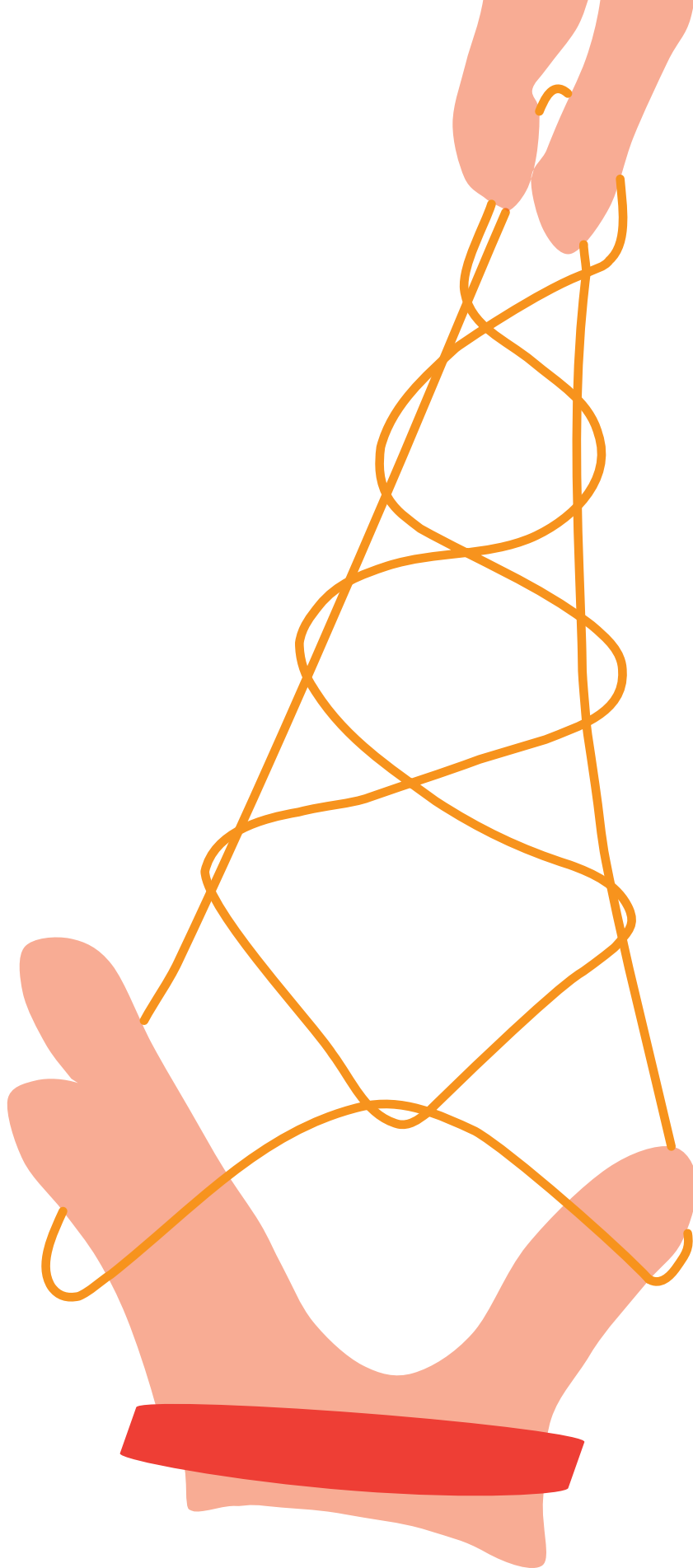


第5回
認知症ケアのヒントがここにありま
す
認知症ケア事例発表会



小規模多機能ホーム
グループホーム
ショートステイ
スーパーデイ
デイサービス
居宅介護支援

ようざん

小規模多機能型居宅介護

ケアサポートセンターようざん
ケアサポートセンターようざん並榎
ケアサポートセンターようざん栗崎
ケアサポートセンターようざん貝沢
ケアサポートセンターようざん双葉
ケアサポートセンターようざん石原
ケアサポートセンターようざん飯塚
ケアサポートセンターようざん中居
ケアサポートセンターようざん倉賀野

認知症対応型通所介護

スーパーデイようざん
スーパーデイようざん飯塚
スーパーデイようざん栗崎
スーパーデイようざん貝沢
スーパーデイようざん双葉
スーパーデイようざん石原
スーパーデイようざん飯塚第2
スーパーデイようざん中居

認知症対応型共同生活介護

グループホームようざん
グループホームようざん飯塚
グループホームようざん倉賀野

短期入所生活介護

ショートステイようざん
ショートステイようざん並榎

通所介護

デイサービスようざん並榎
デイサービスぽから
デイサービス プランドールようざん

訪問介護

訪問介護ぽから

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

キュアステーションようざん

サービス付高齢者住宅

プランドールようざん

配食センター

配食センターぽから



ようざん

6/1(土)

