

第 8 回ようざん認知症介護事例発表会

通所系

平成 28 年 6 月 28 日

My スタイル ～私のようざんライフ～ スーパーデイようざん飯塚第2	.....P.1
なんで A さん 怒ったの？ スーパーデイようざん	.....P.5
コトバの中に スーパーデイようざん小埴	.....P.10
120歳まで生きる～お父さん、歩かなきゃダメ！～スーパーデイようざん貝沢	.....P.15
「デイサービスはもうーの家だよ」 ～自宅からサービス付高齢者住宅に住居が変わっても～ デイサービスようざん並榎	.....P.21
「サンキュー」～そのひと言に支えられ～スーパーデイようざん双葉	.....P.26
「心穏やかに、そして笑顔で過ごして頂く為に」 スーパーデイようざん石原	.....P.31
デイサービスぽからの認知症予防の取り組みデイサービス ぽから	.....P.36
私のオアシス・ようざんパーソンセンタードケア スーパーデイようざん栗崎	.....P.40
「色々あるけど頑張るよ！」 スーパーデイようざん中居	.....P.46

My スタイル

～私のようざんライフ～

スーパーデイようざん飯塚第2

発表者:金森佑介

【はじめに】

「無理かもしれない。」利用開始前のご相談の時に娘さんがおっしゃった一言でした。
この事例は、そんなA様がデイサービスに通い始めて起こった様々な変化を紹介致します。

【ご利用者様紹介】

氏名:A様 性別:女性 年齢:89歳

要介護度:1

既往歴:平成24年にアルツハイマー型認知症と診断

家族構成:夫は入院中娘家族と同居(二世帯住宅)

服薬状況:イクセロンパッチ

チラージン S1

ニスタジール

メバリッチ

マグラックス

ラキソベロン錠

性格:物静かで真面目、とても控えめな性格

生活歴:Y町の生まれ

結婚前は代用教員数年、結婚後はデパートの呉服売り場で10年ほど勤務

【家族からの希望】

夫が入院してから急に物忘れがひどくなり、入院していることも忘れてしまう。
本人は嫌がりますがデイサービスに通い、これ以上の悪化を防ぎたいと思います。
本人の性格から小規模のデイサービスが良いと思い、お試しも利用出来たので利用開始にしたいと思います。

【利用開始の様子】

まずはお試し利用からのスタート。
初めての場所ということもあり、少し緊張された様子もありましたがご近所のお知り合いの方が利

用者様にいらっしゃり、お隣に座り和やかに会話をされていました。午後のレクのティッシュカーリングに参加され、見事3位となり笑顔で1日を過ごされていました。このままの流れでスムーズに利用開始出来るかと思いきや、自宅に帰ると「やっぱり私にはにぎやかなところは合わないみたい。お家にいてゆっくりしていたほうがいいわ。」と言われていたとケアマネから報告がありました。しかし家族の希望もあり、慣れていただく為に週3回の利用となりました。

ご利用して初めのうちは、緊張している様子で表情も硬く発語も少なく、ご自宅へ戻った後には「家がいい」との発言も聞かれていたようです。入浴についても、お風呂場に案内して声かけを行っても「入らなくていいわ」と言われている状態が続き、次第にはお風呂場の方向を指すだけで首を振るようになってしまいました。

【利用開始から3ヶ月後】

デイサービスに通うことにも慣れた様子で、利用日には朝早くからご自分で出かける用意をして待っていてくれるようになり、ご自分から話される事も増え、外出先ではより多く楽しそうに談話される姿も見られるようになりました。食事に関しても、もともと少食でしたが、今は食欲も出てきてほぼ全量召し上がれるようになりました。

自宅での様子にも変化がみられているようで、鼻歌を歌うようになったり、新聞を読んだり、見なかったテレビを観るようになりました。また、以前は自分から人を誘う方ではなかったのに「一人だとつまらない」と友人に連絡し、家に呼んでおしゃべりを楽しむようになったそうです。「もともとオシャレは好きな方なのですが何年ぶりか、思い出したようにマニキュアも塗るようになったり、私達もビックリの変化で、活動的になりました」とご家族からお話がありました。

なかでも1番の大きな変化は拒否もなくようざんで入浴が出来るようになったことです。

【何が変化をもたらしたのか】

① 充実したレクリエーション

・敬老の日イベント

昼食に炭火で焼いた秋刀魚を提供

→外でスタッフが秋刀魚を焼いているところを見て「美味しそうね！」とおっしゃり、食事中も「秋刀魚を食べたのは久しぶり。」と喜ばれる

・梨狩り

梨園に行き自分で選んだ梨を採り、その場で召し上がる

→旬の梨の美味しさに感動し「お土産に持って帰りたい！」と言われる

・外出レク

景色の綺麗なところを中心に掛け、散策する

→「家で寝転がっていたらこんな景色見られないわね。」と景色を楽しまれる

・おやつレク

昔懐かしいおやつを他利用者様と協力し作る

→「いつもやらないことだから楽しいわね。」と積極的に作られる

・デュアルタスク

昼食後など空いた時間を使い、毎回行う(あとだしジャンケン、手拍子しりとり、お手玉かけ算等)

→「難しい」と言われるも、楽しんで参加される

・アニマルセラピー

SD で飼っているハムスターと触れ合う

→ハムスターを見せると「可愛い」と一言

小屋掃除をしていると本人からハムスターに興味を示す

来所するたびに自ら声を掛けに行く

自宅にて一人で何もせず過ごしていることが多かった A 様にとって、デイでの時間は刺激となり、自宅での生活にも良い影響を与えたと考えられます。

② 入浴までの道のり

浴室に案内し、脱衣室や浴室の見学をされ、浴室に装飾してある富士山を見て「広いんですね。富士山もある。」と話されるも入浴拒否。その後も何度か入浴に誘うも「億劫」と断られてしまいました。約二週間後、他利用者様が足浴をしていると「足湯？」と興味を示され、そのまま足浴を勧めるも「腰まであるタイツを穿いているから面倒だわ。」と話しにのってもらえませんでした。後日声掛けを変え「皆さんに足浴器を使っていただき感想を聞くアンケートをとっているのでもお願いしてもいいですか？」とお願いすると足浴には応じてもらえ、場所も浴室ではなくホールのソファールでお話をしながら楽しめました。終わった後は「気持ち良かった。こんなに足を大事にもらったのは初めてよ、ありがとう」と感謝の言葉を聞くことが出来ました。それから引き続き入浴お誘いすると「お風呂はいいわ」と言われるも足浴にはスムーズに応じられ、場所も浴室で行えるようになりました。そんな日々が 2 か月続いたある日の事、入浴剤の入った浴槽を見て「あら、薬湯？」と言われたので「とても温まりますよ、良かったらお風呂どうですか？」と誘うと「じゃあ入ろうかしら」と言われ初めて入浴することが出来ました。「昼間からお風呂に入るなんて贅沢の極みね」と喜ばれ、その後は拒否なく入浴出来る様になっていきました。

焦らず、本人のペースに寄り添ったケアを行ったことが、入浴につながったと思われます。

【考察】

物静かで真面目な性格、外にも出たがらず、とても控えめな A 様。知らない人ばかりの場所に通

うことすら難しいのでは、と思われていました。そんなA様がデイサービスに通うことにも慣れ、入浴も出来るようになり、利用日以外は一人でいるとつまらない様子との事で利用日が週3利用から週5利用に増えることになりました。

A様は初めて行うレクや体操には参加せず、まずはよく様子を見て慣れてきたら参加するという慎重な方です。そんなA様に対して、職員間でのケアを統一し安心して過ごせる環境づくりに努めました。この「安心」がA様に変化をもたらしたのではないのでしょうか。A様のペースに沿って行ったケアが安心出来る環境となり、デイサービスに通うことに慣れていきました。さらに充実したレクが刺激となり、家庭を含めA様の生活全般に活気が出てきたと考えられます。

【まとめ】

今回の事例にて、その人のペースに沿ったケアがいかに重要で影響を与えるかということを学びました。それは当たり前のことですが、改めてA様の事例を通して気付かされました。

これからもA様に限らず、どの利用者様にもそのひとにあったケアと充実したレクリエーションを提供し続けていきたいです。

なんで A さん 怒ったの？

スーパーデイようざん

発表者：中山 大輔

【はじめに】

A 様の毎回のケア記録には、『急に怒り出し・・・』『突然スイッチが入り・・・』『とにかく怒っている・・・』などという言葉が多く記されています。普段の職員間の会話でも「なんだかわからないけど怒り出して・・・」「〇〇まではよかったけどね・・・」といった内容のやり取りが行われることが多いです。

A 様が何に対して怒り、周りの利用者様とトラブルを起こしてしまうのか？ わからない……。また、怒ってもしばらくするとそのことを忘れケロッとしていることが多いため正直な話そこまで重要視してきませんでした。

しかし、本来はとても素直で、お話し好きで、礼儀正しく、やさしい方です。A 様が周りの利用者様、職員と気持ちよく触れ合うにはどうしたらいいか？ A 様の怒りについて寄り添い理解しようとする取り組みについて報告します。

事例紹介 A 様 女性 85 歳（平成 28 年 4 月 28 日現在）

＜要介護度＞ 3

＜既往歴＞ 胆石症・胆摘（平成 13 年 4 月 24 日）、逆流性食道炎、高血圧、認知症（平成 23 年 3 月頃より顕著）

＜身体機能＞ 移動-自立、排せつ-自立、入浴-自立、食事-自立

聴力-生活に支障なし、視力-生活に支障なし（緑内障により見えづらい）

＜生活歴＞ 工務店を自営する夫を支え仕事も家庭も順調にやっこられた。スーパーデイを利用する

数年前、夫が病気で亡くなるまでの間しっかりと看病されていた。車の運転も高齢になったため平成 23 年からやめる。現在は、長男家族と 5 人暮らしで認知症状があり記憶障害、理解力の低下、感情表現の変化、徘徊行動等がみられる。スーパーデイようざんへは週 4 回（火木金日）利用している。

＜家族より＞ 日中は、仕事で不在のため、心配している。デイサービスではよくしてくれているので

たすかっている。

【A 様の症状と現状】

A 様は以前からとても話をするのが好きな利用者様で、話し出すと止まりません。また、会話が一方通行で言葉のキャッチボールが出来にくい状態にあります。そのため、利用者様同士での会話は中々成立せず主に職員が聞き役となり対応しています。1対1の会話であれば職員が聞き役となることで対応できますが集団での会話や行動となると周りのことを気にしないで話し始めてしまう、行動してしまうため皆で行っていることを邪魔してしまうことも少なくありません。また、そうしたときに A 様は怒りだすことが多いです。

【A 様の怒り方についての観察】

A 様が怒った際の原因について観察するといくつかの異なる理由があるのではと考えられるようになってきました。特に目立つ内容として、2 点を挙げます。一つに、特定の利用者様への敵対心、二つに、ルールを守らないための怒りです。

【特定の利用者様への敵対心】

A 様は、ある特定の利用者様に対して敵対心を抱きその人の行動一つ一つに対して怒ってしまいます。

ある対象者は、A 様と同じく 5 年以上利用されている顔なじみです。

一例を紹介します。

ある日の行動[特定の利用者を B 様(女性)とする]

A 様、B 様がそれぞれ離れて席に座り新聞や本を読んでいる。

職員:「A 様、おはようございます。」A 様にお茶を出す。

A 様:「おはようございます。おやつはないの？」冗談を話すなど上機嫌。

そこへ B 様がトイレへ向かわれ A 様の目の前を通り過ぎる。

A 様:「あの人、同じ年だけど偉そうにして、何にもできないのよ。」顔を見た瞬間、不機嫌になる。

B 様がトイレから戻り A 様の席の後ろを通ろうとする

A 様は、肘を振って B 様に当てようとする。職員が間に入っていたため届かず。

職員が間に入ることにより、致命的な衝突には至っていないが暴力を振ってしまいそうなほどに A 様は、B 様のことを毛嫌いしておりその理由をお聞きすると“同じ年だけど偉そうにして何もできない”、“先生って知っているけど嘘”“挨拶したことがないの”といった話を繰り返しています。また、B 様は同じ時間に来所されることが多いため顔を合わせる機会も多く朝から不機嫌になってしまい入浴拒否も増えている状況です。

【意味づけ】

長い付き合いの二人ですが、年数を重ねていくうちに 2 人ともに利用開始当初よりも認知症状は少しずつ進行していきました。当時は、B 様はももとの性格からかスーパーデイで中心的な存在で B 様を中心に大きい笑い声が上がることも多くありました。A 様は、本来読書が趣味でありおとなしい性格から、そういった部分を当時からあまり快く思っていなかったのかもしれませんが。ただし、相手は中心的な存在であったためその思いを内に秘めていたのではないかと思います。上記にもありますが、少しずつ認知症状が進行し、B 様は周りから浮いた発言が増えるようになっていきました。この様子を感じ取った A 様が今まで考えていたことを口に出せるようになったのではないかと思います。

【取り組みと結果】

真っ先に行った取り組みとして、A 様の家族と相談し利用日の調整を行いました。

利用日 火木土 → 火木日へ変更（現在は火木金日）

A 様が特定の利用者様と顔を合わせる機会を減らす意味と利用者人数の少ない日曜日を利用することにより

穏やかに過ごせる時間が増えることを期待してのことです。A 様は、夕食まで利用の方ですが夕食時にはほとんどの利用者様が帰宅している状況です。一人になることもありますその時の様子はというととても落ち着いていて穏やかです。ただし、常にそのように一人でいる時間や、特定の利用者様がいない時間を作るということは利用の頻度等から厳しく利用が重なる曜日も少なくありません。

そこで、日ごろの業務に、席順の決定を行うようになりました。以前までは、特に利用者様の席を決めることはなく来所した順に好きな席に座っていただいていたのですが A 様の隣、正面、または目に入る位置、利用者様同士の相性などを、職員で来所前に打ち合わせし自然に指定した席へ誘導するようになりました。

また、接触を自然に減らす方法として、入浴の時間をなるべく他利用者様が集まる前に行うようにしています。このようにしてからは、比較的拒否が少なくなりました。

【ルールを守らないための怒りについて】

A 様は、(本人の中での)ルールを守らない人を見ると怒ってしまいます。

一例を紹介します。

利用者様全員で歌集を見ながら歌を歌っている状況

～1 曲目を歌い終わったところ～

A 様「次は何(なんの歌)?」(歌が大好きなため上機嫌)

他利用者様 + 職員 (1 曲目の歌についての思い出話をして盛り上がっている)

A 様「うるさいよ! 今は歌をうたっているから!」(周りの笑い声に急に不機嫌になりテーブルを叩く)

周りの利用者様は委縮してしまう。

【意味づけ】

前提として集団行動に関して勝手にふるまってしまうことが多い中、歌に関しては積極的に参加されることが多いため歌のレクリエーションを取り入れています。しかし、逆に“今は皆で歌をうたう時間”という考えの中で、歌を歌っていない周りの利用者様や職員は悪いことをしているという考えになっているように思います。本来であれば、利用者様達の思い出話が主で歌はオマケでもいいのではないかと考えます。しかし、A 様が参加している時の歌のレクリエーションでは、“ほぼノンストップで歌をうたいつづける”という形になってしまいます。

【取り組みと結果】

1、カラオケの導入

カラオケであれば全員で歌を歌う必要はないはず。歌う人と聞く人がいるため歌わない人がいても自然な形で対応できると考えました。しかし、カラオケに対する理解が曖昧なため予想より効果は得られませんでした。今後も続けて様子を見て行きたいと考えています。

2、個別対応

基本的に A 様が来所されている際は、職員が隣に付き添います。利用者様同士ではコミュニケーションを取りにくく、トラブルが起きる可能性が高いためです。また、A 様と他利用者様とのかわりに対して離れる時間を作るため、個人での散歩、花への水やり、お菓子作り、職員との買い出しなど様々な個別対応を行いました。一人、または少数では、穏やかで笑顔が多くみられています。ただし、やはり本人としても利用者様達の輪に参加したい、一緒に過ごしたいという思いがあるのかしばらくすると輪に入ろうとするしぐさがあり、職員の声掛けに再び参加されることもあります。そんな時は職員が付き添い集団の中でコミュニケーションが取れるよう手助けします。

【まとめ】

A 様がよりよくスーパーデイようざんで過ごしていただけるように日々どうしたらよいかを考えいくつかの取り組みを紹介させていただきました。結果は正直わかりません。A 様に対してこれをすれば大丈夫ということはまだ見つかっていません。もしかしたらないのかもしれませんが。それでも A 様がスーパーデイようざんで気持ちよく

過ごしていただけるように我々は、取り組みを考えて継続していこうと考えています。そのように

我々が頑張れるのも A 様はお客様が見えれば席を立ち「どうぞ座ってください」、怪我をした利用者様を見れば「大丈夫？すぐよくなるよ」などと声をかける優しい方だということを、我々職員は取り組みや日ごろの接していることでよく知っています。これからも A 様が怒ることがあると思います。そんな時「なんで A さん怒ったの？」と職員同士、優しい気持ちで話し合い接していきたいと思っています。A 様これからもよろしくお願いします。

コトバの中に

スーパーデイようざん小埜

関口美穂 遠藤尚美

◆はじめに

「すいません、都合で送ってください」「電話でタクシーを呼んでください」

今日も A 様は、昼食後の一番忙しい時間帯に何度も言われる。その都度対応しているが、2, 3 分経つと同じことを言われる。

他者との関わりのなかで、相手の本当の気持ちを知ることは難しい。認知症により自分の気持ちや思いを適切に伝えられず、何度も同じことを言われることがある。それを私たち支援者は、帰宅願望や短期記憶障害、行動障害などと表現し、その人の言葉の中にどのような気持ちがあるのかを理解していない現状がある。

スーパーデイようざん小埜では、ある利用者様の言葉の中に秘められた気持ちを探るためにひもときシートを活用し、そこから行ったケアについて紹介する。

◆事例対象者

利用者様: A 様(要介護 2)

生年月日: 昭和 12 年 2 月 13 日

既往歴 : 狭心症、アテローム性脳血管症

アテローム性脳血管症を発症し、入院中に認知症が進行。

向精神薬副作用による嚥下困難。

生活歴 : 地元の短期大学を卒業後、営業の仕事に 3 年間従事していた。実母の始めた食堂の仕事に転職。29 歳ころ栄養士をしていた奥様と結婚し 2 男に恵まれる。事業を拡大し現在は 25 名の従業員がいる弁当会社を経営している。

◆ご利用開始前

A 様は、平成 27 年にアテローム性脳血管症を発症してから転院を繰り返される。入院中に認知症の症状が現れ、次第に進行。退院後に入所した老人保健施設では、他利用者を奥様と誤認し追いかけてまわす、手をあげるなどの行動がみられたとのこと。認知症状の改善の為に薬の影響により嚥下困難で食事が摂れなくなり、会話も無く意欲も低下し、A 様らしさを失いかけていたという。薬の変更後、徐々に回復し、週末にご自宅へ帰ることが可能になり在宅復帰となる。平成 28 年 1 月、スーパーデイようざん小埜のご利用を開始される。

◆A 様の行動

性格は寡黙で人見知りするタイプで、優しいが短気で待つのが嫌いである。A 様の性格上、デイサービスに行くことは抵抗があるはず。私たちがお迎えに行くと、いつも用意をされて待っていて下さる。ご家族に、「行きたくないと言ったり、明日もようざんか、嫌だなあと言ったりすることはありますが、朝になるとしっかり起きて待っているんです。」と教えていただく。それは「人を待たせてはいけない。迷惑をかけてはいけない。」という A 様の信念である。

入所中の行動が記された情報書には、「帰宅願望あり外へ出ようとされる」「エレベーターに乗って歩いて帰ろうとされる」とあった。そこで利用中、「帰りたい」と訴えがあったときには、ご本人の訴えを傾聴しながら、一緒に散歩やドライブに行くことで気分転換を図ってみようと職員間で事前に話し合っていた。

2、3 分おきに「すみません、タクシー呼んでください」と職員へ頼まれる。その都度説明をするも、すぐに同じことを繰り返される。時には、「用事があるから家に電話してくれ」「送ってもらえないなら歩いて帰るから外に出してくれ」と、強い口調で訴えられる。A 様が安心してここにいられるようにするためには、どのようにお答えしたら良いのか、なぜそのようなことを言われるのか、何度も話し合った。奥様にお話を伺うと、「老人保健施設の職員からバスが遅れているみたいだから、もう少し待っていてください」と言われたことに対し、「バスなんか乗らないのにとがっかりしていた」というエピソードをお聞きする。納得させるための声掛けは、A 様の思いを全く尊重していない事に気付く。A 様は、職員がその場しのぎの対応をしていることを見抜き、それでも訴えていたのだ。

◆ご家族の思い

病気を発症してから在宅復帰までの 8 ヶ月の間に A 様に起った変化は、ご本人だけでなく、ご家族と食堂の職員の方々に大きな影響を与えた。ご家族と食堂の職員さん達の間には、素晴らしいルールがある。それは、「A 様に役割を与え、子供扱いしないこと」である。食堂の職員さんは、A 様のことを「会長」と呼ぶ。そしてご家族は、A 様が時々仕事場に立つ時には、役割を持たせ、意見を聞き、尊重している。「仕事場にいられると本当は困るんですけどね」と笑いながら話す奥様。ご家族の介護力と愛情に感動した私たちは、A 様と A 様のご家族のために、少しでも力になりたいと思った。

◆ひもときシートを利用し、A 様の気持ちを理解する

A 様は繰り返される言葉の中で何を伝えたいのか。私たちはそれを探るために「ひもときシート」を活用することにした。「ひもときシート」とは、認知症介護研究・研修東京センターにおいて開発されたものである。援助者の思いこみや試行錯誤から脱け出すために、シートのそれぞれの段階で「評価的理解」「分析的理解」「共感的理解」の考え方を学び、援助者中心になりがちな思考を本人の気持ちにそった対応に変えて、課題解決に導こうとするツールである。

A 課題の整理 I 援助者が感じている課題(援助者の評価的理解)

- ①職員が対応しきれない昼食後に、「タクシーを呼んでください。都合で送ってください」と言われる。
- ②何度も説明するが、すぐに同じことを繰り返される。
- ③他利用者様が注意するときもあり、そうなると利用者間でトラブルが起こる。

B 課題の整理 II 援助者が想定する対応・方針

あなたはこの方に「どんな姿」「状態」になって欲しいですか。

・事情を説明すれば納得していただいて、何度も同じことを言わなくなる。

そのために、当面どのような取り組みをしたいと考えますか。

- ①説明において、ご本人の尊厳を傷つけないように答える。
- ②同じことを何度も言われても、初めて聞いたように関わる。
- ③ドライブや散歩をして気分転換をする。
- ④軽作業のお手伝いを頼む。

C 本人の状態や状況を事実に基づいて確認してみよう(分析的理解)

(昼食が終わると毎回)「タクシーを呼んでください。都合で送ってください」と訴える

【A 様へ質問】

「なぜいつも昼食の後、送ってほしいと言われるのですか？」

【A 様の回答】

「その時間に出かけたいんだよ」

「その時間に帰れないのは分っているんだけど、短気だから待てないんだよ」

「ようざんから歩いて帰れないから、車で送ってもらおうと頼んでるんだよ」

【ご家族より】

「前の入院施設の時も同じように言っていました」

「その時間に楽しみがないから帰りたいのかな」

「今まで言わなかったのだが、自宅でたまに『寂しい』と言うんです」

「温泉施設やパチンコなどにも連れていくが、パチンコもそんなに楽しそうにはやっていないです」

D 課題の背景や原因等の整理(共感的理解)

- ①弁当会社で社長をしているときは、仕事が終わるとパチンコや競輪などをされ、土曜日は帰ってこないことが多かった。
- ②短気な性格なので、待てない。
- ③その時間に本人がやることがないから。
- ④職員が昼食後に利用者様などの口腔介助や後片付けなどでバタバタしていて、A 様になかなか関われないことがある。

E 事例に書いた課題を本人の視点に置き換えて考える

- ①退屈だから外に出かけたい。
- ②短気だから待てない。
- ③脳梗塞になったから少しのことでも怒りやすくなっている自分を理解している。
- ④ようざんから歩いて帰れないので、タクシーを呼んでもらいたい。
- ⑤職員が忙しいのもわかるから、タクシーを呼んでもらえば迷惑をかけずに帰宅できる。

F 課題解決に向けた新たなアイデア

- ①昼食後、A 様が「送ってくれ」と訴える前に、職員が先に声をかけて密に関わる。
- ②A 様の楽しみや役割を、デイサービスで見つけるようにする。

◆ひもときシートの活用を経て～A 様らしさを引き出すイベントの実行～

このひもときシートを活用したことで、A 様への理解が深まった。「なぜ今タクシーを呼びたいと思っているのか」と考えて、しっかりとこたえていくように変わっていった。短期記憶障害のため何度も繰り返されるが、その都度職員が「大丈夫ですよ、お待たせしてしまってすみません。」「退屈だと、外に出たくなりますよね。」「お帰りの時間まで、一緒に外を散歩していただけますか。」など、A 様の思いを受けとめた対応により、A 様が易怒的になることは減り、「悪いな。ありがとな。」と穏やかな表情になられた。

私たちは、A 様に役割をもっていただき、楽しみを見つけてほしいとの願いから、A 様と一緒に作ったお弁当を昼食にするイベントを企画した。

普段、お弁当の献立作成にも意見を出しているという A 様に、ある日の昼食のメニューを見せ、ここにもう一品加えろとしたら何を作るか考えていただいた。すると、「なすがあるといいから、なすの炒め物を添えるといいよ」と言われた。

後日、A 様と一緒に近くのスーパーに買い物に行く。「このなすは高知県産だね。これがいいよ」「玉ねぎもあるといいね」「香りづけにニンニクもあるといいよ」「ゆでたブロッコリーもあると彩りが増すよ」「ひき肉がなければ、この肉を買って適当な長さに切れば、ひき肉の代わりになるよ」と言われる。素材を見たり、アイデアを提案したりする A 様は楽しそうであった。

買い物に行ってから、A 様が提案したなすの炒め物の調理を行った。白衣と調理帽を身にまとった A 様は次々と職員に指示を出される。「このしめじの石づきを取ってください」「にんにくは砕いてから皮を取るといいよ」「味噌と砂糖をお椀にといてから炒めよう」「食べる人は甘口がいいのかな、辛口がいいのかな」…炒める時もフライパンに油をひいてから、刻んだにんにくを炒め、手際よく切った具材を順番に入れていく。フライパンを握った姿は一料理人として立派に見えた。

一緒に行った女性職員も「主婦の手抜き料理しかしていなかったが、料金をいただく弁当を作っていた A 様からいろいろ料理方法や工夫を教えて頂いた」と感心した。

配色用の弁当箱を用いて、おかずの盛り付けをしたり、みそ汁やご飯をよそったりしていただく。テーブルも拭いてくださり、無事に弁当が 12 時に提供できた。他の利用者様も「いつもと違ってお

いしく感じるね」「このなす炒めおいしいね」とおっしゃっていた。A 様も「また、いつでも言ってください。作りますので」と笑顔でおっしゃってくれた。

◆考察・終わりに

A 様がデイサービスの利用に慣れてきた頃、一緒に散歩をしているとこんなことを言われた。「帰るわけじゃないんだから、大丈夫だよ。競輪に行きてえんだ。」

今回ひもときシートを活用して、A 様本人の言葉の中の気持ちを探ることができた。A 様は職員が忙しいことを理解しているものの、外に出かけたい気持ちがある。そして職員の説明に納得するも、認知症のために忘れてしまう。私たち介護士は、自分の都合や思い込みで利用者様と関わるのではなく、利用者様の言葉の背景を知り、それに合った対応をしていかなければならないと改めて感じた。そしてその人らしさや個性を尊重することで、利用者様との信頼関係が深くなっていくのではないだろうか。

ある日のふれあいノートに奥様がこんな言葉を書いてくださった。「朝の日課を済ませ、新聞を広げながら旅行案内のチラシが入っているかと聞き、どうするのかと思ったら、私を旅行に連れて行ってやりたいと言うのです。そんな思いやりがすごうれしく、ここまでになったかと感無量です。普通の夫婦の会話なら何でもないのですが、我が家では大ニュースです」

ご家族によると、スーパーデイようざん小埜を利用してから、初めて笑顔を見せたりするようになったとのこと。息子様は「父親がそんなに好きではなかったが、今では大好きになった」とおっしゃった。奥様も「今まで主人と 50 年ぐらい一緒にいるが、そんなに感情豊かな人ではなかった。この頃、感謝の言葉を言ってくれたり感情表現を表したりするので、主人の今まで見えていなかった一面を発見できた」とおっしゃった。

ひもときシートで学んだように、言葉の裏に様々な思いや気持ちがあり、その真意を踏まえることの重要性が理解できた。A 様の生活歴や様々な情報を踏まえたうえで役割や楽しみを見つけていく。そのことで A 様の持っていた能力を引き出し、生活を活性化させる。それも認知症対応型通所介護に与えられた使命である。

それぞれの利用者様の言葉の中の気持ちを探り、役割や楽しみをともに見つけられるケアを行っていききたい。

A

課題の整理Ⅰあなた（援助者）が感じている課題

事例にあげた課題に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください。

・職員が対応しきれない昼食後に、「タクシーを呼んでください。都合で送ってください」と言われる。

・何度も説明するが、すぐに同じことを繰り返される。

・他利用者様が注意するときもあり、そうすると利用者間でトラブルが起こる。

B

課題の整理Ⅱあなた（援助者）が考える対応方法

①あなたは本人にどんな「姿」や「状態」になってほしいですか。

事情を説明すれば、納得していただいて、何度も同じことを言わなくなる。

②そのために、当面どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？あるいは、取り組んでいますか。

・説明において、ご本人の尊厳を傷つけないように答える。

・同じことを何度言われても、初めて聞いたように関わる。

・ドライブや散歩をして気分転換をする。

・A様のお話を聞いたり、マンツーマン対応をしたりして気分を変えていただく。

・軽作業のお手伝いを頼む。

STEP1

1 評価的理解

援助者として感じている課題を、まずはあなたの視点で評価します。

ひもときシート

(1) 病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう。

・アンブロキソール塩酸塩徐放 OD錠 45mg

・痰を切れやすく出しやすくする

・バイアスピリン錠 100mg

・血を固まりにくくする

・アプロピール錠 100mg

・高尿酸欠症や通風

・マグミット錠 500mg

・胃炎改善、弁を柔らかくする

・ロゼパム錠 1mg

・不安緊張憂鬱を軽減

・抑肝散

・神経症、不眠症、夜泣き

(4) 音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう。

・賑やかな他利用者様がいて、「うるさくてしょうがないと、頭がおかしくなる」と、訴える。

→そのような利用者様が居る時には、午前中から「帰らせてください。静かにしろと言ってください。ああいう馬鹿の近くにいると頭が痛くなりそうだ」と言われる。

(6) 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう。

・脳梗塞の影響で、左腕などが不自由である。ベッドなどでの起き上がりなども苦労している。

・ベッドが介護用品ではなく、一般の物であるため床からの高さが高い。ベッドの横にある椅子を手すり代わりにしている。

・また、自宅の2階で寝ているが、階段の上り下りがきつい。手すりが無いと階段を上ることができない。

(2) 身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう。

・本人はよく眠れているというが、ロゼパム錠などを飲んでいる。

・昼間にソファで傾眠されているときがある。

・便秘とかはない。

・不眠は無いが18時ごろに床に就くため、朝は早く起きる。床には就くが、ベッド近くのテレビを見ている。

C

課題に関連しそうな本人の言葉や行動を書き出してみましょう

あなたが困っている場面（Aに記載した内容）で、本人が口にしていた言葉、表情やしぐさ、行動等をありのままに書いてください。

昼食後に職員を呼び止めて「帰りたいので、タクシーを呼んでください。都合で送ってください」と何度も同じことを言われる。事情を説明しても、数分経つとまた同じことを繰り返され、易怒的状況になる

(7) 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ（活動）とのズレについて考えてみましょう。

・食事を召し上がったあと、台布巾で机を拭いて下さる。

・慰問などは嫌いではないが、中座をすると失礼にあたるため、最初から参加しない。

・ドライブなど出かけるときは好きである。

(3) 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう。

・家族が仕事をしている間に、デイサービスに行かなければならないという気持ち

・帰りたいのに帰れない。帰ることを職員に阻止されている怒り。

・デイサービスに行きたくない日もあるが、決まった時間に迎えに来る職員がいるため、早めに用意して玄関に待っている。

・本当に送ってもらえるのか不安になっている（そのためのタクシー代をいつも持っている）。

・家族より「寂しい」と訴えある。

(5) 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう。

・休みの日は日帰り温泉に連れてっている。

・従業員も、敬意をもってA様にかかわっている。

・家族もA様の好きなパチンコ屋に連れていっている

・デイサービスの職員も本人がお好きなドライブによく連れていき、気分転換を図っている。

・かかわりの仕方で、易怒的状態になるので対応には誠意をもって説明している。

(8) 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。

・昔は弁当会社の会長として事業を大きくしていた。今は、息子に経営を任せている。

・今は献立作成などの時は参加されるときもある。的外れな意見は言っていない。

D

課題の背景や原因を整理してみましょう

思考展開エリアに記入した内容を使って、この課題の背景や原因を本人の立場から考えてみましょう。

・何か不安なのではないか。

・性格的に待てないのではないか。

・人の注意を惹きたいのではないか。

E

「A課題の整理Ⅰ」に書いた課題を本人の立場から考えてみましょう

「D 課題の背景や原因の整理」を踏まえて、あなたが困っている場面で、本人自身の「困り事」「悩み」「求めていること」は、どのようなことだと思いますか。

・外に出かけたい

・ようざんから歩いて帰れないので、タクシーを呼んでもらいたい。

・脳梗塞になったから少しのことでも怒りやすくなっている。

・短気だから待てない。

F

本人にとっての課題解決に向けてできそうなことをいくつでも書いてみましょう

このワークシートを通じて気づいた本人の気持ちにそって⑦今できそうなことや⑧試せそうなこと⑨再度の事実確認が必要なこと等をいくつでも書いてみましょう。

・A様の性格や生活歴を再度職員同士で話し合い、A様の考え方について理解を深めるようにする。

・昼食後のA様の訴えの前に職員がなるべく密にかかわる。

・A様の楽しみや役割を見つけるようにする。

STEP2

2 分析的理解（思考展開エリア）

根本的な課題解決に向けて、多面的な事実の確認や情報を整理します。

STEP3

3 共感的理解

本人の視点から課題の解決を考えられるように、援助者の思考展開を行います。

120歳まで生きる

～お父さん、歩かなきゃダメ！～

スーパーデイようさん貝沢

発表者：須田瑞穂

【はじめに】

家族とはお互いに支えていくものである。しかし、近年では老老介護による共倒れが起こり、介護をする側にもされる側にもつらい結果となってしまうことが増えている。

中でも認知症の方の介護は大変で、別人のようになってしまったり、家族のことを忘れてしまったりなど、介護者に精神的な苦痛をもたらしてしまう。

今回は認知症を患う90代の父と母を、娘一人で介護しているという一家に焦点を当ててみた。

母は体が元気で家事などを一通りは行ってくれるものの、頑固で時に暴言があり徘徊してしまう。プライドが高く介護拒否が強いため、失禁にて下着が汚れていても交換できない。

父は全身の筋力低下が激しく、目は殆ど見えていない状態で全てにおいて介護が必要である。認知症の進行により記憶障害が激しく、理解力も低下している為、介護をしようにも“何をされるかわからない”という不安からか拒否が強い場合がある。何より娘さん自身が日々体調不良を訴えており全介助の父を介護することが難しく、共倒れに近い状況にある。しかし、娘さんは「両親ともに長生きする。120歳まで生きる。」と話されている。

それだけでなくご自身の介護負担の軽減の為、高齢でほぼ盲目である父に対し「父を歩かせてほしい、歩けるようになってほしい、歩かなきゃダメ。」と話されている。

私たちはご両親の年齢的にも、また娘さんご自身の持病的にも無理だと思ったが、“共に暮らしていきたい”という娘さんの強い気持ちに強い感銘を受け、できる限りニーズに応えていきたいと考えた。

今回は家族のニーズに応え、親子それぞれの思いに寄り添ってケアを行った経過を報告する。

【利用者様紹介】

氏名：A様 性別：男性 年齢：95 歳

要介護度：5

既往歴：認知症、白内障、緑内障

8年前に心臓バイパス手術

氏名：B様 性別：女性 享年：93 歳

要介護度：3

既往歴: 認知症、白内障、高血圧

【デイサービスに至った経緯】

夫のA様が自宅にて階段から落ち骨折、入院する。その際に認知症との診断を受ける。
続けてB様も検査を行うと認知症と診断を受け、専門的なケアと介護者の負担軽減のためお二人
同時にスーパーデイようざん貝沢を利用開始となる

【それぞれの思い】

《娘さんよりA様への希望》

- ・しっかりとご飯を食べてほしい
- ・食事、水分を自力摂取してほしい
- ・デイにて排便をしてほしい(排便コントロールをしてほしい)
- ・歩けるようになってほしい
- ・自分で立って動いてほしい

《B様よりA様への思い》

- ・自分で歩けるはず
- ・自分で食べられるはず
- ・何でも自分でできるはず
- ・できないならば私が手伝いたい

《A様本人の思い》

- ・とにかく眠い、いつも寝ていたい
- ・体が痛くて動けない、動きたくない
- ・見えないから何もわからない
- ・食べる、飲むことがどういう事かわからない
- ・無理なことはしたくない

《家族全員の思い》

- ・長生きする、120歳まで生きる

【目的】

家族全員が、お互いに長生きすると話されている。

なので、娘さんの介護負担の軽減、A様の日常生活における介護、B様の気持ちに寄り添った介護など、家族全員のケアを行い、より健康に長生きしていただく。

そのために、家族それぞれのニーズに応えていく。

【課題】

- ① 食事をできるだけ取ってもらう
- ② 水分もできるだけ取ってもらう
- ③ 体を動かし身体機能の維持、向上に努める
- ④ 排便コントロールを行い、自宅でなく来所中に排便ができるようにする
- ⑤ 何事をするにも意欲低下が激しいため、意欲を向上させる

【取り組み】

B様は、トイレ・入浴以外のことはご自分でできる方で身体的には殆ど問題がない。またA様に対し歩いてほしい、できないことを自分が手伝いたいという気持ちが非常に強い。なので主にA様のケアを行い、それをB様に手伝っていただくことでB様の精神安定も図りつつ、ご家族全員のケアへ繋げていく。

《食事提供について》

歯が無いため、最初はミキサー・粥にて提供。しかし、自宅では常食を提供しているとの話があったので常食・米飯に変更する。

その後、認知症が進んでしまったためか咀嚼を忘れてしまったり説明しても理解できない事が増え始め、食べている途中で眠ってしまうことも増えた。

固形物が口に入ると吐き出してしまうことも多くなったため、咀嚼、嚥下のしやすいミキサー・粥に戻す。

その後、粥の米粒も吐き出してしまうことが増え、粥をペースト状にして提供している。

…B様のA様に対する取り組み

A様の隣にてご自身も食事をしながら、A様に対し声掛けをして食事を促してもらう。また、に応じて食事介助を行ってもらう。

…結果

A様のその日の調子によって食事の形態や食事を摂取できるかは大きく左右されるが、調子の良い時は食べられることが多い。しかし、混乱している時や傾眠が強いと全く食べられない時もある。

妻の声かけにより食べられる事多いが、職員の声かけには妻ほどの反応は無い。

B様は職員がA様の食事介助をしている様子を見ると申し訳なくなってしまう、食事のままになっちゃうが、A様に対し声かけや介助などの役割を持つと落ち着かれる。

《水分摂取について》

冷たいものが苦手なため、常に温かいものを提供。せん妄強く傾眠も強いいため、起きているときに

できるだけ声をかけて水分摂取を促すも拒否することが多い。飲み込むということが理解できない時があり、口に含んでも出してしまう。水分に強いとろみをつけると食べ物のような感覚で摂取できるので、その時の調子により変更して提供する。

水分摂取票を作り、その日にどの程度摂取できたか記録する。

…B様のA様に対する取り組み

職員の水分摂取の促しに合わせ声かけを行う。また、介助して頂く。

…結果

A様は、段々と水分とれる日が多くなってきた。水分を多く摂取できれば傾眠が少なくなる様子が見られるものの、拒否強く飲めない場合も多々ある。

妻の声かけには素直に応じること多いが、声をかけられすぎて混乱する様子も見られた。

B様は頻繁にA様に声をかけ、水分を進めるも混乱するA様に苛々することが多かった。

《機能訓練について》

目が見えず、職員の声かけを理解できない場合が多く、自ら動いて頂くことが難しいので、職員が手足のストレッチを行う。座位を保つときに体が傾いてしまう様子が見られるので、ベッドやソファに座り、上体を揺らして体幹のトレーニングも行う。

体調が良さそうな時、気分が乗った時はラジオ体操などの健康体操へも参加を促し、体を動かして頂く。

手すりに掴まり、介助しながら立ち上がりの練習も行う。

…B様のA様に対する取り組み

体操を行う際はA様へ参加を促す声かけをしてもらい、手足を動かす手伝いをして頂く。

“A様は立てる”という意識が強いためか、A様の立ち上がり練習に熱心に参加され、A様の調子が良い時は車椅子を押してシルバーカーの代わりにし、歩行練習の介助や声かけを自発的に行っていた。

…結果

A様は大きな変化は見られないが、ストレッチをした日は立ち上がりが非常に良くなるなどの様子が見られた。

立ち上がり、または歩行練習の後には興奮してしまい、その後のトイレ誘導の際の立ち上がりなどの時に強い拒否見られるようになってしまった。

B様はA様に対し“歩いてほしい”という思いが強く積極的に取り組まれ、生き生きとされていたが、B様が積極的でもA様が積極的で無い事があり「どうしてやらないの！」と怒ってしまう様子が見られた。

《排便コントロールについて》

排便をするには食事、水分、運動が必要だが、食事と水分の摂取にむらがあり体力も低下している為、運動量も少ない。そのため排便コントロールが難しいので、便秘解消の足つぼマッサージやトイレ誘導時に腹部のマッサージを行うなどして、できるだけ来所している間に排便ができるように促す。

また、定期的にマグラックスを服用する。

…B様のA様に対する取り組み

トイレ誘導時に排便を促す声かけをしていただき、できるだけ来所しているときに排便ができるように促す。

…結果

A様はマグラックスの服用により来所中に排便ができることが増えたが、それによって便が緩くなり我慢できなくなってしまったのか、自宅で便失禁することも増えてしまった。

しかしマグラックスを服用しなければ便秘になってしまうため、完全なコントロールは難しい。

B様は、A様にとってデリケートな問題のためあまり深く関わってもらわないようにした。しかしA様に対し依存が強いため、姿が見えなくなると不安になりトイレを覗こうとしたりしてしまうことがあった。

《意欲向上について》

認知症の進行により何事に対しても意欲低下が激しいため、A様が好む会話をして気分を盛り上げ、意欲向上につながるように努める。また生活歴を考慮し、A様になじみのあるカラオケを取り入れたレクを積極的に取り入れる。

…B様のA様に対する取り組み

主に声かけなどを中心に行い、A様が精神的に安定するように努めて頂く。

…結果

A様は何かする前に必ず気分を上げておくと、拒否なく意欲的に何事も行えていることが多い様子。しかし、職員への対応と違ってB様に対して強い口調で返答してしまうためお互いに不穏になってしまう様子が見られた。

B様はA様に対し「帰ろう！」と帰宅を促してしまうので、B様の声かけによりA様が不穏になってしまった。お互いに帰宅願望を強く訴え始めてしまう様子が多く見られた。しかし機嫌が良ければ二人で唱歌等を歌って穏やかに過ごすことができる。

【考察、まとめ】

全体的にA様もB様も、職員よりも家族からの声かけの方が快く応じ、意欲的になっていた。

どんなに良いケアをしても、何事をするにも他人よりも家族の言葉の方が何倍も強く、信頼していることを再確認させられた。

意識がはっきりしている時としていない時にむらがあるため、はっきりしている時に運動を促し、できる範囲で無理せず身体機能の維持、向上に努めていかなければいけない。

食事、水分の摂取はA様が「飲み込む」ということが理解できなくなっているため飲み込める時にできるだけ摂取して頂く必要がある。

排便コントロールについては食事、水分の摂取にむらがあるため、それらがしっかりできた上でコントロールしなければならないので今後の課題である。

【最後に】

この事例を行っている途中、最終段階に差し掛かった時点でB様が事故にて亡くなられてしまった。A様は短期記憶障害が顕著なため、B様が亡くなられてしまったことを理解できていないと思われるが、目に見えて意欲低下が進み以前にも増して体が動かなくなっている。食事や水分摂取もできなくなっており、ADLの急激な低下が見られるようになった。毎日頻繁に「母さん！」とB様を呼び、B様が来ないことを不安に思っている様子が見られるようになってしまった。

私たちは今回、B様が亡くなられたことにより改めて家族の大切さを痛感させられた。B様はもういないので、A様や娘さんの心に空いた穴を埋めることはできない。しかし家族のように寄り添い、ケアをしていくことはできる。

私たちはこれから、A様にとって第二の家族になれるように、お二人の気持ちに寄り添い、安心の出来る温かいケアをしていきたい。

「デイサービスはもう一の家だよ」

～自宅からサービス付高齢者住宅に住居が変わっても～

デイサービスようざん並榎

発表者：幸 知美

【はじめに】

近年「少子・超高齢化社会」を象徴する現象として「独居老人」すなわち「一人暮らしのお年寄り」に関する問題がクローズアップされるようになりました。デイサービスようざん並榎も例外ではありません。利用されております3分の1以上の利用者様は一人暮らしの方です。認知症独居老人の問題は、物忘れから起きる、事故や健康面での心配だけではなく、独居だと認知症だと気づかないまま症状が進行していくことがあります。

A様は認知症が進み地域での一人暮らしの限界を迎えられ、サービス付高齢者住宅に入所となり、週6回デイサービスをご利用されています。住居環境が変わり精神的な落ち込みや不安・不信感から認知症の進行が顕著に見られるようになった時、A様の「夢のある暮らし」実現に向けて、自ら動こうとする意欲・活力を引き出す、楽しめる活動や取り組みを行い「家に帰れなくなったけど、デイサービスは私のもう一つの家だよ」と生きる力が湧き、安心した生活を取り戻していった事例をここに報告致します。

【事例対象者紹介】

氏名：A様 年齢：89歳 性別：女性

介護度：1 アルツハイマー型認知症

家族構成：夫は数年前に他界。お子さんはおりません。

キーパーソン：姪のY様（以下Y様と表記）

性格：自己主張が強いが明るく社交的な性格です。

社会的交流：88歳まで得意な習字を公民館で教えられ、

習字のお弟子さんとの交流も図れていました。

【デイサービス利用の経緯】

A様は地域との交流を図りながら、何とか88歳まで独りで生活を支えられてきましたが、家事は殆どできず、家の中は物が積み上げられ、足の踏み場も無くゴミ屋敷状態でした。着替えや身だしなみも整えられなくなり、死んだ猫と数日間一緒に布団で寝ている報告もありました。お金の管理も出来なくなり、衛生面や火の始末の心配だけではなく、認知機能が低下されていても車の運転をまだされていたので交通事故の危険もあり、地域での一人暮らしの限界を感じるようになりました。

