケアの提唱者である英国ブラッドフォード大学のキットウッドが記載した「認知症の症状理解に必要な５つの要素」に基づき作成した。５つの要素とは、

①脳の障害（記憶など認知機能の低下）、②性格、③生活歴、④健康状態、感覚機能、⑤環境（周りの人との関わり、対人的・社会的・物理的環境）である。

この「相談シート」を踏まえた会話を続ける過程で、認知症の人の行動の背景や本人の思いを家族とともに考えることができ、介護家族が抱える問題点も明らかになるはずである。

「認知症の医学的理解」のパックは、そういう相談場面で、地域包括支援センターのスタッフが家族の認知症に対する知識不足や誤解に気づいたり、質問をうけたりしたとき、家族に対し教育的に説明するため使用する。その内容は、認知症の定義、認知症の原因疾患、診断基準や診断法、認知症の症状、とくに中核症状と行動・心理症状（BPSD）などを含み、BPSD が質の良いケアや対応により改善するメカニズムについても言及し、こういう基本的な知識をカード形式で簡潔にまとめた。

「パーソン・センタード・ケアの理解」は、介護家族が認知症の人の激しい行動に振り回されて混乱したり、意地悪されていると誤解したりしていることに、地域包括支援センターのスタッフが相談場面で気づいた場合に、家族と共に考え、本人の思いを理解していくために使用するパックである。その内容は２大別できる。ひとつは認知症の症状を【脳の障害、性格、生活歴、健康状態、環境】の５つの視点からとらえ、認知症の人がよい状態にあるか、よくない状態にあるかを判断し、認知症の人の心理的ニーズを洞察し、それに応えていくことである。

もうひとつは、認知症の人の心理的ニーズを【くつろぎ・自分が自分であること・結びつき・たずさわること・共にあること】の５点ととらえ、そのニーズにどう応えるか考えることである。こういう一連の考え方をカード形式で簡潔にまとめたのが「パーソン・センタード・ケアの理解」である。

認知症ケア高度化推進事業の「思考展開シート」との関係

この相談シートは、厚生労働省の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の一環である「認知症ケア高度化推進事業」の「思考展開シート」と共通する点が多い。これは双方ともパーソン・センタード・ケアの考え方に基づいているので、当然の結果といえる。したがって「相談シート」は、「思考展開シート」の「地域包括支援センター版」と位置づけることもできる。

認知症の医学的理解・パーソン・センタード・ケアの理解・完成版の特徴

完成版の特徴の第一は、各カードの裏面にも説明を加え、紙芝居形式にしたことである。表面の簡潔な表現だけでは十分理解できないというアンケート調査結果に応え、裏面にはスタッフがカード表面の内容を説明するのに役立つ補足的解説、あるいはスタッフに対するメッセージを記載し、表と裏の両面を見ると内容の理解がより容易になり、認知症に対する知識も整理され、このコミュニケーションパックを活用しやすくなるよう留意した。

第二の特徴は、カードの枚数、すなわちイラストで示す表面を増やしたことで、より広くより深く理解できるよう配慮した。認知症の医学的理解は試行版の 13 枚が完成版では 32 枚になり、パーソン・センタード・ケアは試行版の 8 枚が完成版は 17 枚へと、ほぼ倍増した。

次ページ以降に、表面と裏面を組み合わせて提示する。

2.　認知症の医学的理解の表面と裏面

「大府センター式コミュニケーションパック」完成版　～認知症の医学的理解より～

Ⅰ

Ⅰ.認知症の医学的理解

大府センター式コミュニケーションパックは「Ⅰ.認知症の医学的理解」、「Ⅱ.パーソン・センタード・ケアの理解」、「Ⅲ.相談シート」の3部から構成されています。地域包括支援センターのスタッフが認知症在宅介護家族の相談に応じるとき用いる相談シートは、パーソン・センタード・ケアに基づく「認知症の症状理解に必要な5つの視点」をもとに作成されたものです。この相談シートを踏まえた会話を続ける過程で、認知症の人の行動の背景や本人の思いを家族とともに考えることができ、介護家族が抱える問題点も明らかになります。

そういう相談場面で、地域包括支援センターのスタッフが家族の認知症に対する知識不足や誤解に気づいたり、質問をうけたりしたとき、家族に対し教育的に説明するため使用するのが、この「医学的理解」のパックです。その内容は、認知症の定義、認知症の原因疾患、認知症の診断基準や診断法、認知症の症状、とくに中核症状と行動・心理症状などを含み、基本的な知識をカード形式で簡潔にまとめてあります。支援では、必要なカードだけを取り出して活用すればよく、すべてのカードの内容を説明し教育する必要はありません。なお、各カードの裏面には、スタッフがカード表面の内容を説明するのに役立つ補足的解説、あるいはスタッフに対するメッセージが記載されています。表と裏の両面を見て、このパックを活用してください。

この「医学的理解」は、スタッフの認知症に対する知識を整理するのにも役立ちます。認知症に関する啓蒙的な本を事前に1-2冊読んでおけば、「この医学的理解」パックが一層有効に活用できます。

Ⅰ-①

Ⅰ-①

認知症とは老化ですか？病気ですか？

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てからも、まだ認知症に対する偏見、認知症であることを恥じる気持ちは根強く残っています。それが認知症の人の「閉じ込め」の原因の一つになっています。

認知症は、老化と密接な関係がありますが、単なる老化現象ではないこと、高血圧、糖尿病と同様に早期発見、早期対応、早期治療が必要な疾患であり、生活障害であることを強調して、認知症に対する偏見を払拭してください。ご本人やご家族が正確な診断に基づき認知症であることを受容することから、早期介入や支援が始まり、様々なサービスにつなげることが可能になります。

なお、認知症という用語は、認知症状が現れる病気の総称であり、認知症状が現れた時は、アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）、脳血管障害、レビー小体型認知症など基礎疾患が根本にあります。このことを説明するには、Ⅰ-⑥のカードを活用してください。

Ⅰ-②

Ⅰ-②

認知症はどんな病気？

認知症とは、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、日常生活、社会生活に支障をきたす状態と定義されています。

生まれつき知的機能が低下しているのは、発達遅滞であり、脳炎などの病気や外傷で知的機能が低下したのは、後遺症であって、いずれも認知症ではありません。

記憶は、短期記憶と長期記憶に大まかに分けられますが、認知症の記憶障害は、短期記憶が著しく、長期記憶はかなり進行するまで残っています。どれくらい以前の記憶が短期記憶で、どの時期からが長期記憶かという厳密な時間別の定義はありません。短期記憶は最近の記憶、長期記憶は古い記憶、昔の記憶という大づかみの理解でよいと思います。具体的には、「その日の朝食をしたことを忘れる」、数分前にした電話の内容を覚えていない」などが短期記憶の障害に挙げられます。今さっきのことは覚えていないのに、小学校時代や、若かったころの話は鮮明に覚えているという状態が認知症では普通です。

I-③

I-③

加齢による物忘れと、認知症による物忘れ

一言で説明するなら、加齢による物忘れは体験の一部分の物忘れ、認知症のもの忘れは、体験全体を忘れてしまうということです。よく使われる例は、「夕食に何を食べたかは忘れたが、夕食をとったことは覚えている」、というのが加齢による物忘れ。「夕食をとったこと自体を忘れてしまう」のが認知症の物忘れだという説明です。もう一つの例をあげると、「友人と電話した約束の一部を忘れた」というのは加齢による物忘れでよくあること。「電話内容はもちろんのこと友人に電話したことも記憶になく、忘れた自覚もない」のが、認知症による物忘れであり、友人に対しあなたと電話した覚えはないなどと言ったりします。こうなると、日常生活、社会生活にも支障をきたします。

最下段の絵で示すように、人の記憶は、過去から現在までの様々な出来事の記憶（エピソード記憶）の連続で、それがつながり物語りとなり、その人の人生歴になっているわけですが、加齢による物忘れは、エピソード記憶の一部が抜け落ちるけれども、記憶の連続性、物語りは保たれ、また何かのきっかけで思い出すこともあります。

他方、認知症による物忘れは、ある期間の出来事全体が抜け落ち、思い出すということがありません。自分がどういう行動をして生きてきたのか、つじつまの合う物語にならず、認知症本人の自信喪失、不安、焦りをきたしたり、周りとのトラブルになったりして、行動心理症状のきっかけになります。

I-④

I-④

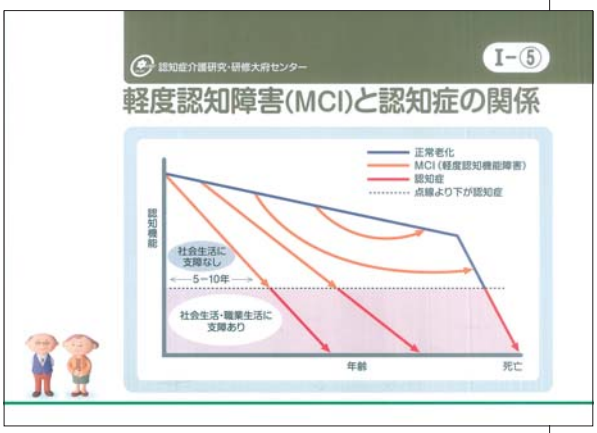
軽度認知障害(MCI)って何ですか?

病院を受診するよりも先に、地域包括支援センターに相談を求めるケースが多く見られます。そういう場合は、認知症なのかどうかが話題になり、問題になりますので、軽度認知障害（MCI）に関する知識が必要です。

MCIは認知症の初期か正常範囲か判断に苦しむグレーゾーンの状態です。MCIの定義は表に記載したように1から3の項目を満たすことですが、2と3が認知症の定義との違いです。

MCIと診断された人の約10%は3年後に認知症に進行するというデータがありますが、正常に戻る人もありますので、MCIだからといって、必ずしも悲観的になる必要はなく、地域包括支援センターのスタッフは前向きに生活するようアドバイスすることが大切です。

I-⑤



I-⑤

軽度認知障害（MCI）と認知症の関係

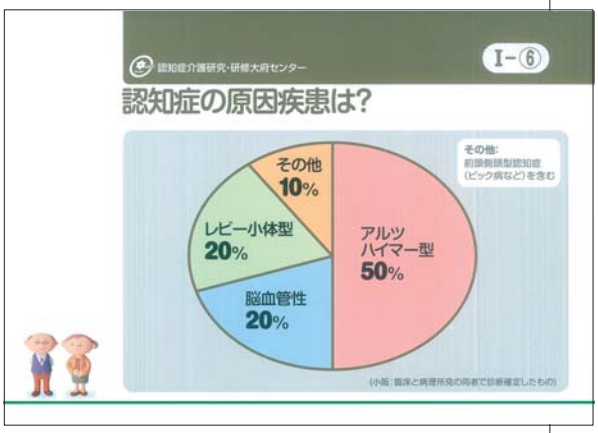
I−④で説明した内容をわかりやすく、図で示したものです。矢印の線で示した4つの経過のうち、左端がアルツハイマー型認知症の経過としました。それより右の3つの矢印の線は、ある時期に軽度認知障害（MCI）の状態にあった人を意味します。そのMCIの状態からその後どう変化したかという「その後の経過」をみますと、①アルツハイマー型認知症に発展、②その後もMCIのままで経過する人、③正常の老化に戻る人の3群に大別できます。おおよそ、それぞれが各1／3という説明でもよいと思います。

①はもともとアルツハイマー型認知症であった人で、どんなに努力しても、いつかはアルツハイマー病になります。②は、アルツハイマー病の可能性は少なく、③はアルツハイマー病ではなく、うつ病による記憶障害で、うつ病の改善とともに正常老化に戻った人、あるいは認知症の予防として防御因子になる活動（I-㉘）を積極的に行った人だと考えられます。

なお、I-④で示した調査報告以外の調査の数字を求められたら、「正常の高齢者は年間に1−2%が認知症に移行していくのに対し、MCIの年間移行率は平均10%である（Bruscoli L　2004）という報告を引用してください。1年でMCIの12%、4年で約半分が アルツハイマー型認知症に進行するというデータもあります。

I-④、I-⑤を一体として、説明してください。

I-⑥



I-⑥

認知症の原因疾患は?

認知症には必ず元になる原因疾患があります。

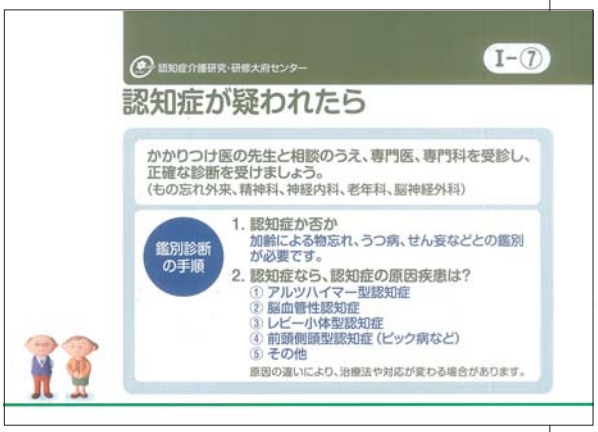
1996年から世界的に認知されたレビー小体病型認知症の存在を1976年に世界で初めて指摘した小阪憲司先生が臨床と病理所見の両者で診断を確定した症例の原因疾患を見ると、I-⑥に記載したような頻度になります。

アルツハイマー型認知症あるいはアルツハイマー病と呼ばれる疾患は、全体の約50%を占めています。次に多いのは脳血管性認知症で約20%です。日本では、1985年ごろまでは、アルツハイマー型認知症よりも脳血管性認知症の方が多く見られましたが、1995年以降は、アルツハイマー型認知症の方が多いという報告がされています。アルツハイマー病、脳血管性の順に多いことは従来の臨床報告と共通していますが、近年はレビー小体型認知症が意外に多いことが注目され、第3の認知症として、現在、脚光を浴びています。

その他にも、前頭側頭型認知症(ピック病)といった病気などがあります。

レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症(ピック病)は、アルツハイマー病とは異なり、記憶障害より先に他の症状が出現します。レビー小体型認知症についてはI-㉔で詳しく説明します。

I-⑦



I-⑦

認知症が疑われたら

認知症は治らないから病院に行かないという方がいますが、実は疾患の種類によっては、治療で著しく改善したり手遅れで命に危険が生じたりする場合があります。また、認知症であっても、早期診断、早期対応、早期治療で進行を遅らせたり、一部改善したりすることもあります。専門医、専門科の診察を受けるようお勧めします。

もの忘れ外来を開設している病院では、認知症の専門医が診療を担当しておりますし、そうでない病院なら、精神科、神経内科、老年科を受診すると良いでしょう。

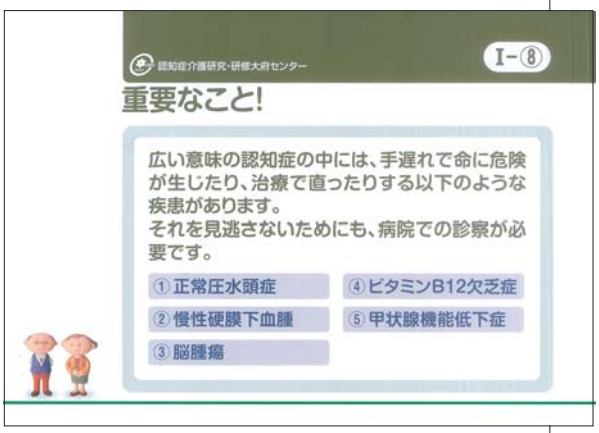
地域の医師会には、認知症に関する研修をうけた「かかりつけ医」や「認知症サポート医」の先生がおられます。認知症の診療をしておられる「かかりつけ医」あるいは「サポート医」への受診もよいでしょう。

★註:受診のタイミング

早ければ早いほどよい。ただし本人および家族の同意が必要です。同意を得るには、以下のような早期診断、早期治療のメリットを説明することが大切です。①認知症の原因には治癒可能な疾患もある(I-⑧)、②アルツハイマー型認知症なら薬物療法(アリセプト)により進行抑制が可能、③受診により患者本人、家族の病気に対する理解が深まるため、心の準備ができ、不安が軽減する、④様々な社会的資源のサービスを受けることができる。

なお、認知症と診断されたあとの告知は医師の重い役割です。患者を落胆と混乱に陥れないため、告知で留意すべきは、①本人が告知を望んでいるかの再確認、②家族の気持ちの確認、③告知のタイミング。受容の準備ができた時と思われる時まで待つ。

I-⑧

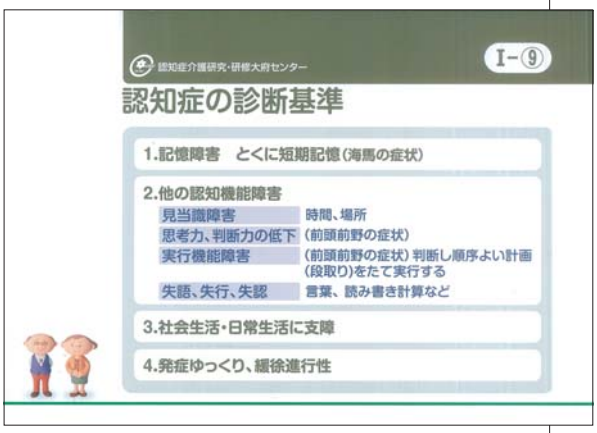


I-⑧

重要なこと

認知症の症状が出現する病気としては、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、正常圧水頭症、クロイツフェルト・ヤコブ病、エイズ脳症、ヘルペス脳症、多発性硬化症、ベーチェット病、腎不全、甲状腺機能低下症、アルコール中毒など多様ですが、この中には早期に治療すれば直るのに、手遅れになると命を落としたり重い後遺症を残したりする疾患があります。認知症の診断では、こういう疾患を見逃さないことが重要です。正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍はそういう疾患の代表的なもので、MRIやCTなどの画像診断で鑑別診断できます。

I-⑨



I-⑨

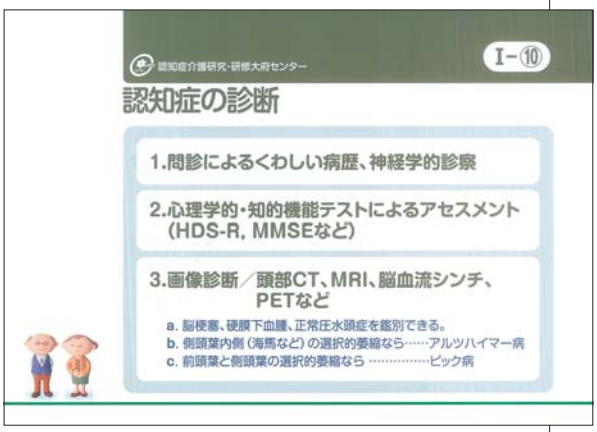
認知症の診断基準

記憶障害などの複数の認知機能の障害が徐々に発症し進行して、それが日常生活、社会生活に支障を来すレベルに達していることを確認すれば、臨床的には認知症と診断することができます。 I-②認知症はどんな病気?のカードを参照してください。

アルツハイマー型認知症では、脳の中で最初に障害されるのは大脳辺縁系の一部をなす「海馬」です。海馬は記憶とくに短期記憶の中枢とも言うべき部位ですから、記憶障害は初発症状であり、かつ中核症状の主体になります。神経細胞の脱落はその後、前頭前野や頭頂葉など大脳皮質に広がっていきますので、記憶以外の他の認知機能の障害が出現します。見当識障害、思考力・判断力の低下、実行機能障害がそれです。さらに進行すると、失語、失行、失認など大脳の高次機能の障害が現れ、また言葉や読み書き計算の能力も低下します。

見当識とは、過去の記憶に照らし合わせて、現在の自分の状況を判断する認知機能ですが、過去の記憶が脱落している認知症では、自分をとりまく状況判断ができなくなります。見当識障害は、まず時間に関して起こり、今日は何年何月何日か答えられなくなります。ついで場所に関して起こり、今自分のいる場所が言えなくなります。何のために、どのようにして、ここに来たかを忘れるからだと考えられます。身近な人物が誰だかわからなくなる「人物に関する見当識障害」は記憶障害と高次機能の障害で生じますが、これは末期になって初めて出現します。この症状は「相貌失認」とも呼ばれます。

I-⑩



I-⑩

認知症の診断

認知症の診断手順の第1は問診による詳しい病歴で、記憶障害などの認知機能障害の有無、その程度について話を聞きます。この問診の後、神経学的診察で言語障害や運動麻痺、感覚障害、腱反射などの有無、程度を調べます。これにより認知症の原因疾患の見当をつけます。第2の手順として、心理学的・知的機能テストによるアセスメントがあります。認知症のスクリーニング・テストには様々なものがありますが、もっともポピュラーなものは、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)とMMSE(Mini Mental State Examination)です。いずれも30点満点で、HDS-Rは20点以下が、またMMSEは24点以下が認知症の可能性が高いと判定されます。手順の第3は画像診断です。CTやMRIなど形態画像は、脳梗塞、硬膜下血腫、正常圧水頭症などとの鑑別診断に役立ちます。脳全体の萎縮は高齢者では一般的な所見ですが、側頭葉内側(海馬など)だけの選択的萎縮は異常所見で、アルツハイマー型認知症の確証になります。この選択的萎縮はアルツハイマー病の初期には出現せず、相当進行してから見られますので、MRIが異常ないからといって認知症を否定することはできません。脳血流シンチは脳血流を画像にしたもの、PETは脳循環と糖代謝を画像化したもので、いずれも機能的画像です。

★最新情報:生化学的マーカーでは、髄液中のAβ1-42、タウ蛋白、リン酸化タウ蛋白の測定が役に立ちます。Aβ1-42の低下、タウ蛋白やリン酸化タウ蛋白の増加はアルツハイマー型認知症を支持する所見です。ただ髄液検査は侵襲が大きく、またバイオマーカー検査がまだ研究レベルにあり、一般化的には利用されておりませんので、カードからは省略しました。

I-⑪

I-⑪

アルツハイマー型認知症の初期症状は?

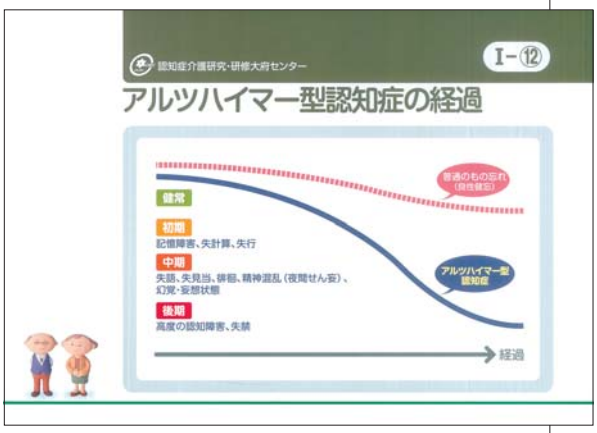
アルツハイマー型認知症の初期の症状は、①から⑤の5つにまとることができます。認知症とくにアルツハイマー病では、短期記憶の障害が著しく、長期記憶は比較的保たれるのが原則ですが、長期記憶の中でも、名前や名称などの固有名詞は最初に思い出せなくなります。これは加齢による物忘れでも同様です。会話の中に「あれ」、「それ」など言葉が増えてきます。

見落とされやすいのは、趣味や関心の薄れです。おしゃれをしなくなる、身なりを構わなくなることも要注意です。職場で、計算が正しくできなくなったり、電話の取り次ぎや仕事の段取りがわからなくなったりして、仕事の間違いや能率低下が目立ち、家庭よりも先に職場で異常が気づかれていることもありますので、職場の人から話を聴くことも重要です。

情動の制御力の低下は前頭前野の障害を意味します。悲しいテレビを見ると涙もろくなることや、怒りっぽく、短気になり、家族との口げんかが増えるという状況が起こります。

なおアルツハイマー型認知症の初期症状の中でも最初に出現する初発症状としては、第1は前述のような記憶障害であり、次に、空間認知機能の低下がよく知られています。立方体の絵をうまく模写できなかったり、時計の絵を正しく描くことができなくなったりします。ときには、空間認知機能障害による症状が記憶障害より先行することもあります。このことは診断学的には重要ですが、カードでは触れていません。

I－⑫



I－⑫

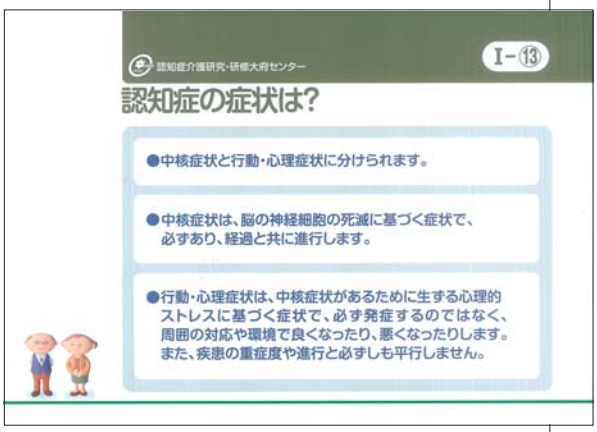
アルツハイマー型認知症の経過

アルツハイマー型認知症の経過を初期・中期・後期に分けて、それぞれの時期の代表的症状を示しました。認知症の経過も症状の現れ方も、人により、また認知症の原因疾患により異なります。短期間で後期に進行する人もいれば、10年以上かかって徐々に進行する人もいます。留意すべきことは介護家族を悩ませる行動・心理症状がもっとも出現しやすい時期は中期だということです。

参考までに、別の分類を示します。細かく記憶する必要はなく、進行につれどんな症状が現れるか大づかみすれば十分です。

Ⅰ期／単純なもの忘れ、判断力の低下、趣味や行動に興味がなくなる、古いやり方は定着しているが、新しく学ぶことが困難、また決断したり計画することができなくなる。被害妄想（物盗られ妄想、嫉妬妄想）。
なお認知症の初期には、「とりつくろい」、「依存性」という特徴があります。「とりつくろい」とは、記憶障害を隠すため言い訳をして体面を保とうとすること。具体例をあげると、「今日は何月何日ですか?」という質問に対し「今日は新聞もテレビも見てこなかったものですから」と言い訳をする。「依存性」とは、記憶に自信がなく身近な人に頼りすぎること、具体例をあげると、診察時に「今日は何月何日ですか?」という質問に対し「えーっと、何月でしたっけ」と付き添いの方を振り返って尋ねる。
Ⅱ期／記憶障害が進行 、過去と現在が混同 、仕事には援助と監督が必要、徘徊
Ⅲ期／日常生活が困難、馴れた動作がうまくできない、言葉が通じない、相貌失認（家族の顔を見て誰だか分からない）
Ⅳ期／動作・歩行が緩慢になり、寝たきり

I－⑬



I－⑬

認知症の症状は?

