

# 第14回ようざん認知症介護事例発表会

2022年7月26日



## 目次

「一緒にいたい ばあさんと」

ケアサポートセンターようざん藤塚 高橋まゆみ p.1

看取り期の利用者様を受け入れる体制作りについて

ケアサポートセンターようざん倉賀野 高橋雅人 p.4

夜だと気持ちが落ち着くの

ケアサポートセンターようざん双葉 山崎信喜 p.8

当たり前前の日常を取り戻す為に・・・～入浴を通したA様との奮闘記～

ケアサポートセンターようざん並榎 登坂光紗葵 関口美穂 p.11

「いいやいのぉー」と「ばかやろめ！」の言葉

グループホームようざん栗崎 井上美香 松田直樹 p.14

落ち着いた生活をするために

グループホームようざん 齋藤一孝 p.17

「昔は何でもやったのよ」～培った能力を活かして張り合いのある生活を～

スーパーデイようざん小埜 遠藤つばさ 本間恵里 p.22

「私達に出来る事」～A様とご家族様のために～

スーパーデイようざん貝沢 境原美佐子 p.26

自分の力で食べる喜び 自立摂食継続の支援

特別養護老人ホームモデラート 富澤亮 p.29

「自分らしく生きる」

ショートステイようざん並榎 大河原聡美 p.32

「ここがどこかわからない。もう何も聞こえないよ」

居宅介護支援事業所ようざん 小池吉範 齋藤照美 p.36

# 「一緒にいたい ばあさんと」

ケアサポートセンターようざん藤塚

高橋まゆみ

## 【はじめに】

老老介護とは、高齢者の介護を高齢者が行うことです。主に65歳以上の高齢の夫婦や親子、兄弟などのどちらかが介護者であり、もう一方が介護される側となるケースを指します。日本は、老年人口と呼ばれる65歳以上の高齢者の割合が25%を超え、4人に1人が高齢者という時代になりました。それに伴い、要介護者は増加し、老老介護・認認介護も増加しています。

今回、私たちは病気の悪化に伴いご自宅での生活が困難となった老夫婦に寄り添った事例について発表いたします。

## 【利用者様紹介】

氏名 Y様

性別 男性

年齢 90歳

介護度 要介護2

既往歴 廃用症候群 敗血症性ショック 急性胆嚢炎 心性浮腫 肝機能障害  
全身性浮腫 十二指腸潰瘍 大動脈瘤

## 【生活歴及び利用の経緯】

高崎市倉渕町出身、若い頃は自営で造園業を営んでいた。入院前、ADLは自立で車の運転もされていて奥様と二人暮らし、現在の生活基盤は年金収入、自宅は借家で屋内には段差があり、玄関・トイレ・浴室などには手摺りがない。子供は長男・長女二人。長男は失踪しており音信不通、長女は協力的ではあるが、長野県軽井沢町在住で自宅まで1時間半から2時間かかる。

6年前より、呂律障害や左上下肢運動麻痺、全身痙攣にて意識レベルが低下し入退院を繰り返す。発熱や腎機能低下も見られる。血圧は毎日変動があり、内服管理や病状管理が必須の状態である。老老介護により奥様の介護負担が大きく、デイサービスの利用が難しくなった為、介護サービスに相談し、ケアサポートセンターようざん藤塚で、宿泊からの利用開始となりました。

## 【利用当初】

大動脈瘤がいつ破裂するか分からないとまで言われ、座位を保とうとするだけで意識消失してしまうほど弱った状態での来所でした。食事や水分摂取が出来ていないために脱水

状態で、タールのような真っ黒の便汚染も常態化していました。原因不明の血便、大量出血もあり、皮膚トラブルも見られました。昼夜逆転していたために、夜間中に突然歌い出され、独語も多発していました。

#### 【本人と家族の思い】

本人：大好きな妻と過ごしたいが、病状変化がいつ起こるか心配。

家族：夫の病状や自分の体調に不安を抱えながらも何とか過ごせている。自分でしていることはなるべく続けてもらわないと私まで疲れて参ってしまう。介護サービスにお世話になりながら自立した生活を送って欲しい。

#### 【課題への取り組みと結果】

##### ① 食事・水分摂取

ご利用当初は食事自体が困難で、点滴で状態を維持するだけの日々が続いていました。黒毛舌症という舌全体が真っ黒い苔のようなものに覆われたような状態であり、細やかな軟膏と口腔ケアを続けました。そして改善が見られたある時を境に、次第に食欲が出てきた為、ペースト食から始め、ご家族やY様に飲食の好みなどをお聞きし、なるべく満足され胃腸や身体に負担のない消化の良い食べ物をご用意して、少しずつ摂取量を増やすようにしました。

点滴もはじめの頃は拒否され、腕に包帯が巻かれていることが理解出来ず、針を抜いてしまった時もありましたが、看護職員や訪問看護の方による、熱心な説明で納得され、そういった行動も少なくなりました。

##### ② 排泄・皮膚トラブル

排尿・排便の認識が出来ない状況で、夜間中の便汚染や下半身が血まみれになった事もありました。呂律障害で言葉がハッキリしないときなど、聞き取りづらい事を気にされないよう可能な限り声掛けを行いました。そうして昔懐かしい話やご家族の話をしていていた時、「すまないね。みんないい人だな。家族が来たらお礼するからな。」という言葉が頂け、それからは職員に「お〜い！」や、「分からないけど多分出そうだ…」などと、声を上げて呼ばれるようになりました。入浴も出来るようになり、皮膚の清潔保持、軟膏塗布を行い皮膚トラブルが減少しました。

##### ③ 昼夜逆転

病院や自宅では、昼夜ともに大半の時間を寝て過ごされていました。症状が安定してくると、自ら起きようとする事が増えたため、短時間身体を起こす事から始めました。生活にメリハリがつき、ラジオ体操などに意欲的に参加し始めるようになり、徐々に日中の覚醒を促したところ、Y様ご自慢の歌のご披露もされました。

### 【現在の様子と考察】

生活リズムが整って来た事で ADL が向上し、少しずつ嚥下機能も改善傾向にあります。とにかく卵と梅干しが好きらしく、それらの消化の良い食べ物や水分ゼリーなどを用意し、固形物の提供が出来るようになりました。顎の力が向上し「うまいよ。」「今度は俺も菜っ葉が食いたいな。」と他の利用者様のお膳を、指で差されるようになりました。

坐位が保てるようになり車椅子に移乗し、ホールで活動出来るようになりましたが、まだまだ体力不足であり、レクリエーション参加、他の利用者様や職員との談笑時間が持続出来ません。

体調にも波があり、回復の兆しが見えた途端、またほとんど寝たきりになったり、活動的に過ごされたりを繰り返しています。

### 【さいごに】

大動脈瘤破裂寸前で「もうダメかもしれない…」とまで言われていた方が、ここまで回復したのは、大好きな奥様と残された時間を一緒に過ごしたいという思いの力が強くあったからだと思います。

自宅に戻られた Y 様は、「ようざんの人みんないい人だけど、家はいいな！」と笑顔で奥様へおっしゃられたそうです。

ところが、施設利用時（宿泊）は協力的な Y 様でしたが、体調が不安定になると、聞く耳を持たれない時があり、奥様からの SOS（早く訪問に来て下さい。私には難しい等々）が度々あります。

現在は、週に 1 泊から 2 泊くらいの宿泊利用で、奥様のストレス緩和をはかっていますが、今後は Y 様、奥様、お互いにとって良い環境作り、両立が次の課題と考えています。

# 看取り期の利用者様を受け入れる体制作りについて

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者：高橋 雅人

## 【はじめに】

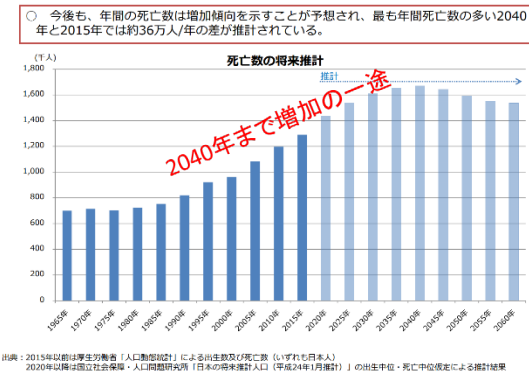
現在、ようざん倉賀野では2名の看取りの利用者様を受入れ、対応しています。  
また今回、利用中の方が、がんの末期との診断を受け、がんの進行状況や既往歴、年齢的なことも考慮され、ようざん倉賀野での看取りを希望されたことにより、看取り期の利用者様がさらに増えました。

## 【事例内容】

今回の事例では、看取り期の利用者様を受け入れることが増えてきている実情を踏まえ、私たち職員が日々変化していく看取り期の利用者様に臆することなく受け入れていくため、統一した適切なケアが出来るようになるための“体制作り”についてご紹介します。

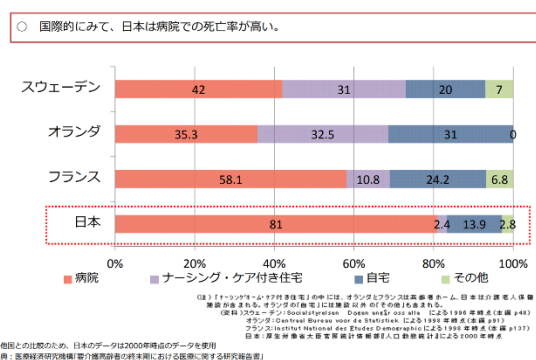
## 【今後の日本の死亡数の推計①】

看取りに関わる状況① 死亡数の将来推計



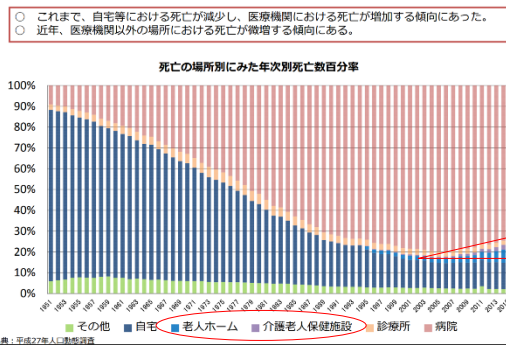
## 【日本の死亡の場所②】

看取りに関わる状況② 死亡の場所(各国比較)



