

第9回ようざん認知症介護事例発表会

通所系



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459

平成29年6月20日

「おとーさん！！」～ A様とご主人の為にできる事～

スーパーDEIようざん貝沢

.....P.1

いつまでも A様らしく

スーパーDEIようざん小塙

.....P.6

「サンキューベリーマッチ」A様の心の声

スーパーDEIようざん

.....P.9

「あのね、ひとごとじゃないんだよ」

デイサービスようざん並榎

.....P.13

「自分らしくありつづけること」

スーパーDEIようざん栗崎

.....P.17

A様の活気を取り戻す

デイサービスぽから

.....P.22

『笑える』幸せ

スーパーDEIようざん双葉

.....P.25

「人生いろいろだね。貰った2度目の人生、もうちょっとがんばるよ！」

スーパーDEIようざん石原

.....P.29

「ありがとうを言うのは、あたしだよ」～入浴を通しての信頼関係の再構築～

スーパーDEIようざん飯塚第二

.....P.32

「おとーさん！！」

～ A 様とご主人の為にできる事～

スーパー・デイ・ようざん貝沢
寺澤郁子

【はじめに】

皆さんももし自分のご家族が認知症になつたらどうするかを考えた事がありますか？きっと色々な介護サービスを活用し、出来る限り今の生活を続けられるように努力する方が多いのではないでしょか。もちろん、やむを得なく施設への入所を考える方もいるでしょ。

今回報告する A 様は、利用当初ご主人から『歩けなくなつたら施設に入らなきやだよ…』と言われていました。しかし利用開始から約3か月後、体調不良にて寝て過ごす日々を一週間送った結果、急速に認知症状が進んでしまい歩行もおぼつかなくなってしまいました。主介護者であるご主人は『歩けなくなつたら施設へ』と話されていましたが、A 様がこれからも在宅で暮らしていくように、またご主人の介護負担軽減のために私たちは何ができるのかを考え、取り組んだ過程を報告します。

【本人紹介】

氏名:A様

年齢:81歳 女性

介護度:5

既往歴:アルツハイマー型認知症

【利用の経緯】

長年主婦をして夫と共に長男と次男を育て上げる。

H22 年頃から認知症状が出始める。

長男夫婦と同居するも、共働きにて忙しく、介護支援は殆ど得られないので、夫の終日の介護で何とか生活出来ている。

H27 年9月14日あんしんセンター職員が自宅訪問し、介護保険申請を勧めるが、「妻は他人の関与を嫌う性質」とのこと見送る。しかし、最近尿・便失禁が常態化して負担が重くなったので、介護申請して介護サービスを利用したいとのことで、H27年11月10日より SD 貝沢を利用となる。

【課題】

ご本人の体調不良をきっかけに、利用当初と明らかに様子が変わってしまった。デイ・ご自宅共に食事の自力摂取が難しくなってしまった。また歩行困難な様子が見られる。

自宅ではご主人が殆ど一人で A 様の介護をしている為、大変そうである。

【A様の様子の比較】

	利用当初の様子	体調不良後の様子
食事面	他者と同様の食器を使い、お箸で上手に食べる事が出来る。時々他者を気にしてしまい、食事に集中出来ない時がある。 介助は必要なし。	他者と同じようにお皿を分けて提供すると、自力摂取があまり出来ず介助が必要な状態。箸を持つ手が定まらず、使いづらそう。手づかみで食べようとする事も増えた。また、食べづらさから食事摂取量も減ってしまった。 男性利用者を自分の『ご主人』と勘違いし、気が散ってしまい食事に集中出来ない。
排泄面	尿意があり、ご自身でトイレに行く事ができている。布下着を使用し、失禁もあまりない。 自宅では自分でトイレに行っていった。	日中の失禁はさほど見られないが、常時布下着を使用していた為、自宅での失禁による汚染が増えてしまった。 尿意があまりない為定時誘導を行う。タイミングが合えばトイレでの排尿が見られる。
入浴面	拒否はあるが、着脱・洗身は声掛けや介助をしながらご自身で行う事が出来、意欲が見られた。自力歩行が可能な為、手引き介助にて一人介助でも入浴することが出来る。「気持ち良かった」との言葉もある。 自宅でも時々入浴しているとの事。	意欲が無くなってしまい、動作の一つ一つに「ヤダ」「痛い」などの発言が多くなり、大声で悲鳴を上げる事もある。 恐怖心からか、移動途中でしゃがみ込んでしまい立てなくなることが増えた。
歩行	自力歩行が出来る。 自分の意思で立ち上がり、ホール内を徘徊することがある。	足を引きずりながら歩く様子が見られ、痛みの訴えもある。突然座り込んでしまうこともあるが歩行はどうにか出来ている。
認知症状	失語はあるが、他者と会話はそれなりに成り立つ。 職員に対し、「ありがとう」と自分の意思を伝える事が出来る。	失語があり、他者とのコミュニケーションが難しい。他者から何を言ってるかわからないと言われてしまう。 特定の男性利用者をご主人と思い込んでいる様子があり、依存が強い。「お父さん」と呼んだりついて歩こうとする。

【取り組み】

食事面

普通のご飯茶碗にご飯を盛ると上手く食べられないので、お箸(またはスプーン)で掴みやすいように、米飯を一口大の俵型にする。

おかず・米飯を全てプレート皿にのせて提供する。

左利きの為、左手でスプーンを持って食べて頂く。お箸は使える時もある為一緒に持つ。

食事に集中して頂くため、依存している男性利用者と離れた席に座って頂く。

排泄面

定時誘導を行う。歩行・立位が不安定な時は二人介助。

自宅での汚染を減らす為、ご主人にリハビリパンツの使用を勧める。

ご自宅でのトイレ誘導が困難な場合はデイ職員が手伝う。

入浴面

脱衣所から浴室までの移動時は歩行が不安定で転倒の危険がある為、車椅子を使用して移動してもらう。

シャワーのお湯に驚き、急にシャワーチェアーから立ち上がってしまうことがあったので危険防止の為、必要に応じて2人対応で入浴を行う。

歩行

歩行が不安定な時は二人介助にて支える。歩く意思がみられる時は歩行できる事がある為、意欲を出してもらえるような声掛けを行う。

下肢筋力維持の為の運動を促すが思う様に指示が伝わらない。手すりにつかまっていれば立っている事が出来るので立位保持を下肢筋力維持の運動として機能訓練を行う。

認知症状

特定の男性利用者に対して強い依存が見られ、その方を「お父さん」と呼び追いかけようとしてしまう為、食事中以外はなるべくその方と行動を共にする。

口調の強い他利用者との交流をなるべく控える。

【取り組みの結果】

食事面	お箸よりスプーンの方が使い易そうなので、利き手である左手にスプーンを持つと上手に使う事ができる。 男性利用者と席を離すようにしていくと、落ち着いて食事に集中できる事日が増えた。 食事摂取量が安定した為、体重が増え始めた。
排泄面	リハパンに変更してからは自宅での汚染は少なくなった。 尿意は殆ど無さそうだが、定時誘導する事で腹圧により排尿や排便がみられることがある。 自宅での排泄介助を手伝うようにしたことで、ご主人の負担を若干減らす事が出来た。
入浴面	脱衣所から浴室までの移動に車椅子を使用する事により、安全に移動する事が出来た。 そのため、恐怖心が緩和されたせいか、浴室内で興奮して大きな声で叫んだりご主人を呼ぶ姿はあまり見られなくなった。
歩行	膝の変形も見られ歩くことが困難な様子だが、足の運びの良い日はホール内を歩くことが出来る。 その日その日の身体状況を見ながら、歩行がおぼつかない日は車椅子を使用する。
認知症状	男性利用者が常に A 様のそばにいる事で、落ち着いて過ごす事が出来るようになった。 口調の強い利用者と席を離す事で、興奮を抑える事ができた。

【現在の様子】

歩行はその日の調子によって左右されるため、排泄や入浴は二人介助で行う事が増えているが、ご利用当初に多かった徘徊は減っている。食事も本人にとって食べやすい形態や、環境を整える事で自力摂取する事が出来るようになり、体重を維持・増加する事が出来ている。
そんな最中、ご主人自身が坐骨神経痛により A 様の介護をする事が難しく、デイの準備をする事が出来ないので1週間デイを休ませたいとの連絡が入る。

1週間デイを休む = 1週間入浴出来ない = また状態が悪化する？！

【ご主人様の介護負担軽減のための取り組み】

A 様のご自宅は玄関の外に2段の階段があり、玄関の中にも段差が1段あるので、歩行がおぼつかない A 様にとって、また A 様の歩行を介助するご主人にとってもかなりの難関でした。
坐骨神経痛を悪化させないため、なるべくご主人の手を借りなくて済むように車椅子のレンタルとスロープのレンタルを勧めました。初めはあまり乗り気ではない様子でしたが、いざ数日間お試しレンタルを行うと、その便利さを実感したようで「便利ですね」「車椅子だと中まで入ってもらえるから楽なんだよね」との本音を聞く事が出来ました。

【まとめ】

ご主人は職員の介入をあまり希望せず、何でも自分でやろうとしていました。しかし、奥様の認知症状が進み出来ない事が増えた為、迎えの際に職員に頼るようになりました。

私達が手伝ってあげられることはごくわずかですが、ご主人の「なるべく自分だけでどうにかしたい」という気持ちを尊重しつつ、A様とご主人の両者に一番ベストなケアを提供して行きたいと思います。

いつまでも A 様らしく

スーパー・デイ・ようざん・小塙

青木純江 小池吉範

◆はじめに

一般的に認知症は、若い人ほど進行速度が速いと言われる。若年性認知症になると仕事などが続けていけなくなる経済的問題や、認知度が低いために周囲に理解されにくいという問題がある。

これから取り上げる A 様は若くして認知症を発症した。利用 1 年を過ぎた短い間で、様々な課題が見えてきた。認知症の進行、排せつの問題、そして体重増加である。

スーパー・デイ・ようざん・小塙では、どのような取り組みをしたか。以下にそれを述べる。

◆事例対象者

利用者様:A 様(要介護3) 長谷川式:12 点

生年月日:昭和 24 年 4 月 26 日

既往歴 :大腸ポリープ、子宮筋腫、心疾患 脳梗塞、アルツハイマー病

生活歴 :A 県生まれ。お父様が戦死され、母子寮で幼少期を過ごされる。成長され、医療事務として勤務されている時にご主人と出会う。若い頃から働きもので、結婚してからもクリーニング業やお弁当工場など掛け持ちで仕事をされていた。ご主人と一緒にボーアスカウト活動なども盛んに行い、2 年間ほどデンマザー(カブ隊のお母さん役)として子どもたちの面倒を見てきた。何度も大病されてからも仕事を続けてきたが、脳梗塞をされてからは自宅で過ごすようになった。そのころから認知症を発症し、買い物に行くと大量に物を買ってしまったり、財布を忘れてきたり、自宅に帰れなくなったりすることがあった。また、訪問販売により、高額の物を契約してしまうことがあった。ご家族が仕事で留守の間一人にはしておけないということで、スーパー・デイ・ようざん・小塙を利用されることになった。

◆第 1 課題(認知症の進行)

利用当初はみそ汁の具材切りなどの家事援助ができた。認知症の進行が急速に進み、お一人ではできることが少なくなってしまった。

ジグソーパズル…集中力が途切れたり、ピースをティッシュケースに入れたりする。

カルタ…札を多く取るが、また元に戻す。

塗り絵…途中でやめてしまったり、二つ折りにされてポケットに入れたりされる。

タオルたたみ…声かけをするが、説明したとおりにできず三つ折りにする。

顔つきが険しくなることが多くなり、他利用者のちょっとした言動に机をたたいて怒ることがあった。

ご家族が連絡帳に自宅での生活の様子を教えて下さり、それを見ると認知症の進行がうかがえる。

- ・「10～20分間鏡に向かって話しかけている」(H25.12.7)
- ・「夜中に起きだして電気をつけずにコタツに入っていることが多くある」(H25.12.25)。
- ・「今朝急に認知症が進んだようだった。便失禁しているのにしていないと言ったり、汚れたりリハビリパンツをしまい込んだりする」(H26.2.18)
- ・「最近大便の粗相が目立ちます。トイレのウォシュレットの使い方も分からなく来ているようです」(H26.4.26)。
- ・「昨日妻が徘徊して何とか帰ってきたんですが、右足の靴の踵に埋まっている GPS が作動していなかった」(H26.8.29)
- ・「連絡帳をどこかにしまい込んでしまう」(H26.9.18)。
- ・「最近着替えができません。全て私が見てないと着替えができません」(H26.10.7)
- ・「今日も上着を着たり脱いだりして、下着の上に直にコートを着たりして…。見てないと何もできないよね」(H26.12.12)
- ・「昨日はみそ汁の鍋火をつけっぱなしで真っ黒こげにしたんです」(H27.1.28)
- ・「今日はいつもより悪くてダメ。わからなくて」(H27.3.4)
- ・「最近、自宅でも怒ることが多くなった。夜間は1時間おきに起きてトイレに行くのに朝、リハビリパンツから下着まで尿で濡れてしまっている」(H27.3.4)
- ・「今朝起きた時布団が尿でびしょびしょでした。夜はトイレに行かなくなりました。防水パンツを使用してからだと思います」(H27.4.28)

そこで、A様のできるところは褒め、できないところは自尊心を傷つけないように支援し、レクリエーションや生活リハビリなどを行った。昔とても働き者だったことを受け、A様ができる生活リハビリをお願いできるようにした。お一人で行うと作業が止まってしまうので、相性の合う利用者様と共同で作業できる環境を整えたり、職員も一緒にやってA様らしさを失わないようなケアに努めたりした。認知症の進行は止めることはできないが、そのスピードを弱めることはできると信じてA様のケアに当たっている。

◆第2課題(排せつ)

A様の認知症の進行に伴い、排せつ面に問題が出てる。

利用当初は尿意もあり自分でトイレまで行くことができた。認知症の進行により、パンツの中にトイレットペーパーや異物が入っていたり、トイレがどこにあるか分からなくなったり、トイレでの一連動作が分からなくなったりしてきた。

排せつへの取り組みとして、職員が本人のトイレの一連動作の声かけや見守りを行っている。スーパーDEIようざん小塙が使用している排せつチェック表を基に、A様の排せつリズムを確認している。それを踏まえて、来所時、入浴前、昼食後、おやつ後、帰る前に見守りを行い、ご家族にも連絡帳にて排せつ回数を報告している。特に防水パンツを使用してからは、尿意をあまり訴えなくなったとご家族から報告があったので、デイ利用中は外している。トイレの場所はわからないが、尿意があると立ち上がる所以トイレまで誘導している。

また、お帰りになる1時間前には失禁防止トレーニングを行っている。排せつのことなどでデイであつたことをご家族にも伝え、情報を共有している。

◆第3課題(体重増加)

まず、A様は1年4か月間で体重が15キロ増加した。利用されてから毎月1キロ増えている状態である。体重増加には足への負担、心臓への負担となる。トイレでの後始末においても、体重増加のためにかがむなどの動作に支障が出てきている。このままでは認知症の進行などのリスクが生じるので、A様の体重増加に対して以下の取り組みを行った。

①毎日の体重を測定する。

A様はほぼ毎日利用される。そこで今年の4月より毎日体重を図り、A様の体重を可視化できるようにした。なるべく昼食前に測定し、日々の体重の変動を職員全体が理解できるようにした。

②運動を増やす。

また、体重減少のために運動量を増やした。A様は17:00過ぎまでご利用される。スーパーデイようざん小塙ではほとんどの利用者様がお帰りになるため、玄関のほうに不安そうに行かれたり、表情が険しくなることがあったり、ティッシュケースに物を入れたりする動作が見られる。そのため、お帰りになるまで、施設の周りの畠道を職員と一緒にあるくことを心掛けた。「歩くことは好きなのよー」とおっしゃるA様だが、100メートルぐらい歩くと背中をポンポン叩き「腰が痛くなっちゃって」と言われる。1か月以上経過してくると歩くスピードも上昇し、腰をたたくまでの距離が次第に伸びていった。また持久力もわずかながら上昇してきた。

なかなか体重減少の結果には結びつかないが、毎月着実に増えていたA様の体重の増加の傾きは若干緩やかになっていった。この活動は継続していく、体重増加に歯止めをかけていきたい。

◆終わりに

A様は、認知症の初期から中期に移行している。それは現在と過去の区別がつかなくなり、近い時期の記憶から失われる。また徘徊や、もともとの目的を忘れてしまい外で混乱してしまうといったことが起こる。尿意や便意が分からず、失禁が目立ちようになる。

症状が軽度の段階の認知症であれば、薬物療法や生活指導、リハビリテーションといった適切な治療を行うことで認知症の進行を防いだり遅らせたりすることができる場合がある。しかし、認知症の進行が急速であるA様には、効果があるかどうかはわからないが、約2か月間全職員が協力してこの取り組みを行ってきたことによりわずかずつだが、A様の行動に良い変化がみえてきた。

いつも柔らかな笑顔で「ここはいいところですね～」と言われたり、要介護度の重い方に対して他利用者様が心無いことを言われたりするときは「そんなこと言うもんじゃないでしょ」とデンマザーのように注意される。A様の良いところや生活歴から踏まえた可能性を生かしてこの取り組みを続けていき、在宅生活が継続できるように支援をしていきたい。

「サンキューべリーマッチ」

A様の心の声

スーパーデイようざん
大澤 唯・高橋哲也

【はじめに】

「サンキュー ベリー マッチ！！」

A様の口癖です。なぜこの言葉が口癖なのは分かりませんでした。

いつもニコニコで人当たりが良く優しいA様が転倒し骨折、生活が逆転してしまった日常そしてA様に寄り添い、A様を知り、もう1度A様がA様らしく過ごせる日々を取り戻す為に取り組んだケア、A様との信頼関係の中見えてきた「サンキューべリーマッチ！！」の意味。そして奥様と協力しA様にとって最適なケアを考え、取り組んだ事例を紹介致します。

【対象者紹介】

対象者:Aさん 男性 85歳 介護度3

既往歴:H23年—硬膜下血腫、アルツハイマー型認知症

H24年—食欲不振より体重が減少となる。

家族構成:娘が二人いるが結婚しており、妻と2人暮らし

生活歴:高崎市新紺屋町に生まれ、県内の高校を卒業後、都内の大学へ進学。大学卒業後は日本橋の紙問屋に就職したが、数年後実家のある高崎市に戻り、実家の手伝い(家作管理)を行っていた。温厚な性格で誰にでも優しく人付き合いが上手であった。20代で結婚し二女を授かる。本人が温厚な性格の為家族仲も良く現在も良い関係が築けている。妻は管理栄養士の資格を持ち食事面で夫を支えている。介護にも協力的で一緒にドライブや散歩、食事に出掛けている。H23年にアルツハイマー型認知症と診断され、徘徊、短期記憶などがあり。H26年8月4日からスーパーデイ利用開始となりました。

【利用当初の様子】

・家族より認知症の進行を受け止め、いつまでも家で一緒に過ごしたい。仕事で外出している時はデイサービスに行き、楽しんでほしいと利用を始まりました。

- ・H26年8月4日からスーパーイデイを利用開始し、毎週2回の利用からスタート。
- ・元気よく来苑され、初日からニコニコされ場に馴染みテンション高く過ごされました。
- ・来苑に対する拒否も見られずスムーズに利用開始となり、笑顔で過ごされ、トイレ誘導の拒否もありませんでした。
- ・涙もなく、小学生殺害のニュースや原爆の話を読むと「可哀想だなあ…」と涙を流したり、夕方に男性利用者様が帰宅される時にお見送りをすると職員と一緒に玄関まで行き「お父さん、気を付けるんだよ」と優しく声を掛けて下さったりとても優しいA様。
- ・しかし、体操を職員と同じ事が出来なかったり、トイレ誘導し座っていただくよう声掛けをしても、「ここに座るんだっけ？」と理解できない事もありました。

利用開始から5ヶ月程経つと少しずつ気分の波が激しくなり、職員が常に声掛けをし、個別の対応。歌の時間などは笑顔いっぱい過ごされるが、口調が強くなったり少し指摘されると怒り出したりする事もありました。1日を通しては笑顔の時間も多く、本人の中で「楽しい場所」「自分の居場所」として感じていただけたのか休みでもスーパーイデイようざんに行く事を奥様にも話されるほどでした。ご家族の希望もあり週2回から3回に利用も追加され、継続利用に繋がっていました。

《ご家族からの電話》

H28年3月16日午前のレクリエーションでホールが盛り上がっていた頃、1本お電話がようざんに鳴り響きました。電話の相手はA様の奥様でした。「遠出をしていて、サービスエリアで転んでしまいました。病院に搬送されましたので、落ち着いたら電話します。」と緊迫している奥様の電話でした。後日検査の結果が出たと奥様から電話があり『右大腿骨骨折』そして『もうスーパーイデイようざんは利用出来ないと思う』と力のない奥様の声でした。

その後病院に入院→老健に移動。定期的に電話で話をしていた奥様とも連絡をする回数は減りもしかしたらもう戻って来れないかも知れないと私達も思い始めた頃、A様の奥様とケアマネージャーさんから電話がありました。「老健でA様の良さ、人間らしさがなくなってきた。ずっとあそこにいたらもっと悪くなってしまう。こんな旦那を見ていられないと奥様から連絡があり、在宅でもう1度チャレンジしたいという強い気迫が出て来ている。その為にはスーパーイデイようざんさんに協力をしていただかないとダメなんです！手伝っていただけますか？」という内容でした。所長高橋は二つ返事で「もちろん、何かお手伝いが出来ればやらせて下さい！」と待ちに待ったA様のご利用を職員一同喜びました。そして約7ヶ月ぶりの10月6日、スーパーイデイようざんにA様が帰ってきました。

【再利用で見えてきたケア課題】

1. 右大腿骨骨折の為、右大腿骨にボルトが2本入っているが、自立歩行出来ている。
しかし何を訴えたいのか、何をしたいのか室内でウロウロしている事が多くなった。
2. 以前から怒りが出てる事も数回あったが、その回数は明らかに多くなってきてる。

原因は分からず急にスイッチが入る。

3. 便秘気味になりご家族とどのように情報を共有していくか、便秘を解消するにはどのようなケアが良いのかと最適なケアがなかなか見つからない。

【取り組み】

1. A 様は何をしたいのか、どうしたいのか A 様の心の気持ちを探る

心の気持ちを探ると言っても A 様がどうに思っているのかは本人しか分からない事もあり、まずは A 様について職員間でカンファレンスを行いました。色々な案が出ましたが一番多く挙がったのは A 様を知る事でした。奥様から情報をいただく事はもちろん A 様と共に過ごす時間を多くし、信頼関係を築いていく事も知る事の1つだと考え実施していく事が決まりました。⇒私たちの知らない空白の 7 カ月をまずは奥様から詳しく聞きました。入院先の病院では車いす生活で自分の思い通りにならない日々。表情は日に日に暗くなり、笑顔を見る事もなかったとの事でした。老健に移動してからは奥様と一緒にリハビリに努め、歩けるようになりました。歩けるようになったのは良かったがウロウロと徘徊が見られ、強制的に椅子に座らせられていたとの事でした。スーパー デイでの取り組みではウロウロとされる前から個別での対応を職員が入れ替わり行いました。すると A 様が不穏になりウロウロとされる前に「困ったなあどうしたら良いんかなあ～分からないなあ」と小さい声で言ってから行動に移す事が分かりました。7 カ月自宅に帰れず不安な日々、自分がどうしたら良いのか、どうすれば良いのか困っていてもどうにもならない日々が人ととの信頼関係を壊してしまったのだと感じました。A 様に必要だったのは信頼出来る人、優しく言葉を掛け自分が次にどうしたら良いのか導いてくれる人だったのです。

2. どの状況、どのタイミングで怒ってしまうのかパターンの把握

怒ってしまう時をその都度記録に残し、情報を集めてみると怒るパターンが見えてきました。

1. 頭の体操など出来ない事を続ける。
2. 利用者様に少しでも指摘される。
3. 何分か誰も声掛けをしなかった時。
4. ゲームレクリエーションの内容が理解できず上手く参加出来ない時
5. 便秘で排便が何日か無い時。

個別で対応する時間が増え、1 番～4 番については怒る前に対応、私達のケアの見直しで怒る事を減らす事が出来ました。5 番の便秘の件については取り組みの 3 番と重なる部分があり、私達だけではなくご家族にも協力していただき解決していく事となりました。

3. 奥様と連絡ノートを活用した排便コントロール

怒りのパターンの中に便秘の際に怒りやすいと言う事が確認出来、奥様に報告し連絡ノートの中で奥様(自宅)と私達(スーパー デイ)での排便チェック表の情報交換が始まりました。また奥様は管理栄養士の為、ようさんの献立表を渡し自宅での食事の管理を徹底して下さいま

した。そして奥様が強く要望し、私たちとの合言葉が「薬などを飲まずに排便が出来るよう
に！」と言う言葉でした。ようざんでは天気の悪い日以外では散歩に出掛け、体を動かす機会
を以前よりも多く増やしました。自宅では奥様と近くの公園で朝食前に散歩、近くの大型ショッ
ピングセンターでの散歩を目的にしたお出掛けと奥様の大きな協力により排便コントロールも
安定し、便秘からの怒りが出る日が私達も把握出来るようになり、A様の怒りが出る前にお手
洗いに誘え、安心して過ごせる機会が増えました。快便で身体の調子も良く、体操やレクでも
笑顔が多くA様らしさが見られるようになってきました。入院前の口癖であった「サンキューベ
リーマッち！！」も毎日聞かれるようになりました。また好きな歌の時間には以前18番であつ
たオリジナルの踊りも見られるようになり、A様の本来の姿がそこにありました。もちろん奥様
とは現在も排便コントロールの情報交換をしています。

今後のケア

- ・現在A様は週4回～5回に利用回数が増えています。本人の表情も良く毎日行くのを楽しみに
していると奥様から聞いています。
- ・私達に出来る事は体を動かし身体機能の維持、向上と共に排便を促す為の散歩、運動。
- ・今まで通り奥様と協力してA様に合った排便コントロール。
- ・個別対応で築けたA様との信頼関係を壊さないよう、孤立することなく隣に職員が付き寄り添い、
他利用者様と交流を図っていく。また他者から指摘されたりトラブルにならないようにする。
- ・職員がA様、奥様から信頼出来る人、優しく言葉を掛けて自分が次にどうしたら良いのか導い
てくれる人になれるよう空白の7ヵ月の事を忘れずケアを行っていく事。

【考察・最後に】

今回の取り組みを開始してから、A様だけではなく利用者様一人一人の事を知る事の大切さを
改めて感じました。そしてその方の気持ちを理解出来るようになる事も「共に過ごす時間」で補え
る事が分かりました。

『個別対応』『便秘の改善』『その方を知る、生活を知る事』

この3つが今回キーワードでした。A様に寄り添い共に過ごして来た時間は現在に活かされ、ス
ーパーデイようざんに来ると「楽しいなあ～良いなあ～嬉しいなあ」と口癖のように言われます。ま
た職員との会話の中では「この人は良い人なんだよ！本当に良い人！」と職員を褒めて下さいま
す。そして職員が何かお手伝いをすると「サンキューベリーマッち」と言葉を返して下さいます。ま
だ課題はあるかもしれません、A様にとってスーパーデイようざんは楽しい場所、自分の居場所、
そして自分が自分で居られる場所になって来ているのではないかでしょうか。

今日もA様の笑顔、笑い声、歌、踊りと全ての中心にはA様がいます。

そして、ありがとうと言う意味の「サンキューベリーマッち！！」が聞こえています。

「あのね、ひとごとじゃないんだよ」

デイサービスようざん並榎

吉田 将則

【はじめに】

デイサービスは介護度も認知症の進行状態も違い、また目的も異なる地域の利用者様が通っております。

そんな中、残念なことですが、認知症でない方が認知症の方を「バカにしたり」「攻撃したりする」場面を見かける時があります。そんな時は急いで職員が間に入り上手に対応を行なっています。勿論認知症という言葉は使わずに傾聴、共感の姿勢で対応しています。

私達介護職は、認知症の方の個別対応は勿論重要ですが、デイサービスの利用者の状態を「地域」の縮図と捉えて、認知症利用者様を温かく見守る為には職員だけではなく、周りの利用者様にも認知症の理解を深めていただくことは重要な事ではないかと考えました。利用者様に特に何かをして下さいという事ではなく、認知症の方の言動を温かく見守って過ごしやすくなる為の取り組みとして「地域包括ケアシステム」の実践のヒントになると思い、ここに取り組んだ事例を報告致します。

【事例対象者紹介】

氏名:A様 年齢:84歳 性別:女性

要介護度:要介護3 アルツハイマー型認知症

・異食・暴言・常に妄想あり

★異食・暴言があり、他事業所のデイサービスは利用拒否されるほど攻撃的でした。(ケアマネより)

☆現在では、笑顔で他利用者に「ありがとね~」と声を掛ける姿が多くみられます。

【デイサービス利用に至った経緯】

A様は夫と娘(三女)の3人暮らし。次女は他界し長女は他県に住んでおり介護に協力は得られないため、三女が一人で両親を介護してきました。三女が結婚し県外に住むようになりましたが両親の介護のため毎日の様に自宅と実家を往復していました。

A様が平成27年8月頃～急に食欲低下し、デイサービスも休まれるように、自宅にて訪問看護・医師の往診をお願いしながら過ごしていました。点滴にて9月中旬～A様の体調が良くなってきたが、逆に認知症状が進み、何でも食べてしまい全く目が離せない状態でした。ご家族の介護軽減のため平成28年1月25日から利用開始となりました。

【利用当初の様子と課題】

・送迎でお迎えに伺うと「何～やだよ！いかね～よ！」と来所拒否が度々みられ、拒否が強く連れ

出し困難で利用を休まれる日もありました。

- ・他者に対して「やめな！」「うるさいよ！」と強い口調での発言がみられ他利用者様と口論してしまった事が度々ありました。
- 体操やレクリエーション中は、他利用者様と違うことをして攻撃されてしまいます。
- ・見えないものを手に取って集める姿が見られ、他利用者様から不快な目で見られる事がありました。

【来所拒否】

- ・職員が個別で対応できるように送迎を組んで対応しました。拒否が強く連れ出し困難の時は、少し時間を空けてから別の職員が行き試みました。

来所を重ねるごとに青い制服=「ようざん」と印象づけられたのか、来所拒否もみられなくなり、現在では「いつも悪いんね～」と感謝の言葉をおっしゃりディサービスに着くまでの車中も陽気におしゃべりをされるようになりました。

