

平成 2 8 年度運営費研究

認知症対応型通所介護における個別ケアの
向上に必要な視点・構造に関する研究

平成 2 9 年 3 月

第1 研究目的

認知症の人が可能な限り長く在宅生活を継続する上で、認知症対応型通所介護（以下「認知症デイ」という。）は重要な社会資源であり、在宅での自立した日常生活の実現に寄与するサービスとして有効性を高めていく必要がある。

この際、サービスの提供に当たっては、認知症対応型通所介護計画（以下「認知症通所介護計画」という。）の作成が義務づけられているが、その計画作成の基礎となるアセスメントについては、国から標準的な内容・項目を示した様式が示されていない。この結果、事業所によってケアの手法が区々となり、その実施水準に偏差が生じているのではないかと認識される。

このため、優れた処遇を実践しているとされる事業所のアセスメント様式を収集し、共有する項目や特別な項目の設定の状況、またその考え方を前提に、様式の内容・項目がどのように設定され、認知症の人のケアに活かされているかを明らかにし、二極化した実施水準の低い事業所等に普及し、認知症デイ全体のケア水準の向上、認知症の人の在宅生活継続の限界点の引き上げに資することを目的とする。

第2 現状認識

1. 開設事業所数の伸び悩み

認知症デイは、2005（平成 17）年法改正により地域密着型サービスとして創設されたが、その後、増加をし続けていると考えられる認知症の人の数に比して、開設事業所数は次表の通りであり、伸び悩み傾向にあると推測される。

表 認知症対応型通所介護事業所数の年次推移（単位；箇所）

19 年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度
2,885	3,139	3,108	3,122	3,254	4,158	4,193	4,253	4,308

介護サービス施設・事業所調査 厚生労働省統計情報部

これは、認知症デイの利用者が 13 万人程度に留まっていることを示している（下記計算式）ものといえる。

$$(12人 \times 5日 \times 0.5 \times 4,308 \text{カ所} = 129,240 \div 13 \text{万人})$$

2. 課題と改善策

東京センターにおいては、平成 24 年度以降、認知症デイに関する調査研究を行ってきたが、優れた実践を行う事例を収集することはできたものの、それが一般的水準であるとすることはできず、かつ経営に窮している実態が明らかとなっている。

円滑な経営が困難であることは、認知症デイの開設を阻害する大きな要因となるが、その大きな原因は、安定した利用者数の確保の困難にあった。

認知症の人が増加しているにもかかわらず、利用者数を確保できないことには下記のような様々な要素が考えられるが、認知症デイ全体の平均した処遇水準が介護報酬（自己負担の直結）の高さに見合わないことによるサービスの非選択が原因であるとすれば、これを改善することが急務となる。

○利用者数を確保できない理由の例と改善策

- ・介護報酬（単価設定）が通常の通所介護よりも高いこと。

認知症対応型という給付の特性から、定員が小規模（12人以下）であり実質的に人員配置が手厚い分、介護報酬単価が通常の通所介護よりも高く設定されている。

→ 認知症ケアに特化したサービスとしての機能が利用者・家族、介護支援専門員、地域包括支援センター、運営協議会等に広く認識され、認知症デイの機能に相応しい利用者が、適切に利用できる環境整備をすること。

（通常の通所介護は、利用者1人当たり3㎡、職員配置5：1を満たすことにより利用者数に上限がないため、大規模集団で認知症の人が馴染みにくく、かつ、個別対応を重視した認知症の人に特化したケアを行うには困難がある。）

→ これが成立するためには、既存の認知症デイが、優れた実践を行い関係者から評価されている必要があることは当然。

- ・利用対象者に制限があること。①

地域密着型サービスであるため、認知症デイの所在する保険者が認める場合を除き、当該保険者の区域に居住する住民に利用対象者が限定されている。

通常の通所介護が、利用者と事業者の契約により保険者の区域を超えて利用することも可能であることを考えると、使い勝手の便宜の上で支障がある。

→ 保険者が認めれば利用は可能となる。

→ これが成立するためには、既存の認知症デイが、優れた実践を行い関係者から評価されている必要があることは当然。

- ・利用対象者に制限があること。②

条例により、医師による認知症の診断を義務づけている保険者もある。この場合には認知症の診断を忌避する利用者・家族の場合には利用が困難となりやすい。

また、条例により、認知症高齢者の日常生活自立度一定以上の者に利用を限定している保険者もある。この場合には、容態が変動する利用者は利用しづらい状況を生じる可能性がある。

