

第16回ようざん認知症介護事例発表会

2024年6月26日



目次

介護士として私たちにできることを考える

～ターミナルケアを通してあらためて振り返ったこと～

ケアサポートセンターようざん並榎 p.1

訪問看護の本当のリハビリテーションを再考する～リハビリのイノベーション～

訪問看護ケアサポートセンターようざん p.12

「好きなように過ごしたい」

スーパー代イようざん石原 p.19

3行日記

ケアサポートセンターようざん双葉 p.22

家族

ショートステイようざん p.25

何事も本人の「やる気」

グループホームようざん栗崎第二 p.30

『よく眠れたんよ～。』～A様にとっての『睡眠力＝幸福力』とは～

グループホームようざん倉賀野 p.33

おかえり！ただいま！

ケアサポートセンターようざん栗崎 p.39

「この音・・・誰なの・・・？」

介護付き有料老人ホーム グランツようざん p.43

「日常の当たり前＝食べる事の重要性」社会とつながった生活を

グラシアようざん p.53

介護士として私たちにできることを考える

～ターミナルケアを通してあらためて振り返ったこと～

砂盃 幸司
登坂 光紗葵

はじめに

日本の平均寿命は、2022年において、男性81.5歳、女性が87.6歳と世界でもトップレベルの寿命国です。さらに健康寿命も世界一と言われています。健康寿命とは、その人が自立して生きている期間のことを指し、2019年時点での日本での健康寿命は、男性で72.7歳、女性で75.4歳となっています。厚生労働省の説明によると、健康寿命とは『健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間』をいいます。そして、「日常生活が制限される」とは、病気で入院したり、介護が必要となり自立した生活が出来なくなる状態のことを指します。長生きするだけではなく、生活の質を考慮すべきという認識から、健康寿命に注目が集まっています。健康寿命と平均寿命の差は、男性が8.7歳、女性が12.0歳となっています。この数字が示す問題は、平均寿命を過ぎた約10年前後で何かしら制限（病気での入院など）のある生活を送っているということです。

平均寿命・健康寿命が伸びようとも、人はいずれ亡くなります。私たちは、その方の人生の最終段階に携わることで、その人の最後の生活を支え、考えなければいけません。

私たちの仕事は、まさにこの健康寿命を過ぎた方たちの生活をサポートする事です。今回の事例は、私たちスタッフと家族、そして、利用者の方の想いと願いを、終末期ケア（ターミナルケア）を通して支えた事例であり、後悔や悔しさなどがあった事例です。

ターミナルケアとは？

ターミナルケアを受けられる場所は3つあります。

病院・介護施設（主に有料老人ホーム・介護老人保健施設・特別養護老人ホームなど）・
自宅です。

内容としては、「身体的なケア」「メンタル（精神）ケア」「社会的なケア」
この3つの観点でターミナルケアを行います。

1、身体的なターミナルケアとは？

これは、主に痛みを取り除くことを目的とした身体的なケアのこと指します。
例えば、ガンが進行すると全身に痛みが生じることがあり、これを和らげる処置を行うことでより良い余生を過ごせるようになります。痛みが強いと精神的なストレスにもなり、行

動も制限される為、平静を保てなくなります。これらを防止する事も目的の一つになります。身体的なケアでは、褥瘡（じょくそう）の防止や食事がとれなくなった人にチューブで栄養補給したり、胃に穴をあけて食べ物を注入する胃ろうといった方法などもあります。他にも利用者の状態にあわせて、食べやすい刻み食やミキサー職にして提供するのも、身体的ケアの一環です。身体的なターミナルケアの重要な役割は、精神的なストレスとならないように、その時その時の状態にあったケアを行うことが重要です。

2、メンタル（精神）ケアとは？

ターミナルケアを受けている人は、死を目前にして不安や恐怖を抱えていることが多いです。これらによって精神面で不安定になることが多く、このケアを行うこともターミナルケアの重要な目的です。メンタルケアとは、介護者が誠意をもって利用者に寄り添い、利用者の方々が安心して最後を迎えるよう支援する事です。メンタルケアはQOLの向上における重要なポイントであり、不安や恐怖にいかに寄り添えるかがケアにおいては必要となります。自身の死と向き合うことは、もちろん、残される家族に迷惑をかけないか、心配をかけないかなどを不安に思うことは多いはずです。

不安や恐怖の感情に寄り添うことで精神の安定を維持し、より穏やかな老後を迎えるための対策を行うことも重要なケアです。

3、社会的なターミナルケアとは？

介護では、費用の問題が発生しやすいため、そのサポートをするのもターミナルケアの役割です。費用がかかり、経済的な負担が利用者の重荷になってしまうのです。ここで重要なのが、社会的な会的な所もターミナルケアの一環・・・すなわち介護の一つであるということです。医療ソーシャルワーカーから話し合い・相談などを受けることがあります。利用者は自分の介護に多額のお金がかかってしまうため、家族に迷惑をかけてしまう…これが精神的な負担になってしまうのです。

ターミナルケアは様々な観点で行うことが重要です。身体的・精神的・社会的・経済的な観点から患者を支えることこそが、ターミナルケアなのです。

【利用者様紹介】

氏名:B様 年齢:91歳 性別:女性 介護度:要介護4

既往歴:左目網膜剥離・胃がん全摘出・腰椎圧迫骨折・皮膚がん・帯状疱疹・両目白内障・R5年に12月に転倒し、左頬骨に亀裂/左眉裂傷/左肺に水が溜まっている事が発見。

生活歴:夫が鉄工所を経営し、その手伝いをしていた。その後、引退した夫と一緒に生活していたが、夫は目が悪くなり、それを苦にしてGWに自宅にて自殺。本人が第一発見者となった。その後、腰椎圧迫骨折により、D病院に入院していたが、R2年2月1日に退院。そ

の後、ケアサポートセンターようざん並榎にてサービス開始。内容は、通い+訪問+希望時の買い物支援や病院受診など。R5年6月頃から水分・食事の摂取量が低下。元々、気の強い性格だが、その頃から意欲低下気味で介護者に寄り掛かった精神状態となり、M病院に入院。摂取量が5割前後まで回復したので精神安定のためにもケアサポートセンターようざん並榎に戻るが、再び、食事量が低下したため、毎日、点滴実施。精神的な落ち込みが強く、食事量・飲料水などの低下のため、かなり痩せてしまっていた。

R5年12月事業所、ホールにて転倒し、左眉に裂傷。脳内出血はないものの、左頬骨に亀裂。また、胸部レントゲンにて左肺に水が溜まっているのを発見。この頃より、家族と相談し、ターミナルケアをケアサポートセンターようざん並榎にて行うこととなる。

ターミナルケア・気づき

私たちがB様のターミナルケアを気にし始めたのは、去年の9月頃のことでした。同年7月に食欲低下によりふらつきあった為、医師に相談し、事業所で点滴を実施するが、状態に変化がみられなかったため、2か月程度、入院となりました。入院時も、食事は5割程度食べられたが、ふらつきのためか、転倒された。右後頭部こぶが出来たとのこと。頭部CTを撮り、異常なしとなった。その後、食事量が2~5割程度まで食べられることにより、9月下旬に退院となり、ケアサポートセンターようざん並榎へ戻ってきた。

『おかりなさい』

…というと…

『ただいま～』

と笑顔で答えてくれるB様でした。

とても元気でした。

…そう、みました。

『…？』

あれ？と思い始めたのは、退院から帰ってきて、数日たったころです。

『何か…変…？』

スタッフの一人がそういうのを聞き、『誰の事？』と聞くとB様の事を話してくれました。その話を聞き、B様の情報を集めました。

アセスメント① B様、本人の状態を把握し、課題を明確にする。

現在の状態 R5年9月~12月

○退院後、ようざんにて連泊。体調を考慮し、9月、10月は事業所にて様子をみることにした。

- ・A D Lの低下が顕著にみられたので、本人に確認しながら、横に付き添う形で歩行を促したり、車椅子を使用し、様子観察をおこなった。
- ・食事中に胸が苦しいと言い、食べられないこと也有った。医師に相談し、点滴実施。
- ・夜間は、眠れる日とそうでない日があつた。
- ・家に帰りたいという B 様の要望もあつたが、独居のため、冬場は温度管理や急な体調変化などの可能性があるので家族が家にいてくれるときに一時帰宅を計画する。

9月現在、この程度の情報しか集めることができなかつた。

以降、B 様の様子をケア記録にて確認する。変化があれば、逐一、所長に報告することを徹底する。

私は、気にはなつていたものの、『様子観察』・・・つまり、『様子を見る』ことしかできませんでした。それから、数か月…。

○様子観察

- ・10月、11月は数日であるが、帰宅をしていたが、12月はほとんど帰宅できていない。
- ・両目白内障+左目網膜剥離のため、視力はかなり低下している。難聴は元々あったが、以前より悪くなつた様にも見受けられる。
- ・A D Lの低下もあり、歩行時にふらつきあり、脇に手を入れる介助をして支える事もしばしば。一人での歩行は危険であり、困難。
- ・御飯はお粥・副食は極刻み食だが、全量食べるときもある。しかし、ほとんどの場合、全体の5割も食べない。
- ・排尿が1日に一度もない時もある。便通は3~4日に1回ほどあった。

○B 様の様子とスタッフの対応

- ・車椅子使用するが、その日によって歩けることもあるので、必ずしも歩けないともいえないでの、本人の意志を尊重する。声を掛け歩行を推奨するが、本人の意志と職員から見て歩けないと判断したら車椅子を使用する。
- ・日を追うごとに食事量が減少している。朝などは食べられないときもあり、昼食・夕食も普通の量のおかずやお粥を出すと顔が引きつったような時があった為、量を減らすなどして、食事に対して、本人が負担を感じにくくするように対応する。点滴も毎日実施している。
- ・自宅に帰れていないことが精神的なストレスになっている可能性があるが、息子さんや娘さんが来苑されると、少し安心しているようにみえる。
- ・排尿は少ないがある。排泄は週に2、3回程度（それでも少量から中量程度）。
- ・褥瘡防止のためエアーマットに変更を検討。

○R6年12月…気が付いたこと

- ・やるべきことが多数あったこともあり、B様の身体の状態ばかりに目が行ってしまい、肝心なB様の心にもっと寄り添う必要があると感じる。ここに来て、Bさまと話をして何をしたいか？聞き取り調査を行うことにした。

ここからがターミナルケアの出発点だった。

アセスメント② B様・家族との相談の上、どのようなターミナルケア望んでいるか？探る。

B様：自宅で生活をしたい。

家族：家での生活が出来るのか？自分たちが上手くサポートできるか不安。なるべく、母の意志を尊重したいが……最後は、家族で看取ってあげたい。

目標　自宅で生活したい…B様の最後の願いを出来るだけ叶える。家族の負担を出来る限り減らしていく。

↓

ターミナルケアの支援内容を家族に提案する

- ・自宅で安心して生活を出来るようにB様だけでなく、家族もサポートするように提案。
- 家族との話し合いで、在宅で看取ることを了承していただく。
- ・毎日、朝・昼・夕の訪問にて安否確認・排泄介助（パット交換）・バイタル測定など。
- ・緊急時には、ようざんへ連絡をとれるようにする。

※上記の内容を『訪問実施内容』と表記する。

R6年1月…B様の状態・様子と対応

- ・日中、寝ている事が日を追うごとに多くなった。
- ・昼食後、『気持ち悪い』と訴えあり、嘔吐される。その後、救急搬送されたが、胸に食べ物が詰まっていたとのこと、便が詰まっていたことがあり、本人より『便を掻き出してもらったら、だいぶよくなった』とすっきりした表情がみられた。
- ・肩や足が痛くなり、シップを貼ることが多くなった。シップを貼ると『少し良くなったよ。ありがとう』と言われる。
- ・食事がほとんど食べられないので、ハイカロリーゼリーなどを出し栄養を確保した。
- ・調子のよい時は、ホールで新聞なども読んでいた。
- ・足が冷くなったり、むくみが酷くなっていたので寝ているときは、足を高くして寝てもらったり、湯たんぽを使用して温度調整を行った。
- ・尿量は少ない。声を掛けてなるべく水分とっていただくが、あまり飲めない。

- ・夕食のさばの味噌煮を『大好き！美味しい！』と久しぶりに完食される。
- ・横にして『おやすみなさい』と声を掛けると『いつも、ありがとう…』と小さな声でいらっしゃいました。

○帰宅…するはずが…？家に帰せない現状…

- 『冬場に帰すのは危険ではないか？暖かくなってきたら帰しましょう』
- 『家族が、まだ、不安だといっているし…』
- 『何度か家族と連絡をとっているけど…家に居られないらしくて…一人では置いていけないよ』

冬である環境下と家に一人でいる時間が出来てしまうことに問題があるのでは？と会議にて議題があがった。会議の結果、もう少し宿泊を継続して様子をみることになった。
…私は、のんきにもその決定に『仕方ない』『出来ることをしよう』と思っていました。
たぶん、それが『普通』の考えなのだと思ったから。

R6年2月…B様の状態・様子と対応（2月上旬）

- ・この頃になると、ベッドにいることが更に多くなり、口数も減り『胸が苦しい』と訴えることが多くなってきました。夜間帯、寝ている時など、苦しそうに呻いていた。栄養補給のゼリーも飲み込み悪く、口から出てきてしまう。
- ・夜勤のスタッフより、寝ている時に肩で息をしている時があると報告があった。前にもあったようだが、頻繁にあるとのこと。それとは逆に、息をしていないようなこともあったと言われ、夜間のスタッフも不安だと報告があった。
- ・夜間時、B様と話す機会があったので寝る前に少し話をしました。
ボソッと、B様が言いました…

『家に、帰りたい…ね…

自分の家に帰るだけなのに…何で…帰れないのかね？』

次の言葉が出てきませんでした…自分なりに何か喋った記憶はあるのですが、覚えていません。

B様の言葉は、介護を受ける利用者だけが感じ、理解する、本当の気持ち…切実な気持ち…そこにどれだけの想いがあるのか…？

『自宅に帰してあげましょう…』

B様の想いを組み…死期を感じたスタッフの一人がそう提案しました。

『家族の方は、まだ、準備が出来ていない…もう少しかかりそう…』

所長の言葉に、皆、押し黙りました。

『家に…帰りたい…ね…』

B様のその言葉…

時間がありませんでした。でも、家族の立場や気持ちを考えると無理を言えませんでした。

R6年2月…B様の状態・様子と対応（2月中旬）

- ・起きている時も、目がうつろで傾眠が強く出ていました。
- ・口腔内に痰が絡み、咳が多くなった。
- ・2月に誕生日会を実施。なかなか笑顔を見せてくれなかったが、自分の顔より大きいショートケーキを出すと途端に笑顔になった。『いちごが美味しかった』と笑顔を見てくれた。
- ・トイレでの立ち上がりが困難になった為、スタッフ二人対応に変更する。
- ・2月上旬の状態が継続か悪化。
- ・食事は、ほとんどヨーグルトかウイダインゼリー。
- ・好きだった甘いものなども一口程度しか食べない。
- ・便が出るときにおしりが痛いという訴えが何度かあった。
- ・夜間、いつも寝ている時間に起きている事が多くなった。
- ・声を掛けるが、反応が緩慢になった。
- ・点滴が入らなくなってきた。医師より、これ以上の点滴は苦痛を増やすだけですから…。
と説明があり、点滴は終了となる。

どう考えても…危ない…意識が朦朧としている時もあり、声を掛けても聞いているのか聞いていないのか…御飯も食べられないし、甘いものもほとんど食べない。肩で息をしているし…点滴も中止した…。

時間が、ない。

…ただ、…ただ、そう思いました。

看護師や介護士で相談し、少しでも家に帰れるよう、もう一度、話し合うことになった。

○看護師・介護士・所長が話し合い、もう一度、家に帰れるかどうかを家族に提案した。直接、介護士・看護師が家族や医師に電話され、フォローする内容（訪問実施内容）と医師と直接話をしてもらうと、ようやく家族に承諾を得ることができた。