認知症高齢者462万人

厚労省研究班調査 予備群は400万人

65歳以上の高齢者のうち認知症の人は推計15%で、2012年時点で462万人にのぼることが、厚生労働省研究班（代表研究者・朝田隆筑波大教授）の調査でわかった。軽度認知障害（MCI）と呼ばれる「予備群」が約400万人いることも初めてわかった。

調査は、09～12年度、専門医などがいて診断環境が整っている茨城県つくば市など8市町で選んだ高齢者

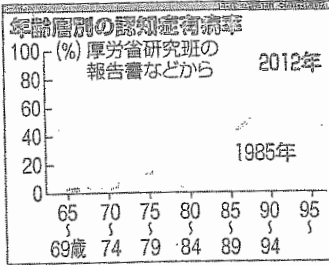
5386人分の調査データを使い、国立社会保障・人口問題研究所による高齢者人口（12年）に有病率を当てはめて推計した。

もの忘れ
認知機能の低下は加齢に伴うレベルで、基本的に健康な状態。忘れたことの自覚もある。ものや人の名前が出てこなかったり、食事のメニューを忘れてたりする状態

軽度認知障害
認知機能が年齢相応のレベルより低下しているが、日常生活は基本的に正常に送れる状態。金銭や服薬の管理ができなくなり始める

認知症
社会生活に支障があるレベルで認知機能が低下した状態。できごとすべてを忘れ、忘れたことの自覚もない。金銭や薬の管理ができない。食事をしたこと自体を覚えていない

■もの忘れ、軽度認知障害、認知症の違い



認知症の把握がより正確になり、高齢化が進んだこともあって平均の有病率は85年の6.3%から2倍以上の15%になった。認知症のリスク要因とされる糖尿病など生活習慣病の人が増えたことも背景にあるとみられる。別の厚労省研究班が08年、「2035年には445万人」という推計を出しているが、有病率が85年のもの変わらないと仮定した計算。実際に有病率を調べた今回の結果は、2012年の時点でそれを上回った形となった。

年齢層別に見ると、74歳まで数%の有病率は年齢とともに上がり、85歳以上では4割を超えるUグラフ、多くの年齢層で女性のほうが高い傾向があった。

またアルツハイマー型が67.6%と最多で、脳出血や脳梗塞など脳血管障害が原因の型が19.5%、幻視などを伴うレビー小体型が4.3%だった。

厚生労働省は昨年、介護保険の要介護認定をもとに、認知症の人を高齢者の9.5%に当たる305万人と推計している。だが、認知症になっても日常生活は自立している人や、介護保険を利用していない人も多いとみられ、「全身体像を反映していない」などの指摘も出ていた。今回の結果はその1.5倍に当たり、医療や介護の体制整備が急がれることになる。

認知機能の低下はあるが日常生活は送れるMCIの全国調査は今回が初めて。65～69歳は8.4%だが年齢とともに増え、80～84歳の22.9%がピークだった。医療機関などで適切なケアを受けずに放置すれば、5年後には半数の人が認知症に進むとの報告もあり、研究班はMCIの段階から対策をしていく必要性を指摘している。

(寺崎省子、武田耕太)

目次

『認知症介護で困ったら、お電話下さい！』 0120-43-6541 ^{ようざんでろうごよい}	3
愛の力～夫婦のキセキ.....	6
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.....	10
井戸端会議参加録 ～話に花を咲かせましょう～.....	14
心の隙間、私が縫います ～私とAさんの手芸教室～.....	17
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～.....	21
CARE REFORM ～革新～.....	25

本日の事例発表の際、パワーポイントで使用される本人の写真につきましては、本人並びにご家族の同意とご了承を戴いております。事例発表は本人とご家族、職員が一体となって取り組んでこそ大きな成果を得られるものです。本日の発表に向けて頂戴しました、ご家族の温かいご理解と深甚なご協力に対し心から感謝を申し上げます。どうもありがとうございました。

『認知症介護で困ったら、お電話下さい！』

ようざんでろうごよい
0120-43-6541

品田 一代

[はじめに]

『認知症介護で困ったら、お電話下さい！』送迎車のうしろに、市内6カ所に設置してある看板に、折り込みやポスティングのチラシに、この言葉が書かれています。

これを見た方々から頂いたお電話で、相談を受け付けるのが居宅介護支援事業所としての関わりの第一歩です。

相談受付は、直接の電話だけではなく、病院からの紹介、御利用者様からの紹介、地域包括支援センターからの依頼など様々ですが、最近は「チラシを見て電話しました」という相談も少なくありません。

