

認知症と地域連携

2. 認知症高齢者の多様な支援と介護支援専門員の役割

A lot of support for with the demenhtia person and role of the caremaneger

鷺見よしみ

要約

介護を必要とする高齢者は、社会情勢の変化に伴い、新たな困難に直面しているが、一般には、医療と介護、複合的な課題を持つ人である。その方々をケアマネジメントは生活の視点から、「利用者のその人らしさの実現」に大きな役割を果たすものである。自立に向けては、利用者が「制度」と責任を持って関わり続ける「専門職」に支えられているという実感を持つことが重要である。また、地域での暮らしを可能にするには、家族、親族、地区住民の関係の変化による地域課題に自分のこととして問題意識をもち、意見を交わし、専門職種が互いに尊重しあう協働関係を確立出来るかどうかが決め手となる。

Key words

要介護認定者、生活支援の視点、利用者本意、ケアマネジメント、自立

(日老医誌 2015 ; 52 : 132-137)

はじめに

認知症高齢者は、2017年の推計値では、認知症高齢者は総数373万人となるが、認知症高齢者の半数以上が、在宅で過ごしている。

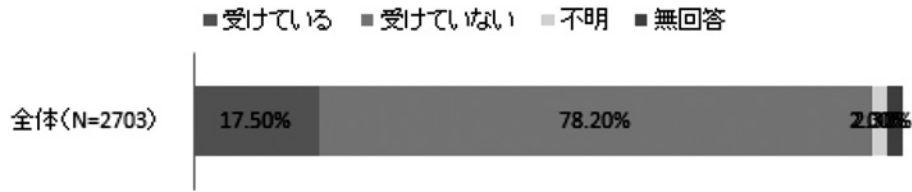
要介護認定者は、一般に医療と介護、または複合的な課題を持つ人々であり、長期の包括的・継続的な介入へシフトして、認知症高齢者の増加に伴う社会保障費用は、増大する。

認知症の支援は、在宅での主治医探しから、服薬管理、適切なケア方法、家族の介護負担の軽減、若年性アルツハイマー病の生活支援や就労、意思決定、権利擁護、多岐に渡る。その特徴は、本人の意思確認やコミュニケーションの困難さ、その方を取り巻く環境に大きく影響を受けるなどという点にある(図1)。

また、住民や民生委員たちの活動ではカバーしきれ

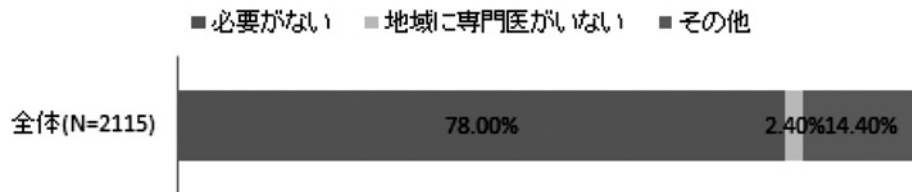
ない部分を受け止め、様々な公的サービスの対象とならない状態でありながらも日常的な家族等のサポートが得られない世帯では、日常生活になにかあった時の不安があり、頼れる人がいないということも少なくない。詐欺事件や孤独死などの深刻な問題の予防も合わせて「見守り」と生活上不可欠な支援には食事や日用品などを調達する「買い物」も重要である。具体的には、リハビリを受けずに退院する人、過剰、過小な治療、残薬や服薬管理を必要とする人、地域の理解不足、事業所のマンパワー不足による不十分な支援、見守り、徘徊に対する要請、金銭トラブル、複数の医療機関への受診、そして生活費の不足等の金銭問題が多い。

認知症のケアマネジメントにおいては、利用者・家族との関係構築が重要である。地域での暮らしは、必要とする支援(サービスの組み合わせ)は、その人のその時点での問題や課題によって異なる。



平成25年度厚生労働省老人保健推進費等補助金
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査
株式会社 三菱総合研究所

図1 認知症専門医の受診状況



平成25年度厚生労働省老人保健推進費等補助金
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査
株式会社 三菱総合研究所

