

平成 27 年度

ようさん
認知症ケア事例発表会



第7回ようざん認知症ケア事例発表会

1.～安心感～「共有」

ケアサポートセンターようざん 内山 慎也……p.1

2.夫婦が穏やかに暮らすために～小規模多機能型居宅介護のメリットを生かして～

ケアサポートセンターようざん並榎 藤田 晋平 佐野 礼香……p.7

3.認知症介護と家族へのレスパイトケア～継続的な在宅介護に向けて～

ケアサポートセンター ようざん栗崎 北爪和也……p.11

4.あなたの生活サポートします～ありのままの自分でいる為に～

ケアサポートセンターようざん貝沢 加部綾……p.17

5.こんなに便利、小規模多機能！

ケアサポートセンターようざん双葉 湯本健太……p.20

6.「ご利用者様の夢！生きがい！の支援について」

ケアサポートセンターようざん飯塚 川浦 修……p.23

7.心と生活に寄り添いながら

ケアサポートセンターようざん石原 佐藤彩……p.26

8.仲良、笑顔の処方箋～ようざん中居スタッフが贈る個別ケア～

ケアサポートセンターようざん中居 大川原 誠……p.29

9.「あの頃のように歩きたい」～皆の寄り添う気持ち～

ケアサポートセンターようざん小塙 中村 愛美……p.34

10.私の届かないこの想い～86年目の数々の苛立ち～

ケアサポートセンターようざん倉賀野 齋藤 修一……p.37

11.「私の居場所」

スーパーデイようざん 宮田 真理子……p.46

12.ライフスタイル～環境と人間関係を整える～

スーパーDEI ようざん栗崎 松田直樹……p.50

13.「みんないい人」～ 居心地の良い環境づくり～

スーパーDEI ようざん貝沢 飯塚栄成……p.55

14.役割を持つことでネガティブからポジティブへ「俺がやらなきゃ誰がやる！」

スーパーDEI ようざん双葉 内山優太……p.58

15.「生き生きとされていた頃の姿が見たい！」

スーパーDEI ようざん石原 嶋田亜樹……p.62

16.「やっぱりおうちが一番！」～在宅生活を支えるためにスーパーDEI ようざんができること～

スーパーDEI ようざん飯塚第2 渡辺朋子……p.65

17.『在宅生活を続けるために』

スーパーDEI ようざん中居 小林ももこ……p.69

18.水分摂取 1500ml をめざして～元気な生活するために～

スーパーDEI ようざん倉賀野 森 圭司……p.73

19.ルーティーンケア

スーパーDEI ようざん小塙 小池 吉範……p.76

20.A様の笑顔を支えるために

グループホーム ようざん 渡邊健太郎……p.81

21.『認知症予防・改善する臨床美術の実践について』～楽しい時間を作ることは～

グループホーム ようざん飯塚 山岸達也……p.84

22.「心安らぐ場所～共に探し、共に作る」

グループホーム ようざん倉賀野 佐々木 美喜子……p.88

23.「寝たきりから自立歩行へ、認知機能改善へ」

デイサービス ようざん並榎 吉田 規子……p.91

24.「帰りたい！」に寄り添って

デイサービスぽから 高田清子……p.96

25.個別ケア

デイサービスブランドールようざん 石井鈴香……p.99

26.ようざん×人=○○ ～バトンリレー介護の方程式～

ショートステイようざん 矢嶋 幸弘……p.101

27.「お客様の生活の質は高いのだろうか」

ショートステイようざん並榎 掛川直人……p.105

28.ナーシングホームようざんでの看取り介護を振り返ってみて

キュアステーションようざん 鈴木優子……p.109

29.身寄りのない高齢者を支えていく

居宅介護支援事業所ようざん 内田 昌宏……p.114

30.いいね！をたくさん押したくなるような、居場所にしたい～K様宅

訪問介護 ぽから 佐藤 真理……p.117

～安心感～「共有」

ケアサポートセンターようざん

内山 慎也

【はじめに】

小規模多機能施設とは、介護が必要となった高齢者が、住み慣れた家・地域での生活を継続することができるよう、利用者の状態や必要に応じて、「通い」(←デイサービス)ショートステイ「訪問」←(訪問介護)の3サービスを組み合わせて提供する在宅介護サービスを提供している施設です。そして、もう一つ重要な事があります、利用者様を介護する家族を支える役割があります。

介護する側は必ず「健康」ですか？

要介護 1 だから介護は「楽」ですか？「簡単」ですか？

あなたは施設を利用していない時の利用者様をどのくらい知っていますか？

自宅に帰った後、何をしているか想像した事はありますか？

なぜ、施設を利用しているか、深く考えた事はありますか？

自分大丈夫ですよ…て、ホントに大丈夫だと思いますか？

【事例対象者紹介】

氏 名: T 様

年 齢: 72 歳

既 住 歴: 胃潰瘍(2/3切除)・アルツハイマー型認知症

介 護 度: 要介護 1

【生活歴】

東京出身。1歳8ヶ月の時、父と死別。その後、実家のある群馬県へ母と戻る。本人が4歳頃、母が再婚し、現在の榛名町に移るが、義父と不仲であり、単身上京。「横浜焼売」や「タクシー運転手」などを経て、群馬に戻り「出光」のガソリンスタンド勤務、所長をしていた。58歳の時、ガソリンスタンドが閉店し、同時に退職となった。その後、68歳頃までは、自宅近隣の畠で家庭菜園や筋トレなどを趣味で行っていたが、家庭菜園等が問題で口論になり、近隣住民と上手くいか無くなり69歳よりしていない。⇒それから、意欲低下と健忘が見られ認知症症状が現れた。

その後、介護認定を行い、近隣のデイサービスを利用開始したが、担当のケアマネージャーより「包括的なサービスの必要があり」と判断されケアサポートセンターようざんを紹介され27年2月利用開始となる。

【日常生活動作】

食事:自立摂取、好き嫌いなく毎回全量摂取（食事をバランス良く食べるのは困難）

排泄:施設内では、尿意:便意を感じると自らトイレに行く。

移動:自立歩行

視力:生活に支障なし。

聴力:生活に支障なし。

【認知症症状】

食事をした事を忘れ、家に置いて有る物をすべて食べてしまうのでストック出来ない。自宅のタンスの中に食べかけのパンがしまってあった、自分のお小遣いを警察に届ける、牛乳パックを集め。施設を利用して、食事をすませると「お邪魔しました」と帰宅願望が出現する⇒あまり止めておくと大声を出す、洗濯物はたためるが、干す事が出来ない⇒「洗濯ハサミの使い方が理解できない、干そうとしても洗濯干しにぐちゃぐちゃに挟んでしまう。」明け方、自宅近くの土手へ出かけ、川に落ちていた経緯がある。

【自宅での様子】

- ・寝室があるが夜間時家の中を徘徊してしまい、そのままリビング内のコタツや廊下で寝てしまう。
- ・週に2回ほど一人で散歩に行く。
- ・自宅で透析通いの妻を待っているが、妻が留守の際、家の中にある食料をすべて食べてしまう。
- ・洗った食器類を冷蔵庫にしまってしまう。
- ・冷凍食品をそのまま食べてしまう。
- ・前歯の虫歯を指摘した際、家族が留守中に自分で抜いてしまった。

【利用表】

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
日中	訪問	ようざん	訪問	ようざん	訪問	ようざん	ようざん
夜間	自宅	自宅	自宅	ようざん	自宅	ようざん	自宅

表の通りまだ宿泊利用が少ないので、ようざんの宿泊には慣れていない。

【介護者様の声】

- ・近くに息子夫婦が住んでいるが、息子は出張が多く長いと一ヶ月は帰らない事があり嫁がいるが子供がまだ小さいのであまり迷惑が掛けられない。
- ・息子夫婦に預けても帰宅願望が出来てしまい長くは居られず宿泊は不可能。
- ・自分も人工透析をしているので、突然入院などになった際、どうすれば良いのかわからない。
- ・元気だった時期を知っているぶん、認知症症状の進行を見るのがとても辛く心が痛い。
- ・夫の母が認知症を発病し、突然行方不明になり未だに見つからずにいる為、夫も目を離したら母と同じように居なくなってしまうのではないかと常に恐怖を感じる。
- ・夫を愛しているが症状が悪化してしまうと自分ひとりでは介護が出来なくなってしまう。

・夫はとても優しい人だが、症状悪化して性格が変わってしまったら今までの様に一緒に居られるかわからない、だが出来ることなら死ぬまでそばに一緒にいたい。

【施設での様子】

- ・日中⇒来苑し、お茶を飲み終えると「ご馳走様でした、失礼します」と言って、帰りそうになる。
- ・「何かお手伝いする事はありますか？」と頻繁に職員に聞いて回り落ち着きがない。
- ・お食事が終わった際、職員が「奥さんがまだ透析中なのでお家にはお送りは難しいですね」と答えると「何でこうなっちゃうかなあ～俺いつも言ってるんですよ、皆さんに迷惑掛けるなって」と言い出し不穏になってしまう。
- ・散歩時⇒突然「大変お世話になりました。」と言って走って帰りそうになる。
- ・慰問⇒「自分大丈夫ス」と言い帰宅願望が強く出てしまう事が多々ある。
- ・夕方⇒透析の妻が帰ってくるので帰ると言い出す、職員が「大丈夫ですよ、奥さんにはちゃんと連絡してありますからゆっくりして下さい」と返答すると、「悪いですよ、社長に迷惑かけちゃあ、自分で歩いて帰ります」と言い、強い帰宅願望が出てしまう。

【夜間の様子】

- ・夕食後、「ご馳走様でした、失礼します。」と言い帰りそうになる。
- ・18時以降は何か仕事を頼まないと強い帰宅願望が出てしまう。
- ・洗い物をお願いすると「わかりました、社長まかせて下さい」と言ってとても楽しそうに洗い物をするが、大きいお皿や茶碗は洗えるが、「お箸やスプーン」などの小物は何故か洗えずイライラし出す。
- ・夜間、モップでフロア内を気が済むまで掃除を行う。
- ・職員が「そろそろ寝ますか」と尋ねると、「まだまだ元気ですよ、何か手伝う事はありますか」と聞いてられる、深夜「1時～2時」やっとフロア内のソファーでうたた寝をし始める。
- ・職員が「居室で寝ましょう」と尋ねると「大丈夫ですよ、妻がそろそろ連絡してくるのでここにいます。」と居室に関しては強い拒否が見受けられる。

【ケア計画】

◎目標:T様の不安を解消し、施設での生活楽しんで頂く事。

宿泊の際、安心して自分の居室で就寝して頂く事。

宿泊数を増やし介護者様の負担を軽減する事。

【帰宅願望】⇒【経過】

- ①奥様の事が気になり始めた際、全職員が奥様の情報を伝えできるように、情報を共有する。
- ②お話をただ聞くだけではなく、手を握り安心感を持っていただく。
- ③散歩やドライブの際、T様宅の方向には誘導しない。

- ④食器の片づけやテーブル拭き、洗濯物干しと洗濯物をたたんで頂く。
- ⑤仲の良い利用者様と席を近くに設け様子を見る。
- ⑥利用者様の好きな「得意」なレクリエーションを個別に行う。
- ⑦いつも「ありがとうございます」職員はとても助かっていると感謝の言葉を伝える。
- ⑧もとガソリンスタンド店長だった為、一緒に洗車や給油を行い、コミュニケーションをはかる。

【宿泊】⇒【経過】

- ①何度も「もうお休みになりますか」など尋ねない事。
- ②フロア内でお話しをするのではなく、居室に誘導しお話しをする。
- ③自宅ではベッドではなく、敷布団で就寝している為、静養室に布団を敷き自宅に近い環境を作る。
- ④デイサービス利用の際は「入」8時～「退」16時で利用を行うが、宿泊利用の際は利用者様の不安を減らす為「入」16時～「退」10時などご家族様と相談し小まめに利用時間の調整を行う。
- ⑤宿泊日の夜勤担当は、頻繁に変化すると利用者様が不安になってしまう為、同じ職員で行う。

【帰宅願望】⇒【結果】

- ①奥様の情報を職員全員で共有する事で、利用者様にお伝えする情報が統一でき、利用者様が不穏にならず安心して過ごす事が出来た。
- ②お話しを聞く際、「強く頷く、手を握る」などの動作を入れる事で、ちゃんと話を聞いてくれてありがとうなどと言って頂き、安心感を持って頂く事が出来た。
- ③散歩やドライブの際、利用者様宅と逆方向に向かうと、帰宅願望が出ずにはスムーズに誘導できた。
- ④なにか、お仕事をお願いする事で、自分を必要としていると思って頂き、帰宅願望が激的に軽減した。
- ⑤利用者様と仲の良い人や年齢の近い方の近くに座って頂く事で、会話が弾み帰宅願望が軽減し、帰宅願望が出たとしても、他利用者様が「まだいいじゃないか」と言って頂き「そうですね」と必ず返答するので結果として帰宅願望の軽減に繋がった。
- ⑥利用者様の得意なレクリエーションを行う事で、レクリエーションそのものを好きになってもらい、他のレクリエーションも積極的に参加し、施設はとても楽しい場所、もっと居たと思って頂く事が出来た。
- ⑦会話の中で「ありがとうございます」など必ず感謝の気持ちを伝える事で、職員への不信感を無くしてもらい、利用者様に安心感を持って頂き利用者様が気軽に相談できる環境を作る事で帰宅願望が出る前に、職員が適切な対応をとるが出来た。

⑧給油や洗車を職員と一緒に行う事で「今日は仕事だ」思うことで、強い意欲が湧き、帰宅願望が激減した。

【宿泊】⇒【結果】

- ① 職員の都合や考へで誘導するのではなく、利用者様が休みたい時間を職員に伝えられる用にコミュニケーションを図り、自分から居室に向かい休まれた。
- ② 利用者様とお話しする際、夜遅い時間帯はしっかりと理由を説明し、居室にてコミュニケーションを図り、ここが利用者様のお部屋と認識してもらい、不安感や疑問点などをその場で伝えて頂き一つ一つその場で対応を図り、お休みいただいた。
- ③ 自宅では畳の上に布団を敷いて休まれて居る為、静養室に布団を引き出来るだけ自宅に近い環境を作る事で安心感を持つてもらう事が出来、ソファーではなく自分のお部屋で休まれる事が出来た。
- ④ 午後から宿泊する事で、午後に施設に行く日は宿泊する日だと認識して頂き、宿泊時でのトラブルを防ぐ事ができた、利用時間を小まめに調整する事により利用者様が施設を嫌いにならず、デイサービス・宿泊とバランス良く通って頂く事が出来る用になった。
- ⑤ 夜勤担当を決める事で利用者様不安感を失くし些細な行動にも敏感に築く事が出来、コミュニケーションを図り安心感をもって頂く事が出来た。

【考察】

今回の事例では、T様の些細な行動や情報を職員が申し送りノート記載、ユニット会議等にて職員内でT様の声を共有し、T様の希望やどうしたら安心して一日を過ごせるかを目的とし、細かな情報収取を行った。しかし自分の希望を積極的に発言できる人はそんなに多くはないだろう、T様もその一人でした。だから私達は職員全員でT様と積極的にコミュニケーションとりT様が何気なく口にした希望の種を拾い時間を掛けて全員で希望の種を育てる事が重要でした。希望の種を育てるには栄養分大切です、その栄養分とは「理解」「関係」「信頼」の三つです。この栄養分はすぐには手には入りませんどうしても時間がかかります

しかし私達職員が諦めずに全員で得意な栄養分を一人一人が作り出しT様に提供して行けば見た事がない花が咲くのではないでしょうか。咲かぬなら咲かせて見せよう、ようざんで。

【まとめ】

今回の事例を通してわかった事、人は歳をとり、誰もが必ず「介護」の扉を開く時がくる、それがいつ訪れるのかは本人にも家族にもわからない事です。しかし、いざその時が訪れた時にそれを受け入れられる人は何人いるだろうか、たぶん一人も存在しないでしょう、本人はおろか家族でさえ現実に向き合うのには時間がかかるでしょう。歳を取り、今まで簡単に出来ていた事が困難になってしまった現実、徐々に消えていく大切な思い出、その恐怖に打ち勝つ為に必要なのは進行を防ぐ為の最先端の薬ですか、介護に必要なのは分厚い教科書の知識ですか、それより大切なのは、

介護する側とされるがはではなく、そのポジションを超えて必要なのは人と人とのふれあいとその人への理解、信頼関係ではないでしょうか。

夫婦が穏やかに暮らすために ～小規模多機能型居宅介護のメリットを生かして～

ケアサポートセンターようざん並榎

藤田 晋平

佐野 礼香

【はじめに】

皆さんは、自宅に居て毎日家族と喧嘩をしていたらどんな気持ちになるでしょうか？

現在、旦那様と二人暮らしをしているA様。施設では怒る所を見た事がないくらい、優しくてとても明るい方。しかし、アルツハイマー型認知症という事もあり、家では怒りっぽい様子が多くあるようでした。同じことを繰り返し言ったり、場所の理解が出来ず家に居ても急に「帰る！」というA様に対し、イライラを押さえきれない旦那様。その旦那様に対してイライラしてしまうA様。毎日のように始まってしまう夫婦喧嘩。

今回は、どのようにして夫婦喧嘩を減らし自宅でのストレスを軽減できるか、どのようなサービスをすれば、一緒に過ごされているご家族の心のケアが出来るのか、その支援経過を報告します。

【対象者紹介】

A様 女性 79歳

要介護1

障害高齢者の日常自立度 :B1

認知症高齢者の日常自立度: IIIb

病歴 アルツハイマー型認知症

主介護者である夫と二人暮らし

【生活歴】

18年間、娘様宅で二人の孫の面倒を見ていたA様。週の初めに娘宅に行き、週末に自宅に帰るという生活をされていた。孫達は、それぞれ大学や高校に進学し手がかからなくなった為、それを機に自宅中心の生活が始まる。H23年秋、小さい頃より面倒を見てきた孫が遊びにきて帰った後、急に気分が落ち着かなくなる事が増え始める。更に、辻榎の合わない言動も増え始めたため、病院受診するとアルツハイマーの疑いがあると診断される。

その後も、自宅と娘様宅が分からなくなり、「孫に会いに行く」と言って外へ出たがる言動が目立ち始める。辻榎の合わない事を言ったり、落ち着きがなくなる言動に対し、旦那様が宥めようとすると、興奮し夫に対して暴言を発する事があった。最初はデイサービスを利用していたが、会話がかみ合わない事も多くあり、他者とも馴染む事が出来ず、わずか数回で利用をやめてしまう。平成25年2月1日より、ケアサポートセンターようざん並榎を利用となる。

【性格】

誰にでも優しく、レクリエーションや体操、洗濯たたみに食器拭きと、沢山の事を「私、やるよ！」と言って進んで引き受けて下さるとても意欲的な方。歌を歌う時も大きな声で号令をかけてくれたり、テーブルを拭いて下さったり…。「これくらいやらなくちゃね、他にやる事はないの？」と自らおっしゃいます。ところが、家にいる時はそんな事も少なく、旦那様に対し暴言を吐く事が多くありました。時には大声を上げて騒ぎ立てる事も…。

そんな A 様に対して、旦那様も「我慢ならない言葉を平気で吐き捨てるのが多くなり、腹が立つ事が多い」と話されています。また、旦那様が泣きながら娘様の携帯に電話してきた事もあったそうです。

【課題】

・どうすれば夫婦喧嘩を減らす事ができるか？主介護者である旦那様のストレスを軽減するためには？アルツハイマー型認知症の症状の軽減は出来ないか？という事を課題としました。

【現在のサービス内容】

通い 週 3 日【火曜・木曜・日曜】

訪問 週 1 日【土曜日 朝】※訪問内容…・安否確認

宿泊 二週間に 1 回 【土曜】

【取り組み①】

・訪問内容の改善

最初に考えたことは、現在行っている訪問の内容についてです。週一度の訪問は、「朝の時間夫婦が喧嘩をしていないか」と言うことを確認するだけのものだった為、話をしても玄関先で 10 分程度…。話をしている時は穏やかでも、職員がようざんに戻ってすぐに「機嫌がわるくて…」「ちょっと大変そうなんですが…」と旦那様や娘様から電話がかかってくることもありました。これでは、A 様の本当の気分は分かりません。そのため、A 様がお休みの日は午後の訪問に切り替え、自宅に上がりせてもらいしっかりと話をして、その日の気分を把握するという内容に変更する事になりました。

【取り組み②】

・ココナッツオイルを用いて

アルツハイマー認知症に効果があると期待されているココナッツオイル。主成分の中鎖脂肪酸からケトン体ができ、ブドウ糖の代わりに働く事で認知症の改善を期待できるといわれています。実際の事例で、摂取から 4 時間後、知能テストの点数が上がったり、継続したところ 1 人で歩ける様になった等、肉体的な改善変化も期待できているようです。試してみる価値は十分にあるとして、訪問する時は毎回ココナッツオイルを混ぜたコーヒーを飲んで頂く事になりました。

【取り組み③】自宅での取り組み

- ・デュアルタスクを行う

夫婦喧嘩の主な理由の1つにA様のアルツハイマー型認知症の特徴である短期記憶障害があり、その為、ただ本人と会話をするだけでは同じ会話の繰り返しが殆どです。そこで、訪問をするたびに様々なデュアルタスクを行う事にしました。1日15分～30分のデュアルタスクを行うことで脳の委縮を防ぎ、記憶力の改善を目的としました。もちろん、同居されている旦那様にも一緒に参加して頂きます。

【取り組み④】ようざんでの取り組み

- ・来苑された時にもデュアルタスク、ココナッツオイルを。A様が来苑された時には、普通のレクリエーションに加え、家にいる時にはなかなかできないデュアルタスクを行うことにしました。まず、毎朝10時のお茶の時間には、ココナッツオイル混ぜた飲み物を提供からスタート。(自宅訪問時も毎回持参しています)その後は、お天気の良い日は外へ出て散歩をしながら計算、しりとり等を行うデュアルタスクにしました。A様自身、散歩に出る事を好まれていらっしゃるので、気分転換も兼ねて楽しく行えることを考えました。

【デュアルタスク内容】

現在行っているデュアルタスクの内容を一部ご紹介致します。

- ・自宅にいる時に主に行っているもの。

- ①椅子に座り、足踏みをしながら計算問題を解いてもらう。
- ②ようざんから洗濯物(タオル、エプロン等)を持って行き、それを畳みながらしりとりをする。
- ③色当て漢字(漢字の読み方では無く、何色で書いてあるかを答える。)

- ・ようざんにて行っているもの。

- ①散歩をしながらしりとりをする、又は計算問題をする。
- ②歌を歌いながらグーパー体操を行う。
- ③お題を言いながら足踏み運動。

(足踏みをしたまま、5秒間の間に動物の名前や野菜の名前を出来るだけ多く言う。)

【結果】

今でも夫婦喧嘩はありますが、娘様や旦那様から「今から来て欲しい」と言う電話が少なくなり、「喧嘩が減った」と旦那様も仰って下さいました。また、A様がお休みの日に訪問することで、旦那様や、離れた場所に住んでいる娘様から「安心できる、これからも続けて欲しい」との要望も頂きました。

アルツハイマー型認知症状の軽減を目的に行つたデュアルタスクの結果は、開始前、長谷川式認知症スケールで9点だったのが、二か月半で11点へ、ココナッツオイルを摂取してから4時間後の検査で15点にまで点数が伸びました。デュアルタスクの内容も理解できなかったA様

が、今では自ら「これはこうやるんだよね」と、こちらがデュアルタスクの内容を説明しなくても理解され、計算やしりとりも以前より早く答えることができるようになりました。

【考察】

今回行った計画は、まだまだ確実な改善とは言えませんが、今後もデュアルタスクやココナツオイルの摂取を継続することにより、さらに良い結果が得られるのではないかという手ごたえを感じました。施設内では目立った問題行動があまり見られなかつたため、それほど問題視されていなかつたA様。しかし、事例対象者として色々とアセスメントして行く過程で、解決すべき問題点が浮上してきました。それにより解決方法を模索出来たこと、A様が難しいデュアルタスクや馴染みのない味のココナツオイル入りのコーヒーに抵抗が無かつたこと、面倒臭がらずには地道に取り組んで頂けたことが、今回の結果につながつたと考えられます。アルツハイマー型認知症の根本的な治療薬がない今、私たちにできることは、エビデンスに基づいた「改善の見込みのある運動や方法」を、より多く試していくことが必要ではないかと考えます。

【まとめ】

今回行った事例は、A様の認知症ケアを通じて、在宅で一緒に暮らしている主介護者の旦那様の負担軽減、また離れた場所で暮らしている娘様の心配を少しでも減らす目的で行ったものです。泊り・通い・訪問と、ほとんどのサービスをこなす小規模多機能型居宅介護。職員が訪問で家に入る事が多く、ご家族とコミュニケーションを取ることが不可欠な事も特徴です。だからこそ見えてくる家族関係、そして問題点や課題。「在宅支援!」と簡単に言いますが、家族の協力が無くてはほとんど成り立たない事が多いのが現実です。家族が介護ストレスを抱えてしまい在宅で看る事が苦痛になってしまえば、在宅支援は成り立ちません。これからも、小規模多機能型居宅介護のメリットを生かして、利用者様を含めご家族全体を支える介護、在宅支援を提供できたらと思います。

認知症介護と家族へのレスパイトケア～継続的な在宅介護に向けて～

ケアサポートセンター ようざん栗崎

北爪和也

和田文

はじめに

家族が認知症になった時、私たちはそれまでの生活から介護を優先とした生活へと変化を余儀なくされます。家庭での介護者は、介護に従事する事で時間、体力的そして精神的負担を強いられます。在宅介護を継続して行うためには、家族へのレスパイトケアが必要不可欠であると考えられます。

本事例では、若年性認知症を患う利用者様がようざん栗崎を利用された経過と、家族のレスパイトケアに焦点を当て、認知症介護の在宅支援について論じていきます。

利用者様紹介

氏名:S様

性別:男性

年齢:71歳

既往歴:H17年 脳梗塞、H19年 若年性認知症

介護度:現在5

1. ようざん栗崎における利用状況

S様は平成21年6月よりようざん栗崎を利用開始されました。開始時の要介護度は3で自立歩行ができ、食事や入浴介助も見守りや声かけを行えばご自身で行う事が可能でした。記憶障害と見当識障害が顕著にみられ、放尿、興奮や収集癖などのBPSDも現れています。開始当時は苑に慣れて頂くため週3回の通所利用で、まだ泊まりはありませんでした。

利用開始から3ヶ月には月2回程度の泊まりの利用が加わるようになりました。認知症状は日を追うごとに深刻化し、平成23年に要介護度は3から4となり意思の疎通はできるものの情緒は不安定で攻撃的に怒りを表すことが多くなり、徘徊などの行動も激しさを増し外出先からいなくなってしまったり、自宅の階段から転落し骨折するといったこともあります。

平成23年の8月からは泊まりを毎週1回にして、奥様の介護の軽減を図りました。アルツハイマーの症状に加えて、幻視や睡眠中に大声を出す、筋肉の強張りといったレビー小体型の症状もみられるようになってきました。

平成24年になると強い帰宅願望により朝から1日中苑の中を歩きまわる事が多くなり、感情の起伏が激しく急に罵声をあげたり、他の利用者様や職員に手を上げる事も多くなりました。7月には急に立てなくなるという出来事があり、以来足の運びが以前のようにスムーズではなくなり

ました。しかし、苑では依然として廊下やホールを休みなく歩きまわられる行動が続きました。このころから受診の為に通院介助の依頼を受けるようになりました。

平成 25 年 4 月には要介護 5 と認定されました。認知症状の深刻化とADLの低下による歩行困難に陥り車椅子対応となりました。自力での排便にも困難が生じはじめ看護師による排便コントロールも始まり排泄、入浴、食事を含む日常動作全てに介助を要するようになりました。

認知症では、現れる症状とその現れ方は常に変化します。又、典型的な症状はあれどもそこに生活歴などの個人的要素が加わる為、単に症状を医学的な型にはめて分析し、画一的な対応をすることは効果を生みません。例えば徘徊一つとってもその理由は1人1人異なります。S様の場合は、徘徊が激しくみられ日中ようざん栗崎の廊下を何十回も休むことなく往復されていましたが、この行動は S 様が勤務先の工場を毎日約1万5千歩も歩かれていたことに影響を受けているとも推測されます。

認知症状の移行とそれに伴う対応

H21~ 中期 要介護 3	中核症状の顕在化 短期記憶の欠落、感情や情緒の不安定 入浴、排泄の一部介助 介護拒否	見守り、信頼関係の構築、 コミュニケーション アリセプト 5 mg服用	通い週 3~4 回 泊まり月 2 回
H23~ 混乱期 要介護 4	問題行動の激化 徘徊、収集行動、攻撃性 自分の行動を制限できない、易怒性 介護への抵抗激しく、入浴介助困難 他の利用者様への攻撃みられる 大声・叫声、転びやすい(すり足歩行)	転落・転倒防止 他の利用者様とのトラブル 阻止、 アリセプト 7.5 mg服用	通い週 3~4 回 泊まり毎週 1 回 受診・通院介助
H25~ 現在 要介護 5	ADLの低下、失語 車椅子の使用	移乗・食事・排泄の全介助 褥瘡予防処置 排便コントロール アリセプト 10 mg服用	通い週 4 回 泊まり週 1~2 回 受診・通院介助 状況に応じ訪問

2. S様の奥様から学ぶ介護への姿勢

奥様はようざんが設立の翌年から S 様の利用を申し込まれ、そのお付き合いはずでに9年にわたります。

ようざん栗崎の廊下はとても長く 320m あります。その廊下を S 様が自由に行ったり来たり出来るので S 様にとってとても良い環境だと思われたそうです。

S 様は 59 歳で若年性認知症を発症し、会社を退職され自宅で過ごされるようになりました。その時から奥様は S 様が認知症状のため起こされる行為や辯證の合わない言動を決して否定せず、

排泄や日常動作が以前のように出来なくなっても責めることなく反対に出来る事を見つけ出しほめていたそうです。しかし時には混乱したS様とのやり取りで本当に命の危険を感じる事が何度もあったそうです。そのような時も奥様はS様に笑顔を向けるようにしたと話されます。奥様はS様の心身に現れる変化とそれに伴う行動をすべて受容され、症状の進行により今まで出来ていた事が出来なくなっても「出来なくなった」ではなく「そこからの出発」と常に前向きな姿勢を持ち続けています。奥様が介護される姿勢は介護に必要とされる受容の精神によって貫かれており、その実践と経験からは私達介護職が学ぶべきことが多くあります。

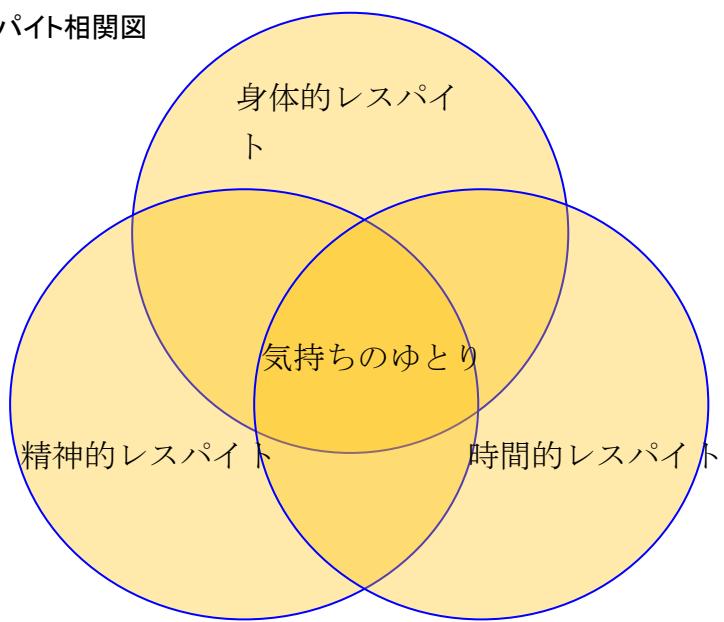
奥様は、「ようさんの受け皿があったからここまでやってこられた」とおっしゃり、可能な限り自宅での介護を続けていきたいとお話下さいました。現在S様は週5日ようさん栗崎を利用されています。S様の体重は52kgで女性が持ち上げるのは至難の業ですが、奥様はご自宅におけるS様の車椅子からベットへの移乗、着替えを全てご自分で行います。いつまでも在宅で夫を看たいという奥様の思いを受け止め、私達介護者はS様のケアはもとより奥様のレスパイトケアもとても大切であると考えています。

3. レスパイトケアの必要性とそれによってもたらされる効果

奥様はようさんを利用して介護から解放される束の間に、お好きな庭仕事や趣味に関するプライベートな時間を取り事が出来ます。それは家の間のほんの僅かなひと時ですが、体や心を休める大切な時間です。加えて奥様はようさん家族会の活動、推進会議や家族会の旅行等にも積極的に参加され、情報交換する事で介護の閉塞感を解消されています。又、特別な事でなくても、職員が言ってくれる「日々の介護お疲れ様です」という言葉で十分気持ちが救われるとお話し下さいました。

身体的レスパイト	肉体疲労、睡眠不足の解消
時間的レスパイト	一人の時間、自由にやりたいことが出来る、行きたいところに行ける
精神的レスパイト	ねぎらいや感謝の言葉を受ける、不安や苦悩を吐露し傾聴などにより受け止めもらえる 困った時にすぐ対応してもらえる 家族会などに参加することによる情報交換や孤独感の解消

図 1-1 レスパイト相関図



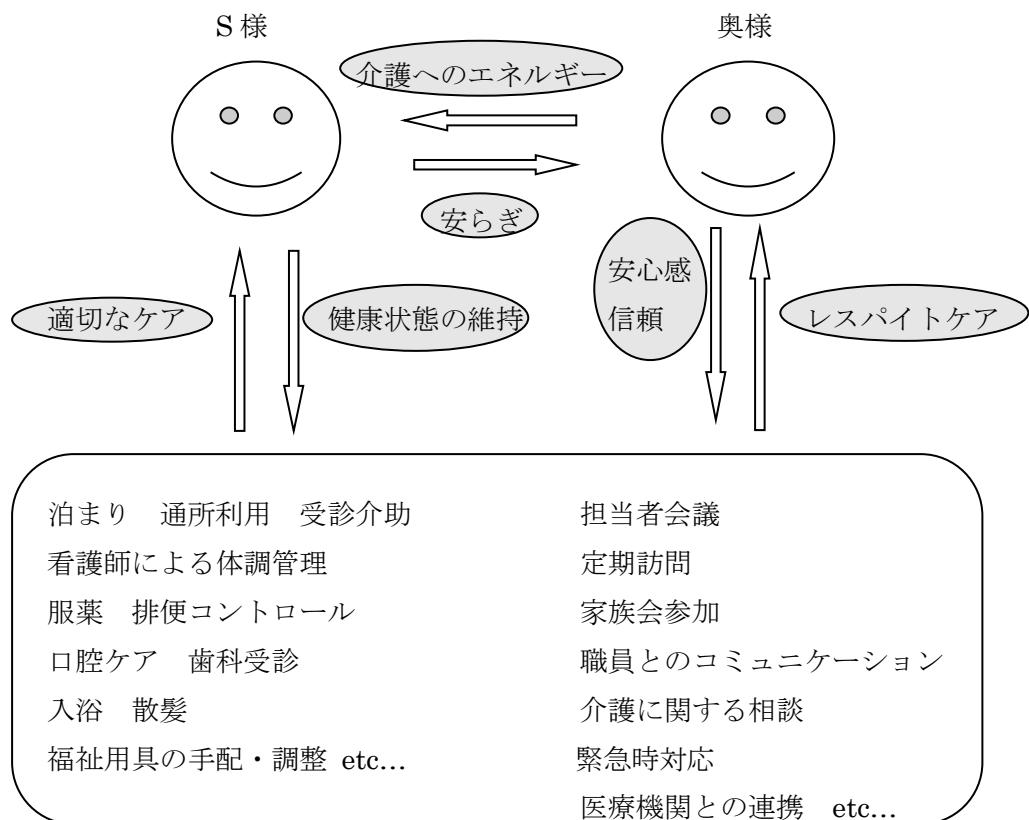
レスパイトケアを受ける事により肉体的回復、精神疲労の解消、不安感の軽減、などが図られ
休息から生まれる気持ちのゆとりが日々の介護へ向き合うエネルギーとなります。

効果的なレスパイトケア

レスパイトケアを効果的なものにするためには、そこに信頼関係がなければなりません。

S様の奥様の場合は、S様が施設内で適切なケアを受けているといった安心感、小規模多機能だから実現出来るきめの細かな要望に応えてきた実績から生まれたものです。

図 1-2 効果的レスパイトの要因と結果



4. まとめと今後への課題

認知症と他の疾患との違いは、認知症の介護は終わりが見えず、介護者は長期にわたって心身ともに疲労を強いられます。親だから、配偶者だから、家族だからといった理由で常に介護するのは当然であるといった考え方は、介護者を追い詰め苦しめる事に他なりません。出口の無い真っ暗なトンネルを進んでいる不安感、絶望感、孤独感を抱えている家庭内介護者は少なくありません。

認知症では、病状の進行によって介護内容も変わっていくため家族は様々な対応をしなければなりません。例えば混乱期では BPSD の顕在化により生じる行動を抑制させるといった鎮静へ向かわせることにエネルギーが費やされますが、混乱期が過ぎると ADL の低下による廃用や感情表現の停滞を改善させようと、活性に向けた措置が取られます。

このように認知症介護では、家族は次々と変わる症状に振り回され、向き合わなければならず、介護の方法、方向を見失いがちです。私達は、当人の介護だけでなく家族の伴走者となりサポートしなければなりません。介護する家族を守り、レスパイトケアを行うことは、認知症に関する知識や情報に加えて大切なことと言えます。

どのような立場の介護者にも休息は必要であり、レスパイトケアを受け、心身と共に回復し再び介護に向かうだけのエネルギーを得る事が、在宅での介護を続けていく重要な要素になると考え

られます。そのためには、私達介護に携わる者が受け皿となり、家庭での介護者の望む行き届いた介護を行う事、そして家族へレスパイトと共に安心感を持って頂く事が責務であると考えられます。

今回の事例対象者 S 様の9年にわたる長き在宅介護の継続要因としても、レスパイトケアがその一端を担っているのではないでしょうか。

介護とは当事者のみでなくその家族の支援も視野に含んだものであり、「住み慣れた家で、住み慣れた町で、楽しく暮らす」ということは認知症当事者だけでなくその家族にも言えると考えられます。私達は、奥様が S 様に注がれる深い愛情に対して尊敬の念を持ちながら、これからも供にお二人が人生の地図を歩まれていくのを応援したいと思います。

参考文献

- 本間昭 2013:『認知症の理解』 ミネルヴァ書房
土本亜理子 2010:『在宅ケア「小規模多機能」』 岩波書店
和田秀樹 2012:『人生を狂わせずに親の「古い」と向き合う』 講談社
松本一生著 2013:『認知症家族のこころに寄り添うケア~今、この時の家族支援』
中央法規出版株式会社
主婦の友社編 2011:『〈認知症〉家族を救う対策集』 主婦の友社
三好春樹 2014:『認知症介護~現場からの見方と関わり方』 雲母書房
読売新聞「認知症」取材班著 2014:『認知症明日へのヒント』 中央公論新社
小阪憲司 2014:『レビュー小体型認知症がよくわかる本』 講談社

あなたの生活サポートします～ありのままの自分でいる為に～

ケアサポートセンターようざん貝沢
加部綾

・はじめに

ケアサポートセンターようざん貝沢では、「利用者が出来る限り自宅で生活したい」そんな思いを大切に日々支援しております。今回認知症により、施設入所もしくは入院を勧められた利用者様が、今まで通り自宅で生活出来る様に支援した取組みをここに紹介します。

・事例紹介

名前:A様 男性 68歳

要介護度:2(H27.4月現在)

障害高齢者の日常生活自立度:J2

認知症高齢者の日常生活自立度:Ⅲa

既往歴:急性心筋梗塞、糖尿病

家族構成:独居(奥様他界)、東京に長女(37歳)市内に長男(33歳)

・生活歴

D県生まれ。D県育ち。現在の家に生まれてから生活している。地元の工場に長く務め、人とあまり交流してこなかった。特に大病することなく元気に過ごしていた。28歳で結婚し、長女、長男を授かる。A様は、寡黙であり交流が多い性格ではなかったと話している。(長女)

・貝沢を利用するまでの経緯

H25年11月、胸の痛みを訴え病院受診し心筋梗塞の診断が下りる。A病院へ救急搬送され、入院の予定だったが帰宅してしまい再度息子付き添いで入院。当初2週間の予定だったがDrへの暴言等あり1週間で退院。B病院よりC精神科病院への紹介を受け受診し、入院か施設利用を勧められる。

本人が自宅での生活を希望し、息子さん娘さんも出来る限り自宅での生活をさせてあげたいとの事で、当苑に相談される。

・取組み

〈来苑するまでの経緯〉

本人に強い来苑拒否がある。その理由を聞くと、風呂は毎日入っているし犬もいる。友達も来るので留守には出来ないと。しかし家族の意向は入浴や散髪を希望なのでなんとか通いを利用し、ゆくゆくは施設利用も検討したい。まずは週一、一時間でも良いので来苑出来る様にすることを目標とし、毎日の訪問を始める。

利用開始一週間後、通いの提案の話をすると不穏になり、「風呂は毎日入っているからいい！帰れ！」と怒られる。しばらく昼配食を続けコミュニケーションを図り「良かったら貝沢に遊びに来ませんか？」とお誘いするも生返事で来苑される気配なしが続き、娘さんが付き添いで通いに来られる予定も本人拒否の為、実現せず。

3月に入ってドライブに行きませんかと数回お誘いすると「じゃあ行ってみるか」と犬と一緒に来苑され、コーヒーを飲み15分で帰宅される。翌日、娘さんが在宅でその話をすると泣いて喜ばれ職員を抱擁される。一度、来苑されると拒否が薄れようざんに興味を示されて配食時に「遊びに来ませんか？」とお誘いすると素直に了承され来苑する。お誘いすると抵抗なく入浴される。配食時、自ら苑に行くことを楽しみだと話され、3/11より週二回の通いと入浴が実現する。