【他者に対して攻撃的な発言への取りくみ】

他者に対して「うるさい！」「やめな！」「だめだよ！」など口調強く突然話しかける為、相手も困惑しトラブルになってしまうことがありました。

きっとこうした発言にもA様なりの理由があるのだろう…A様の気持ちを尊重し、A様が穏やかに過ごせるようにするべく、A様の様子を観察し整理してきました。

【ある日のレクリエーション中】

突然A様が「やめなよ！」と険しい顔で大声を出しました。他の利用者様も困惑している様子があつたため、他利用者様との距離をとり職員が傾聴したところ、A様の発言の理由などが見えてきました。

その日は足を使ってのゲームだったのですが、A様の発言がみられた時にゲームへ参加されていた方は車いすの方でした。傾聴の中で「やめさせな！」「かわいそうじゃない！」との言葉が聽かれるなど、どうやら「やめな！」とは、車いすの方が無理をしているのではないかとの優しい気遣いからくる発言で「大丈夫？」と心配しての意味だったと分かりました。★他の言動も周囲の方への気遣いからの注意のようなものでした。

【職員の対応】

対応は全て敬語で笑顔での対応を心掛けました。高学歴なA様は以前言葉が丁寧できちんとされていたそうです。A様なりの気遣いがあることを読み取り、A様の言動に対して「ありがとうございます！」「いつもすみません、助かります。」など感謝の言葉を掛けるようにし、他利用者への言動も職員が間に入りA様の気遣いが伝わるようにフォローするように対応を徹底しました。

見えないものを手に集めている時は、そっとゴミ箱を持っていき「ここに捨てて大丈夫ですよ」と言うと「ありがとうございます」と手の中の物をゴミ箱に入れてくれます。

【A様の言動に変化が…】

表情が柔らかくなり、笑顔で職員に対し「ありがとね～」「お願ひね」「お上手！」など感謝や相手を褒めるプラスの言葉が多くなりました。他利用者に対しても笑顔で積極的に自ら声を掛けて気遣う姿もみられるようになりました。まだ時折、不穏になりマンツーマン対応が必要な時もありますが、ホールで他利用者様と一緒に過ごし、レクや体操でも輪の中に入り笑顔で参加できる状態にまで至りました。

【認知症の理解に向けて】

認知症であっても、笑顔と優しさに溢れるA様。そんなA様が苑内でさらに輝けるにはどうしたらよいか？

これは認知症の方が住みよい地域にも繋がるのではと考え、職員間で意見を募り考えていきました。

①A様の優しさを他利用者様にも知って頂きたい

→認知症の理解の為、認知症についてのクイズや劇を行う

問題：自信喪失してしまう方が出てきてしまうかもしれない

②利用者様間でも優しい声掛けがある環境にしたい

→朝の挨拶の中で優しい声掛けを推進する標語を取り入れる

問題：意識してくださいの方がどれほどいるか

③A様の手続き記憶を活用して、他利用者様にA様を認めてもらいたい

→A様が昔やっていた習い事や得意なことを見つけ披露してもらう

問題：A様だけでなく周りの方も参加できるものでなければならない

【認知症の理解の為の取り組み】

【取り組み①】

認知症クイズ

体操やレクリエーション前に認知症についての〇×クイズを行いました。

結果：認知症の方の自信喪失に繋がるのではとの心配がありましたが、むしろ気を付けて予防をしようとデュアルタスクへの意欲がみられました。

認知症の寸劇

認知症の方にみられる記憶障害・物忘れ・物盗られ妄想を寸劇で再現し、どのような声掛けをすれば認知症の方が安心できるかを説明しました。

結果：認知症の方を傷つけず尚且つ楽しめる様にコメディー調で寸劇を行いました。

認知症の方も笑顔で楽しまれ、認知のない方は頷きながら真剣に見て下さる方や定期的にやつてもらいたいとおっしゃる方もいらっしゃいました。

【取り組み②】

思いやり運動

朝の挨拶の中や標語の掲示などで、優しい声掛けや思いやりを推進する運動を行いました。

結果：朝の挨拶時には、職員と一緒に笑顔で挨拶をして下さっています。掲示された標語を指さし、笑顔で「そうだよね～」と言ってくださる方もいらっしゃいます。

【取り組み③】

ピアノや歌

歌の時間の際に、ピアノを弾く動作をしながら歌っているA様の姿があり、実際に弾いてもらおうとピアノの玩具を用意してみました。

結果：「下手だから、いいよ～」と笑われ、A様が実際に弾くことはできませんでしたが、他の方が弾くと「うまいじゃない！」「がんばって！」と声援を送り、楽しそうにピアノを囲む姿がありました。

【考察】

認知症クイズ・寸劇・優しい声掛けの各種取り組みを経て、実際にA様に優しい声掛けをして下さる言葉が増えた一方で、A様を見てヒソヒソと「あの人はおかしいんだよ」と陰口を言う姿も残つており、認知症の方に対する優しい環境作りの難しさを一層感じました。

「認知症はけっして他人事ではない」と意識してもらい、認知症の方との温かい関わりを実現するためにも、今後も様々な方法で取り組んでいく必要性を感じました。

【まとめ】

今回、A様を温かく見守っていただく環境作りになればと取り組みましたが、現実には認知症を理解し優しく声を掛けてくださる方もいれば、頭で認知症を理解していても目の前で不快な言動をされれば、嫌な顔をして攻撃やバカにしたりする方がいることも事実です。

これは地域にも言えるのではないでしょうか、重度の認知症の方とそうでない方が共に過ごすのは無理という考えが浸透しがちです。理解のない方との関わりの難しさから認知症の家族のことを周囲に相談できずにいる方たちもいるかもしれません。認知症の理解を広め、理解者を増やし、認知症の方へ温かい目を向けることが地域においても重要だと感じました。その大きなポイントが私達介護職の存在ではないでしょうか？

これからは「地域密着型デイサービス」として、地域ヘリアルな現状や取り組みの成功例・失敗例を発信していくことで、地域で共により良いケアを考えて支えていく存在になれるよう努めていきたいと思います。

「自分らしくありつづけること」

スーパー代いようざん栗崎

渡辺恵美

初めに

日中独居のA様が、認知症状が進むにつれて寂しさと不安な気持ちから、閉じこもりがちになっていた。「スーパー代いようざん栗崎」を利用するようになり、A様の環境に変化が生まれ、孤独感や猜疑心の強かったA様が安心で穏やかな暮らしができるようになった事例を紹介する。

対象者紹介

- ・A様 女性 78歳 要介護2
- ・平成29年5月18日 アルツハイマー型認知症と診断される。
- ・夫と死別後、一人暮らしとなるが、現在息子と二人暮らし。
- ・介護者：息子（次男）自営業を営む。
- ・性格：社交的で明るく面倒見がよい。他人に気を遣う。几帳面、きれい好きでおしゃれ。
- ・趣味：カラオケ、花。
- ・生活歴：出身は吉井の農家の生まれ。夫とは見合い結婚し2人の男の子に恵まれる。元気な頃は生命保険の外交の仕事をしていた。

経緯

A様は昨年3月、認知症が進行し不安と猜疑心から閉じこもりがちになっていた。息子が仕事に出かけている間、「家に一人で置いておくのは心配なため代いを利用したい」との相談があった。施設利用には抵抗がある様子であった。スーパー代いようざん栗崎のお試し利用に来ていただいたところ、偶然ご近所の方が3人もおられ、すっかり親しくなり楽しい時間を過ごしたことがきっかけで、利用開始となった。

利用から1年間の変遷

- ・利用開始当初
来苑拒否があったため、A様を迎えるときには、近所の方と一緒にお迎えに行くことで安心してスムーズに車に乗っていただき、穏やかにお連れすることができた。また、一緒に行く方が、ご夫婦で来苑されていたので、安心できるようになっていった。週2回の利用が始まった。

・利用開始から2か月

近所の方と同じ利用日に合わせることで利用開始時に比べ顔や家も覚えて、来苑拒否は徐々に

薄らいでいき、近所の方のお宅へ徒歩で迎えに行くようになった。
朝のお迎えの時間が分らず一緒に利用されている方の家を訪ねたり、
ようざん職員が迎えに行く前に自宅から徒歩でようざんに向かったりする。
利用予定日以外の日にも歩いてようざんに行こうとしたが、たどり着けなかった。
安否確認電話サービス開始。午前中2回実施。電話に出ない時にはケアマネージャー・息子に連絡する。息子も毎日仕事中に在宅確認の電話を行っている。週3回利用となる。

・利用開始から3ヶ月

5月になると、利用日以外の日でもようざんまで歩いて来苑できるようになった。
時間見当識障害が進み利用日なのかどうかを認識できず、カレンダーに利用日の赤丸チェックをして設置したがカレンダーを見て判断することができなくなっていた。徘徊が頻回になった。GPS利用開始となる。
季節が夏に向かい熱中症が危惧される為に、利用日や時間の調整を検討した。
これまでに利用日以外に来苑した時間を記録し、一番早い時間に目星をつけ、朝お迎えに伺う前に電話でお知らせして、徘徊が始まる前の朝8時に迎えに伺うことにした。
安全を考慮し、利用回数週4回になる。
認知症の進行によりできないことが増え、介護変更申請を検討する。

・利用開始から4ヶ月

6月後半になり、毎日蒸し暑い日がやってきたにもかかわらず、セーターなど厚手の衣服や長袖のシャツを着ており季節感が全く分からない状態。朝迎えに伺うと、パジャマのままでウロウロと室内を歩き回り、何に着替えたらよいのかわからず途方に暮れている。

・利用開始から5ヶ月

短期記憶障害が顕著になる。自宅の戸締り。鍵の管理。室内冷暖房のオンオフ・照明・TV のオンオフの確認作業が一段とできなくなっていました。家人からの依頼により送迎時には自宅の戸締り。鍵の管理。室内冷暖房のオンオフ・照明・TV のオンオフの確認作業を実施。

・利用開始から6ヶ月

変則的利用・突発的来苑は無くなり、計画通り安定した利用ができる。
体調は安定しており、水分摂取も問題なくできている。

・利用開始から8ヶ月

いつも仲良く一緒に来苑していた利用者様夫婦が入所となり会えなくなってしまった。
また認知症の進行により、他利用者様の変化や様子に影響を受けやすくなる。落ち着かなくなると帰宅願望を強く訴えるようになる。

・利用開始から10か月

いつも肌身離さず持っている GPS 入りのバッグをなくしてしまい、他のバックを持参することが度々あり、その都度 GPS センターでバックの所在を確認して見つける。

今までできていたシナプロジー・デュアルタスクなど同時複数動作ができなくなる。

単純な会話は理解できるが、複雑な会話になると理解できず返答に困り取繕う。

・利用開始から11ヶ月

送迎時あらかじめ電話をかけてお迎えに伺うが、電話があったことを忘れて着替えることなくパジャマのままで家にいる。着替えることができない、着替えを手伝うことが度々ある。

お迎え時、「今日は吉井の実家に行かなくちゃならないので、今日は行かない。」と断る。

利用時も「これから吉井の実家に行くので、帰ります。」と突然言い出す。帰宅願望強い。

役割として取り組んでいた、食器洗い・食器拭き・洗濯物干したたみを職員と一緒に行うことで継続している。

・利用開始から12か月

これまで親しくしてきた利用者様が認識できないことがあり、拒否反応を示すことが多くなる。定期時間に安否確認の電話連絡を行うが、誰からの電話なのか分らない。また電話の内容が理解できない。

・利用開始から13か月

日常馴染みのない食べ物はどのようにして食べればよいのか分らず戸惑う。

来院時、昼食後ウトウト傾眠することが多くなった。これまでになかったがベッドで午睡することもある。

朝のお迎え時、準備ができておらずまごまごして出かけるまでに30分ほどかかるようになった。息子の送り出しが多くなる。

ケアの心がけ

パーソンセンタードケアによる、尊厳を支え新しい絆「信頼関係」を結ぶことを最優先し、以下のことを基軸にした。

・なぐさめ(安定性)

心が混乱してバラバラになりそうなとき、一人の尊厳ある人間として一つの心にとどまるができるようにあたたかさと気力を用意する。

・結びつき(絆)

不確定で不安な気持ちに対して、赤ん坊が母親を求めるような密着、愛情を求めています。これに応答すること。

・共にいること(仲間に入りたい)

孤立しているのではなく、他人と交わっていることで得られる安心感を求めていきます。

注意を引く行動やまとわりつくといったサインを見逃さないこと。

・たずさわること(役割意識)

人は仲間にとって役に立つことで安心し、満足することができる。そのためには、その人の能力や気力を引き出すこと。

・自分であること(物語性)

自分が誰であるかを知り、過去から一貫した自分であることを意識できるように心がける。その人の物語を聴きそして現在の内的体験を聴き取ること。

A様が安心で穏やかな暮らしができるようになるには

・他人とつながることで、安心できる居場所を作る。

徘徊は日中独居の寂しさから、仲間のいる「ようざん」へ行こうとするあらわれであった。

「なぐさめ・結びつき・共にいること」を重要視した。

利用日以外の来院時はいつでも快く受け入れ、常に安心できるように準備を行った。また、利用日と利用日でない日の区別を明示するために、「今日はようざんへ行く日です、ようざんが迎えに来るので待ってください」「今日はお留守番の日です。家でお留守番をお願いします」息子より。との大きな掲示版を作成し息子にその日その日の予定に合わせて掲示してもらった。これによつて区別ができるようになり、あんしん電話サービスと共に効果が見られた。

安全面については、GPSをとりつける。あんしん電話サービスで安否確認を実施。行きつけの店、配食弁当業者との連携安否確認。息子・ケアマネージャーへの連携を図る。

・宅内介助を通して役割を持つ。

宅内介助は認知症状が進むにつれ、できないことが多くなり介助が必要となつた。

訪問時にはA様と職員が電気・ガス・水道・テレビ・冷暖房機・照明・戸締りなどを点検し施錠確認を行う。「たずさわること」に着目しA様の残存能力を活かして職員と一緒に取り組むことによって役割意識を持つことができた。

・その人を知り受け入れる

おしゃれできれい好きなA様は出かける時は、何を着ていこうか、あれこれ迷ってしまうが、A様のペースに合わせ自主性を尊重して好みの服を選ぶことにお付き合いし気持ちよく出かけて頂く。昔からの近所付き合いのある馴染みのご夫婦と利用日を一緒に合わせることで、昔ながらの付き合いの延長線であることが、変わりなく過ごせて安心感のある空間をもたらす。

実家のある吉井町へ行かなければいけない…吉井の実家への郷愁とこだわりを強く訴え帰宅願望につながることが度々あるが、息子との連携でA様の妄想を否定することなく受け入れ、息子が仕事が終わったら一緒に行くことになっている…と伝えることで安心して利用時間を過ごし帰宅することができる。

これらのように「自分であること」を尊重し A 様の物語を深く汲み取り共感することで A 様の心に寄り添ったケアを行い穏やかに過ごせるようになった。

考察

認知症を持つ人にとっては、「慰め・結びつき・共にいること・たずさわること・自分であること」、これらのニーズを自らの意志で満たすことが難しい。その為私たち介護職員は積極的に働きかけ、これらのニーズを満たすことが必要である。

まとめ

現在の A 様はスーパー・デイ・ようざん栗崎を利用することで、寂しさや不安感・閉じこもりなどの症状は解消している。仲間がいて居場所があって、なすべき役割があることで人としての尊厳を保つことができた。認知症状は、日に日に進行しているが、A 様らしい日常を過ごしている。

A様の活気を取り戻す

デイサービスぽから
高井 恵子・北沢 奈美子

《はじめに》

A様は、ぽからへ通い始めた当初より、ここを会社だと思い「こんな年でも働けるなんてありがたいよ」と話し、欠勤や早退も無く笑顔で送迎車を心待ちにして下さっていました。通い始めて数年が経ち、認知症が進行していき他の病気も発症されたせいでどうか、近頃は出勤してきても表情が乏しく笑顔も減ってしまいました。体操中でさえ居眠りをしてしまいます。そんなA様に私たちがどう寄り添えば、以前のように活発になり笑顔が増え、会話が楽しめるのだろうか…

職員が何か投げかけると怒りだしてしまうA様に、言葉かけを選びながら慎重に取り組みを始めました。

《A様について》

- ・性別 女性
- ・年齢 76歳
- ・介護度 1
- ・既往歴 アルツハイマー型認知症(H24~)
慢性硬膜下血腫(H28~)
- ・中核症状 短期記憶障害、被害妄想、不穏、興奮

《生活歴》

長野県佐久市出身。同郷の夫と結婚し2女をもうけ夫の転勤で高崎市へ移住。その頃よりパート勤めを始めご主人の定年まで長く勤務する。子供たちは結婚を機に独立し、H23年夫の病死以後独居となる。その頃より認知症の症状が現れH24年よりデイサービスを週1回の利用開始となる。数年前、長女様家族と同居された頃より夜間の問題行動や暴言が多くなる。ご家族の介護負担軽減やご本人の生活リズム維持のため現在は週5回の利用となっている。

《取り組み、経過》

① 畑で野菜を作る

生まれが農家という事もあり、ご主人との楽しい思い出の1つである家庭菜園を思い出していた大口為に、野菜作りに挑戦して頂きました。まず、放置し荒れていたぽからの畠を耕し整えた後、茄子やトマトの苗を買いに出掛けました。「これは根がダメよ」「これはしっかりしている」など目や表情を輝やかせ楽しそうでした。ご自分で選んだ苗を大切に植え、その後の手入れや水遣りはすべてA様にお任せしました。

結果

職員のやり方が気に入らず「違うよ。こうだよ」と積極的にかかわってくださり「水遣りは私がするから」と、他の利用者様を制しするほど夢中です。来苑時は必ず畠に行かれて苗の様子を確認し水遣りをされています。畠に居る時のA様は本当にいきいきとし動きも活発です。「なかなか大きくならないよ「肥しが少ないね」「草を抜かないと」などと畠の話題で他の利用者様や職員との会話も増えました。

又、朝から机にふせ、寝てしまうことも少なくなりました。

② 料理

茄子味噌が得意料理と聞きましたので、畠で収穫された茄子の調理をお願いしました。現在、家ではあまり調理に関わることもないそうですが、水洗い・段取り・包丁使いまで全部お任せして職員は手を出さずに見守りました。醤油、砂糖、味噌など味付けもこだわり、調節して仕上げていただきました。調理後の後片付けも「全部私がするわよ」と、にっこり笑顔で、お皿洗い。とても楽しそうに、手際よく片付けもしてくれました。

結果

A様もしばらくぶりの料理に「みんなが美味しいっていってくれるかな?」と、少し心配されていましたが、表情はどこか誇らしげで自信に溢れているようでした。

また、このことによって他利用者様のA様を見る目もかわりコミュニケーションも良好になりました。

③ 脳トレ

(1) デュアルタスク

通常は利用者様全員で行っていますが、ここ数か月は特にA様の表情を観察し声掛けを増やし行いました。計算やしりとりをしながら足踏みや散歩をしていますが、控えめな性格のA様は大勢の中では「間違えたら嫌だ…」の気持ちが強いのか表情もさえず、怒り出します。

そこで個別対応とし、世間話をはさみながら静かに進めて行くと、表情もゆるみ体も動かせる様になってきています。

(2)シナプソロジー

新しい刺激で脳が混乱する事が目的のプログラムです。A様は当初戸惑いを見せていましたが、失敗も思わず笑ってしまえるような雰囲気にする事で、個別対応としなくてもA様の表情が柔らかくなり意欲的に参加して頂いています。また、時には得意なお手玉遊びを披露していただきご自身の自信となっています。

結果

A様も始めた当初は困惑されていましたが、毎回行う事により出来る事も徐々に増え、表情も

豊かになり現在ではとてもいい笑顔で参加されています。脳トレはすぐに結果が出るものではありませんが、楽しく継続していく事が認知機能低下の予防に必ず繋がると思います。すでに笑顔も増え活発な様子も見られているA様を今後も見守りたいと思います。

《考察・まとめ》

午睡時間も短くなり、起きてこられるとすぐに「何か手伝う事はない？」出来そうな事を探し始め テーブルの上のコップを片付けたり、スポンジを使いしっかりと洗って下さいます。また、帰る時間が近づくと畑の水遣りを気にし出し「今日は水遣りはどうする？」と、尋ねてくれるほどになりました。認知機能低下予防の脳トレを継続し、職員との会話ややりとりを増やし、今の状態を保ち他者との交流が活発になるように支援していきたいと思います。昔の趣味や得意だった、好きだった事を、今の日常に取り入れ、意欲や楽しみを取り戻せるよう働き掛けていくことが、認知機能の低下予防につながってゆくのではないかでしょうか。今後も、利用者様個々の生活史をひもとき、理解を深め、個別のケアに力を入れ寄り添っていきたいと思います。

『笑える』幸せ

スーパー・デイ・ユザン・ツバメ

薄井智子・神崎郁恵

＜はじめに＞

厚生労働省は現在、65歳以上の高齢者のうち15%が認知症を発症。2025年には700万人を超えるという推計値が発表されています。約8年後、5人に1人が認知症という時代が来ます。家族、友人、知人、身近な人に認知症高齢者がいるのが当たり前の時代。また自分自身が認知症になる時が来るかもしれません。

皆様、「認知症」と聞いてどのようなイメージをお持ちでしょうか？

現状大半の人が「出来ない」「大変」「難しい」などのマイナスなイメージを持たれるのではないかでしょうか。

スーパー・デイ・ユザン・ツバメの職員は日々ご利用者様と接する際、どんな事があっても絶対大丈夫という前向きな気持ちで接しています。

それは、何事にも否定的に捉えず、肯定的に捉え一緒に悩み、笑い、気持ちを共有する事が、ご利用者様やご家族、そして職員にとって大切な信頼関係を築いていけると信じているからです。

社会問題にもなっている「認知症」ですが、毎日認知症の利用者様に携わっている私たちスーパー・デイ・ユザン・ツバメは増加する認知症について考えました。職員全員で考え、話し合い、現在の認知症に対する考え方や、イメージとは違う新しい観点から「認知症」を見直していった過程を発表します。

＜アンケート① オレンジカフェ＞

一般の方々が抱いている「認知症」のイメージを探るため、ツバメエリアで毎月行っている“オレンジカフェ”にて地域の方にイメージアンケートを行いました。

Q1 認知症を知っている

1 知っている	12
2 家族知人による	3
3 知らない	0

Q2 認知症のイメージは？

1 いずれ治る	1
2 全てにおいて介護が必要	0
3 治療できない	1
4 何もできなくなってしまう	0
5 治療を受ければ改善する	5
6 他者の協力があれば生活できる	11

＜結果＞

オレンジカフェで行なったアンケートからは、皆様「認知症」は知っているが、その方々の具体的な症状はなんとなく…という感じでした。また他者の協力があれば生活できるなどの前向きな答えも目立つ結果となりました。

＜アンケート② スーパーデイようざん双葉職員＞

毎日認知症高齢者と向き合い過ごしているスーパー・デイ・ようざん・双葉。認知症のプロである職員たちにもアンケートを行いました。

- 嫌なことがあってもすぐに忘れられる
- 若い頃のままでいられる
- その時の自分の思いを主張できる
- 同じ場所に行っても新鮮な気持ちで行ける。
- 感動が多い
- 明るい人が多い

＜結果＞

実際に毎日認知症の方々と触れ合っている職員からは、前向きな答えが多く聞かれました。

認知症介護で大事な事は、明るい気持ちで一緒に寄り添い、共に笑う事。

認知症に対してマイナスなイメージを持っていては心の底から一緒に笑えないのではないかでしょうか。そこで…

認知症のマイナスなイメージと、プラスなイメージを見直していきます。

アルツハイマー型認知症で短期記憶が著しい A 様はスーパー・デイ・ようざん・双葉に週4回通っています。

「おはようございまーす！ ようざんございまーす！」

迎えに行くと不在で近所を散歩中です……。

「今日は何曜日？」何度も繰り返します。

「おなかすいたなあ。ごはん食べてないんだよ」

自宅テーブルの上には食べ終わったごはん茶碗。

マイナスに考えると認知症の A 様、独居で食事や清潔保持など、生活するのは大変そうに見えてしまします。

A 様の生活をプラスに考えていきます。

A 様はデイサービスで一番自分の思うままに過ごし、自宅では食べたい時にごはんを食べ、好きな時間に散歩に出掛けます。曜日がわからなくなても、ごはんを食べたことを忘れても、ご本人

はいたって前向きです。

例え認知症であっても A 様はストレスのない自由気ままな一人暮らしを謳歌しています。

TV を見ていても、新聞を読んでいても認知症が取り上げられています。

あらゆるメディアでは認知症に効く食品や療法の特集が組まれ

「認知症にならないための 一」や「認知症予防〇〇」の情報があふれています。

日常的にメディアの情報を受けた世の中。

その結果「認知症」に対する不安感は募るばかりです。

＜取り組み＞

私たちは次世代を担う子どもたちに向けて認知症に関する紙芝居を製作し、発表する機会を得る事が出来ました。

まず子供たちに認知症に対するイメージについて事前にアンケートを行いました。

Q1 認知症を知っている

1 知っている	14
2 知らない	0
3 聞いたことがある	2

Q2 どんな病気だと思いますか？

1 病院で治る	0
2 病院では治らない	12
3 その他	4

このアンケートから、子供達にも認知症は治らない病気、大変な病気だと伝わっているようです。

「認知症ってなあに？」

紙芝居が始まると少し不安そうな顔で集中し始めた子供達。わかりやすい絵とコミュニケーションで紙芝居は進み、途中「皆さんのおじいちゃん、おばあちゃんが認知症になってみんなの顔を忘れてしまったら、どう思う？」という質問をすると

子どもたちは口々に「やだ！」「悲しい」「さびしい」と子供らしい素直な回答が出てきました。

この事で子供たちに伝えたかったのは、「認知症になった方に寄り添った優しい気持ちが大切」だという事です。

紙芝居が終わる頃には興味を示す表情が見られました。

その後、再び子供たちにアンケートを行いました。

Q みんなのおじいちゃんやおばあちゃんが認知症になってみんなの顔を忘れてしまったら？の質問に

・大丈夫(教える)

・悲しいけど、大丈夫と思えるようにしてあげる。

・めっちゃ悲しいけど笑顔をみせてあげる。

・大丈夫(笑顔でおしえる)

と認知症になっても優しく接するという答えが出てきました。

Q 紙芝居を見て認知症という病気がわかりましたか？どう思いましたか？の質問に

認知症になっても感じる食べられるので不安にさせないようにしようと思った。

認知症になっても「笑顔、食べられる、感じられる」など出来ると思うからなるべく笑顔でいてあげようと思った。

など、前向きな回答が増えました。

笑顔で寄り添う事、そして接する事の大切さが小学生である子供たちの心に響き、「認知症」を知る良いきっかけになったのではないかと思います。

それがこれから10年後20年後の認知症介護を変えていくのではないかでしょうか？

＜まとめ＞

認知症になっても出来ることは沢山あります。

出来ない事を悩んだり責めたりせずに、今できる事を褒めて称えます。

誰もが認知症になりたくなつたわけではないのです。

いずれ誰もが認知症の方々と接する時が来るのです。

考え方を少し変えてみましょう。見方を少し変えてみましょう。

たつたそれだけの事で、大きく変わる事だってあるのです。

「困った」「どうしよう」よりも、「出来たね！」「良かったね！」の方が嬉しいに決まっています。

手元にあるボタンの“-”を”+”に変換するだけで、本人も介護者も、人生そのものが変わっていくのです。

認知症になっても。

「話せる」楽しさ。「見える」美しさ。「聞こえる」嬉しさ。「食べられる」喜び。そして、

「笑える」幸せ。

私たちが毎日目にしている“笑顔”こそが認知症の現在(いま)。

私たちがこれから出会う“笑顔”こそが認知症の未来(あす)。

ご清聴、ありがとうございました。

「人生いろいろだね。貰った2度目の人生、もうちょっとがんばるよ！」

スーパーDEIようざん石原

萩原康子

＜はじめに＞

度重なる病気により認知症状が現れ、今まで出来ていた事が出来なくなつて家族の助け無しでは生活に支障をきたす様になつた状況を悲観され、意欲低下から引きこもるようになつたT様。

ある日の深夜、突然「死のう」と思い立ち近くの線路に向かって歩き始めた途中で、幸い我に返つて思い止まり、一命を取りとめました。

今回は、そんなT様の不安を軽減し意欲と活力と体力の回復を図り、生活に張り合いを持って頂く為の取り組みをご紹介させて頂きます。

＜利用者紹介＞

氏名：T様

性別：男性

年齢：80歳

要介護度：要介護2

既往歴：脳血栓、高血圧、尿閉塞、アルツハイマー型認知症

＜生活歴＞

利根郡水上町(現みなかみ町)生まれ。高校卒業後は、家業の豆腐店を継がれ近隣のホテルや旅館に納品されて繁盛していたそうです。50歳の頃、娘さんの高校卒業を機に高崎に転出され、吉井町内のスーパーを定年まで勤められ、その後は私鉄道株式会社に再就職され、駅長を務められ退職される。

現在は、T様夫婦と娘さん夫婦の2世帯で生活されていますが、娘さん夫婦に気兼ねをされ、T様だけ一間の別部屋を敷地内に建ててそこで生活をされ、奥様が身の回りや食事の世話に一日何度も母屋とを行き来しています。

＜利用の経緯＞

平成29年1月に2度目の膀胱留置カテーテルを挿入した頃から引きこもりとなり、認知機能と意欲低下も顕著となつた事から、奥様が近くの居宅支援事業所に相談をされ、スーパーDEIようざん石原にご紹介があり、体験利用の後に社会性の保持と不安の軽減、意欲・筋力低下の防止、清潔保持と奥様の介護負担の軽減を目的にご利用が始まりました。

＜当初の様子＞

引きこもられていたとは言え決して暗くは無く、むしろ以前は社交的だったとの事で会話の中でも

冗談を言われたりもされていましたが「俺なんか迷惑ばっかりかけて悪いね」「迎えに来てもらわなければ一人じゃ何処も行けねんだ」「俺が家に居ない方が良いんだ」「一人じゃ何にも出来ねんだ」「家ではおつ母に全部してもらってるんだ。それなのにおつ母をすぐ怒っちゃうんだ」、カテ一テルを指して「こんなもん切っちゃおうと思うんだよ」「こんな身体になっちゃって、生きていてもしょうがね」「俺なんか死んじまつたほうが良いんだよ」、長い紐を見ると「首を絞めるのに丁度いい長さだね」などどこまで本気か分からぬ決して笑えない発語を多く話されるのを否定や肯定もせず励ます、ひたすら傾聴しました。