## 【日本の死亡の場所③(年次推移)】

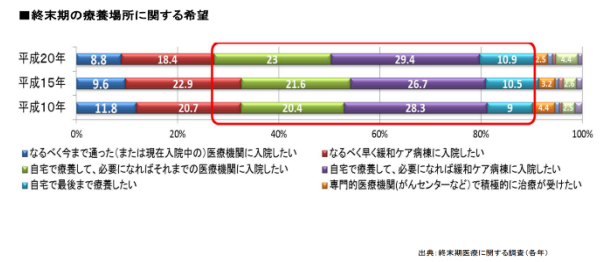
看取りに関わる状況③ 死亡の場所(年次推移)



## 【国民の意識 終末期の療養場所について】

国民の意識① 終末期の療養場所について

○ 一般国民において「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合は約1割であった。自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、約6割の国民が「自宅で療養したい」と回答した。



## 【国民の意識 終末期医療に関する調査の概要】

### 国民の意識② 終末期医療に関する調査の概要

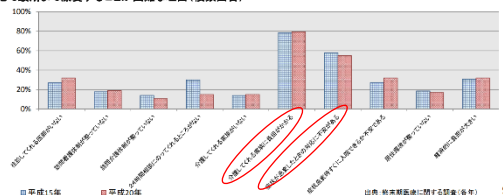
#### ■自宅での療養:60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師57%、介護士19%)



「最後まで自宅での療養を希望する」が、実際には困難と考えていることがわかった。

#### ■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



「介護してくれる家族に負担がかかる」という理由で自宅での最後を希望しない。

「症状が急変したときの対応に不安がある」という不安感から自宅療養は困難。

## 【私たち職員の不安】

看取り期の利用者様の急変時や“その時”に適切に対応することが出来るだろうか。ユニット会議で看取りについての不安なことを職員間で出し合い、不安要素を取り除くことが可能かどうか話し合いを行いました。

## 【不安要素】

- ① 症状が急変した時に適切に対応できるか不安
- ② 夜勤帯(一人)での急変時の適切に対応ができるか心配
- ③ 食欲の減退等が見られるようになった時の判断、対応
- ④ ご本人の身体的・精神的な緩和ケアへの対応
- ⑤ 看取り期、看取り後の対応はどうしたらよいのか

## 【対応・対策】

- ① このような症状になったら、こう動くという手順を事前に決めておく
- ② 夜勤帯(一人)での異変・急変で困った時の連絡体制を整えておく
- ③ ミキサー食やトロミ食、栄養補助食品を摂取して貰ったり、本人が食べたいもの、好きな物をご家族に確認・承諾を得て提供する
- ④ 身体的苦痛はクッションやエアマットレスを導入し、安楽な姿勢で休んでもらう。  
精神的な苦痛は声掛け、コミュニケーションやスキンシップで苦痛が緩和できるように援助する
- ⑤ ご家族へのこまめな連絡や相談、現在の状態説明を行う。またご本人・家族の意向や希望を叶えるように、ねぎらう言葉かけ、寄り添った言葉かけを行っていく

#### 【事業所としての看取り指針について】

看取りの利用者様を対応していくにあたって、ようざん倉賀野としての看取りの指針の明確化、利用者様の病状や接し方に対する職員の共通認識、定期的な教育・観察するポイント等を朝の申し送り時やユニット会議で行っていくこととしました。

ご家族には看取りの指針と併せて、管理者・ケアマネージャーからのケアプランの看取りについての内容を確認・同意を頂き、適宜状態説明を行い、その都度ご家族の不安を取り除くためのコミュニケーション作りを行ってもらうこととしました。

#### 【看取り指針について】

この看取り指針の内容を職員全員で把握し、統一して実践していくようにしたことで、ユニット会議で出たような不安要因は軽減され、看取りの利用者様に対して統一したケアが出来るようになりました。

具体的には、身体の状態に合わせた食事の内容の変更、苦痛を伴った時の体位や緩和ケアに対してどのようにしたら良いか、安楽な体位の統一、コミュニケーションの取り方等が具体的に対応できるようになりました。

#### 【主治医・訪問看護との連携】

協力医・訪問看護と毎日のように連絡・相談ができたことで、ちょっとした疑問や不安も軽減できました。何かあった場合は、訪問看護に連絡し、訪問看護から必要に応じて主治医に連絡・調整して貰える体制と、職員にとっては大変心強く、安心感を持つことができました。

#### 【Y様の看取り】

今回の看取りの体制作りの最中にY様が施設でお亡くなりになりました。

ご家族は奥様だけですが、毎日遅くまで食堂を一人で切り盛りしている為、なかなか面会に来られませんでした。しかし、声掛けをしても反応がなくなり、呼吸だけしている状態とな



った為、医師・訪問看護師からもご家族に会わせておいた方が、との話しから状態説明を行い、亡くなられる2日前に一晩一緒に部屋で付き添って泊って頂きました。奥様は翌朝そのまま仕事に行かれました。Y様はその翌日の早朝にお亡くなりになられ、奥様が“その時”に立ち会うことは出来ませんでした。

### 【考 察】

Y様の“その時”に奥様に立ち会って貰えなかったことを奥様にお詫びすると、奥様はその前日に一晩一緒に居られたから良かったですよと言って下さいました。亡くなったY様の表情は少し笑っているような、とても穏やかな表情であり、連絡を受け居室でお亡くなりになったばかりのY様のお顔を見た瞬間に、奥様は涙を流されましたが「私、主人が旅立っていく瞬間は立ち合いたくなかったのよ」と言われました。理由は聞きませんでした。そのような心情もあるのだなあ、と思いました。

そして奥様は「本当にありがとうございました」と深々と頭を下げて下さいました。

色々な家族の関係性やお気持ちがあることを実感しました。

### 【まとめ】

今後、看取りに関わる私たちの仕事や時間はますます多くなっていくと思います。

日々変化していく看取りの利用者様に対応していく私たち職員の不安要因は思うように払拭できるものではないと思いますが、主治医をはじめ他職種、家族と連絡を密に取っていき、利用者様の状態を認識し合っていくが大切であると感じました。

そして、看取りはあくまでも日々行っているケアそのものが大事なのであって“その時”に特別なことをするわけではなく、そこまでの過程を真摯に尊厳を持って接していくことが大切なのだということも実感しました。

今後も看取りということに臆することなく、チーム全体で家族・利用者様を支えていきたいと思っています。

ご清聴ありがとうございました。

# 夜だと気持ちが落ち着くの

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者 山崎信喜

## 【はじめに】

「ご飯出ねー」「病院」「泊まるん」これらは今回の事例対象者である A 様が、普段繰り返して発する言葉です。ご自身の考えや思いを言葉で相手に伝えることが難しく、言語だけでなく非言語となる表情や仕草からも感情や思いを読み取ることが難しく、私たちは日々の支援を通じ、「はたして A 様は今の生活に満足しているのか」「何とか A 様の思いを受け取る術はないのか？」という考えが強くなっていきました。

そんな意思疎通が難しい A 様が、言葉や表情でご自身の考えや思いを伝え、私たちはご本人の想いを受け止め、A 様が望む生活に近づくために取り組んだ事例について紹介させていただきます。

## 【利用者様紹介】

A 様 女性 75 歳 要介護 4

既往歴

不安症 うつ病 糖尿病 アルツハイマー型認知症（せん妄が重乗した状態）

## 【利用までの経緯】

令和 3 年 7 月高齢者あんしんセンターより相談を受け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。

利用開始当初は、通いを中心とした支援が続いていましたが、その後も認知症状の進行が見られ、次第にご家族の負担が大きくなり宿泊の支援を併用するようになり、現在では宿泊中心の支援となっています。

## 【ご利用中の様子】

事業所での様子は、意思の疎通が難しくこちらのお声掛けに対し返答やご自身の考えを伝えることはなく、「ご飯出ねー」「泊まり？」といった特定のワードを繰り返すような言動が目立ちます。表情も乏しく険しい表情です。また自制がきかず食事中やトイレでの排泄の最中でも突然立ち上がり歩き出す事があります。脱衣所に入り服を着たまま浴槽に入ったり、送迎や訪問など出入りの際に職員の後を走って追いかけて外に出ようとする事もあります。また、弄便行為が見られ衛生面での課題もあります。

そんな A 様ですが、日によって夜間帯にいつとき、スムーズに意思の疎通ができる事があることを発見しました。

### 【取り組み】

夜間帯、トイレ介助などのタイミングで睡眠の妨げにならない範囲でA様よりお話を伺い、A様にお話し頂いた情報を職員で共有し、少しでもA様が望む生活を目指していけるよう、日中の支援に活かす取り組みを行いました。

聞き取りをした結果、下記の通りお話を伺う事が出来ました。

- ・日中どのように過ごしたいか

「家に帰りたい。家に帰って特別やりたい事があるわけではないが家が一番落ち着く」

- ・行きたい場所

「東京ドーム。昔から巨人ファンでよくツアーで友達と応援に行っていた。また行きたい」

- ・ストレスに感じている事

「昼間は騒がしくて嫌だ。夜だと気持ちが落ち着く」

夜間帯のA様への聞き取りにより、これまで私たちが知らなかったA様の「考え」や「思い」をたくさん知ることができました。

A様より聞き取った情報を共有し日中の支援に活かしていきます。

#### 《取り組み1》

「家に帰りたい。通いの時間を作ってほしい」

早速ご家族へ夜間帯の動画見て頂きました。「まだしっかりしていた頃の母だ」と、病院に連れていくときの様子の違いに驚かれ、通いの相談についても快く協力いただけることになりました。

#### 《結果》

久々に帰ったご自宅では、やはりじっとしていることは難しく数時間の滞在となりました。それでもその日の夜、改めて自宅で過ごしたことを伺うと、ご自宅で過ごしたことをしっかり覚えており「やっぱり家はいいね」と話してくださいました。また自宅に帰りましょうねと伝えると「そうだね」とも優しい表情を見せてくれました。

#### 《取り組み2》

「昼間はうるさくて落ち着かない」

ゆっくりと一人で過ごせる環境を整えました。

ご本人から「昔から巨人ファンだった。野球が大好き」という話を受け、ご家族からも「昔から大の巨人ファンで中継がある時は必ず観ていました」と情報を頂きました。

これらの情報を基に、居室にパソコンを設置し一人で大好きな巨人戦が観れる環境を整えました。

#### 《結果》

大好きな巨人戦をゆっくり楽しめるよう居室にパソコンを用意すると、まるで自分ちのようにつろいで巨人戦を観ている A 様ですが、集中して観ている時間は日によって大きく斑があります。長いときは1時間以上、短いときは数分ともたないこともあります。取り組みについて夜間帯に話を伺うと、「巨人好きだから観れるのは嬉しい。」と話してくれました。日によって観る時間に斑はありますが、ご本人の言葉から新たな「楽しみ」を作る事が出来ていると感じました。

