

中等度・重度認知症の人の 在宅生活継続に関する 調査研究事業報告書

令和4年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業



報告書の発刊にあたって

公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 鈴木 森夫

現在、早期のアルツハイマー病の疾患修飾薬（治療薬）の承認や診断方法の保険適用など、認知症治療の新しい時代に向けた動きに注目と期待が集まっています。ただし、新薬の対象は限定的であり、それによって全ての課題がが解決するわけではありません。認知症の人や家族の生活の質を高め、より良い状態を維持するための治療やケア、暮らしへの支援は、これまでにも増して重要になっています。

わが国の「認知症施策推進大綱」では、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」をめざすことを施策の柱に置き、「認知症の人の家族等が正しく認知症の人を理解し適切に対応できるようにすることで、在宅で生活する認知症の人のB P S D（認知症に伴う行動心理症状）の発症を予防したり、重症化を緩和したりすることも可能である」としています。

しかし、認知症の人の家族にとっては、認知症の人の重度化に伴って、ケアの方法や心がけること、介護負担を軽減するために専門職等の支援の受け方や連携の方法などが明確でないために、戸惑い、苦しんでいる現状があります。

そこで、認知症が重度化した場合であっても、在宅での生活を継続していく上の課題を明らかにするために、介護家族の思いやニーズを把握し、B P S D等への適切なケアを実施するための留意点など、具体的な対応策や活用できる支援や機関を整理して、提示する必要があります。

このたび、2022年度（令和4年度）厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症（中重度）の人の在宅生活を継続するための家族の関わり方に関する調査研究」を受託し、「中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査」と「中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査」の二つの調査を実施しました。

調査結果から、在宅介護の継続には、本人や家族の思いを尊重したケアマネジヤーやデイサービスなどの柔軟な支援とともに、介護者どうしの情報や経験の交流が欠かせないことも見えてきました。

また、これらの結果を踏まえ、中等度・重度認知症の人の在宅生活支援ガイドブック「認知症の人と家族の暮らしを支える手引き」を作成しました。認知症の人や家族等が診断後の状態の変化に対して抱く不安や怖れを少しでも減らすことをめざし、症状の進行に伴い、中等度から重度、看取り期に向かう中で、在宅での暮らしを支えていくための情報をなるべくわかりやすくまとめました。認知症の人と家族への支援を行う人たちにも、家族への理解と支援の道標として活用していたたくことを期待しています。

最後になりましたが、当事業の実施にあたり調査研究委員長の武地一先生をはじめ、委員の皆さま、調査にご協力いただいた多くの関係者の皆さまに、心より御礼申し上げます。

目次

I.	調査の概要	1
1.	調査事業概要	1
2.	中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査概要	2
1)	回答の属性	2
2)	認知症の人の対応に困っていること	2
3)	在宅生活継続のために	3
4)	ケアマネジャー(CM)の存在の大きさ	4
5)	経済的負担感	4
6)	介護保険サービスの利用について	4
7)	認知症の人の意思決定支援について	5
8)	認知症当事者である認知症の人と家族へのメッセージ	5
9)	考察	5
3.	中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査概要	7
1)	回答の属性	7
2)	在宅生活継続のために	7
3)	具体的な助言や情報提供の状況	8
4)	ケアマネジャー(CM)による介護負担軽減制度の認知と活用への期待	8
5)	在宅生活の継続支援	9
6)	認知症の人の意思決定支援について	9
7)	考察	10
4.	中等度・重度認知症の人の在宅生活支援ガイドブック「認知症の人と家族の暮らしを支える手引き」の作成	11
II.	中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査結果	13
1.	調査目的	13
2.	調査の意義	13
3.	調査方法	13
1)	調査対象	13
2)	調査場所	13
3)	調査手順	13
4)	調査実施期間	13
5)	調査内容	13
6)	分析方法	14
7)	倫理的配慮	14
8)	用語の定義	14
4.	結果	15
1)	回答回収状況	15
2)	回答者の状況・属性、背景	15
3)	回答者が看ている認知症の人の状況	18
4)	回答者と認知症の人との関係	21

5) 認知症の人の医療、介護に関する状況.....	23
6) 在宅生活継続が可能だった要因.....	26
7) 対応に困ったことへの対応状況	28
8) お世話になった専門職	32
9) 認知症の人の病状や状態の変化で困ったことへの具体的な工夫	35
10) 認知症の人と家族の経済状況	41
11) Q9-2-⑧介護の経済的負担などを軽減するための制度の認知・利用状況	44
12) Q9-2-④ 在宅で介護を続けていくための必要な工夫や負担を軽減するための道具や機器の利用について	47
13) 認知症の人の事前指示などについて	59
14) 認知症の人との暮らし、在宅介護への思い(施設入所、看取りの場合は在宅介護時の思い).....	62
15) Q12 在宅介護を継続していくために医療・介護従事者に伝えたいこと.....	67
16) 仲間へのメッセージ 認知症の人と家族へ	68
III. 中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査結果	74
1. 調査目的	74
2. 調査の意義.....	74
3. 調査方法	74
1) 調査対象	74
2) 調査場所	74
3) 調査手順.....	74
4) 調査実施期間.....	74
5) 調査内容.....	74
6) 分析方法.....	75
7) 倫理的配慮.....	75
8) 用語の定義.....	75
4. 結果.....	76
1) 回答者の属性	76
2) 中等度・重度の認知症の人の在宅継続について	81
3) Q4-1 中等度認知症の人の在宅継続が困難となるターニングポイントやその状況等、具体的な事例	88
4) 中等度・重度認知症の人の家族への具体的な支援例.....	92
5) Q4-2-④ 認知症の人の治療の選択、医療との調整・連携、医療的ケアの方法....	95
6) 中等度・重度認知症の人の支援で在宅継続できた事例	96
7) 助言や情報提供の経験	100
8) Q5-4 介護の負担を軽減するための制度の認知および活用状況.....	104
9) 認知症の人の事前指示について.....	106
10) Q8 中重度・重度認知症の人と家族への支援をする際にめざしていること	109
11) Q9 中等度・重度認知症の人とのかかわりで、嬉しかったこと、悲しかった(残念だった)こと、困ったこと、辛かったこと	110
12) Q10 中等度・重度認知症の人とご家族へのメッセージ	112

IV. 資料	113
表 IV-1 【家族調査】Q12 在宅介護を継続していくために、医療・介護従事者に伝えたいこと.....	114
表 IV-2 【専門職調査】Q4-2-① 認知症の人の行動心理症状、認知症の人の症状への対応の具体例(抜粋)	127
表 IV-3 【専門職調査】Q4-2-② 経済的なこと、家計のこと、仕事と介護の両立(抜粋)	130
表 IV-4 【専門職調査】Q4-2-③ 介護保険サービスの使い方、認知症の人の行き場・居場所(抜粋)	134
表 IV-5 【専門職調査】Q4-2-④-1 認知症の人の治療の選択.....	138
表 IV-6 【専門職調査】Q4-2-④-2 医療との調整・連携	141
表 IV-7 【専門職調査】Q4-2-④-3 医療的ケアの方法.....	148
表 IV-8 【専門職調査】Q7-3-1 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人自身の強み(詳細)	149
表 IV-9 【専門職調査】Q7-3-2 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人の家族の強み(詳細)	150
表 IV-10 【専門職調査】Q7-3-3 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人と家族の支援の強み(詳細)	152
中等度・重度認知症の人の在宅生活支援「認知症の人の暮らしを支える手引き」.....	153
調査票	174
中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査 調査票	175
中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査 調査票	180

調査の概要

I. 調査の概要

1. 調査事業概要

藤田医科大学 武地 一

令和4年度の厚生労働省老人保健健康増進等事業のテーマ名「認知症(中重度)の人の在宅生活を継続するための家族の関わり方に関する調査研究」のもと、調査事業を行った。

認知症が中重度になってきたとき、着衣・トイレ動作などの基本的日常生活動作が困難になるとともに、見当識の低下により住み慣れた家であるとの認識が低下したり、親しい家族の名前がわからなくなるなど、家族にとって厳しいハードルが生じることが多い。また、食物の咀嚼や嚥下が困難になったり、歩行が困難になることも生じてくる。そのような時期になんでも、できるだけ住み慣れた家で過ごすためには、どのようなことが必要なのであろうか？ 今回の調査では、この課題を、認知症の人をケアする家族を対象とした質問紙調査を行うとともに、専門職の立場でケアする人々にも別箇の質問紙調査を行うことで、両面から「認知症(中重度)の人の在宅生活を継続するための要因」を探査した。

家族調査には全国ほぼすべての都道府県から732件の回答を得た。専門職調査ではすべての都道府県から2,171件の回答を得た。詳細な分析結果は、報告書に目を通していただければと思うが、在宅生活を継続できている要因について、家族調査の回答では「認知症の人の意思・希望」も十分に尊重されるものの、「家族の健康状態」「家族の体力・気力」「通所施設(デイ)が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できる」等、家族や支援体制が必要であることが示されていた。専門職調査では同様の点も見られるが、もう少し多面的な観察から「認知症の人が居住している場所や地域」「家族の認知症に関する知識・理解」「通所施設(デイ)が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できる」「ショートステイを適度に利用し、家族の休息が取れる」「理解し助けてくれる親族がいる」等の要因が挙げられていた。

最初に述べたように「排泄」「安全(独り歩き等)」「嚥下」などが重要なポイントになり、家族介護者同士やケアマネジャー・介護スタッフなどから情報を得たり、それぞれに対して福祉用具を利用したりして、在宅介護の負担を軽減するための工夫(悪戦苦闘？)が行われているさまが回答から示された。調査事業の委員および協力者により、膨大な記述回答についてもカテゴリー分けなどの質的分析が詳細に行われ、それらの回答のエッセンスを引き出している。

ここまで述べた点以外にも、意思決定支援をどのような時期にどのように行っているか、在宅か施設か、経済的な負担、経済的支援策の利用状況、介護経験を経ての仲間としての他の家族へのメッセージなども集計・分析が行われている。膨大な内容であるが、ぜひ一読して明日からのケアのヒントを見つけていただければと思う。

今年度の事業では、この報告書の内容をもとに、家族介護者にもケアマネジャーなど専門職にとっても日々のケアの糧になるようガイドブックも作成した。あわせて参照いただければと思う。

2. 中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査概要

原 等子

中等度・重度認知症の人の在宅生活継続は、認知機能の進行とともに様々な困難に直面する。高齢発症の認知症の人の場合には、老化現象などに伴う認知症は比較的穏やかに進行することが多く、脳梗塞や内臓疾患など他疾患を伴う場合にはせん妄症状で困ることははあるが、認知症の症状進行よりも身体機能の低下による生活機能低下による困難が多い。しかし、60代以下の若年期発症の認知症では、比較的身体機能が保たれ、筋力もあるため、落ち着かなさや独り歩き行動(いわゆる徘徊)、暴言・暴力で、「自宅に1人で置いておけない」「行動の指示が入らず混乱し大声を出し怒鳴り散らしたり、手や足が出て対応が大変」などの状況で家族が対応に疲弊することがある。そのような状況では、介護保険サービスの事業所での受け入れをそれとはなしに敬遠されることがあったり、「薬で少し抑制してからでないとみれません」といわれ、家族は途方に暮れるという状況があると耳にする。「認知症施策推進大綱」により国家戦略として保健医療福祉現場においても認知症対応力が向上する中で、未だそのような状況が実際にどの程度あるのか、そのような状況があっても、認知症戦略のさらなる向上を目指すわが国において、認知症の人と家族の支援に対し多くの取り組みがなされている状況があることから、その現状と具体的対応例(支援の実際の好事例・問題点)を把握・収集する目的で、中等度・重度認知症の人と在宅生活をした経験のある介護家族に調査を実施した。

1) 回答の属性

結果は、全国から732件の回答を得た。認知症の人の診断名は、アルツハイマー型認知症が最も多く59.2%、次いで混合型認知症16.0%、脳血管性認知症は6.4%、レビー小体型認知症は5.4%、前頭側頭型認知症は4.0%であった。その他の認知症として、嗜銀顆粒性認知症、正常圧水頭症、神経性核上性麻痺、神経核内封入体病などもあった。要介護度は、中等度・重度認知症であるため要介護2以上は83.5%であったが、要介護1以下が7.3%いた。中等度以降の認知症の人を見ている中で、要介護1以下、介護保険未認定という人もいたことは、回答者の要因も考えられるが、認知症の人の状況により、中等度や重度になっても受診や介護認定の困難な状況があることが示唆された。認知症の症状がある程度進行していても低い要介護度で認定されていることもあるかもしれません、自由記述から明らかに中等度以上であると思われるが受診できないのでわからないというものもあった。回答者から見た認知症の人の続柄は、配偶者44.6%、自身の親41.1%、義理の親11.6%であった。同居は現在介護中で57.3%、近居(日常的な往来ができる範囲)27.8%、遠距離7.2%であった。就労状況は、現在介護中で「働いている」42.9%、「働いていない」51.6%であった。

2) 認知症の人の対応に困っていること

認知症の人の対応に困っていることは、「認知症の人の症状(記憶や判断など認知機能の障害により起こる行動や心理的な症状)」70.0%、「認知症の進行への不安」46.6%、「認知症の人の医療やその選択について」39.3%、「経済的なこと、家計のこと」35.8%、「介護保険サービスの使い方」34.9%であった。行動心理症状は、「排泄に関するこ」67.5%、「意思疎通の困難があること」56.2%、「食事に関するこ」50.3%、「入浴や清潔に関するこ」44.0%、「落ち着かなさ、不安などに関するこ」43.1%などであった。「施設による認知症の人の症状への対応」に関しては、137件の回答中「認知症の人の個

性や思いに合ったケアが受けられない」65.0%、「サービスを利用するのに薬物の使用が必要と言われ困った」29.1%、「認知症の人の暴言・暴力があると言われ利用を断られた」24.8%、「サービス施設に認知症の人が入れずに利用を断られた」21.9%であった。「介護保険サービスの使い方」では、244件の回答中「もっと利用したいがサービス利用限度額により制限がある」34.8%、「面会ができないことや機能低下が心配で入所施設を利用したくない」29.1%、「申し込みをしているが入所施設の順番が来ない」17.6%、「経済的に費用がかかりすぎるので入所施設を利用できない」16.4%、「経済的に費用がかかりすぎるので在宅サービスを十分に利用できない」15.2%、「利用したいサービスの人数制限などにより利用できない」14.8%、「受け入れ可能な入所系の施設がない」14.3%、「ケアマネジャーやサービス担当者と合わない・家族の話に耳を傾けてくれない」14.3%であった。「認知症の人の医療やその選択について」では、275件の回答中「認知症の人の代わりに意思決定すること」72.7%で多かった。

さらに困りごととして、介護保険の【利用の難しさ】が述べられていた。〈介護保険サービスがわかりにくい〉〈本人のサービス利用の受け入れが難しい〉〈既存の介護保険サービスでは個別ケアが望めない〉の意見、認知症の人の医療やその選択で【適切な医療を受けにくい】状況があった。〈専門職の理解が乏しく対応が悪い〉〈投薬により症状の進行・機能低下が生じた〉などの意見で、中等度以降の認知症で家族だけの対応に困っても、本人と家族が安心して利用できる施設や在宅サービスがないという切実な声が上がっていた。介護者にとって専門医をはじめとした専門職に相談し対処できることにより安心感が得られている一方で、専門職であっても認知症の人と家族への理解が乏しく対応の悪さや言葉の暴力が発せられている現状もあり、診察時間が短く十分に相談に乗ってもらえていないなどの不満も生じていた。

3) 在宅生活継続のために

在宅介護の継続の意思是、現在介護中で79.6%が「できる限り続けていきたい」とし、配偶者が87.6%で最も高かった。在宅で生活が継続できている要因は、「家族の健康状態」58.1%、「家族の体力と気力」56.2%、「通所施設(デイサービスやデイケア)が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できること」50.9%で、家族自身の頑張りにより在宅生活が継続している一方で、介護サービスとして特に「通所施設(通いの場)」の柔軟な利用ができることが継続の要因として大きいことがわかった。また、それに次いで「家族の意思・希望」49.9%、「家族の認知症に関する知識・理解」48.1%、「認知症の人の意思・希望」46.2%があり、認知症の本人の思いをふまえつつ、家族として、ともに居ることを意思決定して在宅を継続していた。さらに、「話を聞いてくれる人がいる」40.2%、「アドバイスしてくれる専門職がいる」36.5%、「ショートステイを適度に利用し、休息が取れること」34.9%であった。家族だけでは在宅での介護を続けていくことは難しく、相談に乗ってもらうことや話を聞いてくれる人の存在が在宅での介護を支えていた。

在宅介護の継続の意思については、「できる限り続けていきたい」81.4%であった。続けていくための要件は、「自分の体力・気力が続ければ」75.7%、「介護のサービスが充実していれば」43.6%、「今の状態が維持できれば」39.2%、「家族の仕事や生活が維持できれば」35.3%、「手伝ってくれる人がいれば」34.6%、「経済的な不安がなければ」31.6%であった。必要なこととしては、〈健康資本〉〈介護スキル〉〈感情コントロール〉の三つのテーマがあり、介護家族はその責任の多くを負っていると感じる傾向があることが示唆された。継続していくためには、介護者以外の要因としては〈経済コスト〉〈社会資源〉〈社会関係資本〉〈認知症本人次第〉の4つの要因が関与する。とくに〈社会資源〉は介護家族が在宅医療介護サービスを頼りにして生活していることから、介護を続けていくために重要である。一方で、

在宅介護の要が介護家族自身にあると考える傾向が示唆され、このことは在宅介護を望んでいたにもかかわらず、泣く泣く施設入所を決断した場合に、介護者が自分を責める可能性があることを暗に示している。

4) ケアマネジャー（CM）の存在の大きさ

お世話になった専門職の第1は、CM33.8%で、次いで介護施設スタッフ24.8%であった。CMには「適切な支援に繋げてもらえた」「家族のことも大事にしてくれた」「専門性が高いと感じた」などの評価があった。介護スタッフには「よく対応してもらった」「本人を尊重した対応をしてくれた」「家族への配慮がありがたかった」「本人の変化が実感できた」などの評価があった。

5) 経済的負担感

介護費用調査による分析から、主観的な経済状態について、現在進行形で在宅介護している回答者は経済状態が苦しい、ないしはある程度苦しいと明確に回答している状況があった。また、在宅介護の形態を比較すると、同居介護がより負担が大きい傾向を示した。同居の場合、居住費などについてシェアすることができ、むしろ経済的負担が軽減する可能性もあるが、実際には逆の傾向であった。同居しての介護は、時間的・精神的負担も大きいと考えられる。その上で経済的な負担も大きいのであれば、社会的な支援が強く求められる。

6) 介護保険サービスの利用について

現在介護中で直近の月で利用しているサービスは、「通所介護支援事業所（デイサービス）」62.1%、「福祉用具」48.0%、「短期入所生活介護」38.4%、「訪問介護」「訪問看護」が17.7%、「訪問診療」15.8%、「訪問リハビリテーション」9.4%、「訪問歯科」8.6%の順であった。在宅介護を続けていくための条件としては、「自分の体力・気力が続ければ」に次いで、「介護サービスが充実していれば」と、介護家族自身が認知症の人と暮らし続ける思いを持つつ、介護サービスが利用できることが重要であるとしている。介護継続の思いが揺れたり、変化する時期として「中等度・重度」の時期が74.0%であり、ターニングポイントである。利用サービスの状況、自由記述などから、デイサービス以外の在宅で利用するサービスである訪問介護や訪問看護、訪問リハビリテーションなどの利用は少ない。かかりつけ医などには渋々行くことはできても、受診が敬遠されがちな歯科の利用は、訪問でも多いとは言えない。中等度・重度の認知症の人を在宅で看続けていくには、排泄の困りごとや興奮、易怒性、攻撃性、落ちつきのなさなどの対応困難な状況への対応の工夫、その際の非薬物療法の効果的な活用よりも入院治療が勧められ、その結果、自宅へ戻ってくることができる状態ではなくなってしまう状況がある。

医療・介護従事者に伝えていきたいこととして、【家族の話を聞いてほしい】【家族の気持を分かってほしい】【家族によりそってほしい】【家族のサポート】のように、認知症の人本人だけでなく、医療・介護従事者による家族に向けたケアを求める声が目立った。家族は医療・介護従事者に対して家族へのケアを求める一方で、【家族との連携】のように専門職とともに認知症の人のケアを続けていきたい思いを持っていた。【認知症のことを勉強してほしい】【医療・介護従事者の言葉に傷つくことがある】【ケアの質向上】のように、不満を抱く意見もあったが、【感謝と労いの言葉】や【充分なケアを受けられている】という意見もあった。

7) 認知症の人の意思決定支援について

認知症の人の人生の終末期の意思決定に関する準備状況は、「認知症の人と話したことがない」52.4%が最も多く、次いで「認知症の人と認知症の診断前から話し合っている内容がある」26.6%、「認知症の診断後に話し合っている内容がある」16.9%であった。話し合いのすすめ方としては、「認知症になる前に話し合っておく」57.7%が多く、「認知症になって初期のうちに話し合っていく」35.3%、「親族を交えて話し合っていく」25.8%がそれに次いだ。また、「本人には聞いてもわからないと思う・答えることはできないので、家族が考えるしかない」と回答した家族も24.5%であった。一方で、「中等度・重度の認知症になっても本人の意思を把握することは可能である」は21.5%であった。話し合う内容としては、「人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか」62.9%、「人生の終末期に受ける医療について」57.1%、「どんなケアを受けたいか」55.8%、「どこで誰に看取られたいか」47.6%であった。

8) 認知症当事者である認知症の人と家族へのメッセージ

家族に対するメッセージには、「相談する」「頑張り過ぎない」「人・公的サービスの利用」「自分を大切にする」「ストレスを溜めない」「共に楽しむ」「頑張ること」「家族での話し合い」などがあった。認知症の本人に対するメッセージには、「心身の安寧を願う」「他者をあてにして」「側にいる」「思いを教えて」があった。

9) 考察

調査結果から、回答者の家族の属性として、看ている認知症の人が配偶者と実の親で2分されそれぞれ4割、義理の親や親戚などがその他であり、若年期認知症が含まれているとはいえ、認知症の人の高齢化に伴うその配偶者や子ども世代も高年齢であることが推測される。認知症の診断名もはっきりと病名を記述する傾向があった。その中で、働きながら介護している人が約半数であった。職場の理解も中等度・重度の認知症の人の在宅介護を継続していくためには必要と答えている人が多いことからも、**介護家族の高齢化への対応と合わせて、企業における認知症介護、認知症の人への対応への理解が求められる。**

中等度・重度認知症の人の在宅介護継続に関して、介護家族として必要なこととしては、症状の進行の不安や対応への困難を感じつつ、家族自身の思いもあって認知症の人との暮らしをつづけていること、しかしその継続のためには症状への対応、経済的負担、精神的な疲弊感などさまざまな障害があり、家族だけで対応していくのは困難であるため、社会資源、公的支援を活用した対応が不可欠である。しかし、中等度・重度認知症の人に対応できる公的サービスの準備状況は現状で十分ではなく、在宅を継続したいと望んでいるにもかかわらず、意に反する入院や思いもかけない薬剤等の抑制使用で心身機能が低下してしまうこともあり、いったん機能低下した場合、リカバリーが難しい高齢者では家族がその対応を悔やむ事例も報告があった。認知症の人と家族が安心して在宅生活を継続するためにも、**在宅支援の事業所や急性期病院や認知症の薬剤調整のための入院を受ける病院施設等での認知症対応力向上と認知症の人の心身機能維持向上のリハビリテーションの充実は急務の課題である。**

家族が在宅で看続けていきたい思い、看続けていくことに抱く不安、揺れ動く思いに寄り添い、その揺れを許容しつつ、その思いを尊重し、支えていくための「認知症にやさしい」ケアマネジメントとサービス提供を本人・家族は望んでいる。その際のキーパーソンは、「ケアマネジャー」であり「医師」である。介護・看護・医療従事者とともに認知症対応力を向上させ、柔軟なサービスについて考えられる多様な視点を、それぞれが持てるよう期待したい。

また、認知症の人の意思決定支援について、実際に認知症の診断を受けてからも、意思を把握しようとする試みはされているが、上手くその思いが把握できないことも多いと思われる。認知症になる前や早期に確認する方がよい、という思いはあるが、その時期に話し合う困難さもある。人生会議に関する市民の認識をもっと高めていく必要が示唆される。それとともに、認知症にかかわる専門職の関りが家族の対応の基本になっていることからも、本人の意思を尊重することは、保健医療福祉従事者の意識変容により、本人への疾患告知や病状説明を行っていくことからはじまる。**本人を抜きに意思決定をしないことは、認知症の中等度・重度では難しいことが多いが、「わからないから伝えない」ではなく、「理解している部分があること」「反応が見えなくてもわかっていること」を踏まえて、かかわり方に気を付けていくことも大切である。**そのための支援も、専門職には求められる。

3. 中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査概要

原 等子

「認知症施策推進大綱」による保健医療福祉現場における認知症対応力の向上がすすめられている中で、中等度・重度認知症の人の在宅生活継続のために、どのような支援が行われ、専門職らが何を課題と感じているか、対応の好事例とともに現状を把握し、介護家族の思いと対比して課題を検討する目的で、認知症疾患医療センターをはじめとする医療機関や在宅での支援の要となる地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を中心に中等度・重度認知症の人と家族を支援する専門職への調査を実施した。

1) 回答の属性

結果は全国から 2,171 件の回答を得た。介護支援専門員(ケアマネジャーCare Manager:CM)の資格保有者は 58.6%、そのうち主任ケアマネジャー(主任 CM)保有者は 47.8% であった。また、中等度・重度認知症の人の担当経験ありが 74.1% であった。かかる場所は、地域包括支援センターが 50.7% と最も多く、次いで居宅介護支援事業所 16.2%、通所介護支援事業所 10.4%、病院・診療所・クリニック 9.4%、認知症疾患医療センター 6.1% であった。在宅介護の調査であったため、特別養護老人ホームなど介護施設や認知症対応型共同生活介護(グループホーム)は選択肢に入れていなかったが、グループホーム 6.1% の回答もあった。

2) 在宅生活継続のために

中等度・重度認知症の人が在宅での生活を継続するために必要なこととして、専門職等支援者が考へている要因は第 1 に「認知症の人と家族をとりまく環境」92.7%、次いで「周囲の協力」90.4%、「医療・介護の連携」87.4%、「サービスの利用」86.4%、「介護支援専門員や専門職の適切な支援」83.8%、「家族自身の要因」82.9% であった。「認知症の人と家族をとりまく環境」では「認知症の人が居住している場所や地域」85.2% であった。「周囲の協力」では「理解し助けてくれる親族がいる」77.7%、「話を聞いてくれる人がいる」74.6%、「助けてくれる知人がいる」68.5% であった。「サービスの利用」では、「通所施設(デイサービスやデイケア)が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できる」83.0%、「ショートステイを適度に利用し、家族の休息が取れる」80.9%、「訪問介護の利用」53.9% であった。

在宅生活の継続を困難にする要因は、「家庭環境・家族の要因」71.1%、「認知症の人の要因」51.4%、「専門職やサービス事業所の要因」40.5%、「介護保険等制度的な要因」30.6% であった。「家庭環境・家族の要因」では、「家族が疲弊している」58.5%、「認知症の人が独居である、身寄りがない」55.8%、「家族の認知症症状に対する理解が不十分で不適切な対応をしている」51.7%、「家族や親戚が高齢や病気・障害などがあり、かかわることが困難である」50.2%、「同居する家族等はいても介護を継続していくためのマンパワーが不足している」50.2%、「家族と認知症の人との人間関係がこじれている」44.0% であった。

中等度認知症の人の在宅継続が困難となるターニングポイントのキーワードは、<必要なケア><投入エネルギー><時間><お金><社会生活><安全/生命維持>であった。必要なケアを増大させる本人の心身状態は骨折などによる移動の困難や衰弱による入院など身体的変化を主な原因とするものと、認知症の行動・心理症状と呼ばれる BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of

Dementia)の悪化で、傾向としては身体的変化よりも BPSD の悪化の変化を挙げる記述が多く、特に「排泄」と独り歩き(いわゆる「徘徊」)が目立った。<投入ケア>では介護者が精神的に疲弊したり病気になつたりなど、何かしらの健康状態の悪化によってケアが実質困難になつたり、家族内で介護する人が限られていることや介護する人の不在など、家庭内ケアのマンパワーの問題があつた。さらに在宅を支える医療介護サービスがないこと、利用できること、利用しても在宅介護がたしいかないなど、サービスの不足があることが指摘された。<時間>では、昼夜逆転などによる夜間帯でのケアや、独り歩きなどによって見守り時間が長くなることがあつた。物理的なケアでなくとも、認知症の人に注意を払う時間が増大することが在宅介護を阻む原因として挙がつた。このような様々な要因がある中でも、とくに<必要なケア>と<投入ケア>から、認知症の人や家庭内の介護者が何かしらのきっかけで、従来とは異なる質や方法のケア(例えば、認知症の人が治療に近いケアが必要になることや、家族介護者が病気になるなど)が必要になることを契機に、在宅介護が難しくなることが示唆された。また、「排泄」と「独り歩き」が在宅介護継続か施設入所の分岐点となると専門職は捉えていた。

3) 具体的な助言や情報提供の状況

中等度・重度認知症の人の家族へ「具体的な助言をしたことがある」56.8%、「情報提供をしたことがある」51.1%であり、具体的に行っていることとして「落ち着かなさ、不安などに関する対応」51.6%、「地域包括支援センターや成年後見制度の紹介」49.6%、「独り歩き(いわゆる徘徊)に関する対応」46.2%、「当事者の交流会(つどい)や団体の紹介」44.8%、「排泄に関する援助方法」40.4%があつた。一方、助言や情報提供が少ない項目は、「移乗・移動動作に関する介助方法」27.5%、「睡眠に関する援助方法」30.8%、「意欲低下、無気力に関する対応」33.5%、「意思疎通の困難がみられた時の対応」35.1%、「食事や食行動に関する援助方法」36.4%があつた。これらの項目については、いずれも中等度・重度で対応する必要が増大する項目であるが、排泄などよりは個別の状況に左右される内容もあり、支援者自身の学習や経験が必要である内容かもしれない。中等度・重度認知症の人への対応の研究や知見の蓄積とともに、在宅での支援を視野に入れた情報提供の必要性があると思われる。その情報源が多くは、専門職や同僚、知人などからの助言や情報提供などによる「口伝え」と自分自身の対応の経験などであった。情報があふれる中でも、顔の見える人間関係による情報伝達が、困難な中等度・重度認知症の人への対応の基本になっていることから、直接、専門職同士で情報交換できる場が必要であること、信頼関係に基づく専門職間の連携が求められていることが示唆された。

4) ケアマネジャー (CM) による介護負担軽減制度の認知と活用への期待

家族調査で「いちばんお世話になった専門職」の1位は CM である。中等度・重度認知症の人が在宅での生活を継続するために必要なこととしても、「介護支援専門員や専門職の適切な支援」83.8%が必要であるとしている。家族に対する具体的な助言や情報提供も、CM 以外の専門職より提供している傾向はあるが、主任 CM で「具体的な助言をしたことがある」71.6%、「情報提供をしたことがある」60.6%であった。

負担軽減にかかる制度等の認知度、紹介状況は概ね CM が CM 以外より高い傾向にあり、情報収集をしている状況はあるが、項目間でばらつきがあり、認知度の範囲は 24.9% から 62.7%、紹介状況の範囲は 10.2% から 26.8%、紹介率 20.6% から 53.8% であった。これらの制度は対象になる認知症の人と家族の条件が様々で該当にならない場合も多い他、居住している自治体により利用できる制度が

ある地域とない地域とがあり、単純に比較できない部分もあるが、制度の認知率、紹介状況、紹介率などをみたとき、制度による差が大きいこと、認知度が低く紹介率が低い制度については、その活用方法や利用促進のための検討が必要であるとともに、CMとして個別の状況に応じた活用助言をきめ細かくしていってほしいというさらなる期待がある。

CMとして中等度・重度認知症の人の家族への支援をする際にめざしていることは、<介護負担の軽減><良き相談者となる><意思決定支援><地域とつながり続ける><信念・ありよう>があった。中等度・重度認知症の人とのかかわりの中でのCMの思いの記述には、『感謝の言葉』『認知症の人の笑顔』などの【嬉しさ】、『ケアマネとしての仕事の達成』『認知症の人や家族との信頼関係の構築』などの【達成感、やりがい】、『家族の意向の優先』『本人・家族へのサポート不足』などの【悲しい、残念】、『家族の理解不足』『認知力の低下による弊害』などの【困難】、『自身の力不足』『介入による退転』などの【辛さ】の思いがあった。

5) 在宅生活の継続支援

中等度・重度認知症の人の在宅生活の継続が難しいと思われたが継続できた事例の経験がある人は、中等度・重度認知症の人の担当経験がある人で40.2%であった。事例の記述は591件あり、継続できた理由は大きく4つに分類された。「本人・家族の希望を専門職や地域住民が連携して支えた事例(369事例)」「在宅生活の継続を余儀なくされ、結果的に継続できた事例(30事例)」「本人の変化が在宅生活を可能にした事例(45事例)」「経済力に余裕があり、サービスを十分利用できた事例(9事例)」であり、1番は専門職や周囲の協力体制構築であった。

それ以外の在宅継続のための強みについて、本人の強みは、元々の<穏やかな性格と柔軟さ>と身体的あるいは認知機能の<残存能力>だった。家族の強みとして記載された内容としては「介護力」が最も多く、その内容を分析した結果、<意志の強さと覚悟><他者を頼れる力><柔軟で前向きな性格><良好な家族関係><経済力>があった。<良好な家族関係>を構成する要因には《理解と協力》《副介護者の存在》《家族間の意思統一》《本人を尊重する気持ち》があった。本人や介護者をとりまく支援の強みには、<地域のつながり><介護支援専門員の力量><事業所間の連携と信頼関係>があった。

支援者から家族へのメッセージとしては、【孤立しないで】【無理しないで】【力になりたい】があった。

6) 認知症の人の意思決定支援について

認知症の人と人生の終末期の意思決定支援に関して話し合いを始める時期としては、「個別の状況に拠るので、特に時期を決めずに行っていく」28.4%、「ターニングポイントごとに意思を確認し直している」24.6%、「終末期の意思決定について関与した経験はない」26.1%が多かった。「お誕生日月に話題にしている」という工夫、「元気な方は認識が低い、人生会議もすすまない中難しいと思う」という困難さの意見もあった。話し合いのすすめ方としては、「認知症の人の意思をできるだけ引き出し聞いている」31.3%、「家族に認知症の人の考えを聞いてもらっている」16.7%、「医師を交えた本人、家族の話し合いの機会をつくる」15.2%、「中等度・重度認知症になっても本人の意思を把握するようにしている」10.7%であった。話し合う内容としては、「人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか」80.5%は比較的聞きやすいと思われ多かった。次いで「人生の終末期に受ける医療について」65.1%、「どんなケアを受けたいか」63.9%、「どこで誰に見守られて死にたいか」53.2%の順であった。関わる必要性は感じつつも、そのタイミングやかかわり方について模索している様子が伺えた。

7) 考察

調査結果から、中等度・重度認知症の人の在宅介護継続に関して、専門職の認識と対応状況がある程度見えてきた。在宅生活継続のために必要なことは、「認知症の人と家族をとりまく環境」「周囲の協力」「医療・介護の連携」であり、それを支える「介護支援専門員や専門職の適切な支援」が必要である。また、在宅生活の継続を困難にする要因は、「家庭環境・家族の要因」「認知症の人の要因」を除けば、「専門職やサービス事業所の要因」「介護保険等制度的な要因」があり、「家庭環境・家族の要因」にある「家族が疲弊している」状態をできるだけつくらないように支援を適切に調整していく必要がある。

中等度認知症の人の在宅継続が困難となるターニングポイントのキーワードは、<必要なケア>のうち「排泄」と独り歩きであり、<投入エネルギー>では家族の介護力の破綻が生じると崩れやすくなる。見守りを要する<時間>が必要な状況に置かれたり、<お金>の負担が嵩むと、在宅での生活が難しくなる。在宅では地域社会の一員として<社会生活>を営む必要があり、<安全/生命維持>の観点から地域包括ケアとして寛容な地域づくりが不可欠となる。

認知症の人の意思決定支援に関しては、実施はある程度されているものの、自由記述などからもその難しさがある。日本国憲法にもあるように、ひとりの人間として認知症になってからも意思を尊重されることは基本的人権である。その人権を守るためにも、本人への疾患告知をすること、病状説明への毎回の同席、重要局面で本人がいないところで方針決定しないなど、**本人を抜きに意思決定をしないことを推進していく必要がある**。このことを実現するには、現状で医師や医療従事者だけでなく、ケアマネジャーや保健・福祉関係者の持つ認知症に対する偏見の払拭が必要である。

在宅支援の要は、介護保険創設時から専門職として20年以上の歴史を積んできた多職種で成る「ケアマネジャー(CM)」であり、研鑽と創意工夫の実績により中等度・重度認知症の人の在宅生活継続が支えられている。**認知症の人が暮らし続けたい思い、その家族が支え続けたい思いを汲み取り、周囲の調整を本人・家族と、関連する事業所や専門職、ボランティアとともに作りあげていくことを今後も期待したい。**

最後に、CMも専門職も、家族と同様に、認知症の人を「ひとりで支えていく必要はないこと、本人も交えて家族や関係者とともに、楽しみながら、悩みながら、一緒に苦しみながら、時に喜び合いながら、これからの中等度・重度認知症の人の在宅ケア、地域ケア、施設ケアの実践を願いたい。

4. 中等度・重度認知症の人の在宅生活支援ガイドブック「認知症の人と家族の暮らしを支える手引き」の作成

原 等子

2022年度の中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査および専門職調査の結果をもとに、認知症の人やその家族等が認知症の診断後、進行する状況への不安や怖れを軽減できることをめざし、また認知症の症状進行に伴い、中等度から重度、終末期に向かう中で、道標となる在宅での暮らしを支えていくために情報をまとめた。可能な範囲で調査結果の図表を挿入し、介護経験や支援の実際に基づく内容になるよう工夫した。

内容は、認知症のご本人、その支援者である家族の手記、認知症の進行過程・種類と進行の特徴、進行に伴う主な症状への対応の工夫、介護サービスの使い方、介護に伴うお金、住宅改修・福祉用具の活用、生活障害への対応(食事、排泄、入浴・身だしなみ、睡眠)、行動心理症状への対応(落ち着かなさ・独り歩き、暴言・暴力、意欲低下・無気力)、終末期への対応・準備、認知症の人の意思の尊重(意思確認方法)、専門職の役割、介護家族の座談会などである。

中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査

II. 中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査結果

1. 調査目的

認知症の進行に伴う家族が適切に身体的・精神的負担を軽減でき、安心して認知症の人と在宅等で暮らし続けられるための対応・対処の工夫を調査し、「家族目線」での「対応マニュアル」を作成する。

そのために、中等度・重度の認知症の人を介護している人や看取り後の人等を対象に、在宅介護継続のために必要なこと、対応の工夫などについて調査する。

2. 調査の意義

認知症の人が中等度になってからも在宅継続を続けるために必要な対応例、様々な症状への対処など認知症の進行に伴う不安や具体的な悩み(症状および医療福祉とのかかわりや経済・社会的対応など)に対し、実際の介護経験者や対応している専門職の経験にもとづく具体的な指針を示すことで、家族の不安軽減、対応力を向上に寄与する。

3. 調査方法

1) 調査対象

認知症の中等度・重度の人を介護している人または看取り終えた人、またこれから中等度・重度を迎える見通しの人を介護している人等

2) 調査場所

日本全国

3) 調査手順

2022年11月に全国の医療機関および認知症疾患医療センター、認知症の人と家族の会会員、認知症関係当事者・支援者連絡会議等当事者団体を通じアンケート回答協力者を募った。

郵送法(返信用封筒をつけ自記式で回答を得て返送を依頼)により回収した。また、調査依頼文にQRコードをつけ、HPやSNSなどでも周知し、オンライン回答も可とした。

4) 調査実施期間

2022年11月から2023年1月

5) 調査内容

巻末にある調査票「中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査」のとおり。中等度、重度、終末期の認知症の人に対する経験、回答者の属性(性別、年齢、居住地、就業状況)、認知症の人の属性(年齢、性別、要介護度、認知症診断名、関係)、在宅でのサービス利用状況、在宅生活継続の要因、困りごと、お世話になったと思う専門職、困ったことへの対応の工夫(情報源、接し方、経済、サービス利用、医療やその選択)、経済状況(主観的経済状況、収入、生活費の状況、福祉機器・用具の利用、経済的負担軽減の支援の認知利用状況、終末期の意思決定への準備状況、在宅介護への思い、医療・介護

従事者へ伝えたいこと、介護家族へのメッセージ、認知症の人へのメッセージ等。回答は、選択肢の有無、リッカート尺度、自由記述などを求めた。

6) 分析方法

量的に分析できるものについては、記述統計を行った。自由記述に関しては、質的記述的に分析を行った。なお、各項目の具体的な分析方法については、結果ごとに記述した。

7) 倫理的配慮

法人倫理審査を経て代表理事承認後(承認番号 14-1)に調査を実施した。

回答の自由意思の担保:自記返送により自由意思の回答を回収する。

匿名性の担保:回答は個人が特定されないよう匿名性を担保して分析、報告を行う。なお、個人の自由意思による調査協力であり、協力の匿名任意性を担保するため個人名の収集は行わないものとする。

利益相反:この調査は令和4年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)の補助を得て行う。

8) 用語の定義

中等度・重度・終末期の目安を以下の様に示した。

在宅介護については、在宅でケアをしていた期間は問わないとし、結果的に病院や施設で長期に入院/入所している（していた）人の回答も得た。

※ 中等度の認知症とは、認知症の診断を受け、要介護2～3程度の認定を受けた状態。

　　状態例　・季節にあった服を選ぶことができなくなる

- 外出先から1人で戻れなくなるときがある
- 「物を盗られた」という訴えが増える
- トイレの場所がわからず失敗することが増えてくる
- 日常生活で介護が必要となってくる　など

※ 重度の認知症とは、アルツハイマー型認知症では、

- 言語機能の低下(多くても6つくらいの単語しか話さない)
- 理解できる言葉は「はい」など、一つくらいの単語程度
- 歩行ができない、坐っても体を支えられない
- 笑顔がつくれない
- 頭を支えられない、意識がもうろうとしている　など

※ 終末期の状態とは、肺炎などの炎症や体調不良を繰り返し、人生の最終段階にある状態。看取り期。

4. 結果

1) 回答回収状況

1)～4) 原 等子

郵送およびオンラインにより、732 件の回答を得た。オンラインの回答は 134 件であった。

2) 回答者の状況・属性、背景

(1) Q1 中等度・重度・終末期の認知症の人に対する経験

表 II-1 「家族調査」回答回収状況（件）

1. 現在、家族が中等度・重度または終末期の状態にある認知症の人である (現在、中等度・重度・終末期の認知症の人を介護中)	417	568
2. 過去 5 年間以内に認知症の人を看取った	151	
3. 5 年以上前に認知症の人を看取った	131	
その他・無回答	33	

上記、「1. 現在、家族が中等度・重度または終末期の状態にある認知症の人である」と回答した 417 件中、現在の居住状況には 393 件があった。内訳は以下である。

表 II-2 Q1 現在、家族が中等度・重度または終末期の状態にある認知症の人である人の状況(n=417)（件）

1-1. 認知症の人と、自分の自宅で同居中である	206
1-2. 認知症の人は自宅(親族宅)に住み、自分の自宅とは別である	37
1-3. 認知症の人は、病院・施設に入院・入所中である(サービス付き高齢者住宅、ロングショートステイ含)	158
無回答	16

(2) Q2 調査のきっかけ

表 II-3 Q2 本調査回答のきっかけ(重複回答) ()内再掲 (件)

1. 認知症の人と家族の会の会報に入っていた	606
2. 認知症の人と家族の会のつどいや認知症カフェなどの交流・活動の際に受け取った	35
3. 認知症の人と家族の会以外の交流組織を通じて受け取った	10
3-1. 全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会	(7)
3-2. レビュー小体型認知症サポートネットワーク	(2)
3-4. 日本認知症本人ワーキンググループ	(1)
その他	(2)
4. 市役所・保健所・地域包括支援センターなどの公的機関	14
5. 医療機関	17
5-1. かかりつけ医(診療所やクリニック、非専門医等)	(3)
5-2. 認知症専門医(診療所やクリニック、総合病院、認知症疾患医療センター等)	(15)
6. ケアマネジャー(介護支援専門員)	13
7. 介護福祉関係の施設	11
その他(ネット検索、SNS 等)	41

(3) Q3 回答者の属性

a. Q3-① 回答者の居住地

表 II-4 回答者の居住地 (件)

北海道	11	滋賀県	22
青森県	10	京都府	41
岩手県	6	大阪府	24
宮城県	13	兵庫県	18
秋田県	7	奈良県	19
山形県	11	和歌山県	10
福島県	37	鳥取県	12
茨城県	9	島根県	5
栃木県	8	岡山県	16
群馬県	12	広島県	16
埼玉県	38	山口県	11
千葉県	25	徳島県	3
東京都	30	香川県	4
神奈川県	42	愛媛県	6
新潟県	34	高知県	3
富山県	14	福岡県	13
石川県	11	佐賀県	5
福井県	10	長崎県	7
山梨県	6	熊本県	15
長野県	18	大分県	28
岐阜県	20	宮崎県	7
静岡県	8	鹿児島県	8
愛知県	41	沖縄県	0
三重県	5	無回答	13

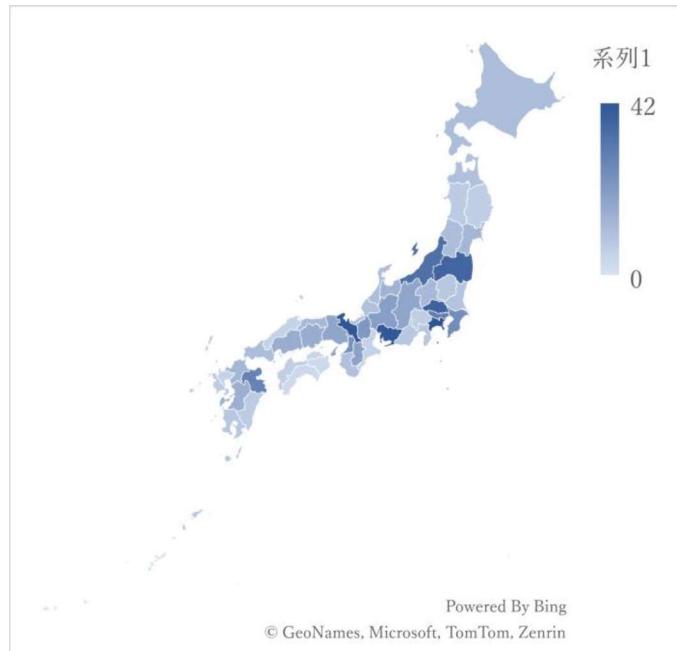


図 II-1 回答者の居住地分布

b. 回答者の Q3-②年齢および Q3-③性別

Q1 中等度・重度・終末期の認知症の人に対する経験の回答状況別および性別の回答者の年齢を比較した。

表 II-5 Q3-②③ 回答者の性別、年齢

Q1 中等度・重度・終末期の人への経験		N	平均年齢	±SD	Min	Max
1. 現在、中等度・重度・終末期の認知症の人を介護中		417	66.3	±11.1	25	93
2. 過去 5 年間以内に認知症の人を看取った		151	68.4	±11.3	33	93
3. 5 年以上前に認知症の人を看取った		131	71.6	±10.1	47	91
無回答・その他		33	64.6	±15.5	24	87
全体		732	67.6	±11.4	24	93
回答者性別	1. 男性	215	71.6	±12.1	24	93
	2. 女性	498	65.8	±10.6	25	90
	3. その他	1	80	-	80	80
	性別無回答	18	69.6	±10.8	52	83

c. Q3-④ 回答者の就業状況

回答者の就業状況については、「Q1 中等度・重度・終末期の人への経験」で「1. 中等度・重度・終末期の介護中」「2. 5年以内に看取った」人の568件の回答を比較した。

就業中の人は、全体で42.8%、現在介護中の人42.9%、5年以内に看取った人42.4%であった。

表 II-6 Q3-④ 回答者の就業状況(件)

Q3-④ 回答者の就業状況	Q1 中等度・重度・終末期の人への経験		全体
	1. 現在介護中	2. 5年以内に看取った	
N	417	151	568
1. 働いている	179	64	243
a. 常勤	77	25	102
b. 非常勤・パート	75	27	102
その他記載(抜粋)			
・ 実母の受診つきそい、デイサービスの準備、その他で3~4日/W 実家に行っている。精神的ゆとりをもって接するには仕事の疲れを最低限に1日/wパート			
c. 自営業	27	9	36
無回答	0	3	3
2. 働いていない	215	80	295
b. 休職中・求職中	9	2	11
c. 退職後	87	33	120
d. 主婦・主夫	104	38	142
無回答	15	7	22
3. その他	12	4	16
その他記載(抜粋)			
・ 認知症初期の時は働いていたが、認知症が進行し、仕事は続けたかったがやむなく辞めた。介護する人が私しかいなかったから今は主婦です。			
・ 介護離職、現在は無職			
・ 自営ですが介護の為、まともに働けない			
・ 中途退職し、初め母の介護、現在は妻の介護			
・ 老々介護の身			
無回答	11	3	16

就業状況	現在介護中	5年以内に看取った	総計
1. 働いている	42.9%	42.4%	42.8%
2. 働いていない	51.6%	53.0%	51.9%
3. その他	1.5%	1.6%	1.3%
無回答	4.0%	2.6%	4.0%

図 II-2 回答者の就業状況割合

3) 回答者が看ている認知症の人の状況

a. Q 4-① 認知症の人の年齢 ②性別

看ている認知症の人の年齢は 55 歳から 100 歳、平均年齢は 81.2 歳、認知症の発症年齢は 45 歳から 97 歳、看取り後の死亡時の年齢は 64 歳から 104 歳で平均 85.3 歳であった。

現在、介護中の人の認知症の人の性別は、男性が 30.7%、全体でも 30.6% であった。

表 II-7 Q4-① 認知症の人の現在の年齢（歳）

認知症の人の現在の年齢	回答数	平均年齢	±SD	Min	Max
1. 現在、中等度・重度・終末期の認知症の人を介護中 (現在介護中)	395	81.2	±9.8	55	100
2. 過去 5 年間以内に認知症の人を看取った (5 年以内に看取った)	8	80.6	±12.4	58	99
3. 5 年以上前に認知症の人を看取った (5 年以上前に看取った)	6	81.7	±8.3	67	91
総計	409	81.2	±9.8	55	100

表 II-8 Q4-① 認知症の発症した年齢（歳）

認知症の人の認知症発症年齢	回答数	平均年齢	±SD	Min	Max
現在、介護中	296	72.0	±10.9	50	95
5 年間以内に看取った	106	74.0	±11.7	45	97
5 年以上前に看取った	98	73.5	±11.0	50	95
総計	500	72.8	±11.1	45	97

表 II-9 Q4-① 認知症の人の死亡した年齢（歳）

認知症の人の死亡年齢	回答数	平均年齢	±SD	Min	Max
2. 5 年間以内に看取った	136	85.9	±9.1	64	104
3. 5 年以上前に看取った	121	84.7	±8.9	64	102
総計	257	85.3	±9.0	64	104

表 II-10 Q4-② 認知症の人の性別（件）

認知症の人の性別	男性	女性	無回答	総計
1. 現在、介護中	128	259	30	417
2. 5 年間以内に看取った	44	94	13	151
3. 5 年以上前に看取った	42	80	9	131
総計	214	433	52	699

b. Q4-③ 要介護度

中等度・重度認知症の人の要介護度は、未申請が8件1.1%、自立から要支援2までが9件1.3%、要介護1が34件4.9%、要介護2が88件12.6%、要介護3が117件16.7%、要介護4が116件16.6%、要介護5が263件37.6%であった。要介護2以上は83.5%、要介護1以下が7.3%であった。

表 II-11 Q4-③ 認知症の人の要介護度

要介護度	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
未申請	4		4	8
自立			1	1
要支援1	2		1	3
要支援2	3		2	5
要介護1	27	3	4	34
要介護2	68	14	6	88
要介護3	91	17	9	117
要介護4	73	20	23	116
要介護5	126	82	55	263
無回答	23	15	26	64

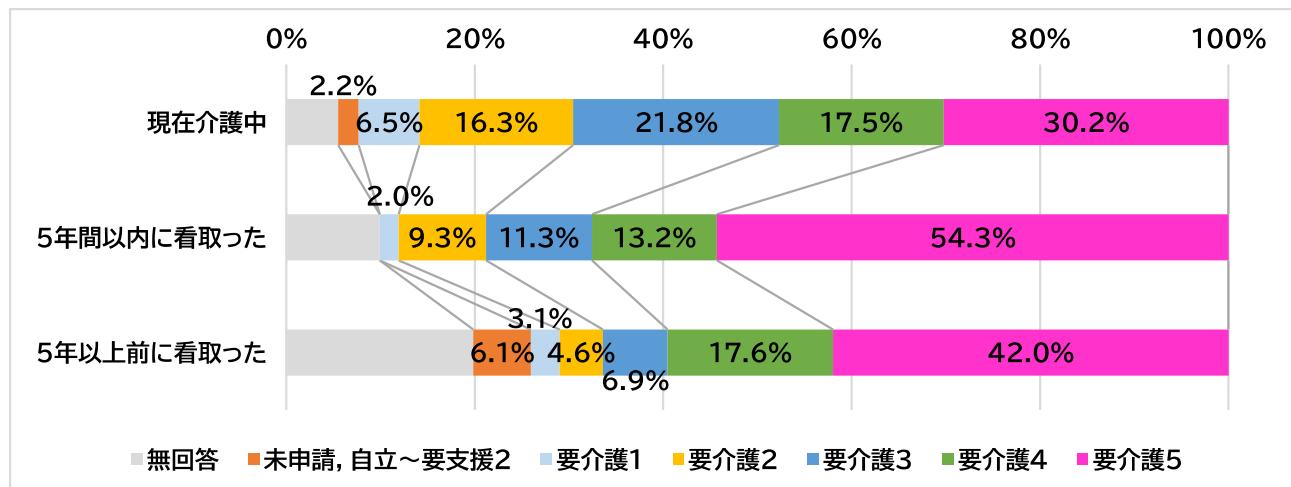


図 II-3 Q4-③ 認知症の人の要介護度の割合

c. Q4-④ 認知症診断名

認知症の人の認知症診断名は、アルツハイマー型認知症が最も多く414件59.2%、次いで混合型認知症112件16.0%、脳血管性認知症は45件6.4%、レビー小体型認知症は38件5.4%、前頭側頭型認知症は28件4.0%であった。5年以上前に看取った人では、脳血管性認知症が10.7%と現在介護中の5.5%より多かった。レビー小体型認知症では、5年以内に看取った人で7.9%と多かった。その他の認知症の人も9件あり、嗜銀顆粒性認知症、正常圧水頭症、神経性核上性麻痺、神経核内封入体病などがあった。

表 II-12 Q4-④ 認知症の人の認知症診断名（件）

認知症診断名	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1アルツハイマー型認知症	257	87	70	414
2脳血管性認知症	23	8	14	45
3レビー小体型認知症	20	12	6	38
4前頭側頭型認知症	17	5	6	28
5混合型認知症	66	23	23	112
6その他の認知症	7	1	1	9
嗜銀顆粒性認知症	(3)	(1)		(4)
正常圧水頭症	(1)		(1)	(2)
神経性核上性麻痺	(2)			(2)
神経核内封入体病	(1)			(1)
無回答	27	15	11	53

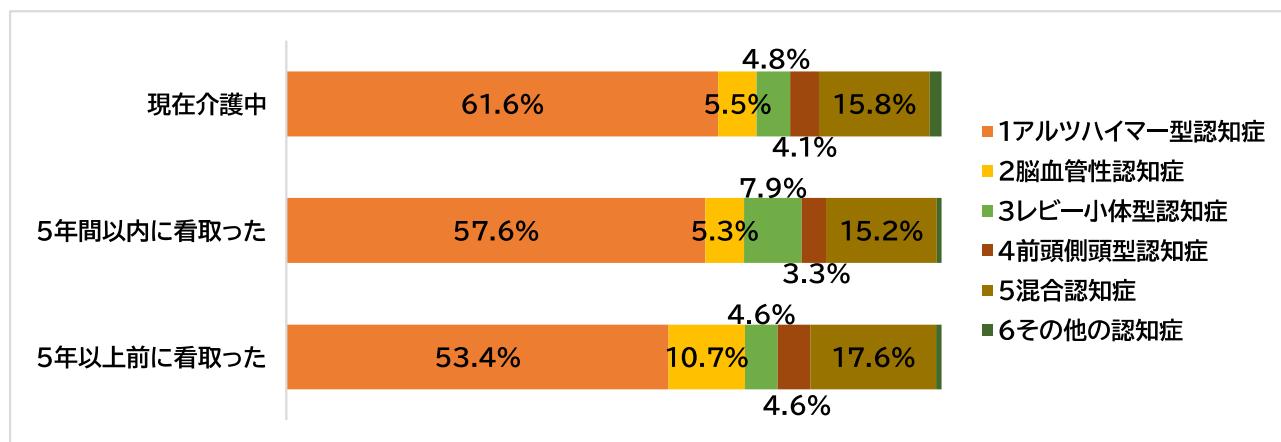


図 II-4 認知症の人の認知症診断名の割合

d. Q4-③-1 要介護2以上になってから死亡時までの経過年数

要介護2以上になってからの死亡年数については、「Q1 中等度・重度・終末期の人への経験」で「2.5年間以内に看取った人」「3.5年以上前に看取った人」の282件中回答のあった201件を比較した。要介護2以上になってから死亡時までの経過年数は、全体で平均7.8年であった。

表 II-13 Q4-③-1 要介護2以上になってから死亡時までの経過年数（年）

認知症診断名	平均	±SD	中央値	Min	Max
1アルツハイマー型認知症	8.2	±5.5	7	0.5	22
2脳血管性認知症	8.1	±5.5	5	1	19
3レビー小体型認知症	7.2	±5.2	7	1	15
4前頭側頭型認知症	7.9	±5.5	8	1	18
5混合認知症	6.7	±5.3	5	0.5	20
6その他の認知症	3.5	±2.1	-	2	5
全体	7.8	±5.4	6	0.5	22

4) 回答者と認知症の人との関係

a. Q4-⑤ 認知症の人との居住関係

中等度・重度認知症の人の在宅生活経験者である回答者の在宅時の認知症の人との居住関係は、同居が58.7%、近居(日常的な往来ができる範囲)が24.9%、遠距離が8.2%であった。

表 II-14 Q4-⑤ 在宅での認知症の人と回答者との居住関係（件）

	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1. 同居	239	86	85	410
2. 近居(日常的な往来ができる範囲)	116	35	23	174
3. 遠距離	30	15	12	57
無回答	32	15	11	58

■ 1. 同居 ■ 2. 近居(日常的な往来ができる範囲) ■ 3. 遠距離 ■ 無回答

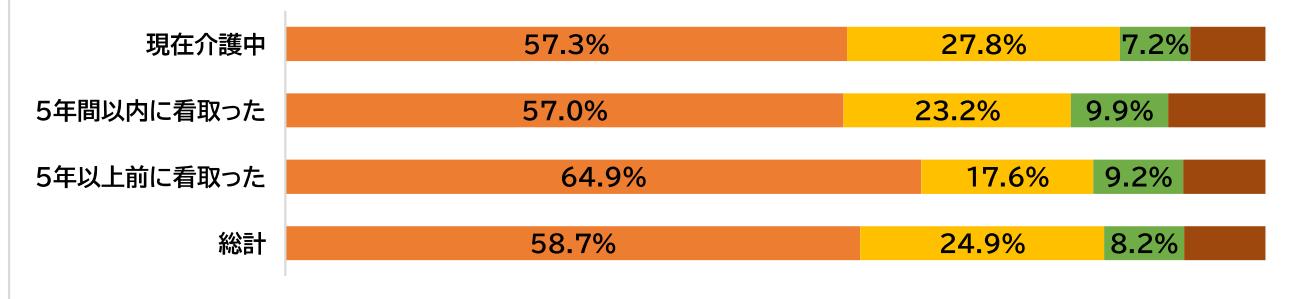


図 II-5 Q4-⑤ 在宅での認知症の人と回答者との居住関係の割合

b. Q4-⑥ 回答者から見た認知症の人の続柄

回答者から見た認知症の人の続柄は、配偶者 38.1%、自身の親 41.1%、義理の親 11.6%、その他（祖父母、きょうだい、親戚等）3.9%であった。現在介護中の人では、配偶者が 44.6% であった。

表 II-15 Q4-⑥ 回答者から見た認知症の人の続柄（件）

続柄	現在介護中	5年以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1 配偶者	186	48	32	266
2 親	159	67	61	287
3 義親	34	20	27	81
4 祖父母	4	4	4	12
5 きょうだい	5	1		6
6 親戚	5		1	6
その他	2(知人)		1(友人)	3
無回答	22	11	5	38

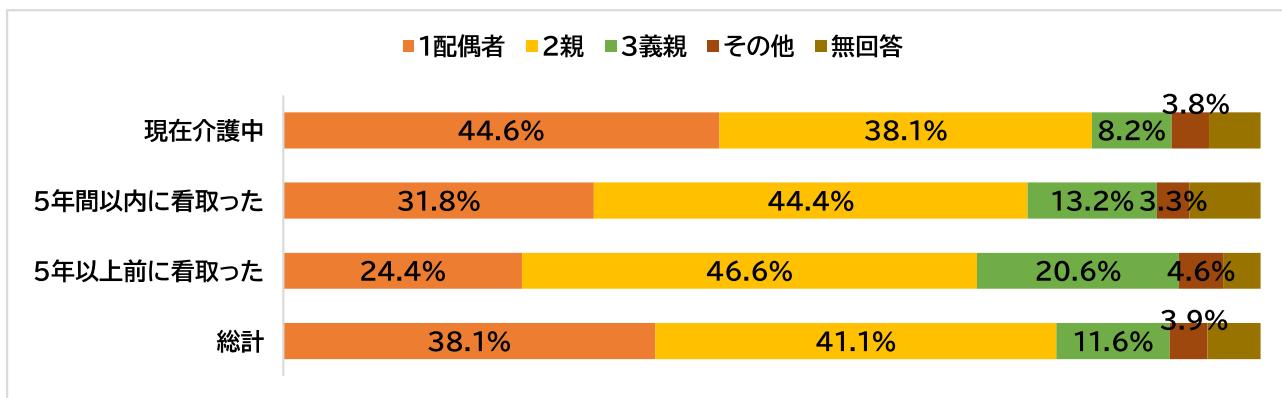


図 II-6 Q4-⑥ 回答者から見た認知症の人の続柄の割合

5) 認知症の人の医療、介護に関する状況

a. Q4-⑦ 認知症の人の症状に関して相談できる医療機関

原 等子

認知症の人の症状に関して相談できる医療機関は、「診療所やクリニック、非専門医等のかかりつけ医」57.9%、「診療所やクリニック、総合病院、認知症疾患医療センター等の認知症専門医」41.1%、「認知症疾患医療センター所属の看護師など、医師以外の専門職」10.2%であった。

表 II-16 Q4-⑦ 認知症の人の症状に関して相談できる医療機関(複数回答) (件)

認知症の人の症状に関して相談できる医療機関	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
かかりつけ医 (診療所やクリニック、非専門医等)	232	98	75	405
認知症専門医 (診療所やクリニック、総合病院、認知症疾患医療センター等)	184	59	44	287
認知症疾患医療センター所属の看護師など、医師以外の専門職	44	16	11	71

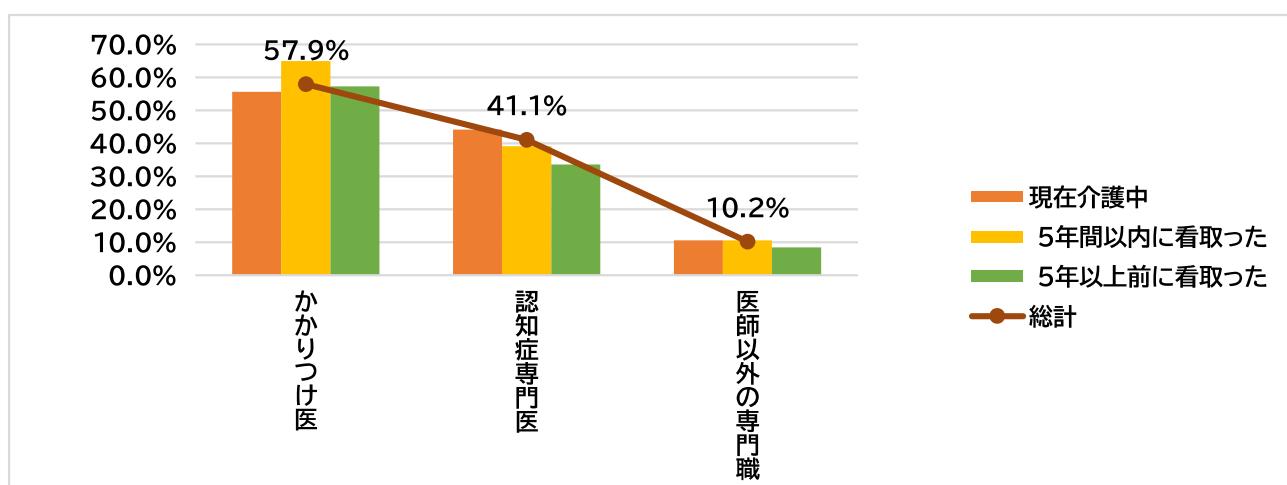


図 II-7 Q4-⑦ 認知症の人の症状に関して相談できる医療機関(複数回答) (N=699)

b. Q4-⑧ 在宅で直近に利用したサービス（入院・入所中・看取り後の場合は直近の在宅時の利用状況）

中等度・重度認知症の人が在宅で直近に利用したサービスは、先月に利用した内容、もしくは入院・入所中・看取り後の場合は直近の在宅時の利用内容の回答を得た。通所介護支援事業所(通称、デイサービス)58.1%、福祉用具 46.6%、短期入所生活介護(通称、ショートステイ)37.9%、訪問看護 20.9%、訪問診療 19.9%、訪問介護 18.6%、通所リハビリテーション事業所(通称、デイケア)11.2%、訪問リハビリテーション 10.4%、訪問歯科診療 9.6%、訪問口腔ケア 5.9%であった。その他、自由記載には小規模多機能居宅介護事業所、看護小規模多機能居宅介護事業所、訪問入浴、訪問マッサージなどがあった。

表 II-17 Q4-⑧ 在宅で直近に利用したサービス内容(複数回答) (件) ()内は記載の個数

直近の利用居宅サービス内容	現在、介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
通所介護支援事業所(デイサービス)	259	68	79	406
福祉用具	200	70	56	326
短期入所生活介護(ショートステイ)	160	48	57	265
訪問看護	74	43	29	146
訪問診療	66	42	31	139
訪問介護	74	28	28	130
通所リハビリテーション事業所(デイケア)	55	13	10	78
訪問リハビリテーション	39	20	14	73
訪問歯科診療	36	21	10	67
訪問口腔ケア	21	13	7	41
その他 記載				
小規模多機能型居宅介護	(11)	(2)		(13)
訪問入浴	(5)	(7)	(1)	(13)
訪問マッサージ	(5)	(2)	(1)	(8)
看護小規模多機能型居宅介護	(1)			(1)

表 II-18 Q4-⑧ 在宅で直近に利用したサービス 福祉用具の自由記述解答の主な内訳 (件)

移動・歩行補助	ベッド周囲用品	排泄・入浴用品, その他			
車椅子	115	ベッド	187	ポータブルトイレ	18
手すり	77	体圧分散マットレス	25	風呂用椅子	7
スローペ	43	テーブル	11	吸引器	6
歩行器	23	体位補正クッション	10	酸素吸入機器	3
杖	11	ベッド柵	10	浴槽用すべり止め	1
歩行補助車	10	防水シーツ	1	床暖房	1
リフト	10	探索用品			
ステップ	4	感知器	13		
スライダー	4	GPS	2		
昇降座席	2				

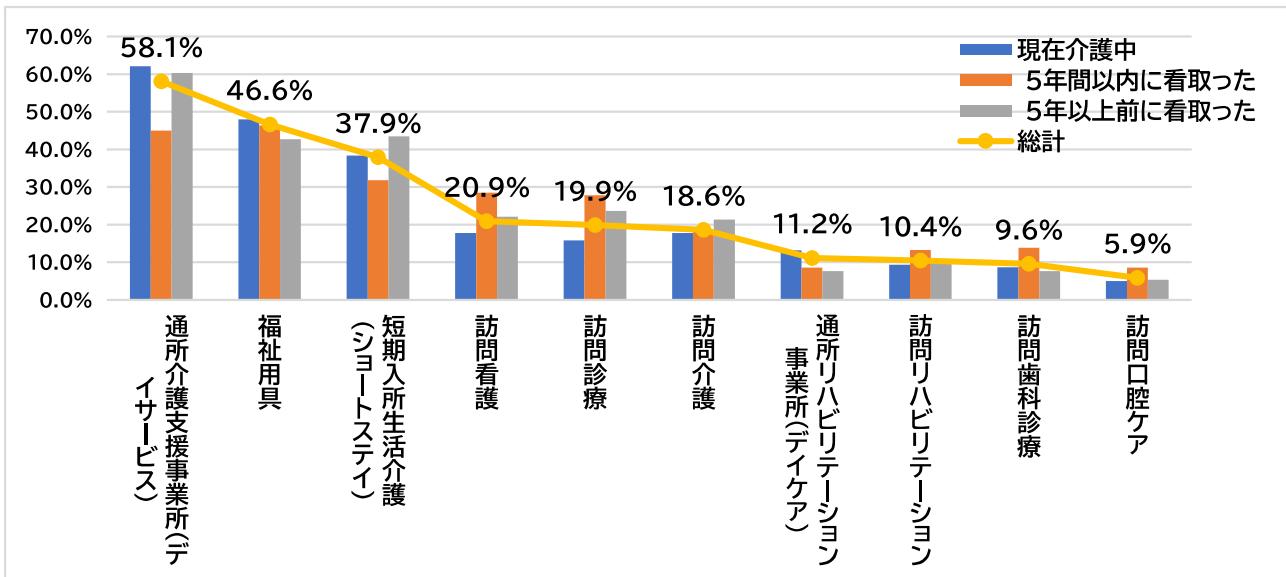


図 II-8 Q4-⑧ 在宅で直近に利用したサービス内容(複数回答)

①福祉用具利用の内容

鎌田晴之

回答者 732 件中、現在家族が「中・重度の認知症」である人が 417 件。その内、在宅介護中(同居・別居合計)の人が 243 件、施設利用(サービス付き高齢者住宅(サ高住)等含む)の人が 158 件だった。

「福祉用具利用」の項目選択者が 345 件、その内、用具名の記入者が 277 件だった。要介護度及び利用している他のサービスと利用している福祉用具を照らし合わせながら検討し、以下の着目点があった。

- 車いすとスロープのセットでのレンタルは、日本の家屋構造の特徴でもある、玄関などの環境が想定できる。
- 介護度 5 で入浴リフトを利用している人は、ご家族による入浴も考えられるが、「訪問看護」も利用することで、在宅入浴を維持していると思われる。
- 要介護 5 の人の「利用限度額の限界まで利用」という訴えからは、在宅介護を継続する大変さが伝わってくる。
- 要介護 5 で「ポータブルトイレ」と「風呂用椅子」の利用が書かれているが、現在も使用しているとしたら、介護を頑張っている様子が浮かぶ。
- 「探索用品」は「感知器」5、「GPS」が3で合計8だが、Q9④では GPS 等を使用していると回答している人が約60件であったことから推測すると、介護保険の福祉用具レンタルメニューである「徘徊感知機器」という項目が周知されていないのかもしれない。
- 設問として「住宅改修」を示さなかったので、回答は4件のみで、「手すりの取り付け」と「段差の解消」であった。居住環境整備は介護にとって重要な要素の一つであり、介護者ばかりではなく、特に認知症の人にとっての居住環境づくりは、安心感を保障する可能性を持つと思われる。その個別性も含めて今後の調査課題である。
- 介護保険制度の「住宅改修」メニューには、認知症の人のための居住環境整備を想定していないことも、その取り組みが進まない原因の一つと思われる。

6) 在宅生活継続が可能だった要因

- a. Q5 現在、在宅での生活が継続できている（できていた）と思う要因（病院・施設入所の場合、それ以前に在宅で過ごせていた要因）

原 等子

中等度・重度認知症の人が在宅で生活が継続できている（できていた）要因は、「家族の健康状態」58.1%、「家族の体力と気力」56.2%、「通所施設（デイサービスやデイケア）が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できること」50.9%があった。家族自身の頑張りにより在宅生活が継続している一方で、介護サービスとして特に「通所施設（通いの場）」の柔軟な利用ができることが継続の要因として大きいことがわかった。

また、それに次いで「家族の意思・希望」49.9%、「家族の認知症に関する知識・理解」48.1%、「認知症の人の意思・希望」46.2%があり、認知症の本人の思いをふまえつつ、家族としてもともに居ることを意思決定しつつ、在宅を継続していた。

さらに、「話を聞いてくれる人がいる」40.2%、「アドバイスしてくれる専門職がいる」36.5%、「ショートステイを適度に利用し、休息が取れ正在こと」34.9%であった。家族だけでは在宅での介護を続けていくことは難しく、相談に乗ってくれたり、話を聞いてくれる人の存在が在宅での介護を支えていた。

表 II-19 Q5 在宅生活が継続できている（できていた）要因（複数回答）（件）

	N	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
1 認知症の人の意思・希望	210	69	44	323	
2 認知症の人の経済力	132	55	44	231	
3 家族の意思・希望	210	77	62	349	
4 家族の健康状態	255	77	74	406	
5 家族の介護経験	83	35	18	136	
6 家族の体力・気力	246	80	67	393	
7 家族の認知症に関する知識・理解	207	76	53	336	
8 家族の経済力	134	48	35	217	
9 家族の柔軟な対応力	143	47	39	229	
10 理解し助けてくれる親族がいる	133	51	35	219	
11 助けてくれる知人がいる	70	20	22	112	
12 家族の職場の理解	69	22	14	105	
13 認知症の人が居住している場所や地域	80	19	20	119	
14 話を聞いてくれる人がいる	181	55	45	281	
15 アドバイスしてくれる専門職がいる	165	53	37	255	
16 通所施設（デイサービスやデイケア）が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できる	228	67	61	356	
17 ショートステイを適度に利用し、休息が取れている	145	39	60	244	
18 24 時間随時対応の介護・看護サービスを利用している	36	20	16	72	

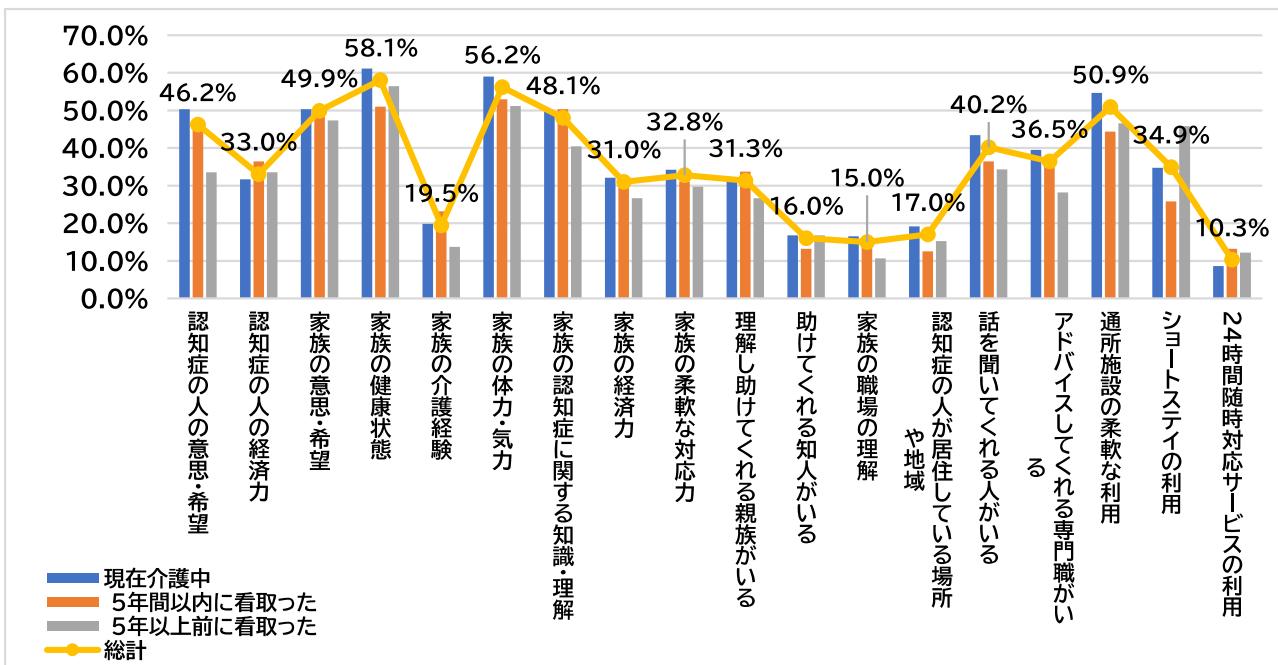


図 II-9 Q5 在宅生活が継続できている(できていた)要因(複数回答)

