

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会
認知症対策部会
平成30年度活動報告書（案）

令和元(2019)年5月

生 駒 市

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会 認知症対策部会

目 次

1	はじめに	1
2	認知症対策部会の役割	2
3	認知症対策部会の開催	2
4	課題整理	2
5	平成30年度の具体的な取組	3
6	令和元年度の計画（案）	7
資料1	認知症対策部会の設置及び運営に関する規程	8
資料2	平成30年度認知症対策部会委員名簿	9
資料3	認知症ケアパス（専門医療機関追加）	10
資料4	認知症初期対応事例集	11

1 はじめに

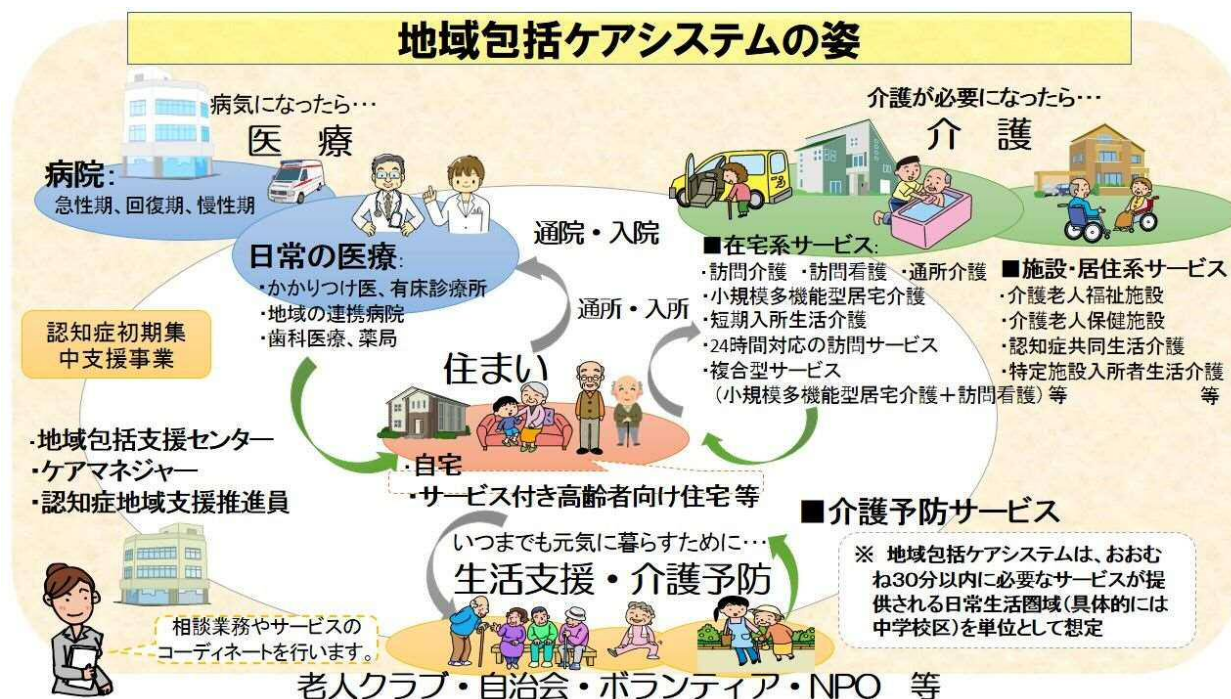
生駒市における高齢者数は今もなお伸び続けており、2025年の高齢化率は29.4%と見込まれている。中でも、医療や介護が必要となる割合が高まる後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、今後、ますます医療や介護を必要とする対象者は増加するものと考えられる。

こうした状況を踏まえ、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「医療・介護・予防・住まい・生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの実現が求められている。

そこで、本市においては、「医療・介護・予防」の分野に係る包括的かつ継続的な医療・介護・予防サービスの提供体制の構築を目指し、平成28年3月から「生駒市医療介護連携ネットワーク協議会」を立ち上げ、「在宅医療介護推進部会」と「認知症対策部会」を設置し、その取組を推進しているところである。

平成30年度の「認知症対策部会」は、これまでの検討を踏まえ、認知症初期対応事例集の作成や認知症に関する多職種連携研修会の開催など、認知症ケアの向上を中心に取組を進めてきた。

引き続き、医療・介護関係者の相互理解や情報共有により、生駒市全体で顔の見える関係づくりを進めるとともに、患者・利用者が医療や介護の切れ目なく、サービスを利用できる体制の構築及び関係者の質の向上と市民啓発に努めていきたいと考える。



2 認知症対策部会の役割

認知症対策部会においては、下記①～⑤の内容について、部会員から意見や助言を求めるものである。

- ①認知症の普及啓発に関する事項
- ②認知症予防に関する事項
- ③認知症ケアの向上に関する事項
- ④多職種連携に関する事項
- ⑤生駒市認知症初期集中支援チームに関する事項

3 認知症対策部会の開催

開催年月日	会議の内容
【第1回】 平成30年6月16日	①認知症対策部会平成29年度活動報告書について ②認知症対策部会平成30年度スケジュールについて ③認知症初期対応に係る事例集について
【第2回】 平成30年9月21日	①認知症初期対応に係る事例集について ②認知症に関する研修企画について
【第3回】 平成30年12月21日	①認知症初期対応に係る事例集について ②認知症対策部会平成30年度スケジュールについて ③認知症初期集中支援チームの評価基準について
【第4回】 平成31年3月15日	①認知症初期対応事例集について ②認知症初期集中支援チーム等の実績報告について ③認知症カフェ視察報告について ④平成30年度認知症対策部会活動報告書について ⑤次年度の計画について ⑥認知症に関する研修企画について

4 課題整理

平成28年度に認知症対策部会において検討し、取りまとめた「認知症の対応策」や、これまでの部会での活動に基づき、平成29年度第4回会議において、平成30年度、どのような取組を行うかについて意見交換を行った。平成30年度の具体的な取組については、次ページ以降のとおりである。

5 平成 30 年度の具体的な取組

(1) 認知症の普及啓発に関する事項

○RUN TOMO-ROW（ラン伴）スタートイベントの開催

認知症の人や家族・支援者等が、タスキをつなぎながら、北海道から沖縄まで全国を縦断するプロジェクト。平成 30 年度は市役所正面玄関において奈良ブロックのスタートイベントを実施した。また、イベント開催に合わせ、市役所ロビーにおいてミニ認知症カフェを開設。当日は多くの参加者でにぎわった。

日 時：平成 30 年 10 月 7 日(日) 午前 9 時～10 時 30 分

場 所：生駒市役所正面玄関他

参加者数：約 150 人



○認知症ケアパスに専門医療機関の掲載（巻末「資料」参照）

県内で入院可能な精神科病院を掲載。

○市広報誌いこまちで認知症関係の施策を啓発

第 3 回認知症対策部会にて、認知症に関する普及啓発についてご意見をいただき、平成 31 年 3 月 15 日の広報いこまちにて代表的な市の取組を紹介した。



(2) 認知症ケアの向上に関する事項

○認知症初期対応事例集の作成

認知症の症状に気付いたときに早期受診につなげる方法や、市の事業、地域の活動、介護サービス利用等、専門職等が支援に行き詰った際に参考になるような成功事例集を作成した。

事例集作成に当たっては、各委員や地域包括支援センターから情報を収集し、認知症初期対応の事例に的を絞り、次年度、多職種連携研修会で活用することなどを検討した。



(3) 多職種連携に関する事項

○認知症に関する多職種連携研修会の開催

認知症になっても尊厳を持って暮らしていけるよう、当事者の自己決定や家族・地域への支援を医療・介護分野等、それぞれの専門職がどのように関与していくかについて、多職種で改めて考える機会として開催した。

日 時：平成31年1月19日(土) 午後2時～4時30分

場 所：生駒市役所 4階 大会議室

内 容：講演(14:00～15:20)

認知症の方の意思決定支援を支える！～心の奥に気付くには～

石黒 秀喜 氏(地域ケア政策ネットワーク事務局長代理)

意見交換会(15:30～16:30)

参加者数：82人



平成30年度 認知症に関する多職種連携研修会

講演 認知症の方の意思決定支援を支える！～心の奥に気付くには～

講師 地域ケア政策ネットワーク 事務局長代理 石黒 秀喜 氏

元東生野衛生保健所長。認知症になった養子とその介護にあたる養父の生活に携わったことがきっかけとなり、尊厳死、リビング・ウィル、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)などを始め、全国各地で「思いと意思決定」をテーマに講演するとともに、「認知症の人の権利」をテーマとしたフォーラム等にも多数出演。認知症の人と家族の未来を支援する人 ほか「上手に生きるための自己決定ノート」著者

平成31年
日 時 1月19日(土)
14:00～16:30(予定) 13:30受付開始
講演 14:00～15:20
意見交換会 15:30～16:30

対 象 市内の医療・介護に携わる多職種の方

定 員 100名(申込先着順)
※申込方法は裏面をご覧ください。

会 場 生駒市役所4階 大会議室
奈良県生駒市東新町8番38号

認知症になっても、尊厳を持って暮らしていけるよう、当事者の自己決定や家族・地域への支援をどのように果たしていくかについて、多職種で改めて考える機会とします。

主催：生駒市医療介護連携ネットワーク協議会
申込み・お問合せ先
生駒市地域包括ケア推進課
TEL:0743-74-1111(内線464)

○認知症カフェの参加・見学

市内でも広がりつつある認知症カフェに参加することにより、認知症の方の支援に対する理解を深め、認知症の人にやさしいまちづくりに寄与することを目的に実施。部会員が市内４ヶ所で開催している認知症カフェに分かれて見学を実施した。

第４回会議の視察報告では、各委員から、認知症の方や家族が中心となっているカフェのイメージが強かったが、実際に参加すると、地域住民が多く参加し、自然な形で当事者や家族が参加していることが印象深かった。また、各地域にもっと広がって欲しいといった意見をいただいた。

見学日	カフェ名称	参加委員
１月９日(水)	ＣＡＦＥわっか	吉村委員
１月２３日(水)	心サロン	山上部会長・堀井委員
２月５日(火)	鹿ノ台校区バンビカフェ	茨木委員
２月７日(木)	ちょボラカフェあずさ	徐委員・湯川委員



ＣＡＦＥわっか



心サロン



鹿ノ台校区バンビカフェ



ちょボラカフェあずさ

(4) 生駒市認知症初期集中支援チームに関する事項

平成 30 年度は、認知症初期集中支援チームの活動を評価する際の指標となる「評価基準」を作成した。

次年度以降は、当該評価基準に基づき、認知症初期集中支援チームの活動が「生駒市認知症初期集中支援事業実施の手引き」に沿ってなされているか、評価することになる。

認知症初期集中支援推進チーム 評価基準

項目	評価基準
職員の適正配置	要綱に定める専門職を 3 名以上（専門医 1 名を含む）配置している。
研修の受講	チーム員は、国が定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講している。 ※やむを得ない場合には、同研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有していること。
個人情報の保護	初期集中支援に入る際に、チームが支援する際の個人情報の使用について同意を得ている。
普及啓発	地域住民や関係機関・団体に対し、チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行っている。
訪問支援対象者	訪問支援対象者は①医療サービス、介護サービスを受けていない者、②医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者であるが、訪問支援対象者の選定が②に偏っていない。
支援対象者の把握	受動的把握のみならず、個別訪問、各種リスト等からの選定等能動的把握（アウトリーチ）により支援対象者を把握している。
初回訪問	初回訪問は、原則としてチーム員の医療系職員 1 名、介護系職員 1 名の計 2 名以上で実施している。
アセスメント	「生駒市認知症初期集中支援事業実施の手引き」の様式集に定めるアセスメントシート（5 種類）を活用してアセスメントを実施している。
チーム員会議	初回訪問後、チーム員会議を開催してアセスメント内容の総合チェックを行い、初期集中支援が必要かどうかを判断している。
	チーム員会議において支援方針を決定している。
	チーム員会議を開催した場合には、チーム員会議録を作成している。
支援の終了	チーム員会議において、初期集中支援終了時チェック票を活用し、支援終了の方針を決定している。
	支援終了の方針を決定した場合、引継ぎ先と同行訪問を行うなど、何らかの支援やサービス導入が円滑に進むよう引継ぎを行っている。
支援期間	概ね 6 か月以内に医療サービス又は介護サービスを導入でき、安定的な支援に移行している。
モニタリング	チーム員会議で設定した期間、内容に沿ってモニタリングを実施している。
	モニタリングについてチーム員会議に報告し、安定した状況が維持・継続できていることを確認している。
専門医	専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導、助言等を行っている。また、必要に応じチーム員とともに訪問している。
適切な支援	適切な支援に繋がらなかったケースについて、今後の支援に活かすため、要因を検証している。