#### 【考察】

ご本人のお話より得た情報を、ご家族のご協力も頂きながら日中の支援に活かしました。取り組みの結果、日中は言動や表情に変化はなく、自宅に帰った事、外出したことを聞いても「ご飯出るん」「泊まるん」と繰り返し話をされており日中での変化を感じることはできませんでした。改めて夜間帯にお話を伺うと、それぞれの取りくみについてしっかり覚えており「自宅に帰った事」「巨人戦を観る事」などを笑顔を浮かべながら嬉しそうに話してくださいました。

私たちの取り組みは日中の A 様に変化には見られませんが、しっかりと A 様の記憶に「楽しい事、嬉しい事」として残っていると実感する事が出来ました。

#### 【おわりに】

夜間帯のご本人の様子をまじかで見ました私たちは、「あの夜間帯の様子で日中も A 様らしく生活できないか」という思いから今回の事例への取り組みが始まりました。

介護だけでなく医療との連携も大切になる為、定期受診の際に主治医へ日中と夜間帯の様子の変化について説明をしました。なんとか夜間帯の意思疎通がスムーズで表情が穏やかな A 様で過ごせる時間を延ばしていく事はできないかと相談しましたが、先生からは「難しい」との判断でした。

それでも私たちは医療ではなく「介護の立場」として A 様の為にできる事を工夫し、取り組みを継続し、A 様が話して下さる事を職員で共有し取り組めるものを継続していきました。その後の通院で夜間帯と日中の様子について改めて先生へ話をすると「今度動画を見せてほしい」とお話しいただき、現在は医療面でも薬の微調整による治療が進行しています。A 様は夜間帯のひと時、とても穏やかにお話ししてくださいました。

しかし朝を迎えると表情は険しく意思の疎通はほぼできません。A 様にとって朝を迎えることはとても恐怖を感じる事ではないだろうかと考える事もあります。朝目を覚ましてもあの穏やかな A 様でいる時間を1時間でも、30分でも、10分でも作る事が出来たら。

そんな思いを大切に、これからも A 様の話に耳を傾け支援を継続していきたいと思えます。

# 当たり前前の日常を取り戻す為に・・・

## ～入浴を通じたA様との奮闘記～

ケアサポートセンターようざん並榎

登坂 光紗葵

関口 美穂

### 【はじめに】

在宅生活を継続していく上で欠かせないものと言えば皆さんは何が思い浮かびますか？

私が一番最初に思い浮かぶのは「衣・食・住」というキーワードです。

その中の「住」の中で皆さんの「入浴」の位置づけはどこにありますか？

私達は毎日、日常生活内の当たり前前的事として何の疑問も抱かず、時間が来れば毎日入浴という一連の必要な行動に至ると思いますが、もし、それがさまざまな障害や要因により阻害され、当たり前ではなく特別な事になっていったとしたら・・・

A様が在宅生活を継続する上で特別になってしまっている当たり前前の日常を取り戻すべく、A様との出会いから現在に至るまでの支援経過について発表出来ればと思います。

### 【利用者様紹介】

氏名:A様 年齢:82歳 性別:女性 介護度:要介護2

既往歴:高血圧・認知症

生活歴:横浜生まれ、横浜育ち。高校卒業後、半年間パート勤務をした後、家具の卸店で半年業務。その後、百貨店【ミドリヤ】に八年勤め、その後は、働いていない。昭和60年に群馬に移住。母親と二人で生活していたが、20年前に母親が他界し、以降、独居生活を継続。

### 【利用当初の様子】

利用当初のA様には様々な問題がありました。お金がない状況を理解できず新聞を取り続けていたり、水道を止められてしまったことから近隣宅の水道を無断で使用したりすることがありました。また、自宅内の汚れがひどく衣類も汚染しており、掃除や洗濯が行き届いていない状況でした。さらに介護拒否もみられ、職員の介入に対して「めんどくさい」「大丈夫だからもう来ないで」等の発言がありました。

### 【A様の性格とこれまでの様子】

A様は長くお一人での生活を続けてこられました。また、知的能力が低い様子も伺え、時間の感覚がつかめない状況があります。そのためA様のペースがあり、デイサービスに来ていただけるまで約1か月かかりました。しばらく通っていただいていたのですが、寒さを

理由に来所拒否が続き、再び来ていただけるまでに半年かかりました。デイサービスを利用できるようになっても来所されるまでに1～2時間、入浴の一連の流れが終わるまでに1～2時間とかなりの時間を要していました。入浴ができて布パンツを使用していたために、汚染は改善されず、リハビリパンツを履いていただくことに対してもなかなか納得していただけませんでした。A様が利用されてから約4年経ちますが、今では、訪問やデイサービスでの関わりを通して少しずつ私たちの存在を受け入れてくださるようになりました。拒否も少なくなり「悪いですね」等と私たちを気づかせてくださる言葉も聞かれ、来所されるまでの時間も短くなりました。

A様との関わりを続けていくなかで、ある日A様からこんな言葉を聞くことができました。「自宅で入浴したいんだよね…」

#### 【自宅での入浴に対する取り組み】

A様の想いを聞いた私たちは、自宅で入浴していただくために取り組みを始めました。A様は長い間入浴ができておらず、デイサービスでの入浴を行っていましたが自宅の浴室が故障している状況にありました。そこで、自宅の浴室の改修を行いました。その後、職員で話し合い以下のような支援を続けていくこととしました。

- ① デイサービスでの入浴時にはシャワーの使い方の説明、あかすりやタオル、着替え等のセッティングを行い、見守りを中心としご本人に任せる。
- ② 朝配食、週2回のデイサービスの利用をしているが、通いを訪問に切り替える。配食に言った職員が、後で別の職員が入浴の手伝いに来るということを伝え、意識づけをする。
- ③ 昼食を食べ終え、落ち着いた頃を見計らい訪問する。そこで入浴の声かけを行う。

#### 【取り組み後の様子】

##### 取り組み①

入浴の時間はかかりますが、ご自分で洗面器を使って湯舟のお湯をすくい体を流され、洗体や着替え等もしっかりできていました。このことから自宅でもお一人で入浴できることがわかりました。

##### 取り組み②

配食時に声かけを行っているため、2度目の訪問時には「なんかもう一人来るって言ってたね」と覚えてくださっている日もありました。

##### 取り組み③

始めは浴室を改修したことを話題にあげ、「少し使い方が違うので説明しに来ました」とシャワー等の使い方の説明から入浴の声かけを切り出しました。「説明書がないとわからない」とおっしゃるので、職員手作りの説明書も作成しました。しかし、説明書がないことは断る口実だったようで、説明書を持っていくと素っ気ない態度でした。さらに、1度目の訪問時には「入ってもいいかな」という気持ちが2度目の訪問時には「今日は

いいよ」という気持ちに変わってしまうことが度々ありました。毎日関わりを続けていましたが、「前はお風呂に入っていなかったから入らなくても大丈夫」「今日は病院に連れて行ってもらいたい」「ようざんで入れるからいい」等と、何かと理由をつけ、拒否が続きました。着替えができた日もありましたが、気が向いた時に入れるよう声をかけて浴槽にお湯を張っても、翌日の訪問時に確認すると入った様子はありませんでした。

#### 【結果】

取り組みから約2週間が経ちなかなか入浴していただけない状態が続きました。そして、今までデイサービスでできていた入浴ができなくなり、汚染した状態が続いていることに対しての苛立ちから、私たちに対して声を荒げるようになりました。「汚いままにしておくのは良くないけど、めんどくさいんだよ」「頼んでもいないのにまた来るなんておかしいよ」「一人でできるからいいのよ」「もうようざんやめる」等の発言がありました。しかし、入浴以外の話をしている際は穏やかで、会話を楽しんでいる様でした。A様の気持ちが変わらないことや衛生面を考え、デイサービスの利用を再開し以前のように戻すことにしました。

#### 【考察、まとめ】

今後の対応を考えているなか、A様との会話でこんな発言がありました。

「家でお風呂に入らないって誰が言ったの」

その気持ちを聞き、現在週に一度デイサービスでの入浴に加え、訪問時に自宅での入浴の支援を続けています。まだ自宅での入浴は実現していませんが、「そのうち入るよ」「せっかく直してもらったから、入らなきゃいけないとは思うんだけど…」という言葉が聞かれています。また、A様にようざんについて伺うと「ようざんに行くのは面白いよ。いろんな人の話が聞けるじゃない」とおっしゃっていました。来所拒否のあったA様がデイサービスでは他利用者様と一緒にタバコを吸ったり、体操に参加されたりされています。笑顔もみられ、ようざんに通うことを楽しいと思っている様でした。

A様は自宅に居ると今までの生活のリズムを崩せず、「一人で出来るからいい」という気持ちも強くあり、「楽な方がいいのよ」とおっしゃいます。一方で「自宅で入浴したい」という想いはあるものの、デイサービスでの入浴を頼りにしている様子も伺えます。その両方の気持ちとA様の性格やこれまでの生活リズムを考慮し、時間をかけて関わっていきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

# 「いいやいのぉー」と「ばかやろめ！」の言葉

グループホームようざん栗崎

発表者：井上美香

松田直樹

## 【はじめに】

オープン当初からご利用されている A 様は、職員と気持ちが通じる時は笑顔で「いいやいのぉー」という言葉がみられ、拒否や不穏の時には「ばかやろめ！」という言葉がみられます。近頃は、認知症状が進み失語と場所見当識障害がみられるようになり、トイレの場所がわからずトイレ以外の場所で排泄をすることが多くなっています。そんな、A 様が笑顔で「いいやいのぉー」と言われトイレでの排泄ができるようになった取り組みを紹介します。

## 【利用者様紹介】

A 様（81 歳）男性

要介護度 3

現病歴 アルツハイマー型認知症

既往歴 誤嚥性肺炎

ADL 自立

## 【生活歴】

中学卒業後、職業訓練所に行き、塗装職人としての技術を身に付け一人娘を育て上げました。その一人娘も結婚し 3 人の孫にも恵まれています。酒・たばこ・ギャンブルが好きで昔は、いわゆる「やんちゃ」であったとのこと。平成 24 年 6 月ヘルスパーククリニックにて「アルツハイマー型認知症」と診断されました。平成 26 年頃には車の運転が出来なくなったにもかかわらず「鍵をよこせ」と認知症状もみられました。平成 28 年 8 月「薬が飲めない」「受診を忘れる」「入れ歯洗浄を拒否する」などの認知症状が一気に出現しました。当時はデイサービスを月曜日～日曜日まで利用されています。その後、宿泊サービスも利用開始されました。そして、長女様の体調不良により、ここグループホームようざん栗崎を利用開始となりました。