サービスに関して「24 時間随時対応の介護・看護サービスを利用していること」が 10.3% であったが、地域内にないところも多く、その恩恵を得た経験がある人も少ないと思われ、必ずしもこのサービスが重要ではないということではないと思われる。自由記述には「小規模多機能型施設の利用で柔軟に通い、訪問、おとまりができ、休息もとれています」「レスパイト(医療的ケアが必要なので、1か月に2週間くらいの病院に入院しており、その間休息が取れている)」「何かあった時に 24 時間相談できたこと」「緊急時にショートステイの受け入れができた(る)こと」「訪問介護の利用」「介護者(家族)の仕事がある程度柔軟な形態であること」「担当ケアマネが家族を理解し寄り添って下さったこと」等があった。

7) 対応に困ったことへの対応状況

原 等子

(1) Q6 現在、困っていること（看取り後の場合、中等度から終末期で困っていたこと）

中等度・重度認知症の人に関する対応に困っていることとしては、「認知症の人の症状(記憶や判断など認知機能の障害により起こる行動や心理的な症状)」70.0%、「認知症の進行への不安」46.6%、「認知症の人の医療やその選択について」39.3%、「経済的なこと、家計のこと」35.8%、「介護保険サービスの使い方」34.9%であった。

「経済的なこと、家計のこと」では、回答した250件中「介護費用」168件 67.2%、「生活費への影響」129件 51.6%と回答していた。

「認知症の人の症状(記憶や判断など認知機能の障害により起こる行動や心理的な症状)」では、回答した489件中「排泄に関すること」330件 67.5%、「意思疎通の困難があること」275件 56.2%、「食事に関すること」246件 50.3%、「入浴や清潔に関すること」215件 44.0%、「落ち着かなさ、不安などに関すること」211件 43.1%、「睡眠に関すること」161件 32.9%、「意欲低下、無気力なこと」158件 32.3%、「独り歩き(いわゆる徘徊)に関するこ」は124件 25.4%であった。

「施設による認知症の人の症状への対応」に関しては、137件の回答中「認知症の人の個性や思いに合ったケアが受けられない」89件 65.0%、「サービスを利用するのに薬物の使用が必要と言われ困った」40件 29.2%、「認知症の人の暴言・暴力があると言われ利用を断られた」34件 24.8%、「サービス施設に認知症の人が入れずに利用を断られた」30件 21.9%であった。

表 II-20 Q6 現在、困っていること(複数回答) (件)

Q6 困っていること	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1困っていないことはない	40	14	12	66
2認知症の人との接し方	103	40	32	175
3認知症の進行への不安	222	60	44	326
4経済的なこと、家計のこと	169	42	39	250
5家族の仕事と生活、介護の両立について	115	41	29	185
6認知症の人の症状(記憶や判断など認知機能の障害により起こる行動や心理的な症状)	288	108	93	489
7施設による認知症の人の症状への対応	71	41	25	137
8介護保険サービスの使い方	156	57	31	244
9認知症の人の住居・行き場・居場所	85	30	18	133
10 認知症の人の医療やその選択について	155	70	50	275

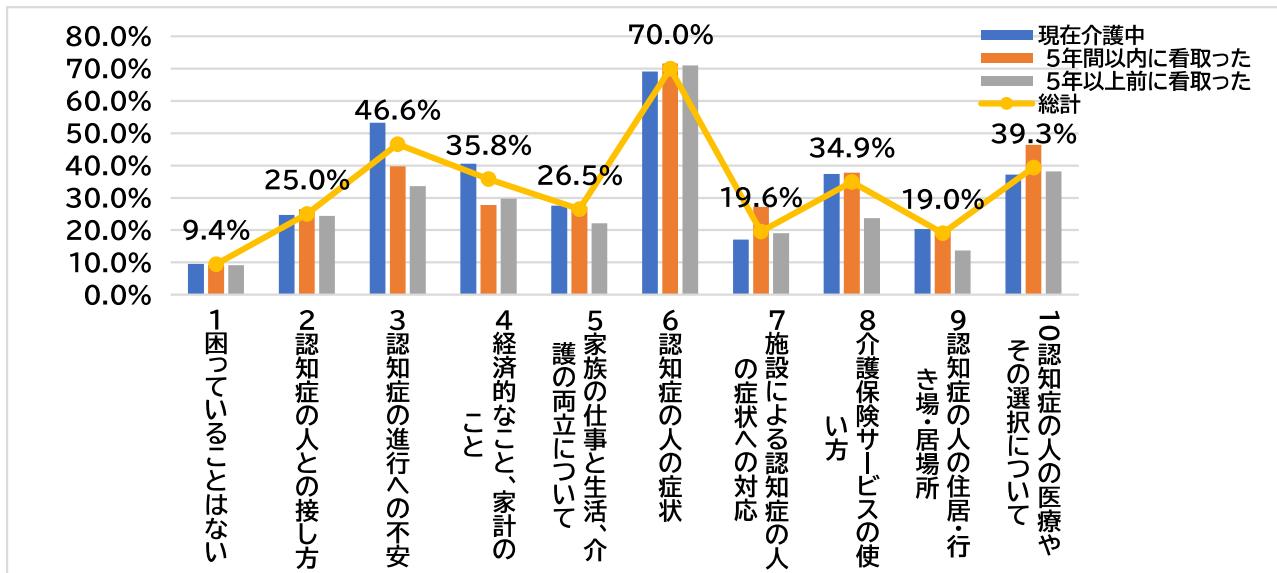


図 II-10 現在、困っていること(複数回答)の割合

「介護保険サービスの使い方」では、回答 244 件中「もっと利用したいが、サービス利用限度額により制限がある」85 件 34.8%、「面会ができないことや機能低下が心配で入所施設を利用したくない」71 件 29.1%、「申し込みをしているが入所施設の順番が来ない」43 件 17.6%、「経済的に費用がかかりすぎるので入所施設を利用できない」40 件 16.4%、「経済的に費用がかかりすぎるので在宅サービスを十分に利用できない」37 件 15.2%、「利用したいサービスの人数制限などにより利用できない」36 件 14.8%、「受け入れ可能な入所系の施設がない」35 件 14.3%、「ケアマネジャーやサービス担当者と合わない・家族の話に耳を傾けてくれない」35 件 14.3%などがあった。

「認知症の人の住居・行き場・居場所」では、回答 133 件中「介護保険サービス以外の認知症の人が落ち着ける場所がない」83 件 62.4%、「認知症の人の住まう場所(住居)」58 件 43.6%であった。

「認知症の人の医療やその選択について」では、回答 275 件中「認知症の人の代わりに意思決定すること」200 件 72.7%、「薬の服用や管理について」101 件 36.7%、「胃ろうについて」71 件 25.8%であった。その他、「手術やがん治療について」35 件、「人工透析について」7 件あった。

以下 表 20 の附表

表 II-21① Q6-4 経済的なこと・家計のこと(複数回答) (件)

経済的なこと・家計のこと	現在介護中	5年以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	169	42	39	250
1 生活費への影響	91	18	20	129
2 介護費用	118	26	24	168
3 医療費用	47	15	13	75

表 II-22② Q6-6 認知症の人の症状(複数回答) (件)

認知症の人の症状	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	288	108	93	489
1 食事に関すること	137	63	43	243
2 排泄に関すること	203	63	64	330
3 入浴や清潔に関すること	136	39	40	215
4 睡眠に関すること	101	28	32	161
5 落ち着かなさ、不安などに関すること	133	42	36	211
6 独り歩き(いわゆる徘徊)に関すること	61	25	38	124
7 意欲低下、無気力なこと	98	32	28	158
8 意思疎通の困難があること	164	65	46	275

表 II-23③ Q6-7 施設による認知症の人の症状への対応(複数回答) (件)

施設による認知症の人の症状への対応	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	71	41	25	137
1 サービスを利用するのに薬物の使用が必要と言われ困った	21	13	6	40
2 サービス施設に認知症の人が入れずに利用を断られた	15	9	6	30
3 認知症の人の暴言・暴力があると言われ利用を断られた	15	12	7	34
4 認知症の人の個性や思いに合ったケアが受けられない	47	28	14	89

表 II-24④ Q6-8 介護保険サービスの使い方(複数回答) (件)

介護保険サービスの使い方	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	156	57	31	244
1 もっと利用したいが、サービス利用限度額により制限がある	59	18	8	85
2 利用したいサービスの人数制限などにより利用できない	19	13	4	36
3 経済的に費用がかかりすぎるので在宅サービスを十分に利用できない	26	6	5	37
4 経済的に費用がかかりすぎるので入所施設を利用できない	26	8	6	40
5 ケアマネジャー・サービス担当者と合わない・家族の話に耳を傾けてくれない	17	11	7	35
6 面会ができないことや機能低下が心配で入所施設を利用したくない	54	14	3	71
7 受け入れ可能な通所系の施設がない	11	7	3	21
8 受け入れ可能な入所系の施設がない	19	10	6	35
9 申し込みをしているが入所施設の順番が来ない	26	8	9	43

表 II-25⑤ Q6-9 認知症の人の住居・行き場・居場所(複数回答) (件)

認知症の人の住居・行き場・居場所	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	85	30	18	133
1 認知症の人の住まう場所(住居)	38	12	8	58
2 認知症の人専用の部屋の確保ができない	12	2	3	17
3 介護保険サービス以外の認知症の人が落ち着ける場所がない	53	18	12	83

表 II-26⑥ Q6-10 認知症の人の医療やその選択について(複数回答) (件)

認知症の人の医療やその選択について	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	155	70	50	275
1 認知症の人の代わりに意思決定すること	117	50	33	200
2 胃ろうについて	25	26	20	71
3 人工透析について	4	2	1	7
4 手術やがん治療について	16	12	7	35
5 薬の服用や管理について	58	26	17	101

8) お世話になった専門職

原 等子

(1) Q7 認知症の人の病状や状態の変化に寄り添い、「一番お世話になったと思う専門職」

一番お世話になった専門職をひとつ教えてもらう質問だったが、複数回答した人が少なくなかった。また、「その他」には＜家族の会＞との回答もあり、さらには＜ひとりに絞りきれない＞との回答もあったことから、介護家族は専門職以外も含め、多岐にわたる支援を実感しており、それは決して専門性に限ることではないことが伺えた。

それでも、第1はケアマネジャー33.8%であった。次いで、介護施設スタッフ24.8%、かかりつけ医12.3%、認知症の専門医7.3%、訪問看護師6.2%の順であった。

表 II-27 Q7 認知症の人の病状や状態の変化に寄り添い「一番お世話になったと思う専門職」

	現在介護中	5年以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1かかりつけ医	43	9	13	65
2認知症の専門医	28	6	4	38
3その他の医師	9	2	2	13
4介護施設スタッフ	78	45	28	151
5ケアマネジャー(介護支援専門員)	128	36	34	198
6リハビリスタッフ	4	2		6
7訪問看護師	16	15	5	36
8訪問介護スタッフ	11	6	9	26
9地域包括支援センター職員	13	2	2	17
10医療機関の看護師(認知症相談外来;病棟)	7	1	1	9
11認知症支援相談員 (認知症に関する地域の支援コーディネーターなど)	10			10
13ご自身(ご家族)の職場の専門職	5	3	2	10
14その他	19	6	9	34
認知症の人と家族の会の世話人等	(12)		(2)	(14)
医療ソーシャルワーカー	(1)	(1)		(2)
移動支援サービス員		(1)		(1)
介護仲間の経験やアドバイス	(1)			(1)
泊まりの家政婦		(1)		(1)
15いない	12	2	6	20

*無回答・複数回答は無効回答として除いた。 ()内再掲

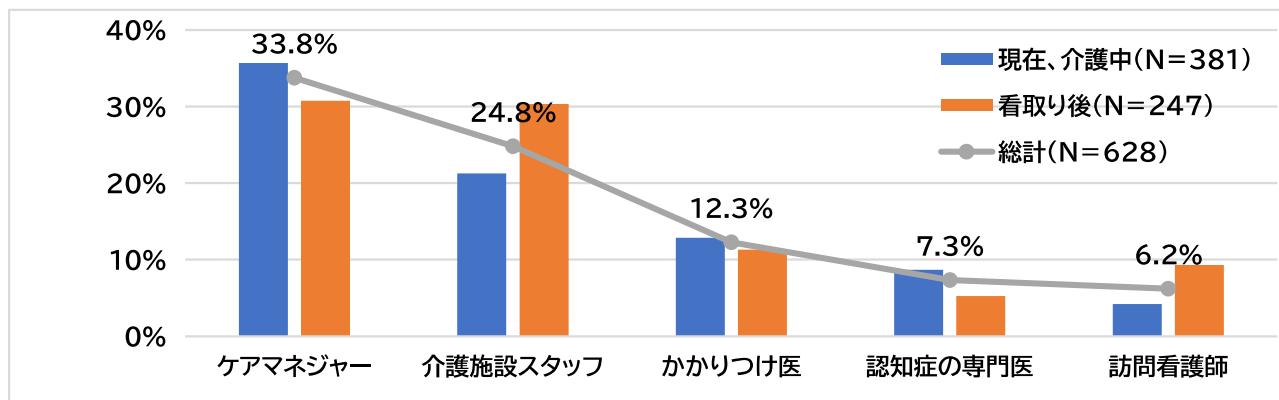


図 II-11 Q7 一番お世話になったと思う専門職の割合(無回答・無効回答除く)

(2) Q7-2 「一番お世話になったと思う専門職」 そう思う理由

猪股祥子

一番お世話になった専門職について上位を占めた介護支援専門員(ケアマネジャー)、介護ケアスタッフ、かかりつけ医と回答した人の理由について分析した。以下、<分析コード>「コアコード」記載内容で示す。

a. 一番お世話になった専門職「介護支援専門員（ケアマネジャー）」と回答した人の理由

自由記述の回答は192あった。家族は、本来自分が担うことを期待されている認知症の人の介護を、他者に委ねることに後ろめたさを感じながらも、家族が担うことの限界も感じており、申し訳なさと現実との間で葛藤していたことが想像できる。そんな時、<家族のことも大事にしてくれた>ことや<本人との関係がよかつた>こと、さらには<身近な存在だったり><専門性が高いと感じた>専門職に<適切な支援に繋げてもらえた>ことは、支えて貰えている実感を持てたのではないかと推測できた。

表 II-28 Q7-2 ケアマネジャーに一番お世話になったと思う理由

コード	記載内容の抜粋
<適切な支援に繋げてもらえた>	「利用施設と行政とも連携をとり、状況に応じて対応してくれる」 「症状によりそって、サービスの対応をいつしょに考えててくれた」 「本人の心身の状態に応じたデイの確保を探してくれた」
<家族のことも大事にしてくれた>	「病状が進むにつれ、介護者の話しを聞いてくれて、アドバイスてくれた。介護者に寄りそつてくれた」 「私の悩み等よく聞いてくれて、良いアドバイスをして下さった」 「今何が必要かと一緒に考えてくれた。仕事をしている家族に代わって動いてくれた」
<本人との関係がよかつた>	「本人に対して丁寧に対応して上手に話し相手になってくれた」 「本人によく話かけてくれ、気づかってくれた」 「本人が頼りにしており、サービス利用を新たに始めたり追加する際納得を得られた」
<身近な存在だった>	「ケアマネさんが同居している長女と同級生であったこと」 「今までの本人の状況をよく知っており、その変化にあわせて、関係機関と細やかに連絡をとつてくださいり、家族の意向も聞いてくれた。ケアマネさん自身が謙虚で熱意があり、誠実な人柄だった」 「ありのままの家族を受け入れ親身になって考えてくれた」
<専門性が高いと感じた>	「在宅生活に深い知識と理解がある」 「窓口として優秀な方だと思う」 「介護のやり方、話し方 何もわからなかった私にとっては神様の様でした！」

b. 一番お世話になった専門職を「介護施設スタッフ」と回答した人の理由

自由記述の回答は131あった。家族には対応し難い症状に、<よく対応してもらった>ことや<本人を尊重した対応をしてくれた>こと、そして、<長期間お世話になった>こと<家族への配慮がありがたかった>ことも家族の安心につながり、認知症の人<本人の変化が実感できた>ことから、信頼感が募っていたものと推測できた。

介護スタッフにお世話になったと思う背景には、«安心して任せられる»と思えたことが、家族の罪悪感の軽減につながったのではないかと考えられた。

表 II-29 Q7-2 介護施設スタッフに一番お世話になったと思う理由

コード	記載内容の抜粋
<よく対応してもらった>	「暴言暴力行為にも理解を示され良い介護をしてくれました」 「いつも笑顔で対処してくれた。こちらが救われる思い」 「デイサービスで入浴や髭剃りなど、私一人ではできないことをやってもらえた。送り迎えも自宅から車に乗せるまで優しく手助けしていただけた」
<本人を尊重した対応をしてくれた>	「本人の性格をよく理解し、尊重し寄り添った接し方をしてくれている」 「つねに冷静で暖かく接してくれ、個人の人権を尊重している様子がよく分かった。本人がスタッフを信頼している様子も分かった」 「デイサービスで本人に寄り添って対応を考えてくれていた」
<長期間お世話になった>	「基本的に2~3/w 同じデイサービスに11年半通っていたので」 「24時間365日お世話になった。大変なのに笑顔で接してくれた」 「日々の生活を全て支援してくれる。家族より一緒にいる時間が長い」
<家族への配慮がありがたかった>	「コロナ流行で面会が出来なくなった時期には、窓ごしに母が見えるように気遣ってもらった。看取り期には非常階段を使って居室に入れてもらった」 「家族の都合に合わせて柔軟な対応をしてくださった」 「本人、家族の事を自身の(スタッフ)家族と同じくらい親身になって日々考え、協力して下さる」
<本人の変化が実感できた>	「本人に優しく接してもらったので本人の情緒が安定した」 「BPSDが減り、人間らしさがもどり、3年ぶりに家族を認識できるようになった」 「毎日デイケアに行っているので機嫌が良い」

c. 一番お世話になった専門職を「かかりつけ医」と回答した人の理由

自由記述の回答は58あった。<よく話を聞いてもらえた>が最も多く、<サービス利用に繋げてもらった><体のケアや看取りをしてもらった><経過や見通しが知れた>であった。職種の特性というよりも、話を聞いてもらいたいタイミングで、かかりつけ医に話を聞いてもらえたことが、“お世話になった”気持ちにつながったものと推測できた。

表 II-30 Q7-2 かかりつけ医に一番お世話になったと思う理由

コード	記載内容の抜粋
<よく話を聞いてもらえた>	「親身になって色々相談に乗ってくれた」 「よく話を聞いてくれる。介護者の様子も心配してくれる」 「月一度はあるが、様子はよく聞いてくれる」
<サービス利用に繋げてもらった>	「要支援であったが区分変更することをすすめていただき、要介護2になった」 「相当に症状がひどいことを認め、介護認定の更新の時に思い切り要介護5と書いてくれた」 「かかりつけ医から施設を紹介してもらった」
<体のケアや看取りをしてもらった>	「自宅で看取りをした」 「母に合った薬を処方してくれた」 「食欲低下で褥瘡形成ができやすくなった時、希望通り経口高カロリー飲料の処方と皮膚科処置の仕方を教えてもらった」
<経過や見通しが知れた>	「病名が確定し、対処法等学べたこと」 「認知症に伴う行動と予後についての見通しを教えていただいた」 「認知症の軽い時からグループホームに入所するまで、経過をずっとみてくれた」

d. 【考察】

介護家族が専門職に“お世話になった”と感じるのは、話を聞いてもらいたいと思うタイミングで、話を聞いてもらい、受け入れてもらえること、そして、家族以外に安心して任せていいいと言ってもらえ安心して任せられると思った時であると推測できた。

9) 認知症の人の病状や状態の変化で困ったことへの具体的な工夫

原 等子

(1) Q8-1 役立った情報源

中等度・重度認知症の人の介護家族が役立った情報としては、「専門職からのアドバイス」53.9%、「当事者(介護家族)のつどいでの話」52.1%、「書籍」47.4%、「当事者(介護家族)の経験談」44.9%、「研修会・講演会」37.1%等であった。「当事者(本人)の話」10.4%で、初期には非常に有意義で中等度以降になると、家族の経験としては直接の相談支援にもつながる重要な情報源となっていると思われる。

表 II-31 Q8-1 介護家族に役立った情報源(重複回答) (件)

Q8 役立った情報源	現在介護中	5年以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1 書籍	206	64	61	331
2 新聞・テレビ	111	32	34	177
3 当事者(介護家族)のつどいでの話	224	77	63	364
4 当事者(介護家族)の経験談	200	66	48	314
5 当事者(本人)の話	47	14	12	73
6 研修会・講演会	156	55	48	259
7 知人・友人からの話	87	23	14	124
8 当事者団体からの冊子・定期刊行物など	121	43	39	203
9 専門職からのアドバイス	229	90	58	377

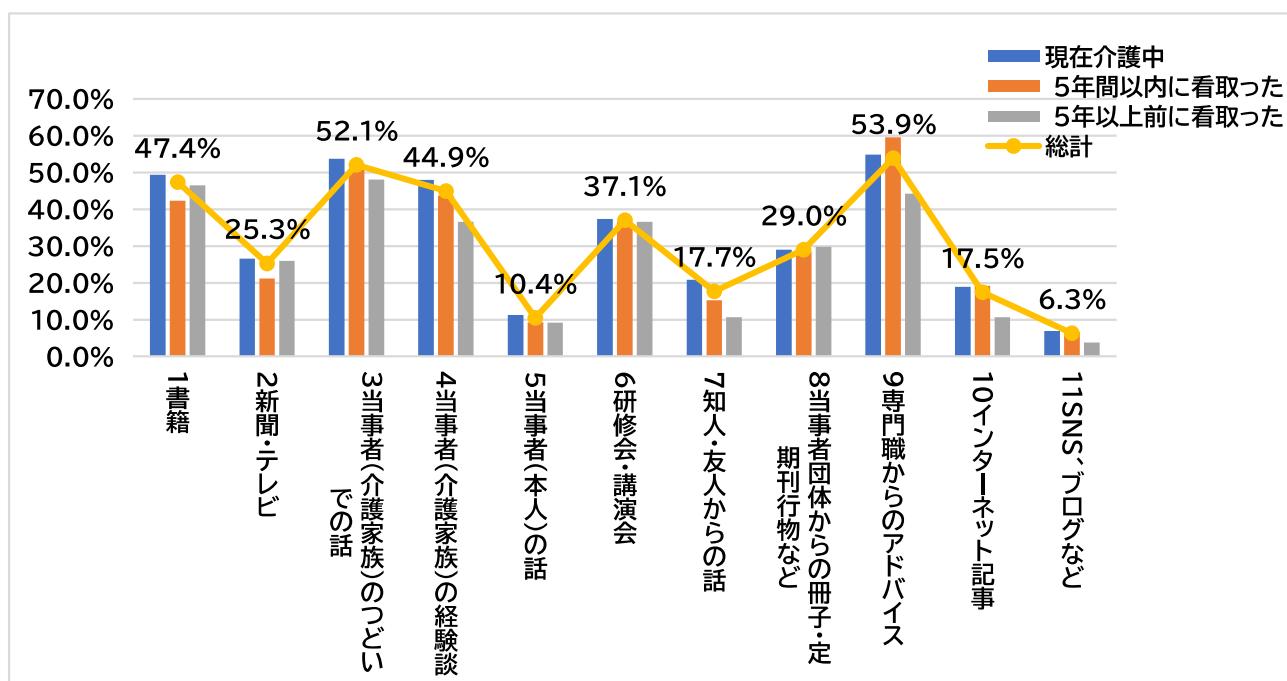


図 II-12 Q8-1 中等度・重度認知症の人の介護家族の役立った情報源(複数回答)割合

(2) Q8-2 困りごとへの対応例

東條紀子

- a. Q8-2① 認知症の人との接し方、認知症の症状や進行への不安、認知症の人の行動心理症状、認知症の人の症状への対応など

a) 【分析対象】

Q8-2①について 518 件から記述回答があった。

b) 【分析方法】

記述回答を帰納的にカテゴリー化した。手順としては、最初に回答を繰り返し読みこみ記述の意味理解に努めた。そして回答が示す現象を、意味内容を損なわないようにコードに抽出した。各コードは類似性や相違性を比較検討しながら分類し、カテゴリー化した。

c) 【結果】

616 コードが抽出された。データ分析から認知症の人との接し方については、【相談する】<家族の会・介護家族から経験を聞いた><ケアマネジャーに相談した><専門職に相談した>、【知識を得る】<認知症について知識を得た>、【対応を工夫する】<介護者の意識を変えた><優しくゆっくり接する><寄り添い気持ちを受け止める><否定せずに話を聞く><行動をともにする>が生成された。

認知症の症状や進行への不安、認知症の人の行動心理症状、認知症の人の症状への対応については、<症状の進行が早く不安><徘徊への対応が大変><初期の頃が大変だった><排泄介助におわれる><昼夜逆転で困った><イライラしたら距離をおく>等が生成された。

d) 【考察】

認知症の人との接し方では、認知症発症の初期にあった介護者にとって対応に困った記述が多くを占め、認知症の人を取り巻く家族が本人への理解や接し方などを情報や知識を得ることで対処していた。このことから早期に支援につなげられることが求められると考える。認知症に関する情報発信や相談窓口となりうるつどい、公的相談窓口へのアクセスのしやすさの整備が必要であり、本人および家族の安心につながる地域の資源の充実がさらに重要となると考える。また、ケアマネジャーや専門職に相談することで本人の生活を安定させることにつながるとともに、第三者に任せることも介護者の介護負担の軽減につながることと思われる。

b. Q8-2② 経済的なこと、家計のこと、仕事や自分の生活と介護の両立について

a) 【分析対象】

Q8-2②について 420 件から記述回答があった。

b) 【分析方法】

記述回答を帰納的にカテゴリー化した。手順としては、最初に回答を繰り返し読みこみ記述の意味理解に努めた。そして回答が示す現象を、意味内容を損なわないようにコードに抽出した。各コードは類似性や相違性を比較検討しながら分類し、カテゴリー化した。

c) 【結果】

502コードが抽出された。データ分析から経済的なこと・家計のことについては、【対処可能である】<本人の年金・遺族年金でまかなえた><本人の貯蓄でまかなえた><経済的には心配ない><家族間で協力しあった><公的支援を受けた>という一方【負担への不安がある】<施設入所による費用負担がある><金銭的な心配が絶えない>が抽出された。仕事や自分の生活と介護の両立については、【相談した】<ケアマネジャーに相談して解決策を見つけた>、【サービスを利用した】<デイサービスを利用した><介護サービスを利用した>、【周囲の理解・協力者を得た】<介護者の職場の理解・協力を得た><介護者の勤務形態を変更した><介護休暇を利用した>という一方、【介護者自身の生活を変えた】<介護者自身の生活を制限した><介護離職した>、【将来への不安】<先の見えない介護に不安>等が生成された。

d) 【考察】

経済的なこと・家計のことについては、本人の年金等の利用が多くを占めたが、介護費用は要介護認定に伴い限度額内での利用や、施設入所にかかる費用負担など介護サービスの利用に応じて経済的な負担が生じていた。活用できる経済的な社会資源は介護者が情報を得て申請しなければならない。対象者の経済的な問題に関しても、介護費用の負担の軽減に役立つ制度や利用できる補助金等、ケアマネジャーをはじめ支援者が情報提供を行っていくことが必要となる。

仕事や自分の生活と介護の両立については、介護離職されたケースが多く散見された。一方で介護者の職場へ相談し、理解を得られたことで勤務形態の変更等をして就労を継続できているケースもあった。また、コロナ禍でテレワークが普及してきた背景から、テレワークを利用して就労継続しているケースも現状の特徴としてみられた。介護を担う介護者にとって介護との両立を目指すには、自分の生活の変容を余儀なくされるが、認知症の人を取り巻く周囲の理解や協力が介護と仕事の両立にも重要であるといえる。また、ダブル介護や子育てとの両立、遠距離介護といった家族構成に伴う生活との両立も課題となっていると思われる。個々の家庭の状況により経済状況や生活と介護の両立は様々であるが、介護者の介護に要する時間拘束を軽減する工夫を講じることで、就労の継続や介護者の生活の両立を図ることが可能となると思われる。

c. Q8-2③ 介護保険サービスの使い方、認知症の人の住居・行き場・居場所

a) 【分析対象】

Q8-2③について 409 件から記述回答があった。

b) 【分析方法】

記述回答を帰納的にカテゴリー化した。手順としては、最初に回答を繰り返し読みこみ記述の意味理解に努めた。そして回答が示す現象を、意味内容を損なわないようにコードに抽出した。各コードは類似性や相違性を比較検討しながら分類し、カテゴリー化した。

c) 【結果】

432 コードが抽出された。データ分析から介護保険サービスの使い方については、【相談する】<ケアマネジャーに相談><家族の会で相談>、【サービスを選択】<デイサービスを利用><ショートステイを利用><小規模多機能型居宅介護を利用>という一方、【利用の難しさ】<介護保険サービスがわかりにくい><本人のサービス利用の受け入れが難しい><既存の介護保険サービスでは個別ケアが望めない>等が抽出された。認知症の人の住居・行き場・居場所については、【居場所がある】<自宅の生活が一番良い><グループホームに入居><地域の集まりを利用>という一方、【居場所がない】<認知症の人の居場所がない><若年性認知症の人が過ごせる場所がない>等が生成された。

この中で気になる記述があった。

要介護 5 で胃ろうもしています。それでも本人も私も在宅での希望をケアマネジャーに伝えています。ですが、「要介護 5 で胃ろうをつけている人を家で、私がひとりで介護できるわけがない」ととりあってもらえない。そして意に反して現在、施設入所していますが、施設からは薬物で身体機能も意識レベルも下げてくれと無理難題と言われ、薬物も使われ身体拘束もされています。薬物も身体拘束もいやなら、料金は 2 倍払ってくれとまで言われ、今現在、非常に困っています。ケアマネジャーもその施設のケアマネではないのに施設の味方をして、私に圧力をかけてきます。今、本当に苦しいです。

d) 【考察】

介護保険サービスの使い方については、デイサービスやショートステイ、小規模多機能型居宅介護といった通所型のサービスを活用しているケースが多くを占め、半日ないしは 1 日の利用により、認知症の人が過ごす居場所になっていた。

しかし、このような通所型のサービスも本人が利用を拒むと使うことは難しい。また、従来型の通所サービスでは若年性認知症などでは、本人の活動ニーズに合致しない場合もあるため、柔軟なサービスメニューの提供が望まれている。また、中等度・重度では認知症の人の混乱も起りやすくなり、暴言や暴力が出る場合などは特に事業所側で利用を断ることがある。通所サービスを利用するための薬剤調整で入院し、2 週間後に寝たきりとなり退院は無理、入所施設を検討と言わされたケースもある。中等度・重度の

認知症の人の通所サービスの利用については、混乱期の BPSD を出現しないような環境の工夫、個別対応、丁寧なかかわりが不可欠であるが、人手不足や多忙を理由に上記の気になる記述、Q12 の医療従事者等に伝えたい自由記述の中にも同様の記述が複数ある（表IV-1）ように、本人・家族が望まないケアの方向性に誘導されてしまうことがある。本来のケアマネジメントは、本人・家族の利用者本位のケアの調整であるが、それが十分にできない環境や関係者の考え方があることは、今後の認知症対応力向上のボトムアップの課題であると考える。

居場所に関して、認知症の人にとってなじみがあり居心地がよい居場所作りが求められるが、公的なサービス以外でも町内会や地域住民が地域で交流できる場所など認知症の人の居場所の選択肢が複数することが望まれる。また、若年性認知症の人にとっての居場所は世代が近い人が集まる場や本人に役割が提供できる場が望ましいと考える。公的な介護保険サービスや障害福祉サービスの利用はできるが、本人が満足して過ごせる居場所が必要である。介護保険サービスで利用者が作業やボランティア活動に取り組むことに対する労働対価が得られる制度の活用など、多様な居場所の選択肢が求められる。介護保険サービスの使い方および認知症の人の居場所について、「家族の会」での相談は家族同士のつながりや本人の交流の場として重要な役割機能をもつと考える。

d. Q8-2-④ 認知症の人の医療やその選択について

a) 【分析対象】

Q8-2-④について 400 件から記述回答があった。

b) 【分析方法】

記述回答を帰納的にカテゴリー化した。手順としては、最初に回答を繰り返し読みこみ記述の意味理解に努めた。そして回答が示す現象を意味内容を損なわないようにコードに抽出した。各コードは類似性や相違性を比較検討しながら分類し、カテゴリー化した。

c) 【結果】

431 コードが抽出された。データ分析から認知症の人の医療やその選択について【医師に相談する】<認知症の専門医に相談><かかりつけ医・主治医に相談><訪問診療に変更した>、【ケアマネジャーに相談する】<ケアマネジャーに相談>、【話し合い決定する】<家族間で協議して合意形成><事前に確認していた本人の意思に沿った><介護者が代理意思決定した>という一方【適切な医療を受けにくい】<専門職の理解が乏しく対応が悪い><投薬により症状の進行・機能低下が生じた>、【選択したことを悩む】<本人の意思が確認できず介護者が判断したことが良かったのか後悔がある>等が生成された。

d) 【考察】

認知症の人の医療では、介護者にとって専門医をはじめとした専門職に相談し対処できることにより安心感が得られているものと推察する。一方で専門職であっても認知症の人と家族への理解が乏しく対応の悪さや言葉の暴力が発せられている現状もあり、診察時間が短く十分に相談に乗ってもらえていないなどの不満も生じていた。介護者は専門職を含め周囲の人から介護の継続を可能とする情報提供や励ましを求めていいると考える。認知症ケアを担う専門職は認知症の人を尊重し倫理観をもった対応となるよう見直す必要がある。

認知症の人の医療やその選択には意思決定支援が重要となるが、認知症の人の認知症症状の進行に伴い本人の意思表明が困難になった際、介護者の代理意思決定が余儀なくされる。結果からも介護者は代理意思決定したことの責任の重さや後悔しているというケースがあり、本人の看取り後も介護者の重荷となっていると考えられる。一方で事前の本人の意思に基づいた医療の選択や看取りをしたケースでは介護者も本人の意思に沿って判断したことは良かったと受け止めている。このことから、本人が元気な頃から医療やその選択に対する意向を本人から十分聞き、話し合う人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)を家族等や医療介護関係者と進めていくことが重要であると考える。とくに認知症と診断された初期や施設入所時の際などは本人と家族の意向を表出し話し合う機会を専門職からも意図的に設けていく必要があると思われる。そのためには、認知症の人を取り巻く周囲の人や専門職が常日頃から本人の意向をくみ取り、意思を尊重してかかわっていくことが重要であると考える。

10) 認知症の人と家族の経済状況

川田恵介

介護家族調査 Q9-1 回答者と認知症の人の全般的な経済状況と Q9-2 認知症の人の先月(ある月)のおおよその生活状況(看取りの場合は、平均的と思われる月の状況)①～③(①認知症の人の収入 ②認知症の人の世帯人数 ③認知症の人の生活状況)の分析結果を報告する。

a. 分析するにあたっての着目点

- ・ 在宅介護が与える経済的な負担について、既に看取りを終えた介護経験者、現時点での在宅介護者(同居)、現時点での在宅介護者(別居)の3グループを比較する。
- ・ 3グループ間での背景属性(年齢、性別、居住都道府県、被介護者の家族規模)を揃えた(コントロールした)元で、統計的な比較を行う。

b. 分析対象

Q1「あなたは、中等度・重度・終末期の認知症の人に対し、どのような経験がおありますか？」およびQ9-1-②-II「あなたの経済状態について教えてください。」について、計 654 件の記述回答があり、分析対象とした。

c. 分析方法

- ・ 主観的な自身の経済状態 (Q9-1-②-II)を主たる結果変数として、年齢、性別、居住都道府県、被介護者の家族規模をコントロール変数として加えた、線形モデルを最小二乗法で推定した。また介護状態の係数値の信頼区間を、頑強な推計誤差を用いて近似計算した。
- ・ 各項目への具体的な支出額(住宅費、食費、介護関連支出(介護保険内、外)、医療費、その他支出)を結果変数として、線形モデルを最小二乗法で推定し、95%信頼区間を導出した。
- ・ 具体的な支出額について欠損値が多いことを踏まえて、欠損するかどうかを結果変数として、線形モデルを最小二乗法で推定し、信頼区間を導出した。
- ・ 年齢、性別、居住都道府県、家族規模についての欠損値は、欠損ダミーを推計に加えることで対応した。また連続変数については、その中央値を代入した。
- ・

d. 結果

現在在宅介護している回答者は、介護経験者に比べて、現在の経済状態が「苦しい」または「ある程度苦しい」と回答する割合が、10%以上高くなつた。特に同居しながら介護している回答者は、14 %程度高くなっている。95%信頼区間の下限も、5 %程度、回答比率が高くなつており、明確な平均差であると言える。なお背景属性をコントロールしなかつた結果と比べて、顕著な差は見られなかつた。

具体的な支出額について、現在の介護状態間で比較した結果、明確な差は見られなかつた。対して具体的な支出額が欠損している割合については、全ての回答項目について、現在介護している回答者が、介護経験者よりも明確に低かつた。これは現在介護している回答者が、積極的に回答する傾向を示している。

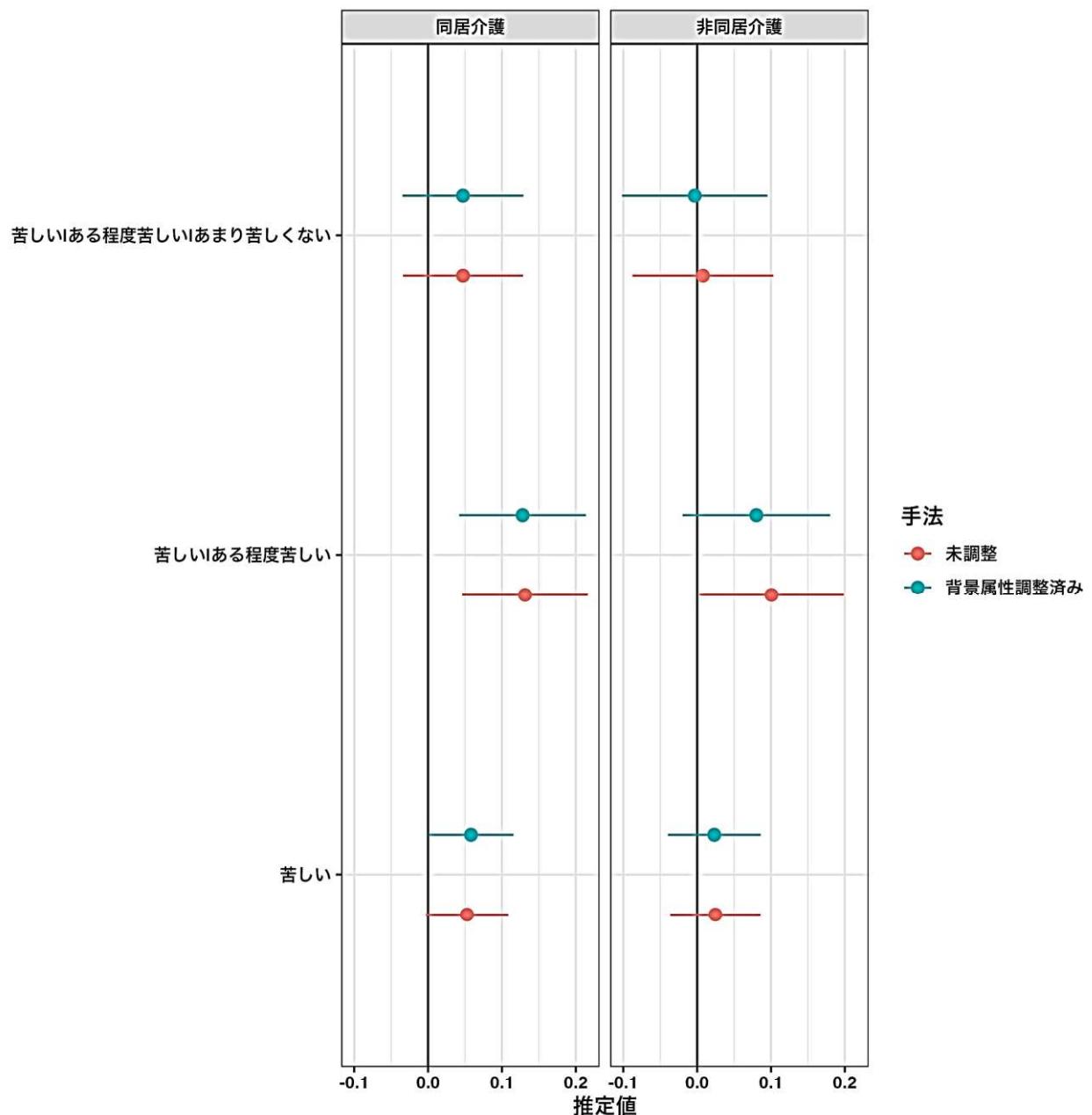


図 II-13 主観的経済状態の調整済み平均差

e. 考察

本調査から、少なくとも主観的な経済状態について、現在進行形で在宅介護している回答者は経済状態が苦しい、ないしはある程度苦しいと明確に回答していることが明らかになった。主観的な経済状態はその解釈について留意がつくものの、本調査において欠損値が少ないという明確な利点を有しており、在宅介護が持つ経済的負担について一定の含意を持つと考えられる。また本結果は、回答者の年齢や性別、居住地域などをコントロールしても大きな変化はなく、かなり頑強な結論と言える。在宅介護の形態を比較すると、同居介護がより負担が大きい傾向を示した。同居の場合、居住費などについてシェアすることができ、むしろ経済的負担が軽減する可能性があるが、実際には逆の傾向であった。同居しての介護は、時間的・精神的負担も大きいと考えられる。その上で経済的な負担も大きいのであれば、社会的な支援が強く求められる。

一方で具体的な項目・金額を用いて、その負担を計測することには一定の困難があることも示された。回答結果を用いた単純な回帰分析では、介護状態間で明確な差は見出せなかった。この結果の解釈として、「平均差が実際ない」可能性もある。しかしながら一定程度の無回答者がおり、計測自体が不正確なことが要因である可能性も高い。

本分析のもう一つの重要な結果は、具合的な支出額へ回答するか否かが、現在の介護状態によって異なることを明らかにしたことである。現在進行形で在宅介護を行っている回答者の方が、一貫して支出額を回答する傾向があった。この結果は年齢や性別などをコントロールしても、頑強であった。考えられる理由としては、経済的に厳しい状況にある回答者が多く、実情を社会に伝えるために回答に積極的であったことなどが考えられる。このような知見は将来、経済状態の把握を主眼とした調査を行う上で、重要な基礎を提供する。

表 II-32 現役介護者と介護者の比較：主観的経済状態

Characteristic	別居介護, N = 1401	同居介護, N = 2221	看取り後, N = 2671
支出(居住関係)	61,000 (30,000, 116,105)	26,684 (13,675, 50,000)	30,000 (15,000, 94,236)
無回答	60	82	147
支出(食費)	40,000 (27,200, 50,000)	40,000 (26,250, 60,000)	35,000 (20,000, 50,000)
無回答	77	80	166
支出(介護関係:保険内)	35,000 (24,856, 100,000)	30,970 (20,000, 50,000)	30,621 (15,000, 50,000)
無回答	81	95	193
支出(介護関係:保険外)	10,000 (4,714, 20,000)	10,000 (5,000, 19,500)	12,000 (8,000, 25,000)
無回答	78	80	168
支出(医療費)	5,000 (2,490, 10,000)	6,000 (3,000, 10,250)	7,700 (3,000, 15,000)
無回答	80	102	194
支出(その他)	3,000 (50, 11,750)	5,000 (3,000, 10,000)	5,000 (3,000, 10,000)
無回答	93	103	190
主観的経済状態			
1. 苦しい	15 (11%)	30 (14%)	22 (8.2%)
2. やや苦しい	40 (29%)	64 (29%)	56 (21%)
3. あまり苦しくない	41 (29%)	67 (30%)	103 (39%)
4. 苦しくない	44 (31%)	61 (27%)	86 (32%)
総支出	170,197 (151,538, 220,348)	143,000 (112,712, 201,534)	138,000 (88,000, 160,000)
無回答	121	176	234

1 支出は記載金額(円)の中央値 (下位 25%, 上位 25%) 主観的経済状態は 回答者数 (比率) を示す

11) Q9-2-⑧介護の経済的負担などを軽減するための制度の認知・利用状況

原 等子

表 II-33 Q9-2-⑧ 介護の経済的負担などを軽減するための制度の認知・利用状況（件）

	利用している／いた				知っている			
	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	小計	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	小計
N	417	151	131	699	417	151	131	699
[高額療養費制度]	154	71	34	259	181	59	64	304
[自立支援医療(精神通院医療)による医療費助成]	96	26	11	133	90	39	34	163
[後期高齢者福祉医療費による助成]	83	39	17	139	97	35	34	166
[高額介護サービス費]	92	42	25	159	102	33	39	174
[高額医療・高額介護合算制度]	64	38	15	117	88	32	26	146
[特定入所者介護サービス費(施設負担限度額)]	33	15	8	56	79	35	21	135
[社会福祉法人などによる利用者負担軽減制度]	19	5	2	26	67	30	21	118
[精神障害者保健福祉手帳による税金減免]	72	19	10	101	117	44	40	201
[身体障害者手帳による税金減免]	48	19	13	80	127	54	45	226
[障害年金]	57	14	5	76	127	55	45	227
[障害手当金]	24	8	1	33	84	36	31	151
[特別障害者手当]	39	10	5	54	88	34	23	145
[在宅重度障害者手当(自治体ごと)]	15	7	4	26	63	23	15	101
[介護保険料の社会保険料控除]	55	29	17	101	78	33	21	132
[介護認定者の障害者控除]	64	24	16	104	67	28	22	117
[介護サービス利用負担金の医療費控除]	56	30	19	105	92	31	21	144
[介護にかかる交通費(公共交通機関)の医療費控除]	30	14	5	49	95	43	26	164
[おむつ代の医療費控除]	47	26	22	95	160	54	36	250
[手帳取得による自動車税の減免]	49	11	10	70	109	40	29	178
[自動車取得税の減免]	20	6	5	31	107	38	24	169
[認知症高齢者個人賠償責任保険]	9	4	2	15	64	24	14	102
[はいかい高齢者搜索システム 利用料補助]	15	3	1	19	79	26	26	131
[おむつ券・タクシーチケット・理美容代の支給]	73	32	19	124	97	33	37	167
[公営住宅家賃の軽減]	4	3	1	8	53	20	14	87

介護の経済的負担などを軽減するための 24 の制度について、「知っているか」(認知状況)、「利用している(していたことがある)か」(利用状況)の有無について回答を得た。

「知っている」+「利用している(していた)」認知度が最も高かった制度は、[高額療養費制度]80.5%、次いで[おむつ代の医療費控除]49.4%、[高額介護サービス費]47.6%、[身体障害者手帳による税金減免]43.8%、[後期高齢者福祉医療費による助成]43.6%、[障害年金]43.3%、[精神障害者保健福祉手帳による税金減免]43.2%、[自立支援医療(精神通院医療)による医療費助成]42.3%、[おむつ券・タクシーチケット・理美容代の支給]41.6%であった。

「利用している(していた)」人の利用率が高かった制度は、[高額療養費制度]43.5%、[おむつ代の医療費控除]35.8%、[障害年金]32.5%、[身体障害者手帳による税金減免]32.3%、[精神障害者保健福祉手帳による税金減免]28.8%であった。

知っている人のうち(認知度)利用している人の比率(利用率/認知度)が高かった制度は、[公営住宅家賃の軽減]91.6%、[はいかい高齢者検索システム 利用料補助]87.3%、[認知症高齢者個人賠償責任保険]87.2%、[自動車取得税の減免]84.5%、[障害手当金]82.1%、[社会福祉法人などによる利用者負担軽減制度]81.9%などであった。

制度により、利用できる条件に合致することは多くはなく、自治体による制度の有無にもばらつきがあるため、利用できる制度に関しては関係者に周知し利用されている現状があると考えられる。多くの人が知っている高額療養費制度に関しては、認知度に比して利用率は高くなかった。制度の利用個数についてはこれらの制度を最大で 20 個利用している人がいた。一方で、これらの制度を一つも利用していない人は 251 件 35.9% であった。

表 II-34 負担軽減策の利用している(していた)制度数（件）

個数	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症	混合認知症	その他の認知症	無回答	総計
0	134	15	12	8	50	4	28	251
1	57	6	5	2	11	1	6	88
2	37	8	6	3	12	2	4	72
3	40	3	3	4	8		7	65
4	30	3	4	2	9		1	49
5	32		1	3	8	1	1	46
6	21	3	1	2	4			31
7	14		2	1	3		2	22
8	17	4	2		2	1	1	27
9	8						1	9
10	4	2	1		1		1	9
11	6	1		1	1			9
12	6				2			8
13					1			1
14	3		1	1			1	6
16	1							1
17	1			1				2
19	2							2
20	1							1
総計	414	45	38	28	112	9	53	699

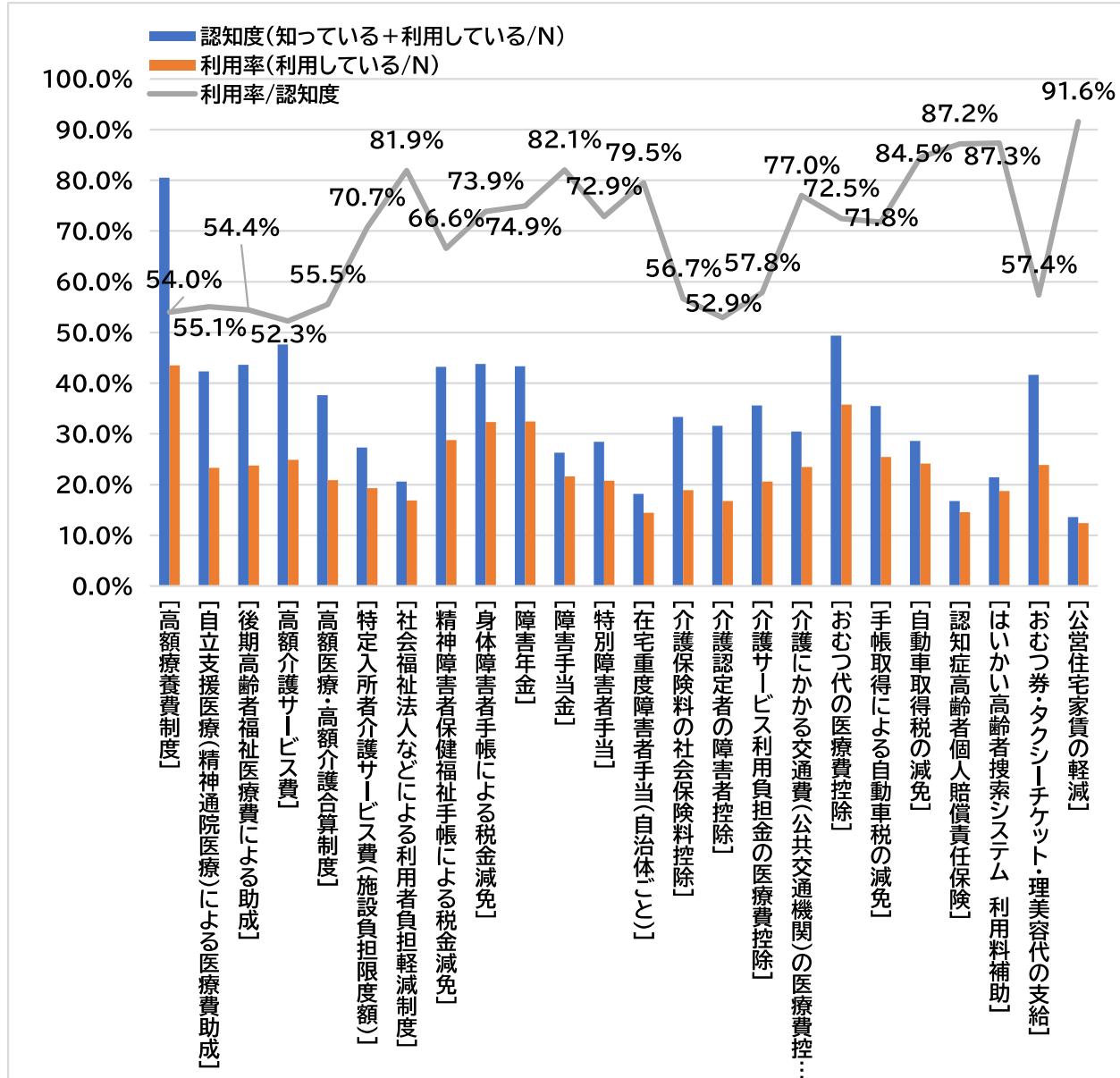


図 II-14 Q9-2-⑧ 介護の経済的負担などを軽減するための制度の認知・利用状況割合 (N=699)

12) Q9-2-④ 在宅で介護を続けていくための必要な工夫や負担を軽減するための道具や機器の利用について

小川敬之

(1) 負担を軽減するための道具や機器の利用

Q9-2-④「在宅介護を続けていくために必要な工夫や、負担を軽減するための道具や機器の利用について、利用している/利用していたもの」の回答結果を以下にまとめる。

福祉用具に関する回答は 745 件の内、有効回答数(福祉用具の利用;Q9④を回答しているアンケート数)は 527 件であった。

a. 【分析対象の属性】

分析対象となった介護度の割合は「介護度1」22 件(4%)、「介護度2」57 件(11%)、「介護度 3」97 件(18%)、「介護度4」88 件(17%)、「介護度 5」222 件(42%)、「未申請」4件(1%)、「未記入」37 件(7%)、であり、介護度3・4・5で 407 件(77.2%)を占めていた。

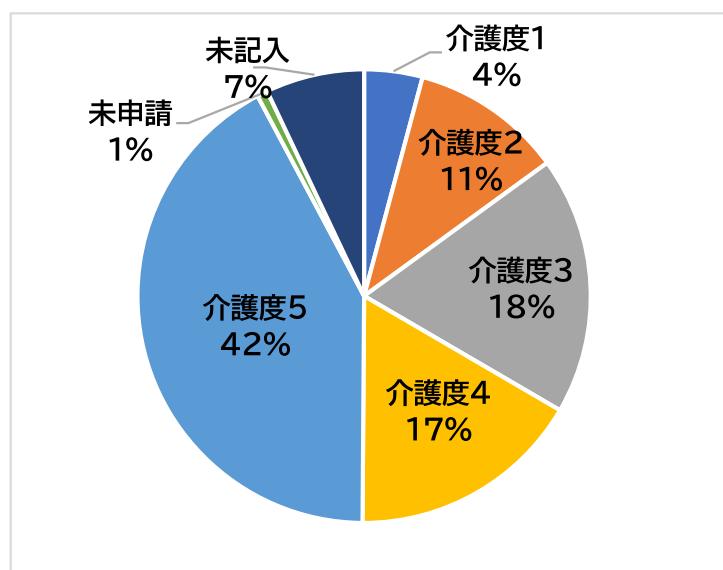


図 II-15 介護度別の割合(Q9-④分析)

介護度	件数
介護度1	22
介護度2	57
介護度3	97
介護度4	88
介護度5	222
未申請	4
未記入	37
総数	527

表 II-35 介護度別の件数(Q9-④分析)

有効回答の認知症のタイプは以下の通りである。アルツハイマー型認知症が 67%(354 件)を占めていた。

表 II-36 認知症のタイプ(Q9-④分析) (件)

診断名	数(n=527)
アルツハイマー型認知症	354
脳血管性認知症	35
レビー小体型認知症	25
前頭側頭型認知症	24
混合型認知症	9
認知症(診断名は不明)	48
進行性核上性マヒ	2
正常圧水頭症	2
嗜銀顆粒性認知症(AGD)	3
未記入	19
<その他>	
COPD	
MCI	
パーキンソン病による認知機能の低下	
意味性認知症	
神経核内封入体病 その他	

b. 【分析方法】

在宅介護を続けていくために必要な工夫や、負担を軽減するための道具、機器の利用について、利用している/利用していたものを以下の項目で回答してもらった。

- i 一人歩きによる事故防止対策物品
- ii 失禁対策物品
- iii 食事・口腔ケア関連物品
- iv その他

それぞれの質問解答欄に記載された物品の集計(割合)、および記述で記載された具体的な適応方法等を介護度1・2と介護度3・4・5と大別してまとめた。物品に関しては感覚的に理解できるようにワードクラウドで図式化した。

c. 【結果】

i 一人歩きによる事故防止物品、ii 失禁対策物品、iii 食事・口腔ケア関連物品、iv その他に関して、介護度別に使用している福祉用具についてまとめた(※重複回答であり、アンケート全体の総数とは異なる)。

i 一人歩きによる事故予防対策物品

「介護度1・2」では合わせて79件中、記載のあった件数は38件であった。遠隔で被介護者の動きがわかるような機器(GPS、見守りセンサー等)や身体活動が多くある中で、その行動や行為を見守り、いかに迷子などにならないようにするかの環境の整備や福祉用具の使用が行われている。

「介護度3・4・5」では407件中、187件の回答があった。介護度の推移に沿って、見守りから迷子への対応や危険な行為、そしてそれらの状況にすぐに介入できるような福祉用具(機器)の使用に移行している。

表 II-37 i 一人歩きによる事故予防対策物品

介護度1	介護度2
GPS アレクサ エアコン等の遠隔操作 キーボックス キーホルダー型の携帯用探知器具 スマホ(いまだご) ホットカーペット 安心みまもりセンサー 携帯用探知器具 室内用キーファインダー 手すり 防犯カメラ(2) 曜日が大画面で表示される電波時計	歩行器 室内監視カメラ(3) 監視カメラ ドア鍵(2) 二重力ギ(4) タッチアップ Apple の Airtag (GPS) 手すり(6) 携帯電話(GPS)(5) その他(記述)

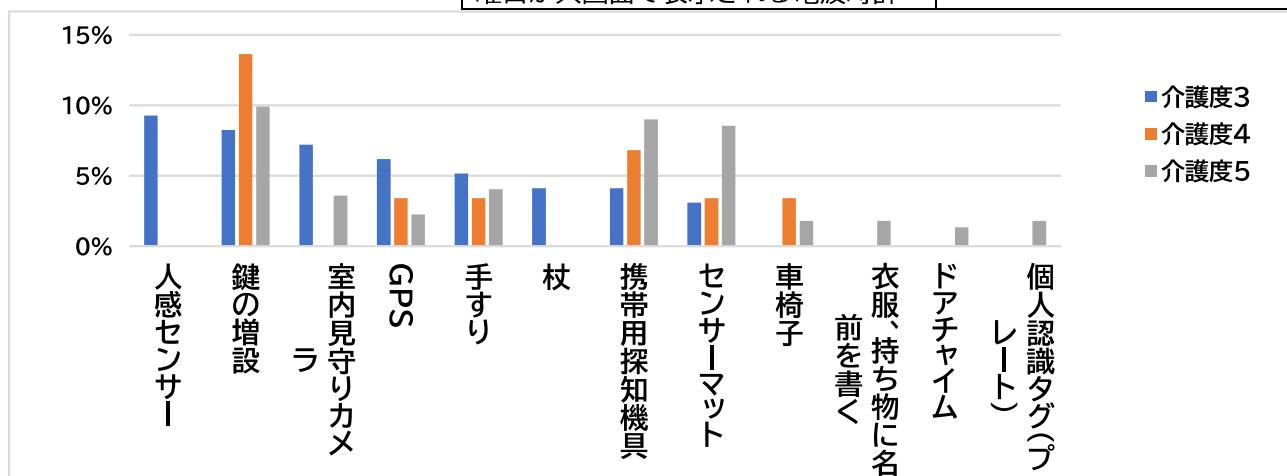
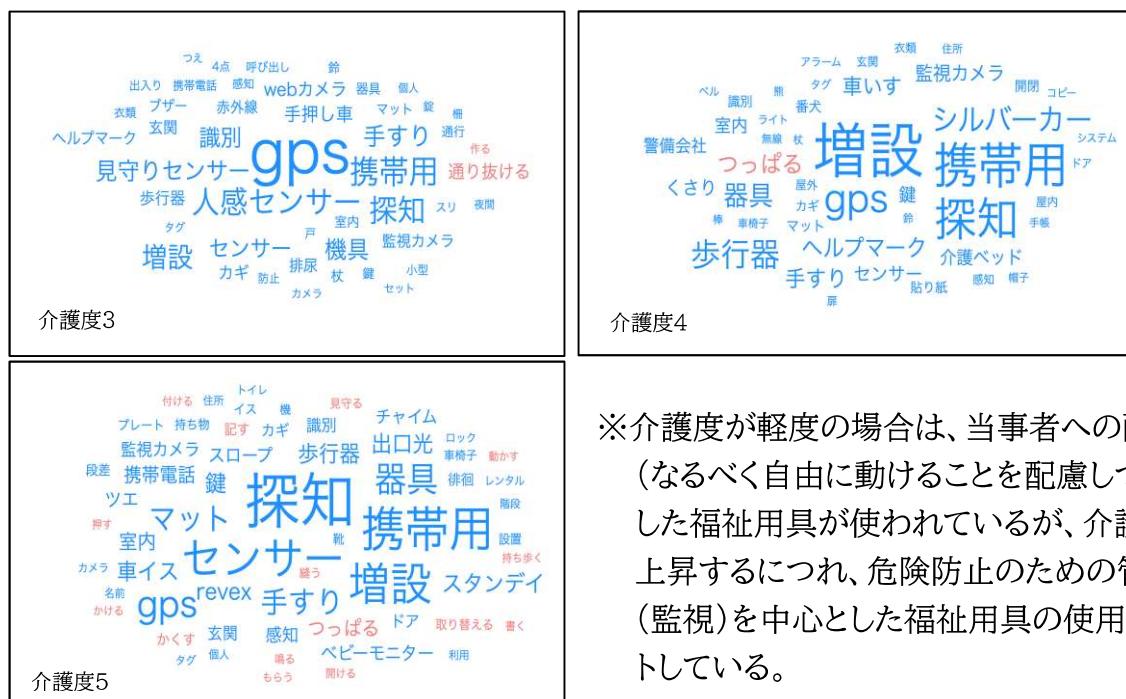


図 II-16 事故予防の介護度別使用物品



※介護度が軽度の場合は、当事者への配慮（なるべく自由に動けることを配慮しつつ）した福祉用具が使われているが、介護度が上昇するにつれ、危険防止のための管理（監視）を中心とした福祉用具の使用にシフトしている。

ii 失禁対策物品

表 II-38 ii 失禁対策物品

「介護度1・2」では、79件中57件の回答があった。紙パンツ(リハビリパンツ)、防水パットなど、当事者が活動することを前提にした対策物品の使用が多い。

「介護度3・4・5」では407件中、307件の回答があった。介護度1・2に比べて特筆すべきことはないが、次第に動きが制限される中、長く居る場所での失禁対策が中心になっている。

介護度1(14件)	介護度2(43件)
紙パンツ(3)	防水パット(31)
オムツ装着	リハビリパンツ(紙パンツ)(11)
尿とりパット(5)	ベットシーツ(7)
防水シーツ(4)	皮膚保湿剤(7)
ペットシーツ	紙オムツ(オムツ)(5)
パンツ式	尿取りパッド(4)
	エアマット(3)
	バスタオル、
	ポータブルトイレ
	ズボン下
	介護パンツ
	介護用吸水シーツ
	紙シーツ
	床ずれ予防のマット
	タオルケット
	防水パンツ
	褥瘡予防マットレス

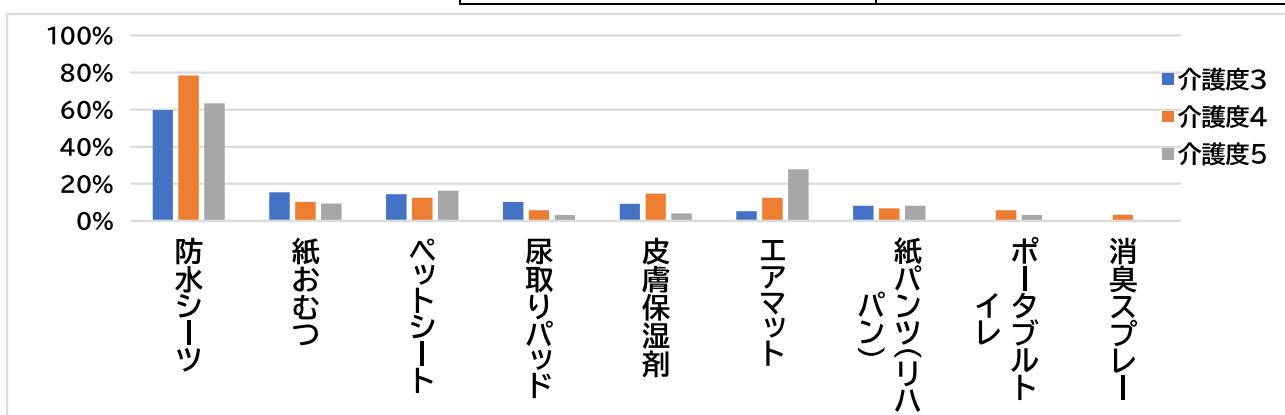
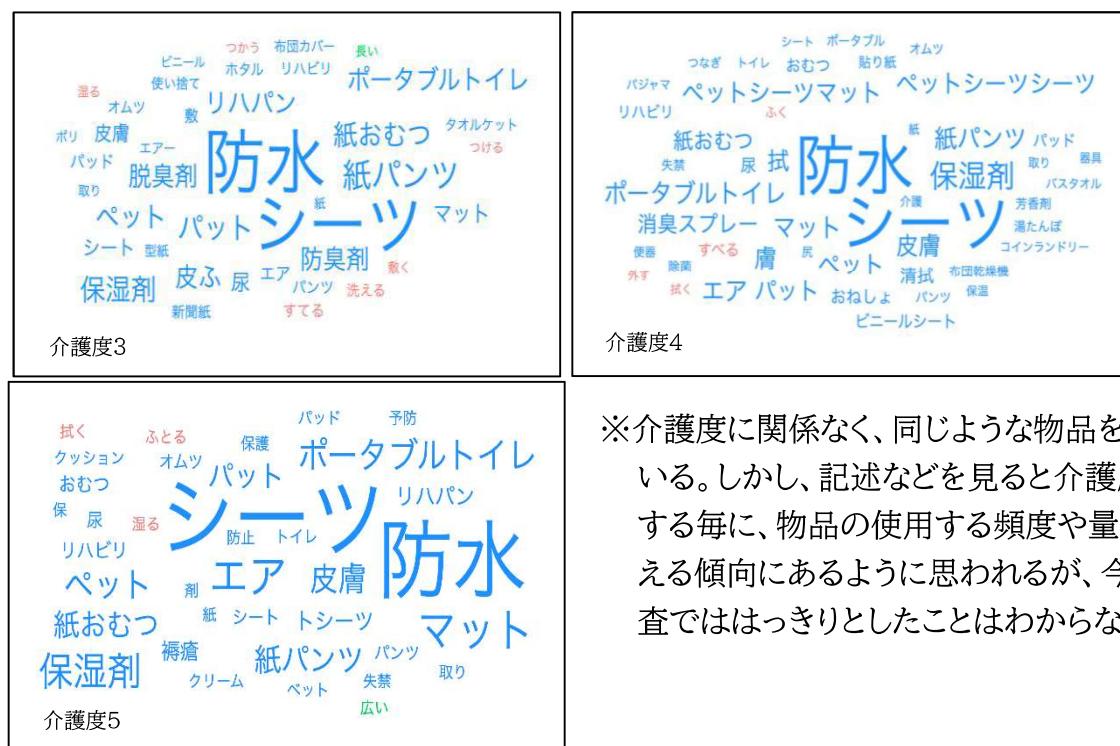


図 II-17 失禁対策の介護度別物品



※介護度に関係なく、同じような物品を使用している。しかし、記述などを見ると介護度が上昇する毎に、物品の使用する頻度や量などが増える傾向にあるように思われるが、今回の調査でははっきりとしたことはわからない。

iii 食事・口腔ケア関連物品

「介護度1・2」では、79件中15件の回答があった。とろみ剤の使用、食後の口腔洗浄などが使用されていた。

「介護度3・4・5」では407件中、232件の回答があつた。介護度が上がるにしたがい、自分でできるケア物品の使用と介助者が使用する物品へと変わっているのがわかる。姿勢保持、一口量スプーンなどは介護度が上がるに従い、使用頻度が多くなっている。

表 II-39 iii 食事・口腔ケア関連物品

介護度1(3件)	介護度2(12件)
シリコンスプーン、姿勢保持クッション とろみ剤	とろみ剤 介護用のスプーン(2) 介助用歯ブラシ(3) 軽いコップ 姿勢保持クッション 手指消毒用アルコール 食事用エプロン 入れ歯用洗浄剤(2)

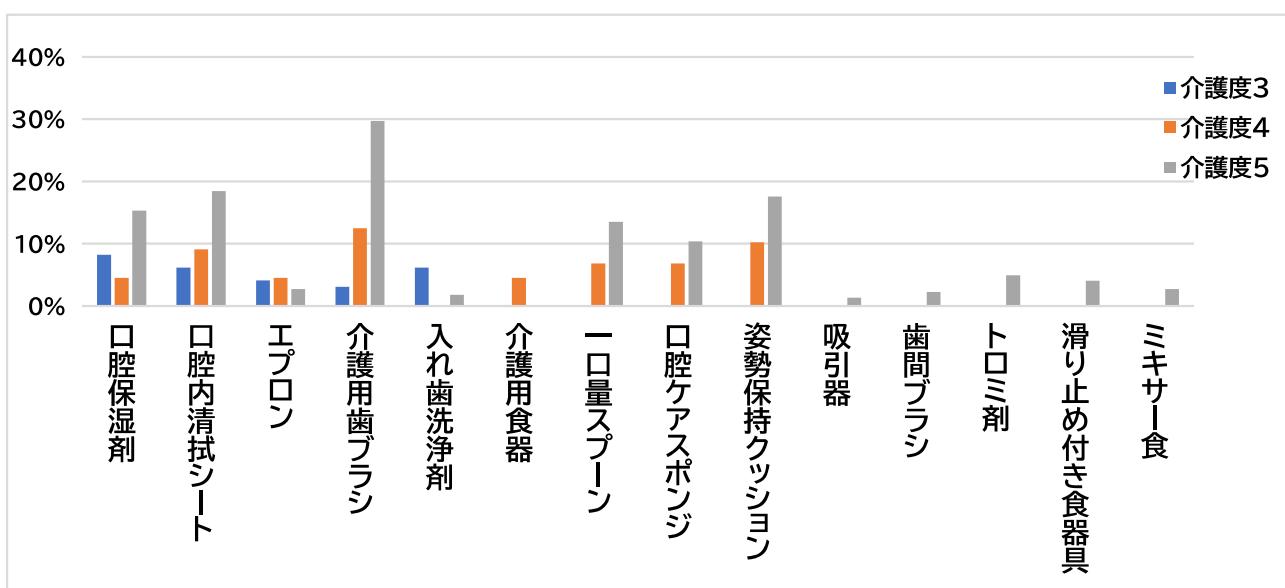
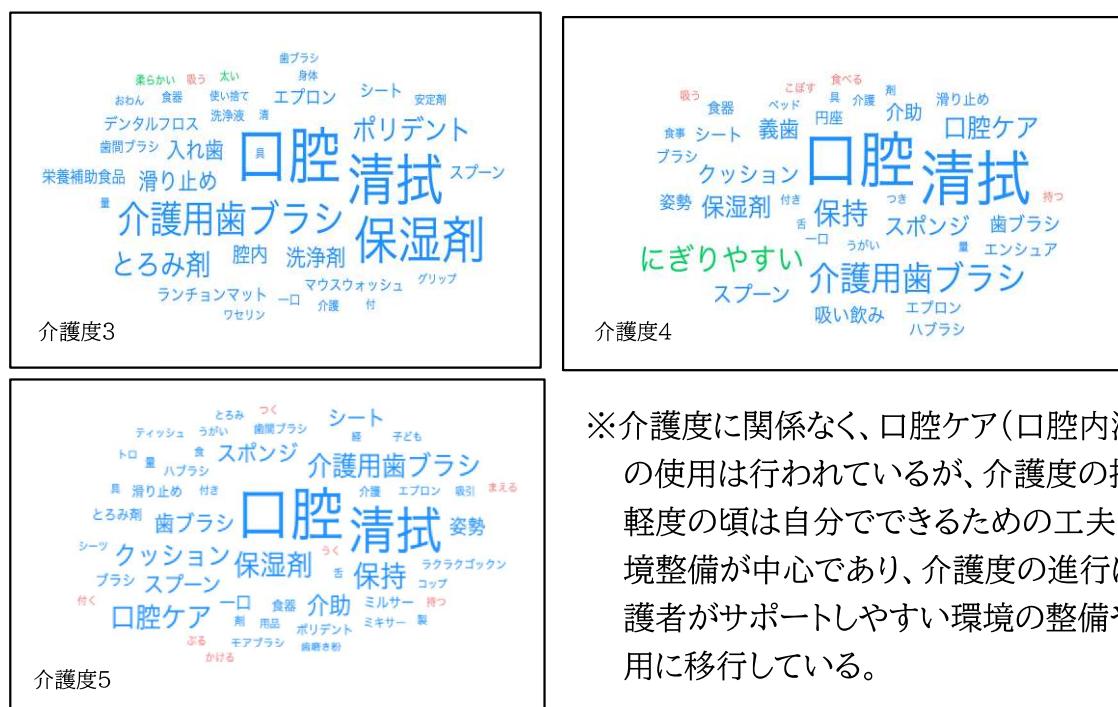


図 II-18 食事・口腔ケアの介護度別関連物品



※介護度に関係なく、口腔ケア（口腔内清拭）物品の使用は行われているが、介護度の推移により、軽度の頃は自分でできるための工夫や物品、環境整備が中心であり、介護度の進行に伴い、介護者がサポートしやすい環境の整備や物品の使用に移行している。

iv その他

その他工夫していることや特別な使用物品があれば記述式で記入してもらった。

以下、i～iiiの物品以外の記載がある場合、環境整備で工夫している記述に関して記載する。

表 II-40 iv 他の福祉用具等での工夫

介護度1
郵便物の転送、預貯金の管理、契約手続き代行、受診付き添い
介護度2
運動器具、エアロバイク、シックスパッド(足をのせる)→ほとんど利用しない、したがらない
刃物を研ぐのが得意でしたが、途中で私が不在の時を考え、隠すことにした
百均のカレンダー(毎日の薬を貼り付けていた)
トイレ内に本人が紙パンツを捨てやすいようにプッシュ式ふたの消臭ゴミ箱を置いた
低反発座布団、クッション、抱きまくら、はい酸素、オーバーテーブル、パルスオキシメーター、体重計、血圧計、車イス、下肢浮腫(足背)によりズックなどの工夫
介護度3
紙コップ、割りばしを使い、お膳用のお盆の上には使い捨て出来る裏紙を敷く。汚れたものはどんどん使い捨てて洗い物を少なくする。朝ごはんのみ提供。昼・夜はお弁当を窓から入れてもらう。仕事中もネイチャーリモで室温を見て、エアコンを着けたり消したりできている
家中で運動できるように自転車を居間に置く
ベッドから降りた時に鳴る(鳥の鳴き声)用具を使用していた
薬を碎く器具(錠剤で飲めなくなり)ゼリーと混ぜるため
外にゴミを投げるので、本人が使いやすいように物品を配置
頭を保護するヘルメット
おくすりカレンダー、服薬ゼリー
寝室の出入口ドア改造(スイングドア→スライドドア)
台所の調理をガスからIHに取りかえ
服薬管理用のウォールポケット
全通話録音できる電話
e-おくすりさん(薬を出す機械)ヘルパーさんが来る時間に薬が出てくるようセットして確実に飲ませることができた。また、両親が飲む時間に電話してリピートで飲ませることも役立った。
電話に防犯対策をして「詐欺」を防ぐことができた
近所の方との関係作り。心配することがあったときに連絡を下さった
介護度4
本人が食べやすいよう大きさにし、家族全員でとり分けて食べた。特別食ではなく、常に家族と一緒に食事は思っていたようだ
手すりを置いてつたい歩きをしてもらった。段差も残しバリアフリー(有)でした
近所の方に、本人の状況を開示、協力を求めた
食事色々考え、栄養士さんの指導で多数の食材を使い、味にも変化もたせガンバッテいます
車いす(小型、自分の足で床を歩けるよう、稽古してできるだけ自分で動いたりしていた)ベッドからの起き上がりができる手すり
経口摂取ができなくなって後、ゼリー食は家族の差し入れに依ったので 30,000 円／月くらいかかったと思う(終末期の 3 ヶ月程度)
「二階は使用禁止」「ベッド→」などの貼り紙は効果がありました
介護度5
枕元のワンプッシュでつながる電話器
車いすから滑り落ちた際の電動座椅子 ある程度の高さに上げられれば平行移動は可能