…医師の言葉は、強く偉大です。相談は、していたのですが、家族と直接話し合ってもらうとこんなに早く了承していただくとは…最初から、こうすれば良かった、と後悔しました。

2月20日 火曜日。ようやく、B様、帰宅予定。

ここまで、長かったが、ようやく、目標を達成できそうでした。

…と思っていたのですが、その前日にご家族のお一人からB様と二人きりで過ごすことが不安で、自信がない、という話が出て、帰宅を延期する事になりました。ここまで来て、ようやく本人が望まれている自宅での看取りが消えるかも知れない。そんな考えがよぎりました。

その日、息子さん二人と娘さんが来所され、これから来る看取りについて相談。

息子さん、娘さんにとっては、大切で大好きなお母さん。本音を言えば、いつまでも元気でいて欲しい。でも、いつか別れの時が来るのは分かっている。そんな葛藤をご家族は抱えていたのだと思います。

お母さんの最後が近い。そして、それが差し迫った未来に起こる。分かっている事ではあっても、その事実が息子さん二人と、娘さんにのしかかってきます。

その心中たるや、察するにあまりあるところです。

ご家族同士で、様々な思いをぶつけあい、一生懸命、ここから先の数日をどう過ごすのか？これはB様と、二人の息子さん、娘さんの別れを通して、B様が旅立たれた後に、離ればなれで生活を送る家族としてどう向き合うか？をB様から頂いた、大きなメッセージだと思います。また、その時には医師も電話で参加して下さり、スピーカーホンを通して、相談をさせて頂く場面もありました。

そして、話し合いの結果、帰宅は翌日に持ち越しとなりました。次の日は大丈夫なのか？と不安がありましたが、何も言えませんでした。

○ 2月21日 水曜日。14時頃、帰宅。

『 …？どこ行くの？』

B様が帰る間際、聞いてきました。

『今日は、家に帰りますよ。良かったですね！』

そういうと…

『………』

B様は、少し口角を上げて、笑って、何も言いませんでした。

私は、訪問の時にでも、どら焼きを持っていってあげようかな？ ようかんの方がいいか？

などと考えていました。

その後、わたしは二度とB様と会うことはありませんでした。

結果

○ 2月22日（木）、23日（金）…訪問時、意識はあるものの、声掛けには頷いたりしかしない。バイタル測定不能。SPO2測定不能。触診にて手首の脈拍が計れない。何か喋ろうとしているが、それも聞き取れず、わからなかった。

○ 2月24日（土）、午前 訪問時、バイタル測定不能。SPO2測定不能。声掛けするが、頷くものの反応悪く、手足にチアノーゼ見られる。

同日、午後14：35分 B様は91年の生涯を閉じました。

考察とまとめ

あの時、こうすれば良かった…。皆、人生において一度は考えたことがあるのではないでしようか？

今回の事例は、まさに、そんなことを考えさせられることばかりでした。最悪とは、言いませんが、最良ともいえません。みなさんは、どの様に感じられたでしょうか。

「家に二日だけでも帰れて良かったのではないか？」

「家族を説得し、もっと、早くに家に帰せなかつたのか？」

「仕方がない。やることはやつた…。気のしても仕方がない、次に切り替えよう。」

「あの人気が、ああすれば、もっと良い結果になった。」

「他の人のことも見ないと行けないから、いつまでも考えていられない。」

「…特に、何も思わない。」

すでに次を見据えて行動する人。

悲観し反省する人。

誰かのせいにして、自分は関われなかつたという人。

誰かに同意を得て自己満足する人。

…何も答えず、考えない人。

どれがよかつたのでしょうか？

どの選択をすることが、B様のためになつたのでしょうか？

私たちは、次につなげる反省も言い訳も出来ますが、利用者の方々は…出来ないです。

私は、数年前にある上司と話したことを思い出しました。その時も、利用者様が亡くなつたことを話していました。

『……Aさん…亡くなつたけど…どう、思う？』

『…そうですね…やることは、やつたと思うんで…仕方ないと思ひます…』

『…仕方ない、か…そうかな？…』

『……』

それで、その会話は終わってしまいました。

その時の私は、何だよ、言いたいことがあるなら言ってくれよ！と思っていました。

その時の上司が何を考えていたのか？あれから数年たつてゐる、今の自分でもわかりません。ただ、自分と同じ悩みを抱えていたのではないか？と考えていました。

本当にやることをやつたのだろうか？もっと、出来る事があったのではないか？

仕方ない？家族にそれを言えるのか？そして、行動したとしたら、その責任はとれるのか？では、動かないで周りの様子で行動したほうが良いのか？なら、出来ることは、ないのではないか？でも、本当にやることをやつたのだろうか？…と…最初の悩みに戻ってしまいます。

『…家に帰りたい…』

B様のその言葉は、何十年後…十数年後のベッドで横になつてゐる私たちの言葉かもしれません。

介護の仕事をしていれば、必ず、付いてくる答えのないこの問題に、私たちは、常に考え行動し、そして、最善を考え、目標にして利用者に寄り添うケアを実施していかなければな

りません。教科書には載っていない、それらを考え、後輩に伝えていくことも介護の質を上げる一つかもしれません。

今回の事例で少しでも心が動くものがあったら、幸いです。

ご清聴ありがとうございました。

訪問看護の本当のリハビリテーションを再考する

～リハビリのイノベーション～

訪問看護ケアサポートセンターようざん

臼田修久

1 はじめに

病院におけるリハビリテーションは疾患別に分けられて、サービス提供する期間が決められています。例えば脳梗塞なら発症してから6か月、骨折なら5か月、肺炎なら4か月です。求められているものは結果で、機能がどれくらい回復したか、ADLがどれくらい自立したかです。それらの期間を過ぎた介護保険下でのリハビリも同じようなことを求められつつあります。今年の介護報酬改定で、1年以上過ぎたものは減算されます。

そこで、リハビリテーションの本来の意味や定義をかみ砕き、今行っている訪問看護におけるリハビリテーションの展開を振り返り、考察します。

2 対象者の紹介

(1) 基本情報 A様 69歳 男性 要介護度5、障害高齢者の日常生活自立度（寝た

きり度）B2、認知症高齢者の日常生活自立度IV。発語あるが、会話困難（不可能）。

(2) 生活歴 山梨県にて2人兄弟の長男として出生、高校までは山梨県在住し、成績

優秀、スポーツ万能で柔道部。大学は東京の有名私立大学、ラグビー部所属。その

後、有名電気メーカーに勤務。結婚後、妻と子ども2人と高崎市内で同居。若年性

アルツハイマー型認知症のため退職。群馬県内の施設や山梨県の施設で過ごされ

た後に自宅で過ごされる。

- (3) 病歴 50代前半に糖尿病を発症。59歳で若年性アルツハイマー認知症を発症。
- 68歳（令和5年4月）自宅にて休まれていたところ、痙攣発作がおきて、動けなくなつたため救急搬送され、両股関節中心性脱臼・両股関節寛骨臼骨折（令和5年5月）と診断される。数か所の病院を転院され、自宅に戻られる。
- (4) 性格や趣味 奥様より、生真面目で、努力家。スポーツ観戦と若いころはフォークギターを弾きながら歌を歌っていた。
- (5) 病院の看護サマリーより 入院中は日中車いすに座っていることが多く、音楽を聴きながら鼻歌を歌っている。移乗は指示が入らず、拒否動作あり2人介助で行っている。
- (6) 病院のリハビリテーション報告書より 認知症に伴い指示理解困難、起居動作は常に全介助、立ち上がり動作は指示理解低いため全介助。
- (7) ご長男より 病院のリハビリでは両股関節の骨折で保存治療のために歩くこともできないし、立ち上ることが難しいと言われ、主治医から両股関節とも大腿骨が寛骨臼に食い込んだまま拘縮しており、無理やり動かすとさらに折れるかもしれない、また骨粗鬆症が上肢よりも下肢に進んでいるとも言わされたと話され、リハビリに対する失望感が感じられました。奥様は少しでも良くなつてほしいからリハビリを希望したいと話されました。

3 利用開始当初（令和5年9月）の様子

小規模多機能型居宅介護を利用されながら、訪問看護のリハの希望あり、開始となる。

- (1) 自宅では、リクライニング車椅子に座り、80年代の歌謡曲に合わせて口ずさんでいます。挨拶しても反応はありません。意思疎通は困難です。
- (2) 関節可動域は下肢を中心に制限があります。股関節は屈曲拘縮のため 60～100°、膝関節も伸展制限が-60° ありますが、疼痛はありません。
- (3) 座位バランスは良好で、背もたれなしで10分以上座れます。他動的に体幹を前屈させ、下肢に体重をかける動作は可能です。
- (4) 立ち上がりを確認しようとすると、意思疎通困難なため、セラピストの上腕を力強くつかまれ、セラピストは骨盤付近のズボンの端をつかみます。膝を抑えながら全介助で立ち上がりを行います。はたから見ると柔道の組手を行っているようだと思います。
- (5) 目標はご長男の話を受けて、機能回復ではなく健康増進とし、できることを確認しながら進めます。
- 長期目標は拘縮を予防し日常生活動作の維持、向上を図ることができること。
短期目標は ①立ち座り、立位保持ができること ②病状の進行を予防することができること。
- (6) 観察計画 観察計画はバイタルサインや関節拘縮の確認、筋力や基本動作や意思疎通の状態など
- (7) ケア計画 ①週2回、1回40分の訪問によるリハビリテーション ②関節可動域練習 ③筋力強化練習 ④立ち上がり練習 ⑤基本動作練習

4 経過

9/6 開始。

9/16（3回目） 移乗練習の際に、背もたれなしで10分以上座位保持可能。コップの麦茶をこぼさずに飲むことが可能。

10/4（8回目） 立ち上がり練習3回全介助。

10/18（12回目） 立ち上がり練習4回実施し、1回は軽介助。

11/1（16回目） 主治医より、CT上、立ち上がりや歩行による荷重は大丈夫とのこと。立ち上がり練習は4回中軽介助で2回可能。

11/3（17回目） 立ち上がり練習10回に増やし、軽介助にて4回可能。

11/25（23回目） 調子が良さそうなので、立ち上がり練習15回実施、軽介助は7回。

12/6（26回目） 立ち上がり練習の介助方法を変える。腋窩から肩甲骨を把持していたのを両肘に変更し、20回立ち上がり練習を行う。介助量が軽度になる。

12/15（28回目） 立ち上がり練習は20回、軽介助から中程度。練習後表情穏やか。

12/20（29回目） イスから車いすへ移乗を口頭指示すると介助なしで移乗可能なときあり。

12/23（30回目） 帰り際に車いすのアームレストにつかまって立ち上がる。

1/3（33回目） 立ち上がり練習20回、口頭指示にて、車いすから立ち上がり可能。

1/17（37回目） 立ち上がり練習20回、口頭指示でイスから車いすへ移乗可能。笑顔多い。

3/2（48回目） 立ち上がり練習40回（20回を2セット）可能。

5/1（61回目） ベッドが届き、車いすからベッドの移乗練習を開始。中程度の介助量必要。

5/15（65回目） 車いすからベッドへの移乗が口頭指示のみで可能なときあり。

6/8（72回目） 伝い歩行が可能。

5 結果 6月現在、セラピストが訪問すると、リビングでご本人は車いすに座り休まっています。「栄冠は君に輝く（全国高等学校野球大会の歌）」などの応援歌が黒く

て大きなスピーカーから BGM として流れしており、ご本人は口ずさんで歌っています。挨拶をすると笑顔で答えられます。

バイタルサインの体温・脈拍・血圧・SPO2、呼吸数、不整脈の有無を調べ、結果を奥様にも伝えます。

次に左右の股関節から膝関節や足関節の関節可動域練習を行い、「立ち上がり練習を 20 回しましょう」と伝え、セラピストがご本人の両肘を把持すると、ご本人はセラピストの上腕をやや強めに握ります。セラピストの重心移動に合わせて掛け声を「せ～のっ！1 回目」とかけると A さんは「ヨイショッ！」と答えながら立ち上がります。「せ～のっ！2 回目」というと「ヨイショッ 2 回目！」と続き、調子が良いときは一緒に数えてくれます。その間に奥様は「がんばれー！」と応援してくれます。A さんは笑いながらも、たまに真剣な表情で立ち上がり練習をします。1 セット 20 回立ち上がり練習の後に「疲れましたか？」と聞くと「ああ、疲れた」と若干息を切らして、話されます。少し休んで、車いすからベッドへのトランスファー練習をします。調子が良いとき掛け声だけで移ることができます。あまりにも簡単にできたので、距離を伸ばしてみると約 1.5m 伝い歩行が軽い介助ができました。

そこから奥様と昔の A さんの話を少しします。家庭でのことや会社で大変だった時のことなど様々です。今でもたまに意思疎通がとれるときがありますが、大部分は困難です。それでも、昔の話を聞いているようでたまに涙を流される時もあります。最後に握手をして「次は来週伺います」と伝えると、しっかり握り返して笑顔で見送ってくれます。

ADL の介助量は少し変わりました。認知症の自立度や介護度も変わっていません。しかし、初回と比べると、立ち上がりが全介助から軽介助か口頭指示で可能になりました。思うように意思疎通がとれずにいましたが、意思疎通がとれる瞬間が増えた気がします。それ以外のノンバーバルコミュニケーションでは、立ち上がりを誘導すると自然に力を上下肢に入れてくるようになりました。たまに「立ちましょう」と伝えると車いすのアームレストを握って立ち上がることができます。わずかな変化かもしれませんのが、全体的に元気になった気がします。

6 考察

(1) 広義のリハビリの定義と狭義の理想的なリハビリ

リハビリテーションの定義として、代表的なのは1941年、アメリカの全国リハビリテーション評議会の「障害者が身体的・心理的・社会的・職業的・経済的有用性を最大限に回復すること」ⁱとあります。また1968年、世界保健機関の定義は「障害の場合に機能的能力 (functional ability) が可能な限りの最高のレベルに達するように個別を訓練あるいは再訓練するため医学的・社会的・教育的・職業的手段を併せ、かつ調整して用いること」ⁱⁱとあります。アメリカのほうの定義は略すと機能回復と解釈できます。世界保健機関の定義は社会的自立を目指しています。それ以外の定義の変遷ではアメリカでIL (independent living 一自立生活) 運動やユニバーサルデザインが、デンマークでノーマライゼーションがそれあります。基本的には「自立を支援すること」と考えます。自立の中には自律という意味も含まれます。狭義のリハビリテーションはセラピストが行う練習を指します。現在の医療保険の狭義のリハビリテーションは機能回復を主眼においた保険点数制度になっており、病院は出来高制のため、機能回復を競わせているように見えます。だから期間がくると退院を迫られ、次の移動先を決めなければなりません。さらに介護保険でも訪問看護におけるリハビリは1年以上続けると減算されます。本来の意味である自立を支援するためには、時間ではなく、中身が重要と考えます。その中身とは、ご本人が一生懸命頑張ってリハビリに励み、それをご家族が見守って応援し続ける姿が続いていること。のために専門職が丁寧に技術を提供することだと思います。今回の事例ではまさにご本人の努力とご家族の協力があって、挑戦を今も続けていることが重要と考えます。狭義のリハビリテーションの理想的な姿と言っても過言ではありません。副産物として、立ち上がりができなかつたことが立ち上がるようになったと言えます。

(2) 認知症のリハビリの大切なこと

認知症の自立度IVで、介護保険では要介護度5、意思疎通困難で両側股関節脱臼骨折で病院のリハビリも終了し歩行不可能で立ち上がりも困難というネガティブな情報ばかりが目につきました。実際に挨拶しても返事はないし、立ち上がろうと介助するとかなり抵抗されました。そこで、第一に考えたことは安全であることです。お互いが不慮の事故によるケガを予防し、暴力が起こらないように配慮します。例えば、名札やペンや腕時計など自分が身に着けているものを外します。さらに適度な距離と角度を保って接します。第2にできないことをみるのではなく、できることとできそうなことを探すことです。挨拶は難しくても掛け声には反応するとか、のどが渴いたときにコップの麦茶が一人で飲めるなど多々あります。立ち上がり動作では、いきなり立つのではなく、重心を前方へ移動する練習を複数回行ってから、立ち上がる練習を行うと抵抗が少なく立ち上がる事が可能でした。これ

も試行錯誤を繰り返しながら、何ができるのか、何ができそうなのかという視点でみることが大切と考えます。

(3) リハビリの効果は元気になる

リハビリの流れは、様々な評価をして、目標を立てて、計画を考案し、実行し、さらに再評価を行います。練習の場面ではさらに細かく目標の中に短期目標を設けます。目標をハードルに例えると、ハードルが高すぎるとやる気を失います。ハードルが低すぎても同様です。ほんの少し努力すれば乗り越えられる高さ（目標）に設定し、練習に取り組んでいただき、結果乗り越えることができれば、ご本人はモチベーションが高くなり、さらに頑張ろうとします。そのことが周りから見れば元気になる姿に見えるのではないかと考えます。今回は立ち上がり動作が全介助で、たまに抵抗されたことがありましたが、徐々に下肢に力が入っていき、主治医から荷重の許可があり立ち上がり練習を繰り返し、介助量を調整し、介助方法を変えていくことが、努力して乗り越えることができるハードルの調節と推察します。

7 まとめ

本当のリハビリテーションは、自立支援であり、ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) の視点である「何ができるか」に注目し、現場レベルの目標設定を細かく試行錯誤することが重要です。その結果が、リハビリをすると利用者が元気になることにつながると考えます。

イノベーション（Innovation）とは、「革新」や「刷新」、「新機軸」などを意味する言葉で、現在では革新的な技術や発想によって新たな価値を生み出し、社会に大きな変化をもたらす取り組みを示しますⁱⁱⁱ。現在のリハビリテーションの中で、在宅の訪問看護のリハビリは機能回復ではなく、利用者の自立を支援することが、今後のイノベーションにつながって欲しいと願います。

¹ 砂原茂一著. リハビリテーション. 岩波新書, 2017, p63.

