

A. はじめに

本研究は、認知症を有する人に対する医療および介護サービスの提供における課題を示し、認知症の地域連携のあり方や、関係する機関、職種の役割を明確にすることを目的とする。

B. 方法

認知症本人や家族、関係機関、スタッフに対して認知症専門看護師として相談に応じてきた経験、知見をもとに、現状の医療、介護における課題および各職種の果たすべき役割について検証する。

C. 結果

1. 認知症本人の声から学ぶ

認知症と診断された68歳、女性の声を紹介する。

「2008年12月私立の総合病院の老年科で軽度の認知症と診断されました。

認知症と診断される一番の理由とされたのは、そのころ私がことばを言い間違えるという自覚症状を言ったことのように思いました。

ススキを診てスマレと言ったり、カラスを診てカエルということばが口をついて出たことがありました。

私は、自分の認知症が進んで、家族に大きな負担をかけるようになることを避けたいと考えています。

そのために自分で、まだものが考えられるうちにできることは何なのか、そういった相談をし、支援を受けられたらありがたいです。そういう相談は老年科のお医者さんや看護師さんは、忙しすぎてできません。診察の数分では、とても話せません。

もっと認知症の専門医を増やさなければ、患者はどんどん増えていくのに不安です。

自分の認知症がどの程度進んでいるのかを、詳しく知りたいです。脳のレントゲンを患者に見せて説明してほしいです。

初期の患者の意思を、聞く場があるといいと思います。セカンドオピニオンも主治医に言いだしにくいのです。

認知所の診断には、家族が一緒でないとできないと言われました。一人での受診を受けたいと思いました。

誰もが乳がんの検診のように受診できたら良いのにとおもいます。」

認知症の人には病識が無い、とこれまで言われてきたが、女性の声にもあるように、本人は認知症であることを認識している。認知症の人のうち、80%は自分が認知症であることを認識しているとも言われている。

また、今後のことを相談したり、考えたりするための支援が必要だと述べているが、それは老年科などの医師や看護師では、忙しすぎるため難しいと認知症の本人は、感じてしまっている。女性は、十分な相談ができ、支援を受けるために、認知症専門医が増えることを望んでいるが、筆者はそれだけでは、十分な支援の実現は難しいと感じている。

さらに、病状についてレントゲンなどを示し、説明を受ける機会を望んでいる。実際には、医師から説明を受けているはずであるが、本人は記憶障害のために覚えておらず、満足な説明を得たという実感も無い。

本人は、セカンドオピニオンについても考えているが、認知症の場合、治らない病気であることを理由に、セカンドオピニオンを受けることは無理と言われることが多い。

また、認知症の人には、家族に負担をかけたくはないという思いがあるため、一人での受診を希望する場合もあるが、家族同伴の受診が求められるという現状がある。

このように、現状の医療や介護現場には、認知症の本人が望んでいる診断や支援を実現できていないのが実情である。

2. 適切な診断とは

認知症の診断、医療的支援として、現在、サポート医の養成が行われている。サポート医は、認知症に関する知識を有し、かかりつけ医や専門医療機関、地域包括支援センターとの連携を行い、認知症高齢者に対する支援を行う役割を担う。しかし、認知症に関する1日の研修を受けたことで、サポート医になれるため、認知症の状況を十分理解し、適した支援や連携を行えるまでの状況であるとは言い難い。

適切な診断には、「ものわすれ外来」などで、専門医による診断を受けることが大切である。

診断に必要な事項として、①問診により認知症ではないかというエピソードを本人・家族が伝えること、②神経心理テスト（長谷川式簡易知能評価スケール、Mini-Mental State Examination、認知機能検査など）の実施、③画像診断（MRI、脳血流シンチ SPECT など）、④血液診断がある。

認知症の診断において①の認知症を疑うエピソードを重要視している場合、きっちりとした診断を行うことができると言える。また、④の血液検査では、ホルモンバランスや貧血、糖尿病、甲状腺機能について調べることで、本人の状態に異変を起こしている状況を把握することができる。認知症の診断において、血液検査によるこれらの状態把握は、必須であると考えますが、実際には認知症の疑いを持って受診した際に、検査されないことが多い。

適切な診断を受けることができない現状において、その課題を解決する方法の一つとして、どこに相談に行けばよいかを明確に示すことがある。具体的には、地域で認知症の相談を受けられる窓口の一覧を作成するなど有効である。次いで、かかりつけ医から専門医への相談システムを整備することや、もの忘れを診てくれる、かかりつけ医一覧もあると良い。

