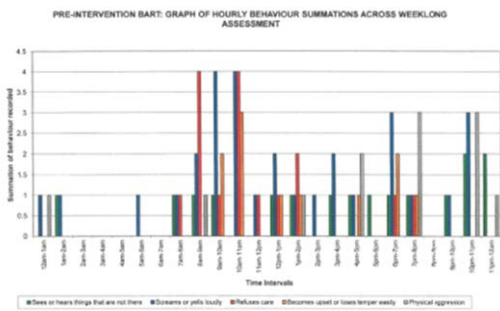


PRE-BART 11/9/13-11/9/13



上図. 介護職員の記録をもとに、どのような行動がどの時間帯に多いかをグラフ化。

**BATHING PLAN for XXXXX**

- Set up**
  - Ensure 2 staff attend to Joyce
  - Collect and set up all necessary items before approaching Joyce for bathing
  - Ensure bathroom is at the appropriate temp, as Joyce feels the cold quickly when she is undressed
  - Fully awake - Ensure she is fully awake before attempting to bathe, re-approach at another time if she is still asleep
- Communication**
  - Joyce has vision and hearing impairment
  - Joyce closes to her left ear - Joyce's hearing is better on her left ear
  - Gentle touch - Joyce responds well to touch
  - Calm and friendly approach - Joyce can pick up on staff members tone of voice, and will sense if a staff member is annoyed, angry etc. Keep interaction with Joyce positive by maintaining a calm and relaxed approach
  - Inform Joyce of the steps - Keep the information simple and provide reassuring words
- Aggression Management**
  - Show staff - To minimise injury to staff, require that Joyce's nails
  - 2 staff - Work as a team and communicate along the way the task each one will be doing
  - Plan issues - Joyce has behaviour outbursts and staff times, working past/pushing through these times during transition
  - Medication - Ensure she has her morning medication before bathing. Approach her 30-60 min after medication
- Medication Management**
  - Test a range of strategies to encourage Joyce to accept her medication including
  - Give medication with her breakfast
  - Ensure she is fully awake
  - Build support by talking about Joyce's family, bathroom cleaning, cooking and travels. Provide comforting words
  - Go down to her eye level. Explain what you are doing and what you want her to do
  - If she refuses, return at another time or have another staff member approach her

左図. 詳細なアセスメントの結果、作成した改善策は、簡潔な言葉で1枚の紙にまとめ、高齢者の居室の壁に貼る。担当者が変わっても、毎回、接し方を確認できるからだ。

**Normanby Unit (高齢精神障害者入院棟)**

DBMASの建物の近くにある高齢精神障害者入院棟。閉鎖病棟で10名のユニットが3つあり、そのうち1つが認知症の人のためのユニットとなっている。施設の中には「ほとんど使っていない」個室施錠の部屋が1つある。外来機能がありメルボルン大学の研究ユニットにもなっている。

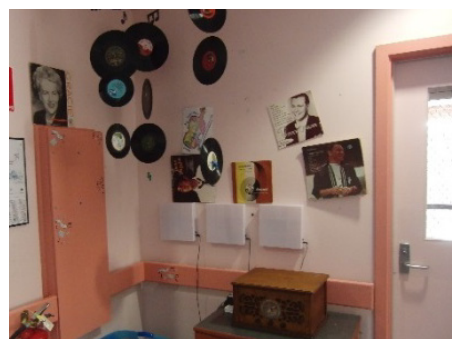


**Auburn House (BPSDのある認知症の人のためのナーシングホーム)**

BPSDが強まり、一般のナーシングホームでの生活を継続することができなくなった認知症の人のための入居施設。認知症による入院を最小限・短期に抑えるため、入院までは必要のない人やNormanby Unitを退院した人などが一時的に入居する。落ち着きを取り戻すことができた人は、介護者や家族とのコンサルテーションを行い、一般のナーシングホームに転居する。定員30人(10人ずつの3ユニット)。



