これからの介護と施設ケア

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　特定非営利活動法人ふくし＠ＪＭＩ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　小　湊　純　一

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（社会福祉士/主任介護支援専門員）

１　介護保険制度

（１）介護保険の基本理念

(目的)

第一条　この法律は，加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態

　となり，入浴，排せつ，食事等の介護，機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の

　医療を要する者等について，これらの者が尊厳を保持し，その有する能力に応じ自立し

　た日常生活を営むことができるよう，必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る

　給付を行うため，国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け，その行う保険給

　付等に関して必要な事項を定め，もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図るこ

　とを目的とする。

(介護保険)

第二条　介護保険は，被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」とい

　う。)に関し，必要な保険給付を行うものとする。

２　前項の保険給付は，要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるととも

　に，医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

３　第一項の保険給付は，被保険者の心身の状況，その置かれている環境等に応じて，被

　保険者の選択に基づき，適切な保健医療サービス及び福祉サービスが，多様な事業者又

　は施設から，総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

４　第一項の保険給付の内容及び水準は，被保険者が要介護状態となった場合において

　も，可能な限り，その居宅において，その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこ

　とができるように配慮されなければならない。

**指定介護老人福祉施設**

(基本方針)

第一条の二　指定介護老人福祉施設は，施設サービス計画に基づき，可能な限り，居宅に

　おける生活への復帰を念頭に置いて，入浴，排せつ，食事等の介護，相談及び援助，社

　会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話，機能訓練，健康管理及び療養上の世

　話を行うことにより，入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことがで

　きるようにすることを目指すものでなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，入所者の意思及び人格を尊重し，常にその者の立場に立っ

　て指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。

３　指定介護老人福祉施設は，明るく家庭的な雰囲気を有し，地域や家庭との結び付きを

　重視した運営を行い，市町村，居宅介護支援事業者，居宅サービス事業者，他の介護保

　険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め

　なければならない。

(介護)

第十三条　介護は，入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう，入所者の心身

　の状況に応じて，適切な技術をもって行われなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，一週間に二回以上，適切な方法により，入所者を入浴さ

　せ，又は清しきしなければならない。

３　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その心身の状況に応じて，適切な方法によ

　り，排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は，おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り

　替えなければならない。

５　指定介護老人福祉施設は，褥瘡じよくそうが発生しないよう適切な介護を行うとともに，

　その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

６　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，前各項に規定するもののほか，離床，着替

　え，整容等の介護を適切に行わなければならない。

７　指定介護老人福祉施設は，常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければ

　ならない。

８　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その負担により，当該指定介護老人福祉施

　設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

(食事)

第十四条　指定介護老人福祉施設は，栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜し好を考慮し

　た食事を，適切な時間に提供しなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，入所者が可能な限り離床して，食堂で食事を摂ることを支

　援しなければならない。

(相談及び援助)

第十五条　指定介護老人福祉施設は，常に入所者の心身の状況，その置かれている環境等

　の的確な把握に努め，入所者又はその家族に対し，その相談に適切に応じるとともに，

　必要な助言その他の援助を行わなければならない。

(社会生活上の便宜の提供等)

第十六条　指定介護老人福祉施設は，教養娯楽設備等を備えるほか，適宜入所者のための

　レクリエーション行事を行わなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手

　続について，その者又はその家族において行うことが困難である場合は，その者の同意

　を得て，代わって行わなければならない。

３　指定介護老人福祉施設は，常に入所者の家族との連携を図るとともに，入所者とその

　家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は，入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならな

　い。

(機能訓練)

第十七条　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その心身の状況等に応じて，日常生

　活を営むのに必要な機能を改善し，又はその減退を防止するための訓練を行わなければ

　ならない。

(健康管理)

第十八条　指定介護老人福祉施設の医師又は看護職員は，常に入所者の健康の状況に注意

　し，必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

２　地域包括ケア

（１）地域包括ケア

『地域包括ケアシステム』　～厚生労働省～

　団塊の世代が７５歳以上となる２０２５年を目途に，重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう，住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。  
　今後，認知症高齢者の増加が見込まれることから，認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも，地域包括ケアシステムの構築が重要です。  
　人口が横ばいで７５歳以上人口が急増する大都市部，７５歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等，高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。  
地域包括ケアシステムは，保険者である市町村や都道府県が，**地域の自主性や主体性**に基づき，**地域の特性**に応じて作り上げていくことが必要です。

