

スウェーデンの認知症ケア動向 VI

「より良い認知症ケア」プロジェクト

本章は、政府と地方自治体連盟との共同プロジェクトの報告書である「Bättre demensvård, 2006/2007」の第一部の翻訳である。

<目次>

1. プロジェクトの実施	1
(1) 背景	1
(2) 個人の必要性を中心にする (ヨーテボリ市)	1
(3) 生活史は私たちに知識を与える (キルナ市)	2
(4) あなたは薬よりも大事である (ヴァルムドー市)	3
(5) 医師があえて病院から外に出るとき (ルーレオ市)	4
(6) 早期の診断は決定的である (フレーン市)	6
(7) 想像力が制限するだけである (スタッフアントルプ市)	7
(8) 良い世話は一番重要である (ノルドマリング市)	7
(9) 個人ごとの移送計画が必要である (ルーレオ市)	8
2. プロジェクトケース	10
1) ヨーテボリ市	10
2) ヴェクショー市	12
3) ウッテヴァラ市	13
4) スンツヴァル市	14
5) ソルナ市	15
6) クングスバッカ市	16
7) ロンマ市	17
8) レールム市	18
9) ショーピング市	19
10) ハルムスタッド市	20
11) イェーブレ市	21
3. プロジェクトの結論	22
(1) プロの職員による判断と治療へのアクセス改善	22
(2) 組織および職域を超えての協力	24
(3) 不安を減らし、喜び、幸福 (well-being) を増やす	26
(4) 若年の認知症者に対する援助の開発	32
(5) 認知症ケアプログラム (ヘルシングボリー市の例)	33

VI 「より良い認知症ケア」プロジェクト

1. プロジェクトの実施

(1) 背景

前記の認知症ケア報告書を受けて、政府は地方自治体連盟（当時の市連合会、県連合会）と共にプロジェクトを行った。2002年から2004年の間、このプロジェクトには全国からあわせて41チームが参加した。アメリカの研究所（Institute for Healthcare Improvement）のBreakthrough方法を使用し、小さな改善が大きな改善につながると考えられた。プロジェクトはそれぞれ9ヶ月からなる二期にわたって行われた。それぞれの期間は三回のセミナーを含み、期間中参加者は地方自治体連盟内のイントラネットを通じて報告、議論を行った。プロジェクト委員長はカロリンスカ研究所のオロフ・エドハーグ（Olof Edhag）教授である。この報告書は二部に分けられ、第一部ではいくつかのプロジェクトの報告、第二部においては全体のまとめとして改善案が挙げられ、それぞれ2006年および2007年に公表された。この節においては報告書第一部に載せられている一部のプロジェクトを簡約すると共に、第二節においては個々のプロジェクト報告書からいくつかを選んで概略を載せた。第三節において、報告書を出版したスウェーデン地方自治体連盟の許可を得て第二部の本文を翻訳した。なお翻訳に関しては読みやすさを考えて、訳者としての注は括弧内に付け加えた。

(2) 個人の必要性を中心にする（ヨーテボリ市）

このチームの目的はグローストルプ高齢者住居に住む認知症者の生活の質を改善することで、チームは准看護師1名、看護師1名、作業療法士1名、地区医1名から成り立っている。

「私たちは、認知症者を新しい目で見ます。何が彼女あるいは彼にとって良いことか。以前は、私たち自身の考えを前提としていました。今では高齢者を中心にし、彼ら個人の必要性が中心となっています」

グローストルプ高齢者住居は6つのユニットからなり、そのうち4つは認知症者が対象で、これら4つのユニットに31名が住んでいる。チームメンバーの一人テレサさんは准看護師で、90年代からここで働いている。90年代初頭は、まだ認知症ケアについての知識は不足し、医療の手順が業務を支配していた。90年代初頭には不況に伴う財政悪化のため介護分野における削減も行われ、職員も減らされた。しかし業務は徐々に形を取り始め、現在では他の認知症者住宅と同じように十分機能している。しかし良い業務も改善してさらに良くできるので、このプロジェクトに参加した。

「私たちは、活動と休憩のバランスが取れてないと思いました。高齢者の不安を減らし、幸福を増やしたいと思います」

まず最初に行われたのは食事時における改善である。他のユニットに行くためには食堂

を通る必要があった。このため食事時にも人々が行き交い、高齢者にも動揺が起こった。まず、食事時にはドアに「食事中」というサインを出した。これによって食堂はすぐに静かになった。

次にしたことはテレビ視聴の制限であるが、うまくいったとは言えない。高齢者がテレビの前に座っていることも多く、場合によっては一日中座っていることもある。このため、テレビを観る時間を制限した。しかし私たちはその代わりに高齢者が何をするかということを考えなかった。

あわせて44の試みを行い、33回うまくいった。その一つが音楽である。車いすを使っているある入居者が突然大声を上げることがあった。もちろんこれは他の人に迷惑であった。職員は彼女が音楽を好きなのを知っていた。その時ある職員がCDウォークマンを使うことを思いついた。職員の半分はこれに対して懐疑的であったが、残りは試してみても良いと思った。結果は成功であった。この女性は一人で音楽を聴き、静かになった。

この方法の一番良い点は、職員のアイデアが試されるということである。最初に成功しやすい試みを行えば、次のアイデアも浮かびやすい。この方法の最大の利点は考え方が変わったことである。入居者に関する系統的な考え方が明らかな結果を導き出す。この方法は現場職員の職業能力の明確化に寄与した。この方法によって入居者の行動にもっと注意を払うようになり、不安を起こすような傾向が早く見つけることができるようになった。不安を持った入居者に少し長く話をするとか、あるいはタクティカル・マッサージをすることによってこの不安が解消された。これは入居者にとっては生活の質改善であり、職員にとっては労働環境の改善である。

(3) 生活史は私たちに知識を与える（キルナ市）

「このプロジェクトの基礎は、病気の裏に隠された人を見ることで、健康的なことに重点が置かれます」

このチームはキルナ市にあるグレンタン高齢者住居に住む認知症者の生活の質改善を目的としている。チームは理学療法士1名、准看護師2名、看護師1名、作業療法士1名、施設長1名である。

職員は診断名によって入居者に対して決まり切った対応しかできないことに不満を持ち、入居者は引きこもりがちであった。しかし職員は経験からくる知識を持ち、今回のプロジェクトによってこれが見えるようになった。

長く働いている職員でさえ、入居者のことを十分知らないことがあった。職員は市にある認知症者団体にコンタクトを取り、そこからのアイデアに基づいて入居者の生活史をまとめ始めた。親族もアイデアに賛成し、十分な情報が集まった。これらの情報は、入居者および入居者の必要性についての知識と理解に大きく役立った。

「すべての人にあう方法はありません。現在では入居者それぞれにあった活動を考えています」

教会に行くこともその一つである。この施設に住んでいる人の多くは信者であった。職

員と一緒に教会のミサに行くと、彼らは一緒に歌う。認知症になる前のような確実な足取りで教会に向かう人もいる。

レストラン訪問も、入居者が覚えている環境の一つである。職員と一緒にレストランに行くと、施設ではスプーンでミキサー食を取っていた人でさえ、背筋を伸ばしてナイフとフォークを使う。

季節、天候にかかわらず散歩も常に行われている。水たまりや花でさえ、一時的な喜びをもたらす。特に冬には雪そりに乗ることが好まれる。施設内ではあまり動かない人でさえ、雪そりに乗れば使い方を思い出すようである。

一人の入居者は腰が痛いと言って、屋内ではあまり動かなかった。職員はこの入居者が以前に杖を使っていたということを聞いて、杖を与えた。すると、この入居者は何の問題もなく散歩に出るようになった。

職員はおよそ 50 近くの案を試し、すべてがうまくいったわけではないが、それでも新しい案が生まれた。限られた職員数で入居者にあった活動を行うのは容易ではないが、十分な計画は最小限必要である。この施設では毎週月曜日にその週の活動を計画する。このプロジェクトは職員の協力が不可欠である。一人の職員が入居者一人と一時間の散歩に出れば、残された職員が散歩に出た職員の仕事を必要とする必要がある。しかし個人ごとの活動は思ったほど、時間を必要としなかった。依然として職員は自分たちでコーヒーを一緒に飲む時間がある。

今までは、医療的考えが大きな部分を占めていた。薬を配ることが決まり切った業務であった。人間を見るためには、職員の積極的な参加を必要とする。チームメンバーは簡単な方法で大きな改善ができたと思っている。プロジェクトの期間中、入居者の喜びおよび機嫌が計測されたが、10 回のうち 9 回は十分満足できるものであった。これによって職員の一体感も強まり、仕事をするのが楽しく感じられるようになった。

(4) あなたは薬よりも大事である (ヴァルムドー市)

「高齢者のそばに座り、一緒に話をしながらミルクとサンドイッチを与えた。少し経って、高齢者は眠った」

ヴァルムドー市にあるグスタブスゴーデンでは、上記のような記録が夜勤担当の看護師によってなされることがある。グスタブスゴーデンは認知症高齢者の幸福増進、医療の安全性向上、服薬の削減を目的としてプロジェクトに参加した。チームは看護師、作業療法士、理学療法士、地区医それぞれ 1 名ずつである。グスタブスゴーデンはストックホルム郊外に位置する島々が美しい市に位置している。この施設にはおよそ 100 名が住み、そのうち半分が認知症である。入居者は 70 歳から 100 歳まで幅がある。市の医療責任看護師からの情報に基づいて、地区医はこのプロジェクトに興味を持った。地区医はすでに同じ方法を使った「終末期ケア」に参加したことがあった。他の参加者も同じようにして認知症ケアに興味を持ち、市のネットワークを作り、勉強会にも参加していた。

「私たちは、初めから服薬の削減を考えていました。今までも服薬による副作用を見

てきました。高齢者が目まいを起こして転倒する。骨折することもあり、これは高齢者にとって最悪です。このために不安、失見に対して他の方法を見つけることが大事になります」

まず最初に下剤の代わりに菜種油を使った。そして次には干しぶどう、亜麻仁（あまに）、ふすまなどで作ったおかゆを使い、腸の活動は活発化した。高齢者の幸せを増やすことが目的の一つであり、二番目の目的は不安を減らすことである。職員は主観的に不安を判断するのではなく、このような調査において使われる VAS (Visual Analog Scale) 方法を使って記録した。幸福は種々の活動の前、活動中および活動後に計測した。

一番うまくいったのは、服薬である。私たちは何を行ったか？機械的に薬を与えるのではなく、他の方法を試した。認知症者が不安を示すか就寝困難に陥ったならば、第一次的に試してみる対応プログラムを作った。

