



認知症になっても 理髪店で働きたい



綾部市役所 高齢者支援課
梅原 奈緒



綾部市について

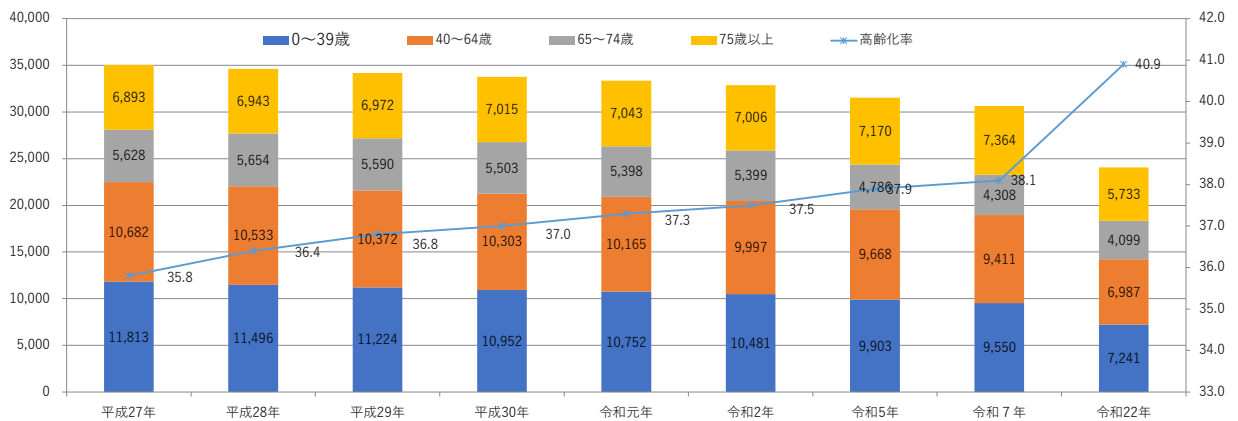
- 京都府中央北寄りに位置する
田園都市
- 人口
32,154人 (R4年5月)
- 高齢化率
37.9% (R4年5月)





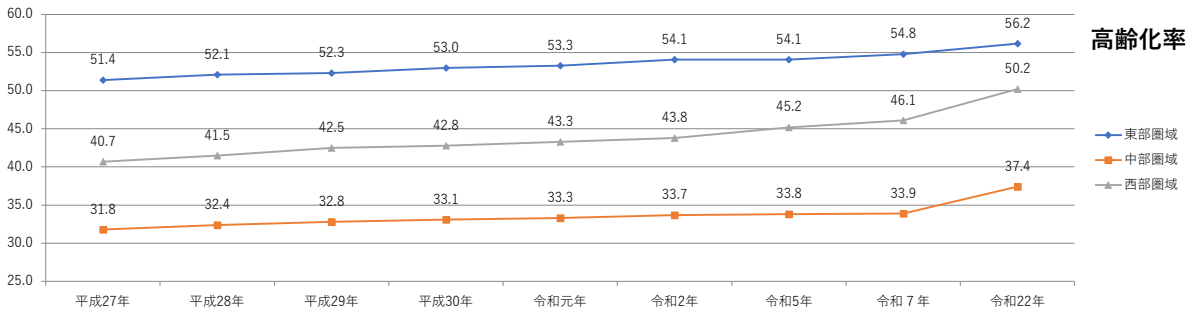
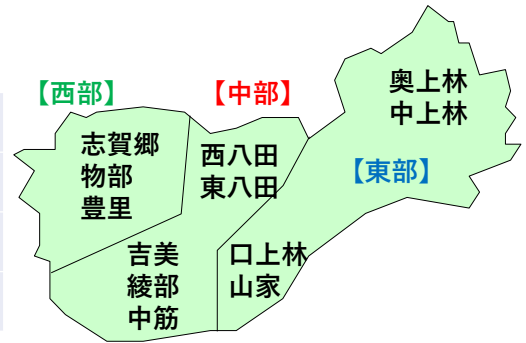
綾部市の将来人口と高齢化率