令和元年度 認知症対策部会スケジュール(案)

項目	令和元年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
計画		●第1回			●第2回			●第3回			●第4回	
		○平成30年度活動報告書(案) ○平成31年度スケジュール(案) ○認知症初期対応事例集を用いた多職種連携 研修会の企画			○認知症に関する研修の検討 ・事例集を用いた多職種連携 研修会の企画 ・施設職員向け対応力向上 研修の企画 ○認知症の正しい理解の普及・啓発方法の検討			○事例集を用いた多職種連携 研修会開催			○生駒市認知症初期集中支援チームの実績報告 ○令和元年度の活動報告 ○令和2年度の計画(案) ○施設職員向け研修開催	
				○一般市民向け市民フォーラム(7/26)			○多職種連携研修会(合同開催)					

資料 1 認知症対策部会の設置及び運営に関する規程

認知症対策部会の設置及び運営に関する規程

(設置)

第 1 条 生駒市医療介護連携ネットワーク協議会開催要綱第 7 条第 1 項の規定に基づき、認知症対策部会（以下「部会」という。）を設置する。

(協議事項)

第 2 条 部会において意見又は助言を求める事項は、次のとおりとする。

- (1) 認知症の普及啓発に関する事項
- (2) 認知症予防に関する事項
- (3) 認知症ケアの向上に関する事項
- (4) 多職種連携に関する事項
- (5) 生駒市認知症初期集中支援チームに関する事項

(部会長等)

第 3 条 部会に部会長及び副部会長を置く。

- 2 部会長は部会員の互選により定め、副部会長は部会長が指名する部会員を持って充てる。
- 3 部会は部会長が招集する。
- 4 部会長は、部会の事務を掌理し、部会の調査、検討の結果を協議会に報告する。
- 5 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるときは、その職務を代理する。
- 6 部会長は、必要があると認めるときには、部会の会議に部会員以外の者の出席を求め、意見を聴き、又は説明を求めることができる。

(庶務)

第 4 条 部会の庶務は、地域包括ケア推進課において処理する。

(施行の細目)

第 5 条 この規程に定めるもののほか、部会に必要な事項は、会議に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成 28 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

資料２ 平成３０年度認知症対策部会委員名簿

(順不同。敬称略)

氏名	役職等	関係機関名
山上 正仁	一般社団法人生駒市医師会 副会長	生駒市医師会
川田 和弘	医療法人社団松下会白庭病院 副院長	生駒市内病院
徐 典代	医療法人和幸会阪奈中央病院 リハビリ科 作業療法士主任	生駒市内病院
中溝 辰男	生駒市歯科医師会 相談役	生駒市歯科医師会
茨木 康晴	薬師堂生駒薬局 開設者	生駒地区薬剤師会
堀井 久仁子	一般財団法人生駒メディカルセンター 訪問看護ステーション 統括所長	訪問看護ステーション
湯川 美香	株式会社ライフケア創合研究所 いこいの家ケアプランセンター 管理者	居宅介護支援事業所
三原 文子	奈良県郡山保健所健康増進課 係長	郡山保健所
吉村 智恵	生駒市福祉健康部健康課長	生駒市

資料3 認知症ケアパス（専門医療機関追加）

県内で入院可能な精神科病院

○認知症疾患医療センター

【基幹型】

奈良県立医科大学附属病院

住所：橿原市四条町 840

電話：0744-22-3132

【地域型】

社会医療法人平和会 吉田病院（北和、東和地域）

住所：奈良市西大寺赤田町 1 丁目 7-1

電話：0742-45-6599

一般財団法人信貴山病院 ハートランドしぎさん（西和地域）

住所：生駒郡三郷町勢野北 4 丁目 13 番 1 号

電話：0745-31-3345

医療法人鴻池会 秋津鴻池病院（中和・南和地域）

住所：御所市大字池之内 1064

電話：0745-64-2069

※もの忘れ外来も行っています。（予約制）

○その他の専門医療機関

医療法人和幸会 阪奈サナトリウム

住所：四條畷市上田原 613

電話：0743-78-1188

※もの忘れ外来も行っています。

医療法人財団北林厚生会 五条山病院

住所：奈良市六条西 4-6-3

電話：0742-44-2411

独立行政法人 国立病院機構 やまと精神医療センター

住所：大和郡山市小泉町 2815 番地

電話：0743-52-3081

※もの忘れ外来、BPSD に対する治療・入院等の相談も行っています。

医療法人向聖台會 當麻病院

住所：葛城市染野 520 番地

電話：0745-48-2661

天理よろづ相談所病院 白川分院

住所：天理市岩屋町 604

電話：0743-61-0118

万葉クリニック

住所：橿原市五井町 247

電話：0744-26-2884

飛鳥病院

住所：高市郡高取町与楽 1160

電話：0744-52-3888



認知症初期対応事例集



令和元(2019)年5月

生 駒 市

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会 認知症対策部会

目 次

1 はじめに	1
2 認知症初期対応事例集	2
(1) 定期受診・疾病管理にうまくつなげることができたケース	3
(2) 認知症が疑われたが、本人の強いサービス拒否があったケース	6
(3) 認知症状を有しながら、受診拒否するケースの 確定診断に至るまでの関わり	9
(4) 軽度認知症にて不安と抑うつ傾向が強く 外出が億劫になっているケース	12
(5) 認知症状の進行により、日々の生活が乱れ始めたケース	15
(6) 家族の過干渉がなくなったことで身体機能・認知機能が 改善したケース	18
(7) 認知症サポーター養成講座の展開から、初期認知症の人の居場所と 支援者の組織化に繋がったケース	21
3 多職種が関わるポイント ～多職種でできる関わりって何だろう～	23
4 社会資源を創出しよう！	29
資料 認知症対策部会委員名簿	32
資料 生駒市の事業	33

1 はじめに

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの整備が求められています。

医療と介護の連携推進においては、基盤となる保険制度や報酬体系が異なることから、こうした職種間や制度上の壁を越えて、市民のQOL向上を共通の目的として、関係性を構築することが不可欠です。

そこで生駒市では、医療、介護、予防の分野に係る医療介護サービス提供体制の構築について協議するため、平成28年3月に「生駒市医療介護連携ネットワーク協議会」を立ち上げるとともに、在宅医療介護連携の方針を検討する「在宅医療介護推進部会」と認知症対策についての方針を検討する「認知症対策部会」を設置し、現状と課題、目指すべき姿、具体的な取組について協議、検討を進めています。

認知症対策部会において課題整理を行う上で、症状に気付いたときに早期受診につなげる地域の支援や介護サービスにつなげたケース等、専門職の皆さんが支援に行き詰った際に参考になるような成功体験の事例集があればとの意見が出たことから、この度、この認知症初期対応事例集を作成しました。

日頃から認知症の人に関わっておられる専門職の皆さんにとって、関わり方のヒントとなれば幸いです。

今後も引き続き、医療と介護の相互理解や情報共有、多職種連携と協働の推進により、認知症の人が安心して暮らせるまちの実現を目指してまいります。

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会認知症対策部会

2 認知症初期対応事例集

困難と考えられる要因

〈個人因子〉

アルツハイマー型認知症

状況認識がやや困難

〈環境因子〉

一人暮らし

普段の見守りは民生委員のみ

＜事例概要＞

長年通院している女性が認知症を発症しているのか、何度も診察室で同じ話をし、治療の説明をしても理解ができていない印象は薄く、診察結果や内容について家族に知らせたいが、家族が来院することはない。次の予約をとっても忘れてしまうのか、不定期な受診も多く、疾病管理が十分できているとは思えない状況。半年前に介護保険の申請もあったので、主治医意見書を提出しているが、ケアマネジャーがついたのかどうかもわからず、支援を模索していた。

そんな折、地域連携の担当に「困ったな・・・」と伝えたところ、地域連携担当が本人と面談し、本人同意を得た上で市の介護保険課に連絡し、担当ケアマネジャーがいる指定居宅介護支援事業所がわかり、連絡することができた。

本人の情報

性別	年齢	要介護度
女性	80歳	要介護2

＜既往歴＞高血圧症

＜現病歴＞アルツハイマー型認知症（J1・IIa）

＜有症状＞

- ・記憶障害では半時間前のことは忘れてしまうことが多く、カレンダーに用事を記載するが忘れる。
- ・朝・夕の内服管理ができておらず残薬が多い。
- ・理解、判断力も低下してきており場の空気を読む感度も低下。
- ・出かけても道に迷うことは増えているが、名前と住所は言える。

＜生活歴＞

- ・福岡で生まれ、育ち、18歳で大阪に出て20歳で結婚。1男1女を設け30歳で環境の良い生駒に転居。
- ・明るく社交的な性格で、70歳頃までハイキングクラブ等に所属し快活な日々を送る。
- ・72歳頃から物忘れ自覚、78歳頃にアルツハイマー型認知症と診断。

＜経済状況＞国民年金、遺族年金

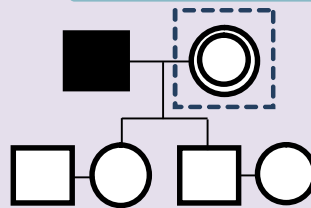
＜日課＞

- ・通院以外に外に出ることはなく、テレビを見て過ごすことが多い。
- ・認知症と診断されて以降、地域の活動に不参加。

＜本人の意向＞

- ・なんでも自分でできるので構わないでほしい。

家族の状況および住環境



- 大阪に息子家族、福岡に娘家族がいて、両家族は、2ヶ月に1回の来訪頻度。
- 2年前は、子供たちに対し、頻回に「財布がなくなった。眠れない。」等の電話があったが、最近頻回の電話もなくなっている。
- 調理が好きだった母だが、ここ半年くらい、惣菜もので済ませることが多くなり、気にしていた。
- 玄関先も室内もほこりがたまっていることが増えている。
- 認知症は進行する病と聞いているので、いつまで一人暮らしが続けられるのか、心配はしている。

主治医の所見

- 理解・判断力も低下している。亡きご主人からの付き合いなので、ここに足を運んだ記憶が残っているので、何とか受診につながっているが、不定期だし、疾病管理という意味においては、家族同行か、定期受診・内服できる体制を整えてほしい。

本人の強み

- 身体能力が高い
(障害高齢者の日常生活自立度：A1)
- 医療受診は、必要だという認識は感覚的に持っており、抵抗はない。
- 物も増え、掃除も行き渡ってはいないが、洗濯は入浴時に下着を洗う等でできていることもある。
- 惣菜を購入することはできており、おつりばかりが自宅内にたまってはいるが、スーパーに行って、買い物する力はある。

家族の強み

- 2ヶ月に1度の来訪ができています。
- 認知症であることの認識は持っている。

地域の強み

- ゴミ出し等に関しては、若いころからの友人であるB民生委員が定期訪問し、ゴミの分別と当日のゴミ出しを手伝ってくれている。

本ケースの課題

①疾病管理ができておらず生活習慣病発症のリスクが高い

- ◆一人暮らしができていところから、家族を含む支援者は、認知症初期だとは考えていたが、生活の中でできることやできていないことなどの整理が不十分で、疾病管理はできていなかった。
- ◆高血圧症、高脂血症の既往から脳梗塞等の発症リスクがある。
→水分摂取不足や定期受診・内服管理等、病状悪化を防止する必要がある

②本人・家族の認知症の理解状況と今後の意向があいまい

- ◆本人・家族が認知症について、どの程度理解し、現状を受け止められているか、今後の見立てをどのように考えているかなど、十分把握しておらず、本人の要望に沿った計画となっている。
⇒飲水や内服管理など、疾病管理も含めた対応や家族に今後、起こるべく認知症の進行度合いを伝えながら、どのような生活を送るかについての意向確認ができるよう調整が必要である

★課題の解決に向けた取組を検討

1. 課題解決の方法論について検討

- (1) 定期的に通所しているデイサービスから普段の様子を再度聞き取り、支援内容を再検討。
着替えを用意し忘れ、入浴を拒否することが増えている。デイの衣類で着替えをしてもらうように伝えると、「忙しかった」などと着替えを用意し忘れたことを取り繕う言葉が増えている。
⇒着替えの用意等をどうするか？
- (2) 家庭訪問し、生活状況の現状を確認。複数年にわたる残薬が何袋にもまとめられており、直近の薬も飲んだり飲まなかったりしている。
⇒内服管理の方法を主治医とも連携し、居宅療養管理指導や訪問看護、薬カレンダー、薬の内容の見直し等、本人に合致した方法をどう考えるか？