もの忘れによる生活への困りごとへの対応を行うことも大切で、診断、治療に関する医療だけでなく、生活支援の視点でのかわりが持てる機関の整備も必要であると言える。

これら診断、支援の充実により、認知症の人が抱える不安を手遅れにしない支援が実施できると言える。

3. 中核症状と BPSD

認知症には、図1に示す中核症状と BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：行動・心理症状）の関係がある。認知症の支援に必要なことは、BPSD を無くすことではなく、本人が持っている「やりたいこと」をできるようにすることが大切である。しかし、家族をはじめ、ケア関係者など、認知症の本人に直接関わる支援者は、客観的な視点で本人を見つめることが難しい。適切な支援を行うためには、支援者を客観的に見つめ、後方支援できる人材が関わる必要がある。

認知症の人への支援には、まず本人が伝えようとしている言動を理解し、ニーズを知ることが大切である。そのためには、認知症の人の立場に立ち、難しくなっていることを理解する。また、言動の原因やその背景を考えること、本人の言葉やサインから手がかりを見つけ出すことである。これまでその人が辿ってきた生活やその背景、病前の生活を理解し、本人ができること、理解できることを知るといったアセスメントが重要である。これらのアセスメントを実施する有効な手法として「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（以下、センタ

一方式) 」がある。

センター方式は、「私」を主語として、本人を捉え、また、家族、支援者との関係を考えるものであり、パーソン・センタード・ケアを実行するためのツールである。パーソン・センタード・ケアとは、イギリスの臨床心理学者トム・キッドウッドが提唱した人間中心主義的ケアであり、ケアや心理的援助、リハビリテーションを認知症の人の「その人らしさ personhood」を中心に構成するものである。認知症のケアには、困難で混乱した行動を理解することや、その人の生活背景や生活史を理解する、個人的ケアのパターンや過去の好みや関心を反映したケアプランを確立することが大切であると言える。

また、認知症の原因疾患やステージによっても、みられる状態が変わってくるため、これらの理解も重要である。

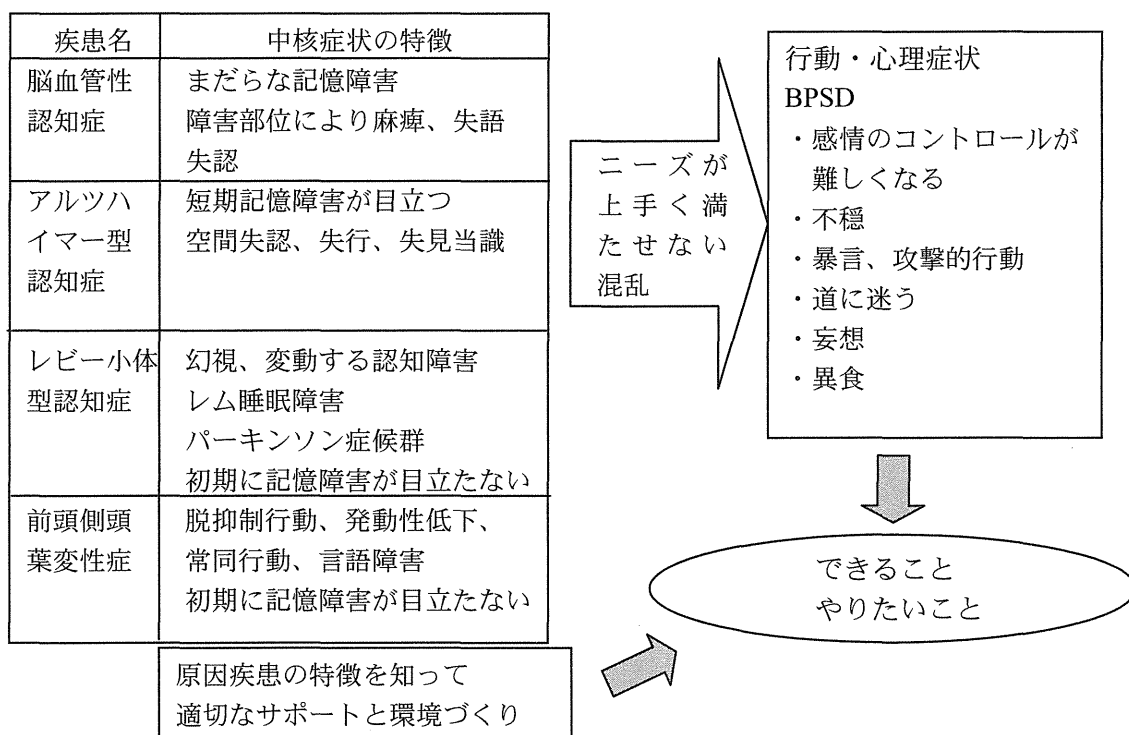


図 1. 中核症状と BPSD の関係

4. 認知症の地域連携のあり方

認知症の医療、介護について、それぞれの対場から果たせる役割にはどのようなことがあるだろうか。また、その役割を果たす際には、どのような職種の人との連携が必要になるのかを示す。

