

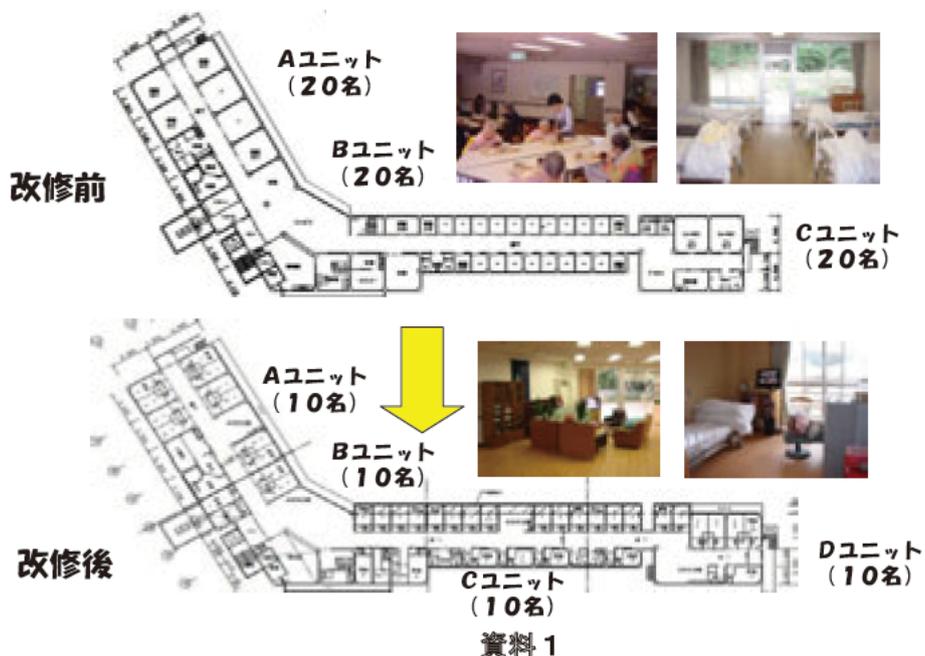
1 はじめに

社会福祉法人青山里会は特別養護老人ホームを昭和49年に三重県で7番目に設置した。当時は「寝たきり老人」のための施設としての位置づけで養護老人ホームに続く高齢者の措置施設として四日市市に設置された。運営主体の社会福祉法人は四日市市内の当法人と連携する医療法人と医療・福祉・介護に関するケア連携をとり、「医療と福祉・介護の連携」を理念として事業推進している。

認知症のケアへの取り組みは昭和56年4月に開設した認知症専用の施設(当時は痴呆性老人専用特別養護老人ホームとしてあらわす表現として「特・特養」とした。)の設置からはじまった。三重県ではちょうど福祉の最適制度のあり方に関する研究が行われ、昭和54年度には研究者の三浦文雄らが認知症のひとつとを専門的に介護できる生活施設の必要性を報告していた。またちょうどその時期に厚生省のスタッフが三重県に出向しておられ県行政の事業の中にこの「特・特養」の必要性を認めて事業化する方針でおられたことが全国で初の認知症専門特養誕生のきっかけでもあった。ただし、この特・特養構想には反対の意見を持つ関係者も少なからずいた。「認知症のひとつばかりを集めるといのは介護対象としてではなく隔離、拘束するためなのか」「姨捨山を作るのか」「認知症の人の介護は手間がかかりすぎてスタッフが大変なおもいをしなければならず、すぐやめていってしまう」などさまざまな偏見や未知の介護機能や形態に対する不安などを中心として全国的に議論されるほどのテーマ性を抱えていた。とりわけ、人権に関する議論は大きく、慎重な検討課題になっていた。今になって振り返れば、障がい形態別のケアの方法論であり、等質集団の生活の安寧効果、更には医学的に疾病のひとつとして認知症対応の模索であっただけのことだと考えることができる。

