

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  
知っておきたい大切なこと

## 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、大切なご家族とともに暮らし続けることができるなら辛いことがあっても、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

「先人に聴く」

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

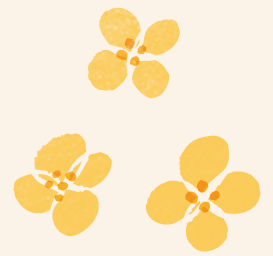
このガイドには、アンケートや多くの先人から得た知恵を詰め込みました一人ではない 仲間がいます

「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、この冊子を手にとっていただきたいきっと、明日に向かうかすかな灯が見えてくるその灯は大きな灯ではなくても、あなたの心を支えてくれる

あなたの大切な人と、これからもともに暮らしていくためにそして、認知症があっ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ればと思っています



## 目次

### 1 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

### 2 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 ..... 9-11
- 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

### 3 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 知っておこう 人生会議 ..... 26

### 4 専門職の役割を知って活用しよう ..... 27-29

### 5 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 ..... 34

資料紹介 ..... 35



## 1-① わたしの認知症

### 私の認知症 11年の歩みから

伊藤 俊彦

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穏やかに過ごしています。診断された当初は、何もか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作りです。これらは病に関係なく数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どりま

.....

- 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ます。これも治療の一貫と受け止めて、仲間と互いに体調を気遣い、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？証になれば良いとの思いも有ります。私は、その様な交わり（継続的な治療観察、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)

- この病気とは闘ってもいいことはない、これまでの人生で唯一、認知症とは闘わないことがよいことだと悟った。

(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」を体験したことは、大変な大仕事でした。茶畑では、「茶葉の摘み方は正しいか」「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はしないかと、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となった「碾茶」を戴きました。自分たちが摘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て、この病気と付き合っていくと思っています。(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＝わけの解らない老人になる病気と思い、とても恐ろしく





不安でしたが、今なおそれ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、今の内に自分を寝ておく」「そこは、私がお世話されるのではなく、私の仕事を作ってくれる処です。」

(利用開始2014年10月)

## 11年の歩みから私が思うこと

### 伊藤 元子

「あっち向いてホイですよ！先生」診断から一年半程経った頃、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。現役時代の顕微鏡を覗く作業をしてい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って、思い通り作業が進まない、その時は作業を中断して邪魔物を視野から逸らし、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。」

この言葉を皮切りに夫は、心の内を折に触れて少しずつ話し出しました。

診断から10カ月程経った時に同じ病気の当事者とテニスで出会い、月一回の「認知症カフェ」も開催される様になり、彼らとの交流が楽しくなって来た頃です。そのカフェは行政の事業となり、夫も時々そこで話す機会をいただいて、「そのときどきのことば」が生まれました。そして、テニス教室やカフェで生まれた当事者たちの「ことば」を中心に、医療・福祉・行政の連携で、まち全体の認知症事業が進みました。認知症の人をまち全体で支えるための宣言が発出され、当事者の就労の場「茶摘み事業」や、「野菜の収穫・販売事業」、大学と協働「学生達とのミーティング」等々、事業が拡がりました。その中で夫は、自分の役割を自覚し、当事者各々が持つ力が発揮できる場が整えられる毎に喜び、カフェは10年、茶摘みは8年等々全ての事業に、楽しみながらも懸命に取り組んで来ました。事業と並行して夫は、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、一人一人の力の発揮処となる事を目指し、努力を重ねて来たところでした。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が出来たお陰だと思えます。

テニス仲間と一緒に願い、それが叶った「認知症総合センター・常設カフェ」に開設された学びの「場」で、私たちは今、多様な本人・家族たちと、クリニックや施設の専門職の方々と一緒に相互理解を深めています。今後、夫に変化が起きても、周囲の皆様に助けをいただきながら歩んでいきたいと、私は思っています。



## 認知症の種類と進行の特徴

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**の4つがあり、それらが混合している病態として**混合型認知症**と診断される場合もあります。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調査の家族調査に協力していただいた皆様の699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62件）。アルツハイマー型認知症が59%と大半をしめていました（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、ごく初期の軽度認知障害（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えます。これは認知症によっ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、トイレや入浴、簡単な家事などは自分で行うことができます。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ってくるということはあるけれども、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の段階でできていたことができなくなってきました。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うことが難しい、お風呂に入っ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きます。台所仕事等も食後の食器を洗うことはできても、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う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って、一人で買い物に行ったり、散歩するということができなくなる場合が多くなります。

このように中等度・重度になると「できなくなる」ことが増えてますが、それだけではなく、失敗が増えたり、できないことをしようとしてしまうことで家族等の周囲の人から見ると「困りごと」と映る行動が増えてしまいます。また、自己防衛という要素も加わり失敗したことを隠したいという行動が加わる場合や、不適切であるということ認識できなくなるため周囲の人には不潔と思われるような行動になってしまう場合もあります。失禁した下着をタンスにしまいなおしたり、一人で家から出ていき自宅に帰れず警察に保護されるというような行動です。このような行動は認知症が中等度・重度になってきたときの脳の働きの衰えから来る行動ですので、むやみに怒ったり、防ごうとしても抑止できるものではないので、本人の認識に合わせてどのようにすれば本人の納得が得られやすいか、工夫することが必要になります。工夫についてはこのガイドブックの中に関連記事があります。

### ◆ 場所・人物の見当識などの観点から

認知症の状態をあらわすのに見当識という言葉が使われることもよくあります。**見当識とは、自分のおかれている状況や周囲との関係性を理解するという点の把握能力のことで、大きく3つに分類され、日時、場所、人物の見当識と称されます。**この見当識という観点では、軽度認知症の頃は、日時の見当識が低下するため、今日が何月何日かわ



からない、そのためもあって病院に行く日など、今日の予定がわからないということが多くなります。

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」ということが生じてきます。自宅にいるのに自分の家に帰らないといけない、既に亡くなっている両親が待っているので帰らないといけないというような症状につながります。周囲の家族にとっては、自分の名前や自分との関係性を忘れてしまった姿にショックを覚えることになりまます。簡単に例えると、認知症では生活史の新しいほうから認識が薄れていくので、若くて働いていた頃、子どもの頃のイメージが優勢になっていくということになります。

ただし、認知症の人を子ども扱いするのは望ましいことではないということも知られています。認識の中では子どものようになっていく場合も、人の尊厳という観点では大人のプライドが維持されていることが多く、接する上で配慮が必要です。

#### ◆ 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・重度の時期に睡眠や排泄に関する様々な課題が出てくる場合があります。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があります。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で、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。デイに行く日以外は寝てばかりいると家族が心配する場合がありますが、週3日デイ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転倒を引き起こしたりする場合がありますので、かかりつけ医や専門医に相談して本人にあった薬を処方してもらいま

