

# 第 8 回ようざん認知症介護事例発表会

入所系・居宅支援・訪問看護

平成 28 年 7 月 19 日

俺はようざん区長！！ひとりひとりの輝きを見つけるために！

グループホームようざん飯塚……p1

『こんな幸せな事はないよ』

居宅支援事業所 ようざん……p4

「帰りたい」A様の思いを考える

グループホームようざん……p8

認知症と経管栄養

ナースステーションようざん……p12

特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚……p15

『アルツハイマー型認知症に効果があった事例について』～私らしく～

ナーシングホーム ようざん……p18

『つなぐ』

居宅介護支援事業所ようざん栗崎……p21

介護 SOS！

ショートステイようざん栗崎……p24

言葉を取り戻す日を願って

グループホーム倉賀野……p28

「うるせえ！ばかやろう！」が「おねがいします。ありがとう」に変わるまで

特別養護老人ホームアンダンテ……p32

穏やかな生活のためにコウノメソッドを取り入れて

ショートステイようざん並榎……p41

# 俺はようざん区長！！

## ひとりひとりの輝きを見つけるために！

グループホームようざん飯塚

発表者：古澤 君江

<はじめに>

グループホームようざん飯塚では入居者の皆様が日々穏やかにご自身のペースで自由に過ごされています。私たちはそれが入居者様の望む生活だと思っておりました。それがあることをきっかけに「これはご本人が望んでいる生活なのだろうか？」という疑問を持つようになりました。利用者様の本当の想いに応えるには……。私たちの行った取り組みを発表致します。

<参加利用者様の紹介>

氏名 A 様 95 歳

要介護度 2

既往歴 肺炎、左大腿骨頸部骨折、左末梢性顔面神経麻痺

生活歴 高崎市生まれ。戦時中は横須賀で海軍をされており、戦後は自営業でコンパスを作っておられた。長年上並榎町内会の区長を勤められ、趣味はグランドゴルフと畑仕事。

<施設での様子>

H26 年 10 月よりグループホームようざん飯塚に入所される。ADLはほぼ自立しており、日中は新聞を読む・テレビを観る・職員の頼みで食器拭きや洗濯もの畳みをされ、それ以外はソファで傾眠される。とても穏やかな性格であるが、他者との交流はほとんどなくご自身のペースでゆったりと過ごされている。ご本人もご家族も「ここでの生活は満足していますよ」と言われる。そんな A 様でしたが、H28 年 1 月頃より深夜トイレに行かれた後、トイレ付近できょろきょろされることが度々あり、職員が『A さんどうされましたか？』と伺うと『俺の部屋はどこだっけ？』とご自身の居室が分からなくなったり、深夜に『おはよう』と起きて来られ、『A さん今夜中ですよ』と言うと『朝かと思ったよ』としばらく立ち尽くされる。また、以前はご自身で髭剃りや爪切りをされていたが、この頃より職員任せになり意欲の低下もみられる。このままでよいのだろうか職員間で話し合っていたある日、ホールで開催されていた運営推進会議をソファで見ていた A 様が、『これは何の話し合いをしているの？』と職員に尋ねられる。『市役所の方や町内会の区長さん、民生委員さんに参加して頂き、話し合いをしているんですよ』と答えると『俺も昔、上並榎町内会の区長をしてたんだよ。あの頃は大変だったなあ。忙しかったけど、みんな俺を頼りにしてくれてさ』とつになく興奮して話される。今まで見た事のない A 様のいきいきとした表情を見たとき、『本当は穏やかな生活を希望しているのではなく、場の中心に立ち、他者のお世話をするような生活を望んでいるのではないか……。』そ

ここで職員で話し合い、A 様にグループホーム内で『ようざん区長』をして頂きグループホーム内の  
お世話をお願いしてみたらどうだろうか？ということになり、早速計画を立てました。

#### <取り組み・結果>

ようざん区長さんの業務として

1. 朝食、昼食・夕食時の『いただきます』『ごちそうさま』の挨拶を実施して頂く。
2. 昼食のお品書きを筆ペンで書いて頂き、昼食の挨拶をする際にみんなに披露して頂く。
3. 火・木・土の午後『区長さんのレク』として A 様が中心となり、レクリエーションを実施して頂く。

以上3つをようざん区長さんの業務としてお願いすることにしました。

A 様によろざん区長の業務計画表を見て頂き業務内容を詳しく説明し『是非ようざん区長を引き受  
けて頂けませんか？』とお願いしたところ、うれしそうな表情をされましたが、『今の俺にはとても出  
来ないなあ』『自信がないよ』と消極的な回答ばかりです。『A さんにお手伝いして頂けると助かり  
ます』と再度お願いすると『じゃあやってみよ』とどうにか承諾して頂くことが出来ました。区長業  
務開始初日、まずは昼食のお品書きを書いて頂くことにしました。職員がお品書き用の紙と筆ペ  
ン・献立表をお持ちし、『A さんこの紙にお昼の献立を書いて頂けますか』とお願いしたところ、献  
立表をじいっと見つめ中々書き出しそうにありません。職員の声かけでどうにか書いて頂きました  
が、昼食時『いただきます』の挨拶をお願いしても小さな声でぼそつと言われる程度です。午後の  
区長さんレクを実施する前職員が『A さん今日の区長さんレクは何をしましょうか？』と聞くと『特  
に何もなあ』『歌はどうですか？みんなで歌を歌いましょう』と言うとしぶしぶ頷かれました。実際  
レクを実施しても小さい声で歌い、やらされている感満載です。

その後数日経過してもあまりのりきでない様子がみられ、しまいには『昼食のお品書きは書くけど、  
区長さんレクは特にやることがない』と言われるようになってしまいました。私たちは頭を悩ませま  
した。A 様が望んでいたのはこういうことではなかったのか？そんな時、いつものように熱心に新  
聞を読む A 様を見て、あることを思いつきました。気になった記事を切り取って頂き新聞スクラッ  
プノートを作って頂く。そして区長さんレクの時みんなに発表して頂く。これは区長さんの仕事にぴ  
たりではないか！！早速、新聞スクラップノートを用意し A 様に提案したところ、興味を示され『じゃ  
あやってみるか』と了承して頂きました。初めは職員が声かけを行い新聞記事を数点切り取りノー  
トに添付されました。そして区長さんレクの際、みんなの前で発表して頂いたところ他の利用者様  
からも反応が良く『A さん詳しいんだね！さすが区長さんだ！』『目が悪くて中々新聞が読めなくな  
ったからありがたいよ』の賞賛の声に A 様はうれしそうな表情をされ満足された様子です。

A 様の発表を涙を流しながら聞く利用者様もいらつやり、日を重ねるごとに A 様の表情はとても  
豊かになり、声に張りも出てきました。新聞記事の添付もご自身で率先して実施されるようになり  
楽しそうです。運営推進会議にも進んで出席し新聞記事の発表をされました。この頃より職員は A  
様のある変化に気がつきました。それは A 様が、周囲に気を配り他の利用者様に声かけをされる  
ことが多くなったことです。『危ないから気をつけて歩くんだよ！』『ほらこのちり紙で鼻をかみなよ』  
他利用者様のお世話をしている時の A 様はとても輝いています。A 様の近くには人が集まるよう

になり、A 様を頼るようになりました。

最近では『昔みたく毎日やることがいっぱいで大変だよ！体が何個あっても足りないよ』とうれしそうにおっしゃっています。

#### <考察>

グループホームで穏やかに生活して欲しい。それがご家族の希望でした。私たちは A 様もそれを望んでおられると考えておりましたが、今回の取り組みをきっかけに多くのことに気づかせられました。ようざん区長の仕事をされている時の A 様はとても輝いています。その姿を見た時私たちはとてもうれしくなりました。ようざん区長の仕事がきっかけとなり、A 様の意欲向上にも繋がる良い結果が得られたように思います。

現在ではグループホーム全体に目を配って頂き利用者様のお世話を下さる他、職員にも様々な提案や助言をして下さるようになりました。今後もようざん区長の仕事を継続してやって頂こうと考えています。

最近では夜中にご自身の居室が分からなくなることや時間を間違えて起きてこられることもありません。私たちはこれからも A 様の活動を積極的にお手伝いし、充実した生活を送って頂ける様努力致します。

#### <まとめ>

今回の取り組みは、利用者様の生活歴を参考に興味・やる気を引き出すことができました。利用者様の生活歴・趣味などは人によって様々です。私たち職員は利用者様によって望む生活・支援の仕方も様々であることを今回の取り組みにより再認識しました。

今後もグループホームらしいアットホームな環境作りを念頭にその方の本当に望む支援を出来るよう職員一同務めていきます。

# 『こんな幸せな事はないよ』

居宅支援事業所 ようざん

発表者 沼澤 文子

はじめに

難病をかかえ、寝たきり生活が長く続いている。誤嚥性肺炎のため入退院を繰り返し、医師から在宅復帰は困難と言われたが、本人と妻の「家へ帰りたい。帰してあげたい。」と強い思いがあった。医療と介護の連携を図り、願いが叶った事例を紹介する。

対象者

A様 男性 84歳

介護度 5 身長 162 cm 体重 75kg

病名 頰椎後縦靱帯骨化症（難病指定疾患）神経因性膀胱 そううつ病

家族構成 80代の妻 40代の長男

障害高齢者自立度 C2

認知症高齢者自立度 自立

事例紹介

H24年9月自宅風呂場で転倒し、頰椎損傷のため入院。入院中頰椎後縦靱帯骨化症が見つかる。同年10月リハビリのため沢渡病院転院。状態安定したため、H25年4月自宅退院、在宅介護開始になる。何度か誤嚥性肺炎を繰り返したが、いずれも軽快し短期間の入院で在宅復帰していた。

H27.10月発熱あり緊急入院となる。再度の誤嚥性肺炎の診断を受けた。今回は重篤な病状であった。口腔摂取危険と診断され胃ろう造設を検討した。しかし当時体重85kg、腹部皮下脂肪多く造設不可能であった。経鼻にて栄養摂取となる。排尿は前立腺肥大ありバルーン留置である。

H27.12.17 状態安定し療養型病院へ転院となった。病院相談員より入院後安定していますと連絡を頂き安心する。

H28.2月 妻より「良くなったので、退院したいんです。今までのようお願いします」と電話があった。入院前は通所リハビリ、週3回（入浴、リハビリ目的）訪問介護 朝、昼2回（排便介助、昼食介助、移乗介助）訪問看護週1回 訪問リハビリ週2回 居宅療養管理で医師の往診が月2回あった。しかし通所リハビリ事業所は状態悪化により送迎時の移動と入浴行為に安全が図れないことを理由に断られていた。他事業所を捜していた。

同居している息子様に退院の希望があることを連絡すると「せっかく療養型病院入院できたのでこのまま入院継続したほうが良い、私も仕事があり協力できない」と話される。難病指定であり、医療費は助成され、入院費の家族負担は軽いのも一つの理由と考える。

ケアマネは入院先を訪問し、病院相談員、担当看護師に退院希望の相談を受けた経緯を話す。

病院側は現状態での退院は考えておらず、医師の退院許可も出ないでしょうとのことであった。

病院相談員、看護師とケアマネがベッドサイドへ行き、本人と妻に「入院が本人にとって一番安定した生活ができる所ですよ」と説得する。本人と妻はしぶしぶ納得してくれた。その後、リハビリを兼ね庭で花を植えたり、車椅子で院内を散歩し、少しずつ楽しみが出来たようであった。入院生活も安定し「帰宅したい」の言葉がなくなったと相談員より報告があった。

3か月後、H28.5.2日 突然妻より連絡がある。「お父ちゃんが、帰りたいと言っている。私も今月中に連れて帰りたい。私が頑張れば出来ると思う」今回は妻と本人の強い希望であった。

ケアマネは「まず同居している息子さんと相談してください。家族の意見が揃わないと在宅介護は難しいと思います」と話す。

同時に病院相談員に連絡する。相談員は院内カンファレンスを開き担当医師の意見を伺った。入院中も誤嚥性肺炎発症し抗生剤で加療していた。経管栄養の管理、痰の吸引等、家族の負担が大きく困難と思われると判断していた。しかし今回、病院側も、妻の帰してあげたい気持ちと本人の想いが強いと、息子の了承と在宅時の主治医が決まれば退院の方向で検討しますと回答を得る。