## 【A 様がトイレで排泄するためには】

A 様は認知症の進行により失語がみられるようになり、言葉でトイレに行きたいことを表現することが難しいようになりました。また、見当識障害もみられるために、トイレを探し廊下を歩き回るようになっていたのではないかと考え、A 様がトイレで排泄ができるようにカンファレンスを開きました。そして、A 様のトイレ誘導の取り組みを検討するこ



とになったのです。カンファレンス検討の結果として、A様のトイレのサインを見逃さないこと・声掛けの工夫・環境を整えることがA様にとって最適ではないかと考え、取り組むことにしました。

### 【トイレ誘導の取り組み】

#### 1 トイレのサインを見逃さない・・・ズボンのポケットに手を入れること

トイレのサインを見逃していた当初は、トイレ以外の場所で排泄をしてしまうことが多く、パット交換や着替えを行うこともよくみられました。また、トイレ誘導をしても「ばかやろめ！」と言われてしまい、A様の排泄のタイミングがつかめずに拒否をされてしまうこともありました。

そこで、A様の排泄したいときにはどのようなサインがあるか観察をしてみることにしました。すると、A様がズボンのポケットに手を入れて落ち着きがなく廊下を歩き他利用者様の居室に入った後は必ず、居室内に排泄がみられました。そのため、ズボンのポケットに手を入れることが、A様のトイレのサインだと考えることにしました。そして、トイレのサイン後にトイレ誘導をすると、「ばかやろめ！」と言われずにトイレで排泄することに成功したのです。何度か試してみると、サイン後は高い確率で拒否なくトイレにて排泄をすることができました。

そのことから、ズボンのポケットに手を入れることがトイレのサインだと確信できました。A様もトイレで排泄ができるようになり、トイレ利用後は「いいやいのぉー」と笑顔がみられています。

#### 2 声掛けの工夫・・・言葉を「トイレ」から「便所」にする

A様はトイレ誘導の声掛け時に、どこか「トイレ」の言葉に馴染みがないようにみられました。そこで、A様が職人だったことを考えて、トイレに関連する言葉「手洗い」「洗面所」「便所」等をトイレの声掛け時にそれぞれ使用したところ、「便所」という言葉を使用したときに、本人が納得されているような表情や仕草がみられました。そのため、声掛けの際はトイレの場所を指しながら「便所はこちらです」と声掛けを工夫することになりました。「便所」と言葉を変更したことで、トイレ誘導時に「ばかやろめ！」と言われるような拒否が少なくなりました。

#### 3 A様にとっての環境を整える

A様が一目見てトイレであることがわかるように、A様にとっての環境を整えることにしました。まずは、トイレの扉に「便所」と大きく書いた紙を貼ることにしました。夜間時

は、トイレの電気をつけておき、便器が見えるようにトイレの扉を開けておきました。また、居室の扉を開けるとトイレがすぐ目の前のように、A様の居室をトイレ前の居室に変更することにしました。居室では、ベッド下にセンサーを設置してA様が覚醒したときに職員が対応できるようにしています。はじめはセンサーマットを検討しましたが、居室内での排泄が頻回だったために断念することにしました。A様にとっての環境を整えたことで、A様はトイレの場所が明確になりトイレ利用へとつながることになりました。

#### 【取り組みの結果】

前述の1から3の項目を念頭においたケアを実施した結果、以前よりもトイレで排泄することが多くなりました。トイレで排泄ができるようになり、自立排尿が増えてパットの汚染が少なくなり着替えることも減りました。また、他利用者様の居室での排泄もみられなくなったのです。A様の日中の様子にも変化がみられ、廊下を歩き回ることも減り、花の水やり・モップ掛け・ごみ捨て等を手伝ってくれることが増えました。レクリエーションの参加もみられ、以前よりも笑顔で「いいやいのぉー」の言葉を発することが増えてきたように思います。また、夜間では、環境を整えた効果もあり、トイレで排泄ができるようになり安眠につながりました。

#### 【考察・まとめ】

今回のトイレ誘導の取り組みにより、A様が笑顔で「いいやいのぉー」と言われトイレを利用することができました。トイレのサインではない時にトイレ誘導を行ってしまい「ばかやろめ！」の言葉をいただくことも多く、トイレのサインをみつけだすことは大変でしたが、A様の表情や声の調子、姿勢やしぐさといった言葉以外の情報を集めることの大切さを改めて学びました。失語がみられるからといって、言葉を完全に認識することができないと断定することではなく、その人の残存機能をみつけだすことが介護職の重要な役割であるとも感じました。ケアをする側が少し考えを変えてケアをするだけでA様をよい状態に近づけることができるのだと実感しました。これからもA様の「いいやいのぉー」の言葉がたくさん聞けるように、しっかりと向き合い寄り添うケアを続けていこうと思いました。

# 落ち着いた生活をするために

グループホームようざん

齋藤 一孝

## 【はじめに】

グループホームようざんは、自分にとっての初めての介護の仕事の施設です。介護度は様々ですが、ご入居者は皆様、認知症の方々です。その中でも、初めての介護の仕事で、自分なりに特に大変で印象的だった A 様の事例を発表したいと思います。

## 【利用者の紹介】

- A 様 ●84 歳 ●要介護 3
- 既往症：大腸ポリープ、骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折 現在 認知症
- キーパーソン：次女様 ●性格：明るくおしゃべり好き 面倒見が良い

## 【生活歴・入所までの経緯】

昭和 13 年群馬町で生まれ、昭和 37 年に結婚。昭和 44 年から芝塚町で生活をしていました。その当時ダイエーデパートの地下の食品売り場に長年自転車で通い、勤めていました。しかし、最近になって徘徊が始まり、帰れなくなる事も多くなり、独りで留守番が出来なくなりました。また、難聴が強くなったことで、同居の孫と口論になることもありました。怒り始めるとヒステリックになり、娘が間に入り、止めないと感情が治まらなくなっていきました。そのほかにも、長女様が平成 29 年に亡くなり、夫が 20 年前に亡くなっていますが、二人とも最近亡くなったと誤って認識しており、感情が不安定になる様子も見られました。さらに、難聴と認知症のために近所の方とのコミュニケーションは上手くいかなかったようです。

このような経緯もあり、デイサービスの利用を開始、週 3~5 回通い始めました。ショートステイの併用を経て、令和 3 年 11 月グループホームへ入所となっています。

## 【ケアプランへの希望】

本人：馬鹿になっちゃって何も分からない。空っぽだよ。でも健康だよ。健康が第一だよ。ね。  
次女様：入所しても関わりを持ち続けたいので、面会や外出の機会を持っていきたい。楽しく過ごしてもらえば嬉しい。

## 【入所後の様子】

日中

・ご本人は笑顔の見られる穏やかな性格をされており、落ち着いている時は他利用者に良くしゃべりかける様子が見られます。お話が好きでお茶を飲んでいても、歩く時もトイレ利用時でも、常に誰かに話しかけます。また難聴が強いため、話がかみ合わなかったり、聞き間

違えたまま話を一方的に続けてしまう事が多々あり、お相手の利用者様を怒らせてしまうことがあります。

・施設に慣れていないという事もあり、目に映るもの、気になるものを触りに行ったり、常にせわしなく動きまわり、落ち着きがありません。世話焼き体質ということもあり、他利用者様の介助をしようとしたり、やる事が無くなると「帰ろうかね」と徘徊し、出口を探しまわります。しかし、徘徊するうちにご自身がどこにいるのか、何がしたいのか分からなくなってしまうこともあります。「私はバカになっちゃった」と言いながら、他利用者様の部屋を覗いたり、娘様のお名前を呼びながら歩くこともありました。

・短期記憶がとても短く、お伝えしたことや説明等は3分と経たず忘れてしまいます。

#### 夜間

・トイレ利用が100回近くになるほど頻繁になります。寝る前にトイレ利用の習慣がありますが、トイレに行ってきたことを忘れてしまい、また利用される～を繰り返します。また、トイレに行く最中や利用後に目的を忘れてしまい徘徊が始まることもあり、これが朝方疲れてしまうまで続きます。不眠が続くこともあり、2,3日不眠～その次の日は良眠というサイクルがよく見られました。夜間でも「おはようございます」と言うなど時間感覚もなく昼夜の認識が出来ていません。平均睡眠時間は1~3時間程です。

・リハビリパンツがトイレや居室に脱ぎ捨てられていたり、トイレトペーパーが丸ごと洗面台で濡れて見つかったりと、利用方法やどうしていいのかがわからなくなってしまうような行動が見られる日もありました。

#### 【入居後の課題】

##### 日中

- ①落ち着かず「私はバカになっちゃった」と言いながら徘徊する。
- ②娘様の名前を呼びながら徘徊、出口の鍵を開けてしまう。
- ③談笑するが難聴により一方的に話してしまい、他利用者様を怒らせてしまう。

##### 夜間

- ④日中と同じく、娘様の名前を呼びながら徘徊する。
- ⑤寝る前にトイレ利用の習慣があるが、短期記憶がとても短く、トイレ利用を繰り返し、夜間100回近い利用回数になってしまう。(トイレ利用：自立)
- ⑥リハビリパンツが脱ぎ捨てられていたり、トイレの備品の使い方がわからなくなってしまうことがある。
- ⑦自分の居室がわからず、他利用者様の居室に入ることがある。

## 【課題への取り組み】

日中

### ①落ち着かず徘徊～に対する取り組み

落ち着かない時は落ち着くまで話を傾聴する。「私はバカになっちゃった」との発言から認知症の自覚があり大きな不安を抱えているものと思われる。

対処療法ではあるが、興味のあるもの、例えば昭和の歌謡曲・演歌、または体操など体を動かすものについては注意深く見ていただける。また、洗濯物を畳んだり、食器を拭くなどもなるべく参加出来るようにする。ただし、後者については満足にできないこともあるため、他の利用者から叱咤されることがある。職員の対応により尊厳を守るための配慮が必要。

### ②娘様の名前を呼びながら徘徊～に対する取り組み

「娘様はお出掛けされています。」「娘様は買い物に出掛けています。」など、安心していただけるような声かけをする。ご家族の方がよく面会にいらっしゃるので A 様といろいろ話をしていただいたり、職員が話すことで新たなきっかけを探り出す。また、今後状況が落ち着けば、幼稚園児の慰問なども計画していきたい。