図2 認知症専門医の診断を受けない理由

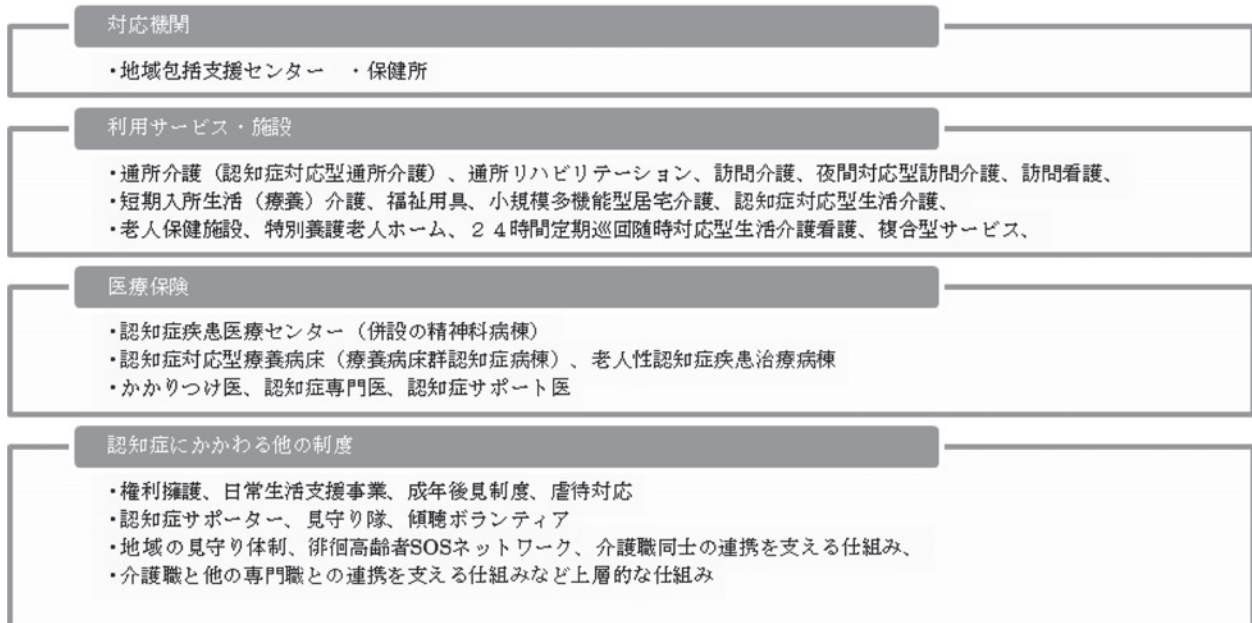
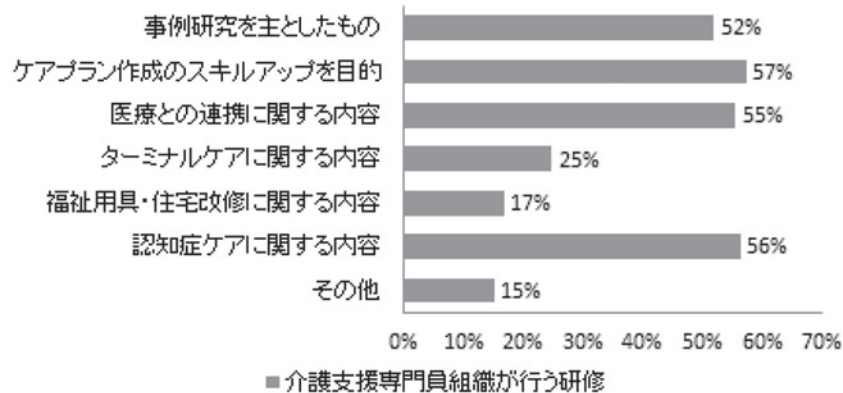


図3 認知症に関する社会資源



平成25年度厚生労働省老人保健推進費等補助金
 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査
 株式会社 三菱総合研究所

