

第 8 回ようざん認知症介護事例発表会

小規模多機能型居宅介護事業所 訪問介護事業所

平成 28 年 7 月 6 日

認知症とケアを考える ～ ST 並榎のケアとこれから ～	ケアサポートセンターようざん並榎	.....P.1
私らしく、日々楽しく生きるとは・・・	ケアサポートセンターようざん飯塚	.....P.7
先生、あなたのお気持ちお聞かせ下さい。	ケアサポートセンターようざん貝沢	.....P.11
本人が望む生活とは何か？～個人に合わせた支援を目指して～	ケアサポートセンターようざん小埜	.....P.14
師弟関係から生まれた地域交流	ケアサポートセンターようざん双葉	.....P.18
「自分の足で歩く」	ケアサポートセンターようざん中居	.....P.23
訪問介護で出来る事	訪問介護ほから	.....P.26
その笑顔の為に	ケアサポートセンターようざん石原	.....P.30
どこが悪くても大変ね～ ～認知症の方の癌による痛みの把握と対応について～	ケアサポートセンター ようざん	.....P.33
「在宅」ずっとこの家で暮らしたい！	ケアサポートセンターようざん倉賀野	.....P.37
在宅困難の利用者様を柔軟なサービスで支える ～私の想いが届きますように～	ケアサポートセンターようざん藤塚	.....P.45
「認認介護」～夫婦の見えない絆～	ケアサポートセンターようざん栗崎	.....P.55

認知症とケアを考える

～ ST 並榎のケアとこれから ～

ケアサポートサポートセンターようざん並榎

発表者：後藤 幸司

①『スタッフと家族の視点の差異から生じるケアの差』

ケアとは？なんでしょう・・・

ケア。

介護には必ずといって関わってくる言葉です。

では、みなさんの思うケアとは、言葉に出すとどんな言葉が出てくるでしょうか？

.....。

自分を含む ST 並榎スタッフ・介護に少しでも携わっている人に聞いたところ・・・

理念・理想・理想の介護・利用者を支える・利用者との会話や過ごす日々・優しさ・介護そのもの・その思いが大切・・・等々、いろいろな思いがありました。意外にも、わからない、という人もいたり、その逆に『利用者様の援助の中心的な課題を踏まえて援助、支援すること！』と何かすべてが詰まってるような言葉をもらった人もいます。色々な思いの人がいるということです。

一般の人は、ケアと聞くと何という言葉がでてくるか聞いてみました。

出てきたのは・・・回復・治る？治す？・介護のケア・歩けるようになる・目が見えるようになる・身体を守ること・保護・・・などなどこちらも、いろいろ出てきました。

やはり、介護を経験している人との『ズレ』を感じます。

介護現場の人達・・・理念・理想・理想の介護・利用者を支える・利用者との会話や過ごす日々・優しさ・・・

→ 介護の現場を見ているので抽象的ではなく、具体的な自分の行動倫理で言葉を選んでいるように思えました。

一般の人・・・回復・治る？治す？・介護のケア・歩けるようになる・保護・・・

→ 全員ではありませんが、抽象的であり、自分の創造で言葉を考えたように見えました。特に回復とか病気やケガが治るという見方をする人が多く、それと同時に語尾に『？』が付く人が多く感じました。恐らく、ケアを普段から使うこと・感じること少ないためだと思われます。

これらを考えると、一つの場面が思い浮かびました。

—— 夕方、ご飯を食べ、帰るときはいつも歯は自分の家で磨くといい、トイレをすまして、あとは帰るだけのHさん・・・『今日は自分が送ります。よろしく願います』というと『よろしくね～』と笑

顔で答えてくれました。

ですが、私が玄関まで車を持ってくる2～3分の間に何かあったのか、ドアの前で不穏顔のHさんが憤慨していました。『どうしました？』と聞くと『いいよ！帰ろう！』と我さきにと歩き出します。車の中で怒っている理由を聞くと『トイレの中に入ってきた男がいたのよ！しかも、開けっ放しよ！』と帰るまで怒ってらっしゃいました。家に着いた時には、少し、しおらしくなっており『ごめんね～あんたにいてもしょうがないんだけどさ～ありがとね～』と笑顔も見せてくれました。そして、玄関でお家の方にバトンタッチし、『・・・おばあちゃん？何かあったの？』何か感じたのか、娘さんが声をかけると『ちょっとね・・・』と低い声でいいました。『帰るときにトイレに入ってきた方がいらしたみたいで・・・開けっばしで出ってたみたいで・・・』自分が申し訳なさそうにいうと

次の言葉は、私が介護の世界に入って一番衝撃的な言葉でした。

『そっか、じゃあ今日は、散々な1日だったんだね～』

『……………』

帰り際に、娘さんが『大丈夫ですよ』

笑顔でいいました ——

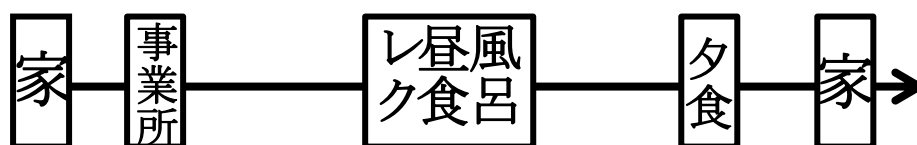
さすがにこの時は、気持ちが落ち込みました。

いくら朝昼夕気分よくしていても、最後の5分にもみたくない時間で利用者の抱えているものは、『最高』から『最悪』になってしまうのです。それに付け加え、家族の印象も1日最悪なことしかなかったのね、で終わってしまう・・・。

これは、先ほどのケアの質問と類似しています。

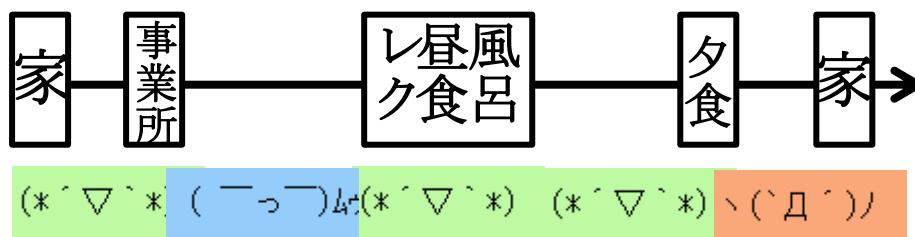
簡単に言えば『視点』です。

先ほどの一日の流れを簡単に書くとうこうです。



※左から右へ時間が進行していきます。

これに・・・利用者の視点をつけてみます。



家から来る時も事業所にいる間も別段、怒った風には見受けられませんでした・・・帰りでの出

来事で一気に不穏になっています。ここで大事なのが、『家族』と『事業所』に絡んでくる利用者の接点は…『家』つまり送迎の時のみの視点だということです。当たり前のことですが、家族が受ける答えは、あまりいいものではありません。

ここから導き出せる答えが…

『スタッフと家族の視点の差異から生じるケアの差』です。

この視点の差は、事業所と家族で見ている視点が違うので、まず、埋まりません。しかし、スタッフとケアマネージャー・家族との連携により積み重ねることのできる可能性があります。それが、その人の情報であり『希』であるケアを『生んで』いくのです。

ケアについて、介護の現場のスタッフと一般の家族の人との思いに差異があることがわかりました。

ですが、言葉だけで並べても実際はどうなのか？そして、それがケアにどう結び付くのか？

次は、会議などで方針を絞っていくことから経過を報告します。

② 会議から導き出せるケア

私達が月に一度、ユニット会議で利用者一人一人の状態確認などや今後必要なケアは何かをスタッフと所長で話し合い、今後について話し合う場です。そして、会議と同じくらい重要な日頃のスタッフ同士の情報交換の場とコミュニケーション場でもあります。これはどこの事業所でもやっている事です。ケアの実践の例として、今回は下にある S さんについて会議で行われたケアの模索と実践・結果の事例内容を発表します。

事例1

『今日は行きたくない』連れ出し困難！『もう帰る！歩いて帰る！』帰宅願望！『お風呂は家で入ってるの…ヤダ！脱がさないで！』入浴拒否！する利用者に対してのケア

事例対象者 : Sさん

性別 : 女性

要介護度 : 介護度2

自立介護度 : II B

居住 : 独居

性格・特徴 : 普段、温厚であるが、怒りと温厚の『間』の感情が短く、不穏に陥りやすい、怒りやすく、笑い上戸であり、人としゃべるのがすき。極度の潔癖症で羞恥心が強い。服の柄や色を褒めると喜ぶ。上毛かるたが大好き。

・ようざん並榎にて週二回通い、あとのほとんどは、訪問でした。最近(2016年5月現在)になり、自宅での入浴が難しくなり、入浴を導入…現在に至る…。

家に行くと笑顔で応対してくれるが、その日によって気分が違う時があり、事業所に行くのが困難

な時がある。

その場合の対処方法として・・・

1: Sさんが事業所にきて楽しいと思うことをアピールする。

例) スタッフ『今日は並榎で上毛カルタ大会があるんですよ～Sさん上手なんですってね～』

Sさん『あら！？そうなの！？じゃあ、早く行かなきゃ！』

スタッフ『時間は、まだ、大丈夫ですからゆっくり着替えてきてくださいね～』

⇒ ようざんへ

ようざんに来て挨拶し、お茶を出す・・・時間が経ち、入浴へお誘いする。

その場合の対処方法として・・・

1: 羞恥心が強いいため、原則、同性が入浴介助を行う。

2: 入浴ではなく、健康診断などや手紙などを使い誘導する。

※記憶力のある方なので最近、また、難しくなってきた。

3: 仲の良い利用者と一緒に浴室へ誘導する。

4: 『今日は、菖蒲湯(しょうぶゆ)の日ですよ～』など、特別な日であることを強調し、今日だからこそ！という感じで誘導する。

※現在、この誘導方法が一番効果的！

5: 羞恥心が強いので出たらすぐにバスタオルで身体を巻く。

6: 服などは自分で着れるので、必要以上に触らない。会話は少ししたほうがよいようです。

入浴→着替え→昼食・・・この後、30分前後で帰宅願望が出てきます。

1: 気の合う方とのコミュニケーションがとれれば、しばらくは不穏は解消されますが、休みのときなどは、不穏になることが多いです。

2: レクリエーションに誘う。これが一番、効果的です。ドライブ・散歩・慰問・・・特に上毛カルタなどが好きなのでとても喜びます。

笑顔で帰宅・・・

結果

今回のケースは、非常にスムーズにケアが上手くはまり、スタッフの努力が結果となる内容となりました。事前の会議や相談そして、実践と反省を繰り返し、この答えに導くことが出来ました。ですが、これでケアとして完遂しているのかといえ、そうではありません。Sさんのケアは、今後まだまだ継続して行くのです。

③ ケアと認知症

今回、Sさんを含む、ST並榎の利用者の全員を並榎スタッフ全員にアンケートをしていただきました。利用者 28 名分、スタッフ14名のケアに関するアンケート『みなさんが思うケア』。中には空白はあるものの枚数にして42枚にもなり皆の協力によって様々なケアを見つけることができました。このアンケートを讀んでいくと、ふと気づいたことがあります。皆、(自分も含む)そのほとんどが、

自分が行動したことについて書かれているのです。最初は、ケアとは、内側のもの精神的なものが多く占めていると思っていましたが、その実は、ほとんどが身体的行動によってケアは実践されていることに気がつきました。例えば、皆のアンケートからみるとさんについては、『マイペースな一面が有り、一人で居室で過ごされている時間が多いため、ホールへ居る時はなるべく声かけを行う』『後ろに下がる際、ふらつきがあるのでとくに注意が必要』『転倒、ケガに気をつけてご本人が過ごしやすいようにしていただく』『人との関わりを持ちたくないわけではないようだが、なるべくデイに来てる時は、ホールで過ごしたほうがいい。元々の性格もあると思うのでとなりに話し相手がいれば良いと思う』『せっかちの面がある、気持ちは前向きなので、リハビリもレクもこちらから働きかければ積極的にやろうとする。頑張りすぎるところもあるので、ゆっくり、少しずつ、声かけすとよいかも』など具体的なケアの実践が書かれていました。つまり、ここで書かれているのは、行動ありきのケアであり、言葉だけでない実践が詰まったアンケートとなったわけです。つまり、言葉だけでは足りないことを現場のスタッフがそれが『ケア』だと認識して行動している、という事なのです。

④ 自分自身をケアする

私たちがケアするのは利用者、他人だけではなく、自分自身もケアします。誰かがケアしてくれるわけではありません。そのため、ストレスを抱える事も多くあります。ですから、プライベートな時間で自分自身でやりたいこと・したいことをして自分自身をケアしていく事も重要です。よくいわれるプライベートが充実できないと良い仕事ができないといわれることです。自分自身になぞらえるとわかりやすいかもしれませんが、ケアには、相手にその時々に必要なことを感じ取り、相手がこちらの意図からそれていくときも、相手を信じ、手を出したくなるのを控える忍耐力、勇気が必要となります。

