



資料編

1. パーソン・センタード・ケア	87
2. ひもときシートについて	89
(1) ひもときシートとは	89
① ひもときシートの基本的な考え方	89
② ひもときシートと従来からのアセスメントシートとの違いは何か	92
③ ひもときシート Q & A	93
(2) ひもときシートの解説	95
① ひもときシートの構造	95
② ひもときシートガイドライン	96
3. 認知症に関連する知識	105
(1) 中核症状とは	105
(2) 認知症のアセスメントスケール	109
(3) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	115
(4) 認知症ケアにおける薬の理解	117
4. 認知症に関連する法律・制度	120
(1) 高齢者虐待防止法	120
(2) 身体拘束ゼロへの手引き	122
(3) 成年後見制度	125
5. 現場で役立つ「認知症ケア Q & A」	127
6. 心の健康コラム	
～介護職の心身疲労・ストレスの解消について～	133
(1) ストレスとは	133
(2) ストレスは悪くない？	133
(3) ストレスの個人差	134
(4) ストレスへの気づき方	134
(5) ストレスマネジメント	135
(6) ストレスへの対処	135
(7) ストレスコーピング	136
7. 知っているると便利な情報	137
(1) 歳祝い早見表	137
(2) 年齢早見表（平成 23 年版）	138

1 パーソン・センタード・ケア

パーソン・センタード・ケア (Person Centerd Care：その人を中心としたケア) は、1990 年代前半に故トム・キットウッド氏が提唱した、認知症であってもその人の個性や人生を重んじ、尊厳を尊重するケアの理念です。当時の英国では、ケアの提供者側の一方的なスケジュール管理や画一的なプログラムの提供が主におこなわれていました。彼はそのことが認知症の人を混乱させ、症状や状況を増悪させていることに気づき、新しい認知症のケア（ニューカルチャー）を研修システムとして作り上げていきました。この考え方は、ケアが楽になる方法や手段、テクニックを身につけるものではありません。

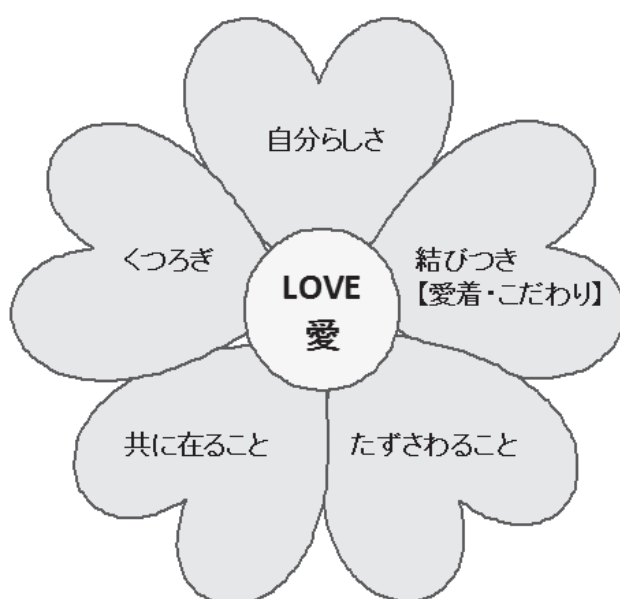
パーソン・センタード・ケアは、第 1 に、記憶障害は他の障害と一緒にあり、恥ずべきことではない。また、それでその人の価値が減じることはない。第 2 に、人はハンディの不自由さよりも、人前で恥をかかされることを死ぬほど恐れている。だから、不自由さに対する援助と同様に、それぞれの人のプライド・誇り・尊厳を傷つけないことを深く考えるべきである。第 3 に、認知症だからといって、全てを諦めるのはおかしい。諦めて (諦められて)、辛く、放置された人生を送る人も多いが、工夫次第で明るく、楽しい人生を全うできるはずだという考えを出発点にしています。そして、認知症とともに生きる人たちの生活がより豊かなものになることを大切にしています。

パーソン・センタード・ケアでは、認知症の人の良い状態を心理的ニーズから「愛情」を取り巻く 5 枚の花びらで捉えます。まず「くつろぎ」は、緊張がなくリラックスしている状態と言えます。身体のどこにも痛いところや気持ち悪い点がなく、身体も気持ちもゆったりしている状態です。次に「自分らしさ」は、自分の生きざま、生き方そのもので、習慣、嗜好、思考などです。3 つ目の「結びつき・愛情・こだわり」は、それぞれの人が持っている価値観とも言えるもので、昭和初期の駄菓子や昔の家財道具などの一般的な懐かしい、古いものとは違って、理屈ではなく、どうしてもなく好きなもの、なんとなく落ち着くもの、これでない駄目というようなものを指しています。4 つ目の「たずさわること」は、いくつになっても、やれることはしたい。一方的に何かをやってもらっているだけでは気がすまない気持ちがあるので、例えば、食事の後に足や手の動きがおぼつかなくても、几帳面に食器を片付けようとするのです。最後の「共に在ること」は、認知症の人の傍らに立ってその人のことを話し合うのではなく、認知症の人を挟んで話し合うことです。当事者をめぐっての話し合いに、本人がいるという当たり前のことを大切にします。

このように、パーソン・センタード・ケアは、認知症の人たちの能力を引き出し、自ら創造的

な活動ができるように促すこと、さらには、認知症の人が周囲の人のために何かをしよう、してあげようという気持ち、さらに自分が尊重されているという気持ちを高め伸ばすことなのです。パーソン・センタード・ケアの究極の目標は、パーソンフッド（その人らしさ：1人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること）をより高めることにあると言えます。

認知症の人たちの 心理ニーズ



『実践パーソン・センタード・ケア』 水野 裕 著
発行 株式会社ワールドプランニング
P 48 1. 認知症の人たちの心理的ニーズ図 5 を改編

2 ひもときシートについて

(1) ひもときシートとは

① ひもときシートの基本的な考え方

これまで述べてきたとおり、認知症の人への画一的な対応はなじみません。大切なのは、「かかわった結果」より、「どう考えるか」という思考のプロセス(ひもとき)であると考えられます。ひもときシートは、援助者が困難だと感じる事例を、援助者の立場に立って一緒に考えながら、援助者の課題を認知症の人の要望や願いに置き換えて考えることができるツールとして作成されました。ひもときシートの思考展開エリアでは、認知症の人の言葉や行動などの事実確認と整理を行い、課題となっていることとさまざまな要因との関連を考えていきます。

「困難」という判断は、主観的な受け止めである場合が多く認められます。認知症介護の場合、援助者はBPSDに向き合うと、どうにか改善しようと奮闘します。しかし、状況の改善がなければ、困難はより一層深まり、BPSDがさらに悪化することがあります。こういった場合、援助者は改善されない理由を自己防衛に置き換えてしまいがちです。

私たちは、この段階を認知症への「評価的理解」としています。援助者が評価的理解に陥る原因はさまざまに考えることができますが、例をあげると、

1. 認知症の人のBPSDに効率的に対応しようとするもの
2. 認知症の人と周囲の人間関係との板ばさみによるもの
3. 認知症の人と事業者の体制・規則・ルールとの板ばさみによるもの
4. スタッフ自身の認知症ケアへの知識不足や経験の未熟さによるもの

などです。

この状態で新しい介護方法を学んだり、試したりしたとしても、解決できないことがあるのではないのでしょうか？それというのも、介護方法はあくまでも標準化されたものであり、認知症の人の個々の背景までは反映されていないからです。

そこで、「困難」を解決に向けた「葛藤」と捉え、認知症の人の視点から課題について考える思考転換を行うことで、職場内や多職種チーム間のコミュニケーションを密にし、課題の解決に向けた取り組みがなされることが望めます。

認知症の中核症状に影響しているさまざまな要因と行動や言葉、表情との関係を、事実に基づいて整理することは、事実を広い視野で見ることにつながります。そして、現場で直面する現象に捉われずに考える段階を、私たちは「分析的理解」とし、思考展開エリアの8つの問いかけと現象との関係を整理するツールとしました。

8つの問いかけはパーソン・センタード・ケアで述べられている「認知症の状態を作る5つの要因」をベースに、環境や薬、家族や援助者、生活行為などを組み合わせて作られています。

(1) 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう。
.....

(2) 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう。
.....

(3) 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう。
.....

(4) 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう。
.....

C 課題に関連しそうな本人の言葉や行動を書き出してみましょう
あなたが困っている場面（Aに記載した内容）で、本人が口にしていた言葉、表情やしぐさ、行動等をありのままに書いてください。
.....

(5) 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう。
.....

(6) 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう。
.....

(7) 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう。
.....

(8) 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。
.....

8つの問いかけの内容等はガイドラインに詳しく書かれていますが、問いの趣旨を簡単にまとめると、以下のようになります。

- (1) 疾病や薬の副作用等の影響は考えられますか？
- (2) 身体的な痛み・便秘・不眠・空腹等による苦痛の影響は考えられますか？
- (3) 悲しみ・怒り・寂しさ等の精神的苦痛、また本人の性格等の影響は考えられますか？
- (4) 音・光・味・におい・寒暖等感覚的な苦痛を与える刺激の影響は考えられますか？
- (5) 家族・介護者など周囲からの過剰、あるいは少なすぎるかかわりの影響は考えられますか？
- (6) 障害程度・能力の発揮に対して、住まい・器具・物品など物理的による影響は考えられますか？
- (7) 要望・障害の程度・能力の発揮とアクティビティ（活動）とのズレによる影響は考えられますか？
- (8) 生活歴・価値観等に基づいた暮らし方と、現状とのズレによる影響は考えられますか？

8つの問いは、「ある・ない」の確認のみをしているように思われますが、実際にはこれらの質問を通じて事実を再確認し、さらに掘り下げることが求められています。

とくに、認知症の人の行動や発語、表情は希望や要求を示すものとして捉えます。たとえば、「家族を呼んでくれ」「家に帰って確かめたい」といった発言は、自分の力で確認したいという「思い」があるから発せられます。しかし、援助者が「家族」や「家」といった言葉だけに反応してしまうと、帰る場所がないのに帰りたいという認知症の人の要望と、実現不可能な現実との葛藤に陥り、「困難」と捉えることになるかもしれません。

しかし、これらの発語をポジティブに捉え、言葉の持つ意味を「援助者のものさし」から「認知症高齢者のものさし」に捉え直しをすると、これまでとは違う側面が見えてきます。これを私たちは「共感的理解」と呼んでいます。

思考展開エリアには、A・B（援助者の困りごと・対応方法）の段階から、E・F（本人の思い・その思いの実現）への転換と、その転換を作るきっかけとしてのC・D（事実の確認・思考展開・課題の整理）があります。思考展開エリアを通じて援助者の考え方を少しずつ変える過程を一緒に学ぶことで、援助者の、「気づき」が促され、1つでも多くの事例（他者の体験）を自らの追体験として獲得することによって、よりスムーズな「気づき」につなげることを目指しています。

ひもときシートは、記録などから事実を拾い上げて1人で作成することもできますし、チーム内でお互いが持っている情報や知識を出し合いながら理解を深めていくツールとして用いるなど、さまざまな使い方ができます。

