

201305030A

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

認知症のケアに関する実態把握のための調査研究

平成 25 年度 総括研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成 26 (2014) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

認知症のケアに関する実態把握のための調査研究

平成 25 年度 総括研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成 26 (2014) 年 3 月

## 目 次

### I. 総括研究報告

認知症のケアに関する実態把握のための調査研究----- 1

朝田 隆・相羽 美幸

(資料) 図表 ----- 15

(資料) 調査票 ----- 67

I. 総括研究報告書

## 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

### 総括研究報告書

#### 「認知症のケアに関する実態把握のための調査研究」

朝田 隆 相羽 美幸 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

研究要旨 介護保険サービスという立場から今後の認知症ケアに必要なものを検討した。まず認知症者に対するケア実態を調査し、現行の介護保険サービスにおけるアンメットニーズ等を検討した。本研究に先行して認知症有病率調査を実施した茨城県つくば市と同利根町に在住し、認知症と判断された住民、およびその家族、介護スタッフに対し、アンケート調査を行った。認知症者本人とその家族によるアンメットニーズでは、短期入所などの施設関係や福祉用具などの拡充が挙げられた。またサービス利用にあたり、利用者の現状と供給されるサービスがマッチするように、ケアマネージャーとの間で納得のいく話し合いが必要だとされた。さらに全般的な身体機能水準ではなく、認知機能障害およびBPSDの重症度と介護者の負担度に依拠した要介護認定となるように制度改正が必要だとされた。そして介護スタッフは社会資源拡充の必要性を述べ、最前線で活動するケアマネージャーは認知症者の家族との間で十分な話し合いが必要だと回答した。

次にBPSDと生活機能障害への対応策を検討し、その基本方針をまとめた。これまで地域でBPSDのある認知症患者を支えることについて具体的な方策は乏しかった。本研究では、医療側と介護保険側との相互協力、介護保険サービス提供者の負担分担、新たな報酬体系の作成に加えて家族教育という視点を重視した提言をした。次に生活機能障害は、個人毎に、また生活環境により異なり、標準化されているADL指標で評価しうるものではない。それだけにそれに対するケア方法がマニュアル化されることはなかった。そこで、現場の実務者や家族介護者の経験の中からグッドプラクティスを抽出して、倫理的に十分な配慮の上でそれを画像化するという提言をし、その具体的なプロセスを示した。

以上から、次のように考察した。在宅であれ施設であっても認知症ケアは、近年急速に増加したこの疾患の病態や特性を理論的にも実務的にも十分把握した上でなされているわけではない。この特殊性の基盤にBPSDと生活機能障害があり、家族・施設介護者共に従来型のサービスでは十分に対応できないと感じている。それだけに認知症に対する介護保険サービスのアンメットニーズもここにある。家族とケアマネージャーの話し合いの重要性が今本調査から指摘されたが、これを両者の意思疎通がうまくいっていないと単純に解釈してはならない。家族介護者のメンタル面に配慮した上で、BPSDと生活機能障害に家族・施設介護者が対応できる術を伝えることの重要性を示した結果だと思われる。それだけに技術的に対応できる方法論とその教育法の開発は喫緊の課題である。

## A. 研究目的

増加し続ける認知症に対して、そのケアは極めて重要な課題である。平成 24 年の認知症施策検討プロジェクトチームによる「今後の認知症施策の方向性について」において目指すべき基本目標に「ケアの流れを変える」ことが挙げられた。そして第 42、43 回社会保障審議会介護保険部会では、認知症のケアに関する実態を客観的に明らかにすることは喫緊の課題だとの提言がなされた。我々は既に先行研究により客観的な解析が可能な疫学的・医学的なデータを得ているが、これらはデータとして鮮度が高く、今日の認知症ケアの実態解析に有用である。

このような背景に立って、本研究では認知症ケアに関する介護保険サービスについて、今後求められる提供サービスの内容を探る。

## B. 研究方法

### 1. 認知症者のケア実態データ

現行のサービスの種類、内容、提供方法、ケアにおけるアンメットニーズ等を明らかにするために認知症の診断が確定した集団においてケア実態を調査した。ここでは、認知症者本人だけでなく、家族や介護スタッフなどの認知症者の介護に関わる人々にも質問紙調査を実施した。さらに、今回質問紙調査から得られた BPSD の実態と、先行して平成 24 年に実施した認知症有病率調査で得られた当該認知症者の客観的指標とを突き合わせることで、総合的に解析して認知症ケアに対して科学的・客観的な指針を与える基礎データを得る。これらにより今後の介護報酬改定に向けた基礎資料と

するとともに、新たな介護保険における認知症ケアの創出等に結びつける。

### ① 調査対象地域

先行する認知症有病率調査地であり、速やかに調査が可能とされた 2 地域（茨城県つくば市、茨城県利根町）を選定した。

### ② 調査対象者

上記 2 地域に在住し、認知症と判断された住民、およびその家族、介護スタッフ（ケアマネージャー、介護の専門職員）のうち、研究への参加の同意の得られた者を対象とした。

