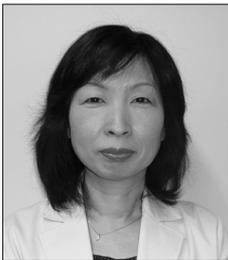


認知症の人・家族と紡ぐケア

Care of Dementia Person and Family

司 会	千葉 京子	CHIBA Kyoko	(日本赤十字看護大学)
話題提供	近藤 佳苗	KONDO Kanae	(医療法人医仁会老人保健施設いわやの里)
	田中 涼子	TANAKA Ryoko	(高齢者福祉総合施設ももやま)
	高橋 光子	TAKAHASHI Mitsuko	(諏訪赤十字病院)
	千葉 京子	CHIBA Kyoko	(日本赤十字看護大学)



千葉 京子
CHIBA Kyoko



近藤 佳苗
KONDO Kanae



田中 涼子
TANAKA Ryoko



高橋 光子
TAKAHASHI Mitsuko

昭和47年、日本における高齢者人口が7%を超えて高齢化社会にはいり高齢者問題が社会的関心事になったころ、有吉佐和子の『恍惚の人』が発刊され、大きなセンセーションを引き起こした。認知症高齢者をめぐる家庭内の苦悩を描いた小説である。高齢者人口が増加するにしたがい、認知症に関する取り組みは重視されていった。平成2年には厚生省（当時）が「ゴールドプラン10カ年戦略」を策定し、これを機会に日本の高齢者の認知症対策が進展した。平成12年4月には介護保険制度と成年後見制度が発足した。制度に伴い認知症ケアも発展してきたが、現状はまだ十分といえないのではないだろうか。認知症ケアにおける体系化の必要性が高まっていると考えられ、認知症の人と家族の暮らしがどのように支えられているのかを検

討する機会は重要である。認知症ケアについては看護者の理解にも、実際のサービスにおいても理想と現実のギャップがあるかもしれない。認知症ケアに取り組む現場の生の声を聞き、認知症の人と家族の暮らしを支えるために私たちに何ができているのか／できていないのかを考えたく本テーマセッションを企画した。

今回は、認知症ケアに取り組む施設ケアと在宅ケアの立場から報告を行った。介護老人福祉施設や介護老人保健施設ではどのような施設ケアが行われているのかを、近藤氏と田中氏が報告した。在宅ケアとして、訪問看護ステーションでは家族や地域を含めどのように関わっているのか、そして老年期認知症のみでなく若年認知症の人へのケアとして就労型デイ活動というモデル事業では何が行われているのかを報告した。

千葉京子

介護老人保健施設の‘現場’から見えてくるもの

近藤佳苗

はじめに

筆者は昨年の夏から、急性期を担う総合病院の看護管理から転じて現施設における看・介護を統括管理する立場となり間もなく1年が経つ。わずかな期間ではあるが、国の医療・福祉行政が推し進めるさまざまな制度矛盾に直面し、結果として認知症（とりわけ健康問題を抱えた）の人々の身の上になんかことが起こっているのか、また看護師が自らの役割をどのように認識する傾向にあるかということを実感することとなったので、その一端を報告する。

1. 当施設の概要と特徴

介護老人保健施設（以下、老健施設という）は介護保険法に基づく開設許可を得た施設であり、その基本的性格は「要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設（中間施設）」とされている。他に介護保険法に基づく「施設サービス」を提供する施設としては、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム：以下、特養）と介護療養型医療施設（介護保険適用の療養病床）がある。中でも特別養護老人ホームは、在宅生活が困難になった方々が入居されるためその基本的性格を「終の棲家」と例えられ、老健施設とは設置基準等でも大きな違いがあるのは周知のとおりである。