このカードは、介護家族との相談場面で使うこともできますが、むしろ地域包括支援センター・スタッフの知識整理のためのカードです。

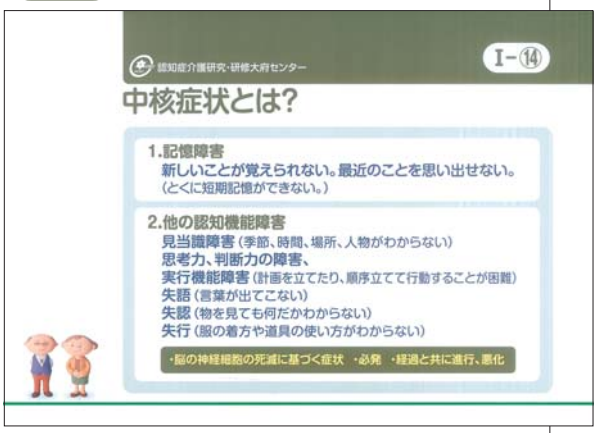
認知症の症状は、従来は中核症状と周辺症状とに分けられていましたが、近年は周辺症状という用語がより具体的な内容を示す行動・心理症状（BPSD Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）という用語に変わりました。

中核症状は脳の神経細胞の死滅に基づく症状で必ず出現します。そして、時間とともに進行していきます。

一方、行動・心理症状は、中核症状があるために生ずる心理的ストレスに基づく症状で、必ず発症するのではなく、周囲の対応や環境によって、良くなったり悪くなったりします。

したがって疾患の重症度や進行とは必ずしも平行しません。

I－⑭



I－⑭

中核症状とは?

アルツハイマー型認知症では、神経細胞の脱落は、まず側頭葉の内側にある大脳辺縁系の海馬から始まります。海馬は認知記憶の中枢ですから、神経細胞の死滅・脱落に基づく中核症状は、記憶障害とくに短期記憶の障害が主体になります。

神経細胞の脱落はその後、前頭前野や頭頂葉など大脳皮質に広がっていきますので、記憶以外の他の認知機能障害が出現します。見当識障害、思考力の低下、実行機能障害が出現し、さらに進行すると、失語、失認、失行など大脳の高次機能の障害が現れます。

Ⅰ-⑮

Ⅰ-⑮

中核症状って何ですか？ Ⅰ

中核症状のうちの短期記憶障害について、具体例を5つあげてあります。いずれも認知症の初期に日常生活の中でよく起こる内容です。例えば、料理のように、段取りをたて、いくつかの作業を並行して行う仕事では、鍋を火にかけてあることを忘れ、特に料理中に宅配に対応したりすると、鍋をこがします。これを繰り返す場合は認知症を疑います。

進行すると長期記憶の一部も障害されます。一つの例をあげると、「何年か前に母親が亡くなっていることを忘れている」

Ⅰ-⑬、Ⅰ-⑭との関連の中で、このⅠ-⑮のカードを利用してください。

Ⅰ-⑯

Ⅰ-⑯

中核症状って何ですか？ Ⅱ

中核障害のうち、記憶障害以外の認知機能障害については、見当識障害、判断力の低下、実行機能障害、失認・失行の4つをとりあげ、日常生活の中でよく見られる具体例を挙げました。

Ⅰ-⑰

Ⅰ-⑰

行動・心理症状（BPSD）

行動・心理症状（BPSD）については、Ⅰ-⑬で概要を述べましたが、このカードでは、より詳しく、より視覚的に、BPSDを説明しました。具体的な症状は、○で示した不安、不眠、抑うつ、興奮、などの心理症状、幻覚、妄想などの精神症状、攻撃的言動、徘徊、不潔行為、危険行為などの行動症状です。これら行動・心理症状が起こる基盤には、認知機能の低下による中核症状が関与していますが、それだけではなく、認知症の人が感じる心理的ストレスと、健康状態や対人的、物理的環境が関与します。対人的環境では、家族や介護する人との人間関係が悪いとBPSDが起こりやすく、物理的環境では、寒さ・暑さ、臭いなどの不快な環境や、転居など住環境の変化などがBPSDの原因になります。このほか、健康状態、すなわち聴力、視力などの感覚機能の衰え、あるいは他の病気の合併なども影響します。視力、聴力が低下していたり、身体の不調や便秘や発熱、脱水症状、高血圧や糖尿病など認知症以外の疾患が合併していたりすると、BPSDの原因になります。実際のところ、BPSDの原因を調べると、薬の副作用、他疾患の合併、質の悪いケアの順に多いと言われております。

したがって、行動・心理症状は認知症の人に必ず起こるわけではなく、周囲の人の対応や健康状態、環境で変化します。つまり適切な対応や良いケアによりBPSDは軽減し、不適切な対応や悪いケアでBPSDは悪化します。またBPSDの程度は認知症の重症度や進行とも平行しません。

I-⑱

I-⑱

行動・心理症状って何ですか？

前カード（I-⑰）で述べた行動・心理症状の具体的な生活場面での症状を示しました。例えば抑うつ状態では、「こんなバカになってしまって、生きていても仕方がない」と毎日暗い表情で訴える。短期記憶の障害があることからご飯を食べたことを認識できず「うちの嫁は私にご飯も食べさせない」と近所に言って歩く。認知症の方が、わからないことを不安に思い、日付を何回も家族に確認する。また、幻覚がある場合は、今その場にいない人の声が聞こえたり、目の前に誰もいないのに話をしているということがあります。

徘徊では、突然何か思いついたように素早く外出し、どこに行ったかわからず、見つかったときにはかなり遠くまで歩いたということもあります。妄想では、物がなくなると家族を泥棒だと思ってしまったり、配偶者が浮気をしていると疑ったり、事実ではないことを事実のように話すことがあります。

また不潔行為や、暴力行為、不眠といった症状もみられます。

I-⑲

I-⑲

認知症の症状をまとめると

I-⑲からI-㉒はワンセットで使用してください。

このカードは、I-⑬からI-⑱までの認知症の症状の内容を整理したものです。中核症状と周辺症状（行動・心理症状）という対比で、図示を試みました。

I-⑳

I-⑳

家族や周辺の人の不適切な対応　質の悪いケア

I-⑳からI-㉒のカードは、認知症の人に対する対応が適切か否か、ケアの質がよいか悪いかによって、周辺症状（行動・心理症状）がどのように変化するかを図で示しました。視覚的に強調することによって、理解しやすくしようとしたものです。

I-⑳は、家族や周辺の人の不適切な対応　質の悪いケアによって、周辺症状（行動・心理症状）が引き起こされたり悪化したりすることを図示したもので、黄色で示した周辺症状がI-⑲に比べ拡大しています。

もちろん適切な対応、質の良いケアをしていたにもかかわらず、周辺症状（行動・心理症状）が悪化することがあります。そういうときには、I-⑰で述べたように、薬剤による影響や他の疾患の合併などを考慮して、薬剤の服用の有無、薬剤の種類や量を調べ、かかりつけ医あるいは専門医と相談するとよいでしょう。

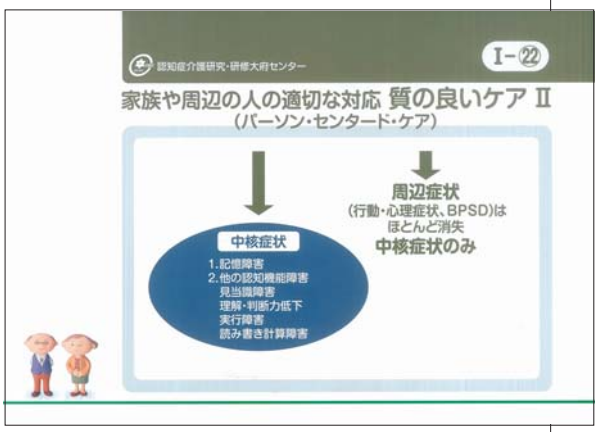
I－㉑

I－㉑

家族や周辺の人の適切な対応 質の良いケアⅠ(パーソン・センタード・ケア)

家族や周辺の人の適切な対応　質の良いケアにより周辺症状（行動・心理症状）が縮小することを図で示したものです。このような状況になると、介護負担は著しく軽減します。こうするには、パーソン・センタード・ケアの理念に基づく対応やケアを実践するよう指導する必要があります。「Ⅱ.パーソン・センタード・ケアの理解」を参照してください。

I－㉒



I－㉒

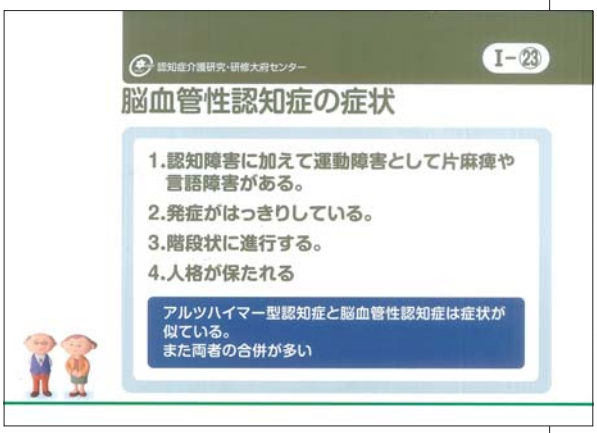
家族や周辺の人の適切な対応 質の良いケアⅡ(パーソン・センタード・ケア)

家族や周辺の人の適切な対応　質の良いケア（パーソン・センタード・ケア）により周辺症状がほとんど消失し、中核症状のみになることもあると言われています。

ただし実際に、このようになるには、医療と介護の絶妙な連携が必要でしょう。

I-⑲からI-⑫は、パーソン・センタード・ケアの理念に基づく対応やケアが行動・心理症状を減らし、介護負担を軽減するという核心になる説明であるため、多くのカードを費やしました。

I－㉓



I－㉓

脳血管性認知症の症状

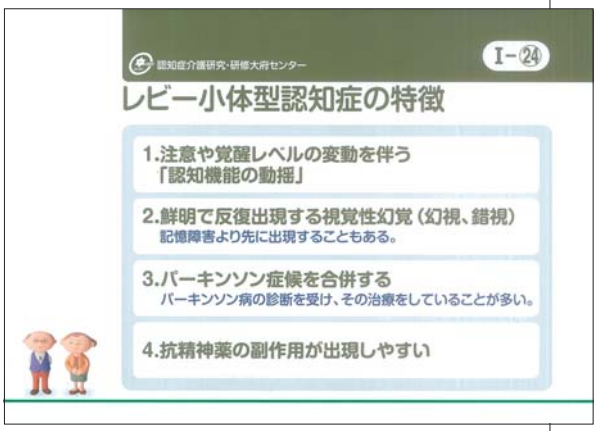
認知症の原因疾患が、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症（ピック病など）である場合、アルツハイマー型認知症とは異なる症状や特徴を示すことがあります。そういう診断名の認知症在宅介護家族との相談場面では、家族から疾患に関する質問があったり、また家族に疾患と症状を理解させたりする必要が生じます。

このカードでは、脳血管性認知症の特徴を4つの項目にまとめましたが、①と②につき補足します。片麻痺や言語障害をきたし、発症がはっきりしている脳血管障害は、脳出血や脳梗塞が多く、その後遺症として認知機能の低下を示す脳血管性認知症も診断が容易です。

これに対し、麻痺や言語障害、感覚障害がないか、あっても軽微で、発症がはっきりせず、進行も緩やかな脳血管性認知症は、アルツハイマー型認知症との鑑別診断が困難です。とくに画像で脳梗塞の所見を認めても、まったく症状を示さない無症候性ラクナ梗塞では、そうです。こういうアルツハイマー型認知症と酷似する脳血管性認知症の原因になるのは、ラクナ梗塞が最も多く、ビンスワンガー脳症がそれに次ぎます。ラクナ梗塞は細い動脈が閉塞して起こる脳梗塞で、MRIなどの画像で多発性の小さな梗塞を認めます。階段状進行を示し、人格が保たれるのが臨床特徴です。一方、ビンスワンガー脳症は慢性の脳循環障害により大脳白質に広範な脳虚血性障害を示す疾患で、CTやMRIで特徴的な画像所見を示します。

なお脳血管性認知症とアルツハイマー病は合併する場合も多く、実際のところ、両者の鑑別診断は容易ではありません。

I－㉔



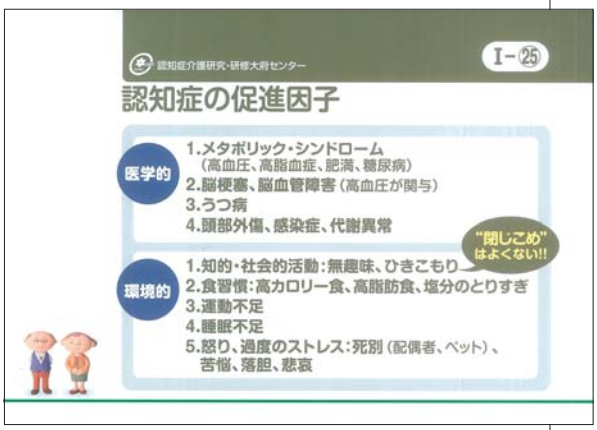
I－㉔

レビー小体型認知症の特徴

レビー小体型認知症は、診断が難しく、認知症＝記憶障害という固定観念では見落とされます。レビー小体型認知症の中核的特徴は、①認知機能の動揺、②幻視、③パーキンソニズムの3つで、記憶障害よりも先に幻視やパーキンソニズムが出現することがしばしばです。認知機能は、日によって時間によって著しく動揺します。幻視は、「そこに女の子が座っている」「鞄の中にイヌがいる」「絨毯の中に虫がいる」など実際にはないものが見え、錯視は壁にかかっている服が「女の子に見える」など、実際とは違うものに見える現象です。パーキンソン病に見られる①筋強剛（手足の筋肉が硬くなること）、②動作緩慢、③、振戦（ふるえ）、④前かがみの小幅歩行などの症候はパーキンソニズムと呼ばれます。当初、パーキンソン病と診断されて抗パーキンソン病薬を投与されても効果がなく、のちに認知症の症状が出て初めてレビー小体型認知症の診断が確定したり、合併するうつ病の症状で発症したりする場合も珍しくありません。パーキンソン病とレビー小体型認知症の共通点は、レビー小体という神経細胞内に出現する封入体を持っていることです。このレビー小体は、パーキンソン病では脳幹部に現れ運動障害を呈し、またレビー小体型認知症では大脳皮質にみられ認知機能障害を示すのが相違点です。またレビー小体型認知症は、抗精神病薬に対する感受性が亢進し、少量でも副作用が出現しやすくBPSDの原因になるのが特徴で、日常のケアで常に留意すべき点です。

★最新情報：近年、このレビー小体は主にα-シヌクレインの蓄積からなることがわかり、両疾患は、「αシヌクレイン異常症」として一括され、近縁関係にあると考えられるようになりました。

I－㉕



I－㉕ ～ I－㉜（付録）

認知症の予防 ―促進因子と防御因子―

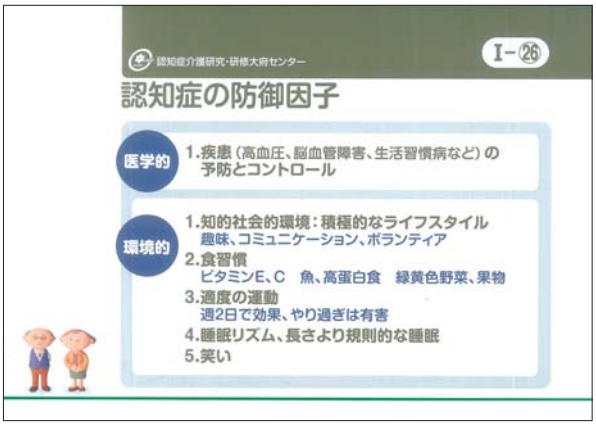
認知症在宅介護にあたる家族は、心理的にも肉体的にも介護負担が重く、とくに行動・心理症状があるときはストレスが顕著です。追い詰められた家族は健康を害したり、鬱状態になったりします。したがって、認知症の人よりも家族を優先的に支援することが重要だという意見さえあるくらいです。家族から家族自身に関わる相談を受けた場合、地域包括支援センターのスタッフは、社会資源を活用してさまざまなサービスにつないで家族の介護負担を軽減したうえで、家族の健康相談に応じる場面が生じます。また地域包括支援センターの業務である総合相談事業においても、認知症予防に関する知識が必要なります。そういうとき、この付録のカードを利用してください。

結論的に言いますと、この「認知症の予防」の骨子は、エビデンスのあるデータ（前向きコホート研究）をもとに、知的活動、社会的活動、食生活、運動、睡眠など日常生活上の注意を記したものであり、単に認知症だけでなく、脳卒中、心筋梗塞、メタボリック・シンドロームの予防にも共通するものです。

前向きコホート研究とは、ある地域の何千何万人という数の住民を健常時から何年間も追跡調査した大規模で緻密な疫学的研究で、その研究で有意の差がでたものはエビデンス（根拠）があると認められています。

なお、このデータは、全国の市町村の介護予防関係者に配布された[認知症予防・支援マニュアル（改訂版）平成21年3月「認知症予防・支援マニュアル分担研究班」研究班長 東京都老人総合研究所参事研究員　本間　昭]にも記載されています。

I－㉖



3. パーソン・センタード・ケアの理解の表面と裏面

「大府センター式コミュニケーションパック」完成版 ～パーソン・センタード・ケアの理解より～

Ⅱ

Ⅱ. パーソン・センタード・ケアの理解

大府センター式コミュニケーションパックは、「Ⅰ.認知症の医学的理解」、「Ⅱ.パーソン・センタード・ケア」、「Ⅲ.相談シート」の3部から構成されています。地域包括支援センターのスタッフが認知症在宅介護家族の相談に応じるとき用いる「相談シート」は、パーソン・センタード・ケアに基づく「認知症の症状理解に必要な5つの視点」をもとに作成されたものです。この「相談シート」を踏まえた会話を続ける過程で、認知症の人の行動の背景や本人の思いを家族とともに考えることができ、介護家族が抱える問題点も明らかになります。

そういう相談場面で、介護家族が認知症の人の激しい行動に振り回されて混乱したり、意地悪されていると誤解したりしていることに、地域包括支援センターのスタッフが気づいた場合に、家族と共に考え、本人の思いを理解していくために使用するのが、この「パーソン・センタード・ケアの理解」のパックです。その内容は、認知症の症状を【脳の障害、性格、生活歴、健康状態、環境】の5つの視点からとらえ、認知症の人がよい状態にあるか、よくない状態にあるかを判断し、認知症の人の心理的ニーズ【くつろぎ・自分が自分であること・結びつき・たずさわること・共にあること】にどう応えるかという一連の考え方をカード形式で簡潔にまとめたものです。相談場面では、必要なカードだけを取り出して活用すればよく、すべてのカードの内容を説明する必要はありません。なお、各カードの裏面には、スタッフがカード表面の内容を説明するのに役立つ補足的解説が記載されています。表と裏の両面を見て、このパックを活用してください。

この「パーソン・センタード・ケアの理解」に関しては、別冊リーフレット『パーソン・センタード・ケアって何?』があります。あわせてご活用ください。

Ⅱ－①

Ⅱ-①

なぜこういう行動が起こるのでしょうか？

認知症の人を理解する手がかりを見つけましょう。

家族が認知症になると、介護家族は「今までと別人のようになって、わけのわからないことをする」、「私に対して嫌がらせをしているに違いない」などと感じ、混乱状態に陥りがちです。それは、認知症に対する知識不足や誤解があるからです。

そういう介護家族には次のような認識をもつよう指導することが大切です。

① どんな異常に見える認知症の人の行動にも、何らかの意味があり、理由がある。何もわからない人になったのではない。
② 認知症の人と同じ立場にたてば、認知症でない自分たちも、同じ状況なら同じような行動をする可能性がある。
③ 記憶障害や様々な認知機能が低下しても、感情やプライドは豊かに残っている。

混乱状態に陥っている介護家族に、認知症の人の立場に立つことをすすめても、すぐには受け入れてもらえません。しかし、何もわからない人を管理しているという認識で介護を続けるのは、家族にとっても本人にとっても、辛く実りのない道のりです。ほんの少し、認知症の人の立場で考え、本人を尊重するケアを行うと、驚くほど「認知症の回復（リメンテイング※）」をもたらすと、トム・キットウッド教授は報告しています。このことを実践するよう家族と話し合いましょう。パーソン・センタード・ケアを行うことで、重度化させられていた状態から解放され、本来のその人の姿を引き出すことが可能になります。

※英国ブラッドフォード大学の教授、パーソン・センタード・ケアの生みの親であるトム・キットウッドの造語。

Ⅱ－②

Ⅱ-②

認知症の人を理解する手がかり －5つの要素－

パーソンセンタードケアを提唱したトム・キットウッドは、認知症の症状は次の5つの要素からなると考えました。

① 脳の障害……神経系の機能と構造の変化に伴う神経症状（D）
② 性格……気質、能力、対処スタイル、心理的防衛機制（S1）
③ 生活歴……とくにごく最近経験した人生の転機となる出来事（S2）
④ 健康状態……視力および聴力をはじめとする感覚機能（K1）
⑤ その人を取り囲む社会心理……人間関係のパターン、人との関わり、活動　等

「その人を取り囲む社会心理」とは難解な言葉ですが、言い換えると、「環境　（対人的、社会的環境）」ということになるかと思います。

なお、この5つの要素はD+2S、2Kと記憶すると、便利です。脳の障害はDementia（認知症）のD、性格傾向、生活歴はローマ字読みの頭文字でS、健康状態、環境は同じくローマ字の頭文字でKです。　SとKはそれぞれ2つに分かれ、性格（S1）、生活歴（S2）、健康（K1）、環境（K2）になります。

カード表面には、相談シートを踏まえて、5要素を配列しています。脳の障害が同じ程度でも、人によって現れる症状や行動が違うのは人の行動は前述の5つの要素が複雑にからみあって形成されているからです。認知症の人が急に怒ったり、外に飛び出したりしたとき、即座に対処方法を考えず、どんな行動にも、何らかの意味があると受け止めて、本人の声に耳を傾け、本人はどんなメッセージを発しているかを考えましょう。

★この5つの要素は、大府センター式コミュニケーションパックの「相談シート」に対応しています。
「相談シート」を活用する場合は、次のⅡ－③からⅡ－⑦を参考にしてください。

Ⅱ-③

Ⅱ-③

要素.1 脳の障害 DementiaのD

認知症の原因疾患によって、脳の障害のされ方は異なりますが、最も多いアルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）では中核症状として、記憶障害などが起こります。「医学的理解」のカードI-⑬からI-⑯を参照してください。

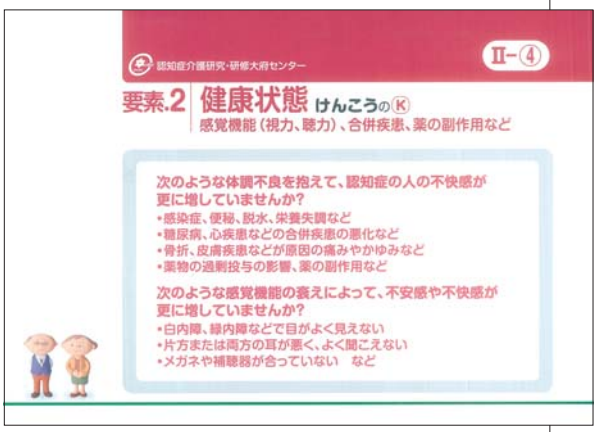
認知症の人の脳の障害がどの程度かは、このカードの表に示した中核症状の多さや程度から推測できます。それがどれほどの不安感や不快感を引き起こしているかを知ることが大切です。

