

発表事例

時間を共に過ごすという事	スーパーデイようざん貝沢 発表者:秋元佑介	P.4
経口摂取を目指して	ケアサポートセンターようざん 発表者:松本ゆり	P.8
「食べることは生きること」	ケアサポートセンターようざん並榎 発表者:田中智也	P.11
地域社会の中で生きがいをもって過ごす 為の援助 手作りぞうきんをバザーに出品	ケアサポートセンターようざん栗崎 発表者:渡丸由美子	P.15
「私らしさへの取り組み」 ～新しい視点からケアの方向性を探る～	ケアサポートセンターようざん貝沢 発表者:高尾寛之	P.17
紙上発表		
人との豊かな関係(生活)を取り戻したO さんの事例 「個別機能への取り組みと人との関係を 豊かにした関わりから」	スーパーデイようざん 発表者:綾小路真理子	P.21
心の声を聞き寄り添うケアの大切さに	グループホームようざん 発表者:神宮みよ子	P.24
共感から始まる認知症ケアの実践 ～ケアの先に見えたもの～	スーパーデイようざん飯塚 発表者:石原賢	P.27
小規模型デイサービスの良いところ、悪い ところ	デイサービスようざん並榎 発表者:堀江一彦	P.32
依存心が強い為に様々な問題行動を起 こす高次脳機能障害を患った M・M 様が 意欲的な生活を送って頂く為の援助	スーパーデイようざん栗崎 発表者:佐々木幸子	P.35

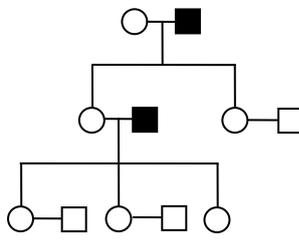
時間を共に過ごすという事

スーパーデイようざん貝沢
秋元 佑介

1.はじめに

スーパーデイようざん貝沢がオープンして4か月が経ちました。5月14日より利用開始となったF様の日々の支援方法、状態の変化を報告します。

2.利用者情報

氏名	FM様		
生年月日	大正12年5月7日(86歳)		
家族形態		①長女(主介護者)、孫(三女)と同居。 ②長女は早番(6時～)、遅番(～19時)の勤務をしている。 ③次女と電話による相談をしている。 ④嫁いだ孫(次女)が受診の手伝いをしている。	
要介護度	要介護4	移動	一部介助 初めての場所は手引き歩行。 慣れてくるとつたい歩き。
病名	糖尿病、視力障害、高血圧、 喘息 白内障、眼底出血、子宮筋腫、緑内障 脳梗塞疑い	食事	一部介助 極端に食事を嫌がる。 痰が絡まる。
視力	殆ど見えない。(緑内障の手術に失敗し視力をほとんど失う。)	排泄	一部介助 ズボンの上げ下ろしがきちんと出来ない。
聴力	やや難聴	入浴	一部介助 目に入るのを嫌がる。
言語	普通	更衣	一部介助。
義歯	なし	整容	一部介助。
麻痺	なし	意思疎通	ある程度通じる
拘縮	なし		

3.利用開始前の状況

3.1.特別養護老人ホームデイサービスを長期利用していた。

デイサービス利用時間 9時～16時。平日？

長女が早番勤務の時は朝約2時間一人で留守番となった。

長女が遅番勤務の時は夕約3時間一人で留守番となった。

3.2.4月23日下血し日高病院入院。異常なしとの事で5月2日退院。デイサービス利用再開。

医療行為(肛門検査、採血、点滴、診察)による幻覚、幻聴が出現。

デイサービスの対応が困難(トイレの訴え頻回、大声を出して他利用者が不穏になる。)

との事で、5月14日よりスーパーデイようざん貝沢の利用を開始となる。

4.様子の変化

利用始めの様子	支援方法	現在の様子
「尻に棒を突っ込まれる。」、「腕に蛇が入ってくる。」「おじさん(Dr)が来る。」と言って大声を出していた。10分に1回程度。	今いる所が病院ではなく、ここには棒を突っ込む医者はいない事を何度も話す。学校のようなところだと伝える。	入院による妄想、幻覚は全く見られない。
「うんこが出る。」「おしっこが出る。」と5分に1回程度訴え、トイレに行く。食事中問わず1日中訴えあり。	利用開始は訴えがある時はその都度誘導していた。排尿、便があるなしに関わらず。(殆ど排尿、便はなし。)徐々にトイレに行く間隔を長くしていった。 「30分経ったら行きましょう。」 「食事中なので、食事が済んだら行きましょう。」 座る席を決めトイレの場所を教えた。	利用当初に比べトイレの訴えは激減した。 来所時は10分に1回程度あるが、日中は1時間に1回程度になった。 一人でトイレに行けうようになった。
「薬(スチックゼノール)を塗るんだ。」、「薬の塗り方が悪い。」、「湿布を貼るんだ。」と5分に1回程度訴え場所を問わず上着、ズボンを脱ぎ薬を塗っていた。	利用開始は訴えがある時は塗り薬を渡し本人の気が済むまで塗ってもらっていたが、あまりに頻繁に塗る為、薬の蓋を開けずに渡すようにしていった。本人は蓋が付いている事は分からないようで、蓋のついた薬を何度も塗っていた。 あまり塗り過ぎると体に良くないと説明し我慢してもらおう。 薬を塗る個所(腹、膝、足)を軽くたたいたり、手を当てたりして薬の代わりとした。	塗り薬の訴えはなくなった。 薬に対する意識が減った為、「薬の塗り方が悪い」と言わなくなった。

利用始めの様子	支援方法	現在の様子
ホール内でズボンを脱ぎトイレと勘違いする事があった。	今いる所がトイレではない事をその都度伝え、人が見ているので恥ずかしい、ここはズボンを脱ぐ所ではないと伝えた。	ホールでズボンを下ろす事はなくなった。
歩行が不安定であった。	拒否があったが、トイレに誘導する際遠いトイレを誘導したり、駐車場へ散歩に出かけたり、帰宅願望がある時は送迎車を見に行ったりと出来る限り歩くように支援した。	歩行が安定した。
食事を食べる際、むせ込み、痰がからむ。 食べる事に強く拒否をしていた。	「食べないと死んじゃいますよ。」「食べられないなら入院しないですよ。」と長女より教わった声掛けで対応。 水をたくさん飲むので、食事を緩くし、食間に水分をたくさんとってもらうようにした。	むせ込み、痰がからまりがほとんどなくなった。 利用初めに比べ食事に対する抵抗がなくなった。
入浴拒否が強かった。	水が目に入るのをとても嫌がるのでシャンプーハットを使用し本人が快適に入浴できるよう対応した。	入浴が好きになった。 入浴ですよと声を掛けるとニコッと笑う。
		脳外科受診時、以前より見違えるように良くなったと言われた。
全介助で車に乗せていた。		車の乗り降りが一人で出来るようになった。
自分の趣味、嗜好や昔の話はほとんどしなかった。		自分の事を教えてくれるようになった。 尋常小学校で男の先生に教わった。 好きな色、嫌いな色。 自分の生き立ち。

5. 家族(長女)の反応

利用始め	現在
利用相談時、お母さんが変人になってもう生活できない、一緒に死のうと思ったと涙を流していた。 夫を脳梗塞後、認知症を発症し薬漬けにされ身体拘束をされ亡くしているの、お母さんには同じ思いをさせたくない強く思っていた。	人間らしくなってくれたい。 前と同じようにお母さんと生活が出来ようになって本当によかった。
夜間、何度もトイレに起きて発狂していた。	自宅で良く寝てくれるようになった。
声をかけても会話が成立しなかった。 「薬を塗る。」、「便所」以外に自分の意思を伝えるような事はなかった。	受け答えができるようになってうれしい。「スイカが食べたい。」「梅干しが食べたい」と自らの意思をはっきりと伝えられる。

6. 課題

当初から変化が見られない状態、新しく出てきた状態を以下に述べる。

- 6.1 帰宅願望が強くなった。家に帰ると大声で訴え、食事、トイレを家でするんだと言って拒否する事が出てきた。
- 6.2 突然(特に昼食後)大声を出したり、歌を歌ったりする為、他利用者が「うるさい。」と怒鳴って怒り出し不穏になる。

7. まとめ

デイサービスに慣れてきた事、一人でいる時間がなくなり常に誰かの気配を感じ、話声が聞こえ、話しかけられる事で幻聴や幻覚、極度の不穏状態が解消されたのだと思う。

特別な何かをするのではなく、常に話しかけるでもなく、その人の傍でその人の時間を共にする。そうする事で徐々に信頼関係が築かれ、その人の生きる力が引き出され、自らの力で状態が改善されるのだと思う。

私達介護職員は、私達が支援する事で良くなったと驕ることなく、その人とその人の時間を共にし、生きる力を自ら出せるように日々支援しなければならない。

「経口摂取を目指して」

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
発表者 松本 ゆり

【はじめに】

利用開始当初の M さんは、すでに認知症状は重度であり「幻聴」「幻視」「失認」「失行」「徘徊」等の行動障害が見られたが、足腰はしっかりしていた。

幻視により、何も無い机の上でしきりに『うどん打ち？』をしたり、フロア内の隅から隅まできれいに『麦踏み？』をする姿があった。

そのパフォーマンスぶりが、今回私たちを気づかせてくれたのだろう。

2年経過した頃から「口に入れた食べ物を飲み込まない」「吐き出してしまう」などの行動障害の出現に加え、心疾患の併発で食事が殆ど取れない状態となった。

喘息のような発作を起こしては、夜間送迎車で走ったこともあった。

食事介助中「口開いて、食べて… お願いだから…」と、悲痛なスタッフの声が聞こえる。

努力の甲斐もなく、生活支援の場である、当施設での対応は限界となり入院。

そして、胃瘻造設。

退院後は、施設入所の予定であったが、ご家族の「どうせ、寝たきりになるんだったら、少しの間でも人間らしい生活をさせてやりたい」との強い希望から、当施設利用再開となる。

再開当初は、スタッフ全員「最期まで、胃瘻…」という気持ちでいたが、徐々に体力が付くに従い、他利用者の食事提供のたびに「指しゃぶり」や「手を出す」仕草が見られる。

「口から食べられるかも…」と、挑戦した結果を報告します。

【利用者紹介】

90歳 女性

要介護度 5 日常生活自立度 A 認知症生活自立度 IV

アルツハイマー型認知症(たぶん)H13年頃より、認知症状出現

市内 A 町出身 同町内に嫁ぎ、3男2女を儲ける。

専業農家(養蚕他):近所でも有名な働き者であった。

【気づき】

10月、施設利用再開。胃瘻カテーテル抜去のリスクから、抑制用ミトンをはめて退院。

「お帰り！」と共に「ミトン外そうよ、かわいそうに… 皆がフロアに居るときくらいいいじゃない！」との声があがる。

居室内では、目が届かないことから、フロアの隅にベッドを出し栄養補給を行った。

11月、動きも活発になり、車いす使用での栄養補給を行った。

日曜日のレクリエーションは「おやつ作り」。作業が始まると、動きも激しく『目でスタッフを追う』姿が見られた。

在宅復帰を念頭に、オムツから紙パンツへの移行。そして、歩行訓練が始まった。

下旬、食事時の指しゃぶりや指で何かをつまみ口に運ぶ仕草等、多く見られるようになる。

主治医に相談し「お楽しみ程度」の約束で、ゼリーを一口摂取、むせ込みも無く飲み込む。

12月、この頃にはプリン1個はペロリと平らげている。

体力も付き、日中を車いす上で過ごし、「プリン1個では足りない」様子も見られた。

そこで、水分補給にポカリスエットにトロミを付けスプーンで介助を始める。

「お楽しみ」ではなく「食事」に移行出来るのではないかと、『気づき』がスタッフ内で生ま

れたのもこの頃ではないだろうか。

背景として考えられること：

- ・ 抑制ミトンを外したことで、「手遊び」で気持ちを感じ取ることができた。
- ・ 居室での注入ではなく、フロアで対応したことから、本人の五感を刺激できた。
- ・ 車椅子に移行したことで、視線が高くなり声掛けが多くでき様子を観察できた。