- 高齢者は平成28年度の12,597人をピークに減少傾向。
- 令和22年度には、9,832人まで減少する見込み。高齢化率40.9%



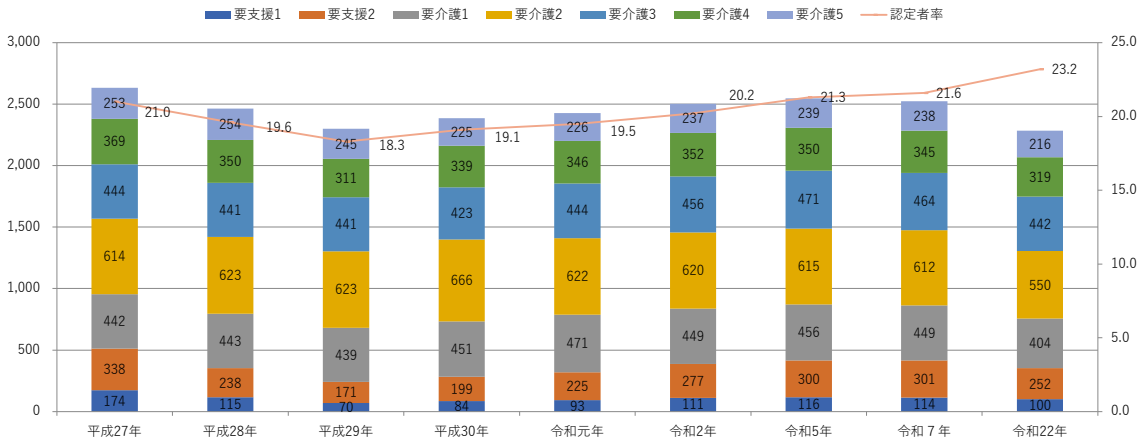
圏域ごとの高齢化率

圏域名	中学校区
東部圏域	奥上林、中上林、口上林、山家
中部圏域	東八田、西八田、吉美、綾部、中筋
西部圏域	豊里、物部、志賀郷



認定者数と認定率

- 認定者数は増加傾向と見込んでおり、令和5年には2,547人。
- 令和22年度の認定率は、23.2%



綾部市の認知症初期集中支援チーム

- 平成28年から事業実施。
- 愛称「あがりと」（綾部の方言で「座敷の上り口」の意味）
- チーム員

職種	人数
認知症サポート医	5名
認知症看護認定看護師	1名
作業療法士	1名
介護福祉士（リンクワーカー）	2名

- 現在新型コロナの影響により、チーム員の訪問活動に制限があるため、市事務局（保健師、社会福祉士）が代行訪問を実施。
- 1回/月のチーム員会議（オンライン）でのケース検討にて、専門職より助言を受けている。



認知症になっても理髪店を続けたい

<対象者情報>

- A氏 80歳代前半 男性
- 認知症自立度：II b
- 既往歴：高血圧、糖尿病
- 診断名：アルツハイマー型認知症
- 家族構成：妻と二人暮らし
近隣に娘夫婦在住



<生活歴>

- 高校卒業後に理容師免許を取得し、他県に理髪店を夫婦で開業。
- 週末は綾部市内、平日は理髪店のある他県で過ごす生活スタイル。
- 出勤は妻が運転をしていたが、妻が半年前に入院。
- その頃よりA氏のもの忘れが目立つようになり、アルツハイマー型認知症と診断された。
アリセプト 3mg 処方開始。
- 認知症が分かった後も、一人で自宅と職場を行き来している。

娘からの相談内容

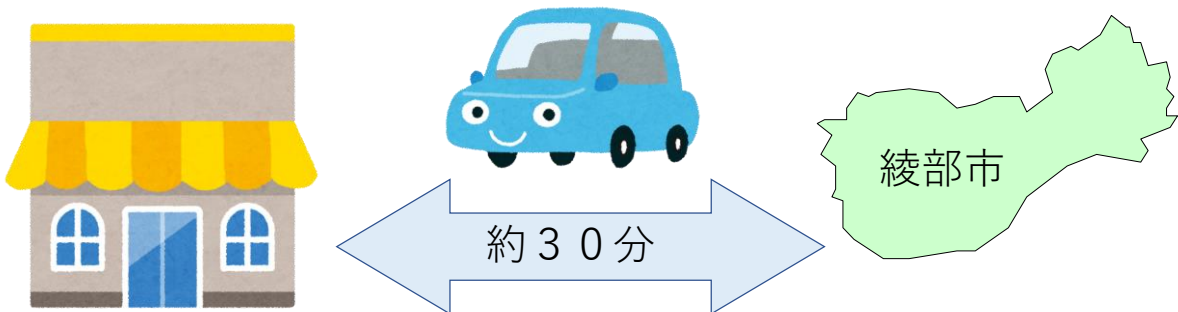
1. 薬の自己管理ができていない。
2. 理髪店のある他県に頻繁に泊っているので、生活状況が把握できない。
3. 仕事を引退し、生活習慣を立て直してほしい。
4. でも、仕事を引退すると認知症が進行するのではないかと不安。



