

デンマークの認知症ケア動向 Ⅲ

デンマークの認知症ケア

<目次>

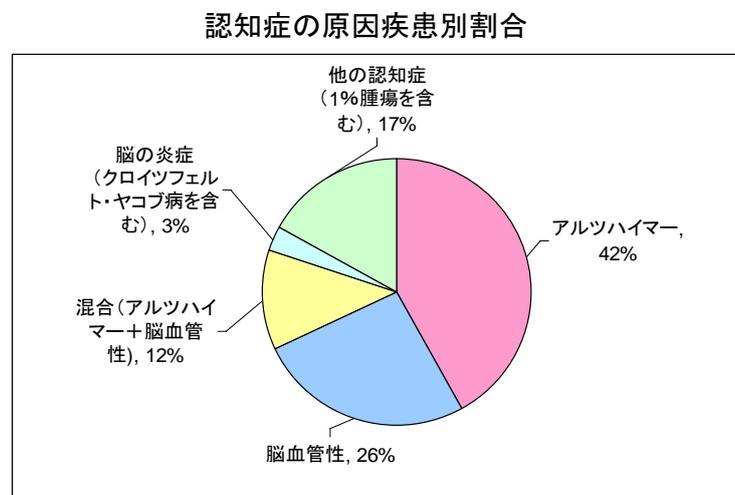
1.	デンマーク認知症ケアの状況.....	1
(1)	認知症高齢者の住環境.....	1
(2)	日常的な生活環境づくり.....	2
2.	認知症ケアの実際.....	5
(1)	認知症の人とのコミュニケーション.....	5
(2)	アクティビティの考え方.....	7
3.	前頭側頭葉変性症のケア.....	8
4.	認知症コーディネーター.....	10
(1)	認知症コーディネーターとは.....	10
(2)	認知症コーディネーターの役割.....	13
(3)	教育内容.....	15

III デンマークの認知症ケア

1. デンマーク認知症ケアの状況

現在、デンマークでは約7万人～8万人の人が認知症の診断を受けており、毎年約1万5千人程度が新たに認知症と診断されている。

グラフを見ても分かる通り、認知症は100以上もの原因疾患により発症すると言われており、原因疾患が多様であるのと同様にケアの方法もそれぞれに違いがあると考えられている。



(出展) Håndborg i Demens :Omsorgs-organisationernes samråd,2000

(1) 認知症高齢者の住環境

認知症高齢者に対応するサービスとして整備されてきたのが、認知症ユニット（日本におけるグループホームに近い類型）や認知症専門のデイホーム（通所型サービス）である。デンマークでは、プライエムから高齢者住宅への転換を進める中で認知症ユニットの建設にも力が入れられており、新規計画のうちの4割程度が認知症高齢者を想定した住宅の建設が進められてきた。

日本のグループホームと同様にデンマークの認知症ユニットの形態も様々あり、高齢者センター等に併設されているものもあれば単独型のタイプもある。しかし、いずれもケア付きの高齢者住宅に位置づけられ、入居者は自宅として移り住んできている。

この認知症高齢者が認知症ユニットに入所するためには、市町村のニーズ判定委員会で承認されることが必要となる。ニーズ判定委員会とは日本における要介護認定に該当

し、介護サービスの利用可否が判定される機関であり、地域によって委員会メンバーや判定方法には若干の違いがあると考えられるが、概ね、訪問看護師や OT、PT、ホームヘルパーなどの現場に近い専門職によって構成されるようである。判定結果は5日程度で決定されることから、日本よりも短期間に行われているといえる。ニーズ判定においては、ホームドクターや認知症専門医の意見も聞き取りが行われ、その人にとっての必要に応じて支援が決定されると同時に契約につながるしくみである。(ミドルファート市の高齢者住宅の場合、入所までの待機期間は3ヶ月程度との話も出ていた。)

物理的環境の変化は、認知症高齢者の混乱を招くケースが多く、特に大規模施設では自宅での日常的な生活環境を維持することは難しい。特にルツハイマー型認知症では、安定した生活リズムや混乱のない時間の過ごし方が、本人への安心をもたらすということも知られようになっている。デンマークでは、これらの課題に対応していく認知症高齢者の環境づくりとして、ケア付き住宅や高齢者センター等に統合された認知症専門ユニット等を整備し、健常な高齢者とは物理的に空間を分けて介護することを一般的なシステムとしている。

