

支援改革プロジェクト
support reform project
～認知症の方へのチームアプローチ～

1 はじめに

日本における認知症の人の数は2012年（平成24年）で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害（MCI）と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症またはその予備軍とも言われている。また、この数は、高齢化の進展に伴い更に増加が見込まれており、2025年（令和7年）には認知症の人の数は約700万人前後になり、65歳以上の高齢者に対する割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人に上昇する見込みと推計されている。これらの数字は、今後の高齢者福祉の中で、認知症施策が重要になっていくことを意味している。

認知症の種類は、「アルツハイマー病」「脳血管性認知症」が多く、その他に「レビー小体病」「若年性認知症」などがある。また、認知症の中核症状や行動・心理症状（BPSD）には、本人なりの理由があり行動の背景にある「なぜ」を考え本人の気持ちに寄り添ったケアを行う必要がある。

ななくさ白寿荘いぶき棟（以下、いぶき棟という）では、自ら言葉を発して会話しコミュニケーションをとることが難しい方や、意思疎通が難しい方が多く生活されている。いぶき棟では、このような認知症状を有するご利用者についても「白寿荘介護理念」のもと、ご利用者の思い生き方に寄り添い、ご利用者への心配りを大切にした支援を提供することを支援の柱として取り組んでいる。今回、その取り組み状況や支援方法を提供し、さらに質の高い支援を提供していくことを目的に、新たな支援体制（チームアプローチ）で取り組みを行うこととした。

その実践内容について以下に報告する。

2 いぶき棟の概要について

ななくさ白寿荘は、つどい棟・いぶき棟の二つの棟に分かれており、入居定員165人（つどい棟60人・いぶき棟105人）である。いぶき棟は、昭和62年に開設され、常時介護が必要で、在宅での生活が困難な要介護度3以上の高齢者が入居されている。施設サービス計画に基づき、日常生活上の介護、機能訓練、健康管理等のサービスを提供する特別養護老人ホームである。

いぶき棟においては、約7割の方がアルツハイマー型認知症であり、ご利用者の中にはBPSDの症状の強い方が多く、重度認知症の方へのケアに特化している施設である。また、最近では法人内の障がい者支援施設に加え、他法人の障がい者支援施設から高齢知的障がいの受け入れも積極的に行っている。

3 いぶき棟における支援体制の課題

これまでいぶき棟におけるご利用者の支援は、まず担当職員が支援方法について検証を行い、見直しや改善点をチームに提案する形をとってきたが、BPSDなどを有

した対応では支援の行き詰まりが見られるなど、個別の支援体制では効果的な支援に繋がらないという課題が生じてきた。また、国は令和3年度の介護報酬改定の中で、「認知症への対応力向上に向けた取り組みの推進」の中で、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させるための研修体系（別紙1参照）に基づき、認知症対応力の向上を求めており、いぶき棟においてもチーム全体の認知症対応力の向上がより必要となった。

4 認知症利用者に対する新しい支援体制

認知症ケア向上チームの認知症介護実践者リーダー研修・認知症介護実践者研修終了者による認知症ケアマネジメントのセンター方式を活用した「認知症実践プログラム」（認知症利用者への支援）の取り組みに、新たに担当職員とサービス向上チームを加えた支援体制で、認知症対応力の向上に向けたチームアプローチによる取り組みを開始した。

※センター方式（正式名称：認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式）とは、認知症があっても最後まで、その人の尊厳と利用者本位の暮らしの継続を支援するため、本人と家族や支援者を中心に共通のシートを使用して事実情報やお互いのアイデアを共有しながら、より良い暮らしを一緒に目指していく方法。共通のシートは全部で16枚あり、①基本情報②暮らしの情報③心身の情報④焦点の情報⑤24時間アセスメントまとめシートの計5つの領域で構成されている。

※サービス向上チームとは、ご利用者の①日常の日常サービスの質の検証と向上、②接遇の検証と向上、③介護技術の検証と向上など、ご利用者のサービス向上についての取り組みを推進する担当チームである。

