

## ⑮-3 認知症に関する事例

## はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。都道府県・研修実施機関の指示・指定に従ってチャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 都道府県・研修実施機関が指示・指定した全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。

※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

# 本科目の構成

- 本科目の構成は以下の通りです。

Eラーニング	内容
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認
●	(2) 知識・技術の基本的な理解 ① 認知症とは ② 中核症状と行動・心理症状 (BPSD) ③ 認知症の特徴 ④ 認知症と医療及びケア ⑤ 認知症の利用者と家族への支援 ⑥ 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント
●	(3) 実践的に活用する上での留意点 ① インテーク ② アセスメント ③ 居宅サービス計画原案作成 ④ サービス担当者会議 ⑤ サービスの提供や介入 ⑥ モニタリング ⑦ 評価
●	(4) 地域包括ケアシステムへの展開 ① 今後の認知症施策の方向性について ② 地域包括ケアシステムの5つの視点と4つの支援

# 本科目の目的、修得目標の確認

# 本科目の目的

- 本科目の目的は以下の通りです。

## ■ 認知症の症状

- 認知症の器質的障害種類別の原因、症状、改善可能性、症状の進行並びに薬物療法の有効性、留意点及び副作用について理解します。

## ■ 認知症の医療及びケア

- 認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題に関する講義を行います。
- 認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解します。

## ■ ケアマネジメントアプローチの留意点

- 認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解します。
- 独居で認知症の利用者等に対するアプローチの視点や方法を理解します。

## ■ 認知症である利用者と家族への支援

- 認知症の利用者と居宅している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得します。

## ■ 中核症状と行動・心理症状

- 認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解します。

# 修得目標

• 本科目の修得目標は以下の通りです。

- ① 4つの代表的な認知症について、その特徴とケアのポイントを述べることができる。
- ② 認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題について説明できる。
- ③ 独居で認知症の利用者等におけるアプローチの視点や方法について説明できる。
- ④ 認知症の利用者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の必要性について説明できる。
- ⑤ 認知症ケアの考え方に基づき、ケアマネジメントへの展開方法のポイント（倫理的な対応、医療職をはじめとする多職種連携、行動・心理症状（BPSD）、環境調整へのアプローチ等について説明できる。
- ⑥ 認知症の特性に応じたポイントを踏まえてケアマネジメントプロセスを実施できる。
- ⑦ 継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。

# 修得目標



【個人ワーク】  
10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。
- ① 4つの代表的な認知症について、その特徴とケアのポイントを述べるができる。
  - ② 認知症における療養上の留意点・倫理的な対応及び、起こりやすい課題について説明できる。
  - ③ 独居で認知症の利用者等におけるアプローチの視点や方法について説明できる。
  - ④ 認知症の利用者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の必要性について説明できる。
  - ⑤ 認知症ケアの考え方にに基づき、ケアマネジメントへの展開方法のポイント（倫理的な対応、医療職をはじめとする多職種連携、行動・心理症状（BPSD）、環境調整へのアプローチ等について説明できる。
  - ⑥ 認知症の特性に応じたポイントを踏まえてケアマネジメントプロセスを実施できる。
  - ⑦ 継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べるができる。

# 知識・技術の基本的理解



# 1. 認知症とは(1)認知症の定義

- 認知症は、ICD-10およびDSM-5等において定義づけされています。

<p>介護保険法第5条の2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症について「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。」と規定されています。</li> </ul>
<p>国際疾病分類第10版 (ICD-10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の臨床研究のために診断基準を示しています(右表)。 →</li> <li>この基準では、①記憶障害及び②思考や判断など記憶以外の認知障害があるとされています。しかし、前頭側頭型認知症やレビー小体型認知症の初期には、この基準は該当しないなどの問題があります。</li> </ul>
<p>米国精神医学会の診断マニュアル (DSM-5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>記憶障害は必須ではなくなりました。</li> </ul>

【ICD-10の認知症の診断基準（臨床研究用）の要約】

G1	①記憶障害及び②思考や判断など記憶以外の認知障害がある。
G2	覚醒している（意識障害ではない）。
G3	①感情不安定、②易刺激性③アパシー（意欲や自発性低下）、④粗雑な社会行動のいずれかの感情、意欲、社会行動の障害がある。
G4	G1が6か月以上継続している（6か月以下なら一時的診断）。

（資料図）長寿社会開発センター「七訂介護支援専門員実務研修テキスト（下巻）」P.156

# 1. 認知症とは(2)認知症の原因疾患

- 認知症の原因疾患種別は70種類以上ありますが（下表参照）、代表的な認知症はアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などです。
- この4疾患は、介護支援専門員が介護現場でたびたび対応する疾患です。その特徴を明確に知っておくことが、介護支援専門員の仕事を適切に行うことに繋がります。

分類	原因疾患
変性疾患	アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症* <sup>1</sup> （ピック型）、嗜銀顆粒性認知症* <sup>1</sup> 、神経原線維変化優位型老年期認知症* <sup>1</sup>
脳血管障害	血管性認知症
外傷性疾患	脳挫傷、慢性硬膜下血腫* <sup>2</sup>
感染症	進行麻痺（梅毒）、脳腫瘍、単純ヘルペス脳炎後遺症、エイズ
内分泌代謝性疾患	甲状腺機能低下症* <sup>2</sup> 、ビタミンB <sub>12</sub> 欠乏症* <sup>2</sup>
中毒	一酸化中毒後遺症、メチル水銀中毒、慢性アルコール中毒
腫瘍	脳腫瘍（髄膜腫）
その他	正常圧水頭症* <sup>2</sup> 、てんかん* <sup>2</sup>

\*<sup>1</sup>：生前診断が難しい。

\*<sup>2</sup>：早期の治療で回復するので、真の認知症（6か月以上継続）ではないことが多い。

# 1. 認知症とは(3)治療可能な認知症の原因疾患 (1/6)

- 治療可能な認知症とされるものとしては以下などがあげられます。

- 正常圧水頭症
- 脳腫瘍
- 慢性硬膜下血腫
- 甲状腺機能低下症
- ビタミンB12欠乏症
- 髄膜炎・脳炎

# 1. 認知症とは(3)治療可能な認知症の原因疾患 (2/6)

- 治療可能な認知症として「正常圧水頭症」を説明します。

- 正常圧水頭症は、1日に500ml ほど脳室でつくられる脳脊髄液の出口が詰まり、脳の周囲や脳室内に脳脊髄液が貯留するために認知機能が低下します。以下の3大症状が特徴です。
  - ボーツとして反応が鈍い認知機能障害（血管性認知症に類似）
  - すり足で小股・開脚に歩く歩行障害（パーキンソン病に類似）
  - 尿失禁

# 1. 認知症とは(3)治療可能な認知症の原因疾患 (3/6)

- 治療可能な認知症として「脳腫瘍」を説明します。

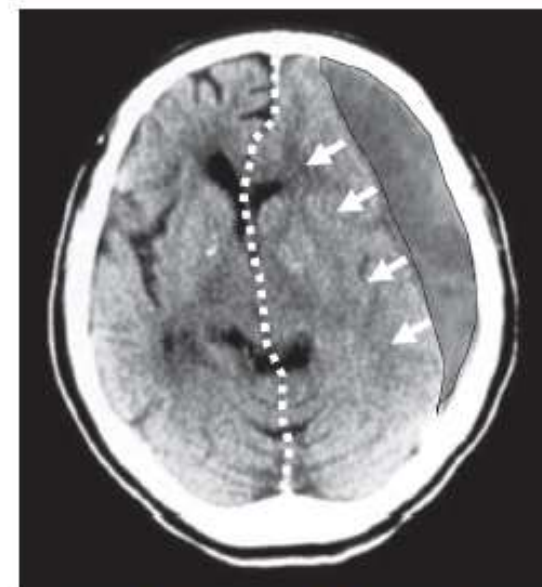
- 頭蓋骨の中の脳にできる腫瘍です。脳は固い頭蓋骨で守られているので、この内部に腫瘍ができると頭蓋骨の内部の圧力が上がります。これを頭蓋内圧亢進症状と呼び、頭痛、吐き気、嘔吐、視界がぼやけるなどの症状が出てきます。
- 高齢者の場合には、すでに脳の萎縮があり、余り圧力が上がらないためにそれらの症状が出ないことも少なくありません。しかし、反応が遅くなったり、会話が成り立たなくなったりする症状が出てきて認知症と間違えられることがあります。頭部CTなどの検査で発見することができます。

# 1. 認知症とは(3)治療可能な認知症の原因疾患 (4/6)

- 治療可能な認知症として「慢性硬膜下血腫」を説明します。

- 慢性硬膜下血腫では、頭部打撲により硬膜下に小さな出血が生じ、それが1～3か月かけて徐々に増大して大きな血腫となり、脳を圧迫するため、意識障害、認知機能低下、歩行障害などの症状が出現します。
- 手術で血腫を取り除けば、数か月以内に元の認知機能レベルに戻るため、見逃さないことが大切です。頭部CTなどの検査で発見することができます。外傷がはっきりしないで生じることもあります。日常生活の中での移動動作中の注意や転倒防止のケアが大切です。

【慢性硬膜下血腫のCT 画像】



血腫(三日月型部分)が脳を矢印方向に圧迫し、左右半球の正中部(破線)が反対側にシフトしている。  
出典：長寿社会開発センター「八訂介護支援専門員基本テキスト(第3巻)」P.239～240

# 1. 認知症とは(3)治療可能な認知症の原因疾患 (5/6)

- 治療可能な認知症として「甲状腺機能低下症」を説明します。

- 甲状腺機能低下症は、ボーツとして反応が鈍い症状を示します。血液検査でホルモン濃度を測定することで見つけることができます。

# 1. 認知症とは(3)治療可能な認知症の原因疾患 (6/6)

- 治療可能な認知症として「ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症」を説明します。

- ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症は、胃潰瘍や胃がんで胃の摘出手術を受けた例で、ビタミンB<sub>12</sub>の吸収障害によって生じます。認知機能低下だけでなく、貧血や手足のしびれ、歩行のふらつきなどの症状も出てきます。血液検査でビタミンB<sub>12</sub>濃度を測ると低下が判明します。



# 1. 認知症とは(4)他の症状との区別 (1/2)

- 統合失調症、双極性障害など精神疾患は認知症と異なります。
- 認知症と区別すべき病態として、うつ状態について以下説明します。

うつとアパシー	
認知症のうつ症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 認知症ではうつ症状が頻繁にみられます。うつ症状には、悲しさや不安感、喪失感、配偶者を亡くし悲観的、疲れて元気がないなどの精神症状と、食欲低下や不眠、慢性頭痛などの身体症状があります。</li> </ul>
うつ病	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 高齢者のうつ病は、頭痛や腹痛などの身体的訴えに加え、悲哀感などの精神的訴えも多く、自殺率も高いので、的確な診断が必要です。うつ病では、口数が少なくなったり、外出や人に会うことを避けて閉じこもったりします。また、悲観的で過去の事をくよくよ悩んだり、自分のことも責めたりします。認知症によく似た状態になり、認知テストの得点も低下するので、認知症と診断されてしまうことがあります。しかし、治療してうつ病から快復すると元の状態に戻るため、仮性認知症といわれています。うつ病は、適切な薬剤や心理療法で軽快するため、認知症と間違えないことが重要です。ただし、認知症とうつとの関係は難しいため、鑑別診断が必要になります。</li> </ul>
アパシー (apathy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• アパシーは、やる気がなく自発性が低下している状態です。うつとの区別は「だめな人間だ」「もう死んだ方がいい」といった悲観的な訴えがあり、本人が苦痛ならばうつです。ただ意欲がなく、一日中ボーッと無為・無欲、そして持続性がなく、本人はそのことが苦痛でないのはアパシーです。アパシーにはうつと異なる薬剤が有効なので、見分けて対応することが重要です。</li> </ul>