老健施設である‘いわやの里’は京都山科の丘陵地帯に位置し、開設後10年余が経過した施設である。通所リハビリ（いわゆるデイケア）の定員25名、入所の定員80名（内10名が短期入所）であり、2つのフロアに40名ずつ分かれて入所されている。入所者の平均年齢85.2歳、平均要介護度3、平均在所日数246.1日である。糖尿病、脳血管・循環器・呼吸器・泌尿器・整形系の疾患など医療ニーズの高い人が増えており、その多くの方に認知症や高次脳機能障害が認められている。

入所部門における主な職員配置は、医師1名（常勤）、介護職員29.6名（施設基準20名）、看護職員8.6名（管理職を含む。施設基準7名）、を2つの業務単位に分けて配属している。（2008年6月現在）。そのほかPT、OT、管理栄養士、相談員、ケアマネージャーなどの専門職も組織横断的に活動しており、利用者・家族を中心にして多職種が協働する‘チーム’となって日常生活ケアを実践しているのが当施設の特徴である。

2. 実践を通して見えてくるもの

1) 「生活（くらし）」のもつ力

老健は「中間施設」としての役割を中心にケアを提供するが、「病院」との決定的な違いは老健が「治療の場」ではなく「生活の場」である、ということである。利用者の方が少しでも‘その人らしく’生活できるよう、日常ケアを担う中心的存在は「介護職」であり、「看護職」は生活ケアを協働しつつも専門的判断を提示する責任を持ち、介護職や他職種が安心して活動できるよう支援する役割を担っている。

そんな中、急性期の治療は終わったという理由で「病院」から入所して来る利用者によく出会う。そうした人々は入所当初、うつろな表情や視線でボンヤリしていることが多いのだが、1週間もすると“魂”が入ったような顔つき、まなざしに変化するという「事実」を幾例も確認してきた。その一人であるUさんのことを簡単に紹介する。

<Aさんのこと>

Aさんは脳梗塞による右上下肢不全麻痺、失語症という診断を受け、嚥下機能低下のため胃瘻造設された状態で、発症から5カ月後に当施設に入所となった。

入所時は声かけにも反応が乏しく傾眠がちで、自力での寝返りも困難であり、尿意・便意もなく常時紙オムツ着用という「全介助」状態であった。食事はもちろん、胃瘻からの注入食で摂取していた。

スタッフ一同で取り組んだことの基本は、「あたりまえの‘生活’の中へ」ということである。それまでベッドに寝たきりだったUさんを、朝はパジャマから自分の普段着に着替えてもらい、モーニングケアのあと車椅子に移乗、胃瘻からのメデイエフ注入も食堂に出て、他の利用者が食事をしている同じ場所で実施していった。Aさんの体力も考慮し、PT、OTの助言も得て適切な車椅子とマットの選定、ポジショニングも工夫して日中の離床時間を徐々に確保していった。離床時には職員からの挨拶や日常会話を積極的に行ったのはいうまでもない。入所から1カ月後には合計2～3時間の離床時間が確保できるようになり、職員の声かけにも徐々に表情が豊かになって、追視や身体を動かす動作などが出てきた。この時期から新たな取り組みとして1日1回トイレに誘導し、2人介助での立位確保と清潔保持に努めて快適な排泄を目指していった。こうした取り組みの結果、入所3カ月後には日中の大半をデイルームで過ごされるようになり、リハビリ体操時や臥床時も自ら身体を動かされる姿が見

られるようになった。また、トイレでの排泄もみられるようになり、入所4カ月後にはオムツ交換から2～3時間ごとのトイレ誘導に変更できた。また、このころから時おり何かに興奮しているような様子がみられ、意思疎通は困難であったが発語が多く出てくるようになった。入所5カ月後には写真のドラ焼きを指差して「これ食べたいなあ」と言われたことを受けて、S.T.や医師による嚥下機能評価をくり返し、管理栄養士の協力も得て介助による経口摂取を少量から開始した。その後、徐々にスプーンを持って自力摂取できるようになり、それに伴って「美味しい」「すっぱい」といった味覚に関する言葉もきかれるようになってきたのであった。

