

# 認知症の人の在宅生活を支えるためにケアマネジャーの役割りと精神科医療の支援について

日本介護支援専門員協会  
常任理事 助川未枝保

# 介護支援専門員の役割

- 介護支援専門員は、介護保険制度の介護サービスのコーディネートや給付管理を行う役割で、「要」と言われる職種である。
- 認知症の利用者の在宅介護の継続のためには、医療と介護の連携や地域の社会資源の導入が必要であるが、現状は多くの課題を抱えている。

## アセスメントの工夫

- アルツハイマー型認知症の利用者は、取り繕うことなど、ケアマネジャーの質問になかなか答えないので、ヘルパーやデイサービスの職員等、チームワークで情報を収集している。
- 得意な話を聞き取り、その人の生活歴の中で、輝いていた時代を知る。混乱したときに、本人が楽しい時代の話をして安心感を持ってもらう。
- 本人の好みやこだわりを知り、混乱しないようなケアの提供に気を付ける。

## B - 2 暮らしの情報 (私の生活史シート)

私はこんな暮らしをしてきました。  
暮らしの歴史の中から、私が安心して生き生きと暮らす手がかりを見つけてください。

B-2 暮らしの情報(私の生活史シート) 名前 松尾 タニ 記入日: 2004 年 12 月 10 日 / 記入者 松尾 タニ

私はこんな暮らしをしてきました。暮らしの歴史の中から、私が安心して生き生きと暮らす手がかりを見つけてください。  
※わかる範囲で読み交わってきた経過(現在一過生)を書き加えよう。認知症になった頃に点線(---)を引いてください。

私の生活歴(必要に応じて別紙に記入してください)

年月	歳	暮らしの場所 (地名、島の漢字、病院や施設名など)	一緒に暮らしていた 主な人	私の 呼び方	その頃の暮らし・出来事	私の願いや 支障してほしいこと ●私が書いたこと △家族が書いたこと ○ケア者が書いたこと ケアのヒントやアイデア
現在 2004	94	自宅 1病院	長男夫婦 ↑	お孫ちゃん 松尾さん	ひ孫2人、目誕生 脳梗塞発症	
1992	82	自宅	↑	お孫ちゃん	物忘れが目立つ	
1980	70		長男夫婦	↑	Kさんと日本各地を旅行 孫あいつについて結婚 隠居生活となる	
1971	61	自宅を離れビル にし長男夫婦と 同居	長男夫婦 孫2人	お孫ちゃん		●みえは？さちは？ △いつも孫の帰りを 見に付けていた
1970	60		独居 夫	お母さん	夫心筋梗塞で急死 長男結婚、孫みえ誕生	
1967	57					
1958	48		夫		長男、二男あいつについて独立	
1947	37		夫、長男、二男		夫が無事帰還する、戦後 の辛い時期であった 内職で夜なべの日々	●働いたさー △本当に働き者で、 夜なべが自慢
1946	36	東京都〇〇				
1942	32		長男、二男		戦争で夫は、中国へ 子どもたちは千葉の貧民 に疎送する	
1938	28		夫、長男、二男			
1935	25				二男出産	
1933	23	東京都〇〇	夫、長男 夫(会社勤務)	お母さん	長男出産・専業主婦 結婚後転勤で上京	●よくやすめ △子ら思いの母親 ●きれいだよ ○生まれ故郷の海 の音が好き ○好きなお菓子をケ ア時にすると機 やか ○本人から結婚が みられることも ふえてきた
1929	19	千葉県1町	夫		高等女学校を卒業と同時に結婚 専業主婦で可愛がられて育つ 海でいつ町で生まれる	
1910	出生	千葉県1町	祖父母、両親、 姉1人、兄3	不明		

私がしてきた仕事や得意な事など  
食のこと、子どものこと、家事全般、は好きであった  
内職の和裁が得意であり、自慢  
友人との旅行や思い出話が楽しみである

私の好む話、好まない話  
(好むこと)  
食家の海は綺麗だ、私の母は優しい人であった  
昔は海でよく遊んだ、綺麗な貝殻が沢山あった  
孫の話  
(好まないこと)  
トーマン(夫)の死んだ頃のこと