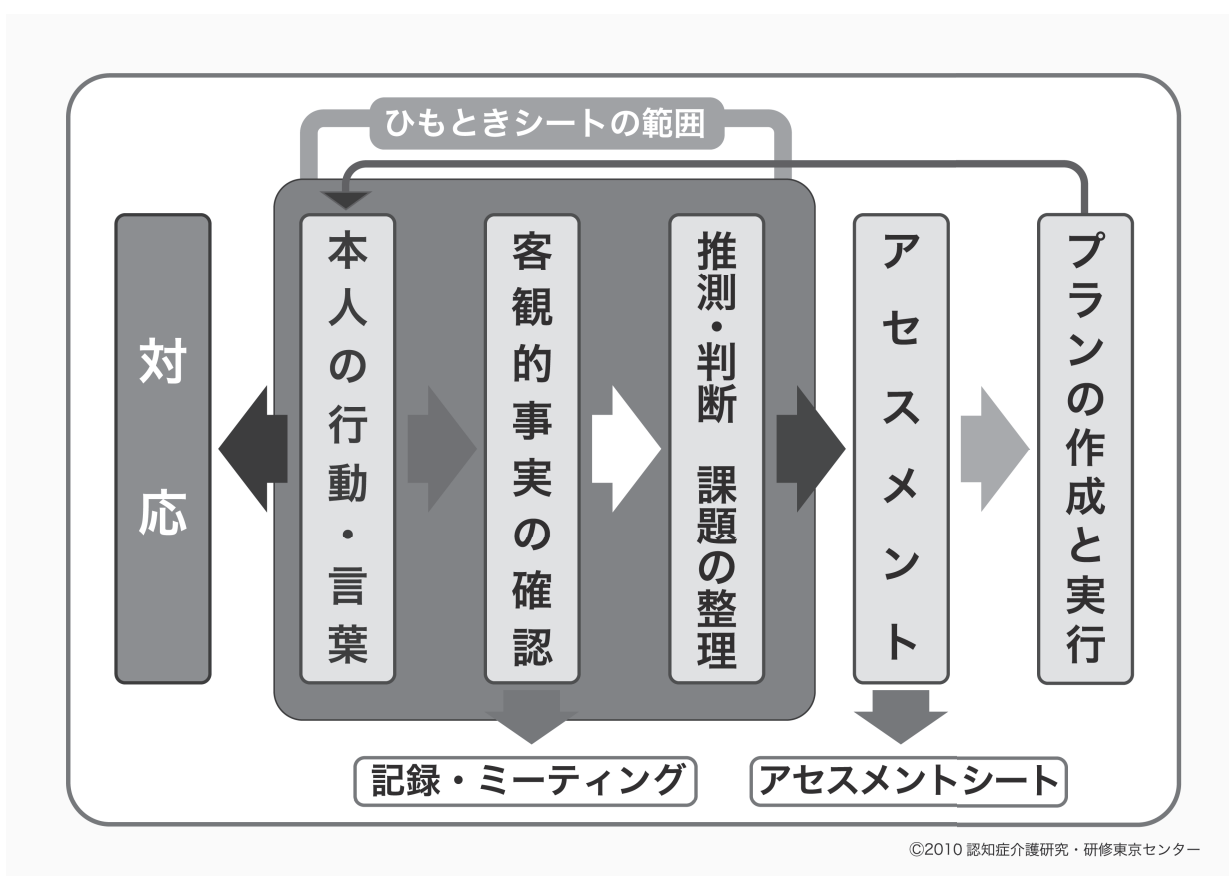
このような学習ツールは、今後いくつか開発されていく必要があると思われます。多くの場合、援助者が「困難」と感じる場面は「行動へのかかわり」によるもので、認知症の人の言動と援助者の心理との相対関係によるものですから、まず介護者の内省による「気づき」を得るために、多くの事例に触れ、それぞれが新たな気づきを得て、認知症の人の「行動」にしっかりとかわる自信と実力を身につけることが大切です。

このシートがその一役を担うことを期待しています。

② ひもときシートと従来からのアセスメントシートとの違いは何か

ひもときシートは、とくに思考展開エリアが分析的なため、新しく開発されたアセスメントシートとして誤解されやすいツールです。しかし、思考展開エリアでは分析というよりは、事実確認を行っています。たとえば、薬の副作用、行動と環境との関係、時間帯、かかわる職員と出来事、他利用者との親密さ、行動や表情の意味の洞察など、記録や専門職への相談場面の振り返りなどで見落としがちな記録を整理し、その意味づけ、他の情報との相互性など、これまで単純にとらえていた現象を複雑なものとして捉えなおす、いわば「考えるプロセス」です。

ひもときシートでは、その背景にある事実を確認することで、誰にとって何が課題なのかを改めて考え直し、また捉え直した結果をアセスメント、ケアプランにつなげることを目指しています。ただし、アセスメントやカンファレンス、モニタリングはケアマネジメントプロセスの一連の流れのなかで行われるため、事実確認やアセスメント、チームでのカンファレンスとひもときシートが重なるのは当然です。そのため、「捉え直し」をしてからアセスメントに移行していきます。普段から考えや捉え直しができている人であれば、モニタリングやアセスメントのなかで、すでに行っている作業です。



③ ひもときシート Q & A

Q1: ひもときシートはどうやって活用すればいいの？

A. ひもときシートへの取り組みにあたっては、①事例概要シート②ひもときシート③ひもときシートガイドラインの3つのツールが用意されています。詳しくは、「ひもときねっと」(<http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/>)の「ひもときシートの使い方」を検索してください。

Q2: ひもときシートの特徴は？

A. ひもときシートは、パーソン・センタード・ケアを基本に作られており、課題や問題とと思っていることを、援助者中心の思考から本人中心の思考に転換していきます。また、シートに取り組んでいくうちに、チームケアの大切さにも気づいていくことができるでしょう。さらに、認知症ケアの対応力向上のために、思考の整理と考え方をチームで共有するための教材として活用していくことも可能です。

Q3: ひもときシートはアセスメントシートですか？

A. ひもときシートはアセスメントシートではありません。むしろ、課題や問題に効率よく対応していくために、アセスメントの視点と焦点を定めていくための「前段階の作業」と位置付けることができます。事実情報の集積や分析をするアセスメントとは異なり、暗中模索の状態で根拠のない対応をやみくもに繰り返す状況から、少しでも事実と根拠に基づいたケアにつなげていくための「思考の整理」と考えてください。

Q4: ひもときシートを使えば徘徊等がおさまるのですか？

A. ひもときシートは、困り事の本質が何かを見つけていくために、事実に基づきながら援助者の思考を整理したり、展開させたりするためのものです。その先には、困り事の解決につながるものがきっと見つかるはずです。ただし、あなた自身が「徘徊」だと思って困っていることが、本人にとっての困り事とは限りません。本人は、他の悩みや困り事があるからこそ、歩き続けてしまうのかもしれませんが、歩き続けている理由を伝えられずに困っているのかもしれません。ひもときシートは、援助者が本人の立場になって、課題に向き合うためのツールです。

Q5

ひもときシートはどのような活用方法がありますか？

A. ひもときシートは、援助者がケアを提供していく上で、困難を感じたり、課題解決ができず悩んだりしているときに、その悩みなどを軽減し、本人の立場に立ったケアを提供するのに役立つツールです。従って、悩んだり、困ったりしたときはもちろんですが、自分たちが提供しているケアに自信が持てない場合にも活用できます。

特に、認知症ケアはチームワークを大切にするので、一人ひとりの援助者が、ひもときシートに基づき思考を整理しながら、それぞれの考えをチーム全員で確認し、検討することで、チームアプローチの方向性が定まります。また、活用次第では組織の体制やケアの改善にもつなげることのできるので、活用範囲の広いシートです。

実際にひもときシートを使用した人からは、次のような意見が寄せられています。
「職場の研修で、1つのケースについてひもときシートにそれぞれに記入してみました。同じケースにおいても、皆それぞれに見えていること、感じていることが異なり驚きました。ケースについて互いの不足していた視点を補うことができ、チームの連携の大切さを学ぶと同時にケアプランに活かすことができました」

(2) ひもときシートの解説

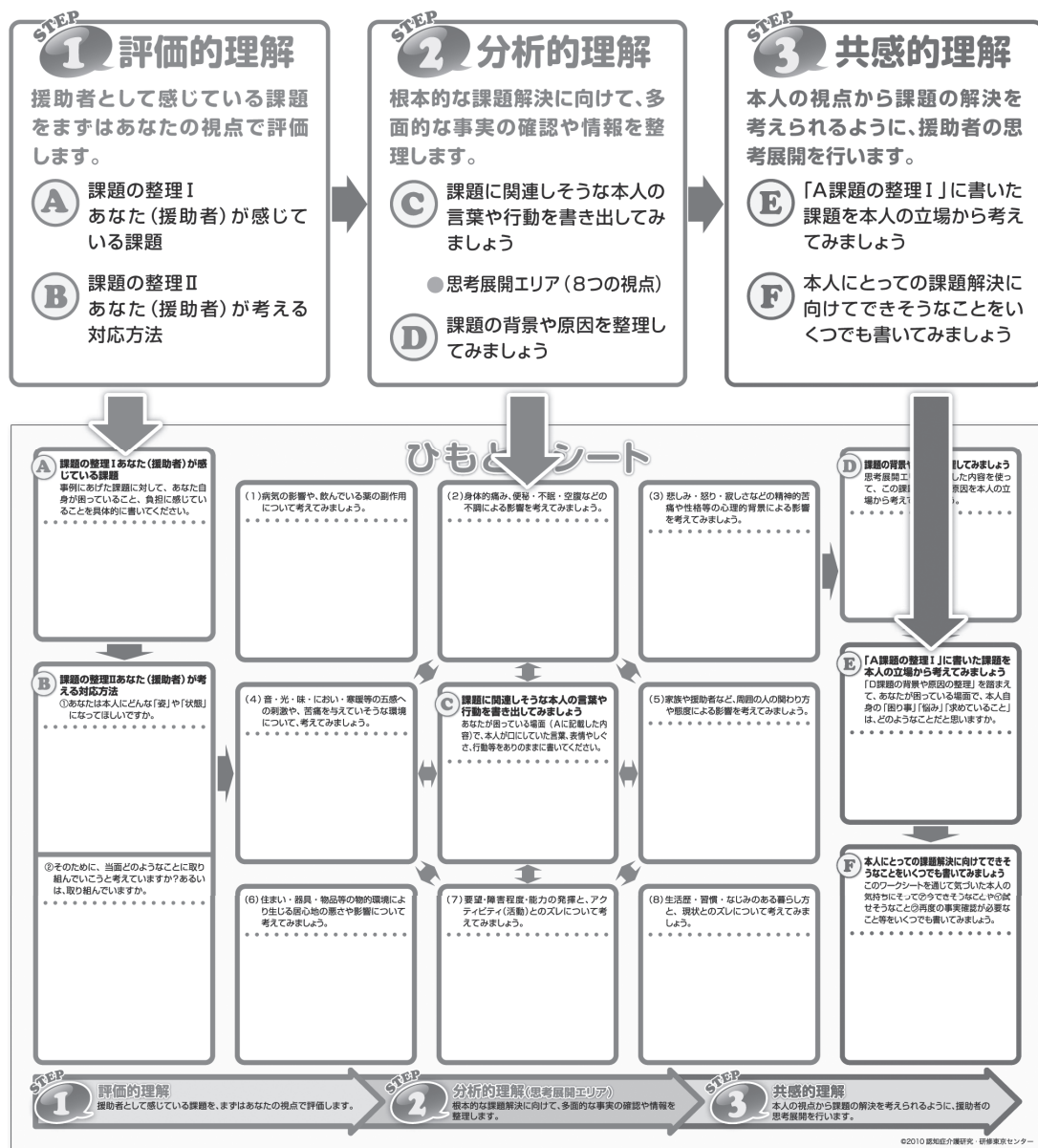
① ひもときシートの構造

ひもときシートは、Step1からStep3までのプロセスを通じて、認知症ケアにおける援助者自身の思考の転換を行います。

Step1（評価的理解）では、援助者自身が困難を感じている背景を知るために、自分の気持ちを中心にワークシートに取り組みます。

Step2（分析的理解）では、課題と考えている事象の「言葉・行動」の意味を本人の立場に立って意味づけしながら、援助者中心の思考を本人中心の思考へと転換していく準備を行います。