中庭にはタイヤの外された車が駐車してあった。車好きの男性入居者が手入れしている。



回想を助けるツールを集めたコーナー。昔の有名人の写真、レコード、古い電話など。



意味ある活動の1つ、「納屋プロジェクト」。入居者と作業や工具のリスクアセスメントをそれぞれ行い、職員の監督の下、様々な道具を使って作業する。



「納屋プロジェクト」では、もちろん工具も使う。管理のため、壁に工具の形を描いている。紛失せず元通り片づけられているかが一目瞭然。

同様に、認知症以外の精神疾患があり一般のナーシングホームよりも高度なケアが必要な高齢者のための入居施設「Riverside House」もある。やはり状態が改善すれば一般のナーシングホームに転居することを前提としている。

## 考察と日本への示唆

オーストラリアの高齢者ケア施策の重点は、1980年代、従来のナーシングホーム増設から在宅支援に舵を切った<sup>2</sup>。1985年には地域在宅ケア法（HACC Act）が制定され、HACCによる在宅ケアサービスの提供が開始された。各地に自助組織としてアルツハイマー協会が設立されたのもこの頃である。

1989年に全国組織となったアルツハイマー協会は2000年以降、連邦政府からの資金を得て存在感を増し、全国共通番号による無料電話相談「全国認知症ヘルプライン」を実施するなど、様々なサービスを提供してきた。この「ヘルプライン」は広く知られ、認知症に関して情報を得る第一歩として利用する人も多い。今回インタビューした Prof. Ames や Prof. Lautenschlager も、認知症と診断すると、本人や家族に「まずアルツハイマー協会に電話するよう勧める」という。電話相談に加えて、教育支援プログラムや地域との連携など、同協会は医療の専門家にはない資源や情報があり、相談者に提供しているからである<sup>3</sup>。

<sup>2</sup> 下院歳出調査常任委員会（Leo McLeay 座長）が1982年に提出した報告書「At Home or in a Home（自宅か、あるいはホームか）」が契機であった。高齢者の多くは自宅で暮らし続けたいと望んでいるにも関わらず、適切な在宅ケアがないために不必要に早くホームへの入居を余儀なくされていると指摘し、施設ケアへの予算偏重を是正するよう議会に求めた。

<sup>3</sup> アルツハイマー協会の活動は地域の人々への啓発も意図されており、それ自体が認知症を持つ人と共に暮らすための地域の資源となる可能性を持っている。

BPSDに苦慮する介護者から「ヘルプライン」に相談があり、専門的な支援が必要と判断されると、DBMASに紹介される。さらに、ビクトリア州では緊急度が高いケースや複雑な支援が必要なケースは、APATTに紹介されるという仕組みである。

本章でも述べた通り、ビクトリア州のDBMASは、既存の高齢者精神科サービスを補完する形で始まった。同州の精神科サービス（小児・思春期、成人、高齢者の各対象別に提供されている）は、1970年代に英国で始まった地域精神科ケアのサービスモデルに学んだProf. Amesらが州政府とともに作り上げてきたものである。

これが、今回みてきたように、機動性の高いAPATTケースマネジャーによるきめ細やかで伴走型のケースマネジメント、RSPによる詳細なアセスメントに基づく非薬物介入、精神科医によるコンサルティング、急性期の入院治療など、多職種による重層的な支援システムを背景に、認知症をはじめ精神障害のある高齢者の在宅生活やナーシングホームでの生活を支えている。

DBMASでは、BPSDは認知機能の低下が大きな原因となっているものの、認知症の人が「何も分からなくなった」結果としてではなく、むしろ文脈（context）の中で生じるものであり、本人にとっては理に適った反応や行動であるとの理解から、多様なリスク因子が考慮され、因子の除去が図られる。ナーシングホームでは様々なスタッフが働き、教育背景も異なるため、どのレベルのスタッフも理解しやすく、ケアの一貫性を保てるよう情報を共有しようという工夫も随所にみられた。

BPSDは認知症の人が何らかの要因によって脅かされた結果として出現し、介護者にとっても大きなストレスとなって、しばしば介護破綻につながる。一方で、認知症の人にBPSDが起こった文脈を理解し、安全が感じられる環境を作り出すことは、同じ地域に暮らす人々の安心を確保することにもつながり得る。多職種の専門家によるタイムリーな助言・介入サービスは、日本でも自宅や施設での認知症の人の暮らし、そして市民の暮らしに大きな助けとなると思われる。ビクトリア州の地域精神科サービスやアルツハイマー協会など、持てる資源の異なる日本にDBMASのシステムを直ちに導入することは困難かもしれないが、オーストラリア国内でも州によってDBMASの形を変えているように、日本の実情にあわせつつBPSDに対する助言マネジメント機能が導入されることが望まれる。