（２）認知症施策（オレンジプラン）

**「認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）」**

（平成25年度から29年度までの計画）

**１　標準的な認知症ケアパスの作成・普及**

○「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及

・平成24～25年度　調査・研究を実施

・平成25～26年度　各市町村において，「認知症ケアパス」の作成を推進

・平成27年度以降　介護保険事業計画（市町村）に反映

**２　早期診断・早期対応**

○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）

平成24年度末見込35,000人　→　平成29年度末50,000人

【考え方】高齢者人口約600人（認知症高齢者約60人）に対して１人のかかりつけ医が受講。

※後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施

○認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）

平成24年度末見込2,500人 →　平成29年度末4,000人

【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して１人のサポート医を配置。

○「認知症初期集中支援チーム」の設置

・平成24年度　モデル事業のスキームを検討

・平成25年度　全国10か所程度でモデル事業を実施

・平成26年度　全国20か所程度でモデル事業を実施

・平成27年度以降　モデル事業の実施状況等を検証し全国普及のための制度化を検討

※「認知症初期集中支援チーム」は，地域包括支援センター等に配置し，家庭訪問を行い，アセスメント，家族支援等を行うもの。

○早期診断等を担う医療機関の数

・平成24～29年度　認知症の早期診断等を行う医療機関を，約500か所整備する。

【考え方】認知症疾患医療センターを含めて，二次医療圏に１か所以上。

※いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援，危機回避支援）に ついては，平成25年度までに，認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い，それを踏まえて検証する。

○地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多 職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着

・平成24年度「地域ケア会議運営マニュアル」作成，「地域ケア多職種協働推進等事

業」による「地域ケア会議」の推進

・平成27年度以降　すべての市町村で実施

**３　地域での生活を支える医療サービスの構築**

○「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

・平成24年度 ガイドラインの策定

・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用

○精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

・平成24年度～ 調査・研究を実施

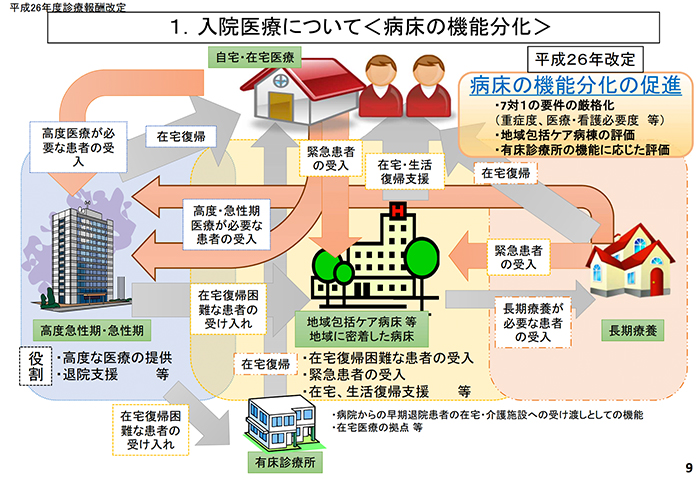
○「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成

・平成24年度 クリティカルパスの作成

・平成25～26年度 クリティカルパスについて，医療従事者向けの研修会等を通じて

普及。あわせて，退院見込者に必要となる介護サービスの整備を護保険事業計画に反映する方法を検討

・平成27年度以降　介護保険事業計画に反映

[](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf)

**４　地域での生活を支える介護サービスの構築**

○認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために，必要な介護サービスの整備を進める。

**５　地域での日常生活・家族の支援の強化**

○認知症地域支援推進員の人数

平成24年度末見込175人　→　平成29年度末700人

【考え方】5つの中学校区当たり１人配置（合計約2,200人），当面5年間で700人配

置。

※各市町村で地域の実情に応じて，認知症地域支援推進員を中心として，認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施

