

第14回ようざん認知症介護事例発表会

2022年6月28日



目次

- 1.介護現場における身体的介護負担の軽減に向け『腰痛予防対策移乗サポートロボット HUG 導入』
ナーシングホームようざん 本多彩純 p.1
- 2.『みんなが喜ぶことなら何でもやるよ』～大好きだった食事づくりをもう一度～
ケアサポートセンターようざん小埜 大河原直子 関上健一 p.5
- 3.あれ～！？特養に行くはずだったのに！在宅生活に、なっちゃった！
～すべての人と人との「和」の繋がりが大事～
ケアサポートセンターようざん飯塚 川浦修 清水龍一 p.9
- 4.最後までお世話になることに決めたのよ
ケアサポートセンターようざん貝沢 山下あき江 高橋恵一 p.13
- 5.住み慣れた我が家へ
ケアサポーセンターようざん 勅使川原茂美 武藤彩愛 p.16
- 6.『Bekerja Sama！！』
グループホームようざん倉賀野 大森夕紀子 エルウィン・アブドル・ハフィド p.20
- 7.九人の家族～グループホームの役割とは～ グループホームようざん栗崎第二 柏原秀人 p.25
- 8.「大丈夫かね？」
スーパーデイようざん石原 林 安子 p.34
- 9.口福で幸福 ～Eating leads to Hapiness～ グランツようざん マラザルテ・マリア 照井みさお p.37
- 10.「こんなになっちゃってゴメンね…」 嬉しい変化を感じて
特別養護老人ホーム アンダンテ 大竹千里 槇田美春 p.39
- 11.定期巡回訪問介護看護サービスにおける連携型訪問看護ステーションの関わり
訪問看護ケアサポートセンターようざん 谷川 早紀 p.43
- 12.共に育てる喜び ～栗崎ファームを通して～スーパーデイようざん栗崎 渡辺恵美 植原さおり p.47

介護現場における身体的介護負担の軽減に向け 『腰痛予防対策移乗サポートロボット HUG 導入』

ナーシングホームようざん
発表者 本多 彩純

《はじめに》

現在腰痛は、休業 4 日以上職業性疾病の 6 割を占める労働災害となっており、厚生労働省は、重量物を取り扱う事業場などへの啓発・指導を行い、更には適用範囲を広げ福祉・医療分野における介護・看護作業全般に広げるなどの改正が行われました。

労働による腰痛発生においては、福祉・医療・商業・運輸交通業の腰痛は、非常に多いとのデータが上がっており、介護従事者は 1.7 倍に増加し、今日では、それ以上に腰痛発生者が増加し離職せざるを得ないという事例も増えているのです。この様に腰痛は、福祉現場に関わらず労働力人口を低下させている大きな問題です。

移乗サポートロボット HUG (以下 HUG と表記) 導入の前と後で、介護職員の身体的・心理的負担がどのように変化したか、又、利用者様にも、身体的・心理的にどのような変化があったのかを報告します。

《HUG を導入する事になった経緯》

ナーシングホームようざんでは、利用者様の日常生活介助・入浴介助・定期巡回での介助を行っています。利用者様は、個々に体格差・既往症など様々で、介護度以上の介護負担が掛かる事も多く、令和 2 年 3 月から定期巡回ご利用の方は、一般家庭での入浴・排泄・移乗・臥床・食事介助で、介護職員の身体的負担が大きく、2 時間近く時間が掛かってしまう時間帯もあり、古くから提唱されているボディメカニクス、キネステック等を用いても大柄な男性の介助は、大変困難であり利用者様の安全な介助の為に、介護職員が無理な体勢をせざるを得ず、腰痛などの故障者が続出しました。

時を同じくして、施設内の介護負担の高い利用者様 A 様と定期巡回の利用者様 B 様が重なったことで、介護職員の身体的・心理的負担は継続し、腰痛等の症状を訴える介護職員がさらに増え、仕事を休まざるを得なくなり、重傷者は労災認定を受ける程でした。

人材確保の面からも、組織的な腰痛予防策に取り組むことが求められ、A 様と B 様の介護負担軽減の為に HUG が導入される事となりました。

HUG 導入後、一定期間が経ち介助に携わった介護職員の皆さんにアンケートを取りましたので、紹介したいと思います。

《利用者様紹介》

- ・A 様 男性 67 歳 要介護4 身長 167cm 64kg
- ・既往歴:慢性心不全、直腸癌、高血圧症、慢性腎臓病
- ・生活歴:ナーシングホーム内の男性利用者様 A 様は、H26 年直腸癌によりストーマを増設、日ごろ看護師により機能訓練が行われていたものの、ご本人様の気力は上がりず下肢筋力は低下傾向にありました。加えて両膝の変形性膝関節症の痛み等のため、立ち上がりが困難で移乗・排泄・入浴が全介助を要す方です。

《取り組み・結果》

介護職員のアンケートを実施結果は、以下の通りです。

HUG 導入前後に感じた事(身体的負担、心理的負担の変化 他)

HUG 導入 令和3年12月

HUG 導入前

男性職員・本人の協力や理解が無いと HUG を上手に使う事は難しいと感じた

- ・体の大きい利用者様で、ずり落ちそうになり大変だった

女性職員・立位が保てない為、抱えても自分自身が重さを支えきれなかった

- ・体が大きく、背中に背負う形で介助を行っていたが、毎回必ず背中が痛くなった
- ・変形性膝関節症の為か、痛みを訴え動きに精彩を欠き活力も無く動きも重かった
- ・介護職員に対して口調も強く依存的だった
- ・女性の力1人では、移乗等で腰や体に負担が掛かり仕事を休む程だった
- ・2人対応でも、臥床離床は大変だった
- ・身長差がある為、椎間板ヘルニアが悪化した
- ・身体的負担が多く、故障者が増え2人も対応あり人手不足が深刻だった
- ・体力的に対応は無理でした

HUG 導入後

男性職員・HUG 導入後、体を上げる時に痛がる時や手に力が入らない時などは、以前の方法で

介助を行うが、最近では、利用者様も慣れてきた様子で安楽そう

- ・利用者様の積極的な協力動作が見られる様になった

女性職員・指示する前に自ら足を HUG に乗せたり、体勢を整える等の協力動作も見られる

極たまに両手を離してしまうとの報告も有り、今後の課題と考えて行かなければならない

- ・身体的負担が無く、誰かに一緒に介助をお願いと言わなくてよくなり、気が楽になったし利用者様からも「助かる」との声もある
- ・1人でも出来る様になり、正確に着地できる
- ・利用者様からの負担の声は無く、腰痛も軽減されている
- ・人手が足りない時もスムーズに業務が行える
- ・身体的な事もそうですが、人手や時間的な負担が軽減された

・B様 女性 80歳 要介護4 身長:159cm 体重:62kg

・既往歴

・生活歴:定期巡回の女性利用者様B様は、夫と二人暮らしで脊椎側彎症があり、H28年～29年に3度手術を受け、R2年2月には自宅で転倒し左足関節骨折の為、膝下から足指までの補装具を着用され R2年3月に退院後、出来るだけ長く自宅で暮らしたいという強い希望から居室を改装され、ベッド脇に汚物を水洗処理し室内に匂いが残らないポータブルトイレや洗面所の設置などをしていましたが、体重が徐々に増加しており移乗・排泄・更衣・臥床離床介助に際しても、介護職員の心身の負担が顕著になった方です。

《取り組み・結果》

介護職員のアンケートを実施結果は、以下の通りです。

HUG 導入 令和3年12月

HUG 導入前

男性職員・利用者様自身が、上手く動けない日もあり、不機嫌になると介護職員に対する言葉が厳しくなることが多かった

・利用者様のやり方や拘りがあり、対応が出来ないと情緒不安定になった

女性職員・移乗の際に浅座りになると怒る事も多く、上手な職員と比べられタイミングがあわず怒って怒りをぶつけられ萎縮してしまった

・移乗を何回かに分けて行くと「1回でできないか?」「〇〇さんは、抱いてやってくれる」との言葉に苦痛を感じた

・ほぼ真横への移乗の為、ヘルニアが悪化し、両腕を首に絡められた体勢での移乗で頸椎ヘルニアも発症し、身体的ダメージが大きかった

・利用者様との体格差があり、浅座りしてしまい不安にさせてしまうことが多かった

・浅座りになると、何回かやり直しをして辛かった

・移乗の際に、何かが気に入らず苦情が多かった

HUG 導入後

男性職員・慣れるまでは大変そうだったが、ご本人様が言う通り今は安楽そう

・次第に慣れ安定し、介護職員の介助もパターン化しているので楽に感じる様になった

女性職員・身体的な負担が減ったことで、表情も明るく心身ともに落ち着かれ、下半身は麻痺しているが、上半身は活発に動かす事が出来るので現状維持が望まれる

・正確に車椅子やベッドへ移乗出来るので、今は笑顔が沢山見られ積極的な協力動作が見られるようになった

・身体的負担も無くなり、お互いに安心感があり、時間短縮出来ている

・心理的な負担が軽減された

・痛みをごまかしながらやっていたが、負担がほぼ無くなった

・しっかり移乗出来る様になり、ご本人様の機嫌が悪くなる事が無くなった

《考察》

HUG 導入前は、身体的・心理的負担も大きく、スムーズに介助出来ない事もありました。HUG 導入後間もない時には、利用者様が不安を口にされていました。しかし、現在は A 様、B 様共に HUG を理解し移乗もスムーズで安定しています。A 様は HUG 導入以前、2 人がかりの移乗支援となり、ホール内の介護職員が不足し事故発生リスクが高まるという課題もありましたが、導入後は、1 人介助にて移乗支援を短い時間で行う事ができ、事故発生リスクの軽減につながり業務の効率化にも繋がっています。HUG の導入により、気力も衰えつつあった A 様は、自らの意志で足を上げる協力動作「大丈夫」などの言葉も増え、身体機能・精神機能の双方への相乗効果が得られました。B 様も HUG の導入により、介護職員のバラつきの無い安定した介助を行うことで「皆さんが、来てくれなかったら家には居られない」「助かります」と言った言葉が増え、介護職員に対して強い口調で不満を訴える事も無くなり精神的にも安定され、導入以前に強くあった排泄不安も殆ど口にされなくなり、夜間はパットを高吸収の品に変えオムツを使用しつつも日中は、ポータブルトイレを継続しての利用が可能となりました。導入の目標を決めることで、利用者様が目的を持ち取り組むことで意欲も向上し、更には身体機能向上に繋がるのです。そして、なによりも現在介護職員の腰痛等による休みも明らかに減少しています。HUG を使用する際、アームから抜けそうになったとの報告が、介護職員から有りましたが、正しく操作出来ているか？利用者様が正しい体勢をとれているか？を確認し情報交換を行い解決しています。今後も、利用者様に痛み等の変化は無いか？を細やかに観察しつつ対応を重ねていくことが重要です。HUG 導入後、介護職員の一人一人が、利用者様にしっかりと目を向け坦々と過ごす日々の中で、適切な介護用具の提供、この事が介護職員の離職者を減らし、ようさんのモデルケースを構築する土台の一つとなるものと確信しています。

《まとめ》

今回、HUGをA様、B様に導入し利用者様はもとより介護職員共に身体的・心理的負担と介助不安の大きな軽減という多くのメリットを得ました。しかし、こうした福祉用具のメリットを生かす為には、利用者様の身体機能・精神機能、ADL、想定される使用環境についても確認し、HUG との適合を計らなければなりません。定期的にモニタリング等を行い、利用者様、介護職員共に理解した上で効果が得られるのです。腰痛⇒我慢⇒仕事を休む(辞める)⇒人手不足⇒利用者様の不利益とならない様に適切な福祉用具を適切に活用し少労化を進めること、又、従来からあるボディメカニクスやキネスティックどちらの知識をも持ち、利用者様により良い介助を行う為に必要に応じて使い分けること、そして、腰痛等の予防ストレッチや指導・教育もまた必要不可欠です。利用者様の心に寄り添い、笑顔を見せて頂ける豊かなサービスをこれからも提供していきます。

『みんなが喜ぶことなら何でもやるよ』 ～大好きだった食事づくりをもう一度～

ケアサポートセンターようざん小埜

発表者:大河原 直子

関上 健一

【はじめに】

介護者を自宅で看ることのご苦労は親であっても体験されて初めて分かるものです。

A様のご家族も働きながら認知症の進むお母様を抱えて、ご実家を行き来されております。

ご家族の方が体を休められ、ご本人もやりがいを持ち安心して、ようざんへ泊れる日を目指した事例をここに紹介します。

[事例紹介]

【利用者様紹介】

A様 女性 81歳 要介護度3

既往症:高血圧、認知症

障害高齢者の日常生活自立度 J2

認知症高齢者の日常生活自立度 IIb

【生い立ちと生活歴】

松井田町と長野県の県境に生まれ5人兄弟の4番目として育ちます。

中学校卒業後、家業の炭焼き、馬の世話などを手伝いながら和裁、洋裁学校に通い裁縫を学びました。

結婚を期に高崎で暮らし、食堂を姑と一緒に20年間営みました。

しかしながら認知症を発症すると足腰も弱くなり大好きだった食事作りも出来なくなりました。

ご近所の友達ともお茶のみなどで集まることも無くなりました。

【家族の希望】

長女様が近所に住んでおりますが平日は仕事があり夜、帰宅されます。

A様の夕食作り、薬の管理等をされております。

認知症でもやれることを少しでも残しやりがいにつなげられれば、とのことでした。

また、これまではデイサービスを利用されていました。

しかしながら、ご家族様が休まる時間がなく、今後は泊りを入れて体を休めたいとの希望があり、ようざん小塙での利用開始となりました。

【利用開始の様子】

A様のご近所に住む、お友達のB様が小塙を利用され、宿泊しており、ご家族もA様が、ゆくゆくは泊って欲しいという願いがあり、期待しての利用が始まりました。しかし、それはすぐに崩れてしまいました。

帰宅願望が強く帰りたいと言い始め、仲良しだったB様と話してもレクを楽しんでも午後になると帰りたい帰りたい。

宿泊しようと挑戦しましたが持参された杖で入口のドアをバンバン叩いて「帰せ、帰せ、帰らせろ！」顔を真っ赤にし怒鳴る剣幕でした。

結果として、残念ながら宿泊出来ず帰宅となってしまい、その後はデイ利用を継続することとなりました。

【宿泊までの経緯】

3ヵ月も過ぎますとデイ利用も順調になり以前より落ち着いてきました。

仲良しのB様の隣に席を置き、B様の体調が少しずつ悪くなっていくと「大丈夫かい？」「元気出しなよ」と声をかけてくださるようになりました。

しかしB様は、その後、利用を中止され来苑されなくなってしまいました。それに気づかれ「あれ一、最近Bさん来ないね。どうしちゃったんだろ」と心配される日が続きました。

ご近所のB様に会えなくなってからはC様の隣の席に座って頂きました。

ある日のレクで上毛カルタをしました。C様はカルタが上手に取れませんのでC様のテーブルの前に読まれたカルタをA様が取って差し上げました。

A様の優しい思いやりの一幕が伺えました。

時に歩き出し暴力を振るうC様に対し「そういう事は言っちゃだめ」「危ないから座っててね」と目と目を合わせて語りかけ落ち着かせます。人間関係が自然と構築されA様も穏やかに過ごされる日々が増えていきました。

私は、A様は宿泊時には暴力的になってしまったが本当は思いやりのある優しい人なのではないだろうか？

食堂を営んでいたということで人の役に立つことが嬉しく、やりがいを感じられるのではないかと考えました。

A様にとってのやりがい、それは“人の役に立つこと”それを上手く活かして宿泊できるようにしたいと考えました。そこでA様と一緒に宿泊当日に食材を仕込み、翌日、利用者様に召し上がって頂

く『とん汁づくり』で宿泊が出来ればと思い挑戦してみました。

[宿泊するための準備と取り組み]

【導入時期】

「まだ先の話ですが、とん汁20人分を振る舞いたいのですが、当日忙しいので泊りで一緒に手伝ってもらいたい」と恐る恐る聞きました。

そうするとA様は、「いいよ、手伝ってあげる。何入れる？こんにゃくは湯がいた方がいいよ」など具体的に話され、泊りに対しての反発はありませんでした。

【泊り当日】

当日は買い出しをしました。材料を相談しながら楽しく決められました。

ここでも泊りで作る事をお話しましたが反発はありませんでした。

スーパーへ2人で材料を買い出しに行きました。

キノコは2種類位入れるといい出汁が出るよ。

ゴボウは皮を剥いてあるやつでいいかな？

とカゴを押しながら選びました。

【仕込み開始】

いつも何時ごろ寝ますか？と聞くと、22時頃との事でした。

逆算し22時頃寝られるよう調理の工程を考えていきました。

ピーラーを使ってゴボウ4本、ニンジン3本を切って頂きました。

とん汁が7割位出来たところでA様の目が眠そうになり

「もう9時だね、明日もあるのでパジャマに着替えましょう」と言うと

「そうだね」と素直に着替えられました。

A様は「一緒に寝ればいいよ」と気遣いをして頂き、

「私はもう少し準備があるので先に寝ていてください」と言いました。

A様はそれを聞いて「おやすみなさい」と就寝されました。

【翌日】

夜間も良く眠られ、翌日7種類の具入りのA様手づくりのとん汁を昼食に提供しました。

「美味しい」との声が多数あがり、普段お味噌汁を残されてしまう利用者様も綺麗に残さず召し上がられ、手づくりとん汁は大成功で完売しました。

【まとめ】

最初は杖を振り回してまでも帰宅したかったA様ですが、気の合う利用者様と一緒に席にしたり、常に職員から声掛けなどをおこなったりした結果、利用者様や職員との会話が増えました。

利用者様とのコミュニケーションの重要性を改めて感じました。

とん汁づくりではA様が昔のやりがいを再現できている、利用者様の喜ぶ顔が見られ役に立っている実感があることがはっきりと見受けられました。

結果としてA様自身も満足されながら宿泊することができました。これからもA様が安心して泊ることができるよう工夫していきたいと思えます。

あれ～！？特養に行くはずだったのに！

在宅生活に、なっちゃった！

～すべての人と人との「和」の繋がりが大事～

ケアサポートセンターようざん飯塚

川浦 修

清水 龍一

身体機能が低下したから、体調が悪いからと、やりがいのある生活を送ることを、諦めていませんか？

スタッフと協調され、その絆に応えられ、見事に生活機能を回復されている御利用者様と、ようざん飯塚の日常の取り組みを紹介させていただきます。

ご利用者様紹介

A様 女性 86才 介護度 1

出身 高崎市飯塚町

- ・農家の5人兄弟の2番目の長女
- ・高等学校卒業後、洋裁学校へ進学
- ・高校時代の同級生の夫と、26才の時に結婚。子供は1男1女授かる。
- ・30代～70代。市内洋品屋のパート勤め。特に病気をする事なく勤める。
- ・娘様の小学生の頃の服は、生地を探すところから、ミシン、手縫いで作り上げていた。
- ・45才～49才の頃。生活苦の中、娘様が大学で勉学に励める様に、洋裁の仕事以外も掛け持ちをして働いていた。
- ・社交的な性格であり、誘われれば町内会等の地域のイベントに、断る事無く参加されていた。(イベント参加の際は、おしゃれして出かけていた。)
- ・旅行が大好き。ドライブ(夫の運転)でマイクロバスを借りるほど、家族、親族で出かけていた。

ようざん利用開始までの経緯

- ・10年前 大腸がん 高崎総合医療センター入院。
同時期 夫が他界。元々は明るい性格に変化。暗く、おとなしくなった。
気持ちに不穏状態目立ち、身体機能、意欲低下見られる。妹様や、近隣の方々の支えにより、
買い物、食事等、外出する事が出来た。
- ・70代後半。詐欺電話に遭うなど騙されやすくなる。
- ・令和3年6月。尿路感染症による39℃代の発熱により、3週間、日高病院に入院。
- ・令和3年7月。退院。認定調査にて要介護I判定。認知症症状及び歩行機能低下の顕在化。
- ・令和4年1月。歩行不可となる。
同居の娘様が、排泄介助(おむつ)行なうも、「臀部を見られるのは嫌」と拒否強い。
A様、娘様との話のやり取りが合わず口論となる事が多い。
ひどい事を言われたと、悲観的になってしまう。
思う様に介助が出来ず、臀部に褥瘡が発生してしまった。

ようざん利用開始

利用開始前。御自宅にて、A様とのファーストコンタクト。

手引き歩行を試みるも、のけ反ってしまい、立位保持すら困難であった。

令和4年2月、ようざん飯塚 利用開始。当初は、特養入所の空きを待つ為の「つなぎ利用」の予定であった。

利用開始当初は、広範囲の臀部褥瘡により常に苦痛を伴う状況であった。顔の表情も強張っている。痛みの為、浅く腰を掛けてしまい、さらに褥瘡部位を圧迫し、悪化させてしまう。その為、除圧対応とし、食事以外ほぼベッド臥床としていた。

取り組み

まずは、褥瘡の完治を目指すところから開始した。

- ・使用パット類の見直し。
- ・オムツ→トイレでの排泄を実践。
- ・適切な褥瘡部の処置。

・業務中の空き時間、出勤スタッフが集合し、「ミニ会議」を随時開催。

A 様の問題点、改善提案をし、情報共有を図る。看護、介護の連携が強化。A 様の情報の共有化がスムーズに。スタッフ間の風通しが良くなった！

元々前向きである A 様。スタッフの日々のアプローチに対して、御理解、御協力もあり、スタッフのモチベーションアップ。介助、褥瘡処置にも熱が入り、その甲斐あって、利用 1 か月程で褥瘡が完治した。

その後の経過

痛みの軽減により、座位が安定。離床時間を増やし、余暇活動参加へのアプローチを実践する。屋外に出る時間が増え、24時間の生活リズムにメリハリが出て来た。

そして、ある日の事。歩行が出来ないものと職員間で思い込みがあったが、手引き歩行が出来るまでに、改善されていた。

本格的に歩行練習開始。苑内の移動は、車いす使用を中止し、すべて手引き歩行とした。

身体機能が向上し、活動的になった事により、「お安い御用よ！」と、洗濯物をたたむ等、お手伝いを積極的にして下さる。屋外へお連れした際、自らの足で立ち、花の水やりをされ、又、菜園において、玉ねぎを引き抜き、収穫出来るまでになった！

当苑スタッフに、A 様表情について「顔の形が変わった！！」と言わしめてしまうほど、穏やかな表情になった。

いつも、他のご利用者様を気遣われ、自ら他のご利用者様の片隅におもむき、お話し相手となられている。その姿は、まるで、ようさんの職員の様である。

娘様より

「今の母を見ていると、ようさんへ、働きに行っている様に見える。」

ご自宅に帰られている際、「ようさん」＝「勤めている会社」であり、「会社」の仕事は、沢山あった方が良くと話されているとの事。

「今の、ようさん飯塚を利用している時は、きっと幸せな時なのだろうと思う。今、自身の足で歩いて行動をし始めて来たが、本人の意思のうちの、転倒等のケガは仕方がない。「本人の意思」を尊重し、本人の望むままを今後も見守って行きたい。」

考 察

A 様との関わりから感じたこと

利用開始当初、歩行困難、臀部の褥瘡が顕著であったA様。現在、職員の懸命のケアにより、身体機能が回復されている。

ケアのスムーズ化には、御利用者様ご本人、スタッフ、ご家族様との調和のとれた円滑な、「和」の関係を構築していく事の重要性を改めて感じた。ケアに関係するすべての人と協力しあい、当たり前前のごく普通に実践し、その実践により初めて、ご利用者様の身体機能、認知機能を回復する事、その人らしい本来の生活を提供できる事を、A 様との関わりの中で改めて考えさせられた。

決して、難しい事をしているわけでは無く、「普通にすべき事を、普通に行う」大切さ。

それには絶対に欠かせない、「調和」「柔和」「平和」といった、大事な『和』の関係。

ケアを提供する側と受ける側、ケアに関わる全ての人が、やりがいの持てる「日々の生活の喜び」を体感しあえる様に、今後も励んで行きたい。

最後までお世話になることに決めたのよ

ケアサポートセンターようざん貝沢

発表者: 山下あき江

: 高橋恵一

【はじめに】

私たち介護の世界では常にさまざまな課題に突き当たります。例えば統合失調症などの精神症状を抱えた方の介護。課題は多岐にわたります。今回は長らく利用くださっている、ちょっと繊細だけれど、おしゃれでサービス精神旺盛な女性利用者様の事例を発表します。

【利用者様紹介】

A様 女性 78歳(利用開始時 74歳)

要介護度: 現在 要介護2(利用当初 要介護1 区分変更R2年3月～)

認知症自立度: IIIa

障害自立度: J2

既往歴: 統合失調感情障害(H8年11月頃～)

: 糖尿病(H17年5月頃～)

: 頻脈性心房細動, 急性心不全(H30年5月)

【利用開始までの経緯】

統合失調症、糖尿病などにより自立生活に支障が現れる。金銭や服薬の管理、部屋の片付け、入浴が困難となり、高齢者あんしんセンターや民生委員の支援を受ける。生活保護による扶助が開始される。のちに複数の介護施設を利用するが、職員や利用者への批判、気分障害や妄想から生ずる確執や言い掛かりなどにより、いずれも短期間での利用に終わる。H30年5月より当施設を利用開始。

【生活歴および日常の様子】

10人兄弟。幼少時の住み込み奉公の思い出ばなしを繰り返し、経済面では苦勞された様子。その後は東京の飲食店にて夜間の接客業の傍ら、二人の娘を育て上げる。「お店ではナンバーワンだったのよ」とも良く話される。のちに地縁の無い高崎市に転居するが詳細、時期は不明。趣味は洋裁。手縫いの自作ドレスを日替わりで身にまとい、通所される。おしゃれ好きが高じて自宅には衣類が溢れ、片づけられないでいる。薔薇を育てており、以前は猫を飼っていた。自宅での楽しみはタバコとラジオ。

ここ二年ほど、通所時には、ラジオから流れる料理レシピを書き写したメモを持参される。他の利用者とはいつもは穏やかにやり取りするが、少しでも不快を感じることもあると後から職員に告げ口

のように訴える事も多々ある。

【利用開始時の様子】

同様の施設の利用経験があり、「勝手知ったる場所よ」といった感じで利用がスタートしました。しかし、すぐに無理な要望、職員の言葉尻を捕らえるような批判的な訴えなどの電話が始まります。電話は多い時には一日7～8回、夜中の2時に鳴ることもありました。「今日ね、職員のBさんがこう言っていたのよ。私はああいうのが嫌いな。でもBさんには言わないでね」。深夜の訴えをひたすら傾聴します。また訪問時には警戒心が強く、散乱した衣類の片付けもままなりません。

以前利用していた施設からの情報をそのままなぞるような訴え、行動の日々が始まりました。それにともない、職員の対応も“腫れ物に触るが如く”となっていました。

『いつも安定した穏やかな気分で利用していただくには？』

『職員に対しての過度な訴えや要求を緩和して信頼関係を構築するには？』

統合失調症が故の感情の起伏や不安定さは、糖尿病などでの体調不良も重なり、不定期に波のようにやってきます。

【課題と取組み】

A様の課題には主に体調コントロール(インスリン注射など)、環境整備などがありますが、中でも全職員で取り掛かることで改善が期待できそうな『気分よく通所、生活をしていただきたい』という課題にまずは取り組んでみました。感情の起伏や不安定さはいつどんなきっかけで生じるか、予測は難しく、その時々職員の言葉遣いと態度次第で表情も大きく変わります。まずはA様に笑顔が見られる場面はいつなのか、を観察してみました。

- 自作ドレスの話題になった時。
- レシピのメモを説明してくださる時。
- 若い頃の仕事で如何に輝いていたか、を話される時。
- 愛猫や薔薇の話題となった時。
- 遠く離れて暮らしている、二人の娘様の話をされる時。

決まって穏やかさが見られる会話や場面が浮かび上がってきます。その中で傾聴するだけでなく、A様の思いに寄り添うかたちで取り組めることはないだろうか？

通所時に「今日はこれ書いてきたわよ！」と真っ先にバッグから取り出し説明してくださる、手書きレシピに着目してみました。保存してあるメモは150枚、書き込まれたレシピは実に447種にのぼります。ラジオを聴きとり、ずっと書き写してきた数々のメモ。そこにはひとり暮らしであるA様の「繋がっていたい」という気持ちと「みんなに喜んで貰えれば…」という持ち前のサービス精神が垣間見えました。この熱心な思いのこもったレシピを実際に作ってみてはどうか。不安定なA様との信頼関係をより強くするきっかけになるのではないかな。

【結果と考察】

レシピを参考に「豚肉のオイスターソース炒め」をA様参加のもとに作ってみました。メニューボードを持つA様には誇らしそうな笑顔がありました。いつものレシピの説明をただ当たり障り無く傾聴するだけでは無く、150枚のメモに込められた「強い思い」を形にする事で、A様との信頼関係を深めることができたのではないかと思います。実際に深夜に鳴る電話はほぼ無くなり、無理な要望や訴えも減りつつあります。ただ以前より穏やかになったとはいえ、感情の起伏は時に他の利用者様に向けられる事があり、今後の取り組むべき課題となっています。

【おわりに】

A様の利用開始から既に四年が経ちます。最近は気分の浮き沈みで通所を休むこともなくなっています。先日、ホールでくつろいでいるA様より嬉しい言葉を頂戴しました。

「あのね、私はもう最後までここでお世話になることに決めたのよ」

…ホールに居合わせた職員が同時に手を止め、顔を上げた一瞬でした。

住み慣れた我が家へ

ケアサポーターようざん
勅使川原 茂美
武藤 彩愛

【はじめに】

小規模多機能型居宅介護とは、中重度の要介護者となっても、在宅での生活が継続出来るように支援する、小規模な居住系サービスの施設です。

通い・訪問・宿泊の3つのサービスを組み合わせて、ご利用者様・ご家族のニーズに合わせ対応しています。その為、自宅に帰りたいが、不安があるご利用者様・ご家族が安心して無理なく在宅生活を維持できるよう、私達職員は協力・介入する事が出来ます。

今回、紹介させて頂くご利用者様は、退院後、自宅に帰りたいと願う女性です。そしてご主人は、どこまで出来るか不安だが、妻が自宅で生活できるよう協力したいと、ご夫婦とも自宅で生活したいと望んでいます。

【利用者様紹介】

対象者:Aさん

性別: 女性

年齢: 76歳

介護度:要介護度5

【既往歴】

60歳頃 高血圧症

75歳頃 尿閉・神経因性膀胱

75歳頃 軽度糖尿病

R3・5月 ワレンベルグ症候群による嚥下障害から誤嚥性肺炎を発症。

【現病歴】

R3年5月むせこみと喘鳴みられ、食事も摂取できず発声困難となる。病院にて、ワレンベルグ症候群と診断され、同症による嚥下障害から誤嚥性肺炎で入院されました。食事摂取できず、嚥下障害により胃管挿入、経管栄養開始し、6月24日 PEG 造設。7月5日 食道拡張バルーン施行。9月7日～昼食のみ全介助にて経口摂取開始となりました。ADL は車椅子にて食事以外はほぼ自立、杖使用し、見守りにて歩行されています。

【利用開始の経緯】

- R4.2.18 老健の相談員より新規の相談を受ける。
- R4.2.21 介護者(ご主人)に連絡を入れる。
- R4.2.23 介護者へ小規模多機能型居宅介護の説明を行う。
- R4,2.24 福祉用具相談員と家屋調査
- R4.3.18 再度家屋調査
- R4.3.22 A 病院へ経管栄養の手技と昼食時の食事形態の見学を行う。

【ご利用者様 介護者の想い】

コロナ禍で面会ができない為、介護者は毎日 16 時に A 病院へ洗濯物を届ける際に新聞も届け、その新聞の中に手紙を入れて、やり取りしていたそうです。
手紙の内容は、日常的な会話もあれば、家に帰りたいという内容も書かれていたそうです。

介護者は、そこまで家に帰りたいと本人が望むなら、在宅で面倒がみたいと思うようになりました。
ようざんを利用しながら、在宅生活スタートさせます。

【取り組み】

3月28日 退院介助し、そのままショートステイ利用となりました。利用開始と平行して住宅改修が実施されました。

食事は朝・夕は経管栄養、昼食・15 時のおやつのみ経口摂取、経口摂取時は、30度にギャジアップし、右側臥位で全介助で行います。食事はペースト食でトロミ具合・分量を看護師と相談しながら決めていきました。飲み込みやすいようにマヨネーズ状にし、主食 150g・味噌汁 150g・副食は各 50gと決め、誰が作っても同じ食事が提供でき、食事摂取量を把握できるようにしました。

食事介助にも注意が必要です。ティスプーン半量ずつ召し上がっていただき、飲み込めたかを確認してから、少しずつ召し上がっていただくため、しっかり A 様を観察する必要があります。誤嚥せず飲み込めるよう、ペースト食と水分を交互に摂取して頂きます。

今現在、経口摂取時にむせ込みはありませんが、むせ込み等あった場合は、無理せず食事を中止します。

15 時のおやつは高カロリーゼリーです。少し固めなゼリーなので、よくかき混ぜ、喉に詰まらないよう水分と交互に提供しています。

経管栄養は居室ベッド上で行う為、昼食はホールにて車椅子使用し召し上がる事を提案しました。

3月31日～ホールにて他ご利用者様と一緒に食事をされるようになりました。

同日よりご主人も 16 時に来苑され、経管栄養の注入方法を看護師より指導を受けていきます。ご

利用者様が自宅で生活できる為には、ご主人が経管栄養を行う必要があるからです。

4月4日 住宅改修が完了したので、ご利用様が自宅へ行き、手すりなどを確認しました。手すりの高さ等、使いやすく設置されていたと喜ばれていました。寝室からトイレの間には玄関があり、手すりを固定できない為、遮断機式の手すりが設置されました。玄関から入る時には、縦型の手すりになり、寝室からトイレに行く時は横の手すりに変更します。これはご主人のアイデアで、玄関の方に転倒しないよう、工事会社をお願いしたそうです。思った以上に使いやすく、ご主人も感心されていました。娘さんにも便利になったと自慢したとおっしゃっていました。

4月8日 経管栄養の指導を受けているご主人が、分かりやすく手順をイラストなど入れながら、手書きで作成されてきました。ご主人は、自宅に帰ってから復習し、忘れないように書いてきたとの事です。わかりやすくまとめられていて、ご主人のやる気・優しさを感じる事が出来ました。家で復習する度に書き直しているそうです。

4月9日 いよいよ自宅に帰る日です。土曜日の夕の経管栄養後に送り、日曜日はゆっくり自宅で過ごしていただき、月曜日の朝に迎えに行きます。

日曜日の昼食は、配食して家での様子を伺います。ご主人は、自宅で初めて一人での経管栄養ですが、「どうかなったと、看護婦さんにしっかり教えてもらっておいたから良かったと、何かあればすぐに聞けるから安心だ。」と話されました。

