

第9回ようざん認知症介護事例発表会

小規模多機能居宅介護



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459

平成29年7月11日

～私の…大好きなセカイ～

ケアサポートセンターようざん飯塚
.....P.1

絆の先に見えるもの

ケアサポートセンターようざん藤塚
.....P.5

今日ペンキ塗りはしないの？～A様のQOL向上への軌跡～

ケアサポートセンターようざん並榎
.....P.8
寄り添って、一步一步

～健康維持の為の支援～

ケアサポートセンターようざん石原
.....P.11

できないよ

ケアサポートセンターようざん中居
.....P.14

いつまでもつながりを… ～地域の中に小規模多機能がある～

ケアサポートセンターようざん栗崎
.....P.16

『毎日笑顔で過ごしているが... 本当は帰りたい...』

ケアサポートセンターようざん倉賀野
.....P.19

「俺のしたいことは…」～通じ合うまでの記録～

ケアサポートセンターようざん小埜
.....P.22

私達らしい明るい生活を取り戻す為に！

ケアサポートセンターようざん大類
.....P.25

独居の方の在宅支援とその関わり “お母さんただいま”

ケアサポートセンターようざん
.....P.28

愛馬と共に駆け巡る夢をみた

ケアサポートセンターようざん貝沢
.....P.31

GPS機能を活用した在宅介護の可能性

ケアサポートセンターようざん双葉
.....P.33

～私の・・・大好きなセカイ～

ケアサポートセンターようざん飯塚
生方律子

【はじめに】

言葉をほとんど発することのできないA様ですが、表情豊かで、ケアサポートセンターようざん飯塚のアイドル的存在です。これから、とっても素敵でチャーミングなご利用者様の紹介をさせていただきます。

【利用者様紹介】

- 氏名 A様
- 性別 女性
- 年齢 62歳
- 要介護度 4
- 認知症高齢者の日常生活自立度 M
- 障害高齢者の日常生活自立度 B₂
- 既往歴 統合失調症 多発性脳梗塞 認知症 パーキンソン病

【服薬内容】

内服薬	症状	効果
デパケン (100mg)	てんかん発作	各種てんかん(小発作・焦点発作・精神運動発作ならびに混合発作)およびてんかんに伴う性格行動障害の治療。
アムロジピン (5mg)	高血圧症, 狭心症	末梢血管や冠血管の平滑筋を弛緩させることにより、血圧を下げ、狭心症発作を予防またはやわらげる。
レボトミン (5mg)	統合失調症、躁病、うつ病における不安・緊張の治療	神経伝達物質であるドパミンおよびセロトニンの受容体を遮断する作用があり、不安や緊張をやわらげ、気分を安定させる。
ルーラン (4mg)	統合失調症の治療	脳内の神経伝達物質(ドパミン、セロトニンなど)の働きを整えることにより、強い不安や緊張感をやわらげ、気分を安定させる。
タスモリン (1mg)	各種のパーキンソニズムの治療	抗コリン作用により、筋肉のこわばり、手のふるえなどのパーキンソニズムの症状をやわらげる。
フルニトラゼパム (1mg)	不眠症の治療	ベンゾジアゼピン受容体に結合し入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒を改善する。

<p style="text-align: center;">レンドルミン (0.25mg)</p>	<p style="text-align: center;">不眠症の治療</p>	<p>情動をつかさどる視床下部や大脳辺縁系を抑制し、自律神経などからの不要な刺激が遮断され、催眠、鎮静、抗不安などの中枢神経作用を示す。</p>
--	---	--

【生活歴】

昭和 30 年、高崎で生まれる。7 歳で統合失調症を発症。20 代前半、短時間であったが運送会社の事務の仕事に就き、その後、結婚。25 年程前まで栃木で生活をしてきたが、自身の病気や息子様の幼稚園などの都合により、実家のある高崎に戻る。買い物やドライブにも息子様とよく出かけ日常生活は自立していたが、平成 23 年 7 月より構音障害が出現、8 月には歩行不安定となり、10 月に脳神経科を受診し多発性脳梗塞と診断される。その後、家で一人にさせることへの家族の不安から、ようさんのデイサービスの利用を開始。平成 27 年より、宿泊もできる小規模多機能施設の利用となり現在に至る。

【家族の想い】

- 本人がストレスなく、自由に楽しく施設で生活してほしい。
- 毎日を穏やかに過ごしてほしい。
- 身体的・精神的な現状維持。

【利用開始時の様子】

- ◆ 車椅子でゆっくりと自走し、自分の興味のあるところへ行かれる。
- ◆ 他利用者様や職員に対して笑顔で話しかけられることが多い。
- ◆ 入浴拒否なく一部介助にて入浴され、ゆっくりではあるが衣服の着脱を行える。
- ◆ レクリエーションをいつも楽しみにされ、特に音楽などは一緒に歌ったりされる。
- ◆ 食事は主食に味噌汁をかけ好き嫌なく何でも召し上がる。
- ◆ ぬいぐるみが大好きで、いつも車椅子に乗りながら抱いている。

【取り組みにあたり】

A 様の想いを知りたい、心の奥底にどんな想いがあるのか？

私たちは A 様の行動や表情、しぐさから A 様が何をしたいのか？何を望んでいるのかを毎日のケアの中で少しでも知りたいと強く思い、以下の取り組みを実践することにしました。

【取り組み1-(1)】

A 様が玄関まで自走し、ドアノブに手をかけ鍵のかかったドアを開けようとガタガタと戸をゆらす。「ア～、ウ～」と声を出し、戸を開けて外へ出たいという意思表示を強くあらわす。時には涙を流しながらガタガタと戸を揺らしている時もある。職員が近くに行くと開けてほしいとのまなざしで見ると指をさし「ウ～ウ～」と訴えはじめる。

職員「一緒にホールに行きませんか？もうすぐおやつになりますよ。」

A 様「ヤ～だよ！」と大きな声を出し興奮する。

【結果1-(1)】

A 様の近くに行き大好きな音楽を流すと、意識が曲に向き、表情が穏やかになり、曲のリズムに身をまかせている。ふと、何かを思い出されているような表情がみられた。時間を少しおき再び A 様のところへ行くと笑顔もみられはじめる。

職員「家に帰りたかったのですね。息子様のことが心配ですよ。そろそろ、おやつになるのですが一緒に行ってみませんか？」

A 様「うん・・・。」と小さくうなずかれ、職員と一緒にホールへ向かう。

【取り組み1-(2)】

取り組み1-(1)の状況で不穏状態となったA様に対し、気分転換になればと思い職員と一緒に外気浴にでかける。A様はとても良い表情になったが、自宅に帰れると思ったのか、駐車場に止めてある職員の車を指さし、訴えかける。

職員「その車は息子様の車とは少し違うようですね。」と言うと不穏になってしまう。

【結果1-(2)】

職員「自宅より良いところはないですよね。」と言うと小さくうなずかれる。

// 「一度、ようざんに戻って帰りの用意でもしましょうか？」と伝えると穏やかになりようざんに戻る。

【取り組み2】

単語カードを机の上に広げて、何をしたいか？何がやりたいのか？個別レクへの参加を促してみる。するとすぐに「化粧」と書かれた単語カードを指し、興味を持たれている。

【結果2】

職員が持参した化粧道具に興味を示し、なんだか嬉しそうな様子で笑っている。

鏡を机の上に置くと、ジーンと自分の顔を見ている。職員がA様に化粧をし始めると嬉しそうな表情をされている。職員も一緒に化粧をして写真を撮ると、笑顔でカメラ目線をされる。女性らしい一面が見られ、可愛らしくなった自分の姿にA様、大満足な様子！

【取り組み3】

A様の興味や関心を観察するなかで、A様を小旅行に招待しようという職員の発案がありご家族様と予定の調整をする。息子様に連絡をとると少し驚かれていたが、A様のためにと時間の調整をしてくださった。

【結果3】

行先はA様の意向を汲み、S市のテーマパークに決まった。テーマパークへの小旅行に行ったA様の表情は苑では見られないような表情で、息子様と一緒に過ごせる家族の時間にとっても感動されている様子であった。

【家族との外出】

息子様の車で週に一度、外出をされるA様。お迎えに来た息子様の姿を見ると、苑では見られない、とても素敵な表情をされています。

ドライブでは、バラ園、大型ショッピングセンター、群馬の森、榛名湖など、いろいろなところへ外出され、楽しい時間を過ごされています。A様は息子様がまだ小さかった頃の昔、共に過ごされてきた「時」を思い出されているかのようです。

【考察・まとめ】

A様のステキな笑顔やさみしそうな表情を日々観察していくなかで、人の心はとても複雑で、重層的な奥深い世界であり、理解したいと思う気持ちを常に持ち実践を積み重ねてゆくことがとても大切なことだと感じました。

人は時として溢れ出る感情の渦に呑みこまれそうになります。それは、過去にA様が息子様にしあげられなかった多くのことであり、母親としての後悔や、そこからくるさみしさもあるのだと感じました。

しかし、人が一生懸命に社会の中で生きようとするのはとてもかけがえのない素晴らしいものです。この事例をきっかけに、A様と息子様がより身近な距離で過ごせた時間はとてもかけがえのない時間でした。A様に「好きなものは何ですか？」と聞くと、手を大きく動かし、大きな丸を宙に描

かれることがあります。「それはどういうものですか？」と、さらに聞く職員に A 様は小さく「みんな」と話されたことがありました。A 様にとって大好きなセカイとは A 自身が人との関わりの中で生まれた信頼関係や人間関係、そして自宅やようざんでの生活そのものなのかもしれません。これからも A 様と共に過ごせる時間を大切に、笑顔あふれる生活がこれからも長く続くように個別性を尊重したケアを行って行きます。

絆の先に見えるもの

ケアサポートセンターようざん藤塚
大塚 美和・奈良 汐梨

【はじめに】

皆さんは「ユマニチュード」という言葉を聞いたことはありますか？

ユマニチュードとは、フランスの医学者によって作り出された、知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションに基づいた認知症ケア、又は介護の技法です。

要するに、人は見つめてもらい、誰かと触れ合い、言葉を交わすことで存在の意識を高め、尊厳を自覚して頂くという考えを基本に、我々介護者がそれを助けることで、利用者様が変わるという介護方法です。

人間らしい存在であり続けることを支えるために、介護職員が利用者様に「あなたの事を私たちは大切に思っています」というメッセージを常に伝えながら対応していく。その人の人間らしさを尊重するケアがユマニチュードです。

そこで今回は、実際に現場でユマニチュードを取り入れて認知症ケアを実践し、携わりが難しいとされていた利用者様と職員が絆を深めた経緯を事例として発表させていただきます。

【対象者紹介】

- ・A様(女性)
- ・81 歳
- ・要介護 4
- ・認知症高齢者日常生活自立度:IV
- ・障がい高齢者日常生活自立度:B1
- ・病歴:膀胱炎、腰痛、アルツハイマー型認知症
- ・生活歴:農家に5人姉妹の長女として生まれる。両親の手伝いをしながら下の4人の妹の面倒を見られていた。婿養子を迎えご結婚され、一男一女に恵まれる。子供が独立された後はご夫婦2人での生活となり、現在に至ります。

【利用までの経緯】

2015年頃より財布の置き場所が分からなくなり、夫を他人と思うようになる。2015年訪問介護を入れながら様子観察を行い、デイサービスに何度か通われましたが継続できませんでした。2016年2月ショートステイを利用されましたが継続利用が難しく、連れ出しも困難となったため、2016年6月から当事業所の利用となりました。

【課題①】来所拒否

サービス開始当初来所拒否が強く、知らない人に対して恐怖感があるようにも見えていました。最初のうちは顔を見せて頂く事も難しく職員が訪問すると部屋の奥へ隠れてしまう事が多くありました。お迎えに伺った事を説明しても送迎車に乗り込む事ができませんでした。