ケアという言葉は決められた単語・言葉がないためか、分かりづらい面もあります。体にふれる、手をにぎる、暖かい毛布をかける、気分を落ち着かせるような話をする、距離をおく、などなど、その方法はさまざまです。あまりに多くあるので、マニュアル化できずにいます。それに合わせて、いつもしていることなので、介護者はそれをしている時間をただ「利用者といふ」としか表現できない。なぜなら、ケアは相手と自分とのあいだに生じてくるものであり、こちらの一方向的な思いではないからです。一方向的な思いとは、自分自身を指すものであり、自分でなければわからないことだからです。皆さんも、自分がしたいこと・やりたいこと、それらが自分の意思と違い他の人の手によって遮られればイライラしてしまうと思います。その思いが理解出来れば、人にやさしく出来るのではないのでしょうか？

最後に…目に見えないケアを残す

私たちの仕事の一つに目に見えないケアを書き記す『記録』があります。それは記録を振り返ってみると様々なことがあり、その克明な詳細を知り、そこから共に歩む大切さを再度、振り返ることができる大切なその人の『歴史』です。この場合の『歴史』とは、私たちが今までやってきた過去の

ケアの実践に他ならないのです。

『今日はイチゴを皆で食べたのよ〜』と車椅子からにこやかに手を降る白髪の女性。

『あの真っ赤な顔の人は…バカなことばっかするけど…嫌いじゃないよ?』と押し車をおしながら少し照れた笑いをする女性。

『今日も迎えに来てくれたんかい?ありがとね〜』とまるで神様に祈るようにして手を握ってくる饒舌にしゃべる女性。

私たちの仕事は目に見えないものばかりですが、それらを『記録』することで、そこにきっとケアが生きてきます。

私がみなさんにいいたいことは、私たちが日々当たり前に行っている声かけや会話・移乗などの介護技術もすべてが『ケア』だということです。

仕事という(カギカッコ)の中で動いていると意識が薄れてしまいますが、我々が日々当たり前に行っていることが『ケアの実践』なのです。

そのことが皆さんの中で『当たり前のことだ』と思っていただいたら、わたしの伝えなかったことは伝わっています。

あなたが『仕事』で普段していることをした後に利用者の顔をご覧ください。いつもではないと思いますが、とても良い物を見れるかもしれません。

私は、それがケアの一つの意味を指す、人の『優しさ』だと思います。

私らしく、日々楽しく生きるとは・・・

ケアサポートセンターようざん飯塚

発表者 井上恵子

「私、母が待ってますから帰ります！」

「私の車はここにあるんですけどつけ？カギは？」

「今日、わたし車のってきましたよね？」

いつも夕方になると不安な思いで問いかけてくる A 様。積極的に洗濯干し、掃除、お皿拭きなど「手伝いましょう」と声を掛けてくださいます。

この行動の背景には何がそうさせているのでしょうか？

いつまでも A 様らしく生き生きと楽しく日々を送って頂く為に、今私達が取り組んでいる事例を発表させていただきます。

【利用者紹介】

A 様 女性 S16 年 7 月 13 日生まれ

75 歳 介護度Ⅲ

【既往歴】

H20 アルツハイマー型 認知症

(物忘れが強くなり金銭管理が困難となる)

高血圧 脂質異常症

H21 認知症が進み、病識がなくなり失くし物が増え、妄想、易怒性が高まる

H26 両側変形性膝関節症

【服薬内容】

☆コントミン糖衣錠 12.5mg 朝、昼、夕 1.5 錠

●作用 不安や緊張を和らげる

●副作用 眠気

☆ミコンビ配合錠 AP 朝 1 錠

●作用 血圧を下げる

●副作用 めまい、ふらつき

☆ユニール錠 4.4mg 朝 1 錠

●作用 心臓の血行を良くする

●副作用 眠気や注意力の低下

☆クレストール錠 2.5mg 朝 1 錠

- 作用 血液中のコレステロールを減らす
- 副作用 運動をしていないのに筋肉痛やしびれが現れたりする

【主な生活史】

S16年四人兄弟の三女として前橋に生まれる。

母親が床にふせがちだった為二人の姉が厳しくA様の面倒を見ていたとの事。

教員免許を習得し地元で三年間小学校の教員をされていた。面倒見が良く世話好きな為、父兄の方々信頼が厚かった。また、プライドが高く知識が豊富であり、みんなに認めて欲しいと思う気持ちが強かったA様。

【家族からの聞き取り】

- ・尿意あるが自宅では間に合わずに失禁
- ・トイレに行った事をすぐに忘れる 頻回
- ・怒り出すと口調が変わり手を出すこともある
- ・夜中に冷蔵庫の中の物を食べ甘い物があると食べつくしてしまう
- ・話を合わせようとして作り話となりつつまが合わなくなる

【家族の想い】

- ・長男

夜間徘徊など認知症の進行を伴い自宅での介護が大きく負担となり、入浴、トイレが出来なくなれば、自宅で過ごすのは厳しくなる為、サービスを利用しながら少しでも長く自宅で過ごして欲しい。

- ・長女

本人が楽しく過ごしてくれればそれだけで良い。

【STでのご様子また、職員への聞き込み】

・いつも帽子をかぶり化粧をきちんとされて来所されるA様。薬の為か午前中より傾眠状態がみられます。分刻みで忘れることが多く、昼食後すぐに魚を召し上がった後でも、「お肉がおいしかったわ、味が良かった」と話を合わせようとされる。また、同じことを何度も聞き直してくる為、短期記憶障害があると思われれます。食器拭きや洗濯干しなどお願いすると積極的に手伝いをしてくださる為意味記憶は保たれていらっやいます。

とても感性が豊かなA様、慰問の方々がみえ、唄や踊りに感動されて涙を流される事もあります。

・プライドが高い為ご自分の意思を通そうとする為に、他の利用者様とトラブルになる事もあります。

【●取り組み案1】

・ピアノ、歌が大好きなA様 利用者様の前でピアノを弾いて頂き利用者様にはカスタネット・手拍子等でリズムをとって頂き音楽レクとして定期的に行う。

【●取り組み案2】

・今でも良く一番の思い出とお話し頂く、小学校の先生をしていたA様、近くの小学校の教室をお借りして、小学生の前でピアノを弾いてみんなで唄をうたい昔を思い出して頂く(回想)

【●取り組み案3】

・A様とゆっくり話し、言動、行動の背景にはどのような理由があるかを考える。

【取り組み結果】

取り組み1をおこない・・・

自分の好きだった曲は楽譜を見なくても真剣に弾かれてました。他の利用者様達もリズムをとりながら一緒に楽しんでいる姿を拝見しA様は久し振りのピアノを十分楽しまれている様子でした。大変利用者皆様に好評な為、現在も定期的におこなっています。

取り組み2をおこない・・・

高崎北小学校の音楽室へとうされると緊張の為か口数がすくなくなり、自らピアノの前へ行き、弾き始めたA様・・・小学生数人が教室に入ってこられるとA様の曲にあわせてみんな自然に唄い始めました。A様は、だんだん緊張が解けてきたとみられ笑顔が少しずつでて来ました。

その後「茶摘みの唄」の曲をA様が弾くと小学生たちはピアノのまわりで自らペアーになり手でリズムを取って唄ってくださいました。A様は生き生きとされ昔の、教壇に立たれていた頃の姿がそこにありました。

小学生たちと歌を唄い楽しまれ涙をながして喜んでいるA様を拝見し、お伴させて頂いたスタッフも感動し一緒に涙を流しておりました。

本当にA様がやりたかった事、A様の生きがいなど垣間見た瞬間と感じられました。後日、スタッフが学校にお礼のご挨拶に伺った際、窓口になって頂いた教頭先生にも、本当に良かったとコメント頂き、また小学生たちも「なかなか普段唄わない歌で(童謡)とても楽しかった」「楽しい時間が過ごせた」「また来てほしい」等言っていたとお話しを頂きました。本当に A 様だけでなく、学校の皆様や、私たちも実行して良かったと思えました。取り組み3をおこない・・・

夕方になると「私し帰ります」「私の車はありますか？」などと繰り返していますが、この言葉の裏側には病弱だったお母さまの姿があると思われれます。ご両親をととも尊敬されていたとの事。

「夕飯を食べてから帰るようにとお母さまから連絡がありましたよ」とお伝えすると「そうですか、

送ってくれます？」と納得されるようになりました。

また、入浴もとても強い拒否がありましたが「お母さんから連絡があり入浴して下さいとのことですよ」と、お伝えすると入浴が可能になりご家族様大変喜んで頂きました。

最後に・・・

いつも元気に笑顔を見せて下さるA様。

今回この取り組みをおこない、A様が「本当にやりたい事」また、A様の「可能性」を垣間見ることが出来ました。A様が弾いて歌レクをおこなうと他の利用者様も笑顔で、楽しい時間を過ごせ、とても良い影響が出ていると思います。

今後もこれらの取り組みを継続し、A様の笑顔がいつまでも続く様、A様によりそい私達に出来る、さらなる新たな取り組みを、ようざん飯塚では追求して行きたいと思っております。

先生、あなたのお気持ちお聞かせ下さい。

ケアサポートセンターようざん貝沢

発表者 栗山睦子

渡辺美奈子

【はじめに】

もし私が、病気により自分の思いが言葉で表現できないとしたら、どのような気持ちになるだろうか？そして、自分の気持ちを表現出来ず、納得できないまま他人に声掛けや支援をされていたらどのような気持ちになるだろうか？自分の思いを表現出来ない方に対する支援と「相手の気持ちを理解する」ことの大切さを感じた事例とその取り組み結果をここに報告する。

【事例紹介】

- ・氏名 A様
- ・性別 男性
- ・年齢 78歳
- ・介護度 要介護3
- ・既往歴 平成16年 脳梗塞
平成24年 椎間板ヘルニア
認知症(脳血管型 前頭側頭葉型)

脳梗塞後遺症の為、右片不全麻痺、運動性言語障害あり

- ・生活歴 昭和13年にB県に生まれ、大学まで卒業。26歳で結婚後本県へ転居。

男の子二人授かる。定年まで教師として勤務していた。

A様は脳梗塞の後遺症のため、言葉は理解できるが発声することが著しく困難な運動性言語障害を持つ。そのため返事は、「うなづく」「首を振る」等のボディランゲージが多く、自ら意思を表現することはない。強い拒否の時には、叫ぶ、噛みつく等の行動によって自分の思いを表現する事がある。

【当苑利用開始までの経緯】

近所のデイサービスCを、引きこもり防止、活動量低下予防の為に利用していたが、ある日突然、利用を拒否する様になった。その後デイサービスを変え、利用を勧めるも本人が頑なに拒否をする為、訪問や通いなどサービスの変更が柔軟な小規模多機能型居宅介護のケアサポートセンターようざん貝沢利用開始となる。

【支援経過】

当苑利用開始にあたり、家族や前任のケアマネージャーより、情報収集を行う。来苑拒否という本

人の頑なな意思表示に対してどのように施設利用に繋げるか検討した。そこで意見が上がったのが他デイサービス利用時、A様が安心して頼れるD訪問介護の職員がおり、その職員が通苑介助にあたっていたとの情報を頂く。そこで当苑でも同様な取り組みを導入し、職員の顔を見慣れて頂くため、同じ職員が自宅の訪問入浴介助から開始する事になる。

初めての訪問入浴では、介助中に「いやだよ」と拒否の発言や噛みつく動作あり、「安心して下さい」等お声掛けをしながら妻協力のもと入浴介助を行う。また長男より試しに一度つれだしてみても、と提案が有り、妻と一緒に通苑の勧めを行い、利用開始から10日で午後の2時間だけの来苑となる。これを機に、10時から16時までの通利用を週2回で計画したが、A様の強い拒否があり来て頂けない日もあればスムーズに来苑出来る日もありA様の気持ちがなかなかつかめなまま支援を行っていった。また家族の希望である泊まり利用を更に週1回追加し、夕方、帰宅できない事が分かる表情が暗くなるA様だが、怒ったり叫んだりなど問題行動をすることなく宿泊する事が出来た。

しかし利用開始して1ヶ月経過した頃、昼食後、A様より希望があり静養室にて横になり休まっていた。時間になり、起床の声掛けするもA様からの大声による拒否があり、職員はまだ休みたいと思い、30分程様子を見た。その後、拒否を示しながらも声掛けにより起床を促すと変わらず大きな声で、拒否されている。見ると、衣類が濡れており汚染していた。そこで最初声掛けの拒否は、恥ずかしい気持ちから「嫌だ」と言う拒否になり、言われた職員もそのままにして、気持ち悪い状態にしてしまった事を反省するようになった。そこで、職員によるカンファレンスをおこない、来苑拒否等の問題を整理し、それぞれの問題に対しどのような支援をしたら良いか検討し、情報共有を図った。

《問題点と対応方法》

来苑拒否

A様はテレビを見る事と歌が好きとの情報を受け、利用時はテレビの近くに席を用意し、慰問やカラオケ等参加できるように利用調整を行う。来れば楽しい事があると印象付けるよう支援する

誘導・声掛けスムーズに出来る職員と拒否が出る職員がいる

様子を見てみると年配の職員の方が若い職員よりも素直に誘導に従っている姿から、まだ「先生」と言う気持ちを持っており、若い職員からの排泄、入浴誘導が恥ずかしい気持ち(自尊心)が残っているのではと推測し、対応する職員を限定し対応する事にした。