【支援経過】

1月、歩行が大分安定してきたこともあり、帰宅回数も増えてきた。

- ・ 小規模多機能施設の特徴から、「泊まり」「通い」共に同じ環境で対応できることから、継続した支援が行えた。

経口からの「プリン」「トロミ剤をつけた水分」は順調に行えている。

2月、他の利用者の食べる姿を見て、口をパクパクする仕草が多く見られる。

…ならばと、味噌汁の上澄みにトロミを付け介助する。

中旬過ぎには、自らコップやお椀を手に持ち、口に運ぶこともあった。

4月上旬、水分は、殆ど口からとなってきた。

カップを手に持ち、ゴクゴクと飲む姿に、「見て！見て！」と呼び合うスタッフの音が響く。

スタッフの「おいしい？」と言う声掛けに、Mさんからの「おいしいね！」と答えがある。

ただのオウム返しかも知れないが、うれしい…

下旬には、バナナをペースト状につぶし口に入れる。モグモグと噛む仕草が見られる。

5月中旬、再度担当医と調整。

「無理はしない」ミキサー粥を10口から試みる。

下旬には、茶碗1杯摂取可能。のり佃煮、かぼちゃ等のおかずを加えると、口の開きがとても良い。

もちろん、波もあり胃瘻のみで対応する日もあった。

6月になり、担当医と再々検討。「誤飲に充分注意！便の性状観察」にて、

昼食をミキサーにかけ挑戦！みごと成功！！

一口食べるたびに、「食べた、食べたよ。」と…

スタッフの喜ぶ声があった。

7月この抄録をまとめ始めた頃には、夕食も経口からとなっている。

今後は、ミキサーから刻みへの移行を検討している。

【考察とまとめ】

まず「胃瘻は最期的手段」「胃瘻になったら、二度と口から食物は入らない」という思いこみを捨てることができた。

この事例は、疾患による嚥下障害ではなく「認知症」によるものが主要因であったことから、経口摂取が再開できたと考える。

口に食べ物を運ぶときの、幸せそうな彼女の顔。

介護・看護の両スタッフが一致団結して関わる事で、介護現場で働く者としてはうれしい限りであった。

もちろん、緊急時や不足した栄養・水分補給には必要な物であるので、経口摂取が出来るようになったからと言って、抜去するつもりはない。

胃瘻はまだ、看護職員のみが携わる事で『医療』と言うイメージが強い。

今回、経口摂取に移行するにあたって、介護スタッフも「胃瘻について学ぶ機会」ができ、『特別な物』と言う、イメージはなくなった。

実は、今回の試みの裏側には「家では、家族が行えることなのに…」と言う考えがあった。

今後、胃瘻造説によって「在宅での介護」を目指す方も多くなるであろう。

介護職員でも「胃瘻を取り扱える」制度が検討されつつあるという。早々に確立して欲しいものである。

そのことで、生活支援施設でも必要とする方の受け入れが容易にでき、『本来の胃瘻のあり方』『人として生きる』ことができるのではないだろうか。

そんな、気持ちにさせられた事例であった。

「食べることは生きること」

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
発表者 田中智也

【はじめに】

現在では経管栄養あるいは中心静脈栄養により、食べることをしなくても、栄養を補給して生命を維持していくことは可能であるが、日々の生活の中で私たちがとても楽しみにしているのが「食事」である。

食べることは生きるための活力を生み出し、生きていく上では不可欠なことである。

口から食事を摂り、味や香り、季節感を味わう。これこそが尊厳ある生活の一つではないだろうか。

今回、私たちは小規模多機能の特徴である馴染みの関係を生かし、利用者様自身から食べることの大切さを学び、そして私たちに介護の喜びを与えてくれた利用者様について報告する。

【事例紹介】

氏名 Y様

性別 女性

年齢 91歳

病歴 アルツハイマー型認知症

要介護度 要介護3

【経過】

小規模多機能居宅介護の利用を始める前は家の近くのデイサービスを利用していた。しかし、家へ帰っても、再びデイサービスへ出掛けてしまうことがあり、迷子になることもあった。家族はひ孫さんの世話や仕事で忙しく、Y様の帰る時間に合わせるのは難しい状態であった。担当のケアマネジャーさんから、安全確保のためにも、もう少し長い時間利用できるようにと小規模多機能の利用を勧められ、平成18年10月より、ようざんの利用を開始し、通いを中心に夕食まで利用。週末は家族の仕事の都合により、泊まりのサービスを利用することになった。

利用を始めた頃は帰る場所を探して苑内を歩き回っていたが、歌が大好きで歌が始まると手拍子をしながら楽しそうに歌っている姿がとても印象的であった。

〈入院前の様子〉

苑では落ち着きはなく、ホール内を歩き回ったり、居室に入って、他者の荷物を持ち出したり、時には、外に出たいのか非常口のドアを両手で力いっぱい開けようとしていた。

食事は毎回全量摂取され、食事が終わった後も厨房に入り、つまみ食いなどをするなど食欲旺盛な姿を見せることもあった。

〈身体状況が悪化〉

昨年10月頃より、時々、首や肩の痛みを訴えることがあり、活気もなく、ソファで座っている姿が多くなり始めた。バイタルには異常はみられず、食事量も変化はなかったが、今までの様子と違うため、家族と常に連絡を取りながら状態をみていた。

1週間位すると微熱が出てくるようになり、食事量も少しずつ減り、居室で休む姿が多くなり始めた。

家族と相談し、主治医の先生に苑まで往診してもらったが、原因がはっきりわからないので、病院へ受診する手配を取り、検査入院となった。

結局、原因不明の発熱であったが、病院では熱のせいで動くことができず、ベッドで寝たきりの生活が続き、食事を拒否するようになった。

家族が交代で食事介助をしたり、病院でも看護師さんが一生懸命食べさせようとしたが、食事を食べてくれることはなかった。

状態が悪化しているため、ケアマネジャーがソーシャルワーカーや看護師に状態確認をしたり、家族が夕食介助をする時間に合わせて面会し、相談をしていた。

体調が安定している時はリハビリ訓練をしていたのでリハビリ訓練の付き添いをしながら、理学療法士の方に状態を聞き、本人の様子を見ていた。

入院から約1ヶ月半、ほとんど食事を口にすることなく、病院では食欲低下となる原因も見つからず、その他の治療は必要ないため、主治医から退院に向けて胃ろうを勧められた。

家族は「できるだけ口から食べさせてあげたい。食事が食べられないのは病院食が合わないのではないのかもしれない。自宅とようざんで食事を食べるようにしたり、雰囲気を変えることによって、元に戻るのではないか」と考え、家族・主治医・小規模管理者・ケアマネジャーで話し合った結果、胃ろうにしないで退院して自宅へ帰ることとなった。

体力を考え、利用時間を短めに、通いのみの利用を計画し、体調に不安があれば、すぐに病院へ行けるように受診介助の計画も立てた。

<退院後の経過>

どこまでできるのか、経口摂取をほとんど受け付けてくれない状態で大丈夫だろうかと不安に思いながら利用開始。苑に来て、顔色は悪く、前のように歩くこともなく、活気のない状態で一日を過ごしていた。

食事を食べない日々が続き、どうしたら食べてもらえるか工夫をした。

栄養補助食品、口当たりの良いチョコレート、アイス、ゼリー等、あらゆるものを試みたが、全て吐き出してしまう。そこで、視覚で美味しいと感じてもらおうとミキサー食から常食に変え、見て美味しそうと感じる工夫をした。

それでもなかなか口を開けてもらえず、職員も一緒に食べる仕草を行い、美味しいと声を出し、食欲が出るよう頑張ったが、体力の低下は著しく、あきらかに体調は悪化し、点滴を受けてから来所する日が増えた。本人の体力を考え、病院へ家族と受診。再度、主治医から胃ろうを勧められたが、「もう少し頑張りたい」と家族の強い希望もあり、私たちスタッフも家族の思いを受け入れた。

自宅や苑での様子を把握できるように、一日一日の様子を連絡ノートや送迎時、電話等で家族に伝え、家族にも自宅での様子を書いてもらうようお願いした。

自宅では家族全員で協力し合い、食事を促したり、美味しそうに食べる仕草をしたり、可愛いひ孫さんにも声を掛けてもらっていた。また、動くことで食欲が湧くのではないかと考え、家の中で歩く練習を始めるようになった。

苑では他の人の食べている姿を見せること、周囲の人との交流や外気浴により精神活動が活発になれるように他の利用者様やスタッフと一緒にいる時間を多く作った。

また、手足のマッサージを行い、筋力アップや体に触れることでのコミュニケーションを図るようにした。

そして、自宅で一歩二歩ずつ食事を食べる日が出てくるようになり、「今日はおうどんを二口食べました」「おせんべいを半分食べました」等、家族からの連絡が増えた。

少しずつ、笑顔が出てくるようになり、退院してから約1ヵ月後、おやつのもみじ饅頭を出した

ところ、自ら「もみじ饅頭」を手にとって食べ始め、その日から食事はほぼ全量摂取されるようになった。

自宅でも家族から「夕食はうどん 1 杯食べました」等の連絡があり、確実に食事が摂れるようになった。

【考察】

なぜ、自ら食事を食べることができるようになったのか検討した。

1. 食事内容の変化

- ・目で楽しむ食事として、食べやすい物から見た目の良さを重視(ミキサー食から普通食へ)
- ・好きな食べ物(麺類など)を出し、食に対するイメージを引き出す。

2. 食事の際の声掛け

- ・「今日の献立は〇〇です」等、食事の内容を伝えたり、美味しさをアピール。

3. 落ち着いて過ごせる環境作り

- ・家族と一緒に食卓を囲む時間を作る。(以前は夕食まで利用していたが、利用時間を短くし、家族と過ごす時間を多く取り入れた)
- ・団らんの中で食事をする事で、食べることへの興味、関心が深まる。
 - ・家族による声掛け(“美味しいよ。一緒に食べよう”など、次女夫婦・孫・ひ孫の協力)
 - ・職員による声掛け(一人一人スタッフが常に声掛けをする)

