

認知症地域支援参加型ワークショップ研修開発に関する研究

(27-11)

主任研究者 牧 陽子

国立長寿医療研究センター

長寿医療研修センター 研修開発研究室長

研究要旨

当研究の目的は、認知症支援を通じて互惠社会のあり方、“認知症とともに幸せに生きる”地域社会のあり方を提案することである。“まちづくり”は、不断のプロセスであり、大きな地域課題の1つにあげられる認知症の社会参加、社会での包摂に、どのように取り組んでいくかを、認知症当事者、家族・介護者、保健医療関係者、多様な地域の構成員で話し合い、行動につなげていくワークショップ型多職種協働研修で、提案していくことである。初年度の今年度は、根本となる社会参加の理念を示すとともに認知症の社会性の障害を明らかにし、社会生活支援のツールとなるリストの作成を行った。

認知症の人が社会生活上、関わる場として、金融機関、商業施設（大型スーパー・コンビニエンスストア・薬局・小売商店）、交通機関（鉄道・バス・タクシー）、宅配、公共施設、警察の11業種を選定し、認知症の人が困難を覚える場面を想定し、その困りごとに関連する要因を検討した上で、適切と思われる対応を提案した。これらの検討は、初期集中支援をはじめ、地域での認知症の人及び家族の支援に従事している作業療法士19名、言語聴覚士1名により、メーリングリストを介して行われ、具体的には 1) 各業種の日常業務における作業工程を分析、2) 各工程の中で認知症の人が困難を覚える場面を想定、3) それぞれの困りごとが生じる要因について検討、4) 要因を考慮した上での適切な支援の提案について、複数回の協議を行いコンセンサスを得た。

社会での関係性は疾患によって全てが規定されるのではなく、行為の文脈・個人的背景・環境等、多様な要素が複雑に作用し合うものであり、認知症者への支援も対象者との関係性を作っていくことで、社会生活を成り立たせていく。当リストは対話のツールとして有効活用が望まれる。認知症支援の専門職が社会支援の際に求められるのは、認知症の人と周囲の人との関係性のコーディネートで、医療的知識に加えて認知的共感力が要請される。当研究では認知症支援専門職のあり方も検討していく。

個々の関係性は個人レベルの小規模のものであるが、地域社会とは個人レベルのネットワークの集積であり、その広がりが力になっていく。本研究は、そうした地域のあり方を多様な人たちの対話で考え続けていくことを目指すものであり、認知症とともに幸せに生きる社会を考えていくことを目指すものである。

主任研究者	牧 陽子	国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター 研修開発研究室長)
分担研究者	遠藤英俊	国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター長
研究協力者	牛尾容子 河合晶子 岸上博俊 桑田藍子 古賀綾香 國政和子 猿渡由記 高尾真紀子 谷川良博 椿野由佳 都甲幹太 中野小織 福満 裕 松浦篤子 南 潮 村島久美子 山口智晴 山下英美 山本江吏子	介護老人保健施設 ゆうゆうの園 三重県立こころの医療センター 北海道大学医学部保健学科 医療法人博愛会 介護老人保健施設ぺあれんと 医療法人共和会 小倉リハビリテーション病院 秋芳会 秋吉病院 医療法人社団 聖愛会 牛田クリニック 法政大学大学院政策創造研究科 広島都市学園大学 介護老人保健施設 ウエルハウス川西 介護老人保健施設 あやめの里 北中城若松病院 介護老人保健施設 寿楽苑 荒尾こころの郷病院 東京都健康長寿医療センター 桜新町アーバンクリニック 群馬医療福祉大学リハビリテーション学部 愛知医療学院短期大学作業療法学専攻 介護老人保健施設鴻池荘

A. 研究目的

当研究は、認知症支援を通じて互惠社会のあり方、“認知症とともに幸せに生きる”地域社会のあり方を提案することを目的とする。地域づくり、まちづくりは、多様な参加者を得て、多面的に検討し、合意を形成していくプロセスが肝要であり、全ての地域にあてはまる定式化されたモデルを想定することは出来ない。したがって、モデルを呈示し、そのモデルに従って実施を検討するというのではなく、俯瞰的な理念を呈示し、先進事例を学びつつ、地域活動を支援・促進していく研修が望まれる。

認知症は社会関係性の障害であり、認知症者及びその家族が地域社会に参加をし、生活をしていくためには重層的で切れ目無い支援が必要であり、認知症地域支援体制作りは、あらゆる認知症施策・取組みの実効性を高めていくための基盤となる。また、認知症者の

社会参加を目的とする場合、認知症者・家族のみならず、支援者側、地域住民にも有益で、地域を発展させていく互恵的な方向性が求められる。しかし、現実には、どのような活動が有益で、今後、どのような社会資源の充実が求められているのかも分かっていない状況である。また、社会資源は地域によって異なり、地域によっては既に先進的な活動も行われている等、地域によるばらつきがある。こうした中、既に定式化されたモデルを呈示する研修ではなく、俯瞰的な理念を呈示し、先進事例を学びつつ、地域活動を支援・促進していく研修が望まれる。ここで、他職種とは保健医療の関係者のみならず、認知症当事者・家族・介護者、民間セクターをはじめ地域の多様なステークホルダーを含めて考えている。初年度の今年度は、認知症の社会性の障害を明らかにするとともに根本となる社会参加の理念を示し、社会生活支援のマニュアルとなるリストの作成を行った。

<社会生活障害としての認知症と中心となる理念の呈示>

1. 社会生活障害としての認知症

当研究の理念の前提となる認知症の社会性の障害については、主任研究者の牧が2010年より実施をしているが、特にアルツハイマー型認知症(ADD)についての研究は多くはない。社会生活障害としての認知症について自験例を踏まえ、概説する。

1) 米国精神医学会の診断基準改正 Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5 ~社会的認知機能があらたな認知領域として定義される

1.1) 2013年5月に改訂された米国精神医学会の診断基準 Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5 では、認知機能を6領域に分類し、複雑な注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚・運動に加えてあらたに社会的認知が独立した認知領域として認められた。認知症は本人だけの問題ではなく家族・社会との関わりが大きなウェイトを占めており、その意味でも他者(家族を含めて)との関わりに必要な認知機能が加わったことの意義は大きい。

社会認知とは他者との交流を可能とする脳機能と定義することができる。(Frith, 2007) 人の能力は個々人の内で完結したものではなく、人的・物的環境との相互作用で発揮されるものであり、環境から刺激を入力し、環境に働きかけていく循環が脳の働きである。社会生活を送るヒトとしての存在の基盤は、独立した個人に内在するものではなく、自分以外の他人との関係性にあり、成長過程においても、社会環境とその変化に適応していくことを通じて脳は発達していく。脳と同様に社会環境も固定化したものではなく、常にゆらぎ移りかわっていくものであり、脳は環境の変化に応じて、適応的に言動をコントロールし、さらに、そうした個々の脳の働きが社会を変えていく。このように、他者との交流から切り離れた脳機能を想定することは困難であり、認知症も社会生活障害としてとらえることが必要である。

1.2) 社会認知は独立した固有の認知機能

社会認知機能は発達に応じて獲得し、加齢変化で機能低下を示していくとともに、認知症では疾患特有の低下も加わる。認知症はもの忘れで気づかれることが多いが、自験例からは、軽度認知障害(MCI)の段階より社会認知機能は低下を示し、社会交流・社会生活の障害要因となっていくことが示されている。なお、社会認知を独立した認知機能とする DSM-5 とは異なり、実行機能等の認知機能低下の結果として社会性が低下するとする報告もある。(Fernandez-Duque *et al.*, 2009; Gregory *et al.*, 2002; Sandoz *et al.*, 2014; Zaitchik *et al.*, 2004)たしかに、実行機能が低下することで日常生活行為に支障をきたすことは、社会適応障害に関連する。しかし、後述するように、DSM-5 で例示されている、他者の心的状態を推察する心の理論は、実行機能とは独立した神経基盤を有することが先行研究で示されており、これは、独立した機能説を支持するエビデンスとなる。(Gallagher, *et al.*, 2000; Saxe, *et al.*, 2003) また、その領域は ADD では病初期から血流低下が見られることから、認知症の病態を考える上でも、独立した認知機能とするメリットは大きいと考えられる。

