

ようざん認知症介護事例発表会
小規模多機能型居宅介護

2018-2

2018/7/3

- 1 貝沢がつないだ友情
ケアサポートセンターようざん貝沢 p.1
- 2 私の仕事は主婦です～認知症の夫との生活～
ケアサポートセンターようざん p.5
- 3 希望に沿ったケアとは～個人に合わせた支援を目指して～
ケアサポートセンターようざん小埜 p.9
- 4 心と身体の活性化へ～心の寄り添いを意識した支援～
ケアサポートセンターようざん石原 p.12
- 5 馴染みある所(自宅 & 大類)での生きがいと笑顔～在宅復帰をするための寄り添い方～
ケアサポートセンターようざん大類 p.15
- 6 働きやすい働きがいのある職場づくり
ケアサポートセンターようざん双葉 p.18
- 7 大好きなお母さんと一緒に
ケアサポートセンターようざん藤塚 p.21
- 8 家族の願い・私たちに出来る事～always do my best～
ケアサポートセンターようざん並榎 p.24
- 9 道は開ける(人をまとめるのが好き)
ケアサポートセンターようざん栗崎 p.28
- 10 あなたがもし認知症になったら・・・人生・ご家族、終わりですか・・・?
ケアサポートセンターようざん飯塚 p.32
- 11 夕暮れ色から虹色へ
ケアサポートセンターようざん倉賀野 p.35
- 12 何か楽しいことないかしら・・・
ケアサポートセンターようざん中居 p.38

貝沢がつないだ友情

ケアサポートセンターようざん貝沢

発表者: 井上美香

高橋里絵子

【はじめに】

利用開始の時期はそれぞれ前後しますが、A 様、B 様それぞれに悩みをかかえつつもお二人が知り合い、仲良くなられるきっかけになれた事を誇りに思い、このケアサポートセンターようざん貝沢で友情を育まれた経過を皆様に知ってほしく紹介させていただきます。
(A 様は太字で表記させていただきました)

【事例紹介】

A 様(70 歳)女性

要介護度 1(のちに 4 となる)

既往歴: 高血圧、狭心症、くも膜下出血、動脈硬化症、B 型肝炎、左半身軽度麻痺

障害老人の日常生活自立度 B1→B2

痴呆性老人の日常生活自立度 IV→II b

B 様 (80 歳) 女性

要介護度 1

既往歴: 大腸がん(内視鏡手術済)、軽度認知症(MCI)、うつ病

障害老人の日常生活自立度 J1

痴呆性老人の日常生活自立度 I

【生活歴】

A 様

以前は前橋で美容師をしており、結婚後は高崎へ転居。専業主婦にて子供は 3 人。現在は夫と 2 人暮らし。

趣味は手芸、裁縫。

H28 年 1 月 9 日、自宅にて転倒され、膜下出血を起こし高次脳機能障害のため入院される。

B 様

沼田に生まれ、結婚を機に高崎へ転居。夫と自営業を営まれる。子供は 3 人。

現在は独居。

趣味は民謡、三味線。それに伴い友人が多く社交的な性格で、手先が器用。

夫は認知症の為、以前こちらを利用されていたが、他施設へ転苑され主介護者であった疲れからか、うつ症状がみられ入院治療となる。

【サービス開始までの経緯】

A 様

高次脳機能障害のため注意力・理解力が低下、危険予測が出来ない。左半身に軽度麻痺が残り左肩膝に関節痛の訴

えがある。ふらつきが強く転倒リスク高いが杖で歩行。転倒が心配なため昼夜目が離せない状態。

主介護者である夫の精神的・介護的負担の軽減を図る為、住宅改修などを利用した自宅での生活を目標に、退院後はそのまま宿泊利用となる。旦那様への依存が強く、加えて心配性のため携帯電話で常に連絡を取っている状態。

B 様

夫の介護疲れからと思われるうつ症状がみられ、軽度認知症 MCI との診断が出る。

以前の主介護者として接していた時の姿とは程遠く、無表情で覇気がなく生活のリズムも乱れ、自宅に引きこもりがちとなっていた。

気力・意欲の低下に加えて物忘れ等の短期記憶障害が増え、独居の為に内服管理など困難と思われた。

認知症の進行や下肢筋力の低下などを心配する家族より「生活のメリハリが生まれれば」との利用希望があった。

【取り組み・経過】

A 様

自宅は杖での生活に対応しておらず、住宅改修にて手すりを設置するため、また主介護者である夫のレスパイトケア、歩行機能の充実を目標に宿泊メインで利用開始となる。夫より自宅での生活に向け排泄介助の相談を受け、受診の際も苑での送迎から、福祉車両を購入しての家人送迎となる。利用開始 1 カ月が経つ頃には自宅で過ごせる日も増えたが、転倒する事があると夫より相談を受け、苑でも注意していた矢先、夜間居室より歩いて出てこられ転倒、骨折してしまう。本人より「私が悪かったの、言われていたのに聞かなかつたから倒れたのよ」と発言があり、夫からも「本人もそう言っているの、リハビリして良くなったらまたこちらでお願いしたい」と一時解約される。その後 2 回の手術、リハビリ転院をへて再契約となり利用開始され、B 様と出会う。

B 様

利用当初はそわそわ落ち着かず携帯電話を常に離さず、午後になると誰かに連絡を取り「帰りたい」と訴える姿が見られていた。以前はおしゃれな方だったと記憶していたが、来苑され久しぶりにお会いすると、容姿に無頓着になっており自宅で入浴していない様子だった。最初は「家で入っているからいいわよ」と拒否する事も多かったが、徐々に入浴していただける回数が増えていった。作ることが好きな様子で制作レクに言葉少ないながらも参加されるようになり笑顔が増えていき、通いは夕配食持参で 16 時帰宅。自宅での薬の飲み忘れが多く配食時に内服確認をする。苑に慣れ 2 カ月が経とうとしたころ A 様と出会う。

H28 年 6 月 2 日 A 様利用開始

H28 年 7 月 22 日 苑宿泊時転倒し骨折入院となるが、骨粗しょう症の為手術出来ず

H28 年 9 月 1 日 再び利用開始

H28 年 12 月 5 日 A 様2回目の手術のため入院

H29 年 1 月 3 日 B 様利用開始となる

H29 年 1 月 31 日 A 様転院しリハビリに専念するため一時解約

H29 年 2 月 22 日 A 様再び利用開始となり、B 様と出会う

現在に至る

利用開始時の利用表

A 様	B 様
6月利用開始月は全日宿泊	
7月通所利用開始時	1月利用開始時
月 泊まり	月 通い 入浴
火 泊まり	火 配食
水 休み	水 通い 入浴
木 泊まり	木 配食
金 休み	金 通い 入浴
土 泊まり	土 休み
日 休み	日 休み

【経過】

最初は共に関心を示さず別々に行動していたが、お互いに携帯電話を持っていて、席が近い事もあり次第に仲良くなっていった。二人一緒にいる時間が増えていき、会話が弾んでいる姿がみられるようになると、利用のすれ違う日には「あら、今日は居ないの？つまらないわね～」といった声も聞かれるようになったため、お二人の利用日を合わせるなどイベントと一緒に参加していただけるよう調整する事にした。

調整後の利用表

A 様	B 様
月 泊まり 入浴	月 通い 入浴
火 休み	火 配食
水 通い 入浴	水 通い 入浴
木 通い	木 配食
金 通い 入浴	金 通い 入浴
土 休み	土 休み
日 休み	日 通い

【結果】

利用開始当初は、個々に携帯電話を手放さず A 様は家族へ、B 様は家族や友人に「家に帰りたいから迎えに来て」などと電話をしていた。今ではレクなどの活動を通して、より交流を深め楽しく過ごせるようになったため、携帯電話を使用する姿は見られなくなっている。いつの間にか番号を交換して連絡を取る程の仲になっていた。

A 様

B 様と出会い名前を呼び合うようになる中で、週 1 日の月曜日を宿泊、その他デイ利用となり、福祉用具(スロープ、車椅子、ベッド)を使用して夜間、土日は自宅で過ごす事が出来るようになった。

B 様

配食へ向かうと「つまらないから連れてって」と言う事もある。苑は楽しくて友達に会える場所となり「以前作ったの、飾って」と自らの作品や「コピーすればみんなで使えるじゃない？」と塗り絵の本を持参されるなど、馴染んで下さったのだと実感した。今では夕食を済ませてからの帰宅となる。

【考察】

A 様

利用開始当初は宿泊時、後遺症による体の痛みを訴える NC(ナースコール)が多く、リハビリが思い通りにいかない不安と「元のように何でも出来るようになりたい」と焦る気持ちがあり、見守る職員との意見が合わず気まずくなる事もあった。A 様に関わり少しずつ信頼関係を築きながら自宅での生活に向け努力していた矢先、転倒され骨折してしまう。入院となったが手術も成功し、ご本人の努力はもちろん B 様との出会いが原動力となる。今では意欲的に平行棒を使ってのリハビリに取り組んでおり「もっと体を動かせるようになりたい」と車椅子から杖歩行になるための目標に向かい、献身的なご家族との連携を取りつつ、B 様との交流も支えていく。

B 様

介護疲れからうつ状態になりご家族が心配される程、以前の活動的な姿とは程遠い状態での利用開始だった。職員とも馴染む事なくご自分のテリトリーを作り携帯電話を手放さず、帰宅願望が強く利用時間も短くなる事が度々あった。

配食時は内服も忘れる事が多かった為、確認するようにした。

通所に慣れ職員の手伝いなどを進んで下さるようになり、笑顔が見られるようになった頃、A 様と打ち解け携帯電話を使ってのやり取りをするまでの仲となった。

これからお二人が、更なる交流を深められるよう、レクやイベントを企画し、B 様の「楽しい時間」を少しでも増やしていけるよう工夫していく。

【終わりに】

A 様

苑で転倒してしまったにもかかわらず、再契約をしていただけた A 様の思いとご家族の信頼に感謝しつつ、以前夫がうつ病を患っていた時期があり「世話になったから、今度は俺が看る番だ」と夫の介護に対する姿勢がとても協力的で、各機関との連携が取れており住宅改修・福祉用具の使用などを通して目標に上げていた自宅での生活をメインに小規模多機能施設の利用が理想のかたちで実現できている。

B 様

うつ病から気力・意欲が失われつつある中で、利用を通じて A 様と意気投合されるようになり、連絡を取り合う仲が現在も続いている。苑でのイベントなどもお二人並んで楽しく参加され、車イスの A 様に B 様が手を差し伸べている姿を見かけるようになった。ひきこもり疎遠になっていたご近所の方と公民館へ出掛けるなど、日々友人とのかかわりで笑顔も増え元気に過ごされ、以前の活動的な部分が出てくるようになった。困っている他利用者様や我々職員に助言や手助けをして下さるようになられた。

それぞれのご利用に至る経緯は違いますが、お二人が出会い『友情』という絆をつなぐきっかけを作る手助けとなれた事を誇りに思い、これからお二人の人生に寄り添わせていただきたいと思います。

私の仕事は主婦です～認知症の夫との生活～

ケアサポートセンターようざん

発表者:奥秋 和幸

はじめに

今回紹介させていただく A 様はパーキンソン病を患っています。パーキンソン病は、ほとんどが中年期から老年期に発症し、症状が進むにつれ ON と OFF、つまり、動ける時間帯と動けない時間帯が見られるようになります。ON 時は大きな問題も無く生活できますが、OFF 時には生活そのものができなくなってしまうます。

今回は、そんなパーキンソン病を患いながらも、昼夜の在宅生活の実現を目標に看護小規模多機能型居宅介護を利用されている A 様の事例を発表させていただきます。

・利用者紹介

氏名:A 様 性別:女性 年齢:81 歳 介護度:要介護2 主な疾患:パーキンソン病

・生活歴

水上町鹿野沢出身。父親は水上町役場に勤務していた。

23 歳で現在の夫と見合い結婚。東京都世田谷区に家を建て、その後横浜へ。

H5 年に夫の親類の群馬に中古住宅を購入し、転居して現在に至る。

・ようざん利用までの経緯

H15 年に発症したパーキンソン病により、嚥下障害、体動困難になり、H28 年 4 月に入院治療となる。退院時のカンファレンスで、本人が内服管理を行うことが困難なため、夜間に動けなくなってしまうことを不安に思っており、夜間はようざんを利用することが条件となって退院が決まった。