4. コミュニケーション作り

- ・本人の好きな曲「憧れのハワイ航路」をかけたところ、表情に変化が見られたため、毎回朝夕 1 回ずつ同じ曲をかけた。徐々に手拍子するようになり、活気が見られるようになった。
- ・車椅子で外に出て、近所の方や小学生(特に子供が好き)と触れ合う機会を作った。また、外に出ることで気分転換を図った。
 - ・常に本人と触れ合う機会を作るため、他の利用者様やスタッフと一緒にいる時間を多くしたり、体調に考慮しながら、手足のマッサージ等の筋力アップや歩行練習を行った。

5. 家族との連携

- ・ふれあいノート・送迎時にその日の様子を細かく報告。
- ・常にケアマネジャーが家族と連絡を取り合い、受診の調整や家族とともに受診介助を行った。

6. 主治医・ソーシャルワーカーとの連携

- ・常に連携を取り、状態報告・指示をもらった。
- ・緊急時の受け入れの確保をする。

【まとめ】

食欲意欲の向上には『生活全体の活性化』と考えることができる。食事を楽しむ環境や心地良い環境を作ることで食欲の向上につながるのではないか。

また、認知症などで自分から訴えることのできない利用者様が大勢いるが、その方々のコミュニケーション・ツールは「表情」と「動作」であり、それを見逃さないことも重要であると感じた。Y様が利用を再開するようになってから、小規模多機能でどこまでやっていけるのだろうと不安が大きかったが、緊急時には病院で対応してくれるという体制が私たちにとってとても安心で

あった。その中で「できる限り看たい」「精いっぱい介護したい」という気持ちがY様に伝わったのかもしれない。でも、一番は家族が最後まで家で生活させたい。口から味わう美味しさを忘れさせたくないという気持ちが大きかったのではないかと思う。Y様は食事を食べるようになってから、少しずつ歩けるようになった。はじめは不安定で見守りがなければ危険であったが、少しずつ体力もつき、今では入院前と同じように苑内を歩いたり、手拍子しながら歌を歌ったりと楽しそうに過ごしている。食事も今では楽しみにしていて、食事中に「美味しいね」と笑顔で言ってくれるようになった。食事は「食べる」ことで栄養を摂り、「噛む」という行為が脳の覚醒へとつながって、「美味しい」という言葉を生み出し、家族やみんなと一緒に食べることで精神安定を図り、そして、一日3回食事を摂ることで人間としての生活リズムを作り上げている。その食事に対する大切さをY様から学ぶことができた。

最後に、介護が必要になっても、住み慣れた家・地域で安心して生活できるように、支援していくことが小規模多機能の特徴である。認知症になっても介護が重度化しても自宅での生活を支えられるように、一人ひとりの気持ち、人としての誇りや意欲、その人の居場所や拠り所を大切に、ご本人・ご家族が安心して過ごせるようなサービスの提供を日々努めていきたいと思う。

地域社会の中で生きがいをもって過ごす為の援助 手作りぞうきんをバザーに出品

ケアサポートセンターようざん栗崎
発表者：渡丸由美子
木暮和子

はじめに・・・

人が自分らしく生きるという事は、どのような事だろうか？

それはその人自身が住み慣れた地域の中で暮らし、若かりし時にそうだった様に、地域の多くの人達と交流を持つ事ではないだろうか。また、人と人とのふれあいの中で助け合ったり、自由に会話をしたり、開かれた社会の営みの中に生甲斐を感じることはないだろうか。

【問題として】

- ・家と苑の往復で、閉鎖的になりやすい
- ・認知症により、出来る事が少なくなっている
- ・自分の役割がなくなり、自信が持たなくなっている
- ・心理的、機能低下による周辺症状(徘徊、帰宅願望等)がある

【目標】

- ・地域、家族、小規模の連携を図り、利用者様を支えていく
- ・こちらから出向き、地域に貢献する
- ・その人らしく生活できる様にサポートする
- ・社会の一員として必要とされている事を実感してもらう
- ・回想技法により元気だった頃の自分を思い出してもらう
- ・生活の中に一瞬でも集中して生き活きとした時間がもてる
- ・残存機能を維持する
- ・地域との交流を通じて、認知症を理解して頂く

【具体的経過】

《 今迄の地域交流実績 》

- ・当苑では日常に利用者様と近隣を散歩する。
その際近隣の方には声をかけて貰い、時には、手作りの野菜や庭の花を頂いたりしている。
利用者様からも声掛けをし、穏やかに交流がとれている。
- ・行事として、近隣の保育園の園児達に来て頂いて、一緒に歌ったり、踊ったりして子供達と触れ合う時間を持った。
- ・近隣の方々による慰問団の受け入れ(月に平均7～8グループ)
その他、納涼祭、避難訓練、など地域の方々を迎え入れての交流はあるが、施設から出向く地域交流は少ないと感じていた。

そのような状況の中5月初旬に、栗崎地域の職員より地域の小学校バザーが7月5日にあるので、利用者様手作りのぞうきんを提供してはどうかという提案があった。試しに軽度～中度の利用者様にぞうきん縫いをして頂いた。

タオルは当初 20 枚程度から始めてみた処、徘徊の激しい利用者様もぞうきん縫いには手続

き記憶で集中して、20枚程度はすぐに縫いあげてしまった。

利用者様の中には和裁の経験のある方が何人かいて、とても丁寧にクロスに縫いあげた利用者様もいた。縫い方解らない方は、職員が利用者様の出来ない部分を援助したり、直線を縫えない方は、職員が縫いしろをタオルに記入する事により真っ直に縫いしろ通りに縫うことができた。利用者様のその様子は、ユニット会議で報告され、バザーのぞうきん提供により、地域に貢献し、役割を持って頂き、自信に繋がる様に支援していく事を方針としていった。その後利用者様ご家族より沢山のタオルを頂いたり、利用者様から「バザーのぞうきんを縫いたい」という声があがったりと、少しずつバザーへ参加するという意識がユニット内で盛り上がってきた。

最終的にぞうきん縫いは40枚程度仕上げられ、その中から35枚を小学校役員に提供させて頂いた。

7月5日のバザー当日には8名の利用者様と職員で午前10時頃出かけた。参加された利用者様は「ぞうきん売場はどこかな？」と、とても嬉しそうなお様子で車に乗り込まれた。会場は賑わっており、利用者様からもその空気に沢山の笑顔が見られた。当苑管理者より小学校校長へ、バザーに参加させて頂いた

お礼を言うも、反対に「とてもぞうきんは役立った」と感謝のお言葉を頂き、

今後ともようざんの利用者様が小学校の行事などで交流させて頂く事をお願いした。利用者様は自分で作ったぞうきんを抱えニコリと記念撮影を行った。

その後、利用者様はテント下で出店の焼きそばを召し上がられ、その表情はいつにない笑顔だった。中には感極まり、自分が小学校教師だった事の思い出が重なり泣きながら焼きそばを頬張る利用者様や、小学生と会話したり、ボールを投げ合う利用者様の姿も見受けられた。

【考察】

今回の事例では認知症を抱えた利用者様が、地域に貢献し又地域の方達と交流できた事に大きな成果があったと思う。ユニット内でも「認知症中度だから」という「ぞうきんは縫えないのではないか」という最初の先入観があったが、利用者様も出来る事、出来ない事を見極める事により1人1人個性あふれるぞうきんが出来、「昔取った杵づか」という言葉が思いだされた。

また、2時間程度集中して縫うなど、その人の本来持っている力を職員も学ばされたと思う。認知症という固定観念を崩し、可能性を伸ばす事を実感し個別のケアの重要性を再確認出来た。利用者様にとっても、自分の作った物が役に立ったという喜びは、自分への自信に繋がったと思う。たとえその記憶からその場限りのものだったとしてもいい。外部からは、PTA会長よりぞうきん寄贈と利用者様が参加した事へのお礼と共に、今後も行事に参加して欲しいと依頼されたり、小学校校長より今後は子供達に福祉の勉強をさせてあげたいので協力して欲しいと依頼があったり、又、バザーに関わった方々より利用者様が一針一針縫ったぞうきんを見て感動したとの言葉を頂いたり、良い評価が得られたと思う。

【まとめ】

同じ目標に向かいバザー参加が出来た事は、小規模多機能が地域に根付いたものである事を改めて認識させられた。また、認知症という病を負った方でもまだまだ地域参加を計る事が出来る事が解った。今後共地域、利用者家族様を取込み継続して利用者様が地域交流できるよう意識し、様々な企画や外部行事参加への機会が増えるよう職員一同努力していきたいと思う。

「私らしさへの取り組み」 ～新しい視点からケアの方向性を探る～

ケアサポートセンター
ようざん貝沢
発表者：山川真希 須藤史渡
高尾寛之

【はじめに】

カラオケを歌えば山下達の「クリスマスイブ」を熱唱し、TVを見ては女子アナの名前をさりと答え、ドライブでは流れる風景の中から「吉野屋の牛丼が食べたくなったよ」と看板を見て楽しそうに言う。

52歳、若年性アルツハイマー型認知症の方が5月21日ようざん貝沢を利用開始した。私たち職員はいわゆる高齢者向けの支援から新たな視点でのケアが求められ、「Sさんらしさ」の早期実現に向け、一事例を短期経過として振り返り検討を行った。

【目的】

事例を通じて、若年性アルツハイマー型認知症ケアへの取り組み及び重要性について考え検討する。

【事例紹介】

名 前 : S・Mさん
年 齢 : 52歳
要介護状態 : 要介護1
既 往 歴 : 特になし(21歳両眼網膜剥離手術)

【生活歴及び利用までの経緯】

T市生まれK町在住。妻生存中に妻の反対を押し切り事業を起こし、家庭を顧みず子供は父母に預ける生活が続く。H14年(7年前)妻が亡くなり、さらにギャンブルなど浪費を重ね、好き勝手な生活になる。

H16年、特に誘因なく次々仕事を試用期間中に辞め転職の繰り返し。以来家賃滞納、生活費不足などがあり昨年の5月より物忘れの言動が顕著になる。11月に実家に戻り12月S病院を受診し、精査目的でT病院にてH21年2月若年性アルツハイマー型認知症の診断。

H21年5月に同居の長男のストレスが強まり本人に暴言暴力行為がみられ、5月21日ようざん貝沢を緊急利用となり、主介護者(母82歳)の介護負担軽減を図り、一時的な避難措置として宿泊を行い、サービス提供を開始する。

家族構成

母(82歳):主介護者であり、遺族年金で生活。弟はN県で暮らし、介護などの協力は見込めない。長男(24歳)は強く介護拒否があり、長女(21歳)はS市で暮らし施設入居希望。

【取り組み・まとめ】

小規模多機能型施設サービス計画書(1)・(2)を基に、ようざん貝沢での生活に慣れ、「私らしさ」が生活の場に早期実現できる取り組み援助を行った。

- 1, 一日の生活のなかで明確な役割を持つことで、「自分がやりたいこと・出来ること」への提供と「自己発揮できる環境」作り。
- 2, レクリエーションなど職員の補助的な役割(指導的な立場)
- 3, 社会とのつながりを保てる取り組み。
- 4, マッピングや保持能力シート等を活用し、情報を図形化しケアに生かす。
- 5, 全てにおいて自尊心を保てる支援を行うことで、人生の先輩として敬意を表す。