¹ 砂原茂一著. リハビリテーション. 岩波新書, 2017, p64.

¹ NECソリューションイノベーターホームページ.2024年5月22日取得,
https://www.nec-solutioninnovators.co.jp/sp/contents/column/20230317_innovation.html

「好きなように過ごしたい」

スーパーデイ ようざん石原

発表者：中村美子

櫛田千恵子

<はじめに>

ご利用開始当初から来苑拒否があり、何とか来苑されても入浴も食事も拒否されていたA様。そんなA様に拒否無く来苑して頂き入浴をしてさっぱりされて、楽しく食事をして頂きたいとの思いから取り組んだ事例を紹介致します。

<利用者紹介>

氏名：A様

性別：女性

年齢：84歳

介護度：要介護2

既往歴：認知症、絞扼性イレウス、誤嚥性肺炎

<生活歴及び利用の経緯>

市内生まれ。1男3女の4人兄弟の長女として生まれる。高校卒業後会計事務所に就職される。同期入社のご主人とスケートや山登りデートを重ね26歳で結婚され、長女を授かる。

趣味は読書に片付け、料理、手芸、コーラスと多様で社交的でした。81歳の誕生日を迎えた頃から物忘れが出現し、かかりつけ医と総合病院を受診した結果認知症の他に誤嚥性肺炎と絞扼性イレウスと診断され、そのまま入院となり手術を受けられました。退院後は物忘れが酷くなり、今まで出来ていた料理や片付けが出来ず、入浴や外出もされなくなってしましました。またご主人が外出すると不穏になって何度も携帯電話に連絡をしてくるので、落ち着いて外出も出来くなってしまうなど日常生活に支障をきたすようになりました。そこでかかりつけ医へ相談し紹介された居宅介護支援事業所を通して令和4年7月よりスーパーデイ ようざん石原をご利用される事になりました。

<利用当初の様子>

お迎えに伺っても「そんなこと聞いてません！」「私は人と話すのが苦手なんです！！」「出掛けるより家で本を読んでいるのが好きなんです！！！」とけんもほろろ状態で、既にご利用されている妹さんを口実に何とか来苑されても、椅子に座って腕組脚組の姿勢でパーソナルスペースを堅持され、他者との交流を避けて話されるのは妹さんのみ。入浴にも拒否があり、やはり妹さんとの入浴を口実に入られても洗髪の段になると大声で怒鳴ったり

の強い拒否が見られました。食事に対しても見た目であれが嫌いこれが嫌いと言われ、召し上がられても「あーっ甘い」「うわーっ塩っぱい」と言ってほとんど残される状態でした。以上ここまで経緯から課題を取り上げ、取り組みを考え実施する事にしました。

<課題と取り組み>

課題1 → 来苑拒否が続いている。

取り組み → 決して強引な事はせずに、穏やかに、根気強く関わる様に努めました。

妹さんの協力にも限界があるので、職員のみでのお迎えで来苑出来るようにする。最初の訪問で拒否があれば、一旦事業所に戻って時間を置いて再訪問する。再訪問しても来苑が難しい時は潔く断念してお休み頂く。その際「何度も申し訳ないですね」「また来るので、良かったら来てください」「お待ちしてますね」など一言声掛けをする。

課題2 → 入浴拒否がある。

取り組み → こちらは暫く妹さんとの混浴として、徐々に体重測定や薬の塗付を理由としたお誘いに移行する。

課題3 → 偏食と食事拒否がある。

取り組み → 見た目での刺激の軽減から盛り付け量を少な目にする。またお好きだと言うふりかけを使用する。味噌汁も薄めて薄味にする。

課題4 → 他者と交流されようとしている。

取り組み → 妹さんとの席を離した上で席次に配慮し、片付けがお好きだった事を活かして洗濯物干しやたたみや食器拭きなどのお手伝いを依頼して、作業をしながら自然と同席者と会話が出来る様にする。

<結果と現在の様子>

未だにスムーズに来苑される事は少ないですが、再訪問すれば渋々でも来苑されるようになって、お休みされる事は無くなりました。また今度は妹さんのお連れ出しに時間が掛かる時は、お願いすると説得に協力して下さっています。入浴も“お医者さん”や“薬”的言葉に敏感で「病院の先生に体重を量るように言われているので…」「先生にお風呂上りに薬を塗るように言われているので…」とお誘いすると、こちらも渋々ながらも応じられる様になり、洗髪時も怒鳴られる事無く洗えるようになって、入浴後は「あーっ、気持ち良かったあ」と喜ばれています。

食事については暫く拒否状態が続きましたが、個別盛りだと目移りと箸運びが面倒くさくなってしまい止めてしまう様子が見られたので、改めて副食を一口大にして丂形式を試したところ全量摂取される事が増えて来ました。併せて徐々に盛り付けの量を増やしても残される事が無くなり、ご利用開始当初33.2kgだった体重が38.0kgに増加しました。他者とのコミュニケーションの面でも妹さんへの依存も無く、職員やお手伝いを通して同席者とも会話をされる姿が見られる様になりました。

<まとめ>

認知症を発症されるまでは、社交的でご主人の為に料理教室に通ったり毎日入浴され片付けが趣味と言える程の綺麗好きだったのが、入院をきっかけにそれまで出来ていた事が出来無くなったり、社交的で無くなるなど性格変化とも取れる豹変に、ご家族も戸惑われ日常生活もままならない状態でしたが、デイサービスをご利用され携わる事で、以前の様に社交的になって健康管理と清潔保持を持続する事が可能となりました。

残念ながら今年3月に腰椎圧迫骨折と絞扼性イレウスの再発で入院となりました。、4月からリハビリが出来る病院に転院されており、医師からは在宅復帰には3ヶ月程掛かるとの説明があったそうです。3ヶ月後に予定通りに退院されて、引き続きスーパーDEIようざん石原をご利用頂けるかは分かりませんが、もしご利用頂けるようであれば、また状態変化に合わせて、スーパーDEIようざん石原の理念“見て・聞いて・感じて考える”に基づいて取り組み、在宅生活が継続出来るよう支援して参ります。

3行日記

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者：内田 昌宏

【はじめに】

認知症になり、今まで出来ていたことができなくなる。分からなくなる。判断が難しくなる。今回の事例対象者のA様は、そんな認知症への不安と向き合いながら生活をされています。A様に少しでも認知症に対する不安が軽減され、自信をもって前向きな気持ちで日常を過ごすことができるように取り組んだ事例を紹介させていただきます。

【利用者様紹介】

A様 男性 86歳 要介護2 認知症高齢者日常生活自立度IIa

既往歴：高血圧症 前立腺癌

市内で生まれ、ご実家は銭湯を営んでいました。ご本人は銭湯を継がず、工業学校卒業後に電機メーカーに就職されました。以降は73歳まで勤め退職。

出張ばかりで家族には迷惑をかけたと当時を振り返っておりました。

登山が大好きで、仕事仲間と全国いろんな山に出かけるのが楽しかったとのことです。

【経緯】

令和4年6月よりケアサポートセンターようざん双葉の利用が開始となりました。

通いを中心に受診介助を行いながら支援を継続しております。利用開始以降、ご家族とA様の認知症について相談をする機会が増えていき、A様も認知症への不安を口にすることが増えてきました。ある日より、ご利用中のA様の行動に変化が見られるようになりました。ご自身のバックよりノートとペンを取り出し、何かをメモする様子が目立つようになりました。

最初はあまり気にしていませんでしたが、ある日ノートを見せていただくと、ノートにはその日食べた献立て、レクリエーションで行ったこと、職員と話した内容、家族への思いなど様々なことが書き留めてありました。なぜ書き留めているか A様へ聞くと「忘れないように」と話されA様なりに認知症への不安と向き合っている様子が見受けられました。

ご自宅では、「掃除機をかける」「ご飯を炊く」など今まで当たり前にできていたことがスムーズにできなくなり、ご家族は工夫しながら支援していますが、A様はうまくできない自分に苛立ち、その様子にご家族も感情的になり口論になることも目立つようになりました。A様とご家族と相談を重ね、令和6年2月よりかかりつけのB病院にて認知症の治療を受けるようになりました。

アルツハイマー型認知症の診断を受け、現在はドネペジル 5 mgの処方を受けています。

【取り組み】

A様は認知症への不安と向き合い、ご家族もまた、今まで出来ていたことができなくなっていくA様の様子に不安ととまどいがあり、現在のA様を受け入れきれておらず、A様同様ご家族も不安や悩みを抱えていました。

そんなA様とご家族へ、事業所でのA様のノートへの記入の様子から「日記」を習慣にしてみてはどうかと考え、A様とご家族へ提案しました。

ご家族は「ぜひやってみたい」とご了解いただき、A様はやや戸惑いの様子はありましたが「日記」を始めることになりました。

「日記」には認知症予防に効果がある事に加え、継続することで気持ちが前向きになる効果も期待できます。認知症予防を目的とした日記の書き方には、無理なく継続しやすい「5行日記」と「3行日記」というものがあります。

「5行日記」とは「天気」「食事」「服装」「今日の出来事」「1日の反省」

「3行日記」とは「その日良くなかったこと」「その日良かったこと」「明日の目標」を書きます。書くタイミングはどちらも就寝前にその日1日を振り返りながらが良いとされています。

A様にどちらか選んでもらい「3行日記」を書くことにしました。日記を継続するにあたり、私たちはご本人が立てた「明日の目標」に注目しました。

ある日の日記を紹介します。

良くなかったこと	お風呂で入浴時にヒゲ剃りをして少しキズを作り 血が少し出たこと
良かったこと	スマホの天気予報は雨が降るようなので着るものに注意する 必要があると判った
明日の目標	朝9時にようざん双葉へ行くこと。 3000歩あるく

「3000歩あるく」について

通常のご利用時の様子では3000歩の達成は難しいため、ご本人が立てた目標を達成できるよう散歩の時間を作りました。

結局この日は1日トータルで4000歩以上歩き目標を達成することができました。

その他にご自身が書いた目標には、このようなものが記入されご家族にも協力いただきながら目標の達成を目指しました。

【考察】

日記を書くことは認知症予防に効果があるとされており、その中でも「3行日記」は簡単で、始めやすく継続しやすいものです。

1日の終わりに、今日の出来事を思い出すことは、「想起トレーニング」につながります。「想起トレーニング」は脳が活性化することで認知症予防に役立つとされている訓練方法です。

3行日記は認知症の予防だけでなく、自律神経が整う効果も期待できます。寝る前に1日を振り返り日記を書くことで、交感神経優位だった昼間の状態から、からだを休める副交感神経優位の状態へと切り替える「スイッチ」の役割となって、リラックスした休息状態へと変わります。

【おわりに】

3行日記を始める前、ご本人が書き留めていたノートに「ご家族への思い」を記したページがありました。

「毎日、食事その他を用意してくれるのでありがたい。感謝の気持ち以外に考えられない。自分のバカさかげんがこのまま続くことも判るが、毎日朝から夜ベッドに入りねるまでこの状態が続くことは判るが、自分には判るが、このままあしたも続くことはあきらかだ。妻に毎日世話する以外にはなにもできないのとても悲しい」

ご自身でもできなことが増えている事、分からぬ事が増えている事を感じており、家族に対して迷惑をかけて申し訳ないという気持ちが文章から伝わってきます。

また、事業所では見せませんが家族に対しては感情的になり衝突することも続きました。

4月より開始してもうすぐ丸3ヶ月が経過しようとしている「3行日記」。ご本人に話を聞くと、「これからも続ける」と話してくださいました。

これまで表情が乏しく、自分から周りの方へコミュニケーションを取る方ではありませんでしたが、最近は周りの方と笑顔でコミュニケーションを取る様子が増えた印象です。

日記による効果かは定かではありませんが今までに見られなかった変化です。

A様は認知症への不安を抱えながらも、奥様とお出かけした話を伺うと、笑顔で嬉しそうに話を聞かせてくださいます。

「妻と群馬の森に行って歩いてきた」「妻と榛名湖に出かけた」「妻と買い物に行ってきた」奥様とのお出かけの話をしているときのA様は認知症の不安を感じている様子は全く無く、その表情はとても活き活きとしています。

この先のA様の人生、認知症の不安に悩む日々を送るのではなく、奥様とのお出かけを楽しみに笑顔で前向きな日々を過ごしていけるよう、私たちにできる支援を継続していきます。

これからのA様の日記には、奥様との楽しい思い出が溢れることを願っています。

家族

ショートステイようざん

堤 嘉弘

木村 龍人

【はじめに】

令和5年12月2日、一本の電話がショートステイようざんに入った瞬間から、A様を中心としたショートステイようざん・F市地域包括センター・介護支援専門員との多職種連携支援が始まりました。

【事例対象者紹介】

氏名：A様

年齢：81歳

性別：女性

要介護度：要介護1→要介護2（令和6年1月24日）

既往歴：アレルギー性皮膚炎・肺がん疑い→検査後、全身に転移されている事が判明

【生活歴】

5人兄弟の三女として生まれ育つ。時期は不明ですが、東京へ行きキャバレーで働く。70代の時、家族の中で唯一連絡を取り合っていた長女様とF市にある実家へ戻られ、お互いが独身だった事もあり、空き家となっていた実家の共同生活が始まりました。最初の頃は一緒に外出掛けたりしていたとお聞きしましたが、お姉様に認知症状が現れてからは、酷い生活へと変わってしまったそうです。A様はお姉様の命令に従って行動する事しかなかったと、よくお話を下さいました。