まずは息子様の気持ちを確かめた。職場変更になり、祝日 週末に休日が取れるようになり、介護を少し手伝えるようになったとしぶしぶ了承した。

次に在宅時の主治医は在宅療養に理解がある医師に相談した。医師は現在の病状を考慮した上で、本人の思いを尊重し快く応じてくれた。

在宅医と息子の了承が得られ、退院は5月28日(土)に決まった。

退院にあたり妻が入院中に経管栄養の方法、吸引の仕方を看護師より教わりマスターすることになった。

退院に先がけ、5月12日病院リハビリスタッフ、担当看護師、相談員 ケアマネ 福祉用具担当者と同伴し一時帰宅となった。在宅生活を想定した家屋調査を行った。

短時間の帰宅であったが、自宅でベッドが必要である、30分以上車いす上で過ごせない。急遽ケアマネは福祉用具の手配をする。入院中であるが事業者の好意により、ベッド、段差がある玄関を車椅子で安全に居室に移動するためのスロープを用意していただく。

スタッフはそれぞれ在宅生活を安全に、快適に過ごせるよう、本人を中心に想定した家屋を調査し改善策を考える。看護師は居室内、経管栄養のボトルをつるすところはどこにするか？ 妻の身長を考慮し、つるし易い鴨居にS字フックを使うことに決定した。

庭より玄関ポーチ段差解消は、以前利用していた「すのこ」にラバー製のカバーをかぶせ完成した。リハビリスタッフ安全を確認し決定する。

福祉用具の具合、ベッドの高さ、ベッドより車いす移乗の方法を妻へ伝授する。2時間あまりの滞在であったが、「まさか、また家に帰ることが出来るなんて、うれしい」大勢の訪問で、にぎやかな一時帰宅になった。病院スタッフも在宅介護の様子が想定でき安心した。

H28.5.20 在宅に向け病院主宰の退院時カンファレン開催。担当者会議として参加させていただく。

出席者

病院側 相談員 看護部長 病棟看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士

在宅側 ケアマネ 訪問看護(2事業所) 訪問介護 訪問入浴 通所リハビリテーション

検討項目

- ・疾患 入院中の治療経過について、服用薬剤について
- ・病棟での生活の様子(栄養 排泄 服薬 必要な医療処置等)家族への医療処置等の指導状況及び習得状況について
- ・身体機能、家族への介助方法と現在の手技取得状況について
- ・現在の状況。時々痰からまりあるが、自己喀出困難、唾液や栄養物逆流による誤嚥や窒息リスクある。四肢麻痺あり、左上肢自動運動時々あり、ADL全介助、オムツ内失禁あり、自己にて体位変換困難であり、オムツ内の湿潤と同一部位の圧迫による皮膚トラブル発生リスクある。丁寧な説明を受け、在宅時を想定した活発な意見交換がおこなわれた。担当者会議の要点をまとめ必要と思われる介護計画を立てる。

\* 9:30 排便のオムツ交換 誤嚥防止のため口腔清潔を介助のため訪問介護、毎日。

\* 12:00 17:00 訪問看護、妻が経管栄養の管理が安全にできるまで指導を兼ね毎日

\* 月 木曜日訪問リハビリ \* 火曜日 金曜日は訪問入浴

\* 通所リハビリ 妻の受診時利用 月一回

\* 本人に合ったベッド、皮膚トラブル防止マット 玄関段差解消スロープ

\* 居宅療養管理指導(在宅主治医)

以上のような計画を立て担当者に配布する。

H28.5.28 予定通り退院となる。

退院時の看護サマリーを頂くと、オムツ交換指導は手技確立。しかし、経管栄養法は聴診器を使っての気泡音確認が不確、口腔内に管がとぐろを巻いることもある。薬の懸濁、尿破棄は出来ている。退院直後は頻繁な看護師訪問が必要である。退院直後は特別指示書を発行していただき医療で訪問看護を利用する。訪問看護事業所は月 火 木 金訪問担当事業所と水 土 日訪問担当事業所2箇所をお願いする。お互いの情報共有のため共通のノートを作り対応を統一することになった。

ケアマネは退院後こまめに訪問し、在宅療養介護に必要なサービス変更、追加、時間変更を検討し必要な調整を行い在宅生活継続のお手伝いをしていく。

まとめ

排泄 清潔、栄養 すべて介助を要する、難病を持っており医療依存度が高く、誤嚥性肺炎のリスクがあり痰吸引が必要、誰もが在宅介護は困難と思っていた。しかし退院希望を叶えてあげたい



妻がケアマネに相談し実現した。高齢で体力のない妻の介護は気持ちだけではできない。以前利用していたサービス事業者に相談するが、現在の状況を伝えると「検討します」と即答は得られなかった。それほど躊躇する状態であった。しかし主治医依頼をした先生は、積極的に在宅療養に関わり、先生自ら妻の行う経鼻栄養が安全に出来るか心配で、退院翌日は朝 7 時に訪問して確認していただいた。介護と医療、家族の綿密な連携を図る事で退院が実現した事例である。

退院当日にケアマネが訪問すると、「検討します」と返事があった事業者と、訪問看護師が自宅で待ち構えていた。皆から「退院おめでとうございます」とにぎやかに迎えられ、本人も「こんな幸せな事はないよ。家がやっぱり一番だ」と終始笑顔であった。素敵な笑顔で奥様と在宅生活を永く楽しんでほしい。今後も継続して関わり、状況に合わせた介護と医療のマネジメントが必要である。

### 考察

介護支援専門員の基本的な考え方の見直しとして、H26 年 6 月の告示において、「地域包括システムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携、協働しながら利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを行う事」と見直しに当たって基本的考えが示された。

高崎市に於いては昨年より医療と介護の橋渡しのため、医師会と、高崎健康福祉大学訪問看護ステーション内に高崎市医療介護連携相談センターが2か所開設された。地域の医療、介護資源の把握をして、課題の抽出と対応策の検討を行い、切れ目のない医療と介護の提供体制を構築し、関係市町村との連携に取り組む活動をしている。今後、居宅介護支援事業所として、在宅療養介護に携わる際、強い味方ができたと感じる。

今まで、知識不足のため医療との連携は一步引いてしまうところがあった。しかし利用者の想いを叶えてあげたい。自宅に帰してあげたい、同じ想いを持った、入院先医師、相談員 看護師長 ST OT PT がそれぞれの立場で在宅復帰を後押しした。その情報を共有し在宅介護に繋げ、主治医、訪問看護、訪問入浴 訪問介護 通所リハビリと、多職種が係り、在宅でも入院時と同様な医療行為と介護を行う。医療 介護 地域資源をマネジメントする事が地域包括システムの中のケアマネの重要な位置であると感じた一例であった。

# 「帰りたい」A 様の思いを考える

グループホームようざん

発表者：岡本こずえ・松崎慎

## 【はじめに】

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)は、少人数の中で「なじみの関係」を作ることで、ご入居以前に過ごしてきたような家庭的な生活を送っていただけるよう個人の生活リズムに合わせた環境作り、またその支援をすることを目指しています。

普段は社交的で明るい A 様。そんな A 様が不安な顔をされ「帰りたい」とおっしゃります。A 様はなにを思い「帰りたい」とおっしゃるのか、A 様の思いに寄り添い、理解しようと職員一丸となって取り組みを行ったことを発表します。

## 【目的】

- ・A 様の観察・帰宅願望の多い時間帯を調べる。
- ・環境作り、対応から帰宅願望の回数減少を試みる。
- ・A 様の思いやその背景の理解を深める。

## 【利用者様紹介】

氏名：A 様

年齢：92 歳

以前の職業：農家

以前の趣味：大正琴

要介護度：2

既往歴・現病名：アルツハイマー型認知症、高血圧症、変形性腰椎症、骨粗しょう症

## 【生活歴・経緯】

以前は農家を営まれており、80 歳を過ぎた頃から物忘れの症状が多くみられるようになる。ご自身の役割として食事の準備をしていたが鍋を焦がすことが多くなってきた為、家族が心配し病院を受診、アルツハイマー型認知症と診断される。

H19 年自転車で外出した際に車と衝突し、左足を骨折。B 病院にてリハビリを行い、シルバーカー利用にて見守り歩行可能となり退院する。その後小規模多機能型居宅介護の利用を経てグループホーム入所となる。

## 《情報収集・観察》

### ① 【基礎情報の収集】

現在の様子(H28.3)

食事…食事を目の前にしても手をつけようとせず食べるよう促すも、食べ方がわからないとおっしゃられ「これ食べるの？」と食べ物と認識されてない時もある。口に運ぶ度に首を傾げられる。

排泄…自立にて行えることもあるが、洋式トイレの認識が無く職員が使い方を教え便座に座っていただくまで見守ることもある。

入浴…服を脱ぐ事はできるが、服を着るときは、上着なのかズボンなのかわからない為着替える順に渡す手伝いを行うことで着衣が可能。洗体は自立にて可能。

性格…とても社交的で明るい。責任感が強く、行動意欲もあり自ら積極的に手伝いを申し出て下さる。物を大切にされる反面、物事の手順や様式などに強いこだわりがあり、頑固な面がある。最近では以前出来ていた事が出来なくなっていることに対し「なんでこんなになっちゃったんだろう…」と塞ぎ込む事もある。

### ② 【A様の観察】

24時間シートを作成し帰宅願望のあった時間、内容を記録する。(3/20~4/12 実施)

帰宅願望の回数と時間帯を朝・昼・夕・夜の4つに分け、グラフを作成した。

上記グラフの中でも多かった帰宅願望の内容を以下にまとめる。

農家の仕事、ご家族の心配、食事準備の事柄が大半を占め、帰宅願望の多かった昼夕ともに食後の帰宅願望が多い。特に夕方の帰宅願望が多いことがグラフからわかる。

### ③ 【A様の気持ちを傾聴する】

上記の3つの事柄について帰宅願望時のA様と話し気持ちを考える

・「農家だから仕事がいっぱいあるの、家に帰らなきゃ。」

・「うちの子供が家で1人待っているのよ、帰らなきゃ。」

・「私が帰ってご飯作らなきゃ、家族が困るのよ。」

気持ちを伺うと「～しなきゃ」と強い責任感、使命感を感じるA様らしい発言が多く聞かれた。

## 《取り組み》

A様の気持ちを傾聴し、特に関心の強かった事柄を中心に考える。以前の家庭生活で行っていたことを取り入れ取り組みを行い、その様子を観察・記録する。(4/14~5/5 実施)

### ① 【家庭菜園を作り・そのお世話】

プランター・土などを用意し、種蒔き、水やりを行っていただいた。

### ② 【以前のご趣味】

居室にある大正琴を歌唱の時間に弾いていただく。

③ 【食器拭きや掃除などを手伝っていただく】

ご自分の役割として食事の準備をされていたが、安全面を考え食器拭きや掃除のお手伝いをお願いする。

【取り組み中の様子】

家庭菜園：水やりをしながら自宅で作っていた野菜の話をしてくださったり、野菜の育て方を教えて下さったりと楽しげな様子が見られる。その反面「うちの畑じゃないじゃない！」と不穏に繋がってしまうこともあった。

大正琴：「私は弾けないのよ」と言いつつ荒城の月を思い出しながら演奏して下さる。「なんで出来なくなっちゃったんだろ…」と落ち込まれる日もあった。

食器拭き：自ら手伝いを申し出て頂ける日もあり、手伝いをお願いしても快く引き受けて下さる。作業中に「チビにご飯作りに帰らなきゃ！」とおっしゃり出口を尋ねられることもあった。

【取り組みの結果】

取り組み前のもとの取り組み期間の A 様の帰宅願望をグラフにし比較する。

上記グラフを比較し、結果を以下にまとめる。

- ・帰宅願望の総回数を比べると取り組み中のほうが多くなった。
- ・多かった夕方はあまり変わらず夜間の回数が増えている。
- ・昼間の回数も増えている。

【考察】

今回の取り組みでは、入居以前の生活環境に近づけることで不安感を和らげることが出来ないかと思いついた。しかし、取り組みをきっかけに家族のことをより心配されるような様子がよく見られた。結果として夕方行った取り組みから夜間の帰宅願望に繋がる形が増えたと考える。

社会的で明るく責任感も強い、そんな A 様の「なんでこんなになっちゃったんだろう…」という言葉の中には、よくわからない場所で生活していることへの不安や、加齢から出来ることが減っていくことの寂しさ、自分がどうなってしまうかわからない恐怖などのサインが混じっているのではないかと考える。そういった環境に身を置いても家族や畑、仕事のことを心配し、家族のために帰らなければいけないと思うのは、A 様が何よりも家族のことを大切に想ってきたからではないだろうか。

