

第9回

～認知症ケアのヒントがここにあります～

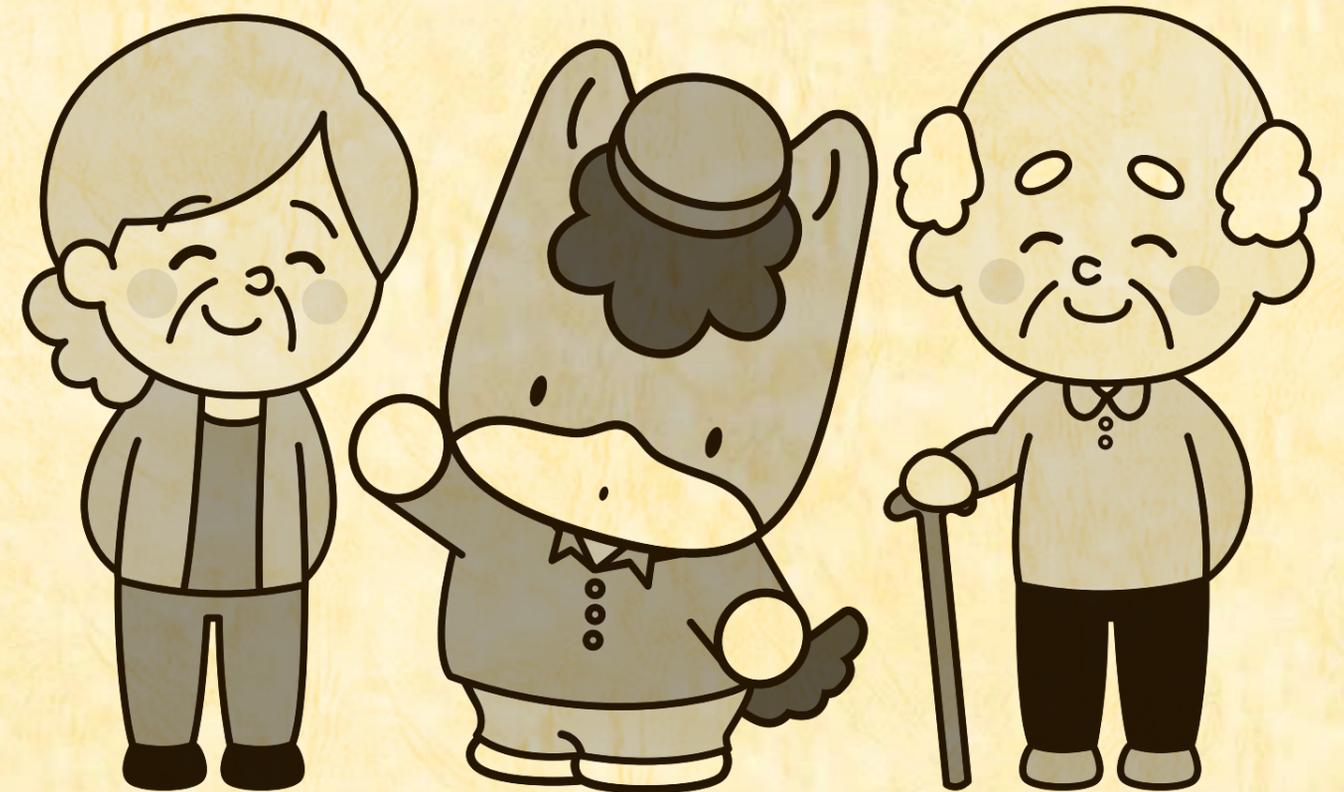
ようざん 認知症ケア事例発表会

平成29年9月9日(土)