【利用の経緯】

令和5年12月2日、F市地域包括センターより当施設に電話が入る。職員が電話を受け、公休だった管理者に電話を繋ぐ。

電話にて詳しい話を聞くと、A様は現在F市の警察署で保護されているとの事。お姉様が自宅でお亡くなりになり、3日程経過し近隣の方に「姉さんがずっと動かない」と助けを求めたとの事。その後、警察が介入しA様は保護される形となる。警察から地域包括センターに電話が行く。その後、地域包括センターの職員から当施設を頼って連絡をして下さる。時間を決め自宅にて待ち合わせをすると、顔なじみの介護支援専門員が偶然A様の担当との事でした。ご自宅は住める状態でもなく、トイレは壊れていた為、自宅の前にあ

る公園のトイレを使用されていました。その場に居た全員で A 様を何とか説得し、そのままショートステイようざんへお連れし、急遽ご利用が開始となる。

【利用中の様子 1】

帰宅願望が強く、常に「姉さんは？」と心配される事が多く、職員に心を開く事がなかった A 様。少しずつコミュニケーションが取れ会話が出来る様になり、「コーヒー飲みたい」「姉さんが好きだった味噌ラーメン食べたい」など、訴えが多くなり始める。

令和 5 年 12 月 9 …地域包括センターより電話が入り、お姉様のご遺体と最後の面会をしに管理者と向かう。涙を流しながら最後の対面を果たしました。

令和 6 年 1 月 9 日…事業所にて認定調査。要介護度 1 から 2 へと変更になる。

1 月 18 日、S 病院受診。地域包括センター・介護支援専門員と現地で待ち合わせをする。診察後、A 様・管理者・介護支援専門員の三人で A 様が食べたかった味噌ラーメンを食べに行く。道中、「餃子も食べますか？」とお聞きすると、「そんなに食べられる訳ないじゃない」と笑いながら仰るが、いざ店内に入りメニューをご覧になり注文をすると、味噌ラーメンと餃子のセットを注文し、全量摂取される。普段、見る事が出来ない様な笑顔で「美味しかった。連れて来てくれてありがとう。あんた達、また頼んだよ」と、言って下さる。

食事を終え、お姉様の遺骨を受け取りに行く。現地で、一時離脱していた地域包括センターの職員と合流し、遺骨をお預かりする。

そのままご自宅へ向かい、A 様が持つて行きたい荷物をまとめられる。

しかし、「ここから離れたくない。姉さんの納骨をするまでどこにも行かない」と頑なに施設へ戻る事を拒否される。

自宅は、想像以上に荒れており住める様な状態では無かった。お姉様が倒れていた場所には、血痕が残っていたままで、私達は何とか A 様を説得しました。

お姉様の届け出等があり、地域包括センター職員と市役所へ向かう。

手続き自体はすぐに終わり、市役所内には A 様の大好きなお汁粉が売っている自動販売機があると、地域包括センター職員が教えて下さり、三人でお汁粉を飲みながら談笑しました。

16:15 頃、ショートステイようざんへ戻ると、「ここは私の家じゃない！」と急に怒り出し、玄関から入ろうとせず外へ歩いて行かれる。

管理者と二人で近隣を歩き、途中職員と連絡を取り合いながら、車で迎えに来て貰う。

しかし、大声を出され乗車拒否。一度職員には離れて貰い、A 様の気が済むまで一緒に歩く事を決める。

16:35 頃、地域包括センターに連絡を入れ、現在の状況をお伝えすると、すぐに向かって下さるとの事で、隨時居場所等の連絡を取り合う。

17:10 頃、地域包括センター職員二名と合流するが、先程と同様に乗車拒否の為、四人で歩き続ける。

地域包括センター職員の判断で警察に電話し協力を仰ぐ。

すぐに警察が到着し、これまでの経緯と事情を説明。

最初は興奮気味だったA様も、警察からの説得で興奮が徐々に収まり始め、地域包括センターの車に乗りショートステイようざんへ戻る事が出来ました。

その後、何度も地域包括センター・介護支援専門員と小まめに連絡を取り合う。

1月29日、地域包括センターより連絡が入る。

『妹様が見つかった！急だけど2月1日に施設に来る事になりました』と言われる。

当日、A様の受診結果を聞きに行く日だった為、私達は2組に別れる形になる。

管理者・地域包括センター職員…妹様との面会対応。

介護支援専門員…受診結果を聞きに行く。

この頃より、少しずつ職員や他ご利用者様とお話をするとお話しする様になり、気分が良い時はお手伝いやレクリエーションへの参加をされる様になりました。

【35年以上振りの再会】

2月1日、A様の妹様は県外に住んでおり、ご家族と一緒に施設へ来苑される。

妹様は、ずっとA様を探していた、だけど見つける事が出来なくて、まさかお姉様と一緒に実家で暮らしていたとは思っていなかったそうです。

何度か、実家近くに来ても、住んでいる気配が無かったと仰っていました。

お二人は、他のご兄弟の事、A様が小学生時代に母親に殴られ、左耳が聞こえなくなった事、離れ離れになってからの生活など…2時間程会話をされました。

「何かあれば私が何とかするから！Aちゃんは何も心配しなくて良いよ」と、妹様がA様に伝えると、お二人共涙を流し抱き合いました。

2月14日、妹様が来苑される。

妹様が、亡くなった長女様の納骨や葬儀を行うからと、A様に話しをし納得されたA様から長女様の口座と、自宅の鍵を受け取る。

ご自宅の壊れているトイレを直して、部屋の掃除をし、また実家で生活が出来る様にするからとA様と約束を交わされる。

【受診結果】

以前は疑いであったガンが病状の進行に伴い全身に転移。

今後、血痰や呼吸苦・酸素の低下などの可能性があると医師より告げられる。

【利用中の様子2】

2月下旬より、少しずつ食事量が減り、居室で休む事が多くなって来たA様。

この頃より、A様の入所施設を地域包括センター・介護支援専門員と管理者が探し始める。

食事がなかなか摂れない事もあり、経腸栄養材(エンシュア)の処方をお願いし飲んで頂く。

今まで独歩で歩いていたA様、次第に立つ事も歩く事も困難となり、施設内では職員介助の元、車椅子対応になる。

A様の好きなお汁粉を買って飲んでもらおう！と、全職員で探しに行くが、いくら探しても売っている場所がなく、やっとの思いで見つけて数本購入する事が出来ました。

お汁粉と並行し、「コーラが飲みたい」と訴えがあり、すぐに購入して飲んで頂く。

3月13日、いつも以上に痛みの訴えが強く、発熱が見られた為、緊急搬送を行う。

搬送中、地域包括センター・介護支援専門員と連絡を取り合う。

F市総合病院に運ばれ、検査を行う。

地域包括センター職員が到着し、二人でA様が点滴をされている側で見守りました。

医師より、ガンが脳・肝臓・全身に転移している。手の施し様がなく、もって2～3カ月と言われる。

運ばれた病院は満床の為、近隣の病院を探す事となる。

普段、「誰かに頼りたくない」等の強い発言があるA様。

そんなA様が、管理者・地域包括センター職員の手を握って来られました。

とても強く握って来られ、声掛けに対し頷かれたり、小さな声で返事をして下さいました。

入院先が見つかり、救急車でO病院へと運ばれる。

私達が可能な限りの手続きを行い、A様は病室へと運ばれました。

こちらでも先程の病院と同様に、A様から手を握って下さったり、少し会話をする事が出来ました。

「また来ますね」と伝えると頷いて返事をして下さったA様。

これが、最後に見たA様の姿になるとは、私達は思ってもいなかった…

3月19日 早朝、地域包括センターより連絡が入る。

昨日、A様がご逝去されたと、涙混じりの声で伝えられる。

その電話では、「ショートステイようざんにお願いして良かった」と、お褒めの言葉を頂きました。

その後、介護支援専門員・妹様とも連絡を取り、A様の事例は終わりを迎えました。

【まとめ】

今回の事例を通して、どうしても伝えたかった事があります。

それは、『家族の絆』です。

どんなに離れていても、どこに住んでいるのか解らなくても、何十年振りに再会しても家族は家族です。人は、儚く弱い生き物です。

だからこそ、誰かと寄り添って生きています。

A様はお姉様と寄り添い二人での生活を始め、やっとの思いで見つかった妹様も正直会う事を拒む事も出来る状況であった筈ですが、遠方からすぐに会いに来て下さり…

例え、何が起きても切れないのが『家族の絆』だと、私達は再確認する事が出来ました。私達は「家族」ではないので、A様の為に出来る事には限度がありました。

今回の事例を通し、私達は多くの事を学び、他職種連携支援の『強み』を知りました。ショートステイようざん職員だけではなく、地域包括センター・介護支援専門員との他職種連携チームとして、一つでも多く、A様の望みを叶えて行こうと決心した事例を発表させて頂きました。

何事も本人の「やる気」

グループホームようざん栗崎第二
福田茂樹

【はじめに】

「歩いて買い物に行く」「リフレッシュのためにウォーキングする」「ダイエットのために一駅分歩いてみる」「桜を愛でながら並木道と一緒に歩く」歩くことは単なる移動手段だけではなく気分転換や健康維持、コミュニケーションの一環として行われる行動です。

もし、自由に歩くことが出来なくなってしまったら・・・

今回は体調不良により歩行が難しくなった利用者様が自ら行動し少しづつ歩けるようになった事例をご紹介させて頂きます。

【利用者紹介】

利用者様 男性 A 様

年齢 82 歳

介護度 要介護 3

趣向 散歩 ・ スポーツ観戦 ・ 園芸

【既往歴】

脳出血後遺症

脳梗塞後遺症

脳挫傷後遺症

症候性てんかん

認知症

【利用までの経緯】

令和元年初頭に自転車にて転倒し、外傷性脳挫傷の診断を受ける。転倒前は散歩をしたり映画をみたり、自宅の庭の園芸等をして楽しんでいた。

ショートステイ ようざんを長期利用され、令和3年10月1日よりグループホーム ようざん栗崎第二へ入所される。

【利用後の様子】

グループホーム入所後は職員と共に比較的長い距離を散歩したり、時には他の利用者様の車椅子を押して散歩を手伝ったりする。

また、ゴミ捨ての手伝いをする等積極的に活動している。

スポーツ（特に野球）が好きなようでテレビにて観戦をしたり、大きな声で他の利用者様と歌を歌ったりして楽しんでいる。

山歩きの本を読んで思いを馳せている。

しかし、令和5年2月18日に38.5度の発熱があり、2日後に発熱は収まったもののその後4度の発熱を繰り返す。

それ以降足腰が弱くなり、歩くことが難しくなり転倒のリスクが高くなる。また、何事にも興味を示さなくなり、職員を手伝うこともなくなる。

A様が以前のような状態に戻って頂くために様々な取り組みを始めた。

【取り組み1】

弱った腰を強くするため、施設内を歩いてもらうことにした。

始めは多数の職員の目の届く範囲内（ホールの往復など）で手引きをして歩いてもらい、安心して歩けると判断したら廊下を押し車や手すり等を利用して歩いてもらうようにする。最近では食後の歯磨き後など自主的に廊下を歩くようになる等やる気が見られるようになった。

【取り組み2】

ある程度歩いて転倒等のリスクが少なく問題なく歩けると判断したため、施設の周辺を歩いてもらうことにした。

春の風や初夏のにおい、秋の風景などを感じてもらい、歩くことの楽しさを思い出してもらうために体調や気温などを考慮して実施している。

【取り組み3】

スポーツ観戦が趣味だったこともあり、スポーツのテレビ中継などを職員や他の利用者様と一緒に見ることによりコミュニケーションをとってA様が孤立しないようにしている。

【取り組み4】

A様に洗たく物を畳むことや清拭を作るなどの作業を手伝ってもらう。

簡単な作業ではあるが、「ありがとうございます。」や「助かりました」などの感謝の言葉を伝えることで、A様に「人の役に立つ」ことの喜びを感じてもらい、生活の質を高めるようにする。

【取り組み1】と【取り組み2】の総括として、群馬の森の散策を計画して令和5年10月に実施した。秋の心地よい風を他の利用者様と感じながら歩いているA様の様子は普段の歩行訓練の時と違い終始笑顔でかつてのA様を見ているようであった。

【取り組み3】と【取り組み4】を行ったことによっても、終始憮然とした態度を取っていたA様が笑顔を見せるようになった。

【考察】

今回の取り組みを通して感じたことは

(本人のやる気をいかに引き出せるかが重要)

我々介護職がいかに利用者様のためを思って行動しようとも本人に意欲がなければそれがどんなにすばらしい事でも徒労に終わってしまいます。

いかに本人に「やる気」を出して自ら行動してもらうかがカギになると感じました。

(人とのつながりが重要)

どんな人間でも一人では生きていけません。コミュニケーションや人の役に立っていると感じることにより「自分は一人ではない」と感じてもらえば何事にも積極的に取り組めると思います。

(目標に向かって行動させる)

今回の総括目標として「群馬の森の散策」としましたが、目標に向かって頑張ることこそが「やる気」や「意欲」につながると感じました。最初は小さな目標でも達成すれば「やる気」や「意欲」につながりやがて大きな目標達成の原動力になると思います。

【まとめ】

A様と我々職員の目標は「以前のA様」に戻ってもらうことです。

最近では自ら長い距離を歩くこともあり、以前のA様に文字通り「一歩」ずつ近づいてい るようです。

あくまでも主体は「本人」であり我々介護職はいかに「本人の意欲を引き出せる」かが重 要と感じた事例でした。

『よく眠れたんよ～。』

～A様にとっての『睡眠力＝幸福力』とは～

グループホームようざん倉賀野

発表者：大森夕紀子

木村美香

《はじめに》

『睡眠力』という言葉をご存知でしょうか？『睡眠力』とは、『快眠や効率良く寝る為の力』のことです。睡眠の大切さは広く知られていて、漫画家の故水木しげる先生は『私は「睡眠力」は「幸福力」ではないかと思っている』という名言を残しています。私は事例を通して改めて『睡眠力＝幸福力』であることを学びました。A様が夜ぐっすり眠り、起床時に『よく眠れたんよ～。』というまでの取り組みを紹介したいと思います。