介護用回転スライドチェア、福祉介護者購入(自家用)
コンセントカバー(家電のコードを抜いてしまうためそれを防ぐのにカバーを付ける)
キャビネットロック(棚や郵便ポストなど開けて欲しくないところにつける)
古いタオル、シーツは切って保存。使い捨てができるので、失禁の時に活用。ペットボトルの蓋に穴を開け、おしり洗浄の利用、とても便利。拭くよりも洗う事が重要なと
CD カセット(以前良く聞いていた曲)認知症になってすぐの頃、涙を流しながら聞いていたが、今では 1 日中、同じ曲をリピートで流している。心が落ち着くようだ
片マヒがあり歩行困難だったため、室内用の車イスをレンタルし、スロープと外出用の車イスは実費購入した。そうした福祉用具を準備することで介護はとても楽になります。もちろん、トイレも車イス用に作りなされました
紙オムツや、排尿カテーテルをいじらないようにするための「つなぎ服」
体が傾き椅子から滑り落ちそうになる為、(介護用具のカタログを見て)専用の椅子を購入した
ズボンの上げ下ろしが楽になるようにゴムベルトを使っている
服の袖通しが大変なため、コートなどをケープ形にリメイクした。前開きの肌着
拘縮ケアのためバスマット 6 枚使いベッドから身体がうかないようにしている(リハビリさん指導)
常に姿勢が不安定で、特殊な車椅子(別注)を使用し、状況によって、改良を加えて行った
胃ろう注入セットをつるせるように台所に棚を作る。1 日 3 回の薬がわかりやすいように薬カレンダー
au 損保 スタンダード傷害保険個人賠償責任保険特約付に加入した。契約者は私(配偶者)補償の対象となる方(本人)は認知症の本人である
一般に、認知症患者が起こした事故に起因する事故の結果が保険金対象は否かわかりづらい。加入前に au 損保に問合せ、「認知症による心身喪失に起因して偶然の事故を起こした結果配偶者が法律上の損害賠償責任を負った場合に保険が支払われる」との回答を得ている(2016 年 2 月)
道具や機器ではありませんが、市販の食品を利用していました。ごはん粒が全くない“なめらかおかゆ”だとか、おかげで野菜や肉、魚の粒がなく、なめらかに裏ごししてあって、トロミもついているもの。(急に嚥下障害があらわれて、家で作るごはんはどんなに頑張っても粒があり、それにむせて非常に危険だったので)
食卓に車イスが入らないため台が上下に動く食器台をレンタルする。口の中がよくみえるペンライト。含んだ水をはき出すプラスチック製カップ
車いすで足を床におろしてしまう為、足固定具
座いすの立ち上がりができなくなった時、座いすからいすの高さまで電動で上がるものは便利だった
室内センサー(室内の CO2、音、光、有害物質の変化をとらえ、人の動き、行動パターンを感知するもの←京都大学、純真大学の研究協力として取り付けたもの。我家ではトイレに設置し、夜間トイレの使用があれば介護者のスマホに知らせが来るように設定されている)

(2) 福祉用具へのアクセス、要望等

Q9-2 の⑤福祉用具の紹介者、⑥福祉用具を利用しての変化の有無、⑦あれば良いと思う福祉用具などについても、単純集計を行った。尚、物品の数などは重複回答があり、回答総数とは集計数が違う。

a. Q9-⑤ 福祉用具の紹介者（重複回答）

介護支援専門員からの紹介 225 件(40%)、自分で見つけた 196 件(35%)、介護経験者からの紹介 70 件(12%)、広告で見つけた 14(2%)、未記入 63 件(11%)であった。専門職、経験者からの紹介が一番多いが、自分で見つけた介護者も 2 番目に多かった。

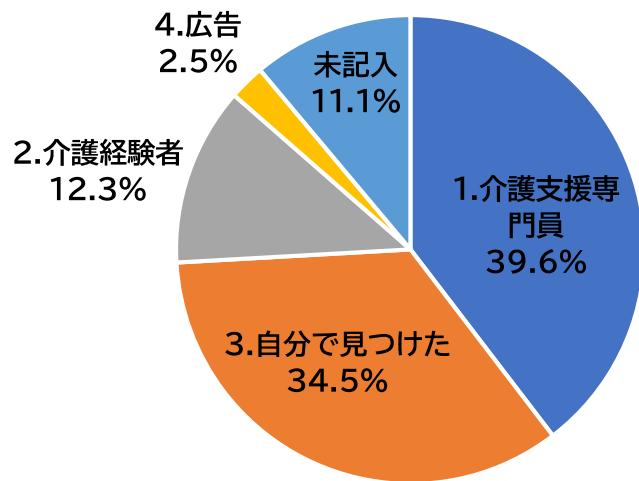


図 II-19 Q9-⑤ 福祉用具の紹介者の内訳

b. Q9-⑥ 福祉用具を利用しての変化の有無

福祉用具の使用で介護が楽になった、方法が変わったと述べている介護者は 342 件(63%)みられた。変わらなかった 61 件(12%)、かえって悪くなった 1 件、未記入 96 件(19%)、記述 27 件(5%)であった。

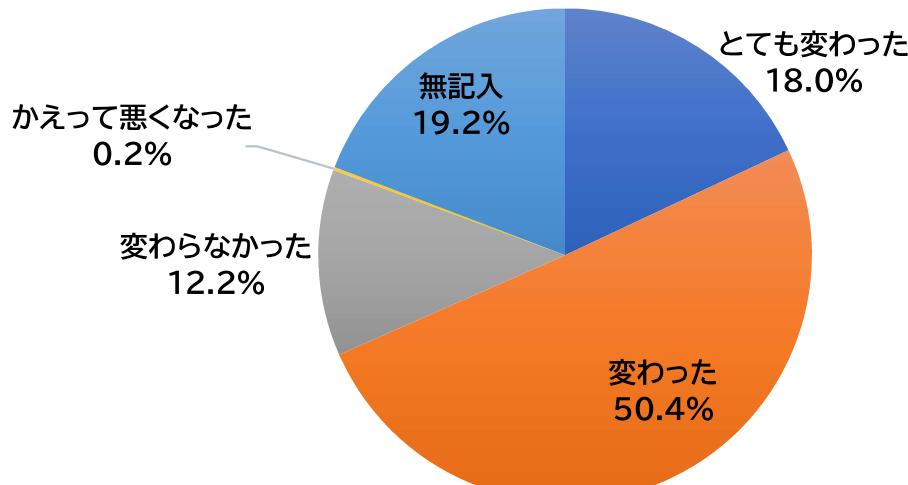


図 II-20 Q9-⑥ 福祉用具を使用しての変化の割合

福祉用具を利用した変化に関する記述を以下に示す。

表 II-41 Q9-⑥ 福祉用具を利用した変化に関する記述

役立った
必需品
便利になった
傷が減った
姿勢の保持ができた
看護師、ヘルパーの作業が楽になった
高カロリー栄養食で少し元気になった
時に有効だった
少しは弟のお嫁さんの洗濯の手間が省けたが、完全に解決しなかった
あまり変わらなかつたが、探知機は有効だったことが2回あった
ポータブルトイレにおやつの袋を捨てる→袋から出しておくようにした
その時は役に立つたけど、事態は変わってあまり出歩かなくなり、じきに不要になった
変化を求めての利用ではなかった(終末期で、できなくなることがわかつてたので利用した)2Wのみ
一時的に助かったが、病状の進行が急激で、すぐ使い物にならなくなつた
あまり変わらなかつた
状態は維持
可もなく、不可もなく
思ったほど変わらなかつた
全面介助していたので特記することはなかつた
自分が安心できた
自分が安心できた
本人の状態は変わらなかつたけど私は安心しました
その他
わからない
利用したがらない

a. Q9-⑦ あれば良いと思う福祉用具

物品に関しては、これまで挙げられていなかった物品を記載した。また、記述が多くあったため、記述を中心に以下に示す。

表 II-42 Q9-⑦ あれば良いと思う福祉用具

介護度1
自宅の2Fの窓からおしつこをするので、本人が立ち上がった時のお知らせがあればと思う(夜寝ている時)
アレクサは便利です
ビーズスティック(硬縮対応)
ぜひとも wifi 充電可能な携帯型端末機器を開発していただきたい。(充電したり電池を変える段階で本人に怪しまれてしまうと無意味なので)
介護度2
古くなった毛布を本人の寝る場所に広げておく
立ち上がりが苦手になり、固めの座布団を数枚重ねている
杖(長い竹竿を自分で工夫して持つ位置を変え、腕のリハビリをした)
家具調尿瓶(しひん)
部屋の電球が人感知の物
くつに探知器が付いている物
病気である事のイエローカード
横もれ防止機能が優秀なパンツ(紙も含む)

介護度3

GPS(ピップエレキバンのように貼れるタイプ)

ケアマネ、デイ、ショート、ヘルパーさんと予定表を共有できるようなアプリ。それぞれの連絡帳なり面談の度に、医療情報、次回の受診予定を伝えなくてはならず大変

人感センサーだと影でも反応するので、玄関や窓をあけると介護する人がランプや小さい音で出たことがわかるようなものがほしかった。(音大きいと本人は静かに出ていく人にとっては、知られておこれる原因なので)

室内外のくつ(はき物)がはきやすくすべらずぬぐことも楽なもの

今は使用していないがモバイルカメラ、又は会話だけでもいつでもきけるアプリ

タオルでエプロンを作り、市販のエプロンと併用している

もう少し安価で手に入るといい。

“火事になる”ことへの心配から電化製品のコンセント、エアコンの風、センサーの光など気になって仕方がない、確認行動に余念がなかった。スイッチを切ったりガムテープを重ね貼りしたり、エアコンの機能を失わないように被せものをしたりしてしのいだが、適切な小物があるとありがたかった

立って排泄しても床が汚れない便器

GPSを入れるのに靴をくり抜いている。割高の GPS 用の靴は売ってるが、GPS が高い。靴もお洒落じゃない。割安の GPS を入れられる靴が欲しい

介護度4

大人用防水シーツでなく、ベビー用シーツカバー防水シーツを使用している

介護用品の店で売っているクッション類は柔らかすぎて支えにならないので、自分で玄関マットを加工して、硬めの枕のようなものを作り、座位が保てるようにした。

ベッドわきにこぼしてもよいように、囲いのついたサイドテーブルがあるとよかったです。

室内で移動する椅子(キャスター付き)

コルクマットをスロープの上に置き、ガタンとなるのを防ぐ

足置き、足を温めるあんか。レッグウォーマー、寝る時の首まき

本人の愛着のある記憶が出てくる物品等が良いと思います

安全ベルト(転倒防止) パワースーツ 車いす用の雨よけ

認知症の人が読みやすい本(子供用絵本ではなく)

薬を飲みこまないので、飲まないよりはマシという考え方で、肉たたきや、かなづちで細かくして、ヨーグルトや服薬ゼリーにまぜて飲ませている

オムツの消臭:バケツや袋を工夫した

立ち上がりや、立位を保てる器具があれば良い

歯ブラシの柄に喉つき防止のリングがついたもの(乳児用の大人版)、もしくは市販の歯ブラシに装着できるもの

車の乗り降りの際の補助器具

介護度5

体位変換のすべるシート 座ブトン(折りたたみ)

小型ファミリーカーの福祉車輪スライドアップ型 助手席シートタイプの即納

遊び相手になれるようなヌイグルミ人形(声、音の出るもの)、見守りカメラ

ベッドに腰かけて安定が保たれる用具、居間に一人で車いすから降ろすときにもっと便利なもの

ベッドから立ち上がるのを助けるもの。朝起きた時に温かいタオル→温めたタオルで顔拭いてあげると喜んでいた。

トイレにパットを流して詰まり、夜中にも業者に来てもらったことが数回あり、何かが感知して水が流れないようなことはできないかと思う

手を握りしめてしまうため、アベのマスクを丸めて握らせその都度洗い使用

ペットシートを改良して、ベッド上で動かないように何か工夫をしてもらえば

腕が動かなくなってきたので、楽に過ごせるように腕用の小型枕を作っています

家を新築されている方は、いつか誰かは介護が必要になるのだという視点に立ってリフォームできるようにすることが大切と思う

100 均ショップはジャンルにこだわらずに便利なものを発見する事ができた
布団で寝ていたので 起き上がり時に利用できるもの(ベット柵みたいなもの以外で)
体傾き防止(車イス使用時)側板
介護タクシーが安価に。移乗が楽に出来るもの。心不全で過食しても大丈夫なおいしい食べ物
シャワーは、ペットボトルに穴をあけた
食事中、介護ベッドの背もたれと起こした時、本人の体位が片向かない、ずり落ちないよう固定するもの
紙オムツをベッド上で交換する際、本人を横向きにさせた時、本人ががんばらないでも横向き体位を維持できるもの
車イスの拘束帯ですが、ベビーカーの安全ベルトと考えて使うことを施設の方にお願いしました。すべりおちず本人も楽になっていたように思います。
車イスで使用するダウンマント、もう少しコンパクトな車イスリフト、コンパクトなシャワーチェア
本人には申し訳ないけれど、マイクロチップを埋め込み、すぐ居場所がわかるようにする
車椅子なのでコートを前から着せている。背中を止めるためにネームタグ×2を活用している
同じところがかゆくなつて、ずっとかきむしるので、カバーできる物があるとよい。(手の甲をかきむしる時は、日やけ止めのハンドカバーを使っています)
1人で移乗介助(ベッド⇒車イス、トイレ⇒車イス)できるコンパクトな器具。本人を立たせてくれて、1人でズボンの上げ下げができるもの。家庭の中で動かせる
介護エプロンなどはできるだけオシャレな感じの物があれば良いと思う(女性向け)
えん下障害を起こしにくい高カロリー栄養食
よい姿勢が保持できるベッド。拘縮がすすまないベッド、ポジショニングをしてくれるベッド
よい姿勢を保持できる車イス。姿勢を垂直または力が前かがみしやすい車イス。食べやすい姿勢を保持しやすいため。排泄がしやすいため
ペットシーツの色が透明の物(現在白色のためトイレに敷きつめると警戒して(?)中に入りたがらない)
本人ではなく介護者が操作できる電動車椅子
ストレッчのきいたパジャマ
スライディングシートはベッドから車イスへの移乗がスムーズに行えるので、座位が保てない人の移乗もできた。とても便利で助かった

b. 【福祉用具使用に関する考察】

移動(特に危険防止)、排泄、食事に関する福祉用具の活用品目は介護度により大きな違いはなかった。ただ、記述からわかるように、自立度の度合いに応じた(介護度の進行に伴った)、環境整備や使用頻度、使い方の工夫が見られており、介護者が実際の介護の中からそれぞれの段階に応じた工夫をおこなっている様子が伺えた。

福祉用具の紹介は重複回答ではあるが、「介護支援専門員」が一番多く、その次に「自分で見つけた」が多かった。これは必要に迫られ、自分で動いて見つけ出したということと同時に、まだまだ福祉用具に関する情報源に関する周知に関する課題ともとれる。介護度に応じた、当事者の混乱を軽減する道具や、介護をスムーズに遂行できる物品、環境整備に関する情報提供を今後もさらに推進していく必要を感じる。

一人で歩くことへの対応、遠隔での見守りなどは、これまで付き添いや傍で見守る事がほとんどであったが、最近では GPS による位置の確認、遠隔での見守り、会話など IT、ICT 等を駆使した安全確認、コミュニケーションが多く使用されていた。今後ますます、こうした機器の開発により、安全や見守り、ふれあいの形が変化していくことが予測される。しかし、物(物品)の開発が進んだとしても、それを使用し、適材適所で使用を促すのは人であり、開発された機器の情報や使用方法、認知症との関連で使用する工夫などを考え、提供する人材の育成は大きな課題になると考える。それは福祉用具がハイテク化されればされるほどにそのような状況が出てくると思われる。現在、福祉用具プランナーなどの資格制度もある。または機器の開発・使用に関しては企業の方が詳しい場合もある。こうした情報や既存の資格制度、企業連携を整理し、これまでの福祉用具活用の方法をさらに推し進めていくことが、これから時代に即した福祉用具活用の鍵になるのではないかと考える。

13) 認知症の人の事前指示などについて

原 等子

a. Q10-1 認知症の人の人生の終末期の意思決定に関する準備状況

認知症の人の人生の終末期の意思決定、アドバンスド・ディレクティブ等事前指示の準備状況について、中等度・重度認知症の人の介護家族がどのように取り組んでいるかについて、「認知症の人と話し合ったことがない」52.4%、「認知症の人と認知症の診断前から話し合っている内容がある」26.6%、「認知症の診断後に話し合っている内容がある」16.9%であった。

表 II-43 Q10-1 認知症の人の人生の終末期の意思決定に関する準備状況

	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1. 認知症の人と認知症の診断前から話し合っている内容がある	104	51	31	186
2. 認知症の診断後に話し合っている内容がある	71	27	20	118
3. 認知症の人と話し合ったことがない	223	73	70	366

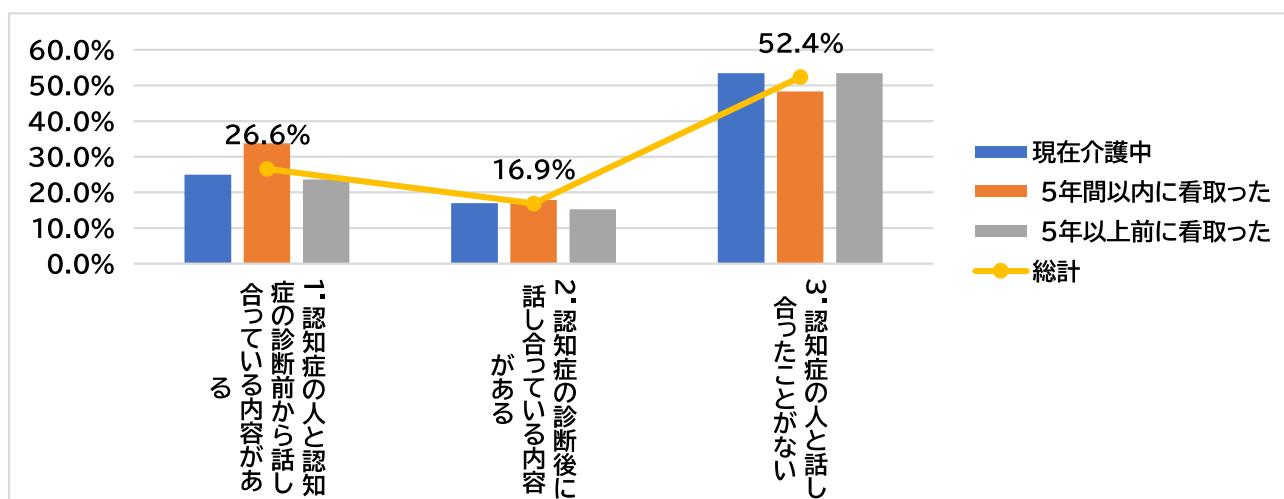


図 II-21 Q10-1 認知症の人の人生の終末期の意思決定に関する準備状況

b. Q10-2 認知症の人との終末期の話し合いのすすめ方

表 II-44 Q10-2 認知症の人との終末期の話し合いのすすめ方

	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1. 認知症になる前に話し合っておく	221	97	85	403
2. 認知症になって初期のうちに話し合っていく	147	59	41	247
3. 中等度・重度の認知症になっても本人の意思を把握することは可能である	85	34	29	148
4. 家族が考えることであり、本人には聞く必要はない	7	1	-	8
5. 本人には聞いてもわからないと思う・答えることはできないので、家族が考えるしかない	123	26	22	171
6. 親族を交えて話し合っていく	103	43	34	180

中等度・重度認知症の人の介護家族が考える認知症の人との終末期の話し合いのすすめ方としては、「認知症になる前に話しあつておく」57.7%、「認知症になって初期のうちに話しあつていく」35.3%、「親族を交えて話しあつていく」25.8%、「本人には聞いてもわからないと思う・答えることはできないので、家族が考えるしかない」24.5%、「中等度・重度の認知症になつても本人の意思を把握することは可能である」21.2%であった。

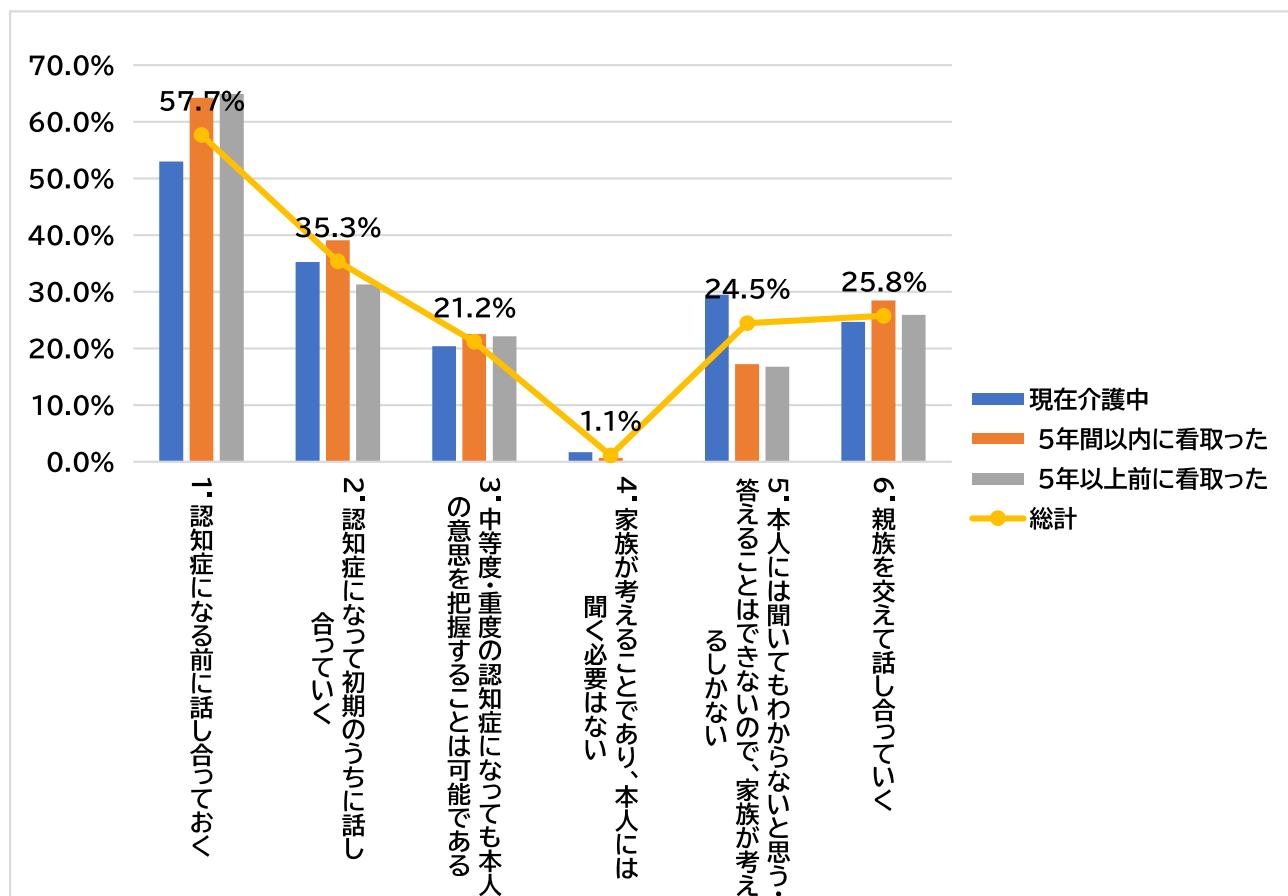


図 II-22 Q10-2 認知症の人との終末期の話し合いのすすめ方

c. Q10-3 認知症の人と話し合う内容

中等度・重度認知症の人の介護家族が考える、認知症の人と話し合っておくべき内容としては、「人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか(できるだけ自宅で過ごしたい、家族に迷惑のかからない施設で暮らしたいなど)」62.9%、「人生の終末期に受ける医療について(治療の継続(できる限り十分な治療を受け生きたい)、救命救急医療(有事には救急車を呼んで欲しい、救命処置を受けたい)、延命医療(救命後人工呼吸器をつけるなど))」57.1%、「どんなケアを受けたいか(自分で食べられるうちはできるだけ自分で口から食べたい、できる限りトイレで排泄がしたい、趣味や好みを生活に活かしてほしいなど)」55.8%、「どこで誰に看取られたいか(自宅・施設で家族や知り合いのスタッフに看取られたい、病院で十分な治療を受けて看取られたいなど)」47.6%、「財産・遺産の管理」40.2%、「葬儀・お墓のこと」35.2%であった。「何を話し合えばよいのかわからない」は6.7%、「話し合つておく必要はない」は1.9%であった。

表 II-45 Q10-3 認知症の人と話し合う内容

	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
1. 何を話し合えばよいのかわからない	34	5	8	47
2. 話し合っておく必要はない	8	3	2	13
3. 人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか (できるだけ自宅で過ごしたい、 家族に迷惑のかからない施設で暮らしたいなど)	249	111	80	440
4. どこで誰に看取られたいか (自宅・施設で家族や知り合いのスタッフに看取られたい、 病院で十分な治療を受けて看取られたいなど)	188	85	60	333
5. どんなケアを受けたいか (自分で食べられるうちはできるだけ自分で口から食べたい、 できる限りトイレで排泄がしたい、 趣味や好みを生活に活かしてほしいなど)	218	98	74	390
6. 人生の終末期に受ける医療について (治療の継続(できる限り十分な治療を受け生きたい)、 救命救急医療(有事には救急車を呼んで欲しい、 救命処置を受けたい)、 延命医療(救命後人工呼吸器をつけるなど))	233	94	72	399
7. 財産・遺産の管理	165	66	50	281
8. 葬儀・お墓のこと	138	60	48	246

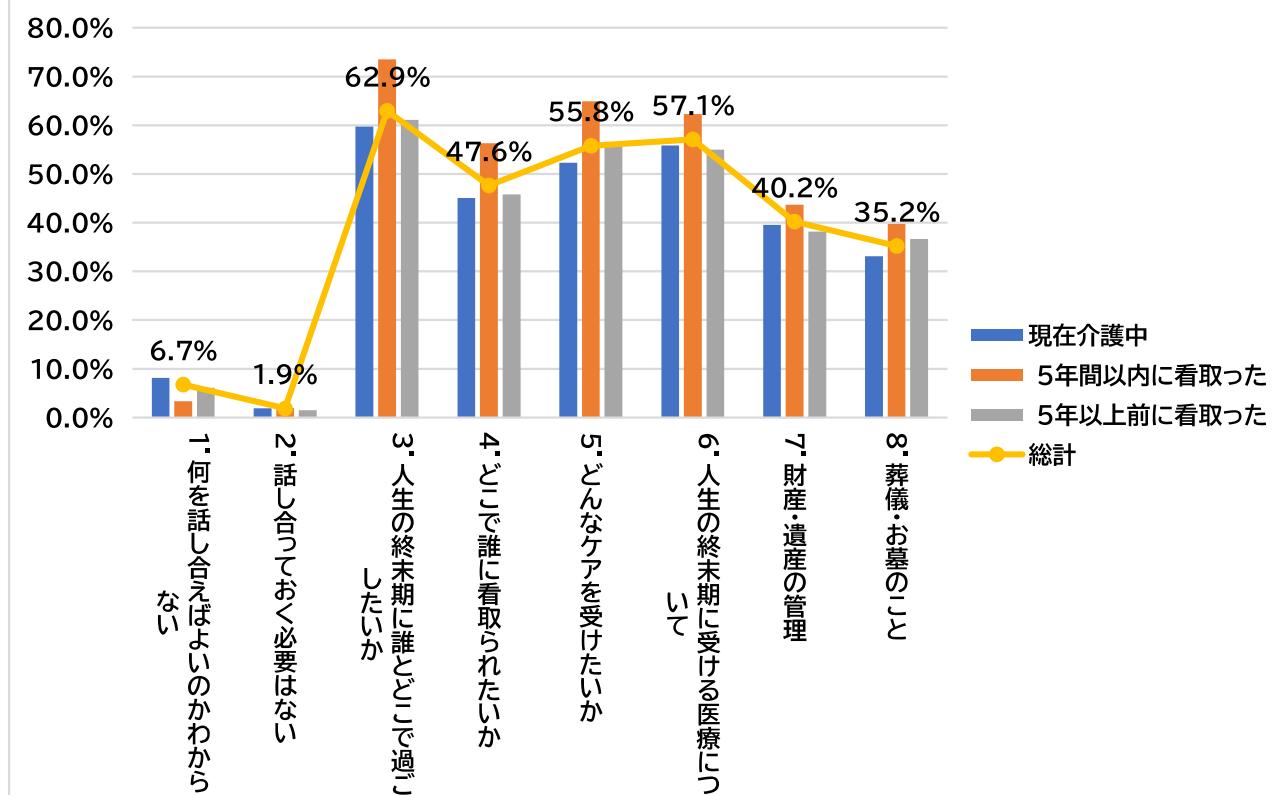


図 II-23 Q10-3 認知症の人と話し合う内容

14) 認知症の人との暮らし、在宅介護への思い（施設入所、看取りの場合は在宅介護時の思い）

原 等子

a. Q11-1 在宅介護を継続していきたいと思うか

中等度・重度認知症の人の介護家族の在宅介護の継続に対する思いについて、「できる限り続けていきたい」569件 81.4%、「できれば続けていきたくないが続けている」46件 6.6%であった。

続柄でみると、継続していきたい思いは「配偶者」87.6%、「親戚」83.3%、「(実の)親」82.2%、「義理の親」77.8%であった。

続けていくための要件は、「自分の体力・気力が続けば」75.7%、「介護のサービスが充実していれば」43.6%、「今の状態が維持できれば」39.2%、「家族の仕事や生活が維持できれば」35.3%、「手伝ってくれる人がいれば」34.6%、「経済的な不安がなければ」31.6%であった。

否応なく続けている理由としては、「経済面で入所が難しい」26.1%、「親族からの反対があり在宅でみていくしかない」15.2%であった。

表 II-46 Q11-1 在宅介護を継続していきたい思い

	現在介護中	5年間以内に看取った	5年以上前に看取った	総計
N	417	151	131	699
できる限り続けていきたい	332	127	110	569
できれば続けていきたくないが続けている	32	7	7	46
無効・無回答	53	17	14	84

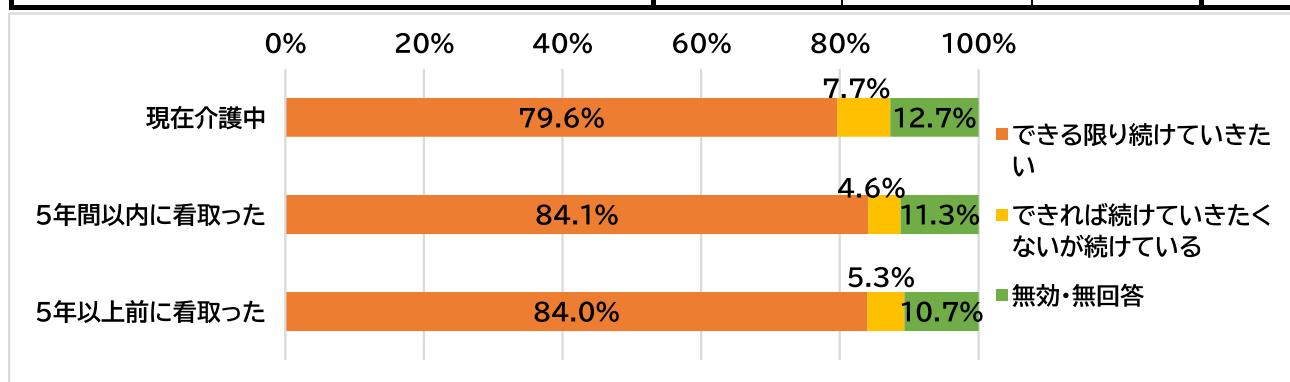


図 II-24 Q11-1 在宅介護継続を介護家族が思う割合 (N=699)

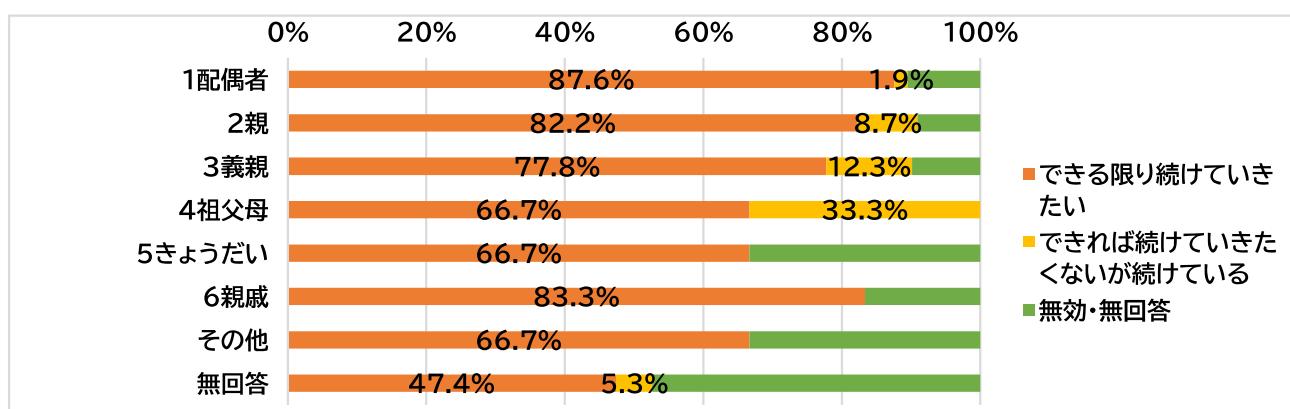


図 II-25 Q11-1 在宅介護継続を介護家族の思う割合(続柄別)

表 II-47 Q11-1 介護継続の条件および否応なく続けている理由(複数回答) (件)

		できる限り続けていきたい	続けたくないが続けている	無回答・無効	総計
続けていくための条件	自分の体力・気力が続ければ	431	1	13	445
	介護のサービスが充実していれば	248	2	6	256
	今の状態が維持できれば	223	1	7	231
	家族の仕事や生活が維持できれば	201	1	5	207
	手伝ってくれる人がいれば	197		7	204
	経済的な不安がなければ	180		9	189
否応なく続けている理由	経済面で入所が難しい	3	12	8	23
	親族からの反対があり在宅でみていくしかない	1	7		8

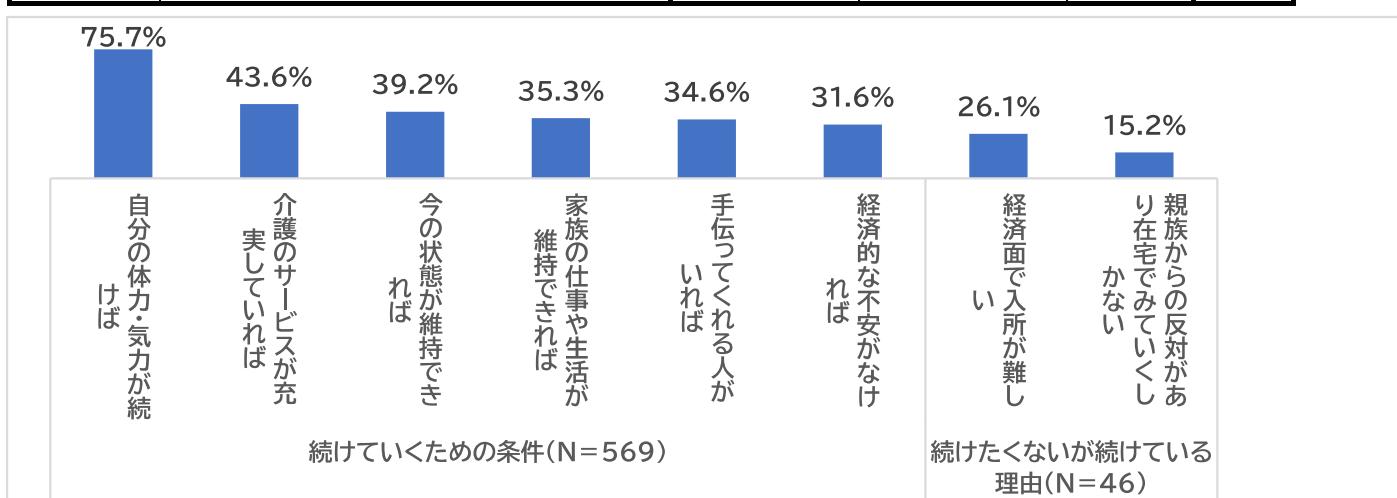


図 II-26 Q11-1 護継続の条件および否応なく続けている理由(複数回答)の割合

b. Q11-2 在宅介護継続の思いの変化があった時期

中等度・重度認知症の人の介護家族の在宅介護継続への思いに変化があった経験の有無について、「できる限り続けていきたい」と回答した人では「変化した」333 件 58.5%、「変化していない」206 件 36.2%であった。「できれば続けたくないが続けている」と回答した人では「変化した」29 件 63.0%、「変化していない」28.3%であった。

「変化した」人の気持ちに変化があった時期としては、「できる限り続けていきたい」人では「c. 認知症中等度・重度期」72.7%、「d. 終末期」12.0%、「b. 認知症初期」9.3%であった。「できれば続けていきたくないが続けている」人では、「c. 認知症中度・重度期」93.1%、「b. 認知症初期」3.4%であった。

表 II-48 Q11-2 在宅介護継続の思いの変化の有無

	できる限り続けていきたい	できれば続けたくないが続けている	無効・無回答	総計
N	569	46	84	699
1. 変化した	333	29	23	385
2. 変化していない	206	13	7	226
無回答	30	4	54	88

表 II-49 Q11-2 介護家族の在宅介護継続への思いに変化があった認知症の時期

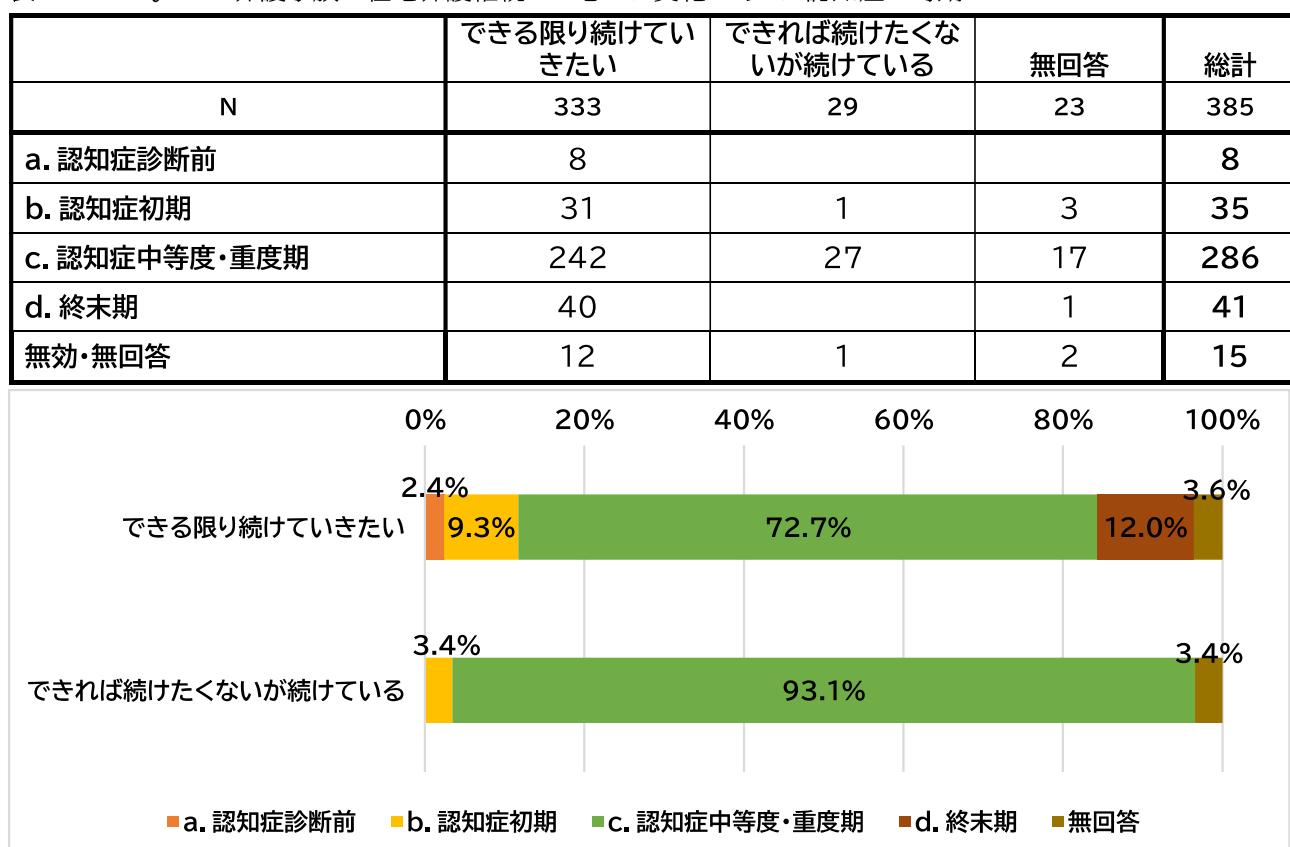


図 II-27 介護家族の在宅介護継続への思いに変化があった認知症の時期

c. Q11-3 在宅介護を続けていくために必要なこと

渋谷美和

a) 【分析方法と分析対象】

計 615 件の記述回答があった。そのうち「Q1.あなたは、中等度・重度・終末期の認知症の人に対し、どのような経験がおありますか？」の質問にて「1.現在、家族が中等度・重度または終末期の状態にある認知症の人である」と答えた人の記述回答に絞って分析することにした。結果、分析対象は 355 件であった。

分析方法としては記述回答を帰納的にカテゴリー化する手法を採用した。各回答に対して在宅介護を継続にさせる支援や状況などに名前を付け、回答が示す現象を表すコードを作成した。各コードは類似性や相違性を比較検討しながら分類してカテゴリーを作成し、同様のプロセスで、カテゴリーを抽象化してテーマを作成した。

b) 【結果】

データ分析から、<健康資本><経済コスト><社会資源><社会関係資本><介護スキル><感情コントロール><認知症本人次第>の7つのテーマが浮かび上がった。

<健康資本>とは介護者が良好な心身状態を維持することや、そのための条件や状況などを指す。多くの回答で介護者の健康の重要性を指摘しており、在宅介護継続には何よりも介護者の健康が基本であることを示すものであった。

<経済コスト>とは、在宅介護をするために必要な金銭的負担や機会費用のことを指す。多くの記述から医療介護サービスを受けるにしてもお金がかかることや、金銭的余裕が介護者の精神の安定につながるなど、経済的安定と望ましい在宅介護のあり方との密接な関係を示していた。

<社会資源>とは在宅介護に必要な公的/非公的サービスのことを指し、これには家族会などの介護者にむけた活動も含む。全体回答の約半数が<社会資源>について言及しており、在宅介護継続には不可欠なものと介護者は考えていることが示していた。

<社会関係資本>とは、介護者が安心して介護相談したり、在宅介護の役割を分担できる他者がいることや、介護者への理解を示す他者が周囲にいる状況を指す。

<介護スキル>とは、適切な介護を提供する技術や知識のことを指す。

<感情コントロール>とは、介護者が在宅介護で必要な心の持ちようや考え方のことを指す。在宅介護するうえで葛藤や困難に陥ったときに介護者が精神的にタフであることや柔軟性が求められることを指摘するものであった。

<認知症本人次第>とは、認知症の本人への健康状態や、本人が望む介護のことを指す。本人の状態や考えによって在宅介護できるかどうかが関わってくる回答が多くかった。

c) 【考察】

<健康資本><介護スキル><感情コントロール>の三つのテーマから、家族介護者は在宅介護継続の決定要因として、介護者がその責任の多くを負っていると感じる傾向があることが示唆された。これは専門職調査の Q4-1「中等度認知症の人の在宅継続が困難となるターニングポイントやその状況等、具体的な事例を教えてください」で、専門職が在宅介護継続は認知症本人の心身の状態次第であると答

える傾向にあったことと顕著な違いがある。尚、家族に対する本質問は「在宅での認知症の人の介護を続けていくためには、何が必要だと思いますか？」と問うており、専門職への質問の仕方と異なるため、回答傾向の違いの解釈には慎重を期するが、介護家族と専門職の間では在宅介護継続の要因について異なるパースペクティブを持っている可能性が示唆された。

また家族介護者が継続させるためには、介護者以外の要因としては<経済コスト><社会資源><社会関係資本><認知症本人次第>の4つの要因が関与するものであることが示された。特に<社会資源>については多くの回答者が指摘するもので、中重度・重度の認知症の人を在宅介護する家族は在宅医療介護サービスを頼りにしながら、介護を続けていることが伺える。このため在宅介護を出来るだけ継続させるには、いかに安価で充実した在宅介護サービスを十分に各家庭に提供できるかが肝であると考えられる。

最後に一点、本分析から、介護者は在宅介護の要が自分にあると考える傾向が示唆されたが、このことは在宅介護を望んでいたにもかかわらず、泣く泣く施設入所を決断した場合に、介護者が自分を責める可能性があることを暗に示している。入所後の家族介護者の心理状態や心理ケアについての研究調査が必要であることを指摘しておく。

表 II-50 Q11-3 介護家族が考える在宅介護を続けていくための要因 ()内の数字は回答の件数を示す。

カテゴリー	回答の抜粋
健康資本(124)	●介護者が肉体的、精神的に健全であることが何よりも大切と思います。
	●介護者のケア(仕事ができる環境、いきぬきの時間)が必要、介護者が病気になつたら共倒れ
経済コスト(106)	●それなりのゆとり(費用)が必要。お金のゆとりがないと無理
	●介護のために帰省する人の交通費の軽減(鉄道)
社会資源(148)	●介護者の息抜きの為に、デイサービスやショートステイを充実させる
	●使いやすい介護サービスの様々な選択肢
社会関係資本(209)	●認知症後半は24時間サポートが必要で、一人では無理。数人必要
	●本人の子が協力して介護を負担することが必要
介護スキル(21)	●本人にあつた食事作りができること
	●介護面、病状や認知症への理解を深める事
感情コントロール(36)	●完璧を求めない。自分にも認知症の家族にも
	●自覚と自己責任と思いやりの強い気持ち
認知症本人次第(34)	●病状の悪化を防ぐ
	●本人さんの体力、病気もある

15) Q12 在宅介護を継続していくために医療・介護従事者に伝えたいこと

江口恭子

a. 分析対象と分析方法

432件の記述解答があり、すべてを分析対象とした。そのうち、現在、家族が中等度・重度または終末期の状態にある認知症であると答えたものは251件、認知症の人を見取ったと答えたものは181件であった。分析は、意味内容から類似したものをグループ化し、ラベルをつけ分類し、「大分類」とした。データ数が多いカテゴリーはさらに分類して「中分類」となるラベルをつけた。分析の過程で明らかに問い合わせる内容の回答は削除した。

b. 結果（表IV-1）

【家族の話を聞いてほしい】【家族の気持を分かってほしい】【家族によりそってほしい】【家族のサポート】のように、認知症の人本人だけでなく、医療・介護従事者による家族に向けたケアを求める声が目立った。家族は医療・介護従事者に対して家族へのケアを求める一方で、【家族との連携】のように専門職とともに認知症の人のケアを続けていきたい思いを持っていた。【認知症のことを勉強してほしい】【医療・介護従事者の言葉に傷つくことがある】【ケアの質向上】のように、不満を抱く意見もあったが、【感謝と労いの言葉】や【充分なケアを受けられている】という意見もあった。

認知症の人と家族へのケアについては、【個別性に合わせたケア】として家族、認知症の人のそれぞれの事情や気持を理解した上でケアをしてほしいと思っていた。

専門職への要望ではないが、家族の思いとして【在宅介護を継続するには経済力が必要】【在宅介護を継続するには親族の協力が必要】【在宅介護を継続するには介護者の息抜きが必要】【在宅介護の継続には友人・知人の助けが必要】【認知症の人の日常生活が自立していれば在宅介護はできる】のように、在宅介護を続けるための条件への意見があった。しかし、【在宅介護は難しい】【介護者の気力と体力で在宅介護を継続している】と、在宅介護を続けることは家族には大きな負担となっていることが伺えた。

c. 考察

家族は、認知症の人の在宅介護を継続していくにあたり、専門職による家族へのサポートを望んでおり、家族の話を良く聞いて寄り添い、思いを理解して信頼関係を築いた上で、家族と連携してほしいと思っていると考えられた。家族や認知症の人は専門職に対して、個々の事情を理解して情報提供したり、提案したりしてほしいと思っていると考えられた。専門職は家族の思いに応えるために、先入観や経験から決めつけることをせず、認知症ケアについて学ぶ姿勢を持ち続けて、個別性の高いケアを目指すことで家族と認知症の人が満足できるケアの実践につながると考える。

16) 仲間へのメッセージ 認知症の人と家族へ

(1) Q13 認知症の人とともに暮らす家族へのメッセージ

苅山和生

a. 分析対象と分析方法

512件に記述回答があった。自由記載のため、調査研究員はじめ複数名で9つのカテゴリーとそのどれにもあてはまらないもの(その他)に分類し集約した。結果からは、他の項目にならい①現在、介護中、②5年以内に看取った、③5年以上前に看取った人の別にその傾向も比較した。

b. 結果

未回答を除く512件の内、メッセージの主旨が1項目だったものが回答の412件(80%)、長文から箇条書きの記載まで様々なメッセージがあり、文章から整理して2種類のメッセージがあったものは71件(14%)、3種類以上は30件(6%)だった。複数のメッセージをのべ件数で集計すると655のメッセージが寄せられた。

その内容は多岐にわたり、似た表現をまとめカテゴリーのラベルを作成した。最も多かったものは、【相談する】(実135件/のべ136件)であった。以下、【頑張り過ぎない】【人・公的サービスの利用】【自分を大切にする】と続いた。各カテゴリーの件数と、そのカテゴリーを象徴する表現を表にまとめた。

【介護者の今の気持ち】については、のべ33件の中で、前向き(ポジティブ)な言葉と読み取れるものが16件、後ろ向き(ネガティブ)な言葉が2件、どちらとも言えない感想のような言葉が15件だった。

さらに、Q1の介護の経験(①現在も介護中、②5年以内に看取った、③5年以上前に看取った人)別に比較したが、実数の違いにもかかわらず、全体における割合は3つともほぼ同じであった(図II-29)。

a. 考察

中等度・重度の人を介護中、あるいは看取りを終えた介護者は、同じように介護をする人に対して、大まかには2種類のメッセージが読み取れる。1つには、【ストレスを溜めず】【共に楽しみ】【自分を大切にしてほしい】という介護を継続する時の、気持ちの在り様であった。そしてもう1つにはその気持ちを保つために、このようにしてみてはどうかという具体的提案であり。【頑張り過ぎず】【相談をし】【人・公的サービスの利用】をすることを願うメッセージである。全くの自由記載にもかかわらず、ネガティブなものはごくわずかで、認知症が進行しても介護を継続し、自身の生活を維持する上で重要なことは何かを、経験に基づいて忌憚なく届けられた言葉である。

一方で、【頑張り過ぎない】というメッセージの約3分の1の件数ではあるが、【頑張ること】を強調されたメッセージもあった。介護は、簡単に荷を下ろせるものではなく、自身を奮い立たせ、頑張るしかない時期もあることを覚悟しておいてほしいという願いを込めたメッセージが伺える。

約32%の人からは、この欄への記載が得られなかった。自身の体験と他者の介護は同一ではなく個別の事象であるため、記載しづらい質問だったのかもしれない。この事実をどう受け止めるかは検討の余地があるが、これらの人たちがさらに記載しやすくなるような工夫をすること、あるいは回答しやすい選択肢を示すことが、より精度の高い介護家族の思いを抽出することにつながる。

表 II-51 Q13 認知症の人とともに暮らしている家族へのメッセージ (n=512)

カテゴリー	実件数	のべ件数	象徴される表現
相談する	135	136	遠慮せずに必要な機関に相談し、一步でも前に進むようにしてほしい。皆さんにたずねる、聞くことで少し荷があり、自分も落ち着きました。認知症介護経験のある人につらい思いを話し、わかってもらえる人をつくること。
頑張り過ぎない	66	116	無理のない範囲で。全力投球しないこと。体力的にも精神的にも無理はしないこと。すべてを自分がしなくてはと思わないこと。頑張らないで、自分の身体を大切にして。お互い無理せず。無理ない介護。
人・公的サービスの利用	70	78	地域や行政の活動を知り上手に利用していく。制度を知り、制度を活用していきましょう。福祉の力を頼った方がお互い良い結果になると思います。周囲の介護のプロに自分たちの状況を開示して、助けてもらいましょう。
自分を大切にする	42	72	自分を大切にとのえてください。誰も親は子に心配や負担をかけたいとは思っていないので、自分の幸せも優先してください。周りからの評価に惑わされず自分も大切にしてもらいたい。自分を褒めてあげて欲しいと切に思います。
ストレスを溜めない	48	66	無理をしないようにして、休息と気分転換をとる。介護する人のストレスを発散する場、介護から一時でも離れる時間を作り、心身のリフレッシュをすること。私のように無理をせず、早くから自分の事を考えストレスを溜めないように。
その他	51	58	マニュアルだけに囚われない。関わっている全員で把握するチームプレー。頑張るなと言われても自分一人で見ている訳ですので誰も助けてくれません。毎日が新しい出会い、発見でボケている暇がないというのが現状です。
共に楽しむ	36	42	いつでも笑顔忘れないで関わっていきましょう。一緒にいられる幸せをかみしめてやっていきましょう。常識に当てはまらない突飛な行動を笑って楽しんで欲しい。もっとできる限り一緒に楽しめるなどやってみれば良かったと思いました。
介護者の今の気持ち	28	33	笑える努力は難しいけど、今日一日乗り切りましょう。出来れば最期まで一緒に暮らしたい。ただただ同情します。歳を重ねると同じと思い行動を共にし、いつか同じ道を歩くと思うと楽になる。
頑張ること	25	32	大変だけれど最善を尽くしてほしいです。我慢強く介護に取り組んで欲しい、弱音を吐かない。みんなが頑張って介護していると思うと自分も頑張らなくてはと思います。頑張る以外にない(今の日本の政治では)。
家族での話し合い	11	22	兄弟は出来るだけ状況を共有して仲良くする事が良いと思います。認知症の家族が心の内を隠さないこと。家族が本人を認め尊重して生活すると、穏やかに進行を遅らせることが出来ると思っています(介護者と本人は合わせ鏡だと)。
合計	512	655	

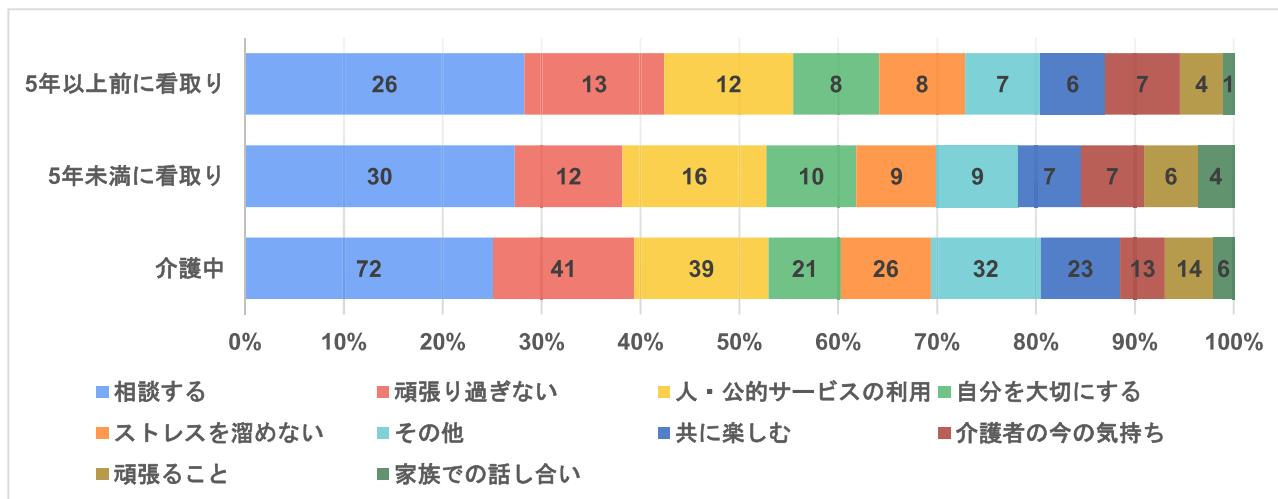


図 II-28 看取りの時期と介護中別の家族へのメッセージ (n=489)

(2) Q14 認知症の人へのメッセージ

渋谷美和

a. 分析対象と分析方法

全体で431件の記述回答があった。そのうち「Q1. あなたは、中等度・重度・終末期の認知症の人に対し、どのような経験がおありますか？」の質問で「1. 現在、家族が中等度・重度または終末期の状態にある認知症の人である」と答えた人の回答記述242件のうち、ランダムに抽出した回答50件を分析した。分析では自由回答の記述の意味内容を損なわないように簡潔な表現に書き改めた要旨を作成した。要旨は類似性や相違性を比較検討しながら分類し、カテゴリーを作成した。

表 II-52 Q14 家族介護者から認知症の人へのメッセージの主要カテゴリー

カテゴリー	回答の抜粋
心身の安寧を願う	●おいしい、うれしい、楽しい思いを体験して欲しい
	●希望をもって、好きな事、やりたい事をして下さい
	●認知症だからと自信を失ったり、卑屈になるのはやめましょう。どうぞ自信を持ってください
他者をあてにして	●施設や家族に身をゆだねて過ごしていただければと思います
	●家族に迷惑をかけたくないと一人で抱え込み、結果的に家族に手伝ってもらわないと生活できないのなら、素直に『助けて』と頼っていいと思う。あなたの価値感は子どもたちの価値感とはイコールではない。Help me! Thank you!を大切に
	●家族になるか施設の人になるかはわかりませんが、必ず助けてくれる人はいるので、一人で悩まず、誰かを頼りましょう
側にいる	●起きる、寝る、食べる、出すなどなど生きるのに基本的なこと自体がだんだん重労働になってくるけれど、できるだけ不安が少ないよう穏やかな日々が送れるよう寄り添っていきます
	●明日も今日も元気に一緒にすごしましょう
	●一番本人がつらいし不安なのですが、介護して下さる人を信じ、共に生活して行こう
思いを教えて	●自分の気持ち、考えていること、困っていること、協力してほしいこと等、どんどん機会をとらえて発言してほしい 認知症に対してどう向きあえばいいのか分かる良い介護につながる
	●自分の気持ちを正直にまわりに伝えてください
	●まだ色々とわかるうちに、こうなったら、こうしてくれなどを話しておくと良いかも

b. 結果

最も多かったカテゴリーが【心身の安寧を願う】(19件)であり、その後に【他者をあてにして】(11件)と【側にいる】(10件)と【思いを教えて】(9件)が続いた。【心身の安寧を願う】とは、認知症の人の健やかな心身を願い、豊かな生(生命・生活・人生)を送ってほしいという願いが込められたメッセージを指す。【他者をあてにして】は、認知症の人を理解したり支援したりする人やサービスがあるので、ヒトやモノに頼ってほしいという主旨のメッセージを指す。【側にいる】は、認知症の人の側にいて見守っていること、一緒に生きていくという主旨のメッセージを指す。【思いを教えて】は、認知症の人に思っていることや意志を

共有してほしいことを願うメッセージを指す。この4つのカテゴリー以外でも、認知症の人に住みよい社会創りを願うメッセージなどが散見された。

c. 考察

【他者をあてにして】【側にいる】【思いを教えて】のこれら3つのカテゴリーの根本には、認知症の人の【心身の安寧を願う】介護者の気持ちであろう。認知症の人の幸せを願って、【側にいる】から安心してほしい、何を考え望んでいるのか【思いを教えて】ほしい、より良い生活を送るためにも【他者をあてにして】ほしいという思いが多くの家族介護者に共通していることが伺える。

また【思いを教えて】のカテゴリーからは、介護家族が認知症の人の QOL(Quality of Life : 生命・生活の質)向上のために、本人の思いに応えるようなケアを重視する姿勢が浮かびあがってきた。認知症の人は何を思いながら生活を送り、その思いをどのような状況でどのように家族に伝えているか、または伝えるのを控えているだろうか。さらに介護家族は認知症の人の思いをどのような文脈でどのように解釈しながら、それをケアの実践に反映させているのだろうか。この点についてより多くの調査研究と知見の共有が、より豊かな在宅介護の創造に貢献すると考えられる。

中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査

III. 中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査結果

1. 調査目的

認知症の進行に伴う家族が適切に身体的・精神的負担を軽減でき、安心して認知症の人と在宅等で暮らし続けられるための対応・対処の工夫を調査し、「家族目線」での「対応マニュアル」を作成する。そのために、認知症の人と家族を支援する介護支援専門員等専門職が捉える在宅継続のために必要な対応などについて調査を実施する。

2. 調査の意義

認知症の人が中等度になってからも在宅継続を続けるために必要な対応例、様々な症状への対処など認知症の進行に伴う不安や具体的な悩み(症状および医療福祉とのかかわりや経済・社会的対応など)に対し、実際の介護経験者や対応している専門職の経験にもとづく具体的な指針を示すことで、家族の不安軽減、対応力を向上に寄与する。

3. 調査方法

1) 調査対象

全国の中等度・重度認知症の人のケアプランを立案したことのある介護支援専門員、家族支援の経験のある地域包括支援センター職員など

2) 調査場所

日本全国

3) 調査手順

2022年11月に全国の介護支援専門員の属する職能団体および学会等の専門職ネットワーク、全市町村(地域包括支援センター)を通じ、協力者を募った。調査依頼とチラシを介護支援専門員の属する職能団体および学会等のネットワークおよび市町村等を通じ配布し、調査依頼のQRコードによりHPやSNSなどでも周知し、任意無記名のオンライン調査とした。

居宅介護支援事業所は全国で約10,000か所、地域包括支援センターは約5,000か所、認知症疾患医療センター2,800か所に配布し、そのうち中重度認知症の人のマネジメントを行っており、回答に協力の得られるものとして、2,000件程度の回収を見込んだ。

4) 調査実施期間

2022年11月から2023年1月

5) 調査内容

卷末にある調査票「中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査」とおり。中等度、重度、終末期の認知症の人に対する経験、回答者の属性(性別、年齢、居住地、ケアマネジメント資格の有無、関与している事業所等)、中等度・重度認知症の人の在宅生活継続のために必要だと思うこと、中

等度・重度認知症の人の在宅生活継続困難の要因、在宅継続困難のターニングポイント、具体的支援経験、中等度・重度認知症の人と家族への支援状況（経験の有無、情報源、情報提供内容、経済的負担軽減制度の認知利用状況、終末期に向けた意思決定支援（支援経験、タイミング、対話内容）、在宅継続困難であると思われたが、継続できた事例とその強み、支援でめざしていること、かかわりで感じた思い、認知症の人と家族へのメッセージ的回答を得た。回答は選択肢の有無、リッカート尺度、自由記述などにより回答を求めた。

6) 分析方法

量的に分析できるものについては、記述統計を行った。自由記述に関しては、質的記述的に分析を行った。なお、各項目の具体的分析方法については、結果ごとに記述した。

7) 倫理的配慮

法人倫理審査を経て代表理事承認後（承認番号 14-2）に調査を実施した。

回答の自由意思の担保：自記返送により自由意思の回答を回収する。

匿名性の担保：回答は個人が特定されないよう匿名性を担保して分析、報告を行う。なお、個人の自由意思による調査協力であり、協力の匿名任意性を担保するため個人名の収集は行わないものとする。

利益相反：この調査は令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）の補助を得て行う。

8) 用語の定義

中等度・重度・終末期の目安を以下の様に示した。

※ 中等度の認知症とは、

- 認知症の診断を受け、要介護2～3程度の認定を受けた状態
- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲレベル（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ介護を必要とする）以上
- CDR（臨床的認知症尺度：Clinical Dementia Rating）2のレベル（中等度認知症）
 - 記憶：重度記憶障害、高度に学修した記憶は保持、新しいものはすぐに忘れる
 - 見当識：常時、時間の失見当、時に場所の失見当
 - 判断力、問題解決：重度の問題解決能力の障害、社会的判断力の障害
 - 社会適応：一般社会では自立した機能を果たせない
 - 家庭状況、興味・関心：単純な家事のみ限定された関心
 - 介護状況：着衣、衛生管理などの身の回りのことに介助が必要

※ 重度の認知症とは、アルツハイマー型認知症の基準 FAST（Functional Assessment Staging）7 レベル

- 言語機能の低下（多くても 6 つくらいの単語しか話さない）
- 理解できる言葉は「はい」など、一つくらいの単語程度
- 歩行ができない、坐っても体を支えられない
- 笑顔がつくれない
- 頭を支えられない、意識がもうろうとしている など

※ 終末期の状態とは、肺炎などの炎症や体調不良を繰り返し、人生の最終段階にある状態。看取り期。

4. 結果

1) 回答者の属性

原 等子

全国から 2,171 件の回答を得た。男女比はおおよそ 1:2 で、回答者の平均年齢は 47.7 歳(20~87 歳)であった。

a. Q1-① 回答者の居住地域

表 III-1 回答者の居住地域(件) N=2171

北海道	111	滋賀県	28
青森県	25	京都府	59
岩手県	26	大阪府	102
宮城県	95	兵庫県	155
秋田県	30	奈良県	17
山形県	13	和歌山県	18
福島県	60	鳥取県	9
茨城県	49	島根県	14
栃木県	25	岡山県	37
群馬県	37	広島県	73
埼玉県	89	山口県	28
千葉県	119	徳島県	43
東京都	129	香川県	8
神奈川県	124	愛媛県	22
新潟県	35	高知県	13
富山県	26	福岡県	61
石川県	20	佐賀県	14
福井県	16	長崎県	30
山梨県	13	熊本県	42
長野県	43	大分県	7
岐阜県	38	宮崎県	20
静岡県	65	鹿児島県	21
愛知県	59	沖縄県	31
三重県	49	無回答	23

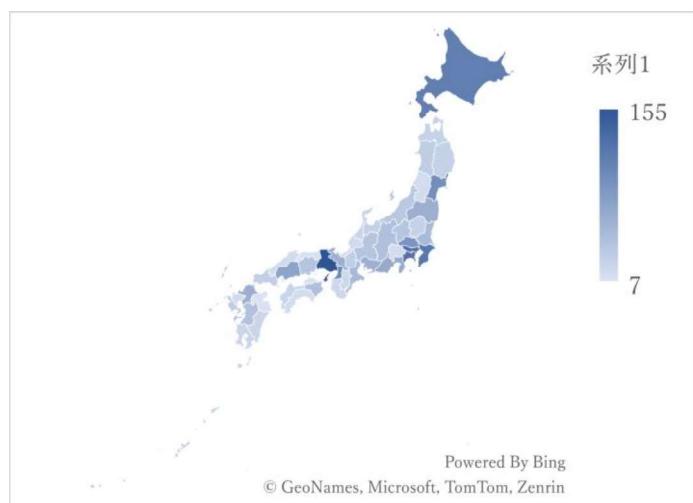


図 III-1 回答者の居住地域

b. Q1-②③ 回答者の年齢・性別

回答者のうち女性は 1,447 件 66.7% であった。年齢は全体で 47.7 ± 10.3 歳(25~87 歳)であった。

表 III-2 回答者の年齢、性別

	N	Min	Max	平均	±SD
1. 男性	690	25	87	45.9	±9.4
2. 女性	1447	20	85	48.5	±10.6
3. その他	8	31	63	52.4	±11.4
無回答	26	52	65	57.3	±5.6
総計	2171	20	87	47.7	±10.3

c. 回答者の介護支援専門員資格の保有状況と中等度・重度認知症の人の担当経験の有無

Q1-⑤介護支援専門員(ケアマネジャーCare Manager:CM)の資格の有無、Q1-⑤-1 主任介護支援専門員(主任 CM)の有無、Q3 中等度・重度認知症の人の担当経験について聞いた。

ケアマネジャー(CM)の資格保有者は 2,171 件中 1,274 件 58.7%、そのうち主任ケアマネジャー(主任 CM)保有者は 609 件 47.8% であった。

また、中等度・重度認知症の人の担当経験の有無については、全体で経験ありが 1,608 件 74.1%、主任 CM は 86.0%、CM 全体では 76.8%、CM 以外では 70.6% であった。

表 III-3 回答者のケアマネ・主任ケアマネ資格の有無と中等度・重度認知症の人の担当経験の有無

中等度・重度担当経験	主任ケアマネの有無			CM 資格あり 小計	CM 以外	無回答	総計
	主任 CM	CM	無回答				
1. 担当したことがある	524	449	6	979	611	18	1608
2. 担当したことがない	80	200		280	245	5	530
無回答	5	8	2	15	10	8	33
総計	609	657	8	1274	866	31	2171

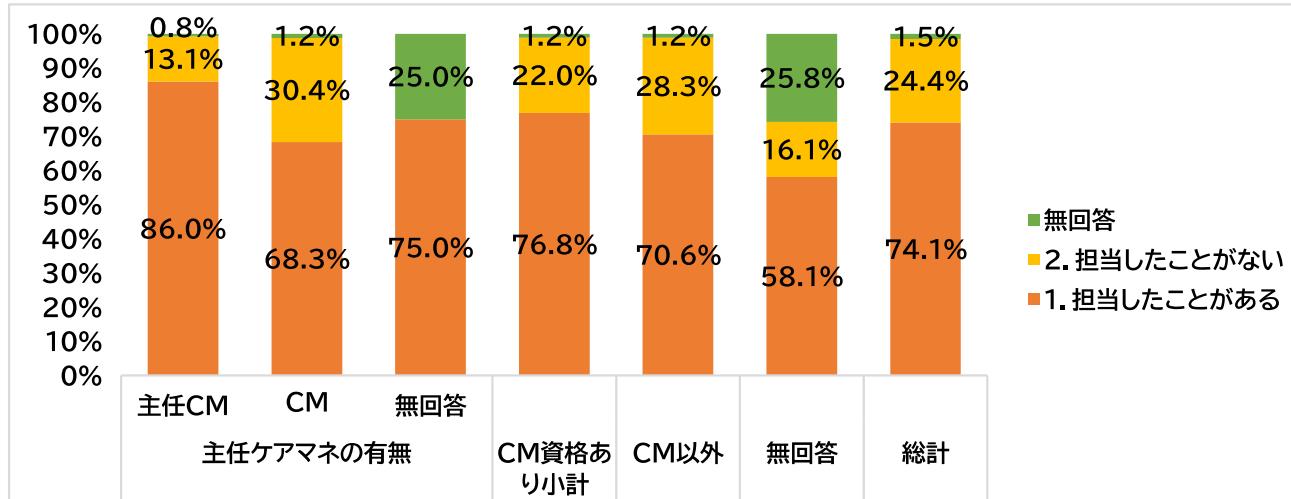


図 III-2 ケアマネ・主任ケアマネ資格の有無と中等度・重度認知症の人の担当経験の有無 (N=2171)

d. Q1-④-1 認知症の人と家族への関与の場、立場

回答者の認知症の人との関与の場所は、全体では地域包括支援センターが1,100件 50.7%と最も多く、次いで居宅介護支援事業所 352 件 16.2%、通所介護支援事業所 225 件 10.4%、病院・診療所・クリニック 205 件 9.4%、認知症疾患医療センター 133 件 6.1%であった。

中等度・重度認知症の人の担当経験の有無では、居宅介護支援事業所では 97.4%、通所介護支援事業所では 89.3%、病院・診療所・クリニックでは 89.8%、認知症疾患医療センターでは 88.7% であった。CM の所在としては、居宅介護支援事業所が 99.1%、地域包括支援センターが 65.1% であった。

表 III-4 Q1-④-1 認知症の人と家族との関与の場所(複数回答)

	中等度・重度認知症 の担当経験			介護支援専門員 (CM)資格			総計
	ある	ない	無回答	ある	ない	無回答	
N	1608	530	33	1274	866	31	2171
2 地域包括支援センター	649	442	9	717	379	4	1100
1 居宅介護支援事業所	343	7	2	349	3		352
6 通所介護事業所	201	18	6	92	130	3	225
5 病院・診療所・クリニック	184	19	2	38	164	3	205
3 認知症疾患医療センター	118	13	2	18	111	4	133
認知症対応型共同生活介護	54	4	3	33	27	1	61
10 介護付き有料老人ホーム	49	5		26	28		54
介護施設	30	2		16	16		32
4 訪問看護ステーション	20	1		7	14		21
8 サービス付き高齢者住宅(特定施設)	19	2		12	9		21
7 訪問介護事業所	15	1		9	6	1	16
小規模多機能型居宅介護(看護も含む)	15	1		10	6		16
行政	4	5		4	5		9

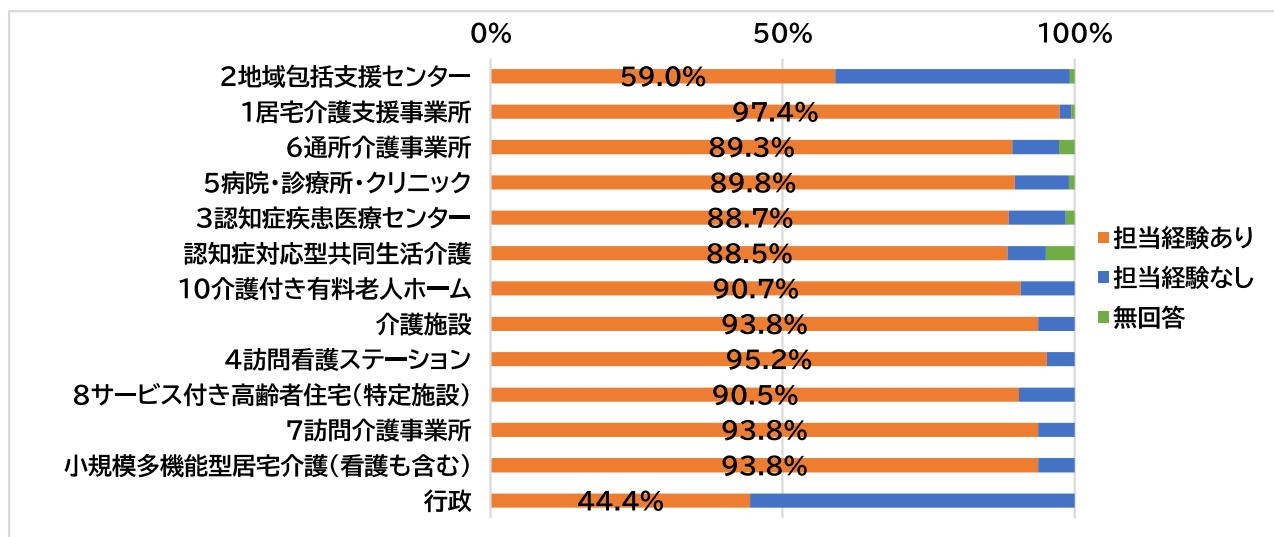


図 III-3 関与している場所別中等度・重度認知症の人の担当経験の有無(複数回答) (N=2171)

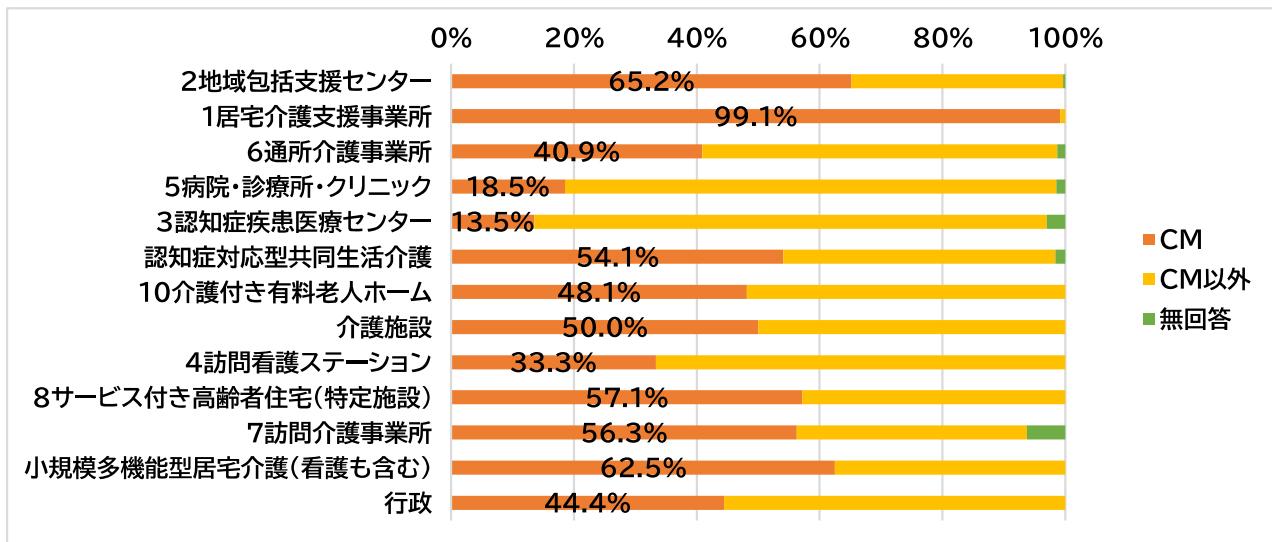


図 III-4 関与している場所別 CM 資格保有者割合(複数回答) (N=2171)

e. 介護支援専門員（CM）の先月の担当人数と認知症の人の担当状況

CMとしての「Q1-⑥-1 先月の担当人数」「Q1-⑥-2 認知症の診断を受けた担当人数」「Q1-⑥-3 そのうちの中等度・重度・終末期の人数」の状況について示す。

回答者の先月の担当利用者数は平均 25.7 ± 25.2 人であった。最大数は一人当たりの担当数ではなく、施設全体の数を記載している可能性もあり、外れ値があると思われる。

担当利用者のうち、認知症の診断を受けた利用者数は 8.3 ± 10.8 人、さらに認知症の診断を受けた利用者数のうち中等度・重度認知症の利用者数は 4.4 ± 6.5 人であった。回答中の無回答を調整し、比率の検討ができるデータでの CM 担当利用者のうちの認知症の利用者割合は 30.3%、さらにそのうちの中等度・重度認知症の利用者割合は 31.7% であった。