しょう。

夜間頻尿についても、夜に水分を摂りすぎないことやトイレに行く場合も廊下の常夜灯などを用いて場所が分かりやすいようにすること、紙パンツ・オムツをうまく使える場合は紙パンツ・オムツ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とんがぐっしょりと濡れるので大変ということもあるでしょう。ケアマネジャーらと相談し、パットや防水シートなどについて相談することも1つです。頻尿を改善させる薬は認知面に悪影響を及ぼす薬もあります。効果と副作用は人それぞれ、薬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よう。

抗認知症薬を中止する時期について迷うこともでてくるでしょう。終末期が近くなって服薬が難しくなってきたときや施設入所の際に薬剤費の関係で中止を促される場合もあります。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、中重度に適応があるメマンチンは、中重度の時期の疎通性(受け答え)を維持している場合や感情面の安定につながっている場合もあります。またコリンエステラーゼ阻害剤も、意欲や疎通性等の維持につながっている場合もあります。内服ではなく貼付剤もありますので、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よう。

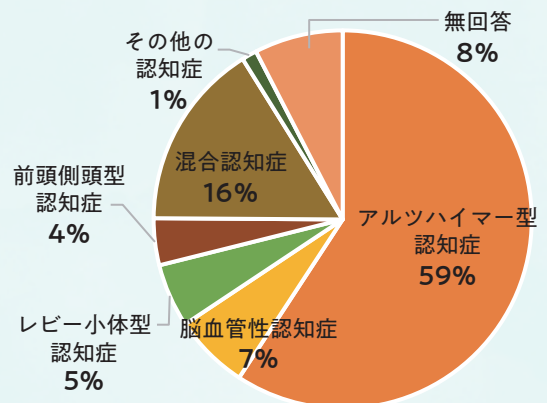


図1 認知症診断名  
(2022年度介護家族への調査結果より)

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みていきましょう。

2022年度の介護家族への調査では、6割がアルツハイマー型認知症の回答でしたが、混合認知症が16%、これは血管疾患やレビー小体型認知症との合併が多かったです。そして、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症が続きました。その他の認知症では、嗜銀顆粒性認知症、進行性核上性マヒ、神経核内封入体病、意味性認知症、悪性リンパ腫脳腫瘍、アルコール性認知症など多様な診断名の回答がありました。

認知症の原因疾患によってその症状の特徴も対応も異なるため、一概には言えないかもしれませんが、対応例について調査の結果からみていきましょう。

#### ◆ 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ない。
- ・便失禁の時、手助けの対応をすると喧嘩になる。
- ・徘徊に苦慮している。
- ・夜中の徘徊への対応に困っている。落ち着いて眠れない。
- ・足腰がしっかりしているので、どこまででも歩く。
- ・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だいていた。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噛み合っていないと、うまくいくような接し方をすることも難しい

と思いますが、記載しておきます。

- ・不穏になった時、手を引いて歩いているうちに落ち着いてくれた。
- ・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、洗濯をするので交換しようとなえると応じてくれることが多くなった。
- ・怒りのスイッチが入ってしまった時、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。
- ・二人だけでいると感情が煮詰まってしまう。散歩に誘ってもらうなど、近所の人に助けもらった。

#### ◆ 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、一筋縄ではいかなないと感じます。

- ・「泥棒は家には困る。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たが、配偶者である父が頑なに施設入所を拒み続け疲弊した。
  - ・本人が出かけたいというので車で出かけたが、どこに行きたいのかわからず、結局、ケンカになり無理に部屋に戻しベッドに寝かせた。
  - ・自分の体が辛かったりすると、死んだほうがましだ、首つって死んでやると言う。自分の言ったこと等、すぐ忘れるが、口が達者で色々と言ってくるので、とても辛い。
- 血管性認知症の場合も、うまくいった対応や寄り添った経験の記載もいただいていた。
- ・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、仕事に行くと言い出すと止まりませんでした。外に出て、しばらくすると諦めて家に入りました。



- 忘れていることに対して訂正はせず、今を楽しむことに専念した。
- プライド（自尊心）を傷つけない会話を心がけ、ゆっくり優しく会話した。

#### ◆ 疾患ごとの症状 **レビー小体型認知症**

レビー小体型認知症の場合、**ありありと目に見えるような幻視**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だいていたいました。

- 言っていること、やっ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、自分のイライラがつのるばかりで、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、ヘビ、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、押し入れ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「もう外に出たみたいだよ」とか「となりのお子さんをちょっとあずかってた」とか「さっき魚を焼いたからかな」とか「バケツの水をちょっとこぼしたんだ。ゴメンね」などと言って納得してもらっていました。
- 家に帰りたい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疲弊し、耐えがたくなる。この場合も、できるだけ本人に寄り添っ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、本人が気づかないようにそっと手を添える。
- 幻聴・幻覚がひどく、とんでもないことを言っても、決して否定的言葉を言わないようにした。

#### ◆ 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**



**のこだわりや同じ行為の繰り返し**が目立ったりとどのように接するのがよいのかとても難しいと言われる。実際、調査への回答にもそのような場面の記載をいただいていたいました。

- 食べ物があるとなんでも食べるようになったので、全て隠すようにしましたが、少しでも忘れてしまうと、隙を見て早食いです。私がいるときはおとなしいのですが、いない隙を常に見ているようです。
- 認知症の症状において理解がたりず、怒ってしまった。利用していたサービスで対人関係でのトラブルがふえていき、こまった。

最近では、前頭側頭型認知症の人の行動パターンに合わせるようにするなどで、本人にとっても家族にとってもうまくいく場合もあるということが報告されるようになり、工夫している場面の回答も記載されていたいました。

- 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はねかえってくるので、まず自分が機嫌良くする事を心がけた（おいしい物を食べる、楽しい事をする等）
- 歯みがきがしづらかったが（口をあけてくれない）介助方法をならい、うまく立ち上がり動作を引き出し、本人の意志で立ち上がることが出来た。それ以降、口をあけて歯みがきをさせてくれるようになった。

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。

# 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）

認知症が進行してくると、ちょっとしたことで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ないようなこともたびたび起きてきます。何とかしようと思えば思う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も大切です。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出てきます。目につかないところに隠すなど、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きますので、とろ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きました。できるだけ単純な言葉で伝えるようにしましょう。言葉が通じなくなっても感情はしっかり残っていますので、スキンシップはとても効果的です。認知症の人の気持ちが落ち着くよう、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。

#### ◆ 食べることを大切にしよう

食べられるうちは元気です。食が細くなってくると自然と弱り、褥瘡（床ずれ）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

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であることが大切です。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、介護の話がたくさん聞きましょう。経験者の話は介護の知恵が満載です。気持ちがわかっ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、長い介護を支えあいましょう。

#### ◆ 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。介護を終えたら何かしようではなく介護をしている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みましょう。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。



## 2-2

# 介護サービスの使い方のコツ



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てきます（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くらいになってくると、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限度額も増えてきますので、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くと、介護者にとっ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っていくことが大切です。長く在宅を続けていくには、介護者が休める時間を多くしていくことです。

さらに重度になってくると病院受診が難しくなってきます。誤嚥や発熱なども起こしやすくなりますので、訪問診療もお願いしていきましょう。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ってきます。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分はお話をして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い良いでしょう。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

