

緩やかに，ともに歩む 作業療法

—認知症の領域から

Yoshihiro Tanikawa

谷川 良博*

明日から地域に出るためのポイント

- ① 地域に出かけるには，相談できる・教えてくれるような先輩や友人など，拠り所をもつ。
- ② 連絡帳，訪問，専門職との訪問を活用する。
- ③ 相手の期待に応えようと意気込むのではなく，まずは相手を受け入れるような緩やかさで出かけてみる。

Key word

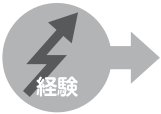


- 障害福祉
- 認知症
- 通所リハビリテーション

●風は作業療法に

地域包括ケアシステムの実現に向けた大きな時代のうねりの中，認知症関連の動向は活発に推移している。筆者は平成 24 年（2012 年）度に，ある地域での認知症連携パス作成委員会¹⁾に参加した。作成委員会は行政職員，ケアマネジャー，医療関係者など多職種で構成された。多職種との討論の中で，認知症の人を地域で支えるためには，①各職種間で共通言語をもつ，②連携のためのルールをつくるなどの課題が山積している現状の共通理解ができた。連携への取り組みは始まったばかりだが，作業療法士（以下，OT）は自らがもつ「きめ細かな視点と対応力」を発揮できれば，家族と多職種の接着剤としての役割を担える存在になるだろう。本稿では，これから地域で仕事をしようと考えている OT に向けて，接着剤の意味を一緒に考えてみたい。

* 広島都市学園大学リハビリテーション学科，作業療法士
〔〒731-3166 広島市安佐南区大塚東 3-2-1〕

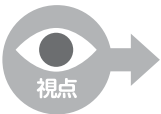


出発点はどこからでも

読者に正直に打ち明けよう。筆者は当初、地域に出るのは消極的だった。それは、病院の外に出ると、自身の勉強不足をきっと痛感すると恐れていたからである。しかし、あるきっかけで地域に出かけるようになった。その経緯から紹介する。

筆者が病院に就職した当時（23年ほど前）は、所属していた県の作業療法士協会が、行政からの委託を受けて訪問相談の協力をしていた。筆者はその状況を知っていたが、「地域に出る余裕はない」と理屈をつけて避けていた。しかしある日、近隣病院の大先輩 OT からこの事業に参加するように促され、しぶしぶ協力をすることにした。この事業は、相談者の自宅に、OT や保健師、ソーシャルワーカーなどのチームで赴き、福祉用具や住宅改修の相談に応じるシステムだった。

筆者は、月に2件ほどのペースでこの事業に協力した。一緒に訪問する顔触れはその時々で違っていたが、訪問ローテーションの関係か、ある時期から（筆者が）やりにくい女性と組むようになった。女性は、「私の職種だったら、それもこれもできます！」タイプであった。この女性からみれば、「こんな若造で、OTなんてわけのわからない職種の人間より、私の方が役に立つ」と言いたかったのだろう。そうやって筆者は都度、押しつけられながら、「地域に出たから、やっぱり傷ついた…」と、彼女と組むたびに後悔をしていた。



踏み出す勇氣には

筆者が地域に出かける経緯を紹介したのは、次の理由がある。当時、筆者は病院から外の世界へ第一歩を踏み出したが、対象者宅に行く直前まで、とても不安で、誰かにすがりたい心境であった。これを転じると、地域に出かけるには、OT としての拠り所があれば不安は軽くなるのではないかと思えてくる。筆者の場合は、相談できる・教えてくれる人の存在が大きかった。訪問リハビリテーション（以下、リハ）に携わる友人も「訪問先で、これでいいのか迷いを抱いている」と語っている。地域に出かけた際に、どんな小さなことでも、相談したい事柄を適宜質問できる同職種の先輩がいたなら、どんなに安心だろう。その人とつながっていると思えるだけでも心強い。さらに、他職種でも、作業療法について造詣が深い理解者が近くにいれば安心であろう。

これらの協力者は、どのように得られるだろうか。その答えとして筆者は、地域で出会った人との“つながりを大切にすることだ”と考えている。人と人をつなぐ縁は、憂えるより易しである。電車で読んだ本の一節に、「自分が期待するほど、人は自分のことを見ていない。でも、自分が油断する以上に、人は自分を見ています²⁾」とあった。自身の仕事に一生懸命に臨んでいる姿をみて、応えてくれる人が必ず身の回りにいるものだ。



地域で認知症の利用者を支える

筆者は、診療所に併設する通所リハの管理的役割を8年ほど経験した。通所リハで

の実践を通して、地域住民や認知症の利用者とどう向き合うのか考えていく。

① 連絡帳活用術

本通所リハの約8割は、認知症を有する利用者であった。ここで、読者には通所リハを含めた通所系事業所では、新規利用者が増えると単に1名の増加ではなく、その家族を含めるプラス2~3名の登録者が増加するイメージをもってもらいたい。つまり、認知症の利用者を介護するインフォーマルな人的環境の把握は不可欠であり、特に、介護者へのケアとサポートは、通所系事業所にとって重要な役割を占めている。