夜間の尿失禁が多い

まずは苑で泊まりの時にオムツ着用し、失敗しない様支援する。また、自宅でもオムツが出来るようポイントを情報提供する。自宅では小さめなパットを利用している為、苑で利用している物を見て頂き購入の際参考にして頂く。

入浴の拒否、具体的に頭部を濡らす事に対して怒る事がある

入浴拒否の理由が頭部を洗う事にあると推測し、シャワーの使用を少なくする、ご自身で洗髪を行ってもらい、手の届かない所のみを介助するなど不快な気持ちにならない様に支援する。

髭剃りや爪切りの整容、口腔ケアの拒否がある

整容や口腔ケアの誘導には拒否が強く年配の職員が誘導しても出来ない事が多かった。だんだんと職員になれて頂き、介助できるよう支援して行く

以上の点を注意しながら、職員間で情報共有し支援を継続して行った。

利用開始から3ヶ月目に入ると、A様の様子に変化が見られるようになった。だんだんと拒否は少なくなり、慰問やカラオケ等笑顔が見られる様になってきた。特に変化が見られたのは入浴で、洗髪の際の「いや」と言う拒否が減少し、苑での入浴が殆んど可能になった。そのため、家族と相談し訪問入浴を1日減らし、通いを増やす利用計画に変更し、拒否もなく来苑できるようになる。

またA様は、教師であった事から「先生」とおよびする様になると、職員の声掛けにスムーズに従って頂ける様になった。例えば体操やレクリエーションの参加も、声掛けをすると手を挙げて参加する様になり、参加する前は難しい表情を浮かべながらも、アニマルセラピーでは、可愛らしげな犬たちを前に自然と笑顔が出る事が増えてきた。次第に苦手意識のあった若い職員の対応や拒否が強く声掛けをしてもなかなか動かなかった口腔ケアや髭剃りなどの整容も拒否が少なくなり、「いやだよ」という発言や、職員に噛みついて抵抗する事はなくなった。

来苑時から、難しい表情を浮かべている時も、職員が「A様は体調が悪いのか」と推測し、挨拶と同時にゆっくり休めるソファへの誘導をすると拒否もなく過ごされており、更に体調の良い時などは、ハサミを使った製作や、花壇の水やり、ゴミ拾い等自ら参加して下さる様になり、几帳面で、動物や子供が好きな優しい性格が見られるようになった。

特に職員一同が驚いたことが、今まで言葉を話す事も無かったA様だが、慰問のボランティアの方が、「何年生まれですか？」と訊ねたところ、「昭和 13 年」とはっきり返答する姿が見られた。このことから今後はA様に積極的に話しかけ、発語を促す様に支援する事を計画に入れた。

【考察・まとめ】

A様が利用開始されてから半年が過ぎ、利用当初より笑顔がずいぶん増えたと思う様になった。「病気により自ら言葉が伝えられない」とき、叫ぶ、噛む等の行動でしか自分の気持ちを表せないが、介護スタッフは問題行動としてとらえてしまう為、利用者本人の気持ちに気が付きにくい現状がある。今回の事例では、介護者が時間をかけて「A様が今どのような気持ちなのか」気付く事が出来る様になったとき、本当に気持ちに寄り添う事が出来たのだと思う。今では、A様は歩く際、職員の手をしっかりと握りながら歩行される。その手はとても力強く感じる。これがA様からの信頼の証しであると思う。

本人が望む生活とは何か？

～個人に合わせた支援を目指して～

ケアサポートセンターようざん小埜

発表者：矢田裕司

相馬美香

【はじめに】

本人が望む生活とは何か？「家に帰って生活したい」と望まれた A 様に私たちはどのようなサービスを提供すれば良いのか？

A 様のニーズに応える為、小規模多機能型居宅介護のサービスの一つである『訪問サービス』に焦点をあてた事例を紹介します。

【対象者紹介】

氏名：A様 男性 86 歳

介護度：要介護 5

障害高齢者の日常自立度：B2

認知症高齢者の日常自立度：Ⅱa

病歴：高血圧症・前立腺肥大・痛風・動脈硬化症

【生活歴】

若い頃は米穀店に勤め燃料部門で働いており、30 代の頃より倉賀野町で飲食業を経営していた。定年後から 80 歳頃まで植木いじりが好きだった。若い頃に離婚し一人暮らし。弟夫婦が同敷地内に住んでいる。

H27.10.9、自宅にて転倒し救急搬送。腰、脚の痛みがあったが入院の必要なく帰宅するも同日一人で外に行き再転倒。動けない状態となり緊急でショートステイ利用となる。

【ようざん小埜利用の経緯】

ショートステイ利用時、A 様より「自宅に帰りたい」と希望があり、家族・ケアマネージャー・ショートステイ管理者と担当者会議を開催。同敷地に住む弟様の協力を得て在宅へ戻ることとなり、ようざん小埜での利用が開始になる。

【利用当初の本人・家族の希望】

本人：家に帰って生活したい。

家族：私にできることがあれば協力しますが、体力的に不安があるので全面的にサポート

して頂けると助かる。

【利用当初の様子】

- ・移動は車椅子で自走は可能だが何かに掴まないと立位保持困難。
- ・短い距離の手引き歩行なら可能。
- ・トイレの訴えはなく定時でトイレ誘導の声掛けを行っていた。
- ・短期記憶障害あり、数分前に話したことを忘れ、何度も同じ話を繰り返される。

在宅生活に向けようざん小埦を利用となるが、家に帰る為には多くの課題があった。

【課題①】 住宅環境の問題

- ・自宅玄関は老朽化で出入りが出来ない状態。縁側から出入りすることはできるが、40cmの段差があり本人の状態では上がるのが困難。
- ・トイレが老朽化で使用できない。

【課題解決への取り組み】 自宅環境を整備する

- ・住宅改修により縁側に両側手すり付きステップ台3段を設置。

住宅改修によりステップ台が設置され室内外の移動ができるようになり自宅へ帰れる環境は整った。しかし…自宅に帰る為の課題として環境整備だけではなく本人の日常生活動作(ADL)も改善していく必要があった。

【課題②】 歩行の問題

- ・昨年に転倒して以降車椅子で過ごされていた。
- ・短い距離での手引き歩行は可能だが、現状で自宅へ帰すと転倒のリスクが高い。

【課題解決への取り組み】 車椅子から手引き歩行へ機能訓練の実施

- ・平行棒、踏み台を使用した本人用のプログラムを作成し、実施する。
- ・レクリエーションで健康体操のDVDを使用し体を動かす時間を設ける。
- ・手引き歩行での歩行訓練。

本人に負担が掛からないよう短い距離から徐々に距離を伸ばしていく。

(機能訓練の効果)

- ・DVDを使用した健康体操では積極的に身体を動かしている。
- ・足踏みや平行棒を使ってゆっくりだが歩けるようになり、両足でしっかりと足踏みをすることが可能になった。

本人の足で階段の上り下りができ、自宅へ帰ることが可能になったが、夜間の排泄はどうすれば良いか？どのようにすれば本人も気分よく休むことができるのだろうか？

【課題③】 夜間排泄の問題

- ・夜間尿意の訴えがなく、トイレに起き出すことはないが、尿量が多い。
- ・独居の為、夜間の排泄対応をどうするか。
- ・介護職員に対する介護拒否は殆どないが、弟様に対しては介護拒否がある。

【課題解決への取り組み】 夜間訪問の実施

- ・A 様帰宅日はシフトを調整し『夜遅番』の担当を付ける。
 - ・ショートステイ宿泊時の睡眠時間、排泄状況を聞き訪問時間を決める。
- 20 時にお送りし、帰宅後自宅にてリハビリパンツから紙オムツに交換し就寝介助を行う。
弟様が休まれる 22 時に再度訪問し、排泄介助を行う。翌朝 6 時半過ぎに迎えへ行き紙オムツからリハビリパンツに交換してようざんへお連れする。

【夜間訪問で改善されたこと】

尿量も多く、本人にも不快感があり、夜はしっかり休むことができなかつたと弟様からの話があったが、夜間訪問によって本人も安心して夜を過ごせる環境が出来た。
弟様より「昨日は朝までしっかり休めました」というお言葉を聞けるようになり、最近では弟様に対する介護拒否も比較的に見られなくなった。

【現在の A 様】

- ・週 2～3 回、自宅へ帰ることが出来ている。帰宅日には家に帰ることが楽しみなようで「今日は何時になったら帰れる？」と職員に聞かれる場面がある。
- ・日中はリハビリ体操、平行棒、棒体操など積極的に参加されている。機能訓練により、今では職員の見守りにて、短い距離だが自らの力で歩行することが可能になった。
- ・夜間訪問では、22 時に排泄介助を行うことで翌朝まで安心して休むことが出来ている。弟様より、「自宅では良く寝ており私も助かっている。夜間オムツ交換に来てもらっているのが朝まで安心して休めているようだ。本人も自宅へ帰ってくるのを楽しみにしているようなのでこれからも同じ形で利用させたいと考えている。」と感謝の言葉を頂いた。

【考察】

利用当初に比べて、A 様の足の運びも良くなり安定した歩行が出来るようになった。最近では、職員の見守りにて自ら居室に行かれ休まれる姿が見られる。「玄関までなら歩けるから大丈夫だよ」と力強く話される一コマも。自宅と苑を行き来する生活にも慣れてきたのか「こうして安心して過ごせる生活が出来るとは思わなかった。歩けるようになって嬉しい。」と何気ない会話から話して

下さいました。

夜間訪問に関して、新たな視点から支援に取り組んだことにより、苑以外で夜間の対応をする機会が今まで無かったので自宅での利用者様の様子を深く知ることが出来ました。

【まとめ】

今回の事例を通して、一人の利用者様をケアする為にはたくさんの取り組みや職員同士の意見を連携させることで、支援に繋がっていくということが分かった。一つの問題を様々な視点から話し合うことにより解決することにも繋がりました。

これからも利用者様、個人にあったケアを考え支援に繋がっていきたいと思います。

師弟関係から生まれた地域交流

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者：道下 一樹

【 はじめに 】

「またいっしょにそば打ちしたいな～」

民生委員さんのこの言葉が今回の事例に至るきっかけとなりました。対象者のA様と民生委員さんは、以前A様が営んでいたそば屋で、A様が師匠、民生委員さんが弟子という師弟関係にありました。

「せっかくですから地域の方に振る舞えるといいですね」

というこちらの提案に賛同いただき、地域に向けて行う事となりました。

イベントを通じ、地域の方に事業所へ足を運んでいただくきっかけを作る事と、認知症の方が真剣にそば打ちをしている様子を間近で見ることによって「認知症になっても関わり次第でいろんなことが出来る。活躍する場面はいくらでも作ることが出来る」こんなことが少しでも伝わればと思い、取り組んだ事例について報告します。

【 利用者紹介 】

氏名：A様 男性 65歳 要介護1

既往歴：初老期の認知症(アルツハイマー型認知症)・・・平成26年

日常生活動作：自立

【 生活歴 】

安中で出生。高崎工業高校を卒業後、神奈川のニチモ石油に就職。

その後高崎へ戻り代行業者の仕事をする。昭和54年に結婚し「千寿庵」を営む。

奥様と娘さんと3人で生活していましたが、奥様は現在特別養護老人ホーム入所。

娘さんは結婚し家を離れ、A様は現在独居での生活しています。

【 相談の経緯 】

平成27年7月

胃がん術後の退院支援で、総合医療センターの相談員さんより利用相談を受けました。

平成27年8月

ケアサポートセンターようざん双葉利用開始となります。利用開始当初は「あんなとこ行かぬーよ！」

と言い来所拒否が目立ち、訪問に伺っても、自転車で逃げたり居留守を使ったりという事が続きました。

なんとか来所できた日に、「役割」を作るよう試行錯誤した結果、以前お店をしていたこともあり、台所仕事を少しずつ職員とやって頂けるようになりました。少しずつ職員との関係作りができ、今では通いの利用が週 2 回から週 4 回に増え訪問も予定通り拒否なく入る事が出来ています。

【 利用開始時の予定表 】(平成 27 年 8 月)

日	月	火	水	木	金	土
通い	昼・夕	昼・夕	通い	昼・夕	昼・夕	昼・夕
9:30 ～ 13:00	安否確認・ 配食	安否確認・ 配食	9:30 ～ 13:00	安否確認・ 配食	安否確認・ 配食	安否確認・ 配食
入浴			入浴			

【 現在の利用予定表 】(平成 28 年 5 月)

日	月	火	水	木	金	土
通い	通い	昼・夕	通い	昼・夕	通い	昼・夕
9:00 ～ 16:00	9:00 ～ 16:00	安否確認・ 配食	9:00 ～ 16:00	安否確認・ 配食	9:00 ～ 16:00	安否確認・ 配食
入浴			入浴		入浴	

【 取り組み 】

平成 28 年 2 月 25 日

そば打ちについて、民生委員さんへ地域の方へ振る舞えないか相談し、「ぜひやってみよう！！」と了承頂きました。同日、地域の方を集めるイベントなので、安心センターサンピエールへ事例の主旨を説明し「何かお手伝いさせてください」と協力いただけることになりました。

