

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会全国大会

「認知症ケアと小規模多機能型 居宅介護」

龍谷大学社会学部地域福祉学科

岩尾 貢

今日、話すこと

- 私の認知症の理解
- 認知症にはなぜ地域力を必要としているか
- 認知症とケアマネジメント
- 地域力と関係力

1、認知症の理解

- 病気としての理解
- 生活のしづらさとして

認知症の理解

認知症とは

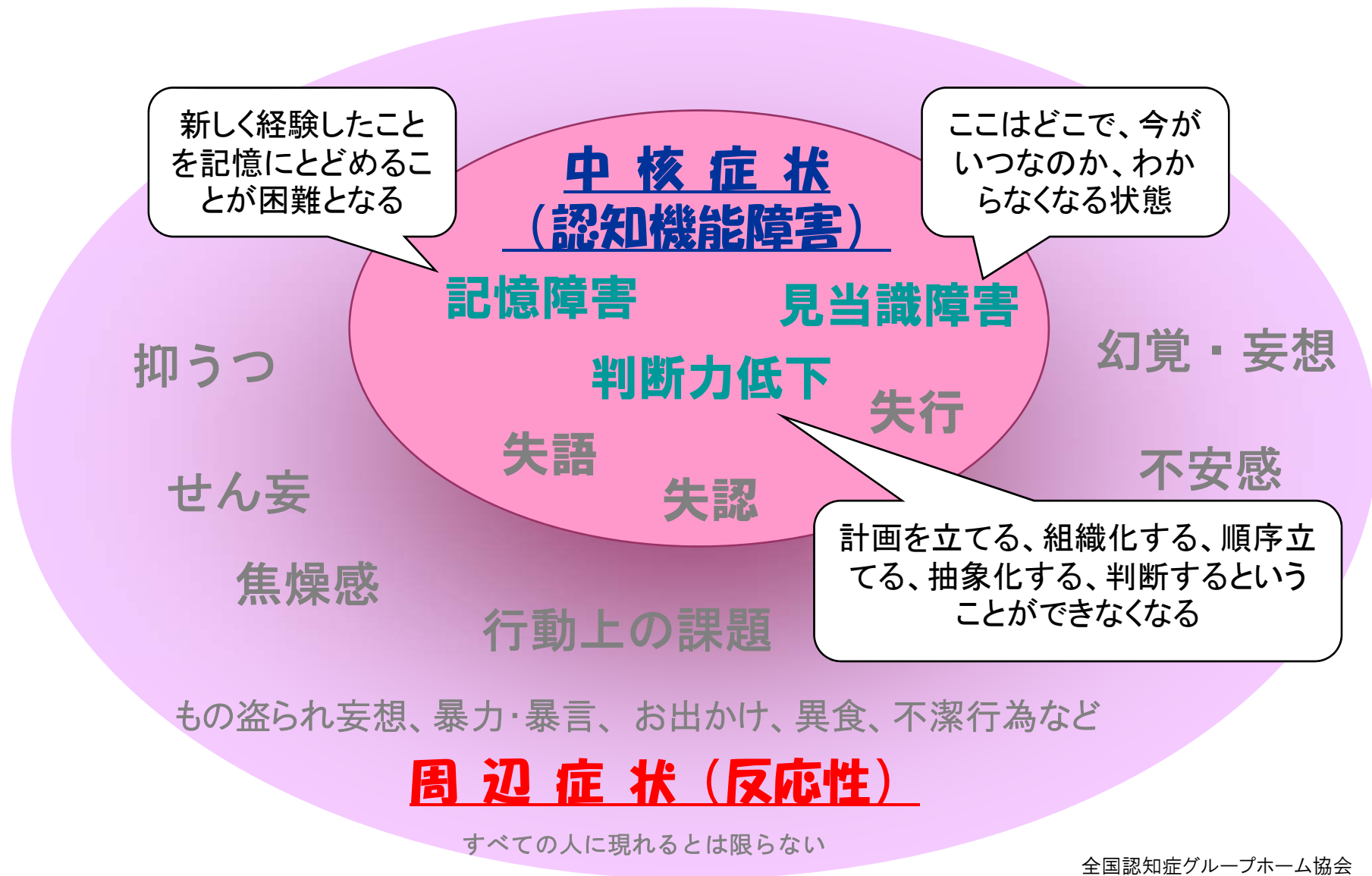
- 脳の病気
 - 原因のある疾患
- 知能が衰退
 - 知的能力が落ちる
- 生活に影響する
- 70ぐらい病気としての原因がある(長谷川)
 - 代表的な疾患
 - 変性疾患としてのアルツハイマー
 - 脳血管性疾患(脳梗塞など)