以降、安定的に来苑される。

〈体調不良発生の為、サービス内容の変更〉

H26.3.27	食欲不振	肺炎陽性、3w程入院 (ようざん介助にてHP受診)	声掛け
5.28	訪問時P速 168	心不全、頻脈性不整脈で4日入院	内服1回/1日→2回/1日と訪問が増える
7.1		ようざんに慣れてきた為	通い1回/w→3回/w
7.19	訪問時P速 161	たばこが原因との事で家人に協力を仰ぎたばこを処分する	
8.1	息子より訪問看護を入れたいと希望あり		2回/月火曜に30分の訪看が入る
8.14	安心見守りセンターより救急搬送の連絡あり	B病院入院 白血球の上昇あり肺炎の診断	
11月頃	見守りセンターより度々不在の連絡あり	家人と連携し度々安否確認に行く	
12.12	来苑時P168 13時P175	HP受診 点滴後帰苑	
H27.1.26	昼訪問時、朝迎え時不在が増える		迎え9時→8時、訪問11時半から10時50分頃に時間繰上げ対応
2.24	サービス担当者会議	家人の意向、Drの方針	

表記の通り、体調不良の為入退院、受診が続き、認知の方も進行し徘徊が始まり、季節感覚が無いままで衣類を着用する、食事も冷蔵庫一杯の食料を1日2日で全て食べてしまうなど問題行動が出現し始める。訪問職員が体調不安を発見した場合は看護師が訪問し、毎度酸素飽和度チェックと様子観察対応、必要に応じて病院受診となる。A様からの電話が増え、安否確認の訪問が増え、様子に応じて利用の見直しを実施する。

・考察

拒否がある方に対して、まずは何が必要なのか？なぜ拒否されるのか？と考えた時、色々な理由があるだろう中で第一に不安がくるのではないかと思う。では、不安を取り除く=安心感を持ってもらう為には何ができるだろうか。単純だが、やはりコミュニケーションをとるのが一番で、何度も顔を合わせお話する中で笑顔が増えて来苑できる様になると、少しづつ時間をかけてでも育んでいく事が大事だと実感する。来苑した事で家人も安心され、その後の状況に合わせた利用変更対応していく事で信頼も得られ、「ようざんさんに任せます」とおっしゃって頂くまでになった。

・まとめ

利用開始時は強い来苑拒否あるも、根気よくコミュニケーションを図り職員との信頼関係が築かれる。A様の固い表情も和らぎ笑顔が増え配食時には「待ってたよ！」と出迎えて下さる様になる。犬と離れるのが心配で行けないと事だったが「じゃあ犬も一緒に行きましょう！」と提案した事でA様も安心して短い時間ながらも来苑する事に成功し、他利用者様と過ごす事にも慣れ今では喜んで来苑、フルタイムを過ごす様になる。体調不良が続いた事で認知が進行したが、都度利用の見直しを図り対応を強化、HP受診時に心不全の発作でいつ倒れるか分からないとの診断が下るが家人は自然にまかせるとの意向で、現在では週4日の通いと、週3日の配食（一日3食）対応で、毎日ようざんを利用する形となる。利用者の体調によってフレキシブルに計画、支援出来る。そして利用者本人が望む独居生活を今後も支援して行きたい。

こんなに便利、小規模多機能！

ケアサポートセンターようざん双葉

湯本健太

▼どんなところ？

ご自宅での生活を支援する施設です。入所施設ではありません。

▼小規模多機能って？

一つの建物で、通い・訪問・宿泊サービスを提供します。

▼どんな人が使えるの？

ようざんでは、高崎にお住まいの方で、要介護認定で要介護1～5の認定を受けている方を対象としています。

▼何名くらいいるの？

小規模多機能は29名の登録制となっています。日中は18名、お泊りは9名までの受け入れが可能です。

(サテライト型小規模多機能は18名の登録制。日中12名、夜間6名の受け入れ可能)

▼費用は？

小規模多機能の介護保険料は、1回いくらではなく月の包括料金が決まっています。

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
10,320 円	15,167 円	22,062 円	24,350 円	26,849 円

上記の他に各種加算が算定されます。

ご本人の状態変化やご家族の体調不良等で一時的にサービス量を増やさざるを得ない状況でも、限度額を気にすることなくプラン変更を検討できます。

～小規模多機能の便利な機能を紹介します～

小規模多機能のサービスには、通い・宿泊・訪問サービスがあります。

【通い】

小規模多機能の通いは、利用時間に制限がありません。

送迎時間は7:00～20:00の間でご都合の良い時間に対応しますが、

ご家族の送迎のご協力を頂ければ24時間対応可能です。

出勤前の5時にお連れ頂き、仕事帰りの21時にお迎えに見える方もいらっしゃいます。

延長の料金も発生しません。

【宿泊】

宿泊は、同じ建物馴染みの職員で対応しますので、ご本人の精神的なご負担の軽減が図れます。

宿泊と言っても利用の仕方は様々で、通いの延長でお泊りされる方。夕方から来所されお泊りさ

れる方。宿泊した翌日は、そのまま夕方まで利用される方。朝ごはんを召し上がってお帰りになられる方と、様々な利用の仕方が出来ます。

宿泊にかかるお部屋代は1泊1000円です。

【訪問】

必要な身体介助、身の回りの家事援助や買い物支援をさせて頂きます。

小規模多機能の訪問は、時間や回数に制限がありません。必要な援助を必要な時に提供します。お食事の準備が難しい方は、お弁当をお持ちすることも可能です。

普段通いや宿泊で携わっている職員が伺いますので、ここでも精神的なご負担の軽減が期待できます。

小規模多機能は、通い・宿泊・訪問を必要に応じ利用しながら、

ご本人ご家族のライフスタイルに合わせたプランを組むことが可能です。

また、急な予定変更にも柔軟に対応できます。

～こんな経験ありませんか？～

Case1

【急な受診…ご負担ではないですか？】

利用している事業所から「〇〇さん、本日37.5の発熱が見られます。心配ですので一度受診してください」

急に言われても、仕事があるし…

安心してください！小規模多機能はご家族に代わり、急な受診対応が可能です。

定期的に協力医による往診も入ります。

Case2

【「そんなところ行きたくない！」…拒否なく通えますか？】

お迎えにきても行ってくれない。出かける用事があるから行ってくれないと困る。

安心してください！お迎えに伺っても拒否が続くときは、訪問サービスで支援します。

複数回、安否確認を兼ねて訪問に入り身の周りの支援をします。必要があればお弁当を届ける事もできます。お迎えに行く職員も訪問に伺う職員も同じ制服です。馴染みの関係が作りやすいです。その結果、通いへの抵抗の軽減も期待出来ます。

Case3

【16時には帰ってきちゃう。どうしよう買い物に行かなきゃいけないのに】

家庭のご都合やご事情に合わせ、送迎時間を柔軟に変更できます。

また、「たまにはゆっくり夕食を摂りたい。家族や友人と外食に出かけたい」こんなご要望もありますよね。遠慮なく言ってください。こちらで夕食を提供してのご帰宅も対応できます。

地域との交流

1年に1度、地域の方を招いてのお祭りを開催。毎年小さなお子さんからご高齢の方まで、幅広い世代の方々にご参加いただいています。地域のサロンに利用者様と参加し、地域の交流を楽しんでいます。ただ、サロンにお邪魔するだけではなく、地域の方に向けて認知症サポートー養成講座を開催したり、認知症予防や介護保険についての説明会を積極的に開催したりしています。

町内のゴミ拾い等の行事にも参加し地域交流を行っています。

地域での暮らしは、地域の方々の支え合いがとても大切になります。

地域のみなさんやさまざまな機関が手を結び支え合います。

地域と小規模多機能の「つなぎ役」として運営推進会議があります。地域と事業所の情報共有を行い、「暮らしやすい地域」を考えていきます。

24時間365日の安心

「暮らし」を支えるという事は、24時間365日切れ目のない支援を「安心」と共に届けるという事です。「その人らしい暮らし」を実現するためには、ご本院の事を良く知っているご家族やご近所さん、友人の方などと一緒に、地域の中で、継続的な支援を考えていきます。

ようさんの小規模多機能は、ただ便利なだけでなく「上手い・安い・速い」がウリです！

上手い…法人で「接遇」「認知症ケア」「介護技術」に関する研修を行い、常にサービスの質の向上に取り組んでいます。

安い…小規模多機能の介護保険料は月の定額制なので、限度額を気にすることなくご利用いただけます。宿泊は1泊1000円でご案内しています。

お帰りの時間が遅くなっても「延長料金」は発生しません。

速い…相談を受けてからの対応の速さには自信があります！

また、急な予定変更に伴うプラン変更も迅速に対応します。

皆さんの中に、将来介護が必要になったらどれくらいの方が施設入所を望むでしょうか。

おそらくここにいる多くの方は「自宅で暮らしたい」と望むのではないでしょうか。

それは今、現に介護保険サービスを利用されている方々も大半が同じ考え方だと思います。

要介護認定は、最初は低い認定が出ても時間の経過と共に介護度は3→4→5と挙がっていきます。介護度が上がるにつれて家族間では施設入所が現実味を帯びてくるでしょう。

介護認定がいわゆる「中重度」なったとしても、この小規模多機能をうまく活用しながら、住み慣れた地域での安心した在宅生活を継続していくことが期待できます。

その一つの理由が、お一人お一人に対し「柔軟」な対応が可能だからです。

今回の事例発表を通じ、より高崎市民の皆様に「小規模多機能について」理解関心を持って頂くきっかけになれば幸いです。

「ご利用者様の夢！生きがい！の支援について」

ケアサポートセンターようざん飯塚

川浦 修

ある「ご利用者様とそのご家族」のようざんへの要望、ご本人様の「夢」「生きがい」を実現する為のケアの事例について発表させて頂きます。突然大声を出す。周囲に当たり散らす。他の利用者様や職員を威嚇する。今現在も、このような行動が、自宅でご家族に対して起きています。介護の現実です。自宅で暴れ看板や、大型テレビその他沢山のモノを破壊されています。

Aさんは、昭和10年12月30日高崎、並榎にお生まれになり、10歳よりヴァイオリンをはじめられました。初めはやらされていた感じだったそうですが、すぐに夢中になり、高崎高校2年生の時、音楽の道に進むことを決意し、高校を中退、16歳で東京交響楽団に入団されました。今の群馬交響楽団です。群馬交響楽団で、44年間(H8年まで)オーボエ奏者として国内外で演奏活動されました。そのころの映像がこちらです。よく、そのころの体験、演奏会での出来事や小沢征爾氏との出会いエピソードなどを、他の利用者さんや職員に楽しく聞かせてくれます。

本当に音楽一筋にご活躍され順風満帆だったとの事ですが、突然病魔に襲われ、昭和58年洞不全症候群、ペースメーカーを埋め込みその後H16年2月26日脳梗塞発症、中央群馬脳神経外科へ入院となり、保存療法リハビリを行いますが頻脈発作を繰り返してしまい群大附属病院へ転院、H16年8月26日退院となるが障害受容が出来ず、感情のコントロールも難しい状況になりました。

H25年6月より、他のショートステイを週末2泊3日にて利用開始し、ご家族様の休息時間等が確保でき、又、ご家族で食事に出かける等出来ていましたが、10月にショートステイ中ご本人が我慢できず杖を振り回す行為に至ってしまい、H25年12月よりショート利用を中止。H26年3月18日、高崎総合医療センター神経内科を受診。その後も暴言、威嚇行為が続き、この事が原因でいくつかの施設を巡ること7か所。その後H26年8月からケアサポートセンターようざん飯塚を利用開始されました。

介護されているご家族に、そのお気持ちを伺いました。

●Aさんがご病気になられた時のご家族様のご心境をお聞かせいただけますか。

本人がかわいそうということ、これからどうサポートして行けば良いのかわからない。

これから大変だなど正直愕然と思ったと語られていました。

●ご病気になりAさんがどう変わってしまったのか？…それによりご家族様はどのように変化されましたか？

以前は穏やかで笑顔が多く、明るくアクティブで近所付き合いも積極的に行い地区の班長なども率先して努めてきましたが、高次脳機能障害によりネガティブな考えしかできなくなってしましました。ご本人からも「自分の思ったようなことができない、死にたいくらい悔しい。もう死んだほうがいい

い」など発言がありました。しかし、病気をした事により話し合い、向き合い家族の団結が「絆」が深くなったと思います。今では病気になってしまったことが悲劇に感じるのではなく、病気になったことに意味があるのではと思える様になってきた。一緒に生きていければ良いという考えが出てきた。正直、非常にポジティブに考えられるようになった。

●7つの施設を移られてきたのはなぜか…

他の方への配慮ができなくなり、暴言などにより居づらくなってしまっていた。ようざんに行くようになってからスタッフの皆さんや他の利用者さんと関わって、他の施設にいるときより次第に、明るく楽しそうになりました。

●ようざんに求める事

これからもようざんでスタッフさんや他の方と交流をもっていって欲しい。ようざんに通うことで毎日に変化があるので私自身(家族様)本人を見守っていきたい。これからも病気など1つ1つと向き合いながら現状を楽しめるようにお願いしたい。

●ご本人様にもようざんへの要望や、今後したいこと夢などお聞きしましたところ…

早く腕を治して、ヴァイオリンを弾きたい、そして弾けるようになったら、他のようざんも廻り慰問をしたい。その実現のために協力して欲しいと、語ってくださいました。

ご家族様、ご本人様のお声をお聞きして

●左腕、左足に麻痺があり痛むとの訴えがあるので、入浴後の定期的にリハビリは勿論の事、痛みを訴えられた際にもマッサージを行っております。また歩行リハビリなども、実行しております。

●非常に寂しがり屋の部分があると思われますので、当たり前のことではありますが職員がこまめに声掛けをさせて頂いております。一人一人にメッセージなど英語で書いて渡してくださいます。

●ハーモニカをよく聞かせてくださいます。誕生会には積極的にハーモニカを吹かれ、皆様で合唱し、ご本人様は勿論のこと他の利用者様も楽しませて下さいます。

●また、「塗り絵」も大変お上手ですので、作品を多数作成して頂き、ようざんに飾らせて頂いております。

●群馬交響楽団鑑賞

ようざん飯塚では夢、生きがいをお手伝いさせて頂くということで、ご本人様の夢！もう一度群馬交響楽団の生の音！を聞きたいなど頂きましたのでこちらのお手伝いもさせて頂きました！

●【群馬交響楽団コンサート】

高崎音楽センターの群馬交響楽団定期演奏会にお邪魔させて頂きました。演奏後、ブロード！とAさんも大きな声をあげて演奏に感激され、ご家族様に本当に良かったとご報告されていました。「早く良くなつてもう一度楽器を奏でることができるようにになって、色々なようざんをまわつて慰問したい」と積極的に楽しそうに笑顔で話されておられました。

ご利用者様の夢、生きがいの実現の為、またご家族様のご要望によるようざん飯塚がお手伝いでいることをAさんだけではなく、全てのご利用者様ご本人様、ご家族様と向き合いお話しさせて頂き、ご利用者様一人一人最善のケアを職員一同で話し合い実行しております。

最後にケアサポートセンターようざん飯塚の理念

『私達は利用者様の安心と個性を大切にしたケアを行う為に努力し、職員全員が協力して心安らぐ生活を提供します』

心と生活に寄り添いながら

ケアサポートセンターようざん石原

佐藤彩

【はじめに】

高齢化社会と言われる今の日本。その中でも増え続けているのが一人暮らしの高齢者である。特に認知症高齢者の独居は多くの危険と隣り合わせの生活である。今回、認知症の進行と共に独居生活が難しくなってきた A 様の事例を取り上げた。A 様にとって少しでも住みやすく生活を支える為に私達に何ができるかを考え、その取り組みを紹介する。

【利用者紹介】

- A 様
- 女性
- 81 歳(S・9・5・12)
- 要介護 2

【既往歴】

- H・20 脳梗塞
- H・24 アルツハイマー型認知症

【生活歴】

昭和 9 年、高崎市石原町に生まれる。幼いころから指先が器用だった A 様は弟が経営する縫製工場で働いていた。昭和 62 年に夫が亡くなり、長女が前橋市に嫁いだ以降 A 様の独居生活が始まる。

平成 24 年に体調を崩し受診したところ脳萎縮が確認され、アルツハイマー型認知症と診断される。その後自宅内において様々なことが出来なくなる。また、外出した際に帰れなくなり、近所の方や民生委員に発見される事が頻繁におきていた。

このようなことから日中自宅での時間をなるべく少なくした方が良いという長女と民生委員の思いの中で、平成 26 年 10 月よりケアサポートセンターようざん石原の利用を開始される。

【問題点】

認知症の利用者様が独居生活を送るにあたり、大きく 2 つの問題点が浮かび上る。それは「管理できない」と「認知症による問題行動」である。

A 様におけるこの 2 つの問題点について、代表的な物を取り上げ紹介する。

「管理できない事」

- ① A 様には朝食後の薬があるが、お迎えに行っても内服されていない事や、まだ朝食を食べていない事がある。
- ② 自宅内は掃除をせず散らかっていたり、汚れた衣類がそのまま置いてあつたりと、自分で洗濯することや清潔の保持がとても難しい状態。
- ③ 義歯や補聴器、家の鍵を紛失することが度々ある。

「認知症による問題行動」

- ① 認知症進行の為か、情緒不安定なことが多い。突然怒り出したり泣いたりと、気分の波が激しい。また、被害妄想や作話もある。
- ② 自宅内トイレだけでなく居間にも排泄の失敗跡がみられる。
- ③ お迎え時間前に自ら来苑しようしたり、1人で外出しようしたりする。その際には自宅内家電は点けたまま、玄関鍵は開けたままの状態。

【経過と考察】

「管理できない事」

これらの問題点に対し私達は様々な視点から模索し提案を繰り返しながら、取り組みを行なった。その取り組みによる経過と考察をここに報告する。

自宅で自分の服薬管理が出来ない為、内服薬は全て事業所管理とした。これにより服薬忘れは無くなった。自宅内において食事準備、摂取ができないことが判明してからは、食事は3食提供とさせていただくこととした。

自宅内訪問時、部屋に衣類が散乱していることから、タンスの引き出しに何が入っているのか分かりやすく表示した。また、失禁などで汚れた衣類があった時は事業所に持ち帰り洗濯を行なった。現在でも訪問すると衣類が散乱していることはあるが、その都度、訪問した職員による対応ができている。汚れた衣類を持ち帰り事業所で洗濯することにより、自宅内の環境整備が整い、A 様本人の清潔保持に近づけることが出来ている。

義歯や補聴器を紛失することが度々あるが、紛失する度に職員が室内整理も含め、自宅へ探しに行く。しかし、3回目の補聴器紛失後は現在もみつかっていない。家の鍵の管理もできず失くされてしまうこと也有ったので、家の鍵は事業所管理とし送迎時、訪問時は職員が鍵を持ちその都度開け閉めを行なうこととした。鍵が紛失することはなくなり、戸締り管理ができるようになった。

「認知症による問題行動」

日中突然怒り出したり、泣いたりと情緒不安定な場面が増えた事から長女に受診を促してみた。その結果、抑肝散を内服されるようになり落ち着くことは増えたがまだ時々興奮状態になる事がある。その際、私達は寄り添うケアの中、傾聴し、本人を受け入れながら落ち着いて頂けるよう心掛けた。

排泄に関しては、訪問すると廊下に便が転がっていたり、畳に放尿の跡があつたりした。その場合、その都度訪問した職員が掃除をしながら片付けた。長女へ報告と相談を行い、ご本人には布パンツからリハビリパンツを履いて頂くことにした。リハビリパンツに対しては抵抗もなく、失禁した場合にも以前のような大きな汚染は無くなつた。

早朝の徘徊により、迎えに行っても自宅にいないことが増えたため、迎えに行く時間を早めた。早番勤務者が出勤後7時前に行なうべき業務となり、訪問するとまだ休まれていることもあるので離床介助、外出支援もさせていただき、施設へお連れすることとした。迎え時間を早めてからは、早朝の徘徊を防ぐ事が出来ている。また、離床介助も携われるようなり、階段から転がり落ちた経験を持つ本人の、自宅内での転倒のリスクも低くなり安全確保につながつたと思う。更に近隣の方や派出所、民生委員からの協力も得ながら在宅生活の継続が可能となっている。

【まとめ】

私達にとって一番自分らしく落ち着いて過ごせる場所はどこか。ほとんどの人は自宅と応えるだろう。それは認知症である方も同じだと思う。

認知症だから独居なんて無理だと思われがちだが、周囲の支えがあれば独居も可能なことがわかつた。しかし、認知症の独居を可能にするには多くの支えが必要となる。家族や地域の方との協力や連携は重要といえる。その中で私たちができることは、管理できることや認知症による問題行動に働きかけることだけではない。A様に安心感を感じていただけるような携わりとケアの実施、更に独居である孤独感を取り除けるよう、その方の心を大切にし、寄り添う気持ちが大前提と考える。

仲良、笑顔の処方箋 ～ようざん中居スタッフが贈る個別ケア～

ケアサポートセンターようざん中居

大川原 誠

佐藤 真美

【はじめに】

今までの生活が、加齢による変化、病気の悪化により、変化してしまうこと。それは本人にとってはとても不安であり、恐怖です。これからどうしていいのか分からない不安や恐怖を抱えたまま生活をされている利用者様の為に、自分達が何を考え、どの様に寄り添って行けばいいか、そして不安な顔を笑顔にする為にどうケアをしていくか。私達ようざん中居のスタッフが、これらの不安の中で生活されている利用者様を笑顔にする為に取り組んだ個別ケアの事例を発表します。

【事例紹介1】

名前:Aさん 男性

年齢:92 歳

要介護度:2

日常生活自立度:J2

認知自立度:Ⅲa

既往歴:アルツハイマー型認知症、狭心症、不整脈、心身症、慢性胃炎、胃ポリープ、腰痛症、難治性逆流食道炎

【生活歴及び生活状況】:国鉄に就職し、東京で働いていた。戦後群馬で勤務。育児には積極的に家事全般をこなす事が出来た。バイクの免許も持っていたらしく、活動的。妻と死別してから独居生活となる。気丈な性格で妻の介護も自ら行い、介護サービスをほとんど受けなかった。2軒隣に長男が暮らしており、度々見守りを行なっている。独居になってからは1日中一人で寝ていることが多く、心不全、認知症にて状態が低下。独居生活が困難になり、週一回スーパーイーようざん双葉の利用を開始する。実際は自ら自転車にて通所し、週5回利用していた。金銭面等に不安があると、時間に問わず家族へすぐに電話をして、困らせる事が頻回になっていた。杖を振り回して暴れる等の暴力行為も長男宅で見られるようになる。自転車にて外出をしていたが、道がわからなくなり、家の中でも場所が分からなくなるほど認知能力が低下、家族も精神的に不安定になり、支援に対して「長い時間関われない」と消極的になっていた。

趣味:カラオケ、囲碁、将棋。特に囲碁については初段の腕前。昔は妻と日本を電車で1周旅行していた。

【施設内での様子】

利用開始直後は来所されても、数分後には帰宅願望により、「家に帰るので、木戸をあけて下さい。」「ドアを壊しても出る」と怒鳴る、消火器で窓を割って出ようとする、職員から鍵を奪おうと掴み掛けたりする等の行為が見られた。特に宿泊の日にはその傾向が顕著にみられ、「そんなことを頼んだ覚えがない！」「貴方達は不当に人を此処から出さない犯罪者だ！」などの訴えも聞かれた。息子さんに電話し、宿泊を了承され、そのことを自分でメモをされても、10分後には忘れてしまい、自分で書いたメモを見ても、「書いていない！」「電話なんてしていない！」と興奮され、自宅に帰る事などもあった。朝の迎えの際は外にいて待っていて下さい、「よろしくお願ひします。」と快諾し、来苑 자체を拒否する事は殆どないが、「どうして帰れない！」「用事がある、帰らせてくれ」とすぐ帰宅したがり、スタッフの跡をついてきて、出口を探して居室やトイレのドアを開けて回り、他の利用者から鬱鬱を買うこともしばしばある。

【課題】

- ・来苑しても、すぐ帰りたくなってしまう。→ようざんの中でやることが見つからない

【取り組み】

- ・家事が得意なため、洗った食器を拭いてもらうなど手伝っていただく。
- ・育児に積極的だったため、職員の子供などと触れ合ってもらう。
- ・囲碁、将棋などが得意なので、職員と一緒に対局する。

【取り組みの結果】

皿洗い、食器拭きなどは非常に手慣れた手つきで丁寧に行なってくれる。職員としても非常に助かっている。

手先がとても器用であり、鉗を使っての作業は集中して丁寧に行なって下さる。

その生真面目な性格からか、根を詰めすぎて疲れてしまう事もしばしば、そんな時に差し入れるお茶を飲むときの顔は充実感に満ちている。

職員が時折子供を連れてきてくれるが、非常に喜び、手を叩いてあやしてくれる。抱いてくださいと頼むと、「私だと危ないよ」と言いつつも、上手に抱きかかえ、笑顔で子供を見つめる姿は本当に奥様と一緒に子育てをしてこられたのだなと納得できる位手馴れている。

子供の一足一拳動を喜び、共に成長の喜びを分かち合って下さっていると感じる。

囲碁と将棋は真剣その物である。

囲碁に関しては、本人も碁会所に通っていて、段持ちだったことを話してくれる。その為、ある程度教えてくれながら行う事も可能で、1時間は集中して対局する事も出来る。今の所対戦相手が職員しかおらず、殆どやったことのない職員が一緒にやらせて頂くと、「これじゃあ力の差がありすぎて勝負にはならないよ」と申し訳なさそういう事もあり、未だに勝ったことのある職員はようざん中居にはいない。他の部署にも囲碁が出来る利用者様がいないか探している。対戦者求む。

【Aさんのまとめ】

真面目なAさんはここでは自分の役割がなく何をしていいかわからず、帰りたくなってしまったのではないかと考え、Aさんの生活歴から考えた個別ケアを実施し、帰りたいという気持ちを出来るだけ感じさせない個別ケアを実施した。いつもは帰る時間を常に気にしていて所在なさげにしていたが、色々な事に集中して取り組んだ日は「あれ？ そんな時間ですか？」と驚くAさん。自分たちはいつでもそんな時が経つのを忘れるようなケアを続けていきたいと思う。

【事例紹介2】

名前:Bさん 女性

年齢:78歳

要介護度:4

日常生活自立度:Ⅲa

認知自立度:A2

既往歴:アルツハイマー型認知症、高血圧、肝硬変

趣味:登山、外出

【生活歴及び生活状況】

現在の家で育つ。3人兄弟の長女。中学卒業後すぐ、税理士の事務所に平成22年7月まで勤務。蜂窩織炎(ほうかしきえん)で高崎医療センターへ入院、退院後は何もする気が起きず、家にこもる事が、多くなってしまった。その頃より急速に認知症状が表れ、認知症の診断を受ける。認知症専門のデイサービスを利用していたが、更に必要に応じて泊まりや訪問ができる小規模多機能の利用を開始する。

Bさんは歩行中に廊下にて転倒され、救急搬送された、骨折はなかったものの、肩部の痛みが強く、起き上がりが困難になり、入院生活を余儀なくされた。その入院生活の中でうつ傾向になり、食事量が低下、点滴によって栄養を摂取するようになる。入院中のリハビリも気力なく中々進まず、看護師より「好きな食べ物を持ってきてほしい」と指示あり。少しずつ、召し上がるも、体の炎症反応、濃縮尿によりバルーン挿入、うつ状態により、病院食を殆ど召し上がられず低栄養状態になったなどの理由から更に入院が伸びる。

【施設内での様子】

退院するも、食事摂取量が数口のみ、水分摂取量も減ってしまい、栄養及び水分の摂取量が依然改善されず、再び点滴開始。

全体的に活気がなくなり、様々な事に対して無気力。日中は机の上に突っ伏していることが殆どになり、発語が少なく、職員の質問に対して、時折、「はい」と答えることしか無い様な日もあった。下肢筋力の低下により、一人で立ち上することは勿論、退院当初は座位姿勢保持も難しい状態であった。食事もムラがあり、食べられない事が増えた。

【課題】

・食事摂取量が極端に減り、低栄養状態になる。→食事をすることに対する意欲がない。

【取り組み】

- ・好きな食べ物をモニタリングする
- ・好きな食べ物を普段の食事に取り入れ食事摂取量を向上させる
- ・特別な食事レクリエーションを実施し、非日常を演出し、気分転換して頂く

【取り組みの結果】

始めは何でもいいので、少しでも摂取量を増やすところから始めた。通常の食事だと中々食事が進まず、硬い物はずっと噛み続けている姿が見られた。

本人はハンバーグや焼きそばなど、味の濃い、柔らかい物が好きな食べ物であることがモニタリングから分かり、通常の食事の中にも好きな物を取り入れて、食事摂取量が一定量以下の場合には、経口栄養補助飲料などで補いつつ召し上がって頂いた。日によってムラがあるものの、以前より徐々に食事摂取量が向上し、入院以前に近づいていった。

ようざん中居では毎月 29 日を肉の日として、机を一つに付けて、ご利用者の方の目の前で調理をし、下ごしらえを手伝って頂き、一緒に乾杯をして、普段とは違う食事を楽しんで頂ける夕食レクリエーションや群馬B級グルメーとして、群馬のB級グルメを作り、召し上がって頂く 2 種類の食事に関するレクリエーションを企画して実施している。

食事レクリエーションに参加されたBさんはとても楽しそうに食事を召し上がり、食事中に「おかわりいりますか」という質問に「もっと下さい」と笑顔で答えて下さる場面もあった。日中に行っているリハビリテーションにも、少しずつ意欲的になり、半介助にて立ち上がりと車椅子への移乗、短距離の手引き歩行も可能になった。まだ日中寝ていることが多いが、声掛けに対して返答してくれることも増えた。

【Bさんのまとめ】

退院後は何に対しても無気力になりがちだったBさん。好きな物を食べるということの楽しさを通して少しずつ活気と自分の生活リズムを取り戻しつつある。

「何が食べたいですか？」という質問にも少し考えて「行きつけのお寿司屋さんがあるの、また行きたいわ。」とはっきり答えて下さった。食べる事で、生活を楽しんで頂けるケアを提供していくたいと思う。

【全体のまとめ】

今までの生活が、加齢による変化、病気の悪化により、変化してしまうこと。それは本人にとってはとても不安であり、恐怖です。私たちはそんな不安や恐怖を和らげる為に、その人を知り、考え、慮ることで、その人たちを笑顔にできることがこの仕事なのだと考えます。その人に何ができるの

か、その人にとって何が喜びなのかを考え、向き合って、笑顔になってもらえるようにチームでご利用者様一人一人が笑顔になって頂ける様にしていきたいと思います。

「あの頃のよう歩きたい」～皆の寄り添う気持ち～

ケアサポートセンター ようざん 小塙

中村 愛美

【はじめに】

昔、スポーツマンだったA様。69歳まで車に乗って買い物をしていた。そんなA様が寝たきりになって車椅子生活を送ることは、ご本人様にとって望まない生活に感じているのでは…と思ったのがきっかけだった。ご家族の希望とA様の意思を尊重し、A様が以前のように自立した生活を送れるようになって頂きたい。これから医師・訪問看護・介護士の連携により寝たきりから手引き歩行が可能になるまでに改善された事例を紹介します。

【利用者紹介】

氏名:A様 女性 77歳

要介護度:5

認知症高齢者の日常生活自立度:Ⅲa

【既往歴】

75歳:逆流性食道炎

入院歴はなく体は丈夫。

【生活歴】

53歳までパート勤めをしていた。若い頃はスポーツマンで運動神経が良かった。

趣味は無く、社交的ではなく一人でいるのが好き。お風呂が嫌いで入院前は1年間入っていなかった。H26.8に自宅で腰痛にて動けず救急搬送され入院となる。

【利用開始時の家族の希望】

突然寝たきりになってしまったが、このまま寝たきりでなく少しでも元気になってもらいたい。歩けるようになれば良いのだが…。

【利用開始時の様子】

- ・入院時より食欲不振、水分も摂れていない状態だった
- ・4ヶ月間、入院し寝たきりだった為、体動困難。
- ・言葉は出せるが意思疎通は困難。介護に対する拒否あり。
- ・両足の浮腫みが顕著。

【経過及び取り組み内容】

(ようざん小塙利用開始) 11/28

- ・五分粥・副菜半分量キザミ食で対応するが、摂取量は1~2割程の日が続いた。
- ・足が曲がらず伸びたままの状態。一般的の車椅子ではずり落ちてしまう為、リクライニング式の車椅子を貸与。紙オムツ対応、ベッド上でのオムツ交換。
- ・年内いっぱいは宿泊利用。

(医師との連携開始)

12/1、クリニック受診。状況報告し、内服薬処方。

(逆流性食道炎の既往歴あるため、胃薬と食欲増進剤の処方)

主治医より訪問看護を入れてはとの話しありカンファレンスを開くことに。

(1回目のカンファレンス実施)

12/4、息子、主治医、ナースステーションようざんとカンファレンス実施。

- ・医療保険による訪問看護を導入することに。
- ・栄養補助飲料を処方し、栄養状態の改善に努める。

(訪問看護との連携開始)

12/6、訪問看護利用開始(点滴、足のマッサージ)、エンシュアによる栄養補助を1日1缶提供開始。

利用開始して1週間程経った頃から食事、水分とも意欲的に摂取されるようになる。

(主治医、訪問看護と2回目のカンファレンスを実施)

医療保険での訪問看護を入れているが、状態改善してきているため、このまま訪問看護を入れてはどうか?

…1月より自宅に訪問看護を導入することとした。

12/26、食事摂取量増えてきた為、お粥から米飯に変更

(訪問看護利用開始)1月~

週1回30分、自宅で足のリハビリ、マッサージを行う。

(リハビリ開始して1ヶ月が経過したある日のこと)

2/21、本人より初めてトイレの訴えあり。

トイレに行ってみますか？と声を掛け、手を差し伸べると、手を握って立ち上がろうとする。試しに2人介助で手引き歩行すると短い距離だが歩行し、トイレにて排泄が出来ている。主治医、訪問看護に報告。

この日より紙オムツからリハビリパンツに変更。2人介助でトイレ誘導を行うことに。

以降、オムツ交換はせず、トイレ誘導にて排泄介助を行えるようになった。

(ひやりはっと発生)

2/24、昼食後居室へ誘導し午睡。少ししてから廊下の手すりにつかまって立って歩いているのを発見。ベッド柵はしたままで、ベッドの下側から降りた様子。

事故に至らなかつたが、再発防止の為、ベッドから布団対応に変更。

以降、立ち上がりはないが、布団から居座ってくる姿が見られるようになる。

(3回目のカンファレンス実施)

手すりを持って立位保持や居室から居座って出てくることが増えてきたので、週1回の訪問看護以外にようざんで出来るメニューはないかと考え、看護師に相談。

ようざんで出来るリハビリメニューを作成して頂くことになった。

(ようざんでのリハビリ開始)

3/8、訪問看護が作成したリハビリメニューで両足のリハビリ開始。

(他動・自動訓練・1日1回、ホールからトイレまで歩行訓練)

(車椅子の変更)

4/1、椅子での座位保持が出来るようになった為、リクライニング式車椅子から一般の車椅子に変更。食事提供をワンプレートから通常提供にする。

【現状のA様】

・訪問看護と連携しリハビリを毎日行っていく中で足の筋力が増え、1日1回の手引き歩行が出来るようになったが、それに伴い転倒や足を痛めるリスクが高まっている。

・利用当初は意思疎通困難で介護拒否が多く見られていたが、笑顔でいることが増え介護拒否も減少した。歌レクを行うと声に出て歌われるようになった。

・体重増加、栄養状態改善されている為、エンシアの提供を終了した。

(12月 33.7 kg 1月 34.4 kg 2月 35.9 kg 3月 37.3 kg 4月 36.2 kg 5月 37.7 kg)

・自宅に週3回帰れるようになった。(夕方～明朝まで)

・日中、車椅子の使用を止め椅子にて過ごせるようになった。

【今後の課題及び問題点】

①現在行っているリハビリの量を増やしていくかどうか

…足の筋力は増えるが、同時に自分で立ち上がろうとすることが増え転倒や足を痛めるリスクが高まる。

②住宅改修の必要性が生じる

…自宅へは寝泊りに帰っている状態で殆どベッド上にて過ごされている。本人の寝室は畳になっているが、沈んでいる箇所がある。現状では這って移動しているが、今後単独歩行が出来るようになった場合、転倒する可能性がある。

家族の希望を聞き課題解決に向けて医療との連携を強化していきたい。

【まとめ】

A様が以前のような生活を送れるようになるにはまだ時間が掛かります。ケアを行う過程で多くの課題が出ました。A様とリハビリを行っていく中で笑顔が沢山見られ、リハビリに対し意欲的な姿勢が見受けられるようになりました。同時にADLが退院時に比べ改善されてきているのを感じました。

ベッド上での生活だったA様が歩くようになり、食事形態も常食に近づき、他利用者様もA様の変化に気付きコミュニケーションの輪が広がっています。

【ケアの専門職として】

家族の方は現状まで回復したことに感謝の言葉を述べて下さり「また以前のような生活を送れれば…」と話して下さりますが、反面転倒や足を痛めるリスクが高くなっていることを心配されています。介護サービス利用が初めてで、どうするべきか分からないと悩まれています。

家族の不安を取り除き、A様の現在の状態を維持、改善していくためにはどのようにケアをしていくべきか。私達介護士のみでなく、医師・訪問看護とも連携を図りながらA様と家族のケアを行い両者が望む生活を送れるようサポートしていくのが私達の役割だと思います。

私の届かないこの想い～86年目の数々の苛立ち～

ケアサポートセンターようざん倉賀野

齋藤 修一

川連 晃子

①はじめに

皆さんは、知識や経験のみで認知症や片麻痺の利用者様など、中重度の身体介護を要する高齢者の気持ちについて考えてみたことはありますか。

日常の業務が忙しく、意識しているつもりでも、職員本位でのケアをしていませんか？

本活動に取り組む前に、私達ケアサポートセンターようざん倉賀野では、より利用者様の気持ちに近づく為、有志を募り、千葉県福祉ふれあいプラザで行われている「認知症疑似体験・高齢者疑似体験」の研修に参加しました。

この研修は、長寿社会文化協会(WAC)WAC会長の一番ヶ瀬康子様を会長とし、長谷川和夫聖マリアンナ医科大学理事長と板生清氏。その他、東京大学大学院教授を特別委員とした高齢者疑似体験プログラム開発研究委員により開発された研修です。この研修では健康な80歳を想定し、ベストの左右のポケットに1kgの重りを着け、両腕に750gのリストバンドを着用し、可動域制限を掛け、知覚鈍磨を設定する為に両手に2枚の手袋を着用しました。足には、膝や足首に重りをつけ、筋力の低下に伴い膝関節が動きにくくなる状態を再現しました。また白内障体験ゴーグルを掛け以下の研修課題に取り組みます。

課題：

1.お買い物の体験をしてみましょう。ビニール袋にペットボトルをいれて30歩、歩いてみましょう。

ペットボトルの大きさは体験者が決めて下さい。

2.足の爪をきる事として、つま先を触って下さい。いつものようにできますか？また階段の体験もしてみましょう。

3.スタッフから財布を受け取り、財布の中にお金はいくら入っているか見て下さい。

金額を介助者に伝えて下さい。階段の体験もしてみましょう。

その他車椅子移乗体験と、トイレがわからなくなる想いに近づく認知症疑似体験を行ない、いつまでもトイレに辿り着けない想いや、不安な気持ちを感じ取るシュミレーション映像を観て認知症高齢者の気持ちに近づくことが出来ました。また、平成27年度介護報酬改定の概要に、地域包括ケアシステムの構築を実現していく為、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の強化。『心身機能』『活動』『参加』の要素にバランス良く働きかける効果的なリハビリテーションの提供、推進をする上で大きなヒントを頂くことが出来ました。

②研修受講生にインタビューを行ないます

私は、「認知症疑似体験、高齢者疑似体験」の研修を受け、一番印象に残っていることは、自尊心を傷つけてはいけないという重要性。高齢者に対し、優しく見守り、失敗行動に対しては、支持的

に関わること、認知症によって、生活行動ができなくなっていることを、ケアをする私達は、忘れてはいけないことに気づきました。また、福祉ふれあいプラザの職員とディスカッションを行い大切な言葉を頂くことが出来ました。

それは、「今日出来たことが明日出来るとは限らない」。私は、この言葉の意味を深く考え、今では、この言葉を忘れることが出来ません。また、利用者様と寄添う気持ちやラポールを築きあげる事の重要性を学ぶことが出来ました。この研修で学んだことを常に意識し、目を合わせ笑顔で接することや、環境整備の工夫がいかに大事なのかを今回の体験研修から得る事が出来ました。自分が働く現場で実践し今後に活かしたいと思います。研修後、全職員でカンファレンスを行ないました。現在抱えている問題点の多い利用者様。今年に入り、周辺症状が多く、興奮や不穏が目立ち、職員に対し攻撃的な日常生活を送る A 様の届かない想いを受けとめ、穏やかに過ごされて頂く為の取り組みをご紹介致します。

困難事例紹介

『86 年生きてきてこんな事は始めてだ』

『ここの職員はどうなっている』

A 様 86 歳 要介護 2

障害高齢者の日常生活自立度 B1

認知症高齢者の日常生活自立度 IIIA

既往歴：うつ血性心不全(平成 24 年) 腰部脊椎管狭窄症 変形性関節症

高血圧 痛風 両側硬膜下水腫 腰椎間板ヘルニア 突発性難聴(右耳)

※利用開始当初は認知症の診断はおりていません。

生活歴：娘二人が独立し、長年奥様と二人暮らしであった。奥様が認知症発症して以降は、長女宅にて生活するが、家庭事情により平成 27 年度より倉賀野の自宅から小規模多機能型居宅介護ようざん倉賀野を利用する。(独居)

取り組み① 家族会の開催

わが道を行くタイプの A 様、男が外に働きに出掛け女は家で家事をしろという考え方。なかなか本人様の本音を聞き出すことが出来ず、関わり不足からか、利用開始当初は、想いを訴えたいのだが訴えられない為、机をたたき苛立ちをアピールする光景が多々観られ、傾聴し話を伺っても「何？？」などと言われ職員に心を開いて頂けず、寄り添うケアに結び付かない状態でした。また、長女様宅に帰った際にも、同様の問題が頻回となり、その後倉賀野の自宅で過ごすことになるも、日常の生活に対し不満・要望が多くなりました。今まで認知症の診断はおりていませんでしたが、認知症から引き起こす周辺症状が頻繁にみられるようになりました。