【解決への取り組み】

当初は通いを目的としていましたが、スタッフとの信頼関係の構築が最優先と考え、一日に数回の訪問に切り替え職員の顔を覚えて頂くところから始めました。最初は居間へ上がらせて頂いてもA様には会うことはできず、ご主人とお話をさせて頂く事しかできませんでした。A様が当初から受け入れていた往診の先生や訪問看護の方に同席させて頂き信頼できる訪問者であると思って頂けるよう努めました。

回数を重ねていくうちに居間の隅へ座って話を聞いて下さるようになり、二か月目頃から徐々に

主人を交えて会話ができるようになっていきました。
職員に対して「遊びに来る人」との認識が強まり、会話の中で笑顔を見せて頂けるようになった頃、次のアプローチとして配食サービスを追加しました。食事は誰でも楽しみなものですから訪問すると笑顔で出迎えて頂ける日が多くなりました。
顔なじみの職員ができた頃にはご主人が居なくても顔を見せて頂けるようになっていきました。畑仕事を手伝わせて頂けるようになり、時には畑で収穫された野菜をお土産にと持たせて頂ける事もありました。
訪問を終了し車へ乗り込む職員を庭先まで追いかけて見送って頂ける日も増えました。
何度か来所をお誘いしているうちに「行ってみようかな」と意欲的な発言が聞こえるようになり、短時間で来所ができるようになっていきました。
イベントがある日には旦那様にも来所して頂き、一緒に楽しんで頂くなどしていきうちA様には、ようざん藤塚が「安全な存在である」「無理な連れ出しを行わない」「自由に選択できる」楽しい場所だと思って頂けるようになりました。

【課題②】入浴拒否

自宅での入浴が行えていない状態にあり膀胱炎の悪化が懸念されていました。同居される旦那様も高齢であるため家族負担の軽減を目的としても、来所時に入浴をして頂く必要がありました。精神状態の変動が激しい方であるため怒っている時は激しく抵抗され、寂しさや絶望を感じている時は無気力。といったようにその都度の適切で柔軟な対応が求められました。

【解決への取り組み】

最初のうちは拒否が強く浴室へ入ることすらできない状況にあったため足浴から始めました。足元が温まると落ち着かれ「気持ちいい」「ありがとう」と笑顔を見せられます。足浴を重ねていく中で浴室への移動がスムーズに行えるようになりました。
浴室へ入れるようになった後は、ご家族から着替えをお預かりしたとお伝えし自宅以外で着替える事への抵抗を無くしていきました。
回数を重ねるうちに更衣への拒否が無くなりスムーズな入浴へとつながっていきました。
入浴時間に関しても日中拒否が強い日などは夕食後の一番落ち着かれる時間に入浴して頂く等、感情の起伏に合わせ柔軟に対応していきました。

【課題③】宿泊時の強い帰宅願望と不穏

不定期での通いに慣れた28年8月頃、自宅の庭で転倒され左大腿骨頸部骨折との診断を受け入院となりました。ご家族の意向で手術は行いませんでした。
免荷の指示はあるものの、認知症のため起立・歩行をしてしまいます。ご主人は自宅での療養を希望されていましたが、娘様からの要望であったA様の安全の確保とご主人の負担軽減を重視して施設宿泊を希望されたため宿泊での利用を開始しました。
宿泊利用されても帰宅願望が強いため出口を探して徘徊しカーテンを破く等の破壊行為もありました。夜間は特にせん妄が強く徘徊の頻度も上がります。攻撃的になり他の宿泊利用者様とトラブルになることもありました。

【解決への取り組み】

まず一番重視しなければならないと考えたのは「A様が帰宅されたいと思う理由で一番強いものは何なのか」を知る事でした。
訴えを傾聴してみると、「働かなければ」という意識が強く、常に動いて掃除や片付けを始めようとされます。責任感の強い性格上じっと座っていることが我慢できないのだと教えてくれました。しかしいくらA様が働きたいと望まれても身体の状態はそれを可能とはしませんので、極力座ったまま行える作業を考え、行って頂くことにしました。訪問時から畑仕事がお好きであることが分かっていたため、プランターを用意してお花を植えました。土に触れた時の表情はとても穏やかで真剣

に取り組みれていたお姿が印象的でした。室内でも洗濯物を畳む等の簡単な家事をお願いしていくと生き生きと作業に取り組み、抑えられていた自分らしさを取り戻していくように感じました。

夜間の不穏については施設内を他人の家と認識され「怒られてしまう」「逃げたい」という気持ちが見えていました。そういった時には無理に寝るよう促したりせず、ホールでスタッフが寄り添い温かい飲み物を提供し、談笑しながら自然と眠くなるのを待ちました。

A様の不眠の原因となっているものが怒りなのか、寂しさなのか、せん妄なのか、その時の精神状態によってアプローチも変わります。

どんな状態でもユマニチュードを基本にした対応を続けていった結果、A様の中で職員は「知らない人」それでも「自分の事を知っている人」へと変わることができ、ようざんが安心して眠れる場所へと変わる事ができたのです。

【経過と考察】

宿泊利用を開始してからしばらくは自宅以外の場所で落ち着く事ができず、不安が怒りに代わって出ている様子でした。そこで、職員は時間をかけて訴えを聞き出してみると徐々に不安感が和らぎ、安心されるようになっていきました。会話の中で落ち着いて頂くには旦那様やご家族のお話を伺うことで笑顔を見せて頂ける事に気付いていったのです。

そこには度重ねた訪問があったからこそその短期間では知り得なかった情報が大変役に立ちました。会話の内容もより親しく親密なものになっていきますからA様はスタッフに見守られているという安心感から夜間も長時間睡眠をとれるようになり、日中を穏やかに過ごせる日も多くなっていきました。

【結論とまとめ】

今回自宅からの連れ出しから困難だったA様に携わらせて頂き沢山の事を学ばせて頂きました。利用当初のA様とは会話が成立しづらく、感情の起伏も激しいため関わりが難しい利用者様でした。意思の疎通が困難なためA様の要求を上手く読み取れない事が多くあり、破壊行為や徘徊等の行動の中から訴えを読み取る事ができませんでした。短い関わりの中であれば「意思の疎通が困難」と諦められてしまいそうなA様ですが、訪問を含め長い時間をかけ傾聴を重ねていけば、A様の見えない気持ちや感情を読み取る事が可能です。そういった貴重な情報をスタッフが共有し、共通認識として行った対応はA様との信頼関係をより強固なものとして、ご家族に近い絆が生まれたのではないのでしょうか。

知らない場所で知らない人と宿泊する事は誰でも不安な事です。A様の情報を職員全員で共有し、「みんなが自分を知っている。理解している。」と感じて頂け、安心感へと変わっていったのだと考えます。

「知らない人」から「知っている人」さらには「信頼できる人」へ変わっていくのは簡単なことではありませんでした。訪問を重ね、話題や情報を共有していく事がこんなにも大切な事なのだ改めて感じました。今回の事例を通してユマニチュードの重要性について改めて考える事ができ、認知症介護スタッフとして、連携やチームケアの重要性を学べたことで利用者様のための支援により努めていきたいと考えるようになりました。

生活や暮らしを通しての流れの中で困っていることは何か、自宅での暮らしと変わらない状況を作り出すために必要なことは何かを見極め、そのご家族を柔軟に支援していく事が大切なのだと思います。絆の先、そこには安心して生活するために最も必要な「信頼」がありました。

今日ペンキ塗りはしないの？ ～A様のQOL向上への軌跡～

ケアサポートセンターようざん並榎
池田 愛・登坂光紗葵

【はじめに】

「旦那の面倒は自分で見たい」A様が、脳出血で要介護状態になり、退院するときの奥様の強い要望でした。周りからは身体を壊すから辞めた方が良くと反対されたそうですが反対を押し切り、ようざん並榎の小規模多機能型居宅介護のデイサービスを週3回利用し、夫婦二人での介護生活を始めました。A様は、脳出血の後遺症により、動きが緩慢で、立位や歩行が不安定のため車いすを使用することに、また痙攣も多少ある状態、尚且つ、仕事は大工をさせていただき、体格が良く、体重も重い、奥様が介護するには思っている以上に大変なものでした。日に日に奥様のストレスは増して行き、身体介護により股関節骨折をしてしまい介護が出来ない状態に。それから宿泊中心の生活が始まりました。そんな生活を送る中、むせ込みが、食事後や水分補給後に起こり、吸引しても改善されず、救急搬送、誤嚥性肺炎と診断され、入院することに。2か月間の入院後、ご自宅に戻る事が出来ましたが、食事や、歯磨き、一部介助による排泄行為、個浴での入浴など今まで出来ていた事が出来なくなっていました。意欲低下も見受けられ、起きていても覇気が無く、声掛けにも返答が全くありませんでした。それでも、奥様は、旦那様と一緒に過ごす時間を大事にしたい思いをお持ちです。退院後は週に一回、しかも日中だけ自宅で過ごすプランを立てました。

奥様の介護負担を少しでも軽減し、在宅での夫婦生活を継続していく為に、また、A様ご自身の生活の質を上げていくにはどうしたら良いか取り組みました。

【対象者紹介】

A様 男性 歳85

要介護4

障害高齢者の日常自立度 :B1

認知症高齢者の日常自立度: II b

既往歴 膵臓炎、腰椎圧迫骨折、脳出血、正常圧水頭症

主介護者である妻と二人暮らし

【生活歴】

A市で6人兄弟の5番目として育つ。結婚前は、川崎で大工の修行をしていた。今のご自宅は自分で建て、知り合いの紹介により奥様と結婚、一男一女をもうけ、夫婦で協力しあいながら、82歳で脳出血により入院するまで大工の仕事を続けていた。

【性格】

昔から口数は少なく、温厚な性格。人の悪口を言わず、喧嘩もしない。交友関係がとても広がった。仕事一筋で真面目な方。兄弟想いで、どんな時でも飛んで行き面倒をみる様な優しい性格。

【現在のサービス内容】

水曜日と土曜日、9時から16時の日中帯のみ一時帰宅

帰宅時配食サービス利用、主食副食ともにミキサー食、水分とろみ強

オムツ形態、テープ式オムツ

日	月	火	水	木	金	土
泊り	泊り	泊り	9時帰宅 16時来苑 泊り	泊り	泊り	9時帰宅 16時来苑 泊り
			→ ←			→ ←

【課題】

- ・食事形態の見直し
- ・一部介助によるトイレでの排泄を目指す
- ・A様の生活の質の向上を目指すには

【取り組み①】

- ・キザミ食であったA様の食事形態に着目
食事形態をキザミ食で提供していましたが、飲み込みが悪く、せき込みが多かった為、看護師と相談し、食事形態をキザミ食からミキサー食変更。全食トロミを付けて提供し観察を開始しました。

【取り組み②】

- ・トイレにて排泄を行う
退院後、ベッド上で排泄介助を行っていたが、ある日突然A様が「トイレに行きたい」との訴えがあるのを耳にしました。その日から度々「トイレに行きたい」と言う事が多くなり、職員間で話し合いを持ちました。A様が、トイレでの排泄を気持ちよく行えるようにトイレ誘導は二人体制で支援をしようと取り組みました。日中帯、A様からトイレに行きたいと発言があった時は、すぐにトイレ誘導を行いました。また、A様からの発言がない時も職員が声かけを行い、その都度トイレ誘導を行いました。その為オムツ形態も日中帯は紙オムツからリハビリパンツに変更しました。

【取り組み③】

- ・生活の向上を目指すには
A様は、82歳で脳出血により入院されるまで、大工の仕事をしておりました。A様の奥様との話の中でA様は工具を見るのが好きで、よくホームセンターに行っていたそうです。また、壁紙の張替えやペンキ塗りなど手先が器用で色々な事がご自分で出来たとおっしゃっておりました。この話を聞いたうえで、A様が、大工だった頃を思い出して下さり意欲の向上、そして生活の質の向上に繋がる取り組みを考え、2つ実施してみました。
1. 好きだった工具を見にホームセンターに行く。
2. 仕事で使用していた工具を使い、ユニット内の机を補修(ペンキ塗り)して頂く。