認知症の地域支援ネットワークを構築するうえでの課題として、次のことが言える。

- 1) 認知症支援といっても、地域で働くそれぞれの専門職のイメージが異なっていること
…医療に従事する専門職は介護の、介護に従事する専門職は医療の、それぞれの専門性を十分理解できていないという課題がある。専門性を理解できていないことで、自らの専門範囲ではない内容を抱え込んでしまい、解決に時間を要してしまうといった状態を引き起こす。
- 2) 地域の多職種が、協働のためのイメージを明確に持っていないこと
…医師の役割は明確であるが、介護の役割は不明確な点が多い。どこまでが自分の責任で遂行すべき事柄か、責任をだれが取るかが不明確なことで、認知症の人に関わる多職種の協働がどのように実現できるのかが分からない。
- 3) ステージに応じた支援を、誰が行うのかが不明確である

D. 考察および E. 結論

認知症の地域連携ネットワーク構築に対する課題の解決のためには、認知症の支援に関係する機関、職種の役割として次のことが必要であると厚生労働省は示している。

1) 認知症サポート医が果たすべき役割

- ①都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修を企画、立案する。
- ②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築を図る。
- ③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力を行う。

即ち、認知症サポート医には、地域における「連携」の推進役が期待されている。

しかし、一方で、認知症サポート医がかかりつけ医の相談役・アドバイザー的な役割を果たすには、診療時間的に困難であるという課題があり、その課題に対する解決策を検討する必要性があると言える。

2) かかりつけ医に期待される役割

かかりつけ医には、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援するために、下記の役割を果たすことが望まれている。

- ①早期段階での発見・気づき
- ②認知症の人に対する日常的な身体疾患対応、健康管理
- ③家族の介護負担、不安への理解
- ④専門医療機関への受診誘導→医療連携
- ⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携→他職種協働

これらを適切に実行していくためには、医師だけでなく、地域包括支援センターと協働していくことが重要であり、結果の4に上げるような、かかりつけ医、サポート医、専門医と、地域包括支援センターや介護支援事業所の職員、民生委員などが一緒に参加する研修が必要である。

3) 在宅ケア現場の連携のあり方

在宅ケア現場では、認知症が予測される高齢者への支援が望まれる。具体的には、軽度認知機能障害や初期認知症の人への支援である。これらの役割を果たす機関として、地域包括支援センターがあるが、介護保険を受けるまでの支援や、地域のかかりつけ医に受診するまでの支援、専門医への紹介などを行うことが必要である。

4) 施設ケア現場の連携のあり方

施設ケアの現場では、入所者の健康管理や認知症のBPSDへの対応（症状の緩和や認知症以外の疾患に対するケア、支援するスタッフのストレスケア）を行うことが必要で、関係する機関との連携を図りながら実践していくことが望まれる。また、認知症には、長く緩和ケアが必要になることから、ターミナルケアの視点を持つことも大切であると言える。

最後に、対応困難な方に対する支援のあり方を示す。

対応が難しいと感じる方の支援を経験した際には、一人で抱え込むのではなく、地域ケア会議を開催し、専門相談機関によるスーパーバイズを受けることが必要になる。それらの機会を持ち、介護についての見直しや介護の視点を変えること、家族などの支援のあり方や、社会資源について見直すなど、多方面からの視点を持ち、検討することが大切である。

また、医療機関に対しても、再診断やセカンドオピニオンを求めること、BPSDに対する薬物療法の実施、認知症以外の疾患に対する治療などが必要になるため、協働して支援することが重要であると言える。

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

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」
分担研究報告書

スウェーデンにおける認知症ケアの実際

研究分担者 竹内さをり（甲南女子大学看護リハビリテーション学部 講師）

研究分担者 備酒 伸彦（神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授）

【研究要旨】

平成 24 年 9 月にスウェーデンの認知症ケア関連機関を訪問し、関係スタッフに認知症ケアに対する考えについてインタビューを行う機会を得た。3 日間にかけて、スウェーデンストックホルム市内の認知症ケア関連機関を訪問し、担当者へ①施設概要、②認知症に対する支援の特徴、③教育システムについてインタビューを行った。訪問機関は、①認知症対応の老人福祉住宅、②認知症専門住宅（若年性認知症専門の住宅およびショートステイ）、③若年性認知症デイ活動、④認知症専門訪問介護チームの 4 件である。