先の記述の通り表情は暗くはありませんが、久しぶりの外出と初めての場所へ行くとの緊張と不安からか、硬く笑顔も不自然でした。歩行なども入退院の繰り返しと引きこもりからと思われる体力と筋力の低下によりフラツキがある上に、カテ一テルの取り扱いに慣れていないと注意障害から、ハルンバッカが固定されたままの状態で椅子から立ち上がろうとされるなど危険動作も多々見られていました。

＜取り組み＞

幸い体験利用時の印象が良かったようで、心配された利用拒否は無く社会性の保持達成の見込みがついたので、意欲（認知力）と体力と筋力の回復への取り組みとして集団体操の他にT様専用の簡易な個別メニューを作成して実行に移しました。

意欲（認知力）を回復するためには、デュアルタスクで“もしもし亀”を唄いながら両手でグーとパーの入れ替えと“でんでん虫”ではグーとチョキの上下替えなどを行い、体力と筋力の回復には膝の曲げ伸ばしを実施。開始当初の数回から、その日の様子を見て増やしたりと変化を付けて行いました。併せて行っている際のご本人の様子や達成状況を記号化して明瞭且つ短時間で表記するのと発語を記録するようにしました。

＜現在の様子＞

注意障害には課題もありますが、体力と筋力も日に日に改善が見られ、足取りもしっかりとされています。意欲（認知力）についても、グー・パー、グー・チョキのデュアルタスクは当初厳しいものがありました。今では達成率は上がっています。（別のシナプロロジーの観点からすると良いかも知れません。）また、外に出て他者と交流する事での意識覚醒も進んでいます。

相乗効果として制作の塗り絵にとても意欲的に取り組まれるようになり、花一つ一つの色を変えたり、職員にアドバイスを求められたり塗り方も色が線からはみ出さないように集中して丁寧に取り組まれています。仕上がらない時でも「最後まで仕上げたいから後でまたするよ！」と言われ、仕上がれば「良く出来た！ここをこだわったんだよ。」「うん。この色は良かったな！」と喜ばれています。パズルでも集中して取り組まれ、ちょっと難しいと思われる物でも分からぬ事は職員に聞くなどされて、決して途中で投げ出される事無く最後まで取り組まれ仕上げられます。

ゲームや慰問でもご自分の事ばかりでなく、他者に対して激励の言葉をかける姿も見られる様になりました。

発語に関しては「ここに来られるようになって良かったよ」「おっ母にいろいろ面倒を見て貰ってうんだから、感謝の言葉を言わなきゃダメだと思うようになったよ」「この人はみんな良い人で良かったよ。口先だけでなくみんな心がこもってるよ。良いところを紹介して貰って良かったよ。」「ここで風呂に入れて貰うんありがたいよ。」「ここが休みの日は、最近庭の草取りをしてるんだよ。少しづつだけど俺の仕事にしてるんだ。」「俺なんか手足が動かせて、自分で歩けるからまだいいんだ。最近思うよ。」と以前とは全く逆の前向きで自信と感謝と思いやりのこもった言葉へと変化しました。

正直外面が良いと感じる面もあり、苑では機嫌よく過ごされていても家に帰ってから奥様に八つ当たりをされているのではないかとの心配もあり、後日訪問した際に確認すると「帰って来てからも今日は何をしたかにをしたと楽しそうに話をしていますし、夜も良く寝ていますよ。」「お陰様で助かっています。」とのお話があり、奥様の介護負担の軽減の一助となっている事も分かり、本当の意味で安心出来ました。

結果ご利用自体も週2回を早々に3回へと変更する事にも繋がりました。

＜まとめ・考察＞

今回の取り組みで感じたことは、機能訓練やデュアルタスクも成果を出す一因だと思います。しかし更に強く感じたのがコミュニケーションの大切さです。例え不吉な発語であっても気持ちに寄り添い、ご家族にも話せない内に秘めた思いにも耳を傾け不平不満や不安を和らげ“やろう”とされる気持ちの後押しを少しお手伝いさせて頂く。先の研修会で講師をされた石飛先生も「介護は心を支える。時にそれは医療を超える」と言われています。今回まさにその通りだと実感出来る事例となりました。

最後にT様の言葉です。

「人生いろいろだね。貰った2度目の人生、もうちょっとがんばるよ！」

「ありがとうを言うのは、あたしだよ」

～入浴を通しての信頼関係の再構築～

スーパー・デイ・ようざん・飯塚第二
山田知世・植原さおり

はじめに

「ありがとうを言うのは、あたしだよ」これは A 様が入浴時いつもスタッフにかけて下さる言葉です。今でこそ当たり前にかけて下さる言葉ですがこの言葉が出るまでには A 様には A 様の思いがあり信頼関係が壊れかかったことがありました。これは、A 様の思いを受け止め、入浴を通して信頼関係を再構築していく事例です。

【対象者様紹介】

氏名:A 様 女性 92 歳

介護度:4(利用開始時は介護度2)

既往歴:高血圧・アルツハイマー型認知症・慢性硬膜下血腫(H28.4.28)・脳梗塞(H28.5.19)

生活歴:B 町出身。結婚後は兼業農家をしていた。44 歳くらいから C 工業団地で定年まで勤めていた。趣味は編み物、習字が上手い。カラオケが好き。夫婦で旅行に行き、海外にも何回か行った。お話好きで社交的。

【経過】

① 利用開始当初の様子

平成28年3月より利用開始

家族からは出来ればお風呂に入つてもらいたいと希望もありましたが「大丈夫か」と不安の声も聞かれました。利用初日は入浴拒否あり、2 回目は拒否なく入浴。しかし、3回目から再び入浴拒否。家でも入浴されているので家族からも無理はしないで良いと話を受けました。入浴拒否をされた際は足浴等を勧めるも「めんどくさい」「おっくうで」と足浴も拒否をされることもありました。

そんな中、平成28年4月29日慢性硬膜下血腫のために入院、1週間で退院するも5月19日脳梗塞にて再び入院。スーパー・デイは約3ヶ月間休みとなりました。

② 2回の入院を経て

平成28年8月20日デイサービス利用再開になりました。退院後の身体状態はリハビリをしていましたが、右上下肢麻痺となり動作が困難となり、移動は車イスを使用。介護度は2から4に変更となりました。会話は以前のように出来ますが、意欲は低下気味。自宅での入浴が困難となりようざんでの入浴の需要が高まりました。

③ 信頼関係の崩壊

利用再開後も入浴拒否があり、着替えと称して服を脱いでもらい入浴を行いました。その後、

最終的には入浴することを了承してもらうも、表情硬く気分も落ちている様子がみられました。本人に納得して入浴して頂こうと、スタッフが様々な声掛けや対応を行い、その結果入浴出来ていたので、入浴自体にも次第に慣れていくだろうという勝手な思い込みをしていました。しかし、結果的には「あたしが頭がおかしいと思ってバカにしているんでしょ！」「さらし者にするんでしょ！」「どうせ騙して入れるつもりなんでしょ！」とスタッフへの不信感を募らせていたことに、その時の私たちは気づいてあげることが出来ませんでした。そのような入浴が二週間程続いた9月3日、その日は入浴拒否が特に強く、入浴は中止し清拭対応を行いましたが、顔を手で覆い泣くような仕草をされ、気分も落ち込み、さらに時間が経つと声を荒げ自宅へ帰してくれと強く訴えることがありました。今まで本人に寄り添ったケアをしてきたつもりでしたが、ここでようやくそれは私たちの自己満足だったことに気付かされました。

④ 信頼関係の再構築

さっそく私たちは A 様の今後のケアについてどのようにしていったら良いかを話し合いました。まずは A 様が何に対して怒っているのか、その原因を考えてみることにしました。

原因①:私たちは A 様が何回か「私の事をバカだと思って…」「騙そうとして…」と言っていた事に注目しました。着替えと称して入浴していたことが、A 様にとっては騙されて入浴させられていたと捉えられていたのではないでしょうか。

対応策:入浴ということを事前に伝え、一つ一つの動作でも本人の了承を得ながら行う事にしました。了承を得られないときは、A 様の意志を尊重し、本人の意に沿うように進めていきました。

原因②:右上下肢麻痺により車椅子の生活になってから、度々「こんなに面倒かけて申し訳ない」「こんな体になっちゃって」と寂しそうにつぶやく姿に、「本当は人の世話になりたくなかった、こんなはずじゃなかった」という自分自身に対する苛立ちと落ち込みが感じられました。

対応策:「けっして迷惑ではないし、逆に私たちが A 様孝行をさせていただきたいんです。背中を流させてもらってもいいですか？」と、介助でなく、あくまでも “A 様孝行をしたいから”とお願いすることにしてみました。

原因③:「さらし者にするんだろう」と言っていた言葉から、人前で裸にさせられるという羞恥心や不安が強く感じられる様子がみられました。

対応策:衣服の着脱時はもちろん、お風呂場への移動時や入浴時もできるだけタオルで体を覆い、できるだけ肌を露出させないようにし、羞恥心の軽減・プライバシーの配慮を図りました。あわせて他には誰も入ってこないから大丈夫だということも伝え、安心してもらえるような声掛けを行いました。

【考察】

原因を探り、今後の対応をしていく上で私たちが大事にしたのは“納得“して頂く為の“説得”をやめて、ご本人にきちんとお話してからお願ひすることでした。

A様は色々なことが分からなくなり、そこから来る不安から「バカだと思って騙そうとする」という不信感がありました。そこで「そんな風に思ってないからこそ、正直にお話してお願ひしているんですよ。私はA様に嘘はつかないし、騙しませんよ。A様が嫌なら入らなくてもいいんですよ」と、とにかくご本人にも伝わるようにご本人の気持ちを第一に優先にしました。

そんな日々を重ねていくうちに、A様にお風呂のお誘いをしても「お風呂かい？」と次第にスムーズに応じてくれるようになり、以前は無言でつまらなそうに入浴していたA様から「あ～、気持ちいい～！こんなに良くしてもらって…極楽だね！」と笑顔もみられるようになりました。

入浴は食事・排泄と同時に、人が生きていく上でとても重要なことであり、入浴は生活の楽しみでもあるはずです。例えばお風呂に入ることが大好きだった人が、身体が不自由になったからといって急にお風呂が嫌いになるわけではないはずです。入浴を嫌がるのには、必ずそこにその人なりの理由があるはずです。それは認知症の人も同じではないかと思います。日々、何かあるとその問題点に対して「どう対応したらいいか」とその方法論ばかり考えてしまっていると思います。

でも大切なのは、その人と真っすぐに向き合い、その人が何を望んでいて、どうしてほしいのか、その人の心の中にあるニーズを理解し、その人と“人として尊重しあえる“信頼関係を築き、安心して過ごしてもらえるようにすることなのです。

【まとめ】

私たち一人ひとりの心構え次第で利用者様の気持ちも変わります。利用者様にとって私たちも環境の一部です。人は環境によって大きく変わります。良くするのも悪くするのも自分たち次第です。

また、介護者によってケアが違うと利用者様の混乱を招きます。その人に対し皆が共通の認識を持ったうえで、その人のニーズにあったケアの統一をしていけば心も安定し、安心して過ごしてもらえるのだと思います。

「ありがとうを言うのは、あたしですよ」

お風呂に入って頂いた際に「今日もA様孝行させてくれてありがとうございます(^_-)☆」と私たちがお礼を言うと、A様はいつも笑顔でこの言葉を返してくれます。

気持ちよくお風呂に入れるようになったことも、もちろん喜ばしいことではありますが、A様と一緒に冗談を言いながら笑っていられること、A様の楽しそうな笑顔を見られていることが私たちにとって何よりの幸せです。

今後も利用者様一人ひとりの想いを感じ、しっかりと受け止めていきたいです。そして、チームワークを大切に、心を込めた思いやりのある丁寧なケアをしていきたいと思います。

第9回ようざん認知症介護事例発表会

小規模多機能居宅介護



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459

平成29年7月11日

～私の…大好きなセカイ～	ケアサポートセンターようざん飯塚	.....P.1
絆の先に見えるもの	ケアサポートセンターようざん藤塚	.....P.5
今日ペンキ塗りはしないの？～A様のQOL向上への軌跡～	ケアサポートセンターようざん並榎	.....P.8
～健康維持の為の支援～	寄り添って、一步一步	
できないよ	ケアサポートセンターようざん石原	.....P.11
いつまでもつながりを…～地域の中に小規模多機能がある～	ケアサポートセンターようざん中居	.....P.14
『毎日笑顔で過ごしているが…本当は帰りたい…』	ケアサポートセンターようざん栗崎	.....P.16
「俺のしたいことは…」～通じ合うまでの記録～	ケアサポートセンターようざん倉賀野	.....P.19
私達らしい明るい生活を取り戻す為に！	ケアサポートセンターようざん小塙	.....P.22
独居の方の在宅支援とその関わり“お母さんただいま”	ケアサポートセンターようざん大類	.....P.25
愛馬と共に駆け巡る夢をみた	ケアサポートセンターようざん	.....P.28
GPS機能を活用した在宅介護の可能性	ケアサポートセンターようざん貝沢	.....P.31
	ケアサポートセンターようざん双葉	.....P.33

～私の…大好きなセカイ～

ケアサポートセンターようざん飯塚
生方律子

【はじめに】

言葉をほとんど発することのできないA様ですが、表情豊かで、ケアサポートセンターようざん飯塚のアイドル的存在です。これから、とっても素敵でチャーミングなご利用者様の紹介をさせていただきます。

【利用者様紹介】

- 氏名 A様
- 性別 女性
- 年齢 62 歳
- 要介護度 4
- 認知症高齢者の日常生活自立度 M
- 障害高齢者の日常生活自立度 B₂
- 既往歴 統合失調症 多発性脳梗塞 認知症 パーキンソン病

【服薬内容】

内服薬	症状	効果
デパケン (100mg)	てんかん発作	各種てんかん(小発作・焦点発作・精神運動発作ならびに混合発作)およびてんかんに伴う性格行動障害の治療。
アムロジピン (5mg)	高血圧症、狭心症	末梢血管や冠血管の平滑筋を弛緩させることにより、血圧を下げ、狭心症発作を予防またはやわらげる。
レボトミン (5mg)	統合失調症、躁病、うつ病における不安・緊張の治療	神経伝達物質であるドパミンおよびセロトニンの受容体を遮断する作用があり、不安や緊張をやわらげ、気分を安定させる。
ルーラン (4mg)	統合失調症の治療	脳内の神経伝達物質(ドパミン、セロトニンなど)の働きを整えることにより、強い不安や緊張感をやわらげ、気分を安定させる。
タスモリン (1mg)	各種のパーキンソニズムの治療	抗コリン作用により、筋肉のこわばり、手のふるえなどのパーキンソニズムの症状をやわらげる。
フルニトラゼパム (1mg)	不眠症の治療	ベンゾジアゼピン受容体に結合し入眠障害、中途覚醒、朝覚醒を改善する。

レンドルミン (0.25mg)	不眠症の治療	情動をつかさどる視床下部や 大脳辺縁系を抑制し、自律神 経などからの不要な刺激が 遮断され、催眠、鎮静、抗不 安などの中枢神経作用を示 す。
--------------------	--------	---

【生活歴】

昭和 30 年、高崎で生まれる。7 歳で統合失調症を発症。20 代前半、短時間であったが運送会社の事務の仕事をされ、その後、結婚。25 年程前まで栃木で生活をしていたが、自身の病気や息子様の幼稚園などの都合により、実家のある高崎に戻る。買い物やドライブにも息子様とよく出かけ日常生活は自立していたが、平成 23 年 7 月より構音障害が出現、8 月には歩行不安定となり、10 月に脳神経科を受診し多発性脳梗塞と診断される。

その後、家で一人にさせることへの家族の不安から、ようさんのデイサービスの利用を開始。平成 27 年より、宿泊もできる小規模多機能施設の利用となり現在に至る。

【家族の想い】

- 本人がストレスなく、自由に楽しく施設で生活してほしい。
- 毎日を穏やかに過ごしてほしい。
- 身体的・精神的な現状維持。

【利用開始時の様子】

- ◆ 車椅子でゆっくりと自走し、自分の興味のあるところへ行かれる。
- ◆ 他利用者様や職員に対して笑顔で話しかけられることが多い。
- ◆ 入浴拒否なく一部介助にて入浴され、ゆっくりではあるが衣服の着脱を行える。
- ◆ レクリエーションをいつも楽しみにされ、特に音楽などは一緒に歌ったりされる。
- ◆ 食事は主食に味噌汁をかけ好き嫌いなく何でも召し上がる。
- ◆ ぬいぐるみが大好きで、いつも車椅子に乗りながら抱いている。

【取り組みにあたり】

A 様の想いを知りたい、心の奥底にどんな想いがあるのか？

私たちは A 様の行動や表情、しぐさから A 様が何をしたいのか？何を望んでいるのかを毎日のケアの中で少しでも知りたいと強く思い、以下の取り組みを実践してみることにしました。

【取り組み1－(1)】

A 様が玄関まで自走し、ドアノブに手をかけ鍵のかかったドアを開けようとガタガタと戸をゆらす。「ア～、ウ～」と声を出し、戸を開けて外へ出たいという意思表示を強くあらわす。時には涙を流しながらガタガタと戸を揺らしている時もある。職員が近くに行くと開けてほしいとのまなざしで見る。指をさし「ウ～ウ～」と訴えはじめる。

職員「一緒にホールに行きませんか？もうすぐおやつになりますよ。」

A 様「ヤ～だよ！」と大きな声を出し興奮する。

【結果1－(1)】

A 様の近くに行き大好きな音楽を流すと、意識が曲に向き、表情が穏やかになり、曲のリズムに身をまかせている。ふと、何かを想い出されているような表情がみられた。時間を少しおき再び A 様のところへ行くと笑顔もみられはじめる。

職員「家に帰りたかったのですね。息子様のことが心配ですよね…。そろそろ、おやつになるのですが一緒に行ってみませんか？」

A 様「うん…。」と小さくうなずかれ、職員と一緒にホールへ向かう。

【取り組み1ー(2)】

取り組み1ー(1)の状況で不穏状態となったA様に対し、気分転換になればと思い職員と一緒に外気浴にでかける。A様はとても良い表情になったが、自宅に帰れると思ったのか、駐車場に止めてある職員の車を指さし、訴えかける。

職員「その車は息子様の車とは少し違うようですね。」と言うと不穏になってしまう。

【結果1ー(2)】

職員「自宅より良いところはないですよね。」と言うと小さくうなずかれる。

「一度、ようざんに戻って帰りの用意でもしましょうか？」と伝えると穏やかになりようざんに戻る。

【取り組み2】

単語カードを机の上に広げて、何をしたいか？何がやりたいのか？個別レクへの参加を促してみる。するとすぐに「化粧」と書かれた単語カードを指し、興味を持たれている。

【結果2】

職員が持参した化粧道具に興味を示し、なんだか嬉しそうな様子で笑っている。

鏡を机の上に置くと、じーっと自分の顔を見ている。職員がA様に化粧をし始めると嬉しそうな表情をされている。職員も一緒に化粧をして写真を撮ると、笑顔でカメラ目線をされる。女性らしい一面が見られ、可愛らしくなった自分の姿にA様、大満足な様子！

【取り組み3】

A様の興味や関心を観察するなかで、A様を小旅行に招待しようという職員の発案がありご家族様と予定の調整をする。息子様に連絡をとると少し驚かれていたが、A様のためにと時間の調整をしてくださった。

【結果3】

行先はA様の意向を汲み、S市のテーマパークに決まった。テーマパークへの小旅行に行ったA様の表情は苑では見られないような表情で、息子様と一緒に過ごせる家族の時間にとても感動されている様子であった。

〔家族との外出〕

息子様の車で週に一度、外出をされるA様。お迎えに来た息子様の姿を見ると、苑では見られない、とても素敵な表情をされています。

ドライブでは、バラ園、大型ショッピングセンター、群馬の森、榛名湖など、いろいろなところへ外出され、楽しい時間を過ごされています。A様は息子様がまだ小さかった頃の昔、共に過ごされてきた「時」を想い出されているかのようです。

【考察・まとめ】

A様のステキな笑顔やさみしそうな表情を日々観察していくなかで、人の心はとても複雑で、重層的な奥深い世界であり、理解したいと思う気持ちを常に持ち実践を積み重ねてゆくことがとても大切なことだと感じました。

人は時として溢れ出る感情の渦に呑みこまれそうになります。それは、過去にA様が息子様にしてあげられなかつた多くのことであり、母親としての後悔や、そこからくるさみしさもあるのだと感じました。

しかし、人が一生懸命に社会の中で生きようすることはとてもかけがえのない素晴らしいものです。この事例をきっかけに、A様と息子様がより身近な距離で過ごせた時間はとてもかけがえのない時間でした。A様に「好きなものは何ですか？」と聞くと、手を大きく動かし、大きな丸を宙に描

かれることがあります。「それはどういうものですか？」と、さらに聞く職員に A 様は小さく「みんな」と話されたことがあります。A 様にとって大好きなセカイとは A 自身が人との関わりの中で生まれた信頼関係や人間関係、そして自宅やようざんでの生活そのものなのかもしれません。これからも A 様と共に過ごせる時間を大切にし、笑顔あふれる生活がこれからも長く続くように個別性を尊重したケアを行って行きます。

絆の先に見えるもの

ケアサポートセンターようざん藤塚
大塚 美和・奈良 汐梨

【はじめに】

皆さんは「ユマニチュード」という言葉を聞いたことはありますか？

ユマニチュードとは、フランスの医学者によって作り出された、知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションに基づいた認知症ケア、又は介護の技法です。

要するに、人は見つめてもらい、誰かと触れ合い、言葉を交わすことで存在の意識を高め、尊厳を自覚して頂くという考え方を基本に、我々介護者がそれを助けることで、利用者様が変わるという介護方法です。

人間らしい存在であり続けることを支えるために、介護職員が利用者様に「あなたの事を私たちは大切に思っています」というメッセージを常に伝えながら対応していく。その人の人間らしさを尊重するケアがユマニチュードです。

そこで今回は、実際に現場でユマニチュードを取り入れて認知症ケアを実践し、携わりが難しいとされていた利用者様と職員が絆を深めた経緯を事例として発表させて頂きます。

【対象者紹介】

- ・A様(女性)
- ・81歳
- ・要介護4
- ・認知症高齢者日常生活自立度:IV
- ・障がい高齢者日常生活自立度:B1
- ・病歴:膀胱炎、腰痛、アルツハイマー型認知症
- ・生活歴:農家に5人姉妹の長女として生まれる。両親の手伝いをしながら下の4人の妹の面倒を見られていた。婿養子を迎えて結婚され、一男一女に恵まれる。子供が独立された後はご夫婦2人での生活となり、現在に至ります。

【利用までの経緯】

2015年頃より財布の置き場所が分からなくなり、夫を他人と思うようになる。2015年訪問介護を入れながら様子観察を行い、デイサービスに何度か通われましたが継続できませんでした。2016年2月ショートステイを利用されましたが継続利用が難しく、連れ出しが困難となつたため、2016年6月から当事業所の利用となりました。

【課題①】来所拒否

サービス開始当初来所拒否が強く、知らない人に対して恐怖感があるようにも見えていました。最初のうちは顔を見せて頂く事も難しく職員が訪問すると部屋の奥へ隠れてしまう事が多くありました。お迎えに伺った事を説明しても送迎車に乗り込む事ができませんでした。

【解決への取り組み】

当初は通いを目的としていましたが、スタッフとの信頼関係の構築が最優先と考え、一日に数回の訪問に切り替え職員の顔を覚えて頂くところから始めました。最初は居間へ上がりさせて頂いてもA様には会うことはできず、ご主人とお話をさせて頂く事しかできませんでした。A様が当初から受け入れていた往診の先生や訪問看護の方に同席させて頂き信頼できる訪問者であると思って頂けるよう努めました。

回数を重ねていくうちに居間の隅へ座って話を聞いて下さるようになり、二か月目頃から徐々にご

主人を交えて会話ができるようになっていきました。

職員に対して「遊びに来る人」との認識が強まり、会話の中で笑顔を見せて頂けるようになった頃、次のアプローチとして配食サービスを追加しました。食事は誰でも楽しみなものですから訪問すると笑顔で出迎えて頂ける日が多くなりました。

顔なじみの職員ができた頃にはご主人が居なくとも顔を見せて頂けるようになっていきました。畠仕事を手伝わせて頂けるようになり、時には畠で収穫された野菜をお土産にと持たせて頂ける事もありました。

訪問を終了し車へ乗り込む職員を庭先まで追いかけ見送って頂ける日も増えました。

何度か来所をお誘いしているうちに「行ってみようかな」と意欲的な発言が聞こえるようになり、短時間での来所ができるようになっていきました。

イベントがある日には旦那様にも来所して頂き、一緒に楽しんで頂くなどしていくうちA様には、ようやん藤塚が「安全な存在である」「無理な連れ出しを行わない」「自由に選択できる」楽しい場所だと思って頂けるようになりました。

【課題②】入浴拒否

自宅での入浴が行えていない状態にあり膀胱炎の悪化が懸念されていました。同居される旦那様も高齢であるため家族負担の軽減を目的としても、来所時に入浴をして頂く必要がありました。精神状態の変動が激しい方であるため怒っている時は激しく抵抗され、寂しさや絶望を感じている時は無気力。といったようにその都度の適切で柔軟な対応が求められました。

【解決への取り組み】

最初のうちは拒否が強く浴室へ入ることすらできない状況にあったため足浴から始めました。足元が温まると落ち着かれ「気持ちいい」「ありがとう」と笑顔をみせて頂けます。足浴を重ねていく中で浴室への移動がスムーズに行えるようになりました。

浴室へ入れるようになった後は、ご家族から着替えをお預かりしたとお伝えし自宅以外で着替える事への抵抗を無くしていました。

回数を重ねるうちに更衣への拒否が無くなりスムーズな入浴へとつながっていました。

入浴時間に関しても日中拒否が強い日などは夕食後の一一番落ち着かれる時間に入浴して頂く等、感情の起伏に合わせ柔軟に対応していました。

【課題③】宿泊時の強い帰宅願望と不穏

不定期での通いに慣れた28年8月頃、自宅の庭で転倒され左大腿骨頸部骨折との診断を受け入院となりました。ご家族の意向で手術は行いませんでした。

免荷の指示はあるものの、認知症のため起立・歩行をしてしまいます。ご主人は自宅での療養を希望していましたが、娘様からの要望であったA様の安全の確保とご主人の負担軽減を重視して施設宿泊を希望されたため宿泊での利用を開始しました。

宿泊利用されても帰宅願望が強いため出口を探して徘徊しカーテンを破く等の破壊行為もありました。夜間は特にせん妄が強く徘徊の頻度も上がります。攻撃的になり他の宿泊利用者様とトラブルになることもあります。

【解決への取り組み】

まず一番重視しなければならないと考えたのは「A様が帰宅されたいと思う理由で一番強いものは何なのか」を知る事でした。

訴えを傾聴してみると、「働かなければ」という意識が強く、常に動いて掃除や片付けを始めようとされます。責任感の強い性格上じっと座っていることが我慢できないのだと教えてくれました。

しかしいくらA様が働きたいと望まれても身体の状態はそれを可能とはしませんので、極力座ったまま行える作業を考え、行って頂くことにしました。訪問時から畠仕事がお好きであることが分かっていたため、プランターを用意してお花を植えました。土に触れた時の表情はとても穏やかで真剣

に取り組まれていたお姿が印象的でした。室内でも洗濯物を畳む等の簡単な家事をお願いしていくと生き生きと作業に取り組まれ、抑えられていた自分らしさを取り戻していくように感じました。

夜間の不穏については施設内を他人の家と認識され「怒られてしまう」「逃げたい」という気持ちが見えていました。そういった時には無理に寝るよう促したりせず、ホールでスタッフが寄り添い温かい飲み物を提供し、談笑しながら自然と眠くなるのを待ちました。

A様の不眠の原因となっているものが怒りなのか、寂しさなのか、せん妄なのか、その時の精神状態によってアプローチも変わります。

どんな状態でもユマニチュードを基本にした対応を続けていった結果、A様の中で職員は「知らない人」それでも「自分の事を知っている人」へと変わることができ、ようざんが安心して眠れる場所へと変わった事ができたのです。

【経過と考察】

宿泊利用を開始してからしばらくは自宅以外の場所で落ち着く事ができず、不安が怒りに代わって出ているご様子でした。そこで、職員は時間をかけて訴えを聞き出していくと徐々に不安感が和らぎ、安心されるようになっていきました。会話の中で落ち着いて頂くには旦那様やご家族のお話を伺うことで笑顔を見せて頂ける事に気付けていました。

そこには度重ねた訪問があったからこそこの短期間では知り得なかった情報が大変役に立ちました。会話の内容もより親しく親密なものになっていきますからA様はスタッフに見守られているという安心感から夜間も長時間睡眠をとれるようになり、日中を穏やかに過ごせる日が多くなっていました。

【結論とまとめ】

今回自宅からの連れ出しから困難だったA様に携わらせて頂き沢山の事を学ばせて頂きました。利用当初のA様とは会話が成立しづらく、感情の起伏も激しいため関わりが難しい利用者様でした。意思の疎通が困難なためA様の要求を上手く読み取れない事が多くあり、破壊行為や徘徊等の行動の中から訴えを読み取る事しかできませんでした。短い関わりの中であれば「意思の疎通が困難」と諦められてしまいそうなA様ですが、訪問を含め長い時間をかけ傾聴を重ねていけば、A様の見えない気持ちや感情を読み取る事が可能です。そういった貴重な情報をスタッフが共有し、共通認識として行った対応はA様との信頼関係をより強固なものとして、ご家族に近い絆が生まれたのではないでしょうか。

知らない場所で知らない人と宿泊する事は誰でも不安な事です。A様の情報を職員全員で共有し、「みんなが自分を知っている。理解している。」と感じて頂け、安心感へと変わっていったのだと考えます。

「知らない人」から「知っている人」さらには「信頼できる人」へ変わっていくのは簡単なことではありませんでした。訪問を重ね、話題や情報を共有していく事がこんなにも大切な事なのだと改めて感じました。今回の事例を通してユマニチュードの重要性について改めて考える事ができ、認知症介護スタッフとして、連携やチームケアの重要さを学べたことで利用者様のための支援により努めていきたいと考えるようになりました。

生活や暮らしを通しての流れの中で困っていることは何か、自宅での暮らしと変わらない状況を作り出すために必要なことは何かを見極め、そのご家族を柔軟に支援していく事が大切なのだと思います。絆の先、そこには安心して生活するために最も必要な「信頼」がありました。