四六時中、「本人にとって異常な体験」が続いたら、パニック状態に陥るのも無理はないと、介護家族が認識するよう働きかけましょう。

誰もが一律に同じ行動を起こさないのは、脳の障害以外の他の要素の影響があるからという認識も大切です。

★「相談シート」では、左上にある 3 認知症の状態 の欄に、記憶障害や見当識障害などに関して、気づいたことを書き込むようになっています。
「最近、何度も同じことを聞くようになった」などの変化を書き出してみましょう。

Ⅱ-④



Ⅱ-④

要素.2 健康状態 けんこうのK
感覚機能（視力、聴力）、合併疾患、薬の副作用など

健康状態は、認知症の行動・心理症状に影響を及ぼします。「医学的理解」のI-⑰からI-㉒を参照してください。

認知症になると、自分の健康状態が悪化しても、適切な言葉で表現するのが難しくなります。いつもとは違う、突発的な行動の裏には、思わぬ病気や薬の副作用などが隠されていることが多いので、健康状態や薬の服用経過、目や耳の状態などを確認することが大切です。

パーソン・センタード・ケアでは、まず第一に、認知症の人の健康を良い状態に保つことを重視しています。

★「相談シート」では、左上の 3 現在の健康状態 の欄に、体調不良や薬の副作用などについて、気づいたことを書き込むようになっています。
「最近、薬が変わった」「下痢が続いている」などの変化を書き出してみましょう。

Ⅱ-⑤

Ⅱ-⑤

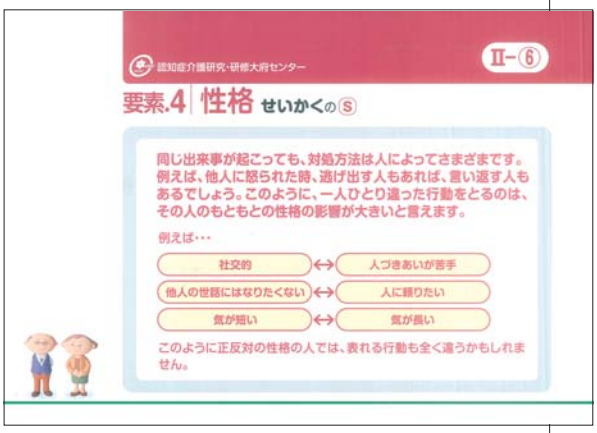
要素.3 生活歴 せいかつれきのS

人は、今までどのような人生を歩んできたかによって、物事の考え方、とらえ方や行動様式が違います。大切なのは、行動と体験を結びつけて考えること。行動を起こしている人の前にどんな心理的体験があるかをしっかり認識することです。これは認知症になっても基本的に変わりません。今、目の前にいる認知症の人の状態や行動を理解するには、生い立ちや生活歴、とくに人生の転機となるような過去の出来事を知ることが手がかりになります。

ただし、過去の情報が現在に当てはまらない場合、例えば、昔、得意だったことが最近はできなくなったという場合は、過去と現在のズレが、ご本人のプライドを傷つけ、不安や焦燥の原因になったり、認知症の人の行動に悪影響を及ぼしたりすることがあります。

★「相談シート」では、右上の 4 習慣・生活歴 の欄に、生活パターンや好きなこと、過去の習慣などについて、気づいたことを書き込むようになっています。昔からの習慣と現在の違いがあれば、書き出しみてもよいでしょう。

Ⅱ-⑥



Ⅱ-⑥

要素.4 性格 せいかくのS

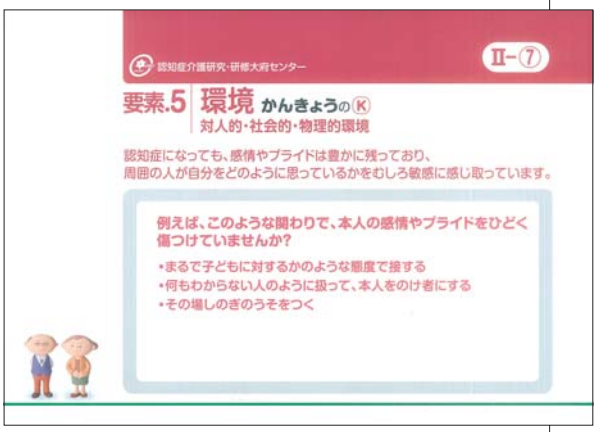
認知症の人の元来の性格（気質）について、留意すべき点が2つあります。

1つは、性格がその人の症状の現れ方に影響をおよぼす点です。「脳の障害」の影響で、認知症の人は混乱しパニックに陥りがちです。しかし、元々おおらかな性格の人は、「わからないことが多いけれど、たいしたことではない」と、どっしりと構えていることが多く、一方、心配症の性格の人は、混乱が増し、症状が悪化する傾向があります。その人の性格を踏まえて、症状を理解することも大切です。

2つめは、元々の性格に合わないやり方でケアを行うと、認知症の人の混乱を引き起こし、症状を悪化させてしまう恐れがある点です。内気で人付き合いが苦手な人を、無理やり大勢でのレクリエーションに連れ出すと、激しく拒否されることもあるでしょう。認知症の病気のせいだと片付けず、本人の元来の性格に由来しているのかどうかを把握しておくことも大切です。

★「相談シート」では、右上の［4 ご本人の性格］の欄に、認知症になる前の性格・気質などについて、気づいたことを書き込むようになっています。

Ⅱ-⑦



Ⅱ-⑦

要素.5 環境 かんきょうのK
対人的・社会的・物理的環境

周囲の人が、認知症の人をどのようにみなし、どのように関わっているかという対人関係を、社会心理学者であるトム。キットウッド教授は「社会心理」と表現しました。大府センター式コミュニケーションパックでは、この「社会心理」を「環境」というわかりやすい言葉に変更したことは、Ⅱ-②で述べました。社会心理とは、他の人や社会との関わりを意味していますが、これはトム・キットウッド教授が提唱したパーソン・センタード・ケアの根幹をなすものです。その詳細は、Ⅱ-⑧で述べております。

本人を取り巻く対人関係が、本人の行動に与える影響は、非常に大きいと思われます。周囲の人が皆、「認知症になると何もわからなくなる」という考えを持つと、子ども扱いしたり、のけ者にしたり、うそやごまかしをすることが日常的に行われるようになります。認知症の人がまだ元気なうちは、不当な扱いに対して、怒りや暴力などで反応を示すことができますが、24時間365日そのような扱いが続くと、最終的には生きることをあきらめ、閉じこもってしまうでしょう。目の前の認知症の人が一日中ボーっとして過ごすようになったのは、認知症が重度化したのではなく、すべてをあきらめて無気力になった姿かもしれないと考える必要があります。

なお環境では、最近は、寒さ、暑さ、臭いなどの物理的環境も重視されています。

★「相談シート」では、左下にある［5 本人を取り巻く人たちとの関わり・環境（物理的）］の欄に、対人関係や物理的環境に関して、気づいたことを書き込むようになっています。
「子どもに対するような口調で話すと、怒り出す」「明るい場所は嫌い」など、書き出してみましょう。

Ⅱ-⑧

Ⅱ-⑧

認知症ケアの目的はなんですか?

認知症ケアの目的はパーソン・センタード・ケアだといってもよいでしょう。この言葉は、元来は英国のブラッドフォード大学のトム・キットウッド教授が提唱した概念で、日本では「利用者中心のケア」あるいは「その人らしさを尊重するケア」などと呼ばれています。

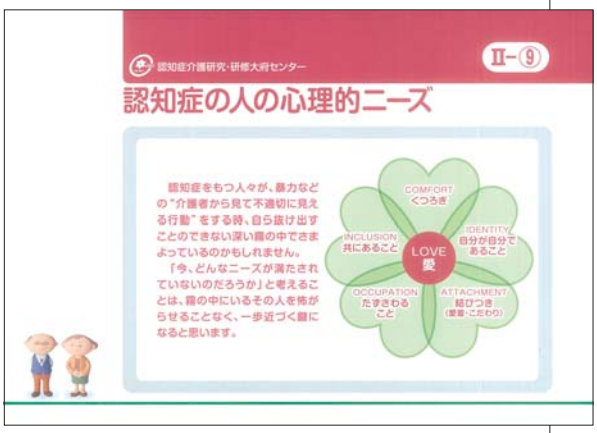
誤解を避けるために言いますと、パーソン・センタード・ケアとは、その人の言うがままにするケアではなく、その人らしさ、つまり「個別性」を尊重し生活を支えるケアだと言えます。

しかしパーソン・センタード・ケアという言葉にはもっと深い意味が込められています。それは次のように要約できるでしょうか。①言葉で自分の立場や気持ちをうまく表現できない認知症の人の言動の意味を洞察して、その人のニーズを満たしていくケア。②認知症の人が社会との関わりを持ち、人間として尊重されていると実感できるケア。

トム・キットウッド教授と同時期に、同様の考え方を日本の室伏君士先生が「老年期精神障害の臨床」（金剛出版1987年）の中で記述しており、その考え方も含めた、パーソン・センタード・ケアの概念が日本でも目指すべきケアの方向だとされるようになったのが近年の状況です。

パーソン・センタード・ケアを一言でいえば、「その人を取り巻く人々や社会とかかわりをもち、人として受け入れられ、尊重されていると、認知症の本人が実感できるように、共に行っていくケア」ということになります（2009.6　日本人DCMトレーナー会）。

Ⅱ－⑨



Ⅱ－⑨

認知症の人の心理的ニーズ

トム・キットウッド教授とその研究グループは、ケア現場で認知症の人の観察を長時間行い、どのような心理的ニーズが観察されたかをまとめています。心理的ニーズとは、認知症の人が意識するしないにかかわらず、心で求めていること・欲求と言い換えてもよいでしょう。

また、トム・キットウッド教授は、「認知症の人は往々にして、これらの心理的ニーズが満たされず、自ら抜け出すことのできない深い霧の中でさまよっているようだ」と表現しています。認知症の人は、介護者から見て不適切と思えるような行為、たとえば暴力などの行為を通して、周りの人に心理的ニーズを訴えかけることがあるのです。

目の前で混乱している認知症の人に対して、即座に対処方法を考える前に、「今、どんなニーズが満たされていないのだろう?」と考えることは、とても大切なことです。霧の中にいるその人を怖がらせることなく、その人に一歩近づく鍵になると思います。

ひとつひとつの心理的ニーズについての詳しい説明は、Ⅱ－⑩～Ⅱ－⑭をご参照ください。

Ⅱ－⑩

Ⅱ－⑩

認知症の人の心理的ニーズ

くつろぎ

「くつろぎ」の意味は、まず最低限、身体的な苦痛がない状態をいいますが、それだけではなく、他者との交流などを通して、心からゆったりとリラックスできる安心の感情を表しています。

認知症の人々は様々な障害によって、不安感や不快感を抱きやすくなっており、そこから逃れるため、あちこち歩きまわったり、それを止めようとする人に抵抗したりします。それはケアへの敵意ある反抗ではなく、心身ともにくつろぎたいという願いから来ている行動と考えられます。

Ⅱ－⑪

Ⅱ－⑪

認知症の人の心理的ニーズ

自分が自分であること

健常な人は、過去に自分が経験したエピソード記憶をいくつか連続的に覚えているので、それがつじつまの合う物語、すなわち生活歴になっています。一方、エピソード記憶が断片的にしか残っていない認知症の人では、過去から現在につながる連続した物語にならないので、「過去からつながっている自分である」という感覚は失われやすくなります。したがって「自分が自分であること」というニーズ（欲求）は最も危機にさらされやすいニーズと言えます。だからこそ、周りにいる人々がより注意を払って、その人の途切れがちな過去と現在をつなぎ、「自分でありたい」というニーズを満たしてあげる必要があります。

「自分が自分である」という感覚が保てないということは、自分の存在自体が危ぶまれることになりかねません。そういう意味で、「自分が自分である」は、とても大切な心理的ニーズの一つです。

Ⅱ－⑫

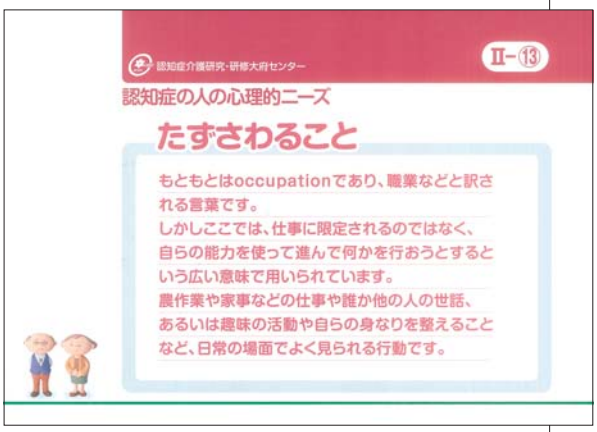
Ⅱ-⑫

認知症の人の心理的ニーズ

結びつき（愛着・こだわり）

私たち人間は、人や社会とのつながりの中で、常に相互に影響を及ぼし合いながら生きています。それは認知症になっても変わりません。むしろ、認知症の人々の方がより、これらの結びつき（愛着やこだわり）を強く必要としています。なぜなら、Ⅱ-⑪のカードでも述べたように、記憶障害や見当識障害のため、過去と現在の結びつきだけでなく、自分と周りの世界とのつながりも途切れる認知症の人は、そのつながりが不確実なものになればなるほど、昔からよく知っている馴染みの人や物とのつながりに頼ることによって、安心を得たいと感じるからです。

Ⅱ－⑬



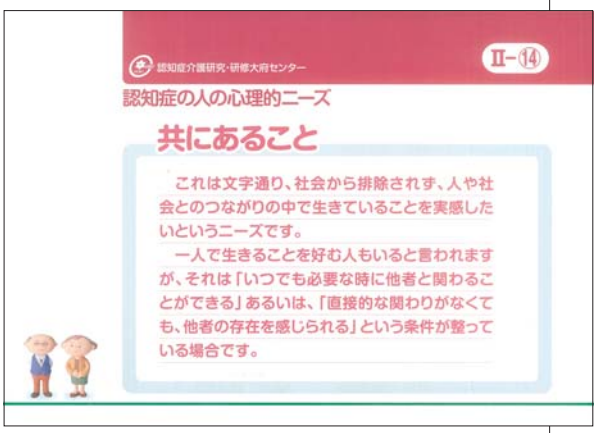
Ⅱ-⑬

認知症の人の心理的ニーズ

たずさわること

人は元来、何か仕事をしたい、自らが果たせる役割を持ちたい、また人々や社会の役に立ち人々に認めてもらいたいという欲求（ニーズ）を持っています。しかし、認知症になると、火の不始末があるから家事をさせない、失敗すると危険だからと簡単な仕事もさせないというように、仕事や役割を奪われることが多くなります。その結果、認知症の人は、何か仕事のようなことをしようとして、一見意味不明な行動をしたり、介護者から見ると迷惑行為をしたりすることがあります。そういう場合、その行為がはた迷惑でも、認知症の人にとっては、前向きな気持ちの良い状態だと、周りの人が認識する姿勢が大事です。

Ⅱ－⑭



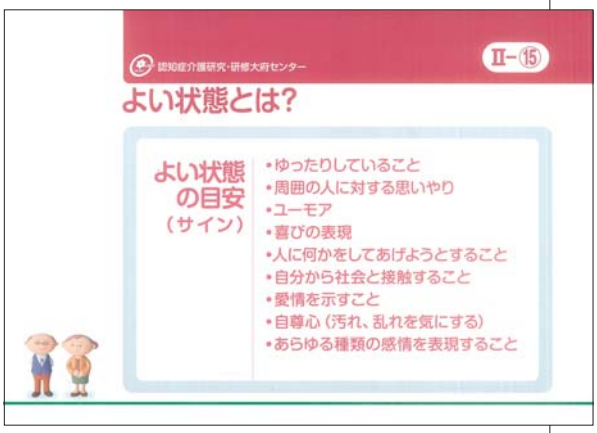
Ⅱ-⑭

認知症の人の心理的ニーズ

共にあること

認知症になると往々にして、人の輪からはずされ、無視されることになりがちです。例えば、どうせ返事がないからという理由で、本人に関する質問を、家族のみに投げかけ、本人には聞かないという場合、これが知らず知らずに行われる「無視」にあたります。当の本人は無表情であっても、情けないと感じています。自分が無視されていることに対する憤りを、うまく表現できないだけかもしれません。「誰かと共にある」と感じられない場面がたび重なると、認知症の本人を深く傷つけます。

Ⅱ－⑮



Ⅱ-⑮

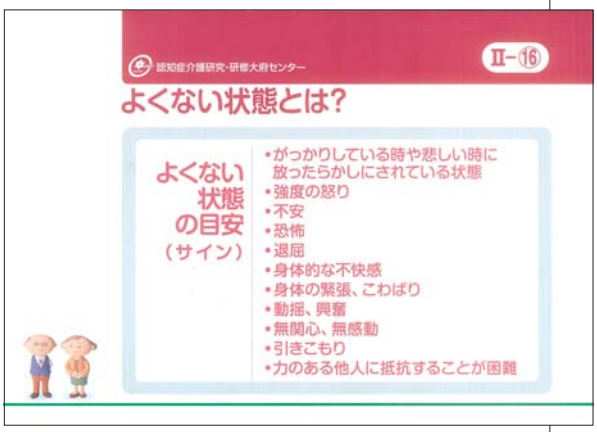
よい状態とは?

よい状態とは、例えば、にこにこして穏やかな状態だけを意味するのでしょうか？　もしそうだとすると、周りの人が熱心にケアをしても、認知症の人に笑顔が見られなければ無意味なことになり、周りの人はやりがいを感じられないことになるでしょう。ここに示した状態の目安（サイン）は総じて、認知症の人が他の人と関わりを持ちながら、生き生きと過ごしている状態だと言えます。笑顔があるかないかだけではなく、認知症の人のよい状態をとらえる幅広い物差しと洞察力を持つことができれば、ケアの効果をより明確に評価することも可能になります。

周囲の人が陥りがちなのが、「認知症の人のよい状態＝自分たちの介護負担感が少なく楽な状態」と考えてしまうことです。例えば、認知症の人が自分で家事をしようとして台所をめちゃくちゃにしてしまうと、家族は後片付けが大変で負担に感じ、腹が立つかもしれません。そういう場合、「うちのおばあちゃんは認知症が進んで、よくない状態だから、なんとかしてほしい」という訴えになりがちです。負担になるからよくないと考えると、負担を減らすために鎮静剤で静かにさせよう、隔離・抑制しようという発想に向かいます。しかし、このように自分たちの負担感を基準にするのは、危険なことです。なぜなら、その日の気分や体調、忙しさによって、自分たちの負担感は変化します。また、人によっても負担に感じる度合いは異なりますから、日によって、人によって対応がバラバラになり、いたずらに認知症の人の混乱を招くことになります。

ここに示された目安（サイン）は、トム・キットウッド教授と研究グループが、膨大な時間を費やして認知症の人を観察し、よい状態とよくない状態の目安（サイン）をまとめたものです。ただし、よい状態とよくない状態は明確に二分されるものではなく、さまざまな要素の影響で容易に変化するものと捉える必要があります。

Ⅱ－⑯

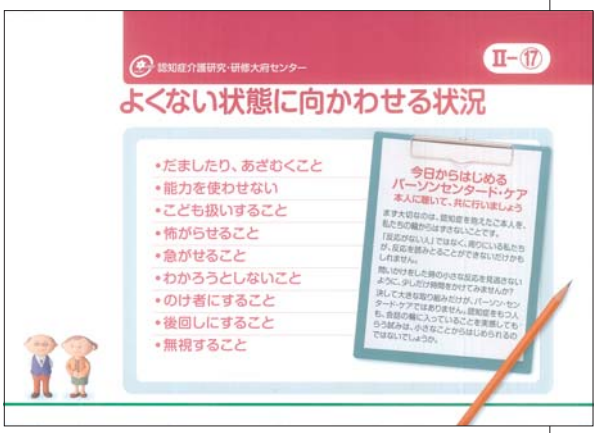


Ⅱ-⑯

よくない状態とは?

Ⅱ-⑯表面にあげた様々な状態はよくない状態です。共通することは、認知症の本人と周囲の人との間に関わりがない状態だということです。トム・キットウッド教授は、「他の人や社会とのつながり」を人間の本能的基盤の一部であると位置づけ、重視しています。さまざまな能力を失いつつある認知症の人たちには、特にこのつながりが重要であるというのが、パーソン・センタード・ケアの考え方です。

Ⅱ－⑰



Ⅱ-⑰

よくない状態に向かわせる状況

Ⅱ-⑦で触れたように、周囲の人が、「認知症になると何もわからなくなる」という考えを持つと、ここに示したような行為が、認知症の人に対して日常的に行われる恐れがあります。しかし、重要なのは、このような行為は、悪意からではなく、認知症に対する知識不足や「認知症になると何もわからなくなる」という誤解から生じている場合が大半だということです。

後になって、認知症になっていたけれども、実はいろいろなことがわかっていて、感情も豊かに残っていたということを知った介護家族は、多くの場合後悔の念を抱くことになります。介護家族に誤解のない正しい知識を伝えることは、専門職の重要な役割だと言えるでしょう。

Ⅱ-⑰に列挙したこれらの行為がなぜよくない状態に向かわせるのかというと、認知症の人がこのような扱いを受けると、多くの場合、「自分の話を誰も聞いてくれない」、「自分は大切にされていない」と感じ、段々と、あきらめて閉じこもり、周りの人に何も言わなくなってしまうからです。すると、周囲の人は、本人を理解したり、その人へのケアのアイデアを得たりするチャンスを失うことになるのです。

「認知症になっても、できることも、わかることもたくさんある」と考え、よくない状態に向かわせる行為を少しずつやめてみましょう。そうすれば、認知症の人は自信と生きる意欲を取り戻し、多くのメッセージを自ら発してくれるに違いありません。

4．相談シート

「大府センター式コミュニケーションパック」完成版　～相談シートより～

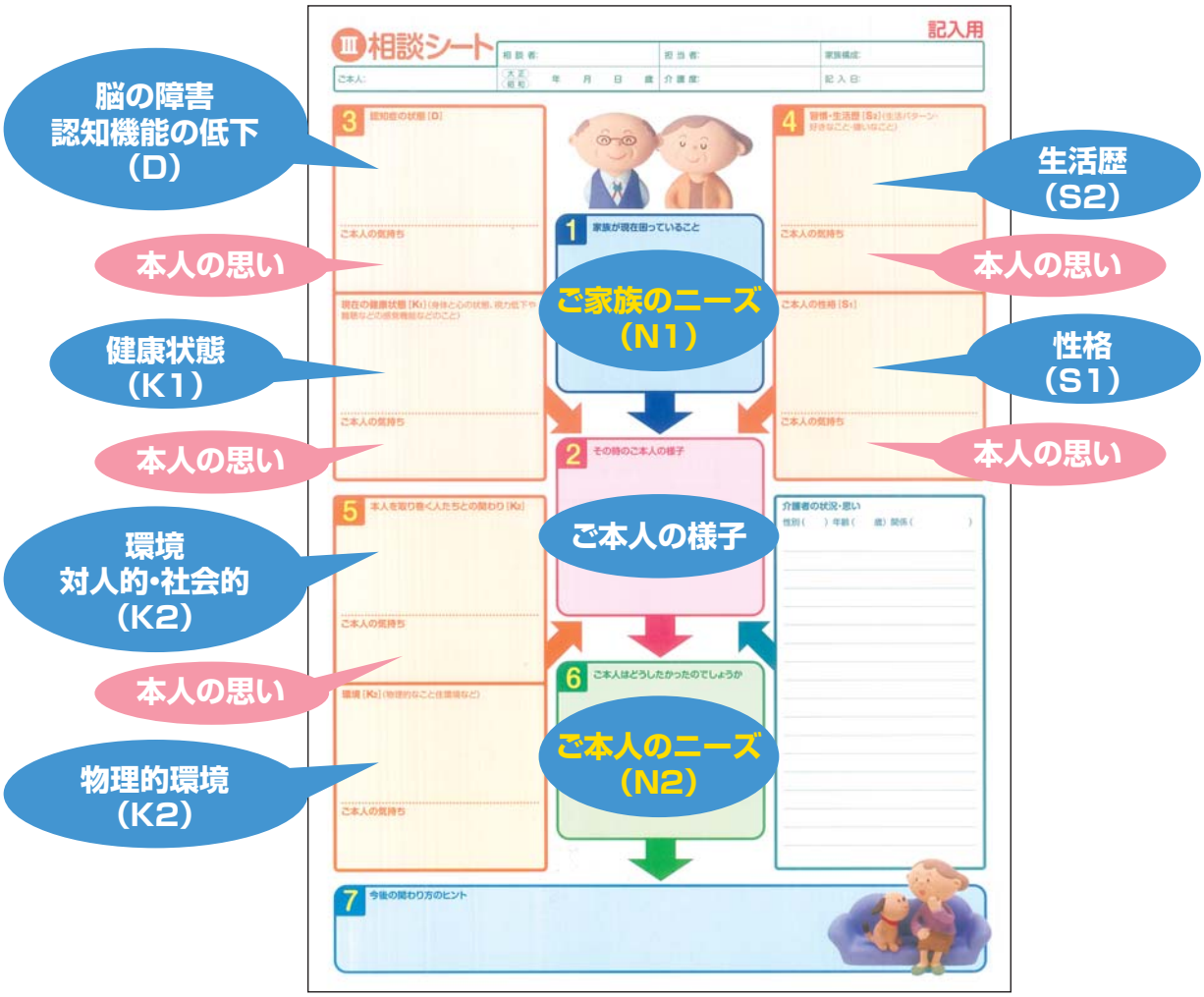
（1）ねらい

「相談シート」は基本的には前年度に開発した試行版と変わらない。パーソン・センタード・ケアで重視される「認知症の症状理解に必要な５つの要素」という視点からアプローチすることを意図した「相談シート」は、コミュニケーションパックの目玉である。介護家族と話し合いながら、このシートにそって、認知症の人の行動の背景や気持ちを共に考えていくうちに、認知症の人に対する偏見や思い込みが解け、複雑な状況も次第に整理され、ご本人の真のニーズに家族や介護にあたる人が気づく。これが相談シートの狙いである。

