

介護支援専門員の立場から考える 認知症の人への支援

HAO株式会社 大嶋

大嶋 康代

O s h i m a

Y a s u y o

資格

- ✓ 愛知県認知症介護指導
- ✓ 認知症キャラバンメイト
- ✓ 主任介護支援専門員



経歴

学校卒業後、名古屋市、一宮市で幼稚園教諭として働く

一宮市に嫁いだ後、内科医院で受付から請求、認知症クリニックの立ち上げ相談業務 調剤まで多岐にわたる業務を経験する。

介護事業では、特別養護老人ホーム、訪問介護、グループホームの現場職員から管理者、統括業務

ケアマネジャーでの活躍の中で、主任ケアマネ・指導者や認知症介護指導者の道を歩み、今なお成長中です。

支援のモットー

～心にとめていること～

- 認知症を患っている方は、自分で思っていることを伝えたり、実行できない方が多く、本人はとても困って辛い思いをされている。
- 介護だけでなく、専門の医師等、医療と連携していくことが重要。
- 住みなれている地域の中でフォーマル・インフォーマルを問わず、
 - ・ その方にとっての適切な支援・助け合いをしていく
 - ・ その方の気持ちを考え、その方らしく生活できるようにする

事例① 認知症の専門医との連携事例

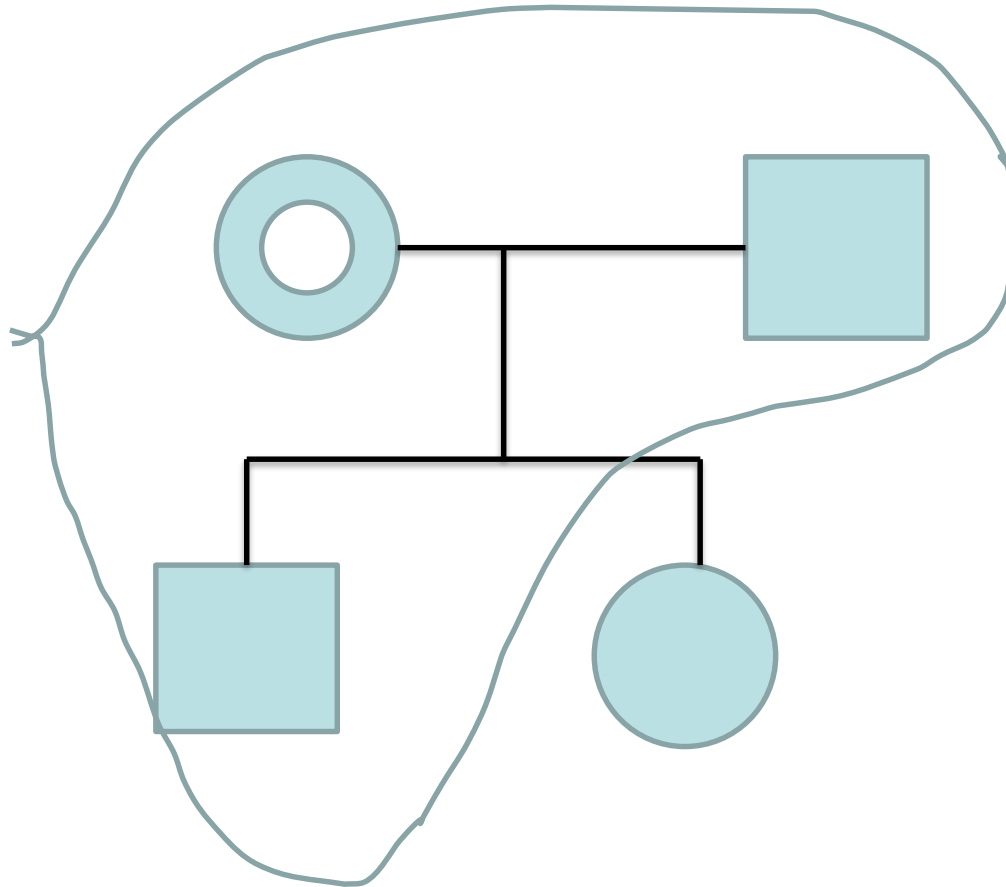
<事例概要>

○Aさん 女性 70代後半 要介護1

- ・ 病名：アルツハイマー型認知症
- ・ 夫と同郷で結婚し愛知県に住む
- ・ 主婦・縫製の仕事をしていた
- ・ 夫と息子の3人暮らし（主介護者は夫）

- ・ 1年前に外出すると帰ってこれないことがあった。
- ・ 夫の不在時には警察に1度保護されたこともあった。
⇒近隣との関係がよく、自宅に連れてきてもらったり近所で保護してもらっていた。