また近年まで、公民館でお習字を教えていましたが、お習字教室の日が分からなくなり、キーパ

一ソンの姪っ子の Y 様が、そろそろ独居生活の限界を心配され、週4回のデイサービス利用が開始となりました。

【デイサービス利用当初の様子と課題】

①見当識障害による連れ出し困難

A様は曜日の理解が出来ず、朝2度3度と訪問をしないと連れ出せない状況で、見当識障害が顕著に見られました。来所の拒否は見られませんでした。利用中は「今日はお習字教室の日だったから、今から家に送ってもらえない？」と精神的に落ち着かない様子が見られました。

②強い入浴の拒否

いくら丁寧にお誘いしても、「昨晚入ったからいいわ」「おしりが大きいから恥ずかしい」「男の人が見えたから入らないよ」など理由をつけて断られてしまいます。

①見当識障害による連れ出し困難での取り組み

【カレンダー作成】

お習字教室とデイサービスの曜日が分かる様にカレンダーを作成致しました。しかし、曜日が分からないため役には立ちませんでした。送迎前に自分の車で出かけてしまうこともあり、早朝1番に送迎を組んで対応し、当日の朝、電話をかけお迎えに行くことを伝えようとしますが、寝ていて電話に出てもらえませんでした。

縁側の扉を叩いて起こす状況が約2か月続きました。

②強い入浴の拒否での取り組み

【職員の迅速な起点】

4か月後のある日のことでした。

「しばらくお風呂に入ってないから入ろうかな～」の小さなつぶやきを職員は聞き逃しませんでした。「大風呂は貸し切り風呂です、独りでゆっくり入れますよ」と女性職員がマンツーマンで対応を行い、更衣や洗身をご自身のペースで行って頂いたところ、まったく抵抗がなく「あ～お風呂が気持ちよかった、また今度入れる？」と満足され前向きな発言が聞かれました。

何日も入浴されていなかった様子が伺え、下着はよれよれガーゼのように薄くなっている状態で、A様は恥ずかしそうに更衣をしていました。入浴は嫌いではなく、汚れた衣類をみんなに見せたくないようでした。そこで Y 様に頼み衣類をデイで預かり洗濯管理することを勧めたところ、A様の様子が激変されました。洗濯された衣類がある事で安心されたようで「私のお風呂の順番まだ？」お風呂の予定がない日でも脱衣所の扉をガラッと開けて「今日はお風呂に入れてもらえないの？」というほどお風呂が大好きに変わっていききました。

【サービス付高齢者住宅 R へ入所の経緯】

利用当初の課題①②が解決し、デイサービスの利用にも慣れた頃、自家用車をご自身で運転して来所されてしまう事が何度も起こるようになりました。まだ自宅で過ごせると思っていたA様の思いとは別に、寒い冬の到来に健康状態や衛生面だけでなく、交通事故の危険性を親戚の方が特に心配され、本人の理解が難しいまま、昨年の11月サービス付高齢者住宅 R に入所となりました。

入所されると認知症の進行や心身機能の低下が心配されますが、A 様も今までは見られなかった様々な周辺症状が見られるようになりました。

【サービス付高齢者住宅 R に入所当初の様子と課題】

①昼夜逆転

今まで昼寝をしたことがなかった A 様が昼食後爆睡するようになりました。

サービス付高齢者住宅Rからは、夜中荷物をまとめて廊下をうろうろされ、他者の居室に訪問して、お菓子やジュースを配り、糖尿病の利用者さんのご家族様からクレームがあり困っている報告を受けました。

サービス付高齢者住宅RではA様がいらっしゃる時間帯は、自動販売機全てに「故障中」の貼り紙をしてジュース等を買わない様に対応されました。

②物盗られ妄想

サービス付き高齢者住宅 R の備品のテレビ・壁時計、モップ・トイレトペーパーなど様々なものを毛布の中に包んで毎日来所されるようになり「サービス付高齢者住宅 R には泥棒がいるのよ！」と訴えられる日々が続きました。

③夕方の帰宅願望

他の利用者様が帰宅される夕方の時間は「如何して自分の家に帰れないのよ？」と何度も訴えられるようになり、扉をこじ開けてドライバーの後を追おうとする事も度々起こり、「自分の家に送ってもらえないのよ！」と他の利用者さんにも大声で訴えられ不穏になってしまいます。

① 昼夜逆転への取り組み

「習字教室」の開催

楽しいレクリエーションに参加していても、自分の番が終わり次の利用者様が始めようとなると「まだ私やってないわよ！私はなんでできないの！」と急に怒り出してしまうことがあります。ある時は、口の中にシューマイが入っていても「みんなのお皿には2個あるのに私のシューマイだけ1つだわ」と怒鳴り散らしたこともありました。自己主張が強く、仕切りたがりやですが短期記憶障害が顕著に見られ、病識欠如が見られます。そこでA様のプライドを傷つけず、楽しんで集中できる時間を提供することで昼夜逆転防止をしようと昼食後に特技のお習字を生かして「習字教室」を開

催しました。

食後一目散に、ソファーに座ってうたた寝をしてしまうA様でしたが「A様にお願い事があるのです」「私、習字が上手になりたいのですが、教えて頂けますか？」違う職員は「お祝儀袋の字が上手に書きたいのですが、なかなか上手になれなくて」と言うと、先ほどの表情とは一変し、A様の目が輝くのが分かりました。「習字？どこでやる？道具さえあれば今教えてやるよ」と満面の笑顔やはり、習字を教えていた先生だけはありませんでした。腕はプロ級であることはもちろん。習字をしている時のA様の表情は真剣そのもので生き生きしています。習字教室を開催す度に職員に「字がお上手ですね～素晴らしい字ですね～」と褒められ「A様、教えていただいてありがとうございます」と感謝の言葉をかけられるとA様は、とても表情が明るくなり自信を取り戻せた様子でした。習字教室を開催してからは1度も昼寝をすることがなくなりました。また、この取り組みを始めてからサービス付き高齢者住宅 R より「夜、入居者様の安眠を妨害してしまうような迷惑行為がなくなり、居室で熟睡することが出来る様になりました」という報告を頂きました。

② 物盗られ妄想への取り組み

[A様の作品コーナーの設置]

サービス付き高齢者住宅 R にいる時の不安を取り除けるものは何があるのか？A様の様子を観察していると、職員と一緒に制作などをしている間には不穏な様子は見られず、安心されているようにも思えました。また、職員と一緒に制作したものをデイサービスに飾ると「あれ私が作ったのよ」と、とても嬉しそうに話される姿が何度も見られました。サービス付き高齢者住宅 R にご自身で制作したものや職員がプレゼントしたものをお持ち帰りして頂いても、お部屋に飾ることはせず、デイサービスへ持ってくる傾向があることにも気が付きました。そこで、せっかく上手に作成された作品をデイサービスに[A様の作品コーナー]を設置することにしました。

短期記憶が障害されていても普段の様子から手続き記憶が優れており、手先も器用で細かい作業が苦にならないA様は、職員がチューリップやふくろうのぬいぐるみの手芸品を見せると「あら？何作ってるの？」「あら、かわいい。私で良かったら手伝うわよ」と興味を持って下さりました。作り方はすぐに忘れてしまわれますが、その都度、隣で何度も教えて差し上げると問題なく完成することができました。手芸をされている時は集中され真剣そのものです。「かわいいのができた～」何より自分で作ったことが一番嬉しく、達成感を感じられていました。作品をデイサービスに飾っておくと、いつもはすぐに物事を忘れてしまうA様ですが「これは私が作ったのよ」と何度も嬉しそうに話され、短期記憶が維持される事もあります。何かに集中していると不穏の様子が見られず、サービス付き高齢者住宅 R で、物が盗まれてしまうという被害妄想が少なくなってきました。

③ 帰宅願望への取り組み

「今日は住んでいた家に送ってもらえる？」と訴えが頻回の時は、正直にご家族がA様のことを心配してサービス付き高齢者住宅 R を契約してくれたことや、いつでも自宅の様子を見に行くこと

が出来ることを説明すると、大概の場合は納得して下さいます。しかし不穏が強いと、本当のことをお伝えしていても言葉だけではなかなか納得して下さいません。説明しているうちにそわそわし始めてしまい、デイサービスの扉をこじ開けてドライバーの後を追おうとする事も度々起こりました。その様な不安が続くとA様が抱いていたデイサービスへの信頼感までが失われてしまうように思いました。

そこで、納得がいかない時は、気分転換にドライブへお連れして、A様の自宅の前を通るようにしました。すると、A様はご自身の目で家の破損状況や周りの腐敗した物を見ると「これじゃ、お家にお茶を飲みに来てもらうことも出来ないね。」と少し寂しそうな姿が見られましたが、修理しないと住めない状況を納得されました。一時の安心感にすぎませんでした。が、まだ家がある事を確認でき安堵されたようでした。

【考察・課題】

自宅で暮らす事がそれまでのA様の生活を支えて来たと思われます。しかし認知症が進めばいつかは地域での一人暮らしも限界を迎えられる時がきます。「居住環境が変わる」ということは、私達の人生の中でも転機を迎える時であり、特に認知症状がある高齢の方にとって、環境の変化は、不安、緊張、不信感から様々な認知機能低下を進行することでもあります。

しかし、諦めずに機能の程度に応じて適切な支援を行えば、急速な認知機能低下を防ぐことが出来ます。

A様が自宅に戻りたいという想いは変える事はできませんが、尊厳をもって、その人らしい安心できる生活を送ることが出来るように支援するという事は、必要な介護を提供するだけではなく、本人が生き生きと役割や生きがいを持って暮らしていくことの出来る生活支援がなされなくてはならないと思います。

信頼関係を形成していく中で、私達がどうしたいのではなく、A様本人は何をしたいのか、何が出来るのか、どんな生活を望むのか、心の「思い」を察知して、それに沿った対応を心掛けていくことが重要なことだと痛感しました。

【おわりに】

一人暮らしの高齢者が増え続ける中、認知症だと気づかずに進行されるケースが多くあります。一人暮らしが問題ではなく、早めに認知症の発症に気付ける環境作りや、孤独を感じさせない様な取り組みをすることで、認知症状の進行を緩やかにしたり、認知症のリスクを防いだりすることが出来ると思います。

私達介護者は 精神的・身体的・社会的面からの自立支援を行い、本人の意思を最大限尊重した支援に取り組んでいくことが重要な事であり、それが地域包括ケアシステムの構築に繋がることだと思います。

「家に帰れないけど、ここはもう一つの私の家だよ、また明日来るからね～」と笑顔で帰られるA様の穏やかな表情をいつまでも見られるように 私たちは常にA様の心に寄り添い、幸せな未来へ続くお手伝いをしていきたいと思います。

「サンキュー」～そのひと言に支えられ～

スーパーデイようざん双葉

発表者：櫛田 千恵子

〈はじめに〉

デイサービスに向かう車中「ストン ストンと 戸を叩く ～ ♪」と軽快な歌声が聴こえてくる。大正末期の流行歌の「ストン節」がA様の十八番。気分が良いと唄いだす。転倒により腰椎圧迫骨折しほぼベッド上での生活となってしまった。難聴であり視力も低下しほとんど見えていない状態。不安な気持ちからか、時に怒りっぽく「お～い婆ちゃんはいないのか！」と奥様を呼ぶ。家では「まだ迎えに来ないのか」とデイサービスの迎えを待っているという。穏やかに安らかな日々を過ごしてほしい、できるだけ自分の手で最期まで住み慣れた家でお世話をしたいという奥様の思いを大切に、連携して支援した実践について報告する。

〈事例対象者様〉

性別：男性

年齢：88 歳(昭和2年生まれ)

要介護度：要介護5

既往歴：アルツハイマー型認知症 胃癌全摘・前立腺癌・大腿骨骨折

〈家族構成〉奥様と二人暮らし。

〈生活歴〉

4人兄妹の長男としてA市に生まれる。

少年兵とし大東亜戦争を経験したことが本人の誇りになっている。

奥様とは29歳の時、妹の紹介で結婚し一男一女を儲ける。

大手企業に勤務し55歳の定年まで働く

定年後は職業訓練校へ行き、車の整備資格の取得や市の発掘調査の手伝いをしていた。

趣味はゴルフ、囲碁、将棋、自転車で散策するのが好きだった。

性格は明るく社交的ユーモアの持ち主、お孫さんの子守りや庭木のお手入れをするなどとても家族思いだった。

65歳頃から奥様と世界一周旅行を楽しむなど、いつも夫婦一緒だった。

〈利用目的〉

胃癌や前立腺癌、大腿骨骨折での入院生活を繰り返し、H20 年頃からアルツハイマー型認知症を発症、H25 年 6 月肺炎及びうつ血性心不全で入院するが、入院中ベットの柵を乗り越えたり、点滴を自己抜去するなどの行為があり、家族付き添いを依頼され 24 時間対応を余儀なくされる。

主介護者である奥様も腰痛があり、デイサービスに行っている間リハビリをしたいご希望や介護負担軽減を目的として、退院後利用を開始する。

〈利用当初の様子〉

お気に入りの帽子と奥様手作りのベスト、顎鬚を蓄えた姿がとてもダンディーなA様。

テンポ良く、とても上手に歩行器を使って「おはよう！」とホールに入ってくる。

利用当初は何で自分がここに居るのか分からず「知らない人ばかりだから帰る」と不穏気味。職員が奥様役となり内線を使い電話をする。「うん うん そうか。」と話を聞き納得する。奥様の力は抜群だった。

たまたま同じ町内の知り合いの男性が利用することになり徐々に、デイサービスにも慣れ、仕事のこと、戦争に行ったこと、奥様と旅したことをお話ししてくださる様になった。

他利用者様との会話も多くなり冗談を言っては周囲を笑わせるほどであった。愛称は髭のおじいちゃん。おれを言うときは小粋に片手をあげ「サンキュー」と言う。

ドライブが好きで車に乗ると上機嫌で「おっいいね、どこ行くのかな」と多弁になる。

奥様をお誘いし梨狩りに行った時はとてもいい表情をされていたのが印象的だった。

順調に利用されていたが……。

《緊急事態》

H27 年 4 月 30 日 自宅で転倒し腰椎圧迫骨折してしまう。

〈奥様との連携〉

認知症ゆえに常に付き添いを求められてしまう為、奥様、ケアマネージャー、デイサービスで話し合い、入院はせずに状態が落ち着くまで長時間対応にてデイサービスを利用されることになった。自宅に車椅子昇降機を設置して送迎は自宅ベッドまで送り届けることとし、デイサービスではホール内にベッドを移動し常に状態を観察できるようにした。

〈食事〉

骨折以来食が細くほとんど食べられない。おかずを小刻みにして召し上がって頂くが少しでも硬い物が口に残ると「石ころだ～」と吐き出してしまう。

自宅では介護用のソフト食やA様が昔から好きな鮪のお刺身を小さく切って食べさせているとお聞きする。デイでもお粥とミキサー食に変更することにした。それでもあまり召し

上がって頂けない時はアイスクリームやプリンなど軟らかい物を召し上がって頂き栄養はエンシュアで摂るようにした。奥様もなんとか食べてもらおうとの工夫から磯部せんべいやたまごパンを持参される。「何か美味しい物はないかぁ」と言う。A様に持参された磯部せんべいやたまごパンを手渡すとぺろっと食べてしまい、何度も「美味しいな～もつとくれ～」と催促するほどだった。これをきっかけに徐々にではあるが食欲が出て来ると、今度はお粥を嫌がるようになった。奥様から酢飯がお好きだということをお聞きする。早速軟らかい酢飯で試してみると「うん！美味しいね～」と喜んで召し上がって頂けた。

食べる量にムラはあるが食べてくれる事に、奥様と共に嬉しい気持ちになった。

水分補給は「冷たい水をくれ～」と言ひ、吸ひ飲みで飲まれるが「旨くない」と不機嫌になる。奥様が心配され、みかん味やりんご味のお水を持参して下さる。

「美味しいね～」と言ったり「旨くない」と言ったりその日の気分によって違うが以前より飲む量は多くなった。冬にはA様の大好物のみかんを毎日持参されるのだが、一房一房綺麗に薄皮をむいた物がタッパに入っており、奥様の強い愛情が感じられる。

〈排泄〉

退院後はオムツとパットを使用している。尿意、便意があるが骨折痛があり安静の為、奥様が尿瓶を用意してくれた。時々パット内にすることもあるが「おしっこがでるよ」と教えてくれるので尿瓶で排尿している。排便痛が強く「どうにかしてくれ～」と叫びながらオムツ内に排便するのがかわいそうでね、と奥様。排便痛の事を主治医に聞いて頂くと腸が動くから痛いのではないかとのこと。デイでも「助けてくれ～殺してくれ～」と痛がり、排便痛がある時はベッド上で動き回る。腕の力が強く、腰が痛いにもかかわらずベッド柵をガタガタと揺らす事もある。そんな時は手を握ったり、身体をさすったりすると気が紛れ、安心されたような表情をされる。自宅では奥様がオムツ交換をしているが、お尻がただれないように常に清潔を保ち、ワセリンを塗布して下さっている。あまり水分が摂れないのを心配され、どれだけ排尿しているかパットの重さを計っていたこともあったと言われた。体調がよくなってからはトイレに座って排泄して頂いているが、奥様も出来るだけ座って排泄させてあげたいと言ひベッド脇にポータブルトイレを置き、常にそばに居て夜中であろうがA様が呼べばすぐに対応しているという。

〈入浴〉

安静の為入浴ができないので、毎日清拭と更衣を行っている。

清拭を行っているとはいえ、汗や皮脂の臭いが全くしないA様。

前日更衣したパジャマではない物を着ているので、少し気になり、何気なく奥様に聞いてみた。すると自宅でも奥様が毎朝身体を拭き、清潔なパジャマに着替えさせているという。

奥様の体が心配なので私達職員にお任せ下さいとお話するが、「大丈夫です。綺麗にしてあげないとね。お風呂が好きな人だからかわいそうで。」と話される。

A様の事を大切に思う奥様の気持ちを大事にすることにした。

座位が保てるようになり、約 2 か月ぶりにシャワー浴ができた。

バイタルが安定しない日があるので体調をみて週 1 回のペースでの入浴だが職員 2 人体制で湯船に入れた時は「お～気持ちがいいね、サンキュー」と良い笑顔。

奥様にお伝えすると「お風呂が好きだから喜んだでしょう。」と満面の笑みを浮かべていた。しかし、次第に体温が高く血圧が低い日が多くなり、奥様も心配され毎朝体温を測り連絡ノートに書いて下さることにより情報共有した。

〈自宅での看取りを希望される奥様の思いと状況〉

H27 年 12 月体温、血圧が不安定な日が多く食事もあり摂れなくなって来た。

大好きだったみかんも吐き出してしまう。

奥様は状態に変化があっても救急車を呼ばないでほしい、最期は自宅で看取りたいと強く希望されていた。変化があった際は奥様、ケアマネに連絡するよう決まり事を作った。私達職員は正直なところ不安な気持ちが大きかったが、奥様の思いを最優先しケアにあたった。一日中ずっと寝ている日もあったり、目覚めていても穏やかな日と大声で「痛いよ～！」と叫び続ける時の落差が激しい。排便痛と関係していると思われた。25 日に奥様より風邪を引き、熱もあるので休ませますとの連絡を頂く。

H28 年 1 月 3 日まで休まれたが、この間ご自宅でほとんど食事が摂れていないとのこと。4 日より利用を再開されるが、デイでも食事が摂れず、水分も極わずかししか飲んでもらえない。血圧が低く SPO2 が測定できない状態。

8 日顔面紅潮し、どんどん体温が上がり 38℃台となってしまった。奥様へ電話連絡し帰りの準備をしている際、約 30 秒程の意識消失があった。

「俺はもうだめだ」と弱気な発言やうわ言を言う。車椅子に座ってられない状態の為、職員が抱きかかえ自宅まで向かった。個人病院のドクターにも連絡し往診してもらう事になっていたが、舌根沈下もあり呼吸が荒い状態を目の当たりにすると、奥様の気持ちが揺れ動いた。奥様の判断で救急車を呼び搬送。検査結果は肺炎。入院してこのまま自宅に帰れなくなるのが怖いと奥様。ドクターより肺炎をしっかりと治す為の入院だからと説明を受け、納得されたようだった。

25 日には元気に退院され、様子を見てデイの利用を再開すると奥様は明るく話されていたが、30 日自宅にて奥様に看取られA様は 88 年の生涯を終えられた。

〈おわりに〉

住み慣れた我が家でふたり、静かにゆっくり過ごして行きたいと語る奥様の強い思いが、私達を揺り動かし、始まったプロジェクト。

デイサービスの限られた時間の中で、私たちは何ができたのだろうか。

奥様のA様に対する深い思いに、私達はどれだけ答えることができたのだろうか。

まだまだ遣り残したことがたくさんあった。もっともっと色々なことができたのに。

未だ答えが見つからない。しかし、この事実を胸に刻みケアを重ねていけば、いつの日か必ず笑

顔が待っているはず！！

A様、私達の声が聞こえますか？もう一度、もう一度だけ会いたいです。

春まだ浅い穏やかな午後、風がホールを吹き抜けた。どこかでサンキューと、声がした。

「心穏やかに、そして笑顔で過ごして頂く為に」

スーパーデイようざん石原

発表者：内田 広美

<はじめに>

認知症の症状が現れてから数年間、介護保険サービスを使う事無く、ご主人と息子さんが自宅で介護を行われていましたが、昨年6月にご主人が手術をする事になり、スーパーデイようざん石原をご利用される事となったT様。

初めてお会いしたT様の印象は「小柄で華奢な方だなあ」そして「意思疎通が難しい」でした。

そんなT様の状態の変化について、事例報告をいたします。

<利用者様紹介>

氏 名： T様

性 別： 女性

年 齢： 76歳

要介護度： 3

既 往 歴： 前頭側頭型認知症・高血圧・便秘症

認知症中核症状：記憶障害・失語・失認・失行・見当識障害・実行機能障害

認知症周辺症状：妄想・幻覚・徘徊・暴言暴力・多弁・多動・不潔行為・食行動異常

シャドーイング・表情の乏しさ・被影響性の亢進

<生活歴>

昭和15年 富岡市にて一男四女の四番目として生まれる。父親はT様が幼い頃に、また母親を高校生の時に亡くされており祖父を育ての親として成長。高校卒業後は地元富岡で事務職として働く。その後、26歳で結婚され一男一女に恵まれる。結婚後もご主人が退職されるまでパート勤務を継続し、仕事を持ちながらも趣味をいろいろ楽しめる生活を送られていた。

30代後半から詩吟を習い始め、平成12年には師範となり、自宅でお弟子さんを教えながらご自身も藤岡の師匠のもとに通われ、詩吟の大会にも出場していた。

また、カラオケもお好きで発表会では舞台上で唄われたり、50代になってから友人と卓球を始められたり、新たに剣舞（詩吟の唄に合わせて舞う）を始められたりと活動的であった。平成20年頃までは、自動車の運転もされていた。

そのような中で、平成17年頃に「お金を盗られた！」との発語が出始め、平成21年頃からは同じ話を繰り返したり、見えない物が見えたり、その2年後位から家までの道や家族の顔が分からない等の症状が見られるようになる。

その後、平成26年頃から暴言暴力が見られるようになり、ここで初めて前橋市内の脳神経外科病院を受診したところ、MRI検査で脳に小梗塞を多発しているのが見つかり認知症と診

断される。(その際にアリセプトが処方され、高崎市内の病院を受診する平成27年夏頃まで服用)

平成27年6月ご主人の手術の際に、現状では一緒に病院へ連れて行くのは難しいとの相談があり、スーパーデイようざん石原のご利用開始となる。

<ご利用当初の様子>

デイサービスへ出掛ける事は、T様にとって認知症と診断されてから、ご家族と離れてお一人での初めての外出でしたが、来苑に対する拒否は見られずスムーズに利用開始となりました。表情も比較的豊かで介護抵抗も特に無く、声掛けによりホールからトイレや脱衣所への移動も安定した歩行で職員と一緒に来て頂けました。しかし、便座の座り方が分からなかったり、入浴後の着衣時に下着で身体を拭かれたり、ゲーム的なレクリエーションの時は職員の説明を聞いても、ゲームそのものの意味ややり方が理解できない失行・失認・失語・実行機能障害が顕著に見られました。

また、排泄時や入浴時にご自身の大腿部の黒子を見て「虫がついている」との発語と黒子を手で何回も擦る幻視症状も見られました。歌唱の際はご自身は全く唄われず、皆さんの歌が終わると利用者様の顔の前で派手なアクションの拍手をされる逸脱行為や、職員や他の利用者様に向かって突然話し始める様子もみられました。話し始めると顔つきが変わり一方的に捲し立てるように話されるマシンガントーク状態となり、その内容も妄想的な内容(お金・おじさんの事・暴力や死に関する不吉な話等)でした。

また、椅子から突然立ち上がり、そのまま何かを探すようにキョロキョロしながらホール内を徘徊されていました。

<その後の変化の様子>

平成27年8月 前橋市内の脳神経外科病院からの紹介で高崎市内の病院を受診。MRIの画像では、海馬は消滅し前頭葉の萎縮が見られ認知症が進みきっていると診断されアリセプトD錠が中止となり周辺症状を抑える薬としてロナセン錠が処方される。

薬が変わった事によりマシンガントークはほぼ消失しましたが、落ち着いて座っている事が今まで以上に難しくなり、ホール内の徘徊や職員の後をついてまわる行動(シャドーイング)、ちょっとした事でも怒る様子(易怒)が見られ、暴言や叩く蹴るの暴力とお茶を撒くなどの逸脱行為が増長した為、次の受診時に利用当初と現状の様子をまとめた資料をご家族を通して医師に情報提供したところ、ロナセン錠が増量される。

※ロナセン錠(一般名:プロナセリン)…抗精神病薬(統合失調症の治療薬)副作用の少ない第2世代の抗精神病薬(非定型抗精神病薬)に属する。主にドーパミンとセロトニンをブロックする働きに優れ「陽性症状」と呼ばれる幻覚や妄想を改善させる。

（食事の様子の変化）

利用開始当初は、箸使いは問題なく自立。食事途中で食べかけの副食を「あんた食べなよ」と他者の前に置かれたりする様子が見られていましたが、昨年の後半頃から逆に食への執着が強くなり、配膳された食事を手掴みや一本箸で食べたり、盗食・異食行為も表出。個々に器に盛りつけられていると分からなくなったり、他者の言動が気になって集中できなくなったりなど被影響性の亢進もあり。現在は、周りに気を取られずに落ち着いて食べて頂けるよう個別にテーブルを使用し、ワンプレートで提供する事で摂取量も改善する。

（入浴の様子の変化）

利用開始当初は、入浴動作はほぼ自立。一部介助で洗身・洗髪は行って頂いていたが、更衣の際は、ご自分で脱いだ衣類を「よかったら使ってください」と職員に手渡す様子が見られる。薬が変わった昨年夏頃から、シャワーチェアに落ち着いて座っていることが難しくなり、入浴動作は全介助となり、浴槽から出るのを拒否するようになる。

（排泄の様子の変化）

利用開始当初は、「トイレに行きたいんだけど」との訴えあり。但し、トイレ内では便座の座り方が分からない様子も見られる。定時の声掛け誘導も並行して行うが、排尿間隔は長めで排尿はあったり無かったりの状態。それでも日中の失禁は見られず。今年になってから、トイレ誘導のタイミングが合わず、ホール内と散歩中の放尿と失禁が数回あり、更にデイサービスを利用中初めて自己排便行為をされる。

<取り組み>

ご利用開始当初からに比べ、軽減した反面で認知症の症状の進行や増長が見られるT様に、穏やかに笑顔で過ごして頂く為には何をしたら良いか？と職員も模索しながら日常のケアを行っていました。

その方策を考える為に、T様に関する情報をもっと知りたいと思い、改めてご家族にご自宅で過ごされている時の様子と在宅介護でご家族が大変と感じている事は何か？等の質問を書面で行ったところ、息子さんから、今まで知らなかったご自宅での様子と最近排泄介助が肉体的に大変になってきているとの回答から実状を知る事ができました。

（ご自宅での排便は、トイレではなく便失禁の方が多く、家族が気づいた時には便を手になされている状況。排尿も時々トイレ以外の場所でしてしまうので大変との報告あり）

T様は便秘症の為、排便は7日から10日に1回との事。便秘は不穏となる原因の一つと考えられています。来苑時の連絡ノートに毎回息子さんが「排便のあり・なし」を記載してくださる為、今まで職員も「〇日に排便がありました」とのコメントに一喜一憂してきました。

そこで、T様が抱えている便秘による不快感を少しでも軽減できれば、もっと穏やかに笑顔で過ごして頂けるのではないかと？また同時に、ご家族の抱えている排泄介助の負担を少しでも軽減

する手助けになるのでは・・・と考え、次の内容の便秘改善の取り組みを開始しました。

＜T様の便秘解消の為の取り組み＞

1. ご家族に『便秘に関する質問』を書面で行い、下記の回答を頂きました。
 - ① 自宅での1日の水分摂取量が 700cc～800cc と少ない
 - ② 散歩等の運動は最近行っていない
 - ③ 今まで自宅で腹部マッサージを行ったことは無い
2. 上記の回答を元に『便秘に関するワンポイント・アドバイス』を作成し、ご家族に参考資料として渡したところ「早速、出来る事からやってみます」とのコメントがあり、数日後のご利用日に「自宅での水分摂取量を 1200cc 位まで増やした。また、乳製品を夜多めに摂るようにし野菜の量も増やした」との報告を頂きました。
3. デイサービスご利用中の対応として、下記内容の取り組みを実施
 - ① 便を柔らかくする為に、日中の水分摂取量を増やす
午前・午後の水分提供を今までより各 150cc プラスする(トータル 300cc 多く提供)
水分摂取量の変化 900cc → 1200cc
 - ② 腸の活動を促す為に運動を行う
体操的な運動は難しい為、15～30 分程度の散歩を実施
(屋外の散歩ができない場合は、ST 石原に通じる廊下を歩行)
 - ③ 腹部マッサージを行う
トイレ誘導時、排尿を待つ間に便座に座った状態で、腹部を時計回りにゆっくり
マッサージ
 - ④ T 様専用の排便チェック表を作成
排便間隔・便の形状・量を職員全員が把握できるようカレンダー形式で表示

＜結果＞

3月より取り組みを開始し、ご自宅では食事内容や摂取する時間帯を変更したり水分摂取量を増やし、デイサービスでも水分摂取量と運動量を増やした結果、排便の回数も徐々に増え、便の形状も硬便から普通便に近くなりました。間隔は3月下旬から4月初めには5日間連続して排便があったのが、その後は7日間排便が無く、また 4 月下旬から続けて排便が見られたりと成果・効果は一進一退の状態です。

その他の変化としては、今までは 1 日を通して乏しかった表情が、便秘症状が改善されるに連れ徐々に穏やかとなり笑顔も以前のように増えてきました。易怒感や暴言暴力も軽減し、介護抵抗があり実施困難だった口腔ケアも落ち着いて座った状態で行えるようになり、時には口腔ケアが終わると職員の目を見て「ありがとう」とおっしゃってくださいます。また、話し掛けの際は、視線を逸らさず職員の目や表情を見ながら話を聞いてくださり、冗談には肩をすぼめて「プツ」と

吹き出し笑いをされるなどの変化が見られるようになりました。
最近のご自宅での様子の聞き取りでも、息子さんから「便秘が解消されてきてイライラした様子が軽減し、排便のあった日の夜は良く眠るようになった」とのお話がありました。

<考察とまとめ>

今回の取り組みを開始してからデイサービスでも、日増しに T 様の穏やかな表情を目にする事が多くなり、私達職員も水分摂取の大切さを改めて感じています。

不穏の外的要因ともなる便秘の改善に、以前から言われている水分摂取の大切さを日頃から意識し、ご家族へ日常での生活習慣等を改めて聞き取ることで、ご自宅での水分摂取量の不足や食事内容の弱点を把握する事ができました。また、改善案をご家族に提示し連携する事で、まだまだ波はあるものの、便秘改善の兆しと共にこれに伴い周辺症状にも変化が見られるようになった事は、今更ながら薬や処遇ばかりでなく、基本である生活習慣を整える事の大切さを実感できた事例でした。

これからもスーパーデイ石原では、今回のT様に限らず原点回帰して、ご利用者様の健康と笑顔を守って行きたいと思います。

デイサービスぽからの認知症予防の取り組み

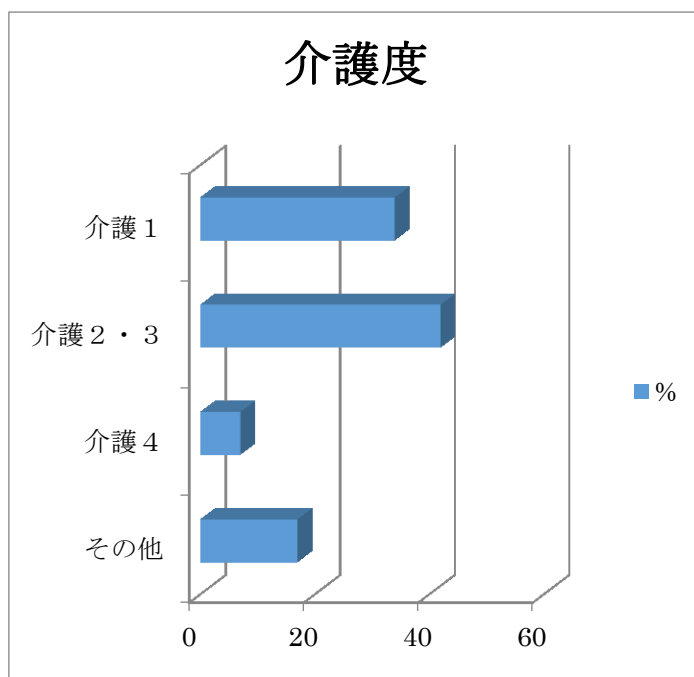
デイサービス ぽから
発表者: 清水 茂 樹
: 芝 田 康 恵

【はじめに】

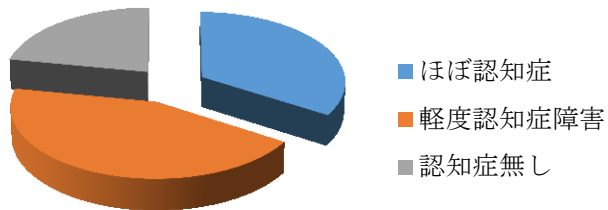
デイサービスぽからでの利用者様の介護度は、現在介護2及び、3の方々が全体の42%と多い状態となっています。

今現在、利用者様が、どの程度の認知症の状態であるか確実に把握するために、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)を用いて診断する事にいたしました。点数が、0～20点以下のほぼ認知症とみられる利用者様は約3割いらっしゃいました。その他の利用者様は、認知症の方と、認知症でない方の中間にあたる、MCI(軽度認知障害)または、認知症はまったく無しという結果でした。

診断結果をまとめたグラフがこちらになります。



認知症診断結果



私たちは、この結果にもとづき認知症予防及び、認知症進行を遅らせる事を重点に置いた各種レクリエーションや、個々を中心とした多種多様な取り組みを行っています。今回、そのほんの一部をご紹介しますと思います。

【目的】→・自信を取りもどす

・脳を活性化させたい

- ① 個々に丁寧なアセスメントを行いやりたい事、やってみたい事の小さな成功体験をいくつもいくつも積重ねてゆく事で、利用者様の大きな自信につなげていきます。
- ② 回想法を取り入れ、出来ないこと、分からない事は避け昔得意だった事、好きだった事を職員がサポートしながら行い利用者様の大きな自信につなげていきます。
- ③ とにかく利用者様におおいに楽しんでいただきます。
そして、楽しんでいただきながら脳トレーニングに参加していただいています。

【取り組み内容】

デイサービスぽからでは、『回想』・『運動』・『作業』の三点をぽからの取り組み『三本柱』として位置づけ、特に力を入れて職員全員で協力し合い取り組んでまいりました。

その取り組みを、いくつかご紹介します。

《取り組み 1～作業、回想～》

* 若い頃、編み物が得意だった S様

当初は、「ムリムリ、もう出来ないわよ」「私はだめよ…」とおっしゃっていましたが根気よく職員と一緒にやり続けていると、身体が覚えていらっしゃるのか、徐々に昔のスピードを取り戻しつつあります。今では昔使っていたご自分の道具を持参して下さり、「どれが使いやすいかね」などと言いながら生き生きと作品に取り組んでいらっしゃいます。

現在、デイで使用するクッションを制作中です。

《取り組み 2～回想、作業～》

大きな農家の嫁として、長年毎日毎日、田畑を耕し家を支えていた H様

ぽからの小さな農園の、苗選び、植え付け等、お手入れをおまかせしています。

朝、駐車場に到着すると同時に「どれ、苗を見てくるかね」、「もう、根付いたかね」とすすんで様子を見に行ってくれています。

《取り組み 3～回想、運動～》

和踊りの会の皆様のご協力の元、踊り名人数名と他事業所2ヶ所に慰問に行って踊ってきてしもう活動を、今年に入ってから行っています。曜日により参加できる方は変わりますがどの方も積極的に楽しまれています。

踊りをただ見ているだけでなく、直接利用者様本人が踊りに参加でき、加えて他事業所の利用者様に見て喜んでいただき、「皆さんと同じ位の年で、他のデイサービスからやって来たんですよ。」などと紹介される事で誇らしげな表情で胸を張っていらっしゃいます。訪問先の職員の方からも「すごいですね」「踊りが上手ですね」等とお褒めの言葉を直接かけていただいています。「まだまだ私にも、出来るんだ」「喜んでもらえるんだ」と皆様の大きな自信になっている事は間違いありません。また、家に帰ってからのご家族様との会話もおおいに増え「おばあちゃんすごいね。」などと一目置かれているご様子です。皆様追加利用してまで是非とも参加したいとご本人様、ご家族様ともに希望され喜ばれています。

《取り組み 4～運動～》

ようざん通貨を取り入れながらの歩行訓練まだまだ継続中

ようざん通貨導入当初から実施している歩行訓練ですが、下肢筋力低下予防運動の積極的な参加に効果を上げています。ぽからのフロアから廊下の14mを使い、個々にスタンプカードを作りシールを貼り、その数におおじて商品をプレゼントしています。商品はたまった点数ごとにようざん通貨等をお渡ししています。もちろん、ようざん通貨を使用する魅力的な場も多く設定し、どんな貯めたくなるような気持ちになっていただく工夫も忘れません。

《取り組み 5～運動、脳～》

脳と体を使う様々なデュアルタスク

認知症の症状である記憶の低下に改善に効果があるとされる、有酸素運動+脳を使うトレーニング

グ『デュアルタスク』を積極的に行っています。

- ① 足踏みを行いながら、手拍子を行い合わせて歌を歌う。
 - ② 散歩を行いながら、簡単な質問(計算、クイズ、花の名前、好きな物等)をする。
 - ③ イスを円形にならべて、歌を歌ったりしりとりをしながら順番にボールをまわす。
- その他、毎日様々な組み合わせを行い取り組んでいます。

《取り組み 6～運動～》

新たな試み午後の体操

以前は、午前中に行う朝の健康体操のみでしたが、機能訓練指導員と話し合い、「午後にも下肢筋力低下予防の運動を行っては」、という意見があり検討した結果、利用者様の負担増になり過ぎない様、午後のレクリエーション前の短時間の実施という条件で行っています。

現在、更に効果を上げられる事ができないか再検討中です。

《結果》

週2日のご利用だった4名様は、6月現在週4日に増えています。他、多くの利用者様も利用日を増やしていただいております。

また、ご主人の世話だけが生きがいであり、ご家族様との口げんか等の絶えなかったS様は、ぽからに週4日通いさまざまな体験やレクリエーションを行う事により、ご主人に目を向ける時間も減りご家庭での話題も『ぽから』での出来事や楽しみが中心となっている様子をご家族様からお聞きしています。ご主人様やご家族様とのトラブルも減少し、笑顔がとて多くなったと喜びのお言葉をいただいています。

【最後に】

今、この瞬間幸せでいましょう

それで十分です

その 瞬間 瞬間が私たちの求めているものすべてであって

他には何もいらないのです

今、幸せであるようにつとめましょう

マザー テレサ

この言葉通り

私達職員も、共に「幸せ」と思える時間(瞬間)を増やす事がとても大切な事だと、心にとどめ毎日毎日この瞬間を利用者様と共に共有し一緒に楽しみ、喜び、感動していきたいと思ひます。

私のオアシス・ようざん パーソンセンタードケア

スーパーデイようざん栗崎

発表者 情野槇子

はじめに

来苑拒否が激しく、「こんなところは私の来るところじゃない！！」と言い切っていた A 様が、「ようざんさんは 私のオアシスよ」と言うようになった A 様のパーソンセンタードケアについて紹介いたします。

対象者紹介

A 様 年齢84歳 女性

家族構成

同居者:娘(主介護者)・娘の夫・孫娘(20代・介護補助)・孫息子(20代)
全員が日中働いており、日中独居者。

現病歴

アルツハイマー型認知症(A 病院 物忘れ外来受診・平成 26 年 6 月診断される)
高血圧症

既往歴

平成20年4月 脳内出血(後遺症なし)

服薬情報

利用開始当初:平成26年7月

- ・ミカルディス錠 40 mg(血圧を下げる薬)
- ・メマリー20 mg(認知症の進行を抑える薬)

現在:平成28年1月

- ・ミカルディス錠 40 mg(血圧を下げる薬)
- ・メマリー20 mg(認知症の進行を抑える薬)
- ・レミニール 4 mg(認知症の進行を抑える薬)
- ・クエチアピン錠 25mg(気分を安定させる薬)

生活歴

N 県 K 市に生まれる。造り酒屋を営む両親の6人兄弟の5番目。幼少期から結婚に至るまでの間、大勢の女中や使用人にかしずかれ、何不自由なく育った。

22歳の時恋愛結婚し(本人曰く、夫は俳優かと言われるほどの美男子だった。)N 市に暮らし、1人娘をもうける。夫42歳の時に他界、母一人子一人となり生計を守ってきた。A 様65歳の時、高崎市に住む一人娘の嫁ぎ先に引き取られ、娘家族と同居生活を始める。

A 様は大変な働き者であり、自分の考えをしっかり持っている人であった。若いころから、オシャレでセンスも良く、はやりの服を自分で仕立ててダンスパーティに出かけた。長年、舟木一夫のファンクラブに入って、追っかけをしていた。舟木一夫デビュー50周年を機にファンクラブは退会した。実に81歳になるまで追っかけをしていた。

A 様が高崎で暮らすようになり、愛犬リリーちゃんを飼って栗崎方面まで散歩をすることが日課になっていた。愛犬リリーちゃんが亡くなってからは、日中一人で、アピタや市役所屋上に出かけコーヒーやケーキなどを食べて帰ってくるのが楽しみであったが、徐々に閉じこもりがちになっていた。

平成22年(78 歳)頃から、鍋を火にかけ忘れ焦がしてしまう。平成25年頃から、自宅の鍵をなくすことが多くなる。平成26年、不安・暴言・感情失禁などがみられ、物忘れ外来を受診。アルツハイマー型認知症と診断される。このことがきっかけとなりスーパーデイようざん栗崎利用開始となった。

性格

- 自分の考えを持ちプライドが高く、羞恥心が強い。
- ユーモアがあり、話好き。自分の生い立ちなど面白おかしく話す
- 何事も自分が中心でないと気がすまない、わがまま。
- 一人で行動することを好み、協調性に欠ける。
- 女性らしさを大切にしている。

好きなこと

- 若い男性が好きで年配の男性は嫌い。
- 明るく賑やかなことを好む。
- 長年、舟木一夫のファンクラブで追っかけをしていた。
- おしゃれ、アクセサリーや洋服が好き。

A 様にみられる特徴的な認知症状

A 様は利用して2年になるが、その2年の間に様々な変化がみられた。

平成26年7月～：利用開始当初

病識の欠如：病識の欠如が如実にみられ「認知症っていうレッテルを貼られているけど私は認知症じゃない。だからこんなところは私の来るところじゃない」と発言。

感情失禁(陰性)：感情の起伏が激しく、陰性症状が目立つ。他の利用者様がお帰りになると「私をいつ帰らせてくれるの。」と何度も職員に詰め寄る。その後、玄関前の椅子に座りこみめそめそと泣く。

平成27年1月～

睡眠障害・抑うつ：ふれあいノートで家族から、深夜一人で何かぶつぶつ話している、部屋で暴れている、早朝からごそごそ動いている。という内容の相談が増えた。また、来苑されても俯き、反応も鈍く、体操・レクリエーションに参加しない。

記憶障害：同じ話を何度も繰り返し、繰り返す間隔が徐々に短くなっている。

平成28年1月～現在

見当識障害：帰宅する時間が分からず、他利用者様が帰宅するなど周りの様子を見て「私も帰らなければいけない・・・」と判断する。話をしても何月何日か理解できていない。また、場所の認識も曖昧になり、ショートステイとスーパーデイの判別がつかず混乱していることが多々みられる。

感情失禁(陽性)：このころになると陽性症状が強く表出し、周りの環境変化に敏感に反応し激しく怒り出すことが多々ある。

暴言：他利用者様に対しての言葉使いが乱暴になり、大きな声で相手を傷つけるような言葉を言い続ける。

被害妄想：朝早く来苑し、誰もいないフロアにいと憮然とした表情で「私がいるからみんな来ないんでしょ！」と言う。

これらの変化から、アルツハイマー型以外のピックらしい前頭葉症状が伺える。カンファレンスを行い、「混合型」との予測を立てた。認知症ケアの基本となる「パーソンセンタードケア」を根拠とし、環境に敏感に反応する(被影響性の亢進)という症状を活かして雰囲気づくりや場面や場所を変えることで周辺症状のコントロールが可能であることを試みた。

「パーソンセンタードケア」とは、次の4つの理念から成り立っている。

- ①その人を中心にしたケア(その人を人として大切にする)
- ②その人の視点に立ったケア(その人の側に立って考えてみる)

- ③その人の内的体験を理解するケア(その人の気持ちを理解する)
- ④その人らしさを大切にするケア(一人ひとりそれぞれが尊い人であると意識する)

パーソンセンタードケアの概念・ 認知症ケアポイント5項目

- ①なぐさめ(安定性)・一人の尊厳ある人間として一つの心にとどまることができるように、温かさと気力を用意する。
- ②結びつき(絆)・不確定で不安な気持ちに対して、赤ん坊が母親を求めるような密着・愛情を求めることに応答する。
- ③共にいること(仲間に入りたい)・孤立しているのではなく人と交わっていることで得られる安心感を求めている。注意を引くサインを見逃さない。
- ④携わること(役割意識)・人は仲間にとって役に立つことで安心し満足する。そのための能力や気力を引き出す。
- ⑤自分であること(物語性)・自分が誰であるかを知り、過去から一貫した自分であることを意識できるように心がける。その人の物語を聴き、現在の内的体験を聴き取る。

A 様にとっての「パーソンセンタードケア」

パーソンセンタードケアの概念に基づく取り組み

概念①

認知症状が変化し、どのような状況にあっても常に変わることなく、温かく包み込むよう穏やかに寄り添ってきた。

概念②

気分が不安定な時は A 様の傍らに寄り添い(スキンシップ)を図り、A 様の気持ちが穏やかに安定するまで、お気に入りの男子職員が寄り添い、じっくりと話を聞き受け入れることによって、結びつきを深めてきた。