Step3（共感的理解）では、Step2を通じて得られた理解をもとに本人の言葉や行動の意味を理解し、本人の気持ちに対する共感や、本人視点の課題解決の糸口を見いだし、アセスメントする際の焦点を定めていきます。



② ひもときシートガイドライン

STEP
1

評価的理解

援助者として感じている課題を、まずはあなたの視点で評価します。

A 課題の整理Ⅰあなた(援助者)が感じている課題

事例にあげた課題に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください。

質問の意図

- この項目は、事例に対して、あなた(援助者)自身が「困っていること」「悩んでいること」「負担に感じていること」を整理するためのものです。
- あなた自身の悩みに焦点をあてて、困っていることや苦痛に感じていることを具体的に書いてみましょう。
- あなた自身の困難や悩みを書くことで、自分自身のストレスや負担感の原因をはっきりさせていくことも、この項目のねらいのひとつです。

記入のポイント

- ◎悩みがたくさんある場合は、課題を焦点化するために、特に困っていること1つに絞って書いてください。
- ◎事実確認やアセスメントが不足しているような場合でも、現在のあなた自身の思いや都合で、自由に書いてかまいません。

B 課題の整理Ⅱあなた(援助者)が考える対応方法

①あなたは本人にどんな「姿」や「状態」になってほしいですか。

質問の意図

- この項目は、課題を感じているあなた自身が、ケアの目標をどのように考えているかを確認します。
- 日々の関わりの中で、あなたは、本人にどのような姿になってほしいと望んでいたのかを振り返ってみましょう。
- 期待している本人の姿や状態像がどのようなものかを具体的に書いてみましょう。

記入のポイント

- ◎「その人らしく」というような抽象的な表現ではなく、より具体的な状態、状況、姿等を思い浮かべて書いてみましょう。

②そのために、当面どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？
あるいは、取り組んでいますか。

質問の意図

- この項目では、①で確認したあなたの思いを、どのような対応につなげているか（つなげようとしていたか）を確認します。
- 個別的アプローチ、チームケアの体制、家族との連携など、さまざまな角度から、いま取り組んでいることを具体的に書いてください。

記入のポイント

- ◎なるべく、あなたの思いと、取り組み内容を関連付けて書いてみましょう。
- ◎あなただけでなく、他の職員の対応の様子についても書き出してみましょう。

分析的理解(思考展開エリア)

根本的な課題解決に向けて、多面的な事実の確認や情報を整理します。

**課題に関連しそうな本人の言葉や行動を書き出してみましょう**

あなたが困っている場面(Aに記載した内容)で、本人が口にしていた言葉、表情やしぐさ、行動等をありのままに書いてください。

質問の意図

- この項目では、あなた自身が課題と感じている場面での本人に焦点をあてて、本人の様子を事実に基づいて書き出します。
- 本人の「願い」や「思い」は、本人が発する「言葉」「表情」「しぐさ」に隠されている場合があります。援助者の思い込みや印象を取り除き、本人の発する言葉をそのまま書いてみましょう。

記入のポイント

- ◎その場面の本人の言葉、表情、しぐさを思い出しながら書いてみましょう。
 - ◎なるべく、徘徊・帰宅願望・暴力行為などの第三者からみた表現を使わずに、本人のありのままの様子を具体的に書いてみましょう。
- (例)夕方になると毎日不安げな様子になり、帽子をかぶったり、かばんを持って、「早く帰って夕飯の支度をしないと」と言いながら、玄関の周りを行ったり来たりしている。

思考展開のための 8 つの視点について

Cに書き出した、本人が口にしていた言葉、表情やしぐさ、行動等の意味を理解するために、8つの視点から本人をとりまく環境や心身の状態を整理してみましょう。

- 思考展開エリアは、課題の背景や要因を洗い出して情報を整理するために活用します。
- 思考展開エリアは、日常使っているアセスメントシート等の記録をもとに、8つの視点で事実を整理していきます。
- 8つの視点は、認知症ケアを全人的に捉えていくためのパーソンセンタードケアを基本に作られており、本人の行動・心理症状などをひも解くための重要な視点を示しています。
- 思考展開エリアに記載する情報は、なるべく多くの職員や多職種が集まって、チームで考えていくことが効果的です。家族等の情報も含めて、考えてみましょう。

(1) 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう。

質問の意図

- この項目は、本人の病気(認知症および身体的な合併症など)や薬の副作用の影響について考えます。
- 複数の薬を飲むことで、思いもよらない副作用が出てしまうことがあります。飲んでいる薬と状態変化に関する最近の様子を振り返ったり、記録を確認したりすることが大切です。
- また、認知症の原因疾患によって中核症状はさまざまに異なります。本人の中核症状が、事例に挙げられている課題(困難)に影響していないかについても考えてみましょう。

考え方のヒント

- ☞ 高齢者にとって病気や薬は、心身にさまざまな影響を与えることがあります。例えば、運動機能が低下した状態では、「食べない」「話をしない」「お風呂に入らない」「歩かない」「ボーっとしている」などの状態になったり、活発な状態では、「大声でしゃべる」「人をたたく」「ものを壊す」などの行為が現れることもあります。
- ☞ 精神症状(せん妄や幻覚妄想状態)は、発熱、脱水、貧血などの状態や疾患に伴って現れることもあります。原因となる病気の治療や不適切な薬の改善により、これらの症状を緩和したり、なくしたりすることも可能となります。
- ☞ 介護職が、認知症の経過を適切に把握することや、医師や薬剤師、看護職との連携により病気の特徴等を知った上でケアの提供を行うことは、本人の状態を安定させるためにも非常に大切なことといえます。

記入のポイント

- ◎病気の症状や特徴による影響を考えましたか？
- ◎せん妄やうつ等の可能性を考えましたか？
- ◎服薬の管理は、しっかりとできていますか？
- ◎病気や服薬状況等について医師や薬剤師、看護職などと情報連携してみましたか？

(2) 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、痛み、便秘・不眠・空腹などの身体的な不調が、本人の心の状態に影響していないかについて考えます。
- 認知症の人は、痛みや苦痛が生じていても、そのことを自覚したり、周囲の人に訴えることができない場合があります。その状態を見過ごしているとそれが思わぬ行動・心理症状を引き起こしてしまうことがあります。
- 食事や水分摂取量、睡眠時間、運動量の変化など、毎日のささいな変化であってもきちんと把握していることはとても大切です。

考え方のヒント

- ☞ 認知症の人は身体疾患を併発することが多いと言われています。援助者は、日常的な体調管理(排尿・排便状況、食事の量や水分摂取量、睡眠状況の把握などの観察や記録)で、身体的な変化(いつものような活気がない、起きられない、いつの間にか寝ている、歩き方が変わった等)を観察しながら、変化を見逃さないことが大切です。
- ☞ 本人の身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの症状を緩和することで、認知症の人の行動・心理症状の予防、改善につなげていくことができます。
- ☞ 認知症の人の心身状態の変化に迅速に対応していくためには、早期から気軽に相談できるかかりつけ医や看護職との医療連携体制を整えておくことが大切です。

記入のポイント

- ◎本人に生じている痛み、便秘・不眠・空腹・その他の不調を見逃していませんか？

(3) 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう。

質問の意図

- この項目は、本人の精神的な苦痛や性格等の影響について考えます。
- ここで重要なのは、本人が示す言葉以外のサイン、たとえば表情、しぐさ、雰囲気、眼の動きなどの非言語的な情報を汲み取り、その背景について考えていくことです。
- 課題解決に向けて、「不安」や「不快感」、「おぼつかなさ」といった心理的な苦痛を汲み取ったり、本人にとっての「快」が何かを考えたりすることも大切です。
- 認知症になると、本来の性格や心情が変化することもあります。本人の性格等について、家族や親しい人からの情報を整理してみましょう。

考え方のヒント

- ☞ 認知症になると、怒りなどの感情が影響して、体調が激変する場合があります。
- ☞ 認知症になっても感情は記憶に残ります。着替えや入浴、外出などで、怖い思いや嫌な思いをしながら長期間過ごしていると、不快感として感情の記憶に残り、介護の困難につながることもあります。

記入のポイント

- ◎行動・心理症状に伴う援助者の困り事ばかりに目を奪われず、本人が求めていること、感じていること等を、改めて考えてみましたか？

(4)音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、本人を取り巻く環境を見直しながら、課題への影響を考えます。
- 音・光・味・におい・寒暖等感覚的な苦痛を与える刺激が、本人を不快な気持ちにさせ、行動・心理症状を引き起こしていないか確認してください。
- 現在の環境が、本人の落ち着ける居場所になっているかどうか、不快を招くような刺激がないかどうかを確認してください。

考え方のヒント

- ☞ 認知症になると、自分自身にとって何が不快に感じるのか、苦痛に感じるのかの判断が困難になってしまいがちなので、援助者の配慮が重要となります。
- ☞ 感覚の低下により、「においが分からない」「味が分からない」「食べても楽しくない」等の状況になることを理解しておく必要があります。

記入のポイント

- ◎感覚過敏になって、通常の状態でも、「音がうるさい」「まぶしい」「人の声が怖い」などの状態になっていませんか？
- ◎本人が求める、落ち着ける環境になっていますか？

(5)家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、家族や援助者の関わり方に関する、本人への影響について考えます。
- 本人と家族の関係は複雑になりやすく、家族も本人も自信や誇りを失っている場合があります。
- 援助者による不適切なケア（本人の思いを無視したケアなど）が、場合によっては本人のストレスを引き起こす原因になっていることもあります。

考え方のヒント

- ☞ 家族や周囲の関わり方が影響して、本人の行動や心理症状に大きな影響を与えることがあります。
- ☞ 施設利用者の場合などでは、入所をきっかけに本人に対する家族の関心度や愛情が高まり、関係性が変化している可能性もあるので、注意をはらうことが大切です。

記入のポイント

- ◎家族の過剰な関わり方、あるいは少なすぎる関わり方について考えてみましたか？
- ◎援助者の過剰な関わり方、あるいは少なすぎる関わり方について考えてみましたか？
- ◎家族の苦しみに共感を示し、適切な関わりができるように見守っていますか？

(6) 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、本来、本人が持っている能力を引き出すことや、意欲を刺激する環境整備(住まい・福祉機器・物品等)がなされているかを確認します。
- 自分でできることが増えるほど、本人の意欲や自信につながるということを意識しながら考えてみましょう。

考え方のヒント

- ☞ 不適切な環境により、本人に思わぬ悪影響を与えている場合もあるので、生活全般をさまざまな角度から点検していくことが大切です。

記入のポイント

- ◎本人に残っている力の発揮を促すような支援や、環境整備が行われていますか？
- ◎歩行能力があるにもかかわらず、安易に車椅子を利用していませんか？

(7) 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう。

質問の意図

- この項目は、援助者が本人のためにと提供しているアクティビティ(活動)が、本人の精神的な負担になっていたり、自尊心を傷つけたりしていないかを確認します。
- 心身状態や、本人の要望を踏まえたアクティビティが提供されているかどうかを振り返ってみましょう。
- 本人は、自分自身の能力を適切に発揮できないと、精神的苦痛(ストレスや葛藤)を抱えてしまうことがあります。

