

ようざん認知症介護事例発表会
通所・グループホーム

2018
—
↓

2018/6/19

- 1 「みんなオンリーワン」
グループホームようざん飯塚 p.1
- 2 「個別ケアによって引き出された潜在能力」
スーパーデイようざん飯塚第二 p.4
- 3 「私達がいるから大丈夫です」～今、出来る事を探して～
デイサービスようざん並榎 p.7
- 4 「音楽を取り入れた生活の支援」
グループホームようざん p.12
- 5 『人生100年～あなたならどう生きたいですか～』
スーパーデイようざん双葉 p.15
- 6 「さあ、歌いましょう♪」
スーパーデイようざん p.19
- 7 第二の「家」として
グループホームようざん倉賀野 p.23
- 8 コバザップ！！～生活習慣を見直して健康な体づくりをめざそう～
スーパーデイようざん小埜 p.26
- 9 私の生きたいように生きたい～一人暮らしを支える～
スーパーデイようざん栗崎 p.30
- 10 「俺だって若い頃は出来たんだよ」～自信への導き～
スーパーデイようざん貝沢 p.34
- 11 「諦めない大切さ、会話はヒントの宝箱」
スーパーデイようざん石原 p.36
- 12 『ぼからって、楽しい』
デイサービスぼから p.36

みんなオンリーワン

グループホームようざん飯塚

発表者：相川 亮佑

<はじめに>

グループホーム飯塚では、利用者様の意思を尊重し、個々の生活リズムに配慮したケアを心掛けています。今では当たり前である『個別ケア』ですが、単に一人一人に合わせて行うケアが『個別ケア』なのでしょうか。今回私たちは介護者目線の個別ケアではなく利用者様から見た個別ケアというものについて考えてみました。

<利用者様紹介>

氏名：A様

年齢：97歳

性別：男性

要介護度：2

既往歴：肺炎、左大腿骨頸部骨折、左末梢性顔面神経麻痺

氏名：B様

年齢：87歳

性別：女性

要介護度：3

既往歴：発作性心房細動、アルツハイマー型認知症、左肩関節骨折、右肩関節骨折

<課題>

きっかけはお茶をご用意しようと思った時の利用者様のある一言からでした。

「Aさん、お茶をご用意しましょうか。何か飲みたいものはないですか」と職員が伺うと、

「なんでもいいよ。みんなと同じでいいよ」紅茶をお出しすると、あまり口を付けられません。「甘さが足りないですか。お砂糖もう少し入れましょうか」と聞いても「いや、大丈夫だよ」とA様。本当にみんなと同じものでよかったのだろうか？

また別の日、なんとなく食が進まない様子のA様に

「どこか身体の調子が悪いですか？」「いや大丈夫だよ」

「お口に合いませんでしたか」「そんなことはないよ」

「食べにくいですか」「大丈夫だよ」

「何か食べたいものはないですか」「う～ん、特にないなあ」

「遠慮しないで言って下さいね」「あいよ」

テレビを見るのが好きなA様に

「何か見たいものはありますか」「他の人が見たいのでいいよ」

自己主張があまりなく、いつも穏やかなA様、ご自分の話や昔の事などは色々話して下さいますが、ご自分の希望などはあまりおっしゃらない。「みんなと一緒にいいよ」は本心なのだろうか。ご利用者様の意思を尊重しているといえるのだろうか。

ほかの方と同じ食事を食べ、同じホールで過ごされることが多い利用者様ですが、利用者様が自分を表現することが出来なければ、個別ケアとは言えないのではないだろうか。私たちは利用者様の言葉にされない思いにきちんと向き合っているのだろうか。

<取り組み>

職員とケアマネージャーとで話し合いを行い、「利用者様お一人お一人に年に一度でも何か特別なことができないだろうか。まずは利用者様全員の希望をそれぞれ叶える事からはじめてみよう」ということになりました。

もしかすると遠慮があって、思ったことを口に出せないのかもしれない。自分の意見を言葉で伝えられない利用者様もいる。「情報収集シート」を作って、ご本人への聞き取り、ご家族への聞き取りによってご本人の好きなものや好きなこと、思い出の場所やものなど、出来るだけ細かく情報の収集を行い、その中からご本人の希望を見つけだしてみよう。

そんな中で出てきたご利用者様の希望が

『昔よく行っていたお店でチョコレートケーキが食べたい』

『運転免許を取って車に乗りたい』

『旦那さんが好きだった里芋の煮物が作りたい』

『昔親子で食べに行ったうな井が食べたい』

『自宅のざくろを見に行きたい』

『えびとねぎのかき揚げを作ってみんなにご馳走したい』

『春雨茶碗蒸し(鳥取の郷土料理)が食べたい』

以下がそれぞれの希望をご本人の気持ちにより添う形で叶える為に、実際に行った事例です。

うな井が食べたいとおっしゃったA様、昔中々食べられなかったうなぎを何かの折に奥様と子供を連れて食べに行ったそうで、店先で焼いているうなぎをうちわで扇ぐ店主やのれんをくぐってどんぶりのふたを開けたときの子供のうれしそうなお顔が忘れられない、あれはうまかったなあと話されました。出来るだけ利用者様の希望に添える形で叶えたい。A様から出来るだけ詳しい話を聞き、早速お誕生日に実行しようと計画を立てました。

視覚と嗅覚からも楽しめるよううなぎやのれんを用意し、軽くあぶったうなぎを網に乗せ、目の前でうちわで扇いで楽しんでいただきました。どんぶりのふたを開け、しばらく昔に思いをはせるようにじっと見ておられたA様は、その後、普段の食欲からは考えられない速さでうなぎを召し上がっておられました。「なんとなく懐かしい味がするなあ」と笑顔で答えてくださったA様。来年は今年都

合がつかなかった息子さんと一緒に召し上がっていただきたいと考えています。

甘い物のが好きなB様は、物静かで、ご自分から話されることはほとんどありません。そんなB様が『ケーキが食べたい』とおっしゃられました。娘さんに伺うと、昔から行きつけのケーキ屋さんがあり、良くそこでケーキを召し上がっていたそうです。歩行が不安定な為、ご自分で歩くことが難しくなり、外出の機会も減ったB様ですが、是非そこで好きなケーキを召し上がっていただきたいと、お店に事前に連絡を入れて車椅子で伺うと、お店の方もご利用様を覚えていらしたようで、お互いに笑顔で微笑まれました。B様は大好きなチョコレートケーキを選び、コーヒーと一緒にゆっくりとティータイムを楽しまれました。

<まとめ>

今回紹介した事例はまだまだ個別ケアのほんの入り口にしか過ぎません。利用者様が言動に表した奥にある思いはなんだろう、言葉に出さない思いもあるのではないだろうかということに常に関心を寄せ、探し続けること、それを積み重ねることこそが利用者様本位の生活、人生を支えることになるのではないのでしょうか。これからも24時間365日利用者様に関わることのできるグループホームならではの利用者様目線の個別ケアを追及していきたいと思えます。

「個別ケアによって引き出された潜在能力」

スーパーデイようざん飯塚第2

発表者：長井 歩美・植原さおり

【はじめに】

日々、様々な認知症の症状や、多彩な個性を持った利用者様が来所されています。皆、それぞれ得意な事、出来る事、好きな事は違います。私たち職員は個別ケアの大切さをいつも心掛けているが、そんな利用者様たちに、私たちは何が出来るのだろうか？..その人らしさを大切に過ごしていただくには、どうしたら良いか..一人ひとりと向き合い、“その人らしさ”を考えていく事にした。

【利用者様紹介】

A様 88歳 女性

既往歴 ・高血圧・糖尿病・高脂血症・アルツハイマー型認知症(短期記憶障害)

性格 ・人見知り・消極的・穏やか

生活歴 ・自営で写真屋を営む・編み物や洋裁が得意

【利用経緯】

平成 28 年 1 月頃より物忘れが出現し、同じことを何度も聞くようになり、平成 29 年 7 月、アルツハイマー型認知症と診断となる。平成 29 年 12 月実の息子が他界し、混乱、不穏などの情緒不安定になっている。認知機能障害があり、現実を受け止められず、抑うつ気分、意欲低下、食欲低下、自閉、自殺念慮へ発展する恐れがあり、注意深くみていく必要があるとの主治医からの意見もあり、平成 30 年 1 月より、スーパーデイようざん飯塚第 2 利用となる。

【経過】

初回利用時、職員が間に入り、他の利用者様と、コミュニケーションを図ろうと試みるが、表情が硬くなり、自ら背中を向けて、関わらないようにしてしまう。

なかなか打ち解けない性格もあり、そんな A 様が、楽しく充実した時間を過ごすには、どうしたら良いか。

「A 様の笑顔が見たい！」

それが、私たちの第一目標となった。まずは、スーパーデイようざん飯塚第2に馴染めるように、本人が得意だった、編み物を取り入れてみる事にした。最初は、ちらっとは見るも、自ら手に取る事は無かった。再度促してみても、やはり手に取る事は無く、表情も硬いまま。私たちが思っていたような反応はみられなかった。そこで「編み物を教えてもらってもいいですか？」とお願いすると、それには優しく丁寧に教えてくれた。職員に編み方の手本を繰り返し見せているうちに、次第に、自ら手に取り、編み始めるようになっていった。

デイに来る事にも、慣れてきた頃、自宅での生活でも変化が生まれ、ご家族様より「とても久しぶりに家で編み物をしてました。落ち着きも出ている気がします。鏡の前で髪を整えたり、口紅を塗ったりする様子みられ、以前より生活にハリがあるようでいい感じです♪」と、喜びの声が聞かれるようになった。さらに、編み物をしていると、「何を編んでいるの？」と他の利用者様との会話のきっかけにもなり、コミュニケーションも自然に取れるようになっていった。そして、編み物の輪が広がっていき、今まで編み物に興味を示さなかった他の利用者様が、自ら手に取り、編み始めるという嬉しい効果もあった。

A 様が、何か他に出来る事・楽しめることがないだろうか？と、模索している時、ふと、A 様の指が、まるでピアノを奏でている様に動いている事に気がついた。もしかしたら、弾けるんじゃないかと思い、試しに電子ピアノを A 様の前に置いてみた。初めは「弾けないよ」と言っていた A 様だったが、職員が口ずさんだ歌に合わせて、両手でピアノを弾き始めた。すると、それをきっかけに、次々と、楽譜も見ずに童謡を弾き始めた。それは、新しい発見であった。主介護者である、お嫁さんに伝え、実際に弾いている所を見てもらうと「私も、嫁いできて30年になりますが、ピアノを弾くなんて知らなかった！初めて聴きました！！」と、大変驚かれ、喜ばれていた。そして、何よりも、ピアノを弾いている時の A 様の表情が、今まで見たことがないくらい、イキイキと、輝いていた。

A 様本人ですら忘れていた、「ピアノを弾く」と言う感覚を呼び起こし、私たちは、またひとつ、A 様の世界を広げることができた。この日から、A 様のピアノを弾くという感覚を大切にしながら、さらに楽しく充実した時間を継続して過ごせるような環境作りをしていった。

そうする事で、自らピアノを進んで弾くようになり、A 様の伴奏に合わせて、みんなで歌を唄う機会も増えていった。このことは、A 様だけではなく、他の利用者様にとっても、居心地の良い空間を作ることが出来ている。

自分がピアノを弾けている事はもちろん、自分が弾くことによって、他の利用者様が、喜んでくれている事が、A 様のさらなる満足度につながっている。

今では、利用日でない日も、行く準備をして待っている程、デイに来ることが楽しみになっている。

【考察・まとめ】

短期記憶障害により、自分の体験した出来事や、記憶が抜け落ちてしまう A 様。

さっき言った事もすぐ忘れてしまう、そんな A 様がピアノを弾いた日、家に帰ってから初めて「楽しかった！」と、ご家族様にお話ししてくれたのです。もしかしたら A 様は、ピアノを弾いたこと自体は、忘れてしまっていたのかもしれない。でも、ピアノを弾いた時の楽しかったという感覚は、A 様の中で、残っていたのではないだろうか。同様に、嫌な感覚も残るものだという事も、忘れてはいけない。だからこそ、私たちは、日々、利用者様に対して、心のこもった思いやりのある、丁寧なケアを、その人、一人一人にしていかななくてはならない。一人一人を見ていたからこそ、A 様の中に眠る、小さな光の可能性に気づき、それを、さらに輝かせる世界を広げることができた。

【終わりに】

私たち次第で、利用者様も忘れていた、潜在能力を引き出していくことができるという事を、今回の、この事例で改めて実感し、実践することができた。A 様のイキイキとした、輝いてる笑顔が、何よりの証です。利用者様が、自然体で、楽しめることが、その人にとって最高の時間になるのではないのでしょうか。

「私達がいるから大丈夫です」

～今、出来る事を探して～

デイサービスようざん並榎

発表者:清水 瞳

【はじめに】

「わからない」「わからない」「わからない」これはA様の毎日の口癖です。
70歳前半でアルツハイマー型認知症を発症したA様の進行はとても早く、最近では自分の住所も言えなくなり、物の名前や道具の使い方の理解も困難の時が増え、家族の事も理解できない時が増えてきました。

日々わからないことが増えてきているA様はいつも不安や混乱と戦っています。そんな A 様は認知症になっても仲間と一緒に楽しく過ごしたいと願っています。

そして何よりまだ人の役に立ちたいと願って「仕事に行ってくるね～」とデイサービスに通っています。

わからない事が増えても、A 様の中に隠れている「できる」ことを探して上手に引き出すことにより、仲間や社会と交流を楽しむことができ、生きる居場所作りに取り組んでいる事例を発表致します。

【事例対象者】

氏名:A様 年齢:79歳 性別:女性

介護度:2 既往歴:骨粗鬆症、アルツハイマー型認知症

家族構成:夫と二人暮らし(市内に息子さん、娘さん在住)

性格:穏やか、恥ずかしがり屋

趣味:手芸、習字、園芸

【利用当初の様子】

・近所の公民館で長い間 習字を習いに通っていたが、自宅からわずか 100 メートル先の公民館からも自宅に戻る事が出来なくなり、散歩に出ても道に迷い帰れなくなってしまう。

・短期記憶障害が躊躇にみられ、他者との交流で刺激を受け認知症の進行を遅らせる目的と、高齢の夫の介護負担軽減で、自宅での生活を維持し規則正しい生活が送れるように、平成28年1月サービス利用開始となりました。

最初は週2回の利用からスタート。

おとなしく、恥ずかしがりの性格もあり、自ら話しかける事は少ないが利用者や職員が話かけると嬉しそうにされる。若い時は山登りに定期的に行っていたようで山をみると「山登りに行きたいけ

ど、もう歳だから行けないよね」と昔の話をしていた。花が大好きで園芸の本をみては「綺麗だなー」「家に帰ったら草むしりをしないとだわー」などと話される。花壇まで歩く為外に出ると「気持ちいいねーこのままどこかへ行きたいです」と感情が高まる事もありました。

【利用～】

短期記憶障害に加え、見当識障害やエピソード記憶障害も躊躇にみられるようになり、自分が何をどうすればいいか分からなくなることが増え不穏、独語が多くなる。

「どこに行かされるの？」と来所拒否が見られたり、帰宅時間が分からなかったり「まだ帰れないのですか」と帰宅願望が見られました。自分が何歳なのか、娘や息子の存在も忘れてしまう。また、高齢の夫も自身の物忘れを気にされながらも妻と自宅で生活したいと話され、介護負担も増え軽減の為月～土週6日の利用となる。

【課題】

わからないことが増え、説明されてもすぐに忘れしまう。他の利用者様に言われている事の意味も理解出来ない。そんな自分に対してどうして良いか戸惑い落ち着きがなく外を観たり、トイレに何度も行き、何をしてもなくずっと座っていたり、トイレ前の椅子に座りボーンとしている。腰痛や膝の痛みを訴えたかと思えば何でもないと話されたり、わからない自分に対して感情が高まり急に泣き出したり混乱が多く見られる。体操やゲームをしていない時に落ち着きがなくなり表情が暗くなってしまい暗い顔をしている。

【職員の対応】

職員全員に聞き取り調査とアンケートを取り A 様が不穏な時間を減らす為に話し合いを行ないました。

結果 A 様に対して、認知症が進行しているから「これは出来ない」と決めつけず、考え方を少しだけ変え見る事を実践してみることにしました。

- ・分からない事は何度でも何度でもおつきあいして丁寧に説明して寄り添うこと
- ・A 様の「わからない」不安を理解すること
- ・不安からトイレにこもったり、廊下をうろうろしたりしたら、「大丈夫ですよ」と笑顔で安心する声掛けをすること
- ・わからない事をさせるのでなくて、出来る事を一緒に探すこと
- ・共に一緒に行かない、「ありがとう」「助かります」の感謝の声掛けをすること
- ・無理強いさせない事

【取り組み】

A 様の好きなことや、出来る事を一緒に行かない、楽しみを取り入れて自信に繋げる

＜①花壇の水やり＞

認知症発症前までは花の世話をするのが好きだったA様。今でもようざんの花壇の花を見ると「きれいね～」の言葉が聞かれるそんなA様と一緒に花壇の種蒔きや、水やりを一緒にお誘いしてみました。

「水やりに行きましょう」と声をかけると笑顔で喜ばれ「あの子たちは元気かしら？」と楽しみにしてくれるようになり、外に出ることで「とても気持ちいいですねー」とA様から明るい言葉が聞かれるようになっていきました。

＜②お皿拭き・洗濯干し＞

家族からお皿を食器棚に入れる事は出来ないがお皿を拭く事は出来る話を伺い、昼食後は何をしていたか分からない様子が見られ、うろうろと落ち着きのないA様にコップ拭きやタオル干しなど出来る事を職員と一緒にこなしていただきました。

ふきんでコップを拭く行為を何度も何度も一緒に行いました。出来なくても大丈夫です、と丁寧に笑顔で感謝の言葉をかけながら行ないました。

お皿を拭いている時のA様の表情はとても明るく、おとなしいA様との会話を楽しめる楽しい時間であり、「Aさんお願いします」と言われると頼られている、生きがいを感じていることが伝わるように感じられました。頼られることで自信がつきゲームでも表情が明るくなってきました。夫からも親戚の法事に出席しなくてはいけない日でも「今日は仕事なので法事には出られません」と話すほど、毎日通う事はA様にとっては自分の居場所であり、必要とされていると言う自覚に変わってきたようでした。

＜③ラジオ体操の先生＞

職員が軽く「A様～前に出て一緒にやってみませんか？」とお声掛けをした時に「わからないわー」といいながら、皆さんの前に立ち音楽がかかると自然にラジオ体操を行ってくれた事がありました。職員や利用者様から「上手ですねー」「ありがとうございます」をきっかけに、ラジオ体操の先生として他の利用者様の前に立って頂く機会を増やす事が出来ました。

＜④編み物＞

冬になると昔ご自分で編んだ手編みのセーターを毎日着て来所されます。私たちはそこに着目しました。大好きだった編み物はまだ出来るかもしれない、まず毛糸を買ってきて職員と編み物を始めてみたところ、なんと「くさり編み」は何も言わなくても自然にカギ棒を持って、クイックイッと慣れた手つきでリズムよく編み始めました。

その姿には職員が感動してしまいました。几帳面なA様は太くなったわーと、毛糸をほどこきながら、また均等な太さに編みあげてくれます。真っ直ぐな綺麗なくさり編はずっと続きます。来る日も来る日も飽きずに解いては編むと繰り返しを集中して没頭しているA様からは「わかりません」は聞かれませんでした。

「じょうずですね～」褒めると嬉しそうに「じゃあもつと頑張らなきゃ」と A 様の顔には嬉しそうな笑顔が見られます。

A 様と編み物をしていると、他の利用者様も「何やっているの？」と集まって声をかけて下さるようになりました。「くさり編みなら私もできるわよ、昔はみんなやっていたものよー」と、一人二人と編み物仲間が増えてゆきました。気がつくと 5、6 名が自然に集まり A 様もその中に加わり会話を楽しめるようになってきました。「デイサービス手芸部」が設立です。

嬉しいことに毛糸や鍵棒を寄付してくれる利用者様も現れました。色とりどりの長い長いくさり編が沢山出来上がりました。

創作意欲を高める為に、くさり編みで何か出来ないかと考えて、空き瓶の周りに巻いて花瓶作成を行なうことにしました。

日に日に一緒にやって下さる利用者様も増え、沢山の花瓶が出来上がりました。

‘利用者様が作ったものをたくさんの人にみてもらいたい’と言う思いから、くさり編の花瓶を「オレンジカフェ」に来て下さった方へのプレゼントをすることを目標に、少しずつ毎日編んでゆきました。ついに、5 月 19 日の並榎のオレンジカフェに来て頂いた地域の方 10 名の方に花瓶のプレゼントをすることができました。素敵な花瓶ですね～と地域の方に大変喜んで頂きました。今はくさり編みで髪飾りやブローチ作成に取り組んでいます。

【考察】

没頭できる体験=できる自分を確認することに繋がり、新しいことにチャレンジしてもらいより、その人が慣れ親しんだ事柄に取り組んだ方が没頭しやすくなりました。

以前は無気力で「わかりません」「できません」と自信がなく、恥ずかしそうにされていました A 様でしたが、自信に繋がる体験を毎日、毎日継続して行う事で「わからない」事から「出来る事」へ少しずつ変わっていき、それは大きな自信へと繋がっていきました。

また「好きな事」「したい事」「出来る事」を一緒にすることで、職員との会話も膨らみ、いつの間にか、ラジオ体操を利用者様の前で行なってくれる積極的な一面が見られたのは、嬉しい発見でした。本来の明るい性格が戻ってきたようにも感じられます。

ただ時折目を離すと、トイレに閉じこもったり、廊下をうろろしたりする姿も見られるので課題はまだあります。

ただ、私達が作業をしていると A 様は興味を持ち A 様なりに「どうしよう」と考えながら「何かお手伝いはありますか？」と声を掛けてくれるようになりました。以前は受け身で自ら話しかける事は少なかった A 様でしたが、「出来ることは手伝いたい」という意思表示をしてくれるようになったのは嬉しい喜びでした。

【最後に】

出来ない事をしてあげることが、必ずしも利用者様が望んでいる事ではありません。認知症になり記憶がなくなったからと言って、全てができなくなるわけではありません。

職員の意識を変えることで違った視点からケアをすることが見つかります。

「できない部分」よりも「できる部分」に目を向けて、人的、物的環境を整える事が大切な役割だと感じます。

また常に利用者様から学ぶ姿勢が大切であります。失敗も沢山あります。

認知症の進行は止める事は出来ませんが、その利用者様の状況に応じてケアを変えていくことは出来ます。利用者様に寄り添う介護と言うのは、その方の生き方を知り、その人生と付き合う、共に生きる姿勢ではないでしょうか。

わからないことが増えても、何とかあります

わからなくても 笑顔で楽しめる事は沢山あります

褒められたり感謝されたりすると嬉しくなります

わからなくても、誰かがほんの少しだけサポートしてくれると

出来る事が広がり 笑顔が生まれます

「わからなくても 私達がついているから大丈夫です」

そう胸を張って言える介護の仕事に、愛と誇りを持ってこれからも支援して参ります。

ご清聴ありがとうございました。

「音楽を取り入れた生活の支援」

グループホームようざん

発表者：笠原 益代

《はじめに》

グループホームようざんでは

「安心と笑顔の生活」

「私達は自立した生活が困難になった方に対し、地域に密着したより家庭的な環境のもと、人間としての尊厳を尊重しながら残存能力を最大限に生かし、安心、笑顔で自分らしい生活を楽しむ事が出来るよう支援します。」との理念を持って、職員一人一人が利用者様の介護をさせて頂いています。

最近、自立度が下がってこれ意思疎通が難しくなってきた利用者様や不安や不穏から拒否をされる方が見受けられるようになりました。何か対策をと考え

- ①唄いながら体操する(デュアルタスク)
- ②楽譜を見ながら演奏を楽しむ(音楽療法) による取り組み・効果を紹介致します。

《音楽療法による認知症の効果》

レクリエーションという歌レクが上位に上がるとは思いますがどんな効果があるのか を調べてみました。

- ①脳が活性化し認知症の周辺症状の改善
 - ②ADL(日常生活に必要な基本動作)
 - ③脳のトレーニング効果
 - ④人の助けを得ずに心に安らぎを与える事が出来る
 - ⑤昔の事を思い出してさらに脳が活性化される
 - ⑥自然に笑顔になる
 - ⑦コミュニケーションが取りやすくなる
 - ⑧リラクゼーション効果
 - ⑨認知症進行の予防
- などのメリットがあると言われます。

《取り組み》

- ①唱歌を唄いながら体操する(デュアルタスク)

だれでも耳にしたことのある”さくらさくら”や”ふるさと”などの唱歌を唄いながらの体操を午前・午後のレクで行っています。

昔、ピアノを弾かれていた方は音感がとても良く、他の方の唄に合わせてハモって唄われま

す。「今の分かった？」と、ちょっと得意そうにされます。職員も感心して「さすがですねー。」とちょっと大きめに褒めます。

傾眠傾向にある方は馴染みの唄が聞こえてくる事で覚醒され、唄う事が多くなりました。又、体操を同時に行う事で集中する事が出来ています。

体を動かすのが困難だったり、億劫な方は手拍子をしたり、唄のみで参加しています。普段から活動的な方は立って体操だけでなく、創作ダンスを楽しそうに踊られます。利用者様それぞれ、色々な楽しみ方をされています。「〇〇さん良いですねー。」と職員が笑顔で言うと利用者様も沢山の笑顔で返して下さいます。

②楽譜を見ながら演奏を楽しむ(音楽療法)

最近入所された A 様が「あーピアノが弾きたいなー。ここにはピアノはないの？」と度々、口にされていました。それならばと、小さなピアノを用意すると、A 様は嬉しそうに早速弾かれました。他の利用者様がピアノに合わせて歌ったり楽しそうにされているのを見て「皆で演奏してみてもどうだろう。」とグループホームにある楽器を用意しました。自立度の高い二人には両手でハンドベルを演奏してもらう事にしました。最初は「〇〇さん黄色」「〇〇さん水色」と口頭で指示していましたが、なかなか上手いかないので楽譜を作りました。音符を色紙で丸く切り、模造紙に貼って見やすいようにと壁に貼りました。楽譜を利用者様自身で作る事で益々やる気が出て、積極的に演奏するようになったようです。リズムを取るのとはなかなか難しいようなので、職員も木琴やトランペット、大正琴、ウクレレなどで一緒に演奏に参加する事にしました。最初は「きらきらぼし、だけだったのですが、演奏しながら上手になっていく事で自信がつき、今では、「ちょうちょ、むすんでひらいて、とレパートリーも増えました。職員が楽譜を指して進めますが今では「ドー は私からだね。」と利用者様の方から始めてくれます。又、耳が遠い事もあり、いつも「いいよ！」「うるさいな！」とぶっきらぼうな返事をして他の方とコミュニケーションが取れない方がいますが、誘ってみると最初は嫌々していましたが徐々にカスタネットを叩く様子が力強くなり、曲に合うようになってきて楽しんでいる様子が解ります。面倒な事が嫌いで参加が難しかった方も参加出来るようになり、体でリズムを取りながら手拍子を取っています。笑顔で「楽しいねー。」と話していらっやいました。

ある日、皆様で演奏されていたところに利用者様の娘様が面会に来られ一緒に演奏に参加されました。施設内でも認知機能の低下により会話のキャッチボールが難しい方で娘様が来ても、いつも二人で黙ってイスに座っている事が多い中、この日一緒に演奏した後に二人で笑っている姿を見て「意思疎通が難しい方でも音楽を介するとコミュニケーションが取りやすくなる効果、を実感しました。

《結果》

演奏を行うのにあたり、初めは楽しくよりも完成度を求めてしまった部分もあり、利用者様が疲れてしまった場面もありましたが、今では皆様で楽しく演奏する事を心掛けています。また、

帰宅願望の訴えのある方がデュアルタスクを行う事で体を動かしている時やその後はほとんど訴えを口にしなくなりました。不穏になりやすい方も唱歌に集中すると、不穏になりにくくなっています。そして、馴染みのある唱歌がきっかけでその当時の事を思い出し、色々な昔話を話して下さる事も多くなりました。全ての利用者様が毎回、効果がある訳ではありませんが、音楽を通して少しでも良い方向に改善されていく事を期待しています。なにより、音楽が毎日の生活に彩りを与えてくれます。本当の家を離れグループホームを家として生活されている方々なので、少しでも良い意味での刺激のある生活を送って頂けたらと思います。

《まとめ》

国立長寿社会医療研究センターによると、軽度認知障害(MCI)の人を対象に毎回、一回一時間ほどの音楽療法を8~10回行ったところ、記憶力や注意力の改善が見られたそうです。自立度が高い人程効果が表れやすいかもしれません。

利用者様が笑顔になる事で介護もしやすくなります。何より利用者様が自分らしく笑顔で毎日を送られる支援が介護には大切だと思います。これからもグループホームようざんでは音楽を取り入れた生活の支援を続けていこうと思います。

『人生100年～あなたならどう生きていきたいですか～』

スーパーデイようざん双葉

発表者: 梨本 晴美

猪俣 信子

<はじめに>

厚生労働省が発表した生命表によると平均寿命 男性 80.75 歳、女性 86.99 歳で過去最高を更新したことがわかりました。

人生100年時代はすぐそこまで来ています。

歳を重ね高齢になっても、住み慣れた地域、馴染みの場所、安心できる環境で暮らしていきたいと誰もが望んでいるのではないのでしょうか？

若かりし頃のように地域の多くの人たちと交流を持ち趣味や得意な事を取り入れ、日々意欲的に豊かな日常を送って頂きたい。その為にはどうしたら良いか。その取り組みを発表します。

