

厚生労働科学研究研究費補助金

長寿科学総合研究事業

「医療機関外来部門における認知症看護相談・
教育統合プログラムの開発」に関する研究

平成17年度 総括研究報告書

主任研究者：水 谷 信 子

平成18(2006)年 3月

目 次

I. 総括研究報告

- 「医療機関外来部門における認知症看護相談・教育統合プログラム」の開発
に関する研究 1
水谷信子

II. 資料編

- 資料1 「認知症の介護を行う方に知っておいていただきたいこと」
資料2 「高齢者のご家族の健康を守るために」
資料3 「生活の楽しみ方」

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

総括研究報告書

「医療機関外来部門における認知症看護相談・教育統合プログラムの開発」に関する研究

主任研究者:水谷信子 兵庫県立大学 看護学部 教授

研究要旨:本研究により開発した「認知症看護相談・教育統合プログラム」とは、“認知症看護相談機能”と“認知症介護教育”が一本化した系統的プログラムである。その特徴は、対話形式でプログラムを進めることであり、実施結果より、認知症高齢者の介護家族が抱える多様な思いを引き出し、「介護者へのサポートとエンパワーメント」を行いながら、「認知症の理解と受容」を促すことに効果があることが明らかとなった。次年度では、これらの効果に加え、介護家族のグループダイナミクスが与えるいい影響をプログラムに反映できるよう、「認知症看護相談・教育統合プログラム」内容の追加・修正、プログラム運営に伴うプロトコルを作成する予定である。

<分担研究者>

平林美保・兵庫県立大学看護学部・助手
得居みのり・兵庫県立循環器病センター
地域医療連携室、老人看護専門看護師
西山みどり・神戸海星病院・外来看護師長、
老人看護専門看護師
森山祐美・新日鐵広畑病院・看護主任

A. 研究目的

本研究は、早期段階と診断された認知症高齢者の介護家族に対する、“認知症看護相談機能”と“認知症介護教育”を一本化した系統的プログラムである、「認知症看護相談・教育統合プログラム」を開発し、その効果を明らかにすることにある。特に今年度の研究目的は、「認知症看護相談・教育統合プログラム」の試案を作成し、パイロットスタディとして実践すること、プログラム内容の有効性を検証し、その内容の追加・修正を行うことにある。

B. 研究方法

1. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」 試案の作成:

老人看護専門看護師及び認知症看護を専門とする研究者らが、Alan.R(2004)¹の認知症介護教育プログラム、平林ら(2003)²、水谷ら(2005)³の「高齢者もの忘れ看護相談」実践、並びに臨床で実践している介護相談や健康教室、認知症高齢者の非薬物療法や介護家族への教育的指導を参考に、第1回「介護にまつわる不安、不満、疑問を話してみよう」、第2回「認知症の介護を行う方を知ってほしいこと」(資料1)、第3回「高齢者とご家族の健康を守るために」(資料2)、第4回「生活の楽しみ方」(資料3)の4つのプログラムを作成した(表1参照)。

2. 研究協力者:早期段階の「認知症」と診断され、在宅療養が1年以内の65歳以上の高齢者を介護している介護家族で、事前に研究目的と倫理的配慮を伝え、研究協力の同意が得られたもの4名。

表1. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」
試案

	プログラム名	プログラム内容
1 回	「介護への不安、不満、疑問を話そう！」	介護家族に日頃の介護に対する思いや疑問を自由に語ってもらう
2 回	「認知症の介護を行う方に知っておいていただきたいこと」	認知症の疾患メカニズムと、症状に見合った対応について
3 回	「高齢者とご家族の健康を守るために」	認知症高齢者に見落とされやすい身体の変調と、介護疲労を防ぐための健康管理について
4 回	「生活の楽しみ方」	認知症高齢者をいかに理解し、楽しく共に暮らしていくか、について

3. データ収集施設: H県内医療機関・認知症専門外来1箇所。

4. プログラムの実施とデータ収集期間:

平成17年12月3日～平成18年1月28日。

5. データ収集方法: 「認知症看護相談・教育統合プログラム」モデル(表1参照)を1回1時間、2週間に1回の頻度で実践し、録音及び実施記録によりデータ収集を行った。

6. データ分析方法: 収集した録音データは逐語録におこし、実施記録と共に記述データとし、「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案での研究者と研究協力者とのやりとりを質的に分析した。また、プログラムにおける研究協力者の変化については、プログラム終了後の研究分担者間でのミーティングで意見交換することで確認し、プログラム実践内容の質的分析を行う際の補足的資料として実施記録に書き加えた。また、これらのデータ分析はプログラム終了後に行い、分析の信頼性・妥当性の