今日ペンキ塗りはしないの？ ～A様のQOL向上への軌跡～

ケアサポートセンターようざん並榎
池田 愛・登坂光紗美

【はじめに】

「旦那の面倒は自分で見たい」A様が、脳出血で要介護状態になり、退院するときの奥様の強い要望でした。周りからは身体を壊すから辞めた方が良いと反対されたそうですが反対を押し切り、ようざん並榎の小規模多機能型居宅介護のデイサービスを週3回利用し、夫婦二人での介護生活を始めました。A様は、脳出血の後遺症により、動きが緩慢で、立位や歩行が不安定のため車いすを使用することに、また痙攣も多少ある状態、尚且つ、仕事は大工をされていただけあり、体格が良く、体重も重い、奥様が介護するには思っている以上に大変なものでした。日に日に奥様のストレスは増して行き、身体介護により股関節骨折をしてしまい介護が出来ない状態に。それから宿泊中心の生活が始まりました。そんな生活を送る中、むせ込みが、食事後や水分補給後に起こり、吸引しても改善されず、救急搬送、誤嚥性肺炎と診断され、入院することに。2か月間の入院後、ご自宅に戻る事が出来ましたが、食事や、歯磨き、一部介助による排泄行為、個浴での入浴など今まで出来ていた事が出来なくなっていました。意欲低下も見受けられ、起きていても覇気が無く、声掛けにも返答が全くありませんでした。それでも、奥様は、旦那様と一緒に過ごす時間を大事にしたい思いをお持ちです。退院後は週に一回、しかも日中だけ自宅で過ごすプランを立てました。

奥様の介護負担を少しでも軽減し、在宅での夫婦生活を継続していく為に、また、A様ご自身の生活の質を上げていくにはどうしたら良いか取り組みました。

【対象者紹介】

A様 男性 歳85

要介護4

障害高齢者の日常自立度 :B1

認知症高齢者の日常自立度: IIb

既往歴 膀胱炎、腰椎圧迫骨折、脳出血、正常圧水頭症

主介護者である妻と二人暮らし

【生活歴】

A市で6人兄弟の5番目として育つ。結婚前は、川崎で大工の修行をしていた。今のご自宅は自分で建て、知り合いの紹介により奥様と結婚、一男一女をもうけ、夫婦で協力しあいながら、82歳で脳出血により入院するまで大工の仕事を続けていた。

【性格】

昔から口数は少なく、温厚な性格。人の悪口を言わず、喧嘩もない。交友関係がとても広かつた。仕事一筋で真面目な方。兄弟想いで、どんな時でも飛んで行き面倒を見る様な優しい性格。

【現在のサービス内容】

水曜日と土曜日、9時から16時の日中帯のみ一時帰宅

帰宅時配食サービス利用、主食副食ともにミキサー食、水分とろみ強
オムツ形態、テープ式オムツ

日	月	火	水	木	金	土
泊り	泊り	泊り	9時帰宅 16時来苑 泊り	泊り	泊り	9時帰宅 16時来苑 泊り
			→	←	→	←

【課題】

- ・食事形態の見直し
- ・一部介助によるトイレでの排泄を目指す
- ・A様の生活の質の向上を目指すには

【取り組み①】

- ・キザミ食であったA様の食事形態に着目

食事形態をキザミ食で提供していましたが、飲み込みが悪く、せき込みが多かった為、看護師と相談し、食事形態をキザミ食からミキサー食変更。全食トロミを付けて提供し観察を開始しました。

【取り組み②】

- ・トイレにて排泄を行う

退院後、ベッド上で排泄介助を行っていたが、ある日突然A様が「トイレに行きたい」との訴えがあるのを耳にしました。その日から度々「トイレに行きたい」と言う事が多くなり、職員間で話し合いを持ちました。A様が、トイレでの排泄を気持ちよく行えるようにトイレ誘導は二人体制で支援をしようと取り組みました。日中帯、A様からトイレに行きたいと発言があった時は、すぐにトイレ誘導を行いました。また、A様からの発言がない時も職員が声かけを行い、その都度トイレ誘導を行いました。その為オムツ形態も日中帯は紙オムツからリハビリパンツに変更しました。

【取り組み③】

- ・生活の向上を目指すには

A様は、82歳で脳出血により入院されるまで、大工の仕事をしておりました。A様の奥様との話の中でA様は工具を見るのが好きで、よくホームセンターに行っていたそうです。また、壁紙の張替えやペンキ塗りなど手先が器用で色々な事がご自分で出来たとおっしゃっておりました。この話を聞いたうえで、A様が、大工だった頃を思い出して下さり意欲の向上、そして生活の質の向上に繋がる取り組みを考え、2つ実施してみました。

1. 好きだった工具を見にホームセンターに行く。
2. 仕事で使用していた工具を使い、ユニット内の机を補修(ペンキ塗り)して頂く。

【結果】

①食事形態の見直し

食事形態を見直したことにより、始めて1ヵ月程度で全量摂取可能となりました。日を追うごとに飲み込みも良くなって、むせ込みも少なくなってきました。そして少しずつA様の食に対する意欲が上昇し、自らスプーンを使用し口に運ぶ様になり、全介助から一部介助までにADLが向上しました。

②トイレにて排泄を行う

回数を重ねていくごとに、トイレでの排泄が出来るようになっていきました。最初は職員2人体制で介助を行っていましたが、同時に立位のリハビリを行うようになると、取り組みを始めてから2~3週間で手すりに自分でつかまって立ち、便座に座れるようになりました。A様の意欲向上と職員の取り組みの成果が上手く合致した結果でした。これにはA様も満足していました。

③生活の質の向上を目指す

普段の顔つきと工具を見ている時の顔つきが少し違うように感じ、真剣にご覧になっていました。そして自ら工具を持つと、使い方を教えて下さり笑顔が見られました。

机の補修作業当日、奥様も一緒にしたいとの事で来て下さいました。奥様の顔を見た A 様は照れくさそうにしながらも嬉しそうでした。作業に入り刷毛を持って頂くと手の動きはゆっくりでしたが、塗装の剥げている所を丁寧に塗っていました。

【考察・まとめ】

取り組みを行っていくうちに、今まで出来なかつた事が出来るようになり、退院直後と比べるとADL や意欲が飛躍的に向上しているのが分かります。またそれによって奥様から「自宅に帰ってきている時も、負担が減って精神的に落ち着いた」と笑顔で前向きな発言が出るようになり、奥様の介護負担が少しでも軽減できていると実感できました。

そして私たちが A 様と携わって、感じた事は A 様の表情の豊かさです。その事に気が付いたのは、一生懸命、机の補修作業をされている姿を目の当たりにした時です。いつも笑顔でいる A 様が、厳しい表情や真剣な表情、今までに見た事のない表情で取り組まれている姿から『俺はまだここまで出来る！こんなことが出来る！人の役にもまだまだ立てる！』

そんな気迫めいた気持ちを感じる事が出来ました。作業をした次の日 A 様から「今日はペンキ塗りをしないんですか？」と言われ、A 様の生活の質(QOL)が向上したからこそその発言だと思いました。

これからも、A 様と奥様がいつまでも夫婦二人三脚で過ごしていけるよう、想いに寄り添った支援をしていきたいです。

寄り添って、一歩一歩 ～健康維持の為の支援～

ケアサポートセンターようざん石原
長野遙香

【初めに】

私達の日常生活において健康な身体を望まない人などいるだろか。このことは、私達が日々携わらせて頂いている利用者様についても同様のことが言えると思う。では健康とはどういうことなのだろうか。WHO(世界保健機関)の憲章を引用するなら『Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity(健康とは、病気ではないとか、弱っていないということでなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、全てが満たされた状態にあることをいいます)』となっている。つまり健康であるということはADL(日常生活動作)及びQOL(生活の質)の高い状態がたもたれていることと言っても過言ではないだろう。

今回、そのような健康維持と傷病リスク軽減を目標とし、体重減量と下肢筋力の維持を支援した事例を紹介する。

【利用者紹介】

- A様
- 女性
- 78歳
- 要介護1

【既往歴と経過】

- 統合失調症(H 15年頃)
- 糖尿病(H15年12月)
- 脂質異常症、高血圧症(H18年2月)

糖尿病、脂質異常症、高血圧症で通院治療中。平成15年頃、近隣住民とのトラブルあり精神科受診、統合失調症と診断される。平成17年1月頃より転倒したり、入浴、受診に拒否がみられ臥床して過ごすことが目立つようになる。同年4月10日、臨時往診実施の際、高血圧症状、下肢浮腫、高血圧性心不全、高血糖値の状態で即日数日間入院となる。また、同年7月31日から8月15日の間、糖尿病、心不全憎悪となり入院している。現在は通院内服継続できているが血糖コントロール不良。

【利用背景】

B市C町にて農家の七人兄弟の三番目として生まれる。若いころは布団店で店員をしていた。24歳で結婚、団地に専業主婦として暮らしあはじめる。建築事務所を営む夫との間に一男一女をもうけ、昭和50年頃現住所に移るが近所とうまくいかず、このころから炊事をはじめとする家事全般ができなくなりはじめる。そのような背景もあり夫へは強い依存心を持っているが、夫の負担軽減の為、多機能サービスと柔軟対応が可能な小規模多機能型居宅介護を望まれ、平成28年5月よりケアサポートセンターようざん石原の利用開始となる。

【問題点】

- ①椅子に座る際足首を捻って右足関節両骨骨折と診断され、ギプスでの自然治癒を夫が望まれた為、骨折が治るまでの間宿泊利用で対応することとなったが今の中では足が治ってもまた同じような事が起こるのではないか？運動量の減少による機能低下によりリスクが増してしまうのではないか？
- ②骨折完治後の自宅生活により、整えかけた体調管理がまた崩れてしまうのではないか？
- ③体調管理、機能継続管理を目的とした歩行訓練支援を行う際に強い拒否がみられるのでその対応をどうすべきか？

これらの問題を解決する為、まずはA様の宿泊利用期間中に可能な限りの下肢筋力の維持及び体重の減量をして頂けるよう支援していくことから開始した。

【取り組み】

①宿泊中の体調管理は

- ・食事提供量およびおやつ時の飲み物の見直しとゆっくり食べて頂く為の声掛け。
- ・ギプスと車椅子での生活において座って行う運動への参加、立位の際は片足立ちを補助する等の下肢機能の維持。
- ・ギプスが外れてからは足首の伸展屈折をはじめとする簡単なリハビリを追加。
- ・歩行許可後は足首を捻らないように注意しながらの歩行訓練と運動量の増加。

②自宅へ戻ってからは

- ・来所時には今までと同様の支援を継続して行う。
- ・自宅で過される日には午前午後二回の排泄介助訪問時に自宅廊下にて手引き歩行訓練も行う。

③拒否の対応としては

- ・「健康の為に大切ですよ」などといった説得は効果が無く、立ち上がることすら億劫がるため、トイレ誘導の際など何かのついでに長めに廊下を歩いて頂く。
- ・「今日は半分までにしましようか」「その場で足踏みだけでもかまいません」など、A様の億劫だという気持ちを受容し、それに対した譲歩の姿勢をみせる。
- ・拒否が強い時は無理強いせず、気分が変わったころに再度声掛けをする。
- ・A様の好む活動や話題でコミュニケーションを図り、気持ちが前向きになる支援を心掛ける。

【結果】

宿泊中からの体調管理については、利用開始当初69kgだった体重が、足が完治するころには65kgまで減少し、外見からもそれがわかるほどになった。歩行介助時の足取りもしっかりとしたものになり、以前よりも長い距離を歩けるようになった。

自宅に戻られても、できるだけ支援継続させて頂き、現在体重は61kgと更に減少している。利用開始当初より不安定な歩行で両手引き歩行介助が当たり前であったが、現在、調子が良い時は片手を支えるだけでも安全な歩行ができるようになった。

また、支援に対して少なからず拒否があるなかで、体調への良い効果を得られたということは、A様の「身体を動かしたくない」という思いにもチームとして上手なアプローチが出来た結果であると思う。

この結果を踏まえ、ADL(日常生活動作)向上を目的としたA様の健康管理と支援についてはこれからも継続しながら、それがA様のQOL(生活の質)向上の一助となるべく工夫を重ねていきた。

【おわりに】

私達は利用者様の健康管理をはじめ携わり全ての中で、目に見える部分はもちろんのこと、目に見えないものにも気づくことができるかどうかが重要となる。日々の支援提供の中で“気付き”を見逃さないよう観察力優れたケアを行うことが ADL(日常生活動作)及び QOL(生活の質)の向上へとつなげができるのだと思う。

A 様は統合失調症の陰性症状が目立つ利用者様である。そのような方には、その方の心情にも敏感に気付き、認知症介護の基本とでも言うべき受容の姿勢、気分の転換への支援を適宜図ることによって行うべき支援を比較的スムースに行うことが出来る。重度の認知症の方にはまた別のアプローチもあるだろうが、利用者様の身体と心の健康維持支援にとって大切なのはその行為や支援の重要性を説く事ではなく、支援目的が達成するために利用者様の気持ちと行動にいかに寄り添うことができるか、そのことこそが課題実現への確実性を導くものだと考える。

できないよ

ケアサポートセンター ようざん中居
阿部光洋・星野望美

【はじめに】

「自分にはできない。」それが口癖だった。実際にはほとんどの動作は見守りで出来てしまう程なのに頑なに自らやることを拒み、自らの能力を否定していた。この事例は、自分を信じられなくなってしまったご利用者様とようざん中居の職員が、信頼関係を作り、失ってしまった自信と能力を取り戻そうとする取り組みである。

【事例紹介】

名前:A様 女性

年齢:83歳

要介護度:4

既往歴:脳梗塞、高血圧症、子宮筋腫、胆石、骨粗しょう症、腰椎圧迫骨折、腎不全による人工透析

ADL:食事..自立(刻み、粥)

排泄..介助だが尿意便意あり。日中はリハパン、帰宅時はオムツ使用。

歩行..車椅子使用。立ち上がり掴まり立ち可能。

家族構成:長男夫婦と2世帯住宅で同居

趣味:若い頃は登山に出かける事が多く、旅行や外出が大好きだった。

本人の思い:「私は不安だらけ、もう一生歩けないから、リハビリもあまりやりたくない」

本人の口癖:「できないよ」

【生活歴】

玉村の農家に生まれる。お見合い結婚で高崎に嫁ぎ専業主婦となる。若い頃は沖縄や佐渡など様々な所へ出掛けた。平成27年12月転倒による腰椎圧迫骨折で入院。腎機能悪化によりシャント造設し透析導入、維持透析の為入院となる。シャントのトラブルなどなく経過良好でリハビリ開始するが、入院中に夫が急死し、透析による疲労感や腰痛などのストレスも重なり、意欲低下や髪の毛をむしってしまうなどの行動が見られた。リハビリ拒否あるも車椅子への移乗やベッド上の寝返り腰上げなどはできるようになり退院の許可が出て、平成28年4月よりケアサポートセンターようざん中居の利用が開始となる。

【取り組み・経過】

利用開始当初から車椅子上のみで過ごし、入浴には拒否があり、トイレ、ベッドへの移乗以外は動きたがらず、無気力な生活を送っていた。日中は食事の時以外は机の上で伏せている事が多く、ベッドでの臥床を希望したりレクリエーションや体操などの参加にも拒否が見られた。

車椅子からベッドへの移乗やトイレ時の車椅子からの立ち上がりは、多少膝の曲りがあるが、介助を行なわなくともしっかりと立ち上がる事ができていて、伝い歩きで問題なく移動ができていることから、その能力の維持、向上を目的として、リハビリ計画書を作成、本人と相談しリハビリを開始した。

始めの数ヶ月は毎日リハビリの声掛けをするも頑なに拒否され、尚も声を掛け続けると机に伏せてしまい聞く耳を持ってもらうこともできずにいた。だが、体重増加や筋力低下してきたことから、ご本人から足先の痛みと冷えの訴えがあり、通院している透析科より筋力低下予防や血流の低下予防の為リハビリを行なうようにと話が入る。それらのことや、今の体力や筋力をこれ以上落とさないようにする為、ご家族からも以前より動けなくなってしまうことへの不安、リハビリを希望されていることなどをご本人に伝え、それらを踏まえたうえでさらにリハビリの声掛けを続けた。

最初は、「できないよ」「無理だよ」と言いながらも徐々に話を聞いてくれるようになり、これまでト

イレの中まで車椅子で入っていたが、トイレの外に車椅子を停めて手引き歩行でトイレの往復を歩く介助を行なった。立ち上がり歩き始めに少し足の震えがあつたが歩く筋力は充分あり職員は少し手を引くだけでご自身の力で歩く事ができた。その後はトイレの往復を手引き歩行にすることから始め、拒否がなくなり慣れてきた頃より他のリハビリの声掛けを行なった。

【結果】

手すりに掴まり立位保持や平行棒を使用しての歩行訓練、足の上げ下げ運動など一度行うとその後は「できる！」ということが自信に繋がり、今では全く拒否なくリハビリに応じ、透析で疲れている日以外は毎回リハビリに励まれている。気分が向いた時は自ら職員に「今日はやらないのかい？」とリハビリを希望する姿も見られるようになった。また、以前はベッドに臥床し休まれていたが、今では一日起きてフロアで過ごされ他の方々と毎日のレクリエーションにも参加されている。さらにこれまで、送迎時以外の乗車を拒まれ一度もドライブに出かけられずにいたが、リハビリを行なうようになったので声を掛けてみたところ、助手席に乗り藤岡まで藤棚を見にドライブに出かける事ができ、そして昔大好きだったお寿司を食べに行く事もできた。

【考察】

ご本人の身体機能から、リハビリを行なえばもっと動けるようになる・歩けるようになると職員一同思い、声を掛け続けていたが、ご本人の性格とできないと思い込んでしまっているところや慎重さ、また転倒で入院したことがある恐怖心もあってか、中々リハビリに応じてもらうことができずにいた。だが、利用開始当初入浴拒否が強く入れない日が何日も続いたが一度入るとその後全く拒否がなくなり、今では「お風呂はまだ？」と順番を待っている事や、これまでの関わりの中から、初めの一歩を踏み出す事ができればリハビリも抵抗なく行えるようになるのではと思い、声を掛け続け、実際に今ではご本人の日常として続ける事ができている。「何もしたくない」「私には何もできない」というご本人の思いと、「A様はやれば絶対できる」という周囲の人間の思いが中々一致せず最初の声掛けから実際にリハビリを行なうまでに数ヶ月を要したが、自分の足で歩ける事を実感できた今A様は少しでも自信を取り戻すことができたのではないかと考えている。

【終わりに】

転倒により、何をするにも自信を無くしていたA様と今回リハビリをすることで、最初は不安で、拒否が多くあったが、カンファレンスを定期的に開催し、リハビリ計画を立て実施することで、「私にもできる！」と自信に繋がり、日々のリハビリを継続し実施する事ができたと思う。
私達はこれからも、今行なえる事を考え全力で取り組んでいきたいと思います。

以上

いつまでもつながりを… ～地域の中に小規模多機能がある～

ケアサポートセンターようざん栗崎
石田 享

【はじめに】

A様は、ようざん栗崎の2軒先に自宅があり、「地域住民の方」として以前より付き合いのある方です。しかし心臓の病気などで入退院を繰り返すことにより、平成28年8月より認知機能と下肢筋力の低下などにより、今までの生活が難しくなってきました。

家族は、施設入所も検討されましたが、A様は自宅で過ごしたいと言う気持が強く、又、一緒に住む夫も「若い時からさんざん苦労かけたので出来る限り面倒を見て一緒に過ごしたい」と言う強い意向を踏まえ、小規模多機能で夫婦の希望を叶えるべく支援することとなりました。

A様は日中突然に「お父さんが具合悪いので心配だ」、「親戚が家に来るから帰らないと」などと興奮し、涙ながら帰宅願望を訴えられます。その本人の願いと高齢であるご主人の介護負担のバランスを考慮し、A様にようざん栗崎と自宅を行ったり来たりしていただきながら、少しずつ自宅での時間も増やすことにいたしました。すると徐々にですが、次第に周辺症状の少ない生活が送れるようになって來たのです。そして今まで通り、老夫婦二人の仲睦まじい生活を継続させる事が出来、同時に今までの「地域住民」として馴染みの生活が続けられる環境へとなりました。

【利用者紹介】

氏名:A様

年齢:76歳 女性

要介護度:3

認知症高齢者自立度:Ⅲa

日常生活自立度:B1

【既往歴】

認知症(見当識障害、感情失禁)、夜間せん妄

脳梗塞、重症貧血、心房細動、

僧帽弁狭窄症(ペースメーカー一挿入)、

直腸潰瘍、気管支拡張症

【生活歴】

高崎市 A町に5人兄妹の3番目で長女として生まれる。若い時は活発で走るのが速くハードルで県代表になったり、卓球でも選手に選ばれた事があります。市立女子高を卒業した後、プレス工場に就職し、経理を担当されました。そこで今のご主人と出会い、24歳の時に結婚されました。やがて二人で独立してプレス工場を立ち上げ、夫婦ともども苦労を重ね会社を築き上げました。A様は真面目で働き者の性分で、子供に会社を任せて引退した後も、几帳面に家事をしっかり行い、家を守って来ました。また、花を育てるのも好きで、庭をいつもきれいにしており、今でも自宅に居る時は庭の草むしりをしています。ようざん栗崎で過ごしている間も「そろそろ草が伸びたと思うから見てくるね」などと心配される姿が良く見られております。

【取り組み】

私達はA様が望む生活を営んでいただく為に、「自宅で過ごしたい」、「不安を取り除く」、「夫が安心して介護が出来る」に着目し、ケアと支援サービスを実施しました。

自宅で過ごしたい

働き者のA様は「家の事をやらなければ」「庭の草むしりもしなければ」「夫の事も心配だ」と言う主婦としての気持ちが人一倍強い方です。A様らしい生活を支援するために、日中A様が自宅で過ごせる時間を作り本人の希望に寄り添いました。自宅でA様が出来る家事の食器洗い、草むしりなどを行つもらつたり、夫とゆっくりお茶を飲みながら話したり、昼寝をするなど以前と変わらない日常生活を過ごしていただけたようにしました。しかし、ようざんで過ごされている時に、「どうしても今すぐ帰りたい」と時折、強く訴える事があります。その際には「家がすぐそこ」という立地を活かし、ご主人様と相談の上、可能な場合には一時帰宅して、いつでも帰れると言う安心感を持っていただいている。

不安を取り除く

利用後、入退院を繰り返す事で「病院」「自宅」「ようざん」と代わる代わる環境が変化した為、リロケーションダメージに対して配慮いたしました。泊り時は宿泊室をいつも同じ部屋に固定し、馴染みの衣類などは壁に掛け、自宅以外の「もう一つの自分の部屋」として過ごしていただきました。次に、「帰宅願望」や「心配からくる涙の訴え」の対応として、疑問に思われるようなその場しのぎの相づち等はせずに、事実を分かりやすく順序立てて説明し、納得していただくようにいたしました。その際は利用カレンダーや送迎表などを実際に見て頂きご自身の目で確認する事で「〇〇になれば帰れる」という安心感を持っていただきました。また、読み書きが出来る残存能力を活かし、帰宅時間や不安な事柄に対しては職員とメモでやり取りも行うようにいたしました。また、夜間、家と夫の事が心配になり、寂しく眠れずに部屋で泣いてる事があります。そんな時は職員が優しく声かけてホールにお連れし、温かいお茶を飲んでいただきながら本人の気持ちを傾聴いたします。そして次第に心配な気持ちをほぐし、穏やかな状態に落ち着き休んでいただいております。

夫が安心して介護が出来る

A様は入退院後、下肢筋力低下に伴う歩行不安定と認知症悪化による精神的不安定がどんどん強まって行きました。高齢である夫にとって自宅で面倒を見る事が次第に大きな負担となって行つたのです。特に夜間はA様の対応に困り果てたそうです。そこで、ようざん栗崎で泊まる日数を増やして行き、夫の夜間の負担の軽減を図る事にいたしました。すると、ご主人の気持ちにも変化が現れるようになり、日中A様をご自宅にお送りした時に優しい笑顔で迎えていただける姿が増えました。そして、夫に対して煩わしい服薬管理に關しても、お薬を一旦お預かりして看護師が配薬する事にいたしました。日中ご自宅で過ごしている時は職員が薬を持って訪問し、服用の見守りをしています。受診に關しても時折、ようざん看護師が同行し主治医に日常生活の様子を報告し、薬の見直しをしています。また、A様宅の隣にようざん栗崎S職員が住んでいます。A様家族とは昔からの信頼関係があり「S職員がいて私達夫婦の事を見てくれる」、「ようざんの中でも地域の中でも私達を見守ってくれている」と言う安心感に一層つながっています。

【結果】

日中、自宅で生活する時間を増やす事で、主婦として家事や草むしりを好きなように励んでおられます。家では夫婦二人、穏やかな笑顔でまつたりと過ごしている姿をよく見られるようになりました。そして、ようざん栗崎での夜間時に不穏で突然号泣される事や、職員に手当たり次第に泣きながら訴える帰宅願望、宿泊室での放尿、感情失禁などの周辺症状の緩和や減少につなげる事も出来ました。今まで困った顔や険しい表情ばかりだったA様から、少しずつA様らしい穏やかな笑顔を取り戻して行く事が出来たのです。

【考察】

小規模多機能の特徴でもある「本人の希望の実現」「持っている力の活用」、「生活の継続性」に対して「通い」「宿泊」「訪問」を柔軟に活用した事が、A様の周辺症状緩和へ効果的に作用したのだと思います。そして何よりも、A様の一番の希望である「自宅で過ごしたい」を段階的に増やした

のが何よりの喜びだったのだと思います。又、地域の中で自宅を中心としてようざん栗崎と自宅を行ったり来たりしながら、その人らしい生活や暮らしを継続させられた事が夫婦二人の笑顔に繋がったのだと思います。

【まとめ】

地域の中の「ひとつ」として小規模多機能があり、絶妙なバランスで在宅支援を行い、ご主人の介護負担を見据えた上で自宅と行き来をしていただきました。近隣住民との繋がりを大切にしながら、その人の環境や状況に応じて柔軟に対応し、小規模多機能の特性をフルに発揮出来た結果として、A様の「自宅で過ごしたい」の気持ちと、ご主人様の「出来れば夫婦の時間を作りたい」の思いを同時に叶える事が出来ました。そして私達は今日も夫婦の温かい絆をそっと見守って行けるのです。

『毎日笑顔で過ごしているが... 本当は帰りたい...』

ケアサポートようざん倉賀野
高橋 美幸

[はじめに]

A様は平成29年2月22日朝方に体動困難となり、救急搬送され、尿道カテーテル閉塞による敗血症および腎孟腎炎疑いで入院となった。入院する前はとても穏やかだったA様だが、入院を境に怒りやすくなり、ご家族、特に奥様に対して攻撃的な態度がみられるようになった。退院後はようざん倉賀野を利用し、利用当初は暴言、帰宅願望、介護拒否等の行動が見られていた。その後、徐々に不穏行動が無くなり、笑顔が見られ、施設の中で自分の役割を見出し、有意義な時間を他人者と一緒に過ごせるようになった事例を紹介する。

[利用者様紹介]

A様:81歳 要介護4

生活歴:倉渕村出身。高崎工業高校卒業後、高崎市役所勤務。都市計画事業に長く携わっていた。60歳で定年後も総務部長や上下水道管理者を務める。

既往歴:急性腎孟腎炎、前立腺肥大症、脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症

膀胱留置カテーテル挿入しており、車椅子の自操可能。

平成29年2月に腎孟炎で入院。認知症状が出現し認知症と診断される。

入院前は奥様と息子夫婦と同居されていた。

[経緯]

A様は搬送先の病院内で不穏による危険行動や転倒が頻回にみられ、記憶障害や暴言・暴力行為などもみられるようになった。主治医より、認知症と診断され、退院後は状態が安定するまで、自宅での介護は困難と判断のもと、ようざん倉賀野へ3月8日より利用開始となった。

[利用当初時の様子]

病院を退院し、奥様、長男様、次男様と来院。家族が帰宅後、すぐに帰宅願望がみられ、表情も険しくなり、職員に「なぜここに居なきゃいけないんだ!」「いつ帰れるんだ!」「タクシーを呼んでくれ!」などの訴えがみえはじめる。その後も暴言や帰宅願望による不穏行動が続き、食事も手を付けず、入浴も拒否され、職員との会話や他の利用者様とも交流する事なく過ごす日々が続いた。

[介護上の課題]

☆帰宅願望が強く、職員が声掛けをしても、食事やおやつも召し上がらない。

☆入浴という言葉を聞くだけで拒否がみられ、入浴しない日が続いている。

☆電話をみるたびに、思い出したように自分の手帳をみて電話を掛けようとする。

☆レクリエーションや慰問も参加せず、職員との会話や他の利用者様との交流が図れない。

☆帰宅願望を職員や所長に訴えようと、一日に何度も事務所を訪問し、落ち着かない。

☆A様の暴言や不穏行動につられ、他の認知症利用者も不穏行動がみられていた。

[取り組み]

翌週のユニット会議で、上記の課題について、職員で話し合い、解決できる糸口がないかを話し合った。その結果、A様が少しでも落ち着いて過ごして頂く取り組みとして、

①ご家族にA様がどのような人物であったかを詳しくお聞きし、会話の糸口となるような情報を改めて収集してみる。

②ご本人が希望していること、本当は何をどうしたいのかを本人に聞いてみる。

③職員ごとに「なぜここにいないといけないのか?」に対する回答もバラバラであった為、共通した回答や姿勢で接した方が良いのではないか。

という意見が出た。早急に家族や本人に聞き取り調査を行ない、取り組む事とした。

☆調査内容☆

<A様ご家族より聞き取り>

性格は頑固でマジメな性格。話が論理的である。理屈っぽく、怒り易いが、本当は面倒みが良く、話し好きだという事が分かる。

よく後輩や職場の人たちの相談事についても真剣に話を聞く人であった。

家事はほとんどすることはなかったが、白菜の漬物を漬けていたことがあり、何かをやり始めると、真剣に取り組む性格である。

趣味はゴルフ、野球、マージャンが好きだった。

<A様ご本人の気持ち>

「とにかく家に帰りたい。おそらく何らかの政府の陰謀で帰れないのかもしれないが、帰らないと行政の仕事も出来ない。帰らせてください。」

☆対応として☆

1. 上記の情報から本人との共通の話題でコミュニケーションを図る時間を増やし、まずは信頼関係を築く事から始める。
2. 面倒見が良い方であった、後輩の相談にもよく乗っていた等の家族の話から、何らかの形で職員や施設の事について、相談に乗って貰う役割を担って貰ってはどうか。
3. 介護拒否があった場合の姿勢や回答について、本人の『帰りたい』という気持ちに寄り添い、『とにかく家に帰る為に』をキーワードとし、歩行や日常生活動作が出来るようになって、家に帰る為の準備をしていきましょう、という共通した回答をする。