図4 参考資料

短期入所生活介護の利用目的

利用者がADL・IADLの維持・改善を目的とした訓練等をうけるために、短期入所生活介護を利用している割合も8.8%ある。

利用者の利用目的	件数	%	利用者の利用目的	件数	%
(1)介護者、家族の心身の負担軽減のため	7,253	80.3	(20)利用者の認知症への対応	2,047	22.7
(2)介護者、家族の疲弊に伴う利用者の状態像悪化を防ぐため	2,733	30.2	(21)利用者の精神疾患症状への対応	528	5.8
(3)介護者、家族の冠婚葬祭、旅行等のため	993	11.0	(22)在宅での対応は難しいものの入院は必要ないレベルの利用者の体調悪化に対応するため	749	8.3
(4)介護者、家族の急病のため	409	4.5	(23)在宅での対応は難しいものの入院・入所は必要ないレベルの利用者の機能・ADLの低下に対応するため	1,022	11.3
(5)病院等や介護保険施設から退院・退所した利用者に医療的ケアを提供するため	212	2.3	(24)利用者への虐待やネグレクトへの対応	164	1.8
(6)病院等や介護保険施設から退院・退所した利用者の機能・ADL・体力等の回復を図るため	470	5.2	(25)夜間の見守りのため	1,653	18.3
(7)病院等や介護保険施設から退院・退所した利用者の在宅生活復帰の可能性を評価するため	120	1.3	(26)利用者が閉じこもり状態となることを防止するため	1,366	15.1
(8)病院等や介護保険施設から退院・退所した利用者の在宅生活準備のため	146	1.6	(27)短期入所生活介護事業所若しくはその併設事業所が行うイベント等に参加するため	163	1.8
(9)利用者の生活パターンの把握(介護支援専門員のアセスメントの補足)のため	207	2.3	(28)友人とともに宿泊したいなど利用者本人が短期入所を利用することを希望するため	165	1.8
(10)利用者がADL・IADLの維持・改善を目的とした訓練等を受けるため	793	8.8	(29)(独居等の方が)誕生日など特別な日を独りで過ごしたくないとの意向をかなえるため	27	0.3
(11)利用者が身体機能の維持・改善を目的とするリハビリテーションを受けるため	482	5.3	(30)上記(27)～(29)以外の理由による利用者本人の希望をかなえるため	161	1.8
(12)利用者のリハビリテーション上の定期的評価を行うため	113	1.3	(31)上記には該当しないものの利用者のADL・IADLの維持・改善のため	1,049	11.6
(13)生活のリズムをつくる(取り戻す)ため	1,708	18.9	(32)施設の入所待ち	1,325	14.7
(14)アルコール依存症の方のアルコール断ち	34	0.4	(33)介護施設や居住系サービスの代用として	349	3.9
(15)食事療法の指導のため(低栄養の改善・過食に対する指導など)	206	2.3	(34)施設入所に向けた体験入所	164	1.8
(16)合併症・併発症の定期的なコントロールを行うため	86	1.0	(35)事業所から利用を働きかけたため	65	0.7
(17)熱中症対策等夏場の生活環境の悪化に対応するため	735	8.1	(36)その他	298	3.3
(18)特別な悪天候(台風等)に対応するため	84	0.9	無回答	90	1.0
(19)家族介護者に対して介護方法の指導を行うため	104	1.2	合計	9,037	-

【出典】平成26年度老人保健健康増進等事業「短期入所生活介護におけるレスパイトケアのあり方及び在宅生活の継続に資するサービス提供の在り方に関する調査研究事業(中間集計値)」(日本介護支援専門員協会)

図5 参考資料

意思の尊重

本人の意思を尊重することが必要である。必要な支援継続する時には、最終的な意思決定をする前には、医療職と福祉職は、今までの認識を越え、さまざまな可能性と選択肢を含めた支援を考え、その方の人生は本人の意思で形成される支援が望まれる。必要性と本人のサポートが重要である。その説明は、理解できる言葉と方法を用いて、本人の選択の自由が保証されなければならない。

食の支援を検討する中で、胃ろうは、本人も家族も望んでいない場合など丁寧な検討が必要にも関わらず進めることもある。診療や治療を開始しても本人が中止する自由もあり、その理由が問われる必要もない。本人はいかなる措置もはじめからあるいは途中から拒否しても倫理的・法的には問題のない。

一方、認知症の方が食べなくなって経鼻栄養や胃ろうを選択しない場合には、その対応に工夫がある。例えば、好きなものは食べるがそうでないものは吐き出したり、食べる時と食べない時があったりする。口腔ケアや嚥下訓練を尽くしても食べなくなるのは全身状態の衰弱も考えられ、無理な栄養補給を施しても改善しない。摂取できる範囲で形態や水分の取り方を工夫などで少しずつ試みるなどこういった状態では心理的・情緒的なケアの方が有効な時もある。このように明確な判断が難しい場合、事前指示もエンディングノートも人の意思の尊重と無条件に指示に従うという事の問題との両側面に配慮が必要であるが、残される家族への負担を軽くする、家族への想いを伝えるという大きな意味がある。

