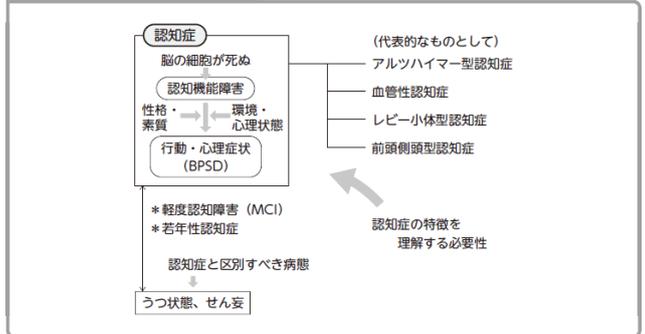


「認知症のある方及び家族等を支える ケアマネジメント」

・認知症の特徴や療養上の留意点、多職種との情報共有において必要な視点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

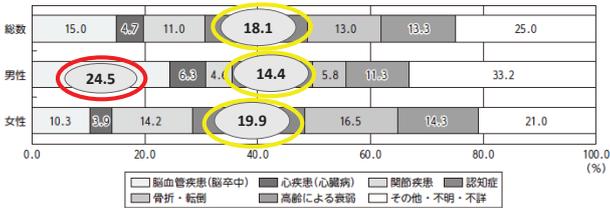
・また「適切なケアマネジメント手法」の「疾患別ケア（認知症がある方のケア）」の内容を理解する。

本節で学習することの概要

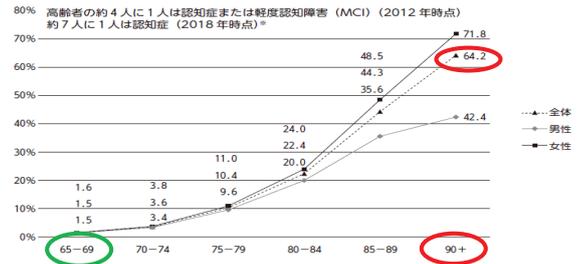


1. 要介護認定の原因疾患としての認知症

○65歳以上の要介護者等の介護が必要となった要因



2. 認知症のある要介護高齢者の動向と将来見通し ○認知症の有病率



認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(研究代表者二宮教授)」において開始時に悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果

2. 認知症のある要介護高齢者の動向と将来見通し

＜出典：厚生労働省老健局 令和元年6月20日＞

○認知症のある人の将来推計

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数/(率)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/(率)	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

↑2015年新オレンジプラン

↑2019年「認知症施策推進大綱」

↑2023年「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」

2. 認知症のある要介護高齢者の動向と将来見通し

○予防可能な認知症の発症リスク

45歳未満	短い教育歴
45歳以上	視力障害
	外傷性脳損傷
	高血圧
	アルコール過剰摂取
65歳以上	肥満 (BMI ≥ 30)
	喫煙
	うつ
	社会的孤立
	身体不活動
	糖尿病
	大気汚染

3. 認知症に伴う生活障害

- 認知症のある人は、認知機能の低下により、正常な社会生活が営めなくなるとともに、さまざまな生活障害も引き起こす
- ・生活障害は個別性が高いため、**介護支援専門員はそれぞれの生活の場面でどのような障害が生じているかを把握**しなければならない
- ・本人は状況の認識・理解・判断が適切にできていないことを自身では把握できないため、その場の状況に合っていないことを言ったり、行動をとったりして、周囲の人との間に軋轢が生じ、本人も周囲もストレスなどが高じていく構造にある
- ・認知症のある人の**言動・行動の背景や意味を探り、本人の気持ちを考えてプライドを損なわないようなかかわり方**が求められる

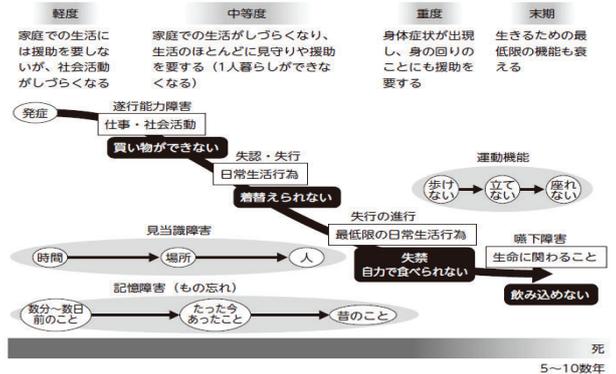
4. 本人を中心とした認知症ケアの重要性

- 認知症は**進行性の原因疾患**が多く、経過と共に心身機能の低下がみられ、アルツハイマー型認知症の場合は、合併症がない場合、発症から10～15年で死に至る
- ・疾患によって異なるが、大きな流れとして**四つのステージ**に分けられ、ステージによって必要なケア内容が異なる
- ・伴走者としての支援を行う介護支援専門員は、認知症の種類や進行段階を理解し、医療と連携しながら**適時・適切な本人に必要なケアの提供や意思決定支援を実施していくことが求められる**

