

その方の BPSD（認知症に伴う行動と心理症状）の状況（頻度および重症度）、および介護者の精神的負担の程度について伺います。該当する番号に○を付けてください。

※1：重症度の評価基準

- ・軽度：BPSD は生じているが、利用者の苦痛はない
- ・中等度：利用者に何らかの苦痛はあるが、介護者が気を晴らすことができる
- ・重度：介護者が利用者の気を晴らすことは困難

※2：精神的負担

→介護者の主観として、「全くない～非常に強い」の6段階のどのランクに近いかを聞き取りながら回答下さい。

BPSD - 12 項目	頻度					重症度			介護者の精神的負担感					
	なし	週1回未満	週1回程度	週に数回	ほぼ毎日	軽度	中等度	重度	全くない	少しある	まあまあ	やや強い	かなり強い	非常に強い
①妄想（真実ではないことを信じている）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
②幻覚（存在しないものを見聞きする）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
③激越と攻撃性（介護に抵抗、怒鳴る・悪態をつく）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
④抑うつ状態と不快気分（自分を卑下する、落ち込む）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
⑤不安（非常に神経質、心配したり怖がったりする）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
⑥気分高揚と多幸（理由もなく過度に陽気になる）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
⑦アパシーと無関心（いつもより非活動的、周りに無関心）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
⑧脱抑制（衝動的な行動をする、他人にとって恥ずかしいことをする）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
⑨易刺激性と不安定性（些細なことで怒る、不機嫌になる、気持ちが動揺する）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
⑩異常な運動行動（目的もなく歩き回る、戸の開け閉めを何度もする）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
⑪睡眠障害（なかなか寝付けない、深夜徘徊する）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5
⑫食欲障害と摂食障害（食欲、嗜好、体重、食習慣に変化がある）	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5

問 17

あなたからみて、3ヵ月前に比べ、BPSD の症状はどのように変化していますか？

非常に改善している やや改善している 変化なし
やや重症化している かなり重症化している BPSD はない
 ※非常に改善・やや改善と回答された方に伺います。その理由をお教えてください。

問 18

[]

(2) その方の日常生活動作の実行状況について

評価項目		評価方法 (各行為の実行状況に該当する番号を右欄に記入)	評価	
IADL	1	買い物	1.自立して「している」 (たとえ、何らかの道具・器具を使っていたとしても、他者からの見守りや介助を要せずに、各行為をしている場合を自立という。) 2.見守りを受けながら「している」 3.一部介助を受けながら「している」 4.全介助を受けながら「している」 5.これらの行為を行っていない(していない) ※できるかどうかではありません。実際に、自宅で習慣的に 行っている状況を評価して下さい(ADLも同じ)。	
	2	食事の準備		
	3	家事		
	4	洗濯		
	5	金銭の管理		
	6	服薬の管理		
	7	書類の記入や管理		
	8	電話の利用		
	9	遠くへの外出		
ADL等	1	歩行 (45m以上)	1.自立して、45m以上歩行している。 (杖や歩行器、装具を使用してもよい) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない 6.車椅子で45m以上自走している	
	2	屋内移動	1.自立(介助や見守りなしに移動をしている。 車椅子や杖などの移動手段は問わない) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない	
	3	屋外移動		
	4	階段昇降 (1段分)	1.自立(介助や見守りなしに1段の階段昇降をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない	
	5	車椅子と ベッド間の移乗	1.自立(ベッド上の起き上がり動作から車椅子への移乗までの一連の動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※一連の動作の中で、見守りと一部介助が混在する場合はより 重度の方(この場合は一部介助)で評価下さい)	
	6	入浴	1.自立(入浴の一連の動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない	
	7	トイレ動作	1.自立(トイレ使用に関する一連の動作(トイレへの出入り、便座に座る、衣服の上げ下げ、トイレットペーパーの使用等)を見守りや介助なしにしている。手すりの使用は可) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合、一部介助で評価)	
	8	整容 (洗面、整髪、 歯磨き、髭剃り)	1.自立(使用物品を用意し、整容の行為をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※整髪は見守りだが、洗面は一部介助の場合、より重度の方 (一部介助)で評価)	
	9	更衣	1.自立(更衣に関する一連の動作(服を着る、ボタンをとめる等)を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合、一部介助で評価)	
	10	排便コントロール	1.失禁なし。必要な座薬の使用や浣腸もできる。 2.座薬や浣腸の使用に介助を要したり、時に失禁する。 3.1-2以外	
	11	排尿コントロール	1.失禁なし。昼夜ともコントロール可能。尿集器使用もできる。 2.時に間に合わず失敗する。尿集器使用に介助を要す。 3.1-2以外	
	12	食事摂取	1.自立(届く範囲に食物をセットすれば、適度な時間内に 食事をしている。調味料をかけるなども含む) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない	