(2) 日常的な生活環境づくり

以下では、認知症ケアにお日常的な環境づくりに関する考え方を、五感への刺激、生活空間づくり、聴覚に関わる3つの側面から説明する。

① 五感を刺激する環境づくり

認知症高齢者が暮らす空間は、昔の家具や調度品を揃えたり、トイレを旧式のものに変えたりしながら、できる限り認知症の人が認識しやすい環境を作り出すための内装面での工夫がなされている。それは、たとえ新しい建物であっても同様に、長い廊下に同じようなドアがいくつも並んでいるような造りでは、写真やシンボル等を表示して入居者が自分の部屋を間違えないようにしたり、季節の節目に五感の刺激になるような物を展示したりすることを大切にしている。また、収穫時期には高齢者の目に触れる場所に藁を置いたり収穫物を置いたりしながら、臭いや触った感覚などのいつもとは違う景色を楽しみながら、環境からの脳機能への刺激が起こるように働きかけている。

また、男性と女性の違いに着目した環境づくりもある。女性が多いユニットでは、昔の台所用品やアイロンなどの家事道具が壁にかけられていたり、男性の利用者に対しては、昔の人が使っていた農機具や漁の道具、戦闘機のポスター等がかけられていたりす

る。日本の認知症ケアにおいても、メモリアルボックスや回想療法などを行うことがあるが、デンマークではこれらの方法をテクニックとして活用するのではなく、常に高齢者の身の回りに設えておくべき、環境の一部として捉えている。

デンマークの認知症介護のコンサルタントであり作業療法士の **Mette Søndergaard** 女史は、彼女の著作 **Demens og Aktiviteter(2004)**の中で、「物理的環境が出す“招待状”」という言葉を使っているが、これは、高齢者に馴染み深い物品は、そこに置いておくだけで認知症の人に語りかけてくれるという意味である。物を媒体に会話が始まったり、物を認識できたりすることで、認知症の人にとっては安心感に繋げることができるという考え方は、それを療法として取り組み治療として位置付ける日本のものとは異なる取り組みである。



写真 1_認知症ユニットの廊下にディスプレイされていた古いミシン



写真 2_デンマークの家庭で普通に使われていた古いタイプの台所用具

② 生活空間

生活空間は、住人である高齢者自身の個性を尊重したり、その人の文化が表れるようにしたりしながら居心地の良い空間が作られている。入居者が自分の居場所と認識できるような配慮は認知症による混乱や不安を少なくしていく意味でも重要であり、何十年も使い慣れている家具をそのまま使い続けたり、椅子やテーブルなどの家具の配置をもとの自宅と同じようにしたり、家財道具の位置に至るまで十分な配慮が行われる。ランプを右に置くか左に置くかといった些細なことでも、認知症高齢者の認識レベルに大きな違いが出てくる場合がある。特にコミュニケーションがとれなくなった重度の認知症高齢者では、場所の認識や自分の存在の確認を動作や感覚機能で行っている可能性があり、介護者はこれらの点についても意識しておく必要がある。

例えば、40年近くもの長い間、朝はベッドの左側から降りて起床していた認知症の人が、居所を高齢者住宅に移したとする。もしも、移動先の部屋の家具の配置が全く変わってしまいベッドの左側から下りられなくなったとしたら、この高齢者が40年間繰り返していた動作は、引越しの翌日から変えなければならなくなる。認知症高齢者にとって、認識のない新しい動作を強制されることは非常に多くのストレスや苦痛を生じさせることになる。

更に、着脱衣の方法やシャワーを浴びる手順など、本人の文化を尊重しない暮らし方を介護者側から強制してしまうと、学習機能が低下している認知症高齢者は自分の存在を確認することができなくなったり、自分の置かれている環境に違和感を持ったりすることになる。このような経験を一日中繰り返し体験していくことにより、多くの人は、認識のできる環境を求めて「家に帰る」と言いながら、ドアのノブを回し続けることになるのである。