主要参考文献：

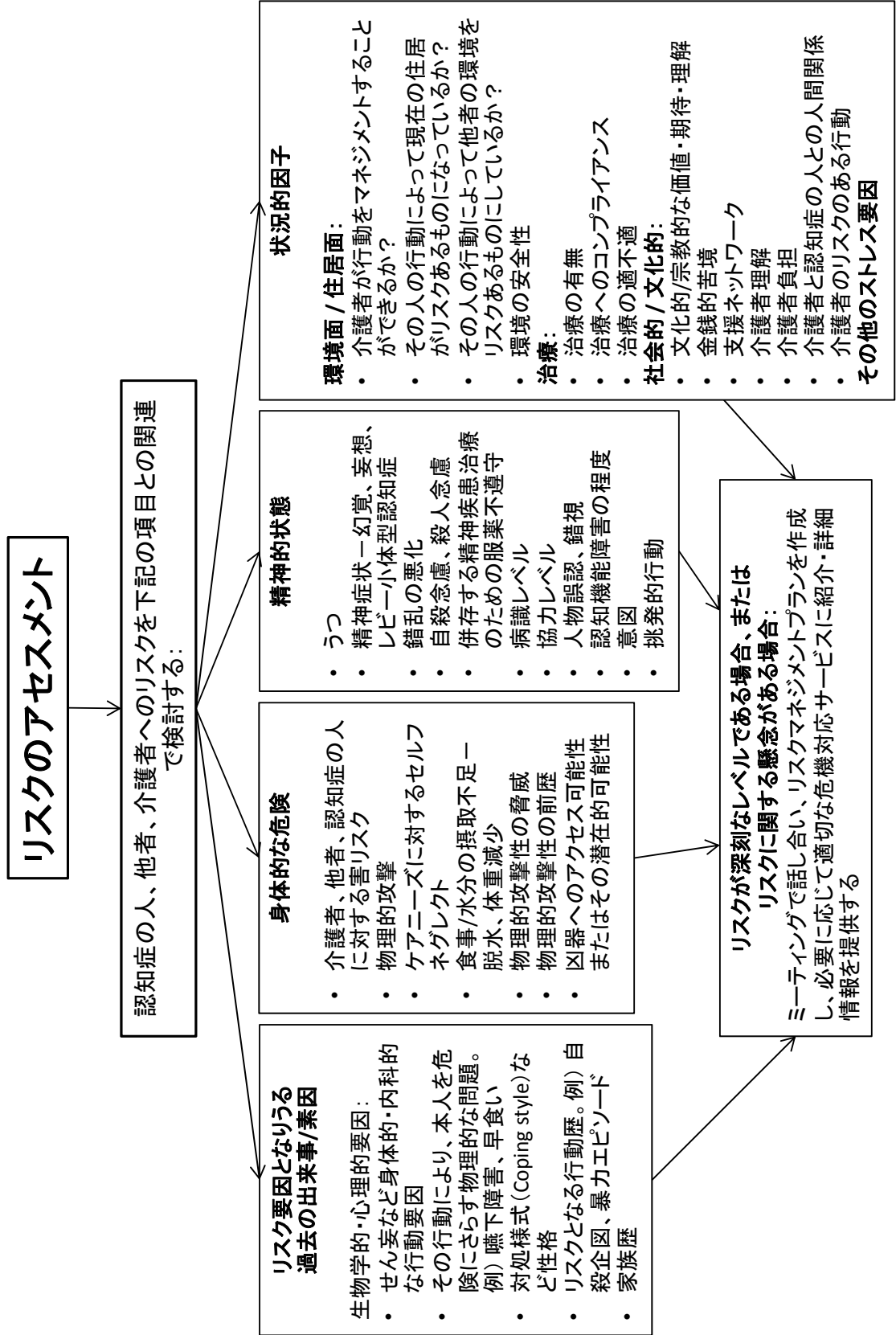
Living Longer. Living Better. April 2012 ©Commonwealth of Australia 2012