【結果】

- 1, 一日の生活のなかで明確な役割を持つことで、「自分が出来ること」への提供と「自己発揮できる環境」作り。

基本的な役割支援のとらえ方として、本人が興味を示し取り組んでみたいと思ったことへ役割をお願いする。利用当初は職員がモップを使って床掃除していると「手伝おうか」と言い、そこから床掃除をお願いし本人も快く承諾し現在も職員の声掛けと確認が必要であるが、基本的には継続している。

他に、朝食後の皿洗い、利用者の話し相手、カーテン開け閉め、テーブル拭きなど役割を持つが、全体的にムラがあり、家事的な事への興味不足や不向き傾向があると思われる。また職員の援助にもバラつきが見られ、統一した日常生活動作・行為への細分化と主体性のあるケア内容が今後の課題である。

- 2, レクリエーションなど職員の補助的な役割(指導的な立場)

利用開始当初、お年寄りのレクリエーション(ラジオ体操やタオル体操、嚙下体操など)の時間を察知し、宿泊室で過ごされる姿があった。本人は「なんだかバカバカしいよ」と照れ笑い。お年寄りと一緒に取り組むのには照れや恥ずかしさが十分に言動から見受けられ、検討を行った。

まず男性職員と一緒に指導的な役割を担ってほしい事を伝え、本人に十分な説明を行ったところ同意を得、今では職員の隣でレクリエーションの補助をするまでになった。本人も「そろそろやりますか」と意欲を感じさせることもある。職員との信頼関係の構築に役立ち「一緒に何かをやる」ことの重要性を学ぶ。これはお互いの共通認識の中で、共動や連携を行うことの楽しさでもある。

- 3, 社会とのつながりを保てる取り組み

朝夕の送迎助手や、ドライブ参加への声かけを実施。本人にとって外出行為であるドライブは、本人の一番の楽しみでもあり、みなれた風景を眺め、時には行きつけの居酒屋や「ツケ」が効く飲み屋を職員に楽しそうに話す特別な時間である。

送迎のお手伝いとして参加の場合は「またお手伝いを夕方の〇〇時に頼みたい」と事前に伝えるようにし、本人も時間を気にする機会が増え「そろそろ行こう」と言ってくることもあった。

これは日常生活にメリハリをつけることが出来、生活に目的や楽しみが増えるのに役立っていると思われる。

また送迎では、利用者宅に到着後、荷物を持ち利用者家族への丁寧な挨拶など、職員と同じ姿勢で助手として手伝う。これは「こうしてほしい」など指導やお願いをした事はなく、本人が持ち合わせている社会適応能力である。しかし一日の全体的バランスを考え、ドライブなどに参加された場合は、夕方の送迎助手は疲れやすくなる傾

向がみられ、送迎助手は疲れ具合を勘案し適宜中止としている。

- 4, マッピングや保持能力シート等を活用し、情報を図形化しケアに生かす。
「共通の視点」への援助や「情報活用」を円滑に実施するためには視覚的に捉えやすいマッピングシートを活用した。Sさんと関わりのある人物や物など、キーワードを話し合いながら一枚の用紙に記入していきました。これは単に記録による活字を目にするに比べ、記号や絵、キーワードの方が視覚的にわかりやすく、時間は決めずに、10分程度のミニ・カンファレンスを開催しマッピングを行う。月2回のカンファレンスでは浮かび上がるケア内容などのキーワードも記入。また簡易アセスメントを実施し、保持能力の具体的なキーワードの記入を行った。

取り組みはまだ短期経過であり、成果はもうしばらく時間がかかると思われるが、職員間で共通認識のもと、統一されたケアの提供に役立てると推測されている。これによりSさんの新たな趣味趣向が把握でき、パソコンではワード・エクセルが得意である情報を得、今後の個別ケアに組み込む予定である。

- 5, 全てにおいて自尊心を保てる支援を行うことで、人生の先輩として敬意を表す介護実践の場で、ちょっとした工夫で役割が輝いた。例えば食事の際、下膳だけは本人にお願いし手伝っていただく。これは、下膳だけの場合食べ終えた膳を台所に運ぶだけでよいからである。配膳を行うには「名前を聞く」「名前を覚える」「こぼさないように持つ」「運ぶ」など複雑な行程が本人にとって煩わしく、ミスを引き起こしやすい場面でもある。例え簡単な役割であろうとも成功体験が何度あっても、それは喜びであり気持ちのよいことだと考えた取り組みであった。しかしこの下膳も全員ではなく、Sさんが面倒をみている(気に入っている)男性利用者などであり、「持って行ってやるよ」と他の利用者への気遣いや、役に立っている意識、世話も役割の一部で私らしさの発揮すべき点でもある。

どちらかと言えば、男性スタッフによく話しかけ、関係を求める姿が多く、「アニキ」的な存在。ある職員は「先輩」と呼ぶ。これは、学生時代に上下関係の厳しい空手部に所属し「先輩」とよく呼ばれていたと本人から聞かされたからである。

【考察】

高齢者や要介護状態の方が住みなれた地域での生活を継続するために、平成18年4月から導入された「地域密着型サービス」の小規模多機能型居宅介護施設で、私たち介護職員はお年寄りを中心に援助を提供している。そして今回この事例を通じ若年性アルツハイマー型認知症と、アルツハイマー型老年認知症の支援を行う上では大きな隔たりや特筆すべき変化などはない。「パーソン・センタード・ケア」(その人らしさを大切にするケア)そのものであり、ゆるぎない目標・支援方針である。

それらに伴い「その人らしさ」の実現にむけた取り組む過程は「個別ケア」でありニーズを元に具体性のある援助を必要とする。利用者の生活歴を知ることは特に重要なことである。

「どのように接し、話しかけ、ケアしていいのかわからない」と最初職員は悩む。ジーンズを履き、ADLは自立、身体的な介護は不必要な男性で当然戸惑かもしれない。しかし、これは「その人」を受容し理解をする為の初期反応のようなものであった。また「若年性アルツハイマー」という言葉が人物像を曇らせていたように感じる。それら悩みは時間が解決し、ちょっと照れ屋で、他者へ気遣いができ、ユーモアを持ち合わせている50代アルツハイマー型認知症を患うSさんだ。

苑での生活を送る中で、Sさんは、トイレの中で何かを考えている様に立ち、しばらくして思い出したのか手洗いを行ったり、洗面所で水道の蛇口の閉め方がわからず、立ち去ってしまうこともある。ホールから廊下を歩き、宿泊室まで行き、またホールへ戻るなど往来している姿

もある。「あれ、おれのヒゲそりのメーカー名なんだっけ」とすぐに名前が言えず、入浴時衣類の着脱に少し混乱がみられ、次の衣類をさりげなく準備しておくことや、洗濯する衣類と新しい衣類の見分けができず、一緒に確認しあって理解を行うことなど、失行が見られる。

そのような時、Sさんの表情は不安の色を隠せない。想像を絶する不安と恐怖の連続の生活であると思われる。

若年層だからこそ活発で高い能力・精神を保持しているSさん。職員や本人と関係を持つ人との「顔なじみ」「信頼関係」の充実が必要だと感じた。これは高齢者ケアにも通じることで、目新しいことではないが、「共生」つまり様々な世代や障害の有無にかかわらず共に生きること、それは「良好な関係作り」を築き上げることであり必要不可欠な要素であると思う。

Sさんの過去の生活歴を、普段の何気ない会話の中に織り交ぜることで、次第に心を開き、打ち明けてくれるSさんが経験した過去の出来事。そしてそれらを共有する空間と時間の大切さに気づいた。

Sさんは「俺は、たまに忘れちゃうんだよな」と苦笑しながら話すことが最近聞かれる。これは信頼関係が築き上げた成果なのか、またハッキリ断言できない。

しかしSさんらしさが出せる環境を準備・工夫を私たち援助者は試行錯誤を重ね、「俺、ここに居たいな」と思えるような空間を色あせることなく提供していく必要がある。その土台に小規模多機能施設ようざん貝沢が存在してほしい。

今回、Sさんの生活歴をより知る為に簡易アセスメントを本人と一緒に実施した。Sさんは自分の過去を楽しそうに詳しく何でも話してくれる。それは「自分の事を知ってもらいたい」「自分はこんなことをしてきたんだよ」と伝えたい現れのものである。

Sさんは自分の病名など理解しているのか不明である。援助者もあえて聞こうとはしません。いずれSさん自身から職員やケアマネに相談されるのか、それともそのままなのか。今は「待つ」ことを優先させ、「待つ」ことも支援の一手法として捉えている。

そして、私達はアドボカシー（代弁者）の役割を担っており、その人の気持ちを汲み取り、ケアに生かす（生活の場）事の大切さを再認識した。

【課題】

私たち人間は幼年期から非常に多くのことを学び、経験を積みながら「得る」ことを「喜び」として成長する。しかし若年層にアルツハイマー型認知症を発症すると言うことはいままで培ってきた、私らしさ（歴史）の保持能力を「手放す」ことであり、今後より多く手放すことを幾度も強く経験し「悲しみ」を味わうことだろう。

失っていくことへの負担軽減支援と身体的・精神的活動のバランスなど、長期的な視野で捉え支えていく必要があり問題解決へ向けて目標や方法が持続していけるように援助が必要である。

【おわりに】

「ディープパープルだよね？」「そうです」「これはハイウェイ・スターだね」「私はスモーク・オン・ザ・ウォーターが好きです」「そうだね、あの曲も名曲だよ」。これはSさんと外出先の車内でラジオから流れてきた音楽の話題です。おわかりにならない方も多いことだろう。イギリス70年代の伝説的ロックバンドである。私たちは、新たな援助技術の引き出しの用意が必要なのかもしれない。様々な世代に対応できる為に。

日本の高齢者は2800万人を超え、在宅介護を支えるのが介護保険の理念として掲げられている。小規模多機能施設の持つ機能を有効に活用し、若年性アルツハイマー型認知症の利用者を、今後も積極的に受け入れ、また質の高いサービス提供をおこなう姿勢を今後も充実し、継続できればと思う。常にパイオニア精神を持って。

人との豊かな関係(生活)を取り戻したOさんの事例

—個別機能への取り組みと人との関係を豊かにした関わりから—

スーパーデイようざん 綾小路真理子

I. 始めに

高齢者の中には怪我や病気をきっかけに、認知症の症状が出現し混乱や徘徊等周辺症状を呈すようになる方も数多い。多くの介護者は自宅での介護が困難になると、どうしたらいいのかと思悩んでしまう。何とか家にいられるうちへと、他者との交流や刺激が少ないまま認知症の症状が進んでしまう例も少なくない。人との意思疎通がかなり困難な状態となり、長谷川式簡易知能評価 0 点。このような状況の認知症の方において、少人数制認知症対応型デイをご利用され、個別の対応とチームアプローチを行うことで言語機能の向上と、人との関係が豊かに改善され生活の質の向上につなげていけた事例をここに紹介したい。