介護保険制度について知りたい方、緊迫している状況の方など、さまざまな相談があります。その中から二つの事例を紹介します。

[事例①]

一地域包括支援センター(包括)より依頼一

近所の方より、様子がおかしいと区長に連絡があり、区長からの要請で民生委員が本人宅に訪問し、動けなくなっている夫婦を発見する。民生委員より包括に連絡が入り、緊急対応を要する可能性が強いので、すぐに対応してもらいたいとの事で、包括より居宅ようざんに連絡が入った。その後、訪問した包括職員より要請があり、二名で緊急訪問する。夫婦二人暮らしであり、妻は動けない状態であった。夫はなんとか動けているが、買い物にも行けず、認知症からか、電話をかける事も出来ず、自宅にある砂糖を食べていた。近くに家族が住んでいるが電話番号が分からないため、民生委員に直接家族宅へ向かってもらう。妻は数日前まで歩いて買い物にも行っていたが、急に体が動かなくなったとの事。二人ともトイレに行けず、尿失禁状態であった。洗濯も出来ておらず、脱いだ服や、郵便物などが散乱しており、床も尿で濡れており、足の踏み場もない状況であった。家族が民生委員と自宅に来られ、再度相談する。妻は急激に状態が悪化しており、救急搬送の手配をする。夫は、救急搬送の対象にならないが、状态的環境的に自宅で生活するのは困難な状況である。数日間、砂糖以外に食べ物を食べていない状態で、二人とも空腹を訴えており、相談中なんども砂糖を食べている。次男妻がおにぎりやうどんを買ってきて貪り付いた。救急車が到着し妻の搬送を依頼するが、状況把握している者が居らず、搬送先の病院が、なかなか決まらなかった。家族は救急搬送に同行、地域包括職員も救急隊員から同行依頼される。

早急に夫の支援が必要な状況。介護保険未申請であり、同日に介護保険サービスを利用するのであれば、今日中に申請の手続きをする必要がある。また受け入れ先を早急に見つけなければならなかった。緊急でショートステイの手配をする。ショートステイに連絡して空き状況の確認をする。

今日から数日間は空きがある。緊急対応の依頼をして受け入れ準備をしてもらおう。高崎市役所にて要介護認定新規申請行くと同時にショートステイ利用になる。

[事例②]

フリーダイヤルで相談。

長男家族と暮らしている。自営業を営んでおり、店番をしても客の伝言や注文を忘れるなどの物忘れが増えてきていた。市内の病院の物忘れ外来へ受診し、アルツハイマー型認知症と診断された。短期記憶障害の進行で、同じことを何度も聞く、買い物頼んでも買い忘れや混乱がみられる等、日常生活に支障がでてきているため、御家族が高崎市役所にて要介護認定新規申請を行なう。要介護1の認定結果が出たため、どのようなサービスが利用出来るのか、市役所に相談に行く。市役所で高崎市にある居宅介護支援事業所の一覧表を渡され、自分たちで事業所を選ぶよう伝えられる。100か所以上の事業所が載っており、どの事業所を選んでよいのか分からず困っていた。そんな時、ようざんのチラシが入り、無料お試し券も付いていた。認知症で困っていたので認知症対応型の通所介護を、お試しで利用してみたいと思い直接ようざんのフリーダイヤルに電話をしてくれた。居宅介護支援事業所も、ようざんにある事を紹介し、ケアマネージャーが自宅訪問する。人見知りがあり、嫌いな人とは口を利かないくらいで、ケアマネージャ選びも悩んでいたところであった。幸いにも担当したケアマネに対しては受け入れてくれた様子で楽しく話しをしてくれた。デイサービスも順調に利用が始められ、御家族にとっては、あんなに沢山の居宅がある中、一枚のチラシのおかげで、心配だったデイサービスの利用が出来て「宝くじに当たったようだ」とご家族は喜んで下さった。

上記の事例以外にも、相談中に困り果てて泣き崩れる方。介護させられていることや介護保険の制度に対して怒りだす方。一方的に不満を言い続け、すっきりされたのか、その後連絡が取れなくなる方。様々な相談を受け付ける事があります。

[考察]

先日、新たにスーパーデイ開設のチラシが配られると切羽詰まった様子で

「ちょっとお聞きしたいのですが・・・」とダイレクトな相談の問い合わせが多くありました。

「どうなさいましたか・・・」

小さい声で遠慮がちに話す人・・・

切々と今の状態を訴える人・・・

電話の向こうには、様々な葛藤が渦巻く様子が伺えます。けして、相談の連絡を受けても、その電話だけで、不安や悩みが直接解決するわけではありません。一本の電話だけでは、状況を考慮し、必要なサービスの提案をしたり、具体的な解決策の手段を検討していく事は困難であることがほとんどです。しかし、家族の訴えや日頃の様子を、そのままお聞きし、ありのままを受け入れることで、

