

第 13 回ようざん認知症介護事例発表会

2021 年 6 月 29 日



『A 様』拒否の改善

グループホームようざん p.1

「歩こう～歩こう～私は元気！！」～先入観をぶっ壊せ～

ケアサポートセンターようざん並榎 p.5

環境変化 知らない場所で生活するために

ショートステイようざん並榎 p.10

利用者とのコミュニケーション ～A様との関わりをもとに～

スーパーデイようざん小埜 p.13

「もし、あなたが余命1ヶ月ならば、何を望みますか？」

居宅介護支援事業所ようざん p.17

「腹減ったなあ」

ケアサポートセンターようざん藤塚 p.20

PDCA サイクルを活用した自立支援への取り組み

ケアサポートセンターようざん双葉 p.24

<新たな環境、生活の場での取り組み>

「トイレだよ！良かったよ！ありがとう！」～自分らしさをいつまでも～

特別養護老人ホーム モデラート p.28

「悪かったんね。今日は良かったよ」

スーパーデイようざん貝沢 p.32

思い出のアルバム～回想法で気持ちに寄り添う～

グループホームようざん栗崎 p.35

夫婦で在宅生活を継続していくために～M様ご夫婦と一緒に私たちが出来ること～

ケアサポートセンターようざん倉賀野 p.38

『A様』拒否の改善

グループホームようざん

発表者:刀根 泉

<はじめに>

誰でも初めての場所、初めて会う人見る人に、不安を感じてしまうのは当たり前の事だと思います。

慣れていない環境に早く馴染み、安心して楽しく生活を送って頂ける環境作りと支援を心掛けています。

入所当時は拒否が強く、独りで黙々と折り紙をしているだけの A 様でしたが、現在は他ご利用者様とコミュニケーションが取れるようになり、レクリエーションや体操に参加されることも増え、拒否も改善された取り組みについて発表します。

<ご利用者様の紹介>

氏名 : A 様 女性

年齢 ; 89 歳

介護度 : 要介護

※既往歴 : アルツハイマー型認知症・慢性心不全・持続性心房細動・慢性腎不全・廃用症候群・高血圧・慢性貧血・変形性膝関節症(右)・変形性脊椎症

※ADL 状況

食事 : 自立(常食・極刻み・物によりミキサー)

排泄 : ほぼ見守り・一部介助

移動 : 一部介助(車椅子)

移乗 : 立ち上がり(見守り)・車椅子移乗(見守り)

立位 : 支えがあれば可

座位 : 可

転倒危険性 : 有

整容 : 自立

入浴 : 主治医の指示によりシャワー浴(心臓の負担を軽減する為)

更衣 : 一部介助

※利用経緯

高崎市下小埜町に生まれ上並榎町に嫁ぎ一男一女を設ける。近隣の本家の農家の手伝いや内職等で家族を支えてきた。

脳梗塞の夫を自宅で介護した時期もあったが、本人に認知症が出始めた為夫は入所、その後本人が転倒骨折したことを機に、夫と同じ施設に入所する。(サービス付高齢者住宅)

平成 29 年 9 月夫が他界、その後自宅に近い、ようざんのショートステイを利用し、令和 2 年 3 月グループホームようざん入所となる。

～取り組み①～

入所されたばかりの A 様。折り紙を折ることが大好きで日中は常に得意な鶴と風船を折ることに集中してしまい孤立されていた。

他ご利用者様や職員とコミュニケーションが取れるように、少しでも楽しく過ごせるような環境作りに取り組みました。

＜他の利用者様とのコミュニケーション＞

A 様と話が出来て、気が合いそうな利用者様と席を近くにしてみました。A 様は難聴の為、長い会話をするのがなかなか難しいのですが、他ご利用者様が朝起きたときに「A さんおはよう～」と A 様に声を掛けるようになり、A 様からも「おはよう～」と挨拶をされるようになる。夜寝る時にも「おやすみ。風邪ひかないようにね。」と握手を交わして臥床されるようになる。

日中は他ご利用者様と一緒に塗り絵をして「何枚塗ったんだい？綺麗に塗れてるね～上手だね～」とお互いに褒め合い、笑顔で会話をされるようになる。

今まで自席から動くことがなかった A 様ですが、自ら体操や風船バレー・ゲームにも積極的に参加されるようになる。

＜職員とのコミュニケーション＞

A 様の得意な鶴の折り紙を職員から A 様に「鶴の折り方教えてもらえますか？一緒に折りましょう～」と声を掛けてみたところ「そんな教える程のことじゃないよ～」と言いながらも丁寧に教えて下さるようになる。そして「妹はいるんかい？弟はいるんかい？」と聞いてこれ「女の子には風船、男の子には大きいカブト作ってあげるからね」

と折って下さるようになる。

レクリエーションをする際には、A 様に少しでも安心して頂けるように、職員が A 様の隣に座ることを試みたところ、A 様は職員の顔を見て、ニコリと笑い掛けたり大きい声で笑ったりされるようになる。

～結果～

入所当時は強ばっていた表情も穏やかな表情になり、他の利用者様や職員にも「ヨーヨー」と話しかけたり挨拶もされるようになる。夜勤の職員には「今日は夜勤かい？一人かい？大変だね～よろしくね！」と言って下さるようになる。

そして何よりも嬉しく有難いことは、A 様が職員に「ここはいい所だよ～職員さんが、みんな優しくていい人だからね。ここに来て良かったよ」と言って頂けるようになったことです。

～取り組み②～

A様は入浴拒否、トイレ拒否、口腔ケア拒否が見られ、どのように声掛けをしたら拒否なくスムーズに誘導することが出来るのか、職員で話し合い取り組みました。

<入浴拒否・トイレ拒否の声掛けについて>

グループホームの前に利用されていたショートステイからの申し送りの通りに「主治医の先生から薬を塗ってください」との指示が出ていることを説明して誘導してみましたが「いいよ、いいよ、みんな忙しんだから大丈夫だよ」「本当に先生が言ったんかい。一人で行けるからいいよ」と、やはり拒否があり、なかなかスムーズに誘導することが出来ませんでした。

そこで仲の良い利用者様のB様と一緒にと思い、B様に「Aさんお風呂に入りに行こう～」「ご飯になるからトイレ行って来よう～」とA様に声を掛けて頂いたところA様は「Bさんも行くんかい、そうだね」と笑顔で答え「わかったよ、行くよ」と誘導することが出来るようになる。

<口腔ケアの拒否の声掛けについて>

食事を食べ終わった直後から口の中に食べ物が入ったままの状態、折り紙を始めてしまうので、タイミングをみて声掛けをしてみました。

折り紙を折っている途中で声を掛けてしまうと「まだいいよ、口の中にまだいっぱいあるから、後で行くからいいよ」と拒否されていましたが、折り紙を一つ折り終わったタイミングをみて「歯磨きにきましよう～」と声を掛けてみたところ「うん、わかったよ」と誘導することが出来るようになる。

～結果～

今では主治医の先生からと言わなくても、B様に声を掛けて頂かなくても、職員が「薬を塗りにお風呂に行きましょう」「ご飯の前にトイレに行って来ましょう」と声を掛けるだけで、タイミングをみて声を掛けるとA様は「こんな所まで悪いんね～忙しいのにありがとね～」と言って下さり、スムーズに誘導することが出来るようになり、拒否が改善される。

～考察～

以上の今までの取り組みと結果から考察として、新しい環境に対しての不安と他者に迷惑をかけたくないという気持ちから介護拒否をしてしまう思いがある事が分かる。

不安を解消し信頼・安心して生活を送って頂く事が重要で、コミュニケーションや声の掛け方が、とても大切だという事を改めて実感することが出来た。

～終わりに～

毎日、朝起きた時に「いじめられないように、楽しく過ごせますように」と神様にお祈りをされているA様。

そのA様の気持ちに答えられるように、これからも常に傾聴・観察をし対応を考え、安心して楽しく

過ごして頂けるように、職員一丸となって全力で支援していきます。

「歩こう～歩こう～私は元気！！」

～先入観をぶっ壊せ～

ケアサポートセンターようざん並榎

赤尾 真由美

市川 ひとみ

【はじめに】

新型コロナウイルスが世間を賑わせるようになり始めて早1年半以上になります。

以降、ウイルスの詳細が解明されてくるまで外出自体が困難な状況になり、私達介護従事者もそうですが、ようざん並榎を利用される高齢者の方々にもその影響は避けられず外出する機会自体が激減している状況がありました。

室内で可能な限りの身体を動かす機会を実施してきましたが行う内容には限界があり

また閉塞感も日々強くなり利用者様の意欲の向上が伴わず

日常生活動作(ADL)も徐々に低下してきている現状がありました。

時間の経過と共に日々確実に筋力の低下による転倒や骨折のリスクは高くなる

さらにその先には・・・

在宅生活自体が困難となり小規模多機能の利用→施設入所や入院となってしまう事が予想される。

このままで良いのか？私達に行うべき事・役割は何だろう？

各利用者様の在宅生活を継続する為に・・・

改めてそのような考えに至った時、まず思いついたのは

筋力低下予防＝運動＝歩行＝散歩 今までもレクの一環や陽気にあわせて不定期で散歩は行ってきましたが、改めて利用者様の在宅生活を支援する為の重要なポイントであると位置づけ、全職員が共通認識の下でより継続的な形で進めていく事としました。

【目的】

- ・散歩(歩行を通じて下肢筋力の維持と低下予防に重点を置く)
- ・外気に触れる事で五感への刺激を与え脳の活性化を促して行く

上記2点を実行する事で利用者様へのQOLを高め長く在宅生活を続けられるように支援を行っていく。

【対象】

ようざん並榎 利用者様全員

【方法】

- ①当日の天気や利用者様の健康状態に配慮しながら散歩への声掛けを行い、本人の意思確認→同意を得た上で基本的には1対1で対応実施していく
- ②声掛け時に「行きたくない」と否定的な返答の利用者様には、まずはしっかりと傾聴し他の職員からも情報を得ながら時間を置いて再度声掛けにお誘いを実施していく
- ③移動補助具(歩行者・杖等)使用及び手引き歩行が必要な方、更には車椅子使用の方は安全確保を第一に個々の動きを踏まえ、ペースや出かける回数や距離を調整し対応車椅子の方は自身での自走も促して行きながら外に出かける事をベースとする。
自身での自走不可の方は職員にて全対応していく
- ④毎日、継続して行い利用者様にとっても職員にとっても習慣化出来るようにしていく

散歩の定義=気晴らしや健康などの為に、ぶらぶら歩く事。散策

私達が在宅支援として考える散歩とは

- ・心身機能の維持・向上
- ・生活機能の向上
- ・生活の質(QOL)の向上
- ・転倒予防

ようざん並榎をご利用されている全ての利用者様に対して継続的な実践をしていく中で実際に利用者様に現れた変化とご家族様から届いた声を幾つかご報告させていただきます。

A様の場合

要介護4 75歳 男性

既往歴 多発性脳梗塞・拡張型心筋梗症・糖尿病・慢性心不全増悪・発作性心房細動・十二指腸潰瘍・誤嚥性肺炎

【現在の支援状況】

週三回の通いの利用 11:00~12:00 頃(入浴支援のみ)

他に週四日の訪問 一日二回(主に安否確認・血圧測定・内服確認・オムツ交換)を行っている。

環境・状態:一日、部屋のベッドで寝ている。訪問時に職員と少し会話をする程度。いわば、寝たきり状態である。

目標:下肢筋力の向上・維持。寝たきりからの脱却。

【実施】への第一歩…

元々、外出が少ないA様。最近では自宅ベッドサイドに置かれているポータブルトイレに自力で

移動する事すら出来ず転倒されていたり、排泄失敗される事が何度も続きました。また妻の勤務時間変更(夜間→日中)に伴い、日中家人が不在になることが多くなる中、更に外出する機会や刺激が減ってしまう状況が懸念されました。

あるスタッフが「ますます寝たきり状態になってしまいますよね…」
という言葉聞いた時…。

「これではいけない…！」

A様についてカンファレンスを実施し支援方法について職員全員で再考し、ご家族と相談した結果、週三回 来苑時間を 10:00～17:30 サービス変更。入浴支援に加え、下肢筋力の向上を含め全体的な筋力の向上も視野に入れ、【散歩】を実施しました。

【散歩】の実施…

慣れない事業所への【通い】にA様は戸惑い苦勞するかも…と置いていたら意外にも本人は、歩くことに意欲的でした。散歩のお誘いには、ほとんど断らず、職員の介助もありながらも車いすと歩行器を交互に使いながら、一生懸命に歩こうとする姿が見られました。以前は、【訪問】の際に排泄介助を行い、パット交換がほとんどだったのですが、事業所への【通い】の時は、ホールからトイレへも意欲的に歩き、トイレで用を足すことが出来るようになりました。声をかけないとすぐにソファに横になりたいと話される事もありますが、スタッフが上手く声を掛けたり誘導することで、外に散歩に出かけています。散歩に出かけるときは、お気に入りのサングラスをつけ、スタッフとも笑顔で会話していました。

【結果と反省点】

目標である、下肢筋力の維持・向上と寝たきりの脱却についてはまだまだ課題が多く、これから本人の意思を尊重して行きながら、計画的かつ継続的に支援をしていく必要があると感じています。ただ、A様が歩くことに意欲的であること、外に出ることへの抵抗がすくなかったことなどA様のエンパワメントに頼った形となりました。

その後も、目標を【寝たきりからの脱却】→【玄関を一人で上がる・並履周辺を散歩する】などに変更し、具体的にできることを増やすことにしました。散歩を実践したことにより、今では、介助はあるものの玄関を車いすなし・スロープなしで上がることが出来ています。つまり…自力で上がる事が出来ました。

今回の件で下肢筋力の維持・増加以上に大きな発見がありました。A様のエンパワメントを引き出したことです。その反面、私たちが利用者に対して一定の決めつけをしていた事実です。

「この方は、介護度4で体重も重いし、寝たきりだから、歩くのは無理でしょ？」

そう、決めつけていた事実気づけました。

介護度 4 だから…その言葉は、一定の基準であり、必ずしも、利用者の環境や状態を表しているとはいえないということです。きちんと利用者の状況・状態を把握し、誘導してあげること…その重要性を再認識しました。

B様の場合

要介護3 97歳 女性

既往歴 高血圧・認知症・両膝関節症・軽度脳梗塞

【現在の支援状況】

週 5 日・9時～13時の【通い】利用 夕方は、【安否確認】【排泄介助】もかねて毎日夕配食を行いながら在宅生活を継続されています。

環境・状態:家にいるときは大抵の場合は、こたつで寝ていることがほとんど。

ようざんに来苑されている間も気が付くと…うたた寝…その繰り返しでした。

目標:下肢筋力の維持を目指す。自室のあるマンション 4 階まで自分の足で歩く

【実施】への第一歩…

まず、私たちが始めたのは、極力B様自身の力で歩いて頂く時間と距離を増やして行くという事。朝の送り迎え時は、ふらつきが多く覚醒状態が悪い為、車いすで対応していますが、それ以外は、手引き歩行で対応し、様子を観察しました。また日常の声掛けについても皆で考えながら実践していきました。

「ちょうどトイレが空きましたよ？いってみますか？」

「足が痛くないようでしたら、一度、立っていただいてもいいですか？」と優しく声をかけると「しょうがないね～」と言い歩いてくれます。その様子を皆で観察しながら、本人の歩ける距離や表情など得られた情報を共有し利用の都度繰り返しながら、ある程度の距離であれば散歩も可能であるという判断がつかしました。

【散歩】の実施…

いざ！散歩へ…とは行けませんでした。まず、本人が外で歩くことに消極的であったためです。「歩けない…一人で歩けるわけじゃないか！」

と恐怖心からか外に出ることに抵抗感を強く感じている様子が伺えました。

色々考えた結果まずは、外に慣れてもらうために、車いすで他の利用者の方も連れて【散歩】に出掛けることにしました。季節の花や空気・畑などに触れ、刺激を受けたようでリフレッシュしている様子が伺えました。

その状態が一月程度たった時に、B様に「あれ？あの梅の木に梅の実がなっていませんか？近くで見てくださいか？」と声をかけると「梅？今なっているのかい？見てみたいね～」と言われたので、ここをチャンスとばかり…手引きで立っていただき、4.5メートルですが歩きまし

た。歩き始め梅の実が見えると「ほんとに実があるね～」と笑顔を見せてくれました。
…後は、これを継続することと距離を少しずつ伸ばしている途中段階ですが
その日によって本人の覚醒状態は歩行状態には違いはありますが状態を見極めた上で
「継続は力なり」で利用の都度本人の出来る事を考えながら実践を今も行っています。

【結果と反省点】

目標である【下肢筋力の維持・マンションのお部屋まで自力で歩く】はまだまだ達成前の段階ですが、年齢が100歳に近いこともあり、様子を見て車いすで対応もしています。ご家族からも「病院に連れていくときに前よりスムーズに歩けるようになりました」とお礼の言葉をいただきました。やはり、今回も利用者の方のエンパワメントを引き出すことに成功しました。反省点としては、今回は、普段の利用者の方に対しての声掛けが重要であることが改めてわかりました。

【まとめ】

散歩は比較的好む利用者様が多く、出かけること自体は困難ではなかった。
声掛けの都度、体調不良を訴える方でも、具合が悪くなったらすぐに引き返せる事や
植物に関心がある方に対しては〇〇のお花が咲いているから…
名前が分からないから教えて下さいなどの声掛け次第で腰を上げて下さる事も分かった。
利用者様からは異口同音にお散歩が楽しみ！気分転換になる。花壇が綺麗等
好意的な言葉を聞くことが出来た。ご家族様からも以前よりもよく歩けるようになって
助かると感謝の言葉も頂く事が出来た。

【最後に】

散歩を日常生活の中で継続的に行って2か月余り過ぎました。当初の目的は正直
目に見えて良くなったとは思えない日々が続きました。
しかし、継続していく事で最初は否定的であった利用者様も、歩く事が徐々に苦になる事が少なくなり毎日継続出来るようになり、職員同士のチームケアも一つの具体的な目標設定をする事によって上手く機能し、今や日課となっています。
また散歩途中、地域の方達とも顔を合わせる機会が多くなり、挨拶はもちろん、畑の作物の話や手入れをされている植物の名前を尋ねたり、小さな子供と触れ合ったり屋外に出かける事が増えれば増える程、地域の方々と交流する事が増えている事を実感しています。
これからも、利用者様との散歩を継続し、利用者様の生活の質を高めながら在宅生活が長く続けられるように支援して行きたいと思えます。

ご清聴ありがとうございました。

環境変化 知らない場所で生活するために

ショートステイようざん並榎

発表者: 原田裕二

【はじめに】

ショートステイでは、様々な利用者様が、様々な理由により、宿泊を目的としてご利用いただきます。そしてこの宿泊により、心のバランスを崩してしまう利用者様も少なからずいらっしゃいます。知らない場所に、知らない人。不安になってしまうのも当然ですね。今回の事例では、自宅で生活していた利用者様が、ショートステイを使うことになったことにより起こった事を、紹介していきます。

【対象者紹介】

名前: A様

性別: 男性

年齢: 92 歳

介護度: 要介護 1

既往歴: パーキンソン病ヤール 1

パーキンソン病…進行形の神経変性疾患 経口薬/夜間から早朝にかけて薬効が不足する
寝返りがうてない、目が覚めてトイレに行くとき動けない、など日常活動に制限あり

ニュープロパッチ…1日を通して薬剤の血中濃度を維持

メネシット…パーキンソン病治療薬

プラビックス…血栓の形成を抑え血管を詰まらせない

レミニール…アルツハイマー型認知症の進行抑制

リピトール…血液中の LDL コレステロールを低下、動脈硬化などの予防

【生活歴とショートステイようざん並榎利用開始までの経緯】

九州出身、自衛隊で 50 歳定年まで勤めた後、日本信託銀行に 65 歳まで勤務。退職後に車の運転免許を所得、全国をマイカーで旅行したり 88 歳まで運転していた。その後もグランドゴルフで近所に出掛けたり日記をつける等していた。自宅で奥様と 2 人暮らし。2020 年 11 月中旬頃より、介助量が増えた上に、奥様の体調に異変があり自宅で面倒を見るのが困難となった為、ショートステイの利用を開始した。今後は入所に向けて調整していく。

【利用開始時からの様子】

1、日中

ホール内を歩きまわる。1カ所に留まれない。声を掛けると突如怒り出す。意思の疎通は図れず。展示物などを服の中に入れてたり、投げたりされる。

2、夜間

引き続きホール内を歩きまわる。介護に対し強い拒否がある為、汚染を繰り返す。声を掛けたり、身体に触れるだけで、興奮されてしまう状態。ホールのテーブルや椅子を動かし続ける。歩行不安定の為転倒されてしまう。暴言、暴力あり。不眠。

【課題】

落ち着いて過ごせる環境づくり

介護拒否の軽減

安定した睡眠

清潔の維持

【取り組み】

事前情報やアセスメントによると、比較的落ち着いた印象の利用者様と読み取れた。施設利用により急激な変化が見られた為、生活環境が要因として挙げられる。その場合、急激な改善は見込めない場合が多い為、様子観察からの再アセスメントを行うこととした。

①何を求めているのかを考察する。

止まることなく動き続ける為、何かを求め行動しているものと思われる。様子観察を続けそれが何かを考える。

②新たな生活リズムの構築

これまでの情報や、様子観察をもとに落ち着いて過ごせる環境を構築する。

【取り組みの結果】

①について、様子観察の結果、片付けをしているものと考えたので、ホール内のA様のまわりを飾りなどのない質素な雰囲気にした。その結果、座っていられる時間が増えた。

②について、①により座っていられる時間が増えたため、いろいろ試した結果、オセロと新聞に興味を示された。特に新聞に関しては、広告を含めすべてに目を通されていた。このあたりを境に、広告を媒体にA様と少しではあるが会話ができるようになった。

さらに同時期、パーキンソン病治療用ニュープロパッチを貼っている箇所に、かぶれが見られた。担当医、NSと相談の結果、ニュープロパッチを中止することにした。その結果、全く不穏になる様子が見られなくなった。ニュープロパッチの副作用であるせん妄が環境変化を原因に顕著に表れたのではないかとのNSの意見である。

その後、A様は安定した生活を送られている。ニュープロパッチ中止により経口薬のみになる為薬効が不足する時間帯があるか注視する必要があるが、介護拒否は全く無くなり、夜も良く休まれている。今では、新聞を長い時間かけて読まれる事と、自室の布団を干すことが日課になっている。会話も増え、夜勤などをしていると、「まだ起きてるのか。早く寝た方がいいよ」と職員の心配もしてくれている。そして何より笑顔が見られるようになった。

【まとめ】

本事例では、環境の変化にうまく適応できた利用者様を紹介させていただきました。要因としては、利用者様自身の適応能力が大きく、職員もうまく手助けできたと思います。ショートステイではすぐに環境変化に適応される利用者様もいらっしゃいますが、決して多くはありません。自宅に比べればストレスの多い環境になってしまうので当然だと思います。私達職員はそのことを前提に職務にあたっております。短時間にストレスなく慣れていただくことが理想ですが、そうでない時には、培ってきたスキル、蓄えた情報、使えるものはすべて使い、快適な生活が出来るよう利用者様に還元し、寄りそっていければと思います。時には、上手くいかないこともありますが、チームプレイで乗り越えていきます。

ご清聴ありがとうございました。

利用者とのコミュニケーション

～A様との関わりをもとに～

スーパーデイようざん小埜

発表者:青木 純江

綾小路真理子

【はじめに】

利用者や家族をはじめ、多職種と関わりながら介護サービスを提供するなかで、コミュニケーションは重要な要素となります。

まさに人と人をつむぎ、つないでいくのがコミュニケーションです。コミュニケーションによって、時には誤解や行き違い、悲しみ、怒りを引き起こすこともあります。利用者や家族の思いに寄り添いながら不安を緩和することや希望を見出すこと、さらには自信を引き出すといった、こころの支援を可能としていくのもコミュニケーションです。

【利用者紹介】

氏名:A様 男性 80歳 要介護1

既往歴:平成21年10月 盲腸ポリープ、上行結腸憩室、痔核、前立腺癌

アルツハイマー型認知症

日常生活動作:Ⅲa

性格:几帳面、野菜をあげたいというやさしさ

【生活歴】

長男のため、やりたい仕事もあったが、家業の農業を継いだ。

本当は電気関係の機械をいじる仕事がしたかった。

保育園のバスの運転手もしていた。

毎日の晩酌が一日の楽しみ。

【情報】

散歩に毎日出るが、戻れなくなってしまうことが月に1回以上ある。居場所がわからなくなり携帯のGPSを使用して家族で探すことが月に1回以上ある。

毎日昼夜問わず「歩きたい」や「庭、畑が気になる」という気持ちが強く妻が目を離すとすぐ屋外に出て行く。短期記憶障害顕著。H27年頃から認知症に対して内服治療を行っている。場所の見当識障害があり道に迷う。

【利用開始時の予定表】(令和2年9月)

日	月	火	水	木	金	土
		9:00 ~ 15:00				

【現在の利用予定表】(令和3年6月)

日	月	火	水	木	金	土
		9:00 ~ 15:00			9:00 ~ 15:00	

【課題】

・内気であいまいな受け答えが多い→得意なことを行って頂く

【取り組み】

令和3年5月

外と一緒に興味のある野菜や草木花を植える事や育ててみる事、収穫をして楽しんで頂く
また、外の散歩に沢山出かけいろいろな話を聞く。

令和3年6月1日

手打ちうどん

うどんの生地を踏むのを手伝って下さり、踏む場所を移動したり踵を使ったりとお上手に踏んで下さる。やったことはないと言われるも、嬉しそうにされている。

◆以前のSD小埜1日の流れ

10:00 ○個別レクリエーション

11:30 ○体操(機能訓練) ○ラジオ体操・うめぼし体操etc

↓ ○体操(デュアルタスク・口腔・嚥下)○漢字クイズ・パタカラ・口腔体操

12:00 昼食・口腔ケア

13:00 ○家事援助 ○食器拭き・洗濯物干しetc...

14:00 ○集団レクリエーション ○ドライブ・カルタ・輪投げetc

15:00 帰宅

◆在宅の過ごし方

午前中 草むしりや畑の見回り

12:00 昼食

午後 屋外で過ごす 昼寝する日もある※雨の日以外は屋外で過ごすことが多い

◆現在のSD小埜1日の流れ

- 10:00 ○草むしり
↓ ○静かに過ごす ○畑の見回り
↓ ○散歩
↓
- 11:00 ○発話の機会を増やす ○回想レクなど
11:30 ○体操(デュアルタスク) ○漢字クイズ・旗上げ・クロスワードetc…
↓ ○体操(口腔・嚥下) ○パタカラ体操・口腔体操etc…
- 12:00 昼食・口腔ケア
13:00 ○静かに過ごす ○屋外で過ごす
- 14:00 ○他利用者様となじんで頂く○ゲーム感覚の集団レク
15:00 帰宅

◆一日の過ごし方

- ・午前中草むしりや畑の見回りの時間を設ける。
- ・12:00昼食のタイミングは変えない事とする。
- ・午後屋外で過ごす時間を提供する。
- ・在宅の過ごし方に合わせる事とする。

◆アマチュア無線

交信をしている動画等を見ると何度もうなずかれながら「そうです、そうです」と身を乗り出される。

「A様のコールサインは何ですか」と伺うとすかさず「JA1EUMです」と淀みなく答えられる。

「機材は前橋の専門店に調達するんです」と教えて下さる。

普段の内気な表情と違い、自信の表れを感じられた。

◆アイスブレイク

アイスブレイクとは、氷を解かす事の意味。初対面の人同士が出会うとき、その緊張をほぐすための手法。集まった人を和ませ、コミュニケーションをとりやすい雰囲気を作り、そこに集まった目的の達成に積極的に関わってもらえるよう働きかける技術を指す。人前で緊張しやすいのでメインのレクをする前に、緊張をほぐすレク(アイスブレイク)を行い、変化を見ました。

声をかける時は名前を呼んでからにしました。レクの時に出席をとってみました。

自ら言葉を発するような質問をしました。

【散歩】

言葉が上手く出ないので自発的に自ら言葉が出る様席を変えたり数人で散歩に出たりしました。

ご利用が始まってからまだあまり時間が経過しておらず、元々いらっしゃった他利用者様の人間関係等もあり、初めは角のお席にご案内していましたが、出来るだけ自然に輪の中へ入って頂けるよう、内側のお席へご案内をはじめました。

【ミニ運動会】

中心になれるような大きなイベントを何か行うという事でミニ運動会を実施しました。

A様には選手宣誓をお願いしました。

他利用者様の活躍にも拍手をされていました。

終わった後の片付けまで含めてしっかり参加されました。

【考察】

コミュニケーションを展開していくうえで、

- ①利用者の生活歴や思い・考え方をアセスメントし寄り添う事、
- ②利用者が自分の思いや考え方を表現できる環境を設定すること等、非言語的コミュニケーションの積極的な活用が重要な要素であると考えられました。

【終わりに】

非言語的コミュニケーションは言語的コミュニケーションに比べ、本音や細かな感情が表現されやすいという面があります。したがって、非言語的コミュニケーションは注意深い観察が必要です。なぜなら、発する側は無意識に行っている場合や、いつの間にか習慣化しているものが多いからです。

認知症の人は、記憶や情報処理、見当識の障害などにより、特有の意味世界を体験しています。

今後は、保育園バスの運転手経験があるためか、子供にも興味があるようなので、保育園とのコラボレーションなども考えていきたいです。

「もし、あなたが余命1ヶ月ならば、何を望みますか？」

居宅介護支援事業所ようざん

発表者 寺川 幸恵

もし、あなたが余命1か月ならば、何を望みますか。

ご本人の希望する『小さな楽しみ』への支援、ご本人とご家族の『死に対する大きな葛藤』への支援に対し、たくさんの方々の協力をいただきました。1か月という短い期間でしたが、在宅での穏やかなお看取りとなった事例を紹介いたします。

【利用者様紹介】

A様 97歳 男性 要介護3

【支援期間】

令和2年7月22日～8月24日

【生活歴】

大学卒業後、米軍キャンプで通訳をした後、70年前に高崎市に移住。建築業を営みながら、自宅で英語塾をされていました。

令和2年4月 胃低分化型腺癌が見つかり、余命4ヶ月と告知されました。

5月 50年間、自宅で教えていた英語塾を閉じるなど終活をされました。

7月 病状悪化。胃の病変部より急激な出血の可能性のある状態となりました。

【本人の希望】

- ① 家族の時間を大事にしたい。
- ② 自宅のピアノでショパンのノクターンを弾いて欲しい。
- ③ 尊敬するB医師と話したい。

【家族の希望】

- ① 大好きな家で看取りたい。
- ② 苦しませたくない。

【7月22日】

築100年、まるで朝ドラ『エール』の主人公夫婦が住んでいたようなご自宅です。そして、一切、調度品が置かれていない一室に、30年前に亡くなられた奥様の写真とご本人が描いた大きな絵、そしてグランドピアノが一台。「ピアノ、弾ける？ショパンのノクターンを弾いて欲しい。とってもいい曲なんだよ。」と開口一番にそう話されました。

初回訪問時には余命1ヶ月。ぜひ、『お願い』を叶えてさしあげたいと思い、居宅内でピアノを弾ける人を募集したところ、「ようざん全体で募集したらどうか？」という話になりました。

そして、『ボランティアでピアノを弾いてくださる方を探しています。』とようざん全体にメール送信したところ、たくさんの方から反応があり、あおぞら介護事業協同組合事務局の職員の方に演奏していただくことになりました。その際には、皆さんに大変お世話になり、ありがとうございました。

【8月12日】

自宅にて小さなピアノ演奏会開催。
ショパンのノクターン9-2, 9-1, 別れのワルツ、
アンコールにベートーベン月光第一楽章。

ご本人が、訪問看護師や訪問介護員と相談しながら、1週間考えてリクエストされました。どのような気持ちで「別れのワルツ」をリクエストされたのかを考えると胸に詰まります。

【8月20日】

ご本人が急に「痰と一緒に癌が出た。癌が治っているのに介護が手厚いことが納得いかない。」と主張され、長男様は、「常に論理的な父がそんなことを言い出しました。治るわけないだろう！と叫びそうになるのをおさえることが大変です。」と話されました。

長男様に、精神科医のエリザベス・キューブラー＝ロスが唱えた『死の受容』プロセスについて説明をしました。『死の受容』プロセスとは、死にゆく人の心理の変化を5段階で捉えたモデルです。

その際、長男様より、「尊敬するB先生と父が直接話をするには出来ないでしょうか？」との相談を受けました。B先生と連携を取っているC訪問看護事業所に相談し、地域連携室を通して家族受診日を設定していただきました。

【8月24日】

長男様が家族受診し、携帯電話でB先生とご本人がお話しされました。ご本人の「癌は治った」話をB先生は受容し、「よかったですね。」と返されて、ご本人は満足された様子だったそうです。夕方、C訪問看護事業所より、「安心されたようです。今晚、お看取りになるかもしれません。」と連絡がありました。

そしてその夜、静かに息を引きとられました。最後の言葉は「眠りたい。」だったそうです。

【後日】

長男様が「30年前に家で母を看取った時と大きな違いがありました。こんなによい介護保険という

システムが今はあるのですね。皆さんにお世話になって、苦しむことなく看取ることが出来てよかった。出棺も多くの生徒さんに見送られました。」と話されていました。

「ありがと。」を2回言うのが口癖のA様。きっと、大好きなご家族、多くの生徒さんに空の上からこう話されているに違いありません。

「ありがと。ありがと。」

「腹減ったなあ」

ケアサポートセンターようざん藤塚

大塚 美和

植杉 信久

【Ⅰ】はじめに

『何も分からない』という状態を想像した事があるでしょうか？

私達は、生まれてから経験や知識を学習し続けて生きておりますが、ある時それがポツカリと抜け落ちてしまった時、恐怖や焦り、怒りや哀しみなどが生まれ、我々には想像も出来ないような状態で日々を過ごす事と思えます。

そのような様々な感情が濁流のように押し寄せる中、お腹が減った事だけは分かる。

『わからないことの中で、唯一わかるもの』

私達はM様に好きなものをたくさん食べさせてあげたい……

ご本人の「食べたい」という意思と、ご家族の「少しでも自宅で生活出来るようにさせてあげたい」という想いを尊重し、取り組んできた成果を報告します。

【Ⅱ】事例紹介

- ・利用者氏名：M様 87歳 男性
- ・病歴：統合失調症 妄想性障害 掻痒症 幻聴 白癬など……
- ・家族構成：妻、長女、長男
- ・要介護度：5
- ・筆談によるコミュニケーションが可能。
- ・脱衣癖あり。服を全て脱ぎ身体中を掻き毟る。

・概要

若い頃は寡黙で真面目な人柄で、仕事や畑をこなしていたが、20年前の65歳頃より独語が活発になる。支離滅裂な話や物盗られ妄想が出現し隣家へ乗り込むようになり、警察沙汰になる事もあった。処方薬があるも拒薬にて継続した医療を受けられずにいた。施設を体験利用するも大声を出し30分で帰宅。食事をしたそばから食事の要求などあり。難聴によりコミュニケーションがとれない上に、平日の日中はキーパーソンの長女が仕事でいない為、妻に負担がかかる。家族の20年に及ぶ介護の疲れで一時精神科に入院となる。

・家族の思い

長女: まだ少しでも自宅で生活出来るようにさせてあげたいので、ご支援お願いします。

・ご本人と、ご家族の為の課題

昼夜逆転 コミュニケーション 転倒リスク 排泄 皮膚トラブル 食事
以上 6 点の取り組み

【Ⅲ】課題への取り組み

・昼夜逆転

病院と自宅では昼夜共に大半の時間を寝て過ごしていた為、生活リズムに減り張りをつけ、日中に覚醒してもらえよう促す。

・コミュニケーション 転倒リスク

パニックを起こさないよう筆談から始め、ご本人の出来る事、出来ない事を把握し、ADL向上の為、立位、歩行訓練から始める。

・排泄 皮膚トラブル

足や顔の慢性的な浮腫みの改善の為、歩行訓練を行う。それにより自宅での排泄トラブル(頻尿、便汚染など)の軽減、皮膚病(陰部のかぶれなど)の改善を目指す。

・食事

ご家族、ご本人に食事の好みなどを聞き、なるべくご本人が満足し、胃や身体に負担のないよう、消化のよい食べ物を提供し、食べられるものを増やしていく。それにより日中の活動時間を増やし帰宅を目指す。

【Ⅳ】生じた問題と改善点

- ① 聞く耳を持たない時があり、覚醒時間を増やす事が難しい。そこで、なるべく布団から遠ざけ、ソファや、車椅子で過ごす時間を増やした。
- ② 体力も少ない為、歩行訓練などが持続しない。なので、運動の時間を食事の直前にし、「ご飯を作っているところを見に行きませんか？」や、「もうちょっとでご飯が出てくるので一緒に取りに行きましょう」などの声かけにより、ご本人の運動に対するモチベーションを上げようと試みた。トイレの時など、なるべく遠いほうへ手引きで歩くようにし、段差の上り下り、障害物をまたぐ、などの運動も追加した。
- ③ 筆談では伝わりきらない時があったので、重度の難聴だが、まったく聞こえない訳でもないと思い、可能なかぎり、声で語りかけてみた。
- ④ 消化に良いものを提供しても、「俺はとにかくでっけえおむすび 3 個ぐらいじゃないと腹一杯にならねえんだ！！」と、怒鳴り出す。その希望に応えることが難しい為、飲み込みやすく、顎も

動かしやすい水分ゼリーなどの提供も脱水気味なので追加で行った。

【V】結果

① コミュニケーション

観察により右側から声をかけると伝わりやすい事がわかり、筆談での意思疎通が、言葉とジェスチャーでも成り立つようになってきた。それにより今までであった拒薬などが、薬の説明をすることが出来て改善されてきている。しかし、とにかく大声で話す必要があり、他のご利用者が驚く。

② 排泄 皮膚トラブル 転倒リスク

頻回なトイレで、陰部が尿による汚れでかぶれ、痒みの症状が出ていたが、立位歩行訓練を習慣的に行った結果、排尿の回数の変化、便意の現れの改善が見られるようになってきた。さらに、ようざん以前はシャワー浴だったのが、湯船に入浴出来るようになり、清潔になったあとに軟膏塗布出来る様になった。それに伴い皮膚トラブルが減り、出血するほど掻き毟る回数も減少する。

③ 食事 昼夜逆転

ペースト食を提供していたが、満腹感が1時間も持続せず、食事後に「昨日から何も食べてねえよ！」と怒り出す事があった。ご飯を見に行く取り組みが驚くほど効果があり、今ではADL向上により少しずつ嚥下機能も改善傾向にある。消化の良い物や、水分ゼリーなどの固形物の提供が増え、顎の力が向上した。固形食が摂取出来る事により満腹感を生み出し、今では提供される食事と我々に対し、「ありがとう」と感謝の言葉を頂けるようになり、夜に長時間眠る日も増えた。

④ ①②③のコミュニケーション、排泄、食事の改善により毎週末帰宅出来るようになり、生活の安定感が増した。

【VI】考察

一年弱に及ぶ今回の事例には、ご本人に残っていた意思があり、様々な取り組みを、『食べたい』という思いで結びつける事が出来たのが、改善のきっかけとなります。さらに、M様はよく『腹減ったなあ』のあとに、ご家族のお名前を叫ぶ事が多くありました。きっとそこには『家に帰りたい』という潜在的な意思もあり、M様の自宅へ帰りたい思いと、ご家族の自宅で過ごしてもらいたいという思いの強さが、今回の結果に繋がったのでは、と思いました。

【VII】まとめ

常に、「腹減ったなあ」としか言わなかったM様。

何もかも分からなくなっても、食べたいという残された意思が行動になり、行動が人生の質を変化させる事もありました。その影響はご本人だけに留まらず、元気に過ごされるようになったM

様に「今、お腹いっぱいですか？」と尋ねてみたところ、「腹いっぱいになったよ ありがとう」と、しっかりとした、それでいてのんびり穏やかな声が返ってきました。ご本人とご家族が本当に望んだ形になれたか、我々にはまだ判断出来ませんが、今回の事例でM様のその明るく、はっきりとした穏やかな答え方が、今の私達職員を明るい笑顔にし、新たな気持ちで介護に取り組めるよう良い刺激と自覚を与えて下さいました。

PDCA サイクルを活用した自立支援への取り組み

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者：兵藤 貴訓

【はじめに】

令和 3 年 4 月の介護保険制度の改正により「科学的介護推進体制加算」が新たに創設されました。この加算は、根拠(エビデンス)に基づき現場で PDCA サイクルを回し、効果的なサービスの展開につなげることで、自立支援・重度化の予防を目指していくものとされています。

【目的】

今回の事例作成を通じ、「栄養」「口腔」「運動」について、計画→実施→評価→改善を継続し、自立支援に向けた取り組みを行います。

この取り組みを通じ、その重要性について改めて学び、今後他の利用者様に対しても制度の趣旨にのっとった効果的な支援をスムーズに行っていけるよう、「栄養」「口腔」「運動」についての理解を深める事を目的に取り組んだ事例について報告させていただきます。

【事例対象者】

氏名：A 様 女性 介護度：要介護 1

既往歴：脳梗塞・右大腿骨骨折・腰椎圧迫骨折

令和 3 年 1 月にあんしんセンターより利用相談の連絡を受けました。令和 2 年 11 月に同居していた息子様が他界され突如独居での生活に。近隣の方々の協力を受けてきましたが、生活全般に支援が必要な状況となり、2 月 1 日よりケアサポートセンターようざん双葉での支援が開始となりました。

【取り組み】

職員一人ひとり研修動画の視聴の時間を作り、専門の講師の説明を受け、「栄養」「口腔」「運動」について学ぶことで改めて理解と知識を深めました。

A 様の「栄養」「口腔」「運動」については、ご本人より聞き取りをしながら希望と課題を明確にし、毎月「計画」→「実施」→「評価」→「改善」のサイクルを行い、自立支援へ向けた取り組みを行いました。

【口腔】

A 様の希望：大好きなお餅やおせんべいをこれからも食べたい

課題：自宅では「めんどくさい」とほとんど歯を磨かない

4 月

計画	口腔ケアに関心を持つ
実施内容	マウスウォッシュの提案
評価	マウスウォッシュによるケアはできた
改善案	口の渇きを気にされる。口渇感の改善。

5 月

計画	口腔運動を増やし唾液の分泌を促す
実施内容	ガムを活用し口腔運動を増やす
評価	口渇感変化なし。口臭の改善
改善案	虫歯がしやすい口腔環境を予防する。

6 月

計画	カテキンによる口腔環境の改善
実施内容	いつでも飲めるよう手元に緑茶を用意
評価	緑茶による虫歯予防と水分補給を両立
改善案	引き続き口腔環境の改善を目指す

【栄養】

A 様の希望:「美味しい」と感じながら食事を楽しみたい

課題:好きなものを食べており、栄養バランスは気にしていない

4 月

計画	栄養バランスの改善
実施内容	栄養バランスを相談しながら買い物支援を行う
評価	揚げ物や菓子パンなど食べたいものを優先
改善案	炭水化物や脂質の摂取量を少しずつ改善していく

5 月

計画	タンパク質やビタミンの摂取量を増やす
実施内容	管理栄養士さんの助言を参考に買い物支援
評価	お豆腐や納豆果物など、手軽に摂取できる物を選ぶ
改善案	自炊の機会が無い

6月

計画	簡単な調理をする
実施内容	献立を決め、調理の見守りと補助を行う。
評価	ほとんど補助なくご自身で調理できた。
改善案	月に1回程度で自炊する機会を作っていく

【運動】

A様の希望:少し痩せて動きやすくなりたい

課題:体重の増加により体にかかる負担が大きく運動量が低下している

4月

計画	来所時に個別の運動の機会を作る
実施内容	廊下の歩行練習・筋肉トレーニング
評価	個別の運動はできたが積極的ではない
改善案	自宅の環境を取り入れた運動を行っていく

5月

計画	自宅の環境を取り入れた運動
実施内容	ステップを玄関の高さに合わせ昇降運動
評価	目的を持って運動に取り組めた
改善案	屋外での運動の機会を作る

6月

計画	自宅周辺を散歩する
実施内容	歩行器をレンタルし、短い距離から屋外運動を行う
評価	歩行器があることで、屋外での運動の不安が緩和
改善案	体調に注意しながら無理なく継続していく

【取り組みの結果】

口腔

マウスウォッシュによる口腔ケア、ガムを活用した唾液の分泌の促進、緑茶による口腔環境の改善への取り組みを行いました。取り組みの結果歯ブラシを使用した口腔ケアの習慣化はできていませんが、うがいや口腔運動を継続しているところから、口腔ケアへの意識の変化を感じることが出来ました。

栄養

栄養バランスを意識した買い物支援を行いました。これまで炭水化物・脂質中心だった食生活にタンパク質やビタミンを少しずつ追加することが出来ました。取り組み開始 3 か月目には見守りの元ご自身で調理する機会を作る事が出来ました。

運動

事業所での個別運動、自宅の環境を取り入れた運動、屋外での運動を行いました。取り組み当初は「めんどくさい」「やりたくない」などの発言がありましたが、次第に「頑張らないと」といった発言が聞かれるようになり運動に対する姿勢が少しずつ前向きになりました。

【おわりに】

今回の A 様のように歯を磨かない方に対し、「歯磨きを促す」という単調なものではなく、ご本人のお考えや希望、生活習慣を尊重しつつ、自立支援につながる支援方法をあらゆる可能性から引き出し実施していく事が大切だと学びました。

一見遠回りのようにも感じますが、A 様がこの 3 か月の取り組みを継続できたのは、一つ一つの取り組みを A 様なりに理解し納得したうえで実施できたからだと感じます。

他の利用者様の自立支援や重度化の予防にもつながるよう、今回の取り組みで学んだ、口腔・栄養・運動の大切さや支援の考え方を改めて理解し、今後活かしていきたいと思えます。

＜新たな環境、生活の場での取り組み＞

「トイレだよ！良かったよ！ありがとう！」

～自分らしさをいつまでも～

特別養護老人ホーム モデラート

発表者：渡辺 悠伸

大沢 貴志

＜はじめに＞

人は「住み慣れた家(場所)や地域、なじみの人との関係性」などがあることによって「安心」出来ます。反対に見知らぬ環境に身を置いた時、人はどんな気持ちになるでしょうか？

今回は新規利用者様が入所後、本人様の声を大事にした事によって短期間で成果の出た自立支援の取り組みについての事例を紹介させていただきます。

＜事例紹介＞

今回発表する利用者様を紹介させていただきます。

名前：A様 女性

年齢：86歳

要介護4

既往歴：骨粗鬆症、腰痛症、認知症、右大腿骨転子部骨折、便秘症、尿路感染症、慢性蕁麻疹、逆流性食道炎、脂質異常症、薬疹、虫垂炎手術、過活動膀胱

＜取り組み＞

A様の入所後すぐに受け入れ時の身体チェックを行った所、右胸部と右上腕部に大きな内出血があり、少し動いただけで「痛いよ！痛いよ！」と痛みの訴えがあった為、看護職員、ケアマネージャーに報告し様子を見て貰い、その日の夕方に1回目の受診をしました。診断結果は打撲との事でした(原因不明)。

【緊急カンファレンス開催】

主任・医務・ケアマネージャーによる検討。

整形外科受診、医務指示などを踏まえ、支援調整実施。

- ① 離床は2人介助で直前離床
- ② 医師の許可が出るまで入浴中止し、全身清拭。
- ③ 日中の排泄介助は2名対応。
- ④ 夜間の排泄介助も極力2人対応とし、人員体制が難しい時は1人で慎重に行う。

低床ベッド、転倒予防マットを使い、打撲部分にクッションを挟んで患部に負担をかけないようなポジショニング、使用クッションの検討・工夫を行い、痛みの軽減を図るようにしました。



排泄時は2人対応とし、患部に圧がかからない様に不安を取り除く声掛けをしながら対応しました。食事は身体的負担を考慮し2人対応でリクライニングにタオル移乗し、共同生活室で召し上がって頂きました。入浴は最初の1週間は清拭対応となりました。

1週間後に2回目の受診をしました。医師より「内出血は許容範囲内。移乗介助や入浴については特段の制限は無くこれまで通りで良い。トイレ誘導については可能であれば是非行ってあげた方が良い」との事でした。

【緊急カンファレンス開催】

主任・医務・ケアマネージャーによる検討。

整形外科受診終了、身体介助の制限なしの診断を受け、支援調整実施。

- ① 直前離床終了し、離床促進
- ② 2人介助での平行移乗終了
- ③ 入浴開始
- ④ 日中トイレ誘導開始
- ⑤ 毎日の陰部洗浄継続

いずれもADLの把握に努め、主任を中心に段階的に実施していく。

入所時よりベッド上でのオムツ交換時に「トイレに行きたい！」と訴えが多かった為、医師の診断を待ってトイレ誘導を開始してみる事にしました。初めてのトイレ介助～2人で前後で抱える形で便座に腰掛けて頂くと、直ぐに排尿がみられました。ご本人様に「出ましたよ！すっきりして良か

ったですね！」と伝えると「出たよ！良かったよ！」とおっしゃられ、すっきりした様子で笑顔が見られました。その後も御本人様のトイレの訴え強く尿路感染症にもなりやすい為、日中はトイレ介助実施(午前と午後の陰洗実施)、夜間はオムツ対応とする事にしました。トイレ介助を始めて2ヵ月半経ちますが、以前は血尿見られ尿混濁もあり、尿臭も強かったがトイレで排泄を行うようになると混濁も少なくなり臭いも軽減しました。臀部状態も良好です。その後も「トイレだよ！」「連れてってくれ！」というご本人様の訴えに耳を傾けて、定時誘導以外にもトイレ誘導を実施しています。パッド内失禁も見られますが、トイレでの排尿が多く見られるようになりました。排泄後はいつも「良かったよ！ありがとう！」と笑顔でおっしゃられるようになりました。

その後、以前の車椅子から便座と同じくらいの高さの座面の多機能車椅子に変更する事によって、ご本人様の身体的負担と不安が軽減され、より安全に対応する事が出来ています。

<トイレ介助時間>

9:30、10:45、13:30、15:30

<ベッド上にてオムツ介助>

17:00、20:30、0:30、5:20

その他、トイレの訴えある時に対応しています。



トイレ介助を開始してからはご本人様の不穩も少なく、落ち着いて過ごされており、夜間も良眠されている為、低床ベッドから普通ベッドに変更する事が出来ました。そして活気も見られ元気になり「早くご飯おくれ！」という発語も多く聞かれる様になりました。

<今後の課題>

- ・発汗が多く見られる為、水分摂取量アップに向けた取り組みをする事によってトイレでの排便を促し下剤の使用を軽減出来る事を目指していきたいと思えます。
- ・夜間もトイレの訴えがある為、ポータブルトイレの使用も検討していければと思えます。

今まで発汗が多かった為、クッションをスネーククッションに変更し体位交換を行った所、発汗が少なくなりました。



<新規利用者様の受け入れ時に行うこと>

- ・事前に調査票を見てどのような利用者様か確認しておく。
- ・受け入れ時に介護サマリーを見ながら実際にどのような利用者様かを把握する。
- ・体調確認、身体チェックを行う。
- ・私物確認を行う。
- ・実際に対応した様子を職員同士で情報交換し、今後の対応を検討する。

<まとめ>

今回の事例を通して、一人の利用者様をケアする為には様々な取り組みや職員同士の意見を連携させる事で、支援に繋がっていくという事が解りました。一つの問題を様々な視点から話し合う事により解決することにも繋がります。そして成功した事もあればそうでない事もあります。利用者様は生活環境が変わると、周辺の変化に戸惑いや不安を感じ、ストレスを抱える事になり、それは認知症状の悪化や体調不良にも繋がってしまう事もあります。

モデラートでは利用者様の声を大事にし、少しでも早く安心した生活ができる様「なじみ」の関係を作り環境を整え、残存機能を生かしたケア、その人らしい生活スタイルの実現を目指して、より快適に元気に過ごして頂ける様、努力していきたいと思えます。

「悪かったんね。今日は良かったよ」

スーパーデイようざん貝沢

発表者 飯塚栄成

【はじめに】

スーパーデイようざん貝沢の利用者様のなかで、誰とでも分け隔てなく接することができ、職員のこと「大変だね」と気遣ってくださるA様。初めてのデイサービス利用の方がいるといつも気遣って下さり、「大丈夫だよ」と声掛けしていただきました。

令和2年7月頃、そんなA様に異変が現れるようになりました。「胃が痛いから、ご飯はいらぬよ」そういって、ソファで横になって休まれることがよく見られるようになりました。

【利用者紹介】

氏名:A様

年齢:93歳 女性

要介護度:2

既往歴:洞不全症候群、アルツハイマー型認知症、胆のうがん

性格:心優しく、誰とでも分け隔てなく接することができるが、頑固な一面もあり。入浴に対して、乗りたくないという強い拒否がある。また、帰りたいと強く訴えることもある。

【生活歴】

高崎市に6人兄弟の長女として生まれる。23歳で結婚し、子供を一人授かったが、ご主人が若くして他界。その後は働きながら一人で子供を育てる。32歳から60歳まで工場に勤めていた。現在は孫やひ孫にも恵まれ、住み慣れたご自宅でデイサービスに通いながら、家族と過ごされている。

【利用の経過】

H25年に洞不全症候群と診断され、ペースメーカーを挿入。それ以来物忘れがみられるようになり、特に物の置き忘れが目立つようになったため、H26年2月にA医院を受診。その際のMMSEは20点。一時経過観察としたが、その後物忘れが増悪したため、アルツハイマー型認知症と診断され、抗認知症薬の投薬を開始。認知症になる前は地域のサロン活動で積極的に参加する社会的な方だったが、認知症になってからは地域交流もしなくなり家から出る機会が少なくなってしまった。そのため、A様が今までのように他者との交流や社会参加を持てるようにとようざんを利用される。利用開始当初は並榎のスーパーデイに通っていたが、事業所の閉鎖に伴い令和元年の10月にスーパーデイようざん貝沢に移られる。スーパーデイようざん貝沢でも、他利用者様や職員とも分け隔てなく接して下さり、中心的な存在だった。

令和2年7月頃、そんなA様に腹痛の訴えが見られるようになる。またそれに伴い食欲の低下も

見られるようになった。令和3年1月29日、顔面蒼白、腹痛により高崎総合医療センターに救急搬送され、末期の胆のう癌と診断され、余命2～3週間との宣告を受け、在宅療養することとなる。腫瘍が胃を圧迫して、食事が摂れなくなっている。入浴目的でデイサービスを利用する。

【課題①】

令和2年10月頃、食欲がなく、ご飯が食べられないA様に少しでも、栄養をつけてもらう。また、好きなものを食べてもらい、食事を楽しんでいただくにはどうすればよいか。

【取り組みと結果①】

本人の好きなもの(マグロ丼)を作り提供した。職員が料理を作ってくれたことに対して、「悪いですね」と言いつつも、嬉しそうに召し上がって下さり、喜んでいただくことができた。

【課題②】

令和3年2月頃、本人の体調が悪く、ご自宅では入浴することができない。体調に配慮しながらデイサービスを利用して入浴していただき、清潔を保持していただくにはどうすればよいか。

【取り組みと結果②】

体調が悪いながらも、来所直後はまだ活気があり、その後は元気がなくなってしまう様子が見られた。そのため、来所直後に一息ついたら、すみやかに入浴の声掛けをさせていただいた。シャワー浴にて洗身洗髪をすませ、体にできるだけ負担をかけないように配慮した。体調の具合によっては清拭のみの対応をすることもあった。シャワー浴や清拭をすることで、清潔を保持することができた。

【課題③】

体調が悪くなってしまったA様。日時によって、体調にも変化があるため、デイサービスを利用する際も、迎えに行く時間も体調が良さそうな時間に迎えに行くにはどうすればよいか。

【取り組みと結果③】

いつでもA様を迎えに行けるように、準備を整えた。A様家族から連絡があったときは、その時間に迎えに行くことができた。

【考察とまとめ】

令和2年7月頃から胃の痛みや食欲不振の訴えは少しずつあったものの、A様は体操やゲームなどのレクリエーションに普通に参加されていました。職員がA様に喜んでもらおうとマグロ丼を作れば、その時は嬉しそうに完食してくださいました。令和3年になると胃の痛みや食欲不振の訴えも強くなり、一気に体調が悪くなってしまいました。体調が悪いながらも、調子が良さそうで来苑

できそうなときには、体を清潔にする目的でデイサービスを利用して下さいました。何度かシャワー浴や清拭できたものの、最終的には来られなくなりました。

まだ体調が急変する前に A 様のお話をじっくりと聞く機会がありました。それは A 様のお父さんの話で、「お父さんが家に友人を連れてきて、朝まで話をしている。そのとき私はたくわんを出した」という話をしてく下さいました。帰り際、「つまらない話をして、悪かったんね。今日は良かったよ」と笑顔で声をかけて下さいました。元気な A 様とお話できたのはこれが最後でした。利用者様ともいつ別れが来るかわかりません。介護職として、悔いのないように利用者様と真剣に向き合っていきたいと思いました。

ご清聴ありがとうございました。

思い出のアルバム

～回想法で気持ちに寄り添う～

グループホームようざん栗崎

発表者：水野知恵子

渡邊健太郎

【はじめに】

平成 30 年 12 月グループホームようざん栗崎開設に伴い入居された A 様ご夫妻はとても仲睦まじく穏やかに生活をされていました。ところが令和 2 年の秋頃に奥様が体調を崩され入院。新型コロナウイルスの影響で病院に面会制限があり A 様も面会が出来ないまま奥様の容体が急変され急逝されてしまいました。突然の訃報に A 様とご家族はもちろん私達職員も強いショックを受けました。

A 様は長年連れ添われた奥様が逝去された現状を受け入れる事が出来ず奥様の居室を何度も確認されては酷く落ち込まれていました。私達は A 様の心が少しでも癒されればと思い接し方を検討し回想法を用いた自分史作成を行いました。その取り組み内容を発表致します。

【利用者様紹介】

名前：A 様

性別：男性

年齢：93 歳

要介護度：2

既往歴：アルツハイマー型認知症・脊柱管狭窄症・硬膜下血腫・高血圧症

【生活歴】

農家を営むご夫婦の 7 人兄弟の 6 番目として育ち子供の頃から料理や裁縫など家の手伝いをしていた。鉄道関係の会社に勤務し結婚をして 2 人の子供にも恵まれる。平成 27 年に脊柱管狭窄症になり腰痛と下肢の腫れがある。平成 30 年の 2 月に硬膜下血腫にて入院し手術認知症においてはエアコンやコタツの消し忘れなど短期記憶の低下がみられる。小規模多機能サービスようざん中居を利用されながらグループホームようざん栗崎開設に伴いご夫妻で入居となる。

【奥様が逝去されてからの様子】

奥様との最後のお別れを終えた A 様は塞ぎ込まれ居室に飾ってある奥様の写真を見ては「今まで病気ひとつした事無かったのに俺より先に逝ってしまったよ…」と憔悴されていました。しかし数日が過ぎると A 様の短期記憶障害から奥様が逝去された事そのものを忘れてしまい職員に奥様の事を尋ねられる事がありました。事実を伝えるのは辛いですが職員の対応にばらつきがあると余計に A 様を混乱させてしまう為、A 様の気持ちを尊重しつつ逝去された事をお伝えし真摯に対

応をしていました。A 様の反応はその時によって違い「そうだったね」と話を受け入れ普段通りに過ごされる時もあれば初めて聞いた事のように驚き落ち込まれている時もありました。再度カンファレンスを行い A 様の様子をご家族に伝え主治医に相談をし受診後チアブリドが処方されました。数週間後 A 様も落ち着かれ奥様の話をする事も少なくなり他利用者様と一緒に冗談を言ったり明るく振舞っていましたが日中とは違い夜になると寂しそうに奥様の写真を眺めたり職員に思い出話をされる事がよくありました。会話の内容は奥様の話題から始まり A 様の幼少期の出来事や勤めていた仕事の話など多岐に渡りました。語る時の A 様は喪失感を忘れ夢中で話されているのがとても印象的でした。話し終わるとスッキリとした表情で「聞いてくれてありがとうね」と笑顔でおっしゃり休まれる事が何度もありました。A 様はご自身の話をする事で気持ちの整理をしている様にも感じました。

そこで少しでも A 様の気持ちが和らげばと思い A 様の自分史アルバムと一緒に作成して楽しかった時の思い出を中心に回想法を行い背景に触れて A 様の思いに寄り添ったケアに繋げて行こうと考えました。

【取り組み・自分史作成】

A 様に「楽しかった思い出話をしながら自分史アルバムと一緒に作らせてもらえませんか？」とお願いすると A 様は「たいした話は出来ないけれど話すのは好きだからいいよ」と快く承諾して下さいました。

話の聞き取りはお茶の時間など日常会話から話題を広げて聞き幼少期からのエピソードを書き留めていきました。その話題を基に A 様の体調や気分に合わせて自分史作成を進めていきました。

A 様が印象に残っているという幼少期の思い出があります。「近所に住んでいた梅農家のお爺さんがいていつも遊びに行っていたんだよ。竹とんぼの作り方を教わったり収穫の手伝いをするよ」と当時の梅の匂いや情景を思い浮かべて昔を懐かしんでいました。話の流れで梅の木のイラストを描きアルバムに貼って下さいました。

A 様の話をきっかけに同席していた利用者様もご自身の過去の体験や出来事を話され思い出話に花が咲き楽しまれている様子でした。

また自分史作成を進めて行く中で A 様が何度も繰り返し話す奥様との旅行の話題があります。最初の聞き取りの時は「もっと連れて行ってやりたかった」と悔やまれる発言が多く見られていましたが A 様の気持ちにそっと寄り添い思い出を共有して行く内に「一緒に行けて良かった」と同じ旅行の話題でも奥様との思い出に対して肯定的な発言も見られました。少しずつですが A 様の心境に変化を感じられその些細な感情の変化を何よりも大切に意識して作成をして行きました。1ページずつ完成していく毎に A 様は嬉しそうに近くに座っている利用者様に見せて説明をされていました。

【考察・まとめ】

回想法の効果として心が落ち着くという事が挙げられます。A 様も過去を振り返り懐かしさや楽しさだけでなく悲しみの感情も言葉にして表現し同世代の利用者様と一緒に共有する事で苦痛が軽減され気持ちの安定に繋がったのだと思います。

私達職員も A 様の生活歴には記載されていない出来事や思いを知ることが出来これからの支援に繋げて行く良い機会になりました。これからも利用者様の言葉にならない思いなど非言語の部分も含めその感情を受け止めて共感する姿勢を大切に行きたいと思います。

夫婦で在宅生活を継続していくために ～M様ご夫婦と一緒に私たちが出来ること～

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者：森 秀子

小林八千代

【はじめに】

認知症を発症したことによって、長年連れ添った夫婦関係や家族関係が悪化し、在宅生活が継続できなくなることがあります。今回ご紹介するM様ご夫婦もその一例です。

認知症が進行しているM様と奥様がどんな気持ちでどのように接していたのか。

サービスを開始し、ようざん職員とのやり取りの中で、M様に対してどのような気持ちで接することができるようになったのか。

M様への対応、そして奥様の気持ちの変化や、生活について紹介したいと思います。

【事例対象者】

M 様：75歳 男性 要介護3

既往歴：アルツハイマー型認知症、リウマチ性多発性疼痛症、高脂血症、てんかん

生活歴：JRで長年勤務し、結婚後二男二女を設ける。まじめな性格だが、若い頃より妻や長男に手を挙げ、暴言・暴力が頻回にあった。子供たちは全て親元を離れ、現在は夫婦二人で生活している。JR退職後、62歳頃にアルツハイマー型認知症の診断を受けるが、妻の支援やデイサービスを利用し在宅生活を行っていた。

【利用開始までの経緯】

他事業所のケアマネージャー様より、令和2年11月頃より、認知症状が進行し、日常生活全般に介護が必要となる。12月1日付けで区分変更を行い、要介護1→要介護3となった。グループホームや施設入所を検討したが、暴言・暴力の問題から入所できない状況となっている利用者様ですが、何とかありませんか、との相談を受ける。

ようざん倉賀野はR3年1月9日から利用開始。

【利用当初のM様の施設での様子】

利用開始時より施設内を歩き回りドアを持ち力づくで外に出ようとする、居室や廊下に放尿を繰り返す。トイレに誘導してもズボンの上げ下げができず、拭き取りなどの動作はできない。便いじりで壁や服を汚してしまう。ホールで股間を露出する等の行動が見られる。

【自宅でのM様の様子】

<見当識障害、徘徊>

自宅で奥様が寝ている時間、夜中の2時、3時に起き出し、家の外に出てしまう。家の近くを徘徊しているところを通報され、警察から連絡が入ることが頻回にある。赤信号も認識できずに歩いていたので、交通事故になる可能性も高く、警察から徘徊防止策をお願いしますとの注意を受ける。

<実行機能障害>

トイレの場所や動作がわからなくなっており、自宅のいたるところで排尿してしまう。また便いじりで自宅の壁や衣類を汚してしまう。それに対して、奥様も大きな声でM様を怒鳴りつけてしまう。それに応じてM様も怒鳴り返したり、手を挙げる事が頻回にある。

<記憶障害、暴言・暴行>

口癖のように「腹減った」「しょんべん」「うんこ」を繰り返す。食事を食べ終わってすぐに「腹減った」を繰り返す。自宅で奥様は「今食べたばかりでしょう？」と言うと「食ってねえよ！」と言ってテーブルをひっくり返したり、手を挙げる暴力行為が見られ、手に負えない状態となり、奥様も恐怖を感じながら生活をしている。

【カンファレンス】

奥様が自宅で困っていること、施設でのM様の課題を検討した結果、中核症状とBPSDが共通しているため、奥様に自宅でも施設同様の対応策を実施して貰うこととした。またご自宅でのM様の様子を出来るだけ細かく、連絡ノートに記録して貰うようお願いをした。

自宅と施設でM様の状態を整理し、取組むべき課題を検討した内容は次のとおりである。

【課題1:放尿】

口癖のように「しょんべん」「うんこ」と言って自宅のいたるところで放尿する。施設でも居室や廊下の隅で放尿を繰り返す。

→とにかくその都度トイレに誘導し、座って排尿することを促す。

→自宅でも同様にトイレに誘導して貰い、座って排尿することを試みて貰うことを伝える。

【課題2:外に出ようとする】

自宅のドアを無理やり開けて外へ出ようとする。止めるように言うと奥様に殴り掛る。施設では厨房や居室のドアを無理やり力で開けようとする。トイレに利用者様が入っていてもドアを開けるためトラブルとなる。職員が開けようとするM様に向かって「今人が入ってますからね」と言うとうるせえな！」と大声を上げる。厨房のドアやガラスを頭でドンドンと頭突きをする為「危ないですよ」と言って引き離してもすぐまた戻って同じことを繰り返す。

→M様の行動を直接制止するような命令口調、威圧的な声掛けをしないように注意する。

→自宅でも同様に直接制止するような命令口調、威圧的な声掛けをしないように願います。

【課題3:昼夜逆転】

夜も眠らずに徘徊が続く。自宅では奥様が一緒に付き添って寝るようにするが、奥様の方が先に寝てしまう。その間に家の中を歩き回り、外に出ようとして、玄関のドアを壊してしまう。放尿をいたるところにしてしまうため、奥様の疲労度も限界状態。施設に「泊り」の際も夜間は眠らず、午前中や午後のちょっとした時間に眠り込んでしまう。

→主治医にM様の状態を話し、薬の処方や生活上のアドバイスを貰うこととする。

【取り組み～主治医との連携・薬の処方や中止】

まずは自宅での様子や施設での様子を具体的に主治医に伝え、夜間眠らないことや外に出ようとして怒り出すこと、放尿を繰り返してしまうことなど、日常生活に困っていることを率直に主治医に伝え、生活上のアドバイスや薬の処方等に対応可能なことを確認して頂いた。奥様も具体的にM様の様子を正確に主治医に伝えておらず、施設での様子も併せて伝えて貰うことにした。主治医も薬の効果がM様に合うかどうか分からない為、適宜報告をして貰えれば、薬を変更したり、中止するなどを試みてみます、と言って下さった。

【取り組み～日課としてのかかわり方】

M様と何度か外に出た際、職員の制止を振り切ってどこかに行こうとする行動がなかったことから、定期的に散歩にお連れしてみることにした。洗濯物などを職員と一緒に持ってもらい、外に干しに行くなどの行動は共にしてくれるため、声掛けし定期的にお願ひすることとした。また歩行練習や筋力アップ、ストレッチは、他の利用者様と一緒に数をカウントし、声を発してくれるので、リハビリや運動も毎日の日課とした。

【取り組み～奥様との気持ちの共通認識】

M様の行動や今どこにいるか、職員が常に把握していることは難しく、気付いた時にM様がおおよそどこに行き、どっちに行ったかを把握するにとどまっているのが実情である。

M様が放尿をする死角となる場所にカーブミラーを取り付け、放尿する前に声掛けを行い未然に防ぐことができるようにした。もし放尿をしてしまっても「しょうがない」という気持ちで放尿拭き取りセットを準備。すぐに拭き取り、除菌と拭き残しがないようにモップも準備した。奥様にも自宅用の放尿拭き取りセット用意して貰ったり、放尿する場所などには尿取りシートなどを置いてみることも提案した。もし放尿しても「しょうがない」あきらめが肝心という、職員と奥様と共通の認識を持って頂き、一緒に励まし合うことにした。

【その後の様子】

＜取り組み～主治医との連携・薬の処方や中止＞

主治医に眠剤を処方して貰い、就寝前に内服することで以前より眠る事ができるようになった。自宅でも同様に夜間帯はよく寝てくれるようになったので、奥様も一安心だが、逆に以前より日中の歩行にふらつきが生じることが多くなった。何度か医師に相談し、薬の変更や中止も行い、また別の眠剤に変更したところ、ふらつきはなくなったが易怒性が出始めるなども、現在も自宅での様子も踏まえながら、主治医との相談や薬の調整を行っている最中だ。

奥様も以前と違って主治医にM様の状態を正確に伝える事ができるようになってきている。

＜取り組み～日課としてのかかわり方＞

天気にもよるが、定期的にM様と一緒に施設周辺に散歩に出掛け、10分～15分ほど歩いて戻って来ることが出来ている。散歩の途中でも「しょんべん」と言って放尿しようとするが、何とか施設に戻って排尿ができています。またリハビリも毎日他の利用者様と一緒に誘いし、決まった運動をカウントし、身体を動かすことで精神的に落ち着かれた様子で、夜間帯は施設でも自宅でも2、3回トイレに起きてくる程度で、その後はぐっすり眠れている。

奥様も以前のように一緒に安心して添い寝ができるようになりました、と話されている。

＜取り組み～奥様との気持ちの共通認識＞

現在、一日おきに泊りを利用し、夕食まで食べて自宅に送っている。奥様の介護負担も軽減し、やりたかった裁縫の仕事を週2回できるようになった。自宅での様子は連絡ノートを活用し、大変だったと思われる記載には、職員が電話で奥様に連絡を取り、詳しく状況を聞きとり、奥様の気持ちに寄り添い、アドバイスをするようにしている。奥様もようざんを利用していることで気持ちに余裕ができ、本当に感謝してます、との言葉を頂いている。

【考 察】

M様とのかかわり方は現在も模索している段階で、M様のその時の体調や状況によっては、どのように対応して良いかわからなくなることも多い。しかし、自宅での様子や施設での様子を伝え合い、情報を共有し、主治医と適切なかかわりを持つことで、在宅生活が困難な状況から、在宅生活を継続できる糸口が見つかることがあるのだと感じた。

【まとめ】

認知症を発症したことによって、夫婦で過ごす時間が苦痛になり、時には恐怖を感じ、一緒にいることが耐えがたい状況になることがあります。そのような状況に陥った時でも、私たち職員がご本人やご家族の気持ちに寄り添い、気持ちを共有し、適切な介護サービスを提供していくことで、在宅生活が継続できることを改めて感じる事が出来ました。

これからもM様ご夫婦にとって、私たちが出来ることを大切にして、職員一丸となって、在宅生活をサポートしていきたいと思っております。