(3) 9月中の医療／介護／インフォーマルサービスの受給状況

問 1	医療機関への受診状況について			
	①主治医(意見書記載医師)の所属	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他		
	②外来通院の有無と回数	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(月__回) <input type="checkbox"/> 不明		
	③外来通院先(※ありの場合のみ回答)	<input type="checkbox"/> 病院のみ <input type="checkbox"/> 診療所のみ <input type="checkbox"/> 病院と診療所		
	④定期的な訪問診療の有無と回数	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(月__回) <input type="checkbox"/> 不明		
	⑤合併症の有無	・高血圧： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ・脂質異常症： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ・糖尿病： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ・うつ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ・狭心症： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ・不整脈： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	9月中の介護サービス内容について			
仮に金銭面の問題もなく、近くにサービス事業所もあるとした場合に、ケアプランの中に、本人・家族、または、あなたからみて導入したかった、ないし、もっと回数/日数を入れたかったサービスがあれば、 <input type="checkbox"/> 不足有り ^に ✓を入れて下さい				
問 2	サービスの種類	9月中のサービス利用の有無と回数/日数	サービス量の不足の有無	
			本人・家族からみて	あなたからみて
	訪問介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__回)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
	訪問入浴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__回)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
	訪問看護(医療保険)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__回)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
	訪問看護(介護保険)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__回)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
	訪問リハ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__回)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__回)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
	通所介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__回)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
	通所リハ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__回)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
	ショートステイ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月__日)	<input type="checkbox"/> 不足有り	<input type="checkbox"/> 不足有り
インフォーマルサービス(具体的内容を記入)				
問 3	問2で、あなたからみて、いずれかのサービスに、 <input type="checkbox"/> 不足有り ^と 回答された方に伺います。プランに導入できなかった、ないし、回数を制限せざるを得なかった理由は何ですか？該当するもの全てに✓を入れて下さい			
	<input type="checkbox"/> 区分支給限度額内の単位数では不足していたため <input type="checkbox"/> 金銭的理由 <input type="checkbox"/> 本人の拒否 <input type="checkbox"/> 家族の拒否 <input type="checkbox"/> 事業所側が受入れ拒否 <input type="checkbox"/> 事業所が不足(具体名:) <input type="checkbox"/> その他()			
問 4	サービス量を、区分支給限度額との兼ね合いで、何らかの調整を行いましたか？			
	<input type="checkbox"/> 支給限度額以内であったため、特に調整はしていない <input type="checkbox"/> 支給限度額内で収まるように調整した →調整した具体的内容をお教えてください () <input type="checkbox"/> 支給限度額を超えて、介護保険サービスを導入 <input type="checkbox"/> 家政婦などの介護保険以外のサービスを利用 <input type="checkbox"/> インフォーマルサービスなどで、サービスを補完した <input type="checkbox"/> その他()			

(4) マネジメント担当者としての BPSD に対する対応状況について

※ここでは、BPSD が生じない、ないし症状が悪化しないように、これらの原因となる可能性がある下記の①～⑬の内容についてのチェック実施状況、問題発生の有無、問題発生時の何らかの対応の有無を伺います。

問題発生の有無とは、例えば「便秘の有無をチェック」している中で、実際に便秘が生じた場合に、問題ありにを、また、問題が生じた場合に、何らかの対応（例：医師や看護師に連絡をとった、家族に対して指導・助言を行ったなど）を行った場合に、実施にを入れて下さい。

内容	チェックの実施状況				問題発生の有無	何らかの対応の実施
	常に実施	ときどき実施	あまり行っていない	全く行っていない		
①脱水の有無のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
②便秘の有無のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
③感染症の有無のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
④栄養状態のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑤せん妄の有無のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑥中核症状の進行抑制薬の服薬状況のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑦その他の処方薬(向精神薬等)に対する服薬状況のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑧薬剤の BPSD に対する副作用の有無のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑨身体機能の変化のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑩精神状態(不安感の増強など)の変化のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑪BPSD を悪化させうる不適切なケアの有無のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑫BPSD を悪化させうる不適切な環境(例:騒音)の有無のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施
⑬家族ケアの実施内容・方法のチェック	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 発生	<input type="checkbox"/> 実施

問
1

(5) マネジメント担当者としての本人・家族に対する支援内容と負担感について

※本人や家族に対する9月中に行った支援内容、ならびにマネジメント担当者としての負担感について伺います。該当する□に✓を、また、支援を実施した場合は、その負担感として近い番号に○をお付け下さい。

	支援内容	支援実施の有無	負担感（※支援実施の場合のみ回答）			
			全く手間で ない	少し 手間	かなり 手間	非常に 手間
問 1	①医療機関受診に対する 助言や支援	□実施	1	2	3	4
	②医師への連絡・相談	□実施	1	2	3	4
	③看護師への連絡・相談	□実施	1	2	3	4
	④徘徊に対する対応 (関係機関への連絡相談)	□実施	1	2	3	4
	⑤病気やBPSDに対する 対策に関しての家族指導	□実施	1	2	3	4
	⑥利用事業所における トラブル対応	□実施	1	2	3	4
	⑦家族に対する精神的な サポート（傾聴を含む）	□実施	1	2	3	4
	⑧近隣の方への サポート支援	□実施	1	2	3	4
	⑨日常の金銭管理に対する 支援	□実施	1	2	3	4
	⑩財産管理に対する支援	□実施	1	2	3	4
	⑪利用者からの頻回な電話へ の対応（昼間）	□実施	1	2	3	4
	⑫家族からの頻回な電話へ の対応（昼間）	□実施	1	2	3	4
	⑬利用者からの勤務時間帯 以外での電話への対応 (夜間、休日)	□実施	1	2	3	4
	⑭家族からの勤務時間帯以外 での電話への対応 (夜間、休日)	□実施	1	2	3	4
	⑮利用者の頻回な来所への 対応	□実施	1	2	3	4
	⑯家族の頻回な来所への 対応	□実施	1	2	3	4

アンケートは以上です。ご協力、有難うございました。

(別紙2) 利用者のご家族向けの研究内容説明文書

ご家族の皆様へ

—研究内容説明書—

「認知症の方の生活機能／サービスニーズとマネジメント担当者の関与の実態に関するアンケート調査」について

この文書は、「認知症の方の生活機能／サービスニーズとマネジメント担当者の関与の実態に関するアンケート調査」の内容を説明したものです。

今回、本研究にご協力を頂けないかと考え、用意させて頂きました。以下に、今回行う研究の内容について説明してありますので、よく読んで検討してください。そして、内容を十分理解し、納得された場合には、同意書に署名をお願い致します。