施設の形態は個室が定員の半数あり、個別処遇と生活の場としての環境を考慮する試みも加えながら設置した。又、ユニットケアの取り組みが近年されるようになり当初の第二小山田特養は完全個室化ユニットの形態がとられている。(資料1)

当時と現在の施設平面図と写真



現在のケアでは医学的なケア、生活を支える福祉的ケア、そして介護ケアなどさまざまな専門性と住民同士の支えあいなど地域財産とも言うべきすべて社会資源の統合的なつながりが大切な要素であることはごくごく当たり前の概念となってきた。地方行政も国も医療・介護・福祉などの機関も、住民や一般の企業などすべての国民が住民一人ひとりのニーズ(生活の困りごとや思いなどの課題)に基づいた個別のケアとケアに必要なチーム形成・ケアのための連携システムを作るネットワーク作業を意識する必要がある。また、認知症の人のさまざまな治療(セラピー)の開発も大変重要な課題である。

30年前のケアに関して言えば、医療機関の認知症専門医はきわめて少なく、認知症に苦しむ人々の治療の多くは睡眠を促す薬物や精神活動や行動を鈍麻させてしまう薬物の処方などが大変多かったといえる。介護現場ではそうした医師の処方に異論を唱える余地は無く、目の前で食しや行動、活動性が急激に衰える人に心を痛めた介護スタッフも少なくなかった。

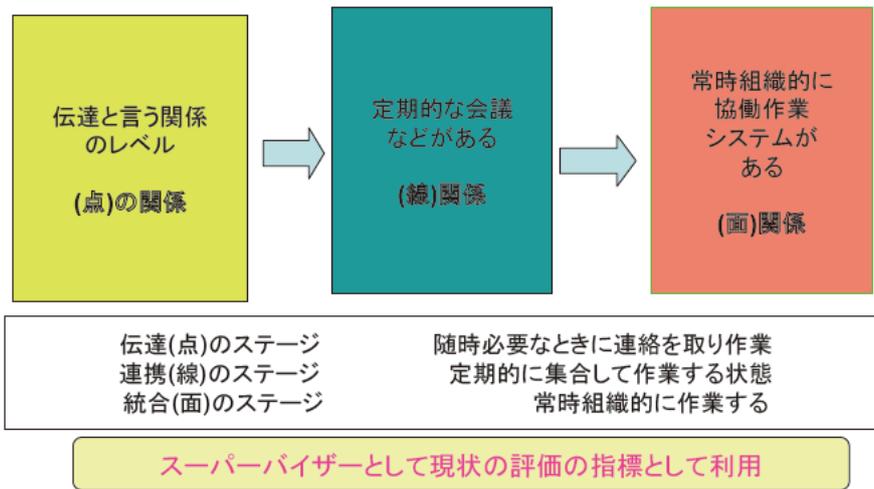
当法人では三つのケアの原則を策定し、全スタッフ共通認識を持って介護に当たった。

ケアの3つの原則

- (1) 「受容」的に接すること
- (2) 「身体的なケア」をまず徹底させること
- (3) その人のニーズの背景をできる限り「科学的に分析」してその人の言動を理解すること

