

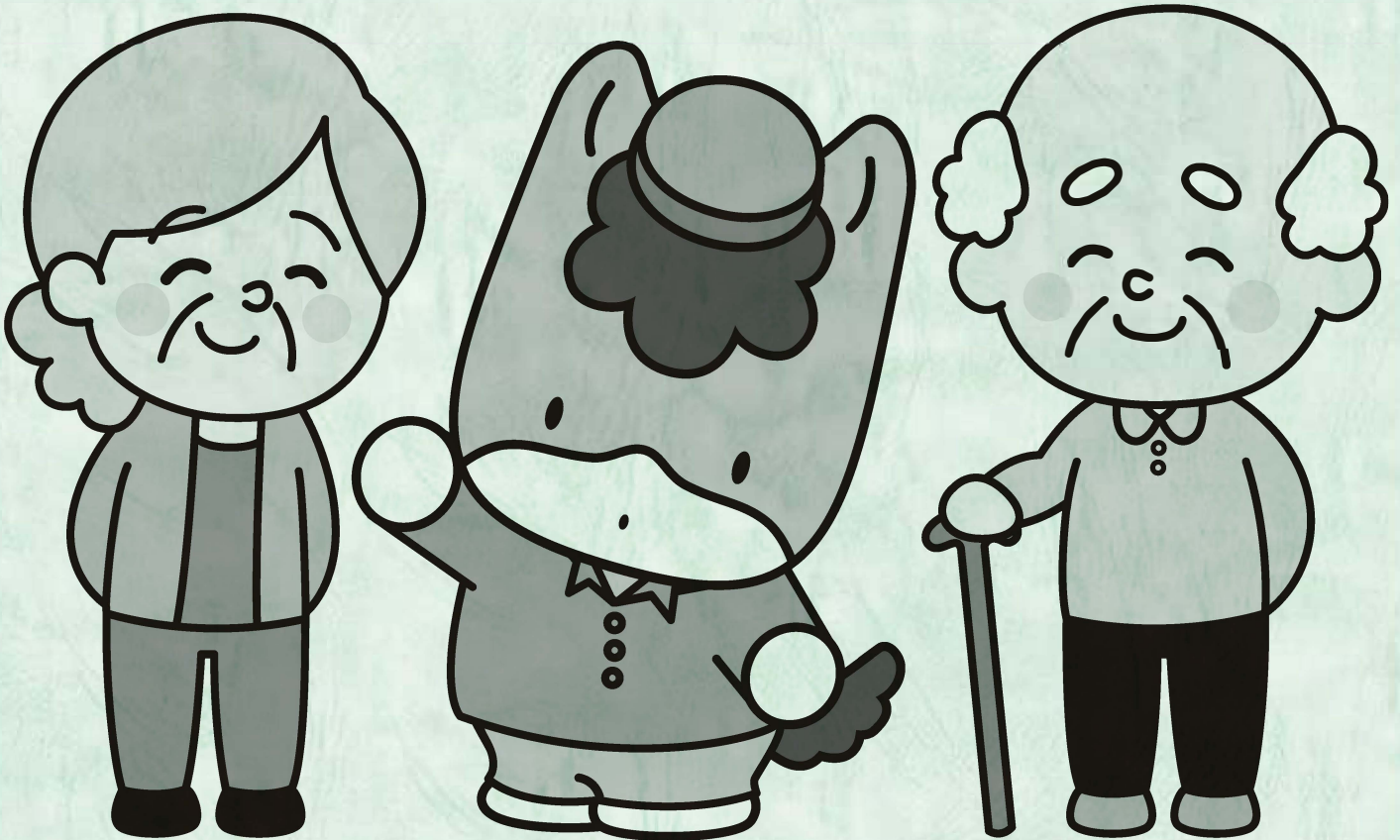
第7回

～認知症ケアのヒントがここにあります～

ようざん認知症介護研修会

平成28年9月10日(土)