4. 本人を中心とした認知症ケアの重要性

- ① 初期/軽度 健忘が中心で、認知障害により金銭管理や買い物、服薬管理などのIADL障害がみられるが、基本的ADLは保たれる。
- ② 中期/中等度 聞いたことをすぐに忘れるようになる。簡単な食事の用意も難しくなる。服を順番に渡す必要など、基本的ADLに支援が必要になる。
- ③ 進行期/重度 服のそでに腕を通すことが困難（着衣失行）など、認知機能障害が重度となり、言葉も減り（失語症）、コミュニケーションが難しくなり、運動機能も徐々に衰える。随意的な排尿コントロールができなくなり、尿失禁となる。
- ④ 終末期 運動障害が加わり、寝たきりになり、発語はほとんどなく、尿便失禁、随意的な嚥下が困難となる。しばしば誤嚥を起こし、いずれは死に至る。

4. 本人を中心とした認知症ケアの重要性



5. 意思決定支援過程の支援の必要性

- ・認知症のある人に対する意思決定支援においては、認知症の症状にかかわらず「意思がある」ことを前提としており、個人々の**「意思を決定する能力」**に配慮し、**その能力に応じた支援**を行う
- ・厚生労働省による「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」では、認知症であっても、本人がその能力を最大限活かして、例えば食事・入浴・被服の好み、外出・排せつ・整容などの基本的な生活習慣、住まいの移動等の日常生活や社会生活に関して**自らの意思決定に基づいた生活を送る**ことができるよう支援の必要があり、そのための本人支援のことを**意思決定支援**としている
- ・本人の生活が今後どのように変わっていくか、どのようなことが生じるのか等の先々の見通しを踏まえ、本人・家族・医療と介護の関係者のチームとして、**日常生活面や社会生活面から医療ケアの内容まで、平時から継続的に意思決定の支援を行っていく必要がある**

1. 認知症の定義（ICD-10）

- G1:1) 記憶力の低下 (新しい事象に関する著しい記憶力の減退、重症の例では過去に学習した情報の想起も障害され、記憶力の低下は客観的に確認されるべきである)
- 2) 認知能力の低下 (判断と思考に関する能力の低下や情報処理全般の悪化であり、従来の実行能力水準からの低下を確認する)
 - 1)、2) により、日常生活動作や遂行機能に障害をきたす
- G2: せん妄などの意識混濁がない
- G3: 次の1項目以上を認める 1) 情緒易変性、2) 易刺激性、3) 無感情、4) 社会的行動の粗雑化
- G4: G1の症状が6か月以上継続している

1. 認知症の定義 (NIA-AA)

1. 仕事や日常生活の障害
2. 以前の水準より遂行機能が低下
3. せん妄や精神疾患ではない
4. 病歴と検査による認知機能障害の存在
 - 1) 患者あるいは情報提供者からの病歴
 - 2) 精神機能評価あるいは精神心理検査
5. 以下の2領域以上の認知機能や行動の障害
 - a. 記憶記憶障害 b. 論理的思考、遂行機能、判断力の低下 c. 視空間認知障害
 - d. 言語機能障害 e. 人格、行動、態度の変化

2. 代表的な認知症の種類

分類	原因疾患
変性疾患	アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、嗜銀顆粒性認知症* ¹ 、神経原線維変化優位型老年期認知症* ¹
脳血管障害	血管性認知症
外傷性疾患	脳挫傷、慢性硬膜下血腫* ²
感染症	進行麻痺（梅毒）、脳膿瘍、単純ヘルペス脳炎後遺症、エイズ
内分泌代謝性疾患	甲状腺機能低下症* ² 、ビタミンB ₁₂ 欠乏症* ²
中毒	慢性アルコール中毒、一酸化炭素中毒後遺症
腫瘍	脳腫瘍
その他	正常圧水頭症* ² 、てんかん* ²

3. 統合失調症と双極性障害などの精神疾患との相違点

- 1) **統合失調症**
 - ・統合失調症は主に思春期・青年期に発症する精神疾患で、陽性症状（実際には存在しない声が聞こえる幻聴、事実と異なることを確認する妄想）や陰性症状（活動性が低下する、喜怒哀楽などの感情の起伏が乏しくなる、意欲が乏しくなる、感情をうまく出せず他人との関係を避けて閉じこもってしまう）などがみられる
- 2) **妄想性障害**
 - ・妄想性障害は、1か月以上妄想が持続しているが、妄想に影響された行動以外は奇異な行動はなく、生活機能も障害されておらず、うつ状態などの感情の問題や認知機能障害を伴わない精神疾患
- 3) **双極性障害**（旧・躁うつ病）
 - ・双極性障害とは、気分・行動・思考が亢進する躁状態、それらが抑制されるうつ状態を経過中に繰り返す精神疾患です。誰でも気分の浮き沈みはありますが、双極性障害では生活に支障が生じるほどの症状があり、自分ではコントロールできないことが特徴