＜Aさんの変化が意味すること＞

Aさんとの関わりの中で、スタッフ一同が実践したことの基本はただ「あたりまえの‘生活’の中へ」ということで、「治療」は何もしていない。Aさんへの温かい関心がわずかな変化を気づかせ、その変化に関する情報をタイムリーに共有して職種を問わず話し合える職場風土がある、ただそれだけのことだが、これはすごいことだ、とあらためて感じている。今の筆者は急性期医療の現場に同様の役割や実践を求めつつも、論ずるつもりもない。ただ、「人」がその残された‘力’（‘残存機能?’）を目覚めさせ、生き活きと発揮していく原動力となるのは‘生活する’ことの中にある」という、事実を伴った強い実感を得ているのみである。筆者は、‘生活すること’すなわち‘その人らしく生きること’に他ならないと、さらに肝に銘じていきたいと考えている。

2) 看護職の役割

施設看護を経験されていない方々は、老健施設における実際の機能と現状をご存知だろうか。筆者は現職に就くまで「否」であった。「いわやの里」を例に述べるならば、人員配置は前述したとおりである。たとえば医師は1人で24時間、365日、80名の利用者を診ているのであり、夜勤の可能な看護職は2つのフロアに計5人しかおらず、夜勤時は1人で80名の利用者の健康問題に対応し、看護職でなければ実施できない「医行為」を実施していく。昼夜を問わず介護職から

報告される利用者の異変（たとえば、熱が出た、転倒した、反応が鈍い、呼吸が荒い、など）に対して、専門職として責任ある‘判断’を明示しなければならないが、観察のために使えるツールは、体温計・血圧計・聴診器・パルスオキシメーター、血糖測定器、があるのみで、あとは自分の五感と看護職として積み上げてきた経験知が頼りである。吸引器はポータブルタイプだし、酸素吸入をするためには酸素ボンベをベッドサイドに運ばなければならない。さらに、介護保険で設置されている老健施設は医療保険の適用がなく、酸素も薬も使った費用は施設からの経費持ち出しになってしまうのである。このような老健施設において看護職としてその役割を果たすためには、看護職者は相当の臨床看護実践能力を備えていなければ務まらなると筆者は考えている。また常に、「看護の基本となるもの」を問いかける‘場’であり、自身の看護観が問われる‘場’ともなっている。

しかし残念ながら、現実には「施設看護は楽だから」「入浴や排泄介助は介護職の仕事で、看護職は診療の補助行為のみが仕事」という意識で採用面接に応募してくる看護職者が多く、日本の看護界における意識の在りようを象徴しているように思えてならないが、いかがであろうか。

おわりに

病院や施設の機能分化が推進され、医療費抑制のために療養病床が大幅に削減されようとしている現在、認知症者の中でも医療ニーズの高い人たちが療養病床からもあふれ、特養にも入れず、老健施設のデイケアや短期入所・長期入所を利用しながらなんとか“在宅生活”を持ちこたえておられるのが、重く逼迫した現実である。

こうした人々や家族が直面している困難と、その処遇がどのようになっているのか、また、それぞれの施設が持つ機能と役割はどんなものなのか、など我々はまず「互いを知ることから」始めなければならない。専門性の強調だけでなく、「有能なゼネラリスト」が‘今’必要だと考える。

センター方式を活用した認知症高齢者と家族との関わり

田中涼子

はじめに

当施設ももやまは、平成12年9月に開設した高齢者福祉総合施設で、特養（特別養護老人ホーム）80名、

ショートステイ20名の利用者が生活されている。同じ建物内では、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業所、児童館などがそれぞれの事業を展開してい

る。その他のサテライト事業としては、認知症専門のデイサービス、小規模多機能居宅介護事業、グループホームなどがあり、それぞれの特性を生かした活動を展開している。

ももやまの理念には、「①ももやまで、ひとり暮らしでも安心な地域に、②ももやまは、ホームを新しい住居（住まい）に③ももやまをすべての世代の広場に」の3つがあり、各事業所の職員は、それらを実践の場に繋げるように日々努力している。