帰りたいたいとおっしゃる A 様の行動にある思いは「家族が心配」「落ち着く場所に帰りたいたい」「自分の役割を全うする使命感」など、一家の母として頑張ってきた A 様らしい言動ではないかと考える。

【終わりに】

今回の事例発表を通して A 様と関わることで、以前は“A 様は認知症だから帰宅願望がある”と

思っていました。A様の言動を受け止め、その思いや背景を考えることで、日々どんな思いで過ごされているのか、A様の気持ちに少し近づくことが出来たのではないかと思います。

A様を観察する中で思い出せないことに対し、葛藤されている場面を何度も拝見し、ご本人も闘っておられるのだと痛感させられました。認知症になり、様々な事がわからなくなっていく、思い出せなくなることがどれだけ怖いことなのでしょう。私たちは、少しでもその恐怖や不安を和らげ、落ち着いて過ごせるような環境作りをしてかなければならないと改めて感じました。

取り組みを行った結果は帰宅願望が増えるという結果になってしまいましたが、取り組みを行う中で土いじりや、水やりを行った際、以前伺っても思い出せなかった自宅で栽培されていた野菜の名前や野菜の育てかたなどを口にされました。何より取り組み中笑顔が多くみられました。これからは取り組みの一部は継続して行くことで帰宅願望よりも1回でも多く笑顔が見られるよう頑張っていきたいと思えます。

A様に限らずですが「帰りたい」と言わない事が良いのではなく、「帰りたい」と思うことに共感し、気持ちに寄り添うことが大切だと今回の事例発表を通して感じました。今回の事例発表で学んだことを忘れず、その人らしく過ごして頂ける環境づくり、ケアを目指していきたいと思えます。

# 認知症と経管栄養法

ナースステーションようざん  
看護師 外処重子

## 1・はじめに

高齢化社会となり、認知症高齢者が増加している現状の中認知症高齢者では摂食嚥下機能の低下により食事量の減少・脱水・誤嚥性肺炎等のリスクが高くなることにより生命を脅かすことも少なくない。今回認知症高齢者の摂食機能嚥下低下における胃瘻増設までのプロセスを報告する。

## 2・摂食嚥下障害とは

摂食→水分や食物を口の中に取り込むこと

嚥下→取り込んだ水分や食物を咽頭や食道を経て胃に送り込むこと

この過程でどれか上手くいかないことを摂食嚥下障害という。

## 3・誤嚥とは

食物や唾液などが誤って声帯の部分を超えその下部の気管～肺に入る事を誤嚥という。

誤嚥すると咳反射がでる。しかし、咳反射の出ない誤嚥がある。気づかぬうちに少量の唾液や飲食物と共に気管に入ってしまう入っても咳反射が生じない状態のことが不顕性誤嚥の原因となる。

## 4・認知症による摂食嚥下障害

認知症の人は見当識障害や視空間認知障害・失行・失認等の出現により食事を食べ始めない・口を開かない・拒食・食べたことを忘れてしまう・食器や食具が使えない・手を使って食べる・食事行動が中断する・他人の物を食べてしまう等の食行動の障害がでてくる。

## 5・認知症のステージの摂食嚥下の特徴

(初期)各認知症のタイプの特徴が大きく出る

アルツハイマー型: 食べたことを忘れる

食器の使い方が解らない

レビー小体型: 認知機能の日内変動からくる食べムラ、たべる時と

食べない時との差が大きい

前頭側頭型: 嗜好の変化、食事時の立ち去り、どんどん口に入れる

(中期)脳の委縮が進み全ての認知症の型において失行・失認がでてくる

食事が食べ始められない

食事が途中で中断する

食べるペースが乱れる

手を使って食べる

介助量が増える

誤嚥がみられるようになる

(末期)脳の委縮が重度となり嚥下機能自体が障害される

口の中の食べ物を上手く粥状にまとめられない

口の中に食べ物を溜め喉に送り込めない

誤嚥・窒息のリスクが高くなる

傾眠や意識レベルの低下の影響が出てくる

食べる量が少なくなる

## 6・終末期と経管栄養法

認知症の進行度に合わせて食事形態の変更・口腔ケア・食事時の体位の工夫・摂食嚥下障害の実態を把握し看護・介護を行うが限界がある。認知症終末期になると誤嚥性肺炎を繰り返したり、拒食となり生命に影響がおよぶ危険性が高くその対策は重要である。場合によっては非経口栄養摂取に切り替えざるを得ない。治療として経静脈栄養法があるがどうしても短期間に限られ、比較的長期間継続できるのは経鼻経管栄養法・中心静脈栄養法・胃瘻造設法などであるが、胃瘻造設法を推奨する医師が多いのが現状である。

(事例)

87歳男性 アルツハイマー型認知症

84歳で発症、徐々に進行。一時期問題行動多く精神科へ入院もしていたが85歳ブランドール入居となる。入居時は食事摂取自立できていたが進行すると共に介助量も増え摂食嚥下障害も進行、誤嚥リスクも高くなり誤嚥性肺炎にて入退院を繰り返すようになる。86歳誤嚥性肺炎で入院中経口摂取不可にて経静脈栄養法から経鼻経管栄養法となり1か月後胃瘻造設術施行し退院となる。主治医より意識もあり食べる意欲があるので経口摂取も試みるようにとの指示もありST介入し評価してもらった結果、誤嚥性肺炎になるリスクが非常に高く危険であると診断され、

診断結果を家族に説明すると「肺炎で何回も怖い思いをしてるので・・・生きてくれさえすればいい」と切実な希望にて経口摂取は再開せず経管栄養法にて水分・栄養補給を行っている。

## 7・考察

今後高齢者施設では、高齢化の進行に伴い胃瘻などの経管栄養法が増えることが考えられる。しかし、認知症終末期＝胃瘻だけではなく欧米ではQOLを考えると終末期の高齢者に経静脈栄養法を行ったり経鼻経管栄養法(胃瘻含む)を行い延命を図ることは非倫理的との考えが一般的であり、現在日本でも日本老年医学会に於いても人工的水分・栄養補給法(AHN)に関するガイドラインがあり、AHNを導入しない事を含め勧めていく方向にある事を理解する必要があると思う。

参考引用 北中条若松病院言語聴覚士

久志紫乃

認知症のひとの摂食嚥下障害



# 特別養護老人ホームから在宅へ

介護相談センターようざん飯塚

発表者:阿部 あき江

[はじめに]

はじめに。地域包括ケアシステムの実現へ向けて。日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。現在 65 歳以上の人口は 3,000 万人を超えており、今後も高齢者の人口割合は増加し続けることが予想されております。団塊の世代の方々が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。このため厚生労働省は、可能な限り「住み慣れた在宅」で、自分らしい暮らしを続けていくことができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制、すなわち「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。今回紹介させて頂く事例は、特別養護老人ホームを退所し、「住み慣れた在宅」に帰り自宅での生活が出来るようになった方の支援を紹介させていただきます。

[事例対象者紹介]

氏名:A様

年齢:90歳

性別:女性

要介護度:要介護5

既往歴:両膝変形性関節症、リウマチ、心不全

[特別養護老人ホーム入所に至った経緯]

相談受付:平成 21 年 11 月主介護者のご家族より相談。相談を頂いた時点では要支援 2 の認定にて通所サービスを利用しながら在宅で生活をなさっていましたが、両膝関節症により腰痛や膝痛が徐々に悪化し、それに伴い介護用ベッドや訪問リハビリサービスを利用しておりました。その後も徐々に症状の進行がみられ歩行も困難になり介護認定が要介護 2 まで上がってしまいました。車いすが常時必要な生活になってくるにつれ介護者の介護負担も大きくなり短期入所や通所、訪問リハビリと福祉用具貸与を利用することで何とかご家族の協力もあって、自宅での介護を続けておりました。平成 26 年 12 月、心不全による入院がきっかけで要介護度 5 となり在宅での生活が困難になり特別養護老人ホームに入所することとなりました。

[特養入所～退所後の支援経過]

平成 27 年 8 月「特養」に入所し施設で穏やかに生活されておりましたが、平成 27 年 12 月に、再度心不全を発症され医療機関へ入院となってしまいました。その後、約 2 か月間、入院していた為、特養からの退所を余儀なくされ、また在宅酸素が手放せない状態となってしまいました。そんな状

態のなか入院している病院から退院の指示がありました。

病院より、介護相談センターへの介入依頼があり退院後の生活の方針を、ご家族と一緒に検討していきます。入居していた特養が解約になっておりこの時点では当然「入所できる施設を探す」という方向性で相談を進め病院の SW、主治医、ケアマネにて話し合いを行っていました。病院と連絡調整し、まずは現在の状態や必要な医療、処置等を主治医に確認し受け入れられる施設を探していきます。今回のケースは常時在宅酸素が必要な状態であり夜間も看護体制を配置している施設という条件で施設を探していくことになりました。ただ、「施設入所する」というのは「一つの方向性」であり、同時に「在宅での可能性」を探っていきます。在宅で生活できる可能性があるのか、ないのか、改めて意向を確認し相談していくことになりました。「自宅に帰りたけれど帰せない」それならば帰せない理由、問題点を整理し、出てきた課題に対し解決策を検討していきます。介護者の介護状況と本人の状態を踏まえ支援の方針を考えていきます。今回のケースでは自宅での介護が困難になる要因は大きく分けて二つありました。

まず一つは、歩行が出来ないことからの排泄面での介護負担。夜間起こされるから家族も夜休めない。

もう一つは、医療面での不安。急変時はどうすればいいのか、体調が悪くなったらどこに相談したらいいのか、病院にはどう連れていけばいいのか。

この二点の課題が解決されると在宅での生活が検討できる可能性がでてきます。つまり介護と医療を一体的にサポート出来ないか。この課題をクリアすることができなければ在宅への道は閉ざされてしまいます。これを可能にしたのが「小規模多機能施設」です。

小規模多機能施設へサービス提供依頼の相談をして小規模の介護支援専門員、看護師と病院に出向き在宅生活での注意点を確認。在宅酸素を自宅と小規模、両方に設置してもらえよう働きかけ、自宅での居住空間も見直しました。スロープや特殊寝台、ポータブルトイレを設置します。宿泊や訪問も計画に位置付け介護負担を抑えていきます。在宅酸素の取り扱いも小規模職員でできるよう対応し通院介助や主治医との連絡調整も行っていくことで家族の精神的な不安を軽減していけます。本人が自宅に帰ることにより生じる介護者の負担と精神面での不安。もちろんそれが0になるわけではないですが十分に緩和することは可能でした。実際に小規模多機能施設にサービス提供依頼をしてから約1週間で在宅復帰にこぎつけることができ、平成28年2月16日無事に自宅に帰ることができました。

#### [考察]

今回の事例で在宅に戻れた最大の要因はご家族の在宅へという気持ちだと思います。共倒れになる危機と隣り合わせにもなります。常時介助を要し在宅酸素がなければ生命の維持すら困難な状態の親を自宅で介護していくことは本当に勇気のいることです。またその勇気を後押しした大きな要因は「小規模多機能施設の利便性」であったと思われます。実際、この家族は在宅で介護サービスを受けながら生活しておりました。特養に入所する前は、通所、短期入所、訪問リハビリ等複数のサービス事業者を併用して利用していましたが急な予定の変更や連絡調整一つに

しても大変でした。通常、居宅介護支援事業所の介護支援専門員は通所事業所や短期入所事業所、訪問看護事業所など複数の事業所を交え、利用頻度や在宅酸素の取り扱い等の調整をしなければなりません。それに比べて小規模多機能は一つの事業所で複数のサービス提供が出来ます。家族と事業所内の連携で対応できる部分が多く、その他にも通院介助や配食、急な利用変更など、必要に応じ柔軟に対応でき、今回の在宅復帰も実現できたのでは、と感じます。改めて小規模多機能施設の利便性を実感することができました。

[おわりに]

今回の事例では自宅に帰れてよかった。というような内容の事例を紹介しましたが、決して親を施設に入所させることが悪いとか、かわいそうとか、そういうことではありません。たしかに誰しも自宅で生活したいと思うものかもしれませんが、施設に入所し穏やかに楽しく、自宅に居るよりも元気に自尊心を持ちながら充実した日常生活を送られている方々もたくさんいらっしゃいます。家では寝てばかりいたのに施設に入ったら活動意欲が出てきて笑顔もたくさんみられるようになったという方もおります。決して施設が悪いわけではありません。

