

第14回ようざん認知症介護事例発表会

2022年7月12日



目次

超老々介護と小規模多機能型介護施設 ある夫婦の新しい生活様式

ケアサポートセンターようざん大類 福島蓮弥 中村健太 p.1

初めての技能実習生を迎えて

ケアサポートセンターようざん中居 倉木希帆 仁木紀子 p.7

「やっぱり家がいいよ」～自宅で過ごす時間を取り戻すための支援～

ケアサポートセンターようざん石原 斉藤絹香 加納早稀 p.11

小規模多機能における本人主体のケア～自己資源を活かして～

ケアサポートセンターようざん栗崎 小此木快斗 ブイトウ ハン p.16

「ケアに悔いなし」

グループホームようざん八幡原 新井祐次 山口恵美 p.21

「自分の足で歩きたい」～焦らず、慌てず、諦めず Go for it～

グループホームようざん飯塚 佐藤恵 大島哲也 p.24

認知症と塗り絵

スーパーデイようざん双葉 西田重美 p.28

～9年間の引きこもりからの脱出口～

デイサービスようざん並榎 垣上松代 p.34

『自分らしく最期まで・・・』

デイサービスぽから 原田美咲 黒澤美帆 p.39

新型コロナウイルスの脅威

特別養護老人ホーム アダージオ 権田栞 町田みゆき p.42

影響

ショートステイようざん 宇敷泉希 p.44

超老々介護と小規模多機能型介護施設

ある夫婦の新しい生活様式

ケアサポートセンターようざん大類

発表者 福島蓮弥

中村健太

1、はじめに

皆様、高齢化社会と呼ばれて久しい昨今ではありますが、いったいどの程度の人口の割合であるかご存知でしょうか？

内閣府が令和3年に発表した、高齢社会白書(全体版)によると、総人口約1億2500万人のうち65～74歳人口が約1,700万人、75歳以上の人口が約1,800万人となっています。そしてそれらを合わせると約3500万人となり総人口の約30パーセントとなります。

更に令和2年6月に発表した国民生活基礎調査の結果によると、在宅介護のうち、介護をする側と受ける側が互いに65歳以上の「老々介護」の割合は59.7%、互いが75歳以上の「超老々介護」の割合も33.1%となり両者ともに4年前の2016年から増加していると発表されました。

今後、団塊の世代と言われる方々が、年齢を重ねることで、それらは将来的に更に増加していくものと言うのは想像に難くありません。

そのような社会の中で超老々介護状態にある御夫婦とその御家族に対して、宿泊、通い、訪問、受診介助といった柔軟に応じ、地域に根付く小規模多機能施設としての果たせる役割について考え、人に寄り添い、尊重しうる為の取り組みを発表させていただきます。

2、本事例の対象利用者様の紹介

A様 年齢91歳 女性 要介護5

既往歴 アルツハイマー型認知症・糖尿病・パニック障害

B様 年齢93歳 男性 A様の夫 要介護1

既往歴 アルツハイマー型認知症・高脂血症 高血圧症

生活暦

A様 群馬県高崎市並榎町生まれの6人兄弟の長女で、兄2人、妹3人の家庭で、実家が農家を営まれていた。

言葉遣いはとても丁寧で、認知症の症状により興奮状態になった際にも、丁寧語を使うことから厳格な家庭に育ったということが連想されます。

高校卒業後は家事を手伝い、結婚後は子供2人を授かる。夫の B 様の仕事都合で転勤により、多くの都市を渡り、高崎に戻ってきました。その際に夫の B 様の実家から土地を頂きそこに家を建て住まわれていた。

服薬状況 カナリア錠 ラベプラゾール・レンドルミン・マグミット・ウインタミン・セルシン

B様 群馬県高崎市宿大類町で4人兄妹の次男として生まれる。高校に通いながら実家の農家を手伝い、卒業後専売公社に就職し主に会計業務に従事する。その後 A 様と結婚し、家族を伴い多くの都市を渡り歩いた後、生まれ故郷である群馬に帰ってきて実家から土地をもらいそこに家を構え住まわれる。定年後は畑仕事や植木の手入れ等自身の好きな時間に好きな事をする悠々自適な生活を送っていた。

服薬状況 アムロジピン・ランソプラゾール・エゾチラウム・リバスチグミンテープ・セルシン

3、当施設利用までの経緯

A様

以前は他社のデイサービスへ週に1回程度通われていましたが、ようざんとの契約の直前数ヶ月は体調不良により休みがちになっていました。また契約前当初は家の中でなにも使わず歩いてはいたものの、徐々に膝の痛みが強くなり始め、這って移動することが増え、買い物や家事も主に夫のB様が行っており、内服の管理はできていない状態でした。

B様

娘様が1週間のうち月曜日から金曜日はいらっしゃるものの、週末は A 様と二人で、A 様のようざんとの契約後はショートステイ利用時にはご自宅にて一人で過ごされ、畑仕事や家事を一

人でされていました。又、コロナウイルスによる緊急事態宣言下においては娘様の帰省もなかった為、その間はほぼ一人で A 様のお世話をしていました。そのような状況で B 様もようざんと契約されました。また A 様同様に内服管理も十分にできているとは言えない状況でした。

4、サービス提供当初から利用変更への経緯

A 様は利用当初は月曜日～木曜日まで1日1回毎朝の訪問・服薬確認並びに金曜日～日曜日までショートステイの利用形態でした。その一方で、B 様は月曜日～日曜日の毎朝1回の服薬・安否確認の訪問の利用形態でした。

これは御家族が月曜日から金曜日までは高崎に帰省されて、A 様と B 様の生活支援をなされていたから成立していました。

しかしながら、この長引くコロナウイルス禍により、娘様の帰省は難しくなり、また A 様の認知症の進行もあり、それまでのような利用方法では A 様だけでなく、B 様にとっても生活を維持していくことが困難であり、また御家族の近くにいられないことから不安であるとのこと希望もあり、A 様の泊まり中心の利用が始まりました。

5、利用変更の結果

A 様は1日を通しての状況を把握し、なにか変化があれば、受診時に主治医に相談することができ、臨機応変な対応を行うことが可能とはなったものの、帰ることが少なくなったこと、そして何より自身の半生以上を共にしていた B 様が近くにいないことから不穏が強くなり、日中は体調不良を訴えられることや、こちらの声かけにも易怒性や、無反応を示す時間が増していきました。また質疑応答が絶え間なく繰り返されることもあり、就寝なされた後にも、ふと目を覚まされ「お父～さん」、「息ができないんです、家族を呼んでください。」、「私は何でこんなところにいるんでしょう。」、「ここから出してください。」と発されるようになりました。

また B 様にも変化が生じてしまいました。

それまでであれば、日曜日の夕方になれば、A 様が帰宅されていましたが、日曜日の夕方になっても A 様が帰宅なされないことから、B 様自身にも心配や不安の増加といった精神状況の変化が

生じました。

またそれだけではなく、A 様がいなくなったことにより、食事を作るという作業がほぼなくなった影響からか、同時に食事という習慣が希薄になり始めました。

6、結果からの再考察

たしかに、娘様は利用方法が変わったことで、以前より安心することができたのではないかと思います。

ですが、この変更は介護の根底にある「その人らしさの維持と尊重」に合っているのか、AB 夫妻はこの変化を前向きに喜んで幸せに時間を重ねているのであろうか？とユニットで再考することとしました。

そこで多く出たものが、AB 夫妻がコロナ禍以前に過ごしてきた形に近づけるというものでした。

施設で長年培ってきた夫婦生活に近づけるために、A 様の状況は御家族のご意向に沿った宿泊中心の形のまま、B 様の利用を大きく以下のように変更していただくことを御家族に提案させて頂きました。

その内容は

- ① それまでは朝の服薬・バイタルチェックだけだったものを、朝2回・昼・晩の計4回訪問にし、施設職員との接触回数を増やす。
- ② 上記の内、朝・昼・晩の3回の訪問は食に対しての意識が薄くなってしまったB様にA様と同じものを食べている事を伝えるのと同時に、A様の様子をお伝えし、食事を摂って頂けるよう配食サービスと安否確認を利用して頂きたいこと。
- ③ B様がA様にお会いしたいと希望された際はいつでも来苑していただいても可能な事をお伝えし、またこちらからもA様にお会いなられないかのお声かけさせて頂くこと。
- ④ B様が宿泊したいとおっしゃる際には、可能な限り泊れるような形をとらせていただき、施設にいても御自宅にいるように寝起きを共に過ごせるようにし、御夫婦の時間を過ごしていただけのようにしているので宿泊の許可を出していただきたい事。

の4点を提案させていただきました。

元々、御家族も B 様がほぼ独居状態になっていた点、また独居による社会との隔絶や健康状態を危惧なされていたことから、これらの提案を快諾して下さいました。

7、B 様と A 様の変化

上記4点をまずは御家族にお伝えはしたものの、実際にそれらを受け入れていただけるかどうかは B 様次第という恐れがありました。

しかしながら実際に訪問等の回数を増やし、来苑されないかの声掛けや B 様の様子や行動を伺ってみると、思いのほか快く受け入れていただけ、来苑されることも増えました。さらに例えば、「コンロの点け方がわからない」、「歯医者に行きたい」といった直接的には A 様に関係のないことであっても、相談や依頼としていただけるようになりました。

配食時には「A は元気でやっているのでしょうか？ご迷惑をおかけしてませんか？」、「今日は苑に行こうと思うんだけど大丈夫ですか？」とおっしゃることが日に日に増えていきました。もちろん我々からも「A 様にお会いにきませんか？」とお伝えすれば、「そうかい？それなら行こうかな。」という日もあれば、「今日はやることがあるんだよ、悪いね」といったようなこともおっしゃっていたできるようになりました。

そして、それまでほとんど苑でお会いすることができなかった A 様も B 様が来苑された際は「お父さん、どこいったのよ」、「一緒に食べると御飯が美味しいね」とおっしゃることが増え、A 様本来の穏やかで柔らかな表情を見せていただける時間が増えていきました。

またそんな御夫婦の姿を見て、われわれ職員も「旦那様が今日の〇時にきていただけるみたいですよ」、「これから旦那様をお向かいにいらしてきます」と A 様にお伝えすると、とてもうれしそうな表情をされて「ご迷惑をおかけしますが宜しくお願い致します。」とおっしゃり、その結果として徐々に以前のような不穏や易怒性、無反応を示されることが減っていきました。

また B 様が宿泊の際は、御夫婦の団欒や時間を、時には夫婦喧嘩をするという自然な姿を見せていただける変化も生まれました。

もちろん、いい事ばかりではなく、B 様が御自宅に帰ろうとなされる時は「おいていかないで」、「一緒に帰りましょうよ」というような発言もなされますが、それでも B 様は「やることがあるからね、今日は帰るよ」、「今はね、なかなか一緒には帰れないんだよ」と A 様を説得される姿もありました。これまでの人生のように「夫婦共に・一緒に」という思いの A 様にとっては酷な状況なのかもしれません。

しかし、仲睦まじく、夫婦喧嘩をする姿も場所こそ異なるも、長年連れ添ってきた御夫婦だからこそその言動であり、そしてそのような日々の営みを苑でも再現することができたといえるのではないのでしょうか。