<日本における高齢化の進行状況>

内閣府が発表している日本の高齢化状況では

・我が国の総人口は平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在、1 億 2,693 万人

・65 歳以上の高齢者人口は 3,459 万人。

・総人口に占める 65 歳以上人口の割合(高齢化率)は 27.3%。

・「75 歳以上人口」(後期高齢者)は 1,691 万人、総人口に占める割合は 13.3%。

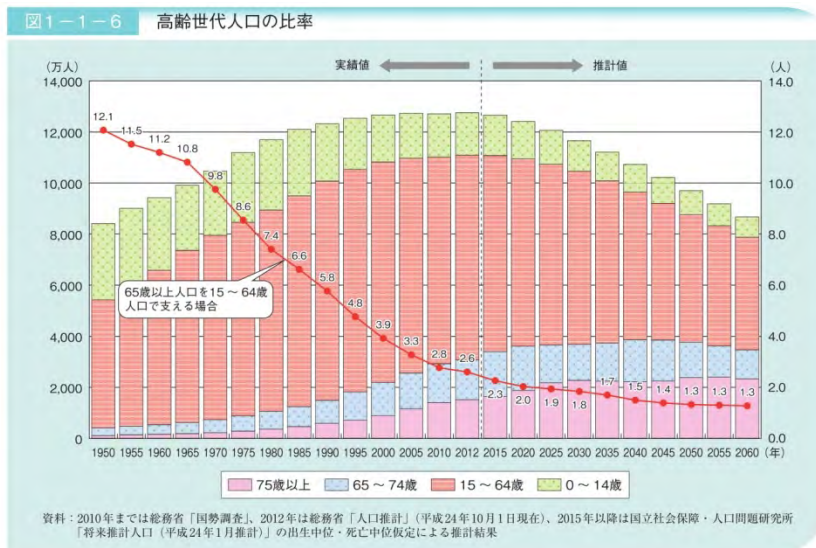
となっています。

総人口の減少と共に、高齢者は年々増え続け、

・平成 27 (2015) 年には、高齢者 1 人に対して現役世代(15～64 歳)2.3 人。

・平成 77 (2065) 年には、高齢者 1 人に対して現役世代(15～64 歳)1.3 人。

47 年後には 1.3 人の現役世代が 1 人の高齢者を支えていかなければなりません。

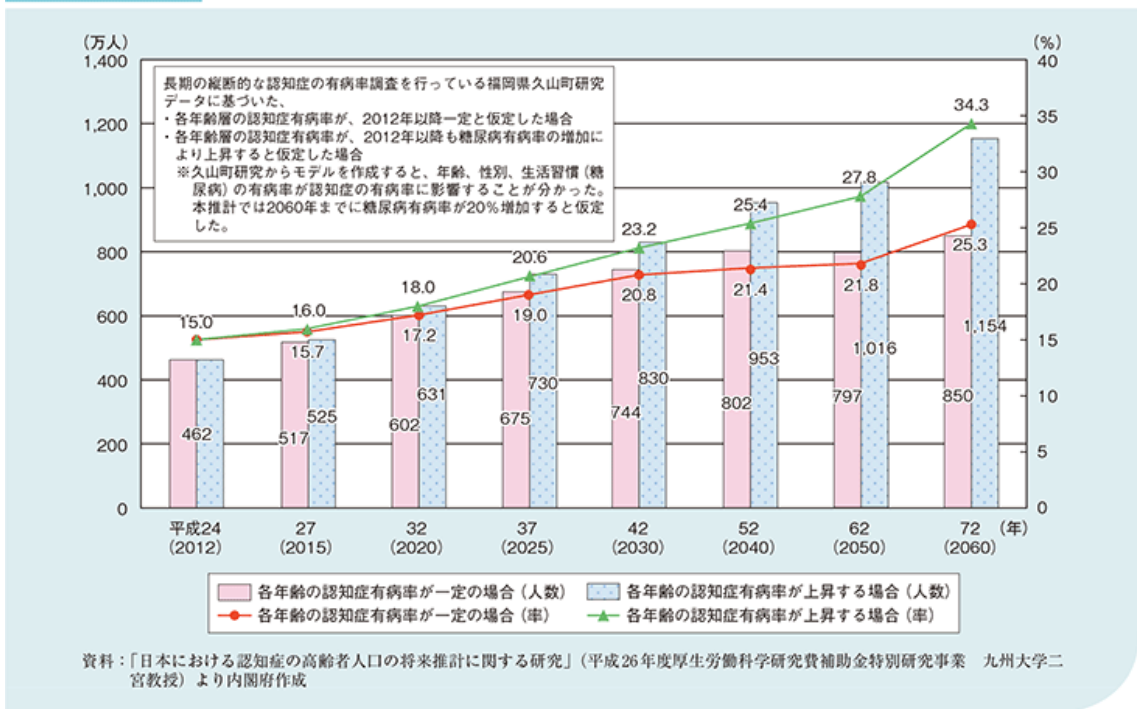


<高齢者と認知症>

日本の高齢化が進行すると共に認知症と診断される方々も増えていきます。

内閣府の発表によると、平成 37(2025)年には 65 歳以上の認知症患者数が約 700 万人に増加
65 歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計についてみると、平成 24(2012)年は
認知症患者数が 462 万人と、65 歳以上の高齢者の 7 人に 1 人(有病率 15.0%)であったが、37
(2025)年には約 700 万人、5 人に 1 人になると見込まれている。

図 1-2-12 65 歳以上の認知症患者数と有病率の将来推計



<スーパーデイようざん双葉・事業所紹介>

スーパーデイようざん双葉は、認知症対応型通所介護事業所です。認知症と診断された方が利用されています。また一口に認知症と言ってもアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症など様々な症状の方がご利用されており、裁縫などの取り組みが出来る方、出来ない方がいらっしゃいます。今回は比較的軽度な方に焦点をあて、今後も住み慣れた自宅で生活を続けていくための支援や私達デイサービス職員、地域との関わり方を考えます。

<目的>

それは何気ない会話から始まりました。

「夕方になにかやりたいよね、でも人も少ないでしょう?」「昔裁縫をされていた方が多いから縫い物とかいいんじゃない?」「そだねー、やろうやろう!」

「Aさん、私お弁当入れの袋が欲しいから、縫ってくださいか?」...

有言“即”実行のスーパーデイようざん双葉。あとはトントン拍子に進みました。

スーパーデイようざん双葉の平均年齢 84.5 歳 90代は6名。全体の9割が女性です。
洋裁を仕事としていた方もいらっしゃいますが、女性にとって裁縫は生活の一部でした。
この年代の方は「お針仕事」と言って馴染みが深い物です。

認知症になっても、出来る事、得意な事を活かせる環境作りを通じ自信回復や、やりがい、生活のハリに繋がる支援を行い、地域との交流を通じ、住み慣れた場所でご自分らしく生活出来るお手伝いを「裁縫」を通じて行いました。

<取り組み①裁縫・出来る事の継続 手続き記憶を活かしあずま袋コースターの作成>

あずま袋 : 手ぬぐい上下2カ所の直線縫い。

コースター: 飾りボタンの取り付け

<結果>

縫うところを説明すればすぐ出来る方もいれば、短期記憶障害から直前の事を憶えている事ができない方もいるのでその都度縫うところを教え縫って頂きました。「並縫い？返し縫？どっちで縫うの？」と縫い方を尋ねてくる方もいてとても手際が良くむしろ職員よりも上手に仕上げていました。

なかには布が少しずれてしまったり、縫い目が粗くなってしまう方もいましたが、それはご愛嬌。職員が少しお手伝いしました。

コースターは職員があらかじめ縫っておいたYシャツ型の物に、飾りのボタン付けをしていただきました。見本を置いておくとそれを見ながら縫い付けていました。

「疲れたら休んで下さいね」とお声掛けすると「こんなくらいじゃ疲れないよ」と皆さん昔話をしながら、とても生き生きとしていました。

<取り組み②あずま袋、コースターをプレゼント・地域への関わり・認知症への理解>

毎月第3金曜日に双葉町公民館で行なっているオレンジカフェにて作成したあずま袋をカフェ参加者へプレゼントする。

<結果>

4月20日利用者様を代表してA様と共に出来上がった物をオレンジカフェの参加者へプレゼントさせて頂きました。

「これ、手で縫ったの？上手ね～」「こんな素敵なのが縫えるのね！」「デイサービスに行ってる人が作ったの？」と興味を持って下さいました。認知症になっても出来る事がまだまだ沢山ある事への理解と認知症高齢者とそのご家族が安心して住み慣れた地域で暮らす為には地域の方々にも認知症への理解と支援が必要であると伝える事が出来ました。

<取り組み③ オレンジカフェにて利用者様が講師となる・社会との繋がり>

オレンジカフェに参加されている地域の方々と一緒に手ぬぐい1本であずま袋を作る

<結果>

事前にチラシを作成し、5月18日に行う事を地域の皆様に告知させて頂きました。当日は10名の地域の方が参加して下さいました。今回は利用者様を代表してB様に講師をお願いしました。大まかな作業手順は職員が行いましたが、細かな所はB様に教えて頂きました。「ここをこうした方が縫いやすいわよ。」「次はここを縫うのよ。」と参加者と利用者様は同じ町内で、昔仕事で洋服を作っていた事をよくご存知でした。「この人プロだもの」と会話も弾み和気あいあいと行うことが出来ました。参加した地域の方からは、「この前貰ったけど、どうに縫うのか知りたかった」「今日は教えてくれてありがとう」「また今度縫うのを教えてね」など好意なお言葉を頂きました。講師として参加して頂いたB様も「近所の人と久しぶりにお話が出来て楽しかったわ」と、とても喜んでおられました。

<結果・まとめ>

認知症になり今まで出来ていた事が上手く出来なくなってしまうと「失敗したら恥ずかしい」「誰かに迷惑をかけたらどうしよう」などと、どんどん自信が無くなり何に対しても消極的になりがちです。

今回生活歴を考慮した「裁縫」を取り入れ地域の方々との交流を持たせた事は大きな成果があったと思います。一針一針縫いあげた物を地域の方々褒めて下さり利用者様の表情は自信に満ち溢れていました。それが思い出として残らなくても良いのです。その瞬間を楽しく過ごして頂く事、笑顔を引き出し意欲へと繋がってもらえたら生きる喜びになるからです。

認知症は誰にとっても無縁ではありません。地域の方々に正しい理解を広めて行く事も私達支える側の役割だと思っています。

今後も様々な方法で地域の方々との交流を持つ必要性を感じました。

<終わりに>

人は誰もが歳をとります。誰もが高齢になれば今まで出来ていた事が出来にくくなります。高齢になり人生の終焉期をどう生きて行くか。また私達支える側や地域はどうかかわって行けばいいのか。

その人が高齢になり誰かの力が必要になった時でも、今までの人生で培ってきた知識、得意な事を発揮して頂きたい。輝いていた頃の“力”を再び輝かせたい。

地域の方との繋がりを持って、住み慣れた場所でその人がその人らしく日々穏やかに豊かな気持ちで日常が送れるようこれからも支援し続けたいと思っています。

人生100年時代を豊かに生きるために…。

「あなたは、どう生きたいですか？」

ご清聴、ありがとうございました。

「さあ、歌いましょう♪」

スーパーデイようざん

発表者: 宮田真理子

【はじめに】

「私は家が一番」と家にこもりがちな A さん。もともとは、社会的で人と話すことが大好きであった A さんがどうしてこのように家に引きこもってしまうことになったのか？そして、今後の A さんの生活環境をいかに楽しく過ごしていただけるように、旦那様と共に最適なケアに至った事例を紹介します。

【対象者紹介】

対象者: A さん 女性 87 歳 介護度 3

既往歴: 平成 23 年 大腸癌

平成 24 年 狭心症

平成 28 年 アルツハイマー型 認知症

家族構成: 旦那様と二人暮らし。子供はなし。柴犬を溺愛している。

生活歴: 高崎市で育ち、小学校の教員をしていた。人に教える・話をする作業はとても好きな性格。その為、教師仲間を呼んだりと交流は好きであった。読書や簡単な詩を作る事も好きだった。

【利用のきっかけ】

平成 29 年 3 月に腰痛の為入院したが、「家に帰りたい」との訴えが頻回にあり、退院予定日より早くに退院。だが、物忘れが目立つようになり、あんしんセンターはるなへ相談。要介護 1 の認定が出たため、近場のデイに行く。しかし、2~3か月で腰の痛みを訴え、デイの誘いにも応じず、そのまま利用休止となる。デイに行かなくなると、自宅でぼんやりして過ごす事も増え、認知機能や活動性も低下しており、夫の介護負担も増えた為、デイサービス利用の再検討の際、スーパーデイようざんでお願いできないかケアマネージャーさんの依頼を受け利用となりました。

【利用始めの様子】

- ・自宅に職員が迎えに行くと、「腰が痛い」「今日は、行きたくない」「どうせ、行っても知り合いもないし、楽しくないのよ」と連れ出しが難しく、お休みが目立つ。
- ・運よく、連れ出しが出来て、来苑するも、「腰がいたい」「お父さんは？」と痛みの訴えが強く、立

ち上がりの動作にもかなりの時間が掛かる。

・痛みが影響しているのか、血圧も不安定で入浴にも強い拒否がある。

【利用することで見えてきたケア課題】

- 1、自宅より連れ出しと腰の痛みの緩和
- 2、楽しみ・Aさんの居場所づくり
- 3、定期的な利用につなげる

【取り組み】

1、自宅より連れ出し

もともと社会的で引きこもるような性格ではないAさん。

Aさんの事をより知るために良く取る行動に着目しました。

《Aさんの歩行時の行動に着目して分かった結果》

「腰が痛いのよ」「そんなに早く歩けない」

「お尻がジンジンする」「もう少しゆっくり」

「耳がミンミンする」「怖いのよー」

と言った言葉が必ず聞かれる

・私のペースでやりたいけど、「早く」という旦那様の言葉に、出来ない苛立ちや不安で焦ってしまっているのではないかな？

・Aさんのペースや歩行の準備を作る事で、連れ出しもうまくいくのではないかな？

・悪天候に左右されやすいのではないかな？

という話し合いをした結果に至りました。

☆職員が行った環境整備

杖を使用しているので、杖を使い慣れていただく

手すりを併用して手すりにうまく誘導する

「この先は、段差がありますよ」「ゆっくりで良いですよ」等と、安心する声掛けをする

Aさんの歩く、立ち上がる行動に余裕を持ち、Aさんのペースにあわせる

環境整備を整える前は、否定的な言葉が多く、動く事も最低限な動きでさえも難しかったが、環境整備を整える事により、否定的な言葉から、前向きな言葉に変わっていきました。

そして、行動にも変化が見られるようになりました。徐々にではあるが、朝のお迎え時に旦那様にも余裕を持っていただく事で、Aさん本人も出掛けるという意識や準備が出来るようになりました。また、他の利用者様と同じように、体操に参加できるようにまで向上心が見られるようになりました。

2、楽しみ・Aさんの居場所づくり

「どうせ、行ったって知り合いがいない」「何をしに行くのかわからない」「行ったって治らないじゃないの」

そんな、否定的な言葉がデイサービスへ向かう車中で必ずAさんが口にする言葉でした。もともと社交的なAさんが楽しんでもらえる事は何か探りました。

☆Aさんの楽しみ

「歌が好き」というAさんに歌で、中心になってもらえるのはどうか？

という事で、Aさんの好きな歌を見つけることから始めました。

始めは、歌を楽しみ歌って下さるというAさんでしたが、職員がわざと音を外して歌っているのを聞き、「ここは、高く歌うのよ」「感情をこめて歌うのよ」と熱い指導をして下さるAさんがいました。その表情は、いつしか小学生の教師をしていた頃のAさんになっていました。

3、定期的な利用につなげる

一度は、他のデイサービスに行くも、拒否が見られ利用が出来なくなりました。もちろんで定期的な利用に繋がらなかった。このままでは、認知機能の低下や社会的参加がないという事で、スーパーデイようざんを利用することになったAさん。利用当初は、「腰が痛い」と連れ出しをする事さえ難しく、時間もかかっていたAさん。

⇒利用から、2か月がたつ頃には、週に一度デイサービスに来るというリズムが出来てきました。時間も短く3時間の利用でしたが、帰宅願望もなく過ごされ、帰る時間を惜しむ程にまで楽しんでくださるようになりました。

しかし、旦那様の様は弱々しい相談が出てくるようにもなりました。

「俺の言うことを聞いてくれない」「家に二人でいるとイライラしてしまう事が多くなってきた」という相談内容でした。

☆旦那様の要望に応えたい

家に帰ると旦那様と二人きりのAさん。まずは、利用時間を増やすことにしました。

時間を増やすことで、Aさんにも旦那様にも余裕が生まれるようになり、朝のお迎えの連れ出しにも、拒否が少なくなってきました。今では、週1から週2になり、利用の時間も大幅に増えました。

⇒旦那様の要望に応える事でのメリット

・Aさん本人のデイサービスに行くというリズムができ、定期的な利用に繋がった

- ・帰宅願望がなく過ごされ、Aさんの楽しみ・居場所作りが活かされる
- ・旦那様のレスパイトケアに繋がる
- ・二人で家にいる時間がイライラしてしまい、介護増え身体が疲れる→優しく接することが出来るようになり、余裕が持てるようになったと良い方向へ変化した

【考察・最後に】

今回、事例をきっかけにAさんの事を沢山知るきっかけにもなりました。利用当初、Aさんを家から連れ出しをする事が、ただ、難しいという事が先走り過ぎてしまったように感じます。今回の事例での課題は、『連れ出し困難』『楽しみを見つける』『定期的な利用につなげる』というものでしたが、Aさんというその人を見て、知り、信頼関係を持つことこそが、いかに大切なのか痛感しました。

今回事例を通して、感じたこと、それはAさんだけ特別という事ではなく、来て下さっている利用者様全員に対することであると思います。一人ひとり、目的や個性があつてこそ、その人らしさがあるのだと思います。そして、その人の良い所を見つけて、活かせる場所を作ることで、残りの人生をより楽しく過ごしてもらおうお手伝いができる、最高の職場であると改めて感じました。

残念なことに、Aさんは、ただいま、自宅にて転倒されてしまい、大腿骨を骨折され入院という結果になってしまいました。旦那様から連絡をいただいた時には、「やっと、通えるようになったのに…」と力ない言葉が返ってきました。しかし、まだ課題は完全に解決をしたわけではなく、1%の可能性がある限り、我々職員は、Aさんが「さあ、歌いましょう♪」と入院生活から在宅に戻ってくることを祈り、待っています。

第二の「家」として

グループホームようざん倉賀野

佐々木美喜子

【はじめに】

私たちグループホームようざん倉賀野は、入居者様の「家」として存在し、職員もまた笑顔あふれる温かい「家」を心に置き、日々のケアに当たっています。グループホームでの生活は、自宅で過ごすのと同じように毎日を穏やかに過ごしていただくことが一番だと思っています。しかし、実際の高齢者の方々の生活は穏やかな日々ばかりではありません。高齢であるがゆえ、少しのことで転倒につながってしまったり、風邪や感染症に罹患しやすくなってしまいます。また、当初より慢性的な痛みや疾患を抱えていたり、お一人お一人に様々な生活があります。生活の中に不安になってしまうことや混乱してしまうこと、ご本人にとってストレスの原因がたくさんなのです。

そんな不安や混乱のさなかにいる方々を支える私たち介護者はお一人お一人の様子をしっかりと観察、把握し、状態に合わせた食事・入浴・排泄・移動・移乗などの技術的な介助はもちろん「こうしたら少しでも負担が軽減するのではないか…。」「こうしたら少しでも美味しく食事ができるのではないか…」と、その方の「今」に合う介助を創造する日々です。

以前、転倒してしまい車イスでの生活となってしまった A 様。今では車イスでの生活にも慣れ、職員に笑顔で冗談もおっしゃってくださります。

インフルエンザに罹患された B 様。様々な対応の中で、私たちが利用者様から学ばせていただいた事を発表させていただきます。

【事例 1】

《利用者様紹介》

A 様 男性 87 歳 要介護度 4

既往歴：認知症(種類不詳)、骨粗鬆症、高血圧、大腿骨転子部骨折

グループホーム入所までに数回骨折歴あり

A 様は平成 29 年 3 月に他事業所よりグループホームようざん倉賀野へ来所

手引きでの歩行可能(後、車イス)

7 月のある日、自室にて転倒されてしまった A 様。痛みの訴えがあり、食事も取れず…。病院で受診の結果、左大腿骨転子部骨折との診断が出ました。金具固定のための手術入院となってしまうのです。無事、手術も成功し 8 月中旬に退院となりましたが、その転倒を機に自力歩行が難しくなり車イスでの生活となってしまいました。

病院から戻られた A 様ですが、入院前に比べると表情が乏しく、口数も少なく…。尿意や便意などの様々な意欲が低下してしまい、全くの別人になってしまったような印象でした。ご家族様も「私

たちのことを全く覚えていない。認知症状が進んでしまったのではないか…。」と心配しておりました。

周囲の困惑と同じく、A 様も退院直後は環境の変化から落ち着かないご様子でした。そしてここから本格的な車イスでの生活が始まるのです。慣れないながらも一生懸命に車イスを操作し、自走される A 様。その努力を応援しつつ、少しでも達成感を味わっていただけるようにと車イス免許証を作製いたしました。「なんだこりゃあ。」と嬉しそうな A 様にホッとする私たち。また、入院中のオムツ生活により失われてしまった尿便意を取り戻すため退院後すぐにオムツからリハビリパンツへと変更しました。定時でのトイレ誘導から始め、少しずつご本人様にトイレでの排泄を思い出してほしかったのです。しかし、これは簡単な事ではなく、たくさんの試行錯誤がありました。失禁となってしまうこともあれば、日中の排泄が少なく夜間にタイミングがずれてしまい昼夜逆転となってしまうこともありました。そのたびに職員間で話し合い、声掛けの工夫、体操参加への促し、散歩に出かける、主治医への相談。あらゆることを試みながらその都度で対応を検討しました。

そんなある日、お孫さんが面会にいらしたときです。「自宅にいたときは家事もしていたし、洗濯や掃除だってしていたんですよ。」会話の中で重要な情報をいただきました。早速、軽モップをお渡ししお掃除をお願いしてみると「しょうがねえなあ。」と言いつつも笑顔で取り組んでくださいました。職員が「すごい！あつという間にキレイになっちゃう！ありがとうございます！！」と自然に声が上がると A 様も「掃除ぐれえ出来るよ。」と満面の笑みです。それからは「お洗濯はたたんでいただけますか？(職員)」「おう。どうやって畳みやあいいんだい？」と取り組んでいただけそうなことを探してみました。出来ることに取り組み、意欲が増していく A 様。自然と表情もよくなり会話も増えていきました。自信のよみがえった A 様は次第に尿便意も取り戻し、意識にも覇気があり昼夜逆転にも改善が見られました。

このことから日々の関わり合いの大切さを感じ、それが利用者様の意欲や生活の安定につながっているのだと再確認しました。

A 様は現在もモップ掛けに熱心で、自身でモップを取りに行き廊下を行き来していただきます。お陰でグループホームの廊下はいつもピカピカです。

【事例 2】

今年の冬、グループホームようざん倉賀野にもインフルエンザが猛威をふるいました。多くの利用者様が罹患され、次々と発熱が確認されました。。そして何より、今まで常に利用者様同士で顔を見渡しながらお過ごしいただいていた日常が、感染予防のため各自のお部屋にお一人でお過ごしいただかなくてはいけない状況が半月ほど続いたのです。ADL に大きく影響が出てしまった方もいらっしゃいます。

《利用者様紹介》

B 様 女性 92 歳 要介護度 5

既往歴: 乳がん、認知症

グループホームようざん倉賀野の開所当初よりご利用いただいている
手引きでの歩行可能

元々のB様は活発に活動される方ではありませんが、笑顔が素敵で甘いものが大好き。みんながB様の笑顔に癒される、そんな存在です。そして、今回のインフルエンザの感染発生で特に体調を崩してしまったのがB様でした。

無表情、無気力となり体力、食欲低下が著しく別人のB様です。食事をほとんど摂取して下さらない状態でした。以前より甘いものが好きな方だったため主治医との相談のもと高栄養流動食にトロミをつけて、レンゲで一口ずつゆっくりと介助することを始めます。それでもなかなか口をつけて下さらないB様…。ご本人の気持ちに寄り添いながら、時間帯を変更し、声掛けを工夫し…。少しずつでもB様が召し上がってくださると職員は嬉しくなり、返事はくださらなくともB様と目が合うたびに顔色あいました。米飯からお粥への変更や副食のキザミを通常より細かくするなど食事形態も工夫しながら普段の2倍時間をかけてゆっくり、ゆっくり…。B様から「うまいよ。」「いらないよ。」と言葉が出始めると、その言葉にあわせて返事を返し続けました。

少しずつ回復し、お粥を半分程食べられるようになってきたある日、おやつをご自身で召し上がり「うまい！」とおっしゃるB様。その顔は以前の笑顔で、職員はその顔を見て皆で喜びました。

その後、少しずつ3食召し上がれるように回復し、現在では笑顔が戻り皆に癒しをくださるB様です。

以上、2つの事例を通して、「人は人の中で人として生きていける。」そんな実感を得ることができました。自信を取り戻した。病気が回復した。言葉にすればそれだけの事になってしまいます。しかしその過程の中には必ず人と人との関わり合いがあります。グループホームという「家」の中で毎日がお祭り騒ぎということでもなくとも、みんなが自分の事を思い、心配してくれて…みんなが気にかけてくれている。みんなの中で安心して穏やかに当たり前で暮らす。そんな毎日なのです。だってここは「家」なのだから。

一に安全・二に笑顔

ここ、グループホームようざん倉賀野は、これからもご利用者様にとって穏やかで当たりの「家」であり続けたいと思います。

コバザップ！！

～生活習慣を見直して健康な体づくりをめざそう～

スーパーデイようざん小埜

発表者：本間恵里

外所由衣

◆はじめに

「ほっといってくれ！関係ないだろ！」団塊世代生まれの A 様。集団行動を嫌い、自分の好きなことをやり、こだわりが強い。現在、A様は健康診断を行うと、血圧や血糖値など数値が悪く、生活習慣の見直しが求められる。以上より、

- ・楽しく運動する習慣を身につける。
- ・ご自分の状態を見つめ、食生活を見直す。

という2つの目標を決め、行った取り組みについて報告する。

◆事例対象者

利用者様：A 様（要介護1）

年齢：70代前半

既往歴：高脂血症、糖尿病

ご利用：3年前から、スーパーデイようざん小埜を利用されている

生活歴：15歳で上京。製造業、電気工、自動車等の修理工として定年まで勤務される。

退職後息子様を頼り同居されるが、3年前息子様の結婚を機に別居しアパートを借り、奥様と一緒に生活される。別居と共に自転車へ乗らなくなり、デイサービスを利用される日以外はアパートに閉じこもっているため運動不足である。買い物は、好きなものばかり買って食べている。

◆毎回の受診にて

月に1回奥様と一緒に受診されているA様。そこで検査をされるが、コレステロール、中性脂肪、血糖値と空腹時血糖が高いという診断が、夫婦共に出ている。理由として、

- ・甘いものを好きなだけ食べている
- ・肉などを食べる割に野菜を食べないなど、不規則な食生活をしている
- ・アパートに引っ越してから、デイサービスの日以外家にいる事が多く運動をしない

が考えられる。

◆体重変動

利用時からの体重変動と本人と主治医のコメント

2015年4月	62.9 kg	
2015年9月	64.4 kg	コレステロールが高く薬処方
2016年3月	68.3 kg	血圧高く薬処方
2016年5月	68.0 kg	Dr.「血糖値が非常に高いので、デイでも気をつけてください」
2017年4月	70.7 kg	デイでのおやつ禁止となる
2017年8月	69.2 kg	本人「果物がダメと言われる。本当は桃・ブドウなど食べたいよ。肉ばかりだよ。いつも同じ物を食べている」
2018年1月	71.5 kg	Dr.「血圧・血糖値共に高い。果物は食べてはいけない。キャベツを食べなさい」

体重は、利用当初から比べると9 kg程増加している。

◆A様の様子

デイサービスでは、集団のレクリエーションには参加されず、体操の時間に、「一緒にやりましょう」と声かけをしても参加されない状態である。他利用者様がやっているジグソーパズルをご自分から教えるも、職員がA様に提供すると「やれって言われたからやった」「なんでやらなきゃならないんだ」等と言われる。間違い探しなどの個別でできることや、ご自分の得意なことには興味を示される。気分が乗らない時は何もしない、と自由に1日を過ごされている。食事では、野菜を残されることが多く、職員が声かけをしても「いいんだよ」の一点張りである。

◆コバザップ開始

糖尿病も高血圧も薬によって数値は下げられるが、認知症との関係でいえば、血糖値が急に下がる事で認知症のリスクが高まる事が指摘されている。薬をできるだけ減らし、食事や運動習慣を改善することが良いと強調されている。そこで、次の取り組みを行うことにした。

取り組み①食事

「毎回同じものを食べている」と言われている A 様。食事プログラムとしては、野菜を中心としたレシピをご本人にお渡しし、ご自宅で調理していただくことにした。以前は全く料理をしたことがないというA様。レシピを見ると「へー簡単そうじゃん」と言われ、いくつかのレシピの中から、好きな料理を選ばれている。完成品はご本人が携帯のカメラで撮影し、職員に見せていただくようお願いした。

取り組み②運動

A様の性格から、一方的なお誘いはご本人の気持ちに乗らないと考え、テレビがお好きなA様に興味を持っていただくこと、小埜で行うコバザップと名付けトレーニングプログラムを行う事を提案した。A様は「面白そうじゃん」とおっしゃってくださった。運動プログラムとして、午前午後の散歩と

ストレッチや足などの機能訓練を行う。更に、利用時入浴されるので、毎回体重や腹囲を計測する。

この2つの取り組みをその都度記録し、ご本人の様子や気持ちの変化を見ていくことにした。

◆コバザップ 停滞期

取り組みを始めて1か月たったある日、いつものようにA様を散歩にお誘いすると、「何で歩かないんだ」「足が痛いんだよ」と言われた。コバザップ始動時には、「面白そうだね」と乗り気だったが、取り組みを断ることが増えてきた。まだA様は70代に入ったばかりで、節制の悪い生活だとリスクが増える。そこでもう一度職員で取り組みについて話し合い、新たに2つの目標を立てた。

- 1、有酸素運動とバランスのよい食事を継続する
- 2、仲の良い利用者様にも協力していただき、A様の意欲を維持する

◆取り組み結果

結果①食事

A様の奥様はケアサポートセンターようざん小埜を利用し、夫婦の食材を毎週水曜日に、訪問の買い物サービスで購入されている。この取り組みを行ってから、買い物のレシートに変化が出てきた。

日付	購入品	献立
3/21	大根 1/2	鶏手羽先と大根の煮物
	里芋	里芋と鶏肉の煮物
3/28	ピーマン	チンジャオロース
	ジャガ芋	野菜炒め
	しょうが	
4/4	糸みつば	鯖と三つ葉の和え物

以前は、自分の好きなものやアルコールなどを買っていたが、職員が渡すレシピに関連する野菜などが増え、食生活を制限するというより、ご本人の意欲の向上につながっている。ご本人によると、奥様にも調理を協力してもらい、夫婦の会話が増えた様子である。デイサービスでも、野菜を残すことがなくなった。

また、デイサービスで、ある日の夕食のお味噌汁を作ることを提案した。ご本人の気が乗ると、具材を考えるとところから積極的にやってくださった。仲の良いB様も召し上がり、「Aさん美味しいじゃない」と褒めると「ちょっとしょっぱかったかな」と照れ臭そうに笑っておられた。

結果②運動

職員の声かけでも、A様の気分が乗らない日は、仲の良いB様に声をかけていただいている。職員の声かけに「関係ないだろ」と言われるA様だが、B様が「Aさん行こうよ」とお誘いすると「しょうがないな」と応じてくださるようになった。以前は歩くスピードがゆっくりだったが、次第にB様と同じ