・性格が及ぼす訴え事項

「部屋が暑い(寒い)」

「ごはんが熱くて食べられない」
「熱くて茶碗がもてない」
「お風呂の時間は1時間入っていいのに短すぎる」
「布団が暑くて寝られない。布団を干すのがいけないんだ」
「暑くて寝られない。だけどエアコンは布団と関係ないだろ」
「窓を開けたら寒くなってしまう」
「俺はいつも午前中に入るのに何で今日は午後なんだ」

・周辺症状

「水道停め忘れ」
「電気消し忘れ」
「周徊」
「常同行動」
「興奮状態」
「家族に依存傾向」
「飲まれた薬を飲んでいないと不穏になる」
「時計がなくなった。誰かに盗まれたのかな」
「ご自宅の在宅酸素の電源が入っていたけど、職員は鍵を持っていて開けて入るのか」
「膝掛けがない。一緒に探し見つかると、俺はそんな所にしまってないと不穏」
「入浴前と入浴後の時間の確認」
「迎えの時間が5分早い(遅い)と不穏」
「ようざんで宿泊時暖房を付けて寝たのに、誰だ。冷房にしたのは、寒くて寝られない」
「思うようにいかないと特定の職員のせいだと決めつけ意図的なのかと被害妄想」
「はにかむように鼻歌を唄われる」
「入浴の為、脱衣所で服を脱ぎ途中尿がしたいと言い風呂場で排尿。または、裸のままホールへ出てこられ平然とトイレへ向かう」

・その他

寒暖のコントロールが上手く出来ず、足が冷たいからとズボン下を4枚履いていたり、暖かいにも関わらず暖房やコタツを利用しています。
「冷房を付けているのに暑いからちょっと来てくれ」と自宅から電話があり伺うと冷房を付けながら、コタツにあたっていたりする姿が頻回に見られております。
このような発語や周辺症状が頻回に見られ、自分の訴えは全て正しく、否を認めない。傾聴し状況説明するも「そんなことはない。今まで一度もなかった」と興奮され攻撃的になられてしまう為、職員もどのように接していいのかわからない状態になってしまいました。そこで、長女、次女様、お孫様二人に参加して頂き家族会を開催しました。

普段 A 様が召し上がるられている食事をとりながら、私達の知らなかつた A 様の『人となり』を知ることが出来ました。

家族会にて得た A 様のアセスメント結果は以下のようになります。

□娘さんより得たアセスメント

①性格

- ・昔から亭主関白。
- ・ケチで不器用ながら正直。
- ・歳と共に人が変わった様子。
- ・自分のミスは決して認めず、他人のせいにする。
- ・最近思った事を言えているのは慣れてきた証拠だと思う。
- ・もともと外面がよく、自宅にいるとわがままな性格。
- ・主治医である近藤先生の事をとても信頼している。
- ・失敗した時に自信喪失してしまう為、自分で決めることが出来ない。

②食事について

- ・歳をとると共に魚が好きになり魚ばかり食べていた。
- ・元々肉は好きでありホルモン、モツ煮が特に好き。
- ・野菜を食べない。
- ・お米は電気代節約の為、炊き上がると電気を抜いてしまい、いつも冷飯を食べていた。
- ・70 代で娘様の自宅では、最初はご飯を計量していたが、もの足りずおかずをドカ食いしてしまい一時期体重 100kg オーバーになり、今後に不安を感じる。(お茶碗を持って大体の計量) が出来ます。

③趣味

- ・休みの日はバイクに乗り一人で旅にする。その際奥様に行先告げず。
- ・歴史に関するものが好きで、お孫さんに教えるのが好きだった。
- ・住み慣れた街での倉賀野伝説をすべて知っている。

□お孫さんが想う A 様との思い出

- ・川へカモを観に出掛けた。
- ・歌や絵などを教えてくれた。
- ・自転車で様々な所へ一緒に出掛けてくれた。
- ・歴史が詳しく、よく教えてくれた。(倉賀野の伝説について)
- ・花、野菜に対しても詳しい。
- ・十二支カルタで良く一緒に遊んでくれた。

A様は、現在認知症の診断がおりていませんが、施設内での日常生活の様子を報告し、認知症における周辺症状(BPSD)の説明。また、一人暮らしを初めてからの変化を知つて頂き、一度、認知症外来を受診して頂けないかの相談を行ないました。家族様も近況の変化に気づき、認知症外来受診に同意して頂き、受診する運びとなりました。

取り組み②認知症外来受診

群馬県認知症疾患医療センター 医療法人 育生会 篠塚病院受診
ご家族様と受診同行させて頂く

初回受診

- ①MMSE(ミニメンタルステート検査)
- ②Dr.との問診
- ③MRI画像診断

問診では日常生活の様子を報告し、本人様、ご家族が現在困っている事を報告、相談を行ないました。

検査結果

- ①MMSE(ミニメンタルステート検査)24/30
- ②MRI画像診断
(詳しい詳細、MRI画像は別紙資料をご確認下さい。)

診断名 両側硬膜下水腫、『前頭側頭葉変性症(FTLD)』否定出来ず

※典型的なアルツハイマー型認知症では無いもののMMSE検査では、近時記憶は0点で、得点を取る事が出来ず、アルツハイマー型認知症の初期的症状が見られる。また2年前の画像に比べ、水腫の範囲も広がり脳萎縮も見られ、日常生活の中で苛立つ事や興奮される事、注意や指導に対しても気にならない。無気力、自発性、意欲の低下、常同行動(時刻表的生活)などがある事から前頭側頭葉変性症の疑いありとなる。また脳内に小さな出血あり、脳梗塞の危険性がある為、日々のケアに注意が必要である事が今回の受診で判明する事が出来ました。病気(症状)の進行を早めたり、本人様の興奮状態が治まらなくなり、症状を悪化してしまうリスクが高い事、アセチルコリンは足りている考え方から、アリセプトは処方されず、神経の高ぶりを和らげる目的とし、穏やかな抑肝散を処方して頂き、経過観察を行い半年後再受診し、MMSE検査とMRI画像診断を再度行う運びとなる。(認知症療養計画書別紙あり)

取り組み③取り組み活動ファイルの作成

家族会で得たアセスメントを全職員に共有してもらう為、まず取り組活動ファイルを作成し、A様に対し関わる時間を増やし、全職員に共有する。また、最近訴えが増えた事に関して以下の取り組みを行ないました。

- ・本人様のご飯を先によそい、出来るだけ冷ました状態での提供。
- ・硬くて食べられないという訴えに対し、葉物類・ごぼうなど、繊維のあるものに関しては、さらにかみ切れるように茹でてからの提供。
- ・熱いものに関しては事前に本人様に口頭にて説明。
- ・薬を飲んでないという訴えが始まった為、本人様にもサインを頂き同意して頂く。
- ・洗濯しに行きたいという訴えに対し、すぐに対応するようとする。
- ・暑くて寝られないという訴えに対し、宿泊室の変更。窓を開け風通しを良くしておく。また、「寒くて寝られない」との訴えに対し夕方 5 時から暖房をつけ宿泊室を温めて対応する。
- ・足が冷たい訴えに対し、「自宅のコタツに入りたい」と希望された時、速やかに対応する。
- ・「午後は洗濯するから、お風呂は午前中に入れてくれ」という訴えに対し全職員共有し周知する。
- ・「お茶を全然くれない」という訴えが頻回に現れ、不穏になられた為、お茶のおかわりの声かけをする。

このように数々の訴えに対し、ご本人の自尊心が傷付かないよう、興奮や不穏に、なる前に対応の仕方や提供の仕方に工夫を働かせ先手を打ち対応を致しました。また食事の提供後は、「今日の食事はどうでしたか?」「固いものはありませんでしたか?」と確認を取り、次の食事提供に結びつけました。これらを取り組むことにより、徐々に興奮や不穏になることが軽減され、次第に表情も穏やかになりました。

取り組み④回想法及び寄り添いノート作成

家族会でのアセスメントを元に、回想法を取り入れました。会話したことを全て寄り添いノートに記入し職員全員で共有しました。

生活歴や趣味、人生で一番輝いている時代についての様々な話題を提供すると、満面の笑顔で応じて頂くことができ、難聴で今まででは会話が少なかったり、「俺は耳が聞こえないからつまらない」と、孤立している時間が多かった A 様ですが、日常生活の中での表情も良く、今までにない他利用者様に話を掛けることや、会話を楽しむ姿を見受けられるようになりました。また、なかなか集団生活に馴染むことが出来ず、日々のレクリエーションでは、ほぼ参加できていませんでしたが、徐々に参加して頂く事ができ、数多くの笑顔を引き出すことが出来ました。

取り組み⑤チェックリストを作成しモニタリング

不穏や興奮、周辺症状が多々出現したした頃と比べ 5 つの取り組みを行なう過程でチェックリストを活用して数字化。(モニタリング)を行ないました。(モニタリング結果は別紙資料をご確認下さい。)

＜考察まとめ＞

今回の活動を通し、当事業所に足りなかった情報の共有、アプローチの仕方、家族様との情報交換が、少しずつではありますが、意識改善することが出来ました。

利用開始当初、一人の時間を大切にしたいイメージが強いA様、集団生活に馴染めず、孤立がちでした。職員は、これがA様本人の想いであり、その人らしさだと勘違いし、必要最低限のケアにとどまっていました。しかし、これは間違えであり、取り組みを通し、家族会や寄り添いノートを活用することで、本人様はもっと自分の好きなことには誘ってほしいし、今までの趣味を他の人にも興味を持ってほしいことが分かりました。話をすればするほど、数多くの笑顔が見られ、自信に満ち溢れた顔をみることが出来ました。自宅に家族様が来た際などに、「食べ物が硬くて食べられなかったのが急に食べられるようになった」などと、施設内での苛立ちが少し改善されたのではないかと思えるような発言が、あったことも報告されています。

利用者様には、届かない数々の苛立ちがある事、私達、同様ストレスを感じることを学びました。自立度が高い利用者様に対し職員は、『昨日できたから今日も出来るだろう』と思い込みのケアをしがちですが、実際利用者様は、その日の体調や気分に左右され、出来ない事もあります。そのシグナルに、気づいてあげることで、数々の届かぬ想いに寄り添え、また利用者様自身も「この職員は自分の気持ちをわかってくれる」という安心感に繋がり、職員と利用者様とのラポール形成に結びつくのではないかでしょうか。

私達が築けたラポール形成に結びついた本人様の言動、は以下の通りです。

- ・定期的にお茶の声掛けすることで、本人様より『流石がプロだなあ。ありがとう』
 - ・宿泊時の部屋の温度調整行うことで、
『〇〇さんが、俺の為に気を揉んでくれて?悪いのう、ありがとう』
 - ・食事提供後、今日の食事はどうでしたか?と確認とことで、
『良かったんじゃねんかあ。噛み切れたよ。工夫してくれて、ありがとう』
 - ・外食レク(蕎麦屋)に誘うと『また連れてってくれるんかあ?悪いのう。ありがとう』
 - ・訪問、配食の下膳に伺うと、『今、電話しようと思ってた。来てくれたんかあ。ありがとう』なかなか心のうちを開かないA様から、これらの「感謝の言葉」を頂くことが出来ました。
- 私の届かない想い～86年目の数々の苛立ち～をテーマに活動して参りましたが、
『～86年目の数々のありがとう』に結びつくことが出来ました。

＜最後に＞

2025年(平成35年)に向けて医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される(地域包括ケアシステム)とありますが、私達は、認知症のケアのプロとし、一つ一つの課題を乗り越え、間じかである団塊の世代、3人に1人が認知症高齢者の時代を迎えます。現在求められているケア、これから求められるケアやサービス提供を学ばなければならないことを改めて感じます。今回の活動に取り上げたA様ですが、篠塚病院にて前頭側頭葉変性症否定できずと診断され、自ら

学ぼうとするも、症例報告は少なく、内部研修で行なっている認知症勉強会の資料を読み返し、知識を深め対応の仕方を学び今後に活かしたいと思いました。今後、どんな陽性症状が出現するかわかりませんが、私達、ケアサポートセンターようざん倉賀野の職員は、自らが学び、アプローチを掛け、利用者様が安心して「ホッと出来る時間・空間づくり」の提供が出来るよう、向上心を持ち業務に取り組みたいと思います。

どんな困難なことに遭遇しても…

「私の居場所」

スーパー代イようざん

宮田 真理子

スーパー代イようざんでは日々レクリエーション、体操、ゲーム、そして個別レクを充実させております。利用者様に合ったレクリエーションの提供を心がけており、中でもギター演奏会が大人気です。ギターを弾く利用者様が居ない時は「今日はこの人居ないの??」「ギターに合わせて歌うのは最高!!」と利用者様各々楽しみにもしてくださっています。

でも……

ギターを弾く利用者様 A 様利用開始の時はとても大変な利用者様でした。

※利用者様の紹介をさせて頂きます。

A 様 昭和 16 年生まれ 74 歳 男性

要介護度 1 アルツハイマー型認知症 帰宅願望がとても強い方

平成 26 年 9 月利用開始 現在の利用週 3 回

スーパー代イようざんを利用される以前、他のデイサービスを利用。そこでは帰宅願望強く「俺は帰るんだ!!」「ここから出せ!!」と怒鳴り強くドアを叩いていたとのことです。スーパー代イようざんの利用初日、お迎えの車に拒否なく乗って下さり、来苑にも拒否や怒り出すことはなく職員一同安心……。

しかし！

しばらくすると、「嫌だったのに、連れてこられた。」「もう、帰らせろ!!」と出口を探し始め落ち着かなくなくなりました。

↓

職員の個別対応(A様の話を傾聴・趣味のギター演奏)にて落ち着いてくださる。

「良かった」と再び安心したのですが…

昼食時になると、またして「食事はいらない」「まだ、仕事があるから帰る。」の一点張りです。

↓

「医者さんから、検診は空腹状態では出来ない」「奥様から電話がありました」と職員の対応にてなんとか召し上がって下さる。という状況でした。

そんな、A 様ですが、“ギターを弾くのが得意”と奥様から聞いていたためこちらであらかじめギターを用意。「弾いて下さい」とお願いすると、『荒城の月』『星影のワルツ』等弾いて下さる。

最初は、しぶしぶでしたが次第に来苑されるとギターを見つけ弾いて下さるほどになりました。

そして…

利用から一ヶ月過ぎたころ、

「帰りたい」から「楽しいところ」に変化?!

そのころには、帰宅願望も食事の拒否も少しずつ減少してきました

二、三か月後には環境にも慣れ、今ではすっかり食事拒否はなくなりました。帰宅願望は本心からではなく職員の注意をむかせるためのものへ変化しました。利用日も週2回から3回に。利用時間も最初から比べると2時間以上長くなりました。今では「毎日行っても良い。」とおっしゃっているとのことです。

そして、4月には通貨レクにてA様のギター演奏会を開催して大好評でした。「またやってほしい」「楽しかった」と参加した利用者様も楽しんで下さりました。弾いて下さる曲も増え、ギター演奏のための歌集を作らせて頂きました。『昔の名前で出ています』『偉せさがして』『影を慕いて』等です。ギターを弾いて下さるときの表情は毎回真剣で、スーパー・デイ・ようざんで弾くため家で練習もされるそうです。また、ギター演奏だけでなく、体操やゲームにも楽しく参加され、カルタでは読みを担当して頂く程です。

そして、一番の変化は……

“冗談をおっしゃるくらい今の環境に打ち解けてくださった”ことです。

A様の奥様からは

「スーパー・デイ・ようざんを利用でき本当に助かっています。」

「ようざんさんなら安心して送ることができます。」ととても感謝して下さり喜んで下さっています。

スーパー・デイ・ようざんは、認知症対応型施設ということで、認知症の方を対象とした施設です。まずは、利用者様の送迎から一日が始まります。しかし！お迎えに行き「おはようございます。お迎えに来ました。」「ようざんに行きましょう。」「はい!!」とスムーズにいかないのが送迎の難しいところです。

なぜなら……

スーパー・デイ・ようざんでの新規の利用者様の大半が“連れ出しが困難”なのです！！！

そんな連れ出しが困難な…

※利用者様の紹介をさせて頂きます。

B様 昭和10年生まれ 80歳 女性

要介護度1 アルツハイマー型認知症

平成26年8月利用開始 現在の利用週3回

スーパーDEIようざん利用初日はとてもスムーズでした。隣に座っている利用者様と仲良く話す姿もあり、話が好きな方でゲーム等体を動かすのが得意との事でした。帰る際にも「デイサービスにもっと来たい」とおっしゃっていました。→そんな姿に職員一同安心
ちょうど一ヶ月が過ぎたころ。。。。。朝お迎えに行くと「今日デイサービスの日だっけ?」「忘れてた。用意とかしてないから今日は休みます。」と強い拒否がみられる。

↓

「B様にお願いしたいことがあるのです」と職員の対応で来苑される。

来苑された後は帰宅願望等一切なし。

次の利用日にお迎えに行くとスムーズでした。

連れ出しが困難な日とスムーズの日との繰り返しでした。

段々とスーパーDEIようざんに来苑する事が慣れてきたのかと思っていると徐々に連れ出しが困難で来苑が難しくなっていきました。

「忘れてた。」を理由に「今日は、娘が来るの!! だから留守に出来ないから休ませてもらう。」と頑固として拒否……

↓

「B様に手伝って頂きたい事があります。」と職員の対応にてどうにか来苑してくださる。

そして！

ある日は拒否がとても強く連れ出しが出来ずお休みという結果になってしまいました。

このままでは、B様にとっても負担をかけてしまうし、何よりスーパーDEIようざんに来るということが嫌になってしまうのではないか…

職員一同とても悩みました。情報を共有し合い “どのように対応したら来苑して下さるか”を相談し合いました。

やがてB様にも変化が！！！

ある日お迎えにいくと家から飛び出るように出てきたとのことB様に訳を聞くと「迷惑かけるからようざんを辞める。と言ったら息子に怒られた」とおっしゃっていたのです。それからは、息子様と喧嘩したと言って家から飛び出てくるようになりました。半年が過ぎたころとっても大きな変化が現れたのです!!!

突然「今日もデイサービスに行きたい！」とB様ご本人から一本の電話が！？

これには、職員一同驚きを隠せませんでした。何があったのだろう。。。。。。

それは、お医者様に「デイサービスちゃんと行ってるかい？？」の言葉がきっかけだったようです。

今では、連れ出しが困難なことはなくなりました。仲の良い利用者様と楽しく話すことが増え冗談もたまにおっしゃります。「Bさん。今日ここに泊まって行きませんか？」に「泊まってこうかな！」と言つていただけるほどになりました。

終わりに。。。。

スーパーDEI ようざんでは、個性溢れる利用者様が多く、毎日毎日が新鮮です。楽しく仕事をさせて頂く反面、難しい場面に直面することも多々あります。

ですが！その場面を乗り切った時こそ、利用者様と私たち職員の間に初めて信頼関係というものが生まれるのではないかでしょうか。

今後も利用者様のニーズに合わせての対応が出来るよう職員一同努めています。利用者様はもちろんご家族の方にも喜んで頂き、出来る限りのご要望を傾聴し、実現できるようこれからも最高のチームワークでおもてなしをしていきます。

ライフスタイル～環境と人間関係を整える～

スーパー・デイ ようざん 栗崎

松田直樹

はじめに

前頭側頭型若年性認知症を発症したS様が、63歳から65歳になるまでの2年間スーパー・デイ ようざん 栗崎を利用され、介護者と連携を図りあらゆる生活パターンや介護方法を試行錯誤した結果、勝ち得た穏やかな日常生活について紹介いたします。

対象者紹介

S様、65歳 女性 前頭側頭型認知症(S病院情報提供書)

夫との2人暮らし、老々介護で孤立傾向にある。日常生活及び介護全般にわたって夫が担っている。

平成23年10月夫がS様の様子の変化に気づき受診。若年性認知症と診断される。

24年9月異食・暴力などの症状が出現し、同年12月S病院入院療養生活となる。

25年4月退院され介護サービスの利用開始となる。

退院直後、他事業所の認知デイを利用していたが、25年6月からスーパー・デイ ようざん 栗崎を週1回の割合で併用利用開始された。

現在では、スーパー・デイ ようざん 栗崎を週7回・365日毎日利用されている。

服薬は利用開始以来、メマリー20mg・抑肝散54を服用されている。

前頭側頭型認知症の主な症状

- ◆無関心…服装や衛生状態に無関心で不潔になる。周囲の出来事に興味を示さなくなる。
- ◆逸脱行為…反社会的行為(万引きなど)
- ◆時刻表的行動…散歩などを決まった時間に行う、止めると怒る。
- ◆異食行為…毎日同じものしか食べない。際限なく食べることもある。砂糖をなめる。
- ◆常同行動・反響言語…同じ言葉を際限なく繰り返し、他人の言葉をオウム返しにする。
 制止しても一時的に止めるみ。
- ◆発語障害・意味障害…無口になる。ハサミ・眼鏡などを見せても、言葉の意味や使い方が分からなくなる。
- ◆記憶・見当識は保持…最近の出来事は覚えているし、日時も間違えない。道も迷わない。

S様の周辺症状

利用開始当初(平成25年～26年にかけて)前頭葉の症状が強く表出していた。

- ◆無関心…服装や衛生状態に無関心で汚れた服を平気できている。入浴しないことが多く異臭があっても気に留めない。髪型や化粧をしなくなった。人前で平気でズボンを下げて下着をだす。

- ◆逸脱行為…他者の食べ物を平然と食べてしまう。仕舞い込んだ食べ物の場所を覚えていて、勝手に取り出して食べてしまう。食べ終わった食器を隅々までなめまわす。唾を吐く。
- ◆時刻表的行動…決まった時間になると帰宅準備をする。出口を探し出口の扉を開けようとガタガタさせる。施設内をウロウロと歩き回る。食事の時間が近くなると食事が運ばれてくる方向へ見に行き、食べ物を見ると配膳前に食べようとする。止めると怒る。
- ◆異食行為…際限なく食べることもある。排泄時使用したトイレットペーパーや便を食べる、排尿時尿で汚れた手をなめる。
- ◆常同行動・反響言語…同じ言葉を際限なく繰り返し、他人の言葉をオウム返しにする。制止しても一時的に止めるのみ。以前は、文字看板の文字を声に出して読む。「いい子ちゃんねえ」送迎時は信号を見ると「赤・青」最近では「モエエ」などと言い続ける。
- ◆発語障害・意味障害…メガネの使い方が分からず眼鏡を壊してしまった。
- ◆記憶・見当識は保持…いつもの道順を覚えていて、いつもと違う道を通ろうとすると奇声をあげて道が違うことを訴える。いつも自分の座る場所を覚えている。自分の荷物をしまうロッカーを覚えている。帰宅時に待つ場所を知っている。自分の好きな本を覚えている。読み終えると所定の場所に片づける。

【ライフスタイルを整えるためには ？】

私たちは、S様が日常生活を穏やかに過ごすことが最優先課題であると考え、前頭側頭型認知症のタイムスケジュール的行動パターンを活かしたケアに取り組んだ。

タイムスケジュール的行動パターンの形成を軸として、上記の周辺症状を共に解決すべく取り組んだ。

タイムスケジュールを確立するために介護者と連携を図り、基本となる生活パターンを把握した。

【タイムスケジュールの変遷と取り組み】

介護者と意思の疎通と協力関係が重要である為、事細かに打ち合わせ難題と思える要望に対しても柔軟性を持って対応した。特に介護者には何でも気兼ねなく話し合えるように、どんなことも傾聴し介護者が孤立しないように、受け止め共に考える姿勢をとった。時間の経過と共に信頼関係が深まった。

■平成25年利用開始当初(他事業所Sを併用)1週間のうち月・水・金・日の4回ディサービスを利用、スーパーDEIようざん栗崎は毎週金曜日1回利用であった。08:50 迎えに伺う16:30帰宅。

7月から週7回利用となり、スーパーDEIようざん栗崎は火・土曜の2回で火曜日は9時～17時半の利用・土曜日は9時から14時の利用で、他事業所の利用時間は9時～16時台と環境と時間帯の状況は統一性がなくバラバラな状況であった。その為利用者も介護者も落ち着かず戸惑い不穏な状況であった。

8月には、(担当ケアマネより相談受ける)これまで状態が落ち着かずどのような利用がいいのか…。ケアマネ自身も悩んでいた。12月になって、介護者の夫から、「2事業所併用するよりも施設の種類がそろっている『ようざん』なら次への介護の段階を考えると安心である。スーパー・デイ・ようざん栗崎の利用に関し、ケアが細やかで色々と配慮されている」ことを評価していただき、全面的に毎日スーパー・デイ・ようざん栗崎を利用したいとの申し出を受けた。このことはスーパー・デイ・ようざん栗崎に対する信頼の表れと実感した。

■平成26年スーパー・デイ・ようざん栗崎(スーパー・デイ・ようざん栗崎利用の一本化・宿泊併用・入浴サービス開始・失禁の始まり)

前頭側頭型認知症の特徴を踏まえ、極力変化を避け・混乱を避ける対応策と環境を変化させず、に安定した利用継続が提供できるように提案し、承諾を得た上で週7回、利用時間も固定化した。

・1月1日から毎日9:00から14:00の利用開始となる。特に送迎時間の厳守と女性職員の送迎により毎日の生活パターンが徐々に定着し去年と比べ、不穏な様子が減少し始めた。

・5・6月頃から介護者である夫の介護疲れが増大し、心身ともに疲弊し健康面も持病が悪化するなど在宅生活の維持が危ぶまれる事態になったことで、環境の変化を極力抑えて通いなれたスーパー・デイ・ようざん栗崎での女性職員の宿泊サービスの利用開始となる。

7月1回・8月2回と徐々に回数を増やし、S様の生活サイクルとして習慣化することが効果的と考え、レスパイトケア定着の為、9月からは毎週火曜日、月に4回宿泊を利用することになった。

同時に、介護者からケアマネ変更の要望があり「居宅ようざん」が担当することになり連携も深まった。

9月になると、日中の失禁が多くなり9月18日からパット使用開始となる。また、便秘症による弄便が見られトイレの度に不潔行為を行うようになった。在宅においても弄便・異食・不潔行為など頻回になり、介護者の疲労感が一層深まっていた。10月には、自宅での入浴が困難になり入浴サービスを週2回(火・金)利用することになった。かつて、入院の時に男性職員に両脇を抱えられ連れ去られたことがトラウマになっている為。入浴サービス・トイレ介助(汚染確認・不潔行為防止・パット交換)は同性介護で行う。始めのうちは、入浴時使用するシャワーチェアをトイレの便器と間違えることが度々あった。

12月頃になると認識できるようになって抵抗なく入浴・更衣・トイレ介助が出来るようになった。

■平成27年2月からスーパー・デイ・ようざんとショートステイ宿泊併用を開始 毎週2泊3日ショートステイ宿泊利用開始となる

一連の宿泊サービスの利用によって、介護者は心身共に回復し元気を取り戻すことができ、S様の生活パターンが確立し生活リズムが整ったことで在宅介護に自信を持てるようになった。4月からは宿泊サービスの利用をすることなく、スーパー・デイ・ようざん栗崎利用のみで在宅介護生活を送れるようになった。

26年から排泄リズムを整え、便秘解消のため水分摂取に取りくみ4時間半の利用時間で平均450cc前後・水分ゼリー50～100cc摂取を実施。便秘解消と排便リズム確立のために、主治医に相談してマグミット処方依頼。朝・昼・夕3回服用。排便は毎朝朝食後6:30頃にあり。排便リズムが整った。

トイレ誘導は1時間ごとに実施。自宅でも同様に実施している。これによって失禁の回数は減少しパットの使用量・洗濯物も少なくなった。排泄と水分のバランスは定着しリズムが整ったことで、在宅介護の負担を大幅に軽減できた。

食事面では、毎週ぽかーの献立表をお届けして食事の参考にしていただいている。在宅では野菜を中心とした食事を心がけ、便秘にならないように工夫している。介護者から水分ゼリーの作り方を教えて欲しいとの要望があり、自宅でも水分ゼリー作りに挑戦され美味しいおやつを楽しんでいる。

取り組み時のケアポイント

S様の基本的なケアの在り方として

機嫌を損ねずに新たな行動パターンを習慣化するため。

新たな行動パターンを誘導するときには、明るく楽しく朗らかにS様にとって好感触の反響言語を職員が一緒に歌うように「もう～いいかあい～、まあだだよお～」などと、かけあいながら実施する。

対策一覧

- 帰宅願望 異食行為 食べ物関係 ⇒ 行動パターンを先取りする
- トイレ誘導 入浴介助 ⇒ 飼染みの関係を作る
- 読書（写真のある本） ⇒ 出来ることを繰り返す
- 入浴 トイレ 体操 歌 レク参加後の水分摂取 帰宅準備 ⇒ 新しい常同行動をつくる
- 席定位置 送迎時間 入浴の時間 ⇒ 生活習慣を妨害しない

実例

実例① タイムスケジュールにできることを組み込みパターン化する

朝、来院時いつも座る席に好みの本を置いておくと、落ち着いて本を読みだす。

昼食後、口腔ケア・トイレ誘導が終わった後にウロウロしだすが、気に入った本を決まった席においておくと落ち着いて本を長い時間読むことが出来る。

実例② 飼染みの関係を作ることにより抵抗なく、入浴やトイレ介助を受け入れることが出来る毎日利用することによって職員の顔・場所を認識できるようになったことによって、トイレ介助や入浴介助がスムーズにできるようになった。また、職員もS様の行動パターンを読み先取りすることによって、異食行為や不潔行為などを未然に防ぐことができるようになった。

実例③ 生活習慣を妨害しないように、新しい常同行動を組み込む

来院時にはタイムスケジュールに従い、いつもの時間にいつもの席に座って、いつもの歌や体操、読書、水分摂取、帰宅準備、入浴、トイレ介助を行うことによって、穏やかな生活パターンを確立することができた。生活リズムが整ったことで、周辺症状に悩まされることが少なくなった。

結果

S様の特徴的な周辺症状である不潔行為・異食行為・ウロウロ周徊・逸脱行為は行動パターンの把握と生活リズムが整ったことで解消された。生活のタイムスケジュールが確立したことによって、介護者の介護負担が大幅に軽減され、4月からは宿泊サービス利用が不要になり、夫婦二人の在宅生活は大変穏やかで安楽な日々を勝ち取ることが出来た。

考察

数多くの情報収集から紡ぎ出した介護計画を実施する際には、利用者・介護者との強固な信頼関係を基盤として、その人にとってのこだわりや個性を尊重したケアを提供することが大前提であることは論をまたない。前頭側頭型認知症の利用者に対し薬剤に依存することなく、介護の在り方によって環境を整え、馴染みの関係を築き、生活のタイムスケジュールを整えることが最優先であるということがS様の事例を通して証明された。

まとめ

S様との2年間の歩みが私達にもたらしたものは、認知症という病気は同じ病名であっても、その症状は千差万別で日々変化し常に新たな課題と対峙しなければならない。どんな人でも課題があり課題を解決することは、容易なことではないが時間をかけて、介護者と共にじっくり向き合い共に歩んでいくことによって、課題を解決する糸口を見出すことが可能である。先入観や固定観念を捨てて、ありのままを受け入れることによりお一人おひとりを理解することができ、より良いチームケアに繋ぐことが出来るのではないか…と考える。

「みんないい人」～ 居心地の良い環境づくり～

スーパー代いようざん貝沢

飯塚栄成

【はじめに】

スーパー代いようざん貝沢では現在認知症を患う22名のご利用者様が利用されている。それぞれ症状は軽い方から重い方まで様々であり、ケアの方法も三者三様である。個々に合った適切なケアを行うことで本人の表情や穏やかさが保たれ、楽しくデイを利用してもらうことができる。また楽しそうに過ごす本人の様子を見て家族も安心し、日々の介護を続けることができるのではないか。

だんだんと分からぬことや出来ないことが増えていってしまう「認知症」。ケア方法の見直しによって本人が抱える不安や怖さを出来る限り取り除いた上で、穏やかかつ楽しそうに過ごされているA様。今回はその一例を報告する。

【本人紹介】

氏名:A様

年齢:68歳 女性

介護度:4

既往歴:若年性アルツハイマー 十二指腸潰瘍 大腸ポリープ切除

性格:明るく、思いやりがあり社交的。誰とでもすぐに打ち解けるが自分の意見にこだわり、思った事をハッキリ言ってしまうので時々他者と意見のぶつかり合いがある。

【生活歴】

昭和22年に広島県にて3人兄妹の末っ子として生まれる。子供のころから活発で、男の子みたいだったと話すA様は高校卒業後、鉄鋼関係の商社に勤務。結婚後は女の子を二人授かり、専業主婦として家事・育児に専念される。平成元年に広島県から群馬県に引っ越しされ今に至る。

【利用に至るまでの経緯】

広島に住む母の介護を手伝うために一時帰省した際、母の介護に必要な痰吸引などの方法を妹から教わり、妹が留守にする間の介護を頼まれていたが、帰ってきた時に何もやっていなかった為、本人に注意すると「私は何も聞いていない」と言っていた。その頃から周囲が何となくおかしいなど気づき、平成18年に神経内科を受診した際「若年性アルツハイマー」との診断を受ける。

平成24年の春頃まで被害妄想や暴言があったが抑肝散を処方されてから落ち着いている。その後も記憶障害が目立ち、常に夫の声掛けや指示が必要。本人の社会参加と夫の介護負担軽減のためにもデイサービスの利用が必要となり、平成25年5月より利用開始となる。

【課題】

- ①不安を解消し、穏やかな気持ちでデイサービスを利用できる
- ②1日でも長く在宅生活が続けられる様にADLの維持に努める

【取り組み】

①利用当初は職員の声掛けや一部介助があればある程度行動に移す事が出来ていたが、認知症状が進むにつれて理解力が低下し、本人もできない事や解らない事に対し過敏になり苛立ちをみせるようになる。同じことを何回も聞き返すので、他利用者と口論になる事もあった。そこでA様への対応を他者との交流も図りつつ、個別ケアに重点を置いた対応へと変えた。体操や作業の際、本人から「私は出来ないから見てる人」との発言がある時は無理強いせず『Aさんは現場監督ですので、みんなを見て指導をお願いします。』と、本人の気分を害さない様な声掛けを行った。A様の表情を常に伺いながら困った様子が見られる時はいつでも対応できるようにした。また同じ事の聞き返しに対しても、常に職員全員が笑顔で対応するように徹底した。

②A様は「何もわからない。」「できないからやって。」「やってもらうの大好き」が口癖である。実際に自分で行動に移す前に「できない」と言うこともある。A様の訴えを鵜呑みにしてすべてを職員である私たちが行ってしまえば症状はどんどん進んでしまい、自宅での生活ができないなってしまう。そこで、さほど難しくないと思われる製作や入浴時の着脱・洗身などの日常生活動作はなるべく自分で行ってもらうように促す。そしてA様自身で出来た時はとにかく褒める。また体操などのレクへ参加しようとする意欲は高いのだが体力がついて行かないことがある。「疲れた」「もう嫌だ」という発言が見られる時はご本人のペースに合わせてゆっくりと行うように声掛けをする。対応時は常に笑顔を忘れずに、A様を焦らせる事の無い様に注意した。

【結果】

①ご本人が不安や疑問を感じた時に、すぐ傍に職員がいて対応できるのは良かったが「出来ないから見てる」という発言のあと、A様を見守り役に回してしまった事…これは逆効果であった。「見ている」という言葉の裏には『本当はやりたいが、出来ない』という気持ちが隠れており、私たちはその気持ちに気づいてあげる事が出来なかった。その結果A様に疎外感を感じさせてしまった。すぐに対応策を考え、A様が「できない」と訴えた時はできない事から逃がすのではなく職員が付き添い、A様と一緒に取り組むようにした。そして不安や喜びを共有する事で職員との信頼関係が強まり、感情の起伏が安定し穏やかな気持ちでデイサービスを利用する事が出来ている。笑顔も多い。

②下肢筋力の低下により以前より歩行時の歩幅が狭くなった。散歩に出た際、段差や障害物など何もない平坦な道でも「ちょっと怖い」「方向音痴だからわからない」との発言が見られ、一人で歩くことに恐怖を感じている様子。対応として、歩行時は職員が手をつなぎ、進む方向をそ

の都度伝えながら散歩に出掛ける。また、散歩中に足をなるべく高く上げながら歩くように声掛けを行う。その際A様の好きな歌謡曲を歌いながら歩いたり、しりとりなどの脳トレを組み込みながら散歩を行った。散歩中に行うしりとりの方が頭の回転が速く、次から次に言葉が出てくることには驚いた。また、入浴時や排泄時、「できない。やって」と職員に依存する発言が多く見られるが、まず落ち着いてもらうために「大丈夫。一緒にやってみましょう」と声掛けを行い、ゆっくり丁寧かつ簡潔に動作の指示を行う。すると、大抵の動作はご自分で行うことができ、A様も得意げな表情を見てくれた。

【考察とまとめ】

A様に合った個別ケアを行い本人が気持よく過ごせる環境を提供することで、認知症の周辺症状である不安や焦燥を軽減することができた。また本人の言葉の裏に込められた本心を理解し、職員が手を貸すことで、自分でも「できない」と思っていたことができる事に気付き、本人の自信につなげることができた。

居心地の良い環境とは人によって感じ方が違うが、その人が抱える不安や怖さを極力取り除くことによって作り出せるのではないだろうか。

A様は「ここのはみんな本当にいい人ね」と言ってくれます。ニコニコと笑って過ごすA様を見てご主人はその笑顔を「かわいい」と思うそうです。私達はA様の笑顔を守ることでご家族も支えているということを常に忘れず、これからもA様が穏やかに過ごせる環境を作り、提供し続けて行きます。

役割を持つことでネガティブからポジティブへ 「俺がやらなきゃ誰がやる！」

スーパー・デイ・ようざん・双葉

内山 優太

《はじめに》

「今日も日が暮れたな～、また棺桶に一步近づいた。ようざんさんにはお世話になって、宝くじが当たつたら寄付するんだけどなあ～」

夕方になると必ずと言っていいほど耳にする言葉です。競馬、パチンコ、宝くじが好きで、生活に支障のない範囲の予算を決めて遊んでいたA様。「東京まで給料握りしめて、結婚資金にしようと色々なところで買ったけど、宝くじ新聞でどこで買っても同じですって書いてあったなあ～、バカだつたよなあ～」と笑って話をしています。そんなA様はとても心配性であり、意欲低下、うつ症状も見られます。「あれ？ 今日コープが来る日じゃなかったっけ？」「車の免許が…」「確定申告が…」「家の鍵、閉めたっけ？」「娘はいたっけ？」など短期記憶障害もあり心配は尽きません。一つひとつにネガティブであるA様への個別対応と、役割を持つことで意欲が高まる取組みについて発表します。

《事例対象者》

氏名 A様 性別 80歳 男性 要介護度 1

《生活歴》

50歳定年まで自衛官として勤務。妻はH9年に他界。一人娘と孫一人との生活。定年後は鍼灸師の資格を取るため4年間学校に通い一発合格。自宅でマッサージ施術院を開業していた。まじめで温厚な性格もあり、常連さんも多く忙しい毎日を過ごしていた。75歳の夏より失禁もあり、泥棒が入ったと警察を呼んでしまい、娘さんが認知症を疑いだす。76歳の夏、お得意さんの往診時、訪問先がわからなくなる、自宅に戻れないなどの失見当が出始め、嫌がる本人を連れて受診した結果、海馬の委縮が認められアルツハイマー型認知症と診断される。

服薬：抑肝散、ドネペジル5mm、アマダジン50mm（うつ、意欲低下の改善）

《利用目的》

娘さんもフルで仕事をしているため日中は不在。車の運転に不安を感じながらも運転してしまったり、洗濯機に洗濯洗剤でないものを入れたり、何度も同じことを聞くようになった。好きな競馬や宝くじもしなくなり、外出して楽しみを感じて欲しいと希望される。また、冬休みになり、お孫さんと二人の時間が多くなるとトラブルになるのではと、心配され、H23年12月よりスーパー・デイ・ようざん・双葉利用となる。

《取組み①確定申告》

年度末より「あつ確定申告が…」「まったくどうしようもねえな」急に思い出したかのようにつぶやくA様。確定申告のことになると不安が次々に起こり、「税務署が押し掛けて来る」「家が差し押さえになる。ああ～」と妄想が広がり何も手に付かない。今はお客様がおらず、廃業状態だがどう改善するか？経理の経験のある職員の案で、家族に了解を得、確定申告の書類を持って来ていただき、申請を行うため職員と一緒に高崎税務署へ。署名は自分でされていた。申告を済ませても毎年書類が送られてくるので、ご家族に相談し、廃業届も提出する。手続きを終え安堵の表情のA様。

「こんなことまでしてくれて、お姉さんありがとう」「名前なんだっけ？」「〇〇です」

「そうか、ありがとう。お姉さん名前なんだっけ？」

その後も税務署の話を口にしたが、提出書類のコピーを見ては安心されており、話題にすることはなくなっていた。

《取組み②園芸療法》

「あ～、今日はコープが来る日だ～」「参ったな～、家へ帰らないと…」と、生協のことで頭がいっぱいになってしまい。受け取りの日を忘れてしまった自分への不甲斐なさと、娘に迷惑をかけてしまうという不安があったのかもしれない。

心配のあまり「電話借りていい？」とご自宅へ電話をかけることもあった。もちろん自宅は留守。

「ああ～」と頭を抱えふさぎ込むA様。

カンファレンスでの検討で、意欲回復の効果や五感も刺激され、植物の成長に関わることで意欲が出ることを期待し、園芸療法はどうだろうと畠の管理を依頼してみることにする。

今までの様子を観察すると、体操やレクが終わったときに不安を口にすることがわかった。本来のA様のまじめで几帳面な性格を活かし、Aさん、畠を見てもらっていいですか？とタイミングを見計らってお願いすると、「いいよ」とすぐっと立ち上がり畠へ移動する。草取りから始め、黙々と土を耕し種を蒔き「あんまり近くに蒔かないほうがいいよ」と職員にアドバイスもしてくれ、毎回の水やりや草取りなど責任を持って下さる。主治医から歩くよう指導されていた下肢筋力の低下防止にもなり、その頃よりコープからは頭が離れ、間引きの間隔や収穫の時期など指導して下さるようになる。