### ③ 調査方法

認知症者、家族、専門職員に対しては、調査員が調査対象者宅や入所施設を訪問する対面聞き取り調査、もしくは電話による聞き取り調査を行った。なお専門職員に対する調査は、家族が回答できない場合にのみ行った。ケアマネージャーに対しては、認知症者のうち介護保険利用者のみ、担当ケアマネージャーに調査票を郵送し、自記式による回答後、郵送で回収する郵送調査を行った。調査期間は、平成 25 年 11 月から平成 26 年 2 月であった。

### ④ 調査内容

調査対象者別に、4 種類の調査票を作成した。各調査票の具体的な項目内容は、資料 1~4 を参照のこと。

認知症者本人

- ・デモグラフィック変数：年齢、性別
- ・介護保険申請：申請の経緯
- ・ケアプラン：満足度、満足でない場合そ

の理由

- ・介護保険サービス：これまでに利用したサービスの種類、満足もしくは不満足だったサービスの種類
- ・介護保険以外の介護サービス：無料サービスと有料サービスの利用の有無

家族

- ・デモグラフィック変数：年齢、性別、認知症者本人との関係、職業
- ・認知症者本人に対する介護状況：現在介護者であるか、介護補助者（専門職以外）の有無、介護補助者との関係
- ・回答者の介護保険サービス利用
- ・認知症者本人以外の被介護者の有無
- ・介護保険申請：最初の相談機関とその経緯、介護保険申請のための相談機関とその経緯、介護度判定に対する納得度
- ・訪問調査：状態をうまく伝えられたか、伝えられなかった内容
- ・ケアプラン：満足度、満足でない場合その理由
- ・介護保険サービス：必要なサービスを選べたか、選べなかった場合その理由、これまでに利用したサービスの種類、満足もしくは不満足だったサービスの種類
- ・介護保険以外の介護サービス：無料サービスと有料サービスの利用の有無
- ・認知症者本人の認知機能：臨床的認知症尺度（Clinical dementia rating; CDR）
- ・介護負担度：日本語版 Zarit caregiver Burden Interview（ZBI）
- ・BPSD：日本語版 NPI-Q

ケアマネージャー

- ・デモグラフィック変数：年齢、性別、基

礎資格、勤務状況

- ・利用者本人の生活状況：生活場所、同居者
- ・利用者本人の介護保険サービス：提供内容（平成 25 年 9 月時点）、量が適切か、利用者本人の満足度、家族の満足度
- ・利用者に関して困ったこと
- ・利用者本人へのケアマネジメント
- ・利用者本人の認知機能：臨床的認知症尺度（Clinical dementia rating; CDR）
- ・BPSD：日本語版 NPI-Q

専門職員

- ・デモグラフィック変数：年齢、性別、基礎資格
- ・介護保険サービス：量が適切か、利用者本人の満足度、家族の満足度
- ・利用者に関して困ったこと
- ・利用者本人へのサービス提供
- ・利用者本人の認知機能：臨床的認知症尺度（Clinical dementia rating; CDR）
- ・BPSD：日本語版 NPI-Q

先行する認知症有病率調査で得られた指標のうち、CDR、要介護認定状況を使用した。

（倫理面への配慮）

調査を実施する前に、調査対象となる認知症者（本人の意思確認が困難な場合は、その家族）に対し、調査の目的・方法、考えられる不利益等を対面で説明し、文書による承諾を得た。

本研究の実施にあたっては、「筑波大学医学医療系 医の倫理委員会」による承認を受けた。

## 2. 聞き取りによる「求められるサービス」とは

介護保険関連機関で働き、特に認知症ケアとの関係の深い職域に属するスタッフ、との面談やフリーディスカッションから、その分野におけるアンメットニーズを探る。また長期間に亘って認知症の家族を介護してきた家族介護者からアイデアを募る。そこで一定以上の経験と技能を有するケアマネージャーにも参加してもらった。

まず現状調査として、サービスの種類、提供方法と実施実態を調べた。ここでは、施設サービス、在宅サービスに分類して整理した。次に個々のサービスの内容・提供方法について、簡易・具体的に説明を求めた。そして、各対象者が経験してきた問題点や課題を抽出した。

## 3. 生活機能障害への対応と教材開発の方法

認知症、とくにアルツハイマー病患者など変性性認知症にみられる生活機能障害には、脳卒中などに伴う身体症状や神経学的障害を有する場合とは異なる特有のものがある。ここには記憶障害のみならず巣症状、注意障害などが複雑に関与しているものと思われる。こうした生活機能障害は当該疾患のステージによっても変化する。一方で従来の調査から、認知症の人において16種類の日常生活動作について検討してきた。これらをさらに充実させるとともに成果を画像教材として作成してゆく方向性を明らかにする。

## C. 研究結果

### 1. 認知症者のケア実態データ

#### ①有効回答

つくば市に在住し、認知症と判断された住民101名のうち、61名から調査参加の承諾を得た。調査参加者のうち、介護保険利用者は37名(60.7%)であった。利根町では、認知症と判断された住民39名のうち、32名から調査参加の承諾を得た。調査参加者のうち、介護保険利用者は25名(78.1%)であった。地域別の有効回答者数と有効回答率を表1に示す。