4. 認知症と区別すべき病態（うつ状態、せん妄）

- 1) **うつ状態**
 - うつ状態とは、気分が落ち込み、何に対しても興味がもてず、意欲もなくなり、眠れない、食欲がなくなるなどの症状がみられる状態
 - うつ病とは、このようなうつ状態が反応性にみられるだけでなく持続する精神疾患・周囲への興味・関心の低下から日付や曜日がわからない、食事内容が思い出せない、集中力や判断力の低下などの症状がみられ、認知症に間違われることがある
 - ・認知症とは異なり治療してうつ病から回復すると元の状態に戻る
 - ただし、うつ病・うつ状態と認知症との関係は、以下のように複雑で、診断に苦慮する
 - ①うつ病に認知症を併発することがある
 - ②認知症の経過中にできないことが増えて気分が落ち込みうつ状態が出現することもある
 - ③レビー小体型認知症では、うつ状態が先行してその後、特徴的な認知機能障害が出現してることがある

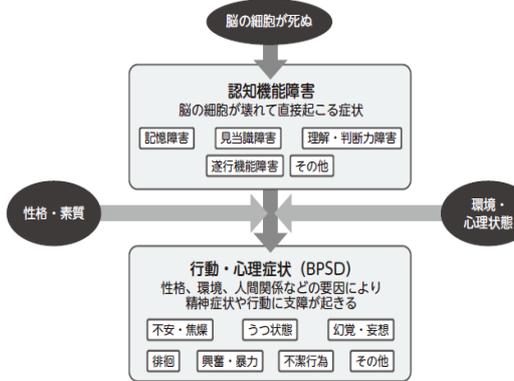
4. 認知症と区別すべき病態（うつ状態、せん妄）

- 2) **せん妄**
 - せん妄は、身体的異常や薬剤の使用を原因として発症する意識障害
 - ・単純な意識障害ではなく、興奮状態や幻覚といった精神症状を伴い、意識変動といわれることもある
 - ・興奮したり、歩き回ったりする活動過剰型が多くみられますが、うつ状態のような活動減少型もあり、また、夜間にせん妄状態になる夜間せん妄が多くみられる
 - せん妄は意識障害だが、認知症では意識障害は起こらない
 - ・せん妄は誘因を取り除くと消失し、最も多い原因は薬剤である
 - ・ケアは、誘因を避けることが最も重要
 - ・興奮しているときに、おかしな行動を止めたり、何とかかわらせようと説得したりすると、さらに興奮させることになり逆効果
 - ・まず、落ち着いて、本人の行動を受容し、その後、原因を明確にするためにかかりつけ医に相談する

5. 軽度認知障害 (MCI) および若年性認知症の理解

- 1) **軽度認知障害 (MCI)**
 - 認知症は、ある時点で始まった認知機能障害が、突然認知症のレベルに低下してしまうのではなく、**正常と認知症の間である軽度認知障害** (Mild Cognitive Impairment: MCI) の状態を経て、多くは数年をかけて認知症のレベルに近づく
 - ・いったんMCIと診断されても、正常に戻る場合、認知症に進行せず境界領域で状態が変動していく場合もあるが、認知症に進行する率は年間約10～5%と正常の人に比べて高いため、この時期に適切な介入が行われる必要がある
- 2) **若年性認知症**
 - 発症年齢65歳未満の認知症**を若年性認知症と呼ぶが、初期症状が認知症特有のものではなく診断しにくく、本人や周囲の人が何らかの異常に気づくものを受診が遅れることが多いといった特徴がある
 - ・若年性認知症では、本人だけでなく家族関係への影響や、就労が困難になる、経済面や子どもの教育機会が失われる、本人や配偶者の親などの介護が重なり多重介護となるなど家庭の課題が多く、多くの問題がからんでいることがある

1. 認知症の症状と生活障害 ○認知症の症状



2. 認知機能障害の理解

1) 記憶障害 ○介護現場でよく見かける記憶障害の症状の例

- ・何回も同じことを尋ねる。「デイサービスはいつ?」→記憶力障害
- ・行動を忘れてしまう。「ご飯をまだ食べていない」→記憶力障害
- ・耳や目から入った情報を保持しながら、状況判断をして行動することができない→作業記憶の障害