Delivering Consumer Directed Care Conference. 21 May 2013 – Judge Soulio

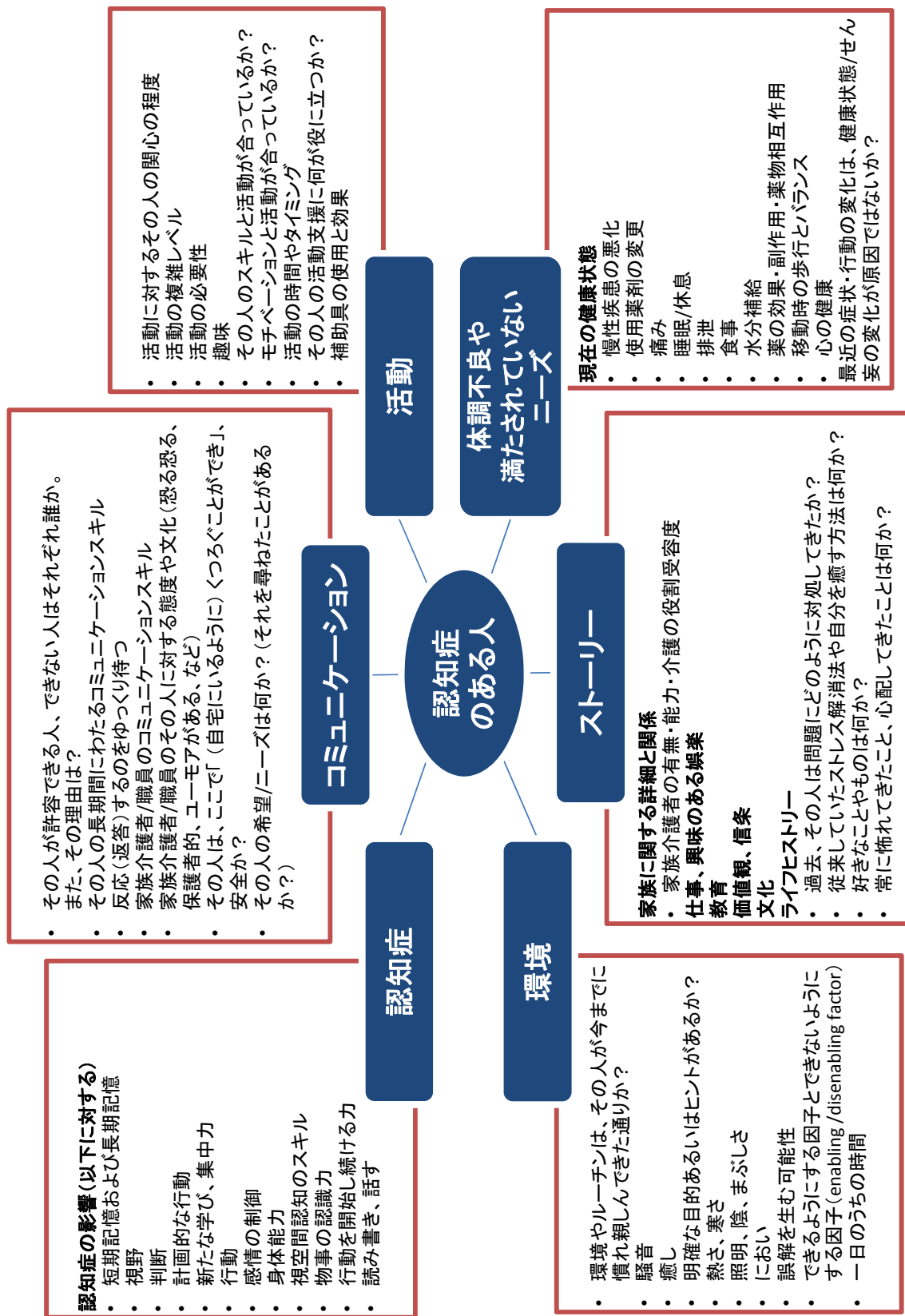
Behaviour Management – A Guide to Good Practice. May 2012. © Dementia Collaborative

Research Centre – Assessment and Better Care (DCRC-ABC) at the University of New South Wales 2012