【結果】

- ①食事形態の見直し
食事形態を見直した事により、始めて1ヵ月程度で全量摂取可能となりました。日を追うごとに飲み込みも良くなって、むせ込みも少なくなってきました。そして少しずつA様の食に対する意欲が上昇し、自らスプーンを使用し口に運ぶ様になり、全介助から一部介助までにADLが向上しました。
- ②トイレにて排泄を行う
回数を重ねていくごとに、トイレでの排泄が出来るようになっていきました。最初は職員二人体制で介助を行っていましたが、同時に立位のリハビリを行うようになると、取り組みを始めてから2～3週間で手すりに自分でつかまって立ち、便座に座れるようになりました。A様の意欲向上と職員の取り組みの成果が上手く合致した結果でした。これにはA様も満足されていました。

③生活の質の向上を目指す

普段の顔つきと工具を見ている時の顔つきが少し違うように感じ、真剣にご覧になっていました。そして自ら工具を持つと、使い方を教えて下さり笑顔が見られました。机の補修作業当日、奥様も一緒にしたいとの事で来て下さいました。奥様の顔を見た A 様は照れくさそうにしながらも嬉しそうでした。作業に入り刷毛を持って頂くと手の動きはゆっくりでしたが、塗装の剥げている所を丁寧に塗れていました。

【考察・まとめ】

取り組みを行っていくうちに、今まで出来なかった事が出来るようになり、退院直後と比べるとADLや意欲が飛躍的に向上しているのが分かります。またそれによって奥様から「自宅に帰ってきている時も、負担が減って精神的に落ち着いた」と笑顔で前向きな発言が出るようになり、奥様の介護負担が少しでも軽減できていると実感できました。

そして私たちが A 様と携わって、感じた事は A 様の表情の豊かさです。その事に気が付いたのは、一生懸命、机の補修作業をされている姿を目の当たりにした時です。いつも笑顔でいる A 様が、厳しい表情や真剣な表情、今までに見た事のない表情で取り組まれている姿から『俺はまだここまで出来る！こんなことが出来る！人の役にもまだまだ立てる！』

そんな気迫めいた気持ちを感じる事が出来ました。作業をした次の日 A 様から「今日はペンキ塗りをしないんですか？」と言われ、A 様の生活の質(QOL)が向上したからこそその発言だと思いました。

これからも、A 様と奥様がいつまでも夫婦二人三脚で過ごしていけるよう、想いに寄り添った支援をしていきたいです。

寄り添って、一步一步 ～健康維持の為の支援～

ケアサポートセンターようざん石原
長野遥香

【初めに】

私達の日常生活において健康な身体を望まない人などいるだろうか。このことは、私達が日々携わらせて頂いている利用者様についても同様のことが言えると思う。では健康とはどういうことなのだろうか。WHO(世界保健機関)の憲章を引用するなら『Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity(健康とは、病気ではないとか、弱っていないということだけでなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、全てが満たされた状態にあることをいいます)』となっている。つまり健康であるということはADL(日常生活動作)及びQOL(生活の質)の高い状態がたもたれていることと言っても過言ではないだろう。

今回、そのような健康維持と傷病リスク軽減を目標とし、体重減量と下肢筋力の維持を支援した事例を紹介する。

【利用者紹介】

- A様
- 女性
- 78歳
- 要介護1

【既往歴と経過】

- 統合失調症(H15年頃)
- 糖尿病(H15年12月)
- 脂質異常症、高血圧症(H18年2月)

糖尿病、脂質異常症、高血圧症で通院治療中。平成15年頃、近隣住民とのトラブルあり精神科受診、統合失調症と診断される。平成17年1月頃より転倒したり、入浴、受診に拒否がみられ臥床して過ごすことが目立つようになる。同年4月10日、臨時往診実施の際、高血圧症状、下肢浮腫、高血圧性心不全、高血糖値の状態で即日数日間入院となる。また、同年7月31日から8月15日の間、糖尿病、心不全憎悪となり入院している。現在は通院内服継続できているが血糖コントロール不良。

【利用背景】

B市C町にて農家の七人兄弟の三番目として生まれる。若いころは布団店で店員をしていた。24歳で結婚、団地に専業主婦として暮らしはじめる。建築事務所を営む夫との間に一男一女をもうけ、昭和50年頃現住所に移るが近所とうまくいかず、このころから炊事をはじめとする家事全般ができなくなり始める。そのような背景もあり夫へは強い依存心を持っているが、夫の負担軽減の為、多機能サービスと柔軟対応が可能な小規模多機能型居宅介護を望まれ、平成28年5月よりケアサポートセンターようざん石原の利用開始となる。

【問題点】

- ①椅子に座る際足首を捻って右足関節両骨骨折と診断され、ギブスでの自然治癒を夫が望まれた為、骨折が治るまでの間宿泊利用で対応することとなったが今のままでは足が治ってもまた同じような事が起こるのではないかと？運動量の減少による機能低下によりリスクが増してしまうのではないかと？
- ②骨折完治後の自宅生活により、整えかけた体調管理がまた崩れてしまうのではないかと？
- ③体調管理、機能継続管理を目的とした歩行訓練支援を行う際に強い拒否がみられるのでその対応をどうすべきかと？

これらの問題を解決する為、まずは A 様の宿泊利用期間中に可能な限りの下肢筋力の維持及び体重の減量をして頂けるよう支援していくことから開始した。

【取り組み】

①宿泊中の体調管理は

- ・食事提供量およびおやつ時の飲み物の見直しとゆっくり食べて頂く為の声掛け。
- ・ギブスと車椅子での生活において座って行う運動への参加、立位の際は片足立ちを補助する等の下肢機能の維持。
- ・ギブスが外れてからは足首の伸展屈折をはじめとする簡単なリハビリを追加。
- ・歩行許可後は足首を捻らないように注意しながらの歩行訓練と運動量の増加。

②自宅へ戻ってからは

- ・来所時には今までと同様の支援を継続して行う。
- ・自宅で過される日には午前午後二回の排泄介助訪問時に自宅廊下にて手引き歩行訓練も行う。

③拒否の対応としては

- ・「健康の為に大切ですよ」などといった説得は効果が無く、立ち上がることすら億劫がるため、トイレ誘導の際など何かのついでに長めに廊下を歩いて頂く。
- ・「今日は半分までにしましょうか」「その場で足踏みだけでもかまいません」など、A 様の億劫だという気持ちを受容し、それに対する譲歩の姿勢をみせる。
- ・拒否が強い時は無理強いせず、気分が変わったところに再度声掛けをする。
- ・A 様の好む活動や話題でコミュニケーションを図り、気持ちが前向きになる支援を心掛ける。

【結果】

宿泊中からの体調管理については、利用開始当初69kgだった体重が、足が完治するころには65kgまで減少し、外見からもそれがわかるほどになった。歩行介助時の足取りもしっかりとしたものになり、以前よりも長い距離を歩けるようになった。

自宅に戻られても、できるだけ支援継続させて頂き、現在体重は61kgと更に減少している。利用開始当初より不安定な歩行で両手引き歩行介助が当たり前であったが、現在、調子が良い時は片手を支えるだけでも安全な歩行ができるようになった。

また、支援に対して少なからず拒否があるなかで、体調への良い効果を得られたということは、A 様の「身体を動かしたくない」という思いにもチームとして上手なアプローチが出来た結果であると思う。

この結果を踏まえ、ADL(日常生活動作)向上を目的とした A 様の健康管理と支援についてはこれからも継続しながら、それが A 様の QOL(生活の質)向上の一助となるべく工夫を重ねていきたい。

【おわりに】

私達は利用者様の健康管理をはじめ携わり全ての中で、目に見える部分はもちろんのこと、目に見えないものにも気づくことができるかどうかが重要となる。日々の支援提供の中で“気づき”を見逃さないよう観察力優れたケアを行うことが ADL(日常生活動作)及び QOL(生活の質)の向上へとつなげることができるのだと思う。

A様は統合失調症の陰性症状が目立つ利用者様である。そのような方には、その方の心情にも敏感に気づき、認知症介護の基本とでも言うべき受容の姿勢、気分の転換への支援を適宜図ることによって行うべき支援を比較的スムーズに行うことが出来る。重度の認知症の方にはまた別のアプローチもあるだろうが、利用者様の身体と心の健康維持支援にとって大切なはその行為や支援の重要性を説く事ではなく、支援目的が達成されるために利用者様の気持ちと行動にいかに関与することができるか、そのことこそが課題実現への確実性を導くものだと考える。

できないよ

ケアサポートセンター ようざん中居
阿部光洋・星野望美

【はじめに】

「自分にはできない。」それが口癖だった。実際にはほとんどの動作は見守りで出来てしまう程なのに頑なに自らやることを拒み、自らの能力を否定していた。この事例は、自分を信じられなくなってしまったご利用者様とようざん中居の職員が、信頼関係を作り、失ってしまった自信と能力を取り戻そうとする取り組みである。

【事例紹介】

名前:A様 女性

年齢:83歳

要介護度:4

既往歴:脳梗塞、高血圧症、子宮筋腫、胆石、骨粗しょう症、腰椎圧迫骨折、腎不全による人工透析

ADL:食事..自立(刻み、粥)

排泄..介助だが尿意便意あり。日中はリハパン、帰宅時はオムツ使用。

歩行..車椅子使用。立ち上がり掴まり立ち可能。

家族構成:長男夫婦と2世帯住宅で同居

趣味:若い頃は登山に出かける事が多く、旅行や外出が大好きだった。

本人の思い:「私は不安だらけ、もう一生歩けないから、リハビリもあまりやりたくない」

本人の口癖:「できないよ」

【生活歴】

玉村の農家に生まれる。お見合い結婚で高崎に嫁ぎ専業主婦となる。若い頃は沖縄や佐渡など様々な所へ出掛けた。平成27年12月転倒による腰椎圧迫骨折で入院。腎機能悪化によりシヤント造設し透析導入、維持透析の為入院となる。シヤントのトラブルなどなく経過良好でリハビリ開始するが、入院中に夫が急死し、透析による疲労感や腰痛などのストレスも重なり、意欲低下や髪の毛をむしってしまうなどの行動が見られた。リハビリ拒否あるも車椅子への移乗やベッド上での寝返り腰上げなどではできるようになり退院の許可が出て、平成28年4月よりケアサポートセンターようざん中居の利用が開始となる。

【取り組み・経過】

利用開始当初から車椅子上のみで過ごし、入浴には拒否があり、トイレ、ベッドへの移乗以外は動きたがらず、無気力な生活を送っていた。日中は食事の時以外は机の上で伏せている事が多く、ベッドでの臥床を希望したりレクリエーションや体操などの参加にも拒否が見られた。

車椅子からベッドへの移乗やトイレ時の車椅子からの立ち上がりは、多少膝の曲りがあるが、介助を行わなくてもしっかり立ち上がる事ができていて、伝い歩きで問題なく移動ができていたことから、その能力の維持、向上を目的として、リハビリ計画書を作成、本人と相談しリハビリを開始した。

始めの数ヶ月は毎日リハビリの声掛けをするも頑なに拒否され、尚も声を掛け続けると机に伏せてしまい聞く耳を持ってもらうこともできずにいた。だが、体重増加や筋力低下してきたことから、ご本人から足先の痛みと冷えの訴えがあり、通院している透析科より筋力低下予防や血流の低下予防の為リハビリを行なうようにと話が入る。それらのことや、今の体力や筋力をこれ以上落とさないようにする為、ご家族からも以前より動けなくなってしまうことへの不安、リハビリを希望されていることなどをご本人に伝え、それらを踏まえたうえでさらにリハビリの声掛けを続けた。