確保については研究代表者、当学部大学院老人看護修士課程修了生も交えた研究会議での意見交換によって行った。

C. 研究結果

1. 研究協力者の確保

本研究を開始するにあたり、表1の「認知症看護相談・教育統合プログラム」に研究協力することを同意していただいた介護家族は4人であった。しかし、このプログラム実践の時期が、12月～1月という年末、年始の慌ただしい時期であったこと、被介護者の体調がすぐれず、在宅介護から離れがたい、などのことから、実際にプログラム参加した介護家族は2人にとどまった(表2)。

表2. 研究協力者概要

研究協力者	被介護者と介護の状況
A氏・女性 (82歳)	短期記憶障害を主訴とするアルツハイマー型認知症の夫(82歳)と2人暮らし。介護歴1年弱。A氏自身も糖尿病と頸椎症があり、体調不良を感じている。 介護保険は未申請である。
B氏・女性 (72歳)	記憶障害、転倒による頭部外傷の既往を持つビー小体を伴う認知症の夫(74歳)と2人暮らし。認知症の介護歴は1年未満だが、夫の病歴は心筋梗塞や脳梗塞等長期にわたっている。B氏自身も動脈硬化にて内科に通院、治療中である。介護保険は未申請である。

2. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」パイロットスタディの実践と介護家族の状況

1) パイロットスタディの実践

本研究では、表1のプログラムを「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案として作成し、対話形式で介護相談を行いながら、認知症介護の専門的知識を、相談内容に沿わせて提供し、教育的指導を展開した。具体的には、各回の担当者(老人看護専門看護師、認知症看護研究を専門とする大学教員)が、テーマに沿った配布資料(資料1～3参照)を作成し、その資料を介護家族と一緒に見ながら、認知症看護相談や介護指導を行った。いずれのプログラムも、対話を重視し、介護家族の介護ストレスに関する訴えに共感するあまり、プログラム中の“指導・教育”の割合が減少することもあった。しかし、プログラム終了後は、「あー、聞いてもらってスッキリしました。」「このパンフレット、もらえるのね？家に帰ってお父さんともう一度勉強するわ。『僕のぶんも勉強してきて』ってお父さんも楽しみにしているのよ。」など、介護家族にとって有益なものとなっていることがうかがえた。

2) 介護家族の状況

各プログラム終了後、テープ録音は逐語録におこし、実施記録と共に記述データとして質的・記述的分析を行い、「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の実施に伴う介護家族の状況を検証した。

表2にあるように、被介護者の疾患名や病状に相違はあるが、両者とも早期段階の認知症と診断され、介護歴が1年未満であること、「夫を介護する妻」という関係性であり、高齢期において持病を抱えている、という点では、①「(認知症に関し)知識不足がある」、②「介

護の責任を感じる」、③「介護にはらただしさ・不満を感じる」、④「(心身に)不調を感じる」、⑤「(行動の)解釈をする」⑥「生活の工夫をする」、⑦「できる(できていた)夫を認める」という、共通点が見られた。しかし、心筋梗塞、脳梗塞などに罹患するたびに、心身に不自由が増えていく夫を見てきたB氏には、⑧「(できない)夫を不憫に思う」という、感情も生じていた(表3参照)。

表3. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の実施に伴う介護家族の状況

介護家族の状況	実際のデータ
知識不足がある	突然おかしなことを言うからびっくりした。こういう人は周りにおらなんだから、よう分からんのです。
介護の責任を感じる	私が先に失礼したいけど、後片付けできんと思ったら、死ぬに死ねない。
はらただしさ、不満を感じる	だって、腹立つよ、毎日のことやからね。私ばかり。
不調を感じる	私もあっちこっちガタガタになってしまって。私もしんどい。
解釈をする	孤独なんですかね・・・。(あの行動は)何かを発見したいんでしょう。
生活の工夫をする	服もね、(混乱しないように)全部並べとくんです。
できる(できていた)夫を認める	頑張りやさんですからね。百貨店に勤めて、それを大きくしたんですからね。
不憫に思う	やっぱり、(できないことが増えて)可哀想やわ。

D. 考察

1. 研究協力者の確保について

本研究では、認知症高齢者と介護家族が、少しでも長く地域で自律した生活を送ることを最終的な目的とし、「認知症看護相談・教育統合プログラム」では、介護家族を5～6人程度の小グループに形成することを考えていた。しかし、先述でも記したが、開催日時の時期的な設定や、被介護者の状態増悪、代替の介護者を依頼することの困難さなどから、介護家族のグループダイナミクスを反映させたプログラム運営に至ることはできなかった。

