

# 第7回

---

〈認知症ケアのヒントがここにあります〉

## ようざん認知症ケア事例発表会



## 第7回

---

～認知症ケアのヒントがここにあります～

# ようざん認知症ケア事例発表会

本日の事例発表の際のスライドで使用される写真など個人情報につきましては、本人並びにご家族の同意とご了承を頂いております。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。

今回事例発表をさせて頂く7事例は、下記の30事例から選抜された優秀事例です。ケアサポートセンターようざんのホームページにすべての事例を掲載しています。

- 1.～安心感～ 「共有」 ..... ケアサポートセンターようざん 内山 慎也
- 2.夫婦が穏やかに暮らすために  
～小規模多機能型居宅介護のメリットを生かして～ ..... ケアサポートセンターようざん並榎 藤田 晋平 佐野 礼香
- 3.認知症介護と家族へのレスパイトケア  
～継続的な在宅介護に向けて～ ..... ケアサポートセンターようざん栗崎 和田 文
- 4.あなたの生活サポートします～ありのままの自分でいる為に～ ..... ケアサポートセンターようざん貝沢 加部 綾
- 5.こんなに便利、小規模多機能！ ..... ケアサポートセンターようざん双葉 湯本 健太
- 6.「ご利用者様の夢！生きがい！の支援について」 ..... ケアサポートセンターようざん飯塚 川浦 修
- 7.心と生活に寄り添いながら ..... ケアサポートセンターようざん石原 佐藤 彩
- 8.仲良、笑顔の処方箋 ～ようざん中居スタッフが贈る個別ケア～ ..... ケアサポートセンターようざん中居 大川原 誠
- 9.「あの頃のように歩きたい」～皆の寄り添う気持ち～ ..... ケアサポートセンターようざん小埜 中村 愛美
- 10.私の届かないこの想い～86年目の数々の苛立ち～ ..... ケアサポートセンターようざん倉賀野 齋藤 修一
- 11.「私の居場所」 ..... スーパーデイようざん 宮田 真理子
- 12.ライフスタイル～環境と人間関係を整える～ ..... スーパーデイようざん栗崎 松田 直樹
- 13.「みんないい人」～居心地の良い環境づくり～ ..... スーパーデイようざん貝沢 飯塚 栄成
- 14.役割を持つことでネガティブからポジティブへ「俺がやらなきゃ誰がやる！」 ..... スーパーデイようざん双葉 内山 優太
- 15.「生き生きとされていた頃の姿が見たい！」 ..... スーパーデイようざん石原 嶋田 亜樹
- 16.「やっぱりおうちが一番！」  
～在宅生活を支えるためにスーパーデイようざんができること～ ..... スーパーデイようざん飯塚第2 渡辺 朋子
- 17.『在宅生活を続けるために』 ..... スーパーデイようざん中居 小林 ももこ
- 18.水分摂取1500mlをめざして～元気な生活するために～ ..... スーパーデイようざん倉賀野 森 圭司
- 19.ルーティーンケア ..... スーパーデイようざん小埜 小池 吉範
- 20.A様の笑顔を支えるために ..... グループホームようざん 渡邊 健太郎
- 21.『認知症予防・改善する臨床美術の実践について』  
～楽しい時間を作ることは～ ..... グループホームようざん飯塚 山岸 達也
- 22.「心安らぐ場所～共に探し、共に作る」 ..... グループホームようざん倉賀野 佐々木 美喜子
- 23.「寝たきりから自立歩行へ、認知機能改善へ」 ..... デイサービスようざん並榎 吉田 規子
- 24.「帰りたい！」に寄り添って ..... デイサービスぽから 高田 清子
- 25.個別ケア ..... デイサービスブランドールようざん 石井 鈴香
- 26.ようざん×人=〇〇 ～バトンリレー介護の方程式～ ..... ショートステイようざん 矢嶋 幸弘
- 27.「お客様の生活の質は高いのだろうか」 ..... ショートステイようざん並榎 掛川 直人
- 28.ナーシングホームようざんでの看取り介護を振り返って ..... ナーシングホームようざん 鈴木 優子
- 29.身寄りのない高齢者を支えていく ..... 居宅介護支援事業所ようざん 内田 昌宏
- 30.いいね！をたくさん押ししたくなるような、居場所にしたい～K様宅 ..... 訪問介護 ぽから 佐藤 真理

## 目次

### 「寝たきりから自立歩行へ、認知機能改善へ」

デイサービスようざん並榎 吉田規子 ..... 1

### 「あの頃のように歩きたい」～皆の寄り添う気持ち～

ケアサポートセンターようざん小埜 中村愛美 ..... 6

### ライフスタイル～環境と人間関係を整える～

スーパーデイようざん栗崎 松田直樹 ..... 10

### ナーシングホームようざんでの看取り介護を振り返って

ナーシングホームようざん 鈴木優子 ..... 15

### 私の届かないこの想い ～86年目の数々の苛立ち～

ケアサポートセンターようざん倉賀野 齋藤修一 ..... 19

### A様の笑顔を支えるために

グループホームようざん 渡邊健太郎 ..... 27

### 認知症介護と家族へのレスパイトケア ～継続的な在宅介護に向けて～

ケアサポートセンターようざん栗崎 和田文 ..... 32



# 「寝たきりから自立歩行へ、認知機能改善へ」

デイサービスようざん並榎

発表者：吉田規子

## 【はじめに】

寝ても覚めても目に入ってくるのは天井だけ、何の刺激もない、口から食事を摂る事も、独りでは動く事もままならず、家からどこにも出かけられない、そんな生活が続いたら、皆さんだったらどのような気持ちになるでしょうか？

きっと生きる気力「意欲」という心の刺激や活性化が欠如してしまうのではないのでしょうか。身体機能が低下した人が地域社会へ出かける際に障壁となるのは、段差や移動手段の確保の困難など数多く存在します。そうした環境面の制約が、利用者さんの残存機能を使う機会を奪ってしまう事もあります。

「寝たきり」の状態に近かった介護度5のA様が、自宅に閉じこもりになって、家から一步も出られないまま一生を終えることになることになると心配されていた時、デイサービスようざん並榎に通い始めた事で、生きる力、希望を見出され、胃ろうがなくなり口からの摂取へ、車椅子使用から自立歩行へ、さらに認知機能が改善され、1年後には機能回復に劇的な変化がみられ、介護度2に至るまでの経緯をここに報告します。

## 【事例対象者紹介】

氏名：A様 年齢：96歳 性別：男性

要介護度：利用開始時 要介護度5 → 要介護度2

食事形態：利用開始時 胃ろうより注入

→ 胃ろう抜去後 粥 + 粗きざみ → 米飯 + 一口大

既往歴：平成26年急性虫垂炎のため入院。術後ADLの低下があり、嚥下機能も低下したため、胃ろう造設。認知症発症となる。

腹壁ヘルニア、肺結核、緑内障

家族構成：息子夫婦と孫1人との4人暮らし。妻は、91歳の時に他界。

趣味：歴史古文書の読解、家系図作成、囲碁、将棋、ボーリング、剣道

地域：以前は、交流があったが、現在はなし。

本人の思い：住み慣れた家で生活したい。自分で歩きたい。自分で食べたい。

## 【デイサービス利用に至った経緯】

94歳の時に急性虫垂炎で入院となり、手術後は廃用症候群でADLが低下、歩行が困難で車椅子使用となる。

痰がらみのむせ込みが見られ、嚥下機能が低下し禁食、胃ろうを造設

退院後自宅に戻っても、精神的に不安な日々が続き、何度も家族を大声で呼んだり、起きようとした

り、不穏な様子が昼夜問わず見られるようになる。

家族の介護負担軽減と自宅での生活を維持、規則正しい生活を送れるよう、平成25年8月よりデイサービス利用開始となる。

## 【利用当初の様子と課題】

### [送迎時]

- ・A様宅は、送迎車が入れない狭い道路に面して、借りている駐車場から自宅までは300メートル離れていた。
- ・自宅は高台にあり、道路から玄関まで石の急な階段が9段、幅は1m以下の為、介助で上り下りは不可能な状況。
- ・退院間もないA様の体調と雨天時の心配もあり、利用当日は介護タクシー（ストレッチャー）で来所となる
- ・介護タクシーを数回利用したが、料金が高額の上、いつも空いているとは限らなかった。
- ・施設での送迎を試み職員2人対応で送迎が始まる。
- ・家族の協力のもと、石の階段を車椅子で上り下り出来るように、階段にタイヤの溝を作り、車椅子にワイヤーを付けて、上からひっぱり昇降する方法を始める。

### [デイサービスでの様子]

- ・デイでは、退院間もないA様は精神的に落ち着かず、「自分はどうしたらいいか?」と何度も確認する姿が見られ、静養されていても「起きます」と体の置き場が分からない不穏な状態が続く。
- ・集団で生活する事になれない様で帰宅願望が強く、時間を気にする発言が多い。
- ・やる気や意欲は見られず、無表情で声掛けにも受け答えが少ない。

### [昼食]

- ・昼食時は、食事摂取出来ない為、ホールから離れ静養室にて胃ろうより栄養剤注入

### [入浴]

- ・入浴は、体格が大柄で歩行不安定の為、男性職員で対応した。
- ・体に力が入らず、全介助で入浴される。

### [レクリエーション]

- ・利用当初はレクリエーション、慰問の参加は拒否が見られ「俺はいいよ」とほそっと発言される程度でほとんど参加することはなかった。

## 【取り組み】

### 《胃ろうから自力摂取へ》

当初は、静養室にて胃ろうより栄養剤注入していたが、他利用者様方の食事での会話や、匂いに誘われ、A様の「自分で食べたい」という気持ちが募り、食欲が湧いてきた。

食事レクリエーションで、かぶの浅漬けを作っている時に「食べたい」と話され、家族に伝えると、以前は家でよくかぶを食べていたとお話をいただく。

平成25年10月末から、家族より自宅にてむせ込みもなく、柔らかく煮た大根を食べたという報告を受け、デイサービスでも梨をすりおろしたものや、プリン、ヨーグルトの提供を試みる。

A様は、一口一口噛みしめるように食べられ「おいしいですか？」との問いかけに対し、「おいしいよ」と嬉しそうに答えてくれる。職員も「今日は食べられたね」と一緒に喜び合いながら一口の重さを感じ合う。

摂取量にばらつきはあるが、食べられる回数も多くなり、静養室でなくホールにて食べられる事に表情が明るくなってきた。当初は、粥と粗刻みで水分にはトロミ剤を付けて対応していたが、次第に米飯と一口大でも食べられるようになる。