○認知症サポーターの人数（累計）

平成24年度末見込350万人　→　平成29年度末60

○市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数

平成24年度見込40市町村　→　将来的にすべての市町村(約1,700)での体制整備

○認知症の人やその家族等に対する支援

・平成24年度 調査・研究を実施

・平成25年度以降　「認知症カフェ」（認知症の人と家族，地域住民，専門職等の誰もが参加でき，集う場）の普及などにより，認知症の人やその家族等に対する支援を推進

**６　若年性認知症施策の強化**

○若年性認知症支援のハンドブックの作成

・平成24年度～　ハンドブックの作成。医療機関，市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付

○若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数

平成24年度見込17都道府県 →　平成29年度47都道府県

**７　医療・介護サービスを担う人材の育成**

○「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定

・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施

・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用

○認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）

平成24年度末見込2.6万人　→　平成29年度末4万人

【考え方】すべての介護保険施設（約15,000）とグループホーム（約14,000）の職員１人ずつが 受講。加えて，小規模多機能型居宅介護事業所，訪問介護事業所，通所介護事業所等の職員については，すべての中学校区（約 11,000）内で１人ずつが受講

○認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）

平成24年度末見込1,600人　→　平成29年度2,200人

【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。

○一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数（累計）

新規　→　平成29年度末87,000人

【考え方】病院（約 8,700）1か所当たり10人（医師2人，看護師8人）の医療従事者が受講。

３　これからの介護

（１）介護保険制度改正のポイント

　　人口減と高齢化が同時に進みます。医療・介護制度は、高齢者の急増、支え手世代の

　減少、財政難に直面します。[厚生労働省](http://www.asahi.com/topics/word/厚生労働省.html)によると、２５年には医療給付費がいまの３７

　兆円から５４兆円に、介護給付費は１０兆円から２１兆円に膨らむ。

　　病院にかかれない高齢患者があふれ、[介護保険料](http://www.asahi.com/topics/word/介護保険料.html)は負担の限界を超えて高騰。サービ

　スを提供する人手の不足も深刻。

　　負担面では、一定の所得（年金収入なら年２８０万円以上）がある人の自己負担割合

　を１割から２割に上がり，低所得者の保険料を軽減する一方、高所得者は上乗せになり

　そう。高齢者にも支払い能力に応じて負担を求める方向です。

　　①　要支援１・２の対象者について介護保険本体の給付（予防給付）から、訪問介護

　　　と通所介護を外し、対応するサービスについて地域支援事業を再編成する。

　　②　個別のサービスでは、通所介護の機能の改革、特に定員10人以下の小規模型につ

　　　いては、地域密着型サービスへ移行させ、今後新たな事業所開設については保険者

　　　の管理下に置く。

　　③　特別養護老人ホームの入所対象者を原則要介護３以上にする。

　（その他）

　　①　地域包括ケアシステム

　　②　費用負担の変更

（２）自立支援のケア

**～ 自立を支援するということ ～**

※支援の対象者を「本人」とします。

**１　自己決定の尊重**

選択可能な，個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし，本人の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。

自己決定と自己責任は違います。

自分で決める能力を評価し，判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定する場合もあります。

**２　能力の発揮**

本人の自己解決能力に着目して，個々のニーズの客観的な把握・分析を行い，自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。

できるところも代行してしまうと，その時は喜ばれるかもしれませんが，能力の発揮を妨げ，依存性を高めてしまう場合があります。

**３　生活の継続性（継続性の尊重）**

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても，その人の生活を維持・継続していけるよう，相手の生活の継続性を尊重して関わります。