スウェーデンにおける認知症ケアとして、次の 4 点の特徴があった。①対象者のことを十分理解するための情報収集や情報把握に力を入れていること、②対象者個々が望む活動に対する時間をもてること、また、その担当スタッフも決定されていること、③ケアスタッフが認知症に対する支援の考えを明確に持っており、その内容は認知症の状態に応じたものであること、④ケアスタッフがそれぞれの機関の役割や自らの果たすべき役割を理解していることである。また、教育システムも市や区、各機関ごとに設けられており、ケアスタッフ自身が研修に前向きに参加し、知識、技術を高めたいと希望していることが分かった。

これら結果から、我が国の認知症ケアにおいては、認知症ケアに必要な個をみる支援を実践するための、従事者数の充足、ケアスタッフの認知症ケアに対する意識や知識の向上、ケアスタッフが自らの職務に対する役割認識の醸成、教育、研修機会の提供が必要であると考えられた。

我が国における認知症のケアを実践するうえで、スウェーデンが現状のケアに至るまでの経過から学ぶ点も多いと言える。認知症の方々が安心できるケアを実現するために、今回の調査結果からさらなる検討が必要であると考えられる。

A. はじめに

スウェーデン、デンマークを数回訪れ、高齢者住宅やグループホームの視察を重ねる中で、両国における高齢者ケアについて多くの考えを学んだ。その中で、ケアスタッフのケアに対する意識が日本と異なると感じる事が多々あった。今回、スウェーデンの認知症ケア関連機関を訪問し、関係スタッフに認知症ケアに対する考えについてインタビューを行う機会を得た。本論では、インタビューから得られた結果を基に、我が国における認知症ケアの課題と対応策について考察する。

B. 方法

平成 24 年 9 月 11 日～13 日の 3 日間にかけて、スウェーデンストックホルム市内の認知症ケア関連機関を訪問し、担当者へ①施設概要、②認知症に対する支援の特徴、③教育システムについてインタビューを行った。インタビューは現地在住の専門通訳者を介して実施した。

訪問機関は、①認知症対応の老人福祉住宅、②認知症専門住宅（若年性認知症専門の住宅およびショートステイ）、③若年性認知症デイ活動、④認知症専門訪問介護チームの 4 件である。

C. 結果

1. 視察先概要

1) 認知症対応老人福祉住宅（以下、ケア機関 1）

この施設は、区から民間に委託され運営している老人福祉住宅である。建物は市の持ち物であるが、運営を民間会社が担っている。スウェーデンでは、福祉住宅等ケアサービス関連施設は、市の入札により運営会社を決定する仕組みが取られている。この運営会社が入札時に契約条件として提示した内容は、「正看護師およびスタッフ数」、「1 月に 4 時間、高齢者が自由に使える時間があること」であった。

入居者数は 97 名、うち 42 名分が認知症の方のための住宅で、若年性認知症の方も入居が可能である。スタッフ数は、正看護師対入居者が 1 : 10、認知症の方に従事するスタッフ数は 0.91 人 / 1 人の割合である。認知症ケアに従事するスタッフの数について、国の社会福祉庁は 0.90 人 / 1 人と定めているが、ストックホルム市内の平均は 0.63 人 / 1 人であり、当施設のスタッフ数が充実していることが分かる。

2) 認知症専門住宅（以下、ケア機関 2）

この施設も民間会社により運営されている。建物は 3 階建てで、1 フロアに 2 ユニット、1 ユニットに 9 名が入居できる。1 階は若年性認知症のための住宅、2 階は高齢者の認知症のための住宅、3 階はショートステイであった。

施設独自のサービスとして、各入居者に対して 1 週間に 8 時間、自由に使える時間がある。常勤のスタッフ 1 名が 2 名の入居者を担当し、本人の情報を把握し、家族とのコンタクトも取る。各ユニットにはアクティビティを専門に担当するスタッフがあり、特にショートステイに力を入れている。また、ショートステイでは、他のユニットよりもスタッフを 1 名多く配置している。