服薬をチェックするための他の方法は、入居者のすべての薬を書き入れるプログラムを使うことである。そしてこの服薬リストを使って、省くことのできる薬の議論をした。このプログラムは、また副作用を起こす薬の組み合わせの危険も知らせる。チームの仕事はいろいろな面で成功であった。統計によると、スウェーデンでは高齢者は平均 10 から 11 の薬を使っている。しかしヴァルムドー市は 7 種類である。

市にはタクティカル・マッサージの研修を受けた職員が多い。このマッサージは高齢者に好まれ、不安を減らすことに効果がある。このマッサージは軽く皮膚に触れるだけなので、理学療法士の筋肉マッサージと同じではない。私たちは認知症者の感覚を刺激することが重要であることを知っている。高齢者にとって、最後に失われるのは触れる感覚であると言われている。近さを感じ、感触を体験し、自分の身体認識を訓練することは、生活の質を高めることでもある。

このプロジェクトが一番良かった点は、職員が全く違った自信が付いたことである。「あなたは薬よりも大事である」ということが、私たちのメッセージであった。高齢者の個人的必要性に対して、私たちがすることすべてにおいてこのように考え、創造的解決法を見つけようとみんなが努力する。新しいことを試し、自分自身を信じ、計測可能なことを考えるというのが、これからこのようなプロジェクトを始めようとする人々に対するチームの助言である。

(5) 医師があえて病院から外に出るとき（ルーレオ市）

「私たちは、市の職員が認知症患者にどれくらい良い介護を与えているか驚きました。今では老年科医が家庭訪問をして介護職員に対してコンサルタントとして機能しています」

これはノルボッテン県老年科責任者ソーデルベリー氏の言葉で、このプロジェクトを通してどの様に業務が変わったかを話した。医師は病院外で働く方が得ることは多いと、彼は確信している。

1993 年秋、ルーレオ市の医療責任看護師であるエリクソン氏、作業療法士で認知症ケ

ア開発者であるヴィークストローム氏がこのプロジェクトのことを聞きつけて進めた。特別な住居で行われている認知症ケアの質を改善する可能性があると考えた。市には 26 の施設に別れて 850 人が住んでいる。この中で認知症者は 60-70%である。

対象となる認知症者は同じ特別な住居から選ぶのではなく、6 つの特別な住居に住んでいる重度の認知症者を選んだ。これらの入居者に共通しているのは、他の入居者に迷惑をかけ、職員も対応に苦勞していたことである。この場合、職員はどの様に対応していたのだろうか。入居者の介護証明と共に、精神科外来に送ったこともあった。これは最善ではなかったが、職員にとって一時的軽減になった。このように、プロジェクトの目的は認知症者を一人も精神科に送らないことである。このため、職員は問題行動の背景にある不安を興させないように努力しなければならない。

医師の勤務時間の中で患者訪問は可能か、最初、懐疑的であった。しかし医師一人が 5 人担当することから始めた。10 名の認知症者はそれぞれ老年科医の訪問を受け、介護計画が作成された。認知症者の介護は難しい。たとえば失禁症の認知症者がおむつを替えることを拒否したときのことを考えて見たらよい。職員がそばに近づくだけで、この認知症者は攻撃的になる。あるいは猫と一緒にひどく散らかった部屋に住んでいる高齢者が他人が入るのを拒んだ場合とか。

病気に隠れたその人を見なければならない。たとえば、ある高齢者がグループホームに入居したとき、自分だけではなく他人に対しても騒ぎを起こした。彼は森の一軒家に独りで住んでいて、他の人と一緒にいることになれていなかったということがわかった。もちろん他の人と一緒にいなければならない場合、彼の不安は大きくなる。彼は自分の古い家具を自室に備え付け、一人で食事をするようになって初めて静かになった。個人の生活史は非常に重要で、介護計画における基礎となるべきである。

介護計画を作っただけでは不十分で、計画に従わなければならない。このためチェックリストを使った。たとえば入居者が 4 回おむつを替えるとすれば、毎回担当職員がリストにサインをする。このようにして、介護計画が実際に実行されたかチェックした。

Breakthrough 方法の良い点は小さなことから始められることである。何の変化もないかも知れない。しかし試みたのである。このプロジェクトは成功したか。イエスでもありノーでもある。認知症者は一人も病院に入院しなかった。しかし認知症者の不安/心配を、私たちが望んだように減らすことはできなかった。

このプロジェクトの最大の利点は老年科医との協力が進んだことである。これによって認知症ケアに今まで以上の焦点が当てられ、職員も自信が付いた。職員は老年科医および神経精神科医の研修を受け、認知症者の症状について理解が深まった。私たちは認知症ケアを行っているすべての職員に対する研修を計画しており、何らかの形の「証明書」も作りたい。これに対する興味も増えていて、他の市でも広がっている。

私たちのケア思想は、まず認知症者が良い生活を送れるようにすることで、職員にとっての良い職場ではない。しかし、これは相反するものではない。良い仕事は職員に喜びを与えるものである。

(6) 早期の診断は決定的である（フレーン市）

「認知症者が初期の段階で診断を受けるのは重要である。そうすれば、自分の生活を新しい状況に合わせ、援助を受ける可能性が高まる。病気は本人にとっても親族にとっても劇的な変化にはならない」

フレーン市のチームは市の認知症ケア担当者、医師、作業療法士、訪問看護師、介護ニーズ認定者、地区ホームヘルプ責任者、認知症高齢者の家族からなる。プロジェクトに参加した時から、認知症者を早く見つけ出し、本人およびその親族に安心感を与えるのが目的であった。プロジェクトの初期においては、市に何人の認知症者がいるかは不明であった。プロジェクトで大事なことは認知症と疑われた人が診断を受けることである。最初に認知症の初期状況についてパンフレットを作り、診断をどこで受けられるかを説明した。パンフレットは薬局、病院の待合室などで配られた。さらに認知症者に出会う機会が多い人々を教育することも重要である。地区看護師は認知症者の初期症状や認知症診断について研修を受けた。医師だけでなくホームヘルプの職員も研修を受けた。

この結果、認知症診断は急増した。初期医療から市の認知症ケア責任者に報告があった認知症者は1年経たないうちに3倍にもなった。認知症と診断された人はすべて地区看護師と介護ニーズ認定者から訪問を受けた。そして本人および親族と何をしたらいいか相談した。この場合、認知症者が主人公で、本人の頭ごなしに話しをしないことである。物忘れがひどくなっても、個人の特性を持ちユニークな生活史を持っている本人の人格は残っている。

このために生活史の型を作成した。これは関係者の会話において使われ、また認知症者本人についてもっとよく知り、理解するためでもある。親族は重要である。親族との会合、教育などは継続的に行われ、これらの会合でのコンタクトは重要で、後で試すことになる意見やアイデアを聞いたりした。

デイケアに対する需要は増えた。現在では週に7日毎日開いている。ここには、高齢者はいろいろな活動をするために数時間訪れる。調理、散歩、衣服の購入あるいはただ単に座って話をすることもできる。現在、さらに一つデイケアグループを作る予定である。プロジェクトの間には、若年認知症者が会える場も作った。今では若年認知症者がお互いに助け合えるプログラムも作っている。春先には、さらに認知症と診断された人への研修も計画している。プロジェクトの別の結果は、初期医療と市の代表からなるチームができたことで、年に2-3回会合をしている。組織を超えて、実務上の協力ができる。認知症について共通の認識、知識によってケアを改善できる。プロジェクトにおける私たちの出発点は地域の状況からスタートして、認知症についての知識を広げ、業務方法および対応について行ったことだった。もちろん、私たちは認知症者の状況についてその知識を私たちに伝えるという役割を担った多くの認知症者およびその親族から手助けを受けた。

(7) 想像力が制限するだけである（スタッフアントルプ市）

ピーレゴーデンのサービスハウスに入ると、最初に目が付くのはビリヤード台である。掲示板には、この木曜日に近くにある保育園から5歳児が来て歌を歌うという案内が出ている。病気や受動性から遠く離れた生きた日常生活の感じが強い。

このサービスハウスでは2003年に9人用のグループホームが増築された。この計画には職員が初めから参加していた。相対的に元気な認知症高齢者が9名入居した。2004年にプロジェクトのことを聞き、参加申請をした。チーム参加者はセクションチーフ、准看護師、施設長、看護師、医師、認知症看護師、認知症者の家族である。最初のセミナーに参加して目標を練った。目標は認知症高齢者の不安を減らし、幸福を増やすことである。後はスタートするだけである。

まず最初に行ったことは、薬を食事中ではなく食事の前に与えることである。2番目の案は夜にも何か食べる物を与えた。3番目は職員の会合の後、勤務に就いていない職員はすぐに帰ることである。それまでは、会合が終わっても早出の職員が帰らないで居間で話をしていて、入居者は誰が勤務中で誰が休みかわからなかった。しかしこれ以上アイデアは出なかった。問題は、私たち自身にあった。アイデアは全員が参加できる大きな試案でなければならないと思っていた。小さな個人的なアイデアから始められるとわかった時に、アイデアが湧いてきた。入居者の不安を減らし幸福を増やすために、9ヶ月の間に41の案を試した。大きな案も小さな案もあったが、すべてが入居者個人の必要性から出発している。うまくいった別の理由は、職員全員が読めるように結果をオープンにしたことである。また変化が上から言われてするのではなく、下からくるというのも重要である。

親族との関係は常に良かった。2004年秋に親族会合を持ち、プロジェクトについて説明した。親族はプロジェクトに常に参加していて、貴重な意見を寄せた。親族も入居者と共にたとえばテレビで歌謡番組を見ろということ、非常によい一体感を作る。また祭日の日にテーブルを綺麗に飾り、ワインが欲しい人にはワインを提供するように、日常と祭日を明確にするということも親族から完全な支持を得た。プロジェクトが終わったということは、職員に影響を与えていない。来年は認知症ケアについて5日間の研修を計画している。

(8) 良い世話は一番重要である（ノルドマリング市）

「認知症患者の80%はその病気の間、BPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia=認知症に伴う行動障害と精神症状)が出現する。私たちは、この問題を避けて薬の使用を減らす活動があるか試したかったわけです」とチームの看護師は言った。彼女は県の職員で、ストランドホルメン・サービスハウスおよびネックローセンを週に数回訪問する。他のチームメンバーは施設長、准看護師である。プロジェクトは県と市の協力で行われた。

プロジェクトにおいて、15の活動が試された。この内6つはうまく機能した。これらは毎日の散歩、タクティール刺激、職員と一緒に食事、ゲーム、日記を書くことおよび祭

日用のテーブルの準備である。

すべての人に使える方法はない。たとえば一部の人はタクティール刺激が気持ちよいと思うが、他の人はそうではない。クリスマスの準備やジンジャービスケットを焼くのは、数人の人は興味を持っている。しかしこれがごちゃごちゃして重い仕事であると思う人もいる。