ペースで歩けるようになり、ご自分から歩く距離を伸ばそうとする姿勢も見られるようになった。職員と行うストレッチでも、B様の一声で一緒に取り組まれている。体重は 71.5 kgから 69.9 kgに、腹囲はマイナス 2 cm減少している。

◆結果にコミット(考察)

A様の数値はとても悪く、このままでは合併症を起こす危険性がある。夫婦2人での生活のため、奥様にも同じことが言える。更に奥様はA様より認知症が進行しており、A様が倒れてしまっは、生活もままならない。夫婦2人だけでは限界があり、専門職の介入が必要である。自分の好きなことをやり、こだわりが強いA様。合併症を防ぐには、まずA様の意識を変えることが必要であった。A様の性格を考慮し、個別で関わり続け、褒めることにより意欲的になった。そして仲の良い利用者様の声かけにより、意欲の維持にも繋がっている。私達も、以前よりA様との関わりが多くなった。今では、体操の時間に参加されなかったA様が、少しずつ体を動かすようになり、野菜を召し上がるようになった。取り組みはまだ続いており、まだ体重や数値に大きな変化は表れていないが、A様の意欲にはコミットできたのではないだろうか。

次回の数値が改善していくように、こまめにデータを取りながら、何が良かったのか、何が A 様のやる気を駆り立てるのかを共有していきたい。

私の生きたいように生きたい

～一人暮らしを支える～

スーパーデイようざん栗崎

発表者 岡部 瑳采

日本における高齢化は進行し、2015年10月1日現在、65歳以上の高齢者人口は3392万人となり、高齢化率は26.7%と過去最高となった。また、高齢者の独居者数は600万人を超え、65歳以上の高齢者数に占める独居者数の割合は、35%を超えている。

男女比率は、おおよそ男性200万人・女性400万人となっており。内閣府によると、2025年には700万人に上ると予測されている。

では、一人暮らしの高齢者はどのように感じているのだろうか……

内閣府の「平成27年一人暮らし高齢者に関する意識調査結果(全体版)幸福感、不安に関する事項」によると、65歳以上の高齢者に対し、「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点として、現在どの程度幸せと思うかを質問したところ平均点が「6.59」という結果になった。更に年齢別にみると、80歳以上で平均点は「6.97」と最も高くなっている。更に、「今後の同居の意向に関する事項」によると「今のまま一人暮らしで良い」と答えた者の割合が76.3%と高い数値を示した。

これらの調査結果を見ると、ひとり暮らしが決して不幸とは言えないと言う実態を見ることが出来る。

私達介護職は独居生活者と関わるが多くなっている。一人暮らしは不自由で寂しいという印象を持ちがちであるが、決してそうではないのではないかな？

スーパーデイようざん栗崎の独居利用者に、この意識調査を試してみたところ「今がとても幸せ 10点」「今のままの1人暮らしで良い」と答えた女性利用者がいた。

その女性利用者の事例を紹介する。

A様 女性 81歳 要介護1

アルツハイマー型認知症

主介護者:次女(埼玉県在住)一番信頼を寄せている。

生活歴:夫と離別後、速記者として活躍。女手一つで3人の子供を育て子供達が巣立った後は、70歳になるまで長年ゴルフ場に勤め一人暮らしを続けてきた。移動手段は常にバイクのカブを愛用してどこへでも出かける行動派であった。

自立心が強く読書家で、今でも天声人語や小説・詩集など愛読書を持って来苑されている。

日々一人暮らしを自分なりに楽しんでいる。

趣味: 歌うこと、おしゃべり、花を育て観賞すること、ドライブ、読書

服薬: (朝のみ) アムロジピン・アトルバスタチン・ロキソプロフェン・レパミピド・ベンスブロマロン

現病歴: 高血圧・高コレステロール血症

身体状況: 時々膝痛がある。

嗜好品: ビール・焼酎

A 様の今の気持ちについて、インタビューした。

①今の暮らしの満足度と理由

100%です！ とっても満足している。理由: 自由だから満足している。

②デイサービスに来て何が良かったか

食事がきちんと摂れて、美味しく食べられる。ここへ来ると楽しくおしゃべりができて、退屈しない。

③私達職員との交流で良かったこと

職員と仲良くして頂き、気兼ねなく、まるで娘や息子のようだ！

④日常生活の要望・希望・困っていること

特に困っていることはなく、満足している。一人暮らしは気楽でいいわ！！

⑤デイサービスを利用前と利用してからの違いをどう感じているか？

利用前は、孤独感にさいなまれていたが、職員が来てくれるようになりデイサービスに通うようになってみんなと話ができ楽しく過ごせるようになった。

⑥家族からのご意見

身の回りのことや、薬の管理など目の届かないことを見て頂き、本当に助かっています。

A 様にとって快適な過ごし方とは、A 様の自主性を尊重し必要に応じた支援を行うことである。

そんな A 様にも辛い出来事があった

私達が A 様と出会う前の状況は、主介護者である次女さんが嫁ぎ先の家族が病気になり看病生活が 1 年ほど続き、その後亡くなってしまった。その間、次女さんはなかなか A 様を訪問することができず、疎遠になっていた。また、長男や長女さんも不規則な仕事の為、思うように訪問や手助けができない時期があった。その結果、A 様は閉じこもり社会から遠ざかってしまい孤独感を募らせ、飲酒量が増加し生活が荒廃してしまったことにより認知症発症に至ってしまった。

この現実を目の当たりにしたご家族は、このままではいけないと感じ、デイサービス利用につないだ。

私達が A 様とお会いしたのは、昨年 2 月のことであった。認知症の初期症状で、物忘れと警戒心からの閉じこもり状態の為、強い来苑拒否状態であった。まずは、知識が豊富でプライドの高い A 様の心を解きほぐし信頼関係の構築と顔馴染みの関係を築く為、週 5 回訪問し玄関先であいさつ

を交わして帰る日々が続いた。4月になって花見にお誘いしたところ、「お花見に行きたい!!!」と言って3時間ほどご利用いただくことができた。日々訪問するうちに、A様が趣味や昔の楽しかった話を語って下さるなど、徐々にうちとけてきたものの、デイサービスの利用は断られてしまった。私達もA様の心が少しずつほぐれてくる手ごたえを感じ、変わらず通い続けたのだった。その1か月後A様は、ご自分から「私、デイサービスに行ってみようかな・・・」と娘さんに告げた。実に約3ヶ月目のことであった。それからというもの私達職員に「娘みたいね」と言って楽しみに来苑されるようになった。

最近私達が肝を冷やす出来事があった。ある日、A様はふと思立ち速記者時代に働いていた埼玉の吹上へぶらりと電車で行き、街並みの変貌ぶりに大変驚き帰宅したことを「浦島太郎みたい!!!」と話してくれたことがあった。

「今が一番幸せ」と仰るA様は、必ずしも幸せな一人暮らしではなかった。

信頼する娘や大切な家族との疎遠・長年親しく交流してきた友人の死など、身近な人間関係の変化が孤独感や絶望感に苛まれる大きな原因となっていた。では、認知症であるA様が本来の楽天的で明るい性格を取り戻す為の関わりについて、もっとも必要不可欠なものは何か？

スーパーデイようざん栗崎の職員が、一年を通してA様と関わった結果感じたこと、それは、多種多様な社会資源を活用して支援を展開していくことではないだろうか？

フォーマルな社会資源・インフォーマルな社会資源を適切に組み合わせ、A様の人的物理的環境を整える手助けをすること。このことがA様の幸せな一人暮らしを支えていると考えられる。

A様にとっての、フォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源とは？

■フォーマルな社会資源：介護保険で使えるサービス

訪問ヘルパー・毎週2回(月・金)生活援助3(各1時間)

スーパーデイようざん栗崎(認知症対応型デイ)・服薬管理(毎月自宅分と・来苑時分を分けて預かる)

毎週3回(火・木・土)4枠(7時間利用)：うち宅内介助(毎回30分)

衣類洗濯機に入れる・布団干し・洗濯物干し・牛乳受取・新聞受取

かかり付け医・定期受診・毎月骨粗しょう症の注射を受ける。

(時々薬をもらいに行ってしまう、看護師がその都度連絡をくれる。)

薬局・服薬管理ができないので偽薬を作って下さる。(偽薬用のラムネは娘さんが届ける)

ケアマネージャー：ヘルパー・ご家族・主治医など連携調整

■インフォーマルな社会資源：地域で支えるボランティアなど

近所の付き合い・近所の八百屋・近所の酒屋・息子と嫁・オレンジカフェ・いきいきサロン

娘(次女埼玉・長女倉賀野)・中学生の孫・沖縄に住む妹・友人・GPS

現在の A 様は、上記の社会資源を上手く活用ができています。しかし、A 様の認知症状や身体状況の変化により社会資源の活用性も異なってくる。私たちは、A 様の変化と心身の状況を把握し適切な情報を提供・共有しなければならない。

高齢者の独り暮らしを支えるには

状況にもよるが、家族ができることの一番は、やはり「一緒に暮らすこと」である。自分にも家庭があったり、仕事があったりという理由で、同居が難しい場合は、公的な見守りサービスを活用すると良い。特に、認知症がある高齢者は、腐っているものを食べてしまったり、暑くてもエアコンを使わずに脱水症になってしまったりするおそれがある。そのような事態を回避するには、介護施設や訪問介護などのサービスを利用して、介護の専門家が毎日、あるいは定期的に接触するような状態をつくるのが大切である。

また、高齢者が元気に動けるうちは、働くことで社会との接点を持つことができる。身体的な事情でそれが難しいようであれば、サークルやボランティア活動、自治体といったグループ活動に参加するよう、家族が促してあげると良いのではないかな。

今後ますます高齢化が進むと予想されることから、柔軟で対応力のあるサービスを充実させていく必要がある。一人暮らしをしている高齢者が社会との接点を持続けられるよう、グループ活動を行いやすくするための体制や環境作りが課題となっている。

ひとり暮らしの認知症高齢者の場合、自由に外出ができるが徘徊などにより戻れなくなるリスクが高い。発見も遅れることになる為にケガを負ったり、亡くなられてしまう場合もある。徘徊予防には地域住民を中心とした、徘徊・見守り SOS ネットワークを構築し高崎市が実施している、GPS を利用した徘徊探知機貸し出しサービスや緊急通報装置を設置する福祉サービスを活用するのも一案である。

最後に・・・

認知症の A 様の場合、認知症の進行状況によって「今が一番幸せ」という生活にも限界があることを私達は十分理解しているが、A 様の一番幸せな時間を少しでも長く支えてあげたいと思う。高齢者が安心して自立した生き方をするための環境を整えること、ここに私たちの仕事を通しての大きな社会的使命があると感じている。これからも幾多の問題に出会うが学びの糧としていきたい。

「俺だって若い頃は出来たんだよ」～自信への導き～

スーパーデイようざん貝沢

発表者 境原 美佐子

〔はじめに〕

認知症と診断され、下肢筋力の低下もある T 様。デイでのある日の事、男性職員が利用者さんを盛り上げようと逆立ちをして見せると、T 様はそれを見て椅子からぱっと立ち上がり「俺だって若い頃は出来たんだよ」と両手を床に付いて、逆立ちをして見せようとしたので、慌てて「危ないですよ」と止めました。「昔は何でも出来たんだよ」と寂しそうな表情の T 様を見て、『逆立ちは無理だとしても、自身を持てるような何かを見つけてあげたい』と私たちは思うようになり、T 様への自信に繋がる取り組みは何かを考えるようになりました。

〔利用者紹介〕

- ・T 様 93歳 男性
- ・要介護: 要介護1
- ・既往歴: 認知症、腰痛症、骨粗鬆症、糖尿病、高血圧症、難聴(左耳は殆ど聞こえておらず、右耳補聴器の使用有り)四肢筋力の低下
- ・性格: プライドが高く少々気難しい一面もあるが、冗談好きでノリも良く社交的。レクにも楽しんで参加する姿が多く見られる。

〔利用の経緯〕

日中は要介護の妻と2人暮らし。夜は近所に住む息子が泊まりに来ている。敷地内に畑があり、日中は大好きな農畑業をされている事が多いが90度近い円背で腰痛もあり、転倒の危険性が高い。平成26年頃より認知症が徐々に進行し、四肢筋力の低下と腰痛の為、畑での農作業も段々と困難になり、自宅に居ることが多くなってきた T 様。ご家族も心配され T 様の希望と意思を第一に考え、平成26年4月より自宅から近い「スーパーデイようざん貝沢」を、利用開始となる。

〔取り組み〕

まず、T 様の「生きがい」「やりたい事」「得意だと思えること」は何か？について考えてみる事にしました。畑仕事が好きで、デイにも時折収穫物やお花を摘んで持ってきて下さるので、『自宅では好きな事が出来ている』と感じました。そこでデイ利用時も様々なレクを行い、何に一番興味を持っていただけるのかを模索していきました。

ある時、「塗ってみませんか？」と塗り絵を勧めると、「そんな女子供のするような事やりたくねえよ」と馬鹿にした様子で全く手を付けて下さりませんでした。しかし、他利用者が楽しそうに塗り絵をしている様子を見ている内に、段々と興味を持ち始めたのか、いつの日か色鉛筆を「貸して」と言うようになりました。T様が色塗りを始め職員が「いい色ですね」「上手ですね」と言葉を掛けると、とても嬉しそうな表情で今までとは打って変わって熱心に塗り絵に取り組んでいただけになりました。やる気のない様子の時もありましたが、職員や周りの方の塗り方を参考になさったり感心されたりして、色塗りに対する向上心も感じられるようになりました。中でも花の絵や昔の子供達の絵、山などの風景画を好まれ、黙々と手を動かす姿も見られる様になりました。長い時間集中されている時は心配になり、途中で「そろそろ休憩しませんか」と声を掛けさせていただく時もあります。

ご本人の努力もあり、半年と経たない内にみるみる上達され、今では様々なグラデーション使いも出来るようになり、職員たちも皆びっくりしています。

〔現在の目標〕

月間誌の「塗り絵コンテスト」が5月にある事を知り、T様にお話するととても乗り気で「頑張ってみるよ」と快諾して下さいました。

審査の結果発表自体は9月なので、今回の事例発表には間に合いませんが、短期間の内にみちがえる程塗り絵の上達したT様が、今回は入賞されなかったとしても、いつか必ず入賞出来る日を目標とし、そしてその結果が自信へと繋がってくれる事を私達は心より願っています。

〔終わりに〕

「若い頃は出来たんだよ」この言葉は一人一人の人生において色々な思いが詰まった重くせつない言葉だと思います。年齢を重ね、かつて出来ていた事ができなくなってしまった今、悲観的に毎日を過ごすのではなく「今の自分には何が出来るか」を本人と一緒に探し、『年をとってもできる事はある』という自信につなげていく。自信がつけば自然と笑顔も増えて行き、本人の幸福感も増していくという事に気付きました。

本人のみでは難しいことも第三者の手を借りる事で実現化する事ができます。大切なのは本人のあきらめない気持ちを私達がほんのちよっとお手伝いする事。

T様のみならず、1人1人何が出来るか……これからも継続して考え、輝かせ続けて行きたいと思っています。

「諦めない大切さ、会話はヒントの宝箱」

スーパーデイようざん石原

発表者: 林 安子

<はじめに>

現在日本の認知症患者数は、厚生労働省の2015年の発表によると、2012年時点で462万人、65歳以上の約7人に1人と推計され、認知症の前段階となる軽度認知障害(MCI)と推計される400万人を合わせると、高齢者の4人に1人が認知症と言われています。認知症から色々な事が困難になっていく中で、ご自分でも“家で生活したい”ご家族も“出来れば家で生活させたい”と思われている方も多いはず。一度は介護施設に入居されましたが、慣れない環境と自宅に帰れないストレスから精神面が不安定となられ、心配されたご家族が自宅に戻す事を決断され、サービスをご利用する事で在宅生活継続の一助となればと行った取り組みについてご報告させていただきます。

<利用者紹介>

氏名 : S様

性別 : 女性

年齢 : 83歳

介護度 : 要介護3

既往歴 : アルツハイマー型認知症、高血圧症、逆流性食道炎、気管支喘息
過活動膀胱

<生活歴及び利用の経緯>

多野郡吉井町(現高崎市吉井町)の大きな農家の8人兄弟の末っ子として生まれました。子供の頃から農作業が苦手だからと農作業以外の方法で、地元の農家の方達の役に立ちたいと高校卒業後に農協へ勤められたそうです。その頃は、仕事終わりや休みに職場の人達や友達とダンスホールに良く出掛けられたりと活発に過ごされていましたが、24歳の頃ご主人と出会われ、大恋愛の末に結婚されました。結婚を機にご主人の家業の農作業を手伝う事になり、慣れないながらも作物や花の栽培の他に養蜂もされ、精製したはちみつは賞を取られる程でした。私生活でも一男二女の子にも恵まれ、家事と子育てと農作業で忙しいながらも充実した日々を送られていましたが、同居されていた義理のご両親の介護をされた大変な時期もあったそうです。

平成27年2月中旬に最愛のご主人が脳梗塞で入院された頃から、そのショックが引き金になったのか、嫉妬妄想や物盗られ妄想が出現し娘さんに頻繁に訴える様になり、異変を感じたご家族に伴われ脳神経外科を受診され、MRI検査の結果アルツハイマー型認知症と診断されました。

当初、ご家族が自宅での生活は困難と判断され、平成27年5月に退院されたご主人と一緒に

サービス付き高齢者住宅に入居されますが、慣れない環境と家に帰れないストレスから精神的に不安定になられた事を心配され「このままでは良くない」とご家族が自宅に戻す決断をされました。自宅に戻ると驚くほど状態は安定され安心はされたものの、今までの様にご夫婦二人だけにはしておけないのと、認知症の進行を少しでも遅らせたいと介護サービスを利用しながらの在宅生活を考えられて相談があり、6月中旬からご利用が始まりました。

<利用当初の様子>

ご利用当初は週1回から始まり、元々社交的だった事もありご利用中はレクに体操にお手伝いに意欲的に取り組まれ、他のご利用者とも楽しそうに会話をしながら過ごされていたので、毎回来て下さるとの思いとは違い「主人の具合が良くないので休みます」「人が来るので休みます」「今日は風邪気味なので休みます」「これから出かけなきゃならないので休みます」などを理由に、電話や迎え時にお話があってお休みされ週1回(月4~5回)のご利用も儘なりませんでした。

入浴のお誘いにも決まって「家で毎日入っているからいいです」と拒否がありました。それでも時間を置いたり、少しでもきっかけになればと「Aさんと一緒に足浴だけでも如何ですか？」とお誘いをしますが「結構です。冷え性ではないですから」と語気も強く、表情も陰しくなるので断念せざるをえませんでした。

そんな状態でも10月から火曜日と木曜日の週2回に平成28年5月からは、不定期でのショートステイの併用が始まり、8月からはショートステイの利用が定期的となったので、毎週土曜日の週1回ご利用へと変更になり現在に至ります。

<取り組み>

前記の通り来苑されれば、決して無理をされている訳ではなく、ごく自然に楽しまれているので正直どうしてご利用頂けないのか分かりませんでした。お休みされる理由も確かにご主人の体調も良くない状態ではありましたが、風邪気味や人が来る、出かけると言った「本当かな？」と思える理由が毎回でした。

そこでまずは、基本に立ち返りようざんを認識して頂く事と信頼関係の構築を図るためにお休みされると言われても、来苑を促すのではなく受容して代わりに安否確認を兼ねてお弁当を持って伺ったり電話を掛ける事を地道に続ける事にしました。入浴については、安定利用を優先して、せっかく来て下さったのに入浴のお誘いで不愉快な思いをさせないよう、さりげなくお誘いをして拒否があれば、それまでとする事にしました。

<結果と現在の様子>

地道な取り組みを始めて5ヶ月が経った11月には、あと一日で皆勤賞と迫った当日の朝に「風邪気味なので休みます」の電話に、その日の夜は人知れず涙で枕を濡らしました。

その後はまた低迷が続きましたが、翌年の2月に初めて皆勤賞となり、上ずった声で担当ケアマネージャーに吉報をお知らせしたのを今でも憶えています。でも現実には厳しくもうこれで大丈夫とは行かず、次の皆勤賞が5月と8月と各3ヶ月を要しました。それ以降からは安定的にご利用さ

れています。もちろん時にはお休みもされますが「曾孫の運動会を見に行きますので」「インフルエンザに罹ってしまって…」などが理由で、ご家族から連絡が入ります。

入浴については、この間も部分浴を含めさりげないお誘いを試みましたが、やはり「家に入っているから結構です」と語気が強く表情も険しくなる様に変化は無く膠着状態でした。ご家族にもお話を伺ったところ、確かに家で入られてはいるけれどもシャワーも上手く使えず、洗身や洗髪も十分に出来ていないとの事でした。併せて併用先のショートステイでの様子を聞いたところ「こちらでは、拒否無く入られていますよ」の言葉に驚きましたが、夕方に入られているとの事でした。「何とかデイでもお風呂に入って頂きたい」でも単位数と送迎時間を考慮すると、デイでの夕方入浴は難しいと新たな壁にぶつかっていたところ、ある日手がかりとなる声が聞こえてきました。それはS様と仲良しのご利用者との会話の中で「ゆず湯が好きなのよ」の言葉でした。これを聞いて急遽ゆずの入浴剤を準備して「今日はゆず湯なのですが、如何ですか？」と正直恐る恐るお誘いしたところ「あら、そうなの」と言われ脱衣場に行かれたかと思ったら、あれよあれよと脱衣され、そのまま入浴されたのには職員も驚きました。ただ、ご利用同様に入浴も直ぐには安定的とは行かず、その後も拒否はありましたが、月を経る毎に1回が2回、3回と増えて行き7月から毎回入浴して頂く事が出来るようになりました。今では「ゆず湯」では無く「体重測定」で入浴されていますが、お風呂から出ると「あーっ、気持ち良かった」と喜ばれています。

その他にも様々な変化が見られる様になりました。以前は送迎中の車内で「カギを閉め忘れたから家に戻って下さい」「炬燵を切って来なかったから家に戻って下さい」と言われ落ち着かず「ご家族がいらしたから大丈夫ですよ」とお伝えしても聞き入れられる冷静さも無くなってしまい、やむおえずご自宅に戻る事も度々でしたが、今では同様の話があっても「ようざんに着いたら電話をして、ご家族に伝えますね」とお伝えすると「そうしてくれます。ありがとう。悪いんね」と言って落ち着かれたままで余裕さえも感じられます。

ご家族からも、この事例発表を機にご自宅での様子などを伺ったところ「前は、あっちこっちに物をしまい込んでしまい、それを探すのが凄くストレスになっていたのが、今では大体しまい込むところが分かってきました」「認知症についても分からないことだらけでついつい文句ばかりで会話どころでは無かったですが、今は冗談を交えて笑って話が出来ようになりました」「介護サービスを利用する様になって、認知症への理解が以前より深くなり、気持ちが楽になって良かったです」「何よりも母の認知症状の進行が緩やかになっていますし、精神的にも落ち着いてくれた事が本当に嬉しい」「今の状態なら在宅生活を続けて行けます」とのお話がありました。

最後に「ようざんの皆さんの心遣いがあります」とのお言葉もいただきました。

<まとめ:考察>

今思えばS様にしてみればご利用に当たっては、こちらの勝手な見た目や思い込みと違って、無理をなされていたのかも知れません。安定的なご利用に繋がったのも無理強いせず気持ちを受容して、諦めずに行った地道な対応が安心感と信頼関係の構築となったのかも知れません。また定期的にご利用されるショートステイの存在も大きく、更によろざんを認識して下さる要因になっ

たと思います。一事業所では困難だった事もグループ内で情報交換と共有して連携出来た事で、在宅生活継続のお役に立てた事が何よりでした。

入浴の件も、会話を聞き逃さず発せられた言葉をヒントに活用する事で、入浴して頂ける様になった事は、常に見る・声を聞く事の大切さを学ぶ事が出来ました。

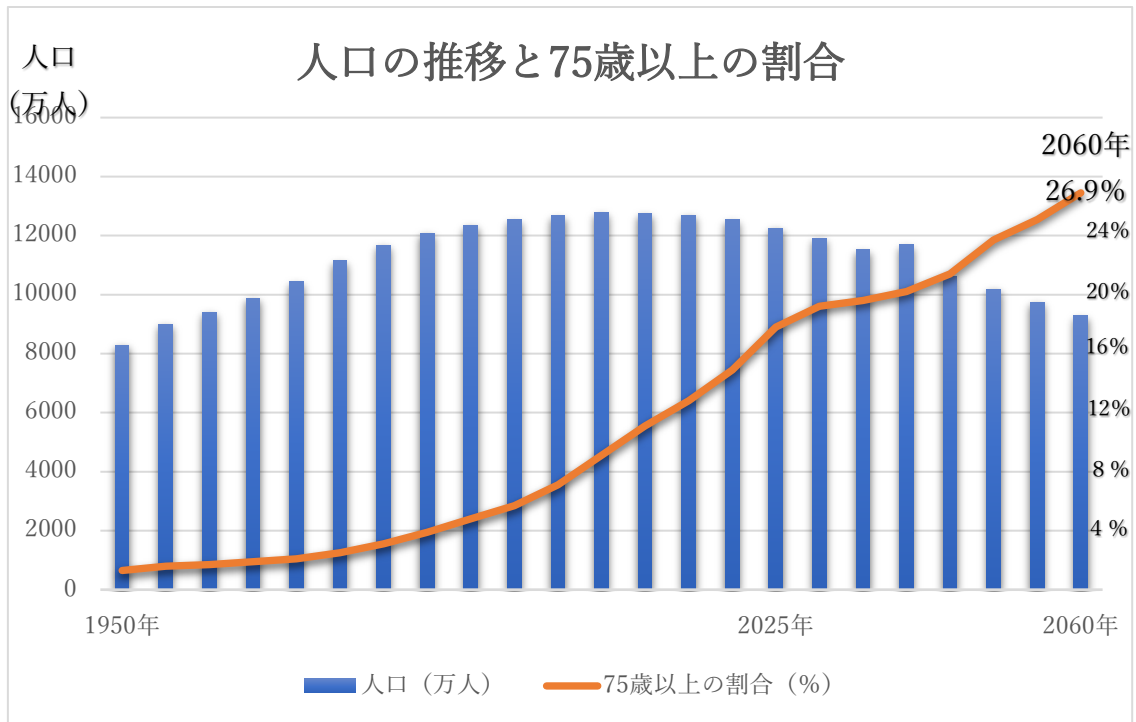
これからも1に安全・2に笑顔、諦めず考え工夫して、介護に一生懸命を実践して参ります。

『ぽかって、楽しい』

デイサービス ぽから
谷川 陽美

はじめに

日本では 2025(平成 37)年には、いわゆる『団魂の世代』が 75 歳以上となり高齢者数が 3658 万人になると推計されています。その中で認知症の人は約 700 万人前後となり、65 歳以上の高齢者に対する割合は現在の約 7 人に 1 人から 7 年後には、約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれており更なる『認知症対策』が急務となります。



認知症は、高齢化に伴い必ず起こると言っても過言ではありません。認知症の人は、認知機能の低下により状況の【認識】・【理解】・【判断】が適切に行えなくなります。対策として、早期発見と進行・悪化予防が重要となります。

認知症療法として、レミニールやメモリー等を使用した【薬物療法】・脳トレなどの【非薬物療法】があります。

デイサービスぽからでは、さまざまな非薬物療法に取り組んでおりその実践例についてほんの一部を紹介させていただきます。

【園芸療法】

花や野菜を育てることは、感情の安定や自発性の改善に役立ちます。自らの手で植物の世話をし、成長を助けることで「自分の手で育てている」という【自尊心】・【充実感】が生まれ、さらに「大きくなるかな?」「もうすぐ咲くかな?」といった【期待感】や、「咲いた!」「実がなった!」といった【達成感】・【満足感】が得られるなど、心にさまざまなプラス感情をもたらします。

利用者様には、ぼから農園を利用して花や野菜の種まき・水まき・肥料を与える・雑草取り・収穫までの一連の作業を行って頂いています。

【音楽療法】

音楽を聴いたり歌ったりすることで脳の血流が増し、脳を活性化させるばかりではなく気持ちを落ち着かせるリラクゼーション効果が期待できます。音楽は【記憶の扉を開けるカギ】とも言われており、子供の頃に歌った歌や若い頃の流行歌は回想法と同様に昔の事を思い出し、さらに脳を【活性化】させる効果も期待できます。

ぼからでは、イントロクイズや唱歌や童謡や懐メロを聞いて頂いたり皆さんで歌って頂いています。カラオケ大会等を開催し、楽しみながら音楽に出来るだけ関わっていただけるよう努めています。

【作業療法】

作業をできるようにする事で、健康状態と【幸福感】の改善をもたらします。笑顔を引き出せる関わりに心掛けることが重要となります。職員が労う事により感謝の言葉と受け止め自身の【存在感】が認められていることに繋がります。

洗濯物を干したり・畳んだり、コップ・食器洗い・折り紙・小物入れの制作・広告紙を利用したのゴミ箱作り・雑巾の縫物等を行っています。

【回想法】

心理療法の一つであり、過去の記憶を手掛かりにしてその人の人生を振り返ることで精神の安定を図ります。昔の事を思い出そうとしたり、他者と「話す」・「聞く」という事で【コミュニケーション】を図ることで、【記憶力】・【集中力】が使われ脳が活性化されます。

テーマ『学生時代の事・流行っていた遊び・流行歌・ファッション etc』を決めて過去を思い出してもらい利用者様や職員と会話をして頂いたり、他の利用者様の前で話をして頂いています。また、昔撮影された写真を持参して頂き思い出話や、その写真にまつわる様々なエピソードをお話して頂いています。

【デュアルタスク・シナプソロジー】

認知症になると物忘れがひどくなり、今まで出来ていた「ながら動作」ができなくなります。【2つの事を同時に行う】・【左右で異なる動きをする】といった普段なれない動きをすることで脳に適度

な刺激を与え血流量を上げ【活性化】を図ります。

散歩や歩行訓練時に計算（掛け算・足し算・引き算）をおこなったり、歌をうたいながらリズムに合わせて手や足を動かして頂いています。

繰り返し（ぼからでは、午前と午後の 1 日 2 回脳トレを実施しています）も大事ですが、新しいものや世の中の話題を取り入れたぼから独自のレクリエーションにも積極的に取り組んでいます。

『ぼから版カーリングゲーム』

今年、平昌オリンピックでも【話題となったカーリング】を取り入れたゲームで手作りストーンをテーブル上のハウスにめがけて滑らせて得点を競います。皆さん「そうだね〜！」と掛け声をかけながら笑顔で参加されとても楽しまれています。