2) 見当識障害 ○見当識障害の具体的な症状の例

- ・時間の見当識障害→時間の経過がわからない、季節がわからない
- ・場所の見当識障害→方向がわからない、場所の見当がつけられない
- ・人物の見当識障害→人物の顔を識別できない

3) 理解・判断力障害

4) 遂行機能障害 (実行機能障害)

3. 行動・心理症状 (BPSD) の概要とその背景要因の理解

1) 行動・心理症状 (BPSD)

○以前は問題行動といわれていたが、問題はあくまで介護者や治療者からみたらえ方で、本人なりには正当な理由があることが多く、行動・心理症状 (BPSD) と呼ばれるようになった

- BPSDは、認知機能障害に心理的・身体的・環境的側面の影響が加わって出現する
 - ・焦燥性興奮、攻撃性、脱抑制などの行動症状と、不安、うつ状態、幻覚・妄想をはじめとする心理症状がみられる
 - ・医療・介護によるアセスメントを行い、適切なケアを提供することで、BPSDが改善することがある
 - ・状況によっては薬物療法を行うこともありうるが、服薬によるふらつき、転倒、嚥下機能低下など副作用が生じやすいことを考慮して様子を細かく観察する必要がある

1. アルツハイマー型認知症：緩徐に進行する記憶障害

- 1) 概念と特徴
- ・アルツハイマー病という進行性の脳の変性疾患がアルツハイマー型認知症を引き起こす原因疾患で、認知症の原因として最も多く67.8%を占め、遭遇することの多い疾患

2) 症状と経過

- ・初期は、近時記憶障害と見当識障害（時間や場所がわからない）が必ずある
- ・記憶障害を背景として**もの盗られ妄想**（通帳や印鑑がなくなった）や**嫉妬妄想**がみられることがあり、今までできていたことができなくなるので、**喪失感や不安**も多くみられる
- ・理解・判断力の低下、遂行機能障害も次第に目立ち始め、IADL（手段的日常生活動作）の障害が出てきて服薬管理ができなかったり、買い物に行ってもお金の計算ができなかったり、同じものばかり買ってきたり、食事づくりが困難になってきたりする
- ・中期になると近時記憶だけでなく直前のことも覚えられなくなってくる（即時記憶障害）
- ・やがて長期記憶障害にも及んでいき、見当識障害は場所から人に及んでいく
- ・日常的な家事ができなくなったり清潔を保てなくなったりし、多動、外出中に道に迷うことなどがみられることもある

1. アルツハイマー型認知症：緩徐に進行する記憶障害

- ・進行期では、長期記憶障害がさらに進行し、会話らしい会話も成立しにくくなる
- ・摂食行為が遂行できず、尿便失禁が出現したり、身の回りのこと全般に介助を要するようになり、身体機能の低下も目立つようになります。
- ・終末期になると、脳の機能が全般的に低下し、発語はほとんどみられなくなり、昼夜問わず眠ることも多くなり、嚥下機能障害も進み、肺炎をきたしやすい状況になり、肺炎を免れても老衰に近い経過で亡くなる

3) 治療

- ・コリンエステラーゼ阻害剤（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）は神経細胞のシグナルを伝達する物質であるアセチルコリンの分解を阻害して、認知機能を改善させようとする薬。副作用として、易怒性が生じたり、嘔気、嘔吐、下痢などの消化器症状が出現することがある
- ・メマンチンは異常なシグナル伝達から神経細胞を保護しようとする薬剤です。ドネペジルと併用することもある。副作用として、めまい、傾眠、頭痛や便秘を起こすことがある

2. 血管性認知症：意欲低下およびまだら認知症

1) 概念と特徴

- ・血管性認知症とは、**脳梗塞など脳の血管障害に起因する認知症の総称**
- ・脳に障害が生じた部位によって、低下する能力と保たれる能力に差があることが多くまだら認知症とも呼ばれる

2) 症状と経過

- ・主な症状としては、遂行機能障害や注意障害、意欲低下、歩行障害、構音障害などがあり、初期の記憶障害は軽いといわれています。

3) 対応

- ・認知症の進行防止には、**脳卒中の再発予防が最も重要**
- ・初期の症状として意欲の低下が目立つため、廃用症候群への注意が必要

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[4時間]

下巻P208-210

第1節 疾患の理解[60分] 【4 認知症の種類による特徴】

3. レビー小体型認知症：幻覚（特に幻視）の出現とパーキンソン症状

1) 概念と特徴

- ・大脳だけでなく、脳幹部や末梢自律神経系の神経細胞に変性がみられる
- ・進行性の認知機能低下に加えて、**幻視、認知機能障害の変動**（覚醒レベルの変動）、うつ病などの**精神症状**、動作緩慢・手足の震え・歩行障害などの**パーキンソン症状**、便秘や立ちくらみなどの**自律神経症状**などと多彩な症状がみられることが特徴