すべての入居者は赤いテーブルクロス、足の高いグラス、ローソク、ナプキンで美しく飾り付けた日曜日のテーブルを綺麗だと思っている。職員が入居者と一緒に座って食事をするのももう一つの成功例である。高齢者と職員の会話や協力が容易になり、なぜ職員が食事をしないのか入居者が不思議がることはない。簡単な体操は反対にあった。また静かな曲を聴くことが好まれると職員は考えたが、そうではなかった。

3人のチームメンバーは毎日の散歩が一番効果があったと思っている。入居者は天気が悪くても職員と一緒に散歩した。みんなが外に出て、新鮮な空気を吸うことを望んだ。どの様な天候の日でも可能であった。寒くて道が凍っている日は、滑り止めが付いた靴を履いた。一部の人は森の中に行くことを望んだが、他の人は住居の近くを歩いた。

散歩は、午後に見られる不安を避けることに効果があるのがわかった。夜に起きあがって歩き回る人もよく眠るようになった。精神的な不安も減り、このための薬の必要性もなくなった。

BPSD 問題のための薬の必要性を 2 昼夜の間に 22 回から 8 回に減らし、一時的な薬の必要を 5 回から 2 回に減らすことを目標とした。プロジェクトの間に結果はこの目標値に近づいた。現在では月に 1 回チェックするだけでよい。

このユニットでは、入居者が外に出かけた時や、一緒にゲームをしている時は静かになった。薬の使用を減らすことによって、高齢者が健康になれるということに、職員は満足している。

「入居者に薬を与える以外のことをたくさんできます。認知症にとって、良いケアは非常に重要です」と看護師は言っている。

現在では、職員が入居者一人一人にあった活動を見つけることが以前よりうまくなった。たとえば、ネックローセンでは掃除、シャワーを浴びる決まった日を止めた。代わりに、職員はその日ごとに決めている。

どの様にこのプロジェクトを行ったか大きな興味を持たれていて、チームのメンバーは地区診療所、認知症者用住居、グループホーム、老年科、ナーシングホームなどで話をした。2006 年秋から次年度春にかけて、このプロジェクトを市の他の認知症ケアにも広げる予定である。

(9) 個人ごとの移送計画が必要である（ルーレオ市）

ある日、デイケアに来た女性は失望し怒っていた。タクシーで来た彼女はデイケアの入り口で下ろして欲しいと言ったにもかかわらず、運転手は彼女を施設の入り口で下ろした。フューレンス・デイケアの准看護師はすぐさま、タクシー会社の主任に電話をした。

「タクシーの運転手は、ここが認知症者のためのデイケアであるのを知っています。私たちは、タクシーがすべての利用者に尊敬を持って対応することを要求します」

この朝の出来事が、このチームが認知症者の通いの問題を改善しようと考えた背景である。いくつかの問題があった。悪い対応が一つ。高齢者がタクシーや移送サービスを使ったとき、悪い対応によって不愉快になることがある。このため、この高齢者がふたたび元気になるのに数時間あるいは丸一日かかることもある。

このプロジェクトにおいて、デイケアはタクシー会社および市の移送サービス認定者と協力した。もちろん以前にも、苦情があればタクシー会社に電話したことがあったが、まじめに扱われなかった。しかしタクシー会社および市の移送サービス認定者がプロジェクトに参加するようになって、私たちの意見が聞き入れられるようになった。市の職員は、ルーレオ市の 150 名のタクシー運転手に対して認知症およびその対応について口頭および書面にて広報を行った。

フューレンは自宅に住んでいて認知症と診断された人のためのデイケアである。多くの場合、連れ添いから介護を受けている。活動は 2 つの目的を持っている。一つは高齢者が刺激および一体感を受けること、親族が数時間の休憩、休息ができることである。

2 つのユニットがあわせて 25 人を受け入れている。多くは週に一回来るだけであるが、3 回、4 回来る人もいる。すべての人がタクシーで来ているわけではない。何人かは親族に送られ、一人あるいは親族またはヘルパーと一緒に歩いてくる人たちもいる。

プロジェクトの間に、使用者すべてについてデイケアに通う詳しい計画を作ることが必要であるとわかった。計画は本人および親族と一緒に作られ、必要に応じて変更された。

「認知症者にとって、環境の変化は緊張を強いられる。さらに通うのが大変であるならば、高齢者は家に留まるかも知れない」と、作業療法士は言う。いくつかの改善が行われ、無料のタクシーもその一つである。以前は、多くの利用者にとって支払いが不安の一つであった。昼食が終われば、自分の移送サービスカードや財布を捜す人もいる。今では、カード、お金あるいは財布を捜す必要がない。代わりに、請求書が毎月月末に送られる。これは運転手にとっても便利である。病気が進めば、本人はその日どこに行くかわからない。そのため、デイケアの職員が朝に電話をして、「タクシーで迎えに行きます」と連絡をする。

このプロジェクトの前は、ドアツードア・サービスがあることを知らなかった。このサービスは、タクシーの運転手が車から降りて高齢者をドアまで迎えに行き、車までガイドするサービスである。

フューレンはホームヘルプとも協力している。今では高齢者は準備するために十分時間を取っている。準備にさらに時間がかかる人には、デイケアの職員が行って手伝うこともある。デイケアまでの通いが問題でなくなった日は、高齢者は前よりも元気がよい。デイケアへの到着および帰宅時において、喜び、幸せを 5 段階で計測した。プロジェクトが行われた月々には喜び、幸せは 60% 増えた。プロジェクトが終わった時点においては、高齢者はすべての計測時において 90% の満足感を示した。

2. プロジェクトケース

1) ヨーテボリ市

①目的

高齢者住居に住んでいる認知症者の生活の質を改善、不安および不必要な薬を減らすこと。

②参加者

看護師 2 名および准看護師 2 名

③背景

ビョーラ高齢者住居はヨーテボリ市にあり、2001 年にオープンした。あわせて 64 名が入居し、16 名ずつ 4 つのユニットに別れている。この内 2 つが認知症者用ユニットで、残りが身体疾患用ユニットである。居室の大きさは 28 m²で、庭園がある。認知症者ユニットの入居者はアルツハイマー型認知症か脳血管性認知症で、75 歳から 95 歳である。すべての常勤職員は准看護師資格を持っている。

現在は、認知症者は長く在宅に住むため、高齢者住居に入居するときは認知症は進んでいることが多い。このため転倒の危険性や不安も大きい。

④目標

- ・ 最低 90%の計測時において、VAS (Visual Analog Scale) 指標 (0 から 10 までの数字を使って不安の度合いを表す) の不安度が 3 より小さいこと。
- ・ 精神安定剤を使用している入居者を減らす。
- ・ 最低 80%の入居者の親族が、この高齢者住居では良い介護を行っているという満足感を示す。

⑤試行

- ・ 入居者が不安を見せたときに、職員はそばに座って手を撫でた。手を撫でられるのを嫌う人もいる。職員の手が空かない場合もあった。
- ・ 周りの雑音や動揺によって不安を見せたときは、本人が自室で一人になる時間を与えた。もちろん職員がチェックする。これはうまくいき、現在では日常の活動に取り入れている。
- ・ 赤い色のハートマークに黒い文字で VC (トイレ) と書いてトイレのドアに貼り付けた。トイレが見つかりやすくなり、転倒事故も減った。
- ・ 便秘予防に、朝に菜種油 (15ml) を与えたが、これだけではうまくいかないのので粗挽きのパンと共に水分補給量も増やした。これは個人にあわせ、毎日取る人、2 日に一度取る人もいる。
- ・ 高齢者は血糖値が少し高い方が、よく眠れ、不安も減るのがわかっているので、寝る前に間食を与え、朝起き上がる前には野バラの実のスープを与えた。現在では、これは手順化されている。
- ・ 仲の良い入居者が同じテーブルで食事ができるようにした。入居者の不安も減り、以前よりもよく食べるようになった。これも手順化された。

- ・ 不安感を見せる入居者二人はそれぞれ一人で食事ができるようにした。それぞれの親族にこれを説明したが、一人はこの試行に対して懐疑的でユニットに毎日来て、自分で食事介助をしている。
- ・ 食事中は静かにする。洗浄機は使わない、音楽は切る、電話は使わない。
- ・ 赤いテーブルクロスの上に青い食器を使う。これによって食べ物により認識されるようになった。
- ・ 職員はテーブルごとに座り、一緒に食事をする。これによって静かな環境で食事ができるようになったが、食事介助が必要な人もいるため、夕食などは職員が足りない。
- ・ 入居者と一緒にクリスマスのジンジャービスケットを作った。
- ・ 朝食の後、入居者は今で自分の好きな曲を聴く。
- ・ 服薬は、食事の 30 分前に行った。
- ・ 自分でおむつを取り去ってしまう入居者のために、就寝用のパジャマを作った。
- ・ 親族に入居者の好みの音楽を聴き、入居者が自室で聞けるようにした。
- ・ 4 匹 (?) のタクティール用人形猫を購入した。猫の腹に 60 度のお湯を入れられるようになっている。4 人の入居者は猫が好きで、これが非常に好まれた。このため入居者の一人の親族は本人用の人形猫を購入した。しかし入居者の一人は猫が好きではない。
- ・ 認識を深めるため、歩行器の取っ手に赤いテープを巻いた。転倒事故は減った。
- ・ 夜起き出す入居者に蜂蜜入りのミルクを与えた。夜起き出す人は少なくなった。
- ・ 職員がボランティアが入居者を外での散歩に連れ出す。非常に好評で、これからも続けられる。
- ・ 自分の居室が見つけれない人のために、本人の写真をドアに貼った。これによって入居者の不安、困惑が減った。
- ・ 居室のトイレ室の照明をつけ、ドアを半開きにした。これによって夜トイレに行く人も安全で、不安も減った。これも手順化された。
- ・ 2 週間に一度、教会の人が来て歌を歌う。また月に数回は音楽を聴く機会を設けた。非常に好評で、これからも続ける予定。
- ・ 午前 11 時と午後 4 時に間食を与える。食事の間が長くないように、飲み物および果物を与えた。これは特に朝早く起き出す人に有効である。
- ・ 夜、良く転倒する入居者にベッドセンサーを購入した。看護師が職員と共にこの判断を行い、これを市の医療責任看護師に連絡した。ベッドセンサーはベッドから下りると、職員のポケベルが鳴る仕組みである。
- ・ 便器の後ろの壁に透明の赤いプラスチック用紙を貼った。これによって、便器の認識が高まった。
- ・ 一人の職員は自分の二匹の猫をユニットに連れてきた。これも好評であった。
- ・ 外出できないときは、外の景色が見られるようにソファに座った。