5 取り組み事例

(1) 利用者プロフィール

A様84歳は、平成28年息子と同居中に物忘れがみられ、病院に通院し、アルツハイマー型認知症の診断を受けて加療となる。令和2年1月4日に転倒により左大腿骨を骨折し、病院に入院となるが、大声・介護抵抗などのBPSDが増強し精神病院に転院となり、骨折治療が完治し令和2年5月28日にいぶき棟に入所となる。

(2) 利用者の状況（課題）

要介護度は5であり、食事は刻み食を提供しており、入浴は機械浴を使用されている。食事・入浴・排泄等、基本的生活動作は、全介助が必要である。日中は、車椅子に座ってデイルームで過ごしている。

入所当初から日中に急に声を荒げていることが見られたが、徐々に何かを訴えている様子が伺えるようになった。また、その声に対し周囲のご利用者も戸惑いが見られ、A様と他のご利用者との関係性に配慮する場面が増加し、職員もこの対応に追われるようになった。

6 実践

- (1) 認知症ケア向上チームとサービス向上チームの情報収集・アセスメントについて
 まず初めに、A様の事例を取り組むにあたり、支援の方向性について情報を共有した。これまではケース担当職員による個別の支援が中心であったが、支援課題についてチームでアプローチをすることを基本に、A様の状況をチーム全体で共有して、安心して暮らせる環境を作ることに努めた。そこで、チームでのアプローチについては、「認知症ケア向上チーム」と「サービス向上チーム」が協働でチームアプローチを行うことを周知し、アセスメント作成を行った。

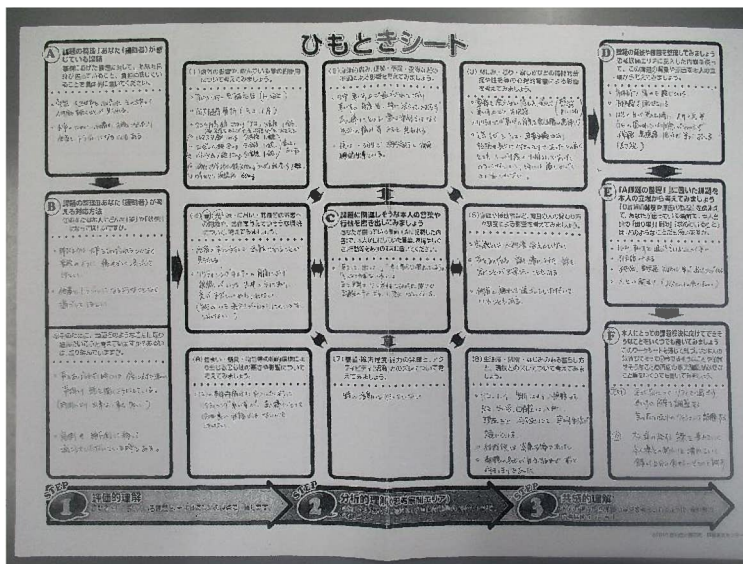
アセスメントの作成にあたっては、下記のツールを用いて行なった。

ア アセスメントについて

(ア) ひもときシート (図1)

援助者の思い込みや試行錯誤で迷い込んでいる状況から脱する為に、シートのそれぞれの段階で『評価的理解』(援助者として感じている課題をあなたの視点で評価する)『分析的理解』(根本的な課題解決に向けて、多面的な事実の確認や情報を整理する)『共感的理解』(本人の視点から課題の解決を考えられるように援助者の思考展開を行う)の考えを学び、援助者中心になりがちな思考を本人中心の思考に転換し、課題解決に導こうとするツールである。これを使用し、A様の課題を見つけることとした。