今回の事例を通して教えていただいたこと。それはどんな状況にあっても在宅で生活をしていく可能性はないか、ということ『ご家族と一緒に検討していくこと』ではないかと思えます。これまでも入所希望から小規模多機能施設を利用することにより在宅を可能にさせた事例は数多くあります。支援する介護支援専門員が在宅では無理、家族が大変だから施設入所と決めつけ在宅で生活する可能性を家族と一緒に検討することなく施設入所が決められてしまっているということはなかったでしょうか？

今回、事例提供者のご家族に貴重で大きな経験をさせて頂き本当にありがとうございました。これからも、この経験を生かしながら、ご利用者様の希望や心身の状態にあったサービスが利用できるよう努めていきたいと思えます。

# 『アルツハイマー型認知症に効果があった事例について』

## ～私らしく～

ナーシングホーム ようざん

発表者 浅見 望恵

### 【はじめに】

ナーシングホームようざんでは、日中・夜間を通じて 24 時間 365 日『一人ひとりの生活リズムに沿った生活』をして頂く事を目的としています。介護の中で利用者様の希望にそった生活というのは必ずしも実現できません。塩分、糖分の制限や飲酒、喫煙の制限をはじめ、肉体的・精神的な制約がどうしても存在します。利用者A様も糖尿病による食事、趣向品の制限や日々のインシュリン注射など、A様にとって苦しい制約の中で生活をしてきました。A 様が望んでいることを探り、楽しみは何かを見つけたいと思い今回のテーマにしました。それに至った経緯、問題点、気づいた点等について発表します。

### <入居者様紹介>

氏名:A 様 81 歳

性別:女性

要介護度:3

既往歴: 糖尿病 高血圧 アルツハイマー型認知症

生活歴: 自宅が建設業で、男性たちが仕事をしているそばで本人がサポート面をずっと行ってきた。歌や民謡が好きで機嫌が良い時にはよく歌っていた。H23 より物忘れ・怒りっぽくなる・日中夜間問わず徘徊し他人の家に入り込むなど認知症の症状が出始める。その頃から 28 年前より患っている糖尿病が悪化し、入退院を繰り返しインスリン療法開始となる。

### <経過>

H26 年 12 月ナーシングホームようざんに入居される。入居当時から糖尿病管理が必要でありランタスは 15～20 単位の注射を行っていました。歩行状態はふらつき等があり、見守り・介助が必要で日中夜間問わず徘徊されていました。H28 年 1 月に徘徊中に転倒し左大腿骨頸部骨折で入院される。

### <A 様の取り組み・結果>

ご家族の希望は「退院後もナーシングホームで安心して落ち着いた生活ができ、本人の好きな様に生活をさせてあげたい」と言う事でした。病院を退院されナーシングホームに戻った後の様子は、日中の傾眠が強く声掛けにて時々開眼されるがすぐ閉眼されてしまう。水分にはとろみを付け、食事はペースト食で対応するが咽込みが見られました。声掛けで促すも殆ど口を開けて召し上が

ろうとしない為食後薬も内服できず、このまま食事の摂取が出来ないと看取りも視野に入れなければならなかった為、ご家族からは延命は望まないとお話がありました。食事をとっていないかった為入院前から比べ1か月で8キロ減(38 kg→30 kg)と大幅に体重も落ちてしまい、そこでA様の今後のケアについて話し合いが行われました。

問題点としては「傾眠状態が長く昼夜逆転気味。覚醒しても食事には殆ど手を付けない」ご家族の意向としては「本人にとって苦痛となることはもうさせたくない」「このままの状態が続くなら看取りも覚悟している」という事。看護としては「血糖値よりも体重の減少、食事を摂れていない状態の方が問題だ」という事。以上の事が意見として挙げられました。

食事を摂れていない現状についてはスタッフもどのようにアプローチをして良いのか・・・

何かを口にしてもらいたいという状態の中で、往診時に主治医の先生から「サイダーがアルツハイマー型認知症患者に効果がある」と教えて頂き、本人も昔はサイダーを好まれ飲んでいと、ご家族様から聞いていたのでサイダーの提供を始める事にしました。サイダーを飲み続ける事は血糖値が上がるリスクがありましたが、ご本人に好きなものを食べて貰いたいというご家族の意向もあり、家族、介護、看護が協力し実行に移しました。早速サイダーを用意し提供すると吸飲みで200mlを飲んで頂く事ができたので、そこで毎日一缶提供する事を目標にしました。数日経過した頃よりサイダーのおかげか覚醒時には簡単なコミュニケーションが取れるようになりました。食事についてはペースト食を提供するが相変わらず殆ど召し上がれず、エンシュア摂取を開始するも摂取量はのびず、エンシュアゼリーにするなど提供の形を工夫し少しずつ召し上がっていただけました。サイダーが成功したことでエンシュアにサイダーを混ぜて提供を試みるが本人より強い拒否があり、職員が味見をしたところ味と臭いに問題があるため即座に中止をし、この頃からA様がしきりに空腹を訴えていることに気づくことができましたが食事には殆ど手をつけませんでした。そんな時、入院中はペースト食での対応だったことから退院後もペースト食を提供していたのでそれが原因の一つではないかという意見が介護から出ました。入院前は食事の形態が分かる形状で提供しており、退院後の食事形態の変更はリスクを伴いまいしたが、それでも試しに極刻みにて提供したところこれがきっちりとはまりA様自ら摂取をし始め、その時はすぐに傾眠状態になってしまいましたが可能性が見えた瞬間でした。その後食事の提供時間は、A様自身のサイクルに合わせて提供する形がとられました。「好きな時に起きて好きな時に食べる」。極力A様のストレスにならない様というケアが続き、これは食事時間に召し上がれない事で昼夜逆転というデメリットもありましたが、結果として摂取量・覚醒時間は順調に伸び、ランタスも7単位の注射が始まり、体重も少しずつではあるが増加の傾向に向かっていきました。A様本人も笑顔が増え面会にくるご家族も安心して笑顔で帰っていくようになりました。

#### <考察>

今回 A 様の事例を通じて先入観や固定概念で決めつけてはいけない事に気づかされました。糖尿病の方に対して毎日サイダーを提供する。これがまさにそれでした。普段の生活の中でご本人の希望やご家族の思いを、先入観や固定概念で天秤にかけて考えてしまっている事があまりにも

多い。ご本人の意思の尊重という本来一番大切で、一番目を光らせておかなければならない部分が見えていない事が多いのだと思います。今回はそれに気が付いた事で、ナーシングでの生活が生きがいと変わり『活力』を引き出し、意欲向上にも繋がる良い効果が得られたと思います。今回 A 様の「楽しく好きなように生きてい」という欲求をくみ取る事ができ、あきらめずに家族、看護、介護が協力してきたことで、3ヶ月という期間で A 様の意欲は入院前のレベルまで回復してきました。しかし、心や気持ちが戻っても骨折した足は痛みも残り、筋力も低下したままです。A 様の頭の中は「歩きたい」「立てるはず」という入院前の状態に戻ったものの、体はそれについていけないのです。そのズレが転倒のリスクにつながり新たな課題として私たちの前に現れています。日々の生活の中で課題は常に現われ消えてを繰り返していますが、それらを見落とすことなく利用者様本人の意思をくみ取る事が私たち介護職に課せられた使命だと思います。A 様の事を知り、関わる事で距離も近くなり、お互いに信頼関係も築けたと思います。今回の取り組みから A 様の事を知る事によって、精神面・身体面への双方へのプラスの効果をもたらす事が出来ました。そして、効果を上げるためには働きかけ・その方を知るという事が必要であり重要な手がかりになると感じました。

#### <まとめ>

今回のポイントとして“主治医の提案として飲み物は炭酸水”“ランタスは 24 時間持続型の注射”“家族からの同意”“スタッフの体制が整っていた事”が成功例に繋がり、ご家族・主治医・看護・介護の連携から A 様の生活を豊かにする事を最優先し、ご家族からの、ご本人の好きなように生活をさせてあげて下さいとの思いで実現ができたと痛感しました。今後も、ナーシングホームようざんの理念でもある『一人ひとりの生活リズムに沿った生活をして頂く事』を日々目指していきたいと思えます

# 『つなぐ』

居宅介護支援事業所ようざん栗崎

田子 早希恵

## [はじめに]

私たちケアマネージャーは、ご本人ご家族から相談を受け、サービス事業者の調整を行い、サービスが適切にスムーズに行われるよう調整し、ご本人ご家族が安心して生活が送れるように支援をすることが主な仕事と言えます。

しかし、介護サービスが開始されるまでに長い時間がかかる事や、利用に至らないこともしばしばあります。

相談受付からサービス開始までの間は、ケアマネとご本人ご家族が信頼関係の第一歩を築いていく大切な時期でもあります。親しみや信頼関係の大切さを再認識することができた事例を紹介させていただきます。

## [事例対象者]

K様 女性 84歳

病名 アルツハイマー型認知症（相談当初 要介護1、現在要介護3）

## [相談内容]

娘様から、以前は長寿センターに通っていましたが、ここ一年長寿センターにもいかず自宅で寝てばかりいるため、デイサービスを勧めてみましたが、拒否が強くなかなか外に連れ出すことが出来ないと言う相談がありました。

## [初回訪問]

K様が『介護』という言葉自体に強い拒否を示すため、介護保険申請をして認定調査を受ける際に80歳以上の全員のお宅に訪問していると話し、納得していただいたという娘様からの情報で、市の職員との設定で初回訪問し、デイサービスという言葉にも強い拒否を示すため、長寿センターと置き換えて話をさせていただきました。

しかし、『私は病気なので、元気になったら行くから』と言い昔の話を何度も繰り返され、出かけることを頑なに拒まれました。

ご家族は、数日後の外出に合わせてサービス利用を希望していましたが、K様の拒否が強く説得できなかったため、その日は安否確認でケアマネが午前と午後訪問することにしました。

また、会話の中で社交的な性格である事が分かったため、デイサービスの見学を勧めてみましたが、『体調が悪い』を繰り返され、いいお返事がいただけませんでした。

その後再三訪問し、お誘いをしてもお返事はいつも『体調が悪い』と繰り返されました。

#### [デイサービス見学]

買い物に出掛けるという口実で娘様が連れ出してくださり、デイサービスを見学されましたが、途中で表情が陰しくなり一度退出し、スーパーデイにご案内しました。

スーパーデイのホールに入りドア付近の椅子に座られ、職員や他利用者様と会話を始め、笑顔も見られるようになりました。

少人数の雰囲気K様には合っていると判断し、ご家族もスーパーデイの利用を希望されました。

#### [自宅訪問]

短期記憶の低下が顕著で先日の見学や、何回も訪問しているケアマネの顔も覚えていただけず、お誘いも『体調がわるいから』と断られ、若いころの話を繰り返し話されました。

その後、訪問を続けると徐々に変化が見られ『何となく見たことがある』との言葉から、青い服の人、良く来てくれる人との印象を持っていただけだと思いました。ご家族はスーパーデイの利用を強く希望されているため、スーパーデイの職員と関わる機会を作り、信頼関係を築いていくべきと考え、今後スーパーデイ職員と同行しお誘いを試みることにしました。

後日、スーパーデイ所長と自宅訪問すると、先日のことは全く覚えておらず、他愛もない会話が進むにつれ『何となく見たことがあるような…』と表情も和らいできました。

『娘も一緒に』との条件で、利用を了解され、お試し利用の日を忘れてしまわないように自宅のカレンダーに丸印を記入し、無事お試し利用が出来ました。

お試し利用が出来たため、担当者会議を行いました。K様の表情は暗く出かけることに消極的な様子。K様の気持ちを尊重し、週1回の決まった曜日に迎えに来てもらい、気分の良い日は利用し帰りたくなったら帰宅するといった、柔軟な対応をしていくことにしました。

#### [初回利用]

拒否が強く利用できず、無理強いはしませんでした…

#### [その後の利用]

スーパーデイの職員と一緒に迎えにも伺いましたが、横になっていて起きる様子がありませんでした。世間話をしているうちに、笑顔も見られ会話も弾んできましたが、出かける話となるとガンとして拒否をされ利用に至りませんでした。