エコマップ



Aさんの状態

① 認知症の疾患の特徴（認知症のステージ・進行過程）

：各ステージのBPSD、薬物療法と非薬物療法に関して

○短期記憶曖昧 幻視（特に夜中） 物の見当識

② その方の症状と生活障害

○料理が作れない 排泄の失敗 独り言多い 歩行ふらつき
急に大声を出す

③ 生活歴・一日の生活の流れ

○夫に使える良き主婦 縫製の仕事をしていた
昼間寝て夜起きていることがしばしばある

事例① 認知症の専門医との連携事例

今までの状況（時系列）

3年前

- ・物忘れ勘違い 悪い夢を見ることが多くなる

1年前

- ・一人で外出すると自宅に戻れなくなる



5月 ケアマネジメント開始

- ・介護保険を利用 週3回デイサービス利用
(短期記憶障害・時、物の見当識 歩行ふらつく)
- ・認知症専門医受診→アルツハイマー型認知症と診断
(アリセプト処方5mmに増量すると傾眠強く、夫はそのまま飲ませ
なかった)

事例① 認知症の専門医との連携事例

今までの状況（時系列）



8月

- ・ 幻覚出現 特に夜中が多い

9月

- ・ 幻覚がさらに悪化 夫・長男も疲れ限界

⇒ 包括・家族・サービス事業所及び関係者と話し合う

- ・ もしかして違うタイプの認知症？
介護者が違う医療機関に受診を望んだ！

※ 違う専門医受診へ

事例① 認知症の専門医との連携事例

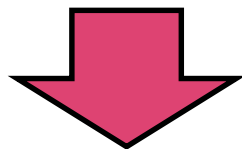
⇒専門医（主治医）と連携を図る→カンファレンスの内容

- 生活の中での困りごとを一番よく知っている人が主治医に書面により伝達。（夫・長男・DS職員）
- 書面には、優先順位をつけた上で、いつからか、どのくらいかも（例：週何回等）記入。
- 主治医に何を求めるか？
※今回の事例の場合は
 - ①今の症状の改善と治療
 - ②何かあったときの相談指導

事例① 認知症の専門医との連携事例

○専門医の治療について

家族と一緒に受診同行（主治医）



- ・ レビー小体型認知症の診断
- ・ 1週間ごとの薬調整の受診
- ・ 何かあったとき電話での相談

専門医へ受診する際の注意点

- 主治医が正しい診断ができるよう客観的に情報を伝えることが必要（Aさんの場合主治医に正しく情報が伝わってなかったのではないか）
- どうなると生活（QOL）が改善するのか？を考える
（Aさんの場合は介護者目線での情報提供。本人がおとなしくしている事が良いと考えていた）
- その人と家族をよく知ることが必要
（医者がAさんや家族を知らないでいたのではないか）