写真 3_高齢者住宅に暮らす 90 歳、男性の部屋。
自宅から持ち込んだ古い家具や絵が落ち着いた雰囲気を出している。

③ 音による環境

さらに、物質的環境の1つとして注目されるべきは環境の中にある音である。認知症の人の脳は、一度に入ってくる外部からのインプット（音）に敏感である。食事中に他の人が騒がしくしていたり、テレビの音やラジオの音がうるさかったりすると、集中して食事を摂ることが出来なくなる場合がある。また、職員が本人とコミュニケーションを取ろうとする時、他の職員の話し声や、食器を洗う音等が同時に耳に入ってきてしまうと、コミュニケーションを取るどころかコンタクトさえも取れなくなる場合がある。

認知症介護における環境づくりでは、「音」に関する環境にも配慮しながら、本人の立場に必要な音と騒音とに配慮した支援が求められる。

2. 認知症ケアの実際

ここでは、デンマークの認知症ケアの実際におけるコミュニケーション技術とアクティビティに関するデンマークの考え方を紹介する。これらは、上記に示したハード面の環境と共に重視されるアプローチであり、認知症高齢者の精神的環境を支えるソフト面の環境整備と捉えることができる。

(1) 認知症の人とのコミュニケーション

認知症の人とのコミュニケーションで最も重要なのは、相手の人間性を尊重することである。これは、認知症になった人も介護者である自分も、同じ価値を持つ人間であることを理解しておくことが、その人を尊重する支援や介護者の態度につながっていくという基本的な理解である。

また、認知症の人とのコミュニケーションがうまくいかない時、その責任は介護者側にあると認識される。なぜなら、認知症の人は通常のコミュニケーションが困難になる脳の障害者であり、本人たちにその責任を負わせることは不可能だからである。

コミュニケーションは、アクティビティにつなげていく際にも非常に重要な試みとなるが、認知症ケアにおけるコミュニケーションでは、介護者側が本人のことをよく理解しておくことが前提として求められる。例えば、本人の嗜好、習慣、生活してきた環境、生活のリズム、教育的な背景、職業、趣味や興味を持っている事が何か等の情報は、コミュニケーションの糸口として非常に重視される情報となっている。

さらに、認知症の人とのコミュニケーションをとる際の介護者に求められる配慮は、以下に示すようなコミュニケーションの技術である。

【コミュニケーションをとる場合のポイント】

- 座っている高齢者に対して、同じ目線で話すことが大切であり、介護者が立ったまま、上から見下ろすように話しかけることは適切ではない。
- コミュニケーションをとるときには、双方が意志を通じ合わせようとする意識を持ち、それを可能とする環境の確保が大切である。
- 認知症の人とコミュニケーションをとる方法は、全体の10%程度が言葉によるコミュニケーション、40%がボディランゲージ、残りの半分が、表情、言葉の抑揚、ニュアンス等によるものとなっている。
- 言葉は明瞭簡潔に、ゆっくりと話すことを心がける。認知症の人は、言葉を理解するまでに時間がかかる。
- 認知症の人の表情、動作に目を配りながら、相手の理解の状態を見極める。
- 最初に、相手を感じていることに同調し、相手の気持ちや状態に対する理解を深めて共鳴することからコミュニケーションが始まる。
- 相手の人格や行為を認める言葉かけを行う。
- 認知症の人の自己決定を支援するようなコミュニケーションに心がける(例えば、選択しやすい問いかけ、決定しやすい対話の仕方)。
- 大人の会話をこころがける。幼児を扱うような言葉かけは、本人自身が見下されているような印象を持ってしまいがちになる。
- ユーモアを用いながら、介護者と本人と一緒に笑えるようなコミュニケーションを心がける。

判断力が低下していたり、自分の気持ちを十分に表現できなくなっていたりする認知症の人も、相手の言葉づかい、速度、雰囲気、表情を通じて、喜怒哀楽の雰囲気を敏感に読み取り、感情として記憶していくことは可能である。介護者は常に認知症の人の立場に立ちながら、視覚的な問題がありそうな時は眼鏡を用い、聴覚的に問題がありそうな時は無理に言葉を繰り返すことなく文字で伝えたり補聴器を用いたりし、あるいは、対話での限界が生じたときには身振りや手振り、表情等を豊かに使ったコミュニケーションを心がける等の配慮が重要である。