この点については、介護者と被介護者が共に高齢者であるという、「老々介護」の実態もふまえ、プログラム開催時期と時間の設定、代替の介護者を確保できるよう、他の家族構成員の協力の有無や、ヘルパー依頼等社会資源の導入の検討など、被介護者が医療機関に来所しやすい環境づくりを行うことも必要であったと考える。

また、研究協力者のリクルートが困難であった点については、被介護者の認知症ステージと「介護の段階」と、プログラム内容・展開の2点が要因として考えられた。まず1点目としては、被介護者が早期段階の認知症であり、認知症の介護歴としてはまだ1年未満であったということである。高齢者の場合、認知症由来の認知機能障害は、「歳をとったのだから、これくらいはしょうがない。」というように、急激な変容、違和感として捉えられないことがある。そして、「何かおかしい。」と感じて医療機関を受診し、必要な検査や投薬等の医学的介入を受け入れることはできても、「デイサービスみたいのところ、お父さん(夫)は嫌がると思うから」など、介護保険を申請し、サービスを利用することを躊躇したり、「家の中の色々なこ

とを人様に話すのは恥ずかしい」というように、他者に生活上の困りごとを話し、指導を受けることへの抵抗感、というのも後期高齢者の特徴として見られる^{2, 3}。認知症の診断、治療、介護指導は早期段階から行われることが望まれるが、被介護者の認知症ステージと「介護の段階」が、それを阻むことが考えられた。

次に2点目として、プログラム内容・展開についてである。今回のプログラムは、2週間に1回の頻度で合計2ヶ月のプログラム展開であった。実施各回における介護家族の反応は決して乏しいものではなく、プログラム実践者に話すこと、専門的知識や情報を見聞きすることを肯定的に受け止めていた。しかし、プログラム全体のバランスや各回の内容量を検討すると、参加する介護家族にとっては少々“間延び”した印象だったり、プログラムテーマの範疇が大きく、どのような話しを聞けるのか、聞いてもらえるのか、という具体的イメージがつきにくかった、ということも起こり得たのではないかと考える。

次年度については、この2点について熟考し、早期段階の認知症高齢者を介護する家族が参加しやすいプログラム内容・展開を心がける必要がある。

2. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」パイロットスタディの実践と介護家族の状況

本研究における、「認知症看護相談・教育統合プログラム」パイロットスタディの実践の結果からは、介護家族が慢性的に抱える感情の複雑さと、介護に対する一抹の決意が明らかとなった。

表3にあるように、介護家族は「認知症看護相談・教育統合プログラム」への参加を通し、

「介護にはらただしさや不満を感じ」ながらも、「介護の責任」を感じており、家族介護者として、「介護への腹ただしさと責任感」という、相反する感情を持っていることが再確認された。また、長い時間を共に過ごした伴侶としては、病前の“しっかりした”夫を知っているだけに、「できる(できていた)夫を認める」という、被介護者の良い面を見ることができる反面、現在と過去を比較し、「(できない)夫を不憫に思う」という介護者の減弱した面にも着目しており、ここでもまた、「被介護者の保持された能力を認めつつ、現状を不憫に思う」という、両極の感情が見出された。平生の介護生活では、このような両極の感情のバランスが崩れたり、ネガティブな感情だけが突出することから、認知症介護のストレスが高くでていることが推測される。しかし、「認知症看護相談・教育統合プログラム」では、介護が行われている自宅から離れ、認知症看護、老人看護の専門家が「対話形式」で相談にのりながら、必要な介護知識を提供していくことから、介護家族の被介護者に対する感情のアンバランスさは次第に和らぎ、感情の平衡が保たれ、その結果、認知症高齢者を捉える視点に変化していくことで、プログラム終了後には、「スツとした」、「家でお父さんと一緒に勉強する」という反応が見られたと考えられる。

認知症患者の介護者を支える組織には“家族会”がある。“家族会”では、セルフ・ヘルプ・グループの考え方をを用い、同じ立場、同じ境遇を持つ者、同様の介護体験を持つものが互いの悩みを共有し、励まし合い、経験に基づいた介護のアドバイスを行っている。介護者は“家族会”に参加することで、悩みを持つものは自分だけではないこと、そこでは自分の話を受け止めてくれる介護の先輩達、介護の

仲間が居ることを知り、精神的安定も得ることができる。本研究で実践した「認知症看護相談・教育統合プログラム」では、このような家族会が果たしている役割に加え、経験知だけではなく、老人看護の専門家、認知症看護の専門家から専門的知識がその介護家族らに即して提供されることで、より現実的であつ、先を見越した介護体系を介護家族と共に作っていく可能性が期待できると考える。例えば、プログラム第3回のテーマ「高齢者とご家族の健康を守るために」では、身体不調を自ら訴えにくい認知症患者の健康状態をどのように把握し、どの状況下で医療機関に受診させるのか、また、介護者自身の健康状態をいかに保っていくのか、ということについて介護家族に情報提供を行い、具体的方策を話し合った。このように、介護のあり方だけではなく、医学的知識に基づいた身体管理について教育的指導を展開できるということも、このプログラムを老人看護の専門家が企画し、運営している強みであると考えられる。