◆民生委員さんとの打ち合わせ

- ・日程は、5 月 27 日(金)。
- ・本番前に本人がどの程度できるか見極めたいとの事で、4 月に練習日を設ける事となる。
- ・当日は、地域の方 20 名ほどの参加を目標とする。
- ・地域の方、利用者様、職員分のそばを提供する。

大凡 60 食前後だが、予め民生委員さんがある程度作っておいて、当日はA様に 20 食分打ってもらう事となる。

- ・地域への周知方法は、チラシを作り回覧板でまわす、掲示板の活用の他、サロンでの案内をさ

せて頂く事となる。

◆あんしんセンターサンピエールさんとの打ち合わせ

・そば打ちをしている時間を活用し、SDのホールを開放し、あんしんセンターの機能や役割、予防教室を開く事となる。

・あんしんセンターさんが「認知症予防」のパネルを用意し、パネル展示のコーナーを設ける。

・今後、今回の取り組みを継続しながら、サロンに来る世代の方だけでなく、子育て世代やそのお子さんにも足を運んでいただける内容を企画していけると良いですねなどの意見交換を行う。

◆平成 28 年 4 月 15 日 そばうち(練習)

10 時～ようざん双葉駐車場で民生委員さんと地域の方 5 名ほどお越しいただきそば打ちの練習を実施。

この日は 15 食分職員向けに民生委員さんや地域の方のご協力の下そば打ちを行いました。

薄く伸ばして厚さを均等にし、厚さの違うところを指摘するなど、衰えていない目を披露してくださいました。こねる工程でも周囲の人を驚かすような手つきを見せてくださいました。かつてのお弟子さんである民生委員さんと一緒にこねている姿は、見ていてとて感動的なものでした。水分の調整など、素人目にはわからないことも、昔の勘を取り戻すかのように行っていました。切る工程では、「これはおいしいよ」と言いながら熱心に切っていました。民生委員さんからも「これだけでできれば大丈夫でしょう！」と合格点を頂きました。

◆当日に向けての周知活動

4 月 18 日

区長さんへ回覧板の活用について相談し、了承いただく。

4 月 23 日

チラシを作成し、80 部区長さんへお渡しする。

5 月 2 日

回覧板の活用。

区長さんより「掲示板にも貼っとくよ」とお声掛けいただき掲示板にチラシを掲示。

5 月 17 日

ふれあいサロンにて、イベントのご案内をさせていただきます。

5 月 25 日

民生委員さんより事業所に連絡が入り「チラシを 20 部くらいください」との事。

チラシを渡すと「忘れてると困るから来てくれそうなところに直接渡してくるよ」と、

1 件 1 件訪問してくださる。

◆介護予防教室の開催

5月27日

【介護予防教室】

ようざん双葉デイホールを開放し、ようざん介護予防教室を開きました。

当日は、高齢者あんしんセンターサンピエールの認知症地域支援推進員の吉田さんにお越しいただき、

あんしんセンターの機能や役割・ようざんとの連携についてお話しいただきました。

予防教室では、MCIと認知症予防について説明させていただきました。

デュアルタスクを取り入れ、頭と身体を動かしながら、認知症予防では、食事・運動・笑顔・前向きな気持ちを日常生活に取り入れる工夫をしましょうと説明しました。

【そば打ち】

そば打ちでは、民生委員さん始め多くの地域の方がA様のサポートにご協力頂きました。

A様は昔の感覚を思い出しながら一生懸命そば打ちをし、その様子を見て地域の方と自然に会話が生まれる場面が多くあったのがとても印象的でした。

民生委員さんもフォローに入りながらほぼ予定通りおそばを打つことができました。

【おそばの提供】

介護教室が終わる頃におそばが茹で上がり、地域の方・利用者様・職員も一緒におそばを頂きました。

A様を改めて地域の皆さんの前でご紹介させていただくと、盛大な拍手を頂きました。

味の感想を伺うと「とっても美味しかった！おかわり！」などの感想が挙がり、A様も大変喜んでおられました。

【考察】

当日は40名弱の方にお越しいただきました。今回のイベントを行い「地域の主体性」を感じました。

地域への周知の段階から当日も、こちらが改めてお願いしたわけではありませんが「受け身ではなく」率先して動いてくれているという印象を強く受けました。

特に感じたのが、「チラシの掲示板への掲示」「民生委員さんの1件ごとの訪問」「当日のそばうちのサポート」です。特にそば打ちに関しては、「何をしたらいいですか？」すらなく、A様の様子を見て必要なサポートを話し合い自然とそれぞれに役割が生まれておりました。

尚、今回の取り組みは5月29日の上毛新聞に掲載されました。

この新聞への掲載も私たちからではなく地域からの提案でした。「この取り組みは良い事だから発信しよう」と言ってくださったのは民生委員さんで、記者への連絡もすべて行ってくださいました。

また、今回のそば打ちに関しては、事前に「若年性認知症の方がおそばを打ちます」と案内してい

ました。

当日は、地域の方からA様に歩み寄り、そば粉の割合を聞いたり、「私も昔よくやったのよ～」とか、そば作りを通じA様と地域の方々との交流の機会を多く見る事が出来ました。

時に会話が成り立たない場面もあり、職員が間に入ろうとしましたが、そんな心配もなく、つじつまの合わない返答にも戸惑う様子無く笑顔で対応しておられ、そこに「認知症」に対する偏見はありませんでした。

今回は、利用者様の特技を活かした行事を企画して地域の方にお越しいただきました。

地域の方は認知症予防やあんしんセンターについて学ぶことができ、A様は自分の技を活かして地域貢献を行う事が出来ました。

【おわりに】

これまで地域の方が事業所に足を運ぶ機会は、毎年秋に行っている「秋祭り」だけでした。

今回の取り組みを通じ、秋祭り以外でこれだけ多くの地域の方々に来て頂けたのは初めてです。

事業所として大きな成果だと実感しています。

以前、運営推進会議にて民生委員さんから「いずれはようざんを双葉町の第2のサロンのようにしたい。世代を問わずいつでも気軽に立ち寄れる場所にしたい」とお話を受けたことがあります。

今回来ていただいた方々は、毎月お邪魔しているサロンにお越しになる方々がほとんどでした。

今後は、子育て世代の方やそのお子さんにも足を運んでいただける様、地域やあんしんセンターさんと

連携しながら地域交流の推進を図っていき、いずれは世代を問わず地域の方がふらっと立ち寄れるそんな場所にできたらと思います。

「自分の足で歩く」

ケアサポートセンターようざん中居

発表者 田中 俊一郎

齋木 妙華

丸山 美由紀

【はじめに】

認知症を発症したことにより、元々備わっていた能力がどんどん失われ、日常の生活に支障がでてきました。そこから更に症状が進むことで「意欲を失い」「目的を失い」以前は体操やレクリエーションにも当たり前の様に参加して下さっていたのに、うたた寝している姿が多くなりました。一人で行っていたトイレには転倒防止の為に職員が付きそうことになり、自分の生活に誰かがついていることが当たり前になっていました。

私達ようざん中居のスタッフはA様の生活を少しでも取り戻せることを信じてリハビリに取り組んだ事例を紹介します。

[事例紹介]

今回紹介させて頂くご利用者様の紹介をさせていただきます。

名前:A 様 男性

年齢:80歳

要介護:3

日常生活自立度:

既往歴:胃がん、鼠径ヘルニア(左右)、白内障、慢性硬膜下血腫、認知症

家族構成:妻と息子二人(長男県外、次男県内)

趣味:無趣味だが地元の少年野球チームの監督をしていたことあり、高校生の頃は部活でラグビーに熱心に打ち込んでいて、毎日やっていたとのこと、今はあまり興味を持たれていない。仕事をされていたことは野球観戦が好きで巨人のファンであった。ご本人談で試合も観戦されに行っていたとのこと。

生活歴:A市B町の農家の出身、自営でブロック、コンクリート建設業を営む

A 様は朗らかで、職員にも気を遣って下さる優しい方。A 様はようざんご利用前にいくつかの問題を抱え、そのことから日常生活を送ることが困難になりました。

【ようざん利用までの症状】

H26.1月、自宅にて転倒。3月に急変し慢性硬膜下血腫にて入院。入院中に夜間不穏になることが多くなり、

- ①夜間不穏状態から大声を出してしまう。
- ②装着している体幹ベルト外してしまう。
- ③現役時代の仕事、会社の話をされ、会話に支障がある。
- ④現在は落ち着かれているが幻視症状がみられ「もう一人の俺がいる」などの発言。

①から④のBPSDの出現により、家族の介護負担軽減や本人の安全な生活リズムを整えることを目的として通所サービスを中心とした利用を開始する。

・H26年7月1日ようざん中居利用開始。

週2、3日(月、木)おきに利用(現在月、火、木、土)9時~17時

・利用当初は、穏やかで自分のペースで過ごされていた。本人の話では趣味は今あまり興味は無いらしく、制作レクリエーションの様な手先を使う物は人のやっている姿を見ている方が多く、散歩やドライブなど外出する事を好む様に見受けられた。

・集団で何かをするというよりは自由に時間を過ごし、話をするのは主に職員、近くの御利用者様の方とは当たり障りなく会話をする程度。

・H27年の3月頃より、足の出が悪くなり、自宅での転倒が多くなった。本人も不安を感じる様になり、A様とご家族様に最近の生活や困り事についてのお話を伺うと、考えながらいくつか話してくださいました。それを踏まえて職員間で考察し、今回の課題とした。

[課題]

- ①自立歩行が困難になってきており、生活に支障がでてきている。
- ②家族の介護負担の増加を軽減したい。

Aさんの想い

- ①足が動かなくなってきた「ダメだなー」など自分の衰えを感じている、どうにかしたい。
- ②トイレに行くだけでも本人には一仕事に感じられる。一人でも行ける様になりたい。
- ③自宅で生活したいが、誰かのサポートが必要になる。助けて欲しい。

家族の想い

- ①最近足が出ない事が多くて、困っている。
- ②体が大きいので、支えようとすると一緒に倒れてしまう事もある。
- ③家ではトイレの往復くらいは出来る様になってほしい。

職員の想い

- ・下肢筋力を強化して安定した自立歩行を実現したい。
- ・住み慣れた自宅で生活していただきたい。

・奥様の介護負担を減らしたい。

上記の3つを実現できる様にこれらの取り組みを考えた。

[取り組み]

家族に自宅での様子、要望についてアンケートに協力して頂きました。

・アンケート結果

①歩行が大変。特に右足が前に出ず、つま先に力が入りかかるとが浮いてしまう為前方に転倒しやすい(スムーズに一人でトイレに行ける時もある)←本人があまり望まないため、トイレに付き添う回数が減ってきている。

②寝て起き上がる、立ち上がる体勢に時間がかかり苦労している。

③転倒した時に起こせない、全身に力を入れるため支えられない時がある。

④家ではいつも目を閉じ、会話もあまりないため利用日にはたくさん刺激を与えてもらいたい。

・最近では「面倒くさい」という言葉が頻繁に出てくるためもう少し意欲的になってほしいとご要望を頂き、そこから職員がリハビリ計画書を作成し、家族へ配布しました。

[リハビリの様子]

①昇降運動を行っている様子。

②平行棒を使用して歩行練習をしている様子。

③自宅で下肢筋力のトレーニングを行っている様子。自宅内でも可能な訓練を探し、ご家族と共に訓練が出来る様にした。

・定期的にリハビリ報告書を作成し家族や医師へ配布。

[考察]

最初は、「俺は何しにここに来ているんだ？」と落ち着かない事が多くありましたが、リハビリをやりに来ているとスタッフで統一し対応することで、本人にも安心して利用していただけるようになりました。その後は、リハビリも自ら「今日はもうちょっとやるか」など自発的な発言も多くなってきます。日によって足が出やすい日や、出ない日等があり、まだ劇的によくなったという事はありませんが、今後も医師や家族とも連携を取り合い、継続してリハビリを続けていきたいと思えます。

【終わりに】

A さんがこれからも住み慣れた自宅で生活が続けられるように職員一同諦めずにリハビリを続けていきたいと思えます。

ご清聴ありがとうございました。

訪問介護で出来る事

訪問介護ぽから
発表者 佐藤 靖典

(初めに)

私達の寿命が延びた事により、自然の形として脳の萎縮がおき、原因が良く分かりませんが、ゆっくりと発症し、確実に進行していきます。また、脳梗塞・脳出血・その他様々な原因により認知症状が出ています。その為在宅での生活が不安だらけだと思います。

こうした、認知症の症状が有る方でも訪問のサービスを利用する事に依って在宅での生活を安心して暮らせる様に、お手伝いしています、そのほんの一例を紹介します。

利用者 M 様 女性 要介護 1 2世帯住居(日中は独居)

既往歴 アルツハイマー型認知症 高血圧 心房細動 右肩肉筋周囲炎

生活歴

以前はポーラレディとして化粧品の販売をしていて、上位売り上げ者で今でも仕事を続けている？(この事がかなりのプライドになっている)

