



## 在宅の限界点を高める③

# 利用者や地域と「ともに歩む」 医療・介護・福祉を目指して

医療法人財団アカシア会（埼玉県三郷市）

医療法人財団アカシア会（大場敏明理事長）は内科のクリニックを中心に、認知症の医療とケア、家族・地域の協力体制を構築し、認知症の人の在宅生活を支援している。クリニックでは「もの忘れ外来」も実施している。

ケアの提供では、個別支援と自立生活支援を追求。「その人らしい生活と人生を支え、ともに歩む」ことを目指して回想法による自分史の作成なども進めている。

## 個別支援と 自立生活支援を追求

アカシア会理事長の大場敏明さんは、老人病院等の勤務を経て、介護保険がスタートした直後の2000年5月に内科医「クリニックふれあい早稲田」を埼玉県三郷市で開業した。老人病院における患者への物理的・心理的な拘束や薬物による

抑制などに疑問を感じ、「その人らしい生活と人生を支え、ともに歩む」ことを地域で実現することを目指した。

クリニックでは、訪問診療・往診も積極的に実施。03年からは「もの忘れ外来」も開始した。訪問診療は10年4月からの3年間で223件。このうち93件（42%）は認知症関連だ。

介護サービスでは同じく03

年に認知症グループホームを開設。現在、居宅介護支援事業所や小規模多機能型居宅介護、認知症対応

型通所介護など6事業所を展開（サテライト及び一部休止含む）。訪問看護や障害サービスなども手がける。いずれも小規模な事業所で、住宅街に溶け込んでいる。地元の地域包括支援センターや専門病院とも連携し、地域包括ケアシステムの構築に寄与している。

認知症の人が増加している状況に対して、大場さんは「地域のかかりつけ医の出番だ」と語る。早期発見・早期支援を進めて地域で支える上で、認知症の



クリニックふれあい早稲田

医療とケア、家族・地域の密接な協力は不可欠であり、全体を統合する役割を担うのが「かかりつけ医だ」という。

大場さんは、グループホームでの介護で認知症の人が改善することを実感。「認知症の医療とケアにおける薬物治療の役割は全体の2〜3割にすぎない」と、介護や地域・家族の力が大きいことを強調する。

アカシア会では、家庭的な雰囲気の中での自己選択を尊重した「個別支援」や、残存能力の

### 医療法人財団アカシア会本部

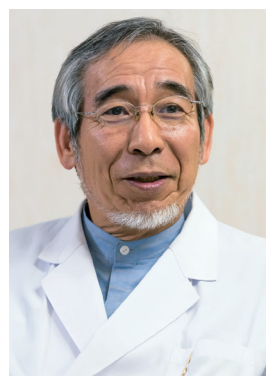
〒341-0018 埼玉県三郷市早稲田3丁目26-2  
TEL 048-950-7310 FAX 048-950-7314  
<http://akashiakai.com/>



吉村さん



高杉さん



大場さん

## 自分史を作成（回想法を実践）

自分史は、希望者を対象に作成している。大場さんの提案で5～6年前に開始した。

「人生を支えている視点が大事です。それにはまずその人の人生を知ろうということで自分史を作成することになりました。認知症になると、昔のことを回想する力が落ちますが、完全になくなるわけではなく、何かのサポートがあると思ひ出します。回想法で思ひ出し、それを積み重ねていけば自分史になります」（大場さん）

作成は、1人につき3カ月くらいかけて行う。1年間で3人くらいの自分史を作成しており、今年3月に完成した「えがお」の利用者Sさんで10冊目になった（6頁参照）。

作成には10人位が関わることも。傾聴・編集のボランティアも募集し、編集委員会も設置。メンバー選びには工夫を凝らす。

たとえば対象が保育所の園長を務めた人の場合、当時の保育所を知る人がボランティアとして参加することで、聞き方が変わるという。関係者を探して話を聞いたり、写真などの資料も提供してもらう。

保健師をしていたYさんのケースでは、当時を知る人がいないか小谷村に問い合わせたところ、住民福祉課長が共に働いたことがあることが分かった。当時のことについて一文寄せてもらい、「保健婦さんは『村民の母親』とも言ふべき存在だった」と紹介された。