日常生活を通して認知症をどう理解するか

認知症の目安

- ①計算
- ②記憶
- ③見当識→失見当
- ④思考、判断力

認知症の症状（中核症状と周辺症状）



認知症高齢者の何が問題にされていたか

- ①行方不明
- ②不潔な行為をする
- ③不眠や昼夜逆転で家族を眠らせてくれない
- ④異食、過食、拒食などがあって常に目が離せない
- ⑤お金を盗られたなどと家族を攻撃する
- ⑥騒いだり、暴れたりする
- ⑦その他

認知症の世界

- 自分の息子が夫になる
- 鏡に向かって話しかけ
- 夕方、自宅で「家に帰らせてもらいます」
- 何も覚えていない
- 便器に手を入れる
- 嫁の前だと認知症がひどくなる
- 食べていない
- 風呂に入ってくれない
- 不利なことだと知らん顔する

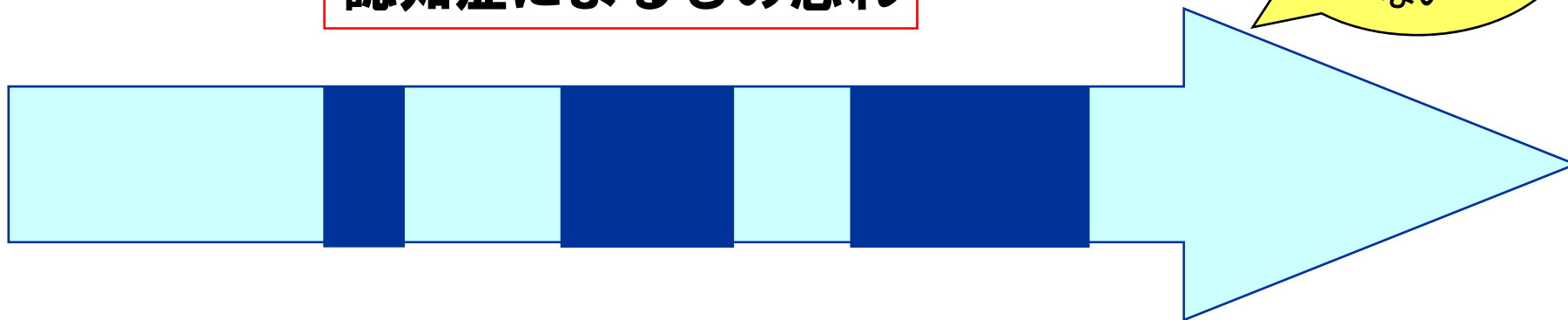
このような世界をどのように理解するか
こうした行動を問題行動ということの問題

普通のもの忘れと認知症の違い (イメージ)

加齢による普通のもの忘れ



認知症によるもの忘れ



認知症高齢者の世界の理解

混乱した世界

新しいことができない

叱責やとがめ、否定、訂正が混乱した世界をつくる

生活歴からくる現象

その結果、うまく暮らせず苦しんでいる姿



家族や一般の人から見て、おかしいあるいは異常な行動を呈している

問題行動ではなくシグナル行動

①生活シグナル

②混乱、不安シグナル(不満や不快の表れとして)

認知症高齢者の生活問題

認知症高齢者のメンタルケア

かかわりの問題

「かかわりと」は関係の概念 「ここで、今」

認知症高齢者をどのように理解するか

生活シグナル

混乱及び不安シグナル(不満や不快の表れとして)

生活問題を共有できるか

生活のしづらさ(加齢や病気によるしづらさ、周りとのずれによるしづらさ、新しいことが理解できないことによるしづらさ)

人は人の助けを借りずに一生を終えるか

- 人はどのようなステージに生きているか
- どのような課題とリスクを背負っているか
- 孤独死問題
- 地域の力
- 介護の社会化とは

かかわりの問題として理解

- 理解できないのはかかわりの時間と傾聴不足
- 安心できる人と場と雰囲気
- 安心できるケアスタッフとは

高齢者介護の基本

- 1) 理解のできない高齢者や認知症行動はない(了解可能な人)
- 2) 見守り 共生 協働 寄り添い
- 3) かかわりの問題
関係の質、援助者・本人の能力、かけた時間