最初は、「できないよ」「無理だよ」と言いながらも徐々に話を聞いてくれるようになり、これまでト

イレの中まで車椅子で入っていたが、トイレの外に車椅子を停めて手引き歩行でトイレの往復を歩く介助を行なった。立ち上がり歩き始めに少し足の震えがあったが歩く筋力は充分あり職員は少し手を引くだけでご自身の力で歩く事ができた。その後はトイレの往復を手引き歩行にすることから始め、拒否がなくなり慣れてきた頃より他のリハビリの声掛けを行なった。

【結果】

手すりに掴まり立位保持や平行棒を使用しての歩行訓練、足の上げ下げ運動など一度行くとその後は「できる！」ということが自信に繋がり、今では全く拒否なくリハビリに応じ、透析で疲れている日以外は毎回リハビリに励まれている。気分が向いた時は自ら職員に「今日はやらないのかい？」とリハビリを希望する姿も見られるようになった。また、以前はベッドに臥床し休まれていたが、今では一日起きてフロアで過ごされ他の方々と毎日のレクリエーションにも参加されている。さらにこれまでは、送迎時以外の乗車を拒まれ一度もドライブに出かけられずにいたが、リハビリを行なうようになったので声を掛けてみたところ、助手席に乗り藤岡まで藤棚を見にドライブに出掛ける事ができ、そして昔大好きだったお寿司を食べに行く事もできた。

【考察】

ご本人の身体機能から、リハビリを行なえばもっと動けるようになる・歩けるようになると思われ、職員一同思い、声を掛け続けていたが、ご本人の性格とできないと思込んでしまっているところや慎重さ、また転倒で入院したことがある恐怖心もあってか、中々リハビリに応じてもらうことができずにいた。だが、利用開始当初入浴拒否が強く入れない日が何日も続いたが一度入るとその後全く拒否がなくなり、今では「お風呂はまだ？」と順番を待っている事や、これまでの関わりの中から、初めの一步を踏み出す事ができればリハビリも抵抗なく行えるようになるのではと思われ、声を掛け続け、実際に今ではご本人の日常として続ける事ができている。「何もしたくない」「私には何もできない」というご本人の思いと、「A様はやれば絶対できる」という周囲の人間の思いが中々一致せず最初の声掛けから実際にリハビリを行なうまでに数ヶ月を要したが、自分の足で歩ける事を実感できた今A様は少しでも自信を取り戻すことができたのではないかと考えている。

【終わりに】

転倒により、何をするにも自信を無くしていたA様と今回リハビリをすることで、最初は不安で、拒否が多くあったが、カンファレンスを定期的開催し、リハビリ計画を立て実施することで、「私にもできる！」と自信に繋がり、日々のリハビリを継続し実施する事ができたと思う。私達はこれからも、今行なえる事を考え全力で取り組んでいきたいと思っております。

以上

いつまでもつながりを・・・

～地域の中に小規模多機能がある～

ケアサポートセンターようざん栗崎
石田 享

【はじめに】

A様は、ようざん栗崎の2軒先に自宅があり、「地域住民の方」として以前より付き合いのある方です。しかし心臓の病気などで入退院を繰り返すことにより、平成28年8月より認知機能と下肢筋力の低下などにより、今までの生活が難しくなってきました。

家族は、施設入所も検討されましたが、A様は自宅で過ごしたいと言う気持が強く、又、一緒に住む夫も「若い時からさんざん苦労かけたので出来る限り面倒を見て一緒に過ごしたい」と言う強い意向を踏まえ、小規模多機能で夫婦の希望を叶えるべく支援することとなりました。

A様は日中突然に「お父さんが具合悪いので心配だ」、「親戚が家に来るから帰らないと」などと興奮し、涙ながら帰宅願望を訴えられます。その本人の願いと高齢であるご主人の介護負担のバランスを考慮し、A様によろざん栗崎と自宅を行ったり来たりしていただきながら、少しずつ自宅での時間も増やすことにいたしました。すると徐々にですが、次第に周辺症状の少ない生活が送れるようになって来たのです。そして今まで通り、老夫婦二人の仲睦まじい生活を継続させる事が出来、同時に今までの「地域住民」として馴染みの生活が続けられる環境へととなりました。

【利用者紹介】

氏名:A様

年齢:76歳 女性

要介護度:3

認知症高齢者自立度:Ⅲa

日常生活自立度:B1

【既往歴】

認知症(見当識障害、感情失禁)、夜間せん妄

脳梗塞、重症貧血、心房細動、

僧帽弁狭窄症(ペースメーカー挿入)、

直腸潰瘍、気管支拡張症

【生活歴】

高崎市 A 町に5人兄妹の3番目で長女として生まれる。若い時は活発で走るのが速くハードルで県代表になったり、卓球でも選手に選ばれた事があります。市立女子高を卒業した後、プレス工場に就職し、経理を担当されました。そこで今のご主人と出会い、24歳の

の時に結婚されました。やがて二人で独立してプレス工場を立ち上げ、夫婦ともども苦労を重ね会社を築き上げました。A様は真面目で働き者の性分で、子供に会社を任せて引退した後も、几帳面に家事をしっかり行い、家を守って来ました。また、花を育てるのも好きで、庭をいつもきれいにしており、今でも自宅に居る時は庭の草むしりをしています。ようざん栗崎で過ごしている間も「そろそろ草が伸びたと思うから見てくるね」などと心配される姿が良く見られております。

【取り組み】

私達はA様が望む生活を営んでいただく為に、「自宅で過ごしたい」、「不安を取り除く」、「夫が安心して介護が出来る」に着目し、ケアと支援サービスを実施しました。

自宅で過ごしたい

働き者のA様は「家の事をやらなければ」「庭の草むしりもしなければ」「夫の事も心配だ」と言う主婦としての気持ちが一層強い方です。A様らしい生活を支援するために、日中A様が自宅で過ごせる時間を作り本人の希望に寄り添いました。自宅でA様が出来る家事の食器洗い、草むしりなどを行ってもらったり、夫とゆっくりお茶を飲みながら話したり、昼寝をするなど以前と変わらない日常生活を過ごしていただけるようにしました。しかし、ようざんで過ごされている時に、「どうしても今すぐ帰りたい」と時折、強く訴える事があります。その際には「家がすぐそこ」という立地を活かし、ご主人様と相談の上、可能な場合には一時帰宅して、いつでも帰れると言う安心感を持っていただいています。

不安を取り除く

利用後、入退院を繰り返す事で「病院」「自宅」「ようざん」と代わる代わる環境が変化した為、リロケーションダメージに対して配慮いたしました。泊り時は宿泊室をいつも同じ部屋に固定し、馴染みの衣類などは壁に掛け、自宅以外の「もう一つの自分の部屋」として過ごしていただきました。次に、「帰宅願望」や「心配からくる涙の訴え」の対応として、疑問に思われるようなその場しのぎの相づち等はせず、事実を分かりやすく順序立てて説明し、納得していただくようにいたしました。その際は利用カレンダーや送迎表などを実際に見て頂きご自身の目で確認する事で「〇〇になれば帰れる」という安心感を持っていただきました。また、読み書きが出来る残存能力を活かし、帰宅時間や不安な事柄に対しては職員とメモでやり取りも行うようにいたしました。また、夜間、家と夫の事が心配になり、寂しく眠れずに部屋で泣いている事があります。そんな時は職員が優しく声かけてホールにお連れし、温かいお茶を飲んでいただきながら本人の気持ちを傾聴いたします。そして次第に心配な気持ちをほぐし、穏やかな状態に落ち着き休んでいただいております。

夫が安心して介護が出来る

A様は入退院後、下肢筋力低下に伴う歩行不安定と認知症悪化による精神的不安定がどんどん強まって行きました。高齢である夫にとって自宅で面倒を見る事が次第に大きな負担となって行ったのです。特に夜間はA様の対応に困り果ていたそうです。そこで、ようざん栗崎で泊まる日数を増やして行き、夫の夜間の負担の軽減を図る事にいたしました。すると、ご主人の気持ちにも変化が現れるようになり、日中A様をご自宅にお送りした時に優しい笑顔で迎えていただける姿が増えてきました。そして、夫に対して煩わしい服薬管理に関しても、お薬を一旦お預かりして看護師が配薬する事にいたしました。日中ご自宅で過ごしている時は職員が薬を持って訪問し、服用の見守りをしています。受診に関しても時折、ようざん看護師が同行し主治医に日常生活の様子を報告し、薬の見直しをしています。また、A様宅の隣にようざん栗崎S職員が住んでいます。A様家族とは昔からの信頼関係があり「S職員がいて私達夫婦の事を見てくれる」、「ようざんの中でも地域の中でも私達を見守ってくれている」と言う安心感に一層つながっています。

【結果】

日中、自宅で生活する時間を増やす事で、主婦として家事や草むしりを好きなように励んでおられます。家では夫婦二人、穏やかな笑顔でまったりと過ごしている姿をよく見られるようになりました。そして、ようざん栗崎での夜間時に不穏で突然号泣される事や、職員に手当たり次第に泣きながら訴える帰宅願望、宿泊室での放尿、感情失禁などの周辺症状の緩和や減少につなげる事も出来ました。今まで困った顔や陰しい表情ばかりだったA様から、少しずつA様らしい穏やかな笑顔を取り戻して行く事が出来たのです。

【考察】

小規模多機能の特徴でもある「本人の希望の実現」「持っている力の活用」、「生活の継続性」に対して「通い」「宿泊」「訪問」を柔軟に活用した事が、A様の周辺症状緩和へ効果的に作用したのだと思います。そして何よりも、A様の一番の希望である「自宅で過ごしたい」を段階的に増やした

のが何よりの喜びだったのだと思います。又、地域の中で自宅を中心としてようざん栗崎と自宅を行ったり来たりしながら、その人らしい生活や暮らしを継続させられた事が夫婦二人の笑顔に繋がったのだと思います。

【まとめ】

地域の中の「ひとつ」として小規模多機能があり、絶妙なバランスで在宅支援を行い、ご主人の介護負担を見据えた上で自宅と行き来をしていただきました。近隣住民との繋がりを大切にしながら、その人の環境や状況に応じて柔軟に対応し、小規模多機能の特性をフルに発揮出来た結果として、A様の「自宅で過ごしたい」の気持ちと、ご主人様の「出来れば夫婦の時間を作りたい」の思いを同時に叶える事が出来ました。そして私達は今日も夫婦の温かい絆をそっと見守って行けるのです。

『毎日笑顔で過ごしているが．．．本当は帰りたい．．．』

ケアサポートようざん倉賀野
高橋 美幸

[はじめに]

A様は平成29年2月22日朝方に体動困難となり、救急搬送され、尿道カテーテル閉塞による敗血症および腎盂腎炎疑いで入院となった。入院する前はとても穏やかだったA様だが、入院を境に怒りやすくなり、ご家族、特に奥様に対して攻撃的な態度がみられるようになった。退院後はようざん倉賀野を利用し、利用当初は暴言、帰宅願望、介護拒否等の行動が見られていた。その後、徐々に不穏行動が無くなり、笑顔が見られ、施設の中で自分の役割を見出し、有意義な時間を他者と一緒に過ごせるようになった事例を紹介する。

[利用者様紹介]

A様:81歳 要介護4

生活歴:倉渕村出身。高崎工業高校卒業後、高崎市役所勤務。都市計画事業に長く携わっていた。60歳で定年後も総務部長や上下水道管理者を務める。

既往歴:急性腎盂腎炎、前立腺肥大症、脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症

膀胱留置カテーテル挿入しており、車椅子の自操可能。

平成29年2月に腎盂炎で入院。認知症状が出現し認知症と診断される。

入院前は奥様と息子夫婦と同居されていた。

[経緯]

