

第9回ようざん認知症介護事例発表会

入所系



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459

平成29年7月25日

返却忘れゼロを目指して

ショートステイようざん並榎

.....P.2

『なんで！分かってくれないの！』～A様が本当に訴えたかったこととは～

グループホームようざん飯塚

.....P.4

「あー酒飲みたい」

訪問介護 ぽから

.....P.8

再びの一人暮らし「見えない」が改善されたら分かるようになった！！

居宅介護支援事業所 ようざん

.....P.11

家族になろうよ ～おじいさんちの嫁で良かったよ～

特別養護老人ホーム アンダンテ

.....P.15

文字(教科書)では学べない事～チームアプローチの力～

グループホームようざん倉賀野

.....P.20

『居心地の良い居場所づくり』～笑顔、楽しみ～

ナーシングホーム ようざん

.....P.24

その人を知り向き合うことがケアの第一歩

グループホームようざん

.....P.28

入浴拒否を認知症の中核症状 生活スタイルを理解しアプローチした事案

特別養護老人ホームモデラート

.....P.32

筆の力を信じて - EACH OF THE ROAD -

ショートステイようざん

.....P.36

返却忘れゼロを目指して

ショートステイようざん並榎

櫻井 昌貴・井上 淳

【はじめに】

ショートステイようざん並榎は平成24年7月に開設しましたが、開設当初は、利用者様が持参された全ての荷物をチェックしていました。しかしだんだんとチェックの仕方を簡素化して行き、最終的に必要最低限の物(薬、軟膏類、口腔セット等)だけのチェックとなりました。その結果、返却忘れが目立つようになりました。薬などは利用者様の名前が書いてあるのですぐに気がつくことが出来ますが、名前の書いていない洋服は誰のものか分からなくなり返すことが出来ないものも出てきました。持参された荷物を返すことは当たり前のことですが、どうしたら返却忘れがなくなるのか考え、取り組んだ事例について報告します。

【取り組み内容】

1. 下のチェックシートを使い、荷物チェックを始めた。衣類は正の字を記入して入所時と退所時に数が合っているか確認をする。
2. 入所時に持参された荷物と利用者様の写真を撮り、コピー用紙に印刷をかけ、退所時に物があるか確認しながらチェックを行う。
3. 入所チェック時に衣類に名前が書いてあるか確認している。名前がない物は、契約時に名前がなければ書かせてもらう事を伝えているので書かせてもらう。来所時に着ていた衣類は、パジャマに着替えた時や入浴時に確認する。
4. 軟膏類、目薬、湿布など使う頻度が高いので、医務室保管ではなくホール事務机内に専用のカゴを用意して分類別に分けて保管している。
5. 退所後は専用のファイルに1週間から次の利用まで写真を保管している。
6. 返却忘れがあった場合、どうして忘れてしまったか『返却忘れ報告書』を書く。
7. 忘れ物に気がついた時は、御家族に担当者が電話連絡をし自宅まで届ける。

持ち物	入所	退所	持ち物	入所	退所
上着			補助具・杖・補聴器・装具		
ズボン			歯ブラシ・歯磨き粉・コップ・義歯入れ		
肌着			薬・ケース		
ズボン下			軟膏(名前記入)		
下着			目薬(名前記入)		
パジャマ上下			湿布類		
靴下			貴重品・指輪・腕時計・携帯電話		
靴			防寒具・防止・マフラー・手袋・膝掛け		

【メリット】

1. 写真に撮ることで、どんなものを持ってきたか把握できる。
2. 数が合わない場合、写真で確認しながら探せる。
3. 軟膏などカゴで分類することで見やすくなった。
4. 利用者様が他の方の洋服を持っていってしまうことがあり、誰の洋服か確認できるようになった。

【デメリット】

1. 入所が多い日は、荷物チェックに時間が掛かってしまい利用者にかかわる時間が減る。
2. 1泊の利用で荷物を多く持参された時、量が多すぎてチェックが大変。
3. 利用者様が荷物をチェックされたことに怒ってしまった。
4. 利用者様の衣類に違う利用者様の名前を書いていたことがあった。
5. 洗濯物を仕舞う時に、違う利用者様の衣類が入っていたことがあった。

【取り組み後の返却忘れについて】

試行錯誤しながら、荷物チェックを取り組んできましたが返却忘れは起こってしまいました。取り組み後から起こった返却忘れを挙げます。

発生日時	忘れたもの	なぜ起こったか？
5/13	目薬	写真で確認しながらチェックしたが目薬に似たものがあり、それを目薬だと思ってしまった。
5/13	靴下 3 足紛失	入浴時、靴下がなく、担当者は報告せずそのままにしてしまい退所時、靴下がない事に気づき探したが見つからなかった。後日、利用者様が乗っている車椅子の座布団の下から出てきた。
5/22	内服薬	薬が直接医務室に持ち込まれ、チェック表の記入を忘れた。
6/4	市販薬	ロングの利用者様で、施設では飲んでいなかったのに荷物に入れなかった。
6/6	歯ブラシケース	カバンにしまったつもりだったが歯ブラシしかしまっていないかった。
6/6	車椅子	汚れてしまい施設の物を使っていて、そのまま退所してしまった。
6/12	口腔のコップ	退所時間を把握していない為、慌ててチェックを怠った。
6/19	軟膏	入所の際、見落としてチェックしていなかった。

【今後の改善点】

1. 入所チェックをする際、チェック漏れがないようにする。
2. 荷物が追加された場合は、チェック表に追加する。

3. 退所チェックは、午前中に終わらせる。ぎりぎりだと忘れ物に繋がってしまう。
4. 入所、退所のチェックは、H 番、O 番が係りになっているが係りの人に任せきりにしない。
5. 夕方の点眼薬が返却忘れが起こりやすいので、申し送りやメモを貼って情報を共有する。
6. 多く荷物を持参された場合は、必要な物(衣類、薬、口腔ケアなど)をチェックする。必要に応じて荷物を出す際は、チェック表に記入する。
7. ロングの利用者様の荷物は、御家族が面会時に持ち帰ることがあり、荷物の数が合わなくなってしまう。退所時に数があわないのは管理できないとユニット会議で決まった。

【まとめ】

荷物チェックのやり方を色々工夫しながら行って来ましたが、返却忘れは出てしまった。今は、係りの職員が荷物チェックを行い、後の職員は関与していない。今回の取り組み後、忘れ物を無くしていくには、チェックの仕方も大事だが、職員一人一人の意識の問題だとも思うようになった。退所時の荷物チェックは、退所時間により全部カバンに揃うのに時間がかかる。口腔セット、軟膏、目薬、湿布など退所前まで職員がついて使用するものなので、使用した職員が仕舞い、しまったことを職員間で声をかけ情報を交換する。難しい事ではないが、今の段階ではまだ欠けていると思う。

今後は、職員間の連携を行い、返却忘れが無くなるように続けて行きたいと思う。

『なんで！分かってくれないの！』

～A様が本当に訴えたかったこととは～

グループホームようざん飯塚
白石恵子・木暮和子

【はじめに】

「誰かが部屋に入ってみんな持ってっちゃう。何で私がこんな目にあわないといけないの？何にも悪いことなんかしてないよ」と毎朝涙ながらに訴えるA様。時には怒り、時にはふらふらと床に倒れこみ、「警察を呼んで」「市役所に訴えてくる」「この人は何にもしてくれない」と必死で荷物をまとめて痛む足を引きずりながら外に出ようとされる。

食事も拒否され、話を聞こうとする職員にも「もういい。私は馬鹿だから何にもわからない」とぎゅっと目をつぶり声かけにも反応されず…。

認知症の症状としてもよく知られる『物盗られ妄想』。妄想とは、現実にはありえないことを真実と強く思い込み、周囲の人が否定し考えを訂正させようとしても訂正不可能な間違った考えを言います。いくら説得しても説明してもその考えを決して変えることはありません。また、認知症の妄想はコロコロ内容が変わること、過去の出来事に関係した内容であること、被害妄想の対象が身近な人であるという特徴を持っています。

被害妄想の強いA様がグループホームで安心して穏やかに生活して頂くには、どうしたらよいのだろうか。私たちの行った取り組みを報告させていただきます。

【利用者様紹介】

- ・氏名：A様 年齢：78歳 女性 要介護度：2
- ・障害高齢者日常自立度：A2
- ・認知症高齢者日常生活度：Ⅱb
- ・被害妄想を主訴に平成24年に高崎総合医療センターを初診。常道行動が目立ち、頭部加増検査で左側頭葉の萎縮が見られることから前頭側頭葉型認知症と考えられる。

【既往歴】

- ・前頭側頭葉型認知症、アルコール依存症、アルコール性肝障害、糖尿病、大腸がん、
高血圧

【生活歴】

N村で3人兄妹の2番目の長女として生まれる。幼い頃に実母を亡くされ、父、義母、兄と弟と生活される。昔ヘルパーの仕事をされていたことがある。結婚後は一男一女をもうけ、二人の子供が独立されてから夫と二人暮らし。夫とは毎晩一緒に晩酌をされていた。

【利用の経緯】

平成24年に夫を亡くしてからは一人で飲酒するようになる。夫が亡くなったショックで被害妄想の症状が出始める特に娘に対し「通帳を盗られた、服を盗まれた、婿と一緒に自分を殺しに来た」と言うようになる。その後デイサービスを利用されるが、被害妄想は増々強くなり、デイ職員や民生委員にも物盗られ妄想が及ぶ。寝付けず夜中に起きて飲酒をされ、起きたとき午前か午後かわからなくなることがあり、また視力に不安もあったため、今後のことを考えてご本人、息子様共に目が見えるうちに安心した場所で生活に慣れておけるように平成28年6月グループホームようざん飯塚に入所となる。

【普段のご様子】

食事：食事を提供すると『ご飯に猫の足跡が付いている』『何か変なものを入れられた』等の訴えがあり、また席に着かれる前に食事を配膳しておく『誰かが手をつけた』とおっしゃられ、度々食事を拒否されることがある。新しいものを用意しても決して手を付けられず。