考え方のヒント

- ☞ アクティビティは、本人の心身の状態について十分に情報収集し、その時々どの程度能力を発揮できるのを見極めながら支援していくことが重要です。
- ☞ 本人の生活習慣を大切にしたり、持っている力を発揮したりすることができる場面づくりの工夫をしていきましょう。

記入のポイント

- ◎援助者側の都合ではなく、本人に合わせたアクティビティの内容や時間になっていますか？
- ◎本人は、日常をどのように過ごしたいと思っているのでしょうか？

(8)生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。

質問の意図

- この項目は、本人が大事にしていること、こだわり、家族や知人・友人・地域等との関係性を継続するケアが行われているかを確認します。
- 生活歴、暮らし方、本人の思い、人間関係、役割意識等の情報収集をしてみましょう。

考え方のヒント

 援助者の一方的な支援や思い込みによるサービス提供は、本人が慣れ親しんできた暮らし方やこだわり、望み等とのズレを生じやすくしてしまいます。

記入のポイント

- ◎現在の日常生活や支援内容は、本人にとってのなじみのある暮らし方、習慣などを尊重していますか？
- ◎日常生活の中で本人の力を発揮する場面やきっかけを作り出す支援をしていますか？
- ◎他者との関係づくりが進められるよう、支援していますか？
- ◎本人が生きてきた時代背景を尊重した支援ができていますか

D 課題の背景や原因を整理してみましょう

思考展開エリアに記入した内容を使って、この課題の背景や原因を本人の立場から考えてみましょう。

質問の意図

- この項目では、あなたが困っていること(Aに記載した内容)がなぜ起こるのかを、本人の視点で整理していきます。
- 8つの視点に書き込む際、十分な情報収集がなされていないと、課題の背景や原因が見えないこともあります。また、背景や原因は、複雑に絡み合いながら影響することもあるので、さまざまな角度から見ていくことが大切です。
- この事例に関わりが深そうな原因が見えてきたら、さらに、そこに関連する情報を集めていきましょう。

記入のポイント

- ◎さまざまな角度から見えてきた事実に基づいて、課題となっている事象がなぜ起きたのかを整理してみましょう。
- ◎課題の背景や原因を、本人の気持ちになって考えてみましょう。
- ◎思考展開エリアで集めた情報が不足していると感じた場合は、関連のありそうな項目に戻って、他の職員や家族等からも情報を集めてみましょう。

共感的理解

本人の視点から課題の解決を考えられるように、援助者の思考展開を行います。

E 「A課題の整理I」に書いた課題を本人の立場から考えてみましょう

ここで、この事例を本人の立場から、もう一度考えてみましょう。

「D課題の背景や原因の整理」を踏まえて、あなたが困っている場面で、本人自身の「困り事」「悩み」「求めていること」は、どのようなことだと思いますか。

質問の意図

- この項目では、A欄で確認したあなた自身の困り事を本人の立場や気持ちから考えていきます。
- 8つの視点で整理した情報や気づきを利用して、あなたの困り事がなぜ起きているのかを本人の立場から考えてください。
- B-①の項目で記入したあなたが期待することと、本人の望んでいることの違い(ギャップ)についても考えてみてください。
- この項目は、援助者が本人を「困った人」と捉えるのではなく、「本人が困っていること」に気づくことがねらいです。

記入のポイント

◎課題を、あなた自身の視点から本人の視点に置き換えて、考えてみましょう。

F 本人にとっての課題解決に向けてできそうなことをいくつでも書いてみましょう

このワークシートを通じて気づいた本人の気持ちにそって㊦今できそうなことや

①試せそうなこと②再度の事実確認が必要なこと等をいくつでも書いてみましょう。

質問の意図

- この項目では、あなたが集めた新しい情報や気づきをもとに、ケアの再構築を行います。
- 本人の視点に立った実践につなげていけるよう、これまでの関わり方やケアの視点を転換しながら、より具体的な対応や方法を考えてみましょう。
- 重要なのは、持っている力や可能性を眠らせてしまうことなく、本人の思いや立場から解決策を模索することです。「できる」「できない」を先に考えるのではなく、本人にとって本当に必要なことが何かを見極めて、ケアの目標を設定していきます。
- また、本人の状態改善や自分でできることを広げていくための工夫で、実現できることを少しずつ増やしていくことも大切です。
- 新たなアイデアを考えるとときに家族の意向や要望が強いと、解決を難しくしてしまう場合があります。対人援助職は、まず、本人の立場から何が望ましいのかを考えて、そのために必要なことを調整していくことが大切です。家族の意向があるからとあきらめてしまわずに、本人にとって大切なことを見極めていきましょう。

記入のポイント

- ◎本人の思いや立場を理解し、原因や根拠に基づいたアイデアを考えてみましょう。
- ◎その場しのぎではない、本人の気持ちに寄り添う方法を考えてみましょう。
- ◎あなた一人で解決できないことは、他の職員に働きかけたり、多職種で協働したり、家族の協力を得ながら解決していく方法を考えてみましょう。

3

認知症に関連する知識

(1) 中核症状とは

中核症状とは、アルツハイマー型認知症を例にとると認知機能障害のためにあらわれる症状です。記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能の低下などがあります。

- 認知機能障害による症状。
- 脳の器質的な障害によって引き起こされる。

記憶障害

記憶には大きく分けて、身体で覚えた手続き記憶と頭で覚えた陳述記憶の2種類の記憶があると言われています。手続き記憶はスキルとも言われ、自転車に乗ったり、泳ぐなど一度覚えたらなかなか忘れることはありません。陳述記憶は言葉で表すことができる記憶です。出来事（エピソード）記憶と意味記憶の2つがあります。出来事記憶は今までの生活上の出来事（エピソード）の記憶で、意味記憶は意味とか知識の記憶になります。

記憶を時間から見ると、電話番号などの数字を数秒間覚えるようなきわめて短時間の記憶を、即時記憶とか作業記憶といいます。数分から数時間、数日の記憶を近時記憶、それ以上長く保たれる記憶を遠隔記憶といいます。アルツハイマー型認知症では出来事の近時記憶が失われることが大きな特徴ですし、意味性認知症では記憶の障害は初期ではほとんどみられません。

- 同じことを言ったり聞いたりする。
- しまい忘れや置き忘れが目立つ。
- さっき聞いたことが思い出せない、覚えていたはずの記憶が失われる。

見当識障害

記憶障害、理解力と判断力の低下のために時間・場所・人物の見当がつけられなくなる。

○時間、場所、人物に関する見当識が失われる。

（時間に対する見当識）日時や季節などの時間的なことについての認識。

（場所に対する見当識）今いる場所はどこであるかの認識。（人物に関する見当識）目の前にいる人物は誰であるかの認識。

○道順などがわからなくなる。

○時間的な事柄、今いる場所、他人あるいは自己に関する認識の障害。

○時間の概念がない（時間、午前か午後かさえも）。いつも日にちを忘れている。

失 語

聴覚障害や構音障害がないのに、言語の理解と表現が障害される。言語の理解はできるが、自発言語、言語復唱ができない症状を運動失語といい、言語の理解、復唱はできないが、自発言語はできる症状を感覚失語という。

○自分の話したいことを上手に言葉にできなかったり、滑らかに話せない。

○言葉のやりとりができない。

○ものの名前が出てこなくなる。

○相手の話（質問や会話の内容）が理解できない。

失 行

四肢の知覚、運動機能は保たれているのに、一定の目的・行為を正しく行うことができない状態をいう。

- 日常的に使っているものを正しく使えない。
- 歯ブラシの持ち方を間違える、歯磨きの手順を間違える（観念性失行）。
- ボタンをはめられない、箸を使えない、手先を使った細かい行為をすることができなくなる（肢節運動失行）。
- 衣服を正しく着ることができず、裏表や前後を間違えたり、反対側の袖に手を通そうとする（着衣失行）。
- 運動機能は正常であるのに、動作を行う能力に障害があり、目的にかなった行動ができにくい状態。
- 普段している動作であっても、指示されないとできなくなる（トイレの水洗を流せないなど）。
- 日常の動作がぎこちなくなる。

失 認

視覚の障害はないにもかかわらず、対象を認識できない障害をいう。

- ものの形や色がわからない。
- 親しい人を認知できない（相貌失認）。
- 長針と短針のパターンから時刻を判定できない（時計失認）。
- 感覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象を認識または同定できない。
- 日常使用しているものを触っても、それが何かわからない（触覚失認）。
- 何指なのかわからない（手指失認）。
- 自分の身体の部分への認知ができない（身体失認）。
- 空間における物の位置や、物と物との位置関係がわからない（視空間失認）。
- 鏡に映っている人物が誰なのか認識できない。

実行機能障害

計画を立てたり、順序立てる、物事を具体的に進めていく能力が損なわれる。

- 物事の計画を立てる、順序立てる、手順を踏む作業ができない（例えば料理）。
- 機械を操作する、按配をするなどができない。
- ある状況に置かれたときに、その状況を総合的に観察し判断し、それにふさわしい適切な確な行動をとる機能が障害されている状態。
- 計画的にものごとを実行できなくなる。
- 家電や自動販売機やA T Mなどが使えなくなる。

判断の障害

日常生活や職業に関連した問題を手順よく計画的に処理できないことをいう。

- 寒くても薄着のまま外に出る等、気候にあった服が着られない。
- 真夏でもセーターを着ている。
- 筋道を立てた思考ができなくなる。
- 物事の適切な判断ができなくなる、混乱する。

ひもときシートとの関係

前述の通り、ひもとき蔵は、「ひもときシート」の思考展開エリアに記入する際のヒントとして用いることができます。シートに向き合いながら、ただ、思考展開エリアを眺めていても、一つひとつの項目の中で確認すべき具体的内容はなかなかイメージし難いものです。

慣れないうちは、見落としが無いかの確認を含めて、ひもとき蔵が役立ちます。

(2) 認知症のアセスメントスケール

医療における認知症のアセスメントは質問式と観察式の2通りがあります。周辺症状は観察式で行い、家族からの情報を得たり、本人の行動を直接観察したりすることによって行うことができます。また、中核症状は、質問式、観察式のどちらでも行うことが可能であり、主なものに、改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）、Functional Assessment Staging (FAST)、Clinical Dementia Rating (CDR) などがあります。

改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）

1	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）		0	1
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？（年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年 月 日 曜日	0 0 0 0	1 1 1 1
3	私たちがいまいるところはどこですか？（自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ のなかから正しい選択をすれば1点）		0	1 2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。（以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく）1：a）桜 b）猫 c）電車 2：a）梅 b）犬 c）自動車		0 0 0	1 1 1
5	100から7を順番に引いてください。（100－7は？、それからまた7を引くと？ と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る）	(93) (86)	0 0	1 1
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。（6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう、3桁逆唱に失敗したら、打ち切る）	2-8-6 9-2-5-3	0 0	1 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。（自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点） a）植物 b）動物 c）乗り物		a : 0 b : 0 c : 0	1 2 1 2 1 2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。（時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの）		0 3	1 2 4 5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。（答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待ってもでない場合にはそこで打ち切る）0～5＝0点、6＝1点、7＝2点、8＝3点、9＝4点、10＝5点		0 3	1 2 4 5
			合計得点	

（出典）加藤伸司・下垣光・小野寺敦志ほか「改訂 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成」
「老年精神医学雑誌」2巻第11号、1339～1347項、1991年

