

ようざん認知症介護事例発表会

小規模
多機能

2020年9月29日

目次

「あなたの趣味は何ですか？」	ケアサポートセンターようざん大類 p.1
変わりゆく身体状況とそのニーズに対する柔軟支援	ケアサポートセンターようざん石原 p.5
利用困難とされた利用者を受け入れた取り組みについて	ケアサポートセンターようざん小埜 p.9
息子想いのセンターアイドル	ケアサポートセンターようざん貝沢 p.13
「生きる」という事	居宅介護支援事業所ようざん p.16
父と共に	ケアサポートセンターようざん藤塚 p.19
『命ある限り付き合いましょう』～家族の絆～	ケアサポーセンターようざん飯塚 p.23
ここが第二の我が家のように	ケアサポートセンターようざん中居 p.26
当たり前な場所から唯一無二な場所へ	アサポートセンターようざん並榎 p.29
安心して暮らせる環境を～お金がないからいいよ～	ケアサポートセンターようざん p.33
「縁起でもない話を、もっと身近に」～もしものための、話し合い～	ケアサポートセンターようざん双葉 p.36
今が一番幸せ	ケアサポートセンターようざん栗崎 p.40
お風呂だけでも入れて貰えれば・・・	アサポートセンターようざん倉賀野 p.46

「あなたの趣味は何ですか？」

ケアサポートセンターようざん大類

太田里菜

高柳典子

[はじめに]

認知症とは様々な種類がありますが、新しい事を憶えにくくなり、徐々に今までの記憶も失われていってしまう症状が主です。そして、記憶を失う事で自分らしさや自信をなくしてしまふ様子が多く見られています。

記憶といっても種類があり、大きく分けて長期記憶と短期記憶が存在します。認知症になると短期記憶が失われやすくなる反面、長期記憶は失われにくいといわれています。長期記憶とは、更に様々な種類に分類されますが、昔から続けて行なっている動作や思い出が主です。長期記憶の部分を利用し、お話や道具をすすめ、脳を刺激していくことを回想法といいます。この回想法が、

上記にあげた自分らしさを取り戻す、楽しみを見つけるきっかけになることがあります。今回は、この回想法を使って、自分らしさである趣味を取り戻すお手伝いをさせて頂いた事例についてお話していきたいと思います。

[対象者紹介]

- ・氏名：A 様（男性）
- ・年齢：90 歳
- ・既往歴：認知症、高血圧症、甲状腺機能低下
- ・生活歴：高崎市で 9 人兄弟 6 番目として育つ。会社員として働き結婚後一男一女を設ける。定年後は家庭菜園などされ過ごされていた。奥様と長男夫婦と同居されている。

利用開始時の様子

明るく活発な性格の為いつも笑顔でレクリエーションや体操に参加している。思いやりがあり、職員にもいつも「大丈夫だよ」と声をかけてくださる。

反面落ち着きがなく苑内を歩き回ってしまい、手当たり次第の居室を開け、時には中へ入り他利用者様の衣服をポケットへしまってしまうことや、他利用者様の私物を触り言い合いになってしまうことがある。

歌を歌っている際は不穏が落ち着き、椅子に座り、他利用者様と一緒に歌うことができる為、職員と共に歌を歌うようになる。しかし、歌を歌っている最中リズムにあわせ大きな手拍子をしてしまいこれも周囲利用者様から「うるさい！」と口々に言われてしまう。手拍子をさりげなくとめるように誘導するも、すぐに手拍子が始まってしまう。そこから言い合いになり、A 様本人も消極的になってしまう。そこから不穏が強くなってしまい、職員と廊下など

を散歩することで落ち着けるよう対応するしかなくなってしまう。
このようなことが毎日のようにみられるようになっていた。

そこで、歌が好きだと思われる A 様が、他利用者様と楽しくホールで過ごす為にはどうしたらよいのか、A 様が A 様らしく過ごす為にはどんなお手伝いをさせていただけばよいのかについて話し合ってみようという事になった。

A 様はなぜ手拍子をするのか？

A 様が好きな歌を他利用者様と一緒に楽しむ為にはどうすればよいのか。まず、言い合いになってしまう原因である手拍子をしてしまう理由について、職員同士で話し合い情報を集めることとなった。

過去の情報書から

- ・兄弟が多かった
 - ・音楽・ダンス・ギターが得意であった
- ということがわかった。

また、同施設を A 様のご兄弟の一人である妹さんが利用されているため、実際に過去の A 様の様子も聞いていくと、「本当に優しくてカッコイイ兄だった。趣味がギターでとても上手だったのよ。」と話される。

これらの話や情報から、A 様は本当に音楽が好きのため歌にも興味を示し、ダンスなどの経験から身体を動かしたり、リズムをとったり自然と手拍子が出てしまうのではないかと。またご兄弟が多いこともあり盛り上げようという思いやりの気持ちから手拍子をしてしまうのではないかとという推測にいたった。

不穏の軽減や好きな歌を他利用者様と共に楽しむためには手拍子をやめていただく方法を探すのではなく、手拍子に代わり盛り上げられる方法リズムのとれるものが必要となるのではないかと、という話になった。

そこで第一にあがったのが趣味であり得意であったギター。

職員の中に、いらなくなった提供できるギターがあるとのことで、持ってきていただき、ギターを弾けるのか、一緒に楽しむ事ができるのか？という検証をしていくこととなった。

1 日目～

ギターを手渡してみると、興味を示し一度かかえてみる様子がある。しかし、悩むようなそぶりや消極的な様子がありギターを手放してしまう。何度か渡してみるも拒否がみられる。

数日間不穏時、気分のよい時などギターをこまめに手渡してみるも、同じような反応を示し、弾き始める様子はみられなかった。

一週間目～

再びどうしたらよいのかについて話し合い、
ギターの楽譜や歌詞カードを手渡してみることに。
どちらも読むのは難しく、楽譜なども「なんだあこれは」となり手放してしまう。
一緒に読み上げてみるも反応は悪く、ギターを弾くには至らなかった。

二週間目～

上記の方法で関っていったが、なかなか良い反応がなかったため、
様々な方法でギターにつなげてゆくことができないか考えていくことに。本人の得意な歌、
好きな歌を探していこうということになる。しかし、好きなうたや弾けたうたを本人の口から
聞き出すには認知症の状態から難しい。そのためまず、歌の最中とくに反応の良いうたは
なにか観察してゆく。また、歌以外のときにギターに触れてもらっていたところを、歌の最
中にギターを手渡し状態をみてゆくことになった。
よく観察し、職員がそばで一緒にうたっていると、「仲良し小道」と「湖畔の宿」
の歌への興味が強い事が発見される。そのうたを歌いつつ、ギターを手渡し誘導してみると、
少しギターの弦をさわり音を鳴らし始めた。しかし、うまく弾く事ができずその日は、途中
でギターを手放してしまう。

少し反応のあった、この方法でしばらく関ってみることに。

三週間目あたり～

毎日少しずつギターを触り、一曲まるまる職員の歌に合わせ軽く弾けるようになってい
た。ゆっくりではあるが日に日に弾き方を思い出すように弾けるようになっていき、ギター
を弾く際には普段とは違う引き締まった表情をされるようになっていた。

一ヵ月半頃～

不穏時にもギターを手渡すと徘徊をやめ、
表情が変わり、真剣にギターを弾く様子がみられるようになった。
利用者様みんなで歌を歌う際にも、みんなの歌う速度にあわせ、この2曲以外の歌も何曲
かあわせて弾けるようになり手拍子をすることが少なくなっていた。

二ヶ月を過ぎる頃には

立て掛けてあるギターに自ら手を伸ばし、ギターを鳴らすように。
とても上手なギターの音色のため、他利用者様も楽しそうな表情になりギターの音色に耳

を傾ける事が多くなっていた。

今まで、手拍子がうるさい！と喧嘩になっていた利用者様たちから「この歌は弾けるかしら？」と歌いだした歌に合わせギターを弾けるようになりギターを通してA様と他利用者がコミュニケーションをとれるようになったように見られる。

自らギターを弾き、不穩の軽減やギターにより他利用者様との関係が少しずつではあるが良くなってきたため検証自体はこのあたりで終わり、引き続き日常として見守っていく事となった。

検証結果として

A様にとってギターを弾くという事は、若い頃沢山弾いて思い出に残っている動作、趣味だった為、失われにくい長期記憶であったとされる。長期記憶の中でも更に記憶に残っていた音楽を聴き、歌うことによって刺激されていくなかで思い出のギターに触れ、ギターを弾くという事も思い出されていったように思われる。ギターを弾く中で、表情も引き締まったものになり自分自身への自信ややりがいも少しではあるが得る事ができたように見られた。また、コミュニケーションをとっていく上でも円滑さが増し、思い出話が増えたように思われた。

まとめ

認知症になると、様々な記憶が抜け落ち自分らしさを見失ってしまうことや、自分の趣味へも消極的になってしまうことがあります。しかし、我々介護士が関り記憶を引き出すお手伝いをしていくことにより、失われていない記憶に気づくことができるかもしれません。

そこから過去に楽しんでいた趣味を今から再び楽しむ事ができるかもしれません。その趣味を楽しむ事により自分らしさや生きがいを見つけられるかもしれません。

引き続き、利用者様の立場になって様々な関り方を考え、その人らしさを取り戻す、見つけてゆけるお手伝いをしていきたいと思えます。その一つとして、今回取り上げた長期記憶を利用する、回想法にも着目していただければと思えます。

変わりゆく身体状況とそのニーズに対する柔軟支援

ケアサポートセンターようざん石原

発表者：加納早稀

山口 栄

【はじめに】

人は誰でも健康な身体で日常生活を送りたいものである。しかし、加齢や認知症、その他様々な原因により機能低下が表出され望む通りの生活から遠ざかってしまうこともある。そのような時人は大きな不安の中で困惑しながらその都度誰かの助けを求めるものである。今回の事例は変化して行く身体機能、精神機能に対し、小規模多機能型居宅介護としてどのような支援をさせて頂いたのかを紹介する。

【利用者紹介】

A様 78歳 要介護5

既往歴：高血圧症、糖尿病、資質異常症、アルツハイマー型認知症

【生活歴】

東京都出身。平成7年頃夫の仕事都合で群馬に移り住む。人付き合いは苦手という性格で都内でも群馬でも友達は少なかった。長男夫婦は市内在住だが携わりは浅く、次男夫婦は都内在住ということで本人の日常への関わりは夫くらいであった。

平成21年、67歳の時、ひどい物忘れあり受診。検査の結果アルツハイマー型認知症と診断される。初期症状は軽度であった為、何とか夫との二人暮らしもできていたが、徐々に進行する認知症状の中、平成28年7月頃より意味不明な言動、不可解な行動、そして徘徊がみられるようになる。

【利用経緯と状態の変化】

平成28年9月16日、高齢者あんしんセンターより相談を受け、夫の希望で10月1日から通いサービス中心で利用開始となる。利用開始時、要介護2の認定で日常生活動作はほぼ自立状態であったが、認知症の進行とともにできないことが増えて行き、令和元年7月頃より表情が乏しくなり両下肢機能低下がみられそこから一気に寝たきり状態へと変化してしまう。

【目標】

認知症の進行により身体精神機能低下が著しい本人に寄り添いながらその都度柔軟支援を行う

【経過と取り組み】

・令和1年7月25日、それまで軽度であった両下肢機能低下が急に進行し立位歩行が難しくなる。

→ 夫の要望によりT整形外科クリニックへ受診する為通院乗降支援実施。骨には異常が無いとの診断。

→ 福祉用具レンタルと玄関先改修工事により自宅環境を整備する。

・令和1年8月26日、意欲低下著しく嚥下機能も低下。介助でも食事摂取量が細くなってしまう。

→ 主治医のT医院へ受診の為通院乗降支援実施。夫よりエンシュアリキッドが処方されたとの報告あり。

→ 粥・キザミ食からミキサー食へ変更し水分もトロミ使用提供とする。

・令和1年9月1日、認知症進行と身体機能低下により要介護5の認定となる。

→ 通いを中心とした必要時の宿泊プランから毎週定期的に2泊するプランへ変更する。

・令和1年9月12日、来所時より開眼なく意識レベル乏しく熱発あり。

→ 夫へ連絡し受診する旨促す。夫の指示で15時に主治医のT医院へ受診の為通院乗降支援実施するも休診。過去に受診経験あるT総合医療センターへ飛び込み事情と本人状態を話し受診して頂く。炎症反応著しく飲水困難の為消化器内科入院となる。