昔から何時も仕事優先で、家事の事は無頓着で整理整頓ができていない。

今でも、お得意先回りをされていて、タクシーで遠くまで出かけてみたり、自転車でふらっと出かけた事もする。

社交的であるが、気が強く自己中心的な発言が多く、息子以外の人とは関係が築けない。

猫を3匹飼っていて、猫にはかなりのお金をつぎ込むが、それ以外の事にお金を使うと怒り出す。

今の事が分からず、言っている事がころころ変わり急に怒り出す。

服薬もできず、気が向くと勝手に組み合わせて飲んでしまい、最近は筋力もだいぶ落ちてきていて、家の中でも転倒されている様子の為利用となる。

訪問サービス内容

掃除 片付け 洗濯 等を日常生活動作の訓練として一緒に行う。

訪問時の様子

訪問の当初は「今日は体調が悪いから」「これからお客さんの処に行くから」と言われ、

ヘルパーが家に入る事を拒まれてしまい、中々入れず息子さんに相談しながら入れるように説得してもらい、少しずつ受け入れてもらえるようになりましたが、

「明日ヘルパーさんが家に来るみたいだけど、私は頼んでいないんだから、明日はね仕事が有るんだよ、きてもらっては困るんだけど」と言われ、「息子さんより依頼されていくのですけど、と話すと、「息子がそうは言っても私は仕事をしているんだ、それとも、そちらで化粧品を買ってくれるかい？来てくれる人は一つも買いやしない、そちらの会社は訪問先の商品を買ってもらわないで、よく商

売が出来るな、自分は何時を買っている」

と22時過ぎに電話が来たことも有りますが、大抵サービスの前日になると電話が来ます。

性格なのか認知症なのか、かなり偏った考え方をされていて、息子さんとの会話もどちらかと言えば怒鳴り合っているように聞こえます。

最近の様子

訪問を始めてから間もなく1年になりますが、相変わらずご本人様はヘルパーを利用する意味が分からず、「私は今でも仕事をしているのだから必要ない」と必要性を全く感じていないようですが、サービスに入る日を間違えて、何時までも仕事に行かないで待っていたのに何で来ない」と怒って電話が来るので気にはなっているようです。

最初はサービスを拒否されたり、提供出来たりが半々の状況が長く続きましたが、出来るだけ同じヘルパーにして対応をしていく事により、顔を覚えてもらう事により毎回サービスに入れるようになりました。

利用者 T 様 女性 要介護 1 独居

既往歴 くも膜下出血 妄想性障害 高血圧

生活歴

7人兄弟の第5子で兄弟は皆他界している。

2度結婚をしているが、いずれも夫が働かず浮気をして離婚している。

息子が一人いるが勝手に口座からお金を引き出ししたりした為に現在は疎遠になっている。

サービスに至る経緯

居宅より連絡が有り、現在入院中で帰宅願望が強く介護サービスの拒否も有るが、一人で居ると通院や服薬の管理が出来ないと困るので頼みたいとの事でしたが、

本人より必要ないと断られて中止になる

退院後服薬しないので以前のように被害妄想になる可能性が大きく、我が強く他者の助言を聞き入れない為、また、近所とトラブルにならない様に、帰宅後の生活と受診の為に再度対応して欲しいと連絡が有りサービスとなる。

訪問サービス内容

服薬確認 買い物 居室内の掃除 状況の確認 通院乗降

訪問時の様子

始めて訪問すると外側の玄関に南京錠が付いていて、防犯対策に気を付けているのだと思いました。呼び鈴を鳴らしてもすぐには返事が無く、暫く待つと声がして今鍵を開けるからと返事が有りましたが中々開きませんでした。

ドアが開き玄関を見るとそこにも鍵が幾つも付いている状態で、玄関より中には入れてもらえず、玄関での会話となり服薬の確認や買い物が中心のサービスになっています。

当初は会話等もしづらいのでは無いかと思われていましたが、段々とヘルパーさんにも慣れてきたのか、色々と会話が出来るようになりました。

それによると、毎日のように私が寝ていると、男が入ってきていたずらをする、だから、私は鍵を幾つも掛けて入れない様にしていると言われ、ようやく鍵が幾つもある理由が分かりました。

夜になると、睡眠薬を鍵穴から入れられて知らないうちに寝むらされて、朝気づくと自分の体に液体のような物や、スプレーを掛けられている

食べ物に毒を入れられるから、お腹が痛くてしょうがない

夜寝ていても怖いのでトイレに行けないので、ビニールを敷いたバケツを用意してそこにしていると話され、何回か警察を呼び、市役所に相談したが、何時も異常は無いと言われ相手にもしてくれないから、今度は証拠を取って見せてやると話していました。

ある時、自分を襲っている決定的な瞬間をビデオに撮ったからと、見せてもらいましたが、そこには、これといって変わった様子は見られず、この人影だよと言われましたが、自分には確認が出来ませんでした。

さらに、二階に男が夜になると来る、多分息子だよと言われ、二階で物音がするのはそのせいなので、私は下りられない様に階段を塞いだ。との事でした。

部屋に入れる機会が有り、確認すると階段が板で塞がれていて、階段の側には浴室が有りそこは、ビニールシートで囲われていて、部屋にはビデオカメラがセットされていました。

今でも、日々工夫して様々な防犯対策を考えて材料を仕入れています。

原因として考えられる事二度離婚しているがそのことがトラウマになっていて男性に恐怖を感じる。

性的ないたずらをされる時は、大抵体調の良くない時で下痢をされていたりする。

室内の鏡等などによる光の反射によって影が映り、人がいる様に見える。

部屋に有るビニール製の袋が隙間風でこすれることにより音が出る。

などが考えられました。

対応として

本人の言っている事を否定せずに聞いていく事により安心している。

特に男の存在を認めていくと、その他の出来事も話してくれる様になり、日常生活の過ごし方が少しずつ判明し、夜が怖くて起きているので日中に寝て居たりする、のが解り、睡眠不足も考えられましたので、食事や水分補給をして適度な運動により夜は眠れるようにしていく事や、日中は一人で居て、人との会話が無いので、再度ディサービスの利用を進めてみるなどして、心配ごとを少しでも軽減でき安心して過ごせる時間が作れて不快な幻視を軽減できるように取り組んでいきます。

まとめ

訪問介護では利用者様といられる時間が限られています。その中で、出来るだけ信頼関係が築けるように、利用者様の話を聞き相手を理解して、出来るだけ訪問は同じ時間帯、同じヘルパーにして、利用者様が混乱しない様に対応して、毎日が安心して在宅で暮らせる様にサポートしていきます。

御清聴ありがとうございました。

その笑顔の為に

ケアサポートセンターようざん石原

発表者：櫛島一美

【初めに】

人は自らの欲求に対し、そのことを確立させることで精神的活性化を保つことが可能となる。しかし認知症や身体機能低下により様々なことができなくなればどうだろうか。出来ないことによる不活発化。それに伴う精神機能低下、認知症の進行等、多くの身体的精神的弊害がその方自身を取り囲むことになるのではないだろうか。

いつもつまらなそうにしているA様。身体的、精神的支援の中でそんなA様の心に寄り添わせていただいた事例を紹介したい。

【利用者紹介】

A 様

女性

80 歳

要介護1

【既往歴】

腰痛(H4年12月頃)

高血圧症、糖尿病(H12年5月頃)

心房細動、認知症(H18年6月頃)

左乳癌手術(H20年11月 高崎総合医療センター)

上行結腸癌腹腔鏡手術(H28年1月7日 高崎総合医療センター)

【生活歴】

都内 B 市出身。結婚するまで B 市内で呉服販売店に勤務していた。運送会社勤務の夫と知り合い結婚後は 15 年間専業主婦として生活。長女、次女をもうけ昭和60年頃、夫の勤務都合で現住所へ移り暮らし始める。しかし間もなく夫が亡くなり、本人は平成18年頃糖尿病と認知症の診断を受ける。更に都内で結婚生活を送っていた長女が平成20年ごろ病気で亡くなり、その2年後長女の夫も白血病で亡くなってしまふ。そのため長女夫婦の子供たちである二人の孫娘を現住所へ呼び、本人と未婚の次女で高校卒業まで面倒見ることとした。現在長女夫婦の二人の孫娘は自立し都内で生活しており、本人と未婚の次女の二人暮らしとなっている。本人の認知症、身体状況は加齢とともに低下していく状態にあり、次女の仕事と生活の負担は増すばかりの状態となっている。

【問題点】

利用開始当初、A 様は無気力で退屈そうにしていることが多く、レクリエーションにお誘いしても「面倒だからやめとく」と机に突っ伏されることも多かった。その延長か身だしなみにも無頓着なように肩より長いその髪はあまり手入れがされていないように見受けられた。その反面自分でやりたい、人の手を借りたくないという欲求も強いようで、歩行時や入浴時には介助に対する拒否が多く、夕方六時半頃になると立ち上がり、「時間になったので歩いて帰ります」と出ていかれようとする様子も毎日繰り返し見られている。また、カテーテルを使用していてあまり排泄感がないためかトイレ時には便失禁されていることもあり、そのことを A 様自身も気にされている様子であった。

新たな環境に馴染めずに、笑顔もなく退屈そうな A 様に私達はどのように対応していくべきか考えることとした。

【取り組み】

これらの問題を解決する糸口としてまず私達は A 様のお話を傾聴する所から始めることとした。最初のうちは「大丈夫」とおっしゃることが多かったが、日々の会話を続けるうちに A 様から「最近何事をするにも億劫で」と感じていることをお話いただくことができた。A 様は身体面の問題から様々な行動に手間や労力がかかるようになり、そのため色々なことをしたくなくなる、無気力な状態に陥ってしまっていたようであった。

そこで、私達は様々な行動を一つずつお手伝いしていくことにより、なにかをしたい、という気持ちとそれができた時の喜びを取り戻していただくと考えた。それぞれの問題に取り組むにあたって、一つ一つ A 様がどう感じているか傾聴することを心掛け、そこから解決策を模索していく形をとった。

無頓着そうであった身だしなみについては、「面倒でしなくなった」と話されるものの、実際に職員の手で整容し、ヘアアレンジや化粧を施した姿を見せると笑顔が見られるため、来所されたときはできる限りお手伝いし、その都度鏡を見ていただいたり写真を撮らせていただいたりすることとした。

「面倒くさい」「億劫だ」という気持ちの根底にある身体的問題とそれに付随する精神不活発への取り組みとしては、気が向いたときに散歩や軽い体操を少しずつ行っていたり、機能訓練と気分転換の両立を図った。

また、「大丈夫」「自分でできます」と「自分でしたい」という気持ちも強く持っていらっしゃる中で、A 様がすることは積極的に取り組んでいただくこととした。特に、家ではやらなくなってしまったとおっしゃる洗濯物たたみや皿拭きなどの家事をお手伝いいただき、その都度感謝の言葉を投げかけたり、昔のお話を伺ったりして、やりがいを感じていただけるよう心がけた。

トイレを失敗してしまうことに関してはこまめに声掛けをし、その都度トイレ誘導をさせて頂くことで失敗の回数を減らそうと試みた。また、帰宅時間が近づくと立ち上がり「歩いて帰ります」とおっしゃることについてはその度に「大丈夫、車で送らせて頂きますよ。安心して下さい」と声かけすることを繰り返し行い落ち着いていただくよう環境整備した。

【経過と考察】

これらの取り組みの結果、最近では施設の生活にも少しずつ慣れてきてくださったようで、笑顔が増え、こちらから話を振らずともご自分から話をしてくださるようになった。まずは各取り組みの具体的な経過を報告する。

「面倒でしなくなった」とおっしゃっていた身だしなみは、職員が手伝い整えると「まあこれが私？」と鏡の中の自分を見ては前より美しくなるのを楽しんでいる様子である。ヘアアレンジを施すときに「家に帰ると娘に驚かれるの」と笑顔で話してくださる。化粧をするときには「この前はこれだったから今日はこれ」とご自分のお気に入りの色の口紅を選ぶのが楽しみの一つとなっている。そして日々の会話の中で化粧や髪形に触れるととてもうれしそうに笑ってくださる。

「動くのが億劫で」とおっしゃっていた体操や散歩も「できなくなるとは困るから」と積極的に体を動かしてくださるようになり歩行訓練が日課となっている。日々行っている様々な機能訓練の中でも、歌いながら体を動かす訓練が楽しいと、特に気に入るようになり「難しいけどできるようになりたい」と真剣に取り組まれている。

しかし、トイレに関しては以前より失敗の回数は減ったものの、相変わらずの状態である。こまめに声掛けをし誘導することでできるだけ失敗を減らそうと対策している。失敗したことを気にされるA様のためにこれからもこまめに誠心誠意対応していきたい。

帰宅時間が近づくと「歩いて帰ります」と立ち上がりふらつきながら歩き出してしまう問題についても、A様に「車で送らせて頂きますよ」と声掛けを行い、その場では納得され落ち着かれるものの、ほぼ毎日繰り返されている。ただし、この問題に関しては、A様がご自身でなさろうとする心の表れでもあると思われるので、早期に解決を図るというよりは事故の無いような見守り及び落ち着かれるような声掛けを続けていきたいと考えている。

これらの具体的な取り組みの結果、最近では笑顔や会話が増えただけでなく、他の利用者様に対して「お茶が残っているよ」「ごみ箱ここだよ」「ボタンはずれてるよ」など、ご自身から他者へ携わろうとする様子が見られるようになった。職員に対しても、こちらからお願いする前に積極的にお手伝いをして頂けるようになった。レクリエーションへの参加拒否や介護拒否については時々みられることもあるがほとんどなくなった。これからもA様に対する日々の携わりを通して身体的問題をサポートしつつ精神的問題をケアすることで、A様に日々の活力を維持していただければと考えている。