### 地域密着型サービス

施設のある自治体に住んでいる人だけが利用できます。

#### ◆ デイサービス（通所介護） 一部 地域密着型サービス

送迎付きで、日帰りで利用できるサービスです。自宅にこもりがちな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、利用する人にあう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く、リハビリの専門職が配置されており専門的知識のもとでリハビリを行ってもらえます。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。

#### ◆ 認知症対応型デイサービス

（認知症対応型通所介護） 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事ができます。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。

#### ◆ 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）」「訪問（ヘルパー）」「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、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っても、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に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）。

ただし、1ヵ所でいろいろなサービスが使えるため、他の施設は使えなくなります。ケアマネジャーも施設内のケアマネジャーと交代します。

#### ◆ 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。介護度によって利用枠が異なります。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日自費での利用をはさむことで次の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。





## II. 入居して利用する介護サービスのいろいろ

### ◆ グループホーム（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みんなで分担したりして、居心地のよい雰囲気をつくっています。また入浴や排せつなどの介護が必要な方には、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軽度の人が多い施設と看取りまでして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。在宅復帰を目標として、入所期間は原則として3～6カ月の期間限定です。「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。

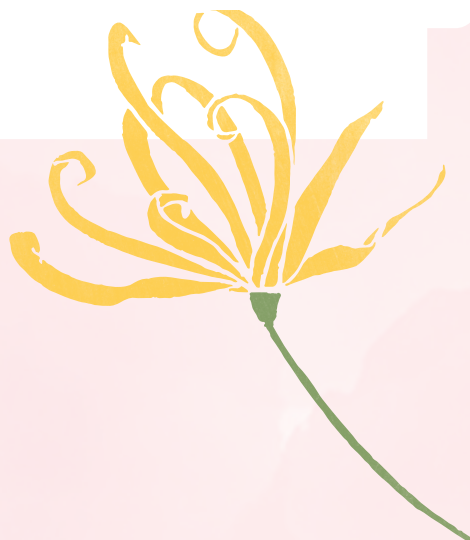
### ◆ 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

対象：要介護3～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自宅で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（胃ろうや吸引、カテーテル、点滴など）は入所できないことがあります。

### ◆ 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・機能訓練を一体的に行う施設です。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の重篤な方の利用が中心です。



### ◆ 有料老人ホーム 対象：自立～要介護5

「住宅型」と「介護付」のタイプがあります。民間企業が経営しているケースが多く、料金設定も様々で費用は高額になります。

「住宅型」は、生活支援などのサービスが付いた高齢者向けの住まいです。介護は必要になったら外部のサービス（デイサービス・ヘルパー等）を利用します。

「介護付」は、介護サービスが付いた高齢者向けの住まいです。施設にいるスタッフが介護を担います。

### ◆ サ高住（サービス付き高齢者向け住宅）

対象：自立～要介護5

高齢者が居住できる賃貸住宅です。生活相談員が日中は常駐しており、安否確認や生活相談のサービスを受けられます。自立の方から利用でき比較的軽度の方が対象です。介護が必要になったら外部のサービスを使います。重度になったら退居を求められますが、施設によっては重度の方への対応を行うところもあります。

#### 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
- \* 職員の対応は良いか
- \* 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

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きたいと思っている人が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ばできる」が76%、「介護サービスの充実」44%、「現状の症状などが維持できればできる」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夫を背負っていくけれども、社会的なサービスの充実も期待したいこと、「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、大きな影響があります。

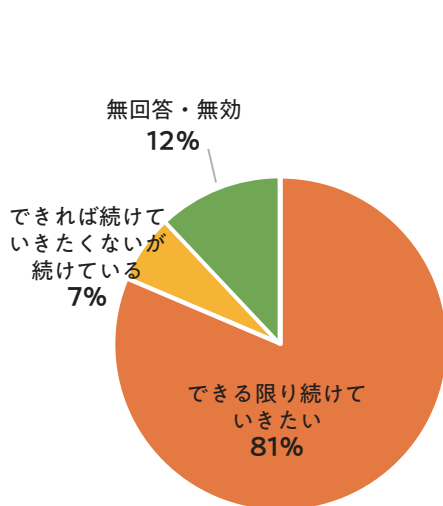


図2 介護継続への家族の思い (N=699)

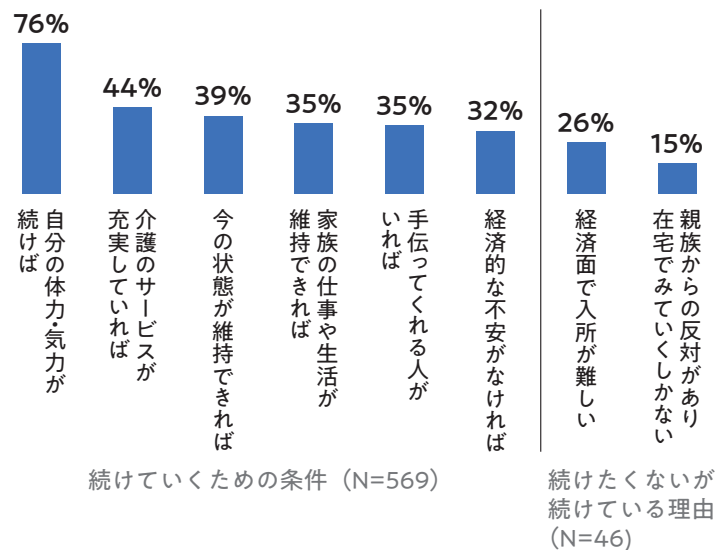


図3 在宅介護を継続していくための条件 (複数回答)



## 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要する状態で、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事が頭をよぎることも多くなります。

入所施設には短期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、介護老人保健施設、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、介護付き有料老人ホームなどでは、介護保険のサービスを基本利用料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穏やかに過ごすことができますので、家庭的雰囲気のある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偏りがあるため、担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、自宅から遠すぎると面会に行きにくいので、避けたほうがよいでしょう。施設に入所しても介護は続きます。ご本人は、介護者やご家族とのつながりを求めていますし、施設としてもご家族が面会に来られることでご本人が喜ぶ顔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でいいのです。

## 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職調査」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、施設側の拒否も含む）、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という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須です。

### 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が軽減もしくは消失し、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定されず、自費で必要な支援を賄って在宅生活の継続につなげた事例がありました。





## 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、暮らしを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いても、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継続に関する介護

家族調査（2022年度）の結果から、居住関係、食費、介護費用（介護保険内、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、総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。