５つの要素とは、脳の障害（Dementia 認知症の D）、性格（S1）、生活歴（S2）、健康状態（K1）、環境（K2）である。S･K はそれぞれのローマ字読みの頭文字で、一口で言えば、D プラス 2S･2K である。

７項目からなる「相談シート」の 3～5 は D・S・K に関連した項目である。なお「相談シート」の１は「家族が現在困っていること」つまり家族のニーズ（N1）であり、6「ご本人はどうしたかったのでしょうか」は、認知症ご本人のニーズ（N2）である。この２つのニーズに基づき、7「今後の関わり方」を模索することになる。「相談シート」は、「D プラス 2S･2K･2N（DSKN）」だと要約できる。

留意すべきことは、相談シートはアセスメントにも役立つが、それが主目的ではないこと。相談シートに記入するのが目的ではなく、相談シートの項目を踏まえて，家族と会話を進めながら、関係作りをし、共に考えていくことである。そういうとき、「認知症の医学的理解」や「パーソン･センタード・ケアの理解」の教材を併せて使用して頂くと効果的である。



（2）相談シートの活用例

認知症高齢者を介護する家族の中でも、特に、初期から中期までの混乱期の症状に振り回されている介護家族との相談場面において、本シートは最も有効だと考えられる。

相談シートの番号に対応させて、個別相談を進める活用例を以下に示す。

1 家族が現在困っていること

介護家族が現在、認知症の人のどんな行動や症状に振り回されて困っているのか、充分に聴き受容する。受容することで、家族自らが混乱を整理する支援をし、最も強く困難と感じている事柄を明確にする。

投げかける質問例

●特にお困りのことは何ですか？

シートの記入例

●深夜に突然、家を出て行ってしまって迷子になるので眠れない。など

2 その時の本人の様子

家族が最も困る場面で、認知症の本人が発する実際の言葉や表情などを、具体的に話してもらう。具体的な言葉は、本人の行動の背景を知る手がかりとなるため、「暴言」「介護拒否」などという専門用語を用いず、ありのままに表現することに留意する。

投げかける質問例

●ご本人はその時、何と言っていましたか？具体的にありのままの様子を教えてください。

シートの記入例

●「仕事に行ってくる。早くしないと遅刻だ」と必死の形相で焦っているなど

3 ～ 5 本人の行動（言葉・表情）は何が影響して起こっているのかを、会話を通して共に考えていく。その際、5つの要素（脳の障害・健康状態・性格・生活歴・環境）を念頭に置き、様々な背景に関する客観的事実を引き出す支援をする。

3 認知症の状態・現在の健康状態

認知症の進行、体調不良、薬の副作用などが、本人の行動に影響を与えることを家族に理解してもらうことがねらい。

投げかける質問例

●毎日の生活の場面で、最近、気になることはありませんか？
●昨夜はよく眠れましたか？
●どんな薬を飲んでいますか？　など

シートの記入例

●昼間は寝てばかりいる。
●最近、何度も同じことを聞くようになった。
●耳が遠い。　など

4 性格・生活歴・ 習慣

介護家族は、目の前の困りごとに振り回されて、認知症の本人の良いところやその人らしさを見失いがちである。本人と家族がもつ歴史に目を向け、気持ちの転換を図ることがねらい。

投げかける質問例

●もともとはどんな性格でしたか？
●若い頃はどんなお仕事をされていましたか？それが何か関係ありそうでしょうか？
●大事にしていた習慣が何かありますか？

シートの記入例

●面倒見がよく、昔から皆に頼られていた。
●にぎやかなことが好きだった。　など

5 本人を取り巻く人たちとの関わり・環境

認知症の人を取り巻く人的・物理的環境が影響して、暴力や引きこもりなどが誘発される可能性があることを家族に理解してもらうことがねらい。

投げかける質問例

●部屋が騒がしすぎたりして、本人が不快になりそうな理由は考えられますか?
●ご本人にどのように声をかけましたか?

シートの記入例

●ショートステイに行くと、風呂を嫌がる。
●怒った口調で言うと、殴りかかってくる。

ご本人の気持ち

3 ～ 5 で、会話を通して客観的事実を引き出す際に、時々「本人の気持ち」を確認する。自身の困りごとで頭がいっぱいな介護家族を、本人の視点に少しずつ転換するのがねらい。

投げかける質問例

●その時のご本人は、どんな気持ちだったんでしょう？
●もしご本人が話せるとしたら、なんとおっしゃるでしょうか？

シートの記入例

●何もできなくなって情けない。
●知らない人に囲まれて、居心地が悪いのかもしれない。

6 ご本人はどうしたかったのでしょうか

3 ～ 5 の項目それぞれにおいて、「本人の気持ち」を聞き出していくが、それらを総合して本人のニーズを考えることがねらい。家族が即座に答えられなくても、自ら整理していけるよう待つ姿勢が大切である。

シートの記入例

●仕事を取り上げられてさびしかったのかもしれない。

7 今後の関わり方のヒント

認知症の本人の立場で、家族が少しでも考えられるようになったら、本人と共にどのような生活を送っていきたいのかを確認する。

本相談シートの活用のねらいとして、アセスメントからケアプランへつなげることまでは想定していない。混乱している介護家族にとって、実際の状況に大きな変化はなくとも、視点の転換によって少しでも介護負担感が軽減することが、最も重要なねらいである。

期待される活用効果は主として以下の3点に集約される。①認知症にまつわる困り事の、家族のとらえ方が変わる。②認知症の本人を見る視点が広がって、介護家族が考えられる選択肢が広がる。③本人の思いを知ることで、どんな支援が必要か、より具体的になる。

本相談シートは、地域包括支援センタースタッフが、介護家族の個別相談に応じる場面で使用することを想定して作成した。しかし、シートを活用した人の反応から、居宅のケアマネジャーを中心として、ケアチームで活用したいという希望が多く、その他の活用法も広がる可能性が示唆された。

第4章　認知症とパーソン・センタード・ケアの啓発・普及のための講演会・説明会の全国展開と小グループ研修会の開催

1．概要

認知症在宅介護家族を継続的に支援するため、地域包括支援センター職員が地域の様々な社会資源を活用するつなぎ役となるには、医療・介護・地域が連携する地域ケア・ネットワークの構築とともに、地域における認知症に対する知識レベルやケア力の底上げが必要である。

そこで地域の一般市民や介護サービス提供事業所の介護職員、地域包括支援センター職員等に対し、広くパーソン・センタード・ケアの考え方を普及させ、ケアの水準を向上させることを目的として、① 認知症の予防とケア、とくにパーソン・センタード・ケア（PCC）についての啓発的な講演会の全国的展開と、② ファシリテーターを養成した上での小グループ研修などを企画し、③ また「認知症在宅介護家族支援プログラム」である大府センター式コミュニケーションパック完成版が印刷製本されてからはその全国規模の説明会を行った。

（1）講演会とアンケート調査

パーソン・センタード・ケアの普及講演会は、まず愛知県内の４地区、すなわち名古屋市、尾張（江南市）、三河東部（豊橋市）、三河南部（西尾市）で行い、ついで東京、大阪の各１カ所にも拡大した。さらに大府センター式コミュニケーションパック完成版が印刷製本されてからは、その紹介を兼ねたパーソン・センタード・ケア説明会を札幌市、仙台市、熊本市、富山市、福山市の各１カ所、さらに大阪府で2回実施することとした。

なお、上記の講演会は、認知症高齢者の在宅介護、あるいは施設介護の経験のある多数の人々が集まる機会なので、その機会をとらえ、現在、または過去に認知症高齢者介護の経験のある人に対し、講演会の感想だけでなく、家族介護に関する悩み、施設・在宅ケアに関する悩みについてのアンケート調査も行い、今後の事業展開の貴重な資料とした。

（2）小グループ研修

パーソン・センタード・ケアの理念を理解し、それを現場に活かすには、小グループの実践的な演習が効果的であるため、パーソン・センタード・ケア普及講演会の参加者の中の希望者、とくに介護サービス事業所の勤務者に対して、小グループ研修を行った。

（3）教育研修

小グループ研修には多数のファシリテーター・指導者が必要である。そこで小グループ研修に先立ち、ファシリテーター育成のための２日間の教育研修も企画した。

2．パーソン・センタード・ケアの啓発・普及の講演会・説明会の全国的展開

（1）愛知県内４地区での講演会

パーソン・センタード・ケアの普及講演会はまず愛知県内の名古屋市、尾張（江南市）、三河東部（豊橋市）、三河南部（西尾市）の4地区で行った。認知症の予防とケア、そしてパーソン・センタード・ケア（PCC）についての概要やロールプレイを含む講演会を企画した。

講演内容のレベルは、主に介護現場で勤務している実践者に合わせ、日頃の認知症ケアに活かして頂くことを主な目的とした。講演会は「現場に活かすパーソン・センタード・ケア」というテーマのもと、医学的視点からみたパーソン・センタード・ケアの概論と、ロールプレイを交えたパーソン・センタード・ケアの具体的内容の講演とを組み合わせるものとした。

日時・開催場所・講師・参加者数は下記の通りで盛況であった。

開催日	開催場所	講　師	参加人数
2009年8月22日(土)	名古屋市 伏見ライフプラザ　鯱城ホール	水野　　裕 中村　裕子	560名
2009年8月27日(木)	江南市 第2サンライフ江南 地域交流ホール	柳　　務 中村　裕子	280名
2009年9月4日(金)	豊橋市　駅前文化ホール	柳　　務 村田　康子 中村　裕子	280名
2009年9月9日(水)	西尾市　文化会館　小ホール	柳　　務 中村　裕子	280名

名古屋会場

名古屋会場（ロールプレイ）

江南会場

豊橋会場

西尾会場

西尾会場（ロールプレイ）

（2）大阪、東京での講演会

内容は愛知県内とほぼ同じである。日時・開催場所・講師・参加者数は下記の通りで盛況であった。

日時・場所
2009年1月22日（金）大阪　クレオ大阪東 2010年1月23日（土）東京　財団法人全電通労働会館
講　　師
社会医療法人　杏嶺会いまいせ心療センター診療部長　水野　裕 「その人を中心とした認知症ケアを考える会」代表　村田　康子 認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹　中村　裕子

大阪会場（講演）

大阪会場（ロールプレイ）

東京会場（講演）

東京会場

（3）札幌、仙台、熊本、富山、福山、大阪でのコミュニケーションパック説明会

大府センター式コミュニケーションパック完成版の説明会を全国6地区、すなわち北海道、宮城県、熊本県、富山県、広島県、大阪府で主として地域包括支援センタースタッフに対する働きかけとして行った。前記の6地区のすべての地域包括支援センターにコミュニケーションパックの趣旨と説明会の期日、場所を示すパンフレットを送付し、ファックスで出席者を確認し、希望者が多すぎて会場に入りきれない大阪の場合は、同一場所、同一の日に、時間を変えて２回行うという形で対応した。実施場所は、札幌市、仙台市、熊本市、富山市、福山市、大阪市である。富山市、大阪市の場合は、認知症介護研究・研修大府センターで養成された認知症介護指導者も参加し、またその協力も得られた。

説明会は膨大なコミュニケーションパックの現物を手渡し、それを見ながら、パワーポイントでパックの骨子を説明する形をとった。

パーソン・センタード・ケアについての予備知識は地域によってかなり温度差がみられたが、概してコミュニケーションパックに対する関心は高く、反響があった。当日は参加しなかったが、あとで参加者の話を聞いて、コミュニケーションパックを送付するようにという要望が各地区からあり、それに対応した。

（4）講演内容

講演内容は、大府センター式コミュニケーションパック完成版の「認知症の医学的理解」と「パーソン・センタード・ケアの理解」にほぼ含まれており、使用したパワーポイントも昨年度とほぼ同様なので、本年度は重複を避けて省略する。「現場に活かすパーソン・センタード・ケア」と題した講演を担当した水野　裕講師（いまいせ心療センター・認知症センター）の講演の背景説明とスライドを以下に示す。

「現場に活かすパーソン・センタード・ケア」の講演の背景

水野　裕 講師（いまいせ心療センター・認知症センター）

今回の講演会は、昨年度の同事業とほぼ同じ内容であるため、スライドを掲げるにとどめ、本稿では、その背景について述べる。昨年度から行っている「現場で活かすパーソン・センタード・ケア」特別講演会は、平成14年度老人保健事業推進費等補助金事業「DCM法（痴呆介護マッピング）導入に向けての準備事業「パーソン・センタード・ケア」を実践するために」で英国から招聘した、ドーン・ブルッカー氏、ポール・エドワーズ氏らによる講演（平成15年3月12日、大府市）を基に構成されている。当時、事業の担当者であった筆者が、まだ、パーソン・センタード・ケアという文言が、日本になじみがないため、パーソン・センタード・ケアで言うところの、「よい状態」や「よくない状態」をお芝居のようなロールプレイで示した方が、聴講者にわかりやすいだろうと思い、ポール氏と相談して行ったものである。両氏による、このスタイル（講演とロールプレイを組み合わせたもの）での講演会はその後、何回か行ったために、まるで英国でのパーソン・センタード・ケアの講演会は、このようなものだと思っている人たちも多いが、実際は、導入当初に考えられた構成である。

ロールプレイを演じることの意味には二つある。ひとつは、受講者側から見た意義である。これは、認知症をもつ人たちが私たちのケアによってどのような影響を受けているかを、受講者が目で見て感じることができることである。これが通常言われる意味であるが、実は今ひとつの意義がある。それは、演じる側にとっての意義である。演じるためには、誰か具体的な認知症をもつ人を参考にするため、その人の表情、動きをあらかじめよく観察することが多いのだが、一生懸命に演じようとすればするほど（本当らしく見えるために外見を工夫するうち）その人の気持ち（内面）に近づくことができることである。あらかじめ考えていた台詞があったのに、不安感にさいなまれた人を演じている時に、突然、想定されていない家族の名前を叫んでいた、などというトレーナーがかつていたが、これもそのような状況だろう。

筆者は、今年度事業については、ただ特別講演の講師依頼を受けたのみであるため、事業の全容を知らない。最近2～3年間で、パーソン・センタード・ケアに関して、筆者が依頼された講演会は、北は、札幌（北海道）から、南は那覇（沖縄）まで、20数箇所に及ぶ。筆者の関係者が行ったものを含めれば、おそらく倍の数に上るだろう。多くは、受講者が200～300名程度の中規模のものであるが、日本通所ケア研究会（広島県福山市）で行ったものは、約1,000名の方たちが受講し、全国グループホーム協会主催の特別講演会（愛知県名古屋市）は1,500名を超える人たちが受講するほど活気付いたものであった。

このような大規模講演会は、上述のように、すでに全国各地で行われているため、導入事業のスタートから、8年が経過した今、基幹施設が中心となって実行する意味は薄い。本来は、ロールプレイなどを通して、認知症の人の世界を体感、発信できるような小規模の研修会を、基幹施設が中心となって、企画し全国で展開すべきだろう。パーソン・センタード・ケアの本質を理解し、それを取り巻く日本での状況や、経緯を知るものが、慎重に計画すればこのような小規模かつ、濃密な研修会を実施は十分可能だろう。

平成21年度　独立法人福祉医療機構
（長寿社会福祉基金）助成事業
平成21年8月22日（土）　特別講演会 in Nagoya

～認知症ケア～

現場に活かす パーソン・センタード・ケア

水野　裕・中村裕子・村田康子
（社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター）

今日の流れ

- 認知症とは？
- 認知症ケアの目標とは？
- 認知症は、脳の病気です
  - 認知症の人の行動、言動は脳の”病気”から起きているの？
- パーソン・センタード・ケアの目指すもの
  - その人の感じているもの

認知症とは？

- 認知機能が低下する
  - 新しいことを覚えるのが苦手になる
  - (手は普通に動くのに)服をうまく着られない
  - (普段どうやっていたかが、あやふやになって)段取りが悪くなり、時間がかかる
  - 理論的な話（理屈）が、苦手になる

認知症といえる条件

- 記憶障害
- 次の内のひとつ以上を認める
  - 抽象的思考の障害
  - 判断力の障害
  - 高次皮質機能の障害(失語、失行、失認、構成障害）
- うつ病、ノイローゼ、精神病などで、上記の症状が出ている場合を除く

認知症をどうとらえるか 狭く考えるか、広く考えるか

- 限定的にとらえる考え方
  - 成人までは、通常の知能
  - 脳の変化から起きている
  - 不可逆性
- アルツハイマー病・血管性認知症・レビー小体型など、認知症の原因病名がつくものだけを認知症と呼ぶ考え

認知症を広くとらえると

- それを引き起こしている原因にかかわらず、認知症と呼ぶという考え
  - 理由はどうあれ、認知症という状態が起きていれば、「認知症」なんだ
  - 抗けいれん剤による副作用
  - 糖尿病の悪化、心臓病…によるものもすべては入る
- 欠点：あまり、広くとらえると、どこから今の状態が起きているのか考えなくなる（原因）

認知障害（記憶、思考、動作）を引き起こす状態はいろいろ

- 「認知症です」と紹介されてきた人たちでも、実際は、「認知症ではなかった」人たちは多い

…実は、

- 幻覚症だった（2－3週で治療できた）
- 体調不良（食生活、骨折、糖尿病、心肥大、尿カテーテル）だった
- 難聴、目が見にくい（後に手術で回復）
  - 骨折手術後に、歩いて転んだら「認知症だ」と言われて、紹介された人もある

一般病院入院中に「認知症だ」と言われたら？

- 必ずしも、認知症だとは限らない
- 「病院で困った」が、「認知症」とは結びつかない
  - てきぱきと指示通り動ける人しか相手にできない病院の事情ー在院日数、効率的に検査をしたい
  - 難聴・反応がおそい⇒「認知症」にされてしまう
  - 病院全体が落ち着けない環境（マスクで顔を覆い、冬でも半そでで走り回る異様な姿、座ることを拒絶しているかのような高いイス）
  - 身体的に弱っている状況での出来事

認知症になると、とんでもないことをする？

- 興奮したり、暴力をふるうようになる？
  - 不安感が根っこにある。無気力も。
  - 「どうせ、わからないさ」が問題を生む
- 軽度だから、問題が少ないわけでもない
  - 医学的進行度と実際の問題は一致しない
- 精神病を認知症と誤解された人、から来る誤解
  - 一般病院で、「毒が入っている！」と騒いで、認知症と"診断"されてきた人

など

認知症ケアの目標はなんですか？

- きれいに、安全に、食事（カロリー）をとって
  - 確かに基本で重要です
  - でも、それだけでは…
- 「できないこと」を援助をして「できるようにすること」（能力の発揮？）ですか
  - 確かに、りっぱです。でも、…

「もう、だめですね」

- アルツハイマー病だと伝えると、「もう、だめですね」という家族
  - 「どんどん点が下がっていきますね」
  - 「徘徊、大声、おしっこを漏らしたりするんですよね」
- 認知障害の程度と、生き生きとした姿とは、比例しない

自覚がなくて、困る

- 「こんなになってしまって、主人に申し訳ないから、何もしないようにしています」（50代アルツハイマー病主婦）
- 「話がわからないから、旅行やめました」（70代アルツハイマー病男性）
- 「どうしてこんなにわるくなっていくんだろう」「みんなに迷惑がかかるから、どうしてか聞きたい」(80代アルツハイマー病女性）

自覚がない人が、怒ったり、落ち込んだりするだろうか

- 主人がいないは、どうしてだろう。わたしがにすくなってしまったからだろうか。
  - 興奮・暴力（バックで職員を叩く）で、デイサービス・グループホームなど拒否された女性

MMSE:11/30

重度認知症

ウソをつくから、困る

- 「毎日、碁会所にいってます」ーいいえ、デイサービスに行っているのをわからないだけです
- 「一人暮らしですから、全部自分でやっています」ーいいえ，ご飯が作れないから、運んでいるでしょ

「ウソ」？ですか

- あるアルツハイマー病の医師
- 夜中に、「救急患者だ！」「何で電気がついていないんだ」と妻を起こしてどなる
  - 事実と逆（本人の事実かも）
- あるアルツハイマー病の職人さん
- 「先生、道具が消えるんです…」
  - 道具さえ、消えなければ…できるのに

本人の想い（今の想い）

- 「私、幼稚園の先生でしたの」
- 先生はしてません。でも、なりたかったのかもしれません（夫）
  - 事実か、そうでないかは問題ではない
  - 本人がどう感じているか

ご本人の話し合いの会より（いまいせ心療センター）

ひとりの人として周囲に受け入れられ、尊重されること

- **『パーソンフッド』と呼び、パーソン・センタード・ケアの根幹の考え**
  - **（故トム・キットウッド、英国）**
  - **ひとりの人として、周囲の人や社会と関わりを持ち、受け入れられ、尊重され、それを実感している、その人のありさま。人として、相手の気持ちを大事にし、尊敬しあうこと。互いに思いやり、寄り添い、信頼しあう、相互関係を含む概念**

認知症は、「脳の病気」ですか？

- **それは事実でしょう**
- **では、認知症を抱えた人の言動、行動は、「脳の問題」からきているんですか?**
- 「よく怒るんですが、認知症が進んだんでしょうか」
- 「最近、よく食べるんです。認知症が進んだんでしょうか？」
- **『脳の病気』なら、医師が、薬や点滴や、放射線治療などで、治療を試みるだろうし、指示を仰ぐしかない**

「何かあると、『薬があっていない』とデイサービスで言われるんです

- 認知症を抱えた人の、不安・怒り・あせり…を薬で治療するんですか？
- **本当に、『脳だけ』の問題ですか？**
  - 行動障害で困っているのに、MRIを撮って、1年前と変わりないから、問題ないといった医師

その他にも、いろいろ考えるべきことがあるでしょう

- 脳の障害、病気：ケガ、脳出血、腫瘍
  - 幻覚、精神病との区別
- 体調、病気、身体機能（目、耳）
- どんな人生を歩んできたか（本人の中の事実）
- 性格、気質
  - じっとしていられない、上等兵
- 周囲の人との関係
  - ポーンと肩を叩いて歩く医師

奇異な行動

- 下着の上にオムツをはく
- かばんに、下着ばかり詰め込んで肝心な物を入れていない
- 認知症が進んでも、「恥はかきたくない」

よい状態とは？

- よい状態でいてほしいですか？
- よい状態＝記憶力がドンドンよくなること？
  - もし、そうなら、中学生以上は全員が、不幸です
  - 記憶力だけではないでしょう
- 生き生きとしていることではないですか？

ロールプレイ（1）

- よい状態とは…

「よい状態⇔楽な状態（負担感がすくない）」ですか？

- **「負担感が多い⇒よくない状態」と考えると…**
  （負担感が少ない⇒よい状態）
- 負担感を減らそう
- 鎮静剤で静かにしよう、隔離・抑制しよう
- 負担感を基準にする危険
- その日の気持ち、いらいら、忙しさで異なる
- 人によって異なる

よい状態の目安（サイン）
ある程度の基準を持っていれば、流されない

- 表現できること
- 周囲の人に対する思いやり
- 創造的な自己表現
- 人に何かをしてあげようとすること
- 自分から社会と接触すること
- あらゆる種類の感情を表現すること

必ずしも、私たちが想定している範囲内での生き生きとした状態とは限らない

認知症がよくなるってどんなこと？よい状態とは？

- 「生き生き」と「私たちの気持ち」
- 「デイサービスへ行って、よくなってきた」
  - 「良くなってきたら、今まで触らなかったコンロなどに触って何かしようとするので、危ない」（嫁）
- でも、それがよい状態なんでしょうね
  - 『ばあさんを風呂に入れたる』と言ってガス栓をひねる。うれしいけどあぶない。

問題となる行動？

- 利用者同士のケンカ、おせっかいなど
- 言葉が出せず、自ら動くことができず、手も伸ばせなかったら、「問題」も起きない
  - 多量の薬剤？抑制？
  - 言葉が出せて、自分の体を思うところに移動できて、手を動かすことができるから…おきる
- 「問題⇔コミュニケーション」は、表裏一体
  - **ある行動は、『よくない状態』にもなるし、『よい状態』にもなるかもしれない**

ロールプレイ（2）

- PDとPEをする
- 頭越しとイスをおく

なぜ、このような行動は、よくない状況に向かわせるのか？

- だましたり、あざむくこと
- 怖がらせること
- 急がせること
- わかろうとしないこと
- 無視すること
- 強制すること
- 後回しにすること
- 非難すること
- 中断させること