2) 症状と経過

- ・認知機能障害の出現より前に生じる症状として、以下の①～③があげられる
- ①レム睡眠行動障害：通常レム睡眠中には全身の骨格筋の緊張が低下しているが、何らかの原因で筋緊張の抑制が障害されるため、夢を見たことをそのまま行動に移してしまう状態。認知症の何年も前からみられることが多い。
- ②うつ状態が比較的早期から出現する。
- ③嗅覚低下も比較的早期から出現する。
- ・認知機能の低下は、記憶障害よりも注意障害・遂行機能障害・視覚認知障害が目立つ
- ・特に病初期では認知機能の変動として注意覚醒状態が自然に変化する

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[4時間]

下巻P210-211

第1節 疾患の理解[60分] 【4 認知症の種類による特徴】

3. レビー小体型認知症：幻覚（特に幻視）の出現とパーキンソン症状

- ・注意力が散漫になったり、一点をじっと見つめたり、辻褄の合わない話をしたりぼーっとするようなせん妄様のエピソードを繰り返す
- ・また、認知機能の変動と一致して幻視がみられ、「部屋の隅に小さい女の子がいる」「うさぎが部屋の隅にいる」など、形がはっきりしていて詳細に説明できる幻視が特徴
- ・パーキンソン症状は認知症状に先行することも、遅れることもある
- ・自律神経症状として起立性低血圧（立ちくらみ）、血圧の変動、失神、便秘がみられる
- ・レビー小体型認知症は、このような症状とともに認知機能障害が変動しながらも徐々に進行し、最終的には寝たきりを経て死に至る
- ・嚥下障害をきたしやすく、アルツハイマー型認知症よりも全経過は短いといわれている

3) 治療

- ・病気の進行そのものを抑制する治療はなく、認知機能障害に対してドネペジルが使用されることがある。パーキンソン症状に対してはパーキンソン病治療薬が使われるが、**使いすぎると幻視の悪化やせん妄を招く**
- ・介護支援専門員はレビー小体型認知症は薬剤に過敏性がみられることを理解し、このことから医師は、薬剤を少量から始め、ゆっくり増減して調節することを覚えておく

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[4時間]

下巻P211

第1節 疾患の理解[60分] 【4 認知症の種類による特徴】

4. 前頭側頭型認知症：行動抑制がきかなくなる

1) 概念と特徴

- ・脳の前方に位置する前頭葉は、さまざまな認知機能を制御し、統合する、より“高次”の認知機能を担っている
- ・前頭葉の萎縮により、**行動や人格の変化、脱抑制や易怒性**など他の認知症にはみられないく特徴的な症状がみられる

2) 症状と経過

- ・前頭葉が障害されると、**我慢ができない、すぐに怒るなどの人格変化、同じ行動を繰り返す（常同行為）、過剰なこだわり**（毎日同じスケジュールで生活をする）など介護が困難な症状をきたす
- ・進行するにつれて、記憶障害が加わり、徐々に意欲・自発性の低下がみられて活動性が低下し、寝たきりになり死を迎える状況となる

3) 治療

- ・病気の進行を抑制する治療はなく、脱抑制や易怒性などに対して症状を落ち着かせる薬剤が中心となる

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[4時間]

下巻P211

第1節 疾患の理解[60分] 【4 認知症の種類による特徴】

5. 複数の疾患が併発する可能性があることへの理解

- 認知症をきたしている疾患・病態は一つとは限らないことを理解しておく
- ・アルツハイマー型認知症に血管性認知症を合併することはしばしばある
- ・アルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症の合併、そのほか、てんかんや慢性硬膜下血腫などの治療可能な認知症を合併することも少なくない
- ・症状の重なりがみられるほか、一般的に単一疾患のときと比べて認知症の進行は早くなる
- ・単一疾患のときとは経過が異なりますので、医師に診断名を確認しておくようにする

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[4時間]

下巻P212

第2節 認知症に関わる制度・政策動向の理解[25分]

本節で学習することの概要

認知症施策のこれまでの主な取組

- ①平成12年に介護保険法を施行。認知症ケアに多大な貢献。
 - ・認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・要介護となった原因の第1位は認知症。
- ②平成16年に「痴呆」→「認知症」へ用語を変更。
- ③平成17年に「認知症サポーター」の養成開始。
- ④平成26年に認知症サミット日本後継イベントの開催。
- ⑤平成27年に関係12省庁で新オレンジプランを策定（平成29年7月改定）。
- ⑥平成29年に介護保険法の改正。
 - ※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・認知症に関する知識の普及・啓発
 - ・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
 - ・認知症の人及びその家族の意向の尊重 等
- ⑦平成30年12月に認知症施策推進関係会議が設置。
- ⑧令和元年6月に認知症施策推進大綱が関係閣僚会議にて決定。
- ⑨令和6年1月に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が施行。