家族の心理状態や利用者の変化を推察する情報源、そして彼らとつながりを保つ手段として、筆者は連絡帳を活用していた。連絡帳にしっかり記載してくれる家族、読まない家族などさまざまであったので、見てもらえるような工夫をしていた。紙面の関係上、詳しくは紹介できないが、家族が興味をもてるように写真を用いる、文面を問いかけ様にして一言でも返事をもらうようにした。家族からの記載内容で変化を察した場合には、面談の時間を設けてもらっていた。

② 訪問活用術

連絡帳の内容で、緊急性を感じた場合には「ちょっと近くまで来たので…」と突撃訪問を仕かけることもあった。朝夕の送迎には偏りなく赴き、短時間でも直接家族と会うように心がけた。利用者宅をさらっと伺うように装いながら、隣近所の様子、家の雰囲気、利用者の家族の中での関係性、介護者の表情など多岐にわたって観察をする。肌で感じておく。介護する家族との日頃のなんでもないやり取りが大切であり、「会う・聞く・伝える」の積み重ねが彼らと相談しやすい関係を築けると考えている。

③ 専門職との訪問で得るもの

筆者は、他職種とも緊急の案件や込み入った内容などでは、直接会って話し合うように心がけていた。会う対象は、ケアマネジャーやヘルパーが多かった。

1. ヘルパー編

ヘルパーは利用者の生活に関する情報を多く有している。さらに、利用者とは家族は、ヘルパーには素顔（本音）を見せている。それらを聞くだけでも、支援の情報源として有用である。ヘルパーは、利用者への介助方法で悩んでいる方もいるので、同行訪問して相談に乗る機会は多かった。1ケースを大切に、解決に向けて協同した縁は、後に自身への協力者（応援者）につながっている。

2. ケアマネジャー編

利用者が通所リハで獲得した能力を自宅で活かすには、一貫したケアプランが必要である。そのため、ケアマネジャーとの同行訪問の機会を意図的につくっていた。ここで、ケアマネジャーとの協業を密にした事例を紹介する。

【事例1】

利用者：A氏（88歳、女性）、アルツハイマー型認知症、要介護3、MMSE（Mini Mental State Examination）8点。





▶▶図1 行動を邪魔しないような手すり



▶▶図2 シルバーカーを押すA氏

A氏は、週に3回通所リハを利用していた。自宅で夜間にベッドから転落して、右大腿骨頸部骨折を受傷した。救急病院で人工骨頭置換術を受けた。約2カ月後、A氏の退院前外出に合わせて、ケアマネジャー（B氏）と同行訪問を行った。

B氏は定石通りに、玄関の上がり框と屋内の段差のある部分すべてに手すりをつけようとした。筆者は、A氏の失認症状を説明して、不用意に手すりを付けると、本人の行動を邪魔する恐れがあるため、最小限にするように提案した（図1）。歩行状態はこれから改善する可能性もあるので、適宜、歩行器からシルバーカーへ変更する可能性を伝えた（図2）。

A氏の回復に対応するプラン作成のために、B氏には目標期間を短く設定し、細かなプラン作成を共に行った。筆者とB氏はA氏を通して、手すり設置や福祉用具選定、そしてショートステイ先へのアドバイスなどを協同した。B氏はこれ以後、認知症状と身体状況の予後予測を考えて、ケアプランを作成できるようになったと語っている。

問題

OTのジレンマ

OTのあなたは、自身が多職種を魅了する技をもち得ていると自覚できていないかもしれない。なぜなら、自身の有用感を常に抱きつつ仕事に向かい合っているほうが特別だからである。われわれは、時に対象者にクレームを突きつけられ、時に上司に叱られる、試行錯誤のOTである。

ここで、上記の魅了について裏づける興味深い報告を紹介する。OTと多職種との同行訪問において、同行した他職種がどのような気づきを得ているかを調査した報告³⁾である。A氏の事例と似ているので、納得しやすいかもしれない。

この報告書では、多職種はOTとの同行訪問を経験した結果、対象者への「これからの考える必要性」や「介助のポイントを明確に示してくれる」などの気づきを得ている。つまり、OTは協業の際に多職種の気づきの促進と同時に、チームの総合力を上げる一助となる職種であるといえる（表1）。

さらに、この調査で通所リハに勤務するOTの日々の努力も明らかになった。介護報

▶表1 同行訪問後の多職種への影響

職種	ケアマネジャー	ヘルパー	福祉用具販売業者	自施設の介護職員
同行訪問結果の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン内容や目標の変更した。 ・予後、予測について情報交換を行えるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助が本人の力を行かした介助になる。 ・見守りのポイントを具体的に理解した。 ・歩行介助のポイントがわかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の能力を勘案した福祉用具を導入できた。 ・本人が折り畳めるシルバーカーの収納の重要性を学んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅でのADL状況や住環境を見せながら作業療法士が解説することで、通所リハ内で援助するポイントを理解した。