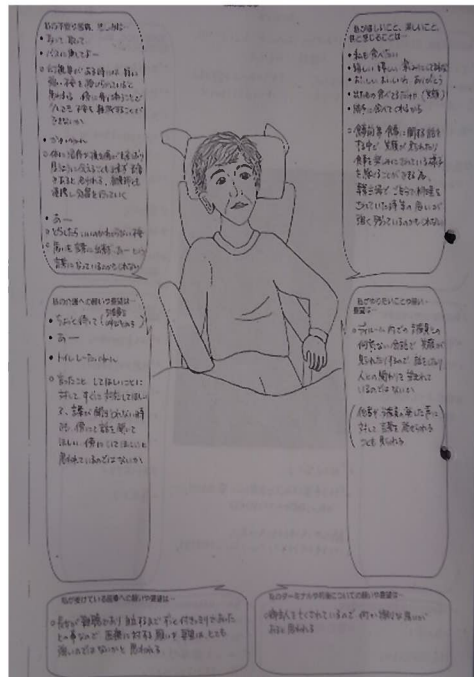
図1 ひもときシート



(イ) 心身の情報(私の姿と気持ちシート)(図2)

A様が苦しんでいる心身の状態像を客観的に集約し、個々の状態の関連を探った。併せて、そうした心身の状態を持ちながらA様がどのような姿と気持ちで今を過ごし「何を求めているのか」、A様がより良く暮らす為の課題を、ご利用者本位の視点に立ち返り探った。

図2 心身の情報（私の姿と気持ちシート）



(ウ) バリデーション（図3）

バリデーションとは認知症の方とのコミュニケーションツールの1つである。認知症の方の言葉や言葉の裏には、理由があると考え、その理由を探るべく、丁寧にコミュニケーションをとることで感情や記憶を表に出させるように促し、言葉や行動の奥にある本当の想いに歩み寄って共感することである。今回は、バリデーション研修を受講した実践者がバリデーションを実施した。

図3 バリデーション



イ 現状把握について（別紙2）

(ア) A様が発する声の集計

A様の課題を明確にする為、A様が発する声の集計をとる必要があると考えた。普段から何度も声を発することが見られており、時には声を荒げることがあった為、A様がいつ・どのような言葉を発しているのか検証を行った。

(イ) センター方式で使用されている24時間シートを記入しやすいように修正した物を活用し11日間集計をとった。

ウ アセスメントの結果について

(ア) 体に湿疹やかき傷ができていることに対して、かゆみや不快感を思う様に伝えることができずに苦痛であることがわかった。

(イ) 騒がしい所が苦手なストレスを感じられており、幻視等からくる強い不安感や焦燥感もあるということがわかった。

(ウ) 職員との会話により笑顔も多く見られ、人との関わりを求めている様子であった。「お兄ちゃん」と何度も声に出され、「兄弟が大事だ」と話されたことから、家族に対する思いを強く感じた。

(エ) アセスメントの結果を基に、目標を「声を荒げることなく、できるだけ穏やかに過ごしたい」と設定した。また、①体のかゆみ②浣腸後、不快な思いをしている③他ご利用者（B様）の大声に反応している④突然言葉にならない声や大声を荒げて訴えている。以上4点を課題とし、これらの対応方法を検討することとなった。