### ③一方的に話す～に対する取り組み

職員が間に入って距離感を保ったり、聞き上手な利用者様に話を聞いていただく。話をしている時には笑顔が見られ、楽しそうにしているので、他利用者様とよりよい関係性が保てるよう、気分良く過ごせるよう配慮する。

夜間

### ④娘様の名前を呼びながら徘徊～に対する取り組み

「今、ご家族様は寝ています。」「ご家族様は明日の朝お迎えに来られます。」と説明を行う。夜間は照明が暗いこと、周りが静かなことから、より大きな不安を抱えていると思われる。安心してお休みいただけるような声かけをする。

### ⑤頻回のトイレ利用～に対する取り組み

声かけ・説明をしても忘れてしまい、トイレ利用を繰り返す。夜間のトイレ利用回数が 100 回近くになることもあり、職員が常時付くことが難しいため、医師に相談。入所時より内服していた、睡眠導入剤ベルソムラに加え、コントミン、不眠時の頓服にゾルピデム錠を処方していただき、内服調整を行う。

### ⑥トイレの利用法を忘れる～に対する取り組み

トイレ利用は自立しているが、トイレ利用時間が長い時は、様子を見に行き対応を行う。

### ⑦自分の居室を忘れる～に対する取り組み

ご自身の居室に案内し、入眠を促す。

## 【結果】

落ち着かず不穏になることや、徘徊に対して声かけ・説明や傾聴を行ってもすぐに忘れてしまい、落ち着いていられる時間が数分伸びたかどうか…という結果でした。夜間のトイレ利用では、職員が付いて対応を行っても改善される気配すらなかなか見えない状況が続きま

した。そのような中、大きな変化が見られたのが、夜間の内服調整でした。コントミンを追加したことで、今までの3日間ほぼ不眠～4日目の夜に入眠というサイクルが解消され、毎日ほぼ入眠されるようになりました。それでも不眠が見られる日は頓服ゾルピデム錠の内服を試しました。内服の翌日には、日中に傾眠、歩行時に若干のふらつきが出てしまうといった様子が見られたため、頓服の内服を半錠にすることで調整を行いました。夜間入眠していただけるようになったことで、夜間の頻繁なトイレ利用や、他利用者様居室への入室も少なくなりました。また、夜間にしっかりと睡眠をとっていただけることで、日中の徘徊や落ち着きのなさにも影響が見られ、しっかりと入眠された日は徘徊や帰宅願望が比較的穏やかになり、落ち着いている様子が少しずつ見られるようになってきました。

#### 【考察】

入所当時、施設自体に慣れていないということも一因となり、日中は落ち着かず、1分と座っていられなかったA様。夜間の内服調整を行う事で、不眠がしだいに解消されていきました。A様の場合、日中の徘徊や帰宅願望は、ご家族の心配や母としての使命感からくる不安の訴えによるものが多くありました。しかし、夜間にしっかりと睡眠をとることで、日中の不安が軽減された結果、徘徊や帰宅願望が比較的穏やかになったのではないかと考えられます。当初の取り組みではあまり効果が見られなかった声かけや傾聴も、落ち着いている状態であれば、以前よりも効果が感じられるのではないかと思います。これにより、他利用者様とのより良いコミュニケーションを計っていく準備が出来ました。当初効果が薄かった取り組みも続けて行っており、現在はまだ職員を通してではありますが、他利用者様とより一層心のつながりを持ち、施設に慣れていっていただけるよう対応・ケアを続けていくことが今のA様に必要なことだと改めて認識しました。

#### 【終わりに】

今回、落ち着いた生活をするためにというテーマでA様の事例をご紹介致しました。課題を日中・夜間と個別に分け、職員の声掛けや対応をメインに取り組みを考えてきました。その中で、医師と相談し内服調整を行うことで、身体面・精神面の両方からアプローチすることも大事なことだと今回の事例を通して実感しました。

今もA様の対応に日々試行錯誤を繰り返していますが、取り組みを経て、A様の人柄や徘徊される背景にあるお気持ちの一部を知ることが出来たと感じています。ご家族様を心配されるのは、ご家族様を大切に思っているからであり、母としての強い使命感からくる言葉であるという強い意思を感じました。ケアプランでも次女様が仰っている様に、ご家族様との関わりを大事にしていき、グループホームを第二のご自宅として落ち着いて過ごしていただけるような環境作りを模索し続けていきたいと思っております。

最後になりますが、先日ご利用様と一緒に NHK ののど自慢を見る機会がありました。のど自慢と言えば名物の 1 つともいえるのがご高齢の方の歌唱かと思います。多少音を外す部分はあっても、皆を引き付ける力、年齢を重ねてきた方だけに出せる”味”があります。多くの先輩方に囲まれて日々を過ごす中、そこから多くのことを学ばせていただいております。また、もう 1 つ演奏をしている皆さんにも感心させられます。プロの奏者ですから演奏に自信を持っている方々にもかかわらず、歌う人が気持ちよく歌えるような曲を奏でます。私達職員一同もこの伴奏者のように、A 様がこれからも、楽しく、安心して気持ちよく過ごして行けるよう伴走者として出来る限りのサポートをしていきたいと思っております。

ご清聴ありがとうございました。

# 「昔は何でもやったのよ」

## ～培った能力を活かして張り合いのある生活を～

スーパーデイようざん小埜

発表者：遠藤つばさ

本間恵里

### 【はじめに】

スーパーデイようざん小埜を利用して3年半。利用当初よりも8kg程増加したA様。体重増加に伴い膝の痛みや腰痛の訴えが頻繁にみられる。動く事を嫌い、得意とする裁縫や料理等の意欲低下もみられる。また、午睡の訴えも毎回のようになり昼食後はベッドで休まれる事が多い。

高齢者の運動不足や肥満は脳や心臓、うつ等の病気のリスクが高まる為注意が必要だ。散歩等を取り入れることで運動不足を解消すると共に、認知症の進行予防や孤独感の緩和等様々な効果が期待できる。

体重増加の原因の一つである午睡をしないで活動的に過ごして頂きたいと考え、行った取り組みについて報告する。

### 【利用者紹介】

氏名：A様 女性 88歳 要介護2

既往歴：アルツハイマー型認知症、不整脈

性格：明るい性格で人当たり良く、冗談を言われよく笑われる。自分の意見をはっきり言われる。

生活歴：佐賀県出身。8人兄弟の6番目。農家の生まれで幼い頃からよく働いていた。手先が器用で和裁や洋裁などが得意。今まで様々な作品を作ってきた。

### 【課題】

- ① 今まで昼食後のレクリエーションの時間はほぼ午睡されていた。趣味の裁縫や料理などに対する意欲の低下もみられる。
- ② 運動不足や体重増加により膝の痛みや腰痛の訴えがある。
- ③ 体重増加は持病や新たな病気のリスクを高める。

### 【取り組み①】

今まで午睡していた時間を趣味の裁縫や料理などにあて、ご本人の生きがいの為にも充実感や達成感を得て頂きたいと考えた。しかし、「編み物をして下さい」「料理をして下さ



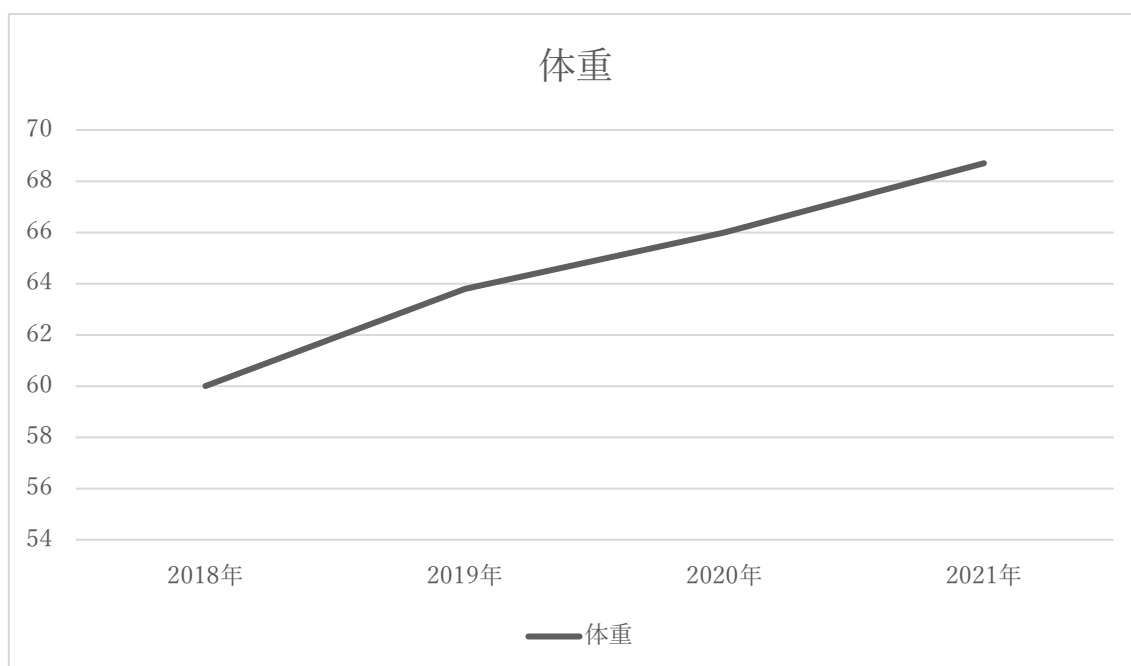
い」等と言うと決まって「あなた達がしなさい」「散々してきたんだからもう何もしたくない」等と言われる。そこで声かけを変え「教えて下さい」「どの様にするのですか」とお願いする。

### 【取り組み②】

散歩が大嫌いなA様。少しの距離でも膝や腰の痛みを訴えられ息遣いも荒くなる。当然、散歩のお誘いを拒否する傾向にある。その為、散歩と伝えず「日光浴しましょう」「花が咲いていたので見に行きましょう」「野菜の様子を見に行きましょう」等と興味を引きそうな誘い方に変えてみる。

### 【取り組み③】

利用当初からの体重の変化をグラフにする。右肩上がりのグラフがゆるやかに下がっていくよう、持続的な対策が必要になる。その為、本人のモチベーションが下がらない様工夫する。グラフをご本人と一緒に確認し、「最初の頃よりも8kgも増えましたよ」と体重増加のリスクも一緒に伝え危機感を持って頂く。また、「先月よりも1kgやせましたよ」と成果と一緒に喜び共有し、体重変化を可視化することで意欲を持って頂く。



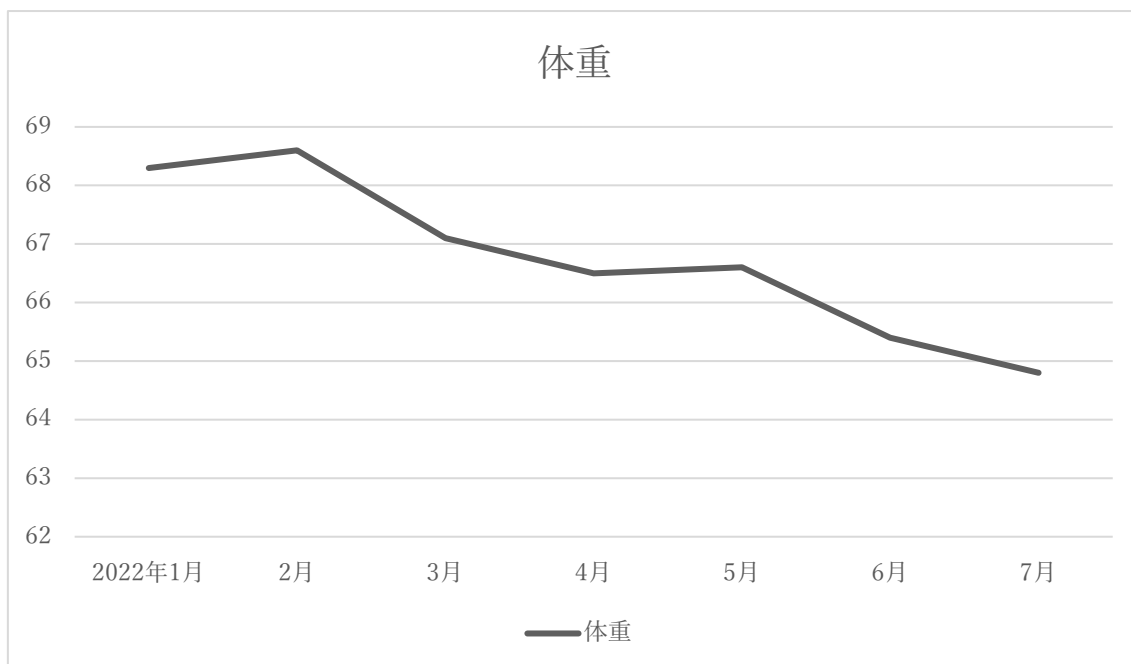
### 【結果①】

声掛けを変え、お願いする形でお誘いした所、世話好きなA様はやる気になって、一緒にバッグ作りや編み物、おやつ作り等に取り組まれた。始めると時間を忘れて集中し丁寧に制作されるため、明らかに午睡の時間は減っている。編み物やバッグ作りをしている姿は生き生きとしていた。職員が編み方を伺うと、「編み方の前に毛糸や針の持ち方をちゃんと覚えなさい」と指導者の顔になって教えて下さる。また、周りの利用者様も興味を持た

れ、「昔はよくやったよね」と、一緒に取り組まれる姿も度々見られた。他利用者様の意欲を引き出す効果も得ることができた。

【結果②】散歩への誘い方を変えてみたところ、「そうだね、ちょっと行ってみるかね」と意欲的な反応を示すことが多くなった。安全を考えて車いすを用意し、職員が支えゆっくり歩行することで、休み休みではあるが無理強いすることなく、散歩を楽しめているように思える。野菜の苗を見て「ここは切りゃないけんね、他が大きくならんよ」「昔はきゅうりやら茄子やら何でも作ったよ」等と懐かしそうに話される。「風が気持ちいいね」「きれいな花だね」等とおっしゃり、周辺に雑草が生えていると「草むしらんと駄目だよ」と自ら草むしりされる姿もみられる。

【結果③】ご本人に体重のグラフを見せ説明すると「痩せなきゃいかんね」「もっと歩かきゃいかんね」と言われることもあり、以前と比べると散歩する回数も増えた。8kg太った原因の一つに午睡のことを伝えると「あなた達が寝させるのがいけないのよ」と冗談を言われることもあった。



#### 【まとめ・考察】

右肩上がりだった体重は、少しずつではあるが減ってきている。68kgまで増えた体重が今では64kgまで減らすことができた。減量によって、膝や腰の負担が軽減し、痛みが緩和していくことを期待したい。

毎日少しずつバッグ作りに励み、ひと月も経たないうちに素敵なバッグが完成した。「よう出来たね」「もらっていいの？」と満面の笑みで喜ばれていた。レクリエーションのお誘いを断り「これやらにゃいかん」とバッグ作りに没頭されるその姿に、私たち職員

は感動を覚えた。

先日、ご家族様より、デイ利用後に認知症テストを受けた所、普段より点数が高かったと喜びの声を頂いた。A様が意欲を持って物事に取り組まれる事が良い影響を及ぼしていると感じた。

今回の取り組みでは、A様の立場に立って前向きに応じられるような誘い方を考え、実践することで良好な結果が得られた。

しかし、同じ取り組みが性格の違う他利用者様にも当てはまるとは限らない。大切なのはそれぞれの利用者様の性格や特徴を理解し、相手の気持ちになって考え接する事ではないだろうか。その為には、日々のコミュニケーションや信頼関係が最も重要であり基本であると、取り組みを通じて改めて感じる事ができた。

利用者様ひとりひとりが歩んできた人生の中で培ってきたものを活かし、張り合いのある生活を送って頂けるよう、これからも丁寧に向き合っていきたい。

# 「私達に出来る事」

## ～A様とご家族様のために～

スーパーデイようざん貝沢

発表者 境原美佐子

### 【はじめに】

デイサービスとは施設に入所せず、昼間に日帰りで利用できる通所介護サービスの事。在宅介護が中心となり、家族とデイの職員、ケアマネ、医師、看護師などが協力して在宅介護を支えている。しかし認知症の悪化やADLの低下などにより家族の介護負担が増え、高齢者の殆どは終末期になると在宅介護が難しくなり、入所施設や病院などで最期を迎える場合が多い。

A様のご家族様は『母がどんな状態であっても施設には入所させず、家で介護をしたい』と強く希望されており、その想いに応えるべく取り組んだ事例を紹介する。

### 【利用者紹介】

氏名：A様

年齢：76歳 女性

要介護度：4

既往歴：高血圧症・前頭側頭型認知症

性格：穏やか 面倒見がよい

### 【生活歴】

長女夫婦と三人暮らし。ようざん貝沢から近い地域で暮らしていて、主な介護者は長女。長女の夫も介護に協力的。長男夫婦も同様に日常生活全般や通院の支援をしてくれている。平成30年1月までは結婚相談所の仕事をしていてそれ以前は公務員や事務職をしていた。

### 【利用の経過】

平成30年6月頃より判断能力の低下や物忘れが見られるようになり、急速に認知症が進行。自宅から渋川市まで歩いて行ってしまった事もあった。長女夫婦は仕事をしており、日中は独りになってしまう為、本人・ご家族の希望として安全確保と共に必要な支援を受けて欲しいとの事で平成31年8月より自宅から近い「スーパーデイようざん貝沢」を利用するようになる。

利用当初の様子

日中のほとんどの時間、ホールから玄関までを何十回と往復している。椅子に座るよう促しても座っている時間はほんの一瞬で、またすぐに歩き出してしまう。食事中だけは椅子に座って食事を摂取しているが、食べ終わってしばらくするとまた歩き出してしまう。歩行状態は比較的安定しているが時々ふらつく事もあったので、付き添いや見守りの必要性があるのだが、本人は常時付き添われる事にストレスを感じてしまう。

#### 【課題①】

パーキンソン症状による小刻み歩行のため、転倒の危険性がある。

#### 【取り組みと結果①】

利用当初は歩行状態も安定していたので、一定の距離からの見守りに切り替え、A様の行動に対し必要以上に干渉しない事にした。

A様は同じ場所を行ったり来たりする常同行動を行っている点にも着目し、歩行ルートにあるつまずきそうな物を出来る限り排除する。また、使用していた椅子も立ち上がりや座る際に職員の見守り不足による転倒を防ぐため回転しない椅子を使用する。

利用当初は上記の対応でもさほど問題は無かったのだが、病気の進行により徐々に歩行がおぼつかなくなり、A様が立ち上がって歩き出そうとしている時は職員も付き添い、方向転換の際にはふらつかないように一部介助するなどの対応を行う。

#### 【課題②】

食事の際、今まで使用していた食器類が重くて持っていられなくなる。また、お箸も上手く持てなくなってしまった為、口に運ぶまでに殆どこぼれ落ちてしまい、最後まで自力摂取することが困難になってきた。

#### 【取り組みと結果②】

食器を陶器から、軽くて小振りなプラスチック製のものに変更し、形も持ち易い浅めのものにする。お箸もスプーンやフォークに替え、食事形態にも配慮し、なるべくご自身で食事を口に運べるように工夫する。

主食を一口大のおむすびにしたことで口に運びやすくなり、おかずも一口大にしてフォークで刺して口に運び易くするなどの配慮を行った結果、今までよりも食べこぼしが減り、ある程度自力摂取出来るようになった。

### 【考察とまとめ】

ご家族様・CM・職員共に協力してA様の気持ちを第一に考え試行錯誤してきましたが、病気の進行スピードが速く、できない事が徐々に増えてきてしまいました。

デイ利用中やご自宅での転倒も多くなってしまったことで、安全面を一番に考え今までのように本人が自由に歩く事を制限せざるを得ない状況となってしまいました。今思えばこの頃から、色々な面の悪化が急速に進んでしまった様な気がします。

利用当初の体重は38.9kgと、もともと小柄な方でしたが、食事摂取量が減った事で短期間でみるみる体重が減り、かなり心配な状態になってしまいました。食べる事で少しでも体重増加をしてもらおうと食事形態を極刻みから飲み込みやすい「ペースト状」に変更し、ご家族様にも協力して頂きご自宅でよく食べているという離乳食用のレトルト食品を持参して頂き、ご自宅で使用している食器と同様の食器を使用するなどの配慮も行いました。一時はその甲斐あり体重41.2kgと増加傾向で改善の兆しもみられましたがこの頃には自分で好きに歩き回る事は出来なくなっていました。