(1) 家族の支援強化

⇒2ヶ月に1度の受診なので、受診日を調整し、家族同行が可能かを検討する。

(2) 地域の見守り体制の強化について

⇒B民生委員だけの対応ではなく、地域の中で見守ることができないか検討するため、自治会・民生委員・家族等を交えた地域ケア会議の開催を考えてはどうか？

2. 課題解決に向けた具体的な提案

- (1) 主治医とも連携し、居宅療養管理指導（薬剤師の指導）を導入し、内服管理用のカレンダーや薬の一包化で朝に集中する等の工夫を提案
- (2) B民生委員の力も借り、訪問介護の導入を図ることを提案し、掃除・洗濯・デイの準備や水分補給・内服の促し等を図ることを提案

- (1) 本人の意向や家族の意向を確認しながら、今後進行していく症状に対して、遠方の家族でも支援できること、直接支援することなど整理をして、家族支援の強化を図っていくことを具体的に提案。今後、金銭管理等においても第3者の管理が必要になっていくことなども伝える。
- (2) 家族も交えた地域の方々と地域ケア会議を開催し、地域での見守り強化がB民生委員以外でもできないかを検討する機会を設定することを提案。



3. 課題解決に向けた取組実践

- (1) 本人・家族の同意を得て、主治医に診療情報提供書を記載いただき、サービスの見直しを図る。
- (2) 新たに居宅療養管理指導（薬剤師）と訪問介護サービスを導入し、水分補給、内服の促し、デイサービスの荷作り、掃除や洗濯を本人と一緒にやるなどを盛り込み、サービス担当者会議を開催。
- (3) プランは疾病管理や認知症状悪化防止に努める内容に変更。

- (1) インフォーマルサポート資源の整備に向けては、地域ケア会議を開催し、地域包括支援センター（以下「包括」という。）や自治会長、民生委員等にも入ってもらい、地域でできることがないかを検討。
- (2) 地域に認知症カフェができたため、月に1回、地域のサロンにも出かけられるよう調整。



☆結果

- ・主治医の協力もあり、本人と相性の良い娘が受診同行できる日に予約を調整していただけるようになり、家族同行での受診ができるようになった。
- ・居宅療養管理指導（薬剤師）が入ることで、服薬カレンダーを本人とともに作成し、薬を飲むことが大切なことを本人に理解しやすい言葉を選択しながら伝え続けてもらっており、チームケアにあたっているみんなの笑顔の写真をもとに、「朝起きたら薬を1つ飲みましょう。」「携帯を開けて、今日の日付を確認しましょう。」と記していただくなど、本人の意向に沿いながらの支援を継続することができ、薬の飲み忘れも減ってきている。
- ・デイサービスでも荷忘れがなくなり、入浴を拒否することもなく、定期的な清潔保持ができるように。

支援の POINT !

- ◎サービス担当者会議と地域ケア会議を区分けして、モニタリングと地域の見守り体制の強化を図った点。
- ◎医療関係者（医師、薬剤師等）にも十分個人の特性を考慮した関与がいただけるよう、連携を強化。
- ◎本人の自己決定、意思決定支援を大切にした。

認知症が疑われたが、 本人の強いサービス拒否があったケース

困難と考えられる要因

〈個人因子〉

アルツハイマー型認知症

サービス拒否

〈環境因子〉

介護者の不安

＜事例概要＞

認知症が疑われる母を家族に持つ長女が、母の失禁や物忘れへの対応に疲弊して包括に来所相談。長女は母の変化に薄々気づいており、原因を究明することにより「認知症」という事実を認めることになる現実への不安と戸惑いが混在。具体的な動きがとれず過ごしていた。長女との面談を繰り返し、不安と困惑を受け止め、重度化防止のための理解を促し、介護認定申請に至る。認定結果は「要介護2」であったため、指定居宅介護支援事業所に引き継ぐ。担当ケアマネジャーは、糖尿病や高血圧症があることや、かつアルツハイマー型認知症の進行による失禁や入浴拒否等のため清潔保持が困難なことに着目。本人がサービスを受け入れることができる支援の在り方を検討。並行して長女の側面的支援が得られるよう具体的な提案を施し、①疾病管理②環境整備③サービス利用④重度化防止につながったケースである。

本人の情報

性別	年齢	要介護度
女性	75歳	要介護2

＜既往歴＞糖尿病、高血圧症

＜現病歴＞アルツハイマー型認知症（A1・Ⅲa）

＜BMI＞30

＜生活歴＞

- ・奈良で生まれ、育ち、20歳で結婚、1男1女を設け、育児を機会に生駒にマンションを購入し、奈良から転居。
- ・食べ歩きが趣味で、よく外食をしていた。
- ・夫は3年前に他界。以後、急激に認知症状が悪化。

＜経済状況＞遺族年金、長女の収入

＜日課＞

- ・外に出ることなく、自室でテレビをつけたまま横になっていることが多い。
- ・ストーリーの理解や番組の選択は、困難。ただつけているだけの状態。

＜排泄＞

- ・トイレで排泄するが、間に合わず失禁する方が多い。

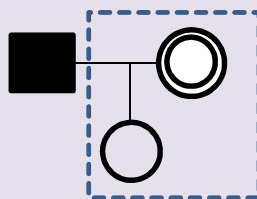
＜運動機能＞

- ・自室から出て階段を昇降することができるが、15分続けての歩行は困難。

＜本人の意向＞

- ・サービス利用については、「そなんいらん。やこしい」（言葉での説明には一定の限界あり）

家族の状況および住環境



- 長女との2人暮らし（長女は自宅で仕事、不定期に外出することがある）
- 長女は母親が認知症という事実を認めることについて、葛藤もあるが、母親が困難になっている事柄への支援として、トイレへの誘導や買い物、食事の用意、ゴミ捨てを一緒にするなど実施。
- 物忘れが進行しているため、何とかしてあげたいと思うが、具体的な手立てがわからないので教えてほしいが、本人が望まないことを強要はしたくない。

主治医の所見

- 本人が通院拒否するからと定期受診に至らず、介護認定申請時のみの対応。血糖値が非常に高かったこともあり、何とか受診、往診等につなぐ方法を検討すべきと長女に助言済み。

本人の強み

- もともと社交的な性格であったため包括やケアマネジャーとの面談に拒否は無い。
 - 身体能力が維持されている。
- (障害高齢者の日常生活自立度：A1)

家族の強み

- 母の為にできることを模索したいという思いがある。
- 母ができることをし続けることができるよう、日々、声掛けを続けている。
- 適切な情報を提供することで、家族として本人を支えられる可能性がある。
- 母の気持ちや意向を尊重したいという強い思いがある。

本ケースの課題

①定期受診ができておらず疾病管理が不十分

- ◆糖尿病や高血圧のコントロールが不良であり、認知症も中等度から重度に差し掛かる症状悪化がある中で、水分摂取不足や食事のコントロール不足から、心筋梗塞や心房細動、脳血管障害等、重篤な疾患に罹患する可能性と認知症の悪化が加速化される恐れが高い。

②介護者の認知症に対する理解不足、本人・家族の意向確認があいまい

- ◆主たる介護者は、認知症に関する正しい理解を得ないまま、発症する事象（失禁等の手当て）に手当てを施している状況にあり、元々社交的であった本人の真の意向が掴めていない可能性がある。
→介護者の漠然とした不安を軽減するためにも、具体的な支援の方向性や手立てについて、示す必要がある。

③本人の意欲低下

- ◆認知症の悪化や疾患管理ができていないことが関与し、意欲低下を増強している恐れはある。
→本人の生活歴を尊重した関与を継続して行うことにより、「出かけてみたい」を触発できれば、行き先で楽しく過ごせる可能性が高い。

★課題の解決に向けた取組を検討

1. 課題解決の方法論について検討

(1) 疾病管理の重要性への理解を促すことを検討

このまま治療を行わないリスクについて具体的に提示（内服加療・食事療養・運動療法・体重管理の必要性和怠ることにより招く重篤な疾病について）

(2) 定期的な外出により、社会的交流や清潔保持の可能性を検討（認知症対応型デイサービス等）

専門的な見地から本人支援や家族指導ができることにより、症状改善が期待できる可能性について検討。

(1) 家族への認知症理解の促進

当事者・家族の思いに共感できる機会を検討し、認知症カフェ（P35 参照）など家族が集う場の紹介や「認知症」に関する書籍紹介が可能か検討。

(1) 本人にとって「安心できる場」であることを情動記憶に留めておける方法について検討を重ねる。

- ・家族と共に施設見学、本人の感触を家族が肌で感じ、勧めても良いという判断ができる具体的な場面設定が可能かを検討。
- ・受入事業所には支援者の意図を予め伝え、本人が「楽しい」を実感して「また来たい」と思え、家族も「ここに通わせたい」と感じるような場のセッティングを依頼できないか、検討。

2. 課題解決に向けた具体的な提案

(1) 糖尿病・高血圧症とアルツハイマー型認知症の関係性や生活習慣病の悪化が引き起こすリスクについて、具体的な事案（例：糖尿病の三大合併症）で家族に説明。

(1) 認知症カフェや図書館を活用し、認知症の理解を促すよう助言。

- (1) 認知症対応型で少人数制、家庭的な雰囲気の事業所を選定して、実際に見学。見学に関しては、本人には「食事会」と説明。デイの見学とは一切口に出さない工夫。
- (2) 見学の際は、顔を見知った支援者とデイのスタッフや今後送迎を担当する職員が共にデイの昼食をとる形で面談を提案。
- (3) 面談の席で、本人から昔の楽しかった頃の話語ってもらい、好きな食事をする事で「楽しい」と記憶してもらい。また、本人が楽しんでいるその場の雰囲気が伝わる写真を撮って、例え忘れても写真を見てもらい「ここにいこう」と誘うことで、サービス利用につなげる。面談した職員が送迎を担当し、利用定着するまでは、個別送迎に対応してもらう。

3. 課題解決に向けた取組実践

(1) おいしい食事と楽しい会話で楽しんでいる姿を家族が見ることで、「本人の意向」として「通ってもいい」が捉えられ、サービス利用の決意が固まるよう支援した。

- (2) 食事会と称した見学時に面談を実施。本人には「皆で食事を食べよう」と誘い、デイサービス利用へのハードルをなくした。食事をして笑顔で話す姿を長女がカメラに収めた。
- (3) その後、利用に関して「行かない」と言う本人に、長女が写真を見せて「ここにいこう」と伝え、抵抗なく送迎車に乗ることができた。

☆結果

単純にサービスを支援者のリズムで提案することでは、認知症当事者の意向確認は困難である。本人の視点に立ち、どのように支援するかをこれまでの生活史や本人・家族の強みを活かし、好きな「食事」「おしゃべり」をキーワードに安心の場を設定。「本人の意向」を尊重した家族にも同席してもらい、本人が楽しむ姿を直視してもらうことで双方の安心につなげ、サービス利用を決定できた。また、送迎スタッフの固定化（有期限）や長女の写真効果で継続して通うことができた。送迎スタッフに好意を抱き、インターホンがなると走って玄関まで出る姿も見られるほどに、通いの場としての定着が図れた。

支援の POINT !