「個人的な背景はそれぞれ違う。自分史の作成を通じて、その人の人となりを知ることで対応が変わってきます。頑張ってきた人生を知ること、『80歳、90歳の高齢者』とみるのではなく、人生の先輩としてともに歩ませていただくという気持ちに変わります。皆、輝いている人生があったことを知ることができます」と高杉さんも意義を強調する。

自分史を作成した103歳の女性が、別法人のグループホームに移ったときのこと。その職員が自分史の中の写真をみて「この方は？」と尋ねると、はっきりと答えるなど記憶が蘇ったというエピソードも。家族を通じて高杉さんに伝えられた。



### 自分史作成の流れ

- ①家族や本人の意向を確認
- ②傾聴・編集ボランティアの募集
- ③編集委員会の設置
- ④資料の収集
- ⑤時代考証
- ⑥年譜の作成
- ⑦写真・資料に基づく聞き取り（回想法）
- ⑧原稿起こし
- ⑨編集・製本

活用を重視する「自立生活支援」を実践している。

その特徴は、「その人らしい生活と人生を支える」一環として行う回想法による「自分史」の作成や、調理・後片付けなど出来ることをしてもらう食生活

での支援に顕著にみられる。

そうした支援を進めるためアカシア会では、認知症の軽度から重度までの状態に対応できるよう介護のサービス提供体制を整えてきた。

以下では、軽度（初期）に対

応する認知症デイサービス「和顔施（わげんせ）」と、中等度（中期）に対応する小規模多機能型居宅介護「えがお」重度（後期）に対応する認知症グループホーム「アカシアの家」の3カ所の取り組みをみてみよう。

## 自分史を読み返し 回想法を行う

小規模多機能型居宅介護「えがお」は、利用登録25人、通いの定員15人。平均要介護度は3。介護・看護職員の常勤換算は11・5人。

「えがお」に入ると、ピアノの前に7〜8人の利用者が座り、歌の準備をしていた。発表会に向けて発声練習が始まった。

「発表会ではどんな認知症の

左／利用者が合唱の練習をする傍らで昼食をとる大場さん



上／訪問診療などをして自宅で看取った患者の遺族から寄贈されたピアノ。亡くなる2日前には自宅でピアノコンサートも開いた左・下／皆で張り切って練習。利用者の間にスタッフも入る



人でも力強く発表します」とアカシア会本部の介護統括部長・教育部長の高杉春代さん（保健師・主任介護支援専門員）。

練習を繰り返し、楽譜を見ずに歌える利用者も多いという。裏ではスタッフが利用者を落ち着かせ、リハースルもこなして本番を迎える。発表会に参加する利用者、それを聞く家族の感動はひとしおだ。

ピアノに合わせて「翼をください」「ふるさと」など元氣な歌

声が響く。曲目は利用者が話し合って決めた。歌の合間には笑いや話し声でとても賑やかだ。

しばらくして近所のクリニックから大場さんが到着。遅い昼食のためだ。大場さんは小規模多機能や認知症デイで利用者が作る昼食をとる。時間が無いときはクリニックに運んでもらうが、可能な限り事業所を訪れる。生活の場での利用者の様子をみるためでもある。

歌の練習に励むSさん（女性、70歳）は要介護5。歩行などに問題はないが、認知症高齢者の日常生活自立度は最高のM。しかし一見して状態の悪さは分らず、穏やかだ。

Sさんは、引きこもりがちで受診拒否が激しく、困り果てた夫からの要請で大場さんがおよそ1年半、忍耐強く訪問診療・往診を重ねた。夫の介護負担が大きいので「えがお」の利用も提案。えがおの訪問スタッフも繰り返し訪問して信頼関係を築き、1年ほどかけて通所の利用につなげた。その間の見守りや

家族支援では近くの地域包括支援センターの協力も得た。

Sさんは今年3月に「自分史」を完成させた。「これほど重度の人の自分史の作成は初めて」と高杉さんは振り返る。

一人称ではなく、第三者による記述が中心だ。故郷の栃木県足利市で暮らした時には墓誌を指さし、母親や兄の名前を口にした。旧友との再会では小学校の校歌を歌ったことが記されている。夫からはこの自分史を「家宝」にすると感謝の一文が寄せられた。

