

ホームヘルプ サービスで変わる 認知症高齢者のQOL

第4回 ケアの目的に沿った援助を 具体的に考える



石川立美子

介護共育研究会 主宰／兵庫県介護福祉士会 会長／尼崎市ケアマネジャー協会 会長
大阪教育大学大学院修士課程修了／認知症介護指導者
主任介護支援専門員／介護福祉士／社会福祉士／認知症ケア専門士

民間訪問介護事業所にて訪問介護を実践の後、病院の在宅支援部門の介護支援専門員となり、医療との連携を深める。住み慣れた地域での暮らしを継続する必要性を感じ、社会福祉協議会介護保険事業の統括管理者となる。その後、特別養護老人ホームなどの運営に携わりながら、「共に育つ」をキーワードに、訪問介護従事者などへの教育、認知症の人を地域で支える啓発活動や支援者教育を展開。現場実践を理論化し根拠あるケアを確立するため、大学院で研究。家族の介護や長年福祉現場から得た豊富な経験・知識を基に実例を挙げた研修は、分かりやすく好評。

「認知症の人の不安への対応 (受容と共感)」を具体的に学ぼう!!

訪問介護に携わる皆様方は、認知症の人とのコミュニケーションの大切さをご存じのことと思います。また、認知症の人の能力を生かしたコミュニケーションから認知症の人をより理解することを心がけ、認知症の人が安心できる支援を行おうと、日々考え、努力されていることと思います。しかし、現場では「本人が混乱していてそばに近付くこともできない」「時間内では思うようにサービスが提供できない」など、理論を理解していても、そのようにうまく対応できないことが多いものです。認知症の人が持つ個々の課題(問題点)は多様で、難しい点があることも現実です。

そこで今回は、さらに具体的な場面を取り上げ、「こんなことも想定される」「こんな点も併せて重要」といった、対応に関係するもう少し具体的な視点について説明したいと思います。



●訪問介護に依頼の多い デイサービスへの送り出しの場面で 具体的に考えてみましょう。

Aさん(女性)は、85歳で1人暮らしです。最近、買い物や調理の手順が困難となり、食事の摂取が不十分でどんどんやせてきていました。そのことを心配した隣家の人が、近くの地域包括支援センターに相談しました。センターから家族(一人娘、50歳、隣県に在住)にも連絡を取り、介護保険の利用(要介護2、認知症の自立度Ⅱa)が開始されました。

Aさんは社交的で、公民館の体操教室にも週3回(月・水・金)通っていましたが、1年ほど前から体操教室の開催曜日や場所が分からなくなり、開催日ではない日に教室に行ったり、道に迷ったりすることがあったようです。その当時Aさんは、「恥ずかしかった」と自信をなくしてしょんぼりしていたようです。

〈訪問介護の役割（サービス内容の目的）〉

Aさんが他者と交流し自分らしさを発揮できる場として、また、在宅生活を継続するために下肢筋力の向上・維持などの身体機能の活用を図ることを目的として、デイサービスを利用できるよう支援する

〈訪問介護について〉

時間：8時から9時までの身体1生活1

サービス内容：起床介助（更衣・排泄）

朝食の用意・摂取の声かけ

デイサービスの利用支援（持ち物の用意・戸じまり確認）

〈Aさんの状況（記憶力・計算力・理解力・感情・環境・身体状況）〉

●困難なこと

- ・新しいことが覚えにくい
- ・デイサービスの利用について説明を受けても、すぐに忘れてしまう
- ・デイサービスの利用料が理解しにくい
- ・買い物時のお金の計算が困難である
- ・時間に合わせた手順を考えることや、計画的に行動することが困難である