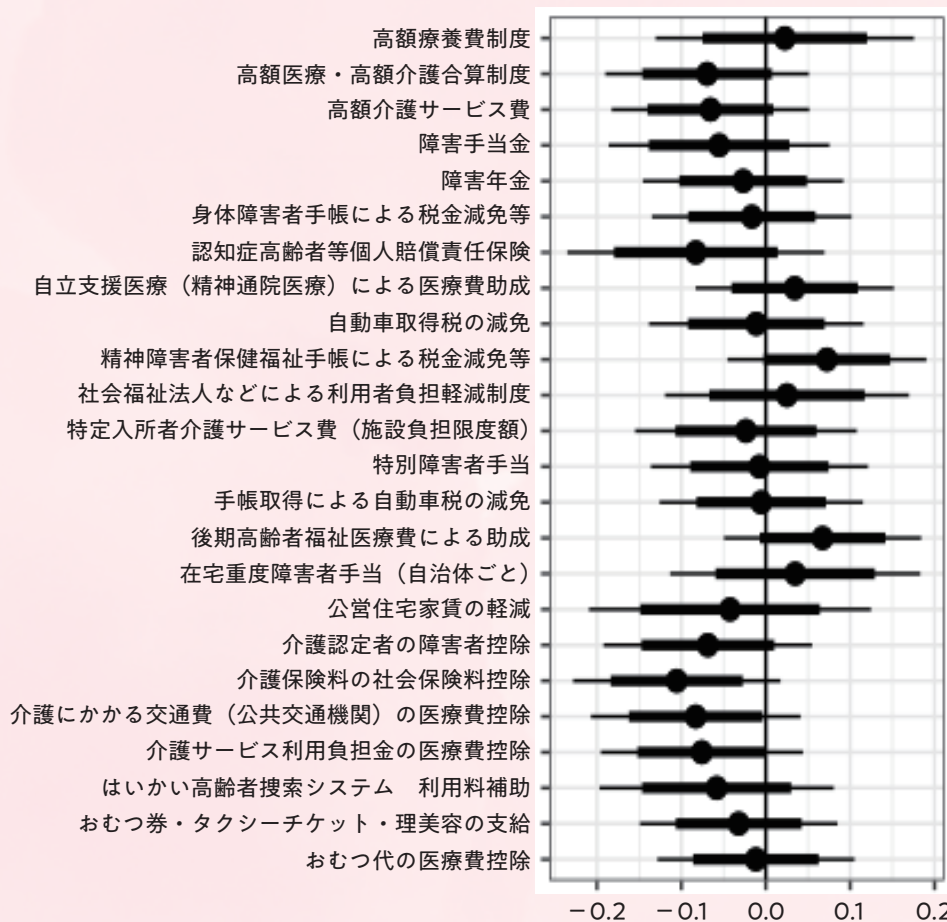


図4 在宅介護中の家族の経済的支援制度の認知利用状況の有無と主観的経済状態の差

## 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

図4は、回答者が介護に役立つ経済的支援制度を知っていたり利用していることと、その回答者が経済的に生活が苦しいと感じているかについての関係を表したものです。各項目の●は、その制

度を認識や利用している回答者が、そうでない回答者に比べて、生活が苦しいと答える割合がどの程度少ないのかを示しています。0.0よりも●の数字が大きいほど、生活苦を感じる介護家族は少な



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/やや苦しいと感じている割合が10%程度少なくなりました。

## 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て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、今はしてい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、制度全体の把握は困難です。ご自身の状況に応じた適

また公営住宅家賃の減免制度についても、同じような差が見られました。他にも介護保険料の社会保険料控除や認知症に関わる保険制度についても、生活が苦しいと感じている割合についてある程度の差が見られました。

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、複数の情報を活用することが有効です。

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・利用することが生活を改善することに直結するとは、言い切れないかもしれません。

## 成年後見制度

花俣 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うのが困難になったり、悪質商法の被害にあうなどのリスクがあります。このような人を後見人などが法的に保護し、共に考え、だれもがその人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。成年後見制度に関する詳しい情報は、「成年後見はやわかり」という厚労省・ポータ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と、知りたい情報がわかりやすく網羅されています。<https://guardianship.mhlw.go.jp/>

成年後見はやわかり



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。基本的な考え方には～尊厳のある本人らしい生活の継続と地域社会への参加を図る権利擁護支援の推進～が明記され、また「成年後見制度の利用促進とは単に利用者の増加を目的とするのではなく、全国どの地域においても、制度の利用を必要とする人が、尊厳のある本人らしい生活を継続することができる体制の整備を目指すものでなければならない」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、いず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」これこそが、成年後見制度が目指す方向です。

## 経済的な支援サービス

知っ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、その超えた額が支給される制度
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
後期高齢者福祉医療費による助成	後期高齢者医療保険者で一定の条件を満たす方への医療費の助成
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
高額医療・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
特定入所者介護サービス費	所得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減額
社会福祉法人などによる利用者負担軽減制度	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 自動車税種別割及び(軽)自動車税環境性能割の減免制度
身体障害者手帳による税金減免	所得税・住民税・相続税等の障害者控除の適用 自動車税種別割及び(軽)自動車税環境性能割の減免制度
障害年金	病気や事故が原因で障害を負った方に対して支給される公的年金
傷病手当金	病気やケガが原因で働く事ができなくなった際に、生活保障の一環として健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。 おむつ代・介護にかかる交通費(公共交通機関)についても対象
公営住宅家賃の軽減	障害のある方への家賃の軽減制度

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・はいかい高齢者検索システムの利用料補助、おむつ購入費・タク

シーチケット・理美容代などの費用助成がありますので、お住まいの自治体の福祉サービスをご確認ください。



介護を必要とする人が、様々な道具を使い、住居を使いやすく改修する事で、中等度・重度になっても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。

福祉用具は、認知症の人の望む暮らし方と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。**

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や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。

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り歩き（いわゆる徘徊）への心配が多くあります。

- ・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/>

0570-05-1145 通話料あり

一部のIP電話からはかかりません



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用具もあります。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りますので、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**福祉用具活用相談センター**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**」（長野県の場合）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。





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

食べることは生きる源であり、食べられないことは栄養の不足や脱水など、体の不調につながります。なぜ、食べられないのかを考えて対応することが大切です。

### 食事を出されても食べ始めない

#### ① 食べ物を見ても「食べる対象」だと認識できていない。

認知症の症状である「失認」により食べ物を適切に認識できないことによります。メニューの説明をする、「一生懸命作ったから食べてね」「おいしそうでしょう」などと声をかける、「ちょっと味見してみよう」などと一口食べてみるように促すなど、食べ物であることをわかってもらうようにすると食べ始めることがあります。また、出汁(だし)や柑橘類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することが期待できます。

#### 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っている。

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ないと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、「ちょっと持ってみよう」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。「パクリ」「ガブリ」などの疑似音だと伝わることもあります。

#### 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うことがあります。幻視を誘発する食材は避けるようにします。また、何がどのように見えているのか話を聞き、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

お膳に小鉢や皿をいくつか並べても、一つにし手を付けず、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」によります。見える範囲が狭くなり、他の皿があること、そこに食事が入っていることに気がつかないのです。「こっちはおいしそう」などと声をかけながら食べ終わった食器とまだ手をつけていない食器と入れ替えるなどして、他のメニューに気付いてもらうと、食べてくれます。