1. 研究の目的および方法、期間

本研究は、①認知症の方の生活状況や心身の状態、およびサービスニーズ、②介護をされている方の負担感、③ケアマネジメント担当者の支援の実態を明らかにすることを通じて、今後のよりよい支援のあり方を検討することを目的としています。なお、本研究の実施期間は、平成23年3月31日までです。

2. 期待される効果

本研究により、認知症の方の心身の状態とサービスニーズ／支援内容／介護負担感の関係性の実態が把握できます。このことにより、今後のよりよい支援のあり方に関する有用な知見を得ることができます。

3. 予想される不利益

本研究では、マネジメント担当者が、利用者の属性（要介護度、年齢階級、認知機能、日常生活の状況など）、ならびに、介護をされているご家族の方の介護負担感などを、インタビューを交えて評価し、その結果をアンケート用紙に記載する方法をとっております。

したがって、皆様方に不利益が生じることはございません。

4. 費用負担

本研究に伴う費用負担は発生いたしません。

5. 同意されない場合でも不利益を受けないこと

本研究に参加するかどうかはあなたの自由です。たとえ同意されない場合でも、今後サービスやマネジメントを受ける上で、何ら不利益を受けることはありません。

6. 同意された後に、いつでもこれを撤回できること

本研究への協力に同意された後でも、あなたはいつでも同意を撤回することができます。

7. 被験者の人権保護

本研究は、国立社会保障・人口問題研究所の倫理委員会の審査を受け、研究方法が適切であり、患者の人権が守られていることが確認され、承認を受けたものです。

8. プライバシー（個人情報）は守られます

アンケートに回答するマネジメント担当者は、あなたのお名前、住所、電話番号などの個人情報に関する情報は、第三者に漏れないよう秘密を厳守致します。

アンケートは、マネジメント担当者が記入し、国立社会保障・人口問題研究所の研究者のもとに集められ、分析されますが、その際、あなたのお名前や住所が分かるようなことはありません。

9. 被験者を特定できないようにした上での研究成果の公表の仕方

本研究は厚生労働省の科学研究費補助金事業で行われることから、全員のデータをまとめて処理した成果を厚生労働省に報告するとともに、学術集会や医学系雑誌などに公表する予定です。分析の時点で、全体をまとめて統計処理いたしますので、公表に際しても、個人情報が公開されることは絶対にありません。

10. 研究に関する問い合わせ先

あなたがこの研究への協力を同意することを決める前でも、同意した後でも本研究について分からないことがありましたら、ケアマネジメント担当者、または下記担当者に、いつでもおたずねください。

■国立社会保障・人口問題研究所 企画部 担当者：川越雅弘
〒100-0011 千代田区内幸町 2-2-3 日比谷国際ビル6F
TEL:03-3595-2984、FAX:03-3591-4912

11. 同意書へのご署名

以上のことをご了承の上、アンケート調査にご協力いただける場合は、同意書にご自身でご署名をお願い致します。

同意書へのご署名はあまり経験されたことがないと思いますが、研究実施内容・方法について、事前にみなさまに十分納得していただいたことを記録に残すためにきわめて重要な手順です。

記載された内容をご確認いただけましたら、日付のご記入およびご署名あるいは記名をあなた自身で行ってください。

この説明文書は、この研究が終わるまでご自身で保管してください。「同意書」は、アンケート調査票とともに、マネジメント担当者から研究担当者(社人研 川越雅弘)に返送されますが、途中で同意を撤回される場合は、「10. 研究に関する問い合わせ先」にご連絡いただくか、担当のマネジメント担当者にご連絡頂ければ、同意書およびアンケート調査票は裁断破棄させていただきます。

以上

同 意 書

国立社会保障・人口問題研究所 企画部第一室長 川越雅弘殿

私は、貴殿が研究代表者として実施される「認知症の方の生活機能／サービスニーズとマネジメント担当者の関与の実態に関するアンケート調査」について、研究内容説明書を十分理解した上で、自らの自由意思により参加することに同意します。

- 1) 研究の目的および方法、期間
- 2) 期待される効果
- 3) 予期される危険や不利益／本臨床研究に伴う補償
- 4) 費用負担と謝礼
- 5) 同意しない場合でも不利益を受けないこと
- 6) 同意した後に、いつでもこれを撤回できること
- 7) 被験者の人権保護
- 8) プライバシー（個人情報）の保護について
- 9) 被験者を特定できないようにした上での研究成果の公表の仕方
- 10) 研究に関する問い合わせ先

説明者

説明日：平成_____年_____月_____日

職 名：_____

署 名：_____

同意者

同意日：平成_____年_____月_____日

氏名（自署）：_____（続柄：_____）

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 22 年度分担研究報告書

認知症ケアにおけるアートの有効性

研究分担者 竹内さをり（甲南女子大学 講師）

【研究要旨】

本稿では、認知症ケアの一つの手法であるアートワークについて紹介する。認知症者への支援は原因疾患別に行うことが必要であるが、その違いについて学ぶ機会は少なく、また違いを意識して支援を実施している専門職も少ない。

アートワークは、作業を通して本人の困難な点を把握し、把握した内容をもとに本人に適した支援を行うことができるといった特徴がある。適切な支援により本人は自らができることを認識できる。また、活動を通して自己表現を行い、他者との交流をもつ機会にもなっている。家族にとってもアートワークへの参加により本人ができることを知り、本人が支援を受ける姿を見ることで、他者に任せても安心できることを知る機会にもなる。

認知症の方がアートワークのような社会活動の場に参加することは、本人が介護サービスを経験する機会となり、サービスを利用することの快適さを本人が知る機会となる。アートワークにより支援を実施したアルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症の事例について紹介し、その支援内容とアートワークの効果を示す。