●できること

- ・部分的な記憶はある（夫や娘との暮らし）
- ・声かけや見たものが理解できれば行動できる（食事・入浴）
- ・人との関係や人の顔が判別できる
- ・時計が読める
- ・感性は鋭く、驚きや、戸惑い、疑い、こだわりなども感じる
- ・娘や夫など、家族を心配する気持ちや愛情がある
- ・室内では歩行できる
- ・戸外では50メートルくらいならば歩ける
- ・両耳とも聴力は異常なし
- ・声かけは必要であるが、食事、排泄、更衣、入浴、掃除、調理動作は可能である

●その他

- ・人との会話を楽しみたい
- ・体を動かすのが好き
- ・道に迷ったり排泄を失敗したりすると、自信がなくなりじっとうずくまっていることが多い
- ・休日には娘が訪問する
- ・隣家に心配してくれる友人がいる

また、ここ半年ぐらいは、近くのコンビニに行く以外は、家の中でじっとしていることが多くなっていたことが分かりました。そこで、「近所の人と会話をしたり、体操をしたりしたい」というAさんの希望があり、下肢筋力の低下と栄養状態の悪化の改善のため、通所介護（デイサービス）を利用することになりました。

ところが、デイサービスの職員が朝9時過ぎに迎えに行っても、Aさんはまだ寝ていることが多く、何度か呼ぶと、起きてきて玄関の鍵を開けてくれましたが、素早く身支度を整えることができませんでした。そこで、訪問介護でAさんのデイサービス利用の支援をすることになりました。

訪問時には、玄関の鍵を開けてもらった後、ホームヘルパーが「デイサービスのお迎えが来ますから、着替えてご飯を食べてください」と声かけをして、更衣や食事の摂取を優しく促していました。しかしAさんは、「なぜ着替えるの？」「どこに行くの？」「持ち物は何？」「費用はいくら？」と、同じことを繰り返し聞き、時間内に用意できないことが多くありました。

時には、険しい表情で「夫（10年前に死亡）が帰って来るからどこにも出かけられません！」「娘が学校に持っていくお弁当を作らないといけないので、邪魔しないで！」と大声を出し、ホームヘルパーが家に上がろうとしても玄関で制止され、訪問介護サービスが提供できず、デイサービスの利用が中止になることもありました。Aさんは、声かけをすれば訪問介護、通所介護、配食サービス、娘・近隣の人などが用意した食事を摂取することができます。しかし、それでは自宅から出る機会がほとんどなくなってしまいます。

表（P.74）に、Aさんのケースの訪問介護サービスの概要を挙げます。

これらの状況から、Aさんが不安に感じていると考えられる要因が理解できますか？ 次に、その一例を挙げます。

*** デイサービス利用についての記憶・理解が十分でない**

- ・ 公民館の体操教室（1回ずつ500円の現金払い・10時から・歩いて自分で行っていた）と勘違いしている
- ・ 言葉で説明しただけでは理解しにくい
デイサービスとは何か、誰がいるのか、何をするのか、持ち物は何か、どこにあるのか、お金はいくらいるのか、どのように支払うのか、今日は何月何日の何曜日なのか、などが分からない

*** 排泄を失敗する**

*** 道に迷う**

*** 夫・娘のことを思い出し、すべきことができた**

*** 睡眠時間が不十分**

就寝時間が分からないということはないのか？

寝具や寝室の室温は適切か？

寝室内外の騒音はないか？

*** 空腹過ぎや満腹過ぎではないか？（食事が適切に摂取されているか）**

*** 体調不良がある（便秘・下痢・胃痛・腹痛・腰痛・頭痛・発熱・耳鳴りなど）**

では、次の2つのケースを見ながらコミュニケーションのポイントについて考えてみましょう。

デイサービスへの送り出し《失敗編》



デイサービスの送り出し《成功編》



お弁当を作るのは、朝食を食べて着替えてからにしませんか?

体操に行きましょう。友人のHさんが待っていますよ!

そうね。いいわ、大丈夫だと思うわ!

じゃあ行こうかしら。楽しみだわ!