『ぼから版卓上相撲ゲーム』

利用者様ご本人に、しこ名を付けて頂き対戦して頂いています。ご自分で付けて頂いただけあって愛着を持たれるようで意欲の向上や、勝負にとってもこだわりを持って真剣に参加されています。

『手作 de オセロゲーム』

利用者様の制作による手作りオセロは、とても愛着があるようでとても好評です。ボードや石を一から【手作り】で制作して頂きました。ハサミを使用してダンボールを丸形に切り抜き、アクリル絵の具で赤と黒に塗り分け手を汚しながら職員と一緒に制作して頂きました。

『ぼから版リングディング』

手の形にカラーゴムを掛け、色や指の組み合わせの見本を作り利用者様に同じように掛けていただきます。難易度もさまざまに調整ができることで、参加される利用者様に合わせて提供することができます。

『みんなで一緒にゼスチャーゲーム』

職員がゼスチャーをするとき「何だろう？」と利用者様は真剣に考えていただいています。利用者様がゼスチャーをされる時は皆さん真剣に表現方法を考えて下さり、回答側の利用者様の爆笑をさそったりしてその場がとても和んでいます。

『絵合わせ』

絵柄は簡単な野菜や果物の写真や複雑な風景画などさまざまに多数用意し、利用者様の介護度に合わせ種類や枚数を調整し同じ絵柄をそろえて頂いたり、野菜だけ果物だけ等で集めて頂いたりとさまざまなルールにて提供しています。

『記号で遊ぼう』

いろいろな記号(○・☆・＋・¥・∞ etc)のカードを利用します。神経衰弱のように裏向きになったカードの中から同じ記号のカードを 2 枚引き当てたり、記号を1つ決めて「この記号と同じカードを何枚見つけて下さい」等ルールはさまざまです。

『穴埋めことば・ならびかえことば』

「○かさ○し」・「デ○サ○ビ○」など、ぬけている所に言葉をいれて完成させます。季節を感じられる言葉や、名前や昔懐かしいものなどバリエーションも豊富です。とても得意とされている利用者様もいます。

『無くなったもの何だっけ〜ゲーム』

3 個〜7 個程度の品物を、一品ごとに見て覚えて頂き缶のなかへ片付けてから、ゲームとは無関係な時間(歌をうたったり等)を過ごして頂き、全ての物を答えていただきます。さらに一品だけ缶から出さずその品物を答えてもらいます。

『ぼから版お楽しみカジノ』

トランプで赤か黒かの選択であったり、職員がカードを 1 枚引いてその数字が上か下かの選択であったり、引いたカードが何であるかを選択したり等さまざまな形で提供できます。当たった方にはようざん通貨倍返しです。

脳に与える【高揚感】や【緊張感】が、神経細胞を刺激して脳を活性化させることを利用した脳トレになります。ドキドキ・ワクワク・ハラハラといった心理状態が強いほど良い影響を与えます。

『ぼから売店』

クイズや、ゲームでの商品として貯めたようざん通貨をぼから売店で交換出来るので利用者様に喜ばれ、意欲向上に繋がっています。「次の売店ではこれを用意してね」とリクエストをいただいたり、「これちょっと高いわよ」と値切られたり楽しくコミュニケーションをとれるツールとして役立っています。

結果

個別または、グループごとにぼから独自のレクリエーションを提供し実践していただいた結果。

- * 参加意欲を高められるようになった。
- * 集中力が高められるようになった。
- * 笑顔と会話が增えた。

まとめ

デイサービスぽからでは、認知症予防や進行防止のためにさまざまな取り組みを行ってきました。

私たちの日々の取り組みが利用者様の、脳の刺激となり認知症の改善に役立つよう、これからもさまざまな工夫また、他事業所と連携し情報交換等を行い、更により良いレクリエーションを提供できるよう努力していきたいと思えます。

ようざん認知症介護事例発表会
小規模多機能型居宅介護

2018-2

2018/7/3

- 1 貝沢がつないだ友情
ケアサポートセンターようざん貝沢 p.1
- 2 私の仕事は主婦です～認知症の夫との生活～
ケアサポートセンターようざん p.5
- 3 希望に沿ったケアとは～個人に合わせた支援を目指して～
ケアサポートセンターようざん小埜 p.9
- 4 心と身体の活性化へ～心の寄り添いを意識した支援～
ケアサポートセンターようざん石原 p.12
- 5 馴染みある所(自宅 & 大類)での生きがいと笑顔～在宅復帰をするための寄り添い方～
ケアサポートセンターようざん大類 p.15
- 6 働きやすい働きがいのある職場づくり
ケアサポートセンターようざん双葉 p.18
- 7 大好きなお母さんと一緒に
ケアサポートセンターようざん藤塚 p.21
- 8 家族の願い・私たちに出来る事～always do my best～
ケアサポートセンターようざん並榎 p.24
- 9 道は開ける(人をまとめるのが好き)
ケアサポートセンターようざん栗崎 p.28
- 10 あなたがもし認知症になったら・・・人生・ご家族、終わりですか・・・?
ケアサポートセンターようざん飯塚 p.32
- 11 夕暮れ色から虹色へ
ケアサポートセンターようざん倉賀野 p.35
- 12 何か楽しいことないかしら・・・
ケアサポートセンターようざん中居 p.38

貝沢がつないだ友情

ケアサポートセンターようざん貝沢

発表者: 井上美香

高橋里絵子

【はじめに】

利用開始の時期はそれぞれ前後しますが、A 様、B 様それぞれに悩みをかかえつつもお二人が知り合い、仲良くなられるきっかけになれた事を誇りに思い、このケアサポートセンターようざん貝沢で友情を育まれた経過を皆様にご紹介させていただきます。
(A 様は太字で表記させていただきました)

【事例紹介】

A 様(70 歳)女性

要介護度 1(のちに 4 となる)

既往歴: 高血圧、狭心症、くも膜下出血、動脈硬化症、B 型肝炎、左半身軽度麻痺

障害老人の日常生活自立度 B1→B2

痴呆性老人の日常生活自立度 IV→II b

B 様 (80 歳) 女性

要介護度 1

既往歴: 大腸がん(内視鏡手術済)、軽度認知症(MCI)、うつ病

障害老人の日常生活自立度 J1

痴呆性老人の日常生活自立度 I

【生活歴】

A 様

以前は前橋で美容師をしており、結婚後は高崎へ転居。専業主婦にて子供は 3 人。現在は夫と 2 人暮らし。

趣味は手芸、裁縫。

H28 年 1 月 9 日、自宅にて転倒され、膜下出血を起こし高次脳機能障害のため入院される。

B 様

沼田に生まれ、結婚を機に高崎へ転居。夫と自営業を営まれる。子供は 3 人。

現在は独居。

趣味は民謡、三味線。それに伴い友人が多く社交的な性格で、手先が器用。

夫は認知症の為、以前こちらを利用されていたが、他施設へ転居され主介護者であった疲れからか、うつ症状がみられ入院治療となる。

【サービス開始までの経緯】

A 様

高次脳機能障害のため注意力・理解力が低下、危険予測が出来ない。左半身に軽度麻痺が残り左肩膝に関節痛の訴

えがある。ふらつきが強く転倒リスク高いが杖で歩行。転倒が心配なため昼夜目が離せない状態。

主介護者である夫の精神的・介護的負担の軽減を図る為、住宅改修などを利用した自宅での生活を目標に、退院後はそのまま宿泊利用となる。旦那様への依存が強く、加えて心配性のため携帯電話で常に連絡を取っている状態。

B 様

夫の介護疲れからと思われるうつ症状がみられ、軽度認知症 MCI との診断が出る。

以前の主介護者として接していた時の姿とは程遠く、無表情で覇気がなく生活のリズムも乱れ、自宅に引きこもりがちとなっていた。

気力・意欲の低下に加えて物忘れ等の短期記憶障害が増え、独居の為に内服管理など困難と思われた。

認知症の進行や下肢筋力の低下などを心配する家族より「生活のメリハリが生まれれば」との利用希望があった。

【取り組み・経過】

A 様

自宅は杖での生活に対応しておらず、住宅改修にて手すりを設置するため、また主介護者である夫のレスパイトケア、歩行機能の充実を目標に宿泊メインで利用開始となる。夫より自宅での生活に向け排泄介助の相談を受け、受診の際も苑での送迎から、福祉車両を購入しての家人送迎となる。利用開始 1 カ月が経つ頃には自宅で過ごせる日も増えたが、転倒する事があると夫より相談を受け、苑でも注意していた矢先、夜間居室より歩いて出てこられ転倒、骨折してしまう。本人より「私が悪かったの、言われていたのに聞かなかつたから倒れたのよ」と発言があり、夫からも「本人もそう言っているの、リハビリして良くなったらまたこちらでお願いしたい」と一時解約される。その後 2 回の手術、リハビリ転院をへて再契約となり利用開始され、B 様と出会う。

B 様

利用当初はそわそわ落ち着かず携帯電話を常に離さず、午後になると誰かに連絡を取り「帰りたい」と訴える姿が見られていた。以前はおしゃれな方だったと記憶していたが、来苑され久しぶりにお会いすると、容姿に無頓着になっており自宅で入浴していない様子だった。最初は「家で入っているからいいわよ」と拒否する事も多かったが、徐々に入浴していただける回数が増えていった。作ることが好きな様子で制作レクに言葉少ないながらも参加されるようになり笑顔が増えていき、通いは夕配食持参で 16 時帰宅。自宅での薬の飲み忘れが多く配食時に内服確認をする。苑に慣れ 2 カ月が経とうとしたころ A 様と出会う。

H28 年 6 月 2 日 A 様利用開始

H28 年 7 月 22 日 苑宿泊時転倒し骨折入院となるが、骨粗しょう症の為手術出来ず

H28 年 9 月 1 日 再び利用開始

H28 年 12 月 5 日 A 様2回目の手術のため入院

H29 年 1 月 3 日 B 様利用開始となる

H29 年 1 月 31 日 A 様転院しリハビリに専念するため一時解約

H29 年 2 月 22 日 A 様再び利用開始となり、B 様と出会う

現在に至る

利用開始時の利用表

A 様	B 様
6月利用開始月は全日宿泊	
7月通所利用開始時	1月利用開始時
月 泊まり	月 通い 入浴
火 泊まり	火 配食
水 休み	水 通い 入浴
木 泊まり	木 配食
金 休み	金 通い 入浴
土 泊まり	土 休み
日 休み	日 休み

【経過】

最初は共に関心を示さず別々に行動していたが、お互いに携帯電話を持っていて、席が近い事もあり次第に仲良くなっていった。二人一緒にいる時間が増えていき、会話が弾んでいる姿がみられるようになると、利用のすれ違う日には「あら、今日は居ないの？つまらないわね～」といった声も聞かれるようになったため、お二人の利用日を合わせるなどイベントと一緒に参加していただけるよう調整する事にした。

調整後の利用表

A 様	B 様
月 泊まり 入浴	月 通い 入浴
火 休み	火 配食
水 通い 入浴	水 通い 入浴
木 通い	木 配食
金 通い 入浴	金 通い 入浴
土 休み	土 休み
日 休み	日 通い

【結果】

利用開始当初は、個々に携帯電話を手放さず A 様は家族へ、B 様は家族や友人に「家に帰りたいから迎えに来て」などと電話をしていた。今ではレクなどの活動を通して、より交流を深め楽しく過ごせるようになったため、携帯電話を使用する姿は見られなくなっている。いつの間にか番号を交換して連絡を取る程の仲になっていた。

A 様

B 様と出会い名前を呼び合うようになる中で、週 1 日の月曜日を宿泊、その他デイ利用となり、福祉用具(スロープ、車椅子、ベッド)を使用して夜間、土日は自宅で過ごす事が出来るようになった。

B 様

配食へ向かうと「つまらないから連れてって」と言う事もある。苑は楽しくて友達に会える場所となり「以前作ったの、飾って」と自らの作品や「コピーすればみんなで使えるじゃない？」と塗り絵の本を持参されるなど、馴染んで下さったのだと実感した。今では夕食を済ませてからの帰宅となる。

【考察】

A 様

利用開始当初は宿泊時、後遺症による体の痛みを訴える NC(ナースコール)が多く、リハビリが思い通りにいかない不安と「元のように何でも出来るようになりたい」と焦る気持ちがあり、見守る職員との意見が合わず気まずくなる事もあった。A 様に関わり少しずつ信頼関係を築きながら自宅での生活に向け努力していた矢先、転倒され骨折してしまう。入院となったが手術も成功し、ご本人の努力はもちろん B 様との出会いが原動力となる。今では意欲的に平行棒を使ってのリハビリに取り組んでおり「もっと体を動かせるようになりたい」と車椅子から杖歩行になるための目標に向かい、献身的なご家族との連携を取りつつ、B 様との交流も支えていく。

B 様

介護疲れからうつ状態になりご家族が心配される程、以前の活動的な姿とは程遠い状態での利用開始だった。職員とも馴染む事なくご自分のテリトリーを作り携帯電話を手放さず、帰宅願望が強く利用時間も短くなる事が度々あった。

配食時は内服も忘れる事が多かった為、確認するようにした。

通所に慣れ職員の手伝いなどを進んで下さるようになり、笑顔が見られるようになった頃、A 様と打ち解け携帯電話を使ってのやり取りをするまでの仲となった。

これからもお二人が、更なる交流を深められるよう、レクやイベントを企画し、B 様の「楽しい時間」を少しでも増やしていけるよう工夫していく。

【終わりに】

A 様

苑で転倒してしまったにもかかわらず、再契約をしていただけた A 様の思いとご家族の信頼に感謝しつつ、以前夫がうつ病を患っていた時期があり「世話になったから、今度は俺が看る番だ」と夫の介護に対する姿勢がとても協力的で、各機関との連携が取れており住宅改修・福祉用具の使用などを通して目標に上げていた自宅での生活をメインに小規模多機能施設の利用が理想のかたちで実現できている。

B 様

うつ病から気力・意欲が失われつつある中で、利用を通じて A 様と意気投合されるようになり、連絡を取り合う仲が現在も続いている。苑でのイベントなどもお二人並んで楽しく参加され、車イスの A 様に B 様が手を差し伸べている姿を見かけるようになった。ひきこもり疎遠になっていたご近所の方と公民館へ出掛けるなど、日々友人とのかかわりで笑顔も増え元気に過ごされ、以前の活動的な部分が出てくるようになった。困っている他利用者様や我々職員に助言や手助けをして下さるようになられた。

それぞれのご利用に至る経緯は違いますが、お二人が出会い『友情』という絆をつなぐきっかけを作る手助けとなれた事を誇りに思い、これからもお二人の人生に寄り添わせていただきたいと思います。

私の仕事は主婦です～認知症の夫との生活～

ケアサポートセンターようざん

発表者:奥秋 和幸

はじめに

今回紹介させていただく A 様はパーキンソン病を患っています。パーキンソン病は、ほとんどが中年期から老年期に発症し、症状が進むにつれ ON と OFF、つまり、動ける時間帯と動けない時間帯が見られるようになります。ON 時は大きな問題も無く生活できますが、OFF 時には生活そのものができなくなってしまいます。

今回は、そんなパーキンソン病を患いながらも、昼夜の在宅生活の実現を目標に看護小規模多機能型居宅介護を利用されている A 様の事例を発表させていただきます。

・利用者紹介

氏名:A 様 性別:女性 年齢:81 歳 介護度:要介護2 主な疾患:パーキンソン病

・生活歴

水上町鹿野沢出身。父親は水上町役場に勤務していた。

23 歳で現在の夫と見合い結婚。東京都世田谷区に家を建て、その後横浜へ。

H5 年に夫の親類の群馬に中古住宅を購入し、転居して現在に至る。

・ようざん利用までの経緯

H15 年に発症したパーキンソン病により、嚥下障害、体動困難になり、H28 年 4 月に入院治療となる。退院時のカンファレンスで、本人が内服管理を行うことが困難なため、夜間に動けなくなってしまうことを不安に思っており、夜間はようざんを利用することが条件となって退院が決まった。

・ようざん利用開始から在宅生活を希望するまでの経緯

ようざんを利用開始してから半年が経過したころ、A 様の旦那様が病気により入院することとなりました。その当時 A 様は日中をようざん、もしくはご自宅で過ごし、夜間はようざんに宿泊する生活を送っていたため、夜間にご自宅に誰もいない状態が続くことをとても心配されており、その事で体調不良になってしまうということがありました。また、A 様のご家族は、夜間での在宅生活をとても心配してはいるものの、今後の事を考えると徐々に夜間の在宅生活が出来るようになって欲しいと希望されていました。そんなご家族の希望や、夫がまたいつ入院するか分からないという不安もあった為、A 様は夜間も自力で自宅にて過ごせるようになりたいという思いを強く持つようになっていきました。

・在宅生活への不安

A 様は夜間を在宅で生活する際、体が動かなくなった時に、夫は病気への理解が無い為、協力が得られないという事をとても心配されていました。また、利用開始してから夜間をご自宅で過ごしたことがなく、夜間の在宅生活自体にとても不安を抱かれていました。

そんな A 様とご家族の在宅生活に対する意向を踏まえたうえで、我々が考えた在宅生活の実現に向けての課題とそれに対する取り組みを紹介させていただきます。

・在宅生活の実現に向けての課題と取り組み

○課題1 パーキンソン病の影響により歩行が不安定である。

パーキンソン病の代表的な症状の1つにジスキネジアというものがあります。ジスキネジアとは筋肉が無意識に動くことにより体が震えたり、口が動いたりしてしまう症状です。その為、ジスキネジアが強く表れている時には歩行がとても不安定になってしまいます。そこで、A様が安心して安全に歩行を行うために、我々は次の取り組みを行いました。

●取り組み 転倒せず安全に移動する

A様はジスキネジアが表れている時や体がOFFの状態になっている時には立位や歩行が不安定なので、車いすや手すりを利用して移動・移乗を行う事で転倒を予防しました。また、施設利用時にA様の負担にならない程度にリハビリ運動を行い、身の回りのことはできる範囲で本人に行ってもらうことで、在宅生活に向けての機能訓練を行いました。移動時に車椅子を使用するため、ご自宅への送迎時には玄関前の段差や飛び石に注意することで転倒の予防を行いました。

安全な歩行に対する取り組みを行う事で、ほとんど日中は在宅にて安心して生活を送ることが可能になりました。日中に在宅で生活をされている際には、定期的に職員が訪問し、状況の把握と安否の確認、バイタルの測定を行っています。

○課題2 夜間帯の排泄・ジスキネジア・OFF状態への不安

夜間帯は日中よりもOFFの状態になってしまうことが多いです。排泄行為が自分で行えないことや体が動かないことへの不安の影響もあるせいか、施設宿泊時はジスキネジアやOFFの状態などの影響で体に痛みを伴う場合や排泄を行う際はもちろんのこと、体が動く場合でも排泄介助や体位交換には常に夜勤者が対応してきました。ですが、自宅で過ごすとなると、何かあった場合に家族は遠方で暮らしている為、直ぐには駆け付けられません。よって夜間帯は認知症を抱えているA様の夫と2人だけになるので、排泄行為などは全て1人で行わなければいけません。

このように、夜間帯を在宅で生活するには色々問題がある中、先日、急遽他の利用者様が施設で宿泊しなければいけなくなりました。その日は満床で空いている部屋がありませんでした。そこで管理者からA様にご自宅に帰っていただき、夜間帯を夫婦2人で過ごせるかどうかこの機会に試してみようという提案がありました。我々は夜間帯の在宅生活をA様が安心して過ごすことができるように、次の取り組みを行いました。

●取り組み 夜間帯から朝までの排泄への対応

A様はジスキネジアが表れている時やOFFの状態の時以外は自分で排泄を行えますが、利用開始当初から去年の12月頃まで夜間帯は不安からか、ジスキネジアやOFFの状態でなくても必ず職員を呼んでトイレまで誘導して排泄介助を行っていました。そんなある日、A様の要望でオムツの中で排泄をする練習をしたいという提案があり、オムツの着用を始めました。最初は慣れない様子で、なかなかオムツ内に排泄を行えなかったのですが、今ではオムツ内に排泄を行えるようになりました。そして、明け方に体が動くようになってから職員の見守りの元、ご自分でオムツを外し、トイレを利用して排泄ができるようになりました。初めてご自宅で夜間帯を過ごされる際は、帰宅後に職員がご自宅を訪問してオムツを着用していただきました。そして翌朝に職員が安否確認の為に訪問すると、ご自分でオムツを外されており、自分でトイレに行けたとのことでした。

施設利用時にオムツでの排泄行為を行えたことで、排泄に関する不安が少し和らいだ様子で、初めての夜間帯の在宅生活は無事に過ごすことが出来ました。そして、A様はその後も順調に夜間帯での在宅生活を継続できており、今ではご自宅に帰る日をとても楽しみにされています。

○課題3 内服薬の管理を自分で行えない

A様はご自分で内服薬の管理を行う事が困難な為、在宅生活に向けて内服薬の管理をどのように行っていくかという

問題がありました。特にメネシットという手足の震えや筋肉のこわばり、動作が遅くなってしまうという症状を改善する薬は、ジスキネジアが表れている、もしくは OFF の状態の際に、日常動作を行うために内服が必要な薬です。ですが、定期的な内服が難しく服用が頻繁になると、薬の効果が薄れてしまい、薬の効果の持続時間が短くなってしまうため、しっかりと管理する必要がありました。そこで、我々は次の取り組みを行いました。

●取り組み 看護師による内服薬の管理

施設利用開始当初は、本人に状態を確認し必要時にはメネシットを服用していただいていた。メネシットを服用する際には記録用紙に服用した時間を記入することで、服用状況と服用量の管理を行いました。また、看護師がお薬ポケットを用意して、お薬ポケットに入っている薬を A 様に内服していただくことで、食前薬や食後薬等の定期薬の内服の間違いを予防しました。

A 様が薬の管理に少しずつ慣れてきたころ、夜間帯を在宅で過ごすという取り組みが始まり、薬の管理方法を変更しました。施設利用時には、起床時に看護師が用意した 1 日分の内服薬を A 様に渡し、必要時や定時に薬を服用していただくようにしました。起床時に飲む薬の服用時間を定時化することで、起床時薬の内服時間と、内服後にどれくらい時間が経てば体が動くようになるのか、ということをご自身に覚えていただくようにしました。夜間帯をご自宅で過ごされる時は、帰宅時に看護師が用意した夜の内服薬と翌日の 1 日分の内服薬を持参していただき、必要時や定時に薬を服用していただいています。

内服状況について確認すると、施設利用時やご自宅で過ごされる際に、特に問題なく内服薬の管理が行えていました。

以上の紹介させていただいた課題に対する取り組みを行う事で、A 様は可能な範囲の中で自立した生活を送れるようになり、在宅生活に対する不安を軽減することが出来ました。そして、順調に夜間帯での在宅生活を継続できており、今ではご自宅に帰る日をとても楽しみにされています。

現在の状況

A 様はようざん利用開始してから約 2 年間は週に 3 日は日中を在宅で過ごし、夜間は施設に宿泊していました。ですが、先ほど紹介した課題に対する取り組みを行うことで、今では週に 6 日は日中を在宅で過ごし、その内の 2 日は夜間帯も在宅で過ごすことが出来るようになりました。ご自分の体の状態を A 様自身がしっかりと認識できるようになり、歩行時のふらつきがある時などは、ご自身で対処ができるようになりました。その為、転倒などの事故は起きていません。排泄に関しても、オムツの着用に関しては職員の介助が必要ですが、そこを支援することで、ご自分でオムツを外してトイレにて排泄を行える為、夜間帯から明け方にかけての排泄への不安は大きく軽減され、安心して在宅生活を送れています。内服管理もほぼ 1 人で行う事ができるようになりました。誤薬もなく、定期薬やメネシットをご自分で管理して内服出来ているため、安全に在宅生活を送れています。また、定期的に安否確認、バイタル測定を行う事により、A 様にはより安心してご自宅で過ごして頂いています。

去年の 11 月頃から月に 2 回ほど近所のスーパーで買い物にも行けるようになりました。A 様はこの月 2 回の買い物をとても楽しみにしていらっしゃいます。買い物中に職員と「夫はこの食べ物が好きなんですよ」などととても良い笑顔で話されていて、この姿こそが、生きがいを持って生活が出来ている本当の A 様だと感じられました。

そして、A 様が利用開始時に目標としていた「在宅で生活をする」という希望が少しずつ叶い始め、今となっては、動ける時は自炊や掃除、洗濯など積極的に行い、また調子の良い時は簡単なシャワー浴なども行っているそうです。自宅で過ごされている A 様は施設にいる時よりもとても生き生きとしています。在宅での生活はどうかと尋ねると、A 様は笑顔でこう仰いました。「私の仕事は主婦なんですよ」。

まとめ

今回の A 様の在宅支援への取り組みで気付いたことは、利用者様の気持ちを理解してケアをしていくことの大切さです。

施設利用開始当初は不安からか職員に頼りがちな A 様でしたが、今は自分で出来ることは積極的に行っています。自分で生活することに自信を持てたことにより、とても活発的に日常生活を過ごしていただけるようになりました。これこそまさに、A 様の希望であった在宅生活を実現するための「自立支援」だと、今回の事例を通して実感できました。また、訪問でご自宅に伺った際の A 様の表情は、とても穏やかで充実感とやりがいに満ち溢れており、家事をしている姿は正に「主婦」そのものでした。

そして、この利用者の気持ちに寄り添ったケアこそが、我々介護職員が行うべきケアの本来あるべき姿だと、A 様に改めて教えていただきました。

まだ夜間帯の在宅生活は始めたばかりなので、これから色々問題が出てくると思います。ですが、これからも A 様とご家族の意見を踏まえ、職員と医師とでうまく連携を取りながら A 様が在宅で安心して過ごせるように在宅支援を続けていきたいと思っています。

希望に沿ったケアとは

～個人に合わせた支援を目指して～

ケアサポートセンターようざん小埜

発表者: 渡邊 愛香

【はじめに】

「なんで家に帰れねえんかなあ…」

いつだったか、そうつぶやいたA様の一言。

家に帰って生活したいと望まれたA様の気持ちに応えるため、身体機能の維持、意欲向上、家族との連携に取り組んだ事例をここに紹介します。

【利用者紹介】

氏名: A様 男性 85歳

介護度: 5

障害高齢者の日常生活自立度: C1

認知症高齢者の日常生活自立度: IIIa

既往歴: 高血圧、心筋梗塞、胆管結石、右手関節骨折

【生活歴】

岡山県に生まれ、4人兄弟の4番目、姉1人、兄2人の3男として育つ。高校卒業後は旧国鉄に就職。保線関係の仕事に携わる。国鉄退職後も関係会社に勤め、73歳まで働く。鉄道が趣味で、毎年夏に家族で旅行に出掛け、山陽、山陰、四国、九州など各地を訪れていた。現在は次男夫婦と同居され、次女の嫁が主介護者となっている。

【ようざん小埜利用の経緯】

H29年 8月13日: 左大腿骨転子部骨折によりI病院に入院

10月 3日: 敗血症、胆管結石のためH病院に入院

11月 6日: リハビリ目的でHリハビリ病院に入院

12月 1日: 退院

同日、奥様も利用されている『ようざん小埜』の利用を開始

【本人・家族の希望】

怪我で入院後、認知症が進んでしまった。今後は自宅でなるべく介助を必要としない生活を送れるようになっていきたい。

【利用開始時の様子】

- ・移動はリクライニング車椅子を使用しており自走は不可。
- ・膀胱留置カテーテルが挿入されており(バルーンは無し)、定時でオムツ交換を行っていた。
- ・短期記憶障害あり、何度も同じ話を繰り返される。

【課題と取り組み】

自宅での生活を目指すために、いくつかの課題が見えてきました。

【課題①: 歩行について】

- ・リクライニング車椅子を使用しており、自立歩行困難であった。
- ・入院中、病院でのリハビリ拒否が見られた。
また、本人自らの歩行意欲が見られなかった。

歩行についての取り組み

- ・車椅子から手引き歩行へ機能訓練の実施。
- ・平行棒、踏み台、椅子からの立ち上がり等、本人用プログラムをNSと検討、作成し、実施。
- ・現在では自ら積極的にリハビリを行うようになり、車椅子は返却する。

【課題②: 食事について】

- ・ミキサー食で対応。
- ・自ら食べる事はなく、職員が食事介助を行っても2～3割程度しか摂取されない。
- ・摂取量が少ない時は、栄養補助食品を併用していた。

食事についての取り組み

- ・食事状況を観察し、DrやNSに相談し、ミキサー食から刻み食に変更し様子を見る。
- ・徐々に本人自ら食べ始めるようになった。
- ・現在では一口大で提供し、食事量も全量召し上がる。

【課題③: コミュニケーションについて】

- ・他利用者様や職員との会話など、コミュニケーションを取る事が全く無い。
- ・職員が声掛けを行っても、反応がなく無表情。

コミュニケーションについての取り組み

- ・本人の好きな事や、思い出話など、職員から積極的にコミュニケーションを取り、会話を広げていった。
- ・旧国鉄に勤めていた事などを話題に挙げると、嬉しそうな反応が見られ、徐々に本人から会話するようになる。
- ・現在では笑顔も見られ、自ら他利用者様や職員に積極的に会話されるようになった。

【現在のA様】

- ・息子様やお嫁様と相談し、自宅で過ごせる日を設けている。自宅での宿泊では

- 「自分のベッドで良く眠れた」と話され、帰宅日が決まると、
「早く家に帰りたいなあ」と楽しみにされている。
- ・日々の機能訓練にも積極的に取り組み、職員に「今日のリハビリ当番は誰だい？」
「毎日やらなきゃダメなんだ」と話され意欲の向上が見られる。
 - ・2ヶ月に1度、H病院に泌尿器の治療のため2泊3日で入院しているが
担当NSより「来る度に元気になっている」との事で、入院中は寝たきりでの
安静が必要だが、歩き出してしまうと話されている。
 - ・玄関、トイレに手すりを設置するなど、自宅での生活を目指した住宅環境の整備を行っている。

【外食レク】

日頃から「うどんが食いてえなあ」「ここはうどんが出ねえんかい」と言われていたので、大好物のうどんを食べに行く計画を立てました。ご本人に話すと、それはそれは喜ばれ、チラシを見ては自らお店を検討されていましたが、結局決まったのは、近所にある『ゆで太郎』になりました。

奥様と連れ立ってお店に入るなり、券売機を食い入るように眺めて、何を食べようか、天ぷらは何にしようか、こんなにあったら迷うなあと、とても嬉しそう。結局暖かい天ぷらそばに決まり、「旨いなあ」と笑顔で瞬間に全量召し上がり、奥様の残された分まで綺麗に食べ切ってしまったのには驚きでした。