ビエント高崎 エクセルホール



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459

後援：高崎市

第7回

～認知症ケアのヒントがここにあります～

ようざん認知症介護研修会

第8回ようざん認知症ケア事例発表会 次第

代表挨拶 高橋 昭
来賓挨拶 高崎市長 富岡賢治

事例発表

「介護SOS！」

ショートステイようざん 下山真一

認知症の方の癌による痛みの把握と対応について

「どこが悪くても大変ね～」が口癖だったA様

看護小規模多機能型居宅介護ケアサポートセンターようざん 島田佳奈

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉 道下一樹

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚 阿部あき江

「認認介護」～夫婦の见えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎 長島英美子

特別講演

「認知症と共に生きる」

認知症本人のための相談窓口「おれんじ ドア」代表 丹野智文

総評 高崎市福祉部 部長 田村洋子

特別講演

おれんじドア実行委員会 代表 丹野智文

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

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

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

認知症 = 終わり だと思った。

お客さんを全部バトンタッチをするように上司から言われ、そこからがつかった。

家族のことが心配になる。

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

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

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

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

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



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

目次

「介護 SOS!」

ショートステイようざん 下山真一 1

認知症の方の癌による痛みの把握と対応について

「どこが悪くても大変ね～」が口癖だったA様

看護小規模多機能型居宅介護ケアサポートセンターようざん 島田佳奈 5

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉 道下一樹 9

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚 阿部あき江 14

「認認介護」～夫婦の見えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎 長島英美子 17

介護 SOS!

ショートステイようざん

発表者: 下山真一

【はじめに】

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

在宅にて家族との穏やかな日々を送っていても、

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

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

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

【事例I】

A様 性別: 男性

要介護: 4 年齢: 86歳

中核症状: 記憶障害、介護抵抗・拒否

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

そして夜ショートステイようざんへの1本の電話・・・ **SOS!!**

A様の情報としては「男性で、痛みの為に身動き不可能」とだけ・・・

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

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

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

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

【事例Ⅱ】

B様 性別：女性

年齢：59歳 介護度：要介護3

既往歴：糖尿病、糖尿病性腎症、脳梗塞

家族構成 夫：死別 息子(主介護者で障がい者)