畠の管理者は今でも継続中。

《取組み③熱中症対策》

8月に娘さんが10日間程入院することになり、その間、デイサービスと帰省した大学生のお孫さんとの見守りで繋いでいくことになる。娘さんがいないことへの不安と心配で塞ぎ込んでいる。「娘が入院しているのに、こんなところで遊んでいて情けない」「死んだらどうしよう」と食事や水分も摂れない状態で、ふらつきもあり、体温も高く脱水も疑われる。定期的な水分補給と体温測定、食事は梅干しおにぎりなどにして気が向いたときに召し上がっていただく。自分は娘さんの友人で、体

調も良くなつてもうすぐ退院しますよ、と声をかけると「そうか！俺より知つてゐるんだな」と嬉しそうな顔をするも、また「娘が…」と繰り返す。

ケアマネと連絡を取り、夏の間だけ熱中症対策で時間を短く回数通つていただき、人の目のあるところで少しでも過ごせるよう対応する。送つて行ったときにはお孫さんに様子を伝え、ポカリスウェットを渡し、飲んでいただく促しを毎回継続する。娘さんが退院され自宅での生活が始まると、体調も表情もいつものA様に戻られ、心配な夏は終つた。

《取組み④ツボ講座》

日中、傾眠傾向の強いA様。「眠り病にかかったみたいだ」とお日様にあたり眠つてゐる。頻尿でもあるので、夜間眠れないのでは？と娘さんにお聞きすると、昔から良く眠る人で、留守番にもならないと母がぼやいていたそう。眠気に負けて体操にも参加できない状態が続く。カンファレンスの検討会で、このままでは心身機能の低下が進んでしまうのではないか？園芸療法の役割と同じような何かできないだろうかと、マッサージ師の資格を活かし、Aさんのツボ講座を設けてみるのはどうかという意見が出た。Aさん、皆さんに肩こりのツボを教えて下さいとお願ひすると、みるみる顔が紅潮し、きりっと表情が変わる。前に移動し、カレンダーの裏に手や足、顔の絵とツボの位置を書いたものを職員が掲げ見ていただきながら、「手の合谷は、親指の腹で5秒ゆっくりと押し数回繰り返します。ここは頭痛に効果があります」「手三里は肩こりに効果があります」など、堂々と説明する姿は、まさに、講師。さっきまで天を仰いで「ああ～」とため息をついていたA様とは別人のように、自分や他利用者様の体のツボに直接触れながら「ここ押すと痛いんじゃ胃だな。」「ここは肝臓」など説明し、「これからはもう少し気を付けたほうがいい」とアドバイスして下さる。ツボ講座の講師という役割を持ったことで、体操時には、正しい肩たたきの方法、体操後の足の疲れを取るツボを一人ひとり丁寧に教えて下さり、他利用者様から「A先生ありがとう」と感謝の言葉に満足した表情と少し照れくさそうな表情が見られた。

《経過と現状》

何かにつけてマイナス思考なA様。傾眠も変わらずの状態だが、体操時のテーブルの移動やレクの準備など職員の動きを見てお願いしなくとも自ら手伝ってくれるようになった。食器拭きや味噌汁レクの具材切りも積極的にしてくれ、役割を持つことで、自分はまだやれることがある。まだ人の役に立てると自信を持つことができたのではないか？首から下げている鍵の紐を使い、皆様の前で手品を披露し喝采を浴び嬉しそうなお顔をされるなど、他者とのコミュニケーションを自ら楽しむ様子も見られるようになり、町内のふれあいサロンなどにも出向き、積極的に社会参加されている。

《課題と考察》

A様の不安に個別に対応することで、そのときは安心が得られ、体調不良が改善されたり、意欲の向上に繋がる。人の役に立つ、自分はまだできることがあるという自尊心を持つことで生活の質を高めることができると考える。

《終わりに》

トイレが頻回で失禁することへの不安や、身体的不安、一つひとつことを忘れるなど、さまざまな不安が今後もA様を悩ませると考えらる。表情や変化を見逃がさず、そのときどきの不安への丁寧な対応を継続していきたい。

「生き生きとされていた頃の姿が見たい！」

スーパー代イようざん石原

嶋田亜樹

＜はじめに＞

スーパー代イようざん石原では”みんないい笑顔”をモットーにご利用者様一人一人の気持ちに寄り添いながら、笑顔で穏やかにその人らしい生活が送れるよう支援させて頂いています。そんなスーパー代イようざん石原で、とにかく多趣味だったA様。現在は認知症の為にその趣味活動も“出来ない”と諦められてしまっている状態です。確かに以前ようには行かないかもしれないけれどもまだ何か出来るかも知れない。生き生きとされていた頃のA様の姿の片鱗でもいいから見てみたい！そんな思いから始めた取り組みについて途中経過ではありますがご報告させて頂きます。

＜利用者様紹介＞

氏名:A様

性別:女性

年齢:81歳

要介護度:3

病歴:アルツハイマー型認知症 高血圧

生歴

昭和9年1月2日高崎市相生町の本屋さんの長女として生まれる。19歳で上京。22歳で結婚。それから暫く都内で共働きをされていたが、平成元年ご主人の定年をきっかけにA様も仕事を辞められ、お二人で南陽台に越してこられる。こちらでは、25歳頃から習われた茶道(裏千家流)の群馬県内でも数人しか持っていない免状を授かる程の腕前を活かして准教授として75歳頃までご自宅でお弟子さんに教えられていきました。もう一つの趣味である油絵では作品を県展に出品され6回も入賞されたそうです。その他にも三味線の会に所属され、時期には地域の小学校で演奏をしたり、ご主人とお二人で県内外へハイキングはもとより世界40か国を旅行されたそうです。

その間73歳頃から異変が見られる様になり受診をしたところ認知症と診断され、そこから一変今まで出来ていた事が出来なくなり、趣味としていた数々の事も諦めざるを得なくなる。

また、ここ半年で認知症状が急激に進行し、すべてにおいて支援が必要になりご主人も高齢で介護疲れがあるものの介護保険サービスを利用しながら今まで通り在宅生活を送らせたいとの思いから平成26年8月より他事業所のデイサービスを週2回ご利用され、10月よりスーパー代イようざん石原を週1回ご利用される事となる。

＜経緯＞

ご利用当初から人見知りなど無くお話し好きで、職員や他のご利用者様とも会話をされるものの辻褄が合わず会話が噛み合わなかったりで、残念ながら会話が持続しない事が殆どです。記憶障害・失見当・実行機能障害・判断力障害・語義失語と相まった観念運動失行。周辺症状では、多幸・立ち去り・周徊・シャドーイング・二度童・問い合わせに対するオウム返し・周囲の状況に關係なく奇声を発したり、自己中心的な言動が目立ちます。これらの症状を見て堀江課長の勉強会で学んだ私たちはアルツハイマー型認知症とあったけれども前頭側頭葉変性症の意味性認知症に移行されているのではないかと氣づくと同時にいくら以前されていたからと言っても本当に出来るのだろうか？自分たちの行おうとしている事は正しいのか興味本位や自己満足になっていないか？と自問自答の日々が続きました。それでも笑顔で生き生きとされるA様の姿が見たい！の気持ちが勝り、取り組みを開始する。

＜取り組み・経過＞

先ずは、一番親しまれていたお茶会を催す事にする。A様に「今度お茶を点てて頂けますか？」とお願いをすると「お茶会、いいですよ」と色よい返事。もちろん茶室でお点前とは行きませんので、お抹茶に茶筅、茶碗に見立てたご飯茶碗と和菓子を準備して内々で期待と不安の中2月11日第1回お茶会を開催しました。

茶碗に抹茶を入れお湯を注ぎ“それでは先生お願いします”の段階になると、それまで「やりますよー」と言っていたのが、急にみんなの視線が集まって恥ずかしくなられたのか笑い出してふざけてしまいなかなか茶筅を持とうとされませんでした。それでも「お点前拝見させて下さい」と何度もお願いすると何とか茶筅を持たれたその時です。今までふざけていた顔つきがキリリと引き締まり背筋も伸びて慣れた手つきでお茶を点て始めたのです。感動で“うわっ”と思った瞬間残念ながら集中力が途切れてしまい元通りとなってしまいました。その日の送迎時にご主人に「今日、奥様にお茶を点てて頂きました」「とても真剣な表情で点て下さいました」とお話をすると「そうなの？お茶が点てられればいいやあ。良かったね」と嬉しそうでした。「また(お茶会)やらせて頂きますね」とお約束をする。そして3月4日今回も内々でしたが第2回お茶会を開催。第1回の事を覚えておられたのか今回は「こんな器じゃダメねえ」「茶匙はないの？」と厳しい指摘がありました。それでもやはり茶筅を手にされると顔つきが変わり見事なお点前で点て始められます。きっと以前もこんな風に生き生きとかっこよくされていたのだろうなと思い浮かぶようでした。第3回は第2回での厳しいご指摘に応えご主人の協力を得て、以前愛用されていたご本人の茶器をお借りしての開催です。記憶に残っていないのか愛用されていた茶器を目の前にしても、なかなか手が動かず「今日は、ご自宅から道具をお借りして来ましたので、お点前お願いします」と促しをしてもやはり手が動きません。そこで茶碗に抹茶を入れてお湯を注ぐところまでお手伝いさせて頂くと、今度は茶筅を手に取られ真剣な面持ちで点て始められました。今回は、それまでは集中力の持続に難がありましたが、途切れる事無く人数分を点てられる変化が見られました。その日の送迎時は、ご主人の方から「今日はお茶会したの？どうだった？」と問い合わせがあり「今日は集中され、これまで以上に見

事なお点前でしたよ」とお伝えすると「そう。良かった良かった」と嬉しそうでした。第4回目もご家族のご協力を得て、着物をお借りしての開催となりました。お召替えには少々時間がかかりましたが、今回は茶碗に茶匙で抹茶を入れるところからお湯を注ぎ点てられる手順すべてをほぼ全部ご自分でされる変化が見られ、ここまででも表情が変わり見事なお点前で点ててられる姿は見られましたが、着物を着て点てられる姿は、以前もこうしてたくさんの人たちの前でお点前を披露されていた姿を容易に彷彿でき驚きと感動を得る物でした。

＜考察・まとめ＞

A様の“生き生きとかっこよく毎日を過ごされていた頃の姿が見たい！”の思いから始めた私たちの取り組みでしたが、一番に望まれていたのは、やはりご主人なのだと思います。正直最初は期待をされていなかったかも知れませんが、お茶会開催後の送迎時に「今日はどうだった？」「ちゃんと出来たの？」と心配と期待の表情のご主人に「とても真剣な表情で見事なお点前でしたよ」とお伝えすると本当に嬉しそうな笑顔になられます。その笑顔を見るとA様を大切に思われている事がひしひしと伝わって来ます。そしてA様ご自身も回を重ねる毎に見られた道具や環境への拘りは、されていたプライドと手順を憶えておられるからだと思います。今後は、ご自宅の茶室をお借りしてのお茶会やさつき祭などで地域の方たちにもお茶を振る舞える事を目標に取り組みを継続して行こうと考えています。

“可能性は0では無い”を目の当たりにした今回のケースを糧に私たち職員は、様々な事に取り組んで行きます。

「やっぱりおうちが一番！」
～在宅生活を支えるためにスーパー代イようざんができること～
スーパー代イようざん飯塚第2
渡辺朋子

＜はじめに＞

群馬県は、平成25年度「一人暮らし高齢者基礎調査」の結果を発表しました。平成25年6月1日現在で、入院中、入所中を除く65歳以上の高齢者を調査。

高崎市で一人暮らしをしている高齢者は、1万1195人で、前年よりも862人増加し、一人暮らしをしている人が占める割合も、前年よりも0.5%上昇し、12.2%となりました。それに高齢者世帯を加えるとさらに占める割合も18%以上となります。

特に高崎市の中心市街地は高齢者世帯が増加傾向にあるそうです。

そんな中心市街地のご利用者様も多くいるスーパー代イようざん飯塚第2の現状について考えると一人暮らし、もしくは高齢者のみの世帯の割合は利用者数全体のうち26%となります。一人で暮らしをしている高齢者や高齢者夫婦で生活をしている人たちは、健康状態や日常生活を送っていくうえで、様々な不安を抱えながら日々、過ごしているのだと思います。そして離れて暮らすご家族も同じ不安をもっているのではないでしょうか。そんな人たちを支えるためにある私たちのような施設。スーパー代イにいる時間は安心。でも家に帰ってからは？利用日ではない日は？？そんな心配を解消するために、他部署とのサービスの連携をし、利用者の皆様が安全に安心して住み慣れた我が家で暮らしていく環境について考え、現在継続している事例について報告致します。

＜事例対象者紹介＞

A様 女性 87歳 介護1

独居(賃貸一戸建て)

キーパーソン 高崎市内に住む長男

既往歴 高血圧症・両膝関節症・めまい発作

認知症状 記憶障害・被害妄想・せん妄・妄想

＜利用経過＞

カラオケに通っていてその先生と仲が良かった。今まで身の回りの事(買い物やごみ出し等)を先生や友人がしてくれていた。周りの助けがあって何とか一人暮らしができていたが先生と喧嘩をしてから身の回りの面倒を見てくれる人がいなくなり、長男が買い物等をしてきている。以前から幻覚症状や物忘れがあり被害妄想も出現して騒いだり落ち着かない状態となる。主治医より相談を受けた在宅介護支援センターが入り様子観察していたが幻覚症状がひどくなってきており情緒不安定になることが頻繁にある。外出機会もほとんどなく、認知症悪化防止のためH25年3月より利用開始となる。

現在は幻覚症状はみられず、穏やかに過ごしているが自宅での転倒が度々あり、寒い中、暖房もつけずにいたり、布団で寝ずにこたつで寝起きしていて足に浮腫・低温やけど等、健康管理が心配な状態が続き、自宅での食事面や日常生活でもサポートが必要な状態である。息子さんの関わりにも限界があり、一人暮らしを継続していくことが困難になってきたためグループホームへの入所の話が昨年の年末にあったが入所当日に本人の「入所するくらいなら家で死にたい」との強い拒否がみられたため、入所は断念し、現在もスーパーイを利用し、自宅で一人暮らしをしている。

＜サービス利用状況＞

スーパーイ 月・水・金の週3回 9:00～16:00

訪問介護 火・木 午後に1時間

＜課題＞

① 在宅生活支援

自宅での生活を安全に継続できるような環境とサービスの検討。

② 食事管理

魚が嫌い。気にいった食品がみつかると同じものをずっと食べ続け自宅では食事の偏りがある。(例:豆腐が気に入ると毎日豆腐ばかり食べていた。)栄養バランスのとれた食生活を送り、低栄養にならないようにする。

③ 服薬管理

お薬カレンダー等での自己管理はできないため、服薬管理を行う。健康状態の把握。

＜取り組みと経過＞

① 在宅生活支援

デイサービス利用日と利用時間は限度額オーバーになってしまったため変更できず。訪問介護から定期巡回随時対応型訪問介護にサービス変更。送迎時に居宅内介助を行い、身支度や電気・戸締り・室温調整等を介助する。

↓

デイサービス利用日以外は定期巡回随時対応型訪問介護が日に2度訪問し、安否確認や生活支援もできるようになり、毎日どちらかが様子確認をできるようになった。本人の思いや生活状況、健康状態・心身状態などの情報をデイ・定期巡回随時対応型訪問介護・ケアマネ・主治医・息子さんも含め、A様を見守る人々の間で共有するようにしている。主治医が訪問診療も行っているので健康状態や心身状態に関しても変化があった際はお互いに連絡を取り合うことで早めの対応と情報共有ができている。デイサービスと定期巡回随時対応型訪問介護においては特に日々のこまめな報告・連絡・相談をお互いに行っていくことで変化や問題が生じた際の対応ができ、また、イレギュラーな事態にも柔軟に対応できるようになった。情報共有をすることで共通の対応ができるため、本人を混乱させることなくケアできている。また、おなじみのデイサービスと同じ制服の職員が対応することでの安心感もある。

② 食事管理

魚が苦手なため代替品を用意し、おかずが魚の日はメニュー変更し、しっかり食事が摂れるようにした。自宅でもきちんと食事ができるようにデイ利用日は送り時に夕食のお弁当を持参。デイ利用日以外は定期巡回随時対応型訪問介護により昼食・夕食の配食を実施。以前、配食サービス(他社)も受けていたが好き嫌いが多い為、お弁当が気に入らず、すぐにやめてしまったことがあるため、お弁当をちゃんと食べられているか、摂取状況も確認。日にちの経つたものや賞味期限切れのものなどがないかなども送迎時や訪問時にチェックする。

↓

本人も嫌がらず夕食のお弁当は残さず食べられている。偏食にならずにバランスの良い食事が自宅でも摂れている。

毎月体重測定も行っているが目立った変化はなく、体調の維持もできている。配食があるので食事の心配が減り、家族の負担軽減となっている。

③ 服薬管理

飲まなかつたり、重ねて飲んでしまつたりと自己管理不可のため、薬は一括して定期巡回随時対応型訪問介護が預かり、デイ利用分は随時預かり、朝食後・夕食後の服薬管理を行う。デイ利用日以外は定期巡回随時対応型訪問介護が訪問し、朝食後・夕食後の服薬を行う。

薬を飲んだかどうか本人が忘れてしまい、ずっと家の中で薬を探し回り、見つからず不穏になってしまふ事があったためホワイトボードに「朝食後は飲みました」「明日はデイサービスで薬を飲みます」等、都度書いてくるようとする。

↓

朝食後・夕食後ときちんと服薬できている。「薬がない」と騒ぐ事もなくなっている。

＜考察とまとめ＞

このように、デイサービスだけでなく、他のサービスと連携していく事で、より安全な生活を送ることができる。今後もデイサービスという小さな枠にとどまらず、取り巻く環境全体で協力し、考え、支えていく姿勢が大事であると思う。社会全体でも、要介護状態になっても住む慣れた地域において自立した日常生活を営めることが、さらに求められるようになる。地域全体で支えていくことはもちろん、医療と介護サービスの円滑な提供を推進するとともに連携体制づくりを実現していくことが不可欠になってくる。そんな時、利用者さんの近くにいる私たちがいち早く気づき、必要な環境を整えてあげられるのではないか？本人にとって「幸せな生活」を少しでも長く過ごせるように、そのひとらしく笑顔で過ごせるように、私たちは出来る限りのことを支援していきたい。

『在宅生活を続けるために』

スーパー・デイ・ようざん中居
小林ももこ

【はじめに】

2010 年 厚生労働省の発表によると、認知症高齢者数は約 350 万人～500 万人であり、同年
* 日常生活自立度 II a 以上の認知症高齢者数は 280 万人であった。それ以前、2006 年の予測では 2015 年に 250 万人とされていたが、今現在では大幅に予測を上回り、社会問題と化している。

日常生活自立度の判断基準一覧

レベル	判断基準
I)	「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している状態」基本的には在宅で自立した生活が可能なレベルです。
II a)	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態」
II b)	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭内で見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態」
III a)	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態」
III b)	判断基準「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが夜間にも見られるようになり、介護を必要とする状態」
IV)	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態」
M)	「著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態」

【認知症独居老人であることの問題点】

- ・金銭感覚が無い ・清潔保持出来ない・ADL の低下・食事、服薬の管理が出来ない ・衣服の調節が出来ない
- ・昼夜逆転や生活上の健康管理が出来ない等

上記以外にも、数多くの懸念事項が存在する。こういった方々の生活上の不安や健康管理を、スーパー・デイ・ようざん中居の利用者様を例に挙げて考察を加えて報告する。

【対象者】

●A様

79歳 女性 要介護2

●既往歴

2型糖尿病・左小脳出血・認知症

●生い立ち

昭和10年8月1日 東京都世田谷区に生まれる。仕事は東京三越デパートの婦人服売り場にて、採寸や接客の業務を担当していた。28歳の時会社経営する男性と結婚するも、自身の姉と折りが合わず、わずか数年で離婚となる。その後見合いにて、某大手企業に勤める温和な男性と再婚し、高崎市内に自宅を設け居住する。前夫・後夫との間に子供は授からず、後夫とも後に死別しているため、親族は東京にいる甥ただ一人。しかし関わりは拒否しているため、キー・パーソンはおらず完全独居老人となる。現在は成年後見人を立てながら、各種保険サービスを利用している。

【スーパー・デイ・ようざん中居 利用経緯と契約】

平成26年8月11日 自宅にて体動困難の所を、民生委員に発見救急搬送される。認知症状があり、インスリン注射や自己の健康管理が出来ていなかつたために、高血糖を引き起こし黒沢HPに入院となる。なお空腹時の血糖値は70~109mg/dlが通常であるがA様は800mg/dlを超える血糖高値が見られた。また同年暮れに左小脳出血を発症し、内科から脳外科へ転棟する。数ヶ月かけ投薬治療とリハビリを行ない、現在では改善される。平成27年2月中旬本人の体調も回復が見込まれ在宅での生活を望まれる。CMより相談を受け、SW・CM・本人・訪問介護・訪問看護・成年後見人でサービス担当者会議がひらかれ、スーパー・デイ・ようざん中居の利用は、火・金・日曜日の週三回、11時から夕食後までの利用が決定する。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独立で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上で生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベットから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知を改訂)

【利用当時のアセスメント】

- * 障害高齢者の日常生活自立度 A2
 - * 認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅲa (前述したグラフ参照)
- 中核症状では判断力障害、実行機能障害、短期記憶障害が見られる。高崎物忘れチェックリストでは、置き忘れ/仕舞い忘れ・盗られ妄想・物事の段取りが悪くなる 等が該当する。

【ケアプラン・目標】

- 糖尿病があり、定期的な食事・健康管理が必要で、現状よりも悪くならないようにする。
- 家事に対して援助を受けながら、生活に不都合が生じることなく生活したい。
- 1人で外出するのは不安だが、楽しく外出したい。
- 自宅での入浴は、下肢のフラつきが強く困難なため、定期的に入浴し清潔を保ちたい。
- 薬の飲みすぎ、飲み忘れないよう管理する。
- 看護師が常勤しているので、BS チェック、インスリン注射の管理を行なう。
- 適切な金銭管理が出来る様にしたい。

【援助の方針・働きかけ】

◎食事・清潔

自宅を訪問すると食べかけの食料や期限の切れたもの、糖尿病として管理が行き届いていない食べ物などが見つけられる。しかし、本人は一人でも大丈夫、自分で食べられるからと、来所拒否されるが、「インスリン注射をして食事だけでもしましょう」などの声掛けにて来所される。入浴においても、自宅にて一人で入る事は困難なため、スーパーイーユーザン中居を利用する事で定期的に入浴行え、清潔保持に繋がっている。

◎服薬管理・認知症状の対応

今まで医師からインスリン注射や服薬など、自己の管理にて行う様言わっていたが、認知症状により全く管理が出来ていなく、自宅には注射器や注射針など、未使用の物が散乱していた。薬カレンダーにも翌日の薬が無かったり、何日も前の薬が残っていたりと、かなりずさんな管理のもと生活していたため、入院に至ってしまった。スーパーイーユーザン中居には看護師が常勤しているので、現在は昼食前に必ず BS チェック・インシュリン注射を行えており、食後には必ず薬を内服し安定した状態で過ごされている。

◎金銭管理

週に 3 回のスーパーイーユーザン中居利用時以外では、訪問介護ばかり、訪問看護を利用して いる。ここは通所介護で支援しきれない在宅での生活をサポートしている。自宅には通販で購入したとみられる物が、部屋のいたるところに置いてあった。認知症状で金銭感覚がなく、買い物

好きだが一人で自由に行けないため、通販で沢山買い込んでしまった模様。そのため自身による金銭管理をまかせられず、現在は訪問介護ばからが管理をしている。

【結果・まとめ】

○ご本人が住み慣れた自宅で、少しでも安心して暮らしていけるようサービスを提供している。通所介護だけでは管理しきれないことは、訪問介護・訪問看護に頼り、連携を取りながら出来る限り本人の希望する生活スタイルを支援している。

○スーパーイデイようざん中居に通う事で、孤立感の解消は勿論のこと、機能訓練を行え・多種多様なレクリエーションに参加・心身機能の維持、向上にもつながっている。

○他者との交流を持つことで、自身のモチベーションも上がっており、日々の喜びや楽しみを見いだし、生活にハリや潤いが生まれている様子が伝わってくる。そして、ご本人持ち前の優しく穏やかな人柄が、周囲の方たちへとても良い影響を与えて下さっており、以前にも増してホール内の雰囲気が一層暖かくなっている。

来所当時は拒否が強かったが、今では『迎えに来てくれてありがとう』『一人は寂しいから嬉しいのよ』と、来所する事を楽しみにして下さっている。今後もスーパーイデイようざん中居は、訪問介護・訪問看護と連携をとり、情報共有しながらより一層本人の希望に沿ったサービスを提供出来るよう心掛け、心から満足して頂けるよう日々考え・諦めず、邁進していく。

水分摂取 1500ml をめざして～元気な生活するために～

スーパー・デイ・ようざん倉賀野

森 圭司

はじめに

私は喉が乾いたら水分をとります。しかし、のどが渴かなかったり、いろいろな事が気になり水分を摂らなかつたらどうなるでしょうか…？ 私たちの体の60%は水分ででき正在、なおかつ0.9%の塩分濃度が保たれています。人が生命を維持するためには、必ずこの2つが一定基準を保つていなければなりません。人間の体は、尿・汗・呼吸などで1日に2000～2500mlの水分を排出し失った水分を飲水・食事・体内生産によって補っていきます。

人は加齢とともに水分を蓄えるための筋肉が減少し体内の水分量が50%と少なくなってしまいます。そして、水分調節において重要な腎臓の機能が低下し、老廃物を排出するための尿量が多くなります。体の感覚が鈍くなり、のどの渴きも感じにくく水分が必要でも本人が気づかないこともあります。このことより脱水症を招き、さらに悪化すると意識レベルが低下、昏睡状態や死に至ることもあります。脱水症を予防するためには、定期的に水分を摂り1日に飲水として約1500ml以上の水分摂取が必要なのです。ご家族よりご自宅で水分拒否にて水分が摂れていないという報告や独居により十分な水分が摂れていないのではないかと予測できることから脱水症のリスクが考えられます。デイに通うことにより生活習慣の改善や体調管理ができないかと考え取り組むことにしました。

全体への取り組み

環境・飲み物の好み・タイミング・認知症状

まず、いつもよりもより多くの水分摂取をしていただくため、どうしたらいいのか考えてみました。

環境・タイミング

・ご利用者様一人一人の飲みたいタイミングを確認するために常に飲み物を提供しコップを下げるという試みをしてみました。

・昼食事の水分は13時まで下げるお茶をつぎ足していく。

飲み物の好み

・10時、15時、17時に何が飲みたいか選択していただき飲み物を選んでいただく。

・飲み物の温度に変化をつけて提供してみる。

・体操、散歩の後に冷たい飲み物を提供する。

・水分ゼリーを作り1日に2回程提供する。

個別として

A様 91歳 男性 アルツハイマー

*一見、水分を摂っているように見えるが…少しづつしか水分を摂られていくなく十分な水分は摂取できていない。

「このお茶はぬるいからいいらない」とご自身にて捨ててしまうことがあったことに注目した。

飲み物の好み

・飲み物の温度に着目して飲み物を提供した。

いつもよりも少し熱めのお茶を提供する。気温の暑い日などは冷たい飲み物を提供する。

B様 69歳 男性 認知症・脳梗塞にて右麻痺

*昼夜逆転の傾向があり日中、寝てしまうことが多い。お茶があまり好きではないと情報をいただいた。喉の渇きが感じられないのか、体が不自由になってしまった為に排便、排尿が気になり自粛てしまっているのか水分、食事をあまり摂られない。ご家族より脱水症で入院をしたことがある。との情報があり。

飲み物の好み・タイミング・環境

・飲み物の種類に気をつけて提供した。

・日中できるだけ起きていていただけるよう声をかけて少しでも水分を摂っていただけるようにした。

・水分ゼリーを多めに食べていただいた。

・飲み物を提供した時は職員が寄り添い話をしながら飲み物を勧めるようにした。

・コップの大きさを小さい物に交換した。

C様 80歳 女性 認知症・糖尿病

*水分・食事ともに摂取量にムラがあり室内を歩き違うところ、違うところに座る傾向がある。

タイミング・飲み物の好み・認知症状

・本人が元いた場所から動き違うところに座った時はコップも移動し声掛けを行った。

・甘い物が好きだが糖尿病の為、提供を控えているので口当たりがよく甘みもある麦茶を中心に提供した。

D様 80歳 女性 パーキンソン病・レビー小体認知症

*朝は水分をよく取られるも、その後は少し神経質なところがあり「水を飲むとすぐにトイレに行きたくなるから」とあまり水分を摂られない。ご家族より夜間帯も「トイレに行きたくなる」からとあまり水分を摂取していないとの情報もあり。気持ちの浮き沈みがあり落ち込みぎみの日は水分・食事ともにあまり摂取されない。

環境・タイミング・認知症状

- ・ご本人がトイレに行くたびに水分をすすめてみる。
- ・「トイレに行くことも運動のうち」だと伝え水分を摂ることは体にもいいと思っていただけるようにお話をした。
- ・気分が落ち込んでいる日はお茶など温かい物を飲みながらゆっくり話を聞くようにした。

E様 80歳 女性 レビ一型認知症(ピック化の様相あり)

- * 飲み物をおいておくとコップの中に何かを入れたりと遊んでしまう傾向がある。
- ご自身より喉が渇いているとの訴えがない。最近、ピック型認知症の症状も少し確認できる。

タイミング・認知症状

- ・周りの影響力が強いため、ご本人一人だけに飲み物を提供するのではなく、周りの人にも一緒に提供してみんなで飲んでいただく。
- ・職員が一緒に飲むようにする。
- ・コップは常に置いておらず定期的に提供する。

まとめ

今回の取り組みより全体的に水分量が増えました。デイ利用時に排尿回数が1度程度だった人が回数が増えたり食事量が少ない人が食事量が増えたりと変化が見られました。最近、「ご飯がおいしい♪」という言葉も聞かれました。

生活習慣が少し改善された方もいらっしゃいました。ご家族より「夜、以前より寝てくれるようになった」といい報告もいただきました。

考察

私達でも旅行などに出掛け団体行動などのとき、トイレなどで周りに迷惑を掛けたくないといふ水分を控えてしまい、結果、具合が悪くなってしまうことがあります。ご利用者様達もそうなのかもしれません。私達にとっては慣れた職場でもご利用様にとっては慣れていない場所、認知症の方にとっては常に初めて来た場所なのかもしれません。そんな所に出掛けて来て少し緊張もあり、周りに迷惑をかけたくないという気持ちで水分を控えてしまう傾向もあるのかもしれません。ただ、たくさん水分を摂ってほしいのではなく、ここは安心できる、とてもいい所で落ち着く、大丈夫！！と思っていただける環境を私達がまず作ることが何よりも大切なことだと私は思いました。水分を少しでも多く摂っていただくには、環境造り、そしてタイミング、そのうえで技術力が必要なのだと思います。水分摂取は人が元気に生活していくために、とても大切なものです。今後も取り組み続け、いつまでも元気なデイでありたいと思います。

ルーティーンケア

スーパー代いようざん小塙

小池 吉範

◆はじめに

私たちには、1日という時間の中で生活のリズムがある。人それぞれ違うもので、自分自身の中での決まり事やこだわりなどが含まれる。それは、認知症の方にも言える事であり、その人らしさを無視して新しい事やいつもと違う行動をとると、気持ちが落ち着かない場合がある。そこでスーパー代いようざん小塙では、“ルーティーンケア”を取り入れることにした。スーパー代いようざん小塙におけるルーティーンケアとは、決まった手順や手続きでケアを提供する事である。今回は、入浴拒否が強い利用者様に毎回同じ試みで入浴ケアをした2事例をこれから紹介したい。

◆事例①利用者様紹介

利用者様:A様(要介護1)

生年月日:大正12年10月6日

既往歴:認知症 高脂血症 腰部脊柱管狭窄症、変形性膝関節症

生活歴:T市生まれ。昔は先生をしていたが、退職後夫の仕事を手伝っていた。平成3年に夫がなくなり次女夫婦と同居することになった。腰痛になるまでは、活発に外出していたが、その後は自室に閉じこもる事が多くなった。昔は、本を読んだり、植木を育てたり、友人と話をする事が楽しみであったが、だんだん何もしなくなってしまった。自尊心が強く性格も頑固であり、自分のことは自分でするという気持ちが人一倍強い。持病から腰・膝には痛みとしびれがあり、痛みをこらえながら伝い歩行をされる。右の耳が難聴のため、意思疎通がしづらい時が多い。

◆利用当初

利用当初、入浴に誘うと「家で入っているからいいです」や「1日に何度も入ると脂が流れちゃいます」などと言われ固辞されていた。確かにご自宅では入浴されているが、全身などきちんと洗えているか確認できず、ご家族もA様の入浴中は確認できない状態である。ご家族も「無理に入浴をすることで、ようざんに行くのが嫌になってしまったら困るのでそのまでいいです」とおっしゃっていた。利用当初は「お昼は磨きません」と口腔ケアも拒否されていた。ケアプランや通所介護計画にも清潔保持が目標に上がっていたが、出来ない状態が1年続いた。カンファレンスやケアマネと話し合った結果、A様の入浴に取り組むことになった。

◆A様入浴までのルーティーンケア

取り組み	職員の働きかけ	A様の反応	気づき・結果
1回目	体重を計らせて下さい (脱衣室まで誘導)	⇒脱衣室に行かれ、 上着を脱ぐのは同意	フットマッサージを好 まれるので、足浴など のアプローチがいい のではないかと提案 あり
	「お風呂に入りません か」と声掛け	⇒「家で毎晩入ってお り油分がなくなる」と拒 否	
2回目	併設の小規模多機能 まで誘導 足浴、足へのシャワ ー、フットマッサージで 使ったオイルを洗い流 すため、あかすりで洗 う	⇒「毎日お風呂に入っ ているからこんなこと しなくていい」と言われ る。ズボン、リハビリパ ンツの着替えに同意 したが、機械浴は出 来ず断念	リハビリパンツを履い ている事に初めて気 付く 太ももまで洗うことが できた 着替える服を見て、 「これ私のじゃないと 思うけど…」と疑われ るも着られる
3回目	マッサージをしません かと声かけ 「膝までマッサージを したいので脱いでいた だいてよろしいです か」 湯船の中でマッサー ジを行う	⇒同意。脱衣室まで 伝い歩行で行かれる ⇒嫌そうな顔をされる が脱いで下さる 足をバタバタさせ、気 持ちよさそうにされる 「自分の足が戻ってく るみたい」と喜ばれる	血行を良くするという 理由で勧めると足湯 をスムーズに受ける 今後もこの方法で足 浴を続けていき、入浴 につなげたい

◆シャワー浴

フットマッサージから、足浴そして下更衣まではして頂けるが、どうしても洗体・入浴まではいかず、4か月このような状態が続いた。しかし、年が明けてトイレを失敗することが増えてきているとご家族より報告がある。

ある日、午後トイレに行かれてから30分ほど出て来られず、職員が声かけし様子を伺うと、「大丈夫です」と強く言われる。緊急性を感じノックしてトイレに入ると、「入らないでって言ったでしょ」と力強くドアを閉められる。声かけをしながら出てくるのを待つと、「失敗しちゃって、でも綺麗にしてきたから大丈夫です」と出て来られる。トイレ内は手すりや便器・壁に便を擦りつけた跡があり、体中に便が多量に付着していた。職員はそのまま「足湯にしましょう」と脱衣場に誘い、「ズボンに便

が付いてますので、お着替えしましょう」と伝える。「恥ずかしいから、ドアを閉めて下さい」と言わ
れ、渋々着替えに応じる。裸になって頂きシャワー椅子を勧めると「この椅子綺麗なの」と確認さ
れる。「大丈夫ですよ」と伝えたが、どうしても座るのが嫌だったらしく、汚れたリハビリパンツを水
で濡らし、座布団代わりにして座られる。臀部を洗う際に手すりを使い立ち上がりついたので、気付かれない様にパンツを取り除く。シャワー浴から出られ更衣する時に「ちゃんとドアは閉め
てね」「馬鹿になっちゃたわね」「本当にご迷惑をおかけしました」と言われる。

◆考察

事例①のA様は残念ながらまだ定期的な入浴にはつながっていない。現在もフトマッサージ、
足湯のルーティーンケアは続けている。ご本人様の中で、「風呂は毎日夜に入っている」「脂が落
ちるからいい」ということがあり、自分のことは自分でやるという気持ちが強く、なかなか入浴はで
きない。足浴も日によっては、急に易怒的になり「結構です」と強い口調で拒否される事がある。し
かし、ご機嫌が良い時は、自らズボンを脱いだり、ジャケットやブラウスのボタンを外すなど協力的
にしていたことがある。さらに、突発的なシャワー浴から羞恥心がとても強い事や、直にシャワ
ー椅子に座るのを嫌がるなど潔癖症の一面にも気付いた。ルーティーンケアの継続と新たな気付
きによりA様との信頼関係を高め、ご本人の意向を尊重しながらも安心して入浴されるように職員
のチームケアを心掛ける。

◆事例②利用者様紹介

利用者様:A様(要介護2)

生年月日:昭和11年5月24日 79歳 男性

既往歴:認知症

生活歴:T市生まれ。地元の商業高校を出て、国鉄に定年まで勤める。国鉄に働いていた事に
誇りを持っており、来所時も国鉄の制服のズボンを履いて来る。定年後は、奥様の付き添いで散
歩に行かれたり、地域の行事に参加されたりしている。認知症を発症してから、入浴や歯磨きなど
しなくなり、スーパーイデイようざん小塙利用開始時ではお風呂に1年間入っていない状況であつ
た。

◆利用当初

機嫌よく来所されるが、入浴拒否が強い。利用者様が話しかけても、「地元の商業高校を出て、
東京の鉄道学校に行って5年間切符切りをしていた。そのあと高崎駅で70歳まで勤めてやめた」
と同じ話を興奮して繰り返され、次第に話す相手が職員以外になくなり孤立する。また、やる事が
ないと「帰るから鍵を開けて下さい」と玄関のドアをガタガタ開けようとされ帰ろうとされる。その度、
ドライブ対応でA様と近場を回ると気持ちが次第に穏やかになりデイで過ごす。また、不穏になり
玄関前に行かれると、職員が個別で関わり、散歩やドライブなどをして落ち着いて頂く。その繰り
返しであった。

◆入浴時のA様の様子

はじめ、A様は脱衣室まで誘導できるが、「俺は風呂には入らねえ」と拒否されていた。「やめて下さい。もうこんなところは二度と来たくねえ」「そんなできねえからいいんだよ」と大きな声を出され、顔つきはとても険しくなり、職員の腕に掴みかかって来られる。興奮して力で脱衣室から出て来られる。安全のため、脱衣の時は二人体制で行うようとする。パンツまでは脱いで頂くがそこからは拒否が続く。3回ほど入浴に繋がらない事があった。時計を外すところで「そんなことしないでください」と何度も言われる。段々疲れてきた所で上着を脱いでいただと諦めたように「あー嫌だな」とため息交じりに言われる。洗体中「帰らなきゃ」と何度も言われるも、歌を唄いながら湯船に入られる。しかし入浴後には職員に「さっぱりしたよ。気持ち良かった」と言われる。入浴での快感情を思い出して頂き、定期的に入っていただくよう次の段階に移る。以下表に示す。

◆A様入浴までのルーティーンケア

来所時、ワイシャツには必ずシャツの胸ポケットにペンと、腕時計を付けて来られる。まず、それを外して頂いてから入浴していただこうと以下の取り組みを行った

取り組み	職員の働きかけ	A様の反応
時計やペンを外して頂く	時計を褒める職員と預かる職員と分け、まず前者が「A様とても素敵なお時計やペンですね」と褒める	A様「これは国鉄から貰ったんだよ」「全然くるわないんだよ」と気をよくされ、外して見せて頂く。預かった職員は、A様に気付かれないと保管する
脱衣室に誘導する	A様が安心できる環境にするため、お好きな音楽を流す。また、服を脱いでいただいても寒くならない様に空調を高めに設定する	最初訝しげに脱衣室に来られるが、お好きな音楽が流れているのを聞くと、口ずさんだり、入浴担当の職員に国鉄時代の話をされたりする
脱衣して頂く	職員が「熱いのでジャンパー脱いでいただけませんか」「シャツを脱いでいただけませんか」と声かけする。時に、二人介助で上着を脱ぐお手伝いをする	「俺入らないよ」と拒否される。顔つきが険しくなり、少し抵抗される時があるが、シャツを脱がれると「風呂入るんか」と言われ、脱衣に協力して下さる
洗体して、湯船に入つて頂く	入浴洗体の時は、一人介助で行う。A様にあかすりをお渡しし、洗体されるよう声かけする。洗体されない時は、職員が介助する。その後、湯船に入つていただくように声かけする	「風呂入るんか。嫌だなー」と言われながらも洗体はご自分でしっかりされる。「お風呂嫌だよ」と言いながらも、入浴されると「気持ちいい」「さっぱりした」と笑顔で言われる

◆考察

以上のように入浴までの過程を幾つかに細分化して、毎回同じ試みで行った。お気に入りの腕時計を外した状態で、お好きな歌を聴きながら、なるべく混乱されないように誘導する。嫌々ながらもご自分で身体を洗い、入浴されると「気持ちいい。さっぱりした」ととても喜ばれる、入浴の気持ち良かった体験や記憶が次第に拒否を和らげ、ご本人が「家で入っているからいいんだ」ということから、「ここ来て風呂入るんだ」と言葉が変化してきた。また、脱衣室に行くとご自分で服を脱ぐようになり、二人介助だった入浴介助も今では一人介助になっている。服を脱ぐ事や入浴を拒否していたA様であったが、入浴につながった事例である。

◆最後に

以上のこととふまえてスーパー・デイ・ようざん小塙では入浴だけでなく、普段の生活の中でもルーティーンケアを心掛けている。そしてその通りに利用者様が時間の見当を付けながら過ごして頂くように心がけている。