久しぶりの外食でとても嬉しかったらしく、ご夫婦ともに会話が弾み、「楽しかった」「旨かった」「また来たいなあ」と言って下さいました。

【考察】

利用当初に比べ、自らコミュニケーションを取るようになり、他利用者様を気に掛けて下さる姿も見られるようになりました。機能訓練を毎日欠かさず取り組んだ結果、職員の見守りの下、自力での歩行が可能となり、本人も「歩けるようになって良かった」と話して下さいました。引き続き継続して、より良いケアを目指し取り組んで参ります。

【まとめ】

今回の事例を通して一人の利用者様の希望に沿ったケアをするには、職員をはじめ、ご家族様の協力無しでは達成に繋がる事はできないと改めて感じました。

今後も小規模多機能の良さを活かして、利用者様、個人にあったケアを考え、支援に繋げていきたいと思っております。

ご清聴ありがとうございました。

心と身体の活性化へ～心の寄り添いを意識した支援～

ケアサポートセンターようざん石原

発表者：中島翔矢

【初めに】

人は誰でも、年齢を重ねるとなにかに取組もうとする意欲も姿勢も薄れてきてしまう。年齢を重ねることによって当たり前の事が難しくなっていく事も事実である。しかし、いつまでもその人らしい活気ある生活ができる事により、人は身心共に健康な状態を保てるのではないだろうか。今回その意欲と姿勢を取り戻すための支援について報告する。

【利用者紹介】

- A様
- 女性
- 94歳(T・13・6・24)
- 要介護3

【既往歴】

- H・25 アルツハイマー型認知症

【生活歴】

T市出身。結婚後、K町で暮らし二人の息子を授かる。長男が平成5年に亡くなり、夫が平成15年に亡くなってからは一人暮らしを続けてきた。日常的には長寿センターにて趣味のコーラスや体操、民舞などに積極的に参加していた。平成25年5月より物忘れなどがひどくなり次男家族が暮らすI町にて同居を始める。家族からは「平日日中は必ず独居状態となってしまうので出来るだけ本人には刺激のある生活をしてもらい、認知症の進行を防ぐことができればと考えています。」との要望の中、介護保険サービスの利用となる。

【問題点①】

〈人と全く会話されず1人でいることが多い。〉

来所され職員より声掛けを行うが、ほとんど反応も無く近くの利用者様との会話もされずテレビを一日中見られ、反応が無い時は日中傾眠状態になっている事が多い。

【問題点②】

〈入浴拒否が強い。〉

職員が入浴の誘いをするが「家が入ってきたよ！」「寒いからいいよ！」と入浴される事を頑なに拒否される。時間をおいて別の職員が再度声掛けをするが、それでも拒否は強く、毎回の声かけの工夫や別の事で移動していただく促しが毎回必要な状態。

【問題点③】

〈その場から動く事を面倒と思い、運動をしない。〉

一度座られると立ち上がる事を拒み、トイレに行く事以外は全く動かず、レクリエーション時に行う声かけに対しても「お腹すくからいいよ！」「疲れるからいいよ！」「いつも家でやっているから大丈夫だよ！」と身体を動かすことに参加しない事が多い。

【取り組み】

これらの問題点に対し利用者カンファレンスの中で話し合い、職員全員で様々な方法を提案し取り組むことにした。

【取り組み①】

個別対応としてはA様に「Aさん、卓球が得意なんですか？」「大正琴を習っていたと聞きましたよ。」「今日はようざんで歌と踊りのイベントがありますよ。」など生活歴から本人の趣味に合わせた会話をしたり、フロア環境対応としてはレクリエーションの時などに、職員を中心に輪になるかたちをつくりながら、利用者様同士がコミュニケーションをとりやすい状況を意識し、A様が一人になる時間帯を徐々に減らすことを試みた。今では日中眠られている様子も見られず職員の声掛けに対しても時折笑顔を見せて頂けるようになった。

【取り組み②】

入浴拒否に対しては、入浴することに少しでも興味を持ってもらえることを意識して会話をした。「今日のお風呂はいつもの雰囲気と一味違いますよ。」「今日はきれいな色のお湯なので見てみませんか？」「今日は森林の香りがする湯船ですよ。」「今日は花の香りがする湯船ですよ。」などとA様の興味を促しながら笑顔で誘導させて頂いた。これらを繰り返すことで少しずつ誘導できるようになり、浴室では「ほんとだね！こんなにきれいな色をしたお湯は見たことないよ。」「いいね！目に青葉だね。みどりはキレイで目にいいんだよ！」などの言葉が聞かれるようになった。日替り入浴剤や声掛けの工夫でA様の気持ちを動かすことができるようになり、今ではA様自信にリズムもでき拒否も少なく入浴が継続できている。

【取り組み③】

A様は高齢化による下肢筋力の低下がみられる為、下肢を使った運動に取り組んでもらうよう心掛けるが「嫌だよ！この場から動きたくないよ！」「家で毎日散歩しているからいいんだよ！」「立つと疲れるから嫌だよ！」と拒否が強い状態が続いた。工夫としてA様には椅子に座ったままの状態でも運動に取り組んでもらう事から始めた。最初は座った状態で足踏みをするのさえ「回数が多いよ！」「疲れるよ！」「そんなにできないよ！」との言葉が多かったが明るく声掛けを行いながら続けることによって、10回が20回、20回が30回と徐々に回数を増やせる進歩がみえた。ある日A様自身から「皆立ちながら運動しているから、あたしも立って運動するよ。」と平行棒を使った昇降運動にも積極的に参加されるようになった。椅子に座った状態から10回するのも難しかったA様だったが今ではこちらから「Aさん、今日は何回しますか？」と訊ねると「80！80回するよ！」と自身から回数を決め取り組まれるまでになった。

【終わりに】

A様による意欲向上の表出化に関しては、私達に支援の自信をつけさせてもらった事例であった。それまでのA様からは昇降運動をする際に自ら回数を決める状況は想像できるものではなく、日に日に増していく意欲と姿勢はこれからも大切に継続できるように携わっていかなければならないと思う。

今回コミュニケーション、入浴、運動の3つの問題を通して私達は意欲向上、生活機能向上の取り組みを行ってきた。なにより最初は見えなかったA様の積極性が徐々に見えはじめ、そのやる気を削ぐことなく携わる事ができ、今現在も継続ができている事はA様にとっても私達にとっても良い結果に結びつける事ができたと思う。他者との会話を避けた

り大勢で運動等に取り組む事が苦手なA様だったがその都度心に寄り添いしっかりと携わる事によってA様と他者との溝が埋まり、今では会話をしたり共に運動に取り組まれる姿もみられるまでになった。入浴に関してもはじめは頑なに拒否をされていたが何度も何度も繰り返される心と心のふれあいの中で安心感も生まれ、心と身体の活性化へとつながったのではないかと考える。それはつまり心の寄り添いを意識した私達と過ごす時間が、A様にとって日常的な生活の一部として組み込まれるようになった証しなのだと思う。

馴染みある所(自宅&大類)での生きがいと笑顔

～在宅復帰をするための寄り添い方～

ケアサポートセンターようざん大類

発表者 吉田昌延

新井亜希

【はじめに】

ケアサポートセンターようざん大類は、開設して一年半が経ちました。利用者様の「住み慣れた地域で、望んだ暮らし」を支える為に、私達は一生懸命適切な介護サービスを提供してまいりました。

今回、市内の介護老人保健施設から退所後の支援の依頼を受けました。「平成29年8月老健を退所され、自宅に戻りましたが一人暮らしの為、日常生活において様々な問題があり、在宅生活困難。」その事例として所長を筆頭に私達は利用者様に対し、寄り添ったケアの過程について報告させていただきます。

【利用者様紹介】

- 名 前 :A様(女性)
- 年 齢 :76歳 要介護度:3
- 既往歴:くも膜下出血、左大腿骨頸部骨折、左大腿骨大転子骨折、認知症、蜂窩織炎(ほうかしきえん)。
- 生活歴:茨城県で生まれる。結婚後群馬県に移り息子を二人育てましたが、その後離婚し息子達は夫に引き取られました。A様は前橋市でスナックを経営し、生計を立てました。その後再婚しましたが、夫は8年程前に亡くなり、息子や兄弟とも絶縁状態です。現在生活保護を受給しており独居生活を送っています。猫を飼っていますが、掃除や片付けは行っていません。

老健退所当初

A様は自宅で過ごしたいと話されましたが、近所との付き合いがない為、自宅ではほとんどの時間を寝て起きて、好きな食べ物だけを食するという繰り返して過食も見られました。日中はテレビを見て過ごし、寝る時はこたつが布団代わりで1日のほとんどの時間をこたつで過ごしました。生活習慣も悪く不規則でした。そのため自宅での掃除や片付けができず、散らかったままの状態でした。金銭管理も出来ないため、高崎市社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を利用し金銭管理をお願いしています。また、1日二箱ほど煙草を吸うなど健康的とは言えない生活を送っていました。自宅内はなかなか片付けられず、煙草の火の不始末や衣服が散乱している状態から、大家さんから注意を受けたことがありました。

ようざん大類利用当初のA様の様子と課題

近所付き合いがほとんどなかったA様は、周囲の雰囲気になかなか馴染めず緊張していたのか疲れた様子がみられ、体操やレクリエーション、食事中に度々傾眠があり、短期記憶や状況判断能力の低下がみられました。

取り組み

～生活への思い、要望を引き出す、活気を取り戻すため～

週間利用予定表

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
通い	通い	訪問	通い	通い	通い	訪問
	入浴		入浴		入浴	
集団レク 3食提供	集団レク 3食提供	個別対応 3食弁当	集団レク 3食提供	集団レク 3食提供	集団レク 3食提供	個別対応 3食弁当

1 信頼関係づくり

ようざん大類では、A様のニーズに応じて職員は常に寄り添い話を傾聴するとともに、心のケアに着目して、コミュニケーションを図っていきます。このようなA様の立場に立った手厚いケアを行うことで、安心感と信頼関係を築いていきます。そして、ケアプランに基づき、解決すべき内容はA様に伝えご理解の上で実施しました。

「マニキュアを塗ってあげる」

→A様はとてもオシャレが好きです。まずはA様との距離を縮めるために、ご本人が興味を示す化粧とマニキュアを塗ってあげます。その結果、A様はとても喜んでくださり、笑顔も浮かべてくれるようになりました。このような密なコミュニケーションを図ることを重ねながら、信頼関係を構築していきます。

2 不規則な生活習慣の改善

当初は、好きなものしか食べず、過食気味ということもあって不規則な生活が続いていました。そこでようざん大類ではバランスの取れた食事を毎日三食提供し、生活習慣を見直す為のサポートを行いました。また、煙草がやめられないということの対処にも取り組んでいます。

①「訪問時の際には、こちらからお弁当を提供する」

→好きな物ばかりを食べてしまうA様。そこで、訪問時には栄養バランスの取れたお弁当を提供し、常に健康の面でサポートしていけるよう努めています。

また、通いの際には食事のメニューを伝えるなどして食事への理解を深めます。

②「タバコが及ぼす悪影響を伝え、健康意識の理解と向上を高める」

→タバコを吸うことで、健康への悪影響と心身の機能低下に繋がってしまうことを、A様にしっかりと伝え、禁煙に対する意識を徐々に持たせていきます。また、A様の了解を得た上でタバコやライターを預かり健康管理に努めます。さらに、自宅に帰宅した後も禁煙を継続していくため、お口が寂しくなった時の煙草の代わりに適量のお菓子をお渡ししています。

3 生活環境の向上

片付けができず、家はいつも散らかった状況で、こたつが布団代わりになっていたA様。この状況を改善する為、職員が訪問し居間・キッチン・トイレ等の掃除や環境整備を行いました。また、洋服も散乱している状況でしたが季節に合わせて整理する取り組みを行っています。自立生活を維持する為にベッド、タッチアップ、ポータブルトイレを導入しました。

4 体調管理

毎日のバイタル測定を行います。かかりつけの病院と連携し、急な体調不良や変化にいち早く気づき早期対応を行っています。また、体調が悪い時はこちらで状態を確認できるようようざん大類の泊まりをすることを勧めるなどの声掛けも行います。

日々の対応では寒い時には暖房、コタツ、電気毛布をつけ、暑い日には冷房をつけるなど快適に過ごせよう自宅内の温度管理も徹底しています。

「足の下肢蜂窩織炎(ほうかしえん)の対応」

→入浴時に身体のチェックをしていたところ、両足に炎症が起きていることを発見しました。聞いてみると、強い痒みがあると訴えられました。すぐかかりつけの病院へお連れし、薬の処方してもらったことで現在足の調子は良好となっています。

5 精神安定の獲得

毎回楽しく継続して通っていただくことを第一に考え、周りの人との交流を円滑にできるようにするということ、レクリエーションを楽しんでもらえるようにすることなどの工夫を取り入れながら対応しています。

そして、自信をもってもらうためにA様の興味を引き出せるものを探りながら個別の対応を行うことで、再度自分自身への関心と自信を持ってもらうように努めています。

6 自分らしさを取り戻す

「月一回のヘアカラー、ヘアカットで自分らしさを取り戻す」

→昔からオシャレが大好きだったA様。経営していたスナックは接客業ということから、お話が上手で身だしなみにはとても関心が強かったようです。そこで、月一回のヘアカラーやヘアカットなどをすすめました。すると、「女性らしく、いつも綺麗で居たい」という意欲的な気持ちと自信を取り戻したご様子でした。同時にオシャレへの関心も取り戻し、かつてのような華やかな姿で通ってくださるようになりました。自然と自己表現や笑顔も増えました。

【まとめ】

今回の報告を踏まえて、A様は利用当初に比べ生活習慣や生活環境が改善し、心身機能の維持を図ることができました。現在では、汚れた洋服にA様自身が気づきようざん大類まで持ってきてくださいます。そして、こちらで洗濯した綺麗な洋服を着て通うことが、A様の自信と生きがいに繋がっています。

利用当初は不安を抱え、心を閉ざしていることが多くありましたが、今ではレクリエーションに積極的に参加していただきます。特に得意な料理のレクリエーションでは自ら率先してお手伝いをしてくださるなど職員との信頼関係も構築され、心身ともに良好となっています。これからも、A様の笑顔が絶え間なく続くようニーズに答えながらサービス向上を図っていきたいと思います。

働きやすい働きがいのある職場づくり

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者: 赤見州彦

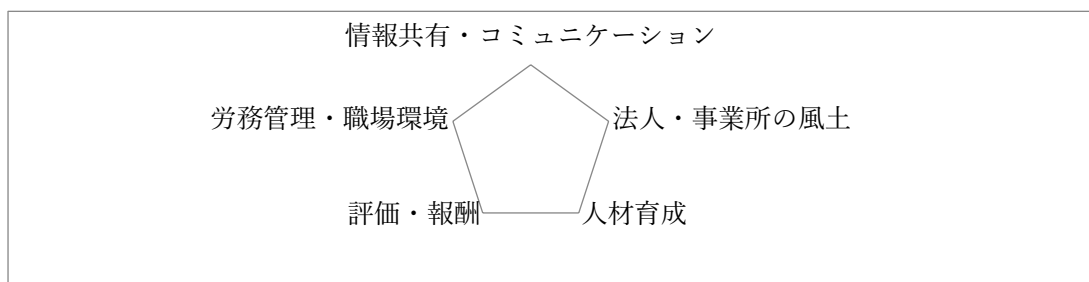
【はじめに】

深刻な人材不足と言われている介護業界。今後、2025 年を控え更に人材確保に向けた他産業との競争は激しくなると言われています。これから迎える厳しい時代に向け、今私たちがやるべきこと。それは一緒に働いている職員が、より「働きやすい、働きがいのある職場づくり」を私たち職員が主体となりみんなで作っていくことが大切ではないかと思ひ、取り組んだ事例について報告させていただきます

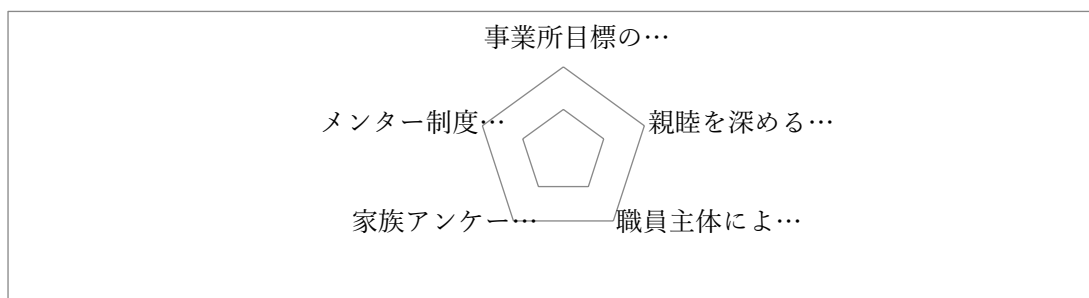
【目的】

昨年12月に行った「CHECK&DO25」の評価を基に、事業所独自で始めた取り組みの他、外部研修で学んだことを事業所で実践し、「働きやすい、働きがいのある職場作り」を目指します。「CHECK&DO25」で示された各グラフの項目を、事業所で取り組む実施内容に置き換え、5 項目の取り組みを通じ前回の評価から半年となる 6 月に再度CHECK & DO25による評価を行い、所長職員共により良い評価結果を目指します。

<CHECK&DO25>



<5 項目に対する事業所の取り組み>



【取り組み】

取り組み1: 職員主体による勉強会の開催

今年 1 月より、毎月職員が交代で講師となり、職員が職員へ向けて勉強会を行う取り組みを開始しました。これは人材育成の一環として、職員のモチベーションの向上、スキルアップによるケアの質の向上など様々な効果を期待し、始めた取り組みです。勉強会の内容はその月により様々で、いま事業所として必要な知識や技術であったり、その職員が得意とすることの他、敢えて講師が苦手とすることをテーマとし克服に向け勉強する機会とする事もあります。担当講師や内容、資料準備は所長と相談しながら進めますが、勉強会当日は私たち職員が主で行っています。

初回となる 1 月は、「チームケア」をテーマに。

2 月は「報・連・相」をテーマに

3 月 4 月は「介護技術」

5 月はスピーチロックについて

6月は地域密着型連絡協議会主催の「新任者研修」の研修報告を行いました。
開始して半年が経過し、様々なテーマを職員主体で勉強できています。
今後も引き続き継続し「質の向上」を目指す取り組みとしていきたいと考えています。

取り組み2: 目標の設定

より良いチームワークを目指す上で欠かせないのが「理念」と「目標」を明確に定める事だと研修で学びました。私たちは事業所理念として「笑顔と挨拶」という「接遇にこだわっていきたい」という思いから作った理念はありましたが、「目標」は設けていませんでした。そこで私たちは、早速「年度目標」の作成に取り掛かりました。

研修では、「管理者及び上司が決めたものでは上からの押しつけになってしまい、うまく機能しない」とのことで、これも私たち職員が主体となり作成しました。

みんなで作り、みんなが納得した魅力ある目標を共有する事が大事で、目標がしっかりとある事で全員が同じ方向を向いて日々の業務に当たる事ができます。

事業所の目標が決まると、今度は「個人目標」を立てます。

これは事業所の理念と年度目標を達成するための各自の目標となります。「理念・目標シート」を活用し、各自の目標を立て、これを基に所長と個別面談を行い目標の共有をしました。目標がしっかりとある事で、達成に向け職員が同じ方向を向き更なる一体感や働きやすい雰囲気を作ることが出来ます。

取り組み3: 親睦を深める取り組み(インフォーマルなイベントの充実)

これまで、事業所内での「飲みニケーション」「野球」など事業所外での交流の場を設けてきました。ストレスを発散し、職員の親睦を深め、健康の維持向上を目的とし、このインフォーマルなイベントをさらに充実していきます。

事業所の目の前にある「高崎アリーナ」を活用し、定期的にスポーツイベントを開催。主な目的としては、「職員の親睦を深める事」「ストレスの発散」「健康の維持増進」を目的として開催します。事業所内だけでなく、法人全体に案内を出し他事業所の職員との交流や職員のご家族の参加もあり楽しいイベントとなっています。「バスケ」や「バレー」の他、より幅広い職員の皆さんにとって充実したイベントになるよう「バトミントン」や「卓球」など他の種目の開催も予定していきたいと考えています。

初回となる4月は、職員のご家族さん含め40名弱の参加がありました。競技経験のあるなし問わず、思い思いにボールを追いかけ、楽しい時間となりました。

今後は他法人とも、「法人間の交流」の場としていけるよう外部へのアナウンスもしていければと思います。

取り組み4: 家族アンケートによる評価(「称賛」による自信とモチベーションの向上)

5月に家族アンケートを実施しました。

いただいた回答より、ご指摘に関しては真摯に受け止め、今後の質の向上のための貴重な意見とさせていただきます。お褒めのコメントに関しては、「褒められる」というのは無条件で嬉しいものです。ましてご家族からの言葉となればその効果は絶大です。

自分たちがやっている事が「喜ばれている」「家族の支えになっている」「こんなに感謝されている」。

こういったお礼のお言葉が私たちの励みや自信につながり、さらに上を目指す原動力となります。また、自分たちがやっている事が間違っていないという確認にもなります。今後も評価ツールの一つとして定期的に家族アンケートの実施を予定しています。

取り組み5:メンター制度の導入

制度導入自体が初めての事で手さぐり状態ですが、入職して1年未満の職員と所長が必要と判断した職員を対象にメンター制度を活用しています。

メンティーとの面談はメンターの判断に任せ、必要時は所長が介入するかたちをとっています。制度導入後、大きな問題はなく職員のメンタル支援が出来ているのではないかと感じています。

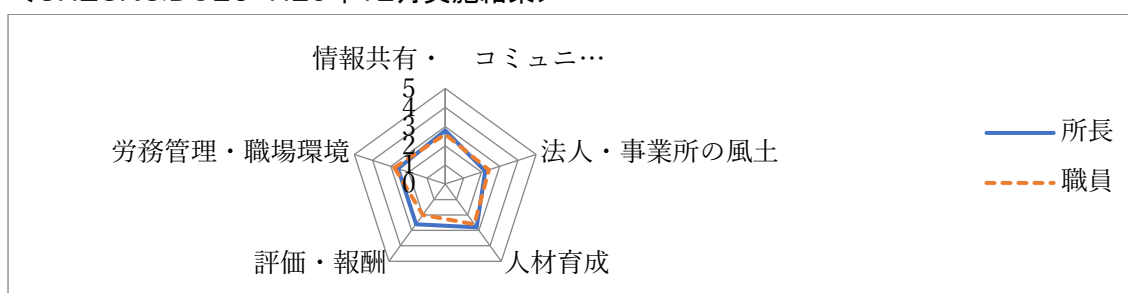
対象者や実施方法、メンターへのフォロー体制など検討すべきことは多くありますが、やりながらやりやすい形を模索して行ければと考えています。

【結果】

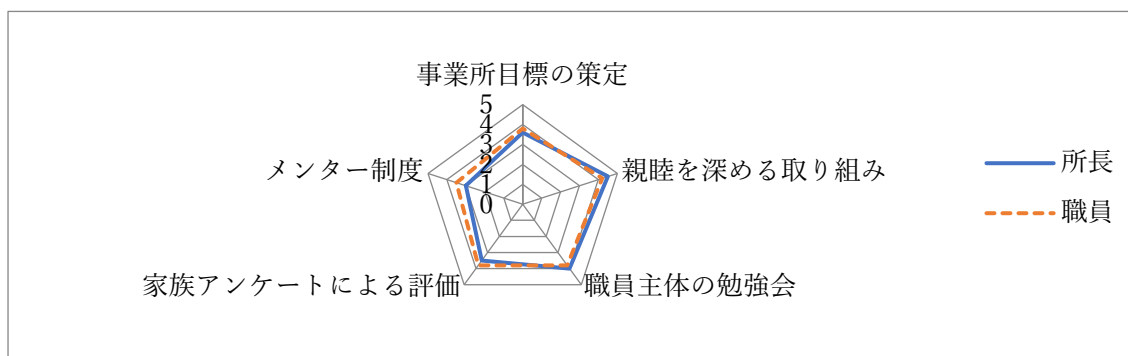
これらの取り組みを行ったうえで、6月に改めて全職員でCHECK&DO25を実施。タイミングとしては、前回実施から半年後となります。

結果は、

<CHECK&DO25 H29年12月実施結果>



<事業所独自の取り組み H30年6月実施結果>



【おわりに】

人材不足と言われる中、ただ新しい職員を待つだけでなく、今頑張っている職員がやりがいを持ちながら働きやすい職場をみんなで創ることで離職を防ぎ、新しく入る職員が安心して気持ちよく仕事ができる環境を創る事が大切だと考えます。

今回の取り組みはそのきっかけに過ぎないかもしれませんが、これからも職員全員でいろんなアイデアを出し合い、楽しみながら「働きやすい・働きがいのある職場づくり」を目指していきます。

職員が日々の業務にやりがいを持ち、楽しくできていることこそ、きっとその先は「働きやすい、働きがいのある職場」に繋がっていると信じて…。

大好きなお母さんと一緒に

ケアサポートセンターようざん藤塚

吉田 洋子

【はじめに】

家族であたりまえに日々を過ごしていく。

そんな日常が認知症状の進行や身体機能の低下によって少しずつ難しいものになってしまいます。それでも大切なご家族と、住み慣れた地域のご自宅で共に暮らし、共に笑っていたい。そう願われる事はごく当然の事です。

そこで私達は、今回ご紹介させて頂くA様ご家族にどの様に寄り添い、お手伝いできるのかを考えました。ADLが低下してもご自宅で変わらない生活を送って頂くために私達が携わらせて頂いてきた事例を発表したいと思います。

【対象者紹介】

・A様(女性)

・86歳

・既往歴:アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、一過性脳虚血症、高血圧、糖尿病、脊髄管狭窄症

・生活歴:高崎市内に6人兄弟の2番目。兄1人妹3人弟1人の長女として育つ。少女時代は弟妹の面倒をよく見られ活発に過ごされる。同市内に24歳で嫁がれ、一男一女に恵まれる。結婚後もパートにでられ、46歳の時に車の免許を取得するなど、チャレンジ精神にあふれ、何事にも一生懸命に取り組みられました。

多趣味でもあり、ヨガ・社交ダンス・カラオケ・木目込み人形などをされ、お友達も多く旅行にもよく出られました。現在はご主人、ご長男と市内にお住まいであり、A様ご本人からも「お父さんのことが大好きなんだよ」等の仲の良さが伺える発言も時折聞こえました。

【きっかけ】

ようざん藤塚をご利用頂く前から同系列のデイサービスをご利用頂いていましたが、介護量が増えたことにより、利用頻度が増え、既存のサービスでは賄えなくなり、より柔軟な対応をさせて頂くため、ようざん藤塚でのサービス開始となりました。

通い中心でご利用頂いていた平成29年8月朝

A様ご家族よりお電話を頂き「腰痛で動けなくなり、起き上がれなくなりました」とご連絡を頂きました。くわしくお伺いしてみると、前夜A様のご自宅のトイレで便器から滑り落ちてしまったとのことでした。

そのご相談をきっかけに受診して頂いたところ、腰椎圧迫骨折と、それに伴う大腸の炎症が発見されました。

一カ月程の入院となり、大腸の炎症は改善されましたが、認知症のため病院ではうまく食事をする事ができず、意欲・体力共に低下が見て取れたため、ご家族の希望もあって退院され、小規模多機能での経口摂取を目指していくこととなりました。

入所を検討するよう提案も受けましたが、ご家族がご自宅での生活を希望されたため、平日の通いと週末の宿泊を基本として在宅での生活が継続できるよう支援させて頂く介護サービス計画となりました。

【課題①】

認知症が進行したことによって食事の際、失行が目立つようになり箸や器を正しく使用することができなくなった。

【解決への取り組み】

- ・食事の際、どんなものが好物なのか食が進むものを探りながら介助を行い、食事量を増やしていけるよう好みの把握に努める。
- ・介助者も介助が作業的にならないよう共感に努め、食事中も A 様とのコミュニケーションを大事にする。
- ・食事に時間がかかっても全量召し上がって頂けるように送迎時間等を考慮し、A 様の負担を軽減する。

【結果】

まだ食事介助をさせて頂いてはおりますが、自ら箸を持たれて口へ運ばれる日も時折見られるようになりました。退院してすぐの頃と比較すると食事量もずいぶん増え、完食できる日も多くなりました。

【課題②】

身体機能の低下により、立ち上がりや歩行に介助が必要になった。

【解決への取り組み】

- ・車椅子移動を基本とせず、手引きによりご自身の足で立ち上がり、歩けるよう介助する。
- ・ご自宅でもご家族の協力により、週末に近所の公園で散歩をして頂いている。

【結果】

最近では歩行の移動距離も長くなり、歩行器での歩行も安定して行えるようになりました。立ち上がりもお声がけだけで行って頂けることも時折あり、以前より足取りがしっかりしてきました。

【課題③】

夕食後ご帰宅されてもご主人お一人では A 様をベッドへ移乗することは難しく、息子様は帰宅時間が遅い為、就寝までの介助が必要である。

【解決への取り組み】

- ・介護用ベッドを導入し、自宅の介護環境の改善を提案する。
- ・ご家族のスケジュールに合わせた曜日別のプランを提案し、臨機応変に対応する。
- ・ご主人お一人では難しい臥床前の着替えを帰宅前に施設にて行う。
- ・ご家族の夜間帯の負担をなくすため帰宅前にオムツ着用してお帰り頂く。
- ・帰宅後、車椅子にてベッド前までお送りし、移乗から臥床までを行う。

【結果】

A 様ご本人、ご家族共に夜間の排泄に関する負担軽減につながった。
介護用ベッドを使用されることによって離床時の身体的負担が軽減され、ご家族のレスパイトにつながった。

【まとめ】

今回、入院をきっかけにご自宅での生活が困難となり、ご家族への負担も大きなものとなってしまった A 様ですが、認知機能の進行や身体機能の低下があっても諦めることなく、対象者に合った介護サービスを見いだし、提供することが

できれば何事にも可能性がある事を学ばせて頂きました。

取り組みを始めた頃のまま何もしていなければ、寝たきりとなってしまうけれどもおかしくない状態でしたが、ご家族の献身的な介護と強い思いに私達が少しお力添えさせて頂ければ、入院前と変わらない生活を取り戻せるのだと実感しました。

これからも A 様とご家族が共に笑顔で暮らせるより良い介護サービスを提供し、お力になれるよう努力していきたいと思いました。

家族の願い・私たちに出来る事～always do my best～

ケアサポートセンターようざん並榎

岡 晋

諏訪田紗葵

【はじめに】

突然ですが、みなさんは「三大欲求」とは何かご存知ですか？

「食欲」「睡眠欲」「性欲」どれも人間が生きていく中でなくてはならない不可欠なものだと思います。しかし、病気によって、その欲求のバランスが崩れ、限られた欲求のみが

脳内に残り、自分自身ではコントロール出来ない程の状況になったとしたら・・・

また、そういった状況の方が自分の家族だとしたら・・・皆さんはどのように考え

支えていきますか？また、支えられる自信はありますか？

今回、取り上げさせて頂いた利用者様は、内服薬の影響や、認知症状の影響もあり、ケアサポートセンターようざん並榎をご利用された当初から、性的欲求が強く、どこでも構わず具体的な言葉が聞かれたり、職員に対し、性的な態度や行動をとってしまう利用者様です。ご家族は、昔の様に、明るい笑顔で、やさしいおじいちゃんに戻って貰いたい。なんとか偏った欲求行動を抑えられればと考えており、これからも一緒に在宅生活を送って行きたいと言うご家族の気持ちを、小規模で支えられないかとの思いで目標とし取り組みさせて頂いた事例です。