# DBMAS VicのBPSDリスクアセスメントの流れ：Better Practice



# 問題解決アプローチを用いたBPSDの総合アセスメント



Aberdeen, S.M., Leggat, S.G. and Barraclough, S. (2010): Concept mapping. A process to promote staff learning and problem-solving in residential dementia care. *Dementia* Vol 9(1) 129-151 and *Alzheimer's Australia Victoria* (2006): *Dementia Care Essentials*. Dementia care skills for aged care workers

参考：リスクとなりうる要素

身体的/精神的健康面	身体面	環境面
<p><b>身体的問題</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• せん妄</li> <li>• 尿路感染</li> <li>• 無症状感染</li> <li>• 便秘</li> <li>• 痛みやその他の症状を知識できない/訴えられない</li> <li>• 食欲低下、食物摂取や水分摂取の低下による脱水、栄養失調、電解質バランス異常</li> <li>• 通常の病像を呈しない、非定型な症状発現</li> <li>• 多剤併用</li> <li>• 服薬非遵守、過量服薬ないし中毒</li> <li>• 併存疾患</li> <li>• 他の慢性疾患の存在</li> <li>• アルコール乱用</li> </ul> <p><b>精神的問題/併存疾患</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• うつ</li> <li>• 自殺念慮</li> <li>• 精神病</li> <li>• 精神疾患歴</li> <li>• 心的外傷後ストレス障害(PTSD)</li> <li>• 不安</li> </ul>	<p><b>認知症の人に対する潜在的身体的な害</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 危険察知の欠如</li> <li>• 他者または器物に対する乱暴によるケガ</li> <li>• ケアされている場所から付き添いなしでの徘徊</li> <li>• 知覚の変化</li> <li>• 環境(他の人々を含む)に対する誤った解釈</li> <li>• 転倒リスクの増加</li> <li>• 暴力につながる介護者の極度のストレス</li> <li>• 身体的・金銭的・性的なネグレクトまたは虐待</li> <li>• 自己破壊的行動</li> <li>• 衝動的行動</li> </ul> <p><b>認知症の人の行動の結果として他者への潜在的身体的な害</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 暴力</li> <li>• 性的脱抑制</li> <li>• 妄想または幻覚に対する反応</li> <li>• アルコールによって悪化している状況</li> <li>• 身体的虐待</li> </ul>	<p><b>安全でない環境</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ケア環境における安全上の問題</li> <li>• 介護者自身の病気や支援の欠如により、介護者の能力や忍耐の低下</li> <li>• 回避可能な入院は、錯乱や見当識障害の増悪を招く</li> <li>• 物理的環境の変化</li> <li>• 安全が確保されないまま自宅から離れること</li> <li>• 見知らぬ人を自宅に入れること</li> </ul> <p><b>認知症の人の行動の結果として住居を失う潜在的可能性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 現在の住居からの移動</li> <li>• より多くの制限が課せられるケア現場への移動</li> </ul>