広く，保健・医療・福祉・介護・法律等，生活全般にわたる連携により支援します。

**～支援者としての立ち位置～**

**１　どのような立場・役割なのか**

**２　どのように考えて行動すればよいのか**

**～ 良質な接遇 ～**

話の聞き方，話し方，接し方

　人が相手の仕事です。どのような聞き方，どのような話し方，接し方をすれば良いのかを考えます。

　また，どのような聞き方，どのような話し方，接し方が悪いのかも考えます。

*2005.11.07.加藤美和子*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 良い対応 | 悪い対応 |
| １ | 目を見て話をします。 | 視線を合わせない。  凝視する。 |
| ２ | 表情でも共感します。 | 無表情で話す。 |
| ３ | 想いに反応します。 | 反応しない。 |
| ４ | テンポやペースを合わせます。 | テンポやペースを合わせない。 |
| ５ | 想いに気づきます。 | 気づかない。  気にかけない。 |
| ６ | 「そうですか」「そうですね」と言います。 | 否定する。  「違うでしょう」と言う。 |
| ７ | 「いいですよ」と言います。 | 拒否する。  「だめ」「何やってんの」「無理」と言う。 |
| ８ | 想いを尊重します。 | 押し付ける。  決め付ける。 |
| ９ | プライバシーを守ります。 | いろいろ詮索する。  いろいろ聞く。  断りなく他の人に話す。笑い話にする。 |
| １０ | 普通に話します。 | 偉そうに話す。  馴れ馴れしく話す。  よそよそしい敬語で話す。 |
| １１ | 普通に見ます。 | 「かわいそう」などと特別扱いする。 |

**１　目を見て話をします。**

　普段，「こんにちは」などと挨拶をする時，その人の目を見て挨拶をするのが普通です。もし，全く違う方を見て挨拶をされたら誰に言っているのかわかりません。

　挨拶の時だけではなく，普段話しかけられた時でも，視線を合わせて答えている時と，そっぽを向いて答えている時を想像してみてください。同じ返事をしたとしても，全く違う印象を受けるのではないでしょうか。

　どんなに優しい話し方をしたり，心では気を使っていたとしても，目を見ていないとその気持ちはその人には伝わりません。

**２　表情でも共感します。**

　いくら返事をしても表情が無表情だったら，話している人はただ聞き流されているのだろうと感じるでしょう。

　例えば，「この前、紅葉狩りに行ってきたんです。とてもきれいでしたよ。」と嬉しそうに話した時に，「良かったですねー。」と笑顔で嬉しそうに答えてもらえたら，その人はもっと嬉しい気持ちになると思います。それが，「そうですか。」と無表情で返答されたら，（この人に話さなければよかった・・）という気持ちになるでしょう。

　楽しい話、悲しい話、面白い話・・など，話の内容に合わせて表情で表現して話を聞くとその人は話しやすくなります。

**３　想いに反応します。**

　話を聞く時，相槌を打ちながら聞きます。反応がなければ，聞いているのか聞いていないのかわかりません。話の合間，合間に頷きながら聞いて反応しますが，ただ頷くだけでは聞いてもらっているという想いにはなれません。その時はその人の目を見て，表情や仕草などで表現して話を聞きます。

　さらに，それでも足りない場合があります。例えば，（自分のやったことが本当に良かったのだろうか・・）と悩んでいる人がいて，そのことを相談されたとします。その時，その人の目を見て，その人の気持ちを考えながら表情にも表して、頷きながら聞いたとします。でも、その人はそれだけで満足できるでしょうか。その人は，本当は何かを言ってほしいと望んでいるのかもしれません。

　話の内容や，その時の気持ちによっては，聞いてもらうだけで満足することもあれば，何か言ってほしいと思う時もあります。その気持ちに気づいて，その気持ちに沿った反応することが大切です。

**４　テンポやペースを合わせます。**

　話の途中でせかしたり，遮ったりしないように注意します。

　例えば，ゆっくりの口調で話す人に，早口でペラペラ喋ったり，せかすように頷かれたらいかがですか。口調を合わせることによって，その人は自分のテンポで話すことができ，伝えたいことも思うように伝えることができるのです。

　それは，行動でも同じことです。もし，付き添いの介助で観光に出かけた時，その人はゆっくり見ていたいと思っているのに，「次はあっちに行って見ましょう！」などと言って自分のペースで行動したら，その人は楽しめず，気を使って言いたいことも言えないでしまうかもしれません。その時に，その人がどう思っているのだろうか・・という気遣いができればその人は楽しめるのだと思います。