生活スタイルの確保

施設での暮らし

決められた時間になぜ食事

上げ膳、据え膳

決められた日になぜ入浴

眠たいのに起こされ眠たくないのに寝させられる

集団レク

「小規模多機能でもあるかも」

オールドカルチャーからの脱却

その人らしさ、安心、力の発揮、継続性の尊重

生活の継続性

認知症にはなぜ地域の手を必要としているか

- なじんだ自然や地域の中で
- なじみのある人との関係の中で
- なじみの家や物の中で
- なじみの生活スタイルで

『私らしく生きたい』

地域の力が高齢者を支える

- 地域での生活を可能にするため
継続の重要性やなじみ、住み慣れた空間など
重視しなければならない

そのためアセスメントがより重要でその上で
ケアプランがある

認知症の人と地域

- 地域とのかかわりとは何か
- 地域に出掛けながら、地域の理解を深める役割
- 介護予防、リハビリテーションは生活の中にある
- 本人の“できて、やりたくなること”を支援する役割
- これまでの認知症ケアとしての実績を駆使
- 認知症ケア・センター方式、地域密着型サービスの一般化
- 市町村との連携

社会資源の活用にあたって・・・

- ・クライアントのニーズを明確にし
- ・「自己決定」の原則に基づき
- ・協働して
- ・主体的に利用できるよう支援することが基本

地域社会に何を期待するか

- 安心して暮らすことが出来るか
- 希望が言えるか
- 知ることが出来るか
- 相談出来るか

墓の前で泣いては、いけないか

- 墓参りをしても意味がないという若者
- 千の風によって現象
- 宗教と生
- 宗教と死

高齢者にとっての深刻な悩み

- 家の問題

お父さんと建てた
大切な家なのに・・・



- 墓の問題

佐藤家之墓

お墓のお世話
どうしよう・・・



地域に在ることの安心をどう獲得

- 家があるのに
- 墓はどうする

- 家にいればいいよ
- 墓参りもしようよ

- でも自分ひとりでは出来ない
- 日常生活さえ手伝いが必要なのに

暦と共に暮らす高齢者

正月、書初め、七草粥、恵比寿さん、鏡開き
節分、バレンタインデー

啓蟄、ひな祭り、卒業、お彼岸、春祭り

花祭り、入学式、畑起こし、種まき

苗植え、田植え、こどもの日、七夕

中元、盆、夏の土用、大暑、立秋、処暑(しよしよ)

二百十日、敬老の日、稲刈り、秋祭り 白露、二百二十日、

秋彼岸、秋の社日、秋分の日、寒露、秋の土用、霜降、

立冬、報恩講、小雪、大雪、冬至、クリスマス、年賀状、餅

つき、大晦日

M・Kさん(75)のケアプラン

- 問題に関心がいく
例えば再犯の心配、お金の管理、地域の反応
- 生活支援は妻との面会、習字、役割、灯籠流し
畑仕事、自宅の清掃、市役所への配り物、散歩
の同伴

自己実現へ向けて

- 体が動くようになるのは大切だが、動くようになって何をするのか
- 何をするのかのために、何を重視するか
- 何とは生活
- 生活の中に自己実現がある

事例紹介

- 氏名：T・K氏 ・介護度：要介護1
- 年齢：84歳
- 既往歴：アルツハイマー病型認知症
高血圧
- 家族構成：19年1月に妻が亡くなってから1人暮らし。
同市内に弟・妹が住んでいる。
- ADL :すべて自立
- 性格：几帳面
- 趣味：絵画、釣り、カラオケ、旅行

相談内容

- 妻が亡くなってから(H19,1)、しばらくは落ち込んでいたが、最近では殆ど毎日カラオケに行っている。
- ご飯を毎日たくさん炊くが、副食の用意が出来ないので弟や妹が毎日交代で持って行っている。
- しかし冷蔵庫にいれた事を忘れ食べずにいる。だんだん痩せていっているので体調が心配。

(妹より)

家族の要望

- ① 毎日の食事の提供や、安否確認を弟妹で交替で行っているが、毎日の事なので疲れてきた。食事の提供の支援をしてほしい。
- ② カラオケや友人宅によく出かけている。好きな事なので続けさせてあげたい。
- ③ 段々寒くなってくるとストーブの火の管理が心配。