口をつぐんでしまうから

- 「この人は、わかってくれない」と思ったら、思いを語ってくれなくなる

⇒

- その人が何を心配し、何を考え、どのような世界に生きているかがわからない
- アイデアの出しようがなくなる

ケアの質は、職場の雰囲気しだい
悪性の社会心理

- ついやってしまう人が、悪いわけではない
  - 知らず知らずのうちに悪いことと気付かずに身に付いてしまったこと
- そのような教育（刷り込み）を受けてきた
  - 車イス抑制、人前でお尻を見るなども、最初驚くがそのうち慣れるのと一緒
- ハード面（食堂が狭い、配膳の時間…）は、その人のせいではない

認知症なんだから、どうせ忘れるでしょ……**本当ですか？**

- 医師の教科書
  - 認知症は、自覚がない
  - 数分前のことも、すっかり抜け落ちる

⇒何を言っても所詮忘れるさ

- デイサービスに行ったことを忘れている人が、「今日は、車は来ないのか？」と聞く
- 話し合いの会で感じること
- 生卵を食べたことを忘れて、たくさん食べるおばあさんが…

認知症をもつ人達の心理的ニーズ（トム・キットウッド）

COMFORT
くつろぎ

IDENTITY
自分らしさ

INCLUSION
共にあること

LOVE
愛

ATTACHMENT
結びつき
（愛着・こだわり）

OCCUPATION
たずさわること

認知症ケアの目標は？

- きれいに、安全に、食事（カロリー）をとって
- 衰えた能力を援助して、能力を発揮できるようにする？
- 私は、いていいんだ
  やっている、できている、うれしい
  と本人が思えるように一緒にやっていく

パーソン・センタード・ケア

- *その人を取り巻く人々や社会とかかわりをもち,人として受け入れられ，尊重されていると,本人が実感できるように,共に行っていくケア*

地域で支えるとは

- 家族の声から
- 1週間、ショートステイを利用した
  - 至れり尽くせりなので、帰ったら、風呂から上がっても、突っ立っているだけで何もしない
- 「カバン持ちましょ、さあ、くつはきましょ」
  - なんでもしてくれるのはありがたいんですけど…
- DSのサービスがよすぎるから
  - ドアを開けないと、車に乗ってくれない
  - 意欲がなくなる
  - 横着が通るところですよね（夫）

ケア現場は、地域とつながっている！

- GH、施設内で働いている人も、実際は、本人を通して、地域のケアの質に大きくかかわっている
  - 今、何とかなればよい、ではすまない。
  - 今、ちょっと、待つ気持ちが地域での生活に大きく影響している
  - 私のささやかな心がけ

今日からはじめるパーソン・センタード・ケア

- **認知症を抱えたご本人を、私たちの輪からはずさない**
- **客観的事実だけにとらわれないで**
- **スタッフ、家族が疲れきっていては、よいアイデアも浮かばない**
- **私たちこそ、見られている**

"私たちは、認知症を抱えたご本人、ご家族、さらにその方たちを支えるケアスタッフが、安心して毎日を送ることができるように努力しています"

- いまいせ心療センター/認知症センター

認知症とともに生きる

- いまいせ心療センター
- 認知症センター/もの忘れ外来
- 受診のご相談は、
- Tel：0586-45-2531
- E-mail:　pcc@anzu.or.jp

（5）講演会参加者へのアンケート調査

講演会は、認知症高齢者の在宅介護、あるいは施設介護の経験のある多数の人々が集まる機会なので、その機会をとらえ、現在、または過去に認知症高齢者介護の経験のある人に対し、講演会の感想だけでなく、家族介護に関する悩み、施設・在宅ケアに関する悩みについてのアンケート調査も行い、今後の事業展開の貴重な資料とした。

1）講演会についてのアンケート

各講演会で講演に対するアンケート調査を行ったが、どこでも、ほぼ同様の結果がえられたので、ここでは愛知県内４地区でのアンケート集計結果だけを取り上げ、その主な点を示す。

① 参加者の概要

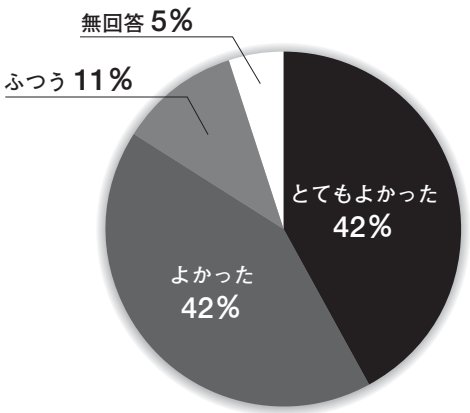
愛知県内4地区での4回の講演会の参加者のうちアンケートに協力を得たのは、名古屋：456名、豊橋：244名、江南：221名、西尾：215名であった。参加者の年齢層は、40代～50代が多かった。

② 認知症ケア現場に活かすパーソン・センタード・ケアについての全般的な講演

パーソン・センタード・ケアについての全般的な講演は、とてもよかった37%、よかった45%、ふつう14%、あまりよくなかった2%、無回答1%という結果で、全体的によかったという回答が70%であった。

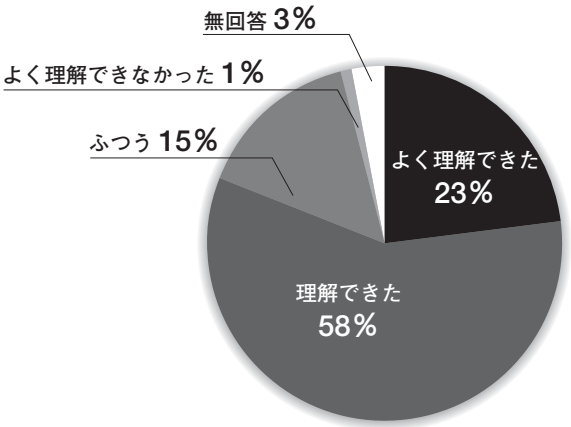
③ ロールプレイを含むパーソン・センタード・ケアに関する講演

ロールプレイを含むパーソン・センタード・ケアの実際についての講演では、とてもよかった42%、よかった42%、ふつう11%、無回答5%であり、全体80%以上がよかったという回答であった。



④ パーソン・センタード・ケアの理解

パーソン・センタード・ケアについての理解では、よく理解できた23%、理解できた58%、ふつう15%、よく理解できなかった1%、無回答3%であり、約80%の人が理解できたという結果であった。

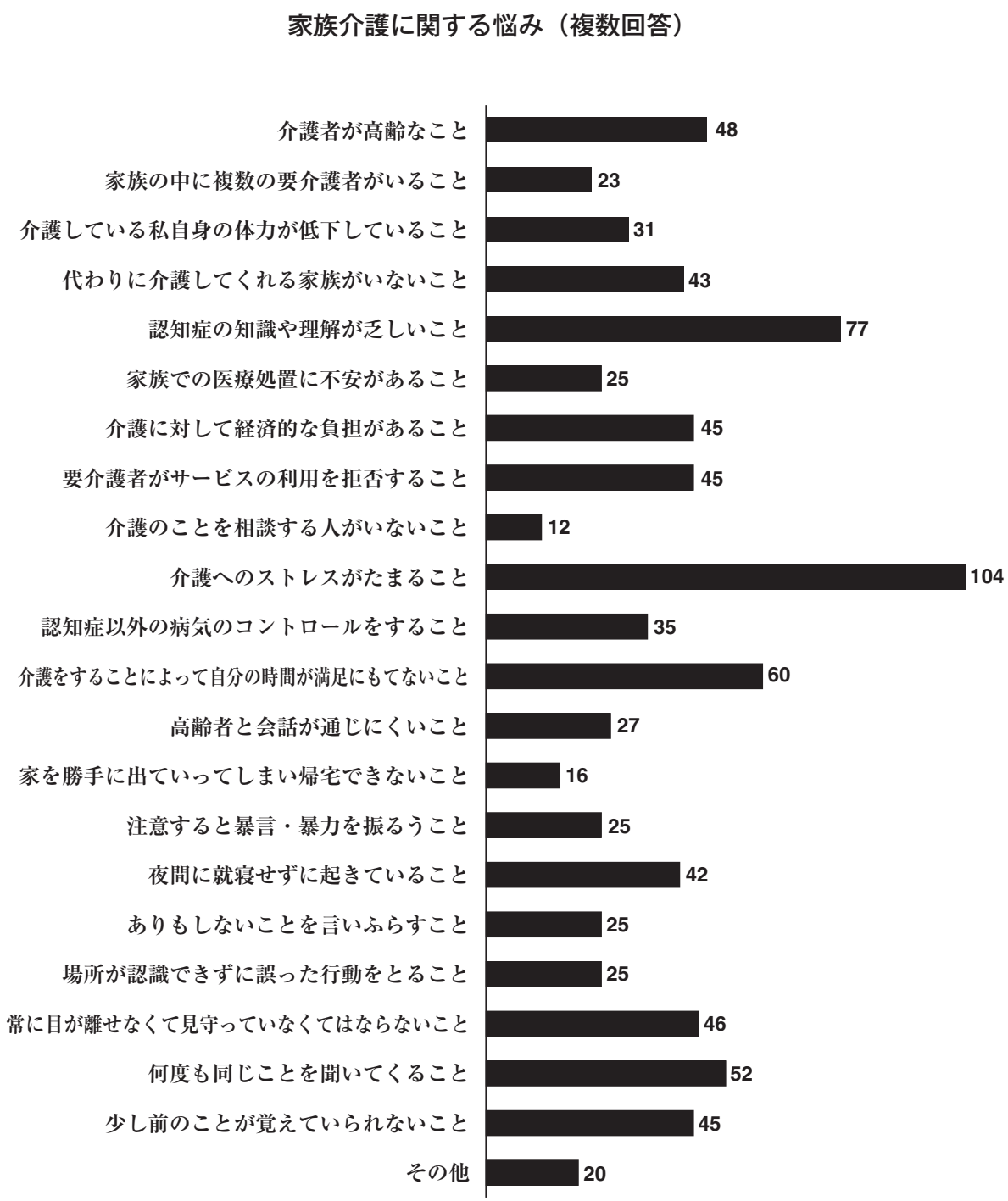


⑤講演会は、明日からの仕事に活かすことができるか

講演会の内容が仕事に活かせるかどうかについては、とても活かせる20%、活かせる67%、わからない11%、無回答2%であり、約80%の人が活かせると回答した。

2）家族介護、施設介護についてのアンケート

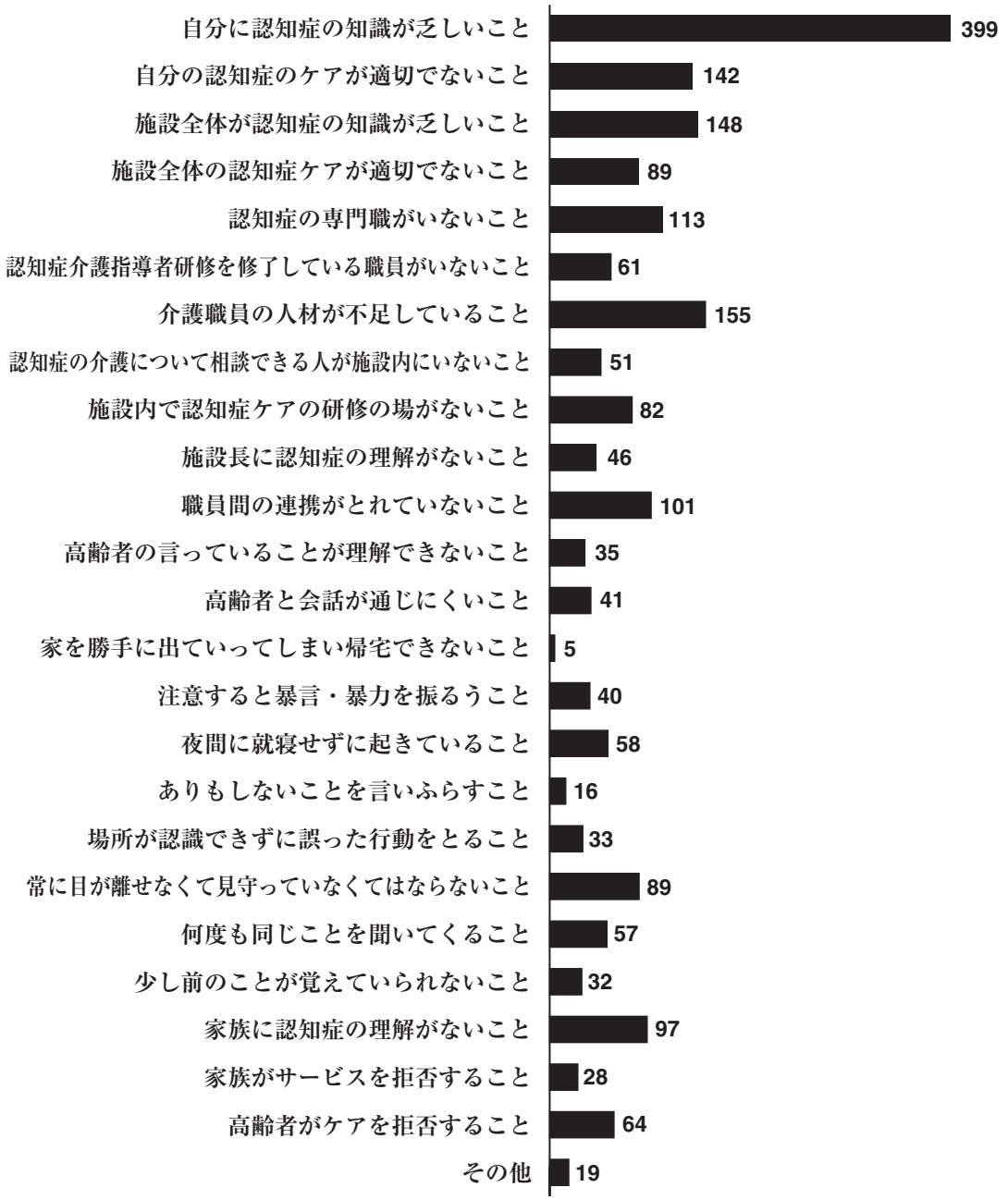
① 家族介護に関する悩みについてのアンケート



来場者で現在、または過去においての認知症高齢者介護の経験のある人の調査では、家族介護に関する悩みは、上記のようであり、①介護へのストレスがたまること（104）、②認知症の知識や理解が乏しいこと（77）、③介護をすることによって自分の時間が満足にもてないこと（60）、④何度も同じことを聞いてくること（52）、⑤介護者が高齢なこと（48）の順に多かった。

② 施設・在宅ケアに関する悩みについてのアンケート

施設・在宅ケアに関する悩み（施設・在宅事業所勤務者）複数回答



施設・在宅ケア事業所に勤務している来場者の施設・在宅ケアに関する悩みについては、上記に示すように、①自分に認知症の知識が乏しいこと（399）、②介護職員の人材が不足していること（155）、③施設全体が認知症の知識に乏しいこと（148）、④自分の認知症ケアが適切でないこと（142）、⑤職員間の連携が取れていないこと(101)が主なものであった。

3．パーソン・センタード・ケア実践のための小グループ研修会

（1）小グループ研修会の開催

パーソン・センタード・ケアの考え方を現場に活かし、広げていくには、講演会形式による理念の啓発活動と並行して、小グループの実践的な体験的な演習を介護サービス事業所の現場で働くリーダー的な人々に対して行い、パーソン・センタード・ケアを少しでも体得してもらうことが効果的である。そこでパーソン・センタード・ケア普及講演会の参加者の中の希望者、とくに介護現場で働く介護福祉士をはじめとするケアワーカーなどに対して、1グループ20名前後の小グループ研修を行った。

研修内容の詳細は省略するが、最初に講師によるショート・レクチュアを行い、次に課題を与え、ファシリテーターのアドバイスのもとに演習に取り組むという形式で行った。講師やファシリテーターには、パーソン・センタード・ケアの理念にも、またその観察・評価ツールである認知症ケア・マッピング（Dementia care mapping DCM）の実践にも豊富な経験をもつ上級マッパーを起用し、さらにあらかじめ2日間の教育研修を行い、指導方法などを調整したたうえで、小グループ研修に臨んだ。

小グループ研修の日程・場所・担当講師は以下の通りである。写真はその研修場面である。

開催日	開催場所	講　師	参加人数
2009年11月16日(月)	渋川福祉センター　会議室	DCM上級マッパー: 国立長寿医療センター 看護師　　浅井　　紫	30名
2009年11月27日(金)	介護老人保健施設　みず里	DCM上級マッパー: 名古屋文理大学短期大学部 准教授　　下山　久之	16名
2009年12月16日(水)	第二サンライフ江南 地域交流ホール	DCM上級マッパー: 国立長寿医療センター 看護師　　浅井　　紫	26名
2009年12月17日(木)	介護老人保健施設 かりや内	DCM上級マッパー: あいち福祉医療専門学校 専任教員　齊藤　隆司	18名
2009年　1月30日(土)	専門学校　東京医療学院	DCM上級マッパー: 東京医療学院 講師　内田　達二	20名

（2）ファシリテーターの教育研修会

小グループ研修の講師やファシリテーターには、パーソン・センタード・ケアの理念にも、またその観察・評価ツールである認知症ケア・マッピング（Dementia care mapping DCM）の実践にも豊富な経験をもつ上級マッパーの修了証をもつ22名が参加した。

地区別に見ると、東北、関東、東海、関西、中国・四国、九州の各地区から2名～5名程度の参加となった。この介護・福祉の現場や教育機関で活躍している上級マッパーの人たちに対し、2日間の再教育を行い、小グループ研修の指導方法についても、協議し調整した。

このファシリテーター教育研修会は、全国の多地域からの人が参加しており、また組織化されていないDCMマッパーが一堂に会して現状を話し合う機会にもなった。このことはパーソン・センタード・ケアの考え方の全国的普及にとっても、側面的な効果があると考えられた。

開催日程・場所	
日程：2009年7月17日（金）、18日（土） 場所：認知症介護研究・研修大府センター　研修室	
講　師	
社会医療法人　杏嶺会いまいせ心療センター診療部長	水野　　裕
「その人を中心とした認知症ケアを考える会」代表	村田　康子
認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹	中村　裕子

研修内容

ＰＣＣの各地の普及状況等について、まずは意見交換を行った。参加者の共通点は「パーソン・センタード・ケアとＤＣＭ法」の上級コース修了者であるが、その所属は病院、介護施設、学校、市民団体等であり、資格も看護師、介護福祉士、作業療法士等さまざまであった。立場は異なるが、ＰＣＣの普及に関する共通の課題が明らかになった。すなわち、ＰＣＣに関する学習会や研修会のニーズは高く、講師として依頼されることもあるが、方法が自己流になりがちで自信が持てないというものである。これはまさに、当センターでも予想していた課題であり、その打開策の一つとして、本研修の中でＰＣＣ入門コースのたたき台を提示し、受講者の意見を基に基本形を作成することとした。

ＰＣＣ入門コースの目的と内容は、次のような内容である。

【目的】

・認知症ケアに対するパーソン･センタード･ケアの基本的な考え方や視点を参加者に紹介すること。
・パーソン･センタード･ケアを実践するためには、施設全体や地域で取り組む必要があるが、すぐに取り組めることもあることを伝えること

【内容】

・パーソン･センタード・ケアの目的を理解する
・認知症の人のよい状態・よくない状態のサインについて理解する
・認知症の人の状態に影響する５つの要因について理解する
・パーソン・センタードな立場とは、認知症の人に対してだけではなく、スタッフや家族など関係者すべてに対しても必要とされることを理解する

第5章　愛知県内の地域包括支援センターの実態調査 ― アンケート調査 ―

1．背景

平成18年度の介護保険法改正によって、介護・福祉の領域で求められる「サービスモデル」が変わった。1つは介護予防の推進で、キーワードは「介護モデル」から「介護＋予防モデル」へと転換した。もう一つは認知症ケアの推進であり、従来の「身体ケア」モデルから新しく「身体ケア＋認知症ケア」モデルへと目標が転換された。これには近年の認知症高齢者の著しい増加が背景にある。この制度改正で新たに住民等の総合相談支援、権利擁護、地域のケアマネジャーの支援、介護予防事業等を市町村が担うことになった。これらの業務を行うため創設された地域包括支援センターは、原則として保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員各1名が配置され、「地域包括ケア」の拠点として位置づけられている。

地域包括支援センターが広範な業務を円滑かつ適切に実施して、その機能を果たすには、体制の整備と人材育成のための研修システムが重要である。しかし認知症に関する研修は、国が行う地域包括支援センター職員研修３日間のうちの90分、また都道府県が行う主任介護支援専門員研修では11日間で0分であり、十分とは言えない。

本事業で開発する「パーソン・センタード・ケアに基づく認知症在宅介護家族支援プログラム」を地域包括支援センターのためのものとした。その理由は、同センターが「地域包括ケア」の中核拠点として、地域ネットワークの様々な組織、施設、団体や地域の人々との接点を多くもち、認知症高齢者とその家族の強力な支援者になる立場にあるからである。ただその前提として、まず地域包括支援センターの業務の実態や認知症関連の知識レベル・関わり方の現状を把握する必要がある。

2．目的

地域包括支援センターのための「認知症在宅介護家族支援プログラム」開発の前提として、地域包括支援センターの業務の実態や取り組み状況を調査し、課題や問題点について整理を行ったうえで、前述のプログラムの内容に反映させる。

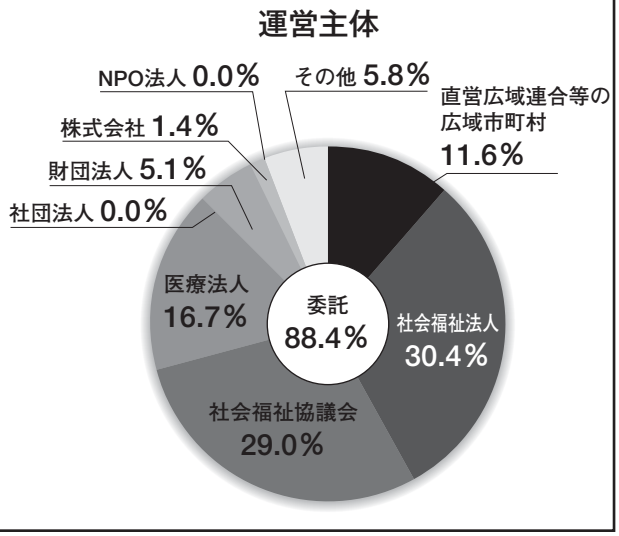
3．対象ならびに方法

愛知県内の180カ所の地域包括支援センターを調査対象として15項目の質問からなるアンケート調査（巻末資料で示す）を平成22年2月～平成22年3月に郵送法により行った。そのうち138カ所から回答を得た。有効回収率は76.7％である。質問の内容は、昨年度（平成20年度）に行った知多北部広域連合の8地域包括支援センター・スタッフとのヒアリング結果を参考にして、①属性（問1～2）、②地域包括支援センターの5つの業務、すなわち介護予防ケアマネージメント、総合相談支援、権利擁護、包括的継続的ケアマネージメント、地域支援ネットワークの構築についての現況（問3～6）、③認知症に関わる相談の依頼先（問7）、④認知症介護家族からの相談内容（問8～9）、⑤支援困難事例（問10～11）、⑥認知症の地域支援ネットワークの現状（問12～14）、⑥認知症に関する研修機会（問15）である。