1日の過ごし方  
長年おこなっていた  
(いつ頃 入院前)

時間	内容
4時	起床 庭の水やり
7時	起床 庭の水やり
8時	起床 庭の水やり
10時	自宅でテレビ等
12時	朝食 散歩
13時	散歩
14時	近所の友人といっ たりきたり
17時	近所の買い物
18時	夕食
19時	息子との会話
21時	自宅でテレビ 入浴後就寝
22時	

現在の過ごし方  
市1人のときは  
グループ

時間	内容
4時	起床
7時	起床 庭の水やり
8時	起床 庭の水やり
9時	自覚的 庭の手入れ
10時	ヘルパー出動
11時	散歩 散歩
12時	朝食 散歩
13時	散歩
14時	近所の友人といっ たりきたり
15時	近所の友人といっ たりきたり
16時	近所の友人といっ たりきたり
17時	近所の友人といっ たりきたり
18時	近所の友人といっ たりきたり
19時	近所の友人といっ たりきたり
20時	近所の友人といっ たりきたり
21時	近所の友人といっ たりきたり
22時	近所の友人といっ たりきたり

△日中うつらうつら  
ますますぼける  
のでは？  
△この時間が一番  
幸福  
△何か不安で仕  
方がない  
○家族大変



# B - 3 暮らしの情報 (私の暮らし方シート)

私なりに築いてきた  
なじみの暮らし方  
があります。なじみ  
の暮らしを継続でき  
るように支援してく  
ださい。

B-3 暮らしの情報(私の暮らし方シート) 名前 松尾 タエ 記入日: 2004 年 12 月 10 日 / 記入者 原 田

○私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。なじみの暮らしを継続できるように支援してください。

暮らしの様子	私が長年なじんだ習慣や好み	私の現在の状態・状況	私の願いや 支援してほしいこと ●私が買ったこと △家族が買ったこと ○ケア者が買ったこと、 ケアのヒントやアイデア
毎日の習慣となっていること	隠居してからは、近所に出かけたり友人たちと温泉旅行に出かけたり、絵画を鑑賞したり気ままな生活であった 毎朝夕、庭木の水やり	車いすに座ったとき足を眺める	○移動移動時不穏を誘発してしまうことが多い △座って、外を見たり外にも出たいが移すとき痛がって大変 ○本人の痛がらない工夫を皆で共有必要
食事の習慣	日中何度もお茶を飲む、和菓子、果物、ミルクコーヒーが好き		○お茶の時間つくりたい
飲酒・喫煙の習慣	息子の晩しゃくに付き合う	息子の晩しゃくを見ている	△晩しゃく相手をしがっている
排泄の習慣・トイレ様式	自室の隣の洋式トイレを使用 毎日排便	膀胱留置カテーテル使用・常時オムツ着用	○排便時、もっと気持ちよく
お風呂・みだしなみ (湯の温度、歯磨き、ひげそり、髪をとかすなど)	綺麗好き・入浴は毎日・熱目が好き お洒落である 月1パーマ	入浴は訪問入浴を週1回ヘルパーが毎日清拭 かず子さんが髪カット	△髪を持たせれば少しだけ髪をとかすことが出来る ○入浴時間を楽しく
おしゃれ・色の好み・履き物	和服で過ごすことが多く、派手な物は好まない	終日パジャマで過ごす ピンク色を好む	△この頃派手な色を好む ○おしゃれがしたいのでは?
好きな音楽・テレビ・ラジオ	若い頃は掃除をしながら当時の流行歌を歌っていた	CD流すと穏やか	○童謡・昔の歌と一緒に歌うときがある
家事 (洗濯、掃除、買い物、料理、食事のしたく)	家事全般は好きであった、息子と同居してからも好んで手伝っていた	今は何もできない、全て長男の妻	△晩しゃく相手を ○本人の大切な役割に
興味・関心・遊びなど	友人との旅行、親しい友達との会話、絵画鑑賞	生家(千葉)の話を好んでする、昔の歌謡曲をロずさむことがある	△生家のある千葉の海が見たいと思っているらしい
なじみのものや道具	結婚の時もってきた軍笛、手鏡 アルバム	現在の部屋に置いてある さわり心地のいいピンクの膝かけ	○アルバムの写真、もっとみんなと活かす工夫を
得意な事／苦手な事	家事仕事・和裁／初めての人の会話	なじみのないケア者に困る	○かわるスタッフ多く、交替があるので、なじみの関係づくりの徹底を
性格・特徴など	温和で控えめ・子煩悩	急に変わることがある、穏やかな笑顔と攻撃的な言動が交錯する	○突然変わるとき、何かきっかけがあるらしい △本人が急に変わるとき、この頃なんとなくなる
信仰について	仏教(浄土真宗) 仏壇に水をあげる		△車いすを仏壇わきに置くと、じーっと見ている
私の健康法 (例: 乾布摩擦など)	朝の散歩 果物を沢山食べる		
その他			