～介護サービス導入に向けた支援～

第1段階：「デイ」という言葉を使わず、本人を誘い出す。

例) ランチに行こう。お風呂に入りに行こう。

第2段階：楽しかった状況を写真に収める。（記憶想起のツールとして活用する）

第3段階：デイへの定着を図る。

本人の性格に合わせて関わるスタッフの性別を配慮（男性には女性、女性には男性等）人はいつでも恋をするということを忘れずに。

写真を見せ、「楽しかったここに行こうね」と声かけ。

認知症状を有しながら、受診拒否する ケースの確定診断に至るまでの関わり

困難と考えられる要因

〈個人因子〉

認認夫婦

受診拒否

〈環境因子〉

キーパーソン不在

＜事例概要＞

民生委員から、担当エリアに認知症状を有する高齢者世帯で気になる人がいると包括に相談が入る。夫婦ともに認知機能の低下が見受けられ、日々の生活が心配。実子は一人いたが難病で亡くしている。近隣との付き合いもなく、支援してくれる親類がいるのかも掴めておらず、近隣トラブルも増えており、困っている。担当包括は、民生委員を介して訪問し、夫婦と面談。妻の方が重篤で短期記憶、実行機能、理解・判断力、見当識等の中核症状的なものも強く、意思疎通が困難。夫も虚弱な印象にて夫婦ともまず、受診が必要と判断するも夫婦とも「元気だから構わないで」の一点張りであった。認知症初期集中支援チームの発動を市に要請し、担当地区の認知症地域支援推進員等の協力も得ながら、亡き息子の嫁の介入を得ることができ、受診・確定診断後に介護サービスの導入に至ることができた。

妻の情報

性別	年齢	要介護度
女性	81歳	要介護3

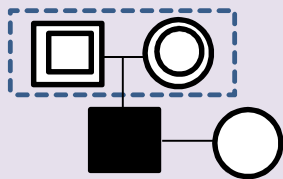
- ＜既往歴＞高血圧、両膝関節症
- ＜現病歴＞アルツハイマー型認知症（A1・Ⅲa）
- ＜生活歴＞
 - ・兵庫で生まれ30歳で結婚、35歳で1男を設け、専業主婦として過ごしてきた。
 - ・地味な性格で、地域との交流もあまりなく、子どもの学習支援等に力を注ぎながら、転勤族の夫に代わり、子育てと家庭を守ることが主たる生活であり、長男の就職・結婚を喜び、孫との交流だけを楽しみに過ごしていた。
 - ・そのような中、10年前に長男が難病で死去以後、孫や嫁との交流も年々減少。うつの傾向と認知症状の悪化が重なってきていた。
- ＜経済状況＞国民年金
- ＜日課＞ゴロゴロと横になって過ごしている。
- ＜認知症状＞
 - ・認知症高齢者の日常生活自立度はⅢa程度、入浴も不規則な様子で、いつも季節に合わない同じ服を着ている。
 - ・トイレ等も掃除が行き届かず、自宅内に尿臭が漂っている。
 - ・調理している様子はなく、コンロ周辺に物が積み重ねられている。
- ＜本人の意向＞
 - ・何度訪問を重ねても「大丈夫」と話し、今後の生活についての理解は難しい様子。

夫の情報

性別	年齢	要介護度
男性	83歳	要介護1

- ＜既往歴＞脳梗塞後遺症
- ＜現病歴＞脳血管性認知症（J2・Ⅱa）
- ＜生活歴＞
 - ・大阪で生まれ大学卒業後に商社に就職、32歳で結婚し、1男を設ける。
 - ・仕事一筋で趣味も持たず、ただひたすら会社の為に尽くし、生きてきた様子。
 - ・10年前に長男を失くして以降、妻の落ち込みを支えてはいたが、徐々に自身の身体にも異変が生じていた。
- ＜経済状況＞厚生年金
- ＜日課＞
 - ・妻は膝も悪く外出できないため、買い物を日課としていたが、同じものがたくさん家の中に存在。
- ＜認知症状＞
 - ・認知症高齢者の日常生活自立度もⅡa程度で、妻と同じく入浴も不規則な様子。浴槽は浸かれる状況でなく、物が散乱。
 - ・訪問しても毎回同じ話を繰り返し、衣類から尿臭を感じる。

家族の情報・意向



- 2ヶ月ほど経過した時に嫁から包括に電話で「困っていたがどこに相談してよいかわからずにいた。どうしてやればいいのか？」と兵庫から問い合わせしてくれた。
- 嫁としては、夫が既に他界しているので、そこまでの責任はないが、子にとっては祖父母でもあるため、できる範囲での協力をするとの返答。

妻の強み

- 認知症状は中等度から重度に差しかかっているがBPSDの症状出現はない。
- 毎回、訪問を拒否することなく対応しており、一定の配慮・心遣いができる。
- 夫を絶対として崇拝しており、夫の声掛けは一定入る。

夫の強み

- 家事の担い手であった妻に変わり、買い物等慣れないことを継続している。
- 銀行での金銭の引き出しは何とかできている。
- 几帳面な性格から、不審者等への訪問には敏感なところも残っている。

本ケースの課題

①認知症の治療が十分でない

- ◆夫婦ともに認知症状を有しているが、定期受診はなされておらず、確定診断も受けていない。既に中等度の症状に至っている。
- 早急に診断を受け、悪化防止に向けて適切な対応を進めていく必要がある。

②キーパーソンの不在

- ◆夫婦のキーパーソンとなるべき存在が不確かで、遠方かつ亡き息子の妻に過負荷にならない範囲での手助けをしてもらえるよう関与し、家族での対応の方がスムーズに進む部分を詳細に査定し、依頼を行う必要がある。

③確定診断後の生活やサービスの調整

- ◆確定診断後の往診、サービス調整を同時に勧め、重篤な状態になることを未然に防ぐ必要がある。

★課題の解決に向けた取組を検討

1. 課題解決の方法論について検討

- (1) 医療受診の勧奨については、認知症初期集中支援チーム（P36 参照）にも入ってもらい、複数のメンバーで医療受診の手だてを検討する。
- (2) 極力負担なく、確定診断ができるよう、夫婦のリズムにのる形で、専門の医療機関に即、受診ができるかについて、認知症初期集中支援チームで対応可能か、調整。

- (1) 夫婦を支えるキーパーソンの存在を発見するための手立てを検討。現在夫婦だけで生活が成り立っているとは考えづらく、サポートをしてくれている人がいる可能性が高い

- (1) 地域でゴミ出し等のトラブルが増加中。地域ケア会議を開催し、見守りへと展開できる機会を設けることが必要。



2. 課題解決に向けた具体的な提案

- (1) 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員（P36 参照）、包括職員でチームを編成し、交代で状況確認し、動機付けができた時点で、スムーズな受診に至るよう調整・共有。
- (2) 毎回訪問時に、訪問者の名刺を玄関、仏壇、電話等の付近に置いて帰り、夫婦以外の来訪者に訪問していることがわかるようにする。
- (3) 地域ケア会議開催について時期、内容、召集メンバーを検討。

3. 課題解決に向けた取組実践

- (1) 包括だけで抱え込まず、サービスにつながるまでは、定期的に安否を確認する必要もあり、包括・認知症地域支援推進員・認知症初期集中支援チームと計 6 名のチームで訪問継続。認知症状について事実と憶測の整理を行い、的確な状況把握に努めた。
- (2) 少しずつ、不安の声も夫婦から聞かれるようになり、どうにか 2 人で支え合いながら暮らしていたことが理解できた。
- (1) 名刺を継続して置き帰ってきたことで、不定期に来訪していた嫁につながるようになり、受診の日程調整から介護認定申請（代行）、介護認定の調査等、複数日の来訪を願わずとも、1 日ですべてが対応できるように調整し、仕事をしながら遠方から駆け付ける嫁に対して、最大限の配慮を行った。
- (1) 地域ケア会議では、参加メンバーに守秘義務を守ってもらうよう注意を促しながら認知症の理解を得る場を設けた。



☆結果

2 ヶ月の月日は要したが、無事に専門医療機関に受診がかない、確定診断および介護保険の認定申請にもつながり、主治医意見書も同病院にて記載していただき、妻：要介護 3、夫：要介護 1 の認定が下り、介護サービスも嫁の介入にて調整がかなった。ゴミ分別はヘルパーが、収集場所へは隣近所の人々が輪番で対応してくれるようになった。さらに 2 ヶ月後には嫁の住まい近くのグループホームに 2 人で入居することになった。

支援の POINT !

◎キーパーソンが不在のケースでも諦めずキーパーソンとなり得る人を模索する。

→名刺を置いて帰る・過去の回想を促し関係者の存在をひもといていく・固定電話や携帯電話の履歴を見せてもらう（固定電話のそばには緊急連絡先があるはず・電話帳をさがす）・年賀ハガキを一緒にさがす。

◎普段見ない車が自宅に停まっていたら、民生委員や近隣で見守ってくれている人に呼んでもらう。

◎突然認知症が進行するわけではない。他のケースでもうっかりミスが出現しているケースもあるため、本人の記憶が正しいうちに緊急連絡先を把握しておく。

軽度認知症にて不安と抑うつ傾向が強く 外出が億劫になっているケース

困難と考えられる要因

〈個人因子〉

アルツハイマー型認知症

意欲低下

〈環境因子〉

症状に応じた対応が困難な家族

＜事例概要＞

軽度認知症の妻を家族に持つ夫が、認知症状の悪化を防止するため、妻に何かしてやることはないか？と市に来所相談。主治医から活動性を高めるよう助言をもらうも、特に楽しみにしているものや趣味もなく、どうしていいかわからずにいた。認知症の診断を受けたことを機に、運転免許も返納しており、外出機会も極端に減り、状況改善を図るために家族としてできることを模索。本人と話をしようとしてもうつむき、声掛けに応じず、視線も合わせない認知症当事者に対し、夫、息子夫婦も本人に対し、家族としてできることはしてやりたいと強く希望。何度も包括・市で訪問を重ね、解決の糸口を探り、無事、介護予防・日常生活支援総合事業（P.33 参照、以下「総合事業」という）につなぐことができ、教室のボランティアを始めるに至ったケースである。

本人の情報

性別	年齢	要介護度
女性	75歳	事業対象者

＜既往歴＞ 前立腺肥大症、甲状腺機能亢進症

＜現病歴＞ アルツハイマー型認知症（A1・Ⅱa）

＜生活歴＞

- ・京都で生まれ、育ち、26歳で結婚、1男1女を設ける。
- ・夫の退職後立て続けに病気にかかり、行動や意欲低下が出現。
- ・特に趣味もなく過ごしてきたため、親しくしている友人や近所との付き合いもない。

＜経済状況＞ 夫の厚生年金 国民年金

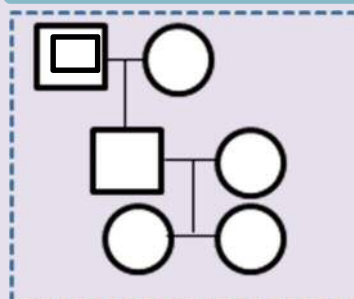
＜日課＞

- ・夫に促される家事を声掛けにより実施することもある。
- ・3歳になる孫と昼寝をすることが日課となっている。
- ・他はテレビを見て過ごすことが多いが、ストーリーを理解しているのではなく、眺めている様子。（場面変化についていけない。笑うところで笑えない等）

＜本人の意向＞

- ・総合事業への参加を促すも表出される言葉では、「どこにも行きたくない。」の1点張り（本人の真の意向か、否かは不確か）

家族の状況および住環境



- 夫（腰痛症）、長男夫婦と孫の6人暮らし（夫・嫁は働いてはいない）
- 主たる介護者である夫も長男夫婦も認知症への理解があり、自宅内で役割を持ってもらえるように掃除や配膳・下膳や買物への付き添い等を本人の日課にしている。
- 日に日に意欲が低下していき、気持ちがふさいでいくようなので、何とかしてあげたいと思うが、具体的な手立てがわからないので、家族としてできることを教えてほしい。

主治医

- 家族に対して、認知症の症状が悪化しないためにも活動性を高め楽しみを持てる時間を探してあげてほしいと助言しており、運動参加の許可もある。

本人の強み

- 家庭内での頼まれごとは、家事については途中で諦めることが多いが、拒否することはない。
- 身体能力が高い
(障害高齢者の日常生活自立度：A1)
- 医療受診は、家族に促されながらも拒否することなく、受診できている。
- 夫と一緒に安心して出かけることができる。

夫・家族の強み

- 妻(母)の為に、できることは協力したいとの強い思いがある。
- 家事や買物等、日課にできることを作り、声掛けを日々続けている。
- 受診にも同行し、内服管理等、病状悪化を防止するように働きかけている。
- 孫が本人になついている。
- 悪化防止に向けた具体的な取組提案を行えば、実践できる能力がある。

本ケースの課題

① 認知症による気持ちの落ち込み

- ◆軽度認知症があり、自発的な行動が見られない、夫との同行なしでは不安で外出できないなど、認知症に関する症状不安や困惑もあり、うつの傾向にある可能性が高い。

② 家族の協力体制の強化

- ◆家族は認知症の悪化防止に努めたいと思っているが、出来る手立ても限られ、力量不足を感じている。
→具体的な手立てを家族が知り、行動化することにより、本人の不安や困惑が軽減し、症状進行を緩やかにすることができる可能性がある。

★課題の解決に向けた取組を検討

1. 課題解決の方法論について検討

- (1) 介護認定の申請をすれば、要介護1相当と見受けられるが、うつ症状を伴っているとするならば、総合事業で一般の虚弱高齢者と交じる方が、意欲の向上につながるのではないかという可能性について検討する。
→事業対象者として、総合事業で対応するのか？
 - (2) 教室の案内を単純に実施しても、本人は参加を拒否することが安易に想定されるため、案内する場が本人にとって「安心できる場」であることを情動記憶に留めておける方法について検討を重ねる。
→「高齢者宅を随時回っている」と特別感を抱かせず、複数回の訪問を重ね、選択肢を幅広く提示しながら、見に行くだけでも行ってみて・・・と見学を勧めてみた。
-
- (1) 軽度認知症の状況で、介護サービスに馴染まない人が通える定期的な外出の場として、総合事業のパワーアップ PLUS 教室 (P34 参照) があるが、どのようにして本人を連れ出せるかについて、具体的な方法論を検討する。
→夫と一緒に通えるのか？だとすれば、パワーアップ PLUS 教室の要綱上クリアできない家族の付き添い送迎の課題をどうクリアするか？