1月2日PM8:00

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

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

1月2日PM9:00

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

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

そして夜ショートステイようさんへの1本の電話・・・ **SOS!!**

しかしご本人は「嫌だ!」の一点張り。

2時間ほどの説得のあと、了解して頂けました。

車への移動は大人3人がかりでやっと乗り込むことができました。

1月3日AM0:00過ぎ

ショートステイようさんに到着され緊急入所されました。

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

所されました。

【事例Ⅲ】

C様 性別：女性

年齢：77歳 要介護：1

既往歴：認知障害、左乳癌、脳梗塞後遺症

家族構成：夫：死別

娘：長女(介護者)主婦の為、夕方子供の送り迎えあり。

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

1月12日自宅で動けなくなり、家族が主治医に連絡されました。

主治医は知り合いのケアマネージャーへ連絡し相談しました。

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

そして夜ショートステイようざんへの1本の電話・・・ **SOS!!**

「とにかく迎えに来て連れて行ってもらいたい!!」

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

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

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

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

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

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

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

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

【おわりに】

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

正直、緊急受け入れの対応は職員にとって相当しんどいものです。

しかし、私たちは「しんどい…」と思うのではなく、

「救える…」と思うようにしています。

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

そのために絶対必要なもの…

“チームワーク” ですよ。

そしていつもご家族や関係者の方に言われる言葉が2つあります。

“助かりました” “ありがとう” ですよ。

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

ショートステイようざん 職員一同

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

看護小規模多機能型居宅介護ケアサポートセンターようざん
発表者：島田佳奈

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

【はじめに】

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

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

そして「痛みのない」「穏やかな最期」を迎えて頂きたいと考えました。

【本人紹介】

氏名：A様

年齢：87歳

病名：上行結腸癌末期（余命半年）、脳血管性認知症、慢性心不全

若年時、脊椎カリエスを患っている。

介護度：要介護2

【生活歴】

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

子供たちの事を思い、実子は持たないと決めていたそうです。

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

【本人、家族の思い】

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

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

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

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

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

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

【経過】

利用開始の4月より10月頃まで痛みの訴えなどの記録はありません。

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

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

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

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

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

12月退院後より、目に見えてトイレに行かれる回数が増えました。

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

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

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

【取り組み】

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

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

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

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

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

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

【まとめ】

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

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

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

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

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

A様のご冥福をお祈りしこの事例をしめくくらせていただきます。

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉
発表者：道下一樹

【はじめに】

「またいっしょにそば打ちしたい・・・」

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

というこちらの提案にご賛同いただき、地域に向けて行う事となりました。

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

【利用者紹介】

氏名：A様 男性 65歳 要介護1

既往歴：初老期の認知症（アルツハイマー型認知症）・・・平成26年

日常生活動作：自立

【生活歴】

安中で出生。高崎工業高校を卒業後、神奈川のニチモ石油に就職。

その後高崎へ戻り代行業者の仕事をする。昭和54年に結婚し「千寿庵」を営む。

奥様と娘さんと3人で生活していましたが、奥様は現在特別養護老人ホーム入所。

娘さんは結婚し家を離れ、A様は現在独居での生活をしています。

【相談の経緯】

平成27年7月

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

平成27年8月

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

【 利用開始時の予定表 】(平成27年8月)

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

【 現在の利用予定表 】(平成28年5月)

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

【 取り組み 】

平成28年2月25日

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

◆民生委員さんとの打ち合わせ

- ・日程は、5月27日(金)。
 - ・本番前に本人がどの程度できるか見極めたいとの事で、4月に練習日を設ける事となる。
 - ・当日は、地域の方20名ほどの参加を目標とする。
 - ・地域の方、利用者様、職員分のおそばを提供する。
- おおよそ60食前後だが、予め民生委員さんがある程度作っておいて、当日はA様に20食分打ってもらう事となる。
- ・地域への周知方法は、チラシを作り回覧板でまわす、掲示板の活用その他、サロンでの案内をさせて頂く事となる。

◆高齢者あんしんセンターサンピエールとの打ち合わせ

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

◆平成28年4月15日 そばうち(練習)

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

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

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

◆当日に向けての周知活動

4月18日

区長さんへ回覧板の活用について相談し、了承いただく。

4月23日

チラシを作成し、80部区長さんへお渡しする。

5月2日

回覧板の活用。

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

5月17日

ふれあいサロンにて、イベントのご案内をさせていただく。

5月25日

民生委員さんより事業所に連絡が入り「チラシを20部くらいください」との事。

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

1軒1軒訪問してくださる。

◆介護予防教室の開催

5月27日

【 介護予防教室 】

当日は、高齢者あんしんセンターサンピエールの認知症地域支援推進員の吉田さんにお越しいただき、高齢者あんしんセンターの機能や役割・ようざんとの連携についてお話しいただきました。

予防教室では、MCIと認知症予防について説明させていただきました。

デュアルタスクを取り入れ、頭と身体を動かすことや、食事・運動・笑顔・前向きな気持ちを日常生活に取り入れる工夫をして、認知症予防に取り組みましようとして説明しました。

【 そば打ち 】

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

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

民生委員さんのフォローもあってほぼ予定通りおそばを打つことができました。

【 おそばの提供 】

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

A様を改めて地域の皆さんの前でご紹介させていただくと、盛大な拍手がおこりました。

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

【 考察 】

当日は40人近くの方にお越しいただきました。今回のイベントを通じて「地域の主体性」を感じました。地域への周知の段階から当日まで、こちらが改めてお願いしたわけでもないのに「受け身」ではなく「率先」して動いて下さっているという印象を強く受けました。