# D - 1 焦点情報 (私ができること・私の できないことシート)

私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。  
できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための管理をしっかりと行ってください。

## D-1 焦点情報(私ができること・私ができないことシート) 名前松尾タエ 記入日: 2004年12月 10日/記入者 原田

○私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。

○できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための管理をしっかりと行ってください。

※今、私がしている、していないを把握するだけでなく、できる可能性があるか、もうできないのかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。

※漠然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

暮らしの場面	私がしていること		私がしていないこと		私の具体的な 営動や場面	できるために必要な支援、 できないことへの代行、 安全や健康のための管理	私ができるように 支援してほしいこと ●私が買ったこと △家族が買ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア
	常時して いる(自立)	場合によっ てしている	場合によっ てはできそう	もうできない			
	できる(可能性)						
起きる			✓		右手でつかも うとする	今は全介助	○何かをつかみながっている } 自分で 体を動か したい
移動・移乗			✓			今は全介助	○何かをつかみながっている }
寝床の片づけなど				✓	全介助		
整容 (洗顔や髪型など)			✓		ヘアブラシ を持つと一軒 髪をとかせる	なじみの手鏡を利用し できるところをゆっく り行う	○なじみの手鏡で見えもらう
着替え (寝巻き→洋服)			✓		全介助	全介助	●イヤ ○無理やりしないで優しく合図に誘導する ○ゆっくり着るペースで、そでに手を 通す声かけを
食事準備 (献立づくり・調理・配膳等)				✓	食に関心を示す	全介助	○食べたいものを聞いてみよう
食事			✓		経管栄養	全介助	△菓物のジュース、大好きなミルク コーヒーを飲ませたい
食事の片づけ				✓	経管栄養		
服薬				✓	経管栄養		
排泄			✓		留置カテーテル 常時オムツ使用	使いきむ 声かけ	○使っていないときは声かけ大切
掃除・ゴミ出し				✓			
洗濯 (洗い→たたみ)				✓	していない		
買い物 (支払いも含む)				✓	リクライニング 車いすがやっ とである		
金銭管理 (貯金の管理、手持ち現 金の管理、通帳の管理 ・出し入れ、計画的に使 えるか)				✓	していない		
該手続き (書類の記入・保管・提出等)				✓	していない		
電話をかける・受ける				✓	していない		
入浴の準備				✓	熱目ときい 顔になる	全介助	○入浴時、湯温が適切か聞くように しよう
入浴時の着脱			✓				○着替えと同
入浴			✓		右手を動かす	訪問入浴にて全介助	△右手にタオルを ○右手を動かして姿勢保持やタオル でぬぐうなどを
寝る前の準備 (歯磨、寝床の準備)			✓			長男の妻が全介助	○ブラシが持てるのでできる可能性 がある △長男の妻が可能ななら持たせてみよう
就寝				✓	長男の妻が全介 助		
人への気づかい		✓			息子には優しい 息子の世話をし たい様子	できるだけ息子と接する 機会をつくっている	○長男の妻への相談は、気づかいの現 れでもあるのでは?
その他							△刺き手のグローブを所す時間をつ くってもらいたい