3) 若年性認知症デイ活動（以下、ケア機関 3）

この施設は、ストックホルム市直営の若年性認知症専門のデイサービスセンターであり、開設 5 年目を迎えた。利用人数は 1 日に 6 名以内、利用頻度は週 5 日～1 日、土日が休みである。利用時間は、9 時～15 時であるが、13 時 30 分に終了する日もある。スタッフは 3 名で、その内訳は常勤 2 名（チーフの正看護師と準看護師）、非常勤 1 名（精神看護師）であった。スタッフ以外に送迎専門の運転手があり、デイ活動を支援するスタッフは送迎には同行しない。

朝、スタッフ間でミーティングを行い、活動内容やグループを決定、利用者が到着後、皆で朝食

を取り、新聞を見ながらその日行う活動内容を相談する。

ストックホルム市内には、同様のデイ活動が5か所ある。また、ケア機関2のショートステイ入居者である若年認知症の方は、このデイ活動に参加することができる。

4) 認知症専門訪問介護チーム（以下、ケア機関4）

このチームは、認知症の方に対するケアを専門とする訪問介護チームであり、2004年に1つのプロジェクトとして開始された。2年間の実績が認められ、現在まで支援を継続している。スタッフはケアワーカーと准看護師であり、在宅生活を送る認知症の方に対して、起床、更衣、食事、排泄、調理、配食サービスを持っていく、服薬のためのサポートなどを行っている。ケア従事時間は7時～23時であり、それ以外の時間は区全体の訪問介護が対応している。利用頻度は多い方で毎日、1日に4～6回であり、重度の方の場合は2名で支援にあたっている。

訪問介護の導入は、区のニーズ査定士からのオーダーにより行う。サービス開始前に訪問にてご本人と面接を行う。面接には、訪問介護チームの責任者と担当者、家族、本人、ニーズ査定士が参加する。ニーズ査定士からのオーダーが本人の実際に合っていない（支援が過剰であったり、少なかったりする）場合は、必要な支援をニーズ査定士に伝える。

2. 認知症に対する支援の特徴

ケア機関1～4において実践されている認知症に対する支援の特徴を報告する。

1) 対象者を知ること

いずれの機関においても、認知症の方を支援するうえで、本人についての情報（家族構成、家族関係、生活史や趣味、嗜好、職歴、学歴など）の収集が重要であると述べていた。情報収集はニーズ査定士から得られる情報をはじめ、入居の際に家族に所定の様式に必要事項を記入してもらい、日々の様子から何が好きかなどを記録に残すなどで行う。ケア機関3においては、認知症の方は自らの嗜好を伝えることが難しいことから、本人の生活歴を基に様々な活動を試行して、その様子を観察し、その人の立場を観察して本人の状態を把握していると述べていた。また、認知症の状態や進行状況の把握には、一般的な検査様式を用いず、日々の支援からできること、難しくなっていることを見極めている。

認知症は進行の程度により、本人が興味のあることなどを選択、決定できにくくなる場合がある。ケアスタッフが得た情報を活用し、本人の時々の状態を考え、支援に役立てている。また、本人の気持ちを考え代弁するために、対象者の情報をしっかり把握した担当スタッフを決定している。

2) 活動支援を重んじること

視察において興味を持ったことの一つに、本人の好む活動を支援する体制があった。ケア機関1、2共に1人の入居者が利用できる自由なアクティビティの時間が設定されていた。その時間は個人が自由に使えるため、住宅内にあるスパを利用したり、スポーツをしたり、外出したりする。それ以外にもアクティビティ専門のスタッフが実施する体操や趣味活動など様々な活動がある。

また、若年性認知症に対する支援においては、高齢者よりもさらに活動に対する支援が大切であるとされていた。そのため、若年性認知症の入居者やショートステイ利用者には、本人が希望すればパーソナルアシスタント（施設に来て、活動を支援する人）をつけることができる。福祉住宅にある若年性認知症対応のショートステイではロックが流れ、卓球などのアクティブな活動ができる場が設けられていた。若年性認知症専門のデイ（ケア機関3）でも、散歩、美術館訪問などの外出、音楽鑑賞、若い頃によく見た本を鑑賞する、言葉遊び、陶芸、織物など様々な活動を行っていた。

3) 支援に対する考えが明確であること

“認知症支援に対して大切なことは何か”という質問に対して、各機関でスタッフが同様に述べた

のが、『畏敬の念を持って接すること』であった。認知症ケアに従事するスタッフは、畏敬の念を持って接することができるため、認知症の対象者に対して、ゆっくりゆっくり本人ができるようにサポートすることができる」と述べていた。また、常に聞く姿勢を持ち、家族に対してもアクティブに関わり、ケアを行うことが大切と述べた。リーダー的な役割を担っているスタッフの殆どが、シルビアンナーズであり、その教育を受けていることに誇りを持って仕事をしている。