それぞれが抱えていた不安や緊張感がとけ、安堵感が伺えることも多くあります。相談を受け付けるということは、不安や悩みを伺うことであり、話したり聞いたりする事で、それらが解決するわけではありませんが、まずは介護の第一歩、相談するという「扉」をたたいて下さったことにケアマネとしてうれしく思います。

[おわりに]

介護保険の目的の一つに要介護状態になっても可能な限り「居宅」において能力に応じ自立した日常生活を営むこと、とあります。24年の介護保険の改定でも在宅支援には重点を置かれていました。そんな中で居宅介護支援事業所ようさんの仕事は、まず一本の電話から関わりが始まります。想い・悩み・希望・期待を持ったの相談があり、ひたすらお話を伺い同調することから始まります。また緊急を要する事例は、行政・医療・社会資源・近隣住民と速やかに連絡調整を必要とする事も多くあります。相談内容は十人十色ですが、すべてに共通して言えることは「困っている」ということです。私達は相談者の不安や悩みを1日でも1時間でも早く軽減出来るよう迅速かつ丁寧に対応するよう心掛けております。どんな相談内容であっても、「困って」相談して下さいの方々に対して、誠心誠意、迅速に対応していくように心掛けております。介護保険サービス利用までのドラマは無量大です。是非、「認知症介護でお困りならお電話下さい。」

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今年の春から、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、アルツハイマー型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」をして頂いている。

「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

実際に、サービスを開始したものの、本人の状態をみると「口から食事を摂る事は、あきらめて下さい」と、夫に伝えなくてはならないのだろう。と思っていた。

しかし、夫の思いは強く、言い出せない日々が続いていた。

今出来る事は、「自宅で、二人で過ごす時間を作る事」ではないか？

まずは、そのことを目標に、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。

キスの前のエチケット

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ったらしく、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。

食事を摂る事が、出来ないのなら「綺麗な歯」で、夫に喜んで頂こう…

そんな、ふざけた？考えから始めた口腔ケアであったが、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しっかりと出てきた。

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、必要性を強く感じた。

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』など経口摂取し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、軽く答えられた。

きっと、口を動かす本人を見て「何か食べたがっている」と思ったのだろう。

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して医師に相談し、許可を得た。

S様の好物の柿を摩り下ろした物、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、むせ込みがみられた。

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か…

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？

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？

現在は、胃瘻での水分補給の併用はしているが、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、上手に召し上がっている。

考察

「どうしても俺が母ちゃん(妻)の面倒をみるんだ、一緒にいて微笑む顔が大好き！それが俺の幸せなんだ。」

「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。

まとめ

今回の事例を通して気付いたことは、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。

「進行性だから」「誤嚥のリスクが高いから」だから、試もしないで諦める？

そうではない、日々「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。

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、キセキもおきるのだと実感した。

愛の力、信じますか？

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・丸山 周平

【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。

【サービス開始から転倒後までの経緯】

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よう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あ・・・」「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	○

Aさんの望み

- ・以前のように自分の足で歩きたい。
- ・行きつけの寿司屋に行きたい。
- ・趣味の温泉旅行に行きたい。
- ・自宅で生活したい。

職員の思い

- ・以前のように積極的に要望を言ってほしい。
- ・自由に歩き回って欲しい。
- ・毎日笑顔でメリハリある生活をしてほしい。
- ・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か月経過し、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 ・「私はどうしようもないね」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。

『井戸端会議参加録～話に花を咲かせましょう～』

スーパーデイようざん飯塚第2

植原さおり

・はじめに

街に出て、周りを眺めていると道の傍から楽しそうな井戸端会議の声が聞こえてくる。「あの店はお肉が安いよ。」「今度出来たあそこ行ってみたいわね。」「みんなで行きましょうよ！」など聞いているだけでも、わくわくするような声。そんな声、実はスーパーデイようざん飯塚第2でもよく聞かれている。仲間内で何気なく始まる井戸端会議。その何気ない会話の中には、意外にもその方の本音や本当の希望が隠れている。

今回、私たちも井戸端会議に参加して、そこで出た言動をヒントに利用者の本当にやりたい事を実践していった事例を発表する。

・目的

井戸端会議を行いやすい環境を整え、スタッフもそこに参加することによりコミュニケーションを図り、会話を通して利用者一人ひとりの本当にやりたい事を引き出す。

また、会話から引き出された希望をカードックスに記載し、それらを実践することでやりがいや生きがいを感じてもらおう。

・取り組み内容

- ① 井戸端会議を行いやすい環境を整える
- ② 井戸端会議に参加し、スタッフ間で情報共有を行う
- ③ 利用者個人について調べ、表にまとめる
- ④ カードックスにラインを引き、情報を整理する
- ⑤ やりたい事を実践する