暮らしの場面	私がしていること		私がしていないこと		私の具体的な言動や場面	できるために必要な支援	●私の言葉 △家族の言葉 ○ケア者の
	常時している	場合によってしている	場合によってできそう	もうできない			
	できる可能性						
食事	✓				箸を使い自立		
排泄		✓			トイレを探す	下着の上げ下げの手伝い	
入浴		✓			手が背中まで届かない	洗髪と背中を手伝う	●手が動かない
掃除			✓		机の上の小物は片づける	机の上は自分でやってもら	○片づけ好きらしい
				✓			

潜在能力を生かす！  
できるように環境を整える

できていることは低下させない

介助の量はできるだけ少なく、自立支援の方向で

もうできないことは、そっと支援する

## これまでのB P S Dへの対応

- 激しいB P S Dが出現したときに、再度アセスメントして原因を検討することなく、すぐに薬物治療に頼ってしまうことである。
- ケアが合わないことが原因かもしれないのに、ケアの見直しをすることがなく、薬物治療に頼ってしまうと、根本的な解決に繋がらない。
- 家族の介護負担の軽減が必要であるが、家族から介護の場面を取り上げる方向を提示することが多い。施設入所等



# B P S Dへの対応方法

- B P S Dの原因や背景を探す。また、その原因が本人にどのような影響を及ぼしたのか、検討する。
- B P S Dへの対応方法をチームで検討し、統一したケアを行えるように、カンファレンスを開く。
- 特に、本人の生活スタイルや生活における価値観を共有しながら対応方法を決定する。「尊厳の保持」

# ケアマネから介護サービス事業者へ

- 本人の好みやこだわりなどを知らないでケアして、混乱しないように情報を事前に共有する。
- 本人のペースに合わせた会話の仕方にする。話題は何が一番好きか伝える。
- できること、できないことを明確に伝え、本人の能力を低下させないようにする。

# 精神科医療の支援

- 精神症状で本人が辛いような状態の時に、治療が必要だと思う。

例) 抑うつ状態：自分ができなくなっているのに気が付いていると、食事もとらなくなる。

例) いらいらとして興奮しやすい状態、気分が非常に変わりやすい。

例) 被毒妄想など

# 精神科医療に求めること

- 家族、及びケアマネジャー・介護職に、認知症の人の精神症状を正しく理解してもらうために身近な存在になってほしい。
- 投薬に関して、その効果と副作用を説明して、服薬後の家庭での様子を家族や介護職がきちんと報告できるように指導してほしい。
- 生活環境が変わると、それだけでリロケーションダメージになるので、できるだけ通院治療にしてほしい。