→ 保険者が運用を変更すれば利用は可能となる。

→ これが成立するためには、既存の認知症デイが、優れた実践を行い関係者から評価されている必要があることは当然。

- ・介護支援専門員や地域包括支援センターの理解が不足していること。

認知症デイは、介護報酬（自己負担に直結が通常の通所介護よりも高く設定されているため、本来、認知症デイの利用が適切な人であっても、家族が利用を敬遠し

たり、家族感情に配慮した介護支援専門員や地域包括支援センター職員が認知症デ
イの利用を勧めないことも考えられる。

→ 認知症ケアに特化したサービスとしての機能が利用者・家族、介護支援専門員、
地域包括支援センター、運営協議会等に広く認識され、認知症デイの機能に相応
しい利用者・家族が納得して選択できる環境整備をすること。

→ これが成立するためには、既存の認知症デイが、優れた実践を行い関係者から
評価されている必要があることは当然。

上記にみるように、認知症デイが普及するためには、既存の認知症デイが、優れた実
践を行い、関係者から高く評価されている必要があり、これによって、経営に必要な安
定した利用者の確保も可能になるものと考えられる。

第3 研究過程

1. 仮説設定

既存の認知症デイであって、優れた実践を行い、関係者から高く評価されている事
業所の観察から、高い水準の処遇を行うための要点を明らかにし、ケア水準が低く留
まっている認知症デイに伝えるために「優れた処遇を行っている事業所は、認知症に
特化した専門ケアを行うためのアセスメント（モニタリング）を行い、それを基に専
門性の高いケアを組み立てている。」という仮説を設定した。

このことは、平成 25 年度老健事業「地域で生活する認知症の人の生活を支える在
宅サービスのあり方に関する研究」成果においても、当初のアセスメント及び継続反
復するアセスメント（モニタリング）の重要性、管理者や相談員がそれを行うことが
できるよう職員配置が厚い仕組みとなっていることを指摘した。

2. 研究過程

第1段階； 前出の平成 25 年度調査研究でサンプルとした、認知症の個別ケアの実
践に精力的に取り組んでいる事業所の中から、9カ所のアセスメント様式
を収集

第2段階； アセスメント（モニタリング）様式の中から、認知症に特化したアセス
メント項目と内容、個別支援に活かす項目と内容を抽出し、その有効性を
確認

第3段階； 第2段階から一般化できる要素をとりまとめて普及することにより、ケ
ア水準が二極化している認知症デイの現状を改善する。

第4 まとめ

1. 認知症デイのアセスメント標準様式は、厚生労働省からも関係団体からも示されてい
ない。かつ、認知症デイの事業所の少なさもあつてか、地域レベルにおいても認知症デ
イ同士の意見交換や共通様式の検討等が行われているという情報も得られなかった。

2. 収集したアセスメント様式を検討したが、仮説を立証するための認知症に特化した専門ケアを行うためのアセスメント内容・項目については相当程度得られたが、その情報を活かして、水準の高いケアを組み立てる部分の内容は、いずれの事業所においても様式化（外形化）されていなかった。当該事例収集の依頼書は別紙1、結論に至った分析は別紙2のとおりである。

要約すれば、

① アセスメント情報のうち、基本情報については、概ね介護支援専門員が収集する情報から、サービス担当者会議において得られる情報であり、認知症の人に対する直接ケアに焦点化した内容ではないため、認知症デイがアセスメントしなくても済む内容が多い。

② アセスメント情報のうち、課題分析に該当する情報については、ほとんどの事業所で共通に項目化していたのは、コミュニケーション群と認知と行動群であった。特に、認知と行動群については、いずれの事業所においても、特にBPSDを中心とした相当程度詳細な項目を設定しており、今回比較検討はしていないが、通常の通所介護にはない特性であろうことがうかがわれる。