4．結果

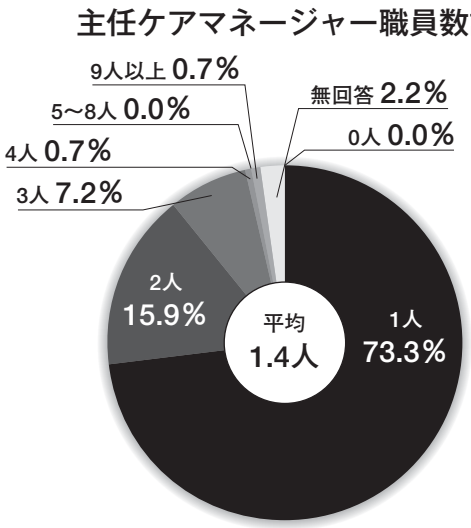
質問別の分析結果

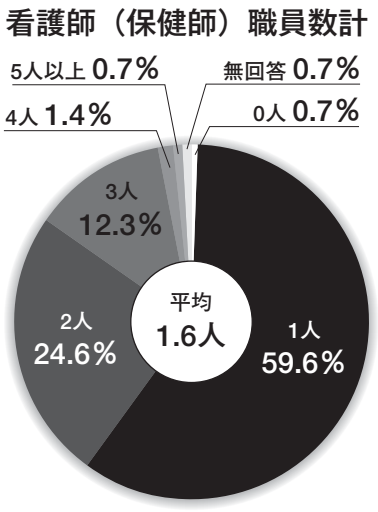
問１　地域包括支援センターの運営主体

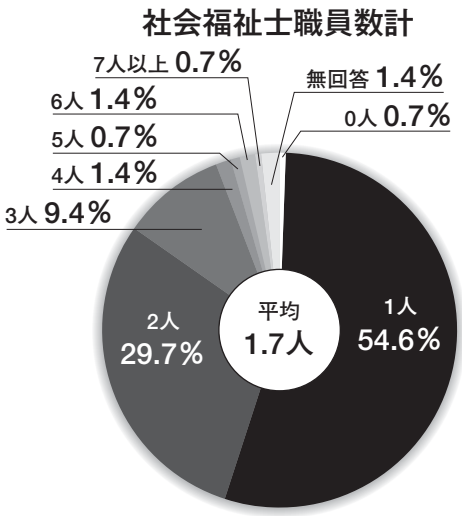


運営主体は広域連合等の広域市町村の直営は11.6％にすぎず、委託が88.4％を占めた。委託先は、社会福祉法人、社会福祉協議会、医療法人の順に多かった。

問2　職員数

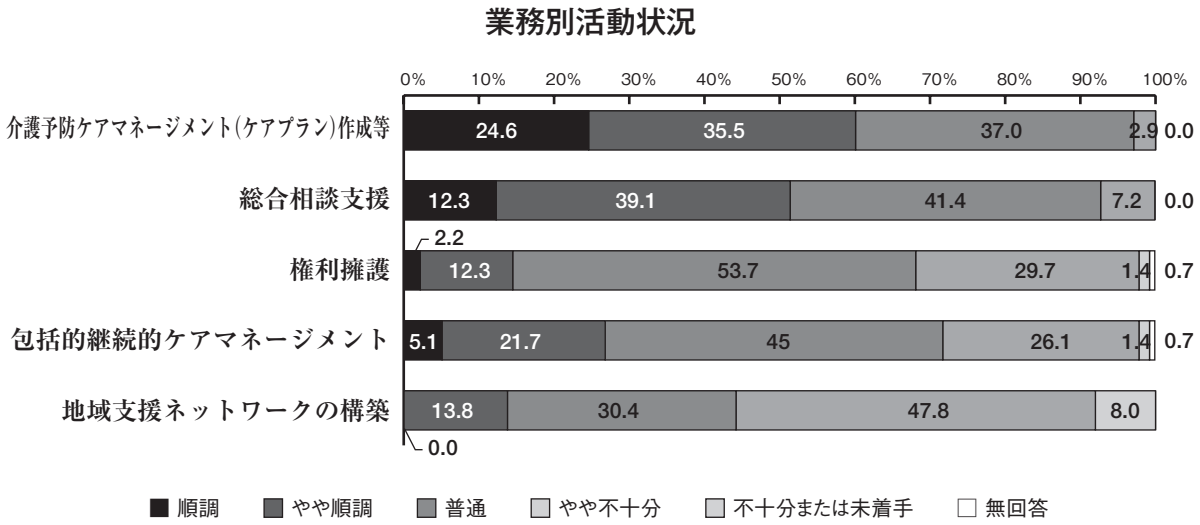






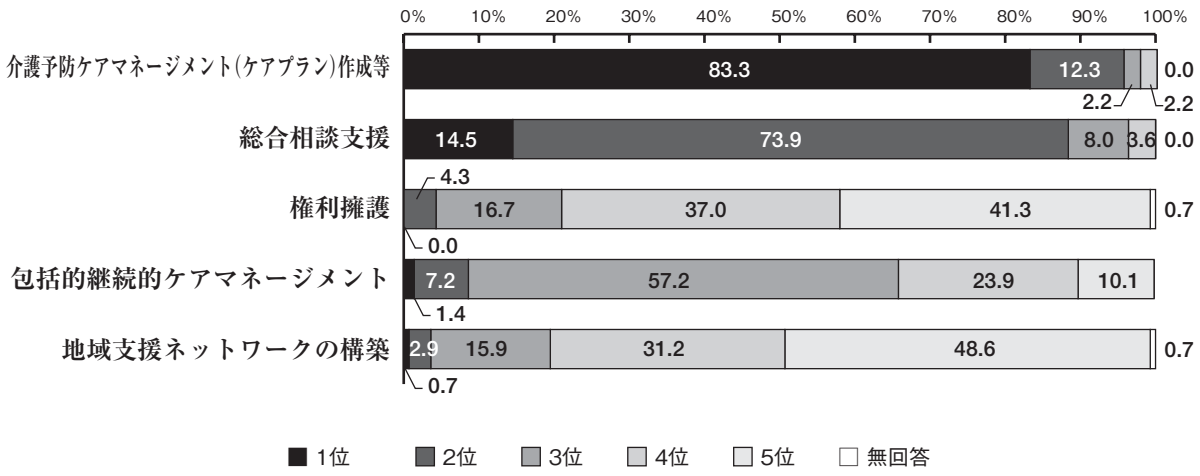
主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の常勤、非常勤を合わせた数は、上記のように3職種とも１人が最多で、約50～70％を占め、2人はそれに次ぎ約16～30％であった。2人体制は社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員の順に多かった。

問３　地域包括支援センターの役割とされている５業務の活動状況



上記に示すように、順調とやや順調を合わせた数字を見ると、介護予防ケアマネージメント（ケアプラン作成等）が5業務の中では第1位とする地域包括支援センターが最多で、最も順調であり、総合相談支援もそれに近い。権利擁護、包括的継続的ケアマネージメントは前2者の半数にも満たない。地域支援ネットワークの構築では順調はゼロで、やや順調も13.8％にすぎず、もっとも低い活動状況であった。

問４　５業務にスタッフが費やす時間の多さの順位



費やす時間の多さの第1位は、上記のように、介護予防ケアマネージメントが圧倒的に多く83.3％を占めた。第2位は総合相談支援で73.9％である。権利擁護、包括的継続的ケアマネージメント、地域支援ネットワークの構築に費やす時間の順位はいずれも低かった。

問５　平成21年度（１月まで）のセンター・委託別のケアプラン作成件数と増減の傾向

今年度ケアプランセンター作成件数

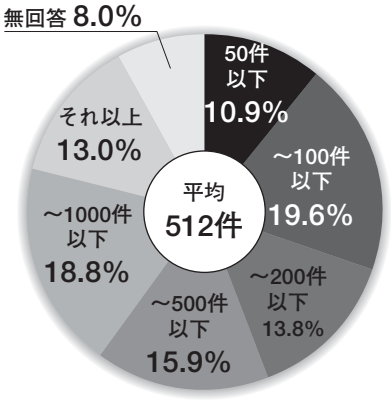


図1

センター作成件数の増減の傾向

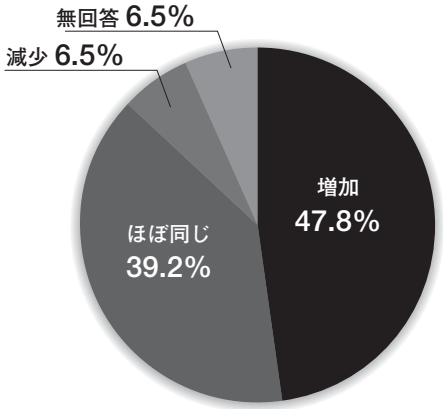


図2

今年度ケアプラン委託作成件数

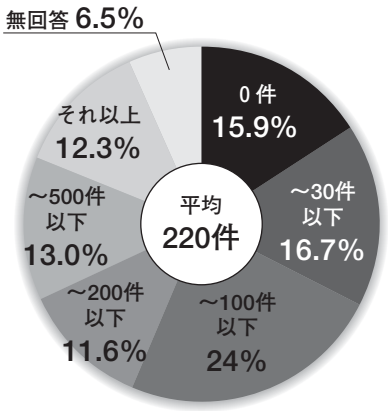


図3

委託作成件数の増減の傾向

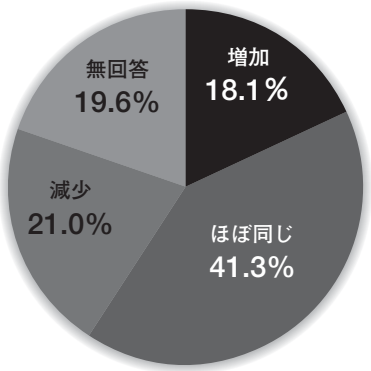
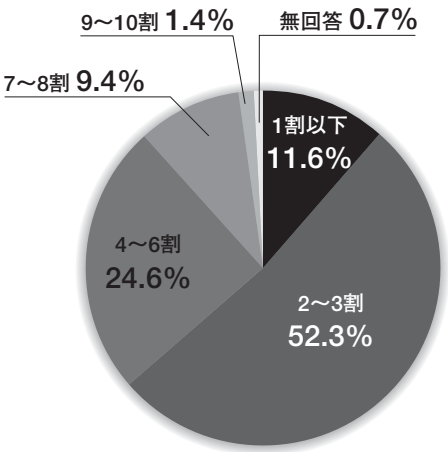


図4

センターのケアプラン作成件数は30件以下から2000件以上とバラツキが大きく、平均は512件で、増加傾向にあるという回答が47.8％と約半数を占めた（図2）。一方、委託件数も0件から1000件以上とバラツキが大きく、平均は220件で、増加傾向は18.1％、減少傾向21.0％であった（図4）。

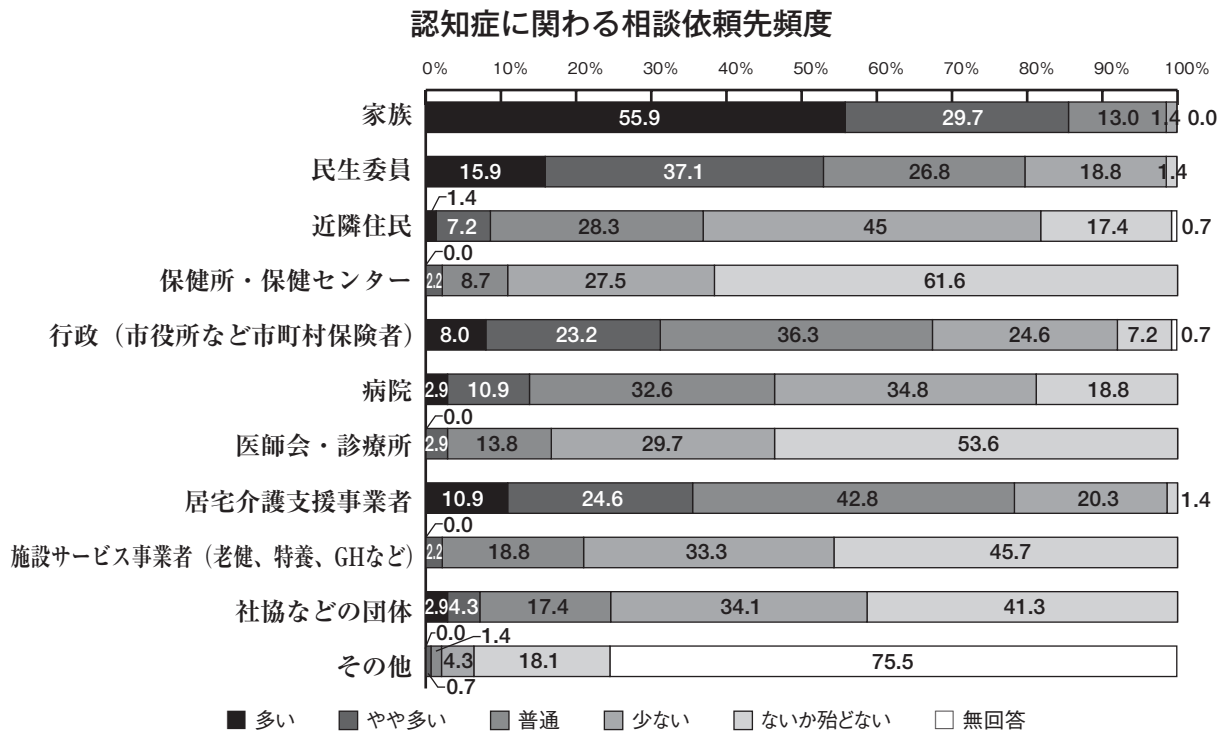
問６　総合相談支援で認知症に関わる相談の割合

認知症に関わる相談の割合



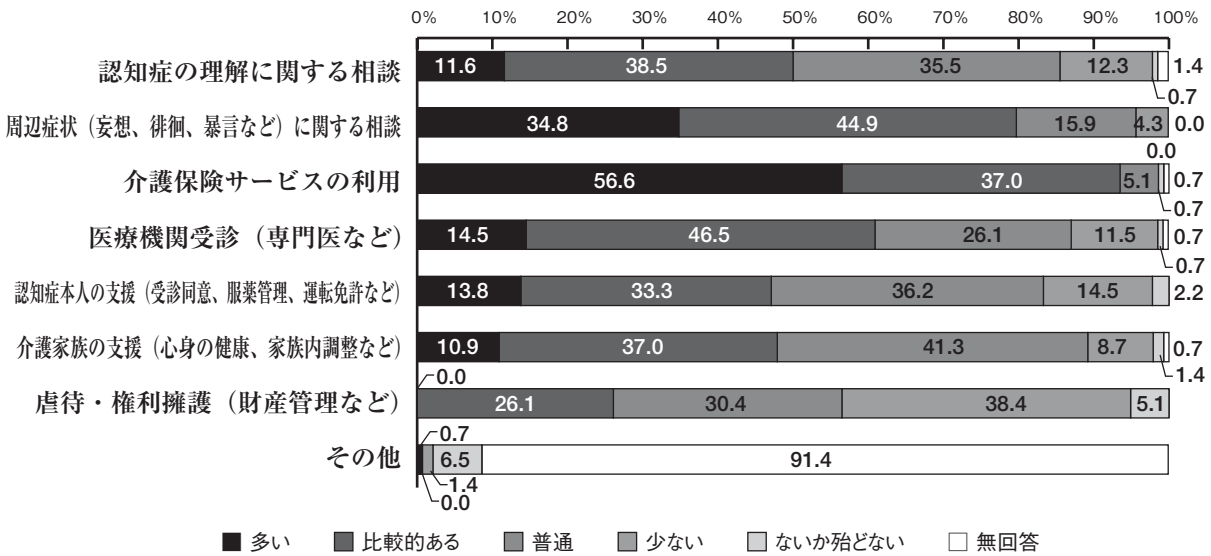
右記のように、2～3割以下が大半であった。

問７　認知症に関わる相談依頼先の頻度



「多い、やや多い」という頻度を見ると、家族からの相談が最も多く、民生委員がこれに次ぎ、この2者が抜きんでて多い。このほかは、病院、近隣住民、行政、居宅介護支援事業者、社会協議会などの団体である。医師会・診療所からの相談、施設サービス事業者からの相談は少なかった。

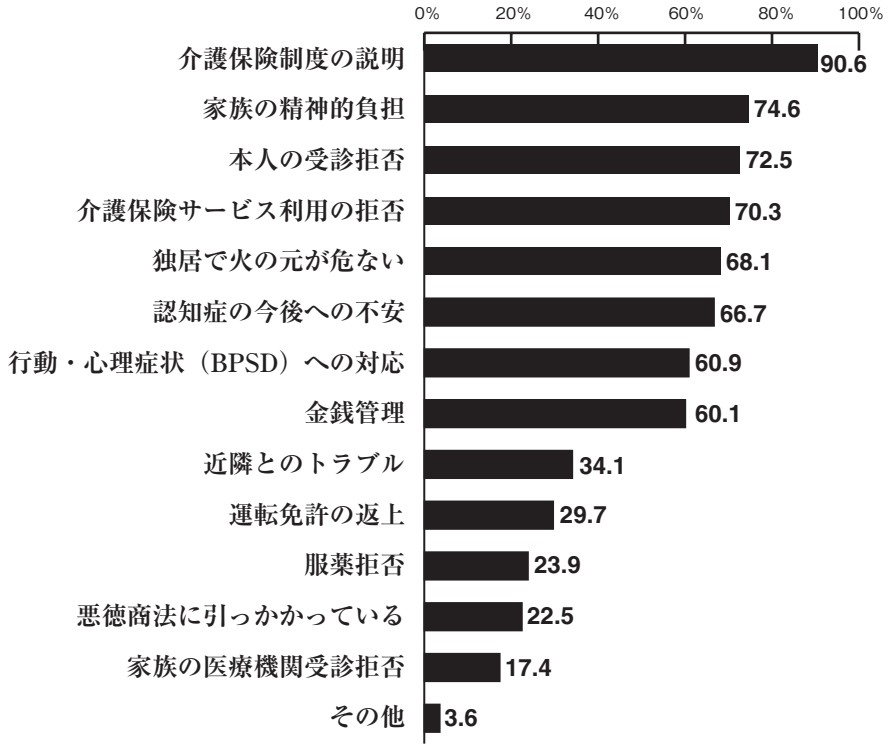
問８　家族からの相談内容



「多い、比較的ある」の頻度を見ると、介護保険サービスの利用、周辺症状に関する相談がこの順で多く、2大相談内容といえる。このほかには、医療機関受診（専門医など）、認知症本人の支援（受診同意、服薬管理、運転免許など）、認知症の理解に関する相談、介護家族の支援（心身の健康、家族内調整など）がほぼ同程度の頻度であった。

問９　家族からの相談の具体的内容（複数回答）

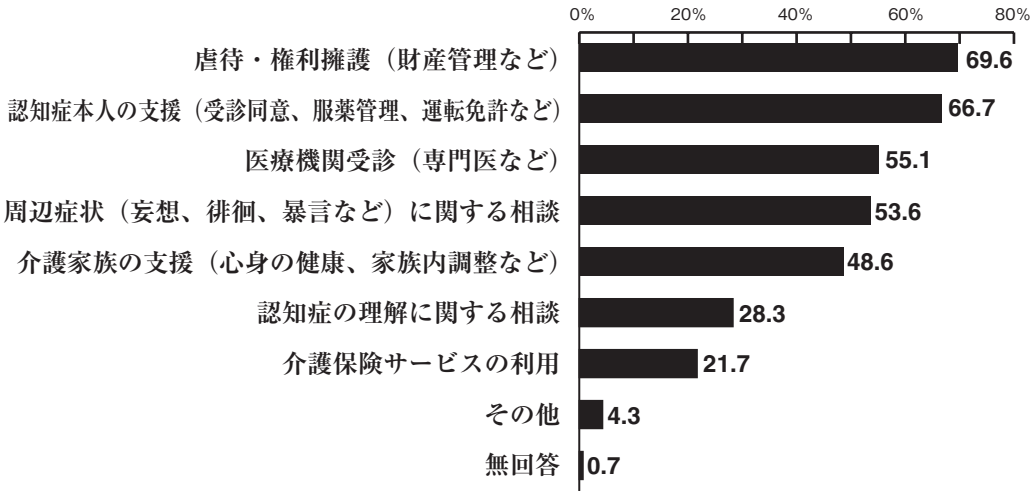
よく経験する家族からの相談内容



介護保険制度の説明が90.6％と最多で、ほかには家族の精神的負担、本人の受診拒否、介護保険サービス利用の拒否、独居で火の元が危ない、認知症の今後への不安、行動・心理症状（BPSD）への対応、金銭管理がほぼ60～70％であった。

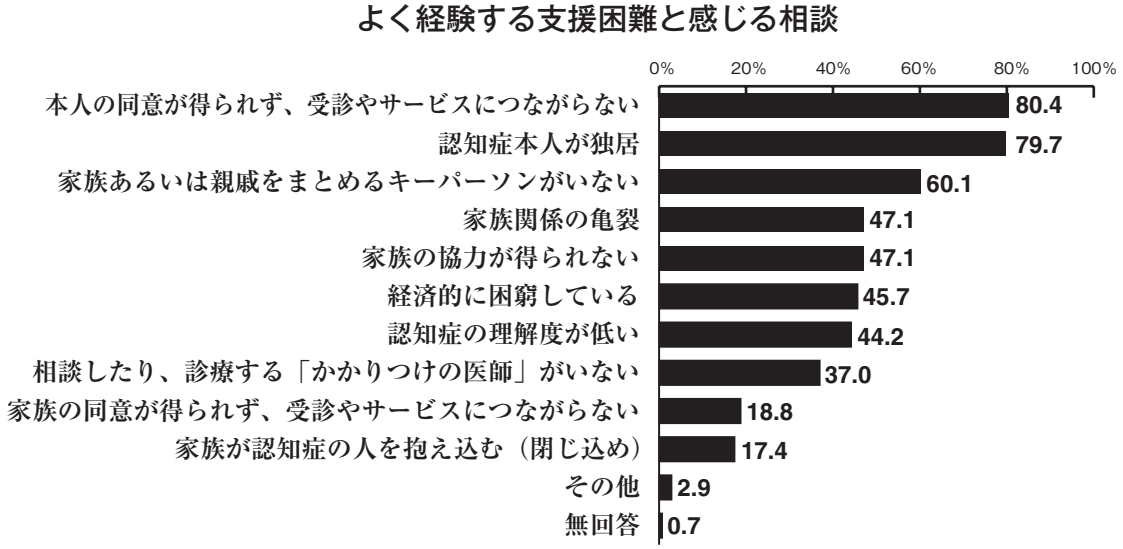
問10　認知症に関する相談で支援が困難と感じること（複数回答可）

支援が困難と感じる相談



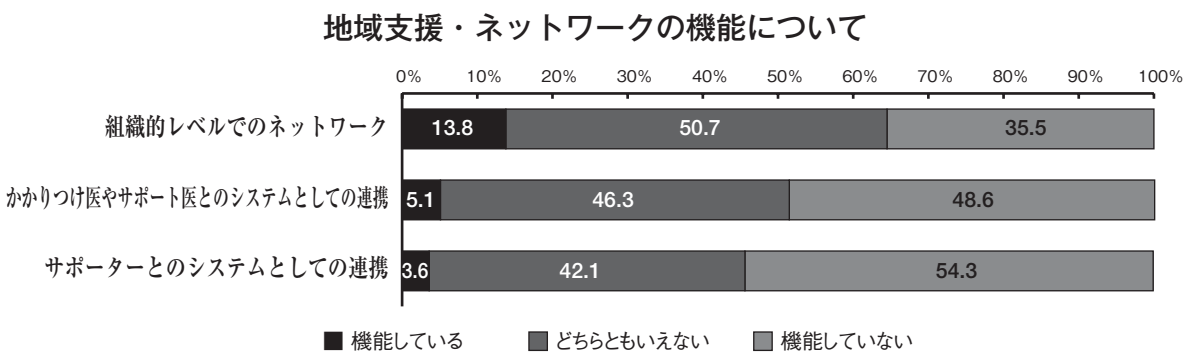
虐待・権利擁護（財産管理など）は家族からの相談内容別頻度、問8の結果では最も低かったが、支援困難事例としては最多を占めた、認知症本人の支援（受診同意、服薬管理、運転免許返上など）、医療機関受診（専門医など）、周辺症状（妄想、徘徊、暴言など）、介護家族の支援（心身の健康、家族内調整など）は、相談内容別頻度と同様、ほぼ同程度であった。

問11　支援困難と感じる具体例（複数回答可）



上記に示すように、本人の同意が得られず受診やサービスにつながらない、認知症本人が独居、家族あるいは親戚をまとめるキーパーソンがいないが上位3つを占めた。

問12　認知症の地域支援・ネットワークの機能

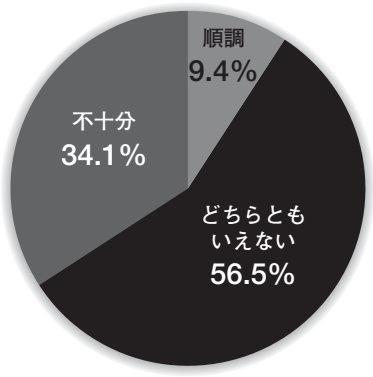


①組織的レベルでのネットワーク、②かかりつけ医やサポート医とのシステムとしての連携、③サポーターとのシステムとしての連携につき、機能しているか否かの質問に対する「機能している」という回答は低頻度で、それぞれ13.8％、5.1％、3.6％の順であった。これに対し「機能していない」という回答は、それぞれ35.5％、48.6％、54.3％でほぼ半数を占めた。