さらに、認知症の方には生活リズムをつけることが大切という観点から、ケア機関2では、土日には食事に前菜とデザートをつけ、ワインをサービスする。このことで曜日の感覚を養うことができる。また、たばこを吸いたい人にはスタッフが火をつけ、ライターを管理することで、喫煙できる。アルコール中毒の人であっても、本人が希望すれば飲酒もできる。本人が、希望し決定することに対しては制限するのではなく、危険を排除したかたちで実現できるよう工夫する。どの機関においても、認知症に対する支援の考えを堂々と述べるその姿から、自信をもってケアに携わっていることが伺われた。

4) 自らの果たすべき役割を認識していること

認知症専門の正看護師、準看護師（日本の介護福祉士）から、認知症ケアについて様々な考えを聴取できたが、各機関において誰もが自らの果たすべき役割を認識していると感じた。それは、認知症の対象者を専門的な視点を持って理解しようとしている点、また、認知症は他の疾患とは違い配慮が必要であり、自分達にはその配慮ができると自信を持って話す様子から感じた。

福祉住宅の準看護師は、認知症の方に対してコミュニケーションを図り、関係性をつくること、常に聞く姿勢を持ち関わる大切であると述べた。訪問介護に従事する準看護師は、自分たちが対象者にどのようなモチベーションを提供することで、生活行為を実行に移すことができるのか、を知ることが大切であり、私達にはそれが実現できると語っていた。また、自分達の役割は「クモの巣のクモ」であるとし、ケア提供者間で情報や指示がうまく伝わってこない場合、自分達が巣全体に糸が張れるように必要に応じて意見を述べ、良い方向へ導いていると話していた。

さらに何よりも、スタッフ間のチームワークが重要であり、実践しているとも述べた。特にシルビアンナーズの教育では、チームワークを最初に学ぶ。チームワークがあることで、問題があった場合に同行訪問など行い、相互に支援することができる。同行訪問の結果をミーティングで話し合い、スタッフ同士で勉強し合うことで、お互いの知識を高め、その結果を支援につなげていく。スタッフにも個性があり、得手不得手もあるが、チームで「なぜできないのか、どうしてか」と問いかけ、決して否定はしないことで、良い解決案を導きだしている。

3. スタッフ教育について

いずれのケア機関もスタッフに対する一定の教育を行っていた。

教育を行う上で大切なこととして、チーフ（主に正看護師が従事）がスタッフのキーパーソンとなり、リードすることを上げていた。チーフは、スタッフの声に常に耳を傾け、良いやり方で限度をつけることができることが重要であるとしていた。また、常に現場に居て、何か問題があった時にはそれを取り上げることができ、良い方向を常に考えることが大切であると述べていた。また、ケア機関1では、会社がチーフの研修のためにお金を使うことができる仕組みをつくっている。チーフ教育では、リーダーシップの取り方を学ぶ。学習機会としてはヘルスアカデミー（大学教育）があり、その中で、「何に価値観を置くか」や「経済観念」に対する学習をする。

ケア機関2では、スタッフが交代で認知症協会独自のコースを受講する。そのコースは、インターネットで受講することができ、各コースの全過程を終了すると証明書が発行される。また、会社独自の教育システムがあり、毎回受講者を選択し、受講している。スタッフは誇りを持って仕事をするため、さらに研修をしたいと望んでいる。そのため、離職者が少ない。

ケア機関 3、4 では、対象者に関わる経過の中や、スタッフ間の情報交換が研修機会につながる」と述べていた。「知識は一人の中に収めるのではなく、広げるべきもの」とし、認知症ケアにあたる人は話合う機会をもち、柔軟性、忍耐力、想像力を持って関わり方を学ぶことが大切としていた。

D. 考察および E. 結論

結果から、我が国における認知症ケアとスウェーデンにおける認知症ケアの違いを考え、認知症ケアに必要な視点について考察する。

1. ケアスタッフの配置

スウェーデンでは、入居者のすべてが認知症者であるグループホームの場合、介護職員配置率は 0.98 (=1.01-0.03) である。准看護師などは 0.91 で、入居者が 8 人であるとすれば、7.28 人の職員がいることになる¹⁾。日本が入居者 3 人に介護職員 1 人であることを考えると手厚い配置となっており、個々の対象者への関わりもそれだけ密にできると言える。

スウェーデンでは、認知症の支援は他の高齢者への支援とは異なり、「個々に応じた個別対応が必要」という考えが貫かれており、その結果が従事者数にも反映されていると言える。また、若年性認知症の人は活動的であるため、ケアスタッフの配置を高齢者のユニットよりも多くするなどしている。デイ活動においても少人数の定員としており、年齢に応じた対応のあり方が検討され、実践されていると言える。