8、最後に

介護という言葉には法的に定められた定義があるわけではありません。

その定義がないものどう形作って、どう表現していくのかというのが介護する側には求められているのではないのでしょうか。

それには利用者様だけを見るのではなく、利用者様が生まれてから今に至るまでの時間を遡り、生活環境を考え、今の状況に当てはめていき、試行錯誤を繰り返していくということも一つの手段であろうと思います。

「介護職」が求められているものは今の状況を鑑み、家族にお伝えするだけでなく、ケアの方針や方法の提案とその結果を伝えていき、利用者様本人の「その人らしさを維持し、尊重すること」であると思います。

今回の御夫婦のように、意図せずして離れて生活することになったとしても、それまでの御夫婦の生活やひとりひとりについて、個別具体的に試行錯誤していく必要があるのでしょう。

今回の方法は一つの答えは出すことはできましたが、介護に携わる者の数だけ答えがあり、また今後増えていく超老々介護の家庭についてどう向き合い、どう表現していくのかが介護する側に求められていく姿なのではないかと考える機会となりました。

以上

初めての技能実習生を迎えて

ケアサポートセンターようざん中居

倉木 希帆

仁木 紀子

・はじめに

皆さんは、「技能実習制度」をご存じかと思います。

技能実習制度とは、日本で技能を身に着けた外国人が母国の発展に寄与する事が最終目標とされている制度で、外国人を技能実習生として受け入れる事により、慢性的な人手不足の解消にも役立つと考えられ、受け入れを前向きに考える企業が増えているという現状もあります。技能実習生として日本に滞在できる期間は最長で5年となっています。その期間内に、技能実習計画に基づいて技能などの習得を目指していきます。

ケアサポートセンターようざん中居では、2021年1月から技能実習生を迎え入れ一緒に働いています。本日は、技能実習生と共に働いた1年半を振り返りつつ、今後の展望についてもご紹介いたします。

・技能実習生の紹介

氏名:Ardiansah (アルディアンサ)

年齢:29歳

母国:インドネシア

趣味:サッカー・フットサル

1 ・日本に行こうと思ったきっかけ

インドネシアには日本企業の工場がインドネシア経済にも寄与しており、そこで働く現地の方のお給料の面もいいので、将来的に自分もそこで働きたいと思ったのがきっかけです。その為に日本に来て、日本語資格取得と就労経験をつんでインドネシアに戻り、日本企業の工場で現地マネージャーとして就職したいと思ったのがきっかけです。

・技能実習生として介護を選んだ理由

インドネシアから技能実習生として日本に行くとなった時に、当時通っていた日本語学校の先生に、介護・料理関連・とび職など、いくつかの選択肢がある中でどの職がいいのか？と相談

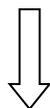
した際に、先生から介護を勧められたのがきっかけとの事でした。

・技能実習生が介護を始めるにあたり不安だったこと

アルディ(ニックネーム)が介護を始めるにあたり不安だった事がありますか？という質問に対し、国の文化がそれぞれ違い、職員や利用者様がどんな方(性格)なのか？介護の専門用語が理解できるのか？という点が主に不安に思っていたとの事でした。日本語については介護に携わる仕事の為、インドネシアでN4(基本的な日本語を理解できる)を取得してたので、そこまで不安ではなかったと話してくれました。

2 ・職員 技能実習生を受け入れるにあたり不安だったこと

受け入れ側の私たち職員にも技能実習生を迎えるにあたり、文化などが違うのに大丈夫なのだろうか？意思を伝えるのに精一杯で介護の仕事は務まらないのでは？ちゃんと業務内容を教えられるのか？今まで外国人と働く機会がなかった私たちにとっては、単純に大丈夫なのだろうか・・・という不安や心配を抱く職員が大半でした。



・職員 アルディと一緒に勤務してみte思ったこと

当初から積極的に教えてもらおうと職員に話しかけてくれる姿勢があり、分からない事や疑問に思ったことはすぐ質問してくれました。また、ゆっくり話したり、ジェスチャーを交えれば理解してもらう事ができ、受け入れる前に抱いていた不安や心配は少しずつ解消されていきました。

3 ・日本の介護現場で働いてみて思ったこと

日本特有の言葉の言い回しや方言などがあって、自宅に帰り YouTube で勉強することがあったと話してくれました。また、インドネシアでは食事をワンプレートに盛り付けることが多いとの事で、日本のように食事によって食器を使い分けることが難しかったそうです。気候の面でも、インドネシアは1年中暖かく、日本のように季節によって寒暖差があるのには慣れておらず、特に冬の寒い時期が1番辛いと言っていました。

・勤務経験を重ねて覚えていったこと

アルディが最初に覚えた事はコミュニケーションと見守りでした。少し慣れてきた頃から職員に付いてトイレ誘導をし、介助の内容を理解するようになってからは、利用者様1人1人に合ったトイレ誘導のやり方を覚えていきました。5月からは、厨房の見習いに入ったり、入浴の介助に入ったりと無理のない程度に少しずつ、出来る業務を増やしていきました。様々なことを覚

えて経験を積み、作年の11月には技能実習評価試験(初級)に合格することができました。今では、トイレ誘導・厨房・入浴介助など1人で任されています。

・イベント、レクリエーション

毎月レクリエーションの担当があり、アルディも今では担当の1人です。利用者様と共に、アルディに少しでも日本の四季に触れてほしいという職員からの意見もあり、出来るだけイベントに参加していただいています。そして、利用者様にもインドネシアのことを知ってもらいたく、“アルディとインドネシアの旅”というイベントを実施しました。プロジェクターを使い、インドネシアの挨拶・有名な食べ物・場所などを紹介し、雰囲気づくりとして、ホールでお香を焚いたりもしました。おやつの中には、紹介の中にあつた”ピサンゴレン”という、バナナにホットケーキミックスをまぶして油で揚げたものと、”チャイティー”を提供しました。多くの利用者様が初めて口にする味だったと思いますが、“美味しいね！”と言って下さいました。また、別の日の昼食レクに、インドネシアの有名料理”ナシゴレン”を利用者様の口に合うようにアルディが作り、こちらも利用者様から大好評で、インドネシアを知ってもらおうという企画は無事成功し、今までよりも更に利用者様とアルディの距離が縮まったように感じました。

4 ・アルディの気持ちの変化

業務にもだいぶ慣れてきて、気持ちに余裕ができ、自信にも繋がっているようです。また、日本に来た当初は家族や友達と会うことが出来ず、寂しかったようですが、テレビ電話で会話をしたり、同じ技能実習生の友達と休日に遊んだりして、寂しさは軽減されたそうです。食事面も、毎日外食だとお金がかかってしまい貯金が出来なくなる為、食材を購入し自炊するように心がけているとの事で、日本の生活に慣れてきたと話してくれました。

・職員の気持ちの変化

当初は、技能実習生に対して不安や心配がありましたが、アルディはとにかく優秀で、現場にとけ込むのも早かったので、今では私たちと同等の仕事をこなしてくれるようになりました。常に周囲に気を配り、利用者様の些細な変化にすぐに気づいたり、利用者様に対しての接遇の良さ、常に手を抜かず、真面目に仕事に取り組んでいます。自己管理がしっかりしていて、体調を崩さず、勤務に穴を空けた事は1度もありません。私たちは、感心すると共に、負けていけないと思う職員も多くいます。

・利用者様からの声

利用者様に、アルディにどんな印象がありますか？と聞いてみると、すごく優しい・気配りが出来る・真面目・よく日本語も話せて字も書いてえらい・よその国の人とは思えないほど話しやすい・よく話を聞いてくれる・など利用者様にとってもアルディの存在は大きく、技能実習生ではなく職員の1人として信頼してくれている事が分かりました。

5 ・アルディの今後の目標

インドネシアに帰国する前に、日本語能力試験N2(より幅広い場面で使われる日本語をある程度理解出来る)を取得する事が大きな目標との事でした。また、日本に滞在している間に色々な場所に旅行に行って、もっと日本の文化に触れたいとも言っていました。3年経ったらインドネシアに一時帰国する予定がありますが、また日本に戻り、介護の仕事を続けたいと話してくれました。当初、複数の選択肢の中から介護を選び、ようざんで学んだ事で更に介護職として成長したいと思ってくれるようになりました。

・最後に 私たちの思うこと

せっかく介護を選んでもらったので、日本語を覚えながら少しでもこの仕事が楽しい、介護で良かったと思ってもらえるように、遣り甲斐のある3年間にして欲しい。今回技能実習生を受け入れたことによって、私たち職員も様々な面で刺激を受けています。

今後もようざん中居は技能実習生アルディと共に、利用者様が快適に過ごせる施設を目指していきます。

「やっぱり家がいいよ」 ～自宅で過ごす時間を取り戻すための支援～

ケアサポートセンターようざん石原

発表者: 斉藤 絹香

加納 早稀

【はじめに】

多くの人は健康な身体を持ちながら住み慣れた環境において日常生活を送りたいと考える。しかし、加齢による身体機能変化や認知症などの精神的変化により望む通りの生活から遠ざかってしまうこともある。

今回、変わりゆく身体機能、精神機能の中「家で暮らしたい」と強く願う利用者の気持ちに寄り添い、小規模多機能型居宅介護としてどのような支援をさせて頂いたのか紹介する。

【利用者紹介】

A様 81歳 要介護度3 男性

【生活歴】

市役所水道局に定年まで勤務していた。結婚後、現在の住まいで長女、長男を授かる。子供達の独立後は妻と二人暮らしとなる。

趣味は溪流釣り、スポーツ観戦、カラオケ、退職後は健康のため地域でゲートボール等楽しみながら

生活していたが、67歳の時に脳梗塞を発症。

令和1年5月頃より胆嚢炎を中心に体調を崩し入院生活から老健入所生活となってしまった。

【既往歴】

- 椎間板ヘルニア ○脳梗塞 ○胆嚢炎・胆石
- 肝膿瘍 ○廃用症候群・認知症 ○高血圧症

【利用経緯と状態の変化】

令和1年5月頃より食欲低下、体動困難あり主治医の判断により救急病院へ搬送され胆嚢炎の診断で

入院となる。状態改善しリハビリ目的でM病院へ転院。令和1年12月、M病院から老健へ入所。令和2年6月、在宅復帰のため老健退所、同時にケアサポートセンターようざん石原の利用開始とな

る。

令和3年3月、本人身体機能が著しく低下。主治医の判断により救急病院を受診し重傷肺炎の診断を

受けそのまま入院となる。その後リハビリ目的でH病院へ転院。医療目的到達ということで令和3年6月にH病院退院となるが両下肢機能に低下がみられ、自宅での安全生活に対し妻から不安の声が上がってしまう。本人からは「家に帰りたい」との強い要望も聞かれた為、退院後は連泊対応としながら日常生活支援の中で本人の身体機能向上への取り組みを行うこととする。