入浴：ご家族、ご本人と話し合い週に3回入浴を行っていたが、『もう1ヶ月もお風呂に入れてもらってない』とおっしゃる。そのたびに声を掛けて入浴を勧めても拒否される。

排泄：ご本人の希望で布パンツを着用されるが、夜間汚染され、『誰かが濡らして行った』と他人のせいにされる。

その他：暴言等のある利用者様に対して、自分の事を言われていると思ひこみ、『何であんたにそんな事言われなくちゃいけないの。謝って』と強い口調で詰め寄り、時には手を上げられる。周りの様子を気にされ落ち着かない。

ご自分でタンスの中身を入れ替えたり、バッグに入れたりされるが、『誰かが持っていこうとしてバッグに入れた』と話され、夜間は室内よりドアが開かないように紐で縛ってしまわれる。

【課題】

安心して美味しく食事を召し上がっていただく

清潔な環境でゆっくり休んでいただく

精神面での安定を図り、グループホームで日々の生活を穏やかに過ごしていただく

【取り組み】

まず私たち職員が被害妄想について学び、A様の気持ちをさまざまな方向から考えてみました。A様は今まで何でも自分でやってこられ、ヘルパーもされ、人のお世話が大好き。人にも物を頼んだり人の手を煩わせるのが大嫌いで、人に迷惑を掛けたくないと思っておられる。物忘れや今までやっていたことが思い通りに出来なくなることへの不安と苛立ち、混乱の中、自分を正当化するために周りを悪者にしてご自分を守るといった心理が働いているのではないだろうか。そんなA様の気持ちを踏まえ、以下のような取り組みを行いました。

- 傾聴: 本人の訴えは決して否定せずじっくり聞く。ひどく興奮される場合には居室にて1時間から2時間じっくり傾聴している。多くの職員が関わらず一対一で対応する。ご本人が安心できるような声かけを行い、ご本人の好きな話題に少しづつ切り替え気分転換を図る。ご本人の混乱を避けるため、どの職員と話をして同じ返事が出来るよう、情報の共有を図る。
- 食事提供: 安心して美味しく食事を召し上がっていただく為に、盛り付けや配膳のタイミングなどに気を配る。提供の際もご本人の興味を引くような声かけを行う。
- 入浴: 毎日決まった時間に入浴を行っていただく。入浴時に洗濯物を預かり、入浴後にご本人に干していただくという『日課』を作る。
- 排泄: 尿汚染に対しては、『女性にはよくあることなんですよ』と羞恥心を感じさせない安心していただける声かけと、『試供品があるので使ってみませんか。私たちも使っているんですよ』と尿取りパット、紙パンツを勧める。
- その他: 雑巾縫い、食器洗い等出来ることを見つけてどんどんお願いする。天気の良い日にはドライブで気分転換をする。部屋の鍵については夜勤職員が見守り安全であることを伝える。他者が気になってしまうので、他者の暴言には『すごいですね～。そうなんですか～』と言っていることが暴言に聞こえないように職員が対応。他利用者様の不穏や行動にいち早く気がつき、A様が攻撃することを防ぐ。足の痛みについては服薬と押し車を提供し歩行をスムーズにする。

【考察・まとめ】

どんな訴えも真摯に受け止め、ご本人の気持ちに寄り添い、ご本人の苦労を労わり、長い間話を聞きました。それでもA様の怒りが収まらず、『あんたなんかになんか言っても何もしてくれないじゃないの』と言われ、口も聞いてくれず、床に倒れて動かなくなったA様を前に『いったいどうしたらいいの?』と頭を悩ませることも何度もありました。それでも、出来ることをいろいろやってみよう!!と職員が一丸となって上記の取り組みを行い、A様の気持ちに寄り添い続けました。その結果、訴えを聞いてもらえるという安心感を持てただけなのか、自然と笑顔で自分の話をしてくださったり、不機嫌になられることも減っていきました。

本来はお世話好きなA様、『やってやるよ、持っておいで』と食器拭きなどもどんどんやって下さり、職員の冗談にも笑顔で返して下さるようになり、周りの利用者様にも、『寒くない』『これで拭きな』などと声を掛けて下さるようになりました。

何を言っても聞き入れていただけなかったことが、『そうなん?よかったあ。心配だったんだよ～。ありがとう』と言ていただけるようにもなりました。

A様から教えて頂いたこともたくさんあります。いつものようにお洗濯物をお持ちすると、『こんな糸くずだらけなの持ってくるなんて信じられない。わざとやったんだろう』とお怒りになられました。もともと毛玉が少し付いていたようなのですが、もっと細やか

な気遣いをするべきだったのではないかと職員みんなで声を掛け合い、今まで当たり前のように行ってきたことを見直しました。食事の盛り付け、洗濯物、周りの利用者様への上手な声の掛け方や表現の仕方。A様のために行ってきたことが、グループホームの利用者様全員が気持ちよく過ごす為の気配りとなりました。

私たちは、『被害妄想』というものに対応してきたつもりでしたが、実際行ったことはA様を思いやり、A様が安心して、気持ちよく、穏やかに過ごせるための寄り添いときめ細やかな心配りでした。

認知症の周辺症状は様々です。A様の訴えはさまざま毎日続いています。ですが、入所されたときよりも症状は遥かに軽減され、今では一日のほとんどを笑顔で穏やかに過ごされています。

今後も、さまざまな訴えをされ、職員が戸惑うこともあるかと思いますが、A様の『真実』を受け入れ、グループホームらしいアットホームで安心して穏やかに暮らせる『現実』を実感していただけるよう、一人一人の利用者様から学びながら、努力致します。

「あー酒飲みたい」

訪問介護 ぼから

佐藤 靖典

はじめに

老後に独居で在宅生活をおくられる人が、近年急速に進む少子高齢化社会に於いて独居老人の割合が急激に増えてきています。一般的に独居老人と聞くと、あまり良いイメージを持たないかもしれませんが、しかし、住み慣れた土地で隣近所の親しい友人や近所に子供も住んでいて、日々いきいき暮らしている方も訪問に行くとき多くみられ、ほんの一部の生活援助だけで日々有意義に過ごされている方もいます。

対象者紹介

A様 女性 80歳 要介護 2

ラクナ脳梗塞・脳血管性認知症・高脂血症・糖尿病・第4腰椎すべり症

脊柱管狭窄症・胃腸炎・高血圧

認知症の夫を10年以上介護してきた。

訪問利用の経緯

認知症のご主人が入所されて、独居になられ娘さんが心配して訪問を希望し、他の事業所を利用して、トイレ掃除の時にトイレを詰まらせたともめまた、認知症が進行してきて、何か物が無くなったり、壊れたりすると、ヘルパーを疑うので、事業所の変更が必要となり、当事業所に話が来る。

利用者の様子

利用当初は週2回の訪問で対応していき、週2回はディサービスを利用される主にディサービスの用意とゴミ出し 買い物 掃除 調理等の生活援助が中心で入る、当初は、トイレはまた詰まらせられると困るからと言われ、家族さんの了解も得てトイレ掃除はしませんでした。ゴミ出しと掃除が中心のサービスでしたが、買い物が有ると必ずお酒が含まれました。お酒はちょっと買いに行けません、話しましたが、「私は18の頃からお酒を飲んでいて、何よりも大好きで、毎日飲むのが日課だから」と言われ、焼酎を買い物の度に買うようになりました。小さな容器の焼酎と缶ビールを買っていましたが、すぐに飲み切ってしまう。そのうちに2,7リットルを前から飲んでいたらと言われ、買いに行くように、食料品も買いましたが、好き嫌が多く頼まれる物が、どう見ても、酒のつまみにしか見えない物ばかりでした。

物忘れが多くなる

当初はあまり感じ無かった物忘れが段々出てきました。訪問に入ると、部屋の中が焦げ臭い状況になっていて、すぐに、台所へ行くとガスコンロの鍋が真っ黒になっていました。朝食に煮込みうどんを作っている途中トイレに行き、そのまま忘れてしまったようです。そのような事が時々ありました。煮込みうどんが好きみたいで、材料は、週一で買いましたが普段まともな食事を摂っていないので、自分で簡単に作れる物で考えると、うどんしか無く栄養摂取の事と自分でする事を考えると、今後どうするのかを家族と相談すると、出来る事は自分でとの事、火事の心配もあるが毎回焦がしているわけでは無いから様子を見る事に、また、トイレの周りに今までは無かった便汚染が見られるようになり。トイレ掃除をする状況が出来たので、それ以降トイレ掃除が出来るようになりました。何時しかやけに新聞が溜まるのが早いと思っていたら、新聞を何紙も取っていて、集金の際にトラブルになってしまいました。本人に自覚が無くすぐにいいよと言って契約してしまった結果でした。

禁酒への道

普段の訪問に入っている中、飲酒は夜の楽しみにしているとの事でしたので訪問中に飲酒している所は見ることが無かったのですが、ある日から、たまに、飲酒されているのをヘルパーが見かけるようになりました。ご主人の体調が悪くなり施設から病院に移られたらしく、容体も良く無く長くないと言われた頃からでした。普段ご主人の事は、「ちっとも自分の仕事を手伝ってくれずに、勝手に認知になって大変だったが、今は施設に入ったので大分楽になった」と言いましたが、ショックだったみたいです。娘さんより、「母を父のいる病院に連れて行くのに最近は何時も酔っぱらっているので連れていけない」と、相談が有りました、今後は、買い物に行く際は、「お酒は一切購入しないで下さい」と、ヘルパーに伝え買わない様にしました。最初は納得されませんでした、「娘さんから頼まれています」ので話すと、「娘がそんな事を言うはずがない」と言われましたが、その場は何とかなりました。お酒の代わりにノンアルコールのビールや酎ハイを買ってきて雰囲気だけでも楽しんでもらえたらと、購入してきましたが、なんだか飲んでもちっとも酔わないと言われ、ポカリ系統のジュースに切り替えて完全にお酒のイメージをなくしてみました。3週間後に朝ご主人が旅立たと訪問に入った時に言われ、落ち着きが無く今後はどうしようかと心配していました。ご主人が旅立たれて、1週間後に訪問した時には、不安からと飲酒できない事に苛立ちが強くなり出して、ヘルパーに対しても言葉がきつく荒くなり暴言も多く、「どうしたらよいのですか？」事務所に連絡が入りました。いつも入っているヘルパーなので普段と様子が違うのが分かりました。仕方なく、「小さいワンカップのお酒を購入するよう」に伝え、買物から戻ると大喜びされ急に穏やかになれました。しかし、次の訪問の時にまた、頼まれましたが買えませんと話す前回とは買ってきたと言われたので、前は特別に許可を取って買いましたと説明しその場をしのごしました。