2. 認知症ケアに対する考え方

認知症ケアに対する考え方として、1)情報の把握、2)個々の希望する活動を支援すること、3)対象者に畏敬の念を持って接すること、4)認知症の支援の視点を持つことが重要とされていると感じた。

我が国でも、認知症の人をいかに理解するのかが、ケアを行ううえで重要であると認識されている²⁾。また、1)、2)については、認知症対応のグループホームなどでは実践されていると言えるが、認知症の方が利用されている入所施設全体を考えると、まだまだ十分に実施されているとは言えない。

また、介護職の関わりは「一人の人」や「個」を捉えて支援するというよりも、その場限りのケアが多いことも指摘されている³⁾。これでは、利用者がどれだけ充実した一日を過ごしたかを考えることにつながらないと言える。また、対象者を集団で捉えている状態では、個に対する観察力も乏しくなり、対象者の変化の把握や個への関心も低くなると言える。

この課題に対する解決方法として、1 で述べたスタッフの配置を充足し、個を見て、活動支援を行うことができるケア体制が求められる。加えて、我が国のケアスタッフには 3)、4)に対する意識も不十分なことから²⁾、認知症の支援に対する意識を醸成する教育も重要であると考え。ケアスタッフが、認知症の方の病態像や支援のあり方を学び、学んだ結果を実践する。実践した結果を振り返り、ケア従事者自身がケアに対する達成感を得ることで、スウェーデンのケアスタッフが持つ認知症ケアの意識につながると感じる。

3. 他スタッフや他職種との共同のあり方

スウェーデンでは、区のニーズ査定士、初期医療センター、福祉住宅、デイ活動、訪問介護の各スタッフが相互につながりを持ち、情報共有をしていると感じた。さらには、訪問介護のスタッフから対象者に必要な支援の方針をニーズ査定士をはじめとする他職種に提案している。我が国では、医療と介護や介護間連携の必要性は認識されているが、実際には十分な情報共有、提案ができていない。その要因として、医療職や介護職の職種間の目的意識の違いが課題となっている²⁾。職種ごとの役割は果たすが、必要な支援のあり方について、医療職に対して介護施設や訪問介護

から提案することは少ない。しかし、認知症へのケアに大切なことは本人を支えることであり、スウェーデンのスタッフに見られた自らの役割を認識し、さらには他職種の役割をも認識して相互に共同し、提案していくという姿勢を各スタッフが持つことが必要であると考え。

また、同じ職場においてもスタッフ間でコミュニケーションをもち、常にチームワークを大切にするという姿勢を学び、相互の能力を高めるための取り組みを実践することも重要であると考え。

4. 教育を受ける姿勢

我が国では、介護職が就職後、教育、研究機会が少なく⁴⁾、また、ケアスタッフの教育背景により、その姿勢に明確な差が認められると報告されている⁵⁾。

今回の視察で合わせて訪問した、区の老人福祉担当部門によるインタビューによると、区が主体となってサービス提供機関に対する研修を行うとのことであった。現在は認知症の方が増加していることや、先述の結果でも述べたように認知症への支援は特別という意識から、認知症に対する研修に力を入れている。また、各サービス機関でも教育機会の提供は重要であると認識されており、会社独自やスウェーデン全体で受講できる各種研修がある。また、それらはインターネットで受講できるなど工夫もされている。これらの点について、我が国も学ぶところは大きいと感じる。

上記に上げた我が国における課題の多くは既に各種研究において報告されている²⁾が、実際の認知症ケア現場で具体的に実践されるまでには至っていない。我が国における認知症のケアを実践するうえで、スウェーデンが現状のケアに至るまでの経過から学ぶ点も多いと言える。認知症の方々が安心できるケアを実現するために、今回の調査結果からさらに検討を深めていきたい。

【引用文献】

- 1) スウェーデンの施設ケア動向Ⅲ施設ケア.海外認知症ケア研究・関連情報：ひもときネット
<http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/>
- 2) 認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書.認知症を有する人への適切な支援に資する人に症ケアモデルの研究事業：株式会社ニッセイ基礎研究所，2012年3月.
- 3) 小木曾加奈子，安藤邑恵，平澤泰子，阿部隆春：介護老人保健施設における認知症ケアに対する職場教育の課題について，岐阜医療科学大学紀要，4，27-32，2010.
- 4) 介護事業所における介護労働実態，介護動労センター，2011
- 5) 橋本美香：介護福祉士資格の有無及び経験年数による認知症ケア比較，東北文教大学紀要，1，105-112. 2011.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

【論文】

1. 竹内さをり (2013)：北欧と日本の認知症ケア，地域リハビリテーション，7(10)，863-866.