1. 京都市認知症介護実践研修での取り組み

今回は、特養での認知症高齢者と職員および家族との関わりについて、センター方式を活用した実践例を紹介し、職員と利用者、職員と家族、職員同士の関係性の変化について報告する。

京都市では認知症介護実践研修（実践者研修・実践リーダー研修）を毎年開催しており、当施設でも多くの職員が受講している。認知症介護実践者研修のカリキュラムの中には、2週間の自施設実習ということで、センター方式を使い、一人の利用者に深く関わるという課題があるが、当施設の介護職員も気になるひとりの利用者を決め、実習に取り組んだ。2週間という限られた時間の中で、実習対象者となっていたいただくための同意をご家族にお願いして、センター方式を使用して情報収集およびケアプラン作成を行うのである。情報収集は研修受講中の職員ひとりが行うのではなく、同じユニットの職員に声をかけてできるだけ多くの職員が共通の用紙に書き込んでいくようにした。

2. センター方式を活用した担当利用者との関わり

担当利用者は大正〇年生まれのアルツハイマー型認知症と診断された女性（以下、Aさん）だが、入所当初より、他利用者や職員との関係性が十分にとれず、とくに職員に対しては攻撃的な言動や表情でしか関わりを持つことができないという状況であった。入所前の老人保健施設からの看護・介護サマリーによると「介護への抵抗がある」と書いてあるが、「介護への抵抗」とは「本人にとって何か理由があるのではないだろうか」とか、「なぜ、介護に抵抗があるのだろうか」などの疑問から、少しでも、Aさん自身の気持ちの安定を図りたいという思いで、家族の了解も得てセンター方式のシートを使っての情報収集に取り組んだ。

センター方式のシートは16枚あり、その人の生活史や1日の生活の仕方、趣味や特技、できること・できないことなどを含めて、その人の全体像が見えてくるような仕組みになっている。つまり、情報収集していく過程で、その人への関心が高くなっていく、その人

への思いが深くなっていくという内容で構成されている。

情報収集の過程においては、キーパーソンであるお嫁さんを交えて、Aさんと研修受講生である担当職員1名の3人で面談の場を設定した。2週間で3回ほど話を伺う場面を持ったが、お嫁さんがAさんと同居していたところに、Aさんが孫の面倒をみてくれてとても助かっていたとか、Aさんが若いころに大変な苦勞をされたことなどを語ってくださり、お嫁さんのAさんに対する感謝の気持ちが感じとれた。また、お嫁さんがAさんをととても愛おしいと思われているということに出会う機会ともなった。Aさんがお嫁さんと同居しているときは、お嫁さんにつらい思いをさせたこともあったようだが、Aさんについて語る話の中では、Aさんのことを懐かしげにふり返っておられるようだった。

3人の面談の場面で、Aさんは、お嫁さんの話を傍でニコニコとした表情で聞いておられた。険しい表情が多いAさんだが、日頃とは全く違う姿に職員も驚くとともに、今まで知らなかったAさんのお人柄を知る機会となった。「Aさんは恐い人」「Aさんは介護への抵抗がある人」という一面的な見方ではなく、認知症になって、周りのことへの理解力が低下したために、自分の周囲で何が起きているのか分からなくなって「介護への抵抗」という状況が出てきているのだということが分かってきた。

3. お嫁さんの変化

この情報収集の過程で大きな効果があったのは、お嫁さんがAさんのことを語る中でお嫁さん自身も変化されたことである。在宅でAさんと同居されていたころはお嫁さんも苦勞されていたようだが、「義母が元気がだったころには、自分自身も助けてもらった」ことを面談の中で思い出され、それを言語化されたのが、Aさんに対して別の見方ができるようになったと思われる。