【まとめ】

私たちはA様に対する身体的精神的支援の中で様々なことに気づかされた。少しずつでも会話をしていくことでA様の心に寄り添わせていただき身体的精神的弊害を取り除き快適に日々を過ごしていただけることを目指し取り組んできた。成功したこともあればそうでないこともあったが、これからも継続性と試行錯誤の中で、携わらせて頂く利用者様にはより快適に過ごして頂けるよう努力して行きたいと思う。

どこが悪くても大変ね～

～認知症の方の癌による痛みの把握と対応について～

ケアサポートセンター ようざん

発表者 島田 佳奈

A 様のご家族が、相談に見えたのは、昨年春の事でした。

入所していた施設での検査で「上行結腸癌」と診断されました。

群馬大学病院を紹介され、手術を行ったが、すでに進行が著しく、手の施しようがなく

「余命半年」と宣告されたそうです。

息子として、自宅での介護がしたいのですが、仕事もあり常に介護することは、むずかしい。また、本人は「私は、施設にお世話になりたいの…」と、言うのです。

本人の希望を叶えつつ、私たちも、母の残りの人生を見守りたいのです。と…

はじめに

今回、私たちが症例とさせていただいた A 様は、もちろん「癌に犯されている」とは、知りません。また、元来の性格なのか「人には、迷惑を掛けたくない」という様子が、強く伺われる方でした。癌による痛みの把握を、私たちがどのように気付き、どのタイミングで医師との調整を行ったらいいのか？非常に判断が難しい事が問題でした。

そこで、A 様を観察し、どのような行動をとった時に痛いのか職員間で話し合い、共通の認識をもつことことにしました。

そして「痛みのない」「穏やかな最期」を迎えて頂きたいと考えました。

本人紹介

氏名：A 様

年齢：87歳

病名：上行結腸癌末期(余命半年)、脳血管性認知症、慢性心不全
若年時、脊椎カリエスを患っている。

介護度：要介護 2

生活歴

岩手県釜石市出身。実父の故郷である群馬へ移住し、高崎高等女学校卒業後、銀行へ勤務。昭和 48 年、結婚。夫は再婚であり、4 人の子持ちであった。

子供たちの事を思い、実子は持たないと決めていたそうです。

平成 2 年夫他界。長男と同居していたが、夫の死を期に、特別養護老人ホームへ入所。

本人、家族の思い

「私は、後妻だから、子供たちには、迷惑をかけたくないの。余生は、『老人ホーム』で過ごすつもりなの」と、話されます。

息子さんは「それを言われるのが、辛い。私たちは、実母と、思っているのに…」と、話されていました。

そこで、私たちは「施設の一室を『ご自分の、居室』とし、週に 3 日息子さん宅へお客に出かける。そんな、プランを計画しました。

この子(三男)がとても優しく良い所を見つけてくれてよかった。」とおっしゃっていただくことができました。

この言葉どおり、A 様はご家族(三男)の自宅から施設に来るとき、自ら職員に「行ってきます」「ただいま帰りました」と声をかけるなど、施設を自分の居場所と感じているような言動が多くみられました。

ご家族(三男)は親子で過ごす時間を楽しみたいという思いがあります。

夜間は、ご本人のベッドのそばに、簡易ベッドを設置し、休まれます。

また、ご家族が職員に A 様と車いすで散歩してきたという話をしてくださったことなどからもその思いが読み取れました。

自宅の敷地そばの広場で、一緒に高崎祭りの花火も見られたそうです。

経過

利用開始の 4 月より 10 月頃まで痛みの訴えなどの記録はありません。

余命宣告が間違いであったのでは…と、物忘れの症状はあるものの穏やかに過ごされ、積極的に職員のお手伝いをしてくださったり、仲の良い利用者様と談笑されるなどなど社交的な姿がみられました。

10 月に何度か腹痛を訴えられ痛み止めが処方されましたが、「昔に患った、カリエスが今になって、出てきたのかしら？」と、言われました。

しかし、検査の数値は的確で、しかし、検査の数値は的確で、定期受診で、貧血が指摘され 12 月 3 日より輸血目的で入院されました。

回診で、医師が患部を触診すると「痛い」と、訴えます。

そんなこともあり、2~3 日の予定が、26 日間にも延長してしまいました。

介護者は「認知症が、進行している気がする。」「このまま、病院で終わりにたくない」と

医師に訴え、痛み止めの処方をして頂き、退院となりました。

外見での変化は、がん細胞がリンパ腺を圧迫することにより、右足が徐々に浮腫みをましてきました。それでも本人は「カリエスの後遺症って、すごいわね～」とおっしゃいます。12 月の入院後より、目に見えてトイレに行かれる回数が増えました。

話しを伺うと「お腹が痛くて便が出たい感じがあるけど、尿しか出ない」と話されます。

「きつと、便が出たら、治るから…」と、30 分以上、ポータブルトイレに座っていることもありました。

3月中ごろより、フロアに出ず、日中も居室で過ごすことが多くなりました。
食欲も徐々に落ちてきましたが、ご家族が差し入れて下さる「アイスクリーム」や「バナナ」は、召し上がっていました。

取り組み

12月の退院後より、足の浮腫が著しく「像」「ブロンドの柱」を想像させられるほどになってきました。

そんな3月中ごろ、歩行時転倒されました。「足が重たくて」と…

尿量や便の状態などを観察できることも含め、ベッドサイドにポータブルトイレの設置をしました。トイレの回数が頻回となったこと、座っている時間が長くなったことなど「いつもと違う」状態が幾度も見られたことから、認知症のためご自分の状態を正確に認識できないA様なりのサインなのではないかと、職員間での共通認識がもたれました。

痛みの評価を行う時、痛みを1~10などの数字あらわすのが一般的です。

しかし、A様は認知症ということもあり痛みを数字であらわしていただくことは難しいことでした。そこで、A様にどのような言動があった時痛いのかを観察することにしました。

「お腹が痛い」などご本人から訴えるということはこちらから見て一番わかりやすい痛みの訴えですが、トイレの回数が多いというのはこちらが意識して見たり、A様の病気の知識がないとわかりにくいサインです。また、ご本人からの「痛い」という直接的な訴えでもトイレに行くという行動でもどちらにせよ、どれくらいの頻度で言って(行って)いたのかというのが症状の進行度や深刻さの目安になると思われます。そのため、介護職はA様の言動の内容とともにどれくらいの頻度であったかを看護職にしっかりと伝える必要がありました。

痛みのレベル	A様の言動		
1 弱い	昔、カリエスしたから、仕方ないのよ。		
2	なんで、足が重たいのかしら？		
3	トイレに行ってくるわ(1~2時間に1度)		
4	便が出たら、楽になるかしら(30分以上トイレにいる)		
5	おなかがしくしくと痛むのよおかしいわね		
6	何かお薬頂けるかしら		
7	今日は食事がいただけないの		
8	お部屋で横になっていいかしら？		
9	「すぐにトイレに行けるようにしているの」		
10 強い	お部屋で休ませていただきます。何かお薬があったらいただけますか？		

便が出たいとの訴えがあった時に坐薬や鎮痛剤を使用し安眠できる時間が作れるようにしましたが、薬の効果が得られるまでは、足の痛みや腹痛を訴える時には下肢をさすりながらお話をするなど、次の痛みどめまでの時間まで気を紛らわすことしかできません。下肢をさするとT様は「気持ちいいです」などという言葉が返していただきました。

A 様がようざんで過ごす時、このような痛みのサインがありました。在宅ではほとんどなかったそうです。在宅で一緒に過ごしている息子さんのことを A 様は「この子はいいい子なの」と言っており息子さんのことを信頼し、在宅では安心して過ごすことができたのではないかと思います。しかし、施設では大分辛そうであることを、はっきりと介護者の方に伝えておくべきでした。ただ、A 様はようざんに来ると、職員に「ただいま帰りました」と声をかけたりしており、A 様にとってようざんは自分の家でもありました。私たちは A 様の家族のような存在にもならなくてはならないのではないかとこの考えに行きつきました。A 様が「ここがシクシクするのよね」「足がこんなになってどうしたんかね」と、自分の体に起きている違和感に対して、耳を傾け、家族のような役割を果たせていたのでしょうか？

まとめ

利用当初は、ある程度の状態になったら「入院」して、最後を迎えることになるであろうと、介護者とも話していました。

しかし、ようざんを利用し始めてからは親子の時間も持てるようになったようすで、ご家族からは家に帰った時、A 様とドライブに行ったり、一緒に花火を見たりしたという話もうかがっています。また、A 様がようざんに戻ってきた時に「ただいま帰りました〜」などとおっしゃられる姿などを見て、ご家族も A 様がようざんを『居心地のよい場所』と思っているのではないかと感じとってくださったのではないのでしょうか。最後の手段として「麻薬を使用し、痛みのコントロールを図ることを目的とした」入院の時には、介護者の考えに変化が出ていました。

「最後がやってくるなら、自分の家と考えている『ようざん』で、迎えさせたい」と…

そこで入院先の緩和ケアチームの緒方医師と、「いっぽ」の萬田先生と交流があり、同じく緩和ケアを行っている、森田医師と連絡調整と情報交換を行っていただき、施設に戻る予定でした。

しかし、日程も決まっていたのに、その翌々日に急変し、永眠されました。

もう少し早く、緩和ケアに入っていたら、最期を看取れたのではないかと思います。残念でなりません。

私たち看護職小規模多機能型居宅介護には、医療依存度の高い方も多くいらっしゃいます。利用者様はもちろんご家族にも「最期までようざんで」と思っていただけのように、看取りの瞬間まで安心してご利用いただけるよう医療の知識も深めていきたいと思いました。それには、介護職と看護職の連携もがとても重要になってくるでしょう。繰り返しにはなりますが、利用者様、ご家族様が最期まで安心して任せられると思っていただけのような「ようざん」になってゆきたいと思います。

A 様は最後の最後に「看護婦さ〜ん、助けて〜！」と断末魔の叫びのように病室の廊下まで聞こえるような声を出されたそうです。

もう少し早く、緩和ケアを開始していたら…

ごめんなさい。ご冥福をお祈りします。

「在宅」ずっとこの家で暮らしたい！

ケアサポートセンターようざん倉賀野

発表者：落合 香織

工藤 洋子

はじめに

住み慣れた地域は、何よりも心穏やかでいられる場所です。

そんな場所で、生きがいを持って暮らせるように…自宅で過ごしてもらいたい、過ごしたいという、ご家族・ご本人の気持ちに寄り添った支援をしたいと思っています。

2025 年問題を乗り越えるため、政府が出した答えが「在宅」での医療・介護の推進とあります。認知症の症状が進行し寝たきりにならない為にはどうしたら良いのか？小規模多機能でできること。ここ、“ようざん倉賀野”でできることを考えてみました。

ケアサポートセンターようざん倉賀野では、身体機能の維持と向上、脳の活性化を図るため、そして、楽しく過ごして頂く為、日々のレクリエーションと合わせて、個別機能訓練に取り組んでいます。また、リハビリの知識を深めるため、群馬県理学療法士協会主催の公開講座を受講し、身体の機能や病気・障害の特徴について学びました。常に学ぶ姿勢を持ち日々のケアに活かしていきたいと考えています。今後も自宅で暮らしていけるよう、またご家族の介護負担の軽減となれるよう個別機能訓練の取り組みについて発表いたします。

機能訓練実施の流れ

身体状況の把握



ご本人とご家族の希望



目標の設定



個別リハビリメニュー



個別機能訓練開始



モニタリング・評価



機能訓練の再構成



個別機能訓練継続

まず、基本となるトレーニングを考え、利用者様に合わせた個別メニューを作成する

ことにしました。

～筋力トレーニング～

【もも上げ】左右交互に膝を持ち上げる。

腸腰筋のトレーニングです。腸腰筋は骨盤を起こす筋肉で背筋を伸ばし、転倒予防にも効果があります。

A



【膝伸ばし】手で支えながら、交互に膝を伸ばす。足首に重りを着ける。

大腿四頭筋のトレーニングです。立ったり歩いたりするために大切な筋肉です。

B



【足踏み】立つ、または椅子に座って

平行棒、手すりにつかまりながら、足踏みをする。

ふらつくようであれば、足を肩幅に開き、腰が引けていれば平行棒の高さを少し高くしてみます。



C

【つま先立ち】

両足でかかとを上げる運動です。下腿三頭筋のトレーニングになります。バランスをとる練習にもなります。



～歩行練習～

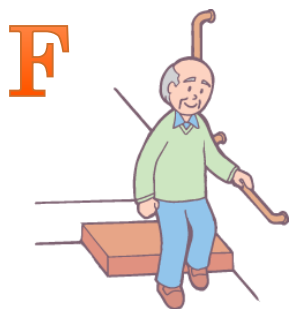
かかとからついてつま先で蹴る正常歩行の大切な要素です。痛みなどがある場合は無理に行ないません。