栄養剤を吊るすスタンドはご主人の手作りです。突っ張り棒などを駆使しながら作成したそうです。簡単なものだとおっしゃっていましたが、言われなければ、手作りだと分からないほど、立派な物です。

4月11日からは、月曜日泊まり火曜日夕の経管栄養後に自宅送り、水曜日 昼配食、木曜日泊まり金曜日夕の経管栄養後に送り、土曜日は通所で日中利用され、日曜日は昼配食を行います。4月はこの流れで過ごしていただき、徐々に自宅で過ごせる時間を増やしていきます。

ようざんに通所の日は、朝8時半頃お迎えに行き、ようざんにて朝の経管栄養を行っていましたが、朝はゆっくり過ごしたいとの申し出がありました。

ご主人も段々と慣れてきたので、通所の日の朝の経管栄養は、ご主人が行ってくださる事になりました。

4月28日から、ご自宅で朝の経管栄養して、ゆっくりすごして頂き、お迎えは9時半頃となりました。徐々に自宅で過ごす時間が増えていきました。

【まとめ】

退院が決まった時、ようやく自宅に帰れると安心したのと半面、自宅で本当に生活する事ができるのか不安の方が大きかったと思います。

小規模多機能型居宅介護を利用する事で、A様ご自身とご家族様の希望である、ご自宅で安心し

て過ごしたい。を実現する事が出来ました。

これはご家族が、経管栄養や食事介助など、今まで経験のない事を真剣に勉強し実践できたからです。介護の経験がないにもかかわらず、ここまでできる事に、頭が下がりますし、夫婦の深い愛情・絆を感じる事が出来ました。

私達は今後も A 様をご自宅で過ごせるよう、A 様の体調の変化に対応しながら支援を行っていきます。

ようざんで本当に良かったと、いつでも相談できて安心だと思って頂けるよう、これからも協力し、A 様とご家族には、笑顔で安心して過ごして頂きたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

『Bekerja Sama !!』

グループホームようざん倉賀野

発表者:大森 夕紀子

エルウィン アブドル ハフイド

1. はじめに

上州名物のからっ風が吹き荒れる日が続き、風の冷たさに身も心も凍りそうな今年の1月中旬。我がグループホームようざん倉賀野に、一人の青年が技能実習生として仲間に加わった。彼の名前はエルウィン・アブドル・ハフイドさん。南の島国、インドネシアの出身。南国の日差しのようなとても暖かで優しく陽気。エルウィンさんが仲間に加わったことにより、入居者様だけでなく、私達職員の心をまるで日向の氷のように優しくほぐし、明るく和やかにした。彼が仲間に加わる前までは、母国を離れ遙々日本に来て働くエルウィンさんを技能実習指導員として、『きちんと指導できるか。』、『慣れない日本での生活の不安に寄り添えていけるか。』、『言葉の違いに辛抱強く向き合っていけるか。』等々不安な気持ちで一杯だった。しかしエルウィンさんと接していくうちに、その不安は杞憂に終わった。素直で勉強熱心なエルウィンさんに私達も間違えた知識を教えないよう、より一層勉強するようになった。エルウィンさんに『グループホームようざん倉賀野で働けて良かった。』、『介護を学んで良かった。』と思って頂けるよう、取り組んだ内容を報告する。

2. 技能実習生紹介

氏名:ERWIN ABDUL HAFID(エルウィン アブドル ハフイド)

年齢:24歳

国籍:インドネシア

学歴:バルテンダル高校卒業(看護を学ぶ)

高校卒業後、サムスンで勤務。その後、日本語を学ぶ。

資格;N3

3. 取り組み

○業務の合間の1対1での指導

業務の合間の空いている時間で、介護の仕事をするにあたっての疑問点、不安なこと、専門用語の説明。また介護の他に、敬語・謙譲語の使い分けの仕方や分からない日本語のこと等を質問する時間を設けた。そして介護や日本語のことを教えるだけでなく、自らエルウィンさんにインドネシアのことを聴いた。繰り返し続けていくこと2ヶ月。エルウィンさん自らメモ帳に日本の言葉をびっしりと書き込み、その言葉の意味を聴きにくるようになり、積極的に『やりましょう!!』と声をかけてくるようになった。更には私のその日の業務、例えば早番の洗濯物干しや遅番の掃除業務など先回

りして行い、『その仕事は私がしましたので、早くやりましょう！！』と意欲的に時間を作るようになり、『今日は何時にしますか？』や、時には私が出勤して姿を見た時に目を輝かせながら『今日はたくさん聴きたいことがあります！！教えて下さい！！』と学びを望むようになった。又、私が日本のことを話した後は、インドネシアの言葉や風習、食べ物についても話しをするようになった。エルウィンさんだけでなく、私にも変化が生まれた。エルウィンさんに指導や話を聴いていくうちに、エルウィンさん自身が『何に興味を持ち』、『何を知りたいのか』。そしてエルウィンさんに『何を伝えていけばいいのかが分かる』ようになった。それにより効率的に教えることができるようになった。又エルウィンさんが意欲的に学ぶ姿勢を肌で感じるにより、相乗効果で私自身も意欲的に勉強するようになり、『分かりやすい言葉で伝えるにはどうしたらいいか』、『どのように伝えたら、エルウィンさんはより深く理解できるようになるのか』を考えるようになった。又、エルウィンさんの育った環境、背景、考えを話して下さることにより、『なぜエルウィンさんがそのような考えを持つに至ったのか』を理解できるようになった。

○介護技能実習評価試験対策

・筆記試験対策

エルウィンさんは勿論、私自身も過去問を解いた。出題傾向を把握すると共に、出題者の意図を汲み取ろうとした。そしてエルウィンさんが過去問を解いていく中で、エルウィンさんが間違えやすい部分、苦手なところを把握。独自に練習問題として重点的に問題を作成し、弱点克服を試みた。時には新しく作成した練習問題を所長に解いて頂き、問題文の添削や難易度を確認して頂いた。又『間違えた問題』、『解答が×の場合』、『特に理解していて欲しい問題』には、『なぜ？』や『どうして？』、『根拠は？』、『どうしたら○になるのか』を深掘して質問をし、『浅い知識』ではなく『深い知識』が身に付いているか。『問題に正答しているから大丈夫』ではなく、『きちんと理解しているか』を把握し、不十分であれば新しい問題を作成する時に出題。その作業を繰り返していった。

・実技試験対策

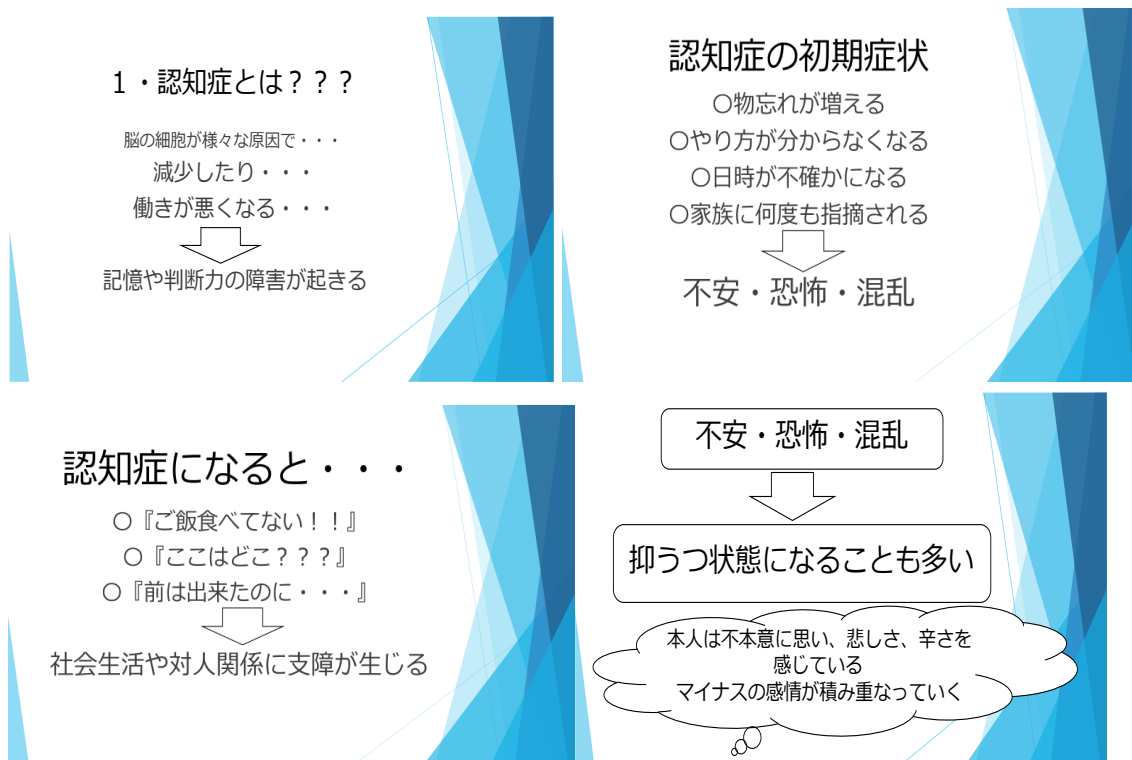
まず実技試験の課題の内容の把握。『初級の目標レベル』は『指示の下であれば、決められた手順に従って、基本的な介護ができるレベル』。『出題者が実習生に出来て欲しいところはどこなのか』、『実習生に求めていることは何なのか』を考え、マニュアルを作成。マニュアルを基に、実技試験と同じように入居者様にご協力頂き実際に行う。エルウィンさんが苦手にしてしている介助を把握。又私が話すスピード、指示の内容は分かりやすいかを確認した。

筆記・実技試験対策を行った結果、エルウィンさんが反復学習するようになり、彼自身が『何が自分は苦手なのか』、『何が分からないのかを分かる』ようになった。そして『苦手なところ』や『分からないところ』を私に質問するようになった。そして私に『なぜ？』や『×の答えを○にするにはどうしたらいいか』を質問されることにより、自ら『なぜなのか』、『どうしたらよいか』を考えるようになり、深く理解するようになった。そして勘で答えた問題が偶然正答し『良かったね。』と流すのではなく、『深く理解することの大切さ』を理解するようになった。自ずと問題の正答数も増え、比例するように私がする質問にも『○○だからです。』『×の部分、△すれば○になります』と答えることが出来るようになった。私自身は、問題を作成し解いてもらうことを繰り返すことにより、エルウィンさんの得意・苦

手分野を把握できるようになり、指導していく上でとても役に立った。そして練習問題を自分自身で作成することにより、『まず私がきちんと理解しているか』、『分かりやすい言葉で伝えられるか』、『なぜなのかを説明できるのか』と勉強するようになった。更にエルウィンさんだけでなく所長にも問題を解いて頂くことにより、問題文の添削や難易度の確認だけでなく、出題者として『何を理解して欲しいのか』、『この問題は間違えやすい為、繰り返し出題していること』等説明するようになり、エルウィンさんを通して所長とのコミュニケーションを図る機会が増えていき、相互で情報共有することができていった。

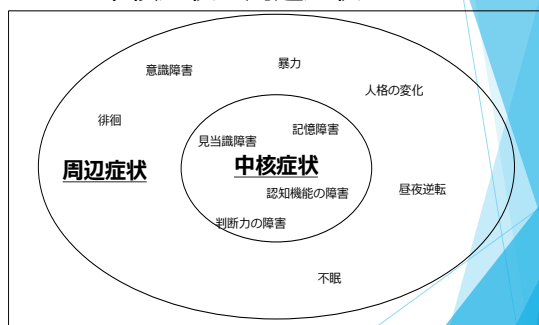
○『中核症状って何？』

エルウィンさんから私に『中核症状って何ですか？動画を見た後に辞書で調べたのですが、分かりませんでした。』と連絡が入った。早速所長に『エルウィンさんから「中核症状について教えて欲しい」と連絡が入りました。今後業務を行っていく上で理解していて欲しい大切なことですので、深掘して教えたいです。どうでしょうか？』と相談。パワーポイントで資料を作成の了承を得る。その後は資料に必要な本を図書館で探し、インターネットで調べる等して作成。並行しながら、所長にエルウィンさんに『理解して欲しいこと』や『伝えたいこと』を相談。完成した資料は渡すだけでなく、パワーポイントを見ながら1対1で説明。以下が実際の資料である。『中核症状』の説明をする前に、『認知症について』簡単に説明。



その後本題の『中核症状について』の説明。

中核症状と周辺症状



中核症状とは・・・

- 認知症の方なら誰でも現れる症状。
- 老化や病気などが原因で脳機能が低下するために生じる症状。

周辺症状とは・・・

- 行動・心理症状（BPSD）とも呼ばれる。
- 中核症状が元となって、行動や心理症状に現れる。
- 本人の性格や環境、心理状態によって出現するため、人それぞれ個人差がある。

資料を見ながら1対1で教えることにより、エルウィンさんのペースで教えることが出来、分からない所や知りたい所を詳しく説明することが出来た。又『教えた(つもり)』や『分かった(つもり)』を防ぐことが出来、理解を深めることに繋がった。エルウィンさんは資料を復習することにより、分からないところを再度聴いてくるなど意欲が向上した。教える側の私は、『中核症状について』再度深く勉強することができた。又『分かりやすく教える』には、まず自分が『きちんと理解していないと教えることができない』と実感した。専門用語をなるべく使わずに『分かりやすい言葉』で伝えるのは難しいと思った。言葉に詰まったり、分かりやすい言葉で伝えられないのは、自分が『深く理解出来ていない』。その部分を再度深く勉強するなど、理解を深めることが出来た。

4. 考察

エルウィンさんが入職したことにより、エルウィンさんの学ぶ姿勢や意欲に応えようと、相乗効果で自分も勉強するようになった。エルウィンさんに『分かりやすい言葉』で伝えるにはどうしたいのかと、自分なりに工夫するようになった。そして『分かりやすい言葉』で教えるには、『自分がまず深く理解する必要がある』。『深く理解する』ことによって、『なぜなのか』、『根拠は何なのか』、『どうしたらいいのか』と『浅い知識』ではなく、『深い知識』を教えることが出来るようになったのではないかと思う。又1対1で向き合えたことにより、エルウィンさんのペースで勉強を進めることが出来、『教えた(つもり)』や『分かった(つもり)』を防ぐことができたと思う。そしてエルウィンさんと話す機会が増えていくことにより、『何を知りたいのか』、『何に興味を持っているのか』が分かるようになっていき、『何を教えればいいのか』、『何を伝えていけばいいのか』と指導する上でとても役に立った。

又介護や日本のことを教えるだけでなく、エルウィンさんからインドネシアの言葉や風習等を聴くことで、彼が生まれ育った環境、考え、背景などを知り、その考えに至る経緯や真意などを知ることが出来、理解できるようになった。そしてエルウィンさんを通して所長や他の職員と更にコミュニケーションを図る機会が増え、色々な意見や視点を持つことができるようになったと思う。

5. まとめ

エルウィンさんが入職した当初は『きちんと教えられるか』と不安な気持ちでいっぱいだったが、彼の人柄や仕事に対する姿勢や言動に触れていくうちに私も刺激を受け、更に勉強するようになった。エルウィンさんの『○って何ですか？』、『△はどんな意味ですか？』、『どうしてですか？』の質問にきちんと分かりやすい言葉で伝えられるよう、教え方に工夫するようになり、より一層勉強するようになった。そしてエルウィンさんが入居者様と楽しそうに話をしたり、体操したり、共感したりする姿を見るうちに、自分も負けないように頑張ろうと更に仕事を真面目に取り組むことが出来るようになった。又、エルウィンさんと話をする回数を重ねていくうちに、今までにない考え方や視点に立つことが出来た。『教える』ことは『教わる』こと。『教える』ことによって、自分が理解できていない事や工夫すべき点などに気付き、客観的に考えられるようになった。エルウィンさんと向き合うことにより、『教える』だけでなく『教わる』ことも多々あった。そして初心に戻り仕事に対する姿勢を見直し、より一層仕事に励むようになった。

『Bekerja Sama !』日本語に訳すと『一緒に頑張ろう！』エルウィンさんが『日本に来てよかった』、『グループホームようざん倉賀野に来て良かった。』と思って頂けるよう、これからも『切磋琢磨』して頑張っていくと思う。エルウィンさん。グループホームようざん倉賀野に来てくれてありがとう！！
『Terima kasih !!』

九人の家族

～グループホームの役割とは～

グループホームようざん栗崎第二

発表者：柏原秀人

◎はじめに

私たちの施設、グループホームようざん栗崎第2は昨年 10 月にオープンした新しい施設です。オープン施設とは入居様は勿論、スタッフも新しい環境に慣れるまで時間がかかるものです。施設環境に慣れるまで苦労した方も少なからずいらっしゃいました。

今回はそんな中、オープンより入居されました 2 人の入居様にスポットをあて、介護対応を事例として発表させて頂きたいと思います。

また、私個人としてグループホームの職員として働きだす前に「グループホームってどんな施設なのだろう？どんな介護をするのだろうか？」と、言う思いがあったので、抄録の最後にグループホームの施設概要を簡単な説明と図解で掲載しましたので、グループホームに興味がある方は宜しければ後ほどご覧ください。

それでは、2 人の入居様の介護事例を発表させて頂きたいと思います。

なお、ご紹介する入居様の身体状況、日常生活動作の状況、認知症・周辺症状については抄録に記載しましたのでそちらをご覧ください。

◎ケース① 『帰宅願望の強いA様（93歳男性）』

身体 状況	視力	普通:
	聴力	普通:
	言語	普通:

日常生活 動作の 状況	移動 移乗	屋内	見守り	歩行具類	使用無し。フラツキあり。要注意			
		屋外	見守り	歩行器具	同上			
	排泄	尿	自立:トイレの場所を教えれば、自ら行くことができる。					
		尿意有 無	あり	オムツ類	Rパンツ	失敗頻度	夜間帯あり。	
		便	下剤内服あり。便秘症の為、3、4日出不いことがある。					
		便意有 無	あり	オムツ類	上記同様	失敗頻度	無し。	
	食事摂取 口腔衛生	主食・副食	主:米飯	副:一口 大	用具	箸・スプーン		
		セットすれば、自力で摂取できる。好き嫌いは無い。						
		歯の状態	上下:総入れ歯		口腔ケア:声かけ誘導で可能			
	入浴	一般浴:						
	洗身	一部介助:背中・洗髪等の洗身は一部介助が必要。						
	更衣	上衣	一部介助:着衣失行あり、着る順番がわからない。					
下衣		一部介助:上記同様あり。						

認知 症・ 周辺 症状	短期記憶障害	日曜日に自分の畑に行くと言い出かけるが、畑が分からず、通りすがりの人に聞いたりの行動あり。 自分の店の店番をしているが、時々居なくなったり、電話に出てしまったり、要件を忘れてしまう事が度々あったり、長男と商売上の事でよく口喧嘩になり、トラブルを起こしている。家族は高齢であるため商売は引退して、ゆっくりとしてもらいたいと思っている。ずっと商売をしてきた、難しい。 町の商工会議所の会長を長くやっていたため、北海道・沖縄以外にはよく旅行に出かけたと話している。
	着衣失行	

A様は高齢のため認知症状が進行し、ご自分の店の商売の事でトラブルを起こしたり、店が休みの日には不穏になることが多かったため、訪問介護や通所介護を利用し、昨年10月グループホームのオープンと合わせて入居利用を開始されました。

入居直後、すぐに強い帰宅願望がみられ、窓やドアをがたがたと揺らし、出入り口を探してフロアを徘徊しながら他の入居者様の居室へ入って行ってしまいう事が多くありました。

●背景と原因

はじめのうちは、帰宅願望に付き添う形で対応しました。ですが、外に出るとあてのない道をどんどん歩いて行ってしまい、遠くへ歩きすぎて、付き添いのスタッフが施設に電話をし、車で迎えに行く事もありました。

A様は長年ご自分のお店で商売をしてきたので、とにかくご自分のお店を心配して帰りたいと訴えることがほとんどでした。娘さんやお店を継いでいる息子さんが面会の度に「お店は大丈夫！お父さんに言われたとおりにやっているから。何も心配しないで。」と説得して下さり、その時は笑顔で納得されるのですが数時間で忘れてしまい、特に夕方になると帰宅願望が強くなる様子がみられました。

●声かけなどの対応。

昔から真面目で仕事熱心だったA様は、生活リハビリ(特に掃除や洗濯)を『仕事』としてお願いすると熱心に取り組んで下さいました。フロアを丁寧に隅々まで掃除し、洗濯物の取り込みやゴミ捨てなども職員がおこなっていると「大丈夫か？俺がもってやる。」とこちらから何も言わなくても手伝ってくれるようになりました。

『自分のお店での仕事』に意識が向きすぎないように、『グループホームでの仕事』を出来る限り行ってもらうようにしてからは、少しずつ帰宅願望の訴えが減っていき、落ち着いて生活をされるようになっていきました。

●その後

現在でもA様は帰宅願望の訴えはあります。ですが、以前のように強いものではありません。A様の娘様も「以前は面会に来ると、『帰る』としか言わなかったのに、今日は『用が済んだのなら帰れ』と言われびっくりした。もうここが自分の居場所だと思っている様子で安心した。」と話されています。

人は役割がある空間ではそこが居場所であると認識しやすくなります。日常生活の中にA様のやりたい事、望んでいる事を取り入れることでA様が安心できる空間を作り、帰宅願望の軽減に繋がっているのだと感じます。

◎ケース② 『ストレスで被害妄想が出現してしまうB様 (80歳女性)』

身体 状況	視力	普通:目が悪くなったというが生活に支障はない。
	聴力	普通:普通に話せ、生活に支障はない。
	言語	普通:普通に話し、交流できている。

日常生活 動作の 状況	移動 移乗	屋内	自立	歩行具 類	時々杖を使用。ホールではほとんど使わ ない。			
		屋外	自立	歩行器 具				
	排泄	尿	自立					
		尿意有 無	あり	オムツ類	布パンツ	失敗頻度	無し	
		便	自立					
		便意有 無	あり	オムツ類	布パンツ	失敗頻度	無し	
	食事摂取	主食・副食		主:米飯	副:常食	用具	箸・スプーン	
		セットすれば自力で摂取できている。						
	口腔衛生	歯の状態		上:義歯あり	下:自歯	口腔ケア:自立		
	入浴	一般浴:フラツキ見られ見守り必要						
	洗身	一部介助:頭や背中、足もとの洗身は介助が必要。						
	更衣	上衣	一部介助:着衣失行みられることがある。					
下衣		一部介助:同上						

認 知 症 ・ 周 辺 症 状	記憶障害	令和3年6月、脳神経外科受診。MMSE 25/30 VSRAD:1.34 が 認められる。その際はレビー小体型認知症とも言われたが、主治医 意見書にはアルツハイマー型認知症と記載あり。2週間ほど前か ら、幻覚・幻聴出現し、夜間帯に姪たちや知人に電話を何度もかけ ている。人が見えると訴えたり、週に2・3度の頻度で、「小人が見え る。」「夫の遺影が笑っている。」といったり、家の中のものが見 えると言って姪たちに頻回に電話をかけている。物のしまい忘れを 繰り返す。(姪と一緒に探すも)同じ話を何度も繰り返すなどの行為 がみられている。
	見当識障害	
	幻視	
	幻聴	
	昼夜逆転	

約 3 年前に夫が亡くなり、訪問介護・通所介護を利用していたB様ですが、昨年夏に緊急で “泊り” を利用。その前後には幻視・幻聴が出現しており、夜間帯に姪たちに何度も電話をかけてしまう事もあり、一人での在宅生活は困難な状態でした。

グループホームに入居後、しばらくは落ち着いて過ごされていましたが、ストレスが溜まってしまうと不穏になってしまう様子が見られるようになりました。

●背景と原因

普段は優しく世話好きな性格のB様は、昔から外出意欲が高く、買ったものを皆さんに差し上げたいと、くれ好きな様子も見受けられました。

その為か、外出が出来ないとストレスが溜まってしまう様子があり、幻視・幻聴の他に、他入居者様への被害妄想のような不満(いわゆる対人関係の被害妄想)をスタッフに言うようになりました。

また、落ち込みやすい傾向があり、できない事があると「どうしてこうなっちゃたんだろうねえ。つらいねえ…」と話されたりもしました。

●声かけなどの対応

妄想は、認知機能の低下に加えて、『症状に対する苦しみ』や、『負い目』、『疎外感』、『不安』、『悲しみ』、『寂しさ』など、さまざまな感情が複雑に関係しあって現れるとされています。本人にとって少しでも安心できる環境を作り出すことが大切でした。

まずは基本である、『傾聴』を改めて心がけるようにし、本人の意思を尊重するようにしました。次に、外出以外の趣味を積極的に取り入れるようにしました。

昔、庭いじりが好きだったB様の為、花の苗を購入し、毎日の水やりをB様の日課に取り入れました。花の育て方をスタッフがレクチャーしてもらった事で少しでもB様に自信をもってもらおうと心掛けました。

また他にも、面会に来て下さった姪っ子さんとそのお孫様の為にB様とチーズケーキ作り、誕生日会を開きました。お孫様に「おばあちゃんすごいね！とってもおいしい！」と言われ、照れながらも笑顔になるB様が見られるようになりました。

●その後

この事例のB様は認知症の影響もあり、不安によりストレスが溜まると被害妄想が強くなり、自分自身をコントロールすることが難しい様子がありました。

ですが本人にとって妄想は真実であり、悪意はなく、周りに自分の感情を訴えかけているだけなのです。

現在もコロナの影響でB様の一番の望みである外出を叶えることが中々難しい状況が続いています。そんな中でもできる事、やれる事を見つけ、B様がストレスを少しでも感じなくなる介護サービスを行うことが今の私達に出来る事だと感じております。

◎まとめ

以上でグループホームようざん栗崎第2の事例発表を終わりたいと思います。

今回は2人の入居差様にスポットをあて、介護事例を発表させていただきましたが、紹介しきれなかった他入居者様も認知症の影響で様々な悩みや、問題を抱えらっしゃる方ばかりです。

認知症の方にとって、住み慣れた家から離れて生活するのは不安が大きいものです。グループホームは「家庭に出来るだけ近い環境で、地域社会に溶け込んで生活すること」を目的とし、認知症の方が安心して暮らしやすい環境を常に目指している場所です。

グループホームようざん栗崎第2は、まだオープンして1年にも満たない施設で、グループホームの在り方としてはまだまだ足りない部分があるかもしれません。

ですが、スタッフが入居者様を想い、行動したいと思う気持ちは他の施設に負けないものだと信じており、それを実現できる環境にある場所だと思っております。

—いつかきっと、近い将来… “九人の家族、”が “一つの家族、”になることを信じて—。

【おまけ】◎グループホームとは？

●グループホームとは『認知症高齢者の為の介護施設』

『認知症対応型共同生活介護施設』ともよばれ、専門スタッフの援助を受けながら認知症の方同士で共同生活をします。

グループホームでは『ユニット』と呼ばれる少人数のグループで共同生活をおくります。

『ユニット』とはグループホームの定員を表す単位で、1ユニットにつき5人～9人で、

原則一つの施設につき2ユニットまでと決められています。

なぜ人数まで決まっているのかというと、その理由は、「認知症の方が穏やかに暮らせるよう小規模になっている、為です。

認知症の方は新しいものを覚えたり、認識するのが難しいと言われていたのでお互いの信頼関係を築きやすくする為にも1ユニット最大9人となっているのです。

下の表はグループホームの概要についてまとめた表です。

グループホームの概要(ようざん栗崎第2の場合)

入居の条件	入居期間	入居一時金	月額利用料
要支援、要介護	終身利用	無し	12万円～

●入居条件は医師から『認知症』の診断を受けている事

グループホームに入居できるのは、以下の条件に当てはまる方です。

グループホームの入居条件

①	原則 65 歳以上の方。
②	要支援 2 または要介護 1 以上の認定を受けた方。
③	医師に認知症の診断を受けた方。
④	集団生活を営むことに支障のない方。
⑤	施設と同一の市区町村に住民票がある方。

●グループホームの1日の流れ

ユニット型のグループホームでは、掃除や洗濯、調理などの家事は入居者が協力して行います。

一人ひとりが役割を持ち、共同生活を送るのが基本となっています。

一日の大まかなスケジュールは以下の通りです。

グループホームの1日の流れ(スタッフ業務含む)

時間	出勤中職員	スケジュール内容
5:00～7:00	夜勤	朝食準備・更衣・起床・トイレ誘導
7:00～8:00	夜勤・早番	整容・朝食・服薬
8:00～9:00	〃	バイタルチェック・居室掃除・夜間申し送り

9:00～10:00	早番・日勤	トイレ誘導・体操・お茶休憩
10:00～11:00	早番・日勤・遅番	フロア掃除・洗濯・入浴開始
11:00～12:00	〃	口腔体操・昼食準備・入浴終了
12:00～13:00	〃	昼食・服薬・トイレ誘導・食後休憩
13:00～14:00	〃	午睡・レクリエーション・散歩
14:00～15:00	〃	トイレ誘導・おやつ準備・トイレ掃除
15:00～16:00	〃	おやつ・洗濯物たたみ・日中申し送り
16:00～17:00	日勤・遅番・夜勤	夜間準備・スタッフ休憩室掃除
17:00～18:00	〃	夕食準備・夕食開始
18:00～19:00	遅番・夜勤	夕食終了・服薬・トイレ誘導
19:00～20:00	夜勤	就寝(ナイトケア)
20:00～	〃	夜勤業務

レクリエーションは認知症の方でも楽しめて、症状にも効果的とされるものが選ばれます。また他にも、地域との交流などを行う場合もあります。(※現在コロナの影響で中止中)

●グループホームのメリット・デメリット

以下はグループホームのメリット、デメリットをまとめたものです。

グループホームのメリット・デメリット

メリット	デメリット
認知症ケア専門の 介護職員が常駐している	施設のある地域に住民票を 持たなければ入居できない
高齢者が長年住んできた地域から 離れずに済む	看護師の配置義務がなく、 医療ケアへの対応に限界がある
認知症状の進行を 和らげることに繋がる	定員が少ないため、 満室で即入居が難しい場合が多い
定員が少数なので、入居者同士で コミュニケーションを取りやすい	少人数のため 相性問題があっても調整しづらい

認知症を発症しても、何もかも分からなくなってしまうわけでは無く、日常生活を送るだけなら問題がない事も多いです。

そのためグループホームでは、入居者の残存能力を生かし、認知症ケア専門の介護職員がしっかりサポートしながら家事全般を基本的に入居者が行うようにしています。

こうした自立した生活が、認知症の進行を遅らせることにつながるのです。

●認知症ケアに特化したサービス

グループホームでは、認知症の専門的な知識を持った介護スタッフにより食事や掃除、洗濯といった日常生活の介助や、見守り、機能訓練、緊急時における対応などのサービスが提供されます。

グループホームのサービス内容

食事 提供	生活 相談	食事 介助	排泄 介助	入浴 介助	掃除 洗濯	リハ ビリ	買い物 代行	レク
◎	◎	◎	◎	◎	◎	△	○	◎

ただし、継続的な医療ケアが必要な方がいる場合は注意が必要です。

グループホームには看護師の配置義務がないため看護師が常駐していない施設が多く、日常的な健康管理を介護スタッフが行う場合がほとんどです。※

※ ようざん栗崎第2では、他施設看護師と週2回以上の医療連携を行っています。

「大丈夫かね？」

スーパーデイようざん石原

発表者：林 安子

<はじめに>

来苑拒否があり休みがちで、来苑されても直ぐに「大丈夫かね？」「本当に大丈夫？」と言って不安な表情で落ち着かず職員の後を追ったり、他の利用者様に近づいて話し掛けるなどしてホール内を動き回られる。そんなA様に継続的に来苑して頂き落ち着いた時間を過ごして頂く為の取り組みについて発表させていただきます。

<利用者様紹介>

氏 名：A様

性 別：女性

年 齢：86歳

要介護度：要介護3

既 往 歴：アルツハイマー型認知症、帯状疱疹

<生活歴及び利用の経緯>

県内生まれ。結婚され2人の子宝に恵まれ、子育てと家庭を守りながらパート勤務をされる。明るい性格で外出が好きで、カラオケ教室に通ったり旅行に行くなど活動的に過ごされていましたが、ご主人が他界されて一転外出が減り、他者との交流の機会も減った事からデイサービスを利用されましたが、認知症状の進行に伴いデイサービス利用への拒否と併せてご家族の負担も増加した事から、介護認定の変更申請とサービス利用の追加が検討され、令和3年8月より週2回のスーパーデイようざん石原と併用となり、その後「石原から帰って来ると表情が違います」との事からご家族の要望で9月からスーパーデイようざん石原単独で週4回のご利用となりました。

<ご利用時の様子>

ご利用開始当初は、お迎えに伺うと「どこに行くの？」と言う位で、乗車され来苑出来ていましたが、日が経つと「これから人が来るから行けません」「具合が悪いから休みます」などと来苑拒否が見られる様になり、それでも職員が帰らないと玄関先で「誰か一助けて下さいーい！」「警察を呼んで下さいーい！」と大声を出されるなどがありお休みされる事が多くなって再びご家族の負担も増してしまいました。

また、来苑されたとしても常に不安な表情で、席に着いても落ち着き無くキョロキョロと周囲を伺い、やがて離席をされ制作に取り組まれている方や相席の方に近づいて「帰ろうと思うだけ

ど一緒に行く?」「どうすればいいかね?」と唐突に声を掛けて回り、活動を妨げて不快や不穏にさせてしまう言動と時には帰宅願望の訴えも聞かれ、対応する職員の言葉も耳に入らず、泣き出したり大声を出される不安定な状態でした。それでも落ち着かれている時は業務をしている職員に「手伝おうか?」「大丈夫?」と気遣う優しい面やレクリエーションのゲームには、自信無さそうに「出来るかなあ…」「大丈夫かなあ…」と言われながらも参加をされる日もありました。

<課題と取り組み>

お休みが続きご家族の負担も増している事から、どうしたらお連れ出しが出来て落ち着いて過ごして頂けるかをこれまでのご利用中のご本人の言動やご家族へのご自宅での様子の聞き取り内容をカンファレンスで検討して、やはり介護の基本である寄り添いと共感と傾聴を軸にした取り組みを実践する事にしました。

- ・課題①:どうしたらお連れ出しが出来るか。
- ・取り組み:時間を置いての再訪問やお迎えの職員を交代したり、2名でお迎えや再訪問したり、他の利用者様にも協力して頂き一緒にお迎えに行ってみる。状況によっては、ご家族にご協力して頂き家人送迎をお願いする。
- ・結果:時間を置いてや職員の交代での再訪問、2名対応や他利用者様の同行については残念ながら成果は見られませんでした。特にご家族が仕事に行かれた平日については、玄関の鍵も開けて頂けず、開けられても泣きそうな表情で「私は家にいたいんです!」と言われ、その場で大声で泣きだす事もあったため、ご家族に状況をお伝えしてご家族送迎のご協力を申し出ると、ご家族も検討されていたとの事で快諾頂き、以降はご本人にすれば不本意で変わらず来苑時から不満や不安な表情が見られましたが、お休みされる事は無くなりました。