認知症の利用者様は認知機能の低下により複雑な動作を伴う行為が大変になり、そのことで介護を拒否される。しかし、顔なじみの職員がいつも同じ関わりを続けることで、利用者様の不安が解消されることが分かった。私たちと同じように認知症の方も、新しい体験や環境の変化によって不安が生じる。その方の決まり事やこだわりを見つけルーティーンケアを続けることで、利用者様が安心できる環境をつくることができる。さらに、利用者様の得意なことや役割を担える場面を提供することで、その人らしさが發揮できるのではないだろうか。利用者様の生活リズムとその人らしさを尊重し、楽しく穏やかに過ごせる場所となるように、職員一同頑張っていきたい。

A様の笑顔を支えるために

グループホームようざん

渡邊健太郎

【はじめに】

「私は何だかおかしくなっちゃったみたいなんだよ」

「でもね、誰でもいいから優しくして欲しいんだよ。大丈夫だよって言って欲しいんだよ」

A様が眠る前に発した本音の一言。「幻視」「被害妄想」そして「異食」

混乱期を迎えるにあたり、圧倒的に出来ない事が増えたA様

発せられた言葉はとても重く、深く傷ついている事が分かります。頭の回転が速く冗談でいつも周囲を笑わせ、明るく正義感が強い 中心的な存在のA様。常々「人の世話になるならば死んだ方がまし」とおっしゃっていたA様から発せられた突然の「支えてほしい」というサイン。A様らしく自信に溢れた日々をいつまでも送って頂ける様に、私たちが行った取り組みについて発表させて頂きます。

【利用者様紹介】

性別 女性

年齢 85歳

要介護度 2

既往歴 高血圧症 アルツハイマー型認知症

認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa

【生活歴】

昭和4年、前橋に生まれ大きな家で育つ。プライドが高く学生時代は勉強でも運動でも1番であることにこだわりを持ち、その為の努力は惜しまなかった。若い頃は幼稚園・中学校の先生をされる。若い時の趣味は社交ダンスと読書。新聞の投稿欄を見るのが日課だった。前橋から高崎の氷屋に嫁ぎ長女・長男に恵まれる。家業を手伝いながら活気に満ちた生活を送る。

H16年 物忘れがひどくなる。アルツハイマー型認知症と診断され、通院が始まる。

H18年 夫が他界し独居生活となる。

H19年 デイサービス利用開始。

H25年8月 キーパーソンの息子様が入院し、火の管理が出来ない為、他グループホームへ入所となるが、怒り出し暴れてしまった為1泊も出来ず、その日のうちに退所となる。その後は高齢者専用住宅に入居し、他デイサービスとグループホームようざんの共用型デイサービスの併用利用を開始し、グループホームようざんの空きを待つこととなる。

H25年11月 グループホームようざんに入所

【 認知症状及び内服 】

アリセプトを内服していましたが、陽性症状がひどく、被害妄想で子供に対して暴力的になつた為に内服を中止。アルツハイマー型認知症との診断だったがピック症状もみられた。入所され、しばらくは抑肝散のみの内服で様子をみたが、易怒は治まらず、夜間に強い陽性症状があり、ガラスを割ろうとしたり、怒鳴ったりする事が頻繁に起こる様になつた為に内服の見直しを行う。メマリーの内服を開始したところ易怒は治ましたが今度は日中の傾眠・ふらつきがみられるようになり、活気が低下した為に中止。その後、慣れと職員の対応から易怒は治まり傾向にあったが、認知機能低下が進行し、理解できないと怒り出す事が増えてくる。また、幻視・独語・被害妄想が頻回になり、他の利用者から指摘をされ口論になり、「やっつけないと気が済まない」と暴力を振るう事もあり、ご本人の表情も険しい事が多くなってきた為に、内服を調整。易怒に対してはウインタミン 4mg を15時・夕食後に内服し鎮静。夜間の不眠・不穏もセロクエル・ベンザリンにて波があるものの、治まりつつある。進行している認知症状に対してはピック傾向がある為にイクセロンパッチの使用を試みるが 9mg に增量と共に易怒傾向が増え 4.5mg に戻すも、治まらず中止。しばらくしてから 4.5mg で再開するも蓄積効果で徐々に易怒傾向が増えてくる。異食も始まり効果も得られない事からイクセロンパッチの使用を中止。作話による被害妄想も日毎増え、聞く耳をもって貰えなくなってきたが、ハロペリドールにて治まる。現在専門医の受診を検討中

【 取り組み1 】

〈A 様について知る・そして考える〉

A 様の望む日々の生活は？そしてその先は？

私達は今までの A 様との関わりから、こういう人と決めつけていないか？

「支えてほしい」と思う A 様の気持ちに応えられるように私達はアセスメントシートを使い、眠れない夜など職員と二人きりの時間帯に意識して想いを聞きだし A 様の現在の心境を知る事から始めました。

A 様の気持ち

◎頼りにしているのは息子。でも色々世話になるのは「子不幸」しているようで嫌だ。

◎物事が分からなくなってきたので子供達と将来的な事を話し合いたい。

◎一番心配なのは子供たちの事。何か月も会っていないが元気だろうか？

◎私は他の人には見えない物が見えているのだろうか？頭がおかしくなつたのではないだろうか？

◎ここに支払いはどうなっているのだろうか？お金の管理はどうなっているのか？

◎体が思うように動かない時があり、嫌になる

◎甘いものは大好きだけれど、健康の為に医者から言われば食べない

◎子供達は私の事なんか全然気に留めていないので会いに来ない。顔を見せるのが嫌なのだろうか？

◎家を空けるのは心配。変な人が入ると嫌だから家に帰りたい。 等
アセスメントシートから A 様は「出来なくなってきた」「分からなくなってきた」「周りの人からおかしいと言われる」事を理解しており、多くの不安に支配されている事が分かりました。
今度は A 様の気持ちを分かったうえで、普段の生活を振り返り、A 様の出来る事・出来ない事を把握し、支援内容を検討しました。

【 取り組み2 】

〈B 町ツアー〉

認知症状が進み「考え方をしていても肝心な所が抜け落ちているような気がする…私はなんで頭がおかしくなったんだろう」と落ち込む A 様が長年暮らしていた B 町に行き、良く話題に出る馴染のお店の案内をお願いすれば活き活きとするのではないか？まずは A 様の活気を取り戻す為に B 町ツアーを企画しました。

“A 様の住んでいる B 町を案内して頂けますか？”と尋ねてみると「いいよ、あそこは色々な商店があるんだよ」と笑顔で引き受けて下さる。そしてツアー当日、ご自宅近くに着くと A 様は最初キヨロキヨロと辺りを見渡して「もう着いたの？ 初めて来た場所みたいだよ」と不安そうな何とも言えない表情でおっしゃるが、見覚えのある通りや路地を見ると昔の記憶が蘇り「そうそう！ この通りの角にお肉屋さんがあったんだよ」「この道はよく散歩していたなあ。懐かしいね！ しばらく来ないうちにはずいぶん変わったね」嬉しそうな表情で次から次へと言葉が溢れます。魚屋の前を通過すると「あれ？ ここの魚屋はうちのお爺さんがよく来ていて朝から椅子に座って店主と話していたんだよ」とおっしゃったので店内に入ると、お店のご主人が「あれ？ A さんかい！ 久しぶりだね」と笑顔で迎えてくれました。A 様も嬉しそうに「～さんは元気にしてる？」と話をされていました。家業を手伝いながら子育てをした第二の故郷 B 町に来ることで昔の活気を取り戻したように活き活きとした表情を見せてくれた A 様。回想法により活気を取り戻す事が出来、とても嬉しく思いました。ですが、何よりも入所しても馴染の関係を続ける事の大切さを改めて学び、反省する事となりました。

【 取り組み3 】

〈歌詞カード〉

歌う事が好きな A 様ですが最近は歌詞カードを目で追いながら歌う事が難しく、職員が歌詞の場所を指差してもすぐに目が泳ぎ違う場所を見てしまします。A 様は文字の認識が出来なくなっていました。歌詞カードをめぐり続けたり、逆さにしたり。他の方に指摘されれば「見なくても歌えるから、余計な事はないで！」と怒り出します。B 町ツアーで回想法が A 様にとって、とても有効であることが分かったので、歌詞カードの使用をやめて A 様の好きな歌・馴染のある歌を選んでもらい職員が歌詞をリードしながら歌って頂く方法に変えたところ歌詞カードを目で追う事に気を取られる事がなくなり、大好きな歌唱に参加出来るようになりました。また、歌唱よりもその当時の話などの話題を入れた方が笑顔が多く、思い出話から饒舌になり、人生で一番充実していたという教師時代のように歌を教えてくださる A 様の姿は自信に満ち溢っていました。

【 取り組み4 】

〈幻視〉

日中誰もいない場所を見て「あれ？ あんな所に男の子がいるよ！ こっちおいで」と手招きをしている A 様。その様子を近くで見ていた他利用者様から「誰もいやしないよ」と指摘をされたり「この人、おかしいんじゃない？」と言われ「何で見えないの！」と怒りだすなどのトラブルが増えてきました。「人が見えない物が見えているのかもしれない」と認識している A 様は、他者を怒る事で「自分は正しい」と自身を肯定しているように思えます。幻視が出現した時は職員が A 様と他の方とを離し、幻視を否定せず、話を合わせるなど臨機応変に対応します。A 様が見間違いであると理解された時も「これでは誰でも見間違えてしまいますよ。」と間違えて当然であると必ずフォローし、見間違えたと、幻視を見たと傷ついていないか、その時に見せる表情から A 様の心理を読み解くようにしています。

【 まとめ 】

認知症の人には「分からない」「出来ない」事を気づかせない事が大切だと言います。まして A 様のように「1番」にこだわり努力をされてきた方なら尚更です。私達の普段の何気ない会話やレクで自尊心は傷つきやすく、不安を忘れるように気をそらす事や、楽しく会話するだけでなく、職員とその人の思いにズレが生じないように、A 様の気持ちに正面から向き合い、「何が分かって何が出来るのか」「何が出来なくなりつつあるのか」を把握し、本人が望むその人らしさを支援する事の重要性を改めて認識しました。

薬では怒りを鎮めたり、穏やかにすることは出来ても、その人の自尊心を守る事は出来ません。その人らしさを支えるのは私達職員の役目です。分からなくなると怒り出す傾向にある A 様。プライドが高い故に弱音を吐く事が出来ない A 様。きっとこの先、何度も感情的になる事があるでしょう。そんなときにも私たちは「怒りの奥にあるもの」「笑顔の裏にあるもの」「冗談に隠されたもの」の把握に努め、その人らしさを支えていきたいと思います。A 様らしさを考えながら、一緒に。いつまでも。

『認知症予防・改善する臨床美術の実践について』 ～楽しい時間を作ることは～

グループホームようざん飯塚

山岸 達也

＜はじめに＞

現在、グループホーム飯塚では、『主権在客』の理念のもと、入居者様及びデイサービス利用者様が、毎日楽しんで生活して頂く事を目的としていますが、介護度が高い方が多く、実施できるレクリエーションに限りがあり、職員は日々試行錯誤しながら企画をしています。利用者様の五感を刺激するレクリエーションが出来ないか考えていたところ、『臨床美術』という手法があることを知りました。途中経過ではありますが、それに至った経緯、問題点、気づいた点等、職員の取り組み、工夫について発表します。

＜臨床美術(クリニカルアート)とは＞

臨床美術は認知症の予防及び症状改善を目的に国内で開発されたアートプログラムで、医師や美術家が1996年に実践研究を始めました。近年は精神疾患の予防や発達が気になる子へのケアとしても多方面で活用されています。期待できる効果としては、『認知症を予防』『認知症を改善・現状の維持』『コミュニケーションの活性化』『表現し受容される事によって、生きる意欲が増加する』『描くこと、創ることが身近になる』などです。五感をフルに活用し、ご本人が好きなように絵を描き達成感を味わうことにより、自信が回復し、やる気、意欲が向上してきます。また周囲が具体的に褒めることによりコミュニケーションが非常に取りやすくなります。

＜目的＞

- ① 五感をフルに活用することにより、認知症の症状を改善し、不穏状態を軽減することを目的とする。
- ② 創作を通じて周囲が関心を示し、それにより円滑なコミュニケーションがとれるように支援する。

＜参加利用者様の紹介＞

氏名 K・Yさん 79歳

要介護度 3

既往歴 アルツハイマー型認知症、高血圧、骨粗しょう症

生活歴 大きな農家に生まれ、趣味は山登り。結婚後は2人の子供を授かった。40～60歳までパートをされておりました。60歳頃より認知症症状見られる。被害妄想、不穏になり大声を上げたり、ご自身の主張を強く訴えられます。

＜施設の様子＞

H25年8月21日より入所する。日中・夜間ともに気分の変動があり、数分前には笑顔でも急に不機嫌となる(原因不明)。声掛けに対しても拒否的な返答、不機嫌な時には物にあたり破壊する。(壁に飾ってある写真を破いたり、デスクの物を散乱させたりなどなど)。他の利用者様、職員に対しても暴言あり“くそじじい”“大バカ者”“くたばてしまえ”など数え切れず。その際、傾聴し対応可能な際は対処できますが、ほぼ聞く耳を持たずそのような時には、見守りにて対応する。

＜KYさんの取り組み・結果＞

グループホームで穏やかに生活してほしいと言うのが、ご家族の希望もあり願いでした。しかし、日常生活では、不穏になり徘徊・暴言・介護拒否、物を破壊するなど周辺症状があり、どうしたら日々穏やかに安全に充実した生活を送って頂く事ができるのか考え、今回の『臨床美術』を行う事にしました。臨床美術を開始する前に「長谷川式簡易知能評価スケール」を実施し、ご利用者様の認知症重症度を確認。開始当初は描きやすい物から始めました。途中経過として再度「長谷川式簡易知能評価スケール」を実施し改善傾向をみることにしました。臨床美術開始前の「長谷川式簡易知能評価スケール」の結果は5点でした。臨床美術初日。まずは苑庭にある、こいのぼりを進めてみましたが、中々描くことができません。Kさんから出てくるのは『学生の時は美術部だったけど、最近は描いていないから描けない』『どこから描いていいか分からない』『私には上手く描くことができない』『こんなのがわからない』などと、否定的な言葉ばかり。そこで、職員が一緒に行い、『どこから書きましょうか』などと声掛けをしながら進めて頂きますが、手は動かず考えこんでしまい、全く書き進めることができませんでした。スタートから悪戦苦闘の日々を送っていましたが、ある事に気がつきました。Kさんは、よくスーパーのチラシを見ていました。Kさんは昔スーパーで働いていた事があり、特に野菜や果物に目がいくようでした。それなら興味がある果物から勧めてみようということになり、みかんを手渡し「ちょっと持ってみて下さい」と声を掛けた所、興味を持ったのか『美味しそう』と笑顔で答えられました。さらに、好きにしていいですよ、と勧めたところ、手で感触を確かめたり、香りをかいだりする姿勢がみられました。そこでスタッフ間で検討し、Kさんは野菜や果物なら前向きに取り組んでくれるのでは!とさっそく、果物から取り組んでいただきました。芸術家ながら、色々な角度から観察しており、職員がクレヨンを渡し、『みかんの枠から描いてみましょうか』と誘導すると、すらすらと描き始めました。その後、りんごやバナナ、なすなど数を重ねていくうちに『絵を描くのは本当に楽しい』とKさんの口から聞かれる様になり、完成した絵を見て『楽しかった』とおっしゃるようになりました。バナナなどは、1本の物を房で書かれたり、みかんの色を見た目と違った色で塗られたりとKさんの感じた色や香り、触感のままにKさんならではの感性で仕上げられました。臨床美術がきっかけで表情も穏やかになり変化を感じました。臨床美術を開始した1週間目はやらされている感が強く『なんでこんなことしなくちゃいけないのよ』と不穏になる事も多々ありましたが、1週間を超えた頃より、職員が野菜を持ってくると、色鉛筆やクレヨンを選ぶなど描くことが楽しくなってきた様子がみてわかるようになりました。その結果、取り組む以前は、暴言や拒否などの他者とのトラブルから、周りの利用者様との関係がうまく行かず、自

然と周りの人たちが離れ、孤立していく様子が見られましたが、臨床美術を始めてからは、熱心に絵を描かれているKさんを見て『何をしているの』と周りの方が興味を示し、Kさんの所には人が集まるようになり、Kさん、そして他利用者様との距離は近くなりました。途中経過で「長谷川式簡易知能評価スケール」実施した結果8点でした。前回より、3点上がり、臨床美術を開始してまだ間もないですが、少しづつ成果が表れ、今では以前よりは充実した生活を過ごせて頂けている感じています。

＜考察＞

今回の、取り組みである臨床美術は、その人ならではの表現力が現れ、創作には自己実現の喜びがあるとわかりました。臨床美術は、見たままの色ではなく、味や香りのイメージで色を選ぶことができ、取り組まれた利用者様は自然と楽しむ様子が伺えるようになりました。やがて、それが『やる気・意欲・想像力』を引き出す良い効果が得られたように思います。臨床美術がきっかけになり、『絵を描くのが楽しい』と利用者様から声を頂いた時、うれしく思いました。共に楽しむことで、創作意欲を引き出す事ができ“想像力”を働かせるという事と、違う感覚で物事を見られるようになるということが実感させられました。しかし、臨床美術を知ってから浅く、認知症対策に非常に良く適しているという事は知っていましたが、スタッフの知識不足から今後どのように、展開し継続していくべきかが今後の課題でもあります。臨床美術を取り入れ、脳の活性・意欲につながり、実際は絵を描くのが難しいと思っていた方の作品も、すべて自信に満ち溢れています。スタッフはそのやる気、発想力を、今後の生活に生かし、少しでも認知症状を抑えられるようにしていきたいです。今まで、中核症状が強かったK・Yさんの暴言や不穏になる回数も減り、社交的となり特に精神面でのプラス効果をもたらす半面「長谷川式簡易知能評価スケール」では数値の伸びはあまり見られませんでしたが、いつまでも楽しくアットホームな日々が続くよう、引き続き努力していきたいと思います。

＜まとめ＞

今回の取り組みから、その人の過去の経歴などから、興味を引くものを見つけ出すなど今後につながるヒントを得る事ができました。以上の事から、職員一丸となり、あきらめることなく挑戦することが重要であると再認識しました。今後も、心のこもったサービスの提供を目指し、グループホームようざん飯塚の理念に沿って『家庭的で心地よい環境作り』『人と人との触れ合いと個人の個性を大切にする』ことを目指し日々業務に努めていきたいと思います。

「心安らぐ場所～共に探し、共に作る」

グループホームようざん倉賀野

佐々木 美喜子

はじめに

A様がグループホームようざん倉賀野に入所して約2年。当所は不穏・昼夜逆転による不眠と日中の傾眠、帰宅願望、頻回な立ち上がり等、中々安定した睡眠がとれず、日中も落ち着かない方でした。慣れない場所で、落ち着かれないのは誰でも当たり前。グループホームの職員全員できめ細かいケアをし、早く馴染んで頂こう、心穏やかになって頂こうと、試行錯誤を続けました。今では、夜はぐっすりお休みになり、トイレに行かれる回数も1, 2回までに落ち着かれたA様の変化を発表させて頂きます。

基本情報

A様 女性 88歳 要介護度4

アルツハイマー型認知症

農業・養豚・養蚕を営み生活される

ご主人は16年前に他界

グループホーム入所前は他の施設(ショートステイ)を利用されていた

グループホーム入所時のご様子

A様は平成25年8月28日、グループホームようざん倉賀野に入所されました。こちらに入所される前からショートステイを利用されていた事もあり、介護に対する拒否や抵抗はありませんでしたが、やはり初めての場所。不安な気持ちで一杯だったと思われます。とにかく一日を通して、「お水を下さい。」との訴えが多く、強い帰宅願望・立ち上がりも頻回でした。更に、夜間は落ち着かないご様子で、何度もトイレに行かれ、一晩に十数回お手伝いさせて頂く日もありました。

その為、日中はテーブルにうつ伏せ、眠そうなご様子です。お迎えするにあたり、当時の主任から「落ち着いて下さるまでには三ヶ月はかかります。そのつもりでケアをしてゆきましょう。」との言葉がありました。中々先行きの見えない予感を感じさせる初日でした。2日経ち、3日経ち、1週間過ぎても状況は変わらず、更に「お金は？ 着る物は？」と心配事の質問を何度も職員に繰り返される様になりました。

問題点と対策

様々な行動・訴えから、まず何が問題なのかを話し合い、とにかく昼夜逆転と不安による立ち上がりを改善してゆく事に取り組みました。「昼夜逆転だから、昼間にしっかり起きて頂ければ夜は寝て下さる。」そんな簡単な事ではありませんし、そうかといって特効薬が有る訳でもありません。行動

は理由があつてする事。何かしらの意味があり、全てが繋がっているものです。一つ一つの訴えに対応する事も大切ですが、その根本、全体を見て対応する事もまた大切な事です。あらゆる面からアプローチし、情報を集めました。例えて言うなら「本来のA様」というジグソーパズルを完成させる為に、色々な所に散らばっているピースを探しました。・日中はなるべく声掛けをし、体操やレクに参加を促し、体を動かして頂く。

- ・水分の訴えには過剰摂取にならない様、ちょっと熱めにして提供し、時間をかけて飲んで頂く。
- ・お茶だけでなく、ホットミルク、カルピスなど味を変えてみる。
- ・金銭や着る物の心配には、安心を促すだけでなく、A様に興味をお持ち頂けるような他の話題を探してみる。
- ・お話を傾聴し、気持ち・不安・訴え等、全て受け止める。
- ・散歩やドライブで気分転換して頂く。等々、とにかく思いつく限り何でも試しました。

秋も深まる頃には、A様も少しあは落ち着いた様に見え、昼夜逆転も少しあは改善されましたが、まだ不眠の日もありましたし、立ち上がりもありました。何かまだ、「足りない、大事なピース」がある様でした。私たちは更にそれを探しました。

更なる追求、答え

A様は、自分から何かを積極的になさる方ではありません。ですから、猶更こちらからのアプローチが必要です。ある日の午後、他の利用者が塗り絵を始めるのを興味深そうにご覧になっていました。「A様もなさいますか?」との問い合わせに、首と手を振りながら「めったバカになって出来ない。」と答えられました。それでも職員が隣に座り、色エンピツをお渡しすると、手に取られ、「これでいいの?」と 言いながら塗り始めました。しかしそれもつかの間、3分もしないうちに色エンピツを置かれ、テーブルに伏せてしまいました。顔を挙げ、「ここに居ていいの?」「お金は?」「着る物は?」「家の者は?」と繰り返しの質問が始まってしまいました。気分転換の為、車椅子で散歩に出掛けました。駐車場の隅にある小さな畑に来た時、A様がポツリと「アタシ農家だつたから、畑仕事がしたい。」

「仕事」

必要なピースは正にそれでした。A様は働き者で、自分の楽しみより仕事を優先し、ご家族に尽くしてきた方です。何もしないで、のんびりしている時間はなかったのだろうと思います。すかさず、その日から「お仕事」をお手伝い頂きました。さすがに畑仕事はADL的にも難しく、洗濯物畳み、食器拭きなどお願いした所、最初こそ「私に出来るの?」と言いつつも、職員が作業を丁寧にお伝えした所、「ハイ。」と頷き、一生懸命に手伝って下さいました。洗濯物畳みなどは、慣れてくるとご自分から洗濯物を手に取り、畳んで下さいました。塗り絵や貼り絵などにはあまり興味をお持ちでないA様ですが、「このお仕事」は全て無くなるまで手伝って下さるのです。「もうないの?」「もっとお仕事させて下さい。」とまで仰います。A様の変化に驚きました。自分から積極的に行動されたのです。

結果

1つのピース・キーワードがA様に変化をもたらし、その変化は連鎖して、良い方向に向かいました。時間の経過による慣れもあるでしょうが、笑顔も見られる様になりました。現所長には「アンタいい男ね。」と冗談まで仰ります。昼間、「お仕事」をしたり、職員と会話する時間が多くなると、必然的に活動量も増え、夜はぐっすりとお休みになります。心配な時間も減り、立ち上がりも減少しました。新しい年を迎えた頃には、一晩のトイレの為の起床が10回を超える日は無くなり、落ち着てお休みされている様に思われます。それでもふと不眠の日もあり、ご家族とも相談の上、「A様ノート」を作り、「いつ、どのタイミングでどの様な落ち着かない状態だったのか」を記録する事で主治医と連絡を取り合い、薬を変えて頂きました。グループホームでのケアだけでなく、ご家族、主治医とで密な連携を取る事でA様は、今では不眠の日は無くなりました。

まとめ

1つの問題は何とか乗り越えました。しかし、「本来のA様」のパズルにはまだ足りないピースがあるようで、「金銭」と「着る物」をご心配される様子は無くなりません。トイレや移動の介助の時、「お世話になってすみません。」「お金はいいの？」と仰る時が多々あります。現在は、その心配を取り除く為のピースを探し、集めている所です。見落としてる事、まだアプローチしていない事、日々、試行錯誤の連続です。私は全く介護の経験を持たない新人としてグループホームに配属され、所長を始め、職員が話し合い、行動し、問題を解決してゆく過程を身を持って学びました。教科書に書かれている事はあくまで参考とし、その現場で、その状況に合った行動をしてゆく事が介護なのだと実感しました。A様に限らず、利用者様全員にとって、グループホームようざん倉賀野が落ち着ける、心安らぐ場所である為に、これからもA様に限った事ではなく、利用者一人一人の為の最善のお手伝いをしていきたいと思います。

「寝たきりから自立歩行へ、認知機能改善へ」

デイサービスようざん並榎

吉田 規子

【はじめに】

寝ても覚めても目に入ってくるのは天上だけ、何の刺激もない、口から食事をとる事も、独りでは動くこともままならず、家からどこにも出かけられない、そんな生活が続いたら、皆さんだったらどのような気持ちになるでしょうか？きっと生きる意欲「意欲」という心の刺激や活性化が欠如してしまうのではないかでしょうか。身体機能が低下した人が地域社会へ出かける際に障壁となるのは、段差や移動手段の確保の困難など数多く存在します。 こうした環境面の制約が、利用者さんの残存機能を使う機会を奪ってしまう事もあります。「寝たきり」にちかった介護度5のAさんが、自宅に閉じこもりになって、在宅から一歩も出られないまま一生を終えることになると心配されていた時、デイサービスに通い始めた事で、生きる力、希望を見出され、胃瘻がなくなり口からの摂取へ、車椅子使用から自立歩行へ、さらに認知機能が改善され、1年後には劇的な機能回復が変化を遂げられ、介護度2に至った経緯をここに報告したいと思います。

【事例対象者紹介】

氏名：Aさま 年齢：96歳 性別：男性

要介護度：利用開始時 要介護度5 → 要介護度2

食事形態：利用開始時 胃ろうより注入 → 胃ろう抜去後 粥 + 粗きざみ

→ 米飯 + 一口大

既往歴：平成26年急性虫垂炎のため入院。術後ADLの低下があり、嚥下機能も低下したため、胃ろう造設。認知症発症となる。腹壁ヘルニア、肺結核、縲内障

家族構成：息子夫婦と孫1人との4人暮らし。妻は、91歳の時に他界している。

趣味：歴史古文書の読解、家系図作成、囲碁、将棋、ボーリング、剣道

地域：以前は、交流があったが、現在はなし。

本人の思い：住み慣れた家で生活したい。自分で歩きたい。自分で食べたい。

【デイサービス利用に至った経緯】

94歳の時に急性虫垂炎で入院となり、手術後は廃用症候群でADLが低下、歩行が困難で車椅子使用となる。痰がらみのムセ込みが見られ、嚥下機能が低下し禁食、胃ろうを造設。退院後自宅に戻っても、精神的に不安な日々が続き、何度も家族を大声で呼んだり、起きようしたり、不穏な様子が昼夜問わず見られるようになる。家族の介護負担軽減と自宅での生活を維持、規則正しい生活を送れるよう、平成25年8月よりデイサービス利用となる。

利用当初の様子と課題

[送迎時]

- ・Aさま宅は、送迎車が入れない狭い道路に面して、借りている駐車場から自宅までは300メートル離れていた。
- ・自宅は高台にあり、道路から玄関まで石の急な階段が9段、幅は1m以下の為、介助で上り下りは不可能な状況。
- ・退院間もないAさんの体調と雨天時の心配もあり、利用当日は介護タクシー(ストレッチャー)で来所となる。
- ・介護タクシーを数回利用したが、料金が高額の上、いつも空いているとは限らなかった。
- ・施設での送迎を試み男性職員2人対応で送迎が始まる。
- ・家族の協力のもと、石の階段を車椅子で上り下りできるように、階段にタイヤの溝を作り、車椅子にワイヤーを付けて、上からひっぱり昇降するやり方を始める

[デイサービスでの様子]

- ・デイでは、退院間もないAさまは精神的に落ち着かず、「自分はどうしたらいいか?」と何度も確認する姿が見られ、静養されていても「起きます」と体の置き場が分からない不穏な状態が続く。
- ・集団で生活することになれない様で帰宅願望が強く、時間を気にする発言が多い。
- ・やる気や意欲は見られず、無表情で声掛けにも受け答えが少ない。

[昼食]

- ・昼食時は、食事摂取出来ない為、ホールから離れ静養室にて胃ろうより栄養剤注入

[入浴]

- ・入浴は、体格が大柄で歩行不安定の為、男性職員で対応した。
- ・体に力が入らず、全介助で入浴される。

[レクリエーション]

- ・利用当初はレク、慰問の参加は拒否が見られ「俺はいいよ」とぼそっと発言される程度でほとんど参加することはなかった。

取り組み

《胃ろうから自力摂取へ》

来所時は、静養室にて胃ろうより栄養剤注入していたが、他利用者様方の食事中の会話や、匂いに誘われ、A様の「自分で食べたい」という気持ちが募り、食欲が湧いてきた。食事レクで、かぶの浅漬けを作っている時に、「食べたい」と話され、家族に伝えると、以前は家でよくかぶを食べていたとお話をいただく。平成25年10月末から、家族より自宅にてむせ込みもなく、柔らかく煮た大根

を食べたという報告を受け、デイサービスでも梨をすりおろしたものや、プリン、ヨーグルトの提供を試みる。Aさまは、一口一口噛みしめるように食べられ「おいしいですか？」との問い合わせに対し、「おいしいよ」と嬉しそうに答えてくれる。職員も「今日は食べられたね」と一緒に喜び合いながら一口の重さを感じ合う。摂取量にはばらつきはあるが、食べられる回数も多くなり、静養室でなくホールにて食べられる事に表情が明るくなってきた。当初は、粥と粗刻みで水分にはトロミ剤を付けて対応していたが、次第に米飯と一口大でも食べられるようになる。平成25年12月中旬に胃ろう抜去。以前の様に、甘いものや好きな物を食べられるようになり、トロミ剤は使用しないと家族より連絡がある。誤嚥予防に、食事前には必ず口腔体操に参加し、Aさまも熱心に取り組まれ、むせ込む事も少なくなっていました。食後は残食がないか確認し口腔ケアを行う。また、脱水にならない様、水分を多く取っていただか為に、緑茶は苦手だと言われたので、大好きなコーヒーやスポーツドリンクを提供した。

《車椅子から自力歩行へ》

送迎時は、家族の協力のもと、自宅の石階段のリフォームによりデイサービスの職員の対応となり、玄関までの石階段を手すりに掴まり、一部介助で上り下り出来るようになる。来所後は、出来るだけ歩いていただけるよう車椅子の使用は控え、入浴、排泄時や口腔ケア時は手引き歩行を行っていました。Aさまも自分で歩くことを望まれており、健康体操や下肢筋力アップの体操に参加され、真剣な表情で行っていた。次第に体力もついていき、静養室で休むことも少なくなった。平成26年7月には要介護度2になり、週3回の利用に増えた。歩行も安定し、自宅でも自室からの移動や排泄も自力で出来る様になって、庭を歩いて元気に過ごすと家族から連絡があった。入浴時は、歩行も安定してきたので、女性職員でも対応できるようになる。

《好きな楽しめる事を取り入れる》

レクリエーションの参加が少なく表情の変化が見られなかったAさま。私達は生活歴からAさまの好きなこと、楽しめることを探しました。するとAさんの「楽しみ」を探すことが出来ました。

①ボーリング

若い頃には、マイボール、マイシューズを用意するほどボーリングを楽しめていたというAさま。早速レクリエーションでボーリングを行いました。今までには「いいよ、大丈夫」と見学されていたAさまが「ボーリングをします、Aさまもお願いします。」と職員が声をかけると「昔やっていたんだよ。」といつもとは表情も、声の力も違うAさまがそこにはいました。ボーリングが始まり、いよいよAさまの番になり、職員が「Aさまお願いします」と声を掛けると、力強く「ハイ」と返事をしボールを投げる位置に移動しました。

ボールを持ち、ピンを見ているAさんの表情は私たちが初めて見る力強い真剣な表情でした。ピンは全部倒れませんでしたが、「久しぶりにやったな、楽しかったな」とAさまの口から「楽しかった」

と嬉しい言葉が聞かれました。Aさまにボールの投げ方、ピンの上手な倒し方などを聞くと嬉しそうに職員に優しく教えて下さいました。Aさまが楽しまれている事に私達は感激しその後もAさまが利用される日にはボーリングを取り入れ、Aさまが主役になって楽しんで頂ける環境を提供した。利用するにしたがって、受け答えも良くなり、ゲーム等に参加することによって人との交流も出来てきた。

②歴史古文書の読解

昔から歴史や古文書に興味があったAさま。わたしたちは群馬の歴史やAさまの出身地でもある吉井町の牛伏山や多胡碑の話を聞き、吉井町に住む職員が多胡碑の写真を撮ってきて、一緒に写真を見ながら石碑に書いてある言葉や漢字を教えていただきました。また、昼食後には苗字や家紋についての本を読まれ、Aさまの家紋の由来を職員に丁寧に説明してくださいました。知人が同じ利用日により、昔の話も弾み、デイサービスに来るのが楽しみだと話されることもありました。

③書道が得意

難解漢字を読むのも書くのも得意なAさまに、健康十訓や四字熟語、次の日の献立を達筆な字で書いていただき、ホールに展示させていただいた。字を書くことで脳が活性化されていった。

【考察】

人が生きようとするには、自分で元気に生きようとする力と、口からの食事摂取が何より重要で、その為には家族の協力も大切だと痛感しました。Aさんのお嫁さんは看護師をされていた為、自宅へ訪問し胃ろう注入の仕方や、自宅での様子を聞くことができました、ゼリー製品を自宅でも試していると連絡があれば、同様にデイサービスでも行ったり、ご家族と密に連携を図る事が出来たのは良い成果に繋がりました。

口から食べ物を食べる事は当たり前の行為のようですが、目で楽しみ、物をかんで味わう喜びだけではなく、噛む事で脳を活性化でき、認知機能を改善出来る凄い事です。食べる事は人間の基本欲求であり「生きている」「元気」「健康」という実感に繋がります。Aさんにとって食べるという行為は精神的にも重要な意味を持っていたと思います。

良いケアとは、身体能力の回復だけでなく、その方の思いを大切に「その人らしく生きる権利の回復」をめざし、出来るだけ機能低下の速度を遅らせ、疾患の悪化を防ぎ、何より寝たきりにさせないことが重要です。高齢で介護5だからと言う私達の固定観念や先入観でケアをしてはいけないという事を学びました。

【最後に】

「元気になりたい」という、Aさんの秘めた欲求を汲み取り、あきらめずに希望を持って家族と一緒に在宅生活をサポートしてきた2年間でしたが、今年の3月末、ご自宅にて突然老衰の為96歳で

お亡くなりになられました。亡くなる前日に昼食の献立を書道で書いていただきました字は「鱈の煮付け」でした。とても達筆な字で、家族は額に入れて葬儀に飾ってくれました。ご家族から「ようざんに行かなかったら、こんなにおじいちゃんは元気にならなかつたでしょう」「私に介護が必要になつたらようざんにお世話になりたいと」とうれしい感謝の言葉をいただきました。多くの人は歩けなくなつても、動けなくなつても、施設入所より住み慣れた自宅での生活の継続を望んでいます。こうしたことを支えていくことがノーマライゼーションの理念に沿つた大切な事であり、私達介護職に課せられた使命だと思います。その為にも、個々の高齢者の状態に合わせた適切な支援を行えるよう、日常生活の何が障害さているかを把握する力を身に着けていきたいと思います

「帰りたい！」に寄り添って

デイサービスばから

高田清子 松本奈津子

＜はじめに＞

ようざんでは認知症介護が得意ということで、勉強会に参加し、日々スキルアップに努めていること思います。ばからでは要支援から要介護5までの方が利用され、個々に対応したレクやみんなで楽しめるものまで日々考案し楽しんでいます。そんな中、利用が2年近く経ちレクリエーションに笑顔で参加されていた方が、徐々に認知症状が悪化し進行したことを受け再認識し笑顔を取り戻していただけるように取り組んだA様男性の例を紹介したいと思います。

A様 男性 89歳 倉賀野在住

介護度：要介護2

病名：骨粗鬆症 認知症

既往歴：前立腺がん(ホルモン治療) 胃がん(OPE)

服薬内容：レミニール エディロール フリバス錠 エビプロスタット マグミット

＜デイサービス利用に至った経緯＞

65歳までJRに勤める。引退後は長寿センターに通い趣味のカラオケや社交ダンスを楽しんでいた。約2年前より夫婦2人となると物忘れなど症状悪化。留守番はできるが、誰が来たのか覚えていない。便座のフタが上げられないなどの症状がみられるようになりデイ利用となる。

＜支援経過、観察＞

利用当初は人見知りなく朗らかな性格で、職員や他の利用者様とのコミュニケーションも良好でレクのカラオケやゲームなど楽しく参加し選曲も自分ででき笑顔で唄っていた。利用半年経った頃より、帰宅願望が出現し徐々に悪化、また言葉が出にくく不明瞭となり、レク参加が難しくなる。その為個別でカラオケ、ドライブ、不穏時は傾聴し対応する。

＜課題＞

今年に入り風邪を患った後、認知症状がさらに進行。身体能力の低下とともに「帰りたい！」の帰宅願望がより強くなってきた。

・取り組み1

免疫力の回復、体力の保持、ADLの低下について支援し全身状態の回復に努める。

(1)嚥下能力の低下、食事量減少、内服薬飲み込み不可。吐き出してしまうため錠剤は粉末にし水に溶いて対応。口腔体操やマッサージには付き添い個別対応となる。

(2)入浴後は、倦怠感が増し臥床にて長く休まれ体操に参加できず、筋力や体力の低下につながり悪循環となった。休まれる時間や入浴時間を減らし、体操に参加できるよう促し体力回復に努めていった。

・取り組み2

(1)体力が回復するにつれ奥様との会話の一部が頭を巡り、さらに帰宅願望が増す。笑顔で参加していたレクリエーションも出来なくなる。そんなA様の楽しみを見い出していく。

①送迎時、奥様との情報交換をさらに密にする。

②不穏時「帰りたい！」と訴えるA様の話を傾聴する。

換語困難の症状が進んでおり、言葉が出にくいか「帰りたい！」のみはっきり聞き取れる。理由がうまく伝わらない。

③不穏行動の把握→出入り口の扉をたたいて大声をあげたり窓を開けたりする行動あり。

④午睡状態の把握→昼食後の午睡が十分でないと午後は決まって「帰りたい！」と不穏になる。

①～④を踏まえ、認知症レベルを考えた。

A様は場所や日付もわからない見当識障害の悪化、換語困難の進行状況などから第2～3期へと移行している現状である。

(2)A様の現状をふまえ「帰りたい！」という帰宅願望を職員で話し合う。

①「帰りたい！」となるのは自由に過ごす午後に多い。

②午睡を十分に取れないと落ち着き不穏行動が出にくい。

③A様はまじめな性格。

ぽからでの午前中の入浴、体操は一生懸命取り組む。午後はレクやティータイム、ドライブなどゆったりした時間が過ぎる。以前はその時間をA様は新聞を読む、歌を歌い過ごしていたが、今はどう過ごしていいか分からなくなっている。

④換語困難のA様は周りと会話ができず、コミュニケーションが取れることへのストレスがあり、孤立を強めてしまっている。

①～④をまとめ A様の「帰りたい！」という願望は自分の落ち着ける場所がなく不安やストレスを感じているため、この場から離れたいという気持ちが強いのではないかと考えられる。

＜対策＞

(1)自分の居場所がないことへの不安に対し A様に簡単な役割を与え達成感を味わい、充実した時間へつなげる。たとえばタオル畳み、テーブル拭きなど。

(2)他の利用者様とコミュニケーションがとりにくいことを考え会話が少なく簡単にできる歌やボール投げなどで楽しい時間を作る。

(3)不穏時には傾聴に加え散歩やドライブなどで気分転換をはかる。

＜結果、考察＞

病状回復に伴い、身体能力もゆっくり回復、最近は食事量も増え、入浴後臥床する時間も減り体操に参加できている。またレクやコミュニケーションなどで A 様を気にかけ声掛けし不安やストレスを軽減できているのではないかと思われる。改めて心に寄り添った声かけが不安やストレス軽減へつながることを再認識することができた。「帰りたい！」に限らず A 様の一言一言には不安やストレスを感じて発しているシグナルとして耳を傾け解決していくことで落ち着きを取り戻している。

＜まとめ＞

取り組み1、2の結果、体力の回復、不穏症状の軽減ができたのではないかと思われる。認知症状を少しでも食い止め、毎日笑顔で過ごせ、A 様の意欲を引き出せるようなレクを提供していきたいと考える。それには、いつでも均一のサービスが提供できるよう職員個々のスキルアップも欠かせない。

個別ケア

デイサービスブランドールようざん

石井鈴香、大澤功輝

はじめに

デイサービスブランドールようざんはナーシングホームようざんに併設している小規模デイサービスです。ご利用されている利用者様はナーシングホームようざんの方がほとんどですが近所からも通われている方もいます。穏やかな雰囲気の中、利用者様がゆっくりと過ごせる空間づくり＆個別ケアに励んでいる毎日です。今回は二名様の方の事例について発表したいと思います。

(事例1)

名前	N様
年齢	80歳
性別	男性
要介護度	2
既往歴	脳梗塞 意味性認知症 十二指腸潰瘍
趣味	お洒落

N様は当デイサービスに入るなり落ち着きが無く、扉を引っ張ったり、徘徊をしたりという状態でした。当初は、入浴にもひどく拒否があり。「今日はいいよ。いいです。」とホールへと戻ってしまうような状況でした。入浴の度に、脱衣所を見てもらうのさえ拒まれていました。本人様が環境に慣れるまでゆっくりと時間をかけ声をかけ続けた結果、ある時をきっかけに、脱衣所に入り、衣類を脱ぎ始め「いいの、ここに入って」と職員に尋ね、「良いですよ」とお答えすると、笑顔で入浴をされるようになりました。その後、拒否なく入浴されるようになり、デイに来所されると脱衣所に向われます。