　話し方などのテンポは人によって皆違います。自分のテンポではなく，その人のテンポやペースに合わせるよう心がけます。

**５　想いに気づきます。**

　気づくということは，“その人の想いをわかろうとする”ということです。

　例えば，自分で解決できない悩みがあり，相談をしようと思い友人を訪ねました。ドアを開けて玄関に入ったものの，言いづらいのと，聞いてくれるかどうか不安でどうしていいか分からなくなりました。その時，もし「何ですか？どうしたの？」と言われたらいかがですか。また，すぐに「よく来てくれましたね。中へどうぞ。」と声をかけられたらいかがでしょうか。

　言葉だけではなく，その人の表情や仕草をみて，その人の気持ちに気づくことが大切です。

**６　「そうですか」「そうですね」と言います。**

　例えば，「私，この花が好きなんです。」と言った時，いきなり「私はそれよりもこっちの花の方が好きです。」と言われたら，その人は否定されたという想いになります。感じ方や考え方は人それぞれです。たとえ自分は違うと思ったとしても，その人の気持ちをそのまま受け入れて，まずは「そうですか，○○の花が好きなんですか。」と答えます。そして，その時援助者は，その人の“好きな花”を知ることができ，その人もわかってもらえたと感じることができます。その後で，「私の好きな花は，○○なんですよ。」と話せばいい訳です。

**７　「いいですよ」と言います。**

　「△△に行きたい。」と言ったとします。その時もし，最初から「無理です」「できません」と言われたらいかがでしょうか。反対に，「いいですよ」と言われて，一緒に考えたり，やってみたりできたら嬉しいし，それでもしできなかったとしても，その人も納得できるでしょう。

　何もしないで決め付けるよりは，前向きにできる方がいろいろな発見や気づきがあるのではないでしょうか。

　ただし，「いいですよ」というのは，何でも言うことを聞くという意味ではありません。それが危険なことだとしたらできないこともあるということも理解しておかなければなりません。

　また，想いを理解した上で，新たな提案をしてみるのも良いことです。

**８　想いを尊重します。**

　“尊重する”というのは，その人の気持ちを大事にするということです。

　強引に勧められ，勝手に決められ，それが絶対いいからと決め付けられたらどうでしょうか。

　決めるための提案をしてくれ，決めたことを尊重されるのは気分のいいものです。

**９　プライバシーを守ります。**

　何でも根掘り葉掘り聞かないようにします。あまり詮索されると何も話したくなくなります。本当に必要で聞くのか，興味で聞くのかでは大きく違います。

　また，他の人の噂話もしないように注意します。「○○さんが言ってたんですけど・・」とか，「この前，△△さんの家に行った時・・」などと何でも話してしまったら，恐らく自分のことも他の人に話しているかもしれないと感じ，その人からの信頼はなくなり，もう何も話したくないという想いになるでしょう。

　どうしても，誰かに話す必要がある時には本人の了解が必要です。

**１０　普通に話します。**

　特別丁寧過ぎず，馴れ馴れしくもなく，偉そうでもない話し方をします。その人との関係は，友達のような親しい関係ではなく，また，会社のように上司と部下のような関係がある訳でもありません。

年下の人から，「○○ちゃん」と呼ばれたり，「ちょっと待っててね！」などと言われたらどうですか。また，堅苦しく「△△でございます」「かしこまりました」などと言われたらどう思うでしょうか。

一人ひとりに合わせた話し方をすることが，その人に対する“普通の話し方”なのだと思います。

**１１　普通に見ます。**

　世の中にはいろんな人がいます。一人ひとり顔も違うし，体型も違います。感じ方も考え方も違います。似ている人はいても絶対に同じ人はいません。

　また，高齢者とか障害者というと，何か特別のように思われることがありますが，特別なことは何もありません。障害があっても不自由なことがあっても「かわいそう」などと思ってほしくはないし，特別扱いをされたいとも思っていないのです。共感は普通にできればいいですが，同情は余計なお世話だと思います。

　その人はどんな人で，どんなことが好きで，どんな風にしたいと思っていて・・などということを知ることができて，そのためにその人は何ができて，何ができないのか，何を望んでいるのか・・そういうことをわかろうとすることが，当たり前にできたらいいのではないでしょうか。