2. 課題解決に向けた具体的な提案

(1) 要支援・要介護認定ではなく、事業対象者としてパワーアップ PLUS 教室のエントリーを提案。

- (1) 複数回の訪問においても夫と離れることは情緒を乱し、混乱を招く恐れがあることが見受けられたため、不安要素を軽減できるまでと期間を限定し、自立支援・重度化防止の観点から、夫と一緒に送迎することを提案。
- (2) 夫と一緒に教室を見学してもらい、夫が「行いたい。」と本人に相談を持ち掛け、夫の為に仕方なく一緒に参加する形で、本人の顔を立てる道筋を作ることを提案。
- (3) 先々、予定を伝えると不安に思うため、当日、送迎車が到着した時点で、「出かけよう。」と誘うことを徹底することとし、初回の送り出しは、包括の男性職員が立ち会い、実直な本人の後押し役を依頼する。

3. 課題解決に向けた取組実践

(1) エントリー直後は、パワーアップ PLUS 教室の事業所・包括担当・市担当で密に連絡を取り合い、初回・2回目と包括が送り出しに出向き、自宅から見送り、現場では市担当も立ち会い、スムーズに教室参加できるよう配慮した。

- (1) 教室内では、最初は夫と同じグループとし、不安を増強しないよう配慮した。
- (2) 1ヶ月後、教室の雰囲気にも少し慣れてきた頃を見計らい、夫に、本人1人での参加に挑戦してみないかと打診。それを受け、送迎車が到着した時点で夫が「腰が痛いから一人で今日は行って！」と本人に伝える等、直前に「休む」ふりをするという手法で本人を1人で送り出し、その後押しを包括の担当職員が現場で行った。市担当者は、教室で出迎える等、安心を提供した。



☆結果

自宅内でも「腰が痛い」と言う夫を、本人が率先して支え、億劫だった入浴も夫の介助の為に一緒に入り、洗身の介助を行うなど、自身の役割としての活動が増加。また、「夫の介助のためには体力を向上する必要がある」と家族が伝えることで、教室についても本人にとって前向きな場であり、不安材料が募る場でないということが情動記憶に残り、現在、教室のボランティアとして、先輩ボランティアの助けを得ながら、役割を果たそうと安定して参加している。

支援の POINT !

- ◎認知機能低下のある本人の作話や取り繕いに関しても、本人の顔を立てるため家族が演じる（女優・男優になりきる）。
- ◎本人の存在意義を保つためにも、本人の役割を意図的につくる。
- ◎頑張っている家族のねぎらいや先を見通すための情報提供→家族の心構えにつながる→本人支援の強化へ。
- ◎支援者が先に諦めず対応者のマッチングを再考し、必要であれば担当者の変更をスムーズに行う。または複数で対応したり、本人のタイプに合わせて男性には男性、女性には女性の支援者のマッチング。

困難と考えられる要因

〈個人因子〉

物忘れによる自信喪失

〈環境因子〉

夫の生活の支援

＜事例概要＞

要支援の夫の介護者である妻が、夫の生活行動や言葉から多大なストレスを受け、自信喪失し、決め事が必要な状況で混乱が見られるようになった。主治医から、二人での生活はもう困難ではと施設入所を提案されたことから、夫婦二人の気持ちをヒアリングし、夫利用の訪問看護スタッフと情報共有を開始。掃除や配食等自費サービスの開始や、総合病院から近隣医院の往診に切り替えるなどの負担軽減をしたが、本人に認知症を疑う症状が出始めたため、気分転換やストレス回避を視野にいれ、事業対象者としてパワーアップ教室（P34 参照）にエントリー。失見当識から利用日に参加できないことがあったため、当日朝に電話でお知らせしたところ問題なく通えるようになった。教室卒業後は、喪失した自信の回復やストレス回避などを期待し、教室のボランティアを依頼。当日の声掛けがあれば自力で教室に通い役割をこなせることから、認知症支え隊（P36 参照。以下「支え隊」という）の電話支援を受けることになったケース。

本人の情報

性別	年齢	要介護度
女性	80歳	事業対象者

＜病歴＞

加齢黄斑変性症、心不全、高血圧疑い、認知症疑い（専門医受診なし J2、Ⅱa）

＜生活歴＞

- ・九州で生まれ、講師として大学で指導。海外旅行に夫と一緒にいくなど楽しく生活してきた。近所との関係も良好。

＜経済状況＞

- ・厚生年金（介護保険 2 割負担）

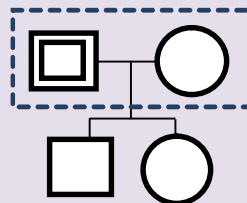
＜日課＞

- ・週 4 日夕食の配食を利用。それ以外の食事作りや洗濯をする。毎朝散歩。コーヒーが好きで豆から挽いている。
- ・身だしなみに無頓着になっており、入浴や整髪などもあまりしていない。

＜本人の意向＞

- ・施設で生活したくない気持ちはあるが、現状のままでの夫婦二人暮らしはストレスがいっぱい。いつま

家族の状況および住環境



- 夫は要支援 2。心不全、潰瘍性大腸炎、間質性肺炎後遺症（左無気肺）などがあり、4 年前から在宅酸素療法（0.5ℓ）を開始。デイサービス、訪問型サービス A、訪問看護利用（いずれも週一回）。「夫婦二人仲良く自宅で過ごしたい。施設には絶対入りたくない」
- 長男は車で 20 分程の場所に住んでいるが仕事が多忙。2 年程前に本人（母）のストレスが増大した頃から毎週末訪問し買い物などに連れ出している。「母の物忘れやストレスも気になるので、行き場所があれば助かる」
- 長女は多忙で訪問は少ない。電話はこまめにくれる。

で続くか分からない。

- ・日にちや時間を誰かが教えてくれたら、安心して用事をこなせる。

主治医の所見

- ストレスがあるようだし処方箋を薬局に持っていかないなど物忘れが気になる。市の教室に通い始めて血圧や脈拍の実態を把握でき、夫の訪看スタッフと情報共有している。月に一回の往診で自宅の様子がよく分かる。夫婦ともに服薬の必要性の理解が低く、服薬できていないことも気になっている。

本人の強み

- 「計画性を持って外出できないが、誰かが教えてくれたらできることはある」と、記憶障害や失見当識を認識。
- 一度に二つのことを言われると混乱するが、一つずつ端的に指示されたら理解して行動できることを自身で認識。
- 家事や散歩など、長年の習慣になっている日課がこなせる。
- 社交性が高く人当たりがとても良い。
- 人の顔や氏名は覚えていることが多い。
- 近隣の方との関係性は良好。
- 身体能力が高く、動くことは好き。

家族の強み

- 夫は妻のことを頼りにし、信頼している。
- 支援者からの提案に素直に耳を傾ける。
- 長男は母のストレス、両親の思いを汲み取る気持ちがある。
- できないことばかりに目を向けず、できていることを支持し、認めている。
- 近隣との関係性は良好

本ケースの課題

①今までできていたことができなくなったことによる自信喪失

- ◆ 軽度認知症があり決まった場所に日時を覚え出かけることができない。また、習慣的に行っていたゴミ出しも分別を誤り注意されるなど、失敗があると、失敗を繰り返さないよう必要以上に気にしてしまい、意識しすぎて行動化できない。誰かのさりげないフォローや声掛けがあることで、できることを失わずに過ごせる可能性がある。

②自信喪失による意欲の低下

- ◆ 夫の妻への対応によるストレスが蓄積していること、夫からの一方的な指示命令が多く、夫の期待に応えられないことで自信を喪失。誰かの役に立つことや、心地良い居場所の確保、気分転換を図らなければ、生きる意欲が低下してしまう可能性があり、このままではうつを発症する恐れあり。

★課題の解決に向けた取組を検討

1. 課題解決の方法論について検討

- (1) 記憶障害や見当識障害、理解・判断力の低下や実行機能障害等の出現により、出かけた場所以一人で向かうことができない。社会性は維持できているので、出かけたい思いを手助けしてくれる人が必要。

- (1) 散歩以外で、気分転換や他者との交流ができる場所、本人が居心地が良いと感じる場所がないかを検討。
- (2) 本人の日々の思いを傾聴できる体制について検討。
- (3) 失敗が増え自信を喪失しているが、できることも多く、日々の頑張りを第三者から認めてもらえる機会を持つことで、ストレス軽減や意欲向上につながらないかを検討。

2. 課題解決に向けた具体的な提案

(1) 定期的な行事の当日に、支え隊の力を借りて毎回電話でお知らせすることを提案。

(1) 3ヶ月楽しく通え、馴染みとなったパワーアップ教室へのボランティアとしての参加、地域の認知症カフェへ（P35 参照）の参加を本人に提案。

(2) 夫（要支援）、本人（事業対象者）の担当は同一の者であったが、気兼ねなく話を聞けるよう、それぞれ別の担当者として、本人支援と家族支援を分けてケアすることを提案。



3. 課題解決に向けた取組実践

(1) 支え隊の人との面識はなかったため、担当者が認知症カフェに出向き、カフェ内における支え隊の役割を認識してもらえるよう配慮した。

(1) パワーアップ教室のスタッフや、市の担当者、包括スタッフと相談し、本人の居場所の確保や役割があることを実感してもらえるよう配慮した。



☆結果

- ・認知症カフェ、パワーアップ教室ボランティア当日の声掛け（電話）を、支え隊に依頼した。
- ・自宅の壁に貼っている夫婦の予定表の更新と、支え隊の担当者の氏名を記入して、不安感を抱かないよう工夫した。
- ・パワーアップ教室の予定連絡の際に、支え隊からも、本人がボランティアに行くことでスタッフも参加者も助かっていることをさりげなく伝えた。開始当初の電話には不安が感じられたが、それまで電話連絡していた包括スタッフからも重ねて連絡をした。すると、3週目頃からは予定連絡の電話であることを新たに認識できたことで、安心して予定をこなせるようになった。
- ・認知症カフェでは数年ゆっくり話せていなかった近隣の方と話せる機会を得、“夫の介護者”、“軽度認知症の方”としてではなく、一人の住民として、現役時代の話など自然なコミュニケーションを図れるようになり、明らかに表情が柔らかくなった。

支援の POINT !

- ◎支援者側が本人の苦手なことを共通理解し、本人の能力や査定を行う時に、できないことのみに着目するのではなく、できていることへの承認やできそうなことへの働きかけ、動機付けが重要である。
- ◎包括・サービス事業所と情報共有しながら、夫に軽度認知症の特性理解が進むよう支援することや妻のストレス回避について理解してもらえるよう支援者を本人と分けて声掛けを継続した。
- ◎関係機関、関係者、長男との連携強化とチームワークの実践とインフォーマルサポート社会資源の活用。

困難と考えられる要因

〈個人因子〉

脳血管性認知症

自己主張がない

〈環境因子〉

介護に熱心

過剰なまでの見守り・サポート

＜事例概要＞

脳血管疾患の既往があり、後遺症として左半身麻痺と、徐々に認知機能の低下も見られている。身体の緊張が強く靴型の装具を使用し、手も自由に使えないため生活動作には介助が必要。本人からの訴えはなく、家族に「これが良い」と言われるがまま、毎日を過ごしていた。マンパワーは十分すぎるほどあるため毎日の生活には困っておらず、サービス利用は訪問看護でのリハビリのみ。

活気のない生活を送っていたが、突然妻が大病になり入院したことで家族の過剰なまでの関わりが激減し、本人にとって思いがけない休息となった。また介助がなくても本人自身でできることがあるということを家族も理解することができ、活動範囲が拡大。身体機能・認知機能の改善がみられたケース。

本人の情報

性別	年齢	要介護度
男性	78歳	要介護1

＜既往歴＞脳血管疾患（5年前）

＜現病歴＞脳血管性認知症（A1、Ⅱb：過干渉により本人はできないものと思われていたため）

＜有症状＞

- ・左半身に麻痺があり靴型装具を使用。手も自由に使えない状況。軽度構音障害あり。
- ・食事摂取は自力で可能、それ以外は部分介助で転倒リスクも高い。
- ・発語が少なく、自発性も低下している。
- ・物事の理解・判断能力の低下、短期記憶の低下あり
- ・HDS-R：22点（日付、計算、数字の逆唱で減点）