# 1. 認知症とは(4)他の症状との区別 (2/2)

- 認知症と区別すべき病態として、せん妄について以下説明します。

- せん妄と認知症の違いを右図に示します。せん妄は意識障害ですが、認知症では意識障害は起こりません。以前は、せん妄が認知症の周辺症状の一つとしてみなされていましたが、最近の行動・心理症状（BPSD）にはせん妄は含まれていません。認知症にはせん妄がしばしば合併するので、認知症の一部のような誤りが生じます。

【せん妄と認知症の区別】

	せん妄	認知症
病態	意識障害	認知障害
関係	認知症に、しばしばせん妄が合併	
誘因	あり	なし
変動	あり	なし
治療	①誘因除去、原因薬剤中止 ②治療薬剤投与	抗認知症薬

(資料図)長寿社会開発センター「八訂介護支援専門員基本テキスト  
(第3巻) JP.239~240

# 1. 認知症とは(5)代表的な認知症の知識 (1/2)

## • MCI (軽度認知障害) について理解します。

<p>MCI (軽度認知症) とは</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 軽度認知障害とは、正常加齢と認知症の間の中間的な状態のことです。認知症におけるもの忘れのような記憶障害が出現するものの、症状としては軽く日常生活に援助を必要とするほどではありません。軽度認知障害の状態にある高齢者はそうでない人と比較して認知症を発症する割合やリスクは高いといわれています。いくつかの研究ではその割合は3倍ともいわれ、リスクに至っては10倍ともいわれています。しかし、早期発見し、対策や治療を施すことによって10%の軽度認知障害者の認知機能が改善したとの報告もあるため、将来必ずしも軽度認知障害者がすべて認知症になるとは限りません。</li></ul>
<p>予防対策</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 中年期の糖尿病や高血圧、高コレステロール血症など認知症の危険因子とされているこれらの生活習慣病を改善していくことが、重要な認知症の予防対策となります。</li><li>• また、定期的な運動や食事療法、薬物療法のほか、積極的な社会参加や余暇活動を通じて脳の活性化を図るなどの取り組みを行うことは認知症予防に有効な手段といわれています。</li></ul>
<p>介護支援専門員の 認知症予防の取組</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 利用者のかかりつけ医と定期的連携を取っておき、必要な時期に医師から助言と支援が得られるようにケアマネジメントを展開しておくことも重要です。</li></ul>

# 1. 認知症とは(5)代表的な認知症の知識 (2/2)

- 若年性認知症の特徴を理解します。

若年性認知症の特徴	<ul style="list-style-type: none"><li>• 若年性認知症の人については、初期症状が認知症特有のものではなく診断しにくい、また、本人や周囲の人が何らかの異常に気づくものの受診が遅れることが多いといった特徴があるといわれています。</li><li>• 若年性認知症については、本人だけでなく家族関係への影響や、就労が困難になる、ひいては経済面や、子どもの教育機会についてなど、多くの問題が絡んでいることがみられます。</li><li>• 介護保険サービスに関しては、利用者のほとんどが高齢者なので若年性認知症の人には、なじみにくいことが難点としてあげられています。若年性認知症の人は、今後の生活等に係る相談や雇用の継続、障害福祉サービスである就労継続支援事業の利用、障害者手帳の取得や障害年金の受給など、さまざまな制度の利用を検討する必要があります。</li></ul>
介護支援専門員の役割	<ul style="list-style-type: none"><li>• 介護支援専門員は、若年性認知症の人が発症初期の段階から適切な支援を受けられるように、医療機関や市町村等と連携を図りながら関係機関を紹介し、便宜を図ることが必要です。</li></ul>

## 2. 中核症状と行動・心理症状（BPSD）

### (1) 中核症状 ① 記憶障害（1/2）

- 記憶には、即時記憶、近時記憶、遠隔記憶、陳述記憶、エピソード記憶、意味記憶、手続き記憶、作業記憶などいろいろな分類方法があります。

記憶の内容	<ul style="list-style-type: none"><li>• 内容による分類では、言葉や文章で表すことができる陳述記憶（エピソード記憶や意味記憶）と、言葉では表せない非陳述記憶（手続き記憶など）に分類されます。</li></ul>
記憶の保持	<ul style="list-style-type: none"><li>• 保持時間の観点からは、神経心理学的分類の、即時記憶、近時記憶、遠隔記憶に分けられます。アルツハイマー型認知症では近時記憶の障害が特徴的です。一方、認知心理学では、短期記憶と長期記憶という分類と、短期記憶にほぼ該当する作業記憶（ワーキングメモリー）という概念が用いられます。</li></ul>
記憶の段階	<ul style="list-style-type: none"><li>• 記憶を段階的に分けると、記銘、保持、想起の段階に分けることができます。認知症の人は、記銘力が低下するために、新しい記憶が難しくなります。しかし、長期保存されている記憶は残っていますので、昔の話は覚えているのです。「家に帰る」と言ったときに、現在の家ではなく昔住んでいた家を思い出すのは、そのような長期保存された記憶を思い出したからです。</li><li>• また、想起する能力は認知症になってもすぐには失われないので、いろいろな昔話を思い出すことができます。記憶は新しいものから失われ、古い記憶は比較的保たれています。最近の記憶は覚えていないのに、昔の記憶はよく覚えている、という状況は介護する家族を戸惑わせることにもなります。そこで、認知症の記憶障害の特徴を説明して、正しく理解してもらう必要があります。</li></ul>

## 2. 中核症状と行動・心理症状（BPSD）

### (1)中核症状 ①記憶障害（2/2）

- 記憶障害の特徴として以下が挙げられます。

エピソード記憶の障害	<ul style="list-style-type: none"><li>• エピソード記憶は、その人が実際に体験した出来事の記憶で、記銘→気持→想起の過程があります。出来事を記銘する経路として、海馬を含む大脳辺縁系が重要です。アルツハイマー型認知症では、海馬領域の神経細胞が脱落・消失するので、新たな出来事を記銘することが困難になる症状が必ず生じます。</li></ul>
作業記憶（ワーキングメモリーの障害）	<ul style="list-style-type: none"><li>• 人が動作を実行するには、いくつかの情報を保持しながら判断や行動を行わなければなりません。耳から入った情報（言語情報）や目から入った情報（視空間情報）を一時的に蓄え、状況判断し、行動を決定する必要があります。このようなシステムの制御系が作業記憶（ワーキングメモリー）としてとらえられ、前頭前野などにその場があると考えられています。同時並行でいくつもの料理を作って食事のしたくをするようなときには、作業記憶がフル回転しています。アルツハイマー型認知症や血管性認知症では、作業記憶障害が遂行機能障害の要因となっています。</li></ul>
保たれる手続き記憶	<ul style="list-style-type: none"><li>• 手続き記憶は運動やスキルの記憶であり、いわゆる体で覚える記憶です。箸の使い方を練習してできるようになったら、箸を持つと自然に指が動きます。これが身につく記憶すなわち手続き記憶です。運動やスキルの記憶は、小脳や大脳基底核に保存されます。アルツハイマー型認知症では小脳の萎縮は少なく、手続き記憶は障害されにくいといえます。</li></ul>

## 2. 中核症状と行動・心理症状（BPSD）

### (1)中核症状 ②失語・失行・失認

- ・ 認知症の中核症状として、失語・失行・失認の症状があります。

失語	・ 健忘性失語、感覚性失語、運動性失語など
失行	・ 構成失行、着衣失行など
失認	・ 様々な要素があり、古くからの友人・知人など面識のある人の顔を見ても誰かわからなくなります。

## 2. 中核症状と行動・心理症状（BPSD）

### (1)中核症状 ③遂行機能障害（実行機能障害）

- 認知症の中核症状として、遂行機能障害（実行機能障害）があります。

- 計画立案、按配・遂行が困難になってきます。そのため、家事ができない、一人暮らしが困難、生活が困難になります。



## 2. 中核症状と行動・心理症状（BPSD）

### (1)中核症状 ④見当識障害

- 認知症の中核症状として、見当識障害があります。

見当識障害	<ul style="list-style-type: none"><li>• 記憶をベースに時間経過や場所や人物がわかる能力が落ちてきます。</li></ul>
見当識障害の種類	<ul style="list-style-type: none"><li>• 時間の見当識障害⇒時間の経過がわからない、季節がわからない。</li><li>• 場所の見当識障害⇒方向がわからない、場所の見当がつけられない。</li><li>• 人物の見当識障害⇒人物の顔を識別できない。</li></ul>