食後



どこが違うのでしょうか？
詳しく見ていきましょう。

デイサービスへの送り出し《失敗編》

Check 1 おはようございます。

デイサービスの用意をしましょう
落ち着かない様子を観察せずに機械的にあ
いさつをして、ホームヘルパーのサービス
の予定を一方向的に通告してしまいました。

Check 2 娘のお弁当を作らないと

いけないから、今は行けないわ！

「今は行けない」と言っているのに、ホー
ムヘルパーは「行かない」と言ったと感じ
てしまいました。

Check 3 娘さんはいませんよ！

利用者の気持ちを見無視して、自分の考えを
正しい思いと押し付けてしまいました。

Check 4 何を言うの！！

ホームヘルパーに「間違っている」と言われ
たと感じて、怒って大声で叫んでいます。

Check 5 娘さんは結婚して隣町にいますよ

ホームヘルパーは大声に困惑していますが、
まだ説明しようとしています。

Check 6 いいえ！

お弁当を作ってやらなくちゃ！！

ホームヘルパーの説明を理解できずに、ま
すます興奮して、お弁当作りを主張してい
ます。

Check 7 デイサービスの用意をしないと 遅れますよ！！

ホームヘルパーは、デイサービスに遅れな
いように用意する必要性を大声で説明しよ
うとします。しかし、怒鳴るように言って
しまったためさらに興奮させてしまったこ
とに気付いていません。



Check 8 今日は行かない！！ 行かないと言ったら 行かない！！

ついに、「今日はデイサービスに行かない」
と言い出しました。怒りから、大声で「行
かない」と叫び続けるばかりです。

デイサービスへの送り出し《成功編》

Check 1 おはようございます

落ち着かない様子を観察し、眼を見て穏や
かにあいさつをしました。

Check 2 おはようございます…

ホームヘルパーは、利用者の声の弱々しさ
から、いつもと少し違うと感じました。

Check 3 朝ごはんを食べて、 体操に行く日ですね

そんな様子を受け止めながら、ホームヘル
パーは今からの予定を優しく伝え、利用者
の意思を確認しています。

Check 4 娘のお弁当を作らないと いけないから、今は行けないわ！

今の気持ちを素直にホームヘルパーに話し
ています。

Check 5 お弁当を作るのは、朝食を食べて着替えてからにしませんか？

利用者の気持ちや語調に合わせながらも、お弁当作りの前に食事と着替えを済ませる提案をしています。

Check 6 そうね。

いいわ、大丈夫だと思うわ！

ホームヘルパーとの信頼関係や、否定されなかったことに安心したため、自分で判断を下しています。

もしここで、利用者が「先にお弁当を作らなくてはだめよ！」と答えたら、「先にお弁当を作らなければならないのですね」と返してみてください。そうすれば、次のように話の流れが変わっていくかもしれません。

利用者「そうなのよ。今日は遠足だから、7時には出来上がっていなければならないのよ」

ホームヘルパー「そうでしたか。今は8時ですよ」

利用者「あら、もう行ったのね」

ホームヘルパー「そうですか。じゃあ朝食にしませんか？」

利用者「そうね」

相手のことを否定せずに気持ちを引き出し、受容し共感することが、信頼関係と安心につながっていきます。



Check 7 体操に行きましょう。友人のHさんが待っていますよ！

ホームヘルパーは、今からしたいことについて具体的なイメージを持つことができるように、分かりやすい言葉を使い、また、利用者が大切にしている「友人」のことを言葉にして伝えています。

もしここでまた利用者が「娘のお弁当を作らないといけなから、今は行けないわ！」と答えたら、「娘さんのお弁当を作らないといけなから、今は行けないのですね！」と一度受け止めてみてください。そうすれば、次のように会話が進み、利用者自身の判断に結び付くような流れになる可能性があります。