概念③

A 様の表情やしぐさ・言動から感情の乱れの前兆を察知し、さりげなく思い出の散歩コースにお誘いし寄り添うことで孤立感を解消し安心感を持つことができた。

概念④

来苑時には、食器拭き・食器片づけ・皆さんのおやつ準備・洗濯物たたみ・洗濯物干し・畑の水やり・おやつレク時におやつ作りや売り子などをやって頂き、その都度皆さんから感謝され職員が

らも頼りにされることで、役割意識が高まり、A様の気力や意欲が引き出され、生きがいを感じることもできた。

概念⑤

A様の高崎での暮らしや日常生活だけでなく、N県在住時の生活やエピソードなど話に耳を傾けA様自身のあらゆる思いを職員が深く理解することができた。

A様の思いを汲んで特に工夫を凝らしたことは、『思い出ツアー』の企画が効果的であった。

A様の好きな思い出の場所へ散歩やドライブ・ウインドウショッピングに出かけることは最適であった。屋内にあっては「思い出レク」として、舟木一夫のファンクラブで追っかけをしていたところに立ち返り、舟木一夫の映像と共にA様が「高校三年生」を歌い始めると職員も他の利用者様と大きな合唱の輪が広がり、連帯感や共感が生まれフロア全体が何とも言えない和やかな雰囲気包まれ穏やかな気持ちになる。またA様の生活に根強くかかわった作業で、幼少期に「あば(乳母)」と一緒に「切り干し大根」作った思い出に触れ、職員や他利用者様と一緒に切り干し大根づくりを行った。A様中心に話の輪が広がり、いづれも特別感のあるレクの提供を実施できた。

その結果、利用時には穏やかに楽しく過ごすことができるようになった。帰宅後「お陰様で、なんだかとても機嫌がいいですよ！！帰宅後は楽しかった話をしてくれるようになったんです。」と家人から感謝の報告が寄せられている。

考察

A様の居心地の良い「オアシス」を作る為に、パーソンセンタードケアの観点から、A様を中心に、A様の視点に立ち、A様の内的体験を理解しA様のありのままを受け入れ、その人らしさを尊重したケアを実施することによって、A様にとって居心地の良い居場所となった。認知症ケアにとって、基本となる「パーソンセンタードケア」が効果的に提供できたのは、「少人数制・きめ細やかな手厚いケア」に特化した認知症専門のスーパーデイようざん栗崎が評価されるべき点であることを実感し再確認できた。

まとめ

認知症専門のスーパーデイようざん栗崎を利用される方は、要介護1～3の自立度の高い利用者様が大半を占めている。日常生活の中で自分でしっかりできている部分と、物事が分らなくなりできなくなっている部分が混在し、日常的に周辺症状が入り混じった混乱期にある方が多いのが実情である。在宅介護においては、認知症進行過程で最も大変で心身共に疲労し、すり減ってしまう時期でもある。

私たちはA様の事例を通し、改めてパーソンセンタードケアの大切さを学ぶことができた。人それぞれ育ってきた環境も違えば趣味・嗜好は異なり、同じことをしても返ってくる反応は様々である。認知症専門家で認知症診断「長谷川式」の発案者である、長谷川和夫氏の言葉によれば『その人の尊厳を支え、十分に配慮した言葉遣いや行動をとり、同情ではなく共感するためには、介護

者は鋭いセンスを磨く必要があります。認知症の介護とは、自分の人生の時間の一部を、それを必要としている人たちの為に、自分を磨きながら使うと言う仕事です。』と・・・

介護職に携わる私達自身が、あらゆる経験を積み人間力を磨き成長することが不可欠である。この学びを活かし、スーパーディようざん栗崎に来て下さるすべての利用者様が、『私のオアシス！』と言って頂けるように、心新たな思いで取り組んでまいります。

参考文献

- ・浦上克哉 「認知症 良い対応・悪い対応」(正しい理解と効果的な予防)
日本評論社 2010年
- ・河野和彦 「新しい認知症ケア 医療編」講談社 2012年
- ・介護福祉士養成講座編集委員会「介護の基本 I」中央法規 2009年
- ・長谷川和夫・長谷川洋「正しい理解と適切なケア よくわかる高齢者の認知症とうつ病」中央法規 2015年

「色々あるけど頑張るよ！」

スーパーデイようざん中居

発表者：林 安子

川岸 亜弥子

（はじめに）

私たちは、仕事や趣味などを持ち好きな事に取り組みながら日々の生活を送っています。当たり前の事ですが、とても充実した時間です。

今までの生活が変わってしまうとしたら、どうでしょう？色々理由はありますが。

認知症と診断された事により、今までの生活が少しずつ変化し始める。以前はテキパキと出来た事が出来なくなり、おまけに不安までついてくる。自宅での充実した生活がしたいと願うのは、私達だけではなく、A様も同じではないかと考え、意欲を取り戻し、不安の軽減に繋がると思い行った、スーパーデイようざん中居での取り組みを紹介させていただきます。

（事例対象者様紹介）

A様 女性 85歳 要介護度 2

障害高齢者 日常生活自立度 A1

認知症高齢者 日常生活自立度 II

（主な病歴）

H22. 6 高コレステロール血症

H24.12 アルツハイマー型認知症と診断される。

H25 第一腰椎圧迫骨折

H27. 6 心不全

（生活歴及び性格）

B市で生まれる。兄弟は皆、親が違い現在はほとんど交流がない。C市の旅館で仕事をしており、その後結婚され子宝にも恵まれるが、ご主人が事故に合いA様が清掃業など懸命に働き生活を支えて来られた。大変器用で趣味の針仕事、お饅頭やうどん作りなどでした。非常に社交的で近所の方と歌や踊りを楽しまれたり、花を育てたり家の周りの草むしり等も精力的に行われていたそうです。

自分に真っ直ぐな性格で、少々頑固な面も見られます。

子育てを行ないながらも仕事や趣味に充実した日々を送られていたそうです。現在はA様とお孫さんとの二人暮らしです。

(A様の想い)

明るく楽しい時間を過ごしたい。

独りで居ることでの寂しさや不安を軽くしたい。

(お孫さんの想い)

日中、一人で過ごす事が多く、引きこもりにならないか心配。

他者との関わりを持って昔の様に活動的過ごして欲しい。

(スーパーデイようざん中居での様子から見えた課題及び取り組み)

【コミュニケーション】

利用開始時は不安な表情も見られましたが、回数を重ねるごとに雰囲気にも慣れ、徐々に特定の方に対して言葉を強く表す姿が見られました。時には職員に「あの人が私の事を悪く言っている」「私は何もしていないのに、口も聞かない」等の訴えが聞かれる様になり、時には声を荒げて特定の利用者様に「あんた！ そんなんだったら向こうへ行けばいいでしょう！」「私は悪くないから、ここはどかないよ！」など勝気な面が多く見られる様になりました。

・取り組み

職員全員で情報共有し話し合いを実施する。

A様は家事仕事、大変得意な方である為、洗濯物干しや食器拭きなどをしやすい環境に整え他の利用者様と協力しお手伝いして頂きました。

家事が得意な A 様に、月に一度SD中居で開催する、調理レクレーション「中居食堂」にお試し参加を試みる。

制作や塗り絵などご本人の得意な事や好きな事を提供し職員や他の利用者様と一緒に行って頂く。

A様と話しが合う、他の利用者様の近くの席を用意し話しやすい環境を整える。

・結果

手先も器用なA様は、制作の貼り絵など「手が上手く使えないから」と言いながらも集中し細かな所もきれいに仕上げてくれます。元々社交性のある方なので、作業中も若い頃の話など懐かしそうに話され、それを中心にお喋りに花が咲き笑顔での会話が広がりました。和やかな雰囲気、A様も穏やかな表情を見せて下さる事が多くなりました。

また、デイサービスで馴染みの方が出来る事で、緊張も解けリラックスして過ごされる様になり、特に調理レクレーションでは、A様の生き生きとした姿が見られ自信に繋がった様に感じられました。会話の中でも、「お料理なんて久しぶり、手をかけると美味しいものが出るのね」と嬉しそうに話されていました。「次回もまたやりたい」とのお言葉も頂いています。

【来苑拒否】

利用当初は時間には玄関先で準備され待っていてくれた A 様でしたが、徐々に「今日に行く日だったかね？」と言われる事が増え、「記憶障害」や「見当識障害」が見られました。

また、違う日でのお迎えでは、「待って貰うのは嫌だから今日は休みます」、「今から洗濯物を干さないといけないから」などの理由をつけての拒否が多く見られる様になりました。

「留守番が来るはずだから、来てからじゃないと行けない」とA様が言っていると、居合わせたご家族様が「何も心配ないから、出掛けて大丈夫だよ」とA様の背中を後押して下さり、協力のもと来苑される姿が度々見られる様になりました。

・取り組み

A 様に対し安心して来苑して頂ける様に「次回も是非いらして下さい」「待ってますから」などの声掛けを積極的に行う。

出掛ける事に対してA様なりの不安や心配事があるのでは？と考え軽減出来るよう、来苑する際は火の元、家の施錠などA様と一緒に確認作業を行う。

迎えの時間では様子を見ながら、その都度、後の送迎に無理がないよう時間をずらし対応する。

記憶障害に配慮し、カレンダーにようざん中居を利用する日に○印を付ける。

・結果

家の火の元や鍵を確認する事で安心感を持ってもらえ、時間をずらした事により気持ちの準備ができてスムーズに車に乗れる事が多くなった。

カレンダーに○印をつけた事により混乱も少なくなり、「安心して出掛けられる」や「一緒に見てくれて良かった」との言葉を頂き、A様の中での不安や心配を軽減出来ていると実感できました。「ここに来て居れば安心だし、とっても楽しいから来るのが楽しみ」と話されています。

また、スーパーデイの特徴の一つでもある密に関わる時間の多さを活かし、A 様と関わる時間を多く持つ事で、大事な信頼関係も築けました。

現在ではご本人様ご家族様の希望もあり、利用回数が週2回から週3回、9:30から夕食後までの利用となっております。

(まとめ)

A 様は1日の半分以上は独りで過ごされている事を会話中だったりモニタリング、記録からA様の不安を知ることが出来ました。元々社交的で外にも積極的に出ていらっしゃいましたが、認知症状の進行に伴い意欲低下の為、自宅で閉じこもる事が多くなっていたA様でしたが、レクレーションなどを通じ、A様に自信を持ってもらえ、意欲向上に繋がるお役にたてれば幸いと感じます。独りでいる時間というのはとても寂しいものであり、味気ないものです。

孤独感や日中家で特に何もすることがなく一人で過ごす事で、生活のハリもなくなり、認知症状も進んでしまいます。

私達デイサービスの職員が出来る事は A 様の人生にとって大きな事ではないかもしれませんが。しかし一つひとつの事は小さくてもまとまれば大きくなります。

時間の許す限り A 様に寄り添い不安や寂しさを軽減できるよう、介護職としての技術や知識を工夫して A 様にとって日中過ごしていて居心地が良い所。安心して A 様らしく住み慣れた場所で生活できるお手伝いが出来たら良いと実感すると同時に、少しの変化も見逃す事無く日々のケアを職員全員のチームワークで続けて行きたいと思います。

すべては、ご利用者様の為に

ご清聴ありがとうございました。

第 8 回ようざん認知症介護事例発表会

小規模多機能型居宅介護事業所 訪問介護事業所

平成 28 年 7 月 6 日

認知症とケアを考える ～ ST 並榎のケアとこれから ～

ケアサポートサポートセンターようざん並榎

.....P.1

私らしく、日々楽しく生きるとは・・・

ケアサポートセンターようざん飯塚

.....P.7

先生、あなたのお気持ちお聞かせ下さい。 ケアサポートセンターようざん貝沢

.....P.11

本人が望む生活とは何か？～個人に合わせた支援を目指して～

ケアサポートセンターようざん小埜

.....P.14

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉

.....P.18

「自分の足で歩く」

ケアサポートセンターようざん中居

.....P.23

訪問介護で出来る事

訪問介護ぽから

.....P.26

その笑顔の為に

ケアサポートセンターようざん石原

.....P.30

どこが悪くても大変ね～ ～認知症の方の癌による痛みの把握と対応について～

ケアサポートセンター ようざん

.....P.33

「在宅」ずっとこの家で暮らしたい！

ケアサポートセンターようざん倉賀野

.....P.37

在宅困難の利用者様を柔軟なサービスで支える ～私の想いが届きますように～

ケアサポートセンターようざん藤塚

.....P.45

「認認介護」～夫婦の見えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎

.....P.55

認知症とケアを考える

～ ST 並榎のケアとこれから ～

ケアサポートサポートセンターようざん並榎

発表者：後藤 幸司

①『スタッフと家族の視点の差異から生じるケアの差』

ケアとは？なんでしょう・・・

ケア。

介護には必ずといって関わってくる言葉です。

では、みなさんの思うケアとは、言葉に出すとどんな言葉が出てくるでしょうか？

.....。

自分を含む ST 並榎スタッフ・介護に少しでも携わっている人に聞いたところ・・・

理念・理想・理想の介護・利用者を支える・利用者との会話や過ごす日々・優しさ・介護そのもの・その思いが大切・・・等々、いろいろな思いがありました。意外にも、わからない、という人もいたり、その逆に『利用者様の援助の中心的な課題を踏まえて援助、支援すること！』と何かすべてが詰まってるような言葉をもらった人もいます。色々な思いの人がいるということです。

一般の人は、ケアと聞くと何という言葉がでてくるか聞いてみました。

出てきたのは・・・回復・治る？治す？・介護のケア・歩けるようになる・目が見えるようになる・身体を守ること・保護・・・などなどこちらも、いろいろ出てきました。

やはり、介護を経験している人との『ズレ』を感じます。

介護現場の人達・・・理念・理想・理想の介護・利用者を支える・利用者との会話や過ごす日々・優しさ・・・

→ 介護の現場を見ているので抽象的ではなく、具体的な自分の行動倫理で言葉を選んでいるように思えました。

一般の人・・・回復・治る？治す？・介護のケア・歩けるようになる・保護・・・

→ 全員ではありませんが、抽象的であり、自分の創造で言葉を考えてように見えました。特に回復とか病気やケガが治るという見方をする人が多く、それと同時に語尾に『？』が付く人が多く感じました。恐らく、ケアを普段から使うこと・感じることに少ないためだと思われます。

これらを考えると、一つ場面が思い浮かびました。

—— 夕方、ご飯を食べ、帰るときはいつも歯は自分の家で磨くといい、トイレをすまして、あとは帰るだけのHさん・・・『今日は自分が送ります。よろしくお願いします』というと『よろしくね～』と笑

顔で答えてくれました。

ですが、私が玄関まで車を持ってくる2～3分の間に何かあったのか、ドアの前で不穏顔のHさんが憤慨していました。『どうしました？』と聞くと『いいよ！帰ろう！』と我さきにと歩き出します。車の中で怒っている理由を聞くと『トイレの中に入ってきた男がいたのよ！しかも、開けっ放しよ！』と帰るまで怒ってらっしゃいました。家に着いた時には、少し、しおらしくなっており『ごめんね～あんたにいてもしょうがないんだけどさ～ありがとね～』と笑顔も見せてくれました。そして、玄関でお家の方にバトンタッチし、『・・・おばあちゃん？何かあったの？』何か感じたのか、娘さんが声をかけると『ちょっとね・・・』と低い声でいいました。『帰るときにトイレに入ってきた方がいらしたみたいで・・・開けっ放しで出ってたみたいで・・・』自分が申し訳なさそうにいうと

次の言葉は、私が介護の世界に入って一番衝撃的な言葉でした。

『そっか、じゃあ今日は、散々な1日だったんだね～』

『…………』

帰り際に、娘さんが『大丈夫ですよ』

笑顔でいいました ——

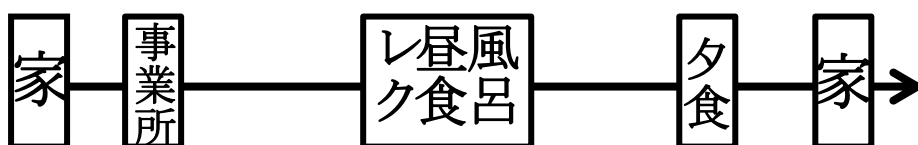
さすがにこの時は、気持ちが落ち込みました。

いくら朝昼夕気分よくしていても、最後の5分にもみたくない時間で利用者の抱えているものは、『最高』から『最悪』になってしまうのです。それに付け加え、家族の印象も1日最悪なことしかなかったのね、で終わってしまう・・・。

これは、先ほどのケアの質問と類似しています。

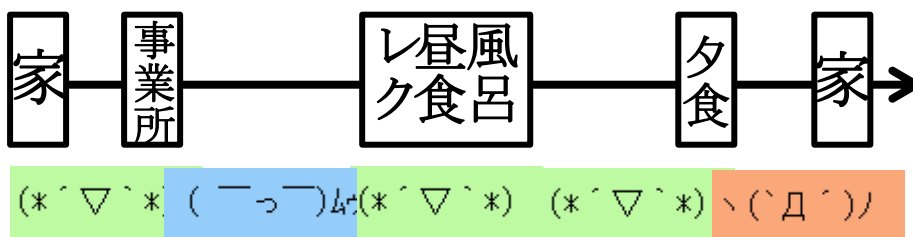
簡単に言えば『視点』です。

先ほどの一日の流れを簡単に書くとうです。



※左から右へ時間が進行していきます。

これに・・・利用者の視点をつけてみます。



家から来る時も事業所にいる間も別段、怒った風には見受けられませんでした・・・帰りでの出

来事で一気に不穏になっています。ここで大事なのが、『家族』と『事業所』に絡んでくる利用者の接点は…『家』つまり送迎の時のみの視点だということです。当たり前のことですが、家族が受ける答えは、あまりいいものではありません。

ここから導き出せる答えが…

『スタッフと家族の視点の差異から生じるケアの差』です。

この視点の差は、事業所と家族で見ている視点が違うので、まず、埋まりません。しかし、スタッフとケアマネジャー・家族との連携により積み重ねることによってできることがあります。それが、その人の情報であり『希』であるケアを『生んで』いくのです。

ケアについて、介護の現場のスタッフと一般の家族の人との思いに差異があることがわかりました。

ですが、言葉だけで並べても実際はどうなのか？そして、それがケアにどう結び付くのか？

次は、会議などで方針を絞っていくことから経過を報告します。

② 会議から導き出せるケア

私達が月に一度、ユニット会議で利用者一人一人の状態確認などや今後必要なケアは何かをスタッフと所長で話し合い、今後について話し合う場です。そして、会議と同じくらい重要な日頃のスタッフ同士の情報交換の場とコミュニケーション場でもあります。これはどこの事業所でもやっている事です。ケアの実践の例として、今回は下にある S さんについて会議で行われたケアの模索と実践・結果の事例内容を発表します。

事例1

『今日は行きたくない』連れ出し困難！『もう帰る！歩いて帰る！』帰宅願望！『お風呂は家で入ってるの…ヤダ！脱がさないで！』入浴拒否！する利用者に対してのケア

事例対象者 : Sさん

性別 : 女性

要介護度 : 介護度2

自立介護度 : II B

居住 : 独居

性格・特徴 : 普段、温厚であるが、怒りと温厚の『間』の感情が短く、不穏に陥りやすい、怒りやすく、笑い上戸であり、人としゃべるのが好き。極度の潔癖症で羞恥心が強い。服の柄や色を褒めると喜ぶ。上毛かるたが大好き。

・ようざん並榎にて週二回通い、あとのほとんどは、訪問でした。最近(2016 年 5 月現在)になり、自宅での入浴が難しくなり、入浴を導入…現在に至る…。

家に行くと笑顔で応対してくれるが、その日によって気分が違う時があり、事業所に行くのが困難

な時がある。

その場合の対処方法として・・・

1: Sさんが事業所にきて楽しいと思うことをアピールする。

例) スタッフ『今日は並榎で上毛カルタ大会があるんですよ～Sさん上手なんですってね～』

Sさん『あら！？そうなの！？じゃあ、早く行かなきゃ！』

スタッフ『時間は、まだ、大丈夫ですからゆっくり着替えてきてくださいね～』

⇒ ようさんへ

ようさんに来て挨拶し、お茶を出す・・・時間が経ち、入浴へお誘いする。

その場合の対処方法として・・・

1: 羞恥心が強いいため、原則、同性が入浴介助を行う。

2: 入浴ではなく、健康診断などや手紙などを使い誘導する。

※記憶力のある方なので最近、また、難しくなってきた。

3: 仲の良い利用者と一緒に浴室へ誘導する。

4: 『今日は、菖蒲湯(しょうぶゆ)の日ですよ～』など、特別な日であることを強調し、今日だからこそ！という感じで誘導する。

※現在、この誘導方法が一番効果的！

5: 羞恥心が強いので出たらすぐにバスタオルで身体を巻く。

6: 服などは自分で着れるので、必要以上に触らない。会話は少ししたほうがよいようです。

入浴→着替え→昼食・・・この後、30分前後で帰宅願望が出てきます。

1: 気の合う方とのコミュニケーションがとれれば、しばらくは不穏は解消されますが、休みのときなどは、不穏になることが多いです。

2: レクリエーションに誘う。これが一番、効果的です。ドライブ・散歩・慰問・・・特に上毛カルタなどが好きなのでとても喜びます。

笑顔で帰宅・・・

結果

今回のケースは、非常にスムーズにケアが上手くはまり、スタッフの努力が結果となる内容となりました。事前の会議や相談そして、実践と反省を繰り返し、この答えに導くことが出来ました。ですが、これでケアとして完遂しているのかといえ、そうではありません。Sさんのケアは、今後まだ継続して行くのです。

③ ケアと認知症

今回、Sさんを含む、ST並榎の利用者の全員を並榎スタッフ全員にアンケートをしていただきました。利用者 28 名分、スタッフ14名のケアに関するアンケート『みなさんが思うケア』。中には空白はあるものの枚数にして42枚にもなり皆の協力によって様々なケアを見つけることができました。このアンケートを讀んでいくと、ふと気づいたことがあります。皆、(自分も含む)そのほとんどが、

自分が行動したことについて書かれているのです。最初は、ケアとは、内側のものの精神的なものが多く占めていると思っていましたが、その実は、ほとんどが身体的行動によってケアは実践されていることに気がつきました。例えば、皆のアンケートからみるとIさんについては、『マイペースな一面が有り、一人で居室で過ごされている時間が多いため、ホールへ居る時はなるべく声かけを行う』『後ろに下がる際、ふらつきがあるのでとくに注意が必要』『転倒、ケガに気を付けてご本人が過ごしやすいようにしていただく』『人との関わりを持ちたくないわけではないようだが、なるべくデイに来てる時は、ホールで過ごしたほうがいい。元々の性格もあると思うのでとなりに話し相手がいれば良いと思う』『せっかちの面がある、気持ちは前向きなので、リハビリもレクもこちらから働きかければ積極的にやろうとする。頑張りすぎるところもあるので、ゆっくり、少しずつ、声かけすとよいかも』など具体的なケアの実践が書かれていました。つまり、ここで書かれているのは、行動ありきのケアであり、言葉だけでない実践が詰まったアンケートとなったわけです。つまり、言葉だけでは足りないことを現場のスタッフがそれが『ケア』だと認識して行動している、という事なのです。

④ 自分自身をケアする

私たちがケアするのは利用者、他人だけではなく、自分自身もケアします。誰かがケアしてくれるわけではありません。そのため、ストレスを抱える事も多くあります。ですから、プライベートな時間で自分自身でやりたいこと・したいことをして自分自身をケアしていく事も重要です。よくいわれるプライベートが充実できないと良い仕事ができないといわれることです。自分自身になぞらえるとわかりやすいかもしれませんが、ケアには、相手にその時々に必要なことを感じ取り、相手がこちらの意図からそれていくときも、相手を信じ、手を出したくなるのを控える忍耐力、勇気が必要となります。

ケアという言葉は決められた単語・言葉がないためか、分かりづらい面もあります。体にふれる、手をにぎる、暖かい毛布をかける、気分を落ち着かせるような話をする、距離をおく、などなど、その方法はさまざまです。あまりに多くあるので、マニュアル化できずにいます。それに合わせて、いつもしていることなので、介護者はそれをしている時間をただ「利用者という」としか表現できない。なぜなら、ケアは相手と自分とのあいだに生じてくるものであり、こちらの一方的な思いではないからです。一方的な思いとは、自分自身を指すものであり、自分でなければわからないことだからです。皆さんも、自分がしたいこと・やりたいこと、それらが自分の意思と違い他の人の手によって遮られればイライラしてしまうと思います。その思いが理解出来れば、人にやさしく出来るのではないのでしょうか？

最後に…目に見えないケアを残す

私たちの仕事の一つに目に見えないケアを書き記す『記録』があります。それは記録を振り返ってみると様々なことがあり、その克明な詳細を知り、そこから共に歩む大切さを再度、振り返ることができる大切なその人の『歴史』です。この場合の『歴史』とは、私たちが今までやってきた過去の

ケアの実践に他ならないのです。

『今日はイチゴを皆で食べたのよ〜』と車椅子からにこやかに手を降る白髪の女性。

『あの真っ赤な顔の人は…バカなことばっかするけど…嫌いじゃないよ?』と押し車をおしながら少し照れた笑いをする女性。

『今日も迎えにきてくれたんかい? ありがとね〜』とまるで神様に祈るようにして手を握ってくる饒舌にしゃべる女性。

私たちの仕事は目に見えないものばかりですが、それらを『記録』することで、そこにきっとケアが生きてきます。

私がみなさんにいいたいことは、私たちが日々当たり前に行っている声かけや会話・移乗などの介護技術もすべてが『ケア』だということです。

仕事という(カギカッコ)の中で動いていると意識が薄れてしまいましたが、我々が日々当たり前に行っていることが『ケアの実践』なのです。

そのことが皆さんの中で『当たり前のことだ』と思っていただいたら、わたしの伝えなかったことは伝わっています。

あなたが『仕事』で普段していることをした後に利用者の顔をご覧ください。いつもではないと思いますが、とても良い物を見れるかもしれません。

私は、それがケアの一つの意味を指す、人の『優しさ』だと思います。

私らしく、日々楽しく生きるとは・・・

ケアサポートセンターようざん飯塚

発表者 井上恵子

「私、母が待ってますから帰ります！」

「私の車はここにあるんでしたっけ？カギは？」

「今日、わたし車のってきましたよね？」

いつも夕方になると不安な思いで問いかけてくる A 様。積極的に洗濯干し、掃除、お皿拭きなど「手伝いましょう」と声を掛けてくださいます。

この行動の背景には何がそうさせているのでしょうか？

いつまでも A 様らしく生き生きと楽しく日々を送って頂く為に、今私達が取り組んでいる事例を発表させていただきます。

【利用者紹介】

A 様 女性 S16 年 7 月 13 日生まれ

75 歳 介護度Ⅲ

【既往歴】

H20 アルツハイマー型 認知症

(物忘れが強くなり金銭管理が困難となる)

高血圧 脂質異常症

H21 認知症が進み、病識がなくなり失くし物が増え、妄想、易怒性が高まる

H26 両側変形性膝関節症

【服薬内容】

☆コントミン糖衣錠 12.5mg 朝、昼、夕 1.5 錠

●作用 不安や緊張を和らげる

●副作用 眠気

☆ミコンビ配合錠 AP 朝 1 錠

●作用 血圧を下げる

●副作用 めまい、ふらつき

☆ユニール錠 4.4mg 朝 1 錠

●作用 心臓の血行を良くする

●副作用 眠気や注意力の低下

☆クレストール錠 2.5mg 朝 1 錠

- 作用 血液中のコレステロールを減らす
- 副作用 運動をしていないのに筋肉痛やしびれが現れたりする

【主な生活史】

S16年四人兄弟の三女として前橋に生まれる。

母親が床にふせがちだった為二人の姉が厳しくA様の面倒を見ていたとの事。

教員免許を習得し地元で三年間小学校の教員をされていた。面倒見が良く世話好きな為、父兄の方々信頼が厚かった。また、プライドが高く知識が豊富であり、みんなに認めて欲しいと思う気持ちが強かったA様。

【家族からの聞き取り】

- ・尿便意あるが自宅では間に合わずに失禁
- ・トイレに行った事をすぐに忘れる 頻回
- ・怒り出すと口調が変わり手を出すこともある
- ・夜中に冷蔵庫の中の物を食べ甘い物があると食べつくしてしまう
- ・話を合わせようとして作り話となりつつまが合わなくなる

【家族の想い】

・長男

夜間徘徊など認知症の進行を伴い自宅での介護が大きく負担となり、入浴、トイレが出来なくなれば、自宅で過ごすのは厳しくなる為、サービスを利用しながら少しでも長く自宅で過ごして欲しい。

・長女

本人が楽しく過ごしてくれればそれだけで良い。

【STでのご様子また、職員への聞き込み】

・いつも帽子をかぶり化粧をきちんとされて来所されるA様。薬の為か午前中より傾眠状態がみられます。分刻みで忘れることが多く、昼食後すぐに魚を召し上がった後でも、「お肉がおいしかったわ、味が良かった」と話を合わせようとされる。また、同じことを何度も聞き直してくる為、短期記憶障害があると思われます。食器拭きや洗濯干しなどお願いすると積極的に手伝いをしてくださる為意味記憶は保たれていらっしゃいます。

とても感性が豊かなA様、慰問の方々がみえ、唄や踊りに感動されて涙を流される事もあります。

・プライドが高い為ご自分の意思を通そうとする為に、他の利用者様とトラブルになる事もあります。

【●取り組み案1】

・ピアノ、歌が大好きなA様 利用者様の前でピアノを弾いて頂き利用者様にはカスタネット・手拍子等でリズムをとって頂き音楽レクとして定期的に行う。

【●取り組み案2】

・今でも良く一番の思い出とお話し頂く、小学校の先生をしていたA様、近くの小学校の教室をお借りして、小学生の前でピアノを弾いてみんなで唄をうたい昔を思い出して頂く(回想)

【●取り組み案3】

・A様とゆっくり話をし、言動、行動の背景にはどのような理由があるかを考える。

【取り組み結果】

取り組み1をおこない・・・

自分の好きだった曲は楽譜を見なくても真剣に弾かれてました。他の利用者様達もリズムをとりながら一緒に楽しまれている姿を拝見しA様は久しぶりのピアノを十分楽しまれている様子でした。大変利用者皆様に好評な為、現在も定期的におこなっています。

取り組み2をおこない・・・

高崎北小学校の音楽室へとうされると緊張の為か口数がすくなくなり、自らピアノの前へ行き、弾き始めたA様・・・小学生数人が教室に入ってこられるとA様の曲にあわせてみんな自然に唄い始めました。A様は、だんだん緊張が解けてきたとみられ笑顔が少しずつでて来ました。

その後「茶摘みの唄」の曲をA様が弾くと小学生たちはピアノのまわりで自らペアーになり手でリズムを取って唄ってくださいました。A様は生き生きとされ昔の、教壇に立たれていた頃の姿がそこにありました。

小学生たちと歌を唄い楽しまれ涙をながして喜んでいるA様を拝見し、お伴させて頂いたスタッフも感動し一緒に涙を流しておりました。

本当にA様がやりたかった事、A様の生きがいなど垣間見た瞬間と感じられました。後日、スタッフが学校にお礼のご挨拶に伺った際、窓口になって頂いた教頭先生にも、本当に良かったとコメント頂き、また小学生たちも「なかなか普段唄わない歌で(童謡)とても楽しかった」「楽しい時間が過ごせた」「また来てほしい」等言ったとお話を頂きました。本当に A 様だけでなく、学校の皆様や、私たちも実行して良かったと思えました。取り組み3をおこない・・・

夕方になると「私し帰ります」「私の車はありますか？」などと繰り返していますが、この言葉の裏側には病弱だったお母さまの姿があると思われます。ご両親をととも尊敬されていたとの事。

「夕飯を食べてから帰るようにとお母さまから連絡がありましたよ」とお伝えすると「そうですか、

送ってくれます？」と納得されるようになりました。

また、入浴もとても強い拒否がありましたが「お母さんから連絡があり入浴して下さいとのことですよ」と、お伝えすると入浴が可能になりご家族様到大変喜んで頂きました。

最後に・・・

いつも元気に笑顔を見せて下さるA様。

今回この取り組みをおこない、A様が「本当にやりたい事」また、A様の「可能性」を垣間見ることが出来ました。A様が弾いて歌レクをおこなうと他の利用者様も笑顔で、楽しい時間を過ごせ、とても良い影響が出ていると思います。

今後もこれらの取り組みを継続し、A様の笑顔がいつまでも続く様、A様によりそい私達に出来る、さらなる新たな取り組みを、ようざん飯塚では追求して行きたいと思っております。

先生、あなたのお気持ちお聞かせ下さい。

ケアサポートセンターようざん貝沢

発表者 栗山睦子

渡辺美奈子

【はじめに】

もし私が、病気により自分の思いが言葉で表現できないとしたら、どのような気持ちになるだろうか？そして、自分の気持ちを表現出来ず、納得できないまま他人に声掛けや支援をされていたらどのような気持ちになるだろうか？自分の思いを表現出来ない方に対する支援と「相手の気持ちを理解する」ことの大切さを感じた事例とその取り組み結果をここに報告する。

【事例紹介】

- ・氏名 A様
- ・性別 男性
- ・年齢 78歳
- ・介護度 要介護3
- ・既往歴 平成16年 脳梗塞
平成24年 椎間板ヘルニア
認知症(脳血管型 前頭側頭葉型)

脳梗塞後遺症の為、右片不全麻痺、運動性言語障害あり

- ・生活歴 昭和13年にB県に生まれ、大学まで卒業。26歳で結婚後本県へ転居。

男の子二人授かる。定年まで教師として勤務していた。

A様は脳梗塞の後遺症のため、言葉は理解できるが発声することが著しく困難な運動性言語障害を持つ。そのため返事は、「うなづく」「首を振る」等のボディーランゲージが多く、自ら意思を表現することはない。強い拒否の時には、叫ぶ、噛みつく等の行動によって自分の思いを表現する事がある。

【当苑利用開始までの経緯】

近所のデイサービスCを、引きこもり防止、活動量低下予防の為に利用していたが、ある日突然、利用を拒否する様になった。その後デイサービスを変え、利用を勧めるも本人が頑なに拒否をする為、訪問や通いなどサービスの変更が柔軟な小規模多機能型居宅介護のケアサポートセンターようざん貝沢利用開始となる。

【支援経過】

当苑利用開始にあたり、家族や前任のケアマネージャーより、情報収集を行う。来苑拒否という本

人の頑なな意思表示に対してどのように施設利用に繋げるか検討した。そこで意見が上がったのが他デイサービス利用時、A様が安心して頼れるD訪問介護の職員がおり、その職員が通苑介助にあたっていたとの情報を頂く。そこで当苑でも同様な取り組みを導入し、職員の顔を見慣れて頂くため、同じ職員が自宅の訪問入浴介助から開始する事になる。

初めての訪問入浴では、介助中に「いやだよ」と拒否の発言や噛みつく動作あり、「安心して下さい」等お声掛けをしながら妻協力のもと入浴介助を行う。また長男より試しに一度つれだしてみても、と提案があり、妻と一緒に通苑の勧めを行い、利用開始から10日で午後の2時間だけの来苑となる。これを機に、10時から16時までの通利用を週2回で計画したが、A様の強い拒否があり来て頂けない日もあればスムーズに来苑出来る日もありA様の気持ちがなかなかつかめないまま支援を行っていった。また家族の希望である泊まり利用を更に週1回追加し、夕方、帰宅できない事が分かれると表情が暗くなるA様だが、怒ったり叫んだりなど問題行動をすることなく宿泊する事が出来た。

しかし利用開始して1ヶ月経過した頃、昼食後、A様より希望があり静養室にて横になり休まっていた。時間になり、起床の声掛けするもA様からの大声による拒否があり、職員はまだ休みたいと思い、30分程様子を見た。その後、拒否を示しながらも声掛けにより起床を促すと変わらず大きな声で、拒否されている。見ると、衣類が濡れており汚染していた。そこで最初声掛けの拒否は、恥ずかしい気持ちから「嫌だ」と言う拒否になり、言われた職員もそのままにして、気持ち悪い状態にしてしまった事を反省するようになった。そこで、職員によるカンファレンスをおこない、来苑拒否等の問題を整理し、それぞれの問題に対しどのような支援をしたら良いか検討し、情報共有を図った。

《問題点と対応方法》

来苑拒否

A様はテレビを見る事と歌が好きとの情報を受け、利用時はテレビの近くに席を用意し、慰問やカラオケ等参加できるように利用調整を行う。来れば楽しい事があると印象付けるよう支援する
誘導・声掛けスムーズに出来る職員と拒否が出る職員がいる

様子を見てみると年配の職員の方が若い職員よりも素直に誘導に従っている姿から、まだ「先生」と言う気持ちを持っており、若い職員からの排泄、入浴誘導が恥ずかしい気持ち(自尊心)が残っているのではと推測し、対応する職員を限定し対応する事にした。

夜間の尿失禁が多い

まずは苑で泊まりの時にオムツ着用し、失敗しない様支援する。また、自宅でもオムツが出来るようポイントを情報提供する。自宅では小さなパットを利用している為、苑で利用している物を見て頂き購入の際参考にして頂く。

入浴の拒否、具体的に頭部を濡らす事に対して怒る事がある

入浴拒否の理由が頭部を洗う事にあると推測し、シャワーの使用を少なくする、ご自身で洗髪を行ってもらい、手の届かない所のみを介助するなど不快な気持ちにならない様に支援する。

髭剃りや爪切りの整容、口腔ケアの拒否がある

整容や口腔ケアの誘導には拒否が強く年配の職員が誘導しても出来ない事が多かった。だんだんと職員になれて頂き、介助できるよう支援して行く

以上の点を注意しながら、職員間で情報共有し支援を継続して行った。

利用開始から3ヶ月目に入ると、A様の様子に変化が見られるようになった。だんだんと拒否は少なくなり、慰問やカラオケ等笑顔が見られる様になってきた。特に変化が見られたのは入浴で、洗髪の際の「いや」と言う拒否が減少し、苑での入浴が殆んど可能になった。そのため、家族と相談し訪問入浴を1日減らし、通いを増やす利用計画に変更し、拒否もなく来苑できるようになる。

またA様は、教師であった事から「先生」とおよびする様になると、職員の声掛けにスムーズに従って頂ける様になった。例えば体操やレクリエーションの参加も、声掛けをすると手を挙げて参加する様になり、参加する前は難しい表情を浮かべながらも、アニマルセラピーでは、可愛らしげな犬たちを前に自然と笑顔が出る事が増えてきた。次第に苦手意識のあった若い職員の対応や拒否が強く声掛けをしてもなかなか動かなかった口腔ケアや髭剃りなどの整容も拒否が少なくなり、「いやだよ」という発言や、職員に噛みついて抵抗する事はなくなった。

来苑時から、難しい表情を浮かべている時も、職員が「A様は体調が悪いのか」と推測し、挨拶と同時にゆっくり休めるソファへの誘導をすると拒否もなく過ごされており、更に体調の良い時などは、ハサミを使った製作や、花壇の水やり、ゴミ拾い等自ら参加して下さる様になり、几帳面で、動物や子供が好きな優しい性格が見られるようになった。

特に職員一同が驚いたことが、今まで言葉を話す事も無かったA様だが、慰問のボランティアの方が、「何年生まれですか？」と訊ねたところ、「昭和 13 年」とはっきり返答する姿が見られた。このことから今後はA様に積極的に話しかけ、発語を促す様に支援する事を計画に入れた。

【考察・まとめ】

A様が利用開始されてから半年が過ぎ、利用当初より笑顔がずいぶん増えたと思う様になった。「病気により自ら言葉が伝えられない」とき、叫ぶ、噛む等の行動でしか自分の気持ちを表せないが、介護スタッフは問題行動としてとらえてしまう為、利用者本人の気持ちに気が付きにくい現状がある。今回の事例では、介護者が時間をかけて「A様が今どのような気持ちなのか」気付く事が出来る様になったとき、本当に気持ちに寄り添う事が出来たのだと思う。今では、A様は歩く際、職員の手をしっかりと握りながら歩行される。その手はとても力強く感じる。これがA様からの信頼の証しであると思う。

本人が望む生活とは何か？

～個人に合わせた支援を目指して～

ケアサポートセンターようざん小埜

発表者：矢田裕司

相馬美香

【はじめに】

本人が望む生活とは何か？「家に帰って生活したい」と望まれた A 様に私たちはどのようなサービスを提供すれば良いのか？

A 様のニーズに応える為、小規模多機能型居宅介護のサービスの一つである『訪問サービス』に焦点をあてた事例を紹介します。

【対象者紹介】

氏名：A様 男性 86 歳

介護度：要介護 5

障害高齢者の日常自立度：B2

認知症高齢者の日常自立度：Ⅱa

病歴：高血圧症・前立腺肥大・痛風・動脈硬化症

【生活歴】

若い頃は米穀店に勤め燃料部門で働いており、30 代の頃より倉賀野町で飲食業を経営していた。定年後から 80 歳頃まで植木いじりが好きだった。若い頃に離婚し一人暮らし。弟夫婦が同敷地内に住んでいる。

H27.10.9、自宅にて転倒し救急搬送。腰、脚の痛みがあったが入院の必要なく帰宅するも同日一人で外に行き再転倒。動けない状態となり緊急でショートステイ利用となる。

【ようざん小埜利用の経緯】

ショートステイ利用時、A 様より「自宅に帰りたい」と希望があり、家族・ケアマネジャー・ショートステイ管理者と担当者会議を開催。同敷地に住む弟様の協力を得て在宅へ戻ることとなり、ようざん小埜での利用が開始になる。

【利用当初の本人・家族の希望】

本人：家に帰って生活したい。

家族：私にできることがあれば協力しますが、体力的に不安があるので全面的にサポート

して頂けると助かる。

【利用当初の様子】

- ・移動は車椅子で自走は可能だが何かに掴まないと立位保持困難。
- ・短い距離の手引き歩行なら可能。
- ・トイレの訴えはなく定時でトイレ誘導の声掛けを行っていた。
- ・短期記憶障害あり、数分前に話したことを忘れ、何度も同じ話を繰り返される。

在宅生活に向けようざん小塙を利用となるが、家に帰る為には多くの課題があった。

【課題①】 住宅環境の問題

- ・自宅玄関は老朽化で出入りが出来ない状態。縁側から出入りすることはできるが、40cmの段差があり本人の状態では上がるのが困難。
- ・トイレが老朽化で使用できない。

【課題解決への取り組み】 自宅環境を整備する

- ・住宅改修により縁側に両側手すり付きステップ台3段を設置。

住宅改修によりステップ台が設置され室内外の移動ができるようになり自宅へ帰れる環境は整った。しかし…自宅に帰る為の課題として環境整備だけではなく本人の日常生活動作(ADL)も改善していく必要があった。

【課題②】 歩行の問題

- ・昨年に転倒して以降車椅子で過ごされていた。
- ・短い距離での手引き歩行は可能だが、現状で自宅へ帰すと転倒のリスクが高い。

【課題解決への取り組み】 車椅子から手引き歩行へ機能訓練の実施

- ・平行棒、踏み台を使用した本人用のプログラムを作成し、実施する。
- ・レクリエーションで健康体操のDVDを使用し体を動かす時間を設ける。
- ・手引き歩行での歩行訓練。

本人に負担が掛からないよう短い距離から徐々に距離を伸ばしていく。

(機能訓練の効果)

- ・DVDを使用した健康体操では積極的に身体を動かしている。
- ・足踏みや平行棒を使ってゆっくりだが歩けるようになり、両足でしっかりと足踏みをすることが可能になった。

本人の足で階段の上り下りができ、自宅へ帰ることが可能になったが、夜間の排泄はどうすれば良いか？どのようにすれば本人も気分よく休むことができるのだろうか？

【課題③】 夜間排泄の問題

- ・夜間尿意の訴えがなく、トイレに起き出すことはないが、尿量が多い。
- ・独居の為、夜間の排泄対応をどうするか。
- ・介護職員に対する介護拒否は殆どないが、弟様に対しては介護拒否がある。

【課題解決への取り組み】 夜間訪問の実施

- ・A 様帰宅日はシフトを調整し『夜遅番』の担当を付ける。
 - ・ショートステイ宿泊時の睡眠時間、排泄状況を聞き訪問時間を決める。
- 20 時にお送りし、帰宅後自宅にてリハビリパンツから紙オムツに交換し就寝介助を行う。
弟様が休まれる 22 時に再度訪問し、排泄介助を行う。翌朝 6 時半過ぎに迎えへ行き紙オムツからリハビリパンツに交換してようざんへお連れする。

【夜間訪問で改善されたこと】

尿量も多く、本人にも不快感があり、夜はしっかり休むことができなかったと弟様からの話があったが、夜間訪問によって本人も安心して夜を過ごせる環境が出来た。
弟様より「昨日は朝までしっかり休めました」というお言葉を聞けるようになり、最近では弟様に対する介護拒否も比較的見られなくなった。

【現在の A 様】

- ・週 2～3 回、自宅へ帰ることが出来ている。帰宅日には家に帰ることが楽しみなようで「今日は何時になったら帰れる？」と職員に聞かれる場面がある。
 - ・日中はリハビリ体操、平行棒、棒体操など積極的に参加されている。機能訓練により、今では職員の見守りにて、短い距離だが自らの力で歩行することが可能になった。
 - ・夜間訪問では、22 時に排泄介助を行うことで翌朝まで安心して休むことが出来ている。
- 弟様より、「自宅では良く寝ており私も助かっている。夜間オムツ交換に来てもらっているのも朝まで安心して休めているようだ。本人も自宅へ帰ってくるのを楽しみにしているようなのでこれからも同じ形で利用させたいと考えている。」と感謝の言葉を頂いた。

【考察】

利用当初に比べて、A 様の足の運びも良くなり安定した歩行が出来るようになった。最近では、職員の見守りにて自ら居室に行かれ休まれる姿が見られる。「玄関までなら歩けるから大丈夫だよ」と力強く話される一コマも。自宅と苑を行き来する生活にも慣れてきたのか「こうして安心して過ごせる生活が出来るなんて思わなかった。歩けるようになって嬉しい。」と何気ない会話から話して

下しました。

夜間訪問に関して、新たな視点から支援に取り組んだことにより、苑以外で夜間の対応をする機会が今まで無かったので自宅での利用者様の様子を深く知ることが出来ました。

【まとめ】

今回の事例を通して、一人の利用者様をケアする為にはたくさんの取り組みや職員同士の意見を連携させることで、支援に繋がっていくということが分かった。一つの問題を様々な視点から話し合うことにより解決することにも繋がりました。

これからも利用者様、個人にあったケアを考え支援に繋がっていきたいと思います。

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者：道下 一樹

【 はじめに 】

「またいっしょにそば打ちしたいな～」

民生委員さんのこの言葉が今回の事例に至るきっかけとなりました。対象者のA様と民生委員さんは、以前A様が営んでいたそば屋で、A様が師匠、民生委員さんが弟子という師弟関係にありました。