表1 地域別の有効回答

	つくば		利根		合計	
	n	%	n	%	n	%
調査参加者	61		32		93	
介護保険利用者	37	60.7	25	78.1	62	66.7
調査回答者						
本人	8	13.1	3	9.4	11	11.8
家族	33	54.1	18	56.3	51	54.8
ケアマネ	20	54.1	24	96.0	44	71.0
専門職員	7	11.5	14	43.8	21	22.6

注：ケアマネージャー調査は介護保険利用者のみ

#### ② 要介護認定状況

つくば市・利根町ともに、4分の3以上が介護保険を利用しており、ほとんどの利用者が要介護1以上の認定を受けていた(表2)。

#### ③ 認知症者の認知機能とBPSD

家族もしくは専門職員によるCDRの回答から、認知症者の認知機能を判定した。家族と専門職員のどちらも回答が得られなかった場合は、ケアマネージャーによる回答を判定に用いた。CDRの判定は、0点＝障害なし、0.5点＝疑いあり、1点＝軽度の障害、2点＝中等度の障害、3点＝重度の障



害と判断される。

判定の結果、半数近くの対象者が重度の障害と判断される3点であった。先行する認知症有病率調査で得られたCDRの総合判定と本調査の判定を比較した結果、多くの認知症者が前回と同じ判定もしくは前回よりも上がっていたが、2割強では下がっていた(表3)。

表2 地域別の要介護認定状況

	つくば		利根		合計	
	n	%	n	%	n	%
なし	15	24.6	7	21.9	22	23.7
要支援1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
要支援2	1	1.6	0	0.0	1	1.1
要介護1	1	1.6	5	15.6	6	6.5
要介護2	9	14.8	6	18.8	15	16.1
要介護3	3	4.9	4	12.5	7	7.5
要介護4	14	23.0	3	9.4	17	18.3
要介護5	9	14.8	7	21.9	16	17.2
不明	9	14.8	0	0.0	9	9.7

表3 CDR総合判定の変化

		今回の総合判定					
		0	0.5	1	2	3	
前回の総合判定	0.5	n	6	6	3	4	3
		%	27.3	27.3	13.6	18.2	13.6
	1	n	0	2	5	2	3
		%	0.0	16.7	41.7	16.7	25.0
	2	n	0	3	2	4	9
		%	0.0	16.7	11.1	22.2	50.0
	3	n	0	0	2	2	18
		%	0.0	0.0	9.1	9.1	81.8
	合計	n	6	11	12	12	33
		%	8.1	14.9	16.2	16.2	44.6

要介護認定状況別のCDR総合判定(表4)では、CDR総合判定が高いほど要介護認定も高くなっていった。特に、CDR総合判定が3点の全員が要介護2以上であり、半数近くが要介護5の認定であった。一方、CDR

総合判定が1、2点である程度以上の認知機能障害が見られるにもかかわらず、要介護認定を受けていない対象者もいた。

表4 要介護認定状況別のCDR総合判定

		要支援		要介護				
		なし	2	1	2	3	4	5
0	n	6	0	0	0	0	0	0
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0.5	n	3	1	2	5	0	0	0
	%	27.3	9.1	18.2	45.5	0.0	0.0	0.0
1	n	2	0	1	4	0	4	1
	%	16.7	0.0	8.3	33.3	0.0	33.3	8.3
2	n	1	0	3	1	1	3	0
	%	11.1	0.0	33.3	11.1	11.1	33.3	0.0
3	n	0	0	0	5	5	5	14
	%	0.0	0.0	0.0	17.2	17.2	17.2	48.3

家族もしくは専門職員によるNPI-Qの回答からBPSDの重症度と負担度を評定した。家族と専門職員のどちらも回答が得られなかった場合は、ケアマネージャーによる回答を評定に用いた。得点化の方法は、NPI-Qの重症度と負担度ごとに各項目の得点を単純加算し、BPSDの重症度得点と負担度得点とした。

要介護認定状況別に平均値を算出した結果、要介護認定が高いほどBPSDの重症度と負担度ともに高くなり、要介護4以上において負担度が特に高かった(図1)。同様に、CDR総合判定別に平均値を算出した結果、CDR総合判定が高いほどBPSDの重症度と負担度ともに高かった(図2)。このように、要介護認定やCDR総合判定が高いほどBPSDの重症度が高くなり、BPSDに伴う介護者の負担も大きくなることが明らかになった。

