

# 有料老人ホームでの認知症の人に対する医療と介護の緊密な連携による症例研究 —医療と介護との連携による認知症の人の状態の変化—

株式会社シティーエステート 介護付き有料老人ホーム スーパーコート大阪城公園 廣瀬栄子、塚本千恵、天野宏子、  
松本診療所のわすれクリニック 松本一生、升山弘子、 桜美林大学大学院老年学研究科 白澤政和

**【目的】** 有料老人ホーム入居者様（定員 130 名）で、治療を受けていない認知症のある入居者様に対して、医療と介護との密接な連携をとることにより、本人の心身の状態が改善していくかを検証する。同時に、介護の質が高まれば投薬等の医療ケアが少なくて済むといった、介護と医療の関連性を検討する。

**【方法】** 認知症のある入居者様に対して、認知症を専門とする精神科医を主治医として依頼する。  
・月 1 回の往診を受ける ・往診後にケア検討会を、スーパーバイザーを配置して定期的に行う。  
・医師と CM が文書で 1 回/2 週間 入居者様の状況に関して連絡を取り合う。  
\*期間は 24 年 7 月から 6 か月間とし、その評価を行う。

**【倫理的配慮】** 本研究について本人及び家族の文書承認を得た。また、桜美林大学研究倫理委員会の承認を得ている。

**【結果】** 今回の介入研究は 3 名を対象に行ったが、A 様を中心に報告し、B 様と C 様は概要を報告する。

## ◎A 様 (65 歳男性、入居時診断書に若年性アルツハイマー病の診断あり)

<状態> ・常に徘徊されている。  
・言葉の理解が難しくコミュニケーションが困難。  
・内科の往診を受けることが出来ない為に体調管理も難しく、職員もどのように対応すれば良いか解らない状況であった。

<往診にて…>

- ・「前頭側頭型」の可能性がある。
- ・他者とのコミュニケーションは悪く、意思疎通が困難。
- ・個別ケアや担当制にしない限りコミュニケーションは取れないと考えられる。
- ・本人が少しでも落ち着ける“居場所を作る”。
- ・少し精神的に落ち着いていただくため、「セロケル」が処方となる

<ケア検討会にて…>

- ・できる限り個別の対応が必要であり、1 対 1 で関わる時間を持つ。
- ・不穏状態になられる理由・時間帯を検証し、対応方法を考えていく。との見解を得た。

これに職員間で検討⇒**便秘・空腹・眠気・他人入居者の不穏**が大きく関係していると考えられ、

- ① 落ち着ける場所として、廊下の端にソファを設置。
- ② 歩き回られている時の表情を観察し、その表情・時間帯から訴えたい気持ちを考え、1 対 1 の状況で声掛けを行う。
- ③ 排便状況を観察し、便秘による腹部の不快を察知して腹部マッサージ・トイレ誘導実施。
- ④ 空腹時には軽食を提供する。
- ⑤ 夜間は良眠されるが、朝食後・昼食後に少し横になって頂く時間を作る。
- ⑥ 他人入居者様が不穏になられた時には、1 人の職員が付添、ソファで一緒に過ごす

以上の対応をスタッフ全体で統一して行った。

その結果…

- ・歩き回られる行動は続いているが、表情・時間帯に応じた対応が、ある程度スムーズに行えるようになった。
- ・大声や手を挙げられることが殆ど見られなくなった。
- ・日中に横になられることは殆ど無いが、椅子に座って傾眠される時

はそのまま見守り、自ら覚醒されると不穏は見られなかった。

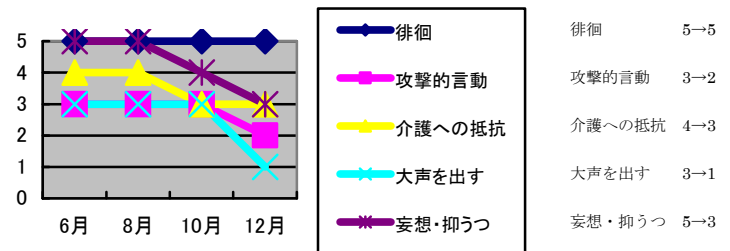
・「セロケル」の効果もあり、職員と一緒に座っている時間を持って、**往診も受けられるようになった。これにより体調管理・排便コントロールが可能。**

・他人入居者様が怖がられて不穏になるという事が無く、フロア全体が以前より穏やかな空気になった。

\*結果として、介護職はこれまでどのように対応してよいか解らずに困惑し、「不穏になられては」という思いから苦手意識を持ち、必要以上の関わりをなかなか持てずにいたが 往診及び検討会にて助言を得、じっくりと正面から向き合える方法を改めて考えることができた。 またそれにより、職員の A 様に対する思いも変化し、対応が可能になり生活状態が改善されたといえる。

<A 様評価表結果> (毎月実施)

- ・HDS-R 式→当初より測定不可。
- ・高齢者調査「BPSD の種類と発生頻度」



## ◎B 様 (82 歳女性、アルツハイマー病診断あり)

徘徊・感情失禁あり。言葉の理解難しく、コミュニケーションも困難  
→血管性認知症の側面が強い。コミュニケーションは不良であるが、了解はかなりできている。

- ・一人になると不安になるため、個別で職員が寄り添う。
- ・鹿児島の話や関心のあることで会話していく。

⇒アリプト 10mg→5mg に減量。感情失禁の頻度も少なくなった。

- ・できるか限り職員が寄り添い、座って過ごす時間も持つようになった。

- ・職員と一緒にあれば食器洗いも可能。

## ◎C 様 (98 歳女性)

幻覚・妄想・孤立自閉傾向から周囲との接触を拒み、自分の領域へ入り込まれることへの抵抗あり。居室内で便尿失禁されるが自覚なし。

→できる限り担当のスタッフを決め、「この人なら安心」という関係作りが必要

- ・病気のための妄想であるという認識を持ち、苦手意識を持たない。

⇒対応を検討し実施予定であったが、大腿骨骨折にて入院となる。その後施設へ戻られるも ADL の変化により見守りにて他人入居者様と一緒に過ごされることが多く、以前よりは他者との関わりがスムーズになった。排世も、見守りのもと行われている。

**【考察】** 今回、精神科医師と介護職員が継続して連携し、助言を得ながらケア方法を見直すことにより、多くの BPSD を含めた生活課題の解決に向かっていることを改めて認識することが出来た。同時に 1 ケースではあったが、認知症の人の思いを理解した介護が促進されれば、投薬量も減少することも分かった。 **介護職は認知症の人の「言葉にできない思い」に対して、更に深く理解していくことが必要であると考**  
**えている。** また今回は 3 名の方に対して行ったが、認知症状のある全ての入居者様においても、より良い対応を行っていくために、専門的な医療との緊密な連携体制をとっていくことが課題である。