- ・ 転倒事故を減らすため、固定されていないマットは取り去った。
- ・ 自分で食事ができる入居者だけのテーブルを作り、自分で食事が取り分けられるようにした。現在では手順化された。
- ・ 食事の準備を手伝える入居者には、手伝ってもらった。
- ・ 椅子を移すときに雑音が出るので、テニスボールを椅子の足先に付けた。
- ・ 夜起き出して他の部屋のドアをロックする入居者が一人いるので、ドアセンサーを付けて、職員がわかるようにした。
- ・ 祭日、誕生日などには、特別の食器を使った。これは非常に好評で、現在では手順化された。
- ・ 毎週月曜日には、理学療法士が来て体操を行うが、参加者は認知症でない人も含み、グループも大きいためうまく機能しなかった。
- ・ たとえばお店、喫茶店、美容院に行くとか、入居者をできるだけ街に連れ出すようにする。ただしこれは職員一人に対して入居者最高 2 名までで、職員の人数に余裕がある場合に限られる。
- ・ ボランティアなどの手を借りて、赤いボールを投げ合う。これは簡単な活動なので、入居者すべてができる。

⑥結果

- ・ すべての目標を達成できた。一番転倒が多かった入居者に対しては、転倒を 50%減らすことができた。このプロジェクトによって、職員は入居者それぞれにケアを適応させることによって、自分たちの業務を改善できることを学んだ。

2) ヴェクショー市

①目的

認知症者用住居における入居者の生活の質改善

②参加者

准看護師 3 名、施設長、親族、高齢者ケア部長、地区チーフ、地区医それぞれ 1 名

③背景

オステルゴーデンは市の一番大きい認知症者用住居であり、62 居室がある。この内 13 居室は精神障害者用である。3 階には認知症高齢者 18 名が 2 つのユニットに分かれて住んでいる。認知症者用住居はスタートより 2 回運営団体が代わり、2003 年 2 月からは市が運営している。

④目標

- ・ 計測時の 90%において、VAS 指標による不安度が 3 より小さいこと。
- ・ 攻撃的な行動を、多くても週に 1 回に減らす。
- ・ 服薬を減らす。

⑤試行

- ・ 必ずテーブルには職員一人が座って食事をするようにする。

- ・ 以前にはすべての人がテーブルに座るまで食事を待っていたが、これでは不安が広がるので、できる人から食事を始めるようにした。
- ・ 昼食の後に不安感を見せる人がいるので、昼食の後に一時休憩できるようにした。
- ・ 担当介護者が入居者の生活史を読んで、その人にあった活動を考え始めた。
- ・ 1 ヶ月の間、落ち着きがなく不安を見せ、薬も有効ではなかった女性の入居者に介護用のタクティール用人形を与えたところ、静かになって人形をかわいがり始めた。これは認知症看護師のアイデアであった。
- ・ ユニットのドアはガラスで鍵がかけられている。入居者は外で何が起きているか興味を持ち、外に出ようとした人もいた。このためドアの前にカーテンを引き、外を見えないようにした。
- ・ 落ち着かない入居者のためにラベンダーの匂いのするアロマ療法用のランプを使った。一時的には効果があったが、職員が疲れを訴え、現在はまれにしか使っていない。
- ・ 入居者が観ていない場合でも、テレビがついていることが多いので、静かにできるようにテレビの視聴を制限した。同様にして、入居者が居間でくつろいでいる時は、食器洗浄機を使わないようにした。
- ・ 個人的な対応を強化し、入居者の中には一人で親族の所に帰り、戻ってくる人もいる。

⑥結果

不安度が 3 より小さい時を 90%まで引き上げるということは達することができなかったが、入居者の攻撃的な行動は減少した。薬の使用は一時的に増加したが、理由はわかっており、医師と共に分析をしているところである。

3) ウッデヴァラ市

①目的

個人的対応の強化を通して入居者の不安などを減らす。

②参加者

施設長、作業療法士、認知症看護師それぞれ 1 名

③背景

ローセンヘルは十分機能しているナーシングホームで、2000 年に改築された。改築後、組織改編なども行われ、内容に十分注目がされなかった。今回のプロジェクト対象は 15 名からなるユニットである。

④目標

- ・ 計測時の 90%において、VAS 指標による不安度が 2 より小さいこと。
- ・ すべての入居者の生活史を作成する。

- ・ すべての入居者の援助計画を作成する。
- ・ 最低半分の入居者に対して、日常ケア以外に個人に適応させた活動を行う。
- ・ 精神安定剤および睡眠剤の使用を、期間中増やさないこと。

⑤ 試行

- ・ 不安感を見せ、職員に対しても他の居住者に対しても攻撃的になる居住者がいた。この居住者に介護用の人形を与えたところ、人形に声をかけ、かわいがり始めた。その後は、人形がなくても他に関心を向けやすくなった。
- ・ 若い頃に自転車によく乗っていた入居者が、運動用の自転車を 1 日に 2 回使えるようにした。この入居者はまだ自転車の乗り方を覚えていて、健康状態も良くなった。しかし血栓のため運動を 1 ヶ月中止したところ、その後の状況は日によって異なった。
- ・ 入居者のうち 5 名の女性が毎週定期的に、パン焼き、ビンゴ、ロットなどの活動と一緒にいった。これによって参加者の不安感などが減少した。
- ・ 不安感を見せている女性一人にテーブル一つの準備をすることを頼むと、職員の指示に基づいて喜んでいった。
- ・ 市の福祉部、福祉委員会、高齢者協議会などで、行った活動について説明をした。

⑥ 結果

業務の変更は時間がかかるもので、自分たちの活動形態を見つけなければならない。またプロジェクト実施については、職員が積極的に参加することが必要で、彼らのやる気を起こさせる必要がある。このやり方は、他の認知症者用住居にも広げる予定である。

4) スンツヴァル市

① 目的

認知症者の健康増進

② 参加者

看護師、認知症看護師、准看護師、研究者それぞれ 1 名

③ 背景

スロットウンドバックケン高齢者住居では入居者のための健康増進、活動などが行われていたが、系統的ではなかった。入居者が不安などを見せる機会も多く、精神安定剤を使用している人も多い。

④ 目標

- ・ 計測時の 80%において、VAS 指標が 2 より小さいこと。
- ・ 精神安定剤および睡眠剤の使用を半分に減らすこと。
- ・ 最低 70%の親族が、介護における参加および情報の満足感（1 から 5 の指標で 3）を示すこと。

⑤ 試行

- ・ 24 種類の試行のうち、18 回において試行は成功だった。
- ・ 朝食の後、入居者 5-7 名が職員と一緒に、新聞を読んだり、クロスワードをしたり、音楽を聴いたり、映画を観たりして一体感を深めた。
- ・ 音楽の使用は感覚および思い出のために有効で、グループあるいは個人で音楽を聴けるようにした。
- ・ 昼食の後に一時的な休憩時間を設けることにより、不安感を見せることなく夜長く起きていられるようになった。
- ・ 空腹時間を減らすために、就寝の前に温かいオートミールを与えた。
- ・ 昼食時の食事を取り分ける方式にしたところ、必要以上に混乱状態になった。
- ・ グループにおける試行は定期的に上層部に報告された。
- ・ 高齢者担当の医師が服薬の見直しを行い、特に精神安定剤および睡眠剤の使用に関しては現場職員も参加して、使用の長所、短所を話し合った。他の服薬に関しては当直の看護師および認知症看護師が参加した。
- ・ 親族との会合を行ってプロジェクトについて説明をただけではなく、ユニットの目標、担当職員、看護師、チーフの連絡先を書いたパンフレットを作成、親族に配布した。同様にして親族とのコンタクトにおける満足感の調査も行った。
- ・ 県（医療を行っている）の研究会でプロジェクトについて報告した。
- ・ 職員は 4 回にわたって、認知症看護師から認知症、対応、問題行動、服薬、などの講義を受けた。また看護師とは定期的に介護プログラムおよび服薬について議論した。

⑥ 結果

入居者の不安感は減少し、服薬も減ったが、特に認知症が重度の入居者の喜び、幸福などを読み取るのは困難であった。

5) ソルナ市

① 目的

在宅に住んでいる認知症者が病院などに行く場合の尊厳、安全の改善、

② 参加者

准看護師 2 名、医師、質の担当者それぞれ 1 名

③ 背景

在宅に住んでいる認知症者が病院の救急科に行かなければならなくなり、親族と一緒にいけない場合、入居者は一人で行っていた。病院では状況が不明な場合も多く、また診断の結果を認知症チームに伝えるのが困難であった。介護を受けている人の 40% 近くが一人で病院に行き、必要な介護書類も持っていない。またヘルパー職員の方も認知症者が病院

から戻ったのを知らないこともある。

④目標

- ・ 計測時の 90%において、安心感が 4 より大きいこと。
- ・ 遅くとも 2005 年 6 月 1 日までに病院へ行く移送計画をすべての人に対して作成する。
- ・ 4 月 1 日から、病院へ来る際にはホームヘルプからの書類を持ってくるようにする。
- ・ 2000 年 1 月 1 日から、認知症者が病院に来る際には必ず親族、近親者あるいは職員がついてくるようにする。(2000 年ではなく 2005 年?)
- ・ 本人の情報綴りに必ず、親族およびその電話番号を記入する。

⑤試行

- ・ 市の高齢者ケア運営部のチーフと相談の上、在宅に住んでいる認知症者が病院の救急科に行かなければならなくなり、親族が一緒に行けない場合、必ず職員がついてくるように半年間試行を行い、その時間数を報告することを合意。
- ・ 認知症者の家には、これには個人の移送計画、担当の地区医、地区看護師、背景、本人の ADL 状況が記入された連絡用紙を作成。
- ・ 認知症者ごとの移送計画を作成。移送に際して持参するもの、本人に伝えること、連絡先、連絡する状況、持参する服薬リスト、身分証明書などを含む。重要なのは本人について一番良くしている介護担当者が病院への移送に際し同行することである。
- ・ 認知症者が病院から戻る時の手順を決定。職員が在宅で本人を迎える。退院の挨拶をする。冷蔵庫に食べ物があるのを確認し、ない場合は購入する。介護内容が変わったかの確認をする。訪問看護師と共に服薬リストの変化を確認する。記録を取る。これは本人にとっても親族にとっても安心感を増やす対策である。
- ・ 個人のホームヘルプ計画を病院に送る手順を導入。
- ・ 病院入院は地区医にも連絡。
- ・ 親族および病院に対する広報。

