



認知症の方への

# 生活行為プログラム



広島都市学園大学 リハビリテーション学科 作業療法士 谷川 良博  
介護老人保健施設うぐいすの丘 通所リハビリテーション 松尾 みき

## 最終回 認知症の人が抱えていること

前は、認知症の妻が、認知症の夫を介護する世帯を紹介しました。今回は、ごく初期の認知症の夫が認知症の妻を介護している世帯を紹介する

とともに、彼らの在宅生活の継続、つまり『人生設計の自己選択』について考えていきます。

### 利用者の夫からの相談

筆者が通所リハビリテーション（以下、通所リハ）に勤務していたころの話です。ある女性利用者の夫から電話があり、「妻の受診に付き添ったところ、『薬がきちんと飲めないなら、施設に入るように』とお医者さんから言われました」と話されました。夫はさらに「この家で、もうしばらく二人で過ごしたいのです。どうしたら良いでしょう」と、今の生活を続けたい旨を切々と述べるのです。夫婦二人の空間、時間をこれからも大切にしたい夫の気持ちが筆者にも伝わってきました。夫はひどく困惑してしまい、主治医の発言の意図は何だろうと筆者は考え込んでしまいました。



## 通所リハに通うまでの経過

### 事例紹介

#### Aさん

(80歳代、女性、夫と二人暮らし)

診断 脳血管性認知症 慢性心不全

●要介護 1

### Aさんの状態

Aさんは、5年前まで自宅兼店舗の美容室を経営していました。慢性心不全が悪化したので美容室をたたみ、以後は入退院を繰り返していました。

自宅では趣味の裁縫をするなどして夫と暮らしていましたが、敷居でつまずいて転倒したり、火の不

始末を起こしたりするようになりました。自宅にこもってばかりでは認知症が進行するからと、主治医からの紹介で通所リハを利用し始めました。Aさんは、通所リハに通う理由を体のためだと理解しているので、週2回休まずに利用していました。

### 夫の状態

主介護者の夫(82歳)は、車を運転して日々の買い物、妻の受診の付き添いなどをこなしていました。夫は元・設計士で几帳面な性格です。しかし、夫も時折、物忘れが出現し、スーパーの駐車場で車を停めた場所を忘れることもありました。

夫から冒頭の相談電話がかかる4日前、実は主治医から筆者に「Aさんの夫が薬をしばらく取りに

きていない」と連絡が入っていました。この連絡を受けて、夫に取り次いだ経緯がありましたが、この件に関して、夫は忘れていたようでした。

夫婦ともに何らかの手助けが必要な状態でしたが、近所に住む息子夫婦とは折り合いが悪く、疎遠状態でした。

## Aさん宅への訪問

夫ともう少し話をする必要性を感じた筆者は、電話の翌日、Aさん宅に伺いました。

玄関から上がってみると、居間の床にはご飯粒やティッシュの切れ端が落ちており、テーブルの汚れも気になりました。特に、廊下<sup>1)</sup>には埃が積もっている有様でした。<sup>2)</sup>

Aさんの服薬状況について主治医にどんな説明をしたのかを夫に尋ねました。すると、「妻は自分が忘れていたことやミスしたことは絶対に認めない性格です。私が指摘すると、ものすごく怒るようになりました。」<sup>③</sup>と前置きしたあと、主治医への説明を話してくれました。「本人(Aさん)が薬を飲んだといえば、それを信用している。<sup>3)</sup>受診日は確認しておらず、<sup>4)</sup>薬がなくなってから受診をするつもりだった」と語ったのでした。



## 気付きの視点

Aさん宅で夫との面談を終えるまでに、筆者には5点の気付きがありました。下線1)～4)と⑥で示しています。

まず、下線1)と2)について説明します。自宅内の汚れが増していましたが、几帳面な夫には考えられない変化でした。これには2つの要因が考えられました。

- ① 夫はAさんの介護で精一杯で、掃除にまで手が回らない。
- ② 夫も認知症が進行し、部屋の汚れが気にならない、もしくは、掃除をする気にならない。

読者のあなたはどのように考えますか。筆者は両方だろうと思います。その理由は、3)と4)の発言に見え隠れしています。夫は3)で「妻を信用している」と述べています。妻の認知症について勉強していた夫がこの発言をしたので、筆者は「少し、現実認識がズレ始めたかな」と違和感を抱くようになりました。そして、4)の「受診日を確認しない」という発言から、夫も自身のことで精一杯なのだろうと実感しました。

## 服薬管理は別の人に

夫の認知症状の進行に伴い、Aさんの服薬は別の人が担う必要がありました。「施設入所したほうがいい」という主治医の発言は、できない部分をどのように補うかを心配しての発言だったようです(後日談)。

さて、Aさんの服薬をどうするか。そして、家中の汚れをどうするか。ケアマネジャーと筆者、夫で話し合い、ヘルパーを導入することになりました。

しかし、ヘルパーが実際に何うと、Aさん夫婦は「他人に家の中のものを触られたくない」と言い出したのです。

結局、当面はAさん夫婦が慣れている筆者と通所リハの数名のスタッフで服薬ができるようにかかわることになりました。そのために、通所回数も増やしました。要点を下記に挙げます。

### 服薬管理

お薬カレンダー(カレンダーの日付部分にポケットがついており、そこに薬を入れておくもの)を冷蔵庫の扉に張っておきました。通所リハの送迎時に、スタッフが服薬カレンダーに薬をセットすると同時に、服薬状況を確認します。