週1回決まった曜日にお迎えに行っても忘れてしまうため、ご家族、事業所と相談し、利用定員の空いている日は毎回、外出の声掛けを試みました。

数日後、スーパーデイ所長と一緒に利用が出来たと報告があり、慣れていただくまではご本人のペースで疲れないように利用していただくことになりました。

その後徐々に利用できる日が増えてきました！！



[考察]

事例のように頑なに介護サービスを拒んでいたK様が、時間はかかりましたがデイサービスに通えるようになったのは、どんな要因があったのでしょうか。また、ご本人の気持ちがどのように変化していったのか、考えてみたいと思います。

1人のケアマネが継続して関わることにより、顔は覚えていただけなくても『青い服の人』という印象は蓄積されたと思われます。と、同時に『見たことのない人』から『何となく見たことがある人』という安心感が生まれたと考えます。

『全く知らない人』から『良く来てくれる人』に変化していったことは関わりながら実感することが出来ました。

『知らない人から誘われた』から『よく来てくれるいつもの人に誘われた』に変化していった結果、拒むことが少なくなって通うことが楽しみになってきたのではないのでしょうか。

『親しみ』や『信頼』は援助していく上でとても大切なことだと思います。

[終わりに]

初回面談時は、お互い全く知らない者同士です。その中で日常生活での困りごとや悩みをお聞きし、ご本人の出来ること、出来なくて困っていること、それに対しどのような援助が出来るのか、思いをくみ取りながらサービスを選択して行かなければなりません。

今回のように、頑なに介護サービスを拒んだケースを始め、さまざまなケースがありますが、どのようなケースであれケアマネの仕事に必要不可欠なものは『信頼』に尽きると言っても過言ではありません。

関わりながら少しずつ信頼関係を構築していくことが援助していく上でとても重要である事を実感することが出来ました。

# 介護 SOS!

ショートステイようざん栗崎  
発表者:下山 真一 山口 大輝

## はじめに

救急搬送の患者が病院をたらい回しにされ、最悪命を落とされる痛ましいニュースを耳にすることがあります。高齢化や共働きの現代において、「老老介護」「独居老人」「介護難民」等の社会問題から、介護を受けている方又は受けることになった方にも緊急で施設への入所が必要とされる状況が発生します。

在宅にて家族との穏やかな日々を送っていても、  
**ある日突然介護者の予期せぬ病気やケガ、  
介護を受けている方の重症化  
その他諸事情により在宅での介護が出来なくなってしまい**  
本来の手順を踏む余裕が無くショートステイへの緊急入所を迫られることが起こります。

ショートステイようざんでは H27 年度より 13 名の緊急受け入れを行って来ました。

## 〔事例 I〕

A 様 性別:男性  
要介護:4 年齢:86 歳  
中核症状:記憶障害、介護抵抗・拒否

自宅で転倒され某総合病院に救急搬送されましたが同日帰宅。しかし身動きが取れず弟様が介護をされておりましたが拒否あり状態は悪化。介護者も高齢な上に持病をお持ちであって、十分な介護が出来ませんでした。介護に限界を感じあんしんセンターに相談、介護申請を行われました。同時に緊急入所が必要でありようざん居宅介護に依頼が入りました。

そしてよるショートステイようざんへの1本の電話・・・ **SOS!!!**

A 様の情報としては「男性で、痛みの為に身動き不可能」とだけ・・・  
悩む暇もなくすぐに管理者と職員1名で車椅子を用意し PM19:00、A 様宅へ向かいました。到着すると疲弊しきった弟様と A 様が横たわっていました。本人の痛みが非常に強い為、シーツを担架代わりになんとか車椅子へ移乗することに成功。PM20:30 ショートステイようざんに到着。ベッドへ移乗するものの痛みの訴えが強いわずかな体動でも苦痛の声を出されており、排泄はオムツ使

用の旨を説明すると快く了承していただきました。痛みの部位を尋ねても下肢の辺りとしか答えられず、骨折も視野に入れ、慎重にオムツ介助を行いました。食事もベッド上で全介助でした。

数日後には車椅子でホールに出られトイレ介助が可能となり、食事も自力での摂取により毎食完食できるようになりました。通院も繰り返し、体調の回復は良好で、次第に立位保持から手引き歩行が可能になりました。

現在ではようさんの小規模多機能をご利用され、在宅への復帰を果たされました。

## 〔事例Ⅱ〕

B様 性別:女性

年齢:59歳 介護度:要介護3

既往歴:糖尿病、糖尿病性腎症、脳梗塞

家族構成 夫:死別 息子(主介護者で障がい者)

### 1月2日 PM20:00

夕方に動けなくなり救急搬送されましたが、検査の結果異常が認められず帰宅されました。

ケアマネージャーに息子様から「救急搬送され検査の結果どこも悪くないと自宅に帰れたが、玄関から移動することが出来ないため助けてほしい」と連絡が入りました。

### 1月2日 PM21:00

ケアマネージャーが男手を必要だと思いケアマネージャーのご主人と一緒に B 様宅を訪問しました。

年始だったため B 様の弟様に来ていてどうにかベッドに移動されていました。B 様はベッドの上で横になって意識はしっかりされていましたが、弟様は B 様宅に滞在することはできず、息子様は日ごろの介護で腰痛が悪化しており、さらに夜間頻繁に起こされるため体調不良で動けないため B 様の介護は困難と判断して、ショートステイようさんの利用を決め依頼しました。

そしてよるショートステイようさんへの1本の電話… **SOS!!!**

しかしご本人は「嫌だ!」の一点張り。

2時間ほど説得をして返事をもらえました。

車への移動は大人3人がかりでやっと乗り込むことができました。

1月3日 AM0:00 過ぎ

ショートステイようさんに到着され緊急入所されました。

A 様は夜間良眠されショートステイようさんにて1日過ごし、翌日透析があったため 1 月 3 日夕食後に退所されました。

### 〔事例Ⅲ〕

C様 性別:女性

年齢:77歳 要介護:1

既往歴:認知障害、左乳癌、脳梗塞後遺症

家族構成:夫:死別

娘:長女(介護者)主婦の為、夕方子供の送り向かいあり。

次女(本人と同居)数年前に婦人科系の癌を患い、うつ状態の為、長女が週3~4回訪問

1月12日自宅で動けなくなり、家族が主治医に連絡されました。

主治医は知り合いのケアマネージャーへ連絡し相談しました。

しかし、ケアマネージャーも本人とは半年ぶりの再会とのことでどうしたらよいかわからない状況でした。

そしてよるショートステイようざんへの1本の電話… SOS!!!

「とにかく迎えに来て連れて行ってもらいたい!!」

との依頼があり、緊急入所として受け入れを行うべく職員2名で自宅まで急行しました。

到着するとC様は自宅廊下に寝そべっている状態で、ケアマネージャー、ご家族はどうする事もできず、職員が来るのをただただ待っている状況でした。

さらに自宅は昔風の古い家で通路、玄関も狭く、車椅子を通すのも苦労するほどの狭さでした。

バスタオルをハンモック代わりに大人4人がかりで持ち上げ、縁側まで移動し、そのまま車椅子へ移乗。送迎車に何とか介助にて乗り込み、その後ショートステイようざんへ入所となりました。入所直後、既に発熱されており、3点クーリングを施行しました。過去に転倒で痛めた左下肢と乳癌手術された左脇に強い痛みがあり、C様も体が大きいため、必ず職員2名~3名での介助を心がけました。

入所初日の夜、高熱も徐々に下がり、翌日には平熱に下がりました。食欲も回復され、ほぼ全量摂取されるまでになりました。

その後も職員2名~3名での介助を行っていましたが、徐々に痛みの訴えも少なくなり、1月23日よりリハビリもできるまで回復されました。

立位も以前と比べるとしっかりと立てるようになり、現在は職員2~3名の介助から職員1名だけの介助で済むようになりました。

入所直後はご家族も体調を崩し、ご本人のことを大変心配されていましたが、現在は安心されたのか、定期的に面会に来られるまで落ち着かれ、在宅復帰に向けて頑張っています。

### あわりに

どんな状況にでも臨機応変の送迎対応ができる(人数・時間)

何も情報がなくてもベストなケアを提供する。

心の準備はなく、どんな利用者でも柔軟な対応にて全体の安全を守る。 Etc

正直、緊急受け入れの対応は職員にとって相当しんどいものです。

しかし、私たちは「しんどい…」と思うのではなく、

「救える…」と思うようにしています。

私達の仕事とは、どんな過酷な状況でも利用者様の安全を約束するために少ない情報を効率的に共有することが重要です。

そのために絶対必要なもの…

“チームワーク” です。

それといつもご家族や関係者に言われる言葉が2つあります。

“助かりました” “ありがとう” です。

この言葉を一つでも多く聞けるようにチーム一丸となって

緊急受け入れに対応していきます。

ショートステイようざん 職員一同

# 言葉を取り戻す日を願って

グループホーム倉賀野

発表者 秋山 剛

はじめに

T様が言葉を失ってから6年。

職員の中には誰もT様の声を聞いた事がある人はおりません。

「T様に言葉を取り戻してもらいたい。」これは職員共通の願いです。

T様に言葉を取り戻して頂くにはどうすればよいか。グループホーム倉賀野の取り組み、T様の状態の変化を発表します。

利用者様紹介

T様 60才 女性

平成15年 慢性腎不全

平成16年 透析開始

平成20年 前頭葉型認知症 失語症発症

平成22年 交通事故により骨盤骨折 K病院に入院

平成23年 退院 他事業所のショートステイ利用

平成24年6月 グループホーム倉賀野に入所される

要介護度3(その後、5に変更)

家族はご主人、息子、娘の4人家族。物静かな性格で、衣料品店に勤め、家の庭の草花の世話が好きな方でした。

入居後の様子

フロア、居室を歩き回り、目についた小さな物、ゴミを何でも口に入れてしまう。衣服やタオル、カーテン、布団といった手近な物を齧る、食事の際、一気に口に入れてむせたりする為、職員が常に側について食事介助する、また、他の方の食事・水分に手を出され、食べようとする、といった行為が頻回にありました。

日常生活動作は全くといっていい程出来ず、失語症の為、ペンを持って頂いても意味のある単語を書く事が出来ませんでした。

取り組み

まず、T様に対し、どの様なアプローチ、治療が有効なのか、それを探す事から始まりました。

歌唱レク、文字や絵を描いて頂く、といった事には全く関心を持って頂けず、アニマルセラピーではやってきた犬を噛もうとされたり、うまく行きませんでした。

そこで、T様に最適な治療法はないか、探し始めました。

そんな中、堀江課長に相談した所、紹介して下さった治療法が「コウノメソッド」、そして座間先生でした。

「コウノメソッド」とは

名古屋フォレストクリニック院長、河野和彦先生により構築された認知症診断・治療マニュアルであり、認知症の7割は改善させる事が出来る、河野先生により体系化された実践的認知症治療法です。

内容としては

① 治療優先主義 診断に固執する事なく、患者の症状を改善させる

② 介護者保護主義 介護者を楽にさせる処方をする

③ 家庭天秤法 各薬剤の上限を設定

薬の用量は介護者が設定(医師だけの力での確な薬の種類や量を決定するのは不可能な為)

過鎮静(嗜眠・食欲低下・体幹傾斜等)が見られたら薬を減量

④ キャラクター分類に基づく処方 認知症の病型ではなく、現在の患者の症状に応じ処方を行う。鉄則として易怒・幻覚・徘徊・暴力といった陽性症状を抑制系薬剤で鎮静化してから記憶障害・見当識障害といった中核症状に対する中核薬を併用する。

⑤ 薬剤以外のサプリメントの活用

⑥ 各認知症病型に適した薬剤の選択(ただし、これに「絶対的」な処方セットは存在しない)

例として レビーセット リバスタッチ+抑肝散+メネシット

ピックセット ウインタミン+フェルガンド または フェルガンド単体

変性疾患セット リバスタッチ+ニューフェルガードLA

といったものです。

「コウノメソッド」を実践しているクリニックのひとつが「ザマクリニック」です。ここの院長、座間先生は河野先生の弟子といってもよい方で、コウノメソッドに造詣が深く、多くの認知症の方の治療に実績を持っている先生です。