表 III-5 介護支援員としての先月の担当利用者の状況 (人)

	先月の担当利用者 Q1-⑥-1	内認知症診断者 Q1-⑥-2	内中等度・重度認知症者 Q1-⑥-3
担当延べ数	25133	8047	3441
平均担当数	25.7	8.3	4.4
標準偏差	25.2	10.8	6.5
最大担当数	551	155	80
最少担当数	1	0	0

表 III-6 介護支援専門員として関与している場所別の先月の担当利用者の状況

Q1-④-1 関与の場	担当延べ 数*1	内認知症診断者		内中等度・重度 認知症者		介護支援専門員 担当利用者数		
		延べ数*1	平均割合*2	延べ数*1	平均割合*2	最大	最小	平均
地域包括支援センター	13,065	1,809	14.1%	258	12.5%	551	1	22.8
居宅介護支援事業所	10,683	4,916	46.1%	2,288	45.6%	100	1	31.5
通所介護事業所	534	520	65.5%	215	52.5%	110	1	21.4
病院・診療所・クリニック	216	102	45.6%	65	50.2%	56	8	24
認知症疾患医療センター	30	25	0.0%	10	40.0%	30	30	30.0
認知症対応型共同生活介護	354	354	100.0%	238	69.6%	27	2	13.1
介護付き有料老人ホーム	641	392	58.5%	208	57.3%	100	15	40.1
介護施設・ショートステイ	96	73	83.1%	141	83.3%	30	3	16.0
訪問看護ステーション	34	6	33.3%	3	50.0%	25	9	17.0
サービス付き高齢者住宅(特定施設)	402	246	60.7%	91	45.0%	100	18	40.2
訪問介護事業所	93	37	45.7%	21	48.3%	35	5	23.2
小規模多機能型居宅介護(看護も含む)	183	136	78.0%	73	52.5%	39	16	22.9
行政	37	11	28.9%	0	0.0%	15	10	12.3

*1 全回答の合計数

*2 担当利用者数(人)の回答状況が対応しているケースの平均値

2) 中等度・重度の認知症の人の在宅継続について

原 等子

(1) Q2 中等度・重度の認知症の人が在宅での生活を継続するため必要なこと

中等度・重度認知症の人が在宅での生活を継続するために必要なこととして専門職等支援者が考えている要因は、第1に「認知症の人と家族をとりまく環境」92.7%、次いで「周囲の協力」90.4%、「医療・介護の連携」87.4%、「サービスの利用」86.4%、「介護支援専門員や専門職の適切な支援」83.8%、「家族自身の要因」82.9%であった。「認知症の人自身の要因」は66.6%であった。この傾向は、中等度・重度認知症の人の担当経験の有無、CM、主任 CM の有無での傾向の差はみられなかった。

これらの項目の具体的な内容として、「認知症の人自身の要因」では、「認知症の人の意思・希望」が62.6%、「認知症の人の経済力」38.0%であった。

「家族自身の要因」では、「家族の認知症に関する知識・理解」78.9%、「家族の健康状態」67.6%、「家族の意思・希望」64.9%、「家族の柔軟な対応力」60.6%、「家族の体力・気力」55.7%、「家族の経済力」54.1%、「家族の介護経験」28.9%であった。

「認知症の人と家族をとりまく環境」では、「認知症の人が居住している場所や地域」85.2%、「家族の職場の理解」58.5%であった。

「周囲の協力」では、「理解し助けてくれる親族がいる」77.7%、「話を聞いてくれる人がいる」74.6%、「助けてくれる知人がいる」68.5%であった。

「サービスの利用」では、「通所施設(デイサービスやデイケア)が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できる」83.0%、「ショートステイを適度に利用し、家族の休息が取れる」80.9%、「訪問介護の利用」53.9%、「24時間随時対応の介護・看護サービスの利用」45.6%、「訪問看護の利用」45.0%、「訪問診療の利用」44.6%であった。

公的サービスは最重要ではなく、まずは認知症の人と家族がいる「地域」が認知症の人と家族を受け入れていくこと、その周りの協力や理解、医療介護の連携や公的サービスの上に、CM や専門職の適切な支援が必要であることがわかった。

表 III-7 Q2 中等度・重度の認知症の人が在宅での生活を継続するため必要なこと (%)

	中等度・重度認知症の人の担当経験		CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
	ある	ない	CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	530	1274	866	609	657	2171
① 認知症の人自身の要因	67.7	65.8	67.0	66.5	66.3	67.6	66.6
② 家族自身の要因	84.6	80.6	83.9	82.4	85.1	83.1	82.9
③ 認知症の人と家族をとりまく環境	92.9	94.9	93.5	92.4	93.1	94.1	92.7
④ 周囲の協力	91.4	90.2	91.8	88.9	90.8	93.0	90.4
⑤ 介護支援専門員や専門職の適切な支援	85.4	82.3	83.6	84.6	83.3	84.0	83.8
⑥ サービスの利用	87.4	86.8	85.9	87.6	84.2	87.7	86.4
⑦ 医療・介護の連携	87.9	89.4	88.5	86.6	88.5	88.7	87.4

以下 表III-7 の附表

表 III-8 Q2-①「認知症の人自身の要因」（%）

	中等度・重度認知症の人の担当経験		CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
	ある	ない	CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	530	1274	866	609	657	2171
a 認知症の人の意思・希望	63.4	62.8	61.6	64.3	59.8	63.3	62.6
b 認知症の人の経済力	38.9	37.0	39.9	35.6	41.1	38.7	38.0

表 III-9 Q2-②「家族自身の要因」（%）

	中等度・重度認知症の人の担当経験		CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
	ある	ない	CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	530	1274	866	609	657	2171
a 家族の意思・希望	66.2	63.4	64.1	66.9	64.9	63.3	64.9
b 家族の健康状態	69.5	64.3	68.5	67.1	68.0	69.1	67.6
c 家族の認知症に関する知識・理解	80.7	76.2	80.5	77.1	79.8	81.4	78.9
d 家族の介護経験	29.5	28.1	28.7	29.8	29.6	27.9	28.9
e 家族の体力・気力	58.1	50.8	55.7	56.6	54.7	56.8	55.7
f 家族の柔軟な対応力	62.6	56.8	61.1	60.4	61.1	61.3	60.6
g 家族の経済力	55.2	52.6	54.8	53.9	56.8	52.8	54.1

表 III-10 Q2-③「認知症の人と家族をとりまく環境」（%）

	中等度・重度認知症の人の担当経験		CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
	ある	ない	CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	530	1274	866	609	657	2171
a 家族の職場の理解	59.3	58.3	57.7	59.8	54.8	60.3	58.5
b 認知症の人が居住している場所や地域	85.5	87.0	88.1	81.9	89.3	87.1	85.2

表 III-11 Q2-④「周囲の協力」（%）

	中等度・重度認知症の人の担当経験		CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
	ある	ない	CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	530	1274	866	609	657	2171
a 理解し助けてくれる親族がいる	78.2	78.5	78.8	76.6	78.3	79.3	77.7
b 助けてくれる知人がいる	68.6	71.1	71.7	64.8	70.6	72.6	68.5
c 話を聞いてくれる人がいる	75.4	75.1	76.3	72.4	75.2	77.3	74.6

表 III-12 Q2-⑥「サービスの利用」（%）

	中等度・重度認知症の人の担当経験		CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
	ある	ない	CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	530	1274	866	609	657	2171
a 通所施設(デイサービスやデイケア)が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できる	84.6	81.3	82.9	83.9	82.1	83.7	83.0
b ショートステイを適度に利用し、家族の休息が取れる	81.9	80.8	79.7	83.1	79.6	79.8	80.9
c 訪問看護の利用	46.7	41.5	41.4	49.9	39.4	42.9	45.0
d 訪問介護の利用	56.3	49.1	50.5	59.0	49.4	51.3	53.9
e 24 時間随時対応の介護・看護サービスの利用	47.6	41.9	43.6	48.8	41.9	44.9	45.6
f 訪問診療の利用	47.4	38.1	43.6	46.1	40.6	46.0	44.6

(2) Q3-1 中等度・重度認知症の人の在宅生活の継続を困難にする要因

Q3-1 支援経験から、中等度・重度認知症の人の在宅生活の継続を困難にする要因として専門職等支援者が考えている要因は、第1に「家庭環境・家族の要因」71.1%、「認知症の人の要因」51.4%、「専門職やサービス事業所の要因」40.5%、「介護保険等制度的な要因」30.6%であった。中等度・重度認知症の人の担当経験がある人では、これらの要因の割合は「家庭環境・家族の要因」95.0%、「認知症の人の要因」68.7%と、より先鋭化していた。

これらの項目の具体的な内容として、「専門職やサービス事業所の要因」では、「通所介護などグループ活動では対応困難な状態がある」31.5%、「在宅生活を支援するスタッフのスキルが不足している」26.9%、「職員の研修受講状況の不足」10.9%、「在宅生活を支えるために必要な職種が揃わない」8.6%であった。担当経験のある人では、「通所介護などグループ活動では対応困難な状態がある」42.2%、「在宅生活を支援するスタッフのスキルが不足している」36.1%と全体で10ポイント以上の差があった。

「認知症の人の要因」では、「対応困難な行動心理症状(BPSD:落ちつきのなさ、易怒性、独り歩き、排泄行動障害、その他)がある」45.1%、「独り歩き(いわゆる徘徊)や異食、火の不始末など本人の安全が守られない」40.8%、「日常生活動作(ADL:Activities of Daily Living :食事、排泄、移動、保清、その他)に援助が必要であるが、動作の指示に従えず、拒否的言動がある」36.7%、「意思疎通の著しい困難があること」31.0%、「身体疾患(認知症以外の併存疾患)の管理が困難」29.9%であった。担当経験のある人では、「対応困難な行動心理症状(BPSD:落ちつきのなさ、易怒性、独り歩き、排泄行動障害、その他)がある」60.2%、「独り歩き(いわゆる徘徊)や異食、火の不始末など本人の安全が守られない」54.5%と全ての項目で10ポイント以上の差があった。

「家庭環境・家族の要因」では、「家族が疲弊している」58.5%、「認知症の人が独居である、身寄りがない」55.8%、「家族の認知症症状に対する理解が不十分で不適切な対応をしている」51.7%、「家族や親戚が高齢や病気・障害などがあり、かかわることが困難である」50.2%、「d 同居する家族等はいても介護を継続していくためのマンパワーが不足している」50.2%、「家族と認知症の人との人間関係がこじれている」44.0%、「家族の仕事など、家族の生活に支障が生じた」39.6%、「認知症の人と家族の経済

的な問題があり在宅での生活が難しい」35.4%、「親族間の意見の相違や親族関係のこじれがある」32.0%であった。担当経験のある人では、いずれの項目もポイントが高く、「家族が疲弊している」78.1%、「認知症の人が独居である、身寄りがない」74.8%、「家族の認知症症状に対する理解が不十分で不適切な対応をしている」69.3%、「家族や親戚が高齢や病気・障害などがあり、かかわることが困難である」67.3%、「同居する家族等はいても介護を継続していくためのマンパワーが不足している」67.1%、「家族と認知症の人との人間関係がこじれている」59.1%、「家族の仕事など、家族の生活に支障が生じた」53.2%であった。

「介護保険等制度的な要因」では、「介護保険の制度的な制約」27.4%、「介護保険以外の制度的な制約」7.7%であった。

認知症の人の在宅での生活を阻む要因としては、家庭環境・家族の要因が主であり、家族が疲弊していること、独居であることの要因が多かった。家族の認知症の理解の乏しさについては教育の方法も検討できるが、家族が疲弊しすぎない対応が求められると考える。

表 III-13 Q3-1 中等度・重度認知症の人の在宅生活の継続を困難にする要因(複数回答) (%)

	中等度・重度認知症の人の担当経験 ある	CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
		CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	1274	866	609	657	2171
① 専門職やサービス事業所の要因	54.2	43.9	35.5	48.9	39.4	40.5
② 認知症の人の要因	68.7	52.9	49.2	59.3	46.9	51.4
③ 家庭環境・家族の要因	95.0	73.8	67.8	82.3	65.9	71.1
④ 介護保険等制度的な要因	41.0	34.6	25.1	40.9	29.1	30.6

以下 表III-13 の附表

表 III-14 Q3-1 ① 専門職やサービス事業所の要因 (%)

	中等度・重度認知症の人の担当経験 ある	CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
		CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	1274	866	609	657	2171
a 在宅生活を支援するスタッフのスキルが不足している	36.1	28.9	23.6	31.4	26.6	26.9
b 通所介護などグループ活動では対応困難な状態がある	42.2	34.1	27.6	38.1	30.3	31.5
c 職員の研修受講状況の不足	14.7	12.4	8.5	15.3	9.7	10.9
d 在宅生活を支えるために必要な職種が揃わない	11.5	9.9	6.9	10.8	9.0	8.6

表 III-15 Q3-1 ② 認知症の人の要因 (%)

	中等度・重度認知症の人の担当経験 ある	CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
		CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	1274	866	609	657	2171
a 日常生活動作(ADL:食事、排泄、移動、保清、その他)に援助が必要であるが、動作の指示に従えず、拒否的言動がある	49.3	37.8	35.0	40.6	35.2	36.7
b 対応困難な行動心理症状(BPSD:落ちつきのなさ、易怒性、独り歩き、排泄行動障害、その他)がある	60.2	47.0	42.3	54.2	40.3	45.1
c 意思疎通の著しい困難があること	41.6	33.0	28.2	36.6	29.7	31.0
d 独り歩き(いわゆる徘徊)や異食、火の不始末など本人の安全が守られない	54.5	42.0	39.1	46.5	37.6	40.8
e 身体疾患(認知症以外の併存疾患)の管理が困難	40.2	30.2	29.0	33.0	27.4	29.9

表 III-16 Q3-1 ③ 家庭環境・家族の要因 (%)

	中等度・重度認知症の人の担当経験 ある	CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
		CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	1274	866	609	657	2171
a 認知症の人が独居である、身寄りがない	74.8	58.2	52.8	65.5	51.6	55.8
b 家族が疲弊している	78.1	60.9	55.5	66.3	55.7	58.5
c 家族や親戚が高齢や病気・障害などがあり、かかわることが困難である	67.3	51.6	48.2	58.3	45.2	50.2
d 同居する家族等はいても介護を継続していくためのマンパワーが不足している	67.1	51.5	48.4	57.5	46.0	50.2
e 家族の認知症症状に対する理解が不十分で不適切な対応をしている	69.3	55.1	47.1	61.9	48.7	51.7
f 家族と認知症の人との人間関係がこじれています	59.1	45.4	42.5	50.4	40.6	44.0
g 親族間の意見の相違や親族関係のこじれがある	42.9	33.8	29.4	37.4	30.4	32.0
h 家族の仕事など、家族の生活に支障が生じた	53.2	40.6	38.3	46.0	35.5	39.6
i 認知症の人と家族の経済的な問題があり在宅での生活が難しい	47.5	37.0	33.0	43.2	31.2	35.4

表 III-17 Q3-1 ④ 介護保険等制度的な要因 (%)

	中等度・重度認知症の人の担当経験 ある	CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
		CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	1274	866	609	657	2171
a 介護保険の制度的な制約	36.8	31.9	21.2	36.1	28.2	27.4
b 介護保険以外の制度的な制約	10.3	9.3	5.1	11.7	7.2	7.7

a. Q3-1-① 専門職やサービス事業所の要因の「在宅生活を支えるために必要な職種が揃わない」の具体的な職種

在宅継続ができない要因として「必要な職種が揃わない」と回答した人の自由記述による必要な職種を以下に示す。様々な職種的回答がある中で、専門職が不足を感じている職種は介護職員、リハビリテーション職、医師などであった。また、自宅に訪問できる職種の充実を望んでいる声が多くかった。

表 III-18 Q3-1-① 専門職やサービス事業所の要因 「在宅生活を支えるために必要な職種が揃わない」の具体的な職種 ()内は自由記述件数

【職種】
介護職(74): 介護福祉士・介護職員(33), 訪問介護・ヘルパー(38), デイサービス職員(3)
リハビリテーション職(43): リハビリ(8), 作業療法士(18), 言語聴覚士(8), 理学療法士(7), 訪問リハビリ(2)
医師(42): 医師(18), 認知症専門医・認知症に詳しい・認知症にやさしい医師(14), 訪問診療医・往診医(6), 訪問してくれる認知症専門医・精神科医等(4)
看護職: 看護師(25), 訪問看護師(9), 保健師
歯科職(7): 歯科医師(4), 歯科衛生士(3)
介護支援専門員(7)
薬剤師(5): 薬剤師(4), 訪問薬剤指導の薬剤師
精神保健福祉士・心理療法士(5)
栄養士(4): 栄養士(3), 訪問栄養士
社会福祉士(2), 成年後見人等として受任できる人(2)
有償ヘルパー・ボランティア(見守り, 話し相手, リラクセーション)(4)
医療関係者・すべての職種(5)
若年性認知症の人の場合、障害サービス等の職種(利用を断られるため)
当事者(ピアパートナー)、若年性コーディネーター、認知症に理解のあるボランティア、宗教家
介護従事者(家人)の急変時等の緊急時の対応が即できる機関や入院・宿泊など認知症に精通した相談員の配置
夜間対応型のヘルパー支援・身体介護ができるヘルパーが少なく、新規の訪問介護の依頼が全くできなく困っている
独居の場合、成年後見人や権利擁護に関わる専門職、認知症専門医と訪問診療してられる専門医、PSW など(1)
おそらく、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・介護士・精神保健福祉士・栄養士・公認心理師といった、心身をトータルにケアできる職種をそろえる必要があると思います
作業療法士: 作業療法士は生活行為の専門家です。精神障害、高次脳機能障害、認知機能障害、知的発達障害にも精通し、認知症の方々を支えるのに、大切な職種の1つと考えています。認知症のそもそも制度の中に作業療法士はほとんど参画できていないと感じます。作業療法士たちは生活行為を分析することによって、その人らしい生活を見いだすことができます。また、その分析により残存能力を見いだすことができ、その人らしい生活支援を考えるスキルがあります。多職種向け認知症関連の研修を行なう機会がありますが、さまざまな認知症関連の研修を受講されている方々であっても、なかなか残存能力を見出し、その方らしい生き方の支援をお伝えしていく必要があると感じています
ADL/IADL 能力を評価し、本人・家族が安心できる環境を提供できる作業療法士
【サービス】
定期・随時対応(11): 定期巡回型・24時間訪問介護・看護(9), 夜間対応の訪問看護・訪問介護(1), 短時間・終日・頻回訪問の介護・看護・リハビリ・医師スタッフ(人員, 制度, 報酬含む)
認知症理解のある医療機関(3)
小規模多機能・看護小規模多機能居宅介護事業所(3)
短期入所・ショートステイ(3)
認知症専門デイサービス(2), 精神科系デイサービス
過疎地域では訪問看護やショートが少ない
【専門職の質的なこと】
認知症の専門知識・倫理観・技術を持った認知症への対応力のある専門職(介護職員, 看護職員, ケアマネ, 訪問介護員, 訪問看護師, 訪問医, 訪問歯科関連, 精神保健福祉士, リハビリ職等)(21)
質の問題、それぞれの倫理観の違いがある

b. Q3-1-④ 介護保険等制度的な要因の自由記述から

鎌田晴之

利用者へのよりよいケアに取り組む意欲と制度の狭間で生まれる、専門員たちの無力感やくやしさが伝わってくる。それは彼らの矜持を物語るものかもしれない。制度の持つ課題の指摘は、よりよい制度を求めるが故であり、必然的に指摘の中心は制度の根幹にかかわるものになっている。

まず、互いに不可分の関係を持つ要介護認定制度と区分支給限度額制度である。

- 「認知症自立度がⅢ以上で独歩可能な方が一番介護の負担が大きいが、介護認定では3程度にしかならず自己負担を強いられるケースが多い」この記述からは、認定基準が介護の必要度ではなく、身体機能に偏重しているため、認定とリンクする「支給限度額」制度によって、必要なサービスをあきらめるか、自己負担を覚悟するか、という選択を強いられている状況がうかがえる。
- 「区分支給限度額の範囲で必要なサービスを組むことができない、限度額を超えてしまう」限度額以内で必要なサービスを組めないのは、プランが的確ではないのか、認定が的確でないのか、いずれにしろ同趣旨の記述が多くみられた。

次に、介護サービスの在り方についてである。

- 「生活に必要なニーズが介護保険外となることが多く、支援の在り方に限界があるように感じる。認知症のケアやニーズは多岐にわたり、臨機応変や柔軟に対応することが必要である」

介護保険外になっている「ニーズ」として挙げられているのは、必ずしも特別なものではない、「趣味や地域活動への同行支援」「傾聴的役割」「話し相手」等など、キリが無くなる、という指摘もありえるが、生活支援とはその個別性ゆえにキリの無い活動であるともいえる。特に、認知症の人の介護では、これらの支援によって本人が安穏になれば介護家族の安心につながる。

様々な「制限」による、支援の困難の訴えも多かった

- 「同居家族がいると生活援助ができない」「生活支援の回数制限がある」「精神科訪問看護が介護保険では利用ができない」「入院中は介護保険が使えない」

介護支援専門員の置かれている状況への訴えもあった。

- 「ヘルパー不足と提供時間が足りないのでボランティアで買い物」「サービスで動いている部分が多すぎる」「ケアマネが負担している家族代わりの業務」「家族内の調整等どこまでがCMの役割なのか不明確」「現金の引き下ろしや各手続き関係など、独居の場合ケアマネが行わざるを得ない」

多くの介護支援専門員が、やりがいを感じているがゆえに、この制度を利用者と介護家族等のためにより良いものにしたいと、考えている事。そして、在宅介護支援の真っただ中にいる彼らの指摘は、在宅介護の質を高める方向性を示している。

3) Q4-1 中等度認知症の人の在宅継続が困難となるターニングポイントやその状況等、
具体的な事例

渋谷美和

a. 【分析対象】

Q4-1について計1,347件の記述回答があった。そのうち、「Q1-④-1あなたは、どこで(場所)で、認知症の人と家族にかかわっていますか」の質問に「1. 居宅介護支援事業所」と答えた人の回答記述に絞り分析した。結果、分析対象は352件であった。

b. 【分析方法】

記述回答を帰納的にカテゴリー化した。手順としては、最初に回答を何度も読みこみ記述の意味理解に努めた。そして各回答に対して在宅介護を困難にさせる状況、出来事、支援などに名前を付け、回答が示す現象を表すコードを作成した。各コードは類似性や相違性を比較検討しながら分類し、カテゴリーを作成した。さらに同様のプロセスを踏み、カテゴリーを抽象化してテーマを作成した。

c. 【結果】

データ分析から<必要なケア><投入エネルギー><時間><お金><社会生活><安全/生命維持>の6つのテーマが浮かび上がった。

a) <必要なケア>について

<必要なケア>とは認知症の本人の心身状態にあった必要とされるケアのことである。必要なケアを増大させる本人の心身状態はおおまかに二つに分けることができた。一つは骨折などによる移動の困難や衰弱による入院など身体的変化を主な原因とするもので、もう一つが認知症の行動・心理症状と呼ばれるBPSDの悪化である。全体の傾向としては、身体的変化よりもBPSDの悪化の変化を挙げる記述が多く、特に「排泄」と独り歩きのいわゆる「徘徊」を言及した回答が目立って多かった。排泄と独り歩きが頻回した時にどのように対処するかが在宅介護継続の一つの肝になることが伺える。以下は回答例5つである。

- 排泄の失敗が続くようになり施設入所を検討される家族が多い。
- 夜間の徘徊や危険行為が頻発した時
- 排泄の世話が大変になる 徘徊があり目が離せない
- 急に立てなくなる、食べれなくなる、(注:原文ママ)
- 病気との兼ね合いで医療的ケアがかなり必要となる。

b) <投入ケア>について

<投入ケア>とは認知症の人へ実際にされる介入の意味でのケアのことを指し、認知症の本人を含む家庭内のケアと在宅医療介護サービスの総和である。多くの回答で介護者が精神的に疲弊したり病気になったりなど、何かしらの健康状態の悪化によってケアが実質困難になったり、家族内で介護する人が限られていることや介護する人の不在など、家庭内ケアのマンパワーの問題が語られていた。さらに在宅介護を可能にする医療介護サービスが存在しないこと、サービス自体はあっても実質利用できること、利

用しても在宅介護がたまいかないなど、外部サービスの利用において何かしらの不足があることも指摘された。以下は回答例5つである。

- 家族と同居の場合は、家族の病気や疲弊状態
- 家族が病気や怪我で介護できなくなった時。
- 家族介護が1人の家族に偏ってしまい介護疲れとなってしまう
- ショートステイの早急な受け入れ先がない。
- 精神症状でサービスが拒否が強くなる時。

c) <時間>について

<時間>とはケアに必要な時間のことを指す。ケア時間の増大が在宅介護を困難にさせる原因であることを指摘するものであった。多くの回答で指摘されたのが、昼夜逆転などによる夜間帯でのケアや、独り歩きなどによって見守り時間が長くなることであった。物理的に介入的ケアをしなくても、認知症の人には注意を払わなければならない時間が増大することが在宅介護を阻む原因として示唆されるものであった。以下が回答例3つである。

- 夜間帯の介護負担が増加。
- 外に出ていく、異食などにより一時も目を離せない状況。
- 夜間せん妄、不眠による家族の疲弊

d) <お金>について

<お金>とは在宅介護するにあたり金銭的な面でのプラスとマイナスのことを指す。多くの回答から許容範囲を超えた経済的負担がかかってくることが、在宅介護継続を困難にさせる要因であることを指摘していた。以下回答例2つである。

- 介護により仕事や家計に負担がかかったとき
- 経済的に疲弊

e) <社会生活>について

<社会生活>とは、近所や警察や仕事場など在宅介護をするうえで直接関係のない他者の協力が必要となることや、これら他者の反応のことを指す。多くの回答で挙げられたのは、独り歩きによる警察や近所を巻き込む事態であった。在宅介護に起因する良好な社会関係維持の困難が、施設入所を考えるきっかけとなることを示唆していた。以下が回答例3つである。

- 近所に迷惑をかけてしまう(徘徊、騒ぐ)
- 近隣からの苦情、社会的問題行動(警察案件がつづく)
- 近隣住民からの苦情・警察から施設へ入れた方がよい等言われた際に在宅困難にならざるを得ない

f) <安全/生命維持>について

<安全/生命維持>とは認知症の本人や介護者に安全や生命のリスクがかかることを指す。介護者へのリスクは認知症本人からの暴力について言及しているものであり、対して認知症の人へのリスクについては心身の衰弱による生命維持活動が困難になる回答と、安全面での危険について言及する回答の二種類に分かれた。安全面での危険として挙げられる事柄としては、火の元の管理と独り歩きの二つ

が多かった。介護者よりも認知症の人へのリスクについて記述する回答が遙かに多く、認知症の人の安全管理や危険回避が多く家庭でよく発生する問題であることが示唆された。以下、回答例5つである。

- 火の不始末でボヤ騒ぎを起こしてしまった。
- 徘徊が始まり、行方不明や交通事故の危険が高まる。
- 食事が摂れなくなってきた時
- 安全管理：徘徊、異食、等センサーヤカメラでも対応できなくなったとき
- 介護者への攻撃（言葉、行動）で家族の精神的負担が増加する

d. 【考察】

<必要なケア>と<投入ケア>との間に均衡が保たれている時には在宅介護が可能であり、この均衡を破るような事態が発生した際、施設入所への判断がなされると推測される。また<必要なケア>と<投入ケア>との均衡には、<時間><お金><社会生活><安全/生命維持>の要素が関与し、互いに影響しながら、在宅介護が成立していると考えられる。

理解のために、ここでは認知症の人の「独り歩き」を例に挙げて説明する。独り歩きが頻回するようになると、その認知症の人への<必要なケア>が変わってくる。いつ独り歩きするか分からないので家族介護者は、常時認知症の人の傍にいて見守りをするようになるかもしれない。見守りが必要になるということは、介護者が物理的に拘束される<時間>が増大する。また、常時の見守りは介護者が外で働くことを難しくさせるかもしれないし、介護者は仕事をするために、在宅医療介護サービスの利用を増やすかもしれない。いずれにしても<お金>の問題が関わってくる。

また認知症の人が独り歩きするとなると、本人は路上で事故に遭ったりなど、危険な目に遭う可能性が高まる。<安全/生命維持>の観点から独り歩きは見逃せない事態であり、独り歩きが起こってしまった際には、介護者は近所や警察に一緒に探してもらったり、協力を依頼する必要が出てくるかもしれない。それは在宅介護が<社会生活>にも影響を及ぼすことを意味する。

さらに、独り歩きは<安全/生命維持>にも関わることなので、介護者が負っているケアの責任は重大なものとなり、介護者は心理的に緊張を強いられる状態に置かれることになる。それは介護者を精神的に疲弊させることになり、心身のバランスを崩す原因になるかもしれない。疲弊した介護者は家庭内で満足したケアが出来なくなり、家庭での<投入ケア>が減ることになり、代わりに在宅医療介護サービスの利用を増やそうと考えるかもしれない。そうするとまた<お金>の問題が絡んできて…と、このように個々の要素が相互複雑に作用しながら、在宅介護続行の可能性が検討されると考えられる。

なお、<必要なケア>と<投入ケア>から示唆されることとは、認知症の人や家庭内の介護者が何かしらのきっかけで、従来とは異なる質や方法のケア（例えば、認知症の人が治療に近いケアが必要になることや、家族介護者が病気になるなど）が必要になることを契機に、在宅介護が難しくなることが示唆される。認知症の人や家族介護者の心身が大きく変化した時に、<必要なケア>と<投入ケア>の新たな均衡状態をどのように作っていくかが肝心となってくる。

特に回答から「排泄」と「独り歩き」が在宅介護継続か施設入所の分岐点となることが伺えた。排泄に関しては、家族介護者の心身負担を減らすのに有効な排泄に関するケア方法の臨床研究などがあれば役立つものと考えられる。またそのような排泄の研究知見については、専門職などを通して、家族介護者が確実にアクセスできる機会と状況を提供することも排泄問題の対応の一つかもしれない。

次に独り歩きであるが、これは認知症の人や家族介護者の所与の社会環境に左右されるため、一概にこうすれば良いという答えを導き出すことは難しい。しかし一点、可能と考えられる外部支援を挙げるとす

れば、専門職が在宅介護家庭の周辺住民へ協力を要請する働きかけかもしれない。回答の分析から<社会生活>のテーマが浮かんできたが、家族介護者は警察や近所から認知症の人の独り歩きのことで批判的反応を受けることもあり、それが在宅介護の意思をくじく要因となるケースがあることが示唆された。そのため専門職が近所や警察に寛容的態度を求めるなどの働きかけをすることは可能かもしれない。無論その際には、認知症の本人の独り歩きの頻度や、介護者の意向、介護者と近所との関係性など、様々なことに配慮する必要があることは言うまでもない。

最後に一点、在宅介護の困難のなかには、ある程度、モノの利用で解決されうるかもしれないことに触れておく。例えば<安全/生命維持>のテーマにて火の元の管理と独り歩きの回答が多くったが、火の元に関してはオール電化にする、独り歩きはGPSを使う等で対応可能かもしれない。認知症の人への安全リスクと見做されることに関しては、在宅介護を実践する家族介護者たちが、どのような工夫をして、リスクを管理し回避しているのかについての研究調査が有益な知見を提供するものと思われる。

4) 中等度・重度認知症の人の家族への具体的な支援例

原 等子

(1) Q4-2-① 認知症の人の行動心理症状、認知症の人の症状への対応

中等度・重度認知症の人の家族への具体的な支援例のうち「Q4-2-① 認知症の人の行動心理症状、認知症の人の症状への対応」として、673件の記述があった。(抜粋表IV-2 参照)

具体的な対応の好事例の収集を狙ったため、基本的な対応方法である認知症の人とのコミュニケーション方法としてのユマニチュードやバリデーションの実践、目線を合わせて共感じっくりかかわる、本人の言いたいことをしっかり聞く、家族に対して話を傾聴するなどの回答は含めず、以下に整理した。また、回答として BPSD への対応方法として、「主治医との連携」という意見も多くあり、「精神科や神経内科を受診し、服薬コントロールなどによる症状の改善を試みた」「専門医との連携(薬の調整)」という回答も散見され、BPSD のガイドラインでは非薬物療法が第一選択であるので、今回はその具体例を以下にまとめるが、回答した専門職の中には少なからず「対応法を変えても症状が緩和しない場合は、早めに医療受診」「かかりつけ医や物忘れ外来や認知症認定看護師に相談しながらアドバイスを受けたり、薬の調整を図ってもらう」「必要時は主治医へ投薬などで症状の軽減が図れないかを相談」などの意識が根強くあるように思われる。しかし、「サービス事業所からの情報をもとに、どんな状態だったら受け入れ可能かを聞き取り主治医に伝える」という回答がある一方で、「支援拒否先に対して、何度も粘り強く訪問し、信頼関係構築」という回答や「よくわかりませんがよく理解してくれるお医者さんに当たれば患者さんも良くなり家族も楽になります」という回答もあり、事業所等での BPSD 対応受け入れが難しい時にも専門職支援者等が対応の切り口を模索している状況が、具体例からも読み取れる。

具体例として、【対応の工夫例】<本人の思いへの共感性を伝える工夫><本人とともに寄り添い過ごす><本人の思いを引き出す><本人の認知・理解しやすい具体的方法を工夫><本人のペースや生活リズムを整える><体調を整える><原因疾患を踏まえて対応する><家族や関係者があるがままを受け入れて対応する><家族と一緒に対応方法を模索する>、【対応方法を説明する】<ケアパスやパンフレットなどを活用して説明する><病状の理解をふまえたアプローチ方法を説明する><うまくできなくてもいいことを説明する><日常生活上のケアでの対応方法を説明した>、【本人の状況をアセスメントする】<身体面・心理面の状況を把握する><家族と医師や関係者みんなで考えてみる><行動の原因を探る><支援体制をつくる><本人との信頼関係をつくる><家族と関係者で連携する>を抽出した。

(2) Q4-2-② 経済的なこと、家計のこと、仕事と介護の両立

中等度・重度認知症の人の家族への具体的な支援例のうち「Q4-2-② 経済的なこと、家計のこと、仕事と介護の両立」について、621件の記述があった。(抜粋表IV-3 参照)

具体的な対応例としては、【仕事を両立するためのサービス調整】<家族の生活や人生も大切にする必要がある><家族の仕事の継続に向けた調整><職場との調整をすすめる><介護休暇制度の利用>、【経済的な負担を軽減するためのサービス調整】<在宅継続の方が経済的負担が少ないための調整><介護負担が軽減されるよう本人のケアを提案する><経済的負担の軽減のために安価なサービスを選択し提案><経済的基盤の確保自体が難しい><情報収集し状況把握><生活設計の助言><家族内調整>、【経済的支援制度の活用】<権利擁護事業><資金貸付制度><手当や減免制度な

どの活用><生活の立て直しが必要なこともある>、【現状の制度での対応では限界がある】【対応に悩む事例がある】【相談の機会をつくり話し合う必要がある】を抽出した。

介護家族が仕事を続けていくことと、経済的な困窮の状況があることは必ずしもセットではないが、介護をつづけながら、自身の仕事と生活を営んでいく中で、仕事や生活継続の負担に加えた経済的負担があることは否めない。仕事か介護かと考えたときに、仕事を辞める選択は、介護家族のその後、被介護者を看送った後にも続く人生にも大きく影響することである。そのために経済的な支援策は、就業継続のための支援とともに、未だ「使いやすい」制度であるとはいえないことが、回答からも推察される。職場での介護休暇は、基本的に給与保障が十分でなく、定期的に収入がなければ、介護どころか自身の生活も脅かされることになる。このようなダブルバインドの状況における工夫の具体策の妙案を模索したいと思ったが、結果は【対応に悩む事例】が数多く記載されており、有意義な解決策の妙案が示されたとはいえない。中等度・重度認知症の人の介護では、地域密着型の認知症対応のサービスを選べたら安心して介護をつづけられる可能性は高いが、その利用料金の高さで安価な通常サービスを選択し、十分な対応ができず BPSD が出現しやすくなり入院や施設への意向となるケースもあるという回答もあった。良いサービスも本当に必要な人に届けられないと意味はなく、歯がゆい結果となった。今後、制度的な補強がなされないと、介護離職は減少しないのではないかとも思われる。

(3) Q4-2-③ 介護保険サービスの使い方、認知症の人の行き場・居場所

中等度・重度認知症の人の家族への具体的な支援例のうち「Q4-2-③ 介護保険サービスの使い方、認知症の人の行き場・居場所」について、638 件の記述があった。(抜粋表IV-4 参照)

具体的な対応例としては、【理解がある人がいる場】、【落ち着く場】、【個性や個別性に対応してくれる】<楽しい場><一人ひとりに応じている><柔軟に対応してくれる><利用方法の柔軟な対応してくれる><希望に応じた対応てくれる><利用者が場所を選択する><好みや希望が尊重される、【サービスの調整】<模索する><人とかかわる通いの場><選択する><介護サービスの使い方>、【地域の資源を活用し地域との交流も行う】<地域の中でいれる場><地域の人とともに活動する場><インフォーマルなつどいの場づくりと活用>を抽出した。

居場所としては、介護保険サービスでは、地域密着型サービスである認知症対応型グループホーム、認知症対応デイサービス、小規模多機能型居宅介護などの利用を勧められており、通常の通所サービスでは対応が難しいと断られることも多いという回答が多くあった。対応が難しい場合は、居場所を探すよりも病院や施設入所を検討するという回答もあったが、今回はそのような状況があっても認知症の人の行き場や居場所にどのようなバリエーションがあるかの情報を得たかったため、それらの情報を抜粋した。

認知症カフェやつどいなど、対応できる人を揃えて認知症の人が落ち着いて安心できる場所にしているという回答もあった。介護サービスであってもインフォーマルサービスであっても、その場で対応する人が認知症の人に理解のある柔軟な対応をする人たちであれば、認知症の人は安心して落ち着いてその場で過ごすことができる。そのような場を敢えて探して、利用の提案をしているという回答もあった。

<理解がある人がいる場>には、「認知症の方でも自立した時間を送れる環境を提供しているデイ・認知症を理解した職員がいる」ことなどの回答があった一方、「認知症対応スキルの高い施設を選び利用すること。それにより BPSD も軽減され家族も負担が低くなる。ただ、介護人材が不足しており、スキルのない介護職が多く、それが利用者の BPSD を重度化させ、やがて認知症の進行や対応困難などと利用者

を決めつける状況を作り出している。また、家族の精神的負担も大きくしている。専門職という自覚のない介護職が多すぎる」という意見もあった。

「落ち着く場」には、「多くの人を介さず過ごせるよう、小規模多機能型サービスへつなげた。ちょっとした短時間の関わりがとても助かった」「通所：できるだけ利用する場所は同一にするようにする、あちこちの事業所を組み合わせない。大人数の事業所ではないほうが、混乱されることが少ない」「認知症の人が馴染みやすい環境(知っている土地や人、体験など)を整える」等があった。

その他、「楽しんで快刺激が得られるようなサービス等を案内する」「認知症の方本人が主役になれるような場所づくり(スポーツイベント・調理実習・趣味特技を活かした活動プログラム)。本人ミーティング・チームオレンジ等」認知症の人が好む刺激や楽しいと思える環境を整えるなどの様々な居場所の工夫が示された。

5) Q4-2-④ 認知症の人の治療の選択、医療との調整・連携、医療的ケアの方法

江口恭子

a. 分析対象と分析方法

882 件の記述解答があった。そのうち、Q1-④-2 の回答から、医療以外の業務(ケアマネジャー、介護福祉士、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、相談員等)に従事していると推測される 742 件を抽出した。さらに無作為に抽出した 431 件を分析の対象とした。分析は、「認知症の人の治療の選択」「医療との調整・連携」「医療的ケアの方法」それぞれに該当するものを分類しつつ、意味内容から類似したものをグループ化し、ラベルをつけ分類し、「大分類」とした。データ数が多いカテゴリーはさらに分類して「中分類」となるラベルをつけた。分析の過程で明らかに問いかける異なる内容の回答は削除した。

b. 結果

【認知症の人の治療の選択】(表IV-5 参照)では、「選択肢を提示して選んでもらう」「本人の意思を確認する」「アドバンスケアプランニングを促進する」のように本人の意思を尊重し、確認するための内容が多く見られた。一方で「中度・重度では家族の意思が優先される」というものもあった。また、意思決定の過程では「多職種と家族で話し合う」「家族、多職種で連携する」ことで家族を交えて多職種連携を行っていた。しかし、「医療の選択は家族と医師の判断と考える」という、病院を紹介することが役割であり、医療の選択への支援には消極的な意見もあった。

【医療との調整・連携】(表IV-6 参照)では、専門医や主治医との関わりに関する内容が多く見られた。特に「医師に状況が伝わるように家族をサポートする」「受診に同行する」といったように、家族が医師と円滑にコミュニケーションをとれるよう、受診時にサポートする意見が目立った。また、医療ソーシャルワーカーや精神保健福祉士と連携することで、受診や入院につなげているという意見もあった。

【医療的ケアの方法】(表IV-7 参照)では、服薬管理に関する内容が多く見られた。

c. 考察

【医療との調整・連携】では、専門医や主治医の診察を受けるよう勧める意見が多くあった。しかし、【認知症の人の治療の選択】では「受診の意思を確認する」、【医療的ケアの方法】では「薬物に頼りすぎない」といった、医療との関わりには慎重に対応している意見がみられた。中等度・重度の認知症の人を支えていく上で介護と医療が連携するためには、意思疎通が難しくなっても認知症の人の意思を探り、医療と認知症の人や家族をつなぐ努力がなされていることが伺えた。

6) 中等度・重度認知症の人の支援で在宅継続できた事例

(1) Q7-1 中等度・重度認知症の人の家族への支援で、在宅生活の継続が難しいと思われたが、在宅生活を継続できた事例の有無

原 等子

中等度・重度認知症の人の在宅生活の継続が難しいと思われたが在宅生活を継続できた事例の経験について、「経験がある」31.6%であった。中等度・重度認知症の人の担当経験がある人では 40.6%であった。主任 CM 資格を持つ人では 40.9%であった。

表 III-19 Q7-1 中等度・重度認知症の人の家族への支援で、在宅生活の継続が難しいと思われたが、在宅生活を継続できた事例の経験の有無

	中等度・重度認知症の人の担当経験		CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
	あり	なし	CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	530	1274	866	609	657	2171
経験がある	40.2%	6.8%	34.1%	27.7%	40.9%	28.0%	31.6%
経験はない	57.3%	90.9%	63.2%	69.1%	56.8%	69.3%	65.2%
無回答	2.5%	2.3%	2.7%	3.2%	2.3%	2.7%	3.3%

(2) Q7-2 中等度・重度認知症の人の家族への支援で、在宅生活の継続が難しいと思われたが在宅生活を継続できた具体的な事例

猪股祥子

事例の記載があったのは 591 件だった。そのうち、在宅生活を継続できた理由が記載されているものについて分析した結果、4 つに分類できた。以下、事例の概要を説明し、特徴的な「具体例」を示す。

a. 本人・家族の希望を専門職や地域住民が連携して支えた事例（369 事例）

在宅生活を継続できた事例には、本人や家族の在宅生活希望が根底にあり、どのような支援があればそれを実現できるのかを専門職が考え、工夫している現状があった。

専門職は、家族が頑張ったことを最も評価していた。しかし、その頑張りが家族の疲弊につながることを知っているので、本人と家族の生活の両立をめざし、サービスの選択・組み合わせの調整、さらには、親族や地域住民との橋渡しもしていた。なお、家族の頑張りには、強い意志だけでなく、家族の覚悟や家で暮らしてほしいという専門職の願いなども含まれていた。

「異食行動・徘徊・重度の記憶障害があつた事例。長男夫婦が介護。住宅改修)、認知症デイケア、ショートステイを円滑に利用できるよう各担当者と連携した。家族ともよく話し合いをし、近所の理解も得て、地域で見守りを実現できた。何より家族が根気よく自宅で介護したいと思う気持ちがあつたことが強みだつた。」

「アルツハイマー型認知症の 80 代女性。自宅で転倒し大腿骨頸部骨折にて入院したが、暴言暴力、介護拒否、車椅子での徘徊など問題行動が多く、在宅復帰は難しいと思われた。ご本人の帰宅願望が強く、住宅改修のよつて、車椅子と歩行器を併用してトイレへ軽介助で移動できしたことなどから、ご家族が受け入れてみることになった。通所介護サービスを利用し、在宅継続が無理であれば入院や入所も対応可能であることをご家族へ提示したこともトライしてみる気持ちとなつた様子。その後も在宅介護を継続されており、ご本人の不穏行動も軽減してきている。」

「徘徊が顕著で1日中外出している若年性認知症の女性のケース。足腰が丈夫なため、止めなければ10kでも20kでも歩いて行かれる。夫と2人暮らしであるが、四六時中目が離せないことや夜間の外出に伴う不眠が重なり夫は疲弊されていた。デイサービスを開始することで物理的に自宅にいる時間を減らし、妻はデイで楽しく過ごし、夫は自分の時間を持てるように調整。徘徊に関してはGPSや市のSOSネットワークシステム登録、警察との連携などで、出かけても見つけやすい工夫を行った。」

「独居の方。近くに家族があり、1日一回訪問されていた。自宅は昔ながらの農家の地域の中にあり、近所の方もよく交流のある地域。散歩にでかけでも地域の目で見守られていた方。介護サービスを使いながら生活されていた。」

b. 在宅生活の継続を余儀なくされ、結果的に継続できた事例（30事例）

介護拒否（ここには本人の拒否と共に、施設側の拒否も含まれる）、BPSD、経済力のなさにより在宅で過ごすしかない状況だった事例もあった。在宅生活を継続できた、というよりも在宅生活をせざるを得ず、結果的には継続できた事例である。

「経済的な問題もあり、在宅生活しか選択ができなかつたが、家族の会など色々な方の支援もあり継続できた。」

「娘と二人暮らしの女性。日中独居。幻覚、妄想の強い方で、食への妄想が出現していたため、食思不振が強くなっている暴力も多く出ていた。点滴での治療は本人の拒否が非常に強くなってしまってできなかつた。入院の話も何度も出たが、結果本人が望まないため、そのまま経過を見ることにした。3か月の経過で徐々に衰弱して、自宅で看取りました。その間ケアマネジャー、訪問看護、訪問リハビリ、訪問診療でほぼ毎日関わり、時には1時間以上にわたり話をするなど多くの時間をご家族と過ごした。」

「認知症の進行により受け入れショートステイから断られ、デイサービスのみの利用となつた。できる限り、薬の調整や家族の要望に沿つた対応をおこなつた。」

c. 本人の変化が在宅生活を可能にした事例（45事例）

病気の進行や身体機能の低下に伴って、歩行障害等活動性が低下すること、あるいは看取り、また、適切な介護を受けることによって、それまで在宅生活に支障をきたすと考えられていたBPSDが軽減もしくは消失し、在宅での継続生活が可能になった事例である。

「時間に関わりなく外出してしまう方だったが、骨折を機に歩行困難になりベッド生活となつた。そのため家族が終始在宅していくなくても介護が可能になり在宅で看取ることが可能になつた。」

「徘徊などのBPSDが強い方が病変や怪我により歩けなくなつた事により徘徊などができなくなり、結果的に家族負担が減つた。相対的に家族に比べ弱者となつた事から家族の支えようという想いのきっかけとなつた。」

「認知症が重度であつても本人の身体機能が低下することで、問題行動が少なくなり、家族、介護保険や医療保険の支援の利用で最後まで自宅で生活出来た。つらい時期があつても病気の進行によって症状が安定することがある。」

d. 経済力に余裕があり、サービスを十分利用できた事例（9事例）

本人や家族に経済的な余裕がある場合は、在宅生活を継続するための支援としては、公的なサービスの利用に限定されず、自費で支援を得ることができたことで在宅生活の継続が可能だった事例である。

「散歩が大好きで、遮断機をくぐつたり他人の敷地内を通りなどしてしまう方。家族の意向で最後まで在宅生活を継続。
自費のヘルパーで散歩時の付き添いなどを行った。」

「経済的に余裕があり、限度額超過しても介護保険外サービスも含めて、サービスを利用した。」

「24時間家政婦を雇う事ができる資産を持っていた独居男性。」

(3) Q7-3 「Q7-2」に回答した事例以外の認知症の人が在宅生活を継続できた理由として考えられる強み

猪股祥子

事例の記載があったのは 538 件だった。この設問の回答は前述する設問の延長として解釈が多岐に渡っており、記述内容に“強み”として判断できた内容について分析した。強みの内容は、専門職からみた「ご本人の強み」「家族の強み」、そして「本人や介護者をとりまく支援の強み」に分類した。以下、それぞれの概要を説明し、分類名毎の特徴的な記載内容を示す。

a. ご本人の強み

ご本人の強みとして記載された内容は、ご本人の元々の＜穏やかな性格と柔軟さ＞そして、身体的あるいは認知機能の＜残存能力＞だった。(抜粋表IV-8 参照)

表 III-20 Q7-3 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人自身の強み

分類名	記載内容
穏やかな性格 と柔軟さ	<ul style="list-style-type: none">・本人自身のやさしさ(病気になっても、その人自身の良さは失われない)・本人さんの性格が、人から好かれるタイプであったこと・本人が他者の支援に対して受け入れる力がある・足腰が丈夫であり、トイレに一人で行けたこと
残存能力	<ul style="list-style-type: none">・自宅であれば今迄生活していた場所なので出来る事もあるし、落ち着いている・以前からその地域に住まれており、新しい記憶を覚えられなくても、徘徊しても行方不明にならない

b. ご家族の強み

ご家族の強みとして記載された内容には、介護力という言葉が最も多いかった。介護力とはどのような内容を指すのかについて、記載されている記述をさらに分析し、＜意志の強さと覚悟＞＜他者を頼れる力＞＜柔軟で前向きな性格＞＜良好な家族関係＞＜経済力＞と分類した。＜良好な家族関係＞を構成する要因として、さらに4つの強みが記載されていた。(抜粋表IV-9 参照)

a. ご本人や介護者をとりまく支援の強み

本人や介護者をとりまく支援の強みとしては、＜地域のつながり＞＜介護支援専門員の力量＞＜事業所間の連携と信頼関係＞であった。(抜粋表IV-10 参照)

表 III-21 Q7-3 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人の家族の強み

分類	記載内容						
意志の強さと 覚悟	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が在宅生活を強く望んでいること ・本人や家族が自宅で生活したいという気持ち ・介護をする家族の強い意志 ・家族の在宅でみたいという覚悟 						
他者を 頼れる力	<ul style="list-style-type: none"> ・助けられ上手 ・自分で他者に SOS が出せる ・近所や地域の協力を得れること 						
柔軟で 前向きな性格	<ul style="list-style-type: none"> ・ポジティブ思考な方が多い。柔軟性が高く環境の変化に適応できる ・気持ちを切り替える事ができる ・介護者であるご家族の受け止め方が柔軟であった 						
理解と協 力	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の認知症への理解と介護サービスの柔軟な利用。 ・支援者(家族や地域)の認知症に対する理解や受け入れられる力量 ・家族に知識があった 						
良好な家族関 係	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">副介護者 の存在</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者が配偶者一人ではなく、同居家族も在宅介護に理解を示し、協力的であること ・複数人数の親族の関わりと経済力 ・主介護者をサポートできる家族や友人、知人がいた。 </td></tr> <tr> <td>家族間の 意思統一</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・家族全員の意思の統一と本人の希望 ・家族の想いが一致して協力し合えること ・家族内での思いを尊重することが大切 </td></tr> <tr> <td>本人を尊 重する気 持ち</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ご家族がその方の役割(父として・祖父として・母として・祖母として)を尊重し続けてくれたこと。 ・家族が本人を大切にする気持ち ・介護者が本人に敬意を持って接することができる関係性がある </td></tr> </table>	副介護者 の存在	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者が配偶者一人ではなく、同居家族も在宅介護に理解を示し、協力的であること ・複数人数の親族の関わりと経済力 ・主介護者をサポートできる家族や友人、知人がいた。 	家族間の 意思統一	<ul style="list-style-type: none"> ・家族全員の意思の統一と本人の希望 ・家族の想いが一致して協力し合えること ・家族内での思いを尊重することが大切 	本人を尊 重する気 持ち	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族がその方の役割(父として・祖父として・母として・祖母として)を尊重し続けてくれたこと。 ・家族が本人を大切にする気持ち ・介護者が本人に敬意を持って接することができる関係性がある
副介護者 の存在	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者が配偶者一人ではなく、同居家族も在宅介護に理解を示し、協力的であること ・複数人数の親族の関わりと経済力 ・主介護者をサポートできる家族や友人、知人がいた。 						
家族間の 意思統一	<ul style="list-style-type: none"> ・家族全員の意思の統一と本人の希望 ・家族の想いが一致して協力し合えること ・家族内での思いを尊重することが大切 						
本人を尊 重する気 持ち	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族がその方の役割(父として・祖父として・母として・祖母として)を尊重し続けてくれたこと。 ・家族が本人を大切にする気持ち ・介護者が本人に敬意を持って接することができる関係性がある 						
経済力	<ul style="list-style-type: none"> ・限度額をこえてもサービスが利用できる経済力 ・介護やサービスに利用できる年金があったため ・仕事を辞めても全く問題の無い家族の圧倒的な経済力 						

表 III-22 Q7-3 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人と家族をとりまく支援の強み

分類名	記載内容
地域のつなが り	<ul style="list-style-type: none"> ・住んでいる地域の人たちの理解を得られていた ・近隣の住民との関係が以前からできていて、訪問が頻回にあった ・病前からのネットワークがある
介護支援専門 員の力量	<ul style="list-style-type: none"> ・CMさんのフットワークの軽さ ・ケアマネの柔軟な対応力 ・長年にわたる認知症ケアの実践経験と職員間の情報共有
事業所間の連 携と信頼関係	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員やサービス事業所や家族との連携や信頼関係にある ・家族と共に認知症介護の難しさを共有しながら、同じ方向で支援を継続できたこと ・訪問看護、訪問介護、福祉用具などの事業所間の連携が心強かった

7) 助言や情報提供の経験

原 等子

(1) Q5-1 中等度・重度の認知症の人の家族への具体的な助言や情報提供の経験

中等度・重度認知症の人の家族への具体的な助言や情報提供の経験について、「具体的な助言をしたことがある」56.8%、「情報提供をしたことがある」51.1%、「具体的な助言も情報提供もしていない」3.3%であり、回答者はほとんどが具体的な情報提供や助言を行っていた。中等度・重度認知症の人の担当経験がある人は「具体的な助言をしたことがある」76.1%、「情報提供をしたことがある」68.3%であった。

表 III-23 Q5-1 中等度・重度の認知症の人のご家族への具体的な助言や情報提供の経験の有無(複数回答)(%)

	中等度・重度認知症の人の担当経験あり	CM 資格有無		主任 CM 資格有無		総計
		CM	CM 以外	主任 CM	CM	
N	1608	1274	866	609	657	2171
① 具体的な助言をしたことがある	76.1%	61.5	50.8	71.6	52.2	56.8
② 情報提供をしたことがある	68.3%	54.5	47.1	60.6	48.7	51.1
③ 具体的な助言も情報提供もしていない	4.5%	2.0	5.0	2.0	2.0	3.3

(2) Q5-2 具体的な助言や情報提供の参考にした情報源

中等度・重度認知症の人と家族への助言や情報提供の参考にした情報源は、「研修会・講演会」53.7%、「職場内のカンファレンス等話し合い」52.0%、「当事者(介護家族)の経験談」40.0%であった。

表 III-24 Q5-2 助言や情報提供の参考にした情報源(複数回答) (%)

	CM 資格有無			総計
	CM	CM 以外	無回答	
N	1274	866	31	2171
① 職場内のカンファレンス等話し合い	54.9	48.4	32.3	52.0
② 書籍	28.7	24.1	29.0	26.9
③ 新聞・テレビ	14.2	8.4	12.9	11.9
④ 研修会・講演会	59.1	46.1	45.2	53.7
⑤ 学会や職能団体の集会・雑誌等	23.4	20.3	16.1	22.1
⑥ 知人・友人からの話	7.9	7.9	12.9	8.0
⑦ 当事者(介護家族)の経験談	44.5	33.5	35.5	40.0
⑧ ガイドブック等	25.9	23.2	9.7	24.6
⑨ 当事者団体からの冊子・定期刊行物など	17.0	13.7	9.7	15.6
⑩ Facebook 等の SNS、ブログなど	3.1	1.8	3.2	2.6
⑪ インターネット記事	13.4	8.0	6.5	11.1

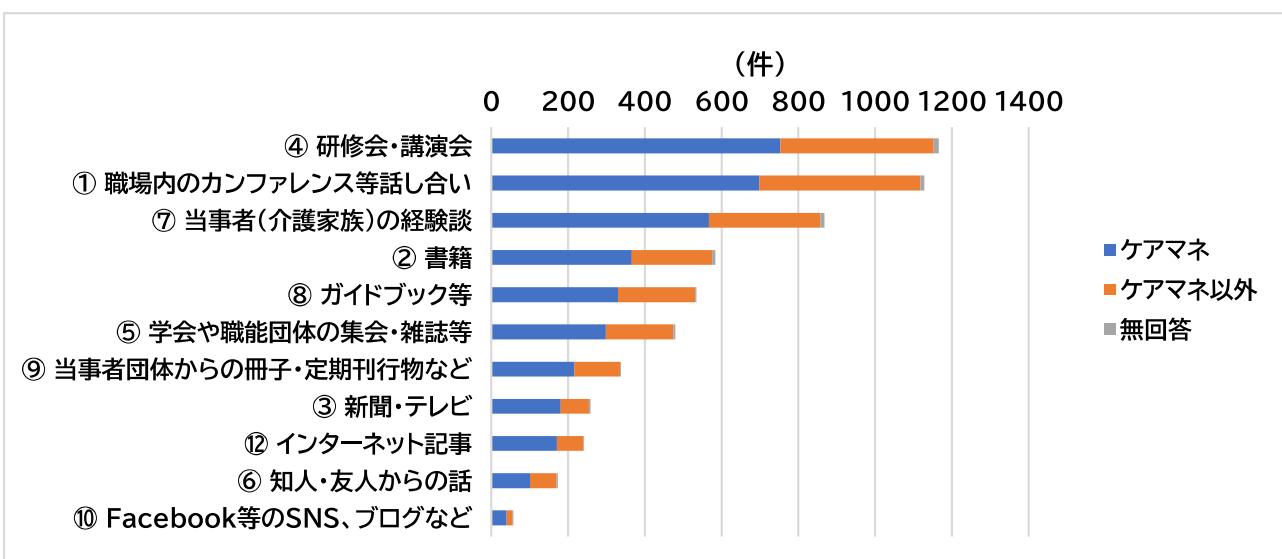


図 III-5 Q5-2 助言や情報提供の参考にした情報源(複数回答)積み上げ頻度 (N=2171)

情報源の自由記述には、自身の経験と回答している人も多くいた。その他、【人伝いの関係性からの情報収集】として「認知症疾患医療センターからの情報、助言、オンラインカフェ等」「地域包括支援センターからの助言、研修会」「市や認知症地域支援推進員や関係機関との情報交換」「認知症初期支援チームからの助言・指導」「専門医、専門職からの助言」「高齢者排泄コールセンター」「認知症看護認定看護師の活用」「先輩ケアマネジャーへの相談」、【公的情報・学術情報等】として「WAMNET、公表情報、厚労省HP」「警察資料 交通事故数」「論文や研究」「市町村の発行している認知症ケアパス」「認知症に関するリーフレット等」「ちえのわNet」「各行政が出している地域資源の情報がまとめられた冊子など」、【家族会、会報等】として「家族会の紹介」「家族介護者教室の開催、懇談会、個別相談など」「ネットで家族会開催についての情報収集」等があった。

その情報源が多くは、専門職や同僚、知人などからの助言や情報提供などによる「口伝え」と自分自身の対応の経験などであった。情報があふれる中でも、顔の見える人間関係による情報伝達が、困難な中等度・重度認知症の人への対応の基本になっていることから、直接、専門職同士で情報交換できる場が必要であること、信頼関係に基づく専門職間の連携が求められていることが示唆された。

(3) Q5-3 具体的な助言や情報提供内容

具体的に行っている助言や情報提供としては、「落ち着かなさ、不安などに関する対応」51.6%、「地域包括支援センターや成年後見制度の紹介」49.6%、「独り歩き(いわゆる徘徊)に関する対応」46.2%、「当事者の交流会(つどい)や団体の紹介」44.8%、「排泄に関する援助方法」40.4%であった。「当事者の交流会(つどい)や団体の紹介」はCMがCM以外より15.5ポイント高く、主任CMがCMよりも19.7ポイント高かった。「排泄に関する援助方法」で、CMがCM以外よりも14.4ポイント高く、主任CMはCMより11.3ポイント高かった。「落ち着かなさ、不安などに関する対応」「⑧独り歩き(いわゆる徘徊)に関する対応」で主任CMがCMより15ポイント程度高かった。

また、助言や情報提供が少ない項目としては、「移乗・移動動作に関する介助方法」27.5%、「睡眠に関する援助方法」30.8%、「意欲低下、無気力に関する対応」33.5%、「意思疎通の困難がみられた時の対応」35.1%、「食事や食行動に関する援助方法」36.4%があった。これらの項目については、いずれも中等度・重度で対応する必要が増大する項目であるが、排泄などよりは個別の状況に左右される内容で

もあり、支援者自身の学習や経験が必要である内容かもしれない。中等度・重度認知症の人への対応の研究や知見の蓄積とともに、在宅での支援を視野に入れた情報提供の必要性があると思われる。

「当事者の交流会(つどい)や団体の紹介」で紹介した団体は、「認知症の人と家族の会」41.4%、「全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会」6.6%、「男性介護者と支援者の全国ネットワーク」3.3%、「レビー小体型認知症サポートネットワーク」2.4%、「日本認知症本人ワーキンググループ」2.1%であった。「認知症の人と家族の会」は CM 以外より CM、それよりも主任 CM が高かった。「全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会」は CM 以外の方が 1.6 ポイント高かった。「日本認知症本人ワーキンググループ」は主任 CM より CM の方が 1.5 ポイント高かった。

表 III-25 Q5-3 具体的な助言や情報提供内容(複数回答) (%)

N	CM 資格有無			主任 CM 資格有無		総計	CM-CM 以外差	主任 CM- CM の差
	CM	CM 以外	無回答	主任 CM	CM			
	1274	866	31	609	657			
①当事者の交流会(つどい) や団体の紹介	51.3	35.8	29.0	61.6	41.9	44.8	15.5	19.7
②地域包括支援センターや 成年後見制度の紹介	53.2	44.8	35.5	62.6	44.6	49.6	8.4	18.0
③食事や食行動に関する援 助方法	39.2	32.2	38.7	42.7	35.9	36.4	7.0	6.8
④排泄に関する援助方法	46.2	31.9	38.7	52.1	40.8	40.4	14.4	11.3
⑤睡眠に関する援助方法	33.7	26.4	32.3	38.1	29.5	30.8	7.2	8.6
⑥移乗・移動動作に関する 介助方法	29.9	24.2	22.6	30.9	28.9	27.5	5.7	2.0
⑦落ち着かなさ、不安など に関する対応	55.4	46.4	38.7	63.4	47.9	51.6	9.0	15.4
⑧独り歩き(いわゆる徘徊) に関する対応	50.3	40.5	35.5	58.1	43.1	46.2	9.8	15.1
⑨意欲低下、無気力に関す る対応	34.9	31.4	38.7	39.6	30.3	33.5	3.4	9.3
⑩意思疎通の困難がみられ た時の対応	38.5	30.1	32.3	43.2	34.1	35.1	8.4	9.1

表 III-26 Q5-3-① 当事者の交流会(つどい)や団体の紹介(複数回答) (%)

N	CM 資格有無			主任 CM 資格有無		総計	CM-CM 以外差	主任 CM- CM の差
	CM	CM 以外	無回答	主任 CM	CM			
	1274	866	31	609	657			
a 認知症の人と家族の会	47.8	32.4	25.8	57.5	39.0	41.4	15.4	18.5
b 全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会	5.8	7.4	19.4	6.7	5.0	6.6	-1.6	1.7
c レビー小体型認知症サポートネットワーク	3.1	1.6	0.0	3.6	2.6	2.4	1.4	1.0
d 男性介護者と支援者の全国ネットワーク	4.1	2.2	3.2	5.1	3.2	3.3	1.9	1.9
e 日本認知症本人ワーキンググループ	2.7	1.0	6.5	2.0	3.5	2.1	1.7	-1.5

8) Q5-4 介護の負担を軽減するための制度の認知および活用状況

原 等子

介護の負担を軽減するための制度の認知および活用状況は、各制度を「知っている」(認知度)と「紹介したことがある」(紹介状況)の回答を得た。また、CM の資格の有無別に「知っている」中での「紹介したことがある」紹介率をみた。

認知度が高かったのは、全体で[高額療養費制度]62.7%、[身体障害者手帳による税金減免]55.5%、[高額介護サービス費]55.0%であった。中等度・重度認知症の人に紹介している制度は、[自立支援医療(精神通院医療)による医療費助成]26.8%、[高額療養費制度] 26.4%、[高額介護サービス費]24.1%であった。CM よりも CM 以外の認知率が高い項目が[高額療養費制度][自立支援医療(精神通院医療)による医療費助成][後期高齢者福祉医療費による助成][精神障害者保健福祉手帳による税金減免][身体障害者手帳による税金減免][障害年金][障害手当金][おむつ代の医療費控除][公営住宅家賃の軽減][介護保険料の社会保険料控除]であった。しかし、紹介では全項目で CM の方が CM 以外よりポイントが高かった。

項目間で差はあるが、認知度の範囲は 24.9%から 62.7%、紹介状況の範囲は 10.2%から 26.8%、紹介率 20.6%から 53.8%であった。

表 III-27 Q5-4 介護の負担を軽減するための制度の認知度および活用状況 (%)

N	知っている			紹介した		
	CM	CM 以外	全体	CM	CM 以外	全体
[高額療養費制度]	61.1	67.2	62.7%	31.5	20.0	26.4%
[自立支援医療(精神通院医療)による医療費助成]	52.0	55.1	52.5%	29.9	23.1	26.8%
[後期高齢者福祉医療費による助成]	50.5	54.5	51.4%	19.8	13.3	16.9%
[高額介護サービス費]	59.0	50.9	55.0%	31.6	14.0	24.1%
[高額医療・高額介護合算制度]	55.1	44.6	50.1%	24.0	11.0	18.5%
[特定入所者介護サービス費(施設負担限度額)]	47.2	40.6	43.9%	28.6	14.0	22.4%
[社会福祉法人などによる利用者負担軽減制度]	51.8	36.0	44.8%	25.7	11.0	19.5%
[精神障害者保健福祉手帳による税金減免]	51.6	55.7	52.5%	15.6	13.7	14.6%
[身体障害者手帳による税金減免]	54.9	58.3	55.5%	20.9	12.1	17.1%
[障害年金]	58.7	66.4	60.9%	23.5	16.2	20.2%
[障害手当金]	55.1	59.4	56.0%	12.2	11.0	11.5%
[特別障害者手当]	41.8	40.2	40.5%	14.6	9.9	12.5%
[在宅重度障害者手当(自治体ごと)]	27.3	22.9	25.1%	12.6	10.4	11.5%
[介護保険料の社会保険料控除]	38.0	42.0	39.1%	13.5	8.9	11.5%
[介護認定者の障害者控除]	35.0	30.1	32.6%	14.2	10.6	12.6%
[介護サービス利用負担金の医療費控除]	42.6	37.1	39.8%	18.7	9.9	14.9%
[介護にかかる交通費(公共交通機関)の医療費控除]	36.9	29.4	33.4%	12.8	10.5	11.7%
[おむつ代の医療費控除]	53.1	57.4	54.0%	27.6	14.8	22.1%
[手帳取得による自動車税の減免]	48.4	39.0	44.0%	13.7	10.0	12.0%
[自動車取得税の減免]	40.1	30.3	35.6%	10.9	9.6	10.2%
[認知症高齢者個人賠償責任保険]	25.4	25.1	24.9%	11.5	10.2	10.8%
[はいかい高齢者検索システム 利用料補助]	33.3	29.1	31.1%	17.6	15.1	16.4%
[おむつ券・タクシーチケット・理美容代の支給]	46.9	43.2	44.7%	29.4	17.1	24.0%
[公営住宅家賃の軽減]	28.3	29.4	28.3%	12.2	8.3	10.5%

紹介率でみると、[はいかい高齢者検索システム 利用料補助]52.5%、[特定入所者介護サービス費(施設負担限度額)][自立支援医療(精神通院医療)による医療費助成]が51.0%であった。CMがほとんどの項目でCM以外より紹介率が高い傾向にあったが、[介護にかかる交通費(公共交通費)の医療費控除][自動車取得税の減免]でCM以外の方がCMよりも高かった。

これらの制度は対象になる認知症の人と家族の条件が様々で該当にならない場合も多い他、居住している自治体により利用できる制度がある地域とない地域があり、単純に比較できない部分もあるが、制度の認知率、紹介状況、紹介率などをみたとき、制度による差が大きいこと、認知度が低く紹介率が低い制度については、その活用方法や利用促進のための検討が必要である可能性がある。

表 III-28 Q5-4 介護の負担を軽減するための制度の紹介率 (%)

	紹介率		
	CM	CM以外	全体
N	1274	866	2171
[高額療養費制度]	51.5%	29.7%	42.2%
[自立支援医療(精神通院医療)による医療費助成]	57.5%	41.9%	51.0%
[後期高齢者福祉医療費による助成]	39.1%	24.4%	32.9%
[高額介護サービス費]	53.5%	27.4%	43.8%
[高額医療・高額介護合算制度]	43.6%	24.6%	36.9%
[特定入所者介護サービス費(施設負担限度額)]	60.7%	34.4%	51.0%
[社会福祉法人などによる利用者負担軽減制度]	49.7%	30.4%	43.5%
[精神障害者保健福祉手帳による税金減免]	30.3%	24.7%	27.9%
[身体障害者手帳による税金減免]	38.0%	20.8%	30.8%
[障害年金]	40.0%	24.3%	33.2%
[障害手当金]	22.1%	18.5%	20.6%
[特別障害者手当]	35.0%	24.7%	30.9%
[在宅重度障害者手当(自治体ごと)]	46.0%	45.5%	45.8%
[介護保険料の社会保険料控除]	35.5%	21.2%	29.4%
[介護認定者の障害者控除]	40.6%	35.2%	38.6%
[介護サービス利用負担金の医療費控除]	43.8%	26.8%	37.5%
[介護にかかる交通費(公共交通機関)の医療費控除]	34.7%	35.7%	35.0%
[おむつ代の医療費控除]	51.9%	25.8%	40.8%
[手帳取得による自動車税の減免]	28.2%	25.7%	27.3%
[自動車取得税の減免]	27.2%	31.7%	28.7%
[認知症高齢者個人賠償責任保険]	45.5%	40.6%	43.5%
[はいかい高齢者検索システム 利用料補助]	52.8%	52.0%	52.5%
[おむつ券・タクシーチケット・理美容代の支給]	62.6%	39.6%	53.8%
[公営住宅家賃の軽減]	43.3%	28.2%	37.1%

*紹介率=紹介したことがある/知っている

9) 認知症の人の事前指示について

原 等子

(1) Q6-1 認知症の人の人生の終末期の意思決定に関する関与開始時期

人生の終末期の意思決定に関して、認知症の人と話し合いを始める時期として、専門職としていつ頃から関与しているかについて、「個別の状況に拠るので、特に時期を決めずに行っていく」28.4%、「ターニングポイントごとに意思を確認し直している」24.6%が多かった。中等度・重度認知症の人の担当経験のある人で「終末期の意思決定について関与した経験はない」と回答した人は20.9%、CMで19.9%であった。

表 III-29 Q6-1 認知症の人の人生の終末期の意思決定に関する関与開始時期 (%)

	中等度・重度認知症の人の担当経験		CM 資格の有無			総計
	ある	ない	CM	CM 以外	無回答	
N	1608	530	1274	866	31	2171
① かかわり始めた時点から話し合っている	10.3	5.8	9.6	8.8	0.0	9.1
② ターニングポイントごとに意思を確認し直している	28.5	14.0	29.3	18.4	9.7	24.6
③ 認知症になる前に話し合っておく	3.0	4.3	2.8	3.7	9.7	3.3
④ 認知症になって初期のうちから話し合っていく	4.2	2.8	4.8	2.2	6.5	3.8
⑤ 個別の状況に拠るので、特に時期を決めずに行っていく	30.1	24.0	29.7	26.6	25.8	28.4
⑥ 終末期の意思決定について関与した経験はない	20.9	43.0	19.9	35.7	12.9	26.1
その他・無回答	3.1	6.0	3.8	4.7	35.5	4.7

その他の回答には話し合う時期として、「お誕生日月に話題にしている」、関与の仕方として「エンディングノートの紹介」「初診時に小冊子を渡している」など、「認知症が中等度になったころから」「訪問診療に移行するタイミング」といった話をして考えるタイミング、「相談対応した場面で今後の経過を説明して対応している」「鑑別診断目的で来られた際に、先のこともいろいろ検討されるようふんわりお勧めしている」「単発での受診であることが多く、そこまで踏み込んだ話はまずしない」という意見、「できるだけ「どうしたいか」など本人から聞き取り、主たる支援者に伝えている」「終末期には携わっていないが本人の意思決定があるかないかの情報提供をしている」「難病の方で認知症が始まっている方について、サービス担当者として日々の関わりの中で、ご本人の意思を聞いたらケアマネに報告するようにと言われている」という本人の意思を把握しようとしている状況、「元気な方は認識が低い、人生会議もすすまない中難しいと思う」という課題の記載があった。

(2) Q6-2 認知症の人の終末期の意志決定支援の話し合いのすすめ方

認知症の人との終末期の意志決定支援の話し合いのすすめ方として、「認知症の人の意思をできるだけ引き出し聞いている」31.3%、「家族に認知症の人の考えを聞いてもらっている」16.7%、「医師を交えた本人、家族の話し合いの機会をつくる」15.2%、「中等度・重度認知症になっても本人の意思を把握するようにしている」10.7%であった。中等度・重度認知症の人の担当経験のある人の回答は全体の傾向と大きく変わりなかった。CMでは、「認知症の人の意思をできるだけ引き出し聞いている」34.5%とやや多かった。

しかし、具体的な話し合いを認知症の人自身と行っている状況は、全体的に低く、中等度・重度に進行してからも意思を把握しようと努力している割合は1割程度と低かった。

表 III-30 Q6-2 認知症の人の終末期の意志決定支援の話し合いのすすめ方 (%)

	中等度・重度認知症 の人の担当経験		介護支援専門員資格の有無			総計
	ある	ない	CM	CM 以外	無回答	
N	1608	530	1274	866	31	2171
① 認知症の人の意思をできるだけ引き出し聞いている	30.5	34.5	34.5	27.0	16.1	31.3
② 家族に認知症の人の考え方を聞いてもらっている	17.9	13.8	17.9	15.4	6.5	16.7
③ 家族以外の親族の意見も聞くようにしている	2.0	1.7	1.8	2.1	0.0	1.9
④ 医師を交えた本人、家族の話し合いの機会をつくる	16.8	10.6	14.6	15.9	16.1	15.2
⑤ 中等度・重度認知症になっても本人の意思を把握するようにしている	12.4	6.0	11.7	9.2	12.9	10.7
その他・無回答	20.4	33.4	19.5	30.4	48.4	24.2

その他の回答として、本人の意思を尊重する方法として「以前からの考え方を反映させる」「ご本人がしっかりしていた頃のことを聞く」「事前に聞いていた本人の思いや、それを汲み取っていた家族からの話をもとにすすめる」という事前意思の確認、「家族と一緒に認知症の方の気持ちを考える」「家族間で早くから話し合ってもらうもしくは推定意思の検討」という家族とともに本人の推定意思の検討、「本当に本人の思いの理解はむずかしい」「認知症になる前の意思はどうだったか振り返ってもらう、関わっているサービスの職員が引き出した笑顔の場面はいつだったかなど以前のご本人の意思と現在のご本人の意思や表現を関係者が踏まえられるように働きかける」など関係者間で情報を共有し推定意思を探る工夫があった。また、「本人に確認できない場合は、家族に確認している」「担当した時には本人の意志決定が難しい人が多いので、家族の意向になる場合が多い」ということで、「家族の思い・考え方を聞く」「家族の理解度や意思を確認している」。このように、「認知症の人およびその家族の意向を聞き取って進めている」「本人と家族両方からできる限り聞くようになっている」「本人や家族の思いをよく聞くようになっている」。また、話し合いの方法として「担当者会議でご本人、ご家族と確認」「本人に意思確認する時は家族に同席、家族に意思確認する時は本人のいない所で確認している」「ご本人、ご家族、施設職員で話し合いを行っている」という

意思決定をする場合の本人を取り残さない工夫、「関わってから聞ける人と聞けない人と、それぞれ聞ける人から聞いていく」という把握の段取りの工夫があった。さらに、「地域で作成したしつとノート(Q6-3の内容が確認できる)の活用」の記述もあった。