2) 認知症による心の理論機能の低下

2.1) 他者の心的状態の推察、行動の予測機能が困難になっていく。

円滑な社会交流には、相手が何を考えて、どのように感じているのかを推察し、行動を予測して対応することが必要となる。この、自分と他者の心的状況が異なることを前提として、他人の心の状態を推測する機能が、心の理論と定義される(子安, 1999)。日本語で心と訳されているので情動的なニュアンスがあるが、*theory of mind* の本来の意味は相手の心的状態一般、すなわち考え・意図を含む概念である。自分以外の他者との関係性の根本には、自分と他者が物理的に別の存在であるという認識があり、物理的に異なる自他は、「異なる視点で外界を見ているという認識」を獲得していく。

論争はあるが、概ね4歳程度で他者と自己の心的状態が異なることが理解できるようになるとされている。その一方、心の理論に基づく他者理解は加齢変化により低下するとともに、MCI の段階から疾患関連の機能低下を示すことを自験例で確認をしている。人の心を読むことは、お互いに共感をし、協調行動をとる際にも必要となるとともに、駆け引きにも必要となる。“欺す”というのは、本心とは違うことを考えていると、相手に信じこませることである。記憶低下の影響を抑えるため、連続図ではなく一枚の状況図で、欺しのいたずら場面を示し、理解を尋ねたところ、MCI の段階より、欺しの意図の理解の低下を示した。MCI の段階では、ヒントがあれば、理解に到達するが、認知症初期の段階では、ヒントを与えると、余計に混乱し、理解に到達出来ないことが示された。(Yamaguchi *et al.*, 2012) MCI の段階では、他者の意図を説明されれば理解出来るが、認知症初期の段階では、そもそも、他者が自分とは異なる意図を持っているという認識自体が失われていくことが示唆されている。

2.2) ADD と前頭側頭型認知症 (FTD) では、心の理論障害の神経基盤が異なる

このようにアルツハイマー型認知症も、FTD とともに、心の理論障害を示すが、関連する神経基盤が異なることが報告されている。Le Bouc らは、心の理論の要件として、1) 他者視点に立つこと、と同時に 2) 自己視点を抑制することをあげ、各々に関して行動実験をするとともに、脳血流との関連を調べた。(Le Bouc *et al.*, 2012) 前者の他者視点の取得機能は脳 temporal-parieto junction (TPJ) に関連することが示されたが、この TPJ はアルツハイマー型認知症初期から血流低下を示す領域である。また、後者の抑制機能は前頭葉の活動に関連していることが示されたが、前頭葉の血流低下はアルツハイマー型よりも FTD で顕著となっている領域である。したがって、TPJ の血流の低下するアルツハイマー型認知症では、そもそも、相手の視点を考慮することが困難となり、前頭葉の機能が低下していく FTD では、相手が自分とは異なる視点を持っていることに気づきながらも自己視点を抑制が困難になっていく。

3) 認知症におけるコミュニケーション障害

3.1) 語用論的障害

認知症のコミュニケーション障害として、失語関連が取り上げられることが多いが、MCI・認知症初期でのコミュニケーション障害として、心の理論に関連する障害への注意が必要である。人はコトバを獲得すると、コトバで考えるため、コトバの発達は心の理論と深く関係している。(Russell RL, 2007, Happe FG, 1994, Glucksberg S, 2003, Rapp AM, *et al.*, 2004, McDonald S and Pearce S, 1996, Papagno C, 2003, Rapp AM and Wild B, 2011) コトバは字義通りの解釈では、真意を理解したことにはならないことが多くある。Happe は、日常生活の場面で心の理論の機能を計ることを目的として、冗談・罪のない嘘・比喩・皮肉など、字義通りの意味では真意は伝わらない場面を描いたストーリーを示して、発言の意図を問う課題を開発した。(Happe 1994 ; Strange Stories 課題)

これらの課題では、字義通りの解釈では文脈・現実とずれが生じるが、心の理論の獲得以前ではこのずれに気づいても、何故、話し手が意図的にずれを作っているのかは気づかない。例えば、発言者の意図の推測の課題として、嘘と冗談の区別がある。冗談は現実と合わないで、幼児は冗談を嘘と判断する誤りをする。一歩進んで、何故、発言者は、現実とは合わないことを言うのか、という意図を考えることは出来ないからである。この結果は、相手の意図の理解が、論理的な整合性の判断より高次なことを示している。自験例でも、同様のことを経験している。「息子が部屋を散らかしているのを見た母親が、『綺麗な部屋』と皮肉を言う」という場面を提示すると、「散らかっているのに綺麗というのはおかしい」と論理矛盾には気づくが、それが皮肉であることには気づかないというケースを経験している。このような認知症者に対して、周囲は、字義通りの文意の理解はできるため、ニュアンスまで通じていると考えがちであるが、ニュアンスをくみ取ることの方が高度なのである。(Maki *et al.*, 2013a)

3.2) 記憶による代償

同じく自験例では *strange stories* のうち、罪の無い嘘(*white lie*)の正答率は認知症では高いことを経験した。罪の無い嘘とは、例えば、手作りのケーキを貰った時に、本当は美味しくないのに、「とても美味しい」と答える場合の嘘である。文脈の判断ではなく、これまでの経験からの“常識”の記憶で対応している結果と思われる。心の理論の未獲得の発達障害児では、記憶による代償は無い。この記憶の代償のあることが、認知症の心の理論の障害を見えにくくしている一因でもある。

3.3) コミュニケーション障害と介護負担

情報を伝達することより、人との関係性を重視する日常会話では、字義通りの解釈では関係性を悪化させる危険さもある。これが、MCI から顕著になるコミュニケーション障害である。日常会話では、意味の取り違いより、ニュアンスの取り違いの方が、軋轢を生むことも多く、場・空気を読むのが苦手になって、場に順応していくことが難しくなるのも、このころの理論障害に関連することが多いと思われる。周囲には、MCI・認知症者の心の理論障害を理解して援助していくことが期待される。また、意思疎通の困難さが介護負担を増大していることから、心の理論障害の理解は心理的な介護負担の軽減につながることを期待される。

4) 病識の低下

4.1) 病識低下はセルフモニタリングの障害の一部

病識欠如という現象をセルフモニタリングの障害として想定する考え方がある。自己洞察とは、第三者視点にたつて自己を評価することであり、(三宮、2008、Flavell, J. H. 1979) 心の理論と同じく、視点取得が要素となる。すなわち、第三者視点にたつて、他者を評価するのが心の理論の働きであり、自己を評価するのが、自己洞察である。したがって病識にも、心の理論と同じく、他者視点取得に関わるTPJ、自己視点を抑制する前頭葉が関連する。

4.2) 病識と病感

病識とは、病気に関する自己洞察である。「認知症による機能低下の気づき」、すなわち、主観的な自覚は病感と定義され、障害認識に関して医学的に妥当であるかどうかを客観的に評価したものが病識と定義される。(Maki *et al.*, 2012; Maki *et al.*, 2013b) 病感と客観評価に乖離が生ずる時に病識低下と評価される。(Mograbi *et al.*, 2009; Souchay, 2007) 社会生活を円滑に営んでいくためには、常に自分の言動をモニターし制御していくことが求められる。適応的行動選択とは周囲の状況を的確に読んで、自分の能力と照合し適切な振る舞いを選択していくことであり、人の言動は社会的文脈でその適否が判断され、必ずしも正しい行

為が適切な行為とは限らない。

なお、しばしば、「認知症になっても病識はある」との主張もあるが、定義の違いである。本書では、客観的で正確な機能評価を病識とし、漠然とした病識を病感と定義しているが、病識をこの“病感”の意味で使う立場もある。認知症では“病識は低下しているが、病感を感じている場合が多く、漠然と自分が他者とは違う、何かおかしいと感じ、その病感が自身自身の存在に対する不安に結びついていると考えられている。