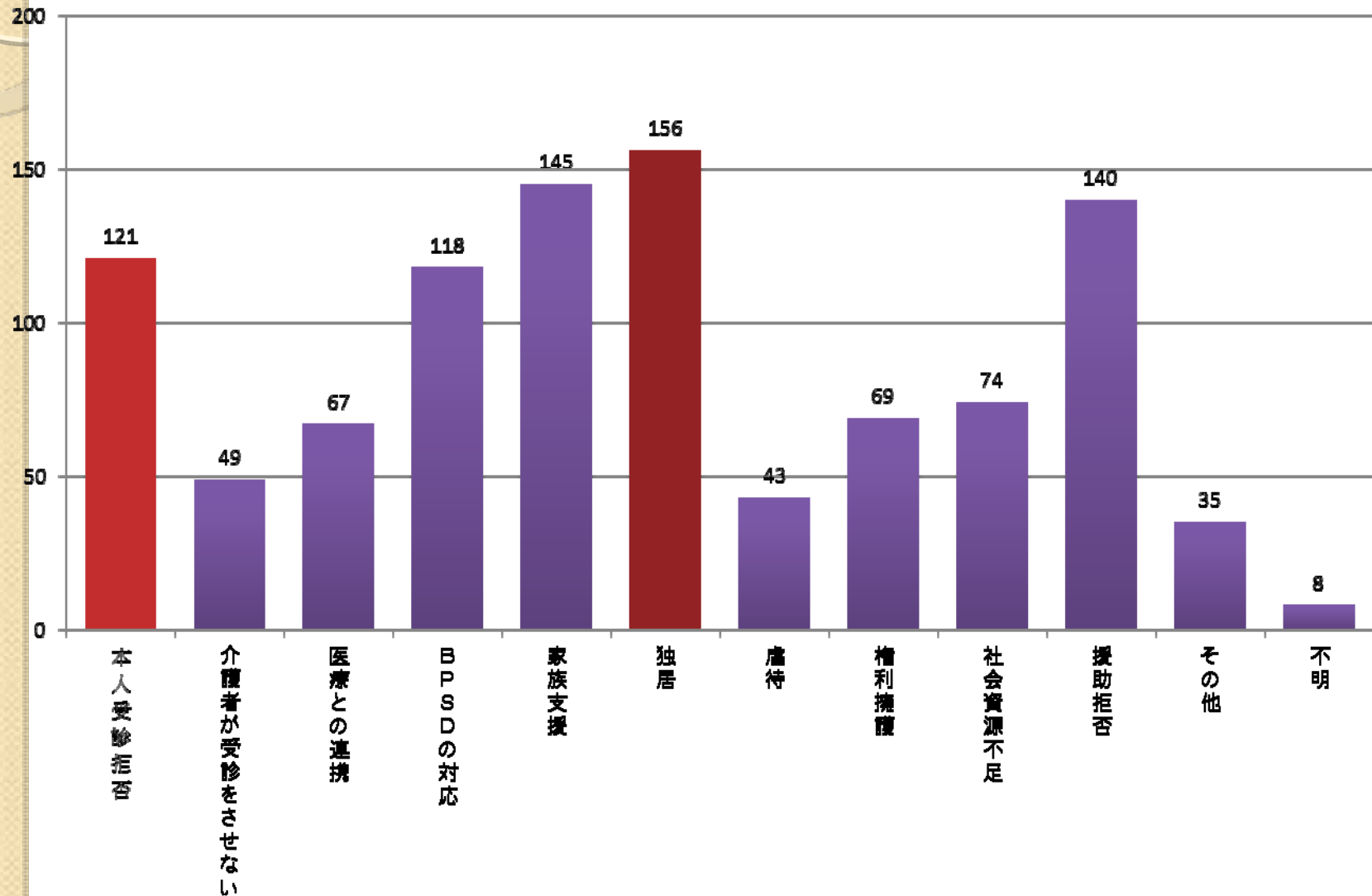
## 參考資料

# 目的

- 認知症の人を地域で暮らし続けるためには、介護保険サービスや地域の力をコーディネートして支援していく必要がある。
- しかし、介護支援専門員の実態からは認知症を有する利用者の支援が難しいという声を多く得ている。
- そのため、主任介護支援専門員は困難性を感じている介護支援専門員にスーパーバイズしたり、また、認知症の人の特徴を理解してもらいながら支援する方法を個別に援助してきた。
- 今回、主任介護支援専門員に現状と課題を把握するためにアンケート調査を行ったので、その結果を報告する。