「せっかくですから地域の方に振る舞えるといいですね」

というこちらの提案に賛同いただき、地域に向けて行う事となりました。

イベントを通じ、地域の方に事業所へ足を運んでいただくきっかけを作る事と、認知症の方が真剣にそば打ちをしている様子を間近で見ることで「認知症になっても関わり方次第でいろんなことが出来る。活躍する場面はいくらでも作ることが出来る」こんなことが少しでも伝わればと思い、取り組んだ事例について報告します。

【 利用者紹介 】

氏名：A 様 男性 65 歳 要介護 1

既往歴：初老期の認知症（アルツハイマー型認知症）・・・平成 26 年

日常生活動作：自立

【 生活歴 】

安中で出生。高崎工業高校を卒業後、神奈川のニチモ石油に就職。

その後高崎へ戻り代行業者の仕事をする。昭和 54 年に結婚し「千寿庵」を営む。

奥様と娘さんと 3 人で生活していましたが、奥様は現在特別養護老人ホーム入所。

娘さんは結婚し家を離れ、A様は現在独居での生活しています。

【相談の経緯】

平成 27 年 7 月

胃がん術後の退院支援で、総合医療センターの相談員さんより利用相談を受けました。

平成 27 年 8 月

ケアサポートセンターようざん双葉利用開始となります。利用開始当初は「あんなところ行かぬーよ！」

と言い来所拒否が目立ち、訪問に伺っても、自転車で逃げたり居留守を使ったりという事が続きました。

なんとか来所できた日に、「役割」を作るよう試行錯誤した結果、以前お店をしていたこともあり、台所仕事を少しずつ職員とやって頂けるようになりました。少しずつ職員との関係作りができ、今では通いの利用が週 2 回から週 4 回に増え訪問も予定通り拒否なく入る事が出来ています。

【 利用開始時の予定表 】(平成 27 年 8 月)

日	月	火	水	木	金	土
通い	昼・夕	昼・夕	通い	昼・夕	昼・夕	昼・夕
9:30 ～ 13:00	安否確認・ 配食	安否確認・ 配食	9:30 ～ 13:00	安否確認・ 配食	安否確認・ 配食	安否確認・ 配食
入浴			入浴			

【 現在の利用予定表 】(平成 28 年 5 月)

日	月	火	水	木	金	土
通い	通い	昼・夕	通い	昼・夕	通い	昼・夕
9:00 ～ 16:00	9:00 ～ 16:00	安否確認・ 配食	9:00 ～ 16:00	安否確認・ 配食	9:00 ～ 16:00	安否確認・ 配食
入浴			入浴		入浴	

【 取り組み 】

平成 28 年 2 月 25 日

そば打ちについて、民生委員さんへ地域の方へ振る舞えないか相談し、「ぜひやってみよう！！」と了承頂きました。同日、地域の方を集めるイベントなので、安心センターサンピエールへ事例の主旨を説明し「何かお手伝いさせてください」と協力いただけることになりました。

◆民生委員さんとの打ち合わせ

- ・日程は、5 月 27 日(金)。
- ・本番前に本人がどの程度できるか見極めたいとの事で、4 月に練習日を設ける事となる。
- ・当日は、地域の方 20 名ほどの参加を目標とする。
- ・地域の方、利用者様、職員分のそばを提供する。

大凡 60 食前後だが、予め民生委員さんがある程度作っておいて、当日はA様に 20 食分打ってもらう事となる。

- ・地域への周知方法は、チラシを作り回覧板でまわす、掲示板の活用その他、サロンでの案内をさ

せて頂く事となる。

◆あんしんセンターサンピエールさんとの打ち合わせ

- ・そば打ちをしている時間を活用し、SDのホールを開放し、あんしんセンターの機能や役割、予防教室を開く事となる。
- ・あんしんセンターさんが「認知症予防」のパネルを用意し、パネル展示のコーナーを設ける。
- ・今後、今回の取り組みを継続しながら、サロンに来る世代の方だけでなく、子育て世代やそのお子さんにも足を運んでいただける内容を企画していけると良いですねなどの意見交換を行う。

◆平成 28 年 4 月 15 日 そばうち(練習)

10 時～ようざん双葉駐車場で民生委員さんと地域の方 5 名ほどお越しいただきそば打ちの練習を実施。

この日は 15 食分職員向けに民生委員さんや地域の方のご協力の下そば打ちを行いました。薄く伸ばして厚さを均等にし、厚さの違うところを指摘するなど、衰えていない目を披露してくださいました。こねる工程でも周囲の人を驚かすような手つきを見せてくださいました。かつてのお弟子さんである民生委員さんと一緒にこねている姿は、見ていてとても感動的なものでした。水分の調整など、素人目にはわからないことも、昔の勘を取り戻すかのように行っていました。切る工程では、「これはおいしいよ」と言いながら熱心に切っていました。民生委員さんからも「これだけでできれば大丈夫でしょう!」と合格点を頂きました。

◆当日に向けての周知活動

4 月 18 日

区長さんへ回覧板の活用について相談し、了承いただく。

4 月 23 日

チラシを作成し、80 部区長さんへお渡しする。

5 月 2 日

回覧板の活用。

区長さんより「掲示板にも貼っとくよ」とお声掛けいただき掲示板にチラシを掲示。

5 月 17 日

ふれあいサロンにて、イベントのご案内をさせていただく。

5 月 25 日

民生委員さんより事業所に連絡が入り「チラシを 20 部くらいください」との事。

チラシを渡すと「忘れてると困るから来てくれそうなところに直接渡してくるよ」と、

1 件 1 件訪問してくださる。

◆介護予防教室の開催

5月27日

【介護予防教室】

ようさん双葉デイホールを開放し、ようさん介護予防教室を開きました。

当日は、高齢者あんしんセンターサンピエールの認知症地域支援推進員の吉田さんにお越しいただき、

あんしんセンターの機能や役割・ようさんとの連携についてお話しいただきました。

予防教室では、MCIと認知症予防について説明させていただきました。

デュアルタスクを取り入れ、頭と身体を動かしながら、認知症予防では、食事・運動・笑顔・前向きな気持ちを日常生活に取り入れる工夫をしましょうと説明しました。

【そば打ち】

そば打ちでは、民生委員さん始め多くの地域の方がA様のサポートにご協力頂きました。

A様は昔の感覚を思い出しながら一生懸命そば打ちをし、その様子を観て地域の方と自然に会話が生まれる場面が多くあったのがとても印象的でした。

民生委員さんもフォローに入りながらほぼ予定通りおそばを打つことができました。

【おそばの提供】

介護教室が終わる頃におそばが茹で上がり、地域の方・利用者様・職員も一緒におそばを頂きました。

A様を改めて地域の皆さんの前でご紹介させていただくと、盛大な拍手を頂きました。

味の感想を伺うと「とっても美味しかった！おかわり！」などの感想が挙がり、A様も大変喜んでおられました。

【考察】

当日は40名弱の方にお越しいただきました。今回のイベントを行い「地域の主体性」を感じました。

地域への周知の段階から当日も、こちらが改めてお願いしたわけではありませんが「受け身ではなく」率先して動いてくれているという印象を強く受けました。

特に感じたのが、「チラシの掲示板への掲示」「民生委員さんの1件ごとの訪問」「当日のそばうちのサポート」です。特にそば打ちに関しては、「何をしたらいいですか？」すらなく、A様の様子を観て必要なサポートを話し合い自然とそれぞれに役割が生まれておりました。

尚、今回の取り組みは5月29日の上毛新聞に掲載されました。

この新聞への掲載も私たちからではなく地域からの提案でした。「この取り組みは良い事だから発信しよう」と言ってくださったのは民生委員さんで、記者への連絡もすべて行ってくださいました。

また、今回のそば打ちに関しては、事前に「若年性認知症の方がおそばを打ちます」と案内してい

ました。

当日は、地域の方からA様に歩み寄り、そば粉の割合を聞いたり、「私も昔よくやったのよ～」とか、そば作りを通じA様と地域の方々との交流の機会を多く見る事が出来ました。

時に会話が成り立たない場面もあり、職員が間に入ろうとしましたが、そんな心配もなく、つじつまの合わない返答にも戸惑う様子無く笑顔で対応しておられ、そこに「認知症」に対する偏見はありませんでした。

今回は、利用者様の特技を活かした行事を企画して地域の方にお越しいただきました。

地域の方は認知症予防やあんしんセンターについて学ぶことができ、A様は自分の技を活かして地域貢献を行う事が出来ました。

【おわりに】

これまで地域の方が事業所に足を運ぶ機会は、毎年秋に行っている「秋祭り」だけでした。

今回の取り組みを通じ、秋祭り以外でこれだけ多くの地域の方々に来て頂けたのは初めてです。

事業所として大きな成果だと実感しています。

以前、運営推進会議にて民生委員さんから「いずれはようさんを双葉町の第2のサロンのようにしたい。世代を問わずいつでも気軽に立ち寄れる場所にしたい」とお話を受けたことがあります。

今回来ていただいた方々は、毎月お邪魔しているサロンにお越しになる方々がほとんどでした。

今後は、子育て世代の方やそのお子さんにも足を運んでいただける様、地域やあんしんセンターさんと

連携しながら地域交流の推進を図っていき、いずれは世代を問わず地域の方がふらっと立ち寄れるそんな場所にできたらと思います。

「自分の足で歩く」

ケアサポートセンターようざん中居

発表者 田中 俊一郎

齋木 妙華

丸山 美由紀

【はじめに】

認知症を発症したことにより、元々備わっていた能力がどんどん失われ、日常の生活に支障がでてきました。そこから更に症状が進むことで「意欲を失い」「目的を失い」以前は体操やレクリエーションにも当たり前の様に参加して下さっていたのに、うたた寝している姿が多くなりました。一人で行っていたトイレには転倒防止の為に職員が付きそうことになり、自分の生活に誰かがついていることが当たり前になっていました。

私達ようざん中居のスタッフはA様の生活を少しでも取り戻せることを信じてリハビリに取り組んだ事例を紹介します。

[事例紹介]

今回紹介させて頂くご利用者様の紹介をさせていただきます。

名前:A 様 男性

年齢:80歳

要介護:3

日常生活自立度:

既往歴:胃がん、鼠径ヘルニア(左右)、白内障、慢性硬膜下血腫、認知症

家族構成:妻と息子二人(長男県外、次男県内)

趣味:無趣味だが地元の少年野球チームの監督をしていたことあり、高校生の頃は部活でラグビーに熱心に打ち込んでいて、毎日やっていたとのこと、今はあまり興味を持たれていない。仕事をされていたことは野球観戦が好きで巨人のファンであった。ご本人談で試合も観戦されに行っていたとのこと。

生活歴:A市B町の農家の出身、自営でブロック、コンクリート建設業を営む

A 様は朗らかで、職員にも気を遣って下さる優しい方。A 様はようざんご利用前にいくつかの問題を抱え、そのことから日常生活を送ることが困難になりました。

【ようざん利用までの症状】

H26.1月、自宅にて転倒。3月に急変し慢性硬膜下血腫にて入院。入院中に夜間不穏になることが多くなり、

- ①夜間不穏状態から大声を出してしまう。
- ②装着している体幹ベルト外してしまう。
- ③現役時代の仕事、会社の話をされ、会話に支障がある。
- ④現在は落ち着かれているが幻視症状がみられ「もう一人の俺がいる」などの発言。

①から④のBPSDの出現により、家族の介護負担軽減や本人の安全な生活リズムを整えることを目的として通所サービスを中心とした利用を開始する。

・H26年7月1日ようざん中居利用開始。

週2、3日(月、木)おきに利用(現在月、火、木、土)9時～17時

・利用当初は、穏やかで自分のペースで過ごされていた。本人の話では趣味は今あまり興味は無いらしく、制作レクリエーションの様な手先を使う物は人のやっている姿を見ている方が多く、散歩やドライブなど外出する事を好む様に見受けられた。

・集団で何かをするというよりは自由に時間を過ごし、話をするのは主に職員、近くの御利用者様の方とは当たり障りなく会話をする程度。

・H27年の3月頃より、足の出が悪くなり、自宅での転倒が多くなった。本人も不安を感じる様になり、A様とご家族様に最近の生活や困り事についてのお話を伺うと、考えながらいくつか話してくださった。それを踏まえて職員間で考察し、今回の課題とした。

[課題]

- ①自立歩行が困難になってきており、生活に支障がでてきている。
- ②家族の介護負担の増加を軽減したい。

Aさんの想い

- ①足が動かなくなってきて「ダメだなー」など自分の衰えを感じている、どうにかしたい。
- ②トイレに行くだけでも本人には一仕事に感じられる。一人でも行ける様になりたい。
- ③自宅で生活したいが、誰かのサポートが必要になる。助けて欲しい。

家族の想い

- ①最近足が出ない事が多くて、困っている。
- ②体が大きいので、支えようとすると一緒に倒れてしまう事もある。
- ③家ではトイレの往復くらいは出来る様になってほしい。

職員の想い

- ・下肢筋力を強化して安定した自立歩行を実現したい。
- ・住み慣れた自宅で生活していただきたい。

・奥様の介護負担を減らしたい。

上記の3つを実現できる様にこれらの取り組みを考えた。

[取り組み]

家族に自宅での様子、要望についてアンケートに協力して頂きました。

・アンケート結果

①歩行が大変。特に右足が前に出ず、つま先に力が入りかかるとが浮いてしまう為前方に転倒しやすい(スムーズに一人でトイレに行ける時もある)←本人があまり望まないため、トイレに付き添う回数が減ってきている。

②寝て起き上がる、立ち上がる体勢に時間がかかり苦労している。

③転倒した時に起こせない、全身に力を入れるため支えられない時がある。

④家ではいつも目を閉じ、会話もあまりないため利用日にはたくさん刺激を与えてもらいたい。

・最近では「面倒くさい」という言葉が頻繁に出てくるためもう少し意欲的になってほしいとご要望を頂き、そこから職員がリハビリ計画書を作成し、家族へ配布しました。

[リハビリの様子]

①昇降運動を行っている様子。

②平行棒を使用して歩行練習をしている様子。

③自宅で下肢筋力のトレーニングを行っている様子。自宅内でも可能な訓練を探し、ご家族と共に訓練が出来る様にした。

・定期的にリハビリ報告書を作成し家族や医師へ配布。

[考察]

最初は、「俺は何しにここに来ているんだ?」と落ち着かない事が多くありましたが、リハビリをやりに来ているとスタッフで統一し対応することで、本人にも安心して利用していただけるようになりました。その後は、リハビリも自ら「今日はもうちょっとやるか」など自発的な発言も多くなってきます。日によって足が出やすい日や、出ない日等があり、まだ劇的によくなったという事はありませんが、今後も医師や家族とも連携を取り合い、継続してリハビリを続けていきたいと思います。

【終わりに】

A さんがこれからも住み慣れた自宅で生活が続けられるように職員一同諦めずにリハビリを続けていきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

訪問介護で出来る事

訪問介護ぽから
発表者 佐藤 靖典

(初めに)

私達の寿命が延びた事により、自然の形として脳の萎縮がおき、原因が良く分かりませんが、ゆっくりと発症し、確実に進行していきます。また、脳梗塞・脳出血・その他様々な原因により認知症状が出ています。その為在宅での生活が不安だらけだと思います。

こうした、認知症の症状が有る方でも訪問のサービスを利用する事に依って在宅での生活を安心して暮らせる様に、お手伝いしています、そのほんの一例を紹介します。

利用者 M 様 女性 要介護 1 2世帯住居(日中は独居)

既往歴 アルツハイマー型認知症 高血圧 心房細動 右肩肉筋周囲炎

生活歴

以前はポーラレディとして化粧品の販売をしていて、上位売り上げ者で今でも仕事を続けている？(この事がかなりのプライドになっている)

昔から何時も仕事優先で、家事の事は無頓着で整理整頓ができていない。

今でも、お得意先回りをされていて、タクシーで遠くまで出かけてみたり、自転車でふらっと出かけたリもする。

社交的であるが、気が強く自己中心的な発言が多く、息子以外の人とは関係が築けない。

猫を3匹飼っていて、猫にはかなりのお金をつぎ込むが、それ以外の事にお金を使うと怒り出す。

今の事が分からず、言っている事がころころ変わり急に怒り出す。

服薬もできず、気が向くと勝手に組み合わせて飲んでしまい、最近は筋力もだいぶ落ちてきていて、家の中でも転倒されている様子の為利用となる。

訪問サービス内容

掃除 片付け 洗濯 等を日常生活動作の訓練として一緒に行う。

訪問時の様子

訪問の当初は「今日は体調が悪いから」「これからお客様の処に行くから」と言われ、

ヘルパーが家に入る事を拒まれてしまい、中々入れず息子さんに相談しながら入れるように説得してもらい、少しずつ受け入れてもらえるようになりましたが、

「明日ヘルパーさんが家に来るみたいだけど、私は頼んでいないんだから、明日はね仕事があるんだよ、きてもらっては困るんだけど」と言われ、「息子さんより依頼されていくのですけど、と話すと、「息子がそうは言っても私は仕事をしているんだ、それとも、そちらで化粧品を買ってくれるかい？来てくれる人は一つも買いやしない、そちらの会社は訪問先の商品を買いたくないで、よく商

売が出来るな、自分は何時にも買っている」

と22時過ぎに電話が来たことも有りますが、大抵サービスの前日になると電話が来ます。

性格なのか認知症なのか、かなり偏った考え方をされていて、息子さんとの会話もどちらかと言えば怒鳴り合っているように聞こえます。

最近の様子

訪問を始めてから間もなく1年になりますが、相変わらずご本人様はヘルパーを利用する意味が分からず、「私は今でも仕事をしているのだから必要ない」と必要性を全く感じていないようですが、サービスに入る日を間違えて、何時までも仕事に行かないで待っていたのに何で来ない」と怒って電話が来るので気にはなっているようです。

最初はサービスを拒否されたり、提供出来たりが半々の状況が長く続きましたが、出来るだけ同じヘルパーにして対応をしていく事により、顔を覚えてもらう事により毎回サービスに入れるようになりました。

利用者 T 様 女性 要介護 1 独居

既往歴 くも膜下出血 妄想性障害 高血圧

生活歴

7人兄弟の第5子で兄弟は皆他界している。

2度結婚をしているが、いずれも夫が働かず浮気をして離婚している。

息子が一人いるが勝手に口座からお金を引き出したりした為に現在は疎遠になっている。

サービスに至る経緯

居宅より連絡が有り、現在入院中で帰宅願望が強く介護サービスの拒否も有るが、一人で居ると通院や服薬の管理が出来ないと困るので頼みたいとの事でしたが、

本人より必要ないと断られて中止になる

退院後服薬しないので以前のように被害妄想になる可能性が大きく、我が強く他者の助言を聞き入れない為、また、近所とトラブルにならない様に、帰宅後の生活と受診の為に再度対応して欲しいと連絡が有りサービスとなる。

訪問サービス内容

服薬確認 買い物 居室内の掃除 状況の確認 通院乗降

訪問時の様子

始めて訪問すると外側の玄関に南京錠が付いていて、防犯対策に気を付けているのだと思いました。呼び鈴を鳴らしてもすぐには返事が無く、暫く待つと声がして今鍵を開けるからと返事が有りましたが中々開きませんでした。

ドアが開き玄関を見るとそこにも鍵が幾つも付いている状態で、玄関より中には入れてもらえず、玄関での会話となり服薬の確認や買い物が中心のサービスになっています。

当初は会話等もしづらいのでは無いかと思われていましたが、段々とヘルパーさんにも慣れてきたのか、色々と会話が出来ようになりました。

それによると、毎日のように私が寝ていると、男が入ってきていたずらをする、だから、私は鍵を幾つも掛けて入れない様にしていると言われ、ようやく鍵が幾つもある理由が分かりました。

夜になると、睡眠薬を鍵穴から入れられて知らないうちに寝むらされて、朝気づくと自分の体に液体のような物や、スプレーを掛けられている

食べ物に毒を入れられるから、お腹が痛くてしょうがない

夜寝ていても怖いのでトイレに行けないので、ビニールを敷いたバケツを用意してそこにしていると話され、何回か警察を呼び、市役所に相談したが、何時も異常は無いと言われ相手にもしてくれないから、今度は証拠を取って見せてやると話していました。

ある時、自分を襲っている決定的な瞬間をビデオに撮ったからと、見せてもらいましたが、そこには、これといって変わった様子は見られず、この人影だよと言われましたが、自分には確認が出来ませんでした。

さらに、二階に男が夜になると来る、多分息子だよと言われ、二階で物音がするのはそのせいなので、私は下りられない様に階段を塞いだ。との事でした。

部屋に入れる機会が有り、確認すると階段が板で塞がれていて、階段の側には浴室が有りそこは、ビニールシートで囲われていて、部屋にはビデオカメラがセットされていました。

今でも、日々工夫して様々な防犯対策を考えて材料を仕入れています。

原因として考えられる事二度離婚しているがそのことがトラウマになっていて男性に恐怖を感じる。

性的ないたずらをされる時は、大抵体調の良くない時で下痢をされていたりする。

室内の鏡等などによる光の反射によって影が映り、人がいる様に見える。

部屋に有るビニール製の袋が隙間風でこすれることにより音が出る。

などが考えられました。

対応として

本人の言っている事を否定せずに聞いていく事により安心している。

特に男の存在を認めていくと、その他の出来事も話してくれる様になり、日常生活の過ごし方が少しずつ判明し、夜が怖くて起きているので日中に寝て居たりする、のが解り、睡眠不足も考えられましたので、食事や水分補給をして適度な運動により夜は眠れるようにしていく事や、日中は一人で居て、人との会話が無いので、再度ディサービスの利用を進めてみるなどして、心配ごとを少しでも軽減でき安心して過ごせる時間が作れて不快な幻視を軽減できるように取り組んでいきます。

まとめ

訪問介護では利用者様といられる時間が限られています。その中で、出来るだけ信頼関係が築けるように、利用者様の話を聞き相手を理解して、出来るだけ訪問は同じ時間帯、同じヘルパーにして、利用者様が混乱しない様に対応して、毎日が安心して在宅で暮らせる様にサポートしていきます。

御清聴ありがとうございました。

その笑顔の為に

ケアサポートセンターようざん石原

発表者：櫛島一美

【初めに】

人は自らの欲求に対し、そのことを確立させることで精神的活性化を保つことが可能となる。しかし認知症や身体機能低下により様々なことができなくなればどうだろうか。出来ないことによる不活発化。それに伴う精神機能低下、認知症の進行等、多くの身体的精神的弊害がその方自身を取り囲むことになるのではないだろうか。

いつもつまらなそうにしているA様。身体的、精神的支援の中でそんなA様の心に寄り添わせていただいた事例を紹介したい。

【利用者紹介】

A 様

女性

80 歳

要介護1

【既往歴】

腰痛(H4年12月頃)

高血圧症、糖尿病(H12年5月頃)

心房細動、認知症(H18年6月頃)

左乳癌手術(H20年11月 高崎総合医療センター)

上行結腸癌腹腔鏡手術(H28年1月7日 高崎総合医療センター)

【生活歴】

都内B市出身。結婚するまでB市内で呉服販売店に勤務していた。運送会社勤務の夫と知り合い結婚後は15年間専業主婦として生活。長女、次女をもうけ昭和60年頃、夫の勤務都合で現住所へ移り暮らし始める。しかし間もなく夫が亡くなり、本人は平成18年頃糖尿病と認知症の診断を受ける。更に都内で結婚生活を送っていた長女が平成20年ごろ病気で亡くなり、その2年後長女の夫も白血病で亡くなってしまう。そのため長女夫婦の子供たちである二人の孫娘を現住所へ呼び、本人と未婚の次女で高校卒業まで面倒見ることとした。現在長女夫婦の二人の孫娘は自立し都内で生活しており、本人と未婚の次女の二人暮らしとなっている。本人の認知症、身体状況は加齢とともに低下していく状態にあり、次女の仕事と生活の負担は増すばかりの状態となっている。

【問題点】

利用開始当初、A 様は無気力で退屈そうにしていることが多く、レクリエーションにお誘いしても「面倒だからやめとく」と机に突っ伏されることも多かった。その延長か身だしなみにも無頓着なように肩より長いその髪はあまり手入れがされていないように見受けられた。その反面自分でやりたい、人の手を借りたくないという欲求も強いようで、歩行時や入浴時には介助に対する拒否が多く、夕方六時半頃になると立ち上がり、「時間になったので歩いて帰ります」と出ていかれようとする様子も毎日繰り返し見られている。また、カテーテルを使用していてあまり排泄感がないためかトイレ時には便失禁されていることもあり、そのことを A 様自身も気にされている様子であった。

新たな環境に馴染めずに、笑顔もなく退屈そうな A 様に私達はどのように対応していくべきか考えることとした。

【取り組み】

これらの問題を解決する糸口としてまず私達は A 様のお話を傾聴する所から始めることとした。最初のうちは「大丈夫」とおっしゃることが多かったが、日々の会話を続けるうちに A 様から「最近何事をするにも億劫で」と感じていることとお話いただくことができた。A 様は身体面の問題から様々な行動に手間や労力がかかるようになり、そのため色々なことをしたくなくなる、無気力な状態に陥ってしまっていたようであった。

そこで、私達は様々な行動を一つずつお手伝いしていくことにより、なにかをしたい、という気持ちとそれができた時の喜びを取り戻していただくと考えた。それぞれの問題に取り組むにあたっても、一つ一つ A 様がどう感じているか傾聴することを心掛け、そこから解決策を模索していく形をとった。

無頓着そうであった身だしなみについては、「面倒でしなくなった」と話されるものの、実際に職員の手で整容し、ヘアアレンジや化粧を施した姿を見せると笑顔が見られるため、来所されたときはできる限りお手伝いし、その都度鏡を見ていただいたり写真を撮らせていただいたりすることとした。

「面倒くさい」「億劫だ」という気持ちの根底にある身体的問題とそれに付随する精神不活発への取り組みとしては、気が向いたときに散歩や軽い体操を少しずつ行ってもらい、機能訓練と気分転換の両立を図った。

また、「大丈夫」「自分でできます」と「自分でしたい」という気持ちも強く持っていられしやるので、A 様がすることは積極的に取り組んでいただくこととした。特に、家ではやらなくなってしまったとおっしゃる洗濯物たたみやお皿拭きなどの家事をお手伝いいただき、その都度感謝の言葉を投げかけたり、昔のお話を伺ったりして、やりがいを感じていただけるよう心がけた。

トイレを失敗してしまうことに関してはこまめに声掛けをし、その都度トイレ誘導をさせて頂くことで失敗の回数を減らそうと試みた。また、帰宅時間が近づくと立ち上がり「歩いて帰ります」とおっしゃることについてはその度に「大丈夫、車で送らせて頂きますよ。安心して下さい」と声かけすることを繰り返し行い落ち着いていただくよう環境整備した。

【経過と考察】

これらの取り組みの結果、最近では施設の生活にも少しずつ慣れてきてくださったようで、笑顔が増え、こちらから話を振らずともご自分から話をしてくださるようになった。まずは各取り組みの具体的な経過を報告する。

「面倒でしなくなった」とおっしゃっていた身だしなみは、職員が手伝い整えると「まあこれが私？」と鏡の中の自分を見ては前より美しくなるのを楽しまれている様子である。ヘアアレンジを施すときに「家に帰ると娘に驚かれるの」と笑顔で話してくださる。化粧をするときには「この前はこれだったから今日はこれ」とご自分のお気に入りの色の口紅を選ぶのが楽しみの一つとなっている。そして日々の会話の中で化粧や髪形に触れるととてもうれしそうに笑ってくださる。

「動くのが億劫で」とおっしゃっていた体操や散歩も「できなくなつては困るから」と積極的に体を動かしてくださるようになり歩行訓練が日課となっている。日々行っている様々な機能訓練の中でも、歌いながら体を動かす訓練が楽しいと、特にお気に入りなようで「難しいけどできるようになりたい」と真剣に取り組まれている。

しかし、トイレに関しては以前より失敗の回数は減ったものの、相変わらずの状態である。こまめに声掛けをし誘導することでできるだけ失敗を減らそうと対策している。失敗したことを気にされる A 様のためにこれからもこまめに誠心誠意対応していきたい。

帰宅時間が近づくと「歩いて帰ります」と立ち上がりふらつきながら歩き出してしまう問題についても、A 様に「車で送らせて頂きますよ」と声掛け行い、その場では納得され落ち着かれるものの、ほぼ毎日繰り返されている。ただし、この問題に関しては、A 様にご自身でなさろうとする心の表れでもあると思われるので、早期に解決を図るというよりは事故の無いような見守り及び落ち着かれるような声掛けを続けていきたいと考えている。

これらの具体的取り組みの結果、最近では笑顔や会話が増えただけでなく、他の利用者様に対して「お茶が残っているよ」「ゴミ箱ここだよ」「ボタンはずれてるよ」など、ご自身から他者へ携わろうとする様子が見られるようになった。職員に対しても、こちらからお願いする前に積極的にお手伝いをして頂けるようになった。レクリエーションへの参加拒否や介護拒否については時々みられることもあるがほとんどなくなった。これからは A 様に対する日々の携わりを通して身体的問題をサポートしつつ精神的問題をケアすることで、A 様に日々の活力を持ち続けていただければと考えている。

【まとめ】

私たちは A 様に対する身体的精神的支援の中で様々なことに気づかされた。少しずつでも会話をしていくことで A 様の心に寄り添わせていただき身体的精神的弊害を取り除き快適に日々を過ごしていただけることを目指し取り組んできた。成功したこともあればそうでないこともあったが、これからも継続性と試行錯誤の中で、携わらせて頂く利用者様にはより快適に過ごして頂けるよう努力して行きたいと思う。

どこが悪くても大変ね～

～認知症の方の癌による痛みの把握と対応について～

ケアサポートセンター ようざん

発表者 島田 佳奈

A 様のご家族が、相談に見えたのは、昨年春の事でした。

入所していた施設での検査で「上行結腸癌」と診断されました。

群馬大学病院を紹介され、手術を行ったが、すでに進行が著しく、手の施しようがなく

「余命半年」と宣告されたそうです。

息子として、自宅での介護がしたいのですが、仕事もあり常に介護することは、むずかしい。また、本人は「私は、施設にお世話になりたいの…」と、言うのです。

本人の希望を叶えつつ、私たちも、母の残りの人生を見守りたいのです。と…

はじめに

今回、私たちが症例とさせていただいた A 様は、もちろん「癌に犯されている」とは、知りません。また、元来の性格なのか「人には、迷惑を掛けたくない」という様子が、強く伺われる方でした。

癌による痛みの把握を、私たちがどのように気付き、どのタイミングで医師との調整を行ったらよいのか？非常に判断が難しい事が問題でした。

そこで、A 様を観察し、どのような行動をとった時に痛いのか職員間で話し合い、共通の認識をもつことになりました。

そして「痛みのない」「穏やかな最期」を迎えて頂きたいと考えました。

本人紹介

氏名：A 様

年齢：87歳

病名：上行結腸癌末期（余命半年）、脳血管性認知症、慢性心不全

若年時、脊椎カリエスを患っている。

介護度：要介護 2

生活歴

岩手県釜石市出身。実父の故郷である群馬へ移住し、高崎高等女学校卒業後、銀行へ勤務。昭和 48 年、結婚。夫は再婚であり、4 人の子持ちであった。

子供たちの事を思い、実子は持たないと決めていたそうです。

平成 2 年夫他界。長男と同居していたが、夫の死を期に、特別養護老人ホームへ入所。

本人、家族の思い

「私は、後妻だから、子供たちには、迷惑をかけたくないの。余生は、『老人ホーム』で過ごすつもりなの」と、話されます。

息子さんは「それを言われるのが、辛い。私たちは、実母と、思っているのに…」と、話されていました。

そこで、私たちは「施設の一室を『ご自分の、居室』とし、週に 3 日息子さん宅へお客に出かける。そんな、プランを計画しました。

この子(三男)がとても優しく良い所を見つけてくれてよかった。」とおっしゃっていただくことができました。

この言葉どおり、A 様はご家族(三男)の自宅から施設に来るとき、自ら職員に「行ってきます」「ただいま帰りました」と声をかけるなど、施設を自分の居場所と感じているような言動が多くみられました。

ご家族(三男)は親子で過ごす時間を楽しみたいという思いがあります。

夜間は、ご本人のベッドのそばに、簡易ベッドを設置し、休まれます。

また、ご家族が職員に A 様と車いすで散歩してきたという話をしてくださったことなどからもその思いが読み取れました。

自宅の敷地そばの広場で、一緒に高崎祭りの花火も見られたそうです。

経過

利用開始の 4 月より 10 月頃まで痛みの訴えなどの記録はありません。

余命宣告が間違いであったのでは…と、物忘れの症状はあるものの穏やかに過ごされ、積極的に職員のお手伝いをしてくださったり、仲の良い利用者様と談笑されるなどなど社交的な姿がみられました。

10 月に何度か腹痛を訴えられ痛み止めが処方されましたが、「昔に患った、カリエスが今になって、出てきたのかしら？」と、言われました。

しかし、検査の数値は的確で、しかし、検査の数値は的確で、定期受診で、貧血が指摘され 12 月 3 日より輸血目的で入院されました。

回診で、医師が患部を触診すると「痛い」と、訴えます。

そんなこともあり、2～3 日の予定が、26 日間にも延長してしまいました。

介護者は「認知症が、進行している気がする。」「このまま、病院で終わりたくない」と

医師に訴え、痛み止めの処方をして頂き、退院となりました。

外見での変化は、がん細胞がリンパ腺を圧迫することにより、右足が徐々に浮腫みをましてきました。それでも本人は「カリエスの後遺症って、すごいわね～」とおっしゃいます。12 月の入院後より、目に見えてトイレに行かれる回数が増えました。

話を伺うと「お腹が痛くて便が出たい感じがあるけど、尿しか出ない」と話されます。

「きっと、便が出たら、治るから…」と、30 分以上、ポータブルトイレに座っていることもありました。

3 月中ごろより、フロアに出ず、日中も居室で過ごすことが多くなりました。

食欲も徐々に落ちてきましたが、ご家族が差し入れて下さる「アイスクリーム」や「バナナ」は、召し上がっていました。

取り組み

12 月の退院後より、足の浮腫が著しく「像」「ブロードの柱」を想像させられるほどになってきました。

そんな 3 月中ごろ、歩行時転倒されました。「足が重たくて」と…

尿量や便の状態などを観察できることも含め、ベッドサイドにポータブルトイレの設置をしました。

トイレの回数が頻回となったこと、座っている時間が長くなったことなど「いつもと違う」状態が幾度も見られたことから、認知症のためご自分の状態を正確に認識できない A 様なりのサインなのではないかと、職員間での共通認識がもたれました。

痛みの評価を行う時、痛みを 1~10 などの数字あらわすのが一般的です。

しかし、A 様は認知症ということもあり痛みを数字であらわしていただくことは難しいことでした。そこで、A 様にどのような言動があった時痛いのかを観察することにしました。

「お腹が痛い」などご本人から訴えるということはこちらから見て一番わかりやすい痛みの訴えですが、トイレの回数が多いというのはこちらが意識して見たり、A 様の病気の知識がないとわかりにくいサインです。また、ご本人からの「痛い」という直接的な訴えでもトイレに行くという行動でもどちらにせよ、どれくらいの頻度で言って(行って)いたのかというのが症状の進行度や深刻さの目安になるとも思われます。そのため、介護職は A 様の言動の内容とともにどれくらいの頻度であったかを看護職にしっかりと伝える必要がありました。

痛みのレベル		A様の言動		
1	弱い	昔、カリエスしたから、仕方ないのよ。		
2		なんで、足が重たいのかしら？		
3		トイレに行ってくるわ(1~2時間に1度)		
4		便が出たら、楽になるかしら(30分以上トイレにいる)		
5		おなかがしくしくと痛むのよおかしいわね		
6		何かお薬頂けるかしら		
7		今日は食事がいただけないの		
8		お部屋で横になっていいかしら？		
9		「すぐにトイレに行けるようにしているの」		
10	強い	お部屋で休ませていただきます。何かお薬があったらいただけますか？		

便が出たいとの訴えがあった時に坐薬や鎮痛剤を使用し安眠できる時間が作れるようにしましたが、薬の効果が得られるまでは、足の痛みや腹痛を訴える時には下肢をさすりながらお話をするなど、次の痛みどめまでの時間まで気を紛らわすことしかできません。下肢をさするとT様は「気持ちいいです」などという言葉を送ってくださいました。

A 様がようざんで過ごす時、このような痛みのサインがありましたが、在宅ではほとんどなかったそうです。在宅で一緒に過ごしている息子さんのことを A 様は「この子はいいい子なの」と言っており息子さんのことを信頼し、在宅では安心して過ごすことができたのではないかと思います。しかし、施設では大分辛そうであることを、はっきりと介護者の方に伝えておくべきでした。ただ、A 様はようざんに来ると、職員に「ただいま帰りました」と声をかけたりしており、A 様にとってようざんは自分の家でもありました。私たちは A 様の家族のような存在にもならなくてはならないのではないかという考えに行きつきました。A 様が「ここがシクシクするのよね」「足がこんなになってどうしたんかね」と、自分の体に起きている違和感に対して、耳を傾け、家族のような役割を果たせていたのでしょうか？

まとめ

利用当初は、ある程度の状態になったら「入院」して、最後を迎えることになるであろうと、介護者とも話していました。

しかし、ようざんを利用し始めてからは親子の時間も持てるようになったようすで、ご家族からは家に帰った時、A 様とドライブに行ったり、一緒に花火を見たりしたという話もうかがっています。また、A 様がようざんに戻ってきた時に「ただいま帰りました〜」などとおっしゃられる姿などを見て、ご家族も A 様がようざんを『居心地のよい場所』と思っているのではないかと感じとってくださったのではないのでしょうか。最後の手段として「麻薬を使用し、痛みのコントロールを図ることを目的とした」入院の時には、介護者の考えに変化が出ていました。

「最後がやってくるなら、自分の家と考えている『ようざん』で、迎えさせたい」と…

そこで入院先の緩和ケアチームの緒方医師と、「いっぽ」の萬田先生と交流があり、同じく緩和ケアを行っている、森田医師と連絡調整と情報交換を行っていただき、施設に戻る予定でした。

しかし、日程も決まっていたのに、その翌々日に急変し、永眠されました。

もう少し早く、緩和ケアに入っていたら、最期を看取れたのではないかと思います、残念でなりません。

私たち看護職小規模多機能型居宅介護には、医療依存度の高い方も多くいらっしゃいます。利用者様はもちろんご家族にも「最期までようざんで」と思っていただけよう、看取りの瞬間まで安心してご利用いただけるよう医療の知識も深めていきたいと思いました。それには、介護職と看護職の連携もがとても重要になってくるでしょう。繰り返しにはなりますが、利用者様、ご家族様が最期まで安心して任せられると思っていただけのような「ようざん」になってゆきたいと思います。

A 様は最後の最後に「看護婦さ〜ん、助けて〜！」と断末魔の叫びのように病室の廊下まで聞こえるような声を出されたそうです。

もう少し早く、緩和ケアを開始していたら…

ごめんなさい。ご冥福をお祈りします。

「在宅」ずっとこの家で暮らしたい！

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者：落合 香織

工藤 洋子

はじめに

住み慣れた地域は、何よりも心穏やかでいられる場所です。

そんな場所で、生きがいを持って暮らせるように…自宅で過ごしてもらいたい、過ごしたいという、ご家族・ご本人の気持ちに寄り添った支援をしたいと思っています。

2025 年問題を乗り越えるため、政府が出した答えが「在宅」での医療・介護の推進とあります。認知症の症状が進行し寝たきりにならない為にはどうしたら良いのか？小規模多機能でできること。ここ、“ようざん倉賀野”でできることを考えてみました。

ケアサポートセンターようざん倉賀野では、身体機能の維持と向上、脳の活性化を図るため、そして、楽しく過ごして頂く為、日々のレクリエーションと合わせて、個別機能訓練に取り組んでいます。また、リハビリの知識を深めるため、群馬県理学療法士協会主催の公開講座を受講し、身体の機能や病気・障害の特徴について学びました。常に学ぶ姿勢を持ち日々のケアに活かしていきたいと考えています。今後も自宅で暮らしていけるよう、またご家族の介護負担の軽減となれるよう個別機能訓練の取り組みについて発表いたします。

機能訓練実施の流れ

身体状況の把握



ご本人とご家族の希望



目標の設定



個別リハビリメニュー



個別機能訓練開始



モニタリング・評価



機能訓練の再構成



個別機能訓練継続

まず、基本となるトレーニングを考え、利用者様に合わせた個別メニューを作成する

ことにしました。

～筋力トレーニング～

【もも上げ】左右交互に膝を持ち上げる。

腸腰筋のトレーニングです。腸腰筋は骨盤を起こす筋肉で背筋を伸ばし、転倒予防にも効果があります。

A



【膝伸ばし】手で支えながら、交互に膝を伸ばす。足首に重りを着ける。

大腿四頭筋のトレーニングです。立ったり歩いたりするために大切な筋肉です。

B



【足踏み】立つ、または椅子に座って

平行棒、手すりにつかまりながら、足踏みをする。

ふらつくようであれば、足を肩幅に開き、腰が引けていれば平行棒の高さを少し高くしてみます。



C

【つま先立ち】

両足でかかとを上げる運動です。下腿三頭筋のトレーニングになります。バランスをとる練習にもなります。



～歩行練習～

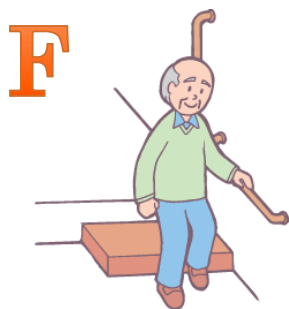
かかとからついてつま先で蹴る正常歩行の大切な要素です。痛みなどがある場合は無理に行ないません。

【通常歩行】平行棒での歩行と廊下での手引き歩行



【踏み台昇降】

基本的には台を使用し、平行棒に掴まって昇降する運動で、有酸素運動となります。効果としては、心肺機能を高める、下半身の筋肉強化、体力の向上などが挙げられます。



～肩の運動～

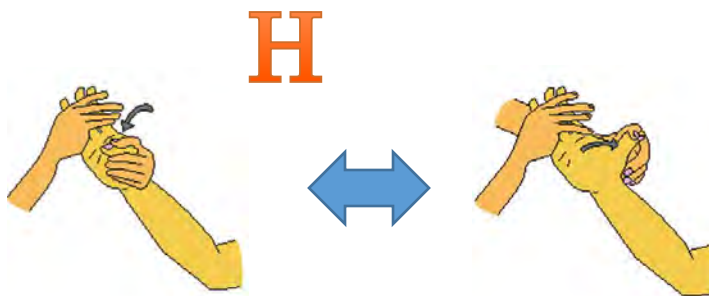
上まで持ち上げ、下げる。痛みが生じないようにしましょう。また、無理矢理動かさないようにしましょう。(ウォーターダンベル使用)



～手指ストレッチ～

図のように、親指を内側に曲げましょう。
これも強すぎず、痛みの生じない範囲で。

親指を外側に広げましょう。人差し指から小指は指を伸ばしたまま、手の甲の方へ反らします。



楽しく機能訓練をしていただくために

- ・歩行練習ポイントカードを作り歩行練習をする度にスタンプを押します。
- ・※印のところは何かいいことがあります。
- ・漠然と歩行練習するのではなく、廊下に目印を作りどのくらい歩いたのか一目で分かるボードの作成をします。
- ・平行棒では、好きな音楽を流しながら歩いていただきます。
- ・平行棒の下に歩く目安になる様チェックラインを貼ります。

事例紹介

～骨折してもあきらめない～

◎A様 女性

年 齢:91歳

既往歴:脳梗塞、心臓疾患、変形性膝関節症、高血圧性心臓病、

H27.10 左大腿転子部骨折(サンピエール病院入院 H27.10.28～H28.1.27)

移動時には歩行器使用、長距離移動には車椅子使用。

生活歴:伊勢崎生まれ。結婚して倉賀野に居住、農業をしていたが、35歳の時に夫が死去。農業をしながら、勤めを始め定年まで勤務した。

定年後に水墨画や俳句を習い、自宅でも楽しんでいたが、最近は筆を持つ事が億劫になってきて、意欲の低下も見られる。

☆A様とご家族の希望と目標

自宅でこれからも穏やかに過ごしたい。ご家族の希望も、ご本人の希望と同様でできる限り一緒に暮らしたい。しかし、自宅が昔ながらの作りで段差も多く廊下も狭い作りになっている為、自分で安全に歩けるようになりたい。

取り組み内容

- 【もも上げ】A 左右 10 回 5 秒間静止
- 【膝伸ばし】B 左右 10 回 5 秒間静止
- 【足踏み】C 20 回
- 【つま先立ち】D 10 回
- 【通常歩行】E 平行棒 5 往復
- 【踏み台昇降】F 10 回

経過(できるようになったこと)

- ・ソファ・椅子からの立ち上がりは時間をかければ一人できる。
- ・屋内衣の移動は、歩行器で見守りと足を挙げての声かけでゆっくり歩くことができる。
- ・トイレは自分でズボン等下ろすことができる。
- ・歩行練習ポイントカードによって今日はやりたくない等の発言が減った。

これからの課題

- ・骨折した左足が、ずり足になってしまうので意識して足を上げるように声掛けする。
- ・トイレでのズボン等上げる時は、安定した立位を保ち上げられるようになる。
- ・家族の強い希望もあり、自分でできる事は、依存のないようやっていただく。(待つ介護)

◎B様 男性

年 齢:77歳

既往歴:高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、

H25.11 左大腿部頸部骨折、H26.2 右大腿骨転子部骨折

移動時には歩行器使用、長距離移動には車椅子使用。

歩行時前傾姿勢で右側に傾きあり。

生活歴：沼田に生まれ 10 人兄弟の末っ子。直ぐ上の東京に住む兄が時々会いに来て何かと世話をしてくれる。妻自身も病弱で 1 人での介護は困難である。警察官を定年まで勤め上げ、主に交通関係で働いていた。

☆B様とご家族の希望と目標

ご本人は、自宅で歩けるようになりたい。妻は夫が可哀想なのでできるかぎり自宅で面倒を看たいとの気持ちは強いが介護力に不安がある。これからも自宅で過ごすために、介護負担を少しでも減らせるよう自分で立位を保てるようになってほしい。

取り組み内容（自分では困難な為すべて他動）

【もも上げ】A 左右 5 回

【膝伸ばし】B 左右 5 回

【足踏み】C(椅子に座った状態)

【つま先立ち】D(椅子に座った状態)

【通常歩行】E 歩行器を使用した歩行練習

【踏み台昇降】F(立位保持の為の手すりに掴まっての立ち上がり)

【肩の運動】G 10 回(ウォーターダンベル使用)

経過(できるようになったこと)

- ・乗降時は手すりにつかまり立つことができる。
- ・ご本人のやる気が出るような声掛けをすることで、歩行練習をする事が多くなってきた。自分から「歩行練習をしよう」というような前向きな発言もできた。
- ・次に出す足を声掛けする事によってゆっくり歩く事ができる。
- ・廊下に目印をつける事でやる気がでてきた。