### 食べ物以外のものを食べてしまう

「異食」ともいい、認識を誤って食べ物以外のものを食べ物だと思ってしまうことが原因です。例えば、オレンジの香りの食器用洗剤をジュースだと思って飲む、黒い紙を海苔だと思って食べるなどがあります。見かけたら慌てて大声で制したりせずに穏やかに「食べにくそう(おいしくなさそう)だから口から出しましょう」などと声をかけるなどして、口から出してもらう、必要に応じてうがいや水を飲ませるなどしてください。不安な時、具合が悪そうな時は119番に電話してもいいですし、中毒110番に相談してみるといいでしょう。

また、空腹感があることが多いので、体調が問題なければ他の食べ物を勧めましょう。

### 〈日本中毒情報センター 中毒110番〉

大 阪:072-727-2499

(24時間対応)

つくば:029-852-9999

(9~21時対応)





## 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って、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、臭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。

### 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ない、トイレを認識できない、排泄動作がわからない

トイレに行く必要があることはわかって、どこにあるかわからず（場所の見当識障害）たどり着けなくてももらしてしまったり、トイレにたどりついて便器を見ても使い方がわからずに（失認・失行）排泄できず漏らしてしまったりすることがあります。トイレを捜している様子があったらさりげなく「トイレはこちら」と誘導したり、便器の前で困っている様子があったら、便器に座って見せたりするとうまくいくことがあります。また、脱ぎ着のしにくい衣類が原因となって、排泄動作が難しくなっていることもあります。この場合はウエストにゴムが入ったズボンなどの脱ぎ着がしやすい服にするとうまくいくことがあります。

#### ② 尿意・便意を理解できない、感じていても訴えられない

認知症の進行で中等度では「失認」により、尿意や便意を感じてもどう対処したらいいのかわからなくなることがあります。「トイレに行きたい

と人に伝えることも難しくなります。尿意・便意を感じた時のサイン（歩き回る、機嫌が悪く怒りっぽくなる、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？」などとさりげなく誘うとうまくいくことがあります。

### トイレ以外の場所で排泄する

認知症がさらに進むと、トイレで排泄をすること自体がわからなくなるので、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ってくる場合があります。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、部屋の隅にバケツ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、排泄のサインに気付いてさりげなくトイレに誘うと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ることが原因です。認知症の人の気持ちになって考えると、以下の様に考えられます。



このように弄便は認知症の人が必死に頑張っているのかしよとした結果なのです。介護する側から見ると大変な負担ですが、本人にとっても心の痛手になります。まずは便失禁しないようにトイレに誘導することや便秘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。

### 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、着替えないなど不潔になっても気にしなくなることがあります。食事や排泄に比べると生死にかかわる困りごととはなりにくいですが、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は情報が処理しきれず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」などと言っ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」「いいお湯だったよ。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、デイ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をうまく利用しましょう。

#### 歯磨き、洗面、ひげ剃りをしたくない

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考えられます。さらに「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ることも考えられます。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やってくれることがあります。

### 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。

#### 昼間ウトウトしている、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、日中のこまめな休息は不可欠です。

また、認知症ではなくても、高齢になると夜寝付けなくなる、熟睡できないと感じる、昼間眠くなるといった変化が起こります。昼間にすることがなく寝たり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。昼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ってリズムを作り、休息を適度に入れることが大切です。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がりにくくなります。また、起床時に太陽の光を浴びることも睡眠・覚醒リズムを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し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。





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、BPSDがやわらぐことは多いです。

### I. 落ち着かなさ、独り歩き（いわゆる徘徊）

認知症の人がじっとしてられず、何度も立ち上がったたり、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、帰っ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、何か気がかりなことがある、やることなくして手持ち無沙汰である、などが考えられます。「何か用事があるの？」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

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ったり、たたいたり、暴れたりする背景には、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、といった人と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、本能によって嫌なことは忘れにくいのです。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詰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ってしまうこともあります。そのような嫌だなどと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（アパシー）

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。薬物の副作用によっ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あり、昔から好きなこと、楽しんでいたことを振り返る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？

江口 恭子

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、背景に重大な身体疾患や、薬の副作用が影響していることが考えられるからです。中等度・重度の認知症の人は体調が悪くても自分から訴えることが難しくなり、BPSDにつながる場合があります。認知症の人の体調管理には、訪問看護や訪問診療が頼りになります。「なんだか普段よりも機嫌が悪い」「大声を出して怒っているが、何が原因か分からない」などと感じたときには、専門職に相談してみましよう。





## 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「精神症状多出期」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「身体症状合併期」、寝たきりになり嚥下障害が起こり意識障害などが出現する「終末期」を迎え、最終的には「死」に至ります。したがって、認知症は「死」を包含する病気です。

## 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、あるいは癌などでは治療が期待できなくなり衰弱が一方向的に進行して死に至る段階」ととらえることができます。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・看護・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。

その方法として、以下のようなコツがあります。

- 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鮎をそのまま食べることはよくあります。「食べたいものが献立、食べたい時が食事の時刻」です。
- ②刻み食・軟流動食など嚥下能力に応じた食形態を適切に選ぶ。
- ③高齢者用の調理食、あるいは、メイバランス・エンシュアリキ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以下になっ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

嚥下が困難になり誤嚥性肺炎を繰り返すために胃瘻（いろう）を造設する高齢者が増えています。「食べられなくなったらすぐ胃瘻」という考え方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

認知症の人の終末期は疼痛や不安が少ないのが特徴と思われます。進行がんであっ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とらえ方

衰弱が進行して反応がなくなると、多くの介護者は、本人との交流ができなくなったと嘆き、介護の意味がなくなったと考えがちです。しかし、最期のときまで触覚・聴覚・視覚などの感覚は残っています。話の内容はわからなくてもなじみの人が話しかけてくれている、触れてくれているという感覚は死の直前まで保たれています。だから穏

やかな表情がみられるのです。

反応がたとえはっきりわからなくても、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がけ、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ってかかわっていききたいものです。



## 認知症の終末期の事前指示の確認状況




原 等子

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関し、「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、「重度の認知症になっても本人の意思を把握することは可能」21.2%ではありますが、「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キ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「特に時期を決めず必要に応じて」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、「認知症の人の意思をできるだけ引き出し聞くようにしている」31.3%、「家族に認知症の人の考えを聞いてもらう」16.7%、「医師を交えた本人、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・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%など、工夫されているようです。

気持ちは変化するものですから、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はなく、いろいろな人と状況に変化があった折々に、話し合いながらすすめていくとよいようです。

表1 話し合っておくべき内容ランキング

<p> 人生の終末期に誰とどこで過ごしたいか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> </ul>	63.0%
<p> 人生の終末期に受ける医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●治療の継続（できる限り十分な治療を受け生きたい）</li> <li>●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）</li> <li>●延命医療（救命後人工呼吸器をつけるなど）</li> </ul>	57.1%
<p> どんなケアを受けたいか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> </ul>	55.8%
<p>どこで誰に看取られたいか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> </ul>	47.6%
<p>財産・遺産の管理</p>	40.1%
<p>葬儀・お墓のこと</p>	35.2%