4.3) 自己洞察と自己修正

社会生活において、適応的な行動の積み重ねによって、社会の中で自己を確立していくが、適応的行動を選択していくためには、心の理論を働かせて他者の反応を予測するとともに、自分の言動は常にモニターし、相手の実際の反応と予測とのずれを吟味し、どのような行動を返すべきかを考えることが要請される、このように、よりよい関係性を目指して自分の行動を修正することを、自然に行っている。さらに同時に、経験を今後に生かしていくために、経験の総体を更新し上書きをするという作業を行っている。このように、ヒトは社会交流を通じて、常に“自己”を新たにしていっていることができる。この自己洞察の過程の神経基盤として、デフォルトモードネットワーク (DMN) の関与も近年、論点となり、アルツハイマー型認知症での DMN の変化も報告をされている。(Bero *et al.*, 2011; Gusnard *et al.*, 2001; Raichle, 2015; Raichle *et al.*, 2001) ただし、この DMN は仮説の段階で、プレクネウス、後部帯状回、前頭葉内側部、海馬領域という DMN 領域は、そもそも、 β アミロイドタンパク変性が病初期より顕著となる部位と重なっている。アルツハイマー型認知症における自己洞察の変容と DMN の血流の関係性は、今後の研究課題である。

4.4) アルツハイマー型認知症の進行と病識

認知症初期では、不十分ながらも全般的に病識は見られる。以前より不手際になり非効率になった、2つのことを同時にすると、1つ忘れてしまう、というような行為の過程・遂行に関することは、自分で気づいて修正している段階では周囲からは気づきにくく、本人の方が家族よりも自覚の高いことも多くあり、失敗を恐れて、試みなくなることも多く、家族は、「ものぐさになった」と変化を感じることもある。

中等度に進行すると、記憶・見当識といった個別の認知機能の病識よりも、実行機能のように複合的な機能の病識から低下していく。複雑な行為はしなくなっているために、やれば出来ると思いき、年相応に能力は保たれていると感じることも多いようである。また、周囲からはコミュニケーションをとるのが難しくなっていると感じられているにも関わらず、コミュニケーションの能力も保たれていると感じ、周囲との意思疎通は図られていると感じている。(Maki *et al.*, 2012)

このように、アルツハイマー病をはじめ、認知症はもの忘れで語られることが多いが、認知症の前段階の MCI の段階より、他者は自分とは異なり、自分を客観的にとらえたと

もに、相手の心を読み取ることが困難となっていく。認知症者の社会参加を考える際には、“自己を知り他者を知る”社会認知機能の低下を前提とした支援の考察が必要となる。

2. 中心となる理念～互恵ケア

社会における認知症支援は、関わる人が多数であり、認知症者中心の従来の person-centered care の発想のみでは妥当しないことも多い。そこで、Maki Y, Sakurai T, Toba K. A new model of care for patients with dementia: Japanese Initiative for Dementia Care. Oxford Textbook of Geriatric Medicine 3rd Edition. Oxford University Press. In press では、社会における認知症者支援の基本理念として、互恵ケア (pro-social relation-based care) の提案を行った。互恵ケアとは認知症者及び他の社会的弱者を含む社会の構成員全てをパーソンとして尊重し、互恵的に共生することを目指す理念で、認知症者の支援を他の社会的弱者の支援と一体化して行っていくことを提案していく基礎となる。

互恵ケアでは、認知症以外の社会的弱者も包摂する多世代交流の支援を目指す。認知症に限定する支援では、地域の課題には応えられないことが多く、インフォーマルな支援では、多世代・他の社会的弱者も包括する支援が望まれる。包括的支援では、認知症の人・他の社会的弱者の人にも、“支えられる側”から“支える側”に回り、社会に貢献できる可能性が生まれる。社会認知の障害により、社会適応は困難さを増していくが、この困難さを理解し、認知症者が積極的な役割を持って社会参加をするための支援と同時に、周囲の認知症者の社会認知の低下への理解を促進していくことが、今後、支援として求められると考えられる。

“地域”というプラットフォームで、様々な活動に多様な人達が協働・参加していくことで、地域は豊かに発展していくものであり、その輪に認知症の人も参加していく支援が求められる。当研究は、地域を作っていくプロセスを、多様な参加者の対話で考えていくことを目的とする。

社会の関係性は、個々の場面での人との関係性の集合であり、今年度は、社会生活場面を円滑にするツールとなるリストを作成した。

B. 研究方法

認知症の社会支援のリスト作成に関して、当研究では、認知症初期集中支援等、社会での認知症支援に携わる医療福祉専門職の経験の集合知を形成するというボトムアップの手法をとった。経験知を集約していく確立された方法論は無く、方法論から作っていく必要があるが、今回は試験的な試みとして以下のように行った。

認知症の人が社会生活上、関わる場として、金融機関、商業施設 (大型スーパー・コンビニエンスストア・薬局・小売商店)、交通機関 (鉄道・バス・タクシー)、宅配、公共施設、警察の 11 業種を選定し、認知症の人が困難を覚える場面を想定し、その困りごとに関連する要因を検討した上で、適切と思われる対応を提案した。なお、ここでの認知症とは

アルツハイマー型認知症を想定したものである。

これらの検討は、初期集中支援をはじめ、地域での認知症の人及び家族の支援に従事している作業療法士19名、言語聴覚士1名により、メーリングリストを介して行われた。具体的には以下の4点について複数回の協議を行った。

- 1) 各業種の日常業務における作業工程を分析
- 2) 各工程の中で認知症の人が困難を覚える場面を想定
- 3) それぞれの困りごとが生じる要因について検討
- 4) 要因を考慮した上での適切な支援について提案

2の協議では、各業種の日常業務の場面において、認知症者との関わりの中で予測される困りごとを「想定される行動」としてまとめた。「公共施設」と「交番」に関しては、業務内容が多岐に渡るため、作業工程の分析は行わなかった。3の協議においては、想定される行動が生じる要因として「認知的要因」「行動・心理的要因」「身体・運動的要因」の3種類を想定し整理した。さらに、4の協議では「想定される行動」が生じる要因を考慮した上で、認知症の人にどのような対応をするのが望ましいのか、ということについて検討し、「支援の提案」の項目にまとめた。「支援の提案」の項目に関しては、各業種のスタッフが現場で対応可能なものとした。

1点の協議には約2週間を費やし、意見交換を行う中で各メンバーが意見の修正を繰り返した。最終的には全員の意見を集約したものを表にまとめ、各項目の記載内容に関する全員のコンセンサスを得た。

(倫理面への配慮)

本研究は、「認知症の人との共生社会に向けての調査研究」として、国立長寿雨量研究センター 倫理・利益相反委員会の承認を受けた。(No.864)

C. 研究結果

- 1) 結果は下記の表にまとめた。

金融機関（銀行・郵便局）					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理的要因	身体/運動的要因	
入店時	うろうろして落ち着かない様子	見当識障害、理解力低下			具体的な用件を例に挙げて尋ねる。持っている物で推測し話しかける（郵便物、振込用紙、通帳等）。

	パジャマでの入店や失禁等で異臭が漂う様子	見当識障害 社会性低下			迎え入れる声かけで安心を促し、羽織るものや飲物を用い別室へ誘導する。
番号札を取る	番号札の前で困惑している様子	理解力低下、 遂行機能障害、 記憶障害			具体的に用件を尋ねる。できないことを直面下させない配慮を。用件にあった番号札を取るまで誘導。
呼ばれるまで待つ	「自分の順番はまだか」と何度も尋ねる	見当識障害、 理解力低下	不安		その都度対応する。具体的な流れを適宜声かけ。
	番号札を紛失する、番号を呼ばれてもずっと座っている	記憶障害			店側の気配りが必要。順番が来ると、番号で呼ばずに直接声かけをする。
書類に記入する	書類記入の失敗が多い、時間がかかる	注意力低下、 視空間認知障害、記憶障害、 遂行機能障害			住所などを確認できるものを出してもらい、記入部分を一つ一つ指し示して、記入できるようにする。窓口対応に切り替えて、係員が記入。
窓口で用件を伝える	突然大声を出したり暴言を吐く	脱抑制	心理症状（怒り）		周囲が騒ぐことで、ますます混乱するため、別室に誘導。怒りの感情を吐き出させ、仕切り直す。
	通帳、印鑑、証書、カードの紛失が多く、再発行を繰り返す	注意力低下、 記憶障害			家族への相談を促し、また行政に窓口があることを伝える。家族の協力のもとで本人管理物品の最小化(通帳と印鑑のみで窓口対応限定など)を図る。ただし、必ず本人の了解をとること。
	明らかに異常な出金依頼がある	理解力低下、 記憶障害			否定せず訴えを受け止めて聞く支援をする。詐欺等も想定されるため、単独での支援で切り捨てず、本人の了解のもと、他機関（地域包括支援センター・警察・行政等）への