最近の様子

ご主人の部屋に布団が敷いて有り、たまに、一晩待っていたけどどうとう帰って来なかった何処に

遊びに行ったのやらと話し、今施設に入って居るけど、いつも気にしています。今はお弁当の配食サービスも利用されていて、レトルトのおかずを買いご飯を炊いて食事を摂る事ができるので食事の心配は無くなりました。お酒の代わりにポカリ飲料を飲んでもらっていますが、時々お酒が飲みたいと訴えてきますが、買って来て欲しいと言いません。

まとめ

長年続けてきていた習慣は中々抜ける事が出来ない、まして嗜好品となると難しい事が分かりました。ご主人の事がきっかけになっての禁酒でしたが、娘さんは素面で会わせることが出来た事に満足されていました。今では、あまり飲みたいと訴え無くなりました。

ご清聴ありがとうございました。

再びの一人暮らし

「見えない」が改善されたら分かるようになった！！

居宅介護支援事業所 ようざん

早瀬 篤志・岡野 崇

はじめに

ケアマネージャーは利用者様と関わる上でアセスメントを行い、本人の心身状態や生活全般の状況を把握して、本人の希望を実現した生活が送れる様に支援を行います。

今回の事例はアセスメントの結果、医療、介護の連携に繋がり、短期間で自立した経過を発表させていただきます。

<事例紹介>

事例対象者 K 様 76 歳 女性 独居(婚姻歴なし) キーパーソンは兄夫婦

介護度 事業対象→H28 年 11 月 7 日区分変更し、要介護 1

(認知症高齢者自立度: II a)(障害高齢者自立度: A1)

既往歴 精神疾患(病名不明) 糖尿病 糖尿病性網膜症

(いずれも発症、経過不明)

利用サービス 訪問介護で週 1 回、掃除、買い物支援。

経過

H28 年 10 月 24 日

前任者からの引き継ぎで初回訪問。その際、K 様より翌月からサービス利用休止の申し出がありました。K 様は他人と関わる事を避けていたようで、あまり関わって欲しくないようでした。兄夫婦に相談し翌月から休止予定となりました。

10 月 28 日

利用していた訪問介護事業所より連絡があり、「ここ 2~3 日連続して訪問介護事業所や近所の方に保護されています。視力が悪化し、ほとんど見えていない状態でスーパーに買い物に行こうとしていた様です」と情報を頂きました。

連絡を受けて訪問しアセスメントを実施しました。

K 様より「最近急に見えなくなり、白っぽい物は分かるが黒は見えない」「駐車場からもスーパーが見えない」とお聞きし、視力の悪化を確認しました。

スーパーに行く経路を確認すると、隣接するスーパーに行っていた時は、隣にある訪問介護事業

所のフェンスに沿って行き、二ヶ所目の切れ目で曲がっていましたが、一ヶ所目で曲がってしまい、訪問介護事業所に迷い込まれていました。

また、保護された事も覚えていない様で、細かな内容になると返答があやふやになり、二転三転しました。

10月31日

あんしんセンターを訪問し状況報告を行い、翌日の担当者会議への出席を依頼しました。

11月1日

自宅で担当者会議を開催

出席者:K様・兄夫婦・あんしんセンター職員・担当ケアマネージャー の5名です。

検討内容

1、内服について

内服について確認すると、多少の誤差はあるものの大まかに残っている薬の数が合っているので、内服は出来ていると思われました。(これについては後ほど追記します)

2、医療機関について

主治医は公立の精神医療センターの医師で、以前から市外で遠い為自宅近くの医療機関に変更してはどうかと提案されていましたが、本人希望により変わらずにいました。K様は若い時に精神疾患で7年程入院していた事があり、「そこ(精神医療センター)の方が落ち着く」と言われました。その様子は今までずっとかかっていたので変更する事に戸惑いもある様に見えました。しかし、現在は状態の変化があり、受診の負担を減らしこまめな療養管理が可能な往診が出来る医師の方が良いと提案し、近所のクリニックを3ヶ所ご紹介しました。

3、糖尿病・食事について

K様の楽しみは近隣のスーパーに行き、揚げ物や甘い物など好きな物を買って食べる事で、糖尿病に対する食事の管理は意識されていませんでした。K様の楽しみや希望を踏まえ、訪問サービス利用日はヘルパーに買い物同行をしてもらい、それ以外の日は配食サービスの利用により食生活の改善を目指す事にしました。

4、視力・認知症について

K様の視力の悪化について、アセスメントした内容を出席者に報告しました。また、担当者会議中に既往歴をうかがうと、あやふやな返答で会議中も話が錯綜しており、認知症も疑われました。

翌日、兄夫婦が担当者会議で話に出たクリニックに相談と主治医の依頼に行かれました。

医師が早速往診して下さい、視力低下は糖尿病性網膜症以外の可能性も示唆され、精査の為眼科受診をすすめられました。

また、担当者会議の時に大まかに内服出来ていると思われていましたが、朝・夕処方された薬の

中から一部の薬を「これは毒だから」と抜いており、朝の薬を昼食前に、夕方の薬を昼食後に間隔をあけずに内服されており、管理が出来ていない事が判明しました。

11月4日

紹介された近所の眼科を受診。

両目が極度の白内障と診断。手術をする事は可能であるが、手術方法は片目ずつで部分麻酔での対応になるとの事でした。

若い時に長期間に渡って精神疾患で入院されていたK様が、覚醒状態で白内障の手術を受けられるか、主治医・兄夫婦と相談し、リスクが高いと思われ眼科医に相談した所、国立の医療センターでは全身麻酔で両目同時に手術が受けられる事が分かり、そちらで手術を受ける事にしました。

主治医と国立の医療センターの眼科医から、「どの程度回復するか未知数です、ご承知おき下さい」とお話があり、期待と不安の中12月20日、全身麻酔による両目同時の白内障手術を受けました。

12月21日

両目に眼帯をしたままショートステイに入所。

ショートステイでは看護師を中心に、点眼の管理や生活全般の介助を実施してもらいました。手術から1週間後に受診し、眼帯を外した時には、私の名刺も読め、オレンジリングの色も分かり、はっきりと視界が開けている様でした。

K様は「これで家に帰れるね」とおっしゃり、それまでは施設入所に傾いていた退院後の方向性が、在宅復帰を視野に入れて支援していく事になりました。

眼帯が取れた後もしばらくは点眼の管理が必要になります。

ショートステイでの取り組みとして、在宅復帰に向けて、処方されている全ての点眼薬を並べ「今、何を点眼すべきか」本人と一緒に確認しながら点眼してくれました。

自宅では、スーパーが開店する10:00頃起床して買い物に行き、自分なりに薬を飲むなど、気ままな生活を送られていたので、時間毎の細かな点眼管理は困難と思われました。また、認知症の疑いもあったので、危険認識がどの程度出来るか、心配な要素が残されていました。

ご家族からも点眼、内服、食事が出来るかなど不安の声も聞かれ相談がありました。

在宅での生活には訪問、通所、泊まりが一体となり、こまめなサービスの提供が望ましいと考え、小規模多機能の提案を致しました。

K様とご家族は小規模多機能のサービス内容の説明を受けてご希望され、その場で平成29年1月1日から小規模多機能のサービスを利用する事になりました。

小規模多機能では朝・昼・夕の配食提供と15:00頃の安否確認、そして配食時の内服確認と点眼が行われました。

こまめなケアを続けて頂いた結果、点眼と内服が終了し、心配された認知症の面も日常生活に大きな問題はない状態となりました。

認知症状については「目が見えない」という不安や焦燥感から一時的に混乱し、その様な症状が出現したのかもしれませんが。

また、食事についてはK様の当初からのご希望通り、スーパーで好きなお惣菜を選んで購入出来る様になり、介護サービスの必要性が無くなり、サービス利用は終了しました。

今は再び一人暮らしを謳歌されています。

考察・まとめ

今回の事例の中で大きな決断の一つに医療機関(主治医)の変更がありました。

主治医の変更は本人、家族はもちろん、ケアマネージャーにとっても大きなストレスのかかる事です。

今回のケースでは主治医から「近くの医療機関で」との提案があった事で比較的スムーズに運びました。

往診の医師により、K様の日常の様子やより詳しい症状の把握が出来たことで、強度の白内障である事が判明し治療する事ができ、介護サービスを利用する事で自立に結び付けました。

団塊の世代が全員後期高齢者になる 2025 年以降、介護を必要とする人口はうなぎ昇りに増える事は確実です。

「住み慣れた地域で!」「在宅で!」との介護の流れはますます大きくなる事も予想される中、在宅で医療を受ける方もさらに多くなってくると考えられます。

基幹病院との連携、在宅医との連携がしっかり図れるよう、私たちも知識と経験を積んでいきたいと思えます。

また、認知症に特化し、しっかり見極められる「ようさんのケアマネ」として精進して参りたいと思えます。

今回、事例の利用者様を支援していく中で関係機関をはじめ、様々な事業所が相談にのって下さり、時には迅速な対応をして下さいました。

この場をお借りして御礼申し上げます。

家族になろうよ

～おじいさんちの嫁で良かったよ～

特別養護老人ホーム アンダンテ
高見沢 治

【はじめに】

超高齢化社会の現在、多くの方が自宅で最期のときを迎えることを望みつつ、様々な事情でそれが実現できていないという状況にあります。平成 27 年内閣府資料(下記参照下さい)によれば老人ホームで最期のときを迎えた方は僅かではあります。