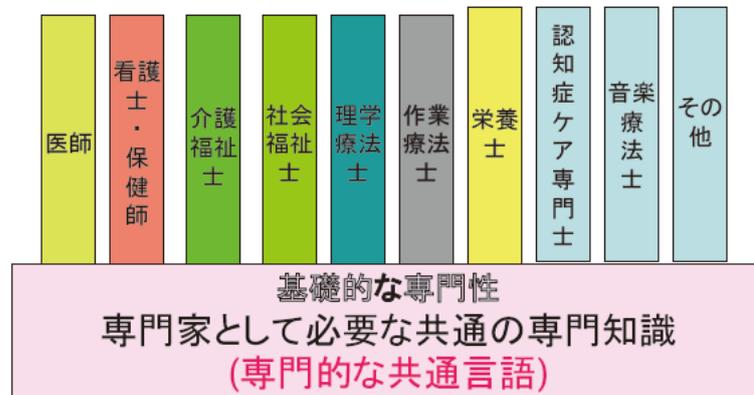
とりわけ、認知症の人に対するケアについては病名や症状をケアするのではなく『人』そのものを大切に『人の尊厳』という視点からケアの原則的な視点を設けている。例えば前述の薬物治療の処方が出ている場合は日常的な言動の記録にメモをいれ、薬物投与開始後の言動の変化を細かく記録し、医師に伝えるという作業を強化した。当然介護スタッフも投与される薬物に関する文献を手に入れ、または「薬のわかる本」といった市販書籍で確認することも日常業務であった。介護士、医師、看護師、ソーシャルワーカー、栄養士などの施設内専門家集団のチームカンファレンスは形だけ集まって行うカンファレンスではなく認知症の人の生活に密着する形のリアルタイムなカンファレンスを基本的なチームケア作業の形としている。チームケアにおける「連携」作業にはいくつかのステージがあると考えている。まず必要なときに電話などでコミュニケーションを取り合おうという約束が交わされている「スポット的なつながり」所謂「点」の連携、定期的な連絡が可能となっている「線の連携」、組織性に基づく連携関係が保たれている「面」の連携などのステージがあるとされる。わたしたちは面の連携イコール「インテグレーション」(統合)ステージの作業が基本的に必要と考えている。組織性の要素には権限、責任、義務、そしてコミュニケーションシステムや共通認識事項が明確化されていることなどが考えられるが、介護現場では日常性の中である程度連携の要素はクリアしてきている。(資料2・3)

チームケアのステージ



資料2

専門家チーム連携のイメージ



資料3

具体的にはクライアントの言動の記録をリアルタイムに誰でもメモできるノート「言動記録ノート」を作成し、必要な情報は共有できるようにしていること。そして、ケア課題がチームカンファレンスを必要とする場合、どのスタッフもカンファレンスの依頼書を出しカンファレンス要請できるシステムを作っていることなどである。

日常的なケアの評価は必要な「処遇効果測定」を行う。効果測定はいつも定期的に行う監査的なものではなく、事業所のケアに関する工夫によるケアメニューの効果測定を中心に行う科学的な研究作業であることが多い。これまでに、認知症ばかりの集団の処遇に関する効果測定や研究活動は「コンタクトパーソンケア」に関するもの、BPSD の対応方法に関する検証と成功事例を元にしたケア作業のまとめ(BPSD のケアの方法の整理)

を三重県内のケア事業所からの事例とアンケートによりまとめたもののほか、初期には家族関係に関するもの、認知症の人の情緒的安定の維持向上に関するもの、などさまざま行ってきた。

2 認知症ケアへの取り組みの具体的内容

「三つの原則」は前段で示したところであるが、更に、ニーズは身体機能状況、心理社会的状況、社会環境等、様々な面から捉える事が必要であることから次に十七項目の具体的なケアの視点を資料に示した。

認知症ケアの視点

- ① 精神科や神経内科、老年科等の専門医と連携して対応
- ② 心理状態や言動を理解し、人格を尊重、その人の年代やペースに合わせる
- ③ 孤独にさせない……孤立化は禁物
- ④ 等賞集団、なじみの場をつくる(情緒的安定の環境の一要素として)
- ⑤ 観察に努め一人一人の行動や反応様式のパターンをつかむ
- ⑥ 共感をもつため、認知症の人の世界へ入り込む
- ⑦ ケアによる治療効果を信じる
- ⑧ 受容的な態度で安心して生活できるようにする(良い点を見出し、良い点で付き合う。蔑視排除、拒否せず、窮地に追い込まない。叱責、矯正しつづけない、感情的にならない)
- ⑨ 本人が関心を持ち、自分で進んでやれるよう働きかける。(適切な刺激を提供する)
- ⑩ 話を聞くだけでも、情緒的安定を得るといった治療的効果が期待できる
- ⑪ 日常生活活動を規則的に促す。(ただし、一度のたくさんのことは無理。繰り返す試みることで効果が期待できる)
- ⑫ 施設の吸引力を高める。(利用者にとって情緒的に安定できる環境を作るなど)
- ⑬ 個別化の必要性を重視し、人間としての尊厳を忘れない
- ⑭ 説得ではなく、納得されるよう根気よく対応し、不安を起こさせないようにする
- ⑮ 寝込ませないように身体的健康維持に注意を払う
- ⑯ 子供言葉を使わないなど、相手を軽んじた態度をとらず、親しみ、思いやりのある態度で対応する
- ⑰ 生活機能は、心身機能のみではなく、社会的な参加や行動、さらにそれらを含む生活意欲に強く関連する個人因子、環境因子などの評価が必要。(とりわけ、好み、望み、精神的痛み、強みなどの個人因子を受容的に理解する事が大切)