・井戸端会議紹介

まず始めに、いくつかの事例を漫画で紹介する。

- ・「名札づくり」
- ・「髪の毛染め」
- ・「ラーメン作り」

今回はこの中の一つである“ラーメン作り”の事例に取り組んだ経過を報告していく。

・取り組み①「井戸端会議を行いやすい環境を整える」

井戸端会議が自然と行えるよう、デイルームの環境を整える。始めに、会話を始めるには互いの顔が見える事が必要だと考え、なるべく多くの利用者同士の顔が見合えるようテーブルを配置。結

果、利用者が来所されるごとに挨拶を積極的にしあい、そのまま井戸端会議が始まるという流れが出来ようになった。また、心も体もリラックスしてもらおうと、飲み物の種類を豊富に用意し、自分の好きなものを飲んでもらうようにする。すると、「あなたは何を飲んでるの？」「私はこれが好きなの。今度飲んでみて」という利用者同士の会話が増え、井戸端会議の活性化に繋がった。

他にも、椅子よりも畳が好きだという利用者向けにこたつを設置したり、本棚を置き、雑誌・漫画・図鑑・写真集など多種多様な種類の本を揃える。そうすることで、利用者に安心出来る空間と豊富な話題を提供出来る様になった。

・取り組み②「井戸端会議に参加し、スタッフ間で情報共有を行う」

来所後の朝の井戸端会議に参加する。話好きのA様が言いたい事を沢山話せるよう、スタッフは隣に座り、業務は行わず会話に専念する。A様との会話の中で、「ラーメン作りをしたい」との要望が出た為、その言動や内容をカードックスに転記。それを朝の申し送りで伝え、スタッフ間での情報の周知を徹底する。情報の周知後、ユニット内のレク会議にてA様主催の“ラーメン作り”を行う事を決定する。

・取り組み③「利用者個人について調べ、表にまとめる」

今までのA様との会話やご家族などの話をもとに、A様の情報をまとめた表を作成する。これにより、以前長くラーメン屋に務めていてラーメンの作り方を覚えた事、自分が知っていることを人に教えたい、人を喜ばせたいというA様の性格、人柄が分かった。

・取り組み④「カードックスにラインを引き、情報を整理する」

カードックスに転記したA様の要望を蛍光ペンでラインを引く。ラインを引く事により、カードックス内でA様の“ラーメン作り”の取り組みが見やすくなり、スタッフ間の情報共有もよりしやすくなる。また、その後の取り組み内容や本人の様子もカードックスに記載し、要望で使用したのとは違う色でラインを引き、A様の“ラーメン作り”前後の様子をすぐに把握出来るよう整理する。

・取り組み⑤「やりたい事を実践する」

“ラーメン作り”を昼食レクとして実行する。A様の希望もあり、自主事業である泊まりの夜間の時間を利用しての仕込み作業から始まった。仕込みでは、餃子の種やチャーシューづくり、スープの出汁をとる作業をスタッフ二人で行った。仕込み作業を行っている間、自分の家族の話や今までの人生についてなど話題は尽きなかった様子。またスタッフもA様が教える事を覚えようとメモを取りながら作業を行った。そうしたスタッフの姿を見てA様は、かつて勤めていたラーメン屋にて作り方を懸命に学んでいた自身の姿と重ね合わせ、その頃の事を思い出していたと話されていた。そして、自分が知っている事を次の世代に伝えられる事を喜び、とてもやりがいを感じていたようだ。

翌日の“ラーメン作り”当日もスタッフに的確な指示を出され、ラーメンは完成した。ラーメン屋顔負けの本格的なラーメンで利用者・スタッフ皆が大絶賛だった。「美味しい！」と皆が喜んでいる中

でも、それを見ているA様が一番嬉しそうで、楽しそうだった。

•結果

“ラーメン作り”はスタッフが井戸端会議に参加し、A様の何気ない言葉の中に眠っていたやりたい事を引き出し、実践した事で成功した事例の一つである。その事はA様の中で、デイに来る意欲が強まるきっかけとなった。A様は人に教える事にやりがいを感じている。スタッフも教わりたいという姿勢でA様に接している。その交流が互いの信頼関係を作った。A様はよく「ここに来るのが待ち遠しい。皆の覚えようとしてくれる姿勢が本当に嬉しい。」と涙を浮かべながら言うことがある。A様のやりたい事に気づき、その気持ちを引き出し、寄り添い接していった事がもたらした結果といえる。