しかし、今後認知度も高くなり、その需要は増えていくことが予想されます。

最期のときを迎えるまで、一人ひとりの利用者様、ご家族が安心し、満足していただけるような介護を実践していくためにはどうしたらいいのか。

A 様の事例を通して、私たちが次の看取り介護に向けて学ばせていただいたことを紹介します。

死亡の場所の推移 ～死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率～

	病院	自宅	介護老人保健施設	老人ホーム
2005 年	79.8%	12.2%	0.7%	2.1%
2013 年	75.6%(↓)	12.9%(↑)	1.9%(↑)	5.3%(↑)

出典:平成 27 年 第 42 回健康・医療ワーキング・グループ資料(内閣府)

【利用者様紹介】

氏名(A様・男性)

年齢 90 歳

既往歴 アルツハイマー型認知症 慢性閉塞性肺疾患 高血圧 痛風

腰椎椎間板ヘルニア 前立腺肥大 胃炎

認知症高齢者の日常生活自立度 B2

障害高齢者の日常生活自立度 IIIa

平成 27 年 7 月 市内の介護老人保健施設からアンダンテに入所される。

キーパーソンは長男のお嫁様。A 様をととても大事にされていて、毎月複数回面会にいらっしやっていた。

・A 様の様子

車椅子を自操され、体操に参加されたり、大好きな高校 3 年生を歌われたり、職員と目が合うとニコニコと笑顔が見られていた。体操では、気合の入った大声だけが先になり、なかなか手足を動かすのが大変なようだったが、風船バレーを楽しんでいた。

旋盤の会社を経営されていたため、仕事のことを良く気に掛けられ、「材料は大丈夫か？」など、職員に聞く様子もみられた。大好きな梅干しを食べると元気が出ると話され、「パンが食べたい」「うなぎが食べたい」と昔食べたものを思い出し「うまいよなあ」と何度も目を細めて話されていた。熱いお茶が好きで、「あー、うまい」と満面の笑顔を見せてくれた。レクで鼻高展望花の丘にご一緒したときの、気持ちよさそうな笑顔が忘れられない。

平成 27 年 7 月

頻回なむせ込み、嚥下に時間はかかるが、食欲は旺盛だが疲れもみられた。
食事時以外での痰がらみがみられたが、自己喀痰可能であった。

平成 27 年 9 月

痰がらみあり、疲れの為か食事が進まない、職員の食事介助が増えるなどのレベル低下がみられる。同時期、夕食時来られた嫁様が、手掴みで食事を食べるご本人の姿を見て、もっと関わって欲しいと涙ながらに訴えられた。
すぐに職員を集め反省会を行う。

平成 27 年 10 月

咳、嘔声、痰からまりもあり。⇒必要に応じて喀痰吸引実施。
痰がらみの咳や喘鳴あり。⇒抗生剤・気管支拡張剤・咳止め服用。

平成 27 年 11 月

日によって食事に対する意欲の波が大きくなった。食べ物を口に運ぶのに時間がかかり疲労する。頻回なむせ込みに対して、食事環境の整備、食形態の変更と自助具の活用を検討し始める。

お嫁様面会の際に食事が摂れなくなった場合の意思確認と急変時の対応について確認を行う。
⇒納得の上で理性としては『何もせず施設で看取って欲しい』であった。感情面でいうと、その時にならないと判断するのが難しい、『おじいさんはとても良くしてくれた』『元気がなくなっても亡くなるというのは悲しい』『自分の両親とのときは病院で息を引き取ったけど、あのときも悩んだけど、おじいさんには自然に息を引き取ってもらえるならありがたい』『おじいさんが苦しむのはイヤだ』ということも話して下さる。

現段階では食事が摂れなくなった場合は施設で看取ってもらいたい。急変時の救急搬送はしな

いという意向を受ける。気持ちは揺れるものという前提で話しをし、その時はいつでも伝えてくださいと話す。

H28年4月

傾眠が強く、食事途中で介助または、全介助が必要なときがある。自助具(スプーンにグリップを装着する)を使用する。丸皿ワンプレートでの食事提供によって、自力摂取を促した。

担当者会議を開く。お嫁様、看護師、管理栄養士、ケアマネージャー参加する。昨年9月から体力が低下してきているため、食事が摂れなくなってきた。場合の希望を再確認する。入院して水分を入れてもらいたい。経管栄養を望むかなど。⇒『経管栄養は望まない』と言われる。今までも面会の際にコミュニケーションを多く取ってきたが、この日の会議でも食事が摂れなくなった場合は施設で看取って欲しいという意向を受ける。

長男お嫁様の自身の両親のときに病院で息を引き取ったが、その姿が良かったのかそのときも迷ったし、悩んだ。『おじいさん』にはそれをしなくていいと思っている。『嫁である私にも良いおじいさんだったから』と涙を浮かべ、話をして下さる。

看取り期

平成29年6月

一日の大半をベッド上で過ごされ、傾眠が強くなり、覚醒しても意識の混濁がみられるようになる。職員が何度も訪室し、言葉かけしても、目を開け「あ〜」と気弱な声を出されるようになる。父の日イベントにはお孫さん、お嫁さんも参加していただき、ワイシャツを着せ、ネクタイを締め一緒に念写真を撮る。ケアマネの歌う唄にお二人の目から大粒の涙が溢れ、私たち職員も胸が詰まり、涙で歌詞カードの文字が滲んでしまった。

平成29年6月17日

昼食時面会されるが昼食摂れず。事務所にてお嫁様、看護師、ケアマネージャーで話をする。随時、嘱託医に状態を伝えていることも加え、食事については食べられないと判断させていただき、今後、提供はしないことを説明する。⇒誤嚥や窒息等のリスクも理解納得される。死期の途であり、涙ぐまれるが、納得は以前からされている様子で、『明日も来ます』とおっしゃられ、帰られる。

平成29年6月18日

傾眠が強く、痰がらみ、喘鳴あり。看護師、ケアマネージャーより食事は全く提供していないが、口の渇きを湿らせる支援をしていることをお伝えする。

眠りスキャンを使用し、夜間帯の緊急時に対応できるようにする。

平成 29 年 6 月 19 日

沢山の親族の方が面会にいらっしゃる。

呼名反応なし、対光反射弱く、口腔内乾燥。⇒湿らせたガーゼにて口腔ケアを実施。

平成 29 年 6 月 19 日

夜間、昏睡状態。下顎呼吸、顔色不良、口唇チアノーゼ気味。呼名反応・対光反射なし。

平成 29 年 6 月 21 日

囑託医の医師による死亡確認。永眠される。

ご家族は、「わかっていても、死んじゃうと寂しい」と泣かれた。

アンダンテ職員の葛藤とご家族

平成27年9月より、自操も出来なくなり、テーブルに足を上げる力もなくなり、段々と食事も全介助になり、大きく高らかに笑う姿も減っていきました。ずっと低空飛行で介護も看護もひやひやする(いつ急変が起きてもおかしくない)状況が続きました。傾眠強いときには無理に覚醒を促し、食事を口まで職員が運び、飲み込んで頂き、職員の根気は2年弱続きました。それでも痰がらみがある方であったため、毎回の食事も全量摂取を目指すのも困難でありながら、口まで持って行く介護士の食事時間の葛藤は、看護師を含め、大変難しいものでした。それでも『パン』『まんじゅう』という食欲も見られ、食事時には食べられる分だけ支援していこうという現場の結束がありました。ご家族面会のときには家族がお持ち頂いたものをご家族が口まで運んで楽しむ時間を持つ。そのような毎日の繰り返しでした。

平成29年4月より著しい体力低下から傾眠が強くなりました。食事時間以外はすべてベッド上で休んで頂いていました。

5月5日からは居室を引越し、食事時間もすべて24時間床上対応となり、食事を摂るという体力を残す支援をして参りました。5月17、18日に1食分を全く摂れない。

6月3日には3食全く摂れない日があり、6月15日からは何も口にすることはなくなりました。

【取り組みの成果とまとめ】

看取りケアは特別なものではなく、日常的なケアの延長線上にあるものです。

聴覚は最後まで残るということから、ドアを開放し、職員と入居者様の会話、笑い声、懐かしい音楽を流し、普段と何も変わらない環境で対応しました。

身体面では、看護がやり切ったと言えるほど、様々な身体の変化や疾病に対して医師の指示のもと薬の処方を検討、変更し、また、定期的な体位変換を行い、最期まで褥瘡を作らずきれいな体でお見送りすることが出来ました。

手掴みでの食事を見たときのご家族の不信感から、最期はアンダンテでと言って下さるまで

の関係を構築できたのは、面会時の担当者の丁寧な対応や、電話で日々の細かな変化や気付きを報告することで、ご家族が状態変化を理解し、ここが『おじいさんの居場所』として看取りに向けての心構えができていったからではないでしょうか。

他界後、長男のお嫁様がいらっしゃった際、看護師・職員を交えて A 様の思い出をお話しすることが出来ました。時々、目に涙を浮かべながら『最期まできれいな体でよかった』『父の日イベントと一緒に参加出来てよかった』『アンダンテに来られなくなると淋しい』などと話され、職員に感謝の言葉をいただきました。

【おわりに】

看取りが終わり、私たちはご家族と一緒に過ごした思い出と共に、「もっとこうすればよかった」「もっとこうしてあげたかった」と後悔が残りました。

同時に職員一人ひとりの死生観には違いはありますが、A 様とのかかわりをとおして、人間として、また専門職としても少し成長できたのではないかと感じています。

今回、A 様から学ばせていただいたのは、ご家族、多職種連が協力して援助していくことの重要性です。そして、入所された時がその方の看取り介護の始まりと考える事、それぞれの職員が、それぞれの立場から「今自分にできることは何か…」を常に考え、全力で援助に努め、その積み重ねによって私たちは成長していくことができるということです。