長谷川式認知症スケール実施にあたっての注意と判定方法

1	満年齢が正確に言えれば 1 点を与える。
2	年・月・日・曜日、それぞれの正答に対して各 1 点を与える。
3	被験者が自発的に答えられれば 2 点を与える。現在いる場所がどういう場所なのかが答えられればよい。正答が出なかった場合、「ここは病院ですか？家ですか？それとも施設ですか？」とヒントを与える。正しく選択できれば 1 点を与える。
4	3 つの言葉を言い終わってから復唱してもらい、1 つの言葉に対して各 1 点を与える。もし正解が出ない場合、正答の数を採点した後に正しい答えを教え、覚えてもらう。
5	100 から順に 7 を引かせる問題。「93 から 7 を引くと？」というように、検査者が最初の引き算の答えを繰り返して言うてはならない。各正答に対して 1 点を与えるが、最初の引き算の答えが誤りであった場合にはそこで中止し、次の問題へ進む。
6	数字はゆっくり間隔をおいて提示し、言い終わったところで逆から言うてもらう。正解に対して各 1 点を与えるが、3 桁の逆唱に失敗した場合には中止し、次の問題に進む。
7	3 つの言葉の中で自発的に答えられたものに対しては各 2 点を与える。答えられない言葉があった場合には、少し間隔をおいてからヒントを与え、正解が言えれば 1 点を与える。ヒントは被験者の反応を見ながら 1 つずつ提示する。
8	あらかじめ用意した相互に無関係な 5 つの物品を 1 つずつ名前を言いながら並べて見せ、次のそれらを隠して“いまここに何がありましたか？”とたずねる。各正答に対してそれぞれ 1 点を与える。
9	「知っている野菜の名前をできるだけたくさん言うてみてください」と教示する。途中で言葉に詰まり、約 10 秒程度待っても次の野菜の名前が出てこない場合にはそこで打ち切る。採点は 5 個までは 0 点であり、以後 6 個＝1 点、7 個＝2 点、8 個＝3 点、9 個＝4 点、10 個＝5 点、となる。

(出典) 長谷川和夫『長谷川式認知症スケールについて 認知症のこれまでとこれから』永井書店、47 頁、2006 年

Functional Assessment Staging (FAST)

FAST stage		臨床診断	FAST における特徴	臨床的特徴
1	認知機能の障害なし	正常	主観的にも客観的にも機能低下を認められない。	過去（5～10年）と比較して、職業あるいは社会生活上、主観的および客観的にも変化は全く認められず支障をきたすこともない。
2	非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	物の置き忘れを訴える。喚語困難。	名前や物の場所、約束を忘れたりすることがあるが年齢相応の変化であり、親しい友人や同僚にも通常は気づかれない。複雑な仕事を遂行したり、込み入った社会生活に適応していく上で支障はない。多くの場合、正常な老化以外の状態は認められない。
3	軽度の認知機能低下	境界状態	熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。	重要な約束を忘れてしまうことがある。初めての土地への旅行のような複雑な作業を遂行する場合には機能低下が明らかになる。買い物や家計の管理、あるいはよく知っている場所への旅行など日常行っている作業をする上では支障はない。熟練を要する職業や社会的活動から退職してしまうこともあるが、その後の日常生活の中では障害は明らかとならず、臨床的には軽微である。
4	中等度の認知機能の低下	軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。	買い物で必要なものを必要な量だけ買うことが出来ない。誰かがついていないと買い物の勘定を正しく払うことが出来ない。自分で洋服を選んで着たり、入浴したり、行き慣れている所へ行ったりすることには支障はないために日常生活では介助を要しないが、社会生活では支障をきたす事がある。単身でアパート生活している老人の場合、家賃の額で大家とトラブルを起こすようなことがある。

5	やや高度の認知機能低下	中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を着ることができない。入浴させるときにも何とかなだめすかして説得が必要なこともある。	家庭での日常生活でも自立が出来ない。買い物を一人ですることは出来ない。季節に合った洋服が選べず、明らかに釣り合いがとれていない組み合わせで服を着たりするために、きちんと服をそろえるなどの介助が必要となる。毎日の入浴を忘れる事もある。なだめすかして入浴させなければならない。自分で体をちゃんと洗うことが出来るし、お湯の調整も出来る。自動車を適切かつ安全に運転できなくなり、不適切にスピードを上げたり下げたり、また信号を無視したりする。無事故だった人が初めて事故を起こす事もある。大声をあげたりするような感情障害や多動、睡眠障害によって家庭で不適応を起こし、医師による治療的関わりがしばしば必要になる。
6	高度の認知機能低下	やや高度のアルツハイマー型認知症	a) 不適切な着衣 b) 入浴に介助を要する入浴を嫌がる c) トイレの水を流せなくなる	寝巻きの上に普段着を重ねて着てしまう。靴紐が結べなかったり、ボタンを掛けられなかったり、ネクタイをきちんと結べなかったり、左右間違えずに靴を履けなかったりする。着衣も介助が必要になる。 お湯の温度や量が調節できなくなり、体も上手く洗えなくなる。浴槽への出入りも出来にくくなり、風呂から出た後もきちんと体を拭く事が出来ない。このような障害に先行して風呂に入りたがらない、嫌がるという行動がみられることがある。 用を済ませた後の水を流すのを忘れたり、きちんと拭くのを忘れる。あるいは済ませた後の服をきちんと直せなかったりする。

			d) 尿失禁	時に (c) の段階と同時に起こるが、これらの段階の間には数ヶ月間の間隔があることが多い。この時期に起こる尿失禁は尿路感染や他の生殖器泌尿器系の障害がなく起こる。この時期の尿失禁は適切な排泄行動を行う上での認知機能の低下によって起こる。
			e) 便失禁	この時期の障害は (c) や (d) の段階でみられることもあるが、通常は一時的にしろ別々にみられることが多い。焦燥や明らかな精神病様症状のために医療施設に受診することも多い。攻撃的行為や失禁の為に施設入所が考慮されることが多い。
7	非常に高度の認知機能低下	高度のアルツハイマー型認知症	a) 最大限 約 6 語に 限定され た言語機 能の低下	語彙と言語能力の貧困化はアルツハイマー型認知症の特徴であるが、発語量の減少と話し言葉のどぎれがしばしば認められる。さらに進行すると完全な文章を話す能力はしだいに失われる。失禁がみられるようになると、話し言葉はいくつかの単語あるいは短い文節に限られ、語彙は 2,3 の単語のみに限られてしまう。
			b) 理解し うる語彙 はただ一 つの単語 となる	最後に残される単語には個人差があり、ある患者では“はい”という言葉が肯定と否定の両方の意志を示すときもあり、逆に“いいえ”という返事が両方の意味を持つこともある。病気が進行するに従ってこのようなただ一つの言葉も失われてしまう。一見言葉が完全に失われたと思われてから数ヶ月後に突然最後に残されていた単語を一時的に発語することがあるが、理解しうる話し言葉が失われた後は、叫び声や意味不明のブツブツ言う声のみとなる。

			c) 歩行能力の喪失	歩行障害が出現する。ゆっくりとした小刻み歩行となり階段の上り下りに介助を要するようになる。歩行が出来なくなる時期は個人差があるが、しだいに歩行がゆっくりとなる。歩幅が小さくなっていく場合もあり、歩くときに前方あるいは後方や側方に傾いたりする。寝たきりとなって数ヶ月すると拘縮が出現する。
			d) 着座能力の喪失	寝たきり状態であっても、はじめのうちは介助なしで椅子に座っている事は可能である。しかし、しだいに介助なしで椅子に座っている事も出来なくなる。この時期ではまだ笑ったり、噛んだり、握ることは出来る。
			e) 笑う能力の喪失	この時期では刺激に対して眼球をゆっくりと動かすことは可能である。多くの患者では把握反射は嚥下運動とともに保たれる。
			f) 混迷および昏睡	アルツハイマー型認知症の末期ともいえるこの時期は、本疾患に付随する代謝機能の低下と関連する。

Reisberg B,Ferris SH,Anand R et al:Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 435:481-483,1984

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

「認知症高齢者の日常生活自立度」とは、日常生活の自立度を客観的に把握するための指標です。介護保険制度における要介護認定の調査内容や、主治医意見書の中でも用いられる重要な項目の1つです。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談・指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つなど	
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができないなど	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。

Ⅲ a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
Ⅲ b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ	
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢ bに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(出典) 全国認知症グループホーム協会編『認知症グループホーム法令通知集 平成 18 年版』

中央法規出版, 606 ～ 608 頁, 2006 年

(4) 認知症ケアにおける薬の理解

高齢者の疾患には表1のような特徴があるとされています。高齢になると体脂肪の相対的な割合が増加し、細胞内水分の相対的な比率が減少するという特徴があります。いわば、高齢者は潜在的に脱水状態にあるということもできます。

そのために、容易に水分と電解質のバランスが崩れ、精神症状が発現しやすくなります。同じ薬を服用していても脱水が加わったりして、認知症と紛らわしい状態が現れたり、意識障害を起こしたり、などの思わぬ副作用がみられることもあります。また、加齢に伴って血中アルブミン量が低下し、遊離型の薬物濃度が上昇し、薬物の半減期が延長することもあります。向精神薬のほとんどは脂溶性なので、体脂肪の割合が増加すると、薬物が脂肪に拡散して作用が続く時間が延びることにもなります。さらに、腎臓や肝臓のクリアランス（臓器における、老廃物の排泄の能力を表す指標）が低下するため、血中の薬物濃度が高くなりやすくなります。

 表1. 高齢者にみられる病気の特徴

①高齢者に特有な病気がみられる
②1人で多くの病気をもっている
③重症化しやすく回復が遅れやすい
④個体差が大きい
⑤症状が非典型的である
⑥水・電解質の異常を伴いやすい
⑦身体疾患であっても精神症状を呈しやすい
⑧薬物の副作用がみられやすい
⑨患者の予後に社会的環境の影響が大きい

（出典）平井俊策「代謝面からみた高齢者における心身障害の相関」老年精神医学雑誌

16: 647-652, 2005

高齢者が多くの病気を持っているということは、それぞれの病気の治療のために多種類の薬剤を同時に服用することとなり、薬剤の相互作用が起きやすい状態になります。表2では、認知症やせん妄、うつ状態、幻覚などを起こしやすい薬物を示しています。

 表 2. 高齢者に認知症に似た症状をもたらす可能性のある薬剤

薬の種類	抑うつ	物忘れ	せん妄 (意識障害)
①一部の降圧薬	○	○	○
②抗不安薬	○	○	○
③睡眠薬		○	○
④古い型の抗うつ薬（三環系）		○	○
⑤一部の抗精神病薬	○	○	
⑥H ₂ ブロッカー	○		
⑦H ₂ ブロッカーを含む抗ヒスタミン薬		○	○
⑧抗パーキンソン病薬		○	○
⑨甲状腺の動きを抑える薬	○		
⑩抗てんかん薬		○	
⑪副腎皮質ステロイド			○
⑫一部の抗不整脈薬			○
⑬一部の気管支拡張薬			○

（出典）信濃毎日新聞 2010 年 10 月 22 日（金）（秋下雅弘東大病院老年病科准教授による）

認知症の症状をはじめとして、様々な精神症状のある高齢者は、服用している薬の影響を受けやすいといえます。本人の健康状態をできるだけ良い状態に保つことは介護の基本ですが、そのためにはまず、服用している薬を把握することが大切です。幸い、最近は以前に比べて「お薬手帳」なども普及してきており、本人がどのような薬を飲んでいるのか比較的簡単に把握できるようになりました。それぞれの薬をきちんと服用できているのかを確認することも重要な支援になります。