以上のことから、今回作成し、実践した「認知症看護相談・教育統合プログラム」試案の、「認知症の理解と受容」、「介護者へのサポートとエンパワーメント」を促進するという目的は達成し、介護家族にとって本プログラムが有用であることが検証された。しかし一方で、介護家族のグループダイナミクスの検証が不十分であったこと、また、グループ形成した際に、個別相談や研究協力者の特性に基づいた指導をどのように系統的プログラムとして組み込んでいくか、という点については、本研究結果から明示できるものはなかった。

尾之内(2005)³⁾は、認知症高齢者を介護する家族の支援プログラムにおいて、有益度が高かったプログラムとして、「参加者との交流」

、「認知症高齢者の心情を理解する」、「介護者の心理プロセス」をあげている。そして、「認知症に対する知識」は最下位であったことを報告しており、介護家族が必要としている支援は、知識習得だけではなく、他の介護者との交流や認知症高齢者の内面を理解することであった、と述べている。このことをふまえると、今後は、「認知症看護相談・教育統合プログラム」モデル内容を追加・修正しながら、更に2箇所の医療機関・外来部門で実践して本プログラムの有効性を検討し、特に介護家族のグループダイナミクスの検証と、個別相談や研究協力者の特性に基づいた指導のプログラムへの組み込み方について、新たなデータを見出していくことが重要であると考えている。そして、最終的には、「認知症看護相談・教育統合プログラム」が円滑に進められるよう、その運営手順についても、整理していくことが必要である。

E. 結論

今年度の研究では、“認知症看護相談機能”と“認知症介護教育”を一本化した系統的プログラムである、「認知症看護相談・教育統合プログラム」の試案を作成し、実際にパイロットスタディとしてプログラムを実践した。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. 今年度の研究では、「認知症看護相談・教育統合プログラム」の参加協力者を確保することが困難であった。次年度にむけての対策としては、プログラム内容の再検討、開催時期と時間の設定、代替の介護者を確保できるよう、他の家族構成員の協力を仰いだり、ヘルパー依頼等社会資源の導入の検討をするなど、介護家族が

医療機関に来所しやすい環境づくりを行うことが必要である。

2. 「認知症看護相談・教育統合プログラム」に参加した介護家族は、「スッキリした」、「家に帰ってもう一度勉強する」など、本プログラムを有意義に捉えていた。今後は、教育プログラム内容として、認知症の対応と介護に対する知識提供を行うこと、看護相談として、認知症高齢者を柔軟に捉える視点を引き出し、日常の介護を評価することが重要であり、それらの要素を組み入れたプログラム内容を、内容量の検討と共に追加・修正していく必要がある。
3. 介護家族は、老人看護・認知症看護の専門家と対話し、教育的指導を受けることで、被介護者へのネガティブ、ポジティブ、両極の感情を表出し、感情の平衡を保つことができた。このことから、「認知症看護相談・教育統合プログラム」の試案作成と実施に伴う「認知症の理解と受容」、「介護者へのサポートとエンパワーメント」を促進するという目的は達成し、介護家族にとっての本プログラムの有用性が検証された。
4. 次年度は、「認知症看護相談・教育統合プログラム」内容を追加・修正しながら、更に2箇所の医療機関・外来部門で実践して本プログラムの有効性を検討すると共に、介護家族のグループダイナミクスの検証と、個別相談や研究協力者の特性に基づいた指導のプログラムへの組み込み方についても、新たなデータを見出していくことが必要である。

<引用文献>

1. Alan.R(2004): Transgenesis techniques : principles and protocols, Humana Press
2. 平林美保、江上史子、松岡千代、水谷信子(2003): 高齢者看護が担う痴呆症相談活動の課題と方向性―「高齢者もの忘れ看護相談」を通して、兵庫県立看護大学附置研究所推進センター研究報告集、p39-45, vol.1
3. 水谷信子、松岡千代、平林美保、江上史子、梅垣順子(2005): 「高齢者もの忘れ看護相談」の効果―継続利用により介護家族に生じた変化について―、p31-51, 看護大学が行う専門「まちの保健室」の効果とその活用方法に関する研究、厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業 分担研究報告書
4. 尾之内直美(2005): 家族会から生まれた介護教室―オノウチ式家族支援プログラムによる家族支援、p485-492, 訪問看護と介護、vol10.No,6