・ようざん利用開始から在宅生活を希望するまでの経緯

ようざんを利用開始してから半年が経過したころ、A 様の旦那様が病気により入院することとなりました。その当時 A 様は日中をようざん、もしくはご自宅で過ごし、夜間はようざんに宿泊する生活を送っていたため、夜間にご自宅に誰もいない状態が続くことをとても心配されており、その事で体調不良になってしまうということがありました。また、A 様のご家族は、夜間での在宅生活をとても心配してはいるものの、今後の事を考えると徐々に夜間の在宅生活が出来るようになって欲しいと希望されていました。そんなご家族の希望や、夫がまたいつ入院するか分からないという不安もあった為、A 様は夜間も自力で自宅にて過ごせるようになりたいという思いを強く持つようになっていきました。

・在宅生活への不安

A 様は夜間を在宅で生活する際、体が動かなくなった時に、夫は病気への理解が無い為、協力が得られないという事をとても心配されていました。また、利用開始してから夜間をご自宅で過ごしたことがなく、夜間の在宅生活自体にとても不安を抱かれていました。

そんな A 様とご家族の在宅生活に対する意向を踏まえたうえで、我々が考えた在宅生活の実現に向けての課題とそれに対する取り組みを紹介させていただきます。

・在宅生活の実現に向けての課題と取り組み

○課題1 パーキンソン病の影響により歩行が不安定である。

パーキンソン病の代表的な症状の1つにジスキネジアというものがあります。ジスキネジアとは筋肉が無意識に動くことにより体が震えたり、口が動いたりしてしまう症状です。その為、ジスキネジアが強く表れている時には歩行がとても不安定になってしまいます。そこで、A様が安心して安全に歩行を行うために、我々は次の取り組みを行いました。

●取り組み 転倒せず安全に移動する

A様はジスキネジアが表れている時や体がOFFの状態になっている時には立位や歩行が不安定なので、車いすや手すりを利用して移動・移乗を行う事で転倒を予防しました。また、施設利用時にA様の負担にならない程度にリハビリ運動を行い、身の回りのことはできる範囲で本人に行ってもらうことで、在宅生活に向けての機能訓練を行いました。移動時に車椅子を使用するため、ご自宅への送迎時には玄関前の段差や飛び石に注意することで転倒の予防を行いました。

安全な歩行に対する取り組みを行う事で、ほとんど日中は在宅にて安心して生活を送ることが可能になりました。日中に在宅で生活をされている際には、定期的に職員が訪問し、状況の把握と安否の確認、バイタルの測定を行っています。

○課題2 夜間帯の排泄・ジスキネジア・OFF状態への不安

夜間帯は日中よりもOFFの状態になってしまうことが多いです。排泄行為が自分で行えないことや体が動かないことへの不安の影響もあるせいか、施設宿泊時はジスキネジアやOFFの状態などの影響で体に痛みを伴う場合や排泄を行う際はもちろんのこと、体が動く場合でも排泄介助や体位交換には常に夜勤者が対応してきました。ですが、自宅で過ごすとなると、何かあった場合に家族は遠方で暮らしている為、直ぐには駆け付けられません。よって夜間帯は認知症を抱えているA様の夫と2人だけになるので、排泄行為などは全て1人で行わなければいけません。

このように、夜間帯を在宅で生活するには色々問題がある中、先日、急遽他の利用者様が施設で宿泊しなければいけなくなりました。その日は満床で空いている部屋がありませんでした。そこで管理者からA様にご自宅に帰っていただき、夜間帯を夫婦2人で過ごせるかどうかこの機会に試してみようという提案がありました。我々は夜間帯の在宅生活をA様が安心して過ごすことができるように、次の取り組みを行いました。

●取り組み 夜間帯から朝までの排泄への対応

A様はジスキネジアが表れている時やOFFの状態の時以外は自分で排泄を行えますが、利用開始当初から去年の12月頃まで夜間帯は不安からか、ジスキネジアやOFFの状態でなくても必ず職員を呼んでトイレまで誘導して排泄介助を行っていました。そんなある日、A様の要望でオムツの中で排泄をする練習をしたいという提案があり、オムツの着用を始めました。最初は慣れない様子で、なかなかオムツ内に排泄を行えなかったのですが、今ではオムツ内に排泄を行えるようになりました。そして、明け方に体が動くようになってから職員の見守りの元、ご自分でオムツを外し、トイレを利用して排泄ができるようになりました。初めてご自宅で夜間帯を過ごされる際は、帰宅後に職員がご自宅を訪問してオムツを着用していただきました。そして翌朝に職員が安否確認の為に訪問すると、ご自分でオムツを外されており、自分でトイレに行けたとのことでした。

施設利用時にオムツでの排泄行為を行えたことで、排泄に関する不安が少し和らいだ様子で、初めての夜間帯の在宅生活は無事に過ごすことが出来ました。そして、A様はその後も順調に夜間帯での在宅生活を継続できており、今ではご自宅に帰る日をとても楽しみにされています。

○課題3 内服薬の管理を自分で行えない

A様はご自分で内服薬の管理を行う事が困難な為、在宅生活に向けて内服薬の管理をどのように行っていくかという

問題がありました。特にメネシットという手足の震えや筋肉のこわばり、動作が遅くなってしまうという症状を改善する薬は、ジスキネジアが表れている、もしくは OFF の状態の際に、日常動作を行うために内服が必要な薬です。ですが、定期的な内服が難しく服用が頻繁になると、薬の効果が薄れてしまい、薬の効果の持続時間が短くなってしまうため、しっかりと管理する必要がありました。そこで、我々は次の取り組みを行いました。

●取り組み 看護師による内服薬の管理

施設利用開始当初は、本人に状態を確認し必要時にはメネシットを服用していただいていた。メネシットを服用する際には記録用紙に服用した時間を記入することで、服用状況と服用量の管理を行いました。また、看護師がお薬ポケットを用意して、お薬ポケットに入っている薬を A 様に内服していただくことで、食前薬や食後薬等の定期薬の内服の間違いを予防しました。

A 様が薬の管理に少しずつ慣れてきたころ、夜間帯を在宅で過ごすという取り組みが始まり、薬の管理方法を変更しました。施設利用時には、起床時に看護師が用意した 1 日分の内服薬を A 様に渡し、必要時や定時に薬を服用していただくようにしました。起床時に飲む薬の服用時間を定時化することで、起床時薬の内服時間と、内服後にどれくらい時間が経てば体が動くようになるのか、ということをご自身に覚えていただくようにしました。夜間帯をご自宅で過ごされる時は、帰宅時に看護師が用意した夜の内服薬と翌日の 1 日分の内服薬を持参していただき、必要時や定時に薬を服用していただいています。

内服状況について確認すると、施設利用時やご自宅で過ごされる際に、特に問題なく内服薬の管理が行えていました。

以上の紹介させていただいた課題に対する取り組みを行う事で、A 様は可能な範囲の中で自立した生活を送れるようになり、在宅生活に対する不安を軽減することが出来ました。そして、順調に夜間帯での在宅生活を継続できており、今ではご自宅に帰る日をとても楽しみにされています。

現在の状況

A 様はようざん利用開始してから約 2 年間は週に 3 日は日中を在宅で過ごし、夜間は施設に宿泊していました。ですが、先ほど紹介した課題に対する取り組みを行うことで、今では週に 6 日は日中を在宅で過ごし、その内の 2 日は夜間帯も在宅で過ごすことが出来るようになりました。ご自分の体の状態を A 様自身がしっかりと認識できるようになり、歩行時のふらつきがある時などは、ご自身で対処ができるようになりました。その為、転倒などの事故は起きていません。排泄に関しても、オムツの着用に関しては職員の介助が必要ですが、そこを支援することで、ご自分でオムツを外してトイレにて排泄を行える為、夜間帯から明け方にかけての排泄への不安は大きく軽減され、安心して在宅生活を送れています。内服管理もほぼ 1 人で行う事ができるようになりました。誤薬もなく、定期薬やメネシットをご自分で管理して内服出来ているため、安全に在宅生活を送れています。また、定期的に安否確認、バイタル測定を行う事により、A 様にはより安心してご自宅で過ごして頂いています。

去年の 11 月頃から月に 2 回ほど近所のスーパーで買い物にも行けるようになりました。A 様はこの月 2 回の買い物をとても楽しみにしていらっしゃいます。買い物中に職員と「夫はこの食べ物が好きなんですよ」などととても良い笑顔で話されていて、この姿こそが、生きがいを持って生活が出来ている本当の A 様だと感じられました。

そして、A 様が利用開始時に目標としていた「在宅で生活をする」という希望が少しずつ叶い始め、今となっては、動ける時は自炊や掃除、洗濯など積極的に行い、また調子の良い時は簡単なシャワー浴なども行っているそうです。自宅で過ごされている A 様は施設にいる時よりもとても生き生きとしています。在宅での生活はどうかと尋ねると、A 様は笑顔でこう仰いました。「私の仕事は主婦なんですよ」。

まとめ

今回の A 様の在宅支援への取り組みで気付いたことは、利用者様の気持ちを理解してケアをしていくことの大切さです。

施設利用開始当初は不安からか職員に頼りがちな A 様でしたが、今は自分で出来ることは積極的に行っています。自分で生活することに自信を持てたことにより、とても活発的に日常生活を過ごしていただけるようになりました。これこそまさに、A 様の希望であった在宅生活を実現するための「自立支援」だと、今回の事例を通して実感できました。また、訪問でご自宅に伺った際の A 様の表情は、とても穏やかで充実感とやりがいに満ち溢れており、家事をしている姿は正に「主婦」そのものでした。

そして、この利用者の気持ちに寄り添ったケアこそが、我々介護職員が行うべきケアの本来あるべき姿だと、A 様に改めて教えていただきました。

まだ夜間帯の在宅生活は始めたばかりなので、これから色々問題が出てくると思います。ですが、これからも A 様とご家族の意見を踏まえ、職員と医師とでうまく連携を取りながら A 様が在宅で安心して過ごせるように在宅支援を続けていきたいと思っています。

希望に沿ったケアとは

～個人に合わせた支援を目指して～

ケアサポートセンターようざん小埜

発表者: 渡邊 愛香

【はじめに】

「なんで家に帰れねえんかなあ…」

いつだったか、そうつぶやいたA様の一言。

家に帰って生活したいと望まれたA様の気持ちに応えるため、身体機能の維持、意欲向上、家族との連携に取り組んだ事例をここに紹介します。

【利用者紹介】

氏名: A様 男性 85歳

介護度: 5

障害高齢者の日常生活自立度: C1

認知症高齢者の日常生活自立度: IIIa

既往歴: 高血圧、心筋梗塞、胆管結石、右手関節骨折

【生活歴】

岡山県に生まれ、4人兄弟の4番目、姉1人、兄2人の3男として育つ。高校卒業後は旧国鉄に就職。保線関係の仕事に携わる。国鉄退職後も関係会社に勤め、73歳まで働く。鉄道が趣味で、毎年夏に家族で旅行に出掛け、山陽、山陰、四国、九州など各地を訪れていた。現在は次男夫婦と同居され、次女の嫁が主介護者となっている。

【ようざん小埜利用の経緯】

H29年 8月 13日: 左大腿骨転子部骨折によりI病院に入院

10月 3日: 敗血症、胆管結石のためH病院に入院

11月 6日: リハビリ目的でHリハビリ病院に入院

12月 1日: 退院

同日、奥様も利用されている『ようざん小埜』の利用を開始

【本人・家族の希望】

怪我で入院後、認知症が進んでしまった。今後は自宅でなるべく介助を必要としない生活を送れるようになっていきたい。

【利用開始時の様子】

- ・移動はリクライニング車椅子を使用しており自走は不可。
- ・膀胱留置カテーテルが挿入されており(バルーンは無し)、定時でオムツ交換を行っていた。
- ・短期記憶障害あり、何度も同じ話を繰り返される。

【課題と取り組み】

自宅での生活を目指すために、いくつかの課題が見えてきました。

【課題①:歩行について】

- ・リクライニング車椅子を使用しており、自立歩行困難であった。
- ・入院中、病院でのリハビリ拒否が見られた。
また、本人自らの歩行意欲が見られなかった。

歩行についての取り組み

- ・車椅子から手引き歩行へ機能訓練の実施。
- ・平行棒、踏み台、椅子からの立ち上がり等、本人用プログラムをNSと検討、作成し、実施。
- ・現在では自ら積極的にリハビリを行うようになり、車椅子は返却する。