令和3年3月より車椅子のレンタルも開始し、体全体の拘縮が徐々に進んでいるA様に、ストレッチや支えながらの歩行訓練等を行っていましたが令和3年12月には体重が27.1kgまで減少し、この頃には食事も1割程度しか食べる事が出来なくなりました。大体のご家族様は要介護者がA様のような身体状況になると入院や介護施設への入所を考えるのですが、A様のご家族は在宅介護を諦めませんでした。それどころか『最期まで自宅で過ごさせてあげたい』との意向をケアマネや私達に伝えていました。そんなご家族様の気持ちを汲んで、私達もA様が苦痛を感じない様にできる限りの配慮を行いました。この頃のA様は、いつ容態が急変してもおかしくない状態だったので、ご家族と『もしもの時はどうするか』を事前に話し合っておきました。

そして令和4年2月A様はデイサービス利用中に急変され、その後、急搬先の病院にてお亡くなりになりました。

ご家族さまには「手厚い介護をありがとうございます。感謝しています」と告げられ、至らない事ややってあげられなかったこと、後悔もたくさんありますが、Aさまの為に職員一丸となり協力し「助けてあげたい」と全力でケアを行い、たくさんのお手伝いができ関わられた事に感謝しています。

ご清聴ありがとうございました。

# 自分の力で食べる喜び

## 自立摂取継続の支援

特別養護老人ホームモデラート

富澤 亮

### 【はじめに】

高齢者にとっての食事は栄養を摂取するだけでなく生きる喜びや楽しみつなげるものです。自分で食べて頂くのはなぜ？自分で食べているという満足感を得てもらうためです。また食事の動作は様々な動きが組み合わされていますので脳への刺激、残存機能の維持や上肢の機能回復にも役立ちます。

### 【事例対象者 A 様】 90 歳 要介護 5 令和 2 年 2 月入所

高崎市に生まれ、国鉄で 3.4 年働き、実家の八百屋を継いだ。姉と妹（他界）の 3 人兄弟。昔から身体が丈夫で市場でも最年長の表彰を受けたほど仕事も熱心だった。

### 【既往歴】

アルツハイマー型認知症、

糖尿病、

便秘症、

下肢麻痺、

難聴、発語不明瞭、会話困難

「ああ～」と言う声、表情、仕草や介護抵抗という形で不快感などの意思表示可能。

### 【A 様食事環境】

普通車椅子使用、自力摂取（スプーン、ホーク使用）、上下義歯（総入れ歯）

食形態 主食 全粥 副食 極刻み

自力摂取能力意欲あり、摂取するお皿の食べ残しは職員が見える位置に食器を移動させる支援、過度介助を嫌がり主食皿に副食を乗せたりする事に拒否抵抗あり。

食事をとても楽しみにしている。

令和 2 年 6 月～

日中離床時傾眠状態多くなり、姿勢も崩れ、食事時間、食事途中での傾眠状態強く自力摂取困難な時増えてくる。

### 【傾眠原因】

日中離床時の傾眠が夜間の覚醒、夜間の覚醒が日中離床時傾眠を引き起こす悪循環。  
2種の眠剤の体内残りが傾眠状態を起こしているのではないかと推測

### 【傾眠状態食事摂取問題点】

食事時間に傾眠、覚醒しない時もあり、食事途中で手が止まったり、姿勢が崩れ、左傾き、手、腕の動き悪く口まで食べ物を上手に運べず食べこぼし、口の中ため込み咽込んだり傾眠状態により口に力が入らず義歯の脱落（上義歯）、ずれ（下義歯）が発生、開口摂取の妨げになり摂取量が減ってしまう。

原因と問題点を多職種で話し合い、食事をととても楽しみにしている A 様自力摂取、残存機能維持に向けての傾眠状態改善対策を実施する。

### 【生活環境からのアプローチ】

日中離床時、A 様の興味のある食べ物や競馬のテレビ鑑賞、スーパーのチラシ広告を覗いて頂いたりソファーに座って頂き読書、毎日の梅干し体操にも参加。天気の良い日は施設庭への散歩、外気浴を行いました。

### 【眠剤内服】

日中傾眠状態強く夜間覚醒状態多くある事、看護師に報告相談、看護師が眠剤体内残り推測し主治医に報告  
主治医の往診状態診察後、令和 2 年 8 月眠剤 2 種、ロゼレム 8mg エチゾラム 0.5mg 内服中止となる。

### 【物理的環境整備】

普通車椅子から多機能車椅子に変更、アームレスト、フットレストの高さ調整、座面、背もたれの調整も可能に。  
自助具の活用、自助皿、曲げれるスプーン大・小、グリップ丸型、平型など各種色々な物を試す。

### 【口腔環境・対応、対策】

歯科往診依頼、月 2 回の往診で上下義歯修正調整、口腔ケア。義歯脱落対策で粘着剤使用相談するが自力装着出来ない方には推奨しないとの事。

#### 〈A 様義歯の役割〉

食べ物を咀嚼する役割は無く嚥下時の口腔内の圧力を高める為の義歯使用。  
上下義歯がある事により下顎のあるべき場所が確定、固定される事により嚥下時に舌に力



が入れやすくなり嚥下圧が高まり食べ物を送り出している。

介護職員も毎食後の口腔ケア強化、食事前の口腔体操促し施行、口腔マッサージで口周りの筋肉をほぐすなどの対策を実施。

#### 【義歯修正調整に限界】

《歯科医から》

上下義歯修正調整繰り返すも歯茎の減退、顎堤の退縮、内側頬筋の衰えに義歯装着良好状態長く維持する事と困難、A様義歯使用役割考慮しても義歯の脱落、ずれが開口摂取の妨げになるのであれば、と義歯なし食事摂取への移行提言あり。

〈看護師、栄養士と相談〉

一口量、嚥下に注意し介護職員が常に見守れる位置での摂取、嚥下に問題あれば食形態をペーストに下げること考え、

令和4年1月、義歯使用なし食事摂取開始する

#### 【多種環境からの継続的支援効果】令和4年4月

夜間覚醒少なくなる

日中傾眠状態緩和

車椅子姿勢、正しく保持

食事途中の傾眠で手が止まる事少なくなる

手、腕の動きスムーズになり食べこぼし少なくなる

主食のみ自助皿、小スプーン使用での摂取が現状最適（曲げれるスプーン、グリップ使用は持ち直し時に難あり）

義歯使用ない事で開口良く、食べこぼし少なくなる

嚥下も問題なく食形態を下げる事なく摂取出来ている

#### 【まとめ】

現在の体調、基礎疾患、薬剤、口腔・嚥下、認知機能、日常生活動作、食事動作、食形態、栄養状態、支援環境、ご本人様の意向など多方面からのアプローチを継続的に行って来ている事でA様食事自力摂取を入所時の状態に近づけ維持出来ている。

職員全体で食事環境への意識も高まり、食事環境作りは食べる事だけではなく、心理的、身体的、物理的環境、口腔環境も重要であると言う事の理解が深まった。

食べたい気持ちを尊重しながら今の環境の中で最も良い方法を探し支援する。

# 「自分らしく生きる」

ショートステイようざん並榎

発表者：大河原 聡美

はじめに

人はいくつになっても、誰かの役に立っていたいという気持ちがあると思います。利用者様のそうした意欲を保つことや、役割を持ち、それが肯定的な評価をされることは、心身の健康につながると言われています。今回の事例では、本人のできることや長所を生かすことで、役割を持って生活できるように取組んだことについて報告させていただきます。

事例対象者

氏名 A様

性別 女性

年齢 89歳

介護度 介護度3

既往歴 アルツハイマー型認知症・甲状腺機能低下症・高血圧症・喘息・慢性腎臓病・乳がん

生活歴

家業の鮮魚店の夫と、住み込み従業員の世話をしながら、店の切り盛りをしていた。若いころは車の運転や生け花をされていた。夫は平成17年に他界し、以降夜間は独居になる。令和3年にこれ以上独居は困難と考えた家族の希望により、小規模多機能型サービスのケアサポートセンターようざん貝沢を利用開始し、その後ショートステイようざん並榎に入所される。

取り組みについて

本人のできることや長所を生かすことで、役割を持って生活を送ることができるよう、4つのことに着目しました。

①本人が集団生活の中で役割を持っていただく

A様は、おしぼりを丸めたり、洗濯物をたたんだりしてお手伝いしていただきます。また、面倒見がいい性格であるため、周りにいる利用者様のことを気にされ声をかける様子も見られます。そこで、A様ができることや長所を生かして、役割を持ち、ADLの維持につなげることを目標にしました。

## ②下肢筋力の維持

A様は、ふらつきがあり、転倒リスクが高いため、何かできることはないかと考えました。下肢筋力の維持・転倒予防として、機能訓練や上肢・下肢をメインとした体操を毎日行い、歩行の安定性を上げることを目標としました。

## ③口腔内や身の回りの清潔維持

血が混じった痰をトイレや洗面所で吐き出したり、枕に血痰がついていたりすることがあり、A様自身もそのことを気にされている様子が見られました。歯科往診にて、口腔内・血痰について確認していただいたところ、歯周病の進行によるものと思われるとのことでした。コロナ禍であり、警戒度によって往診できない時もあるため、介護職として何かできることはないかと考え、口腔内のケアに力を入れることで、口腔内の清潔維持に努めることを目標としました。

また、身の回りの清潔維持では、入浴に着目し、基本的なことですが、職員が見守りながら自分の手の届くところは洗ってもらい、職員が仕上げに洗うことを意識して取り組みました。

## ④他者との交流の機会を増やす

元々、社交的で面倒見がいい性格の方なので、同席の利用者様との会話を笑顔で楽しんでいる様子が見られていました。複数人のレクなどを通して、同席の利用者様以外の利用者様とも交流の機会を増やしていくことを目標にしました。

## 取り組みの結果

### ①について

A様ができることや普段から行っていることに着目し、以下の5つの取り組みを行いました。

- ・おしぼりを丸める
- ・洗濯物をたたむ
- ・職員が見守りの中テーブル拭きを行う
- ・職員とリネンを作る
- ・職員と清拭を丸める

いざ実施してみると、以前は、たたみ方を伝えると自分でその手順通りにたたんだり、丸めたり、することができていましたが、職員が一つ一つ繰り返しそばにいて説明しないときできない状態になっていました。また、今まで見られなかった、帰宅願望がみられるようになりました。原因として、同席のロング利用の利用者様が退所されたことによる環境の変化ではないか、A様が実施する中で自信を無くしてしまったのではないかと考えました。取り組む内容を見直し、席を変えたり、A様が他利用者様や職員と一緒にできること、A様が自信を