地域包括支援センターに上記相談があり、包括からあがりへと相談依頼。

実際の支援

- 認知症リンクワーカー、認知症看護認定看護師のペアで対応。
- 実際にA氏が働いている理髪店へ訪問する中で、A氏の生活状況や思いを確認した。



初回面談シート

	16～19歳	19歳	22歳	32歳	50歳	66歳頃	70歳頃	77歳	80歳	現在					
生活史	隣市で出生	市外高校進学	近隣市で理容室開店	結婚 長女誕生	市内に住む	高血圧・糖尿病・心房細動		妻が右股関節手術		もの忘れが悪化					
	5人兄弟	姉3人兄2人	理容学校	妻と理容室を営む		妻の右股関節の痛み	A医院受診	B病院精神科		認知機能検査					
	現在は姉2人隣居	親戚宅から通学	妻の運転で理髪店へ通う		店が休みの日だけ自宅へ帰る		内服治療拒否			アルツハイマー型					
	中学卒まで隣市	理容師免許取得		長女結婚	長女離婚(孫2人)		A医院 内服開始			アリセプト服用					
心身の状態	*今の身体や精神的なことでお困りのことがあれば教えてください					*今の生活や今後について、今のお気持ちを教えてください。									
	<p>【身体機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> 睡眠状態：夜間頻尿で数回起床。理髪店の客がいない間に昼寝をしているため睡眠不足ではない。朝も早く起床できる。 栄養状態：糖尿病（A医院）好きな物を食べたり飲んだりしている。夕食はご飯・ステーキ・野菜・ビール・ウイスキー・焼酎等。 聴覚：難聴とのことだが通常の会話ではあまり支障を感じない。電話での会話は聞き取りにくそう。 <p>【精神機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> 妻の入院、手術をきっかけにもの忘れが目立ち始める（以前は夫婦で日常生活が完結していたため周囲が気づかなかったのかもかもしれない） 					<p>活動（起床から就寝まで）</p> <ul style="list-style-type: none"> *身の回りのこと、コミュニケーション、対人関係、家事や仕事など日常の生活はいかがですか、お困りのこと、援助が必要なことがあれば教えてください 【ADL】全般的に自立 【IADL】 <ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理：一包化し滞在日数分を長女が準備し理髪店へ持参。カレンダーに貼りつけ見やすい場所に置く。確認すると残薬があり飲み忘れあり。 ・料理：自分で好きな物を料理して食べる。隣町での家事は自分で行うが、できているかは確認できず ・電話・メールの利用：電話に出ることはできる。慣れた相手に電話できる（家族・電気屋さん・タクシー）難聴で電話の声は聞き取りにくい。 ・買い物：同じ店で同じ物（食材）を買う。違う物を頼まれると自信がなく不安そう。 ・公共交通機関の利用：タクシーと電車で自宅と理髪店を往復可能。電車は回数券購入している。慣れない場所（受診等）は家族送迎が必要。 ・貴重品の管理：物をなくす事があるのかもかもしれないがごまかしているように感じる。 ・緊急時の対応：家族や親しい人に連絡し対応。自宅で火傷した時は、妻が気づくまで自分からは言い出さなかった。 					<p>個人因子</p> <ul style="list-style-type: none"> *趣味・特技など教えてください ・野球：ピッチャー・センター途中で肩を痛めた。足は自慢やないけど速かった。理容組合でも野球をしていて楽しかった。 ・旅行：日本の隅から隅まで旅行した。北海道が好き。沖縄は暑いし、ジメジメするから嫌い。 ・盆栽：今は30鉢ほどだけ。30年の松がある。よく盆栽展にも行った。今は何にもしていない。 酒を飲む事くらい。仕事が趣味。 ・性格 <ul style="list-style-type: none"> ・客商売で穏やかで社交的ではあるが、プライベートのんびりあいはそれほど広くなく、自分の好むペースを乱されず生活したい 				
	<p>参加</p> <ul style="list-style-type: none"> *日々の生活や社会生活（仕事など）に対して、どのような取り組みをされていますか。 ・外出：自転車で近所のスーパーへ買い物に行っている。 ・人との交流：親しい友人や知人との付き合いはあるが数は少ない。近所の人は深い付き合いはない。 ・地域での役割：現在はなし ・家族との交流：妻の身体が不自由になってからは、買い物等を妻から頼まれる事が増えた。週末は自宅に帰っているが、平日はほとんど隣町（理髪店兼自宅）で過ごすことが増えた。娘は週に数回訪問。孫とは時々交流。 ・仕事(理髪店)：多くはないが現在もなじみの客がある 					<p>生活環境</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談や援助を希望していたらできる人は主にどなたですか <ul style="list-style-type: none"> ・長女、理髪店近くの電気屋さん、妻の妹が市内にいる ・交通機関や公共機関、買い物などの生活環境はいかがですか・最寄駅までタクシーで移動し、電車に乗り理髪店まで移動 ・スーパーまで自転車で数分。 									