資料4

「これら介護の視点に基づく昭和56年度から取り組んできた認知症ケアのプログラムの内容」については、以下のとおりである。

①「等賞集団という社会的環境が良好に作用する」という前提での様々な生活療法的アクティビティプログラム

日常生活はできるだけ規則的に生活活動が継続できるよう様々なレクリエーションを主体としたアクティビティプログラムで「今日は何月何日何曜日、時間は今何時、今日のお天気は、ここはどこで、集まられているのはだれだれさんと言うように、失見当状態から少しでも現実化がはかれるよう(リアリティオリエンテーション)を意識したアクティビティプログラムを工夫するようにした。(資料5)

MT音楽療法



AAT動物介在療法



資料5

②コンタクトパーソン

身体的、心理的、社会的な困りごと(スピリチュアルペインも含む)にリアルタイムで向き合ってくれるスタッフがご利用者の生活エリアにいつも、そして同じ場所にいることで情緒的な安定の確保ができるように「コンタクトパーソン(CP)」と呼ぶ特別な作業をするケアスタッフを設置した。CPは日常生活の中での些細な言動も必要に応じて記録するという事もでき、また、家庭でのお母さんの役割や趣味の活動や、やってみたいことの実現のサポーターないしはファシリテーターの役目も果たした。重要なのはBPSDの背景要因を科学的に分析するための要因探しもできていたことである。CPによる処遇効果測定は3年間にわたり行い日本老年社会学会などでも評価されたケアプログラムである。ただし、この役割を持つスタッフにはかなりの負担(一人で何人もの人々と日常的な会話を交わし、またはご利用者同士のトラブルの対応や時には突然の暴行も受ける様なことがある)もあり、ケアスキルと人間的な忍耐力などが要求される。スタッフの確保・スーパービジョンが大変重要である。しかし、なかなか現場の要望に間に合っていないといった悩みもともに抱えている現状でもある。

3 BPSDの対応方法のまとめ

「認知症の周辺症状」には徘徊・攻撃・暴言・暴力・拒絶・収集…等の行動障害と興奮・幻覚・妄想・せん妄・不安感・鬱状態・不眠等の精神症状が有り、これらの症状は認知症の人に出現し、本人だけではなく介護する側にも大きな苦痛や負担を伴う。これらの症状は、国際的に「BPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia)」=「認知症に伴う行動・心理症状」と総称され、老化現象、心理的・社会的不安、疾患、認知機能の障害による精神的な面での不安定さや介護する側の不適切なケアや環境等が起因するとも言われている。これに対しては、積極的にアプローチし、軽減を図る事が望ましく、性格や生活環境対人関係等により、個々に現れる内容や症状も異なる。したがって「BPSD」にはその人その人に合った適切なケアと環境が大切となる。