第15章 ケアマネジメントの展開

③認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント[4時間]

下巻P217

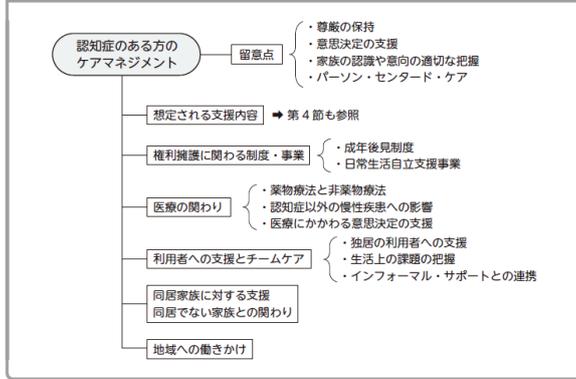
第2節 認知症に関わる制度・政策動向の理解[25分] 【1 認知症に関わる制度・政策の推移】

4. 共生社会の実現を推進するための認知症基本法

○認知症施策推進大綱と認知症基本法との差異

- ・「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会」として、ケアする・されるという関係性から脱却した、認知症の人を含む「共生社会」という社会像が強調されたこと
- ・「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」とるように、人権ベースの考え方が貫かれていること
- ・政策形成や社会づくり、研究開発など、さまざまな局面における「当事者参画」が強く意識されていること

本節で学習することの概要



【3 権利擁護に関わる制度・事業】

(権利擁護に関わる制度・事業)

- 認知症、知的障害、精神障害などの理由により、物事を一人で決めることが難しい場合がある
 - ・財産管理（不動産や預貯金などの管理、遺産分割協議などの相続手続等）や身上保護（介護・福祉サービスの利用契約や施設入所・入院の契約締結、履行状況の確認等）など
- 自分に不利益な契約であることがよくわからないまま契約を結んでしまい、悪徳商法の被害に遭うおそれもある
 - ・一人で決めることに不安のある人を法的に保護し、支援するのは**成年後見制度**
- 成年後見制度には**法定後見制度**のほか、**任意後見制度**があり、一人で決められるうちに、あらかじめ本人自らが選んだ人（任意後見人）に、代わりにしてもらいたいことを契約（任意後見契約）で決めておく制度となる

1. 尊敬の保持

- 認知症のある要介護者の支援では、認知症状（中核症状）や行動・心理症（BPSD）の影響で意思決定が困難な場合でも、**本人にとって適切な意思決定がなされ、尊敬をもって暮らしていく**という意識が大切
 - ・疾患やさまざまな機能障害への対応というより、その人らしさや残存機能を活かした生活の継続を支えるという姿勢で接する
 - ・利用者のこれまでの生活や果たしてきた役割、日々の生活における人間関係、生活のなかで本人が感じていることなどを総合的にとらえ、共感の姿勢をもち理解しようとする**ことが尊敬の保持につながる**
 - ・総合的なアセスメントで、認知症に伴う生活の支障を小さく、また行動・心理症状（BPSD）が起きる要因を少なくできるように、本人の**ストレングス（強み、残存機能等）を可能な限り活かす**、必要な支援を組み立てる

【4 医療との関わり】

2. 認知症以外の慢性疾患への影響

- 一般的な慢性疾患には、**高血圧、糖尿病、冠状動脈性心臓病、うつ病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）**などがある
 - ・これらは、日常生活を自己管理しつつ継続して治療する必要がある
 - ・**認知機能が低下すると自己管理が難しく、支援により生活の調整や管理を行わないとそれら慢性疾患に悪影響が出る**
 - ・生活の不調が認知症の悪化を招き、それが認知症以外の慢性疾患の発症または悪化を招く悪循環となるため、それらを総合的にケアマネジメントしていくことが求められる

【4 医療との関わり】

3. 医療にかかわる意思決定の支援

- いつ、どのような局面を迎えるか予測できないため、医療にかかわる意思決定の支援は難しい側面を含む
 - ・不測の事態に備えて、認知症でなくとも普段から家族と話し合う、またはマイノートのような自己の意思を表現するものなどを留意することが望まれる
 - ・認知症のある人の場合は、認知症の進行などにより治療の理解や判断が難しくなるため事前に意思を確認するのは簡単ではないが、**本人の意思を反映させながら治療方針を決定していく支援**が求められる
 - ・このような場合、**事前の意思表示やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）**を実施していれば、それを参考にするか、家族や多職種チームで話し合い、意思決定を支援する
 - ・医療機関には、倫理委員会・意思決定の支援マニュアルを備えていることが多い
 - ・把握している情報は入院期間中のものなどの断片的なものに限られるが、介護支援専門員は、こうした場に参加し、**利用者の情報を提供しつつ、本人・家族に寄り添い支援する**