特に感じたのが、「掲示板へチラシの掲示」「民生委員さんの1軒ごとの訪問」「当日のそばうちのサポート」です。特にそば打ちに関しては、「何をしたらいいですか?」の質問をうけることもなく、A様のご様子を見て必要なサポートを話し合い自然とそれぞれに役割が生まれていました。

尚、今回の取り組みは5月29日の上毛新聞に掲載されました。

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

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

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

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

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

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

【おわりに】

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

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

事業所として大きな成果だと実感しています。

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

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

今後は、子育て世代の方やそのお子さんにも足を運んでいただける様、地域やあんしんセンターさんと連携しながら地域交流の推進を図っていき、いずれは世代を問わず地域の方がふらっと立ち寄れるそんな場所にできたらと思います。

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚
発表者：阿部あき江

【はじめに】

地域包括ケアシステムの実現に向けて

日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。現在65歳以上の人口は3000万人を超えており、今後も高齢者の人口割合は増加していくことが予想されております。団塊の世代の方々が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。このため厚生労働省は、可能な限り「住み慣れた在宅」で、自分らしい暮らしを続けていくことができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制、すなわち「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。

今回紹介させて頂く事例は、特別養護老人ホームを退所し、「住み慣れた自宅」に帰り在宅での生活ができるようになった方の支援を紹介させていただきます。

【事例対象者紹介】

氏名：A様

年齢：90歳

性別：女性

要介護度：要介護5

既往歴：両膝変形性関節症、リウマチ、心不全

【特別養護老人ホーム入所に至った経緯】

相談受付：平成21年11月主介護者のご家族より相談。相談を頂いた時点では要支援2の認定にて通所サービスを利用しながら在宅で生活をなさっていましたが、両膝関節症により腰痛や膝痛が徐々に悪化し、それに伴い介護用ベッドや訪問リハビリサービスを利用しておりました。その後も徐々に症状の進行がみられ歩行も困難になり介護認定が要介護2まで上がってしまいました。車いすが常時必要な生活になってくるにつれ介護者の介護負担も大きくなり短期入所や通所、訪問リハビリと福祉用具貸与を利用することでご家族の協力もあって、何とか自宅での介護を続けておりました。平成26年12月、心不全による入院がきっかけで要介護5となり在宅での生活が困難になり特別養護老人ホームに入所することとなりました。

【特養入所～退所後の支援経過】

平成27年8月「特養」に入所し施設で穏やかに生活されておりましたが、平成27年12月に、再度心不全を発症され医療機関へ入院となってしまいました。その後、約2か月間入院していた為特養からの

退所を余儀なくされ、また在宅酸素が手放せない状態となってしまいました。そんな状態のなか入院している病院から退院の指示がありました。

病院より、介護相談センターようざん飯塚への介入依頼があり退院後の生活の方針を、ご家族と一緒に検討していくことになりました。入居していた特養が解約になっておりこの時点では当然「入所できる施設を探す」という方向で相談を進め病院のソーシャルワーカー、主治医、ケアマネージャーにて話し合いを行っていました。病院と連絡調整し、まずは現在の状態や必要な医療、処置等を主治医に確認し受け入れられる施設を探していきます。今回のケースは常時在宅酸素が必要な状態であり夜間も看護体制を配置している施設という条件で探していくことになりました。ただ、「施設入所する」というのは「一つの方向性」であり、同時に「在宅での可能性」を探っていきます。在宅で生活できる可能性があるのか、ないのか、改めて意向を確認し相談していくことになりました。「自宅に帰りたいけど帰せない」それならば帰せない理由、問題点を整理し、出てきた課題に対し解決策を検討していきます。介護者の介護状況と本人の状態を踏まえ支援の方針を考えていきます。今回のケースでは自宅での介護が困難になる要因は大きく分けて二つありました。