- ・課題②:帰宅願望
- ・取り組み:帰りたい気持ちに寄り添い共感する。混乱を避けるために声掛けの言葉を統一する。
- ・結果:帰宅願望が表出した際は、寄り添い気持ちに共感し「ご家族は今仕事をされている」「用事があって出かけられている」と統一した声掛けをする事で、毎回では無いですが、混乱が軽減し安心される表情も見られ「帰って来るまで、ここにいるよ」と話されるようになりました。

- ・課題③:多動
- ・取り組み:ゆっくり話しが出来る雰囲気作りと傾聴。活躍の場を設けて居場所作りと

自信を持って頂く。

- ・結果:動き出しがあった際は、声掛けをして個別でゆっくりお話を傾聴する事でA様が話しやすくなり、思いを汲み取る事が出来て職員も焦らずに対応する事が出来るようになりました。お手伝いやレクリエーションに参加して他者との交流を広げ、また参加への労いと称賛をする事で不安顔から少しずつ表情が明るくなって、集中する時間が出来た事で多少は落ち着いて過ごせるようになりました。

<まとめ・考察>

駄々っ子の様に泣きぐずり、相手の事や状況(制作をしいる。話をしている。食事をしている)も構わず「一緒に行かない?」「私どうしたら良いんかね?」などと話し掛けて、相手を不快や不穏にしてしまう状態に戸惑いを隠せませんでした。今回も介護の基本である寄り添い共感し傾聴をする事で、A様の表情や言動から「自分が変になっちゃった」「どうしていいのかわからない」「何も出来ないだよ」との寂しさや不安や焦りからでは無いかと原因を推察する事で、課題解決に取り組む事が出来ました。結果的には十分な成果が得られないまま、残念な事に道半ばで諸事情によりロングショートへのサービス変更となってしまいましたが、介護の基本の重要性和情報共有の大切さや時としてご家族の協力の必要性を実感する事例を経験する事が出来ました。

口福で幸福

～Eating leads to Happiness～

グランツようざん
マラザルテマリア
照井みさお

【はじめに】

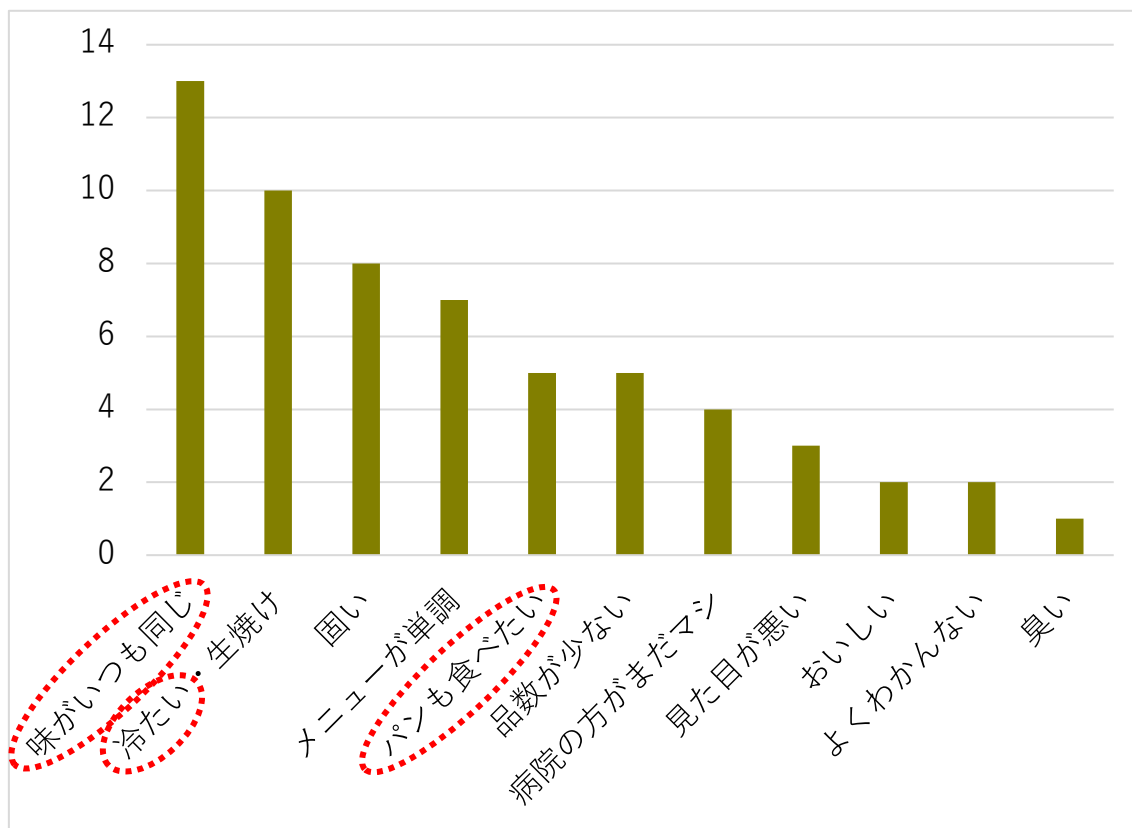
ご利用様の楽しみの1つである日々の食事について、
皆さん病院や介護施設で提供される食事を想像してみてください。
冷めたお味噌汁にご飯、塩分制限され味気のないおかず。
プラスチックの器に盛り付けられた副菜は、煮崩れて何の食材かもわからない…
その様な「決して食欲が湧くような食卓では無いだろう」と思っているのは私だけでしょうか？

実際にグランツようざんでもオープン当初は、「美味しくない」「冷めてて食べたくない」
と言ったご利用者様からのお声や、「企業努力不足では？」と言ったご家族様からの厳しいご意見を多々頂いていました。あ

目で見ても、匂いを感じ、食欲が沸き、温かい食事を口に運び、心から「美味しい」と思える
「口福」を味わっていただきたい！食べる事で幸せを感じて頂きたい!!
ご利用者様に喜んで頂ける様な食事を提供したい!!!
そんな思いから、今回は『食』に関する様々な取組を実施致しました。

『食事』に関するアンケート結果

図 1



【実施取組】

食べ物・飲み物・おやつ、それぞれを深掘りし五感に沿った取組を実施致しました。

<視覚>

- ・器の変更
- ・盛り付け方の工夫
- ・ランチョンマット/箸置きの使用

<味覚>

- ・温冷庫の導入
- ・パンの日の増設
- ・きざみ・ペースト食の探求

<嗅覚>

- ・味噌汁(スープ)の日の設定

<聴覚>

- ・イベント時のBGM

<その他>

- ・ご利用者様からのアンケートによる改善
- ・お誕生日会/お寿司の日/テイクアウトデー開催
- ・個別対応(ペースト食/キザミ食/おにぎり/ワンプレート等)
- ・環境(雰囲気)作り
- ・季節(旬)を感じる取組

<研修・ミーティング等実施日>

- 2022.3.23 ペースト・キザミ食試食会(参加者:介護職員・看護職員・ケアマネージャー他)
- 2022.5.20 配色センターぽからとの試食会(参加者:栄養士・調理師・介護職員他)
- 2022.5.10~20 研修会『食事』全4回開催
- 2022.5.26 グランツ会議(施設長、ケアマネージャー・相談員、主任、各部門責任者、看護)

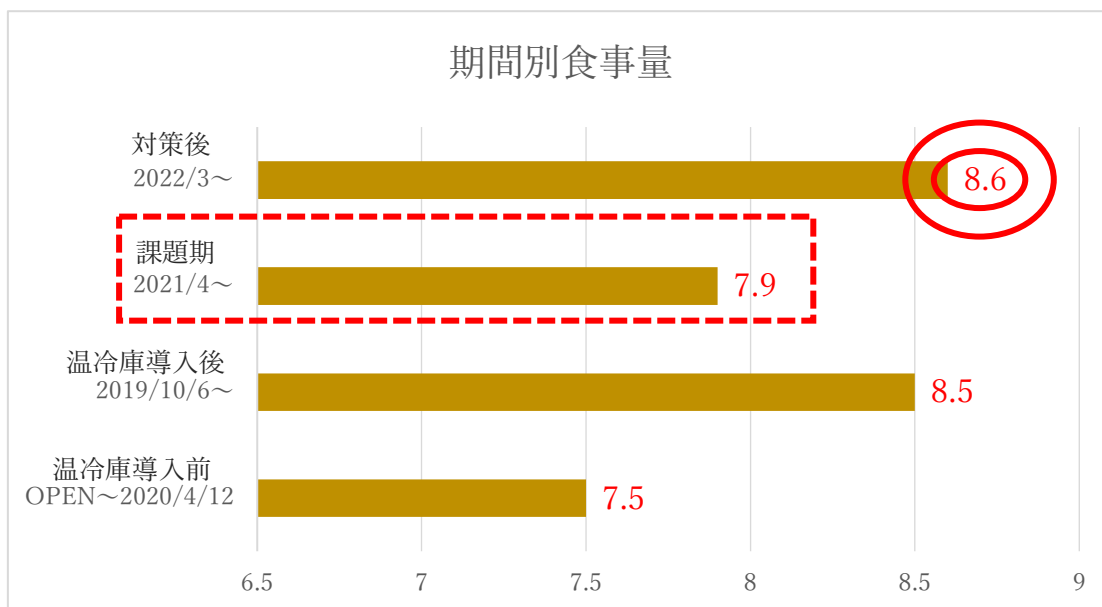
【結果】

温かい食事が当たり前となり、パンの日は完食率が向上。

また、テイクアウトの日や誕生日会の日は、表情が豊かになり皆様に楽しんで頂けた。

一方、介護の現場では「口福」(美味しい)だけの追求では不十分でない事に気付き、更なる取り組みの深堀が必要不可欠であった。。

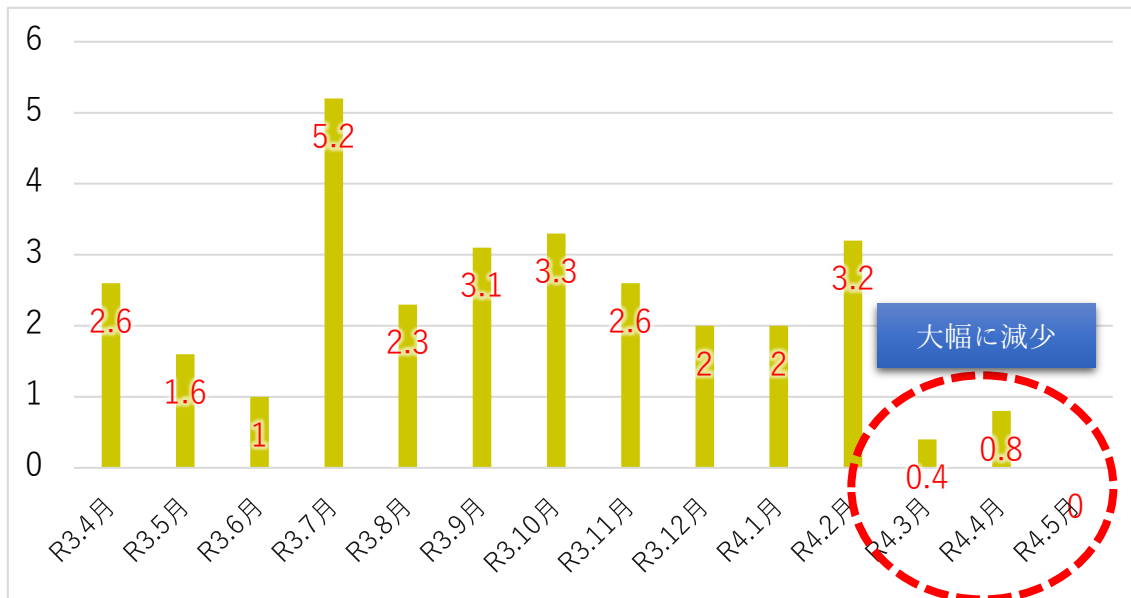
図 2



■ 図2における『課題期』の検証結果:誤嚥性肺炎による入院増加

入院者数推移(入院者数/月)

図3



【考察】

ご利用者様のご意向を最大限に取り入れ、
変化のある食事を提供する事で、食べる事の幸せ(口福)を感じ、笑顔で豊かな生活を過ごして頂く事が出来る。

また、加工技術及び介護技術の向上を図る事でより安全にお食事を楽しんで頂けるようになった。

【まとめ】

食べる事の大切さを知り、
どのようにしてご利用者様に喜んでお食事をして頂けるか、常に創意工夫を行い提供側の更なる努力が必要である事を確信した。

更に、私たち職員一人一人が知恵を出し合い、介護技術力を高め、
食事によってどれだけお客様の心を満たせるかが重要である

口福 = 満足な食事 → 喜び → 健康(ADL)維持 → 生きがい(QOL向上) = **幸福**

「こんなになっちゃってゴメンね…」

嬉しい変化を感じて

特別養護老人ホーム アンダンテ

大竹 千里

槇田 美春

【はじめに】

2021年4月、介護保険改定に伴い、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進することを目的とした改定が行われました。

特別養護老人ホームという場で、利用者様一人ひとりの年齢や状態に応じ、どのように自立に向けて支援をしたら良いのかを考え実践した結果、食事への興味や意欲がなく介助で召し上っていたA様が、ご自分で食べるまでになった取り組みについて発表します。

【利用者様紹介】

氏名(A様・女性)

年齢 96歳

介護度 要介護4

既往歴 認知症 アレルギー性皮膚炎 脊椎湾曲

令和2年11月 特別養護老人ホームアンダンテに入所

【A様の様子】

入所当初は「帰りたい」と車椅子を自走され、声かけをして席に誘導しても壁に向う姿が良く見られました。食事は声かけや最初の一口の介助がきっかけとなり、ご自分で口に運ばれていたのが、令和3年5月の95歳の誕生日を過ぎたころから食事や飲み物を前にして、じっとしていることが多くなり、「どうやって食べたらいいのかわからなくなっちゃった」と言うようになりました。他の入居者様が食べる姿を見ながら真似る様子があるものの、水分摂取も進まず、体重減少や体力、気力の衰えも目立ち始めたため、令和3年6月に担当者会議を開催し、ご家族に看取り時のご意向を再確認させていただきました。ご家族からは「好きな物を食べさせてあげたい。1、2時間でもいいから家に帰してあげたい」という願いがありました。スタッフも少しでも食べてほしいという一心から介助してしまうことが多くなり、結果、A様は食べさせて欲しい依存心から食事の度にスタッフを目で追うよう

になり、介助なしでは食べなくなってしまいました。

【食事量、体力回復への取り組み】

- ① 高栄養食をお試しで提供しました。
- ② 家族から A 様の好きな食べ物を差し入れていただきました。

- ① 高栄養食 1 日 3 回に分け毎食事提供し、拒否なく摂取良好。
水分は飲み物メニューを作成し、都度好みのもを用意して促しました。
- ② 味の濃い物が好みとのことで、家族から A 様の好物のおはぎや煮物やカレー、佃煮の差し入れがあり、届いたその日からパクパクと召し上がりスタッフを驚かせました。
アンダンテの食事でも、海苔の佃煮、鯛みそなどを付け、一口でも食事が進むようにしました。

7 月初旬、微熱が出始め、水分も進まず、疲労感、体力の低下が顕著となり、肩で息をしている様子が見られました。新型コロナウイルスの県の警戒レベルが 2 になったタイミングもあり、ご家族と A 様の予てからの希望であった一時帰宅をしてはどうかと話が出、「家に帰してあげようよ！」と実現に向けて動き出しました。

【願いを叶えたい】

- ① ご家族と A 様の願いであった自宅へ一時帰宅する

自宅へ戻る計画をご家族にお伝えすると、大変喜んで下さいました。事前に自宅を訪問し、打ち合わせと段差や間口の確認、水分に入れるとろみ剤の量などをご家族にお伝えしました。7 月 6 日、無事熱も下がり、自宅に向くと最初はピンと来ないような A 様でしたが、ご自分の家だとわかると嬉しそうな笑顔が見られました。段差がある為、息子さんは抱き上げたり背負ったりして、「ずいぶん軽くなったな」と A 様を愛おしそうに中に運ばれました。A 様は愛犬に手を伸ばし、自宅に居た頃、好きな花を沢山植えた庭を、今はお嫁さんが手入れをしている綺麗な庭を眺め、ニコニコとされていました。懐かしい家庭の味も楽しまれ、約 1 時間ほどの滞在でしたが、アンダンテに戻って来られたときは満足そうな表情が見られました。

しかし、7 月中旬より再び微熱が出るなど不安定な状態が続き、褥瘡予防のためエアマットの使用を開始、高栄養剤を中心に介助をしました。熱が下がると笑顔も見られ、一時帰宅したときの家族との写真を眺めていらっやいました。スタッフが訪室すると「こんなになっちゃってゴメンね…」とぼつり。胸が詰る思いで何とか元気になって欲しい、そう願わずにはいられませんでした。

1 ヶ月ほど体調の変化は続きましたが、徐々に回復し、8 月中旬には食事も摂れるようになっていきました。

【意欲を引き出す】

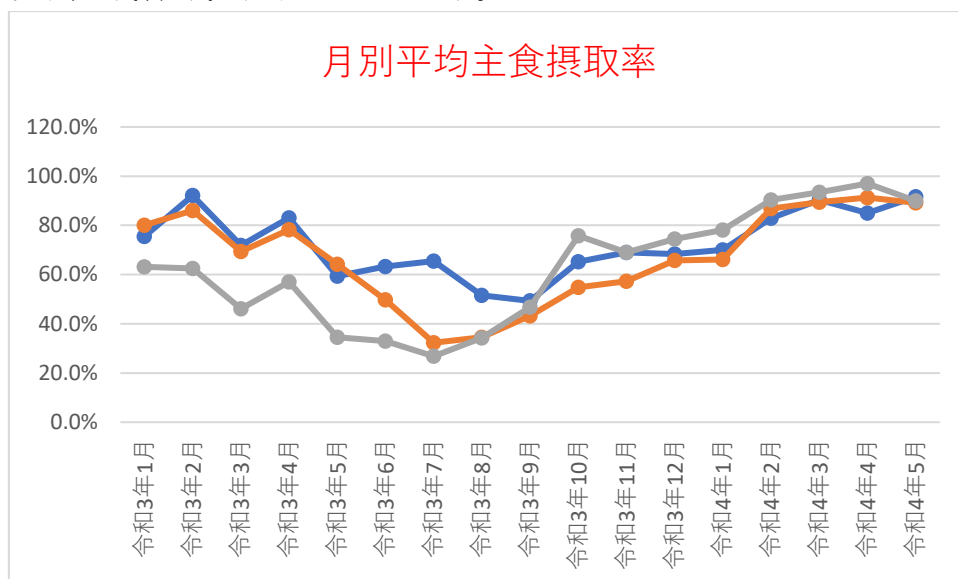
- ① レクリエーション参加
- ② 散歩
- ① レクリエーションではスタッフが隣につき、歌や体操に参加していただきました。歌詞を指でなぞり、小さい声ながらスタッフと一緒に歌い、体操では動きを真似て手足を動かされます。
- ② 体調、気候の良いときには外に好きな花を見に出かけました。

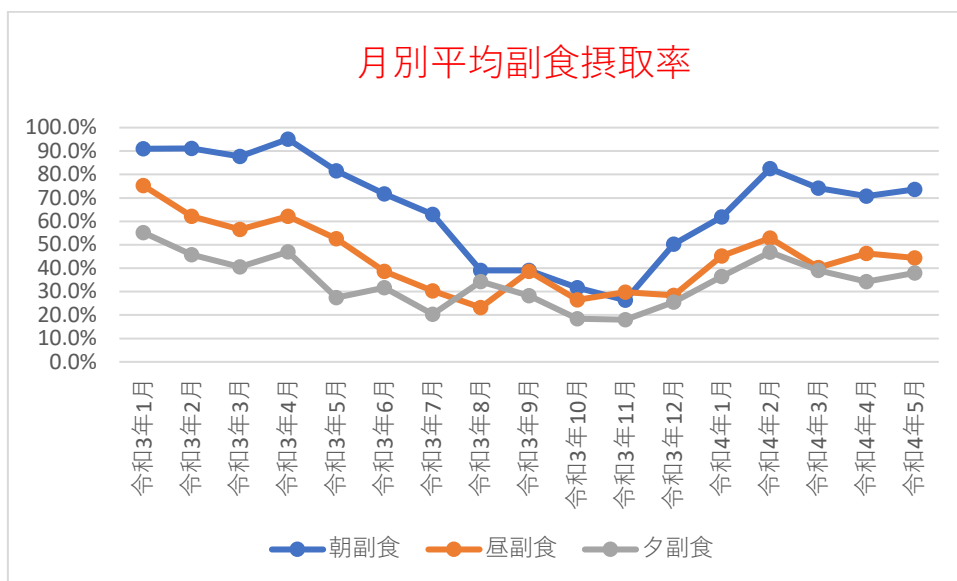
【促す、見守る、待つ】

食事を前にじっとしている A 様に、スタッフは手助けしたいのをじっと我慢して忍耐強く見守り、声かけをし、食べようとしないうちは食べている仕草やコップを持って飲む仕草で根気よく接しました。又、自力摂取されている利用者様を見て刺激になるよう席の移動や、食べやすいようにお皿の位置を変え、見えやすく取りやすいようにしました。日によって食べる量にムラや食に意欲が向かない時もありますが、都度、声かけやジェスチャーをしながら自力摂取を促しました。

高栄養食の提供もあり、少しずつですが体力も付き顔色も良くなり、一人で召し上がるようになりました。食事をしっかり食べられるようになった結果、体重も増加し、表情も明るくなりました。主食を完食する日もあり、令和 4 年 1 月、高栄養食の提供は中止となりました。

以下、主食、副食の摂取量のグラフです。





【取り組みの結果】

一時はどうなるか、年は越せるのかと心配した日もありましたが、今では手を伸ばしてタオルたたみなど手伝って下さるなど自発性も見られます。食事の際にもご自分でスプーンを持って口に運んでいる姿を見ると、安心と共に嬉しい気持ちになります。今まで出来ていたことが出来なくなり、そして再び出来るようになったことは、日々関わらせていただいているスタッフにとって、とても嬉しい変化です。

【おわりに】

『自立支援』とわかってはいても、つい先回りした『手厚い介護』をしてしまいがちな日常があります。親切心や優しさと勘違いし、その人が本来できることを奪うだけでなく、自分でできた、自分でやれたという自己実現さえ奪ってしまっていたことに気付きました。私たちがやってしまうのは簡単ですが、利用者様の依存度が高まるだけでなく、身体機能を低下させ、結果的には廃用症候群を招いてしまいます。自分らしい生活を送ることができるよう、介護職ならではの観察力と気付きを活かし、できないところをお手伝いする。

A様の事例を通して改めて介護の基本に立ち返ることができました。

お誕生日などのお祝いには大好きなシクラメンの鉢を持ってご家族が会いに来られ、帰るときには手を振り、涙を流すA様の様子が見られます。

私達スタッフの力だけではなく、かけがえのないご家族の存在が何よりの意欲の回復となり、生きる力となったこともお伝えしたいと思います。

もうA様に「こんなになっちゃってゴメンね…」とは言わせません。

定期巡回訪問介護看護サービスにおける 連携型訪問看護ステーションの関わり

訪問看護ケアサポートセンターようざん

発表者: 谷川 早紀

【はじめに】

当訪問看護ステーションは、サービス付き高齢者住宅(サ高住)「ナーシングホームようざん」内に事務所があり、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス「キュアステーションようざん」(以下、定期巡回と称する)との連携型訪問看護ステーションである。定期巡回とは①日中・夜間を通じて②訪問介護・訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応(訪問含む)を行うサービスで、平成24年度に創設された。

このサービスは高齢者が要介護状態になっても住み慣れた地域で在宅生活を継続する可能性を高めるものであり、地域包括システムを支える重要なサービスであるといえる。しかし、その他介護サービスに比べ歴史も浅いことからそのサービスの在り方や定期巡回事業所と訪問看護ステーションとの連携の在り方がいまだ手探り状態であることが否めない。

事務所がサ高住内にあることから、「ナーシングホームようざん」内の施設看護師であるという認識を内外から持たれることも多い。

実際には、施設内の利用者との関わりは「施設看護師」ではなく訪問看護を契約し、かつ主治医の指示書をもとに看護を実施する。看護師が利用者に対する看護診断を行い、看護計画のもと看護を実施する訪問看護サービスであるといえる。具体的には

- ・健康状態の観察
- ・病状悪化の防止・回復
- ・療養生活の相談とアドバイス
- ・リハビリテーション、点滴、注射などの医療処置
- ・痛みの軽減や服薬管理
- ・緊急時の対応
- ・主治医・ケアマネジャー・薬剤師・歯科医師との連携

といったものが挙げられる。

そこで、本事例では「経口摂取を目指す胃ろう患者」への支援を通じて定期巡回における連携型訪問看護ステーションの役割について事例を紹介する。

【「定期巡回と連携した訪問看護」と「訪問看護単独でのサービス」の違いについて】

定期巡回における訪問看護の最大の特徴は、

「定期巡回事業所の介護職との連携が求められる」

「包括報酬である」(何度入っても料金が変わらない)

「短い時間で何度もサービスに入れる」

ことであるとする。

患者に対するフィジカルアセスメントや療養生活における注意点等、介護職との情報共有システムの構築が求められるといえる。

また、施設看護と大きく異なる点は毎月看護計画の見直し、評価を実施し主治医への報告を行うこと、また多職種との連携が含まれる点であるといえる。1日を通してつねに施設内にいるわけではなく、あらかじめ決めた時間に訪問を行い、看護処置を行う。(定期訪問)それに加え、利用者の体調に変化があった場合は随時対応サービスとして訪問を行っている。

単独の訪問看護と異なり定期巡回訪問介護看護による訪問看護では1日に複数回の関わりとなる場合が多く、より患者の生活リズムに合わせた看護が実現できる。

以下、患者への支援経過について。

【患者情報】

もともと小規模多機能を利用し、在宅生活を送っていたが肺炎を起こし A 病院へ入院となり、嚥下機能に問題が生じ胃ろう造設。退院後ナーシングホームようざんへ入居となった。

【患者の思い】

「もともと食べるのが大好きだった。百貨店の地下の、大好きだったクッキーを食べたい」

【家族の思い(弟)】

「姉が胃ろうになってしまって、食べられないのがかわいそうだと思っている。」

【安全な経口摂取を目指すために求められること】

- ・適切な嚥下アセスメントを実施し、A 様の状態に合わせた観察を行う
- ・看護師の独断で実施せず、多職種の視点を重視する
- ・経口摂取の基盤となる ADL の向上
- ・精神的支援

【経口摂取に向けた取り組み】

① 嚥下アセスメント

嚥下は、「認知期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期」に分けられ、各期での嚥下アセスメントを実施。口腔内の観察、フードテストや反復嚥下テストを実施し認知～咽頭期までは明らかな障害を認めな

かった。ナーシングホーム入居前の A 病院にて、VF(嚥下造影検査)実施され食道期にて残留が認められたとの申し送りがあったことから、経口摂取を目指すにあたって食道期の障害に焦点を当て、嚥下訓練をしていく必要があると判断した。

嚥下アセスメント結果を踏まえ、経口摂取訓練の開始を主治医・歯科医師に提案し、直接訓練の許可をいただいた。

② 多職種連携

利用者の経口摂取を目指すにあたって訪問看護のみの関わりでは実現不可能であり多職種がそれぞれの専門性を生かし関わるのが非常に重要である。今回の関わりでの具体的な関わりを以下にあげる。

1. ケアマネージャー

・円背により臥床時や車椅子移乗時に苦痛を感じる訴えが多く、これにより夜間何度も体位変換が必要になり、睡眠不足や気力の低下、日中もベッド上での生活になることが懸念された。何より利用者様にとってつらい状況であった。

ケアマネージャーに依頼し、福祉用具にナーセントパットを追加し姿勢保持の際の苦痛軽減を図りADLの向上を目指した。

2. 訪問マッサージ(医療保険)

下肢の拘縮が強く、疼痛の訴えが続いていた。また、車椅子での座位とベッド上での臥位のみでの生活であり、筋力低下のリスクがあった。主治医、本人へ訪問マッサージ導入の提案をし、医療保険による訪問マッサージを週3回導入となった。

3. 主治医

月に2回の往診時に経口摂取の状況をお伝え、そのつど意見をいただいた。

夜間に下肢痛を訴えた時に備え、胃ろうから注入の必要がない、坐薬タイプの鎮痛剤を処方してもらうことで介護職でも投薬可能とした。

4. 歯科医師

本人、家族へ歯科往診の利用を提案し、歯科医師により口腔衛生の保持・嚥下状態の評価をしてもらう。経口摂取に向け、ブリッジ治療を開始。歯科医師より嚥下訓練を開始して良いという意見あり。

5. 介護職

看護師の訪問時以外は介護職が生活の支援を行う。排泄や移乗、夜間の介助など、1日の中で数多くかかわるのは介護職である。そのため、利用者が経口摂取を目指す前向きな感情の基盤は、ナーシングホームの介護職による介護であるといえる。嚥下訓練を開始するにあたり、誤嚥性肺炎

の危険性があるため嚥下訓練を開始したこと、誤嚥性肺炎のリスクがある旨を介護職にも共有し早期発見に努めた。

③ 直接訓練(食べ物を使った摂食訓練のこと)

主治医の指示により、少量のバナナから嚥下訓練の開始となった。

嚥下アセスメントからも食道期の障害の程度に注意をする必要があり、不顕性誤嚥による誤嚥性肺炎を起こしていないか・嚥下後の口腔内貯留や湿性嘔声や湿性呼吸音がないか・咳嗽や逆流の有無等、介護職の見守り協力を得ながら確認した。

また、利用者様が楽しく行えるような声かけや利用者様の好みに合わせ、バナナ→プリンと形態を工夫するなどした。

現在は昼食時、おかゆ+おかず(きざみ食)提供し、看護師見守りのもと摂取できている。発熱もなく、順調に経口摂取量を増やしている状況である。

【考察】

通常の訪問看護サービスでは、栄養剤の注入や食事介助ごとに毎日看護師が訪問に入るとするのは介護保険の単位数の問題もあり、現実的ではない。必要なタイミングに短時間・かつ複数回の訪問を可能とする定期巡回サービスにより、利用者様の「口から食べたい」とう思いを実現した今回の経口摂取に支援が行えたと考える。

しかし、頻回な訪問が必要となるこのサービスを持続し、かつ本当にサービスを必要としている人へ提供するには利用者に対するサービス内容を見極めていくことが非常に重要になる。それはなるべく利用者の持つ残存能力を生かしながら自立した生活を支援することにつながる。利用者にとってよりよいサービスとは、ただ多い回数を訪問するのではなく、一つ一つの訪問を意味のあるものにすることであり、訪問ごとに目的をもって情報収集やケアをすることが大切であると考ええる。

【終わりに】

定期巡回はナーシングホームようざんのようなサ高住の入居者だけでなく、地域の独居高齢者等、家族による介護支援が難しいケースにおいても非常に大きな役割を果たす。週に数回、決められた曜日や回数でのサービス提供でなく、一日という生活リズムの中で複数回、職員が目が入る定期巡回により、高齢者ができる限り自立した生活を築くことができるのである。このことから定期巡回サービスは患者の地域包括ケアの推進において非常に中核的な立場であるといえる。今後も連携型訪問看護ステーションとして、今回の利用者A様に対する支援のような、利用者の希望を実現する関わりができるようにしていきたい。

共に育てる喜び

～栗崎ファームを通して～

スーパーデイようざん栗崎

発表者：渡辺恵美

植原さおり

【はじめに】

皆さんは、植物に触れたり花の香りを嗅ぐだけで、心が癒された経験はありませんか。園芸療法は、土や水に触れ、四季を感じながら、仲間と一緒に植物の世話をすることを通して、身体の機能維持や心の安定を図る療法です。

スーパーデイようざん栗崎でも、栗崎ファームという畑があり、利用者様と一緒に花や作物を育てています。そんな栗崎ファームを通して、得た経験や利用者様の変化・感じた事などをご紹介します。

【年間スケジュール】

栗崎ファームでは、年間を通して花や作物の育成を行いました。年間のスケジュールは以下の通りです。

	花	野菜	土づくり
4月	マリーゴールド種蒔き	パセリ種蒔き（中旬）	
	ピンクキッス(撫子)種蒔き		
	パンジー寄せ植え	いちご収穫（下旬）	
	ひまわり種蒔き(直植え)		
5月		ナス苗植え（中旬）	苦土石灰・化成肥料 散布 (上旬)
		ピーマン苗植え(中旬)	
		トマト苗植え(中旬)	
		ゴーヤ苗植え(中旬)	
		きゅうり苗植え(中旬)	
6月	サルビア寄せ植え	じゃがいも収穫(上旬)	

	花	野菜	土づくり		
7月	ミニひまわり寄せ植え	ナス・ピーマン・ゴーヤ トマト・きゅうり収穫 (7～9月)			
	マリーゴールド寄せ植え				
	日日草寄せ植え				
8月					
9月	コスモス種植え				
	チューリップ球根植え				
10月				カブ種植え(10月上旬)	苦土石灰・化成肥料 散布(上旬)
				ラディッシュ種植え(上旬)	
				春菊収穫(上旬)	
11月	シクラメン寄せ植え		再生材散布(下旬)		
	パンジー寄せ植え				
12月		ラディッシュ収穫(上旬)			
		春菊収穫(上旬)			
		いちご苗植え(上旬)			
1月		カブ収穫(上旬)			
2月		じゃがいも植え(下旬)	苦土石灰・化成肥料 散布(上旬)		
		スナップエンドウ種植え(下旬)			
3月		ラディッシュ種植え(下旬)			

【注意点や工夫した事】

園芸療法では、以下のような事に気を付けて行いました。

- ・利用者様一人一人の身体面・認知面の状態を見極めて、作業内容を変える
- ・畑など足元が不安定な場所での作業は、スタッフとマンツーマンで行う
- ・異食に注意する(異食の危険性がある利用者様がいた場合は、遠いところから見て頂いたり、見守りを強化する)

工夫した点は以下の通りです。

- ・作業を“採る”や“掘る”などシンプル化し、参加しやすいよう短時間で行う
- ・作業の参加自体が難しい利用者様は、収穫物に触れる等、収穫した気分を味わって頂く
- ・外での作業が難しい気候(雨天や寒暑が厳しいなど)の場合は、室内で作業を行う
→テーブル上で行う事により、身体が不自由な利用者様も参加がしやすくなる

- ・植えた花や作物の苗に、利用者様・スタッフの名前の提示を行う
→愛着が湧きやすくなり、作業に参加していない人も一緒に成長を楽しめる

【園芸療法の効果や利用者様の変化】

① 植物の成長を楽しむ

園芸療法の大きな楽しみの一つに、日々の成長があります。成長を見守る事は、利用者様の日常の楽しみとなりました。「マリーゴールドの芽が出てきましたよ。」「ジャガイモが大きくなりましたので、見に行きましょう。」など散歩の誘いを行うと、普段は嫌がる利用者様も目的を持って、散歩に出られる事が増えていきました。利用者間でトラブルがあった時も花壇の花を見て頂いたり、作物の水やりをお願いする事により、相手とただ距離を離すだけよりも心がリフレッシュされ、気分転換を図る事が出来ます。