参考：BPSD を起こしうる因子

認知症の人	コミュニケーション	日常生活の活動	ケア環境
<p><b>ライフヒストリー:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家族と友人</li> <li>• ペット</li> <li>• 重大な出来事</li> <li>• 記念日</li> <li>• セクシュアリティ</li> <li>• 移民または難民の経験</li> <li>• 文化的背景に即した伝統や出来事</li> <li>• 過去のトラウマ: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 戦時の経験</li> <li>◦ 盗まれた世代(アボリジニの子供を親から隔離した政策)</li> <li>◦ 国および文化から引き離されること</li> <li>◦ 世代間トラウマ</li> <li>◦ 家族・家・土地/国の喪失</li> </ul> </li> </ul> <p><b>身体的/知覚的健康:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 発熱</li> <li>• 口腔内痛</li> <li>• 認識されていない/治療されていない痛み</li> <li>• 便秘</li> <li>• 尿路感染</li> <li>• 胸部感染</li> <li>• その他の疾患</li> <li>• 薬物療法の有害作用</li> <li>• 睡眠不良、中途覚醒</li> <li>• 頭痛</li> <li>• 疲労</li> <li>• 視力障害(矯正なし)</li> <li>• 聴力障害(矯正なし)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 早口で話す</li> <li>• 憐れんだり、恩着せがましい態度</li> <li>• 必要な時に目線を合わせない(アイコンタクトをとらない)</li> <li>• 認知症の人の名前や呼称(Mr/Mrs/Ms/Dr 等)をつけて呼ばない</li> <li>• 認知症の人と言いつつ</li> <li>• 認知症の人の間違いを正して、失敗を意識させる</li> <li>• 認知症の人を説得しようとする</li> <li>• 認知症の人にとって好ましくない言葉遣いをする</li> <li>• ふさわしい文化的プロトコルに従わないコミュニケーション</li> <li>• ふさわしくない態度やマナーで接する</li> <li>• コミュニケーションに家族の関与が皆無またはほとんどない</li> <li>• 認知症の人の母国語で話す人が他にいない <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 孤独</li> <li>◦ 孤立</li> <li>◦ フラストレーション</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>食事:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 乱雑なテーブルセッティング</li> <li>• 一度に複数のコース料理</li> <li>• 食事時間がフレキシブルではない</li> <li>• 一緒に食事をとる人が刺激し攻撃性を誘発する</li> <li>• スタッフなど人員が変わる</li> <li>• 認識されていない口腔内の痛みがある</li> <li>• その人が食べる場所がはっきり決まっていない</li> <li>• テーブルクロスと食器の色が似通っていてコントラスト不足</li> <li>• 苦手な食べ物、あるいは文化的に不適切な食べ物</li> </ul> <p><b>身体ケアの提供の仕方:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ケアプラン通りに実行されていない</li> <li>• ケアの仕方が慌ただしい</li> <li>• 穏やかさに欠ける</li> <li>• 関わるスタッフの数が多すぎる</li> <li>• 性別にあった役割分担になっていない</li> <li>• 本人が関与していない</li> <li>• 浴室が快適できない。</li> </ul>	<p><b>屋内環境:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 圧倒的なサイズ</li> <li>• 見当識のヒントとなるものがない</li> <li>• 太陽や電灯の光が強すぎる</li> <li>• 乱雑な環境</li> <li>• 光と陰のコントラストのある表面</li> <li>• 騒々しい環境</li> <li>• 他者が多すぎる、またはグループ内で孤立している</li> <li>• パーソナルスペースがパーソナルなものになっていない</li> <li>• 部屋が見つけにくい</li> <li>• 文化的・スピリチュアル的に不適切または不快感を及ぼす物品がある</li> <li>• 祈りや、スピリチュアルな/宗教的な活動を行う場所がない</li> </ul> <p><b>室外環境:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• プライバシーがない</li> <li>• 関心を持てるポイントや色がない</li> <li>• 十分な日陰がない</li> <li>• 座りやすい環境ではない</li> <li>• 歩きやすい環境ではない</li> <li>• 室内から見づらい</li> <li>• 室内から外に出づらい</li> <li>• 何らかの活動ができるように工夫されていない</li> <li>• 物理的に安全ではない</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 刺激性の痒み</li> </ul> <p><b>精神健康:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• うつ</li> <li>• 不安</li> <li>• PTSD</li> <li>• その他の精神健康上の問題</li> </ul> <p><b>感情やスピリチュアル面の健康(全人的健康):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 土地/国への愛着</li> <li>• スピリチュアルな喪失、スピリチュアルなものの探索</li> <li>• スピリチュアル/宗教的な信条。例) 認知症やBPSDの原因として、外的な力が悪をなしている、呪いや報いであるといった考え。</li> </ul>		<p>例) 寒い、閉所恐怖症、騒々しい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 選択肢がない、あるいは選択肢が複雑または不適切である</li> <li>• 個人の清潔保持のための選択肢が少ない。例) シャワーよりもベッド付きのお風呂の方が適している場合もある</li> <li>• 以前の清潔保持の方法は過去の環境に関連し、リソースが利用可能であるかもしれない</li> <li>• 以前の歯科の清潔保持法が無視されている</li> <li>• スタッフの能力に対する過剰/過少な期待</li> <li>• スタッフが本人の頭ごしに話している</li> <li>• 痛みを伴うような手足の動かせ方をしている</li> <li>• 必要な時にバイリンガルまたは文化的な背景を理解できるスタッフがいない</li> <li>• 文化的・スピリチュアル的なニーズがケアに統合されていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 庭の小道がストレスのため行き止まりになっている</li> <li>• アボリジニーまたはトレス海峡諸島の人々—自分たちの土地や国から引き離されている</li> <li>• 以前のライフスタイルでは屋内よりも屋外で過ごす時間の方が圧倒的に多かった</li> </ul> <p><b>刺激レベル</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 構造化された身体的活動の不足</li> <li>• 日中の疲労</li> <li>• 退屈や意味ある活動の欠如</li> <li>• 過剰な刺激</li> <li>• 環境中の刺激が乏しい/刺激がまったくない</li> <li>• 仲間がいない</li> <li>• 家族、地域、国から引き離されている</li> </ul>
--	--	---	--



