

ケアマネジメントの展開・演習 認知症に関する事例

令和4年度 実務研修9日目（更新・再研修8日目）

習得目標

認知症の特性に応じたポイントを踏まえてケアマネジメントプロセスを実施できる

ケアマネジメントプロセス

- ①インテーク(受理面接) ⇒信頼関係の構築
- ②アセスメント⇒取集・整理した情報を分析・統合(パーソンセンタード
ケアの5つの要因:P180) ⇒P198参照
- ③ケアプラン原案作成 ⇒P200参照
- ④サービス担当者会議 ⇒目標の共有化
- ⑤サービス提供 ⇒個別サービス計画、具体的サービスの確認
- ⑥モニタリング ⇒本人・家族の状況確認、ケアプランの修正の必要性
- ⑦評価 ⇒短期目標の到達状況

(1) 認知症の本質の理解

P178

- 認知症の本質は、自分の認知機能の低下を本人が正しく把握できないことにある。
- その場にマッチしない言動・行動が生ずる。周囲との軋轢が生じる。本人と周囲との悪循環が深まる構造が潜在している。
- だからと言って、認知症の人は「何も分からなくなった人」ではない。
- 「その人にとっては、何らかの意味がある言動・行動をしている」ととらえるべき。
- 相手の立場に立って「その理由」を考える「利用者本位」の視点が大切である。
- そのためのケア理論の基本となるのがパーソン・センター・ケアの5つのアプローチである。

第6節 認知症の特性に応じた ケアマネジメントプロセス

P198～P201

1 認知症の人に対応した特別なケアマネジメントプロセスはない。

2 認知症の特性を理解したケアマネジメントの留意点

○基本的視点は、パーソン・センタード・ケアの考え方に立脚
(例)

- ・生活歴、性格・気質、病気になる前の生活習慣を知り、行動の意味を知るといった視点をもつ。
- ・本人のプライドが満たされているかどうか探る(人間関係:受容されているか、孤立、阻害されているか)。
- ・できること、できるようになると思われることを探る(セルフケア、活動と参加)。
- ・心身の状況に影響を与える服薬、睡眠障害、脱水、低栄養、便秘、口腔機能低下などの有無を把握する。
- ・五感への影響を把握する。 など

パーソンセンタードケアの5つの要因

①脳神経疾患

（認知症の原因疾患、病期、脳病変と祖損なわれた機能と残っている機能）

②身体状況・感覚

（認知症以外の疾患・視力や聴力、歯の状態など）

③生活歴

（学歴、成育歴、職歴、結婚歴など、経済状況、趣味や知己での活動など）

④性格・気質

（本来の性格、気質、能力、物事に対しての対処スタイルなど）

⑤心理社会関係

（人との関わり方、介護者や周囲の人への認識、
支援する人などの対人関係、本人と関わる全ての人との関係性）

演習

p.153

支援にあたってのポイント

- ① ステージアプローチ
- ② パーソン・センタード・ケア
- ③ BPSDの軽減
- ④ 家族への支援



演習：事例読み込み

◆ 事例

閉じこもりから認知症の症状が進行してしまった利用者への支援
個人ワーク（10分）

- 概要（p.153）
- 基本情報に関する項目（p.206～207）
- 主治医意見書（p.208～209）
- アセスメントに関する項目（チェックポイントシート）（p.210～211）

演習

青木 すずさんの全体像をまとめましょう

個人ワーク（30分）

◆ステップⅠ

青木すずさんの過去から現在まで

「このような生活をしてきた、こんな人・・・」と文章でまとめてください

◆ステップⅡ

現在の青木すずさんと家族の状況は？

今、何が起きているのか

演習

◆ステップⅠ・Ⅱ の共有 15分

Ⅰ：青木すすさんはこのように生活してきた人
～過去から現在まで～

Ⅱ：青木すすさんと家族の状況は？

⇒ 発表 10分
解説 10分

ステップⅠ

東北で4人姉弟の次女として生まれ育つ。25歳で同い年の精密機械工であった夫と結婚、仕事の都合で当市に転居し20年前から現住所に居住している。

結婚後は二人の子供に恵まれ、専業主婦として家事を担っていた。友人や近隣との交流も問題なく行える社会性も身に付けており、町内活動へ参加し、地域との交流も楽しんでいた。子供たちが独立してからは夫と二人静かに暮らしていた。

ステップⅡ

身体的側面(健康状態・医療、治療の状況)(身体の状況)(日常生活の様子)