【課題②:食事について】

- ・ミキサー食で対応。
- ・自ら食べる事はなく、職員が食事介助を行っても2～3割程度しか摂取されない。
- ・摂取量が少ない時は、栄養補助食品を併用していた。

食事についての取り組み

- ・食事状況を観察し、DrやNSに相談し、ミキサー食から刻み食に変更し様子を見る。
- ・徐々に本人自ら食べ始めるようになった。
- ・現在では一口大で提供し、食事量も全量召し上がる。

【課題③:コミュニケーションについて】

- ・他利用者様や職員との会話など、コミュニケーションを取る事が全く無い。
- ・職員が声掛けを行っても、反応がなく無表情。

コミュニケーションについての取り組み

- ・本人の好きな事や、思い出話など、職員から積極的にコミュニケーションを取り、会話を広げていった。
- ・旧国鉄に勤めていた事などを話題に挙げると、嬉しそうな反応が見られ、徐々に本人から会話するようになる。
- ・現在では笑顔も見られ、自ら他利用者様や職員に積極的に会話されるようになった。

【現在のA様】

- ・息子様やお嫁様と相談し、自宅で過ごせる日を設けている。自宅での宿泊では

- 「自分のベッドで良く眠れた」と話され、帰宅日が決まると、
「早く家に帰りたいなあ」と楽しみにされている。
- ・日々の機能訓練にも積極的に取り組み、職員に「今日のリハビリ当番は誰だい？」
「毎日やらなきゃダメなんだ」と話され意欲の向上が見られる。
 - ・2ヶ月に1度、H病院に泌尿器の治療のため2泊3日で入院しているが
担当NSより「来る度に元気になっている」との事で、入院中は寝たきりでの
安静が必要だが、歩き出してしまうと話されている。
 - ・玄関、トイレに手すりを設置するなど、自宅での生活を目指した住宅環境の整備を行っている。

【外食レク】

日頃から「うどんが食いてえなあ」「ここはうどんが出ねえんかい」と言われていたので、大好物のうどんを食べに行く計画を立てました。ご本人に話すと、それはそれは喜ばれ、チラシを見ては自らお店を検討されていましたが、結局決まったのは、近所にある『ゆで太郎』になりました。

奥様と連れ立ってお店に入るなり、券売機を食い入るように眺めて、何を食べようか、天ぷらは何にしようか、こんなにあったら迷うなあと、とても嬉しそう。結局暖かい天ぷらそばに決まり、「旨いなあ」と笑顔で瞬間に全量召し上がり、奥様の残された分まで綺麗に食べ切ってしまったのには驚きでした。

久しぶりの外食でとても嬉しかったらしく、ご夫婦ともに会話が弾み、「楽しかった」「旨かった」「また来たいなあ」と言って下さいました。

【考察】

利用当初に比べ、自らコミュニケーションを取るようになり、他利用者様を気に掛けて下さる姿も見られるようになりました。機能訓練を毎日欠かさず取り組んだ結果、職員の見守りの下、自力での歩行が可能となり、本人も「歩けるようになって良かった」と話して下さいました。引き続き継続して、より良いケアを目指し取り組んで参ります。

【まとめ】

今回の事例を通して一人の利用者様の希望に沿ったケアをするには、職員をはじめ、ご家族様の協力無しでは達成に繋がる事はできないと改めて感じました。

今後も小規模多機能の良さを活かして、利用者様、個人にあったケアを考え、支援に繋げていきたいと思っております。

ご清聴ありがとうございました。

心と身体の活性化へ～心の寄り添いを意識した支援～

ケアサポートセンターようざん石原

発表者：中島翔矢

【初めに】

人は誰でも、年齢を重ねるとなにかに取組もうとする意欲も姿勢も薄れてきてしまう。年齢を重ねることによって当たり前の事が難しくなっていく事も事実である。しかし、いつまでもその人らしい活気ある生活ができる事により、人は身心共に健康な状態を保てるのではないだろうか。今回その意欲と姿勢を取り戻すための支援について報告する。

【利用者紹介】

- A様
- 女性
- 94歳(T・13・6・24)
- 要介護3

【既往歴】

- H・25 アルツハイマー型認知症

【生活歴】

T市出身。結婚後、K町で暮らし二人の息子を授かる。長男が平成5年に亡くなり、夫が平成15年に亡くなってからは一人暮らしを続けてきた。日常的には長寿センターにて趣味のコーラスや体操、民舞などに積極的に参加していた。平成25年5月より物忘れなどがひどくなり次男家族が暮らすI町にて同居を始める。家族からは「平日日中は必ず独居状態となってしまうので出来るだけ本人には刺激のある生活をしてもらい、認知症の進行を防ぐことができればと考えています。」との要望の中、介護保険サービスの利用となる。

【問題点①】

〈人と全く会話されず1人でいることが多い。〉

来所され職員より声掛けを行うが、ほとんど反応も無く近くの利用者様との会話もされずテレビを一日中見られ、反応が無い時は日中傾眠状態になっている事が多い。

【問題点②】

〈入浴拒否が強い。〉

職員が入浴の誘いをするが「家が入ってきたよ！」「寒いからいいよ！」と入浴される事を頑なに拒否される。時間をおいて別の職員が再度声掛けをするが、それでも拒否は強く、毎回の声かけの工夫や別の事で移動していただく促しが毎回必要な状態。

【問題点③】

〈その場から動く事を面倒と思い、運動をしない。〉

一度座られると立ち上がる事を拒み、トイレに行く事以外は全く動かず、レクリエーション時に行う声かけに対しても「お腹すくからいいよ！」「疲れるからいいよ！」「いつも家でやっているから大丈夫だよ！」と身体を動かすことに参加しない事が多い。

【取り組み】

これらの問題点に対し利用者カンファレンスの中で話し合い、職員全員で様々な方法を提案し取り組むことにした。

【取り組み①】

個別対応としてはA様に「Aさん、卓球が得意なんですか？」「大正琴を習っていたと聞きましたよ。」「今日はようざんで歌と踊りのイベントがありますよ。」など生活歴から本人の趣味に合わせた会話をしたり、フロア環境対応としてはレクリエーションの時などに、職員を中心に輪になるかたちをつくりながら、利用者様同士がコミュニケーションをとりやすい状況を意識し、A様が一人になる時間帯を徐々に減らすことを試みた。今では日中眠られている様子も見られず職員の声掛けに対しても時折笑顔を見せて頂けるようになった。

【取り組み②】

入浴拒否に対しては、入浴することに少しでも興味を持ってもらえることを意識して会話をした。「今日のお風呂はいつもの雰囲気と一味違いますよ。」「今日はきれいな色のお湯なので見てみませんか？」「今日は森林の香りがする湯船ですよ。」「今日は花の香りがする湯船ですよ。」などとA様の興味を促しながら笑顔で誘導させて頂いた。これらを繰り返すことで少しずつ誘導できるようになり、浴室では「ほんとだね！こんなにきれいな色をしたお湯は見たことないよ。」「いいね！目に青葉だね。みどりはキレイで目にいいんだよ！」などの言葉が聞かれるようになった。日替り入浴剤や声掛けの工夫でA様の気持ちを動かすことができるようになり、今ではA様自信にリズムもでき拒否も少なく入浴が継続できている。

【取り組み③】

A様は高齢化による下肢筋力の低下がみられる為、下肢を使った運動に取り組んでもらうよう心掛けるが「嫌だよ！この場から動きたくないよ！」「家で毎日散歩しているからいいんだよ！」「立つと疲れるから嫌だよ！」と拒否が強い状態が続いた。工夫としてA様には椅子に座ったままの状態でも運動に取り組んでもらう事から始めた。最初は座った状態で足踏みを10回するのさえ「回数が多いよ！」「疲れるよ！」「そんなにできないよ！」との言葉が多かったが明るく声掛けを行いながら続けることによって、10回が20回、20回が30回と徐々に回数を増やせる進歩がみえた。ある日A様自身から「皆立ちながら運動しているから、あたしも立って運動するよ。」と平行棒を使った昇降運動にも積極的に参加されるようになった。椅子に座った状態から10回するのも難しかったA様だったが今ではこちらから「Aさん、今日は何回しますか？」と訊ねると「80！80回するよ！」と自身から回数を決め取り組まれるまでになった。

【終わりに】

A様による意欲向上の表出化に関しては、私達に支援の自信をつけさせてもらった事例であった。それまでのA様からは昇降運動をする際に自ら回数を決める状況は想像できるものではなく、日に日に増していく意欲と姿勢はこれからも大切に継続できるように携わっていかなければならないと思う。

今回コミュニケーション、入浴、運動の3つの問題を通して私達は意欲向上、生活機能向上の取り組みを行ってきた。なにより最初は見えなかったA様の積極性が徐々に見えはじめ、そのやる気を削ぐことなく携わる事ができ、今現在も継続ができている事はA様にとっても私達にとっても良い結果に結びつける事ができたと思う。他者との会話を避けた

り大勢で運動等に取り組む事が苦手なA様だったがその都度心に寄り添いしっかりと携わる事によってA様と他者との溝が埋まり、今では会話をしたり共に運動に取り組まれる姿もみられるまでになった。入浴に関してもはじめは頑なに拒否をされていたが何度も何度も繰り返される心と心のふれあいの中で安心感も生まれ、心と身体の活性化へとつながったのではないかと考える。それはつまり心の寄り添いを意識した私達と過ごす時間が、A様にとって日常的な生活の一部として組み込まれるようになった証しなのだと思う。

馴染みある所(自宅&大類)での生きがいと笑顔

～在宅復帰をするための寄り添い方～

ケアサポートセンターようざん大類

発表者 吉田昌延

新井亜希

【はじめに】

ケアサポートセンターようざん大類は、開設して一年半が経ちました。利用者様の「住み慣れた地域で、望んだ暮らし」を支える為に、私達は一生懸命適切な介護サービスを提供してまいりました。

今回、市内の介護老人保健施設から退所後の支援の依頼を受けました。「平成29年8月老健を退所され、自宅に戻りましたが一人暮らしの為、日常生活において様々な問題があり、在宅生活困難。」その事例として所長を筆頭に私達は利用者様に対し、寄り添ったケアの過程について報告させていただきます。

【利用者様紹介】

○ 名 前 :A様(女性)

○ 年 齢 :76歳 要介護度:3

○ 既往歴:くも膜下出血、左大腿骨頸部骨折、左大腿骨大転子骨折、認知症、蜂窩織炎(ほうかしきえん)。

○ 生活歴:茨城県で生まれる。結婚後群馬県に移り息子を二人育てましたが、その後離婚し息子達は夫に引き取られました。A様は前橋市でスナックを経営し、生計を立てました。その後再婚しましたが、夫は8年程前に亡くなり、息子や兄弟とも絶縁状態です。現在生活保護を受給しており独居生活を送っています。猫を飼っていますが、掃除や片付けは行っていません。

老健退所当初

A様は自宅で過ごしたいと話されましたが、近所との付き合いがない為、自宅ではほとんどの時間を寝て起きて、好きな食べ物だけを食するという繰り返して過食も見られました。日中はテレビを見て過ごし、寝る時はこたつが布団代わりで1日のほとんどの時間をこたつで過ごしました。生活習慣も悪く不規則でした。そのため自宅での掃除や片付けができず、散らかったままの状態でした。金銭管理も出来ないため、高崎市社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を利用し金銭管理をお願いしています。また、1日二箱ほど煙草を吸うなど健康的とは言えない生活を送っていました。自宅内はなかなか片付けられず、煙草の火の不始末や衣服が散乱している状態から、大家さんから注意を受けたことがありました。

ようざん大類利用当初のA様の様子と課題

近所付き合いがほとんどなかったA様は、周囲の雰囲気になかなか馴染めず緊張していたのか疲れた様子がみられ、体操やレクリエーション、食事中に度々傾眠があり、短期記憶や状況判断能力の低下がみられました。

取り組み

～生活への思い、要望を引き出す、活気を取り戻すため～

週間利用予定表

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
通い	通い	訪問	通い	通い	通い	訪問
	入浴		入浴		入浴	
集団レク 3食提供	集団レク 3食提供	個別対応 3食弁当	集団レク 3食提供	集団レク 3食提供	集団レク 3食提供	個別対応 3食弁当

1 信頼関係づくり

ようざん大類では、A様のニーズに応じて職員は常に寄り添い話を傾聴するとともに、心のケアに着目して、コミュニケーションを図っていきます。このようなA様の立場に立った手厚いケアを行うことで、安心感と信頼関係を築いていきます。そして、ケアプランに基づき、解決すべき内容はA様に伝えご理解の上で実施しました。