(3) Q6-3 認知症の人の終末期に関して話し合う内容

認知症の人の終末期に関して話し合う内容としては、「人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか(できるだけ自宅で過ごしたい、家族に迷惑のかからない施設で暮らしたいなど)」80.5%、「人生の終末期に受ける医療について(治療の継続(できる限り十分な治療を受け生きたい)、救命救急医療(有事には救急車を呼んでほしい、救命処置を受けたい)、延命医療(救命後人工呼吸器をつけるなど))」65.1%、「どんなケアを受けたいか(自分で食べられるうちはできるだけ自分で口から食べたい、できる限りトイレで排泄がしたい、趣味や好みを生活に活かしてほしいなど)」63.9%、「どこで誰に見守られて死にたいか(自宅・施設で家族や知り合いのスタッフに看取られたい、病院で十分な治療を受けて死にたいなど)」53.2%、「財産・遺産の管理」45.3%であった。

表 III-31 Q6-3 認知症の人の終末期に関して話し合う内容(複数回答) (%)

	中等度・重度認知症 の人の担当経験		CM 資格有無			総計
	ある	ない	CM	CM 以外	無回答	
N	1608	530	1274	866	31	2171
① 人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか (できるだけ自宅で過ごしたい、 家族に迷惑のかからない施設で暮らしたいなど)	80.2	84.0	81.3	80.0	58.1	80.5
② どこで誰に見守られて死にたいか (自宅・施設で家族や知り合いのスタッフに看取られたい、 病院で十分な治療を受けて死にたいなど)	53.9	53.2	52.2	55.3	35.5	53.2
③ どんなケアを受けたいか (自分で食べられるうちはできるだけ自分で口から食べたい、 できる限りトイレで排泄がしたい、 趣味や好みを生活に活かしてほしいなど)	64.4	64.7	62.8	66.1	51.6	63.9
④ 人生の終末期に受ける医療について (治療の継続(できる限り十分な治療を受け生きたい)、 救命救急医療(有事には救急車を呼んでほしい、救命処置を受けたい)、 延命医療(救命後人工呼吸器をつけるなど))	65.5	66.0	64.5	66.9	38.7	65.1
⑤ 財産・遺産の管理	44.3	49.8	44.1	47.8	22.6	45.3

10) Q8 中重度・重度認知症の人と家族への支援をする際にめざしていること

猪股祥子

1,390 件の回答があった。CM の資格があると回答したのは 847 件 60.9%で、資格はないと回答したのは 531 件 38.2%、無回答 12 件 0.9%だった。介護支援専門員の資格の有無で、回答に特徴的な相違は見られなかった。記載内容を分類しコード化したのち、コアコードを検討した。以下の表にて<コード><コアコード><記載内容>で説明する。

表 III-32 Q8 中重度・重度認知症の人と家族への支援をする際にめざしていること(抜粋)

コード	記載内容の抜粋
<介護負担の軽減>	「無理しない。頑張らない」 「BPSD への対応や困りごとと一緒に考えしていく」 「家族が疲弊しないこと」
<良き相談者となる>	「どんな結果でも必ず後悔はします、それを含めて寄り添い適切な声かけ支援を心がけています」 「双方の偽りのない思いを引きだす」 「家族が認知症になることによる、家族内のバランスの変化に対する心理的葛藤を扱うこと」
<信念・ありよう>	「家族の介護力も育てること。理解を深めること」 「伴走者」 「何が大切かについて突き詰める」 「しんどい、助けて下さいが、言える関係を築く」 「在宅が良い・施設が良いとかは決めつけない。それぞれの認知症の人のニーズや価値観、家族の考え方を一番大切にしている」
<意思決定支援>	「本人の気持ちと家族の介護力のバランスを見極める」 「認知症疾患の特性について、介護者に分かりやすく説明を繰り返すことで、必要以上に家族が不安や介護負担を感じないように努めている」 「納得して本人も家族も落ち着ける場所を探すこと」
<地域とつながり続ける>	「家族を含めた認知症の人を支える環境づくり」 「家族だけでなく地域住民の理解」 「本人・家族が声をあげられる地域づくり」 「周りに頼れる人や物のネットワークを作ること」 「なるべく多くの支援者が関わり、安心して生活出来るように考える」

専門職が、中等度・重度認知症の人と家族への支援をする際に目指していることは、「本人も家族も笑顔で穏やかに、できるだけ住みなれた環境で最後まで自分らしく過ごしてほしい」と願い、家族も本人もお互いが幸せであるために、<家族が安心して、悔いなく介護できる状況をつくること>であった。

専門職は、<介護負担の軽減>のため様々な情報提供や傾聴で<良き相談者となる>ことを意識し、本人と家族の意思尊重とし合わせを通して<意思決定支援>を大切にしていた。そこには、自身の<信念・ありよう>をもつ専門職の姿も伺い知ることができた。また、やみくもに在宅での生活を目指すのではなく、本人と家族の状況を考慮し在宅生活の継続の可否を検討しながら、最終的には本人も家族も<地域とつながり続ける>ことを目指していた。

専門職が、中等度・重度認知症の人と家族への支援をする際に目指していることは、本人と家族の穏やかな暮らしの為になにができるか、何を選択していくか、関わっている家族や支援者を交え一緒に考えて行く事、すなわち、家族が安心して、悔いなく介護できる状況をつくることであった。

そして、医療や福祉、在宅か施設かなど場所に關係なく、地域の中で、認知症の人を中心に横のつながりを大切にしていくことであった。

11) Q9 中等度・重度認知症の人とのかかわりで、嬉しかったこと、悲しかった（残念だった）こと、困ったこと、辛かったこと

青山拓夢

a. 分析対象と分析方法

全体で 1,328 件の記述回答があった。そのうち CM と答えた人は 292 件あり、今回はケアマネに焦点を当て分析を行った。分析では、自由記述を意味内容が損なわないようコード化(以下、「」で表記)を行い、さらにサブカテゴリ(以下、『』で表記)、カテゴリ(以下、【】で表記)と分類を行った。

b. 結果

CM の記述回答では【嬉しさ】【達成感、やりがい】【悲しい、残念】【困難】【辛さ】の5つに分類された。

【嬉しさ】では、『感謝の言葉』『認知症の人の笑顔』など 10 のサブカテゴリに分類され、「認知症の人や家族にありがとうと言われたとき」「認知症の人の笑顔を見れたとき」など 49 のコードが含まれていた。【達成感、やりがい】には、『CM としての仕事の達成』『認知症の人や家族との信頼関係の構築』など 4 つのサブカテゴリに分類され「認知症の人や家族が信用してくれるようになったこと」「家族の精神面のサポートができるいると実感できたとき」など 93 のコードが含まれていた。

【悲しい、残念】では、『家族の意向の優先』『本人・家族へのサポート不足』など 22 のサブカテゴリに分類され「認知症の人の意向が尊重されず施設へ入居となってしまったこと」「家族の心労に気づけなかったこと」など 88 のコードが含まれていた。【困難】では、『家族の理解不足』『認知力の低下による弊害』など 12 のサブカテゴリに分類され「具体的な支援の予定を立てずに認知症の人に独居を続けさせること」「認知症の人が支援者に対し物取られ妄想がある場合」など 33 のコードが含まれていた。【辛さ】では、『自身の力不足』『介入による退転』など 9 のサブカテゴリに分類され「家族は在宅療養希望するも施設入居になってしまい力不足を感じた」「提案したサービスを利用し、認知症の人が行方不明になった」など 29 のコードが含まれていた。

また、【嬉しさ】【達成感、やりがい】といったポジティブな意見が 142 個、【悲しい、残念】【困難】【辛さ】といったネガティブな意見が 150 個とほぼ同数であった。

c. 考察

今回の中等度・重度認知症の人とのかかわりについて CM は、「家族が認知症の行動を理解してもらえず自身の力不足を感じた」といったことや「認知症の対応に疲弊していく家族に適切なアドバイスができなかったこと」などに『自身の力不足』を感じていた。また、『家族の意向の優先』がされてしまい、認知症の人の、余生は住み慣れた在宅で過ごしたいといった認知症本人の意向が尊重されず、施設へ入居となってしまったことに対し【悲しい、残念】と感じていた。これは「家族の認知症への理解が困難のため治療や介護導入を拒否されること」といった『家族の理解不足』が背景として存在していると考えられる。また、「家族が遠方のため認知症の人の在宅生活ができなかったこと」といった『家族との連携困難』も背景にあると考えられる。

しかし、こういった現状の中でも CM は、普段何気ないところで見かける「認知症の人や家族の笑顔」に対し【嬉しさ】を感じている。さらに、「介入により認知症の人や家族の問題が改善したとき」や「認知症

の人が通所サービスやショートステイを利用できるようになったこと」などが CM としての仕事の【達成感、やりがい】につながっていると感じている CM も多くいた。

これらの事から、CM は日々の認知症の人や家族とのかかわりの中で【悲しい、残念】【困難】【辛さ】を感じる場面は多くとも、【嬉しさ】【達成感、やりがい】といったことも多く感じていた。認知症の人や家族、地域、施設など多くの関係をつなぎ調整を行わなければならない CM は、高齢社会が加速する現在、非常に重要な存在である。今後の認知症の人や家族、地域、施設などが安心して生活できるようにこれらの意見を活用していきたい。

表 III-33 Q9 CM が中等度・重度認知症の人とのかかわりで感じたこと(抜粋)

カテゴリ	サブカテゴリ(抜粋)	コード(抜粋)
嬉しさ	感謝の言葉	認知症の人や家族にありがとうと言われたとき 認知症の人から会えてよかったですと言われたとき
		認知症の人の笑顔を見れたとき 認知症の人や家族が穏やかに過ごしているとき
	認知症の人の笑顔	家族の精神面のサポートができていると実感できたとき 認知症の人が最期まで在宅で生活できましたこと
		認知症の人や家族が信用してくれるようになったこと 家族から看取り時に感謝してもらったこと
達成感、やりがい	ケアマネとしての仕事の達成	認知症の人の意向が尊重されず施設へ入居となってしまったこと 認知症の人より家族の意見が優先されること
		認知症の人や家族との信頼関係の構築
	家族の意向の優先	家族の心労に気づけなかったこと 自身の経験の浅さから在宅での生活をできなかったこと
		本人・家族へのサポート不足
悲しい、残念	家族の理解不足	具体的な支援の予定を立てずに認知症の人に独居を続けさせること 家族が認知症を認めないこと
		認知力の低下による弊害
	自身の力不足	認知症の人の意思が確認できないため選択があつてあるかどうかわからなかったとき 認知症の人が支援者に対し物取られ妄想がある場合
		介入による退転
辛さ	自身の力不足	家族は在宅療養希望するも施設入居になってしまい力不足を感じた 認知症の対応に疲弊していく家族に適切なアドバイスができなかつたこと
	介入による退転	提案したサービスを利用し、認知症の人が行方不明になった 小多機に移行したことで認知症が悪化してしまった

12) Q10 中等度・重度認知症の人とご家族へのメッセージ

渋谷美和

a. 分析対象と分析方法

全体で1,028件の記述回答があった。そのうち「Q1-④-1 あなたは、どこで(場所)で、認知症の人と家族にかかわっていますか。」の質問で「居宅介護支援事業所」と答えた人の回答記述204件のうち、ランダムに抽出した回答50件を分析した。分析では、自由回答の記述の意味内容を損なわないように簡潔な表現に書き改めた要旨を作成し分類した。

b. 結果

メッセージの内容で最も多かった要旨が【孤立しないで】19件であり、その後に【力になりたい】17件と【無理しないで】11件が続いた。【孤立しないで】とは、介護を一人で抱え込むのではなく、他者とつながることを促すメッセージだった。【力になりたい】は、本人や家族と伴走して支援していきたいという主旨のメッセージだった。【無理しないで】は、家族が介護を頑張りすぎないように願うメッセージだった。この三種の要旨以外でも、介護のポジティブな面を捉える姿勢を促すメッセージや、認知症や高齢者に住みよい社会創りを願うメッセージなどが散見された。

表 III-34 Q10 専門職から中等度・重度認知症の人とご家族へのメッセージの主要な要旨

()内の数字は回答件数を示す

要旨	回答の抜粋
孤立しないで(19)	●辛いこと苦しいことがあると思いますが、一人で悩まず、誰かにその苦しい胸の内を話してほしいです
	●家族で抱えこまず、いつでも誰かに相談してください。必ず、誰かが支えてくれますから
	●ひとりではないことを忘れないでほしいと思います
力になりたい(17)	●認知症という疾患のイメージがよりよく、理解されますように尽力いたします
	●ご家族様だけではなく、チームで利用者様を支えていけるよう、これからも頑張っていきます
	●住み慣れた地域ができるだけ、その人らしく生活が出来るように一緒にがんがえていきます。一緒にがんばりましょう
無理しないで(11)	●決して無理をなさらず施設等の社会資源を有効に利用してください
	●自分が壊れてしまうほど頑張らなくていい
	●頑張りすぎず、話せる人に話を聞いてもらいましょう

c. 考察

【孤立しないで】と【無理しないで】の要旨のメッセージが多かったのは、概して家族介護は介護者が一人で悩みや負担を抱え込みがちな実態を反映したものと考えられる。このことは既存研究でも指摘されており、家族介護という私的な領域に支援をリーチアウトできるかという問題意識が専門職間で共有されているのではないかと推察される。専門職の多くは【力になりたい】と思っている。支援を求める家族や、支援を求めたくても出来ない孤立する家族介護に対しては、どのように専門職は対応や介入すべきだろうか。この点について、成功例や失敗例を含めた事例報告と知見の共有が、今後の支援を考える際に役立つであろう。

IV. 資料

中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査

中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査

表 IV-1 【家族調査】Q12 在宅介護を継続していくために、医療・介護従事者に伝えたいこと

* 大分類、中分類、は看取り後の回答

家族の話を聞いてほしい		
家族の話を聞いてほしい		
安心してぐちをこぼせる、話を聞いてもらえる。寄り添ってもらえた安心		
どうしても身内だと限界が出てくると思います。介護者のよりどころとなり、話を聞いてくれる立場でいてほしいです		
介護者の話を聞いてほしい、負担軽減に援助してほしい		
家族の思い、悩み、不安等々の話をゆっくり傾聴してあげて下さい		
受診したら長く待たせず状態に応じて早期に対応してほしい。(当事者介護者に対して)よっぽどの事で受診しているから、言葉掛けを優しくゆっくりしてほしい。悩み事を聞いてほしい。(一番大変なこと)*待つことが難しい*		
認知症の薬(メマリー等)の限界等について、なかなか本音で話せない気持ちがありました		
月一回の通院時、家族をねぎらってもらったり、当人にあたたかい言葉かけ等が嬉しく感じました		
とにかく介護者、当事者の思いを受けとめてほしい。本音が8、弱音9が吐きだせる関係性		
話をよく聞いて、相談に乗ってほしいです		
話をよく聞いてサービス提供を考えてほしい		
話せるように手を差し伸べてほしい		
主たる介人は本人ではなく家族を第一に介入してほしい。家族の思いに耳にかたむけてほしい		
できることできないことがあると思いますが、介護者の心の葛藤含めて、否定せずに話をよく聞いて下されば力になると思います		
家族・当事者の話を何度もよく聞き取る		
時間をかけて話を聞いてほしい(人手不足はわかっていますが…)		
介護者は第三者との交流がなくなり、心身ともに疲れやすい。本人のケアや状態の共有、悩み相談、傾聴してもらうと、自分一人での抱え込みが減り、これでいいんだと思え気分が楽になる。		
介護者に対する聴く耳を持って欲しい。よいフットワーク		
訪問看護師や入浴サービスの方々、相談したい時や話をしたいときは話を聞いてもらいたい		
中心となる介護者の立場や話等、よく理解してください		
本人だけではなく介護者の話もよく聞いていただけると在宅介護も頑張れます		
介護者の気持をよく聞いてもらえる事		
家族の要望をきいてほしい		
介護される方々も色々と縛りがあると思いますが、極端な事でも考慮できる範囲は広げてほしい、介護している家族は本当に大変なので細かなお願ひを聞いてもらいたいことがあります		
個人の要望を大事にしてほしい		
薬の処方をなるべくシンプルに、回数も少なくして、飲み忘れしにくくしてほしい		
優しくしてほしい		
優しく接してほしい		
優しい言葉		
優しくアドバイス、声掛けしてもらえると助かる		
介護者への労いを忘れないでほしい		
マニュアル通り 正論通りに介護できないけど、家族に対して「介護が悪い」ときつく言わないでくださいね。言われなくても自己嫌悪におちいってるし、がんばっても思うようにはいかない時や、がんばれない時もあります		
優しい言葉をかけてほしい		
さり気ない声掛け・本人の良いことを教えてください		
常に介護している家族にひと言でいいので声かけてほしい		
それぞれ、お忙しいお仕事の中で一生懸命優しい対応をしてくださっていたと思いますので感謝しています		
*とても忙しいハードなお仕事だと思いますので、人によっては少々きつい言葉対応とかあり、心が弱っている人間側としては悲しくなることがあります		
家族に向き合ってほしい		
家族利用者に向き合う		
介護者に向かって対面でしてほしい。		
在宅介護の場合、「ケアする人は2人いる」という観点で、認知症の本人と家族介護者のケアをしてほしい。家族介護者はサービス利用などで介護を委ねた時の気持ち、そのことで不安・不満になり文句を言いたくなる気持ちにも向き合いケアをしてほしいと思う。		
看取り後のサポートをしてほしい		
家族はむづかしい事(専門的なこと)を言われても、理解がむづかしいので、わかりやすい言葉で話して欲しい。悩み、ぐち、相談にのつて欲しい。看取り後のサポートもお願いしたい(家族は寂しさがつのると思うので)		
家族の気持を分かってほしい		
家族の気持を分かってほしい		
ケアマネに「そろそろ入所を考えた方が良い」と言われながらもずっと「大丈夫です」と言ってきたが、手際よく話を進めて入所の形になりました。周りも「よかったね」とは言ってくれました。自分の気持ちが実際にはまだ固まっていたと思う。「今申し込みをしないと		

今度はいつになるかわからない」に不安になってしまった自分が情けない。自分そう勝手に思っているだけだとは思うが。現在、週に1、2回娘宅に孫の世話に行き、その他趣味もできているのに、ずっと引きずっている
4年にわたり、在宅介護を続けています。私の恐怖は「朝起きてこない」等、前ぶれもなく亡くなってしまうことです。自宅で亡くなれば、警察が入り、調べられて検死になります。情愛があって、介護してきたのに疑われるのです。警察、消防、医師による在宅での看取りの講演会も行きました。答えは見つかりません。なので、訪問医療に切り替えました。でも、私の不安はなくなりません
介護者の気持ちを思ってやってほしい
医療、介護従事者の人も在宅介護人の思いを察して
言葉の真意を感じ取ってほしい
本人だけでなく介護者の気持ちや困っていることを理解してほしい
認知症本人が、介護従事者に見せている顔と、自宅で家族や親族に見せる顔(態度)が違うことを知って下さい。自宅では本音で行動します。介護者が子供の場合は、親、認知症本人が上だと思うところがあるようです
それぞれの症状について詳しく知って欲しいし意思の疎通の出来ない辛さを分かって欲しい
介護家族の思い、理解してほしい
家族の会のつどい、相談会を紹介してほしい。介護者の思い、気持ちはどんな事をしても体験しないと理解、援助できないこともあることを知ってほしい。
・介護する側とされる側との親族関係により、介護する側のもの思いはそれぞれ違うと思う ・正しいことを教えるのではなく寄りそってほしい ・常に「自分との戦い」と感じていた頃はつらかった。介護以外にも親族が次々問題を起こすなどストレスは重複することが多い。まとめてもうけててくれるところが欲しかった
介護家族の心に寄り添い、専門家として適切なアドバイスは絶対に必要ですが………介護に疲れている御家族さんの立場にたって傾聴・共感して下さる方であれば幸い心も柔らぎ勇気がでる
やむを得ず施設に入れなければいけない家族の気持ちは施設の方とのコミュニケーションが良好に取れる状況ですと心配や不安が軽減されると思います。また、施設に入ることによる罪悪感がある方が多いと思いますので、家族支援の中にその気持ちをくんでいただけだと良いと思います。在宅ありきはつらいです
在宅介護をしている時に主介護者に医療・介護関係の方々が連絡する事が多いと思うが、主介護者も日常生活がある。何かあった時にすぐ連絡出来ない事もある。又、家族が介護をしなければいけないというプレッシャーを感じる様な言動も時々あるが、元々家族は介護者ではない
私たちのことをよく理解してください
認知症本人も不安状態にあり、心和ませる笑顔が必要だったと反省しています
家族の苦労を理解してほしい
デイサービスで失禁すると洗たくは家族がしなければならなかった。便失禁して連絡をもらうことが多く、仕事中に外出しなければならなかった。自宅介護を断念する原因になったと思います
介護者は認知症本人にかなりストレスをもらいながら日々生活している。介護者に対しても言葉を選んで頂きたいと思う
ショートステイ先で「たいへんだ」と言われます。家ではもっとたいへんです
サービスはいろいろあるが、認知症の人本人が利用してくれなければどうにもならない。デイでも、落ち着かないため「遅いお迎え、早いお帰り」では家族のレスパイトにもならない。デイの荷物準備、帰ってきた後の着替えのお洗濯も負担、当人は落ち着かないまま帰ってくるため機嫌が悪い…いかないほうがまし、となってしまう。本人と同居のほかの家族にデイも嫌、ヘルパーも嫌、施設も嫌と言われてもどうしたらしいか分からない。気持ちのギブ＆テイクのできない人相手に対応する苦痛を仕事含めて24時間やっている感じ
通所事業所などのスタッフが大変で受け入れられないということは、家の中で家族はもっと大変であるということ。
サービス事業者は数時間、施設職員も交代で介護をしているが、家族介護は、ほぼ一人が24時間～12時間介護している事を理解してほしい。週間計画は、日中しか記入していなかったり、土日(休みの日)どの様に介護しているのか把握してくれているCMはどの位いるのでしょうか?
1人で説明なども理解できないのは当然ですが、必ず同席、再三連絡を働いている家族にされるのがきついです。代行してくれる部分があると良い
家族の大変さを理解してほしい
病気だけでなく病気の人もみてもらいたい。家族も苦しんでいることをわかってもらいたい
在宅以外を選びたい
家でみんな働いており、在宅では看れない状態だった。今は、グループホーム利用で仕事が続けられる
在宅介護を続けたくない
認知症が進み、本人が食べない、排泄もわからない状態にあっても本人夫婦は何もなかつたものとして食わすことに固執していました。90歳、86歳。もはや施設を探すこと、サービスの利用も考えられません。そんな折は在宅介護を諦めることも選択肢の一つに入れて助言してほしい。二人寝込むより、二人それぞれの場所で元気に暮らす道もあります
親身になってほしい
介護している家族の話にもしっかり耳を傾けてほしい。自分ごととして捉えていただけるとありがたいです
認知症について理解を深めるために勉強してほしい。一相談できるように少しでもなってほしい
※自分が大切な人や自分自身に関わることであるという事
常に自身の大切な家族が患った思いで穏やかに接して欲しい(特に医療者は)
自分や家族が認知症になった状況を想像して欲しい

私も現場で認知症センター養成講座をさせていただきました。まさか、母が認知症だったとは！うつ病かも？と意欲低下があり、疑いがあるため本人を3時間以上かかる病院に連れて行きました。かかりつけ医がいても決まった診察のみでした。我がこととして捉え方が変わりました。窓口での相談も変わりました
介護の人たちは親身になってくれたと思う。医者の方が無関心。
ケアマネさん、市の窓口、医師、たずさわる人のあまりにも事務的、忙しいのはわかるが、ハイ、イイ工だけの対応で、あり地獄の家族をすぐえるか
知識だけでなく、本人の身になって、介護できるかどうか
本人の先々の症状により、あまり理想的なことはまかりとおりませんが、やはりいかわる全ての人達、介護者、医療者、その他認知症疾患関連従事者は、基本的に寛容、慈しみの情(家族含)を心がける。本人、家族の立場に立っての言葉や接し方が自他共にできればと思います。そんな絵に描いたようには……ですが
介護は、至らない家族、ケアマネジャー、介護者と医療従事者と共に同じ理念のもと動き、学び、刺激しつつ育ててゆくものだと思います。相互に不平不満があって当たり前です。皆で育てていく姿勢が必要でないでしょうか。自分の立場を超えて相手も自分も育っていく気持ちで自分のこととして動いてくださいと存ります
自分の家族だったらどうしていくか。同じ家族の立場にたってのこと
特に訪問看護師さんに伝えたい。とにかく介護者、家族の思いをしっかり聞いて寄り添って欲しい。何のための訪問看護なのか！病院とは違う！！もっと自覚してほしい、家族の思いをしっかり把握して、かかりつけ医に報告連絡して欲しい。決して事務的にならず。家族の不安が何なのか察知すること、そして家族を安心させる言葉の選び方。コミュニケーションスキルを磨いてほしい。訪問看護さんにとっては大人数の一家族だが、私たちは真剣に、看取ることに向き合っている
薬に頼りたくない気持を分かつてほしい
・薬の服用が本当に必要なか「進行を遅らせることしかできない」と言われたが飲まなかつたらどうなっていたのだろう(当時、レミニール)
※認知症の人を薬づけにしないでほしい。
※病気によるだろうが、薬に頼らないでほしい。
医療:服薬の見直し(ずっと治らない薬を服用していた)
薬での不安状態解消が本人に更に不安な状態に拍車をかけていたように感じたことが多かった
薬の処方は慎重にお願いします。大変とは思いますが、柔軟な対応をしていただければ助かります。
家族に寄りそつてほしい
介護している家族は不安で仕方なく相談に乗ったり心に寄り添ってもらいたいです。
専門家からみれば不十分ながらも、家族は精一杯介護しています。本人、家族いろいろな思い、気持ちをもって、生活を送っています。助言も必要な時もありますが、まずは、寄り添ってほしい
家族も様々な事で迷いますので、よりそっていつしょに考えてアドバイスいただけると心強いです
本人だけでなく介護する家族の不安によりそつてもらえ、とてもありがたかった
医療・介護従事者の言葉に傷つくことがある
介護従事者の理解が1番です。認知症の人でも、他人と家族の区別が出来るので施設では「とても良い人」でも、家では違います。家のことを話した時、「そんな人には見えません」と言われたことがあります。落ち込みました。全職員に家族の話を親身になって聞いてほしいと思いました
いつも思うことなのですが、ほぼいつも医療・介護従事者がやりやすいように、扱いやすいように認知症の人を(薬で)変えたがるのは家族としては納得がいきません。納得がいかない旨を伝えると「他に受け入れ先がないくせに」だとか「どうせ、家族の顔も分からぬでしょ」とか、ひどいことを言われます。入院中ならともかく、自宅で訪問看護師さんやデイサービスの職員さん達がそんな事を口にするのはどうでしょうか？在宅介護の場合、その方達に頼らなければならないのに。ちなみに本人は家族の顔もわかり、それなりに意志表示もできます
介護家族の頑張りを認め、励ましてもらいたかった。介護従事者が 30~40 代で、自身の介護経験がなく「みてあげているのだから感謝してほしい」という雰囲気が感じられた。
「がんばらないでいい」と言わないでほしい。がんばらなくては介護はできない。また、精一杯やっているのを認め、労ってほしい
介護するものにとって、お世話になるケアマネさん、お医者さん看護師さんは本当に頼りにしています。ちょっとした言葉で傷ついたり、励まされたり、「言葉」の表現法を気遣ってほしい。在宅介護の時、訪問看護師さん、次々変わってくるので、同じ人が良いなあとと思いました
話をちゃんと聞いて欲しい(本人、介護家族の)。認知症だからと下に見ないで接して欲しい。介護家族の事情や気持ち、行っていることなどをよく知らないのに否定的な気持ちを抱いたり、誤った認識で忠告されるのは辛い
・家族での在宅介護の限界を感じた時に、ショートステイの利用を相談したら、がんのターミナルで認知症がある人を見る施設はないと言われ、その時「みすてられた」と思いました。デイサービスの職員からは、母がデイサービスでウトウトしているので、デイの利用と楽しく時間を過ごすなど、母自身に「目的を持ってデイに来てほしい」と言われました。認知症で昼夜逆転している母に「目的を持って」と言われても無理なことでした。もう来てほしくないと言われているのだと思いました。悲しくて仕方なかったです
家族との連携
家族との連携
出来るだけ早く介入し、共に考える体制を作ること
認知症の人は対応が難しいが、家族と共に粘り強く対策を考えてほしい
状況変化を迅速に連絡取り合い、指示を受ける体制をつくって置くことに協力して欲しい
私が分かつてないのか知れないが何かを行うときに声をかけて行動をする

専門家のくせに責任を回避して、逃げ腰になっていることはこちらにも伝わってきます。思っていることははっきり言ってほしい。どちらにしても正解はないのは分かっているので責めたりはしません。家族と一緒に真剣に考えて、自分はこう思うということを言って欲しいです。あと勉強不足なのもすぐバレるので、最新の情報を収集するようにしておいてほしいです。(文句ばっかり書きましたがお世話になった方には心から感謝しています)

介護●●と介助(食事)(おやつ)の時、家族が口腔ケアの話を聞き、ともに介助してもらいたい

最近『オープンダイアローグ』という患者と医師、その他のスタッフ、家族がいつしょに集まり、上下関係なくそれぞれが話を聞き、それにに対する自分の考え、気持ちを話し、お互いの理解を深めていく場を持つという時間をつくる、ということが医療の場、支援の場にとり入れられると良いと思う

家族との連携、情報共有。本人に寄り添う

家族との情報共有

お互いに情報交換を密にして、現在の状況も共有したい

まめに情報を交流してほしい。提供したりこちらの声に耳を傾けたりしてほしい

デイサービスの様子をおしえてほしい

施設での出来事、変化は良い事も悪い事もしっかり伝えて下さい。家庭内が最近元気に外泊で帰ってこれるようになったのは、お世話になっている施設の皆様(ケアマネ)の方が、良く体調の変化を見のがさずに薬の服用に疑問をもたれて、専門医の先生に相談してもらった事がきっかけでした。服用している薬をすべて止め、1種類ずつ出し直し結果を見ながらの服用でした。結果、薬の種類が減り、体の傾きがなくなり前のような顔つきになりました、でも落ちた体力は戻りました

本人の思いを大事にして、介護者には見せない姿を教えてほしい。介護者の思いを聞いてほしい。いろんな提案をしてもらうことで先が見えることがあります

家族との信頼関係構築

介護者との人間関係を大切にしてもらいたい

私は常に今置かれてる状況をその都度スタッフの方に話していました。それに応えて下さり、今まで在宅で介護出来てると思っていました。そして介護者の悩みも率直に打ち明けていました。お話をよく聞いて下さいます。特にケアマネジャーには色々な希望やこうして欲しい等何でも話してそれに可能な限り応えてくれています。信頼関係がきちんといたっているからだと思います。他の事業所の人とも信頼関係がきちんと出来ていると思っています

本人・家族のことを理解し協力してほしい

医療介護従事者を信頼することしかない、ということを知っていてほしい

家族のことは聞けなくても医療従事者や他人の意見は聞ける認知症患者は多いと思います。ぜひとも今後ともお見捨てなきようお願い致します

医療や介護従事者、きめ細かな情報交換を行い、在宅介護が認知症本人にとっても介護する家族にとっても安心して続けていけるよう信頼関係を築いて欲しい

家族へのサポート

家族へのサポート

在宅介護を行っている人のサポートが必要です

認知症の方への声かけももちろんですが、介護者へのフォローを是非ともよろしくお願いします

介護家族も当事者です

本人支援と共に家族支援も重視してほしい

本人への支援はもちろんありますが、介護者への支援はどうでしょうか。一日中ずっと一緒にいたり、身の回りのことをしたり、責任をもって本人にかわってサインしたり、そういうことをするのは介護者です。介護者にも目を向けてほしいです。そして、しかるべきところ(その方に必要な支援)につなげてほしいと思います

本人だけでなく家族にも目を向けて欲しい

在宅介護は、ケアセンターの他人による介護ではないので、介護する方、される方共に甘え、依存がどうしてもできる。1対1で介護する場合、介護者の精神面のケアもして欲しい

介護者のサポートがとても大切だと思います。重度の認知症にご本人がなればなるほど、介護者が懸命になり、疲れ切ってしまいます。その介護者への支援のためのプログラムつくりをぜひ行っていただきたいと思います。ケアマネジャーは認知症ご本人の計画書つくりは行いますが、介護者のための支援計画書つくりが大切だと思います

介護者、家族の人達にも気くばりを

本人だけ診察するのではなく、介護家族の状況もしっかり観察してほしい

介護者、本人共に心のケアの部分を考えた策が必要

サポートが一番だと思います

大変とは思いますが、家族の本人とサポートをよろしくお願いします

目に見えない部分に目を配ってほしい。皆が頑張っている中で孤立になりがち。”周りが一緒にサポートします”等、声かけをしてほしい

介護者、家族の人達にも気くばりを

介護家族は常に不安をかかえており、気持ちもゆれ動いている。本人だけでなく、家族の状態や気持ちにも目を向けてほしい

家族の体調を気にかけてほしい

介護している家族の健康状態、精神状態の把握

プロとしての矜持に感心することが多く、それに値する社会的評価と待遇を受けられるようにと思います。看られる本人と同じくらい見る家族のメンタルを気にかけていただけた時、心が休まりました

介護者の精神状態を気にかけてほしい

本人の状態のみならず、介護者的心身の状況もみていただきたい。折にふれてねぎらいの言葉をかけて下さるとうれしいし、元気がでます
本人の具体的な状態や行動への対応だけでなく、介護者的心身の状態にも目をくばり、ケアと情報の提供をお願いします
アドバイスがほしい
お世話になります。これからも、いろいろ教えて下さい
業務を確実に遂行してほしい
専門職等のアドバイスが必要だと思います。何のサービス等を入れればよいか分かりませんでした
本人の状況に合わせて…本人との話題、接し方、症状とのつきあい方、介護する側の心の持ちよう、保険サービスの活用アドバイス、適切に状況に合わせて情報提供をしてほしい
介護者は追いつめられていることが多いと思うので、多くでも楽になるアイデアを考えてほしい
的確な助言をしてほしい
私の経験上、とても良いスタッフさん達に恵まれました。不安感が出てしまう時でもスタッフの方々に色々お教え頂き、又、はげましてもらいました。終了後お茶に時間2~3分程でも一緒に出来た事は嬉しかった
介護の方針、具体的方法、制度を教えてほしい
体力、気力の衰えを支えるための介護サービス支援システムのアドバイス。本人の老化、症状進行に対応した介護、医療のアドバイス
・家族の介護方針へのアドバイス
男性が介護する場合、リハビリパンツや尿取りパッドなどわからない。人に聞きづらい。ことがあるため介護従事者から積極的にアドバイスしてほしい
当事者と介護者の教育を、そのうえで楽ができるような手当の学び、実践の仕方を教えてください
何があっても気楽に相談できる人であってほしい
必要と思うことはどんどん指導してもらいたいです
人生会議ではないですが、そのような場を自然に作れるような情報提供もしてほしいです
もっと、行政サービスについて積極的に紹介してほしい
②初期の診断にあたっては告知で終わらず、ケアや情報の提供も合わせてお願いします
かかりつけ医等、回りのサポート充実
介護をすることは仕方ないとして、経済的負担は大変だと思います。そのサポートを忘れないでお願いします。お金のかからない最高の制度活用をご指導していただく
受けられるサービス提供、情報を教えてほしい
問い合わせの項目で、独居の母がそれに該当するかどうかを知るまで時間がかかりました。ケアマネジヤーや地域包括支援センターの方々がそのことを家族に伝えてくれると介護者は経済的に助かります。母の介護が始まって最初の1年でオムツ代が6万円かかりました。しかし、母の場合(社協、町役場)に申請すれば年間5万5千円分のオムツを支給してくれることを初めは知りませんでした 介護にお得な情報を介護者が理解できるように伝えて欲しい
新しい情報、使えるサービス等をしっかりと介護者に教えて欲しい
出来るだけ早い時期の診断と対応法
相談できる場所を紹介してほしい
認知症ではないかと不安に思い病院に行き診察を受け、認知症と診断されたら、先生を信頼して定期的に通うことになる。しかし、病院は患者を見る所であり、診察時間は短い。介護家族の話を充分聞ける場ではないと思うので、家族の会、オレンジドア、オレンジカフェ等に行ってみるよう勧めてほしい。最近、連携がとれていて、大病院では、先生にすすめられてきたという方もおられるようになった。 ケアマネさんとか、町の病院でも家族の会の活動内容を知っていただいて、家族の会(オレンジカフェ、オレンジドア)を紹介してほしいと思う。在宅介護を続けるためには、困ったことを活かし相談できる場所が絶対必要だと思う
認知症家族の会等で出る生きた介護生活の話は日々生活に行く為に後に役立ちます
気楽に相談したい
介護している人の悩み事、楽になる見回りの世話のアドバイス
少しのことでも相談にのってほしい。私は恵まれていたのでラッキーでした
その時、その状態に応じた、アドバイスをお願いします
介護者が本人の症状を正しく把握、理解するために、よき相談相手になっていただきたい
問題がおきた時、不安に思う時、相談できること
相互に体力がダウンしたとき、タイムリーなケアの相談をしたい
相談のしやすい体制作りを希望します
悩みや困り事を話しやすい環境を作ってほしい
いつも相談できる人でいてください
相談しやすい医師、ケアマネ、看護師、ヘルパーさんであってほしい
相談し易い環境
困ることを率直に話せる関係が続くこと
介護している多くの方は、医師や NS、ケアマネジャーなどに相談する内容さえ分からず困っているのではないか こんな事を相談していいのかという迷いを少しでもなくしていくこと
こまりごとの相談
常に話出せる雰囲気作り

認知症になるのは当然です。家族は何も知らないでうろうろするばかりです。介護に詳しい人は家族の話を聞いて相談に乗ってほしい
緊急時の対応
緊急時の対応
緊急時の対応
病気の時は訪問看護ステーションが飛んできますよ、と言われ「いつでも電話をください」と言われ相談するところがあつてよかったです。契約するともっときめ細かくやつていただけることを知りました
緊急時、年末年始など在宅で介護できなくなった時、駆け込み寺的、場所、期間、施設がほしい
急な時に応じて頂ける医師
介護経験の適用の隙間の充実があると良い(一部ある地域もある)
認知症は医療度が低いとひとくくりにしないでほしい。コミュニケーションがとりにくくなるにつれ、医療への不安が高まり、必要があればすぐ病院にかけつけたいし、医療のアドバイスを介護中うけられるような対応が安心だ。
困った時にすぐ対応してほしい
困った時がいつ起こるかわからないので困った時に応じてもらえる…となれば安心できると思います
困り事があったときに、すぐに対応してほしい。アドバイスがほしい
今すぐどうにかしてほしいと思って 相談していることが多い
主に介護する人が病気になったり急用ができる場合など一時的にヘルパーに来てもらったり、ショートステイを利用できるような情報が重要だと思います
時間に縛られない対応
介護の問題は9時から17時までの定時サービス内だけで起こるものではなく、早朝や夜、準夜、深夜などに問題が起こりやすいため、サービス街となる(定時サービスもありがたいことが前提ですが)
土日も訪問してほしい
柔軟な対応…時間の制約がありすぎる
自宅介護者の体調不良時に時間制限のないヘルプ
・サービスの時間帯の問題、デイサービスの内容
すべてが;悩まず、365日24時間対応可能であつてほしい
介護者の方へというより、介護保険制度上の事ですが、例えば家の周りを車椅子で歩行してほしいと思って時間がなくてできなかった
介護ヘルパーの仕事内容が限られている
24時間の対応
・24Hの介護・レスキュー的なショートステイの確保・往診
・レスパイト入院でADLを低下させないで欲しい
無理だとは思うが、急な相談事でも、24時間体制で受付してくれる窓口
24時間連絡可能な体制と導き
医療体制は24時間対応ができるので安心できる。訪問介護というより在宅のいろいろなケースによるが、その家庭に合った話を聞いてもらえる時間があるとより安心できる。主にケア者のメンタルの部分。介護される方も家族以外に話ができる人がいて信頼関係があれば良いのかと。専門的な対応が必要
症状に合った薬の処方。24時間体制での援助。緊急時の連携。
訪問診療(ドクター・看護師)24時間体制。
本人と介護者に対して理解してくれること。
可能な限り、24時間対応制度を充実拡大すること
今後の見通しを教えてほしい
在宅介護で必要(特に重度になればなる程)な事を広く受け入れて欲しい
困る事、心配な事沢山だと思うので色々なケースを教えて欲しいと思う
介護者に困っていることを聞くだけでなく、これから困るかもしれないことをあらかじめ教えてほしい
介護者では手に負えなくなる。医療的な状態になった時の受け皿
認知症は徐々に進行していくので、看取りまでの道筋をしっかりと示していただけるとありがたい
どこまで、家で介護が出来て、どこからが入所を考えるのか線引きが分からぬ
診断がでた時点から、病気の進行予測を考えた介護者への対応システムを設けてほしい。又は相談窓口でアドバイスをもらえるようにしてほしい
これから進行して自宅でどこまで介護出来るのか、毎日が不安です。良きアドバイスの言葉がほしいです
家族は誰もが在宅と一緒に過ごしたいとの思いがあると思う。継続できるための提案はしてほしいが、難しい場合ははっきりと伝えてほしい
症状の進行時にどうしたいか良く話あって行く
本人と介護者の話を温かい気持ちで聴いてほしい。慰めと力になることを伝えて、適切なアドバイスをほしい。病状の経過は今後、起こりそうな事などを教え、本人や介護者の心の準備ができるようにしてほしい(初期、中期、終末期など)
安らかな看取りへのサポート
延命治療はしないで自然と安らかにいくようにして欲しい
自宅で最期を迎えた時に、かかりつけ医が以前の診察をもとに、検証等せずに静かな最期を認めてほしい

終末期の居場所を増やしてほしい。認知症に限らず、長期入院やその後施設退所後、自宅以外の看取りの場が少ない。
空室対策で帰る家が無くなる
私の介護に関わる人全てが私の目指す在宅看取りに理解してもらう
サービスの拡充
デイサービスの内容。認知症の軽度～中度と、にあつた場所があれば良い
通院、通所の時お手伝いしていただけたらとっても嬉しいです
地域包括ケアシステムの充実化を望みます
介護の負担を軽減する制度 Q9-2⑧について、ケアマネ、訪看、ヘルパーが知識を持っていない。何を聞いても分からなかった。町の窓口も申告書について誤った事を言う。介護者の助けにならないルンチワークだけする人達、本当に毎年ひどい目に合っている
介護制度を色々尋ねて 患者が苦しまない医療、介護にあたってもらう事です
遠距離介護で 兵庫県から滋賀県へ週に 2 回通っています。この通い続ける覚悟を持って、皆様のサポートを得て、なんとか介護生活を送っています。要介護1, 2のサポートの継続を願います
・在宅を支援する社会保障
認知症のことを勉強してほしい
まだまだ認知症に対する理解が不充分と思われます。充分な理解と経験を
オレンジ・リングだけは受けてほしい(認知症サポーター講座)
認知症と診断された時精度、利用できる施設、家族の会などのパンフレットなどが、その病院にあり、自分でどこを利用するとより良い介護ができるなど選択できるのではないかと思いました。ケアマネジャーさんによっては、若年生の方の認知症のことを知らないという方もいて
医療、介護従事者でも認知症のことをあまり分かっていない人がいる。もっと勉強してほしい
本当にありがとうございます。家族として尊敬する看護師さん、介護師さんがいます。一方、常に仕事に対して向上心を持って勉強してください。1つ1つのケースを自分のスキルアップ、人間として成長するステップとおもって対応していただきたいです
認知症のことをもっとよく知ってほしい。自分の受け持つ診療科のことだけでなく、もっと視野を広くして診療診察してほしい
優しくない医療従事者や粗暴な介護従事者もいます。もっと勉強してください。もちろんそうで無い方もたくさんいらっしゃいます
精神科の医師でも認知症の人の現実や困りごとを全然理解していない人もいて愕然とした。もっと患者(本人)の生活の様子などを知る、学ぶ努力をしてほしい。骨折入院した際、認知症の人への対応に不慣れなナースがけっこういた。仕方ないかもしれないが、とても不安だった
認知症、重度を在宅介護して、思ったことは、意外に専門職や施設、Dr.HP 関係者が認知症のことを理解していないということである。特に、抗精神薬の使用について、前の検査しない、説明(リスクの)不充分を感じました
認知症を十分に理解して家族によりそう医療
介護職の方が理解されてても医療者が認知症を理解できていない
医師・ケアマネジャーではまずないのですが、介護従事される方や看護師の方の中にまれに認知症についての知識が不十分な方がおられ、困ります。認知症の方の症状は一人一人全く違います。「アルツハイマーではこのような症状はでない」「他の(もっと症状の軽い)利用者に迷惑」などと言う前にもっと勉強し、話をよく聞いてください
訪看→摘便にきてかれているが前後の準備など全くせず摘便のみで 10 分ほどで帰る。本人とも意思疎通をしようとする様子はない。もちろんあいさつや元気ですかとは言うが、「分からない認知症の人」という接し方だ。忙しいのだろうか。準備、片づけの手伝い、なにより本人との信頼関係をもっと持つようにしてほしい。でないといつも違うってことが分からぬと思う
医療・介護従事者の方々ももっと地域に出ること、学習会、交流会など
認知症についての勉強が足りない。個人個人の症状や特性に応じた対応が出来ていない。医療は薬に頼りがちで、かえって症状を悪化させている
認知症のことをしっかり学んで欲しい。一人ひとりのことをよく見て欲しいし家族の支援もお願いしたい。職員の方の一言が介護者の胸を抉り、怒りを覚えることがある
一部の専門職(認知症医)の中には、まったく介護家族や本人のことを理解できていない(卓上論のみ！！)人がいてあきれる！本人は“認知症専門者”と自称
認知症のことを正しく知らない医療介護従事者が多い。簡単に認知症と診断する医師が多い
認知症の理解をしてほしい、以前おじがグループホームに入っていた時、スタッフが家族によく「言い聞かせ」て下さいと言わされグループホームがどういう施設かの理解をしていない「言って聞かせる」ことが出来るのであればここには入所していないよと、思いました。その程度のスタッフの理解には驚きとがっかりと怒りをおぼえました
正しい知識、人権感覚がお仕事の支えとなると思います。多くの人の人生を支える尊いお仕事に携わって下さって、ありがとうございます
認知症の正しく理解している人が望ましい
認知症の理解がまだまだ不足
認知症状に対する知識と理解
認知症の人の思いを理解してほしい
なるべく、本人の話を聞いて、興味など会う人とおつきあいさせたい。(山登り、スポーツ大好きなので、リハビリの施設でそのような人がいれば話もはずみ、楽しくなるような気がします)なかなか思うようにいかないようですが…
家族や本人の話を出来るだけ聴いてほしい
介護者への適切な助言 本人に気遣ってもらいたい
本人とのコミュニケーションがとれるよう望みます

認知症本人や家族の声に耳を傾けて欲しい
当事者のおもいに心かたむけてください
認知の人を見たら嫌味や悪口を言う人がいるがやめてほしい。認知の人をろこらの物を扱うワーカーがいるがそんな人は職場から首になつてほしい
認知症になりつつある。なつているご本人の気持ちをまず理解しようとしてください
認知症の方、介護される方のお話をよく聞いて、優しく接してください
家族の状況にもよりますが、できるだけ訪問していただいて本人や家族(特に高齢の場合は)話を聞いて下さったり、何でもない雑談等をして下さるとありがたいです
本人や家族の思いを十分聞いてほしい。医師は在宅生活への想像力を持ってほしい
心を見てほしい
本人の話を聞いてほしい
モニタリングの時、介護家族の話だけでなく、認知症本人の思いも聞いてあげてほしい。そこをもっと意識してもらえると有難いです
ご本人に向かって対面でしてほしい
医療スタッフが認知症の本人に対して、ゆっくりはっきり話しかけて欲しい
本人・介護者の声に耳をかたむけてほしい
認知症の人の尊厳を守って対応してほしい
何もかもわからなくなっていると思わないでほしい
何もわからない人と思わないで欲しい。人として接する態度が大切である
事務的でなく、介護者・本人に寄り添っていただきたいです。
認知症の高齢者としてみるのではなく、一人の人間として尊厳を守ってほしい
介護者、介護本人を含めた家族への思いやりや人としての尊厳ある扱い。機動力。丁寧な説明
今は老人でも、ひとりひとりかけがえのない人生があつた、…と。ひとりひとりの尊厳を…
医療従事者→認知症者を区別せず！
認知症に対する理解、温かい対応、人間として尊重してもらいたい
認知症の方はみずみずしい心を秘めています。決してバカにして、命令口調で指示しないでください。そして、介護家族の笑顔の下の辛さを汲み取って下さい。あたたかい微笑みと声掛けが何より嬉しいのです
老人であつても、恥ずかしいという気持ちはある。そこを分かってほしい
家族に認知症の人の話を聞くとともに、本人にも話しかけてほしい。認知症の人を特別視せずに高血圧や心臓病の人のように病気を持っている人として接してほしい。子供扱いせず、年長者として人生の先輩としてみてほしい
介護される側の立場になり思いやりがあれば良いと思います。無理じいをしないでください
重度な認知症の人でも、薬による強い治療(本人でなくなってしまうような)、長い期間の拘束(父は亡くなる寸前までしばられていました)をしなくてすむようなケアを考えて欲しいです。今の生活を維持し、親子で静かに暮らしたいです。今はしていませんが介護が加わるとその望みが断たれてしまいます
本人の意思を尊重してほしい
認知症であつても、勝手に物事を決めるのは良くない。本人も同席上か、気持ちを確認してほしい。
一人暮らし、老老介護など在宅介護の困難な例は多数あり、そのような方への元気な頃からの ACP が、本人家族が元気な頃からできるかどうか?いつもギリギリ必要になった時になかば強引に施設サービス導入となっている
本人の気持ちを確かめることを大切にして欲しい
本人を中心とした介護ができるサポートをお願いします
個別性に合わせたケア
個別性に合わせたケア
本人の病状によって適宜ヘルプして戴ければ良い。それを全体的に指導助言は、ケアマネジャーによるものと思う。
家族の話を聞いて下さい、忙しいでしょうかここがポイント、本人のできることを見守ってほしい、趣味を生かして下さればと感じました
一人ひとりの丁寧なケアを心がけて
一人一人各家族ごとに、皆違う人生を歩んでいることを忘れないでほしい、忙しいからついひとくくりに「こういうもの」とひとくくりにしたい所でしょうが、本人も家族も皆個性を持ちそれぞれに違う事情を抱えて生きていることを忘れないでほしい
患者本人を中心に物事を考えて介護すべきであるという事か
認知症の人・その家族に沿つて欲しいと思う
その家その家、その人その人の思い、生活はそれぞれなので、一般論ではなくきちんと「症状」「経済力」だけでなく「人」「生活」を見て、話を聞いてほしい。「頑張っている」ので「頑張って」とか「頑張りましょう」は聞きたくない。
夫の場合は、若年性の認知症だが、デイケアやデイサービスの介護は高齢者のように扱う事が多いが、それはやめてもらいたかった。本人も苦痛を感じていたはず
ヘルパーさんにお世話になつてましたが、日変わりではなく同じ人なら良かったのかもしれません
画一的やめてほしい。家族と思い配慮してほしい。優しい人には感謝。やる気ない人、意欲ない人やめて欲しい。
人に合った方法を考えてください
四角四面の教科書通りの介護は避ける事。百人百様の介護があつてしかるべき。ハンドルに遊びがあつて、車が走ると同様に医療、介護、従事者のみなさんも「こころ」に遊び(ゆとり)を備えるようにお願いしたいです
認知症の人の背景を知ってほしい

本人の履歴を知って、会話を楽しくしてほしいと思います
まず、介護される本人の通ってきた人生を充分に理解する事が第一に考えます。1人1人全く違っている事を、介護者が自覚して対応して行く必要があると考えます
介護者を孤独にさせないようにする。それまで生きてきた患者の生き方を尊重する
よりそつたケア
今は本人も落ち着いているので、手ぬきせず、やさしく維持してほしい。
介護従事者の方へ いつもありがとうございます。ニコニコと笑顔があるのは接し方がとても上手と思っています。しかし施設によっては、個性をくみ取ってくれず、みんな一緒にいるところもあります。一人一人に寄りそつた介護、大変でしょうかお願いしたいです。
・介護従事者は本当に“寄りそつた介護”とは言っておりますが、言葉だけの介護だと思います。残存能力を如何に引き出す事が出来るかモニタリングがどの様に?
各々事情が違うと思うので、できるだけ本人や介護家族の話を聞いて、良い医療や介護サービスを提供してほしい。また進行状況によっても変化するので、その都度、検討し直すこともしてほしい。
医療、介護従事者の方々は、認知症の方の対応は大変だと思いますが、少しでも本人に寄り添ってほしいと思います。
気遣い
大勢の介護者を担当し余裕が無いと思いますが、一人一人に寄り添って頂けると安心します。
真心を込めて対応してもらいたい
認知症の人との接し方が一番大切だと思います。まず「笑顔」です。笑顔をたやさないことです。
寄り添う
ADL や認知機能の維持、向上にむけたかかわり
・症状に対する試み
・本人の日常生活の改善への試み
現在妻は経口摂取を拒否しているため、やむなく「胃ろう」を造設して介護施設で入所し、世話を受けていますが、介護施設では経口摂取や歩行のリハビリはやってもらえない。退院時に「口腔リハビリ」ができる言語療法士がいる病院で短期入院をしたかったため、ケースワーカーを通じたり、直接自分で訪問してお問い合わせたが、コロナでの病床ひつ迫もあり、断られました。脳機能障害の方はリハビリ対象で、認知症の人は後回しにされ、とても残念でした
職員不足の体制の中で大変だと思うが、被介護者の ADL の向上にむけた仕事を誠実に行なってほしい
現状維持
在宅で介護している状態を維持できるようにしてほしい。対応とか薬等(食前、食後、寝る一時間前に飲ますとか)(飲ませるのを忘れるとか、タイミングを守る等、家族と同じ状態)
風呂に入れる時間。デイサービスが午前中に風呂に入れているが、在宅と同じように寝る前に入れるとかしてほしい
寝たきりにさせない
本人のペースに合わせてほしい
入院中も認知症の場合、付き添いが必要となることが多く、時間がかかってしまうので、治療中にも家族が気を遣うことが多いります。できれば、本人のペースにあった対応が受けられればなと思います
事務的でなく本人の気分に添うよう努力をしてほしい
ケアの質向上
ケアの質向上
デイサービススタッフには介護の力量、思いに差がある。やさしさ、思いやり、本人に寄り添う力量のアップを強く願う
いちにもににも、いいケアプランをつくること
1.モニタリングをよくすること(本人、家族)。1日、1週間をみるとこと、24時間、ビデオを使う
2.アセスメント(確認すること)
3.課題(ニーズ)を簡げつに箇条書きにする
4.短期、長期目標は課題(ニーズ)毎にする
病気の今後の見通しなど、ヘルパー、各々の個性は尊重したいが、対応の仕方が人によって違う
専門職も知識向上や接遇をもっと学んでほしい。自分達の業務優先の人もたまにいる
ちょっとした提案、アドバイスなどしてほしい
認知症への理解はかなり浸透したと思う。しかし、いまだに特に若い従事者に本人の意思確認をしない、友達言葉を使う等が見られる。教育の問題でしょうか
介護スタッフはノルマや売上にとらわれず、基本に忠実にケアをしてもらいたいです。母の気持ちを聞いて伝えて「利用者様(お客様)はお母様ですから(お前は黙ってろ)」という事が多かったのですが、施設選びをしているのは家族である事を念頭に置いてほしいです
在宅で看取った人の経験を介護をしている人に伝えてほしい。母は、体の傾きがひどかった。その対策について適切な対応をしてほしい。体が傾くために、施設での事故があったと思うし、送迎の車の中で、車椅子から落ちた。きっちり対応していれば防ぐことができた
本人や家族の心の声を聞いてほしい。尿路感染で緊急入院した時、付添っていたのですが、排尿時便器使用、介助しました。(本人4度手術し、使用の方法わかつていたので)付添を主人と数時間変わった時、主人が便器の介助を看護師にお願いしたら、オムツを使用しているので、オムツに排泄するよう本人に言ったとのこと。本人は「ここにか?」とムスッと話したとのことでした。私ならオムツに排泄したくないですが…。3日で退院させ、連れ帰りました
サービスの利用を上手にアドバイスすること。例えは終末に訪問介護を希望したら、限度額を超えるとダメと云われました。福祉用具は組費とするから是非にとお願いした方に知識があったからできしたこと、そこで今一番何が必要なのかを判断できる力がケアマネにもほしいと思いました
職業(務)技能の他に人間としての成長の努力をしてほしい

人文教育を重んじ、医師看護師介護士の人格形成を望む
年齢を増す毎に、品性などが出てくると知るようになりました。口が出て手が出ない親族に悩まされました。兄弟でタイプが違うと意見が対立することも知り、一筋縄でゆきません。人柄のよい介護スタッフが間にに入った時、嬉しく感じました。実際に自分が介護スタッフになった時、私達は〇〇〇〇〇の資格があると誇示すること、“家族が家族を大切に思うことが悪いように”自分が大変お世話になっている特養さんを“あの人たちは作業ばかり”という思い込みに気を付けてほしいと辛く悲しいことがありました
地域包括支援センターは困って相談に行っても、あまり具体的に動いてくれない。虐待には対応してもらえないかった。児童虐待の場合には、児童相談所だが、高齢者虐待はどこにかけこめば良い？
入所すると症状が進む
症状の進行防止の観点からして、在宅介護(自由がある)が一番。入所したとたん、症状が急速に進んだ(介護家族の8割以上の意見と思われます)
ケアマネジャーによって差がある
家族に認知症等の症状が発症した場合、本人はもちろん家族には充分な知識がなく、ただうろたえることが多いようです。このようなとき、介護専門職の一言のアドバイスは、その後の要介護者の生活に大きな影響を与えます。
在宅介護生活をしていくために一番大きな影響を与えるのは、ケアマネジャーの存在です。ケアマネさんが要介護者の尊厳と在宅生活に深い見識をお持ちの場合、その地域のあらゆる社会福祉制度を活用し在宅生活の支援をしてくれます。しかし要介護者の尊厳にはあまり関心がなく、特定の高齢者施設と結びつきの深いケアマネさん等は、本人の意向というよりは特定の家族のみの意向をくんで機械的に収容高齢者施設への入所を勧めていることもあるようです。言葉だけでなく、真に認知症の人の尊厳を尊重できる医療・介護従事者であってほしいものです
ケアマネさんの訪問回数の増加
ケアマネさんは、本当にその能力や情報を持っている量などマチマチだと思いました。ケアマネさんによって、かなり受けられるサービスに差があります。お世話になっている病院付きのケアマネさんだったため、不安・不満がありました。しかし、ケアマネさんを変えるということはしませんでした
介護スタッフには、よくしてもらったと思っている
一方、担当ケアマネの力量により、介護の展望について充分な情報、知識を得られないことがあった。ケアマネさんの力量の向上を望みます。ただ単に資格をもっているだけのケアマネも存在しています
家族が母の介護で精神的にまいっているのに「要介護2だと入る施設はない」とケアマネさんに言われた。もう少し情報を教えてほしいと持ったが、自分の知っていることで包括センターに行くより、介護してくれている兄夫婦に伝え、どうにか施設を見つけ、入れることができた
ケアマネジャーさんは受け持ち人数が多くて、家庭ずつそれぞれの事情に見合った対応提案ができるのだろうか…
個人に合わせたケアプランの作成
介護保険制度等サービスを個人に合わせた利用方法を介護者に教える
施設限度額を介護者に教えて、サービス利用を甘くみない。雇用主の意向の尊重で利用過多を
多職種連携の充実
サービスの内容も大切ですが、本人、家族はいろいろなサービスに移っていく中で、移行期間が特に不安となる。医療介護がぶつきりになってしまい、再び0からのスタートになってしまいます。皆さんが伴奏してくれることが理想的ですが、そうでないならこの期間不安にならないよう情報を共有する。相談に乗れる体制をとる。場合によってはオープンに問題を話し合うなどしてもらえると助かります
多業種連携
サービス担当者会議が充実していること
医療、介護従事者のチームワークの取れた在宅で看取ることが出来たので家族として、悔いなく見送ることが出来感謝しております。もっと多くの介護従事者のチームワークの取れる医療が多く出来たらと思います。まだまだ数少ないようです
医療は介護を、介護は医療を理解と対応
在宅介護を継続するためには、医療、介護共に適切に受けれるような環境が必要です。相談援助体制を整え、親身になった対応をお願いしたいです。ご本人、ご家族の負担を軽減できるよう様々な専門職の協力体制をお願いしたいです
情報共有してそれぞれの立場から最適な行動をとるように御願いしたいです。家族などの介護者にも目を配り必要な援助や人の紹介などをを行なっていただきたい
被介護者だけでなく、介護者にも十分配慮すること。その家族の過去や現状を理解するために情報を共有する。介護日誌などにお互いの経過を記入しておく
医師に説明してほしい
・医療に関しては医師の診療時間が十分に得られないまま、現状がどうで有るか、今後予期されること等を私共納得出来る迄、説明を希望致します。(従来、精神科医師は患者に対し十分なる配慮をし治療にあたったと思います)
障害が残っても本人は治るという意思が強すぎて、施設に入るのをためらう為、これ以上は治らないという事をはっきり本人に言ってほしい。私が主人(障害者)に言うとものすごく怒る。特養に入ってもリハビリがしてもらえないと言つて怒る
現在月1回の往診を受けていますが、訪問会議も必要になると思います。その折の費用の心配があります
月に一回あるかないかの医療機関にあまり期待はしていません
ドクターともっと話しかしたい
病状説明でよく高齢だからという内容で済まされることが多いのですが、もう少し状態についてわかりやすく教えてほしいです
医者に相談した事はない
医師が信頼できる医師であるように
家族への説明を必ず行ってほしい

認知症が進行して食べられなくなつても、自然に体が受け付けなくなつてきていることを、うまく介護をする家族に受け入れられるように、話をしていただけたらいいのになあと思う
在宅介護の最後は胃ろうになると思うが、その時訪問介護になると思う。その時は内科医であろう。医師の適切な言葉助言が介護者として助けになる
身体疾患の治療をしてほしい
訪問診療の医師には安易に「みとり」を口にせず、適切な治療をしてほしいです。
点滴をうけることで動きやすくなるなら打ってほしい
診断書について
医師の診断書はとても重要なので、若年性認知症の場合は、仕事もできなくなつて早期退職を余儀なくしなければいけないが、障害年金を申請する時も1級になれるよう配慮して欲しい。介護保険の申請にもその事は無視されている
障害申請をもっと簡単に、かかりつけ医でもできるようにしてほしい。大病院でも申請書を書ける意思が3人しかいないとか、半月後の状態で見てくれとか、最初からやりにくいようにしているとしか思えません
アルツハイマーは治らない病気なので若年的人は障害年金1級がとれるような仕組み、Dr.の書き方一つで大違いである
訪問診療について
訪問診療をしてほしい
医療→地域の医院では訪問診療をしてくれない。どんなに熱があつてもつれてくるよう言う医院がある。年齢が高すぎるからまさかの時に入院できるところでみてもらってくれと断られた。高齢化が進む地域でなぜ訪問診療をしてくれないのである?年齢が高いほど大きな病院より個人開業医がかかりつけになってほしいのに拒否するってどうして?
動けなくなった時、訪問診療をしてもらいたい
家族もせいいっぱいやっているので、お忙しいとは思いますが在宅介護をしている人に対しても優しく接して欲しいと思います。2ヶ月だったが訪問医療に変えておいてよかったです。ケアマネに強く勧められたからだが、助かった
往診、訪問看護はありがたい。デイサービス、そして訪問介護はありがたい。どちらも必要不可欠である
往診だけでは不安
・往診はありがたいしくみだと思うが病状によっては、医療機器のそろった所に受診して検査をしてもらいたい
訪問医療の充実
認知症や病気等で体調が悪くなった時、家庭に訪問してもらえると安心できるので在宅介護の継続は可能かもしれません
訪問介護や通所介護だけでは不安になります。訪問看護を充実して医療にスムーズにつながる要制度の充実を図ったほしいと思います。認知症の人も一律の性格でないことは従事者の皆さんに十分承知していると思いますが、尊厳を傷つけずその人らしい生活の支援を望みます
訪問医療の充実
訪問介護サービスの充実、医療・介護共に!
訪問医療、訪問介護の充実
訪問診療の先生
訪問医療や、訪問リハ、訪問介護、訪問美容等…もっと充実させてほしい
かかりつけ医とケアマネさんに救われました。在宅医が少ないことが不安です
苦労しながらも在宅介護を続けてきた家族や、それを支えてくれた通所施設のスタッフにとって、最期も一緒に在宅で看取りたいという思いは強い。けれど、実際には受けてくれる訪問診療や訪問看護がなければそれは叶わない。簡単に病院に送らず、寄り添ってくれる訪問診療や訪問看護が増えてくれることを願います
応診、介護者の健康状態をよく洞察してくれること
訪問医が足りないということを聞いてるので、一人の医師に負担が集中しないように訪問医の人数が増える体制づくりを希望する
受診の負担を減らす仕組み
総合老人科を作つてほしい。認知症だけでなく、外科や皮膚科の疾患、歯まで1か所で診てほしい。あちこちの医院に連れて行くだけでも大変(体力的にも、また休診日が異なるため受診日調整だけでも大変)大病院は、待ち時間ばかり。介護のための知識を学べる場がほしい(府医師会の「プロが教えるご家族向け介護セミナー」のような)介護者のための体力づくり、メンタルヘルス講座があればと思う。
病院は予約だったが待ち時間が長すぎる。認知症の人は待てません。家族の思いに寄り添えないDr.もいる
医療については病院に行くと2時間以上待つことあったので、本人には待つ時間は相当苦痛だったと思う
親身に相談ができる先生を。ケアマネは家族の良き相談相手に。なるべく自宅に近いところで受診・通院は介護者の負担を軽くする
感謝と労いの言葉
介護・感謝しかない
私自身、ケアマネジャーとして13年間働いていたながら、実母が認知症になった時に、母子関係のトラブルで本当に苦労しました長女、長男が同居して介護することの重圧感、そして他のきょうだいの無関心。「遠くの親せきより近くの他人(在宅介護に関与する医師・ケアマネ・サービススタッフ)」が大切なことを身にしみて感じました
私の母のケアマネやヘルパーの「あなたはがんばっている。よくやっている」のことばに救われました
迷惑をかける事が多いと思いますが、やさしく接して下さりありがとうございます。これからむつかしい状況に進んで行くと思いますが、よろしくお願ひ致します
在宅介護を支えて下さる医療・介護の皆様に感謝あるのみ。健康に気をつけて頑張って下さい
色々な面でよくしていただき、感謝しかありません
私の場合、本当に助けられました。感謝の気持ちしかありません
色々と相談事を聞いていただきありがとうございます

医療関係者の皆様も介護関係者の皆様も、高齢者に本当に優しく接してくださって有難いです。家族は本人に厳しいです(笑)皆さんに入つて下さることによって、本人も救われていると思います
本人の思いに寄り添っていただいてありがとうございます
コロナウイルスで高齢者に感染しないように気をつけながら、介護や医療を続けているので、感謝しています。本当は旅行や外食もしたいと思っていますが、我慢している医師看護師、介護職に頭が下がる思いです。ありがとうございます
人手不足で大変だと思いますが、本人と家族のために力を貸して下さい
感謝の気持ちしかありません
大変お世話になりました。コロナで大変でしょうが、お身体に気をつけてお仕事がんばってください
どんな時でも心のこもった言葉、声かけが嬉しいものです。従事してくれている方々には頭が下がります。ありがとうございます
いつもありがとうございます。感謝しかありません
いつもありがとうございます
あなたたちのサポートや元気が頼りです。いてくださると思えることが、力になります
いつもありがとうございます
いつも本当にありがとうございます
医療、介護、両面でサポートしていただいたおかげで自宅介護を全うすることができた。感謝しかない
一気に症状が進み、入院してしまいました。家族ではとても介護できる状態ではなかったので感謝です
在宅介護をしていく上で、上記の方たちのお力は欠かせません。限られた時間の中、一生懸命対応してくださったことに、深く感謝しております
訪問看護には手助けいただいて感謝です
大変な気力、体力、迷惑をかけて申し訳ないと思いますが、介護家族がどれだけ助かっているかを感じていただきたいと思います
訪問診療、訪問看護は必ず必要で大変お世話になりました。又、ヘルパーさん達のお世話になり、母も少し楽ができたと思います
コロナ禍で介護職の人が少なくなっていると聞きます。色々辛い体験もあると思い明日がよく話し合って、互いに良い関係で働けるといいと思います。ご苦労様です
父母にかかわってくださった全ての医療・介護職の方々に感謝しかありません。みなさん「利用者」というより「人」としてかかわって下さいました
充分なケアを受けられている
今は充分な介護を受けています。2週間に1度の在宅医療、週2回の在宅看護、週1回在宅リハビリ、週2回デイサービス、月1回3泊4日のショートステイ
私共では、今お世話になっている施設が本当に良くやって頂けるので、今のところ言うことはありません
薬の副作用があるので、それを教えてもらえて良かった。精神薬の微調整をしてもらうこと。介護従事者には大変良くしていただいているので、自分で歩けるからは、デイサービスを利用したい
認知症の夫をひとりの人間として、経緯をもって接してくださっているので、とてもありがたいと思っています(時々、敬意が持てない自分が恥ずかしいです)
未永いフォローをお願いしたい
すごく感謝しています。先生にも施設の従事者の方にも、ほんとに良くしてもらっていて本人も楽しかったと喜んでいます。先生にもやさしくしてもらい心が落ち着くみたいです
皆さん、全てよくやっているという感謝です
我が家のは、本人の症状が初期の頃は、一人で生活していたので本当にケアマネさんにはお世話になり、感謝の念に絶えません
現在私は幸せを感じております。皆様本当によくしていただきそれぞれの立場でよくしていただき、特に、私への心遣い心、身体、心配して下さり感謝です
10年前ですが、医療、介護、看病ともに従充実していました
介護医療院、今後も継続、無くさないでほしい
私は13年間住宅で母を介護しました。家族を●●県において単身で実家に帰り父の看病、認知症の母の介護をしました。初期中期はデイサービス、ショートステイを利用し、最後は胃ろうと在宅酸素、タンの吸引など看護が必要になりました訪問看護、訪問リハビリ、訪問入浴、かかりつけ医の往診など、たくさんの方の見守り、手伝いで、寝たきりの1年4ヶ月を過ごし、看取りました。専門の方々のアドバイスやいつでも電話くれたら駆けつけてくれるとの安心感があり、一人で看護していましたが、皆さんの支えや手助けがありがたかったです
医療・介護従事者の待遇改善
とにかく関係者が安心して働いてくれるよう、保障が十分であること
私は実母の介護者であり、介護職なので家族の思いと本人の思いに、寄り添えたらと思っていますが、同じケースはないのでいつもいつも困っています。なので、介護従事者がもっと安心してハタ開ければ、利用者さんにも寄り添えるのではないかと思っています
周辺症状が現れてもデイサービスで受け入れやすい条件改善でゆとりのある介護をしてほしい
施設や病院では経営優先になり、人手が不足がちになるため、充分なケアができていないと思われる。自分ができる間は自分でやる方が本人のためになるとを考えているので、施設や病院のスタッフを増やしてくれると利用しやすくなる
介護従事者一人手不足、ブラック業界はNG 視線はどこ？
介護従事者を増やして下さい
誰かがそばにいて、いざというときは助けてくれる、という安心感に支えられて、在宅介護を続けています。介護従事者の待遇、労働条件がもっとよくなり、介護従事する、従事したいと思う人が多くあることが大事
報酬をもっと上げなければいけません

介護職員さんは本当に大変な中で大変な仕事をされており、感謝しかありません。もっと職員さんの賃金や待遇を改善してあげてほしい
医療・介護従事者はせいいいっぱいしている。ありがとうございます。国や管理者が働く人にやさしい環境をつくることが大切。やさしくされれば、認知症の人や家族にやさしくできる
新型コロナウイルスに関すること
医療等で今はコロナがあり大変ですが、いつでも本人の事がわかる介護者がそばに居られる様にしてほしい
コロナワクチン、インフルエンザワクチン接種等の援助
コロナ騒ぎが毎回、面倒です
仕事をしながらの介護は大変です。家族介護が軽減できるケアを望みます
クラスター(コロナ等の感染症)が発生すると人手もなく大変かと思いますが、高齢だから寝たきりだから、と言って褥瘡ができてしまうケアはいかがなものかと思います
コロナでなかなか面会が許されなかった分、家族の立場に立って何らかの形で状況や情報の共有の伝達が欲しいと思っていた
コロナによる面会制限の問題に、病院や施設に取り組んでもらいたい。面会者は PCR 検査を行い陰性ならば面会できるなど政府が財政的な補償をしてほしい
施設に入所しているが、コロナで、ケアマネさんも入れないことが多いため、情報不足である。せめてケアマネさんは入所させても良いのでは
在宅介護を継続するには経済力が必要
金銭のゆとりがないと大変
ある程度の経済力が必要
在宅介護を継続するには親族の協力が必要
在宅介護は家族、信頼、身内の支援が必要
介護者以外の家族・親族の協力
在宅介護は、長期になりますので、家族皆の協力を頼む
在宅介護を継続するには介護者の息抜きが必要
要介護になると従事者が大変なので自分なりのストレス発散を身につける
在宅介護の継続には友人・知人の助けが必要
ご近所、介護者の負担にならない知人友人の手助け
認知症の人の日常生活が自立していれば在宅介護はできる
認知症の人の状態による。一人で歩けて、食べられれば在宅介護は出来る
在宅介護は難しい
グループホームに毎夕食の介護に通っていた時のこと、職員さんが一緒に玄関まで見送ってくれました。その光景が何とも切なくて、私は泣きながら車を運転して家路につきました。かと言って在宅は無理
できればしていくとよいと考えるが、実際にはなかなかむつかしい
老老介護は困難
介護者の気力と体力で在宅介護を継続している
介護者の気力・体力
先ず自分達は介護される気持ちを持つのではなく、自分たちの生活を発信し共感と協力を得る立場になることだと考えます。それが自律していく勇気を持てます。私は、人間のこと、病気のこと生活を続けるために必要なこと等を自分で勉強して自律の覚悟をして外部に発信することだと思います
お互いに元気でないと無理なので、毎日が健康チェックしていない。眠りについてたら介護者も寝る体力が一番

表 IV-2 【専門職調査】Q4-2-① 認知症の人の行動心理症状、認知症の人の症状への対応の具体例(抜粋)

※ 大分類、 小分類

対応の工夫例	
本人の思いへの共感性を伝える工夫	
入浴拒否で衛生が保てないという相談に対し、入浴を暖かい日中に声かけ、今の時期であれば冬至だよ、柚子風呂だよ、あたたまるといいよ、などの誘い方の工夫など	
認知症の人の話に合わせたり、「うんうん。うんうん」と共感する事も必要と言われています。型にはめない対応が必要と思います。時には俳優になる事も必要と思います。そして生死に関わらない事は、上手くいかなくても明日があるとポジティブに考えを持つ事が必要と思う	
本人を咎めることは絶対にしない。周囲が出来る対応をとる。よく外出する方で行き先が概ね変わっている場合は、家族に合意を貰つてあらかじめ外出先の方に連絡をして連携をとる。(お店、銀行など)不機嫌になっている時でも、優しい声掛け、スキンシップで心が落ち着く事が多い。常に見守っているという安心感を持ってもらう	
本人とともに寄り添い過ごす	
その時の様子に合わせて、一緒に散歩をしたりなどしながら対応しています	
職員増員による個別ケア(マンツーマン対応)	
本人の思いを引き出す	
たくさんの思いをかかえていると思うので、その方の言葉を引き出せるようにと会話をしています	
本人の認知・理解しやすい具体的な方法を工夫	
デイや SS を利用しているときに帰りたいと言われる際、いつ帰るのか今なんの時間なのか紙に書いて説明する。目で見て理解してもらうように心がけている	
記憶障害への説明方法、忘れてしまうため、繰り返しの説明やカレンダーやメモで説明。不安への安心感のあるように、わかりやすく示す事。道迷いに対しても一緒に歩く等	
本人のペースや生活リズムを整える	
短期間での本人との数回に渡る面談において、本人の興味把握実施による気持ちの切り替えをおこないながら、不穏症状の緩和を図り対応。また、本人のペースに暫くは合わせ関係作りを優先的におこなう	
生活リズムを整える、生活習慣が混乱なく継続できる環境設定、混乱時は傾聴、想定外のことが起きたときの対応を事前に決めておき関係者で共有しておく	
家族から適度な距離がとれるデイサービスに通い、刺激の量の調整を行い、安心して活動出来る状況で日中しっかり活動する。精神的肉体的満足が得られれば帰宅し早めに就寝してくれて夜間も起きない。この不安に囚われた時期、どう過ごすかが、非常に重要	
昼夜逆転に対して、平日全部デイ利用したら、昼間デイで活動に参加して身体面、精神面で疲れるようになり、夜間十分睡眠をとり生活リズムが整った	
安心できる状況をつくる 適切に支援を入れる	
体調を整える	
脱水・便秘・運動不足などの解消への働きかけを本人及び家族に対して行う。認知症の基礎知識や進行・将来像についてパンフレットなど使用し都度説明し理解を深めるとともに不安の解消を働きかける	
日常生活動作へのケアを丁寧に行う。健康状態(水分摂取、排せつ状況の把握)など	
妄想、幻視の方の対応 本人と信頼関係を結び、困り事に寄り添い、受診や認知症ケア、栄養水分面の支援につなぐことで、症状が軽減した事例あり	
原因疾患を踏まえて対応する	
前頭側頭型認知症のケースにあっては、社会性の逸脱との向き合い方や、適切な背進化受診と治療。警察や消防署と連携した在宅支援	
レピーで幻覚の激しい方、1度警察に保護されて入院となつたが、薬を減らしながら幻覚をポジティブに捉えられるように話しながら、本人の快と思える場面を増やした	
家族や関係者があるがままを受け入れて対応する	
認知症の人は、発語や表情が乏しく、意思疎通が難しいが、家族が本人の状態を観察して、意思を察知し、支援されている。認知症の人々が、トイレを詰まらせたり、異食行為があつても、あるがままに受け止められ、対応されている	
家族と一緒に対応方法を模索する	
徐々に語彙が少くなり会話のキャッチボールができなくなりつつある男性。妻が介護しているが、認知症と理解しつつも納得できない場面あり。話を聞き、認知症の症状であることを一緒に考えていく	
近くに認知症専門外来があるので、本人の了解を得ながら、家族と一緒に受診をさせてもらい、認知症の症状についての理解を持ってもらう。BPSDは家族の対応が変わることで、安定していく事も多いので、まずは家族の理解。そして、家族の負担の軽減	
本人に屈辱を与えないようにアドバイス。優しい言い方でも、「否定」してしまうといけない。対応には家族の訓練も必要だが、すぐには難しい。時間をかけて良いので練習していきましょうとアドバイスする。時間をかけて対応が上手くなり、BPSDが軽減された事例があることを知らせる。家族と共にアンガーマネジメント研修を受けて、家族が怒りをコントロールできるようになった	
対応方法を説明する	
ケアパスやパンフレットなどを活用して説明する	
一旦距離を置く(隣の部屋に行く等)等の一般的な対応方法を、ケアパスを使用して提案、認知症ケア相談室の案内 等	
家族に理解が得られるようなパンフレットを渡したり、交換ノートで状態をお伝えした	
病状の理解をふんだんにアプローチ方法を説明する	