まず一つは、歩行が出来ないことからの排泄面での介護負担。夜間起こされるから家族も夜休めない。もう一つは、医療面での不安。急変時はどうすればいいのか、体調が悪くなったらどこに相談したらいいのか、病院にはどう連れていけばいいのか。

この二点の課題が解決されると在宅での生活を検討できる可能性が生まれます。つまり介護と医療を一体的にサポート出来ないか。この課題をクリアすることができなければ在宅への道は閉ざされてしまいます。これを可能にしたのが「小規模多機能型居宅介護事業所」です。

小規模多機能型居宅介護事業所へサービス提供依頼の相談をして介護支援専門員、看護師と病院に出向き在宅生活での注意点を確認。在宅酸素を自宅と小規模多機能型居宅介護事業所、両方に設置してもらえよう働きかけ、自宅での居住空間も見直しました。スロープや特殊寝台、ポータブルトイレを設置します。宿泊や訪問も計画に位置付け介護負担を抑えていきます。在宅酸素の取り扱いも小規模多機能型居宅介護事業所の職員でできるよう対応し通院介助や主治医との連絡調整も行っていくことで家族の精神的な不安を軽減していけます。本人が自宅に帰ることにより生じる介護者の負担と精神面での不安。もちろんそれがゼロになるわけではないですが緩和することは十分に可能でした。実際に小規模多機能型居宅介護事業所にサービス提供依頼をしてから約1週間で在宅復帰にこぎつけ、平成28年2月16日無事に自宅に帰ることができました。

【考察】

今回の事例で在宅に戻れた最大の要因はご家族の「在宅へ」という気持ちだと思います。それはともすると共倒れになる危機と隣り合わせにもなります。常時介助を要し在宅酸素がなければ生命の維持すら困難な状態の親を自宅で介護していくことは本当に勇気のいることです。またその勇気を後押しした大きな要因は「小規模多機能型居宅介護事業所の利便性」であったと思われます。実際、この家族は在宅で介護サービスを受けながら生活しておりました。特養に入所する前は、通所、短期入所、訪問リハビリ等複数のサービス事業者を併用して利用していましたが急な予定の変更や連絡調整一つにしても大変でした。通常、居宅介護支援事業所の介護支援専門員は通所事業所や短期入所事業所、訪問看護事業所など複数の事業所を交え、利用頻度や在宅酸素の取り扱い等の

調整をしなければなりません。それに比べて小規模多機能型居宅介護事業所は一つの事業所で複数のサービス提供が出来ます。家族と事業所内の連携で対応できる部分が多く、その他にも通院介助や配食、急な利用変更など、必要に応じ柔軟に対応でき、今回の在宅復帰も実現できたのでは、と感じます。改めて小規模多機能型居宅介護事業所の利便性を実感することができました。

【おわりに】

今回の事例では自宅に帰れてよかった。というような内容の事例を紹介しましたが、決して親を施設に入所させることが悪いとか、かわいそうとか、そういうことではありません。確かに誰も自宅で生活したいと思うものかもしれませんが、施設に入所し穏やかに楽しく、自宅に居るよりも元気に自尊心を持ちながら充実した日常生活を送られている方々もたくさんいらっしゃいます。家では寝てばかりいたのに施設に入ったら活動意欲が出てきて笑顔もたくさんみられるようになったという方もおります。決して施設が悪いわけではありません。

今回の事例を通して教えていただいたこと。それはどんな状況にあっても在宅で生活をしていく可能性はないかということ、『ご家族と一緒に検討していくこと』ではないかと思います。これまでも入所希望から小規模多機能型居宅介護事業所を利用することにより在宅を可能にさせた事例は数多くあります。支援する介護支援専門員が在宅では無理、家族が大変だから施設入所と決めつけ在宅で生活する可能性を家族と一緒に検討することなく施設入所が決められてしまっているということはないでしょうか？