# 認知症の人の意思の尊重



## 3-1

### 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

私たちは、日ごろ様々な「意思決定」をしながら暮らしています。

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きます。

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決定することを支援し、さらにそれを実現できるようにかかわることができれば、認知症になってもその人らしい生活を送ることができるようでしょう。

#### 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あたっては、人的・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、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。

#### プロセスとチーム支援

私は、日ごろ後見人として認知症の人とかわることが多いのですが、「意思決定支援」にあたり悩むことも少なくありません。本人はいうまでもなく支援者や身近な家族とも話し合いを重ねるのですが、すっきりとした答えはでないものだと思います。しかし、だからこそ本人の気持ちに少しでも近づこうとするプロセスや「チーム支援」の大切さを実感するところです。

例えば、一人暮らしの認知症のAさん。自宅で転倒し骨折して入院しました。退院時に支援者チームが集まり退院後の生活を話し合うことになりました。「チーム」はケアマネジャー、ヘルパー、Aさんの姪、後見人などです。Aさんは、住み慣れた家に戻りたいと言われます。姪は家には段差があり危ないので心配だし施設が良いのではと言われましたが、話し合う中で手すりを付け、ヘルパー利用を増やすなどして、自宅で過ごせるよう支援していこうということになりました。Aさんはその後も入退院を繰り返しながら自宅での生活を続けていましたが、そろそろ難しくなってきたので、施設を一度見学してみてもという意見が話し合いの中で出ました。当初は気乗りしていないAさんでしたが、施設の見晴らしのよい部屋を気に入り、そこに入所することになりました。自宅か施設かという選択やタイミングは難しく、すっきりとした答えはありませんが、チームによる話し合いを重ねることで、少しでも本人の意思に近づけるようにできればよいと思います。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。



## 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」の考え方は広がりつつあり、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ることです。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、誰にとっても生きやすい社会といえるのではないのでしょうか。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。

## 中等度・重度認知症の人の介護家族の困りごと

原 等子

中等度・重度の認知症の人の介護家族への調査（2022年度）より、困りごとは「認知症の人の症状（認知機能低下による行動心理症状等）」が最も多く、次いで「認知症の症状進行への不安」「認知症の人の医療やその選択について」「経済的・家計的なこと」「介護保険サービスの使い方」の順でした。家庭の状況による困りごとの差はあるので一概に言えないかもしれませんが、中等度以降の認知症の症状への対応、その進行への不安、そして終末期への意思決定は、認知症の人にとっても、家族にとっても悩ましいことです。

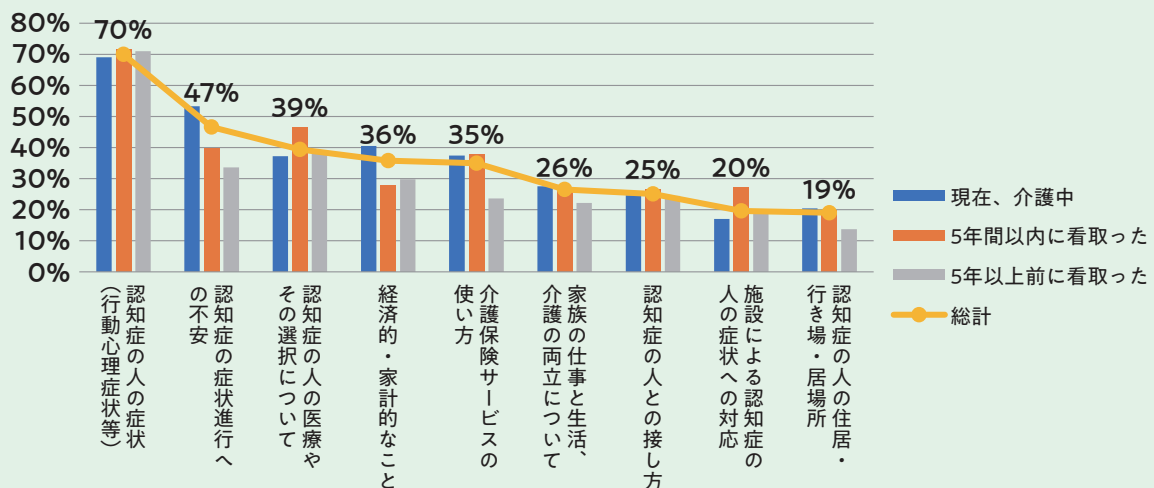


図6 中等度・重度認知症の人の介護家族の困りごと（複数回答）（N=699）



## 認知症の人を介護するうえで、ご家族と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について確認することになります。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、本人の希望はどうかご家族が悩まれることは少なくありません。

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す。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、簡単なことではありません。だからこそ最期を見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、将来人生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必要です。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。

ではどのように人生会議をすればよいでしょう

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った時に、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、そ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、認知症になっ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。それぞれの思いを聴き、悩みながら「どちらかというところ、こう思う」という答えを出すのでいいのです。そしてそのことを、なるべく具体的にメモ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共有しておくともよいです。できれば人生会議は一度きりでなく何度もして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。気持ちは揺れますし、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か分かるよう、メモには人生会議をした日付を書くことも忘れないください。揺れる思いも、その記録があれば、選択するときの目安になります。メモは、市販の事前指示ノートや自治体ごとに作成しているものもあります。

ご本人やご家族だけで人生の最終判断を決め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身体の状態や医療・ケアの選択肢についてしっかり聞き、彼らと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。

認知症の人の最期を見つめることは、ご家族にとって辛いことかもしれません。でも人生会議をすることで、ご本人の人生観や価値観を理解し、人生の最期を迎えるまでにどのように生きてい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くことでしょう。



# 専門職の役割を知って活用しよう

## 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）

藤田医科大学 武地 一

認知症は5年～15年という長い経過をたどります。高齢者で複数の病気、例えば糖尿病、膝関節症、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伴走してもらう形で診療を受けるとよいでしょう。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と連携してもらうことも大切です。

かかりつけ医と専門医の役割分担の明確な線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、診断や処方調整、生活面での助言などを専門医から得るのもよいと思います。特に物盗られ妄想や易怒性などの行動・心理症状が強い場合やレビー小体型認知症の幻覚妄想やレム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とよいでしょう。症状が強く入院が必要な場合の見極めもケアマネジャーらとも連携し行ってもらう役割もあります。

身体能力の低下や通院に付き添う家族の体力なども考慮し、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診療を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らと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

ケアマネジャーは、介護保険創設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。居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なく、介護家族も含まれており、利用者・家族に最も近い立場で関わる、制度の要とも言うべき重要な役割を担っています。

介護家族にとって頼れるケアマネジャーとは、介護者が本人や周囲の人との葛藤に悩んだ時、悩みをわかりあえる仲間がほしい時、介護がいつまで続くのか不安な時などに、様々な選択肢を提供し、介護者どうしのつながりも大切に、介護者を孤立させず、長期的な見通しも示しながら、ともに考えてくれる人です。また、利用者や介護者の状況の変化に、素早く対応し、多職種のチームワーク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、入退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）