しかし、実際には、認知症の人が自分自身で薬の管理をすることも多く、飲み忘れがあってもそのままにしているケースがしばしばあります。血圧がどうも不安定だと思っていたら、降圧薬をきちんと服用できていなかったということは珍しくありません。服用している薬の効果や副作用を理解しておくことは難しいかもしれませんが、特に、本人の状態に変化があったときには、薬の種類や量が変わっていないかどうかを確かめる習慣をつけましょう。

施設であっても、入居者の日常の生活に接する時間が一番多いのは介護職です。在宅で暮らす高齢者の場合も、最近では独居高齢者や高齢者のみの世帯が増えています。今後はますます介護職が気づきを持つことが重要になってくるでしょう。表3では、服薬に関して介護職が留意すべき点をまとめました。

 **表3. 服薬に関する介護者の留意点**

①服用している薬を把握する
②服用している薬の特に注意しなければならない副作用を確認する
③服用している薬の飲み合わせが問題ないことを確認する
④服用している薬と注意が必要な食事の内容を確認する
⑤主治医の指示通り服薬できているか確認する
⑥体調や精神症状の変化があったときには、服用している薬が変わっていないかどうか確認する
⑦普段服用している薬であっても、熱があるときや脱水があったりすると副作用が現れやすくなることを理解する
⑧主治医と相談して、服薬回数をできるだけ減らしてもらう
⑨服薬忘れなどに気づいた時は介護支援専門員等を通して主治医に連絡する
⑩本人の心身の状態にあった服用しやすい薬の形態を主治医と相談する

4 認知症に関連する法律・制度

(1) 高齢者虐待防止法

高齢者虐待に対応する法律として、2006年4月より「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）」が施行されました。高齢者虐待とは、身体的、精神的、経済的に高齢者の人権が損なわれる状態を指し、虐待の早期発見及び防止のための取り組みが目指されています。また、虐待防止は、虐待に至る前の段階で、家族や援助者等に「認知症」の正しい理解を促していくことも重要な取り組みとなります。

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」

(2006.4 施行)

● 高齢者虐待の定義

高齢者虐待とは、65歳以上の高齢者に対する「養護者（高齢者を現に養護する者）」及び「養介護施設従事者等」による次のような行為をいう。

区 分	法による定義	事 例
身体的虐待 (暴行)	高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。	・ 平手打ちをする ・ つねる、殴る、蹴る ・ 無理やり食事を口に入れる ・ やけどをさせる ・ ベッドに縛り付ける など
ネグレクト (養護を著しく怠る)	高齢者を衰弱させるような著しい減食、又は長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。	・ 入浴しておらず異臭がする ・ 髪が伸び放題である ・ 水分や食事を十分に与えられていないことで、脱水症状や栄養失調の状態にある ・ 劣悪な住環境の中で生活させる など

区 分	法による定義	事 例
心理的虐待 (心理的外傷を与えるような言動)	高齢者に対する著しい暴言、又は著しく拒絶的な対応、その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。	・排泄の失敗等を嘲笑する等により高齢者に恥をかかせる ・怒鳴る、ののしる ・侮辱を込めて子供のように扱う ・話しかけを無視するなど
経済的虐待 (高齢者から不当に経済上の利益を得る)	養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分すること、その他高齢者から不当に財産上の利益を得ること。	・日常生活に必要な金銭を渡さない ・本人の自宅等を本人に無断で売却する ・年金や預貯金を本人の意思、利益に反して使用するなど
性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること、または高齢者をしてわいせつな行為をさせること。	・排泄の失敗に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する ・キス、性器への接触など

(2) 身体拘束ゼロへの手引き

介護保険施設などでは、2000年の介護保険制度がスタートしたときから、高齢者をベッドや車いすに縛り付けたり、つなぎ服を着せたりするなどの身体を奪う行為は、利用者の「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き」原則禁止とされています。また、2006年に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(高齢者虐待防止法)においては、身体拘束は、原則、すべて高齢者虐待に該当する行為として位置づけられています。以下では、2001年3月に厚生労働省による身体拘束ゼロ作戦推進会議によって作成された「身体拘束ゼロへの手引き」より、その内容を抜粋して紹介しています。

— — — — —

身体拘束ゼロへの手引き

— 高齢者ケアに関わる全ての人に

1 身体拘束がもたらす多くの弊害

身体的弊害 本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位のじょう瘡の発生などの外的弊害をもたらします。食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害をもたらします。車いすに拘束しているケースでは無理な立ち上がりによる転倒事故、ベッド柵のケースでは乗り越えによる転落事故、さらには抑制具による窒息等の大事故を発生させる危険性すらあります。このように、本来のケアにおいて追求されるべき「高齢者の機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招くおそれがあります。

精神的弊害 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった大きな精神的苦痛を与え、そして人間としての尊厳を侵すこととなります。身体拘束によって、認知症がさらに進行し、せん妄の頻発をもたらすおそれもあります。また、本人の家族にも大きな精神的苦痛を与えます。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、そして罪悪感にさいなまされる家族は多いと言えます。さらに、看護・介護スタッフも、自らが行うケアに対して誇りを持てなくなり、安易な拘束が士気の低下を招くことにもつながります。

社会的弊害

身体拘束は、看護・介護スタッフ自身の士気の低下を招くばかりか、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こす恐れがあります。そして、身体拘束による高齢者の心身機能の低下はその人の QOL を低下させるのみでなく、さらなる医療的処置を生じさせ経済的にも少なからぬ影響をもたらします。

2 拘束が拘束を生む「悪循環」

身体拘束による「悪循環」を認識する必要があります。痴呆があり体力も弱っている高齢者を拘束すれば、ますます体力は衰え、認知症が進むことになります。その結果、せん妄や転倒などの 2 次的、3 次的な障害が生じ、その対応のために更に拘束を必要とする状況が生み出されるのです。

最初は「一時的」として始めた身体拘束が、時間の経過とともに、「常時」の拘束となってしまう、そして、場合によっては身体機能の低下とともに高齢者の死期を早める結果にもつながりません。身体拘束をやめることは、この「悪循環」を逆に、高齢者の自立促進を図る「良い循環」に変えることを意味しています。

3 身体拘束例外 3 原則の 3 つの要件をすべて満たすことが必要です

以下の 3 つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し、記録しておくことが必要です。

切迫性

利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

「切迫性」の判断を行う場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを、確認する必要があります。

非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

「非代替性」の判断を行う場合には、いかなる場合でも、まずは身体拘束を行わずに介護するすべての方法の可能性を検討し、利用者本人等の生命又は身体を保護するという観点から他に代替手法が存在しないことを複数のスタッフで確認することが必要です。また、拘束の方法自体も、本人の状態などに応じて最も制限の少ない方法により行うことが求められます。

一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要があります。

4 手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる

仮に3つの要件を満たす場合であっても、以下の点に留意しなければなりません。

- ①「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人（または数名）では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。特に、施設内の「身体拘束廃止委員会」等において、事前に手続等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を整えておくことが求められます。
- ②利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等ができる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努めます。その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行うなど、説明手続や説明者について事前に明文化しておくことが求められます。仮に、事前に身体拘束について施設としての考え方を利用者や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で、必ず個別に説明を行うことが大切です。
- ③緊急やむを得ず身体拘束を行う場合であっても、「緊急やむを得ない場合」には、該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除しなければなりません。

5 身体拘束に関する記録が義務づけられている

- ①緊急やむを得ず身体拘束などを行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。
- ②具体的な記録は、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に係る再検討を行うごとに、逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する必要があります。この記録は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要があります。

（出典）厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議 身体拘束ゼロへの手引き」

(3) 成年後見制度

日本の成年後見制度は、ドイツの世活法、イギリスの持続的代理権授与法を参考にして、2000年4月に、従来の禁治産・準禁治産制度にかわって設けられました。従来は、家産の維持と取引相手の保護を主眼にしていたましたが、新しくなった成年後見制度では、判断能力に支障があっても個人の自己決定権をできるかぎり尊重し、能力を喪失したあとでも自己の意思を実現できる可能性を支援する制度といえます。

成年後見制度は、契約によって後見人を定める任意後見制度と、本人の判断能力が不十分になった場合に家庭裁判所の審判により後見人（保佐人・補助人）が決定・開始される法定後見があります。また、法定後見は、本人の判断能力の程度に応じて後見、保佐、補助の3類型に分かれます。

従来の制度と異なる点は、身上配慮義務が定められた、補助類型の新設や、配偶者が自動的に後見人になることが改められ、本人にとって最もふさわしい後見人が選択されるようになった事などがあげられます。

成年後見制度の特徴

○任意後見制度の導入：自己決定の尊重

本人に判断能力があるときに自ら後見人を選び、後見の内容を自己決定することができる。内容は、財産管理以外に身上監護（医療、住居の確保、施設の入退所など、介護、生活維持、教育、リハビリなど）が含まれる。

○補助類型の追加：軽度の認知症など

軽度の認知症、知的障害、精神障害に対応でき、本人の申し立てや意見をもとに補助人の権限の内容や範囲を自由に選ぶことができる。

○財産管理だけでなく身上監護も：身上配慮義務

財産管理だけでなく身上監護についても配慮する制度となった。法人後見人あるいは複数後見人の選任も可能となった。後見人、保佐人、補助人、任意後見人のすべてに身上配慮義務を果たす規定が設けられた。

○戸籍への記載廃止

これまでの戸籍への記載が廃止され、成年後見登記制度が新設された。

○申し立て権：市区町村長にも付与

これまでは親族等に限られていた申立権が市区町村長にも付与された。このことは「介護の社会化」に対応して「後見の社会化」といわれる。

5 現場で役立つ「認知症ケアQ & A」

Q 1

認知症の人には、たくさんの能力が残っているとわれていますが、どんなことですか？

認知症の人は、自分の年齢も家族の顔も忘れるようになった段階でも、できることはかなりあります。昔の仕事を懐かしそうに喋ったり（遠隔記憶が残っている）、万葉集の短歌を披露したり（意味記憶が残っている）、花を上手に活かすことができたり（手続き記憶が残っている）、「あなたもお体大切に」と人に挨拶をしたり（社会的動作が残っている）、楽しいことを喜んだり（感情が残っている）することができます。なくしてしまった能力ばかりに目を向けるのではなく、今ある能力に目を向けてください。周囲が一人ひとりの個性に配慮し、その残された能力が発揮できる環境をつくれば、その人はいきいきと暮らすことができ、症状の進行を遅らせることができるでしょう。

Q 2

認知症の人の気持ちに合わせようとするなら、予定や日付が分からないと言われたときには、「日付なんて分からなくてもいいよ」と言うべきなのでしょうか？

ものの忘れがあって日付もなかなか覚えられないときに、「さっき教えたでしょう」「何回聞くのよ」などと、できないことを責められると、その人の頭の中は不安で一杯になり、怒るか落ち込むかのどちらかの反応を起こします。当然、ものを忘れるという症状を受け止め、受容していくことがケアの基本であることは間違いありません。しかし、記憶障害が高度になっていない認知症の人では、記憶の対象となるものを単純化し覚えやすくするというケアの工夫で必要なことを覚えてしまうことがあります。例えば、大切なものを決まって入れておく「宝箱」を置いてみたり、日付だけ書いてあるホワイトボードを目のつくところに架けておいたりすることなどです。その人が何らかのきっかけでものを置いた場所を覚えていることができたり、日付も分かるようになれば、嬉しいことです。ここに沿ったケアをしながら、中核症状に働きかける、可能性を諦めないケアも考えてみてください。