今回、事例提供者のご家族に大変貴重な経験をさせて頂き本当にありがとうございました。これからも、この経験を生かしながら、ご利用者様の希望や心身の状態にあったサービスが利用できるよう努めていきたいと思えます。

「認認介護」～夫婦の见えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎
発表者：長島英美子

【はじめに】

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

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

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

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

小規模多機能型居宅介護事業所のケアサポートセンターようざん栗崎では、「認認介護」で在宅生活が困難になってきた「夫婦」の今の家で暮らしたいとの願いを少しでも長くかなえてさしあげたいとの思いで支援しています。

【利用者様ご紹介】

(夫)氏名：A様 年齢81歳

要介護度：要介護3

日常生活自立度：J2

認知症自立度：ⅢB(平成28年1月17日)

既往歴：アルツハイマー型認知症、肺気腫、糖尿病、糖尿病性腎症、高血圧、心不全で入院

(妻)氏名：B子様 年齢79歳

要介護度：要介護2

既往歴：認知症(記憶障害)、不安神経症、肝腫瘍、甲状腺機能低下症、上行結腸癌、狭心症、高血圧症、神経症、第12胸椎圧迫骨折、第1腰椎圧迫骨折

【ご夫婦の生活歴】

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

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

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

【 ケアサポートセンターようざん栗崎利用までの経緯 】

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

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

【 利用当初の様子 】

《A様》

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

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

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

《B子様》

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

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

週1回訪問看護事業所のナースステーションようざんの看護師が状態観察と服薬管理を行いながら、ケアサポートセンターようざん栗崎の職員が毎日訪問し、バイタルチェックや家事援助や配薬された薬が服用できているか確認しました。

【 取り組み内容 】

《 体調管理 》

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

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

《 服薬管理 》

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

すぐにナースステーションようざんの看護師に連絡し相談した結果、服薬はケアサポートセンターようざん栗崎の看護師が管理し、1日2回の訪問時に持参することになりました。

《 清潔の保持 》

夫のA様は尿・便失禁がある時は入浴拒否があります。本人のプライドを傷つけないように「看護師さんに看てもらいましょう」と言ってトイレで看護師に臀部洗浄してもらってから入浴を誘っています。訪問した際に失禁している時は排泄介助と衣類の交換を行い、家事援助と身体介護を行っています。

《 環境整備 》

利用開始時は換気が悪く、訪問後は職員の服に匂いがうつるほどでした。台所では小バエが飛び、コタツの上も乱雑になりテーブルもベタベタしている状態でした。掃除は週三回、約1時間訪問しています。内容はトイレ・風呂・居室・台所の掃除、洗濯を職員がB子様に声掛けし、一緒に行っています。

《 妻のB子様の精神的安定を図る 》

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

《 医療との連携 》

定期受診にケアサポートセンターようざん栗崎の看護師が通院介助しています。ドクターに日々の症状を報告します。病状悪化の時には状況に応じて通院介助します。その際、ナースステーションようざんとご家族に連絡します。薬もケアサポートセンターようざん栗崎で管理しています。不安神経症の