《事例対象者様紹介》

○氏名：A様

○年齢：94歳

○介護度：要介護度5

○既往歴：アルツハイマー型認知症（レビーも？）、右大腿部頸部骨折

○内服薬：（入所当時～入院前まで）

・酸化マグネシウム（毎食後）

・メマンチン塩酸塩OD錠20mg（朝食後）

・エチゾラム錠0.5mg（夕食後）

・ドンペリドン錠10mg（毎食前）

・デパケン（頓服）⇒デパス（頓服）

（退院後～退所まで）

・酸化マグネシウム（毎食後）

・メマンチン塩酸塩OD錠20mg（夕食後）

・エチゾラム錠0.5mg（夕食後）

・クエアチピン25mg（夕食後）

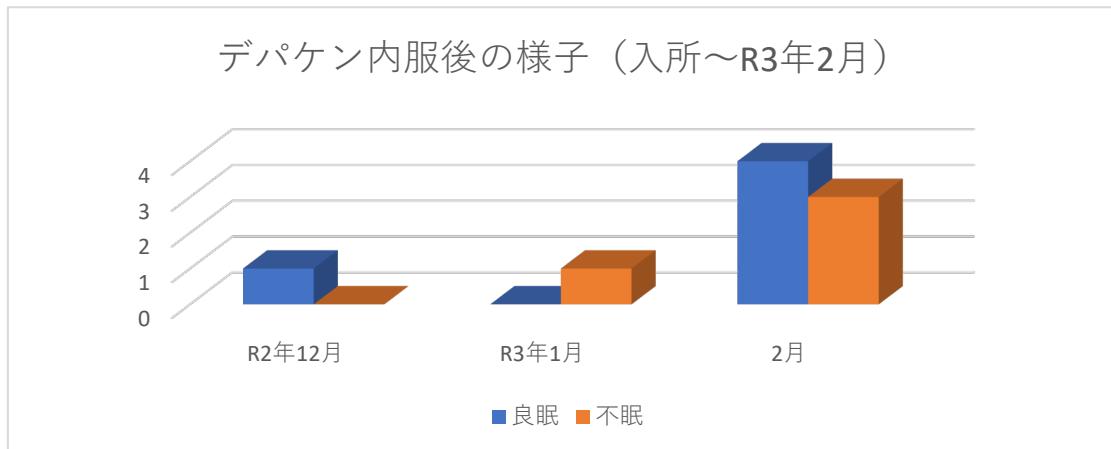
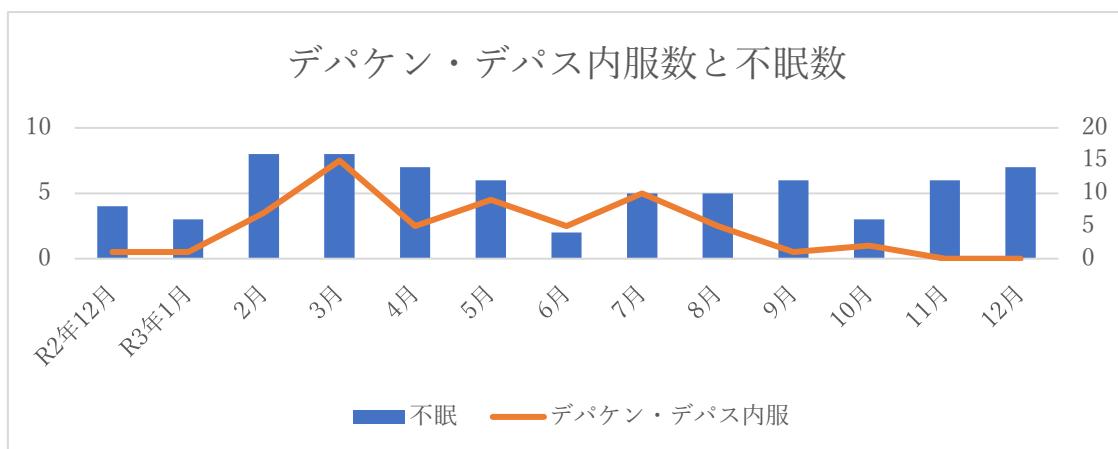
・ロゼレム錠8mg（夕食後）

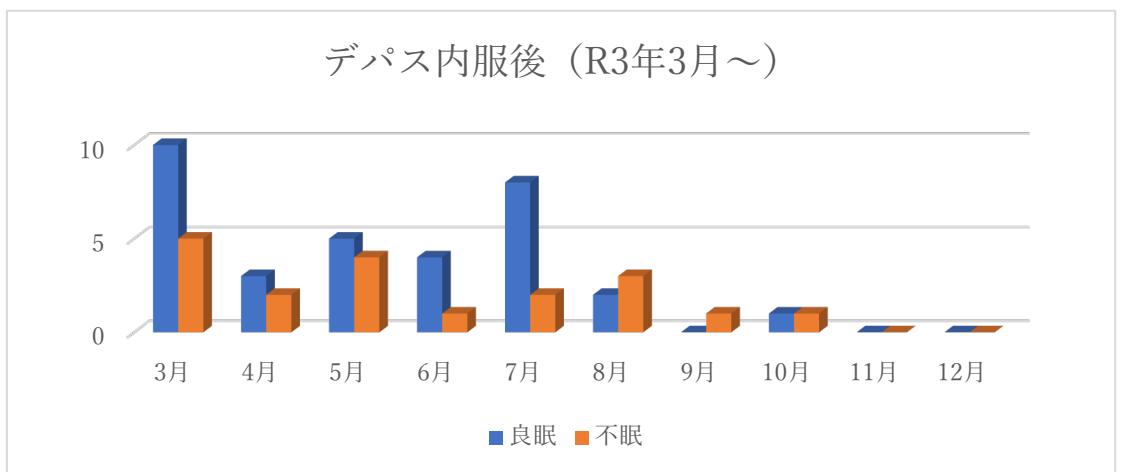
○人物像：習字が上手で人に教えていたことあり。植木いじりや歌も好き。

《取り組み》

(入所～1年)

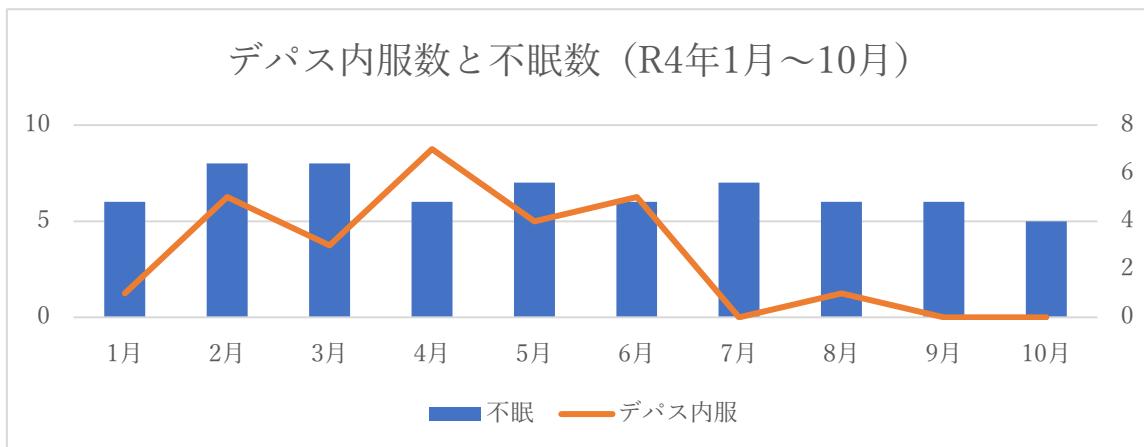
入所当日の夜間から、一晩中『帰る！』といった帰宅願望や『お父さん！』と大声で泣きながら呼ぶ等不眠でした。初日で不慣れな所に来た為に不眠だったのかと考えていました。しかし、その後も『帰ります！』や『家に帰って相談します！』と言った訴えだけでなく、『お父さん！』と大声で呼び、壁やドアをドンドンと強く叩いたり、居室内をいざつて動き回られたり、布団やシーツを外してグチャグチャにしたり、幻覚や幻聴が見え壁に向かって『火が点いてるよ！』や『線路で子供が死んじゃうよ～！』と仰ることが多々ありました。そして職員が介助や傾聴をしようとすると『こんな所に閉じ込めやがって！』や『警察を呼ぶ！』や『邪魔だよ！』と大声で言い手を払いのけるだけでなく、叩いたり手を強く掴むこともありました。頓服で処方されたデパケン（R3年3月～デパスに変更）を内服しても効果は半々でした。夕食後より帰宅願望や幻覚が見え壁の方を見ながら『水遊びなんかしちゃダメだ！』と大声で怒っている為、今日も不眠と思いつかや、傾聴し寄り添う対応をすると良眠する等、対応に四苦八苦する日々が続きました。



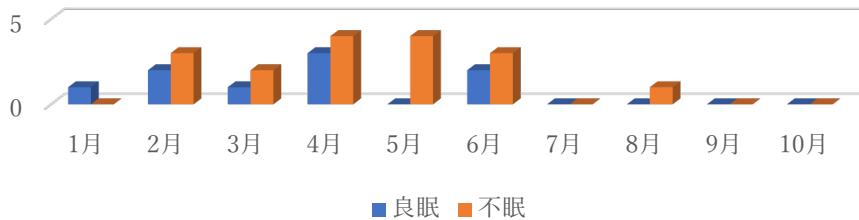


(R4年1月～10月)

入所から1年経った後も不眠変わらず、更に臥床後起き上がりや体動も加わり、ベッドから転落の危険性がある為、居室の畳の上で好きなようにいざって動いて頂き、落ち着いたらベッド臥床の対応。又は臥床前から畠の上に布団を敷き対応をしました。1年前の不眠時に比べ壁やドアを叩くだけでなく、居室にあるカーテンやハンガーにかけてある服を引っ張って尻もちをついたり、壁紙をはがしたり、ホールや廊下にいざって出て来られて大声を出して他の入居者様が起きてしまったりと不穏や易怒が増えました。暗中模索の状態から何とか抜け出してA様にぐっすり休んで頂けるよう、申し送りやカンファレンス以外でも職員間で日々話し合いをしました。夕食後より『眠れる動画』をテレビで流したり、不穏になる前に夕食後の薬と一緒にデパスを内服したり、独語や不安を訴える時は傾聴して寄り添う等対応をしました。しかしデパスを早めに内服しても一晩中不穏。独語や不安の訴えに対して傾聴し寄り添う対応していても『邪魔だよ！何処かに行け！』と大声をあげる等不眠の日も少なくありませんでした。良眠した日でも、居室内をいざって動き回ったり、大声を出して疲れた結果入眠するような状態でした。



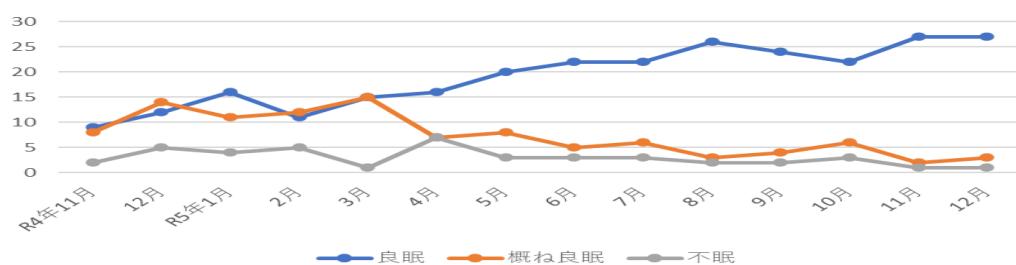
デパス内服後(R4年1月～10月)



(R4年11月～R5年12月)

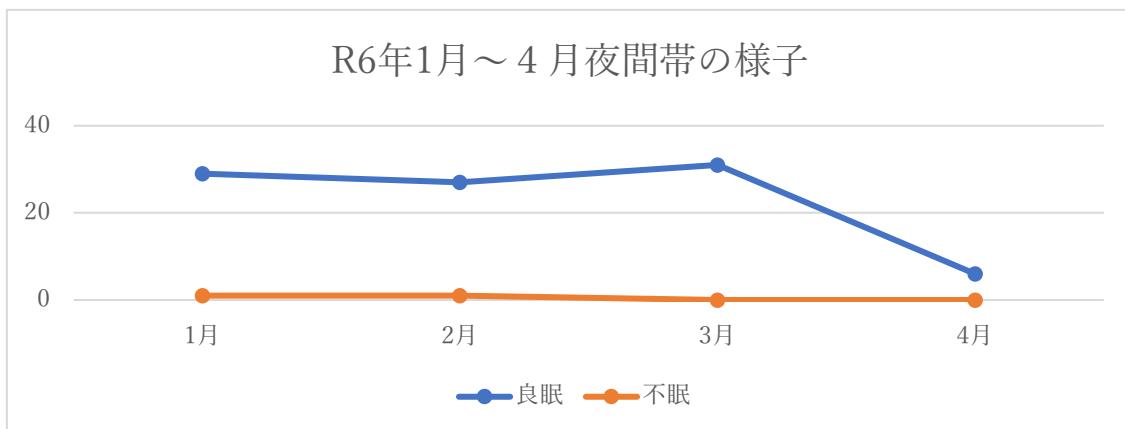
試行錯誤が続く中、転機が訪れました。10月31日～11月12日まで尿路感染症の為、入院。退院後に内服薬が変更になり、毎食前に内服していたドンペリドン10mgと頓服で処方されていたデパスから、クエアチピン25mgとロゼレム錠8mgが共に夕食後に処方されました。退院当初はデパスが処方されていないことにより夜間帯の不穏時の対応が不安でした。しかし、不眠時にあった『お父さん！』といった大声や壁やドアを叩くといった行為がなくなりました。居室内をいざって動き回ったり布団をグチャグチャにすることはありましたが、一晩中ということは減少し、数時間は入眠する事が増えました。そして独語や不安を訴えた時に傾聴すると、以前には『邪魔だよ！何処かへ行け！』と仰っていたのが、1～2時間後には落ち着かれ、その後良眠する事が増えました。年が明けてからは、不眠の数がグンと減少。居室内をいざって動き回ることが減少し、ベッド上での寝返りや独語になりました。不眠であっても不穏ではなく、誰かと話しているような穏やかな独語になり、巡回で訪室した時に声掛けをして入眠を促すと数分後には入眠する事が増えました。A様だけでなく職員にも変化がありました。夕食後に活気があり『お父さん！』といった大声があった時には以前はひたすら傾聴していましたが、傾聴しても興奮が治まらない時は離れた所で様子を見て、落ち着きを取り戻してきた時に再度傾聴して寄り添う等の対応をするようになりました。不穏になった時も落ち着いて対応できるようになりました。功を奏したのか臥床時には以前のような動き回ってや大声を出し続けた結果疲れた寝ることは少なくなり、落ち着いた穏やかな様子で良眠する事が増えていきました。そして起床の声掛け時に挨拶をすると、『よく眠れたんよ～。』と笑顔で応えて下さることが増えていきました。

R4年11月～R5年12月夜間帯の様子



(R6年1月～退所)

年明け後、夕食後でも独語は時折あるものの落ち着いてることが多く、臥床対応してからすぐに入眠し、そのまま良眠する日が増えました。3月にはコロナ罹患した為居室にて隔離対応していましたが、パット交換時に多少抵抗がある位で、パット交換後も不穏になる事はなく良く休まれていました。隔離対応解除後も良眠が続きました。この時期は、独語がある時は共感して傾聴し寄り添う対応していました。A様も穏やかに笑顔で話すことも増え、穏やかで安心する環境で臥床する事が出来た為、良眠に繋がったのではないかと思います。



(日中の変化)

退院後に夜間良眠するようになっただけでなく、日中にも変化が見られるようになりました。入所後から入院前までは1日中傾眠しているか、午前・午後のどちらかに不穏で『お父さん！』や『帰ります！』といった大声をだし、転倒予防の為床に座り好きなように動いて頂く対応していました。退院後には1日中傾眠や半日不穏ということが少くなりました。覚醒時間が長くなり、穏やかに過ごす時間が増えていきました。不穏になる事はありましたが、その時は居室の床に座って頂く対応をし、こまめに様子観察をしました。1～2時間程で落ち着かれる為、その後再度自席に戻って頂き、傾聴し寄り添う対応をしました。日中落ち着いて穏やかに過ごす時間が増えたことにより、臥床時もリラックスすることが出来、良眠に繋がったと思います。

《考察》

A様の夜間帯の様子を通して『睡眠』の大切さを学ぶことが出来ました。夜間『ぐっすり眠る』ことにより、日中穏やかに過ごし、臥床時もリラックスして眠ることができるようになります。職員の『良眠して頂きたい』という焦った気持ちがA様に伝わり更に不穏になり、いくら傾聴しても落ち着かず悪循環になっていたのではないかと思います。不穏時に傾聴するだけでなく、一步離れて見守りをすることによって適切な心の距離をとれるようになり焦ることがなくなり、心に余裕が生まれて職員も落ち着けるようになったと思います。その想いがA様にも伝わり、安心して落ち着いて眠ることができる環境を作り、良眠するようになったと思います。日中も笑顔で穏やかに過ごすことが増え、精神的に安定するようになりました。朝方『よく眠れたんよ～。』と笑顔で離床するようになりました。穏やか

な気持ちのまま日中も笑顔で穏やかに過ごすようになり、夜は良眠するという好循環に繋がったと思われます。

《まとめ》

夜間巡回の度にぐっすり休まれている A 様を見て、『睡眠の力』が夜間だけでなく日中の生活にも影響を及ぼす。その力の大きさに驚くと共に大切さも学ぶことが出来ました。『睡眠』のメリットが『身体の疲労回復』だけでなく、『精神面が安定する』こともあるのだと実感しました。そして『睡眠の力』は『良眠する』だけにとどまらず、『笑顔で穏やかに落ち着いた生活を送る』こと。即ち『幸福力』に繋がるのだと思いました。そして、不穏時にただ『傾聴する』対応だけでなく、『一步離れて見守る』ことにより、適切な心の距離の取り方の大切さも学ぶことが出来ました。