また、Aさん自身は、お嫁さんが自分を大切に思ってくれているという話を傍で聞きながら、優しい気持ちになっていかれて、その結果、穏やかな表情になっていったのだろう。

介護を主として担っておられる家族の方は、精神的な余裕がなくなりがちだが、第三者としての職員が間に入り、場面を共有することにより、相手との間に一定の距離をおいて考えるゆとりが出てくるのではないだろうか。

センター方式のシートは利用者その人の生活の質を保証してだけでなく、家族の気持ちの安定にもつ

ながるのだということを実感した。介護者としての辛い思いだけでなく、その人の生活史を辿る過程で、長い人生を過ごしてきた人という見方に立つことができるということを確認した。

センター方式のシートを使って情報収集していく過程は、時間がかかり大変な「作業」であるが、その場面ひとつひとつがとても大切な時間となっていること、また、家族とともに取り組むということの大切さに改めて気づかされた。

4. スタッフの対応とAさんの変化

その後、センター方式のシートに集められた情報を基に、ユニットのスタッフ全員で情報の共有を行うカンファレンスを開き、Aさんに対してできるだけ笑顔で接するように周知した。それまでは、どうしても恐るおそるAさんのケアをすとか、びくびくした気持ちが先に立って、Aさんへの積極的な関わりを避ける傾向にあったようだが、Aさんのお元気だったころの人柄やご苦労されてこられた生活史を知り、Aさんへの愛おしいという思いがそれまで以上に強くなったよ

うだ。

その結果、Aさんは、徐々にではあるが、表情が柔和になっていった。Aさんの表情が柔らかくなると、関わるスタッフの気持ちも安定してくる。正しく、お互いの気持ちが相乗効果となり、Aさんはその人なりの穏やかな日々を過ごされるようになって今に至っている。

おわりに

認知症ケアでは、その人を知るための情報収集がいかに重要かということを確認した。センター方式というシートを活用した情報収集では、その人の全体像を知る手がかりになったり、生活史を知ることの大切さなども改めて実感した。また、今回の事例を通して、家族と共に情報を共有することの大切さや関わる側の意識的な対応の大切さを改めて知ることとなった。

これからも、認知症を抱える方が、できるだけその人らしく、穏やかに暮らしていただけるようなケアを模索し続けていきたい。

認知症高齢者とその家族を地域の中でどう支えるか

高橋光子

はじめに

認知症をもつ人の地域での生活を支えるために、家族・地域住民と、社会資源である介護保険サービス等との協働が理想的である。しかし、A氏(80歳代、女性)は、退院時に設定されたこれらの介入を拒否し、週末に帰宅する長女を頼りに平日は独居していた。唯一、膀胱留置カテーテルの管理のために受け入れたのが訪問看護だった。A氏は、その後認知症が緩やかに進行しつつも、大きなトラブル(火災・身体に障害の残る事故など)をおこすことなく生活することができた。A氏とその家族、地域住民との調整役となり、7年間A氏の生活を支えた訪問看護が果たした役割について考える。

なお、以下の状況は、個人が特定されないよう情報の一部を改変している。

1. 本人への関わり

訪問看護の関わりは、A氏・長女が希望する在宅療養が継続できることを目標に、次の2点に重点が置かれていた。

1点目は生活環境(物理的・社会的・ケア環境)の変化を最小限にとどめることである。具体的には、物

理的環境として、使い慣れたガスレンジや炊飯器が壊れた際A氏がパニックを起こさないよう、できるだけ同型・同色の物を業者に依頼しその日のうちに届けてもらった。さらに、使い方が習得できるまで、長女が訪問看護師と一緒にいった。社会的環境は、実際にはA氏が兄弟以外との付き合いを拒否していたため、ほとんど変化がなかった。ケア環境は、いつもの看護師がいつもの時間に行き対応することで、馴染みの関係ができ、A氏が安心するようだった。