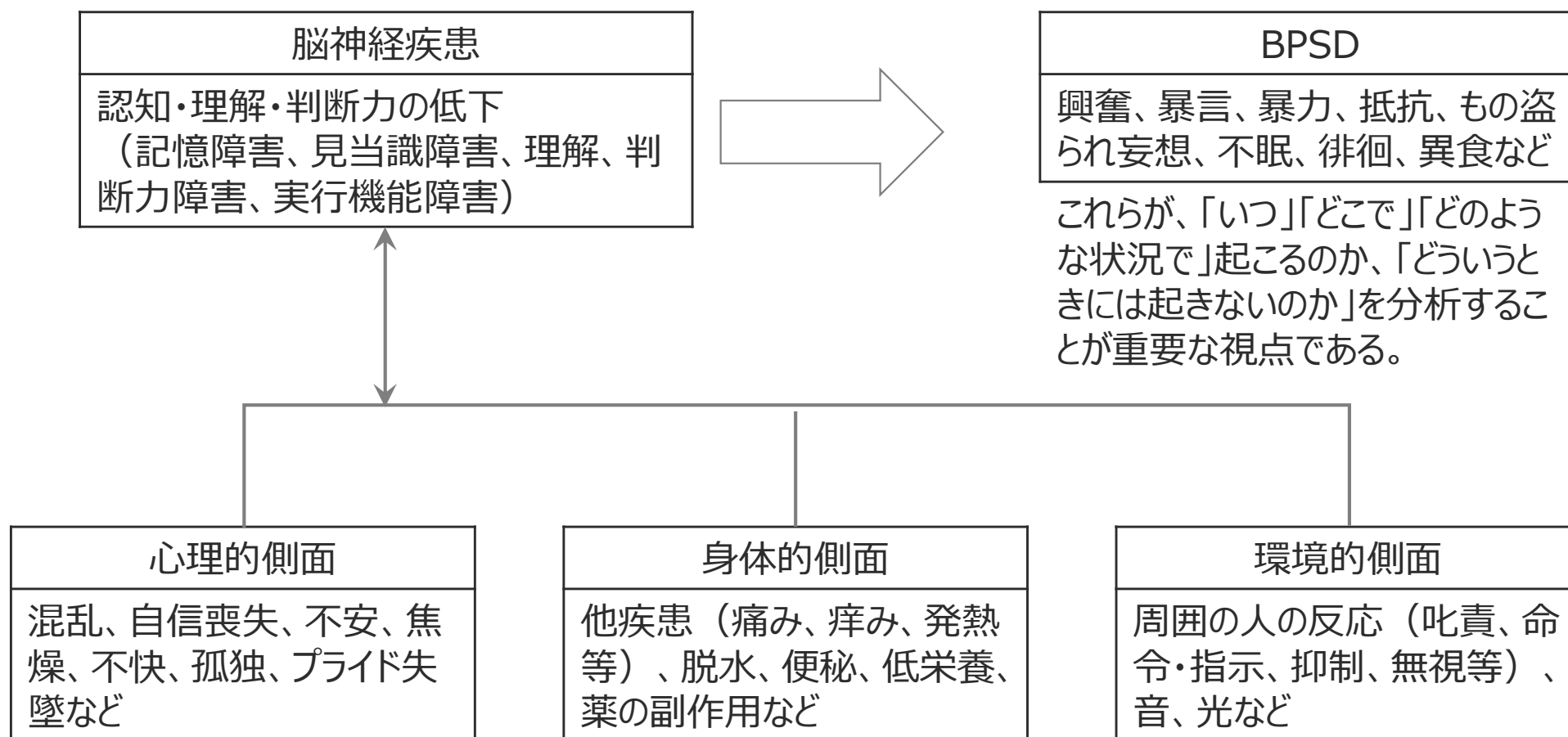
## 2. 中核症状と行動・心理症状（BPSD） (2) BPSD（1/3）

- BPSDの特徴と発生した場合の対応は以下の通りです。

BPSD とは	<ul style="list-style-type: none"><li>• BPSDは、以前は問題行動といわれていました。しかし、本人は問題を起こそうとして行動しているのではなく、認知障害によってその場での適切な行動がとれないだけだということから、行動・心理症状（BPSD）と呼ぶことになりました。</li><li>• BPSDは中核症状と異なり、すべての認知症の人に出現するわけではありません。脳が病気によって障害された状態に、健康状態や人間関係、そして生活環境からのストレスなどの阻害因子が影響を与えて、BPSDが発生することになります。そこで、阻害因子をなくして、その人に合った適切なケアを提供することで、BPSDを改善することができます。</li></ul>
BPSD への 対応	<ul style="list-style-type: none"><li>• BPSDがみられたときは、医療・介護の両面からの的確なアセスメントを行ったうえで、非薬物的介入を第一選択とするのが原則とされています。しかし、非薬物的介入でも対応できなかった場合は薬物療法になります。そのときは、服薬による副作用が生じやすいことを考慮して、様子を細かく観察する必要があります。状態が悪化して生活能力が低下しないように十分に配慮します。</li></ul>

## 2. 中核症状と行動・心理症状（BPSD） (2) BPSD（2/3）

- BPSDを引き起こす要因とその分析は以下の通りです。



(資料図) 長寿社会開発センター「七訂介護支援専門員実務研修テキスト（下巻）」P.171

## 2. 中核症状と行動・心理症状（BPSD）

### (2) BPSD (3/3)

- BPSDの症状は以下の通りです。

行動症状	<ul style="list-style-type: none"><li>• 攻撃的行動、暴言、不穏、興奮、焦燥、徘徊、収集癖、脱抑制、異食・過食、不潔行為、意欲低下、睡眠障害</li></ul>
心理症状	<ul style="list-style-type: none"><li>• 不安、うつ状態、幻覚、幻視、幻聴、妄想</li></ul>

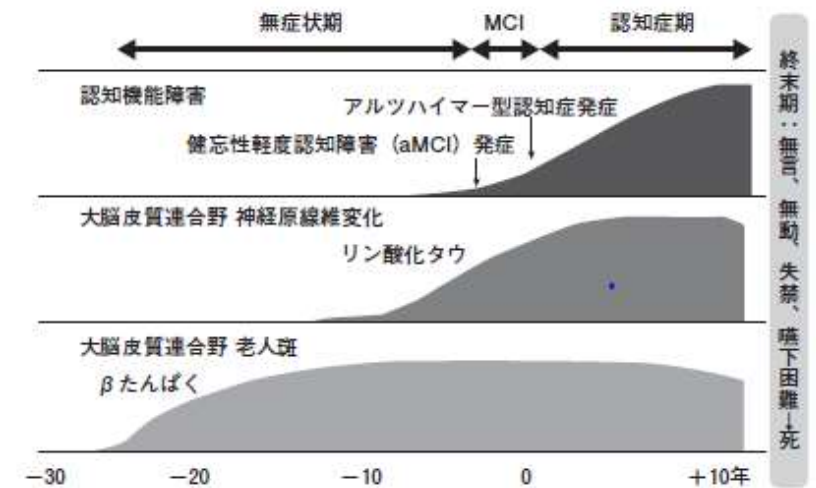
### 3. 認知症の特徴(1)アルツハイマー型認知症 (1/3)

- アルツハイマー型認知症は緩徐に進行する記憶障害があります。

#### 概念と特徴

- アルツハイマー病がアルツハイマー型認知症を引き起こす原因疾患です。アルツハイマー病は、アルツハイマー型認知症の発症の20～30年前から始まり、 $\beta$ たんぱくとタウたんぱくの異常蓄積（老人斑と神経原線維変化）を引き起こします。20年くらいの無症状期があり、その後、「何かおかしい」「自分が壊れていく」といった違和感を覚える時期を経て、認知症を発症してからをアルツハイマー型認知症といいます。

#### 【アルツハイマー病の経過と早期診断】



### 3. 認知症の特徴(1)アルツハイマー型認知症 (2/3)

- アルツハイマー型認知症の症状と経過については以下の通りです。

初期	<ul style="list-style-type: none"><li>• アルツハイマー型認知症は、ゆるやかに進行するのが特徴です。初期は、エピソード記憶のうち近時記憶障害（特に記銘の障害）と失見当識（時間や場所や人物がわからない）が必ずあります。これらを背景因子として妄想がみられ、もの盗られ妄想が大部分を占めます。今までできていたことができなくなるので、喪失感やうつ症状やアパシー、不安も多くみられます。IADL（手段的日常生活動作）の障害が出てきて、服薬管理ができない、買い物に行ってもお金の計算ができなかったり、同じものばかり買ってきたり、食事づくりが困難になってきたりします。</li></ul>
中期	<ul style="list-style-type: none"><li>• 中期になると、近時記憶だけでなく、直前のことも覚えられなくなってきます（即時記憶障害）。この時期は、多動、徘徊などの認知症の行動・心理症状（BPSD）が現れる人もいます。身体機能は保持されているので「歩ける認知症」という状態となります。</li></ul>
末期	<ul style="list-style-type: none"><li>• 末期になると、認知機能の低下によりADL（基本的日常生活動作）の障害が進行します。尿便失禁が始まり、排せつ全介助の必要が出てきます。また、運動機能が徐々に低下して、全体の活動性も低下します。早い時期から、本人・家族の意向を基に対応を検討しておくことが必要です。</li></ul>
終末期	<ul style="list-style-type: none"><li>• 終末期になると、大脳皮質の機能が広範に失われた失外套症候群を呈します。人間らしさの源である大脳皮質の機能が失われるので、開眼していてもしゃべれず無言、飲み込めず、無表情で手足は動かず、上肢は肘・手関節が屈曲して、下肢は伸展して拘縮していきます。この状態になると、嚥下困難への対応、経管栄養とするのか自然な死を迎えるのかといった本人の意向に沿った支援が行われることとなります。唾液を誤嚥して、肺炎を起こし亡くなることが多くなります。</li></ul>

### 3. 認知症の特徴(1)アルツハイマー型認知症 (3/3)

- アルツハイマー型認知症の治療については以下の通りです。

<p>コリンエステラーゼ 阻害剤 (ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 保険適用の治療薬です。</li><li>• 覚醒レベルを上げて意欲を向上させ、認知機能を高める薬剤です。</li><li>• これらの薬剤は認知機能を高めますが、妄想などの精神症状や徘徊、暴力行為などの行動・心理症状（BPSD）がかえって強くなることがあります。</li></ul>
<p>メマンチン</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• グルタミン酸受容体の一つであるNMDA受容体に拮抗して、神経細胞を保護する薬剤です。</li></ul>

### 3. 認知症の特徴(2)血管性認知症

- 血管性認知症は認知症が段階的に悪化します。意欲低下、まだら認知症などを発症します。

概念と特徴	<ul style="list-style-type: none"><li>• 血管性認知症とは、脳の血管障害に起因する認知症の総称です。脳梗塞や脳出血、くも膜下出血などの脳血管疾患が原因で起こるもので、障害の部位や大きさによって、症状や経過が異なります。血管性認知症となる人は、基礎疾患として高血圧症、糖尿病、不整脈などを有していることが多いようです。</li></ul>
症状と経過	<ul style="list-style-type: none"><li>• 主な症状としては、意欲の低下、歩行障害、構音障害、感情失禁などがあり、初期の記憶障害は軽いといわれています。</li></ul>
対応	<ul style="list-style-type: none"><li>• 認知症のある利用者の症状（高血圧や糖尿病など）の安定や悪化の防止のためには、基礎疾患の治療が重要になります。また、利用者は、複数の診療科、医療機関を受診することが多いため、利用者の健康状態の全体像（処方薬、服薬状況等を含む）を把握することも重要です。さらに、初期の症状として意欲の低下が目立ちますので、廃用症候群に注意することも大切です。</li></ul>



### 3. 認知症の特徴(3)レビー小体型認知症（1/4）

- レビー小体型認知症は初期に幻覚（特に幻視）や妄想が出現、パーキンソン症状があります。
- レビー小体型認知症では、 $\alpha$ シヌクレインというたんぱくが、大脳だけではなく、脳幹部や末梢自律神経系にまで広く異常沈着することを原因としています。神経細胞の中にできた球状構造物を顕微鏡で見つけたレビー（Lewy）博士の名前に由来してレビー小体という病名がついていますが、日本の小阪憲司が発見した疾患です。レビー小体型認知症の特徴は、認知障害だけでなく、パーキンソン症状などの運動障害、症状の変動（覚醒レベルの変動）、便秘や立ちくらみなどの自律神経症状と、多彩な症状がみられることが特徴です。

### 3. 認知症の特徴(3)レビー小体型認知症 (2/4)

- レビー小体型認知症の症状と経過については以下の通りです。

初期 症状	<ul style="list-style-type: none"><li>レム睡眠行動障害:夜中に夢を見て(レム睡眠中)、「逃げろー」と大声を出したり、蹴飛ばしたりするなどの動作を行う症状が、認知症の何年も前からみられることが多くあります。</li><li>うつが比較的早期から出現します。</li><li>嗅覚低下も比較的早期から出現する。</li><li>レビー小体型認知症はリアルな幻視が特徴で、見えたものに対して、払いのける、逃げるなどのリアクションを伴います。また、同居の家族を他人だという誤認妄想や、誰かが家に来ているという幻の同居人の出現も特徴的です。</li><li>認知機能の低下は全般的で、視覚認知障害がやや目立ち、アルツハイマー型認知症ほどではありませんが記憶障害を伴います。</li><li>パーキンソン症状は認知症状に先行することも、遅れることもあります。</li></ul>
経過に 伴う 症状	<ul style="list-style-type: none"><li>自律神経症状として、起立性低血圧(立ちくらみ)、血圧の変動、失神、便秘が高率で見られます。</li><li>転倒はアルツハイマー型認知症の10倍多いといわれ、施設で受け入れる際には「失神などでいきなり転倒するので、注意しても転倒は防ぎきれない」と介護する家族に伝えておく必要があります。</li><li>レビー小体型認知症は、このような経過とともに、改善・悪化と変動しながらも徐々に進行し、寝たきりを経て死に至ります。嚥下障害をきたしやすく、アルツハイマー型認知症よりも全経過は短いといわれています。</li></ul>