⑥結果

介護担当職員が病院に付いていくことによって、担当職員が書類を持参することを忘れても認知症者の状況を口頭で報告できる。またこれらの手順の導入により、親族は十分な満足感を得た。人事異動や職員問題でプロジェクトの実施は他の問題点も抱えていた。しかしこれらの方法をさらに認知症者用住居でも行う計画である。

6) クングスバッカ市

①目的

認知症者用住居入居者の生活の質増進

②参加者

准看護師 2 名、認知症看護師および施設長それぞれ 1 名

③目標

- ・ 第 1 週の計測時の 80%において、VAS 指標が 3 より小さいこと。
- ・ 第 2 週の計測時の 90%において、VAS 指標が 3 より小さいこと。
- ・ トイレ利用の 75%が自発的であること。

④試行

- ・ 最初は 6 名のグループにおいて毎朝新聞を声に出して読んでいたが、現在では週に 1-2 回、興味のある人のみを対象にしている。
- ・ 最初は 6 名のグループが毎日午後一緒に歌を歌っていたが、現在では週に 1 回午後のコーヒーの時間に歌を歌い、好評である。
- ・ 便秘気味の 6 名のグループで、便秘薬の使用を中止した。代わりにキウイ 1 つ、オートミール一人分、スモモのジュース 1 グラスを毎日与えた。結果は良好であるが、摂取の回数は個人にあわせた。
- ・ 夜の空腹時間を減らすために、朝ベッドから起きたときに果物、スモモのジュースあるいはサンドイッチを与えた。これにより空腹時間を平均して 2 時間減らすことができた。
- ・ 食事時に他の人に迷惑をかける入居者が 2 名いたので、テーブルを別にした。
- ・ 夜の就寝が浅い人にテンピュールの枕を試した。効能が確かめられたので、恒久化した。
- ・ 毎朝、起きるのを好まない入居者がいるので、本人が好きな音楽を毎朝かけるようにした。本人の気分が悪いときにも音楽をかけ、効果があった。
- ・ 以前に夜の仕事をしていた入居者は、朝起きるのが苦手だった。このため、朝 10 時頃まで寝ていられるようにしたところ、本人も元気になった。
- ・ リハビリ部の職員が入居者にタクティカル・マッサージをすることにより、入居者がリラックスした。
- ・ 他の人と一緒に食事をするのが大きな不安要素になる入居者の食事の時間をずらして、一人でゆっくりと食事ができるようにした。

⑤結果

目的にかかげられた不安の減少は達成した。自発的にトイレを利用するという目的も達成し、これには食事内容の変化も大きい。市のすべての認知症者用住居のチーフを報告会に招待して、プロジェクトの結果を報告した。

7) ロンマ市

①目的

認知症者用住居における転倒事故の削減。また午後における入居者の不安を減らす。

②参加者

准看護師 2 名、施設長 1 名

③背景

市には5つのグループホームがあり、ソルベリヤには8名が住んでいて、そのうち1居室はレスパイト用である。グループホームは80年代に設立され、その当時の介護哲学によって運営されていた。しかしその後、在宅での居住が長くなって、グループホーム入居時において入居者の介護度が高くなった場合が多い。このため、転倒の危険性や不安、困惑なども多くなった。

④目標

- ・ 計測時の90%において、VAS指標が2より小さいこと。
- ・ 転倒件数を減らす。

⑤試行

- ・ 動物をケアに使うことはよく知られているが、アレルギーのために今まで使用しなかった。今回認知症看護師のアイデアでタクティカル人形猫のことを知り、導入した。
- ・ 今までは大きなテーブル一つに全員が座っていたが、テーブルを2つに分けた。介助が必要な人は一つにまとめ、これによって職員が走り回る必要がなくなった。
- ・ 認知症者の色の認識についての講演を聞いてから、コーヒーカップを代えた。お皿が青色で、はっきりとカップが認識できる。トイレのふたを赤にして、これも認識しやすくなった。
- ・ 身体が動かせる人は庭でのバラ作りを手伝い、バラは後にテーブルに飾った。

⑥結果

目標は達成されたが、夏を挟んでいるので記録が不十分である。

8) レールム市

①目的

認知症者用住居における入居者の不安を減らす。

②参加者

認知症看護師、准看護師、地区医、作業療法士それぞれ1名

③背景

市には認知症者用住居における明確な共通の介護プログラムが存在しないので、認知症者用住居によって質には差がある。とりわけ、食事は職員および入居者にとって1日の中で重要な活動である。しかし認知症者用住居によっては、食事が入居者にとって自信、快適性、自己活動にとって重要だとは十分認識されていない。

④目標

- ・ 計測時の90%において、不安がないこと。

⑤試行

- ・ 静かに食事できることが重要である。食堂の入り口に「食事中」のサインを出し、ラジオ、テレビを消し、調理台での調理を終え、電話、食器洗浄機も使わない。
- ・ 職員と一緒に食事をして、入居者の介助を行うと同時にイニシアチブを褒める。
- ・ 食事は取り分け方式にし、入居者にイニシアチブを取らす。また食事時には必要な補助具を使うことは、本人の自立性を高めるのにも良い。
- ・ 本人の興味と可能性によって、食事の準備に参加してもらう。
- ・ 職員に対して半日の研修を行う。35名参加。教育的食事（職員も一緒に食事をする）の導入が決められた。
- ・ 認知症者用住居におけるケア計画を作成することを決定。

⑥結果

食事時における質は増加し、我々が知っていることと知っていることの差は小さくすることができた。

9) ショーピング市

①目的果

在宅に住んでいる認知症者の不安を減らす。

②参加者

施設長、活動部長、認知症調整者それぞれ1名

③背景

市の認知症者用住居における認知症ケアは十分機能していると思われるが、在宅で問題があるのわかっている。それは在宅での食事、デイケアからの移送などである。またプロジェクトの間に、若年認知症者の問題も認識した。

④目標

- ・ 計測時の80%において、喜び/健康指標が4より大きいこと。

⑤試行

- ・ 在宅では配食をしても、配食が食べられてないこともあった。このため数名の高齢者と共に、職員と一緒に食事をするのを始めた。社会的活動、食事の改善、楽しいひとときなど、親族も満足であった。
- ・ チーフ、福祉局長とタクシー会社の代表が会合を行い、タクシーによる移送の際にはできるだけ同じ運転手であるように要望をした。以降、移送はまったく改善された。
- ・ デイケアは高齢者にあわすことが必要である。同じアパートに住んでいる高齢者たちが週に1回活動をし、市の活動部の職員が助言をしている。他には、認知症がまだ初期の段階で認定を必要としない高齢者が週に1回一緒に食事をして、楽しい時を過ごす。このようにして、認知症調整者、活動部の職員がさらに協力して、高齢者の異なった必要性を満たす必要がある。

- ・ 若年認知症者のための訪問活動を始めた。常にうまくいったとは言えないが、高齢者の尊厳を尊重することは非常に大事である。
- ・ 若年認知症者の会合をスタートした。会合は本人および親族が対象で、楽しいひとときを過ごすことが目的である。会合は市の認知症調整者、作業療法士および認知症協会が助言している。
- ・ ある介護度が高い高齢者はホームヘルプとの関係は最善ではなかった、しかしデイケアとの関係は良かったので、ホームヘルプとデイケアが協力することにより、ホームヘルプとこの本人との関係改善を目指している。
- ・ このプロジェクトにおいて、県の老年科医、地区医および作業療法士も介護に参加し、県と市との関係がさらに改善された。また県の地区医療センターの地区看護師が認知症ケアの協力を模索し始めた。
- ・ 親族に対する援助の広報が企業保健センターに対して行われた。

⑥結果

在宅に住み続けるということは、種々の問題もあり、これに対応するのは簡単ではない。しかし私たちのプロジェクトによって少しでも改善につながっていると確信している。

10) ハルムスタッド市

①目的

個人に適応した介護を与えることで、認知症者用住居における入居者の生活の質を改善。

②参加者

専門准看護師、高齢精神科看護師、施設長

③目標

- ・ 計測時の 80%において、喜び指標が 4 より大きいこと。
- ・ 入居者 18 名全員が個人ごとのケア改善計画を作成する。
- ・ 入居者の 60%について、日常のケア以外に個人にあった日常活動計画を作る。

④試行

- ・ 入居時においては、親族も交えて入居者の生活史を記録した。
- ・ すべての入居者の個人のケア計画を作成した。これは特に夏の間、臨時職員が多いときに有効である。
- ・ 介護担当職員制度を作り、この職員が親族に対する情報提供を行う。また親族にとってはコンタクトの継続性が増えた。
- ・ 1年に1回、親族と介護計画の見直しを行った。
- ・ 定期的に7週間に1回、介護計画会議を行い、担当看護師も参加した。しかし問題は職員の勤務のため、すべての職員が参加できないことである。
- ・ 入居者が職員と一緒に屋内用の自転車を使って運動をする。多くの入居者が自転車で運動するようになり、一人で使うよりも二人(二台)で使う方が楽しい。
- ・ 活動(新聞などを読む、歌う、散歩など)が日常のケアに埋もれてしまわない

ように、定期的に行うことは重要である。しかしながら日によってはこれらの活動ができない日もあった。

- ・ 午後の活動を活発化し、休息を短くすることにより、睡眠が改善された。
- ・ 夕食後は静かにできるように、ユニットのドアは鍵を閉め、ブラインドを下ろした。
- ・ 親族に対する情報を改善すると共に、入居者、職員、親族が庭で会う会を催した。
- ・ 現場職員は私たちによって研修を3回受け、他の1回は老年精神科医であった。
- ・ 市の責任者と定期的な会合が行われた。
- ・ このプロジェクトについて、施設長、職員、市の委員会の政治家、認知症協会などに報告された。

⑤結果

喜びの指標は増加したので、不安などの計測も考えられた。しかし不安などが増えなかったなのでその計測は中止された。喜びの増加と不安の減少は関係があると思われる。

11) イェーブレ市

①目的

若年認知症者および親族の援助の改善

②参加者

病院の老年科の看護師および准看護師1名ずつ、若年認知症者本人

③背景

リスベトさんは若年認知症である。外的特性がないため、一般の人、同僚、チーフからの理解が十分でなかった。彼女はまだ60歳にはなっていないが、仕事がうまく機能していなかった。彼女はエコノームであるにもかかわらず、数字が理解できなくなった。若年認知症と診断されても、イェーブレ市には若年認知症者のためのデイケアも同じような病気である人たちが会う機会もなかった。

④目標

- ・ 若年認知症者が病気について必要な情報を得られること。
- ・ 若年認知症者の親族が病気について必要な情報を得られること。
- ・ デイケアに参加する若年認知症者が、参加回数のうち少なくとも80%は参加に意味があったと思うこと。