私たちには、ご本人とご家族の何十年という時間の中で育まれてきた思い出や愛情、絆の深さを図り知ることはできません。

本人の思い、家族の思いを受けとめ、家族と共に考え、悩み、葛藤し、最期の人生を全うする、その場面に職員が係わることに意味があり、次の看取り介護に向けて大切な意味を持つのではないのでしょうか。

最後に A 様のご冥福をお祈りし、この事例を締めくらせていただきます。

文字(教科書)では学べない事

～チームアプローチの力～

グループホームようざん倉賀野
堀口 健太・木村 美香

【はじめに】

私達介護職員は、毎日のケアを行っていくにあたり、一度ならずチームアプローチや協働という言葉を目にするはずで、多職種連携。介護職が一人では出来ない事、介護職チームだけでは乗り越えられない事も、多職種連携チームの総合力によって乗り越えて進む事が出来るという事です。

ここでは、チームアプローチによって A 様の褥瘡ケアを行いほぼ完治までに至った事、さらに、同時に職員も様々な事を学んでいった事を報告します。

【利用者様紹介】

A 様 男性 88 歳

入所時の介護度 3

アルツハイマー型認知症 前頭・側頭に著しい萎縮あり

ふらつきはあるものの自力歩行

食事自力摂取

風呂が嫌い

言葉は呂律が回らず不自由

暴言・暴力あり

【入所から褥瘡発生までの経緯】

A 様は H28 年 11 月 29 日、グループホームようざん倉賀野にとって初めての男性入居者様として入所されました。

早く慣れて頂こう！しっかりお手伝いさせていただこう！と職員思いを一致している矢先、翌朝 11 月 30 日に転倒…。受診の結果は左大腿骨頸部骨折。そのまま B 病院に入院となってしまいました。

手術する方向でしたが、肺に疾患が見つかり手術不可となり、今後は保存療法という医師からの指示で 12 月 9 日に退院。自力歩行不可、車いす対応の状態に戻っていらっしゃいました。

退院からしばらくの間は、ホールの一角にベッドを置き、ハンガーラックにシーツを掛けた仕切りを作り、プライバシーに配慮しつつも 24 時間常に見守りが出来る様にしました。

この日が、本当に A 様の「グループホームでの生活」の始まりでした。

退院後の A 様は、ADL が大きく変わり、まずは A 様にグループホームに慣れていただく事、そし

て職員も A 様を知る事から始めました。

A 様には常に複数人での対応が必要でした。

起床介助、オムツ交換、清拭、ベッドからの移乗、そして就寝介助。

A 様は腕の力が強く、また感情の起伏の激しい方で、気に食わない事・嫌な事に対して、職員の手首や指を強く握り、抵抗・拒否の姿勢を見せ、さらに手を払ったり、殴りかかるようなポーズを取り、「何だよ、おい」「何してんだよ」等の言葉もありました。

起床から就寝までほぼ身動きも出来ず、思っている事を言葉で伝えられない、そんな苛立ち、もどかしさも有ったのだと思いますが、一人での対応は困難でした。

もちろん毎日・毎回、拒否・抵抗ではなく、笑顔の時、おしゃべりが止まらない時、体操の時間に音楽に合わせて体を動かしてくれる時も有りました。

A 様の体調やその日の機嫌を見ながら、何とか生活のペースを作り始めた頃、問題点も見つかり始めました。

12 月中旬、掻き傷と右臀部に皮膚剥離が見つかり、グループホームの主治医の指示の下、看護師と治療を進め、これは改善されました。

しかし、オムツいじり、外しがあり、汚れた手でズボンの中を掻くので、掻き傷や感染症から来る微熱も現れました。

1 月初旬、初めてシャワー浴をして頂き、全身観察。褥瘡は一進一退。

1 月中旬からは B 病院の許可もあり、シャワー浴をメインとし、シャンプーも出来るようになりました。

一進一退で推移していた褥瘡が 2 月中旬から下旬にかけて一気に悪化してしまいました。ご家族に状況を説明したところ、「テレビや写真では見るけれど、うちの主人が…」ととてもご心配されました。

「このままじゃいけない！」改めて職員皆で話し合いの場を持ち、ナースステーションようざんへ相談。対応可能との事で、即お願いをしました。

【訪問看護開始】

2 月 25 日より、朝と夕二回の訪問看護が始まりました。

仙骨部、臀部、両足部、約 10 か所の発症。

後からの話ですが、「よくまあ、こんなになるまで」というのが訪問看護職員達の共通の見解だったそうです。

褥瘡について知識としては知っていても実際に目にする事は初めてでした。「これ以上は悪化させない！褥瘡を作らない！」という強い思いが芽生えました。A 様の治療と共に職員の意識改革が始まったのです。

【取り組み】

* ベッドパット使用禁止

パットを敷くことで、ベッド本来の体圧分散能力を損なってしまう。

* エアーマット使用が望ましい

* 車いす移乗時はフットレスト使用せず、フリー状態にする

フットレストと皮膚に過度の摩擦が起こり、患部を悪化させてしまう。

* 靴下は緩い物を使用。きつい時はゴム部分をカットして使用

血液の循環を良くし、ご本人のより高い治癒能力を促す。

* 体位交換表の作成

表にして徹底した時間管理をすることで患部への一極的な負荷を軽減させる。

* 体位交換時の皮膚摩擦をなくす心掛け

摩擦により皮膚のはがれ、患部の悪化が発生する。

* ベッド柵にクッションを巻く

ご本人様の体動が活発な事もあり、患部保護はもちろん、手足を挟んでしまったり予期せぬ事故を予防する。

以上の指示が訪問看護職員から入ります。

血液の流れをよくする、除圧、摩擦軽減。的確な指示を受け、出来る事は即実行、エアーマットについても各事業所に問い合わせ、3月2日から使用開始しました。

一つ一つの取り組みが進むごとにA様の笑顔も増えていった様に思います。

声を掛けながら、時には冗談を言いながら、看護師と職員の二人でA様の治療にあたり、その日の食事量、水分量、排泄の状況など報告、判らない事は質問し、連携をとってゆきました。

3月中旬には褥瘡も大分良くなりましたが、ちょっとした刺激で発赤が出来、治った所がまた怪しい、掻き傷も発生する、そんな状況でした。

3月下旬、普段はシャワー浴だったA様ですが、その日の入浴は違いました。シャワーが終わり「湯冷めをしない様に更衣を」とした際です。A様が笑顔で湯船を指さしているではないですか。「これは湯船に浸かりたいというA様の思いかもしれない…。」思わず職員同士で目を合わせ「よし！」グループホームにいらしてからA様の初めての入浴です。湯船に浸かり満面の笑みを目の当たりにし、「A様はこんなに良い笑顔をするんだ。」訪問看護、グループホーム職員全員で大喜びです。

入所時の情報では入浴拒否が見られるとの事でしたが、実際にはこの笑顔…。以前の情報も大事ですが、それにとらわれず「今」を大事にする介護の大切さに気づかされました。

入浴時のもう一つの気づきがありました。シャワーチェアから職員が抱えて立ち上がって頂く時、高い頻度で便失禁がある事です。「腹圧がかかれば自然排便が出来る方なんだよ。」訪問看護職員からアドバイスがあり、それはつまり便座に座ればトイレで排泄出来るんだという気づきにつながりました。早速試してみたら大正解。合わせてトイレのシャワー機能とマッサージをすることで排泄できました。

今まで大腿部頸部骨折という事実から、体動によるご本人の負担軽減のため良かれとベッド上でのおムツ交換や摘便の実施をしていました。退院してすぐは確かにそれで良かったのかもしれませんが。

けれども今の A 様にとってはもっと快適な排便方法があったのです。さっぱりした後の A 様の満面の笑みを見て思いました。この気づきによって介護方法やその見極め時期を選ぶ大切さと難しさを再認識できたのです。

発熱やテープかぶれもありましたが 4 月、5 月と順調に進み、大分良くなりました、と言われ、治療は午前のみ、午後は確認と報告という日も出てきました。ご家族にもその状況をお伝えしたところ大変喜ばれていました。

5 月の主治医の往診時、ドクターは以前に比べ良い表情になったと感心していました。

そして現在、ほぼ完治の状態です。

【考察・まとめ】

ご本人やそのご家族の思いに対し、介護・看護職員、ケアマネージャー、医療機関それぞれが役割をもち、時にはそれ以上の役割を發揮する。

そんなの仕事だから当たり前。本当にそれだけでしょうか？

今回は A 様の褥瘡治療が目標となり、皆が同じその目標を目指したからこそ、良い結果に繋がっているのだと思います。

最後に、A 様の事例で職員は多くの事を学びました。

広い視野を持つこと。目的と根拠を持ったケアをすること。ケースバイケースで色々な対応が必要です。それは利用者様一人一人に寄り添うことで、学び教わり身に着けるものです。

そしてもう一つ。ともに考え、ともに悩み…仲間がいる事に感謝すること。

数字は $1+1=2$ だけど、人は、人の力や心は $1人+1人=2人以上$ です。

チームアプローチはその最たる例で、心強いです。

A 様への訪問看護はまだ継続中です。そして褥瘡以外にも解決したい事柄もあります。なので、次の目標が決まったら、またチームアプローチで乗り切ります。

『居心地の良い居場所づくり』

～笑顔、楽しみ～

ナーシングホーム ようざん
船津保久人

「はじめに」

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ナーシングホームとは、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら定期的に訪問をし、24時間安心して暮らす為のサービスです。介護をする中で利用者様の希望に沿い穏やかに生活過ごして頂く事が出来ない事もあるのが現実です。他の事業所にも、帰宅願望のある人がいると思いますが、今回、私達ナーシングホームでは帰宅願望の強いA様が望んでいる事は何かを見つけたいと思いテーマにしました。それに至った経緯、問題点、気づいた点等について発表します。