平成25年12月中旬に胃ろう抜去。以前の様に、甘いものや好きな物を食べられるようになり、トロミ剤は使用しないと家族より連絡がある。

誤嚥予防に、食事前には必ず口腔体操に参加し、A様も熱心に取り組まれ、むせ込む事も少なくなっていき、食後は残食がないか確認し口腔ケアを行う。

また、脱水にならない様、水分を多く取っていただく為に、緑茶は苦手だと言われたので、大好きなコーヒーやスポーツドリンクを提供した。

### 《車椅子から自力歩行へ》

送迎時は、家族の協力のもと、自宅の石階段のリフォームによりデイサービスの職員の対応となり、玄関までの石階段を手すりに掴まり、一部介助で上り下り出来るようになる。

来所後は、出来るだけ歩いていただけるよう車椅子の使用は控え、入浴、排泄時や口腔ケア時は手引き歩行を行っていった。

A様も自分で歩くことを望まれており、健康体操や下肢筋力アップの体操に参加され、真剣な表情で行っていた。次第に体力もついていき、静養室で休むことも少なくなった。

平成26年7月には要介護度2になり、週3回の利用に増えた。

入浴時は、歩行も安定してきたので、女性職員でも対応できるようになる。

### 《好きな楽しめる事を取り入れる》

レクリエーションの参加が少なく表情の変化が見られなかったA様。

私達は生活歴からA様の好きなこと、楽しめることを探しました。

するとA様の「楽しみ」を探すことが出来ました。

#### ①ボーリング

若い頃には、マイボール、マイシューズを用意するほどボーリングを楽しまれていたというA様。早速レクリエーションでボーリングを行いました。今までは「いいよ、大丈夫」と見学されていたA様が「ボーリングをします、A様もお願いします。」と職員が声をかけると「昔やっていたんだよ。」といつも

とは表情も、声の力も違うA様がそこにはいました。ボーリングが始まり、いよいよA様の番になり、職員が「A様お願いします」と声を掛けると、力強く「ハイ」と返事をしボールを投げる位置に移動しました。

ボールを持ち、ピンを見ているA様の表情は私たちが初めて見る力強い真剣な表情でした。ピンは全部倒れませんでした、「久しぶりにやったな、楽しかったな」とA様の口から「楽しかった」と嬉しい言葉が聞かれました。A様にボールの投げ方、ピンの上手な倒し方などを聞くと嬉しそうに職員に優しく教えて下さいました。

A様が楽しまれている事に私達は感激しその後もA様が利用される日にはボーリングを取り入れ、A様が主役になって楽しんで頂ける環境を提供しました。

通所の回数を重ねるごとに、受け答えも良くなり、ゲーム等に参加することによって人との交流も出来てきました。

## ②歴史古文書の読解

昔から歴史や古文書に興味があったA様。私達は群馬の歴史やA様の出身地でもある吉井町の牛伏山や多胡碑の話聞き、吉井町に住む職員が多胡碑の写真を撮ってきて、一緒に写真を見ながら石碑に書いてある言葉や漢字を教えていただきました。

また、昼食後には苗字や家紋についての本を読まれ、A様の家紋の由来を職員に丁寧に説明して下さいました。知人が同じ利用日におり、昔の話も弾み、デイサービスに来るのが楽しみだと話される事もありました。

## ③書道が得意

難解漢字を読むのも書くのも得意なA様に、健康十訓や四字熟語、次の日の献立を達筆な字で書いていただき、ホールに展示させていただきました。字を書くことで脳が活性化されてきました。

## 【考察】

人が生きるには、自分で元気に生きようとする力と、口からの食事摂取が何より重要で、その為には家族の協力も大切だと痛感しました。

A様宅のお嫁さんは看護師をされていた為、自宅へ訪問し胃ろう注入の仕方や、自宅での様子を聞くことが出来ました、ゼリー製品を自宅でも試していると連絡があれば、同様にデイサービスでも行ったり、ご家族と密に連携を図る事が出来たのは良い成果に繋がりました。

口から食べ物を食べる事は当たり前の行為のようですが、目で楽しみ、物を噛んで味わう喜びだけではなく、噛む事で脳を活性化でき、認知機能を改善出来る素晴らしい行為です。食べる事は人間の基本欲求であり「生きている」「元気」「健康」という実感に繋がります。

A様にとって食べるという行為は精神的にも重要な意味を持っていたと思います。

良いケアとは、身体能力の回復だけでなく、その方の思いを大切に「その人らしく生きる権利の回復」をめざし、出来るだけ機能低下の速度を遅らせ、疾患の悪化を防ぎ、何より寝たきりにさせないことが重要です。高齢で介護5だからと言う私達の固定観念や先入観でケアをしてはいけないという事を学びました。

### 【最後に】

「元気になりたい」という、A様の秘めた欲求を汲み取り、あきらめずに希望を持って家族と一緒に在宅生活をサポートしてきた2年間でしたが、今年の3月末、ご自宅にて突然老衰の為96歳でお亡くなりになりました。亡くなる前日に昼食の献立を毛筆で書いていただきました字は「鱈の煮付け」でした。とても達筆で、家族は額に入れて葬儀に飾ってくれました。ご家族から「ようざんに行かなかったら、こんなにおじいちゃん元気にならなかったでしょう」「私に介護が必要になったらようざんにお世話になりたい」とうれしい感謝の言葉をいただきました。

多くの方は歩けなくなっても、動けなくなっても、住み慣れた自宅での生活の継続を望んでいます。こうしたことを支えていくことがノーマライゼーションの理念に沿った大切な事であり、私達介護職に課せられた使命だと思います。

その為にも、個々の高齢者の状態に合わせた適切な支援を行えるよう、日常生活の何が障害となっているのかを把握する力を身につけていきたいと思います。

# 「あの頃のように歩きたい」～皆の寄り添う気持ち～

ケアサポートセンターようざん小埜

発表者：中村愛美

## 【はじめに】

昔、スポーツマンだったA様。69歳まで車に乗って買い物をされていました。そんなA様が寝たきりになって車椅子生活を送ることは、ご本人様にとって望まない生活に感じているのでは…と思ったのがきっかけです。ご家族の希望とA様の意思を尊重し、A様に以前のように自立した生活を送れるようになって頂きたい。これから医師・訪問看護・介護士の連携により寝たきりから手引き歩行が可能になるまでに改善された事例を紹介します。

## 【利用者紹介】

氏名：A様 性別：女性 年齢：77歳

要介護度：要介護度5

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲ a

既往歴

75歳：逆流性食道炎

## 【生活歴】

53歳までパート勤めをされていた。若い頃は運動神経が良く、体を動かす事が好きだったが、それ以外の趣味はなく、一人で過ごす時間が多かったA様。お風呂が嫌いで入院前は1年間入っていなかった。H26.8に自宅で腰痛にて動けず救急搬送され入院となる。

## 【利用開始時の家族の希望】

突然寝たきりになってしまったが、寝たきりでなく少しでも元気になってもらいたい。歩けるようになれば良いのだが…。

## 【利用開始時の様子】

- ・入院時より食欲不振、水分も摂れていない状態。
- ・4ヶ月間、入院し寝たきりだった為、体動困難。
- ・言葉は出せるが意思疎通は困難。介護に対する拒否あり。
- ・両足のむくみが顕著。

## 【経過及び取り組み内容】

平成26年11月28日、ケアサポートセンターようざん小埜利用開始。

### 《食事形態》

- ・五分粥・副菜半分量・キザミ食で対応するが、1割～2割程しか摂取できなかった。

### 《身体状況》

- ・足が曲がらず伸びたままの状態一般の車椅子ではずり落ちてしまう為、リクライニング式の車椅子

子をレンタル開始。

《排泄形態》

・紙オムツ対応、ベッド上でのオムツ交換。

**(医師との連携開始)**

12/1、クリニック受診。状況報告し、内服薬処方。

(逆流性食道炎の既往歴あるため、胃薬と食欲増進剤の処方)

主治医より訪問看護を入れてはどうか?との話しありカンファレンスを開く。

**(1回目のカンファレンス実施)**

12/4、息子、主治医、ナースステーションようざん(訪問看護)とカンファレンス実施。

・医療保険による訪問看護を導入。

・栄養補助飲料を処方し、栄養状態の改善に努める。

**(訪問看護との連携開始)**

12/6、訪問看護利用開始

・ようざんにて点滴、足のマッサージ

・エンシュアリキッド(栄養補助飲料)による栄養補助を1日1缶提供開始。



利用開始して1週間程経った頃から食事、水分とも意欲的に摂取されるようになる。

12/26、食事摂取量が増えてきた為、お粥から米飯に変更

**(主治医、訪問看護と2回目のカンファレンスを実施)**

主治医より医療保険での訪問看護を入れているが、状態改善してきているため、介護保険での訪問看護を入れてはどうか?と話しあり。

→1月より自宅に訪問看護を導入。

**(訪問看護利用開始)**

週1回30分、自宅で足のリハビリ、マッサージを行う。

**(リハビリ開始して1ヶ月が経過したある日のこと)**

ご本人様より初めてトイレの訴えあり。

トイレに行ってみますか?と声を掛け、手を差し伸べると、手を握って立ち上がろうとしました。試しに2人介助で手引き歩行すると短い距離ですが歩行し、トイレにて排泄を行う事が出来ました。主治医、訪問看護に報告。

## 《排泄形態の変更》

紙オムツからリハビリパンツに変更。2人介助でのトイレ誘導を実施。



以降、オムツ交換ではなくトイレ誘導にて排泄介助を行うことが出来るようになりました。

## (ヒヤリハット発生)

2/24、昼食後居室へ誘導し午睡。少ししてから廊下の手すりにつかまって立って歩いているのを発見する。

事故に至らなかったが、今回の件で四肢が使える長座位移動ができるということに気付く。家族に報告し同意を頂きベッドから布団対応に変更。



以降、立ち上がりはないが、布団から居座ってくる姿が見られるようになりました。

## (3回目のカンファレンス実施)

手すりを持って立位保持が出来るようになり居室から居座って出てくることが増えてきたので、週1回の訪問看護以外によろぎんで出来るメニューはないかと考え、看護師に相談。

→訪問看護に事業所で出来るリハビリメニューを作成して頂くこととなる。

## (事業所でのリハビリ開始)

3/8、訪問看護が作成したリハビリメニューで両足のリハビリ開始。

(他動・自動訓練・1日1回、ホールからトイレまで歩行訓練)



## 《取り組みによる効果》

- ①運動量の増加とマッサージによりむくみの軽減。
- ②下肢筋力向上のメニューを毎日行い、足の可動域が拡大。
- ③日中、車椅子の使用をせずに手引き歩行にて移動出来るようになった。
- ④手引き歩行によるトイレ誘導が可能になりトイレで座り自己排泄が出来るようになった。
- ⑤利用当初より食事摂取量増加。日によって波はあるが体重増加し栄養状態改善されている為、エンシュアリキッドの提供を終了。

(12月 33.7kg 1月 34.4kg 2月 35.9kg 3月 37.3kg 4月 36.2kg 5月 37.7kg)

\*利用開始当初から見ると4kg増加されています。

## 【現状のA様】

・訪問看護と連携し、リハビリを毎日行っていく中で足の筋力が増え、1日1回の手引き歩行が出来るようになりましたが、それに伴い転倒や足を痛めるリスクが高まっています。



・利用当初は意思疎通困難で介護拒否が多く見られていましたが、笑顔でいることが増え介護拒否も減少し、歌のレクリエーションを行うと声を出して歌われるようになりました。