F. 健康危険情報

本研究において、研究協力者の生命、健康重大な影響を与えた様な事象はなかった。

G. 研究発表

今年度の研究は、継続2年研究の初年度であり、論文発表及び学会発表については、行っていない。次年度に行う予定にしている。


H. 知的財産の出願・登録状況

本研究において、知的財産の出願、登録の予定は、現時点で考えていない。

資料編

● ● ●

認知症の介護を行う方に知っておいていただきたいこと

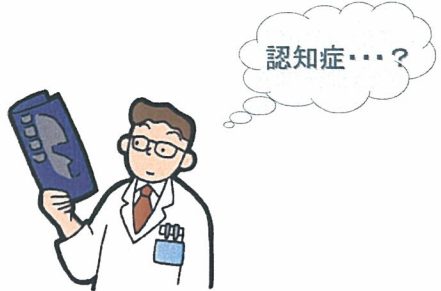


「いきいき家族の会」の皆様へ

2005年12月17日(土)

● ● ●


認知症ってどんな病気？



● ● ●

認知症とは

何らかの原因によって
大脳の神経細胞が
広範囲に障害され、
本来あった認知機能が
著しく低下した状態



● ● ●

認知症の特徴

もの忘れが激しい




● ● ●

認知症のもの忘れ

- 忘れたことを自覚しないことが多い
- したこと自体を忘れてしまう
- 進行していく

食べてない...?



● ● ●


認知症の原因となる病気

○ 変性疾患	○ 毒性疾患
○ 脳血管障害	○ 先天性代謝異常
○ 正常圧水頭症	○ 腫瘍性
○ 感染性痴呆	○ 膠原病
○ プリオン病	○ 脱髄性疾患
○ 内分泌疾患	○ 薬剤性
○ 電解質異常	○ 外傷性
○ 代謝性疾患	○ 廃用症候群


- ● ● **認知症の原因となる主な病気**
- アルツハイマー型痴呆
- 脳血管性痴呆
- レビ-小体を伴う痴呆
- 前頭側頭型痴呆

- ● ● **アルツハイマー型痴呆**

原因はよくわかっていないが、
脳の神経細胞が障害され、
脳が萎縮する病気



- ● ● **アルツハイマー型痴呆の前駆的（前触れの）時期**



- 神経衰弱様（「なんとなく調子が悪い」）
- 軽い人格障害（人柄が変わる）
- 不活発（あまり行動しない）
- 感情障害（よく泣いたり怒ったりする）

- ● ● **アルツハイマー型痴呆の初期**

- 時間の見当識障害（時間や季節がわからない）
- 近時記憶障害（最近の事が思い出せない）
- 即時記憶障害（ついさっきの事が思い出せない）
- 自発性低下（意欲がなくなる）

- ● ● **アルツハイマー型痴呆の中期**

- 健忘失語（物の名前が思い出せない）
- 場所の見当識障害（今どこにいるかわからない）
- 多動（よく動く）
- 遠時記憶障害（過去のことが思い出せない）
- 失行（着替えができない、字が書けない）
- 歩行障害（うまく歩けない）

- ● ● **アルツハイマー型痴呆の後期**

- 人物の見当識障害（誰かがわからない）
- 失禁
- 摂食障害（食べられなくなる、食べ過ぎる、食べてはいけないものを食べる）
- 抵抗（入浴や着替えをいやがる）
- 寡動（動かなくなる）

●●● アルツハイマー型痴呆の終末期

- 感情鈍麻（感情が乏しくなる）
- コミュニケーションがとれなくなる
- 嚥下障害（飲み込みにくくなる）
- 反復感染（肺炎や膀胱炎になりやすい）

●●● アルツハイマー型痴呆の症状

- 取りつくり
- もの忘れ：ものの置き忘れ、同じ事を何度も聞く、同じものを何度も買うなど
- 視覚の問題：道に迷う、左側が見えない、服が着られない、ベッドに斜めに寝るなど
- 見当識障害：時間、日付、季節、場所、人の順番にわからなくなる
- 精神症状：物盗られ妄想、幻視、幻聴など
- 失語：言葉が思い出せない