　自分だったらこうしてほしいということで考えるのではなく，その人だったらどうしてほしいのかと考えることが大切です。

　やってあげるという感覚ではなく，ごく自然に、普通にその人のために何かの役にたてたら嬉しいものです。

（３）介護の専門性とスキルアップ

**～　個別ケア・認知症ケア　～**

**認知障害の理解**

　　認知障害は，最近や昔の出来事を忘れる，錯乱する，言葉を探したり，話を理解する

　のが困難になる，社会生活に適応できなくなるなど，生活のほとんどすべてに影響しま

　す。

認知障害対応の指針

**障害の確認**

　認知障害があれば，以下を順に確認します。

　　　ア　普段と比べて急激な精神状態の変化・変動，異常な行動があったか。

　　　イ　すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。

　　　ウ　とりとめのない話をすることがあったか。

　　　エ　ぼーっとしている，うつらうつらしている，過敏になっている，など意識に問

　　　　題があったか。

　　　オ　失見当識があったか。自宅以外にいると思っている，時間や曜日を間違える，

　　　　などの混乱があったか。

　　　カ　最近のことを思い出せなかったり，言われたことを覚えられない，などの記憶

　　　　障害があったか。

　　　キ　実際にはないものが，いたり動いていると思う，などの幻覚か錯覚，思い違い

　　　　があったか。

　　　ク　落ち着きがない，何かをつかむ，指を鳴らす，急に動く，などの異常に活発な

　　　　状態や，のろのろしている，一点を見続けている，ずっと同じ姿勢でいる，など

　　　　の異常に緩慢な状態があったか。

　　　ケ　昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障害があったか。

　　③　認知障害による生活上の支障や危険性・可能性の把握し，本人や家族の負担を減

　　　らすようなケアサービスを検討して対応します。

　　　ア　認知障害が影響しているＡＤＬなどについて把握します。

**できることを判断します**

　　　利用者と家族に，できないことばかり尋ねるのではなく，本人が自分でできること

　　は何か，あるいは参加できることは何かを尋ねる。軽度の短期記憶の障害のような物

　　忘れは，安心させたり，それを補う工夫をすることによって対応できる。（たとえ

　　ば，メモをする，カレンダーを使う，鍵の置き場所を一定にする、など。）

　以下を確認し，援助の必要性を把握します

　　①　ＡＤＬやＩＡＤＬはどのように自立しているか。

　　　　利用者にとってＡＤＬ，特に食事と排泄の自立度を維持することは非常に重要な

　　　ことです。食事も排泄も，その人なりの方法を思い出すような工夫によって改善す

　　　ることがあります。

　　②　認知障害のために怪我をする危険性が大きいか，あるいは徘徊や他者への暴力，

　　　火事など問題となる行動が現われているか。

　　　　そうであれば，適切な安全対策をとるほか，介護者に対するそれらの危険性につ

　　　いての情報提供，環境評価をする機関への照会，身体や家事援助サービスの導入，

　　　行動への対応（セキュリティー，見守り，指示，誘導，言葉がけの方法など）を行

　　　ないます。

**必要な援助をします**

　　①　家族が認知障害のある利用者の「世話を焼きすぎる」ことはよくみられることで

　　　すが，それは依存性を増大させ，自尊心も失わせることにつながる可能性がありま

　　　す。

　　②　失行などにより，一部，行動を代行，援助，介助をする必要があるかもしれませ

　　　んが，高齢者にできる限り長い間，できるだけ多くの動作・活動・参加をしてもら

　　　うことが目標です。

　　③　行動を制限するのは本人の安全性に関わる場合であり，ガス台やストーブの火に

　　　よる火傷，徘徊の末に行方不明になる危険性があるときなどです。

**感情面へ対応します**

　　①　軽度や中等度の認知症の高齢者は，自分自身認知能力の低下に対して怒ったり，

　　　落ち込んだり，不安になることがあります。

　　　「アルツハイマー病患者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」という昔に言