⑤試行

- ・ 「木曜日の会」と呼ばれる若年認知症者のためのデイケアを組織した。毎週木曜日、若年認知症者4名に対し、職員1名が会っている。朝、昼、一緒に食事をし、その他の時間帯は参加者の興味によって決めた活動と一緒にやる。カウンセラーおよび作業療法士が援助内容について説明を行う。毎日その日の評価

を行う。

- ・ 春の間に、若年認知症者および親族に対して 5 回の説明会を行った。これには医師、作業療法士、カウンセラーが参加し、病気についての情報を与えるだけでなく、患者/親族間で意見の交換ができるようにした。これは非常に好評だった。最後の会合は市の「親族センター」で行われ、センターの活動、援助内容が説明された。地域の認知症協会も参加し、親族に対する援助が計画された。
- ・ 病院の認知症チームは認知症者のためのショートステイの指導も担当しているので、上記の説明会にショートステイの職員も招待した。
- ・ 市が運営している Villa Milbo とも協力が始まった。Villa Milbo は認知症者が利用できるペンションである。その目的は親族にレスパイトを与えるためであるが、できるだけ若年認知症者本人が楽しいから Villa Milbo に行くと考えるように努めた。ペンションでの滞在には職員も同行し、非常に好評だった。
- ・ 参加者の一人は問題行動を起こすということで、他の参加者が一緒に行くのを嫌がったが、この認知症者に職員を一人つけ、活動をもっと系統的に行うことによって問題を解決した。
- ・ 県の研究所が行った広報会に、この活動内容を広報した。また病院の老年科においても広報を行い、これらの活動をパーキンソン病の患者にも広げるという案が出された。
- ・ 若年認知症者がさらに一人増えたことに伴い、この患者の居住市においても若年認知症者のデイケアをスタートする案が出された。

⑥結果

若年認知症については大きな情報の必要性があるのがわかったが、若年認知症についてすべてを知りたい人がいる反面、何も知りたくないという人がいる。また症状の進行によって、その時に必要な情報にも違いがある。

若年認知症者および親族に対する説明会は非常に好評で、同時に若年認知症者および親族間の一体感も盛り上がった。またこれらの説明会にショートステイの職員が参加したことによって、若年認知症者および親族の質問あるいは考えが理解できたと、職員の方からも評価された。

3. プロジェクトの結論

(1) プロの職員による判断と治療へのアクセス改善

良質のアクセスとは、ケアが必要な人は経験にもとづいた良質のケアを簡単に早く受けられることを意味している。これは時間だけではなく能力をも意味する。簡単にということとは、ケアの供給者がわかりやすい方法で情報を与える明確な手順を持っているという意味でもある。病気である間も高い生活の質を保つために、なるべく早い時期に診断がされ治療が始められることは非常に重要である。認知症者および親族は、診断の後病気につい

ての知識と情報を普遍的に与えられるべきである。

物忘れに関しては早く対応し、診断を受けさせる

初期の症状の人を積極的に見つけ出す。本人か親族を問わず、初期の認知症について不安を持っている人を援助するために診断やコンタクトの手順を作り出す。物忘れは日常生活の根本的な変化を意味し、多くの疑問も出てくる。職員、高齢者本人、親族の間での信頼できる協力により、このような生活の変化を軽減できる。

- 認知症初期の症状およびその診断ができる医療機関についての広報誌を作る。
- いろいろな職種および一般住民における認知症の初期症状についての知識を増やす。
これは主に研修、講演会および高齢者団体とのコンタクトを通じて行われる。
- 物忘れ症状を見せた人に対して診断を勧める。
- 本人あるいは親族を問わず、物忘れの診断について質問あるいは診断の希望がある人すべてに医師との会合時間を作る。
- 地区診療所の決まった人（例えば、地区看護師あるいは作業療法士）がすべての診断紹介を受け取り、親族との最初のコンタクトを行う。
- 本人および親族との最初の訪問における手順を作成する。
- 診断および訪問時における地区看護師の役割についてチェックリストを作成する。
- 質問がある場合、電話相談などができる人あるいは専用電話を作る。

診断中およびその後に十分機能するケアの継続性を確保する。

協力のための規則的な手順および標準化された報告手順はケアの連続性を強化するものである。これは情報伝達が県組織の医療機関の間でなされるか県と市の間でなされるかとは無関係である。

- 薬による治療について、定期的にフォローし再検討する。
- 担当医が診断などの情報を地区診療所の担当看護師に伝達できるよう、その手順を導入、確保する。
- 地区看護師が認知症者の報告を市のケア認定者に伝達する手順を導入、確保する。
なおこの場合、親族がケア認定者とのコンタクトを望んでいるかどうかも記載する。
- 病院の専門科から地区診療所の医師および地区看護師に診断についての情報を伝達する手順を導入、確保する。
- 専門科の看護師が地区診療所の看護師に、たとえば 2 週間おきに定期的な電話でのコンタクトを行う手順を導入、確保する。
- 地区看護師と介護認定者との間で 2 週間ごとの定期的な電話コンタクトの手順を導入、確保する。

診断後、親族への知識および情報提供の個人的適用

診断が行われたならば、病気および本人、親族が利用できる援助、サービスについて継

続的な知識および情報提供のシステムが必要である。これは安心感に影響する要件である。援助は、訪問、補助器具、服薬、日常援助、レスパイト、知識などがある。会話は対話形式で行われ、認知症者および親族が現状をどの様に受け止めているかおよび将来の希望を積極的に聞くべきである。

- 地区診療所の担当看護師が家庭訪問して、本人および親族をフォローする。
- 診断後、介護認定者の訪問を普遍的に提供する。
- 診断後、介護認定者と地区看護師と一緒に訪問することを普遍的に提供する。
- 診断の1ヶ月後に、診断した部署の職員が家庭訪問を計画、実施する。これによって、さらなる情報および援助を与えることができる。
- 認定による援助がスタートする前に、ヘルパーは話し合いのために訪問する。
- 活動チームの職員が定期的に家庭訪問をする。
- 家庭訪問あるいは電話で、個人的な援助および助言を行う。
- 親族援助について口頭および書面で情報提供を行う。
- 本人および親族のために説明会を行う。
- 親族のための研修会を提供。
- 同じような状況にあるあるいは新しく認知症診断を受けた人の親族に対して経験談を語る親族とのコンタクトを提供する。これは系統的メンタープログラムを通してなされるべきである。
- 認知症チームの仕事について口頭および書面で広報を行う。
- 利用できるサポート、援助について口頭および書面で広報を行う。
- 系統的インタビューを通じて、たとえば孤独、ストレス、生活の質などの安心感および不健康に対する問題点を明らかにする。
- 認知障害についての補助器具を展示場にて公開、情報提供を行う。

(2) 組織および職域を超えての協力

本人および親族の必要性を中心に据えることによって、チームは職域を超えて業務を行う。実際の協力は、所属組織および職務を超えて発展させられる。協力は、例えばタクシーの運転手のように認知症者に対するサービス機能を担う他の職務分野とも協力することができる。

組織の境界を越えた業務方法の作成

- 行政組織を超えて異なる職業グループを一緒にして共通した研修機会を設ける。
- 認知症者に対する対応指針などの知識を通じて、地区看護師、介護認定者、医師、ホームヘルパーその他の職種の人々の共通の基本的価値観を作る。
- 地区看護師および介護認定者が親族と一緒にホームヘルパー職員と会うことによって、在宅における市と県のケアの責任を明確化する。
- 定期的な会合、共通の家庭訪問および担当者が定期的に電話でコンタクトをするこ

とによって、協力のための手順、業務形態を作り上げる。

- 種々の職種を含む認知症ケアチームを作る。
- 認知症デイケアの職員が、認知症高齢者にホームヘルプの職員を紹介する。
- 交代介護（たとえば 2 週間在宅、2 週間ショートステイというような介護により、親族のレスパイトを行う）が始まる前に、ショートステイあるいはデイケアの担当職員を認知症者に紹介する。
- 交代介護の前に、担当職員が必要な情報を親族から得る手順を作り出す。

定期的な移送に関して定まった手順を作る。

デイケアから病院などの移送は認知症者にとって大きな不安をもたらすものである。大事なものを持ってきたか正しい場所に行くのかどうかなどの不安である。これらの不安は社会的活動あるいは治療の妨げにもなる。いくつかのチームは認知症者の計画された移送および救急移送に関して安心感を増やすためにプロジェクトを行った。

- タクシーの運転手が常に同じ人であることによって認知症者が安心感を持てるように、タクシー会社にコンタクトを取った。
- タクシー運転手に対して、認知症および対応について研修を行った。
- 移送に対して認知症者が十分準備ができるよう、移送計画を作成。たとえば準備するものは財布、移送サービスカード、服薬リストなどである。
- 毎回の移送ごとの支払いは避けて請求書が月末に送られるようにする。
- 「ドアツードア・サービス」付きの移送サービスを利用。「ドアツードア・サービス」付きとはタクシーの運転手が車から降りて、ドアのベルを鳴らし、本人を車までガイドするものである。
- 親族とのコンタクトや服薬リストなどの必要情報を含む個人ごとの移送サービス計画を作る。
- 病院までの移送に関して、親族および病院に対して情報を提供する手順を作る。
- 病院の救急に行く場合、もし親族が同伴できないのであれば必ず職員が同伴する。

認知症者が病院から戻るとき

- ホームヘルパーの手順を確定しそれに従う。
 - ・ 在宅にて受け入れ、「おかえり」の挨拶をする。
 - ・ 冷蔵庫に食べ物があるのを確認する。
 - ・ 新しい介護の決定がされてないか、介護認定者に連絡を取る。
 - ・ 服薬リストに変化がないか、地区看護師に連絡を取る。
 - ・ 介護記録を取る。

(3) 不安を減らし、喜び、幸福 (well-being) を増やす

少額予算であっても、多くの「特別な住居」をより良い生活環境に変えることができ

る。入居者が日常活動に参加し、一体感が大きくなって、入居者の自立性、個性が自然な形で考慮される。親族も参加して、彼らの意見、知識も尊重される。

個人の条件にあった良いケア

この言葉は、デイケア、ホームヘルプ、ショートステイあるいは「特別な住居」を問わず、個人の条件にあった良いケアのための業務方法を発展させることである。下記の援助および活動はほぼすべてのチームによって行われた。

- 親族の知識および関与を役に立て、日常のコンタクトのために基礎となる生活史を書き留める。
- 担当介護者の役割について覚え書きを作る。(担当介護者は、介護者の中で特に決まった人の担当をする職員で、介護記録、親族とのコンタクト、身の回りのものの必要性の判断などの責任を持つ。親族にとってはこの職員が施設の「窓口」になる)
- 安心感を増やすために、親族に最初から参加してもらう。登録時の会話や親族との会合などを通じて、コンタクトおよび情報交換の手順を作る。担当介護者と親族との対話のためにチェックリストを作成した。
- 個人の介護計画において、職域を超えたすべての関係者が参加する定期的な会合を計画する。例えば、7週間に一回は全員、2週間に一回はその日に働いている職員など。ホームヘルプやデイケアにおいては、地区看護師および介護認定者が参加する。
- 個人介護計画に、その人にどの様にして援助を行うか記入する。担当介護者は記録の責任者である。