【目標】

在宅生活復帰に向けて精神機能の活性化と身体機能の向上を図るとともに、自宅における必要な支援を柔軟に行う。

【取り組み】

- ・退院後、下肢機能、意欲向上の為連泊対応。下肢機能向上の為、最初は立ち上がりの機能訓練を実施。
- ・日常生活動作の中でも両下肢機能向上を意識した支援の徹底。
- ・イスに座る本人の前に職員が立ち数秒間立ってもらい訓練の実施。
- ・トイレ誘導時、手すりに掴まりながら自力で立ってもらい訓練の実施。
- ・車イスからベッドへの移乗訓練の実施。
- ・平行棒を使用した歩行訓練の実施。
- ・職員の手引きにより一日に2回～3回程廊下を往復する歩行訓練の実施。
- ・平行棒を使用した昇降運動訓練の実施。

令和3年11月

- ・退院後機能向上支援から5ヶ月が経ち、本人状態改善がみられる為、カンファレンスにて月曜、火曜、水曜、金曜の日中は自宅にて過ごすことが検討される。その旨妻へ相談するも「わずかな時間でも私に任されるのは不安」との思い有り、在宅時は12時に服薬、排泄、配食訪問を行うことを提案し了解を得る。また、同時に必要とされる福祉用具を導入し自宅内の環境を整備する。

月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援	【宿泊明け】 朝食・服薬支援
10:00	10:00	10:00	入浴支援	10:00		入浴提供
【帰宅支援】	【帰宅支援】	【帰宅支援】		【帰宅支援】		
12:00	12:00	12:00		12:00		
【訪問】 排泄介助 昼配食	【訪問】 排泄介助 昼配食	【訪問】 排泄介助 昼配食	昼食支援	【訪問】 排泄介助 昼配食	昼食支援	昼食支援
16:00	16:00	16:00		16:00		
【外出支援】	【外出支援】	【外出支援】		【外出支援】		
夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援	夕食・服薬支援
【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】	【宿泊】

令和4年2月

- ・カンファレンスにて自宅内宿泊も可能であることが検討される。その旨妻へ提案するもやはり妻からは「不安」の声強い為、在宅時は一日5回の訪問支援に切り替え、本人の在宅生活が成り立つよう提案し了解を得た為、3月より実施とする。

日曜日：7時(外出支援)(入浴)～宿泊

月曜日：宿泊明け～10時(帰宅支援)12時(排泄、配食訪問)

15時(排泄、安否訪問)18時(排泄、服薬、配食訪問)19時(排泄、就寝訪問)

火曜日：7時(排泄、服薬、配食訪問)12時(排泄、配食訪問)

15時(排泄、安否訪問)18時(排泄、服薬、配食訪問)19時(排泄、就寝訪問)

水曜日：7時(排泄、服薬、配食訪問)12時(排泄、配食訪問)

15時(排泄、安否訪問)18時(排泄、服薬、配食訪問)19時(排泄、就寝訪問)

木曜日：7時(外出支援)(入浴)19時(帰宅支援)

金曜日：7時(排泄、服薬、配食訪問)12時(排泄、配食訪問)

15時(排泄、安否訪問)18時(排泄、服薬、配食訪問)19時(排泄、就寝訪問)

土曜日：7時(排泄、服薬、配食訪問)12時(排泄、配食訪問)

月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
【宿泊明け】 朝食・服薬支援	7:00 【訪問】 排泄介助	7:00 【訪問】 排泄介助	7:00 【外出支援】 朝食・服薬支援	7:00 【訪問】 排泄介助	7:00 【訪問】 排泄介助	7:00 【外出支援】 朝食・服薬支援
10:00 【帰宅支援】	朝配食 服薬支援	朝配食 服薬支援	入浴支援	朝配食 服薬支援	朝配食 服薬支援	入浴支援
12:00 【訪問】	12:00 【訪問】 排泄介助	12:00 【訪問】 排泄介助		12:00 【訪問】 排泄介助	12:00 【訪問】 排泄介助	
排泄介助 昼配食	排泄介助 昼配食	排泄介助 昼配食	昼食支援	排泄介助 昼配食	排泄介助 昼配食	昼食支援
15:00 【訪問】	15:00 【訪問】 排泄介助	15:00 【訪問】 排泄介助		15:00 【訪問】 排泄介助	15:00 【訪問】 排泄介助	
排泄介助	排泄介助	排泄介助		排泄介助	排泄介助	
18:00 【訪問】	18:00 【訪問】 排泄介助	18:00 【訪問】 排泄介助		18:00 【訪問】 排泄介助	18:00 【訪問】 排泄介助	
排泄介助 夕配食 服薬支援	排泄介助 夕配食 服薬支援	排泄介助 夕配食 服薬支援	夕食・服薬支援	排泄介助 夕配食 服薬支援	排泄介助 夕配食 服薬支援	夕食・服薬支援
19:30 【訪問】	19:30 【訪問】 排泄介助	19:30 【訪問】 排泄介助	19:30 【帰宅支援】 就寝支援	19:30 【訪問】 排泄介助	19:30 【訪問】 排泄介助	19:30 【宿泊】
排泄介助 就寝支援	排泄介助 就寝支援	排泄介助 就寝支援	就寝支援	排泄介助 就寝支援	排泄介助 就寝支援	

15時(排泄、安否訪問) 18時(排泄、服薬、配食訪問) 19時(排泄、就寝訪問)

【考察】

A様は、現在も身体機能、及び精神機能への改善、悪化の波を持ちながら在宅生活を送られている。

医療が必要な時はその都度受診のお手伝いをさせて頂き、A様の状態によって通い、宿泊、訪問とサービスを柔軟に変更対応しながら毎日の必要とされる支援を管理し提供している。

在宅での時間を中心とした日常生活は、私達の支援の中、これまで大きな問題なく過ごすことが

出き
ている。A様からも「やっぱり家がいいよ」との言葉もあり現状支援がこの先も継続できればと考えているが、A様の身体的精神的状態がこの先どのように変化して行くのかはわからない。これからもA様の状態を観察し、寄り添いながら柔軟に対応して行きたい。

【おわりに】

日常生活において利用者や家族が抱くサービスへの要望は一人ひとりそれぞれ違い、その求める思いはとても強いものである。私達はこれからも小規模多機能型居宅介護として地域に密着しながらそれぞれのニーズを重く受け止め、望まれている思いが達成できるよう工夫しながら柔軟に支援提供し、利用者や家族の生活と心を支えて行きたいと思う。

それが穏やかな時間への架け橋となる為に。

小規模多機能における本人主体のケア

～自己資源を活かして～

ケアサポートセンターようざん栗崎

小此木 快斗

ブイ トウ ハン

はじめに

認知症と一口に言ってもその症状は様々でひとりひとり異なります。その人の歩んできた人生の歴史、生活習慣、性格、その他の要因が重なり認知症状へ影響を及ぼします。

高齢者が加齢や認知症による身体の衰えによって介護が必要になったとき、介護者の手を借りることや、他人に自宅へ入られることをためらう方は少なくありません。介護を受けてほしいご家族の希望、体調管理や安全の確保の必要性、そして本人の思い、これらすべてを実現することは容易ではありません。

今回ご紹介するA様は、ご自宅で一人暮らしをされています。娘様は、ご結婚され隣県に住んでいるため日常の家事は、すべてご自分でされていました。ご自分の家を大切に、とてもきれい好きで几帳面なA様は、常に笑顔を絶やさず、訪問する職員にいつも優しく接していただけます。早くにご主人を亡くされ、一人で頑張ってきたA様は、よく「ずっと一人でやってきたから」と口にされる芯の強い方です。又、一人の時間を好まれ大切にされています。そんなA様に認知症症状が出はじめたことをきっかけに介護支援を受けることになりました。小規模多機能だからこそ実現した本人主体の、認知症状の段階に対応した支援の取り組みをご紹介します。

1. A様の紹介

利用者様 A様

年齢 85歳

要介護度 1

日常生活自立度 J2

認知症生活自立度 IIIa

家族構成 夫は他界

娘様は夫と二人で隣県に住んでいる

A様弟夫婦が徒歩圏内に住んでいる

既往歴 骨粗鬆症、アルツハイマー型認知症

処方薬 ドネペジル塩酸塩、エルデカルシトール

生活歴

若いころは事務の仕事や、製薬会社の寮母等をやっていました。責任感があり、精力的に仕事

に打ち込んでいたそうです。職場での活躍と経験は自身の誇りであり、今でもよく話されることがあります。一人で過ごすことを好まれ、以前は一人でよく映画を観にっていました。夫は大工で、今の家も夫が建てました。しかし新築して数年で夫は他界してしまいました。A様は夫が建ててくれた家をとっても大切にされています。

2. ケアサポートセンターようざん栗崎利用の経緯

令和2年春頃より普段と異なる言動がみられるようになりました。近所のかかりつけ医の看護師がA様自宅の服薬カレンダーに定期的に配薬していましたが、服薬出来ていないことが目立つようになってきました。また、近所、隣家の住人にごみ捨ての事で毎日のように聞きに行くようになっていました。以前とは違う様子を心配し、上記医療機関、近隣住民や民生委員を介して安心センターへ相談があり、訪問が可能な小規模多機能の利用が検討されました。その結果、ケアサポートセンターようざん栗崎に担当して欲しいとの依頼がありました。娘様と相談し、A様にも訪問の必要性をご説明し、令和2年6月より利用開始となりました。

3. 本人様周囲の環境

A様は元々あまり集団で行動するのがお好きではなく、一人で過ごすことや特定の友人や知人と個々に交流することを好まれていました。現在ご自宅のある地域はご主人が家を建ててから住まわれています。A様は独居のため日々の様子の変化は近隣の方々が敏感に気づいてくださいました。ゴミ出しの時に困っている様子や、同じ話を短時間に繰り返す様子に違和感を感じ、A様のことを心配されて民生委員へ相談をもちかけています。又、かかりつけ医院も徒歩圏内にあり、A様の心身状態の変化に気づいていました。A様の弟さん夫婦も近くに住んでいて義妹さんが時折様子を見に来てくださっていました。

4. サービス開始時の様子

初めての介護施設の介入ということでA様にはまず職員の存在に慣れていただき、信頼関係を構築することが大前提でした。そのため利用開始時は、訪問のみ、A様の緊張が溶けるまでは玄関にて対応、呼び鈴を鳴らしてA様が玄関ドアを開けるまで待機するといった手順を踏みました。又、A様からの「知らない男の人が出入りするのは遠慮してもらいたい」という希望により、訪問開始時は女性職員のみ伺うことになりました。

元々とても優しくて温かなA様なので、すぐに訪問の女性職員と打ち解け、自宅に上げてくださるようになりました。最初は、服薬の確認、バイタルチェック、お話を傾聴する、という内容でした。訪問回数は午前1回、午後1回でした。A様は毎日職員が訪問するのを楽しみにするようになり、毎回満面の笑みで迎えてくださるようになりました。

訪問開始時のA様は、常に家の中をきれいに掃除され、買い物はご自分でされ、調理も行っていました。洗濯などの家事もご自分でこなされていました。しかし、短期記憶にはあいまいな点がみられ認知症が進行していることがうかがえました。

5. 認知症症状進行による課題と取り組み

R2 年夏頃

生活状態は安定。時折、市からの通知や昔の書類などを見て混乱され不穏になる。

自宅の風呂掃除中に転倒。幸い打ち身程度。

家電の操作方法がわからなくなることあり。洗濯機、テレビ等。

できる時とそうでない時が混在、その時の状況で職員が手助けする。

買い物、料理はできている。

R3 年 秋頃

症状が進み食事の用意ができなくなる。

金銭管理ができなくなり買い物も困難になる。

混乱し、頻回に義妹へ訴えに行く。

昼配食週 3 回行う。買い物支援の開始。

かかりつけ医への受診介助。

日用品の在庫管理、購入。

R3 年 冬頃

計画的な食事摂取ができず、買ったものを一気に食べてしまう、もしくは、しまい込み忘れてしまう。

その日の状態に応じて夕配食を追加。

義妹よりSOS。A様が弟宅へ行き、支離滅裂なことをわめき散らしている。興奮して手がつけられないとのこと。すぐに訪問し、職員が間に入りA様のお話を傾聴する。

R4 年

お茶を入れたりする手順がわからなくなる。

水分不足の心配から昼・午後・夕の訪問時に職員がお茶などを水筒に入れて持参し提供。

午後にはおやつも持参。

ゴミのまとめ方がわからなくなる。

週 1 回職員が朝訪問しゴミ出し行う。

以前より自宅での入浴回数が減っている。外へも出かけなくなっている。

廃用症候群の心配から週2回午前のみ、入浴も目的とした通いを開始する。無理強いせず、入浴は女性職員が対応。

近隣住民から「暗くなってから、外に出ていることがある」と心配の声あり。

夕配食後、毎日電話にて安否確認行う

6. 職員との信頼関係

訪問開始時は玄関先での安否確認でしたが、A様はすぐに打ち解けてくださいました。職員が何うと嬉しそうな笑顔が見られるようになり、訪問回数が増えるにつれて職員に心配事や心の不安を打ち明けてくださいました。一人がお好きなA様ですが、気丈に振舞われていても、一人でこの先どうするのか、家はどうしたらいいのか、など思い悩み、心細い思いをされていることも多くあるようでした。職員はA様宅に訪問する度に、A様は一人ではないこと、職員がA様のためにできることは何でもすること、A様が困ったり不安な時は、いつでもどんなときでも職員がそばにいることを繰り返しお伝えしました。

思い出したいことがあるのに思い出せない。心配なことがあるのにどうしていいのかわからない。不安な気持ちを抱えて一人で過ごすことは、心細く辛いことです。それゆえ私たち職員は、A様の気持ちに寄り添い、A様の思いを受け止め、A様に少しでも安心して、幸せを感じながら日々を過ごしていただけたらという思いから、日々の訪問の時間を大切にしています。

A様との信頼関係が構築されるにつれ、A様も職員を頼りにしてくださるようになり、訪問すると「良かった、きてくれて」「いつも本当にありがとう」などおっしゃってくださいます。サービス開始当初は女性職員のための訪問でしたが、A様にお話して今では、男性職員も訪問させていただくようになりました。夕方の安否確認の電話も待っていてくださるようになり、「また明日伺いますね」とお話すると、嬉しそうに「待ってる」と応えてくださいます。

7. 本人主体のケアを目指して

認知症症状が進み、記憶や認識があやふやになり、以前とは違う言動を取るようになると周囲からは、認知症だから仕方ない、何もわからない、どうせできない等思われがちです。しかし本人は、自分の変化に戸惑い不安を感じています。また、症状は状態により変化し、同じ行為でもできたり、できなかったりを繰り返し、だんだん別の段階へと移行していきます。それゆえ、本人にとってどのような支援が必要なのかを決定づけるのは、介助者の意見ではなくて本人の思いです。本人が何を求めているか、何が本人にとって幸せと思えるのか、たとえ本人がそれを言葉で上手く説明できなくても、理解しようと努めなくてはなりません。認知症が発症して、困ったことと思われる行動の多くは、介護者が困っていることで、当事者意識がないと決めつけてしまっている周囲の環境が認知症を抱えて生きる人の生活を制限のあるものにしてしまっているケースもあるのではないのでしょうか。

今回、A様のサービスを担当するにあたり私たちは、A様に決してサービスを無理強いすることなく、本人の意思を尊重し、A様が必要とと思っている、もしくは受けて心地よい安心できるサービスを提供することを心がけました。

8. 今後の課題と目標

令和2年6月から利用を開始されたA様は、2年の間に認知症の進行がみられ、利用内容も当初より随分変更されました。今ではすっかり通いにも慣れたA様は、苑での入浴も心待ちにしてくださいようになりました。今後は、通いの日数を少しずつ増やし、A様と一緒にレクリエーションや機能訓練などを行い、自宅以外でもご自分の居場所を見つけていただけたらと思います。

9. まとめ

利用開始時は、自分の変化による不安からか「私はもうダメだから」などの否定的な発言が多かったA様ですが、職員が訪問し、安心していただけるように、常に「A様は大丈夫」というメッセージを送り続けた結果、最近では「あなたたちがいてくれるから頑張る」「大丈夫よね」等の肯定的な発言が多くなりました。

2年の間に職員との信頼関係も深まり、A様が抱えてきた孤独感も薄らいできた様子です。今後も私たちはA様に寄り添い、A様の思いを尊重した本人主体のケアを念頭において、ご家族や地域の方々と連携しながらA様の幸せな日々の実現を目指していきます。

「ケアに悔いなし」

グループホームようざん八幡原
発表者:新井祐次
山口恵美

《はじめに》

ご利用者様の最期に関わる時、皆さんは何を思いますか？

看取り介護というと、「ご利用者さまが亡くなるまでのお世話」というイメージがあり、前向きな気持ちになれない方もいると思います。最期を何処で過ごすのか？

病を患ってしまって慣れ親しんだ施設での看取りを希望するご本人、ご家族が増えていくであろう。今回、私達はグループホームようざん八幡原での終末期におけるケア、そして看取りの事例を発表する。

《利用者様紹介》

氏名:S様

年齢:94歳 女性

要介護度 3

既往歴:腰椎圧迫骨折 アルツハイマー型認知症 高血圧 脳梗塞

《生活歴》

高崎市に生まれる。明るくまじめな性格。H20年10月に夫を亡くし、しばらくうつ状態となる。徐々に認知症の症状が出現され自宅近くのベルクで商品を買うということがわからなくなり持ち帰ってしまうことが何度かありデイサービスとショートステイを併用しながら過ごし在宅の時間を少なくしていた。あきちゃん、よっちゃんと呼び合うほど仲の良い娘様が敷地内に住んでおり身の回りの世話をしていた。H31年4月グループホームようざん八幡原開設に伴い家族の希望にて入居となる。

《入居後の様子》

面倒見が良く、自身の訴えをはっきり言われる方であったが重度の難聴があり、コミュニケーションがとりづらく他のご利用者様とのトラブルになる事が多くありました。

また、職員の手を借りたくないという気持ちが強く、入居当初はトイレの介入や入浴への拒否が多くありました。時間がたつにつれ信頼関係が築け、笑顔も増え職員のケアへの介入もスムーズに受け入れてくださるようになり他のご利用者様との絆も深まっていきました。

《一度目の終末期》

R3 年 6 月から急激に食事、水分量が減りだし机に突っ伏す姿が多くなりました。主治医より、このままの状態が続けば命の危険性が出てくるため最期をどう迎えるか家族に確認して下さいと話がありました。娘様は「最期は慣れ親しんだ施設で迎えさせてあげたい。家族としては今までこんなに良くしてくれたようざんさんに居る時に急死しても何の悔いもないし、感謝の思いしかありません。最期までよろしく願います」と仰って下さいました。

同月 30 日終末期宣言。

“最期までS様らしい生活”を実現できるように職員は今まで以上に寄り添う介護を心がけ、全員でS様をサポートし続けました。

《終末期の取り組み》

- ・尿便意はあった為オムツは使用せずトイレにお連れし排泄介助をした。
- ・体調の良い時は手引き歩行、悪い時は車椅子での移動介助。
- ・食事は必ずホールで召し上がって頂いた。
- ・食事、水分量低下の為、エンシュアを処方してもらいを飲んで頂き栄養補助。娘様に相談し飲むゼリー等を用意して頂き、水分補給の代替えとした。それでも難しい時は本人が希望したアイスクリームやゼリー、水ようかん等を提供した。
- ・転倒防止の為、居室にセンサーマットを設置し、すぐに駆けつけられる体制をとった。
- ・夜間のトイレ利用の際はその都度、飲水を促し少しでも水分を摂って頂けるようにした。
- ・記録とは別に訪室記録を付け、こまめに状態の確認を徹底した。
- ・朝、夕1日2回のバイタル測定、移動方法、食事、水分量、呼吸と別紙作成し状態把握に努めた。
- ・入浴は本人の意思を尊重し、無理強いはず難しい時は清拭にて清潔保持。

9 月に入ると夜間せん妄が出現し、大声で叫ぶ事も多くなりました。職員一丸となって支え続けた結果、11 月には食事平均7～8割摂取できるようになり夜間せん妄も改善しました。以前と変わらない生活を送れるようになり終末期宣言も外れました。

ですが、今後も状態が安定しない事が予想されたため、往診医を 24 時間対応の病院に変更し、介護と医療の両面でS様を支えていけるように体制を整えました。

12 月 24 日に嘔吐し胃痛の訴えあり。肺炎か胆道系の炎症とのことで点滴と酸素吸入が行われました。2 週間の点滴と酸素吸入で状態は少しずつ回復していきました。

S 様の日常が戻った事に喜んでいたのも束の間急激に状態が悪化。

《二度目の終末期宣言》

翌年 2 月一度目の終末期宣言同様に食事、水分量低下していき、身体が黄変している事に気付く。血液検査と腹部エコーの結果膵臓癌の疑いと診断。手足は浮腫みでパンパンになり足の裏にはチアノーゼも出現していました。

医師より、今回はそう長くないであろうとの診断で二度目の終末期宣言となりました。再度、娘様に

看取りの意向を聞くと一度目の終末期宣言時と変わらずであったため“最期までS様らしい生活”を実現できるように全力でS様のサポートに努めました。

《二度目の終末期の取り組み》

- ・痛み緩和の為、麻薬製剤であるフェントステープが処方となり、毎日貼り替えた。
- ・ベッドで眠っている時や、痛みの訴えがある時以外はお声掛けしホールにて食事を提供し、レクリエーションにも参加して頂いた。
- ・食事を少しでも摂取して頂けるようにペースト状にして提供した。
- ・好きな物を食べて頂けるよう娘様に相談し、アイスクリームや水ようかん、ゼリー等を用意して頂き提供した。
- ・本人がトイレでの排泄を希望した際は2人介助で排泄介助を行った(お亡くなりになる2日前まで実施)。
- ・褥瘡予防の為2～3時間おきに体位交換の実施。
- ・体動困難な時はベッド上で陰洗し、入浴困難な時にはベッド上で清拭、ドライシャンプーを実施し清潔保持に努めた。