・令和1年9月21日、T総合医療センター消化器内科退院。

→ 退院時、退院支援実施。

・令和1年9月27日、T総合医療センター消化器内科退院後経過受診。

→ 通院乗降支援実施。

・令和1年10月4日、T総合医療センター消化器内科退院後経過受診。

→ 通院乗降支援実施。夫より今回から消化器内科から呼吸器内科へ医師が変わったとの報告あり。

肺に影があるとのこと。

→ 食も細く仙骨部に褥瘡発赤がみられてきたので夫へ皮膚科受診を促す。

・令和1年10月11日、T総合医療センター呼吸器内科受診。

→ 通院乗降支援実施。再度肺のCT撮影。

・令和1年10月16日、主治医のT医院よりM皮膚科を紹介されたので受診してみたいとの要望有り

→ 受診介助行うも軽く患部を診ただけでアズノールが処方されたのみ。

・令和1年10月18日、T総合医療センター呼吸器内科受診。

→ 通院乗降支援実施。肺癌の疑いは消えたとのこと。

・令和1年10月30日、T医院定期受診。

→ 通院乗降支援実施。

→ 仙骨部褥瘡一向に回復しない為いい加減なM皮膚科以外を受診してほしい旨促す。

- ・令和1年12月6日、自身が通院しているY皮膚科へ本人を受診させたいとの要望有り。
 - 通院乗降支援実施。
 - 夫よりY皮膚科では対応できないとのことでT総合医療センターへ入院させる段取りで紹介状を頂いたとの報告を受ける。
- ・令和1年12月9日、T総合医療センター外科入院。
 - 入院乗降支援実施。
- ・令和1年12月28日、T総合医療センター外科退院。
 - 退院乗降支援実施。
 - 退院時、1日1回のシャワー洗浄とシュガーパスタ軟膏を使用したガーゼ、フィルム保護対応が必要との説明を受け、処置支援と栄養摂取の為本日より令和2年1月8日まで連泊対応することを夫へ提案し了解頂く。また、連泊明けからは在宅時こちらが処置具を持って訪問し1日1回の処置を毎日継続的に達成していくことも提案し併せて了解頂く。
 - かかりつけ皮膚科のY皮膚科には退院時処方された薬が終わるころ受診するので十分。それまで自宅において継続処置をするようにとの指示あり。
- ・令和2年1月14日、褥瘡部、意識レベル若干改善され咀嚼、食事摂取機能も回復みられる
 - ミキサー・トロミ食から粥・キザミ食へ戻し対応する。
- ・令和2年1月17日、T総合医療センター呼吸器内科経過受診。
 - 通院乗降支援実施。
- ・令和2年1月24日、T総合医療センター呼吸器内科経過受診。
 - 通院乗降支援実施。
 - 夫よりCT結果大きな問題無しとのことで受診終了となったとの報告を受ける
- ・令和2年3月9日、T総合医療センター外科退院後、かかりつけ皮膚科であるY皮膚科へ初の受診
 - 通院乗降支援実施。
 - 夫より「Y皮膚科医師から特に話は無かった。T総合医療センターからの処方されている塗布薬はここには無いので処方箋を書くから薬局で取り寄せるように言われた。患部を診ることもせず薬を変えるという話にもならなかった。皆さんにはこれまで通りお願いします」との報告を受ける。

【考察】

A様は、現在も身体機能と精神機能へ改善、悪化の波を持ちながら在宅生活を送られている。医療が必要な時はその都度受診のお手伝いをさせて頂き、A様の状態によって通い、宿泊、訪問とサービススタイルを変えながら毎日必要とされる支援を管理し提供している。A様も介護者である夫も柔軟な生活支援、健康管理支援、そして私たちの寄り添いを頼りに暮ら

されている。

【おわりに】

小規模多機能型居宅介護としては地域の中で期待に応えられるようなケアと良い関係性を目標にし、利用者様のニーズ、ご家族の望んでいることへ柔軟に対応しながら寄り添って行きたい。

利用者様のニーズは変動的でそこに対してその都度不安を抱くものである。それは本人のみならずその方を取り巻く周りの人達も同様であろう。特に共に生活して来たご家族の不安は本人以上かもしれない。私達は利用者様一人ひとりに対する支援提供と同時に家庭内介護者であるご家族の心、その家庭における生活環境に対しても包括的に考え今必要とされているものは何かを的確に捉えて柔軟に支援しなければならない。その対応で押し寄せる不安を解消させ少しでも安心へとつなげることができる為に。

利用困難とされた利用者を受け入れた取り組みについて

ケアサポートセンターようざん小埜

発表者：遠藤 つばさ

相澤 裕昭

1 はじめに

平成30年11月よりデイサービスを週2回利用していたA様。その頃から警察に保護されたり、近所で倒れていたところを救急車で搬送されたりと在宅ケアの厳しさがうかがえていた。

その後、ご家族の希望によりショートステイに宿泊するも暴力性が強く予定していた宿泊日数よりも早く退所してしまう。

そんな話を聞いている中、ケアサポートセンターようざん小埜でのA様の利用の話が舞い込んでくる。そこで私たち職員として、どのように対応していけばよいか、ということをもA様利用前より協議し対応していった。

そこで本事例では、事前にアセスメントした情報からA様に実施した介護の取り組みと成果について紹介する。

2 対象者

利用者様：A様(要介護3)

年齢：79歳

認知症自立度：Ⅲa

既往歴：胃癌、腸閉塞、アルツハイマー型認知症

生活歴：旧H町に生まれる。高校卒業後は警察学校を経て、警察機動隊に配属される。

関わった主な事件には、あさま山荘事件がある。その後、刑事課に異動し定年まで、その職務を全うする。刑事として勤めていた頃は自宅にいる時間は少なかった。妻と二人暮らしをしている。老老介護となっており妻に介護を求めるのは厳しく疲弊している状況である。また隣には長男家族が居住する。長男も警察勤務で忙しく介護の時間を確保するのは困難な状況である。それゆえ主な介護者は看護師勤務である長女が請け負っている。

ご利用：平成30年11月よりデイサービスを週に2回利用するペースで利用開始、12月にショートステイ利用するも暴力性強く受け入れ不可、引き続きデイサービスを利用後、令和2年2月よりケアサポートセンターようざん小埜の利用開始となる。

3 事前のアセスメント

1) A様の経過

令和1年11月15日

近隣のグラウンド付近で倒れているのを発見され救急車で搬送される。医師より施設の利用を考えたほうが良いと言われる。

令和1年12月19日

近隣のコンビニエンスストアにてバケツに排尿し110番通報され、その後、保護される。

令和1年12月28日～31日

ショートステイ利用するも暴力性強く受け入れ不可となる。

令和2年1月23日

行方不明となり妻、息子夫婦で捜索する。民家の敷地に入りドアを開けようとしていたところを110番通報される。

2) デイサービス利用時の様子

A様は女性職員で対応すると不穏になるときがある。逆に男性職員の方が素直に対応してくれるときがあるとの情報をいただく。

3) 家族の要望

ショートステイ利用したということもあり、宿泊の希望が、ようざん小埜利用時よりあった。また上述したA様の様子より日中、自宅にて目が離せない様子であり、通所としての利用を多く希望されていた。

4 取り組み

1) 取り組みの目標

宿泊が困難だったということを踏まえ、A様に対するケアの最終目標を「宿泊できること」とした。

2) 取り組みの詳細

まず初めに暴力的な行為があり宿泊が困難であったという情報があったので、ようざん小埜では、通所利用から始めるプランを実施し、慣れたところで宿泊をしようという共通認識を家族と職員の間で持った。その後、宿泊が可能と判断できれば宿泊を入れたプランに変更するという方針のもと下記の取り組みを段階的に行った。

取り組み①

通所利用から開始

施設の職員や利用者様との人間関係を育成し、慣れ親しんでもらう期間を設ける

取り組み②

宿泊利用を開始

施設での生活に慣れ親しんだと判断し、宿泊を始める

事前のアセスメントから、A様は女性職員よりも男性職員の方が素直に対応してくれるということなので、宿泊は同一の男性職員で行う。その職員が3泊分、担当し、その後、別職員も担当していき、どの職員でも対応できるようにしていく。

取り組み③

宿泊と通所利用の併用し、生活のリズムを作る

定期的に宿泊をして施設と家庭での生活リズムを作り、家庭の介護負担を減らす。

5 取り組み内容と成果

1) 取り組み①について

2月4日より利用開始する。以前、利用していたデイサービスの利用では週2回の通所利用でしたが利用者様の現状および家族の介護の負担を考慮し、小規模多機能の利用では週4回の通所利用とし、家族の介護負担を減らすよう努めた。それと同時に施設に慣れ親しんでもらうため家庭で奥様が作成したクッションを施設に持参し、施設でも家庭に近い環境を作るよう努めた。また、なるべく早く新しい環境に馴染めるようにレクリエーションを積極的に行い、他利用者様や職員との打ち解け人間関係が形成されるようにした。取り組み後、家族より「以前より、自宅で寝てくれるようになった」とのことや利用者様本人より「ようざんに行くのが楽しい」と言ったことが聞かれた。

A様の利用開始から2週間が経過し、A様も慣れてきた様子で、さらに1日増やし週5回の通所利用とした。この頃には、「近頃、夜は良く寝ています」と家族より聞かれる。徐々に生活のリズムができつつあった。

そして家族の要望として宿泊の要望もあり、その実施に向けて動いていくこととなる。

2) 取り組み②について

2月4日の利用開始から、おおよそ1か月ほど経過し、A様が施設に慣れ親しんだと判断し、3月8日に宿泊を実施する。A様の事前アセスメントより、同一男性職員で対応した。

3月8日の宿泊

A様は夕食後、18時頃に眠そうな様子であり居室に誘導するも何度も居室より出てきてしまう。そこでホールに設置してあるソファへ誘導し休んでいただく。日中もソファで寝ていることもあり、ソファの方が落ち着く様子であったため、そのように対応した。また夜勤者がA様に「なぜソファで寝るの？刑事のときもそうだったから？」と尋ねると「そう」と応えてくださる。このことより、ソファなら落ち着いて眠ることができるということが分かった。

3月15日の宿泊

A様は夕食後、帰宅願望があり大声を出される。19時頃からソファで休まれ落ち着き眠気が強くなる。23時頃、他の利用者が不穏になり、夜勤者が、その対応をしなければならぬため、A様に居室へ移動していただく。その時は、すんなりと居室で寝ていただけた。このきっかけを機に居室で寝ることも可能となった。

3月21日の宿泊

前回の宿泊で居室にて寝たこともあり、23時頃から抵抗なく居室で入眠される。

3回の宿泊を同一の男性職員で対応し、その職員からの情報を元に他職員でも対応し、A様が、どの職員が対応したとしても安眠できるように努めた。その後の宿泊でもA様が安眠している様子があり、施設で宿泊できるようになっていった。また、その都度、居室で寝たり、ソファで寝たりとA様の様子に応じて対応していった。

3) 取り組み③について

その後、家族と相談・協議し、月曜日から金曜日までを通所とし、土曜日に宿泊し日曜日に帰宅するというプランを立て実行していった。その結果、A様は多くの時間をようざん小埜で過ごすことになり、家族の介護の負担も以前より減った。また、A様自身も以前にも増して、ようざん小埜を楽しまれるようになっていった。