問13　家族支援の個別のネットワークづくり

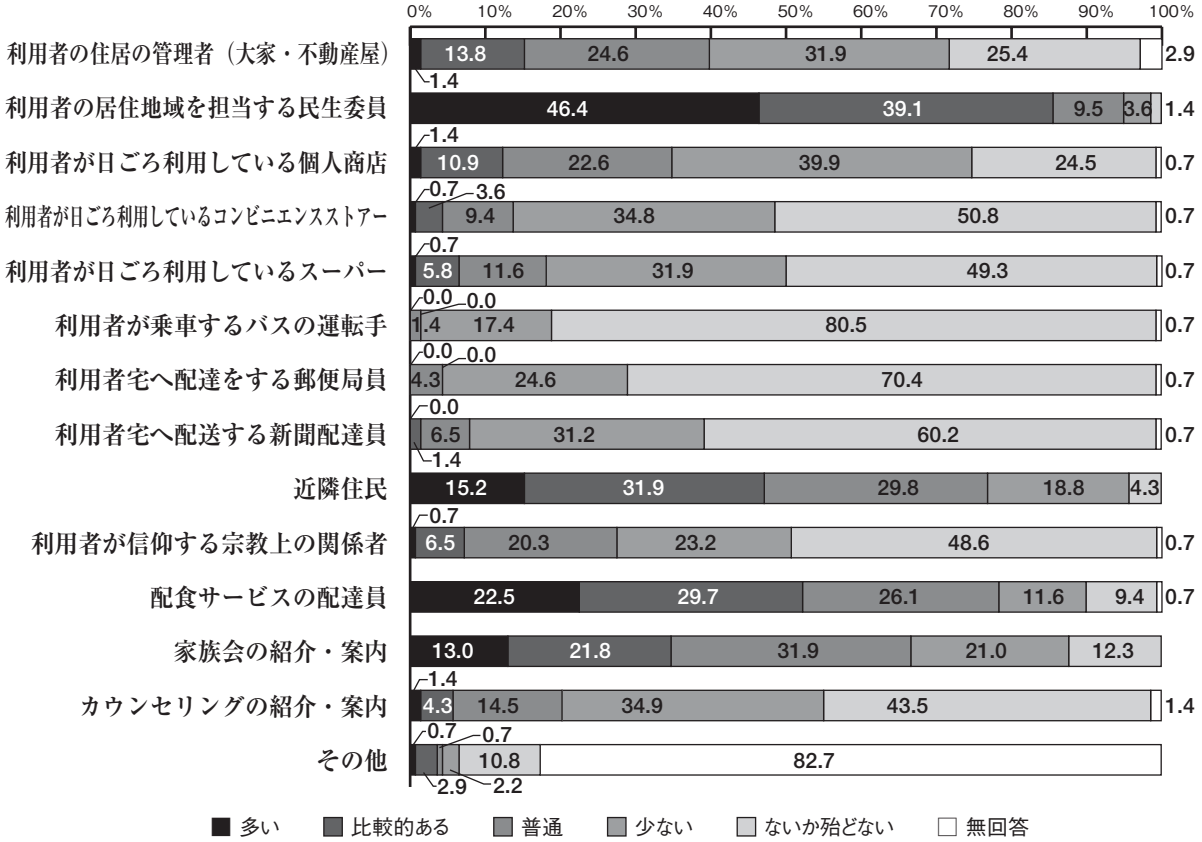
ネットワークは組織間の連携による「組織的レベルでのネットワーク」とひとりひとりの認知症の人の身の回りの「個別のネットワーク」に大別できる。前者は、市レベルの徘徊・不明者の早期発見ネットワークなどであり、後者は、民生委員や近隣の人、またよく出入りするコンビニとの協力による支援など、「個別の手作りのネットワーク」である。この個別のネットワークづくりが順調か否かの質問に対する「順調」は9.4％、「不十分」は34.1％であった。

家族支援の個別のネットワークづくりの状況



問14　家族を支援する場合に、どのような社会資源を利用したか。

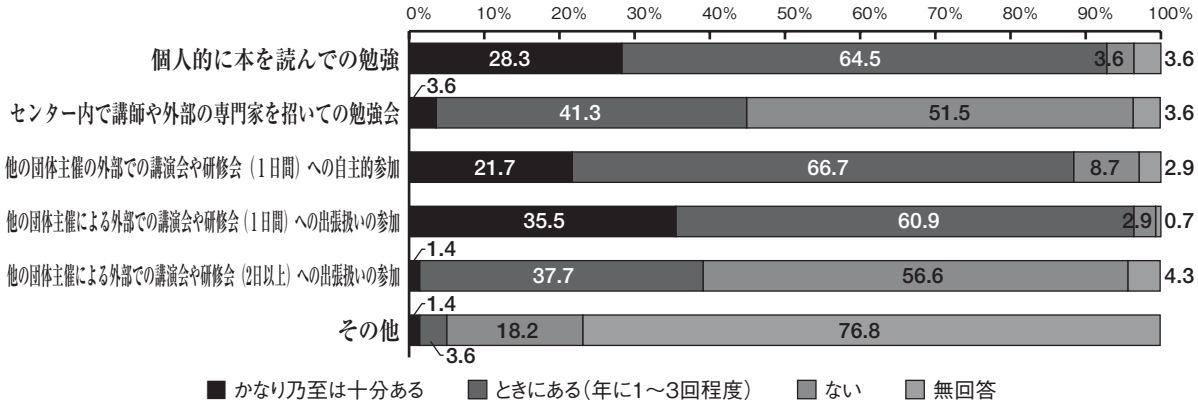
家族支援に利用した社会資源別頻度



「多い」、「比較的ある」の頻度を見ると、利用者の居住地域を担当する民生委員がそれぞれ46.4%、39.1%、計85.5%で圧倒的に多い。その他では、配食サービスの配達員、近隣住民、家族会の紹介・案内があるが、低頻度である。家族支援に利用した社会資源は前述の4者にほぼ限られる。

問15　認知症高齢者・特定高齢者とその家族の相談で必要な知識や技術の習得のための勉強会や研修の状況

知識や技術習得のための勉強会や研修の状況



「かなり乃至は十分ある」の頻度を見ると、他の団体主催による外部での講演会や研修会の１日間だけの出張扱いの参加が最多で35.5%であったが、2日間以上のものになると、わずか4%と激減した。次いで多いのは、個人的に本を読んでの勉強（28.3%）、他の団体主催の外部での講演会や研修会（１日間）への自主的参加（21.7%）であった。

自由記載

問３　業務・活動状況に関するコメント

○業務は順調（１件）

居宅介護支援事業所連絡協議会との連携、医療との連携、民生委員との連携など、比較的スムーズに進められており、活動状況は順調であると思われる。

○現在、取り組み中（２件）

⑤について、認知症見守りネットワークを構築中。

⑤が不十分なため、市内包括センターの連携、協力のもと、高齢者虐待や徘徊、高齢者の居場所作りのためのワーキングチームを立ち上げ、問題解決とネットワーク構築を目指し取り組んでいる（H22.1月より）。

○今後、取り組んでいきたい（１件）

開設当時は介護予防マネジメント業務に追われていましたが、最近は総合相談や包括的継続的ケアマネジメント業務の中でも、虐待や独居、地域と関わりを持たず、親戚ともほとんど交流のない困難事例が多く、一つ一つの事例に十分対応できていません。地域のネットワークもほとんど取り組んでいませんが、これから何とかしたいと考えています。

○全ての業務は困難（19件）

介護予防ケアマネージメント、ケアプランなどの業務しか出来ない状況　（９件）

未だ要支援1、2のプラン及びマネージメントに追われている。

介護予防ケアマネジメントに忙殺され、それ以外の業務に力を入れることができない。

介護予防のケアプランに追われて、地域包括の本来の仕事ができていません。○市の場合、介護予防のケアプランは十分な理由がないかぎり、委託に出せません。

介護予防プランはすべて包括が直接行うため、その他の業務への活動が手薄になりがち。

ケアプランの委託も居宅介護支援事業所にあまり受けてもらえず、介護予防のプランにほぼ90％の時間や労力を費やさなければならない。介護予防プランも介護予防の重要な柱の一つとはわかっているが、それにかかりっきりになってしまっている。

ケアマネ業務に追われ、包括本来の仕事はできていない。未だに「包括のケアマネさん」と事業所に呼ばれている。

○市では居宅への委託を行っていないため、介護予防ケアマネージメントに押され、地域支援になかなか手が回らない現状があります。

介護予防支援事業所を独立して作ってくれなければ、包括業務に集中して取り組むことができません。非常勤は常勤換算にすると4.9人でベテランはほとんどいない状況。エリアも広く、もっといろいろな活動をしたくても、どうしてもケアプラン作成に時間をさいている状況です。

包括より予防マネジメント（特に予防給付に関する給付業務）がある以上、行事などの勉強会、総合相談に時間がさけない現状がある。

○人数不足、時間不足（４件）

介護予防ケアマネジメントを3人でやりながら、他の業務をやっていくには限界がある。包括の本来業務が設問の①～⑤なら、全体をこなしながらやるには業務量が過多である。人を増やしたくても人件費がマイナス予算ではできない（スタッフが新人職員3人なら可能）。

人数が少ないので、全体的に不十分です。

総合相談においては、住民から包括が周知され相談件数が多くても、時間、人手がなく、十分に対応ができない状況。ネットワークの構築においても十分な時間がとれない。

ケアプラン作成などに時間を取られてしまう。包括の本来の職務（包括的継続的ケアマネジメント、地域支援ネットワークの構築）にもっと時間を使えたらと思います。

○不十分な業務がある　（３件）

①について、特定高齢者の介護予防プランについて十分できていない。

⑤に関しては、一部で取り組んであるものの、この先の展開の具体的手法がわからず、立ち止まっている状況です。地域の問題を把握し、一つの団体の中で介護予防事業を展開しながら、他の団体とのつながりや活動内容を知るところまでは進んでいるが、各団体とのネットワーク作りまでの手法が探せないでいる。

介護予防ケアマネジメントや総合相談、それに伴う事務処理が中心となっており、地域ネットワークの構築に向けての取り組みは不十分となっています。

上記以外の理由　（３件）

経験のあるケアマネに対しては当方のスキルアップ不足を感じます。

母体法人が病院であるが、病院運営に直接関係ないと言うことで、活動が十分に理解されず、職員配置などに理解されにくい。

包括的事業と介護予防支援の住み分けができない。

その他（２件）

②～⑤については評価基準が難しい。

問3の回答選択肢「3.普通」の普通とはどう捉えてよいものか。

問14　地域支援・ネットワークに関するコメント

○現在、構築中（３件）

今年度サポーター養成講座実施、1月末現在235名誕生、2月末現在317名誕生。

年10回程度、家族介護者教室を開催しています。人口数も少ないので、認知症、身体介護の分けなく参加してもらっていますが、年々参加者も増加し、ストレス発散や介護者交流ができ、認知症への対応、理解も高まっていると思います。

ネットワーク構築に費やせる時間が少ないが、相談があった方に対しては地域の民生委員に声を掛けるようにはしています。

○ネットワークの必要性を理解（１件）

利用者の生活圏域の社会資源を利用していないことに驚いた。この分野とのネットワーク作りが必要であることがよくわかった。

○機能させるための課題（２件）

認知症サポーターの数は作っても、各々のサポーターがそのように活動すればいいのかあいまい。機能できるサポーター作りが必要（認知症についての理解はされつつあり、相談は多くなっている）。

認知症支援のネットワークの中に、医療機関をどう巻き込むのか、今後の大きなポイントだと思っています。

○出来ない、構築は困難（５件）

○利用できない社会資源がある（３件）

利用者と一対一の関係が築かれているところ（個人商店やコンビニ等）以外からの協力は得られにくい（理解いただけない）。

社会資源の活用はとても重要で、有効利用していくことでネットワーク作りの構築をしていかなければならないと理解しているが、現実はできていないというか、新聞配達員やスーパー等まで利用できない状況にある。

地域的なものもあるのか、近隣の関係が濃いようでいて、いざとなると関係ないと言われる。包括自体が相談できない場合もあり、とてもストレス。こちらからネットワークを作ろうとしても過大な期待をされ、電話番号調べや蛍光灯の取り替えまで依頼されるため、積極的なネットワーク作りはしないことにした。民生委員の意識が低すぎる。「自分は素人だから知らない」と押し付けてくる民生が多い。

○組織間の連携ができていない（１件）

組織図（フロー図）にはネットワークが見事に描かれているが、実際に機能しているか…。医療との連携、民間（福祉職以外）との連携（というか、同じレベルの視線を持つこと）がまだできていない。

その他（１件）

認知症のサポーターの養成講座をもったが、機能していない。○市の方も認知症に力を入れてネットワークを作っているとは思えない。

巻末　コメントまたは希望

○勉強会や研修について（１４件）

○有効、積極的に参加　（３件）

認知症サポーター養成講座が広がり、小中高校、金融機関、商店など対象に合った講座を企画するため、研修センターの高校生向きテキストも活用させていただいてます。ありがとうございました。今後も知恵をお借りして、よい支援ができるように努めたいと思いますので、ご指導ください。

研修会で得られる物は大きいと思いますので、今後も積極的に参加すべきと考えます。日々の相談支援業務のノウハウは、少人数単位が望ましい場合も多く、○市では新規事業として「ケース検討会議（他包括と共に参画）」の実施が予定されています。

包括第4の職種？認知症コーディネーター？担当者の位置づけが気になります。今後も積極的に研修など参加されていただきたいと思います。

○自主的に行っている（４件）

15-1について、個人的にはどのスタッフも読書し、自主的な研修に参加しています。

泊まりの研修などは出張扱いは難しく、自費にて認知症ケア学会など参加しています。

認知症専門医院が独自に行っている勉強会に参加しています。

※1自主的に自分で研修会などに参加している。日帰りでの帰れる距離以外は休暇を取っての参加になると思われる。日帰りにおいても旅費のみ法人負担である。参加費がいる場合は自己負担と思われる。

○参加した勉強会、研修の内容（１件）

センター外、市でのケア会議や、認知症ケア専門の資格取得など。

○外部の講演会や研修会への参加は困難（５件）

3.に関して、何度も考えたことはあるが、土日であったりすることが多く、時間をさくこともできないため、参加することが難しい現状となっている。

多忙な業務の中で研修には効率的に参加する必要があり、タイトル負けする内容の研修も時々あり、なかなか難しい。

※1宿泊をしなければならないような研修は業務上、または法人からの許可は無理かと思われる。休暇を取っての参加になると思われる。

※2センター内のマンパワー不足（これは包括業務が繁雑であることと背中合わせ）のため当センターでは独自の認知症に関する研修会や家族会を、必要性を感じても行えない現状がある。自己啓発研修も多忙な業務の中、そうそう参加できない（事務所が空になる）。

※3委託費が少なく、法人内での赤字部門のため、本の購入や研修参加もままならない。かといって、○市は丸投げなので、必要な研修費も人件費も出してくれないため、全くあてにならない。なので、どうしても有給、自腹の研修になっている。

○開催の要望（２件）

一つの研修に職員が何人も参加できるわけではないので、年間の研修項目で同一の項目が年に2～3回あってもよい。「休日」の研修や業務時間以外での研修が開催されることで参加しやすくなるのではないか。有志での勉強会の機会があるとよい（月1回程度の夜18時ぐらいから）。

講演会、研修会に参加しているが、2日以上で開催している研修会がない。

○現状の問題点、今後の課題（１０件）

○業務内容、職員に関して（４件）

予防支援事業所と包括業務が分かれると、もう少しすっきりと仕事ができるのにと思います。保険者によりやり方が違うのだと思いますが、保険者がどう考えるかによってどう運営されるかが決まり、また委託された法人の考えによりどう動くかが決まるので、やりたいと思ってもできないことが多くなってきます（人員の確保が困難）。

相談スキルのアップの必要。標準化が必要。

※2認知症高齢を支援するネットワーク構築のためには、乗り越えるハードルが多くある。センター内のマンパワー不足（これは包括業務が繁雑であることと背中合わせ）が最大の要因である。このため当センターでは独自の認知症に関する研修会や家族会を、必要性を感じても行えない現状がある。併設施設がなく、応援要員がいない。背景には委託費に見合わない業務委託があると思われる。

※3特定高齢者への訪問も望まれていない人が多いのに、これをやる意味がわからない。もっと効果的な方法を考えたらいいのにと思うが、厚労省が言っているからやれと言うばかり。アンケートばかりやっても今まで何も改善されない。時間の無駄だと思う。現場は使い捨ての駒ぐらいにしか思われていないから仕方ないと思いますが。自分のモチベーションを保つだけに精一杯で、いい援助はできていないと実感しています。

○医療機関に関して（２件）

かかりつけ医の認知症に対する理解や取り組みの機能向上を希望します。かかりつけ医、サポート医の数は増えているのかもしれませんが、現場はほとんど変わっていません。

市内に精神科医がおらず、受診が困難。行政に働きかけ誘致を要望するもままならず、保健所も分室になる始末。内科開業医で対応しているが、専門医がほしい。

○家族（子ども）の協力が得られない（２件）

子どもからの支援が得られにくい状況が増えている。特に遠方だったりすると、その傾向が強い。

※4村外家族の理解、援助が得られない状況に苦慮しています。

○その他の課題（２件）

※4認知症への理解への周知を考えなくてはと思いますが、なかなか対応できないのが現状です。一つ一つの事例に対応しているのが現状です。

※3委託費が少なく、法人内での赤字部門のため、本の購入や研修参加もままならない。かといって、○市は丸投げなので、全くあてにならない。ストレスが溜まっても個人で解決するしかなく、そのうち誰かが病気になるだろうと言っている状況。ケアマネに対する支援はあるのに、包括職員に対する支援が今まで皆無なのはおかしい。特に認知症で困っても相談する所がない。

○その他（２件）

着任してまだ1年ということもあり、知識、技術不足で満足な対応ができていないことがあると反省していますが、介護予防ケアマネジメントもしっかりできていないのに、その他の業務についてはどのように業務をこなしたらよいのか悩んでいる毎日です。

回答で「多い」「少ない」等の指標がないため、アンケートの内容について、かなりザックリしたものになっています。

注）同じ票の意見を分割した場合には、前に※1、※2、・・・を付けています。

5．考　察

地域包括支援センターの業務の実態、とくに認知症の人とその家族の支援に関わる業務の実態と課題を知るため、昨年度（平成20年度）は、認知症介護研究・研修大府センター調査チームが愛知県の知多北部広域連合の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2～3時間かけて自由に語り合うヒアリングを実施した。その結果は昨年度の報告書[1)]にまとめた。このヒアリングは地域包括支援センターの実態やスタッフの具体的かつ詳細な業務内容およびスタッフが抱えている悩み、問題点を明らかにし、地域包括支援センターの現状に対する定性的分析になった。今年度（平成21年度）は、昨年度のヒアリングを基に調査票を作成し、愛知県内のすべての地域包括支援センター180カ所に送付してアンケート調査した。より広域の県レベルでは、地域包括支援センターの実態と課題はどうか定量的分析を行い、今後の地域包括ケアへの取り組みや認知症介護家族支援のあり方に資することを目的とした。

愛知県における地域包括支援センターの実態調査に関しては、平成20年度に愛知県医師会・社会福祉専門委員会が実施し（以下医師会調査[2,3)]と略す）、また平成21年度には愛知県健康福祉部高齢福祉課がアンケート調査を行っている（以下高齢福祉課調査[4)]と略す）。そこで本事業では重複する設問はできるだけ避け、認知症関連の相談や支援、またその延長線上にある地域支援ネットワークの現状分析に焦点をしぼった。

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、介護予防ケアマネージメント（ケアプラン作成等）は最も順調・活動的で、その主業務であるケアプラン作成に費やす時間も5業務の中では最多であった。これは医師会調査[2)]とも一致する。総合相談支援業務はそれに次ぎ、順調と認識され、費やす時間も2番目に多いという回答が多数（73.9％）を占めた。これに対し権利擁護、包括的継続的マネージメントは順調と認識している回答が少なく、特に地域支援ネットワーク構築は最悪で、不十分または未着手という回答が5業務の中では最も多かった。

介護予防ケアマネージメントは、最も順調とみなされたものの、その主業務であるケアプラン作成に忙殺されており、本来の業務に支障を来している地域包括支援センターが多いことが自由記載から推測された。このことは医師会調査[2)]でも強調されている。しかしケアプラン作成件数のセンター間のバラツキは大きく、その理由はケアプラン作成の外部委託数に由来していると考えられる。外部委託件数を増やした市町村では、総合相談支援など他の業務も順調で、それに費やす時間も増える傾向が本調査でみられた。地域包括支援センターの保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の配置は各1名のところが大半で、2名配置のセンターは20％以下であるという現状では、自由記載からもわかるように、この人数で前述の5つの本来業務を円滑かつ適切に遂行するのは至難であると考えられた。

総合相談支援業務の中で認知症に係わる相談の割合は、2～3割という回答が約半数で、4～6割という回答が24.6％と認知症関連の相談は意外に多かった。相談依頼先は家族と民生委員からがほとんどで、市役所などの行政や居宅介護支援事業所のケアマネジャーからも若干みられた。昨年度のヒアリング[1)]では、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かった。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。

相談内容は、介護保険サービスの利用、周辺症状（徘徊、暴言などの行動・心理症状）に関する

相談がこの順で多く、この点は医師会調査[2]とほぼ同様である。

支援が困難と感じる相談の1つは、虐待・権利擁護（財産管理など）である。これは家族からの相談内容別頻度では最も低かったのに、支援困難事例としては最多を占めた。認知症の症状がはっきりしているのに本人が受診を拒否し、家族も認知症への偏見や肉親ゆえの客観的判断の欠如から受診に同意しない場合、適切な社会資源につなぐことができず、困難事例と感じる。さらに家族が世間体を気にして隠すケースでは、「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。

包括的継続的ケアマネジメントは順調との回答は少なかったが、主な内容は、周辺症状（妄想、徘徊、暴言など）や介護家族の支援（心身の健康、家族内調整など）など困難事例への継続的な対応である。この困難事例の解決には地域ネットワークが重要になる。

医療と介護と地域の連携システムの構築により、認知症になっても安心して暮らせる町づくりを進めるという「地域包括ケア」は国の基本方向である。認知症の人や家族を支えるネットワークには、こうした組織間の連携による大規模な「組織的レベルでのネットワーク」と、ひとりひとりの認知症の人の身の回りの「個別のネットワーク」に大別することができる。前者の例の１つは、徘徊・不明者の早期発見のための市レベルで組織された「見守りネットワーク」であり、後者の例としては、地域包括支援センターのスタッフが関与して作られた民生委員や近隣の人、またよく出入りするコンビニの人との協力によるネットワーク、つまり「手作りのネットワーク」である[1]。「組織的レベルでのネットワーク」では、認知症かかりつけ医や認知症サポート医との連携が要であり、一般人である

認知症サポーターを巻きこむことが重要になる。このサポーターは平成17年に認知症サポーター養成講座が開始して以来、丸4年間を待たずして100万人を突破し、増加が続いている。

かかりつけ医やサポート医とのシステムとしての連携、またサポーターとのシステムとしての連携については、本調査では、「機能している」との回答は5％以下、「機能していない」は約50％であり、これに対し個別のネットワークについては、順調が9.4％、十分でないが34.1％であった。いずれも十分機能していないが、後者は前者にくらべ少しよい。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なネットワークは、かかりつけ医やサポーターの養成数は増加したものの、国の構想通りの系統的、組織的な構築はまだ見られない。第１段階が達成し、実質を求められる第２段階に向かっていると言えようか。

地域包括支援センターの多くは、認知症地域支援体制づくりに取り組むビジョンの設定段階にあり、支援に必須の地域資源マップがまだ作られていない市町村が90％を越える[4]。しかし先進的な地域包括支援センターでは、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[1]。個別のケースでは、地域包括支援センター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ている[1]。この「個別のネットワーク」というボトムアップの貴重な動きが大規模な「組織的レベルでのネットワーク」の動きと融合したとき、地域包括ケアの目標達成は近づくであろう。

地域支援ネットワーク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。

連携が難しい相手は、地域包括支援センターが特に重要視している医療機関・施設という点は、

本調査でも、医師会調査[2,3]、高齢福祉課調査[4]でも同じである。高齢福祉課調査[4]では、地域包括支援センター運営協議会の構成員に医師は選定されているが、認知症の支援困難事例の検討会に医師が参加しているのは16.7％にすぎない[4]。ケースを通じての医師との関わりはあるが、医師会との関わりはない[2,3]、とくに総合病院の勤務医との連携は勤務医が多忙なため、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[1,3]のが現状である。

本人と家族支援のために社会的資源を活用するには、認知症という医師の診断と告知が重要である。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。しかし紹介する認知症の専門的な医療機関が少なく、また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[1]。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。

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[1,2]。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）、ケアマネージャーとの協調などが有用である[1]。

職員の組織的教育・研修体制については、貧弱であり、問15の結果からも分かるように、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、他の団体主催による外部の1日間だけの講演会や研修会に出張扱いないしは自主的に出席したりしている。2日間以上の研修会への出張扱いの参加はほとんどない。

平成20年度に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」で地域包括支援センターの中に認知症疾患医療センターと連携する認知症連携担当者が配置されることになった。その連携担当者には認知症介護指導者の非常勤勤務が想定されているが、実際には認知症介護指導者は元来の職場が多忙で余力が少ないし、地域包括支援センターの内容にも馴染みがない。今後は、地域包括支援センターのスタッフの中から、認知症介護指導者が少数でも育成され、今後ますます増える認知症関連の業務につき広域なレベルで指導的役割を果たすことが望まれる。地域包括支援センターのスタッフの業務のバランスを考慮したうえで、研修システムの充実が実現すれば、地域包括支援センターのスタッフの支援能力はさらに伸び、認知症にかかわる諸問題の解決に大きな力になるだろう。

文献

1）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．社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター。平成21年3月.

2）愛知県下における地域包括支援センターの活動並びに連携等に関する実態調査結果についてー（その1）.
愛知県医師会・社会福祉専門委員会. 愛知医報. 第1838号, 2008年.

3）愛知県下における地域包括支援センターの活動並びに連携等に関する実態調査結果についてー（その2）.
愛知県医師会・社会福祉専門委員会.愛知医報. 第1839号, 2008年.

4）平成21年度市町村における認知症地域支援体制構築に向けた取り組み状況調査結果. 愛知県健康福祉部高齢社会課. 2010年.