A. 研究目的

認知症は様々な原因疾患によりおこるが、その原因疾患によってケアの内容が異なる。そのため、ケア専門職は、アルツハイマー型認知症や前頭側頭葉型認知症、脳血管性認知症などの原因疾患に応じたケアを提供する必要があるが、原因疾患に応じたケアの違いについて学ぶ機会は少なく、また、違いを意識してケアを実施している専門職も少ない。

さらに、認知症にみられる失行、失認などの高次脳機能障害は目に見えて分かりやすいという障害ではないために、家族や周囲の人にも理解されにくく、障害に対する支援がなされないままに放置され、数年後に大きなトラブルとなる場合もある。

このような課題を有する認知症ケアであるが、その解決に向けた有効な手法として「アートワーク」がある。

そこで、本稿では、アートワークの概要を紹介するとともに、アートワークを通じた認知症の疾患別支援の方法とその有効性について、事例を通して述べることとする。

B. 研究方法

本研究は、認知症ケアに有効な手法であるアートワークを紹介するとともに、事例を通して、その有効性について言及する。

C. 結果

1. 認知症に対するケアの特徴（難しさ）

認知症は様々な原因疾患によりおこるが、その原因疾患によってケアの内容が異なる。

アルツハイマー型認知症や前頭側頭葉型認知症、脳血管性認知症などの原因疾患別のケアの違いについて学ぶ機会は少なく、また、違いを意識してケアを実施している専門職も少ない。さらに、認知症にみられる失行、失認などの高次脳機能障害は目に見えて分かりにくい障害であるために、家族や周囲の人にも理解されにくく、障害に対する支援がなされないままに放置され、数年後に大きなトラブルとなる場合もある。

認知症の疾患の特徴を踏まえた支援を行うことは、本人の能力や可能性を引き出すことにつながり、認知症の改善や進行防止につながると考えられる。認知症に対しては、それぞれの疾患の特徴を踏まえた支援を行うことが必要である。

2. アートワークとは

アートワークは、絵を描くという場を通して、閉じこもりがちな認知症の方の外出のきっかけづくりの役割を担っている。アートワークでは、作業を通して本人の困難な点を把握し、把握した内容をもとに本人に適した支援を行うことができる。適切な支援を受けることで、本人は自らができることを認識できる。認知症の本人にとって、できたという気持ちを実感することは、自信の回復につながる。また、絵を描くことを通して、自己表現を行い、他者との交流をもつ機会にもなっている。

アートワークの活動を通し、家族も本人ができることを知り、本人の可能性を認識できる。また、本人が支援を受ける姿を見ることで、他者に任せても安心できることを知る機会にもなる。

認知症の方がアートワークのような社会活動の場に参加することは、本人が介護サービスを経験する機会となる。サービスを利用することの快適さを本人が知る機会を提供することも認知症の方への支援には重要である。

アートワークへの参加者は、共同研究を行っている“NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター”で把握している認知症者で、社会サービスにつながりがなく閉じこもりがちな方や地域包括支援センターからの依頼で相談対応の必要性がある方である。

通常スタッフは、美術経験のある介護福祉士（アートワーク作品の企画、準備、会の進行を担当）1名、認知症ケア経験のある看護師（サポートおよびサービス利用調整を担当）1名、作業療法士（参加者の状態評価および経時的評価、サポートおよび企画を担当）1名の計3名である。参加者の人数に応じて介護福祉士や介護支援専門員などがスタッフとして参加することもある。実施時間と流れを表1に示す。

表1. アートワークの流れ

13:00 頃	・ 会場到着 ・ お茶を飲みながら参加者の近況を伺う
13:30～	・ 開会・自己紹介
13:40～	・ 作品作り ・ 後片付け
14:50～	・ 茶話会 (お茶、お菓子を食べながら完成品の感想を話す)
15:05～	・ 合唱 (季節の歌を合唱)
15:10	・ 閉会

アートワークは絵を描くという作品づくりのみをさすのではなく、参加者がその場を訪れた時から始まる。他者と場を共有し、会話を通して行う交流など、その場に参加することで得られるすべての機会がアートワークである。スタッフはアートワークの場において認知症者に適切な支援を行うことを目指した関わりを実践している。

アートワークで作品を描く際には、季節に応じたモチーフを用い、実物を見る、触る、匂う、味わうなどして対象についてのイメージを膨らませる。膨らませたイメージに合った色を選び、色を重ね、最後にモチーフとして抜き取りたい部分を決定し、型紙を当てて形取る。このようにアートワークの制作工程は、構成が苦手な認知症者が遂行しやすいように工夫しており、誰もが個性あふれる豊かな作品を完成することができる(図1,2)。