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

【結果】

《A様》

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

今では「もう1日通いを増やしたい。ようざんにいた方が安心」と話されます。

《B子様》

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

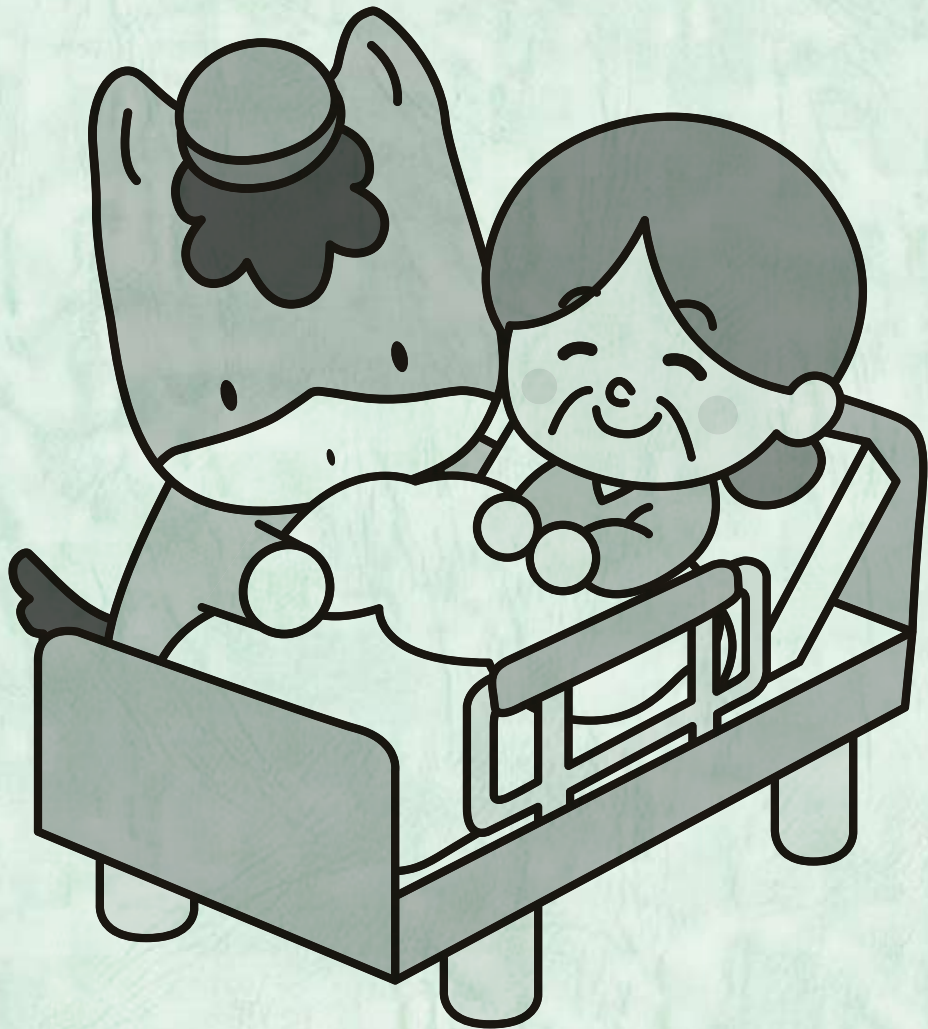
B様は来所時に他の利用者様とも楽しく会話され、おやつレクリエーションなどに積極的に参加され、割烹着姿でお団子を作ったりしました。ご自宅でもキッチンの洗い物なども出来る様になり、職員が訪問して掃除する時も、一緒に片づけを行い、掃除された住みやすい環境になってきました。以前は訪問している最中も知り合いに電話をしていましたが、今では職員と共に楽しそうに掃除をされるようになりました。

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

【考察とまとめ】

B様は認知症でありながらも毎日A様の世話をしています。今でも不安になるとB様からようざんに電話が来ることがあり、その都度安心感を持っていただけるよう対応しています。「まったく、しょうがないね!とうちゃんは!」「うるせえ!」と時には夫婦喧嘩をすることもあります。夫婦で仲良く生活されています。先日もB様が不安神経症により夜中自分で救急車を呼んだ時も「夫が心配だ」とようざん栗崎に電話があり、A様をようざん栗崎にお連れし、宿泊対応しました。

もし夫婦で認知症になっても、今まで暮らしてきた同じ家で同じ生活をし、長年連れ添ったパートナーと最後まで仲良く暮らしていけたらどんなに幸せでしょうか。私たちはそんな夫婦の見えない絆を大切にしていきたいです。



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459