早速受診の連絡・予約を取り、平成25年7月、埼玉県所沢のザマクリニックにご家族と共に受診に赴きました。片道約一時間半。ちょっとした小旅行、ドライブです。

そうしてウインタミン錠12.5mgの処方を受けました。これは緊張や不安を和らげる薬です。

これをまず、朝食・昼食後に半錠ずつの内服を始め、日々の様子の細かな変化を観察し、記録に残し、何か変化があれば座間先生に報告・連絡を取る事としました。

その後も数週間毎に受診を行い、ウインタミン錠の内服量を少しずつ増やし、日々の状態を観察する事としました。

日々の変化

変化はすぐに表れました。

K病院に透析に行かれ、帰ってくると自ら送迎の車から降り、早足でスムーズに施設内に入っていかれたり、車の中の物を弄ったり異食されるので装着してるミトンが今までであれば涎や噛み跡があったのが全く噛んだ形跡がなかったり。

7月の終わりには、今まで塗り絵を T 様の前にお出しし、ペンを持って頂いても、ペンを齧ってしまったり、色を塗る場所、種類を職員が選ばないと手が動かなかったのが、名前の欄をじっと見つめ、自らカタカナで名前を記入して頂けました。

これは些細な行動に思われるかもしれませんが、職員一同、全く見た事がない行動で、皆がびっくりしました。

その後も

・メモ帳に T 様のお名前を職員が記入し、T 様にペンとメモ帳をお渡しすると、ペンとメモ帳を齧ったりせず、すんなりと御自分の名前を記入しはじめる。

・ご主人・息子さん・娘さんの名前を職員がメモ帳に記入すると、横のスペースにそれぞれの名前を記入しはじめる。しかし、娘さんの名前の横にご主人の名前を3回続けて記入

・トイレに入られ、今までであればトイレットペーパーを千切り、異食されていたのが、便器に座り、トイレットペーパーを手元で巻き始める。(ただし、ズボン等はそのまま)

・ソファに座り、横に座った職員の手をずっと握っている。職員の腕をさする。

といった、今までに見られなかった行動が見られるようになりました。

ある程度目的をもった行動は、今まで T 様に見られなかったもので、「コウノメソッド」の効果に職員一同驚くと共に、「このままいけば、T 様の症状が劇的に改善し、言葉を取り戻す日も近いのでは。」という希望を抱き、T 様の行動、様子を見守りました。8月に入ると、更に

・透析から帰られた後、ミトンを外しているとミトンを引っ張り拒否。T 様にお渡して様子を見てみると、止め具にヒモを通し、ご自分で止めようとされる。

・メモ帳に漢字を書く。

・鏡の前に座り、じっと鏡に映った姿を見ながら、顔を左右に動かしながら衣服の襟を直す。口角を上げ、微笑む。職員の声かけに対し、照れた様子で鏡から顔をそむける。

・整容の際、眉毛等のカットの際、今までであればハサミを口に入れようと口を開けていたのが、じっとしている。

・化粧水を付ける際も動いたり、舐めようとせず、じっとすまし顔で気持ちよさそうにしている。

という行動が見られました。

しかし同時に、

・食事の際、お茶を口に含み、じっと一点を見つめ、固まってしまい、口からお茶が流れ出す。

・薬を内服して頂こうとすると、口から吐き出す。



といった行動も見られるようになりました。

9月に入り、ウインタミンを朝・夕2錠ずつ内服となりましたが、お茶を飲みながら固まってしまう行動が更に多くなり、食事の際、今までであれば自ら茶碗や箸を手に取り、早いペースで召し上がろうとするのを職員が介助し、ペースを保って頂くのが、ぼんやりして召し上がろうとしない、といった様子が見られる様になり、ウインタミンを隔日で朝2錠、昼2.5錠と減らし、過鎮静が収まるのを待つ事としました。

まとめ

T様が「言葉」を取り戻すのはまだ先になりそうです。

しかし、時に文字を書き、時にわずかですが笑顔を見せて下さり、少しずつですが確かに T 様の状態は変化しています。T 様が言葉を取り戻した時、最初に発する言葉は何なのか。ご主人の名前でしょうか。息子さんの名前でしょうか。娘さんの名前でしょうか。はたまた「ご飯をちょうだい。」でしょうか。グループホーム倉賀野の職員一同、楽しみにしています。

# 「うるせえ！ばかやろう！」が

## 「おねがいします。ありがとう」に変わるまで

特別養護老人ホームアンダンテ

発表者 梅山史織

はじめに

特別養護老人ホームアンダンテは、現在 29 名の利用者様が、食事、入浴、排泄等の生活面の介助を受けつつ穏やかに暮らす「生活の場」であり、医療ニーズが少なく、認知症による問題行動も少ない高齢者の方の「終の棲家」としての施設です。

A 様はそういった意味で、他の利用者様とは大きく違うタイプの方でした。認知症による暴言暴力、強い介護抵抗があり、職員を蹴る殴る、物を投げる壊す、便を壁に塗りつける。出てくる言葉は「うるせえ！ばかやろう！」他の利用者様への影響も考えると認知症に特化した他事業所への紹介も考えざるを得ない状況でした。けれども、信頼して下さるご家族のために「私たちでできることを精一杯やってみよう」という気持ちに迷いはありませんでした。何よりも、本人が何を望み何に苦しみ、どうしていきたくのかを理解してケアに繋げていこうと、多職種が連携して取り組んだ 8 ヶ月を紹介します。

利用者様紹介

A 様 78 歳 男性 要介護4

既往症

小児麻痺後遺症

交通事故後遺症 第 2 種身体障害者認定（骨折による足関節機能全廃 5 級）

認知症

知的障害 療育手帳所持(B 軽度)

生活歴

小児麻痺のため、右足中心に歩行可能であったが、平成 23 年に交通事故にて右足骨折となり歩行不能となる。長期入院後、精神状態が不安定になり、同時に暴言、不潔行為などの認知症状が現れる。車椅子生活となり、室内ではほぼ寝たきり状態であった。

幼少期より体が不自由なため、長男よりいじめを受けていた。兄弟は多いが誰も面倒を見ようとせず、妹さんだけが介護してきた。

妹さんの話

兄は小児麻痺で足が不自由な上に、交通事故で怪我をしてから歩けなくなりました。一人で部屋に横になっているだけの毎日で、ストレスがたまり、陰しい顔になり自分勝手にわがままになってしまいました。私は 70 歳で会社経営と夜の仕事でとても忙しいのですが、他の兄弟は助けてくれ

ないので、私一人が面倒を見てきました。疲れ果ててしまいました。もう限界です。

(入所申し込み時)

入所時の担当者会議

平成 27 年 8 月 参加者 家族(妹様)本人 ケアマネ 相談員 介護主任

(検討内容)

- ① 便秘がちであり、便が出ないと不機嫌になる。
- ② 生まれつきの小児麻痺と知的障害があり、ゆっくり分りやすい言葉で話をすれば理解するが、分らないと怒り出す。
- ③ 日によって精神状態に波がある。

(結論)

- ① 排便コントロールにより生活リズムをつける。
- ② ゆっくり分りやすい言葉で話しかける。対応は本人の様子を見ながら。
- ③ 初めての場所、初めての人、初めてのことなど、慣れない場所や人と接する場合、声を荒げることがあるが慣れてくれば穏やかに過ごせる。本人の様子を見ながら環境の整備を図っていく。

約 1 ヶ月後の担当者会議 参加者 1F ユニット職員 ケアマネ 相談員

- ① 入浴拒否について

(検討項目)

入浴を促す職員を「うるせえ、ばかやろ」と蹴ったりひっかいたりして抵抗する。本来入浴はお好きな方であり、入ってしまえば気持ちよさそうに湯船に浸かっている。脱衣のときの抵抗はなぜあるのだろうか。

(検討内容)

\* 介護看護両面より

声かけを工夫する。上からの物言いになってないか。命令口調ではないか。赤ちゃん言葉ではないか。一度でも嫌な対応をされた職員はインプットされ顔を覚えていることが考えられる。

職員が同じような言葉でしつこく何度も誘っていないか。

対応者を変える。強く拒否された職員は引き下がり、別の職員が別の方法で誘ってみる。

目線をあわせ「これからお風呂に入ります。ご自分で脱げますか？それではお願いします」など。

それでも抵抗があれば、時間を空けて更に別の職員が誘ってみる。

- ② 不潔行為について

(検討項目)

便を壁や布団に塗りたくり、自身は全裸でいる。汚れ物をベッドの下に落とす。

全裸になるのはどうしてか？汚染が気持ち悪いのではないか。

皮膚が痒いのか。乾燥性掻痒症のため全身に掻きこわしがある。

(検討内容)

\* 看護より

排便のコントロール。下剤は便形態、量、頻度などを見て調節を図る。

ラックビー(整腸剤)毎日服用。センノサイド(便秘治療薬)様子観察を行いながら調整。

\* 介護より

そわそわと動いているようなら、トイレへ誘導する。起床時間を決めて生活のリズムを作るようにする。

痒みに対しては、\* 看護より

センノサイドの副作用で発疹や痒みが出る。ヒルロイドソフト軟膏、ジフルプレドナート軟膏(痒み止め)プロベト(皮膚保護剤)を塗布。入浴後、排泄介助時に毎回塗布。

\* 介護より

不潔行為は夜間に多いため、夜間の巡視の回数を増やし、もぞもぞと動いていたり、脱ごうとされているようならその都度介助を行う。

③ 暴力暴言にたいして

(検討項目)

車椅子自走途中に人がいたり物があつたりすると蹴る叩く。コップなどを投げつける。特定の利用者様に対しての暴言暴力が見られる。

(検討内容)

\* 介護から

ゆっくり分りやすい言葉で話す。本人の様子を見ながら対応する。

話しかけ過ぎるとカーツとなる。または内容が理解できないと怒るため。

日によって精神状態に波がある。機嫌の悪いときは距離を置いて見守る。

TV や DVD の子供番組を見ていただく。可愛い心温まる物語がお好き。

S 様のことを凝視される他の利用者様と、視線がぶつかりにくいように席の配置を変更する。

車椅子の進行方向に人や物がないように、テーブルや車椅子の位置を調整する。また、他の利用者様とぶつからないように誘導したり、邪魔な物を移動して対応する。

\* 看護から

精神安定剤(ウインタミン 0.6 mg)を朝昼夕の 3 回服用で様子観察を行う。

1 ヶ月後の担当者会議

① 不穏状態はあまり改善が見られない。

ウインタミンは主治医の了解を得て、朝、昼、夕の他 15 時、20 時にも服用する。但し 20 時の服用は入眠中であれば服用しない。日中の観察は継続していく。

② 入浴の強い拒否あり

女性に拒否傾向があるが、男性介護者に限定しても暴力は収まらない。言葉かけや対応に工夫が必要。排便や水分を確認し、無理なときは午後入浴にする。

## ユニット変更後の担当者会議

### ① 弄便にはどう対応するか

排泄の時間帯を把握する。午前4時頃の排便が多い。5時前に起こしてトイレ誘導をする。夜間の巡視は1時間毎にし、動き始めたら様子を見て排泄の確認をする。夕食前に服用していたセンノサイドを朝食前に服用する。

### ② 睡眠、排泄の生活リズムをつけるにはどうしたらよいか

昼間はできるだけ離床していただく。排泄は定期的にトイレ誘導で。

24時間シートより 不機嫌なときの様子(9月～3月)

9月 M様が歌っていると「うるさい」と詰め寄る。

「うるせえ バカ」と手を振り上げる。

トイレ誘導時 強い拒否と暴言。2人介助。

膳をトイレのゴミ箱へ捨てる。

歌っている利用者様に「うるさい！なんとかしろ」

コップをゴミ箱に捨てる。

歯科診察暴れる。

M様とにらみ合い。「お前が悪いんだ。バカ」と暴言。

尿汚染し全裸に。突然怒り出す。

利用者に暴言、職員に暴力。

食器を床に落とす。

食事ですよの声かけに「いらねえ！」と。

10月 「ばか！」と暴言。

「夕食の声かけに「いらねえ！寝るんだ」

廊下徘徊「バカ」と繰り返す。

コップを隠す。

「バカ」を繰り返す。コップをゴミ箱に捨てる。食器を隠す。

血圧計を床に投げつける。

コーヒーを床に投げる

TVに向かって「バカバカ」という。

ご飯を廊下に投げ捨てる。コップを職員に投げつける。

職員を叩く。M様の肩を足で蹴る。

他利用者の座っていたテーブルを蹴る。

他室に入ってベッドにコーヒーをまける。

他利用者の荷物を持ち出して職員に投げつける。

(10月16日ユニット移動)