英語で『A good laugh and a long sleep are the two best cures for everything』という諺があります。日本語訳すると『笑いと充分な睡眠。この 2 つが全ての事への良薬。』です。『充分な睡眠』をとることにより、日中気持ちが安定し『笑顔』で穏やかに過ごすことが出来る『睡眠力＝幸福力』なのだと思います。A 様は 4 月に退所されましたが、グループホームようざん倉賀野の全ての入居者様に夜間良眠する環境だけでなく、日中も笑顔で穏やかに過ごして頂けるよう、これからも尽力していこうと思います。皆様が朝に笑顔で『よく眠れたんよ～』と応えて下さるように。

おかえり！ただいま！

ケアサポートセンターようざん栗崎

ヴォ ティヴィ

中西 桂子

【はじめに】

A様は、自分の家の庭に「あの花は、もう咲いているかい？」「桜の花の名前はプリンスまさっていうんだよ」「もうそろそろ、ナスやキュウリの苗を植えたかい？」と季節に合わせて自宅の庭が変わる様子を、娘さんや、職員に聞きながら、自宅での生活を楽しんでいます。退院後、A様は自宅で生活したい。娘さんは一人で、面倒は見ることは難しい。一人の時間が欲しいと思っている。介護保険の小規模多機能をフルに活用する事で、ご家族の介護負担軽減と本人の思いを受け止めた事例を発表させていただきます。

【利用者様紹介】

A様 90歳 要介護3

既往歴：高血圧症、腰痛症、糖尿病、白内障、緑内障、腰部脊柱管狭窄症

生活歴：高崎市元島名町に生まれ、小中学校卒業後、お弁当関係の仕事を60歳まで

勤め定年退職する。5人兄弟の2番目で姉と弟は亡くなっている。

妻との間に2人の娘を授かる。妻は平成28年他界。

現在は次女と新築の家で二人暮らし。

趣味は釣りや旅行で、定年後は、お父さんの介護を、近くに畠を借りて、

野菜を作りながら自宅で面倒を見ていた。野菜や落花生を作っていた。

自分の身の回りの事は、ほとんど自立できていた。

【経過】

令和3年1月29日朝食後、座った状態から立ち上がるうとし腰をひねる。腰痛と歩行困難あり駒井病院入院となる。同年4月より介護老人保健施設和光園、8月から自宅から通所リハビリ（和光園）を月～土曜日利用開始する。娘さんの都合でショートステイ（恵峰園）適宜利用していた。2年後の令和5年6月10日、次女と次女の友達で施設入所を考え、特別養護老人ホームの見学をする。相談員より小規模多機能向きと聞き、その足でようざん栗崎に行き話を聞く。施設入所の前に、小規模多機能居宅介護があることを知る。訪問で自宅にいられる回数が増えるなら、本人にとって一番良い事かもしれないと思う。本人と話して、小規模多機能居宅介護ようざん栗崎を検討し、令和6年7月小規模多機能居宅介護ようざん栗崎利用開始する。

【取り組み】

A様の思い

1、自宅で暮らしたい。

- ・訪問や通いサービスを利用し、自宅で過ごせる時間を増やしていく。
- ・福祉用具貸与を利用し、安全に移動できるようにする。

2、歩行器にて歩行、立ち上がりに不安がある。

- ・自宅のベッドの高さが低く立ち上がりにくい様子あり、介護用ベッドとサイドレール利用する。
- ・日中は自室の椅子に座り過ごし、椅子からの立ち上がりも大変であるためタッチアップ手摺を設置する。

3、自分で出来ることはやりたい。

- ・トイレでのズボンの上げ下げを継続して行う。
- ・俳句を作ることが好きで新聞に投稿していた。いつでもかけるよう俳句ノートを作り俳句を書いていただく。

4、緑内障があり視力低下がある。

- ・病院までの通院乗降介助を行い定期受診する。
- ・点眼の種類が3種類あり、これまで自分で点眼をしていたが、目が見えにくく点眼出来ていなかった為、通い、訪問時に点眼を行う。
- ・食事の提供時は、おかずの種類と位置を説明する。

5、自宅のトイレは一人で行っているが転ばないか心配がある。

- ・立ち上がり、歩行練習を行う。
- ・トイレは自宅と同じ向きの場所を使用する。
- ・宿泊室は自宅と同じ向きのベッドがある所にする。

6、歩けるようになりたい。安全に移動がしたい。

- ・歩行器にて、ようざんの廊下で歩行練習を行う。

7、娘に迷惑をかけたくない。

- ・日中一人で過ごせる。
- ・トイレは自分で出来るようにする。

娘さんの思い

1、本人の希望とおり自宅で過ごして欲しいが、施設入所も考えている。

- ・小規模多機能居宅介護のサービスを利用する。

2、娘は平日、仕事で家に居ない為、お父さんを一人にしておくのは心配である。

- ・通いサービスと訪問サービス利用する。
- ・ケアコラボにより、訪問や通いの様子がわかる。

3、週末は一人でゆっくり、自分の時間が欲しい。

- 泊りサービスを利用する。仕事や、旅行などあるときは柔軟にサービスを変更していく。

4、自宅のトイレ等で転倒したときに起き上がれない時は困る。

- 時間帯によるが、緊急時の対応を行う。

5、受診介助など、出来ることはしてあげたいが、家から病院までの移動が大変。

- これまで介護タクシーを使い、タクシー代を払い、タクシーに乗る時とても大変だった。小規模を利用する事で、通院乗降介助で病院までの送迎をする事ができる。

利用内容：通い→木　迎え 8時半～9時　娘さんは7時頃、仕事に出かけるため、

鍵を預かり、戸締りを行う。

訪問→火、水、金　一日3回　(12時　15時　18時) 金曜日は12時訪問、

15時迎え

昼、夕は配食、排泄介助、服薬介助、点眼

泊り→金、土、日

入浴→日、木（週2回）

日	月	火	水	木	金	土
泊り	夕食後帰宅 トイレ誘導 ベッドまで	訪問3回 昼・夕配食 排泄介助 服薬・点眼	訪問3回 昼・夕配食 排泄介助 服薬・点眼	通い 夕食後帰宅 トイレ誘導 ベッドまで	訪問2回 昼配食・服薬 排泄介助 泊り	泊り

福祉用具貸与→ベッド、サイドレール、歩行器、タッチアップ手摺

- 安心安全に立ち上がり、移動が出来る。

- 生活環境整備と介護の負担軽減となる。

【結果】

最初、A様は、泊りが3日間連続はきつい、2日間にして欲しいと希望があった。娘さんは、週末一人の時間がとれるようになりとても喜んでいて、本当なら施設入所を考えていたが、自宅に戻れる小規模を利用した。そこは、頑張って欲しいと話し合い、A様は納得している。自宅に帰り過ごす事で、これまでの生活を感じながら、心穏やかに、過ごす事が出来ている。娘さんも、週末は自分の時間が出来て心の余裕となり、お父さんに優しく接することが出来る。時には喧嘩になる時もあるが、それも自宅での生活があるからこそできる事と思っている。あのまま施設入所していたら、

お父さんへの罪悪感から後悔していたのではないかと思う。本当に小規模多機能というサービスはお父さんにぴったりだったと話される

【考察】

小規模多機能を利用することによって、本人と娘さんの思いを実現することが出来たようだ。しかし、これまで自宅で過ごしている時にトイレでバランスを崩し、座り込み立ち上がる事が出来なかった事。ダイニングテーブルで食事をして、自室に戻る途中で廊下のはじに寄り過ぎて、玄関の土間に歩行器ごと転落し、救急搬送されたこと。その時は左頭部と、左頬の傷で済み、大事にいたらなかった。それぞれ、日中の出来事だったので、ようざんの職員が対応できていた。先日、夜の10時頃、自宅のトイレで、戻る時にベッドではなく、自室の椅子に座ろうとして、椅子の下に転落してしまった事があった。夜の対応が出来ず、娘さんと本人で何とか立ち上がることが出来たが、夜間の転倒などは課題が残る。自宅での転倒予防と立ち上がりが出来るよう、歩行練習と機能訓練を継続していく事にする。歩行練習は、A様もとても意欲的で、笑顔が見られている。

【おわりに】

自宅に帰る時は、娘さんが仕事から帰ってくると、「お帰り！」今日はこんな事があったんだよ。こんな人がいるんだよ。と話をしているそうです。娘さんは「ただいま！」と言って話を聞いています。時には喧嘩もします。これからもいつもの日常を、普通に当たり前として過ごしていただけたらと思います。

俳句を作ることが好きなA様から散歩の時に、○○さん一句読むよ！

「介護士と散歩に行くや、芋の花」と詠んで下さいました。素敵な俳句ありがとうございます。

「この音・・・誰なの・・・？」

介護付き有料老人ホーム グランツようざん

発表者：大山千晶

御供のぞみ

初めに

ある冬のこと、夜勤中の職員は何かを引きずるような、奇妙な音が廊下の向こうから近づいてくることに気が付きました。

「この音はいったい……？」

不審に思った職員は、音の出所を確認してみました。すると、そこには足を引きずりながら、自室からリビングまで歩いてくるA様の姿があったのです。

A様は、グランツが開設した当時の利用者様です。元気で活動的だった彼女は、あることがきっかけで身体能力が著しく落ちて転倒を繰り返すようになってしまいました。

「転んじゃったみたいね。もっと運動すればいいんだけどね……」

一時期はこんな言葉が聞かれるほど、A様は気持ちも落ち込んでしまっていました。しかし、現在のA様は仲良しの利用者様から「あんたには先に死なれちゃ困るんだから……」と言われるほど、笑顔で元気に歩くことができています。

今回、私たちがどのようにA様の「機能訓練」に取り組んだのか。今回はそれについて発表させていただきたいと思います。

対象者について

氏名：A様

年齢：80代

性別：女性

要介護度：1→2

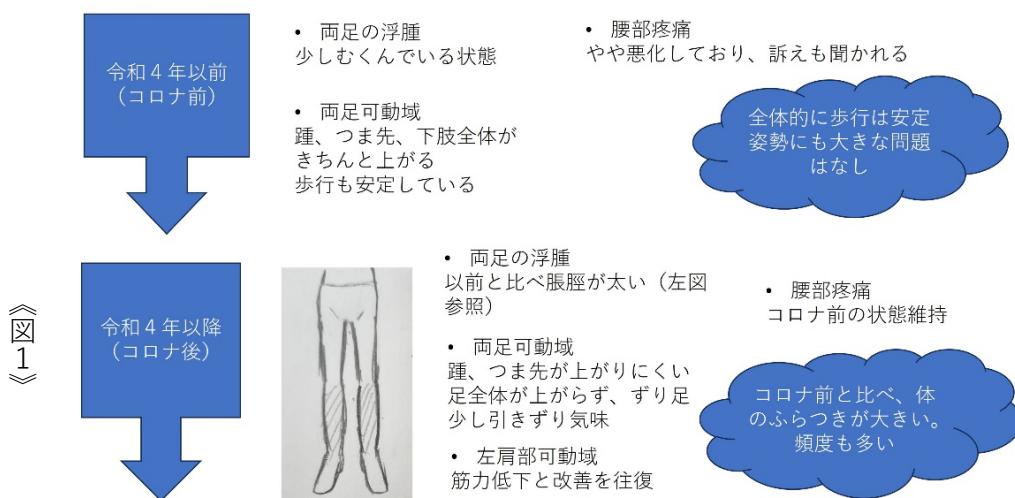
既往歴：アルツハイマー型認知症/てんかん発作/左肩・上腕脱臼/新型コロナウイルス感染症

生活歴：T市生まれ。ブティックを営んでいたことがあり、洋裁が好き。Y町で一緒に暮らしていた夫が亡くなつてからは、独居生活を経てヘルパー・デイサービスを利用したのち、グランツようざんに入居となる。

背景

A様は元々下肢に浮腫があり、改善と悪化を繰り返していました。それに加えて、平成29年に転倒し左肩を脱臼されたことをきっかけに、歩行が不安定になり転倒することが多くなりました。それにより運動する機会が減り、腰痛も出現。そして令和4年12月に新型コロナウイルスに感染して居室で過ごすことが多くなった結果、ずり足歩行とふらつきが見られるようになったのです。

A様の状態の推移



課題

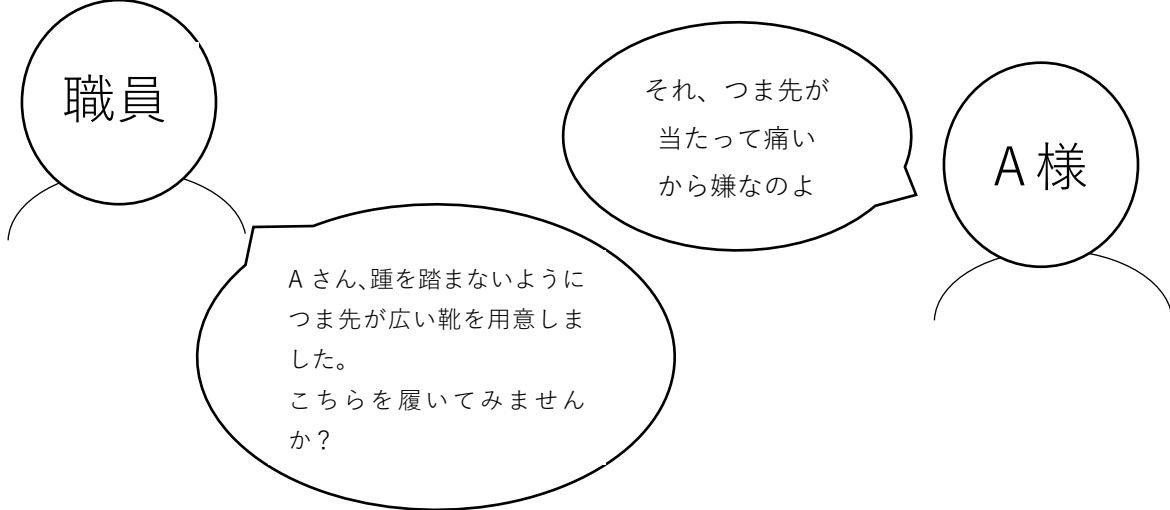
A様には、以前より【両下肢の浮腫】、【両下肢及び左肩関節の筋力の低下】、【腰部疼痛】の課題がありました。

令和4年11月の時点で少しずつ改善がみられていましたが、12月に罹患した新型コロナウイルスによる隔離期間を経て身体能力が著しく低下。令和5年の6月頃から、転倒を繰り返すようになってしまいました。

ご家族様から「日頃から、靴の踵を踏んで歩いているのが転倒の原因ではないか。また、歩行が不安定ならば歩行器を使用すればよいのでは」とご指摘をいただき、訪問マッサージの担当者とも相談しながら歩行器の使用を検討することとなりました。

しかし、その時のA様の状態では安全に使用できないため、逆に転倒リスクが高くなってしまうことが分かりました。靴についても踵が踏めないような靴はご本人の希望に合わず、また外反母趾があるために歩くとつま先が当たってしまうので、使用を断念していました。

今回の件で、もう一度靴を購入して試したものの、ご本人が強く拒否されたため、再び断念せざるを得なくなりました。



この頃の A 様の歩行状態はかなり悪く、ふらつきが見られ不安定な様子で歩くことが多い時期でした。浮腫もひどく、左下肢がうまく上がらなかったり、前に出ない状態が何回も見られていました。