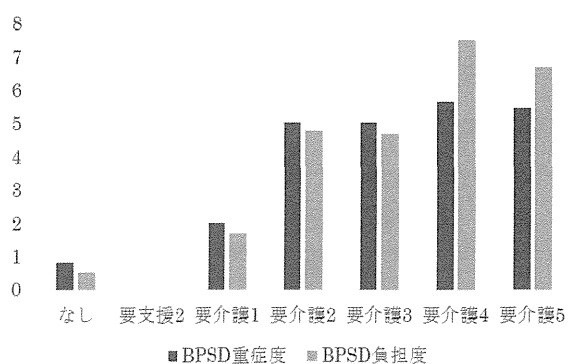


図 1 要介護認定状況別の BPSD

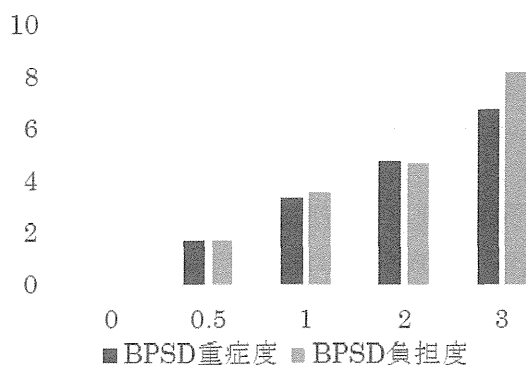


図 2 CDR 総合判定別の BPSD

#### ④ 認知症者本人と家族の介護保険に対する満足度

認知症者本人のケアプラン満足度は、回答者が 3 名のみであったが、そのうち 2 名は「満足」、残り 1 名は「やや不満」であった。満足でない理由は、「本人の状態に合うサービス内容ではない」、「なかなか来ない」であった。

家族によるケアプラン満足度は、要支援 2～要介護 4 の認定を受けている家族は全員「満足」と回答していた。しかし、要介護 5 の家族では、「やや不満」や「やや満足」といった回答も見られた。同様に、必要なサービスが選ばたかについても、要支援 2～要介護 4 の家族は全員「満足に選ばた」と回答していたが、要介護 5 の家族では、

「あまり選ばなかった」、「なんとか選ばた」といった回答も見られた。一方、介護度判定に対する納得度は、要介護認定状況による差異が特に見られず、ほとんどの家族が「納得」と回答していた。

ケアプランに満足でない理由は、「本人の状態に合うサービス内容ではない」であった。必要なサービスを選ばなかった理由は、「ケアマネージャーが限度額内で決めた」、「ケアマネの力量」、「必要なことと、本人の望みがちがう」であった。

このように、最も介護を必要とする要介護 5 では、認知症者本人や家族が必要とするケアプランや介護保険サービスが十分に行き届いていない可能性が示唆された。また、必要なサービスを選ぶ際に、ケアマネージャーと納得のいく話し合いができていない可能性も示唆された。しかしこれをケアマネージャーが十分機能していないと単純に解釈してはならない。むしろ、BPSD と生活機能障害に対応できるサービスが存在しないこと、したがって家族・施設介護者が対応できる術を伝えることの重要性を示した結果だという解釈も出来る。

満足だった介護保険サービスと不満足だったサービスについて、認知症者本人は、これまでに利用した介護保険サービスすべてに対して満足と回答しており、不満足だったサービスは見られなかった。家族も同様に、これまでに利用した介護保険サービスのほとんどに対して満足と回答していたが、「短期入所生活・療養介護（ショートステイ）」、「特別養護老人ホーム入所」、「介護療養型医療施設」、「福祉用具の貸与」、「生きがい対応型デイサービス」については不満足とする回答も見られた。

このように、認知症者本人・家族ともに、利用したサービスは概ね満足であったが、短期入所などの施設関係や福祉用具など、家族の満足を得られていないサービスも見られた。

### ⑤ 家族の介護負担度

ZBI の各項目の得点を単純加算し、ZBI 得点を算出した。要介護認定状況別に平均値を算出した結果、要介護 3 の家族が最も介護負担度が高かった (図 3)。要介護認定変化別では、要介護認定が上がった群が最も介護負担度が高かった (表 5)。したがって、概して要介護認定が上がると家族の介護負担度も高かった。

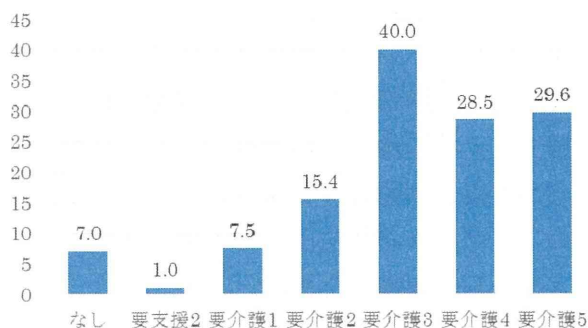


図 3 要介護認定別の家族の介護負担度

表 5 要介護認定の変化別の家族の介護負担度

	<i>n</i>	平均	<i>SD</i>
変化なし	22	14.7	14.2
DOWN	1	24.0	0.0
UP	12	28.0	20.3

CDR 総合判定別に ZBI 得点の平均値を算出した結果、中等度の認知機能障害である 2 点以上で特に家族の介護負担度が高か

った (図 4)。

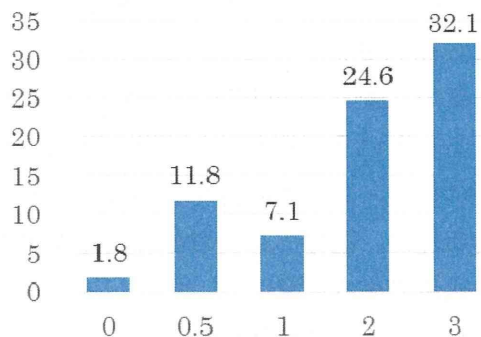


図 4 CDR 総合判定別の介護負担度

家族による BPSD の重症度得点と負担度得点と ZBI 得点との相関係数を算出した結果、すべての組み合わせで非常に強い相関関係が見られた ( $r = .71 \sim .98$ 、すべて  $p < .01$ )。したがって、BPSD が重症になるほど、BPSD 負担度と介護負担度のどちらも高くなり、BPSD 負担度が高いほど介護負担度も高いことが明らかになった。