[毎日の対応とその後の様子と変化]

<一か月目>

食事や入浴をお誘いするも言葉を出すだけで拒否される。食事は「帰るからいらないよ」、入浴は「そんな時間はない」排泄は「自分で出来ますから」などと介護拒否がみられとにかく自宅へ帰りたいA様。帰宅願望については、毎日事務所へ訪室し所長や職員に「なぜここに居るのか?」「いつ帰れるのか?」「タクシーよんでくれ」等の訴えが引き続きみられる。取り組みとして、まずは「家に帰りたいですよね」とA様に寄り添うように話を傾聴する事から始め、「今度A様の家を拝見させてください」「一緒にリハビリを頑張って自宅に戻れるようになると良いですね」という会話のやり取りから始める。このような会話のやり取りが何日間か続き、少しずつ職員との会話が成立するようになる。

その頃には食事の拒否はなくなり、自ら召し上がって頂ける様になるが、まだ他の利用者様と交流する事はなく過ごされる。

<二ヶ月目>

職員が送迎から帰ると「俺の車はどうした? ?」「いつ帰れるんだ? ?」と訴えられる場面はまだ見られている。しかし、お話を傾聴する事で、今までより帰宅願望の訴える時間は短くなり、その後、何事もなかったように馴染みとなった利用者様との会話をする場面がみられる。レクリエーションへの参加や準備なども少し手伝ってくれる素振りが見える。

自宅では家事を一切することもなかったというA様だが、ある日、テーブルに置いてあった施設の洗濯物を自らそのテーブルへ行き置んで下さった。「俺さこんなこと自宅でしたことないんだよ」と言いながら置んで下さる。これを境に、こちらも少しずつA様にお手伝いをお願いするようになり、段々と自ら積極的に他の利用者様と一緒に手伝いをして下さるようになる。

<三ヶ月目>

入所後よりあった帰宅願望が徐々に薄れ、他の利用者様との交流がみられるようになる。レクリエーションや慰問にお誘いすると参加するようになり、今までなかった笑顔がみられる。一緒にテーブルに座られている利用者様の面倒や心配をされるようになり、励ましの声をかけられることもみられるようになった。

毎朝のあいさつリーダーも快く引き受けて下さり、その日のスケジュールや新人職員の紹介などまでしてくださる。リハビリを提案すると「この間医者にもいわれてさ」と嬉しそうに言われ、その日から平行棒での歩行練習と立ち上がりと足踏みなどのリハビリに積極的な姿勢を見せるようになった。この月にユニット会議や運営推進会議にも特別参加され、利用者からの意見や提案を言って貰うよう依頼する。これがきっかけとなったのか毎日「今度の会議はいつ？？」「何時に集まって何時に解散？？」と会議というものを気にされるようになるが、以前よりは比較にならないほど、落ち着いて過ごされる日が多くなった。

＜四ヶ月目＞

利用者様と職員の名前を覚え始め、相変わらず会議を気にするA様。

毎朝、朝の挨拶、そして体操やレクリエーションへ参加も積極的になり、笑顔が多くみられるようになる。また馴染みの利用者様を巻き込み、会議の話しを始める。夜になり馴染みの利用者様が就寝すると、その方のお部屋まで行きドアを開け「今日は会議が無いらしいよ、今日はゆっくり休みましょう」といわれる。

職員の名前を覚えたのがきっかけとなり毎日嬉しそうにその日あった事をはなしてくれる。職員の名前を聞くと「名前は分からないけど苗字ならわかる」と笑いながら言われる。

楽しそうに笑顔で過ごされるようになったA様に趣味でしていたマージャンへ誘ってみたところ、最初は「今忙しいから」と断られたがが、牌が置いてあるテーブルへ誘導するととても懐かしがり、「さっき断ったんだだけど」といいながらも牌を並べられ、職員にも教えながらマージャンをされる。記憶がよみがえったのか「ああ～これは…！！」「この役じゃ」などと言いながら役をそろえて一番に上がり、点数まで説明をされていた。

今やようざん倉賀野のリーダー的な存在となったA様。

[考察]

利用当初は暴言や帰宅願望が強く、不穏な行動が続いていたA様。A様にとってみれば、自分の意見や主張が通らず、家に帰れず、知らない人達ばかりの施設の中で過ごさなければならない事への不安や苛立ちは普通の感情であったと思う。職員側の業務や施設の一日の流れにA様の行動を当てはめて、過ごして頂かなければと考えていたが、まずはA様の気持ちを理解し、寄り添う事で、職員側がA様を理解しようとする気持ちになった。

その気持ちの変化がA様との会話の時間を増やし、A様との信頼関係を築く、重要な糸口となつたように思う。

[まとめ]

今回の事例を通して、帰宅願望が強く、意志がはっきりとしている利用者様にどのように向き合えばよいのか、正直最初は大変戸惑いました。しかし、利用者様がどのような人物であったかを知り、そして利用者様の気持ちに寄り添い、お話を傾聴することで、その人が本当はどう感じて、どうしたいのかを理解することができ、信頼関係が少しずつ築けることが分かりました。また職員全員で案を出すことで、職員全員が利用者様に共通の認識を持って接する事の大しさも認識でき、今後の利用者様との関わりに自信を持つことが出来ました。

「俺のしたいことは…」 ～通じ合うまでの記録～

ケアサポートセンター ようざん 小塙
矢田 裕司

【はじめに】

62歳という若さで脳梗塞により右半身麻痺となってしまったA様。健康だった頃のように、『自分のやりたい事に意欲を示してもらいたい』という家族の思いと本人の『少しでも動ける様になりたい』という気持ちに答える為、意欲向上、身体機能の維持、家族との連携に取り組んだ事例をここに紹介いたします。

【利用者様紹介】

氏名:A様

性別:男性

年齢:63歳

要介護度:3

認知症高齢者の日常生活自立度 I

障害高齢者の日常生活自立度 B2

既往歴 脳梗塞(H28年1月) 構音障害 右半身麻痺 障害1級

急性盲腸炎 出血性大腸炎(H18年頃)

【生活歴】

高崎S町の現在の家で生まれ、5人兄弟の4番目。姉3人、弟1人の長男として育つ。中学卒業後は、運送会社に就職。24年間、トラックの運転手として関東全域にわたって配達業に携わる。残業も多く仕事は厳しかったが、収入も多かった。土・日休みの日はパチンコやボーリングを楽しんだり、仲間と映画や食事に出かけたり、また酒もタバコも人並以上に嗜み、肝臓を壊された。29歳で結婚し1男1女を設ける。

現在は長男夫婦と同居されているが、妻が糖尿病を患っており、長男の嫁が主介護者となっている。

【ようざん利用開始からの現在に至るまで】

H28年5月 中央脳外科を退院後そのまま利用開始となる。

利用開始時の担当者会議は、ご家族、ケアマネ、PT,ST、福祉業者で開催。

福祉業者から介護用ベッドと4点杖を貸与し、住宅改修により、玄関にステップ台を設置。玄関内外・廊下・トイレに手すりを設置する。

PTより、移動時は、補装具と杖使用で自力歩行。転倒の危険性が大きいため、常に見守りが必要。病院では歩行訓練を実施していたので継続して欲しいとのこと。

STからは、むせ込みが見られ誤嚥の危険性がある。副食は一口大カットで水分にはトロミを使用したほうが良い。食事は左手で何とか自力摂取が可能。また、構音障害があり、片言で聞きとりづらいがコミュニケーションは可能であるとのことなどの報告を受ける。

H28年6月 日中に散歩など体を動かす、室内では歩行訓練を実施する。

H28年9月 身体障害者1級となり、身体障害者手帳と福祉医療受給者証が交付される。

H29年2月 本人の希望により、月に二回宿泊利用をすることとなる。

H29年6月 小規模多機能利用で、週1日3回の訪問配食。週6日の通い利用。1泊2日の泊まり利用を月2回。のサービスを継続中。

【利用開始時の様子】

- ・同年代の利用者様がおらず、認知症もない為か、会話も職員とする程度となってしまい、ぱつんとテレビや新聞を観て過ごされる事が多い。
- ・体操や歌のレクリエーションに興味を示さず、職員が声を掛けても参加されない。
自身の意思が乏しく、行きたい所、やりたいこと、食べたいもの等を聞いても「なんでもいい」と話される。
- ・自立歩行は出来ているが注意力が散漫で転倒の危険があり、また自己の判断で行動してしまう事があり見守り介助が必要である。

☆より良いサービスの提供をする為、ご家族の御協力をえて、アンケートを実施することにしました…。

【アンケートの結果】

- ・自分から率先して動くタイプではなく、人に後押しされてやっと行動する。
- ・歌を唄う事や洋画を好みよく見に行っていた。
- ・自宅にて、年相応に自立できるようになってほしい。
というご家族からの希望。

以上のアンケートを元に、どのようにしたらA様が楽しんでリハビリを継続して行えるか、カンファレンスを行い、取り組み内容を決め実施して行く事にする。

【取り組み内容と結果】

リハビリメニューとカードの作成、A様にやりたい事や食べたい物を聞き、リハビリを毎日行う事を基本と考え、参加した回数に応じてイベントを用意する。

- ①囲碁や将棋、花札やオセロなどができるご利用者様と同席し、楽しんで頂く。
- ・対局の結果を周りの利用者様や職員に話すようになり、自らコミュニケーションをとる事が出来るようになった。
- ②観音山ファミリーパークにピクニックへ行き、公園内を散歩と昼食を提供する。
- ・久しぶりの野外での食事、いつもと変わった雰囲気の中で楽しんで頂く事ができ「また計画立ててね」と笑顔で話される。
- ③セレクトランチとして本人とメニューを考え実施する。
- ・A様に話を聞くと『うどんと天ぷら』とすぐに食べたいと答えてくれた為、計画を立てて実施。他の利用者様も喜んで下さりとても良いランチレクになった。
- ④高崎図書館にて、A様の好きなDVDを借りて宿泊時に流しながら晩酌をする。
- ・夕食後より上映会を行い、つまみにノンアルコールビール。他の利用者様も一緒に楽しんでいた。「今度の宿泊日は何見ようかなー」と嬉しそうに話す。

☆今回A様が一番楽しみにしていたイベントが映画鑑賞です。

- ⑤イオンシネマへ映画を観に行き、終了後は本人の食べたいランチを食べて頂く。
 - ・三週間前から上映スケジュールと一緒に見て、観たい映画は何か？上映時間は？食事はどこで？などと計画を立てた。初めは観たい映画がなかなか決まらず、毎日のように職員と新聞の上映欄やインターネットで確認していたところ、テレビのCMで流れた『ローガン』を観て「これがいいね。観たい」と話され為、それに合った計画をA様と立てる事にした。
 - ・そして、いざイオンシネマへ。
- 「映画館はホントに久しぶりだよ」とワクワク感が抑えきれないAさん。2時間弱の上映中は一言も

発することなく集中していた。

・上映後はエントランスにて、大好きなパスタを食べることに。一口大にしなくても上手に飲み込み完食。「この話の前の作品が気になるね。今度借りに行こう」「今から次の計画立てないとね」などと笑顔で話されていた。

【考察】

目的を達成するには、まずはA様の意欲を引き出し『少しでも動けるようになりたい』という本人の気持ちに沿いながら、今何に対して興味を示しているのか？それを見つける事で、意欲を引き出し、よりよいケアへ繋げる為に、家族の方を対象にアンケートを取りました。アンケートを実施し、職員間で情報を共有する事により、リハビリへの意欲向上と積極的な姿勢が維持できるような環境づくりを実現する事ができました。

【現在のA様】

以前に比べ活発になり、体操や日中のレクリエーションに参加して頂けるようになった。また右腕の拘縮も緩和されトイレの際ご自分でズボンの上げ下げが出来るようになり自ら進んでリハビリを行うようになった。

【今後の課題】

①個別のリハビリなどは積極的にされているが…

…個別ケアは前向きな姿勢で取り組む事が出来ているが、集団レクになると参加されない

②他者との交流に対して消極的

自ら話す事はほとんどなく過ごしている。

【まとめ】

日本の高度成長を駆け抜けてきたA様。一生懸命働き家族を支え、子供の成長を楽しみにしていた矢先の61歳で脳梗塞を発症。半身麻痺となってしまったAさんの生活は一変しました。プロのドライバーだったAさんが、運転どころか歩行もままならず行きたいところに自由に行けなくなり、やりたいことも食べたいものも以前と同様にはなりません。

悔しい、つらい、しんどい…

決して口には出さないAさんですがその無念さはいかばかりだったでしょう。

A様は、穏やかで我慢強く寡黙な方ですが体操やリハビリを積極的にしようとはしませんでした。

「はあいいや」とあきらめともとれる態度でやんわり拒否します。

どうすれば、リハビリに積極的になってくれるだろう…

職員間で何度も話し合い本人を交えて考え、リハビリカードを作りました。ポイント制にしたことで達成感を味わって頂き、本人の希望をかなえて差し上げる、ゲーム感覚で取り組んで頂けるので笑顔も沢山見られるようになりました。

これからもAさんに楽しいと思って頂けるようなレクと今後の課題に取り組んで行きたいと思います。

ご清聴、ありがとうございました。

私達らしい明るい生活を取り戻す為に！

ケアサポートセンターようざん大類
金澤正行・関口康夫・佐藤由紀枝

「はじめに」

ケアサポートセンターようざん大類のオープン時に一本の電話が掛かってきました。その内容は「以前利用していた通所・訪問サービスでは父(A様)は体調不良(腰痛)の訴えもありサービスに拒否が見られ、母(B様)も人見知りが強く気難しい性格の為、サービス利用がなかなか思うように出来ず引きこもりになっている」との事でした。また、家族様(娘様)も埼玉県に居住している為なかなか会いに行けなくて困っている所、ようざんの看板を見て藁にもすがる思いで電話を掛けてきてくださいました。「小規模多機能施設の事がよくわからないので話を聞きたい」との事でした。

所長を先頭に不安を解消する為、小規模多機能施設のサービスの内容や特徴を、直接娘様の元に趣きすると、娘様より「夫婦二人で利用して欲しいのだが、家の片づけもして欲しいと相談があり、是非よろしくお願ひします。」との返事を頂き私達は、少しでも明るい生活を取り戻せる様に、改善された事例について報告します。

「利用者紹介」

(夫)氏名:A様 男性 84歳 要介護3

既住歴:アルツハイマー型認知症 脳梗塞 神経因性膀胱炎 糖尿病 腰痛

(妻)氏名:B様 女性 83歳 要介護2

既住歴:アルツハイマー病型認知症 腰椎圧迫骨折 肺炎 緑内障

「生活歴」

(夫)A様は台湾で出生。幼少期に趣味の将棋を独学で身につけ終戦を期に安中市に移住し高校卒業後に高崎市内の木工所に就職。工場長を歴任し定年まで努め上げる。

(妻)B様は東京八丁堀で出生。近所の築地でよく遊び小学の時戦争により疎開を余儀なくされ佐波郡玉村町に移住し高校生まで住み終戦を期に愛知県西尾市に移り病院に就職。看護婦長までなり仕事をテキパキとこなしていた。夫婦が結婚したのは、20歳代でその後一男一女をもうけ、暖かい家庭を築かれた。定年後は、趣味の将棋に没頭したり2人で旅行に行かれ、仲間と一緒に公共施設や病院へボランティアとして活動に尽力していた。

「本人様、娘様の思い」

(夫)A様の思い、趣味が将棋やドライブなのでようざんで一局打ち、ドライブへはみんなと一緒に出かけ美味しい物を食べたい。

(妻)B様の思い、腰が痛い、花粉症があるから出歩きたくない。散髪したいが行けてない、花(桜、薔薇)が好きなので見たい、寿司も好きで食べに行きたい。一つずつ環境を変えて外出来るようしたい。

家族様(娘様)の思い、夫婦揃って仲良くようざんに通ってほしい、B様が通い拒否の場合は、訪問に切り替えて様子を見に行ってほしい。

実家には頻繁に行けないので家事全般をお願いしたい。急な受診があった場合もお願いしたい。

「経過」

利用開始 平成28年12月

所長が娘様と今後の利用についていくつかのプランを作り、娘様と相談を重ね利用計画を作成。所長以外の他職員は生活歴以外に、A様とB様の趣味や特技など役立つことを聞き出し全職員

で情報共有を図りながら本人様の希望に沿う様に支援を開始しました。

(夫)A様は、利用当初は体調の不調(腰痛)があり、時折拒否が見られる。(妻)B様も通いを誘っても拒否が強く、職員との信頼関係も築けていない為、攻撃的口調が目立ち女性職員に対しては口も聞いてもらえない、訪問時門前払いされる始末でした。自宅掃除をする時も「さわらないで！何でも自分で出来るから」と強い口調で話していました。

【利用開始時の予定表】

(夫)A様

日	月	火	水	木	金	土
通い	通い	訪問	通い	訪問	通い	訪問
入浴					入浴	

(妻)B様

日	月	火	水	木	金	土
訪問						

※訪問になっているが、本人通いに納得なら通いに変更する※

「取り組み①」「信頼関係の確立」

ようざんにお連れするはどうすればいいのか？

(夫)A様 (妻)B様ご夫婦にようざん職員の顔と名前を憶えてもらう為、職員一覧表を作成し見易い場所(自宅)に設置。訪問時常にようざん大類独自の名札を首に掛け訪問する。

特定の職員を決め慣れるまでは、特定の職員に訪問をしてもらい信頼関係を築き上げようざん大類の事業所名を覚えていただく。

「取り組み②」「環境整備」

訪問時 家族様(娘様)の訴えの通り、庭やキッチン、リビング等、汚れがかなり目立ち、ゴミの選別もされていなく、所々乱雑におかれていた。

家族様(娘様)と相談を密に取り合い訪問対応表の作成を図る。訪問表に沿って訪問を開始する。

① リビング掃除・ゴミ回収(週2回 月曜日と金曜日に実施)

② トイレ掃除(週2回 水曜日と日曜日に実施)

③ 各部屋の掃除(臨機応変に対応する※)

※人数が多い勤務日は二人もしくは、三人体制にて掃除・ごみ回収を実施している。

④ 家族様(娘様)から依頼があった場合、相談を重ね住宅改修等も実施する。

「取り組み③」「体調管理」

① ご夫婦(夫)A様(妻)B様の毎訪問時 食事の提供

A様・B様 朝食時(9:15~)自宅の物を提供する。

B様 昼食時(11:00~)自宅の物を提供する。※(A様も火・木・土曜日は訪問の為提供)

A様 B様 夕食時(16:00~)配食(二人分)届け提供することにより体重管理を図る。

② 朝の訪問・送迎時にバイタルチェックと会話時にご本人様の様子を聞き体調の確認をする。

③ 急な体調不良の場合は、家族様(娘様)へ連絡を入れ状況をお伝えし受診の場合は介助より受診をする。

「取り組み④」「家事を一緒に行う」

① (夫)A様と一緒に玄米を精米、米研ぎ、米を炊く。(木曜日に実施)

② (妻)B様と一緒に料理をする。※毎訪問時実施

③ 本人様より要望があった場合、A様・B様と買い物へ行き支援する。※毎訪問時実施

「取り組み⑤」「(妻)B様の精神安定を図る」

① 訪問した際は(妻)B様のお話を傾聴して会話を楽しんで頂き、ストレス解消を図る。

② 「通い」利用を想定し、実現に向けて訪問するスタッフと信頼関係を構築図る。

「取り組み⑥」「医療との連携」

- ① 定期受診や急な体調悪化の時は、ようざん大類で通院介助を行なう。日常の症状を受診時報告する。
- ② 薬の管理も誤服薬防止の為、薬台帳を作成し服薬日に合わせ毎日セットアップを実施する。
- ③ 訪問看護師・家族様(娘様)と連絡を取り合う為、看護ノートを作成し情報共有する。

「結果」

【現在の予定表】

- ① (夫)A様

日	月	火	水	木	金	土
通い	通い	訪問	通い	訪問	通い	訪問
入浴					入浴	

- ② (妻)B様

日	月	火	水	木	金	土
訪問	通い	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問

- ③ ※訪問になっているが、本人様(夫)A様、B様の要望があった場合、通い利用になる。

- (夫)A様

朝・昼食は訪問時、自宅の物を提供し夕配食を行い、服薬管理を行う事で体調の管理ができ、各部屋の整理整頓により一階に布団を移す事により転倒する可能性を軽減が出来ました。また、失禁もありましたが、職員が対応する事によりご本人も安心して過ごしていただいている。今は「ようざん大類に行くんかい。」と笑みを浮かべ来苑されています。

- (妻)B様

特定の職員が訪問する事で信頼関係を作ることができ、来苑拒否から週1回の通い利用、今では、本人様の希望に合わせ「通い」で来苑出来る様になり、通い利用してから普段希望されていたカット&パーマも理美容を利用されおしゃれな髪型になると、女性職員や他の利用者様から「綺麗ですね～・素敵ですね～」と言われると「あら そうかしら」照れくさそうな表情を見せていらっしゃいました。

B様は来苑時に他の利用者様とも楽しく会話され、体操やレクリエーションなどに積極的に参加され、お寿司レクに至っては、「鮓だわ～、エビもあるのね～食べられて嬉しい～」と言われ何回もおかわりをされご夫婦二人揃って喜ばれています。ご自宅でも訪問した職員と一緒にキッチンに立ち洗い物・料理が出来る様になり、掃除する時も片づけを行って頂き掃除された住みやすい環境になってきました。

「最後に」

今回の活動を通し、当事業所に足りなかった情報の共有、アプローチの仕方、接遇の仕方、ご家族様との情報交換等、少しずつであります私達職員の意識改善が図る事が出来ました。

A様・B様達は共にサービス開始当初は来苑拒否が少なからずありましたが、アプローチの仕方が変わるだけで本人様の表情が笑顔に変わったり顔が曇ったりし対応により気分の移り変わりを感じ取れました。つまり朝の挨拶(アプローチ)はとても大事で一日の生活が決ってしまう言う事です。B様「私、今日はようざん大類には行かないよ。行きたくないよ」と言われましたが挨拶(アプローチ)を工夫し接遇する事により「私も(夫)A様と一緒に行きたい」と言って頂ける様になりました。今では訪問時、ご夫婦揃って談笑ができ笑顔が絶えない生活が築けています。これからも活動的な生活が送れる様に職員一同ご利用者様の希望や心見の状態にあったサービスが利用出来るように努めていきたいと思います。

独居の方の在宅支援とその関わり “お母さんただいま”

看護小規模多機能型居宅介護ようざん 高橋 拓海

今回紹介させていただくA様は、関節リウマチによる関節の変形により、食事さえ自ら、口に運ぶことができない重介護状態ですが、最愛の母との思い出の詰まったご自宅で生活をしたいという思いを強く希望されました。

そんなA様が、在宅で生活をしていく中での、医療・看護・介護・介護保険外のサービス、親戚、近隣の区長さん・民生員さん、友人の方々との関わりをご紹介させて頂きます。

○本人紹介

氏名: A 様

性別・女性

性別：女性

下節：55 歲

介護度：要介護3
病名：頸髄症 関節炎 合併認知症

既婚歴は無く、キー・パートナーが狸のB様となっている

◎生活歷

20代で関節リウマチと診断されました。父親は、発症前に死別しています。発症後は自宅で母親が献身的に面倒をみていたそうです。

B様から聞いた話ですが、「母親は、『東洋医学』で娘の治療を考えていたようです。本人の為に懸念に働き、その収入はすべて娘の治療に継ぎこんだそうです。」と…

娘の事が心配だったので、よう100歳でこの世を去られました。

亡くなつてからは訪問ヘルパーを利用し、在宅で生活を送つてはいましたが、既に、歩行は難しくなつてゐたと聞いています。

○入院中の川ハビリヒ退院後の検討

平成 27 年 12 月に急に起き上がる事ができなくなり、総合医療センターにて手術を施行。その後、リハビリ目的で病院に入院となりました。

両上下肢が自力で動かせない状態であった為、病院のリハビリでは上肢の肘関節が少し自立運動できる程度がゴールとなりました。

病院の退院期日が近づき、生活全般に介護を要する状態であることから、数回の話し合いを行い、施設入所の方向で相談が進められました。

ところが、急に A 様の“自宅で生活したい”という強い要望があり、在宅生活へと方向が変わっていました。

そこで、病院側は「たとえ数日でも、自宅で過ごせれば満足するでしょう。」B様も「在宅生活では、自分で何が出来ない事を自覚してやれるでしょう。」と考へたそうです。

そして、福祉タクシーを利用し、退院介助を行った際、自宅へ入った最初の一言が『おかあさん、おはようございます』でした。

自宅の中を見て、愕然としました。数年前に亡くなったお母様の遺骨が、まだそのままでした。ご本人曰く「お母さんをお墓になんて入れたら、可哀そう。また、一緒に居られる。」と、とても寂しい笑顔でした。

さて、A様の“自宅で生活したい”という強い思いから在宅での生活が始まったわけですが、A様は独居です。その上、寝たきりであることから、一日の生活リズムを理解し辛く、「見当識」(特に、日時)の障害が見られます。

そんな状態で在宅にて生活をしていくには様々な問題点がありました。その問題点と、我々がどのようにして対処してきたのかを、いくつか紹介させていただきます。

○A様が在宅で生活をしていく上での問題点と支援について

・体調管理について

ご自分で体調の変化に気付き、職員に訴えることをあまりされません。その為、訪問介護・訪問看護でご自宅を訪問した際に、体温・血圧・脈拍数・血中酸素濃度の測定を行っております。また、褥瘡等の皮膚疾患の予防のために、訪問時に体位交換を行っています。

そんなある日、全身(四肢)に浮腫みが出来てしまったことがありました。担当医へ連絡し、マッサージ効果を狙って、弾性包帯で四肢を巻きました。その姿は、まるで、ミイラのようでした。効果が得られなければ再入院かと思われましたが、数日で浮腫みは引きました。その間、看護師と担当医がほぼ毎日のように、メールでのやり取りをしていました。(メディカル ケア ステーションという、連絡方法を活用しています)

その他にも、発熱や嘔吐、眩暈等の異変があった際にも、担当医に指示を仰ぎ、その指示を介護スタッフにも周知し実施することで対処しています。

・環境整備について

A様は独居の為、職員が訪問した際に、その日の天候に合わせて室温・湿度の調整を行っています。

また、週に1度室内の清掃を行うことで生活環境の保持に努めています。

・食事について

A様はリウマチの影響で、自分で食事を召し上がる事が出来ません。

そこで、1日に3回配食サービスと食事介助のサービスを併用して、食事に関する援助を行ってきました。

ギャッジアップをして食事を召し上がられます。嚥下に関して注意が必要でした。ですが、入れ歯を挿入することで咀嚼に問題はなかったので、主食は粥、副食はキザミ形態で食事を提供していました。

一時期、食事量が著しく減少したことがありました。義歯の不具合か?という、スタッフの気づきから、近隣の歯科医師の往診を依頼しました。そして、義歯の調整を行うと、自然と食事の摂取量も増えてきました。今では、毎食完食されるくらいに食欲があります。水分も、開始当初は1日あたり600cc程度の摂取量でしたが、今では1600cc程度摂取してくださるようになりました。

この件で、毎日訪問している事での「気づき」の重要性を知りました。

・排泄について

A様はご自分で排尿・排便をすることが困難です。

その為、毎日の訪問介護と週2回の訪問看護で、排尿・排便コントロールを行っています。排尿コントロールは、尿持続カテーテルを挿入して、持続的に排尿を促しています。排便コントロールは、週2回の訪問看護の際に浣腸を行うことで、便誘導を行って排便を促しています。

また、排尿や排便を促すことで、汚染の抑制をして、汚染による皮膚トラブルの防止をしています。

排尿量が減少した際や便秘になった際には、A様の担当医と連携して、服薬管理等で対処しています。

また、A様は既婚歴がありません。そんなA様にとって、男性職員に陰部を見られるなんて、最高の侮辱です。

その為、排泄介助のみを女性職員で対応するために、スタッフの訪問をどのようにしていくか、試行錯誤したことを思い出します。

利用開始当初、A様は男性職員の介助に対して抵抗を感じていました。ですが、これは、介護拒否ではなく、女性として当たり前の感情であるということに気付きました。

・清潔保持について

週2回の訪問看護の際に全身の清拭と洗髪を行っています。

また、不定期ではありますが、市のサービスである訪問理美容師の方にご自宅に訪問していただき、散髪と洗髪も行っています。

現在検討しているのは、国の規定で「小規模多機能」は介護保険での訪問入浴が利用できないということです。B様と調整し、実費での入浴を検討しています。

・協力者の皆様

A様はご友人や近隣にお住いの方々と親交があり、日中にA様の様子を伺いにいらしてくださいます。その他にも、担当医や薬局の方等、様々な方が訪問されます。

その為、日中の戸締りについてどうすべきか、という問題点がありました。防犯上の問題もありますが、B様と話し合い、日中は玄関の鍵を開けて、訪問した方が名前を記入するノートを設置することで対処しました。隣にお住いの方も“何か異変があれば、すぐにようざんに連絡する”とおっしゃってくださいました。

今後私たちが、行わなくてはならない課題の一つが「大雪」や「台風」などの天災時に、私たち職員が、自宅の傍に伺えない時等の対応です。

ご本人に見習い、区長さん民生員さん、近隣の方との交流を図り、緊急時の協力体制を得られるような体制を整える必要があるのではないか、と考えています。

以上が、我々がA様と関わり始めてから感じた問題点と、どのように対処してきたかです。今回紹介させていただいた問題点に対処していくことで、A様は在宅での生活を継続できています。ですが、今後も体調の急変や病状の悪化など様々な“新しい問題点”が見つかることが予想されます。既存のサービスの提供の継続はもちろんですが、問題点を発見した際にはその都度、職員間で話し合いの場を設けて、しっかりと協議しながら対応していきたいと考えています。

また、A様は認知症も患っています。なので、在宅で出来るようなレクリエーションなどを考案・実施していき、温かい在宅生活を送れるように努力していきたいと考えています。

「小規模多機能施設」は、通い・泊り・訪問を組み合させるサービスと言われていますが、「看護小規模多機能施設」をご利用される方の中には、こうして、在宅での支援を必要とする方も、増えてくるのではないかでしょうか。