【対象者紹介】

対象者 A様 80歳

既往歴: 狭心症

: 脳梗塞(H24年発症し左半身に軽度麻痺が残る)

: 糖尿病(現在内服薬及びインスリン皮下注実施)

【生活歴他】

出生は群馬県渋川市、その後幼少期に両親と台湾で過ごされる。日本に戻って以降は渋川に戻り生活をされる。妻と結婚後は4人の子供(4姉妹)に恵まれる。仕事は一流企業の技術研究所にて研究員を定年まで勤めあげる。定年後も、住宅展示場での夜勤の仕事や警備員なども行い70歳頃まで勤労されていた。一方で趣味も多彩で、カラオケ教室・ダンス教室・読書・パソコン操作も得意。渋川に土地を借り畑仕事も行ってた。野菜は嫌いだったが、果物は好き。英語が堪能であり高校生に教えられる程の実力と娘様よりお聞きする。他、数学も県内で2番になった事や家庭教師などもされていた事がある。

【性格】

ご家族より元々は無口で決して話す機会は多くはなかった。でも、娘たちにはやさしい父親であった。

【現在のサービス内容】

通所 月・水・木・金

訪問 火曜 10時・16時 トイレ誘導

土日は在宅にてご家族と生活(現在は変更有)

日	月	火	水	木	金	土
休み	通い	訪問 10時・16 時 トイレ誘導	通い	通い	通い	休み

【入所より現在までの経過】

H29年10月よりご利用開始。ご利用初日より、目が座っている様子が伺える。男性職員が声を掛けると反応が薄い。しかし、女性職員が声を掛けるとニコニコ反応が良い様子が伺えた。ここまでは何も異変を感じていなかった。その後、女性職員がトイレにご案内し、個室に入った瞬間、抑えられない欲求が始まる。トイレ内で抱きつこうとする行動、キスを迫ろうとする行動等が多くみられました。また、女性職員に対し、行動だけではなく言葉の欲求も常に見られ、抑えが効かない様子。女性職員を追いかけまわす事も見られた。その他にも行動欲求として外に出たい衝動が抑えられず入り口のドアを開けようとする様子が覚醒時は何度も見受けられる。その都度、男性職員中心に一緒に外に出ながら本人の様子や言動について注意深く観察をしていく。外に出た瞬間、玄関先に干してあった干し柿を目にした途端、食べたい欲求が抑えられず、瞬時に手を伸ばし盗食する行動も見られる。丸ごと口にほおばり、種を所かまわず吐き捨てる。止めに入った職員に対し大声で怒鳴る姿が見受けられた。上記の行動が利用開始時から繰り返され、女性職員は皆後ずさり状態で関わる事すら出来ない。限られた男性職員で付きっきりで対応するも休憩すら取れず、早々に限界を感じている状態。それが、利用開始してからわずか数日の話。「ここでは無理なのか・・・」「他事業所を早急に探した方が良いのか・・・」職員の誰もがそう感じていたと思います。でも小規模多機能でしか出来ないやり方で関りを継続出来ないか？そう考え、最初にアクションを起こした事が・・・

下記の取り組みになります。

【課題】

- ① 本人の欲求行動に対しての具体的かつ対応可能な事は何か？
(小規模だから出来る事を考える)
- ② 抑制が効かない欲求に対して専門医師との連携を図る必要がある
- ③ 表情が乏しく、同じ行動・同じ行為の繰り返しの為、過去の生活歴などから情報をもう一度精査し、本人が関心・興味を持って取り組める事を探し実践する

【取り組み①・・・課題①に対しての試み】

利用時間中に1度自宅に戻り気持ちのリセットを試みる

(利用中の本人の行動パターンを把握し実行)

方法:通所利用時間において 来苑時～昼食提供の間は比較的落ち着いて過ごせている時間が多かったが 昼食提供後より毎回、ドア付近まで移動しドアを開けようとする行動が

見られた為、ご家族と相談し了解を得た形で 昼食後の本人の行動に合わせて自宅に一度お送りする。(本人の行動に対し無理に引き留めず、本人の意思・行動に沿い対応)

その後、16時頃まで自宅でご過ごし頂き、再び、職員がお迎えにあがる。

再来苑後も、当然ドアを開けようとする行動は見られるが 本人が好きな カラオケなどのレクリエーションに時間を割きながら 夕食後まで対応していく。

【取り組み①の結果】

現在、自宅より来苑後は、外に出たい行動欲求は時々見られるも途中で自宅に戻らなくてもようざん周辺を散歩するなど落ち着かれることが多くなった。

【取り組み② 課題②に対する提案と行動】

②内服薬の見直し

ご利用開始当初からずっと服用している内服薬の中に、認知症薬が含まれておりご家族に確認すると、現在の主治医の前から継続的に処方されていたとの事でA様の現在の行動に及ぼす影響について セカンドオピニオンを提案し実行受診先の先生と相談し、内服薬を増やすのではなく、現在の内服薬の一部を抜いて様子を見ましようとの提案あり。抜いて様子を見ていく

【取り組み②の結果】

内服薬を減らした翌日より、A様の行動に変化が見られる。

- ・職員を目で追っても、追いかけてまわす事はなくなった。
- ・欲求の部分について 言葉が減り、職員とコミュニケーションが少しずつだが図れるようになってきた。(意思疎通が図りやすくなった)
- ・時々、冗談を交えて表情が緩むことが多くなってきた。
- ・集団のレクや行事等に参加出来る様になってきた。

【取り組み③ 課題③に対するスタッフの行動とケア】

③過去と現在の情報(生活歴や趣味・関心事)から関わるヒントを探る

・A様は仕事の合間で英会話教室やカラオケ教室に通われたり、ダンスやパソコンなどの 多彩な趣味や経験を持たれている点に着目し、A様との挨拶に英語を活用してみたり
レクリエーションの中に日本語を英語に変換して頂くものを取り入れたり
カラオケ大会の開催・フロアで職員とダンスの披露など・・・スタッフが積極的な関わりを行うことで信頼関係を築く。情報にない事も 関わりの中で「出来るかも・・・」と可能性を感じた事に関してはチャレンジを試みる。

【取り組み③の結果】

①会話のキャッチボールができた

「Aさん、いい天気ですね。山も川も綺麗ですね。ところで海と山と川でしたらどこが一番好きですか？」

「そりゃー海だよ。群馬には山も川もたくさんあるけど海はないからな。」

「そうですね。群馬の人には海は憧れですよ。海見るだけで嬉しいですよ。」

「そーだ。そーだ。」

こんな些細な出来事でも、私たちにとってはA様との関わりにおいて進歩が見られた証であり喜びなのです。

【考察・まとめ】

徐々にでは有りますが、内服薬を調整した事、欲求を違った興味・関心事に目を向けていく事により、A様も穏やかに施設で過ごせる時間が増え、また女性職員との関わりも少しずつ確保され、関わりが増えたことによりA様の表情も緩むこ

とが多くなってきています。それでも、まだまだ、A様との関わりにおいては希薄な部分もあり、また意欲が向上したと誰もが思う所までは至ってはならず、今後の課題として皆で一步一步前進して行ける取り組み・支援をしていけたらと思います。

今回この事例を取り組むにあたり、ご家族様から1枚の写真を見せて頂きました。

それは家族でお出掛けした時におやつを食べる時のものでしたが、私たち職員が見たことも無い様などびっきりの表情のものでした。

「こんなに素敵な笑顔が出来るのですね！」

少しずつでもこの笑顔が施設にいる時でも見られる様に最善の方法を考えていく事が私達の役割だと考えました。

まだまだ、A様のエンパワメントを引き出すには、出来ること・考える事は山積みです。

それでも出来る・出来ないではなくて「やってみる」！

それこそ、我々、並履スタッフがA様にそそぐ想いです。

優しい元気なA様の本来の姿を取り戻す為に……。

そして、1日でも長く自宅でご家族と生活を継続していく為に……。

Always do your best !

(常に最善を……。)

ご清聴ありがとうございました。

道は開ける(人をまとめるのが好き)

ケアサポートセンターようざん栗崎

根岸 亮

遠藤 寛

はじめに

わたしたちの小規模多機能型居宅介護施設においても、ターミナル期の方が利用されるようになりました。多様で複雑なケースがますます増えることになると思われます。そのなかで、一見すると特殊に見えて実は普遍的であると思われる事例をご紹介します。

<利用者さまご紹介>

A様(夫)

昭和5年9月22日生まれ

要介護3

病名 パーキンソン病 認知症

既往 慢性胃炎 逆流性食道炎 貧血 便秘

B様(妻)H29年12月8日他界

昭和8年11月24日生まれ

病名 末期癌

既往歴 糖尿病 高血圧症 H28年に大腸がん手術、H29年はじめに肝・肺に転移

<生活歴>

お生まれは、愛知県名古屋市。昭和30年ごろ高崎に居住されご結婚。妻のB様と建具屋を営まれ、従業員を雇い手広くお仕事をされていました。60代以降、細々とお仕事をされました。子どもは一男一女で長男は結婚し隣市在住・会社員。長女は結婚し、東京在住です。

いつでも、お二人で行動されるおしどり夫婦。旅行がお好きで、おふたりで全国の温泉めぐりされています。7~8年前前から認知症状が出て、服薬管理や日常生活に支障をきたしたA様の世話をB様が見ていましたが、膝の不調と病気のため、長男様が泊まって、お二人の食事や服薬などの世話をみるようになりました。活動量が少なく、ご夫婦でテレビをつけてこたつでボーとしていることが多い日々が続いていました。

<利用までの経緯>

昨年秋、B様の癌の状態が悪化。H29年7月、言動おかしく妄想・幻聴が出て動けなくなる。検査の結果、脳に転移していることが判明、放射線治療を行うが、医師より余命年内と息子様に告げられる。息子様を含め生活の危機が進行しました。

お二人とも介護保険の申請、利用となり、当施設をご夫婦で利用する運びとなりました。

B様に対してどのようなサービスを提供するのか、医療関係者や安心センター、ケアマネジャー、ご家族の間で検討が行われました。その際、導きの糸になったのは、A様・B様の仲の良さということでした。困難はあっても、お二人が離れ離れにならないような形をとろうということが話し合われました。

その結果として、在宅を中心として、訪問・通いを組み合わせられる小規模多機能をH29年10月からお二人で利用す

ることになりました。

<利用当初の様子>

長男が出勤された後に起きて食事をされるためにご夫婦は 10 時頃に起きて、パンなどを、ごく少量しか召し上がり、栄養状態も低下していました。B様の病状も進行していたために、お二人ともに生活意欲を失った状態で、日中ほとんどこたつに座っている生活で、筋力も低下し、A様はトイレにも這って移動されるような状況でした。

B様は利用開始を前後するように自力でなんとか立ち座りし、移動されていた状態から、自力での歩行が困難になるような病状の急速な進行でした。

A様は、歩行訓練の提案に積極的にこたえてくださいました。這っての移動からつかまり歩行、杖での歩行、と徐々に改善されました。食事は苑でも当初は 2 割～5 割程度しか召し上がらない日が続きました。

一方、B様は歩行から車いすへ、そして座位からベッドでの生活へと病状が進行しました。食形態も工夫しましたが、自力での摂取から介助へと進行しました。

しかし、お二人並んで座られている席は、お二人の仲の良さからか、暖かい空気が漂ってくるような気がしました。B様の病状の進行に妨げられることなく穏やかな笑顔がお二人ともに見られました。

<介護のため東京から長女が帰省される>

東京在住の長女が来られてお二人の面倒を見てくださるようになりました。

夕食も以前より家庭的なものとなり、A様の表情も明るさをとりもどしたようです。それでも、当初はお迎いの 10 時ころになってもまだベッドで休まれていて、朝食も少量しか召し上がられない状況でした。

H29 年 11 月 24 日、そのような中で、B様のお誕生日を当施設で行うことができました。ささやかな誕生会でしたが、お二人の笑顔がとても印象的です。A様から「よかったなあ」と何度もB様にお声掛けされ、B様の笑顔がふくらみました。お二人にこんなにも喜んでいただけたとは思ってもよらず、B様の優しいお人柄を知る機会となりました。

B様は通い・泊まり・訪問を組み合わせています。訪問看護も入っていますので、自宅や施設で、訪問看護師の指導をうけつつ、長女やB様・A様の気持ちに寄り添うことの大切さを学んでいきました。

11 月下旬、急速に病状が悪化し、自宅にてベッド上での生活になったB様は、意識レベルも低下していき。経口での食事摂取もできなくなりました。みとりケアの指導を受けた長女の不安はとても大きかったです。訪問したスタッフに、水分摂取や口腔ケアについて質問されることがしばしばありました。長女の不安を受け止め、自信をもってやってくださいとお伝えしました。ゼリーを食べるかどうかB様がまばたきで意思疎通してくれたと長女がうれしそうに話してくださいましたのはとても良かったです。ターミナル期の介護は介護者を支えることも大切なことであることを体験しました。

<B様他界後>

H29 年 12 月 17 日、B様は夫と家族の見守る中で息を引き取られました。

長女は東京に戻られ、A様と長男の生活になりました。

A様の喪失感は何ほど大きかったことでしょうか。ご家族とお話をして、家に引きこもるよりもなるべく早く、普段の生活のリズムを取り戻すことを優先すべきではないかという結論になりました。葬儀の後、1 週間後には通いを再開しました。A様も笑顔をすぐに取り戻してくださいました。

通いの拒否もありましたが、「仕事と思って来てください」という声かけが意外と良い結果となっているようです。「仕事=楽しくないこと」というイメージはあると思いますが、自分が必要とされているという思いは誰にとっても大切なことであると思います。

建具職人をされていたことから、手先の器用さを活用されて、おやつ作りなどのレクリエーションの際には先頭に立ってやっていただいています。

お食事は残存の歯数本で召し上がっていらっしゃいます。食事がすすまないのは、歯のことも原因であると考え食形態の変更を提案し、提供したところ、完食してくださるようになりました。食事や口腔ケアも自立されていらっしゃる方なので、視覚的にも食味の点でも食形態の変更は心配でしたが、気に入ってくださったようです。

<結果>

A様は施設のご利用によって、ADLの改善がはかられ、体重も当初より2kgほど増加しました。歩行も杖歩行が安定し、転倒の怖れは減少してきているように思えます。

お迎えに行ったときに、ベッドで休んでいることもなくなりました。

通い3回訪問2回/週のご利用でしたが、日中独居になってしまうことを避けるためにも通い6回訪問1回のご利用になりました。

H30年4月までは、迎えに行ったときに、「今日は行かない」「今日は行かないことに決めた」などおっしゃることが3回に1回くらいの頻度で見られましたが、現在拒否はほとんどありません。ご本人に何うと「ここへ来るのが良いんだよ」と前向きな言葉でおっしゃってくださいます。

<本人の思い>

浴槽の中で足をのばして「ああ、きもちいい。お風呂が好きなんだよ」と入浴されるお姿を見るとわたしたちも本当に幸せな気持ちになります。

ご自宅は、施設からほど近くで、実際には見えませんが、家から施設が見えるんだよとおっしゃいます。通いを拒否されたときに「今日は浅間山がきれいにみえますよ」と話すとそれじゃ行くかとなることもありました。

ホールでご利用者の前に立ち、パーキンソン病で不安があるけれども、ここに来ると元気になることなどご自分の思いを披歴してくださいます。そのことをA様は「人をまとめるのが好きなんだよ」と説明してくださいました。

最近になって、話し相手になる女性利用者とお話されることが多くなりました。B様他界による心の傷がやっといえてきた証であると思います。同時に施設をご自分の居場所として位置付けてくださったのだなあと思います。

A様は髭がトレードマークですが、理容サービスとしてご近所の床屋さんへの送迎をしたところ大変喜んでいただきました。もともととてもおしゃれでダンディーな方で、来苑の際には必ず鏡をみてから出かけます。地域のなかでそのようなサービスを選択できたこともよかったと思います。

<考察とまとめ>

ご本人の言葉として自分はパーキンソン病で認知症があるという風にいくらか諦観を含めておっしゃいます。こういう諦観は多かれ少なかれ、多くの高齢者の方が抱いていらっしゃるのではないのでしょうか。ご家族は様々な大変な状況なかで精いっぱい介護を行っていらっしゃいますので、せっぱつまって相談に来るという状況が多いと思います。気力や体力、そして環境との間のアンバランスが生じているなかで、今回の場合、さらに癌によるターミナルという重い課題が重なってしまいました。ご本人、ご家族にとって、どうしたら良いか思いに余ることです。そのような課題に私たちが微力とはいえ、関わられたことに感謝したいと思います。

ご本人は、ご家族に迷惑をかけてはいけなとか、様々な思いを抱えていることは想像に難くありません。そんな中で、ご本人が持ち前の積極性を発揮されていらっしゃいます。

介護する側もされる側も先が見通せないような状況のなかで、背中を押して前へと進ませてくれるのは、ご利用者の人生の蓄積であると感じかせていただいたと思います。まだまだ、隠されている引き出しやパワーがあると思います。介護する側もそうです。そのようなパワーに触発されながらまた新たな状況に踏み出して行きたいと思います。

あなたがもし認知症になったら・・・

人生・ご家族、終わりですか・・・？

ケアサポートセンターようざん飯塚

発表者：青木香央理

清水由希子

日々医療が進歩する中で、認知症を完治させる薬はいまだに開発されず、「私は絶対に認知症にはならない！」ということも残念ながら言えないのが現実かと思えます。果たして、認知症になるということは暗い未来の入り口なのでしょうか？

今回ご紹介する A さまは、以前は社会的で友人も多く、活発に生活をされていたそうですが、加齢とともに認知症を発症され、次第に家事や近所づきあいにも無気力となり、閉鎖的な生活を過ごすようになられました。

私たち、ケアサポートセンターようざん飯塚スタッフ一同は、A さまの生活の向上を目標として、旦那さまにご協力をお願いし、共に向き合い、時間をかけて支援を続けてきました。その支援の内容を、ここに発表致します。

●事例対象者さま紹介

- ・A さま 83歳 女性 要介護度 2
- ・既往歴：子宮筋腫、右乳腺癌手術、胃潰瘍、右大腿骨頸部骨折、認知症
- ・認知症状：記憶障害、見当識障害、エピソード記憶障害

●生活歴

- ・N 県で生まれ、8人兄妹の次女。人当たりの良い性格である。
- ・地元の県立高校を卒業後、東京の三越で働き、紳士服を製作していた。
- ・26歳で結婚し、2女に恵まれるが、夫の浮気に悩まされ離婚する。
- ・32歳で再婚し、その後高崎で暮らすようになる。きっかけは現在の旦那さまのいとこの紹介で、お互い再婚同士であった。A さんは、現在の旦那さまを真面目で良い人と評価している。
- ・子供2人はそれぞれ独立し、現在は夫婦二人暮らしである。

4年前、旦那さまが病院に入院した時、A さまは病院から自宅までの約400メートルの距離を一人で帰ることができず、コンビニの従業員に道を聞いて、なんとか帰宅できたそうです。

旦那さまによると、ちょうどこの頃から A さまの表情も変わり、夫婦ゲンカも多く、怒りっぽくなり、テレビも楽しめず閉鎖的な生活を過ごすようになったそうです。

<ようざん利用開始の経緯>

平成29年2月、夜間自宅で転倒し、右大腿骨頸部骨折のため入院。4月に退院され、ケアサポートセンターようざん飯塚の利用がはじまりました。当初は立位不安定で歩行困難があり、連日宿泊対応でした。自宅での生活に戻るためには、夜間自宅で旦那さまが就寝中にも一人でトイレに行けることが重要であったため、住宅改修を行い、苑内では日々奮闘し、リハビリに取り組みました。日中は、スタッフが付き添い歩行訓練に取り組みました。夜間は、這って移動することへの抵抗がなかったため、這ってトイレに行く習慣をつけてもらうよう、夜間苑内ではトイレまで這って行っていただくこ

とを実践していただきました。

約2か月後、徐々に這って移動する習慣がついてこられ、また、リハビリの成果もあり少しずつ歩行が回復されてきました。結果、週に1日、帰宅されるようになりました。

<問題点>

- ・苑内にて日中、立位不安定・歩行困難の A さまは「歩ける」意識が強く、都度立ち上がってはふらつき、その度スタッフが付き添い、見守りを行っていました。
 - ・夜間は熟睡されず頻回に覚醒され、帰宅願望が強く「帰らせてください。夫が浮気していて、家にいないかもしれない。」などと不穏になってしまいます。
 - ・常に表情が硬く、うつむいていて、無気力な様子がみられます。
- レクリエーションのお声掛けをするも、「私は結構です。」ときっぱり断られてしまい、離れたところで座り、表情は硬く、うつむいている様子がみられます。

●主介護者である旦那さまに、お話をお聞きしました。

→A さまの介護をやっていけるかどうか不安がある。A さまの被害妄想がなくなり、平和に過ごせるようになって欲しい。

◎ケア目標→趣味や好きなことに取り組み、活気のある生活を送っていただく

- ・A さまご本人に、趣味についてお聞きしましたが、「特にないね～。やりたいこともないし。」とおっしゃっていましたので、旦那さまにも A さまの趣味についてお聞きしましたが、「趣味はないと思う。」とおっしゃっていました。
- ・集団での騒がしいレクリエーションには A さまは参加しただけで、「私は結構です。」と皆の輪から離れてしまいます。一対一の個別対応では、どのような取り組みが A さまの心に響くのでしょうか。
- ・私たちは、A さまの情報を集めるため、スタッフにアンケートを実施し、A さまとの関わりの中で、新しく発見したことを記録するようにしました。

発見①習字

ある日、習字のレクリエーションを行うため準備していたところ、「それやるの？」と A さまは意欲がある様子が見られました。実際、とても達筆な字を書いてくださり、「習字は好きなのよ。」とにこやかに話されていました。

発見②花・細かい作業

制作レクリエーションにて、季節のお花を制作する作業をお願いしたところ、洋裁の仕事をされていたためか、とても器用に作業され、「次はどうするの？」とスタッフに質問されるなど、意欲ある姿がみられました。

発見③料理

ある日、スタッフとの会話の中で料理の話題になり、スタッフが「よろしければ、ようざんで皆さんに料理を振る舞ってくださいませんか？」と A さまにお話したところ、「そうね～、作りますよ！」と快諾して下さったことがありました。このことがあり、早速ようざんでの昼食レクリエーションを計画しました。

昼食レクリエーションでは、お好み焼きを作ることにし、材料を切るところから A さまにお願いしました。生地を焼き、「も

う少し焼いたほうがいいね。」と、焼き具合をみて器用にひっくり返し、お皿に盛りつけてくださるそのお姿は、とても生き生きとされていました。

完成したお好み焼きは、皆さまから「おいしい」と高評価でした。

現在・・・

毎日、苑内でスタッフが付き添い、歩行訓練を行っていました。結果、徐々に歩行状態が回復され、昨年7月には手引きによる歩行が安定してきたため、週に3日自宅で過ごされるようになりました。現在では、手引きなしでも歩行が可能となるまで回復され、宿泊利用は週に1日となり、自宅で過ごされる時間が多くなりました。

当初、表情が硬く、心を閉ざしていた A さま。現在では、閉鎖的な状況だった A さまの日常に、私たちが介入し、かわりを持ったことによって、本来の明るい性格を取り戻され、よく笑顔をみせてくださるようになりました。

●旦那さまの現在のお気持ちをお聞きしました

→今は特に困っていることはない。A さまが落ち着いて、明るくなってよかった。

今まで通りの生活を続けられればと思っている。

★最後に・・・

今年5月、旦那さまより、以前はご夫婦 2 人でよく菖蒲園へ菖蒲を観に出かけていたと、お話をうかがいました。ご夫婦の思い出の場所ということで、ちょうど菖蒲の季節ということもあり、旦那さまも同行をお願いし、ご夫婦を菖蒲園へお連れしました！

「いっぱい咲いてるね～。きれいだね～」と A さまはにこやかにおっしゃり、たくさんの笑顔を見せてくださりました。

帰り道中、「今日は連れてきてくれてありがとうございました！」と、A さまがおっしゃってくださったのを、私は聞き逃しませんでした。

A さまが認知症を発症されてから、ようざんを利用するまでは、生活が大変だったと旦那さまはおっしゃっていました。

認知症とは、その未来にたくさんのパラレルワールドがあり、ご本人との関わり次第で、いろいろな方向へ進むことができる、A さまと関わったことで私たちは気づかされました。

認知症になるということは、決して暗い未来の入り口ではないと思います。それは新たな人生の分岐点で、右へ進むも左へ進むも自分次第です。大事なのは、他人との関わりをなくさず、趣味をおろそかにしないことです。

夕暮れ色から虹色へ

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者 植井 安広

井坂 有紀

「はじめに」

認知症のBPSD(行動・心理症状)の一つに帰宅願望があります。「家に帰りたい」と訴えたり、実際に帰ろうとしてしまう症状です。特に夕方は、帰宅願望が出やすいほか、そわそわして落ち着きがなくなったり、イライラするなど、認知症の方にとっては、そのが症状の出やすい時間帯と言われており、『夕暮れ症候群』とも呼ばれています。

ようざん倉賀野でも、日中は落ち着いて過ごされていた方が、夕暮れになると落ち着きがなくなり、「帰宅願望」を強く訴える方が多く見られていました。

その要望にどのように対応すべきかを職員で話し合い、取り組んだ経過を紹介します。

「CASE 1 A様」75歳 男性 要介護2

既往歴:小児麻痺後遺症 右大腿骨転子間骨折 右坐骨骨折 認知症 高血圧

生活歴:小児麻痺があり、子供の頃から右足が不自由で下肢装具を付けて歩行していた。学校卒業後はいくつかのアルバイトをしてきたが、依存心が強く、気の合わない人との関わりを拒否し、トラブルを起こす事が多かった。

①課題点

気が向かないと、レクリエーションやリハビリ、歩行練習も拒否がある。何に対しても消極的。他の利用者の行動が気になり、そのことでイライラし始め、気になった利用者を大声で怒鳴ってしまうことが頻回で、利用者間でのトラブルが後を絶たない。

②取組み

以前、「塗り絵」をしていた時には他者のことは気にならず「お釈迦様の塗り絵をしていると心が落ち着く」と言われ、集中して取り組んでいたことを職員が思い出す。集団レクやリハビリには参加されないことが多く、その時の試みとして、月刊誌の塗り絵のコピーを用意しておき「塗り絵をしてみませんか?」と声掛け、提供してみる。

③経過

始めは「いいよ」と拒否を示され、取り組んで貰えない日が続く。しかし、諦めずに何度も声掛けを試みると「やってみるか」取り組んでくださる姿勢となった。

取り組んだ絵柄は、やはりお釈迦様の塗り絵で、提供していくにつれ、自分の塗ってみたい絵柄、好みの絵柄によって、意欲が出るようになった。その後も脳トレ塗り絵や風景画の塗り絵など、様々な塗り絵や難易度の高い塗り絵を提供していくことで、少しずつA様に意欲が出始めた。「塗り絵でもやるかな」とA様自ら職員に声をかける事が増え、積極性が見られるようになる。完成した作品を廊下に展示した所、他の利用者から「上手だね」「綺麗だね」と声を掛けられる事が増え、嬉しそうに笑うA様の表情も増えた。以前と比べ、利用者間でのトラブルも減り、穏やかに過ごされる日々が増える。また、A様に「作品を見に行きましょう」と声掛けし、廊下に展示してある作品を見に行くことで、それまで拒否していた歩行練習がスムーズに行なえるという嬉しい一面も出てきた。

「CASE 2 B 様」 85 歳 女性 要介護 2

既往歴：胃がん 高度アルツハイマー型認知症 高度の難聴

生活歴：7 歳で実母が死去後、後妻に育てられ農業に従事。23 歳で結婚。

舅が厳しく苦労したとの事。以前は多弁であったが、認知症の症状の進行や耳が遠くなった事から会話が少なくなってきている。

①課題点

以前利用されていたデイサービスが 16 時までだった為、16 時近くになると帰宅時間が気になり「何時に送ってくれるんかね？」「家のもんは知ってるんかね？」と何度も何度も職員や他の利用者に聞き始める。またトイレに頻回に行くようになり、そこでも同じ質問を頻回に繰り返す。難聴の為、他の利用者とは会話は少ないが、同様の質問を一方的に投げかけるため、時々「うるさいよ」「何回言ったらわかるんだい！」と利用者間でのトラブルも発生している。

②取組み

A 様が塗り絵に熱心に取り組まれている姿を見ていることが多く、B 様にも同様に塗り絵を提供してみる。

③経過

A 様の塗り絵は力強く、はっきりした色使いで、きれいに塗られることがわかるが、自ら色を選定する事が出来ず「どこを塗ればいい？」「何色を塗ればいい？」と手を止めてしまう。手を止めてしまうと帰宅時間が気になり、職員が常に声を掛けながら対応していた。職員間で話し合い、カラー見本を添えて提供した所、それを見ながら、手を止める事なく熱心に取り組まれる。帰宅時間を他の利用者に尋ねる事も少なくなり、色見本をセットで提供した事で塗り絵に集中して取り組む姿勢が見られ始める。

「CASE 3 C 様」 88 歳 男性 要介護 1

既往歴：アルツハイマー型認知症 高血圧

生活歴：旧国鉄職員。技術部で全国転勤続であった。長年静岡で暮らして

いたが、退職されてから群馬に居を構える。

無気力、無関心で問われれば答えるが自発性は少ない。

①課題点

奥様の入院に伴い、急遽利用となる。利用されてから間もない為、他の利用者との接点・会話がないうえ、独語が多い。話が合いそうな利用者と同じテーブルにするが、落ち着かない様子。なぜ来所しなければならないのか、自分がなぜここにいるのかがわからない。妻に電話してくれと何度も繰り返し職員に話し掛ける。その都度、C 様に理由を説明し、その時は納得されるが、少し経つと繰り返し同じ質問を聞いてくる。

②取組み

目の前の B 様が、塗り絵に取り組まれている姿を見て、興味を示され同様に提供してみる。聞くとご自身で絵を書いたり、描いた絵に色を付けたりする事が好きだということがわかった。A 様、B 様と同様にいくつかの塗り絵を提供してみる。

