

事例発表 2013

愛の力～夫婦のキセキ～ p.2

ケアサポートセンターようざん 山内 和代

A様の楽しみを見つける p.6

グループホームようざん飯塚 塩崎 航平

ユニットケアの追及～一人一人の個性を見つめなおして～ p.9

ショートステイようざん並榎 田中 智也

「私は一人で大丈夫」～そのこだわりを支えて～p.13

ケアサポートセンターようざん貝沢 鈴木貴子

CARE(ケア) REFORM(リフォーム) ～革新～ p.18

ショートステイようざん 久保庭 瑞基

帰りたい」想いに寄り添って p.22

グループホームようざん 幸 知美

やる気スイッチ調査隊～高崎支部～ p.26

ケアサポートセンターようざん飯塚 綿貫 透

私、一生懸命なんですけど……。 P.30

グループホームようざん倉賀野 佐野史人

ようざん中居に自宅の疑似空間を展開し活用した在宅支援への取り組み p.35

ケアサポートセンターようざん中居 今泉 和久

生きがいは楽しみの向こう側に～日中の活気を取り戻す支援～ p.39

ケアサポートセンターようざん石原 早川テル代

快適な生活を送るために ～排便コントロールに携わって見えてきたもの～ p.42

ケアサポートセンターようざん栗崎 湯浅明代

過去の記録から振り返る共に歩んだ1304日の在宅復帰 p.46

～すべてはお客様のうまいのために～

ケアサポートセンターようざん双葉 後藤 幸司

「大丈夫です」「それでいいです」～あなたの内に秘めた想いに応えたい～ p.52

ケアサポートセンターようざん並榎 岡沢 裕

※表紙はスーパーデイようざん双葉の関根郁哉さんが描いてくれました。

愛の力～夫婦のキセキ

ケアサポートセンター ようざん

山内 和代

はじめに

アルツハイマー型認知症は、8～10年で「健忘期」「混乱期」「臥床期」と段階を踏んで進行していく病気と言われている。

今回は「臥床期」に入り、てんかん発作を期に入院、寝たきりとなり、嚥下困難と診断され、胃瘻造設となったが、夫の「このままでは、終わりにたくない。」と言う強い希望があり昨年の春から、ケアサポートセンターようざんを利用開始した。

そんなS様は、現在「常食」を召し上がっている。

その「軌跡」と「奇跡」、その中で私たちの気づいたことを報告する。

本人紹介

氏名：S様

年齢：65歳

病名：若年性アルツハイマー型認知症、てんかん

介護度：要介護5（日常生活の全てに介助を要する状態）

夫婦の軌跡

安中市に生まれ、夫とは親戚の紹介で結婚し、一男一女を儲ける。

本人は、多趣味で「登山」「カラオケ」「テニス」等々、社交的であったと言う。

53歳で、アルツハイマー認知症と診断される。

仕事で出ているのに「夫が居ない」と、近隣や親類に電話をかけまくった「健忘期」

周りに迷惑をかけては…と、定年まで5年残し、早期退職に踏み切った。

農作物を直売所に出していたが、今は、ようざん敷地内で「無人販売」をしている。

「会話が成り立たない」「前傾姿勢で歩行するのですぐ転ぶ」そんな「混乱期」

夫の介護負担軽減を目的として、同敷地内の「認知症対応型通所介護」を利用していたが、常に介護者がそばについている状態だった。

平成23年9月、てんかん発作を起こし入院の際、夫より、「先生や看護師さんは、知らないだろうけど、俺の顔見ると母ちゃんは、笑うんだよ！だから、家に連れて帰りたい。母ちゃんの事は、俺が見たいんだ」と訴える。

退院の日、夫は笑顔でこう言った。「病院だったらこのままだけど、家に帰ったら、俺の作った野菜を食べて、歩けるようになるんべ！」と…

取組み

私達はその思いに応えたいと、受け入れを決め、看護師を中心に、検討会を開いた。

重度介護状態であることから、内科医と精神科医の協力も得た。

- ① 夫に、病識を理解してもらおう事。(口からの食事はしない)
- ② 介護技術を学んでもらおう事。
- ③ 一か月後には、在宅での生活が再開出来る事を目標とする。

看護師が胃瘻からの栄養剤の注入方法を指導。

→写真つきのマニュアルを作成し、何度も繰り返し行った。

「もう大丈夫です。」と言われるまで、施設に足を運び、自ら出来るようになった。

次にベッド上でのオムツ交換。

S様は身長もあり職員でも大変であるが、職員と介助を行う事で上手に交換する事ができるようになる。

次に車椅子(リクライニング)⇄ベッドの移乗。

こちらも職員と実践を繰り返す事で出来るようになった。

愛の奇跡

検討会での予定よりはるかに早く半月ほど経ったところで初めての帰宅。

看護師も同行し、自宅には写真付きの胃瘻マニュアルを貼って準備万端。

初日でもあり、日中のみであったが、問題なく過ごせた。

5か月ほど経った頃には、週半分を在宅で過ごせるようになった。

ある日の連絡ノートに『りんご3口』、『プリン1／2コ』など口から食べている記録に気づき、職員はビックリ！

あわてて夫と連絡を取り事実を確認した所、「俺の前だと良く笑い、旨そうに食べるんだ。」と、軽く答えた。

あつけにとられながらの、再検討会を開き、施設でも、経口摂取を試みようとする医師に相談し、許可を得た。

S様の好物の柿をすり下ろした物、プリン、トロミ付きのお茶等をスプーン1杯から開始。

むせこみも無く、口をバクバクと動かしニコリと笑顔？

次はミキサー食で試してみようと昼食のみ食事提供する事に…

ただ、ミキサー食では、てんかん発作に似た不随意の「スス～」と吸い込む動作があり、時々、むせ込んでいた。

これでは、誤嚥のリスクが高いのでは？という意見が職員からもあった。

ならば、少し形があるものの方が良いのかと、粥と粗キザミとしたが、やはり吸い込む動作があり、むせてしまう。

やはり、プリンかゼリーが限界と思われた。

そんな折り夫から「俺の作った大根をおでんにしたら、一皿食べた」と報告があり、

またまた、びっくり！

…いや？待てよ？

最近、担当の看護師が「口腔ケアの際、歯ブラシを噛むので、もしかしたら『歯ごたえのある物』の方が、S様にはあっているのでは？」と言っていたことを思い出す。

そうだ、S様は口の中に物が入ったのがわかると口を動かし歯できちんと噛む。

舌を上手に動かし、食塊を作り、しっかりと飲み込んでいる。

粥ではなく、米飯でも大丈夫ではないか？

おかずも「一口大」で大丈夫ではないか？

常食のまま提供し、介助者が本人にあった大きさに刻み、口に運ぶと、上手にたべた。

もちろん、胃瘻での水分補給の併用はしているが、昼・夕とも常食となっている。

血液検査で、ナトリウムが低いと指摘されると、梅干しも手作りしてしまう夫。

その梅干しを口に入れると、酸っぱそうにする顔もかわいい。

キスの前のエチケット

臥床期の方が、常食を食べられるまでになるには、もう一つの協力があつた。

夫が面会するたびに、S様を愛おしそうに見つめ、話しかけると、本当に笑顔になる。

時には、夫が妻の頬に「チュ」とする姿を見てしまった職員が、気を利かしそっとその場を離れた。

などと言うエピソードもあるほど仲が良い。

…ならば、「綺麗な奥様」になって頂こう！

退院後のS様の、唇はカサカサでリップクリームを塗ってもあまり効果が見られない。

年齢も若く、全部自歯であるが、ヘビースモーカーであつたらしく、煙草のヤニで茶色く変色していた。

そこで、施設の協力医である、歯科医に「歯を白くしてください。」と依頼した。

繰り返し行って頂きながら、歯ブラシに酢水を湿らせて、口腔内ケアを行う事を、歯科衛生士の方から、職員一人々指導を受けた。

当初は、舌苔や頬の内側が、乾燥していたが、徐々に歯が白くなるだけでなく、口腔内がしっとりしてきた。

唇のカサカサもなくなり、自ら舌を出したり唇を嘗め回したりするような仕草や歯ブラシを噛む力もはっきりとある。

色々な表情も見られ、時々、声を出したり「言葉？」を発したりするようになった。

口腔ケアの効果に驚き、必要性を感じた。

考察

胃瘻の方でも、経口摂取を行えるようになった事例は、すでに前例があつた。

今回も、「出来るのではないかと」と、職員間で話し合われていたが、これほど早く、しかも「常食」と言う形になるとは、思ってもいなかった。

夫の「どうしてもおれが妻の面倒をみるんだ、一緒にいて妻の微笑む顔が大好き！それがおれの幸せなんだ。」

「無謀」とも言える夫の行動に、後押しをされているような進み具合であった。

また、口腔ケアを繰り返す事で、唾液の分泌や口の動きを活発になった。

口腔ケアをしていなかったら、ここまで食べられていなかったであろう。

また、夫の強い気持ち(愛)の力に感動すると共にそれに応えようと取組んだことで、キセキもおきるんだと実感した。

まとめ

今回の事例を通じて気付いたことは、私たちは、在宅介護を支援しているのだと…

「本人が、口を動かし何か食べたそうにしていれば、食べさせてやりたい」そう思うのは、家族としては自然なこと。

一日でも長く、介護者が「満足のいく介護」が、出来る事。

それを支援していく事が、私たちの生業なのではないだろうか。

愛する妻をよく理解している夫の協力があるからこそ、今のS様の生活がある事を！

愛の力、信じますか？

A 様の楽しみを見つける

グループホームようざん飯塚

塩崎 航平

<はじめに>

グループホームようざん飯塚では理念の一つである「家庭的で心地よい環境作り」を大切に、様々なニーズに答える事が出来るよう日々動いており、心身共に健康で充実した日常生活を過ごして頂くことを目的としています。

しかし1名、なかなかホールへ来られず居室にこもってしまう A 様がいます。ただ、無理にホールへ出て来ることは本人の望む事ではなく、居室にて快適に過ごす事が出来ないか？と検討した結果、A 様好みの居室を作っていくことにしました。

A 様が望んでいることを探り、楽しみはなにか見つけたいと思い今回のテーマにしました。途中経過ではありますが、そこで私たちが気づいた事を報告します。

<入居者様紹介>

氏名:A 様 86歳

性別:男性

要介護度:1

既往歴:認知症 頬骨骨折 左膝蓋骨骨折

〇〇市で生まれる。結婚してから2男に恵まれる。結婚後 A 様の父が経営されていた、お総菜屋を引き継ぎ、自分の町の商店街やデパートの食品売り場にてお惣菜売りをしていました。

A 様の唯一の楽しみが、動物の世話をを行うことでした。家では、ハトや金魚を飼っていた。頑固な性格だった A 様は、自分以外の人に生き物に手を出させず、金魚鉢を買ってあげようとしても「発泡スチロールでいい！」と断るタイプの人でした。そのような性格から、皆といるよりも一人である方が好きでした。

5年程前の秋にA様が外出先より血だらけで帰ってきました。自転車で転んだとの事で病院に連れていくと足の骨を折っておりしばらく入院していました。今にして思えば認知症状の始まりでした。入院前に比べると著しいADLの低下がみられ、また A 様の妻は既に認知症を患っており A 様と妻の二人だけで日中過ごすのは息子さんにとって安心して仕事も出来ないため、夫婦でグループホームようざん飯塚に入居しました。

<経過>

利用当初、物静かな性格で人見知りの性格もあって、他の利用者様とのコミュニケーションが取れず、又、スタッフとの構築もうまくできずに孤立されている事が多く、一日のほとんどを居室にて過ごされています。

原因としては、A 様は施設利用開始するまでは気ままに過ごしてきた事や、他の入居者様の認

知度が高く、妻との会話もままならない事もひとつと考えられました。

レクリエーションの一環で行っている歌、製作、ドライブ等については全く興味を示しません。“私
はいいです”と強い拒否で居室に籠ってしまいます。

スタッフもどのようにしてアプローチして良いのかも分からず半ば諦めかけていました。

そんな日々を送っている中で、A様の笑顔を見る一瞬があることに気付きました。

居室で過ごされているAさんを観察させて頂こうと訪室した所、どうしたの？と迎え入れてくれる。会話を進めていく中で、息子さんとの話題を振ると、普段は口数が少ないA様だがその時ばかりは満
面な笑顔で楽しそうに話をされているA様がいました。「昔はよく息子と川で遊んだ」「毎朝一緒に
散歩した」と昔を思い出したようで話も弾み、盛り上がりました。A様は孤独を楽しんでいるのではな
い、きっかけが欲しいのだと。そこで感じた事はコミュニケーションを取るのにはホールだけではなく、
本人にとって安心できる場所(居室)と気付かされました。

さっそくその事をスタッフへ報告し検討会を行いました。

そこで居室の雰囲気を変えたらとの意見があり、ならばと、家族の方からより馴染み深い写真やポ
スターを持ってきて頂いて、プライベート空間作りを行いました。もちろんA様の了解のうえ行いま
した。

居室の雰囲気を明るくしようと観葉植物を用意したところ、みずから花の水を用意して毎日花に愛
情を注ぎ、我が子のように成長を楽しみにしている様子を見られました。

観葉植物を置いて変わった事として、普段居室にいる事が多いA様が水汲みのためにホー
ルによく顔を出すようになり、スタッフを見つけては観葉植物の成長ぶりについて報告が
あり話だけでは終わらず、見てもらいたいようで毎日スタッフを居室に招いてくれました。
その時に「居室にテーブルと椅子の用意をして下さい。」と言われ、どうしてか尋ねると、
「いつ誰が居室に遊びに来てもし良いように」と笑顔でおっしゃっていた。

数日後、観葉植物を片手にもったA様が「だいが育ててきてから皆に見てほしい」との事
でした。立派になった観葉植物を見た他の入居者様も「すごいね！」「ここまで育てるのは
苦勞するよ」と褒められとても嬉しそうな表情でした。

現在はホールに置いてある金魚にまで興味を持って頂け、食後は必ずと言っていいほど水槽をず
っと眺められていたり世話は誰がしているのか聞いたり、熱心な様子です。午後になると「金魚が
腹空かしているから餌をやってもいいかなあ？」と職員に尋ねてきている様子もあった。現在、毎日
日課として取り組んでいます。

<考察>

今回の課題を通して、入所当時には何事にも無気力だったA様が今現在では自ら食前の体操を
行ったり、外のガーデニングコーナーに水やり、居室の掃除掛け、タオル巻をして頂いています。
A様が楽しみを持つことにより変化が見られ、自然体な姿が見られるようになり、進んで色々な事に
興味を持って頂けた事で、そんな関係の中から生きがいとへと変わり『やる気、活力』を引き出すと
いう良い効果が得られました。

当初は、スタッフ間で対応の仕方などが難しいと肯定的な意見が聞かれました。

しかし、A様の事を知り、関わる事で距離も近くなり、信頼関係が生まれたと思います。A 様からの要望として他にはどんな花があるか知りたいなど、部屋に飾る風景画などあれば教えて欲しいと多くの関心を持つようになりました。これは、レクリエーション的な楽しみを持ち、心身の向上といった効果も得られていると思います。私たち職員は、その方が楽しんで取り組んで頂ける事を見つける事によって、“笑顔”“やる気”“楽しむ事”により、喜びや充実感を味わうことができると実感させられました。今回の取り組みから精神機能、身体機能への双方へプラスの効果をもたらす事が判明しました。そして、効果を上げる為には働きかけが必要であり、入居者様の事をよく知る事が重要な手掛かりになると感じました。

<まとめ>

今回の取り組みから今後の課題や改善策となるヒントなど得る事ができました。以上の事から、より良いサービスを提供するにはその方の事を良く知り、今の姿を見るのではなく、過去の生活背景をよく知ったうえで、その方の、声に耳を傾けその声をサービスにつなげていくことが重要であると認識しました。今後もグループホームようざん飯塚の理念に沿って『家庭的で心地よい環境作り』を目指していきたいと思えます。

ユニットケアの迫及～一人一人の個性を見つめなおして～

ショートステイようざん並榎 田中 智也

<はじめに>

ショートステイとは、家族が冠婚葬祭などで一時的に介護が出来なくなった時や、介護負担軽減目的で一時的に利用する施設です。主に短期間の利用なので、基本の生活スタイルは家庭にあります。「起きる・服を着替える・ご飯を食べる・・・」これら生活リズムは十人十色。しかし施設ではどうでしょうか。決まった時間に起床し、決まった日に入浴をする、そういった施設が多いのが実情です。そこで、ショートステイで出来る家庭での生活、一人一人の生活リズムを施設内で再現できないか取り組みを行いました。

<ユニットケアとは>

ショートステイようざん並榎ではユニットケアを採用しています。

ユニットケアとは利用者様一人一人の個性や生活リズムに沿ったケアのことを言います。高齢者施設のユニットケアの誕生の背景は病院であり、決まった時間に食事、排せつ、入浴など時間の規律を設ける運営になっていました。しかし時間の規律を設ける生活から「個」を尊重する時代になった昨今、ケアの視点も従来のものではなく、「個」にむけられたものにすべきではないかということで始まりました。10人1単位ショートステイようざん並榎では何が出来るか、利用者様にとってあたりまえな生活とは何でしょうか。

そんな思いの中、ユニットケアの取り組みとして「食事・住環境・利用者様の生活リズム」に着目し改善を行ってきました。

<取り組み①>

まず食事に着目しました。利用者様は台所で包丁片手にトントントン・・・お味噌汁のいい匂い、匂いにつられて家族全員で集まって食事の時間。こんなあたりまえの家での生活にショートステイようざん並榎でも近づけることはできないだろうか？そこで、取り組み1つ目として、以前は厨房にて調理・盛り付け業務を行っていたものの中から、ご飯・味噌汁をホールに移し利用者様に五感を感じてもらえるようにしました。また、盛り付けの際カートと炊飯ジャーを利用者様の前まで持っていき「このくらいいいですか？」などと質問し利用者様自身にご飯の量を調整していただくようにしました。

<経過>

今まで厨房がホールと離れていたためできなかった、利用者様に味噌汁を作っていただく、お皿を洗うといった作業が増え、自ら「何か手伝いましょうか？」と仰ってくださる方まで出てくれるようになりました。また、家事に参加できない方でも職員が目の前で作業をすることで「ちゃんとできるかな」と心配顔をする姿も見られました。

食事を配ると「今日はあんまり食べたくないや」「もっといっぱい入れて！！」といった声も聞かれるようになりました。

< 取り組み② >

次に住環境に着目しました。ショートステイのイメージを「団体的生活」から「家庭的な生活」を目標に利用者様にとって居心地のいい空間作りに着手しました。具体的な取り組みとして①ホール内にリビングコーナーの設置、②畳スペースの設置、③時計、制作物などを利用者様の視点に下げるといったことを行いました。

< 経過② >

食事後ソファや畳スペースへ移動し、TVを観たり他利用者様と会話する機会が必然的に増えました。利用者様と職員と一緒にお茶を飲んだり洗濯物をたたむ姿はまるで親子の関係となり、家庭的なほほえましい光景が見られるようになりました。また掲示物やカレンダー・時計などを下げることによって、今まで興味を示さなかったものに目を向けるようになったり、カレンダーを見て日付や曜日を確認する姿が見られるようになりました。

< 取り組み③ >

3つ目に利用者様自身の生活スタイルに着目を置きました。集団的生活から個性を尊重した取り組みを行いました。そこで活用したのが24時間シートです。

< 24時間シートとは >

24時間シートとは利用者様一人一人の一日の暮らし方の詳細を得て、知るためのツールであり、チームケアを行うための職員間での情報共有ツールです。利用者様の24時間の生活時間の流れに沿って本人の意向や嗜好・家族の思いを詳細に聞き取り、それをもとにショートステイでの生活とすりあわせサポートすべき点を見つけ出すことが一般的なアセスメントとは異なります。

24時間シートを利用した取り組みとして、長期入所の各ユニットのA様、B様1名ずつの24時間シートを作成し実施しました。B様は取り組みの際ADLの低下がみられ再度検討を要することとなりました。なお、A様B様の24時間シートは別途資料になります。

今回24時間シートをもとに行ったケアの取り組みとしてA様の事例を紹介します。

< 利用者様情報 >

事例対象者：A様 昭和10年7月生まれ 78歳

既往歴：前頭側頭葉変性症（意味性認知症）

生活歴：沖電気に長年勤める。平成15年頃からももの名前が出てこないことがあり、平成19年に語義失語症と診断されました。なお第2回SD双葉事例発表会対象者の方です。ショートステイようざん並榎には平成24年7月より利用されています。

<取組前のA様の様子>

入所時より表情に活気がなく、日中は食事の時間以外は居室のベッドで横になっている、盗食・異食など食事以外のことにはまったく関心を示しませんでした。

<A様の24時間シート>A様の24時間シートは別途資料になります。

24時間シートを記入しカンファレンスを行うと、家では規則正しく生活しており、毎食後1時間散歩に出かけていたとのこと。またご家族からの聞き取りから大のドライブ好きということがわかりました。そこで今回ここに着目し家庭で行っていた生活の一環として、毎食後職員と一緒に散歩を行う、車に乗ることが困難だったA様に対して今まではあきらめていたドライブに声かけし、車に乗ることを習慣化させる取る取り組みを行いました。

<経過>

取り組み以降、居室内中心の生活スタイルだったA様から、メリハリのある生活が生まれ、離床時間が増えたことに職員一同驚きを隠せません。

表情も豊かになり、「わからない」「ダメ」しか発語が見られなかったのが、職員のジェスチャーにA様なりに応えるようになりました。今では一番の外出好きにまでなりました。また、面会に来た奥様に「ここに座れ」とばかりに奥様に椅子をすすめたのです。奥様は大喜びでした。

取り組みの中には失敗したものもありました。ドライブ好きになったA様に今まで好きだった考古学・歴史に携わる博物館等に出かけても見向きもせず素通り、パソコンなどにも全く関心を示さず、今後これらに関心を示し、どのようにすれば懐かしんでいただけるのか、今回のケアの取り組みにて見つけた課題でもあります。

<考察・まとめ>

今回の取り組みにおいて、ユニットケアに必要なこととして①少人数ケアを作る。②入居者が自分の住まいと思えるような環境を作る③今までの暮らしを続けてもらえるような暮らしを作る④24時間の暮らしを保障する仕組みをつくる、以上の4点が挙げられることが分かりました。これらが整うことでユニットケアの取り組みが行えるのです。

ショートステイは暮らしの場ではありません。しかし、利用者様一人一人が居心地のいい空間、個性を尊重した生活リズムに近づけることで、また来たい利用したいと思っただけのようなショートステイようざん並榎独自のユニットケアの追及・実践を行っていきたいと思います。

参考文献 中央法規出版株式会社 秋葉都子編集

「個別ケア実践マニュアル ユニットケアで暮らしをつくる」

A様 24Hシート

時間	自宅での生活リズム	現在の生活リズム	意向・好み	今後の生活リズム	自分でできる事	サポートが必要なこと
000						サボートが必要なこと
100						
200						
300						巡視 ハット交換
400						巡視 ハット交換
500						巡視 ハット交換
600		起床する		起床する	トイレに行き更衣する	<p>＜排泄＞日中・夜間共リハビリ・ハット使用、トイレまで誘導すると排泄動作は可能。電気の高灯・消灯、トランプは出来る。</p> <p>＜更衣＞更衣箱がわからないため声かけ・見守りが必要。一部介助。</p>
700	起床する 歯磨きをする	トイレに行く・お茶を飲む	電動歯ブラシ使用		＜移動＞歩行は自立。テーブルの自席の場所は認識できる。	<p>＜移動＞居室は時々わからなくなり、声かけ誘導が必要。</p> <p>★ホール内ではスリッパ使用、外出時は運動靴を使用。</p>
7:30	朝食を食べる		和食が好み	顔を拭く ヒゲを剃る		<p>顔を拭ける。ひげそりができる。</p>
800	散歩をする	朝食を食べる・服薬する 歯磨きをする・トイレに行く	1時間ほど散歩	朝食を食べる、服薬する 歯磨きをする	<p>＜食事＞基本自立、スプーン使用、主食：粥・副食：極少量、自己のペースで召し上がる。</p> <p>＜口腔ケア＞水を飲むことはできる。</p> <p>＜服薬＞薬の理解が出来ないため服薬介助。服薬できただけ確認必要。</p>	<p>＜食事＞飲み付け・配膳</p> <p>＜口腔ケア＞基本介助。歯磨きそのものを理解できない。つらさが理解できず水は飲んでしまふ。</p> <p>＜服薬＞薬の理解が出来ないため服薬介助。服薬できただけ確認必要。</p>
900		ベッドで横になる		トイレに行く		<p>★日中は居室で寝て過ごすことが多い。天気の良い日には散歩にでかけるが付き添いが必要。</p>
1000	おやつを食べる・コーヒーを飲む	お茶を飲む トイレに行く	おやつは甘いものが好き（チョコレート） コーヒーはミルクと砂糖入り	お茶を飲む		お茶の提供
	PCや読書・音楽鑑賞をする		音楽はクラシックを聴く	散歩に行く		散歩の付き添い・本の提供（好きな物を選んでもらう）
11:30		朝食を食べる		朝食を食べる・服薬する		
1200	朝食を食べる	歯磨きをする・トイレに行く		歯磨きをする		
1300	散歩をする	ベッドで横になる	1時間ほど散歩	トイレに行く・散歩に行く		散歩の付き添い
1400				入浴する（週2回）	＜入浴＞洗体できることもある。	<p>＜入浴＞1人介助にて対応。洗髪介助。洗体は一部介助。</p>
1500	おやつを食べる	おやつを食べるお茶を飲む		おやつを食べる		おやつと飲み物提供
1600	PCや読書・音楽鑑賞をする	ベッドで横になる		散歩に行く		散歩の付き添い
1700	散歩をする	トイレに行く	1時間ほど散歩	トイレに行く		
17:30		夕食を食べる		夕食を食べる、服薬する		
1800		歯磨きをする		歯磨きをする		
18:30	夕食を食べる	トイレに行く		ホールにてTVを観る		
1900		就寝する		トイレに行く・ハシヤマに更衣する	声かけと見守りでハシヤマ更衣ができる。	ハシヤマ更衣時、声かけ見守り。
19:30	入浴する		毎日 風呂好き（ぬるめの湯）	居室に戻り、就寝する		声かけにて居室誘導。臥床するまで見守り。
2000						
2100	就寝する		ハシヤマは自分で選んで着用			巡視 ハット交換
2200						
2300						巡視 ハット交換

「私は一人で大丈夫」～そのこだわりを支えて～

ケアサポートセンターようざん貝沢

鈴木貴子

*はじめに

ケアサポートセンターようざん貝沢(以下、ようざん)は、通い、泊まり、訪問を柔軟に組み合わせ、利用者の在宅生活を支えて行くサービスを提供する小規模多機能型居宅介護施設です。さらにその利用者を介護する家族を支える役割があります。

利用者の状態と家族の思いは、日々刻々と変化し負担も重くなっていくのが現状です。今回の事例は、在宅での暮らしを継続したいご本人と、その思いを尊重することが何よりの優先事項として頑張った家族の2年間の葛藤とようざんの支援経過をここに紹介します。

*事例紹介

名前 A様 97歳 女性 要介護3(H25 6月現在)

障害高齢者の日常生活自立度 A2 認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa

既往症 左大腿部頸部骨折 腰椎圧迫骨折 高血圧 高脂血症 骨粗鬆症

家族構成 一人暮らし 市内に長女(70歳) 千葉県に次女(69歳)

*生活歴

岐阜県に8人兄弟の長女として生まれ、5歳の時、現在の家に引っ越す。昭和16年に満州鉄道の職員であった夫のもとへ嫁ぎ、2女を授かる。満鉄社員の家族としての生活は安定したものであった。しかし幸福な生活は長続きせず、夫は招集され戦地に赴く。

終戦間際の混乱期、幼な子2人を連れ、日本に帰国。T市の弟の下に身を寄せS金庫に職を得るが、まもなく夫戦死の報を受ける。女手一つで2女を育てながら定年まで勤め上げ、その後は戦争遺族会の役員を92歳まで約30年間精力的に活動する。この経験が本人の誇りとなって今日を支えている。

*支援経過

●H23年10月 介護1 サービス開始

《長女》 96歳と高齢であるが、本人は一人暮らしを望んでいる。その気持ちを尊重したいので、今の状態が維持できる限りサービスを利用しながら、在宅での生活を支えて行きたい。

《A様》 「私は一人で大丈夫。」住み慣れた家でこのまま生活していきたいのでよろしく願います。

《ようざん》 本人の望む通りの生活が出来るよう、通いと訪問のサービスを組み合わせて支援して行きます。一緒に頑張りましょう。

《経過》 通いと訪問を組み合わせたサービスを開始する。通いの日は、端然と座り新聞や雑誌を読み、利用者とは会話している事は滅多にない。訪問の日は殆んど寝ていることが多く、声掛けにて起こし、昼食を促す状態であった。

●H23年11月 サービスの変更

《長女》 通いの日の朝になると急に「今日は行かない」と言い出す。何が嫌なのかと聞いても特にない。本人は人の中にいるときちんとしていたいのでは疲れののではないかと思う。これからしばらくは訪問のみでお願いしたい。

《A様》 食事もおいしいし、職員さんは良くしてくれる。これといって問題はないが、朝早くに出掛けるのが少し億劫。

《ようざん》 毎日の配食、安否確認のサービスとしましょう。来なくなったらすぐに迎えに来ますから言って下さい。

《経過》 なかなか通いサービスにはつながらない。電話で訪問サービスに変更することが多くなる。訪問時は、寝ている事が多いが、体調に変化はない。会話好きでとりとめもなく話すため食事が摂れない事が多い。隣室にて待っているようにする。

●H24年2月 再びサービスの変更

《長女》 認知も進んできているため、一人で置いておくのは心配だが、本人はまだ家に一人で大丈夫と言っている。母にとって朝は苦手なので11時の迎えで通いを再開してもらいたい。週3回の訪問も11時にしてもらいたい。その時行きたいと言ったら通いに変更してもらいたい。勝手にいって申し訳ない。実は母としては、ようざんに来る人たちは、「自分とは違うかわいそうな人達」と思っている所があるのです。一日中、一人一人を観察して、私(長女)に話をしてくれます。

《A様》 前の日に行くつもりでいても朝になると億劫になってしまう。わがままで申し訳ないが好きにさせて下さい。

《ようざん》 11時に昼食を持って伺います。その日の気分で在宅でも通いでも変更はできます。好きな方で過ごして下さい。

《経過》 本人の感覚では、訪問の11時は早朝であるらしく、「こんな朝早くから、来て頂いてすみません」と言われる。イベントのある時には、通いに変更する事もあるが、家族の説得と、A様なりの覚悟があるとみられる。

●H24年3月 家族より相談 長女宅にて

《長女》 ベッドから落ちて腰を打った。もう一人では置いておけないと家に連れて来たが、生活スタイルが違い過ぎて同居は無理と感じている。夜は全く寝ないで食べ物を探し歩いている。灯りを点けっ放しにしてベッドで食べ散らかしている。こちらも「もう少しきちんとして」と口うるさく言うってしまう。これからどうしたらいいのか分からない。本人の気持ちを聞いて欲しい。

《A様》 いずれは娘の世話になることになるだろうが、まだ気ままに一人で暮らしたい。娘の家は居心地がいいが自分の家ではないので娘以外の家族にも気を遣う。

《ようざん》 本人の気持ちを尊重する方向で支えて行ければと思う。福祉用具を検討し、安全に在宅生活を送れる工夫をしましょう。

《経過》 変更申請により介護2となり、福祉ベッドを貸与し自宅に戻る。約半年、訪問中心で、たまに通いの日が続く。自宅内では、トイレやダイニングへの移動は伝い歩きで出来ている。

●H24年9月 連絡ノートでの情報の共有

《ようざん》 毎日訪問しているが、ここに来て夏バテか？食欲、体力が落ちている。定期的に通いできればいいが、本人の望む生活を優先にし、連絡ノートに気付いた事を書き記して行くので、健康面に十分留意し連携を密にして行きましょう。

《長女》 よろしくお願ひします。

《A様》 ようざんさんがお昼に来てくれて、娘が夕方に来てくれて、とても助かります。

《経過》 訪問職員より、食事量が減っているとのことで、ご家族への報告となる。家族と話し合い、連絡ノートに定期受診や自宅での様子を記載して頂き、ようざんからは昼間の様子、バイタル、会話の内容などを職員が記入して行く。家族とA様と職員との情報の共有が出来る。

●H24年10月 相談

《長女》 母は入浴も声掛けと見守りである程度できる。年の割にはまだしっかりしていると思うが、自宅ではお菓子を食べ散らかしたり、着替えなかったり、とにかく面倒くさくなって何もしない。だらしのない生活をしてほしくないの、私がああしてこうしてと涙ながらに訴えると「わかった」と言うものの返事だけでやろうとしない。私の怒りに怒りで応える事はなく、「はいはい」と言うばかり。私は自分自身が嫌になってしまう。こんな状態では同居してもお互いにストレスになるだけと思う。

《A様》 夜はよく眠れるし食事はおいしいし、体もどこも悪くはない。

《ようざん》 本人の好きな所で好きなように生活してもらえばいいのでは？食事や入浴などの出来ない部分を補って、住み慣れた家で快適に過ごして行くことが本人にとって幸せならその生活を支えて行く。これから先、在宅では無理な時が来たら改めて皆で考えて行きましょう。

《経過》 夜は殆んど寝ていないが、A様はぐっすり寝ていると言っている。人には迷惑をかけていないと思っている。身体介護は、見守り、声掛けである程度自立している。長女の「生活スタイルを変えてほしい」と言う欲求には、無言の拒否がある。この件に関しては、次女との意見の相違が見られる。この時期、ようざんでは習字、読書を好んでいる。

●H24年12月 年末から年始を長女宅で過ごす

《長女》 認知が進んできているし寒いので一人では置いておけず連れて来たが、生活は相変わらず。一晩中起きている、トイレに何回も行く、電気も暖房も点けばなしでベッドに座って何かを食べ続けている。このままの生活スタイルでいいのだろうか？眠剤を使ってみるとかはどうだろうか。

《A様》 私は寝る事の名人でどこでもぐっすり眠れます。娘の家でも同じです。でも娘宅は正月でお客にきているだけ。生活の基盤は自宅にある。まだ一人で大丈夫。

《ようざん》 本人の生活スタイルを尊重して行きましょう。

《経過》 医者より眠剤は、転倒の危険性がある為、却下される。正月は長女宅で、日中を過ごし、夜はようざんで過ごすという生活となる。毎日、長女と職員が説明することですんなりと受け入れられた。

●H25年1月～2月 体調悪化に伴い次のサービスの検討が始まる

《長女》 健康状態が日に日に悪くなってきた。認知も進みこの冬をここで乗り切れるか心配。し

ばらくは次女が泊まり介護して行く。ようざんで泊まりのサービスを受けたい。将来的にはグループホームも検討したい。

《A様》 自宅がいい。ようざんや娘宅は嫌ではないが気を遣う。

《ようざん》 本人の為というよりは娘を休ませるために週1泊くらい泊まってもらいたいと言うのはどうか？グループホームは申込みをしておいて自宅以外に泊まることに慣れて行くように。

《経過》 次女の献身的な支援のお蔭で、2週間ほどでA様は体調を回復される。長女は、生活があり家族の世話をする必要があるからと、A様にも泊まりをお願いする。自宅で過ごす時は、加湿や空調の管理を徹底し、健康状態に十分配慮する。同時にグループホームの見学に行くも「ここは母が気ままに暮らせる場所ではないような気がする」と申し込みには至らなかった。

●H25年3月 相談・認知の進行

《長女》 朝早くに電話で「目が覚めたら誰もいない。不安だ、お腹が空いた、すぐ来てほしい」と言う。行ってみる、と調理してない野菜などを食べようとしている。「〇子(次女)がいない。2階にいるのか、外で争う声が聞こえた。「やくざに連れて行かれたのではないか」「日本は戦争に負けたらしい」などと妄想が出現している。叔父に相談したら「もう一人では無理。次の段階を考えた方がいい」と言われたが、本人の思いを尊重したい。何かいい方法があれば自分なりに頑張ってみる。

《A様》 この家にこだわりがあるわけではない。一人では寂しいし不安もあるが長女も次女も一緒に住むのは難しい。誰かがいればここで生活できる。

《ようざん》 認知は進んでいるが外に出て行く事もなく、他に迷惑をかけるでもない。泊まり、訪問を増やし、自宅にいる時は要所要所に張り紙などして、混乱を防いでいきたいと思います。

《経過》 次女が来ていた時の、心地よさが忘れられず、帰ってしまったことにショックで、探し回っている。「〇子は千葉に帰りました。また来ます」と張り紙をしてもらおう。この頃から、泊りを少しずつ増やす。長女が行けない時は、夕食の配食と安否確認をする。

●H25年4月 介護3

《経過》 宿泊を週2回入れるが本人同意が得られず変更がたびたびあった。「私が泊まるのはどのような理由からか説明して欲しい、納得がいけば泊まることに同意する。」と理路整然と言われるが、同じ説明を何度も繰り返す事になり、電話で娘さんに依頼する事も。最終的に娘さんに用事が出来たとか風邪をひいたからなど理由付けをすると、娘の為ならと、納得する。

●H25年4月19日 入院

《経過》 尿路感染と誤嚥性肺炎を併発し熱発。救急搬送される。夜間に食べ続けること、眠れない事、口腔ケアをしないことなど生活の乱れが原因ではないかと思われる。誰かの見守りの中、規則正しい生活をしていく必要がある。医師を交えてこれからの相談をする。入院中は、終日家族が付き添い、精神的には安定していた。

●H25年4月25日 退院 施設変更を前提にサービスの変更を検討

《経過》 来年開設予定の高齢者専用賃貸住宅の入居を前提としたサービスの変更を検討。週2日の泊まり利用を再開する。自宅にて過ごす時には娘が泊まりこむ。

《家族》 本人に納得するように説明は繰り返し行いが、もう本人の希望より健康で安全に過ごし

てもらふ事を優先したい。開設される高齢者専用賃貸住宅に入れるまで頑張っていくつもりです。

《ようざん》泊まりに慣れてもらふよう努力していく。本人の話は傾聴しながら娘さん達の思いも伝えて行きたい。入居できるまではこのままのサービスで乗り切りましょう。

●H25年6月現在

《経過》週2回の泊まりを含めた、4日間の通い利用と週3回の訪問配食サービスを継続中。ようざんでの泊まりのない日は長女が夕方入りし、泊っている。月の1週間くらいはT県の次女が泊まりがけで来てくれる。一人でいる時間はごく僅かとなり、皆の連携プレーで安全な生活リズムが出来てきつつある。自宅は老朽化が進み、もう住み続ける事は困難になっていることを本人も理解している。新しい住居が出来たら移り住むことを繰り返し説明し、納得してもらっている。まだ「なぜここに泊まるのか、納得できるよう理由を説明して欲しい」と詰め寄ることはあるものの徐々に少なくなってきた。

*家族の気持ち

母の介護に関わり、8年になりました。親の介護は、型の上では、親子関係が逆転します。人格を尊重しながら、安全に生活を支えて見守る事はわかっている、さまざまな感情がコントロールに悩まされます。

でも、介護のプロの「ようざん」との出会いは、安心の連続でした。最初のころの不安やいらいらは、今は何でも「ようざん」に聞けばよい！分からない事は教えてもらえばよい！一人ではないんだという家族の安心が母にも伝わり落ち着いています。

365日、いつでも・・・ようざんの対応が本当にありがたいと思っています。母には長生きしてもらいたいです。(父の分まで)

*まとめ 考察

A様はこの秋で98歳になります。ようざん利用開始当初から在宅へのこだわりを持ち続けてきました。大きな声を上げて自己主張するわけではありませんが、「私は一人で大丈夫」というそのこだわりは終始一貫したものでした。戦後60年余り、自立した半生を送って来た女性の矜持の表れでしょうか。

家族はあくまでも、その気持ちを尊重したいとA様の望む生活を支え続けてきました。

時に悩み、怒り、涙ぐみながらも、その根底には母親に対する深い愛情を感じました。

この2年間、家族は何かあると必ず私どもに相談に来てくれました。サービスは見直しと変更の連続でしたが、いつでも知恵を出し合い「本人の良いうように」考えて決めてきました。

今回、高専賃への入居もご本人を含めた決定事項ではありますが、その時になってみなければどうなるか分からないというのが本音でもあります。それでも家族は、本人の気持ちに重きを置くことでしょう。そして私たちは、その家族と本人を理解する努力をし、これからも支え続けて行くことが仕事であると思っています。

ケア リフォーム CARE REFORM

～革新～

ショートステイようざん

久保庭 瑞基

はじめに - start -

人は歳をとり、誰もがいつか「介護」という門を叩く時がくる。

そんな時、自身（あなた）に対してもう一人の自分（あなた）が必ずこのように訊いてくるだろう。

「もしあなたなら、どんな施設（サービス）を選びますか？」

当然時代は変化し、人もまた変化する。そしてニーズもまたさらに変化していくことが予想される。

人は一生を幸せに過ごす権利があり、そしてまたその権利を守るのが福祉の役割である。

では一体私たちはこれから何を準備しなければならないのか。

新時代に向けて、現在の福祉サービスを“革新”していく・・・

目的 - goal -

新時代が求めるニーズに先回りし、新サービスを確立及びモデル化を目指す。

取り組み - action -

- 家族会を開催（ニーズの抽出・決定） H25. 5. 10～5. 12

家族会を通し、まずは現世代及び次世代が求めるサービスニーズを模索し、発見することから始まる。

開催日時

5月10日、11日、12日（3日間）

第1部14：00～ 第2部19：00～

開催内容

- ① 事業所紹介 ～ショートステイようざんを知ろう～
- ② 認知所サポーター養成講座 ～認知症って何?～
- ③ ご家族意見交換会 ～あなたが求めるサービスとは?～

開催結果

出席者：20名（70意見）

総勢20名の方が口を揃えて言ったこと、それは

「お金には糸目はない」

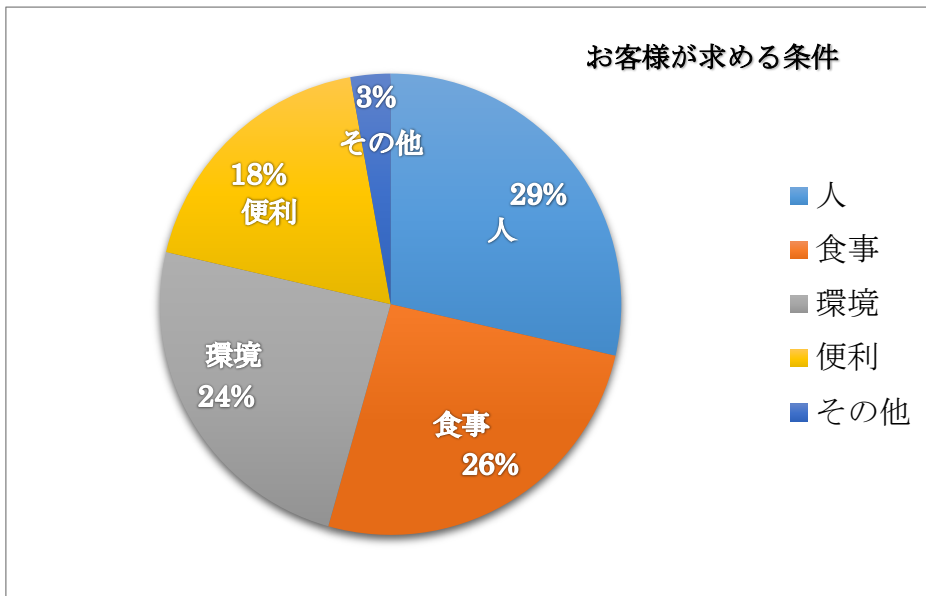
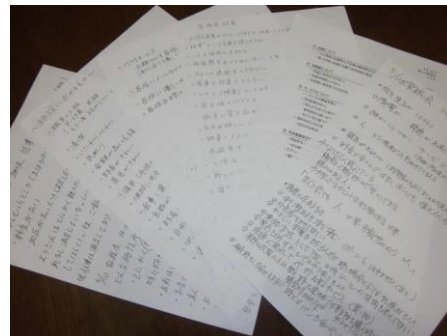
「これからは質」

「様々なオプションサービスを用意してほしい」

という意見（傾向）を前提としてこのような結果（取り組み）が導き出された・・・



- reform I : 食 ～food service～
- reform II : 環境 ～room service～
- reform III : 人 ～human service～
- reform IV : 便利 ～male service～



その他の意見（一部）

寝る時のパジャマを選びたい	送迎車を選びたい
運動できる設備が欲しい （フィットネス・プール）	野菜作り（貸出農園）
映画館がほしい	どんな時間でもどんな場所でも行きたい

■ サービス開始（サービス調整・提供） H25.6～8

ご家族様からご提案頂いたニーズに限りなく沿ったサービスプランを検討し、企画・開始に至った。

■ reform I : 食 ～food service～

「おいしくて、特別感のある食事サービスがある施設を選びたい。」

「お金は出すから、うちのお母さんにいいものを食べさせてあげて。」

～ご家族コメントより～

毎月1～2回 完全予約制 “bistro 鷹山” をオープンし、ディナーコース式のフードサービスを導入する。

■ reform II : 環境 ～room service～

「どうせ泊まるなら綺麗でオシャレな部屋で過ごしたい。施設っぽい部屋は嫌だわ。」

「初めてショートに泊りに行かせるなら、いい部屋で過ごさせてあげたい」

～家族・利用者コメントより～

契約時やサービス利用時等、ご家族様・ご本人様より随時ご依頼があった際に、“スイートルームタイプ” でのお部屋に変更可能なシステムを導入する。

■ reform III : 人 ～human service～

「何と言っても“人”が第一印象で良ければもう一度来たくなる」

「職員の質を高めてほしい」「接客が一番でしょ！！」

～家族・利用者コメントより～

介護施設離れしたハイクオリティな接客をマスターする為には、プロによる指導を頂くことが重要と考え、アルカーサル迎賓館に依頼を申し込む。ウェディングプランナーから支配人へと話が進み、支配人に思いを告げる。それではと本社である株式会社メモリードにさらに話が進み、総務課人事課副部長である湯浅様と話をする機会までたどり着き、全ての想いを心に投げ込んだ。すると、「私で良ければ協力しましょう」と私達の想いを受け止め、心に投げ返してくれた。

見事、平成25年7月5日・平成25年8月9日 “接客マナートレーニング講習” を開催する。ショートステイようごんの接客力向上が日々のお客様に提供される。

■ reformIV : 便利 ~convenience service~

「連絡方法は電話以外にメール配信で行ってほしい」

「いちいち電話がかかってくると仕事で出られないし、逆に心配になる」

「遠方にいる為、私達家族に代わって買い物とか代行してもらえると助かる」 等

~家族コメントより~

平成 25 年 6 月より “メール配信サービス” を開始し契約時にアドレスをお伺いし、緊急連絡網に記載。現在では新規利用の方はすべてメール配信のご希望があり活用されている。また、家庭事情により、やむを得ないと判断した場合により、“買い物代行サービス” 及び “受診代行サービス” を実施している。

考察 - image -

今後、高齢化が進みさらに認知症高齢者も一段と増加していくことが予想される時代が求めるサービスとは・・・

そのヒントはある日の家族会というコミュニケーションの場から発見された。

それに気づいた私たちは新時代へ先回りし、その第 1 歩を踏み出し始めた。

しかし今回スタートしたいくつかのサービスは、新時代ニーズのほんの一部にしか過ぎません。

新サービス導入は正しかったのか？それとも正しくなかったのか？

そんなことはもはや問題ではないと “確信” していると同時に、サービス提供の中でお客様が輝かせていた笑顔や喜びが教えてくれました。

つまり、過去の古い福祉から脱却し、常に “革新” (reform) し続けていくことが使命なのだと感じている。

おわりに - end -

過去、現在、未来、

全ての福祉時代に共通すること、

それは人が人を想うということ

時代は素晴らしいサービス、素晴らしい設備に人の志が加わることを望んでいます。

それを “おもてなし” と呼びます。

きっとこれからも人は福祉に対し無限大に求めるでしょう。

福祉もまた無限大に “革新” することでしょう。

だから誰もがいつかきっと聞かれると思いますよ。

「どんな施設がいい？」

あなたなら何て答えます？

「帰りたい」想いに寄り添って

グループホームようざん

幸 知美

【はじめに】

グループホームようざんに新規入居者様がいらっしゃいました。

歌とおしゃべりが大好きで笑顔が素敵なA様は以前、グループホームの共用型デイを利用していた時に馴染むのに時間がかかった事から、A 様自身が納得していない入所をなかなか受け入れる事が出来ない事は容易に想像できました。今回はそんな A 様が納得し、安心して泊まりを受け入れてもらえる為の取り組みを報告したいと思います。

【本人紹介】

氏名:A 様

年齢:83 歳

既往歴:アルツハイマー型認知症(H19 年)・高血圧症(S40 年頃)・多発性骨髄腫(H20 年)

要介護度:要介護2

【利用経緯】

H18 年、愛犬の死をきっかけに何度も同じ事をいう事が増え、物忘れも進んでくる。ある日水分補給する事も忘れてしまい、熱中症で入院。日中を一人で過ごすには危険が多く、デイサービスに通うようになる。その後、病院でアルツハイマー型認知症と診断される。家族は時計を書く検査で、丸く書けない A 様に大きなショックを受ける。認知症が進行し、ようざんの認知症対応デイサービスの利用に変更し、宿泊の需要増から小規模多機能へ、そして自宅での介護が難しくなってきた頃、身内の看護師から「いがみ合って機嫌が悪く、家族が皆、とげとげしくなるより距離を置いて平穏に暮らした方が幸せかも」との助言からグループホームようざんへの入所となる。

【取り組み①】

日中の様子は共用型デイを利用されていた事があるのでわかっていたが、宿泊に対しては未経験であった為、今まで宿泊利用していた施設の宿泊時の対応を参考に、職員で話し合い取り組みを決める。

- ◎ A様は共用型の利用者様の帰宅を合図に帰宅願望が強くなる為、不穏が始まる前後の様子・その時の職員の声掛け・対応、それに対するA様の反応を観察し、書き出し、どのような事がA様にとって安心できるキーワード・キーポイントになるかを把握する。
- ◎ 宿泊の理由を「お嫁さんとお孫さんがインフルエンザにかかり、息子さんが病院へ連れていく為に迎えに来れなくなった」事に統一する。
- ◎ まずは家族から預かった迎えに来れなくなった理由が書いてある手紙を渡して納得し

てもらい様子を見る。

- ◎ 多発性骨髄腫であり、経口抗がん剤にて免疫力の低下・重度の貧血から ふらつき・転倒の恐れ、そして体の痛みの訴えがあり、夜間の長距離の歩行はリスクが高いことから居室をホールとお手洗いの近くにして万一の異変時にも対応できるようにする。

【経過】

「Aさん、ご家族の方から手紙が届いています」

手紙を渡すと「何で息子は私に直接渡してくれないのか」「手紙を持ってくるならば私に直接話をすればいいじゃない」と何度も何度も怒りながら読み返すA様。A様の怒りに共感しつつも「息子さんはA様にインフルエンザがうつったら大変だと心配している」「息子さんもここに泊まった方が安心する」という「息子さんは気にかけている・息子さんから大切にされている」事をキーポイントに話を進めるとA様は段々と納得され「先生、お忙しいのにすみませんでしたねえ。突然の事で迷惑をおかけしますが、宜しく願います」と笑顔になる。

宿泊を納得したA様。今度は他の事が心配になり1時間以上もの間、何度も何度も同じ内容の質問や確認をするために職員に話しかけてきます。

《先生に手紙を見てもらった方が良いと思って》

手渡した手紙を「先生に見てもらった方が良いのではないか」と手紙が気になって仕方がない様子。声を出して「9時に息子さんを迎えに来る」事を強調する。

《家族は何時に迎えに来るのか？》

「息さんが朝9時に迎えに来ますよ」に統一。段々「何時」の質問から「9時であっているか」と確認に変わる。時折「明日は来る日じゃないから他の生徒さんが来たら私の居場所が無くなる」と心配されるので、その時は「9時なら大丈夫ですよ」と安心してもらえるような声掛けをする。

《夕食は食べたのか？》

食べた・食べてないではなく「お腹がすいてますか？」と訊く。おなかが空いていない時は「食べていないけど、大丈夫」と答えてくれるが、食べたそうな時は軽食やお茶菓子を用意すると喜ばれる。

《朝食は食べられるのか？》

朝の7時にお出しすると伝える。「その時寝ていたらどうするのか？」「その時に家族が迎えに来たどうするのか？」とまた違う心配事が。ここでも「大丈夫」と安心してもらえる声掛けを行う。

《家族は泊まる事を知っているのか？》

臥床前の最後の質問であり、この時はパジャマになっている事が多い。「知っているのですよ」と納得・安心してもらえれば就寝する。

【結果】

A様への統一した対応・安心できる声掛けを毎日繰り返し行うことで、A様が混乱することなく宿泊への理解と受け入れが早まり、職員への質問の回数が減少してきた。会話を続けることにより少しずつ納得していく様子が見られるが、手紙を読んだことを忘れてしまい、手元に手紙を残しておく、「先生！これ読んでください」と、一番最初からのやり取りに戻ってしまう事があった。

【取り組み②】

A様の宿泊に対する理解が進んだことにより、今度は手紙が気にならない様に口頭での宿泊説明を行う事にする。

口頭でも宿泊理由は同じ。また、同じ宿泊理由で色々と取り組み、どのような方法がA様にとって早く納得し安心して就寝できる方法かを見つけ出す。

【結果】

手紙でも口頭でも、メモでもホワイトボードでも、家族から直接宿泊理由を聞けない事に怒り出すA様。職員による家族へのなりすまし電話は怒り出す事は無いが、電話だと理解力が低くなり、何十分と同じやり取りが続き、電話したこともすぐ忘れてしまう。

また、安心できる居室作りとして愛用していた飾り物等を家族に用意してもらおうが、職員に説明した後、持ち帰ると片付けだしてしまう為、居室でゆっくりと過ごす姿は全くと言っていいほど見られていない。

一度パジャマを見て「そうそう泊まりだったわね」と言ったことからお泊りセットを用意してみたが、パジャマを見るまでのやり取りが重要であり、物を見るだけで納得することは無かった。

【考察】

宿泊理由を統一する事によって理解する事は出来たが、A様にとって宿泊理由を伝える手段は「家族から」でなければどれも同じであり、疲れて眠くなるまで心配事は続き、質問・確認が繰り返される事が分かりました。おそらく家族から直接話を聞いたとしても、寝るまでのやり取りは繰り返され、その時の心身の状態により、納得する速さ、質問回数に変化があると思われます。また、A様とのやり取りからA様にとって家庭とは「帰る理由など要らない、私の居場所」であり、「家族の為に尽くしたい」という思いが人の何倍も強い事が分かりました。なかなか宿泊に納得してもらえなくても「家族は私の事なんかどうでもいいんだ！」というA様の不安とストレスに対し、傾聴・共感しつつ「家族からA様への愛情が伝わるメッセージ」を伝え、「家族は私の事を心配してくれている」と感じてもらう事が何よりも一番重要だと思いました。

【これから】

「会いたい気持ちはあるが、別れ際が辛く思え、つい躊躇してしまう」これは息子様からもらったメールの一文です。息子様を書いてもらったアセスメントシートにはA様の自宅の様子やA様への理解が事細かに書かれ、ご家族様のA様への強い想いを感じる事が出来ました。家庭を愛するA様の気持ちを十分に理解し、一緒に暮らしたいという思いがありながらも出来ない事は、ご家族様にとって、とても辛い事に違いありません。

A様が宿泊に慣れてきた今日、施設を自宅・女性職員をお嫁さんに間違えたり、死んだと認識しているはずのご主人がまだ生きていたと思われたりと、この数か月でも認知症の進行を感じられるようになってきました。

そしてついに自宅へ帰っても自室のドアの開け方も解らなくなり、夜中に外へ出て転倒してしまうなど、慣れ親しんだ我が家に一時帰宅する事さえ出来なくなっていました。

帰りたいと訴えるA様に対し私たち職員がどんなにA様を家族以上に理解し、寄り添い、喜怒哀楽を共にしたいと思っても、A様にとって私たちは所詮、施設職員です。家族にはなれません。これからはご家族のご協力のもと、ご家族様とA様が少しでも多く一緒に過ごす機会を作れるように全力で支援して行きます。

Aさん、私たちはAさんの笑顔が大好きです。Aさんの冗談も、歌も大好きです。私たちはいつもAさんの笑顔から元気ももらっています。私たちの笑顔はAさんに元気を与える事が出来ますか？私たちはAさんにとって安心できる存在になりたいと思っています。Aさん、これからもよろしくお願ひしますね。

やる気スイッチ調査隊～高崎支部～

ケアサポートセンターようざん飯塚

綿貫 透

初めに

こんにちは。ここはやる気スイッチ調査隊の本部、私が隊長の綿貫透です。皆さんの体にはやる気スイッチが隠されている事にお気づきですか?そのスイッチが入る事により、やりがいを感じ笑顔になる万能スイッチなのです。私達調査隊はさまざまな方法を駆使し、探す事とスイッチが入るきっかけ作りが任務の一つとされています。今回は、私達が調査した成功事例を皆さんに見て頂こうと思います。それではお楽しみ下さい。

目的

- ・人それぞれやる気スイッチは違う為、その人のやる気スイッチを、探す手段を駆使し見つけ実践する事でその方のやりがいや笑顔を引き出す。

取り組み方針

- ①やる気スイッチを探す為情報を書式化しその方を知る。
- ②チャートや申送りノートに記載し朝の申送りなどで各職員へ情報の共有化を図る。
- ③①+②を踏まえ実践することでスイッチをONに切り替えその方によろざん飯塚でのやりがいを感じてもらう。

事例紹介

それでは、今回のお客様の紹介です。

【氏名】A様(女性)

【年齢】84歳

【介護度】要介護2

【既往歴】平成12年農作業中、背骨を2本骨折。平成23年自転車にて転倒。平成24年自転車で転倒し右足が不自由になりました。介護サービスの利用はした事が無い。現在は、第一HPのリハビリとよろざんを利用しています。

【生活歴】高崎市に生まれ農家に嫁ぎ、主婦業と畑仕事の両立をしていた。

取り組み

- ①やる気スイッチを探す為情報を書式化しその方を知る。

まず初めに、センター方式B-3シートを活用し情報を聞き取りA様の習慣や好きな事が分かりました。それを簡単に表にまとめたところ次のような事が分かりました。

長年なじんだ習慣	好きな事
畑のせわ 【トマト・なす・トウモロコシ・など】	温泉 【町内会で草津へ旅行や夫婦で四万温泉など】
お裁縫 【着物・巾着・洋服など】	ダンス 【60歳の時社交ダンスを習う】
着付け 【友人や近所の方にしていた。】	物作り 【着物や着古した布で巾着などを作っていた。】
植木に水くれ 【縁日で買った物】	車の運転 【ドライブが大好きで暇があると出かけていた】
	テレビ 【NHKの朝ドラ・お笑い番組】
	畑 【育てた物が大きくなるのを見るのが楽しみ】

②チャートや申送りノートにて各職員へ情報の共有化を図る。

- ・職員全員にアセスメントシートでの情報を伝え、朝の申し送りやチャートに記載することでアセスメントシートの情報を共有する事ができました。

③①+②を踏まえ実践することで ON に切り替えその方によろざん飯塚でのやりがいを感じてもらおう。

- ・調査の結果から昔なじんだ事、好きな事から畑が好きな事が分かりました。そこで本人の生きがいになっていた畑作りを一から始める事にしました。

長年なじんだ習慣	好きな事
畑のせわ 【トマト・なす・トウモロコシ・など】	温泉 【町内会で草津へ旅行や夫婦で四万温泉など】
お裁縫 【着物・巾着・洋服など】	ダンス 【60歳の時社交ダンスを習う】
着付け 【友人や近所の方にしていた。】	物作り 【着物や着古した布で巾着などを作っていた。】
植木に水くれ 【縁日で買った物】	車の運転 【ドライブが大好きで暇があると出かけていた】
	テレビ 【NHKの朝ドラ・お笑い番組】
	畑 【育てた物が大きくなるのを見るのが楽しみ】

結果

最初はお誘いしても断る事や見ているだけの事が多かったA様。何回かお誘いするうちに、表情も豊かになりA様の方から誘って下さるようになりました。自ら「今日はネギの種もってきたよ」「今日は肥料に使う卵の殻持ってきたよ」などA様が楽しんで畑に取り組むようになりました。今では、利用日を楽しみにされており、野菜が育つのを誰よりも楽しみにしています。A様の気持ちにも、少しずつ変化が現れ、畑以外の事にも興味や、やる気を出してくれようになりました。

考察

もともと旦那様がようざんを利用しており、最初は面会目的からの利用でした。A様は、時間が空くと自分の席でじっとしてることが多く、退屈そうでした。そんなA様を見て、『もっと笑顔になってほしい』『やりがいを感じてようざんにきてもらいたい』という思いからやる気スイッチが入るきっかけを色々と調査しました。A様にとって畑づくりはスイッチの入るきっかけでした。スイッチが入る事によってA様は何事にも積極的に取り組むようになり、自発的な発言も増えました。最近では、自宅でお裁縫をし、出来た巾着を職員にプレゼントして下さいました。私達調査隊が可能性を探るうちにA様も自分の気持ちを話してくてるようになり、A様が『今までは一人で出来なかった事もここに来ると出来る』と嬉しそうな表情で話して下さいました。

今回の事例を行うにあたって本人の情報を書式化することにより、その人らしさを知りそれを全職員に徹底する事でチームケアへと発展し、その結果 A 様のやる気スイッチが入る事に繋がりました。今後は、A様や他のお客様の「したい事、やりたい事」を一つでも多くの事が実現できるようチームで取り組んでいきます。

終わりに

お客様がたくさんいる中でその人らしさを知る事により、より深くその方の事が分かります。一人一人の好みや性格だって違います。私たちはいかにお客様について深く知る事が出来るか、知れた情報からいかにスイッチを入れる事が出来るかが大切です。これからも私達ようざん飯塚では、一つでも多くのスイッチを調査し探し当てる事に力をいれて行きます。

私、一生懸命なんですけど……。

グループホームようざん倉賀野

佐野史人

はじめに

A様は以前、複数の老人ホーム、老人施設を他の入居者、患者に対する過干渉による苦情やトラブルが絶えず、退所や入院を余儀なくされています。

A様の「よかれと思って。」「他の方の役に立ちたい。」という思い、行動が受け入れられず、トラブルや孤立に繋がってしまうのは悲しい事です。

A様の気持ちを受け入れ、尊重する為の方法はないか、検討しました。

利用者様紹介

A様 86歳 要介護2

既往歴 アルツハイマー型認知症 統合失調症 高血圧症 心身症 高脂血症

生活歴・利用歴

T市出身。その後、Y町に移り住む。4人兄弟の1番下であった。電化製品の工場に勤め、その頃にお見合いにて結婚。夫は体は弱いがやさしく、夫婦仲は良かったとの事。子供は娘が二人。その後小料理屋、家政婦をしていた。H19年、夫死亡。その頃より料理ができなくなるなど、認知症症状がではじめた。金銭問題等で問題が多くなり、軽費老人ホームに入る。

しかし、人の分まで世話をして苦情が出る。注意を受けると「あんなに良くしてやったのに。」と怒ってしまい、トラブルが絶えず、1年程で退所。退所後は次女宅の隣のアパートで独居生活を送る。

H21年2月、S病院を初診。定期的に通院。7月、独居困難となりS病院に入院、その後、老人保健施設へ転院。

H22年4月、他患者に対して過干渉あり。施設での対応困難の為、S病院へ入院となる。入院後は薬物療法にて落ち着いて経過していた。その後、H23年10月、グループホームようざん倉賀野に入所となる。

日常生活動作

性格 勝気、負けず嫌い。手先の事をするのが好きで洋服を作ってくれたりした。

食事 主、副食共に常食。義歯だが、上のみ着用。

排泄 尿意、便意あり。自立されている。失禁もなし。

清潔 入浴は拒否される事があるが、嫌いではない。洗面や歯磨き、洗身、洗髪は自立。

着替え 自立されている。

移動 自立。ふらつき等なし。

視力・聴力 年相応の衰えはあるが、眼鏡、補聴器は使用せず。

意思伝達・理解力 記憶障害、話の前後が繋がらない事はあるが、理解力はある。

入所当初の様子・経過

入所時より明るく、世話焼きの性格で入居者のリーダー的存在となる。

当初は他の方の行動を手助けしたり、職員の家事をお手伝いして下さっていたが、段々他の方の言動、行動に細かく口出ししたり、注意するようになり、家事や洗濯物畳みも「そうじゃないよ。」と口出してやり直させたり、過干渉になっていき、他の入居者の方との口論やレクリエーション、食事等での同席を断られたり、避けられるようになり、孤立するようになってしまう。

その後、食事や入浴、レクリエーション等を拒否するようになり、「お腹が痛い。」と居室で横になる事が多く、引きこもりがちになってしまう。

目的

居室に引きこもりがちなA様に、まず、居室から出てきて、食事や入浴、レクリエーション等に気持ち良く参加して頂くにはどうしたらよいかを第一の目標として、居室から出て来て頂く声掛けを探っていく事にしました。

取り組み内容

A様は記憶障害はあるものの、理解力があり、一般的な声かけでも理解はして頂ける。だが、「お腹が痛い。」という訴えが多くあり、「寝かせて下さい。」「お医者さんに休むように言われた。」等話し、横になる事が多く見られた。「お医者さんに診て貰いますか。」と職員が話すと「そこまでは悪くない。」と拒否が見られたが、御家族、医師の要望により胃カメラ検査を実施。異常は見られず、胃痛・腹痛は精神的なものと思われる

そこで、「まず、居室から出てきて頂き、食事、入浴といった日常生活動作を気持ちよく行って頂く事。」を目的に、職員一同、どのような声掛け、働きかけが有効かを探っていく事にしました。

実施期間は4月1日から5月31日とし、A様に対しどのような声掛け、働きかけを行ったかをそれぞれ職員に記入してもらおう事とし、成功した事例、失敗した事例からパターンを探り、まとめていきました。

以下は成功したパターンの一部です。

① 起床に関して

職員「Aさん、朝ですよ。」

A様「起きたくない。」「お腹が痛い。」

↓

パターン1

職員「朝のお茶はその日の難逃れと言いますよ。熱いお茶をいれます。」

職員とA様、「朝茶はその日の難逃れ。」と声を合わせて言いながら離床。

パターン2

職員「お客様が来られるかもしれないから、パジャマを着替えて準備しましょう。」

A様「お客さんが来たらみっともないね。」と離床。

パターン3

職員「お皿拭きに掃除に、私1人じゃ手が回らないんです。Aさん、お手伝いして頂けませんか？」

A様「じゃあやろうかね。私は昔からこういうの得意だからさ。」と離床。

② 食事に関して

職員「Aさん、ご飯の用意ができました。」

A様「お腹が痛い。」「食べられない。」

↓

パターン①

職員「お薬がありますから、食べられる物をほんの少しだけでも召し上がったほうが体にいいですよ。」

A様「そうだね、じゃあ少しだけ。」と召し上がる。

パターン②

職員「食べて頂かないと私がお医者様に怒られてしまいます。」

A様「あんたが怒られるのはかわいそうだね。食べるよ。」と召し上がる。

パターン③

A様「いらないよ！ご飯は食べない！」

職員（静かに朝食のお皿をA様の前にお出しする。）

A様、召し上がる。

③ 入浴に関して

職員「Aさん、お風呂の用意ができましたよ。」

A様「お腹が痛い。」「風邪をひいてる。」「入りたくない。」

↓

パターン①

職員「お医者様が来るそうですよ。体重をはかりましょうか？」(グループホームの看護師にお願いし、脱衣室に誘導、服を脱いで頂く)

職員「足の爪が伸びてますね、足だけ洗いましょうか？」(足を洗うが、体に掛かってしまう)

職員「すみません、体に掛かってしまいました。ついでに体も洗ってよろしいでしょうか？」

A様「仕方ないね、背中をお願い。」洗体、入浴される。

また、体重測定の話をし、脱衣後

職員「すみませんが、先生が体を洗っておいてほしいと言っていましたので、体を洗ってもらってもよろしいですか？」

A様「風邪気味だからいやだなあ。」と話しながら洗体、入浴される。

パターン②

職員「天気が良いので、散歩をしませんか？」(散歩で外出し、気分を軽くして頂く)

帰苑後、「汗をかいたと思うので、汗を流しませんか？」(脱衣室に誘導、入浴して頂く)

このように、A様が関心がある事、興味がある事をからめつつ、生活全般についての声掛け、働きかけを行いました。

必ずしも常に成功する声かけではなく、拒否される事もありますが、その場合は男性職員が声かけした場合は時間をおいて女性職員が(またはその逆)、一つのパターンがダメな場合は時間を置いてお茶をお出しして気分転換をしてもらいまた違うパターン、と言った具合に状況を変えてみました。

それと同時に、A様は家事が得意、という事を活かして頂くために、食事の後には「Aさん、こんなにお皿がいっぱいあるんです、Aさんにお皿拭きを手伝って頂けるととても助かります。」とお願いし、洗濯物を取り込んだ際も「わあ、こんなにいっぱいあります。Aさんは洗濯物畳みが速くて上手だから、皆さんの中心になって畳んでいただけませんか？」とお願いし、他の入居者の方と洗濯物畳みをして頂いた。

フロアで皆様と過ごして頂く際には、A様が他の入居者の方の行動、言動について何か気になり、注意をされる場面では、いち早く職員が間に入り、謝罪、声かけを行い、家事を他の入居者の方と共に行っている際に過干渉になってしまう場面ではやはり職員が間に入り、A様にお礼をのべると共に会話を続け、興味をそらして頂いた。

結果

家事をお願いした当初は「部屋に戻って休みます。」「やだよ、私にはできない。」等の否定的な言動が見られたが、生活全般に能動的になり、部屋から出て来て過ごす時間が多くなるにつれ、「私は〇電気に20年勤めた後、小料理屋をやっていたのでこういうのは得意なの。」と話しながらお皿拭きを手伝ってくださり、洗濯物畳みも「私がやってあげるよ。」と御自分から手伝いを申し出てくださり、「用事はないですか。」「もうやる事はないですか。」と積極的にお手伝いや家事をして頂けるようになりました。

レクリエーションでも以前のように中心となり、皆で歌を歌う際に音頭を取って頂いたり、居室にこもる時間が少なくなり、笑顔が見られるようになりました。

まとめ・考察

パターンから見えてくるのは、何かのきっかけ、他の人から助けを求められると喜んで手伝って下さる優しい性格、家事好きな顔、他者と関わる事が好き、という姿。

記憶障害があっても、つらい思い、嫌な体験は心の中に蓄積されていきます。

「他者と関わりたくない。」「厚意からの行動が否定される。」という思いが、「腹痛」という症状として現れたのだと思われます。

『A様を孤立させてはいけない。』『A様の行動を受け入れなくてはならない。』という思いから、どのような声かけ、行動が有効か、職員の間で統一していきました。

A様の思いを受け入れ、居室から出てきて頂き、他者と関わる楽しさ、感謝される事の嬉しさを感じて頂く。

居室にこもりがちなA様に「役割」「居場所」を見つけて頂き、いきいきとした生活を送って頂くこと。

A様の自尊心、「誰かの役に立ちたい」という思いを尊重する事。

これは、全ての入居者の方に共通する、基本的な事だと思います。

ようざん中居に自宅の疑似空間を展開し活用した在宅支援への取り組み

ケアサポートセンター ようざん中居

今泉 和久

【はじめに】

あなたはホームを利用していない時、自宅で過ごす利用者の様子を、どのくらい知っていますか。今、自宅で何をしているか、想像する事はありますか？

今から3年前、仕事を退職すると同時期に認知症を発症。食事の準備や入浴、着脱の順序など、私生活に支障が生じ、転倒により更に在宅生活が困難になりました。

長年生活していた住み慣れた我が家で再び生活して行きたいという本人の思いから、チーム全体で取り組み、疑似空間を活用する事で自宅で生活する力を取り戻した事例を紹介します。

【事例紹介】

名前:A様 女性

年齢:76歳

要介護度:3

日常生活自立度:Ⅱb

既往歴:アルツハイマー型認知症、高血圧、肝硬変

家族構成:未婚で独居

趣味:若い頃は登山に出かける事が多く、家には野草などの百科事典や旅行の写真がたくさんあり、外出が大好き。

本人の思い:「私は不安だらけ、一人だから、これからどうやって生きていけば良いのか」

「今まで何でも一人でやって来れたのに。」

「昔よく出かけていた、お寿司屋さんや友人の家に出かけたい」

【生活歴】

現在の家で生まれ育つ。3人兄弟の長女。中学を卒業してすぐ、税理士の事務所に平成22年7月まで勤務。

蜂窩織炎(ほうかしきえん)で高崎医療センターへ入院、退院後は何もする気が起きず、家にこもることが、多くなってしまった。その頃より急速に認知症状が出現し、平成22年7月認知症と診断される。

認知症専門のデイサービスを利用していたが、更に必要に応じて泊りや訪問もできる複合的なサービスへ平成25年1月より、ケアサポートセンターようざん中居の利用を開始する。

【経緯】

ようざん中居を開所と同時に利用開始。利用当初は ※図1の様に週4日通い、週3日の訪問利用であったが、平成25年1月6日自宅にて転倒し、病院受診するもレントゲン等に異常は見られず

本人が痛がる原因は不明であった。

立位保持も難しく車椅子生活を余儀なくされる。夕食後、寝に帰るだけの週7日の通いにサービスを切り替える。そこから意欲低下や、否定的な発言が多くなる。次第に笑顔が減っていき、生活全てにおいて介護者に依存傾向になっていく姿をみて、私たちは在宅で生活できる力を取り戻していただこうとチーム間で何度も話し合う。

「自宅で出来ていた事が出来る様になるにはどうしたらいいのだろうか?」「自宅での日常生活動作の練習をホームで出来たらいいのになぁ・・・」「そうだ!自宅をホームに持って来ればいいんだ!!」

そして在宅復帰への取り組みを開始した。

※図1

Aさんの利用状況の変化(○=デイ利用 7時~19時)							
	月	火	水	木	金	土	日
転倒前	○	訪問	○	訪問	○	○	訪問
転倒後	○	○	○	○	○	○	○
現在	訪問	○	○	訪問	○	訪問	○

※図2

Aさんの望み	職員の思い
・以前のように自分の足で歩きたい。	・以前のように積極的に要望を言ってほしい。
・行きつけの寿司屋に行きたい。	・自由に歩き回って欲しい。
・趣味の温泉旅行に行きたい。	・毎日笑顔でメリハリある生活をしてほしい。
・自宅で生活したい。	・住み慣れた自宅で生活してほしい

【取り組み・経過】

ステップ1:測定班が自宅を訪問して、玄関から部屋の間取り全て測量を行ないデータ化して収集。

ステップ2:担当者が中居のホーム内で自宅と似せられる場所を探し、図面班が設計図を作成。

ステップ3:大工班が設計図を基に玄関と同じ高さの踏み台や階段を作成し、自宅と同じ環境をホームに作るため、室内の写真を基に原寸大のパネルを作成。

ステップ4:Aさんの個別リハビリノートを作成し、職員全員でAさんの様子や、体調、心理状況の変化など事細かく記載していく事により、小さい変化なども逃すことなく職員全体で共有。

ステップ5:本人に説明をして、実際に疑似空間を使い歩行練習し、自宅での活動距離と比較。

ステップ6:毎月一回、モニタリングをして職員間で身体状況を把握。

ステップ7:実際に自宅に訪問して、疑似空間との比較をする。



【結果】

4カ月経過し、玄関に上がる筋力も付き、歩行も出来るようになってきた。在宅で、過ごす自信を取り戻したAさんは自宅で過ごす時間を増やし、現在は利用開始当初と同じサービス量に戻る。リハビリノートを作り、自宅と同じ空間を施設に作ることで、リハビリに積極的になり、今では以前の生活を取り戻し、更に前向きになって意欲も出てきた。

Aさんの転倒当初の様子	Aさんの現在の様子
<ul style="list-style-type: none"> ・何をやるのも消極的になってしまう ・笑顔が少なくなってしまった ・寝て過ごす時間が多くなった ・外出にお誘いしても、拒否が増えた ・「私はどうしょうもないね」とよく話す ・身だしなみに無頓着になり同じ衣類を着るようになった 	<ul style="list-style-type: none"> ・笑顔が増え会話も増えた。 ・「～へ行きたい」などの積極的な発言が増え、行きつけだった寿司屋にも行けた。 ・以前の様に身だしなみに気を遣い鏡に向かう姿が見られた。

【考察】

～疑似空間を施設に展開する事のメリット～

・デイに通いながら自宅と同じ環境でリハビリが出来る。

- ・リハビリ施設より慣れ親しんだ環境であるため意欲的に取り組める。
- ・自宅に近い疑似空間で生活が出来れば、自宅にもどっても生活できる。
- ・Aさんの身体状況を職員が把握でき、それにあったリハビリに取り組める。
- ・施設でのリハビリの様子を記録する事によって自宅でどのくらい動けるか予測する事が出来る。

疑似空間を作成するには時間はかかるが、手間を惜しまずそれでも諦めずにチーム間で図面や資料を揃え、取り組んだ事が有効だったと思う。何故なら、好きではなかった歩行練習も大好きな自宅と同じ環境の中で意欲的に行えた事から、私たちも根拠を見いだし取り組む事ができた。

自宅をホームに再現するなんて初めはどうすればよいのだろう。と考え悩んだがAさんが「疑似空間内歩行練習」を行うにしたい表情が豊かになり、自分から「歩いて練習したい」という言葉まで出る様になった。生活動作の基礎的な力が本人にとって、いままで出来ていた事の歯車の欠けた部分を取り戻した喜びに繋がり、在宅復帰を果たす事が出来たと思う。

今回の事例でケアを手間や量で考えることなく、その人らしい生き方を支えるために私達に出来ることがあるとすれば全力で取り組むことが良い結果につながる一番の近道という事を学んだ。

【終わりに】

「Aさん、こんにちは！」「あら、来てくれたの、狭い家だけどあがってって。今ね、テレビ見てたのよ。」ととびっきりの笑顔で応え、テーブルの上をひと拭きし、立ち上がろうとするAさんの姿に私達は、慣れない大工仕事でできた手の豆の痛みも忘れハイタッチした。私達は「3A:あかるく、頭を使って、あきらめない」ケアをこれからも実践していきます。

生きがいは楽しみの向こう側に～日中の活気を取り戻す支援～

ケアサポートセンターようざん石原

早川テル代

【はじめに】

自分らしく生きること。それはどういうことだろうか。誰もが年齢を重ねるごとに、体力も気力も低下し、やりたいこともすぐに実行できなく、時間もかかり、面倒になる。視力も聴力も衰え新聞やテレビ等の情報も入らなくなり、それを得ようとする意欲も減退する。対人関係も希薄となり、疎外感の中、室内に閉じこもり、日中寝て過ごす。

A様の「寝たい…」と繰り返す言葉は、単に口癖と捉えて良いのか。社会的孤立感の解消と生活能力を高めながら、生きている楽しみを感じて頂く為の支援を発表する。

【利用者紹介】

- ・利用者名 A様 86歳 女性
- ・要介護度 要介護度5
- ・既往歴 アルツハイマー型認知症(H20年3月頃)、骨粗鬆症(H20年3月頃)
廃用性症候群(H20年頃)、高血圧、脳梗塞、胃潰瘍、リウマチ
- ・処方薬 ドネベジル、ミカムロ、バイアスピリン、ガスターD、ペルサンチン、グラマリー ル、
リスパダール、プルゼニド、ボノテオ

【生活歴】

大正15年12月9日G県M町にて4人兄妹の3番目として生まれ育つ。
長女であったため、子供の頃は6歳年下の妹の面倒を見ながら農業の手伝いもしていた。
尋常小学校に通い、学校では皆のお手本となるような優等生であった。養蚕やパート経験もあり、若い頃はダンスやカラオケ、お琴を習うなど社交的で多彩な趣味の持ち主であった。
23歳の時、親の紹介で見合い結婚をし、3人の子供に恵まれる。アパート経営をされており明るく几帳面で綺麗好き、儉約家であったA様は、理想的な良妻賢母であり、気さくな性格はアパートの住人にも慕われ、また、孫の面倒をよく見ていた。

36年前(A様50歳)に御主人に他界され、当時は自分を理解し味方になってくれる相談相手が居なくなり、喪失感に陥っていた。

【経過】

10年程前より高血圧・脳梗塞を発症し、認知症が徐々に進行している。
今までに複数の施設を利用されるが、騒がしい環境に敏感でそれにより不穏となり暴言が多く各施設で受け入れ困難となる。A様にとっても何処も安らげる場所は無く、施設に戻される事に抵抗し、近隣の住人を巻き込み大騒ぎを起こす事もあった。アルツハイマーと廃用

性症候群も加わり、同居する長女、孫家族も介護に対して限界にきており、現在は別居している孫がキーパーソンとなっている。

H24年9月1日よりケアサポートセンターようざん石原の利用を開始され、現在に至る。

【問題点】

食事・排泄・おやつ以外は宿泊室に閉じこもり、一日の大半を寝て過ごされる。意思の疎通はあり、呼び掛け等にも答えて頂けるが、A様からの言葉が少なく職員や他の利用者様とのコミュニケーションが乏しい。笑顔も無く、「腰が痛いから休みたい…」「騒がしいのは嫌なんだ…」「寝ている方がいい…」等思いを主張される。また、目ヤニが多く時々目の痛みの訴えも聴かれ、目が開きにくい事も横になりたい原因の一つではないかと考える。食事に関しても濃い味を好み「物足りない！」と訴えては、持参された醤油をご飯の上になみなみとかけ召し上がる毎日が続いた。

A様が宿泊室に閉じこもることなく、日中の活気を取り戻し一緒に楽しく過ごして頂くためにはどのようなケアが必要なのか、どのような雰囲気をお好み、好きな事を好きなだけ楽しんで頂き再び生きがいを感じて頂くにはどうしたらいいのかが課題であった。

【ケア目標】

- ① 日中の寝ている時間を短縮する
- ② 活気ある生活を楽しみにつなげる

【取り組みと経過】

日中、宿泊室で寝ているA様にフロアレクリエーションの誘い掛けを行ってみたが、不満が先立つA様。「やったってしょうがないよ」「私は寝ていたいのに何で邪魔するんだい」「勝手に人の部屋に入って来て、うるさくて眠れやしないよ」という状況。しかし、日を重ね、二度、三度の呼びかけに徐々に反応する姿勢がみられるようになるが、決して楽しく参加ができるといった状況では無く、表情は暗くうつむいた状態であった。

シーツでのビーチボール転がしは、ただシーツを持っているだけで動く動作も無い。ゴム引きゲームでも、他の利用者様は楽しそうに笑っていてもA様は動きが無く、無表情で、ただゴムを持っているだけ。このようなことから、集団での騒がしいゲーム等はA様には向かないと判断し、A様自身も望んでないことが伺えた。

個別の対応はどうだろうか。一対一の会話では、A様にとってどんな言葉が響くのだろうか。私たちはA様のことをもっと深く知りたいと思い、A様に対する職員アンケートを実施したり、職員一人一人が何気ない日常の血圧測定時や入浴時、食事や送迎時等にできるだけ多くの声掛け、話し掛けに徹することにした。

当初は職員の声掛けにA様から「何でみんな寄ってくるんだい」等の戸惑いの言葉があったが、徐々に話し掛けに対して笑顔で対応して頂けるようになってきた。A様の心が明らかに変化し始め

ていた。私たちは更に、A様の心理状態の把握と、仕草や一瞬の表情を見逃さず、日常生活の中で根気強く関わる事に集中した。次第に親しみや信頼も築けるようになり私たちに対するA様の表情も変わり、会話の中で体験談、家族の話、飼っている猫の話、趣味で琴を習っていたこと等、嬉しそうに答えて頂けるようになった。A様からの言葉も増え、他の利用者様の行動をじっと観察しては、その様子を話して頂けるようにまでなって来た。決して周囲に無関心な訳ではないことも伺えた。

心を開いて頂いたA様に、“楽しい”という気持ちを感じて頂きたいという私達の思いは更に強いものになっていった。しかし焦らず、A様のペースを第一に考えながら参加誘いの声掛けをさせて頂き、イベントや慰問等にも少しずつ参加して頂き、以前のような無表情では無く笑顔を見せて頂ける場面も次第に増えていった。

外出企画やドライブ等の誘いにも嫌な顔せず答えて頂けるようになった。苺狩りに初めて参加された時は「こんないい所連れて来てもらって。生きていて良かった…。こんな沢山の苺を見たのは初めてだよ…。美味しいね。」と最高の笑顔を見せて頂いた。それからは外出企画では毎回A様をお誘いし、菖蒲園では「きれいだね…。寝っていると損するね。来て良かった…」と言って頂けるようになった。

私達はその他の部分でも寄り添うように携わらせて頂いた。歌の時間の時は、A様から「目ヤニがすぐに溜まり歌集がよく見えない」との訴えがあったので、持参されている目薬の他にホウ酸での拭き取りをさせて頂くと、「よく見えるようになった」と歌集をめくるだけでなく、小声ではあるが一緒に歌って頂けるようになった。醤油を持参してまでの塩分過剰摂取に対しては、身体を壊して何処も行くことができなくなったらつまらないと、醤油はお持ち帰りになった。私達からは代わりにふりかけや梅干しを提供させて頂くと「気遣ってくれてありがとう」と笑顔で答えて頂けている。

【考察・まとめ】

A様は話をすることが好きであるということに気付き、チームとして意識してその機会を多く持つようにし、結果A様自身の心が開かれて、私達の心がそこに寄り添うことができた。私達に心を開いたA様は、こちらからの誘い掛けにも答えて頂けるようになり、日中の寝ている時間は減り、外出するというA様にとって新たな楽しみを感じて頂けるようになり、それは今後のA様の日常に大きな意味を持つものとなった。

実際、今では日中、宿泊室では無く、フロアで過ごされることが多くなり、夕食後は直ぐに宿泊室内で過ごされていたのが、転倒の危険性がある方等を気遣い「私は待つから大丈夫」と笑顔に余裕さえ感じられるようになった。

人生の大先輩である利用者様にとって私達は、穏やかに楽しく過ごせる空間の中に存在し続ける必要があることを深く感じた。そして、そこには人と人との心の寄り添いが不可欠であることも理解できた。穏やかに過ごせ、顔なじみの人と楽しい時を過ごせば、生きる活力は自然と湧き出てくる。

A様の生きがいは、私達が携わらせて頂くことの、その先にあればいいと願っている。

快適な生活を送るために ～排便コントロールに携わって見えてきたもの～

ケアサポートセンターようざん栗崎

湯浅明代

初めに

皆さん排便は順調ですか？朝トイレを済ませて「スッキリした」、こう思って仕事に向かうことがあると思います。

逆に出たいけど出ない、時間がない。こう思って仕事に向かうことも、あるのではないのでしょうか。

利用者さんも、便が出なくて不穏になったり、食欲不振になったり、排便をするという行為はイコール快適な生活を送るために必要不可欠な行為なのです。

ケアサポートセンターようざん栗崎では、利用者様25名中排便に携わっている利用者様が23名いらっしゃいます。そのため利用者様の排便の有無を確認し、排便コントロールチェック表に記録しています。

また水分摂取チェック表も記録しています。

今回看護師から、2名の事例を発表させていただきます。

事例対象者の紹介

A様

基本情報

年齢:89歳

介護度:要介護5

ADL:車いす使用、食事全介助(トロミ・ミキサー食)、尿意便意たまにあり。

既往歴 43歳頃 痔の手術

72歳頃 うつ病

82歳 急性気管支炎

85歳 肺炎 慢性気管支炎 乳癌手術

5月 HOT導入(10)→在宅酸素療法

慢性呼吸不全

廃用症候群

身体障害者1級(呼吸器機能障害1級)

87歳頃まで肺炎4～5回繰り返される

排便コントロールの薬 マグミット250g1日3回 坐薬

利用開始 H20年 3月～

取り組み内容

《3年前》

(1)食事形態および便の状態

キザミ食で便の状態は出始めは少し硬めの便でした。

(2)排便方法

4日～7日に一度のペースでベット上で坐薬を使用し、排便をしていました。

また坐薬の拒否があり、「今日は坐薬を入れさせていただいてもよろしいでしょうか」と確認させていただくと、決まって「やだよ」と答えておりました。

何度かお願いして坐薬の使用の許可を得ていました。

《現在》

(1)食事形態および便の状態

ミキサー食で便の状態は形はありますが軟便で、気持ちよいほど出てきます。

(2)排便方法

3日～4日のペースに変わりました。

本人様の持っている能力を生かす為にも体調が良い時はトイレにて排便をするようになりました。いきむ力が少し残っている為、坐薬を使用しなくても、便座に座っていただき介護士が腹部のマッサージをしていると、排便も手伝いながら自分でいきみ、いい便が出る時もあります。

結果

- ①ミキサー食にしてから飲み込みがよくなり、以前より食事が摂取出来るようになりました。またマグミット服用の効果も加わり、便が以前より柔らかくなりました。
- ②ベット上で排便していましたが、トイレで排便が出来ることにより、お尻の洗浄ができ、清潔で快適な状態になりました。
- ③坐薬に頼らず自力で排便が出来るようになり、本人様の苦痛を柔らげ本人様の自信につながりました。

B様

基本情報

年齢:87歳

介護度:要介護2

ADL:手引き歩行 食事自立(キザミ食) 尿意便意あり

既往歴 高血圧症 多発性関節炎

脳梗塞後遺症 脳血管性認知症

排便コントロールの薬 酸化マグネシウム0、3g、1日2回

利用開始 H20年 5月～

取り組み内容

トイレに行くときは、手引きでお連れします。「用を済ませたらコールを押して下さい」と、声掛けをしますが、認知症によりコールを押さずに出てきてしまいます。

その為、排便の確認が出来ません。B様実はトイレ時間が長いのです。便座に座りお腹をさすっています。

時々「大丈夫ですか？」と確認に行くと、「でないんです」「お腹が痛いんです」「夜寝る前に出ますから」と答えられます。

今年に入ってから、B様に排便の必要性をお話し納得した上で、便の状態を排便にて確認させていただきました。実は排便したところ、肛門が狭くて指がやっと入る程度でした。もちろん便はできませんでした。これには原因があります。

いきんで排便をすると肛門が切れてしまうことがあります。切れたところが肛門にくっつきまた切れてを繰り返します。そうすると肛門が狭くなってしまいます。これを肛門狭窄といいます。B様はそのため鉛筆のような細い便しか出なくなってしまったのです。

結果

排便をすることが必ずしも良い方法とは限りません。

B様の場合、肛門狭窄のため無理には排便せずに時々声をかけながら見守っていきます。そして持っている能力を維持していただける様に日々観察していきます。

看護師と介護士との連携の取り方

ケアサポートセンターようざん栗崎では看護師と介護士の協力のもと互いに連携を取り、便の確認を行なっています。具体的には

- ①職員全員が分かるように表にその日の坐薬使用・便を確認したい利用者の氏名を記入し、トイレ誘導時職員が看護師を呼びます。
- ②トイレ誘導時、パットに便が付着していた時も呼びます。
- ③利用者がトイレ頻回に行ったり、匂いがしたり、不穏行動などを察して呼びます。

またその時の連携プレーで介護士が利用者のお腹のマッサージを行い、自然に便が出るよう努めます。出ない時は看護師が排便にて、便の有無を確認しています。

考察

二人の事例を通して、排便コントロールに携わって見えてきたものがありました。排便習慣が皆ひとりひとり違うということ。つまりひとりひとりに個性があるように、その人にあった便の出し方があるということです。

利用者様全員の排泄の一連の動作を丁寧に観察し、何が出来て何が出来ないかを見極めて、持っている能力を活かす。奪わないことの大切さを改めて実感しました。

今回、利用者様に一番してあげたかった事は排便のお手伝いはもちろんの事、排便後の洗浄

です。特に排便後、自分で上手に拭けない方です。何故かという、ほとんどの方が排便の後、ペーパーでお尻をゴシゴシ拭いています。拭くということは、肌(肛門)を傷つけてしまうのです。まして汚れも完全に落ちません。痔の原因にもなってしまいます。

顔と同じ様にお尻もいたわる。つまり、<洗う>という行為が一番なのです。
洗ったらペーパーで水滴を取ってあげる。または清拭で拭いてあげる。
ここで初めてすっきり出来るのではないのでしょうか。

まとめ

看護師として小規模多機能で関わった事により、家族の「排便」の悩みの深さに気付きました。

- ①部屋に放便をしてしまう。
- ②朝便が出て汚れの後始末の大変さ。
- ③衣類、便器その周りに便が付着した後の掃除の大変さ。
- ④利用者様自身便を指で掘ってしまう。等々

上記の家族の悲痛の心の叫びを受け止めて、医師・ケアマネージャとの連携を密にし、本人様にとって一番良い方法を考えケアに取り入れています。

家族が利用者様と快適に自宅で生活出来ますように、また少しでも家族の利用者様への排便への負担を軽く出来ますように今後もようざん栗崎で出来る限り、利用者様の排便のお手伝いをさせていただきますと思います。

過去の記録から振り返る共に歩んだ1304日の在宅復帰

～すべてはお客様のうまいのために～

ケアサポートセンターようざん双葉

後藤 幸司

【はじめに】

「酒が呑みてえなあ」Aさんに初めてお会いした時、開口一番話された言葉です。

今回の事例では、福祉施設利用が初めてのAさんが戸惑いながら、ようざん双葉の利用を開始して3年7か月、1304日かけた「自宅で一杯旨い酒が呑めるまで」の取り組みの経過報告と、過去の膨大な記録を元に考察した、共に歩むという事の事例をここに報告します。

【事例対象者紹介】

名前:Aさん 年齢:83才 男性

介護度:3(利用当初は介護度4)

自立度:IV

【利用開始するまでの経緯】

平成21年9月20日。自宅二階にて脱水と栄養失調状態で倒れているところを従兄弟に発見され、A病院に救急搬送。倒れていた部屋には、一升瓶や数々のアルコール飲料が散乱して足の置き場もなく駆けつけた救急隊員も搬送するのに時間を要する程でありました。

入院当初、嚥下障害があり自力での食事摂取は不可。

治療経過が良好になると同時に、自己中心的な言動や他人を非難する事が増え、他の入院者や医療関係者と口論も多くトラブルが絶えなくなる。退院先の受け入れ先も決まらず長期入院を余儀なくされているなか、翌年H22年2月15日ようざん双葉の利用開始。

【利用開始当初のAさん】

Aさんの印象は、鋭い眼光と痩せ細った体型。事あるごとに相手を睨みつけ威嚇する姿。長期の入院生活のため、下肢筋力の低下が顕著に見られ数メートルも歩けず、車椅子での生活が始まりました。ADLは全てにおいて見守りと介助が必要となり、ようざん双葉では一時的に長期宿泊としての利用を開始する。

【共同生活への理解と在宅復帰への期待】

勝手気ままな一人暮らしをしていた方が、ようざん双葉で共同生活を行うことになる戸惑いは多く、また入院生活のような厳しさもない事から、自己中心的な振る舞いは次第に度を増すように自然となります。

職員はもちろんのこと他の利用者とのトラブルが増えます。原因は他の利用者の言動非難や新

聞の取り合い、見たいテレビ番組を巡る口論や、慰問や集団レクリエーションなど賑やかな歌などは「うるさい」と怒鳴り一蹴します。

常に職員が間に入り、その都度説明を行うも、共同生活へ慣れるには時間がかかると思われました。

【ある日の気づき】

ある日、他の利用者がトイレに入ろうとすると、後ろからその利用者を押しつけるようにAさんがそのトイレに入りました。たまたま、職員が近くにおり事なきを得ましたが、一歩間違えれば重大な事故に繋がる所でした。それ以後、私たちは、これまで以上にAさんと向き合い、真剣に何度も話し合う機会を持ち原因を探りました。

次第にAさんの表情や生活態度に変化が見られ始めました。それは信頼関係が少しずつ構築されてきた証拠でしたが、抜本的な改善に向けた取り組みには至りませんでした。

【スタッフ同士で話し合い】

スタッフ同士での話し合いを何度も行いました。彼の発言をまとめたシート記録なども持ち寄り、たどり着いたのは、Aさんがいつも口にして、『家で一杯、飲みてえな』でした。

何度も聞いたそのセリフに、彼の抱えている寂しさや孤独感の一端を感じ取り、Aさんにとって一番叶えて欲しい事はなにか、大事なことはなにか。そして、彼の不安を取り除くには何が必要か。私たちはスタッフ全員でAさんを支えていけるケアの方針を考え始め、「我が家で旨いお酒が呑めるまで」プランが始まりました。

【目的】

「住み慣れた我が家で旨いお酒を呑む」すべてはお客様のうまいのために

【取り組み】過去の記録から箇条書きに抜粋

- ① 本人が役割をもった生活。
- ② 過去の生活歴を知る。
- ③ 在宅復帰に向けた取り組みを長期的かつ計画的に行う。
- ④ 在宅復帰へ向けた在宅環境整備(掃除等)
- ⑤ 主治医との連携。
- ⑥ 歩行練習の実施(廊下を活用)。
- ⑦ 試験的な自宅への宿泊(夜間の宿泊からの実施)。
- ⑧ お酒の購入と保管管理。
- ⑧ 本人との信頼関係の構築。

【取り組み結果】

- ・慰問や集団レクリエーションなど賑やかな場面を嫌うので、ドライブなど個別対応をする。
- ・食事の栄養管理と、定期的な病院受診付添いを行い、健康状態を把握する。
- ・利用カレンダーを活用し、在宅で過ごす日にちを本人と相談して決めていく。
- ・双葉のホーム内のカレンダーめくりなど役割を持つ。
- ・アセスメントの充実(スタッフと雑談の中で過去の話をする、笑顔で嬉しそうな表情で話す。)
- ・自宅への宿泊を試験的に行う。*非常に良い効果があった。
- ・自宅に帰る楽しみが生活にメリハリをもたらした。
- ・スタッフや他の利用者の方とのトラブルが少なくなった。

【取り組み経過まとめ】

下記に記した取り組みは A さんの三年半余りに及ぶ記録の一部です。

【H23年】		在宅復帰に関わりのある事のみ抜粋
1月1日	(328日目)	自宅にて宿泊、キーパーソンと話し合いお酒はホームにて管理。
2月27日	(385日目)	春の旅行 A山荘参加される。一杯の日本酒を喜ぶ。スタッフや他利用者とも笑顔で話す姿見られる。
3月4日	(392日目)	他の利用者のお茶入れなどお世話を買って出る。
4月2日	(411日目)	自宅のテレビアンテナ調整を職員が行う。自宅掃除。
5月18日	(442日目)	本人とキーパーソンと職員で庭先の植木の剪定、草むしり。
6月5日	(464日目)	カラオケ大会で、自ら一曲歌いたいと熱唱。気持ちよさそうに『東京ナイトクラブ』を歌う。
7月22日	(516日目)	自宅掃除(洗面台、トイレ中心に)
8月4日	(535日目)	キーパーソンと今後について本人・管理者と話をする。※夜間のみ自宅へ宿泊試用についてカンファレンス。
9月11日	(573日目)	家の掃除、片付けの際お母様の写真が出てくる。本人とても喜ぶ。居室へお母様の写真を貼る。
10月3日	(598日目)	本人から「おれ、みんなに出会えて幸せだよ」と周囲に感謝の言葉あり。
11月29日	(661日目)	自宅に帰る日にカレンダーに○印をつける。スタッフの顔を見てニコツと笑う。
12月4日	(666日目)	担当者のBさんに「一緒に一杯いつかやりたいね」と。モニタリングで計画に反映し、計画を練る。
【H24年】		在宅復帰に関わりのある事のみ抜粋
2月11日	(726日目)	13:00 他の利用者の居室にあるテーブルを変えようと話をしていると『俺の部屋にあるやつを使ってくれ』と自ら申し出てくれる。
3月1日	(747日目)	広告のお酒のおつまみを注文。
3月22日	(768日目)	介護保険認定更新。介護度4 ⇒ 3へ変更。今後のプランの見直しを行う。※平日一時帰宅、定期帰宅開始。(昼食は配食)
5月27日	(825日目)	帰宅中、自分の家の草むしりを少し行っているよう。植木の手入れなどしている様子。
6月20日	(857日目)	9:00 キーパーソンと今後について話し合う。
8月4日	(892日目)	自宅掃除。職員2名と本人で。
9月5日	(925日目)	お迎えに行った職員から、本人が2階から降りる際に尻餅をついたと報告あり。本人と話し合い、一人での2階に上がることはやめる事になる。
10月28日	(962日目)	自宅に送る際に、職員と一緒に上着を購入。
11月9日	(970日目)	帰宅時、アルバムを見つけ、職員へ見せ、昔話を懐かしそうに話す。
12月3日	(1020日目)	大掃除。職員3人と本人で。

【H25年】		在宅復帰に関わりのある事のみ抜粋
1月6日	(1052日目)	今後の自宅への利用についてカンファレンス。
1月12日	(1058日目)	平日の日中帰宅について本人交えて話し合い。
1月24日	(1070日目)	本人と話し合い、2月より月、火、木の週3回日中帰宅することとなる。帰宅時、9-10時頃送り、15-16時頃迎え、帰宅時昼食としてお弁当持って帰る。※平日一時帰宅追加。
2月7日	(1101日目)	15:00自宅へ迎えに行く、『家はゆっくりできて良いな〜』と喜ぶ。
3月26日	(1159日目)	誕生日。スーパーにて好きな食べ物・お酒を買い、スタッフB職員と共に自宅で誕生日を祝い、うまい！お酒を飲む。本人、一緒に飲んでくれた事に感激し涙を流して喜ぶ。B職員はそのままAさん宅で一泊。
4月3日	(1164日目)	午後、『桜を見に行きましょう』とスタッフが声をかけると『たまには見に行くか』と笑顔で答えてくれる。
6月29日	(1234日目)	キーパーソンを交えて本人と管理者で近況報告と在宅復帰について検討。一年間のカンファレンス・モニタリングを参考に報告を行う。
7月19日	(1254日目)	本人から自宅のホウキがダメになったと申し出あり。新たに購入。毎日掃除をしているため、ホウキも壊れてしまう。
8月6日	(1288日目)	本人より「クーラーの効いた部屋でテレビをみるのが楽しみだ」と。
8月20日	(1304日目)	本日事例発表となる。

【考察】

入院前のAさんの様子も、次第に分かってきました。母親と二人暮らしで楽しかった時代、職を転々としていた時代、そして母親の死後の孤独。訪ねてくる人もなく、近所からは変わり者とされていたこと。やがてお酒の飲む量も増え、昼間から酩酊状態で家の前を行き交う人に、文句を言う日々が続いていたそうです。

これだけ長期間にわたり在宅復帰に時間を要したのは、様々な環境要因の問題もありました。

自宅の清掃、エアコンの導入、排水溝詰まり、トイレの改修、アナログからデジタルに変更するためにテレビ購入、アンテナ調整、草むしり等々でした。

また近所への挨拶や本人の現状報告を伝え理解していただくにも時間を要しました。スタッフの熱意と根気のいる時期でもありました。

介護記録には今までの三年半に及ぶ本人と私たちスタッフが共に歩んだ記録があります。

記録からひも解くと、Aさんが変化し始めたきっかけの一つとしては、利用開始から7ヶ月後のお試しの自宅での宿泊が大きな曲がり角でした。

失敗もありました。夕食後自宅へ送った後、キーパーソンの従兄弟が私たちの知らないところでお小遣いを渡し、一人車椅子を押し、近くのスーパーに行き、一升瓶を購入し一晩で飲み干し、翌朝迎えに行った時には完全に泥酔状態で、三日酔いになっていたこともありました。

退院後の受け入れ先が見つからなかったAさん。無理のない範囲での自宅利用。初めは夜間のみ。夜間のみ自宅で宿泊を一日増やし、その後、水曜日も日中だけ増やし、今では、週三回に増え、自宅での生活の方が多くなってきています。

おつまみを本人の毎月の預り金で購入し、そのおつまみも本人がこれを食べたいと思う「つまみ」を用意しています。

嬉しそうに「今日は家に帰るから」と無邪気なAさんの姿が私たちスタッフの励みです。
『家にけえりてえなあ〜』→「今日は家に帰るよ」
『家でゆっくり酒が飲みてえなあ』→「家で旨い酒を呑んでくるね」
『いや〜酒が飲みてえなあ〜』→「昨日のお酒は美味しかった」
Aさんの発言にも大きな変化がみられます。

【おわりに】

私たちの仕事の一つには、目に見えないケアを記録する事です。膨大な三年半にも及ぶ記録を振り返ってみると様々なことがあり、その克明な詳細を知り、そこから共に歩む大切さを知りました。「うちで、いっばいうまい酒が飲みてえなあ」その言葉を実現するのにかかった時間は1304日。しかも、これは途中経過です。

すべてはお客様の旨いの為に。

これからも3A「あかるく、頭をつかって、あきらめない」をモットーに取り組んでいきます。

「大丈夫です」「それでいいです」～あなたの内に秘めた想いに応えたい～

ケアサポートセンターようざん並榎

岡沢 裕

【はじめに】

普段は控え目なA様。レクには積極的に参加されていた。しかし、ここ最近、昼間に居眠りが見られ、レクへの参加を拒否することが多くなってきた。椅子から立ち上がろうとする際や、移動時にふらつきが見られる。表情が冴えず、こちらからの問いかけに反応が薄い時がある。職員の問いかけにも「大丈夫です。」「それでいいです。」など本心や希望が分からない返答が多い。

ある日の散歩中、職員に「私が椅子から立ち上がろうとすると、職員がすぐに来て心配をする。トイレへ行くとか用事がないと私は立ち上がってはいけないのか。」と話をされた。

話を聞いた職員から申し送りを聞いた時、私達はA様に何も無いよう過剰に対応してしまい自尊心を傷付けてしまったと反省した。

A様の本心は何だろう？内に秘められた想いに応えたい。これから私達が行っている取り組みを紹介します。

【利用者紹介】

氏名:A様 年齢:71歳 性別:女性 要介護度:2

専業主婦として夫の両親、重度の知的障がいのある娘様と生活。また、実の父親の介護もしていた。

既往歴:変形性脊椎症・骨粗鬆症・腰椎圧迫骨折・腎機能障害・脳梗塞後遺症・パーキンソン病

家族構成:娘が一人いるが、重度の知的障がいがあり、現在障がい者施設に入所中

【生活歴】

H17年、夫が亡くなる。娘様と二人暮らしとなり娘様の世話を一人で行ってきた。

H23年1月、高いところの物を取ろうとして転倒し入院。退院後、訪問介護とデイサービスを利用。

訪問介護とデイサービスを利用しながら自宅で生活されていたが、一人で買い物へ行き同じ物を買ってきてしまう。火傷をしても、「娘の薬を塗っていれば大丈夫」と危険に対する認識や妥当な判断が出来なくなる。

H24年2月、自宅で転倒して恥骨を骨折し入院。退院するが、その後も自宅での転倒が何度かあり、退院後のH24年7月よりケアサポートセンターようざん並榎を利用となる。初めは泊まり利用だったが、徐々に自宅で過ごせるように通いが中心となる。

【現在のサービス内容】

通い 週5日(月・火・木・金・土)

訪問 週2回(日・水)

日曜日・・・2回(昼食・夕食配食)

水曜日・・・2回(昼食配食・家事援助)

*家事援助・・・買い物同行、掃除機掛け、布団干し、洗い物、ゴミ捨て

まず、A様の過去の情報(嗜好品等)や現在の様子、課題について職員間で情報共有する為、専用ノートを用意し気づいた事について書いて頂いた。ノートに記載された内容から本人の現在の状態に合い継続的に行える日常的なことを考えてみた。

【課題】

- ・移動時のふらつきや転倒
- ・意欲低下しており、表情の変化や訴えがあまりない

*移動時のふらつきや転倒について、今まで四点杖を使用していたがH25年5月より歩行器を使用している。初めは慣れない操作に戸惑いが見られたが、すぐに慣れ屋内、屋外とも移動がスムーズになり本人も歩行への不安が軽減した。歩行器は自宅に持ち帰り、自宅内でも使用している。

【取り組み】

①買い物へ行く

現在、洗濯は自分で行っているが、骨折により一人で外出することが困難となり、訪問日は洗濯物を干す以外には外へ出ない。その為、日用品や食料品は本人に欲しい物を聞き職員が代理購入してきた。

(自分で買い物に行きたいけど、出来ない・・・。)

歩行器での移動により見守りでの外出が可能となったので、買い物に出掛けてみてはどうだろうか。

《一緒に買い物に行きませんか》

早速、A様に話すと「自分で買い物に行って品物を見たい。」と返事をされた。訪問日である水曜日の午後、一緒にスーパーへ買い物に行く事となった。

朝食用のパンやヨーグルト、大好きなトマトジュース。休みの日用の果物や野菜、飲料水等・・・自分の目で一つ一つ品質を確認しながら購入していた。

買い物を終えると、A様より「洋服を買いたいけど寄っても良い？」との話しが。

「もちろんです」と答え、隣にある衣料品店へ行きズボンを購入した。

「自分では行けないから良かったよ。ありがとう。」

「また来週行きましょうね」と伝え、自宅へ戻った。

翌日、A様のお宅へ迎えに行くと、昨日購入したズボンを履いていた。

「サイズも丁度良いし、履きやすいですよ。」と喜ばれていた。

「また、洋服が必要でしたら買いに行きましょう。」と話しようざんへ向かった。

***現在の様子**

週に1回、スーパーへ買い物に出掛けている。今まで水曜日の昼食と夕食は配食を行っていたが、夕食はスーパーに買い物に行った際に、食べたいものを購入して頂いている。お寿司や天ぷら等、惣菜コーナーを回りながら食べたいものを選んでいる。

②娘様の面会へ行く

娘様と生活をしていた頃、介護負担からか疲れ切った表情が見られるようになり、ようざんに来ても表情が冴えなく、居眠りをすることが多くなった。娘様が入所となってからも変わらず表情が冴えない日が多い。

(娘の介護は大変だけど、やっぱり心配)

利用当初から娘様と一緒に暮らしたいと希望していた。入所になり介護の心配はなくなったが、どこか表情が暗い。二人を会わせる機会を設けられないだろうか。

《娘様の面会に行きませんか？》

施設側と連絡を取り、週に一度、娘様が入所している施設へ面会に行くこととなった。

***現在の様子**

毎週土曜日の決まった時間に面会へ行っている。短い時間だが、娘様と話しをし、一緒に時間を楽しまれている。ご主人が他界し一人で娘を育ててきたA様。現状では娘様と同居することは難しい。それでも、週に1回、娘様に会いに行くのを楽しみにされている。私達が出来ることは、A様と娘様が一緒に居られる時間を提供すること。これからも継続していきたい。

③お化粧を楽しんで頂く

イヤリングに指輪、時計とブレスレットを身に付けいつもオシャレなA様。普段お化粧はしていないが、月に一度、ボランティアの方にお化粧をして頂くととても喜ばれ笑顔が多く見られる。

(昔のようにオシャレをしたい)

お化粧レクはボランティアの方にして頂くので、昔のように自分でお化粧をして楽しんで頂きたい。

《お化粧を楽しんで頂こう》

ユニット内のイベントとして、女性利用者様を対象としたお化粧レクを行った。化粧道具を一式揃え、好きな化粧道具を選んでもらい化粧をして頂いた。化粧品以外にマニキュアセットを用意。丁寧に塗っており素敵なマニキュアの完成。「とても似合っていますよ」と伝えると、「いやいや」と恥ずかしそうな表情を浮かべていたが、とても喜ばれていた。

最後に写真撮影。A様からは自然と笑顔がこぼれていた。

【考察】

私達がA様の為に出来ることは、他にもたくさんあると思います。少しずつですが、表情にも変化が見られ、笑顔が多く見られるようになりました。しかし、現在取り組んでいる内容が必ずしも良い結果になっているわけではありません。問題点もたくさんあります。

先週購入した食料品が未開封のまま冷蔵庫に入っており、賞味期限が切れていたため本人に承諾を得て処分せざるを得ない時があります。その日によって体調の変化もあるので無理強いは出来ません。A様と冷蔵庫の中身を確認し、賞味期限や冷蔵庫の在庫状況を助言しながら買い物を行っています。

専業主婦として家庭を支えて来たA様。度重なる怪我や病気により、当たり前に出ていた家事が出来なくなり、自信を失ってしまいました。「昔のようにオシャレをして買い物に出掛けたい。」「家事は自分でやりたい。」「娘が心配。」自分から本心を語って下さる事は少ないですが、A様の内に秘めた声に耳を傾け、今現在取り組んでいるものの問題点、そして他にA様が抱えている課題を一つ一つサポートし、自信を取り戻すきっかけ作りをすることが私達の使命だと思います。

【まとめ】

「利用者様の為に・・・」と想っていても、それが本人にとっては負担になることがあると思います。A様への支援の始まりはそうでした。A様の気持ちを汲み取れず反省しています。ADLが自分の意に反して低下して行く。私達にとっては当たり前のことが出来なくなってしまう。『当たり前に出て来た』が『出来なくなった』に変わることは受け入れがたいことだと思います。

当たり前のことが出来る喜びと幸せを感じて欲しい。私達には『出来なくなった』を『まだ出来るんだ』という喜びへと変え、利用者様に生きがいを得て頂く力がある。そして、小規模多機能型に勤めている私達だからこそ出来ることは、自宅と施設の双方において利用者様の支えになれること。自宅での生活を維持し、元気によろざんへ来て頂ける為に、そして私達の取り組みで意欲の向上に繋がる事が出来るよう日々邁進していきたい。

「大丈夫です」「それでいいです」この言葉の裏には内に秘めた思いがあるのに声に出しては言えないこと、その気持ち分かります。無理して言葉に出さなくても良いんですよ。私達があなたの支えになりますから。

【最後に】

現在、A様は職員の為にミサンガを作らせて下さっています。最初に作ったミサンガは娘様の面会に行った際にプレゼントされていました。ミサンガ作りにより、他者と話す機会が増え、意欲の向上が見られています。完成したら皆でミサンガを付けて写真を撮りたいです。