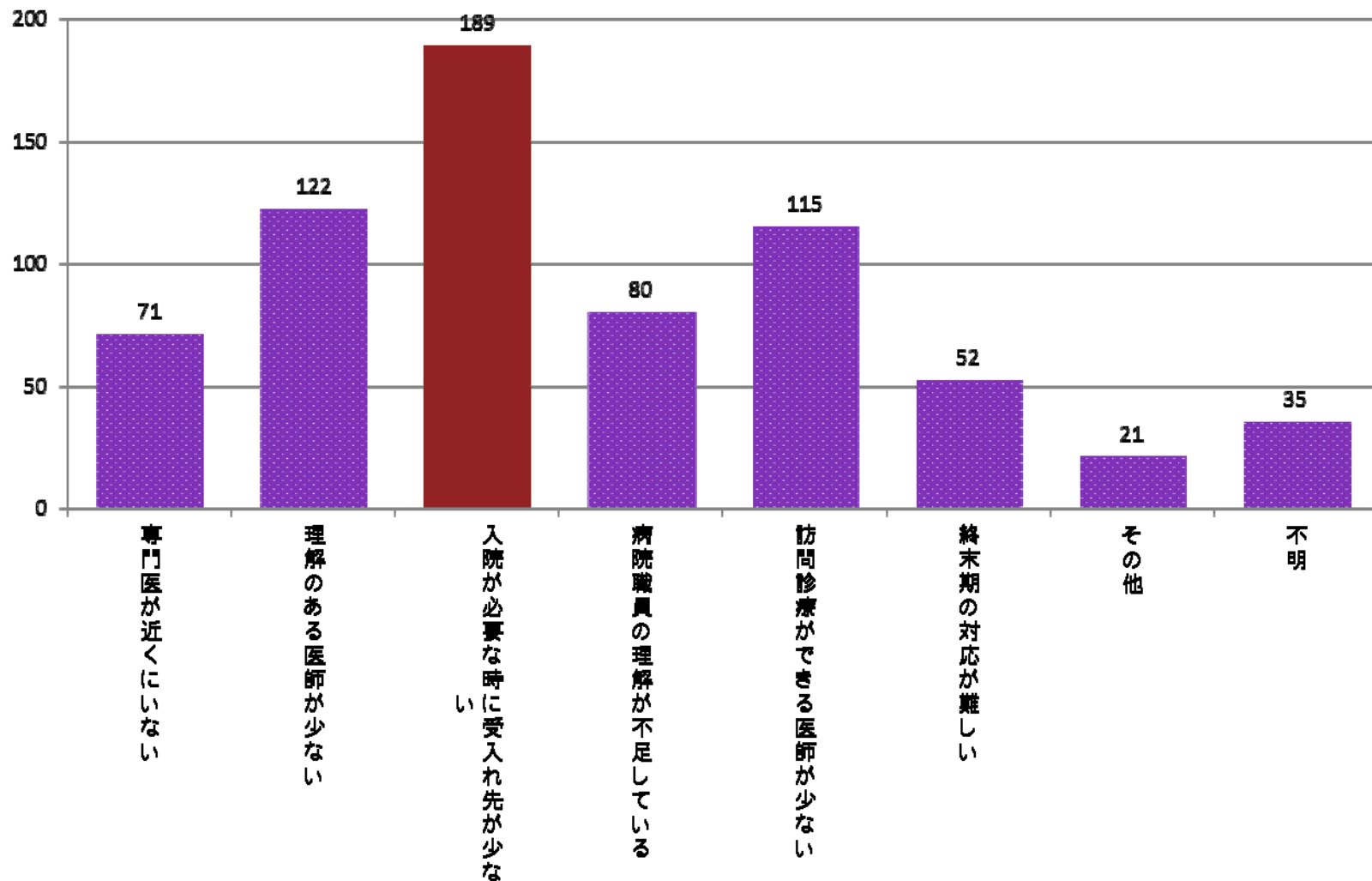
# ケアマネジャーが困っていること

認知症で独居のケースが一番多い。次が家族支援、援助拒否、**受信拒否**となっている。