見学時の様子

- 「自分はなんでも出来る」と思っているので、弟・妹と一緒に見学にこられるが、なんの為に来たのかわからない。
- 弟が通う事を進めるが、強く拒否。
- 早く帰りたい様子で、帽子をかぶって帰り支度。

本人・家族との面接をして

- ① すぐに「通う」事はむずかしい。
- ② 食事の提供はどうするか。
- ③ カラオケ店通いや友人との交流の継続は...
- ④ ストーブ(火)の管理はどうするか。



本人との関係づくりが重要

取り組み①

妹と一緒に訪問（初回～4日目）



顔を覚えてくれ、食事を誘うと外出準備をする。

昼食時間の来所

11時30分～13時30分頃



夕食時の配食

保温の弁当箱にて配食

取り組み②

カラオケ店通いの継続
(なじみの関係の継続)

「きょうまち」から通う為に同行



「きょうまち」から自由に1人で
通う為に、カラオケ店との連携

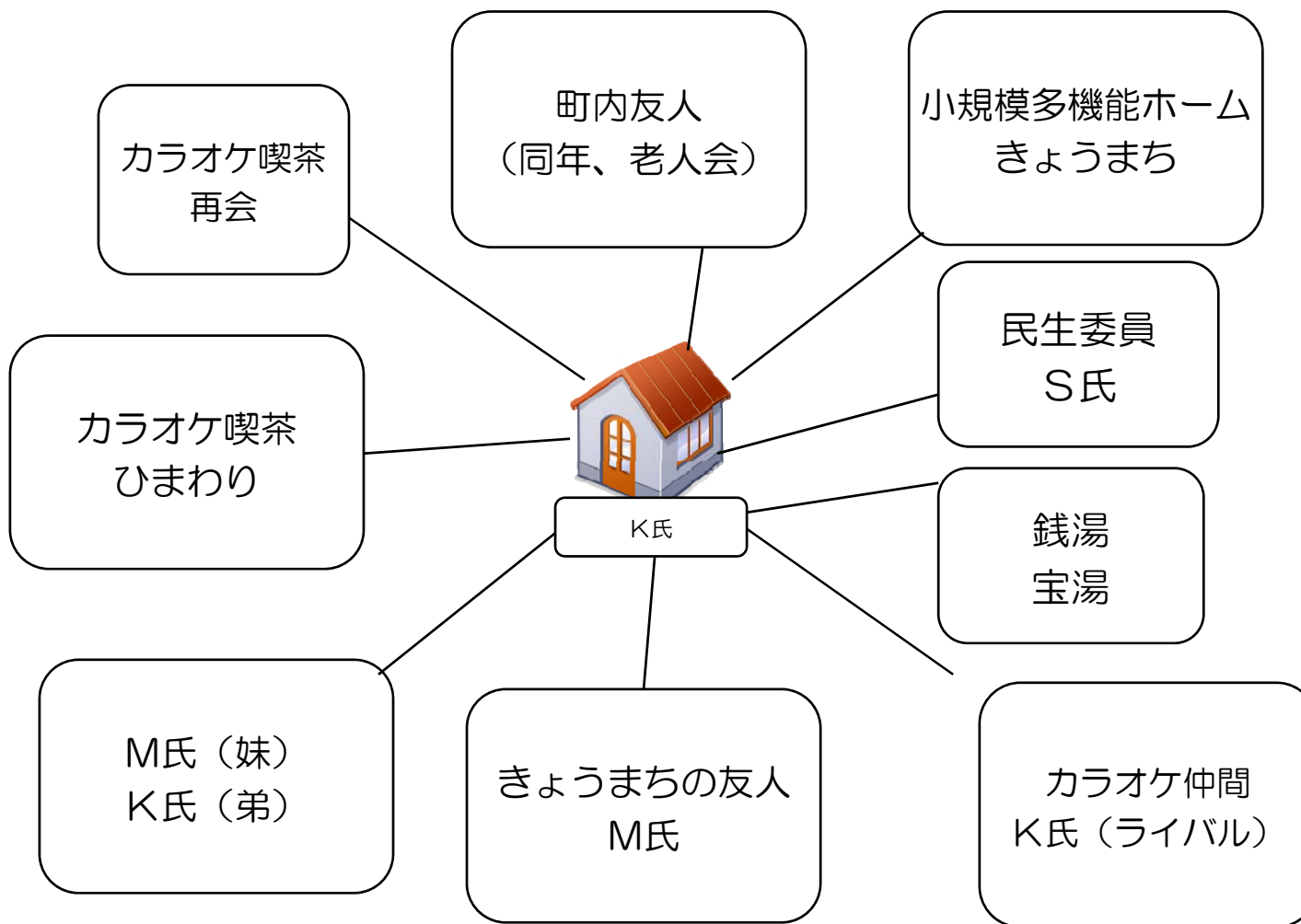
今後のK氏への支援について