水やりや草むしりなどの役割活動を行うことも、利用者様の積極性を引き出し、適度な運動のきっかけとなりました。

② 他者との関わりが増える

利用者様の中には、世代や地域的に農業を経験した人が多く、アドバイスを聞くと途端に生き生きとされ、いつも細かいところまで教えて下さります。来苑拒否があり、なかなか定期利用に繋がらなかった利用者様が、草むしりなどの農作業を通じて、役割・居場所を獲得し、それが定期利用へと繋がるきっかけとなった事もありました。

普段、口数の少ない利用者様も園芸や農業に関しては、饒舌となり色々と話をして下さります。それが一緒に作業するうちに他利用者様との会話にも広がっていき、普段あまり会話しないような利用者様同士がいつの間にか楽しそうにお話されている事もありました。

また利用者様が畑で作業している時に、散歩中の他部署の利用者様やスタッフから「良い畑だねえ。」「綺麗な花が咲いているね。」など、声を掛けて貰った時には、とても嬉しそうで自信に溢れた笑顔が印象的でした。

③ 五感を活性化する

園芸療法には、五感を活性化する効果があると言われています。五感とは、視覚・聴覚・嗅覚・味覚・触覚の5つの感覚です。

園芸療法での視覚は、四季の変化を目で感じるという事が大きく、“作物の成長や花壇の花を愛でる”などです。ホールでも季節の花をテーブルに飾り、利用者様達の目を楽しませています。また、畑にスタッフ手作りの季節に応じたピックを飾る事によって、より季節を感じやすく、ピックも“可愛い”と利用者様達からも評判となっています。

聴覚は、鳥のさえずりや虫の鳴き声、木々のこすれる葉音に耳を傾けています。

嗅覚は、土の匂いや花の香りを感じる事です。花が近くにあると女性利用者様達は、いつも少女のように顔を近づけ花の匂いを嗅ぎ合います。「良い匂いがする。」「何の匂いもしないね。」など、

笑い合う時間もかけがえのない時間です。

味覚は、収穫物を味わいます。採れたての野菜や果物を味わうことはもちろん、成長過程で間引きをした摘み菜を茹で、おひたしにして食べる事もあります。自分たちで育て、収穫した野菜は特別な物のようで、野菜が嫌いで普段は全く食べない利用者様が、畑で採れた野菜を「美味しい。」と笑顔で食べた時は驚きました。

触覚は、土や水に触れる事で刺激され、忘れていた昔の思い出が、ふと蘇る事もあります。

認知症により閉ざされがちな五感の活性化により、自然と感覚や心を開くことが出来るのです。

【利用者家族や地域の人との交流】

栗崎ファームは、道路から見やすい位置にある為、近所の人から声を掛けられやすく地域交流の場にもなっています。

花壇の花を通じて、利用者様ご家族との交流もありました。そのエピソードを二つご紹介致します。

エピソード①「妻の誕生日」

3月のある日の送迎時、A様の奥様の誕生日がその日当日という事を耳にしました。日頃お世話になっている奥様に何かしてあげたいとスタッフ一同で考え、A様が植えたチューリップの花を差し上げる事になりました。チューリップをラッピングし、送迎時にA様から奥様へ手渡しで渡して頂きました。A様は特に「おめでとう。」など、お祝いの言葉はありませんでしたが、照れ笑いのような表情を浮かべていました。奥様は「今まで花なんて一つも貰った事が無いんですよ。」と涙ぐみながら、とても喜んで下さり、そのチューリップはずっと玄関に飾られていました。

エピソード②「お母さんのチューリップ」

スーパーデイようざん栗崎を利用していたB様が3月に心筋梗塞で急死されました。そんなB様との突然の別れから数日後、娘さんから電話がありました。内容は“母の直筆のネームプレートがあれば、頂きたい”というものでした。このネームプレートは、最後の利用時にB様が植えたチューリップに飾る為に書いた物で、B様らしい達筆な字で書かれていました。娘さんがネームプレートを取りに来た時に、チューリップも一緒にお渡ししました。娘さんは、「ありがとうございます。」と、B様の思い出が詰まったネームプレートとチューリップを大事そうに抱え、帰って行かれました。

どちらのエピソードも大事な思い出です。栗崎ファームを通じて、夫婦・親子・利用者様とスタッフなど、様々な人との繋がり大切さを学びました。

【まとめ】

利用者様は、認知症の為に忘れた事、出来なくなった事が多くあります。しかし、反対に覚えている事・出来る事もまだまだ沢山あるのだという事を忘れてはいけません。利用者様達が長年親しんで行ってきた園芸作業もその一つです。また、“感じる”という事も利用者様が最期まで出来る事だ

と思います。感じにくくなっているけれども、感じない訳では無い。利用者様が出来る事に気づき、引き出す事も私たちの仕事です。

園芸は、経験者の方はその知識や技術を使って、自分の役割・居場所を見出し、やりがいや生きがいを作り出す事にも繋がります。経験のない人や短期記憶障害の強い人などが、もし作業した事自体を忘れてしまっても、その都度「その時」の植物の成長を楽しめる事が出来ます。植物は、育てる人の心身機能に関係無く、誰もが等しく触れ合えます。

そして、何より大切なことは植物の成長をスタッフも“共に”喜び、“共に”感じ、“共に”味わう事。一緒に過ごし、共感する事で、“共に生きる時間”となるのです。私たちは、これからも栗崎ファームを通して、沢山の喜び・楽しみを利用者様と“共に”感じ、“共に生きる時間”を日々大切に過ごしていきたいと思っています。

第14回ようざん認知症介護事例発表会

2022年7月12日



目次

超老々介護と小規模多機能型介護施設 ある夫婦の新しい生活様式

ケアサポートセンターようざん大類 福島蓮弥 中村健太 p.1

初めての技能実習生を迎えて

ケアサポートセンターようざん中居 倉木希帆 仁木紀子 p.7

「やっぱり家がいいよ」～自宅で過ごす時間を取り戻すための支援～

ケアサポートセンターようざん石原 斉藤絹香 加納早稀 p.11

小規模多機能における本人主体のケア～自己資源を活かして～

ケアサポートセンターようざん栗崎 小此木快斗 ブイトウ ハン p.16

「ケアに悔いなし」

グループホームようざん八幡原 新井祐次 山口恵美 p.21

「自分の足で歩きたい」～焦らず、慌てず、諦めず Go for it～

グループホームようざん飯塚 佐藤恵 大島哲也 p.24

認知症と塗り絵

スーパーデイようざん双葉 西田重美 p.28

～9年間の引きこもりからの脱出口～

デイサービスようざん並榎 垣上松代 p.34

『自分らしく最期まで・・・』

デイサービスぽから 原田美咲 黒澤美帆 p.39

新型コロナウイルスの脅威

特別養護老人ホーム アダージオ 権田栞 町田みゆき p.42

影響

ショートステイようざん 宇敷泉希 p.44

超老々介護と小規模多機能型介護施設

ある夫婦の新しい生活様式

ケアサポートセンターようざん大類

発表者 福島蓮弥

中村健太

1、はじめに

皆様、高齢化社会と呼ばれて久しい昨今ではありますが、いったいどの程度の人口の割合であるかご存知でしょうか？

内閣府が令和3年に発表した、高齢社会白書(全体版)によると、総人口約1億2500万人のうち65～74歳人口が約1,700万人、75歳以上の人口が約1,800万人となっています。そしてそれらを合わせると約3500万人となり総人口の約30パーセントとなります。

更に令和2年6月に発表した国民生活基礎調査の結果によると、在宅介護のうち、介護をする側と受ける側が互いに65歳以上の「老々介護」の割合は59.7%、互いが75歳以上の「超老々介護」の割合も33.1%となり両者ともに4年前の2016年から増加していると発表されました。

今後、団塊の世代と言われる方々が、年齢を重ねることで、それらは将来的に更に増加していくものと言うのは想像に難くありません。

そのような社会の中で超老々介護状態にある御夫婦とその御家族に対して、宿泊、通い、訪問、受診介助といった柔軟に応じ、地域に根付く小規模多機能施設としての果たせる役割について考え、人に寄り添い、尊重しうる為の取り組みを発表させていただきます。

2、本事例の対象利用者様の紹介

A様 年齢91歳 女性 要介護5

既往歴 アルツハイマー型認知症・糖尿病・パニック障害

B様 年齢93歳 男性 A様の夫 要介護1

既往歴 アルツハイマー型認知症・高脂血症 高血圧症

生活暦

A様 群馬県高崎市並榎町生まれの6人兄弟の長女で、兄2人、妹3人の家庭で、実家が農家を営まれていた。

言葉遣いはとても丁寧で、認知症の症状により興奮状態になった際にも、丁寧語を使うことから厳格な家庭に育ったということが連想されます。

高校卒業後は家事を手伝い、結婚後は子供2人を授かる。夫の B 様の仕事都合で転勤により、多くの都市を渡り、高崎に戻ってきました。その際に夫の B 様の実家から土地を頂きそこに家を建て住まわれていた。

服薬状況 カナリア錠 ラベプラゾール・レンドルミン・マグミット・ウインタミン・セルシン

B様 群馬県高崎市宿大類町で4人兄妹の次男として生まれる。高校に通いながら実家の農家を手伝い、卒業後専売公社に就職し主に会計業務に従事する。その後 A 様と結婚し、家族を伴い多くの都市を渡り歩いた後、生まれ故郷である群馬に帰ってきて実家から土地をもらいそこに家を構え住まれる。定年後は畑仕事や植木の手入れ等自身の好きな時間に好きな事をする悠々自適な生活を送っていた。

服薬状況 アムロジピン・ランソプラゾール・エゾチラウム・リバスチグミンテープ・セルシン

3、当施設利用までの経緯

A様

以前は他社のデイサービスへ週に1回程度通われていましたが、ようざんとの契約の直前数ヶ月は体調不良により休みがちになっていました。また契約前当初は家の中でなにも使わず歩いてはいたものの、徐々に膝の痛みが強くなり始め、這って移動することが増え、買い物や家事も主に夫のB様が行っており、内服の管理はできていない状態でした。

B様

娘様が1週間のうち月曜日から金曜日はいらっしゃるものの、週末は A 様と二人で、A 様のようざんとの契約後はショートステイ利用時にはご自宅にて一人で過ごされ、畑仕事や家事を一

人でされていました。又、コロナウイルスによる緊急事態宣言下においては娘様の帰省もなかった為、その間はほぼ一人で A 様のお世話をしていました。そのような状況で B 様もようざんと契約されました。また A 様同様に内服管理も十分にできているとは言えない状況でした。

4、サービス提供当初から利用変更への経緯

A 様は利用当初は月曜日～木曜日まで1日1回毎朝の訪問・服薬確認並びに金曜日～日曜日までショートステイの利用形態でした。その一方で、B 様は月曜日～日曜日の毎朝1回の服薬・安否確認の訪問の利用形態でした。

これは御家族が月曜日から金曜日までは高崎に帰省されて、A 様と B 様の生活支援をなされていたから成立していました。

しかしながら、この長引くコロナウイルス禍により、娘様の帰省は難しくなり、また A 様の認知症の進行もあり、それまでのような利用方法では A 様だけでなく、B 様にとっても生活を維持していくことが困難であり、また御家族の近くにいられないことから不安であるとのこと希望もあり、A 様の泊まり中心の利用が始まりました。

5、利用変更の結果

A 様は1日を通しての状況を把握し、なにか変化があれば、受診時に主治医に相談することができ、臨機応変な対応を行うことが可能とはなったものの、帰ることが少なくなったこと、そして何より自身の半生以上を共にしていた B 様が近くにいないことから不穏が強くなり、日中は体調不良を訴えられることや、こちらの声かけにも易怒性や、無反応を示す時間が増していきました。また質疑応答が絶え間なく繰り返されることもあり、就寝なされた後にも、ふと目を覚まされ「お父～さん」、「息ができないんです、家族を呼んでください。」、「私は何でこんなところにいるんでしょう。」、「ここから出してください。」と発されるようになりました。

また B 様にも変化が生じてしまいました。

それまでであれば、日曜日の夕方になれば、A 様が帰宅されていたが、日曜日の夕方になっても A 様が帰宅なされないことから、B 様自身にも心配や不安の増加といった精神状況の変化が

生じました。

またそれだけではなく、A 様がいなくなったことにより、食事を作るという作業がほぼなくなった影響からか、同時に食事という習慣が希薄になり始めました。

6、結果からの再考察

たしかに、娘様は利用方法が変わったことで、以前より安心することができたのではないかと思います。

ですが、この変更は介護の根底にある「その人らしさの維持と尊重」に合っているのか、AB 夫妻はこの変化を前向きに喜んで幸せに時間を重ねているのであろうか？とユニットで再考することとしました。

そこで多く出たものが、AB 夫妻がコロナ禍以前に過ごしてきた形に近づけるというものでした。

施設で長年培ってきた夫婦生活に近づけるために、A 様の状況は御家族のご意向に沿った宿泊中心の形のまま、B 様の利用を大きく以下のように変更していただくことを御家族に提案させて頂きました。

その内容は

- ① それまでは朝の服薬・バイタルチェックだけだったものを、朝2回・昼・晩の計4回訪問にし、施設職員との接触回数を増やす。
- ② 上記の内、朝・昼・晩の3回の訪問は食に対しての意識が薄くなってしまったB様にA様と同じものを食べている事を伝えるのと同時に、A様の様子をお伝えし、食事を摂って頂けるよう配食サービスと安否確認を利用して頂きたいこと。
- ③ B様がA様にお会いしたいと希望された際はいつでも来苑していただいても可能な事をお伝えし、またこちらからもA様にお会いなられないかのお声かけさせて頂くこと。
- ④ B様が宿泊したいとおっしゃる際には、可能な限り泊れるような形をとらせていただき、施設にいても御自宅にいるように寝起きを共に過ごせるようにし、御夫婦の時間を過ごしていただけようになっているので宿泊の許可を出していただきたい事。

の4点を提案させていただきました。

元々、御家族も B 様がほぼ独居状態になっていた点、また独居による社会との隔絶や健康状態を危惧なされていたことから、これらの提案を快諾して下さいました。

7、B 様と A 様の変化

上記4点をまずは御家族にお伝えはしたものの、実際にそれらを受け入れていただけるかどうかは B 様次第という恐れがありました。

しかしながら実際に訪問等の回数を増やし、来苑されないかの声掛けや B 様の様子や行動を伺ってみると、思いのほか快く受け入れていただけ、来苑されることも増えました。さらに例えば、「コンロの点け方がわからない」、「歯医者に行きたい」といった直接的には A 様に関係のないことであっても、相談や依頼としていただけるようになりました。

配食時には「A は元気でやっているのでしょうか？ご迷惑をおかけしてませんか？」、「今日は苑に行こうと思うんだけど大丈夫ですか？」とおっしゃることが日に日に増えていきました。もちろん我々からも「A 様にお会いにきませんか？」とお伝えすれば、「そうかい？それなら行こうかな。」という日もあれば、「今日はやることがあるんだよ、悪いね」といったようなこともおっしゃっていたできるようになりました。

そして、それまでほとんど苑でお会いすることができなかった A 様も B 様が来苑された際は「お父さん、どこいったのよ」、「一緒に食べると御飯が美味しいね」とおっしゃることが増え、A 様本来の穏やかで柔らかな表情を見せていただける時間が増えていきました。

またそんな御夫婦の姿を見て、われわれ職員も「旦那様が今日の〇時にきていただけるみたいですよ」、「これから旦那様をお向かいにいらしてきます」と A 様にお伝えすると、とてもうれしそうな表情をされて「ご迷惑をおかけしますが宜しくお願い致します。」とおっしゃり、その結果として徐々に以前のような不穏や易怒性、無反応を示されることが減っていきました。

また B 様が宿泊の際は、御夫婦の団欒や時間を、時には夫婦喧嘩をするという自然な姿を見せていただける変化も生まれました。

もちろん、いい事ばかりではなく、B 様が御自宅に帰ろうとなされる時は「おいていかないで」、「一緒に帰りましょうよ」というような発言もなされますが、それでも B 様は「やることがあるからね、今日は帰るよ」、「今はね、なかなか一緒には帰れないんだよ」と A 様を説得される姿もありました。これまでの人生のように「夫婦共に・一緒に」という思いの A 様にとっては酷な状況なのかもしれません。

しかし、仲睦まじく、夫婦喧嘩をする姿も場所こそ異なるも、長年連れ添ってきた御夫婦だからこそその言動であり、そしてそのような日々の営みを苑でも再現することができたといえるのではないのでしょうか。

8、最後に

介護という言葉には法的に定められた定義があるわけではありません。

その定義がないものどう形作って、どう表現していくのかというのが介護する側には求められているのではないのでしょうか。

それには利用者様だけを見るのではなく、利用者様が生まれてから今に至るまでの時間を遡り、生活環境を考え、今の状況に当てはめていき、試行錯誤を繰り返していくということも一つの手段であろうと思います。

「介護職」が求められているものは今の状況を鑑み、家族にお伝えするだけでなく、ケアの方針や方法の提案とその結果を伝えていき、利用者様本人の「その人らしさを維持し、尊重すること」であると思います。

今回の御夫婦のように、意図せずして離れて生活することになったとしても、それまでの御夫婦の生活やひとりひとりについて、個別具体的に試行錯誤していく必要があるのでしょう。

今回の方法は一つの答えは出すことはできましたが、介護に携わる者の数だけ答えがあり、また今後増えていく超老々介護の家庭についてどう向き合い、どう表現していくのかが介護する側に求められていく姿なのではないかと考える機会となりました。

以上

初めての技能実習生を迎えて

ケアサポートセンターようざん中居

倉木 希帆

仁木 紀子

・はじめに

皆さんは、「技能実習制度」をご存じかと思います。

技能実習制度とは、日本で技能を身に着けた外国人が母国の発展に寄与する事が最終目標とされている制度で、外国人を技能実習生として受け入れる事により、慢性的な人手不足の解消にも役立つと考えられ、受け入れを前向きに考える企業が増えているという現状もあります。技能実習生として日本に滞在できる期間は最長で5年となっています。その期間内に、技能実習計画に基づいて技能などの習得を目指していきます。

ケアサポートセンターようざん中居では、2021年1月から技能実習生を迎え入れ一緒に働いています。本日は、技能実習生と共に働いた1年半を振り返りつつ、今後の展望についてもご紹介いたします。

・技能実習生の紹介

氏名:Ardiansah (アルディアンサ)

年齢:29歳

母国:インドネシア

趣味:サッカー・フットサル

1 ・日本に行こうと思ったきっかけ

インドネシアには日本企業の工場がインドネシア経済にも寄与しており、そこで働く現地の方のお給料の面もいいので、将来的に自分もそこで働きたいと思ったのがきっかけです。その為に日本に来て、日本語資格取得と就労経験をつんでインドネシアに戻り、日本企業の工場で現地マネージャーとして就職したいと思ったのがきっかけです。

・技能実習生として介護を選んだ理由

インドネシアから技能実習生として日本に行くとなった時に、当時通っていた日本語学校の先生に、介護・料理関連・とび職など、いくつかの選択肢がある中でどの職がいいのか？と相談

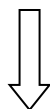
した際に、先生から介護を勧められたのがきっかけとの事でした。

・技能実習生が介護を始めるにあたり不安だったこと

アルディ(ニックネーム)が介護を始めるにあたり不安だった事がありますか？という質問に対し、国の文化がそれぞれ違い、職員や利用者様がどんな方(性格)なのか？介護の専門用語が理解できるのか？という点が主に不安に思っていたとの事でした。日本語については介護に携わる仕事の為、インドネシアでN4(基本的な日本語を理解できる)を取得してたので、そこまで不安ではなかったと話してくれました。

2 ・職員 技能実習生を受け入れるにあたり不安だったこと

受け入れ側の私たち職員にも技能実習生を迎えるにあたり、文化などが違うのに大丈夫なのだろうか？意思を伝えるのに精一杯で介護の仕事は務まらないのでは？ちゃんと業務内容を教えられるのか？今まで外国人と働く機会がなかった私たちにとっては、単純に大丈夫なのだろうか・・・という不安や心配を抱く職員が大半でした。



・職員 アルディと一緒に勤務してみて思ったこと

当初から積極的に教えてもらおうと職員に話しかけてくれる姿勢があり、分からない事や疑問に思ったことはすぐ質問してくれました。また、ゆっくり話したり、ジェスチャーを交えれば理解してもらい事ができ、受け入れる前に抱いていた不安や心配は少しずつ解消されていきました。

3 ・日本の介護現場で働いてみて思ったこと

日本特有の言葉の言い回しや方言などがあって、自宅に帰り YouTube で勉強することがあったと話してくれました。また、インドネシアでは食事をワンプレートに盛り付けることが多いとの事で、日本のように食事によって食器を使い分けることが難しかったそうです。気候の面でも、インドネシアは1年中暖かく、日本のように季節によって寒暖差があるのには慣れておらず、特に冬の寒い時期が1番辛いと言っていました。

・勤務経験を重ねて覚えていったこと

アルディが最初に覚えた事はコミュニケーションと見守りでした。少し慣れてきた頃から職員に付いてトイレ誘導をし、介助の内容を理解するようになってからは、利用者様1人1人に合ったトイレ誘導のやり方を覚えていきました。5月からは、厨房の見習いに入ったり、入浴の介助に入ったりと無理のない程度に少しずつ、出来る業務を増やしていきました。様々なことを覚

えて経験を積み、作年の11月には技能実習評価試験(初級)に合格することができました。今では、トイレ誘導・厨房・入浴介助など1人で任されています。

・イベント、レクリエーション

毎月レクリエーションの担当があり、アルディも今では担当の1人です。利用者様と共に、アルディに少しでも日本の四季に触れてほしいという職員からの意見もあり、出来るだけイベントに参加していただいています。そして、利用者様にもインドネシアのことを知ってもらいたく、“アルディとインドネシアの旅”というイベントを実施しました。プロジェクターを使い、インドネシアの挨拶・有名な食べ物・場所などを紹介し、雰囲気づくりとして、ホールでお香を焚いたりもしました。おやつの中には、紹介の中にあつた”ピサンゴレン”という、バナナにホットケーキミックスをまぶして油で揚げたものと、”チャイティー”を提供しました。多くの利用者様が初めて口にす味だったと思いますが、“美味しいね！”と言って下さいました。また、別の日の昼食レクに、インドネシアの有名料理”ナシゴレン”を利用者様の口に合うようにアルディが作り、こちらも利用者様から大好評で、インドネシアを知ってもらおうという企画は無事成功し、今までよりも更に利用者様とアルディの距離が縮まったように感じました。

4 ・アルディの気持ちの変化

業務にもだいぶ慣れてきて、気持ちに余裕ができ、自信にも繋がっているようです。また、日本に来た当初は家族や友達と会うことが出来ず、寂しかったようですが、テレビ電話で会話をしたり、同じ技能実習生の友達と休日に遊んだりして、寂しさは軽減されたそうです。食事面も、毎日外食だとお金がかかってしまい貯金が出来なくなる為、食材を購入し自炊するように心がけているとの事で、日本の生活に慣れてきたと話してくれました。

・職員の気持ちの変化

当初は、技能実習生に対して不安や心配がありましたが、アルディはとにかく優秀で、現場にとけ込むのも早かったので、今では私たちと同等の仕事をこなしてくれるようになりました。常に周囲に気を配り、利用者様の些細な変化にすぐに気づいたり、利用者様に対しての接遇の良さ、常に手を抜かず、真面目に仕事に取り組んでいます。自己管理がしっかりしていて、体調を崩さず、勤務に穴を空けた事は1度もありません。私たちは、感心すると共に、負けていけないと思う職員も多くいます。

・利用者様からの声

利用者様に、アルディにどんな印象がありますか？と聞いてみると、すごく優しい・気配りが出来る・真面目・よく日本語も話せて字も書いてえらい・よその国の人とは思えないほど話しやすい・よく話を聞いてくれる・など利用者様にとってもアルディの存在は大きく、技能実習生ではなく職員の1人として信頼してくれている事が分かりました。

5 ・アルディの今後の目標

インドネシアに帰国する前に、日本語能力試験N2(より幅広い場面で使われる日本語をある程度理解出来る)を取得する事が大きな目標との事でした。また、日本に滞在している間に色々な場所に旅行に行って、もっと日本の文化に触れたいとも言っていました。3年経ったらインドネシアに一時帰国する予定がありますが、また日本に戻り、介護の仕事を続けたいと話してくれました。当初、複数の選択肢の中から介護を選び、ようざんで学んだ事で更に介護職として成長したいと思ってくれるようになりました。

・最後に 私たちの思うこと

せっかく介護を選んでもらったので、日本語を覚えながら少しでもこの仕事が楽しい、介護で良かったと思ってもらえるように、遣り甲斐のある3年間にして欲しい。今回技能実習生を受け入れたことによって、私たち職員も様々な面で刺激を受けています。

今後もようざん中居は技能実習生アルディと共に、利用者様が快適に過ごせる施設を目指していきます。

「やっぱり家がいいよ」

～自宅で過ごす時間を取り戻すための支援～

ケアサポートセンターようざん石原

発表者: 斉藤 絹香

加納 早稀

【はじめに】

多くの人は健康な身体を持ちながら住み慣れた環境において日常生活を送りたいと考える。しかし、加齢による身体機能変化や認知症などの精神的変化により望む通りの生活から遠ざかってしまうこともある。

今回、変わりゆく身体機能、精神機能の中「家で暮らしたい」と強く願う利用者の気持ちに寄り添い、小規模多機能型居宅介護としてどのような支援をさせて頂いたのか紹介する。

【利用者紹介】

A様 81歳 要介護度3 男性

【生活歴】

市役所水道局に定年まで勤務していた。結婚後、現在の住まいで長女、長男を授かる。子供達の独立後は妻と二人暮らしとなる。

趣味は溪流釣り、スポーツ観戦、カラオケ、退職後は健康のため地域でゲートボール等楽しみながら

生活していたが、67歳の時に脳梗塞を発症。

令和1年5月頃より胆嚢炎を中心に体調を崩し入院生活から老健入所生活となってしまった。

【既往歴】

- 椎間板ヘルニア ○脳梗塞 ○胆嚢炎・胆石
- 肝膿瘍 ○廃用症候群・認知症 ○高血圧症

【利用経緯と状態の変化】

令和1年5月頃より食欲低下、体動困難あり主治医の判断により救急病院へ搬送され胆嚢炎の診断で

入院となる。状態改善しリハビリ目的でM病院へ転院。令和1年12月、M病院から老健へ入所。令和2年6月、在宅復帰のため老健退所、同時にケアサポートセンターようざん石原の利用開始とな

る。

令和3年3月、本人身体機能が著しく低下。主治医の判断により救急病院を受診し重傷肺炎の診断を

受けそのまま入院となる。その後リハビリ目的でH病院へ転院。医療目的到達ということで令和3年6月にH病院退院となるが両下肢機能に低下がみられ、自宅での安全生活に対し妻から不安の声が上がってしまう。本人からは「家に帰りたい」との強い要望も聞かれた為、退院後は連泊対応としながら日常生活支援の中で本人の身体機能向上への取り組みを行うこととする。

【目標】

在宅生活復帰に向けて精神機能の活性化と身体機能の向上を図るとともに、自宅における必要な支援を柔軟に行う。

【取り組み】

- ・退院後、下肢機能、意欲向上の為連泊対応。下肢機能向上の為、最初は立ち上がりの機能訓練を実施。
- ・日常生活動作の中でも両下肢機能向上を意識した支援の徹底。
- ・イスに座る本人の前に職員が立ち数秒間立ってもらい訓練の実施。
- ・トイレ誘導時、手すりに掴まりながら自力で立ってもらい訓練の実施。
- ・車イスからベッドへの移乗訓練の実施。
- ・平行棒を使用した歩行訓練の実施。
- ・職員の手引きにより一日に2回～3回程廊下を往復する歩行訓練の実施。
- ・平行棒を使用した昇降運動訓練の実施。

令和3年11月

- ・退院後機能向上支援から5ヶ月が経ち、本人状態改善がみられる為、カンファレンスにて月曜、火曜、水曜、金曜の日中は自宅にて過ごすことが検討される。その旨妻へ相談するも「わずかな時間でも私に任されるのは不安」との思い有り、在宅時は12時に服薬、排泄、配食訪問を行うことを提案し了解を得る。また、同時に必要とされる福祉用具を導入し自宅内の環境を整備する。

月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援
10:00	10:00	10:00	入浴支援	10:00		入浴提供
【帰宅支援】	【帰宅支援】	【帰宅支援】		【帰宅支援】		
12:00	12:00	12:00		12:00		
【訪問】 排泄介助 昼配食	【訪問】 排泄介助 昼配食	【訪問】 排泄介助 昼配食	昼食支援	【訪問】 排泄介助 昼配食	昼食支援	昼食支援
16:00	16:00	16:00		16:00		
【外出支援】	【外出支援】	【外出支援】		【外出支援】		
夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援
【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】

令和4年2月

- ・カンファレンスにて自宅内宿泊も可能であることが検討される。その旨妻へ提案するもやはり妻からは「不安」の声強い為、在宅時は一日5回の訪問支援に切り替え、本人の在宅生活が成り立つよう提案し了解を得た為、3月より実施とする。

日曜日：7時(外出支援)(入浴)～宿泊

月曜日：宿泊明け～10時(帰宅支援)12時(排泄、配食訪問)

15時(排泄、安否訪問)18時(排泄、服薬、配食訪問)19時(排泄、就寝訪問)

火曜日：7時(排泄、服薬、配食訪問)12時(排泄、配食訪問)

15時(排泄、安否訪問)18時(排泄、服薬、配食訪問)19時(排泄、就寝訪問)

水曜日：7時(排泄、服薬、配食訪問)12時(排泄、配食訪問)

15時(排泄、安否訪問)18時(排泄、服薬、配食訪問)19時(排泄、就寝訪問)

木曜日：7時(外出支援)(入浴)19時(帰宅支援)

金曜日：7時(排泄、服薬、配食訪問)12時(排泄、配食訪問)

15時(排泄、安否訪問)18時(排泄、服薬、配食訪問)19時(排泄、就寝訪問)

土曜日：7時(排泄、服薬、配食訪問)12時(排泄、配食訪問)

月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
【宿泊明け】 朝食・服薬支援	7:00 【訪問】 排泄介助	7:00 【訪問】 排泄介助	7:00 【外出支援】 朝食・服薬支援	7:00 【訪問】 排泄介助	7:00 【訪問】 排泄介助	7:00 【外出支援】 朝食・服薬支援
10:00 【帰宅支援】	朝配食 服薬支援	朝配食 服薬支援	入浴支援	朝配食 服薬支援	朝配食 服薬支援	入浴支援
12:00 【訪問】	12:00 【訪問】 排泄介助	12:00 【訪問】 排泄介助		12:00 【訪問】 排泄介助	12:00 【訪問】 排泄介助	
排泄介助 昼配食	排泄介助 昼配食	排泄介助 昼配食	昼食支援	排泄介助 昼配食	排泄介助 昼配食	昼食支援
15:00 【訪問】	15:00 【訪問】 排泄介助	15:00 【訪問】 排泄介助		15:00 【訪問】 排泄介助	15:00 【訪問】 排泄介助	
排泄介助	排泄介助	排泄介助		排泄介助	排泄介助	
18:00 【訪問】	18:00 【訪問】 排泄介助	18:00 【訪問】 排泄介助		18:00 【訪問】 排泄介助	18:00 【訪問】 排泄介助	
排泄介助 夕配食 服薬支援	排泄介助 夕配食 服薬支援	排泄介助 夕配食 服薬支援	夕食・服薬支援	排泄介助 夕配食 服薬支援	排泄介助 夕配食 服薬支援	夕食・服薬支援
19:30 【訪問】	19:30 【訪問】 排泄介助	19:30 【訪問】 排泄介助	19:30 【帰宅支援】 就寝支援	19:30 【訪問】 排泄介助	19:30 【訪問】 排泄介助	19:30 【宿泊】
排泄介助 就寝支援	排泄介助 就寝支援	排泄介助 就寝支援	就寝支援	排泄介助 就寝支援	排泄介助 就寝支援	

15時(排泄、安否訪問) 18時(排泄、服薬、配食訪問) 19時(排泄、就寝訪問)

【考察】

A様は、現在も身体機能、及び精神機能への改善、悪化の波を持ちながら在宅生活を送られている。

医療が必要な時はその都度受診のお手伝いをさせて頂き、A様の状態によって通い、宿泊、訪問とサービスを柔軟に変更対応しながら毎日の必要とされる支援を管理し提供している。

在宅での時間を中心とした日常生活は、私達の支援の中、これまで大きな問題なく過ごすことが

出き
ている。A様からも「やっぱり家がいいよ」との言葉もあり現状支援がこの先も継続できればと考えているが、A様の身体的精神的状態がこの先どのように変化して行くのかはわからない。これからもA様の状態を観察し、寄り添いながら柔軟に対応して行きたい。

【おわりに】

日常生活において利用者や家族が抱くサービスへの要望は一人ひとりそれぞれ違い、その求める思いはとても強いものである。私達はこれからも小規模多機能型居宅介護として地域に密着しながらそれぞれのニーズを重く受け止め、望まれている思いが達成できるよう工夫しながら柔軟に支援提供し、利用者や家族の生活と心を支えて行きたいと思う。

それが穏やかな時間への架け橋となる為に。

小規模多機能における本人主体のケア

～自己資源を活かして～

ケアサポートセンターようざん栗崎

小此木 快斗

ブイ トウ ハン

はじめに

認知症と一口に言ってもその症状は様々でひとりひとり異なります。その人の歩んできた人生の歴史、生活習慣、性格、その他の要因が重なり認知症状へ影響を及ぼします。

高齢者が加齢や認知症による身体の衰えによって介護が必要になったとき、介護者の手を借りることや、他人に自宅へ入られることをためらう方は少なくありません。介護を受けてほしいご家族の希望、体調管理や安全の確保の必要性、そして本人の思い、これらすべてを実現することは容易ではありません。

今回ご紹介するA様は、ご自宅で一人暮らしをされています。娘様は、ご結婚され隣県に住んでいるため日常の家事は、すべてご自分でされていました。ご自分の家を大切に、とてもきれい好きで几帳面なA様は、常に笑顔を絶やさず、訪問する職員にいつも優しく接していただきます。早くにご主人を亡くされ、一人で頑張ってきたA様は、よく「ずっと一人でやってきたから」と口にされる芯の強い方です。又、一人の時間を好まれ大切にされています。そんなA様に認知症症状が出はじめたことをきっかけに介護支援を受けることになりました。小規模多機能だからこそ実現した本人主体の、認知症状の段階に対応した支援の取り組みをご紹介します。