共通の活動に認知症者も参加する

認知症者が一緒に交流することは喜びおよび一体感を与える。一部の活動は一緒に行い、その他は小さなグループで行う。個人を考えることが重要である。活動は昔の思い出を起こさせることが多く、思い出が生きてくる。

チームがプロジェクトの間に試してみた種々の活動の例

- 例えば歌謡曲のようなよく知られた曲を歌う。
- グループ間でボールの投げ合いをする。ボールは赤の色が良い。
- 音楽を一緒に聴く。音楽を個人にあわせる。
- 一緒にダンスをする。
- 毎日同じ時間に全員が集まる機会を作る。
- 一緒にパンを焼く。
- その日の新聞を声に出して読む。
- 童話を読む。
- ゲームをする。
- ドライブに連れ出す。

- グループで散歩をする。
- 異なった計算問題を使って、計算の練習を行う。
- お互いに風船の投げ合いをする。
- 一緒に、布のつぎはぎ掛け布団を作る。
- 定期的に教会に行っていた人と一緒に教会に行く。
- アコーデオンのような楽器を使う機会を作る。
- 昔の物を箱に集めて、昔のことを思い起こすために使う。
- 昔の物を見せて、話をする。
- スポーツ用の自転車に乗る。二台横並びにおいて、「今日はどこに行きましょうか」と掛け合う。
- 一緒にクロスワードを解く。
- 三人乗り用の自転車と一緒に乗る。
- ピクニックを計画、実施する。
- 焼き肉パーティ、スールストロミングパーティ（スールストロミングはスウェーデンの「くさや」で、世界一臭い（？）と言われ、8月下旬に食べることが多い）のような定期的なパーティを行う。
- テレビを観ない日を作る。
- 美味しい料理を食べたりして「ご馳走の日」を作る。
- 夜に 20・30 分間、静かな曲と一緒に聴く。
- 庭で一緒に仕事をする。
- 農家と協力して、住居の近くで動物を飼う。
- 毎週定期的に会う友達のグループを作る。
- 美容師に来てもらう代わりに美容院に行く。

一緒に行うことによって日常活動における参加感を作る。

- テーブルにテーブルクロスをひく。
- 皿を洗う。
- 洗濯物の後片付けをする。
- 食事ワゴンを取りに行きおよび返す。
- ナフキンを折る。
- パーティやピクニックの計画をする

静かで楽しい食事をする

私たちの生活において、食事は身体および精神にとって中心となるものである。小さな改善であっても快適さおよびそれにより食欲が増える。共に食事をするということは、職員と認知症者の一体感の増加にもつながる。

一体感を増やす

- テーブルに着くときに挨拶をする。「いただきます」
- 例えば一人で食事をしたいとか、親しい人と一緒に座るとかの個人の希望に応じて着席を決める。
- 朝食時に、朝刊の記事を声に出して読む。
- 午後の休憩時において詩か面白い話を読む。
- 入居者の障害に応じて食事を変える。
- 食事をいくつかの小部屋で取る。
- 食事時にワインを飲む。
- 職員も一緒に食事をする「介護的食事」あるいは「教育的食事」などの手順を作る。
- 対話を通じて食事時における一体感を作る。
- 一緒にいる時間を延ばすため、食事の後一緒に音楽を聴く。

コントラストの強化およびシンボルを使うことによって物理的環境の明確化

- 食べ物がよく見えるように色つきの食器を使う。
- 各自の席に名札を使う。
- 机の上に花を置く。

食事時の静寂化

- ラジオを切る。
- 電話を切る。
- テレビを切る。
- 食器洗い機を切る。
- 部屋のドアを閉める。
- ドアに「食事中」のサインを出す。
- テーブルごとに職員が座る。
- テーブルごとに給仕をする。
- テーブルごとに取り分ける。
- 全員が食事を終えたときに後片付けをする。
- 食事の前に薬を取る。注意。アルツハイマー病の抑制薬のように食事と同時に取る薬を除く。
- 床とこすれる音をなくすために椅子の脚にテニスボールをつける。
- 分離された環境を作る。

食事時の介助を個人ごとに行う

- 一人で食事をしたい人のために必要な手順を作る。
- 自分で食事ができるための意欲を湧かせる。

十分な栄養を保障する

- すべての食事において栄養の補給に努める。
- 常に間食を用意する。
- 食事時に十分な飲み物を用意する。
- 食事時以外にも定期的に飲み物を提供する。

十分な睡眠を保障し、夜の空腹を避けるための手順を作る

夜の睡眠を妨げる原因を見つけ出し個人ごとに改善することにより、多くの人が自然な睡眠を得ることができる。日中の活動も夜の睡眠に大きな影響を与える。夜の空腹時間を減らすことによって、本人は元気が出て集中力も増加する。(夜の空腹時間の短さは、特別な住居の質の指標の一つに加えられている。2007年に行われた調査によると、特別な住居入居者の26%が、夜の空腹時間が11時間以上であった)

- 朝ベッドから起きあがる前に、何か食べられるようにする。
- 常に間食を用意する。
- 夜のお茶の時間を遅くする。
- ベッドにつく前に何か食べる。
- 朝何か甘い物を食べる。
- 夜起きたときには、何か食べ物か飲み物を与える。
- 枕、掛け布団およびベッドを個人にあわせる。
- 昼休みあるいは夜本人が十分眠れないときは、ボール掛け布団（補助器具の一種）を使う。
- 夜起きていることを許す。

明確な環境を作る

色やシンボルを使って物理的環境を明確化することは、認知症者にとって明瞭さを作ることである。例えば、朝や夜のように日常生活における手順は時間感覚の良い把握につながる。また祭日にテーブルを綺麗に飾ることも、認知症者の時間把握のためによい。

- 週日と祭日との区別をする。祭日には綺麗にテーブルを飾り、ローソクを立て、パーティ用のグラスを使う。そしてワインを用意する。
- ドアに写真を飾る。
- 一人でいる環境を作る。
- 使用しないドアは隠す。
- 歩行器の取っ手は赤いテープでマークをつける。
- 白いトイレおよび洗面台の背景に赤いプラスチックフィルムをはる。
- トイレのドアに赤いハートマークをつける。
- 便器の上座を赤にする。

- シャワー室に滑り止めを付ける。

個人にあった活動を通して不安を取る。

チームは個人に不安感を抱かせる要因を特定し、個人的な解決案を作成した。リーダー・チームはこれらの要因を特定する要因をリストアップした。

不安、困惑、攻撃性をもたらす要因

住居

- 家計
- 健康状態
- 生存的落胆感
- 理解力の困難さ
- 状況の理解困難
- 言語的理解の困難さ
- ADL の理解困難
- 食事
- 孤独

居住者

- 誤解
- 威嚇
- 攻撃性
- コミュニケーションの困難さ

親族

- 家族から「見捨てられた」と思う感情
- 訪問がない
- 感情がない
- 別れ
- 訪問

職員

- 間違った薬
- 対応の不適當
- 時給職員
- 新しい職員
- 強圧的な態度
- 服薬の兆候の無理解
- 職員の交代

現場にいない職員

不安を予防することと共に、これらの作業は成果があった。個人の生活史および不安を減らすための情報、物理的接触、音楽などの方法は大きな手助けとなった。

- 頻繁に職員を呼ぶ認知症者がヘッドフォンで好きな音楽を聴けるようにしたところ、そのような行動が無くなった。
- 親族の訪問後、不安を見せる認知症者を援助する手順を作る。
- 不安感を見せる認知症者にタクティール用人形を与える。その間、認知症者は対外的な行動を減らす。
- 肩にかける温かい枕を与える。リラックスと接触感を与える。
- タクティカル・マッサージのような皮膚接触を与える。
- タクティール用人形猫を与える。
- 本人の居室で、本人が好きな音楽を聞く。
- シャワーの前に、本人に説明する。
- 毎朝下剤として、15ml の菜種油を別あるいはおかゆに混ぜて与える。干スモモの飲み物、繊維の多いパンなども同様である。
- デイケアから戻ってきたときに、自室において話をする時間を作る。
- 花に水を与えるあるいは洗濯物を折るなどのように、自室での活動を作る。
- 個人にあった活動を毎朝、行う。
- 寝る前に足をマッサージする。
- 服薬のチェックを行う。医師は Monitor というプログラムを使うことができる。
- 入居者が在宅に住んでいる夫あるいは妻と一緒に昼食が食べられる機会を作る。
- 思い出しやすいように、個人の予定表に毎日の活動を書き入れる。
- 一人でいる時間を作る。
- 一人で外に出る可能性を作る。
- 毎日、外に出たいかを聞く。
- 「特別な住居」入居者の家族に対してサポートチームを作る。
- 一緒に住んでいない家族に対して、訪問の際の別れ方の情報を与える。

重度の不安、焦燥感を見せている場合、職域を超えたチームを作る。

重度の不安、焦燥感を見せている場合、職域を超えた職員のチームが基本となる。継続的にフォローするような積極的なサポートが必要である。あるチームでは老年科医との協力によって、重度の不安、焦燥感を持っている認知症者の救急病院への訪問をなくした。

- 重度の不安、焦燥感を持っている認知症者に対してチームを作る。チームは担任介護者、介護責任者、看護師、認知症ケア発展者、介護認定者、老年科医などである。
- 「特別な住居」において、入居者の重度な不安において認知症ケア発展者との協力の手順を作る。

- 定期的な再評価する特別介護計画を作る。介護責任看護師および担当介護者が責任者である。
- 救急の不安時において、老年科医の家庭訪問の手順を作る。
- 重度の不安時において、老年科医が服薬の見直しをする手順を作る。
- 継続的に家族に情報を与える。

職員の手順を計画、組織立てる。

手順は、認知症者のもとで和やかで安心した環境を作ることが基本である。手順は日常活動、親族との定期的なコンタクトおよび個人にあった援助を作り上げるための条件でもある。

- 入居時および担当介護者と親族とのフォローアップにおける手順を作る。
- 定期的な週の会合において、個人およびグループの活動を計画する。
- 個人の介護計画の見直しのため、定期的な会合の手順を作る。
- 担当介護者としての役割の明確化
- 認知症者が昼食後休憩しているときに、掃除および洗濯の手順をあわせる。
- 職員がユニット外で着替えをするように手順を作る。
- 職員が愛玩動物を職場に持ち込めるような手順を作る。
- 各活動に応じた役割分担を明確にする。
- 認知症者のことを考えて、職員が何を話すかに十分注意する。
- 夜の職員に対する引き継ぎは 14 時に行い、16 時に勤務を終える職員は気づかれずに職場をさる。