- ・身長:151cm 体重:45kg BMI:19.74
- ・体重は適正であるが過去6か月体重は減少傾向
- ・腰痛・下肢筋力低下もあり引きこもりがちである。歩くスピードは落ちてきているが、屋内外ともに見守り歩行出来ている。
- ・アルツハイマー型認知症、高血圧にて内服治療中、高血圧は内服薬にて安定している。日常生活にも見守りを要し、声かけや指示があれば、更衣・整容など行える。
- ・入浴は一人で行っているがきれいに洗えているか不明である。
食事はセッティングすれば自力摂取可能で、嚥下機能に問題はない様子。
排泄は自立しているが、時に間に合わないこともあり尿取りパットを使用しているが自己管理できており、不衛生な状態ではない。

ステップⅡ

心理・精神的側面（精神状況・コミュニケーション）

- ・認知機能は低下しており、日常生活自立度Ⅱaの判定
何度も同じことを言われることや、家事などできていたことが出来にくくなっていることから、見守りの中、掃除・洗濯は行っている。調理は火の管理が難しくなっているため夫が主に行っているが、もっと家事のことも任せてほしいと思っている
- ・買い物等外出時は、夫か娘の運転で一緒に行く。
自分からは出かけることがなく、テレビを見て過ごすことが多くなり、自宅で引きこもりがちの生活を送るようになっている。日常生活全般に家族の支援が必要。しかし、コミュニケーション能力には問題なく、人と話すことも好きで町内会や老人会には参加したいとの思いもある。

ステップⅡ

社会的側面(社会活動・社会交流の状況)(住環境・地域の様子)(家族介護力)

- ・自分から外出することは無いが、誘われれば老人会や町内会に出かける。
人と話すことも好きで近所との付き合いが良く友人も多く、近所の人も見かけると話をしてくれる
- ・同居の夫は高齢で腰部脊柱管狭窄症があり、長時間の立位など困難であり、要支援2の認定を受けている。現在は、サービスなど利用していないが、介護の負担感は、感じている、長男は他県在住であるため、介護支援は困難である同一市内在住の長女が2回/週来訪し、協力を得ているが今後は協力が難しくなる。

青木すすさんは今

友人が入院した事をきっかけに、町内の体操教室に出かけず引きこもりがちであり、生活不活発の悪循環を招いている。

アルツハイマー型認知症を発症後内服していたが、物忘れの進行により、今まで主婦として行ってきたことが一人ではできなくなり、なんとか主婦としての役割を果たそうと掃除や洗濯等の家事を夫と一緒にやっており、うまくできなかつたり何度も注意を受けるが、家事は任せてほしいと思っている。生来人と話をすることが好きであるため、町内会や老人会などにも参加したいという希望を持っている。

青木すすさんの家族はこんな人

- 夫82歳

精密機械工として働いてきた。家族を支え子供たちが独立後は、すすさんと二人穏やかに暮らしていた。すすさんが認知症になり主婦として家事の追行が困難となってからは家事も一緒に行うが、やり直しや、何度も同じことを言わなければならないことや生活全般の見守りが必要で負担感がある。腰部脊柱管狭窄症もあり、長時間の立位が困難で歩行時ふらつきもあり要支援2の認定を受けているが、サービスを利用する意思は今のところない。

- 長女家族

同一市内在住の長女夫妻は共に57歳である。2回/週訪問し支援を行っているが、6月よりフルタイムで就労することが決まっており、今までのように平日に来訪することは困難となる。父の負担感の増大が心配で、本人には友達と会う時間を増やし、父の負担を減らしてほしいと思っている。

- 長男家族 : 54歳の長男は他県在住で、直接的な生活支援は困難である。

演習

◆ステップⅢ

青木すすさんと家族が望んでいるこれからの生活は？

個人ワーク⇒10分

発表⇒5分

青木さんの望む生活は？

青木すすさんは：

もっと家の事を任せてほしい、町内会や老人会の集まりにも行ってみたい
と思っている。

夫は：

物忘れや不注意が多くなっており、生活全般の見守りが必要になっており
負担感は大い。

長女は：

母が友人と会うなど外出の機会が出来ることで、父の負担感が軽くなるので
はないかと思っている。

演習

個人ワーク⇒ 20分

@青木すすさんが望んでいる生活(家事をもっとしたい、集まりにも行ってみたい)を阻んでいるものは何でしょうか
考えてみましょう

〈ステップⅢの空欄に記入しましょう〉

⇒ Gで意見交換 10分

⇒ 発表5分

⇒ 解説5分

青木すすさんの望む生活の実現を阻んでいるもの

- ・家事を一人でうまくできない
 - ・一人で外出が困難（電車にうまく乗れない）
 - ・友人が入院し、交流が減った
 - ・体操教室等への外出する機会が減った
 - ・外出する機会が減り活動量が低下している
 - ・腰痛や下肢筋力低下から足元のふらつきがみられる
 - ・薬の飲み忘れ・飲みすぎ　高血圧、認知症の内服をしている
 - ・夫も高齢（要支援2）であり、身体的精神的に負担感がある
 - ・長女も就労しており、介護へ協力できない状況がある
- ・・・など・・・

