

認知症は生活障害 ケアの基本姿勢

「集団ケアから個別ケア」へシフトしていくあゆみ！
「これまでのケア」を紹介します。

1995.4

グループングケア研究会

代表 遠藤 邦弘

<認知症は生活障害>

特別養護老人ホームなどでは、認知症の利用者を「問題行動を起こす特別な人」という目で見て、「処遇(介護)」という名のもとに指示的・教育的な指導をしていないでしょうか。

認知症の利用者特有の「徘徊」や「見当識障害」の一因が、施設側の生活リズムに置き換えられることによって生じる「生活障害」にあると考えます。

そこで私は、「家に戻る」ケア、すなわちその人なりの生活リズムを取り戻すためのケアに挑戦してみました。この取り組みは、認知症の利用者が本来持っている学習能力や適応能力を高め、自主性を伸ばしてもらうために「グルーピングケア」を考案し実践した記録です。これで、完成ではありません。ユニットケアやバリデーション等いろいろなケアシステムが取り込まれている中の一つであります。 1995.4 (実践開始)

<グルーピングケアの基本姿勢>

①黙示的接近(見守りのケア)や体験的接近(スタッフが手伝うのではなく、自分で服を着たりお膳の上げ下ろしをするなど、認知症になる前の日常生活の場面を再体験することを促すケアを展開します。)

②全スタッフが認知症を理解したうえで、利用者の状態をこまめに観察し、医師や看護師に的確な情報を伝えます。

③安全確保に関するマニュアルを作成し、利用者と家族に対してインホームドコンセント(事前の説明と了解)を確立させます。

といった方法で利用者に対して、自由で自立性の高い生活の実現を目指します。

宮城県敬風園での具体的実践 (認知症を悪化させる3ロック)

これまでの「手厚すぎる介護」からの脱却を目指し、平成7年11月(1995)より「自立支援型施設」として、「週6回の入浴と夜間入浴」「食事のフリータイム制」「オムツはずしと随時交換」「認知症の利用者の開放処遇」「遅番導入などの勤務体制整備」の5項目の実現を図りました。

そのうえで、利用者の自己決定による個別処遇、たとえば「クラブ活動」「売店」「居酒屋」「ミニドライブ」「ふるさと訪問」「季節行事」「理髪店の利用」などに取り組みました。

これらを実現するためには、1人ひとりの利用者の生活背景を熟知するための検討、いわゆる「バックグラウンドアセスメント」がかかせませんでした。

認知症の利用者の問題行動は、実際には施設が提供するケアのまずさが引き金となりました。

たとえば認知症状の悪化は、

①スピーチロック(「これはだめ」「こうしなさい」といった言葉による規制)

②ドラックロック(問題行動に対するための過度の投薬がもたらす人格崩壊)

③フィジカルロック(ドアにかぎをかける、医療的拘束という名目で行われる紐などによる抑制など)この3つが大きな原因と思われる。