利用者「そうなのよ。どうでしょう？困ったわ」

ホームヘルパー「デイサービスでもお弁当が注文できますよ」

利用者「じゃあ注文しようかしら」

ホームヘルパー「友人のHさんもあなたが来るのを待っていますよ」

利用者「そうね！ 行きたいわ!!」



Check 8 じゃあ行こうかしら。楽しみだわ！

私たちホームヘルパーには、利用者の主体的な行動と「楽しい」という快の気持ちを感じられるような支援が求められています。

その後Hさんは、デイサービスで友人と昼食を楽しみ、楽しい時間を過ごすことができたのです。

私たちのケアが安心感につながることを目指して

いかがでしたか。今回のようなケースでは、利用者の食事や排泄、更衣が不十分な状態でデイサービスに行くこともあるでしょう。また、迎えの時間に間に合わず、再度迎えが必要になったり、本人の状態によっては休んだりすることが出てくるかもしれません。このような時は、朝食や更衣をデイサービスで行うことを考えてもよいでしょう。そうすることで、利用者は安心でき、デイサービスの利用目的である他者との交流やリハビリテーションが可能になります。また、訪問介護の目的であるデイサービス利用の支援が可能となるかもしれません。

このようなケースでは「こんな会話や対応を」といったマニュアルが通用しないことは、現場の皆様が一番よくご存じだと思います。また、サービス時間内にすべてのサービスを終了させるため、介護者のペースで介護をしようと認知症の人を何とか説得して自分に合わせようとしがちではありませんか。認知症の人のペースに合わせ、認知症の人にとって何が重要かをケアマネジャーやほかのサービス事業者が共有していること、すなわちチームケアなくして、認知症の人を主体としたケアはできないでしょう。

「認知症の人が不安になったり混乱したりする」要因は、寝不足や便秘、風の音、ざらざらとした太陽の光、言葉の誤解など多様です。認知症の人は、自分でも原因が分からず、しかもそのことを他者に伝えることが困難です。こうした特徴を考えることが重要です。

私たち認知症の人を支援する者は、「認知症の人の心身の状況についてできる限り理解を深める努力」が不可欠です。私たちの考え方、やり方を認知症の人に押し付けがちですが、「ケア（対応）ができない、難しい」と考えるより、「少しでも認知症の人を理解した上でケアを行い、そのケアを認知症の人に安心なものとして感じてもらえる」ことが大切です。そのためには、認知症の人の心身が不安定になる医療、心理、環境などの多様な要因を知りましょう。そして、それらを分析し、さらに、総合的に一人の人としてとらえるためのコミュニケーション能力を身に付け、それをあきらめずに少しずつでもより具体化したコミュニケーションにしていくことが重要です。

現場でよくある間違った手続き&記載をズバリ指摘!

居宅ケアマネ実務の“超”重要ポイント

ケアプランセンターソラーナ 管理者
介護支援専門員
山形県介護支援専門員養成研修講師



成澤正則氏

東京 12/5(土) 内神田サニービル

本誌購読者:15,000円 一般:18,000円(本誌購読者)



- プログラム
- 運営基準・解釈通知を知ることで何が変わるの?
 - 運営基準・解釈通知で読み解く居宅ケアマネ実務
～最新の法令通知を基に
実務で押さえるべきポイントをズバリ解説!
 - 重要事項の説明は口頭でもいいの?
 - 契約書は必要なの? ●申請代行は義務?
 - 照会が認められる「やむを得ない理由」「軽微な変更」とは?
 - 同意が必要な原案は第1・2・3表のみ?
 - 退院・退所する人の課題分析のポイントは?
 - ショートステイ利用日数の限度は?
 - 個人情報使用の同意は利用者のみでいいの?
 - 事業者は基礎研修を受講させる義務があるの?
 - 各記録の保存期間は?

…など他にも多くの疑問を解消できる!

- 法令遵守! 間違った記載も今日で終わり!!
居宅サービス計画書作成スキルアップ【演習】
～間違いやすい項目を中心に記載ポイントを分かりやすく解説!