II. 事例紹介

年齢・性別 Oさん 83歳 女性
介護度 要介護3
病名 認知症
白内障
聴力障害
職業 病院の付き添いの仕事
家族構成 次女とその長男

III. 利用開始までの生活歴と経過

長野県生まれ、10人兄弟の末っ子として大家族の中に育つ。結婚され子どもが中学生の時、夫が他界。病院の付き添いの仕事をして子どもを育てる。長野から群馬に転居した後も60歳まで同じ仕事をし、退職後は、庭先で育てた花々をご近所の人にあげるのを楽しみに生活していた。

その後、2回交通事故に遭い、長女が他界。このことで精神的に落ち込み、引きこもり状態が続く。この頃から一日の多くを横になって過ごし、身体的、精神的にも低下。同居の家人はいるが仕事や学校があり、日中は独居の状態。ご近所の方々からの事故や怪我への心配もあり、H19年5月よりSDようざん利用開始となっている。

IV. 利用開始時の様子

移動・・・自力で歩行されるも下肢の筋力低下でふらつきあり。

視力・・・白内障の為、目の前がようやく見える程度

聴力・・・(右耳 難聴あり) 耳元で声かけしても反応は弱く表情の変化もあまりない。

対人関係・・・ご家族のことは分かり、不安があると娘さんの腕をつかんで離れないが、ご家族とは違う第3者、他人には関心が薄く自分からは傍に寄らない。

V. アセスメントと計画・日々の対応

1. アセスメント

(1)・・・長い間独居日中独居の状況・・・人との関係が薄くなっている

(2)・・・事故に2度の事故、長女の他界・・・生きる意欲の低下

(3)・・・ひととの関係が薄い・・・機能維持に必要な活動低下、口腔機能の低下、認知機能の

低下、生活機能の低下

2. スーパーデイようざんの目標

- (1)・・・人との関係をしっかりともっていくこと。
- (2)・・・個別機能訓練の中で機能の維持向上を図っていく。

3. 日々の対応の実際

(1)職員一人ひとりが近寄り、「おはようございます。」「さようなら」等と顔を合わせて声をかけ、ご本人の返事を待って交流を楽しむ。 —写真—

(2)動きを見守り、危険の可能性のあるときは必ず付き添い丁寧に声かけをして対応する。
—写真—

(3)健康体操やリズム体操、口腔体操・マッサージなどすぐ目の前で一緒に行き、職員の身体を使って動きを感じてもらい、真似して出来たときは「とってもいいですねー」など声をかける。
—写真—

(4)食事時、途中何回も立ってしまう時は「もう終わりですか?」「まだ途中なら食べましょう」となるべく集中して食べて頂けるようにそのつど働きかける。

(5)外に行きたいときは一緒に出かけ、健康体操などにも職員や他利用者と一緒に楽しめるよう働きかける。
—写真—

(6)他部署の職員や受け入れてくれそうな利用者や他者との間に職員が入り交流を楽しめるよう働きかける。

(笑うことを大切にする。)

—写真—

VI. 日常の中のやり取りより

1. 職員・・・「お茶飲みませんか?」

0さん・・・「いいんですか?」0さん・・・「おたくのお茶はないんですか?」

(H20. 11/24)

2. 職員・・・「血圧は調度いいですよ」0さん・・・「あっそう、良かった」

職員・・・「体温計入れさせてくださいね」とボタンを外そうとすると

0さん・・・「待って」「これでいい?」と自ら外す。(21年. 4/1)

3. 事務所にあいさつに行き「こんにちはお世話になります」と職員に近寄り、対応していただき嬉しくなって相手の人に握手してなかなか手を話さなくなる。

(21年. 4/1)

4. 来客者に自ら近寄り「こんにちは」と挨拶をする。来客者が帰ろうとすると「あら、もう行っちゃうの?」と声をかける。(21年. 4/1)

VII. H21年7月現在の様子

1. やり取りをしている人の方に顔を向け目を合わせるようになる。
2. 人の傍が好きになる。
3. 言葉数が増加し、言語が明瞭になる。
4. 会話が成り立ち楽しめるようになる。
5. 自分の気持ちがはっきり言えるようになる。
6. 表情が豊かになり声を出して笑うことがある。
7. 歩行できる距離が延びている。
8. かなりの弱視でほとんど見えないと思われていた視力は、実は見えていることがわかった。

VIII. 考察

利用開始時、自分の世界に生きていて他者はお構いなしで、「んー、んー」となるような声

や不明瞭な言葉が多く、言葉に対しての理解も他者との関係も弱かったOさん。

人と共にあって、自分が受け入れられ、関係を深める日々の中で、共に動いて(運動や家事やレク等)、共に笑い、共に楽しんで生活をする。そんな豊かな関係の中で、丁寧に根気強く低下した機能に働きかけ続けることで、低下していた機能も徐々に回復していける可能性があることを私たちスタッフはこの事例を通して深く学ばせていただいた。

IX. 新たな課題

他者との関わりを豊かにし、機能の向上を大きな目標にチームでの支援を進めてきた結果少しづつではあるが確実に、関わりが豊かになり、機能の向上につながられた。その中では新たな課題も見えてきている。

1. 紙への執着があり、トイレの紙を収集。トイレからなかなか出てこない。
2. 意思表示がはっきり出てくると同時に、自我が強くなり暑くても重ね着やマフラーを外したくない。

X. 終わりに

安心できる関係が結ばれてきている現在、ご家族様が望まれているような「今後も人の中で安心して楽しみのある生活を送って欲しい。」を継続していけるよう、より細かな生活(生活習慣)に目を向け、個別への働きかけとチームケアの中での支援を続けて行きたいと考えている。

心の声を聞き寄り添うケアの大切さに

グループホームようざん

発表者：神宮みよ子

石井美千代

はじめに

グループホームようざんは、開所して3年を迎え利用者様の声にならない訴えを受け止めようと模索を繰り返す日々を送っております。一日の生活の中で、表情、身体と何度も変化のある利用者様を受け止めたい、寄り添いたいとその気持ちは入所当初、心開かなかった U 様に伝わるものがあつたと思われその様子を今回報告します。

<事例報告>

氏名 U 様

性別 女性

年齢 83 歳

介護度 4

既往歴 両大腿骨頸部骨折

左膝変形性関節症

便秘症

認知症

移乗、移動、立位

立位：可能であり、車椅子の使用をされ一部介助にて移乗ができる。

移動：自走をされるが時々車椅子の使い方がわからなくなる。その都度声掛け、手を添えてできるだけ自走をして頂けるよう介助に入っている。

歩行：事前の情報では、歩行困難との事だったが尿意があつた時、車椅子からおり、手摺りにつかまって歩かれているが、骨が大分弱くなっているとの事、痛い痛いと言われながらの様子に転倒の恐れがあるため、その都度見守り、一部介助をする。

清潔：口腔ケア、洗顔は声掛け見守りの一部介助を必要とするが、自力にて出来ている。更衣についても介助するとできる。

<生活歴と入所に対する目的>

結婚前、教師をされていたが結婚を機に退職し一男一女に恵まれ、生け花、編み物、詩吟の先生をされ家庭を大切にされ生きてこられました。実子であるお二人は近くに住んでいないこともあり、養子に孫を迎え一緒に暮らしていました。平成 18 年暮れ頃より物忘れや同じ事を繰り返す事が多くなるなどの症状がみられ始めていました。平成 19 年 1 月自宅玄関にて転倒。左大腿骨骨折で入院となる。入院中のリハビリにより手引き歩行が可能となるが、認知症は思ったよりも進行していた。2 月 12 日退院当日主介護者であるご主人がなくなられ、小規模多機能居宅介護の利用開始をされ 5 月 1 日グループホーム入所となった。ご主人が亡くなられた事は、混乱、忘れてしまうなど色々な視点から娘様と話し合い伝えていなかった。

<支援経過>

入所時の U 様は、自宅でないと感じながら夜は自分のもとに、ご主人が帰ってくる。それまでは眠れないこと、鍵を開けてあげなければいけないと、以前の生活が見える行動がつづき、1 年半の中で三度もの環境変化から認知症の進行、現時点で何がわかり何ができないのか、

課題点がたくさんありました。混乱されながらもグループホームの生活に少しづつ慣れ、危険性はあるものの手摺りにつかまりながらトイレ、洗面所に行かされているU様の歩行はリハビリによって歩行が完全に可能になりそうだと職員の間でも声があがっていました。日中、トイレに何度も行かれる姿が良く見られ頻尿なのか観察が必要である。便は便秘との情報どおり硬便で何日も出ない様子が見られていた。時に便失禁がリハパン内にありそれにU様は、誰がこんな汚い物をこんなところにと言われる姿があった。夜間にはトイレ後洗面台で水をずっと流され、手を洗われていたり蛇口を壊したりと覚醒が続いていた。そんな矢先、今年1月より発熱が続き主治医の往診、受診によるエコー検査を受ける。原因がはっきりしていない中体調の良い時は夜間覚醒中に服を脱いでいることもあった。

<問題点>

課題 5月から12月

・グループホームの生活になれて頂く

・夜間覚醒にてされる行動で玄関に車椅子自走しての徘徊をされ、主人が帰ってくると言われ電気のスイッチをいじられる。トイレのスイッチも同様。止める事により人格が変わるU様への対応

・日中の居眠りを無くし夜間良眠できるようになるのか、興味を持ち出来る事を探す

1月から現在

・度重なる発熱のため臥床する日々が続いている

・身体の痛みの訴え、笑顔・発言の減少

・発熱による排泄困難

・食事、水分摂取量

・発熱の原因が尿閉とわかりバルーンカテーテル留置による清潔保持

・立位、歩行困難の為 車椅子による生活のU様の対応

・相変わらず昼夜逆転状態で夜間カテーテルを引っぱってしまったり、投薬により調整にて時折軟便がでるが、便いじりによる現状対応

・日中の離床の時間が長いか足のむくみがとてもひどく見られるが、本人からの声に出しての訴えが無い。

・入浴は、グループホームの浴槽では困難、苦痛が見られる。

<プラン、取組>

グループホームの生活の中でU様が笑顔で日々送れるようになればと、U様が安心して生活できるようプランを立てバレーが好きであり、風船バレーに参加して頂くと声を出して笑われ楽しそうに過ごされ、又出来る事として書道をし現在もホールに作品を掲示してあります。

洗面所の蛇口を壊してしまう事に対し、職員の対応にも問題があり見守りと言葉かけに入るタイミングを見極めなければいけない。トイレに行かれ排泄がすんだら手洗いをタイミング良くとめ居室までの歩行で「痛い痛い」と言われる言葉に寄り添い安心を持って頂く姿勢が必要であり実行に移す。発熱後からは臥床時間が長くなり熱の無い時には、ベッドをギャッチアップし上体を起こしたり、車椅子でホールにて水分や食事を摂取して頂き、歌を歌うレクリエーションなどに参加して気分を変えてもらう。