## 医療との関係で困っていること

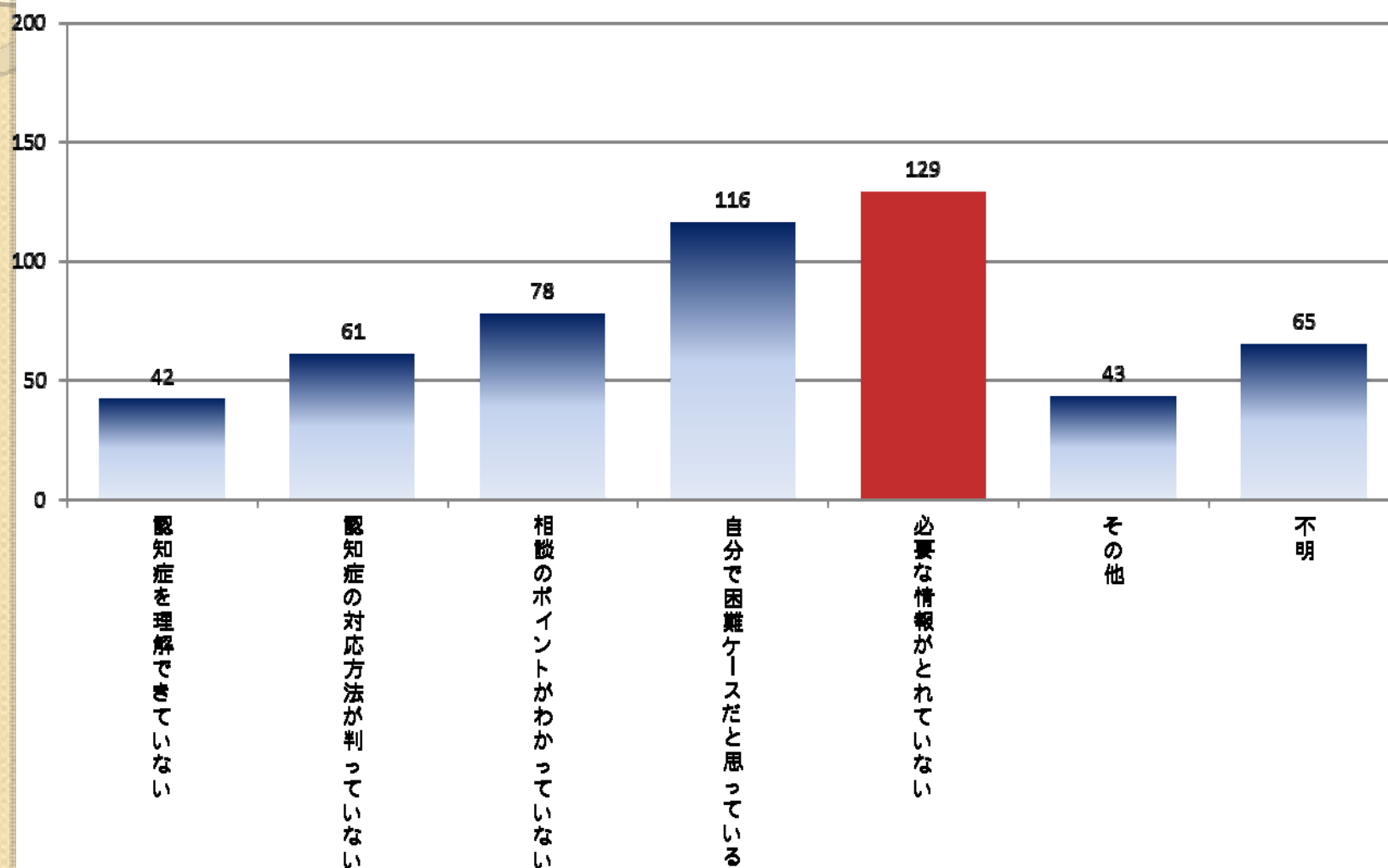
入院が必要なときに受け入れ先が少ないが一番多い。次に理解のある医師が少ないと訪問診療できる医師が少ないとなっている。