これからの課題

- ・声掛けしないで、足が出るようになる。
- ・安定した立位を保てるようになる。

～介護度 5 でもあきらめない～

◎C様 女性

年 齢：88歳

既往歴：H20.12 脳出血による、後遺症(左完全麻痺、言語障害)高血圧症、便秘

H27.11～12.11 高熱、嘔吐あり富岡総合病院入院 嚥下障害 多機能不全

生活歴：中之条生まれの 7 人兄弟の 2 番目で、ご主人は国鉄に勤め、転勤が多く、環境が変わる

中 3 人の子供を育ててきた。結婚前に、小学校の先生を 2 年ほどやられていた。

☆C様とご家族の希望と目標

家族が大切にしてくれるので幸せ、これからも今まで通り自宅で穏やかに過ごしていきたい。ご家族の希望として、今までの生活スタイルを崩さないで、平日は自宅で、週末は泊りを利用していきたい。在宅で最期まで看たい。そして、本人に安心して穏やかに過ごしてもらいたい。

取り組み内容(自力では困難な為すべて他動または入浴時)

- 【もも上げ】 A 左右 5 回
- 【膝伸ばし】 B 左右 5 回
- 【肩の運動】 G 10 回(ウォーターダンベル使用)
- 【手指のストレッチ】 H 左手指曲げ伸ばし各 10 回
- 【嚥下訓練】 I スプーンによる舌の刺激 頬のマッサージ

経過(できるようになったこと)

- ・車椅子⇄ベッドへの移乗時に介助者に掴まることができる。
- ・車椅子での座位が保てる。
- ・血流がよくなることで、両下肢のむくみが軽減された。
- ・むせこみが減り水分が多く摂れるようになったため排泄機能も順調となった。

これからの課題

- ・現在のミキサー食、とろみから食形態の改善。
- ・食事が少しでも自分で食べられるようになる。

<考察>

興味をもって楽しみながらすることは、年齢を問わず誰でも嬉しいことです。そして楽しみながら笑顔で行なった方が機能訓練も効果的です。どんなに素晴らしいメニューでも「辛い」「楽しくない」という理由で続かなかったり「自分にはできない…」と諦めてしまうケースも少なくありません。どのようにしたら楽しく機能訓練を続けて頂けるかを考えポイントカードやゲーム感覚で歩行練習することで継続できています。また、事例対象者以外の利用者様も率先して歩くようになり、今まで歩行の声掛けをしても、「私はやらないよ！歩きたくなんかないよ！」と歩かれなかった利用者様も進んで歩くようになりました。日々のレクリエーションでも身体機能を活用し、維持・向上できるように、取り組んでいきたいと思います。

＜最後に＞

ケアサポートセンターようざん倉賀野では、利用者様が必要とする機能訓練を継続して行うことで、筋力強化と基礎体力の維持を図り、安全な在宅生活を送る基盤を作りたいと考えています。機能訓練を適切に行うことにより、身体機能低下防止、むくみの軽減、便秘の解消、転倒防止や誤嚥防止に繋がり、廃用性症候群による寝たきりを防ぐと言われています。身体を動かすことが、認知症に対してはその進行の緩和に役立ち意欲向上等の効果があります。また、関節の痛みにより可動域が狭くなり消極的になっている利用者様の筋力を強化し関節の負担を軽減することで、利用者様が自発的に体を動かすことへ繋がられ、行動範囲が広がることで「自分のことが以前のように自分で出来た」という喜びが増え、日々の生活に役立ち生きがいに結びつくと考えます。そして、それが在宅での介護量を軽減し、自宅で生活できる期間を延ばし、利用者様と介護に関わる家族の経済的・精神的負担を軽くすることになります。『ずっとこの家で暮らしたい！』という利用者様の想いと、それに寄り添うご家族を支えていくことが、私達の喜びです。

在宅困難の利用者様を柔軟なサービスで支える

～私の想いが届きますように～

ケアサポートセンターようざん藤塚

発表者：濱名 紗江里

はじめに

今回、紹介させていただくA様は、高度難聴や緑内障により耳が聞こえづらい、目が見えづらい中、独居で過ごされていました。家族、近隣住民、郵便局、駐在所、民生委員、あんしんセンター、JA、群馬バスといった地域の方々が支えるも在宅での生活が困難であり限界を迎えていました。

小規模多機能居宅介護施設の利用を開始した当初連れ出し困難であり、目が見えづらい為「暗いからいかないよ」「ころがるからいかないよ」「おっかねんだよ」と塞ぎがちで、安心した生活を送れていませんでした。

連れ出すことが出来ても、言葉少なで自発的な行動も少なく、机に塞ぎがちだったA様。

そんなA様の想いとは？A様が安心して過ごせる環境とはなんだろうか？

私達小規模多機能居宅介護ができる柔軟なサービスを駆使してA様の想いを探り、寄り添った事例を報告します。

事例紹介

A様 91歳

要介護度4

日常生活自立度Ⅲa

既往歴：右側頭葉腫瘍（悪性グリオーマ）、緑内障、高血圧、高度難聴、逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニア

生活歴：A町に生まれ農家の家業を手伝い、子供はおらず姪や甥をよく面倒をみていた。10年前に夫を亡くし、姪と2年間同居されていたが、姪も高齢の為みる事ができず現在は独居である。

※生活歴について

ほぼ不明であり初めのうちは情報収集が困難でした。事例検討を進めていくうちに解明していき
ました。
(別ページにて詳細報告あり)

小規模多機能居宅介護を利用開始に至るまでの経緯

唯一の家族である姪とは元々同居していましたが今は別居し、独居です。高度の難聴や緑内障の為外出時に転倒されたり、認知症の為地域住民とのトラブルがありました。

また、民生委員や近隣住民、あんしんセンターの方々が安否確認を行うも、A様が自宅に鍵を掛け顔を見せてくださらなかったり、外出する事が多く行方がわからない等と地域で支えていく事が

困難でした。

困難例

- ・「通帳がなくなった、姪に盗られた」と警察や近所の弁当屋に行かれる
 - ・コンビニエンスストアのレジスタッフと金銭面を巡り口論になる
 - ・家に帰れず警察に保護される
 - ・通帳紛失の為に再発行に郵便局に行くが、印鑑相違を何度も繰り返す。
- また、コミュニケーションが取りづらく、郵便局員が対応に困る
- ・A様が防犯の為に、玄関に内鍵をつけていたが、なくしてしまい外からも内側からも鍵を開けることが出来ない。
- A様が出かける時は、居間の窓から外出していた。その為、窓の鍵を閉められてしまうと、室内に入る事が出来ない
- ・通院していた病院によると定期的な受診が出来ていない為内服できているかわからない

その後、あんしんセンターからようざん居宅にA様に関して相談が入り、居宅のケアマネージャーが訪問するがなかなか会えず、その後小規模多機能居宅介護の管理者と訪問を繰り返し、たまに会えるようになり、家族の了解を得て利用を開始しました。

利用前のA様の状態

心身機能・身体構造

- ・両耳が高度の難聴
- ・緑内障が進んでおり、よく見えていない
- ・認知症により理解力、記憶力の低下が見られる
- ・物取られ妄想がある

活動

- ・歩行が不安定で度々転倒する
- ・調理をすることは出来るが1日3食摂取しているかは不明
- ・室内は物であふれており掃除をしていない
- ・入浴出来ているか不明
- ・薬の内服が出来ているか不明

参加

- ・買物、通院、市役所、郵便局へ行こうとするが、たどり着けない。
- ・外出先で金銭関係等のトラブルあり

上記を踏まえて、安否確認、服薬介助として1日2～3回の訪問。

A様の希望がある時のみ通いのサービスを利用し、入浴施行、夕食後帰宅というプランをたてました。

月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10ー18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10ー18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10ー18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10ー18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10ー18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10ー18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10ー18時

小規模多機能居宅介護の利用 2月～4月の利用状況

2月	
上旬 安否確認 来所 中旬～下旬 来所	<ul style="list-style-type: none"> ・鍵が閉まっている為、外からキッチンでの調理音で在宅を確認したり、外出されている為行方がわからないといった事が多い ・来所拒否 「郵便局に行くからいいよ」「今日は出掛けたいからいいよ」 「市役所に行くから休むよ」と話す ・徐々に来所が増え、自宅より歩いて来所される事もある ・一度、歩いて向かっていたが転倒し道端で座り込んでいた所を近隣住民が発見し連絡が入る
3月	
上旬 安否確認 中旬 安否確認	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問時に会える回数が増えるが、自宅で休まれている事も多い ・左目周囲に打撲跡があり「家の中で転んだ」と話される ・5日間鍵が掛かっており、安否確認できず ご家族様に連絡をし、レスキュー隊要請を検討する 6日目に本人と会え、その際に家族の了解承諾を得て内鍵を外し、 常時安否確認が出来る状態にした
4月	
上旬 宿泊	<ul style="list-style-type: none"> ・ようざん付近で倒れており、近隣住民から連絡がはいる ・右口内、右顎に傷がありA脳外科を受診する 医師が「ようざんに泊まった方が食事もとれて安心」とA様に話す ・「右側頭葉腫瘍(悪性グリオーマ)の影響で、てんかん発作や意識障害が出現する可能性がある」との話から宿泊利用を開始

問題点を探る

2月上旬～4月上旬まで、訪問から通い、そして宿泊利用とプランが変更された中、宿泊利用開始まで、A様と上手くコミュニケーションがとれていませんでした。

コミュニケーションをとるうえでの問題点としてあげられるのが以下の2点です。

問題点
信頼関係の形成ができていなかった 高度難聴や緑内障により会話が困難である

宿泊利用が開始されA様と関わる機会が大いに増えた中、私達はどうアプローチをしていけばよいのでしょうか？

・信頼関係の形成に対するアプローチ

A様にアプローチを行う際に介護におけるコミュニケーションの基本であるバイスティックの7つの原則について事業所内研修を行い、A様との信頼関係形成に努めました。

バイスティックの7つの原則	
1.個別化	利用者の個別性を認識して援助を行う
2.意図的な感情表出	利用者の感情表現を大切にする
3.統制された情緒的関与	利用者の感情に対し、援助者は感受性を働かせ、意図的にかつ適切に反応する
4.受容	利用者のありのままを受け入れる
5.非審判的態度	利用者を一方的に裁いたり、非難してはならない
6.自己決定	利用者の自己決定を尊重する
7.秘密保持	援助過程において知り得た秘密は保持する

・高度難聴や緑内障により会話が困難である事に対するアプローチ

寄り添うケア
両耳のうち左耳の方がまだ聴力が良い為左耳から大きくゆっくりと話しながら ホワイトボードを使い筆談する
上手く言葉が伝わらないと「何？」と不安な表情をされる為、なるべく職員は顔の表情や口の動きが見れるように、A様に近づく また「A様と会話をしたい、楽しみたい」という想いを込めて常に笑顔で接する
相手が自由に答えられる開かれた質問を取り入れ、質問に応じて頂いた際には、感謝の言葉を忘れない

その結果、A様からの発信として、「ありがとう」「おはよう」という挨拶から始まり、口にする言葉も増えていきました。

A様の言葉	
食事	食事前には「ご飯かい?」「まだかい?」「今日はなんだい?」
仕事	「農家だったんだよ」「よく草むしってた」
人	・女性職員に対して「山田さんかい?」「Mさんかい?」 ・時には涙ぐみながら「甥が心配なんだよ」

信頼関係形成の上で考えていたことは、会話をする上で生活暦を知り、今のA様の発言や行動から、A様が何を望んでいるか知り、叶えたいという事です。

A様が安心して、その人らしい暮らしを提供できるように私達は以下のような取り組みを行いました。

取り組み①回想法

本取り組みを行う前に、信頼関係を築き上げた事により、日常の生活の中でよく話される2つの言葉に着目しました。

- ・「甥が心配なんだよ」
- ・「Mさんかい?」

・「甥が心配なんだよ」
甥に会いにいこうと試みるも、病院で長期入院中である。 「もう入院しててね、ずっと寝たきりなんだよ、あんまりいって騒がしちゃうと可哀想だから行かない」とおっしやったため面会することは叶わなかった
・「Mさんかい?」
Mさんについて知らべた結果、以前関わりのあった民生委員の方である事がわかり、連絡をとるとA様との関わりについて詳しく教えていただくことが出来た。 ・お風呂が好きでよく温泉に行かれていた ・外出が好きでバスや電車を利用してよく買い物に行かれていた ・野菜や果物を育てることが好きで、野菜や果物を栽培していた

このような情報をもとに写真等を活用しA様との会話を試みた結果

- ・「昔は〇〇航空に務めて飛行機の部品つくってたんだよ」
- ・「花も好きなんだよ」

などと、Mさんからの情報の詳細や仕事をしていた時のエピソードまで話していただくことができました。

A様からの言葉が増えた結果、職員と前よりも会話をするようになり、職員を介して他の利用者様と関わる事も増えていきました。

サービス担当者会議と地域ケア会議について

サービス担当者会議

ケアマネジャーが、ケアマネジメントの一環として開く、高齢者の個別課題に対して問題の解決を図るために開かれる会議

地域ケア会議

- ・地域の支援者を含めた多職種による専門的視点を交えて、適切なサービスに繋がっていない高齢者の支援
- ・個別ケースの課題分析等を通じて地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげることを目指すもの

取り組み②サービス担当者会議

以前A様と関わりのあった医療法人社団醫光会、高齢者あんしんセンターあいの山田千恵様に連絡をとりA様の現状、以前のA様との関わりに関して相談すると後日、サービス担当者会議を行うことになりました。

サービス担当者会議 山田様の話

- ・始まりは、A様の主治医から「受診ができていない」という相談から
- ・長寿センターで入浴に行くが便汚染のため入浴できず、「他で入浴できる場所はないか」という相談がある
- ・A様が外出時に警察に保護され連絡が入るといった事があった
- ・1週間に1、2回ほどの安否確認をするが、今ほど高度の難聴や緑内障が進んでおらず、電話にすることもできた

担当者会議では、A様の以前と現状について話し合いました。

結論として、A様が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを支援できるか検討するため、後日地域ケア会議を開催することが決定しました。

取り組み③地域ケア会議開催

地域ケア会議では、A様と関わりのある、あんしんセンター、駐在所、民生委員、長寿センター、また、市役所の方も参加してくださりました。

(個人情報法保護の観点から詳細は明記できず)

会議では、A様が、改めて多種多様な社会資源を利用し、地域もA様を限界まで支えていた事がわかりました。

地域ケア会議での結論

- ・A様に必要なのは安心して過ごせる環境を提供することであり、つまり、入所である
 - ・リバースモーゲージを活用し入所という手もある
- ※リバースモーゲージとは
持ち家(自宅)を担保として銀行や自治体から融資を受けて、借りたお金は死亡時に自宅を売却することで一括返済する仕組み

取り組み④安心して過ごせる環境の支援方法について考える

安心して過ごせるために必要な事は何かと考えると、A様の生活する上で不満や不安を取り除く事ではないでしょうか。

A様の現在の生活を「食事」「睡眠」「健康」「運動」「楽しみ」「入浴」と6つに分類し考えてみました。

食事	食べる事は好きで、いつも食事を楽しみにしている
睡眠	夜間変わりなく休まれている
健康	服薬、通院はできている
運動	・度重なる転倒から転倒に対する不安があり、日々の行動はトイレや食事に行く為の行き来のみ ・外出は「また怪我するからいい」と話される
楽しみ	体操以外は参加しない また体操も楽しんでいるというよりは義務的に行っている
入浴	入浴拒否、10日に1回入浴する

A様にとっての不満や不安は、「運動」「楽しみ」「入浴」についてではないでしょうか。

・運動と楽しみに共通する転倒に対する不安

A様の以前の趣味は温泉に行く事や園芸でした。今でも「花は好き」「野菜や花をつくるのが好きなんだよ」と話されますが、外出、お風呂にお誘いしても「ころがるからいい」と断ることが多くみられます。

趣味の場に誘ってはみるものの、なかなか気のりはしないようで、外出する不安や怖さの方が心理的に上回ってしまうと考えられました。

そこで、A様にできるアプローチとして「園芸療法」を試みました。

園芸療法(運動や楽しみに対して)
今からどこに行くのか何をするのかを理解できるまできちんと説明する 緑内障により明暗がわかりにくく、昼でも「もう外が暗い、夕方かい?」と話される為、今は夜ではなく昼間であることを理解してもらえるように時計を見せる 職員数人で付き添い、転ばないように見守りを強化している事を目で見分けるようにする A様のために購入した花をみせたいと話し、ホール内で実際に花をみていただき、ジョウロをみせ、外で花の水やりをお願いしたいと伝える

このように段階を踏み、話した結果「いくよ」と笑顔がみられ、花の水遣りをして頂きました。実際に外に出ると「花は綺麗だね」と話し、また水やりをお願いしていいですか?と聞くと「いいよ」と笑って答えてくれました。A様に役割を与える事により、今では、笑顔多く自信に満ち溢れた顔をしています。

園芸療法を行った事で、外出する不安や怖さが軽減されたようです。

これからもこのようなアプローチを続けていき、不安や怖さを取り除くケアをし、外出や日常のレク

リエーションに対してA様が楽しめるよう支援していけたらいいと思います。

・入浴に関する不満や不安

入浴に対する反応	
「お風呂に入りませんか？」	風邪をひいてるからいい もう今まで〇回入ったいい
「夜入りますか？」	入るのはいつでもいい、今日は入らない
「お風呂に入りたい時はいつですか？」 A様が花の水遣り(仕事)をした後 「入りませんか？」	仕事した後入りたい いい、いかない
「温泉は、〇さんとよくいかれたんですか？」 「温泉にいきませんか？」	よくいったよ、温泉は好き さんざんいったからいい
「お医者さんから言われているのですが」	いかないよ
「〇〇さん(A様の友人)も心配している」	そんなことないよ
A様の周りの利用者様がお風呂に誘う	いかないよ

上記の取り組みを行ったものの、効果がみられないため、本人の想いを尊重し、次に試みたのが足浴です。

足浴(入浴に関して)
<p>A様は、足の爪が巻き爪であり痛みの訴えがある。そのため、いつも足の爪を気にしている事に気づき、本人の痛みを軽減できるように足浴を試みた。</p> <p>始めは「怖い」と話していたA様でしたが、ゆっくりと、足のマッサージをしながらお湯につかっていただく「よかったよ」と笑っていただけた。</p> <p>その後看護師により爪を切っていただくことにより痛みの軽減に繋がった。</p>

足浴を開始してからある日のこと、就寝前に「入浴はいかがですか？」と入浴をお誘いした所、快く承諾して頂くことが出来ました。入浴後、A様に入浴後の気持ちを聞かせて下さいと問いかけると、普段字等を書くことはありませんでしたが自らボードに字を書くと同時に笑顔を見ることに成功しました。

このように、バースティックの 7 つの原則を念頭に私達、ケアサポートセンターようざん藤塚の職員は、毎日毎日ご本人様に寄り添いケアを継続したことにより、ラポールは形成され、夜間入浴に成功致しました。そして、現在では昼間の入浴も快く承諾いただけています。

上記のように、運動や楽しみ、入浴へのアプローチを行った結果、何故拒否をするのか？言葉の裏に何が隠れているのか？本当に望んでいる事、伝えたい事を引き出すにはどういった声掛けが必要なのか？そして本人の同意がいかに大事か？を考えさせられました。

本人の気持ちを抑制してしまうと、介護拒否として暴力や暴言がでてきたり、話すことさえできないような状態になってしまうかもしれません。また、一度嫌だと感じた経験は後にも残るものです。そ

ういった事がおきないように説明と同意は常に考えていきたいと思います。

A様の現在の生活の中で「食事」「睡眠」「健康」「運動」「楽しみ」「入浴」に不満や不安はないかどうかを再検討した所

安心して食事が出来る

安心して睡眠出来る

安心して通院ができ内服が出来る

安心して散歩や軽度運動に参加出来る

安心して趣味活動に参加して、職員や他社と交流、コミュニケーションが出来る

安心して入浴が出来る

このように、6つの安心に繋がる事が出来ました。

考察

A様との信頼関係形成から生活暦や要望を知る上で、重要だったと感じたのは、今までA様との関わりがあった方々でした。民生委員やあんしんセンターの方からの情報や、近隣住民の方からの情報が、A様との関係性をより深くする重要なきっかけだったと思います。

地域ケア会議を開いた結論として、A様のケースでは、リバースモーゲージを視野に入れた施設入所を検討することになりました。A様本人の想いや日常生活動作、家族の想い、地域の想い、これらすべての人の意見を聴き適切な方向性を導くことの必要性を実感しました。

このような状況の中、私達がやるべき事、それは、A様が、ケアサポートセンターようざん藤塚で安心して過ごせる環境を今後も提供し、自分らしい暮らしを送れるようにサポートする事だと思います。

『ありがとう、家はここだよ』

A様の安心しきった笑顔を今後もずっと私達と共に…。

⑧おわりに

現在、介護保険法の改正により、重度な介護状態となっても住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されている地域包括ケアシステムの構築が進められています。

認知症の方が早期に発見され住み慣れた地域で暮らし続けることは、ご本人にとっての安心でありリノベーションダメージを軽減できます。そんな暮らしを支えていく為に必要なことは、我々職員はもちろん地域の方々が研修や講演に参加し MCI(軽度認知症)などの認知症への理解を深め、認知症カフェの立ち上げや参加する事、等があげられます。

今回 A 様を在宅で支える事は難しいと地域ケア会議で判断しましたが、その判断に関わる人は我々職員だけではなく地域と共に行った判断であったこと、それはとても大切なことだったと学びました。

地域包括ケアシステムは地域の主体制が重要とされています。地域の社会資源の一つとして我々、小規模多機能居宅介護施設の役割とはなんだろうか、何が出来るのか、明確な答えは容易にはできません…

ただ私達、福祉従事者が目指すこと…向き合うことは…

『その人が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを…』

『人生の最後まで続けることが出来るように…』

「認認介護」～夫婦の见えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎

発表者：長島英美子

【はじめに】

高齢化に伴い「老老介護」が増えています。老老介護とは介護が必要な高齢者を 65 歳以上の方が介護している状態です。

厚生労働省が発表する「国民生活基礎調査(平成 25 年)」では、自宅で暮らす要介護者を主に介護する介護者 65 歳以上の世帯の割合は 51.2%になっています。

そのなかでも、認知症の人が認知症の人を介護する「認認介護」は 80 歳前後夫婦の 11 組に 1 組ということです。

「認認介護」は認知症の度合いにもよりますが、一人が重く一人が軽い場合が多く、ある程度在宅で夫婦の生活を送ることが出来ますが、例えば双方で「食事をする」という認識が低下してしまうと、低栄養状態になり健康を維持することが難しくなってしまいます。火の不始末や介護放棄、虐待等も起こりやすいと言われています。

小規模多機能ケアサポートセンターようざん栗崎でも、「認認介護」で在宅生活が困難になってきた「AB 夫妻」を二人で今の家で暮らしたいとの願いを少しでも長くかなえてさしあげたい思いで、支援していきます。

【利用者様ご紹介】

(夫) 氏名 : A 様 年齢 81 歳

要介護度 : 要介護 3

日常生活自立度 : J2

認知症自立度 : ⅢB(H28/1/17)

既往歴 : アルツハイマー型認知症

肺気腫、糖尿病、糖尿病性腎症、高血圧、心不全で入院

(妻) 氏名 : B 子様 年齢 79 歳

要介護度 : 要介護 2

既往歴 : 認知症(記憶障害)、

不安神経症、肝腫瘍、甲状腺機能低下症、上行結腸癌、狭心症、

高血圧症、神経症、第 12 胸椎圧迫骨折、第 1 腰椎圧迫骨折

【ご夫婦の生活歴】

夫の A 様は中学校の社会科の教師で、バレー部やバスケット部の顧問をして全国大会も経験され、活動的で学生からも人気がありました。

妻である B 子様は学校と取引のある会社で明るくテキパキと事務仕事をこなしていました。

夫婦が結婚したのは 20 歳と 22 歳の時。その後一男一女をもうけ、暖かい家庭を築かれました。定年退職後は夫婦で趣味のカラオケ教室などに行かれたり、教師時代の友人たちと交友を持ち悠々自適に暮らしていました。

【小規模多機能ケアサポートセンターようざん栗崎利用までの経緯】

そんな中、夫 A 様はアルツハイマー型認知症、妻 B 子様も認知症と診断され、デイサービス・訪問介護・訪問看護の利用を開始しました。デイサービスで、夫 A 様は拒否が強く、妻の B 子様も体調不良との訴えにより利用拒否が続き、ますます体調悪化して生活全般を通して支える必要がありました。

小規模多機能ケアサポートセンターようざん栗崎にて引き継ぎ、夫 A 様は週3回の訪問(家事援助・身体介護)と週3回の通いから開始。妻の B 子様は外出し他人に合わせて過ごす事が苦手である為、訪問中心に支援開始しました。

【利用当初の様子】

A 様

以前のデイサービス利用の拒否が強く利用できなかったとのことで、ようざん栗崎の「通い」利用は心配しましたが、誕生日が近かったこともあり、利用初日に誕生会を行いました。また趣味であるカラオケや好きなタバコを昼食後と15時にいただくなど個別対応しました。すると「職員が優しい」と言って、レクリエーションにも積極的に参加して楽しんで利用していただくことができました。

下肢筋力低下によりふらつきがあり、朝お迎えの時は特に動きが悪く転倒リスクが高いので注意しながら介助を行っていました。歩行練習や体操風船バレーなどアクティブレクに参加され、ADL 低下予防を図りました。

自宅にいる日は週1回から2回ナースステーションの看護師が状態観察と服薬管理を行いながら、ST 栗崎の職員が週3回家事援助と身体介護の訪問を行いました。

B 子様

認知症の悪化と精神的不安定で被害妄想・無気力・起伏が激しく、機関銃のごとく一方的に話され、電話好きでようざん栗崎にも昼夜を問わず電話がありました。体調不良の訴えが強く自宅のコタツに長時間横になっていました。

B 子様自身は夫の世話をして疲れて夜眠れない、ストレスがたまっていると訴えがありました。ですが実際は夜間のオムツ交換はおろか、今まで行っていた家事全般も上手く出来ない状態でした。

週1回ナースステーション看護師が状態観察と服薬管理を行いながら、ST 栗崎の職員が毎日訪

間し、バイタルチェックや家事援助や配薬された薬が服用できているか確認しました。

【取り組み内容】

体調管理

ようざん栗崎の職員が訪問(家事援助でトイレ・風呂・居室・台所の掃除、洗濯物等)に行った際に夫の A 様の体調が悪く、緊急で通院介助を行いました。検査の結果、栄養失調と分かりました。冷蔵庫には息子さんが買ってきた食材が入っていますが、認知症が進行した妻の B 子さんには調理してテーブルに並べるということができなくなっていたのです。

翌日より昼・夕食の配食を毎日始めました。その後は少しずつ体調回復してきました。

服薬管理

ナースステーションの看護師が配薬して壁掛け薬入れに仕分けして配薬したものをようざん栗崎の職員が訪問時に服薬確認するという流れになっていましたが、ある日ポケットと配薬の日付がバラバラになっており、妻の B 子様が「私どれを飲むかわからなくて・・・」と混乱され、調べた結果、朝食後の薬を 2 回内服されてしまいました。

すぐに看護師に連絡し相談した結果、服薬はようざん栗崎の看護師が管理し、1 日 2 回の訪問時に持参することになりました。

清潔の保持

夫の A 様は尿・便失禁がある時は入浴拒否があります。

本人のプライドを傷つけないように「看護師さんに看てもらいましょう」と言ってトイレで看護師に臀部洗浄してもらってから入浴を誘っています。

訪問した際に失禁している時は排泄介助と衣類の交換を行い、家事援助と身体介護の複合を行っています。

環境整備

利用開始時は換気が悪く、訪問後は職員の服に匂いがうつるほどでした。

台所では小バエが飛び、コタツの上も乱雑になりテーブルもベタベタしている状態でした。

掃除は週三回、夫婦で約 1 時間訪問しています。内容はトイレ・風呂・居室・台所の掃除、洗濯を職員が B 子様に声掛けし、一緒に行っています。

妻の B 子様の精神的安定を図る

訪問した際は B 子様のお話を傾聴して会話を楽しんで頂き、ストレス解消を図っています。「通い」利用を計画し、実現に向けて訪問するスタッフと信頼関係を構築、「訪問のスタッフと施設のスタッフは同じなので、みんな待っている」とか「たまに寄ってください」などとお誘いしていました。「来週行こうかな」「今度行こうかな」など前向きな発言が聞かれるようになり、サービス開始から 4 か月後、初めての「通い」利用になりました。

医療との連携

定期受診に ST ようざん栗崎の看護師が通院介助しています。ドクターに日々の症状を報告しま

す。

病状悪化の時には状況に応じて通院介助します。その際、訪看とご家族に連絡します。

薬もようざん栗崎で管理しています。

不安神経症の B 子様はいつも体調が悪いと思い込み、自分で受診してしまうことがたびたびあるので、ドクター・訪問看護師・ご家族との連携がとても大事になります。

【結果】

A 様

昼・夕配食を行い、服薬管理を行うことで体調の管理ができ、昼夜逆転が少なくなりました。また便失禁がありますが、職員が対応することにより本人様も安心して過ごしていただいています。

今では「もう 1 日通いを増やしたい。ようざんにいた方が安心」と話されます。

B 子様

同じ職員が訪問をすることで信頼関係をつくることができ、来所拒否から週 1 回の通い利用、今では週 3 回「通い」で来所出来る様になって、拒否なく入浴もされるようになりました。通いを利用してから B 子様は美容室へ行かれカット & パーマをしておしゃれな髪型になり、女性職員や他の利用者様からも「素敵ね～」と言われ「今はボブが流行っているのよ」とはじけるような笑顔で答えていらっしゃいます。夫の A 様の服装にも気を使うようになられ、A 様もおしゃれになってきて、女性職員が「A さん、この服とってもかっこいいですね」と声を掛けられると、「そうかい」とニコニコ笑顔でおっしゃり、暖かく楽しい雰囲気をご夫婦のまわりを取り囲んでいます。

B 子様は来所時に他の利用者様とも楽しく会話され、おやつレクなどに積極的に参加され、割烹着姿でお団子を作ったりしました。ご自宅でもキッチンの洗い物なども出来る様になり、職員が訪問して掃除する時も、一緒に片づけを行い、掃除された住みやすい環境になってきました。以前は訪問している最中も知り合いに電話をしていましたが、今では職員と共に楽しそうに掃除をされるようになりました。

また自発的にご主人と一緒に散歩に出掛けられるようになり、以前の無気力な生活から活動的な生活を送れるようになりました。

【考察とまとめ】

B 子様は認知症でありながらも毎日 A 様の世話をしています。

今でも不安になると B 様からようざんに電話が来ることもあり、その都度安心感を持っていただくよう対応しています。

「まったく、しょうがないね！とうちゃんは！」「うるせえ！」と時には夫婦喧嘩をすることもあります。が、夫婦で仲良く生活されています。

先日も B 子様が不安神経症により夜中自分で救急車呼んだ時も「夫が心配だ」とようざんに TEL があり、A 様をようざんにお連れし、宿泊対応しました。

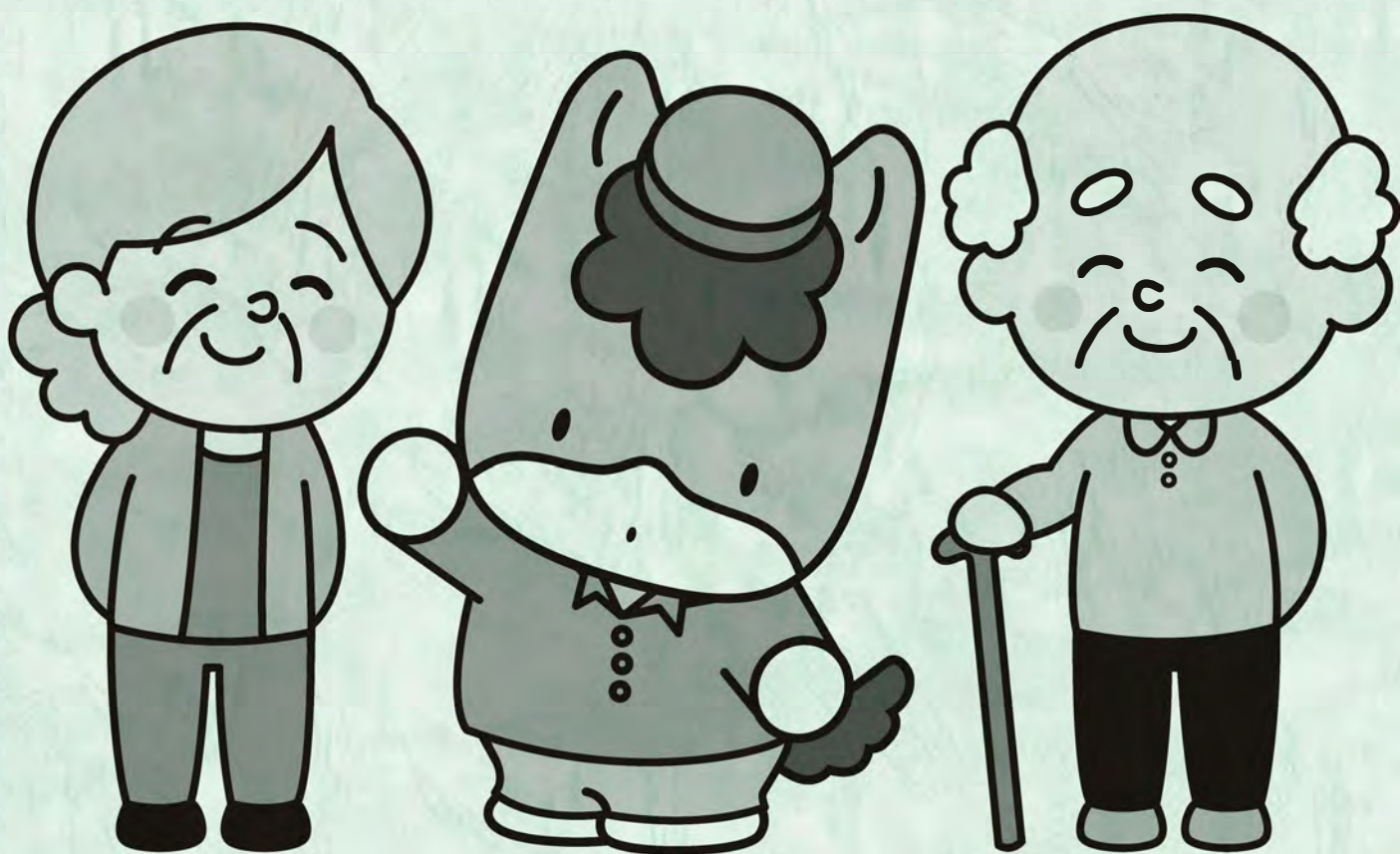
もし夫婦で認知症になっても、今まで暮らしてきた同じ家で同じ生活をし、長年連れ添ったパート

ナーと最後まで仲良く暮らしていけたらどんなに幸せでしょうか。
私たちはそんな夫婦の见えない絆を大切にしていきたいです。

第7回

～認知症ケアのヒントがここにあります～
ようざん認知症介護研修会

平成28年9月10日(土)
ビエント高崎 エクセルホール



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459

後援：高崎市

第7回

～認知症ケアのヒントがここにあります～

ようざん認知症介護研修会

第8回ようざん認知症ケア事例発表会 次第

代表挨拶 高橋 昭
来賓挨拶 高崎市長 富岡賢治

事例発表

「介護SOS！」

ショートステイようざん 下山真一

認知症の方の癌による痛みの把握と対応について

「どこが悪くても大変ね～」が口癖だったA様

看護小規模多機能型居宅介護ケアサポートセンターようざん 島田佳奈

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉 道下一樹

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚 阿部あき江

「認認介護」～夫婦の见えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎 長島英美子

特別講演

「認知症と共に生きる」

認知症本人のための相談窓口「おれんじ ドア」代表 丹野智文

総評 高崎市福祉部 部長 田村洋子

特別講演

おれんじドア実行委員会 代表 丹野智文

若年性認知症は64歳以下で認知症になった人で全国に約37000人いると言われています。自動車販売店の営業の最前線にいた丹野さんが認知症と言われたのが、3年前です。30歳台の働き盛りの時でした。厚生労働省の調査によりますと若年性認知症と言われると約8割が辞職したり、解雇されたりして職を失っています。

丹野さんも職、家族はどうなるのかと不安を抱いたと言いますが、周囲の理解、協力があって今も同じ会社で働き続けています。職場の飲み会、ゴルフに出かけたり、認知症になる前と同じように充実した生活を送っています。例え記憶力が衰えても楽しく生きられるという丹野さんに今回特別講演をお願いしました。

アルツハイマー型認知症、脳が縮んできて、海馬が少しずつ縮んできて記憶力が無くなってきていると診断されました。忘れるときもあるし、状況に依っても変わってきます。回数を重ねると顔を思いだしたり、思い出さない人もあったり、色々あります。35歳の時から（6～7年前）仕事をしていて、少しずつもの忘れが多いと感じていたが病気だとは思っていなかった。段々お客さんの顔が判らなくなってきて、おかしいなあと思いはじめた。一緒に働いているスタッフの顔も判らなくなって、病院に行ったのが38歳の時でした。病気だとは思っていなかったので、ばれない様に相談は誰にもしてこなかった。悟られない様に嘘をついたり、言い訳するしかなかった。年末休みの日に近くの脳神経外科に行って、色々検査を受けて、大きい病院に行くように言われました。年明けに直ぐ行って、2週間検査入院しました。若年性アルツハイマーだと思うが、こんな若さでは例がないので、大学病院の先生に会う様に言われる。（自分としては違うだろうとの思いはあった）

認知症＝終わり だと思った。

お客さんを全部バトンタッチをするように上司から言われ、そこからがつらかった。

家族のことが心配になる。

大学病院でも2週間検査入院するが、若年性認知症だと言われたので、愕然としたが話は淡々と聞きました。直ぐ入院で病室でずーっと泣いていました。認知症の知識がなかったので、あばれた時、徘徊した時などに周りがどう接するのか見えなかった。退院して支援がないか、区役所につたが、39歳だったので何もありませんと言われたが、認知症と家族の会に行って、若年の集いがあるというので繋がりを持つ事が出来ました。60歳以下がまわりにはいなかった。自分の病気をしゃべった時に共感してくれる人が多かった。

50歳後半の認知症の人で元気な人に出会って、この人の様になりたいと思った。認知症のイメージが違っていたことに気付いた。その人の言葉が素直に入ってきました。家族の会でも一番若いし、会場作りを手伝うとか、何でもやってもいいんだと思う様になりました。中学、高校時代の部活の飲み会で、認知症の

事を話しました。酒を飲んでいる時に、「次にみんなの顔を忘れたらごめんね」と言ったら、先輩が「だいじょうぶ、お前が忘れてもおれたちが覚えているから定期的に会おう」と、言ってくれ、その言葉を聞いて行って良かったと思った。友達との接点が全部消えてゆくのではないかと感じていたが、言ったことによって周りが支えてくれることに対して嬉しかった。隠して辛い思いをするんだったら病気をオープンにして助けてと言った方がみんな助けてくれると感じました。

退院後社長のところに行って話したら、戻って来いと言われて、会社に戻れたことが嬉しかった。今は営業から事務の仕事をしています。給料計算、人の管理とかの部分での仕事をしています。困るのは記憶力だけなので、ノートに書けばいいと思ってかきながら仕事をしました。どんな内容のファイルがどこにあるかとか、パソコンの仕事の順番とか、プリントアウトの順番とか事細かく記入してあります。周りの人に認知症を理解してもらい、自由に教えてという環境ができ上っているので不便なく仕事ができます。出来ないことだけサポートして、できることは一緒に楽しくやればいいと感じています。自信を取り戻すためにも、仕事、社会に繋がることが当事者にとっての自信を取り戻す一番の材料だと思います。仕事をしている事が自分が生活する中で一番大切だと思っています。家族を安心させるためにはやはり仕事をする事は重要だと思います。

認知症で8割ぐらいが仕事を辞めざるを得ない状況にあります。自分の中で認知症だから周りに迷惑をかけるというふうに思わないでほしい。認知症になる前から適当な仕事をしていると、戻ってこいとも言われないので、しっかり仕事をしていると周りも何とか助けないと行けないと思うし、今が大切なんだと思います。人にやさしくなったのではないかと思います。人から優しさを与えてもらってことで人にも優しくしてあげたいと思って、病気になる前よりもつよく感じるようになりました。徘徊する人に対して、この人も病気で、大丈夫かなあ、声をかけようかという様になりました。今は仕事以外の事、一日一日を楽しく生きるためにはどうしたらいいか考えると、本当に楽しいです、楽しいことが増えてきています。



今回事例発表をさせて頂く5事例は、下記の33事例から選抜された優秀事例です。ケアサポートセンターようさんのホームページにすべての事例を掲載しています。

1. My スタイル ～私のようさんライフ～ スーパーデイようさん飯塚第2 金森 佑介
2. なんでAさん怒ったの? スーパーデイようさん 中山 大輔
3. コトバの中に スーパーデイようさん小埜 関口 美穂
4. 120歳まで生きる～お父さん、歩かなきゃダメ!～ スーパーデイようさん貝沢 須田 瑞穂
5. 「デイサービスはもう一つの家だよ」
～自宅からサービス付高齢者住宅に住居が変わっても～ デイサービスようさん並榎 小柏 知美
6. 「サンキュー」～そのひと言に支えられ～ スーパーデイようさん双葉 櫛田 千恵子
7. 「心穏やかに、そして笑顔で過ごして頂く為に」 スーパーデイようさん石原 内田 広美
8. デイサービスほからの認知症予防の取り組み デイサービスほから 清水 茂樹
9. 私のオアシス・ようさんパーソンセンタードケア スーパーデイようさん栗崎 情野 槇子
10. 「色々あるけど頑張るよ!」 スーパーデイようさん中居 林 安子
11. 認知症とケアを考える～ようさん並榎のケアとこれから～ ケアサポートセンターようさん並榎 後藤 幸司
12. 私らしく、日々楽しく生きるとは... ケアサポートセンターようさん飯塚 井上 恵子
13. 先生、あなたのお気持ちお聞かせ下さい。 ケアサポートセンターようさん貝沢 栗山 睦子
14. 本人が望む生活とは何か?～個人に合わせた支援を目指して～ ケアサポートセンターようさん小埜 矢田 裕司
15. 師弟関係から生まれた地域交流 ケアサポートセンターようさん双葉 道下 一樹
16. 「自分の足で歩く」 ケアサポートセンターようさん中居 田中 俊一郎
17. 訪問介護で出来る事 訪問介護ほから 佐藤 靖典
18. その笑顔の為に ケアサポートセンターようさん石原 櫛島 一美
19. 認知症の方の癌による痛みの把握と対応について
「どこが悪くても大変ね～」が口癖だったA様 看護小規模多機能型居宅介護ケアサポートセンターようさん 島田 佳奈
20. 「在宅」ずっとこの家で暮らしたい! ケアサポートセンターようさん倉賀野 落合 香織
21. 在宅困難の利用者様を柔軟なサービスで支える
～私の想いが届きますように～ ケアサポートセンターようさん藤塚 濱名 紗江里
22. 「認認介護」～夫婦の見えない絆～ ケアサポートセンターようさん栗崎 長島 英美子
23. 俺はようさん区長!!ひとりひとりの輝きを見つけるために! グループホームようさん飯塚 古澤 君江
24. 『こんな幸せな事はないよ』 居宅支援事業所ようさん 沼澤 文子
25. 「帰りたい」A様の思いを考える グループホームようさん 岡本 こずえ
26. 認知症と経管栄養 ナースステーションようさん 外処 重子
27. 特別養護老人ホームから在宅へ 介護相談センターようさん飯塚 阿部 あき江
28. 『アルツハイマー型認知症に効果があった事例について』～私らしく～ ナーシングホームようさん 浅見 望恵
29. 『つ な ぐ』 居宅介護支援事業所ようさん栗崎 田子 早希恵
30. 介護 SOS! ショートステイようさん 下山 真一
31. 言葉を取り戻す日を願って グループホーム倉賀野 秋山 剛
32. 「うるせえ!ばかやろう!」が
「おねがいします。ありがとう」に変わるまで 特別養護老人ホームアンダンテ 梅山 史織
33. 穏やかな生活のためにコウノメソッドを取り入れて ショートステイようさん並榎 佐藤 千秋

目次

「介護 SOS!」

ショートステイようざん 下山真一	1
------------------------	---

認知症の方の癌による痛みの把握と対応について

「どこが悪くても大変ね～」が口癖だったA様

看護小規模多機能型居宅介護ケアサポートセンターようざん 島田佳奈	5
--	---

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉 道下一樹	9
-----------------------------	---

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚 阿部あき江	14
----------------------------	----

「認認介護」～夫婦の见えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎 長島英美子	17
------------------------------	----

介護 SOS!

ショートステイようざん
発表者：下山真一

【はじめに】

救急搬送の患者が病院をたらい回しにされ、最悪命を落とされる痛ましいニュースを耳にすることがあります。高齢化や共働きの現代において、「老老介護」「独居老人」「介護難民」等の社会問題から、介護を受けている方又は受けることになった方にも緊急で施設への入所が必要となる状況が発生します。

在宅にて家族との穏やかな日々を送っていても、

1. ある日突然介護者の予期せぬ病気やケガ
2. 介護を受けている方の重症化
3. その他諸事情により在宅での介護が出来なくなってしまう

本来の手順を踏む余裕が無くショートステイへの緊急入所を迫られることが起こります。

ショートステイようざんでは平成27年度より13名の緊急受け入れを行って来ました。

【事例Ⅰ】

A様 性別：男性

要介護：4 年齢：86歳

中核症状：記憶障害、介護抵抗・拒否

自宅で転倒され某総合病院に救急搬送されましたが同日帰宅。しかし身動きが取れず弟様が介護をされておりましたが拒否あり状態は悪化。介護者も高齢な上に持病をお持ちであって、十分な介護が出来ませんでした。介護に限界を感じ高齢者あんしんセンターに相談、介護申請が行われました。同時に緊急入所が必要であり、ようざんの居宅介護支援事業所に依頼が入りました。

そして夜ショートステイようざんへの1本の電話・・・ SOS!!