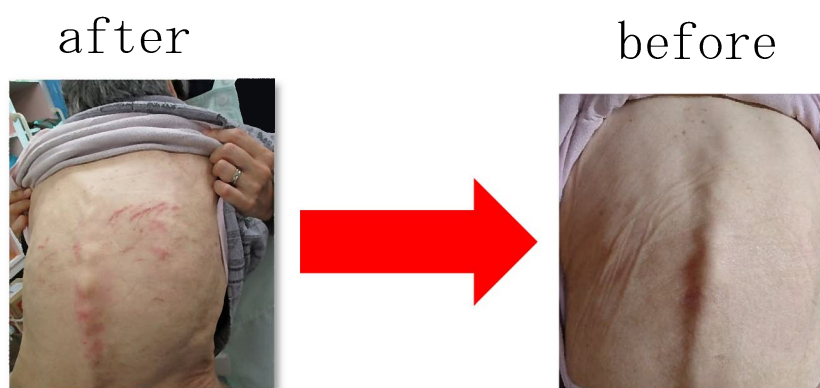
(2) 課題に対するチームアプローチ

ア 医務・排泄係との連携

(ア) かゆみに対して声を上げている対応について（図4）

上肢、体幹に湿疹ができており、それに対するかき傷もみられたことから、A様がかゆみを訴える為に声を上げていることがわかった。その為、看護師に相談し外部の皮膚科に通院されることになった。その結果、アトピー性皮膚炎と発覚し、医師より薬の処方を受ける。次第にかゆみによる声はなくなり、今では、定期的に皮膚科の診察を受けている。

図4 A様の上肢



(イ) 浣腸後の不快感に対して声を荒げる対応について

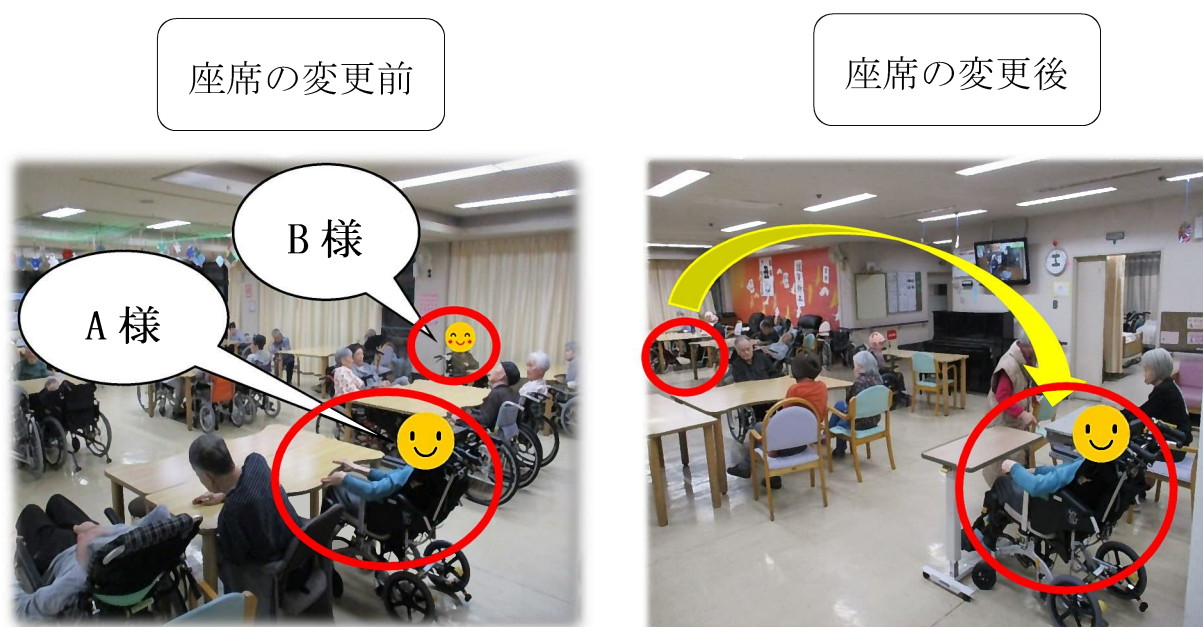
看護師、排泄係、担当職員と相談し、浣腸後、トイレに座り排泄ができるのか試行する。その際、職員2人対応でトイレに座って排泄ができることがわかり、浣腸後は、トイレで排泄を行うことで不快感を軽減する事ができた。この