1. A様の紹介

利用者様 A様

年齢 85歳

要介護度 1

日常生活自立度 J2

認知症生活自立度 IIIa

家族構成 夫は他界

娘様は夫と二人で隣県に住んでいる

A様弟夫婦が徒歩圏内に住んでいる

既往歴 骨粗鬆症、アルツハイマー型認知症

処方薬 ドネペジル塩酸塩、エルデカルシトール

生活歴

若いころは事務の仕事や、製薬会社の寮母等をしていました。責任感があり、精力的に仕事

に打ち込んでいたそうです。職場での活躍と経験は自身の誇りであり、今でもよく話されることがあります。一人で過ごすことを好まれ、以前は一人でよく映画を観にっていました。夫は大工で、今の家も夫が建てました。しかし新築して数年で夫は他界してしまいました。A様は夫が建ててくれた家をとっても大切にされています。

2. ケアサポートセンターようざん栗崎利用の経緯

令和2年春頃より普段と異なる言動がみられるようになりました。近所のかかりつけ医の看護師がA様自宅の服薬カレンダーに定期的に配薬していましたが、服薬出来ていないことが目立つようになってきました。また、近所、隣家の住人にごみ捨ての事で毎日のように聞きに行くようになっていました。以前とは違う様子を心配し、上記医療機関、近隣住民や民生委員を介して安心センターへ相談があり、訪問が可能な小規模多機能の利用が検討されました。その結果、ケアサポートセンターようざん栗崎に担当して欲しいとの依頼がありました。娘様と相談し、A様にも訪問の必要性をご説明し、令和2年6月より利用開始となりました。

3. 本人様周囲の環境

A様は元々あまり集団で行動するのがお好きではなく、一人で過ごすことや特定の友人や知人と個々に交流することを好まれていました。現在ご自宅のある地域はご主人が家を建ててから住まわれています。A様は独居のため日々の様子の変化は近隣の方々が敏感に気づいてくださいました。ゴミ出しの時に困っている様子や、同じ話を短時間に繰り返す様子に違和感を感じ、A様のことを心配されて民生委員へ相談をもちかけています。又、かかりつけ医院も徒歩圏内にあり、A様の心身状態の変化に気づいていました。A様の弟さん夫婦も近くに住んでいて義妹さんが時折様子を見に来てくださっていました。

4. サービス開始時の様子

初めての介護施設の介入ということでA様にはまず職員の存在に慣れていただき、信頼関係を構築することが大前提でした。そのため利用開始時は、訪問のみ、A様の緊張が溶けるまでは玄関にて対応、呼び鈴を鳴らしてA様が玄関ドアを開けるまで待機するといった手順を踏みました。又、A様からの「知らない男の人が出入りするのは遠慮してもらいたい」という希望により、訪問開始時は女性職員のみ伺うことになりました。

元々とても優しくて温かなA様なので、すぐに訪問の女性職員と打ち解け、自宅に上げてくださるようになりました。最初は、服薬の確認、バイタルチェック、お話を傾聴する、という内容でした。訪問回数は午前1回、午後1回でした。A様は毎日職員が訪問するのを楽しみにするようになり、毎回満面の笑みで迎えてくださるようになりました。

訪問開始時のA様は、常に家の中をきれいに掃除され、買い物はご自分でされ、調理も行っていました。洗濯などの家事もご自分でこなされていました。しかし、短期記憶にはあいまいな点がみられ認知症が進行していることがうかがえました。

5. 認知症症状進行による課題と取り組み

R2 年夏頃

生活状態は安定。時折、市からの通知や昔の書類などを見て混乱され不穏になる。

自宅の風呂掃除中に転倒。幸い打ち身程度。

家電の操作方法がわからなくなることあり。洗濯機、テレビ等。

できる時とそうでない時が混在、その時の状況で職員が手助けする。

買い物、料理はできている。

R3 年 秋頃

症状が進み食事の用意ができなくなる。

金銭管理ができなくなり買い物も困難になる。

混乱し、頻回に義妹へ訴えに行く。

昼配食週 3 回行う。買い物支援の開始。

かかりつけ医への受診介助。

日用品の在庫管理、購入。

R3 年 冬頃

計画的な食事摂取ができず、買ったものを一気に食べてしまう、もしくは、しまい込み忘れてしまう。

その日の状態に応じて夕配食を追加。

義妹よりSOS。A様が弟宅へ行き、支離滅裂なことをわめき散らしている。興奮して手がつけられないとのこと。すぐに訪問し、職員が間に入りA様のお話を傾聴する。

R4 年

お茶を入れたりする手順がわからなくなる。

水分不足の心配から昼・午後・夕の訪問時に職員がお茶などを水筒に入れて持参し提供。

午後にはおやつも持参。

ゴミのまとめ方がわからなくなる。

週 1 回職員が朝訪問しゴミ出し行う。

以前より自宅での入浴回数が減っている。外へも出かけなくなっている。

廃用症候群の心配から週2回午前のみ、入浴も目的とした通いを開始する。無理強いせず、入浴は女性職員が対応。

近隣住民から「暗くなってから、外に出ていることがある」と心配の声あり。

夕配食後、毎日電話にて安否確認行う

6. 職員との信頼関係

訪問開始時は玄関先での安否確認でしたが、A様はすぐに打ち解けてくださいました。職員が何うと嬉しそうな笑顔が見られるようになり、訪問回数が増えるにつれて職員に心配事や心の不安を打ち明けてくださいました。一人がお好きなA様ですが、気丈に振舞われていても、一人でこの先どうするのか、家はどうしたらいいのか、など思い悩み、心細い思いをされていることも多くあるようでした。職員はA様宅に訪問する度に、A様は一人ではないこと、職員がA様のためにできることは何でもすること、A様が困ったり不安な時は、いつでもどんなときでも職員がそばにいることを繰り返しお伝えしました。

思い出したいことがあるのに思い出せない。心配なことがあるのにどうしていいのかわからない。不安な気持ちを抱えて一人で過ごすことは、心細く辛いことです。それゆえ私たち職員は、A様の気持ちに寄り添い、A様の思いを受け止め、A様に少しでも安心して、幸せを感じながら日々を過ごしていただけたらという思いから、日々の訪問の時間を大切にしています。

A様との信頼関係が構築されるにつれ、A様も職員を頼りにして下さるようになり、訪問すると「良かった、きてくれて」「いつも本当にありがとう」などおっしゃってくださいます。サービス開始当初は女性職員のための訪問でしたが、A様にお話して今では、男性職員も訪問させていただくようになりました。夕方の安否確認の電話も待っていてくださるようになり、「また明日伺いますね」とお話すると、嬉しそうに「待ってる」と応えてくださいます。

7. 本人主体のケアを目指して

認知症症状が進み、記憶や認識があやふやになり、以前とは違う言動を取るようになると周囲からは、認知症だから仕方ない、何もわからない、どうせできない等思われがちです。しかし本人は、自分の変化に戸惑い不安を感じています。また、症状は状態により変化し、同じ行為でもできたり、できなかったりを繰り返し、だんだん別の段階へと移行していきます。それゆえ、本人にとってどのような支援が必要なのかを決定づけるのは、介助者の意見ではなくて本人の思いです。本人が何を求めているか、何が本人にとって幸せと思えるのか、たとえ本人がそれを言葉で上手く説明できなくても、理解しようと努めなくてはなりません。認知症が発症して、困ったことと思われる行動の多くは、介護者が困っていることで、当事者意識がないと決めつけてしまっている周囲の環境が認知症を抱えて生きる人の生活を制限のあるものにしてしまっているケースもあるのではないのでしょうか。

今回、A様のサービスを担当するにあたり私たちは、A様に決してサービスを無理強いすることなく、本人の意思を尊重し、A様が必要とされている、もしくは受けて心地よい安心できるサービスを提供することを心がけました。

8. 今後の課題と目標

令和2年6月から利用を開始されたA様は、2年の間に認知症の進行がみられ、利用内容も当初より随分変更されました。今ではすっかり通いにも慣れたA様は、苑での入浴も心待ちにしてくださいようになりました。今後は、通いの日数を少しずつ増やし、A様と一緒にレクリエーションや機能訓練などを行い、自宅以外でもご自分の居場所を見つけていただけたらと思います。

9. まとめ

利用開始時は、自分の変化による不安からか「私はもうダメだから」などの否定的な発言が多かったA様ですが、職員が訪問し、安心していただけるように、常に「A様は大丈夫」というメッセージを送り続けた結果、最近では「あなたたちがいてくれるから頑張る」「大丈夫よね」等の肯定的な発言が多くなりました。

2年の間に職員との信頼関係も深まり、A様が抱えてきた孤独感も薄らいできた様子です。今後も私たちはA様に寄り添い、A様の思いを尊重した本人主体のケアを念頭において、ご家族や地域の方々と連携しながらA様の幸せな日々の実現を目指していきます。

「ケアに悔いなし」

グループホームようざん八幡原
発表者:新井祐次
山口恵美

《はじめに》

ご利用者様の最期に関わる時、皆さんは何を思いますか？

看取り介護というと、「ご利用者さまが亡くなるまでのお世話」というイメージがあり、前向きな気持ちになれない方もいると思います。最期を何処で過ごすのか？

病を患ってしまって慣れ親しんだ施設での看取りを希望するご本人、ご家族が増えていくであろう。今回、私達はグループホームようざん八幡原での終末期におけるケア、そして看取りの事例を発表する。

《利用者様紹介》

氏名:S様

年齢:94歳 女性

要介護度 3

既往歴:腰椎圧迫骨折 アルツハイマー型認知症 高血圧 脳梗塞

《生活歴》

高崎市に生まれる。明るくまじめな性格。H20年10月に夫を亡くし、しばらくうつ状態となる。徐々に認知症の症状が出現され自宅近くのベルクで商品を買うということがわからなくなり持ち帰ってしまうことが何度かありデイサービスとショートステイを併用しながら過ごし在宅の時間を少なくしていた。あきちゃん、よっちゃんと呼び合うほど仲の良い娘様が敷地内に住んでおり身の回りの世話をしていた。H31年4月グループホームようざん八幡原開設に伴い家族の希望にて入居となる。

《入居後の様子》

面倒見が良く、自身の訴えをはっきり言われる方であったが重度の難聴があり、コミュニケーションがとりづらく他のご利用者様とのトラブルになる事が多くありました。

また、職員の手を借りたくないという気持ちが強く、入居当初はトイレの介入や入浴への拒否が多くありました。時間がたつにつれ信頼関係が築け、笑顔も増え職員のケアへの介入もスムーズに受け入れてくださるようになり他のご利用者様との絆も深まっていきました。

《一度目の終末期》

R3 年 6 月から急激に食事、水分量が減りだし机に突っ伏す姿が多くなりました。主治医より、このままの状態が続けば命の危険性が出てくるため最期をどう迎えるか家族に確認して下さいと話がありました。娘様は「最期は慣れ親しんだ施設で迎えさせてあげたい。家族としては今までこんなに良くしてくれたようざんさんに居る時に急死しても何の悔いもないし、感謝の思いしかありません。最期までよろしく願います」と仰って下さいました。

同月 30 日終末期宣言。

“最期までS様らしい生活”を実現できるように職員は今まで以上に寄り添う介護を心がけ、全員でS様をサポートし続けました。

《終末期の取り組み》

- ・尿便意はあった為オムツは使用せずトイレにお連れし排泄介助をした。
- ・体調の良い時は手引き歩行、悪い時は車椅子での移動介助。
- ・食事は必ずホールで召し上がって頂いた。
- ・食事、水分量低下の為、エンシユアを処方してもらいを飲んで頂き栄養補助。娘様に相談し飲むゼリー等を用意して頂き、水分補給の代替えとした。それでも難しい時は本人が希望したアイスクリームやゼリー、水ようかん等を提供した。
- ・転倒防止の為、居室にセンサーマットを設置し、すぐに駆けつけられる体制をとった。
- ・夜間のトイレ利用の際はその都度、飲水を促し少しでも水分を摂って頂けるようにした。
- ・記録とは別に訪室記録を付け、こまめに状態の確認を徹底した。
- ・朝、夕1日2回のバイタル測定、移動方法、食事、水分量、呼吸と別紙作成し状態把握に努めた。
- ・入浴は本人の意思を尊重し、無理強いはず難しい時は清拭にて清潔保持。

9 月に入ると夜間せん妄が出現し、大声で叫ぶ事も多くなりました。職員一丸となって支え続けた結果、11 月には食事平均7～8割摂取できるようになり夜間せん妄も改善しました。以前と変わらない生活を送れるようになり終末期宣言も外れました。

ですが、今後も状態が安定しない事が予想されたため、往診医を 24 時間対応の病院に変更し、介護と医療の両面でS様を支えていけるように体制を整えました。

12 月 24 日に嘔吐し胃痛の訴えあり。肺炎か胆道系の炎症とのことで点滴と酸素吸入が行われました。2 週間の点滴と酸素吸入で状態は少しずつ回復していきました。

S 様の日常が戻った事に喜んでいたのも束の間急激に状態が悪化。

《二度目の終末期宣言》

翌年 2 月一度目の終末期宣言同様に食事、水分量低下していき、身体が黄変している事に気付く。血液検査と腹部エコーの結果膵臓癌の疑いと診断。手足は浮腫みでパンパンになり足の裏にはチアノーゼも出現していました。

医師より、今回はそう長くないであろうとの診断で二度目の終末期宣言となりました。再度、娘様に

看取りの意向を聞くと一度目の終末期宣言時と変わらずであったため“最期までS様らしい生活”を実現できるように全力でS様のサポートに努めました。

《二度目の終末期の取り組み》

- ・痛み緩和の為、麻薬製剤であるフェントステープが処方となり、毎日貼り替えた。
- ・ベッドで眠っている時や、痛みの訴えがある時以外はお声掛けしホールにて食事を提供し、レクリエーションにも参加して頂いた。
- ・食事を少しでも摂取して頂けるようにペースト状にして提供した。
- ・好きな物を食べて頂けるよう娘様に相談し、アイスクリームや水ようかん、ゼリー等を用意して頂き提供した。
- ・本人がトイレでの排泄を希望した際は2人介助で排泄介助を行った(お亡くなりになる2日前まで実施)。
- ・褥瘡予防の為2～3時間おきに体位交換の実施。
- ・体動困難な時はベッド上で陰洗し、入浴困難な時にはベッド上で清拭、ドライシャンプーを実施し清潔保持に努めた。

《最期の日》

3月12日21時50分 S様は苦しむ事なく穏やかな表情で逝去なさいました。

職員は皆口をそろえたかのように「ケアに悔いなし」と胸を張っていました。

事業所全体のグループラインにはS様に対する追悼の言葉が次々と送られていました。

自分たちにできる事を全力で取り組み「悔いはない」と胸を張って言える仲間がいる事をとても誇りに思いました。

《まとめ》

看取る事はどこか怖い事と思っておりましたが看取れることは素晴らしい事とさえ感じました。介護の仕事だからこそ人の最期に携われる。そんな自分を誇らしく感じました。

あの時こうしておけば、、、と後悔しないようにするためには日頃からご利用者様1人1人と全力で向き合い全力で寄り添う事がとても大切だと感じました。

これからも介護職としてその人の最期に関われる事、送り出せる事に誇りを持ち続けたいと思います。「ケアに悔いなし」と胸を張って言えるように

ありがとうございましたS様。安らかに眠ってください。

「自分の足で歩きたい」

～焦らず、慌てず、諦めず Go for it～

グループホームようざん飯塚

佐藤 恵

大島 哲也

はじめに

グループホームは、「認知症対応型共同生活介護」として居住者様9名様、共同住居の形態でケアを提供しています。家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活しやすい環境を整え、少人数の中で「なじみの関係」をつくり上げることで心身の状態を穏やかに保ちます。また、過去に体験した役割を見出すなどして、潜在的な能力に働きかけ、認知症の人の失いかけた能力を再び引き出し、本人らしい生活を再構築することが可能となります。

グループホームのケアは、認知症の人を生活の主体者としてとらえ、残された能力を最大限に発揮できるような環境を提供し、楽しみや潤いのある普通の生活を送ることができるよう支援することを何よりも優先しています。

今年4月に入所された利用者様の「自分の足で歩きたい」という切なる願いを叶えるために「自分たちにどのような支援ができるのか」「利用者様にとってどのような支援が必要なのか」と考え、話し合いながら行った取り組みと、その取り組みにより得た成果を発表させていただきます。

事例対象者様

A様 96歳 女性 要介護度1

A様は明るく穏やかで気丈な性格。周りに弱みを見せず、迷惑を掛けたくない気持ちが強い。夫はH25年頃に他界しており、子供は3人でずっと専業主婦をされていました。趣味は歌を歌うこと、絵を描くこと、編み物等で手先が器用だった。R1年8月、自宅にて転倒受傷し起立歩行不能となり救急搬送される。右大腿骨頸部骨折し入院にはならず、自宅にて安静加療。同年8月24日再度転倒し同箇所を再受傷。入院し9月4日人口骨頭置換術施工。現在耳が遠く大きな声で話せば聞き取り可能。受け答えはしっかりしている。

【入所までの経緯】 術後入院中に気持ちの落ち込みが有り活気のある施設に行きリハビリをしながら以前のように戻ってほしいとの事で老健入所。自宅は玄関や風呂場、廊下、トイレに手摺は設置済だが認知症も有り今後在宅は難しいとの事でグループホーム入所を希望される。

【ご家族の意向】 できれば以前のように歩けるようになってほしいと願っておられる。

グループホーム入所当初、老人性円背で背中が丸まってしまい椅子から立ち上がる動作、足を上げて歩くなどの動作に不安があり、移動は車いすで手引き歩行、自立歩行が不能な状態でした。

しかし A 様は「自分の足で歩きたいんだよ～」とおっしゃられている。職員からも「今椅子から立ち上がろうとされていました」「今は出来ませんがご本人にやる気があれば歩けるようになるのではないのでしょうか」「歩けるようになるために何か出来ることはないのでしょうか」と提案がありました。

職員で検討したこと

- ・どのような支援が効果的かつ安全か。
- ・A 様は歌がお好きなので、歌やリズムを使ったケアが適しているのではないか。
- ・現在 A 様がどのような状態かの情報の共有。
- ・利用者様の肉体的、精神的苦痛はないか、やる気を出させるために出来ることはないか、検討する。

グループホームで行ったご利用者様へのケア

[STEP1]椅子に座った状態でストレッチ。リズムや音楽に合わせて手拍子と足踏み運動。

- ・無理の無いようまずはゆっくり丁寧におこなう。

[STEP2]職員が背中をさすり、背中を伸ばし、椅子から声を出し合って10秒立っていただく。

- ・ふらつきによる転倒がないよう細心の注意を払う。

[STEP3]手引き歩行開始。まずはテーブルの周りを一周。

- ・最初は後ろ側にも補助が入り2人介助。
- ・「ワンツー、ワンツー」とリズムカルに声を出し、利用者様の足が上がり前に出やすくなるようサポートする。
- ・徐々に歩数を増やして一周から二周、二周から三周へ。

*このころ苑で手引き歩行されている A 様を見たご家族様から「一緒に家に帰って食事は可能ですか？」と尋ねられる。

[STEP4]口腔ケア、トイレ誘導を手引き歩行開始。

- ・トイレでは手摺の上部を掴んでいただき背筋を伸ばしていただく。
- ・常に声かけをして無理のないようにする。

約2カ月の成果です。手引き歩行ができるまでになりました。

ここでA様が帰宅された時のエピソードを紹介させていただきます。

ご家族様より、「自宅で母と一緒に食事をしたいのですが、トイレが心配なので、アドバイス頂けますでしょうか」とのお申し出がありました。息子様は、トイレの介助の仕方を動画で勉強されたそうです。

当日は、息子様3人で苑に迎えに来られ、手引き歩行の仕方などをアドバイスさせていただき、ご自宅では皆さんでお寿司を召し上がられたそうです。お食事が済んでしばらくすると、A様から「トイレに行きたい」との発言が！！

「ついに来たか」と思われた長男様に、次男様、三男様が視線を集め……。覚悟を決めて、動画を思い出しながらなんとか済ませることが出来たそうです。

「親孝行出来た思いです。皆さんの毎日の仕事が大変なこと、そして感謝の気持ちがさらに高まった思いです。」と大変うれしいお礼のメールを頂きました。

職員みんなでメールを拝見し、「様子が目に浮かびますね」と笑顔を見せる職員や、感極まり思わず涙してしまう職員もいました。

何より帰苑されたA様が「美味しいのいっぱい食べたよ～」と大変喜んでおられたことが私たちの一番の励みになりました。「諦めず頑張ってよかった」「これからもA様と頑張ろう」と思える出来事でした。

今後の課題

- ・職員の人数が少ないため支援にかかる人数と他利用者様支援との兼ね合い。
- ・ケアを継続するためにどのように時間を捻出していくか。
- ・自ら立たれようとする事が増えたため転倒のリスクも増え、転倒防止の見守り、職員同士の声掛けを強化する。
- ・筋力維持、ADLを保つため、低下させないための支援の方法
- ・現行の歩行器やシルバーカーのブレーキがうまく使えずスピードが出すぎてしまう為、安全な歩行の実現にはどのような支援が必要か

まとめ

当初、同じ大腿骨頸部を2回骨折された事、96歳とご高齢である事からグループホームでも歩くことは難しいのではないかと考えていました。しかしA様と接するうちに「立てるのではないか」「歩けるのではないか」と職員が気付き、A様が「歩きたい」と願われていること、歩こうとする意志がおありになることで検討を重ね、継続している支援が今回の事例です。

介護は「危ないから」「怪我をするから」と日々「過剰介護」になってしまいがちです。

「介護者がやってあげる」ではなく「利用者様が自分でやる、それを介助者が手伝える」といったような利用者様が主体のものになるよう心掛けこれからも介護に邁進してまいります。

もちろん高齢者の介護に携わる職員として、私たちの判断や行動がその人の命にも影響を与えるのだと言う緊張感を持って接していかなくてはなりません。

グループホームという 24 時間 365 日、「常に利用者様に寄り添うことが出来る環境だからこそ」「グループホーム飯塚だからこそ」できることがまだまだたくさんあるはずです。

最後まで利用者様らしい人生が送れるように、ここで生活できて本当によかったと思っていただけるような介護を目指して行きたいと思えます。

認知症と塗り絵

スーパーデイようざん双葉

発表者：西田 重美

梨本 晴美

【初めに】

スーパーデイようざん双葉では、日々ご利用者様にどう楽しんで頂こうか？、日中、その人らしく過ごして頂くためにはどのような環境や関わり方、レクリエーションなどが大切なのかを考え実行しています。

最近塗り絵を好む方が多く見られます。同じ下絵でもお一人お一人塗り方や色など違いが見られます。

これまで、どんな仕上がりでも単にその人の個性として受け止めていましたが、この様々な塗り絵を認知症から見た考察を行いました。その結果を発表いたします。

きっかけは些細な事から始まりました。皆さんが塗り終えた塗り絵を整理していた職員から「Aさん、分からない事が増えて来たよね」との声。確かに以前より塗り絵としてのクオリティーが変わってきた感じを受けました。「ひょっとすると、塗り絵で何かサインを出しているのかもしれないね」その言葉にピンときた私たちは、改めて、塗り絵って？色って？と疑問を持ち始めました。

【塗り絵の効果について】

塗り絵の効果については諸説ありますが、おおむね良好な効果があると言われています。

○自律神経の働きが整いリラックス効果がある。

○指先を細かに動かしたりすることで脳全体の血流を活発にし、脳を活性化するのに効果的と言われている。さらに指先を動かす以外にも、構図を覚えたり、色を塗る順序を決めたりする時にも脳は活性化される。色を塗るだけの単純作業に見える塗り絵ですが、実は認知症の予防やリハビリにとっても役立っています。

○塗り絵で行う指先の細かな動きは、脳の前頭葉にある運動野と呼ばれる部位が大きく関係しています。前頭葉は理性や思考をつかさどる部分ともいわれているため、感情のコントロールにも効果があるとされています。

【認知症と色との関係性】

まず、私たちは色にはどのような種類や意味を持つのか調べてみました。

○寒色と暖色

寒さや冷たさを感じさせる色を「寒色」、暖かさを感じさせる色を「暖色」といいます。

寒色は主に、青、青緑、青紫などが該当し、暖色は、赤、橙、黄色などが該当します。

また、どちらにも該当しない黄緑、緑、紫などを中性色といいます。

○軽い色と重い色

明度が高い明るい色は軽く感じ、明度が低い暗い色は重たく感じます。

最も軽い色は白で、最も重い色は黒になります。

○興奮色と沈静色

主に暖色系で彩度が高い色は、興奮感を与える効果があります。

一方、寒色系で彩度が低い色は、心理状態を落ち着かせる沈静効果があります。

○柔らかい色と堅い色

暖色系で明度が高く、彩度が低い色は、柔らかく見えます。

一方、寒色系で明度が低く、彩度が高い色は、堅く見えます。

○進出色と後退色

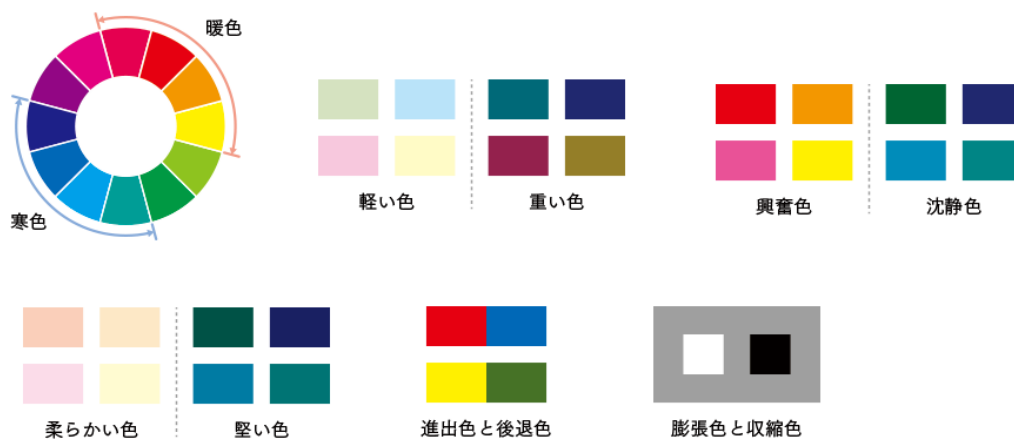
迫ってくるように見える色を進出色、遠くにあるように見える色を後退色といいます。

一般的に暖色系の色や明るい色が進出して見え、寒色系の色や暗い色が後退して見えます。

○膨張色と収縮色

同じ大きさなのに大きく見える色と小さく見える色があり、大きく見える色を膨張色、小さく見える色を収縮色といいます。

大きく見える膨張色は迫ってくるように感じ、小さく見える収縮色は遠くにあるように感じるので、膨張色は進出色と、収縮色は後退色とほぼ同じ属性の色になります。



少し調べただけでも、色々な種類に分類される事がわかりました。

では、その色がイメージするものは？

【色が喚起するイメージ】

色にはあるイメージや雰囲気、感情などを喚起させる効果があります。

この効果をデザインに活かすことで、イメージや情報を正しく伝える可能性が高められます。

白	純粹、清潔、神聖、正義	空虚、無
グレー	落ち着き、大人、真面目	抑うつ、迷い、不信
黒	高級感、重厚感、威厳	恐怖、絶望、不吉、悪、死
赤	情熱、活力、興奮、高揚	怒り、暴力、警戒
橙	喜び、活発、陽気、明るい、暖かい	
黄色	愉快、元気、軽快、希望、無邪気	注意、注目
緑	安らぎ、癒し、調和、安定、若々しい、健康、やさしい	
青	知的、落ち着き、信頼感、誠実、爽快感	悲哀、冷たい、孤独
紫	上品、優雅、妖艶、神秘、高貴	不安
ピンク	可愛い、幸福、愛情	

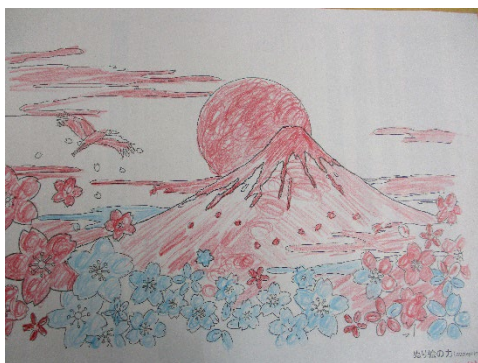
など色によりあらわされるイメージがあるという事が分かりました。

【認知症との関連性】

では、様々な色と認知症との関連性はどうでしょうか？次の一例を考察します。

認知症には様々な症状があります。中でも中核症状と呼ばれる、記憶障害、見当識障害、実行機能障害、言語障害などがあります。

その中核症状から見た塗り絵を次の1例から考察します。



まず色調ですが、赤や青などの色を多く使用しています。

寒色系と暖色系が混じっています。また興奮色と鎮静色が混じっている事がわかります。

連想されるイメージとして

赤	情熱、活力、興奮、高揚	怒り、暴力、警戒
青	知的、落ち着き、信頼感、誠実、爽快感	悲哀、冷たい、孤独

など、相反する色が混じっています。

ここから得られる情報としては、塗り絵をされている日、またはその時のご本人様の心理として興奮状態と鎮静状態が交互に訪れていると考察できます。

では中核症状から見た場合は何がわかるでしょうか？

ここに書かれているのが山や月など、塗り絵素材のパーツの意味が分からないと感じられます。

(認知機能障害)

また、塗り絵をしているという事は理解されているのか、枠線内をとにかく何か色付けしようという行動は出来るようです。

塗り絵を行う際、私達の場合は

真っ白な紙に黒い線だけで描写されたイラストを塗るためには

- ① 視覚を通して全体像を把握・認識する(後頭葉)
- ② 今までの知識(過去に見た形や色を参考)や経験をたどり、ふさわしい色を判断する(側頭葉)
- ③ それら情報を基にどう進めるか？プランを立て実際に手を動かし、ペンを握り着色する(前頭葉・前頭連合野(運動野))

という一連の流れを、意識することなく行っています。

では先ほどの例ではどうでしょうか？

- ① 枠線をはみ出すことは少なく、塗り絵という行為をしている事は判断が出来ている。
- ② 山や月雲や鳥など、赤く塗っている事から、相応しい色を判断しているとは感じられない。
- ③ 実際の色としてはふさわしくはないかもしれないが、手を動かし色を選び着色することが出来ている。

以上から、塗り絵から感じられるイメージとしては

興奮状態や鎮静状態が交互に起きている。

山や花などの判断は出来ている様子だが、相応しい色は選択できていない。(側頭葉)

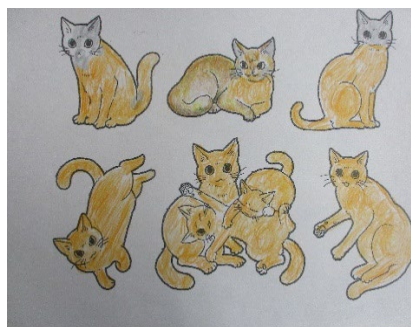
という事がわかりました。

では、その興奮状態や鎮静状態が一定を保つためにはどうすればよいのか考えました。

【取り組み】

1. 色のイメージから興奮状態と鎮静状態を表しているのだと仮定すると
精神を落ち着かすことが出来れば、適切な色を選択することが出来るか？
落ち着いたピアノ曲や、ラベンダーのアロマオイルはリラックス効果があると言われています。
実践しました。

【結果】



今回試した結果では、残念ながら改善は見られていません。
特に意識せず取り組んでもらったものと、変わらない様子が見られました。

2.認知面から見たアプローチ

塗り絵という事は理解されている方が多いので、①枠線のみ②「チューリップ」と書いてあるもの③黄色いチューリップと書いてあるもの、の3パターンで塗り絵を行いました。

【結果】

約10名様にご協力して頂き、約半数は枠線だけでも、チューリップの塗り絵をしっかりと塗れている事がわかりました。その中の1名様に注目します。



枠線のみ、チューリップと書いてあるものでは、目立った変化はなし。

黄色いチューリップと色の指定がしてあるものに対して、指定した色を判断しそのまま塗る事が出来ました。

これは、認知症になってしまった方でも、わずかなヒントで正解を導き出すことが出来る事を、意味していると感じました。

【考察】

今回、普段何気にレクリエーションとして提供している塗り絵が、認知症の方にとってどういう意味やイメージを持っているのか、調べ、考える事が出来ました。

調べていけばいくほど、色とは？塗り絵とは？実際に塗り絵を行う為には脳の中でどのような動きがあるのか？その中で、どこの部分に障害があるとどうなるのか？など、たった一つの塗り絵というレクリエーションから、多くを学ぶことが出来ました。

今回の事例では、残念ながら認知症の方と色との明確な関係性を得る事はできませんでしたが、事例を通じ認知症とは、色の効果とは、など多くを学ぶことが出来ました。

また、この取り組みに辺り、どういった塗り絵をご用意すればよいのかも課題でした。

多くの方がご利用されているデイサービス。年齢性別も違えば認知症状もその方それぞれです。「あの人は出来ているのに、自分は出来なかった」という失望感を感じさせないように、出来る限り多くの塗り絵素材を用意しました。それは、人によっては簡単すぎてもプライドを傷つけてしまう。難しすぎてもパニックや意欲低下になってしまうという事です。その人の興味がある絵柄を見極め楽しんで頂ける素材をいくつか提供し、選択する意思も尊重する事にしました。ご本人様が夢中になって楽しめるジャンルが、脳の活性化につながります。

【終わりに】

今回の事例を通じ、塗り絵に限らず、体操や唱歌、普段の会話など何気ない所から、認知症への理解を持つことが出来る事と、気づきの大切さがわかりました。

また、認知症の方々もこちらから簡単なヒントを明示すれば、正解を導き出す事が出来る場合もある、という事がわかりました。

もちろん、お一人お一人が違うように、常に良い方向へ進むとは限りません。

「上手いかなかった」「出来なかった」で終わらせず、言動を考察し、より良い介護へ、またその人らしく生きていけるお手伝いができる様に。

最後に、今回の事例で行った塗り絵の展示会を玄関先で行いました。

毎朝、また、お帰りの時に、「えー、私が塗ったの？(笑)」「これはキレイだね～」と皆様喜ばれています。

たとえご自分が塗った事を忘れていても、ご利用の度に玄関先でご覧になり、喜ばれています。

今回の事例を通じて学んだ事を活かし、専門的な観点から根拠のあるケアへ繋がる様、これからも職員一同励んで参ります。

ご清聴ありがとうございました。

～9年間の引きこもりからの脱出口～

デイサービスようざん並榎

発表者:垣上松代

【はじめに】

皆さんは自分の家が好きですか？勿論好きだと思いますが、それが9年間自宅に引きこもるとなると、単に好きということで終わらせる訳にはいかなくなると思います。

引きこもりとは、「仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態」のことを指すとされていますが、A様は何と9年間、外出もなく、家族以外の人との交流はありませんでした。