A様の情報としては「男性で、痛みの為に身動き不可能」とだけ・・・

悩む暇もなくすぐに管理者と職員1名で車椅子を用意しPM7:00、A様宅へ向かいました。到着すると疲弊しきった弟様とA様が横たわっていました。本人の痛みが非常に強い為、シーツを担架代わりになんとか車椅子へ移乗することに成功。PM8:30ショートステイようざんに到着。ベッドへ移乗するものの痛みの訴えが強くわずかな体動でも苦痛の声を出されており、排泄はオムツ使用の旨を説明する

と快く了承していただきました。痛みの部位を尋ねても下肢の辺りとしか答えられず、骨折も視野に入れ、慎重にオムツ介助を行いました。食事もベッド上で全介助でした。

数日後には車椅子でホールに出ることができトイレ介助が可能となり、食事も自力での摂取により毎食完食できるようになりました。通院も繰り返し、体調の回復は良好で、次第に立位保持から手引き歩行が可能になりました。

現在ではようさんの小規模多機能型居宅介護を利用され、在宅への復帰を果たされました。

【事例Ⅱ】

B様 性別：女性

年齢：59歳 介護度：要介護3

既往歴：糖尿病、糖尿病性腎症、脳梗塞

家族構成 夫：死別 息子（主介護者で障がい者）

1月2日PM8:00

夕方に動けなくなり救急搬送されましたが、検査の結果異常が認められず帰宅されました。

ケアマネージャーに息子様から「救急搬送され検査の結果どこも悪くないと自宅に帰れたが、玄関から移動することが出来ないため助けてほしい」と連絡が入りました。

1月2日PM9:00

ケアマネージャーが男手を必要だと判断しケアマネージャー本人のご主人と一緒にB様宅を訪問しました。

年始だったためB様の弟様が来ていてどうにかベッドに移動されていました。B様はベッドの上で横になって意識はしっかりされていましたが、弟様はB様宅に滞在することはできず、息子様は日ごろの介護で腰痛が悪化しており、さらに夜間頻繁に起こされるため体調不良で動けないためB様の介護は困難と判断して、ショートステイようさんの利用を決め依頼しました。

そして夜ショートステイようさんへの1本の電話… **SOS!!**

しかしご本人は「嫌だ!」の一点張り。

2時間ほどの説得のあと、了解して頂けました。

車への移動は大人3人がかりでやっと乗り込むことができました。

1月3日AM0:00過ぎ

ショートステイようさんに到着され緊急入所されました。

A様は夜間良眠されショートステイようさんにて1日過ごし、翌日透析があったため1月3日夕食後に退

所されました。

【事例Ⅲ】

C様 性別：女性

年齢：77歳 要介護：1

既往歴：認知障害、左乳癌、脳梗塞後遺症

家族構成：夫：死別

娘：長女（介護者）主婦の為、夕方子供の送り迎えあり。

次女（本人と同居）数年前に婦人科系の癌を患い、うつ状態の為、長女が週3～4回訪問。

1月12日自宅で動けなくなり、家族が主治医に連絡されました。

主治医は知り合いのケアマネージャーへ連絡し相談しました。

しかし、ケアマネージャーも本人とは半年ぶりの再会とのことでどうしたらよいかわからない状況でした。

そして夜ショートステイようざんへの1本の電話・・・ **SOS!!**

「とにかく迎えに来て連れて行ってもらいたい!!」

との依頼があり、緊急入所として受け入れを行うべく職員2名で自宅まで急行しました。

到着するとC様は自宅廊下に寝そべっている状態で、ケアマネージャー、ご家族はどうする事もできず、職員の到着をただただ待っている状況でした。

さらに自宅は昔風の古い家で通路、玄関も狭く、車椅子を通すのも苦勞するほどの狭さでした。

バスタオルを担架代わりに大人4人がかりで持ち上げ、縁側まで移動し、そのまま車椅子へ移乗。介助にて送迎車に何とか乗り込み、その後ショートステイようざんへ入所となりました。入所直後、既に発熱されており、3点クーリングを施行しました。過去に転倒で痛めた左下肢と乳癌手術された左脇に強い痛みがあり、C様も体が大きいため、必ず職員2名～3名での介助を心がけました。

入所初日の夜、高熱も徐々に下がり、翌日には平熱に戻りました。食欲も回復され、ほぼ全量摂取されるまでになりました。

その後も職員2名～3名での介助を行っていましたが、徐々に痛みの訴えも少なくなり、1月23日よりリハビリができるまでに回復されました。

立位も以前と比べるとしっかりと立てるようになり、現在は職員2～3名の介助から職員1名だけの介助で済むようになりました。

入所直後はご家族も体調を崩し、ご本人のことを大変心配されていましたが、現在は安心されたのか、定期的に面会に来られるまで落ち着かれ、在宅復帰に向けて頑張っています。

【おわりに】

- どんな状況にでも臨機応変の送迎対応ができる（人数・時間）
- 何も情報がなくてもベストなケアを提供する。
- 事前の準備はなく、どんな利用者でも柔軟な対応にて全体の安全を守る。 etc

正直、緊急受け入れの対応は職員にとって相当しんどいものです。

しかし、私たちは「しんどい…」と思うのではなく、

「救える…」と思うようにしています。

私達の仕事とは、どんな過酷な状況でも利用者様の安全を約束するために少ない情報を効率的に共有することが重要です。

そのために絶対必要なもの…

“チームワーク” です。

そしていつもご家族や関係者の方に言われる言葉が2つあります。

“助かりました” “ありがとう” です。

この言葉を一つでも多く頂けるようにチーム一丸となって
緊急受け入れに対応していきます。

ショートステイようざん 職員一同

認知症の方の癌による痛みの把握と対応について 「どこが悪くても大変ね～」が口癖だったA様

看護小規模多機能型居宅介護ケアサポートセンターようざん
発表者：島田佳奈

A様のご家族が、相談に見えたのは、昨年春の事でした。
入所していた施設での検査で「上行結腸癌」と診断されました。
群馬大学病院を紹介され、手術を行いました。すでに進行が著しく、手の施しようがなく「余命半年」と宣告されたそうです。
息子さんはこうおっしゃっていました。息子として、自宅での介護がしたいのですが、仕事もあり常に介護することは、むずかしい。また、本人は「私は、施設にお世話になりたいの…」と、言うのです。本人の希望を叶えつつ、私たちも、母の残りの人生を見守りたいのです。と…

【はじめに】

今回、私たちが症例とさせていただいたA様は、もちろん「癌に侵されている」とは、知りません。また、元来の性格なのか「人には、迷惑を掛けたくない」という様子が、強く伺われる方でした。癌による痛みの把握を、私たちがどのように気付き、どのタイミングで医師との調整を行ったらよいのか？非常に判断が難しい事が問題でした。

そこで、A様を観察し、どのような行動をとった時に痛いのか職員間で話し合い、共通の認識をもつことにしました。

そして「痛みのない」「穏やかな最期」を迎えて頂きたいと考えました。

【本人紹介】

氏名：A様

年齢：87歳

病名：上行結腸癌末期（余命半年）、脳血管性認知症、慢性心不全

若年時、脊椎カリエスを患っている。

介護度：要介護2

【生活歴】

岩手県釜石市出身。実父の故郷である群馬へ移住し、高崎女子高校卒業後、銀行へ勤務。昭和48年結婚。夫は再婚であり、4人の子持ちであった。

子供たちの事を思い、実子は持たないと決めていたそうです。

平成2年夫他界。長男と同居していたが、夫の死を期に、特別養護老人ホームへ入所。

【本人、家族の思い】

「私は後妻だから、子供たちには、迷惑をかけたくないの。余生は、『老人ホーム』で過ごすつもりなの」と、話されます。

息子さんは「それを言われるのが辛い。私たちは、実母と思っているのに…」と、話されていました。

そこで、私たちは「施設の一室を『ご自分の居室』とし、週に3日息子さん宅へお客に出かける。そんな、プランを計画しました。

「この子(三男)がとても優しく良い所を見つけてくれてよかった。」とおっしゃっていただくことができました。

この言葉どおり、A様はご家族(三男)の自宅からようざんに来るとき、自ら職員に「行ってきます」「ただいま帰りました」と声をかけるなど、ようざんを自分の居場所と感じているような言動が多くみられました。ご家族(三男)は親子で過ごす時間を楽しみたいという思いがあります。夜間は、ご本人のベッドのそばに簡易ベッドを設置し休まれます。

また、ご家族が職員にA様と車いすで散歩してきたという話をしてくださったことなどからもその思いが読み取れました。自宅の敷地そばの広場で、一緒に高崎祭りの花火も見られたそうです。

【経過】

利用開始の4月より10月頃まで痛みの訴えなどの記録はありません。

余命宣告が間違いであったのでは…と、物忘れの症状はあるものの穏やかに過ごされ、積極的に職員のお手伝いをしてくださったり、仲の良い利用者様と談笑されるなど社交的な姿がみられました。

10月に何度か腹痛を訴えられ痛み止めが処方されましたが、「昔に患った、カリエスが今になって、出てきたのかしら?」「どこが悪くても大変ね～」と、言われました。しかし、検査の数値は的確で定期受診で貧血が指摘され、12月3日より輸血目的で入院されました。

回診で、医師が患部を触診すると「痛い」と、訴えます。そんなこともあり、入院期間が2～3日の予定でしたが、26日間にも延長してしまいました。

介護者は「認知症が、進行している気がする。」「このまま、病院で終わりたくない」と医師に訴え、痛み止めの処方をして頂き、退院となりました。

外見での変化は、がん細胞がリンパ腺を圧迫することにより、右足が徐々に浮腫みを増してきました。それでも本人は「カリエスの後遺症って、すごいわね～」とおっしゃいます。

12月退院後より、目に見えてトイレに行かれる回数が増えました。

話を伺うと「お腹が痛くて便が出たい感じがあるけど、尿しか出ない」と話されます。

「きっと、便が出たら、治るから…」と、30分以上、ポータブルトイレに座っていることもありました。

3月中ごろより、フロアに出ず、日中も居室で過ごすことが多くなりました。食欲も徐々に落ちてきましたが、ご家族が差し入れて下さる「アイスクリーム」や「バナナ」は、召し上がっていました。

【取り組み】

12月の退院後より、足の浮腫みが著しく象の足のように大きく膨らみパンパンになってきました。そんな3月中ごろ、歩行時転倒されました。「足が重たくて」と…

尿量や便の状態などを観察できることも含め、ベッドサイドにポータブルトイレの設置をしました。トイレの回数が頻回になったこと、座っている時間が長くなったことなど「いつもと違う」状態が幾度も見られたことから、認知症のためご自分の状態を正確に認識できないA様なりのサインなのではないかと、職員間での共通認識がもたれました。

痛みの評価を行う時、痛みを1~10などの数字であらわすのが一般的です。しかし、A様は認知症ということもあり痛みを数字であらわしていただくことは難しいです。そこで、A様にどのような言動があった時痛いのかを観察することにしました。「お腹が痛い」などご本人から訴えるということはこちらから見て一番わかりやすい痛みの訴えですが、トイレの回数が多いというのはこちらが意識して見たり、A様の病気の知識がないとわかりにくいサインです。また、ご本人からの「痛い」という直接的な訴えでもトイレに行くという行動でもどちらにせよ、どれくらいの頻度で言って(行って)いたのかというのが症状の進行度や深刻さの目安になるとも思われます。そのため、介護士はA様の言動の内容とともにどれくらいの頻度であったかを看護師にしっかりと伝える必要がありました。

痛みのレベル		A様の言動	職員の対応
1	弱い	昔、カリエスしたから、仕方ないのよ。	話をするなど気を紛らわす
2		なんで、足が重たいのかしら？	足をさするなど
3		トイレに行ってくるわ(1~2時間に1度)	ほかの訴えがないか様子を見る
4		便が出たら、楽になるかしら(30分以上トイレにいる)	痛み止めを検討 看護職に知らせる
5		おなかがしくしくと痛むのよおかしいわね	看護職に知らせる
6		何かお薬頂けるかしら	看護職に知らせる
7		今日は食事がいただけないの	看護職に知らせ食事の内容を変える
8		お部屋で横になっていていいかしら？	横になっていただき状態を観察する
9		「すぐにトイレに行けるようにしているの」	看護職に知らせ状態を観察
10	強い	お部屋で休ませていただきます。 何かお薬があったらいただけますか？	看護職に知らせ状態を観察

便が出たいとの訴えがあった時に坐薬や鎮痛剤を使用し安眠できる時間が作れるようにしましたが、薬の効果が得られるまでは、足の痛みや腹痛を訴える時には下肢をさすりながらお話をするなど、次の痛み止めの時間まで気を紛らわすことしかできません。足をさするとA様は「気持ちいいです」など言葉を返してくださいました。

A様がようざんで過ごす時、このような痛みのサインがありましたが、ご自宅ではほとんどなかったそうです。ご自宅で一緒に過ごしている息子さんのことをA様は「この子はいいい子なの」と言っており息子さんのことを信頼し、ご自宅では安心して過ごすことができたのではないかと思います。しかし、ようざんでは大分辛そうであることを、はっきりと介護者に伝えておくべきでした。ただ、A様はようざんに来ると、職員に「ただいま帰りました」と声をかけたりしており、A様にとってようざんは自分の家でもありました。私たちはA様の家族のような存在にもならなくてはならないのではないのかという考えにたどり着きました。A様が「ここがシクシクするのよね」「足がこんなになってどうしたんかね」と、自分の体に起きている違和感に対して、耳を傾け家族のような役割を果たせていたでしょうか？

【まとめ】

利用当初は、ある程度の状態になったら「入院」して、最期を迎えることになるであろうと、介護者とも話していました。しかし、ようざんを利用し始めてからは親子の時間も持てるようになった様子で、ご家族からは家に帰った時、A様とドライブに行ったり、一緒に花火を見たりしたという話も伺っています。また、A様がようざんに戻ってきた時に「ただいま帰りました～」などとおっしゃる姿などを見て、ご家族もA様がようざんを『居心地のよい場所』と思っているのではないかと感じとってくださったのではないのでしょうか。再入院は、最後の手段として「麻薬を使用し、痛みのコントロールを図ることを目的とした」ものでした。その際介護者の考えに変化が出ていました。

「最期がやってくるなら、自分の家と考えている『ようざん』で、迎えさせたい」と…

そこで入院先の緩和ケアチームの緒方医師と、「いっぽ」の萬田先生と交流があり同じく緩和ケアを行っている森田医師と連絡調整と情報交換を行っていただき、ようざんに戻る予定でした。日程も決まっていたのに、その翌々日に急変し、永眠されました。もう少し早く、A様のサインに気付いていたなら、早い時点で痛みのコントロールに入ることができ、ようざんに戻ってきてご家族もおだやかな最期を看取れたのではないかと思うと、残念でなりません。

私たち看護師小規模多機能型居宅介護には、医療依存度の高い方も多くいらっしゃいます。利用者様はもちろんご家族にも「最期までようざんで」と思っていただけよう、看取りの瞬間まで安心してご利用いただけるよう医療の知識も深めていきたいと思いました。それには、介護士と看護師の連携がとても重要になってくるでしょう。繰り返しにはなりますが、利用者様、ご家族様が最期まで安心して任せられると思っていただけのような「ようざん」になっていきたいと思います。

私たちはA様の事例を通して、この表のような「トイレに行ってくるわ」「おなかがシクシク痛むのよ」といったような利用者様の訴えにならない訴えに、早く気付こうとする姿勢を職員全員がもつことで、現在の病状に合った正しい対応ができ、医療職との連携もより早くできるのではないかと考えました。それは利用者様のみならずご家族様の安心にもつながるのではないのでしょうか。

A様のご冥福をお祈りしこの事例をしめくくらせていただきます。

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉
発表者：道下一樹

【はじめに】

「またいっしょにそば打ちしたい・・・」

民生委員さんのこの言葉が今回の事例に至るきっかけとなりました。対象者のA様と民生委員さんは、以前A様が営んでいたそば屋で、A様が師匠、民生委員さんが弟子という師弟関係にありました。「せっかくですから地域の方に振る舞えるといいですね」

というこちらの提案にご賛同いただき、地域に向けて行う事となりました。

イベントを通じ、地域の方に事業所へ足を運んでいただくきっかけを作る事と、認知症の方が真剣にそば打ちをしている様子を間近で見ていただくことで「認知症になっても関わり方次第でいろんなことが出来る。活躍する場面はいくらでも作ることが出来る」こんなことが少しでも伝わればと思い、取り組んだ事例について報告します。

【利用者紹介】

氏名：A様 男性 65歳 要介護1

既往歴：初老期の認知症（アルツハイマー型認知症）・・・平成26年

日常生活動作：自立

【生活歴】

安中で出生。高崎工業高校を卒業後、神奈川のニチモ石油に就職。

その後高崎へ戻り代行業者の仕事をする。昭和54年に結婚し「千寿庵」を営む。

奥様と娘さんと3人で生活していましたが、奥様は現在特別養護老人ホーム入所。

娘さんは結婚し家を離れ、A様は現在独居での生活をしています。

【相談の経緯】

平成27年7月

胃がん手術後の退院支援で、総合医療センターの相談員さんより利用相談を受けました。

平成27年8月

ケアサポートセンターようざん双葉利用開始となります。利用開始当初は「あんなところ行かねーよ！」と言い来所拒否が目立ち、訪問に伺っても、自転車で逃げたり居留守を使ったりという事が続きました。なんとか来所できた日に、「役割」を作るよう試行錯誤した結果、以前お店をしていたこともあり、職員と一緒に少しずつ台所仕事をやって頂けるようになりました。徐々に職員との関係作りができ、今では通いの利用が週2回から週4回に増え、訪問も予定通り拒否なく入る事が出来ています。

【利用開始時の予定表】(平成27年8月)

日	月	火	水	木	金	土
通い 9:30 ～ 13:00	昼・夕 安否確認・配食	昼・夕 安否確認・配食	通い 9:30 ～ 13:00	昼・夕 安否確認・配食	昼・夕 安否確認・配食	昼・夕 安否確認・配食
入浴			入浴			

【現在の利用予定表】(平成28年5月)

日	月	火	水	木	金	土
通い 9:00 ～ 16:00	通い 9:00 ～ 16:00	昼・夕 安否確認・配食	通い 9:00 ～ 16:00	昼・夕 安否確認・配食	通い 9:00 ～ 16:00	昼・夕 安否確認・配食
入浴			入浴		入浴	

【取り組み】

平成28年2月25日

そば打ちについて、民生委員さんに地域の方に振る舞えないか相談し、「ぜひやってみよう!!」とご了承頂きました。また、地域の方を集めるイベントなので、高齢者あんしんセンターサンピエールへこの取り組みの主旨を説明したところ「何かお手伝いさせてください」とご協力いただけることになりました。

◆民生委員さんとの打ち合わせ

- ・日程は、5月27日(金)。
- ・本番前に本人がどの程度できるか見極めたいとの事で、4月に練習日を設ける事となる。
- ・当日は、地域の方20名ほどの参加を目標とする。
- ・地域の方、利用者様、職員分のおそばを提供する。

おおよそ60食前後だが、予め民生委員さんがある程度作っておいて、当日はA様に20食分打ってもらう事となる。

- ・地域への周知方法は、チラシを作り回覧板でまわす、掲示板の活用その他、サロンでの案内をさせて頂く事となる。

◆高齢者あんしんセンターサンピエールとの打ち合わせ

- ・そば打ちをしている時間を活用し、あんしんセンターの機能や役割、予防教室を開く事にする。
- ・高齢者あんしんセンターサンピエールが「認知症予防」のパネルを用意し、パネル展示のコーナーを設ける。
- ・今後、今回の取り組みを継続しながら、サロンに来る世代の方だけでなく、子育て世代やそのお子さんにも足を運んでいただける内容を企画していけると良いですねなどの意見交換を行う。

◆平成28年4月15日 そばうち(練習)

10時～ケアサポートセンターようざん双葉駐車場で民生委員さんと地域の方5名ほどにお越しいただきそば打ちの練習を実施。

この日は15食分職員向けに民生委員さんや地域の方のご協力の下そば打ちを行いました。

薄く伸ばして厚さを均等にし、厚さの違うところを指摘するなど、衰えていない目を披露してくださいました。こねる工程でも周囲の人を驚かすような手つきを見せてくださいました。かつてのお弟子さんである民生委員さんと一緒にこねている姿は、見ていてとても感動的なものでした。水分の調整など、素人目にはわからないことも、昔の勘を取り戻すかのように行っていました。切る工程では、「これはおいしいよ」と言いながら熱心に切っていました。民生委員さんからも「これだけでできれば大丈夫でしょう!」と合格点を頂きました。

◆当日に向けての周知活動

4月18日

区長さんへ回覧板の活用について相談し、了承いただく。

4月23日

チラシを作成し、80部区長さんへお渡しする。

5月2日

回覧板の活用。

区長さんより「掲示板にも貼っとくよ」とお声掛けいただき掲示板にチラシを掲示。

5月17日

ふれあいサロンにて、イベントのご案内をさせていただく。

5月25日

民生委員さんより事業所に連絡が入り「チラシを20部くらいください」との事。

チラシを渡すと「忘れてると困るから来てくれそうなところに直接渡してくるよ」と、

1軒1軒訪問してくださる。

◆介護予防教室の開催

5月27日

【 介護予防教室 】

当日は、高齢者あんしんセンターサンピエールの認知症地域支援推進員の吉田さんにお越しいただき、高齢者あんしんセンターの機能や役割・ようざんとの連携についてお話しいただきました。

予防教室では、MC Iと認知症予防について説明させていただきました。

デュアルタスクを取り入れ、頭と身体を動かすことや、食事・運動・笑顔・前向きな気持ちを日常生活に取り入れる工夫をして、認知症予防に取り組みましょうと説明しました。

【 そば打ち 】

そば打ちでは、民生委員さん始め多くの地域の方がA様のサポートにご協力頂きました。

A様は昔の感覚を思い出しながら一生懸命そば打ちをし、その様子を見て地域の方と自然に会話が生まれる場面が多くあったのがとても印象的でした。

民生委員さんのフォローもあってほぼ予定通りおそばを打つことができました。

【 おそばの提供 】

介護教室が終わる頃におそばが茹で上がり、地域の方・利用者様・職員も一緒におそばを頂きました。

A様を改めて地域の皆さんの前でご紹介させていただくと、盛大な拍手がおこりました。

味の感想を伺うと「とっても美味しかった！おかわり！」などの声が挙がり、A様も大変喜んでおられました。

【 考察 】

当日は40人近くの方にお越しいただきました。今回のイベントを通じて「地域の主体性」を感じました。地域への周知の段階から当日まで、こちらが改めてお願いしたわけでもないのに「受け身」ではなく「率先」して動いて下さっているという印象を強く受けました。

特に感じたのが、「掲示板へチラシの掲示」「民生委員さんの1軒ごとの訪問」「当日のそばうちのサポート」です。特にそば打ちに関しては、「何をしたらいいですか？」の質問をうけることもなく、A様のご様子を見て必要なサポートを話し合い自然とそれぞれに役割が生まれていました。

尚、今回の取り組みは5月29日の上毛新聞に掲載されました。

この新聞への掲載も私たちからではなく地域からの提案でした。「この取り組みは良い事だから発信しよう」と言ってくださったのは民生委員さんで、新聞社への連絡もすべて行ってくださいました。

また、今回のそば打ちに関しては、事前に「若年性認知症の方がおそばを打ちます」とご案内していました。

当日は、地域の皆様の方からA様に歩み寄り、そば粉の割合を聞いたり、「私も昔よくやったのよ〜」等、そば作りを通じA様と地域の方々との交流の機会を多く見る事が出来ました。

時に会話が成り立たない場面もあり、職員が間に入ろうとしましたが、そんな心配は無用でした。つじつまの合わない返答にも戸惑う様子も無く笑顔で対応しておられ、そこに「認知症」に対する偏見はありませんでした。

今回は、利用者様の特技を活かした行事を企画して地域の方にお越しいただきました。

地域の方は認知症予防やあんしんセンターについて学ぶことができ、A様は自分の技を生かして地域貢献を行う事が出来ました。

【おわりに】

これまで地域の方が事業所に足を運ぶ機会は、毎年秋に行っている「秋祭り」だけでした。

今回の取り組みを通じ、秋祭り以外でこれだけ多くの地域の方々に来て頂けたのは初めてです。

事業所として大きな成果だと実感しています。

以前、運営推進会議にて民生委員さんから「いずれはようざんを双葉町の第2のサロンのようにしたい。世代を問わずいつでも気軽に立ち寄れる場所にしたい」とお話を受けたことがあります。

今回来ていただいた方々は、毎月お邪魔しているサロンにお越しになる方々がほとんどでした。

今後は、子育て世代の方やそのお子さんにも足を運んでいただける様、地域やあんしんセンターさんと連携しながら地域交流の推進を図っていき、いずれは世代を問わず地域の方がふらっと立ち寄れるそんな場所にできたらと思います。

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚

発表者：阿部あき江

【はじめに】

地域包括ケアシステムの実現に向けて

日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。現在65歳以上の人口は3000万人を超えており、今後も高齢者の人口割合は増加していくことが予想されております。団塊の世代の方々が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。このため厚生労働省は、可能な限り「住み慣れた在宅」で、自分らしい暮らしを続けていくことができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制、すなわち「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。

今回紹介させて頂く事例は、特別養護老人ホームを退所し、「住み慣れた自宅」に帰り在宅での生活が出来るようになった方の支援を紹介させていただきます。

【事例対象者紹介】

氏名：A様

年齢：90歳

性別：女性

要介護度：要介護5

既往歴：両膝変形性関節症、リウマチ、心不全

【特別養護老人ホーム入所に至った経緯】

相談受付：平成21年11月主介護者のご家族より相談。相談を頂いた時点では要支援2の認定にて通所サービスを利用しながら在宅で生活をなさっていましたが、両膝関節症により腰痛や膝痛が徐々に悪化し、それに伴い介護用ベッドや訪問リハビリサービスを利用しておりました。その後も徐々に症状の進行がみられ歩行も困難になり介護認定が要介護2まで上がってしまいました。車いすが常時必要な生活になってくるにつれ介護者の介護負担も大きくなり短期入所や通所、訪問リハビリと福祉用具貸与を利用することでご家族の協力もあって、何とか自宅での介護を続けておりました。平成26年12月、心不全による入院がきっかけで要介護5となり在宅での生活が困難になり特別養護老人ホームに入所することとなりました。

【特養入所～退所後の支援経過】

平成27年8月「特養」に入所し施設で穏やかに生活されておりましたが、平成27年12月に、再度心不全を発症され医療機関へ入院となってしまいました。その後、約2か月間入院していた為特養からの

退所を余儀なくされ、また在宅酸素が手放せない状態となってしまいました。そんな状態のなか入院している病院から退院の指示がありました。

病院より、介護相談センターようざん飯塚への介入依頼があり退院後の生活の方針を、ご家族と一緒に検討していくことになりました。入居していた特養が解約になっておりこの時点では当然「入所できる施設を探す」という方向で相談を進め病院のソーシャルワーカー、主治医、ケアマネージャーにて話し合いを行っていました。病院と連絡調整し、まずは現在の状態や必要な医療、処置等を主治医に確認し受け入れられる施設を探していきます。今回のケースは常時在宅酸素が必要な状態であり夜間も看護体制を配置している施設という条件で探していくことになりました。ただ、「施設入所する」というのは「一つの方向性」であり、同時に「在宅での可能性」を探っていきます。在宅で生活できる可能性があるのか、ないのか、改めて意向を確認し相談していくことになりました。「自宅に帰りたいけど帰せない」それならば帰せない理由、問題点を整理し、出てきた課題に対し解決策を検討していきます。介護者の介護状況と本人の状態を踏まえ支援の方針を考えていきます。今回のケースでは自宅での介護が困難になる要因は大きく分けて二つありました。

まず一つは、歩行が出来ないことからの排泄面での介護負担。夜間起こされるから家族も夜休めない。もう一つは、医療面での不安。急変時はどうすればいいのか、体調が悪くなったらどこに相談したらいいのか、病院にはどう連れていけばいいのか。

この二点の課題が解決されると在宅での生活を検討できる可能性が生まれます。つまり介護と医療を一体的にサポート出来ないか。この課題をクリアすることができれば在宅への道は閉ざされてしまいます。これを可能にしたのが「小規模多機能型居宅介護事業所」です。

小規模多機能型居宅介護事業所へサービス提供依頼の相談をして介護支援専門員、看護師と病院に出向き在宅生活での注意点を確認。在宅酸素を自宅と小規模多機能型居宅介護事業所、両方に設置してもらえよう働きかけ、自宅での居住空間も見直しました。スロープや特殊寝台、ポータブルトイレを設置します。宿泊や訪問も計画に位置付け介護負担を抑えていきます。在宅酸素の取り扱いも小規模多機能型居宅介護事業所の職員でできるように対応し通院介助や主治医との連絡調整も行っていくことで家族の精神的な不安を軽減していけます。本人が自宅に帰ることにより生じる介護者の負担と精神面での不安。もちろんそれがゼロになるわけではないですが緩和することは十分に可能でした。実際に小規模多機能型居宅介護事業所にサービス提供依頼をしてから約1週間で在宅復帰にこぎつけ、平成28年2月16日無事に自宅に帰ることができました。

【 考察 】

今回の事例で在宅に戻れた最大の要因はご家族の「在宅へ」という気持ちだと思います。それはともすると共倒れになる危機と隣り合わせにもなります。常時介助を要し在宅酸素がなければ生命の維持すら困難な状態の親を自宅で介護していくということは本当に勇気のいることです。またその勇気を後押しした大きな要因は「小規模多機能型居宅介護事業所の利便性」であったと思われます。実際、この家族は在宅で介護サービスを受けながら生活しておりました。特養に入所する前は、通所、短期入所、訪問リハビリ等複数のサービス事業者を併用して利用していましたが急な予定の変更や連絡調整一つにしても大変でした。通常、居宅介護支援事業所の介護支援専門員は通所事業所や短期入所事業所、訪問看護事業所など複数の事業所を交え、利用頻度や在宅酸素の取り扱い等の

調整をしなければなりません。それに比べて小規模多機能型居宅介護事業所は一つの事業所で複数のサービス提供が出来ます。家族と事業所内の連携で対応できる部分が多く、その他にも通院介助や配食、急な利用変更など、必要に応じ柔軟に対応でき、今回の在宅復帰も実現できたのでは、と感じます。改めて小規模多機能型居宅介護事業所の利便性を実感することができました。

【おわりに】

今回の事例では自宅に帰れてよかった。というような内容の事例を紹介しましたが、決して親を施設に入所させることが悪いとか、かわいそうとか、そういうことはありません。確かに誰も自宅で生活したいと思うものかもしれませんが、施設に入所し穏やかに楽しく、自宅に居るよりも元気に自尊心を持ちながら充実した日常生活を送られている方々もたくさんいらっしゃいます。家では寝てばかりいたのに施設に入ったら活動意欲が出てきて笑顔もたくさんみられるようになったという方もおります。決して施設が悪いわけではありません。

今回の事例を通して教えていただいたこと。それはどんな状況にあっても在宅で生活をしていく可能性はないかということを『ご家族と一緒に検討していくこと』ではないかと思います。これまでも入所希望から小規模多機能型居宅介護事業所を利用することにより在宅を可能にさせた事例は数多くあります。支援する介護支援専門員が在宅では無理、家族が大変だから施設入所と決めつけ在宅で生活する可能性を家族と一緒に検討することなく施設入所が決められてしまっているということはなかったのでしょうか？

今回、事例提供者のご家族に大変貴重な経験をさせて頂き本当にありがとうございました。これからも、この経験を生かしながら、ご利用者様の希望や心身の状態にあったサービスが利用できるよう努めていきたいと思っています。

「認認介護」～夫婦の见えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎
発表者：長島英美子

【はじめに】

高齢化に伴い「老老介護」が増えています。老老介護とは介護が必要な高齢者を65歳以上の方が介護している状態です。

厚生労働省が発表する「国民生活基礎調査(平成25年)」では、自宅で暮らす要介護者を主に介護する介護者65歳以上の世帯の割合は51.2%になっています。

そのなかでも、認知症の人が認知症の人を介護する「認認介護」は80歳前後夫婦の11組に1組ということです。

「認認介護」は認知症の度合いにもよりますが、一人が重く一人が軽い場合が多く、ある程度在宅で夫婦の生活を送ることが出来ますが、例えば双方で「食事をする」という認識が低下してしまうと、低栄養状態になり健康を維持することが難しくなってしまいます。火の不始末や介護放棄、虐待等も起こりやすいと言われています。

小規模多機能型居宅介護事業所のケアサポートセンターようざん栗崎では、「認認介護」で在宅生活が困難になってきた「夫婦」の今の家で暮らしたいとの願いを少しでも長くかなえてさしあげたいとの思いで支援しています。

【利用者様ご紹介】

(夫)氏名：A様 年齢81歳

要介護度：要介護3

日常生活自立度：J2

認知症自立度：ⅢB(平成28年1月17日)

既往歴：アルツハイマー型認知症、肺気腫、糖尿病、糖尿病性腎症、高血圧、心不全で入院

(妻)氏名：B子様 年齢79歳

要介護度：要介護2

既往歴：認知症(記憶障害)、不安神経症、肝腫瘍、甲状腺機能低下症、上行結腸癌、狭心症、高血圧症、神経症、第12胸椎圧迫骨折、第1腰椎圧迫骨折

【ご夫婦の生活歴】

夫のA様は中学校の社会科の教師で、バレー部やバスケット部の顧問をして全国大会も経験され、活動的で学生からも人気がありました。

妻であるB子様は学校と取引のある会社で明るくテキパキと事務仕事をこなしていました。

夫婦が結婚したのは20歳と22歳の時。その後一男一女をもうけ、暖かい家庭を築かれました。定年退職後は夫婦で趣味のカラオケ教室などに行かれたり、教師時代の友人たちと交友を持ち悠々自適に暮らしていました。

【 ケアサポートセンターようざん栗崎利用までの経緯 】

そんな中、夫A様はアルツハイマー型認知症、妻B子様も認知症と診断され、デイサービス・訪問介護・訪問看護の利用を開始しました。デイサービスで、夫A様は拒否が強く、妻のB子様も体調不良との訴えにより利用拒否が続き、ますます体調が悪化して生活全般を通して支える必要がありました。

ケアサポートセンターようざん栗崎にて引き継ぎ、夫A様は週3回の訪問(家事援助・身体介護)と週3回の通いから開始。妻のB子様は外出し他人に合わせて過ごす事が苦手である為、訪問中心に支援を開始しました。

【 利用当初の様子 】

《A様》

以前のデイサービス利用時は拒否が強く利用できなかったとのことで、ケアサポートセンターようざん栗崎の「通い」の利用は心配しましたが、誕生日が近かったこともあり、利用初日に誕生日会を行いました。また趣味であるカラオケや好きなタバコを昼食後と15時にいただくなど個別対応しました。すると「職員が優しい」と言って、レクリエーションにも積極的に参加して楽しんで利用していただくことができました。

下肢筋力低下によりふらつきがあり、朝お迎えの時は特に動きが悪く転倒リスクが高かったので注意しながら介助を行っていました。歩行練習や体操、風船バレーなどアクティブレクリエーションに参加され、ADL低下予防を図りました。

自宅にいる日は週1回から2回ナースステーションの看護師が状態観察と服薬管理を行いながら、ケアサポートセンターようざん栗崎の職員が週3回家事援助と身体介護の訪問を行いました。

《B子様》

認知症の悪化と精神的不安定で被害妄想・無気力・感情の起伏が激しく、機関銃のごとく一方的に話され、電話好きでケアサポートセンターようざん栗崎にも昼夜を問わず電話がありました。体調不良の訴えが強く自宅のコタツに長時間横になっていました。

B子様自身は夫の世話をして疲れて夜眠れない、ストレスがたまっていると訴えがありました。ですが実際は夜間のオムツ交換はおろか、今まで行っていた家事全般も上手く出来ない状態でした。

週1回訪問看護事業所のナースステーションようざんの看護師が状態観察と服薬管理を行いながら、ケアサポートセンターようざん栗崎の職員が毎日訪問し、バイタルチェックや家事援助や配薬された薬が服用できているか確認しました。

【 取り組み内容 】

《体調管理》

ケアサポートセンターようざん栗崎の職員が訪問（家事援助でトイレ・風呂・居室・台所の掃除、洗濯物等）に行った際に夫のA様の体調が悪く、緊急で通院介助を行いました。検査の結果、栄養失調と分かりました。冷蔵庫には息子さんが買ってきた食材が入っていますが、認知症が進行した妻のB子さんには調理してテーブルに並べるということができなくなっていたのです。

翌日より昼・夕食の配食を毎日始めました。その後は少しずつ体調が回復してきました。

《服薬管理》

ナースステーションようざんの看護師が配薬して壁掛け薬入れに仕分けして配薬したものをケアサポートセンターようざん栗崎の職員が訪問時に服薬確認するという流れになっていましたが、ある日ポケットと配薬の日付がバラバラになっており、妻のB子様が「私どれを飲むかわからなくて・・・」と混乱され、調べた結果、朝食後の薬を2回内服されてしまいました。

すぐにナースステーションようざんの看護師に連絡し相談した結果、服薬はケアサポートセンターようざん栗崎の看護師が管理し、1日2回の訪問時に持参することになりました。

《清潔の保持》

夫のA様は尿・便失禁がある時は入浴拒否があります。本人のプライドを傷つけないように「看護師さんに看てもらいましょう」と言ってトイレで看護師に臀部洗浄してもらってから入浴を誘っています。訪問した際に失禁している時は排泄介助と衣類の交換を行い、家事援助と身体介護を行っています。

《環境整備》

利用開始時は換気が悪く、訪問後は職員の服に匂いがうつるほどでした。台所では小バエが飛び、コタツの上も乱雑になりテーブルもベタベタしている状態でした。掃除は週三回、約1時間訪問しています。内容はトイレ・風呂・居室・台所の掃除、洗濯を職員がB子様に声掛けし、一緒に行っています。

《妻のB子様の精神的安定を図る》

訪問した際はB子様のお話を傾聴して会話を楽しんで頂き、ストレス解消を図っています。「通い」利用を計画し、実現に向けて訪問するスタッフと信頼関係を構築、「訪問のスタッフと施設のスタッフは同じなので、みんな待っている」とか「たまに寄ってください」などとお誘いしていました。「来週行こうかな」「今度行こうかな」など前向きな発言が聞かれるようになり、サービス開始から4か月後、初めての「通い」利用になりました。

《医療との連携》

定期受診にケアサポートセンターようざん栗崎の看護師が通院介助しています。ドクターに日々の症状を報告します。病状悪化の時には状況に応じて通院介助します。その際、ナースステーションようざんのご家族に連絡します。薬もケアサポートセンターようざん栗崎で管理しています。不安神経症の

B子様はいつも体調が悪いと思い込み、自分で受診してしまうことがたびたびあるので、ドクター・訪問看護師・ご家族との連携がとても大切になります。

【結果】

《A様》

昼・夕配食を行い、服薬管理を行うことで体調の管理ができ、昼夜逆転が少なくなりました。また便失禁がありますが、職員が対応することによりご本人も安心して過ごしていただいています。

今では「もう1日通いを増やしたい。ようざんにいた方が安心」と話されます。

《B子様》

同じ職員が訪問をすることで信頼関係をつくることができ、来所拒否から週1回の通い利用、今では週3回「通い」で来所出来る様になって、拒否なく入浴もされるようになりました。通いを利用してからB様は美容室へ行かれカット&パーマをしておしゃれな髪型になり、女性職員や他の利用者様からも「素敵ね～」と言われ「今はボブが流行っているのよ」とはじけるような笑顔で答えていらっしゃいます。夫のA様の服装にも気を遣うようになられ、A様もおしゃれになってきて、女性職員が「Aさん、この服とってもかっこいいですね」と声を掛けられると、「そうかい」とニコニコ笑顔でおっしゃり、暖かく楽しげな雰囲気がご夫婦のまわりを取り囲んでいます。

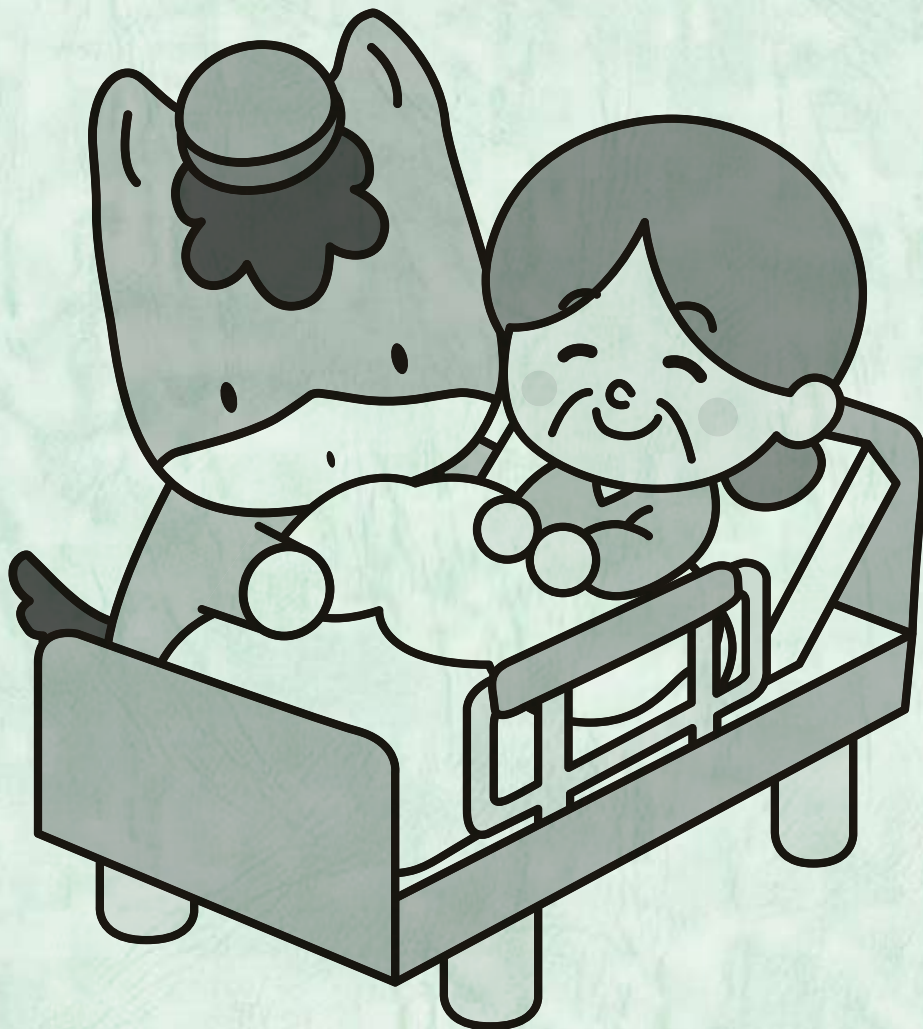
B様は来所時に他の利用者様とも楽しく会話され、おやつレクリエーションなどに積極的に参加され、割烹着姿でお団子を作ったりしました。ご自宅でもキッチンの洗い物なども出来る様になり、職員が訪問して掃除する時も、一緒に片づけを行い、掃除された住みやすい環境になってきました。以前は訪問している最中も知り合いに電話をしていましたが、今では職員と共に楽しそうに掃除をされるようになりました。

また自発的にご主人と一緒に散歩に出掛けられるようになり、以前の無気力な生活から活動的な生活を送れるようになりました。

【考察とまとめ】

B様は認知症でありながらも毎日A様の世話をしています。今でも不安になるとB様からようざんに電話が来ることがあり、その都度安心感を持っていただけるよう対応しています。「まったく、しょうがないね!とうちゃんは!」「うるせえ!」と時には夫婦喧嘩をすることもあります。夫婦で仲良く生活されています。先日もB様が不安神経症により夜中自分で救急車を呼んだ時も「夫が心配だ」とようざん栗崎に電話があり、A様をようざん栗崎にお連れし、宿泊対応しました。

もし夫婦で認知症になっても、今まで暮らしてきた同じ家で同じ生活をし、長年連れ添ったパートナーと最後まで仲良く暮らしていけたらどんなに幸せでしょうか。私たちはそんな夫婦の見えない絆を大切にしていきたいです。



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」 28-100459

第 8 回ようざん認知症介護事例発表会

入所系・居宅支援・訪問看護

平成 28 年 7 月 19 日

俺はようざん区長！！ひとりひとりの輝きを見つけるために！

グループホームようざん飯塚……p1

『こんな幸せな事はないよ』

居宅支援事業所 ようざん……p4

「帰りたい」A 様の思いを考える

グループホームようざん……p8

認知症と経管栄養

ナースステーションようざん……p12

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚……p15

『アルツハイマー型認知症に効果があった事例について』 ～私らしく～

ナーシングホーム ようざん……p18

『つ な ぐ』

居宅介護支援事業所ようざん栗崎……p21

介護 SOS！

ショートステイようざん栗崎……p24

言葉を取り戻す日を願って

グループホーム倉賀野……p28

「うるせえ！ばかやろう！」が「おねがいします。ありがとう」に変わるまで

特別養護老人ホームアンダンテ……p32

穏やかな生活のためにコウノメソッドを取り入れて

ショートステイようざん並榎……p41

俺はようざん区長！！

ひとりひとりの輝きを見つけるために！

グループホームようざん飯塚

発表者：古澤 君江

<はじめに>

グループホームようざん飯塚では入居者の皆様が日々穏やかにご自身のペースで自由に過ごされています。私たちはそれが入居者様の望む生活だと思っておりました。それがあつたことをきっかけに「これはご本人が望んでいる生活なのだろうか？」という疑問を持つようになりました。利用者様の本当の想いに応えるには……。私たちの行った取り組みを発表致します。

<参加利用者様の紹介>

氏名 A 様 95 歳

要介護度 2

既往歴 肺炎、左大腿骨頸部骨折、左末梢性顔面神経麻痺

生活歴 高崎市生まれ。戦時中は横須賀で海軍をされており、戦後は自営業でコンパスを作っておられた。長年上並榎町内会の区長を勤められ、趣味はグランドゴルフと畑仕事。

<施設での様子>

H26 年 10 月よりグループホームようざん飯塚に入所される。ADLはほぼ自立しており、日中は新聞を読む・テレビを観る・職員の頼みで食器拭きや洗濯もの畳みをされ、それ以外はソファで睡眠される。とても穏やかな性格であるが、他者との交流はほとんどなくご自身のペースでゆったりと過ごされている。ご本人もご家族も「ここでの生活は満足していますよ」と言われる。そんな A 様でしたが、H28 年 1 月頃より深夜トイレに行かれた後、トイレ付近できょろきょろされることが度々あり、職員が『A さんどうされましたか？』と伺うと『俺の部屋はどこだっけ？』とご自身の居室が分からなくなったり、深夜に『おはよう』と起きて来られ、『A さん今夜中ですよ』と言うと『朝かと思ったよ』としばらく立ち尽くされる。また、以前はご自身で髭剃りや爪切りをされていたが、この頃より職員任せになり意欲の低下もみられる。このままでよいのだろうか職員間で話し合っていたある日、ホールで開催されていた運営推進会議をソファで見ていた A 様が、『これは何の話し合いをしているの？』と職員に尋ねられる。『市役所の方や町内会の区長さん、民生委員さんに参加して頂き、話し合いをしているんですよ』と答えると『俺も昔、上並榎町内会の区長をしてたんだよ。あの頃は大変だったなあ。忙しかったけど、みんな俺を頼りにしてくれてさ』とつになく興奮して話される。今まで見た事のない A 様のいきいきとした表情を見たとき、『本当は穏やかな生活を希望しているのではなく、場の中心に立ち、他者のお世話をするような生活を望んでいるのではないか……。』そ

ここで職員で話し合い、A 様にグループホーム内で『ようざん区長』をして頂きグループホーム内のお世話をお願いしてみたらどうだろうか？ということになり、早速計画を立てました。

<取り組み・結果>

ようざん区長さんの業務として

1. 朝食、昼食・夕食時の『いただきます』『ごちそうさま』の挨拶を実施して頂く。
2. 昼食のお品書きを筆ペンで書いて頂き、昼食の挨拶をする際にみんなに披露して頂く。
3. 火・木・土の午後『区長さんのレク』として A 様が中心となり、レクリエーションを実施して頂く。