巻末資料

資料1　第3回 検討委員会 議事録 01

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３回　検討委員会　議事録

【開催日時】　平成２１年７月１０日（金）　１３：３０～１５：３０

【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）
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）
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）
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）
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．　21 年度事業全体の内容説明と事業報告

資料に基づき、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。

（報告）21 年度事業の目標について

- 大府センターコミュニケーションパックの完成版を作成すること。
- 完成版のパックを活用するために、介護従事者のパーソン・センタード・ケア理解のための、普及講演会と小グループ活動を行う。

２．　（試行版）コミュニケーションパックの進捗状況報告

コミュニケーションパックの試行とアンケート結果より、改訂版への作成に向けての課題について、教材作業部会委員の金田委員より、説明がなされた。

（報告）コミュニケーションパック試行のアンケート結果について

- 配色の問題。明るすぎて、長時間見るのに疲れる。
- 紙芝居形式で一枚に２つ以上の項目が入っており、分かりづらいので、一枚１項目とする。
- 医学的については、認知症についてアルツハイマー以外の疾患についても加筆する。また順番についても再検討が必要。
- 認知症になってしまった方だけを対象とするのではなく、認知症かどうかわからない前段階の方たちを対象とした教材が必要。どこへ相談すればよいのか、どんな病院にかかればいのか。早期発見はなぜ必要なのか。等の導入部分の説明が欲しい。
- このパックはＰＣＣの視点を用いたことが特色となるので、介護家族にＰＣＣを伝えるための、専門職に対するリーフレットの作成が必要。

資料1　第3回 検討委員会 議事録 02

3．　ご意見

（塚本委員）

焦点は認知症の人に絞らないと整理がつかないシートになる可能性がある。認知症の方の行動に対して、負担に思っている家族の方の情報を、きちんと整理していく作業は必要である。

医学的知識の部分は、住民向けサポーター養成講座などの資料と同等に活用できる資料と見ているので、住民の方に理解しやすいように改良していただきたい。

（矢吹委員）

地域包括支援センター職員が、同じテキストを使っても伝え方の能力の差により全く違う伝わり方になるので、丁寧な教育が必要。

今の家族支援の方向性は支える、守る（保護する）という視点から、本人に力を付けるという方向になって、家族を教育するという視点に変わってきているので、家族の教育に使えるものを作る。

（大島委員）

介護現場は待ったなしの状態なので、走りながら変えなければならない所は改定していく。アイデアを活かし、検証しながらどれだけ広げるかが課題。またＰＣＣ（パーソン・センタード・ケア）そのものの検証もまだ十分ではないので、これからは学問的な視点を持つことが必要になっていくことの方が、重要度が高い。

（山本委員）

エンドポイントはＰＣＣを理解することで、理念を理解していただければ、良い介護ができるのではないか。認知症に限らず、老人介護の基本はＰＣＣであることを広げた方がよい。まず老人と接する時には、ＰＣＣを頭に浮かべることが大切。

（小長谷委員）

最終的な目標は、家族の方に理念を理解してもらった上で、介護者もご本人も良い生活を送ってもらうことが大切である。最終的なアウトカムをどう評価するのか。

（矢吹委員）

全国展開は、指導者の活用を併せてすると、広く展開できる。また行政の方々を巻き込んで、ＰＣＣの視点でこういう事業をすることは大切であることを、各自治体の担当者に理解してもらうことが必要。

[まとめ]

知多広域管内 7 つの包括支援センターで改訂版を実際に使っていただき、その使用経験に基づいての意見を、アンケート及びヒアリングで完成版にする。完成版は、愛知県内全包括に配布し、アンケート調査を行うと同時に、三市一町で実施したヒアリング調査を行うような、地域包括支援センターの実態調査を行う。

資料2　第4回 検討委員会 議事録 01

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４回　検討委員会　議事録

【開催日時】　平成２２年３月３０日（火）　１４：３０～１５：３０

【開催場所】　あいち健康の森　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）
小野寺敦志　（国際医療福祉大学大学院　准教授）
尾之内直美　（社団法人　認知症の人と家族の会　愛知県支部）
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）
中澤　明子　（社会福祉法人　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）
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　主任研修指導主幹）
本田　恵子　（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導員）
汲田千賀子　（認知症介護研究・研修大府センター　研究部研究員）
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】

１．開会の挨拶　委員長（柳　務）　省略

２．21 年度事業全体の概要説明と事業報告

資料に基づき、柳委員長より、今年度の全体概要説明の報告がされた。

（報告）今年度の事業目的を大きく分けると、パーソン・センタード・ケアの理念を普及させることと、地域包括支援センターが使える大府センター式コミュニケーションパックを作成することである。地域の中核の拠点となる地域包括支援センターに焦点を当てることは、この事業が終了しても、地域に根付いて、継続できることを期待したからである。全国展開の講演会では、パーソン・センタード・ケアの普及のために、講師を担うファシリテーター養成研修会と小グループ活動の実施という二段階で行った。また大府センター式コミュニケーションパックの完成後には全国説明会を展開し、愛知県内の包括支援センターの実態調査では、昨年度に三市一町で行われたアンケートと重ね合わせたアンケートを実施した。

３．21 年度事業の詳細内容説明

「大府センター式コミュニケーションパック完成版」普及のため、札幌、仙台、富山、大阪、広島、熊本の全国 6 ヶ所で行われた説明会について、中村委員より報告がされた。

（報告）説明会の実施内容としては、コミュニケーションパック完成版までの経緯の説明と、相談シートを活用して、困り事に対する視点の転換を図る有効なシートであること等の説明を盛り込んで実施した。全国 6 ヶ所で 215 名の参加者があり、説明会の感想を聞いたアンケートを実施した結果、180 名の回答があった。その結果、概ね好評であったが、コミュニケーションパックの演習をする研修や活用後のディスカッションをする研修がして欲しい、パーソン･センタード・ケアについての研修も必要だという意見が出された。またこのコミュニケーションパックは、地域包括支援センターだけではな

資料2　第4回 検討委員会 議事録 02

く、介護職などの専門職の勉強にも使えるツールであるという意見も出された。

4．ご意見

（柿本委員）

コミュニケーションパックで工夫して欲しいという意見はなかったか。

⇒（中村委員）説明を聞いただけで活用するのは、難しいという意見、使い方のDVDなどで詳しく知りたい、もう少し使ってみないとわからないという意見もあった。

（塚本委員）

事業終了後の普及・啓発に向けての大府センターの考え方を教えて欲しい。

⇒（柳委員長）報告書を書いて終わりの事業にはしたくない。愛知県内の地域包括支援センターや行政に送付して、広くPRして使って評価を頂き、完成度の高いコミュニケーションパックにしていきたい。

実際に家族と一緒に使いながら上手く使えるかどうか、実践の中で積み上げてもらい、その情報提供しながら、今後も大府センターと一緒にやっていけるといいと思う。

（矢吹委員）

DCネットの活用は、考えているのか。今後データで欲しいという人には、相談シートなどを、ダウンロードができるようにすると、広く使っていただけるのではないか。

（小野寺委員）

部数がなくなった後は、PDFファイルで掲載して、普及させて使っていただければ、良いのでは。アンケートも一緒にＤＣネット上に掲載できる。年度初めや必要なときにはアクセス件数が増えるので、タイミング的にはいいかもしれない。

（中澤委員）

職員の思考が整理されるシートになると思う。コミュニケーションパックがデジタル化されると、所々、取り出して職員や看護学生の実習にもパーソン・センタード・ケアのグレードアップした資料として使える。相談シートは一度書くだけではなく、何度もワープロで付け加えていけるとなお良い。一つのデータとして蓄積されると、ケアの変化がわかるようになるのではないか。

（神谷委員）

1年か2年後のこのコミュニケーションパックの評価が知りたい。

（尾之内委員）

ケアマネのレベルがバラバラなので、コミュニケーションパックを使うことで、標準化できるのではないかという期待がある。包括支援センター職員やケアマネが一番困っている事は、いろんな家族の状況にどうアプローチしていくのかということなので、家族の状況に合わせた活用の仕方を考えていくことが、今後の課題になっていくのではないか。

（大島委員）

医療関係者との関係はどうなっているのか。現場にはどのようなものがあって、どのように使われているかの理解があって、はじめて連携ができて医療が成立する。そのためには、大きなプログラムを作っていくことが大事である。

サポート医研修では、かかりつけ医にただ知識を流し込むだけの座学だが、地域に出て動き始め、いろんな問題にぶつかる中で、成功の事例も出始めている。その成功事例を解析しているが、医療とケアの良い関係が、良い状態を作り出すという結果が出てこれば、具体的な教育プログラムができていくだろう。

医療のあり方が、「治す医療」から「生活をアシストする医療」にシフトしてきているが、まだ大きなギャップがある。介護の現場が見える形にしていかないとまだまだ難しい。

以上

資料3　第5回 モデル地域基礎調査部会 議事録 01

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3　第5回 モデル地域基礎調査部会 議事録 02

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。

資料4　第6回 合同作業部会 議事録 01

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６回　合同作業部会　議事録

【開催日時】平成２２年３月３０日（金）１３：００－１４：００
【開催場所】あいち健康のもり　健康プラザ2F　会議室４
【出 席 者】
塚本　鋭裕（大府西包括支援センター　課長補佐）
山下　知彦（社会福祉法人　仁至会　サンサン大府　支援課長）
阪野嘉代子（知多北部広域連合　事業給付係　係長）
井上　豊子（介護老人保健施設ルミナス大府　看護介護部長）
深見　重夫（グループホームもくせいの家　管理者）
齊藤　妙子（介護老人保健施設　みず里　サービス統括部長）
大矢　日信（グループホーム　たけのこ　事務長）
久野　恵三（西尾市包括支援センター　せんねん村）
汲田千賀子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部研究員）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター　主任研修指導主幹）
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）
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．**開会の挨拶**　　センター長（柳　　務）　　省略

２．**今年度事業の全体の概要説明と事業報告**
資料に基づき、柳センター長より、今年度の全体概要説明が報告された。
（報告）今年度は大府センター式コミュニケーションパックの試行版をもとに、完成版を作成した。全国展開として、愛知県内４ヶ所と東京・大阪での特別講演会とコミュニケーションパック完成後には、全国６ヶ所で、コミュニケーションパック説明会を開催した。パーソン・センタード・ケアを習得するために、愛知県４ヶ所と東京で小グループ活動も行った。また昨年度行った、三市一町の地域包括支援センターにおける実態調査のヒアリングを行ったが、今年は愛知県全体ではどのように位置づけられるかの実態調査を行った。

３．　**今年度事業の詳細内容説明**
「大府センター式コミュニケーションパック完成版」の普及のため、札幌、仙台、富山、大阪、広島、熊本の６ヶ所で行われた全国説明会について、中村委員より報告された。
（報告）コミュニケーションパックが完成し、出来るだけ多くの人に知ってもらいたいという趣旨で全国６ヶ所の説明会を実施した。合計で 215 名の参加があり、内容はセンターの紹介や事業紹介をした後で、主に柱となっている「相談シート」の使い方について中心的に話をした。終了後のアンケートでは 180 名の回答があり、概ね好印象の反応であった。回答として、地域包括支援センター職員だけでなく、専門職の勉強会や、地域の介護教室、予防教室、民生委員の研修など、他の用途にも十分使えるのではないかという意見が多数あった。今後の課題としては、活用の仕方の演習をして欲しい、パーソン・センタード・ケアの研修を受けるなどして、自分自身も学んでいく必要があるという意見も多く寄せられた。また小グループ活動では、パーソン・センタード・ケアの理念の普及にあたり、各地域に広めていくために、大府センターの修了生を集めて、パーソン・センタード・ケア入門編の進め方の教育研修会を行った。ここで修了した人には、愛知県内４ヶ所と東京で行われた小グループ活動の講師役を担ってもらい、受講生には

資料4　第6回 合同作業部会 議事録 02

とても好評だった。

4．ご意見

(大矢委員)

障害者の捉え方 ICF と同じで、「機能障害に目を奪われるのではなく、個人因子、環境因子から来る、生活障害を障害と言いましょう」と言われるように、本人らしさが発揮できていないことをバランスよく見ることが出来るシートになっている。本人が何を言おうとしているのかに、耳を傾けることは大事なので、よく出来た「相談シート」になっていると思う。

(田中委員)

今後の展開を具体的に教えていただき、そこに皆がどう参加できるのかを聞きたい。

⇒（センター長）実際に使われ、広がっていくことで完成度の高いものを目指したい。いかにして広げていくのかについては、報告書とコミュニケーションパックを愛知県内全ての包括支援センターと行政機関に送る。そして実施後の使用経験を入手できるようなアンケート調査を実施する予定。

(久野委員)

今後どれだけ浸透していくのかが問題。

⇒（センター長）包括支援センターは地域の中核なので、継続的に使っていただくことが広がっていくことになるのではないか。

(齊藤委員)

実際に施設で使った結果、本人を知ってもらうために、とても役に立っている。関係性の悪い家族などに冷静になっていただくには、とてもよいツールである。もっと使い方をしっかり知りたいという地域包括支援センター職員もいるので、その時には勉強会などをして欲しいという要望は受けてもらえるのか。

⇒（柳センター長）要望があれば、教育研修で養成した講師を派遣することも含めて考えていきたい。

(深見委員)

版権などはなく、コピーして使ってもいいのか。誰もが使えるように販売なども考えていいと思うが。

⇒（センター長）出版社に相談して製本することも考えている。実費いただいて追加するか、更に広がるなら製本化も今後検討していく。

(阪野委員)

三市一町の地域包括支援センターと大府センターの運営事業に携わることができたことは、大変に勉強になった。今後、コミュニケーションパックの展開や、認知症支援に関わることが一緒に出来ることがあれば、本当に有難いことだと思う。

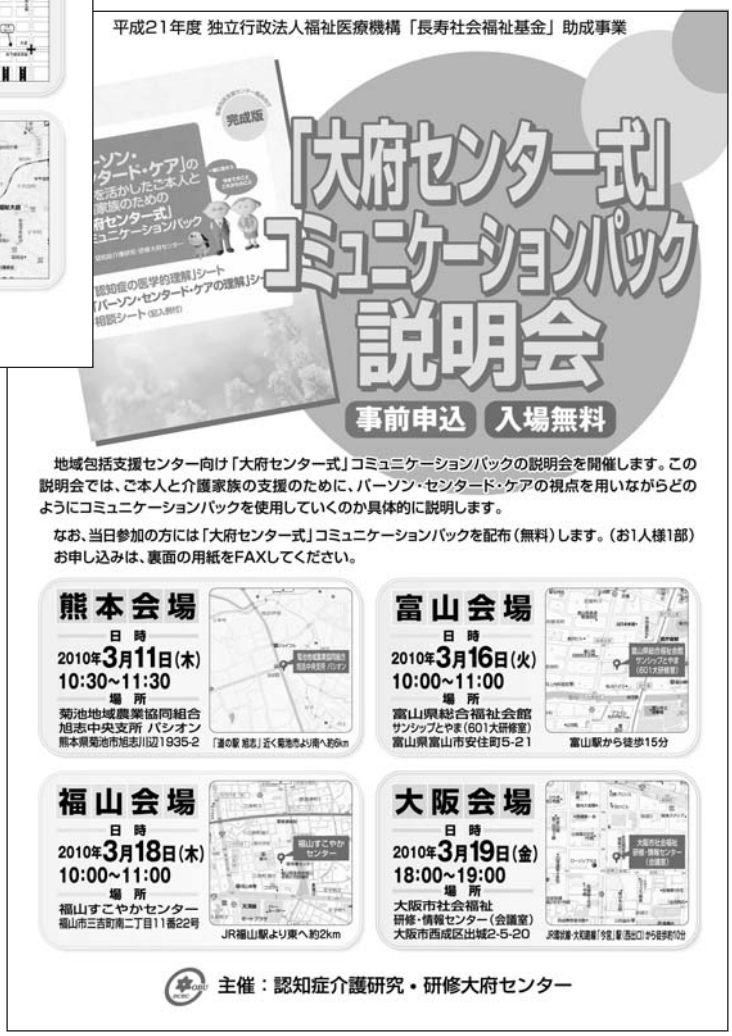
以上

資料5　特別講演会

▲愛知県内４地区での講演会ポスター

▼大阪、東京での講演会ポスター

資料6「大府センター式」コミュニケーションパック説明会



資料7　地域包括支援センターと認知症に関するアンケート調査 01

地域包括支援センターと認知症に関するアンケート調査

市町村名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　貴センターの名称　（　　）

問1　貴包括支援センターの運営主体につき、当てはまるものに○をつけてください。

1．直営	（1）広域連合等の広域市町村
2．委託	（1）社会福祉法人
	（2）社会福祉協議会
	（3）医療法人
	（4）社団法人
	（5）財団法人
	（6）株式会社
	（7）NPO 法人
	（8）その他

問2　職員数を記入してください。

	常勤	非常勤
主任ケアマネジャー	人	人
看護師（保健師）	人	人
社会福祉士	人	人

問3　地域包括支援センターの役割とされている下記の5業務につき、貴包括支援センターの現在までの活動状況につき、該当する項目に○をつけてください。
（5．順調、　4．やや順調、　3．普通、　2．やや不十分、1．不十分または未着手）

① 介護予防ケアマネージメント（ケアプラン作成等）　（5，4，3，2，1）
② 総合相談支援　（5，4，3，2，1）
③ 権利擁護　（5，4，3，2，1）
④ 包括的継続的ケアマネージメント　（5，4，3，2，1）
⑤ 地域支援ネットワークの構築　（5，4，3，2，1）

コメントがあれば記入してください。

1

問4　下記の5業務につき、スタッフが費やす時間の多き順に1～5の順位をつけてください。おおまかな印象で結構です。

	平成21年度（1月まで）
① 介護予防ケアマネージメント	（　　位）
② 総合相談支援	（　　位）
③ 権利擁護	（　　位）
④ 包括的継続的ケアマネージメント	（　　位）
⑤ 地域支援ネットワークの構築	（　　位）

問5　平成21年度（1月まで）のセンター・委託別のケアプラン作成件数と増減の傾向をお教えください。増減の傾向は該当する数字に○をつけてください。

センター作成　（　　件）　（1　増加　2　ほぼ同じ　3　減少）
委託作成　（　　件）　（1　増加　2　ほぼ同じ　3　減少）

問6　総合相談支援で認知症に関わる相談は約何割を占めますか。該当するものに○をつけてください。または傍線のカッコ内に数字（整数）を記入してください。

1．1割以下　2．2-3割　3．4-6割　4．7-8割　5．9-10割　（　　）割

問7　認知症に関わる相談のうち、どこからの相談依頼が多いですか。1～11の項目につき、当てはまる頻度を右の数字から選び○をつけてください。

	多い	やや多い	普通	少ない	ないか殆どない
1．家族	5	4	3	2	1
2．民生委員	5	4	3	2	1
3．近隣住民	5	4	3	2	1
4．保健所・保健センター	5	4	3	2	1
5．行政（市役所など市町村保険者）	5	4	3	2	1
6．病院	5	4	3	2	1
7．医師会・診療所	5	4	3	2	1
8．居宅介護支援事業者	5	4	3	2	1
9．施設サービス事業者（老健、特養、GH など）	5	4	3	2	1
10．社協などの団体	5	4	3	2	1
11．その他（　　）	5	4	3	2	1

2

資料7　地域包括支援センターと認知症に関するアンケート調査　02

問8　家族からの相談の内容で以下の項目に当てはまる頻度を右の数字から選び○をつけてください。

	多い	比較的ある	普通	少ない	ないか殆どない
1．認知症の理解に関する相談	5	4	3	2	1
2．周辺症状（妄想、徘徊、暴言など）に関する相談	5	4	3	2	1
3．介護保険サービスの利用	5	4	3	2	1
4．医療機関受診（専門医など）	5	4	3	2	1
5．認知症本人の支援（受診同意、服薬管理、運転免許など）	5	4	3	2	1
6．介護家族の支援（心身の健康、家族内調整など）	5	4	3	2	1
7．虐待・権利擁護（財産管理など）	5	4	3	2	1
8．その他（　　）	5	4	3	2	1

問9　問8と一部重複しますが、家族からの相談の具体的内容で比較的よく経験するものを教えてください。下記の該当する項目に○をつけてください。（複数回答可）

1．介護保険制度の説明
2．認知症の今後への不安
3．行動・心理症状（BPSD）への対応
4．近隣とのトラブル
5．独居で火の元が危ない
6．運転免許の返上
7．家族の精神的負担
8．家族の医療機関受診拒否
9．本人の受診拒否
10．服薬拒否
11．介護保険サービス利用の拒否
12．金銭管理
13．悪徳商法に引っかかっている
14．その他（　　）

問10　認知症に関する相談で支援が困難と感じることはどんなことですか。下記のうち該当する項目に○をつけてください。（複数回答可）

1．認知症の理解に関する相談
2．周辺症状（妄想、徘徊、暴言など）に関する相談
3．介護保険サービスの利用
4．医療機関受診（専門医など）
5．認知症本人の支援（受診同意、服薬管理、運転免許など）
6．介護家族の支援（心身の健康、家族内調整など）
7．虐待・権利擁護（財産管理など）
8．その他（　　）

問11　問10と一部重複しますが、支援困難と感じる具体例で比較的よく経験するものを教えてください。下記の該当する項目に○をつけてください。（複数回答可）

1．認知症の理解度が低い
2．認知症本人が独居
3．本人の同意が得られず、受診やサービスにつながらない
4．家族の同意が得られず、受診やサービスにつながらない
5．家族関係の亀裂
6．家族が認知症の人を抱え込む（閉じ込め）
7．家族の協力が得られない
8．家族あるいは親戚をまとめるキーパーソンがいない
9．相談したり、診療する「かかりつけの医師」がいない
10．経済的に困窮している
11．その他（　　）

問12　認知症の地域支援・ネットワークにつきお尋ねします。

医療と介護・福祉と地域の連携システムの構築により、認知症になっても安心して暮らせる町づくりをすすめるというのが国の施策で、現在までに多くのかかりつけ医、サポート医がうまれ、地域では多くのサポーターが養成されました．認知症の人や家族を支えるネットワークには、こうした組織間の連携による「組織的レベルでのネットワーク」とひとりひとりの認知症のひとの身の回りの「個別のネットワーク」に大別できるかと思います。前者の一例は、市レベルの徘徊・不明者の早期発見ネットワークであり、「個別のネットワーク」の一例は、民生委員や近隣の人、またよく出入りするコンビニとの協力による支援であり、「個別の手作りのネットワーク」ともいえます。

個々の地域包括支援センターで認知症の人や家族の支援を行う場合に、地域支援・ネットワークが機能しているかどうかにつき、該当する項目の数字を○で囲んでください。

資料7　地域包括支援センターと認知症に関するアンケート調査 03

1） 組織的レベルでのネットワーク
（ 1．機能している　2．どちらともいえない　3．機能していない ）
2） かかりつけ医やサポート医とのシステムとしての連携
（ 1．機能している　2．どちらともいえない　3．機能していない ）
3） サポーターとのシステムとしての連携
（ 1．機能している　2．どちらともいえない　3．機能していない ）

問 13　貴センターでの家族支援で、個別のネットワークづくりの状況につき、該当する項目の数字に○をつけてください。

（ 1．順調　2．どちらともいえない　3．不十分 ）

問 14　家族を支援する場合に、どのような社会資源を利用したことがありますか。下記の項目につき、当てはまる頻度を右の数字から選び○をつけてください。

	よくある	比較的ある	ふつう	少ない	ないか殆どない
1．利用者の住居の管理者（大家・不動産屋）	5	4	3	2	1
2．利用者の居住地域を担当する民生委員	5	4	3	2	1
3．利用者が日ごろ利用している個人商店	5	4	3	2	1
4．利用者が日ごろ利用しているコンビニエンスストアー	5	4	3	2	1
5．利用者が日ごろ利用しているスーパー	5	4	3	2	1
6．利用者が乗車するバスの運転手	5	4	3	2	1
7．利用者宅へ配達をする郵便局員	5	4	3	2	1
8．利用者宅へ配送する新聞配達員	5	4	3	2	1
9．近隣住民	5	4	3	2	1
10．利用者が信仰する宗教上の関係者	5	4	3	2	1
11．配食サービスの配達員	5	4	3	2	1
12．家族会の紹介・案内	5	4	3	2	1
13．カウンセリングの紹介・案内	5	4	3	2	1
14．その他（　　）	5	4	3	2	1

コメント

5

問 15　認知症高齢者・特定高齢者とその家族の相談で必要な知識や技術の習得のための勉強会や研修はどのような状況ですか。貴包括支援センター内での事例検討会以外のものに絞ります。下記の項目につき、該当する項目の数字に○をつけてください。

	かなり乃至は十分ある	ときにある（年に1～3回程度）	ない
1．個人的に本を読んでの勉強	3	2	1
2．センター内で講師や外部の専門家を招いての勉強会	3	2	1
3．他の団体主催の外部での講演会や研修会（1日間）への自主的参加	3	2	1
4．他の団体主催による外部での講演会や研修会（1日間）への出張扱いの参加	3	2	1
5．他の団体主催による外部での講演会や研修会（2日以上）への出張扱いの参加	3	2	1
6．その他	3	2	1

コメントまたは希望

6

平成21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 支援プログラム開発事業

平成22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

印　刷：　常川印刷株式会社
〒460-0012　愛知県名古屋市中区千代田二丁目18-17
ＴＥＬ（052）２６２－３０２８㈹　ＦＡＸ（052）２６２－１０８５

社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター