

# 第15回ようざん認知症介護事例発表会

2023年7月26日



## 目次

コロナ禍における課題への取り組み

グループホームようざん飯塚 p.1

介護と医療との連携

ケアサポートセンターようざん p.4

外に散歩へ行きますか？

ショートステイようざん p.7

これからも住み慣れた我が家で過ごしていく為に

ケアサポートセンターようざん中居 p.12

笑顔の次は笑い声を

スーパーデイようざん石原 p.16

自由気ままな生活を支えていく

ケアサポートセンターようざん栗崎 p.20

胃瘻離脱への支援～ 食べる喜びを取り戻す ～

特別養護老人ホーム アンダンテ p.23

おい、ちょっと、あんた

ケアサポートセンターようざん倉賀野 p.28

話し合うことと助け合うこと

グループホームようざん栗崎第二 p.32

技能実習生から介護福祉士へ

特別養護老人ホーム モデラート p.35

55回目の結婚記念日を

ケアサポートセンターようざん八幡 p.39

## 「コロナ禍における課題への取り組み」

グループホームようざん飯塚

磯 聡靖

飯塚 栄成

はじめに

2020年1月16日、国内で新型コロナウイルスの感染者が確認された日から、2023年5月8日に、感染法上の分類により季節性インフルエンザと同じ5類に移行されるまでの3年4ヶ月、私たちの生活は一変しました。面会や外出の制限、生活環境の変化などに対して混乱し、悩み、マスク生活や健康管理、消毒、換気などの環境作りを始め、見えないウイルスに対する不安で、身も心も疲弊していくこともありました。

グループホームようざん飯塚は入所施設です。「面会の制限」は、利用者様とご家族様にとって大きな障害となり、それぞれの心の安定、生活の質にも大きな影響を与えうものでした。また、外出の自粛等により起こる心身の閉塞感、不安感は、利用者様にとっても決して小さくはありませんでした。

「安全」と「生きる希望、本人の願い」を両立させるためにはどうしたらよいか。

これらの課題に対して私たちが行った取り組みを発表します。

### ＜課題1＞

#### ◎コロナ禍における面会について

認知症という症状の進行を遅らせる手段においても、家族とのつながりは、利用者様の生活の上でとても大切なものです。コロナ禍において、全国的に面会を制限する施設がほとんどでしたが、自然とオンライン面会などの新しい面会手段が行われるようになっていきました。しかし、グループホーム飯塚においては、利用者様の認知症状を鑑みて、オンライン面会はあまり有効なものではありませんでした。

### ＜取り組み＞

厚生労働省より、高齢者施設における面会を推奨する動きもあり、with コロナ下での高齢者施設における面会のあり方を考え、県内の警戒レベルに応じての面会を行うこととしました。

終末期であるとの宣告を受け、グループホームでの看取りを希望されたご家族様もおり、日時、来苑人数を事前に伺った上で、適切な場所、環境をご用意し、健康チェック、消毒の徹底を行わせていただいた上で、面会を行っていただきました。老健からグループホームへの入居をご希望された一番の理由に「老健では面会が出来ない為」ということもあり、グループホームへの入所後は、利用者様もご家族様も、面会を大変楽しみにしておられました。面

会時には、本の読み聞かせをされたり、一緒にアルバムを見たり、オイルマッサージをされたりと、短い時間ながらお互いとても濃密な時間を過ごしておられました。その後、利用者様は逝去されましたが、ご家族様、職員共に、暖かい満足感を得ることが出来ました。ご家族様からは、「やっぱりここを選んでよかった。出来る限りのことが出来て、本当に満足です。ありがとうございました。」と感謝の言葉を頂きました。

また、他のご家族様から「娘は、おばあちゃんに会う為に、家の中でもマスクをしていて、食事中もはずさず、一口食べてはまたマスクして自分の部屋でだけマスクをはずすんですよ」と伺ったときは、胸が詰まりました。「安全」も、「会いたい気持ち」も、どちらも守っていきたい、と職員一同、身が引き締まる想いでした。コロナ感染症がなくなったわけでもなく、今後も新たな感染症に向き合うことがあるかもしれませんが、適正な状況判断と感染防止策を取りながら、面会を続けていく予定です。

## 《課題2》

### ◎コロナ禍における心身の閉塞感、不安感の軽減

定期的に行われていた慰問や、外出レクもなくなり、利用者様の中には心身共に閉塞感や不安感を感じておられる方もおりました。コロナ禍であっても利用者様の生活の質を上げるためにレクリエーションの見直しを行いました。

### 《取り組み1》

今回取り組んだ一例として、利用者様の出身地のメニューをランチレクリエーションに取り入れることで、普段は物静かな利用者様が昔の話をたくさんしてくださり、得意料理を楽しそうに作りながら、他利用者様とお互いに家族自慢をされたりと利用者様同士の交流もスムーズに行うことが出来ました。外出は出来なくても、料理で他の地域を楽しめる、実家に帰ったような気持ちになれる、昔のことを思い出してみんなで楽しめる。そういったレクリエーションを継続して行きたいと思います。

一方で、レクリエーションを計画する上で職員同士のコミュニケーションが取りづらいという課題も見えてきました。職員数の減少により職員同士の勤務時間が合わず、十分に計画を練る時間がないこと、日常生活様式の変化において、「一緒に休憩時間にお昼を食べる」、「会食をする」など仕事以外でのコミュニケーションが減ったことなどが原因と考えられます。今後の検討課題です。

### 《取り組み2》

グループホームようざん飯塚では、今年6月11日（日）利用者様のより良い生活のためにご家族様との意見交換会を兼ねて「家族会」を開催しました。ほとんどの利用者様のご家族にお集まりいただくことができ、利用者様、ご家族様、職員、総勢23名での賑やかで楽しい会を開くことが出来ました。ご家族で旅行気分を味わっていただこうと、トラック運転手

の経験がある私の提案でデコトラの模型をご用意し、一緒に乗り込んでいただき、記念撮影をして頂きました。「トラックに初めて乗った」「いい記念になりました」「お母さんも楽しそうで安心しました」と大変好評でした。職員にとっても、直接ご家族様からの率直なご意見が伺えて、今後のケアに活かすための貴重な時間となりました。

#### まとめ

ここで発表させて頂いている私自身ですが、介護の経験が全くなく、入職した当時は利用者様との意思疎通も出来ず「私には無理」「退職します」と申し出たことが何度もありました。そんな時、新年にレクリーダーを任せ、何をしたら良いのかずっと悩んでいた時に、苑にあった獅子頭を見て、私の故郷である地元福島の「夏祭り獅子」を思い出し、利用者様の健康を願い「獅子舞」を披露させて頂きました。その時に私の耳に届いたのは「コロナ退散」を願う多くの声と利用者様の楽しそうな笑い声でした。あの時のみんなの願いが天に通じたのではないかと確信しています。利用者様の当たり前の日常を、これからも守り続けて行きたいと思います。

今回、日頃ご家族様と過ごす時間が少ないグループホームにおいて、「面会」が持つ重要性や生活に与える影響の大きさを実感しました。また、家族会におきましても、グループホームに対する期待の大きさを知る良い機会となりました。「グループホームようざん飯塚で最後まで」との願いに応える為に今後も様々な課題に挑戦していきます。

## 介護と医療との連携

ケアサポートセンターようざん

林 靖子

龍見 則子

皆さんは2025年問題をご存じでしょうか？

2025年問題とは、団塊の世代約800万人が75歳以上の後期高齢者となることで起こる様々な問題のことで、要介護認定者は688万人と見込まれているといわれています。

今後高齢者が増えると、医療行為が必要な方も増える事でしょう。そのような時に介護職員は医療行為を行ってはいけないことを理解し看護師や訪問看護、医療機関との連携を密にし、利用者様のケアを行う必要があります。

ケアサポートセンターようざんでは、これまで医療行為が必要な利用者様のケアを行ってきました。一部の事例を紹介させていただきます。

### ケース 1

#### <インスリン注射>

インスリン注射とは、糖尿病の治療方法のひとつです。

糖尿病では血糖値を下げるホルモン「インスリン」が身体の中で不足してしまうため、毎日の接種が必要です。

私たちの施設では、看護師が2名常駐していることにより、毎日行われるインスリン注射を看護師が接種することが出来ます。

### ケース 2

#### <経管栄養>

経管栄養とは、病気などで口から食事を摂る事が難しい方や、誤嚥性の危険が高い方が栄養を補給するために行われる方法のひとつです。

私たちの施設では、経管栄養を必要とする利用者様に対し朝・夕は経管栄養、昼食・15時のおやつは介護職員がペースト状にした食事を誤嚥に気を付け全介助で経口摂取されています。通所時は看護師が経管栄養を注入し、ご自宅では介護者が看護師より指導を受け経管栄養を注入されています。昼食はペースト状の配食を用意して介護者が介助されています。

### ケース 3

#### <ストーマ>

ストーマとは、直腸または大腸の一部が切除されたたり機能不全がある場合に、

体表面上に形成される人工肛門の事です。ストーマをつくと排泄物やパウチの管理が必要になります。

私たち施設のストーマを装着されている利用者様は、排泄物の管理はご自身で行っていますが、パウチの交換が不安な為、三日おきに通所され看護師が交換を行っています。

通所は14時頃に来苑し、入浴をされます。パウチを装着している事により湯船に漬かることも可能です。入浴中に剥離剤を使用しながらパウチを外し、泡石鹸でストーマ周囲を洗浄します。よく乾かし、ストーマ部分を清潔なカーゼで覆い、服を着て居室へ移動し、看護師が新しいパウチを装着します。

#### ケース 4

##### <膀胱留置カテーテル>

膀胱留置カテーテル（バルーンカテーテル）とは、カテーテルと呼ばれる医療用の管を、尿道から膀胱まで通して、入れたままの状態にすることで、尿は自然とそのカテーテルの中を通り、膀胱に溜まらず畜尿袋（ウロバッグ）と呼ばれる袋の中に溜まる仕組みです。

私たちの施設の膀胱留置カテーテルを必要とする利用者様へのケアは、尿量の管理や尿の破棄、認知症が強い利用者様が自己抜去をしない様に管理します。尿量を管理することにより水分摂取量や正常にバルーンカテーテルが装着しているかが解ります。尿量が少ない、尿の色がいつもと違う、カテーテルを抜いてしまった等の時は、常駐している看護師へ連絡、在宅時には訪問看護師に連絡をして対応しています。

またカテーテルは定期的な交換が必要な為、医療機関での交換や在宅では訪問看護師が交換を行っています。

#### ケース 5

##### <褥瘡処置>

褥瘡とは、寝たきりなどによって、体重で圧迫されている場所の血流が悪くなったり滞ることで、皮膚の一部が赤い色味をおびたり、ただれたり、傷ができてしまうことです。一般的に「床ずれ」とも言われています。

私たちの施設では、下肢の感覚麻痺があり利用当初、皮下組織を超える褥瘡を患った利用者様の対応を報告します。施設利用日は毎日入浴、幹部を洗浄し処置を行い、在宅日では訪問看護に依頼することで毎日の処置が可能となりました。

また定期的な通院にて医師から軟膏の変更や処置方法の変更があった際にはMCSを活用、情報共有することで処置方法を統一することができます。

毎日の処置を繰り返すこと約3年の月日がかかりましたが現在では改善されています。

## 考察

このように生活していく中で、医療装置や医療措置が必要な方も、介護と医療が連携することにより在宅や介護施設での生活が可能となり、異変が起きたとしても連携がある事により即対応することができ、利用者様も介護者も安心して生活することが出来ると思います。

## まとめ

2025年、2040年問題に向け、高齢者が増えるということは、装置や処置が必要な高齢者の方も増えると思います。病気を患い手術や治療を行った後、自宅に帰られた時に生活ができるだろうか？家族の方も家でケアできるだろうか？という様々な不安を抱えると思います。私たち介護施設が入ることにより、介護と医療が連携して、利用者様や家族の方の不安を少しでも軽減していただき、QOLの向上を目指してケアすることが出来たらと思います。

またケアサポートセンターようざんでは積極的に医療行為が必要な高齢者の方を今後も受け入れ支援していきたいと思っています。

## 「外に散歩へ行きますか？」

ショートステイようざん  
発表者：須賀嘉代  
ファ.ゴク.イエソ

### 【はじめに】

「寝ていたほうが楽だよ…」

「腰が痛い、足が痛い、身体が痛くて動けない、じっとしていた方がいい…」

「転ぶのはもう嫌、何にもやりたくない、誰かに面倒をかけたくない」と、よく仰っていた A 様。

病院から退院ができたものの、病気や体の痛みで気力低下し虚ろな表情。

日中は食事が終わると逃げるように居室に行きたがり横になり寝てばかりいた A 様。

日々、A 様と関わる中で少しずつ出来る日常動作が増え、寝たきりから歩行器で歩けるようになり、今年の春頃には A 様から散歩に誘ってくださるようになりました。

また表情が豊かになり笑顔が増え、周りの利用者様の事を気遣ったり、職員には「今日は〇〇さん来るかい？」と気にかけて下さるようになった A 様の事例を紹介します。

### 【利用者様紹介】

A 様 男性

要介護：4 (最終利用日 3)

年齢：90 歳

既往歴 前立腺肥大、腸閉塞、高血圧、尿路感染症、廃用性症候群

生活歴 食品工場で工場長していた。植木の手入れ、野球や相撲観戦が好き

### 【利用の経緯】

在宅では家から出ることが少なくなり、活動量が低下していた。

令和 2.9/30 体動困難にて黒沢病院へ緊急搬送、前立腺肥大と尿閉で入院し、介護申請行い要介護 4 の認定。

同年 12/4 老人保健施設へ入所。

令和 3.3/31 在宅復帰。

同年 4/4 自宅内で転倒、怪我は無かったが介護者の妻も高齢の為、自宅対応困難、緊急時対応困難で共倒れとなる心配もあり短期入所などのサービス利用を開始。

令和 3.11/12 朝 5 時ごろ転倒、右側頭部と腰部打撲し整形外科受診。

翌日、痛み強く緊急搬送となる。炎症反応値が高く尿路感染症精査目的にて入院。

疼痛憎悪による体動困難にて廃用性症候群診断。

ADL→食事以外は全介助。

継ぐ翌日よりリハビリ開始するも離床拒否にて入院中1回のみで退院。

令和3.11/19 自宅でポータブルトイレ使用中に転倒される。

受診後、在宅の生活が困難な為、急遽ショートステイようざん利用開始となる。

### 【課題】

病気療養と疼痛による廃用性症候群にて居室で寝ていることが多いA様。

何にもやりたくないという意欲低下や無気力が見られる。

離床しリハビリで筋力と体力の回復とADLの向上を目指す。

日常生活の楽しみや好きなことを見つけて周りとの交流し、生き活きと過ごしてもらいたい。

### 【施設内での様子と取り組み】

入所当初は食事以外居室で寝ていることが多かった。排泄もオムツ使用のため、ほぼ活動無し。

用があるとナースコールで呼んで指さしや短い言葉で指示される。

背中や腰に痛みの訴えあり、その都度対応した。

R3.11 日中のほとんどを居室で臥床され「寝ていた方が楽だよ」と仰る。

歯磨き拒否、入浴拒否、すぐ居室で休みたがる。

腰痛訴えあり湿布を貼り対応。ベッドギャッジアップし対応するが、仰臥位はつらいので側臥位で休まれる

#### ・立位と離床を促す

離床時間は体操をはじめレクリエーションに参加されるも、腰痛や疲れが出るので様子を見ながら徐々に増やす。

R3.11 月 ベッドから車椅子へ移乗時に声掛けすると、短時間ではあったが立位がとれた。

手すりを使ってつかまり立ち数秒出来たが「腰が痛え」とすぐに座ってしまう。

車椅子の操作を教えると少しずつ自操できるようになる。

R3.12 月 居室で休まれていたがナースコールにて「便が出そう！オムツじゃ出ねえ」と訴えがあり、トイレ介助を行う。介助中、立位がとれたので日中はオムツからトイレでの排泄介助に変更する。

食事が終わると自ら車椅子を自操し居室に行こうとされる。

口腔ケアの拒否をしなくなり、終わると車椅子を自操されて自席へと戻られるようになった。

ベッドからご自身の力のみで車椅子に移乗できるようになり笑顔が見られる。

・車椅子から歩行へ疼痛を配慮しつつ行う

R3.12月 自ら動こうとされる動作見られた為、手引きにて歩行練習開始。

ホール内を5分間歩行する事ができた。

テーブル席からトイレまで手引き歩行。

「歩けるかな？」と心配されるが、ゆっくりと歩くことができた。

朝より「今日は入浴だぁ！」と車椅子を自操して浴室に行こうとされる。午前午後と手引きにて歩行訓練し、しっかりと歩く事が出来た。

R4.1月 だんだん距離を伸ばして行けたので歩行器使用に変更。

職員付き添いで安定して歩行出来ている。

自ら歩こうとされ意欲がみられる。

夜間、左足痛み訴えあった。日中リハビリ参加され歩行器の使い方やブレーキの仕方等を覚え実行可能となる。

ホール内歩行器で練習中、疲れた様子も見られず、自ら洗面台に行かれる。

R4.3月 認定調査にて要介護度4から3へと変更となる。

ご本人様の意思を確認し、看護師の指示のもと、午前と午後にホール内5周を目標に歩行練習を行う。

外に散歩に行くと大変喜ばれる。天気の良い日は自ら散歩を希望されることが増える。

R4.7月 体操レクに参加される。避けている食材も栄養あるので食べるよう促すと召し上がれるようになる。

R4.8月 ホール廊下から玄関まで歩かれる。

朝食後ホール内2周歩かれ「外に行っていいかい」と言われ外へ散歩行く。

R4.11月 昼過ぎに職員と他利用者様で散歩に行き「日光があったかいな～」と仰る。

ホール内5周歩かれた後、A様から「外に散歩へ行きますか？」と職員を誘って下さる。

・体調不良時の対応と早目のリハビリ

R4.12月下旬、新型コロナ感染、高熱と倦怠感で10日間臥床静養し、意欲と下肢筋低が心配された。

R5.1月、回復傾向見られ、徐々にゆっくり離床と歩行練習を始め、1月下旬頃には以前と変わらないA様へと戻られる。

R5.3月ドライブレクに参加される。花見を楽しまれる。慈眼寺の構内を歩行器を使用し、職員の付き添いで歩かれる。桜を見て「綺麗だね」「連れて来てくれてありがとう」と職員に仰る。

R5.5月 職員と一緒に近所のスーパーへ買い物に行き、歩行器を使用し店内を歩かれ、久

し振りの買い物を楽しめる。

#### 【考察まとめ①】

在宅生活時から活動量がかなり少ない生活をされていた A 様。そこに病気が見つかり、疼痛が伴い静養を余儀なくされ、また筋力低下による転倒を繰り返し体動困難になり廃用性症候群になったと考えられます。

病気療養中や怪我をしてしまったら静養して怪我や病気の治癒を優先させます。

しかし急性期を超えたら、なるべく早目にリハビリなどを行い元の生活動作ができるよう促すことが求められます。

ショートステイようざん利用当初は痛みの訴えが多く、生活の疲れや気力低下が顕著にみられていました。

そんな A 様と日々の関わりの中でちょっとした動きの変化も逃さず職員間で情報共有し、早急に介護計画に反映させ実行できたことが結果に繋がったと思われます。

新型コロナウイルスに感染した時、また以前のように戻ってしまうのでは？と、心配になりましたが、体調が戻るにつれ笑顔も見られ、A 様から「外に行きたい」と仰って下さる事もあり、私達の不安要素が取り除かれた事にホッとしました。

これからも寄り添い A 様が出来る事、A 様がやりたい事を増やし、生活の充実に繋がるような支援を行っていく予定でしたが…

#### 【考察まとめ②】

4 月下旬、A 様担当のケアマネージャー様より施設に連絡が入る。

自宅近くのグループホームに空きができたとの事で、急遽そちらへ入居が決定した旨の説明を受ける。

その為、A 様の事例発表を中止し、他利用者様に変更することも考えました。

しかし、この一連の出来事があり私達は「そもそもショートステイとは？」と深く考えるきっかけにもなりました。

ショートステイとは、次の施設が決まるまでの場所であり、ご家族様の介護負担を軽減する場所であって、居住する場所ではないのです。

つまり、私達は多くのご利用者様との出会いと別れを繰り返してるのです。

今回の事例発表の対象者 A 様とは、志半ばでお別れすることになってしまいました。

ですが新規の利用者様も続々といらっしゃってます。

ショートステイを利用される皆様に寄り添い、満足して頂ける取り組みをしていかななくてはなりません。

1 回だけの利用、ロング利用、定期利用、半年に 1 回の利用の方、退院し希望の施設の空きが出るまで利用される方など。

利用の経緯や使い方は、皆様異なります。

その中で私達は一人ひとりのご利用者様、ご家族様、ケアマネージャー様との関わりを大切にし、安心してショートステイようざんをご利用して頂き「ショートステイようざんを選んだ良かった」と喜んで頂けるような施設運営を職員一丸となって行っていく所存です。

ショートステイは変動が激しく、止まる事無く日々変わっていく施設。

今日、ご利用された方が明日もご利用されるとは限りません。

例え短い期間であっても、年単位のロング利用であっても、限られた時間を大切にし、これからも私達は一人ひとりのご利用者様との出会いを大切にして、皆様に愛される施設を作っていきます。

#### 【最後に】

今回の事例発表を通して、私達はショートステイの役割を再確認する事が出来ました。

今までたくさんのご利用者様と関わらせて頂いた経験を糧に、介護従事者としての責務を全うします。

## 『これからも住み慣れた我が家で過ごしていく為に』

ケアサポートセンターようざん中居

発表者：反町 拓海

生方 杏樹

### 【はじめに】

小規模での利用形態は様々で大きく分けて「通い」「訪問」「泊まり」の3つがあります。その中で利用者様とご家族の希望をもとに必要なサービスを行っています。今回の事例では、利用者様の变化に合わせてサービスを変更し、それに伴い起こった状態の変化や課題解決までの過程、現在の様子を紹介します。

### 【利用者様紹介】

氏名：M様

性別：男性

年齢：95歳

要介護度：3

既往歴：アルツハイマー型認知症、高血圧

### 【生活歴】

7人兄弟の末っ子として生まれ、跡取りとして農業・蚕・酪農などをしながら土地を売ることなく守ってきた。結婚し、2人の子供に恵まれる。大切にしていた奥様が、16年前にご逝去され、独居となる。

### 【利用の経緯】

令和1年に起きた台風以降、野菜作りや散歩をしなくなり気力低下がみられ、令和2年の夏に物忘れが多くなり、同年10月頃にはさらに悪化。令和2年11月、アルツハイマー型認知症と診断される。症状として午後から夕方、夜にかけての不穏状態、物忘れ・無くし物、近隣の親族宅に亡き妻を探し、1日に何回も訪問された。

これまで、長男様は仕事の合間を見て、長女様が泊まり込みで介護を行なってきたが、2人とも生活圏が遠方のため、独居生活を心配し在宅生活継続の為、介護サービスを利用する事となる。

### 【サービス利用】

あんしんセンターが介入し、介護保険申請を行い、要介護1に認定。ようざん中居に相談があり契約となる。

令和2年11月16日利用開始。当初は週1の通いと週6訪問だったが、家人希望で週2の

通いとなる。

訪問：昼配食・内服声掛け・夕方の安否確認

通い：体操やレクリエーションへの参加・他者との交流・入浴

食事・排泄・入浴等基本動作は、自立で見守り。来苑時は自分のペースで過ごされる。

自分から積極的に話をする方ではありませんでしたが、体操やレクリエーションには声掛けにて参加されていた。また、帰宅時間が近づくと「車はまだかい？」と帰宅願望がみられた。M様はよく「もうすぐ100歳になるんだ」「俺は1人生活だから、家のことは全部自分でやっている」と口にしていた。自宅では、天気の良い日に玄関先で日光浴を行い、出来る範囲で洗濯等家事を行なっている。自宅近くの畑にもたまに行き、草取りなど行なっていた。

### 【変化】

令和4年9月頃から通所日に薬の持参を忘れる事が多くなる。訪問日の朝には施設に「迎えはまだか？」と訴える電話が多くなる。この時期から本人様の口癖が「もう100歳になるから色々大変」「毎日、疲れる」などの消極的な発言が聞かれるようになる。

家人からも認知症が進んでいる気がすると相談がある。

「今まで頻回に来ていた夜間の電話が来なくなり、自宅での転倒も増えている。」

「本人の意欲低下もみられ、独居生活が心配。」

「私たちの生活圏が遠方で、本人に何かあった際すぐに駆けつけられない。」

「本人の希望である独居生活を続ける為にも、支援を増やしてほしい。」と依頼あり。

### 【状態変化と利用サービスの変更】

令和5年3月頃より、下肢の浮腫みがみられる。この頃から食事をあまりとらず、通所日も分からなくなってきた。

\* 取り組み

→ 通い利用時、浮腫み改善の為昼食後10分程足上げを行う

寝ていることが多く、昼夜逆転傾向みられる。内服も以前と比べ出来ていない。

\* 取り組み

→ 訪問回数を1日3回に増やす。

内容：朝・昼の配食と夕方の安否確認

目的：朝訪問し起床介助を行い、生活リズムを整える

### 【在宅から宿泊へ】

4月18日朝訪問時、立位は可能だが歩行に強い痛みがある。昼訪問時には、自宅トイレから自力での立ち上がることが出来ず、下肢の浮腫みひどく、膝も曲げられない状態。

独居の方の為自宅での生活が危険と判断し、ようざん中居へお連れする。

→ 両下肢の浮腫み、日常生活動作の低下を踏まえ、本人・家族と話し、独居での在宅生活

困難のため緊急宿泊対応となる。また、本人の自立度低下に伴い区分変更行い、要介護3となる。話し合いの中で、本人の希望である在宅復帰の為に次の課題が挙げられる。

長期課題：在宅生活を送れるようにする

短期課題：浮腫みを改善し、自立歩行可能にする

生活リズムを但し、昼夜逆転を改善する

体力回復、身体づくりの為に、食事・内服を行う

### 【在宅復帰に向けて】

歩行困難にて車椅子使用。トイレ誘導時は手すりに掴まり立位可能。両下肢浮腫み強く、痛みの訴えあり。安全保持の為に夜間オムツ対応となる。

\*自力歩行に向けた取り組み

→浮腫み改善の為に、日中の足上げ継続

→日中トイレ誘導時、手すりに掴まっの立位や平行棒を使用してのリハビリを実施

26日より歩行練習開始。

→手引き・掴まり歩行で口腔ケアやトイレ利用など、短い導線から行う。

ゆっくりとだが歩行可能で痛みは聞かれず。浮腫みも徐々に軽減されてきている。

28日には浮腫みが軽減され普段使用している靴が履けるようになる。

5月3日には歩行練習後、踏み台を使い昇降訓練も行う。

→この頃から自立歩行可能になる。トイレでのズボンの上げ下げは1人でできないスタッフは見守り、一部介助を行う。

現在、浮腫みは解消され歩行も以前の様に行えている。

### 【本人の心情】

当初は宿泊に対する拒否見られず、本人の気力も無くなり以前と比べ、ぼーっとしている事が多くみられた。トイレ利用は声掛けが必要で食事もあり食べられず、歩行も出来ない状態の為に、机に伏せる事が目立った。夜間は起きずパット内に用を足していた。

しかし、歩行訓練により手引き・掴まり歩行が出来るようになると徐々に気力が戻り、自らトイレの訴えも出てくるようになった。食事も副食は食べられ、体操など体を動かす事が増えリハビリにも積極的になっていった。夜間も車椅子を使用しトイレ利用が出来るようになる。見守り対応で歩行が出来るようになるとトイレに自ら行き、食欲も増え、夜間も歩いてのトイレ利用可能になる。

身体・気力回復に伴って帰宅願望が目立つようになり、リハビリ拒否が出始める。

夕方、他利用者様の帰宅時間になると不穏になり強い口調になる事もある。立ち上がる回数が増え職員を呼び止め「家まで送ってくれ」「いつ帰れるんだ」と怒り気味になり、宿泊の旨を伝えるも納得せず玄関まで歩く姿が多くみられる。

\*帰宅願望に対する取り組みと印象

→本人の「帰りたい」という気持ちを汲み取った上でしっかりと宿泊の理由を話す

→その場に留める声掛けではなく、一緒に歩き気分転換とリハビリを行う

日によって状態は異なるがスタッフの対応で、宿泊に納得して下さる事もあれば、声掛けや誘導があまり効果無く、時間が解決してくれる事もある。無理な説得は、本人もスタッフも辛いことが多い。無理強いせず、一歩引いて冷静に本人の心配事をくみ取った声掛けが必要である。

### 【在宅で生活して行く為に】

下肢の浮腫みが改善され、歩行も以前と近い状態まで回復した。食事も摂れており、生活リズムも改善しつつある。本人の希望でもある在宅生活に戻る為に、家族の協力のもと一時帰宅を始めていく。

\*一時帰宅に向けた取り組みと印象

→家族やスタッフが付き添い、日中2～3時間、自宅で過ごす

→在宅生活する上で必要な、物品や家具の配置など確認し在宅復帰に向け整える

→自宅での本人の状態を確認し、難しい動作などをリハビリで練習する

現在、家族の都合を踏まえ、一時帰宅のスケジュールを組んでいる段階。天気が良く、本人の体調がいい日に行なっている。

ようざん中居で過ごしている間は、本人の状態を低下させないためにも、リハビリを継続していく必要がある。

### 【終わりに】

在宅生活が当たり前だったM様にとって宿泊は不安が多くあったと思います。現在でも「いつ帰れるのか?」「家は大丈夫なのか?」とよく口にしています。その不安を少しでも軽減する為に、M様の希望でもある『在宅復帰』に向けた、様々なケアを行ってきました。

ですが、独居で安全に生活して行くにはまだ難しい状況にあります。今後、M様の状態回復を継続して行い、家族と協力しての一時帰宅をより一層進めていき、在宅復帰を目指します。今回M様の事例を通して、本人とスタッフだけでは解決できない問題を、家族に協力して頂く事で、解決し、本人の不安も和らげることが出来ました。これらのケアを継続的に行ない、在宅復帰後も安心して生活し続けられるように、小規模の強みである「訪問」「通い」「泊まり」をM様の状態に応じて利用を組み合わせていき、希望に寄り添った介護に務めていきます。

ご清聴ありがとうございました。

## 「 笑顔の次は笑い声を 」

スーパーデイようざん石原

発表者：櫛田千恵子

### <はじめに>

利用開始当初から、昼食後に帰宅願望が表出して落ち着きが無くなり、ホールと玄関を行き来し始め引き留める職員の手を「ダメだよ！」と振り払い、内扉の鍵を開けて出て行かれ電気錠の鍵の挿し込み口を回したり、ドアの取っ手を掴んで強引に開けようとされます。また突然手やテーブルを叩いて大きな音をたてて周囲を驚かせ孤立してしまったA様。そんなA様に他の利用者様と交流をしながら、1日穏やかに過ごして頂きたいとの思いから取り組んだ事例を紹介いたします。

### <利用者様紹介>

氏 名 : A様  
性 別 : 男性  
年 齢 : 75歳  
要介護度 : 要介護1  
既 往 歴 : アルツハイマー型認知症、肺炎、帯状疱疹、痛風

### <生活歴>

県内で生まれ。幼少期は悪ガキで、その為か若い頃からスポーツ万能でスキーは1級、ゴルフはシングルの腕前でアマチュアゴルフ大会では度々好成績を収められていました。他県で会社勤めをされている時に結婚され、3人の娘に恵まれる。その後、三女が生後2ヵ月の頃に生まれ故郷に戻り、会社を起業されました。元々口数が少ない方ですが、奥様と共通の趣味を持つ方達とゴルフとスキーの他にグランドゴルフやバドミントンや散歩、登山等を楽しまれていました。

### <ご利用の経緯>

石材発注や図面を描く仕事をされていましたが、平成30年頃から請求書の処理等が上手く出来なくなり奥様が代行していました。また、物忘れも目立ち始め奥様が異変を感じて受診され認知症と診断されました。家業を廃業した後は、一緒にグランドゴルフやバドミントン等を楽しまれている方達にも認知症であることを周知して参加されていましたが、競技のルールや集団活動のルールの理解等が難しくなり、やむおえず参加を止められました。これと同時期に自宅や競技場から行方不明となって警察に保護された事もあったため介護保険の認定を申請して要介護1の認定が出て、まずは徘徊見守りシステムの利用から始まり、10月からはデイサービスとショートステイの利用も始まりました。利用拒否はありません

んでしたが、無断離所や盗食、暴言、壁やテーブルを叩いたり手叩きを繰り返される常同行動が顕著となった事からデイサービスの利用が難しくなり、認知症対応型通所介護への移行が検討され、令和5年2月よりスーパーデイようざん石原の利用となりました。

### <ご利用時の様子>

来苑時に出迎えた職員が「おはようございます！」と挨拶をすると、無言で頷かれるだけで

そのままホールに向かわれます。追いついた職員が「手洗いとうがいをお願いします」と声を掛けると、洗面台で手洗いはされますが、うがいの水はうがいをせずに毎回飲んでしまいます。席に着いてお茶をお出しすると、今度は「飲んでいい？」と職員に確認された後に一気飲みされます。

入浴の順番を待つ間は、新聞や雑誌を見たり、周囲の様子を見ながら過ごされていますが

前のデイサービス同様に突然手叩きやテーブルや椅子の肘掛けを両手で叩き始めて大きな音を立てて周囲を驚かせてしまい落ちていて過ごす事が出来ずイライラさせたり、A様に向かって「うるさい！」と怒鳴られる方もいます。

また、体操などでは画面や職員の動きを良く見て身体を動かされていますが、風船バレーを行った際に風船を思いっきり叩くなど加減や配慮が出来ない様子も見られました。

発語は、先の記述の「飲んでいい？」の他に「食べていい？」「座っていい？」「行こうか」「ダメだよ！」や車内では「カーブ注意」赤信号でも「行けー」等の決まった言葉のみで、

他の利用者様との交流は全く無く、固い表情のまま過ごされています。

以上のここまでの経緯から課題を取り上げ、取り組みを考え実施する事にしました。

### <課題と取り組み>

・課題1…手やテーブルや椅子の肘掛けを叩いて周囲を驚かせて不快な思いをさせてしまう。

・取り組み…先ず物理的な対応として音の軽減を図るためにテーブルの上や肘掛けに弾力性の

あるキッチンマットを敷いたりクッション材を巻き付ける。

次に手叩きやテーブル叩きを行う原因を不安や緊張や怒り、退屈や疲れなどの

感情や欲求を言葉で表現できないストレスからではないかと推測し、下記の対応を実践する。

不安や緊張をほぐす為に声掛けをする際は、A様の表情やタイミングに注意をしながら目線を合わせて、分かりやすいように短い言葉を多目に肩や背中に触れながら笑顔で接する。退屈させない対応として、試しに制作や洗濯物たたみのお手伝いをお願いしてみると集中して綺麗に仕上げられたので、以降も継続してお願いをして完成時には感謝と出来栄を

称賛する。また体操や散歩やドライブでの気分転換を図る。

- ・課題2…発語が少なく声量が小さいので、他者との交流が難しい。
- ・取り組み…短くても発語が多く声量が大きくなることで、意思や気持ちを伝えられ理解され

易くなり、少しでも他者との交流が出来るのではないかと考え、頷きではなく声を出して頂くために下記の対応を実践する。

発語を引き出すツールとして言葉ボードを作成し活用する。

例：来苑時に“おはよう！”と書いた言葉ボードをお見せしながら職員が挨拶をして、A様にも挨拶を返して頂く。

入浴時に浴槽に浸かりながら職員と一緒に数字をカウントして頂く。

レクリエーションで、地名や五十音やアルファベットを並べるパズルをして

頂き完成をしたら並べたカードを読んで頂く。またゲームに参加する際は職員が付き添って安全に配慮しながら、交流の仲介を行う。

### <結果と現在の様子>

残念ながら手やテーブルを叩く行為は無くなってはいませんが、ご利用当初に較べて確実に

減少しています。また手を叩き始めても直ぐに職員が寄り添い視線を合わせ身体に触れなが

ら笑顔で「小さい音でお願いしますね」とお伝えすると、手叩きを止められる事もあります。

発語についても「座っていい?」から「ここに座っていい?」と僅かですが、言葉が出てく

る様になっています。また、以前よりも声量が大きくなって、はっきりと聞き取れる様にもなりました。

職員と一緒にレクリエーションの道具作りを行った際には、手先が器用なA様は職員よ

り上手にテープを棒に巻かれ、完成後「さすがA様。上手ですね〜!」と称賛すると言葉では

ありませんが、素敵な笑顔を返されたりと表情が豊かになっています。

また、今も午後になると玄関へ向かわれ外に出ようとする事が、度々ありますが「まだ、帰る時間では無いので中で過ごしましょう」とお伝えすると、以前の様に「ダメだよ!」と言って強引に出て行くことはされず、ホール内に戻ってくださる事が多くなってきました。

このように穏やかな表情が見られたり落ち着かれている事が多くなってきたのは、この場

所が少しずつA様にとって居心地の良い場所になってきているのだと感じています。

### <まとめ考察>

感情や欲求をコントロールする事や他人の気持ちに共感や配慮をする事が難しくなったり  
A様のように言葉で上手く表現する事が出来ずに、代わりに手やテーブルを叩いて感情や欲  
求を伝えようとされたりと認知症には様々な症状があり、介護の現場では症状の表出につ  
いて  
原因の推測をして対応方法を考え実践してみて変化が無ければ、また別の対応方法を考  
え  
実践する事の繰り返しで根気も必要です。

現在A様は、笑顔が多く見られるようになりましたが、残念ながらまだ発語は少ない  
です。  
いつかA様が他の利用者様と一緒に「あっはっは〜」と声を出して笑ってくださる日を思い  
描きながら、これからもスーパーデイようざん石原の“見て・聞いて・感じて・考える”の理  
念に取り組んでいきます。

## 自由気ままな生活を支えていく

ケアサポートセンターようざん栗崎  
古島凌二  
黛比呂志

### 〈はじめに〉

A様は現在一人暮らしをされています。楽しみはご飯を食べることで、このまま自由にのびのびと今の生活を楽しみたいと思っていますが、最近体が重くなって体調が悪くなったり、銀行預金残高がどんどん減ってきたりと生活に不安も出てきたようです。そんなA様を支えるためにケアサポートセンターようざん栗崎で行った取り組みを紹介します。

### 〈利用者様紹介〉

氏名：A様

年齢：88歳

性別：女性

介護度：要介護2

既往歴：認知症・高血圧・高脂血症・心筋梗塞

### 〈生活歴〉

長野県に生まれ、3歳で父親の仕事の都合で新町に引っ越しました。中学卒業後は仕事を転々としてきましたが、長続きせず24歳でノイローゼになり6ヶ月入院。その後も仕事が長続きせず、30歳頃から働くのを辞めています。現在は、団地で一人暮らしをしています。

### 〈利用までの経緯〉

令和2年7月に心筋梗塞で入院、その後8月に退院されました。在宅に戻るにあたり介護サービスを利用、他法人のデイサービスと訪問ヘルパーを利用されました。その後、本人様より買い物に行きたい強い意向があり、本人と一緒に買い物に行くことができる小規模多機能型居宅介護サービスに変更、ケアサポートセンターようざん栗崎を利用開始となりました。

### 〈利用開始時〉

無理なく施設に通えるように本人様と話しながら週3日の通い利用と帰りの送迎時に職員と買い物と一緒にいくようにしました。

### 〈課題〉

食生活

- ・飴などの甘い物を一度に一袋食べ、調子が悪くなり食欲がなくなる。
- ・血糖値 Hb A1c=9.6 (3/14) と肥満傾向あり。
- ・ご飯を炊き「ご飯が好きなんだよ」と言って、たくさん食べてしまう。
- ・バランスの良い食事を摂って頂くため昼、夕の配食サービスを増やすが、夕食は食べたくないと話あり。

#### 買い物

- ・買い物には行きたいが行っても、買うものが分からない。
- ・料理もできないと話が増えた。
- ・一人でぐるりんバスやタクシーで買い物に行ってしまう。好きな物を買う。
- ・新聞広告をみて通販のはちみつを頼む。牛乳の宅配サービスの試飲が美味しかったからと言って宅配サービスを契約してしまう。
- ・通帳残高を気にされ、もうようざんを止めるよと話す。

#### 家事援助

- ・父母の月命日の6日と25日にタクシーを使って墓参りに一人で行ってしまう。
- ・火の不始末によるやかんの吹きこぼれや、火をつけても忘れてしまうことがある。
- ・調理をした後の後片付けが出来ない。台所が不衛生である。

#### 〈取り組み〉

#### 食生活

- ・バランスの良い食事をして頂くため、令和4年10月お昼の配食を開始する。
- ・ご飯の量を100グラムで調整する。
- ・令和5年4月夕方の配食を開始する。
- ・本人様が自宅で米を炊くと、好きなだけ食べてしまうので、米の購入をとりやめ、令和5年6月朝食用おにぎりをようざんから持っていく事を開始する。
- ・来所時体操や機能訓練と歩行練習を積極的に行い運動不足にならないようにする。

#### 買い物

- ・令和5年1月買い物を一緒に行い、職員が食材を聞きながら買い物をする
- ・買い物が週1回では少ないと話があり、令和4年11月から買い物を火曜日・土曜日の2回にする。
- ・令和5年4月から昼、夕の配食サービスを開始したため、朝食と日用品の買い物支援をする。
- ・令和5年4月、買い物支援のない日に一人で買い物に行ってしまう事が増え、買い物支援をなくして本人に任せてみる事にする。
- ・令和5年6月から買い物支援がないと、タクシーを使って買い物に行ったり、スイカを丸ごと1個購入、リュックに入れて帰る事があった為、通いの帰宅時に、職員と買物をする事にした。その際に在庫確認の為にリスト表を作り、糖分のあるフルーツ等の購

入を少なくした。

・通帳残高については、買い物の仕方やタクシーを呼ぶ事が無いよう、ようざんでの買い物支援で買い物をして頂くよう伝える。

#### 家事援助

・職員の訪問により、掃除・片付けをする。

・4月から6日、25日の父母の月命日に職員と一緒にお花を買いお墓参りをする。

・職員と一緒に行くのが悪いと思い、一人でタクシーを使っていってしまうため命日の墓参りを一人で行かないよう、前日に電話をし、こちらで送迎することを伝える事にした。

・新聞広告をみて注文したはちみつは注文をキャンセルする。

・訪問販売の牛乳の契約は2週間で取りやめる。

牛乳は帰宅時の買い物支援時に購入する。

・お金を引き出すため、銀行に一緒に行く。

#### 〈結果〉

血液検査で血糖値 Hb A1c=8.3 (5/19) は高い状態ですが改善がみられました。今後も食生活の改善が必要です。肥満に関しては、1年間の測定結果をみましたが、大きな増減はありませんでした。膝の痛みがあり、体重減少の為、食生活の見直しと、歩行練習や機能訓練、日々の運動が必要となり継続して行きます。買い物支援については、できる事は自分でやりたい、人に迷惑をかけたくない。自由に欲しい時に買い物に行きたいという本人の気持ちを大切にするため、決められた事を支援するのではなく、その時に一番良い方法を選びながら、支援できるようにしていきます。

#### 〈まとめ〉

A様は「ようざんには世話にならずに自宅でゆっくりと暮らしていきたい」と話されたり「お墓参りに行くときは自分の親だからみんなに迷惑をかけたくない」とタクシーで行かれたりします。A様だけではなく、利用者様の気持ちは不安と毎日変化があります。私達職員はその時々利用者様の思いを受け止め、支えていく。利用者様の気持ちに寄り添った臨機応変な対応をしていきたいと思えます。

## 胃瘻離脱への支援

### ～ 食べる喜びを取り戻す ～

発表者：塚越はるみ  
：大谷 光

#### 【はじめに】

何らかの理由で経口摂取が出来なくなった時、生命を維持する手段として胃瘻という選択肢があります。胃瘻造設は胃に穴を開けてチューブを通すため腹部に違和感がありますが、感染や誤嚥のリスクが少なく、経鼻胃管よりも経口摂取との併用が進みやすいメリットがあります。

今回、胃瘻造設した利用者様が経口摂取に完全移行でき、QOL 向上につながった事例について報告します。

#### 【利用者様紹介】

A 様 80 歳 女性 要介護 5  
聴覚障害有 身体障害者 2 種 6 級  
日常生活自立度 B2 認知症高齢者の生活自立度 IIIa

#### 【既往歴】

高血圧 高度肥満 (BMI 39.6) 心原性脳塞栓症 右内頸動脈塞栓症

#### 【胃瘻造設の経緯】

令和 3 年 11 月 29 日、食事中に意識障害が出現し、救急搬送されました。左上下肢完全麻痺となりリハビリ目的で他病院へ転院し、経口摂取が困難な状態になり胃瘻を造設しました。徐々に経口摂取と胃瘻からの流動食の併用ができるようになり、病院より、退院後の受け入れ先を探しているが 80 kg という体重から断られてしまうと相談があり、令和 4 年 6 月にショートステイアンダンテに入所となりました。

#### 【生活歴】

明るく朗らかな性格に夫が一目ぼれし結婚。25 歳で長男を出産するも 10 か月で他界。28 歳のときに生まれた次男は福祉の仕事に就くも、24 歳のときに交通事故で亡くなってしまったそうです。32 歳で長女が生まれ、子育てがひと段落すると化粧品のセールスをし、夫と共に家庭を支えてきました。

夫が定年退職をすると天気を見てはドライブに出かけ、「この店で一番美味しいものを出して！」と好物のうなぎや刺身、肉などを各地で食べ歩き、結果、50 kg だった体重はいつし

か 80 kg に。

### 【日常生活の様子】

難聴と脳塞栓症の後遺症で構音障害があり言葉がはっきりしないため、訴えたいことがうまく伝えることができず、興奮状態になることがあります。日中はホールで過ごしていますが、急にテーブルに伏して寝入ってしまうことが頻繁にあり、食事が食べられないこともしばしば。

現在は他の利用者様との交流も増え、スタッフや環境にも馴染んで覚醒している時間も多くなりました。レクリエーションも楽しまれ、本来の明るい笑顔を見せて下さいます。

### 【問題】

- ・胃からチューブがでていることを嫌がっており、チューブを引っ張るため瘻孔から浸出液が出て皮膚がただれている。
- ・食べ物の好き嫌いと気分変動が激しく食事摂取量にムラがある。
- ・水分摂取が乏しいため胃瘻からの水分補給が必要な状態だが、注入に対して拒否が強い。

### 【課題】

胃ろうを嫌う A 様の希望に寄り添い、胃瘻がなくても生活できる状態になるよう摂取量が増える取り組みを行う。

### 【取り組み】

食事形態の選択

主食：米飯 副食：極キザミ → 「硬い」「やだ」と拒否

主食：軟飯 副食：極キザミ → 「ご飯が硬い」「おかずが歯にはさまる」「やだ」と

拒否

主食：ミキサー 副食：ミキサー → 「まずい」と言い吐き出し拒否

主食：ゼリー粥 副食：ミキサー → 気に入らない味だと吐き出すが拒否はなし

好きな飲み物を探り、水分アップを図る

緑茶、ほうじ茶、麦茶、紅茶、レモンティー、アップルティー、ココア、コーヒー、カルピス、ウォーターメイトを提供し、何が好きなのか、何なら飲んでくれるのか、根気良く味を変えて提供しました。水とココアがお気に入りの様子でした。

飲み物の容器の選択と提供量の適量を探る

200ml のコップ (200ml) → 同じ味で 200ml は飽きてしまい最後まで飲み切れない。

## ②100mlのコップ (100ml)

→100ml ずつ味を変えてこまめに提供することにより摂取できる量が少しずつ増えてきた。

## ストロー付きの 500ml のペットボトル (500ml)

→ストロー付きのペットボトルにしたことでベッド上での水分摂取がしやすくなり摂取量が増えました。また目盛りをつけたことにより摂取量が目視できることも気に入っているようで、日中も手元に置いて飲む様子が見られました。中身は水限定のこだわりがあります。

## 4) 環境調整

ホールで飲食をする際の席の位置やテーブルのレイアウト、他者との距離、利用者様同士の相性など考慮し落ち着いて飲食ができ、コミュニケーションがとりやすい環境作りを行いました。女性 4 人のテーブル席にしてから周囲の利用者様からお世話されたり、自分から話しかけたりと他者との交流が増え、表情が明るくなりました。

## 5) 傾聴と励まし

訴えを都度傾聴し、自分の思いがうまく伝えられずイライラしているときは筆談を加えたりし、訴えている内容の理解に努めました。また、飲水や食事が摂取できたら「頑張りましたね」「嬉しいです」などと励ます言葉かけをスタッフそれぞれが行いました。

## 【結果】

### 1) 水分摂取量

一日水分摂取量が 1000~1200ml を目標として、経口摂取量の不足分を胃瘻から注入。

1 か月間の飲水量と注入量のトータル量を日割り計算し一日の平均量としました。

取り組み開始から 7 か月間で経口摂取できる量が徐々に増え、8 か月目には 1 日 1000ml 以上の摂取ができるようになり、胃瘻からの注入が不要になりました。コップの種類のコダわりや飲み物の好き嫌いもなくなり、一度に飲める量が増えました。

### ・ R4、6

飲水量 444ml 注入量 711ml

### ・ R4、7

飲水量 340ml 注入量 816ml

### ・ R4、8

飲水量 456ml 注入量 533ml

### ・ R4、9

飲水量 565ml 注入量 479ml

### ・ R4、10

飲水量 654ml 注入量 313ml

・ R4、 11

飲水量 710ml 注入量 279ml

・ R4、 12

飲水量 1176ml 注入量 72ml

・ R5、 1

飲水量 1117ml 注入量 0ml

・ R5、 2

飲水量 1350ml 注入量 0ml

## 2) 食事摂取量

食事形態としてはA様の希望でゼリー粥、副菜ミキサーで提供を続けました。入所当初は「まずい!」「料理人にもっと勉強するように言って」「あんたも食べてみて、こんなの食べられないよ」など訴え、味に対しての苦情が多く摂取がすすみませんでした。取り組みから5か月目には8割以上摂取できるようになり、それ以降はほぼ全量摂取できるようになりました。

・ R4、 6

主食：30.3% 副食：41.3% 全体：35.8%

・ R4、 7

主食：52.3% 副食：51.3% 全体：51.8%

・ R4、 8

主食：43.1% 副食：39.9% 全体：41.5%

・ R4、 9

主食：70.2% 副食：79.2% 全体：74.7%

・ R4、 10

主食：86.8% 副食：82.4% 全体：84.6%

・ R4、 11

主食：98.1% 副食：94.2% 全体：96.2%

・ R4、 12

主食：94.1% 副食：96.1% 全体：95.1%

・ R5、 1

主食：96.7% 副食：96.7% 全体：96.7%

・ R5、 2

主食：96.4% 副食：97.6% 全体：97%

令和5年3月、2度目の胃瘻交換時期が迫る中、担当者会議を設けて現在の経口摂取の状況

を夫に伝え「これが（胃ろうチューブ）取りたいから頑張って食べる」というA様の希望に沿って胃瘻を抜去する選択を提案しました。夫は「自分は素人だから…」と悩まれ、すぐに決めることはできませんでしたが、主治医や施術を行う病院とのやりとりを踏まえて夫と話し合いを重ね、抜去する決断に至りました。その後念願の胃瘻抜去となり、わずらわしかった胃から出ているチューブがなくなり、不穩の軽減に繋がりました。

#### 【考察】

入所当初はかたくなに食事や水分を拒否し、夫より「うまいものしか食べない」という情報の通り、「まずい」とペッペと吐き出していたA様。今回の取り組みを通して食事、水分の摂取量が増えたことは、スタッフが試行錯誤しながらも根気良くコミュニケーションを取りながら居心地の良い環境を作り、信頼関係が構築されたこと、他の利用者様仲良く楽しく食べる喜びを実感することができたことも大きな要因と言えます。

口から食べるという人間の基本的要求を叶えられたことが、QOLの向上と心の安定にも繋がったと考えます。これからも多職種が連携を図りながら、利用者様が自分らしく過ごせる環境作りと、心に寄り添う取り組みを継続していきます。

ご清聴ありがとうございました。

## 「おい、ちょっと、あんた」

ケアサポートセンターようざん倉賀野

狩野 真由美

ギオ ヴァニ

### 【はじめに】

90歳を過ぎたお年寄りが、本人には縁もゆかりもない、全然知らない所に連れてこられ、生活を始める。「おい、ちょっと、あんた、家に帰らせてくれんかねえ、(息子に)電話してくれんかねえ」「おい、ちょっと、あんた。うちはどうなってるんかねえ」「おい、ちょっと、あんた。お金一銭も持ってらんで、ここのお金払えんわ」「おい、ちょっと、おい、おい。わけがわかんねえ、まったく」というように、眉間にシワを寄せながら職員を呼び止めていました。不安になるのも無理はありません。そのような利用者様の様子が、どのように変化していったのか、紹介していききたいと思います。

### 【事例対象者様紹介】

A様 96歳 男性 要介護4

新潟県で、8人兄弟の2番目(次男)として生まれる。警察官として35年勤めあげる。正義感が強い。動物、子ども、花が好き。

### (既往歴)

令和3年11月	腰椎陣旧性圧迫骨折
令和4年6月	尿路感染症 廃用症候群
令和4年8月	左大腿骨転子部骨折
令和5年3月	誤嚥性肺炎
発症時期不明	胆石性急性胆嚢炎 前立腺肥大 認知症

### 【利用開始に至る経緯】

介護老人保健施設幸寿苑→グランツ入居後すぐに、尿路感染症にて黒沢病院に入院。→退院後、ケアサポートセンターようざん倉賀野での利用(泊まり中心)開始となる

### 【利用開始当初の様子】

移動は車イス、トイレは手すりにつかまり立ちが可能で、食事以外は、日中はソファで過ごす(横になっている)ことが多く、他利用者様ともコミュニケーションはほとんどなかった。食事・おやつ時、義歯を装着していたが、「もういらぬ。当たって食べられない」と。ご家族に相談するが、「歳も歳なので、今さら作り直さなくても・・・」とのこと。外して対応する。また、「おい、ちょっと、あんた、家に帰らせてくれんかねえ、(息子に)電

話してくれんかねえ」と何度も訴えがあり、朝、昼、夕にロラゼパム錠(不安や緊張を和らげ、気分を落ち着かせる)を、就寝前にはニトラゼパム錠(眠りやすくする薬)をそれぞれ1錠ずつ服用していた。

【問題点】

オムツ、パッド費(数)

不安・帰宅願望

【取り組み・結果】

以前は、リハビリパンツ、パッドの使用量(金額)、交換回数が多く(息子さんにも言われ)、しかも、尿失禁で更衣しなければならず、利用者様本人の負担(睡眠阻害)も大きく、使用料・交換回数を減らすことを考えた。尿失禁もあり、日中は“大は小を兼ねる”で、一番大きい吸収量のパッドを使い、夜間帯は、プラス陰部に小さいパッドを巻き、その上にまたパッドをあてる、というようなことをしていたが、日中に関しては、パッドのサイズダウンで対応でき(大パッド⇒中パッド)、1月¥29,790⇒6月¥24,100に下がった(3月までは、200ml吸収のもの(3月以前中パッド)と、800ml吸収のもの(大パッド)しかなく、4月以降500ml吸収のもの(4月以降中パッド)が納品されはじめられる)。

2022年 月別パッド・オムツ・リハパン使用料金表：単位(円)

	7月	8月	9月	10月	11月	12月
小パッド						
中パッド	1,800	2,800	5,650	7,100	7,750	8,600
大パッド	3,080	3,080	10,430	11,340	9,730	10,780
オムツ	3,800	3,610	8,930	9,310	8,550	9,880
合計	8,680	9,490	25,010	27,750	26,030	29,260

7/18～利用開始 8/13～9/2 入院

2023年 月別パッド・オムツ・リハパン使用料金表：単位(円)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月
小パッド				1,700	3,650	4,050
中パッド	8,850	6,950	1,100	5,940	5,700	5,460
大パッド	11,060	11,130	6,860	6,370	6,650	6,230
オムツ	9,880	9,690	6,460	8,170	8,930	8,360
合計	29,790	27,770	14,420	22,180	24,930	24,100

3/19～4/3 は入院

各単価：単位(円)

	～2023.3	2023.4～
小パッド	30	50
中パッド	50	60
大パッド	70	70
オムツ・リハビリパンツ	190	190

3月まで中パッドとして使用していたものが、4月からは小パッド扱い。

「おい、ちょっと、あんた、家に帰らせてくれんかねえ、(息子に)電話してくれんかねえ」と何度も訴えがある為、職員が事務所へ内線し、所長が息子さん役になり、本人と話してもらうことを繰り返していた。花が好きらしいので、花を目の前に飾っておくと、テーブルの上の花瓶に挿してある花を、自分なりに別の花瓶に挿し換えたりすることもあった。花瓶を一時的にテーブルから片づけてしまうと、「花どこやった?」と落ち着かず、戻すと笑顔も取り戻した。本人用にテレビを用意し、You Tube で動物の映像を流すと食い入るように見、目尻が下がる。その他にも、散歩、ドライブ、塗り絵、機能訓練、買い物、等々で気を紛らわせてもらう。中でも効果的だったものがある。ご本人に、“一番の望みは何ですか?”と聞いてみた。「一体誰に頼めば(息子に)連絡取れるのか」「(ようざんは)いくらかかっているのか」「(ようざんへは)いつ連れて来られたのか」知りたいとのことだった。たまたま息子さんと自宅に少しの間帰った時、とても上機嫌だったことがあった。なかなか自宅までは職員がついて行くことができないが、ある日、自宅まで行き、少しの間滞在(自宅内には入らなかったが)すると、ようざんに戻ってきて職員に「あー良かった良かった」「たまには戻って(自宅の周りの)様子が分かるといいねえ」と満面の笑みで話してくれる。いつ利用開始したかについては、聞いてこられた都度伝えている。

#### 【考察】

夜間に関しては、2時間～3時間でのパッド確認であったものを、3時間～のパッド確認・小パッドを使わないようにしたが、夜勤者によっては大パッドだけでは不安ということもあり、まだ小パッドの使用がある。また、夜間帯の約3時間ごとの尿量を調べると、500ccに達していないことが多い。小パッド(200cc)を短時間で交換するなら、中パッド(500cc)で3時間ごとか大パッド(800cc)でもう少し間隔を空けての交換にし、睡眠の妨げにならぬようにしたい。改善の余地はあると思う。

帰宅願望への対応は、介護施設では避けては通れない問題の一つである。傾聴してやりすぎることが多かったが、真正面から体当たりしたことが、功を奏した形になったように思う。

#### 【現在の様子】

身体機能面では、手引きでの歩行は、痛み・ふらつきは全くなく、骨折したのが嘘かと思う

くらい安定してる。こちらの声かけに対しても全く嫌な顔を見せず、機能訓練に励んでいる。食事もしっかり摂れ、1日の大半をソファで過ごすことは変わらないが、睡眠も良くとれている様子。他利用者とのコミュニケーションは少ないが、自身が新聞を読み終わると、隣の利用者様に「はい、どうぞ」と渡してくれる。ゴミ箱とボックスティッシュが無ければ、職員に「あっちの席に(ゴミ箱とティッシュが)無いからあげて」と気を遣って伝えてくれる。朝昼夕のロラゼパム錠、就寝前のニトラゼパム錠の服用はなくなり、利用開始当初の「おい、ちょっと、あんた」という、職員を呼び止める言葉はほとんどなくなり、代わりに、職員が対応するたびに、「ありがとね、ありがとね」という感謝の言葉とともに、笑顔が増えてきたように思う。ただ、最近になって、ある利用者様(火曜日・金曜日利用)との確執が表面化してきて、ちょうど目の前で、かつ、テレビ前ということもあり、その利用者様に対して、「あんたいつもうるさいね、静かにしろよ」と怒鳴ることもしばしば。視界に入ると気になって仕方がなく、ソワソワ。職員に対しても、「職員が注意しなくて誰が注意するんだ!」と語気も荒く、詰め寄ることもある。

#### 【おわりに】

私たちはA様との関わりのなかで、大切なことを学びました。当たり前ですが、何が不安・心配なのか、何をしたいのかを聞き、それに基づいて対応すれば、次第に状態は良い方向に向かうように思います。とかく、職員本位になりがちな介護ですが、利用者様の一つ一つのことに対して、真摯に向き合い対応し、介護者側の“本気”を“根気よく”伝えることができたのならば、きっと良い方向へと向かうのだと。新たな問題点は出てきますが、一つ一つ丁寧に対応し、利用者様本人にとってこれからも、安心・安全で、信頼され、“ホッとできる、時間・空間の提供”を目指し、頑張っていきたいと思います。

## 話し合うことと助け合うこと

グループホームようざん栗崎第二

木暮 翔汰

### 【はじめに】

### 【利用者様紹介】

利用者様	女性 A 様
年齢	86 歳
介護度	要介護 3
日常生活自立度	J2
趣向	掃除や片付け、一人での映画鑑賞

### 【既往歴】

- 71 歳ごろ 骨粗鬆症
- 83 歳ごろ アルツハイマー型認知症

### 【利用までの経緯】

R2・5・26 ごみ捨ての日が分からなくなり、近所に聞きに回る、薬が飲めていない等あんしんセンターからの相談を受け小規模多機能型居住介護サービスの利用が開始。  
段々と自宅での生活が困難になり、R4・9・1 よりグループホームへ入居される。

### 【利用後の様子】

入所 1 カ月目は興奮され、他利用者様や職員に対し暴力的な行動をとってしまうことがある。立ち上がり、動きともに早い為に気づいた時には間に合わず A 様が手を出してしまうようなことが続く。

しかし、入所から 3 カ月ほどたった 11・23・AM4:30 に居室内、入り口付近にて転倒されている所を発見。顔や手に痣などがあるものの Dr の指示により経過観察。しばらくは A 様も痛み等で元気がなく何もなかったが、怪我が治り始め動けるようになってから、徐々に転倒が相次ぐようになる。

前述のとおり動きが早く、転倒までの時間が短い為、作業などをしてるとたとえ見えていたとしても間に合わず、常に側にいなければいけない状況となる。

そのような状況の中でも度々転倒が起きてしまい、慢性硬膜下血腫と診断されたため様々な取り組みを始めた。

### 【取り組み 1】

まず考えなければならないのは、行動の制限に該当しない取り組みかどうか。これをおろそ

かにしてしまうと適切なケアから逸脱しているということになってしまう。ここを踏まえたうえで、最初の取り組みとして立ち上がりから歩き出しまでの時間にゆとりを持たせるため、重めの椅子を使い、職員が対応できる時間を確保しようと考えた。

結果として、現在まで立ち上がりは何度かあったものの歩き出すまでに職員が対応でき、転倒には至っていない。

#### 【取り組み2】

転倒が無くなったとはいえ、可能性が無くなったわけではないので転倒リスクを減らすよう日中は常にヘッドギアを装着するようにした。

結果として嫌がる様子はないが時折外してしまうことがある。今のところ転倒がない為効果のほどはわからないが、経過観察としている。

#### 【取り組み3】

夜間は体動が多く転落防止の為、超最低床ベッドを使用。立ち上がりにも気が付くよう足元にセンサーマットを使用。

さらに睡眠の質、主な睡眠時間、起き上がり時にすぐ対処できるよう眠りSCANを導入。結果、トイレ誘導の際のふらつきを軽減。立ち上がりや転落への予防につながった。

#### 【取り組み4】

椅子を変えたことで気が付くと歩いているという状況はなくなったが、ようざん内で行われる身体拘束適正化委員会での意見をもとに視覚だけではなく聴覚でも気が付くことができるよう椅子に鈴を取りつける。

またどこからでも見えるよう鏡を設置し、座る位置も調整することでどのような状況でも対応できるよう取り組みを行った。

#### 【成果及び結果】

取り組みを始めてから現在まで転倒は起きておらず、日中と夜間双方とも落ち着いている。要因は分かっていないが不穏状態もなくなり、大変穏やかに過ごされている。

今となっては分からないが、もしかしたら入所当初の環境の変化による不安などからくるものだったのかもしれない。

そうした不安や転倒による怪我の痛みが無くなったA様は、他利用者様と変わらず笑顔で生活を送り、尊厳を保った生活を維持できていると感じる。

#### 【考察】

今回の取り組みを通して一番感じたのは、話し合うことと助け合う大切さ。

施設内だけでは浮かばない意見や取り組みを他事業所などと連携し、生まれた意見を取り入れてみる。どのような結果になり、次はどうするか。当たり前のことかもしれないが、意外と難しい他との連携を活用できたと思う。

どのような御利用者様も、ケアしていく上での壁であったり、性格や生活歴等の違いにより多種多様のケアが存在する。

今回の事象に関しても、いかに尊厳を維持し、A様の行動の妨げにならないようにするか。また周囲への負担にならないようにするか。ここに焦点を当てた取り組みが出来たと思う。その結果が現在のA様の笑顔と苑内の雰囲気表れている気がする。

#### 【まとめ】

現在A様は、食事水分ともに十分な摂取が出来ており、前述のとおり転倒も起こってない。同席の方とも談笑され、明るく穏やかな毎日を送っている。一つ一つが大したことではなくても、行った取り組みがA様の安全と安心につながっているのだと沸々と感じている。

適切で尊厳のあるケアは正直難しい言葉だと思うが、歩み寄り、話し合い、根気をもてば自ずと出来るのではないかと少しだけ理解した事象だった。

## 技能実習生から介護福祉士へ

特別養護老人ホーム モデラート

吉澤 萌音

戸塚 久美子

### 「はじめに」

総務省が 2021 年 9 月 15 日に発表した「統計トピックス」によると、日本の高齢化率が 29.1%となり、日本はすでに世界一の高齢社会となったようです。色々な分野を含め、人材不足の問題は深刻で、介護分野はより一層の事となっています。この様な背景にある一方、我が国は先進国としての役割を果たし、国際社会の発展を図るのです。日本の技術、知識を途上国へ移転し、その地域の経済発展に寄与することを目的とした「技能実習」制度と、介護人材不足を解消する為、外国から介護人材を受け入れる「特定技能」制度を定めました。

これらの制度に恵まれ、2019 年 8 月に、モデラートは中国籍の王さん（中国名：王建）を含め、3 名の優秀な技能実習生を受け入れることができました。ここでは王さんのことを事例にして発表させていただきたいと思います。

### 「王さんの紹介」

氏 名：王 建（オウ ケン）

国籍：中 国

年 齢：36 歳

日本語能力：JLPT 1

趣味：山登り、料理、観光

### 「介護を選んで日本に来たきっかけ」

日本と同様、今の中国もすでに高齢化社会に入り、このままだと、高齢化がさらに深刻な問題になるだろうと思われています。こういう背景に、日本は介護福祉文化と仕組みが優れていることを知った王さんたちは 2019 年 8 月に技能実習生としてモデラートに来てくれました。もともとお年寄りの方とのふれあいも好きで、日本の文化にも興味があるので、日本で習得した介護の知識と技術を母国である中国に広めたいと強く思い、実際に日本に足を運ぼうと決心が固まりました。

### 「はじめての日本での生活と仕事への思い」

初めて日本に来て、町が静かで、きれいで、日本の方々が親切で、優しいのが印象的でした。生活について、施設長を初め、先輩たちにいろいろ教えて頂けるので、不安はありませんでした。仕事の場面では、介護ケアや業務はもちろん、利用者様のお名前や呼び方まで、先輩たちに丁寧に指導して頂いて、とても勉強になり、助かりました。

食事摂取を改善するための摂取状況のアセスメント

B様 女性 要介護4

目的：食事摂取が進まない原因を特定し、促進すること

王さんは、食事形態を思案する介護主任から相談を受け、B様の日々の食事摂取状況の調査プランを作成してくれました。

計画作成：一週間分の一日三食の摂取量、摂取状態、体調、好き嫌い、咀嚼/嚥下状態のプランを作成しました。調査結果が食事形態を変更の根拠になります。

結果：一週間の食事状況が把握でき、本人に一番適した食事形態に変更する事が出来ました。

オムツモニターチェック（排泄物品使用の見直し）

ようざん全体でコスト削減の目標がかかげられました。モデラートでも、オムツ、パットの見直しを行いました。介護主任の指名にて王さんがこの件の担当を任せられ、入居者16名を対象にモニター計画を作成し、介護職全員で排泄モニターを実施しました。

モニターする対象：見直しが可能と思われる16名の利用者様

展開：利用者様が各時間帯にパッドに出る排泄量を把握し、パッドの吸収力以上の量が出るか、オムツ汚染/ベッド汚染になるかを一週間の排泄状況を分析して、パッド等のサイズの調整を図ります。

改善効果：無駄なくパットを使用することで、パットの使用量の軽減ができ、職員の排泄介助の向上にも繋がりました。利用者様に最善な排泄ケアをする事が出来ました。

王さんは普段の業務だけではなく、問題改善を日々考え介護主任に提案し、職員全体で実践しています

「技能実習～特定技能資格へ」

特定技能とは、2019年4月に新しく出来た在留資格で、深刻な人手不足に対応するため、専門性や技能を有し即戦力となる外国人を受け入れる制度です。

王さんは、2022年8月に3年間の技能実習を終え、引き続き日本に残ろうと思い、技能実習から特定技能資格へ変更されました

「介護福祉士へ」

より介護を身に着けたいと思った王さんは介護福祉士の資格取得を目標としました。

教育訓練給付金制度を利用して専門学校で実務者研修を受けました。その後、介護福祉士の試験に合格するためのプランを立てました。

実務者研修を受けて、介護への理解がもっと深くなり、日本の介護文化のすばらしさを感じました。6ヶ月の実務者研修終了後、介護福祉士に合格する為、学習プランを立て、勉強し始めました。テキストを精読して、YouTube講座を見て、何冊もの過去問を繰り返しまし

た。

「教育訓練給付金制度」についての説明は、割愛させていただきます

「介護福祉士国家資格の取得」

日頃の仕事も怠らず、計画的にコツコツと勉強をして挑んだ介護福祉士国家試験も見事合格し、設定した目標の一つが実現できるようになりました。毎日一緒に働いている私たち職員にとっても嬉しいことでした。

「さらなる目標——認知症ケア専門士」

「認知症ケア専門士資格」についての説明は割愛させていただきます

王さんは現場で介護をしているうちに、認知症の方へのケア術を身につけることの大切さを感じました。より手厚いケアの為に、この資格を取得しようと思い、勉強に励んでいます。もちろん資格取得は目に見えて分かりやすく自信にもなりますが、試験に挑む中で勉強したことは間違いなく自分のものになっているし決して無駄なことではないと言っています。

「休みの日の楽しみ」

仕事だけではなく日本の文化や美しい景色も楽しみたいと思い、群馬県を中心にいろいろな観光スポットを楽しんでいます。群馬県の上毛かるたに関心を持ち、かるたに載っている名所めぐりをしています。色々なところに行きました。

地域文化に触れる事は楽しみでもあり、日本文化を学ぶことができ、利用者さんと接する場合、良い話題になるのではないかと王さんは言います。

「将来への思い」

介護福祉士だけではなく、これからもっと経験を積み、引き続き日本で働き、勉強を続けたいと言ってくれました。ゆくゆくは母国の中国に帰り、日本で得た介護を広め、中国の高齢化を支えていきたいという気持ちは変わらないようです。

「職員から王さんへの想い」

施設長：最初は、仕事が上手くできるのか、利用者様、職員とのコミュニケーションはちゃんと取れるか心配したこともありましたが、しかしそんな心配も吹き飛ばしてしまうほど、王さんはしっかりと仕事をこなしてくれています。

そしていつか母国に戻り、日本の介護、尊厳という言葉を広めてほしい。

今後も更なるご活躍を期待しています。

職員：このあとに紹介する「王さんから学ばせて貰った事」をご覧ください

「利用者様から王さんへの思い」

- ・「厳しいことも言うけど、面白くて優しい男だよ。」
- ・「家族の為に中国から来て働いて、それはえらいね。」
- ・「よく、日本の昔のうたをそんなに知っているじゃない、歌が上手ね。」

「王さんから学ばせてもらったこと」

王さんの介護に対する熱意の強さ、積極性や向上心など、感心することばかりです。当たり前のことなのですが、「介護をするにあたって何が大切なのか」は、日々大変な業務の中で忘れがちで一番大切なところです。そういったところを日ごろの王さんの働きぶりを通して学ばせてもらっています。

「最後に」

これからもより多くの方が日本の介護に興味を持ち、学びに来てくれたらうれしく思います。そして日本で介護を学び、母国へ帰り身につけた介護を活かし、広めることで深刻な高齢化や人員不足などの問題の改善に繋がると 생각합니다。日本は介護だけでなくさまざまな分野で外国人の受け入れをしています。色々なところで日本に来る側と受け入れる側がお互いに、刺激を受け、向上心を高め合っていけたら素晴らしいと思います。日本の優れた技術や文化、そういったところをまだ知らない国にも届けたい！また、日本にはまだ伝わっていない世界各国の技術やシステム、人々の積極性や向上心の高さ等をどんどん吸収していきたい！そのまず一歩に技能実習制度というものがあると思います。これからこの制度は形を変えていきながらもよりよい環境下で広めていけると良いのではないのでしょうか。現在モデラートではインドネシアから 2 人技能実習生が来ています。少しでもモデラートが働きやすく、沢山学べる場になってほしいなと思います。

## 55回目の結婚記念日を

ケアサポートセンターようざん八幡

発表者 佐藤 亮

松本奈菜

人生は山あり谷あり、晴れの日ばかりではありません。

それは結婚生活も同じこと、時には一人になりたい、一人だったらどんなに楽かと思う時もあるでしょう。それでも長い歲月、苦樂を共にしたからこそ強い絆ができるのです。

しかし、絆が強ければ強い程、生まれる葛藤があるのかもしれない。

お互いを信頼し、深い愛情と共に過ごして来られたにも関わらず、今その葛藤の中にいるご夫妻と、少しだけご一緒させて頂いた記録をご紹介します。

施設としてのサービス対象者は奥様（A様）です。

対象者紹介 A様 女性 79歳 要介護2

【既往歴】 胃潰瘍（1960年代）、メニエール病（2003年）、総胆管結石（胆のう摘出術、2010年）、肺癌（2013年手術、脳転移あり、ステージ4）

糖尿病（発症年不明、2回/1日インシュリン注射）、白内障・緑内障、軽度の認知症による短期の記憶障害

癌の脳転移の影響か、5年程前から視力・聴力の低下が顕著となり、ご主人とのコミュニケーションも取りづらくなることが被害妄想・感情失禁の助長に繋がったと思われます。

### 【生活歴】

高崎市内でお煎餅屋を営むご両親の四人兄弟の次女として生まれ、家業を手伝いながら中学を卒業、太陽誘電やレコード店などで働いていた。20代前半の頃入院していた病院で、同じく入院していた今のご主人と知り合う。退院後、今のご主人が毎日のようにご自宅を訪れるようになりその後、結婚。3人の子供を儲ける。40代から知人のプラスチック加工の作業所で働かれトラックの運転もされていた。

性格は、明るく穏やかで社交的。面倒見も良くお話し上手。若い頃はバレーボールの選手で運動もお好き。現在はご夫妻、二人暮らしで、少し前まで一緒に町内のカラオケ教室に通われ、昼食はファミレスや回転ずしで外食、と常に一緒に過ごされるなど、近所でも有名なおしどり夫婦。月に1度の次女様ご家族との交流を楽しみにされていた。

癌の治療は、入院を拒否されていたため、月に2度の通院による薬物療法と内服治療を継続されている。

## 【出会い】

それはあんしんセンターからの「虐待が懸念されるご夫妻がいらしゃる」との情報でした。あんしんセンターが関わり始めたのが令和4年10月、そしてようざん八幡が開設したのが翌11月です。当初は、ご夫妻共に迷惑そうな様子だったそうですが、それでも安全確保のため訪問を続けたそうです。時には主治医に働きかけ頭部の衝撃の危険性をご家族へ説明を依頼、そこで初めて事態の深刻さにご主人始め、ご家族も理解されたそうです。それらの情報はようざん八幡の所長とも共有されていました。そしてあんしんセンターが関わり始めて、初めて虐待の現場に遭遇しそうになった11月30日、A様のご自宅にはあんしんセンターの職員と共に所長の姿もありました。それまでご夫妻で離れることを拒否されていたご主人も、お互いの安全のため今は離れた方が良いと判断され、A様は所長とようざん八幡に向かわれることとなり、そこからA様とようざん八幡とのお付き合いが始まりました。

## 【ご利用の経過】

実際にご利用が始まったのは令和4年12月からです。

初めは午前、午後、1日2回の安否確認でした。訪問時の殆どは、ご夫妻仲睦まじく、特にご主人はお話し好きで会話が途切れない様子でした。家事全般、ご主人がされ、A様は食器を洗われたり、洗濯ものを干されたりされていましたが、足のふらつきもあり、よくご主人が「俺がやるから」と優しく声をかけていらっしゃいましたが、些細なことから口論になることも稀にありました。小さな事が徐々にエスカレートする様子を支援経過と共に列記すると以下ようになります。さっとP・Pをご覧ください。

12/5 A様、右頬にアザ（原因不明）

12/16 ご主人の顔にひっかき傷（原因不明）

12/29 A様、右手の平と右手首にアザ（トイレでぶつけた）

12/30 A様、胸の痛み訴え（トイレでぶつけた）・・・1/4 受診にて胸骨骨折の診断

1/5 ご主人、左頬、数か所に傷（初詣で転んだ）

1/12 A様、左目の下、変色（原因不明）

1/15、1/16 訪問時、口論にて仲裁

1/28 訪問時、A様が「お父さんはケンカをして出て行った」と話されるが、しばらくして戻られると、ご夫妻何もなかったように話される。

1/29 10時、A様、右目にアザ（原因不明）、16時、A様、左手第一指に内出血（原因不明）

2/3 A様、右手に傷（お風呂場の蛇口にぶつけた）

2/6 訪問時、口論中にて仲裁

2/8 訪問時、口論中にて仲裁

- 2/9 初めての緊急ショートステイ（以下S・S、通院後、口論となりご主人がA様をお連れになる）
- 2/11 帰宅
- 2/13 訪問時、急に口論が始まる
- 2/14 訪問時、口論にて緊急S・S
- 2/15 帰宅
- 2/22 訪問時、A様が玄関の外におられ、ご主人が施錠されており、緊急S・S
- 2/28 帰宅
- 3/1 訪問時、口論をされた直後のご様子
- 3/2 ご主人より「ケンカをして出てきた」との電話があり訪問すると、A様が玄関にいらっしゃるため緊急S・S
- 3/5 帰宅
- 3/7 訪問時、A様、左目にアザ（殴られた）、緊急S・S
- 3/13 帰宅
- 3/14 10時、訪問時、口論中にて仲裁、16時、訪問時、A様より「お父さんは優しい人」と話されている。
- 3/16 予定のS・S
- 3/17 15時に帰宅。18時にご主人より電話あり緊急S・S
- 3/20 帰宅
- 3/26 訪問時、A様が玄関の外にいらっしゃるため緊急S・S
- 3/28 帰宅
- 3/30 予定のS・Sからご主人の希望で訪問に変更、その後ご主人からの電話でS・Sに変更
- 4/3 帰宅
- 4/4 緊急S・S
- 4/5 帰宅（予定入院、4/5～4/10）
- 4/10 退院しそのまま緊急S・S
- 4/17 帰宅
- 4/20 予定のS・S
- 4/24 帰宅
- 4/25 緊急S・S
- 5/1 帰宅
- 5/2 緊急S・S、それ以降ロングステイとなり、ようざんでお過ごしです。

### 【A様の気持ち、ご主人の気持ち】

口論の原因の殆どはA様が、「女がいるんでしょ」「離婚すればいいでしょ」と一方的・感情的に話され始め、それがやがてひっかくなどの暴力となっていくのです。

その状態の時には誰のことばも耳に入らないようで、ただ興奮が納まるのを待つだけです。しかし、その言動の裏にはご主人への愛情が溢れています。いえ愛情が溢れ過ぎているのかもしれませんが。最初は冷静でいたご主人も、あまりに荒唐無稽なことを言われ続け、つい、かっとなって手がでてしまう。しかし、そんな時でも「こいつは俺が面倒みなければ」との意識が強かったようです。そのような状況が続く中、ようざん八幡を信頼して頂けるようになったのか、A様が興奮状態になると、お二人の距離を確保した上で、ご主人が所長にメールを下さるようになり、直ちに緊急S・Sの対応となるのです。

ようざんにいらっしゃるとA様は、それまでとは打って変わって涙ぐまれ「お父さんと一緒にいたい、いつ帰してもらえますか」と、訴えられるのです。

経過をご覧頂けると明らかなように、A様の興奮されるサイクルがどんどん短くなり今では、ご主人の顔を見ただけで取り乱され、冷静な対応が難しい状態です。しかし、ようざんでの日頃のA様は、周りの方にもとても親切で、楽しそうにレクリエーションにも参加され、穏やかにお過ごしです。ただ、時々「お父さんに会いたい、いつ帰れますか」と涙ながらに話されています。

### 【考察】

今回、A様に対する一番の支援は、A様及びA様ご夫妻の安全確保でした。

それは、達成されたのかもしれませんが。一般的に家族による虐待が報じられる時、よく言われるのが介護者の‘孤立化’です。A様ご夫妻の場合、お子様方は関わることに消極的、ご主人は一見、豪放磊落で社交的ですが、責任感が強く几帳面な面もお持ちでした。

当初は「俺が妻の面倒を見る、ひとには頼りたくない」と、言ったお考えでしたが、周囲の働きかけと何よりA様の状態の変化を目の当たりにされ、私達を受け入れて下さり、少し肩の荷を下ろされたご様子でした。

今回、A様ご夫妻と関わらせて頂き、「ほんの些細なことでも‘誰か’に相談したい」「本当に辛い時、‘誰か’に助けて欲しい」、そして「‘誰か’にこの気持ちを解って欲しい」、そんな‘誰か’であり続けたいと強く感じました。

### 【終わりに】

ご自宅に帰れないままようざんでお越しのA様ですが、病院の診察時にも気持ちが不安定となり、治療にも支障が出るようになりました。

そして6月初め、病院とご家族で話し合われ、医療環境の充実した施設への入所が決まりました。

ところで、遡ること5月3日、ご主人がA様のお着替えを届けに来られ、その帰り間際、ぼ

つりと「今日は、家で一緒にいたかったんだよ、54回目の結婚記念日なんだ」と、苦笑い  
されながら話された、ご主人の顔が今も忘れられません。

A様に、そしてA様ご夫妻に何ができたのか？何が正解だったのか？

今も自問自答しています。

ただ、来年、55回目の結婚記念日を、例えそこがご自宅でなかったとしても、ご夫妻が穏  
やかに迎えられることを、心から願っています。

ご清聴ありがとうございました