6 まとめ

本事例では、利用者を受け入れる際の取り組みについて紹介した。
上記に示した通り、①～③の取り組みを行った。

その結果として暴力性があり、宿泊が不可とされたA様は、私たちのケアの最終目標である宿泊することができるという状態にまでもっていくことができた。このことから、事前にアセスメントを綿密に行い、細かく段階的に介護をしていくことで不可(宿泊困難)とされているものが可(宿泊できる)になるということを改めて実感できた。

どんな利用者にも介護する面で必ず困難になる局面があると思うが、その都度、利用者との向き合い、家族との向き合い、ベストな介護を目指していきたい。

息子想いのセンターアイドル

ケアサポートセンターようざん貝沢

発表者：渡辺美奈子

：後藤優佳

【はじめに】

「可能なかぎり出来ることは家でやっていきたい... でも24時間連続で家でみていくのはちょっともう...」

数年前に長男様からの切実なご相談を受け、今もサービスを利用くださっているA子様。利用開始直後を振り返ると、まさしく長男様からの相談は真に入り、切実なものでした。

【利用者様紹介】

氏名： A子様 女性 91歳（利用開始時 88歳）

要介護度：要介護5

認知症高齢者の日常生活自立度：IIIa

障害高齢者の日常生活自立度：B1

既往歴：老人性難聴，高血圧（H23），変形性膝関節症（H23），

アルツハイマー型認知症（H24），狭心症（H26/9月ステント術施行）

ふらつきはあるものの自立歩行，食べこぼしはあるが食事は自力摂取，むせ込みあり

【サービス利用開始までの経緯】

以前より居宅介護支援事業所を通じてショートステイ、訪問介護、通所リハビリなどを利用。長男様と自宅にて二人で生活していたが、近年は認知面の低下が顕著となり、物忘れや失禁、昼夜逆転、また近隣への徘徊も多くなっていた。長男様からの自宅での介護負担の軽減について相談を受け、平成29年4月よりケアサポートセンターようざん貝沢でのサービスを提供させて頂くこととなった。

【生活歴】

高崎市内に生まれ育ち、結婚。一男二女を授かる。主婦として家事や子育ての傍ら、家業である農業に勤しんで暮らす。夫が亡くなられたのち、現在は主介護者である長男様との二人暮らし。

【サービス利用開始時の様子】

長男様の要望に沿い、金曜日から月曜日までの三泊四日の宿泊利用にてサービス開始。

・「こんな所に閉じ込めて」「開けておくれ」と苑内の扉という扉を昼夜分かたず叩きながら

徘徊を繰り返す強い帰宅願望。

・他利用者のロッカーを開けてまわり、就寝中の他利用者の居室に入って揺り起こそうとして、制止の声がけをする職員に対して腕を掴む、叩く等の暴力行為や手近にあるティッシュボックスやクッションの投げつけ。

・「(長男の) Kはどこだ」「Kがあんたなんか選ぶはずがない」「なんであんたが家にいるんだ、ウチの土地なんだから出ていけ」「警察呼ぶよ」などの妄想と暴言。

・「毒を飲ませる気だろう」と錠剤を吐き出してしまう服薬拒否。

・トイレ利用時に壁になすりつける等の弄便行為。

(上記カギカッコ内はケア記録より抜粋)

利用開始直後は上記例のように行動、心理症状ともにBPSDが昼夜問わずに現れ、興奮状態が続いた。特に夜間は不穏状態が強くなり、入眠後2、3時間ほどで覚醒してしまう。頻回なトイレ利用や大声をあげながらのホール徘徊、他利用者居室への入り込みなどが続き、それに伴い朝食後や日中の傾眠も多くみられた。

【取り組みと経過】

初の三連泊利用後に苑での様子を長男様に報告。相談のうえでB病院精神科を受診となる。状態検討の結果、不穏状態改善の為に当面は月、水、金曜の通所利用と土曜日一泊の利用サイクルに変更して様子を見ることとなった(現在は日、月、火曜と木、金曜の宿泊利用)。また、就寝前の薬として抗精神病剤・睡眠導入剤が処方となった。内服開始後は自宅・宿泊時ともに入眠までの時間が短縮され深夜覚醒の回数も低減した。

《受診前の就寝前薬》

メマリー錠 5mg*2錠

ピレチア錠 25mg*1錠

《受診後の就寝前薬》

メマリー錠 5mg*2錠

ピレチア錠 25mg*1錠

ハロペリドール錠 0.75mg*1錠

プロチゾラム錠 0.25mg*1錠

内服による睡眠改善がみられたとはいえ、利用開始後の数か月は状態によっては興奮と徘徊が起こる日もまだまだ多かった。職員はまずは①生活リズムを整える、②ようざん貝沢での環境に慣れていただく、の二点を主眼に唱歌、体操といった参加型レクリエーションへの誘いや回想法(過去への思いを共感と受容をもって分かち合い、コミュニケーションの活

性化に繋げる)を参考にした昔ばなしなどの声かけを心掛けていった。突然の帰宅願望の訴えは職員との日常の会話や、最初は遠巻きに見ていた他の利用者様の声かけにより徐々に聞かれなくなってきており、声を荒げることも無くなり、環境への慣れを感じられるようになった。体操レクリエーションでは周りの人の動きに合わせて体を動かし同調する動きもいつの間にか見られるようになっていった。

年単位という長い時間軸での変化ではあるが、現在のA子様からは利用開始直後の不穏さや荒々しさの片鱗をうかがうことはなく、日中の職員とのやり取りには笑顔が見られ、穏やかに過ごされている。何らかの理由で覚醒が続き不眠の一夜を過ごすことは今もなお有るが、深夜のトイレ介助時に「あーよかった」「ありがとうございます」の声が聞かれ、驚くこともしばしばである。

【課題とまとめ】

A子様のサービス利用開始からちょうど三年六ヶ月が経ちました。宿泊時の夜間覚醒は少なくなっていますが、徘徊こそなくなったものの、下肢筋力低下により夜間の突然の立ち上がりによる転倒リスクは増えています。また失語等の認知機能の変化に即した対応も職員全員が共有すべき課題となっています。

利用開始直後のケア記録を手繰ってみるとA子様の今の平穏な笑顔からは想像つけがたい記述がたくさん見受けられました。長い時間をかけて少しずつ、私たちの提供する環境を受け入れてきてくださったA子様には今では「A子ちゃんはようざん貝沢のアイドルだねえ」と他の利用者様に言われるほどの笑顔が見られます。またいつもA子様を送ってこられる長男様も近年は「ちょっと出かけてきますね」とご趣味である城址巡りの日程表を預けてくださるほどのゆとり時間を過ごせておられるようです。

ことあるごとに「K!」、男性職員を見つけては「K、ちょっと来ておくれ」。そんなA子様の日々の様子からは長男様への愛情が溢れているのがいつも伝わってきます。当初は特段意識もせず「大変だなあ」と始まったA子様へのサービスでしたが、時を経て振り返ってみれば私たちはレスパイトケアの重要性も学ばせていただいたようです。

今後も学びを積み重ねて良質な介護サービスの提供を目指したいと思います。

「生きる」という事

居宅介護支援事業所ようざん

中條留美子

私は居宅ケアマネとして業務に就き、2年ほど経過しました。

この短い期間ですが、自分の人生についてどの様な最後を迎えるべきか、考えるきっかけを与えてくれた利用者様がいました。

忘れることが出来ない利用者様です。

是非皆様にも人生を生き抜くことについて、少しでも考えていただく事が出来たらとの思いと、短い時間でしたがこの利用者様と関わったことで、自分自身の生き方についても考える時間を与えてくださった事のお礼も込めて、今回の事例発表をさせて頂く事にしました。

S・Kさん 75歳 女性の方です。

生まれつき両股関節に障害があり、結婚はせず定年まで事務職として立派に勤め上げました。休日には旅行に出かけ、趣味の俳句作りや読書、庭の手入れ等色々楽しみながら自分なりの生活スタイルを作り上げていました。

しかし、定年と同時に病気が発覚、乳がんでした。まだまだこれから楽しみも増えるとワクワクしていた時だったと聞きました。

乳がんが治るのならばと踏み切った手術だったそうですが、不運にも肺に転移していることがわかり、今度は肺の治療が開始されました。

体重も減り体力も低下し、楽しいはずの定年後の生活が治療で10年以上も辛い日々が変わってしまい、本当に辛かったと聞いています。

治療の副作用で骨ももろくなり、圧迫骨折を起こした事を機に介護保険の介入となりました。

痛みで掃除が出来ないとの事でしたが、あれもこれもしてもらおうという事ではなく、最小限の支援を受ければ良いと言う考えの方でした。

生活の全てを自分で出来ていた人ですので初めはヘルパーさんに掃除をしてもらうことに戸惑いがあったそうですが、直ぐに打ち解け、お互い仕事だと割り切ることで気兼ねなく気持ちも楽になったそうです。

骨折が改善してからも抗がん剤治療は続いていましたが、状態が良くなることはなく、受診の度に違う薬を勧められたと落ち込んでいらっしやいました。

その頃には既に治療は苦痛に変わり、自分でも「余生は好きなように生活したい。今まで行きたい所へたくさん旅行にもいけたし、思い残すことはない。

家に居て花を眺めている時が一番幸せ。これ以上辛い治療をして今の生活が出来なくなる事のほうがかもっと嫌だ・・・」と訴えることが多くなっていました。

そんな時に主治医から「もう春まで持たない。次の受診までにホスピスを決めて来るよう

に。」と言われたと、Sさんはすぐに私に相談に来てくれました。

今にも命が終わってしまうのではないかと言うような不安な表情で・・・。

Sさんは「病院のベッドで壁を見ながら死んでいくのは嫌だ。動けなくても自分の家で死んで行きたい。」とはっきり言われました。

「どうしても最後は病院へ行かなくてはいけないのか？」とも言われ、私は咄嗟に「家で最後まで居られます。協力させてください。」という言葉が出ていました。

何とかSさんの強い意志と、気持ちを汲み取ってあげたいが故に出た言葉です。

直ぐに介護申請を行うと共に病院の相談員を通して、治療はせずにこのまま自宅で過ごしたいと強い希望があることを医師へ伝えていただき、在宅へ切り替えることになりました。介護保険からはベッドのレンタルと今まで通りに訪問介護を利用し、医療保険では訪問看護の利用という事になりました。

全ての支援が整い、病院へ行かなくてよくなった時のSさんのホッとした安堵の表情が忘れられません。

それからの日々は、本当に生き生きと花の手入れをし俳句を作り、毎晩晩酌を楽しみ読書をしながら休むという生活を楽しんでいました。通院していたときよりも、エネルギーがみなぎっている様にも感じられました。

春が過ぎ夏が過ぎた頃から、病気の進行と共に酸素吸入が必要になっても、同級生や近所の方の訪問が嬉しそうでした。

私が訪問するたびに「今の暮らしが一番幸せ」と言ってくれました。受診をしなくなった頃からでしょうか、身辺整理も徐々に進めていたようで、甥御さんには自宅の不用品の片付けを依頼した事や、戒名を決めた事、最後に着る衣装の保管場所や遺影の写真まで決めてある事を教えて下さいました。全てを受け止めいつも穏やかな表情で過ごされており、私まですっきりした気持ちを共有していたように思います。

その日は突然訪れました。

朝から体調が悪いと看護師からの報告は受けていましたが、その日の夜に旅立ってしまいました。75歳という若さでした。

兄嫁が付き添ってはいましたが、ちょっと傍を離れた間に息絶えたようです。

最後まで1人で迷惑をかけないようにと言っていた、その通りの旅立ちでした。その微笑を感じる表情は本当に満足そうでもありました。

病気を受け入れ納得し、人生の最後のあり方を決めてからも表面にはみえない苦悩や葛藤はあったはずですが、誰にも弱音を漏らすことなく本当に強い方でした。

ケアマネは本人の意思に基づいて、不足している部分を補うことで、その人の生活が向上し

生きる意欲に繋がる支援をする立場と考えています。

そのための介護サービスも与えるものではなく、本人と一緒に考え最良の支援が提供できてこそそのものと考えます。

Sさんも、「こんな良いサービスが受けられるとは思ってもいなかった。」といつも言って下さっていました。

でもそれはSさんが自分らしく最後まで生きたいと望んだ上での支援です。

必要なサービスを必要な時に使う。決して無駄なサービスは有りませんでした。

私たちは、残り少ない人生の一部分に関わらせていただく、とても貴重な仕事をさせて頂いています。

だからこそ、その人がどのような生活を望み、そのためには何が必要なのか見極めながら対応していかなければなりません。

最後に、これはSさんから頂いた自作の句集の中に、第三の世界での暮らしを楽しみにしていると言われ思い描いた句があります。

花の夜の明日香の空に舞い遊ぶ

月の夜は雲の上にて酒宴かな

Sさん、毎日楽しく過ごせていますか？

あなたの生き様は決して忘れません。ありがとうございました。

ご静聴ありがとうございました。

父と共に

ケアサポートセンターようざん藤塚

渋谷勝仁 植杉信久

【Ⅰ】はじめに

2025年には4人に1人が75歳以上の高齢者になると言われている中で、介護事業所に於ける職員不足もまた社会問題の一つとなっています。当事業所に於いても例外ではなく、人手不足の為に決められた業務をこなすのに精一杯になっている状況です。

「もっとゆとりを持ち、利用者様と向き合う時間を作りたい。」という職員の希望に少しでも近づける為、人材不足に取り組み、その成果を得たので報告します。

【Ⅱ】【取り組みと実施】

1 職員間の意見交換

なぜ利用者様と向き合う時間が少ないのか、そしてどうしたら改善できるのかについて話し合いました。

原因として、送迎、訪問、厨房の業務に費やす時間が多く、利用者様と接する機会の多いホールにいる時間が少なくなってしまう事でした。

そこで、ドライバーや厨房の人出が増えれば良いのではないかと。

また、小規模多機能施設という地域密着型の特性を活かし身近な所から人材を確保できないかとの意見から取り組みを始めました。

2 職員の家族から探す

身近にまだまだ働けそうな高齢者はあり、71歳の僕の父もその1人でした。

働いてもらうに当たっては、高齢者である為、不安や問題はありましたが、面接の結果採用となりました。

【父の紹介】

・氏名：渋谷 K (男性)

・年齢：71歳

生活歴：群馬県某所に生まれる。中学校を卒業後家業に勤める。同年に高校定時制に入学するも、家業が多忙の為中退を余儀なくされる。その後も67歳まで会社を経営。会社を辞めた後、特に趣味もなく自宅でお酒を飲み横になる生活を続ける。基本無口な性格でとても神経質である。

父がようざんで働き始めましたが、父に働いてもらうにあたりいくつかの問題に当たりました。

3 父親と施設側の心配、不安への対応と結果

- A 体調への不安
- B 介護現場に馴染めるか
- C 業務への不安

この不安を解決するために以下の様に取り組みました。

【A 体調への不安についての取り組み】

A についての取り組みとして、いくつかの勤務体制を行っていくことにしました。

- ・勤務時間を朝 7～10 の 3 時間勤務にする
- ・出勤できる日を体調に合わせてこまめに確認する

上記により、身体への負荷が減り無理なく働ける環境を作っていました。

【B 介護現場に馴染めるかについての取り組み】

B についての取り組みとして、仕事に対して多くを求めないようにし、困った時に本人の意見を尊重し、働きやすい環境を作っていました。

【C 業務への不安についての取り組み】

C についての取り組みとして、A の取り組み同様に短い時間の勤務体制に加え、身体に負荷のない自立した利用者様の送迎など行って頂きました。

この取り組みにより、働く不安が解決されました。

A～Cの取り組みにより職員不足を補うことに繋がりました。

それに働いている本人にも良い兆候がみられましたので、いくつか紹介させていただきます。

- ・容姿を気にするようになり、若々しくなった
- ・人と関わる事により明るくなった
- ・生活リズムが出来て体を動かす様になり、体調が優れてきた
- ・介護業界での仕事により、将来の自分の不安が軽減した
- ・定年後も社会的な役割を持つことが出来た

4 新たな人材確保への取り組み

月日が経ち、父の働きを見て再度職員みんなで話し合いをしました。

「お父さんに本当に助かるよ」

「もう何人か元気な高齢者が働いてくれたら助かるね」

「だったら小規模多機能らしい集め方をしよう」

「地域密着の施設らしく地域で働ける人を探そう」

それによりまた新たに人材を募集することにしました。

取り組み

民生委員さんに相談してみる→ 地域の方を2名紹介して頂いた

短時間の厨房パートさんを採用して頂く

Yさん 72歳・・・朝の1時間から1時間半 洗い物、環境整備、施設内消毒など

Iさん 73歳・・・昼の1時間から1時間半 洗い物、環境整備、施設内消毒など

【Ⅲ】【考察】

人材不足、利用者様と向き合えなかった課題は高齢者の人材確保により、解決傾向にあります。また、職員としては予想していなかった様な利点もありました。

例えば

- ・地域の方々との交流が増え、ようざん藤塚の存在を知って頂けた
- ・高齢者の人材確保のおかげで、利用者様との会話が盛り上がるようになった
- ・厨房勤務などの時に色々な技術など指導を頂いた

などです。

これらのことから高齢者の人材確保により我々が想像していた以上に成果を感じる事が出来ました。

今後とも我々職員と高齢者の方々との働き方が、より良い関係で続けて行けるように、お互い尊重し合い働いていきたいと思えます。

【Ⅳ】【まとめ】

職員が少しでもゆとりを持ち、利用者様と向き合える時間を多く取れるよう、小規模多機能型施設の特性を活かし、身近かな、あるいは地域から高齢者ではありますが人材確保を試みました。結果として良い傾向に進みましたが、この取り組みは、今回たまたま上手く行っただけとしか言えない段階です。高齢者を活かす施設を実際に実現するには、高い壁があり、運転免許の返納や、世代別の価値観の違い、世間の目など、ぶつかる問題も多くあります。しかし、高齢者が働きやすい環境を作れば、これから先、より良い介護の未来に繋がると僕は感じました。

【V】【最後に】

2025 年問題

国民の 4 人に 1 人が 75 歳以上になり、私達の介護現場ではさらなる人材不足が問題となっています。

そしてこのままでは認知症の高齢者も増えてしまう。

高齢者と共に働くこと。

高齢者でも、障害があっても社会と繋がっていただけること。

私達は、元気な高齢者と共に働きたい！そして老後を少しでも元気に過ごしてほしい！

「親父、これからも一緒に働こう」

『命ある限り付き合いました』

～家族の絆～

ケアサポートセンターようざん飯塚

発表者 三間珠美

須永貴代美

大澤侑里

【はじめに】

A 様が認知症と診断され、不安になった A 様の夫が助けを求め、ようざんに駆け込まれました。ご夫婦が慣れ親しんだ自宅で過ごしたい希望があり、そのお手伝いをさせて頂くことになった事例です。

【利用者様紹介】

氏名：A 様

性別：女性

年齢：84 歳

介護度：要介護 3

既往歴：認知症、糖尿病、高血圧

【生い立ち】

出身地：群馬県高崎市

幼少期：一人娘として大切に育てられる

職業：25 歳から花屋を営む

結婚：28 歳の時、夫と結婚。夫との間に子供なし。

生活歴：25 年間花屋を営みながら、生け花の先生として活躍される。

近隣のもらい火事により、花屋の店舗を焼失の為閉店。

その後は夫の仕事の経理を務める。

趣味：夫婦と仲間で日本各地、海外旅行をすること

その他：地区の婦人会の会長を 25 年間勤め上げた

【利用開始の経緯】平成 30 年 8 月

A 様認知症と診断を受ける

認知症についてわからないご主人が困惑し、助けを求め、ケアサポートセンターようざん飯塚に駆け込む

ご夫婦が慣れ親しんだ自宅で最後まで過ごしたいけど、どうしたらよいかわからない

【利用開始後の様子】平成30年9月利用開始

ご自宅：夜中起き始めて、物を探し出す

「ちょっと用事があるから」と出かけない時間帯に出ようとする

お湯を沸かしたら火を消さない

ようざん：入浴、排せつ、歯磨きの声かけに応じてもらえず

「おうちで入ってきたから」

「毎日入っているから」

「あとで入る」「あとで行きます」

など、立ち上がって頂けず

利用開始直後、ようざん職員はA様のことを多く知りません。

「自分で立ち上がっていくかな」など様子を見ていましたが、一向にその様子はありませんでした。それでも、「自分で行くからいい」とおっしゃられ、声かけ誘導などが上手くいきませんでした。

【声かけの工夫】

「体重を測りましょう」この一言で、不意に立ち上がって下さいました。

【その様子と表情】

イヤな表情なく、怒るでもなく、脱衣所について来て下さいました。脱衣所での「脱ぐ」行為はこちらで手伝いをしようと思ったのですが、気分よく「自分で脱げるから大丈夫です」とおっしゃって頂けました。着脱行為、体を洗う行為を一緒に行って頂けました。

「わるいですね」とこちらへ気遣われる言葉をかけて下さいました。「やっぱりお風呂は気持ちいいね」などの朗らかな表情を見せて下さいました。

【学び】

認知症の方に多く見られる“取り繕い”をされていたのだと気づきました。

「お風呂」と言われても、お風呂の場所がわからない。お風呂場に行って、何をするのか。

「脱ぐの？」「脱いだ服をどこに置くの？」「そのあとは？」など思われていたのかもしれませんが、しかし、「体重を測る」ことは、比較的簡単な言葉だったのでしょう。表情を変えることなく、一緒について来て下さいました。その後は、一連の行為を付き添って一緒に行動を共にしているからか、何の抵抗もなく、入浴出来ました。

入浴の成功は、利用開始後から実際のところ、そこまで時間はかかりませんでした。排せつなども簡単な言葉で立ち上がって頂き、誘導が出来ました。今では、ようざんに慣れたせいか、場所がわかり、ご自身でトイレに行く姿も見られます。

【結果】

「そちらで入って頂けるようになったならよかった、助かるよ、ありがとう」とご主人がおっしゃられました。「あとで自分で入るよ、って家では言うんだけど、入っている様子ないんだよなあ」と話して下さり、お手伝いが出来ているなら、よかったと私たちも嬉しく思いました。

はじめ：週3日通所、週4日訪問利用

現在：週5日通所、週2日訪問利用

ご本人の清潔行為、食事など安定した生活が出来るようになりました。

ご主人も時間に余裕が持てるようになりました。

はじめは、“認知症”についてわからなかったご主人も、A様の認知症の症状に慣れてきました。現在は、ようざんへの通所利用日も増え、ご主人の時間も確保出来ています。ご本人もイヤがることなく、ようざんに通うことが出来ています。

時間を持てるようになったことで、ご主人がA様のことを考える余裕が出てきました。A様が好きなお花を自宅に植える。自宅内で歩きやすいように手すりを設置する。毎日、ご本人の好きな料理を作る。など、A様に対するご主人の出来ることが増えたとのことでした。

【A様の楽しみ】

ようざんでもお花への水やりを楽しむことが出来るようになってきました。慣れ親しんだようざん職員と屋外のプランターやお庭に足を運び、「外の空気はいいね」「お花はキレイだね」などおっしゃられています。ご自身でホースを持ち、土に向けて水やりをされています。

利用開始時には、入浴や排せつ、歯磨きなどの声かけに応じて頂けなかった私たちですが、楽しみを共有出来る関係になることが出来ました。

【まとめ】

認知症について、よくわからなかったご主人の「助けてほしい」から始まった支援でしたが、今もお変わりなく利用されているA様の安定した毎日をお手伝いしたいと思います。

事例の承諾を得た春先頃から、過去から今までの話を何度も伺う機会を頂きました。その中で、「命ある限り付き合ひましょう」と、ご主人がA様に対し、言葉をかけていました。その何気ない想いが認知症を抱えたA様を支えているのだなと感じました。「認知症になっても自宅で一緒に生活をしたい」私たちはそのお手伝いをしていきたいです。