A様は退職後、家のリフォームを終えたところから「うつ病」を発症し、外出する意欲が消え自室の布団の中で、殆どの時間を寝て過ごされてきたそうです。

奥様の「とにかく家から連れ出してください」と言う切実な訴えでサービスが開始となりました。

9年間の引きこもり生活により、ほぼ寝たきり状態で下肢の筋力は弱り、失語症の様に言葉を発しなくなっていたA様でしたが、デイに通い始め、徐々に言葉を発するようになり、利用者様とレクに参加できるまでに変化が見られた経緯をここに報告致します。

【ひきこもり本人の状態と直面している困難を想像する】

1. 本人の状態

- ① 自信を失っている
- ② 将来に対して大きな不安感を抱えている
- ③ どうすれば良いのかわからないでいる
- ④ ひそかに脱出口を探している

2. 本人が直面している困難

- ① 本音と本心を表現することが困難
- ③ 外出することへの不安
- ④ 社会参加することへの不安

ひきこもり状態を理解し、精神疾患 社会的発達障害の理解を持ちケアにあたる。

【事例対象者】

氏名:A 様

年齢:74 歳

性別:男性

介護度:要介護度 2

日常生活自立度:A2

服薬状況:内服なし

既往歴:うつ病、廃用症候群、原因不明な急激な悪化による ADL の変化にムラあり

趣向:日本酒、タバコ、競輪

生活歴:榛名町で 7 人兄弟の 5 番目 3 男として生まれ、知り合いからは「よっちゃん」と呼ばれていた。7～8 年前より妻と 2 人暮らし。日常生活全般は妻が献身的に介護されている。

起床時間や身だしなみ、食事の時間、入浴などの日常生活のメリハリが徐々に失われ、本人が気づかぬうちに体は弱っていき、失語症の様に言葉を発しなくなり、最終的には寝たきり状態まで体力が低下していた A 様でした。

【利用当初の様子】

9 年間の自宅から出ていない状況なので、送迎車に乗って頂けるか心配がありましたが、ふらつきがあるので奥様に脇を支えられて勝手口からゆっくりと歩いて出てこられました。奥様は A 様に相当説得したのでしょうか、拒否はなく無表情で送迎車に乗って頂きました。車中お声をかけても無反応。車中から浦島太郎状態のように風景を見渡されて緊張されているのが伝わりました。

ホール内でも目を見開きキョロキョロと見渡す姿が見られ、職員が目を離れたすきに、休憩室やトイレのドアをガタガタして、フロアより出ようとする姿が見られ混乱が見られました。

歩行も不安定のため目が離せない状況があり何日かは不穏な様子が見られました。

<当初の様子>

- ・声かけに全く返答がない
- ・手洗い拒否され、水が怖いのか手を出すのを拒む
- ・うがいのあとホールの外に出ようとする
- ・水分を提供しても、直ぐに洗面所に捨ててしまう。
- ・食事はお膳を提供しても、お膳ごと奥へ動かして、そっぽ向いてしまう
- ・他者と交流なくテレビを見ているだけ。
- ・集団体操はそっぽ向いて関心を示さない
- ・レク中は離れたところで孤立している。
- ・入浴時は多くの指示の声掛けに気分を悪くして、職員にシャワーをかけるなど介護抵抗が見られる。

・トイレは自ら向かうこともなく、誘導しても座っているだけで一連の動作はできない。

【取り組み】

① 居場所づくり

いきなり大勢の利用者様と同席すると不安や混乱が生じる可能性があるため、焦らずにまずは職員のデスク近くに個別のテーブルを設け、何かあった際に直ぐ対応できるように配慮しました。

② 全てを受け入れる

拒否があっても否定はせず、A様のペースで過ごしていただくように心がけました。

自信を無くさない様に、皆さんと同じことが出来なくても温かく見守り、優しい声掛けを忘れず、時には諦めないで取り組む、母親の寛容な姿勢で対応を行い、A様の好きな事を探して取り入れることを実践しました。

③ 食事・水分摂取への取り組み(栄養摂取)

・水分は毎回提供しても見向きもしてもらえません。

乾杯をしながら介助するも飲んでももらえないので、出来るだけゼリー系を提供して水分摂取を心がけています。

・食事は奥様から自宅での食事の形態を伺い、ワンプレート、粥、キザミ対応。

デイでも同じように粥とおかずを混ぜて提供しましたが、食べてはもらえませんでした。

混ぜないで提供すると、今度はお粥だけでおかずには手をだしません。

自宅では食べられているのに、なぜかデイでは食べてもらえないのか？

・アンパンの言葉には反応があったので、急いでアンパンを買いに行き、アンパンを渡すと嬉しそうに食べたときは、嬉しさのあまり職員はガッツポーズができました。

家族に好きな物を伺い提供しても、なかなか食べる時と食べない時のムラがあり、食事摂取は今後の課題となっています。

入浴・排泄への取り組み

ご自宅ではシャワーのみだった為、奥様は浴槽に浸かって欲しいご希望でした。

・浴槽内にイスを配置して深く浸かることへの恐怖心を取り除く

徐々に湯船に入れるようになる、焦らず進めていく

・熱いお湯を嫌うのでお湯の温度を低めに設定する

・洗身タオルは嫌がるので、肌触りの良いタオルを用意する

・水に対する恐怖心と、シャワーの音に驚いていたため、桶を使って洗い流す

・複雑な支持を出すと本人はストレスを感じる為、声掛けの言葉はシンプルにする。

・浴槽へ沈むときは肩を下に押すなどの動作で、手順を伝え非言語コミュニケーションを使って工夫する。

・緊張や不安からか入浴時の笑顔は余り見られませんが、浴後に気持ちよかったのか、ニコッと笑顔が見られる。

④ 集団体操・レクリエーションにおける他者との関わりへの取り組み

「うるせえ」と介護抵抗されることがありますが、あきらめずに積極的に職員からお声がけを行いました。

最初はゲームの参加を見ているだけでしたが、慣れた加減で職員が A 様と一緒にゲームを行ったところ利用者の輪に自然に入って参加していただけたことをきっかけに、ゲームの強い拒否がなくなりました。

また、ゲームのルールにそぐわないことをしてしまっても職員が笑いに変えて場の空気を盛り上げる配慮を忘れず、ルールより楽しめる時間をつくる事を大切にしたら、笑顔が徐々に増えていきました。

・人との交流が本人のストレスになりすぎないように、夕方を中心に好きなテレビを見てまったり過ごす時間を設けると、利用者様を見て笑う姿が増えていきました。

【考察】

9年間自宅の寝たきり生活から一変し、大勢の利用者様と過ごさなければいけない A 様の不安・混乱・葛藤は計り知れないものがあつたと推測されます。大きな環境の変化の中でも少しずつですが A 様に笑顔が見られるようになったのは嬉しい変化です。

起床時間や身だしなみ、食事の時間、入浴などの日常生活のメリハリができ、寝たきり状態から脱出することができました。歩行も徐々に安定して介助なくても自分で歩き出す姿が見られるようになりました。

食事・入浴・他者との関わりへのケアを総合して、まだまだ課題は多くありますが、3 か月間、1 度も A 様の来所拒否はありませんでした。ひそかに引きもりからの脱出口を探していたのかもしれませんが、確実に変化があつたのは、職員の声かけに返事が返ってくるようになったことです。

時には「うるせえ」「ば～か」「大丈夫」と短い言葉ですが、A 様が意思を伝えてくれるようになったのは、我儘が言える良い関係になった証拠と前向きに捉えています。

【まとめ】

A 様の生活を「閉鎖系」から「開放系」へシフトさせる支援に変えられ、さまざまな人と関わる機会をつくる事を通して、奥様を助けるだけでなく、A 様が「助けられるだけの自分」でない自分を見つけ、あるいは家族と冷静に今までの現実を見つめることができることが、閉塞した現状の突破口になったと感じます。

引きこもりの高齢化、長期化が問題になってきていますが、気力、体力の低下・持病等を持っていると、何も特別な現象ではなく、誰でも起こってもおかしくない現象かもしれません。引きこもり自体は病気や障害ではないということです。

社会へ出られないと固定観念を持たず決めつけず、引きこもりになった背景の理解、精神疾患 社会的発達障害の理解を持ち、

「居心地を良くして」・「自ら動き出す」・「何かを希望する」ことを待ち続けることが重要な事だと感じます。

そもそも人間の生き方にマニュアルなどありません。A 様の自尊心を第一に考え、自宅以外での居心地が良い環境づくりに、これからも邁進していきたいと思います。

『Long-term care that does not give up continues in the future』

(“あきらめない介護”はこの先もまだ続く…)

『自分らしく最期まで・・・』

デイサービスぽから
発表者 原田美咲
黒澤美帆

<はじめに>

高齢者が高齢期に生活をしたいと思う場所は自宅が7割と言われています。
その反面要介護者の増加による老々介護、5080問題、介護難民、独居高齢者、認知症介護、少子化問題などご本人もご家族も自宅で介護をしながら生活していくのが困難になっているのも現実です。出来る限り自宅で生活しながら介護をしていくために私たち介護従事者にはどのようなサポートが出来るのか考えなければなりません。

<デイサービスとはどんなところ??>

デイサービス(通所介護)は要支援、要介護認定された方々が、持っている能力に応じ日常生活を営むことが出来るよう生活機能の維持または向上を目指し自宅で暮らしながら生活に必要なサポートとをするサービスです。

デイサービスでは1日を通して、食事・入浴・排泄などの一般的な介助やレクリエーションが実施されています。

【主なデイサービスの目的】

・ご利用者様の孤立感を防ぐこと

デイサービスに通うことで家に引きこもることがなくなり多数の利用者様や職員と関わる事で孤立感を防ぐことができる。

・心身機能の維持・向上

レクリエーションや体操に参加することで心身機能の維持向上に繋がる。

・ご家族様の介護負担の軽減

日中デイサービスに通うことでご家族様の個人の時間を設けることができる。

・入浴などによる清潔保持

介護職員にて見守り介助を行うので安心して入浴することができる。

ご自宅の浴室だと狭くて怖い方や、浴槽が深くて足を上げて入るのが困難な方などでも入浴することが可能。

・楽しみを見つけることができる

様々なレクリエーションを実施することで昔経験したことや好きだったものを思い出し、楽しみを見つけることで活力に繋がる。

<デイサービスぽからでの取り組み>

ぽからでは楽しみが活力に繋がるよう今まで様々な取り組みを行ってきました。

その中でも現在のデイサービスぽからでの取り組みをご紹介させていただきたいと思います。

ポイントカード

2020年頃からぽからではポイントカード制を導入しております。

1シート50ポイントで体操やお手伝いに参加、ゲームで優勝等、利用者様それぞれの出来る事でポイントを貯めてもらうシステムです。

ポイントカードは目に見えるものですので「まだこれしか貯まらないね」「もうこんなに貯まったよ」「今日のポイントはまだ??」「〇さんは貯まるのが早いね」等、利用者様の刺激となりモチベーションをあげるツールとなっております。そして50ポイント貯まるとプレゼントをお渡ししております。

なかなかご自身でお買い物等行けない利用者様のご希望もあり現在は『お菓子の詰め合わせセット』が大人気です。達成感や満足感を得られる効果があると思われれます。

月間チャレンジ

2021年頃より月間チャレンジと称し1分間程度で出来るゲームに年代別に挑戦して頂いております。お題は毎月変わりその月の優勝者を決めております。

例えば、あいうえおカードから単語を造り出す『単語ゲーム』や簡単な童謡を歌いながらその歌詞を指さす『指さしゲーム』いろいろな色のついたボールを色ごとにお玉ですくいだす『色分けゲーム』等タイムや数で競います。「なかなか〇さんには勝てないなあ」「今月は難しいね」等、様々なお声を頂いています。

挑戦するという事で目標になり来苑に繋がる効果も得られると思われれます。

ぽから農園

園芸療法とは、植物を育てる園芸作業を通じ[認知症の予防・改善][ADL・QOLの維持向上][精神の安定]を図る非薬物療法の1つと言われています。

ぽからでは毎年野菜作りをしています。今年は去年に引き続きじゃがいも作りに挑戦しました。草を取り、畑を耕やし、種芋を植え、水をやり、収穫をする。そして調理をし食べて頂く。その様々な動作の中で五感をフル活用することにより、脳がより活性化し認知症の予防・改善効果を最大限に高める事が期待されます。

ぽから機能訓練室

デイサービスぽからでは数年前より少人数ならではの個別性の高い機能訓練を行っております。

自宅での生活を続けていくためにもっと運動がしたい方、ゆっくりお話しがしたい方、気分転換に…等様々な場面で使用されます。利用者様の目標にもなっており運動能力や体力の維持・増進・満足感や達成感、ストレス発散等にも効果的です。

<まとめ>

『自宅で最期まで元気に過ごす事』は全ての人達の望みであるとも思います。

様々な介護の問題がある中、私たち介護従事者は介護のプロとして何が出来るのか日々考えなが

ら利用者様が「自分らしく最期まで元気で過ごす」事ができる様、常に利用者様に寄り添って支援していけたらと考えます。

<最後に>

デイサービスぽからでは【ぽからウォーク】 【スナックぽから】 等、新しい取り組みへのチャレンジがはじまりました。

これからのデイサービスぽからにも、是非ご期待下さい。

新型コロナウイルスの脅威

特別養護老人ホーム アダージオ

発表者:権田 栞

町田 みゆき

【目的】

現在新型コロナウイルス感染症は一定の落ち着きを見せ全県警戒レベル「1」(6/13 現在)まで下がり、さまざまな規制の緩和が行われている。また政府より6月中から外国人観光客の受け入れが再開されるなど、私達の生活はコロナ感染症が流行する3年前の状態へと戻りつつある。そんな明るいニュースが増える一方で、コロナ感染症への危機感の欠如も同様に増えていくのではないだろうか。今回私たちアダージオが実体験してしまったのは、最大の感染者数を出した第6派である。当施設が令和4年1月13日～2月10日の約1か月間かけ終息させた1階フロアのクラスターについて、発生時の状況～終息までの振り返りと今後の感染症への備えについて当施設独自で行ったことを事例としてとりあげ、新型コロナについて今一度考えるきっかけになることを目的とする。

【事例対象】

施設形態:特別養護老人ホーム 従来型個室 2階建て
入居定員:1階 19名(SS併設10名) 2階 20名
1階介護度:3→7名、4→7名、5→5名

<1階フロアで発生したクラスター概要>

- ・期間:R4年1月13日～2月10日まで
- ・コロナワクチン2回目は職員・利用者様共に6月に済
- ・感染者数:職員13名(看護2名・介護11名)、利用者様18/19名(全合計31名)
- ・PCR検査:全4回 ・入院:職員1名、利用者様8名
- ・退所者:4名(死者含める) ・死者:利用者様2名(コロナ完治後も含む)
- ・コロナ後遺症(頭痛・咳・痰・味覚障害・難聴) :利用者3名(訴えができる方のみ)
:職員9名
- ・ADL低下(現在も入所中の方):利用者4名

【方法】

コロナ終息後、コロナ発生時～終息時までの施設全体の動きを時系列でまとめた用紙を各階に配布し、発生時からの自己の行動の振り返りを各自で実施。その後今回のクラスター発生について

問題点や今後必要とされるコロナを含む感染症マニュアル作成の為のニーズの把握を目的とし、2月18日～3月1日までコロナ下で勤務していた全職員41名に対し自由記述式アンケート調査を実施。アンケート結果を UserLocalAI テキストマイニングを用いて言語分析・図解を示し詳細なデータを集めた。

【結果】

自由記述式アンケートに回答した多くの職員が「感染初期の対応の遅さ＝感染対策を始めるタイミング」「物品不足」「情報の発信と収集」の3つの事柄について不安を強く感じていた。この結果から感染の初期対応の甘さを再認識し、全員がわかりやすく周知できる方法が必要だと考えた。またニュースやインターネットでの他の特別養護老人ホームでのコロナクラスター報告・対策を閲覧した際に「過去最大の感染者数による病院の病床数のひっ迫により高齢者施設、特に特別養護老人ホームの利用者様方はどうしても入院が後回しにされてしまう」「これまではコロナの感染を抑えるという観点で感染対策を行ってきたが、現状はいかに病院に繋ぐまでにコロナ感染者の体調を悪化させないかが重要」などの同じ特養ならではの現状の問題と発想から他特養のマニュアルも参考にしつつ、これまでの自分たちの感染対策も振り返りながら、当施設独自の感染症初期対策マニュアルが必要との結論に至った。医務を主体とし「新型コロナウイルスの初期対応時の行動指針」「新型コロナウイルス感染者の対応」の2種類のマニュアルを多職種と内容を精査しながらアダージオ独自の感染対策マニュアルを1.5カ月かけ作成した。

【考察】

当施設は従来型個室タイプの特養であり、認知症による徘徊および危険行動をしてしまう利用者様数名(マスクもできない)を感染が終息するその日まで介護していた。そのため感染対策で必要とされるゾーン分けができず、1階の職員・利用者様全員が限りなくレッドに近いイエローゾーンとレッドゾーンのなかで日々過ごし、状態の悪くなる利用者様を励まし介護しながら、入院の連絡を待ちわび、自分もいつ感染し症状が出るのかという死の気配を感じつつ、恐怖するしかなかった現状があった。しかしコロナクラスターという初めての体験と過酷で困難な勤務と現状に向き合い、誰も弱音を吐かずお互いを思いやり全職員が一丸となって1階の感染だけで乗り越えることができたことは、まさに特養(終の棲家)として、命と向き合うプロの姿であった。

影響

ショートステイようざん

発表者:宇敷泉希

『はじめに』

ショートステイをご利用開始時、半身麻痺ではありましたが他者の介助を嫌い、何事にもご自身が納得するやり方を通していたS様。

職員がご要望にお応えできないと恐れ表情をされたりしますが、時には冗談を言って笑顔も見られました。

少しずつ歩行が不安定になり、介助にも拒否が無くなり職員との距離が少し短くなってきたのではないかと考えていたところ**突如**入院されました。

それから暫くは病院併設のショートステイを利用していましたが食事の拒否や介護拒否が激しく現在のショートステイでは対応が難しいので今まで利用していたショートステイようざんを利用できないかとソーシャルワーカーとケアマネージャーから相談があり看護師・管理者・介護士で話し合いショートステイようざんでお受けさせて頂きました。

車椅子に乗られ、バルーンを装着され、以前とは表情も変わっていました。

しかし、約8ヶ月でのS様の驚きの回復が見られました。

それまでの食事や排泄介助等の経緯をご紹介します。

【事例対象者】

S様 : 95歳 男性 要介護3

既往歴:脳内出血・第3腰椎圧迫骨折

【入院前の様子】

片麻痺あり、歩行は杖を使用し1歩1歩進まれ安定されていました。

食事はスプーン使用でほぼ完食されました。日中は居室でテレビをご覧になったり、ホールではぬり絵に熱中され、時々食事の時間になっても続けられることありました。

仕上がった作品には日付とサインを入れ大切にお持ち帰りになりました。

入浴時の衣類の着脱・洗体へのこだわり等が強く、介護拒否がありました。触れようとすると振り払う仕草をされたり、意思の疎通がとれないとイラついた様な表情をされました。

それでも時には冗談を言われたり、他のご利用者様と談笑されて、笑顔が見られました。

通常通り退所された後、突如入院となってしまいました。

【退院後の様子】

立位保持は出来ますが、移動は車いす対応。食事は常食をなんとか自力で少量ですが召し上れました。排泄はバルーンカテーテルを留置されており表情は固く、問いかけにもあまり応えては下さいませんでした。

入所後より、日中通して居室のベッドで休まれていることが多く、食事の時間以外は離床されることが無いので、職員が「ぬり絵をしませんか？」「ホールで何か飲みましょう」など声掛けを行い活動を促しました。時には渋々応じて下さり、塗り絵を始められたり新聞を読まれましたが、ぬり絵は一色で塗りつぶすだけ。長くは続かず自走されて居室に戻ろうとされるのでどうにかして少しでも引き留めようと声をかけますが S 様には限界のようで、聞く耳持たずと無言で振り切られてしまいました。職員も諦めずに毎日同じやり取りを根気よく続けました。

ベッドに横になられていると、採尿バッグが気になるのかあちらこちらに移動させたり、引き寄せ、抱きかかえたりイジってしまい尿が漏れていることがありました。また、掛け布団をベッドから落としたり、拾い上げたりを繰り返し、休みなく動かれていました。

水分に関しては、入院前のご利用時にも水分摂取量が少なかった為、中身を変えたり、声掛けを行い促していましたが、更に摂取される量が少なくなっていました。

食事の摂取量は入所時より、3食共とても少なく2割ほどで様子をうかがっていると、ご飯、みそ汁、おかずを混ぜ合わせているだけでほぼ召し上がる様子がありませんでした。

夜間はお休みになれていましたが、短い間隔で覚醒され、掛け布団を外したり、かけたりを繰り返していました。時にはベッド柵を外されており、夜勤者はヒヤリとしたことがありました。

【食事と水分の摂取への対応】

食事量がかなり少なく医師に相談すると通常の食事提供の他に、ラコールが処方されました。

・退院1か月後～:3缶(朝・昼・夕)／日

・更に約20日後～:5缶(上記+10時・15時)／日

予想はしていましたが摂取していただくのは難しく、根気よく、気分を害されないように職員が代わるがわる声掛けを行い少しでも飲んでいただくように対応を行いました。ご自身でこぼさず飲むようにストロー(蓋付き)の使用を試みたところ、意外にも S 様に気に入って頂けたようでした。

ご家族様に相談し S 様が好きな飲料水を持って来て頂き提供し、少量ずつ飲まれていました。

食事は毎回ほぼ残されるため、昼のみの提供とし、朝と夕は時間をかけてラコールを全量摂取していただくように味のバリエーションにも力をいれ根気よく対応しました。

これには次第に S 様も慣れたようで、ラコールの摂取量が増加していきました。

【採尿バッグいじりの対策】

ベッド上での採尿バッグいじりについては無地袋を被せて採尿バッグの興味を少しでも消し採尿バッグいじりによる尿漏れの対策を行いました。

他にもS様の目や手が届かない位置に採尿バッグを下げ、次第にバッグへの意識は薄くなっていきました。

【約7か月後の変化】

バルーンカテーテルにおいては本人が引っ張ったりしてしまう為、尿道口より尿漏れがあり長期的に使用するのには難しいのではないかとそもそも「必要ないのでは？」と疑問が湧いていたところ、医師に今までの経緯を報告相談し使用することが難しくなっているとのことで外すことになりました。

また同じ頃に食欲の増加が見られたので、朝食と夕食も提供を開始してみました。するとバルーンが取れた以降はほぼ毎回完食されるようになりました。

「なにがあったのどうして？」と思う程の食欲が見られるようになりました。

【現在では】

食事は毎回完食されており、痩せていた頬に見る見るふくらみが出ていることはどの職員も認識出来ました。

ホールで過ごされる時間も増え、以前のようにぬり絵に集中し、色使いも多様になりました。

几帳面な性格が戻り、新聞やチラシを読まれた後は驚く程きちんと畳まれ綺麗に重ねられます。

日中居室に戻られることはほぼなくなり、その場で傾眠されることもありますが表情にも変化が表れ、入院前のように職員に話しかけ笑顔が見られるようになり職員をしっかりと意識して下さるようになりました

「お元気になって良かった」と安心も束の間、立ち上がりが見られるようになり、転倒への注意・見守りが必要となりましたが今後の課題にしていきたいとおもいます。

バルーンが取れたことがS様にとって大きな影響があったのか分かりませんがS様の回復には驚かされました。これからどこまでお元気になるのか見守っていきたいと思います。

第14回ようざん認知症介護事例発表会

2022年7月26日



目次

「一緒にいたい ばあさんと」

ケアサポートセンターようざん藤塚 高橋まゆみ p.1

看取り期の利用者様を受け入れる体制作りについて

ケアサポートセンターようざん倉賀野 高橋雅人 p.4

夜だと気持ちが落ち着くの

ケアサポートセンターようざん双葉 山崎信喜 p.8

当たり前前の日常を取り戻す為に・・・～入浴を通したA様との奮闘記～

ケアサポートセンターようざん並榎 登坂光紗葵 関口美穂 p.11

「いいやいのぉー」と「ばかやろめ！」の言葉

グループホームようざん栗崎 井上美香 松田直樹 p.14

落ち着いた生活をするために

グループホームようざん 齋藤一孝 p.17

「昔は何でもやったのよ」～培った能力を活かして張り合いのある生活を～

スーパーデイようざん小埜 遠藤つばさ 本間恵里 p.22

「私達に出来る事」～A様とご家族様のために～

スーパーデイようざん貝沢 境原美佐子 p.26

自分の力で食べる喜び 自立摂食継続の支援

特別養護老人ホームモデラート 富澤亮 p.29

「自分らしく生きる」

ショートステイようざん並榎 大河原聡美 p.32

「ここがどこかわからない。もう何も聞こえないよ」

居宅介護支援事業所ようざん 小池吉範 齋藤照美 p.36

「一緒にいたい ばあさんと」

ケアサポートセンターようざん藤塚

高橋まゆみ

【はじめに】

老老介護とは、高齢者の介護を高齢者が行うことです。主に65歳以上の高齢の夫婦や親子、兄弟などのどちらかが介護者であり、もう一方が介護される側となるケースを指します。日本は、老年人口と呼ばれる65歳以上の高齢者の割合が25%を超え、4人に1人が高齢者という時代になりました。それに伴い、要介護者は増加し、老老介護・認認介護も増加しています。

今回、私たちは病気の悪化に伴いご自宅での生活が困難となった老夫婦に寄り添った事例について発表いたします。

【利用者様紹介】

氏名 Y様

性別 男性

年齢 90歳

介護度 要介護2

既往歴 廃用症候群 敗血症性ショック 急性胆嚢炎 心性浮腫 肝機能障害
全身性浮腫 十二指腸潰瘍 大動脈瘤

【生活歴及び利用の経緯】

高崎市倉渕町出身、若い頃は自営で造園業を営んでいた。入院前、ADLは自立で車の運転もされていて奥様と二人暮らし、現在の生活基盤は年金収入、自宅は借家で屋内には段差があり、玄関・トイレ・浴室などには手摺りがない。子供は長男・長女二人。長男は失踪しており音信不通、長女は協力的ではあるが、長野県軽井沢町在住で自宅まで1時間半から2時間かかる。

6年前より、呂律障害や左上下肢運動麻痺、全身痙攣にて意識レベルが低下し入退院を繰り返す。発熱や腎機能低下も見られる。血圧は毎日変動があり、内服管理や病状管理が必須の状態である。老老介護により奥様の介護負担が大きく、デイサービスの利用が難しくなった為、介護サービスに相談し、ケアサポートセンターようざん藤塚で、宿泊からの利用開始となりました。

【利用当初】

大動脈瘤がいつ破裂するか分からないとまで言われ、座位を保とうとするだけで意識消失してしまうほど弱った状態での来所でした。食事や水分摂取が出来ていないために脱水

状態で、タールのような真っ黒の便汚染も常態化していました。原因不明の血便、大量出血もあり、皮膚トラブルも見られました。昼夜逆転していたために、夜間中に突然歌い出され、独語も多発していました。

【本人と家族の思い】

本人：大好きな妻と過ごしたいが、病状変化がいつ起こるか心配。

家族：夫の病状や自分の体調に不安を抱えながらも何とか過ごせている。自分でしていることはなるべく続けてもらわないと私まで疲れて参ってしまう。介護サービスにお世話になりながら自立した生活を送って欲しい。

【課題への取り組みと結果】

① 食事・水分摂取

ご利用当初は食事自体が困難で、点滴で状態を維持するだけの日々が続いていました。黒毛舌症という舌全体が真っ黒い苔のようなものに覆われたような状態であり、細やかな軟膏と口腔ケアを続けました。そして改善が見られたある時を境に、次第に食欲が出てきた為、ペースト食から始め、ご家族やY様に飲食の好みなどをお聞きし、なるべく満足され胃腸や身体に負担のない消化の良い食べ物をご用意して、少しずつ摂取量を増やすようにしました。

点滴もはじめの頃は拒否され、腕に包帯が巻かれていることが理解出来ず、針を抜いてしまった時もありましたが、看護職員や訪問看護の方による、熱心な説明で納得され、そういった行動も少なくなりました。

② 排泄・皮膚トラブル

排尿・排便の認識が出来ない状況で、夜間中の便汚染や下半身が血まみれになった事もありました。呂律障害で言葉がハッキリしないときなど、聞き取りづらい事を気にされないよう可能な限り声掛けを行いました。そうして昔懐かしい話やご家族の話をされていた時、「すまないね。みんないい人だな。家族が来たらお礼するからな。」という言葉が頂け、それからは職員に「お〜い！」や、「分からないけど多分出そうだ…」などと、声を上げて呼ばれるようになりました。入浴も出来るようになり、皮膚の清潔保持、軟膏塗布を行い皮膚トラブルが減少しました。

③ 昼夜逆転

病院や自宅では、昼夜ともに大半の時間を寝て過ごされていました。症状が安定してくると、自ら起きようとする事が増えたため、短時間身体を起こす事から始めました。生活にメリハリがつき、ラジオ体操などに意欲的に参加し始めるようになり、徐々に日中の覚醒を促したところ、Y様ご自慢の歌のご披露もされました。

【現在の様子と考察】

生活リズムが整って来た事で ADL が向上し、少しずつ嚥下機能も改善傾向にあります。とにかく卵と梅干しが好きらしく、それらの消化の良い食べ物や水分ゼリーなどを用意し、固形物の提供が出来るようになりました。顎の力が向上し「うまいよ。」「今度は俺も菜っ葉が食いたいな。」と他の利用者様のお膳を、指で差されるようになりました。

坐位が保てるようになり車椅子に移乗し、ホールで活動出来るようになりましたが、まだまだ体力不足であり、レクリエーション参加、他の利用者様や職員との談笑時間が持続出来ません。

体調にも波があり、回復の兆しが見えた途端、またほとんど寝たきりになったり、活動的に過ごされたりを繰り返しています。

【さいごに】

大動脈瘤破裂寸前で「もうダメかもしれない…」とまで言われていた方が、ここまで回復したのは、大好きな奥様と残された時間を一緒に過ごしたいという思いの力が強くあったからだと思います。

自宅に戻られた Y 様は、「ようざんの人みんないい人だけど、家はいいな！」と笑顔で奥様へおっしゃられたそうです。

ところが、施設利用時（宿泊）は協力的な Y 様でしたが、体調が不安定になると、聞く耳を持たれない時があり、奥様からの SOS（早く訪問に来て下さい。私には難しい等々）が度々あります。

現在は、週に 1 泊から 2 泊くらいの宿泊利用で、奥様のストレス緩和をはかっていますが、今後は Y 様、奥様、お互いにとって良い環境作り、両立が次の課題と考えています。

看取り期の利用者様を受け入れる体制作りについて

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者：高橋 雅人

【はじめに】

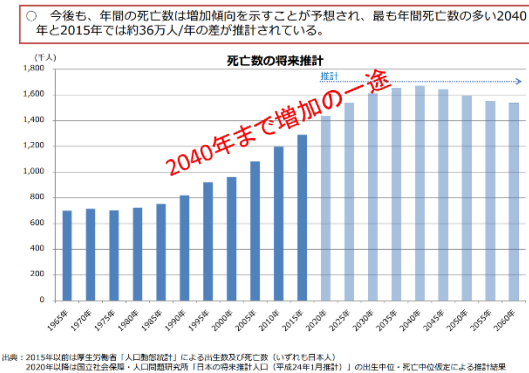
現在、ようざん倉賀野では2名の看取りの利用者様を受入れ、対応しています。
 また今回、利用中の方が、がんの末期との診断を受け、がんの進行状況や既往歴、年齢的なことも考慮され、ようざん倉賀野での看取りを希望されたことにより、看取り期の利用者様がさらに増えました。

【事例内容】

今回の事例では、看取り期の利用者様を受け入れることが増えてきている実情を踏まえ、私たち職員が日々変化していく看取り期の利用者様に臆することなく受け入れていくため、統一した適切なケアが出来るようになるための“体制作り”についてご紹介します。

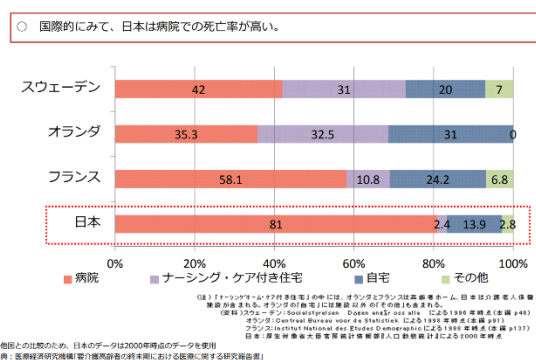
【今後の日本の死亡数の推計①】

看取りに関わる状況① 死亡数の将来推計



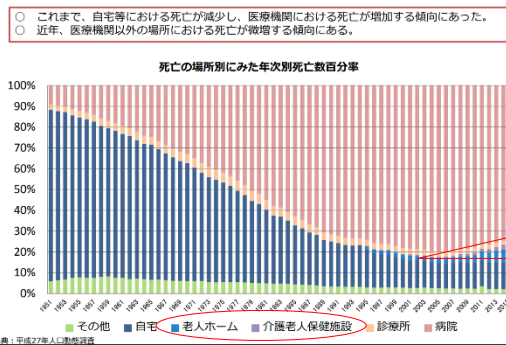
【日本の死亡の場所②】

看取りに関わる状況② 死亡の場所(各国比較)



【日本の死亡の場所③(年次推移)】

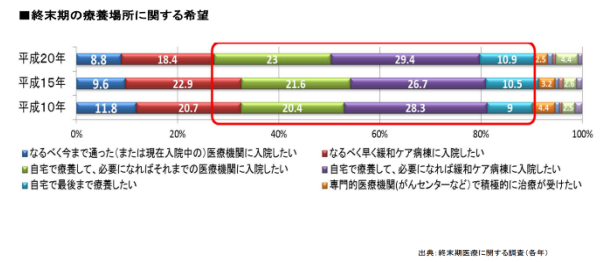
看取りに関わる状況③ 死亡の場所(年次推移)



【国民の意識 終末期の療養場所について】

国民の意識① 終末期の療養場所について

○ 一般国民において「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合は約1割であった。自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、約6割の国民が「自宅で療養したい」と回答した。



【国民の意識 終末期医療に関する調査の概要】

国民の意識② 終末期医療に関する調査の概要

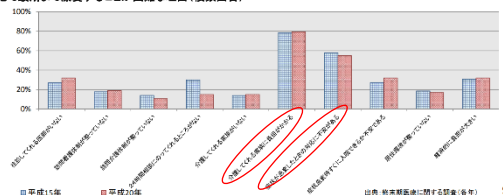
■自宅での療養:60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師57%、介護士19%)