以上3つをようざん区長さんの業務としてお願いすることにしました。

A 様にようざん区長の業務計画表を見て頂き業務内容を詳しく説明し『是非ようざん区長を引き受けて頂けませんか？』とお願いしたところ、うれしそうな表情をされましたが、『今の俺にはとても出来ないなあ』『自信がないよ』と消極的な回答ばかりです。『A さんにお手伝いして頂けると助かります』と再度お願いすると『じゃあやってみるよ』とどうにか承諾して頂くことが出来ました。区長業務開始初日、まずは昼食のお品書きを書いて頂くことにしました。職員がお品書き用の紙と筆ペン・献立表をお持ちし、『A さんこの紙にお昼の献立を書いて頂けますか』とお願いしたところ、献立表をじいっと見つめ中々書き出しそうにありません。職員の声かけでどうにか書いて頂きましたが、昼食時『いただきます』の挨拶をお願いしても小さな声でぼそつと言われる程度です。午後の区長さんレクを実施する前職員が『A さん今日の区長さんレクは何をしましょうか？』と聞くと『特に何もないなあ』『歌はどうですか？みんなで歌を歌いましょう』と言うとしぶしぶ頷かれました。実際レクを実施しても小さい声で歌い、やらされている感満載です。

その後数日経過してもあまりのりきでない様子がみられ、しまいには『昼食のお品書きは書くけど、区長さんレクは特にやることがない』と言われるようになってしまいました。私たちは頭を悩ませました。A 様が望んでいたのはこういうことではなかったのか？そんな時、いつものように熱心に新聞を読む A 様を見て、あることを思いつきました。気になった記事を切り取って頂き新聞スクラップノートを作って頂く。そして区長さんレクの時みんなに発表して頂く。これは区長さんの仕事にぴったりではないか！！早速、新聞スクラップノートを用意し A 様に提案したところ、興味を示され『じゃあやってみるか』と了承して頂きました。初めは職員が声かけを行い新聞記事を数点切り取りノートに添付されました。そして区長さんレクの際、みんなの前で発表して頂いたところ他の利用者様からも反応が良く『A さん詳しいんだね！さすが区長さんだ！』『目が悪くて中々新聞が読めなくなったからありがたいよ』の賞賛の声に A 様はうれしそうな表情をされ満足された様子です。

A 様の発表を涙を流しながら聞く利用者様もいらつしやり、日を重ねるごとに A 様の表情はとても豊かになり、声に張りも出てきました。新聞記事の添付もご自身で率先して実施されるようになり楽しそうです。運営推進会議にも進んで出席し新聞記事の発表をされました。この頃より職員は A 様のある変化に気がつきました。それは A 様が、周囲に気を配り他の利用者様に声かけをされることが多くなったことです。『危ないから気をつけて歩くんだよ！』『ほらこのちり紙で鼻をかみなよ』他利用者様のお世話をしている時の A 様はとても輝いています。A 様の近くには人が集まるよう

になり、A 様を頼るようになりました。

最近では『昔みたく毎日やることがいっぱいで大変だよ！体が何個あっても足りないよ』とうれしそうにおっしゃっています。

<考察>

グループホームで穏やかに生活して欲しい。それがご家族の希望でした。私たちは A 様もそれを望んでおられると考えておりましたが、今回の取り組みをきっかけに多くのことに気づかせられました。ようざん区長の仕事をされている時の A 様はとても輝いています。その姿を見た時私たちはとてもうれしくなりました。ようざん区長の仕事がきっかけとなり、A 様の意欲向上にも繋がる良い結果が得られたように思います。

現在ではグループホーム全体に目を配って頂き利用者様のお世話をして下さる他、職員にも様々な提案や助言をして下さるようになりました。今後もようざん区長の仕事を継続してやって頂こうと考えています。

最近では夜中にご自身の居室が分からなくなることや時間を間違えて起きてこられることもありません。私たちはこれからも A 様の活動を積極的にお手伝いし、充実した生活を送って頂ける様努力致します。

<まとめ>

今回の取り組みは、利用者様の生活歴を参考に興味・やる気を引き出すことができました。利用者様の生活歴・趣味などは人によって様々です。私たち職員は利用者様によって望む生活・支援の仕方も様々であることを今回の取り組みにより再認識しました。

今後もグループホームらしいアットホームな環境作りを念頭にその方の本当に望む支援を出来るよう職員一同務めていきます。

『こんな幸せな事はないよ』

居宅支援事業所 ようざん

発表者 沼澤 文子

はじめに

難病をかかえ、寝たきり生活が長く続いている。誤嚥性肺炎のため入退院を繰り返し、医師から在宅復帰は困難と言われたが、本人と妻の「家へ帰りたい。帰してあげたい。」と強い思いがあった。医療と介護の連携を図り、願いが叶った事例を紹介する。

対象者

A様 男性 84歳

介護度 5 身長 162 cm 体重 75kg

病名 頸椎後縦靱帯骨化症（難病指定疾患）神経因性膀胱 そううつ病

家族構成 80代の妻 40代の長男

障害高齢者自立度 C2

認知症高齢者自立度 自立

事例紹介

H24年9月自宅風呂場で転倒し、頸椎損傷のため入院。入院中頸椎後縦靱帯骨化症が見つかる。同年10月リハビリのため沢渡病院転院。状態安定したため、H25年4月自宅退院、在宅介護開始になる。何度か誤嚥性肺炎を繰り返したが、いずれも軽快し短期間の入院で在宅復帰していた。

H27.10月発熱あり緊急入院となる。再度の誤嚥性肺炎の診断を受けた。今回は重篤な病状であった。口腔摂取危険と診断され胃ろう造設を検討した。しかし当時体重85kg、腹部皮下脂肪多く造設不可能であった。経鼻にて栄養摂取となる。排尿は前立腺肥大ありバルーン留置である。

H27.12.17 状態安定し療養型病院へ転院となった。病院相談員より入院後安定していますと連絡を頂き安心する。

H28.2月 妻より「良くなったので、退院したいんです。今までのようにお願いします」と電話があった。入院前は通所リハビリ、週3回（入浴、リハビリ目的）訪問介護 朝、昼2回（排便介助、昼食介助、移乗介助）訪問看護週1回 訪問リハビリ週2回 居宅療養管理で医師の往診が月2回あった。しかし通所リハビリ事業所は状態悪化により送迎時の移動と入浴行為に安全が図れないことを理由に断られていた。他事業所を捜していた。

同居している息子様に退院の希望があることを連絡すると「せっかく療養型病院入院できたのでこのまま入院継続したほうが良い、私も仕事があり協力できない」と話される。難病指定であり、医療費は助成され、入院費の家族負担は軽いのも一つの理由と考える。

ケアマネは入院先を訪問し、病院相談員、担当看護師に退院希望の相談を受けた経緯を話す。

病院側は現状態での退院は考えておらず、医師の退院許可も出ないでしょうとのことであった。

病院相談員、看護師とケアマネがベッドサイドへ行き、本人と妻に「入院が本人にとって一番安定した生活ができる所ですよ」と説得する。本人と妻はしぶしぶ納得してくれた。その後、リハビリを兼ね庭で花を植えたり、車椅子で院内を散歩し、少しずつ楽しみが出来たようであった。入院生活も安定し「帰宅したい」の言葉がなくなったと相談員より報告があった。

3か月後、H28.5.2 日 突然妻より連絡がある。「お父ちゃんが、帰りたいと言っている。私も今月中に連れて帰りたい。私が頑張れば出来ると思う」今回は妻と本人の強い希望であった。

ケアマネは「まず同居している息子さんと相談してください。家族の意見が揃わないと在宅介護は難しいと思います」と話す。

同時に病院相談員に連絡する。相談員は院内カンファレンスを開き担当医師の意見を伺った。入院中も誤嚥性肺炎発症し抗生剤で加療していた。経管栄養の管理、痰の吸引等、家族の負担が大きく困難と思われると判断していた。しかし今回、病院側も、妻の帰してあげたい気持ちと本人の想いが強いと、息子の了承と在宅時の主治医が決まれば退院の方向で検討しますと回答を得る。

まずは息子様の気持ちを確かめた。職場変更になり、祝日 週末に休日が取れるようになり、介護を少し手伝えるようになったとしぶしぶ了承した。

次に在宅時の主治医は在宅療養に理解がある医師に相談した。医師は現在の病状を考慮した上で、本人の思いを尊重し快く応じてくれた。

在宅医と息子の了承が得られ、退院は5月28日(土)に決まった。

退院にあたり妻が入院中に経管栄養の方法、吸引の仕方を看護師より教わりマスターすることになった。

退院に先がけ、5月12日病院リハビリスタッフ、担当看護師、相談員 ケアマネ 福祉用具担当者と同伴し一時帰宅となった。在宅生活を想定した家屋調査を行った。

短時間の帰宅であったが、自宅でベッドが必要である、30 分以上車いす上で過ごせない。急遽ケアマネは福祉用具の手配をする。入院中であるが事業者の好意により、ベッド、段差がある玄関を車椅子で安全に居室に移動するためのスロープを用意していただく。

スタッフはそれぞれ在宅生活を安全に、快適に過ごせるよう、本人を中心に想定した家屋を調査し改善策を考える。看護師は居室内、経管栄養のボトルをつるすところはどこにするか？ 妻の身長を考慮し、つるし易い鴨居に S 字フックを使うことに決定した。

庭より玄関ポーチ段差解消は、以前利用していた「すのこ」にラバー製のカバーをかぶせ完成した。リハビリスタッフ安全を確認し決定する。

福祉用具の具合、ベッドの高さ、ベッドより車いす移乗の方法を妻へ伝授する。2時間あまりの滞在であったが、「まさか、また家に帰ることが出来るなんて、うれしい」大勢の訪問で、にぎやかな一時帰宅になった。病院スタッフも在宅介護の様子が想定でき安心した。

H28.5.20 在宅に向け病院主宰の退院時カンファレンス開催。担当者会議として参加させていただく。

出席者

病院側 相談員 看護部長 病棟看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士

在宅側 ケアマネ 訪問看護(2事業所) 訪問介護 訪問入浴 通所リハビリテーション

検討項目

- ・疾患 入院中の治療経過について、服用薬剤について
 - ・病棟での生活の様子(栄養 排泄 服薬 必要な医療処置等)家族への医療処置等の指導状況及び習得状況について
 - ・身体機能、家族への介助方法と現在の手技取得状況について
 - ・現在の状況。時々痰からまりあるが、自己喀出困難、唾液や栄養物逆流による誤嚥や窒息リスクある。四肢麻痺あり、左上肢自動運動時々あり、ADL全介助、オムツ内失禁あり、自己にて体位変換困難であり、オムツ内の湿潤と同一部位の圧迫による皮膚トラブル発生リスクある。丁寧な説明を受け、在宅時を想定した活発な意見交換がおこなわれた。
- 担当者会議の要点をまとめ必要と思われる介護計画を立てる。

* 9:30 排便のオムツ交換 誤嚥防止のため口腔清潔を介助のため訪問介護、毎日。

* 12:00 17:00 訪問看護、妻が経管栄養の管理が安全にできるまで指導を兼ね毎日

* 月 木曜日訪問リハビリ * 火曜日 金曜日は訪問入浴

* 通所リハビリ 妻の受診時利用 月一回

* 本人に合ったベッド、皮膚トラブル防止マット 玄関段差解消スロープ

* 居宅療養管理指導(在宅主治医)

以上のような計画を立て担当者に配布する。

H28.5.28 予定通り退院となる。

退院時の看護サマリーを頂くと、オムツ交換指導は手技確立。しかし、経管栄養法は聴診器を使っている。退院直後は頻繁な看護師訪問が必要である。退院直後は特別指示書を発行していただき医療で訪問看護を利用する。訪問看護事業所は月 火 木 金訪問担当事業所と水 土 日訪問担当事業所2箇所をお願いする。お互いの情報共有のため共通のノートを作り対応を統一することになった。

ケアマネは退院後こまめに訪問し、在宅療養介護に必要なサービス変更、追加、時間変更を検討し必要な調整を行い在宅生活継続のお手伝いをしていく。

まとめ

排泄 清潔、栄養 すべて介助を要する、難病を持っており医療依存度が高く、誤嚥性肺炎のリスクがあり痰吸引が必要、誰もが在宅介護は困難と思っていた。しかし退院希望を叶えてあげたい

妻がケアマネに相談し実現した。高齢で体力のない妻の介護は気持ちだけではできない。以前利用していたサービス事業者に相談するが、現在の状況を伝えると「検討します」と即答は得られなかった。それほど躊躇する状態であった。しかし主治医依頼をした先生は、積極的に在宅療養に関わり、先生自ら妻の行う経鼻栄養が安全に出来るか心配で、退院翌日は朝 7 時に訪問して確認していただいた。介護と医療、家族の綿密な連携を図る事で退院が実現した事例である。

退院当日にケアマネが訪問すると、「検討します」と返事があった事業者と、訪問看護師が自宅で待ち構えていた。皆から「退院おめでとうございます」とにぎやかに迎えられ、本人も「こんな幸せな事はないよ。家がやっぱり一番だ」と終始笑顔であった。素敵な笑顔で奥様と在宅生活を永く楽しんでほしい。今後も継続して関わり、状況に合わせた介護と医療のマネジメントが必要である。

考察

介護支援専門員の基本的な考え方の見直しとして、H26 年 6 月の告示において、「地域包括システムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携、協働しながら利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを行う事」と見直しに当たって基本的考えが示された。

高崎市に於いては昨年より医療と介護の橋渡しのため、医師会と、高崎健康福祉大学訪問看護ステーション内に高崎市医療介護連携相談センターが2か所開設された。地域の医療、介護資源の把握をして、課題の抽出と対応策の検討を行い、切れ目のない医療と介護の提供体制を構築し、関係市町村との連携に取り組む活動をしている。今後、居宅介護支援事業所として、在宅療養介護に携わる際、強い味方ができたと感じる。

今まで、知識不足のため医療との連携は一步引いてしまうところがあった。しかし利用者の想いを叶えてあげたい。自宅に帰してあげたい、同じ想いを持った、入院先医師、相談員 看護師長 ST OT PT がそれぞれの立場で在宅復帰を後押しした。その情報を共有し在宅介護に繋げ、主治医、訪問看護、訪問入浴 訪問介護 通所リハビリと、多職種が係り、在宅でも入院時と同様な医療行為と介護を行う。医療 介護 地域資源をマネジメントする事が地域包括システムの中のケアマネの重要な位置であると感じた一例であった。

「帰りたい」A 様の思いを考える

グループホームようざん

発表者：岡本こずえ・松崎慎

【はじめに】

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、少人数の中で「なじみの関係」を作ること、ご入居以前に過ごしてきたような家庭的な生活を送っていただけるよう個人の生活リズムに合わせた環境作り、またその支援をすることを目指しています。

普段は社交的で明るい A 様。そんな A 様が不安な顔をされ「帰りたい」とおっしゃります。A 様はなにを思い「帰りたい」とおっしゃるのか、A 様の思いに寄り添い、理解しようと職員一丸となって取り組みを行ったことを発表します。

【目的】

- ・A 様の観察・帰宅願望の多い時間帯を調べる。
- ・環境作り、対応から帰宅願望の回数減少を試みる。
- ・A 様の思いやその背景の理解を深める。

【利用者様紹介】

氏名：A 様

年齢：92 歳

以前の職業：農家

以前の趣味：大正琴

要介護度：2

既往歴・現病名：アルツハイマー型認知症、高血圧症、変形性腰椎症、骨粗しょう症

【生活歴・経緯】

以前は農家を営まれており、80 歳を過ぎた頃から物忘れの症状が多くみられるようになる。ご自身の役割として食事の準備をしていたが鍋を焦がすことが多くなってきた為、家族が心配し病院を受診、アルツハイマー型認知症と診断される。

H19 年自転車で外出した際に車と衝突し、左足を骨折。B 病院にてリハビリを行い、シルバーカー利用にて見守り歩行可能となり退院する。その後小規模多機能型居宅介護の利用を経てグループホーム入所となる。

《情報収集・観察》

① 【基礎情報の収集】

現在の様子(H28.3)

食事…食事を目の前にしても手をつけようとせず食べるよう促すも、食べ方がわからないとおっしゃられ「これ食べるの？」と食べ物と認識されてない時もある。口に運ぶ度に首を傾げられる。

排泄…自立にて行えることもあるが、洋式トイレの認識が無く職員が使い方を教え便座に座っていただくまで見守ることもある。

入浴…服を脱ぐ事はできるが、服を着るときは、上着なのかズボンなのかわからない為着替える順に渡す手伝いを行うことで着衣が可能。洗体は自立にて可能。

性格…とても社交的で明るい。責任感が強く、行動意欲もあり自ら積極的に手伝いを申し出て下さる。物を大切にされる反面、物事の手順や様式などに強いこだわりがあり、頑固な面がある。最近では以前出来ていた事が出来なくなっていることにに対し「なんでこんなになっちゃったんだろう…」と塞ぎ込む事もある。

② 【A 様の観察】

24 時間シートを作成し帰宅願望のあった時間、内容を記録する。(3/20～4/12 実施)

帰宅願望の回数と時間帯を朝・昼・夕・夜の 4 つに分け、グラフを作成した。

上記グラフの中でも多かった帰宅願望の内容を以下にまとめる。

農家の仕事、ご家族の心配、食事準備の事柄が大半を占め、帰宅願望の多かった昼夕ともに食後の帰宅願望が多い。特に夕方の帰宅願望が多いことがグラフからわかる。

③ 【A 様の気持ちを傾聴する】

上記の3つの事柄について帰宅願望時の A 様と話し気持ちを考える

・「農家だから仕事がいっぱいあるの、家に帰らなきゃ。」

・「うちの子供が家で 1 人待っているのよ、帰らなきゃ。」

・「私が帰ってご飯作らなきゃ、家族が困るのよ。」

気持ちを伺うと「～しなきゃ」と強い責任感、使命感を感じる A 様らしい発言が多く聞かれた。

《取り組み》

A 様の気持ちを傾聴し、特に関心の強かった事柄を中心に考える。以前の家庭生活で行っていたことを取り入れ取り組みを行い、その様子を観察・記録する。(4/14～5/5 実施)

① 【家庭菜園を作り・そのお世話】

プランター・土などを用意し、種蒔き、水やりを行っていただいた。

② 【以前のご趣味】

居室にある大正琴を歌唱の時間に弾いていただく。

③ 【食器拭きや掃除などを手伝っていただく】

ご自分の役割として食事の準備をされていたが、安全面を考え食器拭きや掃除のお手伝いをお願いする。

【取り組み中の様子】

家庭菜園：水やりをしながら自宅で作っていた野菜の話をしてくださったり、野菜の育て方を教えて下さったりと楽しげな様子が見られる。その反面「うちの畑じゃないじゃない！」と不穏に繋がってしまうこともあった。

大正琴：「私は弾けないのよ」と言いつつ荒城の月を思い出しながら演奏して下さる。「なんで出来なくなっちゃったんだろ…」と落ち込まれる日もあった。

食器拭き：自ら手伝いを申し出て頂ける日もあり、手伝いをお願いしても快く引き受けて下さる。作業中に「チビにご飯作りに帰らなきゃ！」とおっしゃり出口を尋ねられることもあった。

【取り組みの結果】

取り組み前のものと取り組み期間の A 様の帰宅願望をグラフにし比較する。

上記グラフを比較し、結果を以下にまとめる。

- ・帰宅願望の総回数を比べると取り組み中のほうが多くなった。
- ・多かった夕方はあまり変わらず夜間の回数が増えている。
- ・昼間の回数も増えている。

【考察】

今回の取り組みでは、入居以前の生活環境に近づけることで不安感を和らげることが出来ないかと思い行った。しかし、取り組みをきっかけに家族のことをより心配されるような様子がよく見られた。結果として夕方行った取り組みから夜間の帰宅願望に繋がる形が増えたと考える。

社交的で明るく責任感も強い、そんな A 様の「なんでこんなになっちゃったんだろう…」という言葉の中には、よくわからない場所で生活していることの不安や、加齢から出来ることが減っていくことの寂しさ、自分がどうなってしまうかわからない恐怖などのサインが混じっているのではないかと考える。そういった環境に身を置いても家族や畑、仕事のことを心配し、家族のために帰らなければいけないと思うのは、A 様が何よりも家族のことを大切に想ってきたからではないだろうか。

帰りたいとおっしゃる A 様の行動にある思いは「家族が心配」「落ち着く場所に帰りたい」「自分の役割を全うする使命感」など、一家の母として頑張ってきた A 様らしい言動ではないかと考える。

【終わりに】

今回の事例発表を通して A 様と関わることで、以前は“A 様は認知症だから帰宅願望がある”と

思っていましたが、A 様の言動を受け止め、その思いや背景を考えることで、日々どんな思いで過ごされているのか、A 様の気持ちに少し近づくことが出来たのではないかと思います。

A 様を観察する中で思い出せないことに対し、葛藤されている場面を何度も拝見し、ご本人も闘っておられるのだと痛感させられました。認知症になり、様々な事がわからなくなっていく、思い出せなくなることがどれだけ怖いことなのでしょう。私たちは、少しでもその恐怖や不安を和らげ、落ち着いて過ごせるような環境作りをしてかなければならないと改めて感じました。

取り組みを行った結果は帰宅願望が増えるという結果になってしまいましたが、取り組みを行う中で土いじりや、水やりを行った際、以前伺っても思い出せなかった自宅で栽培されていた野菜の名前や野菜の育てかたなどを口にされました。何より取り組み中笑顔が多くみられました。これからの取り組みの一部は継続して行っていくことで帰宅願望よりも1回でも多く笑顔が見られるよう頑張っていきたいと思います。

A 様に限らずですが「帰りたい」と言わない事が良いのではなく、「帰りたい」と思うことに共感し、気持ちに寄り添うことが大切だと今回の事例発表を通して感じました。今回の事例発表で学んだことを忘れず、その人らしく過ごして頂ける環境づくり、ケアを目指していきたいと思います。

認知症と経管栄養法

ナースステーションようざん
看護師 外処重子

1・はじめに

高齢化社会となり、認知症高齢者が増加している現状の中認知症高齢者では摂食嚥下機能の低下により食事量の減少・脱水・誤嚥性肺炎等のリスクが高くなることにより生命を脅かすことも少なくない。今回認知症高齢者の摂食機能嚥下低下における胃瘻増設までのプロセスを報告する。

2・摂食嚥下障害とは

摂食→水分や食物を口の中に取り込むこと

嚥下→取り込んだ水分や食物を咽頭や食道を経て胃に送り込むこと

この過程でどれか上手くいかないことを摂食嚥下障害という。

3・誤嚥とは

食物や唾液などが誤って声帯の部分を超えその下部の気管～肺に入る事を誤嚥という。

誤嚥すると咳反射がでる。しかし、咳反射の出ない誤嚥がある。気づかぬうちに少量の唾液や飲食物と共に気管に入ってしまう入っても咳反射が生じない状態のことが不顕性誤嚥の原因となる。

4・認知症による摂食嚥下障害

認知症の人は見当識障害や視空間認知障害・失行・失認等の出現により食事を食べ始めない・口を開かない・拒食・食べたことを忘れてしまう・食器や食具が使えない・手を使って食べる・食事行動が中断する・他人の物を食べてしまう等の食行動の障害がでてくる。

5・認知症のステージの摂食嚥下の特徴

(初期)各認知症のタイプの特徴が大きく出る

アルツハイマー型:食べたことを忘れる

食器の使い方が解らない

レビー小体型:認知機能の日内変動からくる食べムラ、たべる時と

食べない時との差が大きい

前頭側頭型:嗜好の変化、食事時の立ち去り、どんどん口に入れる

(中期)脳の委縮が進み全ての認知症の型において失行・失認がでてくる

食事が食べ始められない

食事が途中で中断する

食べるペースが乱れる

手を使って食べる

介助量が増える

誤嚥がみられるようになる

(末期)脳の委縮が重度となり嚥下機能自体が障害される

口の中の食べ物を上手く粥状にまとめられない

口の中に食べ物を溜め喉に送り込めない

誤嚥・窒息のリスクが高くなる

傾眠や意識レベルの低下の影響が出てくる

食べる量が少なくなる

6・終末期と経管栄養法

認知症の進行度に合わせて食事形態の変更・口腔ケア・食事時の体位の工夫・摂食嚥下障害の実態を把握し看護・介護を行うが限界がある。認知症終末期になると誤嚥性肺炎を繰り返したり、拒食となり生命に影響がおよぶ危険性が高くその対策は重要である。場合によっては経口栄養摂取に切り替えざるを得ない。治療として経静脈栄養法があるがどうしても短期間に限られ、比較的長期間継続できるのは経鼻経管栄養法・中心静脈栄養法・胃瘻造設法などであるが、胃瘻造設法を推奨する医師が多いのが現状である。

(事例)

87歳男性 アルツハイマー型認知症

84歳で発症、徐々に進行。一時期問題行動多く精神科へ入院もしていたが85歳ブランドール入居となる。入居時は食事摂取自立できていたが進行すると共に介助量も増え摂食嚥下障害も進行、誤嚥リスクも高くなり誤嚥性肺炎にて入退院を繰り返すようになる。86歳誤嚥性肺炎で入院中経口摂取不可にて経静脈栄養法から経鼻経管栄養法となり1か月後胃瘻造設術施行し退院となる。主治医より意識もあり食べる意欲があるので経口摂取も試みるようにとの指示もありST介入し評価してもらった結果、誤嚥性肺炎になるリスクが非常に高く危険であると診断され、

診断結果を家族に説明すると「肺炎で何回も怖い思いをしてるので・・・生きてくれさえすればいい」と切実な希望にて経口摂取は再開せず経管栄養法にて水分・栄養補給を行っている。

7・考察

今後高齢者施設では、高齢化の進行に伴い胃瘻などの経管栄養法が増えることが考えられる。しかし、認知症終末期＝胃瘻だけではなく欧米ではQOLを考えると終末期の高齢者に経静脈栄養法を行ったり経鼻経管栄養法（胃瘻含む）を行い延命を図ることは非倫理的との考えが一般的であり、現在日本でも日本老年医学会に於いても人工的水分・栄養補給法（AHN）に関するガイドラインがあり、AHNを導入しない事を含め勧めていく方向にある事を理解する必要があると思う。

参考引用 北中条若松病院言語聴覚士
久志紫乃
認知症のひとの摂食嚥下障害

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚

発表者：阿部 あき江

[はじめに]

はじめに。地域包括ケアシステムの実現へ向けて。日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。現在 65 歳以上の人口は 3,000 万人を超えており、今後も高齢者の人口割合は増加し続けることが予想されております。団塊の世代の方々が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。このため厚生労働省は、可能な限り「住み慣れた在宅」で、自分らしい暮らしを続けていくことができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制、すなわち「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。今回紹介させて頂く事例は、特別養護老人ホームを退所し、「住み慣れた在宅」に帰り自宅での生活が出来るようになった方の支援を紹介させていただきます。

[事例対象者紹介]

氏名：A様

年齢：90歳

性別：女性

要介護度：要介護5

既往歴：両膝変形性関節症、リウマチ、心不全

[特別養護老人ホーム入所に至った経緯]

相談受付：平成 21 年 11 月主介護者のご家族より相談。相談を頂いた時点では要支援 2 の認定にて通所サービスを利用しながら在宅で生活をなさっていましたが、両膝関節症により腰痛や膝痛が徐々に悪化し、それに伴い介護用ベッドや訪問リハビリサービスを利用しておりました。その後も徐々に症状の進行がみられ歩行も困難になり介護認定が要介護 2 まで上がってしまいました。車いすが常時必要な生活になってくるにつれ介護者の介護負担も大きくなり短期入所や通所、訪問リハビリと福祉用具貸与を利用することで何とかご家族の協力もあって、自宅での介護を続けておりました。平成 26 年 12 月、心不全による入院がきっかけで要介護度 5 となり在宅での生活が困難になり特別養護老人ホームに入所することとなりました。

[特養入所～退所後の支援経過]

平成 27 年 8 月「特養」に入所し施設で穏やかに生活されておりましたが、平成 27 年 12 月に、再度心不全を発症され医療機関へ入院となってしまいました。その後、約 2 か月間、入院していた為、特養からの退所を余儀なくされ、また在宅酸素が手放せない状態となってしまいました。そんな状

態のなか入院している病院から退院の指示がありました。

病院より、介護相談センターへの介入依頼があり退院後の生活の方針を、ご家族と一緒に検討していきます。入居していた特養が解約になっておりこの時点では当然「入所できる施設を探す」という方向性で相談を進め病院の SW、主治医、ケアマネにて話し合いを行っていました。病院と連絡調整し、まずは現在の状態や必要な医療、処置等を主治医に確認し受け入れられる施設を探していきます。今回のケースは常時在宅酸素が必要な状態であり夜間も看護体制を配置している施設という条件で施設を探していくことになりました。ただ、「施設入所する」というのは「一つの方向性」であり、同時に「在宅での可能性」を探っていきます。在宅で生活できる可能性があるのか、ないのか、改めて意向を確認し相談していくことになりました。「自宅に帰りたいけど帰せない」それならば帰せない理由、問題点を整理し、出てきた課題に対し解決策を検討していきます。介護者の介護状況と本人の状態を踏まえ支援の方針を考えていきます。今回のケースでは自宅での介護が困難になる要因は大きく分けて二つありました。

まず一つは、歩行が出来ないことからの排泄面での介護負担。夜間起こされるから家族も夜休めない。

もう一つは、医療面での不安。急変時はどうすればいいのか、体調が悪くなったらどこに相談したらいいのか、病院にはどう連れていけばいいのか。

この二点の課題が解決されると在宅での生活が検討できる可能性がでてきます。つまり介護と医療を一体的にサポート出来ないか。この課題をクリアすることができなければ在宅への道は閉ざされてしまいます。これを可能にしたのが「小規模多機能施設」です。

小規模多機能施設へサービス提供依頼の相談をして小規模の介護支援専門員、看護師と病院に出向き在宅生活での注意点を確認。在宅酸素を自宅と小規模、両方に設置してもらえよう働きかけ、自宅での居住空間も見直しました。スロープや特殊寝台、ポータブルトイレを設置します。宿泊や訪問も計画に位置付け介護負担を抑えていきます。在宅酸素の取り扱いも小規模職員でできるよう対応し通院介助や主治医との連絡調整も行っていくことで家族の精神的な不安を軽減していけます。本人が自宅に帰ることにより生じる介護者の負担と精神面での不安。もちろんそれが0になるわけではないですが十分に緩和することは可能でした。実際に小規模多機能施設にサービス提供依頼をしてから約 1 週間で在宅復帰にこぎつけることができ、平成 28 年 2 月 16 日無事に自宅に帰ることができました。

[考察]

今回の事例で在宅に戻れた最大の要因はご家族の在宅へという気持ちだと思います。共倒れになる危機と隣り合わせにもなります。常時介助を要し在宅酸素がなければ生命の維持すら困難な状態の親を自宅で介護していくことは本当に勇気のいることです。またその勇気を後押しした大きな要因は「小規模多機能施設の利便性」であつたと思われます。実際、この家族は在宅で介護サービスを受けながら生活しておりました。特養に入所する前は、通所、短期入所、訪問リハビリ等複数のサービス事業者を併用して利用していましたが急な予定の変更や連絡調整一つに

しても大変でした。通常、居宅介護支援事業所の介護支援専門員は通所事業所や短期入所事業所、訪問看護事業所など複数の事業所を交え、利用頻度や在宅酸素の取り扱い等の調整をしなければなりません。それに比べて小規模多機能は一つの事業所で複数のサービス提供が出来ます。家族と事業所内の連携で対応できる部分が多く、その他にも通院介助や配食、急な利用変更など、必要に応じ柔軟に対応でき、今回の在宅復帰も実現できたのでは、と感じます。改めて小規模多機能施設の利便性を実感することができました。

[おわりに]

今回の事例では自宅に帰れてよかった。というような内容の事例を紹介しましたが、決して親を施設に入所させることが悪いとか、かわいそうとか、そういうことはありません。たしかに誰しも自宅で生活したいと思うものかもしれませんが、施設に入所し穏やかに楽しく、自宅に居るよりも元気に自尊心を持ちながら充実した日常生活を送られている方々もたくさんいらっしゃいます。家では寝てばかりいたのに施設に入ったら活動意欲が出てきて笑顔もたくさんみられるようになったという方もおります。決して施設が悪いわけではありません。

今回の事例を通して教えていただいたこと。それはどんな状況にあっても在宅で生活をしていく可能性はないか、ということ『ご家族と一緒に検討していくこと』ではないかと思います。これまでも入所希望から小規模多機能施設を利用することにより在宅を可能にさせた事例は数多くあります。支援する介護支援専門員が在宅では無理、家族が大変だから施設入所と決めつけ在宅で生活する可能性を家族と一緒に検討することなく施設入所が決められてしまっているということはなかったでしょうか？

今回、事例提供者のご家族に貴重で大きな経験をさせて頂き本当にありがとうございました。これからも、この経験を生かしながら、ご利用者様の希望や心身の状態にあったサービスが利用できるよう努めていきたいと思っています。

『アルツハイマー型認知症に効果があった事例について』

～私らしく～

ナーシングホーム ようざん

発表者 浅見 望恵

【はじめに】

ナーシングホームようざんでは、日中・夜間を通じて 24 時間 365 日『一人ひとりの生活リズムに沿った生活』をして頂く事を目的としていますが、介護の中で利用者様の希望にそった生活というのは必ずしも実現できません。塩分、糖分の制限や飲酒、喫煙の制限をはじめ、肉体的・精神的な制約がどうしても存在します。利用者A様も糖尿病による食事、趣向品の制限や日々のインシュリン注射など、A様にとって苦しい制約の中で生活をしてきました。A 様が望んでいることを探り、楽しみは何かを見つけたいと思い今回のテーマにしました。それに至った経緯、問題点、気づいた点等について発表します。

<入居者様紹介>

氏名:A 様 81 歳

性別:女性

要介護度:3

既往歴:糖尿病 高血圧 アルツハイマー型認知症

生活歴:自宅が建設業で、男性たちが仕事をしているそばで本人がサポート面をずっと行ってきた。歌や民謡が好きで機嫌が良い時にはよく歌っていた。H23 より物忘れ・怒りっぽくなる・日中夜間問わず徘徊し他人の家に入り込むなど認知症の症状が出始める。その頃から 28 年前より患っている糖尿病が悪化し、入退院を繰り返しインスリン療法開始となる。

<経過>

H26 年 12 月ナーシングホームようざんに入居される。入居当時から糖尿病管理が必要でありランタスは 15～20 単位の注射を行っていました。歩行状態はふらつき等があり、見守り・介助が必要で日中夜間問わず徘徊されていました。H28 年 1 月に徘徊中に転倒し左大腿骨頸部骨折で入院される。

<A 様の取り組み・結果>

ご家族の希望は「退院後もナーシングホームで安心して落ち着いた生活ができ、本人の好きな様に生活をさせてあげたい」と言う事でした。病院を退院されナーシングホームに戻った後の様子は、日中の傾眠が強く声掛けにて時々開眼されるがすぐ閉眼されてしまう。水分にはとろみを付け、食事はペースト食で対応するが咽込みが見られました。声掛けで促すも殆ど口を開けて召し上が

ろうとしない為食後薬も内服できず、このまま食事の摂取が出来ないと看取りも視野に入れなければならなかった為、ご家族からは延命は望まないとお話がありました。食事をとっていなかった為に入院前から比べ1か月で8キロ減(38 kg→30 kg)と大幅に体重も落ちてしまい、そこでA様の今後のケアについて話し合いが行われました。

問題点としては「傾眠状態が長く昼夜逆転気味。覚醒しても食事には殆ど手を付けない」

ご家族の意向としては「本人にとって苦痛となることはもうさせたくない」「このままの状態が続くなら看取りも覚悟している」という事。看護としては「血糖値よりも体重の減少、食事を摂れていない状態の方が問題だ」という事。以上の事が意見として挙げられました。

食事を摂れていない現状についてはスタッフもどのようにアプローチをして良いのか・・・

何かを口にしてもらいたいという状態の中で、往診時に主治医の先生から「サイダーがアルツハイマー型認知症患者に効果がある」と教えて頂き、本人も昔はサイダーを好まれ飲んでいと、ご家族様から聞いていたのでサイダーの提供を始める事にしました。サイダーを飲み続ける事は血糖値が上がるリスクがありましたが、ご本人に好きなものを食べて貰いたいというご家族の意向もあり、家族、介護、看護が協力し実行に移しました。早速サイダーを用意し提供すると吸飲みで200mlを飲んで頂く事ができたので、そこで毎日より一缶提供する事を目標にしました。数日経過した頃よりサイダーのおかげで覚醒時には簡単なコミュニケーションが取れるようになりました。食事についてはペースト食を提供するが相変わらず殆ど召し上がれず、エンシュア摂取を開始するも摂取量はのびず、エンシュアゼリーにするなど提供の形を工夫し少しずつ召し上がっていただけました。サイダーが成功したことでエンシュアにサイダーを混ぜて提供を試みるが本人より強い拒否があり、職員が味見をしたところ味と臭いに問題があるため即座に中止をし、この頃からA様がしきりに空腹を訴えていることに気づくことができましたが食事には殆ど手をつけませんでした。そんな時、入院中はペースト食での対応だったことから退院後もペースト食を提供していたのでそれが原因の一つではないかという意見が介護から出ました。入院前は食事の形態が分かる形状で提供しており、退院後の食事形態の変更はリスクを伴いまいしたが、それでも試しに極刻みにて提供したところこれがきっちりとはまりA様自ら摂取をし始め、その時はすぐに傾眠状態になってしまいましたが可能性が見えた瞬間でした。その後食事の提供時間は、A様自身のサイクルに合わせて提供する形がとられました。「好きな時に起きて好きな時に食べる」。極力A様のストレスにならない様というケアが続き、これは食事時間に召し上がれない事で昼夜逆転というデメリットもありましたが、結果として摂取量・覚醒時間は順調に伸び、ランタスも7単位の注射が始まり、体重も少しずつではあるが増加の傾向に向かっていきました。A様本人も笑顔が増え面会にくるご家族も安心して笑顔で帰っていくようになりました。

<考察>

今回 A 様の事例を通じて先入観や固定概念で決めつけてはいけない事に気づかされました。糖尿病の方に対して毎日サイダーを提供する。これがまさにそれでした。普段の生活の中でご本人の希望やご家族の思いを、先入観や固定概念で天秤にかけて考えてしまっている事があまりにも

多い。ご本人の意思の尊重という本来一番大切で、一番目を光らせておかなければならない部分が見えていない事が多いのだと思い知らされました。今回はそれに気が付いた事で、ナーシングでの生活が生きがいと変わり『活力』を引き出し、意欲向上にも繋がる良い効果が得られたと思います。今回 A 様の「楽しく好きなように生きたい」という欲求をくみ取る事ができ、あきらめずに家族、看護、介護が協力してきたことで、3 ヶ月という期間で A 様の意欲は入院前のレベルまで回復してきました。しかし、心や気持ちが戻っても骨折した足は痛みも残り、筋力も低下したままです。A 様の頭の中は「歩きたい」「立てるはず」という入院前の状態に戻ったものの、体はそれについていけないのです。そのズレが転倒のリスクにつながり新たな課題として私たちの前に現れています。日々の生活の中で課題は常に現われ消えてを繰り返していますが、それらを見落とすことなく利用者様本人の意思をくみ取る事が私たち介護職に課せられた使命だと思います。A 様の事を知り、関わる事で距離も近くなり、お互いに信頼関係も築けたと思います。今回の取り組みから A 様の事を知る事によって、精神面・身体面への双方へのプラスの効果をもたらす事が出来ました。そして、効果を上げるためには働きかけ・その方を知るという事が必要であり重要な手がかりになると感じました。

<まとめ>

今回のポイントとして“主治医の提案として飲み物は炭酸水”“ランタスは 24 時間持続型の注射”“家族からの同意”“スタッフの体制が整っていた事”が成功例に繋がり、ご家族・主治医・看護・介護の連携から A 様の生活を豊かにする事を最優先し、ご家族からの、ご本人の好きなように生活をさせてあげて下さいとの思いで実現ができたと痛感しました。今後も、ナーシングホームようざんの理念でもある『一人ひとりの生活リズムに沿った生活をして頂く事』を日々目指していきたいと思います

『つ な ぐ』

居宅介護支援事業所ようざん栗崎

田子 早希恵

〔はじめに〕

私たちケアマネージャーは、ご本人ご家族から相談を受け、サービス事業者の調整を行い、サービスが適切にスムーズに行われるよう調整し、ご本人ご家族が安心して生活が送れるように支援をすることが主な仕事と言えます。

しかし、介護サービスが開始されるまでに長い時間がかかる事や、利用に至らないこともしばしばあります。

相談受付からサービス開始までの間は、ケアマネとご本人ご家族が信頼関係の第一歩を築いていく大切な時期でもあります。親しみや信頼関係の大切さを再認識することができた事例を紹介させていただきます。

〔事例対象者〕

K様 女性 84歳

病名 アルツハイマー型認知症（相談当初 要介護1、現在要介護3）

〔相談内容〕

娘様から、以前は長寿センターに通っていましたが、ここ一年長寿センターにもいかず自宅で寝てばかりいるため、デイサービスを勧めてみましたが、拒否が強くなかなか外に連れ出すことが出来ないという相談がありました。

〔初回訪問〕

K様が『介護』という言葉自体に強い拒否を示すため、介護保険申請をして認定調査を受ける際に80歳以上の全員のお宅に訪問していると話し、納得していただいたという娘様からの情報で、市の職員との設定で初回訪問し、デイサービスという言葉にも強い拒否を示すため、長寿センターと置き換えて話をさせていただきました。

しかし、『私は病気なので、元気になったら行くから』と言い昔の話を何度も繰り返され、出かけることを頑なに拒まれました。

ご家族は、数日後の外出に合わせてサービス利用を希望していましたが、K様の拒否が強く説得できなかったため、その日は安否確認でケアマネが午前と午後に訪問することにしました。

また、会話の中で社交的な性格である事が分かったため、デイサービスの見学を勧めてみましたが、『体調が悪い』を繰り返され、いいお返事がいただけませんでした。

その後再三訪問し、お誘いをしてもお返事はいつも『体調が悪い』と繰り返されました。

[デイサービス見学]

買い物に出掛けるという口実で娘様が連れ出してくださり、デイサービスを見学されましたが、途中で表情が陰しくなり一度退出し、スーパーデイにご案内しました。

スーパーデイのホールに入りドア付近の椅子に座られ、職員や他利用者様と会話を始め、笑顔も見られるようになりました。

少人数の雰囲気K様には合っていると判断し、ご家族もスーパーデイの利用を希望されました。

[自宅訪問]

短期記憶の低下が顕著で先日の見学や、何回も訪問しているケアマネの顔も覚えていただけず、お誘いも『体調がわるいから』と断られ、若いころの話を繰り返し話されました。

その後、訪問を続けると徐々に変化が見られ『何となく見たことがある』との言葉から、青い服の人、良く来てくれる人との印象を持っていただけかと思われました。ご家族はスーパーデイの利用を強く希望されているため、スーパーデイの職員と関わる機会を作り、信頼関係を築いていくべきと考え、今後スーパーデイ職員と同行しお誘いをする事にしました。

後日、スーパーデイ所長と自宅訪問すると、先日のことは全く覚えておらず、他愛もない会話が進むにつれ『何となく見たことがあるような…』と表情も和らいできました。

『娘も一緒に』との条件で、利用を了解され、お試し利用の日を忘れてしまわないように自宅のカレンダーに丸印を記入し、無事お試し利用が出来ました。

お試し利用が出来たため、担当者会議を行いました。K様の表情は暗く出かけることに消極的な様子。K様の気持ちを尊重し、週1回の決まった曜日に迎えに来てもらい、気分の良い日は利用し帰りたくなったら帰宅するといった、柔軟な対応をしていくことにしました。

[初回利用]

拒否が強く利用できず、無理強いはいしませんでした…

[その後の利用]

スーパーデイの職員と一緒に迎えにも伺いましたが、横になって起きる様子がありませんでした。世間話をしているうちに、笑顔も見られ会話も弾んできましたが、出かける話となるとガンとして拒否をされ利用に至りませんでした。

週1回決まった曜日にお迎えに行っても忘れてしまうため、ご家族、事業所と相談し、利用定員の空いている日は毎回、外出の声掛けを試みました。

数日後、スーパーデイ所長と一緒に利用が出来たと報告があり、慣れていただくまではご本人のペースで疲れないように利用していただくことになりました。

その後徐々に利用できる日が増えてきました！！

[考察]

事例のように頑なに介護サービスを拒んでいたK様が、時間はかかりましたがデイサービスに通えるようになったのは、どんな要因があったのでしょうか。また、ご本人の気持ちがどのように変化していったのか、考えてみたいと思います。

1人のケアマネが継続して関わることにより、顔は覚えていただけなくても『青い服の人』という印象は蓄積されたと思われます。と、同時に『見たことのない人』から『何となく見たことがある人』という安心感が生まれたと考えます。

『全く知らない人』から『良く来てくれる人』に変化していったことは関わりながら実感することが出来ました。

『知らない人から誘われた』から『よく来てくれるいつもの人に誘われた』に変化していった結果、拒むことが少なくなって通うことが楽しみになってきたのではないのでしょうか。

『親しみ』や『信頼』は援助していく上でとても大切なことだと思います。

[終わりに]

初回面談時は、お互い全く知らない者同士です。その中で日常生活での困りごとや悩みをお聞きし、ご本人の出来ること、出来なくて困っていること、それに対しどのような援助が出来るのか、思いをくみ取りながらサービスを選択して行かなければなりません。

今回のように、頑なに介護サービスを拒んだケースを始め、さまざまなケースがありますが、どのようなケースであれケアマネの仕事に必要不可欠なものは『信頼』に尽きると言っても過言ではありません。

関わりながら少しずつ信頼関係を構築していくことが援助していく上でとても重要である事を実感することが出来ました。

介護 SOS !