Q 3

家族へのケアとはどんなことを考えればいいですか？

認知症の人の治療にもまして大切なことが、介護する人たちのケアです。認知症という病気は、生活全般の介護が必要となるため、家族に対して適切な介護の方法を指導したり、心のケアをしたり、介護仲間を紹介することなど、多くのことが必要です。家族への適切なケアもまた認知症の人への治療に結びつくのです。どんなときも一緒に考える姿勢を忘れないでください。

Q 4

トイレに行こうとしてトイレを探したり、ドアの前で立ちつくしていたり、洋式トイレの前で立ち往生していたりします。

認知症の人は、あることをしたいと思っても、その行為をやり遂げることが難しくなります。トイレに行こうとしても、トイレの場所を探せず、トイレにたどり着いてもドアの開け方が分からないことがあります。ドアを開けることができても、洋式トイレの蓋を開けることができないかもしれませんし、ズボンと下着を脱ぐことができないかもしれません。排泄できたとしても、後始末をして水洗を流すという作業が残っています。もし、誰かがトイレを使っていたら、他のトイレを探すか、早く出てくれるように頼むかを選ばなければなりません。失行、失認、実行機能の障害（資料編 p 105 ～ 108 参照）などの症状を一つずつ思い返して考えてみて下さい。

このように、私たちが、一日に何度も無意識に繰り返していることが認知症の人にはとても難しくなります。そのためにも私たちは、病気のためにやりづらくなっているその部分について細かく考え、工夫を行いながら関わっていくことが求められますね。一つずつの動作を確認しながらもう一度考えてみませんか？

Q 5

午後4時にデイサービスの帰りの車を出すのですが、「4時まで待ってね」といっても、そわそわして落ち着きません。

わたしたちは午後5時といわれれば、夕方になり、食事の準備のために買い物に行ったり、会社勤めなら仕事が終わりにかけていく風景を思い浮かべます。時刻という目印で一日の時間の流れを想像するのです。認知症になると、徐々に時間の感覚がなくなり、「4時まで待って下さい」と言われても4時がどんな時刻なのか想像できません。また、時間の長さが分からなくなるので、「1時間待って下さい」と言われても、1時間の長さが想像できません。

「このお茶を飲んでから帰りましょうね」といつもの出来事に関係づけて話をすれば、少しは待つことができることもあります。認知症の人達のそのときの思いがどんなものなのか、互いに考えを話し合ってみることも大切ですね。

Q 6

認知症になると日付や場所がわからなくなりますか？

認知症になると、徐々に日付や場所や人の顔がわからなくなっていきます。見当識障害と呼ばれるこの症状は認知症の人にはとても辛い症状のひとつです。自分がいつどこで誰と何をしているのかわからなくなるのです。人は、「自分は○年の○月○日午後12時に、自分の仕事場で同僚と話しながら食堂に行こうとしている」とわかっていれば、何の不安もなく行動します。しかし、自分が居るところが仕事場とわからなかったり、周りの人が誰かがわからなくなったと仮定して下さい。そうすると、当然何をしようとしているかもわかりませんし、何故ここにいるのだろうと頭の中はパニックになりますね。

見当識障害は時間、場所、人の順番で起こり、変化する度合いの大きいものほど忘れやすいという原則があります。曜日は7つしかないので覚えやすいですが、日付は31日もありなかなか覚えにくいですね。

Q 7

介護サービスの展開が難しいときは、どのようにすればよいでしょうか？新しいサービスを導入する時の説明が難しいことがあります。

例えば、デイサービスの利用になかなかつながらないことは認知症ではしばしばあります。デイサービスといっても理解できないことが普通でしょうし、何のためにそんなところに行かなくてはいけないのか、わかってもらえないこともあります。認知症のために自発性が低下している場合には、家から動きたがらないことも珍しくありません。介護保険自体を理解できなければ、年金を使いたくないということが理由のこともあるでしょう。生活する上で何の支障もないと思っている認知症の人であればヘルパーを頼む意味はわかりません。特に、高齢者は他人を家の中に入れたくないのが普通でしょう。利用したくない理由が妥当なものであるかどうかは別にして、その理由がなんであるか確かめることがまず必要ですが、主治医を含めて課題を共有しましょう。例えば、健康チェックなどはヘルパーよりも訪問看護師のほうが受け入れられやすいこともあるかもしれません。

Q 8

環境の工夫とはどんなことを言うのでしょうか？

認知症の方にとって居場所を変えることのダメージは大きな課題となっています。例えば、ショートステイなどを利用すると、環境のギャップで混乱してしまうことも少なくありません。できれば受け入れ施設と相談して、なじみのものを持ち込むだけでも安心できることがあります。自宅でも、急に寝室や居間などを整理したり、模様替えをしたりすると同じようなことが起きる可能性がありますので気をつけて下さい。衣類や室内の整理をする場合は、ご本人の目の前で行わず、少しずつ様子を変えていく方が混乱も少ないとも言われています。しかし、勝手に整理をしてしまうのではなく、ご本人の意向を確認しながら行うことも大切です。

また、認知症の方は周囲からの説明を一度に理解することはとても難しく、張り紙やボードに書いてご本人に読んでもらおうと動きやすいということもあります。会話に際しても、早口であったり、聞き取りにくい声の大きさであったりするだけで話していることがわからなくなることは多いですから、私たちも話し方の自己点検をしてみましょう。私たちのかわり、一つひとつも重要な環境の一部だと自覚したいですね。

Q 9

サービス事業者としてケアマネジャーや他の事業所との連携が重要であると思うのですが、どのようにつながればいいのでしょうか？

サービス事業者として認知症の方に関わっているのであれば、日常の知り得た様子や判断したことなどをケアマネジャーに報告することは重要な業務の一つです。良いことや、うまく関われなかったことなど小さなことでも報告をして「現在のその人」を伝えていきましょう。このくらいのことは知っているだろうとか、忙しさからつい報告することをわすれてしまったりすることは、チームとして関わっていく上ではとてももったいないことです。

また、これは、事業所間でも同じことが言えます。一人の人にかかわっていたとしても、かかわる場所や、かかわる人が違うだけでその人の様子は随分と違ってきます。他の居場所での様子を互いに知ることによって新たな発見が多いのは言うまでもありません。お互いが持っている情報を共有化することは認知症ケアに関わる者にとって大きなプラスとなることを認識して、積極的に連絡を取り合いきましょう。

Q 10

地域とのつながりが少なく感じます。つながりをつくるにはどのようにしたらよいのでしょうか？

サービス時間中に地域の人たちと出会う機会は多いと思います。また、施設であっても来訪時や外出時などを利用して、どんどんと地域へ出かけ、つながりを持つことで、周囲の方たちの理解も得られるようになり、小さなかかわりが芽生えてきます。すぐに成果の出ることではありませんが、日頃から地域とつながりを持とうとする姿勢を忘れずに、時間をかけて取り組んでいきたいですね。

Q 11

集団対応と個別対応の使い分けはどうか？

集団で行動をする場合、多くの中の一人だという安心感はあるようです。人数が多いのであまり自分自身が目立たず自分のペースで過ごせるということです。目立たないからこそ、思い切って何かができたり、集団の力を借りてあまり意識せずに行動ができ、思わぬ良い結果が出せることもあるようです。

また、個別に関わることで細やかなかわりが受けられ、安定して過ごすこともできます。周囲の動きに混乱することなく気持ちを落ち着かせ、ゆっくりと考え動くことが良い時間をつくったりもします。

どちらにしても、その時その時のご様子に合わせて集団や個別対応を考え、その状況に応じて私たちが対応を見極めることが大切です。「この人の対応は〇〇」と決めつけることはせず、臨機応変に柔軟な対応をすることがポイントです。

Q 12

内部教育について・職員の連携は？

その日の業務を振り返るための時間は努力して持ちたいものです。具体的にあった事柄を話し合い、その時にどう考えたのか？どのような対応をしたのか？などをスタッフで共有することは重要です。後日に長時間のミーティングをしても、私たちも忘れてしまうことが多く、その場での新鮮な気持ちは消えてしまいます。短時間でもかまいませんので、今日あったことをお互いに知らせ合いましょう。その時にはなるべく難しい言い回しや専門用語は使わず、聞いているすべてのスタッフがイメージできるような表現にしましょう。できれば、失敗談よりも、成功したことや思いもよらない力が発揮できたことなど、「聞いていてやる気の出る話」をしましょう。

また、たとえ失敗したことやうまくいかないことばかりだったとしても、前向きにとらえ、次回へのステップにできるよう明るく受け止められるといいですね。この積み重ねが、スタッフ間の連携を強め、互いを高め合うことにつながるのではないのでしょうか？明日から取り組めることとして、もう一度自分の職場でのミーティングを見直してみませんか。

6 心の健康コラム

～介護職の心身疲労・ストレスの解消について

(1) ストレスとは



ストレスという言葉はもともと物体に外から力が加わった時に生じる歪みを指す物理学の用語でしたが、「外からの刺激による生体側の歪みと、その刺激に対抗して歪みを元に戻そうとする生体側の反応」をストレスと呼ぶようになりました。ゴムボールを指で押さえた状態をイメージしてください。軽く押さえただけでは弾力性によってすぐに戻ります。しかし、強い力で押し続けるとボールは大きくへこみ歪んでしまいます。この時、歪みを生じさせる指の力を「ストレッサー」、歪んだ状態を「ストレス反応」、押されてもすぐに戻れる状態を「ストレス耐性」があると呼びます。

(2) ストレスは悪くない？



私たちの心身で考えると、「ストレス反応」は怒りや不安、焦り、不眠など心身にあらわれる反応を意味し、「ストレッサー」は職場や家庭におけるトラブルなどストレス反応を引き起こす刺激、「ストレス耐性」はストレスに立ち向かえる力と考えることができます。

ストレスは人間にとって避けられないもので、人間としての成長や心身の健康に対して両価的意味を持ちます。“全てのストレスが悪いものではない”ということです。適度な緊張感は、仕事をする上で大切なものでもあります。適切に対処可能なストレスは個人の成長をもたらす「ユーストレス」とよばれ、有害なストレスは「ディストレス」とよばれています。ユーストレスもないストレスゼロの状態は、刺激や変化が一切ない状態です。想像してみるとつまらない世界ではありませんか。ストレッサーとなり得る職場やプライベートな時間は、充実感や満足感、生活のハリやリズムを与えてくれます。

(3) ストレスの個人差



ストレスの感じ方には個人差があります。同じ大きな出来事を経験しても、乗り越えることが出来る人とそうでない人がいます。その日のコンディションによっても違います。いろいろな出来事を経験する時に、受け止め方や対処の仕方はそれぞれ異なり、ストレス反応の現れ方に差が出てきます。ストレッサーと自分との相互作用からストレス反応は生じます。ストレッサーに対して自分が適切に対処できるかどうか重要です。そのためにも自分をよく知り、ストレス耐性を強化し、ストレスと上手に付き合っていくことが自分の成長や健康のために非常に大切です。