参考：拘束の代替選択肢（Barnes & Price, 2004; 238 より）

<p><b>物理的環境面</b></p>	<p><b>プライベートスペース：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ベッドの高さを個人のニーズに合わせて低くする。ベッドの車輪を外すかブレーキを確実に掛けるようにする。移動補助具は手の届くところに据える。</li> <li>• 自宅から慣れ親しんだ物を備える（写真、家具など）</li> <li>• 一人ひとりの入居者のニーズに合ったシーティング（seating）</li> <li>• 安全が確保されていない場所に入居者が出るなど、リスクのある状況を職員に知らせる適切な警報システム</li> </ul> <p><b>屋内：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 施設の廊下は、できるだけ余計な物を置かず、まぶしい電灯は避ける</li> <li>• 人がよく出入りする場所にはすべりにくい床材を用いるか、じゅうたんを敷く。</li> <li>• 見当識のヒントとなるよう、適切な標識や視覚記号をつける。</li> <li>• 入居者が歩きまわることのできる安全な場所を確保する。</li> <li>• 静かな場所を確保する。可能であれば騒音や明るい電灯などによる過剰刺激を減らす。</li> </ul> <p><b>屋外：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 屋外の安全が確保された場所へのアクセスを高める</li> </ul>
<p><b>社会・情緒面</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 施設外からの訪問を促す（必要であれば訪問日時をずらして調整）、職員と入居者の適切な関わりを促す。</li> <li>• 同じ（顔触れの）職員が接するように配慮する</li> <li>• セラピューティック・タッチやマッサージなどリラクスのための活動</li> <li>• リアリティ・オリエンテーション（現実見当識訓練）</li> <li>• 感覚補助具や適切な刺激を用いる</li> <li>• 刺激の過負荷を減らす</li> </ul>
<p><b>心理社会面</b></p>	<p><b>一人ひとりに合わせて心理社会的対策をたて、実施する</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• リハビリテーションおよび/またはエクササイズ</li> <li>• 失禁対策プログラム</li> <li>• 理学療法、作業療法、リクリエーションセラピー</li> <li>• 夜間活動</li> <li>• 個人あるいは小グループの社交活動（ソーシャルアクティビティ）</li> <li>• 獲得したスキルを用いて成功体験を積む活動（ガーデニング、洗濯物をたたむなど）</li> <li>• 安全に歩きまわることができるように環境を整える</li> <li>• 1人で動くことのできない入居者のために、本人の同意を得て、定期的にシーティングを調整する</li> <li>• 転倒防止プログラム</li> </ul>
<p><b>ケア方法</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• すべての職種の職員による見守りと観察</li> <li>• 行動変化の原因となる状況を定期的に評価しモニタリングする</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• パーソンセンタードケア(入居者一人ひとりが個人であることを理解する)</li> <li>• 個人に合わせ、かつ構造化したルーチン(排泄介助、昼寝など)</li> <li>• 「リスクのある」入居者の様子を定期的にチェックする</li> <li>• コミュニケーション法の改善</li> </ul>
生理面	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 総合的な健診</li> <li>• 使用している薬剤すべてをレビューする</li> <li>• 感染症の治療</li> <li>• 疼痛管理</li> <li>• 鎮静剤の代替選択肢(温かい牛乳、心を落ち着かせる音楽など)</li> </ul>

Behaviour Management – A Guide to Good Practice