(4) 若年の認知症者に対する援助の開発

若年の認知症者は、同じような状況にある人が会うことによって大きな一体感を得る。彼らは参加する活動が意味を持つように、また病気に対する知識を得て自分で処理できるように自分が参加する活動に対して影響力を行使する。

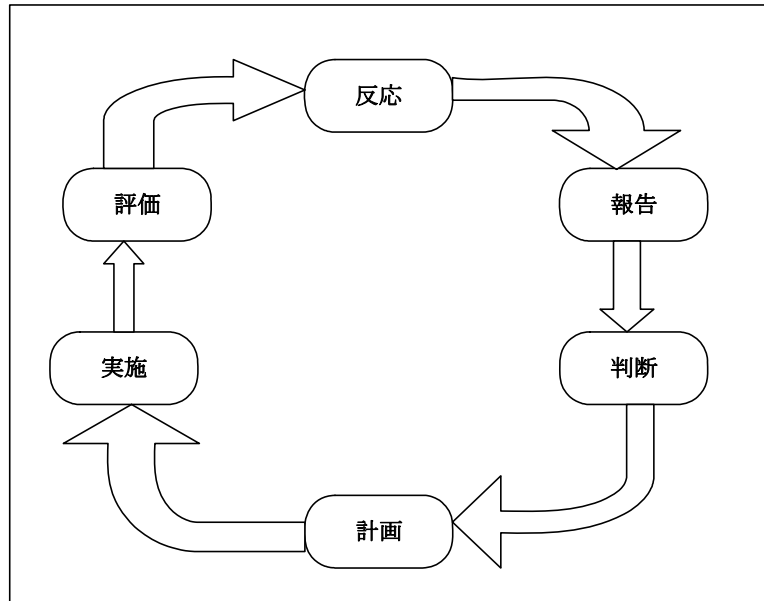
- 病院の専門看護師が定期的に報告書に目を通す。
- 同じような状況にある人あるいはあった人が、最近認知症であるとわかった人に個人的なサポートが行えるようコンタクトを取り持つ。これは組織だった助言者プログラムを使う。
- 広報会に若年認知症者を呼ぶ。
- 専門科が社会的活動に招待する。
- 若年認知症者が楽しめるような場を市が設置する。
- デイケアにおいて若年認知症者だけの日あるいは若年認知症者だけのグループを作る。
- 自分自身で活動内容を決定できる若年認知症者のデイケアグループを作る。
- 若年認知症者およびその親族のために研修の機会を設ける。

- デイケアの職員と一緒に例えば2日間のショートステイでの滞在を計画する。

(5) 認知症ケアプログラム(ヘルシングボリー市の例)

市で認知症ケアプログラムを作っているのは多くないが、そのようなプログラムの概略を紹介する(プログラムは61ページにわたり、ここで紹介するのはそのごく一部である)。

①認知症ケアのプロセス



出典) Helsingborgs stad(2008) Lokalt vård - och omsorgsprogram vid demensproblematik

②反応

認知症が疑われる症状に反応する。すでに認知症とわかっている人でも新しい症状を見つけるならば同じように反応する。認知症が疑われる症状の内容は省略。

③報告

- ・ ホームヘルプを受けてないか特別な住居に入居していない場合は、市の認知症コンサルタントチーム(専門教育を受けた看護師と准看護師からなる)に連絡。
- ・ ホームヘルプを受けてないか特別な住居に入居している場合は、地区の介護責任看護師に連絡。
- ・ 介護責任看護師は、本人のホームドクターに連絡し、診断および現在の介護および服薬について相談。介護責任看護師は同時に、市の介護ニーズ認定者、理学療法士、作業療法士などにも連絡する。
- ・ 介護責任看護師は、本人の許可を得て親族に連絡し、調査に加われるようにす

る。

④判断

- ・ 多くの場合、介護を行っている市が本人のことをよく知っている場合が多い。家族や親族とのコンタクトは重要である。彼らが本人のことを一番よく知っている。
- ・ 介護の判断に際して、本人の残された機能あるいは失われた機能を知ることは重要である。これによって正しい援助を正しい機会に行うことができる。
- ・ 訪問看護の必要性の判断をする。認知症者の場合、外見では健康であっても、認知能力の低下によって必要な医師訪問を行ってないことが十分考えられる。
- ・ 認知症者用住居の入居の決定に際しては、介護ニーズ認定者が決定の前にホームヘルプグループ、認知症コンサルタントチームと話し合うことが必要である。
- ・ 認知症コンサルタントチームは本人の健康状態（本人との対話、親族とのコンタクト）、GBS(Gottfries-Bråne-Steen)指標（スウェーデンでよく使われる認知症指標）、看護師は医師とのコンタクト、栄養状態、消化機能、排泄機能のチェック、血圧、歯の機能状況、服薬および副作用、機能判断（活動、睡眠）、介護ニーズ認定者は社会的認定、作業療法士/理学療法士は転倒事故の危険性、ADL調査、補助器具調査、視覚、聴覚調査を行う。
- ・ ホームドクターにて認知症診断が行われる。

⑤計画

- ・ それぞれの役職に応じて介護計画が作られるが、お互いに全般的な介護の目標に留意することが必要である。
- ・ 介護責任看護師が他の医療機関と協力して計画が作られる責任を負う。
- ・ 介護は緩和療法哲学にもとづく。緩和療法は症状緩和/必要性分析、チーム業務、親族援助、コミュニケーションから成り立つ。
- ・ 症状緩和/必要性分析。症状はどのようなものか、どの様にして緩和できるか。デイケア、活動、ミーティングポイント、介護、医療ケア計画、補助器具、リハビリ計画、食事、アラーム、移送サービス、ゴッドマン
- ・ チーム業務。誰が医療責任看護師、介護ニーズ認定者、ホームドクター、親族か。専門医あるいは認知症コンサルタントチームに連絡されているか。
- ・ 親族援助。親族との会合記録、親族の役割、親族センターについて広報、レスパイト、研修
- ・ コミュニケーション。何が認知症者本人の目標、生活の質であるか。本人はどの様に対応して欲しいか。本人の生活史

⑥実施

- ・ 認知症が進行するに従って、本人の認知、コミュニケーション能力が衰える。周りとのコンタクトおよび本人の尊厳、自尊心を保持するためにも正しい対応は重要である。
- ・ それぞれ介護の機会においては、認知症者の機能に応じて十分自覚した介護の戦略が必要である。
- ・ 認知症者は常に自分の意見を表現できるとは限らないので、どのようにして介助が行われ、どの様に職員が対応するか、十分な記録を取る必要がある。
- ・ トイレ、着替え、食事、服薬における注意点がまとめられている。
- ・ 対応における一般的な注意
- ・ 認知症者の頭ごなしに話をしない。認知症者も一人の大人であることを忘れないように。
- ・ 注意深く聞くこと。本人を過小評価しないように。
- ・ 不必要に正さないこと。自分で試すことを勧める。もし本人が手助けを頼んだら、間違いを指摘することなく手助けをすべきである。
- ・ 不必要に監視をしない。本人に危険がおよぶあるいは侮辱的になる以外は不必要に手を出さない。
- ・ ありのままの本人を受け入れる。職員が望む本人像が望まれる姿ではない。
- ・ 反応には時間がかかることを理解する。
- ・ 自然な活動を行う。たとえば、もし認知症者が望むならば皿を洗ってもらい。かりに上手に洗えなくても、活動は結果よりも重要である。(必要ならば、本人のいないときに、皿をふたたび洗うことはできる)
- ・ 認知症者の尊厳。認知症者の感情は認知能力よりも機能している。もし間違ったら、これを特に他の人の前で指摘しない。多分、間違った行動は忘れていであろうが、なぜということを理解できずに指摘されたという不愉快だけが残る。
- ・ 職員の交代時に、「家に帰る」ということを言わない。認知症者も「家に帰る」時間であると理解するかも知れない。
- ・ 認知症者にとって何が安心かを考えること。「家に帰る」ということは、物理的に家に帰るということよりも、安心感を表していることが多い。
- ・ 日常生活における例 - 着衣
- ・ 認知症者は着衣あるいは着替えの際に困難を伴うことがある。また不必要な雑音、会話によって集中力を失い、着替えが中断されることもある。
- ・ 着替えの際の問題は、本人がどの様な衣服を、何時使用するか、衣服はどこにあり、どの様に着るか理解できないことである。また着衣の際に必要な身体の動きができないことである。
- ・ 運動能力/神経の低下などにより、ボタンをはめたり、ファスナーを上げたり、靴紐をしめることが難しくなる。このため、介助者が手助けする場合は忍耐を

持って、不必要に認知症者が集中力を失ったり、傷つくことを避けなければならない。

- ・ 簡単な間違いであれば直接正さないで、本人が行動を終わった時点まで待つ。そうすれば本人の自尊心は傷つかない。
- ・ 本人の横に衣服を順に置くことによって、着衣の順を明確にする。本人が自分のテンポで一つずつ片付けていくのを見届け、不必要に手を出さない。
- ・ 場合によっては、衣服を着たまま横になることを許す。衣服は本人に安心感を与えるもので、第二の肌である。特に夜、衣服を脱ぐのを拒否する場合、これが原因であることがある。
- ・ できるだけ本人が衣服を選べるようにすることは重要である。このために、よく使う衣服とそうでない衣服を整理して、本人が選びやすいようにする。病気によって判断が遅れ、言葉を選ぶことが難しくなる。このため、本人が選択し、答えられるよう十分な時間を与えることが重要である。
- ・ 毎日、本人ができるだけ自分で決めて行えるように考える。すべてのボタンを自分ではめるのか、あるいはいくつかのボタンだけか。一つの過程を行ったらそれを褒め、次の過程に進むことを励ます。日常生活における単純な喜びを見つけることは非常に重要である。本人は喜びの原因を忘れていることが多いが、「一緒に楽しかった」という感情は身体が覚えている。

⑦評価

- ・ 認知症者の症状の変化に応じて、定期的に介護などの見直しをすることが必要である。
- ・ 新しい症状を見つけたならば、報告、判断、介護の実施を行う。

<参考文献>

DS 2003:47(2003) På väg mot en god demensvård

Helsingborgs stad(2008) Lokalt vård – och omsorgsprogram vid demensproblematik

Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting(2006, 2007) En bättre demensvård I & II

<調査協力>

株式会社ニッセイ基礎研究所