「事例対象者様紹介」

氏名・A様

年齢・86歳

要介護度：要介護3

既往歴：脳梗塞、前頭側頭型認知症とアルツハイマー型認知症、腰椎圧迫骨折

生活歴：A市に生まれ、大学を卒業後、22歳代で結婚し、一男二女を授かる。数年前に夫が他界する。その後、長男夫婦・孫と4人で暮らす。平成25年に脳梗塞を発症し入院治療を行う。その後アルツハイマー型認知症を診断される。日中は家族が不在の為、一人にすることが出来ず、ほぼ毎日デイ利用している。デイでは比較的穏やかで、みんなといると幻視は見えない。ADLは問題ない。時々自宅に戻っても、泣いてばかりいている為、家族は夜間眠れなくて困っている。ダンスから物を出したり、部屋を水浸しにしたりと少しも目が離せない。H27年～H28年10月までショートステイを利用、その後H28年11月1日よりナーシングホームへ入所となる。

「日常生活動作」

食事：自立

排泄：尿意、便意を感じることはできるが、見当識障害が強く、洗面台やゴミ箱をトイレと勘違いし排泄する。どこでも構わずズボンを下すといった行動が見られるため、排泄はトイレ誘導が必須であり見守りを必要とされる。

視力：生活に支障なし。

聴力：生活に支障なし。

「認知症症状」

・入所前は物忘れについては日常的で、自分で通帳等を移動してしまい、息子が取ったなどと話す。H26 年頃から、「家に人が入ってくる」「赤ちゃんが寝ている」と言い、夜間に家族を起こして訴える。外に置いてある車に人がたくさん乗っている、息子が勝手に家に人を住まわせていると思いつこんでいる。特に夜中になると酷くなり、夜間に家族を起こして人がたくさんいると騒ぎ出し、強い幻覚・幻聴がある。H28 年あたりから、家に帰っても「家に帰る」と言い、「私は家出をした」と泣きだしたり、情緒不安定となり息子の事も良く分からなくなり、どこが家なのかも分からない。時折、非常に落ち着いている時もある。入所後は、繰り返し同じ事を訴えたり、ついさっきの出来事が思い出せなく(短期記憶)時々、食事を食べたことを忘れてしまう事がある。

「入所後の日中の様子」

H28 年 11 月ナーシングホームようざんに入所される。日中、どこにも出かけずホールで過ごされるときには、落ち着きなく廊下を徘徊始める。どうされたのかを伺うと「家に帰りたいのだけど、A 町へ行くバスは何時ですか？A 町に行くバス停はどこにありますか？」「どうして私はここに居るのか分からないけど、ここはどこですか？帰って夕食の用意をしないといけないのに早くしないと日が暮れちゃう。」「子供が帰ってくるから、家に帰って子供の面倒をみないといけない。」と興奮気味に訴える。「A 様、今日はこちらにお泊まりなんですよ。」と伝えると、「そんなこと、聞いてない。」と納得されずに出口を探し始めて、その後も同じ質問を何度も繰り返している。時計を見て時間を言えるが、朝夕の区別が、つくときとつかない時があり、どこに居るか分からなくなるが職員の区別は出来きている様子。たまに、幻視も見られるようで鏡に映った自分を他人だと思ひ話しかけている様子も伺えます。

＜取り組み＞

「日中の目標」

◎A 様の不安を解消し、施設での生活を楽しく頂く事。

- ・日中、フロア内で過ごしているときには、出来るだけ本人に声掛けを行い A 様と一緒に散歩をして行く。
- ・役割を持って頂くため建物の外にある、花壇や畑と一緒に水を上げに行く。
- ・デイの利用回数を増やすことにより、車での外出をして頂く事によって、気分転換を図っていただく。

「一週間の利用表」

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
日中	PD デイ	SD 貝沢	ナーシングホーム	SD 貝沢	PD デイ	SD 貝沢	ナーシングホーム
夜間	ナーシングホーム						

表の通り、日中帯にデイ利用日を多くし、A 様の気分転換を図っています。

「結果」

日中、フロア内にて過ごされているとき、他利用者様とコミュニケーション取ったり塗り絵をしてもらったりするが、会話が上手くかみ合わず、家族のことが気になり徘徊を始めたりするたためる為、職員と一緒に外に散歩に行ったり、花壇や畑にお水を上げに行くと穏やかになり、色塗りを再開される。外部デイに行かれた際には、「帰りました」と笑顔で帰苑され、その後も徘徊をすることもあまりなく穏やかに過ごされる。

「夜間帯の様子」

夕方症候群の例でも見られるように、A 様も夕方から夜になるとソワソワして落ち着かなく徘徊を頻繁にされます。また、出口を探して閉まっている扉を何度も開けようとする行動が見られます。A 様がウトウトしているときに、職員が「そろそろ寝ますか？」と伺うと、「うちに帰りますので大丈夫です。」とお部屋で寝られるのを拒まれる。職員が「A 様の名前があるところが、お部屋になります。」とお部屋に誘導しても、「ここは私のお部屋じゃないの。」と拒まれるときがある。また、上手く誘導でき、お部屋で寝て頂けたときでも、すぐに目が覚めてしまい「ここはどこですか？家に帰りたいたいのですが。」などの訴えがあり、寝つけないことがある。また、夜中一睡もせず朝を迎えることもある。

「夜間の目標」

◎安心して自分の居室で就寝して頂き、気持ちをリセットして頂く事。

取り組み内容

- ・夕食後、落ち着かず徘徊をされているときには、専業主婦であった A 様に、一緒にテーブルを拭いたり、洗ったコップを拭いて頂いたりして、気持ちを変えていただく。
- ・夜間、寝つけない時には、入眠効果があるという情報をもとに、ホットミルク・ホットココアなどを提供し、様子を見る。
- ・色々試しても、寝れないことが多々ある為、所長・ナースに夜間の様子を報告・相談し、月 2 回ほどのぼの診療所の往診がある為、日中、夜間の情報を元に A 様に合った内服薬を調整していただく。

「入所時の服薬内容」

コントミン糖衣錠 0.5 錠

不安や緊張をやわらげ、気分を安定させます。

「現在の服薬内容」

セレネース錠 0.75mg

神経の興奮を抑え、幻覚などの精神症状を改善する薬です。

ベルソムラ錠 15mg

つきを良くし安定した睡眠が得られるお薬です

レンドルミン D 錠0.25mg

寝つきを良くするお薬です。

「結果」

夕方からソワソワされ夕食を食べた後から徘徊が目立ち、落ち着かない際には、一緒に机や洗ったコップを拭いて頂くと、会話が弾み穏やかになって頂ける事がありました。それでも不安定な様子が伺える際には、「暖かい物でもお飲みになりますか？」とお伺いすると「お願いします。」とのことで、ホットミルク・ココアなどを提供し、しばらくするとウトウトし居室へ誘導すると就寝して頂ける事がありますが、寝れないことが多々ある為、所長・ナースに夜間の現状の様子を報告・相談し、ほのぼの診療所の往診がある為、A様に合った内服薬を処方していただき、薬を処方されてもA様に合わない時もあり、試行錯誤しながら色々な組み合わせを試した結果、現在セレネース錠0.75mg・ベルソムラ錠15mg・レンドルミンD錠0.25mgの薬を内服して頂き夕食後、少ししてから入眠して頂けるようになってきた。

そして、朝起きた時には気持ちをリセットできたのか、元気に体操されたり、他の利用者様に「おはようございます。」と元気にあいさつされるようになりました。

「まとめ」

私は、ナーシングホームに入って一年がたちました。今回紹介させて頂いたA様は、他の利用者様と違い、私と同じ時期に入所され同じ時間を過ごしてきました。介護経験が初めての私にとって、どの様に接したら良いか分からず周りの職員の方々に助けて頂きながら対応していきました。今回紹介させて頂いた方法でA様の気持ちが落ち着いて、穏やかになって頂く事が出来ましたが、毎日同じという訳にもいかず、色々な接し方をしても興奮状態が収まらないことも多々あります。これからも所長や看護師、周りの職員の方々に教えていただきながら、今後も、ナーシングホームようさんの理念でもある『一人ひとりの生活リズムに沿った生活をして頂く事』を日々目指していきたいと思えます。

その人を知り向き合うことがケアの第一歩

グループホームようざん

松崎 慎・岡本こずえ

【はじめに】

とてもきれいなハミングが聞こえてくる。U様機嫌がいいねよかった！今日は落ち着いて穏やかに過ごされている。と、思ったのもつかの間、急に落ち着きなくなり喚かれる。落ち着いて頂こうと思ひ、声をかけようものなら罵声が飛び、職員の腕に爪を立てられることもあった。

そんなU様の対応は、見守ることが一番であるが、私たち介護職員は不穏の理由・原因を知り、不穏前に行える対応・ケアが大事ではないかと考え、話し合いを重ねた。今回はU様がどんな時、不穏になることが多いのかを記録・観察し、不穏前にできる対応・ケアについて話し合い、長期間に渡り実践してきたことをここに報告する。

【ご利用者様】

氏名:U様(女性)

年齢:85歳

既往歴と現病名:アルツハイマー型認知症、妄想障害、下肢静脈瘤、便秘症、内痔核

要介護度:3

ADL:食事自立、入浴介助(声掛け必要)、移動車椅子

【生活歴】

九州、久留米市の造り酒屋のお嬢様として何不自由なく育つが、幼少の頃に実母を亡くされ寂しい思いをされる。その後大学教授のご主人と結婚し2人の男の子に恵まれ、福岡市にて専業主婦として家を守ってきた。

平成17年、自宅玄関先での転倒により入院される。その頃から認知症を発症され、せん妄症状や暴言等があり、精神的に不安定な状況が続いていた。

また、老老介護であることから平成21年5月に福岡から長男の住む高崎へと引っ越され、介護は長男の嫁が中心となって行い、夫と共にデイサービスの利用も開始する。

夜間時、不穏の見守りをする夫の転倒、腰痛圧迫骨折で今後の事を考え、平成22年3月グループホームの入所となる。

【経過】

① 入所当時

感情の起伏の激しさを昼夜問わず不穏状態が続き、夜間一睡もしない事があった。帰宅願望も強く「帰してー！」「警察呼んでー！」と大声で叫び、他利用者様に怖い人と思われており、ご本人も「みんな私のことをおかしい人と思ってるよっ！」と口にされることもあった。この頃は入所されたば