•考察

今回の事例では、井戸端会議から得た利用者の声をカードックスに記載し、申し送り・レク会議等にてスタッフ間でA様の声を共有し、希望を実現する為に実践した。希望というのは様々であり、それは当たり前の事かもしれない。しかし、自分の希望を積極的に口に出せる人はそんなに多くないだろう。そして、自分の希望に気づいてない人もいだろう。何気なく口にして、初めて自分の希望に気づく人も多いと思う。そんな希望が声として自然にこぼれる場が井戸端会議なのである。私たちは利用者の口からこぼれ落ちたその種を拾い育てなくてはならない。利用者が訴えるのを待っているのではなく、訴えやすい空間も作っていく必要がある。例えば、利用者に馴染みがあるコタツを設置し、ほっとする場所を提供する。新聞や広告などを一緒に見ながら話題を広げるなど。特に私たちが利用者の隣に座り、積極的に井戸端会議に参加しながら、一人一人の声に耳を傾ける事は重要である。そして、その人が何を望み、私たちは何をすれば良いかを絶えず考えていく。その姿勢がおもてなしの心に繋がるのだと思う。希望の種を集めて、実践しその花が咲いた時には、希望が叶った人の笑顔も咲いているはず。その笑顔を何よりも大切にしていきたい。

•終わりに

井戸端会議に参加する目的は、利用者の希望を探すだけではない。お茶を飲みながら、同じ話題で共に笑いあう。ただそんな時間を共有するだけでも、心が通じ合うことがある。大切な事は、同じ時間を過ごしその人個人を知っていく事。その人を知れば向き合い方が変わる。向き合い方が変われば、お互いの世界がプラスに変わる。

皆様も世界をプラスに変える一歩として、お茶を片手に井戸端会議に参加してみたいはかがでしょうか。

「心の隙間、私が縫います」

～私とAさんの手芸教室～

デイサービスようざん並榎

高橋哲也

【はじめに】

「私そろそろ帰ります」昼食後になるとAさんから毎回聞かれる言葉です。短期記憶障害のあるAさんにとって、デイサービスでの1日は不安で一杯です。継続した利用にも繋がっていません。Aさんのデイサービス利用は、家族の介護負担と認知症の進行を遅らせるため、社会的交流を図る事が欠かせないと考えられます。

Aさんの生活歴を振り返り、好きな事、親しんだ事柄をレクに取り入れ、デイサービスでの時間が「楽しい事に没頭できる場所」に変える取り組みを行いました。「帰りたい」から「もう帰るの？」に気持ちが変わり、継続利用に繋がった事例を紹介します。

【対象者紹介】

対象者:Aさん 女性 81歳 介護度1

病名:アルツハイマー型認知症

既往歴:大腸炎・一過性脳虚血発作

家族構成:夫と2人暮らし

生活歴:若いときは、多趣味で、社交ダンス・カラオケ・木目込み人形作りなど、積極的に公民館の活動に参加されていたAさん。社交的で明るく面倒見が良いAさんは木目込み人形教室のサブ講師も務める。自宅には沢山の制作物、木目込み人形が飾られています。

【デイサービス利用に至った経緯】

8年前から徐々に意欲低下が見られ、習い事にも興味がなくなり、自宅で1日過ごす事が増えていきました。同じ物ばかり買われたり、簡単な計算に時間が掛かる。着替え、入浴もしなくなる等の混乱が見られ、夫の忠告に怒ることが増えていきました。

夫と2人暮らしで家事全般は夫が行っていますが、夫も用事で不在の時が多く、随時妻の見守りは困難になりました。認知症の進行の予防と同世代の方との交流を図る事で、生活にハリを持てる事を目的に昨年9月より利用開始となりました。

【利用当初の様子】

- ・毎週1回の利用からスタート。
- ・朝のお迎え時、来所する意志は見られず、傾聴姿勢で世間話を聞きながら「今日は健康チェックを行う日で看護師さんが来ています。近所の方が集まって楽しいですよ。昼食を食べに行きませんか？」と30分以上かけてお誘いして、何とか来所していただく状況が続く。
- ・拒否が強い時は、家族と話し合い、再度訪問を試みる。
- ・デイサービスに来ると落ち着いている様子だが、昼食後はバックを離さず、フロアをウロウロとされ、「私そろそろ帰ります」を連呼される。
- ・Aさんに簡単な洗濯物畳み等のお手伝いをお願いして、役割支援を試みるが、「私だけ仕事をさせられる」と来所拒否に拍車が掛かる。