「マニキュアを塗ってあげる」

→A様はとてもオシャレが好きです。まずはA様との距離を縮めるために、ご本人が興味を示す化粧とマニキュアを塗ってあげます。その結果、A様はとても喜んでくださり、笑顔も浮かべてくれるようになりました。このような密なコミュニケーションを図ることを重ねながら、信頼関係を構築していきます。

2 不規則な生活習慣の改善

当初は、好きなものしか食べず、過食気味ということもあって不規則な生活が続いていました。そこでようざん大類ではバランスの取れた食事を毎日三食提供し、生活習慣を見直す為のサポートを行いました。また、煙草がやめられないということの対処にも取り組んでいます。

①「訪問時の際には、こちらからお弁当を提供する」

→好きな物ばかりを食べてしまうA様。そこで、訪問時には栄養バランスの取れたお弁当を提供し、常に健康の面でサポートしていけるよう努めています。

また、通いの際には食事のメニューを伝えるなどして食事への理解を深めます。

②「タバコが及ぼす悪影響を伝え、健康意識の理解と向上を高める」

→タバコを吸うことで、健康への悪影響と心身の機能低下に繋がってしまうことを、A様にしっかりと伝え、禁煙に対する意識を徐々に持たせていきます。また、A様の了解を得た上でタバコやライターを預かり健康管理に努めます。さらに、自宅に帰宅した後も禁煙を継続していくため、お口が寂しくなった時の煙草の代わりに適量のお菓子をお渡ししています。

3 生活環境の向上

片付けができず、家はいつも散らかった状況で、こたつが布団代わりになっていたA様。この状況を改善する為、職員が訪問し居間・キッチン・トイレ等の掃除や環境整備を行いました。また、洋服も散乱している状況でしたが季節に合わせて整理する取り組みを行っています。自立生活を維持する為にベッド、タッチアップ、ポータブルトイレを導入しました。

4 体調管理

毎日のバイタル測定を行います。かかりつけの病院と連携し、急な体調不良や変化にいち早く気づき早期対応を行っています。また、体調が悪い時はこちらで状態を確認できるようようざん大類の泊まりをすることを勧めるなどの声掛けもを行います。

日々の対応では寒い時には暖房、コタツ、電気毛布をつけ、暑い日には冷房をつけるなど快適に過ごせよう自宅内の温度管理も徹底しています。

「足の下肢蜂窩織炎(ほうかしえん)の対応」

→入浴時に身体のチェックをしていたところ、両足に炎症が起きていることを発見しました。聞いてみると、強い痒みがあると訴えられました。すぐかかりつけの病院へお連れし、薬の処方してもらったことで現在足の調子は良好となっています。

5 精神安定の獲得

毎回楽しく継続して通っていただくことを第一に考え、周りの人との交流を円滑にできるようにするということ、レクリエーションを楽しんでもらえるようにすることなどの工夫を取り入れながら対応しています。

そして、自信をもってもらうためにA様の興味を引き出せるものを探りながら個別の対応を行うことで、再度自分自身への関心と自信を持ってもらうように努めています。

6 自分らしさを取り戻す

「月一回のヘアカラー、ヘアカットで自分らしさを取り戻す」

→昔からオシャレが大好きだったA様。経営していたスナックは接客業ということから、お話が上手で身だしなみにはとても関心が強かったようです。そこで、月一回のヘアカラーやヘアカットなどをすすめました。すると、「女性らしく、いつも綺麗で居たい」という意欲的な気持ちと自信を取り戻したご様子でした。同時にオシャレへの関心も取り戻し、かつてのような華やかな姿で通ってくださるようになりました。自然と自己表現や笑顔も増えました。

【まとめ】

今回の報告を踏まえて、A様は利用当初に比べ生活習慣や生活環境が改善し、心身機能の維持を図ることができました。現在では、汚れた洋服にA様自身が気づきようざん大類まで持ってきてくださいます。そして、こちらで洗濯した綺麗な洋服を着て通うことが、A様の自信と生きがいに繋がっています。

利用当初は不安を抱え、心を閉ざしていることが多くありましたが、今ではレクリエーションに積極的に参加していただきます。特に得意な料理のレクリエーションでは自ら率先してお手伝いをしてくださるなど職員との信頼関係も構築され、心身ともに良好となっています。これからも、A様の笑顔が絶え間なく続くようニーズに答えながらサービス向上を図っていきたいと思います。

働きやすい働きがいのある職場づくり

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者: 赤見州彦

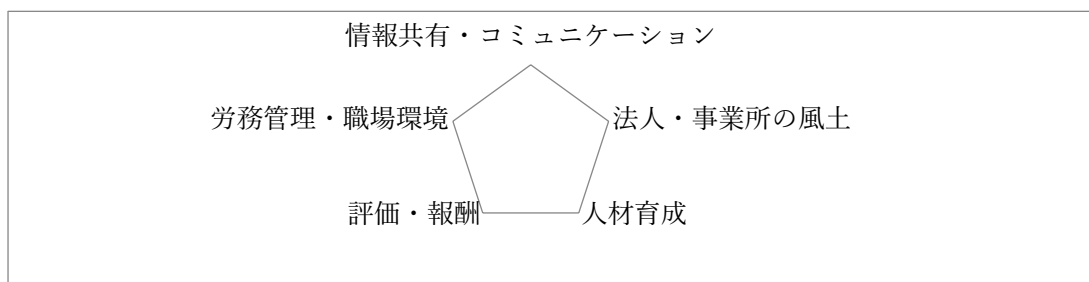
【はじめに】

深刻な人材不足と言われている介護業界。今後、2025 年を控え更に人材確保に向けた他産業との競争は激しくなると言われています。これから迎える厳しい時代に向け、今私たちがやるべきこと。それは一緒に働いている職員が、より「働きやすい、働きがいのある職場づくり」を私たち職員が主体となりみんなで作っていくことが大切ではないかと思ひ、取り組んだ事例について報告させていただきます

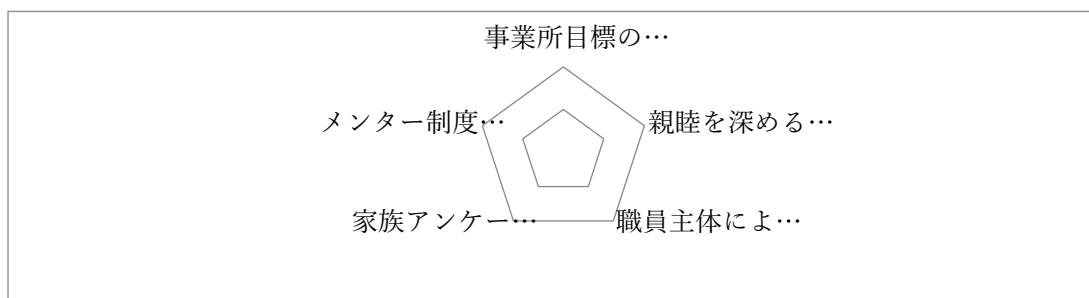
【目的】

昨年12月に行った「CHECK&DO25」の評価を基に、事業所独自で始めた取り組みの他、外部研修で学んだことを事業所で実践し、「働きやすい、働きがいのある職場作り」を目指します。「CHECK&DO25」で示された各グラフの項目を、事業所で取り組む実施内容に置き換え、5 項目の取り組みを通じ前回の評価から半年となる 6 月に再度CHECK & DO25による評価を行い、所長職員共により良い評価結果を目指します。

<CHECK&DO25>



<5 項目に対する事業所の取り組み>



【取り組み】

取り組み1: 職員主体による勉強会の開催

今年 1 月より、毎月職員が交代で講師となり、職員が職員へ向けて勉強会を行う取り組みを開始しました。これは人材育成の一環として、職員のモチベーションの向上、スキルアップによるケアの質の向上など様々な効果を期待し、始めた取り組みです。勉強会の内容はその月により様々で、いま事業所として必要な知識や技術であったり、その職員が得意とすることの他、敢えて講師が苦手とすることをテーマとし克服に向け勉強する機会とする事もあります。担当講師や内容、資料準備は所長と相談しながら進めますが、勉強会当日は私たち職員が主で行っています。

初回となる 1 月は、「チームケア」をテーマに。

2 月は「報・連・相」をテーマに

3 月 4 月は「介護技術」

5 月はスピーチロックについて

6月は地域密着型連絡協議会主催の「新任者研修」の研修報告を行いました。
開始して半年が経過し、様々なテーマを職員主体で勉強できています。
今後も引き続き継続し「質の向上」を目指す取り組みとしていきたいと考えています。

取り組み2: 目標の設定

より良いチームワークを目指す上で欠かせないのが「理念」と「目標」を明確に定める事だと研修で学びました。私たちは事業所理念として「笑顔と挨拶」という「接遇にこだわっていきたい」という思いから作った理念はありましたが、「目標」は設けていませんでした。そこで私たちは、早速「年度目標」の作成に取り掛かりました。

研修では、「管理者及び上司が決めたものでは上からの押しつけになってしまい、うまく機能しない」とのことで、これも私たち職員が主体となり作成しました。

みんなで作り、みんなが納得した魅力ある目標を共有する事が大事で、目標がしっかりとある事で全員が同じ方向を向いて日々の業務に当たる事ができます。

事業所の目標が決まると、今度は「個人目標」を立てます。

これは事業所の理念と年度目標を達成するための各自の目標となります。「理念・目標シート」を活用し、各自の目標を立て、これを基に所長と個別面談を行い目標の共有をしました。目標がしっかりとある事で、達成に向け職員が同じ方向を向き更なる一体感や働きやすい雰囲気を作ることが出来ます。

取り組み3: 親睦を深める取り組み(インフォーマルなイベントの充実)

これまで、事業所内での「飲みニケーション」「野球」など事業所外での交流の場を設けてきました。ストレスを発散し、職員の親睦を深め、健康の維持向上を目的とし、このインフォーマルなイベントをさらに充実していきます。

事業所の目の前にある「高崎アリーナ」を活用し、定期的にスポーツイベントを開催。主な目的としては、「職員の親睦を深める事」「ストレスの発散」「健康の維持増進」を目的として開催します。事業所内だけでなく、法人全体に案内を出し他事業所の職員との交流や職員のご家族の参加もあり楽しいイベントとなっています。「バスケ」や「バレー」の他、より幅広い職員の皆さんにとって充実したイベントになるよう「バトミントン」や「卓球」など他の種目の開催も予定していきたいと考えています。

初回となる4月は、職員のご家族さん含め40名弱の参加がありました。競技経験のあるなし問わず、思い思いにボールを追いかけて、楽しい時間となりました。

今後は他法人とも、「法人間の交流」の場としていけるよう外部へのアナウンスもしていければと思います。

取り組み4: 家族アンケートによる評価(「称賛」による自信とモチベーションの向上)

5月に家族アンケートを実施しました。

いただいた回答より、ご指摘に関しては真摯に受け止め、今後の質の向上のための貴重な意見とさせていただきます。お褒めのコメントに関しては、「褒められる」というのは無条件で嬉しいものです。ましてご家族からの言葉となればその効果は絶大です。

自分たちがやっている事が「喜ばれている」「家族の支えになっている」「こんなに感謝されている」。

こういったお礼のお言葉が私たちの励みや自信につながり、さらに上を目指す原動力となります。また、自分たちがやっている事が間違っていないという確認にもなります。今後も評価ツールの一つとして定期的に家族アンケートの実施を予定しています。

取り組み5:メンター制度の導入

制度導入自体が初めての事で手さぐり状態ですが、入職して1年未満の職員と所長が必要と判断した職員を対象にメンター制度を活用しています。

メンティーとの面談はメンターの判断に任せ、必要時は所長が介入するかたちをとっています。制度導入後、大きな問題はなく職員のメンタル支援が出来ているのではないかと感じています。