＜生活歴＞

- ・仕事に打ち込んできたため、元々無趣味。60歳で退職後、近所の寄り合いには妻と参加していた。
- ・ユーモアのある性格で、人と話すことも多かった。
- ・5年前に脳血管疾患を発症後、徐々に認知機能が低下。

＜経済状況＞国民年金、家族の収入により経済的に問題なし

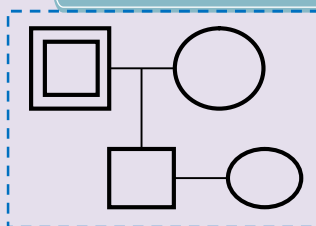
＜日課＞

- ・自宅周囲を1時間散歩し体操をした後、計算ドリルを10枚以上行う。
- ・食卓椅子に座っていることが多く、居眠りをしているかテレビを見ている。

＜本人の意向＞（後になってわかったこと）

- ・計算ドリルが嫌で仕方がないのでやめたい。
- ・1人で用は足せるので、トイレにまでいちいちついてこないでほしい。

家族の状況および住環境



- 2歳年上の妻、息子夫婦との4人暮らし。家族関係は良好。
- 家事を含む身の回りのことはすべて家族が実施。介護保険サービスの利用には後ろ向き。
- 自営業のため常に家族が自宅にいる状況。お店の裏がリビングになっており、妻は用事がない限り常に本人のそばにおり、転倒を恐れトイレにもついていく。妻が不在の時は嫁がリビングで見守る。
- 本人が寝たきりにならないよう、認知症にならないようにと家族は強く願っている。
- 歩くこと、体操、計算ドリルが寝たきり予防・認知症予防に効果的と思い、本人の意向をおいて課している。

主治医の所見

- 身体機能・認知機能の維持のためにも、とにかく生活・リハビリをしっかりとやるようにしましょう。
- 日中は起きているようにしましょう。

本人の強み

- 食事は3食しっかり食べており、夜間も良眠。生活リズムは整っている。
- 言われたことはしっかりと守る、律義な性格。
- 排泄も失敗せず自身で行える。

家族の強み

- 介護への負担感をあまり感じていない。
- 常にマンパワー（家族力）が満ち足りている。

地域の強み

- 近所ですれ違うと誰かが声をかけてくれる。

本ケースの課題

①自己決定機会の減少による自発性の低下、判断力の低下

- ◆何もしなくても家族が身の回りのことをすべて行ってしまう環境で生活しているため、家族に言われるがまま、なされるがままになっており、活気がなく発語も少なくなり判断力も低下している。
- ◆本人が自発的にやりたいことが見出せないでいる。日課をこなす以外はひたすら座っており、課題を増やせばただやるだけとなることが予想される。本人のやりたいこと、意向が見えない。

②本人はできないという家族の思い込みによる過干渉

- ◆家族は本人ができないと思い込んで身の回りの世話を行っているため、実際の身体機能や認知機能がどの程度のものなのか医療職も現状を把握できていない状況。
- ◆介護をしてあげないと本人は何もできない、現在の身体・認知機能を維持するためには散歩と体操と計算ドリルが重要という家族の思い込みが、本人の意向を無視して先行してしまっている。

★課題の解決に向けた取組を検討

1. 課題解決の方法論について検討

- (1) 1日中家族と一緒にいる生活を送っているため、家族と離れた時間を持つことで気分の変化もみられるのではないかな。

本人が外に出て家族以外の人との関わりを持てるよう定期的な外出の機会を検討。自分でできる事は自分で行うことで生活の活気や自信を取り戻せる可能性がある。

- (2) 本人がやりたいこと、やりたくないこと、今の生活に対して感じていること等を踏まえて、本人の意向の確認が必要。

家族が身の回りのことをすべて行うことで、生活への意欲や自信が消失している状況である。家族や今の生活に対する思い、今までの生活歴や仕事、趣味等本人の好むことを聞き取る。

- (1) 家族は本人の病気や必要なサポートに対してどのように感じているのか確認する。

現在の本人の身体機能・認知機能に見合った必要な支援方針や関わり方を、専門職から家族に伝えることも検討する。

- (2) 定期的に訪問している訪問看護のリハビリスタッフやケアマネから、自宅内での本人の様子や家族の介護状況、関わり方を聞き取り、関係者間で共有する。

2. 課題解決に向けた具体的な提案と取組実践

(1) 本人と離れる時間を設けるため、デイサービスやデイケア、ショートステイの利用を家族に提案。

⇒サービスの利用は本人の交流機会のためと家族に提案するが、「今の介護で至らないところがあるのか？」とマイナスイメージに捉えられてしまい、受け入れられず。本人の身体状況の改善が見られてきたため、訪問リハから通所リハへの移行を提案。自宅でのリハビリよりも通所の方が運動の選択肢が広がることを伝え、外への通いは家族の介護に問題があるからではなく、あくまで本人のためであることを伝える。

(1) 家族が日々の介護に対して困っていることを聞き取る。

(2) 定期的に訪問している訪問看護のスタッフから、自宅での本人の様子や家族の介護状況、本人への関わり方を聞き取り、関係者間で共有。

(3) 関わるスタッフ全員で家族の介護の頑張りを称賛。またデイ等の通いの場や本人への関わり方は医師が医学的根拠に基づいて提案することで、家族の介護を否定せず本人の身体機能・認知機能的に必要なであることを家族に理解してもらうようにした。



☆結果

そんな折に妻の病気が発覚。遠方の病院に入院し手術をすることになる。本人がサービスを開始する良いチャンスと思い、再度家族にデイサービスとショートステイを提案するも家族は乗り気ではない。嫁が自宅と病院を行き来し、息子が1人でお店を切り盛りすることになる。

- ・日中息子は自宅にいるが、本人に構うことができず日中1人になる時間が増加。計算ドリルはやらなくなり、散歩も訪問看護の入る週2回となり、雨天時はやらないことも増えてきた。
- ・体操は毎日本人の意思で継続していたが、周囲に促してくる家族もいないためマイペースに実施。
- ・過剰なリハビリにより身体の緊張が見られていたが、散歩や体操の量が減少したことで身体の緊張がとれ歩行もスムーズになり、歩行時に靴型装具がガチャガチャと音を立てることもなくなった。
- ・昼食は嫁が用意したものを食べていたが、食器を片付けてあることに嫁が気づき、本人が自分で片付けていたことが発覚。
- ・日中自宅の電話も妻不在をきっかけに対応することとなり、友人からの電話の本数も増加。活気が戻り発語量も増加。

- ⇒
- ・本人に自分でできることがまだたくさんあること、できることを奪ってしまっていたことに家族自身が気づくことができ、過剰な介入は必要でないという専門職からの指導がすんなり入った。
 - ・リハビリは必要であるが、やりすぎも体に良くないこと、生活の中での役割や楽しみを見つけていくこともリハビリになることを家族が理解し、デイサービスの利用や老人会の参加にも難色を示さなくなった。
 - ・本人の希望を重視したプランを再調整することができた。

支援の POINT !

◎家族自身が本人の残存能力に気づき、必要なサービスや関わり方を見直すことができた。

◎できないからサービスやサポートを導入するのではなく、何を工夫すれば自分でできるのか、本人の強みに焦点を当てることを心がけた。

◎本人の自己決定、意思決定支援を大切にした。

認知症サポーター養成講座の展開から初期認知症の方の居場所と支援者の組織化に繋がったケース

<事例概要>

認知症に関する相談が増えていた A 小学校区において、包括が主体となり「認知症サポーター講座」、「スキルアップ講座」を開催し、A 小学校区内で認知症に関する住民の意識向上を図った。その結果、初期認知症の方や介護者の居場所作りが主体的に始まり、住民主体の運営で「認知症カフェ」が開設された。

A 小学校区の概要

- A 自治会、B 自治会、C 自治会と、3つの自治会で構成されている。
- A 自治会や C 自治会は高齢化率が生駒市の平均を上回っている。B 自治会は新興住宅地で若年層の移住が多く、高齢化率は一桁台である。
- 各自治会で高齢化率のばらつきがあるものの、小学校区としては高齢化率が市内で最も高い地域である。
- A 自治会内にはスーパーマーケットや郵便局などもあり、A 小学校区に住む住民の生活拠点になっている。

地域の強み

- 高齢者数が多い A 自治会は元々高齢者の支援や課題解決に積極的であった。自治会長を含む三役も3年間同じメンバーであり、民生委員、老人会、包括との関係も良好であった。
- 高齢化の差は激しかったが、もともと防災関係で3つの自治会が協力するなど、自治会が単独で動くのではなく、小学校区単位でまとまって取り組むことへの意識が芽生えていた。
- 民生委員の協議会や老人会も小学校区単位であり、少人数であるからこそ、まとまりも強い特徴を持っていた。
- 老人会の会員数の伸びが著しく、地域全体で高齢化問題に向き合っている。

★経緯

1. スキルアップ講座開催まで

A 小学校区では、認知症がきっかけで地域のトラブルとなった相談もある中、住民の理解を深めることが必要と考え、各自治会や民生委員、老人会の協力を得て認知症サポーター養成講座を開催。

その後、サポーターの中でより認知症について学びたいという人を対象に認知症サポータースキルアップ講座を開催。事例検討などを行う中で、参加した自治会長や民生委員ら地域作りを担う人や何かしたいという思いを持っている人たちに、自身の住む地域の認知症に関する課題を共有することができ、地域づくりへと強化することに寄与できた。



2. 認知症カフェの企画まで

その後、地域との相談を重ねる中で、軽度認知症の方が安心して過ごせる場所が少ないこと、介護者が自身の思いを語ったり、情報交換をする場所がないことが見えてきた。

認知症があっても安心して過ごしたり、介護者が相談したりする居場所として認知症カフェの企画立案を行い、スキルアップ講座の卒業生を対象に、ボランティアの募集を行った。

どのようなカフェなら利用しやすいかについて、募集したボランティアのみでなく、地域のケアマネジャーにも話し合いに入ってもらい検討。また、母体法人の協力により、マイクロバスで市内の他の認知症カフェの見学にも行き、イメージの共有を図った。

ボランティアが主体的に動き始め、様々な企画やアイデアが生まれる中、A 自治会に認知症カフェ設置に向けた提案を行った。



3. 認知症カフェの開設まで

A 自治会の役員はスキルアップ講座で認知症に対する課題を共有していたこともあり、カフェ設置を前向きに検討してもらえ、開催場所を提供していただくこととなった。

運営ボランティアには、B 自治会、C 自治会の住民も参加していたことから、小学校区単位で3自治会が運営協力するカフェになった。



4. その後

小学校区での実施ということで認知症カフェには民生委員や自治会長も参加されている。また、小学校区内にある図書室も、認知症に関する本や回想法に繋がる懐かしい本をもってきてくれるなど運営に協力。

認知症カフェの後にはボランティアや地域包括支援センターの職員で、利用者の対応や運営などに関する話し合いを行っており、それが地域ケア推進会議の役割を果たしている。話し合いで出た課題を自治会と共有することもあり、認知症支援の地域拠点になっている。

POINT !