Sさんの自分史の作成に関わった「えがお」の管理者である吉村節子さん（介護支援専門員）は次のように話す。

「今、この自分史と一緒に読んで過ごしています。普段はコミュニケーションをとることが難しいです。自分史の作成を通じて学生時代や母親のことを知ることができました。その話をすると表情が輝き、生き生きと話し始めます。利用者全員の自分史がほしいと思いました」





左／写真右側に立つ眼鏡の女性が俳句の講師。参加者は皆、笑顔だ  
右・下／利用者が前回つくった句を、講師がハガキに印刷してきてくれた。句の出来栄などで盛り上がる



高杉さんも「普段はあまり集中できず、じっとできませんが、自分史を読み返しつつ回想法をすることで落ち着いてきます」と続ける。



この日はまず、しりとりを実施。「アジサイ」などと書かれた紙が配られ、読み上げる。賑やかに「いのしし」などと口々に答え、自分の紙に記入していく

## 本人からの提案をもとに プログラムをつくる

軽度（初期）の人に対応したデイサービス「和顔施（わげんせ）」は2013年に開始。アカシア会では最も新しいサービスだ。従来の認知症対応型通所介護のサテライトである。

対象は、要支援から要介護1、長谷川式認知症スケールで17～19点程度。軽度の場合、従来の認知症型デイや小規模多機能では「私が来るところではない」と拒否することが少なくない。「それまで行く場所がなかった」と高杉さん。

「和顔施」は、月曜日から金



大工の棟梁だった利用者の男性は道具を持参し、事業所の細々とした修理などもしてくれる。一見すると利用者には見えない。暫くして俳句の会にも参加

曜日の朝10時半に始まる。健康チェックをして一人ひとりのその日の過ごし方を決める。趣味活動が中心だ。時間帯により5時間から7時間の3コースがある。取材時は8人が利用。3人の職員が対応していた。

過去の習い事や趣味、「やりたい」ことを利用者に提案してもらい、プログラムをつくる。自分が参加したいプログラムに自由に参加するスタイルだ。

健康づくりのクイックヨガや園芸、絵画、書道、囲碁・将棋、麻雀、音楽、手芸、工芸、茶道、生花などを実施。プログラムによつては、プロの講師を招くことも。取材の日は俳句の講師が訪れ、指導していた。

「認知症になっても、質の高いものは素晴らしいと感じ感動します」（高杉さん）

「和顔施」とは「にこやかな顔で接する」という意味。心地よい刺激は脳にも良い影響を与える。利用者が意欲を持続けると笑顔が生まれ、家族にも笑顔が戻ってくる。そうした空間

になるように、という思いが込められている。

「ギャラリー喫茶」とも名づけられており、室内には利用者が撮影した写真や、描いた絵画や書、俳句などが飾られ、まるでカルチャースクールの一室のようだ。

壁に飾られていたパッチワークによる手提げづくりでは、認知症の人が縫いやすいようにと布の大きさも調整した。

「できることを可能にする支援が重要です。力を引き出していく。できる環境を整えていく。できないことに着目するのではなく、できることに着目する」と高杉さんは強調する

毎月第1土曜日にはスペースを活用して、「おれんじカフェ」も開催。認知症の人や家族、支援者が集い、お茶を飲みながら話をする。

主催は「認知症の人と家族の会」の埼玉県支部で、アカシア会と地域包括支援センターが共催。アカシア会の職員もボランティアで参加している。

## できることを追求 おやつ作りなども

グループホーム「アカシアの家」はクリニックから車で10分ほど。入居者9人の1ユニット。職員（介護従事者）は常勤換算で8・5人。7～8年暮らしている人もいる。要介護5が5人と重度者が中心だが、寝たきりはゼロ。看取りにも対応してお



「できる」ことに着目し、おやつ作りにも参加してもらう



笑顔のYさん（右）と高杉さん。Yさんの保健師としての活動を高杉さんが尋ねていると穏やかな笑顔に



り、これまで4人を看取った。

「ここでのケアがアカシア会の認知症ケアの原点です。期までみます」（高杉さん）

到着したのは3時前で、おやつ作りの最中。「今日は、かんたん大学芋をつくります。ふかした芋に砂糖を入れてくださ

い」と職員が声をかける。芋への味付けや炒め、盛り付けなど可能な範囲で入居者にも

手伝ってもらう。

テーブルの周りに座る入居者のうち2人の前には「自分史」が置かれていた。ページを何度もめくった様子がうかがえ、かなり使い込まれている。

その一人、Yさん（90歳）は要介護5。認知症の日常生活自立度はⅢb。長野県北小谷村（現在は合併し小谷村）で初の保健師となり30年以上も活躍した。Yさんは2年半ほど前に自分史を完成させた。タイトルは「私の人生／野の花のように」。題字はYさんが揮毫。表紙には小谷村の桜の花の写真を使った。高杉さんが自分史の前に話しかける。