例えば、水を飲まなくて困っている高齢者に対するコミュニケーションでは、「水を飲んで」と言葉だけで繰り返すのではなく、介護者自身が水を飲む動作をみせて相手に伝えていく方法もある。「水を飲む」という言葉と、動作が繋がらない認知症の人にとっては、その動作を視覚的に伝えることでスムーズな動作につながる事もある。薬を飲むこと、食事を摂ること等も無理強いすることはせずに、認知症の人が自分自身でそれをするために、介護者がどう支援するのかを考えていくのがデンマークの認知症ケアの基本となっている。そして、こういった考えるケアが介護者の専門性でもあると考えられている。

(2) アクティビティの考え方

音楽や園芸など、趣味や作業活動をアクティビティと捉えがちな日本に比べると、デンマークにおけるアクティビティの考え方は大きく異なる。

デンマークでは、職員が働きかける情報によって認知症の人に解釈が生まれ、理解や思考につながったり、対話や行動として表現されるようになっていたりするプロセスそのものをアクティビティと捉えている。このアクティビティは、集団で取り組むことに価値を置いてはおらず、あくまでも、一人ひとりの状態とペースに応じた個別的対応が基本となる。

例えば、認知症ユニットで昼食作りに参加してもらうことをアクティビティと考えるのではなく、職員が試行錯誤しながら手を出したがる入居者の関心を引き寄せたり、一緒に味見をしたり、たまりかねたお年寄りが料理の仕方を教えてくれたり、夕食に食べたいものを思いついたり、新たな思考や展開が次々に起こり、本人の満足感や快感を生み出すこと自体に意義を見出している。特に、味覚や聴覚、心地よさといった感覚

的なものは、認知症の人と介護者とは共感できるアクティビティになりやすい。

さらに注意すべきは、アクティビティのタイミングを見極めることである。認知症の人が落ち着きを無くして歩き回ったり、介護者が静止したくなったりする場面で、本人の気を引くためのアクティビティを働きかけても、このような状態で本人の意識を振り向かせることは非常に難しい。本人の混乱する時間帯が分かっている場合であれば、それが始まる前の段階で、比較的コミュニケーションがとりやすい時間帯にアプローチをしていくことが大切である。また、認知症高齢者がアクティビティに集中できるようにしていくための配慮も必要である。なぜなら、通常の人であれば排除したり整理したりできる不必要な情報を、認知症になると処理することが難しくなるからである。

情報とは、テレビやラジオの騒音であり、周囲の人の話し声であり、その環境で様々な起こる事象であるが、認知症の人にとってそれらはただの騒音でしかなく、イライラと混乱の原因となっている場合も多い。アクティビティでは、その人が集中できる範囲の適度な情報量を使いながら、本人自らが理解したり、判断したり、行動したりできるように支援していくことが重要である。繰り返しになるが、認知症の人へのアクティビティの意義は、それらのプロセスを経て、満足感や心地よさを得られるようにしていくことである。

3. 前頭側頭葉変性症のケア

現在、デンマークで注目されているのは、前頭側頭葉変性症者へのケアである。認知症は、アルツハイマー型認知症者の占める割合が大きかったため、介護の方法や環境作りにおいても研究の多くがアルツハイマー型認知症を対象に行われてきた。しかし、全体の中で1割程度の前頭葉型では、行動障害や症状の現われ方がアルツハイマー型とは異なり、介護者に大きな負担や労力を強いることから研究ニーズが高まっている。

前頭側頭葉変性症とは、理性的な行動や意志、計画的な行動等をつかさどる前頭葉に障害が現われ、衝動的な行動を抑えられなくなったり、社会性が欠如したり、人格が変わって見えたりするタイプの認知症である。そのため、介護者はしばしば介護上の対応や手段に悩み、前頭側頭葉変性症者を抱える家族は、非常に大きな困難と苦悩を抱えることとなる。