① 認知症の疾患の特徴（認知症のステージ・進行過程）

：各ステージのBPSD、薬物療法と非薬物療法に関して

- ・ レビー小体型認知症の診断 薬の調整 活動性が上がる

② その方の症状と生活障害

- ・ 幻覚の減少 歩行のふらつきの軽減

③ 生活歴・一日の生活の流れ

- ・ 夜間安眠 日中の活動性が上がる

BPSDが減少し夫に余裕ができて…

その方の価値・今までの役割・こだわり

- ・夫と一緒に夕食を作る（主婦としての役割） 自信回復

好きな事 やりたいこと

- ・縫い仕事 編み物をするようになる

笑顔が増えて夫の世話を焼くようになる

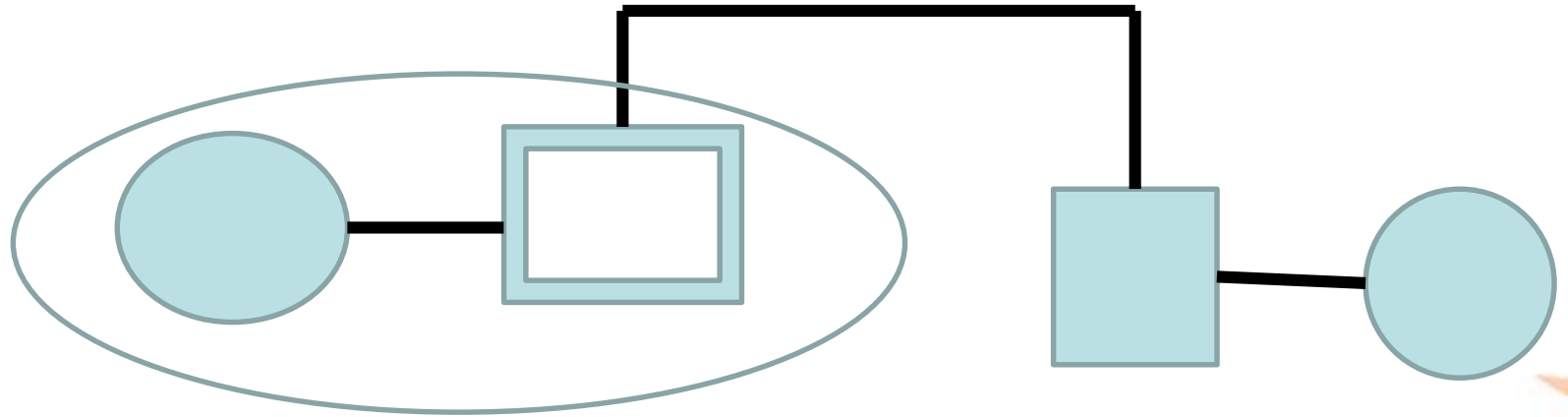
事例② 地域人々に支えられて生活を送っている事例

<事例概要>

○Kさん 80代前半 男性

- ・ 病名：アルツハイマー型認知症 慢性心不全
- ・ 妻（アルツハイマー型認知症）と二人暮らし
- ・ 公団住宅の3階住んでいる
- ・ 地域のご意見番であった 絵を描く 本が好き
- ・ 夫婦とも短期記憶が曖昧
（ごみ捨て忘れる、同じものばかり購入）
- ・ 歩行ふらつきあり、訪問詐欺にあう
- ・ 訪問介護を毎夕利用

エコマップ



Aさんの状態

① 認知症の疾患の特徴（認知症のステージ・進行過程）

：各ステージのBPSD、薬物療法と非薬物療法に関して

- ・ 短期記憶曖昧 時の見当識 判断力低下 認知症の薬なし

② その方の症状と生活障害

- ・ ゴミ出しを忘れる 訪問詐欺にあう

③ 生活歴・一日の生活の流れ

- ・ 会社の役職 退職後地域の人の相談役をしていた
昼夜逆転 横になってばかりいる

事例②

今までの状況（時系列）

- 1年前
物忘れ勘違いが多くなる 話は好き



半年前

公団の行事にも出てこなくなる 訪問すると話はする
訪問詐欺にあう

- 地域での活動が途切れていた！

ケアマネジメント開始

“ストリングス”を引き出す支援



キーワードは

- 地域でどのように暮らしていたか 暮らしていけるかに目を向ける
- 生活をより豊かにしていくための支援
- 「できること」「したいこと」「好きな事」に着目し本人の持っている能力や意欲を引き出す

事例② 地域で支えられて生活を送っている事例



○包括職員・関係者と相談

この方の“ストリングス”（強み）は？
本人のやりたいことは？



地域の人と仲が良い 絵を描くことが好き 本が好き

協力者及び協力できる人に声をかける！

掃除食事作りは訪問介護でサポート

事例② 地域で支えられて生活を送っている事例



○地域住人に対する働きかけ

- 地域の民生委員や公団の組長に見守り強化の声掛け（包括）
- 公団の行事には声掛け 毎週の寄り合い（組長・下の住人）
- 認知症の理解の勉強会・冊子の配布（包括・ケアマネ）
- 公団の同じ階の人がごみ捨て時の声をかけ（上の住人）
- 下の階の人は週2から3回訪問（ケアマネ声掛け）
- 買い物先に妻が必ず買うものを用意してもらう（ケアマネ）
- 専門医の受診（包括・ケアマネ同行）

事例② 地域で支えられて生活を送っている事例



○やりたいことに目を向けて

- 本屋に行くことができる（受診後に介護タクシー）
- デイサービスで本人が描いた絵の展覧会実施（DS職員）
- 絵画展に行く（ケアマネ 介護タクシーチケット）
- 好きなうなぎ屋に行く（弟夫婦） 等

事例② 地域で支えられて生活を送っている事例



⇒ どうなったか

- ・ 見守りの強化ができ 本人が安心して生活を送れるように。
- ・ 地域の人との会話が增え、本人の他者交流につながり生き生きと生活される。
- ・ 好きな事ができるようになった。

本人談：

「人と話をしていると自分もまだまだ頑張らないかなあと思うわ（笑顔）」

① 認知症の疾患の特徴（認知症のステージ・進行過程）

：各ステージのBPSD、薬物療法と非薬物療法に関して

- ・アルツハイマー型認知症の診断 薬物治療開始

② その方の症状と生活障害

- ・笑顔が増え 散歩に出かける（杖使用により歩行安定）

訪問介護で掃除食事の支援 出来事ノートの活用

③ 生活歴・一日の生活の流れ

- ・読書 絵を描く 地域の方々との交流

まとめ（介護事業所の皆様に伝えたい事



- ・ 認知症の専門医と連携を図る
- ・ 認知症の疾患の特徴（病気の特徴・ステージ）を知る
- ・ ご本人を知る（病気・生活歴・その人らしさ）
- ・ ご本人の“ストリングス”を引き出す
- ・ タイムリーの情報共有（関わる人すべて）
- ・ 家族支援・家族の気持ちを考える（家族視点）
- ・ 地域での居場所づくり
- ・ この先の見立て（将来を想像し進まない工夫）

御清聴ありがとうございました。

HAO
reliance