				支援につなげる。
	暗証番号を忘れてと訴える	記憶障害		やさしく声かけを行いパニックを防ぐ。出金に関しては、窓口でも対応できることを伝える。暗証番号は個人情報であり、ヒントを出してその場で思い出させるようなことはしない。
	通帳を盗まれたと訴える	記憶障害、	物盗られ妄想	別対応で話を聞き、本人の了解のもと、関連機関へつなげる。第三者が引き出すことが出来ないよう、手続きができることを告げ安心感を得るようにする。
店を出る	家への帰り方がわからないと言う	地誌的見当識障害		まずは不安な気持ちを受け止める。どのように来たかを思い出してもらい。交通手段を具体的に説明する。家族に連絡することも可能であることを説明する。
その他	ATM の前で困惑している	遂行機能力低下		横に立ち、見守る態度で1つ1つの作業を指示する。安心感をもたせ、さりげなく支援を行えるようにする。ただし、暗証番号は、スタッフが見ないことを明言し、暗証番号入力の際には、画面から離れる。
	通帳記帳時に不明な出金の記載があり、混乱される	記憶障害	心理症状（不安）	不明な出金に関して詳しく話をきく。 出金した金額によっては本人の了解のもと、家族・警察にも連絡。
	重要書類を持ち帰り忘れる。忘れ物が多い	注意力低下、記憶障害		スタッフで気配りを心がけ、気づけるようにする。

大型スーパー					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理要因	身体/運動要因	
入店	長い間ぼんやり立っている	理解力低下、 迷子			店内での見守り支援を行う。 用件をさりげなく尋ね、目的の場所まで案内する。
	エレベーターやエスカレーターでの危険行為	遂行機能障害、 意味記憶障害			わかりやすい案内表示、案内係をつける。
商品を探す	商品の場所を尋ねられたが、話が的を得ず、何のことかわからない	理解力低下、 記憶障害、 失語（喚語困難）			食べ物、文具、雑貨など種類を絞ったり、どのような使用方法、調理方法のかなど尋ねる。
	会計前に食べてしまう	抑制力低下、 判断力低下			レジでの支払いを促すための声かけをする。
会計	支払いでもたつき、時間がかかる		焦り		後方の列を分散させ、時間を割いて対応できるように配慮。焦らせずに支払いができるように調整。
		数の概念の低下、 計算障害、記憶障害、 遂行機能障害		巧緻性低下、 動作遅延	取り出すのが困難であれば、トレイに出してもらい、一緒に確認しながら必要分を取る。本人の了解なく、財布を触ることはしない。
	支払いをしないで帰ろうとする	理解力低下 記憶障害、注意障害			まだ支払が済んでいないことを優しく声かけする。他の人に分かるように呼び止めることはしない。
商品を袋に詰める	隣の人の商品を自分の袋に入れてしまう	理解力低下、 記憶障害			袋詰めサポート係が対応。他の人との境界線を明確になるようにさりげなくカゴを移動し、自分の商品を袋に詰められるように誘導する。他客には、店から、勘違いで

					あることを謝罪して、他客には認知症の疑いは伝えず、気持ち良く利用してもらえるように配慮する。
	商品を忘れていく	記憶障害			よく忘れていく人を確認できていれば、スタッフで気配りを心がける。
カゴを元に戻す	カートやカゴをどこに戻せばいいのかわからない	理解力、判断力低下			わかりやすい案内表示、案内係をつける。きよろきよろしていたら、声をかけさりげなく手伝う。
	カゴごと持って帰ってしまう	理解力低下			「ありがとうございます。お戻しでしょうか？」とカートやカゴを受け取る。
店から出る	出口がわからないと尋ねられる	視空間認知障害、 見当識障害、			わかりやすい案内表示、案内係をつける。穏やかな態度で誘導する。
	駐車場のどこに車を置いたのかわからなくなったと話す	見当識障害、 記憶障害			落ち着く場所に移動し、ゆっくり情報を聞き出す(どんな車かなど)。一緒に探す。
	家への帰り方がわからないと言う	地誌的見当識障害			落ち着く場所に移動し、ゆっくり情報を聞き出す。様子によっては保護の支援が必要となる。
その他	「買った商品が入ってない」と苦情を言い、繰り返し来店する	記憶障害			従業員間で把握をし、その人が来店された際は、袋入れに店員が寄り添いレシートの確認をする。
	開封したもの、賞味期限が切れたものを返品する	理解力低下			一緒に商品を確認し、返品できないことを伝える。認知症の疑いがあっても、特別扱いはしない。
	他客にお金を借りようとする	判断力低下			独立した個人同士であることが基本であり、一方的に貸し借りを禁止する言葉かけ

					をしない。客同士のトラブルになったことがあるなどと例をあげ、貸し借りはしてほしくないということを伝える。
--	--	--	--	--	--

コンビニエンスストア					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理要因	身体/運動要因	
入店時	入口付近でうろうろしている	地誌的見当識障害、不安、混乱	不安、混乱		入店を促すように声をかける。落ち着かせるようにゆっくりと話しかける。
	寝間着や下着姿での来店。ずぶ濡れでの来店	理解力低下、見当識障害			邪険な対応は控え、店内での行動や様子を先ずは見守る。声かけにて反応や様子を確認。事故や行方不明の可能性があれば保護のため、警察に通報する。
	押しボタン式の自動ドアの前で立ちつくしている	遂行機能障害、意味記憶障害			さりげなく押しボタンを押してドアを開ける。
商品を探す	商品を自分で探せない	注意力低下			声かけにて商品を確認、誘導。
	同種類の商品があるとどれを買うか決められない	判断力低下			価格で比較するなど分かりやすいもので比較する。どうしてもきめられなければ、お勧めを伝えるなどで決めることを手伝う。
	飲物の冷蔵ドアを全開して商品を選んだ後ドアを閉めない	記憶障害、注意障害、遂行機能障害			店員、周囲の他客による支援必要。

会計	財布を持ってきていない	記憶障害、注意障害			商品を預かっておくことを告げ、財布を取ってきてもらう。
	支払金額を間違えている	聴覚的注意力、理解力低下		聴力低下	口頭での呈示とともに、文字での表示を指し示す。一緒に確認しながら過不足分を呈示。
	支払いでもたつき、時間がかかる	理解力低下、遂行機能障害	心理症状（焦り）		後方の列を分散させ、時間を割いて対応できるように配慮。焦らせずに支払いができるように調整。
		数字の概念の低下、計算障害、遂行機能障害		巧緻性低下、動作遅延	取り出すのが困難であれば、トレイに出してもらい、一緒に確認しながら必要分を取らせてもらう。
支払いをしないで帰ろうとする	理解力低下 記憶障害、注意障害			まだ支払が済んでいないことを優しく声かけする。	
店外で	家への帰り方がわからないと言う	地誌的見当識障害、記憶障害			家族に連絡して迎えに来てもらう方法などの提示、帰り道を思い出せるように説明。困難であれば、警察への通報。
その他	コンビニの用件でない「尋ねごと」をしてくる	理解力低下			可能な限り対応。困難な場合は「〇〇で聞いてみてください」と相談場所を具体的に示す。
	タッチパネルやATM、コピー、FAX など機械の操作が分からない	遂行機能障害、意味記憶障害			「機械がわかりにくくてすみません」など声かけし、プライドを傷つけない。横についてゆっくりと一緒に操作する。

薬局				
想定される行動	予測される要因			支援の提案
	認知要因	心理要因	身体/運動要因	

入店時	入り口付近でうろうろしている	地誌的見当 識障害、 視空間認知 障害			落ち着かせるようにゆっくりと、入店を促す声かけをする。
商品を探す	症状を説明されるが、話の内容がわかりにくく、商品を提供できない	失語（喚語困難、迂言）			体の部位、かゆみや、腹痛など具体的な症状を示し、確認する。
	商品の説明を求められたが、説明しても理解してもらえない	理解力低下			紙に書く、図やイラストを用いるなどわかりやすく、シンプルな説明を心掛ける。
	薬の飲み合わせについて尋ねられたが、現在服用している薬の名前がわからず、答えられなかった	記憶障害			お薬手帳をもってきてもらう、飲んでいる薬をもってきてもらう、かかりつけの病院を尋ね、問い合わせをしてもいいかを聞き、対応する。
	毎日同じ薬を買っていくなど、不審な購入	記憶障害			「まだ薬が残っていませんか？」などとさりげなく尋ねる。購入することは本人の自由であることを前提とする対応をする。
	支払金額を間違えている	数字の概念の低下、 理解力低下		動作緩慢、 処理速度低下	慌てさせず、落ち着いた口調で不足分を伝える。困難であれば、支払額の見本を見せて同じものを出してもらうなどの手助けを行う。
	支払いでもたつき、時間がかかる	数字の概念の低下、 計算障害、 記憶障害、 遂行機能障害		動作緩慢、 処理速度低下	焦らせず、一つずつ進めることが大切。ゆっくりと金額のみを伝える、金額の表示を見てもらう。断りを言い、ゆっくりと財布を開ける手助けを行う。小銭があるか確認し、どれが何枚必要か伝える。