### 【今後の課題及び問題点】

#### ①現在行っているリハビリの量を増やしていくかどうか

…足の筋力は増えましたが、同時に自分で立ち上がろうとすることが増え転倒や足を痛めるリスクが高まっています。

#### ②住宅改修の必要性が生じる

…自宅へは寝泊りに帰っている状態で殆どベッド上にて過ごされています。本人の寝室は畳になっているが、沈んでいる箇所があります。現状では這って移動していますが、今後単独歩行が出来るようになった場合、転倒する可能性があります。

※家族の希望を聞き、課題解決に向けて医療との連携を強化していきたいです。

### 【まとめ】

A様とリハビリを行っていく中で笑顔が沢山見られ、リハビリに対し意欲的な姿勢が見受けられるようになりました。同時にADLが退院時に比べ改善されてきているのを感じました。

ベッド上での生活だったA様が歩けるようになり、食事形態も常食に近づき、他利用者様もA様の変化に気づきコミュニケーションの輪が広がっています。

しかしながら、A様が以前のような生活を送れるようになるにはまだ時間が掛かります。ケアを行う過程で多くの課題が出てきました。

### 【ケアの専門職として】

家族の方は現状まで回復したことに感謝の言葉を述べて下さり「また以前のような生活を送れば…」と話して下さいますが、反面、転倒や足を痛めるリスクが高くなっていることを心配されています。介護サービス利用が初めてで、どうするべきか分からないと悩まれています。

家族の不安を取り除き、A様の現在の状態を維持、改善していくためにはどのようにケアをしていくべきか。私達介護士のみでなく、医師・訪問看護とも連携を図りながらA様と家族のケアを行い両者が望む生活を送れるようサポートしていくのが私達の役割だと思います。

# ライフスタイル～環境と人間関係を整える～

スーパーデイようざん栗崎  
発表者:松田直樹

## 【はじめに】

前頭側頭型認知症を発症したA様が63歳から65歳のおよそ3年間スーパーデイようざん栗崎を利用された中、介護者と連携を図り、生活パターンや介護方法を試行錯誤した結果、勝ち得た穏やかな日常生活について紹介いたします。

## 【対象者紹介と利用開始の経緯】

A様、65歳 女性 前頭側頭型認知症

夫との2人暮らし。主介護者は夫であり、老々介護で孤立傾向にある。

平成23年10月夫がA様の様子の変化に気づき受診。若年性認知症と診断される。

平成24年9月異食・暴力などの症状が出現し、同年12月A病院に入院となる。

平成25年4月退院され介護サービスの利用開始となる。

退院直後、他法人のデイサービスを利用していたが、平成25年6月からスーパーデイようざん栗崎を週1回の割合で併用利用となった。現在では、スーパーデイようざん栗崎を週7回・365日利用されている。服薬は利用開始以来、メモリー・抑肝散を服薬されている。

## 【前頭側頭型認知症の主な症状】

- ◆無関心・・・服装や衛生状態に無関心で不潔になる。周囲の出来事に興味を示さなくなる。
- ◆逸脱行為・・・反社会的行為(万引きなど)
- ◆時刻表的行動・・・散歩などを決まった時間に行う。制止すると怒る。
- ◆異食行為・・・毎日同じものしか食べない。際限なく食べることもある。砂糖をなめる。
- ◆常同行動・反響言語・・・同じ言葉を際限なく繰り返し、他人の言葉をオウム返しにする。制止しても一時的に止めるのみ。
- ◆発語障害・意味障害・・・無口になる。ハサミ・眼鏡などを見ても言葉の意味や使い方が分からない。
- ◆記憶・見当識は保持・・・最近の出来事は覚えているし、日時も間違えない。道も迷わない。

## 【A様の周辺症状】

利用開始当初(平成25年～26年にかけて)前頭葉の症状が強く表出していた。

- ◆無関心・・・服装や衛生状態に無関心で汚れた服を平気できている。入浴しないことが多く異臭があっても気に留めない。髪型や化粧をしなくなった。人前で平気でズボンを下げて下着をだす。
- ◆逸脱行為・・・他者の食べ物を平然と食べてしまう。仕舞い込んだ食べ物の場所を覚えていて、勝手に取り出して食べてしまう。食べ終わった食器を隅々までなめまわす。唾を吐く。
- ◆時刻表的行動・・・決まった時間になると帰宅準備をする。出口を探し出口の扉を開けようとガタガタさせる。施設内をウロウロと歩き回る。食事の時間が近くなると食事が運ばれてくる方向へ見に行き、食べ物を見ると配膳前に食べようとする。止めると怒る。

- ◆異食行為・・・際限なく食べることもある。排泄時使用したトイレトペーパーや便を食べる。排尿時、尿で汚れた手をなめる。
- ◆常同行動・反響言語・・・同じ言葉を際限なく繰り返し、他人の言葉をオウム返しにする。制止しても一時的に止めるのみ。以前は、看板の文字を声に出して読んでいた。送迎時は信号を見ると「赤・青」と言い続ける。最近では「モエエ」などと言い続ける。
- ◆発語障害と意味障害・・・メガネの使い方が分からず眼鏡を壊してしまった。
- ◆記憶と見当識は保持・・・いつもの道順を覚えていて、いつもと違う道を通ろうとすると奇声をあげて道が違うことを訴える。いつも自分の座る場所を覚えている。自分の荷物をしまうロッカーを覚えている。帰宅時に待つ場所を知っている。自分の好きな本を覚えている。読み終わると所定の場所に片づける。

### 【 ライフスタイルを整えるためには？ 】

- 私たちは、A様が日常生活を穏やかに過ごすことが最優先課題であると考え、前頭側頭型認知症の時刻表的行動パターンを活かしたケアに取り組んだ。
- 時刻表的行動パターンの形成を軸として、上記の周辺症状を共に解決すべく取り組んだ。
- 穏やかな生活確立のために介護者と連携を図り、基本となる生活パターンを把握した。

### 【 A様の時刻表的行動への理解と取り組み 】

介護者と意思の疎通と協力関係が重要である為、事細かに打ち合わせ難題と思える要望に対しても柔軟性を持って対応した。特に介護者には何でも気兼ねなく話し合えるように、どんなことも傾聴し介護者が孤立しないように受け止め、共に考える姿勢をとった。時間の経過と共に信頼関係が深まった。

### ◆平成25年利用開始当初の様子(他法人のデイサービスを併用)

	他の法人デイサービス	スーパーデイようざん栗崎
平成25年6月	日月水の週3回 9時～16時30分	金の週1回 9時～16時30分
平成25年7月	月水木金日の週5回 9時～16時	火・土の週2回 火:9時～17時30分 土:9時～14時
平成25年8月	ケアマネより本人が落ち着かないと相談あり	
平成26年1月	中止	週7回9時～14時の利用

介護サービスを利用開始した平成25年6月、1週間のうち日・月・水の3回他の法人のデイサービスを利用、スーパーデイようざん栗崎は毎週金曜日1回利用であった。

7月から週7回利用となり、スーパーデイようざん栗崎は火・土曜の2回で火曜日は9時～17時30分の利用・土曜日は9時から14時の利用で、他の法人のデイサービスの利用時間は9時～16時と環境と時間帯の状況は統一性がなくバラバラな状況であった。その為利用者も介護者も落ち着かず不穏な状況であった。

8月には、(担当ケアマネより相談受ける)これまで状態が落ち着かずどのような利用がいいのか……。ケアマネ自身も悩んでいた。

12月になって、介護者の夫から、「2事業所併用するよりも施設の種類がそろっている『ようざん』なら次への介護の段階を考えると安心である。スーパーデイようざん栗崎の利用に関し、ケアが細やかで色々配慮されている」ことを評価していただき、全面的に毎日スーパーデイようざん栗崎を利用したいとの申し出を受け、平成26年1月より利用時間を9時～14時とした。毎日、同じ場所に通うという時刻表的生活を形成したことが穏やかな生活に繋がったと考えられる。

#### ◆平成26年スーパーデイようざん栗崎

(スーパーデイようざん栗崎利用の一本化・宿泊併用・入浴サービス開始・失禁の始まり)

前頭側頭型認知症の特徴を踏まえ、週7回利用時間を固定化した。

1月から週7回9時から14時の利用開始となる。病気の特徴を理解し送迎時間の厳守と同じ女性職員の送迎により毎日の生活パターンが徐々に定着し、不穏な様子が減少し始めた。

5・6月頃から介護者である夫の介護疲れが増大し、心身ともに疲弊し健康面も持病が悪化するなど在宅生活の維持が危ぶまれる事態になった。これにより通いなれたスーパーデイようざん栗崎で宿泊サービスの利用開始となる。

7月1回、8月2回と徐々に回数を増やし、A様の生活サイクルとして習慣化することが効果的と考え、レスパイトケア定着の為、9月からは毎週火曜日、月に4回宿泊を利用することになった。

9月になると、日中の失禁が多くなり尿パット使用開始となる。また、便秘症による弄便が見られトイレの度に不潔行為を行うようになった。在宅においても弄便・異食・不潔行為など頻回になり、介護者の疲労感が一層深まっていた。10月には、自宅での入浴が困難になり入浴サービスを週2回(火・金)利用することになった。かつて、入院の時に男性職員に両脇を抱えられ連れ去られたことがトラウマになっている為、入浴サービス・トイレ介助(汚染確認・不潔行為防止・パット交換)は同性介護で行う。始めのうちは、入浴時使用するシャワーチェアをトイレの便器と間違えることが度々あった。12月頃になると認識できるようになって抵抗なく入浴・更衣・トイレ介助が出来るようになった。

## ◆平成27年のA様のご様子

一連の宿泊サービスの利用によって、介護者は心身共に回復し元気を取り戻すことができた。A様の生活パターンが確立し生活リズムが整ったことで在宅介護に自信が持てるようになった。

平成27年4月からは宿泊サービスの利用をすることなく、スーパーデイようざん栗崎利用のみで在宅介護生活を送れるようになった。また、排泄リズムを整え、便秘解消のため水分摂取に取り組み4時間半の利用時間で平均450cc前後・水分ゼリー50～100cc摂取を実施。便秘解消と排便リズム確立のために、主治医に相談してマグミット処方依頼。朝・昼・夕3回服用。毎朝食後6時30分頃に排便が定着、排便リズムが整った。トイレ誘導は1時間ごとに実施。自宅でも同様に実施している。これによって失禁の回数は減少しパットの使用量・洗濯物も少なくなった。排泄と水分のバランスが定着し、リズムが整ったことで在宅介護の負担を大幅に軽減できた。食事面では、毎週献立表をお届けして食事の参考にさせていただいている。在宅では野菜を中心にした食事を心がけ、便秘にならないように工夫している。介護者から水分ゼリーの作り方を教えて欲しいとの要望があり、自宅でも水分ゼリー作りに挑戦され美味しいおやつを楽しんでいる。