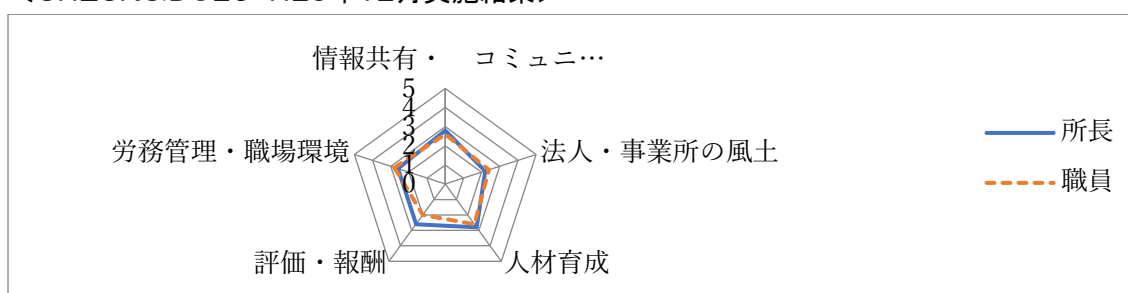
対象者や実施方法、メンターへのフォロー体制など検討すべきことは多くありますが、やりながらやりやすい形を模索して行ければと考えています。

【結果】

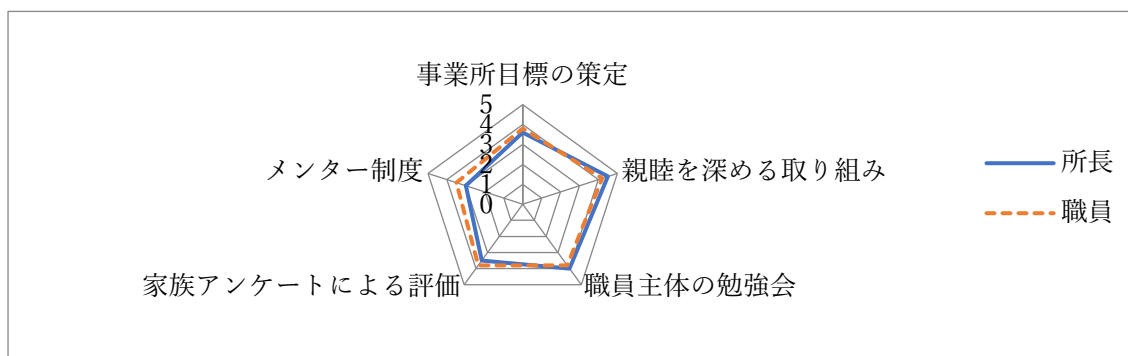
これらの取り組みを行ったうえで、6月に改めて全職員でCHECK&DO25を実施。タイミングとしては、前回実施から半年後となります。

結果は、

<CHECK&DO25 H29年12月実施結果>



<事業所独自の取り組み H30年6月実施結果>



【おわりに】

人材不足と言われる中、ただ新しい職員を待つだけでなく、今頑張っている職員がやりがいを持ちながら働きやすい職場をみんなで創ることで離職を防ぎ、新しく入る職員が安心して気持ちよく仕事ができる環境を創る事が大切だと考えます。

今回の取り組みはそのきっかけに過ぎないかもしれませんが、これからも職員全員でいろんなアイデアを出し合い、楽しみながら「働きやすい・働きがいのある職場づくり」を目指していきます。

職員が日々の業務にやりがいを持ち、楽しくできていることこそ、きっとその先は「働きやすい、働きがいのある職場」に繋がっていると信じて…。

大好きなお母さんと一緒に

ケアサポートセンターようざん藤塚

吉田 洋子

【はじめに】

家族であたりまえに日々を過ごしていく。

そんな日常が認知症状の進行や身体機能の低下によって少しずつ難しいものになってしまいます。それでも大切なご家族と、住み慣れた地域のご自宅で共に暮らし、共に笑っていたい。そう願われる事はごく当然の事です。

そこで私達は、今回ご紹介させて頂くA様ご家族にどの様に寄り添い、お手伝いできるのかを考えました。ADLが低下してもご自宅で変わらない生活を送って頂くために私達が携わらせて頂いてきた事例を発表したいと思います。

【対象者紹介】

・A様(女性)

・86歳

・既往歴:アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、一過性脳虚血症、高血圧、糖尿病、脊髄管狭窄症

・生活歴:高崎市内に6人兄弟の2番目。兄1人妹3人弟1人の長女として育つ。少女時代は弟妹の面倒をよく見られ活発に過ごされる。同市内に24歳で嫁がれ、一男一女に恵まれる。結婚後もパートにでられ、46歳の時に車の免許を取得するなど、チャレンジ精神にあふれ、何事にも一生懸命に取り組みられました。

多趣味でもあり、ヨガ・社交ダンス・カラオケ・木目込み人形などをされ、お友達も多く旅行にもよく出られました。現在はご主人、ご長男と市内にお住まいであり、A様ご本人からも「お父さんのことが大好きなんだよ」等の仲の良さが伺える発言も時折聞こえました。

【きっかけ】

ようざん藤塚をご利用頂く前から同系列のデイサービスをご利用頂いていましたが、介護量が増えたことにより、利用頻度が増え、既存のサービスでは賄えなくなり、より柔軟な対応をさせて頂くため、ようざん藤塚でのサービス開始となりました。

通い中心でご利用頂いていた平成29年8月朝

A様ご家族よりお電話を頂き「腰痛で動けなくなり、起き上がれなくなりました」とご連絡を頂きました。くわしくお伺いしてみると、前夜A様のご自宅のトイレで便器から滑り落ちてしまったとのことでした。

そのご相談をきっかけに受診して頂いたところ、腰椎圧迫骨折と、それに伴う大腸の炎症が発見されました。

一カ月程の入院となり、大腸の炎症は改善されましたが、認知症のため病院ではうまく食事をする事ができず、意欲・体力共に低下が見て取れたため、ご家族の希望もあって退院され、小規模多機能での経口摂取を目指していくこととなりました。

入所を検討するよう提案も受けましたが、ご家族がご自宅での生活を希望されたため、平日の通いと週末の宿泊を基本として在宅での生活が継続できるよう支援させて頂く介護サービス計画となりました。

【課題①】

認知症が進行したことによって食事の際、失行が目立つようになり箸や器を正しく使用することができなくなった。

【解決への取り組み】

- ・食事の際、どんなものが好物なのか食が進むものを探りながら介助を行い、食事量を増やしていけるよう好みの把握に努める。
- ・介助者も介助が作業的にならないよう共感に努め、食事中もA様とのコミュニケーションを大事にする。
- ・食事に時間がかかっても全量召し上がって頂けるように送迎時間等を考慮し、A様の負担を軽減する。

【結果】

まだ食事介助をさせて頂いてはおりますが、自ら箸を持たれて口へ運ばれる日も時折見られるようになりました。退院してすぐの頃と比較すると食事量もずいぶん増え、完食できる日も多くなりました。

【課題②】

身体機能の低下により、立ち上がりや歩行に介助が必要になった。

【解決への取り組み】

- ・車椅子移動を基本とせず、手引きによりご自身の足で立ち上がり、歩けるよう介助する。
- ・ご自宅でもご家族の協力により、週末に近所の公園で散歩をして頂いている。

【結果】

最近では歩行の移動距離も長くなり、歩行器での歩行も安定して行えるようになりました。立ち上がりもお声がけだけで行って頂けることも時折あり、以前より足取りがしっかりしてきました。

【課題③】

夕食後ご帰宅されてもご主人お一人ではA様をベッドへ移乗することは難しく、息子様は帰宅時間が遅い為、就寝までの介助が必要である。

【解決への取り組み】

- ・介護用ベッドを導入し、自宅の介護環境の改善を提案する。
- ・ご家族のスケジュールに合わせた曜日別のプランを提案し、臨機応変に対応する。
- ・ご主人お一人では難しい臥床前の着替えを帰宅前に施設にて行う。
- ・ご家族の夜間帯の負担をなくすため帰宅前にオムツ着用してお帰り頂く。
- ・帰宅後、車椅子にてベッド前までお送りし、移乗から臥床までを行う。

【結果】

A様ご本人、ご家族共に夜間の排泄に関する負担軽減につながった。
介護用ベッドを使用されることによって離床時の身体的負担が軽減され、ご家族のレスパイトにつながった。

【まとめ】

今回、入院をきっかけにご自宅での生活が困難となり、ご家族への負担も大きなものとなってしまったA様ですが、認知機能の進行や身体機能の低下があっても諦めることなく、対象者に合った介護サービスを見いだし、提供することが

できれば何事にも可能性がある事を学ばせて頂きました。

取り組みを始めた頃のまま何もしていなければ、寝たきりとなってしまうけれどもおかしくない状態でしたが、ご家族の献身的な介護と強い思いに私達が少しお力添えさせて頂ければ、入院前と変わらない生活が取り戻せるのだと実感しました。

これからも A 様とご家族が共に笑顔で暮らせるより良い介護サービスを提供し、お力になれるよう努力していきたいと思いました。

家族の願い・私たちに出来る事～always do my best～

ケアサポートセンターようざん並榎

岡 晋

諏訪田紗葵

【はじめに】

突然ですが、みなさんは「三大欲求」とは何かご存知ですか？

「食欲」「睡眠欲」「性欲」どれも人間が生きていく中でなくてはならない不可欠なものだと思います。しかし、病気によって、その欲求のバランスが崩れ、限られた欲求のみが

脳内に残り、自分自身ではコントロール出来ない程の状況になったとしたら・・・

また、そういった状況の方が自分の家族だとしたら・・・皆さんはどのように考え

支えていきますか？また、支えられる自信はありますか？

今回、取り上げさせて頂いた利用者様は、内服薬の影響や、認知症状の影響もあり、ケアサポートセンターようざん並榎をご利用された当初から、性的欲求が強く、どこでも構わず具体的な言葉が聞かれたり、職員に対し、性的な態度や行動をとってしまう利用者様です。ご家族は、昔の様に、明るい笑顔で、やさしいおじいちゃんに戻って貰いたい。なんとか偏った欲求行動を抑えられればと考えており、これからも一緒に在宅生活を送って行きたいと言うご家族の気持ちを、小規模で支えられないかとの思いで目標とし取り組みさせて頂いた事例です。

【対象者紹介】

対象者 A様 80歳

既往歴: 狭心症

: 脳梗塞(H24年発症し左半身に軽度麻痺が残る)

: 糖尿病(現在内服薬及びインスリン皮下注実施)

【生活歴他】

出生は群馬県渋川市、その後幼少期に両親と台湾で過ごされる。日本に戻って以降は渋川に戻り生活をされる。妻と結婚後は4人の子供(4姉妹)に恵まれる。仕事は一流企業の技術研究所にて研究員を定年まで勤めあげる。定年後も、住宅展示場での夜勤の仕事や警備員なども行い70歳頃まで勤労されていた。一方で趣味も多彩で、カラオケ教室・ダンス教室・読書・パソコン操作も得意。渋川に土地を借り畑仕事も行ってた。野菜は嫌いだったが、果物は好き。英語が堪能であり高校生に教えられる程の実力と娘様よりお聞きする。他、数学も県内で2番になった事や家庭教師などもされていた事がある。

【性格】

ご家族より元々は無口で決して話す機会は多くはなかった。でも、娘たちにはやさしい父親であった。

【現在のサービス内容】

通所 月・水・木・金

訪問 火曜 10時・16時 トイレ誘導

土日は在宅にてご家族と生活(現在は変更有)

日	月	火	水	木	金	土
休み	通い	訪問 10時・16 時 トイレ誘導	通い	通い	通い	休み

【入所より現在までの経過】

H29年10月よりご利用開始。ご利用初日より、目が座っている様子が伺える。男性職員が声を掛けると反応が薄い。しかし、女性職員が声を掛けるとニコニコ反応が良い様子が伺えた。ここまでは何も異変を感じていなかった。その後、女性職員がトイレにご案内し、個室に入った瞬間、抑えられない欲求が始まる。トイレ内で抱きつこうとする行動、キスを迫ろうとする行動等が多くみられました。また、女性職員に対し、行動だけではなく言葉の欲求も常に見られ、抑えが効かない様子。女性職員を追いかけまわす事も見られた。その他にも行動欲求として外に出たい衝動が抑えられず入り口のドアを開けようとする様子が覚醒時は何度も見受けられる。その都度、男性職員中心に一緒に外に出ながら本人の様子や言動について注意深く観察をしていく。外に出た瞬間、玄関先に干してあった干し柿を目にした途端、食べたい欲求が抑えられず、瞬時に手を伸ばし盗食する行動も見られる。丸ごと口にほおばり、種を所かまわず吐き捨てる。止めに入った職員に対し大声で怒鳴る姿が見受けられた。上記の行動が利用開始時から繰り返され、女性職員は皆後ずさり状態で関わる事すら出来ない。限られた男性職員で付きっきりで対応するも休憩すら取れず、早々に限界を感じている状態。それが、利用開始してからわずか数日の話。「ここでは無理なのか・・・」「他事業所を早急に探した方が良いのか・・・」職員の誰もがそう感じていたと思います。でも小規模多機能でしか出来ないやり方で関りを継続出来ないか？そう考え、最初にアクションを起こした事が・・・