③ しかし、いずれの事業所においても当該、認知と行動群に記入される、現出しているBPSDの生じている原因を洞察し具体的な個別ケアにつなぐための様式は備えていなかった。

3. こうしたことから、認知症の個別ケアの実践に精力的に取り組む成果を挙げることができているアセスメント以外の主要要素について個別の面接・電話によるヒアリングを実施した結果、

① 認知症デイとしては、介護報酬外ではあるが、そもそも、サービス開始前からの介入が重要であり、地域の介護支援専門員や地域包括支援センター等との連携が重要であること。また、そうした活動を運営協議会が了解してくれること、地域ケア会議のような行政権限がある場でバックアップしてくれる必要があること。

② 継続反復したアセスメント（モニタリング）を行い、利用者・家族との信頼関係を築きながら、アセスメントの精度を高めていくことが重要であること。但し、それは「肌で感じるとるような作業」であって、様式に落としていくような事柄ではないこと。

③ しかし、スタッフとの情報共有が不可欠であり日常的及び容態変化時のミーティングに力を入れることが重要であること。職員研修を充実すること。

④ 管理者や相談員が、家族介護者の相談に応じる、（必要に応じては頻回に）家庭訪問できるよう自由度を高めた体制にすることが重要であること。

- ⑤ 家族、介護支援専門員、利用しているサービス事業所、地域包括支援センターとの密接な連携が重要であること。自宅での注意点、BPSD の際の対応方法を共有することが重要であること。
- ⑥ 認知症デイの存在そのもの、果たすことができる機能について、あらゆる機会を捉えた関係者への広報が重要であること。
- ⑦ デイでの活動中の写真を家族に見せて、利用中の様子を伝え感謝してもらうことが重要であること。認知症カフェや家族会と協働し家族に参加してもらうこと。
- ⑧ 容態の変化があった際には、主治医に密に連絡を取り、結果を家族や介護支援専門員、関係者と共有することが重要であること。

以上の要素を明らかにすることができた。

こうしたことは、優れたケアの実践を行うためには極めて重要であるが、アセスメントやモニタリング様式の検討からは抽出できない内容であることが判明（様式ではなく、運用やそれを支える体制の問題）したことは、今回研究の一つの成果であった。

今後は、運用や体制上の要素、更には、現出しているBPSDの原因を洞察し個別ケアにつなぐ手法を明らかにすることを課題とした調査研究を行い、認知症デイが真に認知症の人・家族に役立つよう目指すこととする。

アセスメント項目（基本情報）の設定状況

別紙 2

	客体 1		客体 2		客体 3		客体 4		客体 5		客体 6		客体 7		客体 8		客体 9	
	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門
氏名	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
性別	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
生年月日	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
住所連絡先	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
要介護状態区分	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
介護支援専門員	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
介護支援理由	○																	
アセスメント実施場所																		
家族情報	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
緊急連絡先	○		○		○		○		○		○		○		○		○	
住居の状況	○																	
生活歴			○				○						○					
趣味・好きなこと			○				○						○					
情報収集・活用																		
被保険者情報																		
介護保険																		
医療保険	○																	
障害認定（身体）	○				○													
障害認定（精神）	○				○													
生活保護																		
経済状況																		
収入源	○																	
金銭管理者																		
支給限度額																		
審査会意見																		
障害自立度	○		○		○													
認知症自立度	○		○		○		○		※2									
病歴	○		○				○						○		○		○	
内服薬	○	※1	○				○				○		○	※3	○		○	
既利用サービス					○		○											

※1 客体 1 において、服薬する薬剤の副作用、考えられる結果の項目がある。
 ※2 客体 5 において、長谷川式スコア、山口認知症チェックリストの項目がある。
 ※3 客体 6 において、既往症に関する医師の意見、注意事項の項目がある。

アセスメント項目（課題分析）の設定状況

	客体1		客体2		客体3		客体4		客体5		客体6		客体7		客体8		客体9	
	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門	通常	専門
コミュニケーション群	○	※1	○		○		○		○		○		○		○		○	
認知と行動群	○	※2	○	※4	○	※7	○	※8	○	※9			○	※10	○	※11	○	※12
家族等の介護力群									○									
健康状態群			○	※5			○								○		○	
ADL 群	○		○	※6	○		○		○		○		○		○		○	
IADL 群	○						○										○	
社会交流群	○	※3																