- 現在は、自分でカラオケ店や友人宅、自宅に迷うことなく行く事が出来る。
- しかし、今後わからなくなったら時に、地域と家族、きょうまちが連携し、どのような役割でK氏の暮らしを支えるか。
- 課題もあり、介護が必要になっても地域で暮らし続ける為に重要な事なのである。

解決の方法は

キャラバンメイトやサポーターの活用

K氏の支援マップシート



T・Kさんのケアプラン

- 課題中心

火の始末、食事、行方不明、高血圧、一人暮らし、サービス利用

- 生活支援

絵画、釣り、カラオケ、旅行、友人

人と状況の全体性

- アセスメントは「ここで今」の「出会い」から始まる認知症高齢者、家族との共同作業
- 「看られる対象」から共に「見る協働者」
- 症状や行動に固執せず認知症高齢者の生き方に理解の焦点を当て、共に探る
- 生活問題を「人と状況の全体性」の中で見る

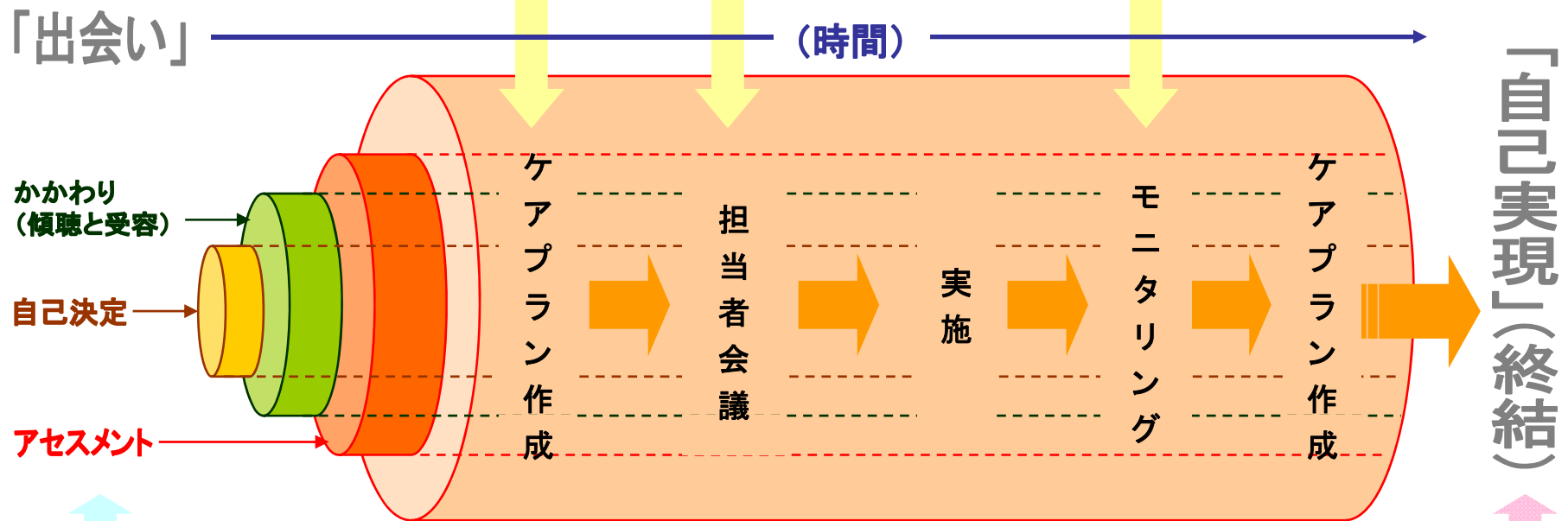
- アセスメントはどの過程においても実施される（自己実現まで延々と続く）
- 地域資源の種類と量（資源の理解は必要条件）

本来のケアマネジメントの過程

- ・ライフスタイルの保持と保障
- ・役割や生きがい
- ・情報提供
- ・自己決定
- ・地域資源の活用

- ・意思の確認
- ・調整
- (家族・地域の声)

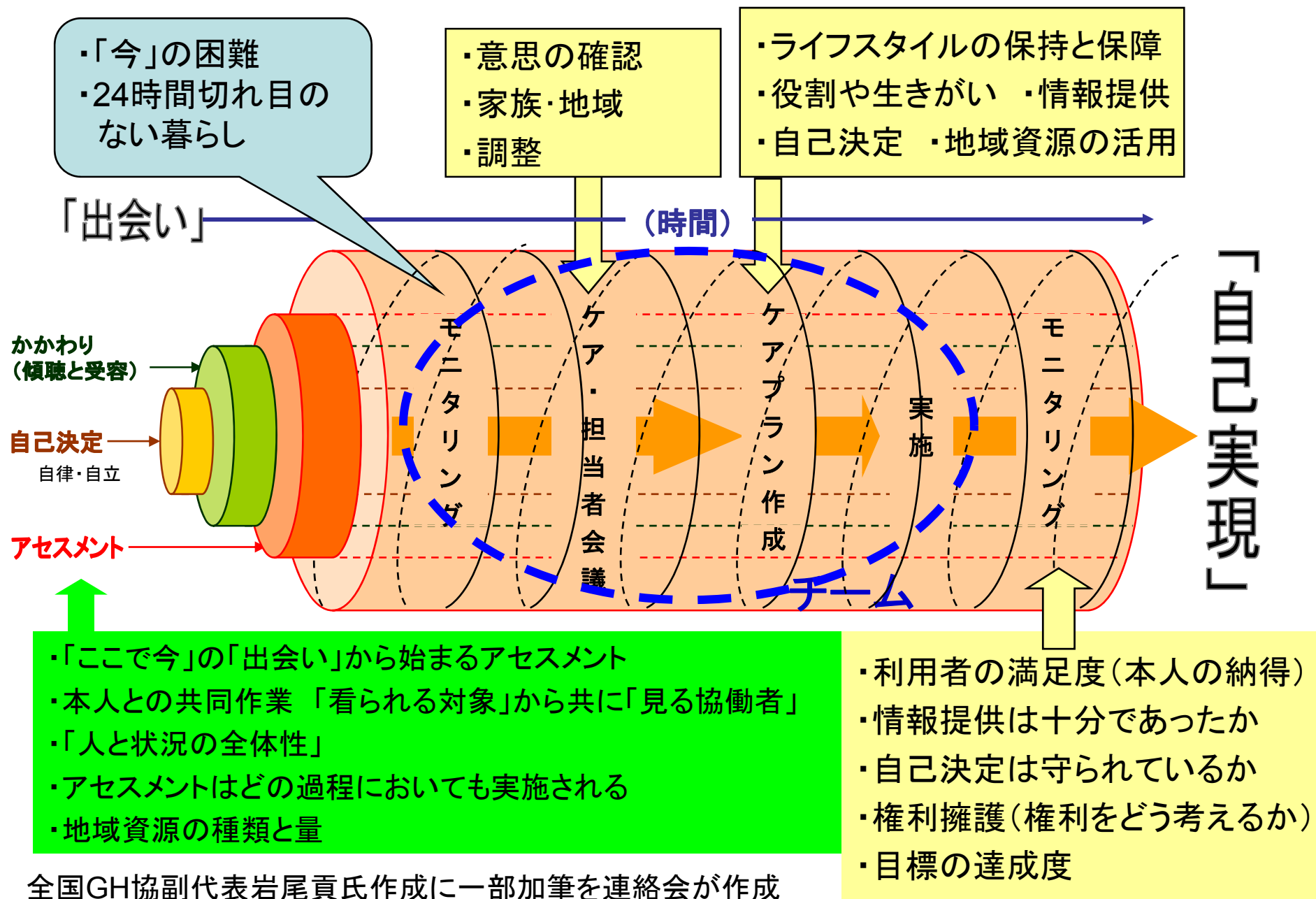
- ・利用者の満足度(本人の納得)
- ・情報提供は十分であったか
- ・自己決定は守られているか
- ・権利擁護(権利をどう考えるか)
- ・目標の達成度



- ・「ここで今」の「出会い」から始まるアセスメント
- ・本人との共同作業 「看られる対象」から共に「見る協働者」
- ・「人と状況の全体性」
- ・アセスメントはどの過程においても実施される(自己実現まで延々と続く)
- ・地域資源の種類と量

- ・終結後も必要に応じて、いつでもかかわりの糸をたぐり寄せられる

地域密着のケアマネジメントの過程



全国GH協副代表岩尾貢氏作成に一部加筆を連絡会が作成

アセスメント

- チームの概念
- ニーズアセスメント
- 問題中心と共にセルフケア能力アセスメント
- インフォーマルアセスメント
- ケアマネのアセスメント作業

つかえるか 十分に量はあるか

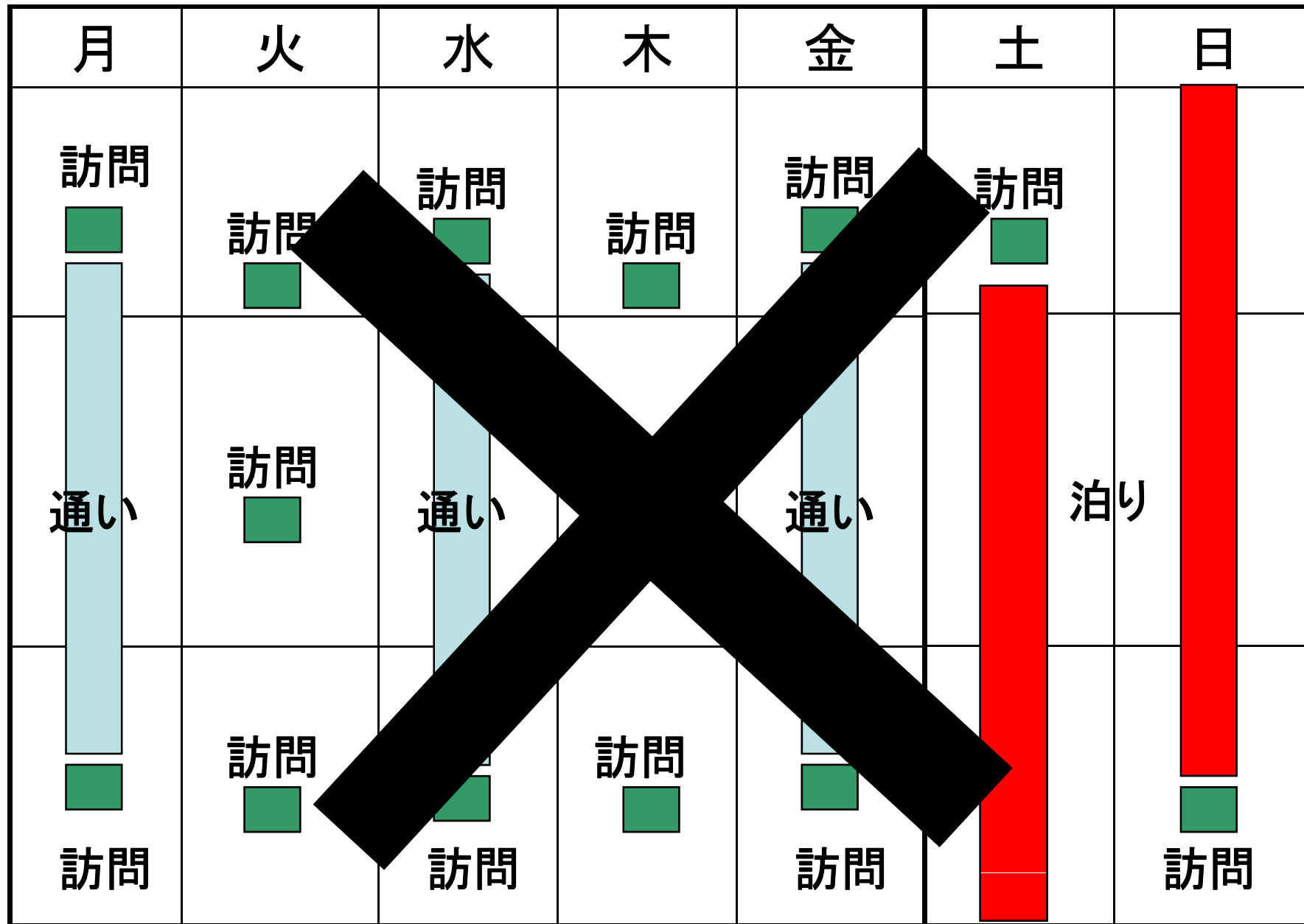
容易か 好みに合うか ニーズに合うか

選択と紹介の責任がケアマネにはある

ケアプラン

- ライフスタイルの保持と保障
- 役割や生きがい
- 情報提供
- 自己決定
- 地域資源の活用
- 利用者や家族の参加

貼り付け型ケアプランから転換しよう
「目指すべきは自己実現」



ケアプラン2階立て構想

- 介護支援計画
ADLや医学モデル
- 生活支援計画
24時間をどう過ごすか

医学モデルと生活者中心概念 ～事例を通して～(1)

	医学モデル	生活者中心概念
目的 目標	認知症の治療、在宅、管理 (治療、社会復帰、再発防止)	安心できて望む生活 (独自のライフスタイルの獲得 の保障)
主体者	認知症の患者 (患者)	不安を抱え混乱をしながら生活 している人 (生活者、利用者)
捉え方	失見当、記憶障害、判断力の 欠如 (疾病・症状を重視)	ひとり暮らし、認知症のシグナ ルを重視 (生活のしづらさを見る)
関係性 1	薬物療法、リハビリ、保護 (治療・援助関係)	掃除、洗濯、買い物、つり、カ ラオケ等、付き合うことを重視 (共に歩む支え手)

医学モデルと生活者中心概念 ～事例を通して～(2)

	医学モデル	生活者中心概念
関係性2	専門職によるチーム、分担 (担当者としての関係・役割)	納得できる人と場と雰囲気 (選ばれる関係性)
関係性3	職員による専門プログラム、コンプライアンス (スタッフミナツ、職員主導)	相互理解による生活構築 シグナルを重視 施設の機能とニーズ (対等の関係性)
運営	治ることの優先、短期、短い時間の優先 (能率、効果)	理解し合うには時間が必要(人目惚れということはない)否定せずかわり重視 (時熟、時の満ちるのを待つ)
意志決定	この薬を飲めば治る、このリハビリで回復する (正解(唯一解)を求めて)	自分で何をしたいかの意志の尊重 (自己決定、寛容)

※その他、評価として専門性思考はエビデンスや統計的評価を重視、生活支援は利用者の満足度を重視(柏木)

カンファレンスにもとづいて

月	火	水	木	金	土	日
訪問 今日の 予定	通い 畑仕事	訪問 通院援助	訪問	訪問	訪問 今日の 確認	避難訓練
通い 今週の 予定 洗濯工 場 訪問	買い物	通い 昼食 小規模	訪問 餌買い 行き場 所調べ	通い 釣りに行く B,C,Dさん 一緒	泊り 宴会	子ども の訪問 お茶会
訪問	安全確認 訪問	帰りカラ オケ 訪問	訪問 食事	訪問		夕食後 帰宅 訪問

関係力を使って

- 家族の力(パートナー)
- 地域之力(素人)
- 小規模の力(専門職)
- 本人の力(当事者)

新たな支援システムの構築

- ライフサポートワーク
リハビリは生活支援の中にある
不足の補充からニーズ対応へ
~したいの実現
- キュア < ケア < サポート(生活支援) < 自己実現
(働きかけ < 保護 < かかわり < 共生)

包括的な支援

- 人々の意識や意欲の根底にある価値観に触れるのが我々と利用者との関係
- 対象化よりも相互主体的(共に暮らす人)
- 最も専門性が要求される

サービス事業者が目指しているもの

1. 一人ひとりに向き合い、気持ちに寄り添う
2. 本人が気持ちに折り合いをつけていく支援
3. 一日の生活がスムーズに流れる支援
4. 家族や地域社会とのつながりを断ち切らない支援
5. 自分の家や地域社会から切り離されない支援
6. 生きる力(人としての誇りや意欲)を奪わない支援
7. なじみの関係を築いていく支援
8. 家族や地域社会との関係を調整する支援

(小規模多機能型居宅介護開設の手引き)

私たち(支援者)がついています

一人で悩まないで相談すること

小規模多機能の目指すべきもの

- ニーズ対応型小規模多機能
- 変幻自在な支援
- 地域の力を使いながら
- 町づくりとして
- 人とひととの紐帯の支援
- 相談機能
- 家族の自己実現への支援