●●● アルツハイマー型痴呆の治療

- 根本的な治療方法はない
- 対症療法：少量の抗精神病薬
- 初期の記憶障害に対して：アリセプト

●●● アルツハイマー型痴呆の介護のポイント

- ケアを始める前に、患者の認知機能障害、行動障害、精神症状などを正確に評価し、ケアを担当するものがそれを充分理解することが重要



●●● レビー小体を伴う痴呆

中枢神経に多くのレビー小体が出現し、見当識障害、幻視、パーキンソニズム、認知機能の変動を主な症状とする認知症




●●● レビー小体型痴呆の症状

- パーキンソン病のような症状がある（体が硬くなる、歩きにくい、小刻みに歩く）
- 幻視の訴えがある（幻がみえる）
- 妄想がみられる
- 転びやすい
- 薬に反応しやすい
- 便秘しやすい
- 症状が変動する（いいときと悪いときがある）


● ● ● **レビー小体型痴呆の治療**

- 根本的な治療方法はない
- パーキンソニズム→抗パーキンソン病薬
- 幻覚妄想→コリンエステラーゼ阻害剤
非定型抗精神病薬



● ● ● **レビー小体型痴呆の
ケアのポイント**

- 患者の症状の変動パターンを把握し、
その日の状態に合わせたケアや
リハビリテーションの計画を立てる




● ● ● **認知症の治療**



● ● ● **アルツハイマー病の薬物治療**

アセチルコリンエステラーゼ阻害剤
(塩酸ドネペジル 商品名：アリセプト)




● ● ● **認知症の治療**



● ● ● **認知症のマネジメント**


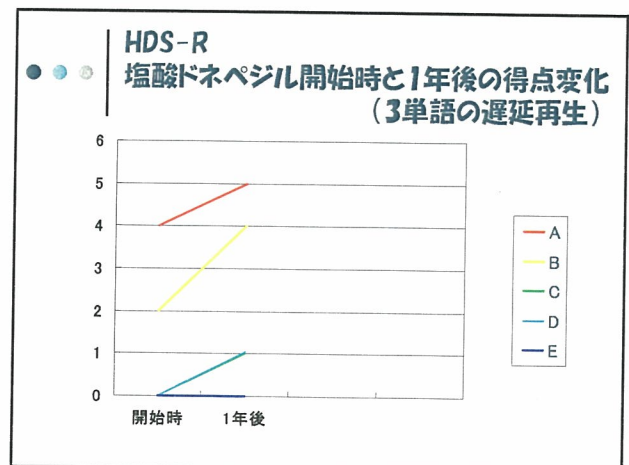
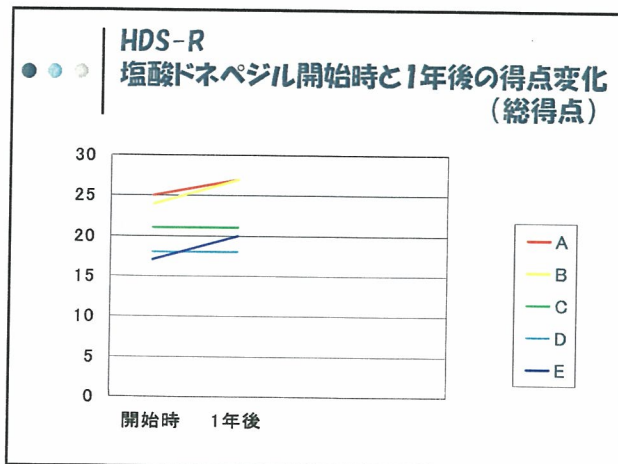
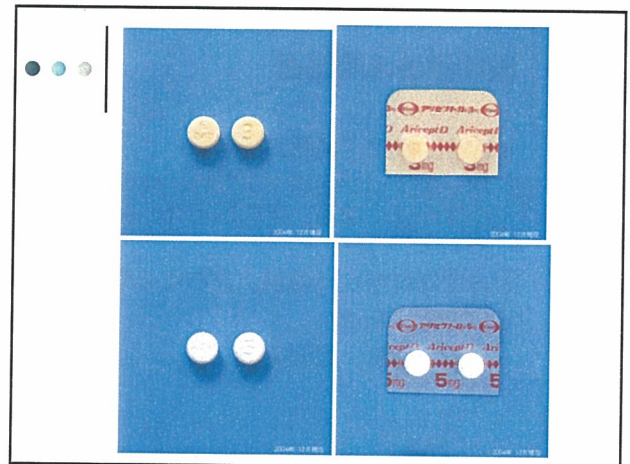
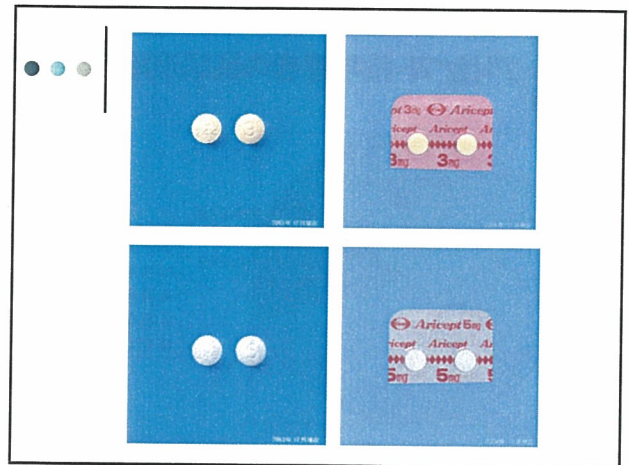
薬物療法 非薬物療法
家族・介護者の対応