《最期の日》

3月12日21時50分 S様は苦しむ事なく穏やかな表情で逝去なさいました。

職員は皆口をそろえたかのように「ケアに悔いなし」と胸を張っていました。

事業所全体のグループラインにはS様に対する追悼の言葉が次々と送られていました。

自分たちにできる事を全力で取り組み「悔いはない」と胸を張って言える仲間がいる事をとても誇りに思いました。

《まとめ》

看取る事はどこか怖い事と思っておりましたが看取れることは素晴らしい事とさえ感じました。介護の仕事だからこそ人の最期に携われる。そんな自分を誇らしく感じました。

あの時こうしておけば、、、と後悔しないようにするためには日頃からご利用者様1人1人と全力で向き合い全力で寄り添う事がとても大切だと感じました。

これからも介護職としてその人の最期に関われる事、送り出せる事に誇りを持ち続けたいと思います。「ケアに悔いなし」と胸を張って言えるように

ありがとうございましたS様。安らかに眠ってください。

「自分の足で歩きたい」

～焦らず、慌てず、諦めず Go for it～

グループホームようざん飯塚

佐藤 恵

大島 哲也

はじめに

グループホームは、「認知症対応型共同生活介護」として居住者様9名様、共同住居の形態でケアを提供しています。家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活しやすい環境を整え、少人数の中で「なじみの関係」をつくり上げることで心身の状態を穏やかに保ちます。また、過去に体験した役割を見出すなどして、潜在的な能力に働きかけ、認知症の人の失いかけた能力を再び引き出し、本人らしい生活を再構築することが可能となります。

グループホームのケアは、認知症の人を生活の主体者としてとらえ、残された能力を最大限に発揮できるような環境を提供し、楽しみや潤いのある普通の生活を送ることができるように支援することを何よりも優先しています。

今年4月に入所された利用者様の「自分の足で歩きたい」という切なる願いを叶えるために「自分たちにどのような支援ができるのか」「利用者様にとってどのような支援が必要なのか」と考え、話し合いながら行った取り組みと、その取り組みにより得た成果を発表させていただきます。

事例対象者様

A様 96歳 女性 要介護度1

A様は明るく穏やかで気丈な性格。周りに弱みを見せず、迷惑を掛けたくない気持ちが強い。夫はH25年頃に他界しており、子供は3人でずっと専業主婦をされていました。趣味は歌を歌うこと、絵を描くこと、編み物等で手先が器用だった。R1年8月、自宅にて転倒受傷し起立歩行不能となり救急搬送される。右大腿骨頸部骨折し入院にはならず、自宅にて安静加療。同年8月24日再度転倒し同箇所を再受傷。入院し9月4日人口骨頭置換術施工。現在耳が遠く大きな声で話せば聞き取り可能。受け答えはしっかりしている。

【入所までの経緯】 術後入院中に気持ちの落ち込みが有り活気のある施設に行きリハビリをしながら以前のように戻ってほしいとの事で老健入所。自宅は玄関や風呂場、廊下、トイレに手摺は設置済だが認知症も有り今後在宅は難しいとの事でグループホーム入所を希望される。

【ご家族の意向】 できれば以前のように歩けるようになってほしいと願っておられる。

グループホーム入所当初、老人性円背で背中が丸まってしまい椅子から立ち上がる動作、足を上げて歩くなどの動作に不安があり、移動は車いすで手引き歩行、自立歩行が不能な状態でした。

しかし A 様は「自分の足で歩きたいんだよ～」とおっしゃられている。職員からも「今椅子から立ち上がろうとされていました」「今は出来ませんがご本人にやる気があれば歩けるようになるのではないのでしょうか」「歩けるようになるために何か出来ることはないのでしょうか」と提案がありました。

職員で検討したこと

- ・どのような支援が効果的かつ安全か。
- ・A 様は歌がお好きなので、歌やリズムを使ったケアが適しているのではないか。
- ・現在 A 様がどのような状態かの情報の共有。
- ・利用者様の肉体的、精神的苦痛はないか、やる気を出させるために出来ることはないか、検討する。

グループホームで行ったご利用者様へのケア

[STEP1]椅子に座った状態でストレッチ。リズムや音楽に合わせて手拍子と足踏み運動。

- ・無理の無いようまずはゆっくり丁寧におこなう。

[STEP2]職員が背中をさすり、背中を伸ばし、椅子から声を出し合って10秒立っていただく。

- ・ふらつきによる転倒がないよう細心の注意を払う。

[STEP3]手引き歩行開始。まずはテーブルの周りを一周。

- ・最初は後ろ側にも補助が入り2人介助。
- ・「ワンツー、ワンツー」とリズムカルに声を出し、利用者様の足が上がり前に出やすくなるようサポートする。
- ・徐々に歩数を増やして一周から二周、二周から三周へ。

*このころ苑で手引き歩行されている A 様を見たご家族様から「一緒に家に帰って食事は可能ですか？」と尋ねられる。

[STEP4]口腔ケア、トイレ誘導を手引き歩行開始。

- ・トイレでは手摺の上部を掴んでいただき背筋を伸ばしていただく。
- ・常に声かけをして無理のないようにする。

約2カ月の成果です。手引き歩行ができるまでになりました。

ここでA様が帰宅された時のエピソードを紹介させていただきます。

ご家族様より、「自宅で母と一緒に食事をしたいのですが、トイレが心配なので、アドバイスを頂けますでしょうか」とのお申し出がありました。息子様は、トイレの介助の仕方を動画で勉強されたそうです。

当日は、息子様3人で苑に迎えに来られ、手引き歩行の仕方などをアドバイスさせていただき、ご自宅では皆さんでお寿司を召し上がられたそうです。お食事が済んでしばらくすると、A様から「トイレに行きたい」との発言が！！

「ついに来たか」と思われた長男様に、次男様、三男様が視線を集め……。覚悟を決めて、動画を思い出しながらなんとか済ませることが出来たそうです。

「親孝行出来た思いです。皆さんの毎日の仕事が大変なこと、そして感謝の気持ちがさらに高まった思いです。」と大変うれしいお礼のメールを頂きました。

職員みんなでメールを拝見し、「様子が目に浮かびますね」と笑顔を見せる職員や、感極まり思わず涙してしまう職員もいました。

何より帰苑されたA様が「美味しいのいっぱい食べたよ～」と大変喜んでおられたことが私たちの一番の励みになりました。「諦めず頑張ってよかった」「これからもA様と頑張ろう」と思える出来事でした。

今後の課題

- ・職員の人数が少ないため支援にかける人数と他利用者様支援との兼ね合い。
- ・ケアを継続するためにどのように時間を捻出していか。
- ・自ら立たれようとする事が増えたため転倒のリスクも増え、転倒防止の見守り、職員同士の声掛けを強化する。
- ・筋力維持、ADLを保つため、低下させないための支援の方法
- ・現行の歩行器やシルバーカーのブレーキがうまく使えずスピードが出すぎてしまう為、安全な歩行の実現にはどのような支援が必要か

まとめ

当初、同じ大腿骨頸部を2回骨折された事、96歳とご高齢である事からグループホームでも歩くことは難しいのではないかと考えていました。しかしA様と接するうちに「立てるのではないか」「歩けるのではないか」と職員が気付き、A様が「歩きたい」と願われていること、歩こうとする意志がおありになることで検討を重ね、継続している支援が今回の事例です。

介護は「危ないから」「怪我をするから」と日々「過剰介護」になってしまいがちです。

「介護者がやってあげる」ではなく「利用者様が自分でやる、それを介助者が手伝える」といったような利用者様が主体のものになるよう心掛けこれからも介護に邁進してまいります。

もちろん高齢者の介護に携わる職員として、私たちの判断や行動がその人の命にも影響を与えるのだと言う緊張感を持って接していかなくてはなりません。

グループホームという 24 時間 365 日、「常に利用者様に寄り添うことが出来る環境だからこそ」「グループホーム飯塚だからこそ」できることがまだまだたくさんあるはずです。

最後まで利用者様らしい人生が送れるように、ここで生活できて本当によかったと思っていただけるような介護を目指して行きたいと思えます。

認知症と塗り絵

スーパーデイようざん双葉

発表者：西田 重美

梨本 晴美

【初めに】

スーパーデイようざん双葉では、日々ご利用者様にどう楽しんで頂こうか？、日中、その人らしく過ごして頂くためにはどのような環境や関わり方、レクリエーションなどが大切なのかを考え実行しています。

最近塗り絵を好む方が多く見られます。同じ下絵でもお一人お一人塗り方や色など違いが見られます。

これまで、どんな仕上がりでも単にその人の個性として受け止めていましたが、この様々な塗り絵を認知症から見た考察を行いました。その結果を発表いたします。

きっかけは些細な事から始まりました。皆さんが塗り終えた塗り絵を整理していた職員から「Aさん、分からない事が増えて来たよね」との声。確かに以前より塗り絵としてのクオリティーが変わってきた感じを受けました。「ひょっとすると、塗り絵で何かサインを出しているのかもしれないね」その言葉にピンときた私たちは、改めて、塗り絵って？色って？と疑問を持ち始めました。

【塗り絵の効果について】

塗り絵の効果については諸説ありますが、おおむね良好な効果があると言われています。

○自律神経の働きが整いリラックス効果がある。

○指先を細かに動かしたりすることで脳全体の血流を活発にし、脳を活性化するのに効果的と言われている。さらに指先を動かす以外にも、構図を覚えたり、色を塗る順序を決めたりする時にも脳は活性化される。色を塗るだけの単純作業に見える塗り絵ですが、実は認知症の予防やリハビリにとっても役立っています。

○塗り絵で行う指先の細かな動きは、脳の前頭葉にある運動野と呼ばれる部位が大きく関係しています。前頭葉は理性や思考をつかさどる部分ともいわれているため、感情のコントロールにも効果があるとされています。

【認知症と色との関係性】

まず、私たちは色にはどのような種類や意味を持つのか調べてみました。

○寒色と暖色

寒さや冷たさを感じさせる色を「寒色」、暖かさを感じさせる色を「暖色」といいます。

寒色は主に、青、青緑、青紫などが該当し、暖色は、赤、橙、黄色などが該当します。

また、どちらにも該当しない黄緑、緑、紫などを中性色といいます。

○軽い色と重い色

明度が高い明るい色は軽く感じ、明度が低い暗い色は重たく感じます。

最も軽い色は白で、最も重い色は黒になります。

○興奮色と沈静色

主に暖色系で彩度が高い色は、興奮感を与える効果があります。

一方、寒色系で彩度が低い色は、心理状態を落ち着かせる沈静効果があります。

○柔らかい色と堅い色

暖色系で明度が高く、彩度が低い色は、柔らかく見えます。

一方、寒色系で明度が低く、彩度が高い色は、堅く見えます。

○進出色と後退色

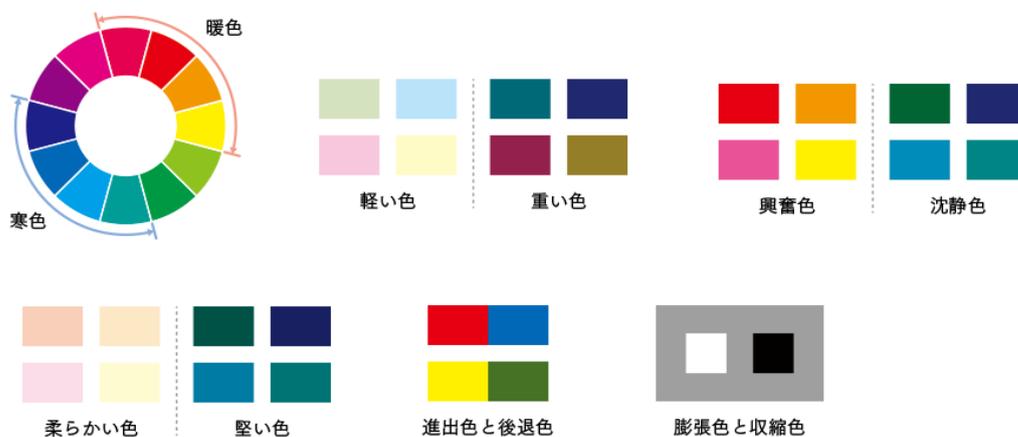
迫ってくるように見える色を進出色、遠くにあるように見える色を後退色といいます。

一般的に暖色系の色や明るい色が進出して見え、寒色系の色や暗い色が後退して見えます。

○膨張色と収縮色

同じ大きさなのに大きく見える色と小さく見える色があり、大きく見える色を膨張色、小さく見える色を収縮色といいます。

大きく見える膨張色は迫ってくるように感じ、小さく見える収縮色は遠くにあるように感じるので、膨張色は進出色と、収縮色は後退色とほぼ同じ属性の色になります。



少し調べただけでも、色々な種類に分類される事がわかりました。

では、その色がイメージするものは？

【色が喚起するイメージ】

色にはあるイメージや雰囲気、感情などを喚起させる効果があります。

この効果をデザインに活かすことで、イメージや情報を正しく伝える可能性が高められます。

白	純粹、清潔、神聖、正義	空虚、無
グレー	落ち着き、大人、真面目	抑うつ、迷い、不信
黒	高級感、重厚感、威厳	恐怖、絶望、不吉、悪、死
赤	情熱、活力、興奮、高揚	怒り、暴力、警戒
橙	喜び、活発、陽気、明るい、暖かい	
黄色	愉快、元気、軽快、希望、無邪気	注意、注目
緑	安らぎ、癒し、調和、安定、若々しい、健康、やさしい	
青	知的、落ち着き、信頼感、誠実、爽快感	悲哀、冷たい、孤独
紫	上品、優雅、妖艶、神秘、高貴	不安
ピンク	可愛い、幸福、愛情	

など色によりあらわされるイメージがあるという事が分かりました。

【認知症との関連性】

では、様々な色と認知症との関連性はどうでしょうか？次の一例を考察します。

認知症には様々な症状があります。中でも中核症状と呼ばれる、記憶障害、見当識障害、実行機能障害、言語障害などがあります。

その中核症状から見た塗り絵を次の1例から考察します。



まず色調ですが、赤や青などの色を多く使用しています。

寒色系と暖色系が混じっています。また興奮色と鎮静色が混じっている事がわかります。

連想されるイメージとして

赤	情熱、活力、興奮、高揚	怒り、暴力、警戒
青	知的、落ち着き、信頼感、誠実、爽快感	悲哀、冷たい、孤独

など、相反する色が混じっています。

ここから得られる情報としては、塗り絵をされている日、またはその時のご本人様の心理として興奮状態と鎮静状態が交互に訪れていると考察できます。

では中核症状から見た場合は何がわかるでしょうか？

ここに書かれているのが山や月など、塗り絵素材のパーツの意味が分からないと感じられます。

(認知機能障害)

また、塗り絵をしているという事は理解されているのか、枠線内をとにかく何か色付けしようという行動は出来るようです。

塗り絵を行う際、私達の場合は

真っ白な紙に黒い線だけで描写されたイラストを塗るためには

- ① 視覚を通して全体像を把握・認識する(後頭葉)
- ② 今までの知識(過去に見た形や色を参考)や経験をたどり、ふさわしい色を判断する(側頭葉)
- ③ それら情報を基にどう進めるか？プランを立て実際に手を動かし、ペンを握り着色する(前頭葉・前頭連合野(運動野))

という一連の流れを、意識することなく行っています。

では先ほどの例ではどうでしょうか？

- ① 枠線をはみ出すことは少なく、塗り絵という行為をしている事は判断が出来ている。
- ② 山や月雲や鳥など、赤く塗っている事から、相応しい色を判断しているとは感じられない。
- ③ 実際の色としてはふさわしくはないかもしれないが、手を動かし色を選び着色することが出来ている。

以上から、塗り絵から感じられるイメージとしては

興奮状態や鎮静状態が交互に起きている。

山や花などの判断は出来ている様子だが、相応しい色は選択できていない。(側頭葉)

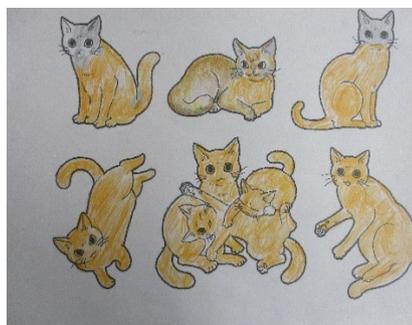
という事がわかりました。

では、その興奮状態や鎮静状態が一定を保つためにはどうすればよいのか考えました。

【取り組み】

1. 色のイメージから興奮状態と鎮静状態を表しているのだと仮定すると
精神を落ち着かすことが出来れば、適切な色を選択することが出来るか？
落ち着いたピアノ曲や、ラベンダーのアロマオイルはリラックス効果があると言われています。
実践しました。

【結果】



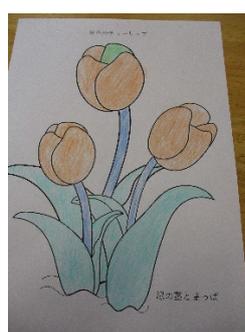
今回試した結果では、残念ながら改善は見られていません。
特に意識せず取り組んでもらったものと、変わらない様子が見られました。

2.認知面から見たアプローチ

塗り絵という事は理解されている方が多いので、①枠線のみ②「チューリップ」と書いてあるもの③黄色いチューリップと書いてあるもの、の3パターンで塗り絵を行いました。

【結果】

約10名様にご協力して頂き、約半数は枠線だけでも、チューリップの塗り絵をしっかりと塗れている事がわかりました。その中の1名様に注目します。



枠線のみ、チューリップと書いてあるものでは、目立った変化はなし。

黄色いチューリップと色の指定がしてあるものに対して、指定した色を判断しそのまま塗る事が出来ました。

これは、認知症になってしまった方でも、わずかなヒントで正解を導き出すことが出来る事を、意味していると感じました。

【考察】

今回、普段何気にレクリエーションとして提供している塗り絵が、認知症の方にとってどういう意味やイメージを持っているのか、調べ、考える事が出来ました。

調べていけばいくほど、色とは？塗り絵とは？実際に塗り絵を行う為には脳の中でどのような動きがあるのか？その中で、どここの部分に障害があるとどうなるのか？など、たった一つの塗り絵というレクリエーションから、多くを学ぶことが出来ました。

今回の事例では、残念ながら認知症の方と色との明確な関係性を得る事はできませんでしたが、事例を通じ認知症とは、色の効果とは、など多くを学ぶことが出来ました。

また、この取り組みに辿り、どういった塗り絵をご用意すればよいのかも課題でした。

多くの方がご利用されているデイサービス。年齢性別も違えば認知症状もその方それぞれです。「あの人は出来ているのに、自分は出来なかった」という失望感を感じさせないように、出来る限り多くの塗り絵素材を用意しました。それは、人によっては簡単すぎてもプライドを傷つけてしまう。難しすぎてもパニックや意欲低下になってしまうという事です。その人の興味がある絵柄を見極め楽しんで頂ける素材をいくつか提供し、選択する意思も尊重する事にしました。ご本人様が夢中になって楽しめるジャンルが、脳の活性化につながります。

【終わりに】

今回の事例を通じ、塗り絵に限らず、体操や唱歌、普段の会話など何気ない所から、認知症への理解を持つことが出来る事と、気づきの大切さがわかりました。

また、認知症の方々もこちらから簡単なヒントを明示すれば、正解を導き出す事が出来る場合もある、という事がわかりました。

もちろん、お一人お一人が違うように、常に良い方向へ進むとは限りません。

「上手いかなかった」「出来なかった」で終わらせず、言動を考察し、より良い介護へ、またその人らしく生きていけるお手伝いができる様に。

最後に、今回の事例で行った塗り絵の展示会を玄関先で行いました。

毎朝、また、お帰りの時に、「えー、私が塗ったの？(笑)」「これはキレイだね～」と皆様喜ばれています。

たとえご自分が塗った事を忘れていても、ご利用の度に玄関先でご覧になり、喜ばれています。

今回の事例を通じて学んだ事を活かし、専門的な観点から根拠のあるケアへ繋がる様、これからも職員一同励んで参ります。

ご清聴ありがとうございました。

～9年間の引きこもりからの脱出口～

デイサービスようざん並榎

発表者:垣上松代

【はじめに】

皆さんは自分の家が好きですか？勿論好きだと思いますが、それが9年間自宅に引きこもるとなると、単に好きということで終わらせる訳にはいかなくなると思います。

引きこもりとは、「仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態」のことを指すとされていますが、A様は何と9年間、外出もなく、家族以外の人との交流はありませんでした。

A様は退職後、家のリフォームを終えたところから「うつ病」を発症し、外出する意欲が消え自室の布団の中で、殆どの時間を寝て過ごされてきたそうです。

奥様の「とにかく家から連れ出してください」と言う切実な訴えでサービスが開始となりました。

9年間の引きこもり生活により、ほぼ寝たきり状態で下肢の筋力は弱り、失語症の様に言葉を発しなくなっていたA様でしたが、デイに通い始め、徐々に言葉を発するようになり、利用者様とレクに参加できるまでに変化が見られた経緯をここに報告致します。

【ひきこもり本人の状態と直面している困難を想像する】

1. 本人の状態

- ① 自信を失っている
- ② 将来に対して大きな不安感を抱えている
- ③ どうすれば良いのかわからないでいる
- ④ ひそかに脱出口を探している

2. 本人が直面している困難

- ① 本音と本心を表現することが困難
- ③ 外出することへの不安
- ④ 社会参加することへの不安

ひきこもり状態を理解し、精神疾患 社会的発達障害の理解を持ちケアにあたる。

【事例対象者】

氏名:A 様

年齢:74 歳

性別:男性

介護度:要介護度 2

日常生活自立度:A2

服薬状況:内服なし

既往歴:うつ病、廃用症候群、原因不明な急激な悪化による ADL の変化にムラあり

趣向:日本酒、タバコ、競輪

生活歴:榛名町で 7 人兄弟の 5 番目 3 男として生まれ、知り合いからは「よっちゃん」と呼ばれていた。7~8 年前より妻と 2 人暮らし。日常生活全般は妻が献身的に介護されている。