【通常歩行】平行棒での歩行と廊下での手引き歩行



【踏み台昇降】

基本的には台を使用し、平行棒に掴まって昇降する運動で、有酸素運動となります。効果としては、心肺機能を高める、下半身の筋肉強化、体力の向上などが挙げられます。



～肩の運動～

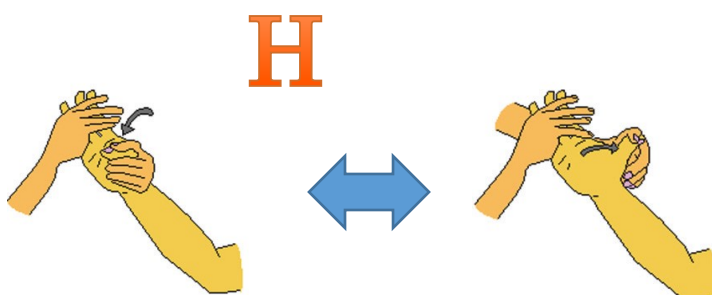
上まで持ち上げ、下げる。痛みが生じないようにしましょう。また、無理矢理動かさないようにしましょう。(ウォーターダンベル使用)



～手指ストレッチ～

図のように、親指を内側に曲げましょう。これも強すぎず、痛みの生じない範囲で。

親指を外側に広げましょう。人差し指から小指は指を伸ばしたまま、手の甲の方へ反らします。



楽しく機能訓練をしていただくために

- ・歩行練習ポイントカードを作り歩行練習をする度にスタンプを押します。
- ※印のところは何かいいことがあります。
- ・漠然と歩行練習するのではなく、廊下に目印を作りどのくらい歩いたのか一目で分かるボードの作成をします。
- ・平行棒では、好きな音楽を流しながら歩いていただきます。
- ・平行棒の下に歩く目安になる様チェックラインを貼ります。

事例紹介

～骨折してもあきらめない～

◎A様 女性

年 齢:91歳

既往歴:脳梗塞、心臓疾患、変形性膝関節症、高血圧性心臓病、

H27.10 左大腿転子部骨折(サンピエール病院入院 H27.10.28~H28.1.27)

移動時には歩行器使用、長距離移動には車椅子使用。

生活歴:伊勢崎生まれ。結婚して倉賀野に居住、農業をしていたが、35歳の時に夫が死去。農業をしながら、勤めを始め定年まで勤務した。

定年後に水墨画や俳句を習い、自宅でも楽しんでいたが、最近は筆を持つ事が億劫になってきて、意欲の低下も見られる。

☆A様とご家族の希望と目標

自宅でもこれからも穏やかに過ごしたい。ご家族の希望も、ご本人の希望と同様でできる限り一緒に暮らしたい。しかし、自宅が昔ながらの作りで段差も多く廊下も狭い作りになっている為、自分で安全に歩けるようになりたい。

取り組み内容

- 【もも上げ】 A 左右 10回 5秒間静止
- 【膝伸ばし】 B 左右 10回 5秒間静止
- 【足踏み】 C 20回
- 【つま先立ち】 D 10回
- 【通常歩行】 E 平行棒 5往復
- 【踏み台昇降】 F 10回

経過(できるようになったこと)

- ・ソファ・椅子からの立ち上がりは時間をかければ一人できる。
- ・屋内衣の移動は、歩行器で見守りと足を挙げての声かけでゆっくり歩くことができる。
- ・トイレは自分でズボン等下ろすことができる。
- ・歩行練習ポイントカードによって今日はやりたくない等の発言が減った。

これからの課題

- ・骨折した左足が、ずり足になってしまうので意識して足を挙げるように声掛けする。
- ・トイレでのズボン等上げる時は、安定した立位を保ち上げられるようになる。
- ・家族の強い希望もあり、自分でできる事は、依存のないようやっていただく。(待つ介護)

◎B様 男性

年齢:77歳

既往歴:高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、

H25.11 左大腿部頸部骨折、H26.2 右大腿骨転子部骨折

移動時には歩行器使用、長距離移動には車椅子使用。

歩行時前傾姿勢で右側に傾きあり。

生活歴：沼田に生まれ 10 人兄弟の末っ子。直ぐ上の東京に住む兄が時々会いに来て何かと世話をしてくれる。妻自身も病弱で 1 人での介護は困難である。警察官を定年まで勤め上げ、主に交通関係で働いていた。

☆B様とご家族の希望と目標

ご本人は、自宅で歩けるようになりたい。妻は夫が可哀想なのでできるかぎり自宅で面倒を看たいとの気持ちは強いが介護力に不安がある。これからも自宅で過ごすために、介護負担を少しでも減らせるよう自分で立位を保てるようになってほしい。

取り組み内容（自分では困難な為すべて他動）

【もも上げ】 A 左右 5 回

【膝伸ばし】 B 左右 5 回

【足踏み】 C(椅子に座った状態)

【つま先立ち】D(椅子に座った状態)

【通常歩行】 E 歩行器を使用した歩行練習

【踏み台昇降】F(立位保持の為の手すりに掴まっての立ち上がり)

【肩の運動】 G 10 回(ウォーターダンベル使用)

経過(できるようになったこと)

- ・乗降時は手すりにつかまり立つことができる。
- ・ご本人のやる気が出るような声掛けをすることで、歩行練習をする事が多くなってきた。自分から「歩行練習をしよう」というような前向きな発言もでてきた。
 - ・次に出す足を声掛けする事によってゆっくり歩く事ができる。
 - ・廊下に目印をつける事でやる気がでてきた。

これからの課題

- ・声掛けしないで、足が出るようになる。
- ・安定した立位を保てるようになる。

～介護度 5 でもあきらめない～

◎C様 女性

年 齢：88歳

既往歴：H20.12 脳出血による、後遺症(左完全麻痺、言語障害)高血圧症、便秘

H27.11～12.11 高熱、嘔吐あり富岡総合病院入院 嚥下障害 多機能不全

生活歴：中之条生まれの 7 人兄弟の 2 番目で、ご主人は国鉄に勤め、転勤が多く、環境が変わる

中 3 人の子供を育ててきた。結婚前に、小学校の先生を 2 年ほどやられていた。

☆C様とご家族の希望と目標

家族が大切にしてくれるので幸せ、これからも今まで通り自宅で穏やかに過ごしていきたい。ご家族の希望として、今までの生活スタイルを崩さないで、平日は自宅で、週末は泊りを利用していきたい。在宅で最期まで看たい。そして、本人に安心して穏やかに過ごしてもらいたい。

取り組み内容(自力では困難な為すべて他動または入浴時)

- 【もも上げ】 A 左右 5 回
- 【膝伸ばし】 B 左右 5 回
- 【肩の運動】 G 10 回(ウォーターダンベル使用)
- 【手指のストレッチ】 H 左手指曲げ伸ばし各 10 回
- 【嚥下訓練】 I スプーンによる舌の刺激 頬のマッサージ

経過(できるようになったこと)

- ・車椅子⇄ベッドへの移乗時に介助者に掴まることができる。
- ・車椅子での座位が保てる。
- ・血流がよくなることで、両下肢のむくみが軽減された。
- ・むせこみが減り水分が多く摂れるようになったため排泄機能も順調となった。

これからの課題

- ・現在のミキサー食、とろみから食形態の改善。
- ・食事が少しでも自分で食べられるようになる。

<考察>

興味をもって楽しみながらすることは、年齢を問わず誰でも嬉しいことです。そして楽しみながら笑顔で行なった方が機能訓練も効果的です。どんなに素晴らしいメニューでも「辛い」「楽しくない」という理由で続かなかったり「自分にはできない…」と諦めてしまうケースも少なくありません。どのようにしたら楽しく機能訓練を続けて頂けるかを考えポイントカードやゲーム感覚で歩行練習することで継続できています。また、事例対象者以外の利用者様も率先して歩くようになり、今まで歩行の声掛けをしても、「私はやらないよ！歩きたくなんかないよ！」と歩かれなかった利用者様も進んで歩くようになりました。日々のレクリエーションでも身体機能を活用し、維持・向上できるように、取り組んでいきたいと思えます。

<最後に>

ケアサポートセンターようざん倉賀野では、利用者様が必要とする機能訓練を継続して行うことで、筋力強化と基礎体力の維持を図り、安全な在宅生活を送る基盤を作りたいと考えています。機能訓練を適切に行うことにより、身体機能低下防止、むくみの軽減、便秘の解消、転倒防止や誤嚥防止に繋がり、廃用性症候群による寝たきりを防ぐと言われています。身体を動かすことが、認知症に対してはその進行の緩和に役立ち意欲向上等の効果があります。また、関節の痛みにより可動域が狭くなり消極的になっている利用者様の筋力を強化し関節の負担を軽減することで、利用者様が自発的に体を動かすことへ繋がられ、行動範囲が広がることで「自分のことが以前のように自分で出来た」という喜びが増え、日々の生活に役立ち生きがいに結びつくと考えます。そして、それが在宅での介護量を軽減し、自宅で生活できる期間を延ばし、利用者様と介護に関わる家族の経済的・精神的負担を軽くすることになります。『ずっとこの家で暮らしたい！』という利用者様の想いと、それに寄り添うご家族を支えていくことが、私達の喜びです。

在宅困難の利用者様を柔軟なサービスで支える

～私の想いが届きますように～

ケアサポートセンターようざん藤塚

発表者：濱名 紗江里

はじめに

今回、紹介させていただくA様は、高度難聴や緑内障により耳が聞こえづらい、目が見えづらい中、独居で過ごされていました。家族、近隣住民、郵便局、駐在所、民生委員、あんしんセンター、JA、群馬バスといった地域の方々が支えるも在宅での生活が困難であり限界を迎えていました。

小規模多機能居宅介護施設の利用を開始した当初連れ出し困難であり、目が見えづらい為「暗いからいかないよ」「ころがるからいかないよ」「おっかねんだよ」と塞ぎがちで、安心した生活を送れていませんでした。

連れ出すことが出来ても、言葉少なで自発的な行動も少なく、机に塞ぎがちだったA様。

そんなA様の想いとは？A様が安心して過ごせる環境とはなんだろうか？

私達小規模多機能居宅介護ができる柔軟なサービスを駆使してA様の想いを探り、寄り添った事例を報告します。

事例紹介

A様 91歳

要介護度4

日常生活自立度Ⅲa

既往歴：右側頭葉腫瘍（悪性グリオーマ）、緑内障、高血圧、高度難聴、逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニア

生活歴：A町に生まれ農家の家業を手伝い、子供はおらず姪や甥をよく面倒をみていた。10年前に夫を亡くし、姪と2年間同居されていたが、姪も高齢の為みることができず現在は独居である。

※生活歴について

ほぼ不明であり初めのうちは情報収集が困難でした。事例検討を進めていくうちに解明していき
(別ページにて詳細報告あり)

小規模多機能居宅介護を利用開始に至るまでの経緯

唯一の家族である姪とは元々同居していましたが今は別居し、独居です。高度の難聴や緑内障の為外出時に転倒されたり、認知症の為地域住民とのトラブルがありました。

また、民生委員や近隣住民、あんしんセンターの方々が安否確認を行うも、A様が自宅に鍵を掛け顔を見せてくださらなかったり、外出する事が多く行方がわからない等と地域で支えていく事が

困難でした。

困難例

- ・「通帳がなくなった、姪に盗られた」と警察や近所の弁当屋に行かれる
 - ・コンビニエンスストアのレジスタッフと金銭面を巡り口論になる
 - ・家に帰れず警察に保護される
 - ・通帳紛失の為に再発行に郵便局に行くが、印鑑相違を何度も繰り返す。
- また、コミュニケーションが取りづらい為、郵便局員が対応に困る
- ・A様が防犯の為、玄関に内鍵をつけていたが、なくしてしまい外からも内側からも鍵を開けることが出来ない。
- A様が出かける時は、居間の窓から外出していた。その為、窓の鍵を閉められてしまうと、室内に入る事が出来ない
- ・通院していた病院によると定期的な受診が出来ていない為内服できているかわからない

その後、あんしんセンターからようざん居宅にA様に関して相談が入り、居宅のケアマネージャーが訪問するがなかなか会えず、その後小規模多機能居宅介護の管理者と訪問を繰り返し、たまに会えるようになり、家族の了解を得て利用を開始しました。

利用前のA様の状態

心身機能・身体構造

- ・両耳が高度の難聴
- ・緑内障が進んでおり、よく見えていない
- ・認知症により理解力、記憶力の低下が見られる
- ・物取られ妄想がある

活動

- ・歩行が不安定で度々転倒する
- ・調理をすることは出来るが1日3食摂取しているかは不明
- ・室内は物であふれており掃除をしていない
- ・入浴出来ているか不明
- ・薬の内服が出来ているか不明

参加

- ・買物、通院、市役所、郵便局へ行こうとするが、たどり着けない。
- ・外出先で金銭関係等のトラブルあり

上記を踏まえて、安否確認、服薬介助として1日 2～3 回の訪問。

A様の希望がある時のみ通いのサービスを利用し、入浴施行、夕食後帰宅というプランをたてました。

月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10-18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10-18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10-18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10-18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10-18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10-18時	安否確認 服薬介助 10時16時 又は、通い 10-18時