○まとめ

今回紹介させていただきましたA様は、ご自分の意思で在宅での生活を希望されました。“母のそばで生活したい”と。

若くして関節リウマチを発症したという状況は、A様にとって耐えがたい苦痛だったと思います。

そして、その介護を献身的に行ってくれた母親という存在は、おそらく、A様の心の拠り所のような存在だと考えられます。

そんなお母様との思い出の詰まったご自宅で生活するということは、A様の生きがいになっていのではないでしょうか。

また、友人や近隣にお住まいの方々とのふれ合いも、A様にとってはかけがえのない生きがいになっていると思います。そのかけがえのない生きがいを尊重し在宅生活の支援をしていくこそが、A様の気持ちに寄り添った介護です。

A様は在宅での生活が始まる際に、心の底からこう思ったのではないかでしょうか。

“お母さんただいま”と。

愛馬と共に駆け巡る夢をみた

ケアサポートセンターようざん貝沢
高橋恵一・小林佳代

【はじめに】

半生に渡り打ち込んできた趣味や、同好の親友たちと過ごすかけがえのないひととき。。。普段の私たちはともすればこういった「人生の豊かな側面」はずっと続くもの、続くべきもの、と無意識の期待を抱えて、ある日それが突然断ち切られる可能性など想像すらせずに日々を過ごしている事が多いのではないかでしょうか。今回はそんな可能性と巡り合ってしまった男性利用者様の事例を発表させていただきます。

【利用者様紹介】

氏名:A様 男性 69歳

既往歴:脳出血による右半身麻痺・構音障害

要介護度:要介護3

【利用開始までの経緯】

平成25年1月21日。趣味の乗馬を楽しんだ帰りに立ち寄ったコンビニ駐車場にて意識消失。そのまま車内で一夜を過ごし、発見は翌朝となり救急搬送。原因是脳出血。これにより右半身麻痺及び構音障害が残ってしまいました。その後はご自宅に戻ることなく転院を経て特養に入所されました。施設からの脱出を試みるなどリハビリ・介助にとても強い拒否を示され、環境に馴染めないままに平成28年11月30日、退所となりました。

【生活歴およびパーソナリティー】

両親は既に他界され、平成25年の入院時の主介護者でありそれまで共に暮らしていた妹も平成26年秋に亡くなられて近親の家族はいなくなってしまいました。連絡の取れる親族は現在、従妹と叔父がいますが高齢・疎遠等の理由により継続的な支援は困難な状態です。

県外の大学に進学し一時は都内などで過ごすも、基本的には幼少時よりずっと高崎市内にて生活され、現在でも近隣では「Aちゃん」と名前を“ちゃん”付けで呼ばれ馴染まれているようです。時には障害を伴った独居生活を心配した近隣の方が懐かしいコロッケや果物を届けて下さり、うれしそうな笑顔がみられました。また近所に住む同級生も安否を気遣わっているとのこと。通院時に偶然、幼馴染に再開した時の明るい表情、語り口は施設の中では見られることがありませんでした。これが本来のA様の姿なのです。

【ケアサポートセンターようざん貝沢利用開始時の様子】

自身の強い希望で特養を退所し、自宅の環境が整わない中で程なく転倒し骨折され、静養の為、ようざん貝沢での泊まりの連続利用の開始となりました。背中まで伸びた髪を切り、長く伸びた爪を切り、滞っていた入浴の介助からのスタートでした。古希が間近とはいってA様は60代、世代のちがう多くの利用者様が参加される体操や各レクリエーションの時間には一人ぽつんと遠巻きに眺める姿が見受けられました。参加の声がけをするといつでも不快そうな表情で手で何かを払いのけるようなジェスチャーを繰り返すばかりです。

「どうしたらこの施設での生活を快適に過ごしていただけるのだろうか？」

職員同行による車椅子での近所への外気浴にも拒否を示されるA様です。

「以前の活動的なA様の生活環境と現在とのギャップを埋めるには？」

私たちは趣味人であるA様の蔵書や大好きな乗馬とスポーツカー所有歴、などの情報を元にアクセサリーや自動車の写真集、イラスト集などをA様の居室に用意するなどの工夫を考えました。

やがて穏やかに本のページを手繰る A 様の姿が見られるようになりましたが、各レクリエーション等への参加はなされることはありませんでした。

【自宅の環境とその改善】

本来の A 様の希望である在宅生活を増やすためには自宅の環境整備が必須でした。

- ・自宅1階は物が散乱し物置のような状態
- ・冷暖房設備が古いため、使用不可
- ・水道の老朽化による水漏れ、飲用にも不適な状態
- ・門扉から玄関までの庭の段差

上記のような問題がありました。社外サービスを利用した片づけ及びベッドの導入、庭のコンクリート舗装は実施出来ました。整頓された居室での A 様には笑顔も見られるようになりました。また、庭の舗装により送迎時の車椅子転倒リスクも大幅に低減されました。環境整備に関しては金銭面の状況もあり、今後の改善点は残っています。

【今後の課題】

安心かつ安全な在宅生活を送るにあたり、喫緊の課題としては A 様の経済状況に基づいた対策、地域の理解と協力を得ての日常生活の維持、が挙げられます。前者の検討策としては成年後見人制度の利用と障害者年金受給申請・生活保護申請が挙げられ、後者の実現には引き続きのあんしんセンターの活用などが挙げられます。また、近隣の皆さまの暖かな見守りと協力も不可欠です。いずれの課題に関しても A 様が地域で自分らしく暮らし続けられるように支援していかなければなりません。

【おわりに】

3月中旬。スロープや昇降機のない自宅屋内から A 様が自身で車椅子にて移動され、門扉の外で車椅子ごと転倒しているところを近所の方に発見されスリ傷等を手当していただいたということがあり、ここでは地域での見守りの力、を感じました。このような A 様の外出行動には、自身の現状への葛藤が垣間見えるように思います。「ずっと変わらずに自由に、愛馬と共に駆けめぐりたい！」まるでそんな思いが湧き出ているかのようです。

思いがけない生活の大きな変化。。。それは誰にでも起こりうることです。そんな事態に直面しても、自分らしく住み慣れた家で暮らし続けたいという思いを受け止め、実現するために地域の方々の協力を得ながら日々の努力を重ねていきたいと思います。

GPS機能を活用した在宅介護の可能性

ケアサポートセンターようざん双葉
道下一樹

【はじめに】

近年、認知症高齢者の「徘徊」による行方不明が社会問題となっています。これに対し高崎市では、平成27年10月1日より「はいかい高齢者救援システム」の運用を開始しました。高齢者が徘徊して行方不明になることを防ぐために、GPS機器を無料で貸出しています。この機器を身につけた高齢者が、所在不明になった時に、見守りセンターが365日24時間の対応で、徘徊している高齢者の位置情報を介護者の携帯電話などに送信し、捜索・保護に役立てていくというものです。

また、介護者が捜索に行けない場合は、位置情報や顔写真を手がかりに見守りセンターの職員や警察が徘徊している高齢者の保護を行うというシステムです。

ケアサポートセンターようざん双葉では、これまでに8件「はいかい高齢者救援システム」の申請をしました。

最近では、利用相談の時点で市のGPSを活用しているケースがあり、高崎市民に認知されてきていると実感します。

【利用状況】

「はいかい高齢者救援システム」は、受付窓口及び位置情報の検索を見守りセンター、GPS機器の設備管理を株式会社ITMが管理して運営しています。

今回、株式会社ITMさんへ、現在の利用状況を伺いました。

平成29年6月1日現在

		介護保険課	障害福祉課
件数	利用中	266	18
	徘徊検索数	148	27

- 検索結果…100%
- 検索時間…平均して1時間以内。
ほとんどが自宅から1Km以内で保護。
- 一番遠いところで東京での保護事例が1件

GPS機器の装着品割合

装着品		介護保険課	障害福祉課
	靴	110	3
	ネックストラップ	39	
	巾着(バック)	27	4
	巾着(首)	19	
	巾着(その他)	20	3
	ベルトポーチ	18	2
	バック	6	
	杖	3	
	キーホルダー	1	
	シルバーカー	1	
	自転車	1	
	その他(ポケットなど)	21	6
	合計	266	18

【検索時の劇的な変化】

これまで、ケアサポートセンター ようざん 双葉のご利用者様で、自宅から所在不在になるケースは年に数件あり、その都度ご家族・警察・施設職員と連携し、ご本人が行きそうな場所を目当てに検索していました。

検索開始から発見まで、長い時では数時間かかる事もありました。

これに対しGPSを活用したケースでは、夕方ご自宅にお帰りになり、ちょっと目を離した隙に不在になり、ご家族より事業所へ検索依頼の連絡が入りました。その方はGPSの申請が済んでおり、靴に埋め込む形で活用できていた為、すぐに見守りセンターへ位置情報を確認し検索にあたりました。

おおよその位置が特定できるため、職員2名でGPSポイントへ向かい、そこから手分けして周辺を探しすぐに発見に至りました。家族から連絡を受けて約30分くらいで無事発見保護する事が出来ました。

このように大変便利な一方、実際に使ってみて見えた課題もあります。

- ・建物の中の位置情報の取得ができない

- ・GPS機器の管理方法について

- 8件申請しましたが、1件管理できず市へ返却したケースがあります。

- 靴やかばんなど色々と検討しましたが、こだわりが強く新しい物の受け入れが難しい方の外出時の管理が出来ませんでした。

- ・直接ではなく見守りセンターを介してのやり取りとなる為、位置情報の取得時間に誤差が生じるなどを感じました。

【ご家族の声】

実際に所在不明により警察に検索願いを出した経験があり、現在市のGPSを活用しているご家族へ話を伺いました。

◆苦労された事は

目が離せません。ちょっとした買い物も行き辛い。

常に気にかけてないとだから疲れちゃう。そうすると自分の余裕がなくなり優しくできない。

◆GPSを活用するようになって

「途中で事故に合つたら…」と考えると、不安がなくなったわけではありませんが、今までに比べ精神的な負担がかなり軽くなりました。ありがとうございます。

今では外出時に携帯できていますが最初はどうやって携帯させようか試行錯誤でした。

所在不明になり位置情報で検索したことがあります、家族が動けない時に代わりに警察や施設の職員が検索に動いていただきありがとうございました。

などのお声を頂きました。

【新たな取り組み】

この度、高崎市の「はいかい高齢者救援システム」とは別に、前橋工科大学の原川教授が開発を進めているGPS機器、「3G-GPS」の開発に協力させていただく機会を頂きました。

私たちが依頼を受けた内容は、在宅支援において実際に活用しながら「介護者」の視点でどんな機能があると良いかをフィードバックし、開発に役立てていただく事です。

今のプランで良いと思っていても、新たな課題が見つかり、プランを見直すことで在宅生活の限界点の底上げが期待できるかもしれません。

【特徴】

この開発途中の「3G-GPS」は、見守りセンターを介さずにタブレット端末を活用し、直接位置情報を知ることが出来るという特徴があります。

また、ピンポイントで位置情報が確認できる他、定期的に位置情報を記録していくので、どういった経路で移動しているかも追う事が可能です。

こういった位置情報の取得以外にも様々な活用の可能性があり、現在原川教授と相談をしているところです。今回相談の過程で実際に取り組んでいる事例について紹介します。

【対象者A様】

この方は縁側から外出され、自宅の門の外で転倒しているところを地域の方に助けてもらったことが何度かあります。危険性や別の外出方法を提案しても繰り返してしまい、地域からも心配の声が上がっておりました。

この状況を相談し、原川教授と一緒に現地調査し、ブロック塀を通過するとタブレットへアラーム通知される仕組みを試してみることになりました。

アラーム通知を受けたようざん職員が、予め協力を依頼してある地域の民生委員さんや近隣の方々に連絡し対応をお願いする。地域が動けなければ私たちが駆けつける事でリスクの軽減につながるかもしれません。

【考察】

3G-GPSは在宅支援において「位置情報の取得」だけではなく、様々な活用法が期待できます。

現在原川教授と話しているのは、

◆自宅から半径〇mという移動範囲や「散歩コース」を設定しておき、その移動範囲を超えたアラームでタブレットに知らせてくれる機能

◆散歩時の距離や歩数、速度などの運動強度を測定する機能

このように様々な活用方法が期待され、これらは物理的には可能とのことです。

現在市が無償提供しているGPS機器は外であればある程度正確な位置情報が取得できますが、建物の中に入ると電波状況により正確な位置の取得が難しいです。

これに対し「3G-GPS」は、外はもちろんですが、建物の中でも誤差20メートル程度の位置情報が取得できるGPSシステムの活用を予定しています。

【終わりに】

まだ開発途中で不安定なところがありますが、今後の在宅介護において大きな役割を担う可能性を感じます。位置情報の取得以外にも様々な活用の可能性があり、QOLの向上を目的とした使い方も期待できます。

開発途中での取り組みで経過報告という形になり、成果や結果といった報告には至りませんでしたが、今回の関わりを通じ在宅介護における新たなGPSの活用法とその可能性を感じました。

個々の生活状況や介護の状況に応じうまくGPSを活用する事で、「位置情報の取得」「体調の管理」「介護負担の軽減」「多職種連携の効率化」などにつながり安心安全な在宅生活を作り上げるきっかけになるかもしれません。

なかなかイメージしづらいですが、こういった端末を活用した在宅支援が当たり前になる日が、すぐそこまで来ているかもしれません。そんなことを感じる取り組みでした。

第9回ようざん認知症介護事例発表会

入所系



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459

平成29年7月25日

返却忘れゼロを目指して

ショートステイようざん並榎

.....P.2

『なんで！分かってくれないの！』～A様が本当に訴えたかったこととは～

グループホームようざん飯塚

.....P.4

「あー酒飲みたい」

訪問介護 ぽから

.....P.8

再びの一人暮らし「見えない」が改善されたら分かるようになつた！！

居宅介護支援事業所 ようざん

.....P.11

家族になろうよ ～おじいさんの嫁で良かったよ～

特別養護老人ホーム アンダンテ

.....P.15

文字(教科書)では学べない事～チームアプローチの力～

グループホームようざん倉賀野

.....P.20

『居心地の良い居場所つくり』～笑顔、楽しみ～

ナーシングホーム ようざん

.....P.24

その人を知り向き合うことがケアの第一歩

グループホームようざん

.....P.28

入浴拒否を認知症の中核症状 生活スタイルを理解しアプローチした事案

特別養護老人ホームモデラート

.....P.32

筆の力を信じて - EACH OF THE ROAD -

ショートステイようざん

.....P.36

返却忘れゼロを目指して

ショートステイようざん並榎

櫻井 昌貴・井上 淳

【はじめに】

ショートステイようざん並榎は平成24年7月に開設しましたが、開設当初は、利用者様が持参された全ての荷物をチェックしていました。しかしだんだんとチェックの仕方を簡素化して行き、最終的に必要最低限の物(薬、軟膏類、口腔セット等)だけのチェックとなりました。その結果、返却忘れが目立つようになりました。薬などは利用者様の名前が書いてあるのですぐに気がつくことが出来ますが、名前の書いていない洋服は誰のものか分からなくなり返すことが出来ないものも出てきました。持参された荷物を返すことは当たり前のことで、どうしたら返却忘れがなくなるのか考え、取り組んだ事例について報告します。

【取り組み内容】

1. 下のチェックシートを使い、荷物チェックを始めた。衣類は正の字を記入して入所時と退所時に数が合っているか確認をする。
2. 入所時に持参された荷物と利用者様の写真を撮り、コピー用紙に印刷をかけ、退所時に物があるか確認しながらチェックを行う。
3. 入所チェック時に衣類に名前が書いてあるか確認している。名前がない物は、契約時に名前がなければ書かせてもらう事を伝えているので書かせてもらう。来所時に着ていた衣類は、パジャマに着替えた時や入浴時に確認する。
4. 軟膏類、目薬、湿布など使う頻度が高いので、医務室保管ではなくホール事務机内に専用のカゴを用意して分類別に分けて保管している。
5. 退所後は専用のファイルに1週間から次の利用まで写真を保管している。
6. 返却忘れがあった場合、どうして忘れてしまったか『返却忘れ報告書』を書く。
7. 忘れ物に気がついた時は、御家族に担当者が電話連絡をし自宅まで届ける。

持ち物	入所	退所	持ち物	入所	退所
上着			補助具・杖・補聴器・装具		
ズボン			歯ブラシ・歯磨き粉・コップ・義歯入れ		
肌着			薬・ケース		
ズボン下			軟膏(名前記入)		
下着			目薬(名前記入)		
パジャマ上下			湿布類		
靴下			貴重品・指輪・腕時計・携帯電話		
靴			防寒具・防止・マフラー・手袋・膝掛け		

【メリット】

1. 写真に撮ることで、どんなものを持ってきたか把握できる。
2. 数が合わない場合、写真で確認しながら探せる。
3. 軟膏などカゴで分類することで見やすくなつた。
4. 利用者様が他の方の洋服を持っていってしまうことがあり、誰の洋服か確認できるようになつた。

【デメリット】

1. 入所が多い日は、荷物チェックに時間が掛かってしまい利用者にかかる時間が減る。
2. 1泊の利用で荷物を多く持参された時、量が多すぎてチェックが大変。
3. 利用者様が荷物をチェックされたことに怒つてしまつた。
4. 利用者様の衣類に違う利用者様の名前を書いてしまつたことがあつた。
5. 洗濯物を仕舞う時に、違う利用者様の衣類が入つてついたことがあつた。

【取り組み後の返却忘れについて】

試行錯誤しながら、荷物チェックを取り組んできましたが返却忘れは起つてしまつた。取り組み後から起つた返却忘れを挙げます。

発生日時	忘れたもの	なぜ起つたか？
5/13	目薬	写真で確認しながらチェックしたが目薬に似たものがあり、それを目薬だと思つてしまつた。
5/13	靴下 3 足紛失	入浴時、靴下がなく、担当者は報告せずそのままにしてしまい退所時、靴下がない事に気づき探したが見つからなかつた。後日、利用者様が乗つてゐる車椅子の座布団の下から出てきた。
5/22	内服薬	薬が直接医務室に持ち込まれ、チェック表の記入を忘れた。
6/4	市販薬	ロングの利用者様で、施設では飲んでいなかつたのに荷物に入れなかつた。
6/6	歯ブラシケース	カバンにしまつたつもりだつたが歯ブラシしかしまつていなかつた。
6/6	車椅子	汚れてしまつた施設の物を使っていて、そのまま退所してしまつた。
6/12	口腔のコップ	退所時間を把握していない為、慌ててチェックを怠つた。
6/19	軟膏	入所の際、見落としてチェックしていなかつた。

【今後の改善点】

1. 入所チェックをする際、チェック漏れがないようにする。
2. 荷物が追加された場合は、チェック表に追加する。

3. 退所チェックは、午前中に終わらせる。ぎりぎりだと忘れ物に繋がってしまう。
4. 入所、退所のチェックは、H 番、O 番が係りになっているが係りの人に任せきりにしない。
5. 夕方の点眼薬が返却忘れが起こりやすいので、申し送りやメモを貼って情報を共有する。
6. 多く荷物を持参された場合は、必要な物(衣類、薬、口腔ケアなど)をチェックする。必要に応じて荷物を出す際は、チェック表に記入する。
7. ロングの利用者様の荷物は、御家族が面会時に持ち帰ることがあり、荷物の数が合わなくなってしまう。退所時に数があわないのは管理できないとユニット会議で決まった。

【まとめ】

荷物チェックのやり方を色々工夫しながら行って来ましたが、返却忘れは出てしまった。今は、係りの職員が荷物チェックを行い、後の職員は関与していない。今回の取り組み後、忘れ物を無くしていくには、チェックの仕方も大事だが、職員一人一人の意識の問題だとも思うようになった。退所時の荷物チェックは、退所時間により全部カバンに揃うのに時間がかかる。口腔セット、軟膏、目薬、湿布など退所前まで職員がついて使用するものなので、使用した職員が仕舞い、しまったことを職員間で声をかけ情報を交換する。難しい事ではないが、今の段階ではまだ欠けていると思う。

今後は、職員間の連携を行い、返却忘れが無くなるように続けて行きたいと思う。

『なんで！分かってくれないの！』

～A様が本当に訴えたかったこととは～

グループホームようざん飯塚
白石恵子・木暮和子

【はじめに】

「誰かが部屋に入ってみんな持つてっちゃう。何で私がこんな目にあわないといけないの？何にも悪いことなんかしてないよ」と毎朝涙ながらに訴えるA様。時には怒り、時にはふらふらと床に倒れこみ、「警察を呼んで」「市役所に訴えてくる」「ここの人は何にもしてくれない」と必死で荷物をまとめて痛む足を引きずりながら外に出ようとされる。

食事も拒否され、話を聞こうとする職員にも「もういい。私は馬鹿だから何にもわからない」とぎゅっと目をつぶり声かけにも反応されず…。

認知症の症状としてもよく知られる『物盗られ妄想』。妄想とは、現実にありえないことを真実と強く思い込み、周囲の人が否定し考えを訂正させようとしても訂正不可能な間違った考えをしています。いくら説得しても説明してもその考えを決して変えることはありません。また、認知症の妄想はコロコロ内容が変わること、過去の出来事に関係した内容であること、被害妄想の対象が身近な人であるという特徴を持っています。

被害妄想の強いA様がグループホームで安心して穏やかに生活して頂くには、どうしたらよいのだろうか。私たちの行った取り組みを報告させていただきます。

【利用者様紹介】

- ・氏名:A様 年齢:78歳 女性 要介護度:2
- ・障害高齢者日常自立度:A2
- ・認知症高齢者日常生活度: II b
- ・被害妄想を主訴に平成24年に高崎総合医療センターを初診。常道行動が目立ち、頭部加増検査で左側頭葉の萎縮が見られることから前頭側頭葉型認知症と考えられる。

【既往歴】

- ・前頭側頭葉型認知症、アルコール依存症、アルコール性肝障害、糖尿病、大腸がん、高血圧

【生活歴】

N村で3人兄妹の2番目の長女として生まれる。幼い頃に実母を亡くされ、父、義母、兄と弟と生活される。昔ヘルパーの仕事をされていたことがある。結婚後は一男一女をもうけ、二人の子供が独立されてから夫と二人暮らし。夫とは毎晩一緒に晩酌をされていた。

【利用の経緯】

平成24年に夫を亡くしてからは一人で飲酒するようになる。夫が亡くなったショックで被害妄想の症状が出始める特に娘に対し「通帳を盗られた、服を盗まれた、婿と一緒に自分を殺しに来た」と言うようになる。その後デイサービスを利用されるが、被害妄想は増え強くなり、デイ職員や民生委員にも物盗られ妄想が及ぶ。寝付けず夜中に起きて飲酒をされ、起きたとき午前か午後かわからなくなることがあり、また視力に不安もあったため、今後のことを考えてご本人、息子様共に目が見えるうちに安心した場所で生活に慣れておけるようにと平成28年6月グループホームようざん飯塚に入所となる。

【普段のご様子】

食事：食事を提供すると『ご飯に猫の足跡が付いている』『何か変なものを入れられた』等の訴えがあり、また席に着かれる前に食事を配膳しておくと『誰かが手をつけた』とおっしゃられ、度々食事を拒否されることがある。新しいものを用意しても決して手を付けられず。

入浴：ご家族、ご本人と話し合い週に3回入浴を行っていたが、『もう1ヶ月もお風呂に入れてもらってない』とおっしゃる。そのたびに声を掛けて入浴を勧めても拒否される。

排泄：ご本人の希望で布パンツを着用されるが、夜間汚染され、『誰かが濡らして行った』と他人のせいにされる。

その他：暴言等のある利用者様に対して、自分の事を言われていると思いこみ、『何であんたにそんな事言われなくちゃいけない。謝って』と強い口調で詰め寄り、時には手を上げられる。周りの様子を気にされ落ち着かない。

ご自分でタンスの中身を入れ替えたり、バッグに入れたりされるが、『誰かが持っていこうとしてバッグに入れた』と話され、夜間は室内よりドアが開かないように紐で縛ってしまわれる。

【課題】

安心して美味しく食事を召し上がっていただく

清潔な環境でゆっくり休んでいただく

精神面での安定を図り、グループホームで日々の生活を穏やかに過ごしていただく

【取り組み】

まず私たち職員が被害妄想について学び、A様の気持ちをさまざまな方向から考えてみました。A様は今まで何でも自分でやってこられ、ヘルパーもされ、人のお世話が大好き。人に物を頼んだり人の手を煩わせるのが大嫌いで、人に迷惑を掛けたくないと思っておられる。物忘れや今までやっていたことが思い通りに出来なくなることへの不安と苛立ち、混乱の中、自分を正当化するために周りを悪者にしてご自分を守るという心理が働いているのではないだろうか。そんなA様の気持ちを踏まえ、以下のような取り組みを行いました。

- 傾聴:本人の訴えは決して否定せずじっくり聞く。ひどく興奮される場合には居室にて1時間から2時間じっくり傾聴している。多くの職員が関わらず一対一で対応する。ご本人が安心できるような声かけを行い、ご本人の好きな話題に少しづつ切り替え気分転換を図る。ご本人の混乱を避けるため、どの職員と話しても同じ返事が出来るよう、情報の共有を図る。
- 食事提供:安心して美味しく食事を召し上がるべつていただく為に、盛り付けや配膳のタイミングなどに気を配る。提供の際もご本人の興味を引くような声かけを行う。
- 入浴:毎日決まった時間に入浴を行っていただく。入浴時に洗濯物を預かり、入浴後にご本人に干していただくという『日課』を作る。
- 排泄:尿汚染に対しては、『女性にはよくあることなんですよ』と羞恥心を感じさせない安心していただける声かけと、『試供品があるので使ってみませんか。私たちも使っているんですよ』と尿取りパット、紙パンツを勧める。
- その他:雑巾縫い、食器洗い等出来ることを見つけてどんどんお願いする。天気の良い日にはドライブで気分転換をする。部屋の鍵については夜勤職員が見守り安全であることを伝える。他者が気になってしまふので、他者の暴言には『すごいですね～。そうなんですか～』と言っていることが暴言に聞こえないように職員が対応。他利用者様の不穏や行動にいち早く気がつき、A様が攻撃することを防ぐ。足の痛みについては服薬と押し車を提供し歩行をスムーズにする。

【考察・まとめ】

どんな訴えも真摯に受け止め、ご本人の気持ちに寄り添い、ご本人の苦労を劳わり、長い間話しを聞きました。それでもA様の怒りが収まらず、『あんたなんかに言っても何もしてくれないじゃないの』と言われ、口も聞いてくれず、床に倒れて動かなくなったりA様を前に『いったいどうしたらいいの？』と頭を悩ませることも何度もありました。それでも、出来ることをいろいろやってみよう!!と職員が一丸となって上記の取り組みを行い、A様の気持ちに寄り添い続けました。その結果、訴えを聞いてもらえるという安心感を持っていただけたのか、自然と笑顔で自分の話をしてくださったり、不機嫌になられることも減っていました。

本来はお世話好きなA様、『やってやるよ、持っておいで』と食器拭きなどもどんどんやって下さり、職員の冗談にも笑顔で返してくださるようになり、周りの利用者様にも、『寒くない』『これで拭きな』などと声を掛けてくださるようになりました。

何を言っても聞き入れていただけなかつたことが、『そうなん？よかつたあ。心配だつたんだよ～。ありがとう』と言っていただけるようになりました。

A様から教えて頂いたこともたくさんあります。いつものようにお洗濯物をお持ちすると、『こんな糸くずだらけなの持ってくるなんて信じられない。わざにやつたんだろう』とお怒りになられました。もともと毛玉が少し付いていたようなのですが、もっと細やか

な気遣いをするべきだったのではないか…と職員みんなで声を掛け合い、今まで当たり前のように行ってきたことを見直しました。食事の盛り付け、洗濯物、周りの利用者様への上手な声の掛け方や表現の仕方。A様のために行って來たことが、グループホームの利用者様全員が気持ちよく過ごす為の気配りとなりました。

私たちは、『被害妄想』というものに対応してきたつもりでしたが、実際行つたことはA様を思いやり、A様が安心して、気持ちよく、穏やかに過ごせるための寄り添いときめ細やかな心配りでした。

認知症の周辺症状は様々です。A様の訴えはさまざまで毎日続いています。ですが、入所されたときよりも症状は遙かに軽減され、今では一日のほとんどを笑顔で穏やかに過ごされています。

今後も、さまざまな訴えをされ、職員が戸惑うこともあるかと思いますが、A様の『眞実』を受け入れ、グループホームらしいアットホームで安心して穏やかに暮らせる『現実』を実感していただけるよう、一人一人の利用者様から学びながら、努力致します。

「あー酒飲みたい」

訪問介護 ぽから
佐藤 靖典

はじめに

老後に独居で在宅生活をおくられる人が、近年急速に進む少子高齢化社会に於いて独居老人の割合が急激に増えてきています。一般的に独居老人と聞くと、あまり良いイメージを持たないかもしれません、しかし、住み慣れた土地で隣近所の親しい友人や近所に子供も住んでいて、日々いきいき暮らしている方も訪問に行くと多くみられ、ほんの一部の生活援助だけで日々有意義に過ごされている方もいます。

対象者紹介

A様 女性 80歳 要介護 2

ラクナ脳梗塞・脳血管性認知症・高脂血症・糖尿病・第4腰椎すべり症

脊柱管狭窄症・胃腸炎・高血圧

認知症の夫を10年以上介護してきた。

訪問利用の経緯

認知症のご主人が入所されて、独居になられ娘さんが心配して訪問を希望し、他の事業所を利用されていて、トイレ掃除の時にトイレを詰まらせたともめまた、認知症が進行てきて、何か物が無くなったり、壊れたりすると、ヘルパーを疑うので、事業所の変更が必要となり、当事業所に話が来る。

利用者の様子

利用当初は週2回の訪問で対応していく、週2回はディサービスを利用される主にディサービスの用意とゴミ出し 買い物 掃除 調理等の生活援助が中心に入る、当初は、トイレはまた詰まらせられると困るからと言われ、家族さんの了解も得てトイレ掃除はしませんでした。ゴミ出しと掃除が中心のサービスでしたが、買い物が有ると必ずお酒が含まれました。お酒はちょっと買いに行けませんと、話ましたが、「私は18の頃からお酒を飲んでいて、何よりも大好きで、毎日飲むのが日課だから」と言われ、焼酎を買い物の度に買うようになりました。小さな容器の焼酎と缶ビールを買っていましたが、すぐに飲み切ってしまう。そのうちに2.7リットルを前から飲んでいたからと言われ、買い物に行くように、食料品も買いましたが、好き嫌いが多く頼まれる物が、どう見ても、酒のつまみにしか見えない物ばかりでした。