酬で認められている訪問回数では、利用者の抱えている課題解決には足りない。そのため、サービス（無報酬）で、しかも複数回、利用者宅に赴いている。この調査結果をもとに筆者が伝えたいのは、OTは利用者の生活行為の向上を目的に、①職場や介護報酬の時間枠を工夫して、②自分の目で自宅を見て、③記録は残業に廻し、日々対象者のために動いているということである。

OTは利用者と一緒に動き、共に考える過程を通して、対象者がその人らしい生活ができるように支援をしている。この「共に」の支援スタイルであるから、対象者の「こころ」が動くのである⁴⁾。

特に、今回のテーマである認知症の方への支援を“地域で”と、掘り下げた場合、利用者の内発的動機をいかに引き出し、つくり出していくかに、OTの力の見せどころが潜んでいるように思われる。その事例を紹介する。

【事例2】

利用者：C氏（78歳、女性）、アルツハイマー型認知症、要介護2、MMSE 16点。

a) 問題

C氏は夫と2人暮らしであった。C氏は、通所リハに週に4回通っていた。彼女は家事の失敗が続いたので、夫が生活全般の役割を担っていた。夫は介護に一生懸命なあまり、Cさんを叱ってばかりいた。夫が叱る声がかから漏れてくるので、民政委員も心配をしていた。C氏は次第に元気がなくなり、深夜徘徊や尿失禁をするようになった。夫は、周囲の状況を冷静にみられなくなっていた。

b) 対応

夫は、C氏に「良かれ」と思って行動をしている。しかし、地域住民は心配をしている。そのため、筆者と民政委員で訪問を繰り返した。その際は筆者が聞き役になり、夫の考えを話してもらった。5～6回の訪問の後に、夫は自身の行動が妻を苦しめる一因になっているかもしれないと気づくようになった。その時点で筆者は、夫にC氏と夕飯の買い物から行動をともにして、料理も一緒にするように勧めた。その際に留意してほしいことをひとつだけアドバイスとして添えた。その後、夫はC氏が失敗しても、同じ失敗を繰り返さない工夫をこっそりとするようになった。

c) 結果

まず、夫の接し方が変容したので、C氏は穏やかになった。失禁の回数も減った。なによりも良かったのは、C氏が「料理をしたい」と口にするようになったことである。また、民政委員の発案で、地域づくりの一環として認知症に関する勉強会も立ち





▶図3 認知症に関する勉強会の様子

上がった(図3)。

d) 解説

認知症の方にBPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が出現すると、その対応に目が向きがちになる。しかし、人的・物理的環境がその行動の要因になっている場合は多い。C氏の場合も、役割の喪失や夫からの罵声が要因であった。

夫に態度を変えてもらうのは時間を要したが、何度も会うことで受け入れてくれた。そして、筆者からの「Cさんのできることを一緒に創り出してほしい」という、ただひとつのアドバイスに従ってくれた。これによって、夫は料理や買い物を共にする中で、Cさんが1人で難しいことは、2人で補うことを会得した。Cさんも共に生活している実感を得て、生き生きとした表情に戻った。夫婦は、夫婦として互いを思いやる生活をもう1度、本人たちの力で取り戻した。

●まとめに

認知症ケアは多職種とのチームで臨む。筆者は、チーム構成員がそれぞれを補い合う“相互成長タイプ”が最も利用者のためになると考えている。OTの原点は、「ともに」である。地域に出ても、相手の期待に応えようと意気込むのではなく、まずは相手を受け入れる。そんな緩(ゆる)やかさで出かけてもよいのではないだろうか。

ちなみに、OTの「きめ細やかな視点と対応力」を友人と語ってみたところ、次のようにまとまった。その主語は、“OTは”に続く。

- ・「できない」ことを手伝うだけでなく、「できる部分」にも視点をもっている。
- ・今どうするか、今後どうなっていくかの予測を立てて、今、何をすべきかを考えている。
- ・作業の中で連続して起こる選択場面を、精神・心理的側面からみることができると。
- ・作業は単独ではなく、作業の連続で生活が成り立っていることを理解している。

文 献

- 1) 株式会社 フジケア：北九州在宅医療連携拠点事業・報告書. p.2-3 平成24年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業, 2013
- 2) 小山薫堂：つながる技術—幸運な偶然を必然にするには? p.57, PHP 研究所, 2011
- 3) 谷川良博：生活行為向上マネジメントを活用した通所リハビリテーションの取り組み. 日本作業療法協会誌 14: 30-33, 2013
- 4) 葉山靖明：だから作業療法が好きです. 三輪書店, 2012