高崎市総合福祉センター たまごホール



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459



群馬県のマスコット「ぐんまちゃん」28-100459

後援：高崎市

第9回

～認知症ケアのヒントがここにあります～

ようざん認知症ケア事例発表会

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

第9回ようざん認知症ケア事例発表会

代表挨拶 高橋昭
来賓挨拶 高崎市長 富岡賢治

事例発表

『笑える』幸せ

スーパーデイようざん双葉

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

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

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

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

お母さんただいま

ケアサポートセンターようざん

筆の力を信じて

ショートステイようざん

今回事例発表をさせて頂く7事例は、下記の31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.「おとーさん!!」～A様とご主人の為にできる事～ スーパーデイようざん貝沢
- 2.いつまでもA様らしく スーパーデイようざん小埜
- 3.「サンキューベリーマッチ」A様の心の声 スーパーデイようざん
- 4.「あのね、ひとごとじゃないんだよ」 デイサービスようざん並榎
- 5.「自分らしくありつづけること」 スーパーデイようざん栗崎
- 6.A様の活気を取り戻す デイサービスぽから
- 7.『笑える』幸せ スーパーデイようざん双葉
- 8.「人生いろいろだね。貰った2度目の人生、もうちょっとがんばるよ!」 スーパーデイようざん石原
- 9.「ありがとうを言うのは、あたしだよ」～入浴を通しての信頼関係の再構築～ スーパーデイようざん飯塚第二
- 10.～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
- 11.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
- 12.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
- 13.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
- 14.できないよ ケアサポートセンターようざん中居
- 15.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
- 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
- 17.「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
- 18.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
- 19.お母さんただいま ケアサポートセンターようざん
- 20.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
- 21.返却忘れゼロを目指して ショートステイようざん並榎
- 22.『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
- 23.「あー酒飲みたい」 訪問介護ぽから
- 24.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
- 25.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
- 26.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
- 27.『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
- 28.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
- 29.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
- 30.筆の力を信じて ショートステイようざん
- 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

目次

『笑える』幸せ

スーパーデイようざん双葉 1

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 4

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 7

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 11

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 14

お母さんただいま

ケアサポートセンターようざん 17

筆の力を信じて

ショートステイようざん 20

『笑える』幸せ

スーパーデイようざん双葉

発表者：薄井智子

【はじめに】

厚生労働省は現在、65歳以上の高齢者のうち15%が認知症を発症。2025年には700万人を超えるという推計値が発表されています。約8年後、5人に1人が認知症という時代が来ます。

家族、友人、知人、身近な人に認知症高齢者がいるのが当たり前の時代。また自分自身が認知症になる時が来るかもしれない。

皆様、「認知症」と聞いてどのようなイメージをお持ちでしょうか？

現状大半の人が「出来ない」「大変」「難しい」などのマイナスなイメージを持たれるのではないのでしょうか。

スーパーデイようざん双葉の職員は日々ご利用者様と接する際、どんな事があっても絶対大丈夫という前向きな気持ちで接しています。

それは、何事にも否定的に捉えず、肯定的に捉え一緒に悩み、笑い、気持ちを共有する事が、ご利用者様やご家族、そして職員にとって大切な信頼関係を築いていけると信じているからです。

社会問題にもなっている「認知症」ですが、毎日認知症の利用者様に携わっている私たちスーパーデイようざん双葉は増加する認知症について考えました。職員全員で考え、話し合い、現在の認知症に対する考え方や、イメージとは違う新しい観点から「認知症」を見直していった過程を発表します。

【アンケート① オレンジカフェ】

一般の方々が抱えている「認知症」のイメージを探るため、スーパーデイようざん双葉で毎月行っている“オレンジカフェ”にて地域の方にイメージアンケートを行いました。

Q1 認知症を知っている		Q2 認知症のイメージは？	
1 知っている	12	1 いずれ治る	1
2 家族知人にいる	3	2 全てにおいて介護が必要	0
3 知らない	0	3 治療できない	1
		4 何もできなくなってしまう	0
		5 治療を受ければ改善する	5
		6 他者の協力があれば生活できる	11

【結果】

オレンジカフェで行なったアンケートからは、皆様「認知症」は知っているが、その方々の具体的な症状はなんとなく…という感じでした。また他者の協力があれば生活できるなどの前向きな答えも目立つ結果となりました。

【アンケート② スーパーデイようざん双葉職員】

毎日認知症高齢者と向き合い過ごしているスーパーデイようざん双葉。認知症のプロである職員たちにもアンケートを行いました。

- 嫌なことがあってもすぐに忘れられる
- 若い頃のままです
- その時の自分の思いを主張できる
- 同じ場所に行っても新鮮な気持ちで行ける。
- 感動が多い
- 明るい人が多い