## 【前頭側頭型認知症のA様のケアポイント】

前頭側頭型認知症A様に対しての基本的なケアは、機嫌を損ねずに新たな行動パターンを習慣化することが大切であると3年間のご利用を通して理解できた。新たな行動パターンを誘導するときには、明るく楽しく朗らかにA様にとって好感触の反響言葉を職員と一緒に歌うように「もう～いいかあい～、まあだだよお～」などと、かけあいながら実施する。

## 【対策一覧】

- |                              |                |
|------------------------------|----------------|
| ■帰宅願望 異食行為 食べ物関係             | ⇒ 行動パターンを先取りする |
| ■トイレ誘導 入浴介助                  | ⇒ 馴染みの関係を作る    |
| ■読書(写真のある本)                  | ⇒ 出来ることを繰り返す   |
| ■入浴 トイレ 体操 歌 レク参加後の水分摂取 帰宅準備 | ⇒ 新しい常同行動をつくる  |
| ■席定位置 送迎時間 入浴の時間             | ⇒ 生活習慣を妨害しない   |

## 【取り組み】

取り組み① タイムスケジュールにできる事を取り組み、パターン化する。

朝、来苑時いつも座る席に好みの本を置いておくと、落ち着いて本を読みだす。

昼食後、口腔ケア・トイレ誘導が終わった後にウロウロしますが、気に入った本を決まった席においておくと落ち着いて本を長い時間読むことが出来る。

**取り組み②** 馴染みの関係を作ることにより抵抗なく、入浴やトイレ介助を受け入れることが出来る毎日利用することによって職員の顔・場所を認識できるようになったことによって、トイレ介助や入浴介助がスムーズにできるようになった。また、職員もA様の行動パターンを読み先取りすることによって、異食行為や不潔行為などを未然に防ぐことができるようになった。

**取り組み③** 生活習慣を妨害しないように、新しい常同行動を組み込む

来苑時にはタイムスケジュールに従い、いつもの時間にいつもの席に座って、いつもの歌や体操、読書、水分摂取、帰宅準備、入浴、トイレ介助を行うことによって、穏やかな生活パターンを確立することができた。生活リズムが整ったことにより、周辺症状に悩まされることが少なくなった。

## 【結果】

A様の特徴的な周辺症状である不潔行為・異食行為・周徊・逸脱行為は行動パターンの把握と生活リズムが整ったことで解消された。生活のタイムスケジュールが確立したことによって、介護者の介護負担が大幅に軽減され、4月からは宿泊サービス利用が不要になり、夫婦二人の在宅生活は大変穏やかで安楽な日々を勝ち取ることが出来た。

## 【考察 まとめ】

数多くの情報収集から紡ぎ出した介護計画を実施する際には、利用者・介護者との強固な信頼関係を基盤として、その人にとってのこだわりや個性を尊重したケアを提供することが大前提である。前頭側頭型認知症の利用者に対し薬剤に依存することなく、介護の在り方によって環境を整え、馴染みの関係を築き、生活のタイムスケジュールを整えることが最優先であるということがA様の事例を通して証明された。

病気を正しく理解し、先入観や固定観念を捨てて、ありのままを受け入れることによりお一人お一人を理解することができ、より良いケアに繋ぐことが出来るのではないかと考える。

# ナーシングホームようざんでの看取り介護を振り返って

ナーシングホームようざん

発表者:鈴木優子

## 【はじめに】

超高齢社会を迎え、自宅介護の限界や退院後の行き先が見つからない場合など多くの課題が出て来ている現状の中、サービス付き高齢者住宅への期待は大きいと感じています。

ナーシングホームようざんでも看取りを希望される方に、穏やかで安らかな日々を過ごして頂き、自然な看取りを・・・と、考えています。

これまでの看取りについて紹介をいたします。

ナーシングホームようざんでは、これまでに4例の看取り介護を行いました。

年度	看取りにて逝去	契約中に病院で逝去
25年度	0人	2人
26年度	4人	6人
計	4人	8人

## ※事例紹介

### 【事例①】

ナーシングホームようざん 初めての看取り

A様(享年99歳・女性)

・既往歴

認知症:発症不明

H10年:腰椎圧迫骨折

H18年:左大腿骨頸部骨折

高血圧 高脂血症 骨粗鬆症

不安定ながらも自ら歩行されホールまで来られていました。毎日の新聞に折り込まれてくる広告を見るのが大好きだった、A様について紹介いたします。

### ・家族の看取りに対する希望

戦争でご主人を亡くしてからは、人に頼る事を好まず1人で生活されてきました。近くに住む長女が毎日自宅に通い、手助けをしていましたが、自由気ままな生活を続ける本人に、長女は疲れを

感じ言い争いが絶えない日々が続くようになりました。知人の紹介でナーシングホームようざんを知り、少し距離を置いてみたいとの事で入居となりました。そして徐々に親子の関係が改善されていきました。自然なままの最期を迎えたいとの思いから、入居時より看取りを希望されていました。長女は週1~2回訪れては、母親と過ごす時間をとても大切にされていましたが、半年が過ぎた頃から食事量が減り始め、ベッドから起き上がるのもままならなくなり、デイサービスの利用も出来なくなりました。孫やひ孫、県外に住む次女も折を見ては訪ねて来てくれるようになり、最期まで淋しい思いをさせたくないからと、お花を活けたり好きだった民謡を流したりと、長女は毎日訪れるようになりました。

### ・看取りの状況

年末頃より浅い呼吸や尿が出なくなるなど死期の徴候が見られましたが、小康状態と悪化をひと月程繰り返しました。亡くなった当日は長女夫婦・次女夫婦が朝から面会に来られており、交代で母親の手をにぎり時間が過ぎて行きました。お昼を過ぎた頃、長女に手を握られたまま、静かに息を引き取られました。

家族からは「ここで過ごした半年間、私達はとても満足しています。最期まで母親と過ごせて幸せです。職員の方々にも最後のお見送りまでして頂き感謝です。」と言われました。

また「母にスカイツリーを見せる約束をしていましたが、見せてあげる事が出来ませんでした。」と、居室に飾ってあったスカイツリーの絵を手渡されました。「ここで母が生きていた事を忘れないで下さい。」とも言われ、今でもA様が生前過ごされた席から見える場所にこの絵を飾り続けています。

### ・経験してみても思う事

高齢の為か死期が近づいても、徴候が分かりづらく判断できません。家族は一緒に送りたいと希望し、頻繁に面会に来られ偶然希望に添う事が出来ました。今回の課題として、非常口から送り出してしまった事や、2日間家族が交代で居室に寝泊まりしましたが、食事やベッドの準備をする所まで気が回りませんでした。白寿のお祝いをし、百寿のお祝い計画もしていましたが、その日を迎える事が出来なかった事も残念でなりません。



## 【事例②】

「満足長女」と「気遣い母」と「職員」それぞれの思い

B様(93歳・女性)

・既往歴

S55年:狭心症 高血圧

H 1年:右腎結石症

H21年:右尿管結石 右足関節偽通風

H23年:食道癌 ラクナ梗塞

H24年:閉鎖孔ヘルニア

食道がん末期と宣告されていましたが「自分の事は自分でやる」が口癖で、定期巡回を利用し自宅での生活を支えていました。洗濯機は2層式を使用しており、若い職員が驚く姿を見ては喜ばれている、お茶目なB様について紹介いたします。

### ・家族の看取りに対する希望

「体調が悪い」と連絡を受け、何うと39度の高熱が出ており、担当医師に連絡、入院となりました。ナーシングホームようざんに入所する事を条件に退院許可が出ましたが、医師から家族への説明では「食道がん末期、口から食事を摂る事は難しい」と言われました。長女は言葉では一旦は受け入れられた様子でしたが、どこかでは、うちの母はまだ大丈夫だろうと思っていたようでした。頻繁には面会に来られないと、冷蔵庫を購入し居室に設置、その中に手料理、ゼリーやようかん、アイスクリームなどが入っていました。医師の指示に反していましたが、家族の介助にて食事をする様子は満足そうでしたが、当然誤嚥はしています。家族の帰宅後に看護師が吸引する事が繰り返されるうちにB様は徐々に弱っていき、その変化を受け入れていくようになったのが、亡くなる1ヶ月程前でした。

### ・看取りの状況

家族は遠方に住んでいます。2月には時間が取れるので面会に来る予定でした。しかし面会予定日の夜から大雪が降り、公共交通機関が停止し、こちらに向かう事を断念せざるを得ませんでした。その日の夕方より酸素濃度・血圧が低下し始め、家族に連絡するも「この雪では行くすべがない」と苛立ちの返事でした。

翌朝、雪の降る中、眠るかのように、ひとり息を引き取られました。

家族が到着したのはその日の夜遅くであり、息を引き取った連絡を受けてもすぐに駆け付ける事が出来なかった苛立ちと、信じたくない気持ちなのか、全員が憔悴しきっていました。家族には自然なままの姿を見て頂きたいとの思いで、到着までの時間、職員が交代で傍らに寄り添いました。

長女は、「幼少期に父親を亡くし記憶にも残っていない。そんな中、女手一つで大学まで通わせてくれた母には、もっともっと恩返しがしたかった」とB様を抱きしめ、涙ながらに話してくれました。

そして後日、家族から手紙が届きました。

#### ・経験してみても思う事

B様は家族の持って来てくれた物を口にすると、どうなるか分かっていました。しかし、心配させまいと、家族の前では笑顔を見せ、一緒に食事をされていました。家族が帰宅した後に、吸引され発熱し苦しい思いをする事もわかっていながら、笑顔を見せ続けました。家族の中ではいつまでも笑顔のままで映っていたと思います。そんな中、職員は家族と過ごす時間の笑顔を邪魔することは出来ません。だからと言ってこのまま食べさせ続けても良いのかと葛藤し悩みました。その事は、今となっても『正解』が出ていません。

#### 終わりに

ナーシングホームようざんは高齢者の生活の場であり、終のすみかとなりうる場でもあります。そして「看取り」は避けて通れない事です。

また、病院とは違い「自然な死」を迎える事が出来る場所でもあります。

共に「その人の最期に立ち会える」貴重な体験をさせて頂ける私達は幸せだと感じています。

その事を自覚し日々の介護・看護に専念していく事で、私達の成長にもつながっていくのではないのでしょうか……。

# 私の届かないこの想い ～86年目の数々の苛立ち～

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者: 齋藤修一

## 【はじめに】

皆さんは、認知症や片麻痺の利用者様など、中重度の身体介護を要する高齢者の気持ちについて知識や経験のみで考えていませんか？

日常の業務が忙しく、意識しているつもりでも、職員本位でのケアをしていませんか？

本活動に取り組む前に、私達ケアサポートセンターようざん倉賀野では、より利用者様の気持ちに近づく為、有志を募り、千葉県福祉ふれあいプラザで行われている「認知症疑似体験・高齢者疑似体験」の研修に参加しました。