物忘れが多くなる

当初はあまり感じ無かった物忘れが段々と出てきました。訪問に入ると、部屋の中が焦げ臭い状況になっていて、すぐに、台所へ行くとガスコンロの鍋が真っ黒になっていました。朝食に煮込みうどんを作っている途中トイレに行き、そのまま忘れてしまったようです。そのような事が時々ありました。煮込みうどんが好きみたいで、材料は、週一で買いましたが普段まともな食事を摂っていないので、自分で簡単に作れる物で考えると、うどんしか無く栄養摂取の事と自分でする事を考えると、今後どうするのかを家族と相談すると、出来る事は自分でとの事、火事の心配もあるが毎回焦がしているわけでは無いから様子を見る事に、また、トイレの周りに今まででは無かった便汚染が見られるようになります。トイレ掃除をする状況が出来たので、それ以降トイレ掃除が出来るようになりました。何時しかやけに新聞が溜まるのが早いと思っていたら、新聞を何紙も取っていて、集金の際にトラブルになってしましました。本人に自覚が無くすぐにいいよと言って契約してしまった結果でした。

禁酒への道

普段の訪問に入っていても、飲酒は夜の楽しみにしているとの事でしたので訪問中に飲酒している処は見る事が無かったのですが、ある日から、たまに、飲酒されているのをヘルパーが見かけようになりました。ご主人の体調が悪くなり施設から病院に移されたらしく、容体も良く無く長くないと言われた頃からでした。普段ご主人の事は、「ちっとも自分の仕事を手伝ってくれずに、勝手に認知になって大変だったが、今は施設に入ったので大分楽になった」と言いましたが、ショックだったみたいです。娘さんより、「母を父のいる病院に連れて行くのに最近は何時も酔っぱらっているので連れていけないと、相談が有りました、今後は、買い物に行く際は、「お酒は一切購入しないで下さい」と、ヘルパーに伝え買わない様にしました。最初は納得されませんでしたが、「娘さんから頼まれています」ので話すと、「娘がそんな事を言うはずがない」と言われましたが、その場は何とかなりました。お酒の代わりにノンアルコールのビールや酎ハイを買ってきて雰囲気だけでも楽しんでもらえたらと、購入してきましたが、なんだか飲んでもちっとも酔わないと言われ、ポカリ系統のジュースに切り替えて完全にお酒のイメージをなくしてみました。3週間後に朝ご主人が旅立ったと訪問に入った時に言われ、落ち着きが無く今後はどうしようかと心配していました。ご主人が旅立たれて、1週間後に訪問した時には、不安からと飲酒できない事に苛立ちが強くなり出て、ヘルパーに対しても言葉がきつく荒くなり暴言も多く、「どうしたらよいのですか?」事務所に連絡が入りました。いつも入っているヘルパーなので普段と様子が違うのが分かりました。仕方なく、「小さいワンカップのお酒を購入するよう」に伝え、買物から戻ると大喜びされ急に穏やかになられました。しかし、次の訪問の時にまた、頼まれましたが買えませんと話すと前回は買ってきましたと言わされたので、前回は特別に許可を取って買いましたと説明しその場をしのぎました。

最近の様子

ご主人の部屋に布団が敷いて有り、たまに、一晩待っていたけどどうとう帰って来なかつた何処に

遊びに行ったのやらと話し、今施設に入って居るけど、いつも気にはしています。今はお弁当の配食サービスも利用されていて、レトルトのおかずを買いご飯を炊いて食事を摂る事ができているので食事の心配は無くなりました。お酒の代わりにポカリ飲料を飲んでもらっていますが、時々お酒が飲みたいと訴えてきますが、買って来て欲しいと言いません。

まとめ

長年続けてきていた習慣は中々抜ける事が出来ない、まして嗜好品となると難しい事が分かりました。ご主人の事がきっかけになっての禁酒でしたが、娘さんは素面で会わせることが出来た事に満足されました。今では、あまり飲みたいと訴え無くなりました。

ご清聴ありがとうございました。

再びの一人暮らし

「見えない」が改善されたら分かるようになつた！！

居宅介護支援事業所 ようざん
早瀬 篤志・岡野 崇

はじめに

ケアマネージャーは利用者様と関わる上でアセスメントを行い、本人の心身状態や生活全般の状況を把握して、本人の希望を実現した生活が送れる様に支援を行います。

今回の事例はアセスメントの結果、医療、介護の連携に繋がり、短期間で自立した経過を発表させて頂きます。

＜事例紹介＞

事例対象者 K様 76歳 女性 独居(婚姻歴なし) キーパーソンは兄夫婦

介護度 事業対象→H28年11月7日区分変更し、要介護1

(認知症高齢者自立度: II a)(障害高齢者自立度: A1)

既往歴 精神疾患(病名不明) 糖尿病 糖尿病性網膜症
(いずれも発症、経過不明)

利用サービス 訪問介護で週1回、掃除、買い物支援。

経過

H28年10月24日

前任者からの引き継ぎで初回訪問。その際、K様より翌月からサービス利用休止の申し出がありました。K様は他人と関わる事を避けていたようで、あまり関わって欲しくないようでした。兄夫婦に相談し翌月から休止予定となりました。

10月28日

利用していた訪問介護事業所より連絡があり、「ここ2~3日連続して訪問介護事業所や近所の方に保護されています。視力が悪化し、ほとんど見えていない状態でスーパーに買い物に行こうとしていた様です」と情報を頂きました。

連絡を受けて訪問しアセスメントを実施しました。

K様より「最近急に見えなくなり、白っぽい物は分かるが黒は見えない」「駐車場からもスーパーが見えない」とお聞きし、視力の悪化を確認しました。

スーパーに行く経路を確認すると、隣接するスーパーに行っていた時は、隣にある訪問介護事業

所のフェンスに沿って行き、二ヶ所目の切れ目で曲がっていましたが、一ヶ所目で曲がってしまい、訪問介護事業所に迷い込まれていました。
また、保護された事も覚えていない様で、細かな内容になると返答があやふやになり、二転三転しました。

10月31日

あんしんセンターを訪問し状況報告を行い、翌日の担当者会議への出席を依頼しました。

11月1日

自宅で担当者会議を開催

出席者:K様・兄夫婦・あんしんセンター職員・担当ケアマネージャーの5名です。

検討内容

1、内服について

内服について確認すると、多少の誤差はあるものの大まかに残っている薬の数が合っているので、内服は出来ていると思われました。(これについては後ほど追記します)

2、医療機関について

主治医は公立の精神医療センターの医師で、以前から市外で遠い為自宅近くの医療機関に変更してはどうかと提案されていましたが、本人希望により変わらずにいました。K様は若い時に精神疾患で7年程入院していた事があり、「そこ(精神医療センター)の方が落ち着く」と言われました。その様子は今までずっとかかっていたので変更する事に戸惑いもある様に見えました。しかし、現在は状態の変化があり、受診の負担を減らしこまめな療養管理が可能な往診が出来る医師の方が良いと提案し、近所のクリニックを3ヶ所ご紹介しました。

3、糖尿病・食事について

K様の楽しみは近隣のスーパーに行き、揚げ物や甘い物など好きな物を買って食べる事で、糖尿病に対する食事の管理は意識されていませんでした。K様の楽しみや希望を踏まえ、訪問サービス利用日はヘルパーに買い物同行をしてもらい、それ以外の日は配食サービスの利用により食生活の改善を目指す事にしました。

4、視力・認知症について

K様の視力の悪化について、アセスメントした内容を出席者に報告しました。また、担当者会議中に既往歴をうかがうと、あやふやな返答で会議中も話が錯綜しており、認知症も疑われました。

翌日、兄夫婦が担当者会議で話に出たクリニックに相談と主治医の依頼に行かれました。医師が早速往診して下さり、視力低下は糖尿病性網膜症以外の可能性も示唆され、精査の為眼科受診をすすめられました。

また、担当者会議の時に大まかに内服出来ていると思われていましたが、朝・夕処方された薬の

中から一部の薬を「これは毒だから」と抜いており、朝の薬を昼食前に、夕方の薬を昼食後に間隔をあけずに内服されており、管理が出来ていない事が判明しました。

11月4日

紹介された近所の眼科を受診。

両目が極度の白内障と診断。手術をする事は可能であるが、手術方法は片目づつで部分麻酔での対応になるとの事でした。

若い時に長期間に渡って精神疾患で入院されていたK様が、覚醒状態で白内障の手術を受けられるか、主治医・兄夫婦と相談し、リスクが高いと思われ眼科医に相談した所、国立の医療センターでは全身麻酔で両目同時に手術が受けられる事が分かり、そちらで手術を受ける事にしました。

主治医と国立の医療センターの眼科医から、「どの程度回復するか未知数です、ご承知おき下さい」とお話があり、期待と不安の中 12月20日、全身麻酔による両目同時の白内障手術を受けました。

12月21日

両目に眼帯をしたままショートステイに入所。

ショートステイでは看護師を中心に、点眼の管理や生活全般の介助を実施してもらいました。手術から1週間後に受診し、眼帯を外した時には、私の名刺も読め、オレンジリングの色も分かり、はつきりと視界が開けている様でした。

K様は「これで家に帰れるね」とおっしゃり、それまでは施設入所に傾いていた退院後の方向性が、在宅復帰を視野に入れて支援していく事になりました。

眼帯が取れた後もしばらくは点眼の管理が必要になります。

ショートステイでの取り組みとして、在宅復帰に向けて、処方されている全ての点眼薬を並べ「今、何を点眼すべきか」本人と一緒に確認しながら点眼してくれました。

自宅では、スーパーが開店する10:00頃起床して買い物に行き、自分なりに薬を飲むなど、気ままな生活を送っていたので、時間毎の細かな点眼管理は困難と思われました。また、認知症の疑いもあったので、危険認識がどの程度出来るか、心配な要素が残されていました。

ご家族からも点眼、内服、食事が出来るかなど不安の声も聞かれ相談がありました。

在宅での生活には訪問、通所、泊まりが一体となり、こまめなサービスの提供が望ましいと考え、小規模多機能の提案を致しました。

K様とご家族は小規模多機能のサービス内容の説明を受けてご希望され、その場で平成29年1月1日から小規模多機能のサービスを利用する事になりました。

小規模多機能では朝・昼・夕の配食提供と15:00頃の安否確認、そして配食時の内服確認と点眼が行われました。

こまめなケアを続けて頂いた結果、点眼と内服が終了し、心配された認知症の面も日常生活に大きな問題はない状態となりました。

認知症状については「目が見えない」という不安や焦燥感から一時的に混乱し、その様な症状が出現したのかもしれません。

また、食事については K 様の当初からのご希望通り、スーパーで好きなお惣菜を選んで購入出来る様になり、介護サービスの必要性が無くなり、サービス利用は終了しました。

今は再び一人暮らしを謳歌されています。

考察・まとめ

今回の事例の中で大きな決断の一つに医療機関(主治医)の変更がありました。

主治医の変更は本人、家族はもちろん、ケアマネージャーにとっても大きなストレスのかかる事です。

今回のケースでは主治医から「近くの医療機関で」との提案があった事で比較的スムーズに運びました。

往診の医師により、K 様の日常の様子やより詳しい症状の把握が出来たことで、強度の白内障である事が判明し治療する事ができ、介護サービスを利用する事で自立に結び付けました。

団塊の世代が全員後期高齢者になる 2025 年以降、介護を必要とする人口はうなぎ昇りに増える事は確実です。

「住み慣れた地域で！」「在宅で！」との介護の流れはますます大きくなる事も予想される中、在宅で医療を受ける方もさらに多くなってくると思われます。

基幹病院との連携、在宅医との連携がしっかりと図れるよう、私たちも知識と経験を積んでいきたいと思います。

また、認知症に特化し、しっかり見極められる「ようさんのケアマネ」として精進して参りたいと思います。

今回、事例の利用者様を支援していく中で関係機関をはじめ、様々な事業所が相談にのって下さり、時には迅速な対応をして下さいました。

この場をお借りして御礼申し上げます。

家族になろうよ

～おじいさんちの嫁で良かったよ～

特別養護老人ホーム アンダンテ
高見沢 治

【はじめに】

超高齢化社会の現在、多くの人が自宅で最期のときを迎えることを望みつつ、様々な事情でそれが実現できていないという状況にあります。平成 27 年内閣府資料(下記参照下さい)によれば老人ホームで最期のときを迎えた方は僅かではあります。

しかし、今後認知度も高くなり、その需要は増えていくことが予想されます。

最期のときを迎えるまで、一人ひとりの利用者様、ご家族が安心し、満足していただけるような介護を実践していくためにはどうしたらいいのか。

A 様の事例を通して、私たちが次の看取り介護に向けて学ばせていただいたことを紹介します。

死亡の場所の推移 ～死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率～

	病院	自宅	介護老人保健施設	老人ホーム
2005 年	79.8%	12.2%	0.7%	2.1%
2013 年	75.6% (↓)	12.9% (↑)	1.9% (↑)	5.3% (↑)

出典:平成 27 年 第 42 回健康・医療ワーキング・グループ資料(内閣府)

【利用者様紹介】

氏名(A様・男性)

年齢 90 歳

既往歴 アルツハイマー型認知症 慢性閉塞性肺疾患 高血圧 痛風

腰椎椎間板ヘルニア 前立腺肥大 胃炎

認知症高齢者の日常生活自立度 B2

障害高齢者の日常生活自立度 IIIa

平成 27 年 7 月 市内の介護老人保健施設からアンダンテに入所される。

キーパーソンは長男のお嫁様。A 様をとても大事にされていて、毎月複数回面会にいらっしゃっていた。

・A様の様子

車椅子を自操され、体操に参加されたり、大好きな高校3年生を歌われたり、職員と目が合うとニコニコと笑顔が見られていた。体操では、気合の入った大声だけが先になり、なかなか手足を動かすのが大変なようだったが、風船バレーを楽しめていた。

旋盤の会社を経営されていたため、仕事をことを良く気に掛けられ、「材料は大丈夫か?」など、職員に聞く様子もみられた。大好きな梅干しを食べると元気が出ると話され、「パンが食べたい」「うなぎが食べたい」と昔食べたものを思い出し「うまいよなあ」と何度も目を細めて話されていた。熱いお茶が好きで、「あー、うまい」と満面の笑顔を見せてくれた。レクで鼻高展望花の丘にご一緒したときの、気持ちよさそうな笑顔が忘れられない。

平成27年7月

頻回なむせ込み、嚥下に時間はかかるが、食欲は旺盛だが疲れもみられた。

食事時以外での痰がらみがみられたが、自己喀痰可能であった。

平成27年9月

痰がらみあり、疲れの為か食事が進まない、職員の食事介助が増えるなどのレベル低下がみられる。同時期、夕食時来られた嫁様が、手掴みで食事を食べるご本人の姿を見て、もっと関わって欲しいと涙ながらに訴えられた。

すぐに職員を集め反省会を行う。

平成27年10月

咳、嗄声、痰からまりもあり。⇒必要に応じて喀痰吸引実施。

痰からみの咳や喘鳴あり。⇒抗生素・気管支拡張剤・咳止め服用。

平成27年11月

日によって食事に対する意欲の波が大きくなつた。食べ物を口に運ぶのに時間がかかり疲労する。頻回なむせ込みに対して、食事環境の整備、食形態の変更と自助具の活用を検討し始める。

お嫁様面会の際に食事が摂れなくなった場合の意思確認と急変時の対応について確認を行う。⇒納得の上で理性としては『何もせず施設で看取って欲しい』であった。感情面でいうと、その時にならないと判断するのが難しい、『おじいさんはとても良くしてくれた』『元気がなくなっても亡くなるというのは悲しい』『自分の両親とのときは病院で息を引き取つたけど、あのときも悩んだけど、おじいさんには自然に息を引き取つてもらえるならありがたい』『おじいさんが苦しむのはイヤだ』ということも話して下さる。

現段階では食事が摂れなくなった場合は施設で看取つてもらいたい。急変時の救急搬送はしな

いという意向を受ける。気持ちは揺れるものという前提で話をし、その時はいつでも伝えてくださいと話す。

H28年4月

傾眠が強く、食事途中で介助または、全介助が必要なときがある。自助具(スプーンにグリップを装着する)を使用する。丸皿ワンプレートでの食事提供によって、自力摂取を促した。

担当者会議を開く。お嫁様、看護師、管理栄養士、ケアマネージャー参加する。昨年9月から体力が低下してきているため、食事が摂れなくなってきた。場合の希望を再確認する。入院して水分を入れてもらいたいか。経管栄養を望むかなど。⇒『経管栄養は望まない』と言われる。今まで面会の際にコミュニケーションを多く取ってきたが、この日の会議でも食事が摂れなくなった場合は施設で看取って欲しいという意向を受ける。

長男お嫁様の自身の両親のときに病院で息を引き取ったが、その姿が良かったのかそのときも迷ったし、悩んだ。『おじいさん』にはそれをしなくていいと思っている。『嫁である私にも良いおじいさんだったから』と涙を浮かべ、話をして下さる。

看取り期

平成29年6月

一日の大半をベッド上で過ごされ、傾眠が強くなり、覚醒しても意識の混濁がみられるようになる。職員が何度も訪室し、言葉かけしても、目を開け「あ～」と気弱な声を出されるようになる。父の日イベントにはお孫さん、お嫁さんも参加していただき、ワイシャツを着せ、ネクタイを締め一緒に念写真を撮る。ケアマネの歌う唄にお二人の目から大粒の涙が溢れ、私たち職員も胸が詰まり、涙で歌詞カードの文字が滲んでしまった。

平成29年6月17日

昼食時面会されるが昼食摂れず。事務所にてお嫁様、看護師、ケアマネージャーで話をする。隨時、嘱託医に状態を伝えていることも加え、食事については食べられないと判断させていただき、今後、提供はしないことを説明する。⇒誤嚥や窒息等のリスクも理解納得される。死期の途であり、涙ぐまれるが、納得は以前からされている様子で、『明日も来ます』とおっしゃられ、帰られる。

平成29年6月18日

傾眠が強く、痰がらみ、喘鳴あり。看護師、ケアマネージャーより食事は全く提供していないが、口の渴きを湿らせる支援をしていることをお伝えする。
眠リスキヤンを使用し、夜間帯の緊急時に対応できるようにする。

平成 29 年 6 月 19 日

沢山の親族の方が面会にいらっしゃる。

呼名反応なし、対光反射弱く、口腔内乾燥。⇒湿らせたガーゼにて口腔ケアを実施。

平成 29 年 6 月 19 日

夜間、昏睡状態。下顎呼吸、顔色不良、口唇チアノーゼ気味。呼名反応・対光反射なし。

平成 29 年 6 月 21 日

嘱託医の医師による死亡確認。永眠される。

ご家族は、「わかつても、死んじゃうと寂しい」と泣かれた。

アンダンテ職員の葛藤とご家族

平成27年9月より、自操も出来なくなり、テーブルに足を上げる力もなくなり、段々と食事も全介助になり、大きく高らかに笑う姿も減っていました。ずっと低空飛行で介護も看護もひやひやする(いつ急変が起きてもおかしくない)状況が続きました。傾眠強いときには無理に覚醒を促し、食事を口まで職員が運び、飲み込んで頂き、職員の根気は2年弱続きました。それでも痰がらみがある方であったため、毎回の食事も全量摂取を目指すのも困難でありながら、口まで持つて行く介護士の食事時間の葛藤は、看護師を含め、大変難しいものでした。それでも『パン』『まんじゅう』という食欲も見られ、食事時間には食べられる分だけ支援していこうという現場の結束がありました。ご家族面会のときには家族がお持ち頂いたものをご家族が口まで運んで楽しむ時間を持つ。そのような毎日の繰り返しでした。

平成29年4月より著しい体力低下から傾眠が強くなりました。食事時間以外はすべてベッド上で休んで頂いていました。

5月5日からは居室を引越し、食事時間もすべて24時間床上対応となり、食事を摂るという体力を残す支援をして参りました。5月17、18日に1食分を全く摂れない。

6月3日には3食全く摂れない日があり、6月15日からは何も口にすることはなくなりました。

【取り組みの成果とまとめ】

看取りケアは特別なものではなく、日常的なケアの延長線上にあるものです。

聴覚は最後まで残るということから、ドアを開放し、職員と入居者様の会話、笑い声、懐かしい音楽を流し、普段と何も変わらない環境で対応しました。

身体面では、看護がやり切ったと言えるほど、様々な身体の変化や疾病に対して医師の指示のもと薬の処方を検討、変更し、また、定期的な体位変換を行い、最期まで褥瘡を作らずきれいな体でお見送りすることが出来ました。

手掴みでの食事を見たときのご家族の不信感から、最期はアンダンテでと言って下さるまで

の関係を構築できたのは、面会時の担当者の丁寧な対応や、電話で日々の細かな変化や気付きを報告することで、ご家族が状態変化を理解し、ここが『おじいさんの居場所』として看取りに向けての心構えができていったからではないでしょうか。

他界後、長男のお嫁様がいらっしゃった際、看護師・職員を交えて A 様の思い出をお話しづることが出来ました。時々、目に涙を浮かべながら『最期まできれいな体でよかった』『父の日イベントに一緒に参加出来てよかった』『アンダンテに来られなくなると淋しい』などと話され、職員に感謝の言葉をいただきました。

【おわりに】

看取りが終わり、私たちはご家族と一緒に過ごした思い出と共に、「もっとこうすればよかった」「もっとこうしてあげたかった」と後悔が残りました。

同時に職員一人ひとりの死生観には違いはありますが、A 様とのかかわりをとおして、人間として、また専門職としても少し成長できたのではないかと感じています。

今回、A 様から学ばせていただいたのは、ご家族、多職種連が協力して援助していくことの重要性です。そして、入所された時がその方の看取り介護の始まりと考える事、それぞれの職員が、それぞれの立場から「今自分にできることは何か…」を常に考え、全力で援助に努め、その積み重ねによって私たちは成長していくことができるということです。

私たちには、ご本人とご家族の何十年という時間の中で育まってきた思い出や愛情、絆の深さを図り知ることはできません。

本人の思い、家族の思いを受けとめ、家族と共に考え、悩み、葛藤し、最期の人生を全うする、その場面に職員が係わることに意味があり、次の看取り介護に向けて大切な意味を持つのではないかでしょうか。

最後に A 様のご冥福をお祈りし、この事例を締めくらせていただきます。

文字(教科書)では学べない事

～チームアプローチの力～

グループホームようざん倉賀野
堀口 健太・木村 美香

【はじめに】

私達介護職員は、毎日のケアを行っていくにあたり、一度ならずチームアプローチや協働という言葉を耳にするはずです。多職種連携。介護職が一人では出来ない事、介護職チームだけでは乗り越えられない事も、多職種連携チームの総合力によって乗り越えて進む事が出来るという事です。

ここでは、チームアプローチによって A 様の褥瘡ケアを行いほぼ完治までに至った事、さらに、同時に職員も様々な事を学んでいった事を報告します。

【利用者様紹介】

A 様 男性 88 歳

入所時の介護度 3

アルツハイマー型認知症 前頭・側頭に著しい萎縮あり

ふらつきはあるものの自力歩行

食事も自力摂取

風呂が嫌い

言葉は呂律が回らず不自由

暴言・暴力あり

【入所から褥瘡発生までの経緯】

A 様は H28 年 11 月 29 日、グループホームようざん倉賀野にとって初めての男性入居者様として入所されました。

早く慣れて頂こう！しっかりお手伝いさせていただこう！と職員思いを一致している矢先、翌朝 11 月 30 日に転倒…。受診の結果は左大腿骨頸部骨折。そのまま B 病院に入院となってしまいました。

手術する方向でしたが、肺に疾患が見つかり手術不可となり、今後は保存療法という医師からの指示で 12 月 9 日に退院。自力歩行不可、車いす対応の状態で戻っていらっしゃいました。

退院からしばらくの間は、ホールの一角にベッドを置き、ハンガーラックにシーツを掛けた仕切りを作り、プライバシーに配慮しつつも 24 時間常に見守りが出来る様にしました。

この日が、本当に A 様の「グループホームでの生活」の始まりでした。

退院後の A 様は、ADL が大きく変わり、先ずは A 様にグループホームに慣れていただく事、そし

て職員も A 様を知る事から始めました。

A 様には常に複数人での対応が必要でした。

起床介助、オムツ交換、清拭、ベッドからの移乗、そして就寝介助。

A 様は腕の力が強く、また感情の起伏の激しい方で、気に食わない事・嫌な事に対して、職員の手首や指を強く握り、抵抗・拒否の姿勢を見せ、さらに手を払ったり、殴りかかるようなポーズを取り、「何だよ、おい」「何してんだよ」等の言葉もありました。

起床から就寝までほぼ身動きも出来ず、思っている事を言葉で伝えられない、そんな苛立ち、もどかしさも有ったのだと思いますが、一人での対応は困難でした。

もちろん毎日・毎回、拒否・抵抗ではなく、笑顔の時、おしゃべりが止まらない時、体操の時間に音楽に合わせ体を動かしてくれる時もありました。

A 様の体調やその日の機嫌を見ながら、何とか生活のペースを作り始めた頃、問題点も見つかり始めました。

12 月中旬、搔き傷と右臀部に皮膚剥離が見つかり、グループホームの主治医の指示の下、看護師と治療を進め、これは改善されました。

しかし、オムツいじり、外しがあり、汚れた手でズボンの中を搔くので、搔き傷や感染症から来る微熱も現れました。

1月初旬、初めてシャワー浴をして頂き、全身観察。褥瘡は一進一退。

1 月中旬からは B 病院の許可もあり、シャワー浴をメインとし、シャンプーも出来るようになりました。

一進一退で推移していた褥瘡が 2 月中旬から下旬にかけて一気に悪化してしまいました。ご家族に状況を説明したところ、「テレビや写真では見るけれど、うちの主人が…。」ととてもご心配されました。

「このままじゃいけない！」改めて職員皆で話し合いの場を持ち、ナースステーションようざんへ相談。対応可能との事で、即お願いをしました。

【訪問看護開始】

2 月 25 日より、朝と夕二回の訪問看護が始まりました。

仙骨部、臀部、両足部、約10か所の発症。

後からの話ですが、「よくまあ、こんなになるまで」というのが訪問看護職員達の共通の見解だったそうです。

褥瘡について知識としては知っていても実際に目にすることは初めてでした。「これ以上は悪化させない！ 褥瘡を作らない！」という強い思いが芽生えました。A 様の治療と共に職員の意識改革が始まったのです。

【取り組み】

* ベッドパット使用禁止

パットを敷くことで、ベッド本来の体圧分散能力を損なってしまう。

* エアーマット使用が望ましい

* 車いす移乗時はフットレスト使用せず、フリー状態にする

フットレストと皮膚に過度の摩擦が起こり、患部を悪化させてしまう。

* 靴下は緩い物を使用。きつい時はゴム部分をカットして使用

血液の循環を良くし、ご本人のより高い治癒能力を促す。

* 体位交換表の作成

表にして徹底した時間管理をすることで患部への一極的な負荷を軽減させる。

* 体位交換時の皮膚摩擦をなくす心掛け

摩擦により皮膚のはがれ、患部の悪化が発生する。

* ベッド柵にクッションを巻く

ご本人様の体動が活発な事もあり、患部保護はもちろん、手足を挟んでしまったり予期せぬ事故を予防する。

以上の指示が訪問看護職員から入ります。

血液の流れをよくする、除圧、摩擦軽減。的確な指示を受け、出来る事は即実行、エアーマットについても各事業所に問い合わせ、3月2日から使用開始しました。

一つ一つの取り組みが進むごとにA様の笑顔も増えていった様に思います。

声を掛けながら、時には冗談を言いながら、看護師と職員の二人でA様の治療にあたり、その日の食事量、水分量、排泄の状況など報告、判らない事は質問し、連携をとってゆきました。

3月中旬には褥瘡も大分良くなりましたが、ちょっとした刺激で発赤が出来、治った所がまた怪しい、搔き傷も発生する、そんな状況でした。

3月下旬、普段はシャワー浴だったA様ですが、その日の入浴は違いました。シャワーが終わり「湯冷めをしない様に更衣を」とした際です。A様が笑顔で湯船を指さしているではないですか。「これは湯船に浸かりたいというA様の思いかもしれない…。」思わず職員同士で目を合わせ「よし！」グループホームにいらしてからA様の初めての入浴です。湯船に浸かり満面の笑みを目の当たりにし、「A様はこんなに良い笑顔をするんだ。」訪問看護、グループホーム職員全員で大喜びです。

入所時的情報では入浴拒否が見られるとの事でしたが、実際にはこの笑顔…。以前の情報も大事ですが、それとらわれず「今」を大事にする介護の大切さに気づかされました。

入浴時のもう一つの気づきがありました。シャワーチェアから職員が抱えて立ち上がって頂く時、高い頻度で便失禁がある事です。「腹圧がかかれれば自然排便が出来る方なんだよ。」訪問看護職員からアドバイスがあり、それはつまり便座に座れればトイレで排泄出来るんだという気づきにつながりました。早速試してみたら大正解。合わせてトイレのシャワー機能とマッサージをすることで排泄できました。

今まで大腿部頸部骨折という事実から、体動によるご本人の負担軽減のため良かれとベッド上でオムツ交換や摘便の実施をしていました。退院してすぐは確かにそれで良かったのかもしれません。

けれども今の A 様にとってはもっと快適な排便方法があったのです。さっぱりした後の A 様の満面の笑みを見て思いました。この気づきによって介護方法やその見極め時期を選ぶ大切さと難しさを再認識できたのです。

発熱やテープかぶれもありましたが 4 月、5 月と順調に進み、大分良くなりました、と言われ、治療は午前のみ、午後は確認と報告という日も出てきました。ご家族にもその状況をお伝えしたところ大変喜ばれていました。

5 月の主治医の往診時、ドクターは以前に比べ良い表情になったと感心していました。

そして現在、ほぼ完治の状態です。

【考察・まとめ】

ご本人やそのご家族の思いに対し、介護・看護職員、ケアマネージャー、医療機関それぞれが役割をもち、時にはそれ以上の役割を発揮する。

そんなの仕事だから当たり前。本当にそれだけでしょうか？

今回は A 様の褥瘡治療が目標となり、皆が同じその目標を目指したからこそ、良い結果に繋がっているのだと思います。

最後に、A 様の事例で職員は多くの事を学びました。

広い視野を持つこと。目的と根拠を持ったケアをすること。ケースバイケースで色々な対応が必要です。それは利用者様一人一人に寄り添うことで、学び教わり身に着けるものです。