【5 認知症の利用者への支援とチームケア】

1. 独居の認知症利用者への支援

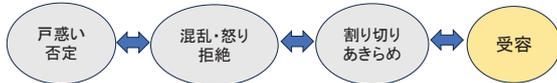
- 内閣府の『令和5年版 高齢社会白書』によると、65歳以上の者のいる世帯について、2021（令和3）年では、夫婦のみの世帯および単独世帯がそれぞれ約3割を占めている
 - ・そのため、**認知症を患う独居の高齢者も今後増え続ける**ことが予測された、独居の認知症高齢者の場合、自覚のないまま症状が進行することが考えられる
 - ・その要因としては、**家族と一緒に暮らしていれば早い段階で家族が異変に気づくことが可能だが、独居の場合は、認知症のサインに気づけないケースが多い**ため、誰かが定期的にかかり合わなければ、症状が進行していても気づくことができない
 - ・認知機能の低下により、食事や健康・衛生面などの日常生活にさまざまな影響が出てきても対処できず、悪化してしまうおそれがある場合の変化に対応できるよう、チームケアによる見守り支援を調整するが、**家族のような見守りはできない**
 - ・**専門的知識による観察で変化をとらえられるようチームによる情報共有と支援体制を整える**

2. 認知症である利用者の生活上の課題の適切な把握と居宅サービス計画への反映
- 認知症の進行に伴う日常生活への影響は、徐々に拡大していく
 - ・少しでも本人の生活を快適にしていけることが、**ケアチームによるアセスメントに基づいた支援となる**
 - ・認知症の症状による影響は生活の広範囲に及ぶため、日常生活を総合的にみていくことが重要（食事による栄養管理、暑さや寒さの鈍化による夏期の飲水忘れ、エアコンを使わず脱水や熱中症などに対応すること等）
 - ・それら**生活上の課題をチームにより適切に把握する**
 - ・独居であるかどうかにかかわらず、**チームによる情報収集とモニタリング**が重要となる
 - ・チームによる情報共有は、多いほどアセスメントの質を向上させ、それとともに個別性のある計画へとつながることから、居宅サービス計画へ適宜反映させ、支援の方向性を定めることで、**チームケア**として適切に動き出せるようにする

3. 民生委員・児童委員などインフォーマルサポートとの連携
- ・認知症の種類によっては、社会的に不適切な行動をとることでトラブルになることがある
 - ・症状が進行するとゴミ出しなども難しくなり、近隣住民と諍いが生じることもある
 - ・判断力の低下により、高額な商品の購入、詐欺などに遭うことも危惧される
 - そのため、**独居の認知症高齢者には地域のサポートが必要となる**
 - ・近隣住民との諍いは、本人の生活にとって大きな障害となりかねないため、日常生活の状況やその変化を把握し、必要に応じて新たに連携できる知人や地域住民、民生委員・児童委員と連携体制をつくるようにする
 - 認知症のある人の生活を専門職だけで支えていくには限界があるため、個人情報の取扱いに留意しつつ日常的な暮らしを支える**インフォーマルサポートを含めた地域の資源**とのかかわりや活用を検討する

1. 認知症要介護者の家族がたどる**4段階の心理的過程**

ステップ1：戸惑い・否定（誰にも相談できず、家族や自分一人で悩む）
 ステップ2：混乱・怒り・拒絶（本人や介護者にとって最もつらい時期）
 ステップ3：割り切り・あきらめ（介護生活に慣れてきて、対応がうまくなる）
 ステップ4：受容（本人や家族にとってベストな状態）



2. 同居家族の**介護負担軽減**

- 同居が長い家族は、利用者の変化に気づき、そのつど対処してきているはずだが、認知症の症状は、より身近で本人が頼りにしている人に対して強く出る傾向があるため、その時の介護者の戸惑いは大きい
- 症状が重くなり、介護の負担が増すのに合わせて家族と本人が対立的にならないよう介入する
- ・具体的には、通所介護などのサービスを使いながら、**家族の介護負担を軽減し生活環境を整える**など
- 介護の負担は精神的な負担にもつながるため、**相談相手になる**、または**同様の境遇で介護をしている人が集まる会を紹介する**などの方法を考える