アセスメントシート

アセスメント項目	心身機能・構造 (精神機能・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加 (運動・移動能力、セルフケア能力)	個人因子 (性格、生活史、習慣、役割、特技)	環境因子 (用具、環境変化、支援と関係)
生活行為を妨げている因子(弱み)	<ul style="list-style-type: none"> ・短期記憶低下 ・高血圧 ・糖尿病 ・心房細動 ・主治医からは服薬管理、食事管理が不可欠だと言われる 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常会話は可能だが、同じ内容の話を繰り返すことがある ・食事内容に偏りがある ・薬の飲み忘れがあるため、服薬管理が必要 ・電話連絡等、緊急時の対応ができない ・趣味活動への興味が減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・なじみのない人との交流や環境には消極的になる傾向 ・なじみのない場所へは1人で外出できず、道に迷う ・精神的にゆとりがないと、妻への気づきができない ・自分の生活のリズムを崩されることが嫌い 	<ul style="list-style-type: none"> ・娘は仕事を休みづらく、受診の付き添いができない ・長女は他に相談する家族がいない ・妻は退院後で夫に付き添うのは難しい。妻も認知機能面低下ありうつ傾向である ・理髪店は隣町なので、家族が生活状況を把握できない
現状能力(強み)	<ul style="list-style-type: none"> ・記憶障害に対する大きな不安や混乱は見られず精神的に安定 ・なじみの人や場所等はしっかりと記憶できており、手続き記憶残存 ・印象に残った事柄はしっかり覚えていて ・身体的な苦痛等、不調の訴えなし ・転倒歴無し ・上肢、手指機能に問題無し 	<ul style="list-style-type: none"> ・自転車に乗って外出できる ・なじみの場所へなら、公共交通機関を利用して外出できる ・型にはまった生活リズムなら1人で行動できる ・なじみの店で決まった買い物をして簡単な調理は可能 ・なじみの人への電話連絡はできる ・理髪店の掃除や整理整頓されている 	<ul style="list-style-type: none"> ・性格は明るく穏やか、社交的 ・理容師として仕事できている ・なじみの客との関係を良好に保っている ・理容師という仕事に誇りを持っている ・仕事が趣味 ・「働きたい」という明確な意思がある。 ・孫に金銭的に援助したい、孫との交流を楽しみにしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・理髪店の近くに交番がある。 ・理髪店でのなじみの客がある ・娘、孫が市内に住んでおり、交流がある ・娘の勤務先は、家庭の事情への理解や協力する意思がある ・妻の妹が市内に住んでいる