デイでのご様子は、扉の付近に人影が見えると、「開いてる？」と言いドアの近くに行きドアを「ガタガタ」させてみたり、無理やり開けようとする姿が見られます。職員がNさん、ホール行きませんか？と声を掛けるがドアの側を離れようとはしませんでした。何度も何度もドアを開けようと必死になっていました。「ダメ？出られないの？」「これは、ダメだ。」と表情は険しく誘導困難でした。職員がN様に対しての決めた対応として…

言語メッセージだけでは思いを伝えることが難しくなる為、手招きなどのジェスチャーや目の前で椅子を後ろに引く、ドアを開ける、直接物を見せるなど視覚に訴える非言語メッセージを活用しな

じみの関係を作り安心感を得てもらうことや、混乱を招かないようにする。スタッフ間の意思統一を図りました。現在、デイでの徘徊が少なくなり、笑顔が増え、歌を唄ったり、職員と会話をすると落ち着かれるようになり、N様のできる事が増えてきました。時間が経ち帰宅時間までドアの近くに行きガタガタする事も無くなり今では帰りの際、「もー帰るん？」となごり惜しい表情が見られます。

(事例2)

名前	Y様
年齢	88歳
性別	女性
要介護度	1
既往歴	アルツハイマー型認知症 胃炎 腰痛
趣味	お花のお世話 裁縫

Y様は以前ご主人と二人で生活をされていました。デイサービスの利用が決まりご自宅に迎えあがるも、職員を警戒してしまい、「家の事やらなきゃ」「掃除が終わってないから」「今忙しいんだよ」と忙しい様子が多く見られていました。

今日は行けない、あんた(ご主人)だけ行きなよ。と突き放す言い方をされ、ご夫婦で利用・入浴されることは困難な状況でした。利用されても、「家のことが心配なんだよ」、「人が多いのは苦手」と話され落ち着きが無く、ドア付近に行き、「開けて」「出して欲しいんだけど」「お風呂は毎日入ってるから」と言われることもあり。自宅に戻られる事が多かった。ご主人が亡くなり精神的に不安定になり、生活面の心配がある為、ナーシングホームようざんへ入居になる。以前拒否されていた入浴もスムーズにされるようになり、周りの利用者様と楽しく過ごされるようになり、食器洗い、花の水やり、洗濯干し、たたみを積極的に手伝って下さるようになり、以前では出来なかった外出や散歩も楽しく笑顔で出来るようになりました。「私、こんなに前は活発じゃなかったのに、楽しくて！」と話されるようになりました。以前のY様の生活の延長線をひいてあげた事が再び生きる喜びへ繋がったと私たちは感じました。

終わりに

私達はまだまだ利用者様のニーズを見落としているかもしれません、「デイ=老人幼稚園」ではありません。老化や病気、障害などでハンディを抱えてしまった方のリハビリテーションと社会参加を支援する施設だと、人間であるならば社会参加は必要不可欠であり、それを実現出来る介護サービスはデイだけだと考えています。どんなゲームをやるか、どんな歌にするかよりも、まず人間とし

ての魂の健康を重んじ、心のリハビリテーションが必要であるという理念を持った事業所であり続けたいです。

ようざん×人=○○ ～バトンリレー介護の方程式～

ショートステイようざん

矢嶋 幸弘

最初

財政悪化や高齢化が進展する中で、社会保障制度を今後ともに機能させるためには、財政需要の増加を抑え、制度の改革が不可欠との認識の中、今から 10 年後…、総人口は減少しますが、高齢者人口は急激に増加します。平成 37 年(2025)には 800 万人の人が介護保険に該当し、650 万人近い人がサービスを利用しています。これは現在と比べて利用者数で 1.5 倍です。つまりそれだけ財政負担が大きくなり、介護保険料も 1.5 倍にならかねません。現状投影(現状のまま伸ばしたら必要となる数)に対し、「改革」を行うことで改革後の数値が出てきます。介護施設も現状投影に対して、約 20%程度の抑制です。

入院・入所の抑制方法

1. ベッド整備を抑制(認可しない)
2. 入院・入所の基準で抑制
3. 報酬を下げ経営を困難にする 等

抑制するということは施設に入れなかった人や、退院した人たちが在宅で生活することを余儀なくされるということです。

以上のような「財政危機下」の「人口減少下の少子高齢化」において、高齢者を在宅で支える社会システムとして「地域包括ケアシステム」が構想されています。

当然、この社会問題を念頭に「地域包括ケアシステム」に同調し、ショートはショートらしくしていかなければなりません。

今回、介護報酬改定をきっかけに、長期滞在利用者をどうやって在宅復帰できるかを目指し、その取り組みの中で見つけた本来あるべき姿の発見を報告します。

目標

ショートステイの本来の在り方を再検討・確立していくためにできる限り長期滞在利用者の在宅復帰を目指す。

挑戦

- 家族会の開催(長期滞在利用者限定)

日時:平成 27 年 3 月 7 日 14:00~

出席数:12 家族

内容: ショートステイのサービス紹介

・平成 27 年介護報酬改定について ~在宅復帰へのお願い~

・意見交換 ~なぜ在宅に帰れないのか?~

家族の意見 ~在宅復帰ができない理由~

- ① 介護技術がないため移乗やオムツ交換などができるか不安
- ② 居住スペースが2階にあるため車椅子を2階まで持ち上げられない
- ③ ベッドや手すり等住環境が整っていない
- ④ 仕事で1日そばにいてあげられない
- ⑤ 移乗・移動が負担でどうしてよいかわからない

■ 家族面談

家族会では意外にも前向きな姿勢が見られ、在宅復帰を簡単に受け入れてくれる方もいた反面、家族それぞれの意見により様々な課題が浮き彫りとなった為、後日ケアマネジャーを含め担当者会議等にて家族ごとに在宅復帰に向けて具体的な話し合いを開始することとなる。

■ 在宅復帰に挑戦

家族の意見(ニーズ)に限りなく沿った取り組み(協力)を行いことで在宅復帰を支援する。

「介護技術がないため移乗やオムツ交換などができるか不安」 ~O 様より~

→3月 29 日、家族対象に「介護技術講習会」をショートステイ内にて開催し、オムツ交換、移乗・移動の直接指導を行う。自信がついたとのことで 4 月 3 日に見事在宅復帰に成功!
現在も継続中。

「移乗・移動が負担でどうしてよいかわからない」 ~T 様より~

→迎え時(送迎)、部屋まで移動後、ベッドへ移乗する。送り時(送迎)も同様に部屋まで行き、移乗・移動介助を行う。受入や送り出しの際、家族の負担がほとんどなくなり安心したためか 4 月 12 日に見事在宅復帰に成功! 現在も継続中。

「居住スペースが2階にあるため車椅子を2階まで持ち上げられない」 ~S 様より~

→毎回送迎時に職員 2 人で伺い、1 階から 2 階へ、2 階から 1 階へと移動介助を行う。さらにベッドまで移乗・移動介助を行うことで家族の介護負担を軽減する。4 月 15 日に見事在宅復帰に成功! 現在も継続中。

結果

在宅復帰者数: 12 名中 9 名 在宅復帰率: 75%

感覚

今回、在宅復帰率 75%を達成できたことで本来のショートステイの形がようやく見えてきた。同時に高齢者が住み慣れた地域で在宅での暮らしを継続できる社会の実現という地域包括ケアシステムの構想にも一歩近づけたように思える。

果たして、それだけだろうか。私達は今回の在宅復帰に向けて取り組んできたが、その中で見えたもの…

それは、家族という名の“愛”である。

在宅復帰後のある日、「正直大変でした。でもそれ以上に楽しい時を一緒に過ごすことができて満足している。」と S 様から意外な言葉を聞くことができた。さらに利用者本人においても以前と比べて“笑顔”や“余裕”を感じることができた。

まるで本来帰るべき家と家族のことを思い出し、何もかもわかっているかのように。

発見

家族がいることで、利用者は元気になれるのかなあ。

利用者がいることで、家族も元気なれるるのかなあ。

でも 1 つわかつたことがある。

それは「**介護は 1 人でやるものじゃない**」ってこと…

だから今こそみんな(全て)で介護のバトンリレーをしませんか？

「お客様の生活の質は高いのだろうか」

ショートステイようざん並榎

掛川直人

【はじめに】

QOL(Quality of Life)とは、『生活の質』と訳され、人間らしく、満足して生活しているかを評価する概念である。この生活の質は本人が主観的に評価することが重要であるが、進行した認知症の方にはその自己評価が難しいと言われている。私たち介護職は少しでも質の高い生活を…と考えてはいるものの正直なところ生活の質の満足度はわからない。認知症の人の記憶力や生活能力を測る尺度はあるなか、岡山大学が開発した「認知症高齢者の健康関連生活の質(QOL)評価票短縮版」(以下チェックシート)を用いてお客様の生活の質に着目し、その向上を図った取り組みを紹介する。

【チェックシートの紹介】

A 陽性項目(プラスな症状)		計	点
① 楽しそうである			
② 食事を楽しんでいる			
③ 身内や知り合いに会うとうれしそう			
④ 周りの人が活動するのを見て楽しんでいる			
⑤ 自分から人に話かける			
⑥ 仕事やレク活動について話す			
B 陰性項目(マイナスな症状)		計	点
① 怒りっぽい			
② 物を乱暴に扱う			
③ 大声で叫んだりする			

記入点数	ない	1点
	まれにある(4週間に1~4回)	2点
	時々ある(週に数回)	3点
	良くある(ほぼ毎日)	4点
	総合得点=A—B+15(最高点36点最低9点)	

【評価対象者と得失点状況】

評価対象者：平成27年1月にショートステイようざん並棟を利用されている42名（平均要介護度3.8）の中で利用頻度の高い18名（平均要介護度4.0）

得失点状況の分布図

	A①	A②	A③	A④	A⑤	A⑥	A合計	B①	B②	B③	B合計	総得点
	1	1	1	1	1	1	6	4	3	2	9	12
	1	3	4	1	1	1	11	4	1	4	9	17
	2	1	1	3	3	1	11	4	3	1	8	18
	1	1	3	1	4	4	14	3	2	4	9	20
A様	1	1	4	1	3	1	11	2	1	3	6	20
	3	2	1	3	1	1	11	1	1	1	3	23
	2	1	2	2	4	4	15	3	1	3	7	23
	4	3	2	3	4	4	20	4	4	3	11	24
	3	2	3	2	3	2	15	2	2	1	5	25
	2	3	3	2	4	1	15	3	1	1	5	25
	3	3	4	2	3	3	16	2	1	2	5	26
	2	4	4	1	3	1	15	1	1	1	3	27
	3	3	4	3	2	1	16	1	1	1	3	28
	3	3	3	3	4	2	18	1	1	1	3	30
	3	3	4	3	3	2	18	1	1	1	3	30
	4	4	1	4	4	1	18	1	1	1	3	30
	3	3	4	4	4	3	21	2	1	1	4	32
	3	3	4	3	4	4	21	2	1	1	4	32
	44	44	52	42	55	37		41	27	32		

【全体の考察】

はじめて数値化した訳だが、陽性項目で得点が高い項目は、A③身内や知り合いに会うとうれしそう A⑤自分から人に話しかけるであり陰性項目で得点が高い項目は、B①怒りっぽいであった。この結果をふまえ、QOLの向上の為、利用者の笑顔の為、面会には可能な限り多く来て頂きたいとお願いをしており、週1以上の頻度面会がある家族は10件以上もあり、毎日のように面会に来て下さるお宅も複数ある。また自分から人に話かける環境作りも大切であると改めて実感した。

【事例 A様】

A 陽性項目		計 11 点
① 楽しそうである		1
② 食事を楽しんでいる		1
③ 身内や知り合いに会うとうれしそう		4
④ 周りの人が活動するのをみて楽しんでいる		1
⑤ 自分から人に話かける		3
⑥ 仕事やレク活動について話す		1
B 隕性項目		計 6 点
① 怒りっぽい		2
② 物を乱暴に扱う		1
③ 大声で叫んだりする		3

記入点数	ない	1点
	まれにある(4週間に1~4回)	2点
	時々ある(週に数回)	3点
	良くある(ほぼ毎日)	4点
総合得点=A11—B6+15 =20点		

A様の平成27年1月のチェックシートは上記の通りである。生活の中で楽しそうにしている姿は見えられず、食事も楽しみにしていない。ただ、毎日のように面会に来る娘さんに会うことは楽しみにしている。そして時々大声を出す。というものだった。今回は、陽性項目の低失点な項目を改善する取り組みを行なった。

改善1—座席をグループの中心にする

B様の周辺症状には易怒的な部分が多く大声を出すなどがある。こういった方は事業所の中で孤立しがちである。しかし、今回はあえてB様をグループの中心にした。孤立しがちなB様であったが、職員の介入のもと諒るさいと敬遠していた他の利用者とコミュニケーションが取れるようになった。

改善2—食事介助中に大いに話かける

B様へ提供する食事の調理上の工夫及び食事を摂る姿勢には課題がなかったので、食事介助中に食に関係する快い会話を心掛けた。

【結果(平成27年5月)】

A 陽性項目		計 17 点	
⑦ 楽しそうである		3	前回1
⑧ 食事を楽しんでいる		3	前回1
⑨ 身内や知り合いに会うとうれしそう		4	前回4
⑩ 周りの人が活動するのをみて楽しんでいる		2	前回1
⑪ 自分から人に話かける		3	前回2
⑫ 仕事やレク活動について話す		2	前回1
B 陰性項目		計 4 点	
④ 怒りっぽい		1	前回1
⑤ 物を乱暴に扱う		1	前回1
⑥ 大声で叫んだりする		2	前回3

記	ない	1点
入	まれにある(4週間に1~4回)	2点
点	時々ある(週に数回)	3点
数	良くある(ほぼ毎日)	4点
総合得点=A17—B4+15 = 28点		

1月のチェックシートと比較すると陽性項目に改善が見られることがわかる。孤立しがちなB様をあえてグループの中心に置いたことで、他の利用者とコミュニケーションが取れるようになり笑顔が多く見られるようになった。また食事介助中に食に関係する快い会話を心掛けたことで、食事を美味しそうに召し上がるようになった。陽性項目の改善が見られたことで結果として陰性項目も改善したと感じている。

【まとめ】

今回このチェックシートを通して利用者のQOLを数値化した訳だが、当たり前ではあるが、改めて認知症の方のQOLに1番大きく関係する要因は家族、利用者、職員…「人」であることがわかった。書面のスペースの都合で掲載を割愛した方も1月の時点で12点とQOLの低いものであり事業所の中で孤立傾向であったが、A様と同じように利用者、職員、家族との良好なコミュニケーションで陰性項目に改善が見られている。認知症の方のQOLを護れるのは人であり1番近くにより添える職員である。そのことを自覚しました誇りに思いたい。

ナーシングホームようざんでの看取り介護を振り返ってみて

キュアステーションようざん

鈴木優子

はじめに

超高齢化社会を迎えるにあたり、認知症高齢者が急増している中、自宅介護の限界や、病院での治療を受けられない場合の行き先など多くの課題が出て来ている。そういう現状の中「終のすみか」であるサービス付き高齢者住宅への期待は大きい。ナーシングホームようざんでも、ここでの看取りを希望されるケースが増えて来ており、入居の際にご家族から「最後まで面倒看てもらえますか？」との質問が当たり前のようにになっている。出来る限り要望に添えるよう努力してきているが、果たして入居者様やご家族様が満足されているのだろうか？また、職員にとっても「関わって良かった」と思える看取り介護をしているのだろうか？そういう思いから、これまでの看取りについて振り返ってみたいと思う。

『看取り』とは…

人生の終末期を迎えた人とその家族の残された生命・生活・時間が、より豊かに、より安全に、より安楽に、より積極的に過ごされるように配慮し、その人が望む、その人らしい最期が迎えられるように援助する事であり、同時に看取られる者・看取る者が共に学び成熟する事である。

『ナーシングホームようざんでの看取りの現状』

現在ナーシングホームようざんでは、加齢に伴う機能低下や病気による回復不能な入居者の容態が悪化し、入居者及びその家族が希望される場合、痛みや苦痛の軽減に努め、穏やかで安らかな日々を過ごして頂く為のケアを中心とした看取りを行っている。

年度	看取りにてご逝去	突然死	契約中に病院でご逝去	定期巡回外部利用者
25 年度	0 人	1 人	1 人	0 人
26 年度	4 人	1 人	5 人	1 人
計	4 人	2 人	6 人	1 人

『看取りにおける必要事項』

連絡体制

主治医:どのような対応が出来るか事前に確認していく。(ex 急変時に連絡が取れるか?)

看護師:夜間オーケル対応 & 24時間体制。(ナースステーションようざん)

介護職員:24時間交代制勤務。

看取り介護に至る流れ

入居者の体調変化。

↓

介護士↔看護師より医師への状態報告。

↓

家族面談:医師や看護師、介護士より家族へ病状説明(今回の回復見込み等)、ナーシングホームようざんにて出来る対応についても説明。

本人若しくは家族の意思確認(話し合いにはケアマネージャー、介護士、看護師が同席)

→医療機関での治療を希望すれば病院へ。

↓

ナーシングホームようざんでの看取りを希望された場合。

→終末ケアについての同意書や看取りについての確認書類に記入して頂く。

(入居時に記入されることもある)

↓

随時報告・相談・連絡を取り、病状やケアの実施内容の統一化や変更などを確認。

→必要に応じて家族や主治医に連絡。

※事例紹介1 入居者が高齢な為、入居時から家族が看取りを希望されていた例

N様(享年99歳・女性)

・既往歴

認知症:発症不明 H10年:腰椎圧迫骨折 H18年:左大腿骨頸部骨折

高血圧 高脂血症 骨粗鬆症

・家族の看取りに対する意識

高齢である事からいつ死くなってもおかしくないという死に対する覚悟は出来ておられたが、毎週面会に訪れては毎日の生活状況を確認し、母である利用者様の状態を一喜一憂される傾向にあった。入所時よりこちらでの看取りをして欲しいと強く希望されておられたが、昏睡状態に陥った姿を看到するうちに病院へ行った方が良いのではないか?などと葛藤されていた。

・看取りの状況

看取りの経過が長く、小康状態と悪化を繰り返し最後は眠るように永眠された。家族が食事を摂る為に居室を離れ外出されたところだった。家族が「一人で逝かせたのは心残りです。」と言われたが、同時に「職員の方々に最期の送り出しまでして頂き感謝です。」とも言われた。

・反省点

家族への的確な状態説明が出来ていれば、一緒に送り出せたのではないかという結果になってしまった。入居時は正面玄関から入られたが、ご逝去時は非常口から送ってしまった。送り出しある正面玄関からするべきであったのではないか?など、ナーシングホームようざんでの最初の看取りであった為に、どのような対応が適切だったのかと後悔ばかりであった。

※事例紹介 2 家族が看取り介護について施設任せだった例

S様(享年 88 歳・女性)

・既往歴

アルツハイマー型認知症 巨大卵巣腫瘍 圧迫骨折

・家族の看取りに対する意識

キーパーソンで同居していた次女がくも膜下出血で入院し独居となる。認知症が進行しグループホームへ入居となるが腹部膨満著しく、検査の結果巨大卵巣腫瘍が発見される。グループホームでは看取りが出来ないと事でナーシングホームようざんへ入所となるが、長男より看取りの状況の時にどうしたらよいか分からないので、そちらにお任せしますとの声が聞かれた。

・看取りの状況

何度もご長男様に連絡を入れたが、忙しくてなかなか伺う事が出来ないとの返事ばかりであった。東京に住む長女とようやく連絡がついたのは昏睡状態になった頃であった。息を引き取られる数時間前に東京から駆けつけられ、一緒に最期を迎える事が出来た。入所 15 日後の事であった。

・反省点

家族がどうしたらよいかが分からず、それに対して具体的な方法をこちら側で提案する事や、キーパーソンだけでなくもっと家族の現状の中に踏み込み、その他の家族にも説明や看取りへのアプローチが出来なかつたのか？

※事例紹介 3 看取りについて家族が迷わされた例

Y様(93 歳・女性)

・既往歴

食道がん 左鼠径ヘルニア 偽痛風 腎尿管結石 高血圧 ラクナ梗塞

・家族の看取りに対する意識

身体的なレベル低下により、経口摂取が困難との判断の説明に言葉としては受け入れられたが、家族(長女)は心理的に受け入れが出来ずに気持ちが揺れ動いていた。ナーシングホームようざんでの看取りの決断はされていたが、どこかではまだ大丈夫だろうとの気持ちが見受けられた。県外に住んでいた事もあり頻繁には面会に来ていただけなかった。主治医からの経口摂取は無理との話を聞いていても、面会時にはゼリーやアイスクリームなどを食べさせていた。日々の状態を連絡していくうちに、面会に来られる頻度が増えて行った。そして次第にその変化を受け入れていくようになった。

・看取りの状況

月末には時間が取れるので面会に来る予定であった。また状態が良ければ県外の自宅に外泊させるつもりでもいた。しかし外泊予定の2日前の夕方より酸素濃度・血圧が低下し始める。家族に連絡するも2日間は行く事が出来ないとの返事であった。翌朝雪の降る中、眠るように息を引き取られた。

・反省点

家族に見守られずに逝かせてしまった事に介護士としては悔いが残った。家族は、自分の愛する家族の身に死が迫っているという事を現実として受け入れたくないという心理的葛藤がある。そのことをくみ取ったうえで家族に寄り添い、援助することが大切である。

※事例紹介4 家族に死という意識をしてもらえなかった例

・H様(享年69歳・男性)

・既往歴

糖尿病 高血圧 脳出血(右被殼) 弛緩性麻痺 誤嚥性肺炎

・家族の看取りに対する意識

定期巡回での利用から開始し、1日4回の訪問と随時対応で看護師と共に在宅で支えていた。嚥下障害があり胃瘻増設し経管栄養を注入するが、痰の喀出が増加し誤嚥しては発熱してしまう。ベッド上の体動も無く褥瘡リスクが高い。主治医からはいつ容体が悪化してもおかしくない状況である事は伝えられていたが、家族はリハビリをすればまた歩けるようになり回復すると思い込んでいた。医師や看護師、ケアマネージャーとの協力もありナーシングホームようざんへ入所する運びとなるが、息を引き取る当日まで回復を信じていた為、主治医を変更して欲しいと熱望される。

・看取りの状況

毎晩、家族や親せきが面会に訪れては交代で宿泊し同じ空間で過ごされた。18時頃より酸素濃度70台となり無呼吸も発生していた。介護士が0時に巡回した際には意識はかすかにあったが、1時過ぎの巡回の際にかすかな声を出し家族に最期を知らせたかのように息を引きとった。家族は日頃の疲れの蓄積もあり寝入ってしまっていた為、最期を見送る事は出来なかった。入所12日後の事であったが、看護師の協力もあり主治医を変更していた事や、家族の望む看取りが出来た事で家族が死というものを受け入れられるようになっていた。

・反省点

利用者様の最期に傍らにいて欲しい人がいる環境つくりは整えたが、息を引き取る瞬間に寄り添ってもらえなかった。しかし家族は「もし父を家で看取っていれば、私たちも共倒れしていたと思

います。こうして入所した事で、最期まで悔いのない関わりが出来ました」と言われ、ナーシングホームようざんでなければ出来ないターミナルケアが有るのだと改めて実感した。

事例の振り返り

- ・家族を巻き込んだ、看取り導入の難しさ。
- ・家族の要望をどこまで組みとれるか。
- ・看取りの過程における家族の心理的葛藤へのナーシングホームようざん・キュアステーションようざん・ナースステーションようざん全体での援助方法。
- ・満足のいく看取りをする為の統一したケアの重要性。
- ・看取り時の多職種連携の重要性。

考察・看取りをするにあたっての課題

- ・看取りの時期の見定めの難しさ。
- ・看取りをするにあたって、関わる職員間でのケアの統一や研修と教育、職員体制。
- ・看取り後のケアと反省や検討。(職員のケア、家族へのフォロー、利用者様へのフォロー)
- ・看取りに関するカンファレンス、書類の整理。(入所時点での看取り介護看護の説明、看取り介護看護開始時の同意書)

終わりに

ナーシングホームようざんは高齢者の終のすみかであり、自然と「看取り」は避けて通れないごく当たり前の事である。「死」を意識してより良く「生きる」事が意識される。また、病院とは違い、ごく「自然な死」の提供が出来る場所であり、そこで介護を行い、共にその人の最期に立ち会える貴重な体験をさせてもらっている事は大変幸せな事だと言える。ナーシングホームようざんには私たちにしか出来ない看取り介護があり、私たちを必要としている利用者様や家族がいる。そのこと自覚し日々の介護・看護に専念していく事で、私たちの成長にもつながっていくのではないだろうか…

身寄りのない高齢者を支えていく

居宅介護支援事業所ようざん

内田 昌宏

[はじめに]

厚生労働省は住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続していけるよう、住まい・医療・介護・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指しております。しかし、認知症の人は軽度も含めると2014年時点では800万人といわれ、独居もしくは高齢者のみの世帯の増加は著しく高齢者3人に2人は高齢者だけで居住していると考えられているようで、まだまだ現実的な課題は数多くあると思われます。

今まで、居宅ようざんでも多くの一人暮らしの方々の悩み、心配を伺つてきましたが「独居の本人や家族が適切な決定が出来ず、医療や介護保険などの社会サービスの利用が難しい。」「金銭管理に問題があり悪質商法にあってしまう」など自分や家族の心身の状況に合わせた医療・介護のことであったり、経済的問題や金銭管理、相続のことであったりすることの悩みや相談が多くあり、在宅での生活を支えていくための支援に限界を感じることが多くあります。実際にそこに関わっていく支援者(ケアマネ)としての悩み、心配、そして対応はどのようにすればよいのか?今回は身寄りのない方の相談から支援内容の事例を紹介します。

[事例]

◆H26/12/24

包括より「独居の方で突然、家を壊されるから引っ越ししないといけない」といって、家の荷物をまとめだしている。今朝も車道の大通りの真ん中を歩いていて近所の人に保護された、何とかできないだろうか」と連絡があり、民生委員、大家、在支、市役所社会福祉課、包括支援センターなどで自宅、貸家の前に集まる。そのまま緊急にてSS栗崎入所となる。

※社会福祉課の方より成年後見人の書類を作成しているが親族確認をしている最中とのこと。

◆12/25

12/22に在支の方が病院受診に連れて行き介護保険申請を行った。受診結果はHDS-Rスコア9点、CT画像でも脳室の拡大顕著、後頭部の委縮あり。ショートステイに長期間はいられないで社会福祉課、生活保護の方で親族に連絡を取ってくださるが、音沙汰無い状況。入居できるような施設を何件も連絡し探すが身元引き受けがはっきりしないことで断られてしまう。

◆12/26

SS栗崎が12/24—12/28、12/28からはSS湯治場へ短期入所生活介護で繋ぐ。ショート入所中に入居先を決定することで包括、社会福祉課等と合意。

◆12/27—H27/1/5

夜間も落ち着かず日中もホールでウロウロしている。特に夜間は他者の部屋に入つて引き出しを開けたり、荷物をいじったり、また放尿してしまう。SS 湯治場ではそういった行動が同質の方とトラブルになりかねないと配慮で多床室に独りの対応となる。

◆1/5

包括へ報告する。入居施設に空き状況の確認や情報の連絡をする際、身元保証人が確定していない事、緊急時の判断ができる人間がない事、生活保護受給者の為、金銭面で支払える金額に条件があるなどの理由で入居施設を 20 件以上問い合わせるが断られてしまう。

※現在の状況は本人に認知症がある、親族の確認ができない、親族確認ができないと成年後見人の申請ができない、身元保証人が確定していない、緊急時の判断ができる人がいない、生活保護受給者の為、住宅扶助、生活扶助などに上限があり、決められた金額内で施設を探さなければならぬ、介護申請中である。他にもショートステイ利用 30 日超えをしてはならない。

◆1/6

SS 湯治場にて認定調査があり、包括、居宅も立ち会う。できていないことも本人「できている」と答える。職員からの聞き取り調査では短期記憶、被害妄想、見当識障害、放尿等の症状があると伺う。

※各事業所などの契約も包括職員立ち合いまたは了解を得て行う。

◆1/7

居宅内で相談をしきつたか入居候補の施設と連絡を取る。諸事情と現在の状況、支払える金額等お伝えするが細かい金額まで把握できていないので社会福祉課の方に直接話をしてもらうようお願いする。

◆1/9

社会福祉課に確認するが親族確認等ほとんど進んでいないこと。さらに来週にはショートステイ利用 30 日超えになつてしまふ事を、念を押して説明し処理や手続きを早急に動いてもらうよう念を押してお願いする。現在の状況をお話しさせていただき、入居を検討してくれるとの施設が見つかる。

◆1/15

社会福祉課より、親族は何十年も連絡を取つていなかつたので皆、連絡が取れないか、関わりたくないと言つてのこと。また、入居予定の施設の協力機関に、身寄りのない方のサポートをしてくれる NPO 法人があること。そこで金銭管理や葬祭の手続きなども受け也可能との情報があつたといふ事であった。

◆1/16

社会福祉課より本人に、未払い金があつた。入居予定の施設で生活保護の設定金額で検討し入居確定の可否の返事を連絡してくれる事。1/20 に認定審査会があり、21 日に介護保険証が発行される予定。しかし 1/21 には 30 日超えになつてしまふ。

◆1/19

入居予定施設に確認の電話を入れると介護度が確定してからという条件で入居の方向で話を進めてくれるとのこと。

◆1/21

介護度3が出たことを入居予定の施設へ連絡し、SS湯治場へ本人を迎えに行き、そのまま施設へ送り届け入居となる。

[まとめ]

今回の事例対象者のように身寄りのない方の場合、病院への入院・施設入所時の身元保証人不在・財産や金銭の管理など支援をしていくうえでの悩みは深刻になってしまいます。また認知症高齢者は権利被害にあいやすく、自ら適切にSOSを出すことが困難で、他者の支援が理解できない場合があります。自分が何に困っているのか分からることも多く、そのため周りが自分をだましていると思ったり、記憶障害の不安のため防衛的になったりします。人は地域社会において、社会と制度・サービスとお金で社会につながっています。たとえ認知症になっても、住み慣れた自宅でなくても、本人の意思や思い、安心した暮らしを、確実に実行できるようにするために必要な制度を有効活用していくことが大切になってくると思います。

[おわりに]

これまで当たり前のように自分で好きなものを買って、作って、食べていたのに、同じものばかり買ったり、必要で無い物を買ったりするなど、生活していくために必要なことができなくなったりするなど、本人の力だけでは生活の継続に困難が出てきます。住み慣れた自宅で生活を続けることは、買い物やさまざまな介護保険サービス利用において、金銭を本人が適切に使うことによって成り立っています。家賃や各種保険料、医療費、通院、ライフラインなど、必要最低限の支払いが滞ることは、社会とのつながりが十分にたもてなくなることです。事例内のNPO法人は、金銭管理ができなくなった人それぞれの個別な事情や状況のもとに、その人らしさを可能にするために適切にお金を使い、必要なサービスが利用できるようにすることを目的として、幅広く活動しています。今回の事例を通して介護保険の申請や年金の現状等、生活のために必要な諸手続きができなくなり、利用できる権利はあっても利用につながりにくい場合があることを学ぶことができました。

いいね！をたくさん押したくなるような、居場所にしたい～K様宅

訪問介護 ぽから

佐藤 真理

(はじめに)

訪問介護ぽからでは、ご夫婦でご利用されている方が何組かいらっしゃいますが、K様は親子でご利用されています。朝と昼 365日のご利用なので、数名のヘルパーさんがサービスに入っています。日々を生きる上で様々な問題が起こります。一つ一つクリアーしたK様宅を報告します。

(本人紹介)

K様 女性 85歳

既往症 気管支喘息 脳梗塞 高血圧 変形性膝関節炎 糖尿病性網膜症 白内障 眼底出血
腰椎圧迫骨折

(身体の状況)

要介護 3 歩行一部介助(ふだんは伝い歩き)屋外では車椅子利用

認知症(被害妄想 理解力低下) 難聴 視力障害

(家族状況)

長男 脳梗塞により認知症が有り要介護 3

孫 週3回透析に行き就労困難

長女 市外在住 週に1回買い物支援をされている。

(ぽから利用に至った経緯)

他の訪問介護を利用して、夕食にワタミの宅配弁当を利用していたのですが、経済的に余裕が無く、お弁当を安価で届けてくれるのでぽからに変更になる。

(福祉サービス利用状況)

デイサービス週1回利用 訪問介護 週7日利用 通院乗降月2回

(住まい・福祉用具の利用状況)

県営住宅 玄関・トイレ手すりの設置 ポータブルトイレ使用

居間にベッドを置き生活している。

(利用当初のご様子)

とある県営住宅の1階に家族3人と猫1匹で暮らしているK様。玄関を開けて中に入ると、言葉では言い表せない匂いが漂っていました。K様はリビングのベッドの上での生活で、長男のH様も同様で猫のゴンちゃんも一緒にベッドで寝ています。空気が悪く換気をしようと窓を開けたかったけれど、猫が逃げてしまうので開けないで欲しいと言われたので、やむなく、一日中カーテンと窓を締め固めたままでサービスを行いました。

(サービス内容)

朝は長男のH様の名前で生活3(70分)昼はK様の名前で生活3(70分)

デイサービスの送り出しの日は身体1生活1(50分)のサービスになります。

- ・朝食、昼食の調理は、味噌汁とワンプレートの皿にご飯とおかずの盛り付け
- ・服薬確認
- ・湯沸しポットの用意 新聞の片づけ ペットボトルの水の交換
- ・掃除 洗濯(洗う 干す 取り込む 置く 仕舞う)
- ・シーツ交換 布団干す ベッドメイキング
- ・清拭 リハバイン交換 ポータブルトイレの処理
- ・更衣介助 点眼介助 その他

この様にサービス内容は、盛り沢山のK様です。それを、限られた時間内に終わらせ無ければいけないので、ヘルパーさんは大変です。

(入浴拒否)

終日ベッド上で生活をされているK様。食事の時にだけ起き上がり、食事が終えるとすぐに横になってしまいます。普段からデイサービス等の利用も無く、自宅においても入浴の機会が無いのでどうにか、入浴が出来ないものかと、ケアープランに入っている入浴介助に一同困り果てていました。まず、最初にK様に一番慣れた人が誘ってみたら入浴できるのでは無いかと、ためしてみましたが。ほとんど毎日サービスに入っていて、K様に信頼されているので大丈夫かと、思いましたが、あっさり拒否され、それにも負けずに根気よく誘う事数か月、ようやくシャワー浴にこぎつけることが出来ました。さすがに毎日入っていて、もう家族の一員のような状態でしたので、入浴が出来るようになったようで、他の人だと中々うまくいきません、誘い方を工夫していくと、他の人でも入浴をしてくれるようになりましたが、ある日、飼っている猫が風呂場の窓から脱走してしまい、いつもはいびきをかいて寝ているK様でしたが、心配で寝てられず、朝・夕と肌寒い日も窓を開けて、猫を探す日々でした。何日かしたら猫が戻りましたが風呂場の窓から脱走したのが原因で、またもや入浴拒否に。仕方なく、週に2回足浴と清拭を全身する事にして清潔を保つことに方向転換しましたが、入浴をしてもらう夢はあきらめていません。

(ノミ騒動)

今まで飼っていた猫が脱走したことにより、ノミが取りつき猫が次第に弱り出しました。有る日、K様と息子のH様が訪問すると泣いていました。「朝になつたら動かなくなってしまった」「心配で一晩中起きていたんだ」と話されていました。見に行くとベランダに放置されていました。その時には、何か黒く小さい物体が盛んにあたり一面をとび刎ねていました。そういえば、最近K様宅に入ったヘルパーさんから「最近体がかゆいんだけど」なんでかねと話していたのを思い出し、かゆみの原因がノミだとわかりました。ヘルパーさんはゴキブリには慣れっこですが、ノミは想定外でしたので、びっくりしました。訪問するとぴょんぴょん飛び跳ねているのを見るとぞつとします。そのうちに全身を刺されてしまいます。あまりのかゆさに搔いてしまい、次第に赤くぶつぶつになり腫れていきました。しかし、なぜかK様とH様はあまり刺される事もなく、なぜか、ヘルパーさんの足ばかりが集中して狙われていました。「この足じゃお嫁にいけないね～」とK様と冗談を言っていましたが、更になぜか大量発生してしまい、毎日ノミとの戦いになりました。一件行ってなんぼの私達、ノミに刺されようが、行かない訳にはいきません、虫よけスプレーを全身にかけてから入室、靴下はノミがついてもすぐにわかるように白色を履き、ズボンのすそを靴下の中に入れて防御

(解決編)

この、ノミ騒動の時にバルサンをたくことにしましたが、バルサンは、人がいては使用できません、何とかしてK様を家から出さなければいけません。この機会を逃したら、二度とチャンスが無いと、デイサービスを利用して入浴をしてくる事にしました。最初は拒否しましたが、みんなが大変なのでバルサンをしないとヘルパーさんが入れないからと、説得してデイサービスに行くことになりました。早速バルサンをたきましたが、一度では効かないようで、2~3回ためしてみたら、ようやく終息しました。何とか、デイサービスに行く切掛けになりましたので、今度は、継続されることです。朝のサービスの時に、息子のH様のサービスと合わせてK様のサービスを入れて、二人体制にして、行きたがらない、デイサービスに二人掛けで説得し時には、デイサービスのお迎えの人をも巻き込んで、説得していました、そのかいあってか、今ではすんなりとデイサービスに行って入浴されるようになりました。

(まとめ)

いつか介護ロボットができたら、まず最初に導入して欲しいと思っていたK様ですが、ノミ騒動からデイサービスも利用できるようになり、時々デイサービスの話もして下さります。生活面でも一緒に何かを手伝ってくれる様になり、洗濯物が多い時などは、一緒になって、洗濯物をたたんでくれます。最近は娘さんがファブリーズを用意して下さいましたので、まだ、効果は見られませんが、天気の良い日には布団を干し、ファブリーズを掛け衛生面を良くして、あの部屋の匂いを無くし、安全に安心して生活してもらうために、生活環境を整えて、もしも、K様がブログをしていたのなら、いいね！をたくさん押してもらえるような、居場所にしたい～K様宅

これからも、ずっと3人で安心して暮らしていける居場所にしていけるように。
心のこもったサービスを続けていきたいと思います。

第7回

ようざん認知症ケア事例発表会

～認知症ケアのヒントがここにあります～

第7回

～認知症ケアのヒントがここにあります～ ようざん認知症ケア事例発表会

本日の事例発表の際のスライドで使用される写真など個人情報につきましては、本人並びにご家族の同意とご了承を頂いております。事例発表は本人とご家族、職員が一体となって取り組んでこそ大きな成果を得られるものです。本日の発表に向けて頂戴しました、ご家族の温かいご理解と深甚なご協力に対し心から感謝を申し上げます。どうもありがとうございました。

今回事例発表をさせて頂く7事例は、下記の30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ざんのホームページにすべての事例を掲載しています。

- 1.～安心感～ 「共有」 ケアサポートセンターようざん 内山 慎也
- 2.夫婦が穏やかに暮らすために
～小規模多機能型居宅介護のメリットを生かして～ ケアサポートセンターようざん並榎 藤田 晋平 佐野 礼香
- 3.認知症介護と家族へのレスパイトケア
～継続的な在宅介護に向けて～ ケアサポートセンターようざん栗崎 和田 文
- 4.あなたの生活サポートします～ありのままの自分でいる為に～ ケアサポートセンターようざん貝沢 加部 紗
- 5.こんなに便利、小規模多機能！ ケアサポートセンターようざん双葉 湯本 健太
- 6.「ご利用者様の夢！生きがい！の支援について」 ケアサポートセンターようざん飯塚 川浦 修
- 7.心と生活に寄り添いながら ケアサポートセンターようざん石原 佐藤 彩
- 8.仲良、笑顔の処方箋 ～ようざん申居スタッフが贈る個別ケア～ ケアサポートセンターようざん中居 大川原 誠
- 9.「あの頃のように歩きたい」～皆の寄り添う気持ち～ ケアサポートセンターようざん小塙 中村 愛美
- 10.私の届かないこの想い～86年目の数々の苛立ち～ ケアサポートセンターようざん倉賀野 斎藤 修一
- 11.「私の居場所」 スーパーデイようざん 宮田 真理子
- 12.ライフスタイル～環境と人間関係を整える～ スーパーデイようざん栗崎 松田 直樹
- 13.「みんないい人」～ 居心地の良い環境づくり～ スーパーデイようざん貝沢 飯塚 栄成
- 14.役割を持つことでネガティブからポジティブへ「俺がやらなきゃ誰がやる！」 スーパーデイようざん双葉 内山 優太
- 15.「生き生きとされていた頃の姿が見たい！」 スーパーデイようざん石原 嶋田 亜樹
- 16.「やっぱりおうちが一番！」
～在宅生活を支えるためにスーパーデイようざんができること～ スーパーデイようざん飯塚第2 渡辺 朋子
- 17.『在宅生活を続けるために』 スーパーデイようざん中居 小林 ももこ
- 18.水分摂取1500mlをめざして～元気な生活するために～ スーパーデイようざん倉賀野 森 圭司
- 19.ルーティーンケア スーパーデイようざん小塙 小池 吉範
- 20.A様の笑顔を支えるために グループホームようざん 渡邊 健太郎
- 21.『認知症予防・改善する臨床美術の実践について』
～楽しい時間を作ることは～ グループホームようざん飯塚 山岸 達也
- 22.「心安らぐ場所～共に探し、共に作る」 グループホームようざん倉賀野 佐々木 美喜子
- 23.「寝たきりから自立歩行へ、認知機能改善へ」 デイサービスようざん並榎 吉田 規子
- 24.「帰りたい！」に寄り添って デイサービスぽから 高田 清子
- 25.個別ケア デイサービスブランドールようざん 石井 鈴香
- 26.ようざん×人=○○ ～バトンリレー介護の方程式～ ショートステイようざん 矢嶋 幸弘
- 27.「お客様の生活の質は高いのだろうか」 ショートステイようざん並榎 掛川 直人
- 28.ナーシングホームようざんでの看取り介護を振り返って ナーシングホームようざん 鈴木 優子
- 29.身寄りのない高齢者を支えていく 居宅介護支援事業所ようざん 内田 昌宏
- 30.いいね！をたくさん押したくなるような、居場所にしたい～K様宅 訪問介護 ぽから 佐藤 真理