【結果】

実際に毎日認知症の方々と触れ合っている職員からは、前向きな答えが多く聞かれました。

認知症介護で大事な事は、明るい気持ちで一緒に寄り添い、共に笑う事。
認知症に対してマイナスなイメージを持っているのは心の底から一緒に笑えないのではないのでしょうか。
そこで…

認知症のマイナスなイメージと、プラスなイメージを見直していきます。

アルツハイマー型認知症で短期記憶が著しいA様はスーパーデイようざん双葉に週4回通っています。

「おはようございまーす！ようざんでーす！」
迎えに行くのと不在で近所を散歩中です……。
「今日は何曜日？」 何度も繰り返します。
「おなかすいたなあ。ごはん食べてないんだよ」
自宅テーブルの上には食べ終わったごはん茶碗。

マイナスに考えると認知症のA様、独居で食事や清潔保持など、生活するのは大変そうに見えてしまいます。
A様の生活をプラスに考えていきます。
A様はデイサービスで一番自分の思うままに過ごし、自宅では食べたい時にごはんを食べ、好きな時間に散歩に出掛けます。曜日がわからなくなっても、ごはんを食べたことを忘れても、ご本人はいたって前向きです。
例え認知症であってもA様はストレスのない自由気ままな一人暮らしを謳歌しています。

TVを見ていても、新聞を読んでも認知症が取り上げられています。
あらゆるメディアでは認知症に効く食品や療法の特集が生まれ
「認知症にならないための…」や「認知症予防〇〇」の情報があふれています。
日常的にメディアの情報を受けた世の中。
その結果「認知症」に対する不安感は募るばかりです。

【取り組み】

私たちは次世代を担う子どもたちに向けて認知症に関する紙芝居を製作し、発表する機会を得る事が出来ました。
まず子供たちに認知症に対するイメージについて事前にアンケートを行いました。

Q1認知症を知っている		Q2どんな病気だと思いますか？	
1 知っている	14	1 病院で治る	0
2 知らない	0	2 病院では治らない	12
3 聞いたことがある	2	3 その他	4

このアンケートから、子供達にも認知症は治らない病気、大変な病気だと伝わっているようです。

「認知症ってなあに？」

紙芝居が始まると少し不安そうな顔で集中し始めた子供達。わかりやすい絵とコミュニケーションで紙芝居は進み、途中「皆さんのおじいちゃん、おばあちゃんが認知症になってみんなの顔を忘れてしまったら、どう思う？」という質問をすると子どもたちは口々に「やだ！」「悲しい」「さびしい」と子供らしい素直な回答が出て来ました。

この事で子供たちに伝えたかったのは、「認知症になった方に寄り添った優しい気持ちが大切」だという事です。

紙芝居が終わる頃には興味を示す表情が見られました。

その後、再び子供たちにアンケートを行いました。

Q みんなのおじいちゃんやおばあちゃんが認知症になってみんなの顔を忘れてしまったら？の質問に

- ・大丈夫(教える)
- ・悲しいけど、大丈夫と思えるようにしてあげる。
- ・めっちゃ悲しいけど笑顔をみせてあげる。
- ・大丈夫(笑顔でおしえる)