お薬カレンダー

### 家族との関係を取りもつ

夫は生活上困る事態が起きても、息子には「できている」の一点張りで、息子も「おやじがそう言うなら」と、関心を持たなかったようです。

そこで、自宅内の状況、服薬への支援状況など

についてはこれまで夫にのみ報告していましたが、ケアマネジャーを通じて長男に報告するようにしました。

## 支援チームの連携強化

サービス導入（自宅内への介入）は通所リハのスタッフが担当しますが、今後の目標は、ヘルパー（＝掃除）、訪問看護（＝服薬、体調管理）な

どの職種がかかわることです。それに向けて、連絡ノートを作成して、現在の状況を書き残すようにしました。

## Aさんに理解を促す

ここが5点目の気付きであり、最も重要なポイントです。下線⑤で示したとおり、Aさんはできないこと、失敗したことを指摘されるのをとても嫌がり、それを怒りで表します。しかし、二人の生

活を継続するためには、支援する側がAさんの気持ちを受け止めつつ、『Aさんにも理解を促す』かわりが必要でした。

方法としては、Aさんの心情に配慮しつつ、修正できる余地を残した対応としました。対応例を紹介します。

### ●お薬カレンダーに薬が残っていた場合（飲み忘れていたのを発見）

スタッフ：「Aさん、もうひとつ薬があったみたいです」  
Aさん：「あら、おかしいわね」  
スタッフ：「飲んでから出掛けましょう」  
Aさん：「そうね」

#### Point

忘れていた事実を指摘せず、服用を促すだけのシンプルな対応を基本にする

### ●通所リハに行く際の持ち物（入浴用のタオル、着替え）を準備できていない場合

スタッフ：「いつものバッグを持って行きますか」  
Aさん：「はいはい」  
スタッフ：「入浴の準備もしておきます」  
Aさん：「あら、してなかったかしら。ごめんなさい」

#### Point

Aさんが忘れていた事実を本人が自覚できるように促しを意図的に行った

このように、限定したスタッフが自宅内に入るようになり、Aさん夫妻も少しずつできない部分を人に委ねるようになりました。そうすると、次の段階に進みます。「薬のことは、看護師さんに頼みましょう」「掃除や入浴の準備はヘルパーさんに任せましょう」と、段階的に勧められるようになりました。

服薬が順調にできているので、Aさんの体調も安定してきました。Aさんはイライラせず、夫婦で穏やかに過ごせる日が増えていきました。



## 笑顔の記

相談の電話から2ヶ月が経ったころ、夫がお菓子を持って筆者を訪ねてくれました。私の顔を見た途端、にっこりと笑ってくれました。そして夫

は、「私は二人で、いつまでも暮らしたいと願っていました。しかし、これから二人でどう生きていくかを、病気の進行も合わせて考えられるように

なりました」と語ってくれました。つまり、『自分が車の運転ができなくなったら』『火の管理ができなくなったら』など、具体的に物事を考えられるよ

うになったと言うのです。夫婦で認知症を抱えて生きていく人生設計を、イメージできるようになってきたように感じました。

## できないことを人に頼むこと

Aさんと夫の生活を支える上で、下記の2点が課題であったように思います。

- ① Aさんは生活上の課題を理解できません。筆者は本人のできること、できないこと、支援があればできることを整理して、本人にも協力してもらう必要がありました。そのうえで、本人がやりたいこと（生活の継続）をかなえる支援体制を構築できたと考えています。
- ② 本人の生活習慣を少しずつ、大きく変えました。この変化にAさんも夫も戸惑いながらも、この先の生活を考えるきっかけになったように思います。

夫は「認知症」について勉強をしていましたが、実際の生活で次々に生じる問題にどのように対応すればよいか分らなかったようです。部分的にでも支援を受けたことで、彼らの生活における課題と対応が具体的になりました。その結果、どこまで自分でできて、何の支援を受ければいいのか明確になりました。今後の生活のイメージにもつながったので、二人の人生を冷静に考えるきっかけになったように思います。「できない部分を人に頼む」この考えの転換は、疎遠だった長男さんとの関係の再構築にもつながったようです。

## 認知症ケアの可能性

認知症ケアは目に見える症状や変化のほかにも、生活を見通し、決断を迫られる心の痛みを抱えている人々をケアしなければなりません。

認知症の問題は人生後半の締めくくりとして、当事者に重い試練を課すものだと実感します。

生活上の支援の積み重ねによって、利用者や家族の中は一日より先、1ヶ月より先を見通せるようになります。ケアの可能性は支援者も気付かない効果があるのだと思い至った事例でした。

### profile



広島都市学園大学 リハビリテーション学科 作業療法学専攻  
谷川 良博

約23年間、認知症の方や介護する家族への支援を中心に、病院、介護施設、デイケアで勤務。平成25年4月より現職。



松尾 みき

長崎県大村市生まれ  
平成8年国立療養所福岡東病院附属リハビリテーション学院作業療学科卒業後、病院勤務を経たのち、平成18年から介護老人保健施設うぐいすの丘勤務（長崎県）  
平成19年より介護老人保健施設うぐいすの丘通所リハビリテーションを担当している。

「認知症の方への生活行為プログラム」は今号で終了となります。  
谷川先生、長期にわたる連載のご執筆をありがとうございました。