「最後まで自宅での療養を希望する」が、実際には困難と考えていることがわかった。

■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



「介護してくれる家族に負担がかかる」という理由で自宅での最後を希望しない。

「症状が急変したときの対応に不安がある」という不安感から自宅療養は困難。

【私たち職員の不安】

看取り期の利用者様の急変時や“その時”に適切に対応することが出来るだろうか。

ユニット会議で看取りについての不安なことを職員間で出し合い、不安要素を取り除くことが可能かどうか話し合いを行いました。

【不安要素】

- ① 症状が急変した時に適切に対応できるか不安
- ② 夜勤帯(一人)での急変時の適切に対応ができるか心配
- ③ 食欲の減退等が見られるようになった時の判断、対応
- ④ ご本人の身体的・精神的な緩和ケアへの対応
- ⑤ 看取り期、看取り後の対応はどうしたらよいのか

【対応・対策】

- ① このような症状になったら、こう動くという手順を事前に決めておく
- ② 夜勤帯(一人)での異変・急変で困った時の連絡体制を整えておく
- ③ ミキサー食やトロミ食、栄養補助食品を摂取して貰ったり、本人が食べたいもの、好きな物をご家族に確認・承諾を得て提供する
- ④ 身体的苦痛はクッションやエアマットレスを導入し、安楽な姿勢で休んでもらう。
精神的な苦痛は声掛け、コミュニケーションやスキンシップで苦痛が緩和できるように援助する
- ⑤ ご家族へのこまめな連絡や相談、現在の状態説明を行う。またご本人・家族の意向や希望を叶えるように、ねぎらう言葉かけ、寄り添った言葉かけを行っていく

【事業所としての看取り指針について】

看取りの利用者様を対応していくにあたって、ようざん倉賀野としての看取りの指針の明確化、利用者様の病状や接し方に対する職員の共通認識、定期的な教育・観察するポイント等を朝の申し送り時やユニット会議で行っていくこととしました。

ご家族には看取りの指針と併せて、管理者・ケアマネージャーからのケアプランの看取りについての内容を確認・同意を頂き、適宜状態説明を行い、その都度ご家族の不安を取り除くためのコミュニケーション作りを行ってもらうこととしました。

【看取り指針について】

この看取り指針の内容を職員全員で把握し、統一して実践していくようにしたことで、ユニット会議で出たような不安要因は軽減され、看取りの利用者様に対して統一したケアが出来るようになりました。

具体的には、身体の状態に合わせた食事の内容の変更、苦痛を伴った時の体位や緩和ケアに対してどのようにしたら良いか、安楽な体位の統一、コミュニケーションの取り方等が具体的に対応できるようになりました。

【主治医・訪問看護との連携】

協力医・訪問看護と毎日のように連絡・相談ができたことで、ちょっとした疑問や不安も軽減できました。何かあった場合は、訪問看護に連絡し、訪問看護から必要に応じて主治医に連絡・調整して貰える体制と、職員にとっては大変心強く、安心感を持つことができました。

【Y様の看取り】

今回の看取りの体制作りの最中にY様が施設でお亡くなりになりました。

ご家族は奥様だけですが、毎日遅くまで食堂を一人で切り盛りしている為、なかなか面会に来られませんでした。しかし、声掛けをしても反応がなくなり、呼吸だけしている状態とな

った為、医師・訪問看護師からもご家族に会わせておいた方が、との話しから状態説明を行い、亡くなられる2日前に一晩一緒に部屋で付き添って泊って頂きました。奥様は翌朝そのまま仕事に行かれました。Y様はその翌日の早朝にお亡くなりになられ、奥様が“その時”に立ち会うことは出来ませんでした。

【考 察】

Y様の“その時”に奥様に立ち会って貰えなかったことを奥様にお詫びすると、奥様はその前日に一晩一緒に居られたから良かったですよと言って下さいました。亡くなったY様の表情は少し笑っているような、とても穏やかな表情であり、連絡を受け居室でお亡くなりになったばかりのY様のお顔を見た瞬間に、奥様は涙を流されましたが「私、主人が旅立っていく瞬間は立ち合いたくなかったのよ」と言われました。理由は聞きませんでした。そのような心情もあるのだなあ、と思いました。

そして奥様は「本当にありがとうございました」と深々と頭を下げて下さいました。

色々な家族の関係性やお気持ちがあることを実感しました。

【まとめ】

今後、看取りに関わる私たちの仕事や時間はますます多くなっていくと思います。

日々変化していく看取りの利用者様に対応していく私たち職員の不安要因は思うように払拭できるものではないと思いますが、主治医をはじめ他職種、家族と連絡を密に取っていき、利用者様の状態を認識し合っていくが大切であると感じました。

そして、看取りはあくまでも日々行っているケアそのものが大事なのであって“その時”に特別なことをするわけではなく、そこまでの過程を真摯に尊厳を持って接していくことが大切なのだということも実感しました。

今後も看取りということに臆することなく、チーム全体で家族・利用者様を支えていきたいと思っています。

ご清聴ありがとうございました。

夜だと気持ちが落ち着くの

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者 山崎信喜

【はじめに】

「ご飯出ねー」「病院」「泊まるん」これらは今回の事例対象者である A 様が、普段繰り返して発する言葉です。ご自身の考えや思いを言葉で相手に伝えることが難しく、言語だけでなく非言語となる表情や仕草からも感情や思いを読み取ることが難しく、私たちは日々の支援を通じ、「はたして A 様は今の生活に満足しているのか」「何とか A 様の思いを受け取る術はないのか？」という考えが強くなっていきました。

そんな意思疎通が難しい A 様が、言葉や表情でご自身の考えや思いを伝え、私たちはご本人の想いを受け止め、A 様が望む生活に近づくために取り組んだ事例について紹介させていただきます。

【利用者様紹介】

A 様 女性 75 歳 要介護 4

既往歴

不安症 うつ病 糖尿病 アルツハイマー型認知症（せん妄が重乗した状態）

【利用までの経緯】

令和 3 年 7 月高齢者あんしんセンターより相談を受けケアサポートセンターようざん双葉での支援が開始となりました。

利用開始当初は、通いを中心とした支援が続いていましたが、その後も認知症状の進行が見られ、次第にご家族の負担が大きくなり宿泊の支援を併用するようになり、現在では宿泊中心の支援となっています。

【ご利用中の様子】

事業所での様子は、意思の疎通が難しくこちらのお声掛けに対し返答やご自身の考えを伝えることはなく、「ご飯出ねー」「泊まり？」といった特定のワードを繰り返すような言動が目立ちます。表情も乏しく険しい表情です。また自制がきかず食事中やトイレでの排泄の最中でも突然立ち上がり歩き出す事があります。脱衣所に入り服を着たまま浴槽に入ったり、送迎や訪問など出入りの際に職員の後を走って追いかけて外に出ようとする事もあります。また、弄便行為が見られ衛生面での課題もあります。

そんな A 様ですが、日によって夜間帯にいつとき、スムーズに意思の疎通ができる事があることを発見しました。

【取り組み】

夜間帯、トイレ介助などのタイミングで睡眠の妨げにならない範囲でA様よりお話を伺い、A様にお話し頂いた情報を職員で共有し、少しでもA様が望む生活を目指していけるよう、日中の支援に活かす取り組みを行いました。

聞き取りをした結果、下記の通りお話を伺う事が出来ました。

- ・日中どのように過ごしたいか

「家に帰りたい。家に帰って特別やりたい事があるわけではないが家が一番落ち着く」

- ・行きたい場所

「東京ドーム。昔から巨人ファンでよくツアーで友達と応援に行っていた。また行きたい」

- ・ストレスに感じている事

「昼間は騒がしくて嫌だ。夜だと気持ちが落ち着く」

夜間帯のA様への聞き取りにより、これまで私たちが知らなかったA様の「考え」や「思い」をたくさん知ることができました。

A様より聞き取った情報を共有し日中の支援に活かしていきます。

《取り組み1》

「家に帰りたい。通いの時間を作ってほしい」

早速ご家族へ夜間帯の動画見て頂きました。「まだしっかりしていた頃の母だ」と、病院に連れていくときの様子の違いに驚かれ、通いの相談についても快く協力いただけることになりました。

《結果》

久々に帰ったご自宅では、やはりじっとしていることは難しく数時間の滞在となりました。それでもその日の夜、改めて自宅で過ごしたことを伺うと、ご自宅で過ごしたことをしっかり覚えており「やっぱり家はいいね」と話してくださいました。また自宅に帰りましょうねと伝えると「そうだね」とも優しい表情を見せてくれました。

《取り組み2》

「昼間はうるさくて落ち着かない」

ゆっくりと一人で過ごせる環境を整えました。

ご本人から「昔から巨人ファンだった。野球が大好き」という話を受け、ご家族からも「昔から大の巨人ファンで中継がある時は必ず観ていました」と情報を頂きました。

これらの情報を基に、居室にパソコンを設置し一人で大好きな巨人戦が観れる環境を整えました。

《結果》

大好きな巨人戦をゆっくり楽しめるよう居室にパソコンを用意すると、まるで自分ちのようにつろいで巨人戦を観ている A 様ですが、集中して観ている時間は日によって大きく斑があります。長いときは1時間以上、短いときは数分ともたないこともあります。取り組みについて夜間帯に話を伺うと、「巨人好きだから観れるのは嬉しい。」と話してくれました。日によって観る時間に斑はありますが、ご本人の言葉から新たな「楽しみ」を作る事が出来ていると感じました。

【考察】

ご本人のお話より得た情報を、ご家族のご協力も頂きながら日中の支援に活かしました。取り組みの結果、日中は言動や表情に変化はなく、自宅に帰った事、外出したことを聞いても「ご飯出るん」「泊まるん」と繰り返し話をされており日中での変化を感じることはできませんでした。改めて夜間帯にお話を伺うと、それぞれの取りくみについてしっかり覚えており「自宅に帰った事」「巨人戦を観る事」などを笑顔を浮かべながら嬉しそうに話してくださいました。

私たちの取り組みは日中の A 様に変化には見られませんが、しっかりと A 様の記憶に「楽しい事、嬉しい事」として残っていると実感する事が出来ました。

【おわりに】

夜間帯のご本人の様子をまじかでみた私たちは、「あの夜間帯の様子で日中も A 様らしく生活できないか」という思いから今回の事例への取り組みが始まりました。

介護だけでなく医療との連携も大切になる為、定期受診の際に主治医へ日中と夜間帯の様子の変化について説明をしました。なんとか夜間帯の意思疎通がスムーズで表情が穏やかな A 様で過ごせる時間を延ばしていく事はできないかと相談しましたが、先生からは「難しい」との判断でした。

それでも私たちは医療ではなく「介護の立場」として A 様の為にできる事を工夫し、取り組みを継続し、A 様が話して下さる事を職員で共有し取り組めるものを継続していきました。その後の通院で夜間帯と日中の様子について改めて先生へ話をすると「今度動画を見せてほしい」とお話しいただき、現在は医療面でも薬の微調整による治療が進行しています。A 様は夜間帯のひと時、とても穏やかにお話ししてくださいます。

しかし朝を迎えると表情は険しく意思の疎通はほぼできません。A 様にとって朝を迎えることはとても恐怖を感じる事ではないだろうか考える事もあります。朝目を覚ましてもあの穏やかな A 様でいる時間を1時間でも、30分でも、10分でも作る事が出来たら。

そんな思いを大切に、これからも A 様の話に耳を傾け支援を継続していきたいと思えます。

当たり前前の日常を取り戻す為に・・・

～入浴を通じたA様との奮闘記～

ケアサポートセンターようざん並榎

登坂 光紗葵

関口 美穂

【はじめに】

在宅生活を継続していく上で欠かせないものと言えば皆さんは何が思い浮かびますか？

私が一番最初に思い浮かぶのは「衣・食・住」というキーワードです。

その中の「住」の中で皆さんの「入浴」の位置づけはどこにありますか？

私達は毎日、日常生活内の当たり前前的事として何の疑問も抱かず、時間が来れば毎日入浴という一連の必要な行動に至ると思いますが、もし、それがさまざまな障害や要因により阻害され、当たり前ではなく特別な事になっていったとしたら・・・

A様が在宅生活を継続する上で特別になってしまっている当たり前前の日常を取り戻すべく、A様との出会いから現在に至るまでの支援経過について発表出来ればと思います。

【利用者様紹介】

氏名:A様 年齢:82歳 性別:女性 介護度:要介護2

既往歴:高血圧・認知症

生活歴:横浜生まれ、横浜育ち。高校卒業後、半年間パート勤務をした後、家具の卸店で半年業務。その後、百貨店【ミドリヤ】に八年勤め、その後は、働いていない。昭和60年に群馬に移住。母親と二人で生活していたが、20年前に母親が他界し、以降、独居生活を継続。

【利用当初の様子】

利用当初のA様には様々な問題がありました。お金がない状況を理解できず新聞を取り続けていたり、水道を止められてしまったことから近隣宅の水道を無断で使用したりすることがありました。また、自宅内の汚れがひどく衣類も汚染しており、掃除や洗濯が行き届いていない状況でした。さらに介護拒否もみられ、職員の介入に対して「めんどくさい」「大丈夫だからもう来ないで」等の発言がありました。

【A様の性格とこれまでの様子】

A様は長くお一人での生活を続けてこられました。また、知的能力が低い様子も伺え、時間の感覚がつかめない状況があります。そのためA様のペースがあり、デイサービスに来ていただけるまで約1か月かかりました。しばらく通っていただいていたのですが、寒さを

理由に来所拒否が続き、再び来ていただけるまでに半年かかりました。デイサービスを利用できるようになっても来所されるまでに1～2時間、入浴の一連の流れが終わるまでに1～2時間とかなりの時間を要していました。入浴ができて布パンツを使用していたために、汚染は改善されず、リハビリパンツを履いていただくことに対してもなかなか納得していただけませんでした。A様が利用されてから約4年経ちますが、今では、訪問やデイサービスでの関わりを通して少しずつ私たちの存在を受け入れてくださるようになりました。拒否も少なくなり「悪いですね」等と私たちを気づかせてくださる言葉も聞かれ、来所されるまでの時間も短くなりました。

A様との関わりを続けていくなかで、ある日A様からこんな言葉を聞くことができました。「自宅で入浴したいんだよね…」

【自宅での入浴に対する取り組み】

A様の想いを聞いた私たちは、自宅で入浴していただくために取り組みを始めました。A様は長い間入浴ができておらず、デイサービスでの入浴を行っていましたが自宅の浴室が故障している状況にありました。そこで、自宅の浴室の改修を行いました。その後、職員で話し合い以下のような支援を続けていくこととしました。

- ① デイサービスでの入浴時にはシャワーの使い方の説明、あかすりやタオル、着替え等のセッティングを行い、見守りを中心としご本人に任せる。
- ② 朝配食、週2回のデイサービスの利用をしているが、通いを訪問に切り替える。配食に言った職員が、後で別の職員が入浴の手伝いに来るということを伝え、意識づけをする。
- ③ 昼食を食べ終え、落ち着いた頃を見計らい訪問する。そこで入浴の声かけを行う。

【取り組み後の様子】

取り組み①

入浴の時間はかかりますが、ご自分で洗面器を使って湯舟のお湯をすくい体を流され、洗体や着替え等もしっかりできていました。このことから自宅でもお一人で入浴できることがわかりました。

取り組み②

配食時に声かけを行っているため、2度目の訪問時には「なんかもう一人来るって言ってたね」と覚えてくださっている日もありました。

取り組み③

始めは浴室を改修したことを話題にあげ、「少し使い方が違うので説明しに来ました」とシャワー等の使い方の説明から入浴の声かけを切り出しました。「説明書がないとわからない」とおっしゃるので、職員手作りの説明書も作成しました。しかし、説明書がないことは断る口実だったようで、説明書を持っていくと素っ気ない態度でした。さらに、1度目の訪問時には「入ってもいいかな」という気持ちが2度目の訪問時には「今日は

いいよ」という気持ちに変わってしまうことが度々ありました。

毎日関わりを続けていましたが、「前はお風呂に入っていなかったから入らなくても大丈夫」「今日は病院に連れて行ってもらいたい」「ようざんで入れるからいい」等と、何かと理由をつけ、拒否が続きました。着替えができた日もありましたが、気が向いた時に入れるよう声をかけて浴槽にお湯を張っても、翌日の訪問時に確認すると入った様子はありませんでした。

【結果】

取り組みから約2週間が経ちなかなか入浴していただけない状態が続きました。そして、今までデイサービスでできていた入浴ができなくなり、汚染した状態が続いていることに対しての苛立ちから、私たちに対して声を荒げるようになりました。「汚いままにしておくのは良くないけど、めんどくさいんだよ」「頼んでもいないのにまた来るなんておかしいよ」「一人でできるからいいのよ」「もうようざんやめる」等の発言がありました。しかし、入浴以外の話をしている際は穏やかで、会話を楽しんでいる様でした。A様の気持ちが変わらないことや衛生面を考え、デイサービスの利用を再開し以前のように戻すことにしました。

【考察、まとめ】

今後の対応を考えているなか、A様との会話でこんな発言がありました。

「家でお風呂に入らないって誰が言ったの」

その気持ちを聞き、現在週に一度デイサービスでの入浴に加え、訪問時に自宅での入浴の支援を続けています。まだ自宅での入浴は実現していませんが、「そのうち入るよ」「せっかく直してもらったから、入らなきゃいけないとは思うんだけど…」という言葉が聞かれています。また、A様にようざんについて伺うと「ようざんに行くのは面白いよ。いろんな人の話が聞けるじゃない」とおっしゃっていました。来所拒否のあったA様がデイサービスでは他利用者様と一緒にタバコを吸ったり、体操に参加されたりされています。笑顔もみられ、ようざんに通うことを楽しいと思っている様でした。

A様は自宅に居ると今までの生活のリズムを崩せず、「一人で出来るからいい」という気持ちも強くあり、「楽な方がいいのよ」とおっしゃいます。一方で「自宅で入浴したい」という想いはあるものの、デイサービスでの入浴を頼りにしている様子も伺えます。その両方の気持ちとA様の性格やこれまでの生活リズムを考慮し、時間をかけて関わっていきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

「いいやいのぉー」と「ばかやろめ！」の言葉

グループホームようざん栗崎

発表者：井上美香

松田直樹

【はじめに】

オープン当初からご利用されている A 様は、職員と気持ちが通じる時は笑顔で「いいやいのぉー」という言葉がみられ、拒否や不穏の時には「ばかやろめ！」という言葉がみられます。近頃は、認知症状が進み失語と場所見当識障害がみられるようになり、トイレの場所がわからずトイレ以外の場所で排泄をすることが多くなっています。そんな、A 様が笑顔で「いいやいのぉー」と言われトイレでの排泄ができるようになった取り組みを紹介します。

【利用者様紹介】

A 様（81 歳）男性

要介護度 3

現病歴 アルツハイマー型認知症

既往歴 誤嚥性肺炎

ADL 自立

【生活歴】

中学卒業後、職業訓練所に行き、塗装職人としての技術を身に付け一人娘を育て上げました。その一人娘も結婚し 3 人の孫にも恵まれています。酒・たばこ・ギャンブルが好きで昔は、いわゆる「やんちゃ」であったとのこと。平成 24 年 6 月ヘルスパーククリニックにて「アルツハイマー型認知症」と診断されました。平成 26 年頃には車の運転が出来なくなったにもかかわらず「鍵をよこせ」と認知症状もみられました。平成 28 年 8 月「薬が飲めない」「受診を忘れる」「入れ歯洗浄を拒否する」などの認知症状が一気に出現しました。当時はデイサービスを月曜日～日曜日まで利用されています。その後、宿泊サービスも利用開始されました。そして、長女様の体調不良により、ここグループホームようざん栗崎を利用開始となりました。

【A 様がトイレで排泄するためには】

A 様は認知症の進行により失語がみられるようになり、言葉でトイレに行きたいことを表現することが難しいようになりました。また、見当識障害もみられるために、トイレを探し廊下を歩き回ることになっているのではないかと考え、A 様がトイレで排泄ができるようにカンファレンスを開きました。そして、A 様のトイレ誘導の取り組みを検討するこ

とになったのです。カンファレンス検討の結果として、A様のトイレのサインを見逃さないこと・声掛けの工夫・環境を整えることがA様にとって最適ではないかと考え、取り組むことにしました。

【トイレ誘導の取り組み】

1 トイレのサインを見逃さない・・・ズボンのポケットに手を入れること

トイレのサインを見逃していた当初は、トイレ以外の場所で排泄をしてしまうことが多く、パット交換や着替えを行うこともよくみられました。また、トイレ誘導をしても「ばかやろめ！」と言われてしまい、A様の排泄のタイミングがつかめずに拒否をされてしまうこともありました。

そこで、A様の排泄したいときにはどのようなサインがあるか観察をしてみることにしました。すると、A様がズボンのポケットに手を入れて落ち着きがなく廊下を歩き他利用者様の居室に入った後は必ず、居室内に排泄がみられました。そのため、ズボンのポケットに手を入れることが、A様のトイレのサインだと考えることにしました。そして、トイレのサイン後にトイレ誘導をすると、「ばかやろめ！」と言われずにトイレで排泄することに成功したのです。何度か試してみると、サイン後は高い確率で拒否なくトイレにて排泄をすることができました。

そのことから、ズボンのポケットに手を入れることがトイレのサインだと確信できました。A様もトイレで排泄ができるようになり、トイレ利用後は「いいやいのぉー」と笑顔がみられています。

2 声掛けの工夫・・・言葉を「トイレ」から「便所」にする

A様はトイレ誘導の声掛け時に、どこか「トイレ」の言葉に馴染みがないようにみられました。そこで、A様が職人だったことを考えて、トイレに関連する言葉「手洗い」「洗面所」「便所」等をトイレの声掛け時にそれぞれ使用したところ、「便所」という言葉を使用したときに、本人が納得されているような表情や仕草がみられました。そのため、声掛けの際はトイレの場所を指しながら「便所はこちらです」と声掛けを工夫することになりました。「便所」と言葉を変更したことで、トイレ誘導時に「ばかやろめ！」と言われるような拒否が少なくなりました。

3 A様にとっての環境を整える

A様が一目見てトイレであることがわかるように、A様にとっての環境を整えることにしました。まずは、トイレの扉に「便所」と大きく書いた紙を貼ることにしました。夜間時

は、トイレの電気をつけておき、便器が見えるようにトイレの扉を開けておきました。また、居室の扉を開けるとトイレがすぐ目の前にあるように、A様の居室をトイレ前の居室に変更することにしました。居室では、ベッド下にセンサーを設置してA様が覚醒したときに職員が対応できるようにしています。はじめはセンサーマットを検討しましたが、居室内での排泄が頻回だったために断念することにしました。A様にとっての環境を整えたことで、A様はトイレの場所が明確になりトイレ利用へとつながることになりました。

【取り組みの結果】

前述の1から3の項目を念頭においたケアを実施した結果、以前よりもトイレで排泄することが多くなりました。トイレで排泄ができるようになり、自立排尿が増えてパットの汚染が少なくなり着替えることも減りました。また、他利用者様の居室での排泄もみられなくなったのです。A様の日中の様子にも変化がみられ、廊下を歩き回ることも減り、花の水やり・モップ掛け・ごみ捨て等を手伝ってくれることが増えました。レクリエーションの参加もみられ、以前よりも笑顔で「いいやいのぉー」の言葉を発することが増えてきたように思います。また、夜間では、環境を整えた効果もあり、トイレで排泄ができるようになり安眠につながりました。

【考察・まとめ】

今回のトイレ誘導の取り組みにより、A様が笑顔で「いいやいのぉー」と言われトイレを利用することができました。トイレのサインではない時にトイレ誘導を行ってしまい「ばかやろめ！」の言葉をいただくことも多く、トイレのサインをみつけだすことは大変でしたが、A様の表情や声の調子、姿勢やしぐさといった言葉以外の情報を集めることの大切さを改めて学びました。失語がみられるからといって、言葉を完全に認識することができないと断定することではなく、その人の残存機能をみつけだすことが介護職の重要な役割であるとも感じました。ケアをする側が少し考えを変えてケアをするだけでA様をよい状態に近づけることができるのだと実感しました。これからもA様の「いいやいのぉー」の言葉がたくさん聞けるように、しっかりと向き合い寄り添うケアを続けていこうと思いました。

落ち着いた生活をするために

グループホームようざん

齋藤 一孝

【はじめに】

グループホームようざんは、自分にとっての初めての介護の仕事の施設です。介護度は様々ですが、ご入居者は皆様、認知症の方々です。その中でも、初めての介護の仕事で、自分なりに特に大変で印象的だった A 様の事例を発表したいと思います。

【利用者の紹介】

- A 様 ●84 歳 ●要介護 3
- 既往症：大腸ポリープ、骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折 現在 認知症
- キーパーソン：次女様 ●性格：明るくおしゃべり好き 面倒見が良い

【生活歴・入所までの経緯】

昭和 13 年群馬町で生まれ、昭和 37 年に結婚。昭和 44 年から芝塚町で生活をしていました。その当時ダイエーデパートの地下の食品売り場に長年自転車で通い、勤めていました。しかし、最近になって徘徊が始まり、帰れなくなる事も多くなり、独りで留守番が出来なくなりました。また、難聴が強くなったことで、同居の孫と口論になることもありました。怒り始めるとヒステリックになり、娘が間に入り、止めないと感情が治まらなくなっていきました。そのほかにも、長女様が平成 29 年に亡くなり、夫が 20 年前に亡くなっていますが、二人とも最近亡くなったと誤って認識しており、感情が不安定になる様子も見られました。さらに、難聴と認知症のために近所の方とのコミュニケーションは上手くいかなかったようです。

このような経緯もあり、デイサービスの利用を開始、週 3~5 回通い始めました。ショートステイの併用を経て、令和 3 年 11 月グループホームへ入所となっています。

【ケアプランへの希望】

本人：馬鹿になっちゃって何も分からない。空っぽだよ。でも健康だよ。健康が第一だよ。ね。
次女様：入所しても関わりを持ち続けたいので、面会や外出の機会を持っていきたい。楽しく過ごしてもらえば嬉しい。

【入所後の様子】

日中

・ご本人は笑顔の見られる穏やかな性格をされており、落ち着いている時は他利用者に良くしゃべりかける様子が見られます。お話が好きでお茶を飲んでいても、歩く時もトイレ利用時でも、常に誰かに話しかけます。また難聴が強いため、話がかみ合わなかったり、聞き間

違えたまま話を一方的に続けてしまう事が多々あり、お相手の利用者様を怒らせてしまうことがあります。

・施設に慣れていないという事もあり、目に映るもの、気になるものを触りに行ったり、常にせわしなく動きまわり、落ち着きがありません。世話焼き体質ということもあり、他利用者様の介助をしようとしたり、やる事が無くなると「帰ろうかね」と徘徊し、出口を探しまわります。しかし、徘徊するうちにご自身がどこにいるのか、何がしたいのか分からなくなってしまうこともあります。「私はバカになっちゃった」と言いながら、他利用者様の部屋を覗いたり、娘様のお名前を呼びながら歩くこともありました。

・短期記憶がとても短く、お伝えしたことや説明等は3分と経たず忘れてしまいます。

夜間

・トイレ利用が100回近くになるほど頻繁になります。寝る前にトイレ利用の習慣がありますが、トイレに行ってきたことを忘れてしまい、また利用される～を繰り返します。また、トイレに行く最中や利用後に目的を忘れてしまい徘徊が始まることもあり、これが朝方疲れてしまうまで続きます。不眠が続くこともあり、2,3日不眠～その次の日は良眠というサイクルがよく見られました。夜間でも「おはようございます」と言うなど時間感覚もなく昼夜の認識が出来ていません。平均睡眠時間は1~3時間程です。

・リハビリパンツがトイレや居室に脱ぎ捨てられていたり、トイレトペーパーが丸ごと洗面台で濡れて見つかったりと、利用方法やどうしていいのかがわからなくなってしまうような行動が見られる日もありました。

【入居後の課題】

日中

- ①落ち着かず「私はバカになっちゃった」と言いながら徘徊する。
- ②娘様の名前を呼びながら徘徊、出口の鍵を開けてしまう。
- ③談笑するが難聴により一方的に話してしまい、他利用者様を怒らせてしまう。

夜間

- ④日中と同じく、娘様の名前を呼びながら徘徊する。
- ⑤寝る前にトイレ利用の習慣があるが、短期記憶がとても短く、トイレ利用を繰り返し、夜間100回近い利用回数になってしまう。(トイレ利用：自立)
- ⑥リハビリパンツが脱ぎ捨てられていたり、トイレの備品の使い方がわからなくなってしまうことがある。
- ⑦自分の居室がわからず、他利用者様の居室に入ることがある。

【課題への取り組み】

日中

①落ち着かず徘徊～に対する取り組み

落ち着かない時は落ち着くまで話を傾聴する。「私はバカになっちゃった」との発言から認知症の自覚があり大きな不安を抱えているものと思われる。

対処療法ではあるが、興味のあるもの、例えば昭和の歌謡曲・演歌、または体操など体を動かすものについては注意深く見ていただける。また、洗濯物を畳んだり、食器を拭くなどもなるべく参加出来るようにする。ただし、後者については満足にできないこともあるため、他の利用者から叱咤されることがある。職員の対応により尊厳を守るための配慮が必要。

②娘様の名前を呼びながら徘徊～に対する取り組み

「娘様はお出掛けされています。」「娘様は買い物に出掛けています。」など、安心していただけるような声かけをする。ご家族の方がよく面会にいらっしゃるので A 様といろいろ話をしていただいたり、職員が話すことで新たなきっかけを探り出す。また、今後状況が落ち着けば、幼稚園児の慰問なども計画していきたい。

③一方的に話す～に対する取り組み

職員が間に入って距離感を保ったり、聞き上手な利用者様に話を聞いていただく。話をしている時には笑顔が見られ、楽しそうにしているので、他利用者様とよりよい関係性が保てるよう、気分良く過ごせるよう配慮する。

夜間

④娘様の名前を呼びながら徘徊～に対する取り組み

「今、ご家族様は寝ています。」「ご家族様は明日の朝お迎えに来られます。」と説明を行う。夜間は照明が暗いこと、周りが静かなことから、より大きな不安を抱えていると思われる。安心してお休みいただけるような声かけをする。

⑤頻回のトイレ利用～に対する取り組み

声かけ・説明をしても忘れてしまい、トイレ利用を繰り返す。夜間のトイレ利用回数が 100 回近くになることもあり、職員が常時付くことが難しいため、医師に相談。入所時より内服していた、睡眠導入剤ベルソムラに加え、コントミン、不眠時の頓服にゾルピデム錠を処方していただき、内服調整を行う。

⑥トイレの利用法を忘れる～に対する取り組み

トイレ利用は自立しているが、トイレ利用時間が長い時は、様子を見に行き対応を行う。

⑦自分の居室を忘れる～に対する取り組み

ご自身の居室に案内し、入眠を促す。

【結果】

落ち着かず不穏になることや、徘徊に対して声かけ・説明や傾聴を行ってもすぐに忘れてしまい、落ち着いていられる時間が数分伸びたかどうか…という結果でした。夜間のトイレ利用では、職員が付いて対応を行っても改善される気配すらなかなか見えない状況が続きま

した。そのような中、大きな変化が見られたのが、夜間の内服調整でした。コントミンを追加したことで、今までの3日間ほぼ不眠～4日目の夜に入眠というサイクルが解消され、毎日ほぼ入眠されるようになりました。それでも不眠が見られる日は頓服ゾルピデム錠の内服を試しました。内服の翌日には、日中に傾眠、歩行時に若干のふらつきが出てしまうといった様子が見られたため、頓服の内服を半錠にすることで調整を行いました。夜間入眠していただけるようになったことで、夜間の頻繁なトイレ利用や、他利用者様居室への入室も少なくなりました。また、夜間にしっかりと睡眠をとっていただけることで、日中の徘徊や落ち着きのなさにも影響が見られ、しっかりと入眠された日は徘徊や帰宅願望が比較的穏やかになり、落ち着いている様子が少しずつ見られるようになってきました。

【考察】

入所当時、施設自体に慣れていないということも一因となり、日中は落ち着かず、1分と座っていられなかったA様。夜間の内服調整を行う事で、不眠がしだいに解消されていきました。A様の場合、日中の徘徊や帰宅願望は、ご家族の心配や母としての使命感からくる不安の訴えによるものが多くありました。しかし、夜間にしっかりと睡眠をとることで、日中の不安が軽減された結果、徘徊や帰宅願望が比較的穏やかになったのではないかと考えられます。当初の取り組みではあまり効果が見られなかった声かけや傾聴も、落ち着いている状態であれば、以前よりも効果が感じられるのではないかと思います。これにより、他利用者様とのより良いコミュニケーションを計っていく準備が出来ました。当初効果が薄かった取り組みも続けて行っており、現在はまだ職員を通してではありますが、他利用者様とより一層心のつながりを持ち、施設に慣れていっていただけるよう対応・ケアを続けていくことが今のA様に必要なことだと改めて認識しました。

【終わりに】

今回、落ち着いた生活をするためにというテーマでA様の事例をご紹介致しました。課題を日中・夜間と個別に分け、職員の声掛けや対応をメインに取り組みを考えてきました。その中で、医師と相談し内服調整を行うことで、身体面・精神面の両方からアプローチすることも大事なことだと今回の事例を通して実感しました。

今もA様の対応に日々試行錯誤を繰り返していますが、取り組みを経て、A様の人柄や徘徊される背景にあるお気持ちの一部を知ることが出来たと感じています。ご家族様を心配されるのは、ご家族様を大切に思っているからであり、母としての強い使命感からくる言葉であるという強い意思を感じました。ケアプランでも次女様が仰っている様に、ご家族様との関わりを大事にしていき、グループホームを第二のご自宅として落ち着いて過ごしていただけるような環境作りを模索し続けていきたいと思っています。

最後になりますが、先日ご利用様と一緒に NHK ののど自慢を見る機会がありました。のど自慢と言えば名物の 1 つともいえるのがご高齢の方の歌唱かと思います。多少音を外す部分はあっても、皆を引き付ける力、年齢を重ねてきた方だけに出せる”味”があります。多くの先輩方に囲まれて日々を過ごす中、そこから多くのことを学ばせていただいております。また、もう 1 つ演奏をしている皆さんにも感心させられます。プロの奏者ですから演奏に自信を持っている方々にもかかわらず、歌う人が気持ちよく歌えるような曲を奏でます。私達職員一同もこの伴奏者のように、A 様がこれからも、楽しく、安心して気持ちよく過ごして行けるよう伴走者として出来る限りのサポートをし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。

「昔は何でもやったのよ」

～培った能力を活かして張り合いのある生活を～

スーパーデイようざん小埜

発表者：遠藤つばさ

本間恵里

【はじめに】

スーパーデイようざん小埜を利用して3年半。利用当初よりも8kg程増加したA様。体重増加に伴い膝の痛みや腰痛の訴えが頻繁にみられる。動く事を嫌い、得意とする裁縫や料理等の意欲低下もみられる。また、午睡の訴えも毎回のようになり昼食後はベッドで休まれる事が多い。

高齢者の運動不足や肥満は脳や心臓、うつ等の病気のリスクが高まる為注意が必要だ。散歩等を取り入れることで運動不足を解消すると共に、認知症の進行予防や孤独感の緩和等様々な効果が期待できる。

体重増加の原因の一つである午睡をしないで活動的に過ごして頂きたいと考え、行った取り組みについて報告する。

【利用者紹介】

氏名：A様 女性 88歳 要介護2

既往歴：アルツハイマー型認知症、不整脈

性格：明るい性格で人当たり良く、冗談を言われよく笑われる。自分の意見をはっきり言われる。

生活歴：佐賀県出身。8人兄弟の6番目。農家の生まれで幼い頃からよく働いていた。手先が器用で和裁や洋裁などが得意。今まで様々な作品を作ってきた。

【課題】

- ① 今まで昼食後のレクリエーションの時間はほぼ午睡されていた。趣味の裁縫や料理などに対する意欲の低下もみられる。
- ② 運動不足や体重増加により膝の痛みや腰痛の訴えがある。
- ③ 体重増加は持病や新たな病気のリスクを高める。

【取り組み①】

今まで午睡していた時間を趣味の裁縫や料理などにあて、ご本人の生きがいの為にも充実感や達成感を得て頂きたいと考えた。しかし、「編み物をして下さい」「料理をして下さ

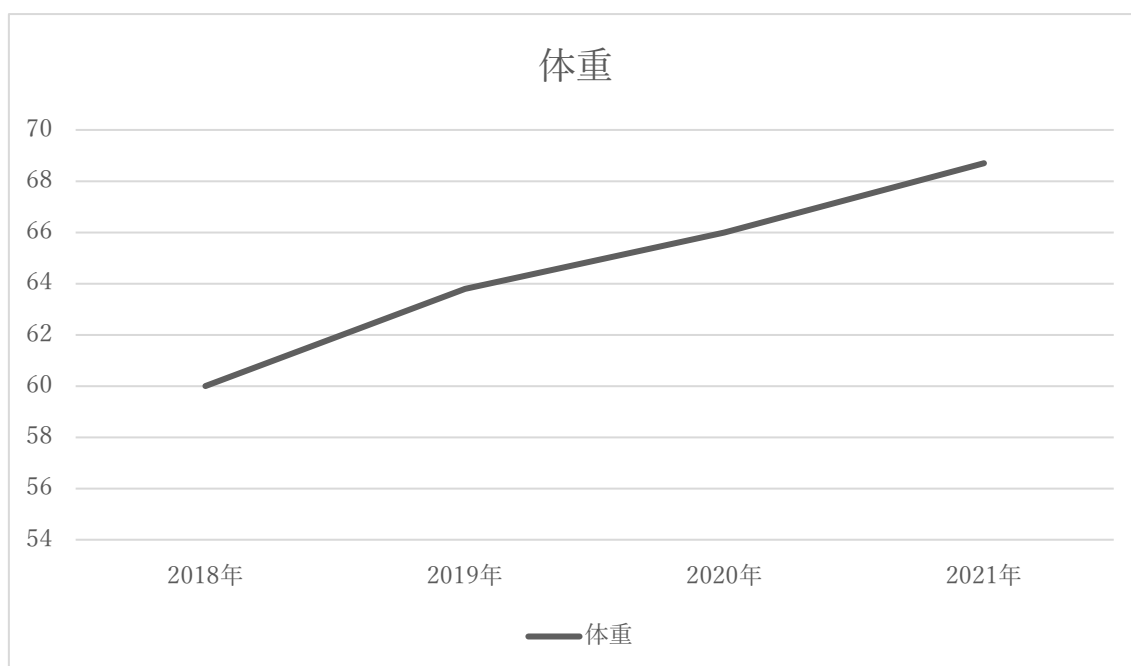
い」等と言うと決まって「あなた達がしなさい」「散々してきたんだからもう何もしたくない」等と言われる。そこで声かけを変え「教えて下さい」「どの様にするのですか」とお願いする。

【取り組み②】

散歩が大嫌いなA様。少しの距離でも膝や腰の痛みを訴えられ息遣いも荒くなる。当然、散歩のお誘いを拒否する傾向にある。その為、散歩と伝えず「日光浴しましょう」「花が咲いていたので見に行きましょう」「野菜の様子を見に行きましょう」等と興味を引きそうな誘い方に変えてみる。

【取り組み③】

利用当初からの体重の変化をグラフにする。右肩上がりのグラフがゆるやかに下がっていくよう、持続的な対策が必要になる。その為、本人のモチベーションが下がらない様工夫する。グラフをご本人と一緒に確認し、「最初の頃よりも8kgも増えましたよ」と体重増加のリスクも一緒に伝え危機感を持って頂く。また、「先月よりも1kgやせましたよ」と成果と一緒に喜び共有し、体重変化を可視化することで意欲を持って頂く。



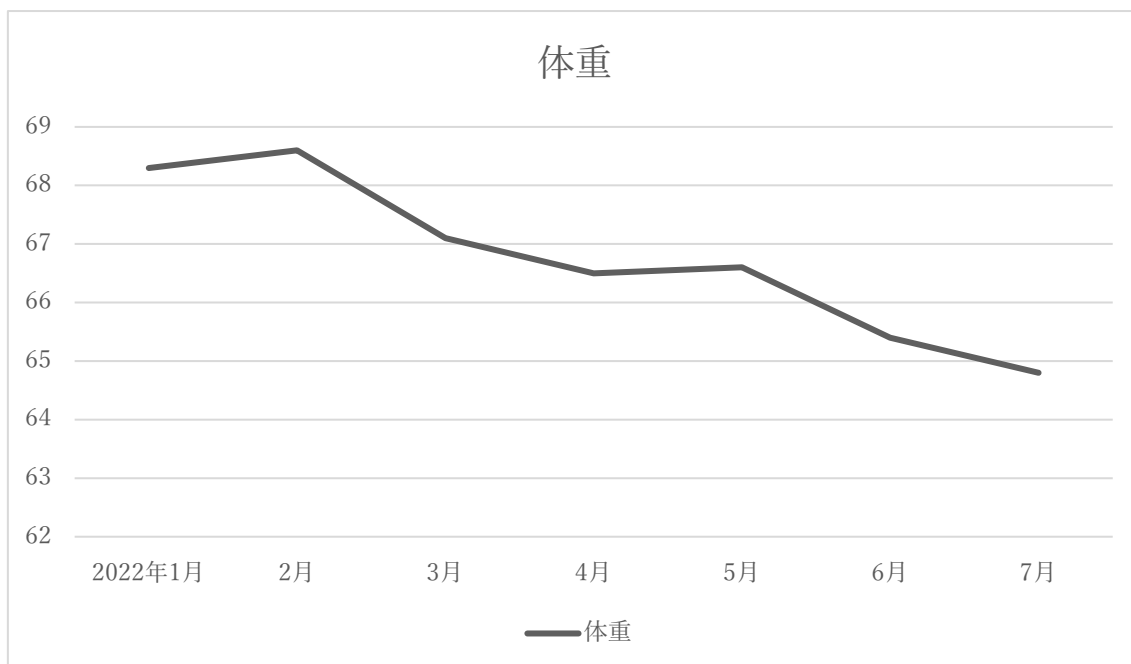
【結果①】

声掛けを変え、お願いする形でお誘いした所、世話好きなA様はやる気になって、一緒にバッグ作りや編み物、おやつ作り等に取り組まれた。始めると時間を忘れて集中し丁寧に制作されるため、明らかに午睡の時間は減っている。編み物やバッグ作りをしている姿は生き生きとしていた。職員が編み方を伺うと、「編み方の前に毛糸や針の持ち方をちゃんと覚えなさい」と指導者の顔になって教えて下さる。また、周りの利用者様も興味を持た

れ、「昔はよくやったよね」と、一緒に取り組まれる姿も度々見られた。他利用者様の意欲を引き出す効果も得ることができた。

【結果②】散歩への誘い方を変えてみたところ、「そうだね、ちょっと行ってみるかね」と意欲的な反応を示すことが多くなった。安全を考えて車いすを用意し、職員が支えゆっくり歩行することで、休み休みではあるが無理強いすることなく、散歩を楽しめているように思える。野菜の苗を見て「ここは切りゃないけんね、他が大きくならんよ」「昔はきゅうりやら茄子やら何でも作ったよ」等と懐かしそうに話される。「風が気持ちいいね」「きれいな花だね」等とおっしゃり、周辺に雑草が生えていると「草むしらんと駄目だよ」と自ら草むしりされる姿もみられる。

【結果③】ご本人に体重のグラフを見せ説明すると「痩せなきゃいかんね」「もっと歩かきゃいかんね」と言われることもあり、以前と比べると散歩する回数も増えた。8kg太った原因の一つに午睡のことを伝えると「あなた達が寝させるのがいけないのよ」と冗談を言われることもあった。



【まとめ・考察】

右肩上がりだった体重は、少しずつではあるが減ってきている。68kgまで増えた体重が今では64kgまで減らすことができた。減量によって、膝や腰の負担が軽減し、痛みが緩和していくことを期待したい。

毎日少しずつバッグ作りに励み、ひと月も経たないうちに素敵なバッグが完成した。「よう出来たね」「もらっていいの？」と満面の笑みで喜ばれていた。レクリエーションのお誘いを断り「これやらにゃいかん」とバッグ作りに没頭されるその姿に、私たち職員

は感動を覚えた。

先日、ご家族様より、デイ利用後に認知症テストを受けた所、普段より点数が高かったと喜びの声を頂いた。A様が意欲を持って物事に取り組まれる事が良い影響を及ぼしていると感じた。

今回の取り組みでは、A様の立場に立って前向きに応じられるような誘い方を考え、実践することで良好な結果が得られた。

しかし、同じ取り組みが性格の違う他利用者様にも当てはまるとは限らない。大切なのはそれぞれの利用者様の性格や特徴を理解し、相手の気持ちになって考え接する事ではないだろうか。その為には、日々のコミュニケーションや信頼関係が最も重要であり基本であると、取り組みを通じて改めて感じる事ができた。

利用者様ひとりひとりが歩んできた人生の中で培ってきたものを活かし、張り合いのある生活を送って頂けるよう、これからも丁寧に向き合っていきたい。

「私達に出来る事」

～A様とご家族様のために～

スーパーデイようざん貝沢

発表者 境原美佐子

【はじめに】

デイサービスとは施設に入所せず、昼間に日帰りで利用できる通所介護サービスの事。在宅介護が中心となり、家族とデイの職員、ケアマネ、医師、看護師などが協力して在宅介護を支えている。しかし認知症の悪化やADLの低下などにより家族の介護負担が増え、高齢者の殆どは終末期になると在宅介護が難しくなり、入所施設や病院などで最期を迎える場合が多い。

A様のご家族様は『母がどんな状態であっても施設には入所させず、家で介護をしたい』と強く希望されており、その想いに応えるべく取り組んだ事例を紹介する。

【利用者紹介】

氏名：A様

年齢：76歳 女性

要介護度：4

既往歴：高血圧症・前頭側頭型認知症

性格：穏やか 面倒見がよい

【生活歴】

長女夫婦と三人暮らし。ようざん貝沢から近い地域で暮らしていて、主な介護者は長女。長女の夫も介護に協力的。長男夫婦も同様に日常生活全般や通院の支援をしてくれている。平成30年1月までは結婚相談所の仕事をしていてそれ以前は公務員や事務職をしていた。

【利用の経過】

平成30年6月頃より判断能力の低下や物忘れが見られるようになり、急速に認知症が進行。自宅から渋川市まで歩いて行ってしまった事もあった。長女夫婦は仕事をしており、日中は独りになってしまう為、本人・ご家族の希望として安全確保と共に必要な支援を受けて欲しいとの事で平成31年8月より自宅から近い「スーパーデイようざん貝沢」を利用するようになる。

利用当初の様子

日中のほとんどの時間、ホールから玄関までを何十回と往復している。椅子に座るよう促しても座っている時間はほんの一瞬で、またすぐに歩き出してしまう。食事中だけは椅子に座って食事を摂取しているが、食べ終わってしばらくするとまた歩き出してしまう。歩行状態は比較的安定しているが時々ふらつく事もあったので、付き添いや見守りの必要性があるのだが、本人は常時付き添われる事にストレスを感じてしまう。

【課題①】

パーキンソン症状による小刻み歩行のため、転倒の危険性がある。

【取り組みと結果①】

利用当初は歩行状態も安定していたので、一定の距離からの見守りに切り替え、A様の行動に対し必要以上に干渉しない事にした。

A様は同じ場所を行ったり来たりする常同行動を行っている点にも着目し、歩行ルートにあるつまずきそうな物を出来る限り排除する。また、使用していた椅子も立ち上がりや座る際に職員の見守り不足による転倒を防ぐため回転しない椅子を使用する。

利用当初は上記の対応でもさほど問題は無かったのだが、病気の進行により徐々に歩行がおぼつかなくなり、A様が立ち上がって歩き出そうとしている時は職員も付き添い、方向転換の際にはふらつかないように一部介助するなどの対応を行う。

【課題②】

食事の際、今まで使用していた食器類が重くて持っていられなくなる。また、お箸も上手く持てなくなってしまった為、口に運ぶまでに殆どこぼれ落ちてしまい、最後まで自力摂取することが困難になってきた。

【取り組みと結果②】

食器を陶器から、軽くて小振りなプラスチック製のものに変更し、形も持ち易い浅めのものにする。お箸もスプーンやフォークに替え、食事形態にも配慮し、なるべくご自身で食事を口に運べるように工夫する。

主食を一口大のおむすびにしたことで口に運びやすくなり、おかずも一口大にしてフォークで刺して口に運び易くするなどの配慮を行った結果、今までよりも食べこぼしが減り、ある程度自力摂取出来るようになった。

【考察とまとめ】

ご家族様・CM・職員共に協力してA様の気持ちを第一に考え試行錯誤してきましたが、病気の進行スピードが速く、できない事が徐々に増えてきてしまいました。

デイ利用中やご自宅での転倒も多くなってしまったことで、安全面を一番に考え今までのように本人が自由に歩く事を制限せざるを得ない状況となってしまいました。今思えばこの頃から、色々な面の悪化が急速に進んでしまった様な気がします。

利用当初の体重は38.9kgと、もともと小柄な方でしたが、食事摂取量が減った事で短期間でみるみる体重が減り、かなり心配な状態になってしまいました。食べる事で少しでも体重増加をしてもらおうと食事形態を極刻みから飲み込みやすい「ペースト状」に変更し、ご家族様にも協力して頂きご自宅でよく食べているという離乳食用のレトルト食品を持参して頂き、ご自宅で使用している食器と同様の食器を使用するなどの配慮も行いました。一時はその甲斐あり体重41.2kgと増加傾向で改善の兆しもみられましたがこの頃には自分で好きに歩き回る事は出来なくなっていました。

令和3年3月より車椅子のレンタルも開始し、体全体の拘縮が徐々に進んでいるA様に、ストレッチや支えながらの歩行訓練等を行っていましたが令和3年12月には体重が27.1kgまで減少し、この頃には食事も1割程度しか食べる事が出来なくなりました。大体のご家族様は要介護者がA様のような身体状況になると入院や介護施設への入所を考えるのですが、A様のご家族は在宅介護を諦めませんでした。それどころか『最期まで自宅で過ごさせてあげたい』との意向をケアマネや私達に伝えていました。そんなご家族様の気持ちを汲んで、私達もA様が苦痛を感じない様にできる限りの配慮を行いました。この頃のA様は、いつ容態が急変してもおかしくない状態だったので、ご家族と『もしもの時はどうするか』を事前に話し合っておきました。

そして令和4年2月A様はデイサービス利用中に急変され、その後、急搬先の病院にてお亡くなりになりました。

ご家族さまには「手厚い介護をありがとうございます。感謝しています」と告げられ、至らない事ややってあげられなかったこと、後悔もたくさんありますが、Aさまの為に職員一丸となり協力し「助けてあげたい」と全力でケアを行い、たくさんのお手伝いができ関わられた事に感謝しています。

ご清聴ありがとうございました。

自分の力で食べる喜び

自立摂取継続の支援

特別養護老人ホームモデラート

富澤 亮

【はじめに】

高齢者にとっての食事は栄養を摂取するだけでなく生きる喜びや楽しみつなげるものです。自分で食べて頂くのはなぜ？自分で食べているという満足感を得てもらうためです。また食事の動作は様々な動きが組み合わされていますので脳への刺激、残存機能の維持や上肢の機能回復にも役立ちます。

【事例対象者 A 様】 90 歳 要介護 5 令和 2 年 2 月入所

高崎市に生まれ、国鉄で 3.4 年働き、実家の八百屋を継いだ。姉と妹（他界）の 3 人兄弟。昔から身体が丈夫で市場でも最年長の表彰を受けたほど仕事も熱心だった。

【既往歴】

アルツハイマー型認知症、

糖尿病、

便秘症、

下肢麻痺、

難聴、発語不明瞭、会話困難

「ああ～」と言う声、表情、仕草や介護抵抗という形で不快感などの意思表示可能。

【A 様食事環境】

普通車椅子使用、自力摂取（スプーン、ホーク使用）、上下義歯（総入れ歯）

食形態 主食 全粥 副食 極刻み

自力摂取能力意欲あり、摂取するお皿の食べ残しは職員が見える位置に食器を移動させる支援、過度介助を嫌がり主食皿に副食を乗せたりする事に拒否抵抗あり。

食事をとても楽しみにしている。

令和 2 年 6 月～

日中離床時傾眠状態多くなり、姿勢も崩れ、食事時間、食事途中での傾眠状態強く自力摂取困難な時増えてくる。

【傾眠原因】

日中離床時の傾眠が夜間の覚醒、夜間の覚醒が日中離床時傾眠を引き起こす悪循環。
2種の眠剤の体内残りが傾眠状態を起こしているのではないかと推測

【傾眠状態食事摂取問題点】

食事時間に傾眠、覚醒しない時もあり、食事途中で手が止まったり、姿勢が崩れ、左傾き、手、腕の動き悪く口まで食べ物を上手に運べず食べこぼし、口の中ため込み咽込んだり傾眠状態により口に力が入らず義歯の脱落（上義歯）、ずれ（下義歯）が発生、開口摂取の妨げになり摂取量が減ってしまう。

原因と問題点を多職種で話し合い、食事をととても楽しみにしている A 様自力摂取、残存機能維持に向けての傾眠状態改善対策を実施する。

【生活環境からのアプローチ】

日中離床時、A 様の興味のある食べ物や競馬のテレビ鑑賞、スーパーのチラシ広告を覗いて頂いたりソファに座って頂き読書、毎日の梅干し体操にも参加。天気の良い日は施設庭への散歩、外気浴を行いました。

【眠剤内服】

日中傾眠状態強く夜間覚醒状態多くある事、看護師に報告相談、看護師が眠剤体内残り推測し主治医に報告
主治医の往診状態診察後、令和 2 年 8 月眠剤 2 種、ロゼレム 8mg エチゾラム 0.5mg 内服中止となる。

【物理的環境整備】

普通車椅子から多機能車椅子に変更、アームレスト、フットレストの高さ調整、座面、背もたれの調整も可能に。
自助具の活用、自助皿、曲げれるスプーン大・小、グリップ丸型、平型など各種色々な物を試す。

【口腔環境・対応、対策】

歯科往診依頼、月 2 回の往診で上下義歯修正調整、口腔ケア。義歯脱落対策で粘着剤使用相談するが自力装着出来ない方には推奨しないとの事。

〈A 様義歯の役割〉

食べ物を咀嚼する役割は無く嚥下時の口腔内の圧力を高める為の義歯使用。
上下義歯がある事により下顎のあるべき場所が確定、固定される事により嚥下時に舌に力

が入れやすくなり嚥下圧が高まり食べ物を送り出している。

介護職員も毎食後の口腔ケア強化、食事前の口腔体操促し施行、口腔マッサージで口周りの筋肉をほぐすなどの対策を実施。

【義歯修正調整に限界】

《歯科医から》

上下義歯修正調整繰り返すも歯茎の減退、顎堤の退縮、内側頬筋の衰えに義歯装着良好状態長く維持する事と困難、A様義歯使用役割考慮しても義歯の脱落、ずれが開口摂取の妨げになるのであれば、と義歯なし食事摂取への移行提言あり。

〈看護師、栄養士と相談〉

一口量、嚥下に注意し介護職員が常に見守れる位置での摂取、嚥下に問題あれば食形態をペーストに下げること考え、

令和4年1月、義歯使用なし食事摂取開始しする

【多種環境からの継続的支援効果】令和4年4月

夜間覚醒少なくなる

日中傾眠状態緩和

車椅子姿勢、正しく保持

食事途中の傾眠で手が止まる事少なくなる

手、腕の動きスムーズになり食べこぼし少なくなる

主食のみ自助皿、小スプーン使用での摂取が現状最適（曲げれるスプーン、グリップ使用は持ち直し時に難あり）

義歯使用ない事で開口良く、食べこぼし少なくなる

嚥下も問題なく食形態を下げる事なく摂取出来ている

【まとめ】

現在の体調、基礎疾患、薬剤、口腔・嚥下、認知機能、日常生活動作、食事動作、食形態、栄養状態、支援環境、ご本人様の意向など多方面からのアプローチを継続的に行って来ている事でA様食事自力摂取を入所時の状態に近づけ維持出来ている。

職員全体で食事環境への意識も高まり、食事環境作りは食べる事だけではなく、心理的、身体的、物理的環境、口腔環境も重要であると言う事の理解が深まった。

食べたい気持ちを尊重しながら今の環境の中で最も良い方法を探し支援する。

「自分らしく生きる」

ショートステイようざん並榎

発表者：大河原 聡美

はじめに

人はいくつになっても、誰かの役に立っていたいという気持ちがあると思います。利用者様のそうした意欲を保つことや、役割を持ち、それが肯定的な評価をされることは、心身の健康につながると言われています。今回の事例では、本人のできることや長所を生かすことで、役割を持って生活できるように取組んだことについて報告させていただきます。

事例対象者

氏名 A様

性別 女性

年齢 89歳

介護度 介護度3

既往歴 アルツハイマー型認知症・甲状腺機能低下症・高血圧症・喘息・慢性腎臓病・乳がん

生活歴

家業の鮮魚店の夫と、住み込み従業員の世話をしながら、店の切り盛りをしていた。若いころは車の運転や生け花をされていた。夫は平成17年に他界し、以降夜間は独居になる。令和3年にこれ以上独居は困難と考えた家族の希望により、小規模多機能型サービスのケアサポートセンターようざん貝沢を利用開始し、その後ショートステイようざん並榎に入所される。

取り組みについて

本人のできることや長所を生かすことで、役割を持って生活を送ることができるよう、4つのことに着目しました。

①本人が集団生活の中で役割を持っていただく

A様は、おしぼりを丸めたり、洗濯物をたたんだりしてお手伝いしていただきます。また、面倒見がいい性格であるため、周りにいる利用者様のことを気にされ声をかける様子も見られます。そこで、A様ができることや長所を生かして、役割を持ち、ADLの維持につなげることを目標にしました。

②下肢筋力の維持

A様は、ふらつきがあり、転倒リスクが高いため、何かできることはないかと考えました。下肢筋力の維持・転倒予防として、機能訓練や上肢・下肢をメインとした体操を毎日行い、歩行の安定性を上げることを目標としました。

③口腔内や身の回りの清潔維持

血が混じった痰をトイレや洗面所で吐き出したり、枕に血痰がついていたりすることがあり、A様自身もそのことを気にされている様子が見られました。歯科往診にて、口腔内・血痰について確認していただいたところ、歯周病の進行によるものと思われるとのことでした。コロナ禍であり、警戒度によって往診できない時もあるため、介護職として何かできることはないかと考え、口腔内のケアに力を入れることで、口腔内の清潔維持に努めることを目標としました。

また、身の回りの清潔維持では、入浴に着目し、基本的なことですが、職員が見守りながら自分の手の届くところは洗ってもらい、職員が仕上げに洗うことを意識して取り組みました。

④他者との交流の機会を増やす

元々、社交的で面倒見がいい性格の方なので、同席の利用者様との会話を笑顔で楽しんでいる様子が見られていました。複数人のレクなどを通して、同席の利用者様以外の利用者様とも交流の機会を増やしていくことを目標にしました。

取り組みの結果

①について

A様ができることや普段から行っていることに着目し、以下の5つの取り組みを行いました。

- ・おしぼりを丸める
- ・洗濯物をたたむ
- ・職員が見守りの中テーブル拭きを行う
- ・職員とリネンを作る
- ・職員と清拭を丸める

いざ実施してみると、以前は、たたみ方を伝えると自分でその手順通りにたたんだり、丸めたり、することができていましたが、職員が一つ一つ繰り返しそばにいて説明しないときできない状態になっていました。また、今まで見られなかった、帰宅願望がみられるようになりました。原因として、同席のロング利用の利用者様が退所されたことによる環境の変化ではないか、A様が実施する中で自信を無くしてしまったのではないかと考えました。取り組む内容を見直し、席を変えたり、A様が他利用者様や職員と一緒にできること、A様が自信を

もってできることを考えました。まず、自信を取り戻すために簡単な作業を行うようにするという点、自分のテーブルで行うことができるという点を意識して実施しました。ですが、実施後にも帰宅願望は継続して見られ、改善したと言える状況ではありませんでした。

本人ができることややりたいことを見つけるために、毎日 A 様の様子を踏まえたうえで実施しました。例えば、帰宅願望や立ち上がりが多い場合は、レクリエーションを中心に実施したり、A 様自ら「手伝うよ」とやっていただける場合には、洗濯物をたたんだり、おしぼりを丸めていただいたり、工夫して行いました。いろいろ試す中で、他の利用者様が落ち着かない様子の際に、その方の横に座っていただき、お話していただきました。すると、その利用者様は落ち着かれ、A 様とその利用者様は笑顔で話されていました。また、職員にマッサージをすることがあり、A 様の話を聞くと旦那様や家族にマッサージをよくしていたとおっしゃっていました。A 様のマッサージはとても上手で、やっていただいた職員全員が好評でした。

取り組みを通して、A 様は他者との交流の中でできることや長所を活かしたり、役割を見出したりすることが合っているのではないかと考えました。

②について

体操は、職員のオリジナル体操やごぼう体操を行いました。職員が見本となって行い、A 様だけでなく他利用者様も一緒に行いました。回数を重ねるごとに、A 様や他利用者様も積極的に行う様子が見られました。

機能訓練や下肢の運動では、平行棒を使用し歩行訓練を行いました。歩行の際、足首・膝を伸ばしたまま曲げていない様子が見られたため、意識して曲げられるように、声かけや足首や膝をほぐしてから実施しました。声かけを行うことで、曲げることを意識して足を挙げて歩く様子が見られました。

体操や機能訓練は、積極的に取り組まれる様子が見られました。現在でも、ふらつくことがあり、転倒リスクは高いため、取り組みを継続させていきたいと思います。

③について

口腔内のケアについては、A 様は、見守りが必要ですが、ご自身で口をゆすいだり、歯を磨いたりすることはできます。そのため、A 様が口腔ケアをした後に、仕上げ磨きを行うようにしました。実施した結果、洗面台に血痰を吐き出すことや枕に血痰が付くことも無くなり、A 様が気にされることが無くなりました。また、職員からは「以前よりも口臭が改善された」との意見もありました。

入浴については、A 様に声掛けを行い、体を洗うタオルを渡して洗っていただきました。A 様は丁寧に自分の手の届く部分は自分で洗っており、仕上げに職員が洗いました。A 様は「気持ちがいいね、私お風呂だいすきな」とおっしゃられて、入浴されていました。

④について

同席の利用者様だけでなく、他の利用者様とも関わる機会を増やしたいと思い、複数人で行えるレクを実施しました。その中でも、三角積み（牛乳パックで作った三角の積み木を使ったもの）は、本人が笑顔で集中して取り組まれていました。また、他利用者様と外に散歩に行かれた際には、「綺麗な花が咲いているね。外は気持ちがいいね」と笑顔でおっしゃられていました。レクを通して、A様だけでなく、他利用者様の笑顔も見られました。

考察・まとめ

今回の事例を通して、本人の長所やできることに着目することの大切さを改めて感じました。できないことや認知症の症状に目がいってしまうことが多くなってしまっていることを感じました。当然その利用者様に合わせて支援していく上では、「できること」と「できない（困難な）こと」をしっかりと区別する必要があります。ただ支援が必要な部分（＝できないこと）を見るのではなく、できることを活かしていく、それがストレングス視点に基づいたケアだと思えます。

私たち職員は利用者様と関わる中で、利用者様の豊かな生活を実現させるよう支援する必要があります。豊かな生活といっても、それは一人一人違うものなので、利用者様がこれまでどのような生活を送ってきたのか、そしてどういう生活を送りたいと考えているのかを常に想像しながら関わっていくことが大切です。これは私の学生時代の恩師の言葉ですが、「クライアントが何を考えているか、本当の意味でそれを知ることは他人である我々にはできない」そして、「だからこそ我々は他人を知るために相手に寄り添う必要がある」というものです。

今回の取組の中で「A様が実施する中で自信を無くしてしまったのではないかと考えました」という部分がありますが、実施内容が不適であったというのは、本人の気持ちに寄り添いきれていなかったからこそその結果だと思えます。この反省を活かし、その人の思いに寄り添えるように、利用者様一人一人まっさらな気持ちで関わっていきたいと思えます。

「ここがどこかわからない。もう何も聞こえないよ」

居宅介護支援事業所ようざん

小池 吉範

齋藤 照美

「ここがどこかわからない。もう何もきこえないよ」

A 様に 1 ヶ月ぶりに会った時の言葉でした。このような言葉を聞けば、ケアの失敗であると思うかもしれません。しかし私は「A 様よかったですね」と感じました。

本人が最も落ち着いて過ごせる場所はどこなのか。A 様の事例を紹介いたします。

【利用者様紹介】

A 様 89 歳 男性 要介護 4 認知症高齢者自立度 IIb

既往歴 アルツハイマー型認知症、慢性硬膜下血腫

B 市生まれ。高校卒業後、精密機械工場や印刷会社で勤務。定年まで勤める。退職間際に妻がパーキンソン病になり介護をされました。A 様も肺炎や右大腿骨骨折をされ、心配した長女様が他県から実家に戻りました。妻を亡くしてから長女と孫と 3 人暮らしを継続していましたが約 2 年前から幻聴があり、1 年前に突然家を出るなどありました。入院し介護申請後退院されました。その後落ち着いていましたが、アルツハイマー型認知症の診断が出たことで長女様が不安になり、12 月から週 1 回のデイサービスを利用することとなります。

【デイサービスから施設入所へ】

ある日、A 様が「誰かが自分を呼んでいる」と叫び長女様の制止を振り切って自宅から外に出ていこうとされました。その日はデイサービスに緊急利用となりましたが、昼食を食べず、頭を抱えて「やくざが家に来る。警察に行かなければならない」とおっしゃいました。家に帰れる状況ではないので数日間ショートステイで宿泊することになりました。ショートステイ利用中に長女様がおじいちゃんの面倒を見られないと言われました。私は入院治療か入所施設を検討したほうが良いと伝え、C 施設紹介業者に A 様の相談をしました。

ショートステイが満床のためデイサービスご利用後迎えに行った長女様から夕方ごろ電話があり「デイサービスの帰りにおじいちゃんが警察署に連れて行けと言って言うことを聞かないです。スーパーの駐車場に車を止めているので今すぐ来てください」という連絡でした。

到着すると、A 様は「警察署に行くからどいてくれ」と興奮されている様子でした。長女様と相談して警察を呼ぶことになりました。23 条通報（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 23 条に基づく通報）によって自傷他害の恐れのある人は警察官の通報により 2 名の医師の診断後、治療のための措置入院が出来るかもしれないと考えました。

2, 3 人の警察官がパトカーで到着し、状況を見て警察署に連れて行くことになりました。到着後 A 様は望みがかなったためか落ち着きました。警察官は落ち着いているので、措置入院には多分ならないこと、通報して鑑定医の方が来るまで 3, 4 時間はかかることを長女様に説明しました。長女様は「今帰ってまた警察に行くで大騒ぎしたらどうすればいいですか」と言いましたが、警察官は「鑑定まで待っていただくか、あきらめて連れ帰るしかないです」と繰り返し答えました。受診の時に主治医に今日のことを説明すれば入院が出来るのではと長女様に説明し警察署を後にしました。

2 日後 A 様・長女様と一緒に受診に行きました。主治医に警察での話を伝え、本人の幻聴が治まるまで入院出来ないか相談しました。しかし、一時しのぎの入院で退院後また再発する可能性があるため、ゴールをどこにするか明確にしなければならぬと言われ、内服治療の継続と、ケアマネジャーに入居施設探しを指示されました。

1 ヶ月後 C 施設紹介業者から精神疾患のケアに強い有料老人ホームを紹介され、入所することになりました。在宅の方向も探ってきましたが、ショートステイの報告では自宅にいる時は嫌な声を本人がきいていたが滞在中は幻聴の訴えがないので、施設で生活したほうが幻聴に悩まされないのではと考えた結果でした。

入所後幻聴を抑えるための薬の副作用や、自宅にいた時の転倒などで状態悪化が進み、サービスを変更したいと有料老人ホームの D 管理者から依頼があり区分変更申請を行うことになりました。

【区分変更申請】

認定調査日に会った A 様は少しやせておりました。本人に「自宅からここに移っていかがですか」「この頃近所の人の悪口が聞こえますか」と伺ってみました。その時に A 様が答えた言葉が「ここがどこかわからないよ。もう何も聞こえないよ」でした。

新型コロナで調査に同席出来なかった長女様に、調査員からは、「娘に負担をかけて悪かった、感謝している」、有料老人ホームの D 管理者からも「状態も徐々に改善し歩行訓練に努めている」と報告がありました。長女様からも「おじいちゃんを入所させたことにより恨まれていると思ったが、感謝されるとは思わなかった。」と言っておられました。施設に移ってから、幻聴に悩まされることも少なくなり訴えも聞かないとのことでした。

【最後に】

居宅介護支援事業所のケアマネジャーなので、支援を考える時はまず自宅での生活をベースに考えます。しかし A 様は施設で生活することで幻聴も聞こえなくなり、穏やかに楽しく暮らしております。認定調査から 1 か月後の A 様はレンタルしていた車いすを引き上げ、自分で歩けるようになりました。朝の洗顔や歯磨きなども自分で行い、他利用者様や職員に挨拶したり、朝の食堂ではテレビが見えない利用者様が座る車いすの位置を調節した

りしています。

ご本人が一番自分らしく過ごせる場所はその人が一番安心できる場所で自分らしさを発揮できる場所であることを今回の事例で学ばせていただきました。高齢者の支援では環境を変えることはあまり良くないですが、A様がデイサービス、ショートステイを経て有料老人ホームに生活の場を移したことで、A様が苦しんでいた幻聴から解放され、新しい環境や社会で役割を持ち自分らしさを発揮することが出来ました。

高齢者にとって、環境は生活するうえでとても重要な要素であります。在宅、施設と生活する場はありますが、その人が自分らしい生活を送り、安心して過ごせるようにこれからもケアマネジメントをし続けていきます。