【見えてきたケア課題】

- ・デイサービス利用に強い拒否が見られる。
- ・食後お昼寝をしないAさんは昼食後に不安となり、帰宅行動が毎回見られる。
- ・役割支援の提供では、自分にだけ「させられた」と仕事をする事に苦痛を感じている。

【取り組み】

1. 過程

現在の状況を把握し職員と会議を開き「させられた」事から「したい事」、「つまらない場所」から「楽しい場所」に変える為の話し合いを行う。

Aさんの生活歴を振り返り、趣味として慣れ親しんだ手芸をレクに取り入れてはどうか。ご家族に取り組みに対して説明すると、「おそらく、手芸はもう出来ないと思いますが、本人は出来ると思って興味を引くかもしれません、宜しくお願いします」の言葉をいただく。

2. 案内状の作成

<目的> デイサービスに興味を持っていただく。

- ① デイサービスに興味を持っていただくために、若いとき趣味にしていた手芸を個別レクに取り入れる。
- ② 手芸教室の案内状を作成する。興味を引くために、職員の顔写真と手芸教室で制作する作品を載せる。
- ③ 利用日前日に、自宅を訪問して案内状を手渡しする。

ご家族に訪問をしても大丈夫か確認をとり、手芸教室開催の説明を行う。案内状を通して自宅でもデイサービスで手芸教室がある話題を提供して協力をいただく。



案内状を渡すようになってから、手芸に対する関心が芽生え、自宅でも「何時からするのか

な？」の言葉が聞かれたり、案内状の作品に「かわいいね」「作れるかしら」と興味をもっていただけの言葉が聞かれるようになりました。手芸教室案内状と手芸をしている写真を何度も見ながら夫に自慢するほどでした。

来所拒否が見られ、お迎えに時間がかかっていたが、朝の送迎時「今日は手芸教室がありますよ」と話すと、嬉しそうに「何時から？私も出来るかな」と、スムーズに来所していただきました。ご家族から「家内は手芸教室を楽しみにしている様子です。家内の変化は嬉しいです」と私達にも嬉しい言葉でした。

3. 手芸教室を開催～第1作目〔軍手で子ぶたを作ろう！〕の制作開始～

事前に完成品を作成しておくことで、「かわいいね！どうに作るの？」とAさんの心を掴む事が出来ました。2人で作り方の本と完成品を見ながら手芸教室が始まりました。



Aさんは、事前に説明を行っても子ぶたを作る工程を忘れ、何度も聞き返してくる事がありました。しかし手芸が趣味だった事もあり、縫う速さは当時と引けを取らないほどで、まつり縫い、玉結び、二度縫いなどの専門用語を口にするほどでした。「次はなに？どうするの？」と手芸に没頭しているAさん。手芸教室に参加している時には帰宅行動は1度も見られませんでした。手芸教室が始まり、4回目の開催で見事軍手の子ぶたが完成しました。完成した子ぶたを「かわいく出来たわね。」と大事そうに持つAさんの表情は、達成感と感動で今まで見た事がない満面の笑みをされていました。

手芸教室も、Aさんだけではなく他の利用者が加わり、活気があふれる手芸教室になっていきました。そして現在、4つ目の作品の制作途中です。今後は手芸教室で作った作品をようざん通貨で販売して行こうと思っています。手芸教室で制作している利用者と一緒に売店を開き、販売する事により、達成感や次へのやる気、そして何より自信に繋がっていくのではないかと考えられます。

【現在の様子】

- ・ 朝の送迎時に時々腹痛を訴える事があり、来所を拒否されますが「手芸教室」と言うフレーズを聞くと「何時からあるの？」と手芸への関心が高まり、2回目の訪問で、すんなりと来所されるようになりました。
- ・ 手芸教室案内状とAさんの手芸をしている写真を毎回お渡ししている効果は絶大で、写真を見て、夫に自慢する事もあり、デイサービスで手芸を行う事が楽しみになってきている様子が見られます。
- ・ Aさんだけの個別レクだけではなく、手芸教室を楽しみにしている他の利用者の参加もあり、手芸を行う事で、よりコミュニケーションが図れ、活気ある場になっています。

- ・ 6月から週3回のご利用に変更になりました。

【今後の課題】

デイサービス手芸教室を今後継続し行うためには、作品が豊富にあり、利用者が好きな物を選べる環境が大事であり、職員1人1人が制作物を考え、提供する事が手芸教室に参加している利用者に飽きずに手芸を楽しんでいただけるのではないだろうか。

【考察】

Aさんにとって手芸をすることは、作る喜びだけではなく、まだ自分に出来る自信を取り戻すことに繋がったようです。そうした気持ちを大切に、好きなことに没頭できる環境を作る事で、Aさんの真剣な顔や無邪気な笑顔が沢山見られるようになり、精神的な安定をもたらすことが出来ました。