電気のスイッチをいじってしまう事、テレビやエレクトーンのコンセントを抜いたりする事にいけない事ととらえがちであるが、他の入居者の方もやはりテレビを見終わるとコンセントを抜く方がいます。意味ある行動と視点を変えたら対応や関わり方が変わります。夜間覚醒時U様の行動により他の方を起こしてしまうが一定の時間になると臥床を求める事や本が好きでテレビではスポーツを観る事が好まれる事など、観察の中で気づき対応すると静かに本に集中され臥床されてから、すぐに入眠できなくても、眠りにつくまで体を休めるようになる。それには、

臥床対応時、今は何時頃で朝までの時間は U 様の体を休めるのに必要な時間である事を毎日伝える事をする。発熱が続き臥床する時間が長くなってしまった事もあり認知症が進む事で御主人の事を心配される事は無くなってしまったが、理解する力、職員の対応の差を見抜く力はまだ残っており面倒くさからず倫理に基づいて会話をすると受け入れてくれた。発熱から食事、水分摂取量が減り食事は色のはっきりしているものだと口に運ばれ水分は発熱時には摂取困難の為日中、看護師による点滴対応を居室で行う。並行して身体の痛みの訴えの中で整形外科、泌尿器科受診を家族の協力をえて行う。尿閉と診断され自力の排尿困難の為バルーンカテーテル留置後は発熱が見られなくなったが、水分摂取量を管理し尿汚染無く症状が少しでも良くなるようにする。

車椅子での対応が長時間であると、足の浮腫が悪化し尿の出もわるくなる事、全職員の中での理解力が初めのうちは無くむらがありどう対応する事が大切であるか統一の対応によって U 様との間の信頼関係が築けるかと話合う。入浴もグループホームの一般浴槽では対応困難の為、併設の小規模多機能の機械浴槽で実施すると身体の苦痛の訴えもなくとても素敵な笑顔で「気持ちがいいです。ありがとう」と言われるようになる。ケアする側も心休まるような思いを抱く。週一回の機械浴では清潔保持ができないため、陰洗や清拭を施行する。排便に関しては硬便で何日もでない、押し出すことができない為医師より薬を処方してもらい投薬するが定期的な排便がない。便が出た時に汚いものと受け止められず、何かがあるところとらえてか、便をいじってしまうのでオムツ内の確認をこまめにする事、その都度便がどういものであるか、何かの形で伝わってもらえたらとU様に伝える。

<考察>

- ① U様の対応をする中で、言葉かすが少ないから、訴えがないのではなく職員にとって困った問題行動だとしても視点を変えて見る事によって、その行動が声の無い心の声であると受け止めなければいけないと感じた。
- ② 職員のケアの統一や理解する気持ちの大切さを教えて頂いたように思います。
- ③ 課題点はまだまだたくさんありますが、現在家族やU様が落ち着いて安心して利用できるように少しずつ良い方向に向かっていていると思われれます。臥床、離床対応時U様が「ありがとう」と笑顔で言ってくれる事が多く見られるようになってきました。

<まとめ>

こころの声を受け止めることは決して難しいことではありません。ご自分の家族だったらと置き換え、顔のちょっとした表情や話し方が違うなど日々の変化を感じる事だと思います。決してご家族と同じ存在ではなく、同じ位置には立てませんが訴えや寄せる想いを受け止め対応するのは、365 日生活を共にしている職員であると思います。職員が共通した対応やU様を受けとめ心から寄り添うこと、それはすべてとは言えませんが伝わるものがあり笑顔や日々の生活に結果として残していると思います。家族が受診や面会の時にU様の見せて下さる顔は母親であり人生の先輩の顔です。職員に見せる痛みの訴え甘えた表情一歩置いた関係だから出せるものだと思います。週 2 回の通院は、家族の協力なしではできない事ですが、日々を共にしている私たちが出来る心身のケアをしていきたいと思っています。

共感から始まる認知症ケアの実践

～ケアの先に見えたもの～

スーパーデイようざん飯塚
発表者：石原賢

【はじめに】

「認知症ケア」という言葉は、介護業界に携わる者であれば、誰もが一度は耳にした言葉だと思う。ではそれを的確に実践し、どれだけの効果(または結果)として生み出すことができているだろうか？今回はある事例をもとに認知症ケアの根底にある考え方「定義」を基本とし、私たちに求められていること「実践」、ケアの先にある物とは何なのか「影響」を検討した。

【目的】

認知症を抱える人に対し、どう考え、向き合い、そしてどのような結果がそこにはあるのかを事例を通じて検討し、私たち専門スタッフ及び人としての考え方、目標を明確にする。

【事例紹介】

氏名：H・Sさん

年齢：89歳

要介護：4

認知症高齢者日常生活自立度：IV

既往歴：認知症(6年前) 左大腿頸部不完全骨折(H19年5月13日)
胆石(胆嚢切除手術)

【生活歴及び利用目的と経緯】

6年前より認知症が出現し始め、H19年5月13日に徘徊し路上にて転倒。頭部打撲、右前腕挫傷。左大腿頸部不完全骨折が見られ、保存的治療行う。その後も記憶障害による物忘れ、昼夜逆転や不穏行動(暴言・暴行)は継続的に見られ、老々介護にて本人の認知症による周辺症状に対する介護負担軽減と認知症周辺症状改善の目的にて、H19年6月13日から「小規模多機能型居宅介護施設ケアサポートセンターようざん」利用開始となる。その後、家庭事情による金銭負担軽減と入浴介助などの介護負担軽減、及び柔軟な個別対応可能による本人のQOLの向上を目的とし、H20年2月1日から「認知症対応型通所介護施設スーパーデイようざん飯塚」を利用開始となる。

【日常生活動作能力と認知症の症状】

食事：自歯がほとんどなく義歯もない為、軟食傾向にある。自分から食事を摂ろうとすることはあまり見られず。食事への意欲も低下し食事摂取量は少ない。食事することへの声かけ、促しをしても全量摂取困難。

排泄：尿意・便意がある為、トイレに行こうという気はあるが、見当識障害によるトイレ場所認識が困難な為、声かけ、誘導が必要である。失禁はほとんど見られない。

着替え：自分で行うことができるが、順序などは分からない。

清潔：入浴に対する介護拒否が強く、興奮状態にてスタッフ対し、暴言・暴力がでることがある。洗身等に対し失行あり、指示や誘導等の介助が必要である。

移動：自力歩行可能。視力低下が見られる為、歩行中転倒の危険性あり。

視力：視力低下がある為、物や形を間違えて認識してしまうことがある。

聴力：良好にて日常生活に支障はなく、日常会話にはしっかりと聞こえていると思われる。
記憶障害：数分前のことや数時間前のことを思い出せない。その時々では納得し理解するが記憶しておくことができず、何回も同じことを聞いてしまう。
見当識障害：自宅や妻を忘れてしまう。5月以外に9月にも徘徊が理由にて警察に保護されている。また、夜間せん妄が顕著に見られ、戦時中の体罰を思い出し、人格も急に豹変し「お前も殴られたいのか」「包丁を持ってこい」「首を絞められたいのか」等と暴言を吐き、暴力が出ることも多い。
家族構成：妻と二人暮らし。本人の実の娘4人は市外に住んでいる。依頼すれば協力得れるが、主介護者である妻はできる限り自分で看たいと考えている。

【ケア計画及びケア課題・目標】

居宅サービス計画書(1)・(2)に基づいた通所介護計画書(ケア課題)に対し、課題及び目標を立てた。

目標：慣れ親しんだ自宅での夫婦生活ができる限り続けられるよう支援していく為にも、的確な認知症ケアの実践により周辺症状緩和、進行予防を目指す。

課題：1) 認知障害による来所拒否の解決。

2) 環境の変化での混乱や不安による心身への負担を考慮しつつ、楽しみや生きがいを創造、発見することで充実した生活の獲得。

3) 入浴できることで、衛生管理または身体観察による皮膚疾患早期発見などの体調管理の徹底。及び、主介護者(妻)の介護負担軽減による極力無理のない在宅生活(夫婦関係)の確保。

【ケア実践経過・評価】

ポイント：パーソン・センタード・ケアという視点での共感。

本人のしっかりとした身体状況・生活歴などの情報収集にて現在のケアの確立に至るまでのエピソードを含めて、評価(結果)を確認していく。

1) スタッフは朝自宅まで迎えに行き、玄関を開け「おはようございます。お迎えに伺いました。」とまずは第一声。すると、妻であるSさんは本人に対し「ほらほら、迎えに来てくれたから行きなさい。」と言う。一方本人は・・・「めまいがするから、行けねえ。」仕舞いには「俺はどこかに行く用はねえ！！しつこいと吹っ飛ばされてえか！！」と言い、通所拒否という結果。しかも、行く度に毎回決まってこのパターンである。時間通りには行かず、1時間後、2時間後と臨機応変に柔軟な送迎対応を行った。

しかし問題なのは来所しないという初歩段階での現実。それから様々な誘い(来所促し)によって試みたが、いずれにしても決してスムーズとは言えず、思い通りにいく結果ではなかった。「どういう形であれ連れてくれば・・・」という結論に至ることが多く、結果そういった対応(無理矢理)になってしまいがちである。そんなある日、Hさんが昔話を話始めた。Hさんは一言こう呟いた。「今はもう運転なんてしなくなった・・・。」すかさず「運転しなくなっちゃったんですか？」とオウム返し風に聞き返す。すると、「昔は東京で運転手をやっていたんだけど、酒飲んで事故起しちゃってそれから恐くなって止めたんだ。」と本人は様々な情報提供をしてくれた。その話が続くようになり、本人の中で強い印象を記憶として残している。つまり、仕事としての生きがいがそこにはあったのではという観点から、送迎時でのアプローチ(声掛け)を変えてみた。

まずは一言目に「おはようございます！僕のこと分かりますか？」と問いかける。

「誰かな？わかんねえな。」とHさん。次に笑いながら「声は分かりますか？」と聞いてみる。すると「声は聞いたことあるし、顔も見たことあるような気がする。」と 穏やかに反応を見せ始めてくれた。そしてここからが第2段階。

「今日はHさんにどうしても頼みがあってきたんです。」Hさんは「何の用？」と言う。そして「実は車を買って見たものの、どこか不備な箇所があるんじゃないかと思ったんです。自分は素人でよく分からないから、ここは昔ハイヤーの運転手をしていたベテランのHさんにぜひハイヤーの調子の点検をお願いしたくて、ここまで持ってきたんですよ。」とお願いを試してみる。すると「もう昔のことで乗らなくなっちゃったからなー。」

言葉ではそう言うものの顔はニコニコし始め、どれどれ？と言わんばかりに、勝手に玄関先まで出てきた。さらに「Hさんに見てもらえて本当に助かりましたよ。じゃあまずは椅子の具合から・・・今度はシートベルトの具合は・・・？ ドアも閉めてみますね・・・ちょっとエンジンかけて走行してみましょー・・・。」と結果、何も拒否がないのはもちろん、何のためらいもなく楽しそうに昔話をしながら施設玄関に到着する。来所という形は同じだが、本人にとって一つの目的(理由)が生まれ、そこに“連れていかれる”から“行ってみるか”という自発的心理変化が起った。