目次

「寝たきりから自立歩行へ、認知機能改善へ」 デイサービスようざん並榎 吉田規子	1
「あの頃のように歩きたい」～皆の寄り添う気持ち～ ケアサポートセンターようざん小塙 中村愛美	6
ライフスタイル～環境と人間関係を整える～ スーパーデイようざん栗崎 松田直樹	10
ナーシングホームようざんでの看取り介護を振り返って ナーシングホームようざん 鈴木優子	15
私の届かないこの想い～86年目の数々の苛立ち～ ケアサポートセンターようざん倉賀野 斎藤修一	19
A様の笑顔を支えるために グループホームようざん 渡邊健太郎	27
認知症介護と家族へのレスパイトケア～継続的な在宅介護に向けて～ ケアサポートセンターようざん栗崎 和田文	32

「寝たきりから自立歩行へ、認知機能改善へ」

デイサービスようざん並榎
発表者:吉田規子

【はじめに】

寝ても覚めても目に入ってくるのは天井だけ、何の刺激もない、口から食事を摂る事も、独りでは動く事もままならず、家からどこにも出かけられない、そんな生活が続いたら、皆さんだったらどのような気持ちになるでしょうか？

きっと生きる気力「意欲」という心の刺激や活性化が欠如してしまうのではないかでしょうか。身体機能が低下した人が地域社会へ出かける際に障壁となるのは、段差や移動手段の確保の困難など数多く存在します。こうした環境面の制約が、利用者さんの残存機能を使う機会を奪ってしまう事もあります。

「寝たきり」の状態に近かった介護度5のA様が、自宅に閉じこもりになって、家から一歩も出られないまま一生を終えることになると心配されていた時、デイサービスようざん並榎に通い始めた事で、生きる力、希望を見出され、胃ろうがなくなり口からの摂取へ、車椅子使用から自立歩行へ、さらに認知機能が改善され、1年後には機能回復に劇的な変化がみられ、介護度2に至るまでの経緯をここに報告します。

【事例対象者紹介】

氏名:A様 年齢:96歳 性別:男性

要介護度:利用開始時 要介護度5 → 要介護度2

食事形態:利用開始時 胃ろうより注入

→ 胃ろう抜去後 粥 + 粗きざみ → 米飯 + 一口大

既往歴:平成26年急性虫垂炎のため入院。術後ADLの低下があり、嚥下機能も低下したため、胃ろう造設。認知症発症となる。

腹壁ヘルニア、肺結核、縲内障

家族構成:息子夫婦と孫1人との4人暮らし。妻は、91歳の時に他界。

趣味:歴史古文書の読解、家系図作成、囲碁、将棋、ボーリング、剣道

地域:以前は、交流があったが、現在はなし。

本人の思い:住み慣れた家で生活したい。自分で歩きたい。自分で食べたい。

【デイサービス利用に至った経緯】

94歳の時に急性虫垂炎で入院となり、手術後は廃用症候群でADLが低下、歩行が困難で車椅子使用となる。

痰がらみのむせ込みが見られ、嚥下機能が低下し禁食、胃ろうを造設

退院後自宅に戻っても、精神的に不安な日々が続き、何度も家族を大声で呼んだり、起きようとした

り、不穏な様子が昼夜問わず見られるようになる。

家族の介護負担軽減と自宅での生活を維持、規則正しい生活を送れるよう、平成25年8月よりデイサービス利用開始となる。

【利用当初の様子と課題】

[送迎時]

- ・A様宅は、送迎車が入れない狭い道路に面して、借りている駐車場から自宅までは300メートル離れていた。
- ・自宅は高台にあり、道路から玄関まで石の急な階段が9段、幅は1m以下の為、介助で上り下りは不可能な状況。
- ・退院間もないA様の体調と雨天時の心配もあり、利用当日は介護タクシー（ストレッチャー）で来所となる
- ・介護タクシーを数回利用したが、料金が高額の上、いつも空いているとは限らなかった。
- ・施設での送迎を試み職員2人対応で送迎が始まる。
- ・家族の協力のもと、石の階段を車椅子で上り下り出来るように、階段にタイヤの溝を作り、車椅子にワイヤーを付けて、上からひっぱり昇降する方法を始める。

[デイサービスでの様子]

- ・デイでは、退院間もないA様は精神的に落ち着かず、「自分はどうしたらいいか？」と何度も確認する姿が見られ、静養されていても「起きます」と体の置き場が分からない不穏な状態が続く。
- ・集団で生活する事になれない様で帰宅願望が強く、時間を気にする発言が多い。
- ・やる気や意欲は見られず、無表情で声掛けにも受け答えが少ない。

[昼食]

- ・昼食時は、食事摂取出来ない為、ホールから離れ静養室にて胃ろうより栄養剤注入

[入浴]

- ・入浴は、体格が大柄で歩行不安定の為、男性職員で対応した。
- ・体に力が入らず、全介助で入浴される。

[レクリエーション]

- ・利用当初はレクリエーション、慰問の参加は拒否が見られ「俺はいいよ」とぼそっと発言される程度でほとんど参加することはなかった。

【取り組み】

《胃ろうから自力摂取へ》

当初は、静養室にて胃ろうより栄養剤注入していたが、他利用者様方の食事中の会話や、匂いに誘われ、A様の「自分で食べたい」という気持ちが募り、食欲が湧いてきた。

食事レクリエーションで、かぶの浅漬けを作っている時に「食べたい」と話され、家族に伝えると、以前は家でよくかぶを食べていたとお話をいただく。

平成25年10月末から、家族より自宅にてむせ込みもなく、柔らかく煮た大根を食べたという報告を受け、デイサービスでも梨をすりおろしたものや、プリン、ヨーグルトの提供を試みる。

A様は、一口一口噛みしめるように食べられ「おいしいですか？」との問い合わせに対し、「おいしいよ」と嬉しそうに答えてくれる。職員も「今日は食べられたね」と一緒に喜び合いながら一口の重さを感じ合う。

摂取量にはらつきはあるが、食べられる回数も多くなり、静養室でなくホールにて食べられる事に表情が明るくなってきた。当初は、粥と粗刻みで水分にはトロミ剤を付けて対応していたが、次第に米飯と一口大でも食べられるようになる。

平成25年12月中旬に胃ろう抜去。以前の様に、甘いものや好きな物を食べられるようになり、トロミ剤は使用しないと家族より連絡がある。

誤嚥予防に、食事前には必ず口腔体操に参加し、A様も熱心に取り組まれ、むせ込む事も少なくなつていき、食後は残食がないか確認し口腔ケアを行う。

また、脱水にならない様、水分を多く取っていただけた為に、緑茶は苦手だと言われたので、大好きなコーヒーやスポーツドリンクを提供した。

《車椅子から自力歩行へ》

送迎時は、家族の協力のもと、自宅の石階段のリフォームによりデイサービスの職員の対応となり、玄関までの石階段を手すりに掴まり、一部介助で上り下り出来るようになる。

来所後は、出来るだけ歩いていただけた車椅子の使用は控え、入浴、排泄時や口腔ケア時は手引き歩行を行っていった。

A様も自分で歩くことを望まれており、健康体操や下肢筋力アップの体操に参加され、真剣な表情で行っていた。次第に体力もついていき、静養室で休むことも少なくなった。

平成26年7月には要介護度2になり、週3回の利用に増えた。

入浴時は、歩行も安定してきたので、女性職員でも対応できるようになる。

《好きな楽しめる事を取り入れる》

レクリエーションの参加が少なく表情の変化が見られなかったA様。

私達は生活歴からA様の好きなこと、楽しめることを探しました。

するとA様の「楽しみ」を探すことが出来ました。

①ボーリング

若い頃には、マイボール、マイシューズを用意するほどボーリングを楽しめていたというA様。早速レクリエーションでボーリングを行いました。今まで「いいよ、大丈夫」と見学されていたA様が「ボーリングをします、A様もお願いします。」と職員が声をかけると「昔やっていたんだよ。」といつも

とは表情も、声の力も違うA様がそこにはいました。ボーリングが始まり、いよいよA様の番になり、職員が「A様お願いします」と声を掛けると、力強く「ハイ」と返事をしボールを投げる位置に移動しました。

ボールを持ち、ピンを見ているA様の表情は私たちが初めて見る力強い真剣な表情でした。ピンは全部倒れませんでしたが、「久しぶりにやったな、楽しかったな」とA様の口から「楽しかった」と嬉しい言葉が聞かれました。A様にボールの投げ方、ピンの上手な倒し方などを聞くと嬉しそうに職員に優しく教えて下さいました。

A様が楽しまれている事に私達は感激しその後もA様が利用される日にはボーリングを取り入れ、A様が主役になって楽しんで頂ける環境を提供しました。

通所の回数を重ねるごとに、受け答えも良くなり、ゲーム等に参加することによって人との交流も出来てきました。

②歴史古文書の読解

昔から歴史や古文書に興味があったA様。私達は群馬の歴史やA様の出身地でもある吉井町の牛伏山や多胡碑の話を聞き、吉井町に住む職員が多胡碑の写真を撮ってきて、一緒に写真を見ながら石碑に書いてある言葉や漢字を教えていただきました。

また、昼食後には苗字や家紋についての本を読まれ、A様の家紋の由来を職員に丁寧に説明してくださいました。知人が同じ利用日により、昔の話も弾み、デイサービスに来るのが楽しみだと話される事もありました。

③書道が得意

難解漢字を読むのも書くのも得意なA様に、健康十訓や四字熟語、次の日の献立を達筆な字で書いていただき、ホールに展示させていただきました。字を書くことで脳が活性化されてきました。

【考察】

人が生きるには、自分で元気に生きようとする力と、口からの食事摂取が何より重要で、その為には家族の協力も大切だと痛感しました。

A様のお嫁さんは看護師をされていた為、自宅へ訪問し胃ろう注入の仕方や、自宅での様子を聞くことが出来ました、ゼリー製品を自宅でも試していると連絡があれば、同様にデイサービスでも行ったり、ご家族と密に連携を図る事が出来たのは良い成果に繋がりました。

口から食べ物を食べる事は当たり前の行為のようですが、目で楽しみ、物を噛んで味わう喜びだけではなく、噛む事で脳を活性化でき、認知機能を改善出来る素晴らしい行為です。食べる事は人間の基本欲求であり「生きている」「元気」「健康」という実感に繋がります。

A様にとって食べるという行為は精神的にも重要な意味を持っていました。

良いケアとは、身体能力の回復だけでなく、その方の思いを大切に「その人らしく生きる権利の回復」をめざし、出来るだけ機能低下の速度を遅らせ、疾患の悪化を防ぎ、何より寝たきりにさせないことが重要です。高齢で介護5だからと言う私達の固定観念や先入観でケアをしてはいけないという事を学びました。

【最後に】

「元気になりたい」という、A様の秘めた欲求を汲み取り、あきらめずに希望を持って家族と一緒に在宅生活をサポートしてきた2年間でしたが、今年の3月末、ご自宅にて突然老衰の為96歳でお亡くなりになられました。亡くなる前日に昼食の献立を毛筆で書いていただきました字は「鱈の煮付け」でした。とても達筆で、家族は額に入れて葬儀に飾ってくれました。ご家族から「ようざんに行かなかったら、こんなにおじいちゃんは元気にならなかっただろう」「私に介護が必要になったらようざんにお世話になりたい」とうれしい感謝の言葉をいただきました。

多くの人は歩けなくなっても、動けなくなっても、住み慣れた自宅での生活の継続を望んでいます。こうしたことを支えていくことがノーマライゼーションの理念に沿った大切な事であり、私達介護職に課せられた使命だと思います。

その為にも、個々の高齢者の状態に合わせた適切な支援を行えるよう、日常生活の何が障害となっているのかを把握する力を身につけていきたいと思います。

「あの頃のよう歩きたい」～皆の寄り添う気持ち～

ケアサポートセンターようざん小塙

発表者：中村愛美

【はじめに】

昔、スポーツマンだったA様。69歳まで車に乗って買い物をされていました。そんなA様が寝たきりになって車椅子生活を送ることは、ご本人様にとって望まない生活に感じているのでは…と思ったのがきっかけです。ご家族の希望とA様の意思を尊重し、A様に以前のように自立した生活を送れるようになって頂きたい。これから医師・訪問看護・介護士の連携により寝たきりから手引き歩行が可能になるまでに改善された事例を紹介します。

【利用者紹介】

氏名：A様 性別：女性 年齢：77歳

要介護度：要介護度5

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲ a

既往歴

75歳：逆流性食道炎

【生活歴】

53歳までパート勤めをされていた。若い頃は運動神経が良く、体を動かす事が好きだったが、それ以外の趣味はなく、一人で過ごす時間が多かったA様。お風呂が嫌いで入院前は1年間入っていなかった。H26.8に自宅で腰痛にて動けず救急搬送され入院となる。

【利用開始時の家族の希望】

突然寝たきりになってしまったが、寝たきりでなく少しでも元気になってもらいたい。歩けるようになれば良いのだが…。

【利用開始時の様子】

- ・入院時より食欲不振、水分も摂れていない状態。
- ・4ヶ月間、入院し寝たきりだった為、体動困難。
- ・言葉は出せるが意思疎通は困難。介護に対する拒否あり。
- ・両足のむくみが顕著。

【経過及び取り組み内容】

平成26年11月28日、ケアサポートセンターようざん小塙利用開始。

《食事形態》

- ・五分粥・副菜半分量・キザミ食で対応するが、1割～2割程しか摂取できなかった。

《身体状況》

- ・足が曲がらず伸びたままの状態で一般の車椅子ではずり落ちてしまう為、リクライニング式の車椅

子をレンタル開始。

《排泄形態》

・紙オムツ対応、ベッド上でのオムツ交換。

(医師との連携開始)

12/1、クリニック受診。状況報告し、内服薬処方。

(逆流性食道炎の既往歴あるため、胃薬と食欲増進剤の処方)

主治医より訪問看護を入れてはどうか?との話もありカンファレンスを開く。

(1回目のカンファレンス実施)

12/4、息子、主治医、ナースステーションようざん(訪問看護)とカンファレンス実施。

・医療保険による訪問看護を導入。

・栄養補助飲料を処方し、栄養状態の改善に努める。

(訪問看護との連携開始)

12/6、訪問看護利用開始

・ようざんにて点滴、足のマッサージ

・エンシュアリキッド(栄養補助飲料)による栄養補助を1日1缶提供開始。

↓

利用開始して1週間程経った頃から食事、水分とも意欲的に摂取されるようになる。

12/26、食事摂取量が増えてきた為、お粥から米飯に変更

(主治医、訪問看護と2回目のカンファレンスを実施)

主治医より医療保険での訪問看護を入れているが、状態改善してきているため、介護保険での訪問看護を入れてはどうか?と話しあり。

→1月より自宅に訪問看護を導入。

(訪問看護利用開始)

週1回30分、自宅で足のリハビリ、マッサージを行う。

(リハビリ開始して1ヶ月が経過したある日のこと)

ご本人様より初めてトイレの訴えあり。

トイレに行ってみますか?と声を掛け、手を差し伸べると、手を握って立ち上がるこうとしました。試しに2人介助で手引き歩行すると短い距離ですが歩行し、トイレにて排泄を行う事が出来ました。主治医、訪問看護に報告。

《排泄形態の変更》

紙オムツからリハビリパンツに変更。2人介助でのトイレ誘導を実施。



以降、オムツ交換ではなくトイレ誘導にて排泄介助を行うことが出来るようになりました。

(ヒヤリハット発生)

2/24、昼食後居室へ誘導し午睡。少ししてから廊下の手すりにつかまって立って歩いているのを発見する。

事故に至らなかったが、今回の件で四肢が使え長座位移動ができるということに気付く。家族に報告し同意を頂きベッドから布団対応に変更。



以降、立ち上がりはないが、布団から居座ってくる姿が見られるようになりました。

(3回目のカンファレンス実施)

手すりを持って立位保持が出来るようになり居室から居座って出てくることが増えてきたので、週1回の訪問看護以外によぎんで出来るメニューはないかと考え、看護師に相談。

→訪問看護に事業所で出来るリハビリメニューを作成して頂くこととなる。

(事業所でのリハビリ開始)

3/8、訪問看護が作成したリハビリメニューで両足のリハビリ開始。

(他動・自動訓練・1日1回、ホールからトイレまで歩行訓練)



《取り組みによる効果》

- ①運動量の増加とマッサージによりむくみの軽減。
- ②下肢筋力向上のメニューを毎日行い、足の可動域が拡大。
- ③日中、車椅子の使用をせずに手引き歩行にて移動出来るようになった。
- ④手引き歩行によるトイレ誘導が可能になりトイレで座り自己排泄が出来るようになった。
- ⑤利用当初より食事摂取量増加。日によって波はあるが体重増加し栄養状態改善されている為、エンシュアリキッドの提供を終了。

(12月 33.7kg 1月 34.4kg 2月 35.9kg 3月 37.3kg 4月 36.2kg 5月 37.7kg)

*利用開始当初から見ると4kg増加されています。

【現状のA様】

・訪問看護と連携し、リハビリを毎日行っていく中で足の筋力が増え、1日1回の手引き歩行が出来るようになりましたが、それに伴い転倒や足を痛めるリスクが高まっています。

・利用当初は意思疎通困難で介護拒否が多く見られていましたが、笑顔でいることが増え介護拒否も減少し、歌のレクリエーションを行うと声を出して歌われるようになりました。

【今後の課題及び問題点】

①現在行っているリハビリの量を増やしていくかどうか

…足の筋力は増えましたが、同時に自分で立ち上がりようとするが増え転倒や足を痛めるリスクが高まっています。

②住宅改修の必要性が生じる

…自宅へは寝泊りに帰っている状態で殆どベッド上にて過ごされています。本人の寝室は畳になっているが、沈んでいる箇所があります。現状では這って移動していますが、今後単独歩行が出来るようになった場合、転倒する可能性があります。

※家族の希望を聞き、課題解決に向けて医療との連携を強化していきたいです。

【まとめ】

A様とリハビリを行っていく中で笑顔が沢山見られ、リハビリに対し意欲的な姿勢が見受けられるようになりました。同時にADLが退院時に比べ改善されてきているのを感じました。

ベッド上での生活だったA様が歩けるようになり、食事形態も常食に近づき、他利用者様もA様の変化に気付きコミュニケーションの輪が広がっています。

しかしながら、A様が以前のような生活を送れるようになるにはまだ時間が掛かります。ケアを行う過程で多くの課題が出てきました。

【ケアの専門職として】

家族の方は現状まで回復したことに感謝の言葉を述べて下さり「また以前のような生活を送れれば…」と話して下さいますが、反面、転倒や足を痛めるリスクが高くなっていることを心配されています。介護サービス利用が初めてで、どうするべきか分からないと悩まれています。

家族の不安を取り除き、A様の現在の状態を維持、改善していくためにはどのようにケアをしていくべきか。私達介護士のみでなく、医師・訪問看護とも連携を図りながらA様と家族のケアを行い両者が望む生活を送れるようサポートしていくのが私達の役割だと思います。

ライフスタイル～環境と人間関係を整える～

スーパー代いようざん栗崎

発表者：松田直樹

【はじめに】

前頭側頭型認知症を発症したA様が63歳から65歳のおよそ3年間スーパー代いようざん栗崎を利用された中、介護者と連携を図り、生活パターンや介護方法を試行錯誤した結果、勝ち得た穏やかな日常生活について紹介いたします。

【対象者紹介と利用開始の経緯】

A様、65歳 女性 前頭側頭型認知症

夫との2人暮らし。主介護者は夫であり、老々介護で孤立傾向にある。

平成23年10月夫がA様の様子の変化に気づき受診。若年性認知症と診断される。

平成24年9月異食・暴力などの症状が出現し、同年12月A病院に入院となる。

平成25年4月退院され介護サービスの利用開始となる。

退院直後、他法人のデイサービスを利用していたが、平成25年6月からスーパー代いようざん栗崎を週1回の割合で併用利用となった。現在では、スーパー代いようざん栗崎を週7回・365日利用されている。服薬は利用開始以来、メマリー・抑肝散を服薬されている。

【前頭側頭型認知症の主な症状】

- ◆無関心…服装や衛生状態に無関心で不潔になる。周囲の出来事に興味を示さなくなる。
- ◆逸脱行為…反社会的行為(万引きなど)
- ◆時刻表的行動…散歩などを決まった時間に行う。制止すると怒る。
- ◆異食行為…毎日同じものしか食べない。際限なく食べることもある。砂糖をなめる。
- ◆常同行動・反響言語…同じ言葉を際限なく繰り返し、他人の言葉をオウム返しにする。制止しても一時的に止めるのみ。
- ◆発語障害・意味障害…無口になる。ハサミ・眼鏡などを見ても言葉の意味や使い方が分からない。
- ◆記憶・見当識は保持…最近の出来事は覚えているし、日時も間違えない。道も迷わない。

【A様の周辺症状】

利用開始当初(平成25年～26年にかけて)前頭葉の症状が強く表出していた。

- ◆無関心…服装や衛生状態に無関心で汚れた服を平気できている。入浴しないことが多く異臭があっても気に留めない。髪型や化粧をしなくなった。人前で平気でズボンを下げて下着をだす。
- ◆逸脱行為…他者の食べ物を平然と食べてしまう。仕舞い込んだ食べ物の場所を覚えていて、勝手に取り出して食べてしまう。食べ終わった食器を隅々までなめまわす。唾を吐く。
- ◆時刻表的行動…決まった時間になると帰宅準備をする。出口を探し出口の扉を開けようとガタガタさせる。施設内をウロウロと歩き回る。食事の時間が近くなると食事が運ばれてくる方向へ見に行き、食べ物を見ると配膳前に食べようとする。止めると怒る。

- ◆異食行為…際限なく食べることもある。排泄時使用したトイレットペーパーや便を食べる。排尿時、尿で汚れた手をなめる。
- ◆常同行動・反響言語…同じ言葉を際限なく繰り返し、他人の言葉をオウム返しにする。制止しても一時的に止めるのみ。以前は、看板の文字を声に出して読んでいた。送迎時は信号を見ると「赤・青」と言い続ける。最近では「モエエ」などと言い続ける。
- ◆発語障害と意味障害…メガネの使い方が分からず眼鏡を壊してしまった。
- ◆記憶と見当識は保持…いつもの道順を覚えていて、いつもと違う道を通ろうとすると奇声をあげて道が違うことを訴える。いつも自分の座る場所を覚えている。自分の荷物をしまうロッカー覚えている。帰宅時に待つ場所を知っている。自分の好きな本を覚えている。読み終えると所定の場所に片づける。

【 ライフスタイルを整えるためには？ 】

- 私たちは、A様が日常生活を穏やかに過ごすことが最優先課題であると考え、前頭側頭型認知症の時刻表的行動パターンを活かしたケアに取り組んだ。
- 時刻表的行動パターンの形成を軸として、上記の周辺症状を共に解決すべく取り組んだ。
- 穏やかな生活を確立するために介護者と連携を図り、基本となる生活パターンを把握した。

【 A様の時刻表的行動への理解と取り組み 】

介護者と意思の疎通と協力関係が重要である為、事細かに打ち合わせ難題と思える要望に対しても柔軟性を持って対応した。特に介護者には何でも気兼ねなく話し合えるように、どんなことも傾聴し介護者が孤立しないように受け止め、共に考える姿勢をとった。時間の経過と共に信頼関係が深まった。

◆平成25年利用開始当初の様子(他法人のデイサービスを併用)

	他の法人デイサービス	スーパーデイようざん栗崎
平成25年6月	日月水の週3回 9時～16時30分	金の週1回 9時～16時30分
平成25年7月	月水木金日の週5回 9時～16時	火・土の週2回 火:9時～17時30分 土:9時～14時
平成25年8月	ケアマネより本人が落ち着かないと相談あり	
平成26年1月	中止	週7回9時～14時の利用

介護サービスを利用開始した平成25年6月、1週間のうち日・月・水の3回他の法人のデイサービスを利用、スーパーDEIようざん栗崎は毎週金曜日1回利用であった。

7月から週7回利用となり、スーパーDEIようざん栗崎は火・土曜の2回で火曜日は9時～17時30分の利用・土曜日は9時から14時の利用で、他の法人のデイサービスの利用時間は9時～16時と環境と時間帯の状況は統一性がなくバラバラな状況であった。その為利用者も介護者も落ち着かず不穏な状況であった。

8月には、(担当ケアマネより相談受ける)これまで状態が落ち着かずどのような利用がいいのか…。ケアマネ自身も悩んでいた。

12月になって、介護者の夫から、「2事業所併用するよりも施設の種類がそろっている『ようざん』なら次への介護の段階を考えると安心である。スーパーDEIようざん栗崎の利用に関し、ケアが細やかで色々と配慮されている」ことを評価していただき、全面的に毎日スーパーDEIようざん栗崎を利用したいとの申し出を受け、平成26年1月より利用時間を9時～14時とした。毎日、同じ場所に通うという時刻表的生活を形成したことが穏やかな生活に繋がったと考えられる。

◆平成26年スーパーDEIようざん栗崎

(スーパーDEIようざん栗崎利用の一本化・宿泊併用・入浴サービス開始・失禁の始まり)

前頭側頭型認知症の特徴を踏まえ、週7回利用時間を固定化した。

1月から週7回9時から14時の利用開始となる。病気の特徴を理解し送迎時間の厳守と同じ女性職員の送迎により毎日の生活パターンが徐々に定着し、不穏な様子が減少し始めた。

5・6月頃から介護者である夫の介護疲れが増大し、心身ともに疲弊し健康面も持病が悪化するなど在宅生活の維持が危ぶまれる事態になった。これにより通いなれたスーパーDEIようざん栗崎で宿泊サービスの利用開始となる。

7月1回、8月2回と徐々に回数を増やし、A様の生活サイクルとして習慣化することが効果的と考え、レスパイトケア定着の為、9月からは毎週火曜日、月に4回宿泊を利用することになった。

9月になると、日中の失禁が多くなり尿パット使用開始となる。また、便秘症による弄便が見られトイレの度に不潔行為を行うようになった。在宅においても弄便・異食・不潔行為など頻回になり、介護者の疲労感が一層深まっていた。10月には、自宅での入浴が困難になり入浴サービスを週2回(火・金)利用することになった。かつて、入院の時に男性職員に両脇を抱えられ連れ去られたことがトラウマになっている為、入浴サービス・トイレ介助(汚染確認・不潔行為防止・パット交換)は同性介護で行う。始めのうちは、入浴時使用するシャワーチェアをトイレの便器と間違えることが度々あった。12月頃になると認識できるようになって抵抗なく入浴・更衣・トイレ介助が出来るようになった。

◆平成27年のA様のご様子

一連の宿泊サービスの利用によって、介護者は心身共に回復し元気を取り戻すことができた。A様の生活パターンが確立し生活リズムが整ったことで在宅介護に自信が持てるようになった。

平成27年4月からは宿泊サービスの利用をすることなく、スーパー・デイ・ようざん栗崎利用のみで在宅介護生活を送れるようになった。また、排泄リズムを整え、便秘解消のため水分摂取に取り組み4時間半の利用時間で平均450cc前後・水分ゼリー50～100cc摂取を実施。便秘解消と排便リズム確立のために、主治医に相談してマグミット処方依頼。朝・昼・夕3回服用。毎朝食後6時30分頃に排便が定着、排便リズムが整った。トイレ誘導は1時間ごとに実施。自宅でも同様に実施している。これによって失禁の回数は減少しパットの使用量・洗濯物も少なくなった。排泄と水分のバランスが定着し、リズムが整ったことで在宅介護の負担を大幅に軽減できた。食事面では、毎週献立表をお届けして食事の参考にしていただいている。在宅では野菜を中心とした食事を心がけ、便秘にならないように工夫している。介護者から水分ゼリーの作り方を教えて欲しいとの要望があり、自宅でも水分ゼリー作りに挑戦され美味しいおやつを楽しんでいる。

【前頭側頭型認知症のA様のケアポイント】

前頭側頭型認知症A様に対しての基本的なケアは、機嫌を損ねずに新たな行動パターンを習慣化することが大切であると3年間のご利用を通して理解できた。新たな行動パターンを誘導するときには、明るく楽しく朗らかにA様にとって好感度の反響言語を職員が一緒に歌うように「もう～いいかあい～、まあだだよお～」などと、かけあいながら実施する。

【対策一覧】

- | | |
|------------------------------|----------------|
| ■帰宅願望 異食行為 食べ物関係 | ⇒ 行動パターンを先取りする |
| ■トイレ誘導 入浴介助 | ⇒ 駆け込みの関係を作る |
| ■読書(写真のある本) | ⇒ 出来ることを繰り返す |
| ■入浴 トイレ 体操 歌 レク参加後の水分摂取 帰宅準備 | ⇒ 新しい常同行動をつくる |
| ■席定位置 送迎時間 入浴の時間 | ⇒ 生活習慣を妨害しない |

【取り組み】

取り組み① タイムスケジュールにできる事を取り組み、パターン化する。

朝、来院時いつも座る席に好みの本を置いておくと、落ち着いて本を読みだす。

昼食後、口腔ケア・トイレ誘導が終った後にウロウロしだすが、気に入った本を決まった席においておくと落ち着いて本を長い時間読むことが出来る。

取り組み② 飼染みの関係を作ることにより抵抗なく、入浴やトイレ介助を受け入れることが出来る毎日利用することによって職員の顔・場所を認識できるようになったことによって、トイレ介助や入浴介助がスムーズにできるようになった。また、職員もA様の行動パターンを読み先取りすることによって、異食行為や不潔行為などを未然に防ぐことができるようになった。

取り組み③ 生活習慣を妨害しないように、新しい常同行動を組み込む

来院時にはタイムスケジュールに従い、いつもの時間にいつもの席に座って、いつもの歌や体操、読書、水分摂取、帰宅準備、入浴、トイレ介助を行うことによって、穏やかな生活パターンを確立することができた。生活リズムが整ったことにより、周辺症状に悩まされることが少なくなった。

【結果】

A様の特徴的な周辺症状である不潔行為・異食行為・周徊・逸脱行為は行動パターンの把握と生活リズムが整ったことで解消された。生活のタイムスケジュールが確立したことによって、介護者の介護負担が大幅に軽減され、4月からは宿泊サービス利用が不要になり、夫婦二人の在宅生活は大変穏やかで安楽な日々を勝ち取ることが出来た。

【考察　まとめ】

数多くの情報収集から紡ぎ出した介護計画を実施する際には、利用者・介護者との強固な信頼関係を基盤として、その人にとってのこだわりや個性を尊重したケアを提供することが大前提である。前頭側頭型認知症の利用者に対し薬剤に依存することなく、介護の在り方によって環境を整え、馴染みの関係を築き、生活のタイムスケジュールを整えることが最優先であるということがA様の事例を通して証明された。

病気を正しく理解し、先入観や固定観念を捨てて、ありのままを受け入れることによりお一人お一人を理解することができ、より良いケアに繋ぐことが出来るのではないかと考える。

ナーシングホームようざんでの看取り介護を振り返って

ナーシングホームようざん

発表者:鈴木優子

【はじめに】

超高齢社会を迎え、自宅介護の限界や退院後の行き先がみつからない場合など多くの課題が出て来ている現状の中、サービス付き高齢者住宅への期待は大きいと感じています。

ナーシングホームようざんでも看取りを希望される方に、穏やかで安らかな日々を過ごして頂き、自然な看取りを…と、考えています。

これまでの看取りについて紹介をいたします。

ナーシングホームようざんでは、これまでに4例の看取り介護を行いました。

年度	看取りにて逝去	契約中に病院で逝去
25年度	0人	2人
26年度	4人	6人
計	4人	8人

※事例紹介

【事例①】

ナーシングホームようざん 初めての看取り

A様(享年99歳・女性)

・既往歴

認知症:発症不明

H10年:腰椎圧迫骨折

H18年:左大腿骨頸部骨折

高血圧 高脂血症 骨粗鬆症

不安定ながらも自ら歩行されホールまで来られていました。毎日の新聞に折り込まれてくる広告を見るのが大好きだった、A様について紹介いたします。

・家族の看取りに対する希望

戦争でご主人を亡くしてからは、人に頼る事を好まず1人で生活されていました。近くに住む長女が毎日自宅に通い、手助けをしていましたが、自由気ままな生活を続ける本人に、長女は疲れを

感じ言い争いが絶えない日々が続くようになりました。知人の紹介でナーシングホームようざんを知り、少し距離を置いてみたいとの事で入居となりました。そして徐々に親子の関係が改善されていきました。自然なままの最期を迎えるとの思いから、入居時より看取りを希望されていました。長女は週1～2回訪れては、母親と過ごす時間をとても大切にされていましたが、半年が過ぎた頃から食事量が減り始め、ベッドから起き上がるのもままならなくなり、デイサービスの利用も出来なくなりました。孫やひ孫、県外に住む次女も折を見ては訪ねて来てくれるようになり、最期まで淋しい思いをさせたくないからと、お花を活けたり好きだった民謡を流したりと、長女は毎日訪れるようになりました。

・看取りの状況

年末頃より浅い呼吸や尿が出なくなるなど死期の徵候が見られましたが、小康状態と悪化をひと月程繰り返しました。亡くなった当日は長女夫婦・次女夫婦が朝から面会に来られており、交代で母親の手をにぎり時間が過ぎて行きました。お昼を過ぎた頃、長女に手を握られたまま、静かに息を引き取られました。

家族からは「ここで過ごした半年間、私達はとても満足しています。最期まで母親と過ごせて幸せです。職員の方々にも最後のお見送りまでして頂き感謝です。」と言われました。

また「母にスカイツリーを見せる約束をしていましたが、見せてあげる事が出来ませんでした。」と、居室に飾ってあったスカイツリーの絵を手渡されました。「ここで母が生きていた事を忘れないで下さい。」とも言われ、今でもA様が生前過ごされた席から見える場所にこの絵を飾り続けています。

・経験してみて思う事

高齢の為か死期が近づいても、徵候が分かりづらく判断できません。家族は一緒に送りたいと希望し、頻繁に面会に来られ偶然希望に添う事が出来ました。今回の課題として、非常口から送り出してしまった事や、2日間家族が交代で居室に寝泊まりしましたが、食事やベッドの準備をする所まで気が回りませんでした。白寿のお祝いをし、百寿のお祝い計画もしていましたが、その日を迎える事が出来なかった事も残念でなりません。

【事例②】

「満足長女」と「気遣い母」と「職員」それぞれの想い

B様(93歳・女性)

・既往歴

S55年:狭心症 高血圧

H 1年:右腎結石症

H21年:右尿管結石 右足関節偽通風

H23年:食道癌 ラクナ梗塞

H24年:閉鎖孔ヘルニア

食道がん末期と宣告されていましたが「自分の事は自分でやる」が口癖で、定期巡回を利用し自宅での生活を支えていました。洗濯機は2層式を使用しており、若い職員が驚く姿を見ては喜ばれています、お茶目なB様について紹介いたします。

・家族の看取りに対する希望

「体調が悪い」と連絡を受け、伺うと39度の高熱が出ており、担当医師に連絡、入院となりました。ナーシングホームようざんに入所する事を条件に退院許可が出ましたが、医師から家族への説明では「食道がん末期、口から食事を摂る事は難しい」と言われました。長女は言葉では一旦は受け入れられた様子でしたが、どこかでは、うちの母はまだ大丈夫だろうと思っていたようでした。頻繁には面会に来られないと、冷蔵庫を購入し居室に設置、その中に手料理、ゼリーやようかん、アイスクリームなどが入っていました。医師の指示に反していましたが、家族の介助にて食事をする様子は満足そうでしたが、当然誤嚥はしています。家族の帰宅後に看護師が吸引する事が繰り返されるうちにB様は徐々に弱っていき、その変化を受け入れていくようになったのが、亡くなる1ヶ月程前でした。

・看取りの状況

家族は遠方に住んでいます。2月には時間が取れるので面会に来る予定でした。しかし面会予定日の夜から大雪が降り、公共交通機関が停止し、こちらに向かう事を断念せざるを得ませんでした。その日の夕方より酸素濃度・血圧が低下し始め、家族に連絡するも「この雪では行くすべがない」と苛立ちは返事でした。

翌朝、雪の降る中、眠るかのように、ひとり息を引き取られました。

家族が到着したのはその日の夜遅くであり、息を引き取った連絡を受けてもすぐに駆け付ける事が出来なかった苛立ちは、信じたくない気持ちなのか、全員が憔悴しきっていました。

家族には自然なままの姿を見て頂きたいとの想いで、到着までの時間、職員が交代で傍らに寄り添いました。

長女は、「幼少期に父親を亡くし記憶にも残っていない。そんな中、女手一つで大学まで通わせてくれた母には、もっともっと恩返しがしたかった」とB様を抱きしめ、涙ながらに話してくれました。

そして後日、家族から手紙が届きました。

・経験してみて思う事

B様は家族の持つて来てくれた物を口にすると、どうなるか分かっていました。しかし、心配させまいと、家族の前では笑顔を見せ、一緒に食事をされていました。家族が帰宅した後に、吸引され発熱し苦しい思いをする事もわかつていながら、笑顔を見せ続けました。家族の中ではいつまでも笑顔のままで映っていたと思います。そんな中、職員は家族と過ごす時間の笑顔を邪魔することは出来ません。だからと言ってこのまま食べさせ続けても良いのかと葛藤し悩みました。その事は、今となっても『正解』が出ていません。

終わりに

ナーシングホームようざんは高齢者の生活の場であり、終のすみかとなりうる場でもあります。そして「看取り」は避けて通れない事です。

また、病院とは違い「自然な死」を迎える事が出来る場所でもあります。

共に「その人の最期に立ち会える」貴重な体験をさせて頂ける私達は幸せだと感じています。

その事を自覚し日々の介護・看護に専念していく事で、私達の成長にもつながっていくのではないかでしょうか…。

私の届かないこの想い～86年目の数々の苛立ち～

ケアサポートセンターようざん倉賀野
発表者：齋藤修一

【はじめに】

皆さん、認知症や片麻痺の利用者様など、中重度の身体介護を要する高齢者の気持ちについて知識や経験のみで考えていませんか？

日常の業務が忙しく、意識しているつもりでも、職員本位でのケアをしていませんか？

本活動に取り組む前に、私達ケアサポートセンターようざん倉賀野では、より利用者様の気持ちに近づく為、有志を募り、千葉県福祉ふれあいプラザで行われている「認知症疑似体験・高齢者疑似体験」の研修に参加しました。

この研修は、長寿社会文化協会(WAC)会長の一番ヶ瀬康子様を会長とし、長谷川和夫聖マリアンナ医科大学理事長と板生清氏。その他、東京大学大学院教授を特別委員とした高齢者疑似体験プログラム開発研究委員により開発された研修です。この研修では健康な80歳を想定し、ベストの左右のポケットに1kgの重りを着け、両腕に750gのリストバンドを着用し、可動域制限を掛け、知覚鈍磨を設定する為に両手に2枚の手袋を着用しました。足には、膝や足首に重りをつけ、筋力の低下に伴い膝関節が動きにくくなる状態を再現しました。また白内障体験ゴーグルを掛け以下の研修課題に取り組みました。

【課題】

- 1.お買いもの体験をしてみましょう。ビニール袋にペットボトルをいれて30歩、歩いてみましょう。ペットボトルの大きさは体験者が決めて下さい。
- 2.足の爪をきる事として、つま先を触って下さい。いつものようにできますか？また階段の体験もしてみましょう。
- 3.スタッフから財布を受け取り、財布の中にお金はいくら入っているか見て下さい。
金額を介助者に伝えて下さい。

その他車椅子移乗体験と、トイレがわからなくなる想いに近づく認知症疑似体験を行い、いつまでもトイレに辿り着けない想いや、不安な気持ちを感じ取るシミュレーション映像を観て認知症高齢者の気持ちに近づくことが出来ました。

【研修受講生にインタビューを行いました】

私は、「認知症疑似体験、高齢者疑似体験」の研修を受け、一番印象に残っていることは、自尊心を傷つけてはいけないという重要性です。高齢者に対し、優しく見守り、失敗行動に対しては支持的に関わること、認知症によって生活行動ができなくなっていることを、ケアをする私達は忘れてはいけないことに気づきました。また、福祉ふれあいプラザの職員とディスカッションを行い大切な言葉を頂く

ことが出来ました。

それは「今日出来たことが明日出来るとは限らない」。私はこの言葉の意味について深く考えました。今ではこの言葉を忘れることが出来ません。また、利用者様と寄り添う気持ちやラポール(相互信頼関係)を築きあげる事の重要性を学ぶことが出来ました。この研修で学んだことを常に意識し、目を合わせ笑顔で接することや、環境整備の工夫がいかに大事なのかを今回の体験研修から得る事が出来ました。自分が働く現場で実践し今後に活かしたいと思います。

研修後、全職員でカンファレンスを行いました。研修で行った高齢者疑似体験(うらしまたろう)を視力・聴力・皮膚感覚・下肢筋力の4つの項目に分類し、全職員に説明しました。職員がこれらの問題の中で最も項目が当てはまる利用者様を挙げた所、該当したのがA様でした。

視力‥眼鏡、白内障

聴力‥右耳が聞こえない

皮膚感覚‥暑い(寒い)の訴え

下肢筋力‥両膝関節伸展制限あり

【困難事例紹介】

『86年生きてきてこんな事は初めてだ』

『この職員はどうなっている』

『(難聴だから)何を言っているのかわからない』

A様 86歳 要介護2

障害高齢者の日常生活自立度 B1

認知症高齢者の日常生活自立度 III A

既往歴:うつ血性心不全(平成24年) 腰部脊椎管狭窄症 変形性関節症

高血圧 痛風 両側硬膜下水腫 腰椎間板ヘルニア 突発性難聴(右耳)

※利用開始当初は認知症の診断はおりていません。

生活歴:娘二人が独立し、長年奥様と二人暮らしであった。奥様が認知症発症して以降は、長女宅にて生活するが、家庭事情により平成27年度より倉賀野の自宅から小規模多機能型居宅介護ようざん倉賀野を利用する。(独居)