家族の感情を受け止めて、病気であるがゆえに起こっている行動や症状であることを、少しでも理解してもらうことができるようになっている。また、直接の関り(対応)を見てもらう。
医師や訪問看護による症状の説明、日常生活の食事や規則正しい生活の為のアプローチを行うことや家族が行動を理解することで環境が落ち着く場合がある。変えられるところからアプローチしていく
被害妄想が出現している人に頭ごなしに妄想を否定し馬鹿げた事を言わないように叱責する場合がよくある。否定してもより強固になることもあるので、傾聴と、共感を具体的に方法を挙げながら伝える。記憶障害や行為障害なども何故こういう事が上手く出来ないかを説明したりする
幻視、幻聴に困っているご家族に、その都度どう対応、会話したらいいかアドバイス 特に、その人にとっては話している事が真実であり、正そうとすると不快な思いに繋がり、不快な思いは認知症の方でも記憶に残る。しっかり理解して聞いている態度をとるよう家族様にはお伝えしている。それでも家族なので頭ではわかっていてもイラライする時もあるので、無理のない範囲で対応し、無理だと思ったら危険がなければ一旦離れて場面を変えて接するようアドバイスしている
家族が主治医よりもどのように説明を受けているか確認し、言葉にします。その反応を見て、主治医意見書に記載されている病名を家族と共有します。今の症状ではこの段階です。今後こんなことが予測されますとわかりやすく伝えます。そのうえで、困りごとを具体的に聞いてどうしていいか、どうなって欲しいかを出来るだけ言語化して気持ちを共有します
「認知症の方は何も分からず徘徊すると思われがちだが、認知症の方なりの理由を持って行動していると思われる。その目的や行動への理解は難しいと思うが、行動や発言を否定せず、危険のない範囲で本人がやりたいようにさせ、周囲はその行動を見守り付き添うことが必要だ」と家族に説明した
うまくできなくてもいいことを説明する
1人で抱え込まないこと。イラライしたり、カッとなってしまうこともある。そのことで自分を介護者失格と思わない、頑張らなければ力を入れすぎない。介護サービスを活用して、毎日、自分の時間も作り気分転換を図るようにする。介護は細く長く。家族が心身ともに健康でないと、在宅生活を維持することは難しい
本人の不安な気持ちに寄り添い、不安定な状態に合わせて、本人が思い描いている場面に応じて対応することで落ち着いて過ごせる環境を整えるためのアドバイス等を行う。24時間365日完璧に介護ができる人はいないので、そのときの家族の精神状態でできる範囲の寄り添い、支援でいい
認知症の症状や行動がどのように変化していくか、認知症の方がどのような心理にあるかを知るか知らないかではかなり受入れる精神状態も異なるので理解を得るために伝えていくことが必要だと思うが、認知症の方を支える家族にはまだその話さえも受け入れられる状況ではない時がある。自分自身としては、家族が困っている状況と共に理解しようとしないと心の内を話してくれないと考えているので、まずは思いや困っていることなどを聞くようにしている。そのうえで、共に関わりながら考えていきましょうと行動で示していくようにしている
日常生活上のケアでの対応方法を説明した
トイレや食事等日常生活の中で対応が難しいことに対し対応法の助言を行った なぜ行動障害ができるのかを理解していただくこと、良い意味であきらめてもらうことが大切で、それを飛ばして行動に対する対応を伝えている医療介護職が、認知症の人の生活を妨げている要因とも考えています
本人の状況をアセスメントする
身体面・心理面の状況を把握する
身体的に、辛い状態があるのか確認する、不安に思うことがあるか、確認する 否定しない、うなずいてまず理解する、ゆっくり、驚かせないように、声をかけて視界に、入る背中、肩などに、触れて、安心してもらう。徘徊は、決まった場所であれば、付き合い歩けば落ち着くなら、見守る
内的要因をアセスメントをする 食事、水分、排泄、運動量、体調面の確認改善から始めていく なぜBPSDが起きているのかを調べる。水分摂取・便秘・空腹・体調不良がないか。声掛けが足りているか。難聴など。わからないと思って、何をするのが知らせないで対応していないか。怒っているときは、距離を取り、気分を変える事。食事をしたのに食べていないというときは、お茶を出してすぐ用意するから少し待ってねなど
家族と医師や関係者みんなで考えてみる
家族からご本人の生活歴を伺いながら、今ある症状と一緒に紐解き、どう対応していくかをチームで一緒に考える。 行動心理症状の原因やきっかけ等を家族を含む支援者でさぐる。主治医を含む支援者で対応策を考え一つ一つ試してみる なぜそのような症状が生じているかアセスメントし、関わるスタッフと共有し、チームでの対策を立案する方向にマネジメントしている。また、家族へもそのようなアセスメントから対策、対応までを家族がわかりやすい言葉で説明をしている 通院だけでなく、行動心理症状のもとなる部分について一緒に考え、その都度の対応について提案してみたり、その対応が必ずしも正解ではなく、日々、時間時間で対応方法が異なることなどについて説明したりしている。また、家族の苦労している対応についてしっかりと聞きながら、家族の困っている部分について一緒に考えるようにしている
センター方式のシートを活用し、本人に、どのような対応、必要な薬を模索しました。模索し、その対応について、関わっている人と共有しました アセスメントによりその人を中心に支え方を家族と共有しているが、自宅で見る家族と一時的に関わっているサービス事業所との温度差を感じることがある。その温度差を共有し、24時間365日家族と地域と関わる意識を共有するため担当者会議等で図っている
行動の原因を探る
なぜそのような行動ができるのか分析し、対応、人生を読み解く 本人がなぜそのような行動をとったのかを聞き、そのうえで家族からも話をきく。本人の行動をすぐに止める事は難しい可能性が高く、可能な範囲で介護者(家族含む)に本人の心理や行動への理解を求める。ただし、家族の疲れ具合、ストレス等の状況もしっかり把握したうえで 家族が本人の言動に困り果て、「あまり言うこときかないと、施設に行くしかないよ」と伝えたことがあるのが分かった。定かではないが訪問時、本人が「俺はどこさも行がね(どこにも行かない)」と話してきたことから、もしかしたら家ではないどこかへ連れて行かれる

と思い込んだ可能性が考えられた。そのことを長男夫婦に伝えると、その日から長男夫婦は本人へ言わなくなった。本人へは、心臓疾患があり定期的な診察が必要な状態で、予定受信日が過ぎていた。主治医を信頼していたのが分かり、主治医の名前は忘れてもお話しから、主治医のことを言っているのが分かった。その為、先ずは循環器を診てもらうことを提案。その時は快く同意するも、いざ通院するとなると拒否あり受診はできなかった。本人が話すことを聴き、部屋に飾ってあった物を教えてもらったり、嫁いでからのお話しを伺うなど雑談をした

行動の内容(いつ、どこで、どんな時など)を具体的に教えてもらい、行動がおきている原因を推察し、それに対して対応を考える。
例)突然、暴れる行動をされる方がおり、家族や専門職と一緒に原因を考えると足の痛みを訴えているのではという結論にいたり、主治医に相談し対応をしていただいた

行方不明。火の不始末。包丁や木刀を持ち歩いている。→まず本人の気持ちに寄り添いどうしてそのような行動をするのか本人の気持ちを理解しようとすることが原則である。そして区役所・警察・役所・消防・ケアマネ・介護保険サービス事業所と協働し支援をしている

BPSD の原因を具体的に探る、家族の一言だったり、本人が臭いや痒みで不快だったから衣服や体を清潔にしたり、便秘を解消したり、空腹を満たしたり、持っていた現疾患の増悪が原因と考え薬で治療したり、安心を得るために訪問や電話をしたり書いた物を残したり、本人が楽しめる話題、趣味や仕事、誇りについて話したり、本人が楽しめることに取り組んでもらったり、本人が楽しめる場・充実できる場に行ける機会を作ったり、抗認知症薬・向精神薬で生活を整えたり、マッサージやアロマ、音楽など快刺激を提供したり

支援体制をつくる

本人との信頼関係をつくる

一定時間をかけ、ご本人の気持ちに寄り添い、受容と傾聴を繰り返し、ご本人の心を溶解する

家族に対して暴力があり、バーンアウトしてしまった事例。事業所職員が訪問回数を重ねて、信頼関係を構築し、専門医受診、内服調整を行なながら、また家族とも適度な距離を保ちながら生活を継続している

支援拒否先に対して、何度も粘り強く訪問し、信頼関係構築

相談できる関係づくり

家族が抱え込まないよう、家族がいつでも相談できるような関係づくり。認知症状や行動心理症状等の理解ができるようサポート

デイサービスなので個別にアドバイスや相談にのっている。利用日以外でも利用枠が空いていたら柔軟に対応している。利用拒否のあるケースなどは最初ご家族と共に利用して頂いたり短時間にしたりなど工夫している

よくわかりませんがよく理解してくれるお医者さんに当たれば患者さんも良くなり家族も楽になります

家族と関係者で連携する

一人歩きに対し、写真を撮つておき必要時は提示できるよう本人・家族に了承を得た。地域での見守りをしてもらうよう、代表的な住民に集まついただき、協力要請をした

一人歩きをして帰宅困難になる方に、地域ケア会議を開催し本人の思いを掘り下げたことで、自宅で安心して過ごせるようにヘルパーを導入し、一人歩きの頻度が減った

近所の方へ現在の状況を伝えて、一人で歩いている時には声をかけてもらっている

サービス導入が困難であれば、根気良く見守り訪問を継続する。民生委員や地域住民と協力する

息子が閉じこもり夫は妻の介護をしていたが、遠方にすむ身内から息子と本人の相談有り。夫は理解力が乏しく自宅に妻を閉じ込めていた。息子の件は行政と連携。夫は人に迷惑をかけられないとその後徘徊する本人を鎖で繋ごうとした。介護保険申請支援から対応

幻聴・幻視による夜間外出←要因の分析と専門員への相談・子どもが卒業するとの妄想による連日の小学校訪問←小学校、警察との連携・支援者に対する被害妄想からの警察、行政機関への被害訴え←警察、行政機関との連携

表 IV-3 【専門職調査】Q4-2-② 経済的なこと、家計のこと、仕事と介護の両立(抜粋)

※ 大分類、 小分類

仕事を両立するためのサービス調整	
家族の生活や人生も大切にする必要がある	
本人が亡くなったあと、のこされた家族が困るようなところまで費用負担をしないこと。介護離職はしないこと	
経済力は大きな問題。そもそも、介護はできるだけ要介護者本人のお金で行うべき。家族が身を削って介護するのは、介護離職や共倒れの元になり本末転倒になると思う。在宅サービス、介護保険外サービス、地域のボランティアや親族の支援等も、遠慮せずに頼れば良い。断られても仕方ない、手伝ってくれる、受け入れてくれる人が1人でもいたらラッキー。期待しすぎず、遠慮しすぎずに、周囲を巻き込んでいくべきだと思う。もし在宅サービスの費用が厳しくなるようであれば、特養等の介護保険施設への入所もありだと思う。「家で看取りを」と思うのであれば、ターミナル期の1~2ヶ月だけでも自宅に引き取って、家族や在宅サービスで支援するなど、どこに介護力と費用を集中するのか、優先順位を考えるのも必要と思う	
親が亡くなる、施設に入る、その後の生活を考えて、仕事はやめないと、伝え続けている。仕事が精神的逃げ場にもなる事も構わないと伝え続けている	
介護からの卒業、見通しは個人差があり、予測不可能な点をわきまえて、収入確保はするのが現実的。介護に関わる制度、介護休暇などを活用する情報提供、認知症カフェなどのピュアカウンセリング等への参加促進、介護と仕事の両立を継続するための手立てを提案する	
制度も使用しながら介護者は離職を避けるべきで両立できる環境について考えていく	
判断ができ話しが出来たら自分の介護をどこまでして欲しいと考える人かと一緒に考える	
仕事を辞めて介護にあたることをご本人は望むかどうかと一緒に考える	
介護者は、仕事を辞めないこと。家族の生活は、成り立たせないとダメ。	
軽い気持ちでは認知症の在宅介護はできないため、最初にかなりの負担が考えられることを伝え、耐えられるかの覚悟を問います	
仕事を持しながらの在宅介護は勤務時間に制約があり、気が休まる時間が少なく両立難しい	
介護保険での限度額超えてしまう支援だったり金銭面での支援、就労中の家族支援が難しい	
家族の仕事の継続に向けた調整	
サービス量と費用については丁寧に説明する。必要な場合は、家族の仕事やスケジュールに合わせたサービスの調整をする	
経済的なことについては、積極的に話さないが、通所サービスやショートステイの利用に際しては、介護保険外の利用料によって金額が上がる場合は注視するようにして、確認をとるようにしている。家族の仕事との両立については、家族の睡眠が確保されないと続けていくことができないと思っているため、時にはショートステイの活用も進めながら、家族の希望も聞いて進めていく	
出張等で留守になる時のショート利用。	
就業継続できるよう、デイサービスや小規模多機能の提案	
小多機で家族と連携がうまくいければよい	
小多機なので、サービス調整を行いながら、家族の仕事と介護、レスパイト確保を維持している	
要介護3になった段階で、特養入居の促しを行うが、全段階で入居希望の特養でショートステイやデイサービスを利用することを促す。経済的余裕があれば有料老人ホームへの入居を進めることで、ご家族の仕事の継続を支援する。現実問題、介護と仕事の両立は男女問わず困難であると感じている	
障害や医療の利用。サービスの利用方法の検討。出来るだけ仕事を辞めずに生活できるように支援していく	
職場との調整をすすめる	
各市町村の利用できる経済的援助や制度を十分に活用できるようケアマネジャーに相談する。職場への理解を求める	
入所できる施設が限られたり、保険外負担が嵩む。しばしば、事業所から家族に連絡はあることで、職場に居づらくなる	
身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、高額介護サービス費などの制度の紹介、介護休暇など職場で利用できるサービスを活用してみるよう話しをする	
就労先が理解されていない場合、介護休暇、介護休業の取得は難しい。仕事と介護の両立は、ひとりではできないため、協力する家族や友人、介護サービス事業所、有償などのインフォーマルサポートが必要と感じます	
職場の制度を利用して、介護のための時短勤務、デイサービスの送り出しをしてから出勤をすることで継続して仕事ができる	
法律、制度の説明、会社や、スタッフへの理解を促す	
職場に短時間勤務などをお願いできること。親族が経済的支援をしてくれること	
職場の労務担当者との連携やファイナンシャルプランナーとの連携	
介護休暇制度の利用	
本人の症状に応じて主介護者、ご家族が対応に無理が生じている場合は、介護休暇制度の案内を情報提供する。	
経済的な負担を軽減するためのサービス調整	
在宅継続の方が経済的負担が少ないための調整	
一般的には、施設に入所するよりも在宅介護の方が経済的であると思う	
介護者が仕事をしており日中独居となる場合、本人の状況の変化に応じて素早いサービスの調整が必要。デイやSSの送り出しやお迎え時に毎回訪問介護を利用する事も出来ず(限度額でサービスが治まらない)、ベッドからベッドへの対応をしてくれるデイやSSの事業所があると助かる	
デイやSS利用中に発熱など体調変化があると自宅に戻されてしまい、家族の仕事に支障が出てくる。そういう場面でも事業所に対応してもらえるようなシステムがあればと思う	
介護サービスを利用して、在宅生活を継続の方が経済的には安価であり、在宅サービスをすすめている。仕事を続けるためにも介護サービスの活用をすすめています	

入居のサービス料金が高額であるため、自宅で我慢して在宅介護を継続している方が多いと思われる。担当ケアマネにもっとも家族の意見を伝え対応をしていただいた方がよいと思います
介護負担が軽減されるよう本人のケアを提案する
簡単にできること、省略しても大丈夫なこと等の介護の負担を減らす提案をすることで仕事・家事・介護が続けられるように支援する 経済的なことについては家族が手出しすることは避け、本人の収入内で利用できるようにプランを提案し、先々で毎日でも利用が可能になるように地域で一番安い事業所を提案する
出来る限り、介護サービスを利用しながら、ご本人の生活リズムを整え、家族の負担軽減を図ろうとサービス利用を勧めますが経済的な問題が立ちはだかることもあります
経済的負担の軽減のために安価なサービスを選択し提案
認知症進行により個別対応であったが、要介護1のまま変更申請をせずに経済面を支援限度額をオーバーしないよう、デイではなくサロンで対応
認知症対応型のデイは単価が高く、毎日利用せざるを得ない方はかなりの自費が発生してしまう
負担は大きいので、認知症対応型のサービス利用は考えることがある
費用の安いサービス事業所を選定する、サービス利用の選択肢をできるだけ多く提示する
必要な介護保険サービスを、できる範囲で経済負担が大きくならないよう相談しながら計画する
ご家族に少しでも休息を取ってもらうように、デイやショートステイを入れると経済的に負担になってしまふ。しかし、特に仕事をもつておられる介護者などはサービスを導入しないと両立が出来ないので、経済的な支援は難しいかもしれない。施設に入所するには、経済的に厳しいが、デイやショート等頻繁に使ってもらわないと介護者の生活が成り立たない場合などは、小規模多機能事業所を紹介するケースが多い。グループホームは、やはり高額になる為、皆さん最後の砦と考えておられる方が多い
サービス利用については、必ず料金が発生するため、そこは本人以外、家族にも了解を得ながら利用できる金額の範囲を確認。その範囲内でサービスを調整しつつ、家族にも負担をかけすぎないように常に家族の精神的なフォローを心がけた
家族の生活や人生もあることから、無理をせず、サービスの増加や時には施設入所の検討を依頼する。サービス利用開始時に、生活破綻に至らない予算を聞き取る。負担減額制度などの説明。必要な場合には生活困窮者自立支援制度、フードバンクなどの情報提供実施
介護保険サービス以外で活用できそうな社会資源をみつける。家族みんなで、お金の事や介護担当の事など話しあいができるよう場を作る
減免になる制度を利用したり、ボランティアの調整等させていただいてます
サービスを利用しながら包括支援センター等で実施しているカフェを利用する
障害者控除などの活用により、住民税非課税世帯として制度利用できないかを模索
親子での世帯分離にて減免申請などを行いショートステイ等の利用料を減らしていく
経済的基盤の確保自体が難しい
親の介護で仕事に支障をきたして退職を迫られた子供世代、収入減により生活困窮に陥るケースがある
本人に経済的能力がないが、在宅での生活が限界となっていても、入所できる施設もなく、家族も自身の生活で精いっぱい、正直両立するにはある程度本人の経済的能力が必要だと思う
情報収集し状況把握
認知症の方の経済状態の把握。対応できる事項を抽出し、それを小さな要素に分け、対応可能なことから話し合う
聞きづらいところを、時間をかけて丁寧に聞き取るようにしている
生活設計の助言
必要な機関など紹介したり、使い方など一緒に洗い出し使い方を考える
無理のない生活設計について、家族の将来に必要な家族の資産と、本人の為に活用可能な年金等の整理。介護家族は、基本的には、仕事は継続するように、助言する
費用が軽減できる公共の制度を紹介
「仕事と介護の両立支援ガイド」が厚労省から出ていることなどは紹介するが、実際には会社の就業規則などがあるとなかなか深入りは難しい
負担軽減の制度の紹介 障害者申請の紹介 ショートステイの利用 生命保険の内容確認や職場の介護休暇などの把握 相談窓口の紹介
負担軽減の方策の説明、セーフティーネットの構築
ショートステイ、施設入所が悪い事ではなく、適度な距離感を取ることも長い介護期間を保てると思います
家族内調整
同居家族の身に負荷が集中しないよう、他の家族にも同じ理解を促す
本人の収支を原資とした支援を行うが、費用負担が高額になる場合には、家族等の負担についても協議。負担できる範囲で在宅支援を継続
本人支援に加えて家族支援は重要です。支える家族の力量(経済＆マンパワー)や家族システムを知り理解し高いエンパシーでの対応が必要である
家族会議、担当ケアマネジャーと相談、友の会や専門団体で相談、長期的に世帯収入のことなども考えるときはFPと相談
介護休暇や介護給付金生活困窮者自立支援制度の紹介、他の親族からの金銭的支援
兄弟姉妹間で介護にかかる費用について算出しそのように分担していくのか等を相談する (ご本人の財産管理のことも含めて)今後誰がキーパーソンになるのか等を決めて仕事をしている場合は、仕事を継続していくために必要なサービスをケアマネを中心に費用・兄弟間の協力をどうしていくのか等具体的に決めていく
経済的支援制度の活用

権利擁護事業
認知症の本人が、介護に全く関与しない別居して居る娘の甘言にのり、貯金通帳を渡してしまった。主介護者の娘とケアマネ、かかりつけ医が相談して、第三者後見人を申し立てた。結果、弁護士が選任され、親族間の問題が整理され、認知症本人の財産が保護された 預金を使い果たしてしまうなど金銭管理ができない方に、権利擁護事業による金銭管理を紹介した 本人の借金の整理、通販購入の整理
資金貸付制度
社会福祉協議会の貸付制度等を活用しながら対応した 自立支援事業、かけはしの援助を利用して安定した生活になることもあった。仕事と介護の両立はショートやデイ、訪問介護等の利用に加えて近所の人や親戚の人の協力も大切
手当や減免制度などの活用
自立支援医療精神通院・精神保健福祉手帳や障害年金・特別障害者手当等の制度の紹介手続きのご案内を行っている。仕事を継続できるよう、介護保険サービスと介護保険外サービスを支援者とともに相談を行っている 若年性だったら自立支援医療や障害年金、精神障害者手帳の申請、高額医療・介護費の申請、必要時生活保護申請、介護休暇 若年性認知症の方の場合は、障害年金など。年金のみの高齢者世帯の場合は、介護保険の1割負担分や医療費を生活費に上乗せすると生活保護受給になるケースもあるので、年金額を教えていただけるような関係を構築し、経済的な相談も受けられるようにしています。介護離職をしようとしている人には、小規模多機能施設、世帯分離による介護保険自己負担分の引き下げなど ショートステイの利用の際には【介護負担限度額認定証】の取得を勧める。介護者には仕事は辞めずに、自分の生活を大切するようにお伝えしている。介護を行うことで介護者がその犠牲にならないように、サービス利用等で負担軽減ができるようにアドバイスする デイサービスにお金が無くて通えない方は入所も難しい。経済面での介入が出来ればと思う。特別障害者手当など、ケアマネが知らないことが多い。 介護保険の手引きなど使って、「高額介護サービス費」などその他の負担軽減制度など紹介。事例によっては手続き同行。難病認定申請、障害福祉サービスの活用などすすめている
負担限度額認定申請 介護手当申請 介護休暇取得 負担限度額の利用、暮らしサポートセンター・重度心身障害医療受給者証の利用 負担限度額認定や社福減免や補助金の説明をしたり、仕事に支障が出ないようにサービスを上手に使っていただくように支援する 世帯分離し本人を非課税世帯にした、特別障害者手当を受給申請した(診断書をかいてもらえる医療機関、医師の理解協力が必要) 制度の紹介 高額医療等、又寝つきのりの人であれば特別障害者手当、廃用症候群で身体障害者手帳が取れないか医師に相談し家族に提案する。又ご家族がどこまでご本人に支援ができるのか具体的に聞いて対応する 制度はあってもつかえないことが多くこの問題が解決できたことはない 提案できる補助制度は提案するが、家族が同居していると対象にならないことが多い
生活の立て直しが必要なこともある
生活困窮の担当職員の同行訪問、後見人の検討、地域ケア会議で専門職の意見を集約し、連携する 生活保護、家計診断、様々な助成や補助事業の案内、地域包括、労働局 生活保護、福祉資金、年金関連、介護のための離職しなくても良い状況を作る事 生活保護の検討。介護休暇の検討。ショートステイの利用。他の身内からの経済的な応援の検討 生活保護を受けている方は施設入所の検討が比較的容易ですが、年金のみの方で家族からの援助が困難な方・生活保護申請を拒否される方は在宅生活が破綻していても継続せざるを得ない。ご家族は仕事のある方が多く、介護休暇などの制度があっても利用されない。ケアマネからは介護休暇の説明は出来ても強制は出来ない。家族によってはケアマネを家族代わりに考える方も多く、支援が困難となる 生活保護申請の手続き支援 フードバンク利用による食の確保 生活保護申請を勧める。家族がダメなら親戚にも支援をお願いしてみる
現状の制度での対応では限界がある
包括や居宅がもっと開かれた相談所となってほしい 通所で6日間サービスで預かってもらう。夜間と休日は家族みんなでカバーしていく。又時には定期的にショート利用が出来るとよい。医療の療養ショートがあると1番良い 低価格で介護保険の限度額など気にせず預けられる場所が必要 特に若年性認知症の方の家族への経済的な支援(一時金等)があると少しでも安心できると思う 就労している息子や娘への経済的支援 負担軽減など 社会構造を抜本的に変えない限り難しいと思う。経済力がある人は厚くサービスが提供され経済力がない人はサービスの提供が限られてしまう、この現象は現に起きている事を理解していないかと思う。仕事も日中だけの仕事だけでなく、夜間に仕事をする人もいるのでどこかで介護をする事を我慢する人がいると思う。本人に眠剤を増やして夜間寝てもらいながら仕事をしている家族さんもいると思う 同居がすべて、良いわけではないが、少しの支えで大きくかわることがある 同居しないほうが都合がよい制度になっている。同居に控除や税率などメリットがあればよい 経済的な理由で、多くのサービスが使えないなどの問題がある。本人に代わり誰が金銭管理を行う必要があるのか行政含め検討するなど 経済的に困難な家庭が多く、特養入所にもユニット個室では払えない事が殆どです。ましてやグループホームやサ高住に入る程、余裕がある家庭は少ない
対応に悩む事例がある

経済的な事は、昨年10月から後期高齢者の2割負担となられた方も増えており、「介護の沙汰も金次第」という、社会保険としてはありえない状況になっている。自分たちの老後は悲観的にならざるを得ない。仕事と介護の両立は当たり前そこに、子育てまで入ってくる場合や、自分の親に、パートナーの親に介護が必要な場合もあり、かなり悲惨。しかし、基本的には自分(介護者)の事を後回しにして、良い事なくしわ寄せがくるため、折り合いの着く着地点(個々で差あり)をみつけるサポートをしていくよう心掛けています
長男夫婦共に無職で、それぞれ治療しながら家事や介護をしていた 震災により新築し、ローンが残っている。自宅は娘夫婦が建てた家で、娘夫婦は仕事をしている 嫁は治療による副作用が酷い中、孫3人を、娘夫婦が帰宅するまでの間、面倒を見たり送迎したりしていた
介護者が息子さんのみで、介護のために仕事を縮小していた。包括支援センターの職員さんが、息子さんに介護をもっと頑張るように話すと「これ以上、俺にやれというのか、仕事も減らしているのにどうしたらいいんだ」と困惑していた。「経済的に困った方の窓口があるから」と説明していたが、これでよいのかと疑問に思った サービスを調整しもっと寄り添った支援にと思ったが、小規模多機能につながってしまい、余計に経済負担が増えた
一人暮らしの中等度認知症の母と息子の二人暮らしでしたが、息子の転勤により、母と家の猫をどうするかが問題となり、施設にいれる経済的問題もあったことから、息子は転職も考えた。本人の夜の出歩きもなかったことから、朝8時から夕方18時までの通所と3食支援、洗濯・受診支援をしてくれる小規模多機能の利用と遠方にいる長女が月一回帰郷し、掃除やそのた必要な環境を整えること、本人は猫の餌やりを役割として、一人暮らしを継続できている
介護休暇を取ればよいというものではありません。常に一緒にいる事により家族にストレスがかかり虐待に繋がる恐れもあります
介護をするのも大切ですが、生計をたてる事も大切なので、仕事と介護を両立されていますが、外部支援(介護サービス・施設サービス)を受けると金銭面の負担もかかるため、経済的負担もさらにかかることがあります。本当の意味でのレスパイト(心身の休息)は難しいように思います
主介護者である長男は無職で親の年金に頼る生活をしているため、積極的に介護をしている。精神障害のある弟も同居しているため、仕事と介護の両立は困難で、本人も仕事よりも親の介護を優先している
主婦の方や、80歳以上の農業の方は年金が少なく、サービス利用も制限されてしまう。介護している息子さんが就労していないケースもあり、地域包括支援センターに相談している
施設入所を希望しても経済力がない 特に夫婦片方が入所で二重生活になるケース、夫婦2人とも入所のケースなどは年金で賄えない
諸事情で、経済的に困窮している方は本当に対応に困ります。単身だと生活保護という選択肢もありますが、ご夫婦だと難しい場合が多いです
兄弟・姉妹間の支援が希薄にて、家族支援が一局集中となっている。また、介護休暇はとりにくい職場風土である 生活保護を受けている為経済的に余裕がなく介護のサービスを拒む
就労しなければ、生活が成立しない時の本人の預かり場所の少なさ 施設に入るお金が十分ではなく、仕事優先になるため受診のタイミングを逃してしまう
相談の機会をつくり話し合う必要がある
家族への定期的な相談機会の確保、市や社会福祉協議会が開催する相談会参加についての情報提供 介護者家族から直に話を聞き、悩みなど打ち明けられるように接する。今、何が必要かケアマネ同士で知恵を出し合う 介護保険を利用しても自費分の負担が大きい場合は当然サービス利用に制限がかかる。出来るだけ効率よくサービスを利用するためのコーディネートについては介護支援専門員同士が情報を共有し協力し合って知恵を絞っている。 経済的な事は、話題にはなりにくいので、個別相談の時間を作る必要がある

表 IV-4 【専門職調査】Q4-2-③ 介護保険サービスの使い方、認知症の人の行き場・居場所(抜粋)

※ 大分類、 小分類

理解がある人がいる場	
認知症に対しての理解に長けている事業所の紹介	
認知症の方でも自立した時間を送れる環境を提供しているデイ・認知症を理解した職員がいる	
認知症の方への接し方の上手な事業所を紹介、認知症カフェへの参加促し	
認知症を良く理解したデイサービス、仕事ができる場	
認知症対応スキルの高い施設を選び利用すること。それにより BPSD も軽減され家族も負担が低くなる。ただ、介護人材が不足しており、スキルのない介護職が多く、それが利用者の BPSD を重度化させ、やがて認知症の進行や対応困難などと利用者を決めつける状況を作り出している。また、家族の精神的負担も大きくなっている。専門職という自覚のない介護職が多すぎる	
認知症対応をこころがけている事業所(デイサービスやショートステイ)家族と離れる場が必要、サービス付き高齢者住宅ではなくグループホームが有効な場合も多い	
認知症対応型通所介護を利用。ケアにも個別性があり、本人に合った方法を取れるよう実際に携わった介護職員等から介護方法の助言をいただくようにしている	
認知症理解のあるスタッフがいて、さりげないお出かけ場所がある。一緒に地域行事に参加できる	
本体がグループホームですが、皆さんとても生き生き活躍されています	
役割を持ち活動できるサービスを調整。その人を理解してもらえる馴染みの関係を作る	
理解のあるデイサービスを利用 精神科デイケアの利用	
落ち着く場	
穏やかに過ごせる、目が届く、職員の説明などをポイントに作業所を選択していただく	
サービス以外に地域で通える場を提案	
地域の行き場で、認知症の方が穏やかに過ごせるように、関係者と話し合う	
多くの人を介さず過ごせるよう、小規模多機能型サービスへつなげた。ちょっとした短時間の関わりがとても助かった	
中規模デイサービスデイでは不穏だった利用者が認知症対応デイサービスでは落ち着いて過ごせた	
通所:できるだけ利用する場所は同一にする。あちこちの事業所を組み合わせない	
大人数の事業所ではないほうが、混乱されることが少ない	
認知症の人が馴染みやすい環境(知っている土地や人、体験など)を整える	
本人が理解できないからと何も話さずに騙して施設利用することはしない。本人が信頼している家族や人から丁寧な説明をする。デイやショートステイなども同じ	
本人の心地よさを大切にして行き場や居場所を見つける	
落ち着いて過ごしてもらえる環境を重視	
通所介護が主になっている	
個性や個別性に対応してくれる	
楽しい場	
楽しんで快刺激が得られるようなサービス等を案内する	
随時、楽しく過ごせる場所作り	
リハビリデイではなく、レクリエーションなど人とのかかわりを重視したデイサービスの活用。外出を苦手とする方には訪問看護(何をするかに訪問するのかわかりやすく安心されることが多い)	
介護保険サービスでは、レクや散歩やリハビリ、入浴といった個別での対応はなかなか難しいようです。生きがいや今までの培ってきたものを活躍できる居場所があると、認知症があっても自分らしく過ごせる空間があるとよいと思います。例えば、自分たちが経営できるお食事処や趣味活動ができる場所など、その人の個性を極めて活動できる場所	
認知症の方本人が主役になれるような場所づくり(スポーツイベント・調理実習・趣味特技を活かした活動プログラム)。本人ミーティング・チームオレンジ等	
一人ひとりに応じている	
ケースに応じた対応方法の検討	
個別対応	
一対一が場合によってはできる	
認知症の方は個別対応が大切なので、個々に応じた対応にたけたサービス事業所の選択	
認知症デイとひとくくりにしないでその方の性格に合ったデイのマッチングに注意しています	
その方や世帯の状況等に合わせて、通所系サービスや認知症カフェ、家族会、地域サロンなどへの参加を調整している	
体調や、認知機能に合わせた行き場や居場所を紹介する	
認知症の方の雰囲気に合わせた、事業所の選定を検討	
認知症対応型通所や、小規模で個別対応できる通所には助けられています。ご本人ができることを見つけてくれ、意欲を引き出してもうれる支援が大切です	
柔軟に対応してくれる	
他通所介護にてお断りされる利用者を受け入れ介護をしている	
小規模なデイで柔軟に対応してくれる場所	
自宅生活可能なサービス利用 柔軟に対応可能な通所 定期巡回型訪問 小規模多機能型	
小規模多機能は月定額もあり柔軟に対応できるが、その反面、地域との関わりが少なくなり地域住民や資源は活用できていない	

通所介護や通所リハは柔軟な利用ができるように個別の事例でお願いする。 曜日によって家族の帰宅が遅い事例では、通所介護(特養併設)夕食まで食べて家族が迎えに来るまで支援してもらっている
本人の時間軸に合わせられる柔軟なサービスが必要だが、認知症対応型のデイも事業所により対応ができない時がある。ショートステイも認知症と聞き断られる場合がある これからはもっとスタッフのスキルアップも大切と感じている 包括として地域で住民が温かい気持ちで見守れるような居場所ができるよう取り組みたい
利用方法の柔軟な対応をしてくれる
連携がとりやすい事業所や柔軟な対応してくれる事業所を選定。認知症カフェの利用 随時対応が可能な体力のある事業所とチーム構成すること レスパイトは必須 施設入所を視野に入れてサービスに施設併設のサービスを導入する 多彩なプログラムを提供できる通所介護事業所を選ぶ。認知症の程度や本人の性格から認知症対応型通所介護事業所を選ぶ事もある 認知症対応型通所介護等の介護保険での通いの場、オレンジカフェなど 泊りディサービスの利用 認知症カフェの紹介 訪問介護、通所介護を頻回に利用し、家族の都合にも合わせたショートステイを利用。認知症対応型のデイサービスも家族的な関わりで、居場所として助かっている
希望に応じた対応をしてくれる
認知症カフェや就労支援継続の紹介 認知対応型デイで365日対応してくれるところで、利用日を決める。時間帯の融通が利く。なじみのところに散歩に家族と行く 〇〇県の都市部では、介護サービスや一般的な行き場、居場所は概ね確保されていると思うが、認知症の方によっては、福祉の居場所、活動場所は嫌で、その様な場所では人と関わりたくない、活動したくない(若い頃と同様、仕事ができると考えている)という方も多い、社会から離れてしまう場合もある。しかしそのような場合であっても、近年は元気な方向け、比較的若い方でも参加しやすい、男性も多い、など多様な居場所は増えてきている 通所サービスの利用で日中を活動し、夜寝れるようにリズムを作る。どこの事業所でも役割を持って過ごすことで、自分への自信を取り戻し、楽しく通所へ行こうという気持ちになってもらえるよう支援する。独居の場合は生活が成り立つように訪問介護の支援を行う。近隣に認知症の一人暮らしをおられることを認識してもらい、支援は難しくても危険な状況や生活気配がなくなった等の安否確認程度の見守りをお願いする
利用者が場所を選択する
まずは、本人が利用したいと思う、行ってみようと思う場所と一緒に探すことから提案していきます こちらが決めるのではなく、認知症の人が行きたい場所を支援 ご本人が何を希望しているか見極める。通所介護のかリハビリなのか、訪問か。ご本人の仲間を作れる場所
好みや希望が尊重される
ご本人の好きな事や過去の過ごし方などから、少しでもご本人に合いそうなデイなどの情報提供? 好きな事を自由に出来るデイや地域の居場所 認知症の方の状態や嗜好にあった場所の選定 認知症対応型のデイサービスに限らず、本人が好みそうなアクティビティを取り入れているデイサービスなど複数のサービスとショートステイなどのレスパイトケアを利用 本人の興味や好みに応じたデイサービス事業所の提案 本人の趣味嗜好に合う通所介護、小規模多機能型居宅介護支援 通所サービスを拒否する人が多く、初期の段階からの通所サービスの利用は在宅生活を継続する上で大切な条件になる。通所サービスのほとんどが日中の過ごす場でしかないことも課題である。そこで、一人ひとりの楽しみや趣味を把握し、通所サービスができるよう通所サービスと連携し、利用がスムーズにできるよう支援している
サービスの調整
模索する
それぞれ違う。段階に応じて最適な方法を探す。ネットワークを作る QOLの向上を目指して出来ることを探す 本人が受け入れ易いと思われる支援の選定とお試し支援 介護保険サービス、地域交流活動、当事者と家族の会、ボランティア活動など
利用者が安心できる環境を模索し提供
介護保険サービスは主に高齢者を対象にしたサービスが殆どである。若年性認知症は進行が早く介護保険サービスも使いにくい。家族が世間に對して認知症の介護で大変なことを公開されないことが多く、家族で解決されようとするのは良いことだが介護者の介護負担が増大する傾向がある
人とかかわる通いの場
認知症カフェの活用、介護サービスのいわゆる「お試し利用」等 通所介護の利用・訪問介護の導入、認知症サポートが行える地域独自サービスの利用等 通所介護は効果的、小規模多機能が使いやすくなると効果的 認知症デイの利用、認知症リハビリのあるデイの利用 絶えず人の目があるように、切れ目ないサービスの利用。認知症対応型通所 人の関わりを多く持てるサービスの使い方を提案する
選択する

制度の説明や、選択肢となるべく多く提案し、決めてもらう
担当のケアマネジャーに「現在の困りごと・今後どうしたいのか」等思いを伝える。ケアマネは、専門職としてできれば複数のサービス内容を提示してご本人や家族が選択できる状況できるようにする。デイサービスだけでなく地域の認知症カフェなど
介護サービスの使い方
要介護が軽くても、見守りや声掛けが日常的に必要な方も多く、じゃあ、認知症通所に行けばとっても、点数が高すぎて、介護保険だけではカバーが出来ない現状があります。要介護が軽い方は小規模デイと認知症デイの組み合わせをお勧めしています
介護保険サービスは、過不足なく使うべきだと思う。本人・家族の安楽のためと思うと過剰介護になる。自立支援に資するかどうか、必要不可欠なのか、その判断基準、認識が薄いケアマネや家族が多いように思う。
認知症の人の行き場・居場所、本人は「自宅が良い」と言うのは当たり前だと思う。「知っている住み慣れた場所」か「知らない場所」か選択すれば、ほぼ全員が住み慣れた場所を「安全・安心」と考える。ただ、本当に「自宅」が、本人にとって「安心・安全」な場所なのかどうか、「自立して暮らせる場所」になっているのか、そこが在宅と介護施設を考える一つの基準になると思う
そもそも、このアンケートの冒頭 Q1-④-1 に、「サ高住」や「介護付き有料」が入っていて、「認知症対応型共同生活介護」や「特養・老健」が入っていない意味がわからない
自宅が一番安心する場所になることが多いため、なるべく自宅での時間が増えるよう、ただ安全面も検討しなければならないため家族とも綿密に情報の共有をしていく、必要であればデイサービスの活用など検討していく
サービス全般の紹介と見学同行、地域の茶の間の紹介と同行、行政保健師や民生委員や区長等との顔合わせの機会を作る
地域の資源を活用し地域との交流も行う
地域の中でいれる場
家庭的居場所でのコミュニティ
公園体操や一般介護予防事業への連携
デイサービス以外に、夫婦で通える地域のサロンの情報を提供した
個々に応じた柔軟なサービスの使い方が必要だが、地域の支援も必要と思われるためサロン等の地域事業も利用していくことも大切
本人は行きたくなくて家族が無理強いをしているケースも多く本人のできるだけ意見を尊重して話をしている いきなり介護保険サービスではなくサロンへの提供地域への健康教室体操の働きかけ
認知症予備軍の方の縁側事業、各小学校単位(もっと小さくても良い)で縁側事業を開始し交流やその方の楽しみに応じた支援、顔見知りがいれば参加がしやすくなる。又、認知症予備軍の方にレクリエーションの風船バレーなどは難しいと思い。例を挙げればデイサービスラスベガスなどその方に応じた支援方法、もっともっと幅広いサービスが実施できればと考える
地域の人とともに活動する場
地域に出かけることができるかどうかで判断
介護保険サービスだけでなく、百歳体操や食事サービス事業等も案内。介護保険は未申請の場合、オレンジチーム等を紹介。必要に応じて直接介入依頼している。またサービス利用の本人への促し方についても説明
近所の運動教室への通い、本人はあまり運動できていませんが回りで見守ってくれています
近所の家に行き来できる関係づくりをされている方がいた、今はコロナで難しいが福祉施設に入居中の方への面会に来てもらったりしていた
町内単位で集まれる場所作り、民生委員との連携
社会とかかわる場所(通所、小規模多機能など)
デイサービス利用で他者との交流を図る。地域のサロン
地域のサークル活動の紹介 有償ボランティアさんによる話し相手
デイサービスなどの介護保険サービスだけでなく、地域の集まり・サロンなどにも行くことが出来ればという理想はあるが、実際ケアマネの考え方ひとつでインフォーマルサービスを提案しないケースも多いので推進員としてはもっとインフォーマルサービスの使い勝手が良い方法を模索していくしかないと考える
担当しているケースで、地域のサロンとデイサービスの併用をしている方がいる。サロンを利用することで、地域の目が広がり、家族の相談相手として近所の人が声をかけたり本人に声をかけたりと相互作用が広がっている
利用できるサービスの紹介 見学
介護保険以外の体操教室や地域のつどいの紹介
近隣公民館等高齢者住民による見守り、預かりシステム、無料お互いサービスが望ましい
Q4-2②で答えたように比較的時間の融通のきく小規模多機能施設の利用。認知症の人が自由に出入りできるような場所(公共施設)で見守りができるような仕組みができるようにしていきたいと考えていましたが、なかなか難しい状況があります。介護保険施設以外で、認知症の人が気軽に立ち寄り、緩やかな見守りがあるような場所ができればいいと考えています
インフォーマルなつどいの場づくりと活用
家族会の紹介、介護サービス利用についてだけでなく地域の社会資源の情報提供、認知症カフェの紹介
地域のデイサービスやオレンジカフェ、サロン活動など、長いお付き合いの友人、知人
認知症カフェ、家族会の紹介、地域の集い場等の地域の活動場所の紹介、地域密着型認知症サービスの紹介
認知症の方が閉じこもりにならないよう、介護者が疲れてしまわないよう、上手にサービス利用を説明している。地域にある認知症カフェや見守り隊、生き生きサロン等相談支援の場所の紹介をしている
包括支援センターの活用、地域のサロン
本人にあった通所サービス、認知症カフェ、地域の集まり
本人の受け入れやすいサービスを探す。同行見学。認知症カフェや本人ミーティングへの誘導
本人や家族が孤立しないよう、認知症カフェ、家族会、当事者交流会
認知症カフェ、老人会、サロン等

認知症カフェの運営や参加声かけの他、なんでも相談所を開設している
認知症カフェや家族向けの介護者教室の開催。地域包括の総合相談の一環としてのアウトリーチによる生活実態把握調査からのつなぎ支援
認知症であってもなくても地域での繋がりが途絶えない様に、今は地域包括所属なので、「だれでもカフェ」の様な取り組みを予定している
ケアマネは何をしてくれる人?と聞かれる事が多くて認知症の対応は〇〇に聞いてみてと投げてしまうケアマネが多いです。ケアマネに介護の相談ができるとは思っていない介護者も多くいます。サービスありきではありませんが情報が足りません。月1回の家族会では介護者同士多くの情報交換をしています。家族会には認知症本人も参加してボランティアさんと将棋をうつたり、歌を歌つたりと過ごしているので毎回盛況です。家族会が家族と本人の居場所となるようにと考えている
田舎は資源が少ないが、人の関わりがある 元気なときにいかに地域のためになっている事をされていたか

表 IV-5 【専門職調査】Q4-2-④-1 認知症の人の治療の選択

※ 大分類、中分類

選択肢を提示して選んでもらう	
選択肢を提示して選んでもらう	
可能な選択肢を提示して、できる限り本人や家族に選んでもらう	
アルツハイマーなのか脳血管性なのか等、確定診断を受けたうえで、薬が出る場合には内服ができるか、できないならどうするのか家族等と話し合う	
ケアマネジャーさんに相談し、いろんな選択肢を考えて準備しておくこと	
そのひとに合った提案をするようにしている	
より良い日々が送れるために何がどう必要かを整理して検討しやすいように伝えるが、最終的にはご本人、ご家族の意向にお任せする	
医療に期待できること、できないことを具体的に説明したうえで、本人と家族の希望を踏まえた利用方法を提案	
相談のなかから、その方・家族に合った受診方法を選んで紹介する。外来が難しければ訪問診療を紹介する。専門医の講演などあれば紹介する	
考えられるメリットやデメリットを説明し、本人や家族の希望に合わせた選択をしていただく。診断後も困った時は、認知症疾患医療センターを活用していただけるよう相談できる場所の1つとして紹介する	
最初に優先すべき内容を医療とするのか生活とするのかを、確認していく。その上で、選択された優先内容に寄り添う支援を行う	
受診の意思を確認する	
本人と家族の専門医受診の希望を確認、地域連携室や外来看護師、受診同行	
専門医による診断や内服治療をためらっている家族には、必ずしもそれが必須ではないと助言している	
無理強いしない	
要介護認定を受けている方で認知症と診断があった人が医療と連携できない、わからないケースがあると思います。そのように隠れた認知症の方の本人、家族を訪問して何かしらの支援ができる体制づくりが必要なのではと思う。認知症の人の中には、「なぜ病院へいくの？何か私、悪いことしたの？」等、不安になったりする場合もあるので、治療の選択は緊急性がない限り、本人の意思を尊重した選択が必要と感じます	
説明をする	
治療方針について、自身の事だからよく説明をした上で、ご自分で治療方法を選択してほしい	
説明、同意を得て調整する	
都度説明	
治療の選択・:丁寧なIC連携や医療ケアの方法・支援会議	
その都度説明	
今後、予測されることを説明する	
あれ？と思う事があつたら伝え、もしかしたらこれから〇〇になるかも、など先の話をしながら、症状の変化についていけるようにしている。必要性をかんじたら、医療につなげている	
本人、家族の意思を尊重する	
本人の意思を確認する	
意思の確認ができるときには、本人の意思をしっかりと繰り返し確認を行う	
できれば本人に直接話を伺いケアの方法を考えて行く	
確定診断と予後については、本人の意見をもらう。ケア方針は、主治医、訪問看護師などと共に相談する	
認知症であつても治療等の選択や決定は促している	
認知症の人本人の意思確認も、本人に合わせて行う。認知症があつても治療を受ける権利が奪われない。医療機関や医療と介護が個別性のある情報も含めて丁寧に情報共有ができる、日頃から連携が取れていて顔が見える。随時動ける訪問医や訪問看護、初期集中支援チームが存在する	
本人が一番望む形をとる	
ご本人が望む、グループホームでの生活からお看取りまでの対応	
本人、家族の意向を確認する	
本人、家族の意向を確認する。	
ご家族の思い、ご本人の症状等アセスメントし、サポート、助言をする	
本人、家族と話し合う	
本人、家族との面談	
本人の思いを家族と話し合う	
徐々に食べられなくなつた奥さんを施設に入れたいと言われたご主人に対し、どのような最後が希望か話合いながら、希望の自然な看取りを希望され、そういう対応をしてくれる施設にお繋ぎした	
本人が元気であった時にはどのような選択をするだろうかと親族とよく話し合う	
家族を集め人生会議を開き、医療と看取りについて、本人と家族の意向を全員で確認する	
家族がいれば話合えるかないとむずかしい	
家族に本人の意思を推察してもらう	
意思表示が出来ていた頃の意向等、思い返してもらう	
認知症発症前の本人の考えはどうだったのか、家族はどう思っているのか。緊急時に備え、病院と連携しておく。￥	
中等度・重度の場合、家族に本人の推定意思を伺う。医療側の見解と家族の意思、家族が推定する本人の意思を調整して選択していく	

アドバンスケアプランニングを促進する
ACP、認知症への理解のある医師の紹介
ACPに準ずる
ACPを早期に行う、成年後見人との連携
エンディングノートを普及し、認知症になる前に、医療等の意向を伝えらえるような取組
意思決定で出来なくなつてから確認しようとしても、正しい選択が出来なくなつており、ほぼ家族の意向に沿つた援助になつてゐる。認知症になる前に、どのような意向を持っているか聞き取りをしておく必要があるが、そこまでしている人はほぼいない
元気な時や軽度の時に関わりがある時は、先のことを話し合つておく。意思確認が困難な時は生活歴や家族等の意見を聞きながら、関係者で話し合う
自己選択、自己決定ができるうちに話し合つていければと思う(人生会議)
本人の希望が正確に聞けないので出来れば認知症になる前に具体的な最終医療に関する具体的な希望を聞いておけるとよい。アルツハイマーなどは10年というので初期の頃にどのようなつて行くのか聞ける時に話し合うのも大事
現状、治療の選択は家族の意向が主になつてゐる。認知症の方の意志決定(病を発症する前から)支援が重要だと考えます。私は精神科病院併設の居宅ケアマネです。医療との調整など他ケアプランセンターケアマネより医療との連携や調整は出来ているかと…
日頃の本人の意思や言葉の確認をする。元気なうちからの「わたしの安心ノート」の記載の働きかけ
専門医につなぐことや、認知症初期集中支援チームにつなぐ、ACPについても話し合う
本人、家族の思いや現状を推察する
家族が一緒に納得のいく方法を考える
家族内での治療方針の共有。本人の思い、これまでの生活から、どう生活していくかを考える
家族と話し合うようにしていいる。こうしてほしいだらうと推察できる場合もある
中度・重度では家族の意思が優先される
「認知症」という言葉が広がつてゐることで、認知症と診断を受けたことがわかつてゐる利用者が増えてきたように感じる。本人にも適切に診断名を伝え、本人が分かりやすい言葉で伝えてくれる医師が増えてきたのかと思う。診断後でも本人が望む治療を受けられることはいいことだと思う。が、中度・重度であれば本人の意思というよりは家族の意思が優先されるケースも多いと思う
キーパーソンに選択権か
家族に任せている
本人だったらどう思うか、家族の意見を聞く
治療の選択は家族の意向
本人の意思の確認が困難な場合には、家族に決定権をゆだねる
認知症があつても本人の意思を尊重するという考えは変えてほしいと思います。認知症を一つのカテゴリーにいれてしまふのは、あまりに症状の差が激しく、おかしいと感じます。先ほどの記述でもしましたが、テストの点数が一定以下で選択の権利を容易に他に移譲できる仕組みが必要だと思います
本人と家族の代弁者となる
家族が支援者とうまく話せないこともあるため、状況によってはPSWが関係機関と情報共有する
ACP、親族への協力(身内がいない場合)、ケアマネの代弁機能
医師や看護師、相談員に家族の意思を伝える。相談しやすい人を見つけ、本人・家族の意思を伝える
入居施設なので当事者の想いの代弁など
家族に話し合いを促す
家庭での話し合いの動機
本人・家族に選択してもらひが、医療面でもケアマネに決めて欲しい家族が多くなつてゐる
本人、家族の意向の擦り合わせ
家族の介護力に左右される
本人の意思決定と家族の介護力
多職種で連携する
多職種で連携する
ケアマネジャーを中心に報告、連絡、相談する
チームアプローチ、連携をしっかりとる
医療機関との調整、医療相談員など多職種連携
訪問診療医師や訪問看護師と担当者会議など、話す機会の設定、情報共有
主治医、サービス関係者との協働
通院、入院、投薬、小規模、デイ、ショートステイを柔軟に活用する。支える人を増やす
ケアマネジャーを中心として、当事者・家族・医療・介護の連携を行い相談する
たくさんの専門職との連携必要
なるべく早く現状の確認と服薬治療を行うことや何かあった際のサービス事業所間や医療機関との連携が取れるようにしておく
多職種と家族で話し合う
家族がいれば家族と訪問看護など、支援に関係する方々で話し合い、本人が希望するであろう治療の選択を行う
かかりつけ医、専門医、ケアマネ、家族まじえての話し合いの場の提供
医療機関や家族やサービス事業所と連絡とり、BPSDへの対応等を話し合いの調整をする
家族と相談、認知症疾患医療センターや専門医、主治医と連携し必要な方には訪問看護の利用につなげた
個人面談。必要時はケアマネなどへの情報提供

家族、多職種で連携する
ケアマネジャー並びにご家族との連携を密にしています。
ケアマネジャーを起点に認知症の人や家族、各サービス事業所間で連携を取る
認知症協力医療機関、専門外来、専門医、サポート医
医療の選択は家族と医師の判断と考える
医療的なところは、病院の紹介が中心です。治療の選択等は家族と医師の判断にもとづくと考えています。あくまでも調整、連携までです
認知症支援チームとの連携
医療拒否な場合、認知症支援チームの介入
初期集中チームや認知症疾患医療センターとの連携
初期集中や認知症専門医との橋渡し
初期集中支援チームでも方向性を確認する
初期集中支援チームの活用や市内の認知症地域支援推進員との情報共有、多職種連携
初期集中支援チーム相談、物忘れ相談医相談
認知症初期集中支援チーム
地域にある認知症初期支援チームとの協力、認知症専門医の受診に同行する
認知症を理解している医師を家族に紹介する
認知症に理解ある病院、ドクター、の選択
信頼できる専門医を探す。
心療内科への通院、正しい薬物療法に理解ある医師とのコンタクト
専門医や認知症に対して理解のある病院の情報提供を行っている
通院先とする医療機関の案内と選択、認知症疾患医療センターへの相談、退院相談
受診先の検討や認知症初期支援チームとの連携
認知症の診断と治療をする病院を紹介する。まずかかりつけ医に相談するよう勧める
適切な病院の紹介。家族と病院の仲介
画像診断を含めた診断を受けたうえで、近所の認知症理解のある精神科や、診療所に受診できるように情報提供し、通院同行も行う
家族へのサポート等
認知症外来で、診断されても、家族は十分な、理解はしていないため家族教室みたいな、疾患教育、介護教室を自由参加で参加できるシステムがあつたら良いと思う
・治療方針に対する本人、家族の納得具合を把握する(診察後に話を伺うなど)
受診状況や服薬状況、他の家族との意見交換の場の提供(家族会など)
認知症の進行により介護抵抗が増えてきたケースで、薬の見直しを主治医に相談してもいいとのアドバイスをしました。
MCI の初期診断の啓発を行っていく

表 IV-6 【専門職調査】Q4-2-④-2 医療との調整・連携

※ 大分類、中分類

認知症の治療のための連携	
薬の調整	服薬管理と服薬に対しての介護保険サービス側からの状況報告を密に行い、適切な服薬を行う 認知症のご夫婦、独居の認知症の方には特に服薬管理ができないことが多いので医師と面談し家庭内の様子を報告し指示を得るようにしている ご本人の状態によって内服薬を調整。周辺症状を的確に医師に報告する必要あり デイ利用中に気づいた症状等あればご家族に伝えて受診を勧めたり、薬を飲み忘れる人やスキップしてしまう人の残薬を数えて主治医と連携したりしている。デイ利用時間に服用する以外の薬も把握し、その人の状態の理解をしている 強い薬などあるので、薬を変えた際は特に注意して変化を見てください。またすぐに主治医に連絡してください 認知症を理解している医師との情報共有、薬の調整に係る日常生活の連絡 不穏が続き、老年内科の主治医に相談。興奮される事や、多動を抑える薬を処方され、行動が落ち着いたが、覇気がなくなり、じつしている事が多くなり、週単位で薬の調整をしてもらった
医師への要望	ただ、単に服薬だけをするのは止めて欲しいです
症状コントロール	レビー小体型認知症の方で、手の震えがある方がいまして、ご飯が自分で食べられなくなってしまいました。リバースタッチという張り薬を貼ることにより、ご自分で食べることが出来ています。デイとしては、ここでの様子を家族さんにお伝えして、医師にお薬を調整してもらうことで、在宅の生活が延ばせると思います 家族・本人の状態を観察。必要に応じて、主治医や病院相談員に連絡。家族の希望に応じて、受診に同席。服薬内容等の変更あれば、受診後のモニタリングを行い、病院に報告し、その後の指示を受ける。
ADL の維持と精神安定の両立に薬の調整	
BPSD の悪化予防、メマリー等の検討	
症状、状態に合わせて、薬の調整を行う。	
症状悪化した際にかかりつけ医から専門医へ紹介してもらえるように日頃から話をしておく。また、定期的な検査を受け、専門医とのつながりを持っておく	
悪化しない為の治療や家族のフォロー	医療と連携し介護保険申請などを受ける支援。必要に応じて薬物使用の検討も必要だと思います 家族を含め、他人に迷惑をかけるような行動障害を基準に服薬治療を開始する
周辺症状などへの適切な対応、治療	気持ちを落ちさせる薬を内服させると、傾眠や歩行困難等介護量が増える事があるので、主治医に相談しながら調整していただく デイサービスの利用者の場合は、BPSD などが激しくなったりしている場合は、主治医に情報提供して、受診時に服薬調整などしてもらっている
認知症というより、BPSD の軽減を目的とするような治療を進めことが多い かかりつけ医に症状にあわせた薬の調整の支援。観察点をおしえてもらう 医師に最近の症状や変化をフィードバックす	
居宅療養管理指導の活用	
入院の検討	必要に応じて入院での薬調整を相談していく 若年性認知症の方で高齢者との過ごせず、デイの利用も厳しくなり入院治療となつた。その回数も増えている
医療機関との連携	
病院との情報共有	・事前、事後に病院との情報共有を図る 医療機関へ情報提供等の連携 家族の了承を得た上で医療機関と情報共有を行う。本人の意思決定への支援に関わる 病院と電話等で情報共有
家族を通じて医療機関と連携	地域医療連携室への相談を積極的に行うよう支援 地域の医療機関の情報を伝えます。医療相談室との連携 認知症の専門医を紹介し、受診を勧めさせていただき、可能であれば同席することもあります。医師の説明を元に、本人と家族に判断して頂きますが、困られている場合は、医師・クリニックスタッフと連携し、支援しております 専門機関に相談するようアドバイス 医療機関同士の連携
連携しやすい医療機関を選択する	相談時間なども融通の聞く医療機関の選定。相談しやすい医療機関の選定。訪問看護などと連携ができる医療機関の選定
多職種会議で医療と連携する	
・担当者会議で連携強化	

サービス担当者会議に医師の意見を求め、介護サイドの意見にもフィードバックをしてもらう
各専門機関との連携会議
医療職を交えたカンファレンス
ソーシャルワーカーとの連携
ソーシャルワーカーと連携して専門医受診に結びつける
認知症医療センターPSWと連携し、専門医への受診に結びつける
本人や家族の状態を医療機関へ相談し、受診予約を入れてもらいました。受診には同席し、入院中は MSW と連携を取った。退院時カンファレンスへ招待され、家族と共に同席する。本人とも面談し、施設入所について伝え拒否言動のないことを病棟看護師、MSW とも確認してから入所となった。認知症状が落ち着いたことで、施設入所しても差し支えない状態にまで改善し、特養へ入所となった
精神科の入院できる病院のソーシャルワーカーと連携し、外来での受診と必要時に入院できるよう支援した
ケアワーカーを通して受診調整
専門医受診相談 病院ワーカーとの調整、相談、状態報告等
認知症の人の現状が伝わるよう、病院のソーシャルワーカーと連携
単身で受診するため病状が伝えられない認知症の人について、病院の相談員と連携し、医師に現状が伝わるよう調整した
かかりつけ医や病院相談員と連携し情報共有しています
ソーシャルワーカーや看護師との連携や、受診時に同行し、主治医に助言を求める
ソーシャルワーカー等の医療機関との連携、受診同伴
専門医の紹介、BPSD の状態に応じた治療の提案、専門医の医療機関のPSWとの連携
医師と家族の間を取り持つ
医師に状況が伝わるように家族をサポートする
あまりに BPSD の症状が強くて家族が対応に困っている時には、家族がどう主治医に伝えたらいいかわからないとのことでしたので、家族の了承を得て動画を撮影の上、日頃の様子を情報報告書として記載し、動画と報告書を主治医に見せて適切な診断をしてもらうように家族のヘルプをした
医師へ伝える時のコツ(どのように普段の様子や困り事を伝えるか)、薬剤師から薬の影響かどうかを訊くポイントなどを伝えて、お互いが必要な情報共有が出来るように、一緒に情報整理を行う。必要な時は、外来受診に付き添う。
医療ディケアの活用や医師とのコミュニケーションの図り方の提案や間にに入る
医療職への伝達方法として、診察前に受付や看護師へ事前に伝えたいこと、相談したいことを話してみてくださいなど、をお伝えし、同時に病院へも情報提供を行う
医療的なことは、主治医とよく相談するように話している。介護者が主治医とうまく話せない状況が見て取れる場合には、間に入って情報をつなぐことをしている。医療的ケアが継続的に必要な場合には、訪問看護導入を提案している
家族から主治医に相談しやすいベース作り、短期入院による服薬調整
家族と医療機関の仲介に入り、受診の調整、事前の情報提供、診察後の振り返りを行ななどしている
家族の希望に応じた検査方法の選択。対応できる医療機関の紹介。医療に拒否が強い場合は往診への移行。特に服薬が始まった初期は、薬の効果と副作用を医師に報告できるよう、家族やサービスときめ細かな連携をする
・家庭での様子を主治医が把握できるよう、事前に本人・家族から日頃の様子を聴取する
日々の生活状況や、BPSD、笑った場面、おだやかな場面などをノートに書き留めてもらえるように話しています。それを受診の際に専門医に見ていただけるように
受診時には家族不在の場合には、CM が通院同行したり情報提供するなどし、周辺症状の状況や対応方法などを医師に聞くようにしている。家族同行の場合にも、家族にどのように何を聞くか考えてから受診するようにお伝えする
受診時に医師に現状を伝えるための方法の助言(本人の前では本音が言えないので手紙やメモを事前に受付に渡し、医師に読んでもらうなど)通院の同行
当センターの専門医療相談は、PSW が第一連絡を受けることになっているのだが、PSW だけでは判断できない治療の選択などについては院内の医師や看護師に指示を仰ぎ、返答している。また、必要に応じて実際に家族に来院してもらい、診察ではなく家族相談という形で医師や PSW が対応することもある。医療との調整や連携は、家族が行うとなると専門知識がなくうまく情報を伝達することができないこともあるため、必要に応じて家族に代わって行っている
家族と主治医との連携
主介護者等へ、普段の生活の様子や治療に関しての小さな疑問でも、積極的に主治医に相談するよう伝えている
受診に同行する
家族への定期的な相談機会の確保・かかりつけ医への受診同行及び医療との調整・連携の必要性についての代弁等の支援
主治医受診時に診察室に入り今後の方向性検討
病院受診に同行し、本人・家族と一緒に医師の説明を聞く。本人・家族が聞きたいことを代弁したり、補足で説明をする
医療との連携、認知症初期集中支援チームの活用、受診同行等介護保険サービスにつながるための支援から行っている
医療機関との連携、受診の付き添いなど
医療機関に受診同行、事前に外来通して情報提供や相談する事で当日時間をかけず医療機関受診に対する嫌悪感を軽減している
医療機関と連携を図り、受診同席含め、連携を図る
受診の時に同行する
受診の付き添い
家族の要望があれば、病院受診に同行している
必要時は受診同行・fax での情報提供を行う。
診察等については付き添い医師の診断状況を事業所と共有

主治医との連絡。通院時の付き添いで、情報を正確に伝える
助言、実際に受診同行等
認知症の症状が出始めた場合には、なるべく早く専門病院へ受診し、検査や服薬の処方を受けるように介護者に伝えている。必要であれば同行受診し、担当医に説明をしている
ケアマネジャーも同席できる場合は通院同行して医師と情報交換する
受診に付添い、直接主治医と情報共有をする、医療職と常に連絡を取り合い状態の共有や助言をもらう
受診時の付き添い。キー・ボックスの利用
薬の情報提供、医療機関との事前の情報共有、受診同行、受診日を思い出せるような生活の工夫
診察やムンテラ等の場面への同席
通院時付き添い
受診される際、家族の方だけで不安がある際付添いを行った
かかりつけ医への定期受診に際して同行し、家族がかかりつけ医に言いづらい点について、代弁するなど
専門医受診の際の同行
必要に応じて受診同行し、家族や本人と一緒に話を聞く。病院と情報共有しながら連携する
看護師との連携
NSからの指導と励ましは必須
必要時看護師により受診の必要性を伝える
疾患センターの場合、主治医との間に認知症認定看護師等が間に入ってくれたら家族が相談をしやすくなつた
訪問看護や地域連携室・地域包括支援センターに相談・連携をとっている
病院の紹介、訪問看護の紹介
精神科訪問看護の利用
訪問看護師が介入することで不穏の原因が体調変化(便秘が多い)によってと分かることもあります。かかりつけ医にも表面的な(血圧・体温など)問題だけでなく、何日も眠れていない・昼夜逆転で食事の時間に寝てしまって食事が摂れていないなど細かく相談して穏やかに過ごせるように支援していました
本人が受診の拒否がある場合は訪問看護と連携する
薬管理必要なら訪看に支援を依頼
医師との連携
主治医、専門医との連携
かかりつけ医・専門医との情報交換 訪問看護の利用
かかりつけ医との連携が中心だが、周辺症状やなど症状や進行予防には専門医との連携も検討
かかりつけ医や専門医と連携
主治医や認知症疾患医療センターとの情報共有、連携
主治医との連携
かかりつけ医と情報共有。受診同行など
かかりつけ医と連携
かかりつけ医へ相談する事、受診の同席
かかりつけ医師の協力
まず、かかりつけ医に相談してもらう
医師がきちんと本人の話し(主訴・意思等)を聞いてくれて、説明をしてくれる。家族にもわかりやすく説明してくれる
主治医から説明してもらう。かかりつけ病院と連携する
医療機関と連携を図り主治医の意見をいただく
主治医との連携(5)
主治医に相談(2)
関係性のできた医師への相談、家族間で方向性を決める
現在のかかりつけ医に相談してみること。
常時、担当医と書面でやりとりしている
主治医との連携。認知症機関センター
詳しいBPSDの情報を医師に報告し内服、対応、認定などの相談をする。体調によるBPSDの悪化を分析する。
変化が有った時の意見書での相談や、要介護認定更新時に情報を伝えたりしています。様子を伝えることで薬の調整やアドバイスを戴けるようにしています
診断はするが治療はしない医者もあるため、専門医の診断以外にかかりつけや信頼関係ができている主治医があれば継続してフォローをお願いする
数分間の診察で、「自立」と主治医意見書に記載される医師が多いです。必要な場合はお手紙等で生活状況をお知らせしていますが、不要な場合はしていません
専門医の受診は必要と思われるが治療方法等統一できない部分があるため家族への説明は必須。連携するためにDrからの分かりやすい説明をしてもらう必要がある
担当医師へ相談
心理・周辺症状を観察し家族やケアマネに報告。かかりつけ医に繋げてもらう
主治医、専門医への相談を提案

当院では、ほとんどの方は診断後は地元かかりつけ医にお戻しをして治療について連携をしています。そのための調整を行い、また診療報酬上の認知症療養指導料の紹介も行い、常に連携している状況もつくれています
専門外来の調整とかかりつけ医との連携(紹介時以降、必要に応じて連携あり)
主治医との情報の共有
専門医との連携
認知症疾患医療センター、認知症検診事業
ケアマネと連携してくれる専門医を探す
家族が症状を認識するためには、精神科受診を勧めたうえで情報交換し、担当医との連携を図る
認知症専門医療機関・介護施設のスタッフが在宅に出向き、アドバイスできる体制づくり
認知症専門医から病状と対応の説明を家族にしてもらう
専門医との連携、服薬調整に係る柔軟な入院
精神科や心療内科の先生と連携し、内服の調整、環境を整えたりしています。また、在宅が難しいと感じたときは、入院も含め先生に相談することもあります
認知症疾患センターとの連携(2)
専門医受診に際しては、必要に応じて細やかな内服薬の調整と家族のレスパイト目的での入院の依頼
認知症専門医との連携
認知症のタイプに違和感がある際には、改めて相談させていただいている。また、進行を感じた際には服薬の調整が可能か相談させていただいている
必要に応じて精神科への転院支援、長谷川式スケールの実施など
認知症対応病院への相談(入院対応が可能な病院)
地域型認知症疾患医療センターと常に連携をとり、初診がスムーズに進むようにしている。多量となれば高齢者なので通いやすいまたは本人がここの病院ならいくというような選択をしている
認知症疾患センターに相談する
認知症専門医との連携促進。とくに初期の段階で、他の持病での通院先と認知症専門医が連携できると良い
専門医に相談
専門医、かかりつけ医等の間に入り調整する
認知症サポート医に相談しながら、かかりつけ医と連携したり、薬局にも協力依頼する
主治医に相談、専門医の受診、訪問看護導入など内服治療の継続。
医師と話し合う
医師からの助言
医師との話し合いの場を持つ
医師と相談し薬物療法の重要性の説明や、患者・家族に服薬管理の助言。支援者が身近にいない患者には必要なケアを行うことができるようケアマネと密に連携をとっている
医師のバックアップは必要
医師への相談
医師へは本人の状況を伝える
かかりつけ医と連携して専門医につなげる
かかりつけのクリニックや訪問診療等と連携して専門科につなぐ事がありました
かかりつけの医療機関に相談しながら、専門医とのつながりがない方に受診を勧め、受診予約をします
かかりつけ医からの紹介で、専門医受診
かかりつけ医と認知症疾患医療センターの連携。医療と家族との関係調整
かかりつけ医から本人への助言、認知症疾患医療センターの案内
かかりつけ医と連携しながら、専門医を紹介してもらうなどしている。その他、訪問看護を利用したりし医療的見解を得るとともに連携を図っている
かかりつけ医に相談 専門医受診
かかりつけ医に相談した 疾患センターと連携した
かかりつけ医より専門医へ紹介状書いてもらう。認知症対応型デイ職員に良い対応方法を聞く
サポート医、疾患センター連携
主治医との連携を強化。治療法や療養法など専門医と相談出来る様、介護支援専門員が必要なら間に立ち連携を強める
主治医と相談し専門医につなぐ
主治医受診に付き添い、家族と自宅での状況を説明し認知症専門医への紹介を依頼
主治医に相談し適切な医療機関につなげる。
必要と判断した場合には、かかりつけ医に家族に代わり相談して、専門医受診の手配
訪問診療医との連携
医療機関へかかることを嫌がる、待ち時間に待てない方も増えるので、訪問診療があります。本人との対話をしようとしてくれる医師が良いです
往診、訪問看護など
往診が必要なケースもある
往診やレスパイト利用の入院など利用できればいいと思う
家族が仕事を休むか仕事ができない状態で病院への送り迎え等を行っているため、在宅での受診などできるといい

家族の介護力が低いほど、強化型在宅専門医が適してると感じる
訪問診療・訪問看護の利用、
精神科専門医で診察を受け、訪問診療医につなげる。転倒、誤嚥などリスクが出てくるので情報を共有しておく。
訪問診療の医師に現状を理解してもらうように動画などで情報の共有
重度寝たきりの場合受診が難しいため、受診の頻度の見直しや往診への切り替え
主治医との連携と訪問看護の導入にて柔軟に
訪問診療の活用
在宅連携、精神科訪問診療の充実、精神初期集中チーム員市町村設置、精神と認知混合が多いため
自身では受診に行けないケースも多いので訪問診療の活用
訪問診療の利用や訪問看護との連携
内服、通院と訪問診療の連携
精神科の訪問診療の利用支援をした
受診を勧める
認知症専門医の受診を勧める
家族の日々の関わりに対しての指導及び、医療機関への受診勧奨。必要に応じて入院による内服調整など
かかりつけ医がない場合は、まずは近医で認知症の方を診てもらえる医療機関につなげたり、精神症状がみられる場合は専門医のいる医療機関につなげる
専門医の受診、アフターフォローが受けられる事業所を選ぶ
認知症の専門治療を行っている病院・クリニックの情報提供・認知症センター養成講座
早期に専門医へ相談し、つなげておく。生活上、困ったことがあれば医師に相談し対応を考えている。医療的ケアが必要な場合は、介護者(サービス事業所)は介護保険の範囲で対応できるように、内服の頻度や処置の頻度を検討する
専門医とのつなぎ、受診支援
専門の医療機関を早期受診、認知症初期集中支援チームの活用
専門医の受診。相談員さんや介護スタッフとの連携
専門医受診をしない時は専門医受診を促すこともある
早期の専門医受診の声かけは、家族も認めていない状況で提案には支障あり。精神科/認知症外来となると、本人や家族に世間体もあり受け入れ難しい
かかりつけ医や専門医療機関への受診の勧めや受診支援
できるだけ、専門医を受診してもらう。家族と医師との思いを繋ぐよう行動したい。
医療の必要性の案内
一般医療では薬の選択や関りが難しいかと思われる。出来れば心療内科と思い進めるも中々その科には足が進まないようである
専門医の受診を勧めています
専門医の受診必要性など、受診までの家族負担がどこまでかなど話します
専門医の紹介(3)
専門医の受診の勧め
専門医の受診の提案
専門医を紹介したり、ケアの方法を伝える
認知症の専門外来を中心に紹介している
精神科受診して頂く
認知症疾患センターの紹介
専門医への受診の勧め
脳外科の受診、Drとの連携
病院受診の理解など
受診先紹介ほか
専門医受診
専門医の紹介、初期集中支援員への相談や対応依頼
認知症に特化した医療機関の情報提供
専門医への受診
精神科病院に繋ぐところを担う
専門医受診の為の準備
認知症専門医を受診し、内服薬の調整をしていくことの説明
専門医にかかることが出来る場合は専門医を受診してもらっている
認知症疾患医療センターへの相談(仲介)、サポート医への受診提案 等
専門医での診療が不可欠
専門医への受診
専門医の紹介。往診医や精神科に特化した訪問看護の紹介
専門医への受診
専門病院への受診の促しを行い、継続して受診できるように支援
専門医受診を勧める。受診時、家族が同行及び同席し、日頃のエピソードを医師へ伝える
認知症の治療・症状コントロールのため、受診を勧める