- 2) “デイルームや廊下をひたすら歩きまわる” “椅子に座っていても何か落ち着きがない” “イライラしやすい” 以前まではそんな姿を見かけることがよくあった。

そこで、送迎時に自宅に伺ったことを(生活環境について)考えてみた。そしてまず実施したことは来所されるとデイルームではなく、和室に案内する。和室には炬燵、座布団があり、目の前には光が差し込める縁側があるといった環境だ。それ以来、たったそれだけで笑顔が増え、不穏・徘徊と呼ばれてしまう行動が少なくなったのは言うまでもない。

ある日、デイルームの方から元気な歌声が聞こえてきた。すると、Hさんは鼻歌を歌い始め、手拍子を打ち始めた。「音楽が好きなんですわね。」「どこかで習ってたの？」と質問を試みるところ、Hさんの口からは戦争の頃のエピソードを語り始めた。「戦争中は憲兵隊長をしていて・・・昔は芸が達者じゃなきゃならなかったんだ。音楽はその時にさんざんやってきたもんだ。」と言う。そこで、ピアノ・大正琴・ハーモニカ・バイオリン・・・様々な楽器を見せて、触れて頂いた。初めてそこにいた全ての人がHさんの才能に気がつく。何も教えていないのに全て楽譜も見ずに、弾き始めたのだ。しかも、ハーモニカについては、まるで絶対音感を兼ね備えているかのように的確に吹いていた。「そんなに上手ならちょうど演奏会があるから、参加してみない？」と誘ってみた。「どこで？」と、Hさん満更でもなさそうだ。一方その様子を見ているあるスタッフはデイルームにて、他利用者様に対し、「皆さんにもっと楽しく歌を歌ってもらいたいということで、今日は伴奏者をお呼びしたいと思います！」そこでHさんが登場する。皆さんから少し離れた全体から見える位置に座って頂く。「それではお願いします！」

スタッフの合図と共に、Hさんの演奏会が始まる。最初から歌う曲を決めて練習してきたわけではない。Hさんの自由な楽曲チョイスであり、これがHさんの第2の才能。

そして始まって間もなく“演奏会”であったはずが“合唱会”に変わり、終わった頃には大きな拍手と笑い声、笑顔が全体に広がっていた。Hさんは、他利用者様に自分から近づき、「また機会があったらいつでも俺が吹きますから〜。」と少し興奮気味に話していた。その表情には自信と充実感に満ち溢れていることが、手に取るようにしてわかった。「今日もハーモニカ吹くんかい？」このセリフがHさんの口癖。

“外へ出たいからドライブ” “帰りたいから散歩” などこれらは、その人が求めていることに対し、否定せずに実施したケアの一つであり、間違っているわけでもない。本人にとっての“環境”を考え、そしてまた強みを“環境”に変えていく。これを“外へ出たい”というタイミン

グ前のケアとして考えれば、充実した生活へのきっかけとなる。これは認知症ケアの大前提でもあり、私たち専門職が常に目指していくスキルの一つとも言える。

3) 基本的に入浴することは好きなHさん。しかし、実際施設では入浴拒否がある。“どうして入浴しないのか？”という基本的な疑問に対し考えてみた。

話によれば、昔からお風呂が好きだったというHさん。おそらく、著しい見当識障害が起きていることで入浴を拒否するようになってしまったと考えられる。

「Hさん、入浴行きましょう。」この一言で、すでに拒否があり立とうとしなくなる。

仮に脱衣場に行ったとして「では、入浴しますから服を脱ぎますよ。」この後は予想がつくかもしれないが「何で入らなきゃならないんだ！！触ったら指をへし折ってぶっ飛ばすぞ！！」と、こうなってしまう。そこで入浴時間を変更してみた。ある日、統計的に午後よりも午前中の早い時間帯での入浴実績が高いことに気がついた。「なぜだろう？」とここで一つの疑問。それは生活歴にヒントがあった。奥様によれば昔から午前に入浴をすることが多く、好んで朝風呂に入っていたという話だった。実際、本人からもそんな話をしていたことがあった。「来所して入浴を促せば平気かも。」認知症と向き合っていくことはそんな簡単なことではない。その場その場のことは忘れていってしまう為、当然入浴拒否行動が始める。

体調には人一倍心配性で、事実以前脳挫傷などを起こしていることもあり、病院にも多くかかっていたことが分かった。そしてもう一つのポイントが健康管理という理由付けだ。「健康管理として体温と血圧を測らせてもらっていいですか？」すぐに「いいよ」と返答がくる。「より正確に測りたいので、少しの間洋服脱いでもらいたいです。」と訴えると、Hさんは「このままじゃダメか。」と言いながら、一枚だけ脱ぐ。そのうちに、戦争の話が出てきては怪我をした話をし始める。「えー！どこら辺を怪我したの？ちょっと見せて下さいよ。薬塗らなきゃ。」と言った後はズボンのみの状態である。

「そうそう、体重も測りたかったんですよ。」の言葉に「どこで測るんだ。」と質問が帰ってくる。「ここですよ。」と誘った場所は“入浴室内の椅子上”。「体重計するのにズボンも脱いでもらわないと・・・終わればすぐに履いてもらって構わないので。」と言うと、「すぐにまた履くからな！」と少し怒り口調。その後体重計に乗った瞬間ズボンを下ろし、すぐに座ってもらう。入浴好きのHさんが蘇ってきて、「あ～いい気持ちだ。」という結果になる。あくまでこの実績では“入浴させた”という言葉が正しいのかもしれない。

ある日の入浴記録をきっかけにスタッフ全体でもう一度入浴へのアプローチが正しかったのか、そうではなかったのかを検証し、そうではなかった部分に気がつくことになる。

予想通りバイタルチェックを行う際、上衣はすんなり脱ぐことができた。そして、他のスタッフがいきなり脱衣場に入ってきたと思いきや「かゆいんですか？」と尋ねると、やや動揺しながらも「肩とここ(肘)が痒い。」とHさんは言う。左腰部もかき出した為、「薬塗りますからズボン脱いで下さい！」と言ってズボンを下ろされた途端に「帰るんだ！！」と激怒されパンツ、ズボンを履かれてしまう。これはよくある光景であるが、ここで私たちが専門職として犯してしまったミスがある。それは、“スタッフ中心の関わりをしてしまった”ということだ。認知症ケアにとって最も基本的定義にある考え方(パーソン・センタード・ケア)に反してしまっている。この関わりにおいて、Hさんの混乱と不安だけが残ってしまった形となる。

「どこの誰だか知らない奴が、急に部屋に飛び込んで来て、挨拶もせずに変な質問してきたと思ったら、服を引っぱがそうとして、訳の分からない物を身体に塗ろうとした。」これがHさんの心理状態。

私たちスタッフがどれだけケアだと思いきこんでいる傲慢な介護をしているかがはっきり見えてくる。私たちはここから何を学ぶべきか？

それ以降、①個別ケアの充実(安心・安全) ②適切な声掛け(納得) ③専門的身体介助技術(負担軽減) を忘れることなく実施してきた。現在、入浴ケアの考え方が“入れる”ではなく、本人が“入る”ということにチェンジし意識レベルとして確立されている。

【総評及び課題】

「本当に良くなった～。本人が精神的にも落ち着いてきたし、しかも表情が前よりグンと良くなって嬉しいです。自分の身体もだいぶ楽になって、二人での生活ができるのも皆さんの一生懸命のおかげ。心から感謝しています。」

これは、Hさんのご家族(妻)から定期的に言われている言葉である。

今回の事例はごく一部であり、全てが正しいとも言えない。しかし、これらの取り組みの中で無意味なもの一つもなく、むしろ大きく様々な場面において影響を与えていると感じられる。認知症を抱える人をケアすることに大切なことは、“その人になりきる”ことではなく、“その人として生きる”ということであり、認知症ケアのプロセスが大きく関わってくるのである。“ケアをされるという感覚”と“ケアを望むという感覚”実際、どちらがどれだけの割合で認知症を抱えている人が存在するだろうか。あくまで、その人の立場で考えていくことが基本となり、その基本があって実践があり、その先に目に見えない結果がある。私たちが目指すものは、いつも紙一重の世界であり、今回の事例もその一つで、良い結果、悪い結果どちらもそこには存在し可能性がある。

スーパーデイようざん飯塚では様々な部分において柔軟なサービスシステムがあるわけだが、いくら良いシステムがあろうともそれだけでは決してケアができていることにはならない。“身体で行うケア”よりも“頭で行うケア”。さらにはその先にある“心で行うケア”を求めていきたい。

【終わりに】

大河ドラマ「篤姫」の主演である宮崎あおいさん(女優)がNHKのあるテレビ番組に出演していた。若干23、4歳の女の子が言った言葉に鮮烈なショックを受けたのを覚えている。彼女は司会者に「篤姫を演じてみてどうでしたか？撮影中の楽しかったことや辛かったことはありませんでしたか？」と質問をされていた。

すると彼女は「撮影していた長い期間の演じていたということはよく分かりませんが、篤姫として生きていたことはよく分かります。少なくともその期間は篤姫としての人生を歩み、様々な人と出会ってきました。私という篤姫が体験してきた楽しいこと、辛いこと、悲しいことなどは視聴者の皆さんがご覧になった通りのものです。篤姫を演じていたのではなく、私は篤姫という人間としてあの時代に生きていました。・・・」

人を理解することですら簡単なことではないと思う。理解したいと思っていたとしてもそれは難しいかもしれない。彼女は、理解ではなく“共感”をしていたのでしょうか。心の扉を開け、そして心の目でしっかりと篤姫を見つめていたのだと思う。

この世界には多くの認知症という病気を抱えている人々が存在し、さらにその数は日に日に増加することが予想されている。そして、認知症ケアの専門職として私たちは、どう向き合い、ケアを実践していくかが永遠の課題となる。それを解決するにはおそらく“共感”できるかどうかにかかっていると云っても過言ではないようだ。

その為の努力を求め続け、その人その人の人生(宝物)を守りたいという気持ちが、人を幸せにできるのだと思う。

今後も認知症を抱える人々を1人でも多く受け入れ、サービスの質の向上を目指し、その人の幸せ(人生)について“心の目”で感じていければと思う。

小規模型デイサービスの良いところ、悪いところ

デイサービスようざん並榎
管理者:堀江一彦

1. はじめに

当施設は、平成 20 年 1 月からデイサービスようざん並榎を運営している。定員 13 名／日の 1 年半以上運営している中で、良いところ、悪いところは多くあった。良いところ特徴として活かし、悪いところは原因を考え、改善しながら運営した 1 年半を報告する。

※小規模型デイサービス・・・1ヶ月の利用者数が300名以下のデイサービス。

2. デイサービスようざん並榎施設紹介

施設名:デイサービスようざん並榎

定員:13 名(途中12名より変更)