認知症高齢者の生活の理解

日常生活における困難さの現れ方やリスクについて状況を把握する場合は、BPSDにとらわれ過ぎないようにする必要がある。特に情報収集時に見落としがちな認知症高齢者の「活動」と「参加」への影響は、利用者視点と家族視点の相違や主介護者とキーパーソンの相違があるので、生活上の困難さを引き起こしている原因を探り、一つ一つ解決する地道な作業が必須と

なる。

当事者が、何もしない（させてもらえない）孤独である状態はとても傷つくということが示されている。実際に見聞された生活をしているかに見えるが、本人たちは、「ここにも仕方がない」「さみしい」「自分のしていることが、回りにとっては、違っているように思えるのであえて何もしない」など話す。また、突然、起こる出来事に戸惑う介護者や暴言・暴力等に悩まされることになる。このような状況に対して認知症の人にとって何が一番重要なことであるか、認知症の人とともに生きる上で生活をよくしてためたものはなんであるかを明らかにする。どのような対応やサービスの在り方が適切なのかを検討する。「ええられている実感とはなにか？」家族を含む当事者へのモニタリングをしっかりと行うことで、家族や介護者などによる日々の観察から必要な情報が得られることから、ケアチームによる「アセスメント」が重要となる。

BPSDを起こす原因背景を把握分析しその課題を解決するために必要なケアをコーディネートすることが基本となる。BPSDを分析する際に活用できるツールとしては、センター方式、紐解きシートなどがあり、認知症アセスメントとしては、認知症総合アセスメント(DASC)、日本作業療法士会版認知症アセスメントもある。

一般に認知症の早期診断があれば、おこなわれれば病気の進行を遅らせるためにより多くの処置や対応が可能となるし、結果として、本人家族にとって、将来の医療の必要性やケアにかかる負担について計画できる時間を生む。しかし、この診断による精神的な負担、落ち込みも生じる。また、本人または家族がその兆候に気づいても緊急性を感じていないことや現実を認識の薄さや否定する現実がある。特に認知症高齢者のケアは時間と手間がかかり、介護者は、日中十分な時間を取れなく、社会活動の制限を感じている。受診そのものに対する負担や専門医の診断までに多数の医療機関の受診を重ねるなどアクセスの課題もある。

地域資源とマネジメント

家族機能の衰退などによるサポート体制の脆弱化に

対応するためには、専門家でなければ対応できないこと、専門職ではないが学習すれば対応できること、専門職でなければならぬことを整理することとそれらを地域でどう振り分けるのかをコーディネートする必要がある、事業を担う多職種間の短所、長所を補うしくみが必要となる。行政職であれば専門職のサポート、専門職であればその裁量をどこまで持たせられるかなどである。専門職の働き方も重要となる。包括的なサービスの長所は、専門的な見地からの意見と実践、その上で制度や仕組み間の隙間に対し専門職にこだわらず拘る姿勢と実行力が発揮出来ることにある。また、介護サービス従事者の徹底した認知症ケアの理解、介護従事者の質の向上(誇り)、医療系サービスの充足(量)と質、地域によるサービス種類や機能ごとの充足度の違い、選択できるサービスの質の高さとその周知、サービスの使いやすさ、サービスの即応性や柔軟性、提供時間、エンディングなどと利用者の認識・知識の課題があるが、サービス利用のしやすさと一貫したサポート体制が今後の地域での生活にはかせない。今後、介護支援専門員が要介護者支援に必要なネットワーク化を図ることは、ケアマネジメントを進める上で必要となり、個別のケースから地域への橋渡しという役割を担う。地域での障壁を小さくし、大きな連携へ発展させることが必要で「地域ケア会議」は重要な役割を持つ。

なお、ケアマネジメントの全過程を通じて、利用者の個人情報には特別な配慮を要する。ケアマネジメントでは、各種専門職によるチームアプローチは必要とされるが、その情報の共有が前提となる。また、専門職の他、民生員、障害者相談員、ボランティア等の支援を活用していくこともある。その際、利用者家族のプライバシー保護が重要になる。

介護支援専門員の役割

ケアマネジメントの目標は、対象者理解を深めることであり、その過程は、ともに歩むことである。このことができて、利用者との信頼関係が生まれ利用者の不安は軽減され、希望を持って日々の生活を見つめることができるのである。その理念は、サービス利用者