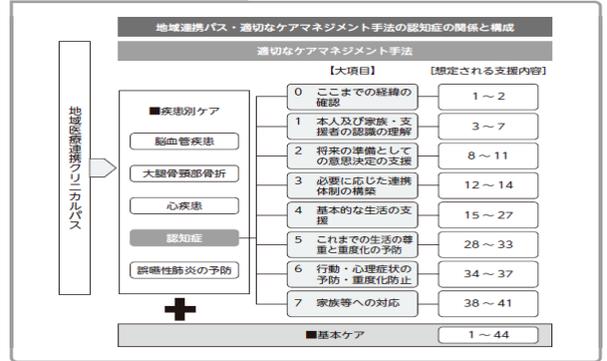
3. 情動的支援と情緒的支援

- さまざまな情報があふれる現代社会において、専門職が**介護の正しい情報を家族に伝える**ことも重要な役割
- ・家族が**意思決定できるよう**、その情報の内容をわかりやすく説明する
- ・同居する家族には、利用者の介護に思い悩むという**心の揺れ・葛藤**が起きるが、そうした思いを聞き、**寄り添う支援**も求められる
- ・その役割は介護支援専門員だけに求められるものではなく、**共感してくれる、話を聞いてくれる人や場を調整し、情緒的な支援**を提供する
- ・**情報と情緒という両方の支援**により、家族がたどる4段階の心理的過程が**スムーズに進む**

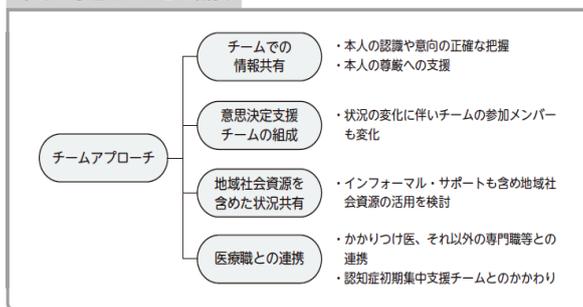
- 同居していない家族は、利用者の日々の状況がわからず、不安な気持ちを抱くとともに、**介護していないという罪悪感をもつ**こともある
- ・このような場合、折を見て介護に参加してもらうことも考えられる
- 具体的には、**サービス担当者会議への参加**がある
- ・利用者の現状について、専門職から説明を受けることで、家族の安心感につながったり、ケアチームの輪に加わることで、同居していなくても利用者の支援につながる役割を見出せる可能性もある
- 重大な意思決定に備えて、その前提と進め方を話し合っておく**、いざという時のトラブルを避けられる
- ・同居していない家族が急に入ってきて、自身の意見や要望を出しはじめると、同居して介護をしている家族の情緒的負担が大きくなるため、**普段からコミュニケーションを図るよう調整し支援**していくことが大切

- 認知症高齢者とその家族・介護者が、安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、**地域全体で見守り、支えていくこと**が求められる
- ・そのためには、地域において広く認知症の理解を深めていくはたらきかけが必要
 - ・子どもから大人まで、認知症に対して理解することが、本人とその家族・介護者を支える第一歩となる
- 認知症高齢者を支えるため地域へのはたらきかけを行っている医療機関や地域包括支援センター等の関係機関、また民生委員・児童委員、地域住民、そして行政なども巻き込み地域ケア会議を通して、問題意識・課題意識の共有を図る
- ・それにより、警察や消防、さらには自治会や商店街など認知症高齢者の日常生活を支えていくためのネットワークが拡大していく
 - ・**地域包括支援センターと協働**しながら、重層的な取り組みを進め、支援のしくみを構築していけるように努める

本節で学習することの概要



本節で学習することの概要



1. 本人の認識や意向を捉えるためのチームでの情報共有

- 総合的かつ継続的に本人の認識や意向を把握するためには、**各専門職で得た情報を、ケアチームで共有すること**
- ・それぞれの専門領域からとらえた情報をつなぎ、本人の認識や意向が正確に把握されているのかチームで確認する
 - ・それが**本人の尊厳の保持への支援にもつながる**

2. 状況に応じた意思決定支援チームの組成

- 状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化するため、誰がその体制に入るのかを把握する
- ・意思決定支援(あるいは意思推定支援)のために、チームの体制を整備する
 - ・具体的には、本人の意思を踏まえて、身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、**本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制を整える**
 - ・特に、**身近な存在である家族等は本人を理解するうえで必須**

3. インフォーマルな地域資源を含めた状況の共有

- 本人や家族を支える地域資源を把握し、チーム内で共有する**
- ・インフォーマルも含めて、現在どのような社会資源のかかわりがあるか、どんな社会資源が活用できるかを情報共有する
 - ・状況に応じた社会資源の活用を検討し、決定していけるようチームで支援していく

4. かかりつけ医等の本人の状況を総合的に捉える医療職との連携

○これまでの医療のかかわりの経緯を把握し、今後の医療領域の支援体制を構築する

・認知症の医療サービスと介護サービスは、早期支援機能と危機回避支援を早期に実施することが求められる

・診断を担った担当医やかかりつけ医だけでなく、認知症初期集中支援チームのかかわりや、かかりつけ医以外の専門職等（薬剤師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、管理栄養士、介護職等）との連携をはかり情報を総合的にとらえる