A様は搬送先の病院内で不穏による危険行動や転倒が頻回にみられ、記憶障害や暴言・暴力行為などもみられるようになった。主治医より、認知症と診断され、退院後は状態が安定するまで、自宅での介護は困難と判断のもと、ようざん倉賀野へ3月8日より利用開始となった。

[利用当初時の様子]

病院を退院し、奥様、長男様、次男様と来苑。家族が帰宅後、すぐに帰宅願望がみられ、表情も陰しくなり、職員に「なぜここに居なさいいけないんだ!」「いつ帰れるんだ!」「タクシーを呼んでくれ!」などの訴えがみえはじめる。その後も暴言や帰宅願望による不穏行動が続き、食事も手を付けず、入浴も拒否され、職員との会話や他の利用者様とも交流する事なく過ごす日々が続いた。

[介護上の課題]

☆帰宅願望が強く、職員が声掛けをしても、食事やおやつも召し上がらない。

☆入浴という言葉を聞くだけで拒否がみられ、入浴しない日が続いている。

☆電話をみるたびに、思い出したように自分の手帳をみて電話を掛けようとする。

☆レクリエーションや慰問も参加せず、職員との会話や他の利用者様との交流が図れない。

☆帰宅願望を職員や所長に訴えようと、一日に何度も事務所を訪問し、落ち着かない。

☆A様の暴言や不穏行動につられ、他の認知症利用者も不穏行動がみられていた。

[取り組み]

翌週のユニット会議で、上記の課題について、職員で話し合い、解決できる糸口がないかを話し合った。その結果、A様が少しでも落ち着いて過ごして頂く取り組みとして、

①ご家族にA様がどのような人物あったかを詳しくお聞きし、会話の糸口となるような情報を改めて収集してみる。

②ご本人が希望していること、本当は何をどうしたいのかを本人に聞いてみる。

③職員ごとに「なぜここにいないといけないのか?」に対する回答もバラバラであった為、共通した回答や姿勢で接した方が良いのではないかと。

という意見が出た。早急に家族や本人に聞き取り調査を行ない、取り組む事とした。

☆調査内容☆

<A 様ご家族より聞き取り>

性格は頑固でマジメな性格。話が論理的である。理屈っぽく、怒り易いが、本当は面倒みが良く、話し好きだという事が分かる。

よく後輩や職場の人たちの相談事についても真剣に話を聞く人であった。

家事はほとんどすることはなかったが、白菜の漬物を漬けていたことがあり、何かをやり始めると、真剣に取り組む性格である。

趣味はゴルフ、野球、マージャンが好きだった。

<A 様ご本人の気持ち>

「とにかく家に帰りたい。おそらく何らかの政府の陰謀で帰れないのかもしれないが、帰らないと行政の仕事も出来ない。帰らせてください。」

☆対応として☆

1. 上記の情報から本人との共通の話題でコミュニケーションを図る時間を増やし、まずは信頼関係を築く事から始める。
2. 面倒見が良い方であった、後輩の相談にもよく乗っていた等の家族の話から、何らかの形で職員や施設の事について、相談に乗って貰う役割を担って貰ってはどうか。
3. 介護拒否があった場合の姿勢や回答について、本人の『帰りたい』という気持ちに寄り添い“とにかく家に帰る為”をキーワードとし、歩行や日常生活動作が出来るようになって、家に帰る為の準備をしていきましょう、という共通した回答をする。

[毎日の対応とその後の様子と変化]

<一か月目>

食事や入浴をお誘いするも言葉を出さず拒否みられる。食事は「帰るからいらないよ」、入浴は「そんな時間はない」排泄は「自分で出来ますから」などと介護拒否がみられとにかく自宅へ帰りたいA様。帰宅願望については、毎日事務所へ訪室し所長や職員に「なぜここに居るのか?」「いつ帰れるのか?」「タクシーよんでくれ」等の訴えが引き続きみられる。取り組みとして、まずは「家に帰りたいですよえ」とA様に寄り添うように話を傾聴する事から始め、「今度A様の家を拝見させてください」「一緒にリハビリを頑張って自宅に戻れるようになると良いですね」という会話のやり取りから始める。このような会話のやり取りが何日間か続き、少しずつ職員との会話が成立するようになる。

その頃には食事の拒否はなくなり、自ら召し上がって頂ける様になるが、まだ他の利用者様と交流する事はなく過ごされる。

<二ヶ月目>

職員が送迎から帰ると「俺の車はどうした?」「いつ帰れるんだ??」と訴えられる場面はまだ見られている。しかし、お話を傾聴する事で、今までより帰宅願望の訴える時間は短くなり、その後、何事もなかったように馴染みとなった利用者様との会話をする場面がみられる。レクリエーションへの参加や準備なども少し手伝ってくれる素振りが見える。

自宅では家事を一切することもなかったというA様だが、ある日、テーブルに置いてあった施設の洗濯物を自らそのテーブルへ行き畳んで下さった。「俺さこんなこと自宅でしたことないんだよ」と言いながら畳んで下さる。これを境に、こちらも少しずつA様にお手伝いをお願いするようになり、段々と自ら積極的に他の利用者様と一緒に手伝いをして下さるようになる。

<三ヶ月目>

入所後よりあった帰宅願望が徐々に薄れ、他の利用者様との交流がみられるようになる。レクリエーションや慰問にお誘いすると参加するようになり、今までなかった笑顔がみられる。一緒にテーブルに座られている利用者様の面倒や心配をされるようになり、励ましの声をかけられることもみられるようになった。

毎朝のあいさつリーダーも快く引き受けて下さり、その日のスケジュールや新人職員の紹介などまでして下さる。リハビリを提案すると「この間医者にもいわれてさ」と嬉しそうに言われ、その日から平行棒での歩行練習と立ち上がり足踏みなどのリハビリに積極的な姿勢を見せるようになった。この月にユニット会議や運営推進会議にも特別参加され、利用者からの意見や提案を言っ
て貰うよう依頼する。これがきっかけとなったのか毎日「今度の会議はいつ??」「何時に集まって何時に解散??」と会議というものを気にされるようになるが、以前よりは比較にならないほど、落ち着いて過ごされる日が多くなった。

<四ヶ月目>

利用者様と職員の名前を覚え始め、相変わらず会議を気にするA様。
毎朝、朝の挨拶、そして体操やレクリエーションへ参加も積極的になり、笑顔が多くみられるようになる。また馴染みの利用者様を巻き込み、会議の話しを始める。夜になり馴染みの利用者様が就寝すると、その方のお部屋まで行きドアを開け「今日は会議が無いらしいよ、今日はゆっくり休みましよう」といわれる。
職員の名前を覚えたのがきっかけとなり毎日嬉しそうにその日あった事をはなしてくれる。職員の名前を聞くと「名前は分からないけど苗字ならわかる」と笑いながら言われる。
楽しそうに笑顔で過ごされるようになったA様に趣味でしていたマーじゃんへ誘ってみたところ、最初は「今忙しいから」と断られたが、牌が置いてあるテーブルへ誘導するととても懐かしがり、「さっき断ったんだけど」といいながらも牌を並べられ、職員にも教えながらマーじゃんをされる。記憶がよみがえったのか「ああ～これは・・・!!」「この役じゃ」などと言いながら役をそろえて一番に上がり、点数まで説明をされていた。
今やようざん倉賀野のリーダー的な存在となったA様。

[考察]

利用当初は暴言や帰宅願望が強く、不穏な行動が続いていたA様。A様にとってみれば、自分の意見や主張が通らず、家に帰れず、知らない人達ばかりの施設の中で過ごさなければならない事への不安や苛立ちは普通の感情であったと思う。職員側の業務や施設の一日の流れにA様の行動を当てはめて、過ごして頂かなければと考えていたが、まずはA様の気持ちを理解し、寄り添う事で、職員側がA様を理解しようとする気持ちになった。
その気持ちの変化がA様との会話の時間を増やし、A様との信頼関係を築く、重要な糸口となったように思う。

[まとめ]

今回の事例を通して、帰宅願望が強く、意志がはっきりとしている利用者様にどのように向き合えばよいのか、正直最初は大変戸惑いました。しかし、利用者様がどのような人物であったかを知り、そして利用者様の気持ちに寄り添い、お話を傾聴することで、その人が本当はどう感じて、どうしたいのかを理解することができ、信頼関係が少しずつ築けることが分かりました。また職員全員で案を出すことで、職員全員が利用者様に共通の認識を持って接する事の大事さも認識でき、今後の利用者様との関わりに自信を持つことが出来ました。

「俺のしたいことは・・・」 ～通じ合うまでの記録～

ケアサポートセンターようざん小埜
矢田 裕司

【はじめに】

62歳という若さで脳梗塞により右半身麻痺となってしまったA様。健康だった頃のように、『自分のやりたい事に意欲を示してもらいたい』という家族の思いと本人の『少しでも動ける様になりたい』という気持ちに答える為、意欲向上、身体機能の維持、家族との連携に取り組んだ事例をここに紹介いたします。

【利用者様紹介】

氏名:A様

性別:男性

年齢:63歳

要介護度:3

認知症高齢者の日常生活自立度 I

障害高齢者の日常生活自立度 B2

既往歴 脳梗塞(H28年1月) 構音障害 右半身麻痺 障害1級

急性盲腸炎 出血性大腸炎(H18年頃)

【生活歴】

高崎S町の現在の家で生まれ、5人兄弟の4番目。姉3人、第1人の長男として育つ。中学卒業後は、運送会社に就職。24年間、トラックの運転手として関東全域にわたって配送業に携わる。残業も多く仕事は厳しかったが、収入も多かった。土・日休みの日はパチンコやボーリングを楽しんだり、仲間と映画や食事に出かけたり、また酒もタバコも人並以上に嗜み、肝臓を壊された。29歳で結婚し1男1女を設ける。

現在は長男夫婦と同居されているが、妻が糖尿病を患っており、長男の嫁が主介護者となっている。

【ようざん利用開始からの現在に至るまで】

H28年5月 中央脳外科を退院後そのまま利用開始となる。

利用開始時の担当者会議は、ご家族、ケアマネ、PT、ST、福祉業者で開催。

福祉業者から介護用ベッドと4点杖を貸与し、住宅改修により、玄関にステップ台を設置。玄関内外・廊下・トイレに手すりを設置する。

PTより、移動時は、補装具と杖使用で自力歩行。転倒の危険性が大きいと、常に見守りが必要。病院では歩行訓練を実施していたので継続して欲しいとのこと。

STからは、むせ込みが見られ誤嚥の危険性がある。副食は一口大カットで水分にはトロミを使用したほうが良い。食事は左手で何とか自力摂取が可能。また、構音障害があり、片言で聞きとりづらいがコミュニケーションは可能であるとのことなどの報告を受ける。

H28年6月 日中に散歩など体を動かす、室内では歩行訓練を実施する。

H28年9月 身体障害者1級となり、身体障害者手帳と福祉医療受給者証が交付される。

H29年2月 本人の希望により、月に二回宿泊利用をすることとなる。

H29年6月 小規模多機能利用で、週1日3回の訪問配食。週6日の通い利用。1泊2日の泊まり利用を月2回。のサービスを継続中。

【利用開始時の様子】

- ・同年代の利用者様がおらず、認知症もない為か、会話も職員とする程度となってしまう、ぼつんとテレビや新聞を観て過ごされる事が多い。
- ・体操や歌のレクリエーションに興味を示さず、職員が声を掛けても参加されない。
自身の意思が乏しく、行きたい所、やりたいこと、食べたいもの等を聞いても「なんでもいい」と話される。
- ・自立歩行は出来ているが注意力が散漫で転倒の危険があり、また自己の判断で行動してしまう事があり見守り介助が必要である。