介護方法ひとつをとっても、雰囲気作りやスキンシップや緩やかで穏やかな環境作り

を重視するアルツハイマー型認知症のケア方法は、前頭側頭葉変性症の人には全く意味を持たない場合が多い。デンマークでは現在、前頭側頭葉変性症ケアに対応できる介護者の教育に力を入れているところである。

以下では、デンマーク地域高齢者精神医療班主任医師 ロルフ・バング・オルセン氏の講演の内容から、前頭側頭葉変性症ケアの特徴を示す。

2007年12月8日 200大牟田市認知症コーディネーター養成研修

「デンマークの認知症ケアに学ぶ 認知症の人の理解と思いやりの哲学」より

講師 地域高齢者精神医療班主任医師 ロルフ・バング・オルセン氏

前頭側頭葉変性症は、アルツハイマーと逆の対応を必要とする認知症といえる。一緒に歌ったり、楽しく過ごしたりすることが比較的にし易いアルツハイマー型の人とは違い、本人への接し方や十分な配慮が必要となる。

前頭側頭葉変性症では、気分をつかさどる脳が侵されているため、非人間的、動物的行動を起こすこともあり得る。アルツハイマー型では、その人の人生歴を知り、その人らしさを引き出すケアが出来るかもしれないが、前頭側頭葉変性症ではそれができるとは限らない。

それではどうしたら良いか。介護者は、前頭側頭葉変性症の人が過去の思い出や記憶、考える力等が無くなっているという事を知る必要がある。例えば、宴会等の騒然としている環境の中で、アルツハイマー型の人には目の前の人とのコミュニケーションをとることができても、前頭側頭葉変性症の人にとっては、その場にあるすべての事が雑音として頭に入ってきて、爆発寸前の状態になる。その人は、その雑音を排除しようと身振りや表現しているはずである。また、前頭側頭葉変性症の人は、動物的なことをストレートな言動で表し、介護者を驚かさずかもしれない。

しかし、デンマークでは、介護者は前頭側頭葉変性症の人と同じレベルで答えたり対応したりすることを基本にしている。前頭側頭葉変性症の人が言う言葉は、倫理的、道徳的にはあまり意味を持たない。そのことを理解した上で、介護する側も、それを気にせずと同じレベルで答えていくことが必要である。例えば、葬式の席で本能的なことを口走ったとしても、そのようなことを言うその人自身に問題を感じる必要はない。周囲にいる人がその言動を問題視しなければ、それは問題にならないということである。

現在のところ、前頭側頭葉変性症に処方する薬はなく、その人の言動を介護者が容認するしか方法がないと考えるべきである。それゆえ、他の認知症に人とは分離的な介護を行うようにした方がよい。(講義録抜粋)

講演後の質疑で、若年の前頭側頭葉変性症ケアに対するアドバイスを求められたのに対し、ロルフ氏からは「介護職や家族が、こうあるべき、こう生活させたいという思いに縛られないようにする事しか方法はない。我々は、なるべくその人たちの思いに添うように支援しながら、住環境にも配慮することが重要である。過激な情報や刺激がない、シンプルな内装を心がけることが最も大切であり、若年の前頭葉型では、職員の人数を通常よりも多くすることが望まれる。」とのコメントが返されている。

4. 認知症コーディネーター

(1) 認知症コーディネーターとは

デンマークの認知症ケアにおいてケアの質向上に大きく貢献しているのが、認知症コーディネーターの存在である。認知症コーディネーターとは、「思いやり関係団体審議会」（高齢者福祉施設および関連団体の協会）が1996年から育成している認知症ケアのスペシャリストであり、認知症介護教育、家族や介護職員を対象とする認知症介護のスーパービジョン、ケアマネジメントを担う人材である。コムーネに所属しなして地域を中心に単独で動き回りながら認知症高齢者への支援をコーディネートしていくのが仕事である。また、認知症コーディネーターは、4章に記している地域高齢者精神医療チームのメンバーとして活動しているケースもある。