2点目は、残存能力を知って活かすことである。これにも以下の3点のポイントがあった。

①A氏の人格を形成した成育歴から、習慣となっていることを知ること。裕福な呉服問屋の娘として、掃除・洗濯などきちんと躰けられたことをプライドとしていた。また、幼少の頃、近家から出火し、実家も全焼した。大人達が必死に消火する様子を記憶しており、火への恐怖心があった。このため、ガスの元栓はきちんと閉め、温風ヒーターのプラグは、未使用時必ずコンセントから抜かれていた。どちらも、訪問看護の終了前年には実行困難になっていたが、プライドを刺激する等の関わり方で、その時々、掃除や着替え、洗濯などの手続き記憶がよみがえった。

②できることできないことの判断を行い、できることは見守ること。できることは、毎朝の目玉焼き作り、いつも訪問している看護師の名札顔のおぼろげな照合、限られた場所、目的地に行き帰って来ること、トイレでの毎日の排便、採尿袋の尿をトイレに捨てること等であった。できないことは次の段階として考えた。

③看護師が介入することしないことの判断・対処方法を考えること（表1）。

2. 家族（長女）への関わり

長女は当初、A氏の認知症を認めなかった。しかし、毎週末帰宅する際A氏が、いつもの電車の時刻が分からず、朝からずっと駅で待つようになった。カレンダーに色分けを勧めてしばらくは有効だったが、次第に連日遅くまで駅で待つようになったことから、認知症があり徐々に進んでいることを認識した。その後甘える対象だったA氏に対して庇護的に関わるようになった。どのようにA氏をみていきたいか訪問看護師と話し合いを持った。長女の基本姿勢として、A氏は自宅を離れてよその施設に行ったら、環境に順応できずに死んでしまう。自宅で今の生活を続け、何かあったら長女が全責任をとる、というものだった。長女は以下の5点について訪問看護を好評価していた。①A氏が一応受け入れていること。②膀胱留置カテーテルのトラブル時の対応など、遠隔地にいながら、電話連絡で動きとりあえざるの対処をしてくれて便利なこと。③留守中のA氏の生活の状態が看護記録などを通してよく分かること。④長女が帰宅時に、何をすればその後のA氏の生活が安定するのか（衣替えを促す、足りない物品の購入依頼等）具体的に提案されるので、分かりやすく動きやすいこと。⑤困ったことや要望を相談できること。しかし、A氏に不利になることを避け

るために、納得できないことに対しては猛烈な抗議や事実確認の電話が来ることもあった。

3. 地域への関わり

A氏の火の不始末で火災になることが、地域住民の最大の心配ごとであったが、長女は地域住民の介入を拒否しており、話を聞いてもらえなかった。認知症の程度の問い合わせがあったが、個人情報であり、長女はA氏の状態を伝えることを許可しなかった。さらに長女は東京の自宅に電話や携帯電話を持たなかったため、地域住民から直接連絡をとることができなかった。そのため、必然的に訪問看護が両者の間に入り、窓口役になった。A氏と長女が望むと望まざるとにかかわらず、地域住民は独居時のA氏の生活に注意を払い、手助けをしてくれており、立ち入れないところは訪問看護に連絡がきた。それらは、訪問看護からその都度長女に伝えて対応した。しかし、火の不始末でフライパンを焦がし、煙が外まで流出して大騒ぎになったため、地域住民と長女の話し合いが持たれた。地域住民にとって火災は、あらゆる財産をなくす脅威である。今まで避けていた直接交渉による解決を決意させるほどの重大問題であった。しかし、話し合いは両者の言い合いに終止し、ますます溝が深まり、長女の態度がさらに硬化した。両者の調整役を自負していた訪問看護だったが、事前に知らされず後日長女と民生委員それぞれから連絡をもらったとき、調整力不足を痛感した。その数カ月後、長女の突然の死亡により、親戚の判断でA氏は施設入所となり、訪問看護が終了したため、地域住民とA氏・長女の間を改善することはできなかった。