もってできることを考えました。まず、自信を取り戻すために簡単な作業を行うようにするという点、自分のテーブルで行うことができるという点を意識して実施しました。ですが、実施後にも帰宅願望は継続して見られ、改善したと言える状況ではありませんでした。

本人ができることややりたいことを見つけるために、毎日 A 様の様子を踏まえたうえで実施しました。例えば、帰宅願望や立ち上がりが多い場合は、レクリエーションを中心に実施したり、A 様自ら「手伝うよ」とやっていただける場合には、洗濯物をたたんだり、おしぼりを丸めていただいたり、工夫して行いました。いろいろ試す中で、他の利用者様が落ち着かない様子の際に、その方の横に座っていただき、お話していただきました。すると、その利用者様は落ち着かれ、A 様とその利用者様は笑顔で話されていました。また、職員にマッサージをすることがあり、A 様の話を聞くと旦那様や家族にマッサージをよくしていたとおっしゃっていました。A 様のマッサージはとても上手で、やっていただいた職員全員が好評でした。

取り組みを通して、A 様は他者との交流の中でできることや長所を活かしたり、役割を見出したりすることが合っているのではないかと考えました。

## ②について

体操は、職員のオリジナル体操やごぼう体操を行いました。職員が見本となって行い、A 様だけでなく他利用者様も一緒に行いました。回数を重ねるごとに、A 様や他利用者様も積極的に行う様子が見られました。

機能訓練や下肢の運動では、平行棒を使用し歩行訓練を行いました。歩行の際、足首・膝を伸ばしたまま曲げていない様子が見られたため、意識して曲げられるように、声かけや足首や膝をほぐしてから実施しました。声かけを行うことで、曲げることを意識して足を挙げて歩く様子が見られました。

体操や機能訓練は、積極的に取り組まれる様子が見られました。現在でも、ふらつくことがあり、転倒リスクは高いため、取り組みを継続させていきたいと思います。

## ③について

口腔内のケアについては、A 様は、見守りが必要ですが、ご自身で口をゆすいだり、歯を磨いたりすることはできます。そのため、A 様が口腔ケアをした後に、仕上げ磨きを行うようにしました。実施した結果、洗面台に血痰を吐き出すことや枕に血痰が付くことも無くなり、A 様が気にされることが無くなりました。また、職員からは「以前よりも口臭が改善された」との意見もありました。

入浴については、A 様に声掛けを行い、体を洗うタオルを渡して洗っていただきました。A 様は丁寧に自分の手の届く部分は自分で洗っており、仕上げに職員が洗いました。A 様は「気持ちがいいね、私お風呂だいすきな」とおっしゃられて、入浴されていました。

#### ④について

同席の利用者様だけでなく、他の利用者様とも関わる機会を増やしたいと思い、複数人で行えるレクを実施しました。その中でも、三角積み（牛乳パックで作った三角の積み木を使ったもの）は、本人が笑顔で集中して取り組まれていました。また、他利用者様と外に散歩に行かれた際には、「綺麗な花が咲いているね。外は気持ちがいいね」と笑顔でおっしゃられていました。レクを通して、A様だけでなく、他利用者様の笑顔も見られました。

#### 考察・まとめ

今回の事例を通して、本人の長所やできることに着目することの大切さを改めて感じました。できないことや認知症の症状に目がいってしまうことが多くなってしまっていることを感じました。当然その利用者様に合わせて支援していく上では、「できること」と「できない（困難な）こと」をしっかりと区別する必要があります。ただ支援が必要な部分（＝できないこと）を見るのではなく、できることを活かしていく、それがストレングス視点に基づいたケアだと思えます。

私たち職員は利用者様と関わる中で、利用者様の豊かな生活を実現させるよう支援する必要があります。豊かな生活といっても、それは一人一人違うものなので、利用者様がこれまでどのような生活を送ってきたのか、そしてどういう生活を送りたいと考えているのかを常に想像しながら関わっていくことが大切です。これは私の学生時代の恩師の言葉ですが、「クライアントが何を考えているか、本当の意味でそれを知ることは他人である我々にはできない」そして、「だからこそ我々は他人を知るために相手に寄り添う必要がある」というものです。

今回の取組の中で「A様が実施する中で自信を無くしてしまったのではないかと考えました」という部分がありますが、実施内容が不適であったというのは、本人の気持ちに寄り添いきれていなかったからこそその結果だと思えます。この反省を活かし、その人の思いに寄り添えるように、利用者様一人一人まっさらな気持ちで関わっていきたいと思えます。

# 「ここがどこかわからない。もう何も聞こえないよ」

居宅介護支援事業所ようざん

小池 吉範

齋藤 照美

「ここがどこかわからない。もう何もきこえないよ」

A 様に 1 ヶ月ぶりに会った時の言葉でした。このような言葉を聞けば、ケアの失敗であると思うかもしれません。しかし私は「A 様よかったですね」と感じました。

本人が最も落ち着いて過ごせる場所はどこなのか。A 様の事例を紹介いたします。

## 【利用者様紹介】

A 様 89 歳 男性 要介護 4 認知症高齢者自立度 IIb

既往歴 アルツハイマー型認知症、慢性硬膜下血腫

B 市生まれ。高校卒業後、精密機械工場や印刷会社で勤務。定年まで勤める。退職間際に妻がパーキンソン病になり介護をされました。A 様も肺炎や右大腿骨骨折をされ、心配した長女様が他県から実家に戻りました。妻を亡くしてから長女と孫と 3 人暮らしを継続していましたが約 2 年前から幻聴があり、1 年前に突然家を出るなどありました。入院し介護申請後退院されました。その後落ち着いていましたが、アルツハイマー型認知症の診断が出たことで長女様が不安になり、12 月から週 1 回のデイサービスを利用することとなります。

## 【デイサービスから施設入所へ】

ある日、A 様が「誰かが自分を呼んでいる」と叫び長女様の制止を振り切って自宅から外に出ていこうとされました。その日はデイサービスに緊急利用となりましたが、昼食を食べず、頭を抱えて「やくざが家に来る。警察に行かなければならない」とおっしゃいました。家に帰れる状況ではないので数日間ショートステイで宿泊することになりました。ショートステイ利用中に長女様がおじいちゃんの面倒を見られないと言われました。私は入院治療か入所施設を検討したほうがいいと伝え、C 施設紹介業者に A 様の相談をしました。

ショートステイが満床のためデイサービスご利用後迎えに行った長女様から夕方ごろ電話があり「デイサービスの帰りにおじいちゃんが警察署に連れて行けと言って言うことを聞かないです。スーパーの駐車場に車を止めているので今すぐ来てください」という連絡でした。

到着すると、A 様は「警察署に行くからどいてくれ」と興奮されている様子でした。長女様と相談して警察を呼ぶことになりました。23 条通報（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 23 条に基づく通報）によって自傷他害の恐れのある人は警察官の通報により 2 名の医師の診断後、治療のための措置入院が出来るかもしれないと考えました。

2, 3 人の警察官がパトカーで到着し、状況を見て警察署に連れて行くことになりました。到着後 A 様は望みがかなったためか落ち着きました。警察官は落ち着いているので、措置入院には多分ならないこと、通報して鑑定医の方が来るまで 3, 4 時間はかかることを長女様に説明しました。長女様は「今帰ってまた警察に行くで大騒ぎしたらどうすればいいですか」と言いましたが、警察官は「鑑定まで待っていただくか、あきらめて連れ帰るしかありません」と繰り返し答えました。受診の時に主治医に今日のことを説明すれば入院が出来るのではと長女様に説明し警察署を後にしました。

2 日後 A 様・長女様と一緒に受診に行きました。主治医に警察での話を伝え、本人の幻聴が治まるまで入院出来ないか相談しました。しかし、一時しのぎの入院で退院後また再発する可能性があるため、ゴールをどこにするか明確にしなければならぬと言われ、内服治療の継続と、ケアマネジャーに入居施設探しを指示されました。

1 ヶ月後 C 施設紹介業者から精神疾患のケアに強い有料老人ホームを紹介され、入所することになりました。在宅の方向も探ってきましたが、ショートステイの報告では自宅にいる時は嫌な声を本人がきいていたが滞在中は幻聴の訴えがないので、施設で生活したほうが幻聴に悩まされないのではと考えた結果でした。

入所後幻聴を抑えるための薬の副作用や、自宅にいた時の転倒などで状態悪化が進み、サービスを変更したいと有料老人ホームの D 管理者から依頼があり区分変更申請を行うことになりました。

#### 【区分変更申請】

認定調査日に会った A 様は少しやせておりました。本人に「自宅からここに移っていかがですか」「この頃近所の人の悪口が聞こえますか」と伺ってみました。その時に A 様が答えた言葉が「ここがどこかわからないよ。もう何も聞こえないよ」でした。

新型コロナで調査に同席出来なかった長女様に、調査員からは、「娘に負担をかけて悪かった、感謝している」、有料老人ホームの D 管理者からも「状態も徐々に改善し歩行訓練に努めている」と報告がありました。長女様からも「おじいちゃんを入所させたことにより恨まれていると思ったが、感謝されるとは思わなかった。」と言っておられました。施設に移ってから、幻聴に悩まされることも少なくなり訴えも聞かないとのことでした。

#### 【最後に】

居宅介護支援事業所のケアマネジャーなので、支援を考える時はまず自宅での生活をベースに考えます。しかし A 様は施設で生活することで幻聴も聞こえなくなり、穏やかに楽しく暮らしております。認定調査から 1 か月後の A 様はレンタルしていた車いすを引き上げ、自分で歩けるようになりました。朝の洗顔や歯磨きなども自分で行い、他利用者様や職員に挨拶したり、朝の食堂ではテレビが見えない利用者様が座る車いすの位置を調節した

りしています。

ご本人が一番自分らしく過ごせる場所はその人が一番安心できる場所で自分らしさを発揮できる場所であることを今回の事例で学ばせていただきました。高齢者の支援では環境を変えることはあまり良くないですが、A様がデイサービス、ショートステイを経て有料老人ホームに生活の場を移したことで、A様が苦しんでいた幻聴から解放され、新しい環境や社会で役割を持ち自分らしさを発揮することが出来ました。

高齢者にとって、環境は生活するうえでとても重要な要素であります。在宅、施設と生活する場はありますが、その人が自分らしい生活を送り、安心して過ごせるようにこれからもケアマネジメントをし続けていきます。