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

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、他者に任せで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。

通常のスタッフは、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

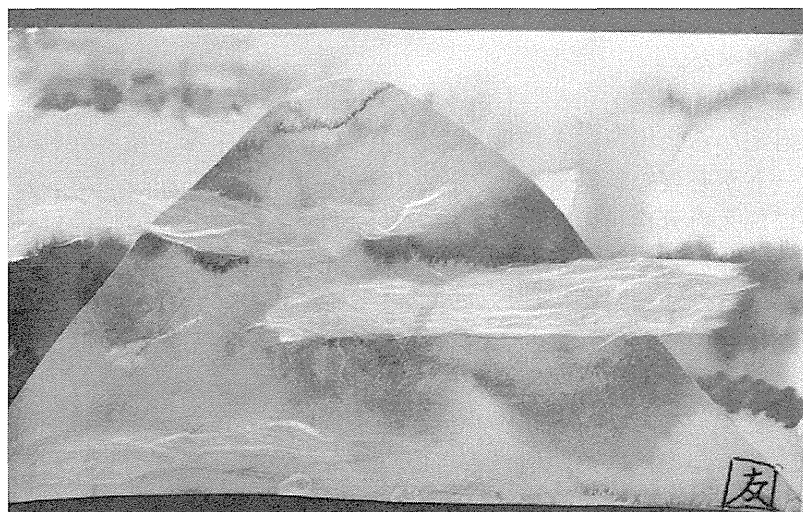
アートワークは絵を描くという作品づくりのみをさすのではなく、参加者がその場を訪れた時から始まる。他者と場を共有し、会話を通して行う交流など、その場に参加することで得られるすべての機会がアートワークである。スタッフはアートワークの場において認知症者に適切な支援を行うことを目指した関わりを実践している。

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、生き生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ことができた。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た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べ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、お菓子を食べ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言った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で、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みられる。	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

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」
分担研究報告書

看取りの場所と「死」の社会的位置付けに関する考察

研究分担者 孔相権（京都大学 特定研究員）

【研究要旨】

本稿では、在宅看取りを可能とする社会条件を整えるため我が国における看取りの場所と死の社会的位置付けについて考察を行う。現在、我が国では診療所・病院などの医療機関で死を迎える方が大多数となっているが、これはここ50年をかけて変化してきたもので、1960年代以前は自宅で看取りが行われ、自宅で死を迎える方が大多数であった。すなわち、50年前に可能であったことができない社会となっていることを意味する。現在と50年前では我々を取り囲む家族・社会・経済条件が異なるため、単純に50年前の社会に戻すことに何の意味もないし、また戻すことは不可能である。50年前に在宅看取りを可能としていた必要条件を考察し、それを現代的に読み替えシステムに組み込むことが求められている。考察の結果、日常生活から切り離された死を日常生活圏に取り戻すこと、またそれにより専門職だけで看取り問題を考えるのではなく広く一般社会に問題を提示し社会全体で看取りについて考える重要性を指摘する。また、適切なサービスを選択し活用するため看取り育をすること及び社会の中で看取りや葬送などのマネジメント機能を有することの重要性を指摘する。

A. 研究目的

現在、我が国では診療所・病院などの医療機関で死を迎える方が大多数となっているが、これはここ50年をかけて変化してきたもので、1960年代以前は自宅で看取りが行われ、自宅で死を迎える方が大多数であった。すなわち、50年前に可能であったことができない社会となっていることを意味する。

本研究の目的は50年前に可能であったものが何故できなくなったのか、現在において再び可能とするためにはどのような社会システムを有すべきなのかを検討することを目的とし、看取りの場所と死の社会的位置付けについて考察を行う。

B. 研究方法

本研究は、統計情報により看取りの場所が自宅から医療機関へ移行した実態を明らかにし、移行要因について世帯人員、家族構成などの推移を統計情報により示し、50年前に可能であった在宅看取りが現在では困難になっていった社会状況を明らかにする。また、文献や資料で得られた情報をもとに、冠婚葬祭が自宅で行われていたことを明示し、自宅で冠婚葬祭が実施できた社会要件について考察を加える。こうした情報を再構成し、在宅看取りを可能とする社会要件を現代的に読み替え、死を受容する社会モデルの再構築を検討する。