鎌田 松代

自宅を訪問し介護提供するのが訪問介護員（ホームヘルパー）で介護福祉士等の資格を有しています。掃除や調理などの生活援助や、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。基本的には、自立支援であり、できないところをできるように、それでもできないところを支援します。家には趣味の道具や家族写真などがあり、その延長線上が今で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で制限があります。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。

通所施設や入所施設にも介護を中心に担当する職員（介護施設職員）がいて、介護福祉士等の資格を有しています。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（食事、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）

在宅支援薬局おとくに 管理薬剤師 桑原 宏昌

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「居宅療養管理指導」という制度です。いずれも主治医の訪問指示が必要ですが、訪問診療を利用していなくても利用できます。複数の病院や診療科を多科受診している場合でも、お薬の一包化が可能です。ご自宅に出向き、お薬カレンダー等に整理し、ご自宅に多量の残薬がある場合は有効利用します。

また、薬剤師は服用薬の減薬や服薬方法の簡便化、適切な剤形について主治医へ提案します。ご自宅へ訪問する際は、薬の効果・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・重度の認知症の方の服薬支援は、地域のサポートと密な多職種連携が必須です。細やかな服薬支援が必要な方に、薬剤師は月4回訪問することが可能です。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士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。介護者には原因が分からないことも少なくありません。

定期的に歯科医院に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るだけでなく、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、食事中にむせる、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知れません。これらの問題があった場合は、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とや栄養の健康維持、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。早い段階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 荻山 和生、京都橘大学 小川 敬之

Rehabilitation（リハビリテーション）とは、Re（再び）、Habilitation（適した状態、状況にする）とした意味があります。医療・福祉の側面から専門的に対象の方々の自立（自律）を考え、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、リハ職とも略されることもあります。ご本人の自立（自律）を支援するため、職種が得意とするそれぞれの手段を用いて支援します。症状が中等度や重度まで進行した認知症の方の場合は、**日常生活で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きます。

作業療法士は、主に楽しみや意欲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と働き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

看護師というと、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、ご本人の体調を観察し在宅での医療処置、リハビリテーションを担います。施設などの自宅以外の生活の場にも看護師がいます。お世話する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。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未だ大きいのですが、認知症に関する知識をもつ看護職は増えています。在籍している場所はそれぞれですが、中には、認知症に関する専門的な知識と技術をもつ「老人看護専門看護師」や「認知症看護認定看護師」という専門資格をもつ看護師もいます。最近、「診療看護師（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できる看護師も誕生しています。

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。



## 一番お世話になった専門職とその理由

原 等子

一番お世話になった専門職の第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若干多く、看取り後の人は介護施設でお世話になっ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「家族のことも大事にしてくれた」「適切な支援に繋がってもらえた」、介護施設スタッフには「本人を尊重した対応してくれた」「本人の変化が実感できた」「家族への配慮が有難かった」などの声がありました。医師や看護師にもお世話になっ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）

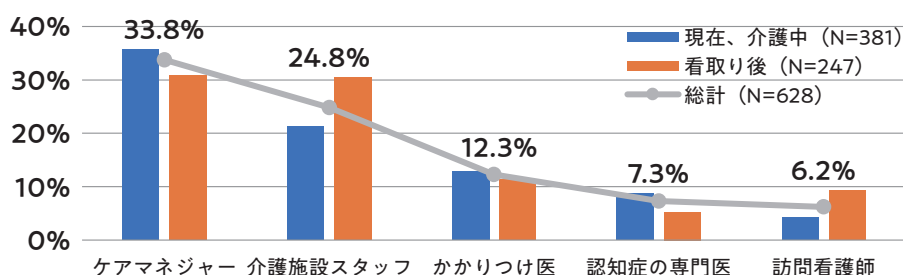


図7 介護家族が一番お世話になったと思う専門職

## 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障が出始める中等度から重度、そして終末期に、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 晴之 (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」にかかわるようになり、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るには至りませんでした。母は相手がいる限り、それが子どもだろうと他人だろうと繰り返す、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。「ちょっとの間、よそに泊まりに行っておきたい」そのことを前日に告げたら、「急に言われても準備がある」と案の定、強硬に拒絶され、翌朝は柱にしがみついて抵抗したところを、無理やり引きはがし連れていきました。「子どもである私が大変だから」と言ったのに、「恐ろしい恐ろしい嫁に追い出される」と言い続けたのには閉口しました。

私たち家族は、まず、**本人の葛藤を受け止める**辛さがあります。初期の段階でもデイサービスに行っておきたいのに行きたく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日増やすことさえも、本人の負担では、家族のわがままでは、と悩みます。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歳まで自宅だと思っていたのですが、足腰の痛みを訴え、夜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れません。

このとき、本人の意思を聞いたかと言われれば、聴くことができませんでした。本人の意見を聴いたら結論は変わってい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たが、今も母への**引きずる気持ち、引け目を感じる気持ち**がぐずぐず、くすぶっています。

**鎌田松** 負い目引け目は、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が、今も夫の母が利用していますから、在宅で看取った人の話を聞くと、すごいと思うし、羨ましいと思う。眩しすぎて自分が施設入所させてしまったことが悪いようにも思います。

**田部井** 正直な思いですよ。私も、30年以上たっ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**選択に迷うこと自体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、だから迷いますし葛藤します。最善でなくても次善の選択でも、それがその時できる精いっぱい**の選択**であると、自分も考えるようにしていますし、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、精いっぱいやったと思えるように、これ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。自宅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。定期的に会っていたのですが、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、次の病院で手の震えがありパ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、レビー小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、たまに会いに行く日中ではわからないことでした。母は病院好きで受診を嫌がることがな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。アルツハイマー型認知症とは違い、当初は理解力、記憶力ともに問題なく、簡単な調理補助も洗濯もできましたし、日常生活動作も自立していました。徐々に支援が必要になり、個人契約のヘルパーに来てもらいました。それでもローテーショ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ことに抵抗しました。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。

しかし、そこに至るまで、いっそ、私が母を引き取ろうかとも考えました。妻が専門職で、母との関係がよかったので。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。亡くなった後も、やはり引き取ったらよかったのではと、引きず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ったこと、母の思いを聞いておかなかったことを後悔しています。施設に入った後、最初の頃、外出後に施設に帰ろうとすると、どうして家じゃないのかと混乱するのを見るのは辛かったです。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思います。

施設入所をさせたことへの引きずる気持ちを持つことは、しょうがないと思います。在宅で介護ができれば100点なのかと言えば、それもわからないことです。

**鎌田松** お母さまと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しょうか。

**鎌田晴** 最初はとれていましたが、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、施設では面会時にトイレ介助などをしたこともありました。

**鎌田松** 自分を違う名前で呼ばれることは、こどもと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ですか。

**鎌田晴** 私は、「家族の会」のつどいでそんな話を聞いたことがあったので、母の世界の変化、少女時代、弟を世話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ったのかわからない」と言っていました。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。**