と認知症になっても優しく接するという答えが出て来ました。

Q 紙芝居を見て認知症という病気がわかりましたか？どう思いましたか？の質問に

認知症になっても感じる食べられるので不安にさせないようにしようと思った。

認知症になっても「笑顔、食べられる、感じられる」など出来ると思うからなるべく笑顔でいてあげようと思った。など、前向きな回答が増えました。

笑顔で寄り添う事、そして接する事の大切さが小学生である子供たちの心に響き、「認知症」を知る良いきっかけになったのではないかと思います。

それがこれからの10年後20年後の認知症介護を変えていくのではないのでしょうか？

【まとめ】

認知症になっても出来ることは沢山あります。

出来ない事を悩んだり責めたりせずに、今できる事を褒めて称えます。

誰もが認知症になりたくてなったわけではないのです。

いずれ誰もが認知症の方々と接する時が来るのです。

考え方を少し変えてみましょう。見方を少し変えてみましょう。

たったそれだけの事で、大きく変わる事だってあるのです。

「困った」「どうしよう」よりも、「出来たね！」「良かったね！」の方が嬉しいに決まっています。

手元にあるボタンの“-”を“+”に変換するだけで、本人も介護者も、人生そのものが変わっていくのです。

認知症になっても。

「話せる」楽しさ。「見える」美しさ。「聞こえる」嬉しさ。「食べられる」喜び。そして、

「笑える」幸せ。

私たちが毎日目にしている“笑顔”こそが認知症の現在(いま)。

私たちがこれから出会う“笑顔”こそが認知症の未来(あす)。

ご清聴、ありがとうございました。

スーパーデイようざん双葉 職員一同

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
発表者：池田愛

【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、小規模多機能型居宅介護ケアサポートセンターようざん並榎の通いのサービスを週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、動きが緩慢で日常的に小刻みな痙攣も見られ、立位や歩行が不安定のため車いすを使用することに、尚且つ、仕事は大工をされていただけあり、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。それからケアサポートセンターようざん並榎で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 85歳

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、テーブル式オムツ

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いりました。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ことにより、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2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。

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
発表者：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よいか。

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ました。

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ゃいました。

・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ました。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でした。風船バレーも楽しまれていました。

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ました。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ました。熱いお茶が好きで、「あー、うまい」と満面の笑顔を見せてくださいました。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ません。

平成27年7月

頻回なむせ込みがあり、嚥下に時間がかかりました。食欲は旺盛でしたが疲れもみられました。食事時以外での痰がらみもありましたが、自己喀痰可能でした。

平成27年9月

痰がらみがあり、疲れのためか食事が進まないことがありました。職員の食事介助が増える等のレベル低下がみられました。

平成27年10月

咳、嘔声、痰がらみもありました。⇒必要に応じて喀痰吸引実施しました。

痰がらみの咳や喘鳴がありました。⇒抗生剤・気管支拡張剤・咳止め等を服用しました。

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りました。食べ物を口に運ぶのに時間がかかり疲労しました。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まりました。

お嫁様面会の際、食事が摂れなくなった場合の意向と急変時の対応について確認を行いました。『本人のことを思えば、何みせず施設で看取って欲しい』と言われましたが、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いました。

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ました。気持ちは揺れるものという前提でお話をして、その時はいつでも伝えてくださいと話しました。

平成28年4月

傾眠が強くなり、食事途中で介助または、全介助が必要なときがありました。自助具(スプーンにグリップを装着する)の使用を始めました。丸皿ワンプレートでの食事提供により、自力摂取を促しました。

看護師、管理栄養士、ケアマネージャーが参加してご家族との話し合いをしました。昨年9月から体力低下が少しずつ進み、食事が摂りづらくなってきたことをお伝えして、入院して水分を入れてもらいたいのか、経管栄養を望むかなどの意向を再確認したところ、『経管栄養は望まない』とおっしゃられました。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ましたが、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でした。

お嫁様自身のお父様は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、話をして下さいました。

看取り期

平成29年6月上旬

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りました。職員が何度も訪室し、言葉かけをしても、目を開け「あ〜」と気弱な声を出されるようになりました。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、ワイシャツを着てネクタイを締め一緒に記念写真を撮りました。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いました。

平成29年6月17日

昼食時面会されるが昼食摂れませんでした。事務所にてお嫁様、看護師、ケアマネージャーで話をしました。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しました。誤嚥や窒息等のリスクも理解されました。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』とおっしゃって、帰られました。

平成29年6月18日

傾眠が強く、痰がらみ、喘鳴がありました。看護師、ケアマネージャーより食事は提供していませんが、口の渇きを湿らせる支援をしていることをお伝えしました。

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しました。

平成29年6月19日日中

沢山の親族の方が面会にいらっしゃいました。

呼名反応なく、対光反射弱く、口腔内乾燥しているため、湿らせたガーゼにて口腔ケアを実施しました。

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でした。呼名反応・対光反射ありませんでした。

平成29年6月21日

未明、夜勤職員が巡視の際、息をしていないことを発見。

早朝、嘱託医の医師による死亡確認。ご家族が見守る中、永眠されました。

ご家族は「わかっていても、死んじゃうと寂しい」と泣かれました。

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。傾眠強いときには覚醒を促し、食事を口まで職員が運び、飲み込んで頂く、職員の根気は2年弱続きました。毎回の食事は全量摂取を目指しましたが、痰がらみがある方であったため、困難があり、介護士・看護師は食事時間の葛藤に苦しみました。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。ご家族面会の際、お持ち頂いたものをご家族が口まで運んでA様に楽しんでいただく。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きました。