③経過

塗り絵を提供するが、B様と同様に、自ら色を選択して塗っていくことが難しいため、カラー見本を付けて提供することとした。風景画がお好きとの事で、倉賀野が宿場町であった事から、東海道五十三次塗り絵を提供してみてもどうか、と職員からの提案があった。完成度が高く、作品を展示すると、他の利用者にも好評となる。それを見て、塗り絵に取組んでみたいという利用者も増え、C様自ら塗り絵の指導をされる場面も出始める。塗り絵を通じて他の利用者との会話が生まれるようになり、帰宅時間を気にされる事が少なくなった。現在は、職員と一緒に外出し、スケッチも楽しめる時間も持てるまでになった。

「結果」

帰宅時間を気にされることが少なくなり、穏やかに過ごされる時間が増えただけではなく、塗り絵を通じて他の利用者との接点ができ、会話が生まれ、笑顔が多く見られるようになった。「私もやってみたい」と塗り絵を希望される利用者も増え、色鉛筆を新たに購入し、夕暮れ時になると、テーブルには色彩豊かな塗り絵や色鉛筆が広がるようになった。塗り絵の展示会も行ない、利用者だけでなく、ご家族や外部から来られた方々にも、作品を見て頂き、大変な好評を得ることができた。

「考察」

利用者が取り組みたいと思った環境を整える、ということは、利用者にとって安心できる時間や場所、空間に変わること、ということを知ることができた。

また、利用者の希望することとは、利用者が発した、日常の何気ない言葉や行動の中にあり、それを感じ取り、見逃さずに実行してみることが大切であり、日々の気づきの重要性も改めて感じる事ができた。

今後は、利用者一人一人の取り組みたい環境を整え、さらに個別レクリエーションにまで展開できれば、ようざん倉賀野が、利用者にとって、より居心地の良い場所となり、利用者の思い描く空間に近づくのではないかな。

「最後に」

外が夕暮れ色に染まるにつれ、帰宅願望が強くなり、不安な表情で、落ち着きなく過ごしていた時間が、利用者が取り組みたい環境を整えることで、薄暗い夕暮れ色の空から、色鮮やかな虹が掛かった空を見ている時のような、心地いい、安心できる時間、空間に変えていければ良いと思う。

～ 夕暮れ色から虹色へ ～

これからも日々の気づきを大切に、利用者にとって安心して過ごせる環境作りを職員全員で考え、話し合い、実行していきたいと思う。

何か楽しいことないかしら……

ケアサポートセンターようざん中居

発表者：臼井敬亮

田上典子

【はじめに】

高齢者の一人暮らしが社会問題になっています。ようざん中居にも独居で生活されている利用者様があり、その中には何年もお風呂に入らず、外出もせず、家にこもりきり、家族ですら連れ出すことが困難だった利用者様もいらっしゃいます。今回の事例は、そのような連れ出し困難な方がどのような経緯でようざん中居に通うようになり、以前よりもその人らしい生活ができるようになったのか、についてスポットをあてながらご紹介いたします。

【対象者紹介】

名前：A 様 女性

年齢：92 歳

要介護度：3

既往歴：アルツハイマー型認知症

障害高齢者自立度：A1

認知症高齢者自立度：Ⅲb

家族構成：A 様 市内で独居

息子様(養子)市内で別宅

息子様の奥様 市内で別宅

孫 2 人 別宅

生活歴：生まれも育ちも高崎市で未婚、子供が好きで幼稚園の先生として 20 年以上勤務されました。自宅に人を招くのが好きで、趣味で生け花、お茶会、レザークラフト、三味線などをされておりました。生け花に関しては、草月流の師範をされており、草月流の群馬県代表としてヨーロッパへ研修に行かれたり、東京にお花の展示会などによく出かけられておりました。

【相談から利用までの経緯】

以前は、銀行や市役所などの公的機関に連れ出す目的で、年に1回か2回程度家族が連れ出すことができていたのですが、それすら難しくなっていました。そのような中、平成 29 年 5 月に困り果てた息子様が、あんしんセンターなどの紹介ではなく突然ようざん中居に相談に来られたことが始まりでした。息子様は以前、ようざん中居の前を通ったことがあり御存知だったそうです。息子様によると「高齢の母親がいて家から出ようとせず、4 年間くらいお風呂に入っておらず、髪の毛や髭も伸びっぱなし、昼夜問わず 30 回以上電話がかかってきてしまうなどで今後の生活が不安でどうしたらいいものなのか……」と相談がありました。要介護の認定を受けていましたが、認定期限が過ぎており、再申請し、まずは、ご本人にお会いして、お話を聞くところから始めました。

【取り組み】

平成 29 年 6 月 1 日から利用開始し、息子さんに依頼され、市役所の委託で自宅へ来たことを話すと、快く迎え入れてくれました。「A さんにお花を教えてもらいたいのと一緒に出かけませんか？」と話すと「もう、何年もやっていないからいまさら教えられないよ、この歳でそんなことしたら笑われちゃうから」などと話されて、その後 1 時間程度話すものの、外出されるまでには至りませんでした。そのため、連れ出しは厳しいが、人と話すのは好きなので、訪問などで徐々にコミュニケーションをとっていく方法で様子を見ることになりました。

その後、6 月 6 日の朝送迎にいったとき、事情を知っていた隣人の方が出てきて下さり、ようざんへの来苑を手伝ってくれました。そして、4 年の間家を守りたいという一心で留まり続けたA様が、初めてようざんに来苑されました。しかし、4 年ぶりの外出で、来苑しても初めて来た場所にどうしていいかわからない様子でした。更に今まで、ずっと家を空けることなく守り続けた責任感から、「家を空けられない、ここはどういう所なんですか？早く帰らなきゃ」を繰り返し、椅子に座ることなく落ち着かず、施設内を歩き回り、不穏になってしまいました。ご家族から、可能ならば夕食の後までという要望はあるものの、初日という事と A 様の家を守りたいという強い想いもあり、これ以上は厳しい、A 様の為にならないと判断し、1、2 時間程度の短い時間になってしまいましたが、帰宅されました。

初めての来苑後、職員が人を変え、話を変え、少しでも外に出て頂きたい、という想いから、ようざんへ来て頂くとするものの、今まで長い間外出をしておらず、不安な想いが A 様にはとても強く、なかなか来苑には至らず、ようざんにいらっしゃることのない日々が続きました。職員は家族からの聞き込みやアドバイスの中から、A 様の事を考え、A 様のことを知り、どのようなお話をすれば、A 様が聞いてくださるか？A 様がようざんに来て下さるかを、職員間で話し合い、市の職員から依頼をうけて書類にサインをしていただきたい、という理由などでお連れし、少しの時間でも来ていただくようにしました。また、送迎時に連れ出し困難な時は、自宅で 1 時間程度傾聴してからようざんにお連れするようにしていきました。徐々に、A 様との信頼関係が築けるようになり、スムーズにお連れできる日も増えてきました。

安定してようざんを利用されるようになってからは、レクリエーションにも参加されるようになり利用の幅も増えていきました。そこで、家族などから聞いた情報をもとにして、A 様の趣味でもあるお茶会や生け花教室をようざんで開催してみてもどうか、と考え、準備し、開催しました。その際、A 様に先生として、参加して頂きました。お茶会での様子は、お茶に不慣れな職員に指導する姿も見られ、とても、頼もしく生き活きしておられました。お茶を立てている姿は、真剣そのもので先生だった頃の顔つきに戻っておられました。また、生け花教室では、草月流生け花教室を自宅でされていた時に使われていた花器や剣山などをかりる事ができ、季節の花々を用意し花器にあった生け方を、指導して下さる姿がみられました。その他には、手先が器用なので、ミシンで雑巾を縫っていただいたり、折り紙でひな人形作りなどをしていただきました。

【結果】

8 月頃からは、朝迎えに行ったとき、スムーズにようざんへお連れできるようになり、安定して利用できるようになりました。また、何年も入浴されてなかった A 様が、ようざんで週 2 回拒否なく入浴されるようになりました。11 月からは、通いでの利用日以外は、毎日お昼の訪問配食を利用されるようになり、自宅へ訪問に行くと、「あら!!美味しそう」と喜んで頂けるようになりました。利用の幅が増えたことで、ほかの利用者様や職員と会話をされたり、レクリエーションに参加されたりするようになり、ようざんに来ることが楽しみになり、朝迎えに行くと「あら！うれしい！連れて行って頂けるの」や帰りの送迎時に「いい遊び場が見つかったわ」などの言葉が聞かれるようになりました。

以前は不安や心配から、息子さんに昼夜問わず何十回も電話をかけてしまう事がありましたが、現在では、回数も大幅に減り電話が無い日もでき、心配されていた息子様夫婦にも心に余裕が出来ました。利用当初は 1 時間もいられずすぐに帰宅されていましたが、今では、夕方まで落ち着いて過ごされることも出来るようになり、「ほんとうにようざんさんに頼んでよかった」と息子様から感謝の言葉をいただくようになりました。

【おわりに】

利用当初は、安定した利用に繋げる事は難しいかな？と思いましたが、「いそがしい」「無理」「時間がない」「人が足りない」「できない」などと否定から考えるのではなく、前向きに「A 様のような連れ出し困難な方を連れ出すにはどうすればいいか」を職員同士で話し合い試行錯誤した結果、A 様の安定した利用に繋げる事ができました。

今後も、今回の経験を生かしながら、利用者様の状況にあったサービスを柔軟に提供できるよう努めていきます。

ようざん認知症介護事例発表会

入所施設

2018-3

2018/7/17

1. 「利用者と事業所の間で」
居宅介護支援事業所ようざん p.1
2. 他職種連携で支える生活と、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の重要性
特別養護老人ホームアンダンテ p.4
3. 『住み慣れた家で・・・』
ナーシングホーム ようざん p.10
4. 「個人の尊厳」と「自立支援」に基づくユニットの取り組み 排泄介助について
特別養護老人ホーム モデラート p.13
5. 笑顔～生きがい～
ショートステイようざん p.17
6. 寄り添う看取り～最期まで自分らしく～
特別養護老人ホーム アダージオ p.20
7. 『退職届』の意味。本当はもっとよく働きたい
ショートステイようざん並榎 p.25

「利用者と事業所の間で」

居宅介護支援事業所ようざん

発表者:大坂 三枝子

[はじめに]

介護保険制度におけるケアマネジャーの役割は、利用者一人ひとりの解決すべき課題や状態を考慮したケアプランを作成し、「利用者本位の介護サービス」が、適切で効果的に提供されるよう調整を行い、その責任を担っています。

主な業務内容は、各種申請の代行、介護サービスなどの紹介、ケアプランの作成とサービス調整、サービス給付費の計算や請求などを利用者へ代わって行います。またご利用者・ご家族と、サービス事業所の「間」に入り、中立的な立場で支援を提供しなければなりません。

今回紹介させていただく事例は、一見わがままととれる「自分だけにもっと関わってほしい」と訴える、ご利用者に対し、ケアマネジャーがどのように役割を担えばよいのか苦悩した事例を紹介します。自分自身がケアマネジャーだったら、どのように支援をすればよいのか、一緒に考えていただければと思います。

[事例対象者紹介]

氏名： A 様

年齢： 86 歳

性別： 女性

要介護度： 要介護度 2

既往歴： 慢性胃炎、腰痛症、アルツハイマー型認知症

生活歴： お互いに子供を連れ再婚。夫が亡くなった後、平成 21 年アルツハイマー型認知症発症にて被害妄想や幻覚が現れていました。平成 25 年 10 月に転倒し右肩骨折、すぐに受診せず対応までに時間が経過し骨折部位がズレたまま固まり、現在もその状態で生活を送っています。同じ敷地内に息子様ご夫婦がいらっしゃいますが日中は仕事で留守になり、ほぼ独り暮らしの状況です。

[事例]

ご利用者の想いとケアマネジメントについて。

ご利用者やご家族は、直接介護をしているサービス事業者には言えない不安や悩みをケアマネジャーには打ち明けるといことがあります。

A 様は独り暮らしで週 3 回のデイサービスの他に週 1 回のヘルパー利用と週 1 回の訪問看護を利用しています。もう長年通っているデイサービスであり職員からも「楽しく利用ができています。問題なく支援できていますよ」と伺っておりました。

そんな中、A 様宅に訪問した際に、ご本人からデイサービスでの対応について、思いもよらない相談がありました。

ご本人の訴え：

「職員が忙しそうで全然みてくれない」

「ほったらかされているみたいで、もっと面倒をみてもらいたい」

「世話になるしかないから、仕方なく我慢して行っている」

等の訴えがありました。楽しく利用できているのかと置いていたため、耳を疑いました。

もし、あなたがケアマネならどう思い、どう考え行動しますか？

おそらく、ご本人の勝手な思い込みを、言葉にただけのようにも思います。しかし、訴えた内容が事実ではなくても、本人にはそう想えるのでしょう。

「それはただのわがままだよ」「職員が少ないからしょうがない」

どうでしょうか？わがままですか？

ご本人は直接デイサービスに訴えるのは嫌で「世話になっているし、どうせ分かってもらえない」と話しつつもデイサービスでは楽しそうに過ごしていますが、「楽しそうにしていないと職員に申し訳ない」と思ってしまうそうです。

この、ご本人の気持ちをケアマネジャーとして、どのように解決していけばよいでしょう？

サービス事業所を変えれば良いのか、このまま我慢して利用を続けてもらうのか、デイサービスに伝えるとしても、伝え方が分からない。他のケアマネジャー達と相談して、方向性を出していきます。

もちろん本人の訴えがすべてではないことは分かっています。大切なのは、本人が訴えたことではなく、本人の「気持ち」だと思います。私たちが思っている以上にご利用者は職員に気を遣い「世話になっているのだから、ありがたいと思わなくてはいけない」という想いでデイサービスに来ているのかもしれません。ご利用者の「想い」を共有する必要があると考え、デイサービスの職員に本人の想いや気持ちを伝えてみることにしました。そして、本人の気持ちを知って、どのようなアプローチやケアをしたら本人が安心して満足できるのか、みんなで考えていきたいと思います。

今回の事例を通じて改めて中立的に支援をするということの難しさを実感させられました。時にケアマネジャーは事業所の対応に利用者の代弁者として意見する必要がある場面があり、事業所の批判と思われる状況もあるかもしれません。

伝え方や言い方で、ただ批判しているだけと、言われたり、一方的な主張だと、とらえられてしまうともあります。利用者と事業所の「間」に入り、双方の意見をまとめるようコミュニケーションを図る必要があります。

また中立的な視点で、支援ができるのもケアマネジャーしかできないのか、とも思います。「間」に入り、どちらの意見も尊重するということが求められる中で、これからも「間」で、仕事をするケアマネジャーとしての役割を果たしていきたいと思います。

[考察・まとめ]

介護サービスを利用されている方々の利用目的はそれぞれで、外出、交流、リハビリ、入浴、レスパイト等、違いがあります。目的だけでなく個々の個性も違い、例えば目的が一緒であってもケアが一緒ということはありません。

また、「想い」もさまざまです。ただわがままととらえず、主観的事実を重要視する視点も大切ではないか、と考えさせられました。利用者の言葉のなかには、思い込みや勘違いもあるでしょう。しかし、本人の話したことは本人の胸の内であり、本人の「想い」であるという事実は変わりありません。認知症である、理解力がない、などという客観的事実だけではなく、本人の「想い」に耳を傾けていく必要性を強く感じました。

[おわりに]

自分が中心になりたいと思う人と、いつも注目してほしいと思う人と性格や個性は人それぞれです。もっと関わってもらいたい、もっと自分をみてもらいたい。それは、わがままでなく、個性でありニーズではないかと思います。

一人の利用者の「想い」をケアマネジャーが何度でもお聞きし、事業所に繋げる。結果は出なくとも繰り返していくことが、ご利用者様の気持ちに響く個別ケアではないかと考えます。今後、高齢者の介護サービスに対する要望、要求は高まり、より質の高いケア、プロフェッショナルを求められると思います。

他職種連携で支える生活と、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の重要性

特別養護老人ホームアンダンテ

松本啓子 砂孟美穂

<はじめに>

誰もが訪れる人生の終末期において、人生の最終段階における医療、介護の現状のアンケートでは、最期を迎えたい場所として自宅を選択する人が 55%、病院が 28%、特養を含む施設が 9%となっています。

しかし、実際は病院で最期を迎える人が 75%と圧倒的に多いのが現状です。

誰もが願う「自分らしい最期」。意思の疎通が困難な A 様の自分らしさとは。

また、家族の本当の思いは…。

入居当初の介護抵抗と、徐々に身体機能が低下していく A 様に対し、介護、医務、栄養、ケアマネ他職種が連携し、生活の場としての工夫に取り組んだケアと、最期の選択について家族と向き合った事例を発表します。

<事例対象者様 A 様> 95 歳 男性 要介護度 4

既往歴: 狭心症、慢性閉塞性肺疾患、脳梗塞

松井田町生まれ。自営で重機を造る仕事をし、4 人の娘に恵まれる。酒や煙草も嫌い、真面目で職人気質な性格。妻は 5 年前に他界し独居。平成 27 年 7 月に、脳梗塞で日高病院に入院する。辻褄の合わない発語、不穏、易怒性があり、叩く、蹴るなどの行為が見られた。

軽度な左麻痺が残るものの、8 月に特別養護老人ホームアンダンテに入所となる。

<利用開始時からの A 様>

日中の様子

車椅子使用時の左側への傾きや頭部の後屈がみられる。辻褄が合わないながらも会話はあった。

夜間の様子

臥床後に、サイドレールを外し放り投げるといった、ベッドからの転倒が危惧される行為が頻繁にあった。

また、夜間の排泄時に強い拒否(大声をあげる、殴る、蹴る、噛み付くなど)があった。

日中、夜間の様子についてカンファレンスを行い、下記のような取り組みを行った。

- ・排泄チェック表を基に、失禁の多い時間に訪室する
- ・本人が希望されているのではないかとと思われることについて、家族とやり取りをした。

「入院してそのままアンダンテに来たから、もう家に帰ることはないんですね。日帰りでも

もいいので外出して自宅に行くことはできますか？」という家族の願いを受け、一時帰宅をして、

- 昔良く出前で取っていたという蕎麦を、家族水入らずで召し上がる。
- ・清拭丸め、洗濯たたみなど、できることをして頂き、日中の活動量を増やす。
 - ・夕食後、強い眠気が起きるまでホールで過ごして頂き、臥床後すぐに入眠できるようにする。
 - ・日中の傾眠を減らすために、施設内、敷地内の散歩にお誘いする。
 - ・体操や風船バレーなどのレクリエーションにお誘いする。
 - ・排泄介助に入る時間について、深夜帯は本人の覚醒の見られる時間に声かけなど行いながらの排泄介助とし、無理強いしないこととする。

しかし・・・

本人の皮膚の清潔保持について、再度ケアカンファレンスが行われた。看護師からの意見として、「介護抵抗からか、排泄介助ができないことがある。尿量の多いご本人の皮膚は、清潔が保たれているのか？汚染されたままでは、尿路感染や皮膚状態悪化の危険性があるのではないか？」という問題提示があった。これにより、夜間の排泄介助を 3 時間おきに行うことを徹底することになった。

<そんな矢先に！>

H28.5.

A様「茶出せ～！」「〇〇〇はどこだ！」食事に手をつけず、不穏な様子。「お前こっちだ！」と、怒り口調で威嚇し、握りこぶしを上げ殴ろうとされる。落ち着いて頂こうと接するが、職員2名が殴られ、噛み付かれる。更にスプーンを持ち、振り上げながら大声をあげた。

<この事態を受けて>

これまでも介護抵抗や暴食は見られたが、内服薬の服用に頼らず、ケアの工夫を継続して行ってきた。ご家族様(長女様)からは、「以前使っていた介護サービス中にも安定剤服用の提案があったが、断わった。本人の覚醒の低下が酷く落ちてしまうのは嫌だ。」との思いを聞いていたため、施設としては、長女様の考えに寄り添うこととしていた。

しかし、今回の事態において、カンファレンスを行ったところ、安定剤服用の提案があった。ご家族様(長女様)に説明したところ、「覚醒の低下が酷く落ちてしまわない様に服薬量や服薬回数を調整してもらいたい」というご理解を頂くことができた。その後、主治医に相談し、内服薬(コントミン 12.5mg 1日3回処方)の処方となった。

その後の A 様の様子と多職種による取り組みについては、後記の表にまとめた。

	A様の様子 家族の思い・希望	介護士・看護師・ケアマネ・栄養士の 取り組み
H29 2月	A様) ・日中の傾眠がみられるよう になってきた ・食事が途中で止まってしまう ・夜間に拒否があるが良眠が 増えた	看護・ケアマネ) ・家族と相談し、コントミン 12.5mg タのみとする 栄養) ・食事の介助が増えたが自力摂取の意欲も ある為、自力摂取を促していく ・主食(粥)が見えずらく残すことが多いため、茶 丸皿での提供を開始する
4月		介護*看護)ケアカンファレンス ・状態の確認をした 栄養*介護*看護)4月食形態カンファレンス ・食事の傾眠がみられるため、声かけ、一部介 助が必要となっている 栄養*介護*看護)4月②食形態カンファレンス ・高血圧だが、味噌汁があったほうが食事らし いと、具材多めの 1/4 杯を1日2回とする
	御家族様) 担当者会議 ・「2年と言えなかったが、背 中を触ったとき骨ばっていたので驚いた」 ・「痩せた気がする」 ・「食事提供量が少ないので はないか」	ケアマネ*栄養*看護)担当者会議 看護)入居当時より現在まで体重の減少はみら れない ケアマネ)2年間の体調について発熱等の体調 不良もなく過ごされている 栄養)・食事提供量は他利用者と同じである ・家族の思いを受け、おかずの大盛りで提供する ・体重に対しての必要水分量が不足しており 1日 1200ml とした
12月中旬	御家族様) 「面会に来るたびに眠ってい ることが多いように感じる。 夕食後のコントミンを中止 することはできないか？」	介護*看護)ケアカンファレンス 介護)①夜間の暴言暴力がみられていない ②午睡の時間の面会が多いため、 午睡の時間以外の面会を進める 看護)尿量が多く、夜間の排便もあるため、確実 に排泄介助を行い皮膚の清潔を保ちたい。 褥瘡を防ぎたい。

12月下旬	御家族様) 担当者会議 ケアカンファの件をお伝えし、 コントミンを継続したいと話す と理解して下さる A様) 痰絡みや血圧の高い日 が日常的にある	ケアマネ) 担当者会議 ケアマネ)・カンファでの検討内容を伝える ・12月から痰切り剤と血圧高めだったため降圧剤 追加服用を始めたことを伝える
	A様) 日常的に咽込みや、つまりが みられる	栄養*介護*看護) 12月食形態カンファレンス 介護*看護) ・ほぼ全介助での摂取となっている ・口腔内にため込みがあり、飲み込みに時間が かかっている 栄養)・副食を粗キザミからキザミに変更する ・大盛りは継続する
H30 2月	A様) ・体幹維持が困難になってい る ・食事時姿勢が安定せず、顔 が上向き、むせ込み、誤嚥の リスクが高い	介護*看護) ケアカンファレンス ・リクライニング車椅子の検討し使用始めてみる 栄養*介護*看護) 2月食形態カンファレンス ・介助量が増えたが自力摂取の意欲もあるため 茶丸皿での提供を継続
3月	A様) 食事、水分ともに全介助だが まれに自力摂取出来ることも ある	栄養*介護*看護) 3月食形態カンファレンス ・職員の介助のスピードを統一するため、小スプ ーンでの提供とする
3月中旬	A様) 臀部の発赤強まる	介護*看護) ケアカンファレンス ・臀部の発赤についての原因を考え、車椅子上 での良姿勢の保持、徐圧の工夫を徹底する
4月初旬 下旬	御家族様) ・リクライニング車椅子や現在 の食事について理解、承諾さ れる A様) 食事の自力摂取の意欲がみ られない	看護) ・面会制限中にリクライニング車椅子になった経 緯と現在の様子を説明する 栄養*介護*看護) 4月食形態カンファレンス ・茶丸皿から普通の皿の提供に変更
5月中旬	御家族様) 担当者会議 「差し入れで何か食べさせて	ケアマネ*栄養*看護) 担当者会議 ★A様の自力摂取の意欲がみられず、食事の形 態を落としたり、痰の絡まりや食事時の咽込みが

	<p>あげたい」「どんなものが良 いか教えて欲しい」</p> <p><…今後は…> …三姉妹の意見が分かれた 長女様 「入院して点滴を受けたい」 次女様 「アンダンテで最後までお願い したい」 四女様 「私の意志は変わりません。 食べられなくなったら生きられ ないのだから、胃ろうでいいと 思う」 「食事が摂れていなければ面 会しても張り合いがないでしょ う。食べられなくなっても心臓 は動いているから、餓死させ るイメージです」</p>	<p>増え、家族との話し合いの時間を持つ ケアマネ*栄養) ・飲み込むのに楽であり軟らかいもの良いので はないか。咽たら注意して欲しい。ホールの職員 を頼ってくださいと伝える</p> <p><…今後は…食べられなくなっていった時 どうされたいですか？> ケアマネ) アンダンテでは点滴を行えない体制は以前から 承知されている ・今後、食事が摂れなくなった時にどうしたいか ・病院に行って戻ってきても経口摂取出来るかと いったらその可能性は少ないかも知れないことを 一緒にイメージした 食べられなくなって病院に行くのだから、戻ってき ても A 様が劇的に良くなることはないのではない か。食事、水分が摂れなくなったら「一時的に点 滴をする」というのも考えていきましょう ・長女様と四女様の意向がはっきり分かれています。 全介助でも食事を摂ることが出来ているのが 現在の A 様であるため、ゆっくり考えていきましょ う</p>
--	--	---

<現在の A 様>

車椅子からリクライニング車椅子に変わり、ご自分で意欲的に食べられていた食事も粥、一口大からミキサーになり、介助が必要となっている。

易怒的な行動や自発的な発言も少なくなり、娘さんが面会に見えると、しゃがれた声で

「おう！○○か」と嬉しそうな笑顔を見せる A 様。そんな A 様とご家族様の時間が続くよう、今後もチームアンダンテで敏感に、迅速に対応していきたい。

《考察》

経口摂取ができなくなったときの様々な選択肢がある中で「家族の意見が違って困っちゃいますね」とおっしゃる娘さん。

日々変化していく A 様の様子を伝えるとき、もしものときを話合うとき、臨機応変に他職種連携で対応し、ご家族のそれぞれの思いの違いも受け入れて支えていくことの重要性を感じます。

《まとめ》

時間の経過と共に低下していく全身機能に対し、他職種の様々な気付きや視点を、家族の思いも汲み取り、数多くのカンファレンスの場で話し合い、統一したケアを継続しています。

私達には想像することしかできない、家族の絆や過ごしてきた時間の重さや、父親への本当の想いを知るには、日常の何気ない会話から察することも必要だと感じています。

アドバンス・ケア・プランニングとは『将来の意志決定能力の低下に備えて、今後の治療、療養について患者、家族とあらかじめ話し合うプロセス』と定義されています。

タブー視されがちですが、人生の終末期を、本人がどう思っているのか知らないから、もしものときには家族も悩み、迷います。

延命したいのか、したくないのか、最期をどこで迎えたいのか、自分の意思が伝えられるうちに家族に伝えておくことの重要性を感じます。

人生には3回主役になる場面があります。

1回目、誕生したとき。2回目、結婚したとき。3回目、亡くなったとき。

人生最期の主役の選択は、自分で決めたくないですか？

A様なら、何ておっしゃいますか？

『住み慣れた家で・・・』

ナーシングホーム ようざん

発表者 石井鈴香

八木あかね

【はじめに】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護(以下定期巡回とする)とは住み慣れた自宅・地域で生活ができ、24時間365日提供する新しい介護保険サービスです。要介護状態となった場合においても、可能な限りその自宅において自立した日常生活を営むことができるよう、定期的な巡回又は、随時通報によりその居宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応、療養上の世話、診察の補助、など自宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うとともに、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。在宅に居ながら、施設と同じようなサービスを受けることができる定期巡回についてテーマにし、定期巡回の浸透方法について発表します。

【定期巡回のサービス内容】

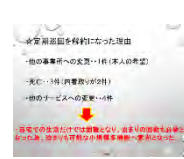
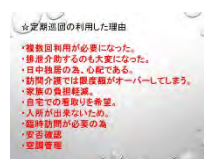
- ・オペレーションサービスは、ケアコール端末や非常端末押しボタンによる通報で会話し安否をお尋ねします。状況により訪問などの要否を判断し、適切に対応します。
- ・定期巡回サービスは、訪問員が定期的に利用者の居宅を巡回を行います。
- ・随時対応サービスは、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う又は補門介護員等の訪問若しくは、看護師等による対応の要否等を判断するサービスです。
- ・随時訪問サービスは、訪問員が利用者の居宅を訪問します。
- ・訪問看護サービスは、医師の指示のもと看護師が利用者様宅を訪問し療養上の対応を行います。

【対象者】

- ・要介護の認定を受けていて、住所地が高崎市内である方です。

【取り組み方法・結果】

- ・介護医療連携推進会議、居宅介護支援事業所、病院、あんしんセンターなどで勉強会の機会を設けて頂き定期巡回について、月に1度のペースでプレゼンを行っています。又パンフレット等の配布による情報発信をしています。



【事例 1】

- ・A 様（女性）91 歳
- ・介護度 4
- ・息子様と同居
- ・主な疾患 糖尿病、心不全 心房細動
- ・支援経過

退院後、2週間は訪問看護1日/1回、定期巡回は 3～4回、訪問介護と看護で連携を取りながら訪問を行っています。定期巡回では主に、バイタル測定、体重測定、配食、安否確認、内服管理を行いながら在宅生活を支援する。その後状態が安定した為、訪問看護は週に1回の訪問で、必要時に介護側より看護へ連絡し訪問を行っています。又、週2回のデイサービスに通いながら在宅での生活を安心して送れています。

【考察】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は全国的にも利用様の登録は伸びず、職員の人材確保が難しく、なかなか伸びずと言われていますが、ナーシングホームようざんの利用者様の状況は開設5年経過し、主にサービス付き高齢者住宅の方に対して（入居者 30 名）定期巡回のサービスを行っていましたが、本格的に地域の方を受け入れてから 10 ヶ月経過し、地域の方の登録が 12 名となっています。今後、定期巡回サービスを増やしていくのは、在宅生活を望んでいる方や中重度者の利用者様を想定していますが、中重度の方は施設に入所しているケースが多かったり、在宅生活では無理と決めてしまうケースも多くあります。定期巡回サービスはまだまだ新しいサービスで、高崎市でも定期巡回を行っている事業所は少なく、認知度も低く、どんなサービスの使い方をしたらよいかのわからないの現状でもあり地域の利用者様の確保が一番の課題でもありました。そこで、地域の方、病院のソーシャルワーカー、あんしんセンター、居宅支援事業所にどのようにアプローチを行っていけば良いのか重要となります。単純に、定期巡回サービスをお願いしますと伝えても全くイメージが出来ない、よくわからないのが現状です。その為、具体的に行っている事例をもとに内容の説明を行うなかで、現状のサービスでは限度額をオーバーしてしまい、包括報酬なら、もっとサービスが入れるのなら検討しお願いしたいというケースがあります。定期巡回を広げていく今後の課題としてケアマネジャーやソーシャルワーカーの方に対して、定期巡回サービスの使い方や認知、周知が重要な手がかりだと感じました。この4月よりスマケア導入にし、記録・情報共有システムを活用し、記録の電子化を行い、日々のサービス実施記録はサーバー上にリアルタイムで保存される為、ケアマネジャー、ご家族様が全ての記録を閲覧できるようになりました。ご利用者様の状況やサービスの提供内容等を確認したり知る事が出来るので離れて暮らしているご家族にも安心して心強いシステムになっています。