やその家族が望んでいる暮らし、生活を実現するための「支援」をマネジメントするものである。そのためには、利用者主体性、自立性、選択性を尊重し、ケアマネジメントのすべての過程において、利用者(および家族)の意向を十分に生かした上で支援することとしている。この意味において、高齢者を対象とするケアマネジメントは、専門家主導ではなく、利用者全体の生活の視点からでなければならない。

「支援」が適切に行われるためには、利用者が、何の目的で、介護サービスを利用するかを十分に理解することなく、サービスを受けている状況から変えて行く必要がある。利用者が、現状を理解するには、病気や制度の丁寧な説明以外にサービス担当者会議・地域ケア会議、カンファレンスに参加して、その会議が十分に機能を発揮し、支援や効果を実感することが重要である。サービス事業所からの報告を連動させ居宅サービス計画書と個別サービス計画は、個性がしっかりと表されているものとしていくことが求められる。また、家族単位になると多様な課題が出現するので、単なる多職種協働、互助的な見守りの段階では、家族も含め在宅生活の継続は難しい。従って、介護者の社会活動の制限感の軽減など介護者の生活を含めた支援と高齢者本人の潜在能力を伸ばす、当事者自身が担い手となることを支援することは、本人の尊厳を守り、自立を促進することにつながる。今後は、「自助」への取り組みの推進にむけた検討が必要である。

介護支援専門の利用者家族からの満足度は、7割を越える評価であり、期待度も8割を越えている。そこには、介護支援専門員が対人援助職として、利用者やその家族の人生に寄り添いながら、生活そのものを支援していくということが評価されない環境的な制約があってもケアマネジャーとして介護支援専門員の業務を行ってきたことで既に社会的なインフラとなっていることとケアプランを利用者や家族を含めた担当者が合議で作成していくという文化を作ってきたことは意味がある。

ケアの実践者と介護支援専門員との関わりは深く、現場において大事なものは、信頼関係の下での多職種協働の土壌が適切にできているか等の課題がある。生活の責任の主体は、患者や利用者であり、その役割が果

たせるような支援は、専門職だけで取り組むものではない。治療や支援のプロセスからの情報をもとに、利用者を中心に「何がその人らしい生き方」なのかを共有し、相互に治療方針・支援の在り方を考えることや互いの専門領域を生かし、有機的にかかわるための努力を惜しまないことが重要である。効率や実効性ばかりに重点を置くと利用者本人はチームの一員としての実感が薄くなり、チームの一員としての役割を果たそうとしなくなる。慣れた関係の中で慣れた方法による「連携」から踏み出し、他領域の他職種のことを知り、連携やチームの技術を学ぶことがなければ利用者中心のサービスは実現しないことを認識すべきである。

認知症に関わる社会資源

認知症の進行に伴いそのときどきの様々な意思や一身上の事柄を理解して補佐してくれる人がいなければ、本人の満足のいく援助を円滑に利用できなくなる恐れがある。そのための出費や収入が善良に管理されることは必要である。また、在宅生活を組み立てるには、下記の視点が重要である。

- (1) 疾病による喪失や増減を理解する
- (2) 家族や周囲との関係を観る
- (3) 役割の変化に伴う葛藤を知る。
- (4) 人間関係の変化を観る。
- (5) 新たな人間関係の発生と生活の広がり
- (6) 介護負担感と本人

理解を深める問題

問題 1

居宅支援事業について誤っているものはどれか、2つ選べ。

- a 課題分析時には、必ず自宅へいかなければならない。
- b 介護支援専門員は、ケアプラン原案を説明し、本人、家族から同意を得る。
- c 居宅支援サービスで、住宅改修と福祉用具を購入した、居宅介護支援費は請求できない。
- d 入院時情報提供加算算定に関する必要な情報とは、当該利用者の心身の状況（例えば疾患・病歴認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）及びサービスの利用状況を指し、7日以内に提供する。
- e 緊急時居宅カンファレンス加算とは、病院、主治医の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスをおこない、サービス利用の調整を行った場合に利用者あたり、月1回算定できる。

問題 2

認知症対応型共同生活介護について正しいものはどれか、2つ選べ。

- a 認知症の人の要介護認定調査は、家族、ケアスタッフから状況を把握するだけで良い。
- b グループホーム入居者は、要介護1以上の人である。
- c グループホームでは訪問看護や福祉用具貸与などは利用できない。
- d 認知症対応型共同生活介護と特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護は、限度基準額の対象とならない。
- e 地域密着型サービスとは、小規模多機能型居宅介護、小規模通所介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護をいう。