二人介助でトイレ誘導。殴るなどの拒否あり。

夜間の排泄に強い拒否あり。  
朝の尿汚染更衣に強い拒否あり。食事に拒否あり。  
食事拒否。全く食べない。  
職員、他利用者に「ばか」と発言。  
S 様(女性)に手を上げようとする。  
職員を蹴る。他利用者を叩く。  
声を出している利用者に「うるさい！」と。  
陰しい表情。「うるさい！」と威嚇し S 様の椅子を蹴る。

11 月 利用者の椅子を蹴ったり職員の足を叩いたり暴言暴力あり。  
夕食の声かけに「うるせえ」と言ってそのまま寝る。  
お茶の入っているコップを投げつける。  
お茶をわざとこぼす。

12 月 他利用者に「バカ」と。  
便汚染パットを放り投げ、オムツ外し。周りに便付着。  
コップを何度も床に落とす  
他者を指差し「だめなんだよ」と暴言。  
他者を威嚇。腕などを叩く。  
早朝、下半身裸でいる。床に放尿。

1 月 行きたいところに行けないと蹴ったり怒鳴ったり。  
廊下を自走。通れないと威嚇。  
声かけに不穏。利用者の椅子を蹴る。  
入浴時抵抗あり。職員の顔、手、腕を引っかく。

2 月 他利用者の腕を強く掴む。  
機嫌よくない。職員を叩いたりにらみつけたり。  
バイタル測定時、職員の手首に爪を立てる。

3 月 入浴中に暴言暴力あり。  
職員の後ろから急に蹴る。「ないよ！」と怒鳴る。  
起床時不穏。お茶を床にこぼす。職員や他利用者に手を挙げる。

#### ご機嫌なときの様子 (9 月～3 月)

9 月 TV でバレーボール鑑賞「日本、25 点取ったな！」  
「お願いがあるんだけど」自分では取れない鞆を取ってもらい「ありがとう」  
自らおむつ交換を希望する。  
「テレビつけて」笑顔で頼む。  
「お尻みしてくれる？」トイレ誘導する。

洗面、髭剃りを機嫌よく行う。

テレビを見て笑っている。「お尻みしてくれる？」

トイレ誘導後、排便多量。その後機嫌よい。

トイレ誘導「うんこ出た。ありがとう」

「相撲が好きだから見てるんだよ」

「あんたも〇〇さんかい。俺も〇〇なんだよ。兄弟 6~7 人で俺は 4 番目なんだよ」

ニコニコして機嫌がよい。

10 月 他利用者のバイタル測定時に「俺にもしてくれないかなあ」

便失禁して「おしっこで出たから見てくれない？」と訴える。

「音楽の番組はないかな？」「そうか、じゃあもう少しだね。ありがとう」

11 時まで寝ている。その後穏やかに過ごす。

表情が陰しい。ディズニーの TV をつけると穏やかに。

慰問を見て笑顔。

TV、独語などあり。楽しんでいる様子

昼食後「ご馳走様」と職員に声かけ。

クスリを渡すと「ありがとう」

尿汚染更衣に「悪いね、ありがとう」と笑顔。

11 月 大きな声を出さず落ち着いて過ごす。

職員に「お、お」と声をかけてくる。穏やか。

ニコニコと穏やか。

自由に過ごしている。TV を見て声を出して笑う。

TV を見ながら鼻歌を歌う。

声かけに「ありがとう」と。

TV を見て機嫌よい。

(12 月 3 日 朝、転倒し救急搬送。左眉上 4 針縫合)

12 月 笑顔あり。

体操に誘う。「しないよ」と応えたが最後まで皆を見ている。

食事の声かけに「うん」と答え自ら席に着く。体操の数を一緒に数えた。

落ち着いて DVD 鑑賞。

TV を見る。時々暴言あるが穏やか。

クリスマス会参加。楽しそう。

三味線慰問に参加。楽しそう。

おはようの挨拶に「うん」と答える。

風船バレーに参加。

家族面会。穏やかにりんごを食べる。

1 月 穏やか。声かけに「うんうん」と返事。

清拭タオルたたみを手伝う。穏やか。

歯磨きを嫌がったが洗面台まで行く。自分で磨く。

声かけに「うんうん」とうなずく。

「関係ないよ」と言いながら TV 鑑賞。

紅茶を飲み「おいしいよ」と。

声かけに「ないよ」と大声。すぐに「うんうん」と穏やか。

ニコニコしながら TV 鑑賞。

2月 穏やかに行動。足でリズムを取りながら独特な歌を歌う。

職員とのコミュニケーション取れるようになる。暴言減る。

職員の腹を急に殴ったので謝る様言うと「ごめんね」と。

「すみません」と言われる。トイレですかと聞くと「お願いします」と。

穏やかな表情。自己流の返事。

穏やか。声かけに頷く。

表情はニコニコしていることが多く穏やか。

職員が食事していると「俺も食べるものが欲しいなあ」と。ヨーグルトや

ミルクティを提供する。「うまいなあ」と穏やか。

暴力暴言全くなし。穏やか。

TVを見ながら話しかけたり笑ったりしている。

いつもの席についている。お茶を提供すると「ありがとう」と。

穏やかな午後。鼻歌を歌っている。笑顔が見られる。

3月 トイレ前で職員を待っている。「お願いします」と。

食事提供時「ありがとう」と。

トイレの戸を開けている。「トイレですか」声かけに頷く。

穏やかに、本人しか分らない歌を歌っている。

排泄後「うんこ、いっぱい出た」よかったですねと言うと「うん」とにこにこ。

入浴後さっぱりした様子。終始ニコニコ穏やか。

「お願いします」と言って自身で下膳する。

TVを見ながら、機嫌のよい時に歌ういつもの歌を口ずさむ。

食事準備に「ありがとう」の言葉あり。

高校野球を真剣に鑑賞。

声かけに頷く。穏やかな表情。

穏やかな表情。お茶提供に「ありがとう」と。



## まとめ

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
不機嫌	13回	23回	5回	6回	4回	3回	3回		
ご機嫌	13回	10回	7回	10回	9回	13回	12回		

10月までは不機嫌、不穏な言動が多く見られました。ショートステイから特養に移った時期でもあり、職員や環境の変化が大きかったせいもあると思われます。

11月からは不機嫌とご機嫌の回数が逆転しています。特養のユニットの職員の対応がよくなったのかもしれませんが、ウインタミンを日に5回にしたのも効果があったかもしれません。

但し3月後半からまた、不穏状態が続いてきました。S様の性格は、人見知りや激しく、初めての場所初めての人に警戒心が強い傾向にあります。3月から4月頃までモデラートの研修職員がかわるがわる10人以上も来ていたため、不穏になることが多かったのですが、自分に危害を加える人ではないということが分ったのか、まもなく落ち着いてきました。

また、特定の利用者様に対して「バカ」「うるせえ」「お前が悪いんだよ」などの発言があったことを考えてみると、A様はじっと見られることが好きではなく、殆どどの利用者様はA様のことは気にかけていない中で、じっと凝視されている利用者様のいることが不安だったのかもしれません。その方への暴言は、見えない位置への席替えという配慮で解決しました。

今までの生活の中で、辛い経験や寂しい思いをしてきたためかと思えば、M様のためにできるだけ心地よい環境を整えてあげたい、それは人であったり物であったり場所であったりします。部屋はここでいいのか？席は？そして対応する職員は？メンタル面のケアについては何度も会議で話し合い試行錯誤を繰り返してきました。

## 考察

「おはようございます」と言えば、にらみつけて「うるせえ」「バカやろう」としか言わなかったM様が、「ありがとう」と言ったときの感動は忘れられません。それから「お願いします」「ちょっと見てくれるかな？」「うまいね」「ありがとう」などの感謝の言葉が日に何度も聞かれるようになりました。そんな時は心がほわっと温かくなります。

まだまだ不穏なときはあるし、いつも機嫌よく過ごしてくれているわけではないけれど、一歩また一歩と笑顔の日が増えています。私たちは、M様の思いに寄り添ってより快適な生活を提供できるよう、これからも努力し続けていきたいと思っています。

## ご家族より

初めて相談に来たとき、スタッフが皆笑顔で挨拶してくれました。実はアンダンテが6箇所目の施設でしたが、是非、ここでお世話になりたいと思いました。今、私は介護の勉強をしていますが、自分のかつての介護は間違っていたことがわかりました。私は叱ってばかりいました。ここのスタッフは叱らないで上手にやってください。そして、自分が最後まで面倒を見るべきだと思っていた

ことも、自分の自己満足に過ぎなかったということもわかりました。深夜に帰ってからのオムツ交換は正直辛かったです。介護はプロに任せて、今は安心して仕事に打ち込めます。感謝しています。これからもよろしくお願いします。(1月家族会にて)

# 穏やかな生活のためにコウノメソッドを取り入れて

ショートステイようざん並榎

発表者：佐藤千秋

## 【はじめに】

ここで一人の男性の認知症状の変化と高崎市片岡町にあるほのぼの診療所が取り入れている認知症薬物療法「コウノメソッド」を取り入れた治療での病状の変化をまとめました。今回は一例として紹介しますが、他にも「コウノメソッド」で治療を受けた方が複数おり特例ではありません。そして決して解決した事例ではなく今現在も進んでいる状況の中での一部として紹介いたします。

## 【コウノメソッドとは】

コウノメソッドとは、河野和彦医学博士によって提唱された認知症の診断と治療体系で、認知症のBPSDを陽性症状、陰性症状、および中間症に分類し、それぞれに最も適した薬剤を極力少ない副作用で処方する治療プロトコルである。陽性症状の強い認知症でも家庭介護が続けられるように処方することを最優先として一般公開された薬物療法マニュアルに集約されており、そのコンセプトは以下のとおりである。

(家庭天秤法)薬の副作用を出さないために医師の指示のもと介護者が薬を加減すること

(介護者保護主義)患者と介護者の一方しか救えないときは介護者を救うこと

(サプリメントの活用)薬剤と同等、あるいはそれ以上に効果があるサプリメントも併用する

## 【対象者プロフィール】

A様 88歳 男性 要介護5

・病歴 アルツハイマー型認知症→ピック病 抑うつ状態 便秘症 硬膜下血腫 平成25年5月  
ope

## 【ショートステイようざん並榎を利用するまで】

平成23年1月、妻を亡くす。その後不眠が続き自ら不眠を訴えるようになる。眠剤を服用しても効かず抑うつ状態から食事や水分摂取が出来なくなり、脱水併発し平成23年7月A病院へ入院、その後グループホームに入所。状態が改善されると帰宅願望が強くなり退所。平成24年10月からスーパーデイようざんの利用開始となる。Bクリニックに通院し内服管理をしていたが精神的に不安定な状態が続きA病院へ主治医を変更する。平成25年10月A病院受診時、院内で暴れ保護入院となる。内服治療実施、安定後退院する。ショートステイようざん栗崎で長期利用、平成27年7月1日特養へ入所するが、落ち着かず不安定な状態が続き、対応困難。同年8月1日特養を退所する。そしてショートステイようざん並榎の長期利用となる。ショートステイようざん並榎入所時の様子は環境も変わり不安からの行動かと思っていた。

(記録一部引用)

【ショートステイようざん並榎を利用してからの様子】

☆入所初日

平成 27 年 8 月 1 日 11 時 20 分本日入所される。入所直後から表情陰しい。車椅子自走し、ホール内の机やカラーボックスを蹴ったり職員に手を挙げる姿が見られる。暴言、暴力頻回にあり。「あきちゃんは死んだー」と大声で発している。おやつを食べてコップやお皿を投げる。車椅子でホール内を動き他の利用者様と接触すると「邪魔だ」「バカ」などの言動行動を繰り返す。同日、夜間「飯はまだかー」居室より「おーい」「おーい」「便所はどこだー」「うるさい」など繰り返し言葉を発する。トイレ誘導して再び居室へ就寝促すと、10 分後「おーい」「バカヤロー」職員訪室すると「寝かせろよー」と、布団をかけ退室。途中 30 分入眠を数回、上記行動繰り返し朝を迎える。日中、体操やレクリエーションの参加はなく拒否あり。(記録一部抜粋)

	内服薬		症状 行動
H27.7.1 アンダンテにて	タムスロシン 0.2mg アサ 1 丁 ベニジピン 4 mg アサ 1 丁 酸化マグネシウム 330 mg × 3 ウインタミン 0.02 mg × 3	前立腺 降圧剤 便コントロール 精神安定剤	イライラ 暴言暴力