介護保険利用者の要介護認定状況別に、利用している介護保険サービスを見ると、要介護 1 以下では居宅サービスのみを受けていたが、要介護 2 以上では居宅サービスだけでなく入所施設サービスを受けている利用者も多かった (表 6)。

表 6 要介護認定と利用している介護保険サービスのクロス集計表

	居宅のみ		入所のみ		両方	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
要支援2	1	100.0	0	0.0	0	0.0
要介護1	6	100.0	0	0.0	0	0.0
要介護2	12	80.0	2	13.3	1	6.7
要介護3	3	42.9	3	42.9	1	14.3
要介護4	9	52.9	7	41.2	1	5.9
要介護5	8	50.0	8	50.0	0	0.0

## ⑥ ケアマネージャーのサービス提供状況

現在提供されているサービスの量は、8割程度が「適切」と回答していたが、「少なすぎる」という回答も見られた。また、利用者の意向・意見の確認や必要なサービスの情報提供、既存の社会資源によるケア提供や代用できる資源については、「そう思わない」という回答が見られた。

このように、ケアマネージャーは利用者や家族との十分な話し合いや社会資源が不足していると感じていることが明らかになった。

利用者に関して困ったことについては、つくば市・利根町ともに「認知症のこと」と並んで「家族対応のこと」が多かった。上記の結果も踏まえると、利用者本人や家族と介護施設との調整役であるケアマネージャーにとって、BPSD や生活支援を中心にした家族の介護負担への対応が重要だと思われる。

## ⑦ 専門職員のサービス提供状況

現在提供されているサービスの量は、全員が「適切」と回答していた。一方、利用者の意向・意見の確認や必要なサービスの情報提供ができたかについては、ケアマネージャーと同様に、「そう思わない」という回答も見られた。また、既存の社会資源によるケア提供や代用できる資源についても、「どちらともいえない」や「ややそう思わない」という回答が見られた。

このように、専門職員は利用者や家族との十分な話し合いや社会資源が不足していると感じていることが明らかになった。

利用者に関して困ったことについては、

多くの専門職員が「認知症のこと」を挙げており、介護の現場において認知症の様々な症状が専門職員にとって大きな負担となっていることが示された。また、認知症以外のことについては、つくば市と利根町とで回答が大きく異なっており、地域特性があることを示唆している。

## 2. 聞き取りによる「求められるサービス」

### ① BPSD による精神科病院入院者の地域復帰

この復帰困難という問題については、精神科病院における認知症患者の長期入院の根源と目されてきた。このような人は「なにもわからない、身勝手だから自傷他害など迷惑が及ぶ」などと疎んじられがちである。それだけにケアのコストが高くなり、当事者の危険性やサービス提供側の責任が増す。とくに暴力・器物破損、行方不明などが目立つ利用者は敬遠される。そこでこのような人々を如何にして地域生活に復帰させるかが問題になる。

#### A) 多職種連携と負担シェア

認知症評価においてM認定の人を対象にして、BPSD を軽減させる目的の入院から退院する時に当事者の問題点を抽出し、現状と課題を明確化することで共通認識をもつことが出発点となる。その上で地域では、デイサービス・デイケア中心の対応をする。これはある地域における複数の施設がチームを編成して、当該患者に関する負担をシェアすることで対応しようというものである。またこのような患者においては再入院、再々入院なども予想される。この提言の特

徴は、医療と介護が一堂に会すること、複数の介護施設の連携と痛み分けである。また医療側が主体となって企画・召集し、「何かあったら入院させてあげるよ」というメッセージを伝えることが大切になる。それだけに地域型認知症疾患センターに必ずバックアップしていただく必要がある。このような連携体制は、初回会議後も必要に応じて会議を繰り返し揉んでゆくことで維持する。

## B) 報酬体系

一方でこのような他職種連携と負担シェアを実施してくれることへの加算を新設する。

### ② 地域で BPSD に対処する

#### A) 基本となるミーティング

過剰な家族負担軽減を目指す上記のような地域のデイサービス・ショートステイ受け入れのためにはまず基本的なミーティングが必要になる。対象は BPSD の激しい人、若年性認知症の人、高次脳機能のある人などである。ミーティングではまず医療側から現状評価と治療計画を述べ、質疑応答をする。そのプロセスの中で医療と介護の協働体制作りを目指す。

#### B) 過剰な家族負担の軽減し、BPSD 悪化に対応するチーム

これは薬剤・環境調整により悪化を防ぎ入所を遅らせることを目指すチームである。ポイントは BPSD により事例性が現れてきた比較的初期の段階で対応介入することにある。担当ケアマネージャーが率先して多職種と家族との相談場面を設定する。その