ここが第二の我が家のように

ケアサポートセンターようざん中居

鈴木 政志

南屋敷 光延

【はじめに】

ご家庭の事情や健康状態もあり、なかなか安心して在宅生活を充実出来なかったご利用者様の、痛みや不安、ストレスを緩和し、心穏やかに自分らしく生活の質を向上出来るように、身体機能の維持、意欲向上に取り組んだ事例を紹介します。

【対象者様紹介】

氏名 A様

年齢 91歳

介護度 要介護4

既往歴 逆流性食道炎

食道裂孔ヘルニア

右大腿骨骨頭骨折

変形性腰痛症

変形性膝関節症

■ようざん中居ご利用迄の経緯

群馬県初の女性校長で、最終的には多くの校長先生方を指導する指導教員だった。退職後もご自分のプライド、生活を優先されていた。家事や育児はほとんど夫が行っていた。

平成24年～28年、脱水や大腿骨骨折等で何度か入院され、徐々にADL低下。通所系サービスをし始めるが、続かないことも多くある。

平成30年7月頃、食欲不振、帯状疱疹があり主治医の勧めで検査の為7月30日N病院に入院。院内での食事量、意欲の低下あり。ご家族より、家に帰れば食欲、意欲が向上するとの話もあり、退院しての在宅支援を検討、ようざん中居のご利用開始となる。

■利用当初の様子

こだわり強く変化に拒否的。

主介護者は夫だが体調により介護困難。同居している娘家族の希望として、仕事等で不在が多いため、通い・訪問・宿泊を組み合わせ毎日利用したい。

往診、訪問看護もご利用。

■ADL

コミュニケーションはしっかり取れる。

車椅子での移動は出来るが移乗は全介助。

入浴、更衣も全介助。(協力動作はあり)

排泄は尿意、便意があり、ご本人様の希望時とトイレ誘導を行なっている。

食事摂取は自立しているが、食事量が少なく、栄養補助食品(エンシュア)を併用している。

■課題

課題① 不活発による心身の機能低下

課題② 食事に対する意欲低下

課題③ 体調管理

■取り組み

これらの問題点に対しカンファレンスで話し合い、職員全員で様々な方法を提案し取り組むことにした。

。

課題①に対しての取り組み

日中、時間を見計らいA様に洗濯物畳みや、おしぼりの用意など手伝って頂く。

また、お花の水やりなど無理のないよう様子を見ながらお願いします。

課題②に対しての取り組み

食事提供の際、器をいくつか用意し懐石料理風に提供する。

また、主治医と相談し、まずは食べる事に意欲が持てるよう A 様の好きなフルーツ、ケーキなど用意し提供する。

課題③に対しての取り組み

医療、介護現場で利用されているメデイカルケアステーション(MCS)を利用し、ご家族、主治医、訪問看護、ようざん中居の連携を密にし、体調の安定を図る。。

■結果

ようざんで過ごす時間が A 様にとって良い刺激になっているようで、活気も出て表情も良くなり、体重も増加した。

レクリエーションでは、身体を率先して動かしご自分から参加して下さり、ゲームなどでは、頑張ろうという意欲、表情が見られるようになった。

結果的にようざんのご利用を楽しみにされるようになり、体調も安定してご利用が安定して継続出来ている。

■考察・まとめ

当初、ご本人の寂し気な表情も見受けられていましたが、体調が安定し意欲も向上するにつ

れ、笑顔も多くなり、ご本人曰く「ここが第二の我が家のように」とよくおっしゃるようになりました。もちろん、A様の向上を目的とするケアを行っていくためには、多大なるご家族様の協力があり、それなしでは達成に繋げることは出来ません。今回の事例を通して、ご家族様の愛情を強く感じました。

これからも、A様とご家族様と共に、A様が安心して在宅生活を過ごせるように支援を続けさせて頂きたいと思えます。

ご清聴ありがとうございました。

当たり前場所から唯一無二な場所へ

ケアサポートセンターようざん並榎

佐久間 彩

菅谷 理絵

【はじめに】

皆さんにとって一番心を落ち着かせられる場所はどこですか？ゆっくり安心して過ごせる場所…きっと多くの方が「自宅」と答えられるのではないのでしょうか。

小規模多機能事業所では、様々な状況に合わせ、日々ご利用者様の在宅生活を支えています。通所・宿泊・訪問 どのサービスを利用されていても皆様の気持ちはただ一つ、馴れ親しんだ「自宅」で出来る限り生活したいという想いです。

今回は、加齢に伴い様々な身体的変化がありながらも、ご長男様に支えられながら在宅生活を送る利用者様についての事例を紹介します。

【利用者様紹介】

氏名:A様 年齢:86歳 性別:女性 介護度:要介護4

既往歴:高血圧、眩暈、認知症、不安神経症

生活歴:高崎市江木町に生まれ、28歳でご結婚、ご長男様を設けました。働き者で60歳まで工場パート勤務されておりました。平成10年にご主人を亡くされてからは一人暮らしを続けておられました。平成23年頃から加齢に伴う視力低下や神経痛、認知症状の進行もあり生活面の不安からSSを利用されておりましたが、自宅での生活を希望され、より柔軟な対応ができる小規模多機能に平成26年10月より利用になりました。

【利用当初の様子】

当時は別居されていたご長男様に通院や買い物等のご協力いただきながら、私たちはご自宅での生活を中心に考え、定期的な訪問と通所利用にて在宅生活の支援をさせて頂きました。A様は円背でふらつきがあり疲れやすいものの一本杖で歩行し、ご自宅では洗濯等の家事もご自分で問題なく行っていました。大人しくてご自分からお話することは少ないですが、来苑時にはレクやお手伝いを積極的に行ってくださいるとても穏やかな方でした。

しかし、在宅生活を続けていく中でいくつかの不安要素も出てきました。

- ・内服薬の効果が強く出過ぎてしまい突然低血圧になり眩暈を感じる(平成27年3月～)
→主治医に相談し随時内服薬の変更を行う
- ・排泄を失敗してしまう(平成27年5月～)
→布パンツからリハビリパンツに変更し、ポータブルトイレも活用
- ・夜間不安からかご長男様や友人、ようざんに何度も電話してしまう(平成27年5月～)

→その都度 A 様の話す内容に合わせて対応

また、脱水によるせん妄の疑いもあるため訪問時に確実に水分補給を行う

- ・認知症の進行により認知症薬の服用開始(平成 27 年 6 月～)
 - ・自宅内で転倒、どこかにぶつけた等の理由で時折身体に痣や傷がある状態に来苑される(平成 27 年 8 月～)
 - ・A 様から室内で蛇や子供を見たと言った報告が多くなる
- リアルな幻視が見えていると思われ、時には大声で叫ぶ様子が見られるようになる(平成 27 年 10 月～)

利用開始から約一年間で A 様には身体的にも精神的にも変化があり、自宅での生活も難しく感じるが増えてきました。ご長男様の協力、主治医による内服薬の調整、時にはようざんでの宿泊サービスを上手く利用し在宅生活を続けてこられました。しかし、状況は日々変化していきます。

【大きな変化】

平成 28 年 2 月と 12 月には初期の肺炎を患い、歩行状態も不安定な時があり車いすを使用することも増えてきました。それに伴い、ようざんへの宿泊も増加。家に帰れない不安から強い帰宅願望があり何度も何度も「家に帰してください」と職員に頼み込む日もありました。その後、平成 30 年 3 月には誤嚥性肺炎で約 1 ヶ月の入院、10 月には検査入院し誤嚥性肺炎に加え二か所の脳内出血、左足の付け根の骨折の診断になりました。一度目の入院以降食事は米飯と刻み食からお粥と超刻み食になり、職員の見守りと一部介助でしたが、徐々に摂取量は減少し、上手く食事や水分が摂れずに点滴を行う日もありました。食事も上手く摂れない、完全車いす生活になるであろう A 様をどのようにサポートしていくのか…施設入所も検討範囲でしたが、ご長男様の希望は今までと同様にようざんと自宅を行き来しながらの在宅生活の継続でした。そして、私たちは A 様が誰よりも「家に帰りたい」という強い気持ちを持っていることを知っています。A 様の希望を叶えるためにも乗り越えなければならない課題がありました。

課題 1 〈食事〉

- ・入院以降傾眠状態が強く、覚醒していてもなかなか思うように食事が摂れない。
- ・水分も食事でも日によって摂取量にムラがあり、食事中にむせ込む事がみられる。

課題 2 〈褥瘡〉

- ・食事の摂取量が減少したことで栄養状態が悪化し、仙骨部に褥瘡ができ始める。また他の好発部位にも発赤等が複数見られ始める。

【課題1・2に対する取り組み】

食事面

- ・家族・主治医と相談し、ようざん宿泊時は鼻からカテーテルを入れて直接胃に栄養を注入する経鼻経管栄養での食事に切り替え対応。
- ・在宅日はご家族希望もあり、プリンやヨーグルトなど食べやすい物を少量ずつ経口摂取を継続しながら様子を見ていく

褥瘡面

主治医指示のもと、看護師を中心に褥瘡の処置を開始。又、私達介護職員も適宜のオムツ交換、体位変換の時間を決めた上で褥瘡部の拡大防止及び好発部位への新たな褥瘡予防も意識しながら徹底した管理を行う。褥瘡の様子を日々観察し、状況に応じて主治医と看護師の判断で処置方法も変更し変更概要の周知を職員間で徹底しました。

【結果】

取り組み開始当初はようざん利用途中や在宅中でも頻繁に発熱がみられる事があり誤嚥によるものか、褥瘡部からのものか不安定な状態が続きその都度主治医と密に情報共有を行いながら指示に基づき、解熱剤や抗生剤の使用必要時には点滴の実施等継続的に行いました。

それでも、徐々にではありますが発熱などの不安定な状態は減り、A様は安定して一定量の栄養を摂れるようになり、調子のいい時には職員の声掛けに「ありがとう」や「すみませんねえ」等と元気に答えてくださるようになりました。

【現在の様子】

A様は現在もようざん並榎と自宅を行き来して生活されています。食事量の減少に伴い減っていた体重も、経鼻経管栄養で安定した栄養摂取が可能になったことで徐々に増加しています。最近では、お休みの日はご長男様の協力で、プリンやヨーグルトなどに加え少量ではありますがお粥なども経口摂取できるまでになりました。また、栄養状態の改善と処置の継続により褥瘡もほぼ完治し、現在は1日1回仙骨部への軟膏塗布で様子観察になっています。

A様自身も以前より体調が優れているからなのか、よくお話してくださるようになりました。職員の「アリアが10匹で？」の問いかけに「アリアとー！」と元気に返してくださる、そんな何気ない会話がとても嬉しくて思わず笑顔になってしまいます。

【考察・まとめ】

一時は在宅生活を断念する直前だったA様。様々な身体的変化がありながらも在宅生活を継続できた一番の要因は、A様の「家に帰りたい」という強いお気持ちだったのだと思います。そんなA様とご長男様の願いを、小規模多機能事業所の利点を活かして現在に至るま

でサポートできていることをとても嬉しく思います。

今回の事例を通して、「自宅」はどの方にとっても特別な唯一無二の場所であることを改めて実感しました。ある方にとっては家族の待つ場所、ある方にとっては一人でゆっくり過ごせる場所、ある方にとっては沢山の思い出が詰まった宝物…どの家も離れがたく、大切な「自宅」で過ごすことが「生きる意味」になり得るのです。これからも多くの利用者様の「生きる意味」を尊重し、小規模多機能としてできる限りの最善のサポートを行っていきたいと思います。

安心して暮らせる環境を～お金がないからいいよ～

ケアサポートセンターようざん

発表者 新木 裕 小林 由衣

○はじめに

突然ですが皆様は自分の老後の生活を想像したことはありますか？ネガティブな事を考え、不安になったりしないですか？

想像してみてください。もしも一人暮らしでお金が無かったら？ 重い病気を抱えていたら？ 認知症だったら？・・・

今回ご紹介させていただくご利用者様の A 様はこのすべてに当てはまります。しかし、それでもご自宅で暮らすことを望んでいる方です。そんな A 様が生活していく中での私達ようざんの関わり、地域の方々の協力を紹介します。

○本人紹介

氏名：A 様

性別：男性

年齢：83 歳

介護度：要介護 1

既往歴：認知症、高血圧、心筋梗塞、狭心症

○生活歴

5 人兄弟の一番目。既婚歴はなく定年まで役場で働いていました。若い頃家を飛び出している為、現在のご家族(弟)とは疎遠状態です。

定年後は自宅アパートにて一人暮らしをしています。しかし、ある理由から内服や金銭管理が困難になり、日常生活自立支援事業が管理をしていました。平日の 9 時頃に日常生活自立支援事業に自転車で出向き、一日の生活費として 2 千円を受け取りに行っていました。そこで内服も行っていました。その後自宅近くのスーパーに寄り一日分の食事としておにぎり 2 個を購入して、自宅に戻り食事を取っていました。

○施設利用の経緯

令和 2 年 4 月上旬 A 様は桐生に行く為に自転車で出かけたが、途中で方向が分からなくなり榛名、倉渕付近で警察に保護され、自宅アパートまで誘導してもらい帰宅。

徐々に、認知症の進行があり徘徊を繰り返すようになった為、かかりつけの西村医院へ受診され、自宅での一人暮らしが困難と考えられ、施設入所の方針となりましたが本人の強い希望にて在宅生活継続となりました。

4 月中旬には、胸部圧迫感が出現し、再び西村医院へ受診されました。心電図の結果 V2

～V6 陰性 T 波が見られ、不安定狭心症との診断で高崎総合医療センターに入院され、カテーテル治療を勧められるも A 様が強く拒否された為、内服治療にて保存的に経過観察を行う方針となりました。

そして 4 月下旬、社会福祉協議会の方から A 様の体調が悪く迎えに来て欲しいとようざんに相談の連絡がありました。社会福祉協議会の方々、日常生活自立支援事業の方々の協力のもと A 様にデイ利用を促していただき、ようざんに緊急利用となり、そこから利用開始となりました。ですが、認知症も進行しており、見当識障害も見られ、金銭管理や内服管理も出来ません。その上自宅には冷蔵庫などの生活に必要なものがない為、自宅での生活には様々な問題がありました。その問題点と取り組みについていくつか紹介させていただきます。

○A 様が生活していく上での問題点と取り組みについて

・食事管理

A 様はスーパーのおにぎり 2 個で一日を過ごしていた為、低栄養状態であり体重も減少傾向だったので、まずは食事を 3 食規則正しく取っていただくことにしました。朝食は本人の楽しみでもあるスーパーでの買い物で好きなものを購入していただき、昼食と夕食はデイ利用される日にはようざんにて提供し、デイ利用されない日には配食と言う形をとり、職員がお弁当を持参して訪問する事にしました。しかし、ここで問題が起きました。職員がお弁当を渡そうとすると、「お金がないからいいよ」と言われるのです。A 様は今までにお金で苦労してきたので強い不安を抱いているのではないかと私達は感じました。そこで私達はお弁当を渡す際には「市役所からのお弁当（食事）です。無料ですよ」と根気よく伝え続けました。すると徐々に理解してもらえるようになり、私達職員に対して安心感が生まれてきたのか、今では拒否も無くなり A 様から「コレ食べていいかい？」と聞いていただけるほどまでになりました。

・体調管理と内服管理

健康状態の把握と内服がある為、A 様がスーパーに行き、購入してきた食事が終わる 10 時に訪問し、バイタルチェックと朝食後の内服をしていただきます。昼、夕の訪問時も 10 時の訪問同様です。また胸の痛みや苦しいなど何か異常があった場合には、すぐに看護師に連絡し、状態によっては担当医に連絡して指示を仰ぐ体制をとっています。

・清潔保持と入浴

洋服は毎日同じ服を着ており、以前は公衆浴場を利用していたとのことですが、現在自宅の浴室も使用できる状態ではなく入浴されていない様子でしたので、デイ利用日には入浴もしていただくことにしました。入浴も食事同様に「お金がないからいいよ」「お風呂はいいや」と拒否が見られましたが、時間を空けて再度声掛けをする際に「お風呂は無料ですよ」と伝えると「無料なら入るよ」と入浴していただけるようになりました。

洗濯に関しては自宅で洗濯されていたとのことですが、現在はしている様子はないので洋

服は、ようざんで預かり洗濯して、その日の天候や気温に適した物を着ていただいています。その他、布団乾燥消毒サービスの利用や A 様がデイ利用時に自宅に訪問して部屋の掃除も行っています。

・金銭管理とお金への不安の解決

A 様は認知症状が著しく低下しており、金銭管理が出来ません。また判断力も低下しており、民生委員の方々と同アパートの住民の話によると、知人よりブロックで叩かれ暴力を受けたり、金銭搾取をされているとのことでした。この経緯から A 様がお金に対しての不安があるのだと私達は考えました。そこで私達は区長さんや民生委員の方々と協力し合って、私達が訪問に行く時間帯以外の時間に訪問をお願いし、A 様が一人でいる時間を少なくして暴力や金銭搾取を防止しようと考えたのです。また私達が訪問時に何か出来ることはないか議題が上がり、職員同士で話し合った結果、訪問時に A 様の上承を得てから目の前で財布の中身とレシートの確認と A 様が日常生活自立支援事業で受け取ってくるお金を私達が管理するようにし、財布には 2 千円以上入れないようにしました。当然最初はバッグや財布の中身を確認することに A 様は不信に思い確認させていただきませんでした、「お金を預かってきたから財布に入れますね」などの声掛けを行い、中身の確認が出来る様になりました。そういった私達の取り組みや地域の方々の協力もあり、今では知人による暴力や金銭搾取を防止することが出来ています。

○まとめ

今回紹介させて頂きました A 様は、現在は週 2 回のデイ利用と地域の方々の協力を最大限に活用され、無事にご自宅で生活されています。また利用開始当初の A 様は不安な表情をしていましたが、今は笑顔を見せることが増えてきたように思えます。地域みんなで支えていくことで A 様が生活しやすい環境になったのだと思います。しかし認知症状の低下も著しく、狭心症も徐所に進行してきています。もしかしたらまたお金や病気、知人の事など、不安を訴えることがあるかもしれません。ですが A 様はこの先も自宅で暮らすことを強く望んでいます。これからも私達をはじめ、地域の方々、社会福祉協議会の方々などと協力し合いながら、A 様が安心して暮らしていけるようにしていきたいです。

この場を借りて今まで協力して下さった皆様、本当にありがとうございます。

そしてこれからもご協力よろしく願いいたします。

「縁起でもない話を、もっと身近に」～もしものための、話し合い～

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者：道下 未南美

【はじめに】

近年、在宅支援の場においても当たり前となってきた「看取りケア」。

ケアサポートセンターようざん双葉でも、訪問看護・在宅医療と連携し看取り支援を行い、今年3月に事業所にてお看取りをさせて頂きました。

人生の最後にどう在りたいか。

皆さんは自分の家族と「人生の最後」について話し合いをする事がありますか。

誰もが大切だと分かっています。でも、なんとなく「縁起でもないから」という理由で話しづらいつらいつら感じる方もいらっしゃると思います。

「縁起でもない」から避けるのではなく、「縁起でもない」事をもっと身近に。

看取りケアを通じ、誰もが「まだ先の事」ではなく、多くの方が早い段階から「人生の最後」について話し合いの場を持つことの大切さを感じました。今回の私たちの取り組みは、利用者様に対し、アドバンス・ケア・プランニングのきっかけとして効果を実感できただけでなく、私達自身の家族に対しても「人生の最後」について気軽に話しあえるきっかけを作ることができる実感することが出来ました。「もしもの時」の為の話し合いを、楽しく気軽に行う為の取り組みについてご紹介させていただきます。

【アンケート】

「人生の最後」について10名のご利用者様より、お話を伺いました。

利用者様への聞き取りは下記の通りとなりました。

1. ご自身の「人生の最後」についてお考えはありますか。

考えている・・・8名 特に考えてない・・・2名

考えていると答えた方の意見

- ・できるだけ家族に迷惑はかけたくない ・管につながれてまで生きたくない
- ・病院にお願いしたい ・家族がそばにいてほしい など

2. 家族と「人生の最後」について話をしますか？

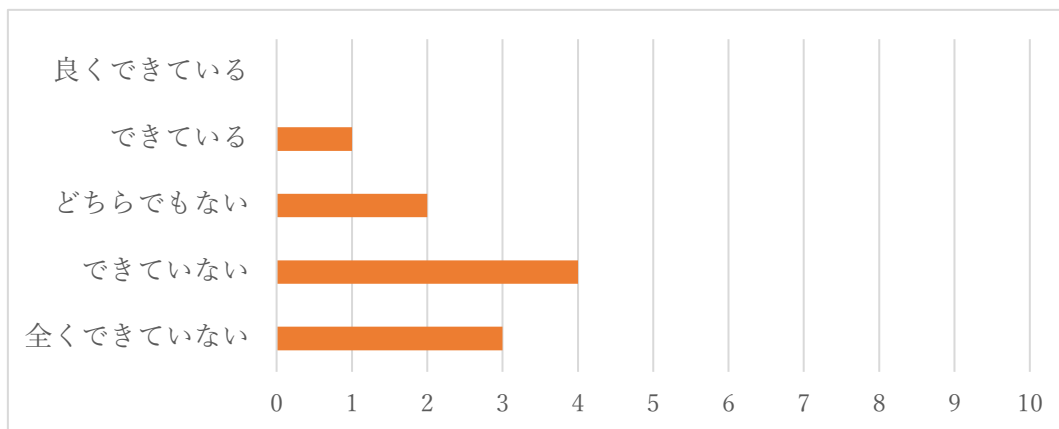
話をする・・・3名 あまり話が出来ていない・・・7名

話が出来ていない方の意見

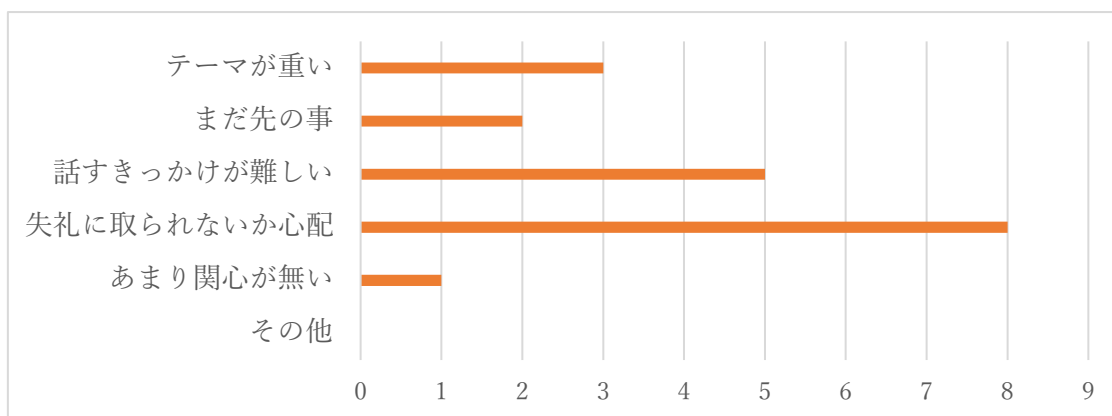
- ・何となく話しづらい。話すきっかけが難しい
- ・向こうから聞いてきてくれると話しやすい
- ・真剣に聞いてくれるか心配 など

続いて今回聞き取りをした10名の利用者様のご家族を対象に、アンケートにご協力いただきました。アンケートの結果は以下の通りとなりました。

質問1. 「人生の最後」について、家族で話し合うことはありますか？



質問2. 家族間で「人生の最後」をテーマに話し合いがし辛い要因として考えられる事はどんな事でしょう。(複数回答可)



ご家族へのアンケートと利用者様への聞き取りの結果

「大事なこと」と分かっており「伝えておきたい」「知っておきたい」とそれぞれ気持ちはあるが、お互いに遠慮してコミュニケーションが取り辛い状況となっているような印象を受けました。

【もしばなゲームの提案】

今回の聞き取りに協力いただいた、利用者様とご家族へ「もしばなゲーム」を提案。

「もしばなゲーム」とは、「自分はどんなことを大切にして残りの時間を過ごしたいか」といった話を、利用者様やご家族、医療スタッフや私たち介護職員とできるだけ気軽に、かつ率直に話し合うきっかけになればとの思いから作られたカードゲームです。

このゲームを行うことで、

- ・相手が大切に考えている「価値観」が見えてきます

- ・自分の考えを整理する事ができます
 - ・「人生の最後にどう在りたいか」をお互いに知ることができます
- 一度やるだけではなく、何回も繰り返し「その時」の価値観・考え方を共有していく事が大切です。

【もしばなゲームのやり方】

- ①カードは全部で 36 枚。
一人に 5 枚ずつカードを配ります。
次に、残りのカードを中央に積み、その周りに中央のカードから 5 枚のカードを表向きに置きます。
- ②自分の順番が回ってきたら、手札の中から不要なカードを 1 枚、置かれたカードと交換していきます（なければパス）
- ③全員がパスをした時点で置かれた 5 枚のカードを流します。
積み札から新たに 5 枚のカードを表向きに置きます。
- ④これを繰り返し、中央の積み札がなくなって、置くカードがなくなったらゲーム終了。
- ⑤各自が手元にある 5 枚のカードから、特に大切なカードを 3 枚選び、その理由を考え

他の参加者に説明します。

職員でやってみました。職員間で聞かれた感想。

- ・利用者様の要望を知る一つのツールとして、かしまらずゲーム感覚で楽しみながらできるので良いと思う。
- ・いぎ親とこういった話をしようとするのが正直辛い。「まだ先の事だろ」と言われたこともある。これだったらゲーム感覚でできるので今度親とやってみたい。

利用者様とやってみました。

テーマは重いですが、笑顔も見られ普段のレクと変わらない雰囲気で行うことができました。

実際にやって頂いた利用者様の感想

- ・大事なことですね
- ・手伝ってくれる人がいれば楽しくできる
- ・これだったら希望を伝えやすい
- ・家族でやってみたい

アンケートへ協力頂いたご家族へ「もしばなゲーム」を紹介すると、何件かのご家族より「母とやってみたい」「これだったらゲーム感覚でできるので良いですね」との事で意見を頂きました。

【考察】

今回行った「もしばなゲーム」はアドバンス・ケア・プランニングのきっかけとして、とても有効だと感じました。

実際に職員同士、利用者様と、職員の家族と、利用者様とご家族とでやってみましたがそれぞれの場面で、お互いの価値観や考えを共有できる効果を実感することが出来ました。

※アドバンス・ケア・プランニングについて

将来の意思決定能力の低下に備えて、利用者様やそのご家族とケア全体の目標や具体的な支援や治療について話し合うプロセス（過程）。の事です。

【おわりに】

私たち介護職は、常に「ご利用者様とご家族様にとっての最善は何か」を考えながら日々の支援にあたっています。アドバンス・ケア・プランニングは利用者様とご家族様と介護職だけでなく、医療職も含め双方が考える最善を達成するための一つのツールになり得るものです。とはいえ「今は決めたくない」「考えたくない」と思っている人に無理強いするようなことがあっては意味がないと思います。

もしもの際は自分の意思を最大限尊重してほしい。その為に私たちがやるべきことは、ご本人の希望が何であるかを理解し、それを支えるチームで共有し、話し合いを重ね希望の実現に向け支援していく事です。しかし、人間誰しも心が変わることもあります。この話し合いは一度で終わりとはせず、折に触れて継続していく事が大切です。そのきっかけとして「もしばなゲーム」を活用していくことで、かしまって構えることなくご本人の意思を尊重する支援の方向性が見えてくると実感しました。

今回の取り組みを通じ、「まだ先のこと」「縁起でもない」ではなくもっと身近に将来の事を気軽に話し合うきっかけとして活用していけると良いと感じました。

今が一番幸せ

ケアサポートセンターようざん栗崎

発表者：中西 桂子

金井 尚美

はじめに

対象者の K 様は、要介護 5、バルーン留置しミキサー食で奥様と 2 人暮らしの男性利用者様です。訪問診療・訪問看護・福祉用具貸与・当施設の小規模多機能型居宅介護を利用し、一年以上在宅生活を継続されています。ご自宅にお伺いすると、お二人の笑顔、そして奥様より「今が一番幸せ」と笑顔で話されている姿がとても印象的です。そのような素敵なお夫婦について、当施設の利用経緯・お二人の在宅生活に対する思いをご紹介します。

1 事例紹介

利用者様…K 様

年齢…89 歳

要介護度…要介護 5

日常生活自立度…B 2 認知症生活自立度…III b

家族構成…奥様（主介護者）と二人暮らし

長男様は市外、長女様は市内在住

既往歴…

脳梗塞後遺症（H30.2 月）

アルツハイマー型認知症（H29.9 月）

前立腺肥大、神経因性膀胱（バルーンカテーテル留置）

高血圧症

腰部脊柱管狭窄症

変形性膝関節症

逆流性食道炎、肺炎

処方薬：

リボトリール錠 0.5mg 【夕】（けいれんを抑える）

リマプロストアルファデクス錠 5 μ g 「サワイ」【朝夕】（下肢の痛みやしびれを改善する）

セパミットー R 顆粒 2% 【朝夕】（血圧を下げる）

セレコックス錠 100mg 【朝夕】（痛みや炎症を抑える）

カルボシステイン錠 250mg 【朝夕】（痰の切れを良くする）

ベルソムラ錠 15mg 【寝る前】（寝つきを良くする）

ランソプラゾール OD 錠 15mg 「トーワ」【朝】（胃酸の分泌を抑える）

生活歴…

4人兄弟の長男。高校卒業後は旧国鉄の運転士として勤務を行い定年退職される。その後は関連会社に出向して勤務し70歳まで働く。兼業で農業も行なわれていた。

2 利用の経緯：

平成31年3月、脳梗塞によりリハビリ目的で介護老人保健施設に入所中。要介護5、バルーン留置し、ミキサー食にて食事をされている状況。在宅復帰は難しいとみられ、奥様も不安があり施設入所も検討したが、本人様の自宅に戻りたいとの気持ちが強く、奥様も一度は自宅に戻り介護をしたいとの気持ちが強まり在宅復帰の方向性となる。介護者が奥様のみとなる為、小規模多機能型居宅介護を提案される。福祉用具（車イス、ベッド、スロープ、手すり等）を導入し、試験的に外泊を行い令和元年5月24日に介護老人保健施設を退所して自宅に戻られ、当施設にて利用を開始となる。

利用開始前の思い：

本人様…早く家に帰りたい。

奥様…これまで長い間一生懸命働いてくれたので、可能な限り自宅で介護してあげたい気持ちがあります。家でゆっくりとお茶のみを楽しみながら一緒に過ごす時間ができれば嬉しいですが、自分には趣味や活動があるのでそれは続けたい。

3 現在のサービス利用内容

当施設について…

①通い：週5日利用（日・火・水【午前】・木・土）。

8時頃自宅へお迎えに行き、施設到着後に朝食を召し上がる。

夕食後、18時過ぎに自宅へお送りする。

*奥様の都合により時間調整を図り、場合により通いの日時を変更・追加することあり。

【当施設での日中の過ごし方】

午前入浴：週2回（日・水）

体操（ラジオ体操、口腔体操など）、歌

午後昼寝

レクリエーション活動

食事について…

通いの日は、朝・昼・夕食を施設にて召し上がる。

食事形態：重湯・ミキサー食（嚥下障害あり、誤嚥性肺炎のリスクが高い為）

どんぶりを使用し、重湯におかずを合わせて召し上がる。
持ち手が長いスプーンを使用し、握りやすいように太くする。
手の震えにより自力で召し上がれないことあり。本人様の依頼により介助を行う事がある。
(ご自宅では、奥様が介助されている)

排泄について…

本人様が便意を訴えた時にトイレへ誘導し、職員2人で介助を行う。
自力にて排便が難しい時には、看護師が摘便を行うこともある。
帰宅前に採尿バック内の尿を破棄する。

②宿泊：

週2回（火・木曜）利用。
就寝前・起床時に採尿バックの尿破棄を行う。

③訪問について…

・配食：

在宅日（火・金曜）は1日3回（朝・昼・夕）、午後半日の在宅日（水曜）は夕配食を行う。
お粥・汁物は保温容器・おかずはタッパーに入れてお届けし、奥様が自宅の器に移される。
薬は施設にてお預りして看護師が管理を行い、配食時は薬も持参する。

・バイタルチェック：朝訪問時に血圧及び体温測定を行う。

・排泄介助：本人様と奥様に確認し、希望時にはオムツを確認して、必要時には交換する。
訪問時以外は、オムツ交換及び尿破棄を奥様が行われる。

その他の介護保険サービス…

訪問看護：週1回（隔週）

【内容】体調を確認、皮膚状態の確認、尿カテーテルの確認・管理、清拭、緊急時の対応

【経過】週1回にて利用を開始。状態が落ち着き一時利用中止したが、尿カテーテル部の確認・管理の為、令和2年1月2日7～隔週にて利用再開。誤嚥性肺炎の為令和2年4月19日～5月12日市内の病院にて入院。その後週1回（月曜日 15:00 30分程度）に増やし利用継続。入院前に尿カテーテルの詰まりがみられた為、退院後尿カテーテル交換頻度が4週から3週間ごとに変更となる。

訪問診療：月1回（令和2年5月～利用開始）

福祉用具貸与：

- ・特殊寝台・特殊寝台付属品（ベッド一式）
- ・車椅子

- ・スロープ（自宅玄関用）
- ・吸引器（肺炎の為令和2年4月1日~5月12日入院。退院後よりレンタル開始）

4 奥様の生活について…

本人様が通所の日、自宅にて家事や畑仕事等をされている。

多趣味で地域活動にも積極的であり、参加を楽しみにされている。

オレンジサポーター等のボランティア活動を行い活躍されている。

ゲートボールや公民館にハーモニカを練習に通っている。

いきいきサロンに参加し、ハーモニカを披露している。当施設にもハーモニカの慰問に来て下さったことがある。

5 利用経過（令和元年5月24日～利用開始）…

【利用開始～3か月後】

「仕事を辞める」などと時々通いを拒否されることがある。

奥様が便失禁時のオムツ交換が負担であった為、受診時に看護師より担当医へ相談し下剤の調整を行って頂く。また、施設にて看護師が摘便し排便コントロールを行った結果、自宅では緩い便によるオムツ交換の手間が大幅に改善された。

泊りを週1回にて開始したが、夜間不眠あり、奥様は本人様が自宅に居る日に夜眠れず疲労される。奥様の希望により宿泊を週2回に増加する。

【利用開始より4～6か月後】

時々通い拒否や「今日でようごんをやめます」などと本人様より話を切り出されることがあるが、現状の生活の事を説明すると納得し落ち着かれる。

夜間の不眠が不定期にあるが、日中は通い利用をしていることが多いので、奥様は何とか介護を続けていきたいとの意向。本人様が在宅時は、奥様も昼間一緒に休まれ夜間の対応をするなど、本人様のリズムに奥様が合わせて生活することで疲労が軽減された。