訪問や聞き取りから分かったこと

- 日常会話は可能だが、同じ内容の話を繰り返す場面があった。
- 日常生活は自立。服薬管理は曖昧な状況。
- 調理は可能だが、偏食。
- 仕事環境について、理髪店の建物や器具は整頓されていた。
- A氏の発言

来てくれるお客さんがいる間は仕事を辞められない。
辞めたら何もなくなる。孫にお金をあげたい。



チームの介入方針

お客さんや孫のために、介護サービスを利用しながら健康状態を維持し、理髪店で働き続けられるように支援する。

A氏の理容師への誇りや、家族への役割意識（お金を稼ぎ、孫にあげる）といった思いを大切に、支援を検討。

<支援 3 本柱>

- ① 可能な限り仕事を安全に行える環境づくり
- ② 理髪店で働き続けられるよう、健康状態の維持
- ③ 家族支援



目標：お客さんや孫のために、介護サービスを利用しながら健康状態を維持し、理髪店で働き続けられるようにする。

プログラム	
本人に対して	家族に対して
<p>①可能な限り、仕事を安全に行える環境づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理髪店がある隣町の地域包括支援センター間と連携を図る ・SOSネットワーク事業への登録 ・隣町の民生委員支援者同士の見守り体制 ・タクシー運転手や近所の交番などへ情報共有 <p>②理髪店で働くことが続けられるよう健康状態の維持・管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険を申請し、介護サービスを利用する。 ・訪問看護を導入し、薬の管理方法や手段を検討する ・食事管理目的でヘルパー導入、もしくは宅配弁当の検討 	<p>③娘さんの不安軽減と定期受診について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・娘の不安について傾聴 ・A氏の状況や関わり方の悩みを聞きながらアドバイスをする。 ・受診時の付き添いが難しいため、現在のかかりつけ医に相談し、隣町の理髪店近くの医院・薬局を提案。 <p>④妻の認知機能・身体状況の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あがりとチーム員による自宅訪問。 ・物忘れ外来へ受診を勧める ・通いの場を提供 ・ヘルパーの家事支援導入を勧める。

①可能な限り仕事を安全に行える環境づくり

- ・綾部市内とA氏の仕事場に近い他県の地域包括支援センター間で連携
- ・民生委員の見守り体制
- ・SOSネットワーク事業への登録
- ・本人が乗車されるタクシー会社の運転手や、仕事場の近くの交番などへ情報共有

見守り体制の構築

②健康状態の維持

- 内服管理や食事管理の方法や手段について検討、提案。
→現地の地域包括、居宅介護支援事業所と連携し、
訪問看護や訪問介護事業所の利用を検討。
- あがりとチーム員や訪問看護師が理髪店へ訪問し、生活状況等の評価。

現地の支援者と協力
し、
本人の生活を支援

③家族支援

- 娘の不安について傾聴。
→娘自身が多くのことに対応することが難しい面があり、
パニックになることが度々見受けられた。
- 受診時の家族の付き添いや対応が難しいため、理髪店近くの医療機関や薬局へ変更することを提案。
- チーム員が訪問する中で、A氏の妻も認知機能の低下や精神面の不調を感じる点があり、医療機関受診を勧めた。
結果、妻はMCIの診断となった。
- 妻への支援として、介護サービスを提案。
通所系サービスの利用につながった。



支援結果①

初回面談シートを活用して
関係者へ引継ぎ

- 生活基盤となっている他県の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当。
- 訪問看護の利用開始。
 ➡ 訪問看護利用後は内服管理が確実となった。
- 受診は本人の希望で市内医療機関を継続受診。
- 内服処方是他県の薬局で処方。

支援結果②

- 娘は物事の決定がしにくく、思い込みも強いタイプ。



娘の相談窓口は関係性のできている綾部市内の包括が継続。

他県の担当ケアマネと連携して対応。

- A氏が介護サービスの利用を受け入れたことで、家族の不安感は軽減。



事例を通じて・・・

• A氏の

思い

役割

価値観

などを

知ることが、本人や家族のニーズに応える支援体制の構築につながった。



A氏の滞在している地域がどのような土地柄なのか、どのように過ごしているのかは、市内の支援者だけでは把握が困難。



その地域の関係者と連携する中で、本人の生活実態が見えてきた。

その人のいる
地域を知ること

その人に関わる人
たちと連携すること