下記の取り組みになります。

【課題】

- ① 本人の欲求行動に対しての具体的かつ対応可能な事は何か？
(小規模だから出来る事を考える)
- ② 抑制が効かない欲求に対して専門医師との連携を図る必要がある
- ③ 表情が乏しく、同じ行動・同じ行為の繰り返しの為、過去の生活歴などから情報をもう一度精査し、本人が関心・興味を持って取り組める事を探し実践する

【取り組み①・・・課題①に対しての試み】

利用時間中に1度自宅に戻り気持ちのリセットを試みる

(利用中の本人の行動パターンを把握し実行)

方法:通所利用時間において 来苑時～昼食提供の間は比較的落ち着いて過ごせている時間が多かったが 昼食提供後より毎回、ドア付近まで移動しドアを開けようとする行動が

見られた為、ご家族と相談し了解を得た形で 昼食後の本人の行動に合わせて自宅に一度お送りする。(本人の行動に対し無理に引き留めず、本人の意思・行動に沿い対応)

その後、16時頃まで自宅でご過ごし頂き、再び、職員がお迎えにあがる。

再来苑後も、当然ドアを開けようとする行動は見られるが 本人が好きな カラオケなどのレクリエーションに時間を割きながら 夕食後まで対応していく。

【取り組み①の結果】

現在、自宅より来苑後は、外に出たい行動欲求は時々見られるも途中で自宅に戻らなくてもようざん周辺を散歩するなど落ち着かれることが多くなった。

【取り組み② 課題②に対する提案と行動】

②内服薬の見直し

ご利用開始当初からずっと服用している内服薬の中に、認知症薬が含まれておりご家族に確認すると、現在の主治医の前から継続的に処方されていたとの事でA様の現在の行動に及ぼす影響について セカンドオピニオンを提案し実行受診先の先生と相談し、内服薬を増やすのではなく、現在の内服薬の一部を抜いて様子を見ましようとの提案あり。抜いて様子を見ていく

【取り組み②の結果】

内服薬を減らした翌日より、A様の行動に変化が見られる。

- ・職員を目で追っても、追いかけてまわす事はなくなった。
- ・欲求の部分について 言葉が減り、職員とコミュニケーションが少しずつだが図れるようになってきた。(意思疎通が図りやすくなった)
- ・時々、冗談を交えて表情が緩むことが多くなってきた。
- ・集団のレクや行事等に参加出来る様になってきた。

【取り組み③ 課題③に対するスタッフの行動とケア】

③過去と現在の情報(生活歴や趣味・関心事)から関わるヒントを探る

・A様は仕事の合間で英会話教室やカラオケ教室に通われたり、ダンスやパソコンなどの 多彩な趣味や経験を持たれている点に着目し、A様との挨拶に英語を活用してみたり
レクリエーションの中に日本語を英語に変換して頂くものを取り入れたり
カラオケ大会の開催・フロアで職員とダンスの披露など・・・スタッフが積極的な関わりを行うことで信頼関係を築く。情報にない事も 関わりの中で「出来るかも・・・」と可能性を感じた事に関してはチャレンジを試みる。

【取り組み③の結果】

①会話のキャッチボールができた

「Aさん、いい天気ですね。山も川も綺麗ですね。ところで海と山と川でしたらどこが一番好きですか？」

「そりゃー海だよ。群馬には山も川もたくさんあるけど海はないからな。」

「そうですね。群馬の人には海は憧れですよ。海見るだけで嬉しいですよ。」

「そーだ。そーだ。」

こんな些細な出来事でも、私たちにとってはA様との関わりにおいて進歩が見られた証であり喜びなのです。

【考察・まとめ】

徐々にではありますが、内服薬を調整した事、欲求を違った興味・関心事に目を向けていく事により、A様も穏やかに施設で過ごせる時間が増え、また女性職員との関わりも少しずつ確保され、関わりが増えたことによりA様の表情も緩むこ

とが多くなってきています。それでも、まだまだ、A様との関わりにおいては希薄な部分もあり、また意欲が向上したと誰もが思う所までは至ってはならず、今後の課題として皆で一步一步前進して行ける取り組み・支援をしていけたらと思います。

今回この事例を取り組むにあたり、ご家族様から1枚の写真を見せて頂きました。

それは家族でお出掛けした時におやつを食べる時のものでしたが、私たち職員が見たことも無い様などびっきりの表情のものでした。

「こんなに素敵な笑顔が出来るのですね！」

少しずつでもこの笑顔が施設にいる時でも見られる様に最善の方法を考えていく事が私達の役割だと考えました。

まだまだ、A様のエンパワメントを引き出すには、出来ること・考える事は山積みです。

それでも出来る・出来ないではなくて「やってみる」！

それこそ、我々、並履スタッフがA様にそそぐ想いです。

優しい元気なA様の本来の姿を取り戻す為に……。

そして、1日でも長く自宅でご家族と生活を継続していく為に……。

Always do your best !

(常に最善を……。)

ご清聴ありがとうございました。

道は開ける(人をまとめるのが好き)

ケアサポートセンターようざん栗崎

根岸 亮

遠藤 寛

はじめに

わたしたちの小規模多機能型居宅介護施設においても、ターミナル期の方が利用されるようになりました。多様で複雑なケースがますます増えることになると思われます。そのなかで、一見すると特殊に見えて実は普遍的であると思われる事例をご紹介します。

<利用者さまご紹介>

A様(夫)

昭和5年9月22日生まれ

要介護3

病名 パーキンソン病 認知症

既往 慢性胃炎 逆流性食道炎 貧血 便秘

B様(妻)H29年12月8日他界

昭和8年11月24日生まれ

病名 末期癌

既往歴 糖尿病 高血圧症 H28年に大腸がん手術、H29年はじめに肝・肺に転移

<生活歴>

お生まれは、愛知県名古屋市。昭和30年ごろ高崎に居住されご結婚。妻のB様と建具屋を営まれ、従業員を雇い手広くお仕事をされていました。60代以降、細々とお仕事をされました。子どもは一男一女で長男は結婚し隣市在住・会社員。長女は結婚し、東京在住です。

いつでも、お二人で行動されるおしどり夫婦。旅行がお好きで、おふたりで全国の温泉めぐりされています。7~8年前前から認知症状が出て、服薬管理や日常生活に支障をきたしたA様の世話をB様が見ていましたが、膝の不調と病気のため、長男様が泊まって、お二人の食事や服薬などの世話をみるようになりました。活動量が少なく、ご夫婦でテレビをつけてこたつでポーとしていることが多い日々が続いていました。

<利用までの経緯>

昨年秋、B様の癌の状態が悪化。H29年7月、言動おかしく妄想・幻聴が出て動けなくなる。検査の結果、脳に転移していることが判明、放射線治療を行うが、医師より余命年内と息子様に告げられる。息子様を含め生活の危機が進行しました。

お二人とも介護保険の申請、利用となり、当施設をご夫婦で利用する運びとなりました。

B様に対してどのようなサービスを提供するのか、医療関係者や安心センター、ケアマネジャー、ご家族の間で検討が行われました。その際、導きの糸になったのは、A様・B様の仲の良さということでした。困難はあっても、お二人が離れ離れにならないような形をとろうということが話し合われました。

その結果として、在宅を中心として、訪問・通いを組み合わせられる小規模多機能をH29年10月からお二人で利用す

ることになりました。

<利用当初の様子>

長男が出勤された後に起きて食事をされるためにご夫婦は 10 時頃に起きて、パンなどを、ごく少量しか召し上がらず、栄養状態も低下していました。B様の病状も進行していたために、お二人ともに生活意欲を失った状態で、日中ほとんどこたつに座っている生活で、筋力も低下し、A様はトイレにも這って移動されるような状況でした。

B様は利用開始を前後するように自力でなんとか立ち座りし、移動されていた状態から、自力での歩行が困難になるような病状の急速な進行でした。

A様は、歩行訓練の提案に積極的にこたえてくださいました。這っての移動からつかまり歩行、杖での歩行、と徐々に改善されました。食事は苑でも当初は 2 割～5 割程度しか召し上がらない日が続きました。

一方、B様は歩行から車いすへ、そして座位からベッドでの生活へと病状が進行しました。食形態も工夫しましたが、自力での摂取から介助へと進行しました。

しかし、お二人並んで座られている席は、お二人の仲の良さからか、暖かい空気が漂ってくるような気がしました。B様の病状の進行に妨げられることなく穏やかな笑顔がお二人ともに見られました。

<介護のため東京から長女が帰省される>

東京在住の長女が来られてお二人の面倒を見てくださるようになりました。

夕食も以前より家庭的なものとなり、A様の表情も明るさをとりもどしたようです。それでも、当初はお迎いの 10 時ころになってもまだベッドで休まれていて、朝食も少量しか召し上がられない状況でした。

H29 年 11 月 24 日、そのような中で、B様のお誕生日祝を当施設で行うことができました。ささやかな誕生会でしたが、お二人の笑顔がとても印象的です。A様から「よかったなあ」と何度もB様にお声掛けされ、B様の笑顔がふくらみました。お二人にこんなにも喜んでいただけたとは思ってもよらず、B様の優しいお人柄を知る機会となりました。

B様は通い・泊まり・訪問を組み合わせています。訪問看護も入っていますので、自宅や施設で、訪問看護師の指導をうけつつ、長女やB様・A様の気持ちに寄り添うことの大切さを学んでいきました。

11 月下旬、急速に病状が悪化し、自宅にてベッド上での生活になったB様は、意識レベルも低下していき。経口での食事摂取もできなくなりました。みとりケアの指導を受けた長女の不安はとても大きかったでしょう。訪問したスタッフに、水分摂取や口腔ケアについて質問されることがしばしばありました。長女の不安を受け止め、自信をもってやってくださいとお伝えしました。ゼリーを食べるかどうかB様がまばたきで意思疎通してくれたと長女がうれしそうに話してくださいましたのはとても良かったです。ターミナル期の介護は介護者を支えることも大切なことであることを体験しました。

<B様他界後>

H29 年 12 月 17 日、B様は夫と家族の見守る中で息を引き取られました。

長女は東京に戻られ、A様と長男の生活になりました。

A様の喪失感は何れほど大きかったことでしょうか。ご家族とお話をして、家に引きこもるよりもなるべく早く、普段の生活のリズムを取り戻すことを優先すべきではないかという結論になりました。葬儀の後、1 週間後には通いを再開しました。A様も笑顔をすぐに取り戻してくださいました。

通いの拒否もありましたが、「仕事と思って来てください」という声かけが意外と良い結果となっているようです。「仕事=楽しくないこと」というイメージはあると思いますが、自分が必要とされているという思いは誰にとっても大切なことであると思います。

建具職人をされていたことから、手先の器用さを活用されて、おやつ作りなどのレクリエーションの際には先頭に立ってやっていただいています。

お食事は残存の歯数本で召し上がっていらっしゃいます。食事がすすまないのは、歯のことも原因であると考え食形態の変更を提案し、提供したところ、完食してくださるようになりました。食事や口腔ケアも自立されていらっしゃる方なので、視覚的にも食味の点でも食形態の変更は心配でしたが、気に入ってくださったようです。

<結果>

A様は施設のご利用によって、ADLの改善がはかられ、体重も当初より2kgほど増加しました。歩行も杖歩行が安定し、転倒の怖れは減少してきているように思えます。

お迎えに行ったときに、ベッドで休んでいることもなくなりました。

通い3回訪問2回/週のご利用でしたが、日中独居になってしまうことを避けるためにも通い6回訪問1回のご利用になりました。

H30年4月までは、迎えに行ったときに、「今日は行かない」「今日は行かないことに決めた」などおっしゃることが3回に1回くらいの頻度で見られましたが、現在拒否はほとんどありません。ご本人に何うと「ここへ来るのが良いんだよ」と前向きな言葉でおっしゃってくださいます。

<本人の思い>

浴槽の中で足をのばして「ああ、きもちいい。お風呂が好きなんだよ」と入浴されるお姿を見るとわたしたちも本当に幸せな気持ちになります。

ご自宅は、施設からほど近くで、実際には見えませんが、家から施設が見えるんだよとおっしゃいます。通いを拒否されたときに「今日は浅間山がきれいにみえますよ」と話すとそれじゃ行くかとなることもありました。