起床時間や身だしなみ、食事の時間、入浴などの日常生活のメリハリが徐々に失われ、本人が気づかぬうちに体は弱っていき、失語症の様に言葉を発しなくなり、最終的には寝たきり状態まで体力が低下していた A 様でした。

【利用当初の様子】

9 年間の自宅から出ていない状況なので、送迎車に乗って頂けるか心配がありましたが、ふらつきがあるので奥様に脇を支えられて勝手口からゆっくりと歩いて出てこられました。奥様は A 様に相当説得したのでしょうか、拒否はなく無表情で送迎車に乗って頂きました。車中お声をかけても無反応。車中から浦島太郎状態のように風景を見渡されて緊張されているのが伝わりました。

ホール内でも目を見開きキョロキョロと見渡す姿が見られ、職員が目を離れたすきに、休憩室やトイレのドアをガタガタして、フロアより出ようとする姿が見られ混乱が見られました。

歩行も不安定のため目が離せない状況があり何日かは不穏な様子が見られました。

<当初の様子>

- ・声かけに全く返答がない
- ・手洗い拒否され、水が怖いのか手を出すのを拒む
- ・うがいのあとホールの外に出ようとする
- ・水分を提供しても、直ぐに洗面所に捨ててしまう。
- ・食事はお膳を提供しても、お膳ごと奥へ動かして、そっぽ向いてしまう
- ・他者と交流なくテレビを見ているだけ。
- ・集団体操はそっぽ向いて関心を示さない
- ・レク中は離れたところで孤立している。
- ・入浴時は多くの指示の声掛けに気分を悪くして、職員にシャワーをかけるなど介護抵抗が見られる。

・トイレは自ら向かうこともなく、誘導しても座っているだけで一連の動作はできない。

【取り組み】

① 居場所づくり

いきなり大勢の利用者様と同席すると不安や混乱が生じる可能性があるため、焦らずにまずは職員のデスク近くに個別のテーブルを設け、何かあった際に直ぐ対応できるように配慮しました。

② 全てを受け入れる

拒否があっても否定はせず、A様のペースで過ごしていただくように心がけました。

自信を無くさない様に、皆さんと同じことが出来なくても温かく見守り、優しい声掛けを忘れず、時には諦めないで取り組む、母親の寛容な姿勢で対応を行い、A様の好きな事を探して取り入れることを実践しました。

③ 食事・水分摂取への取り組み(栄養摂取)

・水分は毎回提供しても見向きもしてもらえません。

乾杯をしながら介助するも飲んでももらえないので、出来るだけゼリー系を提供して水分摂取を心がけています。

・食事は奥様から自宅での食事の形態を伺い、ワンプレート、粥、キザミ対応。

デイでも同じように粥とおかずを混ぜて提供しましたが、食べてはもらえませんでした。

混ぜないで提供すると、今度はお粥だけでおかずには手をだしません。

自宅では食べられているのに、なぜかデイでは食べてもらえないのか？

・アンパンの言葉には反応があったので、急いでアンパンを買いに行き、アンパンを渡すと嬉しそうに食べたときは、嬉しさのあまり職員はガッツポーズができました。

家族に好きな物を伺い提供しても、なかなか食べる時と食べない時のムラがあり、食事摂取は今後の課題となっています。

入浴・排泄への取り組み

ご自宅ではシャワーのみだった為、奥様は浴槽に浸かって欲しいご希望でした。

・浴槽内にイスを配置して深く浸かることへの恐怖心を取り除く

徐々に湯船に入れるようになる、焦らず進めていく

・熱いお湯を嫌うのでお湯の温度を低めに設定する

・洗身タオルは嫌がるので、肌触りの良いタオルを用意する

・水に対する恐怖心と、シャワーの音に驚いていたため、桶を使って洗い流す

・複雑な支持を出すと本人はストレスを感じる為、声掛けの言葉はシンプルにする。

・浴槽へ沈むときは肩を下に押すなどの動作で、手順を伝え非言語コミュニケーションを使って工夫する。

・緊張や不安からか入浴時の笑顔は余り見られませんが、浴後に気持ちよかったのか、ニコッと笑顔が見られる。

④ 集団体操・レクリエーションにおける他者との関わりへの取り組み

「うるせえ」と介護抵抗されることがありますが、あきらめずに積極的に職員からお声がけを行いました。

最初はゲームの参加を見ているだけでしたが、慣れた加減で職員が A 様と一緒にゲームを行ったところ利用者の輪に自然に入って参加していただけたことをきっかけに、ゲームの強い拒否がなくなりました。

また、ゲームのルールにそぐわないことをしてしまっても職員が笑いに変えて場の空気を盛り上げる配慮を忘れず、ルールより楽しめる時間をつくる事を大切にしたら、笑顔が徐々に増えていきました。

・人との交流が本人のストレスになりすぎないように、夕方を中心に好きなテレビを見てまったり過ごす時間を設けると、利用者様を見て笑う姿が増えていきました。

【考察】

9年間自宅の寝たきり生活から一変し、大勢の利用者様と過ごさなければいけない A 様の不安・混乱・葛藤は計り知れないものがあつたと推測されます。大きな環境の変化の中でも少しずつですが A 様に笑顔が見られるようになったのは嬉しい変化です。

起床時間や身だしなみ、食事の時間、入浴などの日常生活のメリハリができ、寝たきり状態から脱出することができました。歩行も徐々に安定して介助なくても自分で歩き出す姿が見られるようになりました。

食事・入浴・他者との関わりへのケアを総合して、まだまだ課題は多くありますが、3 か月間、1 度も A 様の来所拒否はありませんでした。ひそかに引きもりからの脱出口を探していたのかもしれませんが、確実に変化があつたのは、職員の声かけに返事が返ってくるようになったことです。

時には「うるせえ」「ば～か」「大丈夫」と短い言葉ですが、A 様が意思を伝えてくれるようになったのは、我儘が言える良い関係になった証拠と前向きに捉えています。

【まとめ】

A 様の生活を「閉鎖系」から「開放系」へシフトさせる支援に変えられ、さまざまな人と関わる機会をつくる事を通して、奥様を助けるだけでなく、A 様が「助けられるだけの自分」でない自分を見つけ、あるいは家族と冷静に今までの現実を見つめることができることが、閉塞した現状の突破口になったと感じます。

引きこもりの高齢化、長期化が問題になってきていますが、気力、体力の低下・持病等を持っていると、何も特別な現象ではなく、誰でも起こってもおかしくない現象かもしれません。引きこもり自体は病気や障害ではないということです。

社会へ出られないと固定観念を持たず決めつけず、引きこもりになった背景の理解、精神疾患 社会的発達障害の理解を持ち、

「居心地を良くして」・「自ら動き出す」・「何かを希望する」ことを待ち続けることが重要な事だと感じます。

そもそも人間の生き方にマニュアルなどありません。A 様の自尊心を第一に考え、自宅以外での居心地が良い環境づくりに、これからも邁進していきたいと思います。

『Long-term care that does not give up continues in the future』

(“あきらめない介護”はこの先もまだ続く…)

『自分らしく最期まで・・・』

デイサービスぽから
発表者 原田美咲
黒澤美帆

<はじめに>

高齢者が高齢期に生活をしたいと思う場所は自宅が7割と言われています。

その反面要介護者の増加による老々介護、5080問題、介護難民、独居高齢者、認知症介護、少子化問題などご本人もご家族も自宅で介護をしながら生活していくのが困難になっているのも現実です。出来る限り自宅で生活しながら介護をしていくために私たち介護従事者にはどのようなサポートが出来るのか考えなければなりません。

<デイサービスとはどんなところ??>

デイサービス(通所介護)は要支援、要介護認定された方々が、持っている能力に応じ日常生活を営むことが出来るよう生活機能の維持または向上を目指し自宅で暮らしながら生活に必要なサポートとをするサービスです。

デイサービスでは1日を通して、食事・入浴・排泄などの一般的な介助やレクリエーションが実施されています。

【主なデイサービスの目的】

・ご利用者様の孤立感を防ぐこと

デイサービスに通うことで家に引きこもることがなくなり多数の利用者様や職員と関わる事で孤立感を防ぐことができる。

・心身機能の維持・向上

レクリエーションや体操に参加することで心身機能の維持向上に繋がる。

・ご家族様の介護負担の軽減

日中デイサービスに通うことでご家族様の個人の時間を設けることができる。

・入浴などによる清潔保持

介護職員にて見守り介助を行うので安心して入浴することができる。

ご自宅の浴室だと狭くて怖い方や、浴槽が深くて足を上げて入るのが困難な方などでも入浴することが可能。

・楽しみを見つけることができる

様々なレクリエーションを実施することで昔経験したことや好きだったものを思い出し、楽しみを見つけることで活力に繋がる。

<デイサービスぽからでの取り組み>

ぽからでは楽しみが活力に繋がるよう今まで様々な取り組みを行ってきました。

その中でも現在のデイサービスぽからでの取り組みをご紹介させていただきたいと思います。

ポイントカード

2020年頃からぽからではポイントカード制を導入しております。

1シート50ポイントで体操やお手伝いに参加、ゲームで優勝等、利用者様それぞれの出来る事でポイントを貯めてもらうシステムです。

ポイントカードは目に見えるものですので「まだこれしか貯まらないね」「もうこんなに貯まったよ」「今日のポイントはまだ??」「〇さんは貯まるのが早いね」等、利用者様の刺激となりモチベーションをあげるツールとなっております。そして50ポイント貯まるとプレゼントをお渡ししております。

なかなかご自身でお買い物等行けない利用者様のご希望もあり現在は『お菓子の詰め合わせセット』が大人気です。達成感や満足感を得られる効果があると思われれます。

月間チャレンジ

2021年頃より月間チャレンジと称し1分間程度で出来るゲームに年代別に挑戦して頂いております。お題は毎月変わりその月の優勝者を決めております。

例えば、あいうえおカードから単語を造り出す『単語ゲーム』や簡単な童謡を歌いながらその歌詞を指さす『指さしゲーム』いろいろな色のついたボールを色ごとにお玉ですくいだす『色分けゲーム』等タイムや数で競います。「なかなか〇さんには勝てないなあ」「今月は難しいね」等、様々なお声を頂いています。

挑戦するという事で目標になり来苑に繋がる効果も得られると思われれます。

ぽから農園

園芸療法とは、植物を育てる園芸作業を通じ[認知症の予防・改善][ADL・QOLの維持向上][精神の安定]を図る非薬物療法の1つと言われています。

ぽからでは毎年野菜作りをしています。今年は去年に引き続きじゃがいも作りに挑戦しました。草を取り、畑を耕やし、種芋を植え、水をやり、収穫をする。そして調理をし食べて頂く。その様々な動作の中で五感をフル活用することにより、脳がより活性化し認知症の予防・改善効果を最大限に高める事が期待されます。

ぽから機能訓練室

デイサービスぽからでは数年前より少人数ならではの個別性の高い機能訓練を行っております。

自宅での生活を続けていくためにもっと運動がしたい方、ゆっくりお話しがしたい方、気分転換に…等様々な場面で使用されます。利用者様の目標にもなっており運動能力や体力の維持・増進・満足感や達成感、ストレス発散等にも効果的です。