A 様の転倒をどうやって防ぐか？ と話し合う中で、「夜間、ずり足歩行で歩いている」という報告が多いことに気付きました。

「A 様の下肢筋力を鍛え、きちんと足を上げて歩行することができれば浮腫や歩行状態が改善するのではないか？」

「そうすることで、転倒を予防することができるのではないか？」

これをきっかけに方針が決まり、私たちは A 様の支援にマッサージや個別機能訓練を取り入れることにしました。こうして、A 様の身体機能向上・転倒予防のための取り組みが開始したのです。

機能訓練とは？

機能訓練（トレーニング）の大まかな定義は、以下の通りになります。

- ① 高齢者の身体的機能の維持・改善を目的とした訓練で、デイサービスをはじめとした介護サービスで提供されるもの。

② 機能訓練指導員、看護職員、介護職員その他複数の職種の人々が協力して、利用者の

身体能力の維持、向上を目指す。

③ 個別機能訓練で生活意欲を向上するためには、①利用者の思い ②長期目標 ③短期目標を明確にする。

機能訓練と聞くと、「リハビリテーションとなにがちがうの?」と思う方が多いのではないか。どうでしょうか。

リハビリテーションは医師の指示に従って作業療法士や理学療法士が行うものですが、機能訓練は誰でも行えるものであり、医師の指示を必要としません。

当施設でも、前年度より機能訓練に力を入れ始めました。利用者様一人ひとりに合わせて作成された【個別機能訓練計画書】に基づき、日常生活に必要な基本動作の維持・改善が出来る様に働きかける取り組みです。これは3か月に1回、結果を評価して本人様に合わなければ内容を変えるなどして、臨機応変に行ってています。

取り組み

私たちは【A様の転倒を防ぐために、浮腫やすり足歩行を改善する】という目標を実現するにあたり、以下の計画を立てました。

- ① 週二回の訪問マッサージを受けることで、肩の拘縮予防・下肢浮腫の改善を促す。
- ② 屋外散歩や歩行練習を行う。下肢筋力を向上させるために、足踏みやつま先立ちなどの軽運動を取り入れる。
- ③ 週二回の入浴動作を取り入れた体操をすることで、全身を使い可動域を広げる。

R6.5	1F 曜日別個別トレーニングメニュー表	
※トレーニング前にバイタルを確認してください		
月曜日	木曜日	
名前	場所	トレーニングメニュー
A様	廊下・手すり	歩行練習 廊下3往復 (屋外散歩も可)
		足踏み10回×2セット
		つま先立ち10秒×2セット

《図2》

例えば、《図2》にあるとおり、歩行訓練は週2回実施するように設定しました。その際、A様と似た自立度で仲の良い利用者様と同じメニューを組み、なるべくA様に「参加してみよう」と思っていただけるような環境を整えました。

この取り組みは、トレーニングを担当する介護職員や看護職員だけではなく、訪問マッサージの方にもご協力をいただいて実施しています。その日の気分などによって参加できない日があったものの、他利用者様のお誘いもあってか日を追うごとに快く応じてくださることが増えていきました。

環境を整えた後、記録や普段の情報共有の場などでトレーニングの成果を確認しながら進捗を共有。そのたびにA様の状態に合わせて内容を変更し、マッサージの時間、余暇時間などの様々な面を利用してトレーニング内容を評価・継続していました。

経過

こうしてトレーニングが始まりましたが、最初は手探り状態で「思った通りにはいかない」ことの連続でした。落ちてしまった身体機能に比例するようにして、A様自身の精神状態にも落ち込みが見られるようになったのです。

トレーニング自体は拒否のないA様でしたが、本人の気持ちが不安定だったり、肩や腰の痛みによってなかなか実施できない日もありました。それによってますます自信を無くしてしまったのか、A様は夜間の不眠状態が続き、以前にもまして帰宅願望が聞かれるようになりました。職員にとある不安をこぼしたのも、ちょうどこの時期です。

「転んじゃったみたいね。もっと運動すればいいんだけどね……」

この言葉は、今までできていたことができなくなり、思うように体が動かなくなってしまったことに対するA様の戸惑いと、歯がゆさからくる言葉だったのかもしれません。

A様には「自分はまだまだしっかりしている」という強い自信があったため、突然自分の身上に起こったことをなかなか受け入れられなかつたのだと思います。

「マッサージを受けると、あいつはまだいたのかと言われてしまう」

これは、とある日にA様がマッサージ担当者に訴えた言葉です。その日のA様は気持ちが不安定で落ち着かず、マッサージに対して拒否が見られたためにやむなく中止となりました。

さらに、生活面にも影響が見え始めました。朝は早かったA様ですが、居室で寝ている時間が多くなり、食事量も落ち始めてしまいました。さらには、ほかの利用者様から「あなたは行かないの」と散歩に誘われても、「あたしはいかないよ」と断っている姿が見られることが多くなっていったのです。

A様の気持ちに寄り添いながら歩行の機会を作り、落ちてしまった気持ちや能力を向上させる方法を模索している中、転機となる取り組みが行われることになりました。

当施設では、「FREE DAM」という機材を導入して幅広いレクリエーション活動を提供する機会を作りました。カラオケ・体操、クイズなどの様々なコンテンツから任意のものを選択し、利用者様を主体としてトレーニングを行うという取り組みです。

もちろんA様も対象となり、以前から行われているラジオ体操などの軽い運動に加え、週に二回の入浴体操を行うことになりました。

入浴体操というのは、入浴時の動作を体操に組み込んだものになります。髪や体を洗う、浴槽をまたぐ、衣類の着脱をする、といったシチュエーションを一通り行うために全身を動かすことができ、それによって効果的にトレーニングやリハビリ動作を行うことができます。立位、座位どちらでも行うことができるため、A様には座ったまま参加していただきました。

個別機能訓練プログラム 問診(動作)結果

氏名	性別	女性	要介護度	要介護2
測定日	計画期間	令和05年04月01日 ~ 令和05年06月30日		
1.頭や体を洗う				
手やタオルに石鹼をつけられる		はい	いいえ	
頭を洗うことができる		はい	いいえ	
体を洗うことができる		はい	いいえ	
2.浴槽をまたぐ・お風呂に入る				
浴槽をまたいで出入りができる		はい	いいえ	
湯に浸かることができる		はい	いいえ	
浴槽内で立ち座りができる		はい	いいえ	
1.上着を着る				
上着の着脱ができる		はい	いいえ	
着用している服のしわやたるみを伸ばして整えられる		はい	いいえ	
ボタンの掛け外しができる		はい	いいえ	
2.ズボン(下着)や靴下を履く				
ズボンや下着に両足を通すことができる		はい	いいえ	
立位でズボンや下着を引き上げられる		はい	いいえ	
靴下を履くことができる		はい	いいえ	

上の図が転倒するまでのA様のADLの評価内容、下は転倒後の評価内容になります。このように、A様は一般浴で入浴することが可能でしたが、浴槽をまたぐ時や、一部の衣類の着脱動作に介助を要する必要がありました。そのため、週一回からでもしっかりと参加していただけるよう、本人の気持ちや状態を考慮しながら声掛けや実際に職員が参加するなどして働きかけを行いました。

個別機能訓練プログラム 問診(動作)結果

氏名	性別	女性	要介護度	要介護2
測定日	計画期間	令和05年07月01日 ~ 令和05年09月30日		
1.頭や体を洗う				
手やタオルに石鹼をつけられる		はい	いいえ	
頭を洗うことができる		はい	いいえ	
体を洗うことができる		はい	いいえ	
2.浴槽をまたぐ・お風呂に入る				
浴槽をまたいで出入りができる		はい	いいえ	
湯に浸かることができる		はい	いいえ	
浴槽内で立ち座りができる		はい	いいえ	
1.上着を着る				
上着の着脱ができる		はい	いいえ	
着用している服のしわやたるみを伸ばして整えられる		はい	いいえ	
ボタンの掛け外しができる		はい	いいえ	
2.ズボン(下着)や靴下を履く				
ズボンや下着に両足を通すことができる		はい	いいえ	
立位でズボンや下着を引き上げられる		はい	いいえ	
靴下を履くことができる		はい	いいえ	

はじめはあまり乗り気ではなかったA様でしたが、だんだんと新しい体操に興味が出てきたのか、徐々に参加率が上がり始めました。その頃にはA様にも気持ちの変化が見られたのか、いっそう気合を入れて取り組んでくださるようになりました。それが着火剤になっ

たのか、A様はマッサージと歩行練習も以前と同じように積極的に取り組んでくださるようになっていったのです。

年が明け、暖かい季節になって屋外散歩やレクリエーション活動が始まりだした頃、A様にも屋外散歩の機会が巡ってきました。そこで、A様と仲の良い利用者様を屋外散歩に誘ったところ、「よし、行くか」といつものように快諾してくださいました。友人たちに発破をかけられ、A様もやる気や競争心を刺激されたのか「ようし、見てろよ！」と楽しそうに行う姿が見られるようになりました。

結果

「元気でいなきゃダメよ。あんたには先に死なれちゃ困るんだから……」

この言葉は、A様と仲の良い利用者様が彼女に向けた言葉です。いつも一緒にいたからこそ、他の利用者様たちもA様の異変に気付いていたのでしょう。A様の姿が見えないと「Aさんはどうしたの。まだ部屋にいるのかな」と心配そうにされていました。A様の歩行が不安定だった時期には、「大丈夫か、気をつけるんだよ」と声をかけてくださることもありました。

両下肢の浮腫		両下肢の筋力	
月	状態	月	状態
R5/ 1	良好状態を維持	R5/ 7	悪化（左下肢が前に出にくく）
R5/3	悪化	R5/9	左下肢改善 右下肢悪化
R5/5	悪化（3月よりも）	R5/10	やや改善
R5/10	やや改善	R5/11	やや悪化
R5/12	やや改善（10月よりも）	R5/12	やや改善
左肩関節の筋力		腰部疼痛	
月	状態	月	状態
R5/ 1	やや改善	R5/ 1	維持（比較的良好）
R5/2	やや改善（前月より）	R5/5	やや悪化（マッサージ記録より）
R5/5	やや悪化	R5/8	腰痛の訴えが多い
R5/6	左肩挙上困難・痛みの出現	R5/10	やや改善
R5/12	やや改善	R5/11	やや悪化

《図4》

そんなA様の状態は、時間の経過とともに少しづつ改善傾向に向かっていきました（上図参照）。状態を維持していた月を除いて集計したところ、下肢筋力と腰部疼痛は不安定な状態で変化を続けています。左肩関節の筋力は、半年をかけ少しづつ改善。浮腫に関しても、10月頃から少しづつ改善が見られたことが分かります。

下肢の状態は悪化と改善を繰り返してはいるものの、体のバランスが取れるようになり、ふらつきやすり足による不安定な歩行が見られることは少なくなりました。

この結果を受け、A様に使用していた背面センサーは撤去。歩行状態に合わせ、日々介入していた歩行やトイレ誘導なども本人のペースで見守っていく方向に移行していました。

転倒も去年の11月を最後に起こっておらず、A様は現在も安定した歩行を維持しています。こうして、A様は以前のような笑顔で歩き続ける生活を取り戻すことができたのです。

まとめ

介護サービスを提供するとき、①各種制度 ②事業者等の組織や団体 ③情報 ④サービスなど、様々な社会資源が関わってきます。機能訓練も制度に基づいて提供されるサービスの一部であり、社会資源として活用される支援方法として位置づけられています。

機能訓練と訊くと、特殊な機械や特別な方法があると思いがちかもしれません。実際は大半の人が何気ない日常の中で行っているマッサージ、体操、軽い運動も機能訓練に含まれます。その中から本人の状態に沿ったものを選択・提案して実施することは、簡単そうでいてとても難しいのだと感じました。

A様の場合は、足に外反母趾があるために靴が適切に履けなかったことから、普段より靴の踵を履きつぶしており転倒リスクが高い状態でした。ご家族様の要望もあり外反母趾用の靴を使うことが何度も検討されてきましたが、ご本人の希望に合う靴がどうしても見つからず実現しませんでした。

それならばと歩行器を導入する提案がなされましたが、本人の状態から逆に転倒リスクが高まるということが判明して中止となっています。

A様の支援は、福祉用具の活用が難しいケースでした。しかし、だからといって「この方法はだめだからしかたない」で終わらせるのではなく、『その人に合ったケア』を模索しなければなりません。その結果提案されたのが、以前より行っている訪問マッサージと歩行訓練に「軽い運動を取り入れたトレーニングや体操」をプラスすることでした。

軽いものでもいいから、日常生活に運動をする機会を増やす。その取り組みはA様に合っていたようで、転倒を繰り返していた時期から一步踏み出すきっかけになりました。

私たちが何かを行う時、そう決意するに至った出来事やその結果、実現したい目標があります。ですが、その目標を達成することは容易ではなく、結果が出ないことに焦り、気持ちが折れて挫折した経験を持つ人は多いのではないでしょうか。

結果が出るには、相応の時間がかかります。ましてや、高齢者ともなれば認知機能だけではなく身体機能も加齢とともに落ちてしまい、一度落ちた能力を戻すには想像以上の労力と時間を要します。私たちは、A様から少しづつ継続してものごとを行うことの大切さを教えていただきました。それによって、たとえ劇的なものではなくても、必ず結果は出るのだということを学ぶことができました。

今回の経験を糧にして、私たちはこれからも利用者様のケアに取り組んでいきます。最後になりましたが、A様が今後も自分の人生を楽しく生きることができるよう、これからも支援を継続していきたいと思います。

「日常の当たり前＝食べる事の重要性」

ケアサポートセンターようざん八幡

発表者 大塚 由美

真下 典子

「退院後、長くもっても 1～2週間程度かも知れません」

「退院日 翌日でも再入院もあり得るかもしれません」

このような言葉が退院時にご家族に病院関係者から述べられていた言葉です。

この言葉を聞いたご家族は返す言葉もなく ただ茫然とする以外にありませんでした。

それでも本人の想いは療養出来る施設の選択ではなく 「自宅へ帰る」

の一点張りでした。例え限られた時間になったとしても 本人の希望を叶えるべく
病院関係者・家族と話し合いを重ねて行きました。

そして退院後はケアサポートセンターようざん八幡を利用して行きながら
在宅生活を探っていく事となります。

対象者紹介 A様 男性 84歳 要介護5

【既往歴】

前立腺肥大 脊椎管狭窄症 糖尿病 認知症 高度難聴 廃用症候群

R5年8月～腎前性腎不全加療中に 廃用症候群を発症し歩行困難となる
食事に関して食事摂取量が数口から1割、本人より嚥下困難の訴えあり
嚥下造影検査実施 結果は何も嚥下できないとの結果あり 食事中止となる

同月下旬 家族希望でCV（中心静脈栄養）挿入希望あり
翌日よりCV開始 高カロリー輸液投与開始
しかし、本人は口から食事が食べられない事に対して納得がいかず
何度も病院関係者と衝突を繰り返していた。

主治医判断により 10月末にCV抜去
その理由は 本人は口からの食事を楽しみにしており 家族に誤嚥のリスクを説明した上で、お楽しみ程度でのゼリーやアイス等を提供し摂取していた。

しかし、それでも日常的なむせ込み 痰絡まり等見られ ハイリスクな状態であった

【生活歴】

高崎市で出生、養子として大澤家に入る。現在の妻と結婚してからは一男一女に恵まれる。仕事は高崎市役所にて定年まで従事されていた。主だった趣味や特技等はなかったが休日はカラオケを楽しめたり 飼い犬をとても大事にされ朝と夕の1日2回の散歩は毎日欠かさずに行っていた。