- ◎地域のつぶやきや困り事を把握し、課題を整理
- ◎地域の強みを住民と共に再確認し、関係機関・者とともに解決策を検討
- ◎設置に向けた話し合いや終了後の話し合いが地域ケア推進会議の役割を果たしており、地域の見守りネットワークの構築や認知症の支援の推進に繋がっている。

3 多職種が関わるポイント

～多職種でできる関わりって何だろう～

※この章は、あくまで事例集を作成するに当たりいただいた助言内容等を整理したものです。

○多職種の役割

医師

《適切な医療を提供する上で必要だと感じていること》

何らかの理由があり、家族が認知症患者の受診に同伴できないため、患者・家族ともに病状を正確に理解できず、適切な治療につながりにくいことがあります。

昨今、独居高齢者や高齢夫婦のみの家庭が多く、中には認知夫婦や独居の認知症高齢者が受診することもあります。また家族と同居していても受診に家族の同伴がなければ、治療や今後の対応について患者本人が十分理解されないまま進めなければならず、困る場面が増えています。家族同伴での受診を患者に依頼すると、「家族は忙しくしているから来てとは言えない」との返答が多く悩ましい。

《医療介護連携を視野に》

受診行動が単独でできるか否かは、健康管理を考える上で重要なポイントです。特に認知症状を有する患者においては、適切な内服ができるか、病状を誰が的確に把握するかは、治療にも大きな影響を及ぼすことなので、ケアマネジャーや包括職員は、受診行動までの把握を行ってもらい、必要に応じて家族同伴での受診や医師連絡等において、医師との連携を欠かさないでほしいと思います。



○在宅患者に関わる上での関係職種の連携

在宅療養患者は、訪問看護や訪問介護、デイサービス、往診等様々なサービスを利用し、多数の関係者が関与している場合が多いです。

→それぞれの専門職が関与した時の患者の状態を共有する連絡ノートがあれば、血圧や体温等のバイタルサインの変動や最近の状況の把握に役立ちます。ひと手間かけることにはなりますが、関わるスタッフ皆が記入できるような連絡帳を作り、皆で活用することで情報の共有がスムーズになります。

歯科医師

○認知症の人は、第三者に口をあけて治療してもらうことに抵抗する場合があります。

あまり馴染みのない場所で口をあけるように言われても、それが治療のためだということが理解しづらく、恐怖を感じて、治療に協力してもらえないことが多々あります。

→自分の慣れた環境で、顔馴染みの人に囲まれて診察を受けられる訪問歯科の利用によって、不安感が少しでも緩和され、落ち着いて診察を受けられる場合もありますので、訪問歯科を実施している医療機関に問い合わせ、相談してみるのも一つです。



薬剤師

- 薬の数が多いため主治医も一包化にする等工夫して処方していますが、内服が1日に複数回（朝・夕）あると認知症でなくても飲み忘れることがあります。
→主治医に相談し、服薬が朝のみの1回1包で済むような処方が可能か日々の生活状況を伝え、できる限り無理のない範囲で確実に内服できる方法を検討頂くよう働きかけています。
- 1つの袋にゼリー状の薬が4回分入っている薬があります。今まで長く内服してきた薬のため家族も内服の時間になると本人に袋ごと渡していましたが、1回1個服用のものを一度に4個服用していたことが分かりました。
→周囲は慣れた行為だと思っていても、本人の認知機能の低下やその日の体調によってはいつも通りに服薬ができない場合もあるので、1回分を袋に分けて処方するなど、患者さんの状態変化を意識して取り組んでいます。



看護師



○入浴拒否がある方との関わり

訪問時尿臭が強く、汚れたままのリハビリパンツを着用しているAさん。支援者は尿路感染のリスクが高いと考え入浴を促すも本人は拒否。看護師が訪問時に、部屋での足浴は実施可能であることから、Aさんにとって“お風呂”という言葉がNGワードだということをキャッチし、“お風呂”というワードを出さずに、まずは「手を洗いにいこう」と洗面所へ誘導してみました。手洗いに抵抗がなければ次の訪問では洗面所で足浴や更衣を促し、服を脱ぐことに拒否がなければ次の訪問で浴室へ誘導しシャワー浴を実施するといったように、訪問の回数を重ねながら無理強いをせずに本人に声をかけていきました。最終的には本人の拒否なくシャワー浴を実施することができ、本人からは「気持ちよかった」との言葉が聞かれました。その後訪問看護師からヘルパーへ関わり方が申し送られ、現在はヘルパーが入浴支援を行っています。

〈ポイント〉

- ・関わりの中で本人が嫌がる言葉や行動をしっかりと観察し、本人に受け入れてもらえるワードやケアからアプローチを始める。
- ・無理強いはしないが一度で諦めない。
- ・ヘルパーとも連携し、同行訪問を通してケアのやり方を共有する。

作業療法士

○その人らしく暮らしていけるように、支援すること

・まず、できることとできないことの判断

→できる事はご自身でやってもらう。効率やまわりの都合でできていることを奪わないようにすることで、残っている機能や能力の維持向上につながる。

・日常生活のリズムをしっかり築く

→古い習慣やいつもしていることは自信を持って取り組むことができ、同じ方法、同じ声掛け、同じ〇〇という設定が生活の安定をもたらす。(急に予定や設定が変わることで、不安になったり、失敗したりすることはあまり望ましくない。)

・適度な運動や、趣味活動を持つ、できることを役割として維持できるよう働きかける

→活動性の維持・向上につながり、廃用予防にもなる。廃用予防は体操や学習療法等、リハビリだけではなく、楽しみを持って取り組めたり、役割を持ってもらうことは重要。

・情緒の安定化を図る

→失敗体験や不安というものは強く心に残る。失敗したことで怒られた、というように記憶に残ってしまうこともある。失敗しないための環境調整や関わる人の関わり方の調整・統一も重要

・休養の時間の大切さ

→休養の勧め:対象者自身がどのように変化していくか、どれだけ続いていくか等の予測が難しいのはもちろんだが、家族にとっても同じことが言える。ゴールが見えないその毎日を暮らしていく時、一生懸命だけではどうにもならないことや、時がきつとあるはず。ほっと出来る時間や、ダラダラできる時間も時には重要だという思いで向き合っていけるような支援が必要。

・BPSD(行動・心理症状)、周辺症状の軽減を図る。

→中核症状と呼ばれるものは、脳の神経細胞の変化によって直接起こる。(例えば、物忘れや思考・判断力の低下、計画的行動の低下、物の使い方や言葉が出てこないなどの高次脳機能の障害など)

BPSD は周囲の人との関わりの中で起きてくる症状(例えば、暴言・暴力、興奮・抑うつ・不眠・昼夜逆転・幻覚・妄想・せん妄・徘徊など)。これらは、その人らしく暮らしていくことや、支えていきたいと考える家族や周りの人との関係性に、誰も悪くないのにトラブルを招きがちである。

・「怒る・叱る」などの不快な刺激は避け、基本的な関わり方として「認める・褒める」ということで、笑顔を引き出せるように常に心がけ、笑顔で対応することが、リハビリで何をするかではなく、良い効果を生み、本人の QOL の向上や、家族の負担軽減につながると考える。

こうした対応について、支援者(専門職、家族、地域の方)が共有していける機会を多く持つことが大切だと思います。

介護支援専門員

○介護保険サービスの利用が必要であるが受け入れが悪い人への関わり①

Bさんは脳梗塞で入院していたがリハビリ病院を経て退院の流れとなったため、在宅支援へ移行のため病院から包括に連絡が入りました。しかし本人は、「自分は大丈夫。サービスの利用はいらない。」と、サービス導入に対する受け入れが悪い状態でした。

そこで入院中のリハビリ病院の担当者から、退院後も継続してリハビリが必要であることを本人に説明してもらうことで、自宅に帰ってからもリハビリが継続的に必要なのであれば介護サービスを利用することも仕方ないと本人が納得し、通所にてリハビリと入浴の支援が決定しました。

〈ポイント〉

- ・対応者や説明者が変わることによって本人の受け入れも変化する(関係性を構築できている人からの助言、医師や理学療法士といった専門職からの声かけ等)
- ・何のためにサービスを利用する必要があるのか、本人にわかりやすい説明
- ・本人が拒否する理由・背景を探る。

○介護保険サービスの利用が必要であるが受け入れが悪い人への関わり②

Cさんは認知症で物忘れの自覚はあるものの、今まで専業主婦として家族を支えてきた立場の人のため、自分が人の世話になるというイメージを持つことができず、サービスの利用を拒否していました。内服も処方通りにできていませんでしたが、「自分は元気だ。」という意識をお持ちでした。

Cさんは薬をもらいに病院に行くという意識が強かったため、病院に行かなくても先生が薬を持ってきてくれるということを伝えたところ、「それなら。」と往診に関して本人の了承を得ることができました。なんとか定期的に往診医が自宅に入れるようになり、身体の状態や生活の状況がみえるようになったので、ケアマネや訪問看護で共有しています。

〈ポイント〉

サービスを利用することで本人にとってどういった点が便利で安心につながるか等、具体的なメリットとなる方法を提案する(例:病院までわざわざ行かなくても薬を自宅までもってきてくれる)



介護職

○認知症の方やその家族との関わりの中で気をつけていること

・できること、できないこと、周囲からのサポートがあればできることを明確にする

例)料理をする場合、冷蔵庫にある材料を見て何を作ったらいいのか分からない。どうやって野菜の皮を剥いたらいいのか、どんな大きさに切ったらいいのか、どんな味付けにしたらいいのか、作業工程を分割、指示することが重要です。

例えば、「カレーを作ってよ。」と具体的にメニューを提示すれば料理が可能なのか、また「玉ねぎをみじん切りにしてね。」と玉ねぎ、まな板、包丁を揃えて声をかけると切ることは可能なのか等、サポートがあればできること、具体的なサポート方法について、幾通りか試してみながらできることを明確にしていく必要があります。

・認知症当事者への家族の対応方法の助言

今までできていたことができなくなってきたことで、できなくなったことへのいらだちを当事者にぶつけてしまう家族も少なくありません。認知症の初期の段階では、記憶の想起に関してはヒントや頭文字の提示で思い出すことが可能です。生活上でも、記憶内容の環境や設定などストーリー面を会話に盛り込むと思い出せる可能性は高いので、そのような対応を心がけましょう。



4 社会資源を創出しよう！

認知症支え隊の活動

- 認知症初期の方が出かけたいのに出かける日を忘れ、いつしか閉じこもりになる傾向を複数掴んだ包括が、地域ケア会議（Ⅰ）※において、誰か「今日はサロンの日だよ」と電話してくれる人がいたり、囲碁打ちを習慣化してきた人に対しては「囲碁行こか」と玄関先までお誘いしてくれる人がいることで、活動が継続できるはず、という意見が多く聞こえました。

複数の支援者から同様の声を聴いた市は、そういった声を受け、認知症支え隊養成講座を開始。2年をかけて有志のボランティアを募り、認知症支え隊として登録。登録者の中には介護従事者の方もおり、休暇を利用し、認知症カフェ等に協力されています。

現在、社会福祉協議会に需要と供給のマッチングを依頼し、試行的に活動開始。声掛け・誘い出しの支援等が少しずつ始まってきています。

※多職種の連携により本市における自立支援の方法論の構築を目的とした
地域ケア会議



認知症の人にやさしいお店

- 認知症のAさんは、スーパーに足を運ぶのが日課となっていますが、金銭管理ができず、外出時は現金を持ち歩いていません。しかしながら、スーパーに行くとき魚を買う習慣があり、手に持ってしまう。スーパーと家族との連携により、Aさんが魚を持って店内をうろうろ歩いている姿を見かけた店員が「先ほど、ご家族の方が買ってお帰りになられましたので、本日は大丈夫ですよ。」と声をかけると安心して、手に持っていた品物を店員に手渡してくれるようになりました。

「またお金を持たずに……。」と思うのか、「何か料理を作らないと……と長年の主婦の習慣が品物を手にとることにつながるのだな……。」と思うのかでは、対応にも差がでできます。

高齢化が進む生駒市では、こうした認知症に関する理解が深まるよう、継続して啓発を繰り返しています。認知症の方の自然な姿を応援できる店舗が増えるといいですね。

※平成 26 年度から、認知症サポーター養成講座の受講者を拡充し、一般企業や警察などにも範囲を広げています。受講した店舗には右下のステッカーをお渡しし、「認知症にやさしいお店」として登録していただいています。平成 31 年 2 月末現在で、受講店舗 37 店舗。



地域に家族が認知症であることを発信する力を支える

- 認知症を患ったと聞いてショックを受けていたご家族。ゴミ出しの役割も担えなくなり、自信を喪失した当事者のBさん。失敗することを恐れるのではなく、当たり前の日々の生活を支えてあげたいと考えたケアマネさん。家族が認知症という病気のことを少しずつ受け止めることができるよう寄り添う支援を行い、家族がBさんの行動が理解できるようになった頃を見計らい、地域の民生委員や自治会長等を交えて、地域ケア会議(Ⅲ)※を開催しました。

Bさんが認知症になってしまったこと、こんなことをしたいという本人の意向があることなど、勇気を出してご家族が伝えました。地域の方々も具体的にどのようなことができるかについて、積極的に質問され、お互い様なのだからと、今休みがちになっているいきいき百歳体操(P35 参照)については、お隣さんの山田さんが毎回お誘いすることになりました。認知症という病気は徐々に進行していくわけですから、まだまだご自身でできることがある間から馴染みの関係を地域で創っていく大切さを感じました。

※地域の核となる人々と介護関係者が集い、本人及び家族と共に良い暮らしを継続するために話し合う会議。



認知症介護をした方と現在介護している方同士をつなぐ会の開催

- 認知症のことを「痴呆」と表現していた時代に介護をした経験のある人々が現代の認知症ケアの情報を得るたびに心痛めているという話を聞くことがあります。

「もう少し優しくしてあげたら良かった。」「本人は何かを発していたのに、聞く耳を持てなかった。」「あの時、こうしてあげればよかった。」など、当時を振り返り、涙する元介護職員も少なくありません。