(4) ストレスへの気づき方



みなさんストレスという言葉をよく使うのではないのでしょうか。しかし、一々のストレスについて客観的に考えたり、心身の変化に気を配っているわけではないと思います。多くのストレスは些細なことで、心に余裕がある時には気にならないこともあります。些細な出来事が重なりイライラや不安がつのと、日常生活や仕事に支障をきたすこともあります。些細な出来事が積み重なり対応できなくなると、突然感情があふれ出しコントロールを失うこともあります。日頃気をつけたいことは、「心に余裕はあるか」「今抱えているストレスにどれだけ対処できるか」「見通しは立っているか」です。対処困難なストレスを抱えたまま仕事をすると、焦りや不安から注意散漫となり、普段ならしないミスをしてしまう危険や、言葉や態度からイライラが伝わり同僚や利用者との関係がぎくしゃくしてしまう場合もあります。また、仕事のストレスとプライベートでのストレスが重なって不調になることが多いです。

(5) ストレスマネジメント



ストレスの感じ方には個人差があるので、日頃から自分の心の状態をチェックすることがとても大切です。多忙のあまり心身の変化に気づかないでいると、胃潰瘍やストレス性疾患で倒れてしまうことになりかねません。心身が悲鳴をあげる前にストレスに気づき、心身の健康のために何らかの措置を講ずることが必要です。このように予防的にストレスにかかわることを「ストレスマネジメント」と呼んでいます。ストレスマネジメントに第一に重要なのは、自分をよく知ることです。誰もが心は元気だと思いたいし、元気でなければと思いこんでいるので、心のだるさはなかなか自覚しにくいものです。周りに気を配りすぎて疲れていませんか？一人で頑張りすぎていませんか？自信が持てずに人からの評価ばかり気にしていませんか？

ストレスは身体の不調として自覚しやすいです。眠りが浅いことや眠れないこと、朝の目覚めがすっきりしないことも心にだるさが潜んでいる証拠でもあります。また、食欲など欲求の低下も考慮する必要があります。これらを放置すると、不定愁訴(病気としてはまとめられない漠然とした体の不調の訴え)が生じ、心身症や仮面うつ病(うつ病としての精神症状が身体症状として強くあらわれる)に陥る危険が高くなります。心のだるさを早めに自覚して、身体を休めることが重要です。それが心を休めることにもなります。

(6) ストレスへの対処



私たちはストレスにどう対処しようか、自然といろいろなことを考えています。しかし、いつも客観的に冷静な判断をしているわけではありません。私たちは自分の中に独自の考え方のクセを持っています。なので、知らず知らずのうちにいつも同じような考え方をしています。その考え方が現実とずれている時に、実際の状況よりもつらく感じ、悩んでしまうことがあります。ストレスに直面して感情が混乱している時は、すぐ対処しようとせずに、まず落ち着くまで待ちましょう。なかなか整理がつかない時は文字や図に書くことで、自分の中から出してみましょう。文字にすることで、冷静に客観的に見ることができます。気分が落ち着き、整理がついてきたら、どのような対処ができるか考えてみましょう。時間がかかっても良いので、気持ちが落ち着くまで待つことが大切です。ストレスを感じる要因が考えつかない時は、問題から少し距離を置いて自分の考え方のクセを見直してみると、今まで考えつかなかった対処方法が思いつくことがあります。一人で考えてもどうしようもない時、つらくて仕方がない時は、頑張っている自分をまず

認め、誰かに相談するなど一人で抱え込まず、自分のストレスと向き合って管理していきましょう。

(7) ストレスコーピング



ストレスを切り抜けるための対処行動を「ストレスコーピング」とよんでいます。ストレスコーピングは、①問題焦点型対処と②情動焦点型対処という大きく2つの方法に分けることができます。①問題焦点型対処は、問題解決に向けて情報を集めたり計画を練ったり積極的に行動するもので、②情動焦点型対処は、話を聞いてもらったり、趣味や運動でリラックスしたり、問題から離れて気分転換をはかるものです。

いつもどのような対処をとっていますか？自分の対処行動を振り返り、どちらか一方に偏りすぎていないか、何か一つの方法に固執して、なかなか解決できず、嫌な気分を引きずっていないか、不必要に自分を追い込んではいないか考えてみてください。いつも同じ対処では、ストレスを上手く活用できず、苦しいだけで、成長のチャンスを逃しているかもしれません。いつもストレスから逃げてばかりの人は周りの人の助けを得ながらストレスに向き合ってみたり、いつもストレスと向き合っている人は少し離れてみるのはどうでしょう。自分をよく知り、自分に合った対処法を持つことがとても大切です。

さらに、リラックスできるストレス解消法を3つ以上持つように心掛けてください。ストレスを感じても解消法を持っていることで、リラックスでき気分転換がしやすいです。おしゃべりや、スポーツで汗をかくこと、熱中できることに打ち込むなど、どんなことでも良いです。ストレス管理は、できそうに感じたことから取り組んでみましょう。仲間とどんなストレス解消法を持っているか話して、いろいろなリラックス法を試してみることも良いですね！

7 知っていると便利な情報

(1) 歳祝い早見表

数え年	お祝い 名称	お祝い色	名称の言われ
61 歳 (満 60)	還暦	赤	還暦は 61 年目には生まれた年の干支に戻るため、「本卦還り」とも称され、「赤子に還る」という意味があるようです。また「赤色は魔よけになる」とも言われ、「赤いちゃんちゃんこ、赤い帽子、赤い座布団」など、赤子にならった贈り物をし、さらにご長寿をという願いを込めて一族でお祝いをします。
66 歳	緑寿	緑	2002 年 9 月、日本百貨店協会が提唱、緑々寿の略。
70 歳	古希・ 古稀	紺、紫	中国の詩人、杜甫の詩の中の（人生七十、古来稀也）の語句から。
77 歳	喜寿	紺、紫、 黄	喜の字を草書で書くと（七十七）と読めることから。「しちぼこ祝い」といって火吹き竹に半紙と水引をかけ配るところもある。
80 歳	傘寿	紫、黄、 金、金茶	傘の略字が（八十）と読むことができるから。
88 歳	米寿	黄、金、 金茶	米の字を分解すると（八十八）になることから。88 歳は（米の祝い）とも言い、米文化の日本と末広がりの八の字 2 重ねでおめでたいものです。記念品など昔は、米びつ、升、斗搔棒、など米に関するものが多かったようです。青い座布団、紫の座布団、茶袋などを贈る地方もあるようです。
90 歳	卒寿 傘寿	黄、金、 白	略字では「卒」を「傘」と、縦に（九十）と読むことから。
99 歳	白寿	白	百から一を取ると白になり計算上（九十九）になるから。白装束をつける地方もあるそうです。
100 歳	百寿 上寿 紀寿 百賀	白	100 歳以降は毎年祝う。「101 歳：百一賀の祝い」、「102 歳：百二賀の祝い」
108 歳	茶寿		「茶」を分解すると、「十十の下に八十八」と書くことから。
110 歳	珍寿 椿寿		古来、珍しい長寿の意。
111 歳	皇寿		「皇」を分解すると、「白の下に一十一」と書くことから。
120 歳	大還暦		還暦の 2 倍

(2) 年齢早見表 (平成 23 年版)

西暦	元号	年齢	西暦	元号	年齢	西暦	元号	年齢
1910 年	明治 43 年	101 歳	1944 年	昭和 19 年	67 歳	1978 年	昭和 53 年	33 歳
1911 年	明治 44 年	100 歳	1945 年	昭和 20 年	66 歳	1979 年	昭和 54 年	32 歳
1912 年	明治 45 年	99 歳	1946 年	昭和 21 年	65 歳	1980 年	昭和 55 年	31 歳
1913 年	大 正 2 年	98 歳	1947 年	昭和 22 年	64 歳	1981 年	昭和 56 年	30 歳
1914 年	大 正 3 年	97 歳	1948 年	昭和 23 年	63 歳	1982 年	昭和 57 年	29 歳
1915 年	大 正 4 年	96 歳	1949 年	昭和 24 年	62 歳	1983 年	昭和 58 年	28 歳
1916 年	大 正 5 年	95 歳	1950 年	昭和 25 年	61 歳	1984 年	昭和 59 年	27 歳
1917 年	大 正 6 年	94 歳	1951 年	昭和 26 年	60 歳	1985 年	昭和 60 年	26 歳
1918 年	大 正 7 年	93 歳	1952 年	昭和 27 年	59 歳	1986 年	昭和 61 年	25 歳
1919 年	大 正 8 年	92 歳	1953 年	昭和 28 年	58 歳	1987 年	昭和 62 年	24 歳
1920 年	大 正 9 年	91 歳	1954 年	昭和 29 年	57 歳	1988 年	昭和 63 年	23 歳
1921 年	大正 10 年	90 歳	1955 年	昭和 30 年	56 歳	1989 年	昭和 64 年	22 歳
1922 年	大正 11 年	89 歳	1956 年	昭和 31 年	55 歳	1990 年	平成 2 年	21 歳
1923 年	大正 12 年	88 歳	1957 年	昭和 32 年	54 歳	1991 年	平成 3 年	20 歳
1924 年	大正 13 年	87 歳	1958 年	昭和 33 年	53 歳	1992 年	平成 4 年	19 歳
1925 年	大正 14 年	86 歳	1959 年	昭和 34 年	52 歳	1993 年	平成 5 年	18 歳
1926 年	大正 15 年	85 歳	1960 年	昭和 35 年	51 歳	1994 年	平成 6 年	17 歳
1927 年	昭和 2 年	84 歳	1961 年	昭和 36 年	50 歳	1995 年	平成 7 年	16 歳
1928 年	昭和 3 年	83 歳	1962 年	昭和 37 年	49 歳	1996 年	平成 8 年	15 歳
1929 年	昭和 4 年	82 歳	1963 年	昭和 38 年	48 歳	1997 年	平成 9 年	14 歳
1930 年	昭和 5 年	81 歳	1964 年	昭和 39 年	47 歳	1998 年	平成 10 年	13 歳
1931 年	昭和 6 年	80 歳	1965 年	昭和 40 年	46 歳	1999 年	平成 11 年	12 歳
1932 年	昭和 7 年	79 歳	1966 年	昭和 41 年	45 歳	2000 年	平成 12 年	11 歳
1933 年	昭和 8 年	78 歳	1967 年	昭和 42 年	44 歳	2001 年	平成 13 年	10 歳
1934 年	昭和 9 年	77 歳	1968 年	昭和 43 年	43 歳	2002 年	平成 14 年	9 歳
1935 年	昭和 10 年	76 歳	1969 年	昭和 44 年	42 歳	2003 年	平成 15 年	8 歳
1936 年	昭和 11 年	75 歳	1970 年	昭和 45 年	41 歳	2004 年	平成 16 年	7 歳
1937 年	昭和 12 年	74 歳	1971 年	昭和 46 年	40 歳	2005 年	平成 17 年	6 歳
1938 年	昭和 13 年	73 歳	1972 年	昭和 47 年	39 歳	2006 年	平成 18 年	5 歳
1939 年	昭和 14 年	72 歳	1973 年	昭和 48 年	38 歳	2007 年	平成 19 年	4 歳
1940 年	昭和 15 年	71 歳	1974 年	昭和 49 年	37 歳	2008 年	平成 20 年	3 歳
1941 年	昭和 16 年	70 歳	1975 年	昭和 50 年	36 歳	2009 年	平成 21 年	2 歳
1942 年	昭和 17 年	69 歳	1976 年	昭和 51 年	35 歳	2010 年	平成 22 年	1 歳
1943 年	昭和 18 年	68 歳	1977 年	昭和 52 年	34 歳	2011 年	平成 23 年	0 歳

※誕生日前は上記の早見表から 1 歳引いた年齢となりますので、ご注意ください

認知症ケア高度化推進事業

ひもとき手帳（テキスト版）

平成 23 年 3 月

社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1