この認知症コーディネーター研修を受講するには、豊富な実践経験を持つ看護師、あるいは社会保健介護士の資格者であることが必要となる。実際、社会保健介護士レベルの教育レベルは准看護師と看護師の中間に位置するほどの医学的教育が行われており、受講者のベースは比較的に高い水準であると考えられる。教育内容や受講時間は資格や経験によって異なるが、認知症コーディネーターの教育カリキュラム自体も高度な専門教育が盛り込まれており、100時間以上の研修と実践学習会に類するプロジェクト活動への参加など、その教育内容は充実したものになっている。

未だ国家資格にはなっていないものの、認知症ケアのスペシャリストとしての社会的地位は徐々に高まっており、自治体が自ら認知症コーディネーターの研修を主催して認知症ケアの質向上とサービスの充実を目指しているところもある。

認知症コーディネーターの役割

1. 認知症ケアにおける創造性向上と発展への貢献
2. 介護職員への指導・スーパーバイザーとしての役割
3. 認知症高齢者介護プラン・対応事項への積極的な取り組み
4. 個人を重視し、認知症高齢者の人権を尊重したケアのコーディネート
5. 多くの学問領域と協力パートナーをつなぐキーパーソン役

(出典) Momoyo T. Jørgensen (日欧文化交流学院教員)

とはいえ、認知症コーディネーターの教育を受けた者全てが認知症コーディネーターという職種で活動しているわけではない。認知症コーディネーターは、自治体ごとに数名（人口 5 万人規模の自治体で 2 名）配置される特殊な専門人材であり、1 人のコーディネーターが約 100 人程度の認知症患者を受け持っている。この研修を受講する者の多くは、認知症の専門教育を身につけた上で、職場の人材教育やケアの質向上に貢献することを役割として担っている。

【フェン島近辺の自治体におけるコーディネーターの人数】

自治体名	認知症コーディネーターの人数
KERMIND	2 人
ODENSE	9 人
NYBORG	3 人
FAABORG	2 人
SVENDBORG	2 人
AERO(エアロ島)	1 人
KARGDAND	1 人

※フェン島全体の人口は約 45 万人

【フォーボー市認知症コーディネーターからのヒアリングより】

認知症コーディネーターの活動状況は？

認知症コーディネーターへの相談や対応の要請は、ホームドクター、地域高齢者精神医療チーム、あるいは、患者本人の自宅や高齢者住宅など、様々な場所から連絡が入ってくる。認知症の人の家族や、近所の住人から連絡を受けて動くようなこともある。

活動の守備範囲は非常に広く、プライエムでも、在宅でも、本人の状態に応じて1ヶ月から3ヶ月、あるいは半年に渡って訪問し続ける事もある。訪問時には、なるべく本人に必要な支援を見出すようにして、状態改善につなげられるようにしている。例えば、単なるトレーニングのメニューではなく、脳活性化のためのトレーニングになるような指導を行っている。

認知症コーディネーターは、認知症の人、一人ひとりの状態に応じた支援の内容やリハビリの内容まで関与し、リハビリセンターのトレーニングが必要な場合には、その段取りとつけてセンターの職員や本人、家族とともにトレーニングの計画を立てている。

利用者のトレーニングの内容は、食事づくり、身体的なトレーニングなど様々で、コーディネーターがその都度付添うような事はしないが、経過に応じてフォローを行い、センターは助言によってプログラムを調整していく。

認知症コーディネーターの資質と裁量

アクティビティセンターは高齢者が通って活動を行う場所だが、最近では利用者の年齢があがって、一緒にできることは限られてきた面がある。また、希望すれば全ての人が使えとも限らない。利用できる人は、ニーズ判定でサービスの必要性が認められた人となるが、認知症コーディネーターの影響力や裁量権は大きく、ホームヘルプ、訪問看護、ショートステイなどのサービス提供量も在宅介護課の主任が相談に来て、決定されることも多い。

認知症コーディネーターの資格を持つためには、100時間程度の研修を受ける方法と、大学に相当する教育機関で取得する方法がある。しかし、自治体が望む認知症コーディネーターは実践力が身につけている人材であることが多く、我々の自治体では母職種が看護師のコーディネーターにニーズが集まっている。