この研修は、長寿社会文化協会(WAC)会長の一歩ヶ瀬康子様を会長とし、長谷川和夫聖マリアンナ医科大学理事長と板生清氏。その他、東京大学大学院教授を特別委員とした高齢者疑似体験プログラム開発研究委員により開発された研修です。この研修では健康な80歳を想定し、ベストの左右のポケットに1kgの重りを着け、両腕に750gのリストバンドを着用し、可動域制限を掛け、知覚鈍磨を設定する為に両手に2枚の手袋を着用しました。足には、膝や足首に重りをつけ、筋力の低下に伴い膝関節が動きにくくなる状態を再現しました。また白内障体験ゴーグルを掛け以下の研修課題に取り組みました。

## 【課題】

- 1.お買いもの体験をしてみましょう。ビニール袋にペットボトルをいれて30歩、歩いてみましょう。ペットボトルの大きさは体験者が決めて下さい。
- 2.足の爪をきる事として、つま先を触って下さい。いつものようにできますか？また階段の体験もしてみましょう。
- 3.スタッフから財布を受け取り、財布の中にお金はいくら入っているか見て下さい。  
金額を介助者に伝えて下さい。

その他車椅子移乗体験と、トイレがわからなくなる想いに近づく認知症疑似体験を行い、いつまでもトイレに辿り着けない想いや、不安な気持ちを感じ取るシミュレーション映像を観て認知症高齢者の気持ちに近づくことが出来ました。

## 【研修受講生にインタビューを行いました】

私は、「認知症疑似体験、高齢者疑似体験」の研修を受け、一番印象に残っていることは、自尊心を傷つけてはいけないという重要性です。高齢者に対し、優しく見守り、失敗行動に対しては支持的に関わること、認知症によって生活行動ができなくなっていることを、ケアをする私達は忘れてはいけないことに気づきました。また、福祉ふれあいプラザの職員とディスカッションを行い大切な言葉を頂く

ことが出来ました。

それは「今日出来たことが明日出来るとは限らない」。私はこの言葉の意味について深く考えました。今ではこの言葉を忘れることが出来ません。また、利用者様と寄り添う気持ちやラポール(相互信頼関係)を築きあげる事の重要性を学ぶことが出来ました。この研修で学んだことを常に意識し、目を合わせ笑顔で接することや、環境整備の工夫がいかに大事なのかを今回の体験研修から得る事が出来ました。自分が働く現場で実践し今後活かしたいと思います。

研修後、全職員でカンファレンスを行いました。研修で行った高齢者疑似体験(うらしまたろう)を視力・聴力・皮膚感覚・下肢筋力の4つの項目に分類し、全職員に説明しました。職員がこれらの問題の中で最も項目が当てはまる利用者様を挙げた所、該当したのがA様でした。

視力・・・眼鏡、白内障

聴力・・・右耳が聞こえない

皮膚感覚・・・暑い(寒い)の訴え

下肢筋力・・・両膝関節伸展制限あり

### 【 困難事例紹介 】

『86年生きてきてこんな事は初めてだ』

『この職員はどうなっている』

『(難聴だから)何を言っているのかわからない』

A様 86歳 要介護2

障害高齢者の日常生活自立度 B1

認知症高齢者の日常生活自立度 III A

既往歴：うっ血性心不全(平成24年) 腰部脊椎管狭窄症 変形性関節症

高血圧 痛風 両側硬膜下水腫 腰椎間板ヘルニア 突発性難聴(右耳)

※利用開始当初は認知症の診断はおりていません。

生活歴：娘二人が独立し、長年奥様と二人暮らしであった。奥様が認知症発症して以降は、長女宅にて生活するが、家庭事情により平成27年度より倉賀野の自宅から小規模多機能型居宅介護ようざん倉賀野を利用する。(独居)

### 【 取り組み① 家族会の開催 】

わが道を行くタイプのA様、男が外に働きに出掛け女は家で家事をしろという考え方。なかなか本人様の本音を聞き出すことが出来ず、関わり不足からか利用開始当初は想いを訴えたいのだが訴えられない為、机をたたき苛立ちをアピールする光景が多々観られ、傾聴し話を伺っても「何??」などと言われ職員に心を開いて下さらず、寄り添うケアに結び付かない状態でした。また長女様宅に帰った際にも同様の問題が頻回となり、その後倉賀野町の自宅で過ごすこととなり、日常の生活に対し不満・要望が多くなりました。今まで認知症の診断はおりていませんでしたが、認知症から引き起こされる周辺症状が頻繁にみられるようになりました。

・性格が及ぼす訴え事項

「部屋が暑い(寒い)」  
「ごはんが熱くて食べられない」  
「熱くて茶碗がもてない」  
「(1時間入っていたいのに)お風呂の時間は短すぎる」  
「布団が暑くて寝られない。布団を干すのがいけないんだ」  
「暑くて寝られない。だけどエアコンは布団と関係ないだろ」  
「窓を開けたら寒くなってしまう」  
「俺はいつも午前中に入るのに何で今日は午後なんだ」

・周辺症状

「水道止め忘れ」  
「電気消し忘れ」  
「周徊」  
「常同行動」  
「興奮状態」  
「家族に依存傾向」  
「飲まれた薬を飲んでいないと不穏になる」  
「時計がなくなった。誰かに盗まれたのかな」  
「自宅の在宅酸素の電源が入っていたけど、職員は鍵を持っていて開けて入るのか」  
「膝掛けがない。一緒に探し見つかると、俺はそんな所にしまっていないと不穏」  
「入浴前と入浴後の時間の確認」  
「迎えの時間が5分早い(遅い)と不穏」  
「ようざんで宿泊時暖房を付けて寝たのに、誰だ。冷房にしたのは、寒くて寝られない」  
「思うようにいかないと特定の職員のせいだと決めつけ意図的なのかと被害妄想」  
「はにかんで鼻歌を唄われる」  
「入浴の為、脱衣所で服を脱ぎ途中尿がしたいと言い風呂場で排尿。または、裸のままホールへ出てこられ平然とトイレへ向かう」

・その他

寒暖のコントロールが上手く出来ず、足が冷たいからとズボン下を4枚履いていたり、暖かいにも関わらず暖房やコタツを利用しています。

「冷房を付けているのに暑いからちょっと来てくれ」と自宅から電話があり何うと冷房を付けながら、コタツにあたっていたりする姿が頻回に見られていました。

このような発語や周辺症状が頻回に見られ、自分の訴えは全て正しく否を認めない、傾聴し状況説明をしても「そんなことはない。今まで一度もなかった」と興奮され攻撃的になられてしまう為、職員もどのように接していいのかわからない状態になってしまいました。そこで、長女様、次女様、お孫様二人に参加して頂き家族会を開催しました。

普段A様が召し上がられている食事をとりながら、私達の知らなかったA様の『人となり』を知ることが出来ました。

家族会にて得たA様のアセスメント結果は以下のようになります。

#### □娘様より得たアセスメント

##### ①性格

- ・昔から亭主関白。
- ・ケチで不器用ながら正直。
- ・歳と共に人が変わった様子。
- ・自分のミスは決して認めず、他人のせいにする。
- ・最近思った事を言えているのは慣れてきた証拠だと思う。
- ・もともと外面がよく、自宅にいるとわがままな性格。
- ・主治医である近藤先生の事をとても信頼している。
- ・失敗した時に自信喪失してしまう為、自分で決めることが出来ない。

##### ②食事について

- ・歳をとると共に魚が好きになり魚ばかり食べていた。
- ・元々肉は好きでありホルモン、モツ煮が特に好き。
- ・野菜を食べない。
- ・お米は電気代節約の為、炊き上がると電気を抜いてしまい、いつも冷飯を食べていた。
- ・長女と同居していた70代当時は、最初にご飯を計量していたがもの足りずおかずをドカ食いしてしまい一時期体重100kgオーバーになり、長女は今後に不安を感じていた。

##### ③趣味

- ・休みの日はバイクに乗り一人で旅にでる。その際奥様に行先告げず。
- ・歴史に関するものが好きで、お孫さんに教えるのが好きだった。
- ・住み慣れた倉賀野町の伝説についてすべて知っている。

#### □お孫様が想うA様との思い出

- ・川へカモを観に出掛けた。
- ・歌や絵などを教えてくれた。
- ・自転車で様々な所へ一緒に出掛けてくれた。
- ・歴史が詳しく、よく教えてくれた。
- ・花、野菜に対しとても詳しい。
- ・十二支カルタでよく一緒に遊んでくれた。

A様は、現在認知症の診断がおりていませんが、施設内での日常生活の様子を報告し、認知症における周辺症状(BPSD)を説明。また、一人暮らしを始めてからの変化を知って頂き、一度認知症外来を受診して頂けないかの相談を行ないました。

ご家族様も近況の変化に気づき、認知症外来受診に同意して頂き受診する運びとなりました。

### 【取り組み② 認知症外来受診】

群馬県認知症疾患医療センター 医療法人 育生会 篠塚病院受診

ご家族様に受診同行させて頂く

初回受診

①MMSE (ミニメンタルステート検査)

②Dr.との問診

③MRI画像診断

問診では日常生活の様子を報告し、本人様、ご家族様が現在困っている事を報告、相談を行いました。

検査結果

①MMSE (ミニメンタルステート検査)24/30

②MRI画像診断

(詳しい詳細、MRI画像は別紙資料をご確認下さい。)

診断名 両側硬膜下水腫、『前頭側頭葉変性症(FTLD)』否定出来ず

典型的なアルツハイマー型認知症では無いもののMMSE検査では、近時記憶は0点で、得点を取る事が出来ず、アルツハイマー型認知症の初期的症状が見られる。また2年前の画像に比べ、水腫の範囲も広がり脳萎縮も見られ、日常生活の中で苛立つ事や興奮される事、注意や指導に対しても気にしない。無気力、自発性、意欲の低下、常同行動(時刻表的生活)などがある事から前頭側頭葉変性症の疑いありとなる。また脳内に小さな出血があり、脳梗塞の危険性がある為、日々のケアに注意が必要である事が今回の受診で判明しました。病気(症状)の進行を早めたり、本人様の興奮状態が治まらなくなり、症状を悪化してしまうリスクが高い事、アセチルコリンは足りている考え方から、アリセプトは処方されず、神経の高ぶりを和らげることを目的として穏やかな抑肝散を処方して頂き経過観察を行い半年後再受診し、MMSE検査とMRI画像診断を再度行う運びとなる。

(認知症療養計画書別紙あり)

A様のケースでは、生まれ持った性格による自己主張が強く、周辺症状からくるものではないと考えられます。

### 【取り組み③ 取り組み活動ファイルの作成】

家族会で得たアセスメントや、研修で得たことを全職員に共有してもらう為、まず取り組み活動ファイルを作成し、ケアの統一を行い、A様に対し関わる時間を増やし、全職員で共有しました。

研修で学んだことをケアに実践

- ①高齢者は視力低下の為、視界が狭くなる。  
→白内障の目薬を定期的を使用
- ②聴力の低下により聞こえにくい  
→左耳から大きな声で話しかける。
- ③皮膚感覚の衰えに伴い温度差を感じにくい  
→本人にその都度声掛けを行う。
- ④関節可動域が狭くなる為歩きにくい  
→歩行練習の声掛け

また、その他の訴えに関して以下の取り組みを行いました。

- ・暑くて寝られないという訴えに対し、宿泊室の変更。窓を開け風通しを良くしておく。
- また、「寒くて寝られない」との訴えに対し夕方5時から暖房をつけ宿泊室を温めて対応する。
- ・本人様のご飯を先によそい、出来るだけ冷ました状態での提供。
- ・硬くて食べられないという訴えに対し、葉物類・ごぼうなど、繊維のあるものに関しては、さらにかみ切れるように茹でてからの提供。
- ・熱いものに関しては事前に本人様に口頭にて説明。
- ・洗濯しに行きたいという訴えに対し、すぐに対応するようにする。
- ・薬を飲んでないという訴えが始まった為、本人様にもサインを頂き同意して頂く。
- ・「お茶を全然くれない」という訴えが頻回に現れ不穏になられた為、お茶のおかわりの声かけをする。
- ・足が冷たい訴えに対し、「自宅のコタツに入りたい」と希望された時、速やかに対応する。
- ・「午後は洗濯するから、お風呂は午前中に入れてくれ」という訴えに対し全職員共有し周知する。

これら数々の訴えに対し、本人様の自尊心が傷付かないよう興奮や不穏になる前に対応の仕方や提供の仕方に工夫を働かせ先手を打ち対応致しました。また食事の提供後は、「今日の食事はどうでしたか?」「固いものはありませんでしたか?」と確認を取り、次の食事提供に結びつけました。これらに取り組むことにより、徐々に興奮や不穏になることが軽減され、次第に表情も穏やかになり始めました。

#### 【取り組み④ 回想法及び寄り添いノート作成】

家族会でのアセスメントを元に、回想法を取り入れました。会話した内容を全て寄り添いノートに記入し職員全員で共有しました。

生活歴や趣味、人生で一番輝いている時代についての様々な話題を提供すると、満面の笑みで応じて下さり、難聴で今までは会話が少なかったり、「俺は耳が聞こえないからつまらない」と孤立している時間が多かったA様ですが、日常生活の中での表情も明るくなり、今まで見られなかった他利用者様への話掛けや、会話を楽しむ姿が見受けられるようになりました。また、なかなか集団生活に馴染むことが出来ず日々のレクリエーションでは、ほぼ参加できていませんでしたが、徐々に参加して頂く事ができ数多くの笑顔を引き出すことが出来ました。



### 【取り組み⑤ チェックリストを作成しモニタリング】

不穏や興奮、周辺症状が多々出現しだした頃と比べ5つの取り組みを行う過程でチェックリストを活用してデジタル化。(モニタリング)を行いました。

取り組み開始時の訴えを改善した結果、訴えの頻度・回数が減少傾向にあります。

### 【考察まとめ】

今回の活動を通し、当事業所に足りなかった情報の共有、アプローチの仕方、ご家族様との情報交換等、少しずつではありますが私達職員の意識改善を図ることが出来ました。

利用開始当初、一人の時間を大切にしたいイメージが強いA様、集団生活に馴染めず孤立しがちでした。職員は、これがA様本人の想いでありその人らしさだと勘違いし、必要最低限のケアにとどまっていました。しかしこれは間違えであり、取り組みを通し家族会や寄り添いノートを活用することで、A様はもっと自分の好きなことには誘って欲しいし、今までの趣味を他の人にも興味を持って欲しいことが分かりました。話をすればするほど数多くの笑顔が見られ、自信に満ち溢れた表情をみることが出来ました。ご家族様からは、「食べ物が硬くて食べられなかったのが急に食べられるようになった」と話をしていたなど、施設内での苛立ちが少し改善されたのではないかとと思われるような報告も頂きました。

利用者様には、届かない数々の苛立ちがある事、私達と同様ストレスを感じることを学びました。自立度が高い利用者様に対し職員は、『昨日できたから今日も出来るだろう』と思い込みのケアをしがちですが、実際利用者様は、その日の体調や気分によって左右され、出来ない事もあります。そのシグナルに気づくことで、数々の届かぬ想いに寄り添う事が出来、また利用者様自身の「この職員は自分の気持ちをわかってくれる」という安心感に繋がり、職員と利用者様とのラポール(相互信頼関係)形成に結びつくのではないのでしょうか。

ラポール形成に結びついた本人様の言動は以下の通りです。

- ・定期的にお茶の声掛けすることで、『流石プロだなあ。ありがとう』
- ・宿泊時の部屋の温度調整を行うことで、  
『〇〇さんが、俺の為に気を揉んでくれたんかあ?悪いのう、ありがとう』
- ・食事提供後、「今日の食事はどうでしたか?と確認をとることで、  
『良かったんじゃねんかあ。噛み切れたよ。工夫してくれて、ありがとう』
- ・外食レクリエーション(蕎麦屋)に誘うと『また連れてってくれるんかあ?悪いのう。ありがとう』
- ・訪問、配食の下膳に伺うと、『今、電話しようと思ってた。来てくれたんかあ。ありがとう』

なかなか心のうちを開かないA様から、これらの「感謝の言葉」を頂くことが出来ました。

私の届かない想い～86年目の数々の苛立ち～をテーマに活動して参りましたが、  
『～86年目の数々のありがとう』に結びつくことが出来ました。



# A様の笑顔を支えるために

グループホームようざん  
発表者：渡邊健太郎

## 【はじめに】

「私は何だかおかしくなっちゃったみたいなんだよ」

「でもね、誰でもいいから優しくして欲しいんだよ。大丈夫だよって言って欲しいんだよ」

A様が眠る前に発した本音の一言。

「幻視」「被害妄想」そして「異食」

混乱期を迎え、圧倒的に出来ない事が増えたA様

発せられた言葉はとても重く、深く傷ついている事が分かります。

頭の回転が速く冗談でいつも周囲を笑わせ、明るく正義感が強い中心的な存在のA様。

常々「人の世話になるならば死んだ方がまし」とおっしゃっていたA様から発せられた突然の「支えてほしい」というサイン。

A様らしく自信に溢れた日々をいつまでも送って頂ける様に、私たちが行った取り組みについて発表させていただきます。

## 【利用者様紹介】

性別 女性

年齢 85歳

要介護度 2

既往歴 高血圧症 アルツハイマー型認知症 リウマチ

認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa

## 【生活歴 及び 性格・趣味】

昭和4年、前橋に生まれ大きな家で育つ。プライドが高く学生時代は勉強でも運動でも1番であることにこだわりを持ち、その為の努力は惜しまなかった。また、正義感に溢れ、曲がったことが許せず、常にリーダー的存在であった。若い頃は幼稚園・中学校の先生をしていたので知識が豊富であり、頭の回転が速く、冗談もよく言われる。若い時の趣味は社交ダンスと読書。新聞の投稿欄を見るのが日課だった。前橋から高崎の氷屋に嫁ぎ長女・長男に恵まれる。家業を手伝いながら活気に満ちた生活を送る。

H16年 物忘れがひどくなる。アルツハイマー型認知症と診断され、通院が始まる。

H18年 夫が他界し独居生活となる。

H19年 デイサービス利用開始。

H25年8月 キーパーソンの息子様が入院し、火の管理が出来ない為、他の法人のグループホームへ入所となるが、怒り出し暴れてしまった為1泊も出来ず、その日のうちに退所となる。その後は他の法人の高齢者専用住宅に入居し、その高齢者専用住宅に併設されたデイサービスとグループホームようざんの共用型デイサービスを併用利用し、グループホームようざんの空きを待つこととなる。

H25年11月 グループホームようざんに入所 現在に至る

### 【 認知症状における内服 】

グループホームようざんでは、認知症状に関する内服は、コウノメソッドを参考に、協力医と話し合いながら細かく調整をしています。

内服薬	症状	効果
アリセプト	短期記憶・見当識障害等の認知症状	激昂し、娘さんを傘で殴る等、暴力的になり中止。効果は得られず。
メマリー	〃	アリセプトの代わりに内服するが、徐々に傾眠がみられるようになった為中止。
イクセロンパッチ (4.5mg～9mg・貼付剤)	〃	徐々に被害妄想等がひどくなり、怒り出す事が増えてくる。目に見えた効果は得られず中止。
イクセロンパッチ (4.5mg 再チャレンジ)	〃	トイレの使用方法も分からなくなり、再チャレンジする。蓄積効果から、怒り出す事が分かっていたので、今回はウインタミンにて怒りをコントロールしながら使用を継続したところ、わずかながら改善がみられた。
ウインタミン (1日量8mg～10mg)	易怒	症状に応じて内服量を調整し、ほとんどコントロール出来ている。
ニュープロパッチ (2.25mg・貼付剤)	歩行	アルツハイマー型認知症だったが、レビー小体型認知症が主になり、歩行が不安定になってきたため転倒が増える。貼付開始後、歩行の改善がみられ、転倒も無くなってきている。
抑肝散	幻視	効果がみられるので朝晩の2回内服中。 (中止にするとすぐ幻視が現れる)
セレネース(0.75mg)	被害妄想	症状は落ち着いたが、歩行が不安定になった為に中止。
セロクエル50%細粒 (0.02g)就寝前	夜間の不安	波があるが、内服によりほとんど落ち着いている。
ベンザリン (5mg・1.5錠)就寝前	不眠	波があるが、よく眠れる事のほうが多くなっている。

## 【 取り組み1 】

〈A様について知る・そして考える〉

A様の望む日々の生活は?そしてその先は?

私達は今までのA様との関わりから、こういう人と決めつけていないか?

「支えてほしい」と思うA様の気持ちに答えられるように私達はアセスメントシートを使い、眠れない夜など、職員と二人きりの時間帯に、意識して想いを聞きだしA様の現在の心境を知る事から始めました。

### A様の気持ち

◎頼りにしているのは息子。でも色々世話になるのは「子不幸」しているようで嫌だ。

◎物事が分からなくなってきたので子供達と将来的な事を話し合いたい。

◎一番心配なのは子供たちの事。何か月も会っていないが元気だろうか?

◎私は他の人には見えない物が見えているのだろうか?頭がおかしくなったのではないだろうか?

◎ここの支払いはどうなっているのだろうか?お金の管理はどうなっているのか?

◎体が思うように動かない時があり、嫌になる。

◎甘いものは大好きだけれど、健康の為に医者から言われれば食べない。

◎子供達は私の事なんか全然気に留めていないので会いに来ない。顔を見せるのが嫌なのだろうか?