図1. 事例 A 氏の作品「かぶ」

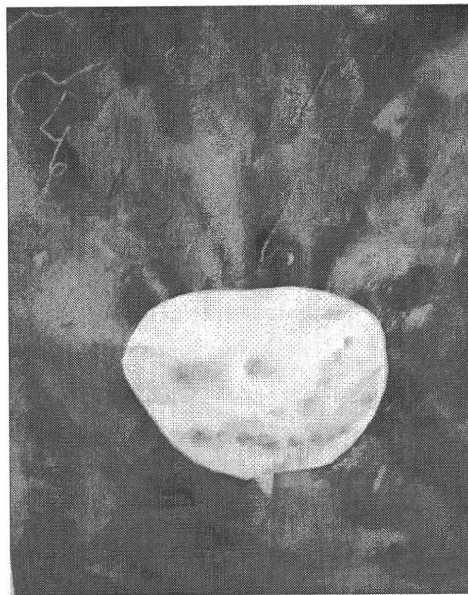
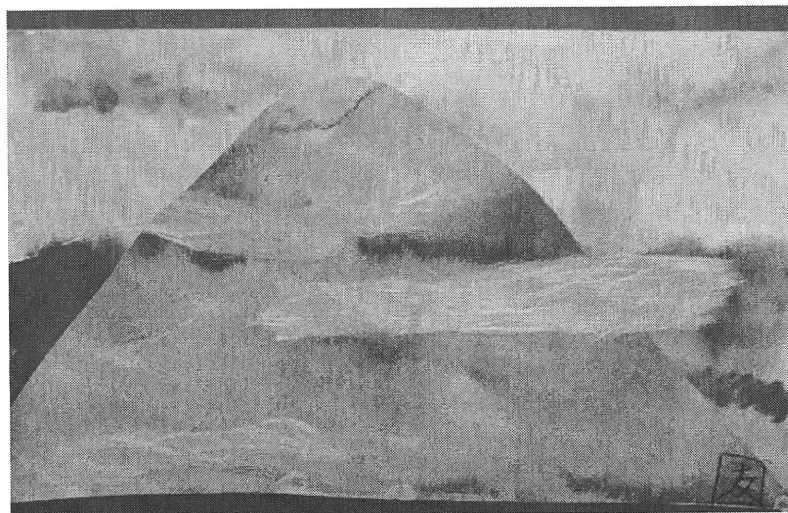


図2. 事例 B 氏の作品「富士山」



各回実施前には、実施内容、配置、サポート方法、注意点などをスタッフで話し合う。また、各回終了後にはスタッフ間で反省会を行い、今後の方針について決定を行っている。

3. アートワークの効果

アートワークによる支援内容と効果についてアルツハイマー型認知症と前頭側頭型認知症の事例を紹介する。

【事例A : 60歳代男性、アルツハイマー型認知症】

1) 初回評価

MMSE : 15点/30点、NMスケール : 21点/50点、N-ADL : 29点/50点

構成障害、視空間失認、記憶障害、失行、視野障害（左同名半盲）があるが、著明な運動麻痺はなく歩行可能。階段昇降時は手すりを使用。妻と2人暮らし。

介護保険制度を利用しており、認定は要介護1。サービスは通所介護と通所リハビリテーションを利用している。通所サービス利用時は座っていることが多く、家に居る際も自発的に動くことは無く、妻の声かけで動く状態であった。A氏は発症前に絵を描いた経験がなく、苦手という意識を持っているということであったが、無趣味であったA氏に何かできることがあればとの妻の希望でアートワークへの参加を決定した。アートワークへの参加目的は、妻の希望でもある“本人ができることを見出し、自己表現の機会をもつこと”とした。

2) 経過 : 計11回参加。

(1) アートワーク参加時の変化

初回到着時は、表情が硬く、緊張している。時々笑顔がみられることがあるが、他者が話しをしていると孤立し、表情がさらに硬くなり困惑した様子であった。最初は緊張した様子で作業を行っていたが、回を重ねるごとに場の雰囲気にも慣れ、自分のペースで参加できるようになった。また、色を選択する際など自ら決定する場面では積極性がみられるようになる、自己紹介では冗談を言う、質問に対する返答時にその話題を膨らませて話す、といった変化がみられるようになった。

また、参加4~7回目には他者の作品に対して感想を述べて誉める、新規参加者に対して声かけをするなどの配慮がみられるようになる。

参加8~11回には、生き活きとダイナミックな絵を描くようになり、最終日には、笑顔で「楽しかったし、こうして考えてすることはいいなあと思った」とアートワーク参加への感想を述べた。

(2) サービス利用の経過

A氏は自宅から会場へ約1時間、電車を乗り継いで来る。屋外移動は一人では困難なためサポートが必要な状態である。初めは妻が付き添い参加したが、妻には日々の自宅での介護に加え自分自身の体調不良もあり、アートワーク参加時の付き添いについての心労が認められた。そこで、3回目からスタッフが送迎を行うこととし、同時に市のガイドヘルパーのサービス利用についても考えることとした。スタッフが送迎を経験することで、電車利用時や屋外でのA氏に対する介助点などを把握することができた。この情報は後にガイドヘルパーを利用する際に役立った。

参加5回目より市のガイドヘルパーを利用するようになった。最初は到着時には緊張した様子であったが、次第に慣れることができた。また、ガイドヘルパーが日によって変わっても緊張や混乱なく参加できるようになった。

(3) 自宅での変化

アートワークに対する感想として、妻はA氏が自宅に帰ってきた時にアートワークが楽しかった様子が雰囲気から伝わり嬉しく感じると述べている。また、A氏は家に飾ってある作品を見ると自分が作ったことは忘れていたが、自分がその作品を通じて良い感情を持ったことは覚えており、2人で微笑みながら作品を見たとの感想を得た。

(4) サポートの方法

A氏がアートワークを遂行する中で実施したサポートを表2に示す。A氏の状態を捉えて検討、実施したこのサポートによりA氏は作品づくりをスムーズに遂行することができた。

3) A氏にとってのアートワークの効果

A氏はすでに介護保険サービスを活用しながら妻との生活を送っていた。しかし、自発的に活動することが難しく、他者の働きかけが無いと動けない、楽しむことも無いといった状態であった。

A氏は、アートワークにおいてスタッフからのサポートを受け、作品づくりを遂行できたことで自分自身が絵を描くことができるという経験をするようになった。アートワークに参加するA氏の状態は回を重ねるごとに積極的になり、緊張していた状態が落ち着き、ゆとりを持って場に存在できるようになった。さらには他参加者に対して配慮するといった変化もみられた。自宅での様子からも、完成したアートワークの作品を通じて妻と話す際、楽しかった感じを思い出すことができている。