情報をフロアー職員に共有し、支援を統一した。

イ 実践者、介護実践リーダーと現場職員との連携（図5・別紙3）

(7) B様の大声に対して、声を荒げていることが4日間の中で6回見られた。その為、A様が過ごしやすいようにダイルームの座席を変更してはどうかとの意見もあり、担当職員も加えて話し合いを行った。B様と距離を開け、尚且つ職員とコミュニケーションがとれる場所で過ごしてもらいたいという担当職員の想いをくみとることとした。座席変更後、B様の大声と他ご利用者の声に対して声を荒げることは、ほとんど見られなくなった。この結果を踏まえて座席をダイルームのショーウィンドー前に決定し継続することとした。しかし、自ら突然言葉にならない声や大声を荒げることは、何度か見られた。

図5 座席変更について



(4) 突然言葉にならない声や大声を荒げる対応について

声かけ・関わり方についてのアンケートを実施した。質問内容は、①A様が声を荒げている時どのような声かけや対応をすれば良いと思いますか②このような声かけや対応をした時には、落ち着かれていた。このような声かけや対応をした時には、全く変わらず、更に大声が続いた等。③普段の介助時や関わる際に気をつけていることはどのようなことですか。の3つの内容について行った。

アンケート結果の代表例として、『落ち着いたトーンでの声かけ』『否定しないでゆっくりと会話する』『手を握る・体をさする等のスキンシップをする』などがあった。これらのアンケート結果をふまえて、フロアー職員で情報を共有しA様との関わりを深めてもらった。

ウ バリレーションワーカーを中心とした職員との連携

バリデーションワーカーから、A様とのコミュニケーションをとる時には、①しっかりと声かけを行ってからの支援②ご本人の気持ちに寄り添う③笑っていただけるような会話④お茶を飲んでリラックスして頂く等のアドバイスをもらった。そして、職員がA様と関わる時は、そのアドバイスを意識した。

今回の取り組みを進めていく中で、A様の傍に職員が座る椅子が置いてあったり、配膳室前にて職員の傍で過ごされていたり、A様がコップを持ってご自分でお茶を飲まれていたりする姿が見られた。その様子から、職員がA様に対して同じ対応をすることで穏やかに過ごすことができるということと職員側から多くの関わりを続けて行くことがA様の安心に繋がっていくことがわかった。

7 結果

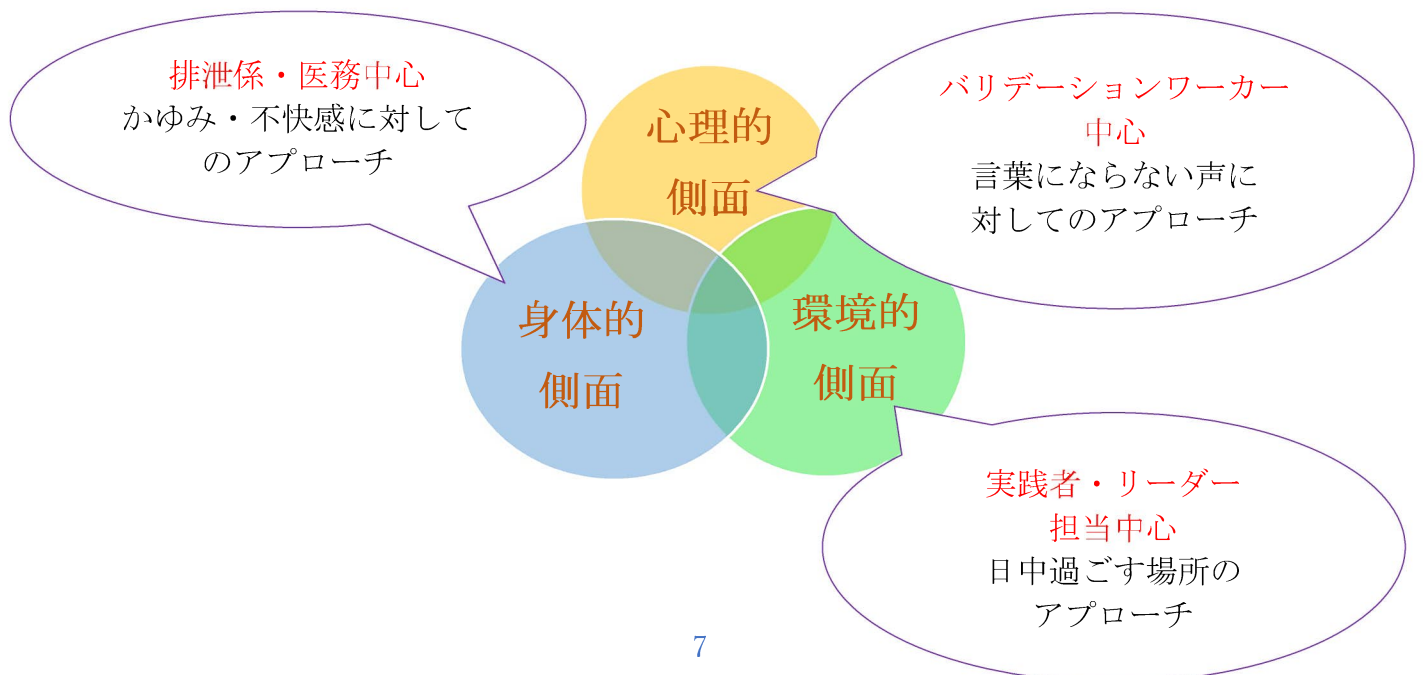
A様のBPSDに対して、医療、介護の両面からのアセスメントを実施した。BPSDを引き起こす要因として心理的側面、身体的側面、環境的側面があるがチームアプローチを行うことでそれぞれの対応が可能となっていることに気づいた。(図6)