	支払いをしないで帰ろうとする	記憶障害、理解力低下			まだ支払が済んでいないことを優しく伝え、レジまで誘導する。
店を出る	家への帰り方、帰る方向がわからないと言う	地誌的見当識障害			落ち着く場所に移動し、ゆっくり情報を聞き出す。
	出口がわからない様子	視空間認知障害			穏やかな態度で誘導する。
	眠れないと訴えられるが増える		不安	睡眠障害	訴えをしっかりと聞く。医師への相談を促す。
その他	処方箋を持ってくるが、取り扱いがない旨説明しても、理解しない	理解力低下			どこに行けばいいのかを具体的に示す。本人の了解を得て病院に連絡、処方箋を渡す際に、薬局の場所を教えてくださいにする。 かかりつけ病院と連携し、定期薬お届けサービスなどを活用するよう、提案をする。
	お薬手帳を異常にたくさん持っている	記憶障害			「よろしければ一冊におまとめしましょうか？」など管理の助言を行う。

小売業					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理要因	身体/運動要因	
入店時	寝間着や下着姿でふらっと立ち寄られる	自身を省みる力の低下			着替えずに来ているのを自覚しているかどうかをさりげなく尋ねる。
商品を探す	商品の場所を、繰り返し尋ねられる	理解力低下、注意力低下、記憶障害			プライドを損ねないように、何度でも丁寧な対応と誘導の支援が望ましい。
	同種の商品の中でどれがいいのか自分で決めら	理解力低下、記憶障害			いままで買っていた種類、商品をさりげなく示す。お勧めを伝える。急いで購入を勧めず、一

	れない				度戻り後日の来店を促す。
	商品の違いを説明しても、なかなか理解してもらえない	理解力低下			商品の価格の違いを伝え、他商品の質や使い方の違いをゆっくりと短い言葉で説明する。パンフレットなどを活用し、要点を紙に書く。
	陳列のお惣菜をその場で食べる	脱抑制 理解力低下			その場で注意し戒めることはせず、場所を移動し、落ち着いた口調で興奮させないような対応が望まれる。場合によっては家族へ連絡が必要。
	財布を持ってきていない	記憶障害 注意力低下			財布を取りに帰ってもらう。次に支払ってもらえるように書面で残す。家族に伝え、家族にまとめて支払ってもらうような契約にし、本人が財布を持っていなくても商品をつけで買えるようにする。
会計をする	支払金額を間違えている	数字の概念の低下 計算障害			慌てさせず、落ち着いた口調で不足分を伝える。場合によっては一緒に支払いを助ける。
	支払いでもたつき、時間がかかる	数字の概念の低下、計算障害、記憶障害、遂行機能障害		巧緻性低下 動作遅延、	慌てさせない。取り出すのが困難であれば、トレイに出してもらい、一緒に確認しながら必要分を取らせてもらう。
	支払いをしないで帰ろうとする	記憶障害			支払いを促す。難しくなってくれば、家族と相談、つけでの購入なども検討
店を出る	なかなか帰らないで、話をしたがる		孤独 寂しさ 依存性		他客・店の営業に差し障りにならない程度であれば過ごしてもらう。店が混んでいる時には、「〇時ですね。家に帰らなくてもお時間は大丈夫ですか？」などと声かけをする。

	「帰る」と言っていたのに、家とは逆の方向へ歩き始めた	地誌的見当識障害			「これからどこか行かれるのですか？」など家とは違う方向であることをさりげなく伝える。
その他	高額商品を買った後に、家族から返品依頼がある	記憶障害 判断力低下			返品対応が可能な場合には対応をする。今後の販売対応については家族の要請に従う。

鉄道					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理要因	身体/運動要因	
切符を買う	路線図の意味がわからない様子	理解力低下			手元ではっきりと見える路線図で説明する。行き先を尋ねる。身振り手振りで差し示し、確認する。
	行先を忘れたと話すが、尋ねても判然としない	記憶障害、失語			思い出すヒントを引き出す。誰を尋ねる？等について選択肢を呈示しながらゆっくりと尋ねる。家族など親しい人との連絡の手段の検討をする。
	自販機や IC カードチャージ機の前で困惑した様子	遂行機能障害、意味記憶障害			「機械がわかりづらくすみません」などと伝えプライドを傷つけない。横について支援。具体的に工程を区切りながら説明し、一緒に操作する。
改札を入れる	IC 専用と切符の改札の区別がつかずに、切符の入れ口を探している	判断力低下 視知覚認知障害		視力低下	さりげなく誘導する
電車を待つ	ホームでうろうろしている。待つ場所がよくわからない様子	理解力低下			わかりやすい案内表示。さりげなく誘導する。

電車に乗る	順番に乗れなかったり、割り込みしたり、人の流れに反した行動をとる	判断力低下		動作遅延	駅員の誘導必要。他客に対する配慮も必要。
電車内の行動	車内でうろうろ、きよろきよろする。	記憶障害	不安		乗客の協力が望まれる。どちらで降りられますか？と尋ねる
	目的地を何度も尋ねる。	記憶障害	不安		乗客の協力が望まれる。その都度具体的に、「あと2つ目ですよ」などと伝え、安心感を促す。
電車を降りる	下車する場所がどこか分からない、間違える	記憶障害、 注意力低下			目的地までの電車に案内する際、車掌に申し送る。
	終点になっても降りようとしな	理解力低下			終点であることを告げる。様子を見て行先も確認し、必要であれば、保護する。
改札を出る	ICカードをタッチし損ねているが気づかない	注意力低下、			「申し訳ありませんがもう一度おねがいでできますか」と声をかけ誘導。
	料金不足のまま改札を出ようとする	理解力低下、 注意力低下			やさしく声をかける。払い戻し精算機へ誘導。使用が困難であるようであれば窓口で料金精算の対応を。
	目的地が分からない様子を示す	地誌的見当識 障害			どちらに行かれますか？とゆっくり尋ねる。必要に応じて保護をする。
その他	徘徊している人を発見する	地誌的見当識 障害			まずは声かけにて反応や様子を確認し、事故や行方不明の危険からの保護のため、駅の職員及び警察等へ通報する。
	線路に入ってしまう	理解力低下、 判断力低下			なるべく近くに寄って行ってから、声をかける。遠くから怒鳴ることは危険を増大させる可能性があるため避ける。
	駅・踏切の緊急ボタンを押してしまう	理解力低下、 判断力低下、 脱抑制			ボタンをわかりやすい色（赤等）・大きさに変える。注意喚起シール等を貼るなど。

バス					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理要因	身体/運動要因	
バスに乗る	どのバス停からどのバスに乗ればいいのかわからない	理解力低下			何を探しているのかさりげなく尋ねる。「このバス停の○番のバスですよ」と案内する。
	時刻表が読めない 理解できない	理解力低下、 構成障害、 意味記憶障害			何時の、どこ行きの、などの情報を具体的に聞き、一緒に確認する。 理解しやすい簡易の路線図を用意する。「行き先カード」を作る。
整理券を取る	整理券を取りそこなう、取るのを忘れる	注意力低下、 遂行機能障害			「整理券をお取りください」と声かけ。 運転手が把握しておいて、降車時に適正な支払いができるようにする
ICカード	タッチしないまま乗車する	理解力低下、 注意力低下			優しく声をかけ、再度タッチをお願いする。
	カードをタッチする場所がわからない	理解力低下			タッチする方法をデモンストラーションしたり、動作を誘発する。
乗車中	乗り間違いに気づいた時にパニックになる	易混乱性	焦燥感		行き先を一緒に確認し、乗り換えをゆっくりと本人が飲み込めるペースで誘導・修正する。 ワンマンカーではバスの運転手が長時間関わることは難しいため、乗客の協力が望まれる。
	バス停に到着するたびに降りようとする	記憶障害	不安		降車するバス停を確認し、こちらからお声かけすると伝える