介護現場において、認知症の人で介護、接近など対応に困ってしまう言動をとるケアの対象者のことを「問題老人」と呼んだり、その症状を行動障害などといい、現在でも

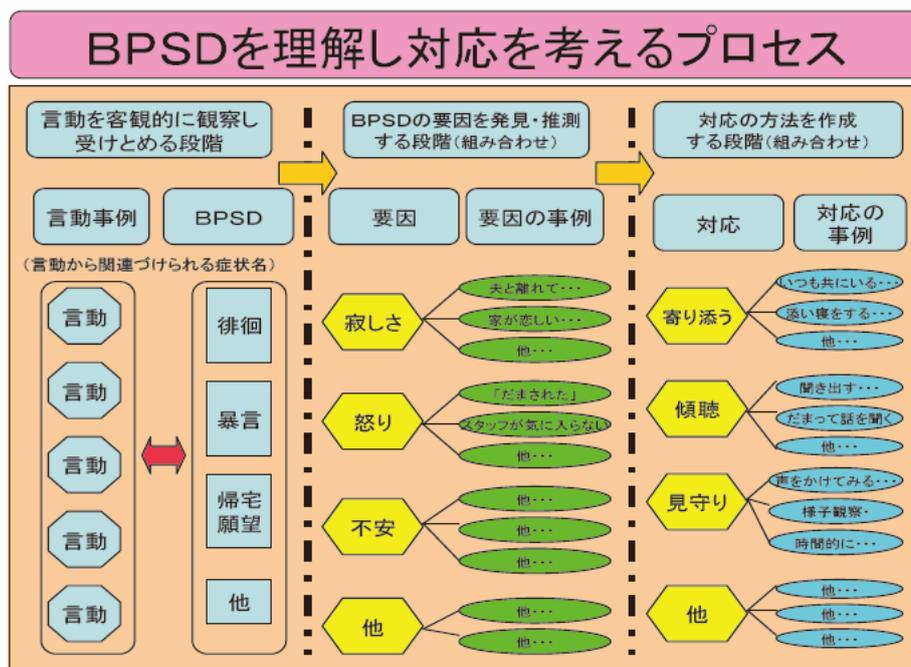
特別なケアが必要な人として特別視している現状もある。

当法人は平成 19 年度に国の機関から研究補助をいただき、三重県内の介護事業所で BPSD の症状改善の図られたケース (成功事例) の分析を行い BPSD 対応の内容と方法の検証などを行った。その結果 BPSD 対応の方法は百人百様であることが示唆されたが、対応のプロセスとしてはある一定のステージを確実に作業することで、このケースの対応方法を模索、工夫していることがわかった。そのプロセスについて次に示した。(資料 6・7)

本研究会では、BPSDを理解・ケアするために必要なプロセスを3つの段階に整理し「BPSDのケアプロセス」をまとめることができました。

- ① 言動を客観的に観察し受け止める段階(受容)
言動に気付いたら、危険や緊急な場合を除きまずそれを否定・制止することなく受け入れる
- ② BPSDの要因を発見・推測する段階
BPSDの背景を探り、言動の意味を推測・分析・理解する
- ③ BPSDに対するケアの方針・方法に関する計画を作成し、実施する段階

資料 6



資料 7

BPSDを理解し、ケアするためには、いくつかの段階を踏みながら支援していく必要がある。そこで、BPSDを理解・ケアするために必要なプロセスを3つの段階に整理し「BPSDのケアプロセス」を考案した。

①言動を客観的に観察し受け止める段階

言動に気付いたら、危険や緊急な場合を除き、まずそれを否定・静止することなく受け入れる段階

②BPSDの要因を発見・推測する段階

BPSDの背景を探り、言動の意味を推測・理解する段階

③対応の方法を作成する段階

BPSDに対するケアの方針・方法に関する計画を作成し、実施する段階である。理解した言動の意味や背景に応じて、ケアの方針や具体的な方法を決め、日常生活の中でそれを実施していく。

以上のように認知症の対応はまだまだ工夫し開発されていく必要が示唆されるが、介護現場においても、医療現場においても確実に進化していることは確かなことである。今後必要とされる課題としては介護、医療、福祉といった専門性が連携し、認知症という疾病に打ち勝ち、又介護のスキルも向上させることが大切なことと考えられる。また、医療、介護、福祉の進化だけを問うのではなく、住民同士が支えあうために認知症の理解を深め、「共助」の仕組みやネットワークをそれぞれの地域で展開する必要があるものとする。