一方で、現在認知症の方を介護している家族は、日々の対応に悩み、「介護経験者に話を聴いてみたい」、「他の家族の話を聴いてみたい」など、認知症の介護経験者との交流を望まれていることもあり、両者をつなぐことの大切さを感じます。昨今では、当事者が自身の思いを伝える場面も増え、認知症理解は深まりつつありますが、個々人の価値観や性格、生活史が症状に影響することもあり、個別性が高いだけに経験者間の交流の機会を作ることは大切なことだと思います。

生駒市では認知症当事者及び家族の情報交換、共有の場を小さな会からはじめていこうと考えています。



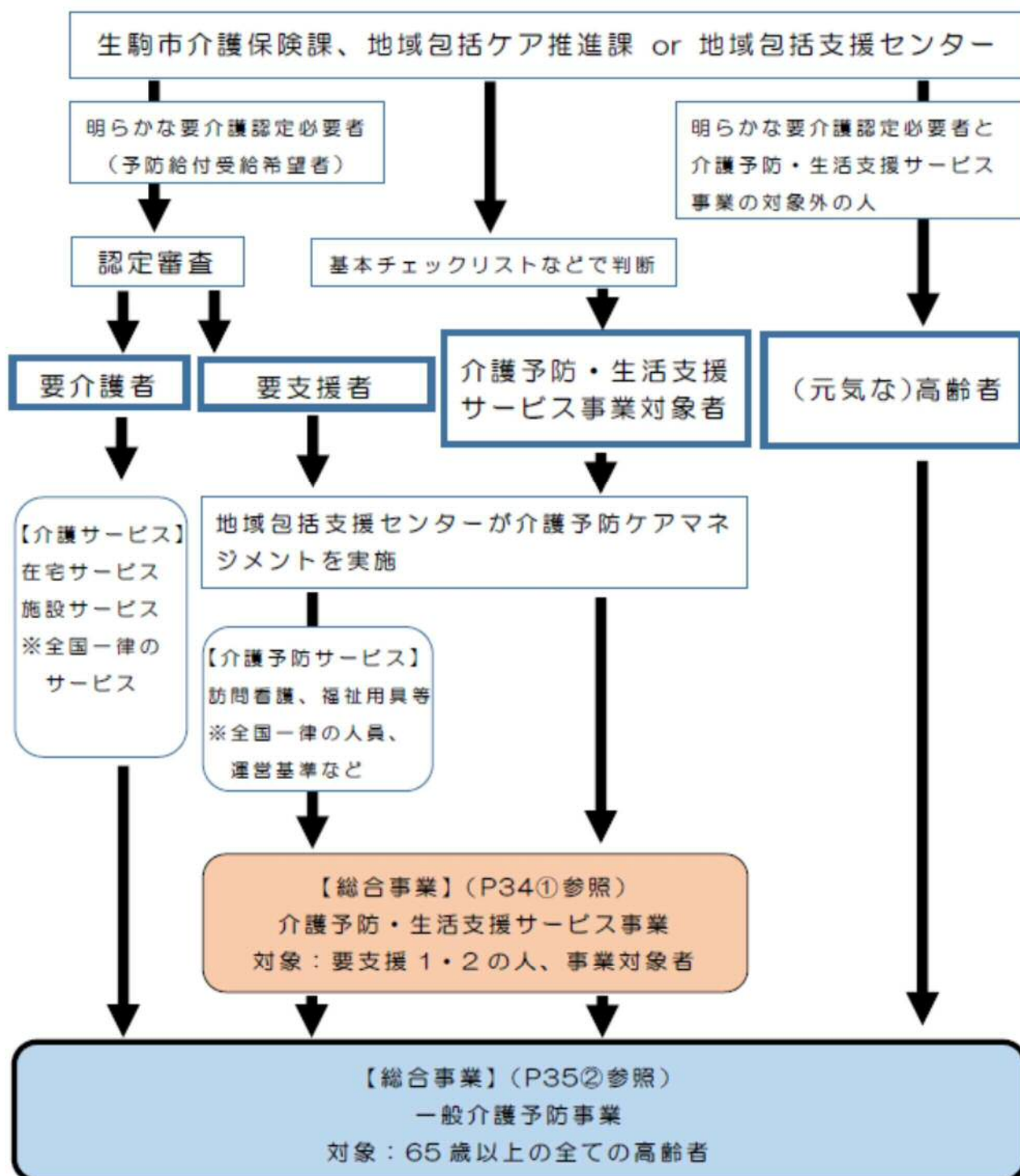
資料 認知症対策部会委員名簿

(H31. 3. 31 現在。順不同。敬称略)

氏名	所属等	関係機関名
山上 正仁	一般社団法人生駒市医師会 副会長	生駒市医師会
中溝 辰男	生駒市歯科医師会 相談役	生駒市歯科医師会
川田 和弘	医療法人社団松下会白庭病院 副院長	生駒市内病院
徐 典代	医療法人和幸会阪奈中央病院 リハビリ科 作業療法士主任	生駒市内病院
茨木 康晴	薬師堂生駒薬局 開設者	生駒地区薬剤師会
堀井 久仁子	一般財団法人生駒メディカルセンター 訪問看護ステーション 統括所長	訪問看護ステーション
湯川 美香	株式会社ライフケア創合研究所 いこいの家ケアプランセンター 管理者	居宅介護支援事業所
三原 文子	奈良県郡山保健所健康増進課 母子・健康推進係長	郡山保健所
吉村 智恵	生駒市福祉健康部健康課長	生駒市

資料 生駒市の事業

生駒市介護予防・日常生活支援総合事業利用の流れ



認知症の初期症状のある方においては、介護予防・日常生活支援総合事業利用が可能な場合がありますので、利用の流れを参考としてください。

生駒市介護予防・日常生活支援総合事業の紹介

この認知症初期対応事例集に記載がある事業のほか、生駒市の介護予防・日常生活支援総合事業を紹介しています。開催日時や場所などの詳細については、生駒市地域包括ケア推進課又は生駒市地域包括支援センター（P37 参照）までお問い合わせください。

① 介護予防・生活支援サービス事業	対象者：要支援1・2の人、事業対象者 ※利用する際は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントが必要となります。	
	教室名	内 容
	パワーアップ PLUS 教室 (通所型＋訪問型)	マシンを使った筋力増強運動を中心に、筋力・持久力・バランス等の評価を行いながら、自宅での生活が行いやすいよう身体機能の向上を目指します。 また、参加期間中に、理学療法士等の専門職が家庭を訪問し、家屋内の環境調整や自宅内での自主トレーニング方法を助言します。
	パワーアップ教室	①運動プログラム、②口腔プログラム、③栄養プログラムの3つのプログラムにより、身体機能・動作能力、口腔機能や栄養状態の改善を目指します。
	転倒予防教室	転倒を予防するための身体づくりの運動や家屋内の環境調整に関する学習を通し、自主トレーニング方法を身に付け、転ばないための身体づくりを目指します。
	ひまわりの集い	閉じこもりがちな高齢者に、レクリエーションや手作りの食事を提供します。
	訪問型サービス A	ご自宅内の掃除、買い物、調理などの生活支援を行います。
	通所型サービス A	従来の介護予防通所介護よりも緩和した基準による通所型サービスです。
	介護予防訪問介護相当サービス	ホームヘルパーが訪問して入浴、食事等の介護や掃除、洗濯等の家事を行います。
	介護予防通所介護相当サービス	デイサービスセンターで、食事、入浴などの生活上の支援や機能訓練を行います。

② 一 般 介 護 予 防 事 業	対象者：65歳以上の全ての高齢者	
	教室名	内容
	わくわく教室	閉じこもりがちな高齢者を対象にボランティアが中心となり教室を運営しています。主な教室の内容は、健康体操やゲーム、季節の行事などが盛り込まれ、時には簡単な調理をみんなで行うこともあります。
	のびのび教室	転倒予防のための体操や椅子に座ってできる体操を運動指導士が紹介します。
	地域型のびのび教室	近隣の仲間と身体を動かす習慣を作り、元気な地域づくりを目指す体操教室です。運動指導士が体操を紹介します。
	脳の若返り教室	認知症予防のために前頭前野を鍛えるプログラムを学習サポーターの支援を受けながら週1回6か月間行います。
	コグニサイズ教室	身体を動かすことと、頭を使うことを同時に行って、脳の活動を活発にし、認知症を予防します。
	いきいき百歳体操	おもりを使った筋力運動の体操で、DVDに合わせて簡単な体操を行います。地域の仲間と継続的にを行い、筋力アップを目指します。
	エイジレスエクササイズ教室	自宅でできる有酸素運動と筋力トレーニングを組み合わせたアンチエイジング教室です。
	もの忘れ相談事業	物忘れに関する悩み等に関して、月に1回（予約制。1件1時間、1回3件程度）、精神科医師が相談に応じます。
	認知症カフェ	認知症の人やその家族、地域住民が集う場として提供され、お互いに交流をしたり、情報交換をしたりすることを目的とします。



その他生駒市の認知症施策

事業名	内 容
認知症サポーター養成講座	認知症サポーターとは、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族に対して温かい目で見守る応援者です。皆さんの理解やちょっとした見守り、声かけが認知症の方やその家族を支えます。
認知症地域支援推進員	医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。
生駒市オレンジチーム（認知症初期集中支援チーム）	認知症の診断を受けていない人、診断を受けていても介護保険サービス等の利用を中断している人に対して、保健師、精神保健福祉士、社会福祉士等の専門職が、認知症の専門医の協力を得て、家庭訪問を行い、支援を行います。
認知症支援隊	認知症の人やその家族のちょっとした支えとなるボランティア。 予定の電話連絡や教室への同行など、認知症になっても、できるだけ住み慣れた場所で、慣れ親しんだ人たちとともにそれまでの生活を安心して続けていけるよう、必要な部分を補います。 利用に際しては、生駒市社会福祉協議会が支え手と利用者の調整を行います。
徘徊高齢者捜索模擬訓練	道に迷って帰れないなど認知症の人が行方不明になったという設定のもと、認知症の高齢者の発見、声かけ、保護などの体験を通して、地域住民それぞれが役割を理解し、地域全体で認知症の方を見守る体制づくりを進めます。
行方不明高齢者捜索ネットワーク	認知症などのために高齢者の方が行方不明になった場合、警察や家族だけではなく、市や登録している介護保険の事業所などが協力して行方不明者を捜索する、ネットワークシステムです。

認知症地域支援推進員	住 所	電話番号
阪奈中央地域包括支援センター	俵口町444-1	74-8665
東生駒地域包括支援センター	辻町53	75-0021
社会福祉協議会地域包括支援センター	北新町3-1	74-3341
梅寿荘地域包括支援センター	西旭ヶ丘12-3	75-3020

お問い合わせ先

○生駒市地域包括ケア推進課 74-1111(内線467)

○生駒市地域包括支援センター

地域包括支援 センター名	住所	電話番号	担当地域
生駒市フォレスト 地域包括支援セ ンター	北田原町 2429-4	78-4888	高山町、ひかりが丘、北田原町、西白庭台、鹿 畑町、美鹿の台、鹿ノ台全域
生駒市阪奈中央 地域包括支援セ ンター	俵口町 444-1	73-9448	南田原町、喜里が丘 1～3 丁目、生駒台南、生 駒台北、新生駒台、松美台、俵口町(阪奈道 路以北)
生駒市東生駒地 域包括支援センタ ー	辻町 53	75-3367	辻町、小明町、谷田町、桜ヶ丘
生駒市社会福祉 協議会地域包括 支援センター	北新町 3-1	73-7272	北新町、俵口町(阪奈道路以南)、東松ヶ丘、 西松ヶ丘、光陽台
生駒市梅寿荘地 域包括支援センタ ー	西旭ヶ丘 12-3	74-8134	山崎町、東旭ヶ丘、西旭ヶ丘、新旭ヶ丘、東新 町、山崎新町、本町、元町 1～2 丁目、仲之 町、門前町、軽井沢町、東生駒 1～4 丁目、東 生駒月見町、東菜畑 1～2 丁目、中菜畑 1～2 丁目、西菜畑町、菜畑町、緑ヶ丘、萩原町、藤 尾町、西畑町、鬼取町、小倉寺町、大門町、 有里町、小平尾町、青山台
生駒市メディカル 地域包括支援セ ンター	あすか野 北 2 丁目 12-13	71-3500	上町、白庭台 1～6 丁目、真弓 1～4 丁目、真 弓南 1～2 丁目、あすか野南 1～3 丁目、あすか 野北 1～3 丁目、あすか台、北大和 1～5 丁目、 上町台
生駒市メディカル 地域包括支援セ ンター	小瀬町 324-2	77-7766	壱分町、さつき台 1～2 丁目、小瀬町、南山手 台、東山町、萩の台、乙田町、萩の台 1～5 丁 目、翠光台