☆より良いサービスの提供をする為、ご家族の御協力をえて、アンケートを実施することにしました…。

【アンケートの結果】

- ・自分から率先して動くタイプではなく、人に後押しされてやっと行動する。
- ・歌を唄う事や洋画を好みよく見に行っていた。
- ・自宅にて、年相応に自立できるようになってほしい。
というご家族からの希望。

以上のアンケートを元に、どのようにしたらA様が楽しんでリハビリを継続して行えるか、カンファレンスを行い、取り組み内容を決め実施して行く事にする。

【取り組み内容と結果】

リハビリメニューとカードの作成、A様にやりたい事や食べたい物を聞き、リハビリを毎日行う事を基本と考え、参加した回数に応じてイベントを用意する。

- ①囲碁や将棋、花札やおセロなどが出来るご利用者様と同席し、楽しんで頂く。
 - ・対局の結果を周りの利用者様や職員に話すようになり、自らコミュニケーションをとる事が出来るようになった。
- ②観音山ファミリーパークにピクニックへ行き、公園内を散歩と昼食を提供する。
 - ・久しぶりの野外での食事、いつもと変わった雰囲気の中で楽しんで頂く事ができ「また計画立ててね」と笑顔で話される。
- ③セレクトランチとして本人とメニューを考え実施する。
 - ・A様に話を聞くと『うどんと天ぷら』とすぐに食べたいと答えてくれた為、計画を立てて実施。他の利用者様も喜んで下さりとても良いランチレクになった。
- ④高崎図書館にて、A様の好きなDVDを借りて宿泊時に流しながら晩酌をする。
 - ・夕食後より上映会を行い、つまみにノンアルコールビール。他の利用者様も一緒に楽しんでいた。「今度の宿泊日は何見ようかなー」と嬉しそうに話す。

☆今回A様が一番楽しみにしていたイベントが映画鑑賞です。

- ⑤イオンシネマへ映画を観に行き、・終了後は本人の食べたいランチを食べて頂く。
 - ・三週間前から上映スケジュールを一緒に見て、観たい映画は何か？上映時間は？食事はどこで？などと計画を立てた。初めは観たい映画がなかなか決まらず、毎日のように職員と新聞の上映欄やインターネットで確認していたところ、テレビのCMで流れた『ローガン』を観て「これがいいね。観たい」と話され為、それに合った計画をA様と立てる事にした。
 - ・そして、いざイオンシネマへ。
「映画館はホントに久しぶりだよ」とワクワク感が抑えきれないAさん。2時間弱の上映中は一言も

発することなく集中していた。

・上映後はエントランスにて、大好きなパスタを食べることに。一口大にしなくても上手に飲み込み完食。「この話の前の作品が気になるね。今度借りに行こう」「今から次の計画立てないとね」などと笑顔で話されていた。

【考察】

目的を達成するには、まずはA様の意欲を引き出し『少しでも動けるようになりたい』という本人の気持ちに沿いながら、今何に対して興味を示しているのか？それを見つける事で、意欲を引き出し、よりよいケアへ繋げる為に、家族の方を対象にアンケートを取りました。アンケートを実施し、職員間で情報を共有する事により、リハビリへの意欲向上と積極的な姿勢が維持できるような環境づくりを実現する事ができました。

【現在のA様】

以前に比べ活発になり、体操や日中のレクリエーションに参加して頂けるようになった。また右腕の拘縮も緩和されトイレの際ご自分でズボンの上げ下げが出来るようになり自ら進んでリハビリを行うようになった。

【今後の課題】

- ①個別のリハビリなどは積極的にされているが…
…個別ケアは前向きな姿勢で取り組む事が出来ているが、集団レクになると参加されない
- ②他者との交流に対して消極的
自ら話す事はほとんどなく過ごしている。

【まとめ】

日本の高度成長を駆け抜けてきたA様。一生懸命働き家族を支え、子供の成長を楽しみにしていた矢先の61歳で脳梗塞を発症。半身麻痺となってしまったAさんの生活は一変しました。プロのドライバーだったAさんが、運転どころか歩行もままならず行きたいところに自由に行けなくなり、やりたいことも食べたいものも以前と同様にはなりません。

悔しい、つらい、しんどい…

決して口には出さないAさんですがその無念さはいかばかりだったでしょう。

A様は、穏やかで我慢強く寡黙な方ですが体操やリハビリを積極的にしようとはしませんでした。

「はぁいや」とあきらめともとれる態度でやんわり拒否します。

どうすれば、リハビリに積極的になってくれるだろう…

職員間で何度も話し合い本人を交えて考え、リハビリカードを作りました。ポイント制にしたことで達成感を味わって頂き、本人の希望をかなえて差し上げる、ゲーム感覚で取り組んで頂けるので笑顔も沢山見られるようになりました。

これからもAさんに楽しいと思って頂けるようなレクと今後の課題に取り組んで行きたいと思います。

ご清聴、ありがとうございました。

私達らしい明るい生活を取り戻す為に！

ケアサポートセンターようざん大類
金澤正行・関口康夫・佐藤由紀枝

「はじめに」

ケアサポートセンターようざん大類のオープン時に一本の電話が掛かってきました。その内容は「以前利用していた通所・訪問サービスでは父(A様)は体調不良(腰痛)の訴えもありサービスに拒否が見られ、母(B様)も人見知りが強く気難しい性格の為、サービス利用がなかなか思うように出来ず引きこもりになっている」との事でした。また、家族様(娘様)も埼玉県に居住している為なかなか会いに行けなくて困っている所、ようざんの看板を見て藁にもすがりたい思いで電話を掛けてきてくださいました。「小規模多機能施設の事がよくわからないので話を聞きたい」との事でした。

所長を先頭に不安を解消する為、小規模多機能施設のサービスの内容や特徴を、直接娘様の元に趣きすると、娘様より「夫婦二人で利用して欲しいのだが、家の片づけもして欲しいと相談があり、是非よろしく願います。」との返事を頂き私達は、少しでも明るい生活を取り戻せる様に、改善された事例について報告します。

「利用者紹介」

(夫)氏名:A様 男性 84歳 要介護3

既往歴:アルツハイマー型認知症 脳梗塞 神経因性膀胱炎 糖尿病 腰痛

(妻)氏名:B様 女性 83歳 要介護2

既往歴:アルツハイマー病型認知症 腰椎圧迫骨折 肺炎 緑内障

「生活暦」

(夫)A様は台湾で出生。幼少期に興味の将棋を独学で身につけ終戦を期に安中市に移住し高校卒業後に高崎市内の木工所に就職。工場長を歴任し定年まで努め上げる。

(妻)B様は東京八丁堀で出生。近所の築地でよく遊び小学の時戦争により疎開を余儀なくされ佐波郡玉村町に移住し高校生まで住み終戦を期に愛知県西尾市に移り病院に就職。看護婦長までなり仕事をテキパキとこなしていた。夫婦が結婚したのは、20歳代でその後一男一女をもうけ、暖かい家庭を築かれた。定年後は、趣味の将棋に没頭したり2人で旅行に行かれ、仲間と一緒に公共施設や病院へボランティアとして活動に尽力していた。

「本人様、娘様の思い」

(夫)A様の思い、趣味が将棋やドライブなのでようざんで一局打ち、ドライブへはみんなと一緒に出かけ美味しい物を食べたい。

(妻)B様の思い、腰が痛い、花粉症があるから出歩きたくない。散髪したいが行けてない、花(桜、薔薇)が好きなので見たい、寿司も好きで食べに行きたい。一つずつ環境を変えて外出来るようにしたい。

家族様(娘様)の思い、夫婦揃って仲良くようざんに通ってほしい、B様が通い拒否の場合は、訪問に切り替えて様子を見に行ってもらいたい。

実家には頻繁に行けないので家事全般をお願いしたい。急な受診があった場合もお願いしたい。

「経過」

利用開始 平成28年12月

所長が娘様と今後の利用についていくつかのプランを作り、娘様と相談を重ね利用計画を作成。所長以外の他職員は生活暦以外に、A様とB様の趣味や特技など役立つことを聞き出し全職員

で情報共有を図りながら本人様の希望に沿う様に支援を開始しました。

(夫)A様は、利用当初は体調の不調(腰痛)があり、時折拒否が見られる。(妻)B様も通いを誘っても拒否が強く、職員との信頼関係も築けていない為、攻撃的口調が目立ち女性職員に対しては口も聞いてもらえず、訪問時門前払いされる始末でした。自宅掃除をする時も「さわらないで！何でも自分で出来るから」と強い口調で話していました。

【利用開始時の予定表】

(夫)A様

日	月	火	水	木	金	土
通い	通い	訪問	通い	訪問	通い	訪問
入浴					入浴	

(妻)B様

日	月	火	水	木	金	土
訪問						

※訪問になっているが、本人通いに納得なら通いに変更する※

「取り組み①」「信頼関係の確立」

ようさんにお連れするのはどうすればいいのか？

(夫)A様 (妻)B様ご夫婦にようさん職員の顔と名前を憶えてもらう為、職員一覧表を作成し見易い場所(自宅)に設置。訪問時常にようさん大類独自の名札を首に掛け訪問する。

特定の職員を決め慣れるまでは、特定の職員に訪問をしてもらい信頼関係を築き上げようさん大類の事業所名を覚えていただく。

「取り組み②」「環境整備」

訪問時 家族様(娘様)の訴えの通り、庭やキッチン、リビング等、汚れがかなり目立ち、ゴミの選別もされていなく、所々乱雑におかれていた。

家族様(娘様)と相談を密に取り合い訪問対応表の作成を図る。訪問表に沿って訪問を開始する。

① リビング掃除・ゴミ回収(週2回 月曜日と金曜日に実施)

② トイレ掃除(週2回 水曜日と日曜日に実施)

③ 各部屋の掃除(臨機応変に対応する※)

※人数が多い勤務日は二人もしくは、三人体制にて掃除・ごみ回収を実施している。

④ 家族様(娘様)から依頼があった場合、相談を重ね住宅改修等も実施する。

「取り組み③」「体調管理」

① ご夫婦(夫)A様(妻)B様の毎訪問時 食事の提供

A様・B様 朝食時(9:15～)自宅の物を提供する。

B様 昼食時(11:00～)自宅の物を提供する。※(A様も火・木・土曜日は訪問の為提供)

A様 B様 夕食時(16:00～)配食(二人分)届け提供することにより体重管理を図る。

② 朝の訪問・送迎時にバイタルチェックと会話時にご本人様の様子を聞き体調の確認をする。

③ 急な体調不良の場合は、家族様(娘様)へ連絡を入れ状況をお伝えし受診の場合は介助より受診をする。

「取り組み④」「家事を一緒に行う」

① (夫)A様と一緒に玄米を精米、米研ぎ、米を炊く。(木曜日に実施)

② (妻)B様と一緒に料理をする。※毎訪問時実施

③ 本人様より要望があった場合、A様・B様と買い物へ行き支援する。※毎訪問時実施

「取り組み⑤」「(妻)B様の精神安定を図る」

① 訪問した際は(妻)B様のお話を傾聴して会話を楽しんで頂き、ストレス解消を図る。

② 「通い」利用を想定し、実現に向けて訪問するスタッフと信頼関係を構築図る。

「取り組み⑥」「医療との連携」

- ① 定期受診や急な体調悪化の時は、ようざん大類で通院介助を行なう。日常の症状を受診時報告する。
- ② 薬の管理も誤服薬防止の為、薬台帳を作成し服薬日に合わせ毎日セットアップを実施する。
- ③ 訪問看護師・家族様(娘様)と連絡を取り合う為、看護ノートを作成し情報共有する。