上で専門医受診を勧め、可能なら専門医の往診も求める。具体的なタイミングとしては、デイサービスなどへの通所を断られたり、薬剤調整を求められたりしたときである。なぜならこのような時点では、初期介入チームと違って家族・周囲が危機感を抱き始めているからである。

#### C) 経済的側面

介護現場では、要介護 3、4、5 の認定を受けている認知症に人において、ややもすると使用しうる資金に対して実際の使用は少ない現状があるとされる。それだけに BPSD が激しい時期において、1 点豪華主義的なサービス利用の予算配分を複数施設の共同によるショートステイキャラバンとでもいうべきものに向ける必要がある。

#### D) 認知症疾患教育

医療や介護職による認知症に関する説明が、実は多くの場合、家族には理解されていないという問題が指摘された。それだけに何度も繰り返して理解してもらうことは、理解を深めて家族を鼓舞することにつながる。例えば多くの家族は症状、経過、薬、ケア技術、検査データについて説明されても、それらの意味等を十分に理解できていない。また他の患者さんとの比較で、自身が介護している人の認知症の程度、悪化の進行速度などを気にしている。さらには家族介護者の心身健康への目配りまでもが望まれるが、医師等の医療職には説明する時間がない。そこで、家族が疑問に思いがちな事項を整理して、基本となる解説集・資料を作成する。これに則って介護保険系スタッフで対応一定の経験と知識・技能あり

と認められた者に対して報酬を伴う正規の業務としての説明を位置付ける。具体的な疾病教育の項目として以下を抽出した。

・認知症に固有の症状の説明と対応方法の教授

・薬やデータの説明

・医師から説明されたがわからなかったこととして；MRI,SPECT,PETなどの画像所見；血液や脳脊髄液検査の結果；処方された薬剤の効果と副作用

・介護者のメンタルヘルスへの注目と基本的ケア；うつ病、虐待・自己嫌悪など対応やピアカウンセリングや専門医の紹介

### 3. 生活機能障害への対応と教材開発の方法

#### ① 認知症ケアの理念とその戦略

まず認知症への関わり方はステージごとに異なることを基本として、共同研究者間で以下のような共通認識をもった。

・軽度認知障害・認知症初期へのケア

症状では記憶障害が中心だが、遂行機能障害や無気力・無意欲への対応も求められる。それだけにポイントは、質的レベルの高いメニューの創出である。具体的には、仲間意識をもてること、つまり皆と一緒にやるという感覚が必須であり、場合によっては報酬（例えばギャンブル性も含め）を作ることも重要になる。

・認知症中期へのケア

この時期から目立ってくるBPSDと生活機能障害への対応が要である。とくに後者では従来のケアの通念であった「やってあげる」から、どうやって「本人のパフォーマンスをどう高めるか？」の課題に応じてゆくことが問題になる。

・認知症後期への対応

このステージでは食事・嚥下といった生活行為自体が身体機能を維持し、脳を賦活化する上で重要になってくる。医療面ではPT、ST、OT間の連携を強めることが求められる一方で、緊急事態に対応できる吸引など医療的ケアの習得も必要になる。

#### ② ビデオ教材の作成

認知症のケアはこれまで介護者の経験と勘でなされてきた。それだけに十分に体系化、プロトコール化されてこなかっただけに名人芸に留まり、体系的に教授できるスキルとして整理されることは稀であった。そこでわれわれは、認知症ケアに関わる生活障害をアルツハイマー病におけるそれを基準として、ステージ別に整理し、それぞれの対応法を整理してきた。加えて基本的な生活動作をアニメーション化したり、生活障害に対するケアのグッドプラクティス場面を映像化したりして集大成化してきた。これにより画像教材としての基盤を整えた。

今後はこれらを充実させて、体系化して教材として完成度を高めてゆきたい。しかしここには幾つかの考慮すべき倫理的、技術的な課題等がある。以下ではこれらの課題についてまとめる。

#### A) 倫理面の課題

- ・被写体となる人に意思決定能力がない
- ・排泄や入浴など人間の尊厳レベルでの課題
- ・認知症であることが知られてしまう
  - そこでこれらへの対応法としては次のように考えた。
- ・被写体となる人に意思決定能力がないと

判断される場合には、代諾者からの承諾を得る。

・排泄や入浴などの場面は介護上の大きなポイントであるが、逆にここを撮影することは人間の尊厳レベルでの問題である。そこで撮影に際しては、性別もふまえて限られたスタッフをあてる。あるいはぼかしやアニメ化を利用する。なお最近ではアニメ化にも定型漫画化やバーチャルリアリティソフトなどがある。これは当事者が認知症であることが知れるという問題への対応にもなる。

## B) 成果物作成へのプロセス

教材製作にあたっては、以下を基本的な方針とする。まずこの教材は、動画、静止画、スライド的な簡潔な文章という3種類の教材から成る。動画については倫理的課題を解決した上で介護場面を直写する。そして必要に応じて「ぼかし化」などの画像的なテクニックを使って肖像権などの問題に対処する。その上で関係者による鑑賞を行い、倫理的・教育的視点を考慮して編集して、最終的にはアニメ化して完成させる。製作は外注で、製作委託する。費用的には実費+7%を見込んでいる。委託先としてはこうした領域の画像教材作成に実績のある会社等にする。