　　　われていたことは間違っています。

　　②　ケアの目的は，利用者のできる活動をできるだけ把握して維持し，精神的負担，

　　　ストレスを少なくすることです。

　　③　認知症の１０～２５％はうつ状態にあり，認知の症状より早く現れる場合があり

　　　ます。

　　　　認知症のほとんどすべての高齢者に，ある時期行動の問題がみられます。認知症

　　　の人の多くは，妄想症を含めて幻覚や妄想，あるいはその両方がみられます。この

　　　ため，認知障害による記憶障害などの症状，行動障害にともなう感情的な面につい

　　　て，家族も含め，専門医との話し合いや，カウンセリングによって十分に対応する

　　　ことが重要です。

**家族支援を行ないます**

　　①　情報提供

　　　ア　まず，本人と家族とともに利用者の行動や能力，家族の役割について現実的な

　　　　評価をして対応します。

　　　イ　利用者の認知障害が重症の場合，家族は極端な選択しか残されていないと感じ

　　　　ることがあります（たとえば，日中行動を制限したり，介護施設に入所させる，

　　　　車の鍵を隠してしまう）。

　　　　　必要なことは，家族に対し，利用者の症状の経過や予後，認知症であればどの

　　　　段階にあるか，などの情報を提供することです。

　　　ウ　アルツハイマー病や血管性認知症などの進行性の認知症の場合，家族は以下の

　　　　情報を必要としています。

　　　　a　今後予想されること

　　　　b　残された記憶や判断力に対して，どのような援助をすればよいか

　　　　c　症状に関すること

　　　　d　さまざまな周辺症状に対する治療やケアの可能性

　　　　e　多発性脳梗塞性認知症の場合家族は，更なる悪化を防ぐための方法（たとえ

　　　　　ば，血圧のコントロール，運動，ストレス解消など）。

　　②　介護者の健康管理

　　　　家族は長期にわたる２４時間の介護を要求されます。このため介護者は自分の健

　　　康管理をしっかりしなければ，自分達も体調を崩す可能性があることを伝えます。

　　③　介護者のストレスを最小限にする

　　　　認知障害の高齢者を介護することは，大きなストレスになりやすいため，認知障

　　　害に合わせた支援や介護，専門医などによるカウンセリングが必要です。短期・中

　　　期の外部サービス利用や関係する本を紹介したりするのも一つの方法です。

**その人の認知障害の理解**

１　記憶障害を具体的に把握しましたか？

２　見当識障害を具体的に把握しましたか？

３　判断力低下について具体的に把握しましたか？

４　実行機能障害を具体的に把握しましたか？

５　できるところを把握しましたか？

**認知症の人を理解しようと努力します**

１　話しをしていても伝わっていない時がある。

２　料理をしなくなり，惣菜を買ってくることが多くなった。

３　身だしなみを気にしなくなってきた。

４　着替えをしないで何日も同じ服を着ているようになってきた。

５　事実でないことを本当のことのように平気で話すようになった。

６　調理はしていないのだけれど台所をウロウロしている。

７　隣の席の人のご飯のおかずを食べてしまって喧嘩になった。

８　「お風呂に入りましょう」と言ったら「家で入ってきたから入らない」と断られた。

９　「体位変換しますね」と言ったら「後で自分でするからいいよ」と言われた。

10　ずっとテレビを見ていたので，「散歩に行きましょう！」と言って手を引こうとした

　ら急に怒りだした。

**認知症の人との関わり方の基本**

１　「ダメ！」とか言わない。否定しない。

２　そのまま受けとめて「そうなんだ」と思う。質問攻めにしない。

３　「ああして，こうして」と押し付けない。

４　おだやかに，楽しそうな雰囲気で関わる。

５　自分でない人は違う人，一人ひとり違うと考える。

６　認知症の人「本人」が混乱して一番大変だと理解する。

**認知症の人に対しても自立支援**

１ できるところを見つけて能力活用（やってあげ過ぎに気を付けます）

２ わかりやすい言葉で提案して決める手伝い（支援者の想いだけで決めません）

３ 慣れ親しんだ生活をできるだけ尊重（支援者でなく本人の都合で考えます）

2014.12.10. 文責：小 湊 純 一。jk@npojmi.com