また、ガイドヘルパーを活用することにより、それまでは全て妻の送迎での外出であった生活から妻と離れた時間を過ごせる機会をもつことができるようになった。

表2. A氏に対するサポート方法

問題点	サポート方法
視空間失認により紙の中で描く位置関係が分からず、描く場所を決定することや形どることが困難。	描く場所を支援者が指差して示し描く際は手を添えて一緒に動かす。 動きが慣れるとスムーズに筆等動かすことができる。
色を変更する時や道具の変更後、作業状況が変わると記憶障害により作業方法が分からなくなり、その都度緊張して取り組む。	その都度、声かけをし説明する。
ハサミの穴に指をはめることが難しく、切る際に線をハサミに当てて切り進めることが困難。	ハサミを介助で指にはめる。切るべき線より小さめに切るため、少し大きめに線を描く。 支援者が切る方向を指差して示す。
自ら文字を書くことが困難。	サイン記入時など一文字であれば、ペンに手を添え書く方向を誘導すれば、自ら手を動かして書くことができる。
スポンジなど普段使い慣れない道具の使用が困難。	何度か手を添えて動きを一緒に遂行することで慣れて自分でも使用できる。

【事例B : 60歳代女性、前頭側頭型認知症】

1) 初回評価

MMSE : 10点/30点、NMスケール : 29点/50点、N-ADL : 44点/50点

記憶力障害、滞在言語、注意維持困難、意味記憶障害があるが、運動機能には問題はなく、歩行、階段昇降などの動作は自立している。夫と2人暮らし。参加当初は介護保険等のサービス利用はなく、常に夫と一緒に生活をしてきた。アートワークへの参加目的は“アートワーク参加継続を機会に夫と離れて過ごすことができるようになること、さらにはデイサービスへの参加ができること”とした。

2) 経過 : 計9回参加。

(1) アートワーク参加時の変化

毎回、夫に付き添われて参加する。夫は作品づくりが始まるまでは一緒に居るが、途中で帰宅し、帰りはスタッフが電車にて自宅まで送った。市のガイドヘルパーの利用を申請したが、市の規定に該当しないとの理由で利用することができなかった。

B氏は夫が帰宅した直後や作業途中で夫のことを気にすることがあったが、別の場所にいることを伝えると納得して作品づくりに集中することができた。スタッフに対して楽しそうに笑顔で話しかけるが、質問に対する返答が語義失語のためにできない場合は他者に言うように勧め、場を繕う様子がみられた。

作品づくりは方法が分かれば、比較的スムーズに行うことができたが、他者より早くに作業が終わると「そろそろ帰らないといけない」と言い不安な様子をみせた。その際には、時間を費やす作業を提供すると落ち着けることが分かった。

参加6回目、B氏はひどく不機嫌であった。着席後はスタッフに笑顔で対応するが、度々夫を叩く場面がみられた。作品づくりでは早くできた際の待ち時間にいらつき、片付けなどを手伝ってもらっても気分転換にならず、さらにいらついた状態が継続した。以前は気分転換できていた作業行程の付加でもいらつきは収まることはなかった。不在になった夫を気にすることが増え、この状態はその後さらに増強した。

これまで作品づくりはスムーズで、困難な場面の対応もできていたB氏が不機嫌になったことに対して、対応方法の再検討が必要であると考えた。これまでは、待ち時間を片付けや作業の付加という方法を用いて対応していたが、その方法では気分転換ができないことが分かった。そこで反省会にて、B氏にとって楽しく気分転換できる方法を考えた。これまでアートワークの中でB氏が最も喜びを示した場面は茶話会であったことから、不機嫌な様子がみられた際には、作品づくりとは異なる静かな場所でお茶とお菓子を食することを提案することとし、実践した。B氏は休憩を勧めるスタッフに対して「行ってもいいの」とうれしそうに問い、喜んで提案に応じた。また、お菓子を食しながら目についた道具を自ら洗い、その後笑顔で作品づくりの場に戻り、作品を完成させることができた。また、B氏ができるお茶の準備をお願いし、他の参加者に配る機会をもつことで、B氏が積極的に他者の世話を焼こうとする場面がみられた。その日の終了時、B氏はお茶の準備をしながらスタッフに「私とてもうれしいのよ、今日は来て良かったわ」と自分から喜びを語った。

以後、9回目まで同じ対応方法で支援することによりB氏が怒る様子はみられなかった。そして帰る時間になっても以前のように夫を待たせているからと急いで帰る様子はなく、いつまでもアートワークの場に居たい様子が伺われた。

(2) サービス利用の経過

参加当初から、夫に対して介護保険制度の申請とデイサービスの利用について説明していたが、夫は本人には馴染めないから行かせたくないとサービスの利用を受け入れることができなかった。しかし、アートワークにおける本人の状況やスタッフの対応を見ることができ、夫は介護保険制度を申請し通所介護の利用を考えるようになった。その結果、4回目の参加後より週1回通所介護を利用することとなった。この際、アートワークでの過ごし方を通所介護の職員に伝え、サービス導入がスムーズに行えるようにした。

(3) サポート方法

B氏がアートワークを遂行する中で実施したサポートを表3に示す。B氏の状態を捉えて検討、実施したサポートによりB氏は作品づくりをスムーズに遂行することができた。

表3. B氏に対するサポート方法

問題点	サポート方法
色が薄くなったり、筆が乾いたことに気づかない。	必要な場面でその都度伝える。
単調な作業ではリズムをとり歌いながら遂行するが、エスカレートすると他参加者の集中力を欠くことがある。	作業を中断するよう他の作業遂行を促す。賑やかにしゃべることを辞め、静かな環境をつくる。
他者より早くに作業が終わると不安な様子が見られる。	作業行程を付加したり、片付けを手伝ってもらうなどして、時間を費やす作業を提供する。
上記方法でも苛立ちが治まらない。	お茶に誘い、静かな場所で休憩する