「Yさん、小谷村は長野県？」

「そう」

「懐かしいですね」

Yさんが目を開き、何かを話し始めた。「最初にできた診療所？ そうなんだ」と高杉さん。自身の保健師としての活動を説明しだしたようだ。

Yさんたちの活動は住民に大変感謝されたという。

「診療所にいたほかの2人と、3人で一所懸命やりましたからね。皆、いい人たち」とYさんが笑顔で話す。

法人は看護実習も受け入れており、Yさんは学生にも自分史を見せて話すという。

## 個別対応で負担も軽減

このようにアカシア会では個別支援を重視している。

「認知症の方は一人ひとり違うので、集団的なケアは向きません。個別に対応することで状態が落ち着き、負担も減ります。つまり一人ひとりに関わることで介護量も減るのです」と高杉さんは話す。

こうした個別ケアを下支えしているのは何か。

アカシア会は、ケアカンファレンスや事例検討を大切に行っている。「病気や状態、その人の生活をどのようにみるか。患者を通じて皆で学ぶのは大事です」と大場さんは強調する。職種を限定せず、事例に関わる人全員



## 糖尿病の利用者を支援

小規模多機能の「えがお」を利用するKさん（78歳・女性）を自宅に送るときに同行した。

要介護3、認知症高齢者の日常生活自立度はⅢaだが、「実質的に要介護4、5くらいの支援」をしている。

話し好きでコミュニケーションはとれるが、短期記憶を保持できない。Kさんは、A市の職員で公立保育園の保育士をしていた。そのこともあってか歌の練習ではリーダーシップをとっていた。

### ●血糖値の検査の手順を伝え、本人が検査

認知症以外に、糖尿病の持病もあるので、毎朝・夕に自分で血糖値を測る。「えがお」の職員は手を出さず、やり方を忘れてしまった場合は器具の使用手順を伝える。



Kさんは「朝と夕方、こうやって記録をとるんです。これが私の仕事になっています。本当に面倒くさいけど。血糖値が高くなると入院しなくてはいけないと脅されるんですよ（笑）」とおどけて話す。

「血糖値の測定の順番は忘れていません。私達はヘルパーなので血糖値の測定はできません。ご自身でできなくなったら自宅での生活は難しくなります」と職員の山上三恵さんは心配そうだ。

「えがお」の利用は、週に3日の通いと、毎日複数回の訪問。食前・食後の服薬が必要だが、声をかければ自分で飲むことができる。

薬は、それぞれ別の箱に入れて管理。飲む時間

や回数を間違える恐れがあるからだ。また家族や別のヘルパーも入っているため、薬には日付を記入。訪問した職員が服薬前に用意する。



摂取カロリーの計算も、管理栄養士の協力を得て行い、配食サービスも利用して管理している。しかしKさんは食べることが好きなので血糖値が高くなりがちだという。

夫婦2人暮らしで夫も要介護2。夫には認知症はない。夫もかつては「えがお」を利用していたが、出不精で妻と生活時間がずれているため、本人の希望で別の事業所の訪問介護を利用。夫は飲酒が好きで酔って寝ている場合も多く、「えがお」の職員は訪問時に安否を確認している。

### ●カギの開け閉めも、まず本人に

ドアのカギは2カ所ある。

「カギは預かっていますが、訪問時にご本人に開けていただき、ヘルパーが帰宅するときは内側からかけていただきます」と山上さん。自分にできることはなるべく自分で、を徹底している。