【本人の想い①】

退院したら、また今まで通り好きなものを食べたいし食べられると思う。
病院では我慢の日々だったので・・・

好きなものを食べて どうなっても私は構わないと思っています。

【家族の想い】

本人は昔から一度自分で決めたことは絶対に曲げない性格だったので
本人の言うように出来たら良いのではないかと思う

【最大の課題】

食事の提供について（形態について） 主食（ゼリー粥を作り提供する事が出来るのか？）
施設で出来たとしても同じことを自宅で家族が行えるのか？

【食事提供】

食事形態（ゼリー粥の作り方を学ぶ）

ゼリー粥の作成工程について アンダンテの管理栄養士より助言をもらい

実際にゼリー粥の試作品を作り職員間で味見を実施。見た目や食感について検討していく
何度も試行錯誤を繰り返しながら完成したゼリー粥を提供させて頂く

R5年11月14日～利用開始

主食：ゼリー粥 副食：ミキサー、トロミ付きにて準備し提供

[収穫]

食事時の様子

スプーンを使用しながら一口ずつゆっくりと召し上がる

摂取に時間はかかるが 殆どむせ込みはなく食べられる。

（翌日以降も職員が作ったゼリー粥を召し上がって頂くことが出来た！）

[課題]

水分や汁物にトロミをつけての提供だったが、トロミの付けた方が悪いのか、味なのか手をつけて下さらない事が非常に多かった。

[改善策]

水分については家族に改めて本人の好む飲み物などアセスメント実施し
コーヒー や炭酸飲料を好んでよく飲んでいた事を聞き取る
加えて、主治医に現状報告し、水分摂取が少ない間の補助としてエンシュア処方となる

[結果]

トロミを調整したコーヒーを提供すると好んでカップ一杯召し上がる事が出来た。
また、エンシュアについても甘いからか比較的、好んで飲んで下さることが多かった。
お味噌汁も毎日ではないが口をつけて下さる事が増えた。
3月にはトロミをつけずにカレーライスをむせ込みなく食べる事が出来た！

[帰宅への準備]

上記の様子を家族に報告し、自宅に帰宅するにあたり
ゼリー粥の簡単な作り方マニュアルを作成し必要な器具を購入&副食用のミキサー
レトルトパックを専門業者より取り寄せるなど帰宅に向けた準備を進めて行く。

[帰宅時の様子・家族からのコメント]

本人は自宅に戻って私達が作ったゼリー粥を食べてくれました。色々と文句を言いながら
ですけど。あれが食べたい・これが食べたいとわがまま放題ですが
それだけ元気になった証拠だと思うのでホッとしています。

【本人の想い②】

色々と私の事を考えて手伝ってくれるのは有難いと思うけど、今のご飯では正直、
満足はしていないし、何を食べているのか分からないし食べた気もしていない。
だから、もう少し何を食べているのか分かるものを用意して欲しい
トロミは嫌い。何もつけなくも飲めると思うから・・・

《現在の食事形態》

主食：粥 副食：極刻み 水分トロミなしで提供

食事時の様子

咀嚼が上手く行えている様子あり むせ込みも殆どなく飲み込むことが出来ている

《ADL機能改善》

食事量が増え、一定のカロリー摂取が確保できるようになったお陰で体重も増加。利用開始時40.4kg→46.8kgまで増加している歩行機能も当初は 前傾姿勢で転倒のリスクが高かったが、現在は姿勢も改善され歩行距離も格段に延びている。

水分提供について

コーヒー等に加え 家族、主治医と相談した上で水分量確保の観点から本人の好きな炭酸飲料水（ミニ缶）を定期的に提供（1日2回）開始むせ込みなく好んで飲む事が出来ている（日常の楽しみの一つになっている）

【本人の想い③】

ご飯はまあまあかな～。前よりは良いと思う。
炭酸飲料は美味しいけど、もう少し時間をかけてゆっくり飲めればと思う。
でも色々と考えてくれて嬉しいよ！

【考察】

毎日の食事を口から食べる当たり前の生活を目指して
食事形態をゼリー粥からスタートして7か月経過しました。
今では毎週末自宅に帰宅され、ご家族に「○○食べたい」「買ってきてくれ」などの言葉で家族を困らせているようです！
そこまで元気になられ、今も在宅生活を継続している姿を誰が想像できたでしょう？
当初は病院側から申告されていた短期間の中での限られた支援になってしまふのかと思いつながらの関わり開始でしたが、本人の「口から食べるんだ」という強い想いとその想いが病院側の予測していた事を覆す結果に至ったのだと感じています。
しかし、本人が抱えているリスク（誤嚥）はいつ再発してもおかしくない状況は利用開始時と変わりはありません。だからこそ今、当たり前に過ごしている毎日の日常生活の充実感や満足感が本人の中で少しでも多く感じられるような時間の過ごし方をして頂きたいと思いますし、本人の中で私たちの存在が「頼れる存在」に少しでもなれていたら私達もこれ以上の喜びはありません。

【最後に】

これまで無理なく「お口から召し上がって頂く」事を中心にケアさせて頂きましたが人は「食べる為」だけに生活している訳ではありません。A様とお話しする中で「土いじり」や「作物を育てる事」がお好きだという事が関りの中で分かりました。これがA様の「生き甲斐」又は「生活の張り」にならないかと考えました。
そこで、今年の4月より、ようざん八幡では敷地内で

・グリーンカーテン作り

・ミニ菜園作り

を開始しました。

そして、A様に中心的に携わって頂こうと思いました。

その中で、本人にも毎日の日課として植物の成長の確認と水やり担当して頂いています。もちろん収穫もお願いしようと思っています。

本人からも積極的に職員に対して「今日は水やらなくて大丈夫かい？」などとても気にして下さっています。

外に出て植物を眺める姿が何とも微笑ましく、本当に嬉しく思っています。

どうか、これからも1日1日を大切に！ いつまでもその笑顔絶やさずに！

社会とつながった生活を

グラシアようざん

発表者：桐生裕基

杉浦綾乃

【はじめに】

施設に入所する。それは利用者様にとってどのようなことなのだろうか。

介護施設に入所することで、利用者様は様々な人と共同生活を送ることになります。そこでは、利用者様同士での交流があり友人もできるかもしれません。しかしながら、それは施設の中での関係です。多くの方は、施設に入所することで社会とのつながりが希薄になってしまうことは多々あります。そしてそれは、利用者様の意欲の低下にもつながっていると考えられます。

そのような現状があるなかで、入所施設に入られている方でも社会とのつながりがあるならば、生活意欲にどのような影響があるのか？ そういった状況に対する取り組みの事例となります。

【課題】

入所施設では社会とのつながりが乏しくなり、生活意欲の低下につながる。それを防止するためにはどうしたらよいか。

【取り組み内容】

外出レクによる外部とのかかわり、他企業サービスの招致、運営推進会議への関わり等様々な形で、外とのつながりを持てないか検証しました

【外出】

散歩・ドライブレク

買い物レク

ハラダ工場見学

伊香保観光

ららん藤岡 イルミネーション

スサノオ神社の初詣

【他企業サービスの招致】

ココ壱番屋による訪問販売

焼きまんじゅうの訪問販売

Sand car えくぼ様によるデザート販売

JINS カーによる眼鏡の販売・サービス提供

ネイルサロンによる訪問サービス

【その他】

慰問

近隣保育園による訪問

運営推進会議においてのお茶出し等による外部との関わり

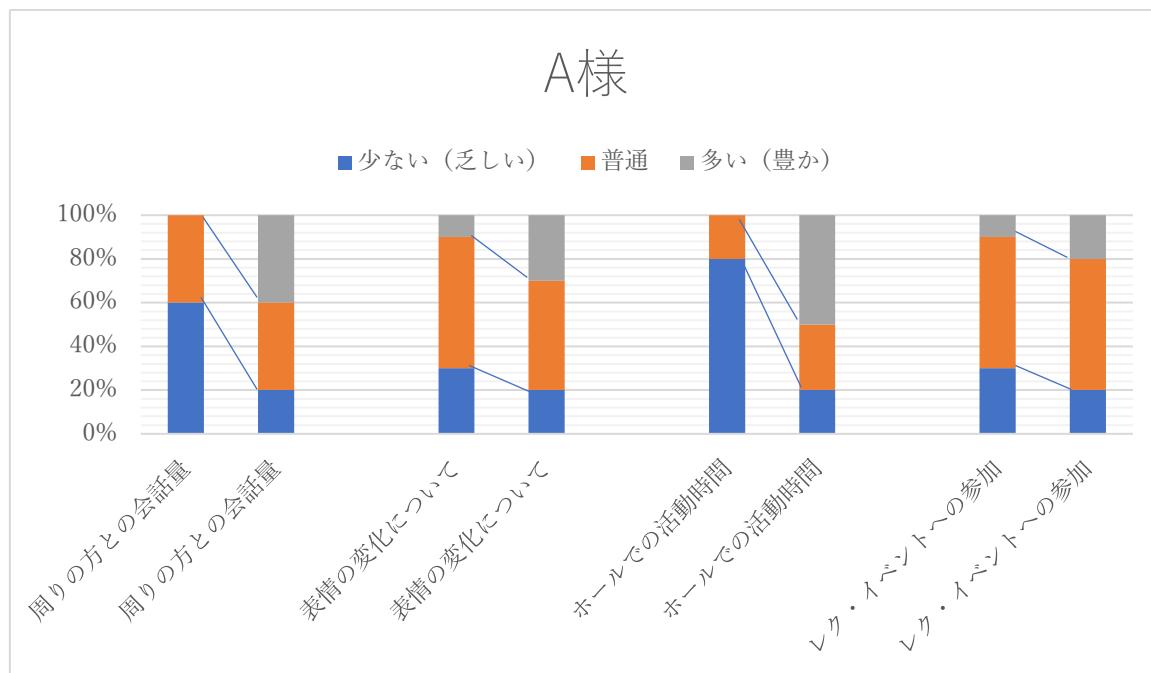
【結果】

全体の雰囲気として、利用者様に笑顔や活気が増したように思われます。

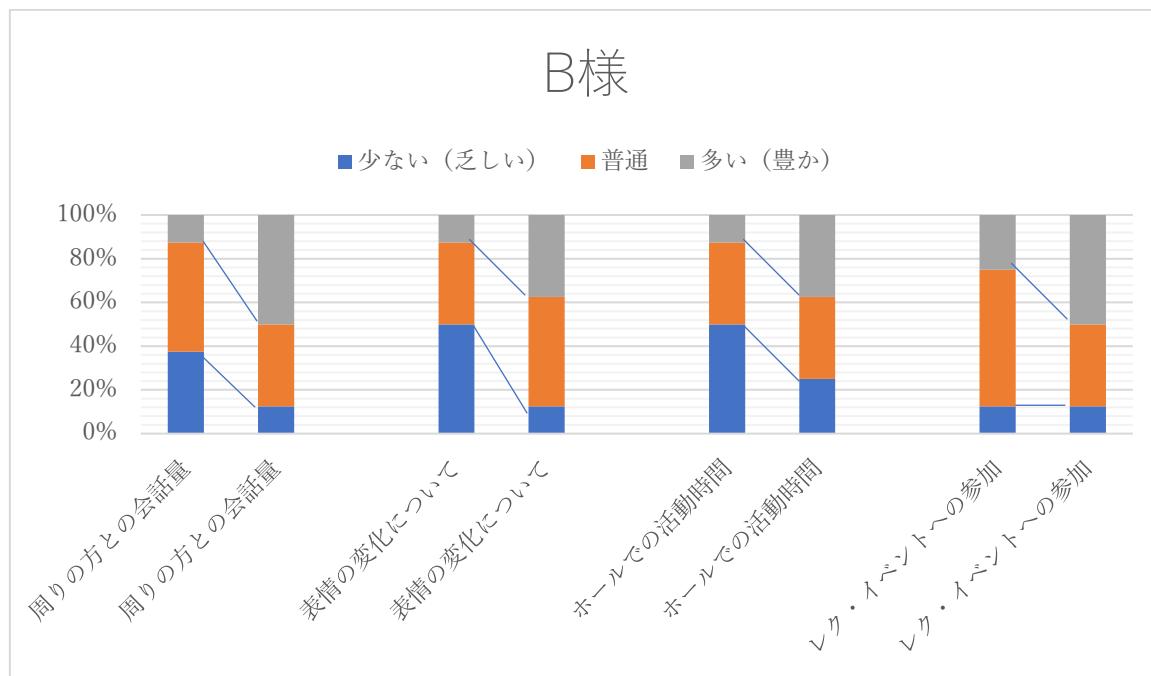
特に当初、あまり周りの方とも話をすることが少なかったり、居室で休まれている時間の多かった方がだんだんと、周りの方や職員と活発に会話をしてくれるようになったり、表情もだんだんと豊かなものになっていきました。

しかしながらすべての方が大きく変わったという事ではなく、取り組みの不十分さや新たな視点も必要なのだと思う

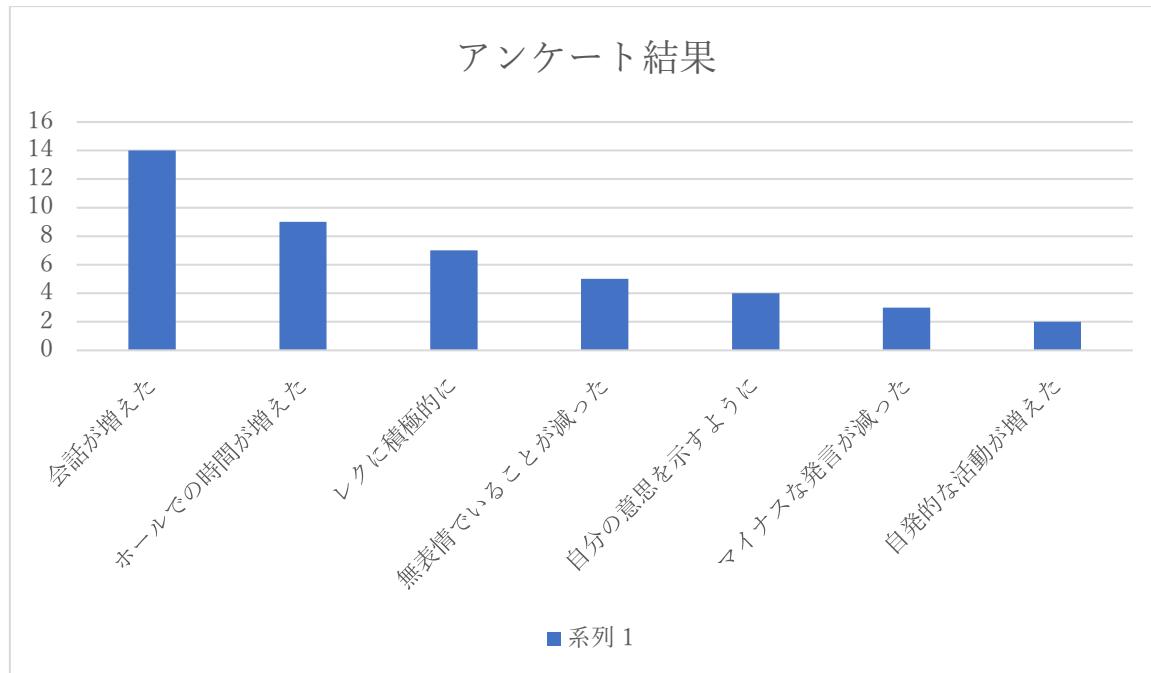
図① A様についてのアンケート結果の推移



図② B様についてのアンケート結果の推移



職員へのアンケートのうち多かった意見について



【考察】

利用者様にとって、レクなどを含む施設のサービスだけでなく、社会資源を活用したレクや外部とのかかわりを持つことで、意欲の向上に繋がりうることができる。

またそれは、ドライブや買い物といった短時間のものでも、施設に入所されている利用者様にとっては新鮮で刺激のある時間であり、重要なことである。

【まとめ】

入所施設に入られている方にとって、施設の外での活動や、社会とのかかわりを持つことの楽しさや大切さを改めて確認できた。

そういった楽しさや社会とのつながりによって、利用者様の生活に活気が生まれるのだとと思いました。

私達は利用者様がそういった「人らしい生活」を過ごしていくよう向き合い続けていたいと思います。

「 尊厳 」をまもるために