かりで環境が変わり、不安でおられたと思います。不穏時には少し離れた席にお連れし個別対応を行い、とにかく寄り添い、不安を傾聴し本人が落ち着かれるのを見守った。時には散歩やドライブにお連れし気分転換を図った。

② 半年後

ご主人が亡くなられ、亡くなられた事を知らない U 様はご主人が「会いに来ない！」「手紙が来ない！」など毎日 15 時頃になると不穏状態になられた。このことからご家族の協力を得て、ご主人の代わりに手紙を書いて頂いたりしたこともあった。人との関わりを持って頂くために制作活動やレクリエーションへの参加、役割を持って頂くために気分のいい時には、洗濯物をたたみ・食器拭き等できる範囲のお手伝いをして頂いた。

③ 一年後

この頃になると不穏で一睡もしないということはなくなってきたが、夜間のせん妄や他利用者様とのトラブルや、夕方になると子供の心配や土地の心配を口にされ不穏になることが多かった。ご家族・協力医と相談し精神科を受診された。また、U 様が混乱しないよう今までのケアを見直し、統一を行った。便秘傾向もあり認知症薬と並行して調整を行った。

④ 五年後

環境にも慣れ、内服の調整も進んでいき次第に笑顔が見られるようになる。気分がいい時には曲に合わせて鼻歌を歌われたりされる。帰宅願望も少なくなり、泊りの説明にも「いいんですか？」「よかったー」と口にされるようになった。しかし、夕方になると不穏になられることが多く、便秘時や失禁など排泄関係のことで不穏が多くみられるようになった。

⑤ 現在

日中は落ち着いて穏やかに過ごされる日が多くなってきている。夕方にあった不穏も頻度が下がり、気分のムラも緩やかになってきたように感じる。現在も協力医と相談しつつ薬の調整は継続して行っている。

【観察から考えられる問題点】

- ① 他利用者様とのトラブルが多いことから、少し離れた席で個別対応をしていることもあり、疎外感を感じているのではないかな？
- ② 自分自身の訴えがうまく職員に伝えられず、怒り出すのではないかな？
- ③ 失禁があり、パット等が汚れている時などに不穏になるのではないかな？
- ④ 便秘気味の時、不穏になるのではないかな？

【問題点に対する取り組み】

① に対する取り組み

- ・職員が間に入りレクリエーションに参加して頂き、他利用者様とコミュニケーションを促した。
- ・U 様の話を傾聴、談笑をすることで U 様が一人でおられる時間を減らすようにした。
- ・歌がお好きなので歌唱レクリエーションでは歌集を渡し、一緒に歌いましょうと声掛けし一緒に歌った。

- ・気分転換出来るよう散歩にお連れした。
- ・リラクゼーション効果のある音楽を流す。

② に対する取り組み

- ・職員が傾聴し訴えの内容を伺う。

③ に対する取り組み

- ・尿便意をうまく伝えられないこともあり、こまめに声掛けと定時のトイレ誘導も行った。

④ に対する取り組み

- ・排泄記録を付け、管理を行う。
- ・便秘気味の際には、便座に長めに座って頂き、腹部のマッサージを行う。
- ・希望を聞き、お飲み物をお出しすることで水分摂取量の増加を促した。
- ・体操にできる範囲で参加して頂き、体を動かして頂いた。
- ・内服で調整を行う。

【結果】

① の取り組みに対する結果

レクリエーションに参加して頂いたことでU様の表情がとても明るくなり、参加中に他利用者様と会話する姿が見られた。しかし、レクリエーションが盛り上がり、終わった後も興奮が続き、職員を頻回に呼ばれるなど、かまってほしい気持ちが強くみられ、逆に不穏に繋がることもあった。歌唱レクリエーションやリラクゼーション音楽はとても効果が見られた。元々歌がお好きな事もありリラクゼーション音楽を流していると気持ちよさそうに口ずさみ、リラックスされている様子が見られた。歌唱レクリエーションの時間も同様にU様が穏やかに過ごされていた。

② の取り組みに対する結果

職員がU様の話を傾聴、会話している時はとても楽しげに話をされ落ち着かれましたが席を外すと機嫌が急に悪くなることもあった。

③ の取り組みに対する結果

こまめな声掛けにより失禁を防ぐことができて不穏になることもあった。

④ の取り組みに対する結果

多かった便秘時の不穏については体操、マッサージ、水分摂取量の増加など試みましたが、改善は難しく、内服での調整となった。排便があると不穏もほぼ収まることが多くなった。

【考察】

レクリエーションに関しては、他利用者様との間に職員が入り行うことで丁度いい距離感でレクリエーションを行うことが出来たと感じた。周りに関わることで表情も明るくなり、自信や意欲向上につながったと考える。歌唱については当たり前のことかもしれませんが好きな事をしている時間が一番落ち着かれていた。便秘に関しては内服をすることで便秘の期間を短くすることが出来、相対的に不穏が少なくなってきていると考える。

【感想】

現在の U 様の心身状態を観察し日々の変化に気づくことが適切なケアにつながると実感しました。また環境を整えることや周りの人との関わり方の工夫をすることも重要なケアの一つでした。今回取り組んだことで成果が見られたことは継続して行い、あまり効果がなかった取り組みに関しては今後も試行錯誤を続けていきたいと思えます。

今回学んだことは、介護のケアにはこれが絶対に正解というものがないことでした。前回不穩の時はこう対応して落ち着かれたが、今回も同じ対応で落ち着くとは限らず、逆に U 様が興奮しエスカレートしてしまうこともありました。重要なのはその人を知り、その人と向き合っていくことだと今回の事例を通して実感しました。

本当であればご利用者様の輪の中で生活して頂きたいですが、トラブルになってしまう事もあるため、常時とはいきませんが、U 様が他利用者様との関わりを持てる機会を増やしていければと思えます。

私たちはこれからも U 様が安心して生活できる環境づくりや人との関わり、これから U 様と一緒に過ごす時間を楽しくすばらしい物にできるよう日々のケアを考えていきたいと思えます。

入浴拒否を認知症の中核症状

生活スタイルを理解しアプローチした事案

特別養護老人ホームモデラート
須藤俊成

・はじめに

入浴拒否が強く、入浴できないことが続いていたので断る思いを認知症の中核症状、生活スタイルを理解したうえで声掛けや関わり方を変え、入浴できるようになった事案となる。

・基本情報、生活史

Aさん 女性 昭和10年生まれ 80歳 要介護4

主な既往歴 慢性心不全 骨粗鬆症 腰椎圧迫骨折 リウマチ

主な生活史 ○県○町生まれで美容師をしていた。○県に15年住み、○市に住む母親の介護をするために60歳ごろ戻ってくる。団地で独居生活をしていた。

入院を機に歩行困難になり自宅での生活ができなくなり特養に入所になる。

・服薬情報

プレドニン錠 5mg アレルギーを抑える薬 炎症を抑える薬

・中核症状

記憶障害 午前中に午後に入浴すると約束するが午後に声を掛けると「そんな約束はしていない。」と言う。短期記憶障害

見当識障害 「朝ごはんになりました。」と声を掛けるが「もうお昼になるでしょう。」と
いうことがあり。時間の感覚が薄れてきている様子。場所や人に関しての質問は正常に
答えられた。

実行機能障害はない様子 衣類を着る順番等理解しているが、両手指、両下肢リウマチあり介助
が必要。

・分かったこと(その人らしさ)

美容師をしていたのでおしゃれや身だしなみはきちんとしたい。

長年、一人暮らしをしていたので自分で何でもできる。自分でやらなくては気が済まない。納得し
ない。

体が思うように動かないが一人で気ままに暮らしたい。人に干渉されたくない。指示されることが
嫌い。

・その人だから望むこと

自分のことは自分でできる自立した生活

自分の思いを一番に自己決定したい。

・観察情報①

「しばらくお風呂に入れていないので午後一緒に入浴できますか？」「熱めの湯が好きだということなので、熱めに調節して A さんの好きな香りの入浴剤もいれますのでどうですか？」「…そんなに言うのならば午後に入るかね。」「約束ですよ。よろしくお願いします。」午後になって声を掛けるが「そんな約束はしていない。お風呂は入らないよ。」と入浴できなかった。

観察情報に対する意味づけ

職員は約束してしまえば入浴してもらえると思い、午前に入浴する約束をし、午後に入浴する約束が、短期記憶障害により A さんは入浴する約束をしたという体験が欠落してしまった様子。約束した覚えはないのに約束したと嘘をついて入浴させるつもりだと思い腹をたてる。入浴の嗜好を交えて入浴に誘うと応じてくれる場面もあった。

・観察情報②

「A さん1週間入浴されていないので入浴しませんか？」と声を掛ける。「昨日入ったからいいよ。そんなに毎日入れないよ。体も痛むんだよ。」「入浴表を確認したのですが、やはり入浴できていませんでした。」「温まると体の痛みも和らぎますよ。」と声を掛ける。「うるさいね。私が間違っているとでも言うのかい。入らないって言ったら入らないよ！」と言い入浴できず。

→1週間入浴できていないので職員が入浴に誘うが A さんは見当識障害で時間の感覚が薄れてきているようで入浴は昨日行ったと思っている様子。しかし職員は入浴表を見せて直近に入浴した日は1週間前だと指摘するので頭にきて入浴を断った。