おわりに

この事例のふり返りから、訪問看護師は、A氏の生

表1. 介入すること、しないことの判断・対処方法

	理由	起きた事象	対処方法
介入する	大きな支障はないが自力で解決できない	衣替え・肌着の交換・ストーブの給油等ができない	長女に依頼・訪問時誘導して交換・給油する
	パニックに陥り、生活に重大な支障をきたす	水道・トイレの凍結、温泉の詰まり、ガスコンロの破損	温泉をかけて解かす・同型・同色の物を取り寄せる
	在宅生活が継続できなくなる危険がある	フライパンを焦がし煙が流出、地域住民から苦情あり	長女にお総菜購入依頼・一人で調理しない習慣化
介入しない	周囲の不安ある。本人は落ち着いており、解決できる	毎夜、長女を駅に迎えに行く	長女から依頼があると所在確認する
	パニックに陥っているが、次回訪問までに解決している	時計・指輪・鍵・サイフの置き忘れ	話を聞き落ちつくまで待つ A氏自身が探し出す

活環境の変化を最小限にとどめ、比較的安定した精神状態で過ごすことができるように努めたこと、またA氏の残存能力を知り、A氏に合った刺激をすることで、その時々ではあるが無理なく手続き記憶がよみがえったこと、さらに、長女との関わりの中から、本人にあった生活環境の整え方、対応の仕方を長女に伝えたことにより、より良い環境下でA氏が生活できたこと等に役割を果たしたと考える。さらに、A氏を今後どうみていきたいかを話し合い、長女の基本姿勢が決定したことで訪問看護師の介入の判断にも安心感が与えられた。言い換えれば、家族看護における、A氏および長女のセルフケア機能を回復させる役割を果たすことができたといえる。踏み込めなかったのは、地域住民と長女の関係である。なぜ地域住民を拒否し続けるのか、その理由は、両者の関係改善のために重要であった。その上で、留守の間地域住民がA氏をさまざま形で支えてくれている現実を伝え、理解を得るべきであった。そして長女が地域に協力を求め、地域を

受け入れる社会性の習得まで至ることができるよう関わる必要があった。この事例では地域住民を拒否したことのできる閉鎖空間に守られて、生活環境の変化が少なかったようにも思える。しかし、拒否という消極的な形で生活環境を守るのではなく、話し合い共通理解し合った上で、積極的な形で距離をおくことは可能である。それにより、何か起きたときにはさらに大きな協力を得ることもできる。この事例を基に、さらに認知症を持つ人の理解を深め、家族・地域住民とともに、生活を支えるとはどういうことかをさらに深く考えていきたい。

文 献

- 中島紀恵子・太田喜久子・奥野茂代ほか編(2007). 認知症高齢者の看護. p.81, 東京, 医歯薬出版.
- 鈴木和子・渡辺裕子(2005). 家族看護学—理論と実践(第2版). p.250, 東京, 日本看護協会出版会.

モデル事業「若年認知症包括支援センター」の動き —就労型デイ活動にふれて—

千葉京子

はじめに

モデル事業「若年認知症包括支援センター」とは、平成19年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康推進等事業分)の補助金を得て実施した研究事業(代表 宮永和夫)である。事業実施目的は、若年認知症の本人の意思と残存能力を生かしながら、継続的な社会生活を営むための支援連携拠点モデル事業を「就労型社会参加モデル」として試行するものである。本事業により、若年認知症者の就労活動開発と地域の受け皿作りがなされ、本人の長期的な生活機能の維持、地域・社会資源の活性化、地域における認知症理解・自立支援への対応普及と啓発を期待するものである。

事業内容は多岐にわたり計画された。1) 就労型デイ活動、2) 職業活動/委託業務の開拓・契約に関する地域の公的機関/事業者との連携活動、3) 生活自立・交流デイ活動、4) 本人への生活相談、5) 家族への対応指導・相談・相互情報交流活動、6) 各種制度窓口機関との連携・連絡活動、7) 地元住民への養成講座、である。