ホールでご利用者の前に立ち、パーキンソン病で不安があるけれども、ここに来ると元気になることなどご自分の思いを披歴してくださいます。そのことをA様は「人をまとめるのが好きなんだよ」と説明してくださいました。

最近になって、話し相手になる女性利用者とお話されることが多くなりました。B様他界による心の傷がやっといえてきた証であると思います。同時に施設をご自分の居場所として位置付けてくださったのだなあと思います。

A様は髭がトレードマークですが、理容サービスとしてご近所の床屋さんへの送迎をしたところ大変喜んでいただきました。もともととてもおしゃれでダンディーな方で、来苑の際には必ず鏡をみてから出かけます。地域のなかでそのようなサービスを選択できたこともよかったと思います。

<考察とまとめ>

ご本人の言葉として自分はパーキンソン病で認知症があるという風にいくらか諦観を含めておっしゃいます。こういう諦観は多かれ少なかれ、多くの高齢者の方が抱いていらっしゃるのではないのでしょうか。ご家族は様々な大変な状況なかで精いっぱい介護を行っていらっしゃいますので、せっぱつまって相談に来るという状況が多いと思います。気力や体力、そして環境との間のアンバランスが生じているなかで、今回の場合、さらに癌によるターミナルという重い課題が重なってしまいました。ご本人、ご家族にとって、どうしたら良いか思いに余ることです。そのような課題に私たちが微力とはいえ、関わられたことに感謝したいと思います。

ご本人は、ご家族に迷惑をかけてはいけなとか、様々な思いを抱えていることは想像に難くありません。そんな中で、ご本人が持ち前の積極性を発揮されていらっしゃいます。

介護する側もされる側も先が見通せないような状況のなかで、背中を押して前へと進ませてくれるのは、ご利用者の人生の蓄積であると気づかせていただいたと思います。まだまだ、隠されている引き出しやパワーがあると思います。介護する側もそうです。そのようなパワーに触発されながらまた新たな状況に踏み出して行きたいと思います。

あなたがもし認知症になったら・・・

人生・ご家族、終わりですか・・・？

ケアサポートセンターようざん飯塚

発表者：青木香央理

清水由希子

日々医療が進歩する中で、認知症を完治させる薬はいまだに開発されず、「私は絶対に認知症にはならない！」ということも残念ながら言えないのが現実かと思えます。果たして、認知症になるということは暗い未来の入り口なのでしょうか？

今回ご紹介する A さまは、以前は社会的で友人も多く、活発に生活をされていたそうですが、加齢とともに認知症を発症され、次第に家事や近所づきあいにも無気力となり、閉鎖的な生活を過ごすようになられました。

私たち、ケアサポートセンターようざん飯塚スタッフ一同は、A さまの生活の向上を目標として、旦那さまにご協力をお願いし、共に向き合い、時間をかけて支援を続けてきました。その支援の内容を、ここに発表致します。

●事例対象者さま紹介

- ・A さま 83歳 女性 要介護度 2
- ・既往歴：子宮筋腫、右乳腺癌手術、胃潰瘍、右大腿骨頸部骨折、認知症
- ・認知症状：記憶障害、見当識障害、エピソード記憶障害

●生活歴

- ・N 県で生まれ、8人兄妹の次女。人当たりの良い性格である。
- ・地元の県立高校を卒業後、東京の三越で働き、紳士服を製作していた。
- ・26歳で結婚し、2女に恵まれるが、夫の浮気に悩まされ離婚する。
- ・32歳で再婚し、その後高崎で暮らすようになる。きっかけは現在の旦那さまのいとこの紹介で、お互い再婚同士であった。A さんは、現在の旦那さまを真面目で良い人と評価している。
- ・子供2人はそれぞれ独立し、現在は夫婦二人暮らしである。

4年前、旦那さまが病院に入院した時、A さまは病院から自宅までの約400メートルの距離を一人で帰ることができず、コンビニの従業員に道を聞いて、なんとか帰宅できたそうです。

旦那さまによると、ちょうどこの頃から A さまの表情も変わり、夫婦ゲンカも多く、怒りっぽくなり、テレビも楽しめず閉鎖的な生活を過ごすようになったそうです。

<ようざん利用開始の経緯>

平成29年2月、夜間自宅で転倒し、右大腿骨頸部骨折のため入院。4月に退院され、ケアサポートセンターようざん飯塚の利用がはじまりました。当初は立位不安定で歩行困難があり、連日宿泊対応でした。自宅での生活に戻るためには、夜間自宅で旦那さまが就寝中にも一人でトイレに行けることが重要であったため、住宅改修を行い、苑内では日々奮闘し、リハビリに取り組みました。日中は、スタッフが付き添い歩行訓練に取り組みました。夜間は、這って移動することへの抵抗がなかったため、這ってトイレに行く習慣をつけてもらうよう、夜間苑内ではトイレまで這って行っていただくこ

とを実践していただきました。

約2か月後、徐々に這って移動する習慣がついてこられ、また、リハビリの成果もあり少しずつ歩行が回復されてきました。結果、週に1日、帰宅されるようになりました。

<問題点>

- ・苑内にて日中、立位不安定・歩行困難の A さまは「歩ける」意識が強く、都度立ち上がってはふらつき、その度スタッフが付き添い、見守りを行っていました。
 - ・夜間は熟睡されず頻回に覚醒され、帰宅願望が強く「帰らせてください。夫が浮気していて、家にいないかもしれない。」などと不穏になってしまいます。
 - ・常に表情が硬く、うつむいていて、無気力な様子がみられます。
- レクリエーションのお声掛けをするも、「私は結構です。」ときっぱり断られてしまい、離れたところで座り、表情は硬く、うつむいている様子がみられます。

●主介護者である旦那さまに、お話をお聞きしました。

→A さまの介護をやっていけるかどうか不安がある。A さまの被害妄想がなくなり、平和に過ごせるようになって欲しい。

◎ケア目標→趣味や好きなことに取り組み、活気のある生活を送っていただく

- ・A さまご本人に、趣味についてお聞きしましたが、「特にないね～。やりたいこともないし。」とおっしゃっていましたので、旦那さまにも A さまの趣味についてお聞きしましたが、「趣味はないと思う。」とおっしゃっていました。
- ・集団での騒がしいレクリエーションには A さまは参加しただけで、「私は結構です。」と皆の輪から離れてしまいます。一対一の個別対応では、どのような取り組みが A さまの心に響くのでしょうか。
- ・私たちは、A さまの情報を集めるため、スタッフにアンケートを実施し、A さまとの関わりの中で、新しく発見したことを記録するようにしました。

発見①習字

ある日、習字のレクリエーションを行うため準備していたところ、「それやるの？」と A さまは意欲がある様子が見られました。実際、とても達筆な字を書いてくださり、「習字は好きなのよ。」とにこやかに話されていました。

発見②花・細かい作業

制作レクリエーションにて、季節のお花を制作する作業をお願いしたところ、洋裁の仕事をされていたためか、とても器用に作業され、「次はどうするの？」とスタッフに質問されるなど、意欲ある姿がみられました。

発見③料理

ある日、スタッフとの会話の中で料理の話題になり、スタッフが「よろしければ、ようざんで皆さんに料理を振る舞ってくださいませんか？」と A さまにお話したところ、「そうね～、作りますよ！」と快諾して下さったことがありました。このことがあり、早速ようざんでの昼食レクリエーションを計画しました。

昼食レクリエーションでは、お好み焼きを作ることにし、材料を切るところから A さまにお願いしました。生地を焼き、「も

う少し焼いたほうがいいね。」と、焼き具合をみて器用にひっくり返し、お皿に盛りつけてくださるそのお姿は、とても生き生きとされていました。

完成したお好み焼きは、皆さまから「おいしい」と高評価でした。

現在・・・

毎日、苑内でスタッフが付き添い、歩行訓練を行っていました。結果、徐々に歩行状態が回復され、昨年7月には手引きによる歩行が安定してきたため、週に3日自宅で過ごされるようになりました。現在では、手引きなしでも歩行が可能となるまで回復され、宿泊利用は週に1日となり、自宅で過ごされる時間が多くなりました。

当初、表情が硬く、心を閉ざしていた A さま。現在では、閉鎖的な状況だった A さまの日常に、私たちが介入し、かわりを持ったことによって、本来の明るい性格を取り戻され、よく笑顔をみせてくださるようになりました。

●旦那さまの現在のお気持ちをお聞きしました

→今は特に困っていることはない。A さまが落ち着いて、明るくなってよかった。

今まで通りの生活を続けられればと思っている。

★最後に・・・

今年5月、旦那さまより、以前はご夫婦 2 人でよく菖蒲園へ菖蒲を観に出かけていたと、お話をうかがいました。ご夫婦の思い出の場所ということで、ちょうど菖蒲の季節ということもあり、旦那さまも同行をお願いし、ご夫婦を菖蒲園へお連れしました！

「いっぱい咲いてるね～。きれいだね～」と A さまはにこやかにおっしゃり、たくさんの笑顔を見せてくださりました。

帰り道中、「今日は連れてきてくれてありがとうございました！」と、A さまがおっしゃってくださったのを、私は聞き逃しませんでした。

A さまが認知症を発症されてから、ようざんを利用するまでは、生活が大変だったと旦那さまはおっしゃっていました。

認知症とは、その未来にたくさんのパラレルワールドがあり、ご本人との関わり次第で、いろいろな方向へ進むことができる、A さまと関わったことで私たちは気づかされました。

認知症になるということは、決して暗い未来の入り口ではないと思います。それは新たな人生の分岐点で、右へ進むも左へ進むも自分次第です。大事なのは、他人との関わりをなくさず、趣味をおろそかにしないことです。

夕暮れ色から虹色へ

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者 植井 安広

井坂 有紀

「はじめに」

認知症のBPSD(行動・心理症状)の一つに帰宅願望があります。「家に帰りたい」と訴えたり、実際に帰ろうとしてしまう症状です。特に夕方は、帰宅願望が出やすいほか、そわそわして落ち着きがなくなったり、イライラするなど、認知症の方にとっては、そのが症状の出やすい時間帯と言われており、『夕暮れ症候群』とも呼ばれています。

ようざん倉賀野でも、日中は落ち着いて過ごされていた方が、夕暮れになると落ち着きがなくなり、「帰宅願望」を強く訴える方が多く見られていました。

その要望にどのように対応すべきかを職員で話し合い、取り組んだ経過を紹介します。

「CASE 1 A様」75歳 男性 要介護2

既往歴:小児麻痺後遺症 右大腿骨転子間骨折 右坐骨骨折 認知症 高血圧

生活歴:小児麻痺があり、子供の頃から右足が不自由で下肢装具を付けて歩行していた。学校卒業後はいくつかのアルバイトをしてきたが、依存心が強く、気の合わない人との関わりを拒否し、トラブルを起こす事が多かった。

①課題点

気が向かないと、レクリエーションやリハビリ、歩行練習も拒否がある。何に対しても消極的。他の利用者の行動が気になり、そのことでイライラし始め、気になった利用者を大声で怒鳴ってしまうことが頻回で、利用者間でのトラブルが後を絶たない。

②取組み

以前、「塗り絵」をしていた時には他者のことは気にならず「お釈迦様の塗り絵をしていると心が落ち着く」と言われ、集中して取り組んでいたことを職員が思い出す。集団レクやリハビリには参加されないことが多く、その時の試みとして、月刊誌の塗り絵のコピーを用意しておき「塗り絵をしてみませんか?」と声掛け、提供してみる。

③経過

始めは「いいよ」と拒否を示され、取り組んで貰えない日が続く。しかし、諦めずに何度も声掛けを試みると「やってみるか」取り組んでくださる姿勢となった。

取り組んだ絵柄は、やはりお釈迦様の塗り絵で、提供していくにつれ、自分の塗ってみたい絵柄、好みの絵柄によって、意欲が出るようになった。その後も脳トレ塗り絵や風景画の塗り絵など、様々な塗り絵や難易度の高い塗り絵を提供していくことで、少しずつA様に意欲が出始めた。「塗り絵でもやるかな」とA様自ら職員に声をかける事が増え、積極性が見られるようになる。完成した作品を廊下に展示した所、他の利用者から「上手だね」「綺麗だね」と声を掛けられる事が増え、嬉しそうに笑うA様の表情も増えた。以前と比べ、利用者間でのトラブルも減り、穏やかに過ごされる日々が増える。また、A様に「作品を見に行きましょう」と声掛けし、廊下に展示してある作品を見に行くことで、それまで拒否していた歩行練習がスムーズに行なえるという嬉しい一面も出てきた。