・ケアの方向性を基に取り組んだ結果と分析

8/11 入浴の嗜好を本人、家族に尋ねたところ、熱めの湯が好き 入浴剤を入れていた 近所の銭湯にも出掛けていたとの情報が得られた。

8/13 A さんは共同生活室でテレビを見ていた。「お風呂が沸いたのではいりませんか？今日は熱めのお湯で入浴剤をいれましたよ。」と職員が声を掛けた。

「そんなの当たり前じゃない。今日は入らないの。」と言った。

どうしてお風呂に入らないか職員が尋ねると「こんな真昼間からお風呂に入らないわよ。」「お風呂は好きよ。でも自分で入りたいときに入るからいいの。」と言った。

入浴できなかった。

→本人の入浴の嗜好を会話に取り入れて入浴の声掛けを行うが人に干渉されたくない、指示

されることが嫌いな様子からか入浴できない。

入浴しない理由は昼間からはお風呂に入りたくない。入浴は好き。自分の好きな時に入りたい。と本人から情報が得られた。

8/14 Aさんは居室でテレビを見ていた。職員は「お風呂が沸いたので入りませんか？」と声を掛けるが「いいよ。昨日入ったから。」と言った。「昨日入ったのですね。今日も良い湯が沸いていますよ。」と声を掛けるが、「今日はいいの。いいって言っているの。」と言った。職員は一旦退室した。午後に再び入浴に誘った。職員が「お風呂が沸いたので入りませんか。」と声を掛けると、午前と同様に昨日入ったから入らないと返答があった。職員が「昨日入浴されたことは知っているのですが、昨日はお風呂の温度調整がうまくいかなかった様子で本日は熱めの湯が用意できており、お湯が冷めないうちに一番風呂に入ってもらおうと思って声を掛けさせていただいたのですが、いかがでしょうか？」Aさんはしばらく無言で考えて「…じゃあ身体は洗わなくていいからお湯だけ入ろうかな。」と言い入浴に応じていただいた。浴室に行くと「背中が痒い。」と話され洗体、洗髪も行え、気分良く入浴できた。(6日ぶりの入浴)

→入浴に誘うが中核症状 記憶障害 短期記憶障害により「昨日入ったから入らない。」と言うが間違いを否定せず、入浴の嗜好を会話に取り入れ、自己選択してもらうと入浴することができた。

8/21 Aさんは居室でテレビを見ていた。職員が声を掛けて入浴に誘った。「今何時？午前中でしょ。そんな昼間からお風呂は入らないわよ。」と言った。実際は16時だったが「申し訳ありません。一番風呂に入っていたらよかったくて声を掛けさせていただきました。」Aさん「お風呂いつ入ったか忘れちゃったのよ。」職員「昨日は入っていません。」「あなたが入れてくれるの？痛くないでね。」と言い入浴できた。

→入浴に誘うが、時間の見当識障害あり、否定せず、入浴の嗜好を取り入れて声掛けを行うと入浴することができた。

8/28 Aさんはおやつを食べた後、テレビでドラマを見ていた。ドラマのエンディングが流れた後、入浴に誘った。入浴に誘う前に本人の好きな俳優の話をした。Aさんは「昨日入ったと思ったけど。」と言った。昨日も入った様子ですがお風呂入った後に化粧水とクリームの準備ができました。」と言うと「気が利くわね。」と入浴できた。

本人の訴えにより数日前に化粧水とクリームを用意しておいた。

→Aさんはテレビを好まれて見ている様子 ドラマが終わってから声を掛けて、すぐに入浴の話せず、興味のある俳優の話をして親近感を持ってもらった。短期記憶障害により昨日入浴したと言うが否定せず、入浴後に化粧水、乳液をつけたいという本人の思いを理解していたことで入浴することができた。

・まとめ

私はいままで A さんのことを入浴拒否のある入居者としかみておらず、その場しのぎの対応を行い A さんの内面を知ろうとはしていなかった。既往歴や服薬情報、生活史などの基本情報をフェイスシートや本人、家族から集める、どんな場面、どんな状況でどんな言動が起きていたのか「事実」を観察し記録し観察情報を基に中核症状を整理、言動の背景を探っていくことがその人を知り、その人らしい生活を支えることになるのだと実感できた。

認知症の方もその場で起こった事実に基づきその人らしく解釈し、心が動くことで言動に至っているので行動そのものをなくそうとするのではなく、なぜその行動に至ったか探ることが重要だと感じた。

入居者の背景を探る作業はとても難しいことであると同時に専門性の高い作業であると感じた。しかし、入居者の思いを探ることは私達の仕事の本質であり、これからの認知症介護のスタンダードになると思った。

だからこそ、必要な情報を丁寧に集めてそこからいえることを整理しその時の思いを探ることが重要であり今後のケアに生かしていきたいと思う。

筆の力を信じて

- EACH OF THE ROAD -

ショートステイようざん
菅沼 匠

これは「認知症になっても最後まで母親らしく尊厳をもって暮らしてもらいたい」というご家族の願いと「最後に母親と一緒に個展を開催し自分たちの気持ちにも区切りをつけ、認知症というものを受け入れていきたい」という思いをお伺いし、少しでもお役立てればという思いから一部ご協力させて頂き、実現に至った取り組みです。

「認知症ってなんですか？」

私はこう問いかけました。

年齢・性別・職業十人十色の方々から意見を頂いた結果・・

A 群

頭がイカれてる。	20代女性
家族のこともわからない・何もかも忘れてしまう。	20代男性
社会の一員として成り立たない。	40代女性
変人・関わりたくない。	10代女性
残念な人間の最期。	30代男性
モンスター集団。	20代女性

B 群

覚えてられないって幸せな気がする。	30代男性
病気だし、しょうがない。	40代女性
何もかも忘れちゃうわけではなかった。	20代女性
認知症でも最後まで私のおばあちゃんだった。	20代女性
かわいい存在。	20代男性

A 群のように散々な言われようでした。

一方で B 群のような意見も聞かれました。

A 群とB 群の違いはただ一つ。

それは、“認知症に関わったことがあるかどうか”です。

正直、認知症の人との関わりを経験しているかどうかでこんなにも差が出るとは思っていませんでした。はたしてA 軍のような先入観でいいものなのだろうか・・・

しかし、確かに認知症の人たちと接する機会なんてなかなかないのも事実です。

そんな思いの中、約1 年勤めていたある日のこと

ショートステイようざんの利用者様と娘様の母娘3 人で書道個展を開催したいとの依頼がありました。

[A 様の紹介]

76 歳 要介護4

主な中核症状：記憶障害・見当識障害

スーパーデイようざん双葉を利用開始し、在宅を何とか

継続するも、徐々にショートステイようざんを利用。

認知症による症状が進行するにあたり在宅生活が危険と判断し、

現在はショートステイようざんを毎日利用し生活しています。

[A 様の書道人生]

A 様が書道を始めたのは40 代のころ。師範の資格を取り、1984 年に上中居町の自宅で教室を開講しました。多い時には50 人ほどの生徒を毎日休みなく指導したということです。

子供だけでなく成人の生徒も多く、教室は“書を学ぶ場”としてはもちろん、“家庭や職場での自分からひととき離れ、本来の自分らしくいられる場所”として生徒たちの憩いの場にもなっていました。また、一緒に花見や旅行に出かけるなど“先生と生徒の関係を越えた強い絆”ができていたそうです。

A 様と母の背を追う娘様(長女・次女)は師範の資格を取った後も研鑽を続け、財団法人日本習字の最高段位である8 段を取得。財団法人の創設者、原田観峰師の流れをくむ「観峰流筆心会」で技術や指導法を学びながら作品の制作にも取り組んでいます。

「思うように書けず、落ち込むばかり」という娘様。支えとなっているのは同会を主宰する宮川映光さんの「100 点でなくとも、その時々々の精一杯を出せばいい」という言葉だそうです。ともに学ぶ仲間たちと励まし合いながら、より良いものを目指して“生涯学んでいく覚悟”とのこと。



[取り組み 経緯]

1. 平成 28 年、ある日のサービス担当者会議
「最後に家族で個展を開きたい…」という一言から始まる。
2. 書道練習
習字教室(レクリエーション)と題して娘様から頂いたお手本を基に練習を重ねました。
3. 自宅にて展示作品を選定
娘様が自宅(教室)にて本人作品の約 100 点中 30 点を選定しました。
4. 個展開催までの準備打ち合わせ
平成 29 年 2 月 23 日(木)ショートステイようざん応接室にて打ち合わせを行いました。

準備 1

当日展示する現在の作品をショートステイようざん個室にて娘様と同席のもと作成しました。

準備 2

ショートステイようざんで個展ポスター作成・ようざんホームページ・ようざん通信等による広報活動の協力を行いました。また、上毛新聞タカタイ取材への送迎・取材参加及びサポートを行いました。

5. 個展開催
平成 29 年 4 月 21 日(金)～4 月 25 日(火)高崎シティーギャラリー2 階 第 4・5 展示室にて開催期間中、衣装管理・送迎(送り・迎え)を行いました。
多くの方々や関係者が来展され、書道を通じて温かい空間の中盛大に開催されました。
私達も外出レクリエーションとして 4 月 23 日に個展に伺いました。

個展に行ってみて A 様がいかに慕われていて、たくさんの人に支えられているのかを実感しました。

これから増えてくる高齢者、それに伴って増えてくるであろう“認知症”。私達は認知症によって困ってしまった家族に対するサポートを行います。しかし、認知症に関わったか否かでここまでの差が出てしまったのは、もしかすると私達も含めまだまだ認知症を匿い社会から隔離してしまった結果なのではないでしょうか？

A 様を見ていると自分は将来こんな立派な人間になれないだろうなと思ってしまいます。認知症の人が一番辛いはずなのに、「おにいちゃんも一生懸命頑張ればきっといいことあるからね。」と笑顔で言ってくれました。

私はこんな素敵な人を“変な人”だなんて言われたくない。

もちろん簡単なことも覚えていられないかもしれないし、できることも少なくなってしまうかもしれない。だからこそ私達が“認知症に対する間違った考え”を正す役割を担っていくべきではないでしょうか？

最後に

人は年齢を重ね認知症を発症するとできないことが増えていきます。

すると本人は何かを諦めていきます。

さらにその本人を支える家族も様々なことを諦めていきます。

むしろ諦めなければならないという思いになっていってしまうのかもしれませんが。

でも認知症になってできないことが増えても、忘れちゃうことが多くなっても、

今できることがきっとあるはずです。

「一生懸命続けていれば何でもできるよ」(A 様の言葉)

“認知症でも諦めない気持ち”を多くの皆さんにわかってもらいたいと願っています。

(ショートステイようざん一同)