1. 就労型デイ活動とは

経済活動をともなう従来の就労という形にとらわれ

ず当事者主体の社会参加モデルの拠点とする。当事者自らの能力を維持しながら新たな仕事の場を見いだし、再出発につなげるような活動を行う。

2. 参加者

本活動の説明を受け、参加を希望した若年認知症者6名、全員男性である。年齢は50~60歳代、退職あるいは休職中である。診断名はアルツハイマー型若年認知症と前頭側頭葉型若年認知症である。

3. 1日の活動内容

2007年度は3回/週、活動時間は10~15時である。妻と同伴で出勤する方もいれば、一人で来る方もいる。タイムカードに出勤時刻を打刻した後は、コーヒーを飲みながら一息入れ、メンバーが揃うのを待つ。揃ったところで、ミーティングが開始される。一日の活動内容の大筋はスタッフから説明される。活動内容は個人活動と集団活動で構成され、個人活動は参加者が主体となって決定する。活動内容はスケジュールとしてホワイトボードに本人らが記述する。具体的には生花や写真を見本とした写生、アンデルセン工芸や木工細工の作成や写本などを行っている。作成した絵や撮影した写真を用いて絵はがきやカレンダーの作

成も行っている。これらは、本人の趣味活動や仕事内容を参考に何に取り組むかを検討しつつ作り上げた成果であり、活動の主体が本人となることを重視している。集団活動は、行政から委託されたセンター周辺の地域美化活動やセンター事業に賛同する企業からの仕事（折り込み発送等）や地域との交流、さらには就労に向けて企業見学にも取り組んでいる。活動終了時は、一日をふり返って各自が活動報告書を記録する。タイムカードに退勤時刻を打刻して帰宅となる。

4. 就労型デイ活動におけるルールと作業原則

就労型デイ活動でのルールは、①社会参加をしていくための仕事の場所、②みんなで仕事を行い、他の人を助ける、③自分だけで頑張らずに、みんなに相談する、である。

仕事を実施していくうえでは、認知症で生じる遂行機能障害があるため、次の作業原則に則って実施している。準備から作業であること、いち動作の原則、手本の提示・自分で確認、小さな目標・できたら次へ（比留間・岩川、2008）である。

5. 就労型デイ活動における相互作用

今回は、就労型デイ活動に参加した中での若年認知症本人と対スタッフおよび参加者同士の相互作用について述べる。

活動開始初期のころは、緊張段階と思われた。他者への気遣い、すれ違い、自己決定の回避や集中力の低下が見受けられる人もいた。

活動開始2カ月目ころから、自己の能力再確認段階

と思われた。ユーモアも発言され、他者への関心や作業への集中もみられてきた。誰に会い、何をし、何を食べたか等日々のことを記録している手帳をスタッフに開示するという行動もみられてきた。自己決定の機会も増えてきたのがこのころである。

活動開始4カ月目ころから、積極的交流の段階と思われる。挨拶が多くなり、ユーモアに磨きがかかってきた。他者の会話に関心をもち、会話に参加するようになった。また、新たなスキルの獲得も行い、パソコンを使っていなかった人がパソコンに関心を示し自らの作品を作成するようになっていった。

ま と め

壮年期の若年認知症者は、症状の理解を得るためにサポーター養成講座に出向き、自分たちが何を求めているかを明確に伝えることもできるし、ユーモアに溢れている。そして自らの力を活用して就労という形での社会参加を望んでいる。就労による社会参加は、生活の再建・維持につながり、症状の悪化防止も期待できる面がある。若年認知症者のもつ能力を生かし社会参加を増やすには、社会参加支援を積極的に取り組むことが求められている。

文 献

比留間ちづ子・岩川清子（2008）. 若年認知症の社会参加就労支援「ジョイント」の活動からみえたもの. 若年認知症の社会参加就労支援報告会資料. 2008年7月19日.