ブザーを押す	不適切なところで押す	判断力低下			間違いを強く指摘せず、あらかじめ降りるところを聞いておき、押さなくても大丈夫であることを伝え、安心してもらう。頻繁に利用する方であれば運転手の近い場所に座ってもらう。
	ブザーを押し忘れ「降ろして」と言う	記憶障害			その通りにする。頻繁に乗る人であれば、運転手同士で申し送って把握する。
支払をする	両替するためにどこへお金を入れればいいのかわからない	理解力低下			入れ口を指さして、優しく声をかける。ゆっくりと指し示す。お札を受け取って運転手が代わりに両替をする。
	整理券取り忘れ、または紛失した際、どこから乗車したのか伝えられない	記憶障害、	不安		整理券がなくても支払い可能であることを伝えて落ち着いた後に、ゆっくりと尋ねる。具体的な停留所名を告げて選択してもらう。停留所名がわからなければ、周辺の情報を得る。困難なようであれば、規程に従って支払いを受ける。(始点からの料金等)
	金額がわからない	理解力低下			整理券を見せてもらうように言い、金額を伝える。
	ICカードの残高がない	理解力低下、 記憶障害			残高不足を教えて、入金をお願いする。
	お金を出すことに手間取り、後ろに人が長い列をつくる	理解力低下、 遂行機能障害		巧緻性低下、 動作遅延	後ろの人を先に誘導し、ゆっくりと支払作業ができるようにする。お金を出してもらい一緒に支払作業を行う。
	お金を持たずに乗る	注意力低下			責めずに、次に乗った時に支払いをお願いする。
	払わず降りようとする	判断力低下			落ち着いた対応で支払の誘導をする。大声を出して呼び止めると、バスのステップで転倒の

					危険もあるため、注意をする。
降車	降車時にもたつく	遂行機能障害		動作緩慢、 処理速度低下	「ゆっくりでいいですよ」などの声かけ。焦らせないように動作を見守る。
	降りずに終点まで乗っている	理解力低下、 注意障害			様子を見ながら声かけ。頻繁に乗る方であれば、運転手同士で申し送って把握する。必要に応じて、営業所で保護をする。
他	荷物を忘れる	注意力低下			降り際の車内放送で注意喚起、周囲の人の協力が望ましい。

タクシー					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知的要因	心理的要因	身体/運動的要因	
電話で配車依頼	どこに迎えにいけばいいのか、はっきりとしない	記憶障害、 見当識障害			どこからかけているのかを尋ねる、家なのか出先なのかなど選択肢を例示。
					目印になるものを聞く。ナンバーディスプレイで住所を割り出す。
乗車する	説明が的を得ず、行先がわからない	理解力低下、 記憶障害、 失語			ゆっくり行き先を伝えられるように焦らせない、持ち物、服装などより、買い物ですか？駅までですか？などヒントを呈示し行き先を思い出してもらう。
	シートベルトの締め方がわからない様子	遂行機能障害 失行、記憶障害			長距離である場合、行先について、間を開けて何度か尋ねる。 動作で指し示す。見えるようにシートベルトを引き出す。 可能であれば運転手が降りてシートベルトを締める。

乗車中	目的地を何度も伝える、確認するなど落ち着かない	記憶障害	記憶障害からの不安		同じ話をされても否定しない。本人が落ち着く様に繰り返し伝える。
支払い	小銭を出せない	遂行機能障害、数字の概念の低下、計算障害			支払額の見本を見せて同じものを出示してもらう。
					トレイに小銭を入れてもらい両者で目で確認しながら受けとる。
降車する	「忘れ物に気を付けてください」と言っているそばから荷物を忘れていく	記憶障害、注意障害			降りる動作にまずは集中してもらい、降りたタイミングで、「お忘れ物はありませんか」と一緒に確認するような気持ちで声かけする。
降車後	車を降りた後、その場にずっと立っている	地誌的見当識障害 視空間認知障害 判断力低下			出来れば一度、大丈夫ですか？と尋ねて、迷っているのであれば、乗ってきた場所まで戻る。様子を見て警察に送り届ける。
その他	営業時間外が明らかな時間帯にも関わらず目的地として指定する	見当識障害			誤りを指摘せず、「今〇時なので、もう閉店しているかもしれませんよ」等と伝える。行って、閉店している場合、本人が希望すれば出発点に送り届ける。

宅配業者					
工程	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理要因	身体/運動要因	
集配時	数回に渡り電話で集配の依頼がある	記憶障害			依頼者と集配日時を取り決めることで二度手間の回避と、本人が家族から攻められることを回避する支援につなげる。

荷物を持ち込む	財布を持ってきていない	記憶障害、 注意力低下、 遂行機能力低下			着払いを提案する。財布を取りに帰ってもらうように伝える。
	支払金額を間違えている。支払でもたつく	理解力低下 判断力低下			焦らせない対応をする。プリペイドカードなどの利用を進める。
	同じものを頻繁に送る	記憶障害			状況を把握し、家族等からの問い合わせがあれば事実を伝える。本人の了解無く、家族等へは伝えない。
	住所を忘れる	記憶障害			手がかりとなるものを所持していないかを尋ね、それをみて書いてもらう。伝票とメモを持ち帰ってもらい、本人から家族の協力を依頼する
荷物を受け取る	代引きのお金を払えない	理解力低下			お金を払う必要があることを説明。
	届けた商品の受け取りを拒否する	記憶障害			本人の宛先を見せて、本人宛である旨を伝えても納得されない場合は、本人の了解のもと、送り主へ返送する。
	同じ通信販売の商品を短期間頻回に配達	記憶障害		備考： 詐欺の可能性	無理に説得や説明をしても興奮してしまう。本人の了解を得て家族や行政機関へ連絡。本人の了解を得ることが困難な場合も多いが、安易に家族・行政には伝えない。
	手間賃を払うと言いつつも説明しても分かってもらえない	理解力低下			受け取れない説明と同時に「送り主より送付代金を受けていることを送り状に書き込み渡し、耳と目に伝える。
	再配達の手配ができず荷物が送り返されてしまう	理解力低下 判断力低下			電話をかけて所在を確認して配達をする。

再配達依頼	再配達の手配をしても不在を繰り返す	記憶障害			本人の了解のもと、家族の対応、近所の方（登録）に預かりを依頼する。
-------	-------------------	------	--	--	-----------------------------------

公共施設					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理要因	身体/運動要因	
図書館	大きな声を出して話をしてしまう	脱抑制		難聴	大きなジェスチャーなどで静かにしないといけないことを伝える。
	本の借り方がわからない	理解力低下			個別に説明、一工程ずつ説明する。本を受け取り、カウンターで手続きをする
	返還期日を過ぎても返却がない（連絡をしても返却に来ない）	記憶障害			家族などへの協力の依頼。
	借りる手続きなしで持って帰ろうとする	理解力低下			利用方法を説明し、一緒に確認を行う。
	ウロウロはしているが本を探している様子がない	記憶・見当識障害			特に困っていない様子であれば見守る。尋ねたい様子があれば、具体的な用件やどうしたのか理由を尋ねる。
公民館	サロン活動などの曜日を間違えて来ている	記憶障害、注意力低下			カレンダーなどの提示、近隣住民の誘い。
	目的の教室の日ではない日に来た／教室の日に来ることが出来ない	見当識障害			同じ教室に参加する人に、教室の日に自宅へ誘いに行ってもらおう。
	予約した時間に来ないことが続く	記憶障害、注意力低下			事前に連絡を入れる。
	利用のルールを守らない	理解力低下			ルールをわかりやすく説明する。特別な扱いは原則しないが、理解できるように