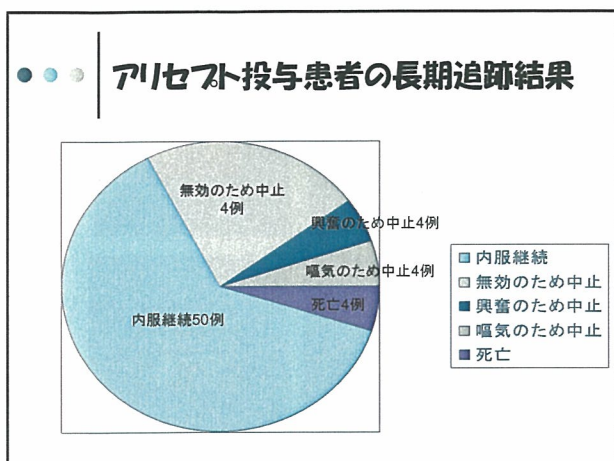
適切なケアが大切



認知症の薬物治療

アルツハイマー病
 アセチルコリンエステラーゼ阻害剤
 (塩酸ドネペジル 商品名：アリセプト)



認知症の薬物治療

いろいろな認知症にみられる
行動障害・精神症状に対して

向精神病薬
睡眠導入剤

- ### 薬物療法の問題点
- 眠気、傾眠、過眠、倦怠感
 - パーキンソン症状（よだれ、体の傾き、身体が硬くなる、手の振るえ、突進歩行）
 - 自律神経症状（便秘、立ちくらみ）
 - 筋弛緩、転倒
 - 不眠、興奮、せん妄

認知症の非薬物療法

- ### 認知症の非薬物療法 脳機能リハビリテーション
- 回想法（昔語り）
 - 音楽療法
 - 作業療法
 - 園芸療法
 - アニマルセラピー
-

回想法（昔語り）に役立つもの

写真（本人の写真、家族の写真など）
本や雑誌（絵や写真が豊富で字の大きいもの、相撲、花、釣り、温泉、お菓子、料理、天皇一家、通販カタログなど）
道具（洗濯板、おひつ、たらい、農具など）
音楽（童謡、流行歌、好きなジャンルの歌）
新聞、広告用紙など



<ホームページ>
<http://care.toshiba.co.jp>

東芝ケアコミュニティ／介護専門知識／介護の研究報告／回想法より

● ● ● | 認知症(痴呆)の非薬物療法

リラクゼーション


- アロマセラピー
- マッサージ etc.

● ● ● |

現在の医学では
アルツハイマー病などの変性疾患に関しては、
根本的な治療法は存在しません

ご本人の症状の緩和 のためには 適切な介護が 重要となります



● ● ● |

認知症疾患における 対応が困難な症状




● ● ● | BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia
(認知症の行動・心理症状)

- 幻覚・妄想
- せん妄
- 人格・性格変化
- 不穏・暴力行為
- 徘徊
- 過食・拒食・異食
- 失禁・不潔行為
- 常同行動
- 多動・寡動
- 不眠・昼夜逆転
- 帰宅要求
- 荷造り行為


● ● ● | 「対応困難な症状」

何が問題となっていますか？
なぜ起こっていますか？
どのような状況で起こっていますか？
何がひきがねとなっていますか？



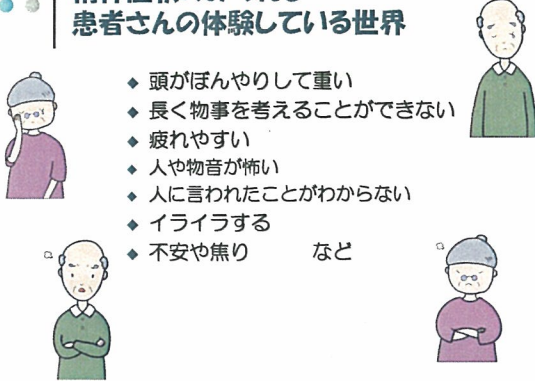
● ● ● | 行動障害
失禁・放尿…原因は？

- 歩行が難しい
- 手がうまく動かない
- 服の脱ぎ方がわからない
- トイレの場所がわからない
- 排尿の認識がない
- 膀胱炎がある
- 不精になっている
- 薬の副作用