奥様の活動の関係で通いや泊りを臨機応変に調整することで、奥様の趣味活動、在宅生活が継続できている。

施設利用日に排便コントロールを継続的に行うことで、自宅での排便頻度がかなり減り、奥様の排泄の介護負担が軽減した。

【利用開始より7～12か月後】

時には通所を拒否されることもあるが、説明すると落ち着かれる。奥様の都合により通いや宿泊など随時対応できていることで、奥様より安心して介護が続けることができているとの感想がある。

【利用開始より 12 か月後～現在】

時々通い拒否はあるが、以前より強い拒否はない。日によって逆に「用意していなければならない」と準備し待っていることもある。通いのお迎え時間について、奥様としては家の仕事がたくさんできるので、現在の 8 時がちょうど良いと感じている。

排泄について「排便コントロールしてもらうことがとても助かる。」、食事について「栄養バランスが良いし、ミキサー食は自分では準備できないのでとても助かっている。最高にありがたい。」とのこと。

本人様が自宅に居る日は、奥様と一緒に散歩やひなたぼっこし、本人様が夜間に起きた時には、お茶を飲みながら思い出話など会話を楽しまれている。本人様は昔のことを良く覚えており、鉄道の運転士をしていた時のことや、小学生の時の事まで話をされることがある。

現在の思い…

本人様：

「なるべく家に居られるようにしてほしい。家に帰って来るとほっとする。」

「あと 10 年生きたい」

奥様にも「おまえも体に気を付けて元気でいろよ」と伝えている。

奥様：

「今が一番幸せ。看病できる幸せを感じている。夫には長生きしてもらい、これからも 2 人で仲良くのんびり自宅で暮らしたい。」

「夜中に起きて寝不足になっても、朝 8 時に迎えに来てもらえると思うと気持ちが楽になり頑張れる。」

「夫は以前より気持ちがまろやかになった。寝る前の薬を内服する時にヨーグルトに混ぜるが、『おまえも食べろ』と言う。とても素直で優しい。」

当施設について：

「周りからはよく介護をしながら畑仕事もできるねと言われる。ようざん栗崎は頼みの綱である。これからはサービスを調整してもらいながら在宅介護を続けていきたい。夫が通い・泊りの日は、帰ってくるまでにいろいろ家の仕事ができる。畑もきれいにしておくことができる。夫は施設でしっかりみてくれていて元気に過ごしていることを思うと、家での仕事にも気持ちの張りあいが出る。夫が元気な顔で帰ってくるとほっとする。夫は行くのを嫌がることもあるが、送迎時に上手く会話して連れて行ってほしい。」

◇まとめ・考察

高齢世帯で要介護 5、バルーン留置しミキサー食の利用者様が、退院や老健退所にあたり在宅復帰を選択する事は、一般的には課題が多く、施設入所も視野に入れた話し合いになるこ

とが多いと思います。

本事例において、老健退所後、入院期間をはさみながらも在宅生活を一年以上継続できているのは、まず、訪問診療や訪問看護の利用により、ご自宅での医療体制が整っており、緊急時対応も可能という安心感があることだと思われます。

次に、小規模多機能の特徴である「通い・宿泊・訪問」を柔軟に組み合わせてサービス利用されていることにより、主介護者である奥様の介護負担を軽減し、ストレスをためず精神的な安心感も提供できていることによると思います。

奥様は、本人様が通い・泊りの日の過ごし方と、自宅に居る日の過ごし方を変えて生活にメリハリをつけ、それぞれの時間に役割・やりがい・楽しみを持たれています。本人様が外出中は、本人様の思い入れの深い庭や畑をきれいに保たれ、夫が元気にようぎん栗崎から帰ってくることを楽しみにされています。本人様が自宅にいらっしゃる時は、ご夫婦2人の時間を大切にし、会話を楽しまれています。

さらに、奥様が趣味活動を楽しまれ、いきいきサロンなどにも参加され、社会とのつながりをもっていることもとても重要なことであり、ご自分の時間も確保されながら、安心していきいきと介護をされている姿はとても素敵であると感じます。

在宅介護では、本人様と共に介護者の心身の健康もとても大切であり、趣味を楽しまれたり、リフレッシュできる時間がとても重要であると感じます。

それに加えて、本事例では、ご夫婦がとても仲良く、お互いを思いやる愛情が深く絆が強いことも、在宅介護を継続し、さらに現在の「幸せ」を感じられることに繋がっていると思われます。今年は、結婚60周年記念にあたるダイヤモンド婚です。長い結婚生活の中で、苦しい事や辛い事も沢山あったことでしょう。それをお二人で手を取りあい、力をあわせて苦難を乗り越え歩んできたからこそ、「今が一番幸せ」と感じられるのだと思われます。

お風呂だけでも入れて貰えれば・・・

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者：阿藤 栄

【はじめに】

小規模多機能の利用を開始する際、ご家族から『お風呂だけでも入れてもらえれば・・・』と言われることがある。

それだけ認知症状が強く、ご家族も自宅での入浴を諦めていたり、そもそも外に連れ出すこと自体が難しいという状態からスタートすることがある。

今回は施設に来ることや入浴拒否が強い利用者への取り組みについて紹介する。

【事例対象者】

E様：80歳 女性 要介護3

<既往歴>

大動脈解離（平成26年2月）

血管性認知症（平成26年頃より）

ラクナ梗塞

<生活歴>

高崎市生まれ。長女は結婚して家庭を持っており、近くに住んでいる。

ご主人が亡くなってからは独居生活。

長女が食事の用意をしてくれ、好きな時に食べて、寝るという習慣。

【利用にあたっての課題】

長女より「もうお風呂にはしばらく入ってないです」

「病院も行けなくて、そもそも外に連れ出せないんです」

との相談を受ける。

職員が施設への連れ出しや入浴しようと試みるも・・・

「昨日風呂に入ったのに（入ってないが）何でまた入るんだ！」「風呂なんか入らねよ！」と暴言が飛ぶ。

外出しようと試みても「行かねえよ！」とりモコンを投げつける、本気でハサミや箸で刺してくる。

家族がだましだまし連れ出し、S病院（精神脳神経外科）に受診をしても、フロアで大声で怒鳴り、暴れ出してしまふ為、先生も

「次回は本人は連れて来なくて良いですよ」と言われる。

排泄もうまくできず、トイレは便で汚れていたり、衣服にも便が付着している状態である。

【ご家族からの要望】

長女より「お風呂だけでも入ってくれと助かります」と言われる。

自宅での入浴は長女が何度も試みたが、怒り出してしまい、入れることはできなかった。

その後、職員が自宅を訪問し、施設へ来て頂くように試みるが、

毎回、「出てけよ！こっち来んな！」等の罵声とリモコンが飛び『施設へお連れし、入浴して頂く』という目標は達成出来ずに数カ月が過ぎた。

どうしたら施設に来て頂けるのか？

どうしたら入浴してもらえるのか？

【取り組み】

≪職員より、訪問時の情報を収集する≫

- ・「入浴」や「運動」、「気晴らしに外出」「先生が」「娘さんが」等の色々な声掛けをしても最後には「行かないよ！」と拒否する。
- ・しかし、訪問した日によっては、怒らないで受け答えをしてくれる時もあった。→日によってE様の気持ちにムラがある。
- ・男性と女性の職員では態度が違う時がある。男性職員の方が抵抗が少ないような気がする。
- ・口癖のように「足、痛え」「腰、痛え」と言っている。→本当に痛いのか？

≪取り組みとして・・・≫

「連れ出す」「入浴」して貰う事より、まずはE様とじっくり会話をすることに重点を置き、信頼関係を築いてみる。

【E様との会話】

しかし、訪問しても、本人の安否を確認するのみで、会話のキャッチボールが出来ない日が続く。訪問すると「何しに来たんだよ！帰れ！」

「殺されてえのか！」などの暴言。近づくと「来るな！」と言われる。

またある日はこたつに寝ていて、こちらを一瞥しただけで、話しかけても無言・無視している時もある。

また比較的機嫌のよい時もあり、受け答えが出来る時もある。

そんな時は少し会話が出来るが、「気分転換に外に出てみませんか」などと言うと「外に出ると、死ぬからいい」、そして繰り返し誘うと「早く帰れよ！」となってしまう。

『とにかくE様との会話を楽しもう』という気持ちで訪問時間は伸びても、出来る限り会話をしてくることを心掛けよう。

【O職員E様の連れ出しに成功！】

ある日、訪問していたO職員(男性職員)から

「E様を連れていきます！」との連絡が入る。

E様を外に連れ出し、施設までお連れすることに成功！

しかし、ホールに着き、バイタル測定には抵抗を示される。

「さっき測ったんだよ！触るな！」

«何としても入浴してほしい！»

そして何とか脱衣室まで誘導し、脱衣介助を行う。

職員に容赦ない抵抗と暴言。

しかし、シャワーチェアに座ってしまうと、激しい抵抗は収まり、洗髪・洗身はさほど強い抵抗は示されなかった。

そして、E様が浴槽に漬かった！

【O職員はどのようにして連れ出したのか？】

連れ出しに成功したO職員に連れ出した時の状況を確認した。

普段からO職員はE様宅を訪問した時には出来るだけ時間を取り、E様と色々な話をするように心掛けていた。どんなTVが好きか、どんな歌手が好きか、好きな食べ物は？

お身体の具合はどうですか？

連れ出しに成功した日はE様の「足、痛え」の訴えから、「足のどこが痛みますか？」とこたつ布団から両足を出して、見せて貰うように話したところ、素直に応じ、その後、いざって玄関先まで動き始めたという。

「歩けますか？」「どの辺が痛みますか？」と気遣うように

車まで誘導し、車にも乗り込むことが出来たという。

【そしてT職員も成功した！】

またある日、訪問していたT職員(女性職員)から

「E様を連れていきます！」との連絡が入る。

T職員も連れ出しに成功。施設へお連れする。

やはり入浴するまでは激しい抵抗、暴言があったが、

脱衣介助を行い、シャワーチェアに座ってしまうと、激しい抵抗は収まり、洗髪・洗身と浴槽まで漬かって気持ち良さそうな表情を示してくれた。

ドライヤーで髪を乾かそうとすると「やめろよ！もう乾いてんだよ！」と抵抗される。

昼食を提供するが、食事には全く手を付けない。トイレにも行かない為、一旦ご自宅へお帰り頂く。帰った途端にご自分で這ってトイレに行かれる。その後はこたつに潜り込み、横になる。

【T職員はどのように連れ出したのか？】

T職員に連れ出した時の状況を確認した。

前回成功したO職員の話しを聞き、E様宅を訪問した時にはT職員も出来るだけ時間を取り、E様と色々な話をするように心掛けたとのこと。

連れ出した日は、こたつ布団から両足を出す行為を手伝うと自ら、四つん這いになって玄関先まで動き始めたという。

特に抵抗されることもなく、施設までお連れできたという。

その後、連れ出しに成功する日としない日とあり、その月によって入浴できた回数にムラがあり、定期的に入浴して頂くことが出来ていない。

【考 察】

O職員やT職員が何度かE様の連れ出しに成功したことは、E様との信頼関係が築けていた結果ではなかったか。

訪問する職員が《きっとまた怒鳴られて抵抗される》という気持ちの萎縮・恐怖心から、訪問する前から積極的にE様と会話をすることを諦めていた部分がある。

「どうしてもE様に施設に来て入浴して貰いたい」という強い気持ち、熱意を持ってE様に積極的に関わり、会話の中から糸口を見つけることができたO職員やT職員の気持ちが、結果的にE様を連れ出す、入浴することに成功したのではないか。

【まとめ】

E様に対しての取り組みは、まだまだ進行形であり、新たな目標や解決すべき課題が多い。

職員側は訪問して、単に安否確認してくればよい、ではなく、「目標・目的のためにすべきことは何か」を考えて、行動することが大切であると認識できた。

ご家族が諦めてしまったことでも、介護のプロなら成し遂げられる、そして、どのような利用者様でも全てを受け入れて、信頼関係を築くという気持ちを持っていないといけないのだと強く感じた。

この気持ちを持って、これからもE様や他の利用者様への様々な課題にも挑戦していきたいと思う。