「結果」

【現在の予定表】

① (夫)A 様

日	月	火	水	木	金	土
通い	通い	訪問	通い	訪問	通い	訪問
入浴					入浴	

② (妻)B 様

日	月	火	水	木	金	土
訪問	通い	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問

③ ※訪問になっているが、本人様(夫)A様、B様の要望があった場合、通い利用になる。

(夫)A 様

朝・昼食は訪問時、自宅の物を提供し夕配食を行い、服薬管理を行う事で体調の管理ができ、各部屋の整理整頓により一階に布団を移す事により転倒する可能性を軽減が出来ました。また、失禁もありましたが、職員が対応する事によりご本人も安心して過ごしていただいています。今は「ようざん大類に行くんかい。」と笑みを浮かべ来苑されています。

(妻)B 様

特定の職員が訪問する事で信頼関係を作ることができ、来苑拒否から週1回の通い利用、今では、本人様の希望に合わせ「通い」で来苑出来る様になり、通い利用してから普段希望されていたカット&パーマも理美容を利用されおしゃれな髪型になると、女性職員や他の利用者様から「綺麗ですね～素敵ですね～」と言われると「あら そうかしら」照れくさそうな表情を見せていらっしました。

B 様は来苑時に他の利用者様とも楽しく会話され、体操やレクリエーションなどに積極的に参加され、お寿司レクに至っては、「鮭だわ～、エビもあるのね～食べられて嬉しい～」と言われ何回もおかわりをされご夫婦二人揃って喜ばれています。ご自宅でも訪問した職員と一緒にキッチンに立ち洗い物・料理が出来る様になり、掃除する時も片づけを行って頂き掃除された住みやすい環境になってきました。

「最後に」

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、接遇の仕方、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が図る事が出来ました。A 様・B 様達は共にサービス開始当初は来苑拒否が少なからずありましたが、アプローチの仕方が変わるだけで本人様の表情が笑顔に変わったり顔が曇ったりし対応により気分の移り変わりが感じ取れました。つまり朝の挨拶(アプローチ)はとても大事で一日の生活が決まってしまう言う事です。B 様「私、今日はようざん大類には行かないよ。行きたくないよ」と言われましたが挨拶(アプローチ)を工夫し接遇する事により「私も(夫)A 様と一緒にいきたい」と言って頂ける様になりました。今では訪問時、ご夫婦揃って談笑ができ笑顔が絶えない生活が築けています。これからも活動的な生活が送れる様に職員一同ご利用者様の希望や心見の状態にあったサービスが利用出来るように努めていきたいと思ひます。

独居の方の在宅支援とその関わり

“お母さんただいま”

看護小規模多機能型居宅介護ようざん
高橋 拓海

今回紹介させていただくA様は、関節リウマチによる関節の変形により、食事さえ自ら、口に運ぶことができない重介護状態ですが、最愛の母との思い出の詰まったご自宅で生活をしたいという思いを強く希望されました。

そんなA様が、在宅で生活をしていく中での、医療・看護・介護・介護保険外のサービス、親戚、近隣の区長さん民生員さん、友人の方々との関わりをご紹介します。

○本人紹介

氏名:A様

性別:女性

年齢:80歳

介護度:要介護5

病名:頸髄症、関節リウマチ、認知症

既婚歴は無くキーパーソンが甥のB様となっている。

○生活歴

20代で関節リウマチと診断されました。父親は、発症前に死別しています。発症後は自宅で母親が献身的に、面倒をみていたそうです。

B様から聞いた話ですが、「母親は、『東洋医学』で娘の治療を考えていたようです。本人の為に、懸命に働き、その収入はすべて、娘の治療に継ぎこんだそうです。」と…。

娘の事が心配だったのでしょうか。100歳でこの世を去られました。

亡くなってからは訪問ヘルパーを利用し、在宅で生活を送っていましたが、既に、歩行は難しくなっていたと聞いています。

○入院中のリハビリと退院後の検討

平成27年12月に急に起き上がる事ができなくなり、総合医療センターにて手術を施行。その後、リハビリ目的で病院に入院となりました。

両上下肢が自力で動かせない状態であった為、病院のリハビリでは上肢の肘関節が少し自立運動できる程度がゴールとなりました。

病院の退院期日が近づき、生活全般に介護を要する状態であることから、数回の話し合いを行い、施設入所の方向で相談が進められました。

ところが、急にA様の“自宅で生活したい”という強い要望があり、在宅生活へと方向が変わっていったのです。

そこで、病院側は「たとえ数日でも、自宅で過ごせれば満足するでしょう。」B様も「在宅生活では、自分で何も出来ない事を自覚してくれるでしょう。」と考えたそうです。

そして、福祉タクシーを利用し、退院介助を行った際、自宅へ入った最初の一言が『おかあさん！ただいま！』でした。

自宅の中を見て、愕然としました。数年前に亡くなったお母様の遺骨が、まだそのままでした。ご本人曰く「お母さんをお墓になんて入れたら、可哀そう。また、一緒に居られる。」と、とても良い笑顔でした。

さて、A様の“自宅で生活したい”という強い思いから在宅での生活が始まったわけですが、A様は独居です。その上、寝たきりであることから、一日の生活リズムを理解し辛く、「見当識」(特に、日時)の障害が見られます。

そんな状態で在宅にて生活をしていくには様々な問題点がありました。その問題点と、我々がどのようにして対処してきたのかを、いくつか紹介させていただきます。

○A様が在宅で生活をしていく上での問題点と支援について

・体調管理について

ご自分で体調の変化に気付き、職員に訴えることをあまりされません。その為、訪問介護・訪問看護でご自宅を訪問した際に、体温・血圧・脈拍数・血中酸素濃度の測定を行っております。また、褥瘡等の皮膚疾患の予防のために、訪問時に体位交換を行っています。

そんなある日、全身(四肢)に浮腫みが出てしまったことがありました。担当医へ連絡し、マッサージ効果を狙って、弾性包帯で四肢を巻きました。その姿は、まるで、ミイラのようなものでした。効果が得られなければ再入院かと思われましたが、数日で浮腫みは引きました。その間、看護師と担当医がほぼ毎日のように、メールでのやり取りをしていました。(メディカル ケア ステーションという、連絡方法を活用しています)

その他にも、発熱や嘔吐、眩暈等の異変があった際にも、担当医に指示を仰ぎ、その指示を介護スタッフにも周知し実施することで対処しています。

・環境整備について

A様は独居の為、職員が訪問した際に、その日の天候に合わせて室温・湿度の調整を行っています。

また、週に1度室内の清掃を行うことで生活環境の保持に努めています。

・食事について

A様はリウマチの影響で、自分で食事を召し上がることが出来ません。

そこで、1日に3回配食サービスと食事介助のサービスを併用して、食事に関するの援助を行っていききました。

ギャッジアップをして食事を召し上がられます。嚥下に関して注意が必要でした。ですが、入れ歯を挿入することで咀嚼に問題はなかったため、主食は粥、副食はキザミ形態で食事を提供していききました。

一時期、食事量が著しく減少したことがありました。義歯の不具合か?という、スタッフの気づきから、近隣の歯科医師の往診を依頼しました。そして、義歯の調整を行うと、自然と食事の摂取量も増えていきました。今では、毎食完食されるくらいに食欲があります。水分も、開始当初は1日あたり600cc程度の摂取量でしたが、今では1600cc程度摂取してくださるようになりました。

この件で、毎日訪問している事での「気づき」の重要性を知りました。

・排泄について

A様はご自分で排尿・排便をすることが困難です。

その為、毎日の訪問介護と週2回の訪問看護で、排尿・排便コントロールを行っています。排尿コントロールは、尿持続カテーテルを挿入して、持続的に排尿を促しています。排便コントロールは、週2回の訪問看護の際に浣腸を行うことで、便誘導を行って排便を促しています。

また、排尿や排便を促すことで、汚染の抑制をして、汚染による皮膚トラブルの防止をしています。

排尿量が減少した際や便秘になった際には、A様の担当医と連携して、服薬管理等で対処しています。

また、A様は既婚歴がありません。そんなA様にとって、男性職員に陰部を見られるなんて、最高の侮辱です。

その為、排泄介助のみを女性職員で対応するために、スタッフの訪問をどのようにしていくか、試行錯誤したことを思い出します。

利用開始当初、A様は男性職員の介助に対して抵抗を感じていました。ですが、これは、介護拒否ではなく、女性として当たり前の感情であるということに気付きました。

・清潔保持について

週2回の訪問看護の際に全身の清拭と洗髪を行っています。

また、不定期ではありますが、市のサービスである訪問理美容師の方にご自宅に訪問していただき、散髪と洗髪も行っていきます。

現在検討しているのは、国の規定で「小規模多機能」は介護保険での訪問入浴が利用できないということです。B様と調整し、実費での入浴を検討しています。

・協力者の皆様

A様はご友人や近隣にお住まいの方々との親交があり、日中にA様の様子を伺いにいらしていただきます。その他にも、担当医や薬局の方等、様々な方が訪問されます。

その為、日中の戸締りについてどうすべきか、という問題点がありました。防犯上の問題もありますが、B様と話し合い、日中は玄関の鍵を開けて、訪問した方が名前を記入するノートを設置することで対処しました。隣にお住まいの方も“何か異変があれば、すぐにようざんに連絡する”とおっしゃってくださいました。

今後私たちが、行わなくてはならない課題の一つが「大雪」や「台風」などの天災時に、私たち職員が、自宅の傍に伺えない時等の対応です。

ご本人に見習い、区長さん民生員さん、近隣の方との交流を図り、緊急時の協力体制を得られるような体制を整える必要があるのではないか、と考えています。

以上が、我々がA様と関わり始めてから感じた問題点と、どのように対処してきたかです。今回紹介させていただいた問題点に対処していくことで、A様は在宅での生活を継続できています。ですが、今後も体調の急変や病状の悪化など様々な“新しい問題点”が見つかることが予想されます。既存のサービスの提供の継続はもちろんですが、問題点を発見した際にはその都度、職員間で話し合いの場を設けて、しっかりと協議しながら対応していきたいと考えています。

また、A様は認知症も患っています。なので、在宅で出来るようなレクリエーションなどを考案・実施していき、温かい在宅生活を送れるように努力していきたいと考えています。

「小規模多機能施設」は、通い・泊り・訪問を組み合わせるサービスとされていますが、「看護小規模多機能施設」をご利用される方の中には、こうして、在宅での支援を必要とする方も、増えてくるのではないのでしょうか。

○まとめ

今回紹介させていただきましたA様は、ご自分の意思で在宅での生活を希望されました。“母のそばで生活したい”と。

若くして関節リウマチを発症したという状況は、A様にとって耐えがたい苦痛だったと思います。

そして、その介護を献身的に行ってくれた母親という存在は、おそらく、A様の心の拠り所のような存在だと考えられます。

そんなお母様との思い出の詰まったご自宅で生活するということは、A様の生きがいになっているのではないのでしょうか。

また、友人や近隣にお住まいの方々とのふれ合いも、A様にとってはかけがえのない生きがいになっていると思います。そのかけがえのない生きがいを尊重し在宅生活の支援をしていくことこそが、A様の気持ちに寄り添った介護です。

A様は在宅での生活が始まる際に、心の底からこう思ったのではないのでしょうか。

“お母さんただいま”と。

愛馬と共に駆け巡る夢をみた

ケアサポートセンターようざん貝沢
高橋恵一・小林佳代

【はじめに】

半生に渡り打ち込んできた趣味や、同好の親友たちと過ごすかけがえのないひととき。。。普段の私たちはともすればこういった「人生の豊かな側面」はずっと続くもの、続くべきもの、と無意識の期待を抱えて、ある日それが突然断ち切られる可能性など想像すらせずに日々を過ごしている事が多いのではないのでしょうか。今回はそんな可能性と巡り合ってしまった男性利用者様の事例を発表させていただきます。