【取り組み① 家族会の開催】

わが道を行くタイプのA様、男が外に働きに出掛け女は家で家事をしろという考え方。なかなか本人様の本音を聞き出すことが出来ず、関わり不足から利用開始当初は想いを訴えたいのだが訴えられない為、机をたたき苛立ちをアピールする光景が多々観られ、傾聴し話を伺っても「何??」などと言われ職員に心を開いて下さらず、寄り添うケアに結び付かない状態でした。また長女様宅に帰った際にも同様の問題が頻回となり、その後倉賀野町の自宅で過ごすこととなり、日常の生活に対し不満・要望が多くなりました。今まで認知症の診断はおりていませんでしたが、認知症から引き起こされる周辺症状が頻繁にみられるようになりました。

・性格が及ぼす訴え事項

「部屋が暑い(寒い)」

「ごはんが熱くて食べられない」

「熱くて茶碗がもてない」

「(1時間入っていたいのに)お風呂の時間は短すぎる」

「布団が暑くて寝られない。布団を干すのがいけないんだ」

「暑くて寝られない。だけどエアコンは布団と関係ないだろ」

「窓を開けたら寒くなってしまう」

「俺はいつも午前中に入るのに何で今日は午後なんだ」

・周辺症状

「水道止め忘れ」

「電気消し忘れ」

「周徊」

「常同行動」

「興奮状態」

「家族に依存傾向」

「飲まれた薬を飲んでいないと不穏になる」

「時計がなくなった。誰かに盗まれたのかな」

「自宅の在宅酸素の電源が入っていたけど、職員は鍵を持っていて開けて入るのか」

「膝掛けがない。一緒に探し見つかると、俺はそんな所にしまってないと不穏」

「入浴前と入浴後の時間の確認」

「迎えの時間が5分早い(遅い)と不穏」

「ようざんで宿泊時暖房を付けて寝たのに、誰だ。冷房にしたのは、寒くて寝られない」

「思うようにいかないと特定の職員のせいだと決めつけ意図的なのかと被害妄想」

「はにかんで鼻歌を唄われる」

「入浴の為、脱衣所で服を脱ぎ途中尿がしたいと言い風呂場で排尿。または、裸のままホールへ出てこられ平然とトイレへ向かう」

・その他

寒暖のコントロールが上手く出来ず、足が冷たいからとズボン下を4枚履いていたり、暖かいにも関わらず暖房やコタツを利用しています。

「冷房を付けているのに暑いからちょっと来てくれ」と自宅から電話があり伺うと冷房を付けながら、コタツにあたっていたりする姿が頻回に見られていました。

このような発語や周辺症状が頻回に見られ、自分の訴えは全て正しく否を認めない、傾聴し状況説明をしても「そんなことはない。今まで一度もなかった」と興奮され攻撃的になられてしまう為、職員もどのように接していくのかわからない状態になってしまいました。そこで、長女様、次女様、お孫様二人に参加して頂き家族会を開催しました。

普段A様が召し上がられている食事をとりながら、私達の知らなかつたA様の『人となり』を知ることが出来ました。

家族会にて得たA様のアセスメント結果は以下のようになります。

□娘様より得たアセスメント

①性格

- ・昔から亭主闇白。
- ・ケチで不器用ながら正直。
- ・歳と共に人が変わった様子。
- ・自分のミスは決して認めず、他人のせいにする。
- ・最近思った事を言っているのは慣れてきた証拠だと思う。
- ・もともと外面がよく、自宅にいるとわがままな性格。
- ・主治医である近藤先生の事をとても信頼している。
- ・失敗した時に自信喪失してしまう為、自分で決めることが出来ない。

②食事について

- ・歳をとると共に魚が好きになり魚ばかり食べていた。
- ・元々肉は好きでありホルモン、モツ煮が特に好き。
- ・野菜を食べない。
- ・お米は電気代節約の為、炊き上がると電気を抜いてしまい、いつも冷飯を食べていた。
- ・長女と同居していた70代当時は、最初はご飯を計量していたがもの足りずおかずをドカ食いしてしまい一時期体重100kgオーバーになり、長女は今後に不安を感じていた。

③趣味

- ・休みの日はバイクに乗り一人で旅にでる。その際奥様に行先告げず。
- ・歴史に関するものが好きで、お孫さんに教えるのが好きだった。
- ・住み慣れた倉賀野町の伝説についてすべて知っている。

□お孫様が想うA様との思い出

- ・川へカモを観に出掛けた。
- ・歌や絵などを教えてくれた。
- ・自転車で様々な所へ一緒に出掛けてくれた。
- ・歴史が詳しく、よく教えてくれた。
- ・花、野菜に対しとても詳しい。
- ・十二支カルタでよく一緒に遊んでくれた。

A様は、現在認知症の診断がおりていませんが、施設内での日常生活の様子を報告し、認知症における周辺症状(BPSD)を説明。また、一人暮らしを始めてからの変化を知つて頂き、一度認知症外来を受診して頂けないかの相談を行ないました。

ご家族様も近況の変化に気づき、認知症外来受診に同意して頂き受診する運びとなりました。

【取り組み② 認知症外来受診】

群馬県認知症疾患医療センター 医療法人 育生会 篠塚病院受診

ご家族様に受診同行させて頂く

初回受診

- ①MMSE(ミニメンタルステート検査)
- ②Dr.との問診
- ③MRI画像診断

問診では日常生活の様子を報告し、本人様、ご家族様が現在困っている事を報告、相談を行いました。

検査結果

- ①MMSE(ミニメンタルステート検査)24/30
- ②MRI画像診断
(詳しい詳細、MRI画像は別紙資料をご確認下さい。)

診断名 両側硬膜下水腫、『前頭側頭葉変性症(FTLD)』否定出来ず

典型的なアルツハイマー型認知症では無いもののMMSE検査では、近時記憶は0点で、得点を取る事が出来ず、アルツハイマー型認知症の初期的症状が見られる。また2年前の画像に比べ、水腫の範囲も広がり脳萎縮も見られ、日常生活の中で苛立つ事や興奮される事、注意や指導に対しても気にしない。無気力、自発性、意欲の低下、常同行動(時刻表的生活)などがある事から前頭側頭葉変性症の疑いありとなる。また脳内に小さな出血があり、脳梗塞の危険性がある為、日々のケアに注意が必要である事が今回の受診で判明しました。病気(症状)の進行を早めたり、本人様の興奮状態が治まらなくなり、症状を悪化してしまうリスクが高い事、アセチルコリンは足りている考え方から、アリセプトは処方されず、神経の高ぶりを和らげることを目的として穏やかな抑肝散を処方して頂き経過観察を行い半年後再受診し、MMSE検査とMRI画像診断を再度行う運びとなる。

(認知症療養計画書別紙あり)

A様のケースでは、生まれ持った性格による自己主張が強く、周辺症状からくるものではないと考えられます。

【取り組み③ 取り組み活動ファイルの作成】

家族会で得たアセスメントや、研修で得たことを全職員に共有してもらう為、まず取り組み活動ファイルを作成し、ケアの統一を行い、A様に対し関わる時間を増やし、全職員で共有しました。

研修で学んだことをケアに実践

- ①高齢者は視力低下の為、視界が狭くなる。
 - 白内障の目薬を定期的に使用
- ②聴力の低下により聞こえにくい
 - 左耳から大きな声で話しかける。
- ③皮膚感覚の衰えに伴い温度差を感じにくい
 - 本人にその都度声掛けを行う。
- ④関節可動域が狭くなる為歩きにくい
 - 歩行練習の声掛け

また、その他の訴えに関して以下の取り組みを行いました。

- ・暑くて寝られないという訴えに対し、宿泊室の変更。窓を開け風通しを良くしておく。
- また、「寒くて寝られない」との訴えに対し夕方5時から暖房をつけ宿泊室を温めて対応する。
- ・本人様のご飯を先によそい、出来るだけ冷ました状態での提供。
- ・硬くて食べられないという訴えに対し、葉物類・ごぼうなど、繊維のあるものに関しては、さらにかみ切れるように茹でてからの提供。
- ・熱いものに関しては事前に本人様に口頭にて説明。
- ・洗濯しに行きたいという訴えに対し、すぐに対応するようにする。
- ・薬を飲んでないという訴えが始まった為、本人様にもサインを頂き同意して頂く。
- ・「お茶を全然くれない」という訴えが頻回に現れ不穏になられた為、お茶のおかわりの声かけをする。
- ・足が冷たい訴えに対し、「自宅のコタツに入りたい」と希望された時、速やかに対応する。
- ・「午後は洗濯するから、お風呂は午前中に入れてくれ」という訴えに対し全職員共有し周知する。

これら数々の訴えに対し、本人様の自尊心が傷付かないよう興奮や不穏になる前に対応の仕方や提供の仕方に工夫を働かせ先手を打ち対応致しました。また食事の提供後は、「今日の食事はどうでしたか?」「固いものはありませんでしたか?」と確認を取り、次の食事提供に結びつけました。

これらに取り組むことにより、徐々に興奮や不穏になることが軽減され、次第に表情も穏やかになりました。

【取り組み④ 回想法及び寄り添いノート作成】

家族会でのアセスメントを元に、回想法を取り入れました。会話した内容を全て寄り添いノートに記入し職員全員で共有しました。

生活歴や趣味、人生で一番輝いている時代についての様々な話題を提供すると、満面の笑みで応じて下さり、難聴で今まで会話が少なかったり、「俺は耳が聞こえないからつまらない」と孤立している時間が多かったA様ですが、日常生活の中での表情も明るくなり、今まで見られなかった他利用者様への話掛けや、会話を楽しむ姿が見受けられるようになりました。また、なかなか集団生活に馴染むことが出来ず日々のレクリエーションでは、ほぼ参加できていませんでしたが、徐々に参加して頂く事ができ数多くの笑顔を引き出すことが出来ました。

【取り組み⑤ チェックリストを作成しモニタリング】

不穏や興奮、周辺症状が多々出現した頃と比べ5つの取り組みを行う過程でチェックリストを活用して数字化。(モニタリング)を行いました。

取り組み開始時の訴えを改善した結果、訴えの頻度・回数が減少傾向にあります。

【考察まとめ】

今回の活動を通し、当事業所に足りなかった情報の共有、アプローチの仕方、ご家族様との情報交換等、少しずつではありますが私達職員の意識改善を図ることが出来ました。

利用開始当初、一人の時間を大切にしたいイメージが強いA様、集団生活に馴染めず孤立しがちでした。職員は、これがA様本人の想いでありその人らしさだと勘違いし、必要最低限のケアにとどまっていました。しかしこれは間違えであり、取り組みを通し家族会や寄り添いノートを活用することで、A様はもっと自分の好きなことには誘って欲しいし、今までの趣味を他の人にも興味を持って欲しいことが分かりました。話をすればするほど数多くの笑顔が見られ、自信に満ち溢れた表情をみることが出来ました。ご家族様からは、「食べ物が硬くて食べられなかったのが急に食べられるようになった」と話をしていたなど、施設内での苛立ちが少し改善されたのではないかと思われるような報告も頂きました。

利用者様には、届かない数々の苛立ちがある事、私達と同様ストレスを感じることを学びました。自立度が高い利用者様に対し職員は、『昨日できたから今日も出来るだろう』と思い込みのケアをしがちですが、実際利用者様は、その日の体調や気分に左右され、出来ない事もあります。そのシグナルに気づくことで、数々の届かぬ想いに寄り添う事が出来、また利用者様自身の「この職員は自分の気持ちをわかってくれる」という安心感に繋がり、職員と利用者様とのラポール(相互信頼関係)形成に結びつくのではないでしょうか。

ラポール形成に結びついた本人様の言動は以下の通りです。

- ・定期的にお茶の声掛けすることで、『流石プロだなあ。ありがとう』
- ・宿泊時の部屋の温度調整を行うことで、
『○○さんが、俺の為に気を揉んでくれたんかあ?悪いのう、ありがとう』
- ・食事提供後、「今日の食事はどうでしたか?と確認をとることで、
『良かったんじゃねんかあ。噛み切れたよ。工夫してくれて、ありがとう』
- ・外食レクリエーション(蕎麦屋)に誘うと『また連れてってくれるんかあ?悪いのう。ありがとう』
- ・訪問、配食の下膳に伺うと、『今、電話しようと思ってた。来てくれたんかあ。ありがとう』

なかなか心のうちを開かないA様から、これらの「感謝の言葉」を頂くことが出来ました。

私の届かない想い～86年目の数々の苛立ち～をテーマに活動して参りましたが、
『～86年目の数々のありがとう』に結びつくことが出来ました。

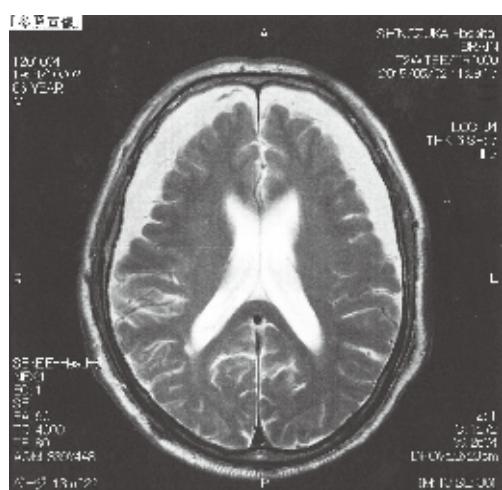
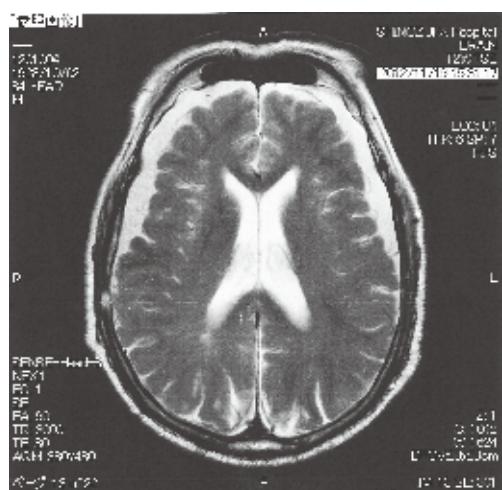
【最後に】

政府は2025年に向けて医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築を目指しています。私達も、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化や「心身機能」「活動」「参加」の要素にバランス良く働きかける効果的なリハビリテーションの提供など現在求められているケア、これから求められるケアやサービスを早急に学ばなければならぬことを今回の事例を通じて改めて感じました。

また、A様が篠塚病院にて前頭側頭葉変性症否定できずと診断された後、自分自身で文献を調べたりしましたが、症例報告が少なかったため、法人内で行っている認知症勉強会の資料を何度も読み返すことで、知識を深め対応の仕方を学び、今後に活かしていきたいと思いました。

今後、どんな陽性症状が出現するかわかりませんが、私達ケアサポートセンターようざん倉賀野の職員は、自らが学び、アプローチを掛け、利用者様が安心して「ホッと出来る時間・空間づくり」の提供が出来るよう、向上心を持ち業務に取り組みたいと思います。

どんな困難なことに遭遇しても…



A様の笑顔を支えるために

グループホームようざん
発表者:渡邊健太郎

【はじめに】

「私は何だかおかしくなっちゃったみたいなんだよ」

「でもね、誰でもいいから優しくして欲しいんだよ。大丈夫だよって言って欲しいんだよ」

A様が眠る前に発した本音の一言。

「幻視」「被害妄想」そして「異食」

混乱期を迎えるに、圧倒的に出来ない事が増えたA様

発せられた言葉はとても重く、深く傷ついている事が分かります。

頭の回転が速く冗談でいつも周囲を笑わせ、明るく正義感が強い中心的な存在のA様。

常々「人の世話になるならば死んだ方がまし」とおっしゃっていたA様から発せられた突然の「支えてほしい」というサイン。

A様らしく自信に溢れた日々をいつまでも送って頂ける様に、私たちが行った取り組みについて発表させて頂きます。

【利用者様紹介】

性別 女性

年齢 85歳

要介護度 2

既往歴 高血圧症 アルツハイマー型認知症 リウマチ

認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅲa

【生活歴 及び 性格・趣味】

昭和4年、前橋に生まれ大きな家で育つ。プライドが高く学生時代は勉強でも運動でも1番であることにこだわりを持ち、その為の努力は惜しまなかった。また、正義感に溢れ、曲がったことが許せず、常にリーダー的存在であった。若い頃は幼稚園・中学校の先生をしていたので知識が豊富であり、頭の回転が速く、冗談もよく言われる。若い時の趣味は社交ダンスと読書。新聞の投稿欄を見るのが日課だった。前橋から高崎の氷屋に嫁ぎ長女・長男に恵まれる。家業を手伝いながら活気に満ちた生活を送る。

H16年 物忘れがひどくなる。アルツハイマー型認知症と診断され、通院が始まる。

H18年 夫が他界し独居生活となる。

H19年 デイサービス利用開始。

H25年8月 キーパーソンの息子様が入院し、火の管理が出来ない為、他の法人のグループホームへ入所となるが、怒り出し暴れてしまった為1泊も出来ず、その日のうちに退所となる。その後は他の法人の高齢者専用住宅に入居し、その高齢者専用住宅に併設されたデイサービスとグループホームようざんの共用型デイサービスを併用利用し、グループホームようざんの空きを待つこととなる。

H25年11月 グループホームようざんに入所 現在に至る

【認知症状における内服】

グループホームようざんでは、認知症状に関する内服は、コウノメソッドを参考に、協力医と話し合いながら細かく調整をしています。

内 服 薬	症 状	効 果
アリセプト	短期記憶・見当識障害等の認知症状	激昂し、娘さんを傘で殴る等、暴力的になり中止。 効果は得られず。
メマリー	〃	アリセプトの代わりに内服するが、徐々に傾眠がみられるようになった為に中止。
イクセロンパッチ (4.5mg~9mg・貼付剤)	〃	徐々に被害妄想等がひどくなり、怒り出す事が増えてくる。目に見えた効果は得られず中止。
イクセロンパッチ (4.5mg 再チャレンジ)	〃	トイレの使用方法も分からなくなり、再チャレンジする。蓄積効果から、怒り出す事が分かっていたので、今回はウインタミンにて怒りをコントロールしながら使用を継続したところ、わずかながら改善がみられた。
ウインタミン (1日量8mg~10mg)	易 怒	症状に応じて内服量を調整し、ほとんどコントロール出来ている。
ニュープロパッチ (2.25mg・貼付剤)	歩 行	アルツハイマー型認知症だったが、レビー小体型認知症が主になり、歩行が不安定になってきたため転倒が増える。貼付開始後、歩行の改善がみられ、転倒も無くなっている。
抑肝散	幻 視	効果がみられるので朝晩の2回内服中。 (中止にするとすぐ幻視が現れる)
セレネース (0.75mg)	被害妄想	症状は落ち着いたが、歩行が不安定になった為に中止。
セロクエル50%細粒 (0.02g)就寝前	夜間の不安	波があるが、内服によりほとんど落ち着いている。
ベンザリン (5mg・1.5錠)就寝前	不 眠	波があるが、よく眠れる事のほうが多くなっている。

【取り組み1】

〈A様について知る・そして考える〉

A様の望む日々の生活は?そしてその先は?

私達は今までのA様との関わりから、こういう人と決めつけていないか?

「支えてほしい」と思うA様の気持ちに応えられるように私達はアセスメントシートを使い、眠れない夜など、職員と二人きりの時間帯に、意識して想いを聞きだしA様の現在の心境を知る事から始めました。

A様の気持ち

◎頼りにしているのは息子。でも色々世話になるのは「子不幸」しているようで嫌だ。

◎物事が分からなくなってきたので子供達と将来的な事を話し合いたい。

◎一番心配なのは子供たちの事。何か月も会っていないが元気だろうか?

◎私は他の人には見えない物が見えているのだろうか?頭がおかしくなったのではないだろうか?

◎この支払いはどうなっているのだろうか?お金の管理はどうなっているのか?

◎体が思うように動かない時があり、嫌になる。

◎甘いものは大好きだけれど、健康の為に医者から言われば食べない。

◎子供達は私の事なんか全然気に留めていないので会いに来ない。顔を見せるのが嫌なのだろうか?

◎家を空けるのは心配。変な人が入ると嫌だから家に帰りたい。

等

アセスメントシートから、A様は「出来なくなってきた」「分からなくなってきた」「周りの人からおかしいと言われる」事を理解しており、多くの不安に支配されている事が分かりました。

今度はA様の気持ちを分かったうえで、普段の生活を振り返り、A様の出来る事・出来ない事を把握し、支援内容を検討しました。

【取り組み2】

〈B町ツアーノン〉

認知症状が進み「考え方をしても肝心な所が抜け落ちているような気がする…私はなんで頭がおかしくなったんだろう」と落ち込むA様。長年暮らしていたB町に行き、良く話題に出る氷屋をしていた時に付き合いのあった馴染のお店の案内をお願いすれば生き生きとするのではないか?まずはA様の活気を取り戻す為にB町ツアーノンを企画しました。

「A様の住んでいるB町を案内して頂けますか?」と尋ねてみると「いいよ、あそこは色々な商店があるんだよ」と笑顔で引き受け下さいました。

そしてツアーノン当日、ご自宅近くに着くとA様は最初キヨロキヨロと辺りを見渡して「もう着いたの?初めて来た場所みたいだよ」と不安そうな何とも言えない表情でおっしゃいましたが、見覚えのある通りや路地を見ると昔の記憶が蘇り「そうそう!この通りの角にお肉屋さんがあったんだよ」「この道はよく

散歩していたなあ。懐かしいね！しばらく来ないうちにずいぶん変わったね」と、嬉しそうな表情で昔の話しお話をしてくれます。

魚屋の前をみると「あれ？ここの魚屋はうちのお爺さんがよく来ていて朝から椅子に座って店主と話をしていたんだよ」とおっしゃったので店内に入ると、お店のご主人が「あれ？Aさんかい！久しぶりだね」と笑顔で迎えてくれました。A様も嬉しそうに「～さんは元気にしてる？」と話をされていました。「覚えていたんね！」と久々の再会に、嬉しそうに話をされるA様。家業を手伝いながら子育てをした第二の故郷B町に来ることで昔の活気を取り戻したかのように生き生きとした表情で、次から次へと言葉が溢れます。

回想法により活気を取り戻す事が出来、とても嬉しく思いました。ですが、帰り道、魚屋の店主が覚えてくれたことを心から喜ぶA様を見ていると、入所しても馴染の関係を続ける事の大切さを改めて学び、反省する事となりました。

【取り組み3】

〈歌詞カード〉

歌う事が好きなA様ですが最近は歌詞カードを目で追いながら歌う事が難しく、職員が歌詞の場所を指差してもすぐに目が泳ぎ違う場所を見てしまします。A様は文字の認識が出来なくなっていたのです。歌詞カードをめくり続けたり、逆さにしたり。他の方に指摘されれば「見なくても歌えるから、余計な事はしないで！」と怒り出します。

B町ツアーで、回想法がA様にとってとても有効であることが分かったので、歌詞カードの使用をやめてA様の好きな歌・馴染のある歌を選んでもらい職員が歌詞をリードしながら歌って頂く方法に変えたところ歌詞カードを目で追う事に気を取られる事がなくなり、大好きな歌唱に参加出来るようになりました。また、歌唱よりもその当時の様子などの話題を入れた方が笑顔が多く、思い出話から饒舌になり人生で一番充実していたという教師時代のように歌を教えてくださるA様の姿は自信に満ち溢っていました。

【取り組み4】

〈幻視〉

日中誰もいない場所を見て「あれ？あんな所に男の子がいるよ！こっちおいで」と手招きをしているA様。その様子を近くで見ていた他利用者様から「誰もいやしないよ」と指摘されたり「この人、おかしいんじゃない？」と言われ「何で見えないの！」と怒りだすなどのトラブルが増えてきました。「人が見えない物が見えているのかもしれない」と認識しているA様は、他者を怒る事で「自分は正しい」と自身を肯定しているように思えます。幻視が出現した時は職員がA様と他の方とを離し、幻視を否定せず、話を合わせるなど臨機応変に対応します。A様が見間違いであると理解された時も「これでは誰でも見間違えてしまいますよ。」と間違えて当然であると必ずフォローし、見間違えた、幻視を見た、と傷ついていないか、その時に見せる表情からA様の心理を読み解くようにしています。

【まとめ】

認知症の人には「分からない」「出来ない」事を気づかせない事が大切だと言います。

ましてA様のように「1番」にこだわり努力をされてきた方なら尚更です。

私達の普段の何気ない会話やレクリエーションでA様の自尊心を傷つけてしまう可能性もあります。

不安を忘れるように気をそらす事や、楽しく会話するだけでなく、職員とA様の思いにズレが生じないように、A様の気持ちに正面から向き合い、「何が分かって何が出来るのか」「何が出来なくなりつつあるのか」を把握し、本人が望むその人らしさを支援する事の重要性を改めて認識しました。

薬では怒りを鎮めたり、穏やかにすることは出来ても、その人の自尊心を守る事は出来ません。その人らしさを支えるのは私達職員の役目です。

分からなくなると怒り出す傾向にあるA様。プライドが高い故に弱音を吐く事が出来ないA様。きっとこの先、何度も感情的になる事があるでしょう。そんなときにも私たちは「怒りの奥にあるもの」「笑顔の裏にあるもの」「冗談に隠されたもの」の把握に努め、その人らしさを支えていきたいと思います。

A様らしさを考えながら、一緒に。いつまでも。

認知症介護と家族へのレスパイトケア ～継続的な在宅介護に向けて～

ケアサポートセンターようざん栗崎
発表者:和田文

【はじめに】

家族が認知症になった時、私たちはそれまでの生活から介護を優先とした生活へと変化を余儀なくされます。家庭での介護者は、介護に従事する事で時間、体力的、精神的負担を強いられます。在宅介護を継続して行うためには、家族へのレスパイトケアが必要不可欠であると考えられます。

本事例では、若年性認知症を患う利用者様がケアサポートセンターようざん栗崎を利用された経過と、家族のレスパイトケアに焦点を当て、認知症介護の在宅支援について論じていきます。

【利用者様紹介】

氏名:A様

性別:男性

年齢:71歳

既往歴: H17年 脳梗塞、H19年 若年性認知症

介護度:現在5

【1. ケアサポートセンターようざん栗崎における利用状況】

A様は平成21年6月よりケアサポートセンターようざん栗崎を利用開始されました。開始時の要介護度は3で自立歩行ができ、食事や入浴介助も見守りや声かけを行えばご自身で行う事が可能でした。記憶障害と見当識障害が顕著にみられ、放尿、興奮や収集癖などのBPSDも現れていました。開始当時は苑に慣れて頂くため週3回の通所利用で、まだ泊まりはありませんでした。

利用開始から3ヶ月には月2回程度の泊まりの利用が加わるようになりました。認知症状は日を追うごとに深刻化し、平成23年に要介護度は3から4となり意思の疎通はできるものの情緒は不安定で攻撃的に怒りを表すことが多くなり、徘徊などの行動も激しさを増し外出先からいなくなってしまった、自宅の階段から転落し骨折するといったこともあります。

平成23年の8月からは泊まりを毎週1回にして、奥様の介護の軽減を図りました。アルツハイマーの症状に加えて、幻視や睡眠中に大声を出す、筋肉の強張りといったレビー小体型の症状もみられるようになってきました。

平成24年になると強い帰宅願望により朝から1日中苑の中を歩きまわる事が多くなり、感情の起伏が激しく急に罵声をあげたり、他の利用者様や職員に手を上げる事も多くなりました。7月には急に立てなくなるという出来事があり、以来足の運びが以前のようにスムーズではなくなりました。しかし、苑では依然として廊下やホールを休みなく歩きまわられる行動が続きました。このころから受診の為に通院介助の依頼を受けるようになりました。

平成25年4月には要介護5と認定されました。認知症状の深刻化とADLの低下による歩行困難に陥り車椅子対応となりました。自力での排便にも困難が生じはじめ看護師による排便コントロールも始まり、排泄、入浴、食事を含む日常動作全てに介助を要するようになりました。

認知症では、現れる症状とその現れ方は常に変化します。又、典型的な症状はあれどもそこに生活歴などの個人的要素が加わる為、単に症状を医学的な型にはめて分析し、画一的な対応をすることは効果を生みません。例えば徘徊一つとってもその理由は1人1人異なります。A様の場合は、徘徊が激しくみられ日中ケアサポートセンターようざん栗崎の廊下を何十回も休むことなく往復されていましたが、この行動はA様が勤務先の工場を毎日約1万5千歩も歩かれていたことに起因していると推測されます。

認知症状の移行とそれに伴う対応

H21～中期 要介護3	中核症状の顕在化 短期記憶の欠落、感情や情緒の不安定 入浴、排泄の一部介助 介護拒否	見守り、信頼関係の構築、 コミュニケーション アリセプト5mg服用	通い週3～4回 泊まり月2回
H23～混乱期 要介護4	問題行動の激化 徘徊、収集行動、攻撃性 自分の行動を制限できない、易怒性 介護への抵抗激しく、入浴介助困難 他の利用者様への攻撃みられる 大声・叫声、転びやすい(すり足歩行)	転落・転倒防止 他の利用者様との トラブル阻止、 アリセプト7.5mg服用	通い週3～4回 泊まり毎週1回 受診・通院介助
H25～現在 要介護5	ADLの低下、失語 車椅子の使用	移乗・食事・排泄の全介助 褥瘡予防処置 排便コントロール アリセプト10mg服用	通い週4回 泊まり週1～2回 受診・通院介助 状況に応じ訪問

【2. A様の奥様から学ぶ介護への姿勢】

A様は59歳で若年性認知症を発症し、会社を退職され自宅で過ごされるようになりました。奥様はようざん設立の翌年からA様の利用を申し込まれ、そのお付き合いはすでに9年にわたります。

ケアサポートセンターようざん栗崎の廊下はとても長く32mあります。その廊下をA様が自由に行ったり来たり出来るのでA様にとってとても良い環境だと思われたそうです。

その時から奥様はA様が認知症状のためされる行為やつじつまの合わない言動を決して否定せず、排泄や日常動作が以前のように出来なくなっても責めることなく、反対に出来る事を見つけ出しあげていたそうです。しかし時には混乱したA様とのやり取りで本当に命の危険を感じる事が何度もあったそうです。そのような時も奥様はA様に笑顔を向けるようにしたと話されます。奥様はA様の心身に現れる変化とそれに伴う行動をすべて受容され、症状の進行により今まで出来ていた事が出来なくなっても「出来なくなった」ではなく「そこからの出発」と常に前向きな姿勢を持ち続けています。奥様が介護される姿勢は介護に必要とされる受容の精神で貫かれており、その実践と経験から私達介護職が学ぶべきことがあります。

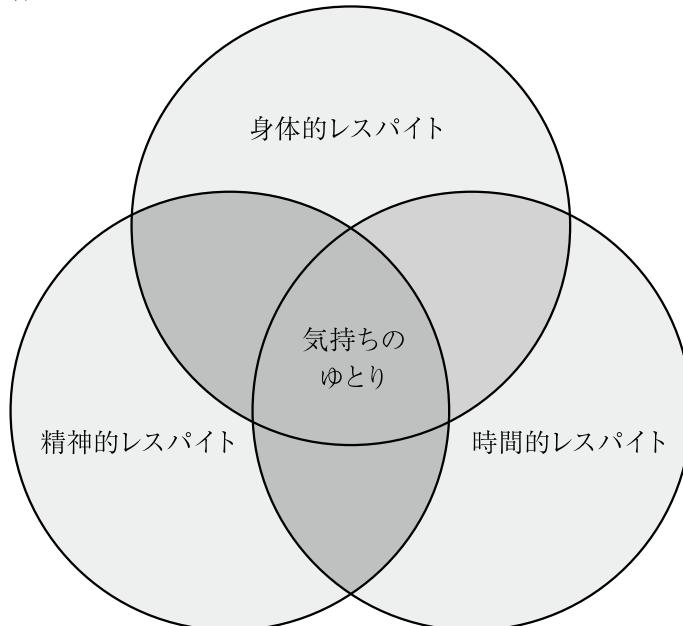
奥様は、「ようざんのような受け皿があったからここまでやってこられた」とおっしゃり、可能な限り自宅での介護を続けていきたいとお話し下さいました。現在A様は週5日ケアサポートセンターようざん栗崎を利用されています。A様の体重は52kgで女性が持ち上げるのは至難の業ですが、奥様はご自宅におけるA様の車椅子からベッドへの移乗、着替えを全てご自分で行います。いつまでも在宅で夫をしたいという奥様の思いを受け止め、私達介護者はA様のケアはもとより奥様のレスパイトケアもとても大切であると考えています。

【3. レスパイトケアの必要性とそれによってもたらされる効果】

奥様はようざんを利用して介護から解放される束の間に、お好きな庭仕事や趣味に関するプライベートな時間を取り事が出来ます。それは家事の間のほんの僅かなひと時ですが、体や心を休める大切な時間です。加えて奥様はようざん家族会の活動、推進会議や家族会の旅行等にも積極的に参加され、情報交換する事で介護の閉塞感を解消されています。又、特別な事でなくても、職員が言ってくれる「日々の介護お疲れ様です」という言葉で十分気持ちが救われるとお話し下さいました。

身体的レスパイト	肉体疲労、睡眠不足の解消
時間的レスパイト	一人の時間、自由にやりたいことが出来る、行きたいところに行ける
精神的レスパイト	ねぎらいや感謝の言葉を受ける、不安や苦悩を吐露し傾聴などにより受け止めもらえる 困った時にすぐ対応してもらえる 家族会などに参加することによる情報交換や孤独感の解消

図1-1 レスパイト相関図



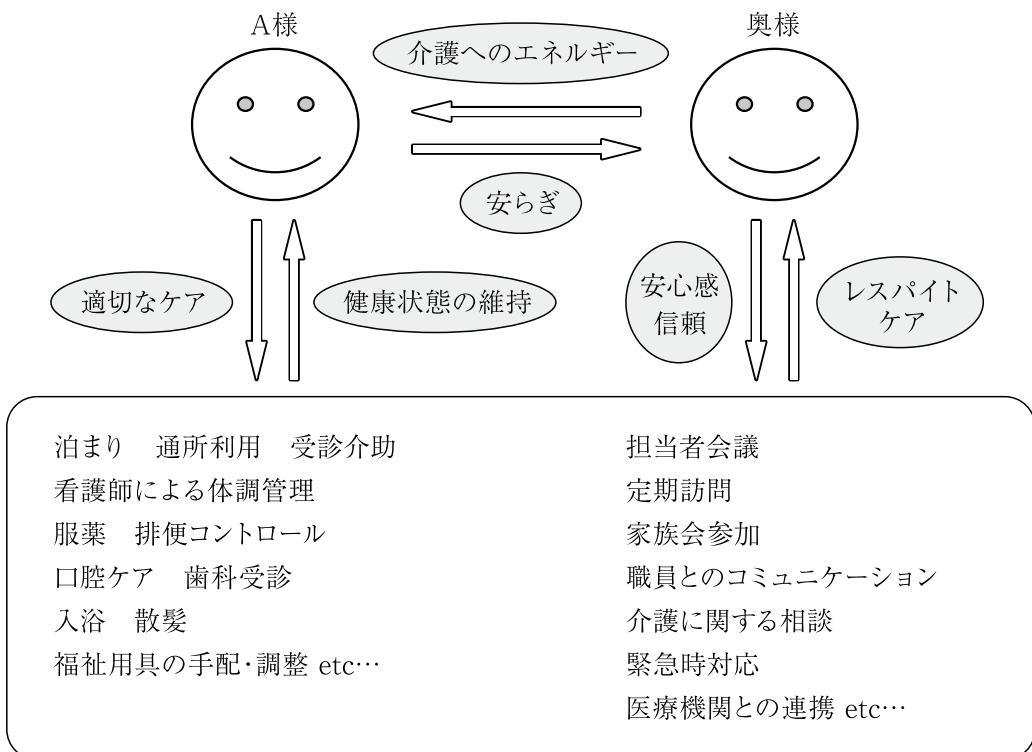
レスパイトケアを受ける事により肉体的回復、精神疲労の解消、不安感の軽減、などが図られ休息から生まれる気持ちのゆとりが日々の介護へ向き合うエネルギーとなります。

【効果的なレスパイトケア】

レスパイトケアを効果的なものにするためには、そこに信頼関係を築くことが大切です。

A様の奥様の場合は、A様が施設内で適切なケアを受けていたといった安心感、小規模多機能だから実現出来るきめの細かな要望に応えてきた実績から生まれたものと考えられます。

図1-2 効果的レスパイトの要因と結果



【4. まとめと今後への課題】

認知症と他の疾患との違いは、認知症の介護は終わりが見えず、介護者は長期にわたって心身ともに疲労を強いられます。親だから、配偶者だから、家族だからといった理由で常に介護するのは当然であるといった考え方は、介護者を追い詰め苦しめる事に他なりません。出口の無い真っ暗なトンネルを進んでいる不安感、絶望感、孤独感を抱えている家庭内介護者は少なくありません。

認知症では、病状の進行によって介護内容も変わっていくため家族は様々な対応をしなければなりません。例えば混乱期ではBPSDの顕在化により生じる行動を抑制させるといった、鎮静へ向かわせることにエネルギーが費やされますが、混乱期が過ぎるとADLの低下による廃用や感情表現の停滞を改善させようと、活性に向けた措置が取られます。

このように認知症介護では、家族は次々と変わる症状に振り回され、向き合わなければならず、介護の方法、方向を見失いがちです。私達は、当人の介護だけでなく家族の伴走者となりサポートしなければなりません。介護する家族を守り、レスパイトケアを行うことは、認知症に関する知識や情報に加えて大切なことと言えます。

どのような立場の介護者にも休息は必要であり、レスパイトケアを受け心身ともに回復し再び介護に向かうだけのエネルギーを得る事が、在宅での介護を続けていく重要な要素になると考えられます。そのためには、私達介護に携わる者が受け皿となり、家庭での介護者が望む行き届いた介護を行う事、そして家族へレスパイトとともに安心感を持って頂く事が責務であると考えられます。

今回の事例対象者A様の9年にわたる長き在宅介護の継続要因としても、レスパイトケアがその一端を担っているのではないでしょうか。

介護とは当事者のみでなくその家族の支援も視野に含んだものであり、「住み慣れた家で、住み慣れた町で、楽しく暮らす」ということは認知症当事者だけでなくその家族にも言えると考えられます。

私達は、奥様がA様に注がれる深い愛情に対して尊敬の念を持ちながら、これからも共にお二人が人生の地図を歩まれていくのを応援したいと思います。

参考文献

- 本間昭 2013:『認知症の理解』 ミネルヴァ書房
- 土本亜理子 2010:『在宅ケア「小規模多機能」』 岩波書店
- 和田秀樹 2012:『人生を狂わせずに親の「老い」と向き合う』 講談社
- 松本一生著 2013:『認知症家族のこころに寄り添うケア～今、この時の家族支援』
中央法規出版株式会社
- 主婦の友社編 2011:『〈認知症〉家族を救う対策集』 主婦の友社
- 三好春樹 2014:『認知症介護～現場からの見方と関わり方』 雲母書房
- 読売新聞「認知症」取材班著 2014:『認知症明日へのヒント』 中央公論新社
- 小阪憲司 2014:『レビュー小体型認知症がよくわかる本』 講談社

ケアサポートセンターようざん 事業所案内

所在地	提供サービス	事業所名	電話番号	FAX
高崎市上並榎町 1180	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	027-386-6643	027-387-0310
	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並榎	027-386-5843	027-387-0310
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん	027-362-0300	027-362-0036
	グループホーム	グループホームようざん	027-362-0300	027-362-0036
	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所ようざん	027-329-5443	027-362-0036
	デイサービス	デイサービスようざん並榎	027-362-4373	027-329-6648
	ショートステイ	ショートステイようざん並榎	027-329-6643	027-329-6648
	請求事務	本部事務所	027-362-0300	027-362-0036
高崎市栗崎町 141-1	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栗崎	027-353-4393	027-353-4392
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん栗崎	027-350-9981	027-353-4392
	ショートステイ	ショートステイようざん	027-386-8643	027-386-8644
	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所ようざん栗崎	027-381-8283	027-386-8644
高崎市貝沢町 1492-1	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貝沢	027-386-5043	027-386-5044
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん貝沢	027-386-5143	027-386-5044
高崎市双葉町 22-9	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双葉	027-386-9943	027-386-9843
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん双葉	027-386-9743	027-386-9843
高崎市石原町 4516-1	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石原	027-381-6743	027-381-6943
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん石原	027-381-6843	027-381-6943
高崎市飯塚町 1030-1	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飯塚	027-381-6812	027-381-6544
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん飯塚第2	027-381-6813	027-381-6544
	グループホーム	グループホームようざん飯塚	027-381-6543	027-381-6544
	定期巡回・随時対応型訪問介護	キュアステーションようざん	027-381-6136	027-381-6294
	デイサービス	デイサービス プランドールようざん	027-381-6429	027-381-6294
	サービス付高齢者住宅	ナーシングホームようざん	027-381-6457	027-381-6294
高崎市飯塚町 1311-6	訪問看護	ナースステーションようざん	027-370-4355	027-370-4358
高崎市倉賀野町 2191-1	グループホーム	グループホームようざん倉賀野	027-329-5743	027-329-5843
	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倉賀野	027-387-0043	027-387-0343
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん倉賀野	027-387-0243	027-387-0343
高崎市上中居町 557-2	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中居	027-386-8043	027-386-8143
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん中居	027-386-8243	027-386-8143
高崎市上小塙町 1052	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小塙	027-386-4343	027-386-4443
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん小塙	027-386-4143	027-386-4443
	配食サービス	配食センターぽから小塙	027-386-4844	027-386-4443
高崎市綿貫町 750-1	デイサービス	デイサービスぽから	027-386-5776	027-381-6043
	訪問介護	訪問介護ぽから	027-386-5775	027-381-6043
	配食サービス	配食センターぽから	027-386-5778	027-381-6043
高崎市八幡町 768-1	特別養護老人ホーム	アンダンテ	027-395-7077	027-395-7078
	ショートステイ	アンダンテ	027-395-7077	027-395-7078

お問い合わせは、
右記フリーダイヤルまで

ようざんで 老後 良い
0120-43-6541