					丁寧に説明をする。他の利用者の迷惑にならない場合には、見守る。
	脱いだ履物を取り違える	注意力低下			他の利用者には認知症の疑いは告げずに公民館から謝罪をする。保管場所など確認。間違いを強く指摘しない。目印などの確認。
	ロッカーの使用に手間取る	遂行機能障害			個別に対応。動作の誘導。見本をさりげなく示す。
役所窓口	毎日のように助けてくださいと窓口に来られる	理解力低下	不安		個別対応でゆっくりと話を聞く。具体的に困っている事があれば、対応をとる、
その他	映画館などでトイレに行った後、自分の席がわからなくなってしまう	記憶の低下 見当識の低下			付き添い。
	トイレの水洗ボタンと間違い、緊急呼び出しボタンを押す	理解・判断力低下			表示を目立つように大きくする。分かりやすくする工夫を。
	女性職員にセクシャルハラスメントを行う	自己抑制の低下	感情表現の変化		社会通念上、許容することはできないことを伝える。理解をすることが難し場合であっても、丁寧に説明をする。(例外を認めると、結果的に本人の社会参加の機会を狭めてしまうことにつながる可能性がある。)

交番（警察官の対応、事件、独居認知症者への対応）					
	想定される行動	予測される要因			支援の提案
		認知要因	心理要因	身体/運動的要因	
を訪	道を尋ねるがどこに行きたいの	記憶障害、失語			手がかりとなるものを探す。本人の了解を得て家族などへ連

	かはっきりしない				絡し対処。
	被害妄想の訴えを延々とする	理解力低下	被害妄想		まずは本人の訴えを傾聴する。本人の了解を得て地域包括支援センターなどの支援につなげる。
	紛失届け（忘れ物）が何回も提出される	記憶障害			共感する態度を示す。本人の了解を得て家族や役所に相談を促し、地域包括支援センターなどの支援につなげる。
電話通報	物を盗られた、嫌がらせをされた等の通報が続く	記憶障害、	物盗られ妄想、被害妄想		家族等、関わりのある人から客観的な情報を収集する。支援が必要な場合には、地域包括等へつなぐ。
保護される	家に帰る道筋を忘れてしまい警察署に保護される	地誌的見当識障害 記憶障害			家族・地域包括支援センターへの連絡。本人・家族の了解を得て徘徊ネットワーク登録。
	万引きする	理解力低下、 脱抑制、 社会性の問題			事実関係を明らかにする。認知症の疑いの有無にかかわらず客観的事実を明らかにすることが基本。その後の対応として、万引きの事実を大げさにせず、お金を支払うという行動が必要なことを思い出すように対応する。
	何か分からないが怒っている。不安げで怯えている。	理解力低下	不安 怒り		不穏・環境適応低下の場合は時間経過・受容的対応をおこない落ち着いてから、優しい口調で傾聴する。場面の状況などから、話の手がかりをさがす。
	事前に届け出を受けていた人がフラフラと歩いているのを見かけた	見当識障害	徘徊～行動 心理症状		さりげなく時候の挨拶などで話しかける。家族など事前に打ち合わせていた連絡先へ連絡する。

相談	事実でない訴えがある	記憶障害、	被害妄想		地域の認知症の方リストを作り、対応方法や連絡先などについて家族・自治体・医療機関と連携体制を築く。
	何度も同じ行き先を尋ねて来られる	記憶障害			紙、地図などを使い、手がかりや目印となるようなものを一緒に確認しながら説明する。
	保護時自宅への連絡先などもわからなくなってしまう	記憶低下			名前・電話番号・住所等、身分証明になる情報を衣服やカバンに書いておく。
	警察署などで一時的な混乱が見られ興奮・不穏状態となる	環境順応の低下	心理症状 (不安)		心理状態が安定するまで献身的に傾聴などを行う。
	亡くなった両親の安否を心配し警察署に相談する	記憶障害			他のことに注意を向けるなど心理状態が安定するのを待つ。
	警官の対応に対して怒りの感情をぶつける	理解力低下 抑制力低下			対応スタッフを変更する。 怒りが収まるまで別の話をずる。

D. 考察と結論

本研究は、臨床の経験知を集約し、疾患としての認知症の理解から意味づけを試みるものである。認知症の社会生活の困難さに関して、例えば、公共交通機関の利用ができるか、できないか、という質問は、それのみでは意味を持たない。困難な点を分析し、支援のあり方を探っていくことが重要である。本研究では、研究成果を臨床に返すため、当リストをもとにイラスト入りのリーフレットを作成し、認知症サポーター養成等に活用できるようにした。(長寿医療研究センターのホームページに掲載。)

社会での関係性は、疾患によって全てが規定されるのではなく、行為の文脈・個人的背景・環境等、多様な要素が複雑に作用し合う。したがって、ある行為に対して、一義的に正解となる接し方は存在しない。対象者との対話を通じて、認知症の人も、対する人も、納得できる状況を生み出す他は無い。認知症支援に携わる保健医療専門職が社会支援の際に求められるのは、認知症の人と周囲の人との関係性のコーディネートで、後述する医療的知識に加えて認知的共感が要請される。

1. 本人意思の尊重

リストの作成は、互恵的関係性の形成を基礎とした。社会生活では、その人が認知症であるかどうか、分からない状態で関係性を結んでいく。銀行・病院等、一部の場面では、氏名等個人情報が分かるが、匿名の関係性が大半である。そうした場面では、“認知症”であることを前提とした関係性ではなく、“困っていることに対する支援”の関係性が基本となる。また、第三者との関係性であり、認知症を特別扱いすることは難しい。そもそも、その人が認知症であるかどうか、分からない状況で関係性を結んでいる。

その中で重要なことは、認知症の人も独立した個人として、本人の意思の尊重する対応をすることである。認知症を疑われる行動を示したとしても、本人の了解無く、地域包括支援センターに連絡することが安易に行われるべきではないと考える。また、家族に対しても、本人の了解を前提としないで連絡等を行うことで、家族内のトラブル、行動・心理症状（BPSD）の誘発につながる可能性もある。基本は、認知症の人も独立した個人として意思を尊重し、本人が理解し納得するように、対話を行うことと考えている。認知症の知識は、本人が何に困っているかを推察し、理解を促し納得するように対話を行うことに役立つものであり、本人が認知症であるかどうかの判定に役立つものではないと考える。

2. 地域での支援

地域では、単に疾患を治療するという目的ではなく、日常生活における多様な課題を解決していくことが求められる。認知症の知識という体系化された形式知を豊富に持つだけでは、多様な解が存在する社会生活支援には応えられない。認知症支援の専門職が知識についての認識を明確にしたうえで、コーディネーターとして働くことが期待されている。ここでは、「人のつながり」や関わりを促進する「臨床の知」が必要となり、体系的な知とは別の評価基準が必要と思われる。社会における認知症支援は、ある症状に対して、対応する接し方があるというハウツーでは解決できず、対象者と向き合い、複数の人との関係性を調和していく能力が求められるがその基礎となるのが認知的共感と考えている。

2.1) 認知症者に対して求められる共感 *therapeutic empathy*

共感の分類には諸説あるが、情動的共感と認知的共感の2側面に分ける説が有力である。前者の情動的共感とは、他者の心的状態に対して自然と感情が動く情動伝染、後者は他者視点にたって相手の言動を理解する心の働きである。(Decety JLC, 2006, Shamay-Tsoory SG *et al.*, 2009)。認知的共感はこころの理論と他者視点の獲得で共通し、同義で使用される場合もある。

支援では情動的共感は必ずしも求められているものではない。病態によっては、情動的に共感することで、BPSDを強化する結果となることもある。認知症ケアに求められるのは、患者視点に立って、何故、問題視される行動・心理症状を引き起こすのか、患者の心的働

きを理解する認知的共感の力と考えられる。認知症者の社会認知障害の特性として、他者視点に立つことの困難さを理解すると、認知症者の視点を取得することが対話の前提であることが理解される。その認知症者の視点から言動の背景・理由を考える認知的働きが認知的共感であり、行動の善悪・是非の判断は要素とはしない。医療的支援は、認知的共感を働かせて、本人が何を望んでいるのか、把握することから始まる。

自己洞察の力の低下も認知症者の社会認知の障害としてあげられ、自己の能力を実際よりも高く考える傾向があり、認知症者に対する援助はこの自己洞察の低下に対する理解も前提とすることが望まれる。