### 3. 認知症の特徴(3)レビー小体型認知症 (3/4)

#### • レビー小体型認知症の診断基準は以下の通りです。

- 1 認知症がある 【レビー小体型認知症の診断基準2017（抜粋）】
- 2 中核臨床像
  - \*注意や覚醒レベルの変動を伴う認知症の動揺
  - \*現実的で詳細な内容の幻視が繰り返される
  - \*レム睡眠行動障害
  - \*パーキンソニズム
- 3 診断を示唆する検査項目
  - \*SPECT/PETで後頭葉の取り込み低下
  - \*MIBG心筋シンチの取り込み低下
- 4 診断を支持する臨床像
  - \*抗精神病薬への薬剤過敏性 \*姿勢不安定、繰り返す転倒 \*失神
  - \*起立性低血圧・便秘・尿失禁などの自律神経障害 \*過眠 \*嗅覚障害
  - \*幻視以外の幻覚 \*体系的な妄想 \*アパシー、不安、うつ
- 5 診断を支持する検査所見
  - \*脳血流SPECTなどで後頭葉の血流低下の所見
  - \*MRI/CTで側頭葉内部（海馬領域）の萎縮が強くない

臨床診断：認知症があることが前提で、中核臨床像4項目中の2項目、または中核臨床像1項目と診断示唆検査所見1項目でレビー小体型認知症と臨床診断する。

(資料図) McKieth.I.G.et.,Neurology.89(1).pp.88-100.2017を山口晴保抄訳

### 3. 認知症の特徴(3)レビー小体型認知症 (4/4)

- レビー小体型認知症の治療については以下の通りです。

- レビー小体型認知症の認知障害に対しては、2014（平成26）年にドネペジルが保険適用になりました。パーキンソン症状に対してはパーキンソン病治療薬が使われますが、使いすぎると幻視の悪化やせん妄を招きます。レビー小体型認知症は薬剤過敏性が特徴ですので、医師は、薬剤を少量から始め、ゆっくり増減して調節するものです。

### 3. 認知症の特徴(4)前頭側頭型認知症 (1/4)

- 前頭側頭型認知症は行動抑制がきかなくなります。

- ピック(Pick)医師が、前頭葉や側頭葉に限局性の萎縮を見つけたのが、前頭側頭型認知症の始まりです。正確な診断には死後脳の病理検査が必要なので、臨床診断として、前頭側頭葉変性症という用語も使われます。この前頭側頭葉変性症は、限局している萎縮部位の違いから、以下の(ア)～(ウ)に分けられます。

(ア)前頭側頭型認知症(行動型)

- 前頭葉主体の萎縮に伴い、行動・人格の変化といった前頭葉症状を中心に発症し、頻度が高くなります。行動障害としては、脱抑制、易怒性などの前頭葉症状を示します。

(イ)進行性非流暢性失語

- 左前頭葉運動性言語中枢に近い部分の萎縮で、緩徐進行性運動性失語で発症します。

(ウ)意味性認知症

- 語義失語(左側頭葉萎縮の場合)や相貌失認(右側頭葉萎縮の場合)など、聞いたものや見たものが何だかわからないといった意味記憶の障害で発症します。

### 3. 認知症の特徴(4)前頭側頭型認知症 (2/4)

- 前頭側頭型認知症 (行動型) の症状と経過は以下の通りです。

- 前頭葉が障害されると、社会人としての人間らしさが失われ、野性的・幼児的になります。我慢ができない、すぐに怒る、思い立ったらじっとしてられない、同じ行動を繰り返す(常同行動:徘徊ではなく、同じ経路を何度も回る周回となる)、独自のルールをつくり、時刻表どおりの生活をするなど、介護が大変な症状をきたします。記憶は比較的保たれていますが、病識を欠き、他人の気持ちを理解することや共感することができなくなり、社会のルールを守れなくなります(社会脳の障害)。
- このため、「持ち去り」というべき症状(万引き)が問題となります。見つからないように品物を隠すのではなく、品物を堂々と見せながら持ち去り、見つかっても謝らないので、警察に通報されますが、これは脱抑制と社会のルール無視の現れです。

### 3. 認知症の特徴(4)前頭側頭型認知症 (3/4)

- 意味性認知症の症状と経過は以下です。

症状	<ul style="list-style-type: none"><li>• ありふれた日用品の名前がわからなくなります。例えば、「カバンを渡して」と頼まれたときに「カバンってなに?」と聞き返します。かばんという物品名とかばんという品物の概念が結びつかないのです。品物の名前を言えないので、健忘症状と誤解されて、しばしばアルツハイマー型認知症と誤診されます。また、顔を見ても誰だかわからない相貌失認という症状もみられます。決まった時刻に決まった行動を起こす「時刻表的生活」などの前頭葉症状も、進行すると現れます。</li></ul>
経過	<ul style="list-style-type: none"><li>• 前頭側頭型認知症は、徐々に進行します。進行すると、上記の過活動状態から、徐々にアパシー（著しい意欲・自発性の低下）になって活動性が低下し、寝たきりになり死を迎える状況になります。</li></ul>

### 3. 認知症の特徴(4)前頭側頭型認知症 (4/4)

- 前頭側頭型認知症の治療については以下です。

- 2016（平成28）年9月現在、前頭側頭型認知症の進行を遅らせる薬剤はありません。したがって、介護をするうえで困る症状を落ち着かせる薬剤が中心となります。保険適用ではありませんが、メマンチンは易怒性などに対して有効です。漢方薬の抑肝散は興奮性BPSDに有効性を示します。ドネペジルなどのアセチルコリンを増やす薬剤は、脱抑制や易怒性など興奮性BPSDを悪化させます。行動型前頭側頭型認知症は、しばしばアルツハイマー型認知症と誤診されて、この薬剤が処方されており、その場合は中止すると穏やかになります。



## 4. 認知症と医療及びケア

### (1) 認知症の療養上の留意点①非薬物療法 (1/2)

- 認知症の治療には薬物療法と非薬物療法があります。

非薬物療法の 主な治療法	<ul style="list-style-type: none"><li>バリデーション療法、リアリティーオリエンテーション、回想法、音楽療法、認知刺激療法、運動療法、絵画療法、園芸療法、リハビリテーションなどがあります。</li></ul>
治療法別の 特徴	<p><b>(ア)回想法</b> 回想法は、昔の記憶(遠隔記憶)はかなり残っていますので、子どもの頃の遊びや思い出の道具をもってきて見せると、徐々に懐かしい思い出がよみがえってきます。楽しかった思い出を笑顔で話してくれ、非常にいきいきとした表情をしています。これが脳の活性化につながります。 しかし、回想法によって「懐かしい昔話」にとどめてしまっははいけません。人生の経過をたどって、現在の生活へとつないでいくことが必要であり、自尊心につながっていきます。</p> <p><b>(イ)音楽療法</b> 音楽療法は、言語中枢が障害されていても歌ったり、音楽を聴いたり、演奏したりすることにより、音楽を楽しむことができます。これらは脳を活性化し、心地よい刺激を与えることにつながります。</p> <p><b>(ウ)園芸療法</b> 園芸療法は、園芸を通して植物と土に触れることで感情が穏やかになるという効果があります。</p> <p><b>(エ)運動療法</b> 運動療法は、身体障害への適応ととらえている介護支援専門員が多いのですが、低下してきた運動機能の向上を図ると、認知機能が改善するという効果が期待できます。</p> <p><b>(オ)運動療法</b> バリデーション療法は、BPSDにも意味があるととらえます。例えば、なぜ徘徊するのかを、その人の生活歴に照らし、理由がわからなければその行動をまねてみて、本人の経験や思いを理解し、共感的態度で接することで、BPSDを改善します。</p>

## 4. 認知症と医療及びケア

### (1) 認知症の療養上の留意点① 非薬物療法 (2/2)

- 非薬物療法の各種技法と対応ステージは以下です。

技法	概要	ステージ
現実見当識練習	英語でリアリティ・オリエンテーション (RO)。日付、季節、場所、名前などの見当識にかかわる情報を、さりげなく何度も伝えることで覚えてもらい、見当識を高める。	軽度
回想法	古い道具や写真などを題材に、認知症の人が輝いていた時代のことを思い出して会話することで、自分の過去を回想して自信を取り戻す。	軽～中度
音楽療法	音楽は興奮性BPSDや不安に対して有効。音楽を聴くよりも、皆で歌ったり演奏するほうが有効。集団活動では、カラオケは好ましくない。	軽～重度
認知刺激療法	グループで活動の計画を立てたり、頭を使う作業をしたりするなど、廃用を防ぎ、認知機能の向上を目指す。回想法や現実見当識練習も認知刺激療法に含まれる。	軽度
認知練習	認知機能に直接的にアプローチする計算、音読、パズルなど。認知症の人を褒めて意欲を引き出す介助者が必須。	軽度
運動療法	身体活動が神経細胞を育て、認知症の進行遅延に有効。運動機能の廃用防止。	軽～重度
アロマセラピー	興奮性BPSDに有効。コミュニケーションの手掛かりになる。	軽～重度
絵画療法	絵をうまく描くことではなく、イメージを膨らませて表現する過程が大切。コミュニケーションの手掛かりになる。	軽～中度
園芸療法	花の手入れなど。日課となり生きがい生まれる。身体の廃用防止に役立つ。うつや不安にも有効。	軽～中度
タッチケア・マッサージ	興奮性BPSDや不安に有効。コミュニケーションの手掛かりになる。	中～重度

(資料図) 長寿社会開発センター「八訂介護支援専門員基本テキスト (第3巻) 」P.250

## 4. 認知症と医療及びケア

### (1) 認知症の療養上の留意点②薬物療法 (1/3)

- 薬物療法には、認知機能を高めるためと、行動・心理症状の抑制のための二つの目的があります。

#### 留意点

- 薬物療法を採用している場合は、薬物の有効性、留意点、薬の副作用を把握しておくことが重要であり、それを主治医に確認しておく必要があります。
- 高齢者が認知症以外の慢性疾患を有している場合は、認知症状がそうした慢性疾患の療養に影響を与えるおそれがあるため、療養上の留意点を把握しておくことが重要です。
- 療養上把握しておくべき医療関係の情報としては、現病歴、既往歴、かかりつけ医、受診状況、バイタルサイン等の一般状況、治療上の注意点（特に禁忌事項等）、健康上の留意点、（認知症進行阻害薬以外の）服薬状況があります。

## 4. 認知症と医療及びケア

### (1) 認知症の療養上の留意点②薬物療法 (2/3)

- 薬物療法の実際は以下の通りです。

<p><b>よく用いられる 薬剤</b> ドネペジル ガランタミン リバスチグミン</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>認知機能を高める薬物療法でよく用いられているのはドネペジルです。認知症の進行を遅くする効果が期待されます。主な副作用としては嘔気、嘔吐、下痢などの消化器症状、徐脈、心不全、喘息を引き起こすこともあります。</li><li>ガランタミン、リバスチグミンも、同じような効果があります。これらの薬剤で、覚醒レベルや学習機能は上がりますが、自己主張が強くなったり易怒性が表れ介護が大変になったりすることもあります。特に前頭葉症状が強い場合には、易怒性や多動の悪化に注意が必要です。</li></ul>
<p><b>中～重度 に用いられる 薬剤</b> メマンチン</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>メマンチンは上記の3薬剤とは異なりますが、中等度及び重度の認知症に対して進行を抑制する効果があります。また、興奮、攻撃性の強いBPSDを抑制する効果もあります。ドネペジルと併用することでよい効果が得られるといわれています。副作用としては、めまいを起こすことがあります。</li></ul>
<p><b>BPSDへの 薬剤の対応</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>本来、BPSDへの対応の基本は、適切なケアです。しかし、適切なケアを行ってもBPSDが治まらない場合は、薬物療法を行います。BPSDの抑制に用いられる薬には、抗精神薬や漢方薬を用います。副作用として意欲低下やパーキンソン症状、起立性低血圧、尿閉などを引き起こすので、必要最低限の投与量とします。</li></ul>

## 4. 認知症と医療及びケア

### (1) 認知症の療養上の留意点②薬物療法 (3/3)

- 薬物療法における介護支援専門員の役割は以下の通りです。
  - 介護支援専門員の役割として、薬物療法を採用している場合は、薬物の有効性、副作用、治療の留意点を把握しておくことが重要で、それを主治医に確認しておく必要があります。例えば、副作用について、内服後の観察を行い、変化が見られたときは医師等に相談することです。
  - また、医師は患者の症状・状態に対応して薬を処方します。そこで、介護支援専門員は医師が適切な判断ができるように、利用者の最新の情報や心身状況の変化などを報告することが必要となります。医師は生活場面での利用者の行動を必ずしも把握できるとは限りません。介護支援専門員が認知症の人を代弁して、モニタリングの結果を報告したり、特別な状況のときは診療に付き添ったりすることで、正確な状況を伝えることが適切な診断のためには重要です。
  - 認知症の人は自分の症状を正しく伝えられないことが多く「大丈夫です」「よく眠れています」「食べています」「薬を飲んでいます」など、実際はほとんどできていなくても、診察中にはできているように答えることが多く見られます。また、家族が受診に付き添っても、一緒に暮らしていない家族の場合は、日常生活の中での本人の状況がわからない場合があります。利用者の現状を日頃からまとめておいて伝えるなど工夫しましょう。

## 4. 認知症と医療及びケア

### (2) 認知症のケアのポイントと留意点① パーソン・センタード・ケア (1/4)

- パーソン・センタード・ケアの理念は以下の通りです。

- 1990年頃までの認知症ケアは、認知症の人の行動を問題行動ととらえ、言動や行動を押さえつけたり止めさせたりするものが多く、介護をする側の都合に合わせた、いわば、「介護者本位」のケアでした。
- これに対してパーソン・センタード・ケアは、認知症の人のさまざまな言動・行動の理由を、その人の立場に立って考えていくという「利用者本位」の視点からのケアのことをいいます。
- イギリスのトム・キットウッドが提唱した認知症ケアの理論で、「その人を取り巻く人々や社会とかわりを持ち、1人の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、共に生きていくケア」のことです。認知症の人の視点に立ち、本人の個性やその人らしさをケアの中心に据え、本人の意向を確認しながら本人の尊厳を尊重しながらケアを行っていくことであるという姿勢を明確にしたものです。この姿勢は、利用者が認知症であるかないかにかかわらず、介護をする側に求められます。

## 4. 認知症と医療及びケア

### (2) 認知症のケアのポイントと留意点① パーソン・センタード・ケア (2/4)

- パーソン・センタード・ケアの目的であるパーソンフッドについて理解します。

#### パーソンフッド

- パーソン・センタード・ケアの目的は、パーソンフッドを維持することにあります。パーソンフッドを維持するとは、認知症のある人が、1人の人間として周囲に受け入れられ、尊重される状態が続いていくということになります。キットウッドは、認知症をもつ人のよい状態とよくない状態を、右図のような例で示しています。

よい状態のサイン	よくない状態のサイン
<input type="checkbox"/> 自分の思っていることやしてほしいことを表現できる	<input type="checkbox"/> 悲しさや悲痛を感じているのに放置されている状態
<input type="checkbox"/> 周囲の人に対する思いやりがある	<input type="checkbox"/> 怒りの感情の持続
<input type="checkbox"/> リラックスできる	<input type="checkbox"/> 不安
<input type="checkbox"/> 創造的な自己表現ができる	<input type="checkbox"/> 退屈
<input type="checkbox"/> ユーモアがある	<input type="checkbox"/> あきらめ
<input type="checkbox"/> 楽しむ	<input type="checkbox"/> 周囲の出来事に無関心で自分の世界に引きこもっている
<input type="checkbox"/> 人に対して何かしてあげようとする	<input type="checkbox"/> 身体的な不快感あるいは苦痛
<input type="checkbox"/> 自分から社会との接触をもつ	
<input type="checkbox"/> あらゆる種類の感情を表現する	
<input type="checkbox"/> ほかの認知症をもつ人たちを受容し分かち合う	

(資料図) 「認知症ケアマッピング 第8版：理念と実践」より一部改変

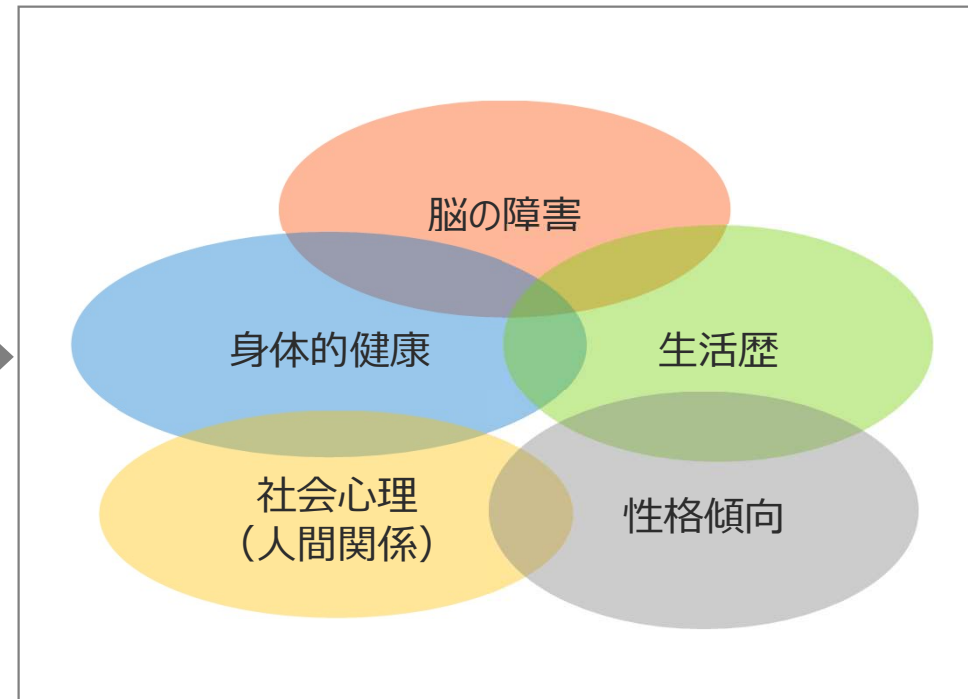
## 4. 認知症と医療及びケア

### (2) 認知症のケアのポイントと留意点① パーソン・センタード・ケア (3/4)

- パーソン・センタード・モデルを理解します。

#### パーソン・センタード・モデル

- キットウッドは、認知症の人の行動や状態に影響する背景や要因を分類したものをパーソン・センタード・モデルとして表しました(右図)。



(資料図) 「認知症ケアマッピング 第8版：理念と実践」より一部改変



## 4. 認知症と医療及びケア

### (2) 認知症のケアのポイントと留意点① パーソン・センタード・ケア (4/4)

- 認知症の人の行動は、脳神経疾患だけではなく、五つの要因とそのほかの環境やその時の本人の心理状況の相互作用の表れだとしていきます(下図)。

要因	内容
脳の障害	認知症の原因疾患、病期など、脳病変で損なわれた機能と残っている機能など
身体的健康	認知症以外の疾患、視力や聴力、歯の状態など
生活歴	成育歴、学歴、職業、結婚歴、生活環境など、経済状況、趣味や知己との活動など
性格傾向	もともとの性格、気質、能力、物事に対する対処スタイル
社会的心理 (人間関係)	人とのかかわり方、介護者や周囲の人への認識、支援する人などとの対人関係、本人とかかわるすべての人との関係について

(資料図) 長寿社会開発センター「七訂介護支援専門員実務研修テキスト (下巻)」P.180

## 4. 認知症と医療及びケア

### (2) 認知症のケアのポイントと留意点② 認知症本質の理解

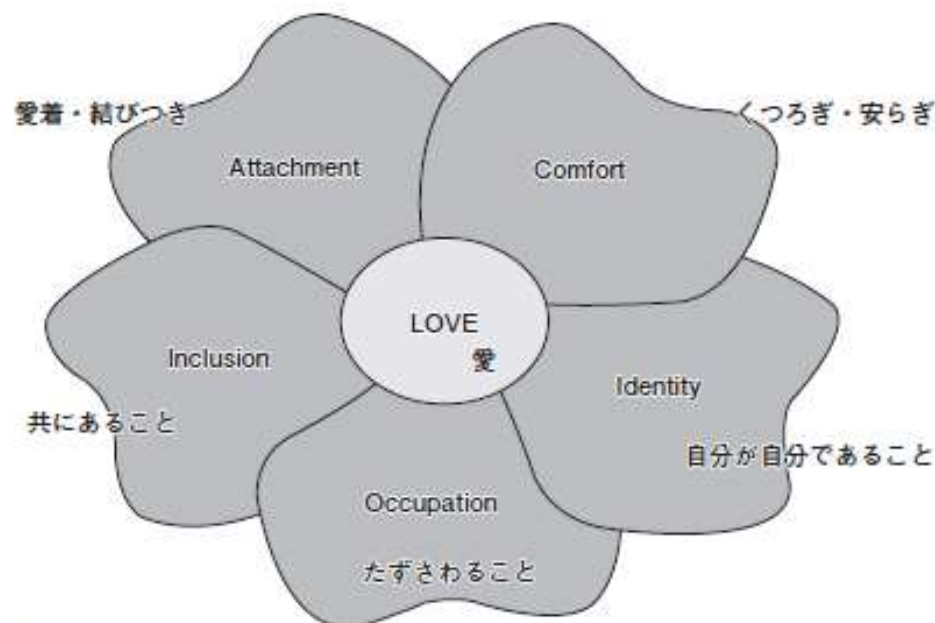
- 認知症の利用者の尊厳を保持する事に留意します。
- 認知症の本質は、自分の認知機能の低下を本人が正しく把握できないことにあります。しかし、「病識がない」という言葉は正しく状況を表していません。「こんなにはかじゃなかった」とか「こんなこともできなくなるなんて」という本人の言葉からわかるように、本人は自分が何かおかしい状態になっているということには気がついていますが、自分の認知機能のどの部分がどのように低下しているかという、正確な把握はできていないのです。そこに、認知症の人が戸惑い悩む状態が出てきます。
- 今までのような「認知症になったら何もわからない」という古い偏見を捨てて、「その人にとっては何らかの意味のある言動・行動をしている」ととらえるようにしましょう。そして、「認知症になってもできることがある」という残存能力の活用を図りながら、認知症の人の尊厳を守り、本人の望む暮らしを手助けしていくことが介護支援専門員に求められています。

## 4. 認知症と医療及びケア

### (2) 認知症のケアのポイントと留意点③心理的ニーズ

- 認知症の利用者の意向を適切に把握します。認知症をもつ人の心理的ニーズ（潜在的ニーズ）については、下図のように表現されています。

【認知症をもつ人の心理的ニーズ（潜在的ニーズ）】



出典：「認知症ケアマッピング 第8版：理念と実践」より一部改変

(資料図) 「認知症ケアマッピング 第8版：理念と実践」より一部改変

## 4. 認知症と医療及びケア

### (2) 認知症のケアのポイントと留意点④ 家族からの情報

- 家族からの情報を得る場合の留意点は以下の通りです。

- 介護している家族の意向を把握し、利用者の意向と対立しないように調整することができるようにします。
- 本人から十分な情報収集ができない場合は、家族から情報を聞くこととなります。ただし、本人が自覚をしていない状況で家族から聞き出したといった情報収集をしてはいけません。

## 5. 認知症の利用者と家族への支援

### (1) 独居の認知症利用者への支援

- 独居の認知症利用者への支援のポイントは以下の通りです。
- 認知症である利用者の生活上の課題を適切に把握し居宅サービス計画を作成します。
- 独居生活で予測されるリスクを関係者全員で共有し、あらかじめ排除できるようにします。
- 担当の民生児童委員と連携を図り、それまでの生活上で利用者が大事にしていることを把握します。
- フォーマルサービスやインフォーマルサービスを組み合わせたチームでの支援の重要性を理解します。

## 5. 認知症の利用者と家族への支援 (2)同居家族に対する支援 (1/3)

- 認知症要介護者の家族がたどる4段階の心理的過程を知ります。

段階	項目	内容
第1ステップ	否定	認知症が発症して今までできていたことが急にできなくなったとき、おかしなことを言いだしたとき、家族はまず「とまどい」ます。そして認知症だとは認めたくないの「否定」します。この時期には、認知症だと認めたくないの、他人には話さず一人で抱えて悩んでいる時期です。
第2ステップ	混乱	「とまどい」「否定」をしても、認知症はよくなるため、どう対応したらよいのかわからず、「混乱」します。現実に戻そうと説得したり、注意したり、一生懸命頑張りますが、効果が出ません。すると、認知症の人に対する「怒り」が出てきます。ついには、いくらやっても効果が出ないことから「拒絶」してしまいます。一人で孤軍奮闘していることに疲れてしまうので、さらに混乱して、また拒絶の悪循環を繰り返します。
第3ステップ	諦め	悪循環を繰り返していると、家族は疲労困憊してしまいます。第3ステップでは、こうなったら仕方がないと「割り切り」「諦め」になっていく状態です。いろいろな理由を考えて割り切っていきます。
第4ステップ	受容	割り切って諦めていたつもりでも、新しい問題が起こると、えーっと思うのが人間ですが、第4ステップでは、認知症になったからこういう状態になったと本人をそのまま受け入れるようになる「受容」になります。本人を責めず、認知症を認めて受け入れるようになったら、本人が落ち着いてくるのです。

(資料図) 長寿社会開発センター「七訂介護支援専門員実務研修テキスト (下巻) 」P.185

## 5. 認知症の利用者と家族への支援 (2)同居家族に対する支援(2/3)

- 同居家族の介護負担軽減に取り組みます。介護者の現在の状況を把握する前に、「介護家族の四つの苦しみ」を理解しておく必要があります。

前提	<ul style="list-style-type: none"><li>家族の状態は、個別性が高く、すべての家族が四つの苦しみを抱えているわけではありません。しかし、大なり小なり同じような状態をもっています。</li></ul>
①	<ul style="list-style-type: none"><li>24時間気が休まるときがないという状態は、かなり多くの家族が感じています。デイサービスのような日中のサービスだけでは、夜の介護で疲労がたまります。一晩でもいいから心配なくゆっくり寝たいと訴えた家族は、夜、コトリと音がすると外に出て行ったのではないかとすぐに目が覚めると話していました。このように寝ても寝た気がしないという状態が続くと神経が疲れてしまいます。</li></ul>
②	<ul style="list-style-type: none"><li>家族の生活が混乱するとは、当たり前前の生活ができなくなったことで、仕事や家事、そして学業にまで影響が出ている状態です。家族の悲鳴のなかに、毎晩動き回るため眠れず、日中に猛烈に眠くなり運転中に危険を感じたとか、仕事に集中できなくなってミスを起こしてしまったなど、生計にかかわることも起こります。</li></ul>
③	<ul style="list-style-type: none"><li>先行きに大きな不安があるとは、一つに対応してもまた新たな症状が出てくると、いつまでこのような状態が続くのか不安がつきないということです。</li></ul>
④	<ul style="list-style-type: none"><li>孤立無援の状態は、家族を一番苦しめます。周りに理解者がいて、大変な状態を頑張っていると認めてくれると、耐える力になります。</li></ul>

## 5. 認知症の利用者と家族への支援 (2)同居家族に対する支援(3/3)

- 家族が閉じこもらないように、地域への働きかけを行います。

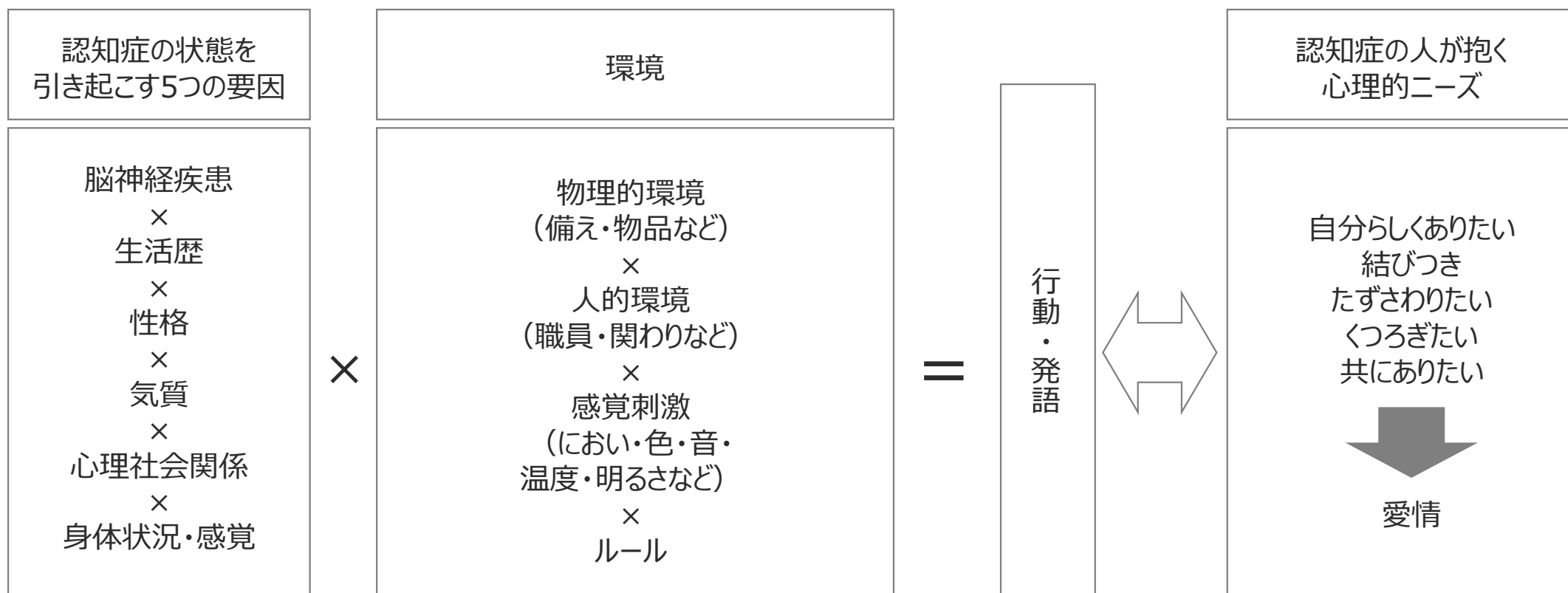
家族へのアセスメント	
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護支援専門員にとって、家族は第2の対象者です。本人だけでなく、家族の状態もアセスメントしましょう。特に、主介護者の状況は具体的に把握します。</li> </ul>
把握すべき情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 家族の介護に対する意欲はあるのか</li> <li>• 家族は何に一番精神的負担を感じているのか</li> <li>• 認知症の行動・心理症状(BPSD)の理解はどのくらいあるのか</li> <li>• 家族の意向は、本人の意向とどのくらい一致しているか</li> <li>• 家族の精神的・肉体的な負担感はどの程度か</li> <li>• 家族の健康状態</li> <li>• 主介護者とは別にキーパーソンとなる家族がいるか</li> <li>• 協力者(家族内、家族外)</li> <li>• 家族自身が何らかの疾患を抱えているか</li> </ul>
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 家族の状況が明らかになっていく過程で、介護者が一番苦しんでいる内容を把握します。そのうえで、一緒に解決法を検討しましょう。安易にサービスの導入を勧めることはせずに、家族の意向を確認しながら決めましょう。</li> <li>• 介護支援専門員の役割として、家族が閉じこもらないように気を配り、精神的・肉体的疲労を抱えている家族は、ほんの些細な一言にも悩み、心を閉ざしてしまうことがあります。家族会といった同じ悩みを持つ人たちの力で支えていくということを周りに伝えておきましょう。</li> </ul>



# 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント

## (1) 行動・心理症状へのアプローチの視点 (1/4)

- 行動・心理症状へのアプローチでは、現にある症状を抑え込もうとするのではなく、行動・心理症状を引き起こす原因と背景を把握・分析し、その課題を解決するために必要なケアをコーディネートすることが基本となります。



(資料図) 中央法規出版『認知症ケアの視点が変わる「ひもときシート」活用ガイドブック』P.39-40.2013年

## 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント (1)行動・心理症状へのアプローチの視点 (2/4)

- 行動・心理症状を起こす原因と背景を把握・分析する際に活用できるツールとしては、センター方式、ひもときシートといったものがあります。

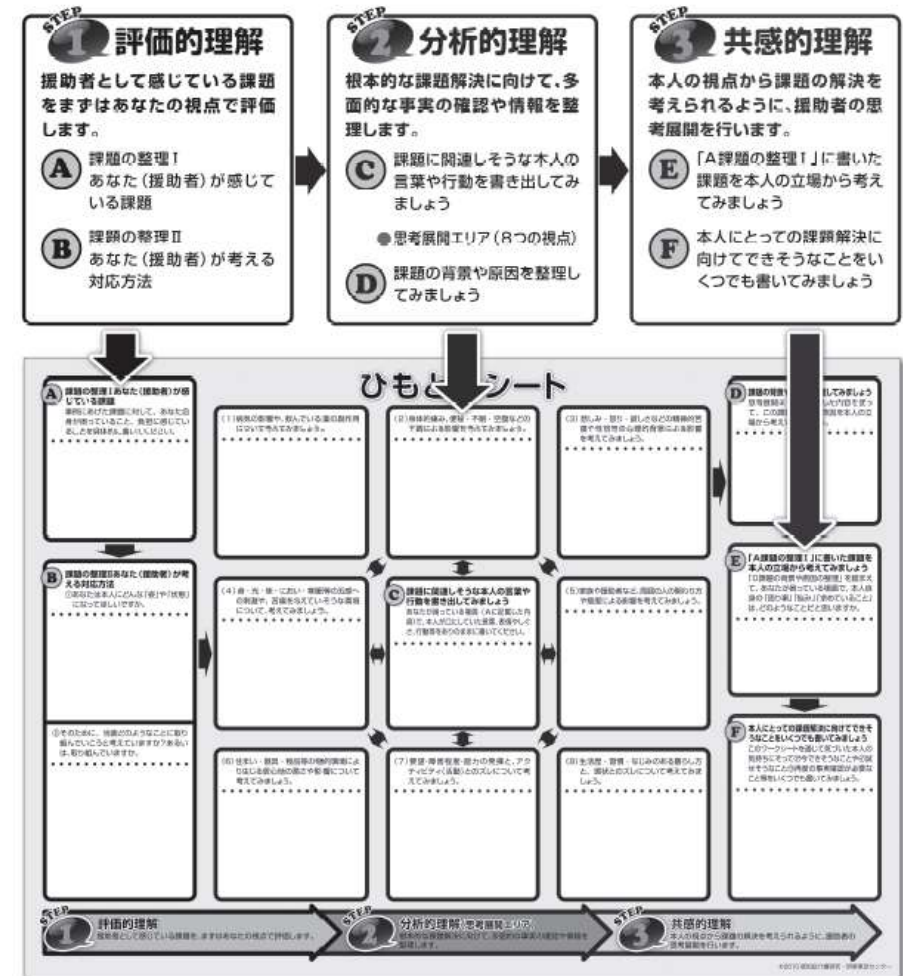
分析ツールの活用	
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 脳の障害、身体的健康、生活歴、性格傾向、社会心理(人間関係)の要因とその他の要因が、どのように作用し合ってBPSDが起こっているのか、紐解いていく姿勢が重要です。</li> </ul>
ひもときシートの活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 要因は一つではないかもしれませんが、複雑に絡み合っているかもしれません。いつもどおりのアセスメントのなかですぐに把握できないときは、例えば、次頁に示す「ひもときシート」(認知症介護研究・研修センター「ひもときネット」ホームページ参照)を利用して分析することも有効な方法の一つと思われます。</li> <li>• ひもときシートはアセスメントシートではなく、BPSDなどの要因分析に用いられるシートです。これまで、認知症ケアはBPSDに対応することと想われてきました。しかし、BPSDを起こさないような対応方法だけを考えると、禁止する、抑える、というケアにどうしてもなりがちでした。禁止・抑制などは認知症の人を混乱させることになり、ますます行動を激しくさせてしまい、介護者もともに疲れてしまうという悪循環を引き起こしていました。そこで、ひもときシートを用いて、なぜこの行動が出てきたのか、詳細に分析すると、混乱した行動の原因がみえてきます。この原因を取り除くことで、認知症の人は落ち着いていきます。</li> <li>• また、混乱の原因の把握だけではなく、認知症の人の混在していた思いやストレスなどがみえてきて、対応方法が変わっていくのです。ひもときシートの分析的理解の部分だけでも応用することで、本人の潜在的な心理状況を把握でき、今後のケアの参考になります。</li> <li>• 認知症の人のBPSDが激しくなると家族の精神的・身体的負担が大きくなり、認知症の人の入院・入所を希望するような状況になります。それは、家族が限界まで介護して疲弊してしまうことに原因があります。悪循環から抜け出せるように支援する必要があります。早いうちに入院・入所して、安定したら家に帰るという考え方もあります。虐待や介護をめぐる事件などにならないように、BPSDへの早期の対応が求められます。</li> </ul>

# 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント

## (1) 行動・心理症状へのアプローチの視点 (3/4)

- ひもときシートの構造は右図のようになっています。

【ひもときシートの構造】



出典：認知症介護研究・研修東京センター監、大久保幸穂・宮島淑編『認知症ケアの視点が変わる「ひもときシート」活用ガイドブック』中央法規出版、2013年

(資料図) 中央法規出版『認知症ケアの視点が変わる「ひもときシート」活用ガイドブック』2013年

## 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント (1)行動・心理症状へのアプローチの視点 (4/4)

- 行動・心理症状への理解と対応方法を介護している家族に説明し、取り組んでいけるようにサポートします。行動・心理症状は改善できることをきちんと伝えます。

- 認知症の中核症状は治らない病気であり、徐々に進行していきませんが、BPSDは改善できる可能性があります。BPSDへの理解と対応方法を介護している家族に説明し、取り組んでいけるようにサポートすること、そして、BPSDは改善できることをきちんと伝えることが重要です。
- BPSDへのアプローチの視点として、現にあるBPSDを抑え込もうとするのではなく、BPSDを起こす原因と背景を把握・分析し、その原因を解決するために必要なケアをコーディネートすることが基本となります。
- BPSDを引き起こす要因は、心理的側面、身体的側面、環境的側面に分けることができます。このようなさまざまな要因が絡み合ってBPSDを引き起こしているのです。
- そのように、BPSDを引き起こす要因を把握できたら、それらを取り除き、適切なケアを提供することで、落ち着いて穏やかに暮らせることにつながります。
- 介護していると、BPSDに振り回され出口のないトンネルの中にいるようだと言嘆く家族がいますが、BPSDと一緒に改善しましょうと勇気づけてください。また、認知症のステージが進むと、BPSD自体がなくなっていくことを伝える必要があります。

## 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント

### (2) 認知症ケアにおける多職種協働

- ・ 介護支援専門員は以下の職種と多職種協働を行うことがあります。

前提	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 認知症ケアは、多職種が協働して取り組むことが基本です。</li></ul>
医療職との連携	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 連携する医療職として、かかりつけ医、認知症専門医、認知症サポート医、訪問歯科医師、訪問看護師、訪問薬剤師、訪問リハ職などがあります。</li></ul>
専門職との連携	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域包括支援センターや、認知症地域生活推進員、認知症初期集中支援チームなどの専門職がかかわります。</li></ul>
地域との連携	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域においては、認知症サポーターや民生委員・児童委員や地域住民なども支援のチームにかかわることがあります。</li></ul>

## 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント

### (3) 認知症にかかわる社会資源

- 認知症にかかわる社会資源は以下の通りです。

概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 認知症にかかわる社会資源は、介護保険サービスにかかわる資源だけでなく、医療に関する資源、インフォーマルな支援など様々なものがあります。</li> </ul>
介護保険サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 認知症高齢者のケアに活用されることが多い介護保険サービスとしては、地域包括支援センターをはじめ、デイサービス、デイケア、認知症デイ、訪問介護、訪問看護、ショートステイ、福祉用具、小規模多機能型サービス、グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームといったものがあります。</li> </ul>
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 認知症に関わる医療資源としては認知症疾患医療センターがあります。</li> </ul>
インフォーマル支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 認知症に関わるインフォーマル支援として特に理解しておくべきものとしては認知症サポーター、見守り隊、傾聴ボランティアなどがあります。</li> <li>• 認知症である利用者の支援は地域全体で取り組むことが重要です。地域のサポートとは、認知症である利用者を直接支える地域の見守り体制、認知症サポーター、徘徊高齢者SOSネットワークといったものがあります。</li> </ul>
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護する家族を地域が支える仕組みや、認知症高齢者のケアに携わる介護職同士の連携を支える仕組み、介護職と他の専門職との連携を支える仕組みなど、重層的な仕組みを構築し、それを活用することが必要です。</li> <li>• 認知症カフェや認知症の人と家族の会が主催する「つどい」など、地域で行われる支援活動を紹介します。</li> <li>• 電話相談や市町村が行っている相談場所を紹介します。</li> </ul>

## 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント (4)介護保険制度以外の他制度の活用(1/3)

- 認知症に関して活用できる他制度は以下の通りです。

認知症	<ul style="list-style-type: none"><li>• 認知症に関して活用できる他制度として、日常生活自立支援事業、成年後見制度などがあります。経済状態の困窮など必要な場合は生活保護制度なども活用します。</li></ul>
若年性認知症	<ul style="list-style-type: none"><li>• 若年性認知症においては、障害者制度が活用できることも理解し、ご本人に情報提供します。</li></ul>

# 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント (4)介護保険制度以外の他制度の活用 (2/3)

- 認知症の新しい施策として「オレンジプラン」があります。

## 【新オレンジプランの概要】

- I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
  - ① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施
  - ② 認知症サポーターの養成と活動の支援  
【認知症サポーターの人数：1200万人】
  - ③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進
- II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
  - ① 本人主体の医療・介護等の徹底
  - ② 発症予防の推進
  - ③ 早期診断・早期対応のための体制整備  
【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）：75,000人】  
【認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）10,000人】  
【認知症初期集中支援チームの設置市町村数：2018（平成30）年度からすべての市町村で実施】
  - ④ 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応
  - ⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供
  - ⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携
  - ⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進
- III 若年性認知症施策の強化
- IV 認知症の人の介護者への支援
  - ① 認知症の人の介護者の負担軽減  
【認知症カフェ等の設置・普及：地域の実情に応じて認知症地域推進員等が企画するなど、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組みを2020年度までに全市町村に普及させる】
  - ② 介護者たる家族等への支援
  - ③ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立
- V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
  - ① 生活の支援（ソフト面）
  - ② 生活しやすい環境（ハード面）の整備
  - ③ 就労・社会参加支援
  - ④ 安全確保

- VI 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
  - VII 認知症の人やその家族の視点の重視
    - ① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施
    - ② 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援
    - ③ 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画
- <終わりに>
- 認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、国をあげた取組みが必要。
  - 認知症への対応に当たっては、常に一步先んじて何らかの手を打つという意識を、社会全体で共有していかなければならない。
  - 認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではない。
  - 認知症への対応は今や世界共通の課題。
  - 本戦略の進捗状況は、認知症の人やその家族の意見を聞きながら随時点検。
  - 医療・介護サービス等の提供に関し、個々の資源の整備に係る数値目標だけでなく、これらの施策のアウトカム指標の在り方についても検討し、できる限りの定量的評価を目指す。

資料：厚生労働省

(資料図) 厚生労働省資料



## 6. 認知症ケアの視点及びケアマネジメントへの展開のポイント (4)介護保険制度以外の他制度の活用 (3/4)

- 活用可能な他制度として認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、若年性認知症施策などがあります。

### 認知症初期集中支援チーム

目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けられるために認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を設置し、早期診断早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とします。</li> </ul>
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援など初期の支援を包括的、集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいいます。</li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人としてします。 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人 <ul style="list-style-type: none"> <li>(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人</li> <li>(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人</li> <li>(ウ) 適切な介護サービスに結び付いていない人</li> <li>(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人</li> </ul> </li> <li>➤ 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著の為、対応に苦慮している人</li> </ul> </li> </ul>

(資料)厚生労働省老健局振興課「地域支援事業の充実と介護予防給付の見直し」

# 実践的に活用する上での留意点

# 1. インテーク

---

- 初回面接においては、認知症のある利用者と家族との信頼関係を樹立することが最も重要です。
- 認知症である利用者の会話能力を判断しながら、利用者及び家族の主訴を確認します。

## 2. アセスメント

### (1)アセスメントの手法①アセスメントの概要

---

- アセスメントは情報の収集・整理と分析、ニーズの抽出で構成されます。
- アセスメントの過程の中で、認知症の利用者および家族の意向を把握します。

## 2. アセスメント

### (1)アセスメントの手法②アセスメントのポイントや有用なツール

- アセスメントは利用者・家族だけではなく、かかわっているチームメンバーが協働で行います。
- 言語的アセスメントだけではなく、利用者の行動を観察し、行動の意図を探ります。
- 情報を収集・整理する際は、センター方式の活用方法などが有効です。
- 収集・整理した情報を分析しニーズを抽出する際は、ひもときシートや課題整理総括表等を活用することが有効です。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点

- 情報の収集では多職種との連携が必須になります。特に認知症のある方のケアマネジメントでは、医療に関連する情報だけでなく、本人のそれまでの生活の様子や経緯などの情報も重要です。
- 「ニッポン一億総活躍プラン」に位置付けられた「適切なケアマネジメント手法」では、疾患別のケアにおいて情報収集の時点で想定される支援の仮説と関連する情報収集項目を体系的にとりまとめています。
- アルツハイマー型認知症の比較的初期段階の場合を念頭に置いてはいますが、認知症のある方のケアにおける項目整理も行われています。
- 情報収集の時点で、その人に必要となる可能性のある支援内容の仮説を持つことにより、重要な情報を効果的に掘り下げて把握しやすくなります。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点①情報収集の方法

- アセスメント上の留意点として、情報収集については以下の通りです。

- 主介護者・キーパーソンを中心に多職種で情報を収集します。
- 利用者の言葉や行動を丁寧に観察します。
- これまでの生活歴や生活習慣を知っている人から出来るだけ多く情報を収集します。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ②基本情報

- アセスメント上の留意点として、基本情報については以下の通りです。

- 氏名・年齢・性別、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住所など。
- 経済状況は介護だけでなく、これからの生活をどの様に継続していくかにかかわるので、丁寧に説明をして必要最小限の情報を聞き取ります。



## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ③生活歴等

- アセスメント上の留意点として、生活歴等については以下の通りです。

- 生活歴、職歴、趣味、スポーツ、社交、宗教、入院・入所前の生活状況などを聞き取ります。
- これまでの人生の中でどのような変化があったか聞き取ります。
- 利用者の特徴を明確にするようなエピソードを聞き取ります。
- ライフスタイルや利用者のこだわりも聞き取ります。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ④人間関係

- アセスメント上の留意点として、人間関係については以下の通りです。

- 主介護者・キーパーソンとの関係性、家族構成、友人・知人、周囲の人、支援者などを聞き取ります。
- 介護力は、現在介護を行っている人だけではなく、サポートしてくれる人がいるか聞き取ります。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ⑤留意すべき疾患と治療

- アセスメント上の留意点として、注意すべき疾患と治療については以下の通りです。

- 認知症者の生活に影響を与える一般的疾患（糖尿病、心疾患）、かかりつけ医、受診状況、バイタルサインなどの一般状況を聞き取ります。
- 治療上の注意点、（認知症進行阻害薬も含めた）服薬状況、薬の副作用の可能性などを聞き取ります。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ⑥留意すべき心身の状況

- アセスメント上の留意点として、留意すべき心身の状況については以下の通りです。

- 睡眠障害、脱水、嚥下障害、肺炎、感染症、排せつ障害、転倒リスク、口腔機能の低下、皮膚トラブル、低栄養、摂食障害、便秘などの影響がないか把握します。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ⑦コミュニケーション能力

- アセスメント上の留意点として、コミュニケーション能力については以下の通りです。

- 言語的理解と非言語的メッセージの理解がどのくらい可能か把握します。
- 長い文章の理解が出来なくても簡単な単語の理解は出来る事があるので、必ず最初に利用者に話しかけます。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ⑧五感への影響

- アセスメント上の留意点として、五感への影響については以下の通りです。

- 視覚、聴覚、味覚、嗅覚、触覚に対する影響がどのようにあるか把握します。
- 五感への影響は、利用者が自覚しないうちに行動変化を起こす可能性があるため、様子の観察を丁寧に行います。騒々しい場所では落ち着かなくなったり、視野に利用者の恐怖心を刺激するような場面が映ったりすると突然逃げ出そうとすることもあるので、日常生活の変化に気を付けます。
- 利用者にとっての居心地の良い状態はどのような状態なのか知っておきます。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ⑨精神心理的側面

---

- アセスメント上の留意点として、精神心理的側面については、心理的背景、性格、気質などの影響を把握します。

## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ⑩留意すべき活動と参加の状況

- アセスメント上の留意点として、留意すべき活動と参加状況については以下の通り。

ADL セルフケア	• 食事、身体的清潔、排せつ、更衣、口腔ケアなどがどのくらい自立して行えるか把握します。
I ADL全般	• 服薬、買い物、調理、掃除・片づけ・ゴミ出し、ペットの世話、その他の役割などを把握します。



## 2. アセスメント

### (2)アセスメント上の留意点 ⑪物的環境

- アセスメント上の留意点として、物的環境については住環境、住まい方・生活様式、なじみの器具・物品、居住地周辺環境などを把握します。
- 認知症のある方ご本人にとって、どのような環境が快い環境で、どのような環境が不快な環境かを把握することが重要です。

## 3. 居宅サービス計画原案作成

### (1) 利用者家族の意向

- 優先順位のつけ方、介護保険サービスの選び方、他制度の活用方法、チームアプローチが認知症である利用者の意向を反映できているか、家族の意向が中心になっていないか確認します。

## 3. 居宅サービス計画原案作成

### (2) 総合的援助方針

---

- 認知症利用者利用者の意向に添い自立支援を目標としたケアの方向を明確にします。
- 徘徊のリスクなどがある場合は緊急連絡先や連絡網を記載しておきます。

## 3. 居宅サービス計画原案作成

### (3) 解決すべき課題

- 生活ニーズに関して介護支援専門員が専門職として把握したものと利用者・家族のニーズの摺合せを行います。
- 出来ないところだけを抽出したり、BPSDの対応だけを行ったりしないように気を付けて、利用者が楽しく暮らせるようなニーズを把握します。

## 3. 居宅サービス計画原案作成

### (4) 長期目標と短期目標

- 長期目標では、具体的で居宅サービス計画の期間で到達可能な目標を設定するよう意識します。
- 短期目標では、段階的に取り組んでいく事で、長期目標の達成が可能になるような内容にします。
- 短期目標は評価出来るように具体的に記載し、少しでも達成感を感じる事が認知症でも出来るという自己効力感につながることを理解します。

## 3. 居宅サービス計画原案作成

### (5) サービス内容と種別期間

---

- サービス内容は具体的で、認知症利用者が一緒に取り組めるように配慮します。
- サービス種別は公的介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスなどが含まれているか確認します。

## 4. サービス担当者会議

---

- 利用者の意向の確認、家族の介護負担の軽減、対応方法の明確化・共有を図り、主治医や多専門職の意見を参考にして、目標の共有化を図ります。

## 5. サービスの提供や介入

---

- 個別サービス計画の確認、具体的サービス内容の確認を行います。
- 認知症の要介護者にとって、なじみの関係や適切な環境作りが重要なので、細かな利用者の情報を共有しておきます。



## 6. モニタリング

- 利用者の状況変化、家族の介護状況、修正の必要性、サービスの提供状況などを把握します。
- 目標の達成状況を把握します。認知症である利用者に直接尋ねても回答がない場合は、サービス提供時の様子から、利用者に合わせているか、楽しんでいるかなどを確認します。

## 7. 評価

---

- 短期目標の到達状況、利用者の生活状況が安定しているか確認します。
- 利用者主体の選択と決定ができていることを確認します。
- 虐待の疑いにおける通報義務などを理解します。

# 地域包括ケアシステムへの展開

# 1. 今後の認知症施策の方向性について

- 今後の認知症施策の方向性のポイントは以下の通りです。
- 「認知症になっても利用者の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける事が出来る社会」の実現を目指すという基本目標があります。
- この基本目標の実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進める事により、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパスを構築する事が志向されています。
- 早期診断・早期対応が重要です。
- 地域生活を支える医療サービスや介護サービスの構築を図っていきます。

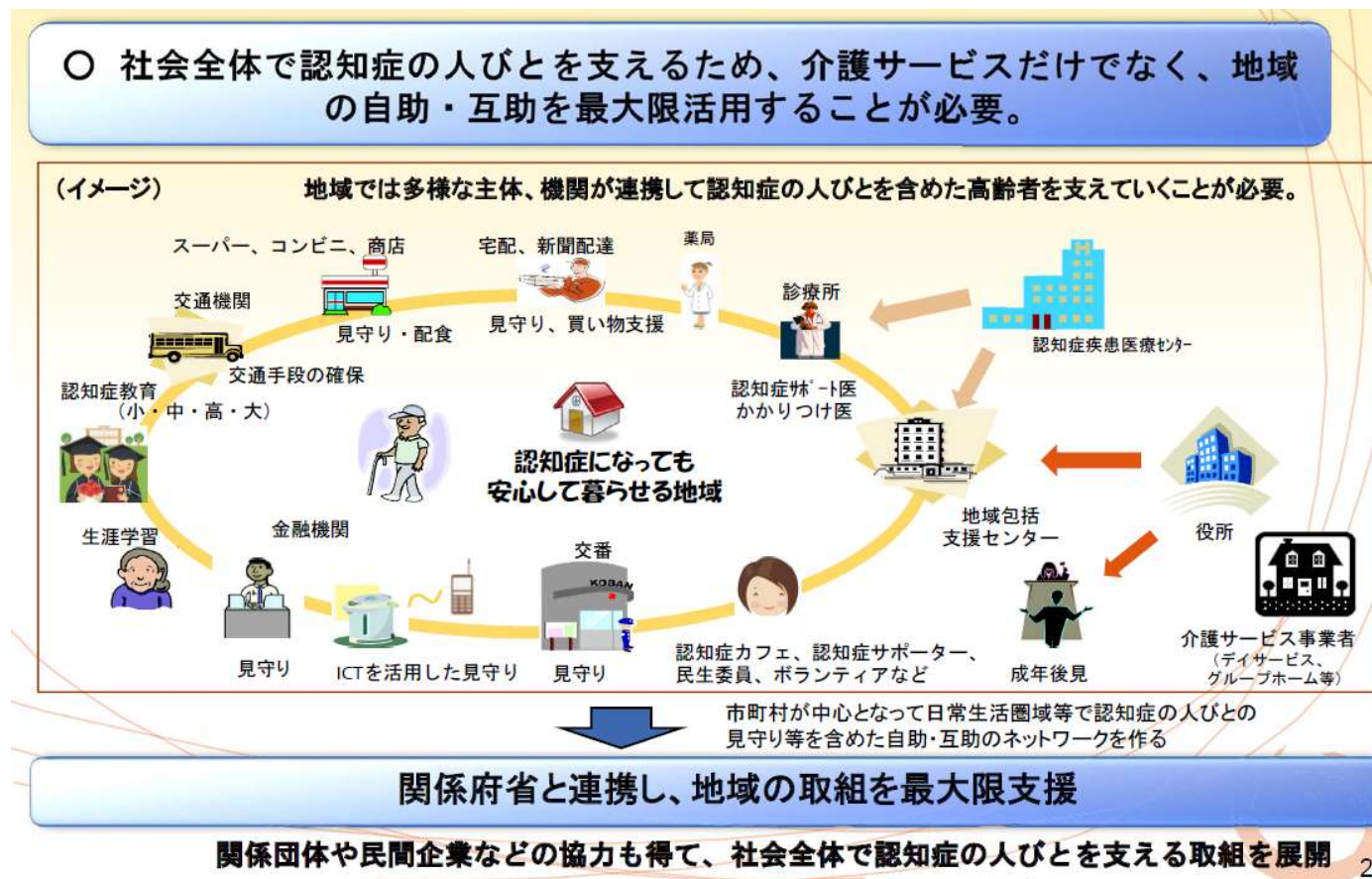
## 2. 地域包括ケアシステムの5つの視点と4つの支援（1/2）

- 包括ケアシステムの5つの視点は以下の通りです。

- 介護サービス及びリハビリテーションの組み合わせにより、認知症のリハビリテーションの効果がある事を知ります。
- 認知症においては医療との連携が重要であることを知ります。
- 認知症予防の推進に配慮します。
- 地域における見守りなど多様な生活支援サービスを確保します。
- 認知症になっても自宅で暮らし続ける支援や、それまでの人間関係が途切れないような住み替えを支援します。

## 2. 地域包括ケアシステムの5つの視点と4つの支援（2/2）

- 地域の中で、「自助」「互助」「共助」「公助」を組み合わせせて支援する事を理解します。



(出典) 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室「地域包括ケアシステムと認知症施策」

# 振り返り



【個人ワーク】  
15分

- ここまで、「認知症に関する事例」について学んできました。

## 【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
  - ✓ 認知症の中核症状と行動・心理症状（主なもの）
  - ✓ 行動・心理症状へのアプローチ方法と留意点
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

## 終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、演習の参加に備えてください。
- 演習終了後に科目のはじめに確認した修得目標が達成できたか振り返ってみましょう。
- なお、研修記録シートは演習終了後に作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。