<まとめ>

『自宅で最期まで元気に過ごす事』は全ての人達の望みであるとも思います。

様々な介護の問題がある中、私たち介護従事者は介護のプロとして何が出来るのか日々考えなが

ら利用者様が「自分らしく最期まで元気で過ごす」事ができる様、常に利用者様に寄り添って支援していけたらと考えます。

<最後に>

デイサービスぽからでは【ぽからウォーク】 【スナックぽから】 等、新しい取り組みへのチャレンジがはじまりました。

これからのデイサービスぽからにも、是非ご期待下さい。

新型コロナウイルスの脅威

特別養護老人ホーム アダージオ

発表者:権田 栞

町田 みゆき

【目的】

現在新型コロナウイルス感染症は一定の落ち着きを見せ全県警戒レベル「1」(6/13 現在)まで下がり、さまざまな規制の緩和が行われている。また政府より6月中から外国人観光客の受け入れが再開されるなど、私達の生活はコロナ感染症が流行する3年前の状態へと戻りつつある。そんな明るいニュースが増える一方で、コロナ感染症への危機感の欠如も同様に増えていくのではないだろうか。今回私たちアダージオが実体験してしまったのは、最大の感染者数を出した第6派である。当施設が令和4年1月13日～2月10日の約1か月間かけ終息させた1階フロアのクラスターについて、発生時の状況～終息までの振り返りと今後の感染症への備えについて当施設独自で行ったことを事例としてとりあげ、新型コロナについて今一度考えるきっかけになることを目的とする。

【事例対象】

施設形態:特別養護老人ホーム 従来型個室 2階建て
入居定員:1階 19名(SS併設10名) 2階 20名
1階介護度:3→7名、4→7名、5→5名

<1階フロアで発生したクラスター概要>

- ・期間:R4年1月13日～2月10日まで
- ・コロナワクチン2回目は職員・利用者様共に6月に済
- ・感染者数:職員13名(看護2名・介護11名)、利用者様18/19名(全合計31名)
- ・PCR検査:全4回 ・入院:職員1名、利用者様8名
- ・退所者:4名(死者含める) ・死者:利用者様2名(コロナ完治後も含む)
- ・コロナ後遺症(頭痛・咳・痰・味覚障害・難聴) :利用者3名(訴えができる方のみ)
:職員9名
- ・ADL低下(現在も入所中の方):利用者4名

【方法】

コロナ終息後、コロナ発生時～終息時までの施設全体の動きを時系列でまとめた用紙を各階に配布し、発生時からの自己の行動の振り返りを各自で実施。その後今回のクラスター発生について

問題点や今後必要とされるコロナを含む感染症マニュアル作成の為のニーズの把握を目的とし、2月18日～3月1日までコロナ下で勤務していた全職員41名に対し自由記述式アンケート調査を実施。アンケート結果を UserLocalAI テキストマイニングを用いて言語分析・図解を示し詳細なデータを集めた。

【結果】

自由記述式アンケートに回答した多くの職員が「感染初期の対応の遅さ＝感染対策を始めるタイミング」「物品不足」「情報の発信と収集」の3つの事柄について不安を強く感じていた。この結果から感染の初期対応の甘さを再認識し、全員がわかりやすく周知できる方法が必要だと考えた。またニュースやインターネットでの他の特別養護老人ホームでのコロナクラスター報告・対策を閲覧した際に「過去最大の感染者数による病院の病床数のひっ迫により高齢者施設、特に特別養護老人ホームの利用者様方はどうしても入院が後回しにされてしまう」「これまではコロナの感染を抑えるという観点で感染対策を行ってきたが、現状はいかに病院に繋ぐまでにコロナ感染者の体調を悪化させないかが重要」などの同じ特養ならではの現状の問題と発想から他特養のマニュアルも参考にしつつ、これまでの自分たちの感染対策も振り返りながら、当施設独自の感染症初期対策マニュアルが必要との結論に至った。医務を主体とし「新型コロナウイルスの初期対応時の行動指針」「新型コロナウイルス感染者の対応」の2種類のマニュアルを多職種と内容を精査しながらアダージオ独自の感染対策マニュアルを1.5カ月かけ作成した。

【考察】

当施設は従来型個室タイプの特養であり、認知症による徘徊および危険行動をしてしまう利用者様数名(マスクもできない)を感染が終息するその日まで介護していた。そのため感染対策で必要とされるゾーン分けができず、1階の職員・利用者様全員が限りなくレッドに近いイエローゾーンとレッドゾーンのなかで日々過ごし、状態の悪くなる利用者様を励まし介護しながら、入院の連絡を待ちわび、自分もいつ感染し症状が出るのかという死の気配を感じつつ、恐怖するしかなかった現状があった。しかしコロナクラスターという初めての体験と過酷で困難な勤務と現状に向き合い、誰も弱音を吐かずお互いを思いやり全職員が一丸となって1階の感染だけで乗り越えることができたことは、まさに特養(終の棲家)として、命と向き合うプロの姿であった。

影響

ショートステイようざん

発表者:宇敷泉希

『はじめに』

ショートステイをご利用開始時、半身麻痺ではありましたが他者の介助を嫌い、何事にもご自身が納得するやり方を通していたS様。

職員がご要望にお応えできないと恐れ表情をされたりしますが、時には冗談を言って笑顔も見られました。

少しずつ歩行が不安定になり、介助にも拒否が無くなり職員との距離が少し短くなってきたのではないかと考えていたところ**突如**入院されました。

それから暫くは病院併設のショートステイを利用していましたが食事の拒否や介護拒否が激しく現在のショートステイでは対応が難しいので今まで利用していたショートステイようざんを利用できないかとソーシャルワーカーとケアマネージャーから相談があり看護師・管理者・介護士で話し合いショートステイようざんでお受けさせて頂きました。

車椅子に乗られ、バルーンを装着され、以前とは表情も変わっていました。

しかし、約8ヶ月でのS様の驚きの回復が見られました。

それまでの食事や排泄介助等の経緯をご紹介します。

【事例対象者】

S様 : 95歳 男性 要介護3

既往歴:脳内出血・第3腰椎圧迫骨折

【入院前の様子】

片麻痺あり、歩行は杖を使用し1歩1歩進まれ安定されていました。

食事はスプーン使用でほぼ完食されました。日中は居室でテレビをご覧になったり、ホールではぬり絵に熱中され、時々食事の時間になっても続けられることありました。

仕上がった作品には日付とサインを入れ大切にお持ち帰りになりました。

入浴時の衣類の着脱・洗体へのこだわり等が強く、介護拒否がありました。触れようとすると振り払う仕草をされたり、意思の疎通がとれないとイラついた様な表情をされました。

それでも時には冗談を言われたり、他のご利用者様と談笑されて、笑顔が見られました。

通常通り退所された後、突如入院となってしまいました。

【退院後の様子】

立位保持は出来ますが、移動は車いす対応。食事は常食をなんとか自力で少量ですが召し上れました。排泄はバルーンカテーテルを留置されており表情は固く、問いかけにもあまり応えては下さいませんでした。

入所後より、日中通して居室のベッドで休まれていることが多く、食事の時間以外は離床されることが無いので、職員が「ぬり絵をしませんか？」「ホールで何か飲みましょう」など声掛けを行い活動を促しました。時には渋々応じて下さり、塗り絵を始められたり新聞を読まれましたが、ぬり絵は一色で塗りつぶすだけ。長くは続かず自走されて居室に戻ろうとされるのでどうにかして少しでも引き留めようと声をかけますが S 様には限界のようで、聞く耳持たずと無言で振り切られてしまいました。職員も諦めずに毎日同じやり取りを根気よく続けました。

ベッドに横になられていると、採尿バッグが気になるのかあちらこちらに移動させたり、引き寄せ、抱きかかえたりイジってしまい尿が漏れていることがありました。

また、掛け布団をベッドから落としたり、拾い上げたりを繰り返し、休みなく動かれていました。

水分に関しては、入院前のご利用時にも水分摂取量が少なかった為、中身を変えたり、声掛けを行い促していましたが、更に摂取される量が少なくなっていました。

食事の摂取量は入所時より、3食共とても少なく2割ほど様子をおぼろげにうかがっていると、ご飯、みそ汁、おかずを混ぜ合わせているだけでほぼ召し上がる様子がありませんでした。

夜間はお休みになれていましたが、短い間隔で覚醒され、掛け布団を外したり、かけたりを繰り返していました。時にはベッド柵を外されており、夜勤者はヒヤリとしたことがありました。

【食事と水分の摂取への対応】

食事量がかなり少なく医師に相談すると通常の食事提供の他に、ラコールが処方されました。

・退院1か月後～:3缶(朝・昼・夕)／日

・更に約20日後～:5缶(上記+10時・15時)／日

予想はしていましたが摂取していただくのは難しく、根気よく、気分を害されないように職員が代わるがわる声掛けを行い少しでも飲んでいただくように対応を行いました。ご自身でこぼさず飲むようにストロー(蓋付き)の使用を試みたところ、意外にも S 様に気に入って頂けたようでした。

ご家族様に相談し S 様が好きな飲料水を持って来て頂き提供し、少量ずつ飲まれていました。

食事は毎回ほぼ残されるため、昼のみの提供とし、朝と夕は時間をかけてラコールを全量摂取していただくように味のバリエーションにも力をいれ根気よく対応しました。

これには次第に S 様も慣れたようで、ラコールの摂取量が増加していきました。

【採尿バッグいじりの対策】

ベッド上での採尿バッグいじりについては無地袋を被せて採尿バッグの興味を少しでも消し採尿バッグいじりによる尿漏れの対策を行いました。

他にもS様の目や手が届かない位置に採尿バッグを下げ、次第にバッグへの意識は薄くなっていきました。

【約7か月後の変化】

バルーンカテーテルにおいては本人が引っ張ったりしてしまう為、尿道口より尿漏れがあり長期的に使用するのには難しいのではないかとそもそも「必要ないのでは？」と疑問が湧いていたところ、医師に今までの経緯を報告相談し使用することが難しくなっているとのことで外すことになりました。

また同じ頃に食欲の増加が見られたので、朝食と夕食も提供を開始してみました。するとバルーンが取れた以降はほぼ毎回完食されるようになりました。

「なにがあったのどうして？」と思う程の食欲が見られるようになりました。

【現在では】

食事は毎回完食されており、痩せていた頬に見る見るふくらみが出ていることはどの職員も認識出来ました。

ホールで過ごされる時間も増え、以前のようにぬり絵に集中し、色使いも多様になりました。

几帳面な性格が戻り、新聞やチラシを読まれた後は驚く程きちんと畳まれ綺麗に重ねられます。

日中居室に戻られることはほぼなくなり、その場で傾眠されることもありますが表情にも変化が表れ、入院前のように職員に話しかけ笑顔が見られるようになり職員をしっかりと意識して下さるようになりました

「お元気になって良かった」と安心も束の間、立ち上がりが見られるようになり、転倒への注意・見守りが必要となりましたが今後の課題にしていきたいとおもいます。

バルーンが取れたことがS様にとって大きな影響があったのか分かりませんがS様の回復には驚かされました。これからどこまでお元気になるのか見守っていきたいと思います。