青木すすさんの望む生活の実現を阻んでいるもの

《 まとめてみると・・・ 》

①認知症の進行

- ・理解力・判断力・遂行能力の低下
- ・一人での外出が困難でひきこもりがち
- ・意欲の低下、自尊心の低下、自分が自分でなくなる不安

②高血圧症、腰痛や両下肢の筋力低下 活動性の低下

③家事に対しての強い思い

④親しい友人の入院などにより環境の変化

⑤家族のかかわり方、家族の負担感の増大

演習

個人ワーク⇒ 15分

ステップⅣ

そのために青木すすさんと家族に必要なもの(こと)はなんだろう？

@見通しをたてたうえでどんな支援が必要か具体的な内容も
考えてみよう

⇒ Gで意見交換 10分

⇒ 発表 10分

⇒ 解説 5分

【必要なもの(こと)の一例】

◆家事を楽しみながら今の夫との暮らしを続ける(③④⑤)

(できていること・できなくなっていることを見極め、できなくなっている家事と一緒にすることで、再び始めることができ楽しみを持ち、家事を楽しみながら今の暮らしを続けることができる)

⇒ できなくなっていることへの工夫をする。

家族や支援者(ヘルパーなど)による、一緒に家事を行う体制を整える。具体的な役割分担をする(すずさんの力を生かす方法を考える:できることできそうなこと)

家事のしやすい環境をつくる(用具の工夫、家屋の調整など)
・・・など・・・

◆外に出て体を動かす機会をつくること(①②④)

(ほとんど外出をせず活動量が低下している 外出し体を動かす機会を持つことにより活動性を高め認知機能の維持、閉じこもりによる廃用症候群を予防することができる)

⇒ 趣味活動・体操教室・地域活動への促し、通所サービスの利用など 楽しめること、前向きになれることをすすめる
迷子にならない範囲の活動を促す(回覧板をまわす、新聞を取りに行く、顔なじみの人とのかかわりを促す等)

・・・など・・・

◆夫や長女の負担感が増しているため、負担感の軽減が必要(①⑤)
(疾患としての認知症の理解を促し、本人の出来ることを伸ばしていく
また、家族以外の他者の支援も検討することで介護負担の軽減に
つながる)

⇒ 認知症の理解をすすめる。主治医やケアマネジャーからの情報提供、
認知症カフェ・家族会、介護教室などのピアカウンセリングの活用
をすすめる。

一時的な預かり(通所介護、ショートステイや友人知人等)介護の
交代ができる体制づくり。

・・・など・・・

◆長年住み慣れた地域(〇〇市)で生活が続ける(①④⑤)

(間違った判断をする可能性が高くなるが、プライドを傷つけない
接し方をすることや周囲の連絡体制をとるなどリスク管理をする)

⇒ 本人の思いを尊重し対応の仕方を工夫する。
地域における既存の連絡体制(迷子の時の緊急連絡網など)
の活用、新たな体制の構築。
見守りツールの活用。
なじみの関係が保てるよう近隣への働きかけ
・・・など・・・

演習

「認知症」事例に関する演習を通しての気づき

⇒ 個人ワーク 10分

⇒ Gで意見交換 10分

⇒ 発表 5分

まとめ 5分

第6節 認知症の特性に応じた ケアマネジメントプロセス

P198～P201

なぜ必要か考えてみましょう！

- 1 認知症の人に対応した特別なケアマネジメントプロセスはない。
- 2 認知症の特性を理解したケアマネジメントの留意点
○基本的視点は、パーソン・センタード・ケアの考え方に立脚
(例)
 - ・生活歴、性格・気質、病気になる前の生活習慣を知り、行動の意味を知るといった視点をもつ。
 - ・本人のプライドが満たされているかどうか探る(人間関係:受容されているか、孤立、阻害されているか)。
 - ・できること、できるようになると思われることを探る(セルフケア、活動と参加)。
 - ・心身の状況に影響を与える服薬、睡眠障害、脱水、低栄養、便秘、口腔機能低下などの有無を把握する。
 - ・五感への影響を把握する。 など