認知症高齢者支援における相談内容や課題

認知症コーディネーターのもう1つの仕事は、自宅での継続的な暮らしを望む人の支援である。ここでいう自宅とは、高齢者住宅などの形態ではなく、高齢者の住みなれた自宅を指している。認知症の症状が悪化してきた時に、本人が自宅に拘り続けるケースもある。自己決定は最も重視されることから、我々は「絶対に行きたくない」という人に対して必要な支援を行っていかなければならない。しかし、その人自身や他人に危害を及ぼすような状況が起きた時は、拘束抑制の法律が適用される場合も考えておかなければならない。

その他では、家族の会が主催する会議などにも積極的に参加し、様々な助言や啓発活動を行っている。

今、認知症コーディネーターに対して増えてきている相談内容は、その人の居所をいつ、どこに移すべきかの判断や、財産移譲などの問題である。また、拘束抑制の危険性や運転免許更新、法廷後見人、徘徊問題などについても多くの相談が寄せられている。

(2) 認知症コーディネーターの役割

以下では、認知症コーディネーターが担う5つの役割について詳細を示す。

① 認知症ケアにおける創造性の発展に向けた貢献を担う

コーディネーター教育の目的の最初には“認知症ケアにおける創造性”という言葉があげられている。これは、認知症に付随して発生する様々な事象を、単なる「問題」として受け止めるのか、知らない世界へのチャレンジ（創造）として受け入れていくかの違いで、認知症の人の状態に大きな影響を及ぼすことを伝えている。

認知症に関する適切な知識を得て認知症の状態を受け止めることにより、その枠の中でどれだけのことが可能であるのかにチャレンジしていくことが重要である。認知症ケアの展開は、これらのチャレンジが創造性に繋がり、新しい発見が生まれるとの考え方である。そして、この視点を持って本人を中心とした介護職のチームを作ることがコーディネーターの役割とされている。

② 現場の介護職員への指導・スーパーバイザーとしての役割を担う

認知症コーディネーターは、医学的見解などの専門的知識を現場の職員に広めることも役割として担っている。職場では、他の職員に対する勉強会や、困難事例におけるケースカンファレンスに参加し、現場が実際に抱える問題・解決方法の見えないケース等に対するスーパーバズを行っていく。

③ ケアプランへの積極的な取り組みを担う

認知症コーディネーターは、目標達成が可能となるためのプラン作りの中心人物でもある。創造性豊かで専門性のある介護プランを打ち出し、認知症という障害、そして認知症高齢者一人ひとりが持つ症状の進行状況と見比べながら、実現性のある介護目標の設定を行う役割がある。

策定される目標は、家族の為でも職員の為でもなく、あくまでも認知症の本人の生活の質の向上に繋がるものでなければならない。そのためには、認知症の人の文化や歴史などをよりよく知り、コーディネーターが認知症の人の代弁者であるという意識でいる必要がある。

④ 個人を重視し、認知症高齢者の人権を尊重したケアのコーディネートを行う

あくまでも認知症高齢者を中心に据え、本人の視点に立って希望や要望を尊重し、更にその人らしさを尊重するケアの確立を目指している。

職員のシフトの都合や枠決めが先にくるのではなく、介護における3つの柱、つまり継続性、自己決定、自己資源の開発を可能な限り目指していく。認知症ケアにおいては、可能な限りという言葉が鍵になる。本人による自己決定は、微妙で難しい面があり、どこまで自己決定が可能であるのか、どこまでが本人の意思に反する強制的な行為なのかの判断が難しい。本人の拒否状態と、その状態への対応方法に関する妥当性については、常に議論を行っていく必要がある、その検討場面で実際的な役割を果たすのが認知症コーディネーターである。

認知症高齢者とのコミュニケーション法、ガイドの方法、医学的見解、本人の文化やその人らしさを尊重のための専門教育等を受けているコーディネーターだからこそ、認知症高齢者の自己決定を尊重し、プロとしての専門的視点でケアを最善の方向へと導いていくことができるのである。これこそがコーディネーターの腕の見せ所であり、専門教育の効果が発揮される場面となる。