ショートステイようざん並榎 H27.8.17 ほのぼの診療所受診	ユリーフ 4 mg アサ、夕 ベニジピン 4 mg アサ、 マグミット 330 mg × 3 ウインタミン 0.02 mg × 3 レンドルミン 0.25 mg 就寝薬	前立腺 降圧剤 便コントロール 精神安定剤 眠剤	イライラ 暴言 暴力 訴え頻繁 「飯くれ」 「トイレ」 「コーヒー」 「おーいー」
--	--	--------------------------------------	---

☆入所して1ヶ月 8月1日～

内服の内容は変わらない。症状も同状で改善みられず。食事を摂った直後に「飯ー」「何かくれー」

☆入所して1ヶ月半 8月17日～

夜間も就寝薬レンドルミン処方され内服開始したが、トイレ頻繁＝訴えによるホール居室を行ったり来たりで不眠続く。食事「飯はまだかー」と言うわりにガツガツと食べ始めるが半分以上こぼし5分もしないで、「もういいや」と。

～取り組み～

対応として、訴えに対して要求を満たすようにしていた。家族にも協力していただき、A様の好む食べ物(特に甘いもの、菓子類)を常時おいて昼夜問わず要望がある時に提供していた。

	内服薬		症状 行動
H27.8.28 ほのぼの診療所受診	定期処方 (前回処方と同じ) 桐生先生より 天候による気圧の変化で耳にか かる負担が不快になり、不穏へと なる場合もある、との由で。		イライラ 暴言 暴力 (やや減少) ホールで5～10分 傾眠すぐ起きて訴 えを繰り返しソフ ァーと車椅子の移 乗を繰り返す
	頓服薬開始 メリスロン 6 mg	めまい改善 薬	昼、夜、頓服薬を 服用することもあ った。

入所してから約 1 ヶ月以上経ち、入所時の、せん妄だったのか？特養での不安定は精神状態のままだったのか？定かではないが 9 月に入り、職員の対応もA様の訴えや要望に対して応えていたら、大きな声で発するばかりだったのが少しずつ会話できるようになった。発する言葉が「もうお屋？」「おーい」「大丈夫？」と職員に対し、うかがうような声掛けが出現した。時折 傾眠(30 分くらい)が昼間に見られる。

～取り組み～

同様に、訴えに対して要求を満たすようにしていた。家族にも協力していただき、A様の好む食べ物(特に甘いもの、菓子類)を常時おいて昼夜問わず要望がある時に提供していた。

	内服薬		症状 行動
H27.10.9 ほのぼの診療所受診	<p>定期処方 頓服薬 服用回数が増える為、定期薬のウインタミン増量の指示有り。</p> <p>ウインタミン 0.02 mg × 3 ↓ ウインタミン 0.04 mg × 3 になる</p> <p>頓服薬メリスロン→コントミン 0.5 T</p>	<p>精神安定剤</p> <p>精神安定剤</p>	<p>8月後半から9月半ばまではイライラや暴言暴力は減少してきていたが、</p> <p>9月後半からイライラが多くなり自ら「頭が変だ」「イライラする」と訴えが多くなる。同時に頓服メリスロン服用も頻繁になる。</p>
H27.10.13 ほのぼの診療所受診	<p>頓服薬 服用回数が増える為 定期薬のウインタミン増量 0.06mg × 3 と抑肝散 × 2 (朝、夕) 追加処方となる</p>		<p>自ら「イライラするから薬くれ」とほのぼ毎日頓服 (コントミン 0.5T) を服用している 昼、夜 10~15 分眠って、起きての繰り返し 夜間不眠</p>

☆入所して約3ヶ月 9月後半～10月半ば

9月後半～10月半ばくらいはイライラから本人自ら頓服薬を希望されることが多くなる「おーい」「よーおー」「うるせー」「まだかー」「何かくれー」と大声で発する。入所時の様子と同様になる。ただし、暴言はあっても暴力や物を投げる事が少ない。10月半ばから食事早食い、食べた直後から「飯ー」と。夜間、良眠出来ないと不眠の為ふらつきがあり、転倒や車椅子からのズリ落ち有り。週末利用している特定の利用者様に対し、週末不穏強くなり、その利用者様に物を投げたりして頓服薬を服用せざるを得ない状況。

	内服薬		症状 行動
H27.10.13～ ほのぼの診療所受診	10.13以降変更なし		10月から不穏(+) イライラに対し変化なし 頓服薬コントミン夜間一晩で三回服用した日も少なくない。 不眠 「おーい」 「トイレー」
H27.11.27 ほのぼの診療所受診	内服薬変更 ウインタミンと抑肝散中止 ↓ コントミン 朝1丁 昼1丁 夕1丁		暴言暴力同様に有り。 夜間 1～2 時間眠ることが増える。 日中「昨日は悪かった」など、少し変化があり。反面職員の足を蹴ることがある。

☆入所して約4ヶ月 11月

11月に入ると少し変化が見られる。暴言や暴力は変わらずあるが、職員とのやりとりの中で「ありがとう」などの言葉を聞かれる。

H27.11.28 食事以外はほとんど居室(ベッド上)にいる。時々「おーい」「よー」「お姉さん」

(日中) →「何ですか?」と尋ねると「何でもない」「呼んだだけ」。居室内、居室ドア前で立ち歩く姿が数回みられる。表情は穏やかで笑顔もみられる。普段から職員に甘えている様子が伺える。

(夜間) 20:00 落ち着きなく何度も居室とホールを行き来する。「明日は休みー」

20:50 立ち歩く頻繁声大きい。頓服服用する。

21:00「よー俺は死んじゃうよー」「よー」「よおーー」。

22:30「よーー」「よー」「おい飯食べよう」「帰れる」と大声。

1時間の内に2～3回、大声とホールに歩いて出てくる為、頓服 他2回  
繰り返し朝を迎える。(記録1部抜粋)

	内服薬		症状 行動
H27.12.25 ほのぼの診療所受診	定期処方 コルトミン増量 朝 1 丁 昼 1 丁 夕 1.5 丁 センノサイド 12 mg 1 丁就寝時		立ち、歩き、大声サ イドレールや戸を足 で蹴る。「よーよー」 呼声多い。 頓服薬コントミン服 用増える。 排便もこれまで3~4 日に1回 便秘にて不穏多くな り桐生先生に下剤 依頼する。
H28.2.2 ほのぼの診療所受診	27.12.25 以降の 内服変更なし		夜間少しずつ眠れる (3 時間 2 回くらい) 排便も数日に1度自 然排便有り、失禁す ると「ゴメンね」 と言い食事量も気に する様になる。

☆入所して約 5 ヶ月 12 月

夜間不眠で頻回に立ち、歩くことあり。立ち上がり時(車椅子移乗時)もふらつき目立つ。

排便コントロール出来て来たら落ち着く様子もある。

☆入所して 6 ヶ月~7 ヶ月 平成 28 年1月~2 月

内服変更なし。夜間も比較的良好眠することもあり。日中「何か手伝うよ」と言い、洗濯物を畳んだり車椅子でモップかけをしたり協力的な行動みられる。安定している。

睡眠も良好。昼間も居室で休まれていることもある。



	内服薬		症状 行動
H28.3.11 ほのぼの診療所受診	定期処方 コントミン増量 朝 1.5 丁 昼 1 丁 夕 1.5 丁		2 月末から夜間良眠から覚醒する回数も増える。 日中も少しずつホールで車椅子から立ち上がり大声聞かれる。
H28.4.15 ほのぼの診療所受診	定期処方 コントミン増量 朝 1.5 丁 昼 1.5 丁 夕 1.5 丁		3 月末頃少しずつ夜間良眠できる。 4 月になると、夜間も昼間も不穏。 頓服薬昼夜問わず服用 回数増える イライラ、暴言、暴力もある。
H28.5.27 ほのぼの診療所受診	定期処方 コントミン減量 朝 1 丁 昼 1 丁 夕 1 丁		5 月から傾眠と食事量のムラが生じたので、コントミンを減量した。
H28.6.19 ほのぼの診療所受診	定期処方 サプリメントであるフェルガード追加		ご家族へ説明がありフェルガード追加。

☆入所して 8 ヶ月～11 ヶ月 平成 28 年 3 月 4 月 5 月 6 月

毎日ではないが、イライラや訴えは同様にあるが、ショートステイなので入所、退所が毎日あり利用者様の出入りがある。入退の多い日は職員も忙しく A 様の呼ぶ声に対すすぐに対応できないこともあり。そのストレスからか？声量が大きくなり、立ち歩くことも増える。転倒の危険性も多くあり、注意していたが頻回の立ち上がり、車椅子⇄ベッド 車椅子⇄ソファの移乗時に何度か転倒あった。靴も自分で履ける時もあるが、ほとんど踵をつぶして履いているので、介護用の靴の提案があり購入していただく。その後は転倒なく過ごせている。

5月より傾眠と食事摂取量のムラが見られ、過沈静の傾向であったことから、コントミンを減量。活気が増える。6月よりサプリメントであるフェルガードが追加となり更に改善傾向となり現在も落ち着いており今までで1番よい状態となっている。

【まとめ①】

コウノメソッドの特徴である家族天秤法を用いて、A様に薬によって過沈静にならず、副作用も最小限に、そして介護事業所で集団生活が営めるようにと内服を加減した10ヶ月の軌跡です。本当に微調整の連続ですが、体力のない高齢者ですから薬のレスポンスが大きく、半丁の増減で状態が変わるので慎重に微調整を重ねた10ヶ月と言えます。

処方日時	薬情の変化
平成 27 年 8 月 17 日	ウインタミン 0.02 mg × 3
平成 27 年 8 月 28 日	ウインタミン 0.02 mg × 3 頓服としてメリスロン追加
平成 27 年 10 月 9 日	ウインタミン 0.04 mg × 3 へ増量 頓服がメリスロンからコントミン 0.5 丁へ変更
平成 27 年 10 月 13 日	ウインタミン 0.06 mg × 3 に増量 抑肝散 × 2 に追加
平成 27 年 11 月 27 日	ウインタミン、抑肝散中止 コントミン 1 丁 × 3 開始
平成 27 年 12 月 25 日	コントミン朝 1 丁 昼 1 丁 夕 1.5 丁へ増量 センノサイド 12 mg 1 丁就寝時
平成 28 年 2 月 2 日	内服に変更なし
平成 28 年 3 月 11 日	コントミン朝 1 丁 昼 1.5 丁 夕 1.5 丁へ増量
平成 28 年 4 月 15 日	コントミン朝 1.5 丁 昼 1.5 丁 夕 1.5 丁へ増量
平成 28 年 5 月 27 日	コントミン朝 1 丁 昼 1 丁 夕 1 丁へ減量
平成 28 年 6 月 19 日	コントミンにフェルガード追加

【まとめ②】

利用当初は妻を亡くした淋しさから、症状が悪化したと思われ、淋しい気持ちの穴を埋めるように欲求を満たそうとして、不適応行動になると思っていました。ショートステイようざん並榎では暴言や暴力、他欲求に対しA様が満たされるよう要望に応じていました。入所当初より改善できている様子も見えたが、施設内の利用者様の移り変わりに対してか？環境にも左右される様子もあり対応にも手を尽くし困惑していました。

認知症状の周辺症状のうち易怒、介護抵抗、暴言、暴力、妄想、幻視、不眠の症状が重度でありこのようなエネルギー過剰の症状が「陽性症状」といい、認知症の約9割にみられる症状と言われています。これらの症状に向き合うにも介護技術だけでは限界も感じており、A様を支えたいとの思いから、認知症薬物療法「コウノメソッド」にたどりついた。今回の事例でもピック病に対しての向精神薬ウインタミン、コントミンの投与が始まり副作用にも注意しながら薬の量を加減する方法の「家庭天秤法」を用いました。薬の量の加減にはほのぼの診療所と何度連絡を取り合ったかわ

かりません。これからもA様の内服状況を将来再考する必要も出てくると思います。しかし、ピック病のもっとも易怒性の強い陽性症状が内服薬で落ち着き日常生活の一部で時々見せる笑顔や「ありがとう」に支えられることも増えてきました。一進一退で先に進むこともできない時もありましたが、これからもA様の笑顔が何よりも結果だと思い支援してまいります。

最後になりますが、今回の事例は、介護事業所だけで支えるのではなく、医療と適切に連携することで、介護事業所の受け入れの限界点が大幅に上がることを示せたかと思います。ほのぼの診療所の桐生先生には大変にお世話になりました。ありがとうございました。