「CASE 2 B 様」 85 歳 女性 要介護 2

既往歴: 胃がん 高度アルツハイマー型認知症 高度の難聴

生活歴: 7 歳で実母が死去後、後妻に育てられ農業に従事。23 歳で結婚。

舅が厳しく苦労したとの事。以前は多弁であったが、認知症の症状の進行や耳が遠くなった事から会話が少なくなってきている。

①課題点

以前利用されていたデイサービスが 16 時までだった為、16 時近くになると帰宅時間が気になり「何時に送ってくれるんかね?」「家のもんは知ってるんかね?」と何度も何度も職員や他の利用者に聞き始める。またトイレに頻回に行くようになり、そこでも同じ質問を頻回に繰り返す。難聴の為、他の利用者とは会話は少ないが、同様の質問を一方的に投げかけるため、時々「うるさいよ」「何回言ったらわかるんだい!」と利用者間でのトラブルも発生している。

②取組み

A 様が塗り絵に熱心に取り組まれている姿を見ていることが多く、B 様にも同様に塗り絵を提供してみる。

③経過

A 様の塗り絵は力強く、はっきりした色使いで、きれいに塗られることがわかるが、自ら色を選定する事が出来ず「どこを塗ればいい?」「何色を塗ればいい?」と手を止めてしまう。手を止めてしまうと帰宅時間が気になり、職員が常に声を掛けながら対応していた。職員間で話し合い、カラー見本を添えて提供した所、それを見ながら、手を止める事なく熱心に取り組まれる。帰宅時間を他の利用者に尋ねる事も少なくなり、色見本をセットで提供した事で塗り絵に集中して取り組む姿勢が見られ始める。

「CASE 3 C 様」 88 歳 男性 要介護 1

既往歴: アルツハイマー型認知症 高血圧

生活歴: 旧国鉄職員。技術部で全国転勤続であった。長年静岡で暮らして

いたが、退職されてから群馬に居を構える。

無気力、無関心で問われれば答えるが自発性は少ない。

①課題点

奥様の入院に伴い、急遽利用となる。利用されてから間もない為、他の利用者との接点・会話がないうえ、独語が多い。話が合いそうな利用者と同じテーブルにするが、落ち着かない様子。なぜ来所しなければならないのか、自分がなぜここにいるのかがわからない。妻に電話してくれと何度も繰り返し職員に話し掛ける。その都度、C 様に理由を説明し、その時は納得されるが、少し経つと繰り返し同じ質問を聞いてくる。

②取組み

目の前の B 様が、塗り絵に取り組まれている姿を見て、興味を示され同様に提供してみる。聞くとご自身で絵を書いたり、描いた絵に色を付けたりする事が好きだということがわかった。A 様、B 様と同様にいくつかの塗り絵を提供してみる。

③経過

塗り絵を提供するが、B様と同様に、自ら色を選択して塗っていくことが難しいため、カラー見本を付けて提供することとした。風景画がお好きとの事で、倉賀野が宿場町であった事から、東海道五十三次塗り絵を提供してみてもどうか、と職員からの提案があった。完成度が高く、作品を展示すると、他の利用者にも好評となる。それを見て、塗り絵に取組んでみたいという利用者も増え、C様自ら塗り絵の指導をされる場面も出始める。塗り絵を通じて他の利用者との会話が生まれるようになり、帰宅時間を気にされる事が少なくなった。現在は、職員と一緒に外出し、スケッチも楽しめる時間も持てるまでになった。

「結果」

帰宅時間を気にされることが少なくなり、穏やかに過ごされる時間が増えただけではなく、塗り絵を通じて他の利用者との接点ができ、会話が生まれ、笑顔が多く見られるようになった。「私もやってみたい」と塗り絵を希望される利用者も増え、色鉛筆を新たに購入し、夕暮れ時になると、テーブルには色彩豊かな塗り絵や色鉛筆が広がるようになった。塗り絵の展示会も行ない、利用者だけでなく、ご家族や外部から来られた方々にも、作品を見て頂き、大変な好評を得ることができた。

「考察」

利用者が取り組みたいと思った環境を整える、ということは、利用者にとって安心できる時間や場所、空間に変わること、ということを知ることができた。

また、利用者の希望することとは、利用者が発した、日常の何気ない言葉や行動の中にあり、それを感じ取り、見逃さずに実行してみることが大切であり、日々の気づきの重要性も改めて感じる事ができた。

今後は、利用者一人一人の取り組みたい環境を整え、さらに個別レクリエーションにまで展開できれば、ようざん倉賀野が、利用者にとって、より居心地の良い場所となり、利用者の思い描く空間に近づくのではないか。

「最後に」

外が夕暮れ色に染まるにつれ、帰宅願望が強くなり、不安な表情で、落ち着きなく過ごしていた時間が、利用者が取り組みたい環境を整えることで、薄暗い夕暮れ色の空から、色鮮やかな虹が掛かった空を見ている時のような、心地いい、安心できる時間、空間に変えていければ良いと思う。

～ 夕暮れ色から虹色へ ～

これからも日々の気づきを大切に、利用者にとって安心して過ごせる環境作りを職員全員で考え、話し合い、実行していきたいと思う。

何か楽しいことないかしら……

ケアサポートセンターようざん中居

発表者：臼井敬亮

田上典子

【はじめに】

高齢者の一人暮らしが社会問題になっています。ようざん中居にも独居で生活されている利用者様があり、その中には何年もお風呂に入らず、外出もせず、家にこもりきり、家族ですら連れ出すことが困難だった利用者様もいらっしゃいます。今回の事例は、そのような連れ出し困難な方がどのような経緯でようざん中居に通うようになり、以前よりもその人らしい生活ができるようになったのか、についてスポットをあてながらご紹介いたします。

【対象者紹介】

名前：A 様 女性

年齢：92 歳

要介護度：3

既往歴：アルツハイマー型認知症

障害高齢者自立度：A1

認知症高齢者自立度：Ⅲb

家族構成：A 様 市内で独居

息子様(養子)市内で別宅

息子様の奥様 市内で別宅

孫 2 人 別宅

生活歴：生まれも育ちも高崎市で未婚、子供が好きで幼稚園の先生として 20 年以上勤務されました。自宅に人を招くのが好きで、趣味で生け花、お茶会、レザークラフト、三味線などをされておりました。生け花に関しては、草月流の師範をされており、草月流の群馬県代表としてヨーロッパへ研修に行かれたり、東京にお花の展示会などによく出かけられておりました。

【相談から利用までの経緯】

以前は、銀行や市役所などの公的機関に連れ出す目的で、年に1回か2回程度家族が連れ出すことができていたのですが、それすら難しくなっていました。そのような中、平成 29 年 5 月に困り果てた息子様が、あんしんセンターなどの紹介ではなく突然ようざん中居に相談に来られたことが始まりでした。息子様は以前、ようざん中居の前を通ったことがあり御存知だったそうです。息子様によると「高齢の母親がいて家から出ようとせず、4 年間くらいお風呂に入っておらず、髪の毛や髭も伸びっぱなし、昼夜問わず 30 回以上電話がかかってきてしまうなどで今後の生活が不安でどうしたらいいものなのか……」と相談がありました。要介護の認定を受けていましたが、認定期限が過ぎており、再申請し、まずは、ご本人にお会いして、お話を聞くところから始めました。

【取り組み】

平成 29 年 6 月 1 日から利用開始し、息子さんに依頼され、市役所の委託で自宅へ来たことを話すと、快く迎え入れてくれました。「A さんにお花を教えてもらいたいのと一緒に出かけませんか？」と話すと「もう、何年もやっていないからいまさら教えられないよ、この歳でそんなことしたら笑われちゃうから」などと話されて、その後 1 時間程度話すものの、外出されるまでには至りませんでした。そのため、連れ出しは厳しいが、人と話すのは好きなので、訪問などで徐々にコミュニケーションをとっていく方法で様子を見ることになりました。

その後、6 月 6 日の朝送迎にいったとき、事情を知っていた隣人の方が出てきて下さり、ようざんへの来苑を手伝ってくれました。そして、4 年の間家を守りたいという一心で留まり続けたA様が、初めてようざんに来苑されました。しかし、4 年ぶりの外出で、来苑しても初めて来た場所にどうしていいかわからない様子でした。更に今まで、ずっと家を空けることなく守り続けた責任感から、「家を空けられない、ここはどういう所なんですか？早く帰らなきゃ」を繰り返し、椅子に座ることなく落ち着かず、施設内を歩き回り、不穏になってしまいました。ご家族から、可能ならば夕食の後までという要望はあるものの、初日という事と A 様の家を守りたいという強い想いもあり、これ以上は厳しい、A 様の為にならないと判断し、1、2 時間程度の短い時間になってしまいましたが、帰宅されました。

初めての来苑後、職員が人を変え、話を変え、少しでも外に出て頂きたい、という想いから、ようざんへ来て頂くとするものの、今まで長い間外出をしておらず、不安な想いが A 様にはとても強く、なかなか来苑には至らず、ようざんにいらっしゃることのない日々が続きました。職員は家族からの聞き込みやアドバイスの中から、A 様の事を考え、A 様のことを知り、どのようなお話をすれば、A 様が聞いてくださるか？A 様がようざんに来て下さるかを、職員間で話し合い、市の職員から依頼をうけて書類にサインをしていただきたい、という理由などでお連れし、少しの時間でも来ていただくようにしました。また、送迎時に連れ出し困難な時は、自宅で 1 時間程度傾聴してからようざんにお連れするようにしていきました。徐々に、A 様との信頼関係が築けるようになり、スムーズにお連れできる日も増えてきました。

安定してようざんを利用されるようになってからは、レクリエーションにも参加されるようになり利用の幅も増えていきました。そこで、家族などから聞いた情報をもとにして、A 様の趣味でもあるお茶会や生け花教室をようざんで開催してみてもどうか、と考え、準備し、開催しました。その際、A 様に先生として、参加して頂きました。お茶会での様子は、お茶に不慣れな職員に指導する姿も見られ、とても、頼もしく生き活きしておられました。お茶を立てている姿は、真剣そのもので先生だった頃の顔つきに戻っておられました。また、生け花教室では、草月流生け花教室を自宅でされていた時に使われていた花器や剣山などをかりる事ができ、季節の花々を用意し花器にあった生け方を、指導して下さる姿がみられました。その他には、手先が器用なので、ミシンで雑巾を縫っていただいたり、折り紙でひな人形作りなどをしていただきました。

【結果】

8 月頃からは、朝迎えに行ったとき、スムーズにようざんへお連れできるようになり、安定して利用できるようになりました。また、何年も入浴されてなかった A 様が、ようざんで週 2 回拒否なく入浴されるようになりました。11 月からは、通いでの利用日以外は、毎日お昼の訪問配食を利用されるようになり、自宅へ訪問に行くと、「あら!!美味しそう」と喜んで頂けるようになりました。利用の幅が増えたことで、ほかの利用者様や職員と会話をされたり、レクリエーションに参加されたりするようになり、ようざんに来ることが楽しみになり、朝迎えに行くと「あら！うれしい！連れて行って頂けるの」や帰りの送迎時に「いい遊び場が見つかったわ」などの言葉が聞かれるようになりました。

以前は不安や心配から、息子さんに昼夜問わず何十回も電話をかけてしまう事がありましたが、現在では、回数も大幅に減り電話が無い日もでき、心配されていた息子様夫婦にも心に余裕が出来ました。利用当初は 1 時間もいられずすぐに帰宅されていましたが、今では、夕方まで落ち着いて過ごされることも出来るようになり、「ほんとうにようざんさんに頼んでよかった」と息子様から感謝の言葉をいただくようになりました。

【おわりに】

利用当初は、安定した利用に繋げる事は難しいかな？と思いましたが、「いそがしい」「無理」「時間がない」「人が足りない」「できない」などと否定から考えるのではなく、前向きに「A 様のような連れ出し困難な方を連れ出すにはどうすればいいか」を職員同士で話し合い試行錯誤した結果、A 様の安定した利用に繋げる事ができました。

今後も、今回の経験を生かしながら、利用者様の状況にあったサービスを柔軟に提供できるよう努めていきます。