【まとめ】

内閣府の意識調査でも、住み慣れた地域や自宅で最後まで暮らしたいと望んでいる方は 6 割以上います。以上の事から一日複数回の柔軟な対応が可能な「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、必要なサービスです。一人でも多くの方が住み慣れた環境の中で、その人らしく最後まで暮らせるように地域や訪問介護と訪問看護が連携を密にし、一人でも多くの方にサービスを提供し定期巡回が浸透していくよう取り組んでいきます。

「個人の尊厳」と「自立支援」に基づくユニットの取り組み

排泄介助について

特別養護老人ホーム モデラート

発表者 天田 久美子

吉澤 萌音

【はじめに】

ようざん内において、アンダンテに次ぐ特別養護老人ホームモデラートは平成28年5月1日に開所しました。ユニットケアの理念(目指すところ)は「暮らしの継続」です。又ユニット方の特徴としては少人数の職員が少人数の入居者様とマンツーマンでの支援で、より一層その入居者様のことを知り、丁寧な支援に当たると定義されています。モデラート職員でユニットケアを経験した職員は一人だけで、どのように今後モデラートを構築していくのか、職員はそれぞれ悩みました。

開所して日々、介護を行っていく中で、ユニットメンバーの中で大切にしている大きなものは『個人の尊厳を守る』『自立支援に向けて』です。しかし何気ない一言や行動で入居者様の気持ちを傷つけているかもしれません。その人の性格、どんな生活背景があったのか、そして個性を把握しながら対応していかなければならないと考えております。また入居者様の体調に気を配りながら、できることはやって頂き、日々の生活の中で入居者様たちにもできることがあるんだと喜びを感じて頂きたいと、私たちは考えております。

私たちが日々介護を行っている、モデラートは、特養が29名定員、ショートステイが10名定員、計39名の4つのユニットがあります。私たちは特養ピオラユニットとショートステイのシンバルユニットで日々介護を行っています。モデラートがオープンして2年2カ月が経ちました。その間に入居者様のユニット間の異動、逝去やご家族の理由での退所等色々なことがありました。又職員間の異動等もありました。

今回発表する対象者様が所属する、ピオラユニットは9名の方が入居されている特養ユニットで、平均介護度は4.5です。

今回は『個人の尊厳』『自立支援』に基づく排泄に関しての、私たちユニットメンバーの取り組みを発表させていただきます。

【事例発表対象者】

・氏名:A様

年齢:87歳 女性

要介護度 5

障害高齢者の日常生活自立度 C2

認知症高齢者自立度 IV

既往歴:アルツハイマー型認知症
先天性心臓弁膜症
高血圧

・氏名: B様
年齢: 90歳 女性
要介護度5
障害高齢者の日常生活自立度 C2
認知症高齢者の日常生活自立度 IV
既往歴: 認知症・高血圧
統合失調症・便秘症

【ユニットメンバーの取り組み】

入所された時は1日中オムツ対応だったお二人。コミュニケーションは取ることができず、どのような排泄の仕方を望んでおられるのか聞くこともできなかった。しかしユニットメンバー間で、お二人とも座位は保てるので、便座に座って頂くことはできないだろうか？と意見があがり、職員2名でトイレ介助を行ってみました。介助を行ってみると便座に座って頂き、座位の安定は保てました。ですが、ズボンの上げ下げを行う際、手摺につかまって頂く時の立位は不安定で事故につながってしまう危険性がありました。職員1人ではふらつきもあり危険なため職員2人体制で行うことにしました。

支援方法は、1人の職員が声掛け後A・B様を抱き抱えあげ、もう1人の職員がリハビリパンツ(オムツ)・ズボンを下ろし便座に座って頂きます。5分程便座に座って頂き、排泄を確認して1人が抱きかかえ上げ、1人が清拭を行い新しいパットをしてリハビリパンツ・ズボンを上げ車椅子に移乗というやり方です。職員の呼吸が合わないと抱え上げる職員は結構大変です。

そこから1日中オムツ対応だったお二人は、日中はリハビリパンツ対応となりました。お二人の排泄支援はどうやったらベター、ベストかユニットメンバーで色々意見交換をして、実際この対応になったのは、オープンしてから1カ月後の平成28年6月1日からでした。

常にベッド上でオムツ交換していたお二人は、日中は便座に座って頂く。このことにより、お二人がトイレで排泄という感覚を、思い出して頂くことができるのではないかと考え、また便座に座って頂いたら、腹部マッサージも行っているため、排便を促し薬に頼らず(モデラートではK-3日で医務と介護で話し合い緩下剤を服用して頂く)自力での排便が増えるのではないかと考え、実際結果も出ているのでこの介助を続けています。

【1日の排泄の流れ】

起床時 オムツ+パットの状態からパットを抜く。オムツだけになる。
朝食後 便座に座って頂き、リハビリパンツに交換。

昼食後 同上
おやつ後 同上
就寝介助時 リハビリパンツからオムツに交換
23時 パット交換
5時 同上

【結果・排泄の数字化】

・A様

平成28年6月1日～平成30年6月30日 総日数 760日

緩下剤を服用した総日数 3日

・B様

平成28年6月1日～平成30年6月30日 総日数 760日

緩下剤を服用した総日数 37日

* 平成28年6月1日～平成28年12月31日 総日数214日間で

服用日数 ・A様 3日

・B様 34日

開所した初年度の半年を過ぎてからの緩下剤の服用は殆どと言ってない。このことは徐々にA・B様が便座に座ることに慣れ、トイレでの排便が習慣化されたことと思われる。

【気づいたこと】

トイレでの排便が増えたことにより、薬に頼ることが少なくなり、自力での排便が多くなりました。ご本人様は昔と同じ様に、毎日便座に座って排泄を行っているという感覚を持たれているのではないかと我々は想像します。

トイレでの排便後、ご本人様もすっきりとされた様子で表情も穏やかに見えます。服薬に頼らずに、毎日の生活の中で便秘気味で苦しいと感じることも殆どなく、すっきりとした気持ちの良い穏やかな状態で食事をしたり、睡眠がとれていると私たちは思います。

【今後について】

『自立支援』は排泄に関してだけでなく、毎日の生活の中のあらゆる場面で行うことができます。

例えば食事に関して、片麻痺の入居者様であっても、直ぐに介助に入るのではなく先ずは自力摂取できるよう自助具等でゆっくりでもいいから自ら行って頂けるよう

支援を行っていく。ユニットの約束事として、①全介助の咀嚼・嚥下が難しい入居者様であっても、1時間をめどにゆっくりと摂取して頂く。②食休み30分をめどに、その後臥床して頂くと決めています。

移動に関しては、身体機能をよく確認して直ぐに車椅子を使用するのではなく、少しの距離でも可能であれば手引き歩行を行ってみる。

この様に1人1人が少しでも残存機能を生かし、昔に近い生活スタイルで生き生きとした毎日を送って頂けるよう、私たちは『個人の尊厳』『自立支援』に向き合っていきたいと思いません。

又、そのほかに勉強になったことは、特養と並行して、時にショートステイは利用者様の入れ替わりが激しい時は、対応が遅れ利用者様にご迷惑をおかけしたことが多々ありました。ただ、色々な利用者様が御利用されたことで、支援に関して柔軟になってきたと思います。

モデラートのスローガン

- ・私たちはぬくもりのある、心のこもった優しいケアを提供します
- ・私たちは誰にでも笑顔ときれいな言葉で話をします
- ・私たちは介護のプロであることに誇りを持ち与えられた仕事に責任を持ちます

今後もスローガンを意識して『個人の尊厳』『自立支援』に沿った日々の支援を行っていきたいと思います。

笑顔～生きがい～

ショートステイようざん

発表者：萩原雅子

増谷直

【はじめに】

「デイサービスには喜んで行くのに、ショートの人が迎えに来ると、行きたくないって言うんです。」ご家族が、申し訳なさそうに教えて下さった現実です。

「仕方ないんだ。俺が家にいると息子たちが困るんだ。ここでおとなしくしてればいいんだ。」利用者様が、寂しそうに打ち明けて下さった現実です。

短期入所生活介護(以下、ショートステイ)とは、短期的に施設へ入所し、日常生活の介護や機能訓練などを受けながら施設での生活を送ることのできるサービスです。また、家族の介護の負担軽減も大きな目的のひとつです。

「利用者様が安全に過ごせるように。」「利用者様のご家族が安心して休息できるように。」

我々職員は、利用者がショートステイを利用するに至った経緯や目的を理解した上で、日々のケアに全力で取り組んでいます。しかし、もっとできることがあるように思います。ショートステイだからこそ、叶えられることがあるように思います。ただ一日を安全に過ごすという場所ではなく、そこに、笑顔があふれていなければいけないのだと思います。入所施設、限られた職員配置、それでも日々のレクリエーションを充実させることを追求した結果、利用者にかげがえのない笑顔が生まれた事例を紹介いたします。

【目的・目標】

ショートステイに長期でご利用されているうちに、それまでご自宅では出来ていたことが出来なくなってしまうことがあります。私達はそれを「意欲が低下している」「体力が低下した」「認知症が進行した」などと解釈することがあります。しかしそうではなく、利用者は施設という環境におかれたことで、自分のやりたいことを我慢し、次第に諦めていくのではないのでしょうか。明るく笑顔の多いショートステイにすることと、利用者が充実した毎日を送れるようにすることを目標に取り組みを行いました。

【利用者を笑顔にする取り組み① 笑いヨガを取り入れる】

笑い(ラフター)ヨガとは、笑うことと、ヨガの複式呼吸法を取り入れたエクササイズです。ようざんに慰問で来て下さっている株式会社ワラックの井上信子先生と、株式会社プリエッセの方々にご協力をいただき、我々職員が、笑いヨガを利用者様と一緒にできるようになるための講習を受けました。ヨガの基礎から、笑うことの効果、また進行のコツなどを丁寧に教えていただき、3ヵ月にわたり学ばせていただきました。以下に、笑いヨガの効果を紹介します。

【笑いヨガの効果】

A 身体的効果

① 抗ストレス効果

「コルチゾール」というストレスによって発生するホルモン値が、笑いヨガによって 75%以上も減少します。笑いでストレス耐性が強くなります。

② エンドルフィンの分泌

エンドルフィン(痛みを抑える物質)のレベルが上がるので、精神の肯定状態になり、楽観的、気分が良くなり、自信、自尊感情が高まります。

③ 免疫強化

笑いで、体内でガン化した細胞やウィルスに感染した細胞を破壊する「ナチュラルキラー細胞」が、活性化されます。この細胞の活性化で免疫系の強化にもなります。さらに、ストレスによって低下している免疫系、消化器系、生殖系状態がよくなります。作り笑いでも同様の効果があると証明されています。

④ 有酸素運動

1分間の笑いが、10分間のボート漕ぎやジョギングに匹敵する有酸素運動になります。

⑤ 血液循環の促進

リンパ系の循環が活性化し、血行がよくなります。血液循環により、体内の老廃物が除去されて、血色がよくなり、顔色がよくなり若々しくなります。脳の血流が良くなることから、認知症の改善にも効果があります。

B 心理的効果

① 心の知能指数(EQ)向上

感情面での指数のEQが高いと、周りの人にも親しみやすくよい気分させます。

② 感情の解放

笑いヨガで、うつ状態が軽くなり、慢性的なうつが軽減されることがあります。

③ コミュニケーションの向上

笑いは自分を幸せにするだけでなく、相手も幸せな気持ちに感染させるので、社会的つながりが向上されます。それにより、自信が高まり、コミュニケーションスキルや創造性が高まります。

④ ストレス解消

笑いヨガで副交感神経が活性化され、交感神経とのバランスがとれ、自律神経の調整がとれます。

笑いヨガの技法を学んだ職員が、朝や午後のレクリエーションの時間に、利用者と一緒に実践しました。普段口数の少ない男性利用者が大笑いしてくれることや、意志疎通の難しい方がとても良い表情をして下さることもありました。効果は職員の意識にも表れ、利用者を楽しませたいという思いがより一層強くなっていきました。

【利用者を笑顔にする取り組み② 趣味活動の再開支援】

利用者の生活歴などが記載されている利用者情報からヒントを得て、編み物や書道、料理や日曜大工など、ショートステイ利用中に趣味活動ができるように、道具や環境を用意しました。鬱傾向で部屋に引きこもりがちだった方は、編み物を始めたことをきっかけに、出来上がった作品を職員や他利用者に見せて下さるようになり、鬱傾向の改善や食欲の回復に大きな効果がみられました。

【利用者を笑顔にする取り組み③】

ショートステイの日常的なレクリエーションは、職員の配置と安全性を優先した結果、同じ内容になりがちでした。利用者の笑顔を引き出す為に、レクリエーションの内容について研究し、デイサービスのように賑やかなレクリエーションを目指しました。

【考察】

利用者から「ここはスタッフの皆さんの雰囲気が良くて、居心地がいい」という声が管理者のもとにたくさん届くようになりました。ご家族からは、「以前の元気だった母に戻ってきたようです。」と評価していただきました。また、レクリエーションを通じて、利用者同士のコミュニケーションの機会が圧倒的に増え、仲間意識が生まれたことにより帰宅欲求等の症状がなくなってきました。

今回の取り組みは、「ここに来て良かったと思ってもらえるようなショートステイにしたい」という、私たちの思いから始まりました。利用者の笑顔を引き出すために日中のレクリエーションを充実させた結果、利用者だけでなく、職員にも笑顔が増え、ケアをする喜びを味わえる時間が増えたという結果になりました。

【まとめ】

本当はもっと利用者さんと楽しい時間をゆっくり過ごしたいという思いと、忙しい業務の中で、生きがいや楽しみへの支援が後回しになっていってしまうジレンマを職員誰もが感じています。その中でも、利用者にとって何が一番大切なのか、私達にできることは何か、常に利用者の立場になって考えていきたいと思えます。

寄り添う看取り

～最期まで自分らしく～

特別養護老人ホーム アダージオ

発表者:永井美代子・天田早生

【はじめに】

特別養護老人ホームアダージオは、平成29年10月1日に開設しました。そして、今、9カ月が経ち、利用者様、ご家族、職員と沢山の出会いに感謝しつつ今日までが過ぎてきました。

恐らく特別養護老人ホームとは、最期のときを迎える施設というイメージは、少なからず皆持っている事と思います。その中で、介護職に携わる事が初めての職員も多い中、毎日試行錯誤しながら日々成長させていただける環境であったと思います。

そして、A様の事例を通し、私達職員が最期のときを迎えるまでの4カ月、看取り介護に向けて、沢山の事を学ばさせていただいたことを紹介します。

【利用者紹介】

氏名:A様 女性

年齢:83歳

既往歴:糖尿病

高脂血症

脊椎圧迫骨折

右大腿部頸部骨折(H29/4/28)

貧血(CRPはいつも高いが、治療、精査拒否)

※後に分かった末期ガン

【入所初期】

H29.10.1に前施設の利用料が高いという理由と、在宅介護困難な為に前入所施設お迎えに伺い入所となる。

移動…車椅子に乗っているも、移乗も自走もでき、自立

排泄…自己にてトイレに行かれ失敗なし

食事…普通食、自力摂取

居室はトイレが一番近いお部屋。テレビを持参され、自分の生活スタイルで、職員との接点もあまりなかった。

集団行動も好まず、食事の時間のみホールへ声かけにて誘導する程度で、いつも居室でテレビを観て、自分のペースで過ごされていた。

家族間でもトラブルが過去にあり、心を閉ざしているように思われ、職員もどう接して良いのかわ

からなかった事を覚えている。

【入所中期】

H29.11.6 に入浴の際に臀部に剥離を確認した。自己にてベッドの移乗もでき、ギャジアップも自己管理で常にテレビを観ていた為に、毎日同じ角度での生活が臀部に圧力がかかっていた事が原因と思われ、体位保持や体交を検討するも、本人右足の痛みがある為に体交を望まなかった。

しかし、臀部の皮膚状態は悪くなるばかりで、本人も体位を意識するようになり、職員の手を借りる事が増えてきた。

この頃より、少しずつ職員との会話も増えてきて、A様自体も心を開き始めてきた事を感じた。

しかし、ベッド上での生活は変わらない為に皮膚状態は悪くなるばかり、食事も全量摂取出来ない事が増えてきた。

10時、15時に栄養補助食品提供する事がカンファレンスで決まり、また、レク等への誘導、声掛けし、離床時間を増やせるように促していく事にした。そんな時に、A様から昔の趣味等を聞き出したところ、編み物ばかりしていたという情報を得ることが出来た。孫の服を沢山編んだんだと自慢気に話している姿は楽しそうだった。

さっそく職員も100均へ行き、かぎ棒と毛糸を購入し渡した所、はまってくれた。懐かしさと共に手は覚えているもので、車椅子に自ら座り、毎日コツコツと熱心にマフラーを編んでいた。

まずは、久しぶりの編み物なので、かぎ棒と毛糸を購入してきた職員にマフラーを編んでくれた。あっという間の完成に共に喜び、巻いて自慢したのを覚えている。

次に、相談員に内緒で編んで欲しいと伝えたと、喜んで編み始めてくれた。この頃になると楽しい会話も多くなり、集団レクにも参加するようになった。職員皆がA様に歩み寄りようにもなった。

車椅子生活、レク等の参加も増え、皮膚状態も良好で、すべてが改善されてきていると思っていた。

【入所後期】

ところが！！

H29.12.10

ベッドから車椅子移乗失敗、尻もち。

H29.12.13

ブレーキのかけ忘れからの移乗時、バランスを崩し尻もち。

H29.12.15

トイレでの立位保持できず、尻もち。と、転倒が続いた。

環境を整えたり、ブレーキにラップの芯を使用し、ブレーキをかけやすくしたり、コールの使用を周知していただくようお願いしていたが、下肢の浮腫みが強くなり、痛みの訴えが多くなってきていた状況だった。

そして、この日に主治医院より連絡が入り、採血結果が悪く家族への面談を希望され、面談日が決まった。

H29.12.19

※看取りケアカンファレンス(資料参照)

下肢の浮腫み強くなってきた為に利尿剤処方

H29.12.27

利尿剤中止希望にて中止

【看取り期】

H29.12.28 看取りカンファ

H30.1.8 看取り同意書

H30.1.10 下肢浮腫み変わらず、痛みも強い

ADL 低下している現実に A 様の不安も大きくなってきていた。

また職員も、本人の意思を尊重していたが、介助量が増えていく事で、精神的にも肉体的にも苦しくなっている事も伝わり、A 様も職員の対応に違和感を感じていたこともあったようで、A 様自体も苦しくなっている事も伝わった。

H30.1.20 ベッド移動、環境整備 動きやすく介護しやすくする。

この時も A 様は環境が変わる事を望んでいなかったが承知してくれた。

H30.1.25 カンファ

同じ方向で支援、また職員の不安もくみとれるように意見交換の為に看取りアンケートを作成しまとめる。(資料参照)

この時期に職員2名分のマフラーを編み終え、サプライズで娘のマフラーを編もうと提案。本人も乗り気で必死になって編んでいた。体調が良い時は車椅子で、体調が悪い時はベッド上で。自分の生きる糧の様に思えた。もしかしたら、過去のトラブルを回避できるのではと、職員もご本人も思っていたようにも思えた。

時に「間に合わないかも…」と弱音を吐く事もあったが、毎日毎日辛い時でも娘さんのためのマフラーを仕上げる為に頑張っていた姿を思い出した。

出来上がった日、娘さんの面会があった日に渡せた日。娘さんも「私の好きな色覚えてたんだね」と二人親子の関係が歩み寄れたのではと思えた時だった。

H30.1.30 食事量減少、食事が摂れない。

Dr.より食べたいものを食べられる時に。

家族に持って来てもらう。

水分や氷を欲しがることが増え、栄養補助食品を凍らせて提供したり、ウィダーインゼリーを提供したりと飲み込みやすい物を提供。

また、皮膚状態、本人の身体状態を考え、以前よりエアーマット導入の働きかけを A 様にしてい

たのですが、A様がずっと拒否されていた。この日ようやく自分の体の状態から設置させていただけた。

H30.2.1

A様は、尿意便意もはっきりしていた方で、常にトイレ希望だった。しかし、身体的、介護側も立てない方を立たせる、座らせるという限界もあり、また、失禁更衣も増えてきたために、負担軽減を図るためにオムツ着用を勧め、本人もオムツを希望してくれた。昼夜オムツとなる。

H30.2.3 「苦しい…」と訴え多くなる。

呼吸促拍

爪甲色不良

チアノーゼ見られる

現状報告を家族に連絡

食欲はないが、水分やクريمة氷等は好んで召し上がっていた。口に入る物が少なくなれば排泄量も減少。

私達職員も、最期の時が近いことを感じている。そして不安を感じている。職員の不安、A様の不安を少しでも軽減できる事を考えられず、毎日A様に、職員は、触れて、声掛けて、話して、を続けてきた。

H30.2.6

エアーマットを使用し、褥瘡治癒した。再発防止に努めていく。血圧100を切ったら要注意。家族に状態報告。

ほとんど声を掛けても、A様の言葉が返ってこなくなっていたが、いつもいつも何かケアにあたるたびにありがとうありがとうと言ってくれていたA様。

口の動きでありがとうと伝わっていた。

この日、1職員が訪室の際「Aーお母さん！！」といつものように呼びかけ「はいよ！」と返事があった。この言葉が最期になった。

その後は苦しそうに呼吸しているのみの姿しか覚えていない。何も出来ない歯痒さ、それぞれが感じていたと思う。

H30.2.8

19時30分。夜勤職員が排泄介助の為訪室。

呼吸状態変化に気付き、そのまま下顎呼吸。3回呼吸後に停止。

19時35分 死亡確認となった。

【最後に】

A様が亡くなられ、職員にデスカンファレンスアンケートを取る。各職員が、それぞれ感じた事を素直に書いていただきました。

私達職員はA様のご要望にどこまで応えられたのか。アンケート結果を読むとはっきりしてくる。(資料参照)

A様の様にクリアな方の看取りは今後の課題も多いと思われるが、ご本人様の希望に沿うことを優先し残存機能に合わせての1つ1つのアプローチだった。

職員が皆同じ方向を向いて看取りに向かっていた事、温かいケアが出来ていたのではないかと
思う。

ご家族様も『最期をアダージオで過ごせて良かった。大変お世話になり、ありがとうございました。』とおっしゃって下さった。

遺影の写真も、アダージオでのレクリエーションのピース写真を選んでいただいたと聞き、光栄に思う。

『退職届』の意味。本当はもっとよく働きたい

ショートステイようざん並榎

堀江一彦

1. はじめに

事業所の管理者として、法人の部長として時に退職の相談を受けることがある。その理由は多岐に渡るが、経験上、退職を考える方の多くは『介護事業所でもっと気持ちよく働きたい』といった意思表示と捉えられるような内容が多く、残念ながら当法人を離れていった方の中には同業他社で働いている現状もある。

これから介護労働者の需要がピークとなると言われている2025年以降にはさらに1.5倍の介護職員の増加が必要であると政府から示されおり、積極的な採用活動を進めることも大切だが、どうやったら離職を防止してその定着を図ることが出来るのか、『働きやすい職場』とはどのような職場なのかを考えて取り組んだ1年を報告する。

2. 課題の抽出と分析(CHECK&DO25、SNS上の投稿、介護労働実態調査より)

多くの介護職員が課題と感じている点を抽出し改善を行うことが『働きやすい職場』ではと考え、自分なりに分析した。課題はショートステイようざん並榎でのCHECK&DO25の結果、SNS上の投稿内容、介護労働実態調査の離職理由からそれぞれ1位の課題を抽出した。

※ショートステイようざん並榎でのCHECK&DO25上の課題ベスト3

1位	仕事ぶりや能力について評価し、面談によるフィードバックを行っている。
2位	自法人・事業所を取り巻く環境や今後の課題について話し合う機会を設けている。
3位	有給休暇の取得促進や福利厚生面の整備など、労働環境の整備・改善を行っている。

※SNS上で職場の課題といった投稿の上位3位(平成29年11月～平成30年1月)

1位	有給が取得できずサービス残業が多いといった労務、職場環境の問題。
2位	職場の人間関係の問題。
3位	法人や上司からの評価や ビジョン、理念の問題。

※『平成25年度 介護労働実態調査による離職理由』

1位	職場の人間関係に問題があったため。
2位	法人や施設・事業所の理念や運営に不満があったため。
3位	他によい仕事や職場があったため。

以上から介護職員の多くが共通して職場の課題と感じていることの上位は

- ① 仕事ぶりの評価の問題
- ② 有給休暇の取得などの労働環境の問題
- ③ 職場の人間関係の問題

と捉え①～③について取り組んだ。

3. 取り組み

①仕事ぶりの評価の問題

一般的に介護職員の評価とは、介護技術について介護職自身が自己評価を行い、課題を抽出し、目標を定め達成状況を管理者とともに評価するといったものが多い。今回は管理者から評価されるのではなく、働きやすい職場作りで大切なのは、日常の当たり前が行えていることと、同僚に認めてもらえる働き方することだと考え、同僚から日常の当たり前を評価される『他者評価』を導入した。

※ 他者評価を取り組むにあたって留意した点

1. 評価項目は 13 項目。内容は挨拶、モラルといった教育や経験に関係ない項目。(ようざん10の基準にあるような内容)介護技術の達成状況は評価対象とせず、いかに日常の当たり前を行えているのかを評価対象とした。
2. 評価は匿名とした。
3. 職員間であいまいになっている部分は評価前にルール作りを行った。(大切)
4. 他者評価が優れている職員をようざん優良社員表彰に推薦すると事前に伝えた。

※ 他者評価のメリット

1. 同僚に認めもらう働き方をする職員が優れた職員であるといった意識付けになった。
2. 評価内容の多くは日常の当たり前の行為であり、対人援助でありチームで行う介護事業の中で大切にしているのは特別なことでなく、日常の当たり前の行為、モラルであるといった意識付けになった。
3. 同僚に対して改めて欲しい点を管理者が知ることができ、面談の際、情報提供できた。

※ 他者評価のデメリット

1. 匿名なので悪口になる可能性がある。
2. 同僚に対する捉え方に個人差が出やすい。
3. そもそも同僚が同僚を評価することに抵抗感がある。

※ 取り組んだ結果

介護はチームで行う仕事なので介護技術などの評価に加えて、日常の当たり前を行うことや同僚に認められる働き方を意識する手段として他者評価は一定の効果があると感じた。今回匿名で行ったが、記名で行ったほうが発言に責任が生じるので再考すべきかと思う。また介護技術の評価に加えていかに日常の当たり前を行えているか、モラルを守れているか、つまり凡時徹底できているかは他者評価という手法でなくても評価すべきだと思う。

②有給休暇の取得などの労働環境の問題

ようざんには平成 29 年に有給休暇取得促進のためのリフレッシュ休暇制度が出来た。勤続 3 年以上の職員には 5 日の有給を与えるといったものだが、この 1 年で 3 名の職員が利用した。リフレッシュ休暇は自分も取得することが出来た。5 日間休むことは考えもしなかったが、取得するとすればその期間の仕事の割り振りを考えるので、生産性も上がるといったよい効果もあったと思う。

またショートステイようざん並複では有給休暇の取得促進の一環として『バースデー休暇制度』を設けた。これは夏冬休時期でも誕生日は夏冬休に加えて 1 日有給を取得でき、それ以外の月は有給を 2 日取得できるといったものにした。申請した職員は全員取得出来ている。有給の取得は一定の日数の付与が義務化になるので、取得促進についてエリアで検討してもよいと思う。

③ 職場の人間関係の問題

SNS上の投稿をしばらく読んで気がついたことは介護職員同士でその場にはいない職員の働き方について意見することが、結果としてそれが人間関係の問題につながるというケースが多いことに気がついた。

例1: 職員Aの排泄介助の技術が十分でないと感じている職員BCが本人がいないところでそのことについて話していると結果としてそれが悪口のように伝わる。

例2: 職員Aは一生懸命やっているつもりだが、Bには効率悪く感じ、それを本人がいないところでCDE間で共有する。

こういった例は悪気がなくても伝え方と伝わり方の問題で人間関係の悪化に繋がっており、下記の提案と取り組みを行った。

提案と取り組み: 同僚への働き方の意見を本人がいないところで同僚同士で行うと悪意がなくても人間関係の悪化につながるのを禁止 同僚への働き方への意見は

1. 本人に直接言う
2. 管理者に言う
3. 意見箱に投函する と提案し取り組んだ。

1. 本人に直接言うについて

私はこれが1番スマートだと思う。理由は双方のコミュニケーションスキルが向上するからだ。お互い意見しあえる関係になるには、良好なコミュニケーションを伝え側、聞く側双方が意識することが大切だと思う。職員間のコミュニケーションスキルについて研修があってもよいと思う。

2. 管理者に言うについて

同僚の働き方への意見を当人同士で上手に伝えられない場合は、管理者に伝えてもらうようにした。

3. 意見箱に投函する

同僚の働き方についての意見は意見箱を設置し投函できるようにした。同僚同士で意見すると悪意がなくても人間関係の悪化につながるのをその抑止の意味も込めて設置した。

投函された内容は管理者しか見られないが必要に応じて注意をしたり、部署会議で議題にするなどした。

4. まとめ

今回、介護事業所の働きやすい職場への課題の大枠は共通していると考え、3つの課題から働

きやすい職場とは何かを考え具体案を自事業所で取り組んだ。各事業所で採用活動を進めることはできないが、働きやすい職場作りへの取り組みは職員の満足度が上がり、結果として離職防止やサービス向上に繋がると考える。課題は大枠では同じだろうが具体的な取り組みは法人内でも事業所ごとに異なるように思うので、取り組みを所長会議で情報共有して行くとよいと考える。しかしこれだけでは介護職員の満足度が十分に上がったとは思えない。介護職員は人の役に立ちたいと温かい心根を持った人たちだ。日頃の業務に追われながらも、働きやすさに加えて介護職でよかった・・と働き甲斐の満足度も十分に考えていかなければならないと思う。