◎家を空けるのは心配。変な人が入ると嫌だから家に帰りたい。

等

アセスメントシートから、A様は「出来なくなってきた」「分からなくなってきた」「周りの人からおかしいと言われる」事を理解しており、多くの不安に支配されている事が分かりました。

今度はA様の気持ちを分かったうえで、普段の生活を振り返り、A様の出来る事・出来ない事を把握し、支援内容を検討しました。

## 【 取り組み2 】

〈B町ツアー〉

認知症状が進み「考え事をしていても肝心な所が抜け落ちているような気がする…私はなんで頭がおかしくなったんだろう」と落ち込むA様。長年暮らしていたB町に行き、良く話題に出る氷屋をしていた時に付き合いのあった馴染のお店の案内をお願いすれば生き生きとするのではないか?まずはA様の活気を取り戻す為にB町ツアーを企画しました。

「A様の住んでいるB町を案内して頂けますか?」と尋ねてみると「いいよ、あそこは色々な商店があるんだよ」と笑顔で引き受けて下さいました。

そしてツアー当日、ご自宅近くに着くとA様は最初キョロキョロと辺りを見渡して「もう着いたの?初めて来た場所みたいだよ」と不安そうな何とも言えない表情でおっしゃいましたが、見覚えのある通りや路地を見ると昔の記憶が蘇り「そうそう!この通りの角にお肉屋さんがあったんだよ」「この道はよく

散歩していたなあ。懐かしいね!しばらく来ないうちにずいぶん変わったね」と、嬉しそうな表情で昔の話をしてくれます。

魚屋の前を通ると「あれ?ここの魚屋はうちのお爺さんがよく来ていて朝から椅子に座って店主と話をしていたんだよ」とおっしゃったので店内に入ると、お店のご主人が「あれ?Aさんかい!久しぶりだね」と笑顔で迎えてくれました。A様も嬉しそうに「~さんは元気にしてる?」と話をされていました。「覚えていたんね!」と久々の再会に、嬉しそうに話をされるA様。家業を手伝いながら子育てをした第二の故郷B町に来ることで昔の活気を取り戻したかのように生き生きとした表情で、次から次へと言葉が溢れます。

回想法により活気を取り戻す事が出来、とても嬉しく思いました。ですが、帰り道、魚屋の店主が覚えていてくれたことを心から喜ぶA様を見ると、入所しても馴染の関係を続ける事の大切さを改めて学び、反省する事となりました。

### 【 取り組み3 】

〈歌詞カード〉

歌う事が好きなA様ですが最近では歌詞カードを目で追いながら歌う事が難しく、職員が歌詞の場所を指差してもすぐに目が泳ぎ違う場所を見てしまいます。A様は文字の認識が出来なくなっていたのです。歌詞カードをめくり続けたり、逆さにしたり。他の方に指摘されれば「見なくても歌えるから、余計な事はしないで!」と怒り出します。

B町ツアーで、回想法がA様にとってとても有効であることが分かったので、歌詞カードの使用をやめてA様の好きな歌・馴染のある歌を選んでもらい職員が歌詞をリードしながら歌って頂く方法に変えたところ歌詞カードを目で追う事に気を取られる事がなくなり、大好きな歌唱に参加出来るようになりました。また、歌唱よりもその当時の様子などの話題を入れた方が笑顔が多く、思い出話から饒舌になり人生で一番充実していたという教師時代のように歌を教えてくださいとA様の姿は自信に満ち溢れていました。

### 【 取り組み4 】

〈幻視〉

日中誰もいない場所を見て「あれ?あんな所に男の子がいるよ!こっちおいで」と手招きをしているA様。その様子を近くで見ている他利用者様から「誰もいやしないよ」と指摘されたり「この人、おかしいんじゃない?」と言われ「何で見えないの!」と怒りだすなどのトラブルが増えてきました。「人が見えない物が見えているのかもしれない」と認識しているA様は、他者を怒る事で「自分は正しい」と自身を肯定しているように思えます。幻視が出現した時は職員がA様と他の方とを離し、幻視を否定せず、話を合わせるなど臨機応変に対応します。A様が見間違いであると理解された時も「これでは誰でも見間違えてしまいますよ。」と間違えて当然であると必ずフォローし、見間違えた、幻視を見た、と傷ついていないか、その時に見せる表情からA様の心理を読み解くようにしています。

## 【まとめ】

認知症の人には「分からない」「出来ない」事を気づかせない事が大切だと言います。

ましてA様のように「1番」にこだわり努力をされてきた方なら尚更です。

私達の普段の何気ない会話やレクリエーションでA様の自尊心を傷つけてしまう可能性もあります。不安を忘れるように気をそらす事や、楽しく会話するだけでなく、職員とA様の思いにズレが生じないように、A様の気持ちに正面から向き合い、「何が分かって何が出来るのか」「何が出来なくなりつつあるのか」を把握し、本人が望むその人らしさを支援する事の重要性を改めて認識しました。

薬では怒りを鎮めたり、穏やかにすることは出来ても、その人の自尊心を守る事は出来ません。その人らしさを支えるのは私達職員の役目です。

分からなくなると怒り出す傾向にあるA様。プライドが高い故に弱音を吐く事が出来ないA様。きっとこの先、何度も感情的になる事があるでしょう。そんなときにも私たちは「怒りの奥にあるもの」「笑顔の裏にあるもの」「冗談に隠されたもの」の把握に努め、その人らしさを支えていきたいと思えます。A様らしさを考えながら、一緒に。いつまでも。

# 認知症介護と家族へのレスパイトケア ～継続的な在宅介護に向けて～

ケアサポートセンターようざん栗崎  
発表者:和田文

## 【はじめに】

家族が認知症になった時、私たちはそれまでの生活から介護を優先とした生活へと変化を余儀なくされます。家庭での介護者は、介護に従事する事で時間、体力的、精神的負担を強いられます。在宅介護を継続して行うためには、家族へのレスパイトケアが必要不可欠であると考えられます。

本事例では、若年性認知症を患う利用者様がケアサポートセンターようざん栗崎を利用された経過と、家族のレスパイトケアに焦点を当て、認知症介護の在宅支援について論じていきます。

## 【利用者様紹介】

氏名:A様  
性別:男性  
年齢:71歳  
既往歴:H17年 脳梗塞、H19年 若年性認知症  
介護度:現在5

## 【1. ケアサポートセンターようざん栗崎における利用状況】

A様は平成21年6月よりケアサポートセンターようざん栗崎を利用開始されました。開始時の要介護度は3で自立歩行ができ、食事や入浴介助も見守りや声かけを行えばご自身で行う事が可能でした。記憶障害と見当識障害が顕著にみられ、放尿、興奮や収集癖などのBPSDも現れていました。開始当時は苑に慣れて頂くため週3回の通所利用で、まだ泊まりはありませんでした。

利用開始から3ヶ月には月2回程度の泊まりの利用が加わるようになりました。認知症状は日を追うごとに深刻化し、平成23年に要介護度は3から4となり意思の疎通はできるものの情緒は不安定で攻撃的に怒りを表すことが多くなり、徘徊などの行動も激しさを増し外出先からいなくなってしまうり、自宅の階段から転落し骨折するといったこともありました。

平成23年の8月からは泊まりを毎週1回にして、奥様の介護の軽減を図りました。アルツハイマーの症状に加えて、幻視や睡眠中に大声を出す、筋肉の強張りといったレビー小体型の症状もみられるようになってきました。

平成24年になると強い帰宅願望により朝から1日中苑の中を歩きまわる事が多くなり、感情の起伏が激しく急に罵声をあげたり、他の利用者様や職員に手を上げる事も多くなりました。7月には急に立てなくなるという出来事があり、以来足の運びが以前のようにスムーズではなくなりました。しかし、苑では依然として廊下やホールを休みなく歩きまわられる行動が続きました。このころから受診の為に通院介助の依頼を受けるようになりました。

平成25年4月には要介護5と認定されました。認知症状の深刻化とADLの低下による歩行困難に陥り車椅子対応となりました。自力での排便にも困難が生じはじめ看護師による排便コントロールも始まり、排泄、入浴、食事を含む日常動作全てに介助を要するようになりました。



認知症では、現れる症状とその現れ方は常に変化します。又、典型的な症状はあれどもそこに生活歴などの個人的要素が加わる為、単に症状を医学的な型にはめて分析し、画一的な対応をすることは効果を生みません。例えば徘徊一つとってもその理由は1人1人異なります。A様の場合は、徘徊が激しくみられ日中ケアサポートセンターようざん栗崎の廊下を何十回も休むことなく往復されていましたが、この行動はA様が勤務先の工場を毎日約1万5千歩も歩かれていたことに起因していると推測されます。

#### 認知症状の移行とそれに伴う対応

H21～ 中期 要介護3	中核症状の顕在化 短期記憶の欠落、感情や情緒の不安定 入浴、排泄の一部介助 介護拒否	見守り、信頼関係の構築、 コミュニケーション アリセプト5mg服用	通い週3～4回 泊まり月2回
H23～ 混乱期 要介護4	問題行動の激化 徘徊、収集行動、攻撃性 自分の行動を制限できない、易怒性 介護への抵抗激しく、入浴介助困難 他の利用者様への攻撃みられる 大声・叫声、転びやすい(すり足歩行)	転落・転倒防止 他の利用者様との トラブル阻止、 アリセプト7.5mg服用	通い週3～4回 泊まり毎週1回 受診・通院介助
H25～ 現在 要介護5	ADLの低下、失語 車椅子の使用	移乗・食事・排泄の全介助 褥瘡予防処置 排便コントロール アリセプト10mg服用	通い週4回 泊まり週1～2回 受診・通院介助 状況に応じ訪問

#### 【 2. A様の奥様から学ぶ介護への姿勢 】

A様は59歳で若年性認知症を発症し、会社を退職され自宅で過ごされるようになりました。奥様はようざん設立の翌年からA様の利用を申し込まれ、そのお付き合いはすでに9年にわたります。

ケアサポートセンターようざん栗崎の廊下はとても長く32mあります。その廊下をA様が自由に行ったり来たり出来るのでA様にとってとても良い環境だと思われたそうです。

その時から奥様はA様が認知症状のためされる行為やつじつまの合わない言動を決して否定せず、排泄や日常動作が以前のように出来なくなっても責めることなく、反対に出来る事を見つけ出しほめていたそうです。しかし時には混乱したA様とのやり取りで本当に命の危険を感じる事が何度もあったそうです。そのような時も奥様はA様に笑顔を向けるようにしたと話されます。奥様はA様の心身に現れる変化とそれに伴う行動をすべて受容され、症状の進行により今まで出来ていた事が出来なくなっても「出来なくなった」ではなく「そこからの出発」と常に前向きな姿勢を持ち続けています。奥様が介護される姿勢は介護に必要とされる受容の精神で貫かれており、その実践と経験から私達介護職が学ぶべきことが多くあります。