BPSDに関しては精神科受診を勧めている、入院して薬の調整が家族の休息になる
まずは専門医への受診を勧める。必要な治療を提案していただく
鑑別診断後認知症と診断された場合は、病状に合わせて抗認知症薬を使用するかどうか主治医と本人・家族が相談し治療を開始している。経過良好の場合はかかりつけへ再度紹介し、治療の継続を依頼することもある
認知症が進行した場合の医療機関受診
なるべく専門医の受診を促し、現状に合った医療の支援に期待している
認知症専門の精神科なども紹介。認知症の進行の状態やBPSDのコントロールで服薬調整など必要と考えられる場合は、認知症専門を勧める
薬が効く症状であれば本人、家族、周囲みんな楽になるので、まずは受診をと勧めています
自宅から通える範囲の認知症専門医の紹介を行い、受診に必要な手順、その後治療開始してからのリスクの可能性などを説明した的確な診断のために専門医への受診のすすめ、ケアマネや保健師等の連携
確定診断のために専門医の受診を勧める
家族や本人が望んでいれば、専門機関や認知症を診断出来る医師への受診を勧めた。またこちらから見て受診が必要と判断した場合も同様に受診を勧めた。ケースワーカーや受付窓口のスタッフを通じ受診の連携を図った
①と同様。専門医にしっかりと確定診断をつけてもらうことが、治療の選択や適切なケアの方法を見つけやすい
専門医の受診、確定診断を受ける
・鑑別診断や入院加療の必要性等、家族、本人が納得するような説明を心かける
鑑別診断を望まれる場合、専門医の紹介、医療情報シートを活用して連携
鑑別診断での支援の方向性の決定
確定診断の重要性を知らせる。認知症でなく治療できる病気である可能性があることを知らせる。認知症だとしても、認知症のタイプを知ることで、治療や対応方法が分かり、BPSDを軽減できる可能性があることを知らせる。科学的に一緒に観て考えることで家族がエンパワメントされる
できるだけ専門医の診断を受けられるように勧めています
専門医受診し、認知症の診断・内服調整が必須、病院と連携し、在宅の様子など情報共有する
医療との連携に困難を感じる
医師に相談しにくい
デイでの様子など、家族やケアマネには伝えるが、医師にまで伝わっていないと感じる時もある。正直、医師に連絡するのはプレッシャーに感じる
意欲低下しないような薬を望む。医療連携では、医師と気軽に話せるとありがたいが、医師は忙しいし、現実は難しい
医師も家族に言うべきことをケアマネに言い、本人に言うよう指示がある事もある。医師と本人の問題に巻き込まれないように注意している。医師のコミュニケーション不足の問題を常に感じる
医療に関しては、医師中心に動いてもらわないと後でトラブルが発生。余計な医療的な助言によりケアマネと謝罪に行くこともある。注意が必要
薬剤の調整に関する相談が難しい
なかなかこちらから「どこどこの医療機関がいい」とは言えない。また多いのが、認知症の薬はこのまま飲んだ方がいいのか、でも治れるわけではないので止めてもいいのかと言われる事があるが、薬が合ってなさそうな時でも、現状の症状を先生に伝えてもらい、先生にどうしたらいいか相談してもらうようにと伝える事しかなかなかできない。
相談に乗ってくれる医療機関が少ない
なかなかうまくいかない。相談に乗ってくれる場所が少ない
もっと認知症外来等を増やして欲しい。内服調整だけではなく、生活を先生にも見てほしい
医師選びはほんとうに大切
医療と介護の連携はこれから不可欠なことだと思います。が正直医療の方々がもう少し介護職に対してのリスペクトの気持ちをもち寄り添ってくださらないと…と思います
情報共有が難しい
医師は自宅生活を知る機会が少なく実態把握困難。日頃の様子を共有できると良いが…独居は見えにくい
医療へは直接言えないため、そういう連携のところは、医療と介護従事者がお互いに理解を深める必要がある
医療職が偉そうにしなければだいたい連携できる
確定診断を受ける、受けないは、その後の治療や申請する制度に関係するため、説明するが、治療方針は医師からの説明でほとんど決まってしまうので、決まってから報告を受けることが多い
急激に認知症がすすむケースを何度もみるが、具体的な治疗方法もなく専門医にはすぐに受診できないことが地方では多い。認知症の専門医が増えるようにしてほしい
内服薬等の新規情報、新薬開発、医師が認知症の理解をする
村の医師が専門医ではない。治療選択の少なさ
認知症専門医の増強や、かかりつけ医の認知症への理解や医療的な知識
真に認知症を診てもらえる専門医が圧倒的に少ない。また、医療との連携もし辛いのが現状
認知症の方を受診に繋げるにはとても大変な事なので、受診出来た際には医療機関も家族や本人に配慮して、診察を行って欲しい
診断を受けるにもなかなか専門医の予約がとれない。医師が必要だと判断するだけのサービスが介護保険では提供できない
専門医にかかることのむずかしさ
専門医にかかり対応してもらっているが、お薬だけでは…ということがある
医療に繋がりにくい。内服薬が処方されても実際飲めていないひとがいる

医療連携シートを活用する

医療連携シート活用し事業所から主治医に伝える

連携票の活用や、受診同行

本人・家族と相談しながら、かかりつけ医と「医療と介護の連携連絡票」にて主治医と連携する

私が働いている地域では、医療介護の専門職のネットワークがあり助かっている。医療連携シートが作られており、双方で情報共有ができる。医師会の先生方が地域と連携する事を考えられているので、昔と比べるとずいぶん連携しやすい

通院することの負担に配慮する

病院受診が難しい人には訪問診療や訪問看護を導入したり、本人の不安定さを家族がどうもできない場合は精神科受診とお薬の調整を提案する

通院自体本人、家族の負担が大きい。治療薬の効果も限定的

主な家族が管理している。受診における負担軽減をサービスで調整している

訪問診療で家族の負担を減らす

出かけて行くなど難しい場合は、慣れた家に在宅医療などきてもらう

認知症専門医の往診

医療的対応ができる事業所を選択する

認知症対応型の医療でのデイケア

老健

薬剤師と連携

定期受診と別日に主治医と面談、薬剤師に薬の効果、副作用について家族から確認してもらう

医療と介護の連携を密にする

医療と介護の頻回な連携

医療と連携し常に適切な治療が受けられる

医療のデイと組み合わせる

医療関係者と情報共有

医療機関との連携

医療職に適切な情報提供を行い、主治医の先生とも連絡を密に行つた

連携を密にとる

連携して医療ケアについて説明を行う。繰り返しわかりやすい言葉を使う

認知症集中ケアチームの応援や、認知症の度合いがどの位なのか、画像や数値により、ある程度の状態が把握でき医療から家族へ説明を行う事である程度は理解が深められるのではないかと思う、医療と介護の連携は必要と思う

専門の職員とケアマネがつながって相談できてアドバイスを貰える。家族につないでいく事が出来る

専門医の治療方針に沿って心身のケアを実践し、認知症以外の疾患による不調を来した時の事も想定しながら、担当医には日頃の様子を必要時に提供する。また、訪問看護などの連携を行い、看護・介護がスムーズに実施できるようにつなぎ手となる

主治医、訪問診療、歯、耳など専門の病院との連携、家族が、できればいいが、1人暮らしや身寄りのない人の支援は、難しくなってくる

適切な医療が必要であり、医師との連携は細かに行うようにしている

本人が選択できないこともあるが可能な限り医師看護と連携し同意を得る

主治医との連携、情報提供。本人や家族の意向を伝えて、主治医や認知症専門医に助言をもらう

疾患医療センター、認知症専門医との連携。地域の病院・診療所との連携。

専門職へつなぐ。薬などの飲み方の工夫。医療職とのコミュニケーション

専門医療機関やかかりつけ医との連携。認知症初期集中支援チームとの連携

特効薬はないが、何となくの経験から早めに服薬し始めた方が進行は遅いと思う。自分から進んで受診する方は少なく拒否される方が多いが、根気良くかかわっていると受診のタイミングがやってくる。必要に応じて受診に同行し、医療と顔の見える関係を築くようにしている

痛み等に鈍感になってくるので家族・職員と連携をとり医療に繋げていく

認知症の方は痛みにうとく、自分の体調を説明しづらいので、通所介護事業所などの、意見や記録を把握することも必要だと思います

表 IV-7 【専門職調査】Q4-2-④-3 医療的ケアの方法

※  大分類

服薬の管理と効果の把握
処方薬について説明したり、飲めているかを確認したりする
家族との調整、薬の効き目の把握等連携
受診と服薬管理
薬の一包化。サービス事業所が、手渡しする
内服薬の確認・服薬状況・医療サービスとの連携等
薬のコントロール重要。夜間不眠や興奮的な所の調整。
服薬を一包化、一日一回にまとめてもらう。体を動かすような関わり。安心感を持つてもらうような関わりを持つ
早めの医療機関の受診。内服管理
薬物の効能(良い面、悪い面)について説明し、ご本人に最適な方法を一緒に考える
医療処置では訪問看護とケアマネが連携すべき
<褥瘡の処置について>
ご夫婦で褥瘡がある方にに関してですが、訪問看護の方と連携して情報共有・処置の方法などの統一を図る事が大切です。ケアマネさんが中心になり調整・連携を行う事だと思います
薬物に頼りすぎない
当センターはユマニチュード技術を取り入れている
薬第一ではなく、周りの対応で最善なケアを受けられる生活の場の提供
物忘れなどの症状を自然に見守りたい家族もいるので、無理に薬を使わなくても良いと思う
BPSDについて内服で軽減できない
服薬管理のために小規模多機能を紹介する
・適切に服薬できるように、小規模多機能サービスを紹介した
受診や服薬をサポートするサービスがない
家族が通院同行できない場合、それを補完する社会資源はとても少ない。介護支援専門員が緊急、臨時で同行することはあっても、定期通院に毎回同行することはできない。仮に外部サービスで完全に賄おうとすると、とても費用がかかる。また服薬確認も家族がメインで行わなければならない場合が多く、これを全て外部サービスで保管するのは難しいこともある(薬局、看護師の協力により十分できる場合もある)
身体疾患の治療が大切
高齢の方の場合は、まずは生活習慣病の治療など身体管理が大切であることを伝えている

表 IV-8 【専門職調査】Q7-3-1 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人自身の強み(詳細)

分類名	記述内容
本人の穏やかな性格	本人が他者からの接触を受け入れやすい傾向がある
	本人の体の強さや環境への柔軟さ
	本人自身のやさしさ(病気になっても、その人自身の良さは失われない)
	本人の穏やかさ(暴力、暴言、拒絶が少ない)、家族と本人の関わりの多さ
	本人の性格
	本人さんの性格が、人から好かれるタイプであったこと
	その方の認知症になる前の人柄
	本人がもともと家族や地域の方と良好な関係を構築していた為
	ご本人が他者の支援に対して受け入れる力がある
	本人の人間力
	ご本人が認知症になるまでの生きざまの結果が在宅介護に繋がるケースが多い
	同居者などを信頼している・元々人好きで温厚な性格であった
	介護サービスへの適応力、家族の支援力、人間として相手を思いやる「こころ」
	介護サービスを本人が受け入れる事が可能だった。必要に応じて保険外サービスを活用した
残存能力	特に排泄動作を始めとして日常生活動作の自立
	足腰が丈夫であり、トイレに一人で行けたこと
	同じルートで散歩や買い物に行くことができていた。しぶしぶでもサービスを受け入れることができた
	認知症対応型通所にて入浴、食事、排泄が出来ているので自宅に戻った時、家族介護負担が軽減できた事と、信頼できる精神科医を紹介したり、BPSD の特徴とその対応方法などお伝えしました。個別対応しているのでストレスなしで帰宅されるので BPSD が現れにくく家族介護負担が軽減できていた
	自傷他害行為がないこと
	家族は自分の言動を後悔しながら介護を続けることになるが、本人が忘れてくださることが強みになっていると感じる
	どのような生活形態でも本人ができる事(コミュニケーション、ADL自立)が多かった。
	自宅であれば今迄生活していた場所なので出来る事もあるし、落ち着いている
	公共交通機関の利用がしやすく、買い物や通院に困らないこと、生活費の心配がないこと
	以前からその地域に住まれており、新しい記憶を覚えられなくても、徘徊しても行方不明にならない

表 IV-9 【専門職調査】Q7-3-2 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人の家族の強み(詳細)

分類名	記述内容
柔軟で前向きな性格	ポジティブ思考な方が多い印象。柔軟性が高く、環境の変化に適応できる方 気持ちを切り替える事ができる 家族が深く考えない。悲観していない 家族の柔軟性 介護者のおおらかさ(心のゆとり、相手への感謝) 同居家族の性格 介護者であるご家族の受け止め方が柔軟であった
他者を頼れる力	いつでも、些細なことも相談できること。孤立させない事だと思います 助けられ上手 近所や地域の協力を得れること 家族が仕事を休職(介護休暇)をされたのだが、職場の理解 思いを共有できるソーターなどとの強い連携が構築できれば良い結果につながる 周りに良い相談相手が居てストレス発散する事が出来る 自分で他者に SOS が出せる 何かあればすぐに話せる相手の存在 地域住民へ協力を求める力 自ら助けを求める事ができる
意志の強さと覚悟	本人・家族の意志の強さ 家族の理解と工夫、気の持ちよう(考え方) 家族の介護するという強い意志 家族介護者が在宅介護に固執して何が何でも施設への入所はさせないと固く決意していること 本人や家族が自宅で生活したいという気持ち 家族の在宅への強い思い。医療体制の充実 家族が「在宅で好きなようにさせてやりたい」という強い思いがあり、地域等からの施設入所の促しにも動じない ご家族の強い意向 家族の思いが出来るだけ自宅で見てあげたいと思っておられるケースは比較的長く自宅で生活が可能だと思います 絶対に守り抜くという強い意志 家族の信念 介護をする家族の強い意志 家族が見たいという思い 同居家族が自宅で看ていきたいという想いがあるケース 支える家族の意志?かな 家族が在宅生活を強く望んでいること 家族の覚悟 地域の方の協力 夜間に介護が必要としない状態 家族の心構え 家族の在宅でみたいという覚悟 家族が当事者を在宅でみるという決意 家族の強い思い、覚悟
良好な家族関係	家族の理解 家族の認知症への理解と介護サービスの柔軟な利用。 家族の理解・支え 家族の認知症に対する理解 支援者(家族や地域)の認知症に対する理解や受け入れられる力量 家族の理解と協力 経済力 専門職の理解と協力 親族の協力と経済的理由 家族の協力 忘れる事。怒り続けないこと 家族の協力”・本人の意思・家族の理解が必要 家族や周りの理解。適切な医療の支援 ご家族の理解、行動力、適切な訪問系のサービス 家族に知識があった 家族の認知症本人への理解が必須。ある種の達観した状況に至ることで、例えば虐待と言われる行動をとってしまった家族も、本人などへの支援の姿勢が変わった。家族が追い詰められない環境も重要と思われる 家族の受け入れ

副介護者の存在	主介護者をサポートできる家族や友人、知人がいた
	同居、別途の娘が協力して介護にあたった。金銭的にも余裕があった
	介護者が配偶者一人ではなく、同居家族も在宅介護に理解を示し、協力的であること
	家族が複数介護に関わっていた
	長女以外の介護協力できる家族がいた。金銭的に余裕があり十分な介護サービスを利用できた
	関わってくれる人がどれだけいるか、その人たちと連携をいかにするか、キーパーソンをつくるか。を地域ケア会議にて共有できるか。それらをコーディネートできるかどうかで、決まってくる
	介護者が1人ではない事、協力してくれる身内がいる事
	他県に住む子息に、長期間の帰省を依頼し実践された。同居家族の負担が軽減された
	複数の介護者により、1人で抱え込まない様にする
	複数人数の親族の関わりと経済力
家族間の意思統一	家族全員の意思の統一と本人の希望
	家族の想いが一致して強力し合えること
	家族内での思いを尊重することが大切
本人を尊重する気持ち	ご家族がその方の役割(父として・祖父として・母として・祖母として)を尊重し続けてくれたこと。
	家族の愛情と粘り強さ
	家族の認知症の人への感謝の思い
	家族の愛情
	家族が本人を大切にする気持ち
	介護者が本人に敬意を持って接することができる関係性がある。
経済力	独居の場合、本人に淋しさよりも在宅死の覚悟がある
	仕事を辞めても全く問題の無い家族の圧倒的な経済力
	経済力、地域の社会資源
	限度額をこえてもサービスが利用できる経済力。訪問診療するかかりつけ医の理解。本人の在宅で過ごしたいという強い意志とそれを了解したチームの結成
	経済的に余裕があり、必要なサービスの利用ができ、介護できる子供も多く、交代で介護し、本人も介護に拒否がない穏やか
	経済的に余裕がある、家族の介護力がある(介護休暇を取得)、在宅支援体制が整っていた
	経済面、介護の方向性等の家族間の理解
	経済力・介護力
	金銭面、家族の理解
	金銭的に余裕があり十分な介護サービスを利用できた
	経済的に豊か
	インフォーマルサポートがどれくらい受けられるかと、サービスをたくさん使える経済力
	経済力と家族の意欲
	介護やサービスに利用できる年金があつたため
	介護者の経済面
	本人や家族の経済力
	経済力。ハイテク見守り機器
	複数人数の親族の関わりと経済力

表 IV-10 【専門職調査】Q7-3-3 認知症の人が在宅生活を継続できた認知症の人と家族の支援の強み(詳細)

分類名	記述内容
地域とのつながり	地域の見守り 近所の理解 近隣の協力と理解 近隣住人の理解 主治医との密な連携。地域の見守りや声掛け、協力 家族以外に支えるネットワークが形成されていた 住んでいる地域の人たちの理解を得られていた 家族地域の支え 関係者の連携とチームワーク 1日中、見守りができる体制が確立できるか 近隣の住民との関係が以前からできていって、訪問が頻回にあった。 地域住人の理解と協力 まわりの人の理解や協力 家族の協力とともに、近隣や関わる地域の方々の協力があることは必須 フォーマルインフォーマル含めたまわりの支え、本人のできることの継続 昔からの地域との交流 病前からのネットワークがある その人を取り巻く人間関係の良さ
介護支援専門員の力量	CMさんのフットワークの軽さ 有能な介護支援専門員さんが担当になること ケアマネの柔軟な対応力 介護サービスの適切な利用を調整できる介護支援専門員 ケアマネの思考力、行動力 長年にわたる認知症ケアの実践経験と職員間の情報共有
事業所間の連携と信頼関係	家族と共に認知症介護の難しさを共有しながら、同じ方向で支援を継続できたこと 家族と、施設の信頼関係 介護支援専門員やサービス事業所や家族との連携や信頼関係にあると思う 訪問看護、訪問介護、福祉用具などの事業所間の連携が心強かった

中等度・重度認知症の人の在宅生活支援

「認知症の人の暮らしを支える手引き」

中等度・重度認知症の人の
在宅生活支援ガイドブック

Guidebook

認知症の人と 家族の暮らしを 支える手引き

認知症の診断を受けてから、
その先の病気の進行と、
生活の継続について
心配や不安が生じたとき、
認知症のご本人、
ご家族が知りたい大切なこと



公益社団法人 認知症の人と家族の会
Alzheimer's Association Japan





本ガイドの目的

認知症は進行する病気と言われます
認知症は一つの病気ではなく、症候群で原因疾患により症状も、その進行も特徴もさまざまです

それでも、進行をある程度、予防することができます
そして、その進行にうまく付き合って、大切なご家族とともに暮らし続けることができるなら幸いことがあつても、これまで一緒に過ごしてきた家族との大切な時間を無にしないために、いまできることがあるなら、それはきっと私たちの人生にとって貴重な大切なことです

そこで、2022年度、私たちは介護経験者の知恵を集約すべく、アンケート調査を行いました
その結果の一部を、このガイドにも活用して紹介しています

「先人に聞く」

古来から、私たちは自らの「知恵」を得るために、書物や口伝により知識を得てきました
認知症の人との暮らしも、またそこには先人の知恵があります

このガイドには、アンケートや多くの先人から得た知恵を詰め込みました

一人ではない、仲間がいます

「つどい」や「電話相談」などでは、経験者が自らの体験から話を聞く場があります

ひとりひとり、状況は異なっても、通じる悩みや苦しみがあります
言葉が少なくなっていく、認知症が進行していく人の

ちょっとした笑顔や言葉に、幸せを感じることもあります

暗く、冷たいトンネルの中にいるとき、この冊子を手に取っていただきたい
きっと、明日に向かう小さな灯が見えてくる
その灯は大きな灯ではなくても、あなたの心を支てくれる

あなたの大切な人と、これからもともに暮らししていくために
そして、認知症があつても穏やかで大切な人に囲まれた最期を迎えられるために
この冊子が、少しでもお役に立てばと思っています

目次

【認知症を理解する】

- ① 私の認知症 2-3
- ② 認知症の進行過程について 4-7

【認知症の進行に伴う主な症状への

対応方法・工夫について

- ① 認知症の進行に伴う介護のコツ 8
- ② 介護サービスの使い方のコツ 9
- ③ 介護とお金について 14-16
- ④ 住宅改修・福祉用具の活用 17
- ⑤ 生活障害への対応 18-20
- ⑥ 行動心理症状への対応 21
- ⑦ 認知症の終末期への対応 22-23

【認知症の人の意思の尊重】

- ① 認知症の人の意思を確認するために 24-25
- ② 知つておこう 人生会議 26

【専門職の役割を知つて活用しよう】

- ④ 座談会 認知症の人の意思の尊重と家族の葛藤 30-33

【団体紹介】

【資料紹介】



1-0 わたしの認知症

私の認知症 11年の歩みから

伊藤 優彦

- 私は、2012年2月アルツハイマー型認知症と診断されました。当時68歳で、それから11年が経過しましたが、今はこの病に不安を持たずには寝やかに過ごしています。診断された当初は、何度もがも解らなくなってしまうのかと、只恐ろしく不安でした。
- 私の朝の仕事は、階下へ新聞を取りに行くこと、豆を手で挽いてコーヒーを落とし、それと朝食用のヨーグルトです。これらは病に関係なく數十年来の私の習慣で、今も続けています。そして、「テニス教室」や、「認知症カフェ」、通所介護施設利用等々の「出場所」があり、お陰様でこの様な生活が続けれられることが大変有難く、私の11年を妻と共に、残っているものでただなります。
- 私は現在70歳、何れ判らなくなるにせよ、今の状況を少しでも遅延させて欲しいと願って居ります。今のところ未だこの様な文が書けます。しかし、途中で自分が「今、何を書こうとしていたか?」直ぐに忘れてしまう辛い病気です。私は病院のプログラム、認知症本人と家族で参加の「テニス教室」と「絵画教室」に参加させていただいている。これも治療の一貫と受け止め、仲間と一緒に体調を気遣い、交わり、勝ち負けを楽しんで居ります。そして、「オレはモルモットだ」と、認知症の進行遅延に役立つ? 証になれる良いとの思いもあります。私は、その様な交わり、継続的な治療(検査、運動・作業)が、どの程度 認知症の進行遅延が図られるのか」「効果があるのか」等、今後の医療に活かされる
- データーの提供者として、期待とともに貢献が出来れば良いと考えております。
(2014年3月:診断から2年)
- この病気とは闘つてもいいことではない、これまで様々な当事者と出会い、交流を重ねてきた経験によることと、認知症であることを、周囲に伝えて生活していることが大きな要因と思っています。これらの経験を、診断後間のない当事者の方々に「伝える場」の意義は大きいと感じているからです。
(2014年11月:診断から2年9ヶ月)
- お茶の木の無い土地に生まれ育った私が、お茶農家さんが製品として出荷される大切なお茶を摘む「茶摘み」を体験したこと、大変な大仕事をした。茶烟では、「茶葉の摘み方は正しいが」「摘んだ茶葉はコレで良いのか」と、一本一本隣の妻に確認し、摘んだ茶葉が売り物になるのか、茶農家さんに損害を与えるはないかと、反省しきりでした。それでも、われらの仲間・家族、皆が楽しく働くことが出来て、とても良い経験でした。後日、茶農家さんから製品どなつた「融茶」を戴きました。自分たちが植んだお茶はこれ程美味しいものだと、改めて楽しい一日を思い出しました。この様な「新しい体験の場」が与えられたことは大きなく喜びで、加えて「美味しい」がプラスされて、今回の「茶摘み」が更に、印象強く記憶に残りました。
(茶摘み体験2015年6月:診断から3年)
- 認知症とは仲良く付き合っていくより他には道はない、より症状が進んだ自分に、今何が準備出来るかを考え、この病気と付き合って行こうと思っています。
(2016年3月:診断から4年)
- 私が「当事者同士の出会いの窓口」の開設を願った理由は、診断された時、認知症=わけの解らぬ老入になる病気と思い、とても恐ろしくない老入になる病気と思い、そこから気持ちを逸らすんです。」



- 不安でしたが、今まで程不安なく生活出来ています。それは、早期に診断して戴き、そこで様々な当事者と出会い、交流を重ねてきた経験によることと、認知症であることを、周囲に伝えて生活していることが大きな要因と思っています。これらの経験を、診断後間のない当事者の方々に「伝える場」の意義は大きいと感じているからです。
(オレンジドア開設2018年10月:診断から6年)
- 学生たちと話し合うことが出来る事は、彼らの学習の上からも役立っていると思われる。
(大学生とのミーティングの後に:2023年1月)
- 私は、先への「備え」として、自ら通所介護施設に通うことを決めました。
〔私の性格では、症状が進んでもからではきっと利用を拒否すると思うので、今の内に自分を様子と並行して夫は、早くから通所介護施設利用も始めました。カフェで知り合った専門職の方がスタッフの、地域密着型認知症対応型の事業所で、設立当初から利用者と早期に出会い、重ねて来たところです。この出会いも又、私たちには幸運なことでした。夫の今があるのは、先人たちの長いご苦労の下、それを軽減しようと計画されたことに、診断後の早期から繋がることが出来たお陰だと思います。
 - 一人一人の力の発揮ととなる事をを目指し、努力を重ねたところです。この出会いも又、私たちには幸運なことでした。夫の今があるのは、先人たちの長いご苦労の下、それを軽減しようと計画されたことに、診断後の早期から繋がることが出来たお陰だと思います。
- 「あつち向いてホイですよ!先生」診断から一年半経った頃、診察室で主治医から「何か心がけている事はありますか」と問われ、夫が答えました。現役時代の頑張りを覗く作業をしていました時の工夫を症状に重ねて話しました。「眼球の中に邪魔な浮遊物があつて、思い通り作業が進まない、その時は作業を中心して邪魔物を根野から逸らし、又作業に戻る。思い出せないことに気持ちが追いつめられたら、そこから気持ちを逸らすんです。」

11年の歩みから私が思うこと

伊藤 元子

- 「あつち向いてホイですよ!先生」診断から一年半経った頃、診察室で主治医から「何か心がけている事はありますか」と問われ、夫が答えました。現役時代の頑張りを覗く作業をしていました時の工夫を症状に重ねて話しました。「眼球の中に邪魔な浮遊物があつて、思い通り作業が進まない、その時は作業を中心して邪魔物を根野から逸らし、又作業に戻る。思い出せないことに気持ちが追いつめられたら、そこから気持ちを逸らすんです。」

I-E 認知症の進行過程について

認知症の進行過程について

が難しいということや、トイレの後始末を自分で行なうことが難しい、お風呂に入つても身体や髪の毛を洗うことが難いなどの状態になってしまいます。

認知症の中等度・重度に進行していく過程や認知症の種類ごとの進行の特徴と困りごとについて記載していきます。

◆ 主な疾患と認知症の進行

認知症という病気には主な疾患としてアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあります。2022年度の中等度・重度認知症の人の在宅生活経続に関する調査の家族調査に協力していただいた皆様の69件の回答でも、それぞれの診断名の件数は、414、45、38、28、112で、合計637件でした（その他や無回答2件）。アルツハイマー型認知症が55%と大半をしめています（図1）。

血管性認知症のように急に病態が変化する場合を除くと、認知症は多くの場合、ごく初期の程度認知障害（MCI）、軽度認知症の時期を経て、中等度・重度の状態となります。各時期は個人差もありますが、診断後おおよそ3～4年程度と考えておくと目安になるかと思います。これは認知症によつて障害されている脳の範囲が徐々に拡大していくためです。

◆ 生活機能の観点から

生活機能の観点からみると、軽度認知症の時期は、家庭内での基本的な生活動作は自立している状態で、着替え、トイレ入浴、簡単な家事などは自分で行なうことができます。また近所への買い物や散歩などの外出も、同じものを何度も買つくるということはあっても、自分でできる場合は少なくありません。

一方で、認知症が中等度・重度の時期になると軽度でできていたことができなくなってしまいます。つまり服を出しておいても自分で着ること

が難しいということや、トイレの後始末を自分で行なうことが難しい、お風呂に入つても身体や髪の毛を洗うことが難しいなどの状態になってしまいます。認知症の中等度・重度になるほどそれに加えて、場合所等も食後の食器を洗うことはできません。家族がもう一度洗いなおす必要があるとか、簡単な調理でも不確かになってきて、家族が同居している場合は、本人に任せることは難しいといふことで家族が大部分を行うようになります。外出についても、意欲が低下することもあるので、一人で買い物に行ったり、散歩するということはできません。認知症が難いといふことで、外出に必要な車両を及ぼす費用もあります。効果と副作用は人それぞれ、車の種類によってもかわりますので、医師と相談してみましょう。

◆ 不眠や夜間頻尿の治療、抗認知症薬の中止時期について

認知症の中等度・重度の時期に夜睡や排泄に関する様々な課題が出てくることがあります。昼夜逆転や不眠のため、同居している家族の睡眠が十分にとれなくなり疲弊する場合もあります。睡眠については、基本は昼夜のリズムをある程度保つようにすること、デイサービス利用などで日中の覚醒を保つことを心がけましょう。デイに行く以外は寝てばかりいると家族が心配する場合もありますが、週3日位に行くなどで活動がある程度維持できていて、昼夜逆転を起こさない程度であれば、デイの無い日は横になっている時間が多くても見守りましょう。睡眠薬が必要な場合、従来の睡眠薬は夜間せん妄や筋肉を引き起こした副作用がありますので、かかりつけ医や専門医に相談して本人にあつた薬を処方してもらいま

からない、そのためもあつて病院に行く日など、今日の予定がわからぬということが多いになります。中等度・重度の時期になるとそれに加えて、場所の見当識・人物の見当識が低下するため、「自分が自分の家にいるという認識が低下する」「夫婦や親子など親しい人が誰であるかわからなくなる」ということがよくいでしょう。それでも、夜間頻尿で困ったり、紙パンツ・オムツをしていても使うということがよいでしょう。それでも、夜間頻尿で困ったり、紙パンツ・オムツをしていても毎晩ふんどんがぐつしょりと濡れるので大変といふこともあります。ケアマネジャーらと相談し、ハットや防水シーツなどについて相談することもあります。効果と副作用は人それぞれ、車の種類によってもかわりますので、医師と相談してみましょう。

◆ 抗認知症薬を中止する時期について迷うことなくなります。終末期が近くなつて服薬が難しくなつたときや施設入所の際に薬剤費の関係で中止を促されます。そのようなときは、「あとは自然にまかせよう」という気持ちで服薬を整理してもらうことも大切です。ただし、中重度に過応があるメランチンは、中重度の時期の躁郁症（受け答え）を維持している場合や感情面の安定につながつている場合もあります。またコリンエステラーゼ阻害薬も、食欲や通便等の維持につながつている場合もあります。内服ではなく貼付薬もありますので、薬の効果を実感できる場合は、継続について医師に相談してみましょう。

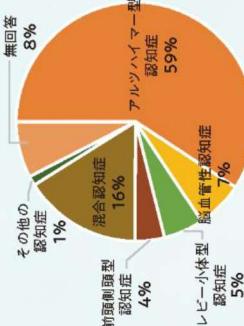


図1 認知症診断名
(2022年度介護家族への調査結果より)

しょう。
夜間頻尿についても、後に水分を摂りすぎないことをやつしやすい、床下の常夜灯などを用いて場所が分からずするなど、紙パンツ・オムツ・オムツを使う場合も紙パンツをします。それでも、夜間頻尿で困つたり、紙パンツ・オムツをしていても毎晩ふんどんがぐつしょりと濡れるので大変といふこともあります。ケアマネジャーらと相談し、ハットや防水シーツなどについて相談することもあります。効果と副作用は人それぞれ、車の種類によってもかわりますので、医師と相談してみましょう。

抗認知症薬を中止する時期について迷うことなくなります。終末期が近くなつて服薬が難しくなつたときや施設入所の際に薬剤費の関係で中止を促されます。そのようなときは、「あとは自然にまかせよう」という気持ちで服薬を整理してもらうことも大切です。ただし、中重度に過応があるメランチンは、中重度の時期の躁郁症（受け答え）を維持している場合や感情面の安定につながつている場合もあります。またコリンエステラーゼ阻害薬も、食欲や通便等の維持につながつている場合もあります。内服ではなく貼付薬もありますので、薬の効果を実感できる場合は、継続について医師に相談してみましょう。



つぎに、認知症の種類ごとの進行の特徴と困りごとについておきましょう。

不穏になつた時、手を引いて歩いているうちに落ち置いてくれた。

汚れた下着類の交換について、当初命令口調で要求して拒絶された。後ほど、洗濯をするのを交換しようと伝えると応じてくれることが多くなつた。

怒りのスイッチが入つてしまつた時、15~30分ほど離れていると落ち着きを取り戻していることに気がついた。

二人だけになると感情が煮詰まつてしまう。散歩に誘つてもうなど、近所の人に助けてもらつた。

◆ 疾患ごとの症状 アルツハイマー型認知症

認知症の半数以上を占めるアルツハイマー型認知症では、中等度・重度になると、ここまでに記載してきた症状、すなわち、排泄、独り歩きなど

の課題がでてきます。

調査結果から以下のような記述が数多く見られました。

トイレ誘導の声かけをするも、うまくいかない。

便失禁してパンツの中が汚れていても、本人はまったく気がつかない。

いつも教えているが、トイレの場所がわからぬい。

便失禁の時、手助けの対応をすると言嘯になる。

徘徊に苦慮している。

夜中の徘徊への対応に困っている。落ち寝いて眠れない。

足腰がしつかりしているので、どこまでも歩く。

外出してしまうことが多く、自分自身がノイローゼ気味だった。

しかし、うまくいった経験も多くの方に記載いたしました。周囲の人の協力や助言、介護サービスの利用などがうまく隣み合つていかない

と思いますが、記載しておきます。

不穏になつた時、手を引いて歩いているうちに落ち置いてくれた。

汚れた下着類の交換について、当初命令口調で要求して拒絶された。後ほど、洗濯をするのを交換しようと伝えると応じてくれることが多くなつた。

怒りのスイッチが入つてしまつた時、15~30分ほど離れていると落ち着きを取り戻していることに気がついた。

二人だけいると感情が煮詰まつてしまう。散歩に誘つてもうなど、近所の人に助けてもらつた。

◆ 疾患ごとの症状 血管性認知症

血管性認知症では感情失禁という言葉もありますが、調査への回答においても感情面の症状の記載や意識障害の一つかであるせん妄症状の記載が多く見られました。単純に症状というだけでなく、他の家族の意向との葛藤などもあり、一筋縄ではいかないと感じます。

「泥棒は家にいっては困る。盗ったお金は返してほしい」と、さんざんドロボーになりました。

精神症状が激しくなり、在宅での介護に困難を感じながら、配偶者である父が頻繁に施設へ所を拒み続け疲弊した。

本人が出来たいのかわからず、結局、ケンカになり無理に部屋に戻しベッドに寝かせた。

自分の体が辛かつたりすると、死んだほうがまだ、首つて死んでやると言う。自分の言つたこと等、すぐ忘れるが、口が遅者で色々と言つてくるので、とても辛い。

血管性認知症の場合も、うまくといった対応や鹜り添つた経験の記載もいたしました。

否定すると怒るので寄り添うことにしました。週に2~3回は必ず、仕事を行くと言い出すと止まりませんでしたが、外に出て、しばらくする

と、うまくいくような接し方をすることも難しい

と思ひますが、記載しておきます。

不穏になつた時、手を引いて歩いているうちに落ち置いてくれた。

汚れた下着類の交換について、当初命令口調で要求して拒絶された。後ほど、洗濯をするのを交換しようと伝えると応じてくれることが多くなつた。

怒りのスイッチが入つてしまつた時、15~30分ほど離れていると落ち着きを取り戻していることに気がついた。

二人だけいると感情が煮詰まつてしまう。散歩に誘つてもうなど、近所の人に助けてもらつた。

◆ 疾患ごとの症状 レビール体型認知症

レビール小体型認知症の場合、ありありと目に見えるような幻覚が特徴とされていますが、実際にそのような幻覚妄想に困った経験を調査への回答に記載いたしました。

・言つていること、やつしていることにどう対処すればいいのかまったくわからず、自分のライララがつるばかりで、今考えると母に申しわけない思いでいっぱいです。

・幻視、幻聴が初めの2年くらいまで頻繁にみられました。幻視は、テレビ、ねずみ、水たまり、小さな子供、独楽、部屋じゅうに煙が充満している、などで、その都度、座布団をめくったり、押しへねを開けて一緒に探したり、窓や玄関を開けたりしたあとで「ちょうど外に出たみたいだよ」とか「となりのお子さんをちよつとあづかってた」とか「さっき魚を焼いたからかな」とか「バケツの水をちよつとこぼしたんだ。ゴメンね」などと言つて納得してもらつていました。

・家に帰りたいと自宅にいながら何度もいう時に、こちらが答えることに感動し、耐えがたくなる。

この場合も、できるだけ本人に寄り添つて対応した経験も綴られていました。

・本人の見える世界、聞こえる世界、感じる世界に寄り添う、否定しない。言葉での説明は控え、本人が気がつかないようにそつと手を添える。

・幻聴・幻覚がひどく、どんなことを言つても、決して否定的言葉を言わないようにしました。

・介護者の心理状態は当事者へ伝わる。イライラしていると必ずねかねかをつて来るので、まず自らが機嫌良くする事を中心がけた(おいしい事を食べる、楽しい事をする等)

・歎みがきがしらかたが(口をあけてくれない)介助方法をなさい、本人の意志で立ち上がり動作を引き出し、本人の意志で立ち上がる事が出来た。

・それ以降、口をあけて歎みがきをさせてくれるようになりました。

・このような経験談から学ぶことは多いです。ぜひ、経験者からの学びも大切にしてみてください。

◆ 疾患ごとの症状 前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症では判断や常識などの脳の働きに関係する前頭葉の機能が低下するため、状況に合わない行動や逸脱行為が生じたり、食べ物へ

認知症の進行に伴う主な症状への対応方法・工夫について



2-1 認知症の進行に伴う介護のコツ

◆どんとかまえよう（一喜一憂しない）

認知症が進行していくと、ちょっとしたことでも混乱して落ち着かない・急に怒りだすなど、介護する側がよく理由がわからぬようなことをたびたび起きます。何とかしようと思ふほどうまく対応できません。そんな時は、その場から離れることが大切です。少し時間が経つとおさまることも多いので、慌てないで落ち着いて対処しましょう。

◆安全に気をつけよう

進行とともに、食べられないものを口にすることがあります。目につかないとこに隠さず、誤飲や誤食に気をつけましょう。さらに重度になると誤嚥も起こりやすくなってしまいますので、どうみ食など食事への工夫が必要となります。また、なんでもないところでの転倒も多くなりますので、十分気をつけて介助しましょう。階段から落ちる危険を防ぐため、寝室は早めに1階にしておくなど事前の対処も大切です。

◆スキンシップを大切に

徐々に言葉も意味もわからなくなり、会話が成り立たなくなってしまいます。できるだけ単純な言葉で伝えるようにします。言葉が通じなくなつても感情はしっかりと残っていますので、スキニッシュップはとても効果的です。認知症の人の気持ちは落ち着くよう、手を握る・なでる・ハグをするなど認知症の人が安心できるような関わり方が大切です。

◆食べるなどを大切にしよう

食べられるうちは元気です。食事が細くなつくると自然と弱り、摂取（反ぞれ）なども起きやすくなります。栄養不足を補う高濃度の栄養食品などあります。

もあります。病院で処方してもらえますので医師に相談してみましょう。歯が悪いと食べる事にも影響してきますので、歯の治療や歯磨きも大切です。口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防にもなります。

◆使えるサービスはフル活用

在宅介護を長く続けていくには、まずは介護者が心身ともに元気いることが大切です。そのためには、デイサービスやショートステイ、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護など介護保険サービスをフルに活用して、介護者が介護に疲弊しないようにしていきましょう。

◆経験者の声をたくさん聞こう

介護者の交流会に参加して、介護の話をたくさん聞きました。経験者の話は介護の知恵が満載です。気持ちがわかつてもらえる人と話ができることで、自分の気持ちも楽になります。気軽に相談できる仲間を見つけ、長い介護をえあいましょう。

◆自分のための時間を作ろう

介護だけで人生を終わらせないことが大切です。介護を終えたら何がししようではなく介護をしていふうちから自分の時間を大切にして、自分自身の人生も楽しめましょう。介護者の皆さんの笑顔が認知症の人にとってはなにより嬉しいことです。



認知症が進行してからのサービス利用よりも、早い時期からの利用をお勧めします。

特に介護者と離れることができるデイサービス・デイケアの利用は、お互いにとって重要です。デイサービスは要介護1になると、1週間に利用できる回数が増えます（最大週4日～5日）。認知症の人が早く楽しく利用できるようになるためには、最初から利用回数を多くしてなじみの関係を作りやすくしていくことです。日帰りのサービスに慣れたところで泊まりのサービス利用（ショートステイ）を始めていくとよいでしょう。

介護度3くらいになると、意思疎通の難しさや排泄の失敗も多くなり、身体的な介護の手間も増してきますので、ショートステイとデイサービスを上手に組み合わせていくことが大切です。介護サービスの利用頻度も増えていますので、毎週1回2泊3日のショートステイ、それ以外は毎日デイサービスという使い方も可能となります。訪問看護の利用なども入れておけど、介護者にどつてケアマネジャーの他に相談相手も増え、体調のことや薬の相談などもできるので心強い存在となるでしょう。

介護度が高くなるとショートステイの利用日数を増やすなどして、介護者の疲労軽減を図つていただくことが大切です。長く在宅を続けていくには、介護者が休める時間が多くしていくことです。さらに重度になつくると病院受診が難しくなつてきます。誤嚥や発熱なども起こしやすくなつてきますので、訪問診療もお願いしていくこともあります。状況や希望によっては、在宅での看取りをすることも可能ですし、いつでも入院できる病院とのつながりも大切です。医師・看護師・リハビリ職・ヘルパー・施設職員など皆がチームとして一丸となって終末期に向けた在宅を支えてくれますので、ケアマネジャーと相談しながら、いい人脈を増やしていきましょう。

介護支援専門員（ケアマネジャー）を上手に活用しよう

在宅介護で重要なのは、ケアマネジャーの上手な活用です。認知症の進行に対応していくためには、サービスの組み合わせが重要になります。先を見越したケアマネジャーからの提案やサポートは在宅介護には欠かせません。要介護1からは、必ず月1回はケアマネジャーが訪問することができる義務づけられていますので、訪問の際には最低でも20分～30分はお話をじで状況を伝えましょう。「忙しそうだから」と遠慮することはありません。特に介護困難な時期は、相談事も多くなりますのでさらにも時間も長くなります。事前に「お話をしたいので時間を取ってください」とお願いしておくとよいでしょう。認知症の人の事だけではなく、自分の体調ややりたい事なども伝えましょう。家族全体を支えていくのもケアマネジャーの大切な役割です。もし相性が合わない場合は変更することもできます。



1. 在宅で利用できる介護サービスのいろいろ

II. 入居して利用する介護サービスのいろいろ



◆ 小規模多機能居宅介護 対象：要介護1～要介護5 地域密着型サービス

「通い（デイサービストリート）」「訪問（ヘルペー）」「宿泊（ショートステイ）」が一つの事業所で提供されます。同じ職員が関わるために、馴染みの関係を作りやすく、利用者はそれぞれの生活に合わせて3つのサービスを組み合わせます。利用料は1回いくらではなく、介護度によって料金が決まっています。ですから何回サービスを使つても、基本料金は同じになります。デイサービスの延長や急な泊りにも対応してもらえるため、仕事をしながら介護している人は使いやすいサービスです（泊まった場合は、泊り代が別にかかります）。

◆ デイサービス（通所介護）一部 地域密着型サービス

自宅にこもりがちの要介護者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護負担の軽減などを目的にしています。食事や入浴などの日常生活上の支援や利用者同士の交流を図るなど生活機能向上のためのサービスが提供されます。デイサービスはそれぞれ様々な工夫をしながら運営していますので、利用する人にはうるサービスを探すとよいでしょう。

◆ デイケア（通所リハビリテーション）

リハビリができる日帰りのサービスです。要介護者が可能な限り自宅で自立した生活ができるよう、送迎付きで施設に通い食事や入浴などの日常生活上の支援や生活機能向上のための機能訓練や口腔機能訓練向上サービスを受けます。病院・診療所・介護老人保健施設などの医師が常駐している施設内に併設されていることが多い、リハビリの専門職が配置されており専門的知識のものもありハビリを行つてもらえます。身体機能の維持や回復を目指しますので、骨折後や脳梗塞後の方などに向いています。

◆ ショートステイ

施設に宿泊できるサービスです。1泊2日から利用が可能ですが、介護度によって利用料が異なります。30日を超えての利用はできません。ただし、介護者の体調不良など、やむをえない事情により在宅介護ができない場合は、ロングショートステイを利用することもできます。利用期限は30日ですが1日自費での利用をさむことで次の30日もそのまま継続利用できますので、長く利用して特養入所を待っている方もあります。

但し入所が長ければ、その分費用もかかります。

◆ 認知症対応型デイサービス（認知症対応型通介護）地域密着型サービス

認知症の人を対象にした専門的ケアを提供するサービスです。職員は認知症についての研修を受けており、対応が難しい認知症の人にも上手に関わることができます。定員は12人以下で通常のデイサービスより職員の人数配置が多いため、目も届きやすく手厚いケアが受けられます。利用料は通常のデイサービスより少し高くなります。



◆ ダループホーム（認知症対応型共同生活介護）

対象：要支援2～要介護5 地域密着型サービス

認知症と診断された人が9人以下のグループで共同生活をします。できるだけ家庭に近い環境でケアスタッフのサポートを受けながら、一緒に食事を作ったり掃除や洗濯などを分担したりして、居心地のよい雰囲気をつけています。また入浴や排せつなどの介護が必要な方は、一人一人にあわせたケアが提供されます。その施設によって比較的経験の多い施設と看取りまでいる施設があります。

◆ 老健（介護老人保健施設）対象：要介護1～要介護5

主に医療ケアやリハビリを必要とする要介護状態の高齢者を受け入れています。在宅復帰を目指として、入所期間は原則として3～5ヶ月の期間限定です。「目標とする身体状態まで回復していない」「家族の受け入れ体制が整わない」などの理由から退所が延期される場合もあります。

◆ 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

対象：要介護5～要介護5一部 地域密着型サービス

常に介護が必要なため生活が難しいと認められた方が、食事や排せつなどの介護を受けながら生活する介護施設です。看取りの対応は可能ですが、医療ニーズの高い人（腫瘍や吸引、カテーテル、点滴など）は入所できません。

◆ 介護医療院 対象：要介護1～要介護5

長期的な医療と介護を必要とする要介護状態の高齢者を対象として、医療と日常生活上の介護・機能訓練を一貫的に行う施設です。要介護1から利用できますが、長期の療養生活が必要な方が利用する施設のため、要介護4、5の重障害の方の利用が中心です。

◆ 施設選びのポイント

- * 現在の介護度
- * いつまで利用できるか
- * 医療行為が必要かどうか
- * 費用はいくらまで負担が可能か
- * 施設の雰囲気が本人にあうか
- * 施設員の対応は良いか
- * 清潔な環境か
- * 通いやすい場所にあるか

在宅介護継続への思い

2022年度の中等度・重度認知症の人の在宅生活経験に関する介護家族調査の結果から、中等度、重度の認知症の人の在宅介護をした経験のあるご家族のうち「在宅介護をできる限り継続していく」と思っている人が81%でした。続けていくための条件として、「自分の体力や気力が続けれできる」が46%、「介護サービスの充実」44%、「現状の症状などが維持されればではあります」が39%、「家族の仕事や生活が維持できれば」35%という結果で、家族なりに負担や工事に負担していくけれども、社会的なサービスの充実は期待したいこと、「経済的な面での不安がないこと」が32%であること、続けていかざるを得ない理由に「経済的な理由で入所をさせられないから」26%という結果から、本人・家族の経済状況は、大きさがあります。

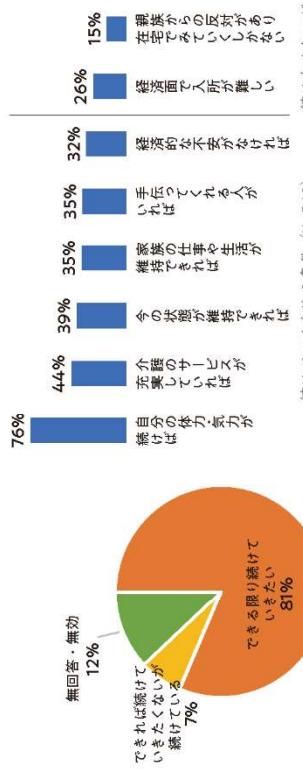


図2 介護継続への家族の思い
(N=699)

施設の利用について

鎌田 松代

認知症の進行に伴う一つの症状であるBPSD(行動・心理症状)や生活全般に介助をする状態で、介護者の健康や体力、介護環境の変化などの要因もあって、在宅での生活を続けていくことの限界を感じることが頭をよぎることも多くなります。

入所施設には専用に利用できるショートステイサービスが介護保険で利用できますが、基本的に数日での利用を前提としたサービスであり、長期の利用を想定した設計にはなっていません。施設サービスとして機能訓練や生活支援を計画的に実施してもらうには、介護保険で特別養護老人ホーム、介護付き高齢者向け住宅、介護医療院などの施設が利用できます。またサービス付き高齢者向け住宅、介護付きホームなどでは、介護保険のサービスを基本料金に付加して介護支援を受けることができます。中等度の認知症の人の場合、基本的に少人数で落ち着ける居場所で賃やかに過ごすことで、家庭内であるいは認知症対応型グループホームがお勧めです。介護保険の地域密着型サービスとして、地域内であれば利用できます。

できるだけよい施設を選ぶには、インターネットの情報は幅広があるため、相当のケアマネジャーや地域の介護者の会などで聞いてみることをお勧めします。また、自分の目で見学をするのが一番です。よい施設でも、自宅から遠すぎるほど面会に行きにくいので、避けたほうがよいでしゃう。施設に入所しても介護は癒されます。ご本人は、介護者やご家族とのつながりを求めていまし、施設としてもご家族が面会に来られることがでご本人が書ぶ頃を見るとスタッフの士気も上がります。毎日、面会してもいいですし、時々でも構いません。施設を利用しても、ご本人とのつながりを切らないのです。

中等度・重度認知症の人の在宅継続支援事例

猪股 祥子
2022年度に実施した「中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門調査」で、在宅生活の継続が難しいと思われたが継続できたという具体的な事例を尋ねたところ、以下の4つのパターンが報告されました。

パターン1 本人・家族の希望を専門職や地域住民が連携して支えた事例

専門職は、在宅生活を継続するためには家族が最も頑張ったと評価していました。しかし、その頑張りには限界があるため、本人と家族の生活の両立をめざして、サービスの調整、さらには、親族や地域住民との橋渡しもしていました。専門職のネットワークの広さや柔軟さも本人と家族を支えていました。

パターン2 在宅生活の継続を余儀なくされ、結果的に継続できた事例

介護拒否(本人の拒否と共に、施設側の拒否を含む)、行動心理症状(BPSD: Behavioral Psychological Symptoms of Dementia)の出現、本人・家族の経済力のなさにより、在宅で過ごすしかしない状況だった事例もありました。在宅生活を継続できただといつよりは在宅生活を継続せざるを得ず、結果的には継続している事例であり、これには支援体制の充実が必要です。

パターン3 本人の変化が在宅生活を可能にした事例

病気の進行や身体機能の低下に伴って、歩行障害など活動性が低下したことや看取りの段階に入った場合、また、適切な介護を受けることによって、それまで在宅生活の継続に支障をきたすと考えられていたBPSDが解消もしくは消失し、在宅での生活が可能になった事例もありました。

パターン4 経済力に余裕があり、サービスを十分利用できた事例

本人や家族に経済的な余裕がある場合には、在宅生活を継続するための支援は公的なサービスに限らず、自費で必要な支援を請求して在宅生活の継続につなげた事例がありました。

図3 在宅介護を継続していくための条件
(複数回答)



2-1 介護とお金について

介護をしていくにもお金がかかる

介護をしていくには、衣食住という基本的なこと以外のお金、着るもの、食べるものの、暮らしから整えていくためのお金が必要になります。今はいろいろなことが自分でできても、これからどうなっていくのか、不安は尽きないかもしれません。いったい、どのくらいかかるのでしょうか。

在宅介護する（していた）家族を対象にした中等度・重度認知症の人の在宅生活経緯に関する介護

家族調査（2022年度）の結果から、居住関係、食費、介護費用（介護保険料、外）、医療費、その他の費用の中央値の合計は同居介護で118,654円、別居介護の合計は154,000円、縦支出の中央値は同居介護で143,000円、別居介護で170,197円でした。主観的な経済状態で「苦しい」と答えた人は、同居介護で14%、別居介護で11%でした。

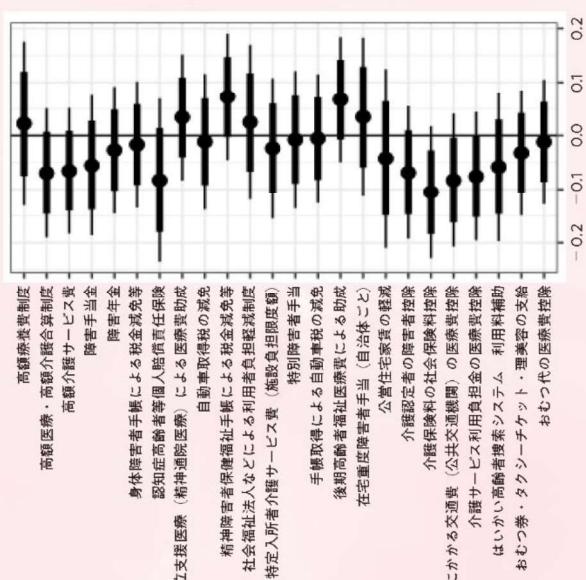


図4 在宅介護中の家族の経済的支援制度の認知利用状況の有無と主観的経済状態の差
経済的支援制度を知っている人は介護をしていても気持ちが楽

方には～尊厳のある本へらしい生活の継続～が明記され、
また「成年後見制度の利用促進～が実現され、
制度の利用を必要とする人が、尊厳のある本へらしい生活を維持することができることができます。制度を目標とする
のでなければならぬ」とされています。法律等の専門家だけでなく市民後見人もあります。
また、自治体による日常生活自立支援事業などもあり、いすれも必要な支援を検討していく際に、まずはお近くの地域包括支援センターに相談するとよいと思います。「地域全体で明るい未来を築いていく」こそが、成年後見制度が目指す方向です。

くなる傾向があると解釈できます。
本調査から、介護に関わる様々な経費（交通費やサービス利用負担金など）を税金から控除できる仕組みを知っている／活用していると回答した人は、そ
うではない人に比べて、生活が苦しい／やや苦しいことを感じている割合についてある程度の差が見られました。

自治体ごとにある支援制度を確認してみよう

認知症の人の暮らしを支えるご家族は、経済的な負担を感じいらっしゃることも多いと思いま
す。調査から実際に、介護を過去に行った経験があり、今はしないご家族に比べて、現在介護しているご家族は生活が苦しい・やや苦しいと回答される傾向が明確に示されました。介護を担うご家族への負担を軽減することは、政策的な課題であり、自治体はいくつかの支援制度を提供しています。しかし、このような制度は、自治体によって名称や内容が微妙に異なることがあります。制度全体会の把握は困難です。ご自身の状況に応じた適切な制度を利用するために、ケアマネジャーや自治体の相談窓口、あるいは家族会での経験者からのアドバイス、インターネットを通じた情報収集などのアドバイス、複数の情報を活用することが有效です。

この調査の結果から生活実感 生活が苦しいと感じているかどうか の面で、たくさんある支援制度の活用をしていくことは有意義だと思います。ただし、これらの制度は、もともと一定程度の収入がある場合に活用できる側面もあることから、制度を認識・利用することができる改善することに直結するとは、言いたいかもしれません。

花尾 ふみ代

認知症等によるさまざまな障害は、財産管理（不動産や預貯金などの管理、遺産の相続手続きなど）や身上保護（介護・福祉サービスの利用や施設入所・入院の契約など）といった法律行為を行るのが困難になります。このような人を後見人などが法的に保護し、井に考え、だれもがそのへらしい生活を続けられるよう、ご本人の意思を尊重した支援を行い、尊厳と権利を守ってくれる制度が成年後見制度です。成年後見制度は、「成年後見はやわかり」という厚労省・ボーダラルサイトをごらんください。【ご本人・家族・地域のみなさまへ】の入り口からアクセスするごとに、わかりやすい網羅されています。<https://guardianship.mhlw.go.jp/>

2016年に「成年後見制度の利用の促進に関する法律」が施行されました。基本的な考え方
としては～尊厳のある本へらしい生活の継続～が明記され、
また「成年後見制度の利用促進～が実現され、
制度の利用を必要とする人が、尊厳のある本へらしい生活を維持することができることができます。制度を目標とする
のでなければならぬ」とされています。法律等の専門家だけでなく市民後見人もあります。
また、自治体による日常生活自立支援事業などもあり、いすれも必要な支援を検討していく際に、まずはお近くの地域包括支援センターに相談するとよいと思います。「地域全体で明るい未来を築いていく」こそが、成年後見制度が目指す方向です。

住宅改修・福祉用具の活用

経済的な支援サービス

知つておくと生活が楽になる国や自治体の税金の減免、補助の制度があります。地域包括支援センターや市町村の窓口で相談ができるので、調べてみましょう。

高額療養費制度	医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が1カ月で上限額を超えた場合、その超過した額が支給される制度	介護を必要とする人が、様々な道具を使い、住居を使いやく改修する事で、中等度・重度になるとこれまで通りの生活を続けるために居住環境を整えることは、介護者にとっても、負担の軽減につながります。
自立支援医療費 (精神通院医療)	精神疾患等で通院をする場合の通院医療費の自己負担を軽減する制度	福祉用具は、認知症の人への望む暮らし方からだの動きの不自由さを充分考慮しながら、的確に選定する必要があります。どんな介護場面での必要性を想定しているか、例えば、ベッドから離れる所に見守りが必要である場合と、家から出る所に見守りが必要かで道具が異なります。
後期高齢者福祉医療費による助成	後期高齢者医療費で一定の条件を満たす方への医療費の助成	用具の選定は、様々な介護ケースを扱っているケアマネジャーが介護保険を扱う福祉用具事業所に必ずいる「福祉用具専門相談員」に相談するのがよいと思います。相談員には、開発され続ける用具の情報をもとに的確なアドバイスが期待されます。相談の際には、用具を必要とする介護場面を説明できるようにしておきましょう。
高額介護サービス費	1カ月に支払った介護サービス費の利用者負担の合計が負担限度額を超えた場合に、超えた分が払い戻される制度	中等度・重度の認知症の人の介護者の困りごとには、排泄に関することと独立歩き（いわゆる徘徊）への心配が多くあります。
高額介護・高額介護合算制度	年間の医療費・介護サービス費の利用者負担の合計金額が負担限度額を超えた場合に、超えた分が払い戻される制度	・排泄ケアから用具のことまで相談を受けるNPO法人日本コンチネンス協会には電話相談があります。 https://www.jcas.or.jp/ 通話料あり
特定陷入者介護サービス費	所持が低い人の負担を軽減する制度。介護保険施設等の居住費と食費の差額	一部のIP電話からはかかりません。
社会福祉法人などによる利用者負担減税制度	社会福祉法人等が実施する介護サービス事業所において、低所得者の方の介護サービスに係る利用者負担の軽減	
精神障害者保健福祉手帳による税金減免	一定程度の精神障害の状態にある人が取得できる手帳。所得税・住民税・相続税等の障害者控除の適用	
身体障害者手帳による税金減免	自動車税特別割引及び(特)自動車税課税性能割の減免制度	
障害年金	病気や事故が原因で働く事ができなくなったり際に、生活保障の一環として健	
傷病手当金	康保険から支給される手当	
特別障害者手当	精神または身体に著しく重度の障害を有し、日常生活において常時特別の介護を必要とする場合に、国から支給される手当	
在宅重度障害者手当	精神または身体に著しい重度の障害がある方に、それぞれの自治体から支給される手当。名称は自治体により異なる	
介護認定者の障害者控除	本人または扶養を受けている人が障害者である場合、確定申告などで所得税および市県民税の所得控除を受けることができる	
医療費控除	医療にかかる費用の他に、介護サービスの利用負担額のうち、医療系の介護サービス費については医療費控除の対象となる。	
公営住宅家賃の軽減	障害のある方への家賃の軽減制度	

介護保険には認知症の人が一人で屋外に出ることを介護者に知らせる「認知症老人徘徊感知器」という項目があり、最大1kmの範囲をカバーする器具もあります。また、GPS機能を利用する器具は対象になりませんが、補助の出る自治体もあるますので、これも認知症の人の介護知識がある「福祉用具専門相談員」に相談しましょう。

- ・お近くに福祉用具事業所の無い方は、一般社団法人福祉用具相談センターの電話相談があります。
<https://assistive-products.org/>

menu

090-2154-0560

居住環境は、家屋内外の構造的なことだけではなく、音や色、におい、明暗など住む人を取り巻くすべての環境要素で作られています。例えば、日中は明るく夜間は落ち着いた照明にする、カーテンの色を工夫するなど、認知症の人にとっての環境整備は試行錯誤ですが、取り組む意味は大きいと思います。

介護保険では、手すりの取り付け等、主に5種類の改修項目があり、20万円（自己負担含む）まで利用できます。特に認知症の人を対象とする項目はありません。例えば、畳の部屋にベッドを置いている家で、ベッドサイドでの失禁が多くなったので掃除しやすいようにフローリングにしたい、という希望はかないません。自治体によっては、介護保険以外に住宅改修を助成する制度があります。「高齢者にやさしい住宅改良推進事業」（兵庫県の場合）のような名称が多いようですので、福祉課などの窓口で確かめてください。

その他、自治体により実施状況は異なりますが、認知症高齢者個人賠償責任保険・はいかい高齢者捜索システムの利用料補助、おむつ購入費・タク

記ください。

Q 生活障害への対応



認知症の進行とともに、食事や排泄などの日常生活行動を自分で行うことが難しくなってきます。これらの生活障害について、その背景や原因として考えられることと対応例について整理しました。ひとりひとり出現する症状は異なること、認知症の原因疾患により特徴が異なりますから、専門家にも相談しながら考えてみましょう。

1. 食べることの障害

③ 食べ物が食べ物以外のものに見えている。

「幻視」が特徴的な症状であるレビー小体型認知症では、ごはんにかけたふりかけが虫に見えてしまったり出発する食事は違うことがあります。また、何がどのように見えているか話を聞き、取り除くなどして不安を和らげるようにします。

④ 食べ物があるということに気付いていない

お隣に小鉢や皿をいくつか並べても、一つにしか手を付けず、「ほかを食べないことがあります。これは認知症の「空間認知の障害」によるものです。見える範囲が狭くなり、他の皿がされること、そこに食事が入っていることに気がつかないので、「こっちもおいしそう」などと声をかけながら食べ終わつた食器とまだ手をつけていない食器ど入れ替えるなどして、他のメニューに気付いてもらう、食べてくれます。

① 食べ物を見ても「食べる対象」だと認識できていらない。

認知症の症状である「失認」により食べ物を通して認識できることになります。メニューの説明をする、「一生懸命作つたら食べてね」「おいしそうでしよう」などと声をかける、「ちょっと味見してみて」などと一口食べてみると促すなど、食べ物であることをわかつてもうようになると食べ始めることがあります。また、汁(だし)や油漬けなど香りのよい献立は嗅覚を刺激して、食事と認識しやすくなることがあります。

② 食事に使う道具の使い方や食べる動作が分からなくなくなっています。

認知症の症状である「失行」により、箸やスプーン・フォーク、食器などの使い方がわからなくなる、食べる動作そのものが分からぬといいう理由が考えられます。目の前で食べる動作をしてみせる、「ちょっと持つてみて」とお椀や食器を持たせるなどすると、食べ始めてくれることがあります。「バクリ」「カブリ」などの擬似音だと伝わることもあります。

〈日本中毒情報センター 中毒110番〉
大 阪:072-727-2499
（24時間対応）
つぶば:072-852-9999
（9～21時対応）

QRコード

⑤ 食事を途中でやめてしまう

認知症の「注意障害」によって、周りの物音や人や物が視界を横切るなどの刺激があると気が散つて、食事を中断してしまうことがあります。食事中はテレビやラジオを消す、あまり話しかけないなど、落ち着いて食事ができる環境を整えてみましょう。

II. 排泄の障害

排泄は時間を選ばず、尿意や便意があるときにしたくなる本能行動なので、それに合わせた援助であること、失敗すると後始末に手間がかかり、具いなどの不快感につながることから、介護をする上で最も困ることと言えます。

① 間に合わず、もらしてしまう

① トイレがどこにあるかわからず、トイレを認識できない、排泄動作がわからない

この行動は「弄便(ろうべん)」と言われるもので、大便を失禁した後、その処理がわからなくなってしまうことがあります。認知症の人の気持ちになつて考えてみると、以下の様に考えられます。

● 不快(お腹が気持ち悪い)
● お腹が気持ち悪い
● そこにはこりつけてみる
● そりつけてみる
● きょう
● あくまで汚い
● 混乱

このように弄便は認知症の人があくまで汚い手に説教することや便紙や下痢をしないようにトイレに説教することや便紙や下痢をしないように対処することが必要です。そして、失禁してしまっても責めずに、速やかに処理をすることが関係を保つために必要なことです。「トイレに行きたい」

と人に伝えることもあります。尿意・便意を感じた時のサイン(歩き回る、機嫌が悪くなりっぽくなる、落ち着きがなくなる、おなかのあたりをさするなど)の行動から訴えを予測・把握し、「そろそろトイレに行く?」などとさりげなく説ううまくいくことがあります。

⑥ トイレ以外の場所で排泄する

認知症がさらによくなるので、部屋の隅やベランダなど、トイレではない場所で用を足すようになつてくることがあります。この症状も場所の見当識障害や失認・失行の影響が考えられます。対応として、部屋の隅にベッソなどを置いておくとその中にしてもらえたりします。また、排泄のサイレンに気付いてさりげなくトイレに説ううまくいくことがあります。

オムツや下着の中に手を入れて大便をさわる、なすりつける

この行動は「弄便(ろうべん)」と言われるもので、大便を失禁した後、その処理がわからなくなつて考へられます。認知症の人の気持ちになつて考えてみると、以下の様に考えられます。

● 置物(お腹が気持ち悪い)
● お腹が気持ち悪い
● そりつけてみる
● きょう
● あくまで汚い
● 混乱

このように弄便は認知症の人があくまで汚い手に説教することや便紙や下痢をしないようにトイレに説教することや便紙や下痢をしないように対処することが必要です。そして、失禁してしまっても責めずに、速やかに処理をすることが関係を保つために必要なことです。「トイレに行きたい」

行動心理症状への対応



III. 入浴・身だしなみの障害

認知症が進むとお風呂に入らない、着替えないと不潔にならぬることがあります。食事や排泄に比べると生後にかかる困り事はなくくらいですが、その人らしく生活してもらうためにサポートすることは大切なことです。

【お風呂に入りたがらない】

お風呂は日本人には身だしなみの一つです。しかし、服を脱ぐことで温度差を感じたり、濡れた床を冷たく感じたり、音が響いたりといった感覚刺激が多く、認知症の人にとって情報が処理しきれきが混乱しやすい環境です。また、介助されることが恥ずかしいという思いもあります。そのため、何日も入っていないのに「昨日、入ったから入らなくていい」などと言つて入らないことがあります。無理強いはせず、認知症の人のペースに合わせることが必要です。「明日は出かけるから今日、サッパリしておこう」「お風呂が沸いたよ」「いいお湯だつたよ。入らない?」など、「入ってもいいかな」と思える声かけが有効なことがあります。ただし、家族だけで頑張るのではなく、デイサービス、ディケアなどの通所系サービスでの入浴や、訪問介護や訪問看護による入浴介助など、うまく利用しましょう。

【歯磨き、洗面、ひげ剃りをしたがらない】

意欲の低下や生活リズムの乱れが原因となっていることがあります。さうに「失行」により歯ブラシなどの洗面道具の使い方がわからなくなっています。朝起きたらすぐに「おはよう。一緒に顔洗おう」などと声をかけて一緒にすることであやってくれることができます。

IV. 睡眠の障害

認知症が進むと睡眠・覚醒リズムが崩れ、夜間の不眠は介護する上で大きな負担となります。

【星間ウトトしている、夜なかなか寝付かない】

認知症の人は「脳が疲労する」とよく言います。認知機能が低下するなかで混乱に対処しようとして頭が疲れやすいのです。そのため、日中のまめな休息は不可欠です。

また、認知症ではなくても、高齢になると寝付けなくなる、熟睡できないと感じる、星間寝くななどの変化が起ります。星間にすることが遅く寝つき起きたりの生活をしていると生活が乱れ、夜間の不眠につながります。星間に一緒に新聞を読む、何か作業をする、おしゃべりやお茶を飲むなどの日課を作つリズムを作り、休息を過度に入れることができます。日中、横になる場合は30分程度を目安とし、こまめに休息を取ることで夜の不眠に繋りにくくなります。また、起床時に太陽の光を浴びることでも寝ます。気が整える効果があると言われています。ただし、家族だけで対応するのは難いこともありますので、デイサービスなどを利用して日中の活性化を図ることも考えましょう。また、生活リズムを整えることはが難しい場合は、睡眠を導く薬剤の使用について、かかりつけの先生に相談する方法もあります。

【歯磨き、洗面、ひげ剃りをしたがらない】

意欲の低下や生活リズムの乱れが原因となっていることがあります。さうに「失行」により歯ブラシなどの洗面道具の使い方がわからなくなっています。朝起きたらすぐに「おはよう。一緒に顔洗おう」などと声をかけて一緒にすることであやってくれることができます。

認知症の症状は、脳の障害からおこる「中核症状」と、その「中核症状」を土台として環境の変化や体調の変化、ケアの内容によって出現する「行動心理症状（BPSD）」の二つに大きく分けられます。

中核症状には「記憶障害」、「失行」、「失認」などがあります。例えば、「記憶障害」は、同じことを何度も聞いてくるといった形で現れます。BPSDには、生活障害のところで述べた「弄便」「異食」などの他、「独り歩き（いわゆる徘徊）」「不安」「焦燥」「暴力・暴言」「介護の拒否」「妄想」などがあります。BPSDは対応によって改善が期待できる症状ですので、なぜその行動を起こしているのか背景を考えることが基本です。また、正面から向き合って、目を合わせてみつめ、笑顔で穏やかに話しかけて対応することで、認知症の人は安心します。BPSDがやわらぐことは多いです。

【落着かなさ、独り歩き（いわゆる徘徊）】

認知症の人がじっとしていられず、何度も立ち上がり、歩き回ったりすることがあります。自宅にいるのに「家に帰る」と言って出て行き、帰つてこられなくなることもあります。背景として、居心地が悪い、何が気がかりなことがある、やる気がなくて気持ち無沙汰である、などが考えられます。「何が用事があるの?」と尋ねると、気がかりなことを教えてくれるかもしれません。まずは話を聞いて思いを知ろうとすることが大切です。また、可能であれば出でていこうとしたときに一緒に歩いてみると本当の気持ちが見えてくることもあります。落ち着いて過ごせるように環境を整えたり、よく話を聞いて気がかりとなっていること返答などして刺激をしていきましょう。

行動心理症状は困ったこと?