### I. 実際の介護場面の撮像

日常生活に関わるあらゆる場面が撮影の対象になる。しかし主たる注目場面は2つに大別される。一つは比較的軽度の当事者が、ある生活行為を自力でなせるようにと与えるヒントや導入の実際である。次に重度になってくると、かかわるタイミング、かける言葉、身体への接触の仕方によって

自主性や介護への協力度は大きく異なってくることへの注目である。いずれについてもケアのエビデンスになるはずである。

撮像に際しては、肖像権やプライバシー保護の問題については特段の注意を払う必要がある。原則として、顔など個人を特定される情報は写すことはしない。例外的に個人を特定しうる可能性のある情報が含まれる場合には、既述のようにぼかしや音声変換などの技術的対応により可及的に本人だと同定されることのないように努める。

## II. 撮像の対象

撮影の対象については、研究者や関係するケアスタッフが関わり、当事者および家族と信頼関係が構築されている認知症の人である。

## III. 場面選択

場面選択についてはケアスタッフとの相談に基づく。基本的には、ケアスタッフが当該利用者への介護場面においてよく遭遇する介護上の難点、経験的にグッドプラクティスになると自信を持っているスキル、あるいは利用者の特性に応じた誘導法などである。

## IV. 撮像方法

撮影方法については、まず模範介護を行う施設スタッフに予め提出していただいた撮影場面（被介護者と問題のある生活障害が露呈される状況）を用意していただく。そこに撮影スタッフが臨み、その撮影体制のもとで介護スタッフが意図するケアを実演していただく。

## V. 撮像スタッフ

専門業者に依頼する。顔など個人を特定される情報は写すことなく、必要な情報を伝えることは高度な技術が必要であり、プロによる撮像を要件とする。また他の入居者・協力施設への影響・負担を最小限とする点からもプロの撮像スタッフが望ましい。他の入居者にとって施設は生活の場であり、日常生活とは異質な刺激は症状に影響することも考えられるため、生活を乱さない手際の良い撮像が求められる。なお、他の入居者の利益のために、撮像対象者以外の施設のスタッフには協力は要請せず、通常通りの業務を遂行することが重要である。

## VI. 共学システムの整備

### ・初動メンバー

初動メンバーとして「自分も撮ってみよう」と思っただけの人を集める。肖像権の問題・撮像協力者、施設が集まりにくいという困難さが予想される。しかしそれにも増して実際場面を映した画像の情報価値は高く、多くの人が集まることで汎化することが期待される。

### ・共学者のシステム

脳・身体機能の分析に基づいたケアの実践を習得するには、共学者同士の意見の交換が必須である。職場研修・地域での研修での活用が望まれる。初動メンバーに加えてグッドプラクティスを実践している認知症ケアに関わる専門職（認知症ケア専門士・都道府県政令都市の認知症介護指導者等）をコアに、グループを作っていく。この際、地域のPT・ST・OT協会、認知症ケア学会の地方部会等、活発に活動している

組織で実践していくことで教育の実をあげることが可能と考えられる。

将来的には You Tube などを利用した共学者仲間 IT システムをつくり、学習内容に対してフィードバックしていく体制を作る。

## VII. 成果

生活機能障害に対するケアの体系化、ケアの非薬物療法としての効果、介護者のケア技術の向上、研修会の開催回数・共学者グループ現行のサービス内容に対して少なからぬアンメットニーズも指摘されてきたが、これらは整理されていない。本研究は既存の地域コホートを基礎としてケアの実態を調査し、これらの不足するデータの把握を目的とする。

## D. 考察

在宅であれ施設であっても認知症ケアは、近年急速に増加したこの疾患の病態や特性を理論的にも実務的にも十分把握した上でなされているわけではない。この特殊性の基盤に BPSD と生活機能障害があり、家族・施設介護者共に従来型のサービスでは十分に対応できないと感じている。それだけに認知症に対する介護保険サービスのアンメットニーズもここにある。家族とケアマネージャーの話し合いの重要性が今本調査から指摘されたが、これを両者の意思疎通がうまくいっていないと単純に解釈してはならない。家族介護者のメンタル面に配慮した上で、BPSD と生活機能障害に家族・施設介護者が対応できる術を伝えることの重要性を示した結果だと思われる。それだけに技術的に対応できる方法論とその教育法の開発は喫緊の課題である。



一方でわれわれは、認知症にみられる BPSD と生活機能障害に対して、介護保険サービスという立場から非薬物療法としての対応策を検討し、その基本方針をまとめた。これまで地域で BPSD のある認知症患者を支えることについて具体的な方策は乏しかった。本研究では、医療側と介護保険側との相互協力、介護保険サービス提供者の負担分担、新たな報酬体系の作成に加えて家族教育という視点を重視した具体的な提言をした。また生活機能障害は、個人毎に、また生活環境により異なり、標準化されている ADL 指標で評価しうるものではない。それだけにそれに対するケア方法がマニュアル化されることはなかった。我々の提言は、現場の実務者や家族介護者の経験の中からグッドプラクティスを抽出して、倫理的に十分な配慮の上でそれを画像化するということであり、その具体的なプロセスである。このような発想は介護保険制度をさらに有用で効率性の良いものに高めるものと期待される。