このように、認知症者の支援には、認知症のこころの理論障害・自己洞察の低下の理解にたった認知的共感力・コミュニケーション能力が必要とされる要件であると考えている。認知症者とのコミュニケーションでは、失語・論理的不整合は指摘されているが、失語が見られず、あまり複雑な内容でない場合には論理的意図の理解できる場合であっても、コミュニケーションに齟齬が生じることは日常多く見られる。対話者側が、認知症者の社会認知障害を理解せずに、論理的意図が理解できる以上、コミュニケーション障害はないと考えてしまうと、ミスコミュニケーションの理由が双方理解できずに、感情的な軋轢を生むことがある。ここで、認知症者は疾患の特徴としてこころの理論の機能が低下し、対話者の視点に立つことが困難であることから、援助者・対話者側が、認知症者の視点にたつて、認知症者の心的状態を把握することが望まれる。

今年度、作成をしたリストの例は、対話のツールとして用いることが望ましく、一律の接し方のマニュアルではない。認知症者の社会生活の困難さに、認知的共感を働かせて背景を考え、認知症者とともに、解決策を考えていくことが望まれる。

＜来年度継続課題に向けて： 認知症の人と共生する社会を作るために＞

認知症の人との共生社会は、予め目標とするモデルはない。歴史・地域住民のメンタリティ・地域資源等背景事情の大きく異なる海外事例をそのまま日本に接ぎ木をしても、同様に機能するとは限らない。地域包括ケアでは地域での“共助”の重要性が示されているが、地縁の深かった時代への回顧は、特に都会では難しい面が否定できない。

ここで、認知症支援の専門職が、地域のコーディネーターとして活動の幅を広げ、認知症の人・家族のニーズと地域を調整していくことが、あたらしい“共助”の形を模索していく上で有効であり、こうした活動をボトムアップで集約して、地域のあり方を考えていくことが求められていると考えられる。強固な地縁の繋がりではなく、緩やかなネットワークの重なりにより、セイフティネットを密にしていく方向性が望まれる。そのネットワークのコーディネーターとして、認知症支援の専門性が活かされると考えている

介護・認知症予防活動等を通じて、地域に入って活動をしている認知症支援の専門職も増えてきているが、認知症支援の専門職の人員不足も一方では課題として挙げられる。今後、軽度の認知症の支援が、介護保険の枠組みからはずれ地域支援事業の一環として位置

づけられていく中で、ますます、地域で活動するコメディカルの需要も高まっていくものと思われる。そこで、認知症支援の専門職以外にも可能な機能は、認知症支援の専門職の以外にシフトさせ、医療職でなければ対応できない機能に集中していくことが有効となる。認知症サポーター養成もこうした趣旨で実施されているが、今後、要支援が地域支援事業へ移行するなど、認知症予防を充実すると共に、地域で認知症の人を支えていく基盤作りが求められる。認知症支援の専門職が、地域の多様なステークホルダーをコーディネートし、共助の力で認知症を支える地域作りを目指す機能を担うことができる。

個々の活動は個人レベルの小規模のものであるが、地域社会とは個人レベルのネットワークの集積であり、その広がりが増え力になっていく。地域で活動する認知症支援の専門職が、できる範囲で活動の場を広げていくことが、認知症と共生する社会の基礎を作っていくものと考えている。認知症と共生する社会とは、認知症の人のみにとって暮らしやすい社会ではなく、地域に暮らす全ての人にとって暮らしやすい地域作りを目指すことが求められる。本研究は、そうした地域のあり方を多様な人たちの対話で考え続けていくことを目指すものである。

引用文献

Bero AW, Yan P, Roh JH, et al. (2011). Neuronal activity regulates the regional vulnerability to amyloid-beta deposition. *Nat Neurosci*, 14: 750-756.

Decety JLC. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. . *Scientific World Journal*: 1146-1163.

Fernandez-Duque D, Baird JA. and Black SE. (2009). False-belief understanding in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol*, 31: 489-497.

Flavell JH (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34: 906-911

Frith CD. (2007) The social brain? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*:362: 671-8.

Gallagher HL, Happé F, Brunswick N, et al. (2000). Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*. 38(1):11-21.

Gregory C, Lough S, Stone V, et al. (2002). Theory of mind in patients with frontal

variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: theoretical and practical implications. *Brain*, 125: 752-764.

Glucksberg S. (2003) The psycholinguistics of metaphor. *Trends Cogn Sci*. 7(2):92-96.

Gusnard DA, Akbudak, E, Shulman, GL et al. (2001). Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: relation to a default mode of brain function. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 98, 4259-4264.

Happe FG. (1994) An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *J Autism Dev Disord*. 24(2):129-154.

Le Bouc R, Lenfant P, Delbeuck X, et al. (2012). My belief or yours? Differential theory of mind deficits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Brain*, 135, 3026-3038.

Maki Y, Amari M, Yamaguchi T, et al. (2012). Anosognosia: patients' distress and self-awareness of deficits in Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 27, 339-345.

Maki Y, Yamaguchi T, Koeda T, et al. (2013a). Communicative competence in Alzheimer's disease: metaphor and sarcasm comprehension. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 28, 69-74.

Maki Y, Yamaguchi T, and Yamaguchi H. (2013b). Evaluation of Anosognosia in Alzheimer's Disease Using the Symptoms of Early Dementia-11 Questionnaire (SED-11Q). *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 3, 351-359.

McDonald S and Pearce S.(1996) Clinical insights into pragmatic theory: frontal lobe deficits and sarcasm. *Brain Lang*. 53(1):81-104.

Mograbi DC, Brown RG, and Morris RG. (2009). Anosognosia in Alzheimer's disease--the petrified self. *Conscious Cogn*, 18: 989-1003.

Raichle ME. (2015). The Brain's Default Mode Network. *Annu Rev Neurosci*, 38:

433-447.

Raichle, ME, MacLeod AM, Snyder AZ et al. (2001). A default mode of brain function. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 98: 676-682.

Rapp AM, Leube DT, Erb M, et al. (2004) Neural correlates of metaphor processing. *Brain Res Cogn Brain Res*. 20(3):395-402.

Rapp AM and Wild B. (2011) Nonliteral language in Alzheimer dementia: a review. *J Int Neuropsychol Soc*. 17(2):207-218.

Russell RL. (2007) Social communication impairments: pragmatics. *Pediatr Clin North Am*. 54(3):483-506.

Sandoz M., Demonet JF, and Fossard M. (2014). Theory of mind and cognitive processes in aging and Alzheimer type dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*, 18, 815-827.

Saxe R, and Kanwisher N. (2003) People thinking about thinking people. The role of the temporo-parietal junction in "theory of mind". *Neuroimage*. 19(4):1835-42.

Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, and Perry D. (2009) Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*. 132(Pt 3):617-27.

Souchay, C. (2007). Metamemory in Alzheimer's disease. *Cortex*, 43, 987-1003.

Yamaguchi T, Maki Y, and Yamaguchi H. (2012). Pitfall Intention Explanation Task with Clue Questions (Pitfall task): assessment of comprehending other people's behavioral intentions in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, 24, 1919-1926.

Zaitchik D, Koff E, Brownell H, et al. (2004). Inference of mental states in patients with Alzheimer's disease. *Cogn Neuropsychiatry*, 9: 301-313.

子安増生(1999). 幼児期の他者理解の発達心のモジュール説による心理学的検討, 京都大学学術出版会.

三宮真智子(2008). メタ認知—学習力を支える高次認知機能, 北大路書房.

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Maki Y, Sakurai T, Toba K. A new model of care for patients with dementia: Japanese Initiative for Dementia Care. Oxford Textbook of Geriatric Medicine 3rd Edition. Oxford University Press. In press
- 2) Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi H. Anosognosia in Alzheimer's Disease Dementia. In Alzheimer's Disease: Risk Factors, Diagnosis, Coping and Support. NOVA Publishers, in press
- 3) Kurita S, Takei Y, Maki Y, Hattori S, Uehara T, Fukuda M, Mikuni M. A magnetoencephalography study of the effect of attention modulation on somatosensory processing in patients with major depressive disorder. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2016, 70(2): 116-125.
- 4) Murai T, Yamaguchi T, Maki Y, Yamagami T, Ura C, Miyamae F, Takahashi R, Isahai M, Kaiho-Saito A, Yamaguchi H. Prevention of cognitive and physical decline by enjoyable walking-habituaton program based on the Brain activating rehabilitation. Geriatr Gerontol Int. 2015 Jun 16. [Epub ahead of print]in press

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし