

平成 16 年度老人保健健康増進等事業報告書

認知症（痴呆症）の処遇困難例に対する
在宅介護サービスのあり方と
適切な介護・医療環境の設定に関する研究
報 告 書

平成 17 年 3 月

社会福祉法人 浴 風 会
認知症介護研究・研修東京センター

◇目次

1. はじめに	1
2. 委員会名簿	3
3. 処遇困難例の要因分析	5
1 処遇困難の定義	7
2 研究の背景	7
3 分析課題	8
4 研究方法	8
5 結果	9
4. データ一覧表	27
5. 参加施設の状況報告	31

1. はじめに

「処遇困難」という言葉を使うとよくできた現場の介護者からクレームがつくことがある。介護保険利用の高齢者だからサービス提供困難と言うべきだという。処遇という言葉の響きに個人の尊厳を傷つけるところがあるとの思いからであろう。しかし、その意見にはどこかおかしなところがある。「処遇」の意味は「待遇」に近い。漢字の元々の意味するところは礼をもって遇することを待遇という。遇とは廻りあわせのことである。偶然起きてくる事柄に対処することが「処遇」の意味だ。しかも、「処遇困難」ということを話題にし、種々検討するのはサービス提供者側の内部検討でのことである。そもそも処遇の持つ意味とサービス提供の持つ意味の深さが違う。事例の検討でわざわざ的確な表現を変えてまでサービス提供にしなければならない理由がわからない。ついでに言えば、言葉の差別性に敏感な立場からは「事例検討」でも高齢者を「事例」呼ばわりすることは問題になる。「水分補給」「異食」「問題行動」などなど認知症高齢者にまつわる用語には意味を正確に表現していても言葉の響きが侮蔑的に聞こえる用語がたくさんある。ほとんどが専門用語だ。当事者に投げかけたり、一般の人の間で使われる言葉ではない。そこで注意すべきことは個人の尊厳を守ることと用語の扱いはまったく別の次元にあることだ。言葉の言い換えや、言葉の使用禁止は、実際の生活の中で本人の尊厳を守り、尊重するということと直接関係ないことである。本当に個人が守られているかどうかは用語ではなくその人の生活実態と周りの人との関わりの具合で決まる。そのような立場から本調査研究事業では「処遇困難例」という用語を一貫して用いている。

調査研究の目的

本調査研究の発端は日常的に認知症患者を介護している現場の差し迫った必要性から生まれた。介護保険制度が軌道に乗り、これまでは暗中模索だった認知症高齢者の医療側から介護への橋渡しが容易になった。医師にとって主治医意見書に手間暇はかかるが、その分介護サービスに助けられる。制度の普及と定着は順調である。

が、順調に見える制度下での運用上の問題の多くは認知症高齢者へのサービスの質と処遇が困難な認知症高齢者例に集約しつつあるように見受けられる。処遇が困難ということには様々な形態がある。本人の問題よりは介護者側の急な病气、不在で介護する人がいなくなる場合、認知症が重いために体の病気があっても一般病院の入院ができない場合、認知症高齢者の示す特異な認知障害や激しい精神・行動の異常（BPSD）のためにショートステイやデイサービスの利用を断られる場合など様々である。一部施設では BPSD の激しい処遇困難者は介護サービスから排除する傾向さえ散見される一方でグループホームに入れば BPSD がなくなるといった思いこみから介護家族もスタッフもグループホームに過剰な期待を寄せ、重度の精神症状をもった認知症高齢者までグループホームでみる風潮が出ている。この結果、マンツーマンの対応に追われ、かえってサービスの質が低下してしまうという事態もある。処遇困難なケースを現状の対応のまま放置しておくで介護保険制度の信頼性を損ないかねない。問題となる激しい BPSD は脳障害そのものから派生する部分と心理的な反応部分が渾然一体となって出現する複雑な様相を呈するため、医療面と介護面の両者の接近が必要である。BPSD が激しく、サービス利用を断られているケースでは適切な精神科医療が行われていない場合も多い。介護面ではその人の認知レベルに相応したコミュニケーション技法と介護環境の工夫が有効なことが経験上推測されるところであるが、エビデンスとして確立したものはない。

こうした問題意識から本研究では BPSD の重篤な処遇困難例を中心に処遇困難とされているケースの現状を把握し、その分析をふまえて新たにどのような介護サービスが必要で有効か、またどのような介護環境の設定と工夫が適切かを調査と実践例を通して明らかにすることを目的とした。調査参加施設と分担研究者は次の通りである。

2. 委員会名簿

◇委員長

須貝 佑一（社会福祉法人浴風会 高齢者認知症介護研究・研修東京センター）

◇委員

小林 奈美（鹿児島大学医学部保健学科地域看護・看護情報学 助教授）

秋山 正子（白十字訪問看護ステーション 所長）

数藤 綾子（白十字訪問看護ステーション ケアマネージャー）

江澤 淑子（白十字ヘルパーステーション）

部屋 紀子（日生デイサービスセンター絆 総責任者）

木之下 徹（こだまクリニック 理事長・院長）

島村 淑子（社会福祉法人浴風会 グループホームひまわり ホーム長）

荒川 典子（さんじゅ阿佐ヶ谷・阿佐ヶ谷北ふれあいの家 生活相談員）

鈴木 克巳（新宿区健康部高齢者サービス課）

原 明彦（品川区保健高齢事業部高齢者福祉課在宅相談係 係長）

鈴木 泰子（老人保健施設 小金井あんず苑 看護師長）

田辺 和代（グループホームなごみ西落合）

大川 節（社会福祉法人浴風会 浴風会病院 総合サービス推進室 室長）

◇オブザーバー

杉山 智子（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 博士課程）

3. 処遇困難例の要因分析

処遇困難事例の要因分析

分析担当者 小林奈美（鹿児島大学医学部）

1. 処遇困難の定義

「処遇」とは、辞書によれば「待遇のしかた、あつかい（広辞苑）」、「(1)人を評価し、それぞれに応じた扱いをすること。またその扱い。(2)社会福祉において、福祉サービスの利用者に対する処置・待遇のこと。トリートメント。（大辞林）」ということである。本研究では、「処遇」をより具体的に「医療・福祉サービス提供者によるサービス利用者とその家族および関係者すべてに対する扱い」とし、「処遇困難」とは、その一連の扱いについて医療・福祉サービス提供者が感じる困難・苦悩を意味する。

2. 研究の背景

厚生労働省は、要介護認定データの現状分析から、要介護者の半数、介護保険施設入所者のおよそ 8 割が認知症高齢者であり、今後の高齢化の進展に伴い、その数は激増すると見込んでいる。これまでも各自治体等は認知症高齢者対策に個別に取り組んできたが、総合的に認知症対策を推進する仕組みになっていない。介護予防と認知症対策は、今後の介護保険政策の柱と位置付けられている。¹⁾

一方、近年、利用者擁護の立場から、高齢者虐待の実態調査が大規模に行われ、その背景に認知症の存在、介護者の心身ストレスがあることが指摘されている。²⁾ 認知症の症状は多様であり、認知症高齢者を取り巻く家族の在り様、サービス提供者の在り様もまたさまざまである。虐待問題は要因を一つに絞ることが難しく、個別性の高い複雑な状況であることが多い。虐待の原因となる個々の要因が同定されても、それらが複雑に絡み合う現状をどのように予防し、また対処していくかという具体的対応は、最前線であるサービス提供者の技量に委ねられることになる。しかし、認知症に対する専門的研修を受けた職員の数も未だ少ないうえ、理想として学んだ認知症ケアを展開するにはあまりに過酷な財政的・人力的現状がある。また家族を介護資源とする考え方では、認知症の家族とともに暮らし、自ら苦悩する家族を支援し、癒すという発想には至らない。

これらの現状を踏まえ、本研究では、最前線である医療・福祉サービス提供者が抱える認知症に関する処遇困難の実態を整理し、具体的方策を導くことを目的に分析を行った。

3. 分析課題

本研究の分析は、以下を明らかにすることを目的とした。

- 1) 処遇困難の主たる要因
- 2) サービスの種類による処遇困難要因の特徴
- 3) 処遇困難要因の組み合わせパターンと事例の分類
- 4) 各パターンに対応する具体的サービス方策

4. 研究方法

1) 処遇困難の主たる要因の抽出

行政、病院、グループホーム、デイサービス、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、特別養護老人ホームに所属する委員会メンバーによるブレインストーミングを行った。個々が経験した処遇困難を紹介する中で、主たる困難要因と考えられた要素を整理分類した。

2) 処遇困難事例調査

処遇困難の事例報告用紙を作成、具体的内容を収集するとともに、1) で抽出した主たる要因について選択式調査票を作成、実施した。

事例報告については、以下の情報のみ分析対象とした。

- ① 報告者：所属
- ② サービス利用者：年齢、性別
- ③ 利用者家族：同居者人数、介護者有無、介護者の続柄
- ④ 困難に至った経緯と感じた困難についての報告者の主観的意見

3) 分析方法

① サービスの種類による処遇困難要因の分析

選択式調査票の回答をサービス別に集計、グラフ化し、比較した。

② 処遇困難要因の組み合わせパターンと事例の分類

それぞれの要因を項目軸としたレーダーチャートを作成、最も多く共通する項目を同定、共通する項目の数とサービスで分類、整理した。レーダーチャートを用いたのは、共通項目を視覚的に判別しやすくするためである。このうち、共通する項目が多いも

の、事例の組み合わせのバリエーションが広がるもの（共通する項目が多い事例と同一事例がなるべく含まれないような組み合わせ）、一つのサービスに特徴的な項目の組み合わせを選び、そのパターンに含まれる事例の内容を分析した。

③ 各パターンに対応する解決案

②で取り上げたパターンに対応する処遇困難についての解決案を既存のサービスの枠を超えた新規サービスの可能性を含めて検討した。

5. 結果

1) 処遇困難の主たる要因

ブレインストーミングの結果、抽出された処遇困難の主たる要因を、認知症の方の要因、ご家族の要因、医療対応の要因、その他に分類した。

[認知症の方の要因]

1. 症状（BPSD）コントロールの困難
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難
3. 独居と孤立のため、関係構築が困難

[ご家族の要因]

4. 「認知症」と認識するのが困難
5. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難
6. 家族が病気などの緊急時の対処が困難
7. 家族介護者による虐待への介入が困難
8. 老老介護による困難

[医療対応の要因]

9. 認知症専門医を探すのが困難
10. 怪我した時の入院先を探すのが困難
11. 検査をきちんとしてくれる病院を探すのが困難
12. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難

[その他]

13. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難
14. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難

2) サービスの種類による処遇困難要因の特徴

表 1 は収集された事例および選択式調査票のサービス別集計結果である。在宅介護支援センターはヘルパーステーションと同一事業所からの事例として含まれていた。この 1 件以外、サービスごとに 4 件から 10 件、計 48 件の事例が分析の対象となった。

サービス利用者である認知症高齢者の性別は、デイサービスの事例の半数が男性である以外は、ほぼ女性であった。平均年齢は、訪問看護利用者が 70 代と若いほかは、80 代前半であった。

家族状況では、施設である特別養護老人ホームの同居人数（同居人数には本人を含む）は、ほかのサービスに比べて多く、介護者ありの割合が高いのは、入居利用者ではなく、ショートステイなどの一時利用によるものである。対照的に行政、ヘルパーステーションは独居高齢者である傾向があった。病院、デイサービス、訪問看護では、高齢者のみの世帯の割合が半数を超えていた。

処遇困難の要因として、もっとも多かったのは、認知症高齢者本人の症状コントロール、すなわち Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) のコントロールであり、37 件（77%）であった。次に多かったのは家族要因の困難であり、家族がサービス提供者によるケアの助言を受け入れないことで 18 件（38%）だった。

図 1-1 から図 1-4 はそれぞれの困難についてサービス別に割合を示したグラフである。困難として挙げられた項目の組み合わせと割合は、サービスの種類によってばらつきが大きいことがグラフから読み取れる。本人要因の困難では、行政、病院を除くすべてのサービスで「BPSD のコントロールの困難」が 50% 越える割合で挙げられたが、グループホーム、デイサービスでは「痛みや異常の訴えが頻会で困難」が挙げられたのに対し、行政、訪問看護、ヘルパーステーションでは、「独居、孤立による関係構築困難」が挙げられた。

家族要因の困難で 50% の割合を超えるものは、病院、ヘルパーステーションの「ケアの助言を受け入れて頂くのが困難」、施設の「家族の病気などの緊急時の対応が困難」、デイサービスの「老老介護による困難」であり、本人の要因に比べると割合が少なかった。

医療サービスの困難では、施設の「症状コントロールできる身近な医師を探すのが困難」が 50% の割合を越えていた。その他の要因では、50% を超えるものはなかった。

各要因のその他として自由記載された内容では、項目に示された内容をさらに具体的に記述したもの、複雑な状況を説明したものが多く、項目に再分類することは出来なかったが、項目から大きく外れた内容は少なかった。

表1. 利用者属性および選択式調査票集計表

	行政	病院	GH	DS	訪問	HS	施設	在支	計
事例数	7	4	6	10	6	7	7	1	48
[本人属性]									
女性人数	7	3	6	5	4	7	6	0	
平均年齢	80	82	80	83	76	81	83	62	
[家族状況]									
同居人数(中央値)	1	1	1.5	4	2	1	3.5	3	
介護者有	3	2	2	9	5	2	5	1	
介配偶者	0	2	1	5	3	1	1	0	
介子ども	3	2	2	3	2	1	3	1	
介その他	0	0	1	3	1	0	1	0	
[居住形態]									
独居	3	2	0	1	2	4	3	0	15
昼間独居	1	0	0	2	0	1	2	0	6
老老世帯	0	3	0	5	3	1	1	0	13
[本人要因の困難]									
症状コントロール	3	2	5	9	6	5	7	0	37
痛みや異常の訴え多い	1	0	2	2	0	0	1	0	6
関係構築	2	0	0	0	3	4	1	0	10
その他	5	1	1	6	1	0	0	0	14
[家族要因の困難]									
痴呆の認識	1	2	3	2	2	0	0	0	10
ケア助言受け入れず	1	3	3	4	2	4	0	1	18
家族病気の緊急時	0	0	0	2	2	0	4	1	9
虐待介入	2	0	0	0	2	0	0	0	4
老老介護	0	2	0	6	2	1	1	0	12
その他	4	1	2	4	2	0	3	0	16
[医療要因の困難]									
痴呆専門医	1	2	0	1	0	0	2	0	6
怪我の入院先	0	0	0	1	1	1	2	0	5
検査する病院	0	1	0	1	1	1	0	0	4
身近な医師	0	2	2	2	0	1	5	0	12
その他	4	2	0	6	1	1	0	0	14
[その他要因の困難]									
複雑な要因	3	1	2	5	3	0	0	0	14
緊急時受け入れ	1	0	0	1	3	1	0	0	6
その他	3	1	1	2	0	0	0	0	7

GH:グループホーム DS:デイサービス HS:ヘルパーステーション

訪問:訪問看護ステーション 施設:特別養護老人ホーム 在支:在宅介護支援センター

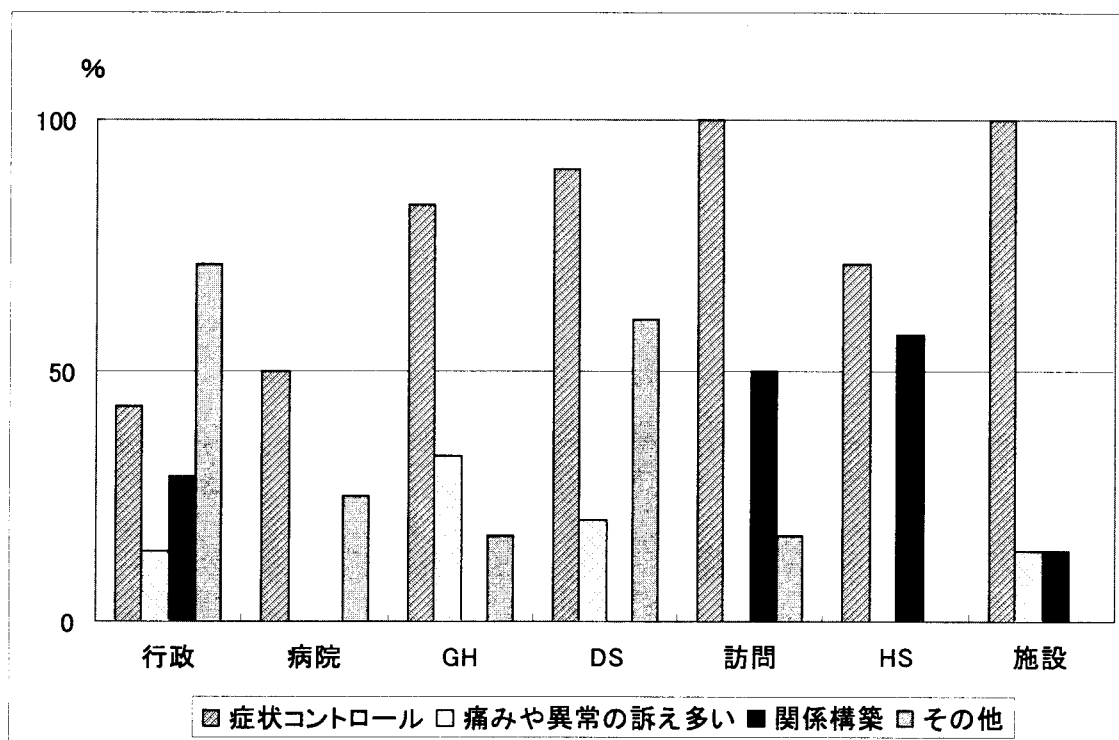


図 1-1.本人要因の困難

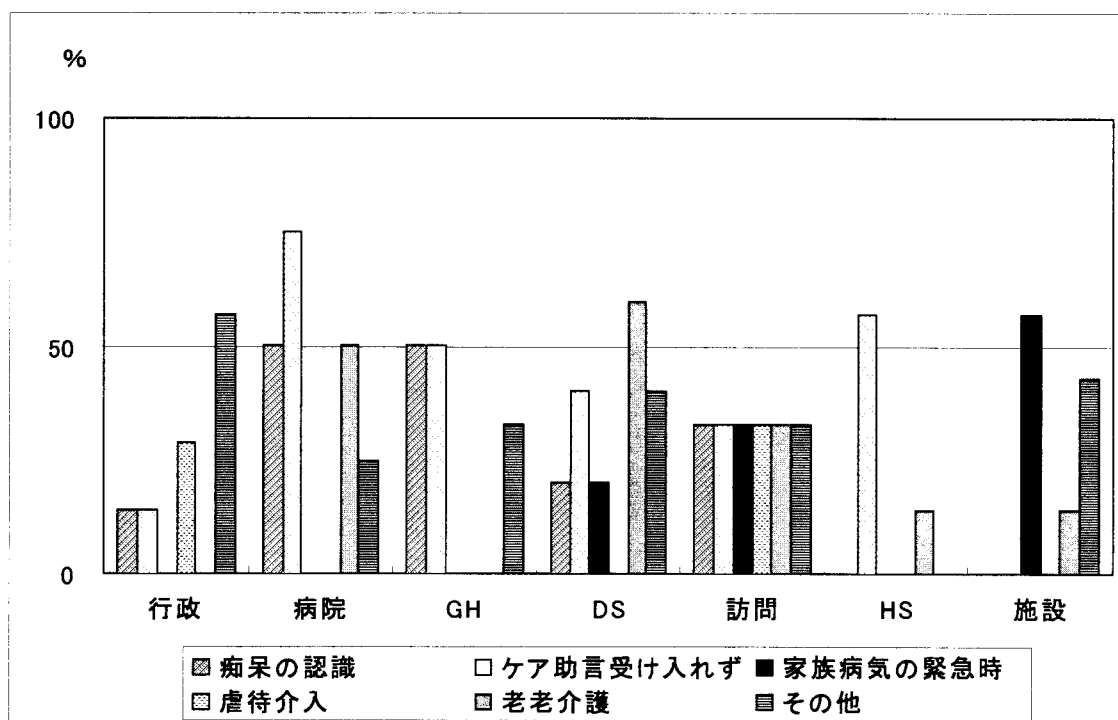


図 1-2.家族要因の困難

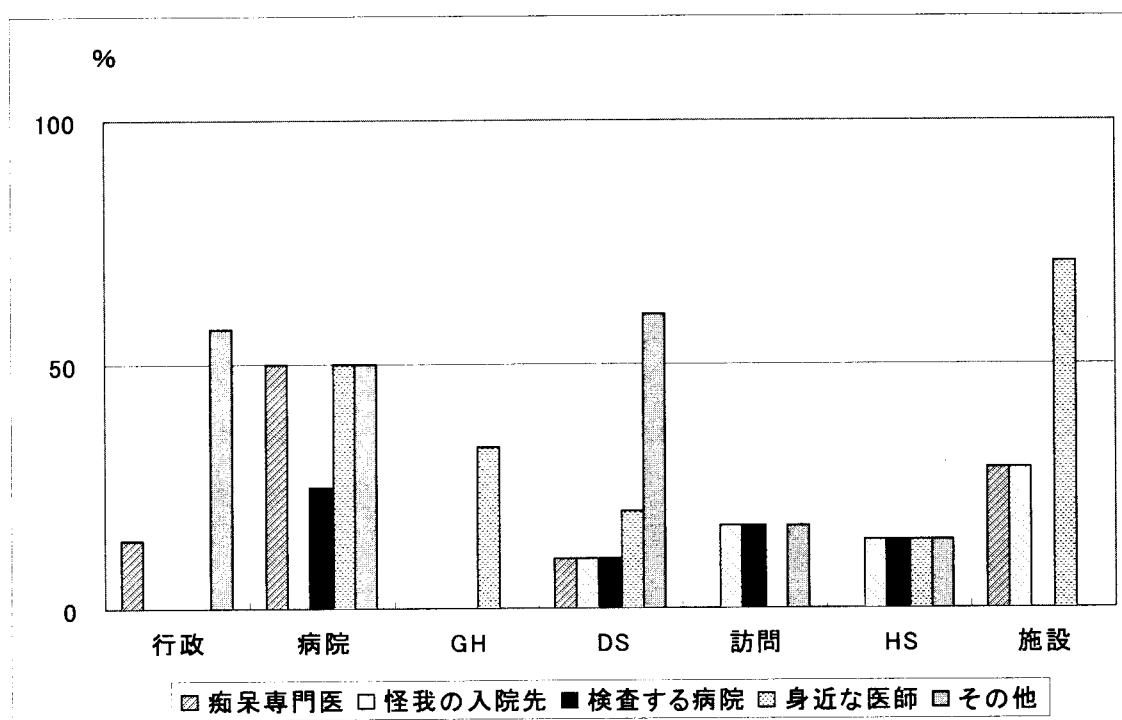


図 1-3.医療要因の困難

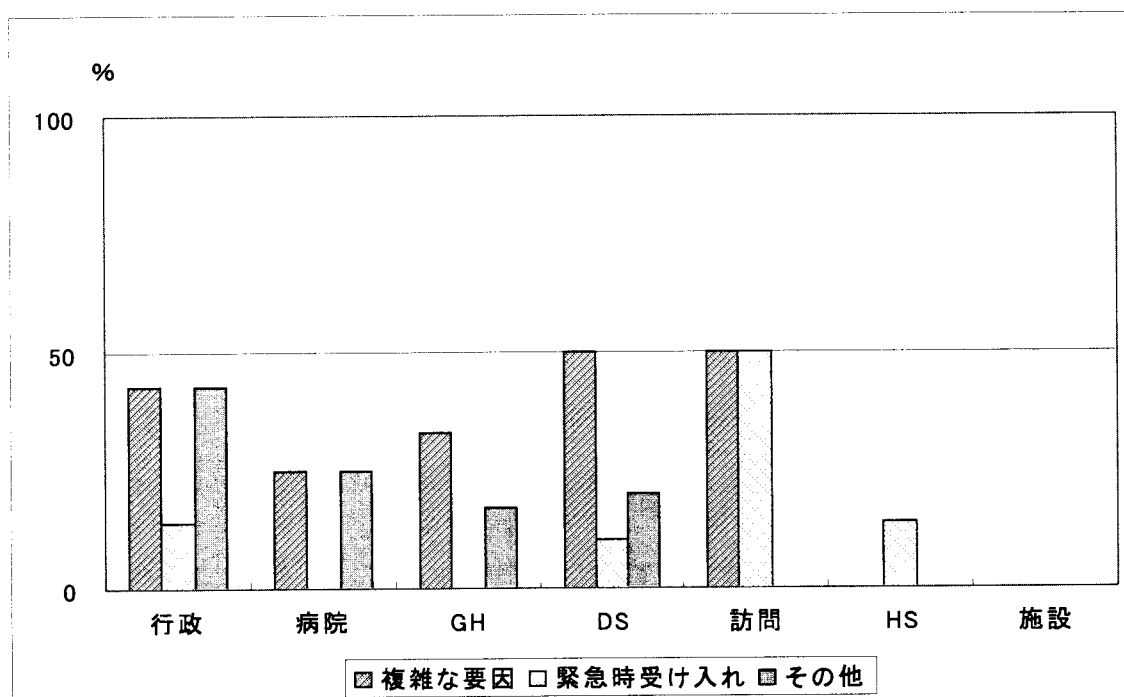


図 1-4.その他の要因の困難

3) 処遇困難要因の組み合わせパターンと事例の分類

48 事例のレーダーチャートによるパターン（付録 1）から、2 つ以上の事例に共通する組合せ全てを抽出した(表 2)。自由記載欄である「その他」を除く 14 項目のうち、共通する項目の数は 5 つが最大であり、BPSD のコントロール（項目 1）を含まない組合せは、6-9 のみであり、該当する事例は 3 件であった。（事例の内訳の詳細は付録 2 参照）

組合せのうち、共通する者が多かったのは、1-6、1-14、1-16 の組合せで 11 件、ついで 1-5、1-7、1-9 の 8 件であった。3 つ以上の項目では、1-6-16 が 5 件と最多であったが、1-5-6、1-5-16 も 4 件あった。4 つ以上の組合せは、1-5-6-14、1-5-6-16 の 3 件が最大であり、全体として、1、5、6、14、16 が組み合わせに入っているケースが多かった。また、1-9 はデイサービスに多く、1-14 は施設に多い組合せであった。

表 2. 共通する組合せと該当事例数

項目数	組合せ	行政 7	病院 4	GH 6	DS 10	訪問 6	HS 7	施設 7	在支 1	計 48	
2	1-2			2	2			1		5	
	1-3					3	2	1		6	
	1-5	1	1	2	2	2				8	
	1-6		1	2	3	2	3			11	
	1-7				2	2		4		8	
	1-8	1				2				3	
	1-9				5	1	1	1		8	
	1-11	1	1		1			2		5	
	1-12				1	1		2		4	
	1-13		1		1	1				3	
	1-14		1	2	2		1	5		11	* 7
	1-16	1	1	2	4	3				11	* 6
	1-17	1			1	3				5	
3	1-2-6			2						2	
	1-3-5				2					2	
	1-3-12				1			1		2	
	1-3-17					2				2	
	1-5-6		1		2	1				4	
	1-5-16			1	2	1				4	* 5
	1-6-7				1	1				2	
	1-6-16	1			3	1				5	* 4
	1-7-11				1			2		3	
	1-7-9				1	1		1		3	* 3
4	1-5-6-13		1			1				2	
	1-5-6-14		1	1	1					3	
	1-5-6-16				2	1				3	* 2
	1-7-11-14				1			1		2	
	1-7-12-16				1	1				2	
5	1-5-6-11-14		1		1					2	* 1
1なし2つ	6-9		2		1					3	* 8

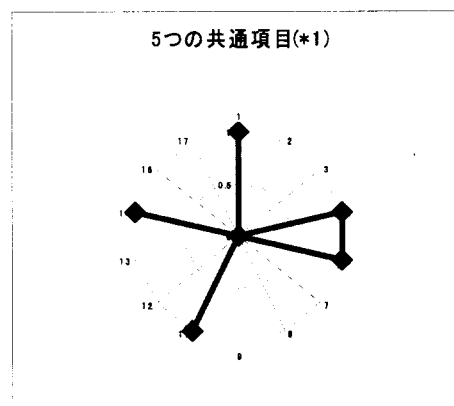
在宅介護支援センターの1例は特殊な事例であり、該当する組合せはなかった。

表2には、共通項目を多く持つ事例が重複しているので、同じ事例が多く含まれない（事例のバリエーションを多様にする）組合せ、及び、サービスに特徴的な組合せを選択し（*1～*8）、処遇困難の具体的内容とその解決方策について検討した。

4) 各パターンに対応する具体的サービス方策

I. 5つの共通項目をもつ事例：1/1パターンを抜粋

【*1】1,5,6,11,14：H003,DS003



1. 本人の症状(BPSD)コントロール困難

H003、DS003 いずれも女性であり、77歳と73歳で若い。H003は車いす抑制しないと歩行不安定にも関わらず突進する。食事は全介助で丸呑み状態であり、意思疎通は困難。一方、DS003は不潔と介助への抵抗・暴力などがあるが、ADLは自立しており、会話で意思疎通できる。

5. 家族が「認知症」と認識するのが困難

6. 家族にケアの助言を受け入れて頂くのが困難

11. 認知症専門医を探すのが困難

14. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難

H003は娘、DS003は弟が介護者。いずれも血縁者が主介護者である。H003の場合は、娘が自分の家族からのサポートが得られず、診断も、治療もあいまいなまま、医療機関を転々としていた。その間に認知症症状が著しく進行し、介護者は混乱して他者の助言を理解できる状態にない。DS003の場合は、弟が月額5000円の中でのサービスを希望。グラマリールを服用しているが、ほぼネグレクト状態（骨折・脱水放置）のため、デイサービ

スとして特別に人員を配置しなければならず、人手が足りない。

[状況改善に必要なサービス案]

1. BPSD コントロールのための、身近な認知症専門医の確保

一般開業医向けの認知症治療に関する定期的な講習会参加を義務付ける、BPSD のコントロールのノウハウを相談できる窓口やホームページを開設する、一般開業医が専門医に BPSD の治療についての助言を受けられるシステムと、その助言に対する報酬システムを作る、など。

2. 虐待に近い事例を保護する介護保険外のシェルターのサービス

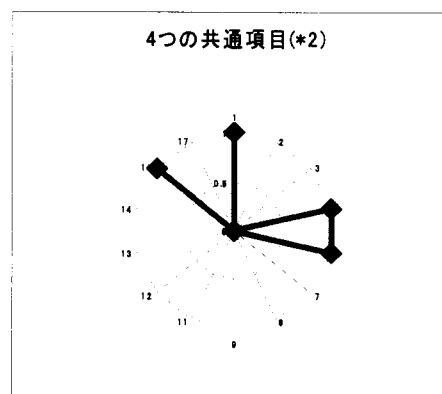
虐待疑いのケースを発見した時に、虐待かどうかをアセスメントし行政に保護および介護体制の調整を勧告できる地域の精神科医、訪問看護事業者、ヘルパーステーション等のチームを構成する。またその間、一時的に高齢者を保護するシェルターとして最長滞在期間 3 日程度の専用ベッドを確保する。

3. 医療知識（とくに認知症の治療・ケア）をもった看護師等による家族相談・ケアのサービス

認知症ケアを専門とする看護師養成のプログラムの中に、BPSD の投薬コントロールを初め、様々な療法および家族ケアに関する専門教育を盛り込む。看護師によるモニタリングにより、医師が処方量をコントロールできる程度のアセスメント能力と情報処理能力とともに家族調整が必要な複雑なケースへの家族介入・相談対応の技術をもった訪問看護師を養成する、など。

II. 4つの共通項目をもつ事例：1/5 パターンを抜粋

[* 2] 1,5,6,16 : DS002,DS003,VN003



1. 症状 (BPSD) コントロールの困難

3 ケースとも女性。VN003 のみ 80 代、2 ケースは 70 代。DS002 の問題は異食と徘徊。排泄に失禁が見られるようになったが、歩行、食事摂取は自立。簡単な会話はできるが、単語が出なくなっている状態。異食が原因とも思える嘔吐がよくある。DS003 の問題はゴミ集めと徘徊、ヘルパーへの暴力。ADL はほぼ自立。意思疎通も可能。VN003 は、娘や他人の世話を受け入れないため、食事の食べ忘れ、降圧剤の飲みすぎなど健康を脅かす状態が続いた。ヘルパーが仕事をしたことを忘れて娘に苦情を言うなどのトラブルがあった。歩行、ADL はほぼ自立。

5. 「認知症」と認識するのが困難

6. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難

16. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難

DS002 は長女、DS003 は弟、VN003 は次女が介護者でいずれも血縁者が介護者である。DS003 のみ同居であり、他 2 ケースは敷地内別居または近隣居住。DS002、VN003 の娘介護者は、母親の認知症を理解せず、受け入れていない。認知症・介護の説明をしても現状を受け入れない。DS003 も認知症を理解していない点は同様であるが、DS003 がネグレクトであるのに対し、他 2 ケースは意図的なネグレクトはない。しかし、認知症としての対応をしない結果、事故に近い状態を招いている。また、いずれの家族もばらばらで、介護者が他家族員からの支援を受けられる状態にない。VN003 の場合は、後見人をめぐって姉妹間の争いが起きる可能性がある。

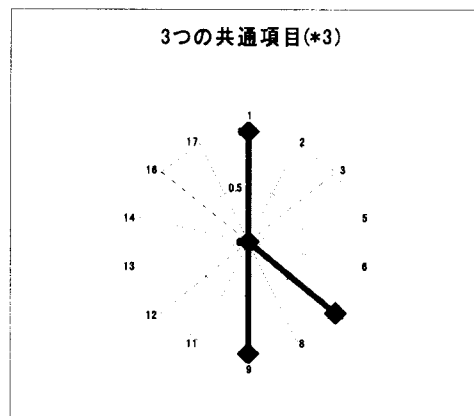
[状況改善に必要なサービス案]

1. 認知症高齢者本人・家族への対応に関するヘルパーへの研修
2. 複雑なケースに対応するヘルパーへの相談・助言役割を担う職種、場の提供

ヘルパーの研修プログラムなどで、認知症高齢者への対応について、ロールプレイなどを用いて、具体的にイメージできるような工夫をする。また、ヘルパーの精神的負担などに対する相談者の役割を同一ケースに関わる訪問看護師やケアマネジャー、その他保健師などが担う。保健師は、その地区のヘルパー同士がコミュニケーションを取り合えるような事業化をはかる、など。

III. 3つの共通項目をもつ事例：(3/10パターンを抜粋)

[* 3] 1,7,9: DS004,VN001,I001



1. 症状 (BPSD) コントロールの困難

I001 のみ男性。DS004 のみ 90 代、他 2 ケースは 70 代。DS004 の問題は、暴言暴力。幻聴・幻覚があり、感情の起伏が激しい。スタッフのみならず、他利用者への暴言・暴力が見られる。介護への拒否もあるため、デイサービスでの集団ケアに支障をきたす。歩行不安定で、転倒の危険が大きい。VN001 の問題は、徘徊、ゴミあさり、不潔。徘徊しても家には戻れる。歩行可能。食事はセットすれば食べられるが、腐ったものでも食べてしまうことがある。I001 の問題は、暴力、徘徊、ケアへの抵抗。歩行は不安定で、排泄・着替え自立困難。言葉がうまく出ないため、意思疎通できる、怒り出す。

7. 家族が病気などの緊急時の対応が困難

9. 老老介護による困難

DS004 のみ長女と孫が 2 階に住んでおり介護している。他 2 ケースは老老世帯であり、介護者は配偶者である。いずれも介護者が体調不良のため、独居化または施設入所したケース。VN001 は平成 13 年、自営業倒産。子供たちと音信不通で次女とは唯一電話連絡が取れる程度。I001 は子供がいない。

[状況改善に必要なサービス案]

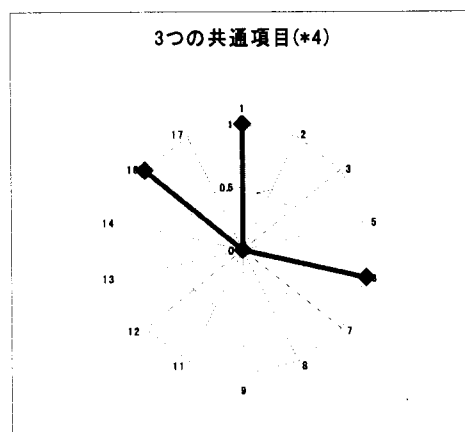
1. 夜間宿泊可能なデイサービス
2. 緊急避難的なレスパイトサービス

デイサービス利用者であれば、利用中のデイサービス施設で緊急避難的なレスパイトサービスを最長 3 日間を限度に利用できるようにする。現在昼間のみ利用している施設を夜

間も利用し、認知症高齢者の一時的な保護に使用する。ソフト面では、精神科ナースの OG や経験豊富なヘルパーを登録する制度を作り、必要時に対応できる体制にする、など。

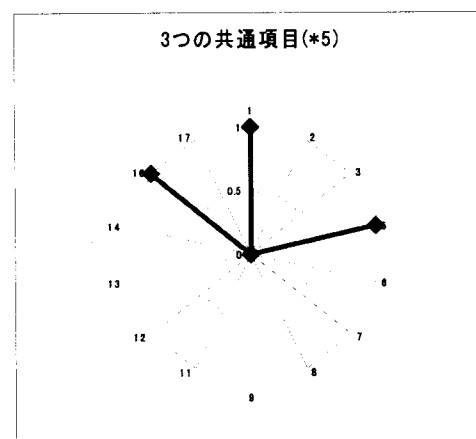
【* 4】

1,6,16:GY002,DS002,DS003,DS007,VN003



【* 5】

1,5,16:GH003,DS002,DS003,VN003



1. 症状 (BPSD) コントロールの困難

DS007 のみ男性。年齢範囲は 70 代～90 代まで。GY002 の問題は、関わっている知人を信用していて、介護サービスを全く受け入れない(利用中止した)。財産はすべて知人が管理し、明らかに減っているが、本人も義姉妹も対応しようとしなない。DS002,003 は前出。異食と徘徊、暴力など。VN003 も前出。娘、他人によるケアの受け入れ拒否。DS007 の問題は、時間によって(昔の習慣?)強い帰宅願望があり、その時は、力も強くスタッフがかりきりにならないと対応できないということ。また、入浴拒否も強くデイサービスで対応するのが大変である。幻視・幻聴あり、歩行は不安定。GH003 は帰宅願望強く、精神薬で落ち着く部分もあったが、そのためふらつき転倒の危険

あり。

6. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難

16. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難

GY002 は知人を信用しているために、その他からの助言、サービスを全く受け入れない。DS007 は老老介護であるが、子供たちの協力は期待できず、妻の負担が大きい。

5. 「認知症」と認識するのが困難

16. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難

子供も親戚もないので成年後見人を立てているが、成年後見人が認知症の対応について(とくに自由歩行)理解が得られず、他施設へ入所となった。

[状況改善に必要なサービス案]

1. 見守り有償ボランティアの育成及び、利用者の特質に応じた臨機応変な人員配置

精神科ナース OG、ナースやヘルパーの経験者、認知症の家族介護の経験者で所定の講習を受けた人の有償ボランティア登録を依頼し、必要な時に、応援してもらえる体制を作る。

2. 法律の専門家によるサポート。(成年後見、財産管理に関する)

相談会や行政の広報により、制度の啓蒙をはかる。

IV. 2つの共通項目を持つ事例：(2/13 パターンを抜粋)

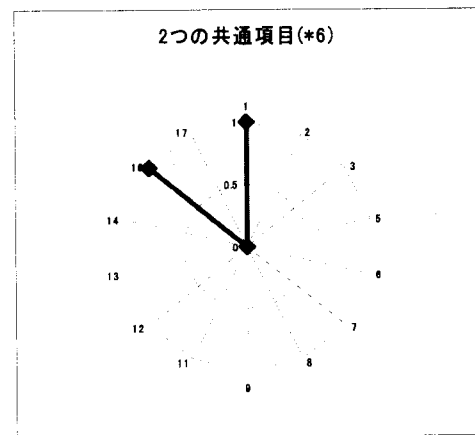
(以下、前出事例が多いので、それ以外の事例についてのみ記載。サービスによって特徴的な組み合わせに着目して分析した。)

【＊ 6】 1,16:GY002,H004,GH003,GH006,

DS002,DS003,DS007,DS008,V

N001,VN003,VN006

デイサービス、訪問看護など、在宅での生活をベースにしたサービスやグループホームなど在宅に近い住環境に特徴的な組み合わせである。



1. 症状 (BPSD) コントロールの困難

前出以外のケース、H004,GH006,DS008,VN006 は全て女性。70 代～80 代。H004 の問題は、大声、興奮状態になること。吐血して入院中であるが、大声は続いており、ADL は全介助。GH006 の問題は、帰宅願望が強く、意に沿わないと暴言(大声)あり。清潔・不潔の区別がつかない。身体的に他の利用者より状態が良いため、他利用者に余計な世話を焼き、苦情を言われて暴力的に怒る。DS008 は、精神的不安が強く、うつ傾向が強い。泣きじゃくったり、不穏になったりする。ADL は自立しているが、歩行が不安定で、応答はするが自発的発言は少ない。VN006 の問題は、失禁を隠すため汚れ物をきれいな物と一緒にしてしまうこと。ゆっくりだが、自力歩行可、慣れた職員との意思疎通可能。

16. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難

H004 は、グループホーム入所時保証人であった甥が行方不明。他に身寄りはない。成年後見の申し立て、介護保険の契約が出来ない。GH006 は、トラブル続出のため、グループホーム居住は限界を超えているが、家族はグループホームを出したくない上、受け入れ先もない。DS008 は、骨折して入院、リハビリ中であったが、認知症症状のため十分なりハビリも行わないまま退院を迫られ、受け入れ先を探している。嫁が主介護者であり、デイサービスを利用しながら在宅で看取することを希望しているが、服薬によっても不安がおさまらないため、デイサービス利用もできず在宅困難になっている。

【状況改善に必要なサービス案】

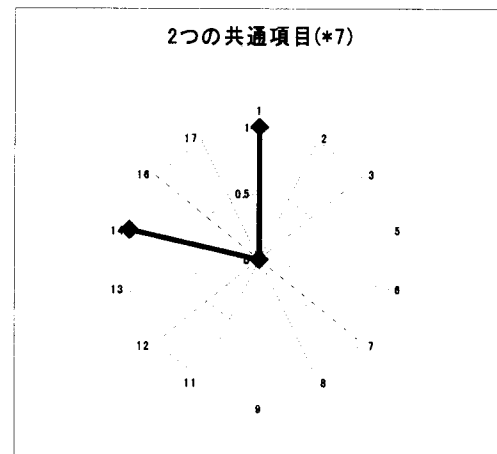
前述案 I-1,I-3,に同じ。

【* 7】1,14:H003,GH004,GH006,DS003,

DS009,HS005, I001,I002,

I004,I005,I007

施設サービスを中心に多い組み合わせで
ある。



1. 症状 (BPSD) コントロールの困難

14. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難

前出以外のケースでは、DS009 のみ男性。70 代～80 代。GH004 の問題は、骨折後転倒し、歩行できないにもかかわらず、立ち上がろうとするため、片時も目を離せない。手術をしても、すぐに退院させられる。DS009 は、力が強く、介護拒否があるため、デイサービスでの入浴は何人もの職員で行う工夫が必要。ショートステイでは、入所者を叩く、テレビを壊すので利用を断られた。安定剤を処方されるが、残存機能も低下してしまい、歩行困難、排泄困難となる。HS005 の問題は徘徊して戻れないこと。会話は成り立たないが、ADL、排泄、歩行は自立している。主治医(内科)の認知症に対する理解が欠け、家族に症状を説明してもらおうとするが、夫は言語障害があり、息子は認知症への理解がない。I002 は認知症症状が出現後に、山梨から東京へ転居したので、山梨への帰宅願望が強い。パーキンソン症候群があり、歩行が不安定、転倒頻回。内服薬にこだわりが出たことがあり、パーキンソン治療薬、精神薬が服用できなくなったことがあった。コミュニケーションが困難で、説明はほとんど理解できず、職員がつききりで対応しなければならない。I004 の問題は、歩行が不安定ながらも徘徊すること、失禁、放尿、不潔な行為(便器で手を洗うなど)。他利用者の部屋に入り、筆筒の中身を全部出す、夜間、ベッド柵を外すなどのトラブルがある。行動は素早く、常時見守ることは不可能。言語的コミュニケーションは取れない。I005 も、歩行が不安定ながら歩きたい願望が強く、徘徊する。徘徊を制止しようとする和不穏になる。それ以外に排泄欲求の場合も不穏になる。初期対応を心がけるが、スムーズに応じないことも多く、常時は見守りできないため、不穏を予防することができない。言語コミュニケーションは時々通じる程度。不穏時は精神科薬服用でコントロール可能。I007 は、姉が死亡していることに気付かないまま自身も肺炎、脱水で寝たきりになっているところを発見、保護された。歩行不安定にも関わらず、ベッド上で立ち上がる、サイド

テーブルを押しながら歩く、いすをひっくり返すなどの行動問題がある。他者を事故に巻き込む恐れがあるので、常時見守るが、行動を制止することは困難である。徘徊、不穏、異食といった周辺症状のため、職員の手が取られて他の利用者のためのアクティビティができないことがある。意思疎通困難、精神的不安定、発熱を繰り返すなどの状況がある。

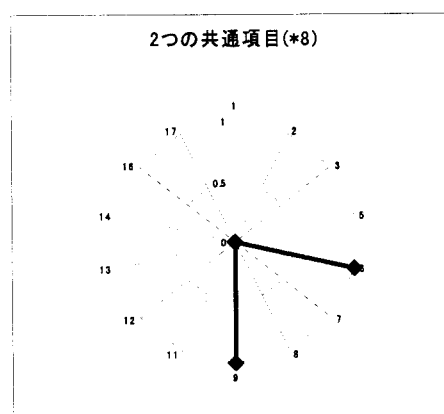
[状況改善に必要なサービス案]

前述案全てに同じ。

V. 「1.症状コントロールの困難」を含まない共通項目を持つ事例

(1/1 パターンを抜粋)

[* 8] 6,9:H001,H002,DS001



6. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難

9. 老老介護による困難

主介護者がいずれも高齢の配偶者。H001の夫はアルコール・睡眠薬依存症、H002の妻は介護疲れ、DS001の夫は右麻痺といったように、それぞれ健康上の問題を抱えながら、配偶者を支えている。そのため、認知症の理解や受け入れが出来ない状況である。H001の子供たちは介護に協力はするが、父母の病気を理解できずにいる。キーパーソンにはならないため、意思決定ができず、不安定であり、医療側との信頼関係が築けない。H002は、低血糖発作で入院したものの、大声を出すため、病棟での対応が出来ず、退院を検討することになった。妻は介護疲れで夫婦無理心中を考えるほど思い詰めていたため、しばらく嫁いだ娘が東北から戻ってきている。娘を窓口に認知症専門病棟への入院待ちの間、在宅サービスでしのぐことになったが、妻は認知症への対応を一人でしてきたこと、不眠続きによる疲労がたまっており、新しいことに踏み出す気力がなく、援助を活用することが難

しかった。DS001 は金銭的な問題と、主介護者が人を信用しないため、サービス利用も中断したまま、職員等のアドバイスも聞かない。本人はアルツハイマー病の終末期であり、傾眠状態。医療機関にかかっても、認知症であるため、医師がきちんと対応してくれない。陰部からの出血あり、微熱も続いているが原因が特定できていない。

[状況改善に必要なサービス案]

I-1,2,3 および III-1,2 に同じ。

4. まとめ

(1) 全体的傾向

8 種類のサービス（在宅支援センターは 1 事例なので実質的には 7 種類）から出された処遇困難事例の全体的な共通傾向は、高齢者本人の行動の問題を中心とする症状コントロールの困難及び、家族がケアの助言を受け入れないことによる困難が多かったが、それぞれのサービス別に見ると、困難の組み合わせはサービスによって大きなばらつきがある。

(2) パターン分析による傾向

本人の問題行動は、徘徊、暴力、暴言、他利用者への干渉、ケアへの抵抗、異食、うつ状態などさまざまであったが、介護職員がつききりになるため人手がとられることが処遇困難の原因になっているケースが多かった。また、行動の問題がコントロールできないために、医療機関で手術、検査などの対応をしてもらえず、早期退院を迫られ、家族が疲弊しきってしまう状況につながっている。主治医が認知症に全く理解がないためにコントロールされていないケースと、それなりに精神科薬による治療は受けているが、コントロールがうまくいっていないケースがある。

行動の問題に、家族の要因や環境の要因が複雑に絡んでいる。家族要因は、おもに家族がいる場合といない場合の問題に大別できる。家族がいる場合でも、連絡がとれる若い世代がいる場合と、高齢者のみで若い世代に連絡が取れる人がいない場合では、困難に違いがある。若い世代の場合、行動問題を目の当たりにしても、認知症であることを受け入れることが難しく、ケアの助言を受け入れるなどの現実的対応が取れない状況に繋がっている。また、気付かないうちに結果的にネグレクトや虐待のような状態に結びついてしまっている場合もある。高齢者世帯でほかに若い連絡者がいない場合は、共倒れに近い状態が多く、患者の配偶者も健康問題を抱え、極限状態で発見されるため、その時点で緊急に対

応することが難しくなっている。配偶者の介護者自身が極限状態なので、ケアの助言を受け入れたり、新しいサービスに助けを求めたりできる状態にない。

一方、低所得（無所得）で身寄りがない場合、介護保険や後見人の契約もできず、行き場がなくなってしまうため、基本的人権さえも脅かされる状況になる。財産を持っている場合では、後見人が怪しい知人であったり、認知症に理解がなかったりするために、適切なサービスに結びつかない場合がある。

こうした、行動問題と家族の問題が絡み合った中での解決策として、まず、認知症の症状に対応できる医療機関を、と探すが、身近に認知症の症状コントロールができる医師がいない。極限状態で発見された高齢者夫婦を救うために緊急保護しようとしても、すぐに対応し入院させてくれる場所がない。大切な家族の「認知症症状」に適応するための相談を必要としても、働く家族が気軽に相談できる場がない。また、認知症高齢者のケアに携わる専門職が、家族の自覚のない虐待、頑なで助言を受け入れない家族に出会って困難を感じても、その対応を相談できる専門家が少ない。

以上から、老年精神科専門医による行動問題のコントロールは最重要である。しかし、多くの処遇困難事例は、それだけでは解決できない。緊急ショート機能を備えた介護施設、老老介護のリスクを早期に発見して予防的関わりができるケアマネジメント、若い世代の介護に対する相談・助言といったサービスが身近にあり、タイムリーに対応できる柔軟な体制が必要である。また、このような家族の問題について具体的に助言できる専門家の育成も必要である。

引用文献

- 1) 厚生労働省ホームページ 事業評価 2005年3月30日ダウンロード

<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyoku/04jigyoku/34.html>

- 2) 厚生労働省ホームページ 高齢者に対する虐待について

2005年3月30日ダウンロード

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0223-8d12.html>

参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ 痴呆性高齢者の現状 2004年11月8日ダウンロード

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/s0621-5c.html>

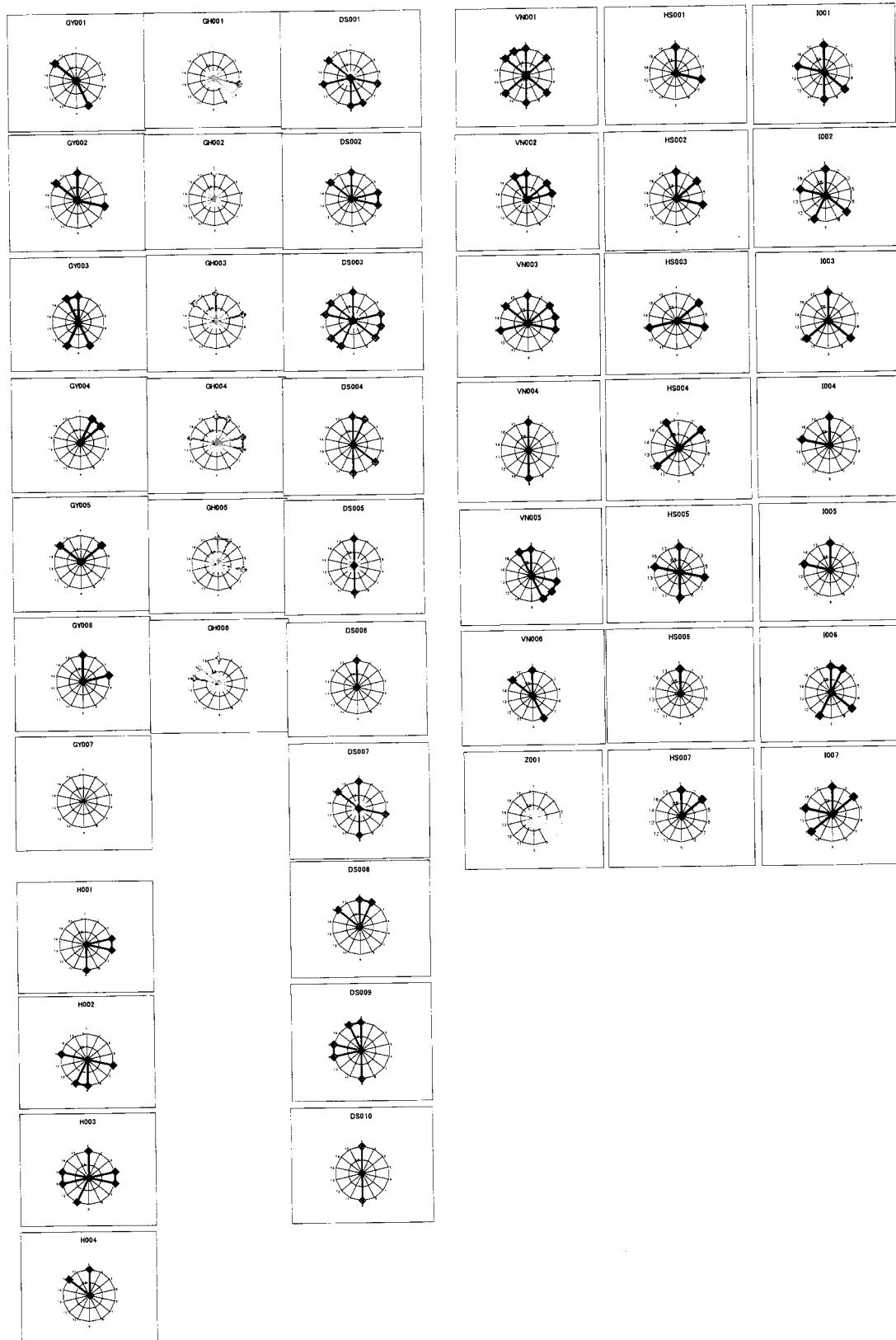
- 2) Brodaty, H, Draper, B, Low, L.F. Nursing home staff attitudes towards residents with

dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44(6), 583-590.

- 3) Ikeda. M, Fukuhara. R, Shigenobu. K, Hokoishi. K, Maki. N, Nebu. A, Komori. K, Tanabe. H. Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004, 75,146-148.

4. データ一覧表

付録 1. 全 48 事例のパターン(サービス別)



付録 2. 共通項目のある事例一覧

共通する項目の数		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45		46		47		48		49		50		51		52		53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		64		65		66		67		68		69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		80		81		82		83		84		85		86		87		88		89		90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		100		101		102		103		104		105		106		107		108		109		110		111		112		113		114		115		116		117		118		119		120		121		122		123		124		125		126		127		128		129		130		131		132		133		134		135		136		137		138		139		140		141		142		143		144		145		146		147		148		149		150		151		152		153		154		155		156		157		158		159		160		161		162		163		164		165		166		167		168		169		170		171		172		173		174		175		176		177		178		179		180		181		182		183		184		185		186		187		188		189		190		191		192		193		194		195		196		197		198		199		200		201		202		203		204		205		206		207		208		209		210		211		212		213		214		215		216		217		218		219		220		221		222		223		224		225		226		227		228		229		230		231		232		233		234		235		236		237		238		239		240		241		242		243		244		245		246		247		248		249		250		251		252		253		254		255		256		257		258		259		260		261		262		263		264		265		266		267		268		269		270		271		272		273		274		275		276		277		278		279		280		281		282		283		284		285		286		287		288		289		290		291		292		293		294		295		296		297		298		299		300		301		302		303		304		305		306		307		308		309		310		311		312		313		314		315		316		317		318		319		320		321		322		323		324		325		326		327		328		329		330		331		332		333		334		335		336		337		338		339		340		341		342		343		344		345		346		347		348		349		350		351		352		353		354		355		356		357		358		359		360		361		362		363		364		365		366		367		368		369		370		371		372		373		374		375		376		377		378		379		380		381		382		383		384		385		386		387		388		389		390		391		392		393		394		395		396		397		398		399		400		401		402		403		404		405		406		407		408		409		410		411		412		413		414		415		416		417		418		419		420		421		422		423		424		425		426		427		428		429		430		431		432		433		434		435		436		437		438		439		440		441		442		443		444		445		446		447		448		449		450		451		452		453		454		455		456		457		458		459		460		461		462		463		464		465		466		467		468		469		470		471		472		473		474		475		476		477	
----------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--

5. 参加施設の状況報告

医療法人社団こだま会こだまクリニック

医療法人社団こだま会こだまクリニック理事長・院長

(在宅認知症ケア連絡会世話人)

〒142-0063 東京都品川区荏原 1-14-1

tel:03-5759-6766(24 時間受付)

木之下徹

当院は開設から 5 年目に至る。品川区荏原にあり、ここを拠点として品川区、大田区、世田谷区（一部）、目黒区、ときには港区の患者宅への往診を主に行っている。当初、身体的な疾患を抱えた寝たきり患者を主として診ていた。その後、後述する地域活動などを通じて「認知症」を診てくれるクリニックという認識が、地域のケアスタッフに広がり、現在では専ら、認知障害を伴う行動障害の強い方々を中心に訪問診療を行っている。

・ 行動障害のつよい認知症患者をとりまく医療的環境

当院では家族から直接依頼されるケースは少なく、主に在宅支援センター、介護事業所、区役所などケアサポートに関係している諸機関より紹介を受けている。

患者層は 75 歳以上の認知症の高齢者がほとんどである。そのため患者の多くが認知症以外に、がん、糖尿病、高血圧、脳卒中後の麻痺などの身体的問題を同時に抱えている。

現保険制度の中で、「寝たきり状態または寝たきりに準ずる状態」の対象者に対して算定が認められている「寝たきり老人在宅総合診療料（以下、在総診と略す）」には、「ひとりのかかりつけ医しかこれを算定できない」という制約がある。非営利を前提とした上で、クリニックの運営を考えなければならない実地医家にとって、在総診を算定するか通常の往診料を算定するかは重要な問題となる。つまり患者に身体的問題と行動障害があっても、運営上併診せずに診てく傾向があり、これが専門医との連携を阻む大きな要因となっている。

さらに併診を阻む要因として、患者に出されている薬をすべて見直し手入れをする必要性が挙げられる。行動障害は、認知症そのものが原因となって起こる場合が一般的であるが、「医源性」と思われる症例も実は多い。たとえばせん妄をきたす疾患の見落とし、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬、抗パーキンソン薬などの不適切な投薬や、患者のいい加減な服薬状況が行動障害の原因となっている場合である。昨今、診診連携の必要性が取りざた

されているが、外来医師同士ですら、なかなか併診先の薬を確認し医師同士情報を共有するシステムは確立しづらい。ましてや往診医同士の連携は困難である。

外来受診をしていた人が、不適切な薬剤処方で著しいせん妄や行動障害を呈し、その結果外来受診できなくなり、訪問診療に頼らざるを得なくなるというケースが非常に多い。当院では全体の3割近くまでがこういった紹介患者であり、その数の多さには驚かされる。このようなケースには適切な医療的介入を行えば、劇的に奏効するケースが多いのだが、その方法論についてはあまり知られておらず、これまでの医学教育の中にも取り込まれていない。いわゆる専門医レベルの課題となる。しかし専門医で往診する医師はきわめて少ない上に、前述した在総診の枠組み上の問題がある。実際には在宅療養が可能な Treatable な行動障害であっても、適切な投薬が受けられず困り果てている家族は多い。

- ・ 地域ネットワーク（在宅認知症高齢者ケア連絡会）

一人の認知症を有する高齢者を取り巻く医療・介護系職種は多岐にわたる。ケアマネージャ、ヘルパー、行政官、医師、歯科医、看護師、保健師、薬剤師、歯科衛生士、理学療法士、言語療法士、作業療法士、福祉タクシー運転手、入浴サービス提供者、司法書士（成年後見人制度）、老人問題研究者、医療・福祉・心理系学生など枚挙に暇がない。これまでの連絡会的機能を果たす機関は、これら多職種を横でつなぐもの、たとえば在宅支援センターの協議会、ケアマネージャ連絡会、医師会、看護協会などがほとんどであった。

しかし現在、既成の職域ではカバーしきれない問題が多く、ジグソーパズルにたとえればはめ絵の欠けている領域がある。言い換えれば「自らの職域のみフォローすればそれ以外は誰かがきつとやるだろう」という考えでは抜け落ちてしまう内容がある。たとえば、独居で身寄りのない認知症高齢者を一体誰が外来へ連れて行くのか。こういったはめ絵のない領域を共有するためには、その地域の多職種が縦横に連絡を取り合い、当の高齢者を総体として理解することが重要であると考えます。

当院では、隔月一回、多職種の集まり「在宅認知症ケア連絡会」（旧、「在宅痴呆ケア連絡会」）を開催し、丸二年を経てきている。得られた成果をこの会のみのもthingにすることなく、全国に向けて学会発表や論文作成などを積極的に行っている。定期的に開催することで、回を追うごとに参加者の啓発、向上につながっていると自負している。さらに回を重ね、よりよい医療・介護・福祉的な支援が実現できるよう努力していきたい。

新宿区健康部高齢者サービス課（基幹型在宅介護支援センター）

新宿区歌舞伎町 1－4－1

電話（直通）03－5273－4593～4

職員体制

係長 1 名・介護予防主査 1 名・事務 4 名・相談員 4 名・介護支援専門員 10 名

新宿区における高齢者の概況

新宿区の人口は、平成 17 年 1 月現在 30 万 1868 人、このうち 65 歳以上は 5 万 3269 人で、総人口に占める割合は 17.6%となっている。年々高齢化が進んでおり、今後、総人口に占める 65 歳以上の割合を推計すると、平成 19 年度は 18.5%とすることが見込まれている。

新宿区では、平成 6 年度に北山伏在宅介護支援センターを開設して以降、14 年度までに区直営の基幹型在宅介護支援センターを含め、高齢者介護の身近な相談窓口として、地域型在宅介護支援センター 10 箇所を拡充整備してきた。

基幹型在宅介護支援センター（以下、基幹型）の位置付け

平成 10 年度に基幹型を開設し、平成 12 年度には区直営の居宅介護支援事業所を設置した。これは地域型在宅介護支援センター 6 箇所（平成 12 年度当時）に併設した居宅介護支援事業所と併せて、介護保険制度開始時に大量のケアプラン作成を充足させるための必要な措置として設置した。

業務内容

1 総合窓口機能

区民の利便性を考え、高齢者の総合相談窓口を基幹型（区役所内）に設置している。介護支援専門員 10 名も窓口相談を担っており、15 名の相談員体制で業務を行っている。介護保険認定申請、各種保険外サービス申請受付等、区における高齢者施策に関する全ての申請窓口を集中させている。また、相談員は在宅介護相談、入院入所相談、緊急時の対応等まで、単に窓口相談に止まらず、アウトリーチ型のソーシャルワーカーとして位置付けている。対象者の一部には介護保険サービスを利用するための諸条件を欠いている者がいる。一人暮らしで家族の支援が得られない、認知症のため契約

行為ができない、低所得者でサービス利用に納得しない等の複合的要因を持つ者である。これらの対象者に対して、基幹型が権利擁護も含めた社会サービスに結びつけていく中間的役割を積極的に担っていくべきだと考えている。

2 ケアマネジャー支援

現在、基幹型の役割は、併設している居宅介護支援事業所で培ってきたケアプラン作成のノウハウを民間居宅介護支援事業所への支援へとシフトしてきている。いまなお困難ケースを中心に利用者を抱えているものの、民間支援事業所の育成と支援が今後の介護保険制度を支えていく大きな鍵になると認識している。

現在、基幹型は、民間居宅支援事業所のケアマネジャー育成と支援を目的とした「ケアマネット新宿」の事務局として関わっており、情報・交流・学習を目的にした「定例会」「研究会」には毎回 100 名前後のケアマネジャーが参加している。

3 地域型在宅介護支援センター（以下、地域型）の統括支援

地域型に対する統括・支援も大きな役割である。新宿区の特徴として、一人暮らしの高齢者が比較的多い地域であるということがあげられる。しかも一人暮らし高齢者に低所得者が多いと言われており、家族の支援を得られない一人暮らし高齢者に対して地域型の相談員が直接支援していくということも少なくない。しかし、地域型は 3～4 名の相談員しかおらず、長期に、しかも多様な社会資源を駆使してサービスを投入しなければならないケースに対処していくには困難な状況にある。そこで基幹型の相談員・ケアマネジャーが地域型に対して十分な支援体制を取り、問題解決を図ることが求められている。

現在、基幹型は相談員・ケアマネジャーが各地域型を分担して支援活動を行っている。

4 高齢者実態把握

地域の要介護高齢者の心身の状況及びその家族等の状況を実態把握し、介護ニーズ等の評価を行い、必要なサービスが適切に利用できるよう支援していくと共に、要介護状態になるおそれのある虚弱高齢者に対しては、早期発見、早期対応を常とし、積

極的に介護予防・生活支援を行うことにより、在宅高齢者の健康・福祉増進を高めていくことを目的とする。

5 介護予防

要介護率の低下を目指し、基幹形・地域型センターで要介護状態になるおそれのある高齢者に対して、地域で自立した生活期間が延長できるよう、介護予防プランの作成を行っています。窓口となる11箇所のセンター相談員が要介護認定で非該当になった対象者や、窓口に来訪した相談者の中から介護予防が必要と思われる虚弱高齢者に対して予防プランの作成を行い、介護予防に効果的な保健福祉サービスに結び付けています。同時に対象者が、介護予防に向けてプランを着実に実行できるよう、継続的な支援を行なっている。

福祉情報ネットワーク

平成12年4月の介護保険開始に向けて、要介護認定システム・ケアマネジメントシステムを基幹型・地域型に配備し、ネットワークを構築した。その後平成15年度には、相談窓口を支援するシステムとして「福祉情報システム」を稼働させている。

このシステムは、基本情報（住民記録・国民健康保険・国民年金等）に加え、介護保険（要介護度）・老人医療・生活保護・障害・児童・母子の各情報を相互に伝達し、窓口での相談業務を円滑に進めるために導入された。地域型にはこの一部の情報を送信している。また、地域型が受けた相談の情報は基幹型に伝達されるようになっていて、双方向型ネットワークシステムとして稼働している。

職務

- 1 面接相談
- 2 ケアマネジャー業務
- 3 認定調査
- 4 ケアマネット新宿事務局
- 5 身元不明高齢者対応業務
- 6 新宿区介護サービス協議会運営委員
- 7 ケアプラン評価委員

浴風会病院の概況

1. 浴風会病院について

当院は杉並区高井戸にある「社会福祉法人 浴風会」に属する病院である。浴風会は大正 12 年の関東大震災後、被災して自活することができなくなった高齢者を援護するために、御下賜金及び一般義捐金を設立資金として大正 14 年 1 月に設立した法人である。現在、63,000 平方メートルの敷地内に

養護老人ホーム	浴風園	定員 205 名
軽費老人ホーム	松風園	定員 200 名
	浴風会ケアハウス	定員 100 名
特別養護老人ホーム	南陽園	定員 242 名
	第二南陽園	定員 150 名
	第三南陽園	定員 207 名
認知症対応型共同生活介護	グループホームひまわり	定員 16 名

短期入所生活介護	南陽園	定員 12 床
	第二南陽園	定員 6 床
	第三南陽園	定員 15 床

その他空床利用あり

通所介護	南陽園在宅サービスセンター
	第二南陽園在宅サービスセンター

在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所 ケア 24 高井戸

認知症介護研究・研修東京センター

国際長寿センター

以上の施設が設置されている。

当院は、法人創設時に浴風園病室としてスタートした。法人内の施設の後方医療機関としての役割を担ってきたが、昭和 58 年に一般外来診療を開始した。このため、入院患者の約 4 割、外来患者の約 5 割強が法人内施設患者である。

現在の診療科目は内科、神経内科、精神科、整形外科、眼科、歯科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、リハビリテーション科、脳の人間ドックとなっている。ただし、整形外科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科の医師は非常勤である。

入院病床は

一般	140 床
うち、回復期リハビリテーション病棟	40 床
医療療養型病棟	52 床
介護療養型医療施設	108 床
うち、認知症受入可能な病棟	48 床
合計	300 床

一般病棟の入院経路は外来患者、施設内患者が多く、回復期リハビリテーション病棟は他院からの紹介が多数を占める。療養型の病棟には認知症の病棟以外は一般病棟からの転棟を主に受け入れており、外部からの療養目的のみの患者の受け入れは現実的に難しい状況である。

2. 当院における認知症患者受入れ状況について

認知症患者は、精神科で主に診療をしている。精神科医は常勤 3 名である。

医療的な関わりとしては、①診断 ②精神症状、不眠、意識障害、幻覚妄想、抑うつ、問題行動などの治療 ③身体疾患の治療 ④使用している薬物の調整、⑤介護の相談等に限定される。

非常勤医師 1 名の 4 名で、病棟、外来、3 つの特別養護老人ホームと養護老人ホーム（その他の施設は一般の外来を受診している。）の診療を行っており、かなりハードな状況にあると思われる。

当院では、受診をされる方にはまずご家族による医療相談をお願いしている。

1) 医療相談

常勤 3 名の医師があわせて週 4 日、一日 2 から 3 名の予約制をとっている。

予約はすべて医療ソーシャルワーカーが受けている。紹介であれば照会先、状況、当院の受診希望、氏名、連絡先等を電話で確認している。

最近の受診希望は、①介護保険サービスの事業者から様子がおかしいと受診を勧め

られる。②家族がもしかしたら認知症ではないかと心配をしている。③ご本人が物忘れがあるので心配だ。④別の医療機関や、関係機関から受診を勧められた。⑤介護支援専門員から独居あるいは高齢世帯で今後の対応を含めて相談を希望する等が挙げられる。傾向としては介護保険サービスがらみ、あるいは認知症の情報が広まり心配で診察をしてほしい、専門的な診断を希望したいというものが多くなってきている。以前は認知症とはわからずに家族が抱え、あちこちの相談機関、医療機関を巡って当院にたどりついたということがみられたが、減少している印象がある。

相談内容は積極的な治療を希望する、入院を希望する、介護についての相談と多岐にわたる。相談のみで終了する場合もあるが、ご本人の診察、検査、診断、治療方針の決定とその後治療を継続させている。

2) 外来治療

外来では、一般、施設をあわせて月平均約 803 名の患者の診療を行っている。症状としては、やはり認知症、認知症＋うつの患者が多い。医療相談から診察の流れをとっているため認知症の患者がほとんどを占めることになる。

最近、問題になるのは、外来患者で外科的な治療、あるいは当院ではできない検査を他の医療機関に依頼をしても、認知症があるということで受け入れてもらえない状況である。入院を依頼してもその場で戻されてくることも実際にある。あるいは、やっと受け入れ先をみつけても個室対応を求められ経済的負担も重いものになっている。

3) 入院治療

認知症患者の受け入れの病棟が介護療養型医療施設になっているため、入院の前提は要介護認定を受けていることになる。精神科病棟ではないので、暴力行為、自傷行為、自殺企図等の問題行動がかなり激しい患者の入院は受け入れられない。入院の目的としては、症状の変化に対する治療、介護者の疲労、単身あるいは介護者がいないため在宅で過ごすことができない、アパートから立ち退きを迫られている等々によるものが多い。介護療養型になってからの入院期間はそれ以前よりは長くなってきている。平均在院日数は約 220 日となっている。また、要介護度も経営面からすると要介護 3 以上が望ましいという状況も生じてきている。実際におおよそ月平均で要介護度 3.9 となっている。身体状況も車椅子レベルが多くなり、転倒のリスク等々の安全面の配慮がますます求めら

れてきている。また、内科合併症があり治療を要する状態であっても介護療養型医療施設では治療することに限界があり、積極的な治療は行えない。

介護療養型医療施設以外の一般病棟での入院受け入れ状況も厳しくなっている。内科治療が必要でも大声を出す、多動である、等々の精神症状がみられる患者は、入院患者全体が重症化しており、余裕のない状況では看護側でも適切な看護ができにくいのが現状である。

いつまでもその人らしくあるための在宅支援をめざして

日生デイサービスセンター きずな

統括責任者 部屋紀子

1. きずなの概況

(1) 名称その他

名 称	日生デイサービスセンターきずな
所 在 地	東京都新宿区新宿5丁目1番19号 藤和番衆町コープ102
事 業 者 番 号	1370401976
送迎サービスを提供する対象地域	新宿区 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください

(2). 職員の構成

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	正看護師	1名		1名
生活相談員	社会福祉士(主事)	3名(1名)		4名
機能訓練指導員	正看護師	(1名)	(3名)	(4名)
看護師	正看護師	(1名)	3名	4名
介護福祉士	介護福祉士	1名		1名
ヘルパー養成講習修了者		5名	2名	7名
運転手	介護兼務	(4名)	(1名)	(5名)

(3) センターの設備

定 員	20名(2単位)	静 養 室	1
食堂兼機能訓練棟	1室 76.74㎡	相 談 室	1
浴 室	一般浴槽	送 迎 車	3

(4) 営業時間

月～土、(日)	午前8時～午後19時30分(9時～18時)
サービス提供時間	午前10時～午後17時

2. サービスに関する苦情

サービス相談窓口

電話 03-5360-1743 担当部署 日生デイサービスセンターきずな 管理者：部屋紀子

(受付時間 月～土 9:00～18:00)

電話 03-3341-3451 担当部署 日生薬局介護支援事業部 青木文恵

(受付時間 月～金 9:00～18:00)

3. 当社の概要

名称 法人種別 株式会社 日本生科学研究所

代表役職 ・氏名 代表取締役 青木 勇

本部所在地 ・住所 東京都新宿区河田町3-10

・電話番号 03-3341-2421

2. きずなのケアの目指すものと特徴

- ① 尊厳を支える自立支援～自分らしく暮らし続けることの支援
- ② 身近な対応で観察しやすく、本人の出来ること、出来ないことをスタッフが把握しやすい
- ③ 個別の対応が出来ることで、集団ケアもしやすくなる
- ④ ゆとりのある環境でケアの工夫がその場で出来て、その効果も直接見る事が出来て、スタッフも一緒に楽しめる
- ⑤ 少人数のため家族と事業所のコミュニケーションが図りやすい
- ⑥ 認知症ケアの専門の看護職スタッフと地域の専門医による連携がとれて いるため、問題の解決がはかりやすい
- ⑦ 介護家族への援助を具体的に、迅速に行える(家庭通信の活用)
- ⑧ 家庭的な雰囲気と地域に開かれた環境
- ⑨ 「認知症がよくなる」ことの意義（ケアをし易くなることで）を家族もスタッフも具体的に認識できる

3. 地域・家族に選ばれる事業所になるために

①地域住民との交流

歳時記の行事への見学、ボランティアの受け入れ

- ②地域活動の拠点（福祉センター、市民ホール等）において事業所の PR や介護教室の開催
- ③センターを開放的な雰囲気にして、気軽に見学しやすくする

*テラスの椅子で誰でも休みやすく、お茶の接待もする

*見知らぬ人からの、突然の相談も受ける（必要時は関連サービス事業所などへの紹介を行う）

- ④近隣の開業医とのネットワークで、対症的処置がとれて、家族の安心感を得られる
- ⑤専門医（心療内科）との密接な連携があるため、早期に問題解決が出来、ケアマネジャーにアドバイスできる
- ⑥遠距離区域（渋谷、世田谷、文京区、港区）からの対応困難ケースの受け入れの実績により、担当ケアマネからのリピートに繋がる
- ⑦住み慣れた地域でいつまでも暮らせるために、街の中(都庁の展望台、図書館、博物館、スーパー、都電、理髪店など）機会をみつけて体験してもらえる

⑧介護家族に利用しやすい体制に向けて

- ・ 365 日（年末年始も営業）
- ・ 通所利用日の宿泊の受け入れ（介護保険外で 12000 円の実費）

⑨保険・医療・福祉のネットワークを駆使して、在宅介護の限界が見えてきた家族にアドバイス

【問題点】

- ① 企業という母体から、経営の効率化に敏感に反応され、「スピーディな利潤追求」があるため、運営理念とのギャップがある
- ② 開設 2 年間で 3 箇所もの増設があり、スタッフの教育が間に合っていない
- ③ 小規模多機能型の施設が作られて行くなかで、単独型としての機能からの変化に対する職員の不安がある
- ④ 認知症専用デイサービスに対する家族の認識の低さ

☆ さんじゅ阿佐谷

*介護老人福祉施設 50床（うちショートステイ10床）

【理念】小規模という利点を活かし、家庭的な雰囲気を大事にし、ご家族がいつでも利用者の方にお会いできるよう面会時間を設けず、一人一人にかなった個別ケアをモットーに行っている。

【処遇】利用者の方が心身共に快適な生活ができるよう、利用者担当が中心となって個々に合ったケアプランを作成し、そのプランに沿った援助を行っている。また利用者の状態変化や家族の要望に応じて、適切かつ迅速な対応を検討し、援助に反映させている。

*居宅介護支援

【理念】己の欲するところを為せをモットーにご本人、家族の希望を反映させ、ニーズの変化に敏速に対応するように心がけてケアプランを作成している。またケアプランの作成時には各専門職の意見を求め、よりニーズにあったサービスが提供できるよう心がけている。

☆ 阿佐谷北ふれあいの家（高齢者在宅サービスセンター）

*通所介護 一般デイ50名・認知症対応デイ20名

【理念】お年寄りが社会の中で孤立せず、定期的に通われることで生活のリズムを作り、生き生きと生活していただくことを目標にしている。

〈一般デイサービス〉プログラムの充実と個別化を視野に入れ、各利用者の方の意欲と能力に沿ったプログラムを提供する。

家に閉じこもりがちな利用者の方には外出の機会を確保し、デイの活動を通し、利用者同士の交流を深めながら、趣味の増大・発見等、日常生活での能力の向上と機能低下の防止を目指している。また、通所をきっかけとして、新たな生きがいを持ち、楽しく生活を送れるように活動の範囲を広げて頂くことに努めている。

〈認知症対応デイサービス〉各利用者の方の生活暦や家庭環境等の背景をしっかりと把握し、その方のできることに注目をした個別の援助を行うよう努めている。

プログラムは各利用者の方が楽しく過ごせるよう数種類用意をし、ゆったりとした家庭的な雰囲気を大切にしている。バイタルチェック、全身的観察、家族との連絡により健康状態の把握し、快適に過ごしていただけるよう努めている。

家族会を年に3～4回行い、介護の情報交換、家族間のコミュニケーション、相談の場を提供し、家族の介護負担の軽減を図っている。

＊ 配食サービス 80食

＊ ＊福祉機器展示センター杉並区

活動内容（認知症対応デイサービス）

＊ プログラム

手作業や運動レクリエーション、リハビリは各利用者の身体状況と認知症の個別性を把握、またその日の体調に合わせプログラムの参加や内容の工夫している。料理や簡単な掃除、洗濯物たたみ等、慣れ親しんだ家事もプログラムに取り入れている。外出もご家族では困難な場合が多いので日常的に気候のよいときは近所の公園や屋上庭園に行き、季節感を感じていただいている。また、年に一回個別にご家族の希望に沿った外出を普通の交通機関を利用して行っている。行き先は美術館やホテルのレストラン、デパート、公園、水族館等である。

＊家族会

介護者支援を目的としてご家族同士が介護の悩みを話し合い、介護の方法や認知症のこ
と介護保険の疑問等さまざまな情報交換を行っている。また、ご家族と職員がコミュニケーションを図りより良いケアに役立てている。今年度はご家族の要望で2ヶ月に1回の実施を予定している。

＊個別対応

当センターは措置制度の時から認知症のデイサービスを行っているためか行動障害の重度の利用者が多い傾向にある。利用者の方の中でデイサービスからみて、医療とのつながりが困難な事例への対応の例をあげてみたい。

事例1 Gさん♀65才 アルツハイマー型痴呆 夫婦2人暮らし

認知症老人の日常生活自立度判定基準Ⅳ

デイサービス利用

主介護者が脳梗塞後遺症で右上下肢に麻痺があり、家事は何とかこなしている。介護は食事介助、歩行介助は何とかできるが更衣、排泄介助はまったくできない。措置制度からの利用で介護保険制度の理解が難しく、区、ケアマネ、ヘルパーと良い関係が作れず当センターのみを信頼していた。センターから総合病院が近いということもあり、ご主人の付き添いが困難でヘルパーより当センター職員を信頼していたためデイから受診、点滴等医療行為に付き添うことがあった。デイ利用は週4回、ほぼ毎回多量の尿・便失禁で来所。介護拒否があるため2人介助での毎回の入浴で対応していた。次第に食物、水分を飲み込まなくなり誤嚥性肺炎で入院する。医師から胃ろうを勧められるが拒否し自宅に連れ帰った。その後は区、病院、ケアマネを拒絶、デイは歩行できるようになったら再開したいと連絡があったのを最後に連絡が取れていない。

事例2 Uさん♂71才 脳血管性痴呆 夫婦2人 次男同居

認知症老人の日常生活自立度判定基準Ⅳ

デイサービス、居宅介護支援利用

次男は仕事をしているためほとんど家にいない。Uさんは介護拒否があり体が大きく柔道家で力が強く妻は排泄、入浴の介助ができない。デイでも女性職員で対応できない時は男性職員2名で対応している。ショートステイでは食堂にある大型のテレビを持ち上げて壊し、介護拒否でいくつかの施設から利用を断られている。症状を安定するために認知症専門病院に入院、そこで内科的疾患が見つかったため一般病院に転院する。そこで治療のため2週間梗塞されたため、その後歩行できなくなる。これをきっかけに身体レベルが急激に低下し数ヶ月後に亡くなっている。

今後、認知症があってもきちんとした医療を受けられ、家族介護の軽減からも介護困難な方もショートステイを利用でき在宅生活が継続できるよう医療・介護環境の整備の必要を感じている。

認知症高齢者の処遇困難例とグループホームにおける支援

グループホームなごみ西落合

① グループホーム (デイサービスセンター併設 1日30名利用)

2ユニット

定員：各ユニット9名 計18名

利用者の状況(研究ユニット)

利用者数 9名 (全員女性)

要介護度 平均3.5

平均年齢 85歳 74歳～94歳

主な痴呆の症状__アルツハイマー型 5名

脳血管性痴呆 2名

ピック病? 1名

老人性痴呆 1名

支援の基本方針:自分のことが自分で出来るように、利用者同士が互いに助けあって生活を、営むことが出来るように支援する。合わせて自分で出来ない状態になった時には、個別に必要な支援を行う。

② 9名の共同生活を支援しているが、ADLなどの点から3グループに分けられる。

1グループ 排泄、食事、入浴などに介助が必要な方 (5名)

2グループ 自ら意思を表明できてADLもほぼ自立している方 (3名)

3グループ ピック病?の症状の方 (1名)

*3グループのA氏の支援についての活動報告

A氏…75歳 女性 千代田区にて独居

4人の子供たちはそれぞれ独立、平成12年国立病院にてピック病と診断される。ゴミを庭に投げ入れるなど、近所とのトラブル、同じもののしか食べないため、脱水となり入退院を繰り返す。

その為、独居が困難となるが、特有の症状があるため、病院を転々とする。

各グループホームからも、ピック病の理由で断られ、当ホームに入居する。

トイレトペーパーを集めトイレから持ち帰る、妊婦のように、腹部に詰め込む、ロー

ルごと便器に流す、他者の持ち物に自分の名前を書く、1グループの方に茶をかける、押し倒す、障子を破って逃げる、2グループの方の部屋に毎朝5時に入り、無理矢理起すなど共同生活に支障が出る。家族に現状を伝えクリニックを受診する。

MRI など精密検査実施、検査の結果ピック病ではないのでは？しかし臨床ではピック病の症状だと言われる。

薬を服薬しながら共同生活が送れるようなケアプランを作成する。

- ・居室移動をして隣室に入らないようにする。
- ・席順を変えトラブルを未然に防ぐ。
- ・本人の得意な事をしているときは他者に関心が行かないので、料理、外出、裁縫、デイ参加を多く取り入れる。
- ・毎回排便を見せる、食べ終えた食器を見せに来る等の常同行動をきちんと認める。
- ・トイレトペーパーをロールごと置かない。

などの工夫をした。本人が安心できる支援を実施し、場合によっては、支持でなく、指示が有効である事が分かった。つまり決定のスイッチを介護者側が押す事で安心されるのである。共同生活をしている以上、全員の状態を知りたいと言う家族からの要望もあり、家族懇談会で一人一人のプランを、公表し説明、理解を得ている。処遇困難な方の支援は、家族、介護者は勿論の事、Dr、地域、など多くの支援が必要である。安全が確認できる場合は、手を出しすぎず、見守る姿勢を大切にしている。A氏は入居して、4年目を迎えようとしている。A氏を通じて、柔軟な支援の仕方、個別性の大切さを学んだ。

以上

介護老人保健施設 小金井あんず苑

看護師長 鈴木泰子

母体である天誠会は「誰もが地域で自宅で自分らしく尊厳のある生活が実現できるように、医療・保健・福祉が連携したサービスを提供します。」の理念のもと、地域に根ざした地域医療と福祉の提供をして在宅を重視した自立を目指す支援しています。

武蔵境地域と小金井地域に分散しています。

1) 武蔵野の西部にあたる小金井市に介護老人保健施設小金井あんず苑があります。併設施設は小金井あんず苑訪問看護ステーション。あんずホームヘルプサービス小金井。居宅前原あんず苑在宅介護センター。又、行政から委託を受けた在宅介護の相談窓口である在宅介護支援センターがあります。さらにグループホーム「杏の家」が併設されています。

小金井あんず苑の概要

定員 入所 97名

通所 50名

食堂、談話室、デイルーム、レクレーションルーム、機能訓練室、診察室、相談室

浴室（一般浴室、特殊浴室、）家族介護教室、ボランティアルーム

職員

医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員、相談委員、事務員。

「心の癒し」をテーマとした療養環境を提供することで、より社会復帰への効果を高めています。お年寄りの家庭復帰とご家族の介護活動への支援を目指しています

建物の構造上入所は4つのユニットに分かれています。

旧2階 認知症のある方のユニット

旧3階 医療ニーズのある方

新2階 比較的臥床時間が長い方

新3階 自立に近い方

2) 旧2階ユニットケアの活動内容

認知症のある方の利用者が1つのユニットで一緒に生活をしています。

徘徊をしている方、家に帰りたいといつも行ってくる方、歩行ができないのに歩き出そう

として転倒しそうになる方。独り言をいっている人、場所がわからなくて放尿してしまう人、いろいろな利用者がいますがゆっくりとした流れの中でその人らしく生活できるように支援しています

ユニットの週間スケジュール

月曜日、木曜日	入浴前後サロンのケア	土曜日、回想法、ドライブ
火曜日、金曜日	散歩	
水曜日、	集団リハビリ	

週間スケジュールにそって利用者の一日が始まります。その流れにそって業務がすすめられており、活動内容が含まれています。

朝食を済ませてから10時ごろより個別リハビリに参加される方は一階へ案内する。フロアに残った方はデイルームでゆっくり過ごされています。

感染予防のため食事後緑茶でうがいをします。みんなで輪になり、季節の話題や、今日は何の日などの話をする中で現在の意識づけをします。(R0)

あんず体操をすることによって体をほぐします。職員と一緒にを行っています。

ベランダにあるプランタンに水やりをやったり、苗を植え替えたり、種をまいたりして季節を感じてもらいます。午前中はお昼までお茶を飲みながら音楽を聴いたりして静かに過ごします。

入浴日には入浴の順番を待ちながら行っているわけです。

昼食は気分をかえるためにも場所を変えてダイニングで食事をします。

食後はトイレに誘導していきます。ゆっくりしたい方はベットで横になる方もいます。

午後は個別や集団リハビリに参加するため一階に誘導、クラブ活動やレクレーションに誘っていきます。夕方は気孔体操を実地して帰宅願望のある方の気持ちをほぐします。

その人らしさを失うことなく一人一人の力が少しでも発揮できるようにあらゆる生活の中で支援しています。

グループホームひまわり
島村淑子

～グループホームとはこんなところ～

少人数の認知症の人が、専門的な知識・技術をもったスタッフの支援を受けながら、共に支えあって暮らす場です。家庭的な雰囲気の中で、なじみの人々と共に自由な暮らしをおくれます。介護保険では認知症対応型共同生活介護といい、在宅介護になります。

「ひまわり」はこんなところ

- 社会福祉法人浴風会の、緑豊かな敷地内にあります。
- 建物は、特別養護老人ホーム「第三南陽園」の6階になります。
- 屋上には庭園があり、菜園、ガーデニングなども楽しめます。
- 居室は全て個室で、リビング、キッチン、浴室等は共用になります。
- ひまわりには2つのユニットがあります。1つのユニットの定員は8名です。それぞれ「1丁目」「2丁目」と名づけ、計16名の方が入居できます。

- ◆居室は入居者のプライベートな空間です。大切にしているものやなじみのある家具など、自由に持ち込むことができます。テレビや電話の設置もできます。
- ◆一人ひとりのライフスタイルやペースを大事にゆったり暮らせます。
- ◆食事は好きなメニューを皆で作ります。時には外食や出前の楽しみもあります。飲酒もできます。
- ◆家での暮らしと同じように、できる方は掃除、洗濯などの家事を行います。
- ◆お風呂は希望の時間を尊重し、毎日入ることができます。
- ◆買い物、散歩、地域での活動やイベント等、ホーム外での暮らしも楽しめます。
- ◆家族、友人、知人、地域の方々、ボランティアなどの訪問を歓迎します。おしゃべりや余暇活動、ホームパーティなどの交流をすすめます。
- ◆面会時間は決めません。ご家族の宿泊は自由です。

一日の生活の流れ

- ◆一日の過ごし方の目安はありますが、一律のスケジュールを決めません。利用者のライフスタイルや意思を尊重します。

健康管理は

- 日常的な健康管理は、スタッフが行います。
- 緊急の一時的な受診はスタッフが対応しますが、継続的な受診はご家族等をお願いします。
- 受診する場合の医療機関は、家族の意向を優先します。
- 連携医療機関は、浴風会病院になります。
- 毎日の食事の栄養バランスについては、栄養士のアドバイスを受けます。

家族との連携について

開かれたホームをめざして運営します。

- 家族の訪問はいつでも自由にできます。
- 利用者家族とホーム職員の会を月1回行います。時には、年中行事を、家族と一緒に企画し行います。
- 利用者代理人はいつでも介護記録をご覧いただけます。(記録の開示)

入居について

- * 認知症があり、要介護1以上で歩行ができる方
 - * 他の入居者と一緒の暮らしが可能な方
 - * 医療を常時必要としない方
- このような方にお入りいただけます。

★浴風会入居選考委員会を設置し入居の可否を決めます。

退居について

以下の場合には退居になりますが、退居先につきましてはご家族と十分に話し合いをいたします。

- * 共同生活を継続することが困難になった時
- * 日常生活動作が著しく低下し、継続的に車いすで生活をしなければならなくなった時
- * 入院や加療など、医療が常時必要になった時

浴風会グループホームひまわりのめざすもの

- 一人ひとりを大切に、その人らしい暮らしをおくっていただけるよう支援します。
- 暮らしの中で喜びと楽しみが生まれ、いきいきと過ごせるように支えます。
- 日常的に町に出て、地域の人々や自然とふれあいながらの暮らしを支援します。
- 家族や地域の人々の声と力を大切に、開かれたグループホームをめざします。
- 社会福祉法人浴風会の福祉と医療の専門性をフルに生かした、質の高い認知症のケアをめざします。

平成16年4月～平成17年3月

ホームの主な活動

月	ホーム内活動
4	フルート・ピアノコンサート、フラダンス、高井戸区民センター春祭り、音楽療法、気功、民舞、誕生会
5	音楽療法、コーラス、フラダンス、誕生会、講談、外食、コンサート
6	音楽療法、フラダンス、児童館の交流、気功
7	誕生会、音楽療法、七夕、迎え火、同様コンサート、気功、民謡
8	阿佐ヶ谷七夕まつり
9	歌謡舞踏ショー、音楽療法、半寿お祝い、誕生会、おみこし、民舞踏、敬老会、フラダンス
10	音楽療法、コーラス、誕生会、フラダンス、気功
11	干し柿作り、音楽療法、アートセラピー、フラダンス、歌のコンサート、気功
12	誕生会、民謡、フルートコンサート、フラダンス、クリスマス会
1	音楽療法、誕生会、フラダンス、民舞
2	児童館との交流・節分、誕生会、コーラス、音楽療法