3) B氏にとってのアートワークの場

B氏の参加状況からは、作品づくりを楽しんでいる様子は伺われず、また完成作品に対しても持ち帰ることの喜びはあったが、自分自身が作成したという喜びは薄い様子であった。しかし、作業を遂行する行程において、何かができる時間を過ごすことは楽しい様子であった。

また、B氏は前頭側頭型認知症にみられる注意維持困難により同じことを長く続けることや、何もせずに過ごすことができず、徐々に嫌悪感を募らせ、自分自身でその苛立ちを解消することができないために不機嫌になるということがあった。

B氏のこれらの状況を把握し、状態変化に応じて支援方法を検討し、変更したことで、B氏は苛立つ気分を転換することができた。さらに、元来世話好きなB氏が人に世話をやける状況を支援し実現することで、他者に何かができることを感じる機会となった。

介護者である夫に対しては常に一緒にいるB氏と離れる機会となり、スタッフの支援を通じて通所介護の利用につながったことで、休息の時間を得ることができた。

D. 考察および E. 結論

認知症の方が、適切な時期に介護保険サービスを活用するには、進行していく段階に応じて対応できるよう、本人の状態を経過を追って見つめ、適時適切なサービスにつなげるコーディネーターの関わりが必要になる。進行により悪化する状態だけを見るのではなく、本人が今できることを見極め、支援が必要なことには具体的な支援策を見出すかわりが必要である。また、認知症の場合は、日々関わる家族に対する支援として、家族がサービス提供者に本人を任せてもよいと思える支援を提供することが重要である。

認知症者とその家族をサポートするうえで、ネットワークのような支援があることの大切さを実感する。今後、このような支援が認知症ケアの現場で実践されることを期待する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

第3章

終末期ケアにおける 医療・介護連携

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 22 年度分担研究報告書

在宅終末期ケアの現状と介護支援専門員の関与の実態

研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）
研究協力者 森上淑美（兵庫県介護支援専門員協会 会長）

【研究要旨】

本研究は、終末期にある高齢者と家族を支援するための、現行の終末期ケアおよびケアマネジメンツの実態を把握し、ケアマネジメンツの質向上に向けた今後の対策を検討する上で基礎データを収集することを目的とする。

今回、兵庫県下の介護支援専門員 2,973 人に無記名自記式質問紙を送付し、各人が有する直近の死亡事例について、①基本属性、②介護者の状況、③告知の実施状況、④死亡 1 ヶ月前と看取り時の場所の変化とその理由、⑤医療／介護サービス受給状況、⑥本人への関与期間と関与開始時期、⑦死亡 1 ヶ月前の援助内容と死亡後の関与状況、⑧本人および家族への支援に対する自己評価などを質問した。有効回答 793 事例を分析した結果、

- 1) 死亡理由は、「がん」47.3%、「非がん」51.4%であった。
- 2) 病名や予後の告知率は、「本人」43.1%、「家族」84.5%であった。
- 3) 死亡 1 ヶ月前の自宅療養者 506 人の看取り場所は、「病院等」54.3%、「自宅」43.1%で、所在変更理由（複数回答）は、「病状の変化」が 78.9%であった。
- 4) 在宅療養支援診療所の主治医の 73.5%が、死亡 1 ヶ月間に往診を実施していた。
また、訪問看護利用者の約 9 割に対して、24 時間電話連絡、緊急時の訪問対応ができる体制が設けられていた。
- 5) 死亡前 1 ヶ月間のケアプランに必要なサービスが導入できていない理由としては、区分支給限度額の問題以上に、本人や家族の拒否が大きかった。
- 6) 死亡前 1 ヶ月間の本人・家族からの相談内容では、「病状の変化」や「疼痛」などの相談が多かった。

などがわかった。以上の結果から、本人や家族の不安やゆらぎへの適切な対応、在宅での療養が出来るだけ本人・家族の望む形で継続できる環境の構築を図るためには、これら医療に関する相談や病状変化に適切に対応できる医療との連携体制の構築が、今後の課題と考えた。

A. はじめに

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計（出生中位死亡中位）¹⁾によると、年間死亡者数は、2009 年現在の 114 万人²⁾が、2039 年には 166 万人まで増加すると推計されている。

我が国では、死亡者の約 8 割が病院または診療所で死亡しているが³⁾、その受け皿となっている病床数は徐々に減少している⁴⁾。したがって、多様な住まいにおける終末期ケア提供体制・提供方法のあり方（ケアマネジメンツを含む）が、現在、政策上の重要課題となっている。

さて、高齢者が死に至る経過について、Lynn らは、

- ①がんなどのように、死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化し、死に至るパターン
- ②心臓、肺、肝臓などの慢性疾患の増悪と緩解を繰り返し、2～5 年で機能が徐々に下降線をたどるパターン（経過の後半になると、治療して改善するか否かの予測が困難化する）
- ③認知症や老衰のように、5 年以上の長い期間にわたり、徐々に機能が低下するパターン（肺炎で最期を迎える場合が多い）