※1 客体1においては、記憶障害、失認・失行、見当識障害、実行機能の項目がある。

※2 客体1においては、幻視、幻聴、易怒性、性格の変化、気分の変動、食事の理解の項目がある。

※3 客体1においては、喪失感、孤独感、BPSDの内容の内容・チームケア、行方不明の可能性、SOSネットワークとの連携の項目がある。
また、理解・コミュニケーション・問題行動の次の項目がある。
・理解（日課、名前、生年月日、季節、直前の記憶、場所）
・問題行動（被害妄想、落着きしない、作話、家に居れない、幻覚・幻聴、目が離せない、感情失禁、収集癖、昼夜逆転、火の始末、暴言・暴行、衣類を破く、不快音話、不潔行為、大声、異物摂取、介護に抵抗、ひどい物忘れ、徘徊）

※4 客体2においては、問題行動（徘徊、妄想、異食、暴言、暴力、幻覚、幻聴、介護拒否、不潔行為、不眠、食欲低下、夜間せん妄、帰宅願望、失禁、物集め、昼夜逆転、物盗られ妄想、性的言動、抑うつ状態）の項目がある。

※5 客体2においては、平常時バイタル（体温、脈拍、体重、血圧）の項目がある。また、好き嫌い、禁止食、アレルギーの項目がある。

※6 客体2においては、食事形態（箸、スプーン、フォーク、リハビリ食器）の項目がある。

※7 客体3においては、認知能力、短期記憶、関心、意欲、交流、周辺症状の項目がある。

※8 客体4においては、
・問題行動（被害妄想、落着きしない、作話、家に居れない、幻覚・幻聴、目が離せない、感情失禁、収集癖、昼夜逆転、火の始末、暴言・暴行、衣類を破く、不快音話、不潔行為、大声、異物摂取、介護に抵抗、ひどい物忘れ、徘徊）の項目がある。

※ 9 客体5においては、暮らしの情報（毎日の週間、食事の習慣、飲食・喫煙の習慣、風呂・みだしなみ、おしやれ・色の好み、・履き物、好きな音楽・テレビ・ラジオ、家事、仕事、興味・関心・遊び等、なじみのものや道具、得意な事、苦手な事、性格・特徴等、信仰）分かる事、分からない事（暮らしの場面、会話の理解、意思やしたいことを伝える、意思決定、時間が分かる、場所が分かる、家族や知人が分かる、直前の記憶、直近の記憶、昔の記憶、文字の理解）の項目がある。

また、記憶障害、見当識障害、判断力障害、性格変化、実行機能障害、失認、失行、失語、無気力、無関心、独語、無言、うつ状態、徘徊、暴言暴力、妄想、幻視幻覚、食事行動の異常、不眠、介護抵抗、の項目がある。

※ 10 客体7においては、社会性として、優しい、社交的、人見知り、意欲的の項目がある。

また、暮らしの場面として、歩行の状態、メニユー決め、食事の準備、食事、食後の片付け、入浴、掃除、排せつ、選択、買い物、会話の理解、会話の理解、意思やしたいことを伝える、時間が分かる、場所が分かる、直前の記憶、直近の記憶、昔の記憶、文字の理解）の項目がある。

※ 11 客体8においては、物忘れ、会話の理解、意思決定・表示、意思疎通、うつ症状、閉じこもり、精神症状、徘徊、暴言・暴行・抵抗、昼夜逆転、夜間不穏、異食、収集癖、不潔行為の項目がある。

※ 12 客体9においては、同じ話をする、感情が不安定、作話、話がまとまらない、被害的、介護に抵抗する、昼夜逆転、大声を出す、独り言、自分勝手に行動する、集団への不適応、落ち着きなし、徘徊、一人で外に出たがり、収集癖、外出すると戻れない、物や衣類を壊す、家族として頑張っていること、本人の想いや意図（家族が思うこと）の項目がある。