**尾之内** 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人目の子が生まれ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意思疎通も難しい状況になりました。私はこの二人と4人の子育てと、嫁家の事業と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る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、救われました。義母に替わって義父の介護を始めたころ、自分が看なくては何と気負い、義父がやっていることがすべて気になって、いま思うと手を出しすぎて関係が悪くなり、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、自分だけでない、もっと大変な人がいると思えて、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ありませんでした。逆に嫁がどれだけ介護したというのかと否定され、うつになり、1カ月ほど涙が止まらず、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ったつもりだったので、いったい私はなんだったのかと自分の価値がなくなったように思いました。介護をしている人の状況を理解してもらうことはしてい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くる人たちと、私は同じ土俵で相撲を取っていたことにある時気づき、切り替えたらすっとしました。**介護者を支えないと介護は絶対続きません。そして支え合う力が大切**です。

実母は実家で姉が見てくれました。姉は文句ひとつ言わず、最期、家で看取りたいと言って病院から退院させて見てくれました。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ずつお金を送っている」という話から、折に触れ姉にも少しずつお金を渡しました。姉は、「ポー

ナスもらった気分だ」と喜んでくれました。

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、本人の気持ちを聴けていなかったことが心残りです。しかし、たいていは進行して意思疎通が難しくなってから聞いておけばよかったと思います。診断前や初期に聞くといいと思いますが、診断前はその気もないし、初期には介護する側に余裕がなく、精いっぱい時期です。

意向は、何もない元気なうちに話し合っ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と、こども達もそのことに捉われて困ることになるかもしれません。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。こ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。

**鎌田松** 確かにこども達が結婚して、他人が入ってくるとまた関係が変わってきますよね。

**原** 意思決定支援に関して、私も遠距離介護でした。母は視力障害があり、自由に過ごせなかったこともあり、私は好きな場所で好きなことをさせてもらいました。認知症だとわかったのは、母が脳梗塞で倒れたときのCTでした。以前から些細なことに固執してオカシイなど思っていました。まさか母が認知症とは思いませんでした。母は50代のころからテレビ番組を見ては「こんなチューブ人間にだけはなりたくない。介護が必要になったら身体障害の施設に入れて欲しい」と私たちきょうだいに言っていました。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年ほどたっ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っていて、医師からPEG-J(十二指腸ろうに変更する)を勧められた時、それが明らかに延命処置であるとわかっていて、母の意思に反することだと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** 介護をしていると、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んな選択であっても、それまで一生懸命やっ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。何をやっても後悔します。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、どういう選択がいいかと考える人たちは、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思います。その時に、ちょっと立ち止まって、自分のことを考えることは決し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。認知症の人のことも看ている家族自身のこと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、振り回されていっぱい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、一体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。つくづく、介護者に心の余裕がないと介護はうまくいかないと思います。

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。いっぱい聞いた中で自分はどうしたいか、在宅で良かったという人もいれば、施設入所して良かったと

いう人もいます。迷う中でも自分なりに選択ができ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います。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ったとき、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ともあり、実家に戻ってよいと言ってくれました。母と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、困ったときには金銭の援助もしてくれました。悩む中で自分だったら、こどもに仕事を辞めて介護してもらいたいだろうかと考えました。また、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」と言っていたことを思い出しました。何が一番いいのか、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る**ということです。

**鎌田晴** 私は、妻から最期のことを3人で決めておけと言われて、当時は施設の契約時に確認されることがなかったので、文書を自分たちで作って持っていきました。「食事ができなくなったら胃ろうはしない」その結論をだすまで、やはりきょうだい間の思いの違いがあり大変でした。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思い込んでいたと思います。後悔の一つとして、母ももっと話せるときに話し合っておけばよかったと思います。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んと持っておく必要があるということ、これからの介護者になるかもしれない人も知っておいてほしいと思います。



一人で悩まなくても  
大丈夫

ホームページや  
メールで気軽に  
つながろう

## 認知症の人・介護者にかかわる団体



### 公益社団法人認知症の人と家族の会

全都道府県に支部があり、国際アルツハイマー病協会（ADI）の加盟団体でもある。各地域でつどい・電話相談を行っているほか、毎月情報誌を発行している。会員制度あり。会員でなくても相談は利用できる。

<https://www.alzheimer.or.jp>

認知症の人と家族の会



### 一般社団法人全国若年性認知症家族会・支援者連絡協議会

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の情報交換や、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://jeodc.jimdofree.com/>

全国若年性認知症家族会・支援者連絡協議会



### レビー小体型認知症サポートネットワーク

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。

<http://www.dlbn.org/>

レビー小体型認知症サポートネットワーク



### 男性介護者と支援者の全国ネットワーク

介護や家事・仕事と介護の両立に悩み、介護の抱え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://dansei-kaigo.jp/>

男性介護者と支援者の全国ネットワーク



### 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、希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、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>

日本認知症本人ワーキンググループ



各地域では、これらの団体の各地域支部や、これら以外の団体なども活動しています。地域包括支援センターなどに情報がありますので、ぜひ訪ねてみてください。

## 参考資料

こちらと一緒に  
読んで理解を  
深めてほしい

### ●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\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/ninchi/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index.html)



### ●認知症家族支援ガイド 認知症のある生活に備える手引き

認知症を疑っている、認知症と診断された本人や家族が、これからの認知症のある生活に備えるためのガイドブックです。(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/wp-content/uploads/2022/03/202203\\_guide.pdf](https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/202203_guide.pdf)



### ●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2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>



### ●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？に答える、ヒントを考えました。

<https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2022/09/YasashiiMachi2022.pdf>



### ●「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](https://www.alzheimer.or.jp/?page_id=3654)



#### 認知症電話相談

0120-294-456

月～金10時～15時  
(土日祝日除く)

#### 若年性認知症コールセンター

0800-100-2707

月～土10時～15時  
(年末年始・祝日除く)

#### 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 俊彦	(認知症本人)
	伊藤 元子	(介護者)
	猪股 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)
	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)
	鎌田 松代	(認知症の人と家族の会理事・事務局長)
	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)
	鈴木 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)
	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)
オブザーバー	川田 恵介	(東京大学社会科学研究所准教授)
ご協力者	伊藤 加代子	(新潟大学医歯学総合病院口腔リハビリテーション科病院講師)
	井上 誠	(新潟大学大学院医歯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 宏昌	(在宅支援薬局おとくに管理薬剤師)
	中野 篤子	(京都さくら司法書士事務所・認知症の人と家族の会理事)

(委員長以外、五十音順)

## 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 (8)、介護サービスの使い方のコツ (9-11) : 尾之内直美  
介護とお金について (14-16) : 川田恵介、渋谷美和  
住宅改修・福祉用具の活用 (17) : 鎌田晴之  
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 京都市上京区晴明町811-3 岡部ビル2F

TEL 050-5358-6580 FAX 075-205-5104

ホームページ [www.alzheimer.or.jp](http://www.alzheimer.or.jp)

---

このガイドブックは令和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)により作成しました。