## E. 結論

認知症にみられる BPSD と生活機能障害に対して、介護保険サービスという立場から実態調査を行うと共に、対応策を検討し、その基本方針をまとめた。次に現行の認知症の人に対する介護保険サービス内容に対して指摘されてきたアンメットニーズを整理した。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

(資料) 図表

認知症のケアに関する実態把握のための調査研究

本人調査 単純集計表

家族調査 単純集計表

ケアマネージャー調査 単純集計表

専門職員調査 単純集計表

本人調査 単純集計表

問1 あなたの年齢

	n	75歳～79歳	80歳～84歳	85歳～89歳	90歳～94歳	95歳～99歳	100歳以上
TOTAL	11	18.2	27.3	18.2	27.3	0.0	9.1
つくば	8	25.0	12.5	25.0	25.0	0.0	12.5
利根	3	0.0	66.7	0.0	33.3	0.0	0.0

問2 あなたの性別

	n	男性	女性
TOTAL	11	54.5	45.5
つくば	8	50.0	50.0
利根	3	66.7	33.3

問3 どのような経緯で介護保険を申請しましたか 1つに○

	n	1. 本人の希望	2. 家族の希望	3. 友人・知人の勧め	4. 医師などの勧め	5. 役所・保健センターなどの勧め	6. その他
TOTAL	4	0.0	25.0	0.0	75.0	0.0	0.0
つくば	3	0.0	33.3	0.0	66.7	0.0	0.0
利根	1	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0

問4 あなたは現在受けているケアプランに満足していますか 1つに○

	n	1. 満足	2. やや満足	3. やや不満	4. 不満	5. NA
TOTAL	4	50.0	0.0	0.0	25.0	25.0
つくば	3	33.3	0.0	0.0	33.3	66.7
利根	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0

問5 ケアプランに満足ではない理由は何ですか あてはまるもの全てに○

	n	1. 利用料の負担が大きい	2. 回数(または時間)が足りない	3. 本人と他の利用者との関係が難しい	4. 利用したいときに利用できない	5. 本人の状態に合うサービス内容ではない	6. 職員の態度に問題がある	7. その他
TOTAL	1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
つくば	1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
利根	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

●その他の内容  
なかなか来ない

本人調査 単純集計表

問6 あなたがこれまでに利用した介護保険サービスは何ですか： あてはまるもの全てに○

	n	1. 訪問看護	2. 訪問介護	3. 訪問リハビリテーション	4. 居宅療養管理指導	5. 訪問入浴	6. 介護予防サービス	7. 通所介護	8. 通所リハビリテーション	9. 短期入所生活・療養介護(ショートステイ)
TOTAL	4	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
つくば	3	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
利根	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

	10. 老人保健施設入所	11. グループホーム入所	12. 特別養護老人ホーム入所	13. 介護療養型医療施設	14. 福祉用具の貸与	15. 福祉用具の購入費支給	16. 住宅改修費の支給	17. 生きがい対応型デイサービス	18. 配食サービス	19. その他	NA
	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	50.0	0.0	25.0	0.0	25.0	25.0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3
	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0

●その他の内容

自宅で治療（おなかのキズ）

問7 あなたがこれまでに利用して満足だったサービスは何ですか： あてはまるもの全てに○

	n	1. 訪問看護	2. 訪問介護	3. 訪問リハビリテーション	4. 居宅療養管理指導	5. 訪問入浴	6. 介護予防サービス	7. 通所介護	8. 通所リハビリテーション	9. 短期入所生活・療養介護(ショートステイ)
TOTAL	4	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
つくば	3	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
利根	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

	10. 老人保健施設入所	11. グループホーム入所	12. 特別養護老人ホーム入所	13. 介護療養型医療施設	14. 福祉用具の貸与	15. 福祉用具の購入費支給	16. 住宅改修費の支給	17. 生きがい対応型デイサービス	18. 配食サービス	19. その他	NA
	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	50.0	0.0	25.0	0.0	0.0	50.0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7
	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0

問8 あなたがこれまでに利用して不満足だったサービスは何ですか： あてはまるもの全てに○

	n	1. 訪問看護	2. 訪問介護	3. 訪問リハビリテーション	4. 居宅療養管理指導	5. 訪問入浴	6. 介護予防サービス	7. 通所介護	8. 通所リハビリテーション	9. 短期入所生活・療養介護(ショートステイ)
TOTAL	4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
つくば	3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
利根	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

	10. 老人保健施設入所	11. グループホーム入所	12. 特別養護老人ホーム入所	13. 介護療養型医療施設	14. 福祉用具の貸与	15. 福祉用具の購入費支給	16. 住宅改修費の支給	17. 生きがい対応型デイサービス	18. 配食サービス	19. その他	NA
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0