帰るときは施錠の音を聞くまで、ドアの外で待つ。

「いずれカギも閉められなくなりますが、できる期間がなるべく長くなるように支援します。それは自立している期間が長くなることにつながります」と高杉さんは語る。



と、関心がある人が参加する。

他方で「不適切なケア」を防ぐためにロールプレイによる場面再現を行い、それをグループで検討する取り組みも。先日は、入浴拒否の際にどんな声かけをしたのか、本人が「入りたい」と思うようになるにはどうしたらいいかを話し合った。検討に当たり、利用者の生活習慣を把握する。職員との関わりを考える上で、家族と利用者の関係性や生活歴も考慮する。

このほか、各拠点のリーダーを集めて月に一度、チームケアをどう進めていくかを重視した研修も実施している。

**地域との関わりも重視  
不明者の発見で住民も協力**

アカシア会は、地域との関わりも大切にしている。

どの事業所も夜間等を除き、基本的に施錠しない。日中のサービス提供時は自由に出入りできる。

グループホームの入居者が外

◆アカシア会の活動をより深く知るために



『ともに歩む認知症医療とケア』

著者：大場敏明／高杉春代

発行：現代書林 ☎03-3205-8384

定価：1,300円（税別）

に出てしまい、行方不明になった時は、近所の人たちも協力して探してくれた。その協力で市役所・警察にも連絡し、防災無線も活用して、事なきを得た。

高杉さんは「とても感激しました。皆さんから『見つかってよかったですね！』と仰っていただきました」と振り返る。

他方、小規模多機能の利用者で、団地で一人暮らしをしているケースでは、「お隣さんが耐えられない」（高杉さん）ことも。ゴミ捨ての問題や他の家に間違えて入ってしまうなどのトラブルが起きたことがある。

こうしたこともあり、地域への普及啓発も重要で、認知症サポーター養成講座にも積極的に

認知症の診断ともの忘れ外来での対応

クリニックふれあい早稲田では、「もの忘れ外来」を週に2回開催している。医師による診察・診断・必要に応じて処方した後、高杉さんともう1人の保健師が本人・家族と相談を行う。

大場さんは、専門病院から詳細な検査データの提供を受け、診断も行う。認知症の診断では、「認知症」という言葉は極力使わないが、アルツハイマーなどの原因疾患については詳しく説明し、今後の生き方などを共に考えていく支援を行う。なお電子カルテのコピーを渡し、情報は全面的に開示している。

「希望を持ってもらうことが大事」と大場さん。投薬とケアによる関わりに加えて、本人にもできることを提案する。日記をつけることやウォーキングをしながらのしりとりや逆引き算なども勧める。

経過観察では随時、長谷川式認知症スケールを活用して進行状態を把握すると共に、家族からも話を聞く。

保健師は「もの忘れ相談」で、認知症の方への接し方を家族に指導する。認知症の治療では、服薬以外に「生活を活力あるものとしていく」ようにアドバイスし、本人の状態にあった介護サービスも紹介する。

クリニックでは、一般外来でも認知症の有無に留意しており、もの忘れ外来の受診を勧めることもある。早期発見を重視し、認知症の進行を遅らせるとともに、今後の生活を組み立て直すために相談に乗り、支援を行う。

取り組んでいる。

「地域全体がサポーターにならないければ認知症の人の在宅生活の継続は難しいと思います。認知症の人に住みやすい社会は誰にとっても住みやすい社会はず」（高杉さん）

「地域立脚」で事業展開  
若年性認知症の就労の場も

若年性認知症の人にもきめ細やかに支援をしてきた。たとえ40歳の男性の場合、職場の保健師等と連携し、配置転換をし

てもらい、就労を継続している。

主に60代前半の若年性認知症の人を念頭に、就労支援の一環として実際に働く場の提供も検討中だ。三郷市には畑もあり、そうした地域特性を踏まえて農業の活用も考えており、障害者総合支援法のサービスである就労継続支援B型での実施を想定している。

大場さんは、「元農家がたくさんいると思います。地域の人たちの力を借りて共同作業のようにできれば」と語る。

認知症グループホームのユウ

ニット増設も検討中だ。

「事業展開は、これまで地域の必要性や時代の要請に基づき行ってきました。『地域立脚』といっています。『地域密着』というのは上から目線の印象を受けます。地域に根差して立ち上げていくことが大事です。事業は最初は大体、赤字です。時代の要請に依ってれば利用者は増えます。スタッフも力をつけていいケアができるようになれば、採算が取れるようになっていきます」（大場さん）

（撮影／竹林尚哉）