# ケアマネ支援で困っていること

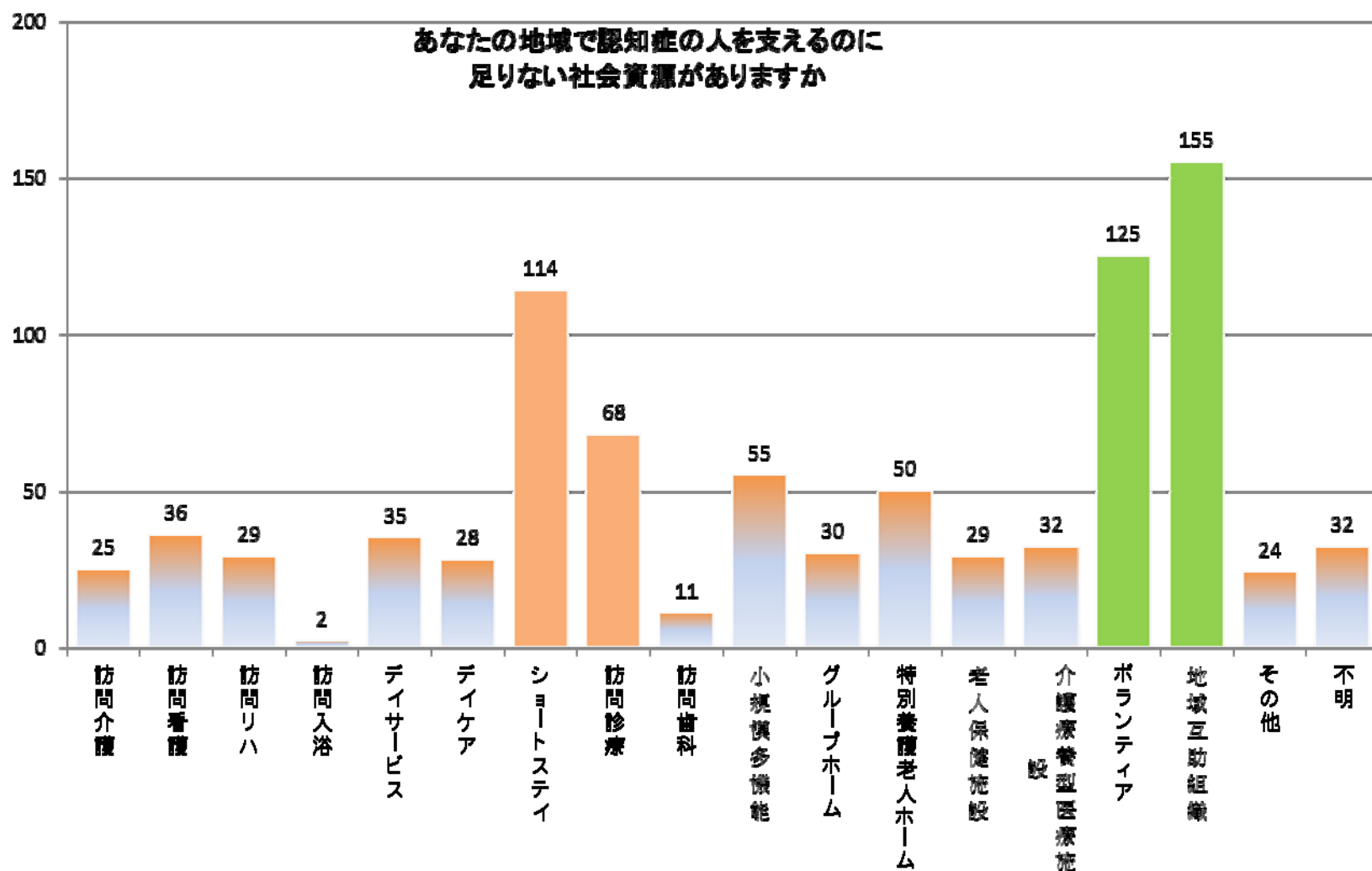
ケアマネが困難を感じる原因には必要な情報が取れていないことが多い。また、自分で困難ケースと思っていることもある。



# 地域における足りない社会資源

介護保険サービスではショートステイが一番で、次に訪問診療が不足している。

インフォーマルでは、地域支援組織やボランティアが足りない。



# 結果

- 今回、主任介護支援専門員のアンケート結果から、**独居の認知症のケースが一番困難**だという結果が出た。続いて家族支援や援助拒否が続いており、認知症の問題より、**環境因子的な問題**が浮き彫りになった。
- 医療との関係では、「入院が必要なときに受け入れ先が少ない」が多く、**認知症状があるために入院治療が受けられない**という実態が明らかになった。
- ケアマネとしての能力の差や社会資源の不足が、地域でのコーディネートを難しくしている。

## まとめ

- 医療・介護との連携の中で、ケアマネは要役ということは自覚している。しかし、入院先の不足・訪問診療の不足や、理解ある医師にめぐり会えないなど、社会的な要因で苦勞している。
- 介護サービスのコーディネートに関して、ケアマネの能力で大きく異なる。かかりつけ医などチームメンバーと密に連携できている場合は、在宅を継続できているケースが多い。
- ケアマネの能力差は、アセスメントにおける情報収集能力と分析力の違いが大きい。そのためには、更なる質の向上や地域での多職種協働連携研修など地域ぐるみの仕掛けが必要である。