⑤ 多くの学問領域と協力パートナーをつなぐキーパーソン役

介護教育の基本である“人間とは”の定義に照らすと、人間は様々な分野から成り立っており、肉体的、精神的、社会的そして文化的な分野が関わり合っている。

たった1人に対する介護でも、どれ一つとして分野を切り離して考えることはできず、時には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士やソーシャルワーカー、そして家族や家庭医といった多くの関係者の連携が必要となってくる。デンマークは、横の繋がりを重視する社会と言われており、多くの学問領域においても相互関係の中で自分自身の存在を意識する傾向が強いといわれている。

このような国民性の中で、認知症高齢者を中心としたチームワークの発揮を促すのが、認知症コーディネーターの役割である。コーディネーターは当事者に最も近い存在であり、かつ専門性の高い人材として、必要があれば全ての関係者をケース会議に呼び出す権限を持っている。それゆえ、各々の専門分野から出される意見を尊重しながら、当事者にとって最良の方法を見極める力が求められるのである。

(3) 教育内容

認知症コーディネーターの教育課程に盛り込まれている内容は、以下の通りである。

【認知症コーディネーター研修の教育内容】

○ 脳の機能と認知症
○ 脳の発達と通常の脳の機能
○ 異なった認知症の種類/頻繁、主体的な認知症のフォーム
○ 診断と治療と可能性
○ 通常の老化現象と生物学的老化
○ 年齢とは？人生における年齢の意味
○ 年齢、認知症、社会における健康経済
○ 認知症診断方法(様々なテクノロジー)と他の学問領域との診断までの協力体制
○ 診断までの複雑な検査方法の例、協力チームのモデルとここでのコーディネーターの役割
○ 高齢者心理学
○ 精神発達心理学
○ 診断における神経心理学の関わり
○ 認知症テスト
○ テストに関する倫理
○ アクティビティ
○ アイデンティティの定義とライフヒストリーの持つ意味
○ 日常生活でのアクティビティとアクティビティに対する動機付け
○ 認知症高齢者とのコミュニケーション
○ 老人文化学の視点から見た認知症高齢者の生活
○ 文化の歴史から見て年齢とは？認知症に対する周りのリアクションの移り変わり
○ 認知症患者の法的扱い、人権について
○ サービス法を含め、認知症患者に関わるであろう法律について
○ 介護上の抑制、強制的な行為に関して、倫理そして思いやり
○ プロの介護者としての人間を見る視点社会心理学の視点(Tom Kitwoods 社会臨床心理学者)
○ 家族との協力体制
○ 家族たちのリアクション、感情そしてニーズについて
○ 認知症を抱える家族に対するプロフェッショナルな対応と支援
○ 精神的労働環境
○ 介護者にとっての精神的労働環境の意味、介護者の持つ介護への姿勢、ストレスの対応
○ スーパービジョン
○ 同僚や他の人々へのガイドニングや指導そして教育
○ 教育指導学的方法や手段
○ 介護の質の発展や専門性の向上を目的としたプランの作成と実行
○ 認知症コーディネーターとしての現場での役割
○ 目標と手段
○ 地域や組織に対する存在のアピール

(参考) www.bvoelund.dk

<参考文献>

『デンマーク発痴呆ハンドブック』,エ. メーリン/R. B. オールセン著,東翔会監訳,Momoyo T. Jørgensen 訳,千葉忠夫翻訳協力、2003年,ミネルヴァ書房

『福祉の国デンマークの認知症ケア最前線』講演録,2006年10月,財団法人老齡健康科学研究財団

『デンマーク発・前頭葉型認知症の医療とケア～医師・看護師・介護指導者の立場から』,北海道認知症高齢者グループホーム協議会大会講演録,2008年11月,

『デンマークの認知症介護』,大谷るみ子,「訪問看護と介護」2006年 Vol.11 No.1, 医学書院,

『認知症コーディネーターの必要性』,沖田祐子,「訪問看護と介護」2006年 Vol.11 No.2, 医学書院,

『分権が創りあげる福祉社会』,高橋信幸,「訪問看護と介護」2006年 Vol.11 No.3, 医学書院,

『デンマークの高齢者介護理論に学ぶ』,宮島渡,「訪問看護と介護」2006年 Vol.11 No.4, 医学書院,

<調査協力>

Momoyo T. Jørgensen, モモヨ・タチエダ・ヤーンセン,日欧文化交流学院教員
株式会社ニッセイ基礎研究所