利用者の生活歴を振り返る事は、その人を知る上で重要です。その人が望むケアは、焦らず、時間をかけて、信頼関係を気づく事が大切であり、きっといい方法が見つかると思います。Aさんには諦めず、没頭出来る事を提供し、楽しんでいただく事をテーマに、ケアを行い、「私そろそろ帰ります」から「もう帰るの？」に気持ちが少しずつ変化していき、利用回数が増えた事はなにより嬉しい事です。

認知症だから出来ないと言う固定観念でケアはしてはいけないと、改めて感じさせられました。Aさんの潜在能力の高さにも驚きを覚えます。また、手芸教室が素晴らしい影響を与え、Aさんと2人で始まった手芸教室に他の利用者も参加する取り組みに変化していったのは大きな成果でした。

【最後に】

みなさん誰もが自分の家が1番居心地が良く、過ごしやすいと思います。それは認知症になっても同じです。私達が家に帰りたくないと思う時はどんな時ですか？

それは「楽しい場所で楽しい事をする時」ではないでしょうか。

私達に出来る事は、楽しい場所を作り、共に同じ時間を過ごし、そして、その人の思いに寄り添い、笑顔になっていただく事だと思います。今回の様に利用者向き合い、ご家族向き合い、協力していただきながら一緒に介護を考える、全員が同じ思いを共有し続ける事が出来た時、利用者が望む「楽しい場所で楽しい事をする」に繋がると私は思います。

私は、Aさんあなたの心にずっと言い続けます。

「あなたの心の隙間は私が縫いましたよ。ほどけそうになったら、いつでも私が縫います。だって私はあなたの大好きな手芸教室の仲間ですから」と。

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「すっきりした」、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、摘便をしていました。

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、摘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ベッド上で摘便していましたが、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・ケアマネージャーとの連携を密にし、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。ケアマネージャーです。

ケ ア リ フ ォ ー ム CARE REFORM

～ 革 新 ～

ショートステイようざん
清水 栄一

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、

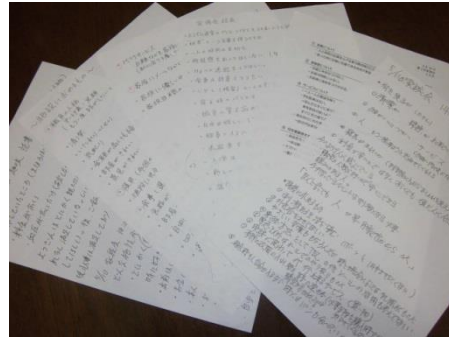
それは

「**お金には糸目はつけない**」

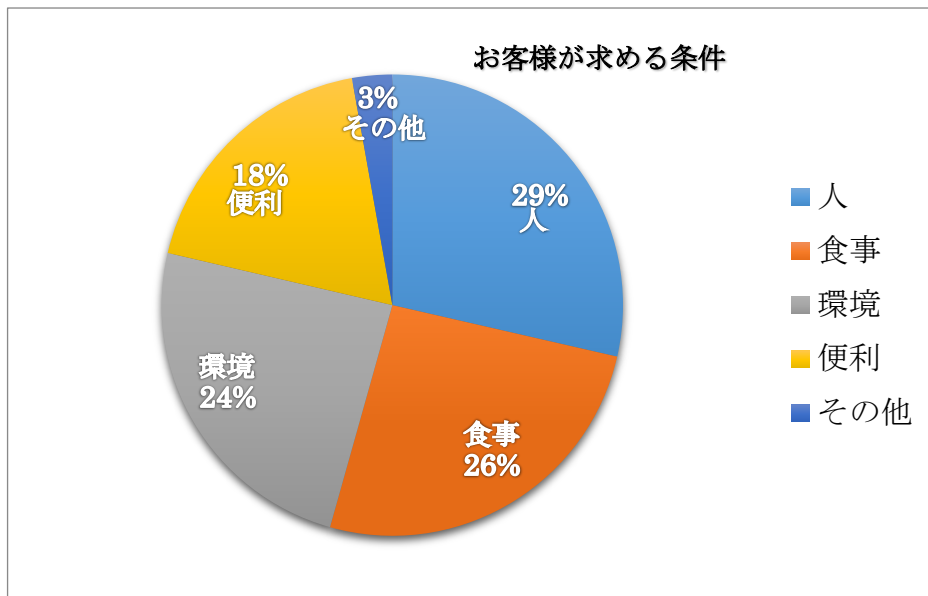
「**これからは質**」

「**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~

介護施設離れたハイクオリティー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す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さんの接客力向上が日々のお客様に提供される。

■ reform IV : 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おうと助かる」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？