【利用者様紹介】

氏名:A様 男性 69歳
既往歴:脳出血による右半身麻痺・構音障害
要介護度:要介護3

【利用開始までの経緯】

平成25年1月21日。趣味の乗馬を楽しんだ帰りに立ち寄ったコンビニ駐車場にて意識消失。そのまま車内で一夜を過ごし、発見は翌朝となり救急搬送。原因は脳出血。これにより右半身麻痺及び構音障害が残ってしまいました。その後はご自宅に戻ることなく転院を経て特養に入所されました。施設からの脱出を試みるなどリハビリ・介助にとっても強い拒否を示され、環境に馴染めないままに平成28年11月30日、退所となりました。

【生活歴およびパーソナリティ―】

両親は既に他界され、平成25年の入院時の主介護者でありそれまで共に暮らしていた妹も平成26年秋に亡くなられて近親の家族はいなくなりました。連絡の取れる親族は現在、従妹と叔父がいますが高齢・疎遠等の理由により継続的な支援は困難な状態です。

県外の大学に進学し一時は都内などで過ごすも、基本的には幼少時よりずっと高崎市内にて生活され、現在でも近隣では「Aちゃん」と名前を「ちゃん」付けで呼ばれ馴染まれているようです。時には障害を伴った独居生活を心配した近隣の方が懐かしいコロッケや果物を届けて下さり、うれしそうな笑顔がみられました。また近所に住む同級生も安否を気遣われているとのこと。通院時に偶然、幼馴染に再開した時の明るい表情、語り口は施設の中では見られることがありませんでした。これが本来のA様の姿なのです。

【ケアサポートセンターようざん貝沢利用開始時の様子】

自身の強い希望で特養を退所し、自宅の環境が整わない中で程なく転倒し骨折され、静養の為、ようざん貝沢での泊まりの連続利用の開始となりました。背中まで伸びた髪を切り、長く伸びた爪を切り、滞っていた入浴の介助からのスタートでした。古希が間近とはいえ A様は60代、世代のちがう多くの利用者様が参加される体操や各レクリエーションの時間には一人ぽつんと遠巻きに眺める姿が見受けられました。参加の声かけをするといつでも不快そうな表情で手で何かを払いのけるようなジェスチャーを繰り返すばかりです。

「どうしたらこの施設での生活を快適に過ごしていただけるのだろうか？」

職員同行による車椅子での近所への外気浴にも拒否を示される A 様です。

「以前の活動的な A 様の生活環境と現在とのギャップを埋めるには？」

私たちは趣味人である A 様の蔵書や大好きな乗馬とスポーツカー所有歴、などの情報を元にアクセサリーや自動車の写真集、イラスト集などを A 様の居室に用意するなどの工夫を考えました。

やがて穏やかに本のページを手繰る A 様の姿が見られるようになりましたが、各レクリエーション等への参加はなされることはありませんでした。

【自宅の環境とその改善】

本来の A 様の希望である在宅生活を増やすためには自宅の環境整備が必須でした。

- ・自宅1階は物が散乱し物置のような状態
- ・冷暖房設備が古いため、使用不可
- ・水道の老朽化による水漏れ、飲用にも不適な状態
- ・門扉から玄関までの庭の段差

上記のような問題がありましたが、社外サービスを利用した片づけ及びベッドの導入、庭のコンクリート舗装は実施出来ました。整頓された居室での A 様には笑顔も見られるようになりました。また、庭の舗装により送迎時の車椅子転倒リスクも大幅に低減されました。環境整備に関しては金銭面の状況もあり、今後の改善点は残っています。

【今後の課題】

安心かつ安全な在宅生活を送るにあたり、喫緊の課題としては A 様の経済状況に基づいた対策、地域の理解と協力を得ての日常生活の維持、が挙げられます。前者の検討策としては成年後見人制度の利用と障害者年金受給申請・生活保護申請が挙げられ、後者の実現には引き続きのあんしんセンターの活用などが挙げられます。また、近隣の皆さまの暖かな見守りと協力も不可欠です。いずれの課題に関しても A 様が地域で自分らしく暮らし続けられるように支援していかねばなりません。

【おわりに】

3月中旬。スロープや昇降機のない自宅屋内から A 様が自身で車椅子にて移動され、門扉の外で車椅子ごと転倒しているところを近所の方に発見されスリ傷等を手当していただいたということがあります。ここでは地域での見守りの力、を感じました。このような A 様の外出行動には、自身の現状への葛藤が垣間見えるように思います。「ずっと変わらずに自由に、愛馬と共に駆けめぐりたい！」まるでそんな思いが湧き出ているかのようです。

思いがけない生活の大きな変化。。。それは誰にでも起こりうることです。そんな事態に直面しても、自分らしく住み慣れた家で暮らし続けたいという思いを受け止め、実現するために地域の方々の協力を得ながら日々の努力を重ねていきたいとします。

GPS機能を活用した在宅介護の可能性

ケアサポートセンターようざん双葉
道下一樹

【はじめに】

近年、認知症高齢者の「徘徊」による行方不明が社会問題となっています。これに対し高崎市では、平成27年10月1日より「はいかい高齢者救援システム」の運用を開始しました。高齢者が徘徊して行方不明になることを防ぐために、GPS機器を無料で貸出しています。この機器を身につけた高齢者が、所在不明になった時に、見守りセンターが365日24時間の対応で、徘徊している高齢者の位置情報を介護者の携帯電話などに送信し、捜索・保護に役立てていくというものです。

また、介護者が捜索に行けない場合は、位置情報や顔写真を手がかりに見守りセンターの職員や警察が徘徊している高齢者の保護を行うというシステムです。

ケアサポートセンターようざん双葉では、これまでに8件「はいかい高齢者救援システム」の申請をしました。

最近では、利用相談の時点で市のGPSを活用しているケースがあり、高崎市民に認知されてきていると実感します。

【利用状況】

「はいかい高齢者救援システム」は、受付窓口及び位置情報の検索を見守りセンター、GPS機器の設備管理を株式会社ITMが管理して運営しています。

今回、株式会社ITMさんへ、現在の利用状況を伺いました。

平成29年6月1日現在

		介護保険課	障害福祉課
件数	利用中	266	18
	徘徊捜索数	148	27

- 検索結果・・・100%
- 検索時間・・・平均して1時間以内。
ほとんどが自宅から1Km以内で保護。
- 一番遠いところで東京での保護事例が1件

GPS機器の装着品割合

		介護保険課	障害福祉課
装着品	靴	110	3
	ネックストラップ	39	
	巾着(バック)	27	4
	巾着(首)	19	
	巾着(その他)	20	3
	ベルトポーチ	18	2
	バック	6	
	杖	3	
	キーホルダー	1	
	シルバーカー	1	
	自転車	1	
	その他(ポケットなど)	21	6
	合計	266	18

【捜索時の劇的な変化】

これまで、ケアサポートセンターようざん双葉のご利用者様で、自宅から所在不在になるケースは年に数件あり、その都度ご家族・警察・施設職員と連携し、ご本人が行きそうな場所を目当てに捜索していました。

捜索開始から発見まで、長い時では数時間かかる事もありました。

これに対しGPSを活用したケースでは、夕方ご自宅にお帰りになり、ちょっと目を離した隙に不在になり、ご家族より事業所へ捜索依頼の連絡が入りました。その方はGPSの申請が済んでおり、靴に埋め込む形で活用できていた為、すぐに見守りセンターへ位置情報を確認し捜索にあたりました。

おおよその位置が特定できるため、職員2名でGPSポイントへ向かい、そこから手分けして周辺を探しすぐに発見に至りました。家族から連絡を受けて約30分くらいで無事発見保護することが出来ました。

このように大変便利な一方、実際に使ってみて見えた課題もあります。

- ・建物の中の位置情報の取得ができない
- ・GPS機器の管理方法について
8件申請しましたが、1件管理できず市へ返却したケースがあります。
靴やかばんなど色々と検討しましたが、こだわりが強く新しい物の受け入れが難しい方の外出時の管理が出来ませんでした。
- ・直接ではなく見守りセンターを介してのやり取りとなる為、位置情報の取得時間に誤差が生じるなどを感じました。

【ご家族の声】

実際に所在不明により警察に捜索願いを出した経験があり、現在市のGPSを活用しているご家族へ話を伺いました。

◆苦勞された事は

目が離せません。ちょっとした買い物も行き辛い。

常に気にかけてないとだから疲れちゃう。そうすると自分の余裕がなくなり優しくできない。

◆GPSを活用するようになって

「途中で事故に合ったら・・・」と考えると、不安がなくなったわけではありませんが、今までに比べ精神的な負担がかなり軽くなりました。ありがたいです。

今では外出時に携帯できていますが最初はどうやって携帯させようか試行錯誤でした。

所在不明になり位置情報で検索したことがあります。家族が動けない時に代わりに警察や施設の職員が捜索に動いていただきありがたかったです。

などのお声を頂きました。

【新たな取り組み】

この度、高崎市の「はいかい高齢者救援システム」とは別に、前橋工科大学の原川教授が開発を進めているGPS機器、「3G-GPS」の開発に協力させていただく機会を頂きました。

私たちが依頼を受けた内容は、在宅支援において実際に活用しながら「介護者」の視点でどんな機能があると良いかをフィードバックし、開発に役立てていただく事です。

今のプランで良いと思っても、新たな課題が見つかり、プランを見直すことで在宅生活の限界点の底上げが期待できるかもしれません。

【特徴】

この開発途中の「3G-GPS」は、見守りセンターを介さずにタブレット端末を活用し、直接位置情報を知ることが出来るという特徴があります。

また、ピンポイントで位置情報が確認できる他、定期的に位置情報を記録していくので、どういった経路で移動しているかも追う事が可能です。

こういった位置情報の取得以外にも様々な活用の可能性があり、現在原川教授と相談をしているところです。今回相談の過程で実際に取り組んでいる事例について紹介します。

【対象者A様】

この方は縁側から外出され、自宅の門の外で転倒しているところを地域の方に助けてもらったことが何度かあります。危険性や別の外出方法を提案しても繰り返してしまい、地域からも心配の声が上がっておりました。

この状況を相談し、原川教授と一緒に現地調査し、ブロック塀を通過するとタブレットへアラーム通知される仕組みを試してみることになりました。

アラーム通知を受けたようざん職員が、予め協力を依頼してある地域の民生委員さんや近隣の方々に連絡し対応をお願いする。地域が動けなければ私たちが駆けつける事でリスクの軽減につながるかもしれません。

【考察】

3G-GPSは在宅支援において「位置情報の取得」だけではなく、様々な活用法が期待できます。

現在原川教授と話しているのは、

- ◆自宅から半径〇mという移動範囲や「散歩コース」を設定しておき、その移動範囲を超えたらアラームでタブレットに知らせてくれる機能

- ◆散歩時の距離や歩数、速度などの運動強度を測定する機能

このように様々な活用方法が期待され、これらは物理的には可能との事です。

現在市が無償提供しているGPS機器は外であればある程度正確な位置情報が取得できますが、建物の中に入ると電波状況により正確な位置の取得が難しいです。

これに対し「3G-GPS」は、外はもちろんですが、建物の中でも誤差20メートル程度の位置情報が取得できるGPSシステムの活用を予定しています。

【終わりに】

まだ開発途中で不安定なところがありますが、今後の在宅介護において大きな役割を担う可能性を感じます。位置情報の取得以外にも様々な活用の可能性があり、QOLの向上を目的とした使い方も期待できます。

開発途中での取り組みで経過報告という形になり、成果や結果といった報告には至りませんでした。今回の関わりを通じ在宅介護における新たなGPSの活用法とその可能性を感じました。個々の生活状況や介護の状況に応じうまくGPSを活用する事で、「位置情報の取得」「体調の管理」「介護負担の軽減」「多職種連携の効率化」などにつながり安心安全な在宅生活を作り上げるきっかけになるかもしれません。

なかなかイメージしづらいですが、こういった端末を活用した在宅支援が当たり前になる日が、すぐそこまで来ているのかもしれません。そんなことを感じる取り組みでした。