営業日:(月)～(土)※祝祭日は営業

営業時間:9:00～16:00 ※19 時まで時間延長可

利用者数:10.0 名 平均要介護度:1.2

登録者:男性 9 名 女性 19 名

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2	5	11	3	4	0	2

3. 良いところ

良いところ	考察・原因
家庭的な雰囲気の中で、サービスを提供できる。	利用者同士親しい関係が構築しやすく、職員とも深く関わりが持てるので家庭的な雰囲気が提供できるものとする。
ひとりひとりを理解し個別ケアが出来る。利用者ひとりひとりに細やかに目が届き、状態を把握しやすい。	定員 13 名に対し 1 日平均 4 名以上の職員を配置。結果として利用者の性格、生活歴、全身状態の把握がしやすい。
その日の予定(提供時間)を利用者のニーズに応じて柔軟に対応できる。	主な提供時間を 9 時～16 時としている中で、7 時～10 時の迎え 13 時～19 時に帰宅に柔軟に対応できている。
入浴は 1 対 1 の対応で、比較的ゆっくり入浴ができる。	入浴者は平均 7～8 名。入浴は主に 9 時～11 半で行っている。比較的ゆっくり入浴することができる。また、全身状態の把握(皮膚等)をしやすい。
目が行き届くため、転倒骨折等大きな事故がない。	デイルーム全体に職員の目が行き届くため、開設以来転倒骨折のような大きな事故がない。

4. 悪いところ

悪いところ	原因・改善
<p>認知症のない利用者が認知症のある利用者に対して、非難、除外する傾向にある。</p>	<p>(原因・考察) いわゆる認知症の方の行動障害があったとき、ダイルームが狭いため、全利用者の視界に入ってしまう。それを認知症の無い利用者が非難、除外する傾向にある訳だが、このことは、認知症の利用者にとって耐え難いことと考える。小規模型デイサービスで認知症の重い方とそうで無い方を一緒にお受けするのは難しい。</p> <p>(改善) 当法人では、認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護施設を運営しているため、認知症の重い方はなるべくそちらを利用してもらうようにした。</p>
<p>利用者同士の間関係がこじれると逃げ場がない。 気があわない利用者があると利用者同士の交流に問題が生じる。</p>	<p>(原因・考察) 小規模のデイサービスの良いところとして利用者同士親しい関係が構築しやすいとあげたが、逆にこじれると逃げ場がないのも事実。大きい規模のデイサービスならこういった場合、お茶の時間などは別のグループに移る等できるが、小規模デイサービスは利用者のグループが多くある訳ではないため、そうもいかない。</p> <p>(改善) これに対する改善案はないのが現状。</p>
<p>職員が過干渉になる。 過剰な干渉やサービスを提供しやすい。 利用者と職員がなれ合いにある。</p>	<p>(原因・考察) 職員との関わりが密になる反面、過干渉や過剰なサービスを提供しやすい。利用者の出来ることにも手を出す(介助してしまう)傾向にある。結果として自立支援の妨げになっているのでは?と思う事もある。</p> <p>(改善) 過干渉になりがちなため、「出来ること」、「出来るけどしていないこと」、「手を貸せばできること」、「出来ないこと」、の見極めとその意識が職員に必要。またサービスが過剰でないか常に意識することが必要。</p>
<p>少人数なのでレクリエーションの盛りあがりに欠けることがある。</p>	<p>(原因・考察) 定員 13 名の小規模型デイサービスなので、レクリエーションが早く終わってしまったり、盛りあがりに欠けることがある。またレクリエーションに自信がない職員も多い。</p> <p>(改善)</p>

	レクリエーションの担当制の導入～全職員がレクリエーションに責任を持つ。 レクリエーションの月間予定の導入～今日何しよう？をなくす。
欠員に対する減収の割合が大きいため収支が安定しにくい。	(原因・考察) 短期入所生活介護など、他のサービスを併用して利用される方や、体調不良等で安定した利用が出来ない利用者が多いと欠員→減収となるわけだが、その割合が大きいため、収支が安定しない。 (改善) 定員UP(12名→13名)延長対応。 体調管理による異常の早期発見・対応。

5. まとめ

小規模型デイサービスを運営して1年半がたった。これからも小規模型デイサービスの良いところは特徴として活用し、悪いところは改善や職員の意識付けにより良いサービスが提供できるよう努力して行きたい。

依存心が強いためにさまざまな問題行動を起こす高次脳機能障害を患ったM・M様が意欲的な生活を送って頂く為の援助

スーパーデイようざん栗崎
佐々木幸子、梨本晴美、堤 澄江

はじめに

人は生きがいを持って、日々意欲的な生活を持続したいと願うものである。今回、事例対象者のM・M様も同上の考えを持ちながら実現出来ずにいる。不幸な事故を恨み、それによって発症した症状を嘆くのみである。当苑を利用する事により、生活に変化を持ち、生きがいを持った生活が出来るよう援助していく。

1. 事例対象者のプロフィール

M・M様 70歳 男性 要介護度 3

○家族構成と生活歴

現在 妻・長男・三女の4人暮らし。

自宅は天理教の教会を営んでいる。最近では長男が母親の健康状態等を気遣い主介護者となり妻がサポート役を務めている。

三女は介護拒否の状態にある。

M・M様は、両親の後継者として天理教の教会を営む。その思想は幼い頃より教えを受け自ら天理高校に入学。卒業後、天理大学に進学。現在の自宅である教会の後継者となる。天理教の知人を通じて現在の妻と結婚。3男3女をもうける。平成19年5月に二輪車にて交通事故に遭い、その後遺症として高次脳機能障害が発症し車椅子生活となる。

○既往歴

特に無し

○現在持っている病気

・高次脳機能障害 ・短期記憶障害 ・不眠 ・歩行障害 ・認知障害

<内服薬>

・アキネトン(手足の震えを抑える) ・ガナトン(胃薬)

・シンラック(下剤) ・リパダール(安定剤)

・サイレース(安定剤)

○趣味

以前は読書、カメラ、書き事、詩、雅楽(ひちりき)

現在は特に無し

2. 当苑を利用するに至った経緯

H19.5月に交通事故に遭い入院となる。後遺症の為に在宅介護が難しいとの理由で、退院後H19.6月老健かみかわ入所となる。入所当初老健側は「判断力・注意力が乏しく徘徊傾向の為に転倒リスク大」との見解であった。

本人は元気な時から上の立場であった関係で、自分では何もやらず命令ばかりで周りの者が皆してくれる生活であった。入院から入所となったが、職員に手伝ってもらふことと、自分でしなければならないことなどに、だんだん不満が出てくる。個室になるのを嫌がったり、集団での活動が出来なかったり、リハビリは好きなことはやっても嫌いなことは全くやらない等問題行動が目立ってきた。H20.1月～2月より精神薬が打ち切られて、不眠・腹痛の訴えが多く見られ、老健入所中に勝手に受診したり胃腸関係の検査を受けてしまったりと施設側は問題視していた。

上記のような経緯からH20.6月老健かみかわ退所となる。

H20.7月 貴船病院(心療内科)受診後

同年7月 「スーパーデイようざん栗崎」利用となる。

3. アセスメント

○利用当初時のADL

食事:自立(早食い)

排泄:一部介助

更衣:一部介助

入浴:一部介助(洗髪は全介助)シャワーチェア使用

整容:洗面・歯磨きは自立

髭そりは毎朝息子がしている。

移動:車いす(外出時) デイルームでも車いす使用

シルバーカー(自宅)

理解力:不明(返事はするが、理解できているかは不明)

○利用当初時の問題点

- ・立位・歩行が不安定
- ・依存心が強く自己中心的なため介護負担が懸念される
- ・頻繁に腹痛の訴えがある
- ・トイレ頻回であるが無排尿である
- ・食事のスピードが速く、咀嚼回数が著しく少ない
- ・痰や唾液を頻繁にティッシュに吐き出す
- ・車椅子での姿勢が常に前傾である
- ・尿失禁がある(特に夜間)
- ・無表情である
- ・常に臥床の訴えがある

4. ケア計画

立位や歩行が不安定

(短期目標)室内を移動することで下肢筋力を維持する.

(長期目標)軽い運動

記憶・注意・遂行機能障害があり、周りに理解されない

(短期目標)他者との交流を図り心身の低下を防ぐ

(長期目標)コミュニケーションをとり十分理解してもらふ

依存心が強いいため介護者に大きな負担がかかる

(短期目標)通所と宿泊サービスで介護者の休息を確保する

(長期目標)サービス利用によって介護者の負担軽減を図る

5. 経過

9月上旬より職員の統一ケアとしてM・M様ご自身が納得していただけるよう十分な説明をする事とした。まず排泄介助を職員の声掛けにて実行して頂けるよう説明をさせて頂いた。繰り返し説明することによりご理解頂き、排泄は次第に声掛けのみとなる。11月下旬には昼間の排泄は自立となる。「出来る」という自信を持って頂く為、出来たことは職員も共に喜び共感し次のステップへの足がかりとした。車椅子から便座への移乗が自立すると、それに伴いベッドへの移乗も可能となり、繰り返すことにより下肢筋力の維持に繋がるようになった。また、車椅子の自走の促しも行い、室内のみではあるが自走可能となった。1歩1歩自立へのケアは進んでいたが、依存心とマイナス思考が常に付きまとい「して欲しい」という欲求は消えることはなかった。メンタル面のケアの必要性を職員全員が感じ始めた。手始めに職員とのコミュニケーションを多くとるように試みた。また、職員が介入して他ご利用者様とのコミュニケーションを自然に図れるよう実行した。徐々に他者との会話も増え笑顔も見られるようになった。職員に心を開いてくださっていることがこちらにも伝わるようにもなった。お気に入りの職員も出来、何が好きで何が嫌いか・自分はこう思うとはっきりと思いを伝えて頂けるようになった。ご家族も「最近(M・M様が)明るくなった」と話された。

その後、M・M様は自発的言動が多くなり、社交性も著しく良くなりADLが向上した。それには次の3つのケアがポイントになっている。

- ①職員との信頼関係(職員の中にキーパーソンの存在を置く)
- ②依存の全てを受け入れない
- ③統一した介護(ケアの一貫性)

○現在のADL

食事:自立(早食い)

排泄:自立

更衣:自立

入浴:見守り(体調等により一部介助)

整容:洗面・歯磨きは自立

髭そりは依然毎朝息子がしている。

移動:車いす(外出時) デイルームでも車いす使用

シルバーカー(自宅)

理解力:自ら考え十分に理解できる能力を持っている

6. 考察

今回対象にさせて頂いたM・M様はこの1年間で自立への道を大きく踏み出した。自立への促しとメンタル面向上への働きかけによりADLの向上へと繋がったと思う。しかし、まだまだ課題は多い。今後もM・M様にとってより良いケアを目指し、職員一同奮闘と努力を続けていく。

おわりに

幸せに毎日を送りたいと思わない人はいない。では幸せとは何か？育ってきた環境・生活歴・性格・思想などにより、さまざまな考えがそこに生まれる。M・M様にとっての幸せとは何か？個別ケアが重視される介護業界において、ご利用者様おひとりおひとりの幸せについて考えさせられる日々である。