BPSDは介護者を困らせるものが多いです。しかし、これらを単に「困った行動」とひとくくりにすることは危険です。なぜなら、背景の認知症や、薬の副作用などが影響していることがあります。中等度・重度の認知症の人は体調が悪くとも自分から訴えることがあります。訪問看護や訪問看護には、専門職に相談してみましょう。

を理解し、無理に制止しないように対応します。

II. 暴言、暴力

認知症の人が相手を攻撃するようなことを言つたり、たまに、暴力たりする背景には、失敗を咎められたなどの嫌なことを言わされた、何かをしようとして止められた、オムツ交換の時にいきなり布団をはがされた、といった人の関わりの中での嫌な思いがあると考えられます。認知機能が低下していても、本能によつて嫌なことは忘れないです。また、体のどこかが痛むなどの不快な症状も暴言・暴力の原因となります。普段から認知症の人を追いつめるような言葉や厳しい言葉をなるべくかけないように、笑顔でかかわるよう努めたいものですが、家族としても疲れたり嫌になつてしまふこともあります。そのような嫌なだなどいう気持ち（は認知症の人にも反映します。24時間一緒にいる家族にとっては難しいこともあります。介護保険サービス等を利用して、適度に距離を取ることも考えましょう。

III. 意欲低下、無気力（アバシー）

実は一番、対応が難しいのがこの症状です。認知症の進行により、意欲低下が出てきます。それは、失敗をしたくない恥ずかしい思いや自分の状況への絶望も関係があるかもしれません。薬物の副作用によつて生じることもあります。笑顔を引き出すことが介護者の幸せにつながることでもあります。昔から好きなこと、樂しかったことを振り返るなどして刺激をしていきましょう。

江口 恵子

認知症の終末期への対応



認知症の自然経過（ナチュラル・ヒストリー）

認知症の自然経過としては、もの忘れなどの症状が出て認知症と診断される「発病期」、認知症の様々な症状が次々と出現する「精神症状多発期」を経て、動きが悪くなり転びやすくなり飲み込みが悪くなるなど「身体症状併存期」寝たきりになり嘔吐障害が起こり意識障害などが出現する「終末期」を迎える、最終的には「死」に至ります。したがって、認知症は「死」を含むする病気です。

終末期とは

終末期とは、「経口摂取が不可逆的に困難となり衰弱が進行していく段階、あるいはは嚥下が困難でできない段階、あるいはは死に至る段階」とどちらのことができます。摂食嚥下障害・誤嚥による呼吸器感染症・褥瘡などに対する終末期ケアが必要となり、介護者と介護・医療が連携しあうことによって、終末期への対応が可能となります。終末期への対応のコツの一つが、「介護者と介護・看護・医療との密接な連携」です。

「食欲＝生命力、生命力＝食欲」

食欲=生命力です。食べられなくなったら衰弱が進行しますから、「いかにして食べさせるか」が対応の第2のコツです。

①本人の好きなものを好きな時に食べさせることが大切。

飲み込めないと思っていた人が好きな飴をそのまま食べることはよくあります。「食べたいものが軋立、食べたい時が食事の時刻」です。

②好み食・軟流動食など嚥下能力に応じた食形態を選ぶ。

③高齢者用の調理食、あるいは、メイバランス・エンシュアリッドなどの高カロリー流動食などを取り入れる。

④むせ始めたらとろみをつける。
⑤最終的には1日500gの摂取量（水分・食べ物の合計）で維持ができます。

その場合、プリン・ヨーグルトはその重さの水分を摂取したと考えてもいいです。

⑥1日摂取量500g以下になつたら点滴することにより食欲などが改善することがしばしばあります。

胃瘻などによる経管栄養法や中心静脈栄養法も選択肢の一つ

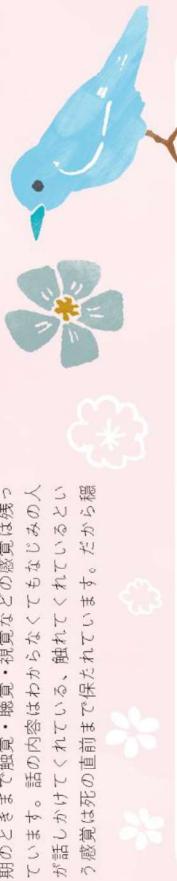
「食べられなくなつたらすぐ胃瘻」という考え方には必ずしも賛成できませんが、胃瘻などにより水分と栄養が補給されることにより元気になる人もいますから、選択肢の一つと言えるでしょう。他方、消化機能・呼吸循環機能・免疫力などが老化により低下していくため、痰や浮腫が多くなって苦しむ場合もあります。

認知症の人の終末期は疼痛や不安が少ないと記載されています。進行がんでもあつても本人の意見を把握するようにしている」10.7%など、工夫されているようになりますから、認知症になる前に決めたことが永久に有効というわけです。

認知症の人の終末期は疼痛や不安が特徴と思われます。進行がんでもあつても痛みを訴えることが少なく、麻薬などの鎮痛剤を必要とするケースは稀です。認知症は、ペールを1枚1枚重ねるように、終末期の疼痛や不安、恐怖などを軽減する仕組みではないかと思われます。一方で、重度の認知症を有する患者は、自分がどれくらい痛みを感じているのかを言葉で伝えることが難しくなるので注意が必要とも言われています。そのような場合、呼吸状態や表情などからアセスメントするPAINAD（pain assessment in advanced dementia scale）などのスケールが開発され看護に使われています。

意識が低下して反応がなくなった状態のどちらえ

やかな表情がみられるのです。
反応がたとえはつきりわからなくてても、聞こえていることを意識して、挨拶をする、他愛もない話をする、嫌がる話は近くでしないなど心かけ、やさしく触れ、あたたかい寝具に包まれた、穏やかな居場所をつくつてかかわっていきたいものです。



認知症の終末期の事前指示の確認状況

介護家族への調査から、認知症の人の終末期の意思決定に關し、「診断前から話し合っている内容がある」人は26.6%、「診断後に話し合った」人は16.8%、「話し合ったことがない」人は52.4%でした。話し合いは、「重度の認知症になつても本人の意思を把握することは可能」21.2%ではあります、「認知症になる前に」57.7%、「初期のうちに」35.3%しておく方がよいと考えていました。話し合っておいた方がいい内容のランクイングは表を参考にして、「考えてみるといいかも」しれません。

専門職の調査から、これらの話し合いは、「特に時間拘めず必要に応じて」28.4%、「ターニングポイントで確認し直していく」24.6%ように心がけていて、「認知症への意をできるだけ引き出し聞くようになっている」31.3%、「家族に認知症の人の考えを聞いてもらう」16.7%、「医師をえた本人、家族の話し合いの機会をつくるようにしている」15.2%、「中等度認知症になつても本人の意見を把握するようにしている」10.7%など、工夫されているようですね。

表1 話し合っておくべき内容ランクイング	人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか	人生の終末期に受けれる医療について	人生の終末期に受けたい施設で暮らしたいなど
👑できるだけ自宅で過ごしたい、家族に迷惑のかからない施設で暮らしたいなど	63.0%	●治療の继续（できる限り十分な治療を受け生きたい）	57.1%
的人生の終末期に受けたい施設で暮らしたいなど	55.8%	●救命救急医療（有事には救急車を呼んで欲しい、救命処置を受けたい）	47.6%
的人生の終末期に受けたい施設で暮らしたいなど	35.2%	●命延医療（救命後人工呼吸器をつけるなど）	40.1%

E 認知症の人の意思の尊重

■① 認知症の人の意思を確認するために



認知症の人と意思決定支援

私は、日ごろ見人として認知症の人とかかわら暮らしています。その内容は日常的なことから自身の生活の基盤に関すること、また生命にかかわることまで広範囲にわたります。様々な局面で、私たちは時に迷ったり悩んだりしながらも最終的には自分の意思で自分のことを決めています。

しかし、認知症などにより判断能力が十分ではないと、この「意思決定」を一人で行うことが難しくなる場合があります。そのようなときに家族や援助者が、認知症の人の意思に基づいた生活ができるようになることを支援し、さらにそれを見実現するようにならざるを得ないことがあります。認知症になつてもその人らしい生活を送ることができます。

ガイドラインの策定

我が国が2014年に批准した「障害者の権利に関する条約」などの流れの中で、意思決定支援についていくつかのガイドラインが策定されています。「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」(2018年6月)もその一つです。

「ガイドライン」では、認知症の人の意思決定支援には、人との物的環境を整備した上で「意思形成」「意思表明」「意思実現」という3つの支援プロセスを経ること、また、身近な信頼できる関係者が「チーム」となって必要な支援を行う体制が必要であるとされています。また、本人の判断能力の状態や気持ちの変化に合わせた丁寧なかかわり方が必要であると感じます。

また、後見人の意思決定支援については、「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」が2020年10月に策定され、これを普及・啓発していくための研修が各地で実施されています。

本人の希望に少しでも近づくために

このように「意思決定支援」の考え方ばかりつつあり、ガイドラインの策定など具体的な整備も進んでいるところです。しかし、実際に本人が支援を受け意思決定した事項を実現することについては、さらには具体的な体制整備や働きかけなどを検討する必要があると感じます。

認知症などで支援が必要になることは誰にでも起こりうことです。そのようなときに、その人の意思を尊重し、その意思の実現に向けて様々な人が協力して取り組みを進める社会は、誰にどうでも生きやすい社会といえるのではないかでしょうか。そのような社会の実現に向け、まずは身近なところにある問題に目を留め、ともに取り組んでいければよいと思います。

認知症などで支援が必要になることは誰にでも起こりうことです。そのようなときに、その人の意思を尊重し、その意思の実現に向けて様々な人が協力して取り組みを進める社会は、誰にどうでも生きやすい社会といえるのではないかでしょうか。そのような社会の実現に向け、まずは身近なところにある問題に目を留め、ともに取り組んでいければよいと思います。

原 等子
中等度・重度認知症の人の介護家族の困りごと



図6 中等度・重度認知症の人の介護家族の困りごと（複数回答）（N=699）

知っておこう 人生会議

認知症の人を介護するうえで、ご家族一緒に取り組んでいただきたいこと

それは、人生会議です。

人生の最終段階で、家族それぞれがどんな治療やケアを望んでいるかを前もって話し合うことです。これはアドバンス・ケア・プランニング(ACP)であり、「人生における事前指示」です。

誰もがいのち尽きる最期の日まで自分の望むように自分らしく生きたいと願っているでしょう。ただ命の危険が差し迫った状態では、多くの人が治療やケアの内容を決めたり、希望を伝えることができないことが多いです。そのため医療者は本人ではなく家族等に終末期の治療やケアを受けるためにかかりつけ医訪問看護師など支援者と共有しておきたいです。

訪問看護師などは、認知症の有無にかかわらず、だれでも等しくそのような状況になる可能性があります。しかし、認知症の人ではさらにその意思確認が難しくなるため、本人の希望はどうなのがご家族が悩まされることはありません。

介護家族の介護の困りごと(2022年度の調査より)は、「認知症の人の代わりに医療やその選択について意思決定すること」が困ること答えた人が約3割いました。自由記述には看取りを終えたご家族の「延命処置を決断したが、それが正しかったのかいまだに悩んでいる」という記述もありました。ご本人の代わりに治療を選択することは、その後の生活の質、そして生死にかかわることですから、ご家族には大きな負担で認知症のご本人に代わって最期の迎えかたを決めることは、簡単なことはありません。だからこそ最期を舅据えて事前に認知症の診断を受けた人、認知症になるかもしれない人、将来入院の最終局面で自分の意見が言えない可能性がある人(つまりはみんなということですね)が、「人生会議」をして身近な人に自分の思いを伝えることがあります。できれば記録に残しておくことで、選択を迫られるターニングポイントでご本人の希望に沿った治療を受ける、あるいは受けないということを決めやすく、選択をするご家族の心の負担が少し軽くなるのです。

認知症の人の最終判断を決めるることは難しいかもしれません。医師やケアマネジャー、訪問看護師など専門職についてしつかり聞き、彼らを交えて改めて人生会議を開くことが必要かもしれません。

認知症の人の最終判断を決めることは、ご家族にとって辛いこともあります。でも人生会議をすることで、ご本人の人生觀や価値観を理解し、人生の最期を迎えるまでにどのように生きたいのかを確認することができます。それは認知症のご本人が最期まで自分らしく生きることにつながっていいくことでしょう。

か。まずは、ご本人が明確に意思表示できる状態であれば、「自分の思いがうまく表示できなくなつた時に、代わりに誰に自分の思いを代弁してほしいか」を聞いてみましょう。また「人生の終末期に受けたい医療、受けたくない医療」についてご家族で話し合ってみましょう。誰がいつ何時、どのような状況になるのかはわからないので、歳だからとか、認知症になつたのだからと答えを出すのではなく、みんなで自分事として考えてみるといいです。それぞれの思いを聞き、悩みながら「どちらかというと、こう思う」という答えを出したりかかう。そしてそのことを、なるべく具体的にメモは、望みに残すとよいでしょう。またメモは、望ましい医療・ケアを受けるためにかかりつけ医や訪問看護師など支援者とともに書き重ねな役割を担っています。

できれば人生会議は一度きりでなく何度もしていいくことが必要です。人生会議で一度決めたからといって、それが絶対ではありません。気持ちだけはこれまでし、考えや状況が変わることもあります。多くの家族が集まる正月やお盆などや誕生日などの節目に見直すなどして、定期的に意思を確認するのもひとつの手です。いつの時点の意思決定なのもひとつの手です。がんの状況が不安な時などは、長期間の選択肢を提供し、介護者どうしがなりも仲間に団結させ、長期的な選択肢を提供します。また、利用者や介護者の状況の変化に、素早く対応し、多職種のチームもしくは専門職のチームで乗り切る調整力が求められています。

福祉全般の相談は、社会福祉士も行っています。病院には医療ソーシャルワーカー(MSW: Medical Social Worker)がいて、入院前後の福祉制度等の活用に関する相談を受けています。

訪問介護員、介護施設職員(日常生活の身の回りのこと全般をお手伝いします)

鍛田 松代
鍛田は、介護保険設計によって登場した相談支援の専門職で、主に介護保険のサービス調整とケアプランの作成を行います。介護福祉士や看護師、社会福祉士など、介護や医療、福祉分野での資格と実務経験を有しています。住宅介護支援事業所に所属して、在宅介護の相談やケアプランの作成、サービス事業者等との連絡調整を行なうほか、介護施設にも配置され、主にケアプラン作成に関わっています。

ケアマネジャーの支援の対象は要介護者である本人だけではなく、介護家族も含まれており、利用者・家族にも近い立場で関わります。介護家族に悩んだ時、悩みをわかり易く説明するとともに、様々な選択肢を提供し、介護者どうしがなりも仲間に団結させ、長期的な選択肢を提供します。また、利用者や介護者の状況の変化に、素早く対応し、多職種のチームで乗り切る調整力が求められます。不安が強い、頻回な訪問などが必要な場合は、定期巡回随時訪問介護・看護はとても有効なサービスです。

自家を訪問する者が訪問介護員(ホームヘルパー)で介護福祉士等の資格を有しています。基本的には、自立支援などの生活援助や、排泄や食事・入浴などの身体介護など必要に応じてお手伝いします。

理などが必要に応じてお手伝いします。

家には趣味の道具や家族写真などがあり、その延長線上が今あることをよく知り、その暮らしの継続の大事さを知っています。訪問介護

サービスは利用限度額での回数やサービス内容など制限があります。不安が強い、頻回な訪問などが必要な場合は、定期巡回随時訪問介護・看護はとても有効なサービスです。

す。住み慣れた家で暮らし続けるために、認知症の人であることを理解し、身体介護や日々の身の回りの介護

事、口腔ケア、移動、排泄、レクリエーションなどを行います。一日単位、短期、長期などで施設利用をする際には、自

宅での認知症の人の生活の様子や職業歴、性格、信条などをあらかじめ職員に伝えておくと、認知症の人らしさをふまえた介護にいかすことができます。

医師（かかりつけ医と専門医）が役割分担。訪問診療の利用も）

認知症は5年～15年という長い遅過をたどります。高齢者で複数の病気、例えは糖尿病、白内障などを抱えることになる場合も少なくありません。そのため、生活状況や家族関係も含めた全体像を把握している「かかりつけ医」を持ち、認知症の初期のころから中等度・重度までの長期の状況に併走してもらう形で診療を受けることがあります。介護保険サービスを利用する場合の「主治医意見書」の記載やケアマネジャーや訪問看護師など連携してもらうことが大切です。

かかりつけ医と専門医の役割分担の明確な綱引きは難しいですが、かかりつけ医でも認知症の診療が苦手な医師も少なくありません。比較的身近なところに専門医療機関があれば、診断や处方調整、生活面での助言などを専門医から得るものよいと思います。特に物忘れや妄想や易怒性などの行動・心理症状が強い場合やレビュー小体型認知症の寡対妄想やREM睡眠障害などは専門医による処方調整や非薬物的な環境調整などの助言を受けることがあります。症状が強く入院が必要となる場合の見極めもケアマネジャーとも連携してもらう必要があります。自身の体力が弱くなる場合や高齢の体力などを考慮し、訪問診療を依頼する場合も出てくるでしょう。かかりつけ医がそのまま訪問診療を行う場合と訪問看護と専門とする医療機関に紹介してもらう場合があります。

かかりつけ医やケアマネジャーなど相談して検討しましょう。

介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士（福祉全般の相談支援を行います） 鈴木 森夫
鈴木さんは、介護保険設計によって登場した相談支援の専門職で、主に介護保険のサービス調整とケアプランの作成を行います。介護福祉士や看護師、社会福祉士など、介護や医療、福祉分野での資格と実務経験を有しています。住宅介護支援事業所に所属して、在宅介護の相談やケアプランの作成、サービス事業者等との連絡調整を行なうほか、介護施設にも配置され、主にケアプラン作成に関わっています。

ケアマネジャーの支援の対象は要介護者である本人だけではなく、介護家族も含まれており、利用者・家族にも近い立場で関わります。介護家族に悩んだ時、悩みをわかり易く説明するとともに、様々な選択肢を提供し、介護者どうしがなりも仲間に団結させ、長期的な選択肢を提供します。また、利用者や介護者の状況の変化に、素早く対応し、多職種のチームで乗り切る調整力が求められます。不安が強い、頻回な訪問などが必要な場合は、定期巡回随時訪問介護・看護はとても有効なサービスです。

自家を訪問する者が訪問介護員(ホームヘルパー)で介護福祉士等の資格を有しています。基本的には、自立支援などの生活援助や、排泄や食事・入浴などの身体介護など必要に応じてお手伝いします。

理などが必要に応じてお手伝いします。

家には趣味の道具や家族写真などがあり、その延長線上が今あることをよく知り、その暮らしの継続の大事さを知っています。訪問介護

サービスは利用限度額での回数やサービス内容など制限があります。不安が強い、頻回な訪問などが必要な場合は、定期巡回随時訪問介護・看護はとても有効なサービスです。

す。住み慣れた家で暮らし続けるために、認知症の人であることを理解し、身体介護や日々の身の回りの介護

事、口腔ケア、移動、排泄、レクリエーションなどを行います。一日単位、短期、長期などで施設利用をする際には、自

宅での認知症の人の生活の様子や職業歴、性格、信条などをあらかじめ職員に伝えておくと、認知症の人らしさをふまえた介護にいかすことができます。

薬剤師（おうちでのお薬の管理を訪問でも支援します）

在宅支援連携局などくに 管理薬剤師 桑原 安昌

認知症の人の在宅生活を地域で支えるために、薬剤師がかかりつけ薬剤師としてまちなかの薬局でも多職種と一緒に協働・連携して在宅医療に介入していることをご存知でしょうか。医療保険では「在宅患者訪問薬剤管理指導」、介護保険では「居宅介護認定看護師」という判断で初期医療を担うことができる看護師も誕生しています。

まずはも主治医の訪問指導が必要ですが、訪問診療を利用しないでても利用できます。複数の病院や診療科を多科受診している場合は、お薬の一包化が可能です。ご自宅へ訪問する際は、薬剤師は服用薬の減薬や服薬方法について主治医へ提案します。また、薬剤師は効果・副作用について普段の生活状況の経過や血圧などを測定し薬学的観点から他の職種にも情報提供します。中等度・重度に薬剤の効果・副作用について主治医へ提言します。ぜひ一度かかりつけ薬局・薬剤師にご相談ください。

歯科とのかかわり（歯科医師 歯科衛生士歯科技工などの専門家が支援します）

新潟大学医歯学総合病院 伊藤 加代子、井上 誠

認知症が進行すると、自分で歯磨きをしたり入れ歯の清掃をすることが難しくなり、虫歯や歯周病、舌の汚れが進行します。痛みのために食事を拒んだり、歯磨きを嫌がったりすることもありますが、介護者には原因が分からなくなることもあります。定期的に歯科医院で通院することを心がけましょう。専門的な口腔ケアや早期の治療が可能になります。通院が難しくなった場合は、訪問診療で口腔ケアや歯科治療を受けることもできます。さらに、食事中にもせり、体重が極端に減少したなどの症状があった際には、飲み込みの問題があるかもしれません。これらの問題があつた場合は、かかりつけの歯科医院に加えて、地域の歯科医師会、行政などに相談するとよいでしょう。

口の健康は食べるこどや栄養の健維持、さらには誤嚥性肺炎の予防などに深くかかわっています。

から歯科との関わりを持ち、それを絶やさないようにすることが大切です。

作業療法士・理学療法士・言語聴覚士（日常生活できることを提案・支援していきます）

やっさ工房にしまち 岩山 和生、京都醫大 小川 敬之

Rehabilitation (リハビリテーション)とは、Re建構)、Habilitation (適した状態、状況にする)とした意味があります。医療・福祉の側面から事務的に対象の方々の自立(自律)を著え、具体的な支援を提供する職種がこの3職種になります。これら3職種は「リハビリテーション職」とも呼ばれ、リハビリ職、リハ職とも呼ばれます。ご本人の自立(自律)を支援するため、職種が得意とする手段を用いて支援します。症状が中等度や重度まで認知症の人への日常生活できることを少しでも長く維持することを主な目的として病院や施設内だけでなく、通所サービスや訪問リハビリテーションなどを通じて支援をしています。

作業療法士は、主に楽しみや欲求を保つ様々な作業につながる力を維持するように支援します。

理学療法士は、主に生活に必要な基本的な身体の動きなどを維持するよう支援します。

言語聴覚士は、主に食べ物や飲み物を飲み込む力や言葉を発する力を維持するよう支援します。

看護職（自宅へ訪問看護師が、地域では保健師が、介護施設など様々な場所で支えます）

秋田大学医学部附属病院 猪股 祥子

看護師といふと、病院・診療所にいるイメージが強いと思いますが、実はみなさんの身近にもいるのです。まずは、訪問看護師。訪問看護師は、ご本人の体調を監視した宅での医療処置、リハビリーションを担当します。施設などの自宅以外の生活の場にも看護師がいます。お世話を介護職員と協働して、ご本人の健康管理や医療処

置を担います。さらには、地域包括支援センターの職員は、職員の一人は保健師（もしくは看護師）でなければいけない決まりがあります。認知症に関する知識の差はまだ大きいのですが、認知症に関する専門的な知識をもつ看護師もいます。最近は、「認知症看護認定看護師」や「認知症看護師」、「認定看護師（Nurse Practitioner：NP）」という医師が不在でも独自の判断で初期医療を担うことがあります。中等度・重度になると医療を必要とする場面が増えてきます。看護師も様々な場面で、ご本人とご家族の生活を支えるお手伝いをします。



原 等子

一番お世話になった専門職とその理由

一番お世話になかった専門職の第1位はケアマネジャー、第2位は介護施設スタッフでした。介護中の人はケアマネジャーが苦手多く、看取り後の人には介護施設でお世話になつたスタッフに感謝をしている傾向がありました。ケアマネジャーには「家族のことでも大事にしてくれた」「運営大切な支援に驚いてもらえた」と介護施設スタッフには「本人を尊重した対応をしてくれた」「本人の変化が実感できた」「医師や看護師にもお世話になつた」という回答もありました。いろいろな専門家が認知症の人と家族を支えています。（2022年度介護家族調査結果より）

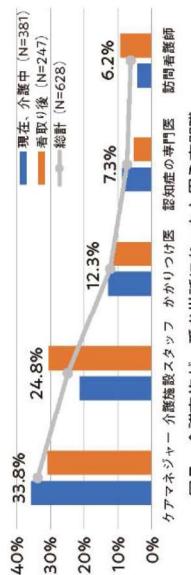


図7 介護家族が一番お世話になつたと思う専門職

座談会

認知症の人の意思の尊重と家族の葛藤

認知症の初期から進行し、様々な症状や日常生活の支援が出来始めると同時に、認知症の人の意思の尊重をどのようにしていくことができるのか、認知症の家族を看取った経験のある「認知症の人と家族」の支援者が語り合いました。

発言者
尾之内 直美（NPO代表）
鎌田 嘉之（元建設業、福祉用具）
鎌田 松代（看護師）
田部井 康夫（元デイサービス所長）
原 等子（看護大学教員）

田部井：私は「家族の会」にかかるようになり、認知症の人とのかかわりの奥深さ、意義を感じ、介護保険が始まる前からデイサービスを立ち上げました。その中で、母に、もともとあった“うつ”とは違う行動・言動が現れるようになりました。同じことをくどくど言うことから気づきましたが、認知症の診断を受けたのは至りませんでした。母は相手がいる限り、それが子どもたちどうぞ繰り返す、困った行動がありました。

対応に疲れ、ショートステイを使うことを決めたのですが、そのことをいつ告げるか、悩みました。「ちょっとこの間、よそに泊まりに行つてほしい」そのことを前日に告げたら、「危に言われても、私が大変だから」と言つたのに、「恐ろしい恐ろしい娘に追い出されると」と言い続けたには閉口しました。

私たち家族は、まず、本人の高齢を受け止めることあります。初期の段階でもデイサービスに行つてほしいのに行きたがらないという葛藤があります。その状況でデイサービスをたった1日増えすことさえも、本人の負担では、家族のわがままで、ど悩みます。生活を続けていく中で選択を迫られる場面が幾度もあり、常に葛藤がつきまといます。本人

の意思決定支援といいますが、本人の意思を決定していくためには家族の意思決定支援も必要になります。

妻は、私の母、自身の父を看送りました。最近、妻の母が認知症で100歳を目前に特養に入りました。義弟夫婦と同居して100歳まで自宅で思つていたのですが、足腰の痛みを訴え、後の安全に不安を感じるようになり決断しました。夜の安全を確保できれば、まだ自宅で過ごせたかもしません。

このとき、本人の意思を聞いたかと言われれば、嘘くことができるかもしれませんでした。本人の意見を聴いたら結論は変わつたかはわかりません。私の母は入所をする前に急死しましましたが、今も母への引きuzzerる気持ち、受け目を感じる気持ちがぐぐぐくすぶっています。鎌田公 負い目だけは、私にもあります。私は遠距離介護で施設も利用していましたし、今まで母が利用していましたから、在宅で看取った人の話を聞くと、すごいなと思うし、羨ましいと思う。恥ずすぎで自分が施設入所させてしまったことが悪いように思います。

田部井：正直な思いです。私も、30年以上たつた今でも強くその思いがあります。私が自分の母の介護の経験以降、多くの人たちの話を聞いてきて思うことは、その選択に迷うことと自分が一生懸命やった結果であるということです。介護を続けていくためにには足りないものや欠けているものがある、在宅での介護を続けること以上に守るべきものがある、だら迷いますし、そう皆さんにも伝えていきます。

介護の成功者が集まるところが「家族の会」ではありません。悩み、苦しみ、あきらめ、悔やむ。そういう人たちが、自分の至らなさを感じながら、情いっぱいやつたと思えるようになりますし、これがからも微力ながら発信していきたいと思っています。

鎌田松 そういう励ましをもらえると安堵します。

鎌田晴

私の場合は遠距離介護で、母の住む東京からは特急で一本。自家の山間部から妹家族と同居する母の介護応援のために、足しげく通いました。妹から「私、もう駄目」「母の面倒はもう看きれない」「毎晩、添い寝している」と連絡がきたときは、本当に驚きました。定期的に会つたのですが、そんなことを妹が言うことが全く想像できませんでした。

最初は老人性うつの診断でしたが薬は効かず、次の病院下手の震えがありペーキンソン病の診断を受けましたが治療が効かない。介護職だった妻の意見で3軒目の老人科に受診し、レビーカ体型認知症の診断を受けました。説明を聞いてようやく日常の姿が符合し、インターネットでも調べて腑に落ちました。夜中に声をあげて騒ぐ、幻視が見えるなどの症状は、たまたま日中ではわからなくなることでした。母は病院好きで受診を嫌がることが多かったのが幸いです。妹はフルタイムで働いており、東京に住む兄と交替で手伝いに行きました。そんな生活が4年続きました。アーリシハイマー型認知症とは違う、当初は理解力、記憶力とともに問題なく、簡単な調理補助も洗濯もできました。徐々に支障が必要になり、個人契約のヘルパーへも頼りました。それでもローターショーンの介護が難しい状況になり、妻がそろそろ専門家に任せようと提案してくれ、施設探しが始まりました。一番の理由は、妹の負担を軽くしたいという思いでしたが、兄が最後まで施設に入れるごとに抵抗しました。しかし、同居することは兄の家庭の事情でできない。しぶしぶ都内の施設を何か所か回って、最終的に兄の家から近い施設が見つかり、兄も面会に通いやすいということで決めました。

田部井：しかし、そこに至るまで、いつも、私が母を引き取ろうかどうかとも考えました。妻が専門職で、母との関係がよかつたので。しかし、それをどうきょうだいに切り出そうかと悩みました。結局、兄との関係もあり、言い出せず、

そのうち施設に入ることになりました。亡くなつた後も、やはり引き取つたらよかったです。ではと、引きuzzerる気持ちがありました。また、施設入所時に私も母の意思を確認した記憶がありません。3人のこどもの都合だけで決めてしまつたこと、母の思いを聞いておかながなつたことを後悔しています。施設に入つた後、最初の頃、外出後に施設に帰ろうとするなどして家じゃないのかと混乱するのを見るのが辛かったです。1年くらいで少しずつ、施設が自分の居場所とあきらめてくれたようになります。

鎌田松 施設入所をさせたことへの引きuzzerる気持ちを持つことは、しようがないと思います。在宅で介護ができるれば100点なのかと言えば、それもわからないことです。

鎌田松

お母さまほどはコミュニケーションが取れ、意思が確認できる状況だったのででしょうか。

鎌田晴

最初はどれでいましたが、亡くなる2年くらいには、私は母の弟、兄は母の兄の名前で呼ばれるようになりました。歩行もできなくなり、車いすで生活するようになりました。施設では面会時にトイレ介助などをしました。

鎌田松

自分を違う名前で呼ばれることは、ここでもして自分の存在が消されてしまうような哀しみや苦しみを感じたのではないか。

鎌田晴

私は、「家族の会」のついでそんな話を聞いたことがあります。母の世界の変化、少女時代、弟を世話をした話などに興味深く対応する事ができましたが、兄はショックだったようで、母が亡くなるまで、「母がどうしてあんなになつたのかわからん」と言つていました。兄にも説明しましたが、受け止めが難しかったようです。私自身の経験から、知識は力になると実感しています。

鎌田松

私は結婚してすぐ、1人目が生まれたころに同居の義父が血管性認知症の診断を受けました。義母が介護をしていましたが、4人の子の子が生まれ3カ月目に義母が脳梗塞で倒れ、半身不随で寝たきりになりました。

しい状況になりました。私はこの二人と4人の子育てと、嫁家の事業で大変だったうえに、一番悩まされたのは、口を出しても手を出さない親族でした。漬物石に押しつぶされような精神的にストレスフルな事件もありました。そのとき調べて「家族の会」に参加し、教わりました。義母に替わって義父の介護を始めたころ、自分が看なくてはと氣負い、義父がやっていることがすべて気になってしまふと手を出しすぎで関係が悪くなり、毎日喧嘩ばかりしながら介護していました。それが交流会に行くと、自分だけない、もつと大変な人がいると思って、自分のことも話せて、帰ると2、3日やさしくできるのです。

義母も義父も体調不良で入院し、亡くなりました。介護のあと夫の6人のきょうだい間で相続の問題が起きました。私は二人を見て来たのに、きょうだいからは一切、介護したことへの感謝も労いもありませんでした。逆に嫁がどれだけ介護したかと否定され、うつになり、1ヵ月ほど床が止まらず、子育てにも家事にも気が回りませんでした。私は一生懸命介護して頑張つたのかどう自分のことで、いついたい私はなんだつたのかどう自分の価値がなくなつたのかと思いました。介護をしている人の状況を理解してもらうことはしない人にはわからない難しさがあります。

そんな協力もしてくれず人の気持ちもわからず口を出していく人たちと、私は同じ土俵で相撲を取っていたことにあら時気づき、切り替えたらしいしました。介護者を支えない介護は絶対続きません。そして支え合う力が大切です。

実母は実家で姑が看てくれました。姑は文句ひとつ言わず、最期、家で看取りたいと言つて病院から退院させて看てくれました。私は母と相性が悪いのでお願いし、交流会で聞いた「看ているきょうだいに毎月少しお金を送っている」という話から、折に触れ师范大学に反するどころか、在宅で良かったという人もいれば、施設入所してよかつたどいう人もいます。迷う中でも自分なりに選択

当時は、意思決定支援ということが今ほど言われておらず、本人の気持ちを聽けていかなかったことがあります。しかし、たいていは進行して意思疎通が難しくなつたと思います。診断前や初期に聞くといふべきなつたとき、診断前はその気もないと、初期には介護する側に余裕がなく、精いっぱいの時期です。

その時の意向は、何もない元気なうちに話し合つておく必要があると思います。ただ、細かな注文をしすぎるほど、こども達もそのことに服われて困ることになるかもしません。ざっくりと伝えてこどもが決めたらいいと考えています。いま、遺言書をつくっています。

ども達の関係が良いうちに決められることは決め、伝えておきたいと思います。

鎌田公 確かにこども達が結婚して、他人が入ってくることまたの関係が変わつてしまますよね。

意思決定支援に関して、私も遠距離介護でしめた。母は視力障害があり、自由に過ごせなかつたこともあり、私は好きな場所で好きなことをさせらるいました。認知症だとわかつたのは、母が腳痙攣で倒れたときでした。以前から些細なことに固執してオカシイとは思つていませんでした。母は50代のころからテレビ番組を見ては、「こんなチープ人間にだけはなりたくない」介護が必要になつたら身體障害の施設に入れて欲しい」と私たちはよくうだいに言つていました。それが、脳梗塞で倒れ言葉も失われ、食事ができなくなり胃ろうを入れることになりました。胃ろうの選択は回復を期待してのことでしたが回復は難しく、3年ほどたつたころ胃からの逆流で肺炎を繰り返すようになりました。こどもとして母の気持ちは知つていて、医師からPEG-J(十二指腸ろうに変更する)を勧められた時、それが明らかに逆境処置であるとわかつていて、母の意思に反することなどいうことも理解した上で、きょうだいで話し合い、「それでも1日1秒でも長生きしてほしい」というきょうだい

の思いを覆すことはできませんでしたし、私はその延びた少しの時間が私たちにとり貴重だったと思っています。

田部井

介護を受けていると、介護を受けている人の意思を尊重してあげたいという思いと、自分たちの生活を守る必要があるという葛藤、板挟みが、必ず、どこかで何かの選択で生じます。そのときの選択がたとえども選択であつても、それまで一生懸命やつてきたことの証だと、あとにそう思えるよう受け止めてほしいと思います。自分たちの生活を守ることも、引け目を感じる選択ではないと思ってほしいです。

鎌田晴

人生後悔はつきものです。何をやつても後悔します。いま介護をしている人は日々決断を迫られています。本人のために何がいいか、どういう選択がいかど考えるたちは、自分のことではなく認知症の人のことを考えている人たちだとあります。その時に、ちょっと立ち止まって、自分にできることは何ですかと想つて悪いことではありません。そのことに引け目や罪の意識を感じる必要はないのです。認知症の人のことを見ている家族自身のことも両方のバランスをとることが認知症の人のためにもなると思います。

尾之内

私は、振り回されていつもばいばいで介護をしていたとき、「家族の会」支部交流研修会に誘われました。帰りの車中で父が手を合わせて泣きながら感謝した、その姿を見たとき、一休自分は今まで何をみていたのかと立ち止まることができ、それからは、父の気持ちを考えながら介護できるようになりました。

原

逆に嫁がどれだけ介護したかと否定され、うつになり、1ヵ月ほど床が止まらず、子育てにも家事にも気が回りませんでした。

私は一生懸命介護して頑張つたのかどう自分のことで、いついたい私はなんだつたのかどう自分の価値がなくなつたのかと思ひました。介護をしている人の状況を理解してもらうことはしない人にはわからない難しさがあります。

そんな協力もしてくれず人の気持ちもわからず口を出していく人たちと、私は同じ土俵で相撲を取っていたことにあら時気づき、切り替えたらしいました。介護者を支えない

介護は絶対続きません。そして支え合う力

が大切です。

実母は実家で姑が看てくれました。姑は文

句ひとつ言わず、最期、家で看取りたいと言つて病院から退院させて看てくれました。私

は母と相性が悪いのでお願いし、交流会で聞

いた「看ているきょうだいに毎月少しお

金を送っている」という話から、折に触れ

姉は「ボーナスももらった気分だ」と喜んでくれました。

ができるようになると思います。ですから、ぜひ、交流会に出かけて話を聞いてほしいと思ひます。必ず、自分の道が見つかるときが来ます。必ず、自分の道が見つかるときが来ると思います。

鎌田松 私は母が認知症になつたとき、自分が看

たいと思い、仕事を辞めて実家に帰ろうかと悩みました。夫は、私が流産しながら義父の介護をしてきたこどもあり、実家に戻つてよいと言つてくれました。母どはよくケンカもしましたが、終始やりたいことを応援してくれ、励まし、困つたときには金銭の援助もしてくれました。僕も中で自分だったら、こどもに仕事を辞めて介護してもらいたいだらうかと考えました。まだ、父の介護をしていた時、母が「自分はこども達に迷惑をかけたくないから施設に入れて欲しい」と言つていたことを思い出しました。何が一番良いのか、母が喜ぶことは何か、結局、施設にお願いしましたが、その選択に至るまでも、そして看取った今でも、思いを引きずりながらいます。

いま思うのは、やはり、いろいろな人の話を聞くことが力になります。

鎌田晴 私は妻から最期のことを見つめ

おけと言わで、それは施設の契約時に確認されることがながつたので、文書を自分たちで作つて持つべきました。「食事ができなくなるから胃ろうはしない」その結論をさまで、やはりきょうだい間の違いがあり大歎でした。いま思うと、その時に私は、母の意思確認は最初からできないと想ひ入れました。認知症の人のことを見ている家族自身のためにもなると思います。

認知症の人のことを見つめることが認知症の人のためにもなると思います。

どちら胃ろうはしません。

その結論をさまで、

「食べ物を

立派な

人間になら

ります。

後悔の一つとして、母とも

話せるときには話しあつた

と思います。

認知症の本人の意思を推定でき

る材料をふまえて有事の意思を介護者がきち

ておいてほしいと思います。

交流会を開催する中で思うのは、介護者が

他の人の話をいかにたくさん聞いておくか、そ

の話を聞いておけばおくほど、知らず知らず

介護者の力がつくと思います。

いっぱい聞いてほしいと思います。

交流会で自分はどうしたいか、在宅で良かった

という人もいます。

迷う中でも自分なりに選択

認知症の人・介護者にかかる団体

ホームページや
メールで気軽に
つながろう

全国の若年認知症家族会と支援者団体が繋がり、各地の家族会と支援者の会の相互情報交換や、若年認知症に関する様々な情報の提供を行っている。関連情報は「若年認知症サポートセンター」HPで。電話相談窓口（若年認知症コールセンター）を開設している。

<https://www.alzheimer.or.jp/>

厚生労働省認知症施策ホームページ

認知症に関する基本的な知識・情報がまとめられており、まずは参考にしたいサイトです。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaito/kaito_koureisha/hinchi/index.html

● 認知症家族支援ガイド

認知症を疑っている、認知症と診断された本人や家族が、これからある生活に備える手引き

認知症に関する基本的な知識・情報がまとめられており、まずは参考にしたいサイトです。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaito/kaito_koureisha/hinchi/index.html

● 認知症支援者ガイド

認知症の人と家族の思いをより深く知りたいあなたへ

一般市民の声や支援者へのアンケートをもとに作成した認知症支援者向けガイド

サイトにはわかりやすいアニメーション動画もあります。（令和3年度老人保健健康増進等事業により作成）

[https://www.alzheimer.or.jp/?p=37271](https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/202203_guide.pdf)

● 認知症の人と家族の会が提言する「認知症にやさしいまち」

仲間がいるっていいなあ

「認知症にやさしい」って何？に応える、ヒントを考えました。

https://www.alzheimer.or.jp/?page_id=3654

● 男性介護者と支援者の全国ネットワーク

特徴的な症状を呈すレビー小体型認知症（DLB）について介護家族だけでなく、DLB患者ご本人、医療・ケア専門職が情報や知識を得られるよう医療とケアの両面からサポートしている。定期的な交流会、学習会などを開催している。

<https://www.dlbn.org/>

● レビー小体型認知症サポートネットワーク

介護や家事・仕事と介護の両立に悩み、介護の抱込みや社会から孤立しやすい男性介護者同士が全国でつながり支え合う活動をしている。定期的な交流会などを実施している。

<https://danset-kaito.jp/>

● 一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ

認知症の人が中心となり運営。「認知症とともに生きる人が、希望と尊厳をもつて暮らしつけることができ、社会の一員としてさまざまな社会領域に参画・活動することを通じて、よりよい社会をつくりだしていくこと。」ことを目的としてさまざまな活動をしている。

<http://www.jdwg.org>

● 「家族の会」調査報告書

本ガイドブックに引用されている調査結果については、以下から全文が閲覧できます。過去の調査報告書も掲載されていますので、ぜひご覧ください。

https://www.alzheimer.or.jp/?page_id=3654

● 認知症電話相談

月～金10時～15時
(土日祝日除く)

0120-294-456

● 若年性認知症コールセンター

月～土10時～15時
(年末年始・祝日除く)

0800-100-2707

都道府県認知症コールセンター
(お住まいの自治体ごとにあります)

老人保健健康等事業調査研究委員会

委員長 武地 一（藤田医科大学医学部認知症高齢診療科教授）
委員 伊藤 後彦（認知症本人）
伊藤 元子（介護者）
祥子（秋田大学医学部附属病院・認知症の人と家族の会理事）
江口 恵子（秀明大学看護学部老年看護学准教授）
小川 敬之（京都精健健康科学部作業療法学科教授）
尾之内 直美（HEART TO HEART理事長・認知症の人と家族の会理事）
鎌田 晴之（真逆工房代表取締役・認知症の人と家族の会理事）
和生（勤労継続支援日型事業所やっさ工房にしまち施設長）
幸子（認知症本人）
鎌田 松代（認知症の人と家族の会理事・事務局長）
莉山 和生（勤労継続支援日型事業所やっさ工房にしまち施設長）
渋谷 美和（総合研究大学院大学文化科学研究科博士後期課程）
洪谷 孝博（川崎幸クリニック院長・認知症の人と家族の会副代表）
杉山 森夫（認知症の人と家族の会代表理事）
田部井 康夫（認知症の人と家族の会副代表理事・群馬県支部代表）
中原 等子（新潟県立看護大学院老年看護准教授・認知症の人と家族の会理事）
中野篤子（京都くら司法書士事務所・認知症の人と家族の会理事）
中野篤子（委員長以外、五十音順）

○協力者 伊藤加代子（新潟大学医療系総合病院口腔リハビリテーション科病院講師）

井上 誠（新潟大学医学院医学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野教授）

桑原法昌（在宅支援薬局おどくに管理薬剤師）

中野篤子（京都くら司法書士事務所・認知症の人と家族の会理事）

オブザーバー

川田 恵介（東京大学社会科学研究所准教授）

執筆項目と執筆者（ ）はページ

認知症の進行と過程について（4-7）：武地一

認知症の進行に伴う介護のコツ、介護サービスの使い方のコツ（8-16）：尾之内直美

介護とお金について（14-15）：川田恵介、渋谷美和

住宅改修・福祉用具の活用（17）：練田晴之

生活障害への対応（18-20）：江口恭子

行動心理症状への対応（21）：江口恭子、原等子

認知症の終末期への対応（22-23）：杉山孝博

認知症の人の意思を確認するために（24-25）：中野篤子

知っておこう人生会議（26）：渋谷美和、原等子

認知症の人と家族の暮らしを支える手引き
中等度・重度認知症の人の在宅生活支援ガイドブック

発行 2023年3月

公益社団法人 認知症の人と家族の会

〒602-8222 京都市上京区御門町811-3 国部ビル2F
TEL 050-5558-6580 FAX 075-205-5104

ホームページ www.alzheimer.or.jp

このガイドブックは当刊4年目の「保健医療福祉推進会議（老人保健医療福祉等事業）」により作成されました。

調査票

中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査

中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する専門職調査

中等度・重度認知症の人を介護された経験のあるご家族へ

中等度・重度認知症の人の在宅生活継続に関する家族調査 ご協力のお願い

この調査は、認知症の進行に伴い中等度・重度、終末期になっても住み慣れた場所でその人らしく暮らしあげるために、認知症の人と家族が望む支援に関して、認知症の人のご家族などのご意見をお聞きするものです。

認知症の診断前後の支援の充実も重要ではありますが、認知症は進行性の病気であり、その進行具合は疾患や個人によってもさまざまです。できるだけ家族と一緒に暮らしたいと思っていても、様々な理由で断念せざるを得ず、入所施設や病院などで長期に療養される人も多いのが現状です。これまでの調査でも、多くのご家族が認知症の人とともに、病状の進行に伴い、悩みながら最善を探りつつある状況がわかっており、その状況を踏まえたガイドブック等を作成してきました。

今回は、さらにもう少しリアルな状況を浮き彫りにするために、どのような状況で介護を行っているのか、経済的な視点も盛り込んで、調査したいと考えています。そして、「このような工夫をしてできるだけ在宅での暮らしを続けられた」「このような支援があったらもっと在宅での暮らしを続けられたかもしれない」「認知症の人の最期をどんな場所でどのように看取れてよかったです」など、ご家族の経験や思いを改めてお聞きし、いま悩んでいるご家族やこれから続くご家族の参考にするための「認知症の症状や進行に備える」ガイドを作成したいと考えています。

なお、本調査と並行して介護支援専門員および支援者など認知症の人と家族を支える専門職を対象にた調査を実施しております。ご家族同然ではあってもグループホームやシェアハウスやサービス付き高齢者住宅などの集合住宅で複数世帯の支援をされている方は、本調査ではなく「専門職調査」にご回答いただきますようお願いいたします。

「専門職調査」は、(URL <https://bit.ly/senmon2022>)から回答いただけます。多くの皆様のご経験を伺いたいと思います。ご協力のほど、よろしくお願ひいたします。

調査に要する時間は20分程度を想定しています。アンケートは無記名ですので、個人が特定されることはありません。調査・分析結果は、「家族の会」において慎重に取り扱い、まとまった時点で「家族の会」ホームページで紹介するとともに、報告書の作成や学会・論文報告などを行っていきます。開示後、データ、回収したアンケート用紙については、一定期間保管したのち破棄いたします。

なお、アンケートの回答は、強制ではありません。調査の趣旨をご理解いただき、調査へのご協力をお願いいたします。回答の提出により同意されたものとして集計させていただきます。ご回答の意思がない場合には、そのまま破棄していただきますよう、お願ひいたします。

介護中の皆様ご負担をおかけしますが、ぜひご協力くださいますよう、重ねてお願ひ申し上げます。

2022年12月吉日

公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 鈴木 森夫

■アンケートの回答の締め切り:2023年1月5日(木)

■同封の返信用封筒(切手は不要)でお送りください。

なお、ウェブアンケート(URL <https://bit.ly/kazoku2022>)やQRコードから回答していただくこともできます。



問合せ先 公益社団法人認知症の人と家族の会 本部

調査・研究専門委員会 委員長 原 等子 事務局担当:鎌田、辻村
〒602-8222 京都市上京区晴明町811-3 岡部ビル2F

TEL:050-5358-6580 FAX:075-205-5104 メール:office@alzheimer.or.jp

中等度・重度認知症の人の 在生活継続に関する家族調査票

調査の趣旨を理解し、倫理的配慮として個人情報を保護（個人を特定しない無記名式調査）、
公表計画等を了解した上で、調査への参加協力をお願いいたします。
ご回答いただき、返送いただいたことをもって、同意されたものとして集計させていただきます。

中等度・重度・終末期の自安は以下を参考にしてください。在宅/ケアをしていた期間は間いません。
病院や施設で長期に入院/入所している（していた）方もご回答ください。（締切：2023年1月5日）

※中等度の認知症とは、認知症の診断を受け、
※重度の認知症とは、アルツハイマー型認知症では、
＊要介護2～3程度の認定を受けた状態。
＊言語機能の低下（多くとも6つくらいの単語しか話さない）
＊理解できる言葉は「はい」など、1つくらいの単語程度
＊歩行ができない、坐っても体を支えられない
＊笑顔がつかれない
＊頭を支えられない、意識がもうろうとしているなど
＊トイレの場所がわからず失敗することが増えてくる
＊日常生活で介護が必要となるてくるなど
＊終末期の状態とは、肺炎などの炎症や体調不良を繰り返し、人生の最終段階にある状態。看取り期。

以下の質問にお答えください。

該当する（ ）《 》内に〇印をつけるが適当な数値、文字を記入してください。番号を〇で印をつけてください。また、「 」には具体的なご意見等を記入してください。
認知症と診断された家族が複数おられる場合は、主なお一人に絞ってお答えください。

Q1. あなたは、中等度・重度・終末期の認知症の人に対し、どのような経験がおありますか？

- （ ）1. 現在、家族が中等度・重度または終末期の状態にある認知症の人である
- （ ）1-1. 認知症の人と自分の自宅で同居中である
- （ ）1-2. 認知症の人は自宅（親族宅）に住み、自分の自宅とは別である
- （ ）1-3. 認知症の人は、病院・施設に入院・入所中である（サービス付き高齢者住宅、ショートステイ等）
- （ ）2. 過去5年以内に認知症の人を看取った
- （ ）3. 5年以上前に認知症の人を看取った
- （ ）4. その他 []

Q2. この調査用紙はどのように受け取りましたか？（受け取った場所・方法について教えてください。）

- （ ）1. 認知症の人と家族の会の会報に入っていた
- （ ）2. 認知症の人と家族の会のつどいや認知症カフェ等の交流・活動の際に受け取った
- （ ）3. 認知症の人と家族の会以外の組織を通じて受け取った
 - （ ）3-1. 全国青年認知症研究会 支援者結婚講習会
 - （ ）3-2. レビール小体型認知症サポートネットワーク
 - （ ）3-3. 男性介護と支援者の全国ネットワーク
 - （ ）3-4. 日本認知症本人ワーキンググループ
 - （ ）3-5. その他の組織 []
- （ ）4. 市役所・保健所・地域包括支援センター等の公的機関
- （ ）5. 医療機関
 - （ ）5-1. かかりつけ医（診療所やクリニック、非専門医等）
 - （ ）5-2. 認知症専門医（診療所やクリニック、総合病院、認知症疾患医療センター等）
 - （ ）6. ケアマネジヤー（介護支援専門員）
 - （ ）7. 介護福祉関係の施設
 - （ ）8. その他 []

Q3. ご回答いただくあなたご自身について教えてください。

- ① お住まいの都道府県 [] 都・道・府・県
- ② 年齢 [] 歳
- ③ 性別 1. 男性 2. 女性
- ④ あなたの仕事の状況
 - 1. 働いている ⇒雇用形態
 - 2. 働いていない ⇒現在の状況
- ⑤ その他 []

3. その他 [具体的に]

これ以降、複数の認知症の人を看ている（例：義父を看取り、現在実母を介護中の場合は実母に統つて回答）

Q4. 認知症の人の年齢や診断名、介護保険申請の有無などについて教えてください。

- ① 認知症の人の現在の年齢 [] 歳
看取りの場合 亡くなつた年齢 [] 歳
認知症の発症年齢 [] 歳
- ② 性別 1. 男性 2. 女性 3. その他
- ③ 介護保険の現在/看取り時の要介護度（要介護度を [] に記入してください。）
（ ）未申請 [] 自立 [] 要支援 [] 要介護 [] 要介護度を記入してください。
- ④ 認知症あるいは認知機能低下の診断名
（ ）アルツハイマー型認知症 [] 脳血管認知症
（ ）レビール小体型認知症 [] 前頭側頭型認知症
（ ）混合型認知症 [] 認知症（診断名は不明）
（ ）軽度認知障害（MCI） [] その他 []
- ⑤ 認知症の人とあなたの居住関係について
（ ）同居 [] 近居（日常的な往来ができる範囲） []
（ ）あなたら見た認知症の人の孫柄 []
（ ）配偶者 [] 実父 [] 父母 [] その他 []
（ ）きょうだい [] 相父母 [] その他 []
- ⑥ 先月、在宅で利用されたサービス（介護・入所、看取り後の場合は直近での在宅時のことをお答えください。）
（ ）福祉用具 []
（ ）通所介護事業所（デイサービス） []
（ ）かかりつけ医（診療所やクリニック、非専門医等） []
（ ）訪問介護 []
（ ）訪問看護 []
（ ）訪問歯科診療 []
（ ）訪問口腔ケア []
（ ）その他 []

Q5. 現在、在宅での生活が継続できている（在宅での生活ができる）場合は、それ以前に在宅で過ごせていた要因について教えてください。

- あてはまるもの、すべてに印をつけてください。
- () 悪化した自分の羞恥、羞恥
 - () 訓練及び訓練が能
 - () 治療の説教的に行なわれる規則・理解
 - () 通帳の整理
 - () 電話に接するうら親友がいる
 - () 気体の爆発的原因
 - () 気体で貯めてくれる人/あるいは、人/アドバイスしてくれる人/「電話」
 - () 重複施設（ディリーピスやデイケア）を利用したり、介護施設で利用している
 - () 24時間専門介護・看護リビングを利用している
 - () その他、[]

Q6. 現在、困っていることがありますか？（看取り後の方は中等度以降、終末期で困っていたこと。）

- あてはまるもの、すべてに印をつけてください。
- () 困つたり困ることはない
 - () 認知症の人との接し方
 - () 認知症の世話への考え方
 - () 運用がつまらない
 - () 介護費への影響
 - () 専業主夫、介護の実習に
 - () 認知症の人たちは、記憶や判断力、認知機能の障害により既に「年少の心地よい状況」で食事に割りり付けること
 - () 入浴や着脱に慣すること
 - () おもちゃを買ひ、介護者に抱きついたり
 - () 意見を尊重して、手をつなぐこと
 - () 認知症の人のが生活や恋愛に合つつかだらけられない
 - () 小さな介護サービスの使い方
 - () おもづくづく目立つが、サービス利用運送券により車両がある
 - () おもむろに車両がかかるため車両が止められず、運転手が困る
 - () サーブス店頭に認知症の人が入りやすくなると困る
 - () 認知症の人の嘆言、暴ががもると云ふれい、用をせらがた
 - () 認知症の人の口音や悪意に合つつかだらけられない

- Q7. 現在お世話をされている方の病状や状態の変化に替り添い、「一番お世話になつたと思う専門職」をひとつ教えてください。
- () がかりつけ医
 - () その他の医師
 - () ケアマネジャー（介護支援専門職）
 - () 言語者
 - () 施設係員
 - () リハビリスタッフ
 - () 診療介護人タックツ
 - () 家族会議部会
 - () 看護師
 - () 介護士
 - () 施設係員の看護師等（介護施設内へ、保健師等）
 - () 早期発見の看護師等
 - () 早期発見の医師等
 - () 家族会議部会
 - () 本入居者（在宅の人の）の担当者の専門職
 - () 看護師、看護師・看護師等
 - () 「看護」の看護の専門職等
 - () その他の医療機関
 - () そらく「[]」

- Q7.2. 上記の専門職に一番お世話になつたと思う理由について教えてください。
- () 看護師が最も信頼できる
 - () 認知症の専門職
 - () 養護介護人タックツ
 - () 早期発見の医師等
 - () 早期発見の看護師等
 - () 診療介護人タックツ
 - () 早期発見の看護師等
 - () 看護師
 - () 診療介護人タックツ
 - () 早期発見の医師等
 - () 看護師
 - () 看護師

Q7. 認知症の人の病状や状態の変化に替り添い、「一番お世話になつたと思う専門職」をひとつ教えてください。

- あてはまるもの、すべてに印をつけてください。
- () 情報「[]」
 - () その他の医師
 - () ケアマネジャー（介護支援専門職）
 - () 施設係員
 - () 言語者
 - () リハビリスタッフ
 - () 診療介護人タックツ
 - () 家族会議部会
 - () 施設係員の看護師等（介護施設内へ、保健師等）
 - () 早期発見の看護師等
 - () 早期発見の医師等
 - () 看護師
 - () 介護士
 - () 「看護」の看護の専門職等
 - () その他の医療機関
 - () そらく「[]」
- Q8. 認知症の人の病状や状態の変化で困ったことへの具体的な工夫について教えてください。
- あてはまるもの、すべてに印をつけてください。
- Q8.1. 後立った情報源を教えてください。
- () 看護
 - () 症状
 - () 症状・テレピ
 - () 看護者（介護従事者のこと）
 - () 看護者（本人）の話
 - () 看護師が持つ冊子・定期刊行物
 - () 司人・老人からの話
 - () 専門団からアドバイス
 - () インターネット記事
 - () SNS、ブログ等
 - () そのほか
- Q8.2. 困りごとにどのようにお対処しましたか？うまくいった例もうちまくいかなかった例も教えてください。
- (①) 認知症の人との接し方、認知症の症状や進行への不安
 - (②) 認知症の人の行動心理状況、認知症の人の症状への対応等
 - (③) 経済のこと、家計のこと、仕事や自分の生活と介護の両立について
 - (④) 介護保険サービスの使い方、認知症の人の住居・行き場・居場所
 - (⑤) 認知症の人の医療やその選択について
 - (⑥) 認知症の人の服薬や医療について
 - (⑦) 介護や家族について
 - (⑧) そのほか

Q10. 認知症の人との今後について教えてください。
看取り後の場合は、振り返ってやつてよかったこと/やつたらよかったです
お答えください。

おでにまるもの、すべてに印をつけてください。

Q10-1. 認知症の人の人生の終末期の意思決定に関する連絡状況について

- () 認知症の人と認知症の診断がある話についている内容がある。
- () 高齢者の孫が隣に住む Keto している。気がれる。
- () 認知症の人と話し合ったことがない。

Q10-2. 認知症の人の上記の話し合いをどのように進めたらよいと思しますか?

- () 認知症にあるすすに話し合っておく
- () 認知症になつてお部屋うち方にまし合つていく
- () 等、重慶の認知症によっても人の意思を把握する、いは可能である
- () 既知が見えることであり、本人に聞くが難くない
- () 本人には聞いてもらひたくないと思う、答えることはできないので、誤解が生じるしがない
- () 説明を受けてより合っていく

Q10-3. 認知症の人と何を話し合っていくとよいと思しますか?

- () 何を言ひ思えますかがうらはい
- () 聞いておく必要はない
- () ハレの麻子間に話をきこを思こないが
- () できるだけ住宅で過ごすがいい、要介護の分からない段段で暮らしまい等
- () どこで前に暮らすかたは、自分で選ぶといい
- 自宅、施設で家族や友人同士のスタッフに面接もけい、精神で、左は治療を受けて世話をねはい等
- () どちらがケアを思ひはじめる
- () 自分で選べられるうちはできるだけ自宅で暮らしてほしい、できる限りトイレで排せがしたり、
- 運びみを三日に1回かいてほしい等
- () 人生の終末期に残りする医療について(たゞらはがんやがんじり)、終末期医療(専門に事務を呼んでまし
- () 治療の解説(てだる等りーーなはがんはがんだけ牛やがんじり)、施設医療(医師が入院料をつける等)
- () 認知症の質問
- () 青年、お年のこと
- () その他

Q11. 認知症の人との暮らし、在宅介護への思いを教えてください。
施設入所、看取り後の場合は、在宅介護をしていた時のことをお答えください。

Q11-1. 在宅介護を継続していくたいと思いますか?

- () できる限り続けていただきたい
- その条件は、
 - () 自分の体力・気力が続りば
 - () 家庭のリーフスが充実していれば
 - () 要介護のにせき生活が可能でなければ
 - () できれば健在でいたくないが、続いている
- その場合は、
 - () 認知症からの反対があまりにでみていくしがない
 - () 経済面でひすが判らし

Q11-2. 在宅介護継続の思いは、認知症の人の情状進行に伴い変化しましたか?

- () 变化した、変わった時は、
 - () 介護度2等、重慶手
 - () 介護度3等
- 以上です。ご協力ありがとうございました。

中等度・重度認知症の人とご家族を支援する、
介護支援専門員、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、
通所介護事業所、介護付き有料老人ホームなどの職員の皆様

2022年度

認知症にかかる 専門職の方の思いを 聞かせてください

オンライン アンケート ▶



<https://bit.ly/senmon2022>



締め切り
1月5日
2023年

「家族の会」では、2022年度（令和4年度）厚生労働省老人保健事業推進費等補助金により、中等度・重度の認知症の人の在宅継続に関する支援をテーマに、認知症の人と接する専門職の皆様がどのような思いでかかわり、在宅継続を支援しているのかについて、調査を行っています。

この結果を報告書にまとめてるとともに、家族支援のためのガイドブックを作成する予定です。

ご多忙の折恐縮ですが、ぜひご協力をお願いいたします。

調査実施：公益社団法人認知症の人と家族の会 老健事業調査研究委員会

お問い合わせ：〒602-8222 京都市上京区晴明町811-3 岡部ビル2F

TEL(050)5358-6580 FAX(075)205-5104 office@alzheimer.or.jp

<https://www.alzheimer.or.jp>



公益社団法人
認知症の人と家族の会

中等度・重度認知症の人とご家族を支援する

介護支援専門員、地域包括支援センター職員、認知症疾患医療センター職員、
医療従事者、通所介護事業所、介護付き有料老人ホーム職員の皆様へ

「認知症の人と家族の暮らしに関する専門職調査」へのご協力のお願い

日頃より公益社団法人認知症の人と家族の会（「家族の会」）の活動にご理解・ご協力いただき、心から御礼申し上げます。

さて、「家族の会」では、2022年度（令和4年度）厚生労働省老人保健事業推進費等補助金により、中等度・重度の認知症の人の在宅継続に関する支援をテーマに、介護支援専門員や地域包括支援センター職員および認知症疾患医療センターの皆様、そして認知症の人と家族が利用している通所事業所、介護付き有料老人ホームなどの職員の皆様がどのような思いでかかわり、在宅継続を支援しているのかについて、今回、調査をさせていただきたいと考えています。この結果をもとに、家族支援のためのガイドブック「認知症の人の症状や進行に備えるガイド（対応マニュアル）（仮題）」を作成する予定です。

ご多忙の折、皆様の貴重な時間をいたいただくことは大変心苦しいですが、ぜひご協力をお願いいたします。

調査はオンラインで実施します。URL <https://bit.ly/senmon2022> や右記の QR コードからご回答ください。



オンライン調査票の前文にある依頼文をお読みいただき、調査の趣旨をご理解いただいた上で調査への御協力をお願いいたします。アンケートの回答は、強制ではありません。自由意思によりご協力ください。ご回答のご意思がない場合には、記入の途中でやめて構いません。回答していただくことで、調査参加協力の同意とさせていただきます。

アンケートは無記名ですので、個人が特定されることはありません。調査・分析結果は、「家族の会」において慎重に取り扱い、まとめた時点で「家族の会」ホームページで紹介するとともに、報告書の作成や学会・論文報告などを行っていきます。開示を終えた後、回収したアンケート内容については、一定期間保管したのち、破棄いたします。

アンケートの回答には 30 分程度お時間をいただきます。調査の費用負担はありませんが、お時間をいたすことでの謝礼はございません。ご了承ください。

お手数をおかけしますが、ぜひご協力くださいますよう、重ねてお願ひ申し上げます。

2022年11月吉日

公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 鈴木 森夫

■アンケートの回答の締め切り:2023年1月5日(木)

問合せ先 公益社団法人認知症の人と家族の会 本部

調査研究専門委員会 委員長 原 等子 事務局担当:鎌田、辻村
〒602-8222 京都市上京区晴明町 811-3 岡部ビル 2F

TEL:050-5358-6580 FAX:075-205-5104 メール:office@alzheimer.or.jp

中等度・重度認知症の人の

在宅生活継続に関する専門職調査

専門職調査のお願い

本調査は、認知症の進行に伴い中等度・重度、終末期になっても住み慣れた場所でその人らしく暮らし続けるために、介護支援専門員や在宅での認知症の人と家族の支援をする専門職等がどのように支援を行っているのかを把握することを目的としています（厚生労働省令和4年度老人保健健康増進等事業）。

認知症は進行性の疾患群であり、その進行具合は疾患や個人によってもさまざまです。家族は、認知症の人とできるだけ一緒に暮らしたいと思っていても、様々な困難な状況に直面し、入所施設や病院での長期療養を決断せざるを得ない状況も多くあります。

これまで、認知症の人と家族の会（「家族の会」）が行ってきた調査においても、介護支援専門員は介護家族の一一番の相談相手として、ともに悩んでもらえる支援者として、介護家族から深い信頼と期待をもたれていることがわかっています。そこで、家族が認知症の人の病状の変化に直面し、在宅介護継続に悩む時、介護支援専門員や地域包括支援センター職員および認知症疾患医療センターの皆さん、そして認知症の人と家族が利用している通所事業所、介護付き有料老人ホームなどの職員の皆さんがどのような思いでかかわり、在宅継続を支援しているのかについて調査をさせていただきます。

回答に要する時間は20分程度です。調査の趣旨を理解し、倫理的配慮として個人情報の保護（個人を特定しない無記名式調査）、公表計画等を了解した上で、調査への参加協力をお願ひいたします。

アンケートの回答は強制ではありません。回答をもって本調査に同意いただけたものとさせていただきます。

分析結果は「家族の会」において慎重に取り扱い、ホームページ等で紹介するとともに報告書の作成や学会・論文報告などを行います。

回答の締め切り：2023年1月5日（木）

Googleにログインすると作業内容を保存できます。[詳細](#)

中等度・重度・終末期の目安は以下を参考にしてください。

※ 中等度の認知症とは、

- ・認知症の診断を受け、**要介護2～3程度の認定**を受けた状態
- ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲレベル（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ介護を必要とする）以上
- ・CDR（臨床的認知症尺度：Clinical Dementia Rating）2のレベル（中等度認知症）

●記憶：重度記憶障害、高度に学修した記憶は保持、新しいものはすぐに忘れる

- 見当識：常時、時間の失見当、時に場所の失見当
- 判断力、問題解決：重度の問題解決能力の障害、社会的判断力の障害
- 社会適応：一般社会では自立した機能を果たせない
- 家庭状況、興味・関心：単純な家事のみ限定された関心
- 介護状況：着衣、衛生管理などの身の回りのことに介助が必要

※ 重度の認知症とは、アルツハイマー型認知症の基準FAST（Functional Assessment Staging）7レベル

- 言語機能の低下（多くても6つくらいの単語しか話さない）
- 理解できる言葉は「はい」など、一つくらいの単語程度
- 歩行ができない、坐っても体を支えられない
- 笑顔がつくれない
- 頭を支えられない、意識がもうろうとしているなど

※ 終末期の状態とは、肺炎などの炎症や体調不良を繰り返し、人生の最終段階にある状態。看取り期。

Q1. ご回答いただくあなたご自身について教えてください。

Q1-①. あなたの住まいの都道府県を選択してください。

選択

Q1-②. あなたの年齢を教えてください。（年齢は数字のみお書きください）
半角で整数を入力してください。

回答を入力

Q1-③. あなたの性別を教えてください。

- 1. 男性
- 2. 女性
- 3. その他

Q1-④-1 あなたは、どこで（場所）で、認知症の人と家族にかかわっていますか。

- 1. 居宅介護支援事業所
- 2. 地域包括支援センター
- 3. 認知症疾患医療センター
- 4. 訪問看護ステーション
- 5. 病院・診療所・クリニック
- 6. 通所介護事業所
- 7. 訪問介護事業所
- 8. サービス付き高齢者住宅（特定施設）
- 9. シェアハウス
- 10. 介護付き有料老人ホーム
- その他: _____

Q1-④-2 上記（Q1-④-1）に回答いただいた方に聞きします。その場所でどのような立場で認知症の人と家族にかかわっていますか。

※複数にチェックをした方は、aどこで、bどの立場でかかわっておられるか、それぞれお書きください。

回答を入力

Q1-⑤. あなたは介護支援専門員の資格をお持ちですか？

※ Q1-⑤から⑧は、介護支援専門員の方のみお答えください。

- 1. はい
- 2. いいえ

次へ

フォームをクリア

Q1-⑤

Q1-⑤-1. あなたは主任介護支援専門員をお持ちですか？

- 1. はい
- 2. いいえ

Q1-⑥ 介護支援専門員の資格をお持ちの方にお聞きします。以下について数字を入力、または該当するものにチェックをしてください。

Q1-⑥-1. **先月**の担当人数を教えてください。（数字のみお書きください）
半角で整数を入力してください。

回答を入力

Q1-⑥-2. 「Q1-⑥-1」に回答いただいた方にお聞きします。そのうち、認知症と診断された方の人数を教えてください。（数字のみお書きください）
半角で整数を入力してください。

回答を入力

Q1-⑥-3. 「Q1-⑥-2」に回答いただいた方にお聞きします。認知症と診断された方のうち、中等度・重度（終末期も含む）に該当する人の人数を教えてください。（数字のみお書きください）

回答を入力

Q1-⑥-4. 中等度・重度の人を担当したことがない方はチェックしてください。

- a. 担当したことない

戻る

次へ

フォームをクリア

Q2

Q2. 中等度・重度の認知症の人が在宅での生活を継続するために、何が必要だと思いますか？あてはまるものすべてにチェックしてください。（中等度・重度の人を支援したことがない方も可能な範囲でお答えください）

- ① 認知症の人自身の要因
- ② 家族自身の要因
- ③ 認知症の人と家族をとりまく環境
- ④ 周囲の協力
- ⑤ 介護支援専門員や専門職の適切な支援
- ⑥ サービスの利用
- ⑦ 医療・介護の連携
- その他: _____

Q2-①「認知症の人自身の要因」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか？

- a. 認知症の人の意思・希望
- b. 認知症の人の経済力

Q2-②「家族自身の要因」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか？

- a. 家族の意思・希望
- b. 家族の健康状態
- c. 家族の認知症に関する知識・理解
- d. 家族の介護経験
- e. 家族の体力・気力
- f. 家族の柔軟な対応力
- g. 家族の経済力

Q2-③「認知症の人と家族をとりまく環境」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか？

- a. 家族の職場の理解
- b. 認知症の人が居住している場所や地域

Q2-④「周囲の協力」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか？

- a. 理解し助けてくれる親族がいる
- b. 助けてくれる知人がいる
- c. 話を聞いてくれる人がいる

Q2-⑤「サービスの利用」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか？

- a. 通所施設（デイサービスやデイケア）が柔軟な時間設定で利用できたり、十分に利用できる
- b. ショートステイを適度に利用し、家族の休息が取れる
- c. 訪問看護の利用
- d. 訪問介護の利用
- e. 24時間随時対応の介護・看護サービスの利用
- f. 訪問診療の利用

Q3. あなたは中等度・重度の人を担当したことがありますか？

- 1. 担当したことがある
- 2. 担当したことがない

戻る

次へ

フォームをクリア

Q3

Q3-1. あなたの支援経験から、中等度・重度認知症の人の在宅生活の継続を困難にする要因にどのようなことがありますか？あてはまるもの、すべてにチェックしてください。

- ①専門職やサービス事業所の要因
- ②認知症の人の要因
- ③家庭環境・家族の要因
- ④介護保険等制度的な要因

Q3-1で「①専門職やサービス事業所の要因」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか。

- a. 在宅生活を支援するスタッフのスキルが不足している
- b. 通所介護などグループ活動では対応困難な状態がある
- c. 職員の研修受講状況の不足
- d. 在宅生活を支えるために必要な職種が揃わない
- その他: _____

Q3-1-①で「d.在宅生活を支えるために必要な職種が揃わない」と回答された方にお聞きします。必要な職種を具体的にお書きください。

回答を入力 _____

Q3-1で「②認知症の人の要因」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか。

- a. 日常活動動作（ADL:食事、排泄、移動、保清、その他）に援助が必要であるが、動作の指示に従えず、拒否的言動がある
- b. 対応困難な行動心理症状（BPSD:落ちつきのなさ、易怒性、独り歩き、排泄行動障害、その他）がある
- c. 意思疎通の著しい困難があること
- d. 独り歩き（いわゆる徘徊）や異食、火の不始末など本人の安全が守られない
- e. 身体疾患（認知症以外の併存疾患）の管理が困難
- その他: _____

Q3-1で「③家庭環境・家族の要因」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか。

- a. 認知症の人が独居である、身寄りがない
- b. 家族が疲弊している
- c. 家族や親戚が高齢や病気・障害などがあり、かかわることが困難である
- d. 同居する家族等はいても介護を継続していくためのマンパワーが不足している
- e. 家族の認知症症状に対する理解が不十分で不適切な対応をしている
- f. 家族と認知症の人との人間関係がこじれています
- g. 親族間の意見の相違や親族関係のこじれがある
- h. 家族の仕事など、家族の生活に支障が生じた
- i. 認知症の人と家族の経済的な問題があり在宅での生活が難しい
- その他: _____

Q3-1で「④介護保険等制度的な要因」にチェックされた方にお聞きします。それは具体的にどのようなことですか。

- a. 介護保険の制度的な制約がある
- b. 介護保険以外の制度的な制約がある
- その他: _____

Q3-4で「a.介護保険の制度的な制約がある」と回答された方にお聞きします。必要な職種を具体的にお書きください。

回答を入力 _____

Q3-4で「b.介護保険以外の制度的な制約がある」と回答された方にお聞きします。必要な職種を具体的にお書きください。

回答を入力 _____

Q4-1. 中等度認知症の人の在宅継続が困難となるターニングポイントやその状況等、具体的な事例を教えてください。

回答を入力 _____

Q4-2. よろしければ、以下の①～④について中等度・重度認知症の人の家族への具体的な支援例を教えてください。

Q4-2-① 認知症の人の行動心理症状、認知症の人の症状への対応

回答を入力 _____

Q4-2-② 経済のこと、家計のこと、仕事と介護の両立について

回答を入力 _____

Q4-2-③ 介護保険サービスの使い方、認知症の人の行き場・居場所

回答を入力 _____

Q4-2-④ 認知症の人の治療の選択、医療との調整・連携、医療的ケアの方法

回答を入力 _____

Q5. 中等度認知症の人の病状や状態の変化で対応に苦慮しているご家族への支援の状況について教えてください。

Q5-1. 中等度・重度の認知症のご家族に、具体的な助言や情報提供をしたことありますか？

- ①具体的な助言をしたことがある
- ②情報提供をしたことがある
- ③具体的な助言も情報提供もしていない

Q5-2. 具体的な助言や情報提供の参考にした情報源があれば教えてください。あてはまるもの、すべてにチェックをつけてください。

- ①職場内のカンファレンス等話し合い
- ②書籍
- ③新聞・テレビ
- ④研修会・講演会
- ⑤学会や職能団体の集会・雑誌等
- ⑥知人・友人からの話
- ⑦当事者（介護家族）の経験談
- ⑧ガイドブック等
- ⑨当事者団体からの冊子・定期刊行物など
- ⑩Facebook等のSNS、ブログなど
- ⑪インターネット記事
- その他: _____

Q5-3. 具体的にどのような助言や情報提供をしていますか？ あてはまるもの、すべてにチェックをつけてください。

- ①当事者の交流会（つどい）や団体の紹介
- ②地域包括支援センターや成年後見制度の紹介
- ③食事や食行動に関する援助方法
- ④排泄に関する援助方法
- ⑤睡眠に関する援助方法
- ⑥移乗・移動動作に関する介助方法
- ⑦落ち着かなさ、不安などに関する対応
- ⑧独り歩き（いわゆる徘徊）に関する対応
- ⑨意欲低下、無気力に関する対応
- ⑩意思疎通の困難がみられた時の対応
- その他: _____

Q5-3で「①当事者の交流会（つどい）や団体の紹介」と回答された方にお聞きします。紹介した団体にチェックをつけてください。あてはまるものすべてにチェックしてください。

- a. 認知症の人と家族の会
- b. 全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会
- c. レビュ小体型認知症サポートネットワーク
- d. 男性介護者と支援者の全国ネットワーク
- e. 日本認知症本人ワーキンググループ
- その他: _____

戻る

次へ

フォームをクリア

Q5-4 以下の介護の負担を軽減するための制度について、知っているもの、紹介したことがあるものを教えてください。あてはまるものすべてにチェックしてください。

1 知っている

2 紹介した

高額療養費制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自立支援医療（精神通院医療）による医療費助成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
後期高齢者福祉医療費による助成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高額介護サービス費	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高額医療・高額介護合算制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定入所者介護サービス費（施設負担限度額）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会福祉法人などによる利用者負担軽減制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神障害者保健福祉手帳による税金減免等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体障害者手帳による税金減免等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
障害年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
傷病手当金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特別障害者手当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在宅重度障害者手当（自治体ごと）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護保険料の社会保険料控除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護認定者の障害者控除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護サービス利用負担金の医療費控除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護にかかる交通費（公共交通機関）の医療費控除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おむつ代の医療費控除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手帳取得による自動車税の減免	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自動車取得税の減免	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症高齢者等個人賠償責任保険	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
はいかい高齢者検索システム利用料補助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おむつ券・タクシーチケット・理美容代の支給	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
公営住宅家賃の軽減	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

戻る

次へ

フォームをクリア

Q6. 認知症の人の終末期に向けた意思決定支援について教えてください。

Q6-1. 認知症の人の人生の終末期の意思決定に関して、いつから関与していますか？

- ① かかわり始めた時点から話し合っている
- ② ターニングポイントごとに意思を確認し直している
- ③ 認知症になる前に話し合っておく
- ④ 認知症になって初期のうちから話し合っていく
- ⑤ 個別の状況に拠るので、特に時期を決めずに行っていく
- ⑥ 終末期の意思決定について関与した経験はない
- その他: _____

Q6-2. 認知症の人の終末期の意志決定支援の話し合いをどのように進めていますか？

- ① 認知症の人の意思をできるだけ引き出し聞いている
- ② 家族に認知症の人の考えを聞いてもらっている
- ③ 家族以外の親族の意見も聞くようにしている
- ④ 医師を交えた本人、家族の話し合いの機会をつくる
- ⑤ 中等度・重度認知症になんでも本人の意思を把握するようにしている
- その他: _____

Q6-3. 認知症の人の終末期について何を話し合っていくといいと思いますか？

- ① 人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか（できるだけ自宅で過ごしたい、家族に迷惑のかからない施設で暮らしたいなど）
- ② どこで誰に見守られて死にたいか（自宅・施設で家族や知り合いのスタッフに看取られたい、病院で十分な治療を受けて死にたいなど）
- ③ どんなケアを受けたいか（自分で食べられるうちはできるだけ自分で口から食べたい、できる限りトイレで排泄がしたい、趣味や好みを生活に活かしてほしいなど）
- ④ 人生の終末期に受ける医療について（治療の継続（できる限り十分な治療を受け生きて）、救命救急医療（有事には救急車を呼んでほしい、救命処置を受けたい）、延命医療（救命後人工呼吸器をつけるなど））
- ⑤ 財産・遺産の管理
- その他: _____

Q7-1. 中等度・重度認知症の人の家族への支援で、在宅生活の継続が難しいと思われたが、在宅生活を継続できた事例がありましたか？

- 1. 経験したことがある
- 2. 経験したことはない

Q7-2. 「Q7-1で経験したことがある」と回答された方にお聞きします。それは、どのような事例だったか教えてください。

回答を入力 _____

Q7-3. 「Q7-2」に回答された方にお聞きします。その事例以外にも、認知症の人が在宅生活を継続できた理由として考えられる強みを教えてください。

回答を入力 _____

Q8. 中重度・重度認知症の人と家族への支援をする際にめざしていることについて、教えてください。

回答を入力 _____

Q9. 中等度・重度認知症の人とのかかわりで、嬉しかったこと、悲しかった（残念だった）こと、困ったこと、辛かったことなど、ありましたら教えてください。

回答を入力 _____

Q10. さいごに、中等度・重度認知症の人とご家族へのメッセージがあればお書きください。

回答を入力 _____

■ ■ ■ ■ ■ アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。 ■ ■ ■ ■ ■ 下記の「送信」をクリックしてください。

【事務局使用欄】以下はご記入は不要です。（整理番号）

回答を入力 _____

[戻る](#) [送信](#) [フォームをクリア](#)

老人保健健康等事業 調査研究委員会名簿

	委員名	所属・役職名
委員長	武地一	藤田医科大学医学部認知症高齢診療科教授
委員	伊藤俊彦	認知症本人
	伊藤元子	介護者
	猪俣祥子	秋田大学医学部附属病院・認知症の人と家族の会理事
	江口恭子	秀明大学看護学部老年看護学准教授
	小川敬之	京都橘大学健康科学部作業療法学科教授
	尾之内直美	HEART TO HEART 理事長・認知症の人と家族の会理事
	苅山和生	就労継続支援 B型事業所やっさ工房にしまち施設長
	渋谷幸子	認知症本人
	渋谷美和	総合研究大学院大学文化科学研究科博士後期課程
	杉山孝博	川崎幸クリニック院長・認知症の人と家族の会副代表
オブザーバー	原等子	新潟県立看護大学大学院老年看護学准教授・認知症の人と家族の会理事
	鎌田晴之	真逆工房代表取締役・認知症の人と家族の会理事
	川田恵介	東京大学社会科学研究所准教授
	田部井康夫	認知症の人と家族の会副代表理事・群馬県支部代表

(委員長以外、五十音順)

公益社団法人認知症の人と家族の会 調査・研究専門委員会名簿

	委員名	所属・役職名
委員長	原等子	新潟県立看護大学大学院老年看護学准教授・認知症の人と家族の会理事
委員	猪俣祥子	秋田大学医学部附属病院・認知症の人と家族の会理事
	尾之内直美	HEART TO HEART 理事長・認知症の人と家族の会理事
	杉山孝博	川崎幸クリニック院長・認知症の人と家族の会副代表
作業部会 委員	江口恭子	秀明大学看護学部老年看護学准教授
	小川敬之	京都橘大学健康科学部作業療法学科教授
	苅山和生	就労継続支援 B型事業所やっさ工房にしまち施設長

中等度・重度認知症の人の在宅継続支援に関する調査研究事業報告書

発行日 2023年(令和5年)3月
 編集・発行 公益社団法人 認知症の人と家族の会 代表理事 鈴木森夫
 〒602-8222 京都市上京区晴明町811-3 岡部ビル2F
 TEL 050-5358-6580 FAX 075-205-5104
 メールアドレス office@alzheimer.or.jp
 ホームページ www.alzheimer.or.jp

令和4年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)