そしてもう一つ。ともに考え、ともに悩み…仲間がいる事に感謝すること。

数字は $1+1=2$ だけど、人は、人の力や心は $1+1=2$ 人以上です。

チームアプローチはその最たる例で、心強いです。

A 様への訪問看護はまだ継続中です。そして褥瘡以外にも解決したい事柄もあります。なので、次の目標が決まつたら、またチームアプローチで乗り切ります。

『居心地の良い居場所つくり』

～笑顔、楽しみ～

ナーシングホーム ようざん
船津保久人

「はじめに」

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ナーシングホームとは、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら定期的に訪問をし、24 時間安心して暮らす為のサービスです。介護をする中で利用者様の希望に沿い穏やかに生活過ごして頂く事が出来ない事もあるのが現実です。他の事業所にも、帰宅願望のある人がいると思いますが、今回、私達ナーシングホームでは帰宅願望の強い A 様が望んでいる事は何かを見つけたいと思いテーマにしました。それに至った経緯、問題点、気づいた点等について発表します。

「事例対象者様紹介」

氏名・A 様

年齢・86 歳

要介護度:要介護 3

既往歴:脳梗塞、前頭側頭型認知症とアルツハイマー型認知症、腰椎圧迫骨折

生活歴:A 市に生まれ、大学を卒業後、22歳代で結婚し、一男二女を授かる。数年前に夫が他界する。その後、長男夫婦・孫と 4 人で暮らす。平成 25 年に脳梗塞を発症し入院治療を行う。その後アルツハイマー型認知症を診断される。日中は家族が不在の為、一人にすることが出来ず、ほぼ毎日デイ利用している。デイでは比較的穏やかで、みんなといふと幻視は見えない。ADL は問題ない。時々自宅に戻っても、泣いてばかりいている為、家族は夜間眠れなくて困っている。タンスから物を出したり、部屋を水浸しにしたりと少しも目が離せない。H27 年～H28 年 10 月までショートステイを利用、その後 H28 年 11 月 1 日よりナーシングホームへ入所となる。

「日常生活動作」

食事:自立

排泄:尿意、便意を感じることはできるが、見当識障害が強く、洗面台やゴミ箱をトイレと勘違いし排泄する。どこでも構わずズボンを下すといった行動が見られるため、排泄はトイレ誘導が必須であり見守りを必要とされる。

視力:生活に支障なし。

聴力:生活に支障なし。

「認知症症状」

・入所前は物忘れについては日常的で、自分で通帳等を移動してしまい、息子が取ったなどと話す。H26 年頃から、「家に人が入ってくる」「赤ちゃんが寝ている」と言い、夜間に家族を起こして訴える。外に置いてある車に人がたくさん乗っている、息子が勝手に家に人を住まわせていると思いこんでいる。特に夜中になると酷くなり、夜間に家族を起こして人がたくさんいると騒ぎ出し、強い幻覚・幻聴がある。H28 年あたりから、家に帰っても「家に帰る」と言い、「私は家出をした」と泣きだしたり、情緒不安定となり息子の事も良く分からなくなり、どこが家なのかも分からない。時折、非常に落ち着いている時もある。入所後は、繰り返し同じ事を訴えたり、ついさっきの出来事が思い出せなく(短期記憶)時々、食事を食べたことを忘れてしまう事がある。

「入所後の日中の様子」

H28 年 11 月ナーシングホームようざんに入所される。日中、どこにも出かけずホールで過ごされるときには、落ち着きなく廊下を徘徊始める。どうされたのかを伺うと「家に帰りたいのだけど、A 町へ行くバスは何時ですか？ A 町に行くバス停はどこにありますか？？」「どうして私はここに居るのか分からぬけど、ここはどこですか？？帰って夕食の用意をしないといけないのに早くしないと日が暮れちゃう。」「子供が帰ってくるから、家に帰って子供の面倒をみないといけない。」と興奮気味に訴える。「A 様、今日はこちらにお泊まりなんですよ。」と伝えると、「そんなこと、聞いてない。」と納得されずに出口を探し始めて、その後も同じ質問を何度も繰り返している。時計を見て時間を言えるが、朝夕の区別が、つくときとつかない時があり、どこに居るか分からなくなるが職員の区別は出来きている様子。たまに、幻視も見られるようで鏡に映った自分を他人だと思い話しかけている様子も伺えます。

＜取り組み＞

「日中の目標」

◎A 様の不安を解消し、施設での生活を楽しんで頂く事。

- ・日中、フロア内で過ごしているときには、出来るだけ本人に声掛けを行い A 様と一緒に散歩を行く。
- ・役割を持って頂くため建物の外にある、花壇や畑に一緒に水を上げに行く。
- ・デイの利用回数を増やすことにより、車での外出をして頂く事によって、気分転換を図っていただく。

「一週間の利用表」

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
日中	PD デイ	SD 貝沢	ナーシングホーム	SD 貝沢	PD デイ	SD 貝沢	ナーシングホーム
夜間	ナーシングホーム						

表の通り、日中帯にデイ利用日を多くし、A 様の気分転換を図っています。

「結果」

日中、フロア内にて過ごされているとき、他利用者様とコミュニケーション取ったり塗り絵をしてもらったりするが、会話が上手くかみ合わず、家族のことが気になり徘徊を始めたりするための為、職員と一緒に外に散歩に行ったり、花壇や畑にお水を上げに行くと穏やかになり、色塗りを再開される。外部デイに行かれた際には、「帰りました」と笑顔で帰苑され、その後も徘徊をすることもあまりなく穏やかに過ごされる。

「夜間帯の様子」

夕方症候群の例でも見られるように、A様も夕方から夜になるとソワソワして落ち着かなく徘徊を頻繁にされます。また、出口を探して閉まっている扉を何度も開けようとする行動が見られます。A様がウトウトしているときに、職員が「そろそろ寝ますか？」と伺うと、「うちに帰りますので大丈夫です。」とお部屋で寝られるのを拒まれる。職員が「A様の名前があるところが、お部屋になります。」とお部屋に誘導しても、「ここは私のお部屋じゃないの。」と拒まれるときがある。また、上手く誘導でき、お部屋で寝て頂けたときでも、すぐに目が覚めてしまい「ここはどこですか？家に帰りたいのですが。」などの訴えがあり、寝つけないことがある。また、夜中一睡もせず朝を迎えることもある。

「夜間の目標」

◎安心して自分の居室で就寝して頂き、気持ちをリセットして頂く事。

取り組み内容

- ・夕食後、落ち着かず徘徊をされているときには、専業主婦であったA様に、一緒にテーブルを拭いたり、洗ったコップを拭いて頂いたりして、気持ちを変えていただく。
- ・夜間、寝つけない時には、入眠効果があるという情報をもとに、ホットミルク・ホットココアなどを提供し、様子を見る。
- ・色々試しても、寝れないことが多々ある為、所長・ナースに夜間の様子を報告・相談し、月2回ほどのぼの診療所の往診がある為、日中、夜間の情報を元にA様に合った内服薬を調整していただく。

「入所時の服薬内容」

コントミン糖衣錠 0.5錠

不安や緊張をやわらげ、気分を安定させます。

「現在の服薬内容」

セレネース錠0.75mg

神経の興奮を抑え、幻覚などの精神症状を改善する薬です。

ベルソムラ錠15mg

つきを良くし安定した睡眠が得られるお薬です
レンドルミン D錠0.25mg
寝つきを良くするお薬です。

「結果」

夕方からソワソワされ夕食を食べた後から徘徊が目立ち、落ち着かない際には、一緒に机や洗ったコップを拭いて頂くと、会話が弾み穏やかになって頂ける事がありました。それでも不安定な様子が伺える際には、「暖かい物でもお飲みになりますか?」とお伺いすると「お願ひします。」とのことで、ホットミルク・ココアなどを提供し、しばらくするとウトウトし居室へ誘導すると就寝して頂けることがあります。寝れないことが多々ある為、所長・ナースに夜間の現状の様子を報告・相談し、ほのぼの診療所の往診がある為、A様に合った内服薬を処方していただき、薬を処方されてもA様に合わない時もあり、試行錯誤しながら色々な組み合わせを試した結果、現在セレネース錠0.75mg・ベルソムラ錠15mg・レンドルミンD錠0.25mgの薬を内服して頂き夕食後、少ししてから入眠して頂けるようになってきました。

そして、朝起きた時には気持ちをリセットできたのか、元気に体操されたり、他の利用者様に「おはようございます。」と元気にあいさつされるようになりました。

「まとめ」

私は、ナーシングホームに入って一年がたちました。今回紹介させて頂いたA様は、他の利用者様と違い、私と同じ時期に入所され同じ時間を過ごしてきました。介護経験が初めての私にとって、どの様に接したら良いか分からず周りの職員の方々に助けて頂きながら対応してきました。今回紹介させて頂いた方法でA様の気持ちが落ち着いて、穏やかになって頂く事が出来ましたが、毎日同じという訳にもいかず、色々な接し方をしても興奮状態が収まらないこともあります。これからも所長や看護師、周りの職員の方々に教えていただきながら、今後も、ナーシングホームようさんの理念でもある『一人ひとりの生活リズムに沿った生活をして頂く事』を日々目指していきたいと思います。

その人を知り向き合うことがケアの第一歩

グループホームようざん

松崎 慎・岡本こずえ

【はじめに】

とてもきれいなハミングが聞こえてくる。U様機嫌がいいねよかった！今日は落ち着いて穏やかに過ごされている。と、思ったのもつかの間、急に落ちつきなくなり喚かれる。落ち着いて頂こうと思い、声をかけようものなら罵声が飛び、職員の腕に爪を立てられることもあった。

そんなU様の対応は、見守ることが一番であるが、私たち介護職員は不穏の理由・原因を知り、不穏前行える対応・ケアが大事ではないかと考え、話し合いを重ねた。今回はU様がどんな時、不穏になることが多いのかを記録・観察し、不穏前にできる対応・ケアについて話し合い、長期間に渡り実践してきたことをここに報告する。

【ご利用者様】

氏名:U様(女性)

年齢:85歳

既往歴と現病名:アルツハイマー型認知症、妄想障害、下肢静脈瘤、便秘症、内痔核

要介護度:3

ADL:食事自立、入浴介助(声掛け必要)、移動車椅子

【生活歴】

九州、久留米市の造り酒屋のお嬢様として何不自由なく育つが、幼少の頃に実母を亡くされ寂しい思いをされる。その後大学教授のご主人と結婚し2人の男の子に恵まれ、福岡市にて専業主婦として家を守ってきた。

平成17年、自宅玄関先での転倒により入院される。その頃から認知症を発症され、せん妄症状や暴言等があり、精神的に不安定な状況が続いていた。

また、老老介護であることから平成21年5月に福岡から長男の住む高崎へと引っ越しされ、介護は長男の嫁が中心となって行い、夫と共にデイサービスの利用も開始する。

夜間時、不穏の見守りをする夫の転倒、腰痛圧迫骨折で今後の事を考え、平成22年3月グループホームの入所となる。

【経過】

① 入所当時

感情の起伏の激しさで昼夜問わず不穏状態が続き、夜間一睡もしない事があった。帰宅願望も強く「帰してー！」「警察呼んでー！」と大声で叫び、他利用者様に怖い人と思われており、ご本人も「みんな私のことをおかしい人と思ってるよっ！」と口にされることもあった。この頃は入所されたば

かりで環境が変わり、不安でおられたと思います。不穏時には少し離れた席にお連れし個別対応を行い、とにかく寄り添い、不安を傾聴し本人が落ち着かれるのを見守った。時には散歩やドライブにお連れし気分転換を図った。

② 半年後

ご主人が亡くなられ、亡くなられた事を知らない U 様はご主人が「会いに来ない!」「手紙が来ない!」など毎日 15 時頃になると不穏状態になられた。このことからご家族の協力を得て、ご主人の代わりに手紙を書いて頂いたりしたこともあった。人との関わりを持って頂くために制作活動やレクリエーションへの参加、役割を持って頂くために気分のいい時には、洗濯物をたたみ・食器拭き等できる範囲のお手伝いをして頂いた。

③ 一年後

この頃になると不穏で一睡もしないということはなくなってきたが、夜間のせん妄や他利用者様とのトラブルや、夕方になると子供の心配や土地の心配を口にされ不穏になることが多かった。ご家族・協力医と相談し精神科を受診された。また、U 様が混乱しないよう今までのケアを見直し、統一を行った。便秘傾向もあり認知症薬と並行して調整を行った。

④ 五年後

環境にも慣れ、内服の調整も進んでいき次第に笑顔が見られるようになる。気分がいい時には曲に合わせ鼻歌を歌われたりされる。帰宅願望も少くなり、泊りの説明にも「いいんですか?」「よかったです」と口にされるようになつた。しかし、夕方になると不穏になられることが多く、便秘時や失禁など排泄関係のことで不穏が多くみられるようになった。

⑤ 現在

日中は落ち着いて穏やかに過ごされる日が多くなってきている。夕方にあった不穏も頻度が下がり、気分のムラも緩やかになってきたように感じる。現在も協力医と相談しつつ薬の調整は継続して行っている。

【観察から考えられる問題点】

- ① 他利用者様とのトラブルが多いことから、少し離れた席で個別対応をしていることもあり、疎外感を感じているのではないか?
- ② 自分自身の訴えがうまく職員に伝えられず、怒り出すのではないか?
- ③ 失禁があり、パット等が汚れている時などに不穏になるのではないか?
- ④ 便秘気味の時、不穏になるのではないか?

【問題点に対する取り組み】

① に対する取り組み

- ・職員が間に入りレクリエーションに参加して頂き、他利用者様とコミュニケーションを促した。
- ・U 様の話を傾聴、談笑をすることで U 様が一人でおられる時間を減らすようにした。
- ・歌がお好きなので歌唱レクリエーションでは歌集を渡し、一緒に歌いましょうと声掛け一緒に歌つた。

- ・気分転換出来るよう散歩にお連れした。
- ・リラクゼーション効果のある音楽を流す。
- ② に対する取り組み
- ・職員が傾聴し訴えの内容を伺う。
- ③ に対する取り組み
- ・尿便意をうまく伝えられないこともあり、こまめに声掛けと定時のトイレ誘導も行った。
- ④ に対する取り組み
- ・排泄記録を付け、管理を行う。
- ・便秘気味の際には、便座に長めに座って頂き、腹部のマッサージを行う。
- ・希望を聞き、お飲み物をお出しすることで水分摂取量の増加を促した。
- ・体操にできる範囲で参加して頂き、体を動かして頂いた。
- ・内服で調整を行う。

【結果】

① の取り組みに対する結果

レクリエーションに参加して頂いたことで U 様の表情がとても明るくなり、参加中に他利用者様と会話する姿が見られた。しかし、レクリエーションが盛り上がり、終わった後も興奮が続き、職員を頻回に呼ばれるなど、かまってほしい気持ちが強くみられ、逆に不穏に繋がることもあった。歌唱レクリエーションやリラクゼーション音楽はとても効果が見られた。元々歌がお好きな事もありリラクゼーション音楽を流していると気持ちよさそうに口ずさみ、リラックスされている様子が見られた。歌唱レクリエーションの時間も同様に U 様が穏やかに過ごされていた。

② の取り組みに対する結果

職員が U 様の話を傾聴、会話している時はとても楽しげに話をされ落ち着かれましたが席を外すと機嫌が急に悪くなることもあった。

③ の取り組みに対する結果

こまめな声掛けにより失禁を防ぐことができても不穏になることもあった。

④ の取り組みに対する結果

多かった便秘時の不穏については体操、マッサージ、水分摂取量の増加など試みましたが、改善は難しく、内服での調整となった。排便があると不穏もほぼ収まることが多くなった。

【考察】

レクリエーションに関しては、他利用者様との間に職員が入り行うことで丁度いい距離感でレクリエーションを行うことが出来たと感じた。周りと関わることで表情も明るくなり、自信や意欲向上につながったと考える。歌唱については当たり前のことかもしれませんのが好きな事をしている時間が一番落ち着かれていた。便秘に関しては内服をすることで便秘の期間を短くすることが出来、相対的に不穏が少なってきていると考える。

【感想】

現在の U 様の心身状態を観察し日々の変化に気づくことが適切なケアにつながると実感しました。また環境を整えることや周りの人との関わり方の工夫をすることも重要なケアの一つでした。今回取り組んだことで成果が見られたことは継続して行い、あまり効果がなかった取り組みに関しては今後も試行錯誤を続けていきたいと思います。

今回学んだことは、介護のケアにはこれが絶対に正解というものがないということでした。前回不穏の時はこう対応して落ち着かれたが、今回も同じ対応で落ち着くとは限らず、逆に U 様が興奮しエスカレートしてしまうこともありました。重要なのはその人を知り、その人と向き合っていくことだと今回の事例を通して実感しました。

本当であればご利用者様の輪の中で生活して頂きたいですが、トラブルになってしまふ事もあるため、常時とはいきませんが、U 様が他利用者様との関わりを持てる機会を増やしていければと思います。

私たちはこれからも U 様が安心して生活できる環境づくりや人との関わり、これから U 様と一緒に過ごす時間を楽しくすばらしい物にできるよう日々のケアを考えていきたいと思います。

入浴拒否を認知症の中核症状

生活スタイルを理解しアプローチした事案

特別養護老人ホームモデラート
須藤俊成

・はじめに

入浴拒否が強く、入浴できないことが続いていたので断る思いを認知症の中核症状、生活スタイルを理解したうえで声掛けや関わり方を変え、入浴できるようになった事案となる。

・基本情報、生活史

Aさん 女性 昭和10年生まれ 80歳 要介護4

主な既往歴 慢性心不全 骨粗鬆症 腰椎圧迫骨折 リウマチ

主な生活史 ○県○町生まれで美容師をしていた。○県に15年住み、○市に住む母親の介護をするために60歳ごろ戻ってくる。団地で独居生活をしていた。

入院を機に歩行困難になり自宅での生活ができなくなり特養に入所になる。

・服薬情報

プレドニン錠 5mg アレルギーを抑える薬 炎症を抑える薬

・中核症状

記憶障害 午前中に午後に入浴すると約束するが午後に声を掛けると「そんな約束はしていない。」と言う。短期記憶障害

見当識障害 「朝ごはんになりました。」と声を掛けるが「もうお昼になるでしょう。」ということがあり。時間の感覚が薄れてきている様子。場所や人に関しての質問は正常に答えられた。

実行機能障害はない様子 衣類を着る順番等理解しているが。両手指、両下肢リウマチあり介助が必要。

・分かったこと(その人らしさ)

美容師をしていたのでおしゃれや身だしなみはきちんとしたい。

長年、一人暮らしをしていたので自分で何でもできる。自分でやらなくては気が済まない。納得しない。

体が思うように動かないが一人で気ままに暮らしたい。人に干渉されたくない。指示されることが嫌い。

・その人だから望むこと
自分のことは自分でできる自立した生活
自分の思いを一番に自己決定したい。

・観察情報①

「しばらくお風呂に入れていないので午後一緒に入浴できますか？」「熱めの湯が好きだということなので、熱めに調節して A さんの好きな香りの入浴剤もいれますのでどうですか？」「…そんなに言うのならば午後に入るかね。」「約束ですよ。よろしくお願ひします。」午後になって声を掛けるが「そんな約束はしていない。お風呂は入らないよ。」と入浴できなかった。

観察情報に対する意味づけ

職員は約束てしまえば入浴してもらえると思い、午前に入浴する約束をし、午後に声を掛けるが、短期記憶障害により A さんは入浴する約束をしたという体験が欠落してしまった様子。約束した覚えはないのに約束したと嘘をついて入浴させるつもりだと思い腹をたてる。入浴の嗜好を交えて入浴に誘うと応じてくれる場面もあった。

・観察情報②

「A さん 1週間入浴されていないので入浴しませんか？」と声を掛ける。「昨日入ったからいいよ。そんなに毎日入れないよ。体も痛むんだよ。」「入浴表を確認したのですが、やはり入浴できていませんでした。」「温まると体の痛みも和らぎますよ。」と声を掛ける。

「うるさいね。私が間違っているとでも言うのかい。入らないって言ったら入らないよ！」と言い入浴できず。

→1週間入浴できていないので職員が入浴に誘うが A さんは見当識障害で時間の感覚が薄れてきているようで入浴は昨日行ったと思っている様子。しかし職員は入浴表を見せて直近に入浴した日は1週間前だと指摘するので頭にきて入浴を断った。

・ケアの方向性を基に取り組んだ結果と分析

8/11 入浴の嗜好を本人、家族に尋ねたところ、熱めの湯が好き 入浴剤を入れていた 近所の銭湯にも出掛けていたとの情報が得られた。

8/13 A さんは共同生活室でテレビを見ていた。「お風呂が沸いたので
はいりませんか？今日は熱めのお湯で入浴剤をいれましたよ。」と職員が声を掛けた。
「そんなの当たり前じゃない。今日は入らないの。」と言った。

どうしてお風呂に入らないか職員が尋ねると「こんな真屋間からお風呂に入らないわよ。」「お風呂は好きよ。でも自分で入りたいときに入るからいいの。」と言った。
入浴できなかった。

→本人の入浴の嗜好を会話に取り入れて入浴の声掛けを行うが人に干渉されたくない、指示

されることが嫌いな様子からか入浴できない。

入浴しない理由は昼間からはお風呂に入りたくない。入浴は好き。自分の好きな時に入りたい。と本人から情報が得られた。

8/14 Aさんは居室でテレビを見ていた。職員は「お風呂が沸いたので入りませんか?」と声を掛けるが「いいよ。昨日入ったから。」と言った。「昨日入ったのですね。今日も良い湯が沸いていますよ。」と声を掛けるが、「今日はいいの。いいって言っているの。」と言った。職員は一旦退室した。午後に再び入浴に誘った。職員が「お風呂が沸いたので入りませんか。」と声を掛けると、午前と同様に昨日入ったから入らないと返答があった。職員が「昨日入浴されたことは知っているのですが、昨日はお風呂の温度調整がうまくいかなかった様子で本日は熱めの湯が用意できており、お湯が冷めないうちに一番風呂に入ってもらおうと思って声を掛けさせていただいたのですが、いかがしましょうか?」Aさんはしばらく無言で考えて「…じゃあ身体は洗わなくていいからお湯だけ入ろうかな。」と言い入浴に応じていただけた。浴室に行くと「背中が痺い。」と話され洗体、洗髪も行え、気分良く入浴できた。(6日ぶりの入浴)

→入浴に誘うが中核症状 記憶障害 短期記憶障害により「昨日入ったから入らない。」と言うが間違いを否定せず、入浴の嗜好を会話に取り入れ、自己選択してもらうと入浴することができた。

8/21 Aさんは居室でテレビを見ていた。職員が声を掛けて入浴に誘った。「今何時?午前中でしょ。そんな昼間からお風呂は入らないわよ。」と言った。実際は16時だったが「申し訳ありません。一番風呂に入っていただきたくて声を掛けさせていただきました。」Aさん「お風呂いつ入ったか忘れちゃったのよ。」職員「昨日は入っていないです。」「あなたが入れてくれるの?痛くしないでね。」と言い入浴できた。

→入浴に誘うが、時間の見当識障害あり、否定せず、入浴の嗜好を取り入れて声掛けを行うと入浴することができた。

8/28 Aさんはおやつを食べた後、テレビでドラマを見ていた。ドラマのエンディングが流れた後、入浴に誘った。入浴に誘う前に本人の好きな俳優の話をした。Aさんは「昨日入ったと思ったけど。」と言った。昨日も入った様子ですがお風呂入った後に化粧水とクリームの準備ができました。」と言うと「気が利くわね。」と入浴できた。

本人の訴えにより数日前に化粧水とクリームを用意しておいた。

→Aさんはテレビを好まれて見ている様子 ドラマが終わってから声を掛けて、すぐに入浴の話をせずに、興味のある俳優の話をして親近感を持ってもらった。短期記憶障害により昨日入浴したと言うが否定せず、入浴後に化粧水、乳液をつけたいという本人の思いを理解して いたことで入浴することができた。

・まとめ

私は今まで A さんことを入浴拒否のある入居者としかみておらず、その場しのぎの対応を行い A さんの内面を知ろうとはしていなかった。既往歴や服薬情報、生活史などの基本情報をフェイスシートや本人、家族から集める、どんな場面、どんな状況でどんな言動が起きていたのか「事実」を観察し記録し観察情報を基に中核症状を整理、言動の背景を探っていくことがその人を知り、その人らしい生活を支えることになるのだと実感できた。

認知症の方もその場で起こった事実に基づきその人らしく解釈し、心が動くことで言動に至っているので行動そのものをなくそうとするのではなく、なぜその行動に至ったか探ることが重要だと感じた。

入居者の背景を探る作業はとても難しいことであると同時に専門性の高い作業であると感じた。しかし、入居者の思いを探ることは私達の仕事の本質であり、これから認知症介護のスタンダードになると思った。

だからこそ、必要な情報を丁寧に集めてそこからいえることを整理しその時の思いを探ることが重要であり今後のケアに生かしていきたいと思う。

筆の力を信じて

- EACH OF THE ROAD -

ショートステイようざん
菅沼 匠

これは「認知症になつても最後まで母親らしく尊厳をもつて暮らしてもらいたい」というご家族の願いと「最後に母親と一緒に個展を開催し自分たちの気持ちにも区切りをつけ、認知症というものを受け入れていきたい」という思いをお伺いし、少しでもお役立てればという思いから一部ご協力させて頂き、実現に至つた取り組みです。

「認知症ってなんですか？」

私はこう問い合わせました。

年齢・性別・職業十人十色の方々から意見を頂いた結果…

A 群

頭がイカれてる。	20 代女性
家族のこともわからない・何もかも忘れてしまう。	20 代男性
社会の一員として成り立たない。	40 代女性
変人・関わりたくない。	10 代女性
残念な人間の最期。	30 代男性
モンスター集団。	20 代女性

B 群

覚えてられないって幸せな気がする。	30 代男性
病気だし、しょうがない。	40 代女性
何もかも忘れちゃうわけでなかった。	20 代女性
認知症でも最後まで私のおばあちゃんだった。	20 代女性
かわいい存在。	20 代男性

A 群のように散々な言われようでした。

一方で B 群のような意見も聞かれました。

A 群と B 群の違いはただ一つ。

それは、“認知症に関わったことがあるかどうか”です。

正直、認知症の人との関わりを経験しているかどうかでこんなにも差が出るとは思っていませんでした。はたして A 軍のような先入観でいいものなのだろうか…

しかし、確かに認知症の人たちと接する機会なんてなかなかないのも事実です。

そんな思いの中、約 1 年勤めていたある日のこと

ショートステイようざんの利用者様と娘様の母娘 3 人で書道個展を開催したいとの依頼がありました。

[A 様の紹介]

76 歳 要介護 4

主な中核症状：記憶障害・見当識障害

スーパー代イようざん双葉を利用開始し、在宅を何とか

継続するも、徐々にショートステイようざんを利用。

認知症による症状が進行するにあたり在宅生活が危険と判断し、

現在はショートステイようざんを毎日利用し生活しています。

[A 様の書道人生]

A 様が書道を始めたのは 40 代のころ。師範の資格を取り、1984 年に上中居町の自宅で教室を開講しました。多い時には 50 人ほどの生徒を毎日休みなく指導したということです。

子供だけでなく成人の生徒も多く、教室は“書を学ぶ場”としてはもちろん、“家庭や職場での自分からひととき離れ、本来の自分らしくいられる場所”として生徒たちの憩いの場にもなっていました。また、一緒に花見や旅行に出かけるなど“先生と生徒の関係を超えた強い絆”ができていたそうです。

A 様と母の背を追う娘様（長女・次女）は師範の資格を取った後も研鑽を続け、財団法人日本習字の最高段位である 8 段を取得。財団法人の創設者、原田觀峰師の流れをくむ「觀峰流筆心会」で技術や指導法を学びながら作品の制作にも取り組んでいます。

「思うように書けず、落ち込むばかり」という娘様。支えとなっているのは同会を主宰する宮川映光さんの「100 点でなくとも、その時々の精一杯を出せばいい」という言葉だそうです。ともに学ぶ仲間たちと励まし合いながら、より良いものを目指して“生涯学んでいく覚悟”とのことです。



[取り組み 経緯]

1. 平成 28 年、ある日のサービス担当者会議

「最後に家族で個展を開きたい…」という一言から始まる。

2. 書道練習

習字教室(レクリエーション)と題して娘様から頂いたお手本を基に練習を重ねました。

3. 自宅にて展示作品を選定

娘様が自宅(教室)にて本人作品の約 100 点中 30 点を選定しました。

4. 個展開催までの準備打ち合わせ

平成 29 年 2 月 23 日(木)ショートステイようざん応接室にて打ち合わせを行いました。

準備1

当日展示する現在の作品をショートステイようざん個室にて娘様と同席のもと作成しました。

準備2

ショートステイようざんで個展ポスター作成・ようざんホームページ・ようざん通信等による広報活動の協力を行いました。また、上毛新聞タカタイ取材への送迎・取材参加及びサポートを行いました。

5. 個展開催

平成 29 年 4 月 21 日(金)～4 月 25 日(火)高崎シティーギャラリー2 階 第 4・5 展示室にて開催期間中、衣装管理・送迎(送り・迎え)を行いました。

多くの人々や関係者が来展され、書道を通じて温かい空間の中盛大に開催されました。

私達も外出レクリエーションとして 4 月 23 日に個展に伺いました。

個展に行ってみて A 様がいかに慕われていて、たくさんの人に支えられているのかを実感しました。

これから増えてくる高齢者、それに伴って増えてくるであろう“認知症”。私達は認知症によって困ってしまった家族に対しのサポートを行います。しかし、認知症に関わったか否かでここまで差が出てしまったのは、もしかすると私達も含めまだまだ認知症を匿い社会から隔離してしまった結果なのではないでしょうか？

A 様を見ていると自分は将来こんな立派な人間になれないだろうなと思ってしまいます。

認知症の人が一番辛いはずなのに、「おにいちゃんも一生懸命頑張ればきっといいことあるからね。」と笑顔で言ってくれました。

私はこんな素敵な人を“変な人”だなんて言われたくない。

もちろん簡単なことも覚えていられないかもしないし、できることも少なくなってしまうかもしない。だからこそ私達が“認知症に対する間違った考え方”を正す役割を担っていくべきではないでしょうか？

最後に

人は年齢を重ね認知症を発症するとできないことが増えていきます。

すると本人は何かを諦めていきます。

さらにその本人を支える家族も様々なことを諦めていきます。

むしろ諦めなければならないという思いになっていってしまうのかもしれません。

でも認知症になってできないことが増えて、忘れちゃうことが多くなっても、

今できることがきっとあるはずです。

「一生懸命続けていれば何でもできるよ」(A様の言葉)

“認知症でも諦めない気持ち”を多くの皆さんにわかってもらいたいと願っています。

(ショートステイようざん一同)