精神症状のみられる患者さんの体験している世界

- ◆ 頭がぼんやりして重い
- ◆ 長く物事を考えることができない
- ◆ 疲れやすい
- ◆ 人や物音が怖い
- ◆ 人に言われたことがわからない
- ◆ イライラする
- ◆ 不安や焦り など



「対応困難な症状」への対応

- 落ち着いてよく観察し、その症状が生じた機序および原因、誘因を理解する
- いきなりその症状を修正しようとせず、相手の言葉や行動を受けとめる
- 相手が納得したり、安心した言葉や関わりを知り、統一した対応を行う
- 言葉、表情、行動などから気持ちを推し量り、一緒に考えたり、行動をしたりする
- 優しく簡単な言葉で伝える
- 根気よく対応する
- 相手の言葉や行動に沿って演技する
- 気分転換を図る




介護保険を利用しましょう



介護保険を利用できるひと

高齢者：


- 65歳以上の人
- 要介護者
(寝たきりや認知症のため介護を必要とする状態)
- 要支援者
(家事などの日常生活に支援が必要で、要介護状態に陥るおそれのある状態)



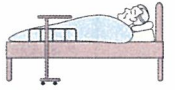
介護保険を利用できるひと

若年者：

- 40歳以上65歳未満の医療保険に加入している人
- 上の条件で、特定疾病に該当する人



特定15疾病



1. 初期の痴呆・アルツハイマー
・ピック病
・脳血管性痴呆
・クロイツフェルト・ヤコブ病など
2. 脳血管疾患
・脳出血
・脳梗塞など
3. 筋萎縮性側索硬化症 (ALS)
4. パーキンソン病
5. 脊髄小脳変性症
6. シャイ・ドレーガー症候群
7. 糖尿病性腎症
糖尿病性網膜症
糖尿病性精神障害
8. 閉塞性動脈硬化症
9. 慢性閉塞性肺疾患・肺気腫
・慢性気管支炎
・気管支ぜんそく
・びまん性汎細気管支炎
10. 両側の膝関節、または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
11. 慢性関節リウマチ
12. 後縦靭帯骨化症
13. 脊柱管狭窄症
14. 骨粗しょう症による骨折
15. 早老症 (ウエルナー症候群)

介護保険に必要なもの： 介護保険証

介護保険証は、65歳になると本人に市町村から自動的に配布されます。

40～64歳で特定15疾患によって介護が必要な人は、保険申請時に市町村に申請して交付してもらいます。

申請書は市町村の窓口にあります。



介護保険の利用方法

- 介護保険証を持って市町村の窓口で「要介護認定」を申し込む。
(手続きを行うのは本人が家族だが、それが難しい場合は居宅介護支援事業所や介護保険施設などに手続き代行を依頼できる)
- 申し込みが受理されると、市町村が要介護状態などにあることの確認を行うため、
 - ① 役場の職員などによる訪問調査
 - ② かかりつけ医の意見書作成 が行われ、それをもとに介護認定審査会で審査し、申請日から30日以内に処分を決定し、市町村が本人あて通知する。



認定を受けていないときの 介護保険の使い方

- サービスの利用は申請日から可能。
- 認定結果が出ていない期間は、その利用に係わる費用の全額を一旦自己負担し、後で介護保険から払い戻しを受ける。



介護認定を受けたら

認定を受けたらサービスを開始します。
サービス利用にあたっては、介護支援専門員（ケアマネジャー）がサポートしてくれます。
指定居宅介護支援事業者まで連絡してください。



介護支援専門員 (ケアマネジャー)とは

- 利用者の希望に沿った介護サービスの計画を作成します。
- サービス事業者への連絡や手配などを行います。
- 申請や更新の手続きを代行します。
- 施設入所を希望する人に適切な施設を選びます。
- 介護を必要とする人や家族の相談に応じたりアドバイスします。



1. 介護保険で利用できる 居宅サービス

- 訪問介護（ホームヘルプ）
- 訪問看護
- 訪問入浴
- 訪問リハビリ
- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリ（デイケア）
- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護（ショートステイ）
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 特定施設入居者生活介護（有料老人ホームなど）
- 福祉用具貸与
- 福祉用具購入費の支給（償還払い）
- 住宅改修費の支給



2. 介護保険で利用できる 施設サービス

1. 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
2. 介護老人保健施設（老人保健施設）
3. 指定介護療養型医療施設
 - 療養型病床群
 - 老人性痴呆疾患療養病棟
 - 介護力強化病院



*利用できるのは要介護1～5の人