ショートステイようざん栗崎

発表者: 下山 真一 山口 大輝

はじめに

救急搬送の患者が病院をたらい回しにされ、最悪命を落とされる痛ましいニュースを耳にすることがあります。高齢化や共働きの現代において、「老老介護」「独居老人」「介護難民」等の社会問題から、介護を受けている方又は受けることになった方にも緊急で施設への入所が必要とされる状況が発生します。

在宅にて家族との穏やかな日々を送っていても、

ある日突然介護者の予期せぬ病気やケガ、

介護を受けている方の重症化

その他諸事情により在宅での介護が出来なくなってしまう

本来の手順を踏む余裕が無くショートステイへの緊急入所を迫られることが起こります。

ショートステイようざんでは H27 年度より 13 名の緊急受け入れを行って来ました。

〔事例Ⅰ〕

A 様 性別: 男性

要介護: 4 年齢: 86 歳

中核症状: 記憶障害、介護抵抗・拒否

自宅で転倒され某総合病院に救急搬送されましたが同日帰宅。しかし身動きが取れず弟様が介護をされておりましたが拒否あり状態は悪化。介護者も高齢な上に持病をお持ちであって、十分な介護が出来ませんでした。介護に限界を感じあんしんセンターに相談、介護申請を行われました。同時に緊急入所が必要でありようざん居宅介護に依頼が入りました。

そしてよるショートステイようざんへの1本の電話… **SOS!!!**

A 様の情報としては「男性で、痛みの為に身動き不可能」とだけ…

悩む暇もなくすぐに管理者と職員1名で車椅子を用意し PM19:00、A 様宅へ向かいました。到着すると疲弊しきった弟様と A 様が横たわっていました。本人の痛みが非常に強い為、シーツを担架代わりになんとか車椅子へ移乗することに成功。PM20:30 ショートステイようざんに到着。ベッドへ移乗するものの痛みの訴えが強くわずかな体動でも苦痛の声を発しており、排泄はオムツ使

用の旨を説明すると快く了承していただきました。痛みの部位を尋ねても下肢の辺りとしか答えられず、骨折も視野に入れ、慎重にオムツ介助を行いました。食事もベッド上で全介助でした。数日後には車椅子でホールに出られトイレ介助が可能となり、食事も自力での摂取により毎食完食できるようになりました。通院も繰り返し、体調の回復は良好で、次第に立位保持から手引き歩行が可能になりました。

現在ではようさんの小規模多機能をご利用され、在宅への復帰を果たされました。

〔事例Ⅱ〕

B 様 性別：女性
年齢：59 歳 介護度：要介護3
既往歴：糖尿病、糖尿病性腎症、脳梗塞
家族構成 夫：死別 息子(主介護者で障がい者)

1月2日 PM20:00

夕方に動けなくなり救急搬送されましたが、検査の結果異常が認められず帰宅されました。ケアマネージャーに息子様から「救急搬送され検査の結果どこも悪くないと自宅に帰れたが、玄関から移動することが出来ないため助けてほしい」と連絡が入りました。

1月2日 PM21:00

ケアマネージャーが男手を必要だと思いケアマネージャーのご主人と一緒に B 様宅を訪問しました。

年始だったため B 様の弟様が来ていてどうにかベッドに移動されていました。B 様はベッドの上で横になって意識はしっかりされていましたが、弟様は B 様宅に滞在することはできず、息子様は日ごろの介護で腰痛が悪化しており、さらに夜間頻繁に起こされるため体調不良で動けないため B 様の介護は困難と判断して、ショートステイようさんの利用を決め依頼しました。

そしてよるショートステイようさんへの1本の電話… SOS!!!

しかしご本人は「嫌だ！」の一点張り。

2時間ほど説得をして返事をもらえました。

車への移動は大人3人がかりでやっと乗り込むことができました。

1月3日 AM0:00 過ぎ

ショートステイようさんに到着され緊急入所されました。

A 様は夜間良眠されショートステイようさんにて1日過ごし、翌日透析があったため 1 月 3 日夕食後に退所されました。

〔事例Ⅲ〕

C 様 性別:女性

年齢:77 歳 要介護:1

既往歴:認知障害、左乳癌、脳梗塞後遺症

家族構成:夫:死別

娘:長女(介護者)主婦の為、夕方子供の送り向かいあり。

次女(本人と同居)数年前に婦人科系の癌を患い、うつ状態の為、長女が週3~4回訪問

1月12日自宅で動けなくなり、家族が主治医に連絡されました。

主治医は知り合いのケアマネージャーへ連絡し相談しました。

しかし、ケアマネージャーも本人とは半年ぶりの再会とのことでどうしたらよいかわからない状況でした。

そしてよるショートステイようざんへの1本の電話… SOS!!!

「とにかく迎えに来て連れて行ってもらいたい!!」

との依頼があり、緊急入所として受け入れを行うべく職員2名で自宅まで急行しました。

到着するとC様は自宅廊下に寝そべっている状態で、ケアマネージャー、ご家族はどうする事もできず、職員が来るのをただただ待っている状況でした。

さらに自宅は昔風の古い家で通路、玄関も狭く、車椅子を通すのも苦労するほどの狭さでした。

バスタオルをハンモック代わりに大人4人がかりで持ち上げ、縁側まで移動し、そのまま車椅子へ移乗。送迎車に何とか介助にて乗り込み、その後ショートステイようざんへ入所となりました。入所直後、既に発熱されており、3点クーリングを施行しました。過去に転倒で痛めた左下肢と乳癌手術された左脇に強い痛みがあり、C様も体が大きいため、必ず職員2名~3名での介助を心がけました。

入所初日の夜、高熱も徐々に下がり、翌日には平熱に下がりました。食欲も回復され、ほぼ全量摂取されるまでになりました。

その後も職員2名~3名での介助を行っていましたが、徐々に痛みの訴えも少なくなり、1月23日よりリハビリもできるまで回復されました。

立位も以前と比べるとしっかりと立てるようになり、現在は職員2~3名の介助から職員1名だけの介助で済むようになりました。

入所直後はご家族も体調を崩し、ご本人のことを大変心配されていましたが、現在は安心されたのか、定期的に面会に来られるまで落ち着かれ、在宅復帰に向けて頑張っています。

あわりに

どんな状況にでも臨機応変の送迎対応ができる(人数・時間)

何も情報がなくてもベストなケアを提供する。

心の準備はなく、どんな利用者でも柔軟な対応にて全体の安全を守る。 Etc

正直、緊急受け入れの対応は職員にとって相当しんどいものです。

しかし、私たちは「しんどい…」と思うのではなく、

「救える…」と思うようにしています。

私達の仕事とは、どんな過酷な状況でも利用者様の安全を約束するために少ない情報を効率的に共有することが重要です。

そのために絶対必要なもの……

“チームワーク” です。

それといつもご家族や関係者に言われる言葉が2つあります。

“助かりました” “ありがとう” です。

この言葉を一つでも多く聞けるようにチーム一丸となって

緊急受け入れに対応していきます。

ショートステイようざん 職員一同

言葉を取り戻す日を願って

グループホーム倉賀野

発表者 秋山 剛

はじめに

T 様が言葉を失ってから6年。

職員の中には誰も T 様の声を聴いた事がある人はおりません。

「T 様に言葉を取り戻してもらいたい。」これは職員共通の願いです。

T 様に言葉を取り戻して頂くにはどうすればよいか。グループホーム倉賀野の取り組み、T 様の状態の変化を発表します。

利用者様紹介

T 様 60才 女性

平成15年 慢性腎不全

平成16年 透析開始

平成20年 前頭葉型認知症 失語症発症

平成22年 交通事故により骨盤骨折 K 病院に入院

平成23年 退院 他事業所のショートステイ利用

平成24年6月 グループホーム倉賀野に入所される

要介護度3(その後、5に変更)

家族はご主人、息子、娘の4人家族。物静かな性格で、衣料品店に勤め、家の庭の草花の世話が好きな方でした。

入居後の様子

フロア、居室を歩き回り、目についた小さな物、ゴミを何でも口に入れてしまう。衣服やタオル、カーテン、布団といった手近な物を齧る、食事の際、一気に口に入れてむせたりする為、職員が常に側について食事介助する、また、他の方の食事・水分に手を出され、食べようとする、といった行為が頻回にありました。

日常生活動作は全くといっていい程出来ず、失語症の為、ペンを持って頂いても意味のある単語を書く事が出来ませんでした。

取り組み

まず、T 様に対し、どの様なアプローチ、治療が有効なのか、それを探す事から始まりました。

歌唱レク、文字や絵を描いて頂く、といった事には全く関心を持って頂けず、アニマルセラピーではやってきた犬を噛もうとされたり、うまく行きませんでした。

そこで、T様に最適な治療法はないか、探し始めました。

そんな中、堀江課長に相談した所、紹介して下さった治療法が「コウノメソッド」、そして座間先生でした。

「コウノメソッド」とは

名古屋フォレストクリニック院長、河野和彦先生により構築された認知症診断・治療マニュアルであり、認知症の7割は改善させる事が出来る、河野先生により体系化された実践的認知症治療法です。

内容としては

- ① 治療優先主義 診断に固執する事なく、患者の症状を改善させる
- ② 介護者保護主義 介護者を楽にさせる処方をする
- ③ 家庭天秤法 各薬剤の上限を設定
薬の用量は介護者が設定(医師だけの力での確な薬の種類や量を決定するのは不可能な為)
過鎮静(嗜眠・食欲低下・体幹傾斜等)が見られたら薬を減量
- ④ キャラクター分類に基づく処方 認知症の病型ではなく、現在の患者の症状に応じ処方を行う。鉄則として易怒・幻覚・徘徊・暴力といった陽性症状を抑制系薬剤で鎮静化してから記憶障害・見当識障害といった中核症状に対する中核薬を併用する。
- ⑤ 薬剤以外のサプリメントの活用
- ⑥ 各認知症病型に適した薬剤の選択(ただし、これに「絶対的」な処方セットは存在しない)

例として レビーセット リバスタッチ+抑肝散+メネシット

ピックセット ウインタミン+フェルガンド または フェルガンド単体

変性疾患セット リバスタッチ+ニューフェルガードLA

といったものです。

「コウノメソッド」を実践しているクリニックのひとつが「ザマクリニック」です。ここの院長、座間先生は河野先生の弟子といってもよい方で、コウノメソッドに造詣が深く、多くの認知症の方の治療に実績を持っている先生です。

早速受診の連絡・予約を取り、平成25年7月、埼玉県所沢のザマクリニックにご家族と共に受診に赴きました。片道約一時間半。ちょっとした小旅行、ドライブです。

そうしてウインタミン錠12.5mgの処方を受けました。これは緊張や不安を和らげる薬です。

これをまず、朝食・昼食後に半錠ずつの内服を始め、日々の様子の細かな変化を観察し、記録に残し、何か変化があれば座間先生に報告・連絡を取る事としました。

その後も数週間毎に受診を行い、ウインタミン錠の内服量を少しずつ増やし、日々の状態を観察する事としました。

日々の変化

変化はすぐに表れました。

K 病院に透析に行かれ、帰ってくると自ら送迎の車から降り、早足でスムーズに施設内に入っていかれたり、車の中の物を弄ったり異食されるので装着してるミトンが今までであれば涎や噛み跡があったのが全く噛んだ形跡がなかったり。

7月の終わりには、今まで塗り絵を T 様の前にお出しし、ペンを持って頂いても、ペンを齧ってしまったり、色を塗る場所、種類を職員が選ばないと手が動かなかったのが、名前の欄をじっと見つめ、自らカタカナで名前を記入して頂けました。

これは些細な行動に思われるかもしれませんが、職員一同、全く見た事がない行動で、皆がびっくりしました。

その後も

- ・メモ帳に T 様のお名前を職員が記入し、T 様にペンとメモ帳をお渡しすると、ペンとメモ帳を齧ったりせず、すんなりと御自分の名前を記入しはじめる。

- ・ご主人・息子さん・娘さんの名前を職員がメモ帳に記入すると、横のスペースにそれぞれの名前を記入しはじめる。しかし、娘さんの名前の横にご主人の名前を3回続けて記入

- ・トイレに入られ、今までであればトイレトペーパーを千切り、異食されていたのが、便器に座り、トイレトペーパーを手元で巻き始める。(ただし、ズボン等はそのまま)

- ・ソファに座り、横に座った職員の手をずっと握っている。職員の腕をさする。

といった、今までに見られなかった行動が見られるようになりました。

ある程度目的をもった行動は、今まで T 様に見られなかったもので、「コウノメソッド」の効果に職員一同驚くと共に、「このままいけば、T 様の症状が劇的に改善し、言葉を取り戻す日も近いのでは。」という希望を抱き、T 様の行動、様子を見守りました。8月に入ると、更に

- ・透析から帰られた後、ミトンを外しているとミトンを引っ張り拒否。T 様にお渡しして様子を見てみると、止め具にヒモを通し、ご自分で止めようとされる。

- ・メモ帳に漢字を書く。

- ・鏡の前に座り、じっと鏡に映った姿を見ながら、顔を左右に動かしながら衣服の襟を直す。口角を上げ、微笑む。職員の声かけに対し、照れた様子で鏡から顔をそむける。

- ・整容の際、眉毛等のカットの際、今までであればハサミを口に入れようと口を開けていたのが、じっとしている。

- ・化粧水を付ける際も動いたり、舐めようとせず、じっとすまし顔で気持ちよさそうにしている。

という行動が見られました。

しかし同時に、

- ・食事の際、お茶を口に含み、じっと一点を見つめ、固まってしまう、口からお茶が流れ出す。

- ・薬を内服して頂こうとすると、口から吐き出す。

といった行動も見られるようになりました。

9月に入り、ウィンタミンを朝・夕2錠ずつ内服となりましたが、お茶を飲みながら固まってしまう行動が更に多くなり、食事の際、今までであれば自ら茶碗や箸を手に取り、早いペースで召し上がろうとするのを職員が介助し、ペースを保って頂くのが、ぼんやりして召し上がろうとしない、といった様子が見られる様になり、ウィンタミンを隔日で朝2錠、昼2.5錠と減らし、過鎮静が収まるのを待つ事としました。

まとめ

T 様が「言葉」を取り戻すのはまだ先になりそうです。

しかし、時に文字を書き、時にわずかですが笑顔を見せて下さり、少しずつですが確かに T 様の状態は変化しています。T 様が言葉を取り戻した時、最初に発する言葉は何なのか。ご主人の名前でしょうか。息子さんの名前でしょうか。娘さんの名前でしょうか。はたまた「ご飯をちょうだい。」でしょうか。グループホーム倉賀野の職員一同、楽しみにしています。

「うるせえ！ばかやろう！」が

「おねがいします。ありがとう」に変わるまで

特別養護老人ホームアンダンテ

発表者 梅山史織

はじめに

特別養護老人ホームアンダンテは、現在 29 名の利用者様が、食事、入浴、排泄等の生活面の介助を受けつつ穏やかに暮らす「生活の場」であり、医療ニーズが少なく、認知症による問題行動も少ない高齢者の方の「終の棲家」としての施設です。

A 様はそういった意味で、他の利用者様とは大きく違うタイプの方でした。認知症による暴言暴力、強い介護抵抗があり、職員を蹴る殴る、物を投げる壊す、便を壁に塗りつける。出てくる言葉は「うるせえ！ばかやろう！」他の利用者様への影響も考えると認知症に特化した他事業所への紹介も考えざるを得ない状況でした。けれども、信頼してくださるご家族のために「私たちでできることを精一杯やってみよう」という気持ちに迷いはありませんでした。何よりも、本人が何を望み何に苦しみ、どうしていきたくのかを理解してケアに繋げていこうと、多職種が連携して取り組んだ 8 ヶ月を紹介します。

利用者様紹介

A 様 78 歳 男性 要介護4

既往症

小児麻痺後遺症

交通事故後遺症 第 2 種身体障害者認定（骨折による足関節機能全廃 5 級）

認知症

知的障害 療育手帳所持(B 軽度)

生活歴

小児麻痺のため、右足中心に歩行可能であったが、平成 23 年に交通事故にて右足骨折となり歩行不能となる。長期入院後、精神状態が不安定になり、同時に暴言、不潔行為などの認知症状が現れる。車椅子生活となり、室内ではほぼ寝たきり状態であった。

幼少期より体が不自由なため、長男よりいじめを受けていた。兄弟は多いが誰も面倒を見ようとせず、妹さんだけが介護してきた。

妹さんの話

兄は小児麻痺で足が不自由な上に、交通事故で怪我をしてから歩けなくなりました。一人で部屋に横になっているだけの毎日で、ストレスがたまり、陰しい顔になり自分勝手にわがままになってしまいました。私は 70 歳で会社経営と夜の仕事でとても忙しいのですが、他の兄弟は助けてくれ

ないので、私一人が面倒を見てきました。疲れ果ててしまいました。もう限界です。

(入所申し込み時)

入所時の担当者的会議

平成 27 年 8 月 参加者 家族(妹様)本人 ケアマネ 相談員 介護主任

(検討内容)

- ① 便秘がちであり、便が出ないと不機嫌になる。
- ② 生まれつきの小児麻痺と知的障害があり、ゆっくり分りやすい言葉で話をすれば理解するが、分らないと怒り出す。
- ③ 日によって精神状態に波がある。

(結論)

- ① 排便コントロールにより生活リズムをつける。
- ② ゆっくり分りやすい言葉で話しかける。対応は本人の様子を見ながら。
- ③ 初めての場所、初めての人、初めてのことなど、慣れない場所や人と接する場合、声を荒げることがあるが慣れてくれば穏やかに過ごせる。本人の様子を見ながら環境の整備を図っていく。

約 1 ヶ月後の担当者的会議 参加者 1F ユニット職員 ケアマネ 相談員

- ① 入浴拒否について

(検討項目)

入浴を促す職員を「うるせえ、ばかやろ」と蹴ったりひっかいたりして抵抗する。本来入浴はお好きな方であり、入ってしまえば気持ちよさそうに湯船に浸かっている。脱衣のときの抵抗はなぜあるのだろうか。

(検討内容)

* 介護看護両面より

声かけを工夫する。上からの物言いになってないか。命令口調ではないか。赤ちゃん言葉ではないか。一度でも嫌な対応をされた職員はインプットされ顔を覚えていることが考えられる。

職員が同じような言葉でしつこく何度も誘っていないか。

対応者を変える。強く拒否された職員は引き下がり、別の職員が別の方法で誘ってみる。

目線をあわせ「これからお風呂に入ります。ご自分で脱げますか？それではお願いします」など。

それでも抵抗があれば、時間を空けて更に別の職員が誘ってみる。

- ② 不潔行為について

(検討項目)

便を壁や布団に塗りたくり、自身は全裸でいる。汚れ物をベッドの下に落とす。

全裸になるのはどうしてか？汚染が気持ち悪いのではないか。

皮膚が痒いのか。乾燥性掻痒症のため全身に掻きこわしがある。

(検討内容)

* 看護より

排便のコントロール。下剤は便形態、量、頻度などを見て調節を図る。

ラックビー(整腸剤)毎日服用。センノサイド(便秘治療薬)様子観察を行いながら調整。

* 介護より

そわそわと動いているようなら、トイレへ誘導する。起床時間を決めて生活のリズムを作るようにする。

痒みに対しては、* 看護より

センノサイドの副作用で発疹や痒みが出る。ヒルロイドソフト軟膏、ジフルプレドナート軟膏(痒み止め)プロベト(皮膚保護剤)を塗布。入浴後、排泄介助時に毎回塗布。

* 介護より

不潔行為は夜間に多いため、夜間の巡視の回数を増やし、もぞもぞと動いていたり、脱ごうとされているようならその都度介助を行う。

③ 暴力暴言にたいして

(検討項目)

車椅子自走途中に人がいたり物があつたりすると蹴る叩く。コップなどを投げつける。特定の利用者様に対しての暴言暴力が見られる。

(検討内容)

* 介護から

ゆっくり分りやすい言葉で話す。本人の様子を見ながら対応する。

話しかけ過ぎるとカーツとなる。または内容が理解できないと怒るため。

日によって精神状態に波がある。機嫌の悪いときは距離を置いて見守る。

TV や DVD の子供番組を見ていただく。可愛い心温まる物語がお好き。

S 様のことを凝視される他の利用者様と、視線がぶつかりにくいように席の配置を変更する。

車椅子の進行方向に人や物がないように、テーブルや車椅子の位置を調整する。また、他の利用者様とぶつからないように誘導したり、邪魔な物を移動して対応する。

* 看護から

精神安定剤(ウインタミン 0.6 mg)を朝昼夕の 3 回服用で様子観察を行う。

1 ヶ月後の担当者会議

① 不穏状態はあまり改善が見られない。

ウインタミンは主治医の了解を得て、朝、昼、夕の他 15 時、20 時にも服用する。但し 20 時の服用は入眠中であれば服用しない。日中の観察は継続していく。

② 入浴の強い拒否あり

女性に拒否傾向があるが、男性介護者に限定しても暴力は収まらない。言葉かけや対応に工夫が必要。排便や水分を確認し、無理なときは午後入浴にする。

ユニット変更後の担当者会議

① 弄便にはどう対応するか

排泄の時間帯を把握する。午前4時頃の排便が多い。5時前に起こしてトイレ誘導をする。夜間の巡視は1時間毎にし、動き始めたら様子を見て排泄の確認をする。夕食前に服用していたセンノサイドを朝食前に服用する。

② 睡眠、排泄の生活リズムをつけるにはどうしたらよいか

昼間はできるだけ離床していただく。排泄は定期的にトイレ誘導で。

24時間シートより 不機嫌なときの様子(9月～3月)

9月 M様が歌っていると「うるさい」と詰め寄る。

「うるせえ バカ」と手を振り上げる。

トイレ誘導時 強い拒否と暴言。2人介助。

膳をトイレのゴミ箱へ捨てる。

歌っている利用者様に「うるさい！なんとかしろ」

コップをゴミ箱に捨てる。

歯科診察暴れる。

M様とにらみ合い。「お前が悪いんだ。バカ」と暴言。

尿汚染し全裸に。突然怒り出す。

利用者に暴言、職員に暴力。

食器を床に落とす。

食事ですよの声かけに「いらねえ！」と。

10月 「ばか！」と暴言。

「夕食の声かけに「いらねえ！寝るんだ」

廊下徘徊「バカ」と繰り返す。

コップを隠す。

「バカ」を繰り返す。コップをゴミ箱に捨てる。食器を隠す。

血圧計を床に投げつける。

コーヒーを床に投げる

TVに向かって「バカバカ」という。

ご飯を廊下に投げ捨てる。コップを職員に投げつける。

職員を叩く。M様の肩を足で蹴る。

他利用者の座っていたテーブルを蹴る。

他室に入ってベッドにコーヒーをまける。

他利用者の荷物を持ち出して職員に投げつける。

(10月16日ユニット移動)

二人介助でトイレ誘導。殴るなどの拒否あり。

夜間の排泄に強い拒否あり。
朝の尿汚染更衣に強い拒否あり。食事に拒否あり。
食事拒否。全く食べない。
職員、他利用者に「ばか」と発言。
S 様(女性)に手を上げようとする。
職員を蹴る。他利用者を叩く。
声を出している利用者に「うるさい！」と。
陰しい表情。「うるさい！」と威嚇し S 様の椅子を蹴る。

11 月 利用者の椅子を蹴ったり職員の足を叩いたり暴言暴力あり。
夕食の声かけに「うるせえ」と言ってそのまま寝る。
お茶の入っているコップを投げつける。
お茶をわざとこぼす。

12 月 他利用者に「バカ」と。
便汚染パットを放り投げ、オムツ外し。周りに便付着。
コップを何度も床に落とす
他者を指差し「だめなんだよ」と暴言。
他者を威嚇。腕などを叩く。
早朝、下半身裸でいる。床に放尿。

1 月 行きたいところに行けないと蹴ったり怒鳴ったり。
廊下を自走。通れないと威嚇。
声かけに不穏。利用者の椅子を蹴る。
入浴時抵抗あり。職員の顔、手、腕を引っかく。

2 月 他利用者の腕を強く掴む。
機嫌よくない。職員を叩いたりにらみつけたり。
バイタル測定時、職員の手首に爪を立てる。

3 月 入浴中に暴言暴力あり。
職員の後ろから急に蹴る。「ないよ！」と怒鳴る。
起床時不穏。お茶を床にこぼす。職員や他利用者に手を挙げる。

ご機嫌なときの様子 (9 月～3 月)

9 月 TV でバレーボール鑑賞「日本、25 点取ったな！」
「お願いがあるんだけど」自分では取れない鞆を取ってもらい「ありがとう」
自らおむつ交換を希望する。
「テレビつけて」笑顔で頼む。
「お尻みてる？」トイレ誘導する。

洗面、髭剃りを機嫌よく行う。

テレビを見て笑っている。「お尻みてくれる？」

トイレ誘導後、排便多量。その後機嫌よい。

トイレ誘導「うんこ出た。ありがとう」

「相撲が好きだから見てるんだよ」

「あんたも〇〇さんかい。俺も〇〇なんだよ。兄弟 6～7 人で俺は 4 番目なんだよ」

ニコニコして機嫌がよい。

10 月 他利用者のバイタル測定時に「俺にもしてくれないかなあ」

便失禁して「おしっこで出たから見てくれない？」と訴える。

「音楽の番組はないかな？」「そうか、じゃあもう少しだね。ありがとう」

11 時まで寝ている。その後穏やかに過ごす。

表情が陰しい。ディズニーの TV をつけると穏やかに。

慰問を見て笑顔。

TV、独語などあり。楽しんでいる様子

昼食後「ご馳走様」と職員に声かけ。

クスリを渡すと「ありがとう」

尿汚染更衣に「悪いね、ありがとう」と笑顔。

11 月 大きな声を出さず落ち着いて過ごす。

職員に「お、お」と声をかけてくる。穏やか。

ニコニコと穏やか。

自由に過ごしている。TV を見て声を出して笑う。

TV を見ながら鼻歌を歌う。

声かけに「ありがとう」と。

TV を見て機嫌よい。

(12 月 3 日 朝、転倒し救急搬送。左眉上 4 針縫合)

12 月 笑顔あり。

体操に誘う。「しないよ」と応えたが最後まで皆を見ている。

食事の声かけに「うん」と答え自ら席に着く。体操の数を一緒に数えた。

落ち着いて DVD 鑑賞。

TV を見る。時々暴言あるが穏やか。

クリスマス会参加。楽しそう。

三味線慰問に参加。楽しそう。

おはようの挨拶に「うん」と答える。

風船バレーに参加。

家族面会。穏やかにりんごを食べる。

1 月 穏やか。声かけに「うんうん」と返事。

清拭タオルたたみを手伝う。穏やか。
歯磨きを嫌がったが洗面台まで行く。自分で磨く。
声かけに「うんうん」とうなずく。
「関係ないよ」と言いながら TV 鑑賞。
紅茶を飲み「おいしいよ」と。
声かけに「ないよ」と大声。すぐに「うんうん」と穏やか。
ニコニコしながら TV 鑑賞。

2 月 穏やかに行動。足でリズムを取りながら独特な歌を歌う。
職員とのコミュニケーション取れるようになる。暴言減る。
職員の腹を急に殴ったので謝る様言う「ごめんね」と。
「すみません」と言われる。トイレですかと聞くと「お願いします」と。
穏やかな表情。自己流の返事。
穏やか。声かけに頷く。
表情はニコニコしていることが多く穏やか。
職員が食事していると「俺も食べるものが欲しいなあ」と。ヨーグルトや
ミルクティを提供する。「うまいなあ」と穏やか。
暴力暴言全くなし。穏やか。
TV を見ながら話しかけたり笑ったりしている。
いつもの席についている。お茶を提供すると「ありがとう」と。
穏やかな午後。鼻歌を歌っている。笑顔が見られる。

3 月 トイレ前で職員を待っている。「お願いします」と。
食事提供時「ありがとう」と。
トイレの戸を開けている。「トイレですか」声かけに頷く。
穏やかに、本人しか分らない歌を歌っている。
排泄後「うんこ、いっぱい出た」よかったですねと言うと「うん」とにこにこ。
入浴後さっぱりした様子。終始ニコニコ穏やか。
「お願いします」と言って自身で下膳する。
TV を見ながら、機嫌のよい時に歌ういつもの歌を口ずさむ。
食事準備に「ありがとう」の言葉あり。
高校野球を真剣に鑑賞。
声かけに頷く。穏やかな表情。
穏やかな表情。お茶提供に「ありがとう」と。

まとめ

	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
不機嫌・	13 回	23 回	5 回	6 回	4 回	3 回	3 回		
ご機嫌	13 回	10 回	7 回	10 回	9 回	13 回	12 回		

10 月までは不機嫌、不穏な言動が多く見られました。ショートステイから特養に移った時期でもあり、職員や環境の変化が大きかったせいもあると思われます。

11 月からは不機嫌とご機嫌の回数が逆転しています。特養のユニットの職員の対応がよくなったのかもしれませんが、ウインタミンを日に 5 回にしたのも効果があったかもしれません。

但し 3 月後半からまた、不穏状態が続いてきました。S 様の性格は、人見知りが激しく、初めての場所初めての人に警戒心が強い傾向にあります。3 月から 4 月頃までモデラートの研修職員がかかるがわる 10 人以上も来ていたため、不穏になることが多かったのですが、自分に危害を加える人ではないと言うことが分ったのか、まもなく落ち着いてきました。

また、特定の利用者様に対して「バカ」「うるせえ」「お前が悪いんだよ」などの発言があったことを考えてみると、A 様はじっと見られることが好きではなく、殆んどの利用者様は A 様のことは気にかけていない中で、じっと凝視されている利用者様のいることが不安だったのかもしれません。その方への暴言は、見えない位置への席替えという配慮で解決しました。

今までの生活の中で、辛い経験や寂しい思いをしてきたためかと思えば、M 様のためにできるだけ心地よい環境を整えてあげたい、それは人であったり物であったり場所であったりします。部屋はここでいいのか？席は？そして対応する職員は？メンタル面のケアについては何度も会議で話し合い試行錯誤を繰り返してきました。

考察

「おはようございます」と言えば、にらみつけて「うるせえ」「バカやろう」としか言わなかった M 様が、「ありがとう」と言ったときの感動は忘れられません。それから「お願いします」「ちょっと見てくれるかな？」「うまいね」「ありがとう」などの感謝の言葉が日に何度も聞かれるようになりました。そんな時は心がほわっと温かくなります。

まだまだ不穏なときはあるし、いつも機嫌よく過ごしてくれているわけではないけれど、一歩また一歩と笑顔の日が増えています。私たちは、M 様の思いに寄り添ってより快適な生活を提供できるよう、これからも努力し続けていきたいと思っています。

ご家族より

初めて相談に来たとき、スタッフが皆笑顔で挨拶してくれました。実はアンダンテが 6 箇所目の施設でしたが、是非、ここでお世話になりたいと思いました。今、私は介護の勉強をしていますが、自分のかつての介護は間違っていたことがわかりました。私は叱ってばかりいました。ここのスタッフは叱らないで上手にやってくださいます。そして、自分が最後まで面倒を見るべきだと思っていた

ことも、自分の自己満足に過ぎなかったということもわかりました。深夜に帰ってからのオムツ交換は正直辛かったです。介護はプロに任せて、今は安心して仕事に打ち込めます。感謝しています。これからもよろしくお願いします。(1 月家族会にて)

穏やかな生活のためにコウノメソッドを取り入れて

ショートステイようざん並榎

発表者：佐藤千秋

【はじめに】

ここで一人の男性の認知症状の変化と高崎市片岡町にあるほのぼの診療所が取り入れている認知症薬物療法「コウノメソッド」を取り入れた治療での病状の変化をまとめました。今回は一例として紹介しますが、他にも「コウノメソッド」で治療を受けた方が複数おり特例ではありません。そして決して解決した事例ではなく今現在も進んでいる状況の中での一部として紹介いたします。

【コウノメソッドとは】

コウノメソッドとは、河野和彦医学博士によって提唱された認知症の診断と治療体系で、認知症のBPSDを陽性症状、陰性症状、および中間症に分類し、それぞれに最も適した薬剤を極力少ない副作用で処方する治療プロトコルである。陽性症状の強い認知症でも家庭介護が続けられるように処方することを最優先として一般公開された薬物療法マニュアルに集約されており、そのコンセプトは以下のとおりである。

(家庭天秤法)薬の副作用を出さないために医師の指示のもと介護者が薬を加減すること

(介護者保護主義)患者と介護者の一方しか救えないときは介護者を救うこと

(サプリメントの活用)薬剤と同等、あるいはそれ以上に効果があるサプリメントも併用する

【対象者プロフィール】

A様 88歳 男性 要介護5

・病歴 アルツハイマー型認知症→ピック病 抑うつ状態 便秘症 硬膜下血腫 平成25年5月
ope

【ショートステイようざん並榎を利用するまで】

平成23年1月、妻を亡くす。その後不眠が続き自ら不眠を訴えるようになる。眠剤を服用しても効かず抑うつ状態から食事や水分摂取が出来なくなり、脱水併発し平成23年7月A病院へ入院、その後グループホームに入所。状態が改善されると帰宅願望が強くなり退所。平成24年10月からスーパーデイようざんの利用開始となる。Bクリニックに通院し内服管理をしていたが精神的に不安定な状態が続きA病院へ主治医を変更する。平成25年10月A病院受診時、院内で暴れ保護入院となる。内服治療実施、安定後退院する。ショートステイようざん栗崎で長期利用、平成27年7月1日特養へ入所するが、落ち着かず不安定な状態が続き、対応困難。同年8月1日特養を退所する。そしてショートステイようざん並榎の長期利用となる。ショートステイようざん並榎入所時の様子は環境も変わり不安からの行動かと思っていた。

(記録一部引用)

【ショートステイようざん並榎を利用してからの様子】

☆入所初日

平成 27 年 8 月 1 日 11 時 20 分本日入所される。入所直後から表情陰しい。車椅子自走し、ホール内の机やカラーボックスを蹴ったり職員に手を挙げる姿が見られる。暴言、暴力頻回にあり。「あきちゃんは死んだー」と大声で発している。おやつを食べてコップやお皿を投げる。車椅子でホール内を動き他の利用者様と接触すると「邪魔だ」「バカ」などの言動行動を繰り返す。同日、夜間「飯はまだかー」居室より「おーい」「おーい」「便所はどこだー」「うるさい」など繰り返し言葉を発する。トイレ誘導して再び居室へ就寝促すと、10 分後「おーい」「バカヤロー」職員訪室すると「寝かせろよー」と、布団をかけ退室。途中 30 分入眠を数回、上記行動繰り返し朝を迎える。日中、体操やレクリエーションの参加はなく拒否あり。(記録一部抜粋)

	内服薬		症状 行動
H27.7.1 アンダンテにて	タムスロシン 0.2mg アサ 1 丁 ベニジピン 4 mg アサ 1 丁 酸化マグネシウム 330 mg × 3 ウインタミン 0.02 mg × 3	前立腺 降圧剤 便コントロール 精神安定剤	イライラ 暴言暴力



ショートステイようざん並榎 H27.8.17 ほのぼの診療所受診	ユリーフ 4 mg アサ、タ ベニジピン 4 mg アサ、 マグミット 330 mg × 3 ウインタミン 0.02 mg × 3 レンドルミン 0.25 mg 就寝薬	前立腺 降圧剤 便コントロール 精神安定剤 眠剤	イライラ 暴言 暴力 訴え頻繁 「飯くれ」 「トイレ」 「コーヒー」 「おーいー」
--	--	--------------------------------------	---

☆入所して1ヶ月 8 月 1 日～

内服の内容は変わらない。症状も同状で改善みられず。食事を摂った直後に「飯ー」「何かくれー」

☆入所して1ヶ月半 8 月 17 日～

夜間も就寝薬レンドルミン処方され内服開始したが、トイレ頻繁＝訴えによるホール居室を行ったり来たりで不眠続く。食事「飯はまだかー」と言うわりにガツガツと食べ始めるが半分以上こぼし 5 分もしないで、「もういいや」と。

～取り組み～

対応として、訴えに対して要求を満たすようにしていた。家族にも協力していただき、A様の好む食べ物(特に甘いもの、菓子類)を常時おいて昼夜問わず要望がある時に提供していた。

	内服薬		症状 行動
H27.8.28 ほのぼの診療所受診	定期処方 (前回処方と同じ) 桐生先生より 天候による気圧の変化で耳にかかる負担が不快になり、不穏へとなる場合もある、との由で。		イライラ 暴言 暴力 (やや減少) ホールで5～10分 傾眠すぐ起きて訴えを繰り返しソファと車椅子の移乗を繰り返す
	頓服薬開始 メリスロン 6 mg	めまい改善薬	昼、夜、頓服薬を服用することもあった。

入所してから約 1 ヶ月以上経ち、入所時の、せん妄だったのか？特養での不安定は精神状態のままだったのか？定かではないが 9 月に入り、職員の対応もA様の訴えや要望に対して応えていたら、大きな声で発するばかりだったのが少しずつ会話できるようになった。発する言葉が「もうお屋？」「おい」「大丈夫？」と職員に対し、うかがうような声掛けが出現した。時折 傾眠(30 分くらい)が昼間に見られる。

～取り組み～

同様に、訴えに対して要求を満たすようにしていた。家族にも協力していただき、A様の好む食べ物(特に甘いもの、菓子類)を常時おいて昼夜問わず要望がある時に提供していた。

	内服薬		症状 行動
H27.10.9 ほのぼの診療所受診	<p>定期処方 頓服薬 服用回数が増える為、定期薬のウインタミン増量の指示有り。</p> <p>ウインタミン 0.02 mg × 3 ↓ ウインタミン 0.04 mg × 3 になる</p> <p>頓服薬メリスロン→コントミン 0.5 T</p>	<p>精神安定剤</p> <p>精神安定剤</p>	<p>8 月後半から 9 月半ばまではイライラや暴言暴力は減少してきていたが、</p> <p>9 月後半からイライラが多くなり自ら「頭が変だ」「イライラする」と訴えが多くなる。同時に頓服メリスロン服用も頻繁になる。</p>
H27.10.13 ほのぼの診療所受診	<p>頓服薬 服用回数が増える為</p> <p>定期薬のウインタミン増量 0.06mg × 3 と抑肝散 × 2(朝、夕)追加処方となる</p>		<p>自ら「イライラするから薬くれ」とほぼ毎日頓服（コントミン 0.5T）を服用している</p> <p>昼、夜 10～15 分眠って、起きての繰り返し</p> <p>夜間不眠</p>

☆入所して約3ヶ月 9 月後半～10 月半ば

9 月後半～10 月半ばくらいはイライラから本人自ら頓服薬を希望されることが多くなる「おーい」「よーおー」「うるせー」「まだかー」「何かくれー」と大声で発する。入所時の様子と同様になる。ただし、暴言はあっても 暴力や物を投げることが少ない。10 月半ばから食事も早食い、食べた直後から「飯ー」と。夜間、良眠出来ないと不眠の為ふらつきがあり、転倒や車椅子からのズリ落ち有り。週末利用している特定の利用者様に対し、週末不穏強くなり、その利用者様に物を投げたりして頓服薬を服用せざるを得ない状況。

	内服薬		症状 行動
H27.10.13～ ほのぼの診療所受診	10.13 以降変更なし		10 月から不穏(+)イライラに対し変化なし 頓服薬コントミン夜間一晩で三回服用した日も少ない。 不眠 「おーい」 「トイレー」
H27.11.27 ほのぼの診療所受診	内服薬変更 ウインタミンと抑肝散中止 ↓ コントミン 朝 1 丁 昼 1 丁 夕 1 丁		暴言暴力同様に有り。 夜間 1～2 時間眠ることが増える。 日中「昨日は悪かった」など、少し変化があり。反面職員の足を蹴ることがある。

☆入所して約4ヶ月 11 月

11 月に入ると少し変化が見られる。暴言や暴力は変わらずあるが、職員とのやりとりの中で「ありがとう」などの言葉を聞かれる。

H27.11.28 食事以外はほとんど居室(ベッド上)にいる。時々「おーい」「よー」「お姉さん」(日中) →「何ですか?」と尋ねると「何でもない」「呼んだだけ」。居室内、居室ドア前で立ち歩く姿が数回みられる。表情は穏やかで笑顔もみられる。普段から職員に甘えている様子が伺える。

(夜間) 20:00 落ち着きなく何度も居室とホールを行き来する。「明日は休みー」

20:50 立ち歩く頻繁声大きい。頓服服用する。

21:00「よー俺は死んじゃうよー」「よー」「よおー」。

22:30「よー」「よー」「おい飯食べよう」「帰れる」と大声。

1 時間の内に 2～3 回、大声とホールに歩いて出てくる為、頓服 他 2 回
繰り返し朝を迎える。(記録1部抜粋)

	内服薬		症状 行動
H27.12.25 ほのぼの診療所受診	定期処方 コルトミン増量 朝 1 丁 昼 1 丁 夕 1.5 丁 センノサイド 12 mg 1 丁就寝時		立ち、歩き、大声サ イドレールや戸を足 で蹴る。「よーよー」 呼声多い。 頓服薬コントミン服 用増える。 排便もこれまで3～4 日に1回 便秘にて不穏多くな り桐生先生に下剤 依頼する。
H28.2.2 ほのぼの診療所受診	27.12.25 以降の 内服変更なし		夜間少しずつ眠れる (3 時間 2 回くらい) 排便も数日に1度自 然排便有り、失禁す ると「ゴメンね」 と言い食事量も気に する様になる。

☆入所して約 5 ヶ月 12 月

夜間不眠で頻回に立ち、歩くことあり。立ち上がり時(車椅子移乗時)もふらつき目立つ。

排便コントロール出来て来たら落ち着く様子もある。

☆入所して 6 ヶ月～7 ヶ月 平成 28 年1月～2 月

内服変更なし。夜間も比較的良眠することもあり。日中「何か手伝うよ」と言い、洗濯物を畳んだり車椅子でモップかけをしたり協力的な行動みられる。安定している。

睡眠も良好。昼間も居室で休まれていることもある。

	内服薬		症状 行動
H28.3.11 ほのぼの診療所受診	定期処方 コントミン増量 朝 1.5 丁 昼 1 丁 タ 1.5 丁		2 月末から夜間良眠から覚醒する回数も増える。 日中も少しずつホールで車椅子から立ち上がり大声聞かれる。
H28.4.15 ほのぼの診療所受診	定期処方 コントミン増量 朝 1.5 丁 昼 1.5 丁 タ 1.5 丁		3 月末頃少しずつ夜間良眠できる。 4 月になると、夜間も昼間も不穏。 頓服薬昼夜問わず服用 回数増える イライラ、暴言、暴力もある。
H28.5.27 ほのぼの診療所受診	定期処方 コントミン減量 朝 1 丁 昼 1 丁 タ 1 丁		5 月から傾眠と食事量のムラが生じたので、コントミンを減量した。
H28.6.19 ほのぼの診療所受診	定期処方 サプリメントであるフェルガード追加		ご家族へ説明がありフェルガード追加。

☆入所して 8 ヶ月～11 ヶ月 平成 28 年 3 月 4 月 5 月 6 月

毎日ではないが、イライラや訴えは同様にあるが、ショートステイなので入所、退所が毎日あり利用者様の出入りがある。入退の多い日は職員も忙しく A 様の呼ぶ声に対しすぐに対応できないこともあり。そのストレスからか？声量が大きくなり、立ち歩くことも増える。転倒の危険性も多くあり、注意していたが頻回の立ち上がり、車椅子⇄ベッド 車椅子⇄ソファの移乗時に何度か転倒あった。靴も自分で履ける時もあるが、ほとんど踵をつぶして履いているので、介護用の靴の提案があり購入していただく。その後は転倒なく過ごせている。

5月より傾眠と食事摂取量のムラが見られ、過沈静の傾向であったことから、コントミンを減量。活気が増える。6月よりサプリメントであるフェルガードが追加となり更に改善傾向となり現在も落ち着いており今までで1番よい状態となっている。

【まとめ①】

コウノメソッドの特徴である家族天秤法を用いて、A様に薬によって過沈静にならず、副作用も最小限に、そして介護事業所で集団生活が営めるようにと内服を加減した10ヶ月の軌跡です。本当に微調整の連続ですが、体力のない高齢者ですから薬のレスポンスが大きく、半丁の増減で状態が変わるので慎重に微調整を重ねた10ヶ月と言えます。

処方日時	薬情の変化
平成 27 年 8 月 17 日	ウインタミン 0.02 mg × 3
平成 27 年 8 月 28 日	ウインタミン 0.02 mg × 3 頓服としてメリスロン追加
平成 27 年 10 月 9 日	ウインタミン 0.04 mg × 3 へ増量 頓服がメリスロンからコントミン 0.5 丁へ変更
平成 27 年 10 月 13 日	ウインタミン 0.06 mg × 3 に増量 抑肝散 × 2 に追加
平成 27 年 11 月 27 日	ウインタミン、抑肝散中止 コントミン 1 丁 × 3 開始
平成 27 年 12 月 25 日	コントミン朝 1 丁 昼 1 丁 夕 1.5 丁へ増量 センノサイド 12 mg 1 丁就寝時
平成 28 年 2 月 2 日	内服に変更なし
平成 28 年 3 月 11 日	コントミン朝 1 丁 昼 1.5 丁 夕 1.5 丁へ増量
平成 28 年 4 月 15 日	コントミン朝 1.5 丁 昼 1.5 丁 夕 1.5 丁へ増量
平成 28 年 5 月 27 日	コントミン朝 1 丁 昼 1 丁 夕 1 丁へ減量
平成 28 年 6 月 19 日	コントミンにフェルガード追加

【まとめ②】

利用当初は妻を亡くした淋しさから、症状が悪化したと思われ、淋しい気持ちの穴を埋めるように欲求を満たそうとして、不適応行動になると思っていました。ショートステイようざん並榎では暴言や暴力、他欲求に対しA様が満たされるよう要望に応じていました。入所当初より改善できている様子も見えたが、施設内の利用者様の移り変わりに対してか？環境にも左右される様子もあり対応にも手を尽くし困惑していました。

認知症状の周辺症状のうち易怒、介護抵抗、暴言、暴力、妄想、幻視、不眠の症状が重度でありこのようなエネルギー過剰の症状が「陽性症状」といい、認知症の約9割にみられる症状と言われています。これらの症状に向き合うにも介護技術だけでは限界も感じており、A様を支えたいとの思いから、認知症薬物療法「コウノメソッド」にたどりついた。今回の事例でもピック病に対しての向精神薬ウインタミン、コントミンの投与が始まり副作用にも注意しながら薬の量を加減する方法の「家庭天秤法」を用いました。薬の量の加減にはほのぼの診療所と何度連絡を取り合ったかわ

かりません。これからもA様の内服状況を将来再考する必要も出てくると思います。しかし、ピック病のもっとも易怒性の強い陽性症状が内服薬で落ち着き日常生活の一部で時々見せる笑顔や「ありがとう」に支えられることも増えてきました。一進一退で先に進むこともできない時もありましたが、これからもA様の笑顔が何よりもの結果だと思い支援してまいります。

最後になりますが、今回の事例は、介護事業所だけで支えるのではなく、医療と適切に連携することで、介護事業所の受け入れの限界点が大幅に上がることを示せたかと思います。ほのぼの診療所の桐生先生には大変にお世話になりました。ありがとうございました。

第8回 認知症ケア事例発表会

参加
無料

ようざんでは毎年認知症ケアの実践事例の発表を行い、ケアの質を向上させる取り組みを行っています。今年は30の事例が集まりました。その中でも選りすぐられた5事例の発表を予定しています。

特別講演 「認知症と共に生きる」
丹野智文さん

日時

9月10日(土)
13:30～15:30
(開場13:00)

会場

ビエント高崎
エクセルホール

定員: 400名(申込先着順)

申込締切: 8月26日(金)

申し込み方法: 裏面の申込用紙にてFAXをお願いします。

株式会社ブランドゥ
株式会社ファイン
社会福祉法人ようざん会

主権
在客

ようざん

丹野智文さんプロフィール



42歳 宮城県在住
自動車販売会社「ネットトヨタ仙台」勤務
妻と中学生、高校生の子供2人の4人家族

39歳で若年性認知症(アルツハイマー)と診断される。営業職から事務職に変わり仕事を続けている。
認知症であることを自ら語り、理解してもらう活動をしている。

*認知症本人のための相談窓口「おれんじドア」代表
*公益社団法人 認知症の人と家族の会 宮城県支部会員
*日本認知症ワーキンググループメンバー

会場案内

〒370-0006 群馬県高崎市問屋町2-7
TEL 027-361-8243
ビエント高崎 エクセルホール



お問い合わせ

ケアサポートセンターようざん
TEL 027-362-0300
Mail info@youzan.jp

参加申し込み:8月26日(金)までにお申し込みください

第8回 ようざん認知症ケア事例発表会

事業所名:

連絡先:

職種	参加者氏名

FAX番号 027-362-0036