5月5日からは居室を引越し、食事時間もすべて24時間床上対応として、食事を摂るという体力を残す支援をしました。5月17日、18日は1食分を全く摂れませんでした。

6月3日は3食全く摂れず、6月15日からは何も口にすることは出来なくなりました。

【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。

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、職員にも心温まるような感謝の言葉を頂きました。

【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義があり、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。

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
発表者：早瀬篤志

【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 A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：Ⅱa)(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、A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。A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。

A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：A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。A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

A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。A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

A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り、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げ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A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。

A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。

A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A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、A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思われます。

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。

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
発表者：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来ました。

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「若い時から散々苦勞かけたから出来る限り面倒みたい」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、涙ながらに家に帰りたい気持ちを訴えられます。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様によるよう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：Ⅲ a

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、夫婦ともども苦勞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綺麗にしており、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人一倍強い方です。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夫と相談の上、可能な場合には一時帰宅し、いつでも帰れるとい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「家に帰りたい気持ち」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と「○○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を行うようにしました。夜間は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A様の気持ちを傾聴します。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いったのです。特に夜間はA様の対応に困り果てたそうです。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、夫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。

又、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、ようざん栗崎での不安と寂しさから来る夜間の号泣、職員に手当たり次第に家に帰りたい気持ちを泣きながら訴える、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。今まで困った顔や険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夫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。日頃から地域住民との繋がりを大切にする事で隣近所の方の声掛けや見守りが行われ、以前と変わらぬ馴染みの関係が継続しています。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、夫の「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。

お母さんただいま

ケアサポートセンターようざん

発表者: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、ご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。

【退院後の在宅生活での近隣住民の関わり】

A様は、ご友人や近隣にお住まいの方々と親交があります。また、主の介護者であるB様も、定期的に、遠方からはるばる、様子を見にいらしてくださいます。

近隣にお住まいの方は、台風が接近していると分かると、雨樋を閉めに訪問して下さり、大雪の日には、ようざんの職員がA様のご自宅に入れるように、玄関前の雪かきをして下さいます。また、A様が夜遅くに“助けて”などと大声で叫んでいたら、ようざんに連絡をして下さいます。ご友人が、A様の好物を買ってきて、手紙と一緒に渡して下さる、

ということもありました。

このように、A様の在宅生活には様々な方が関わっています。そして、A様の在宅生活は、ようざらだけでなく、地域の方々にも支えられているのです。

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、食事に関しての援助を行っていきました。

ギャジアップをして食事を召し上がられます。その為、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。

国の規定で「小規模多機能型居宅介護」は介護保険での訪問入浴が利用できません。その為、B様と相談し、実費での訪問入浴を行っています。

・協力者の皆様

先ほども述べましたが、A様はご友人や近隣にお住まいの方々と親交があり、日中にA様の様子を伺いにいらしてくださいます。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ですが、「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事は、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、ご友人や近隣にお住まいの方々とふれ合いも、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”

ご清聴ありがとうございました。

筆の力を信じて

ショートステイようざん

発表者: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

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
など・・・

B群

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
など・・・

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、あるキッカケが自分の気持ちを大きく変えていくことになりました・・・

【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、ご自宅での生活を何とか継続するも、ショートステイようざんを利用が徐々に増えてきました。次第に認知症による症状が進行し、一人になる時間の多いご自宅での生活が難しくなり、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、公益財団法人日本習字の最高段位である8段を取得。日本習字の創設者、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”とのことでした。

【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

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

当日展示する作品をショートステイようざんで娘様と同席頂いて作成しました。

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、上毛新聞社の取材のための送迎や一緒に取材を受けました。

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。

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。

私はこんな素敵なる人を“変な人”だなんて言われたくない。

【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)