の3パターンがあることを示した⁹⁾。

これに関連して、宮田らは、訪問看護ステーションから訪問を受けた後に、調査直近の3ヶ月間に死亡した65歳以上高齢者1,234人の基礎疾患を調査し、「がん」28%、「脳卒中」32%、「その他の疾患」40%と、高齢者の死亡のうち、がん患者が占める割合は3割程度であると報告している⁹⁾。したがって、高齢者の場合、急速に機能低下し、死に至るパターンよりも、慢性疾患や老衰、認知症などによる要介護状態を経て死を迎えることが少なくないのである。がんに比べ、慢性疾患や老衰、認知症による死亡の場合、余命予測や意思の確認が難しい。そのため、高齢者の終末期ケアには、余命予測や意思の確認が困難な中、長期の生活を支援する体制構築が必要となる。

樋口は、これら課題を有する終末期の高齢者ケアの質を高めるためには、高齢者や家族の主観的なとらえ方に着目し、長期の生活支援と死を迎える準備から死別後の悲嘆までをサポートするケアマネジメントが重要であると指摘しているが⁷⁾、終末期にある高齢者や家族に対するケアマネジメントの実態に関する調査研究は少ない⁸⁾⁹⁾。

そこで、本研究では、介護支援専門員を対象とした、終末期ケアの現状と介護支援専門員の関与の実態に関する質問紙調査を実施し、①本人の基本属性、②介護者の状況、③告知の実施状況、④死亡1ヶ月前と看取り時の場所の変化とその理由、⑤医療/介護サービス受給状況、⑥マネジメント担当者としての関与期間と関与開始時期、⑦死亡1ヶ月前の援助内容と死亡後の関与状況、⑧本人および家族への支援に対する自己評価などを調査した。

終末期にある高齢者と家族を支援するための、現行の終末期ケアおよびケアマネジメントの実態を把握し、ケアマネジメントの質向上に向けた今後の対策を検討する上での基礎データを収集することが、本研究の目的である。

B. 対象および方法

1. 対象

兵庫県介護支援専門員協会会員2,973人を調査対象とした。

2. 方法

対象となる介護支援専門員2,973人に、調査依頼書および無記名自記式質問紙を郵送し、郵送返送にて回収した。依頼書には、研究目的、成果の公表方法、回答のプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを明記し、回答をもって調査への同意とみなした。調査期間は平成22年9～10月末である。

回答者（介護支援専門員）の属性に関しては、基礎職種、法人種類などを質問した。在宅終末期の利用者および家族へのケアマネジメントの実施状況に関しては、過去1年間の死亡終了者の状況、ならびに直近の死亡1事例の①属性、②介護者の状況、③告知の状況、④看取りの場所、⑤本人との関与期間と関与開始時期、⑥死亡1ヵ月間の援助内容と死亡後の関与状況、⑦本人および家族への支援に対する自己評価などを質問した。

有効送付数2,598人（住所不定14人、調査対象外（病院勤務等）361人除く）、回収数は881人（回収率33.9%）であった。このうち、過去1年間に死亡終了者を有していた739人（回答した介護支援専門員の83.9%）、および直近の死亡事例（739事例）を分析対象とした。

3. 倫理的配慮

死亡事例の背景については、個人が特定できないよう、年齢そのものではなく、年齢階級（40-64歳、65-74歳、75-84歳、85歳以上の4区分）を質問する形とした。また、ケアマネジメントの現状分析が本調査のテーマであり、死亡事例の性別は分析上の必要性が低いことから、質問項目からは削除した。回答した介護支援専門員についても、性別や年齢は質問せず、職種と所属法人など必要最低限のものに限定した。

C. 結果

1. 回答者の主な属性 (n=739)

回答した介護支援専門員 739 人の基礎資格は、「介護福祉士」49.1%、「看護師（保健師含む）」23.3%、「社会福祉士」9.5%の順、所属法人は、「社会福祉法人・社会福祉協議会」35.7%、「営利法人」30.9%、「医療法人」19.4%の順であった。

表 1. 回答者（介護支援専門員）の基礎職種

	合 計	看護師 保健師	社会 福祉士	介護 福祉士	その他 医療系	その他 福祉系	未回答
人数（人）	739	172	70	363	66	52	16
割合（%）	100.0	23.3	9.5	49.1	8.9	7.0	2.2

注. その他医療系とは、栄養士 27 人、歯科衛生士 25 人、薬剤師 13 人、リハ職 1 人のこと。その他福祉系とは、社会福祉主事 21 人、ホームヘルパー 31 人のこと。

表 2. 回答者（介護支援専門員）の所属法人

	合 計	医療 法人	社福 法人等	営利 法人	市町村	社団 財団	その他 未回答
人数（人）	739	143	264	228	26	27	51
割合（%）	100.0	19.4	35.7	30.9	3.5	3.7	6.9

注. 社福法人等とは、社会福祉法人および社会福祉協議会のこと。

2. 過去 1 年間の死亡終了者数 (n=729)

過去 1 年間の死亡終了者数の平均値は全体で 4.4 人であった。これを基礎職種別にみると、「看護師(n=160)」が 5.4 人と最も多く、次いで「社会福祉士(n=70)」5.2 人、「薬剤師(n=13)」4.3 人、「栄養士(n=26)」4.2 人、「介護福祉士(n=358)」4.1 人、「歯科衛生士(n=25)」3.6 人、「社会福祉主事(n=21)」3.4 人、「ホームヘルパー(n=31)」3.0 人の順であった。

表 3. 主な基礎職種別にみた過去 1 年間の死亡終了者数

	合 計	看護師	社会 福祉士	介護 福祉士	薬剤師	ホーム ヘルパー
人数（人）	729	160	70	358	13	31
死亡終了者数 (Mean±SD)	4.4±3.8	5.4±5.0	5.2±6.1	4.1±2.9	4.3±2.8	3.0±1.9

注. 死亡終了者数の未回答者が 10 人いたため、合計は 729 人となっている。