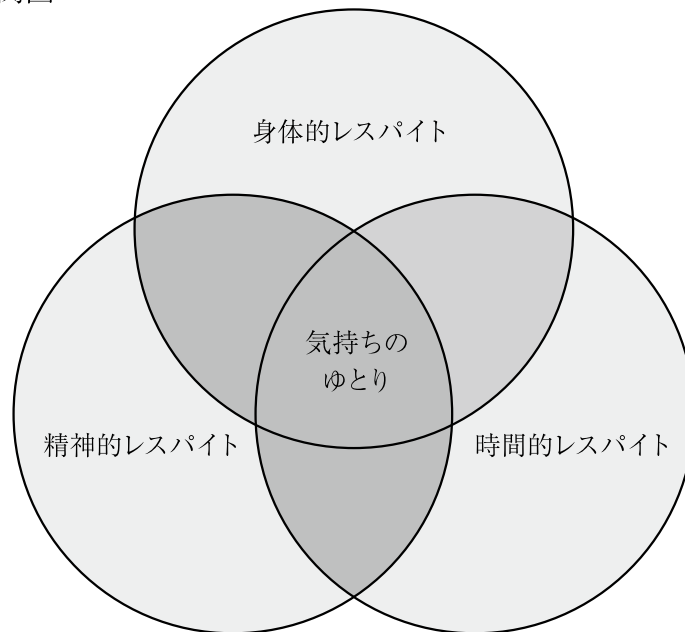
奥様は、「ようざんのような受け皿があったからこそここまでやってこられた」とおっしゃり、可能な限り自宅での介護を続けていきたいとお話し下さいました。現在A様は週5日ケアサポートセンターようざん栗崎を利用されています。A様の体重は52kgで女性が持ち上げるのは至難の業ですが、奥様はご自宅におけるA様の車椅子からベッドへの移乗、着替えを全てご自分で行います。いつまでも在宅で夫を看たいという奥様の思いを受け止め、私達介護者はA様のケアはもとより奥様のレスパイトケアもとても大切であると考えています。

### 【 3. レスパイトケアの必要性とそれによってもたらされる効果 】

奥様はようざんを利用して介護から解放される束の間に、お好きな庭仕事や趣味に関するプライベートな時間を取る事が出来ます。それは家事の間のほんの僅かなひと時ですが、体や心を休める大切な時間です。加えて奥様はようざん家族会の活動、推進会議や家族会の旅行等にも積極的に参加され、情報交換する事で介護の閉塞感を解消されています。又、特別な事でなくても、職員が言ってくる「日々の介護お疲れ様です」という言葉で十分気持ちが救われるとお話し下さいました。

身体的レスパイト	肉体疲労、睡眠不足の解消
時間的レスパイト	一人の時間、自由にやりたいことが出来る、行きたいところに行ける
精神的レスパイト	ねぎらいや感謝の言葉を受ける、不安や苦悩を吐露し傾聴などにより受け止めてもらえる 困った時にすぐ対応してもらえる 家族会などに参加することによる情報交換や孤独感の解消

図1-1 レスパイト相関図

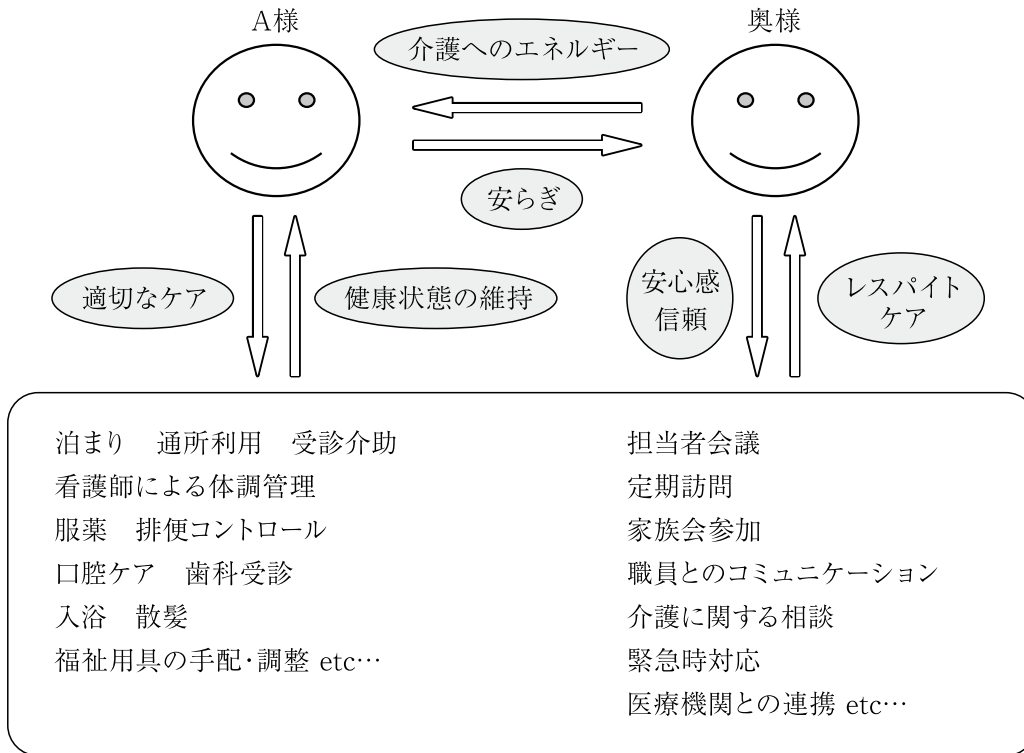


レスパイトケアを受ける事により肉体的回復、精神疲労の解消、不安感の軽減、などが図られ休息から生まれる気持ちのゆとりが日々の介護へ向き合うエネルギーとなります。

## 【効果的なレスパイトケア】

レスパイトケアを効果的なものにするためには、そこに信頼関係を築くことが大切です。  
 A様の奥様の場合は、A様が施設内で適切なケアを受けているといった安心感、小規模多機能だから実現出来るきめの細かな要望に応じてきた実績から生まれたものと考えられます。

図1-2 効果的レスパイトの要因と結果



#### 【 4. まとめと今後への課題 】

認知症と他の疾患との違いは、認知症の介護は終わりが見えず、介護者は長期にわたって心身ともに疲労を強いられます。親だから、配偶者だから、家族だからといった理由で常に介護するのは当然であるといった考え方は、介護者を追い詰め苦しめる事に他なりません。出口の無い真っ暗なトンネルを進んでいる不安感、絶望感、孤独感を抱えている家庭内介護者は少なくありません。

認知症では、病状の進行によって介護内容も変わっていくため家族は様々な対応をしなければなりません。例えば混乱期ではBPSDの顕在化により生じる行動を抑制させるといった、鎮静へ向かわせることにエネルギーが費やされますが、混乱期が過ぎるとADLの低下による廃用や感情表現の停滞を改善させようと、活性に向けた措置が取られます。

このように認知症介護では、家族は次々と変わる症状に振り回され、向き合わなければならず、介護の方法、方向を見失いがちです。私達は、当人の介護だけでなく家族の伴走者となりサポートしなければなりません。介護する家族を守り、レスパイトケアを行うことは、認知症に関する知識や情報に加えて大切なことと言えます。

どのような立場の介護者にも休息は必要であり、レスパイトケアを受け心身ともに回復し再び介護に向かうだけのエネルギーを得る事が、在宅での介護を続けていく重要な要素になると考えられます。そのためには、私達介護に携わる者が受け皿となり、家庭での介護者が望む行き届いた介護を行う事、そして家族へレスパイトとともに安心感を持って頂く事が責務であると考えられます。

今回の事例対象者A様の9年にわたる長き在宅介護の継続要因としても、レスパイトケアがその一端を担っているのではないのでしょうか。

介護とは当事者のみでなくその家族の支援も視野に含んだものであり、「住み慣れた家で、住み慣れた町で、楽しく暮らす」ということは認知症当事者だけでなくその家族にも言えると考えられます。

私達は、奥様がA様に注がれる深い愛情に対して尊敬の念を持ちながら、これからも共にお二人が人生の地図を歩まれていくのを応援したいと思います。

## 参考文献

- 本間昭 2013:『認知症の理解』 ミネルヴァ書房
- 土本亜理子 2010:『在宅ケア「小規模多機能」』 岩波書店
- 和田秀樹 2012:『人生を狂わせずに親の「老い」と向き合う』 講談社
- 松本一生著 2013:『認知症家族のところに寄り添うケア~今、この時の家族支援』  
中央法規出版株式会社
- 主婦の友社編 2011:『〈認知症〉家族を救う対策集』 主婦の友社
- 三好春樹 2014:『認知症介護~現場からの見方と関わり方』 雲母書房
- 読売新聞「認知症」取材班著 2014:『認知症明日へのヒント』 中央公論新社
- 小阪憲司 2014:『レビー小体型認知症がよくわかる本』 講談社

# ケアサポートセンターようざん

# 事業所案内

所在地	提供サービス	事業所名	電話番号	FAX
高崎市 上並榎町 1180	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	027-386-6643	027-387-0310
	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並榎	027-386-5843	027-387-0310
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん	027-362-0300	027-362-0036
	グループホーム	グループホームようざん	027-362-0300	027-362-0036
	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所ようざん	027-329-5443	027-362-0036
	デイサービス	デイサービスようざん並榎	027-362-4373	027-329-6648
	ショートステイ	ショートステイようざん並榎	027-329-6643	027-329-6648
	請求事務	本部事務所	027-362-0300	027-362-0036
高崎市栗崎町 141-1	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栗崎	027-353-4393	027-353-4392
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん栗崎	027-350-9981	027-353-4392
	ショートステイ	ショートステイようざん	027-386-8643	027-386-8644
	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所ようざん栗崎	027-381-8283	027-386-8644
高崎市貝沢町 1492-1	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貝沢	027-386-5043	027-386-5044
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん貝沢	027-386-5143	027-386-5044
高崎市双葉町 22-9	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双葉	027-386-9943	027-386-9843
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん双葉	027-386-9743	027-386-9843
高崎市石原町 4516-1	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石原	027-381-6743	027-381-6943
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん石原	027-381-6843	027-381-6943
高崎市飯塚町 1030-1	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飯塚	027-381-6812	027-381-6544
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん飯塚第2	027-381-6813	027-381-6544
	グループホーム	グループホームようざん飯塚	027-381-6543	027-381-6544
	定期巡回・随時対応型訪問介護	キュアステーションようざん	027-381-6136	027-381-6294
	デイサービス	デイサービス プランドールようざん	027-381-6429	027-381-6294
	サービス付高齢者住宅	ナーシングホームようざん	027-381-6457	027-381-6294
高崎市飯塚町 1311-6	訪問看護	ナースステーションようざん	027-370-4355	027-370-4358
高崎市倉賀野町 2191-1	グループホーム	グループホームようざん倉賀野	027-329-5743	027-329-5843
	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倉賀野	027-387-0043	027-387-0343
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん倉賀野	027-387-0243	027-387-0343
高崎市上中居町 557-2	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中居	027-386-8043	027-386-8143
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん中居	027-386-8243	027-386-8143
高崎市上小埜町 1052	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小埜	027-386-4343	027-386-4443
	認知症対応型デイサービス	スーパーデイようざん小埜	027-386-4143	027-386-4443
	配食サービス	配食センターぽから小埜	027-386-4844	027-386-4443
高崎市綿貫町 750-1	デイサービス	デイサービスぽから	027-386-5776	027-381-6043
	訪問介護	訪問介護ぽから	027-386-5775	027-381-6043
	配食サービス	配食センターぽから	027-386-5778	027-381-6043
高崎市八幡町 768-1	特別養護老人ホーム	アンダンテ	027-395-7077	027-395-7078
	ショートステイ	アンダンテ	027-395-7077	027-395-7078

お問い合わせは、  
右記フリーダイヤルまで

ようざんで老後良い  
 0120-43-6541