心理的側面のアプローチとしては、バリデーションワーカーを中心に、フロア職員で対応方法を共有し実践することで支援の統一ができ、A様の心理的な安定に繋がった。

身体的側面のアプローチとしては、排泄係・医務により、皮膚疾患の適切な医療ケアを受けることで不快な症状を軽減することができている。また、浣腸後の不快感については、トイレに座って排泄ができることがわかり、すぐに排便してもらうことで不快感を軽減することができている。

環境的側面のアプローチとしては、実践者・実践者リーダー・担当職員によってA様の大声の原因を解明し、日中の生活環境を整えることで騒がしきからくるストレスを軽減でき、声を荒げる回数も減らすことができている。

図6 結果



今回はチームアプローチとして、サービス向上チームと認知症ケア向上チーム・医務・排泄係・実践者・介護実践リーダー・担当職員・フロア職員等があったが、今後取り組みを進めていく中でもっと多くのチームアプローチと統一した支援が必要になってくると感じた。(図7)

図7 今回関わった係・チーム



以上のことから、認知症実践プログラムのプロセスに沿って進めていくことで多方面からご利用者を「見る」ことができ、表に出している部分だけではなく、その方の内なる声も引き出すことができた。統一支援という観点から、全職員への意識づけがご利用者の安定した支援に繋がり、結果的にその方の不安や苦痛が軽減され穏やかに過ごされる時間が増えたと考える。

7 最後に

係やチームが連携することで、担当職員が一人で抱え込むことがなくなっただけでなく、職員の統一支援にも繋がった。また、アセスメントのツールを多方面から考察することで、ご利用者を深く理解することが出来るようになったと感じた。

また、同時に課題や改善点も見られた。その一つとして、今回の取り組みでは関わっていない係やチームの連携である。今回はご利用者の困難事例に対してのアプローチであり、食事・入浴・余暇等の生活の質を高めるまでには至っていない。今後は、ご利用者にとって白寿荘が最期の生活の場となり得ることを念頭に置き、全係・全チ

ームでのアプローチをしていく必要がある。

白寿荘では令和5年1月より看取り介護が始まり、このチームアプローチの重要性はますます高まると考えられる。その為には、職種の垣根を超え、全職員でご利用者一人一人を内面から支えていけるような支援に変えていかなければならない。この取り組みが今後の土台となり、ご利用者とそのご家族が「白寿荘で生活してよかった」と思ってもらえるような施設を目指していく。

以 上