小規模多機能居宅介護の利用 2月～4月の利用状況

2月	
上旬 安否確認 来所 中旬～下旬 来所	<ul style="list-style-type: none"> ・鍵が閉まっている為、外からキッチンでの調理音で在宅を確認したり、外出されている為行方がわからないといった事が多い ・来所拒否 「郵便局に行くからいいよ」「今日は出掛けたいからいいよ」 「市役所に行くから休むよ」と話す ・徐々に来所が増え、自宅より歩いて来所される事もある ・一度、歩いて向かっていたが転倒し道端で座り込んでいた所を近隣住民が発見し連絡が入る
3月	
上旬 安否確認 中旬 安否確認	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問時に会える回数が増えるが、自宅で休まれている事も多い ・左目周囲に打撲跡があり「家の中で転んだ」と話される ・5日間鍵が掛かっており、安否確認できず ご家族様に連絡をし、レスキュー隊要請を検討する 6日目に本人と見え、その際に家族の了解承諾を得て内鍵を外し、常時安否確認が出来る状態にした
4月	
上旬 宿泊	<ul style="list-style-type: none"> ・ようざん付近で倒れており、近隣住民から連絡がはいる ・右口内、右顎に傷がありA脳外科を受診する 医師が「ようざんに泊まった方が食事もとれて安心」とA様に話す ・「右側頭葉腫瘍(悪性グリオーマ)の影響で、てんかん発作や意識障害が出現する可能性がある」との話から宿泊利用を開始

問題点を探る

2月上旬～4月上旬まで、訪問から通い、そして宿泊利用とプランが変更された中、宿泊利用開始まで、A様と上手くコミュニケーションがとれていませんでした。

コミュニケーションをとるうえでの問題点としてあげられるのが以下の2点です。

問題点
信頼関係の形成ができていなかった
高度難聴や緑内障により会話が困難である

宿泊利用が開始されA様と関わる機会が大いに増えた中、私達はどうアプローチをしていけばよいのでしょうか？

・信頼関係の形成に対するアプローチ

A様にアプローチを行う際に介護におけるコミュニケーションの基本であるバイスティックの7つの原則について事業所内研修を行い、A様との信頼関係形成に努めました。

バイスティックの7つの原則	
1.個別化	利用者の個別性を認識して援助を行う
2.意図的な感情表出	利用者の感情表現を大切にする
3.統制された情緒的関与	利用者の感情に対し、援助者は感受性を働かせ、意図的にかつ適切に反応する
4.受容	利用者のありのままを受け入れる
5.非審判的態度	利用者を一方向的に裁いたり、非難してはならない
6.自己決定	利用者の自己決定を尊重する
7.秘密保持	援助過程において知り得た秘密は保持する

・高度難聴や緑内障により会話が困難である事に対するアプローチ

寄り添うケア
両耳のうち左耳の方がまだ聴力が良い為左耳から大きくゆっくりと話しながらホワイトボードを使い筆談する
上手く言葉が伝わらないと「何？」と不安な表情をされる為、なるべく職員は顔の表情や口の動きが見れるように、A様に近づく
また「A様と会話をしたい、楽しみたい」という想いを込めて常に笑顔で接する
相手が自由に答えられる開かれた質問を取り入れ、質問に応じて頂いた際には、感謝の言葉を忘れない

その結果、A様からの発信として、「ありがとう」「おはよう」という挨拶から始まり、口にする言葉も増えていきました。

A様の言葉	
食事	食事前には「ご飯かい?」「まだかい?」「今日はなんだい?」
仕事	「農家だったんだよ」「よく草むしってた」
人	・女性職員に対して「山田さんかい?」「Mさんかい?」 ・時には涙ぐみながら「甥が心配なんだよ」

信頼関係形成の上で考えていたことは、会話をする上で生活暦を知り、今のA様の発言や行動から、A様が何を望んでいるか知り、叶えたいという事です。

A様が安心して、その人らしい暮らしを提供できるように私達は以下のような取り組みを行いました。

取り組み①回想法

本取り組みを行う前に、信頼関係を築き上げた事により、日常の生活の中でよく話される2つの言葉に着目しました。

- ・「甥が心配なんだよ」
- ・「Mさんかい?」

・「甥が心配なんだよ」
甥に会いにいこうと試みるも、病院で長期入院中である。 「もう入院しててね、ずっと寝たきりなんだよ、あんまりいって騒がしちゃうと可哀想だから行かない」とおっしゃったため面会することは叶わなかった
・「Mさんかい?」
Mさんについて知らべた結果、以前関わりのあった民生委員の方である事がわかり、連絡をとるとA様との関わりについて詳しく教えていただくことが出来た。 ・お風呂が好きでよく温泉に行かれていた ・外出が好きでバスや電車を利用してよく買い物に行かれていた ・野菜や果物を育てることが好きで、野菜や果物を栽培していた

このような情報をもとに写真等を活用しA様との会話を試みた結果

- ・「昔は〇〇航空に務めて飛行機の部品つくってたんだよ」
- ・「花も好きなんだよ」

などと、Mさんからの情報の詳細や仕事をしていた時のエピソードまで話していただくことができました。

A様からの言葉が増えた結果、職員と前よりも会話をするようになり、職員を介して他の利用者様と関わる事も増えていきました。

サービス担当者会議と地域ケア会議について

サービス担当者会議

ケアマネジャーが、ケアマネジメントの一環として開く、高齢者の個別課題に対して問題の解決を図るために開かれる会議

地域ケア会議

- ・地域の支援者を含めた多職種による専門的視点を交えて、適切なサービスに繋がっていない高齢者の支援
- ・個別ケースの課題分析等を通じて地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげることを目指すもの

取り組み②サービス担当者会議

以前A様と関わりのあった医療法人社団醫光会、高齢者あんしんセンターあいの山田千恵様に連絡をとりA様の現状、以前のA様との関わりに関して相談すると後日、サービス担当者会議を行うことになりました。

サービス担当者会議 山田様の話

- ・始まりは、A様の主治医から「受診ができていない」という相談から
- ・長寿センターで入浴に行くが便汚染のため入浴できず、「他で入浴できる場所はないか」という相談がある
- ・A様が外出時に警察に保護され連絡が入るといった事があった
- ・1週間に1、2回ほどの安否確認をするが、今ほど高度の難聴や緑内障が進んでおらず、電話にできることもできた

担当者会議では、A様の以前と現状について話し合いました。

結論として、A様が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを支援できるか検討するため、後日地域ケア会議を開催することが決定しました。

取り組み③地域ケア会議開催

地域ケア会議では、A様と関わりのある、あんしんセンター、駐在所、民生委員、長寿センター、また、市役所の方も参加して下さりました。

(個人情報保護の観点から詳細は明記できず)

会議では、A様が、改めて多種多様な社会資源を利用し、地域もA様を限界まで支えていた事がわかりました。

地域ケア会議での結論

- ・A様に必要なのは安心して過ごせる環境を提供することであり、つまり、入所である
 - ・リバースモーゲージを活用し入所という手もある
- ※リバースモーゲージとは
持ち家(自宅)を担保として銀行や自治体から融資を受けて、借りたお金は死亡時に自宅を売却することで一括返済する仕組み

取り組み④安心して過ごせる環境の支援方法について考える

安心して過ごせるために必要な事は何かと考えると、A様の生活する上で不満や不安を取り除く事ではないでしょうか。

A様の現在の生活を「食事」「睡眠」「健康」「運動」「楽しみ」「入浴」と6つに分類し考えてみました。

食事	食べる事は好きで、いつも食事を楽しみにしている
睡眠	夜間変わりなく休まれている
健康	服薬、通院はできている
運動	・度重なる転倒から転倒に対する不安があり、日々の行動はトイレや食事に行く為の行き来のみ ・外出は「また怪我するからいい」と話される
楽しみ	体操以外は参加しない また体操も楽しんでというよりは義務的に行っている
入浴	入浴拒否、10日に1回入浴する

A様にとっての不満や不安は、「運動」「楽しみ」「入浴」についてではないでしょうか。

・運動と楽しみに共通する転倒に対する不安

A様の以前の趣味は温泉に行く事や園芸でした。今でも「花は好き」「野菜や花をつくるのが好きなんだよ」と話されますが、外出、お風呂にお誘いしても「ころがるからいい」と断ることが多くみられます。

趣味の場に誘ってはみるものの、なかなか気のはしらないようで、外出する不安や怖さの方が心理的に上回ってしまうと考えられました。

そこで、A様にできるアプローチとして「園芸療法」を試みました。

園芸療法(運動や楽しみに対して)
今からどこに行くのか何を理解できるまできちんと説明する 緑内障により明暗がわかりにくく、昼でも「もう外が暗い、夕方かい?」と話される為、今は夜ではなく昼間であることを理解してもらるように時計を見せる 職員数人で付き添い、転ばないように見守りを強化している事を目で見て分かるようにする A様のために購入した花をみせたいと話し、ホール内で実際に花をみていただき、ジョウロをみせ、外で花の水やりをお願いしたいと伝える

このように段階を踏み、話した結果「いくよ」と笑顔がみられ、花の水遣りをして頂きました。実際に外に出ると「花は綺麗だね」と話し、また水やりをお願いしていいですか?と聞くと「いいよ」と笑って答えてくれました。A様に役割を与える事により、今では、笑顔多く自信に満ち溢れた顔をしています。

園芸療法を行った事で、外出する不安や怖さが軽減されたようです。

これからもこのようなアプローチを続けていき、不安や怖さを取り除くケアをし、外出や日常のレク

リエーションに対してA様が楽しめるよう支援していけたらいいと思います。

・入浴に関する不満や不安

入浴に対する反応	
「お風呂に入りませんか？」	風邪をひいてるからいい もう今まで〇回入ったいい
「夜入りますか？」	入るのはいつでもいい、今日は入らない
「お風呂に入りたい時はいつですか？」 A様が花の水遣り(仕事)をした後	仕事した後入りたい
「入りませんか？」	いい、いかない
「温泉は、〇さんとよくいかれたんですか？」	よくいったよ、温泉は好き
「温泉にいきませんか？」	さんざんいったからいい
「お医者さんから言われているのですが」	いかないよ
「〇〇さん(A様の友人)も心配している」	そんなことないよ
A様の周りの利用者様がお風呂に誘う	いかないよ

上記の取り組みを行ったものの、効果がみられないため、本人の想いを尊重し、次に試みたのが足浴です。

足浴(入浴に関して)
A様は、足の爪が巻き爪であり痛みの訴えがある。そのため、いつも足の爪を気にしている事に気づき、本人の痛みを軽減できるように足浴を試みた。 始めは「怖い」と話していたA様でしたが、ゆっくりと、足のマッサージをしながらお湯につかっていただくこと「よかったよ」と笑っていただけた。 その後看護師により爪を切っていただくことにより痛みの軽減に繋がった。

足浴を開始してからある日のこと、就寝前に「入浴はいかがですか？」と入浴をお誘いした所、快く承諾して頂くことが出来ました。入浴後、A様に入浴後の気持ちを聞かせて下さいと聞かけると、普段字等を書くことはありませんでしたが自らボードに字を書くと同時に笑顔をみることに成功しました。

このように、バイステイクの 7 つの原則を念頭に私達、ケアサポートセンターようざん藤塚の職員は、毎日毎日ご本人様に寄り添いケアを継続したことにより、ラポールは形成され、夜間入浴に成功致しました。そして、現在では昼間の入浴も快く承諾いただいています。

上記のように、運動や楽しみ、入浴へのアプローチを行った結果、何故拒否をするのか？言葉の裏に何が隠れているのか？本当に望んでいる事、伝えたい事を引き出すにはどういった声掛けが必要なのか？そして本人の同意がいかに大事か？を考えさせられました。

本人の気持ちを抑制してしまうと、介護拒否として暴力や暴言がでてきたり、話すことさえできないような状態になってしまうかもしれません。また、一度嫌だと感じた経験は後にも残るものです。そ

ういった事がおきないように説明と同意は常に考えていきたいと思います。

A様の現在の生活の中で「食事」「睡眠」「健康」「運動」「楽しみ」「入浴」に不満や不安はないかどうかを再検討した所

安心して食事が出来る

安心して睡眠出来る

安心して通院ができ内服が出来る

安心して散歩や軽度運動に参加出来る

安心して趣味活動に参加して、職員や他社と交流、コミュニケーションが出来る

安心して入浴が出来る

このように、6つの安心に繋がる事が出来ました。

考察

A様との信頼関係形成から生活暦や要望を知る上で、重要だったと感じたのは、今までA様との関わりがあった方々でした。民生委員やあんしんセンターの方からの情報や、近隣住民の方からの情報が、A様との関係性をより深くする重要なきっかけだったと思います。

地域ケア会議を開いた結論として、A様のケースでは、リバースモーゲージを視野に入れた施設入所を検討することになりました。A様本人の想いや日常生活動作、家族の想い、地域の想い、これらすべての人の意見を聴き適切な方向性を導くことの必要性を実感しました。

このような状況の中、私達がやるべき事、それは、A様が、ケアサポートセンターようざん藤塚で安心して過ごせる環境を今後も提供し、自分らしい暮らしを送れるようにサポートする事だと思いません。

『ありがとう、家はここだよ』

A様の安心しきった笑顔を今後もずっと私達と共に…。

⑧おわりに

現在、介護保険法の改正により、重度な介護状態となっても住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されている地域包括ケアシステムの構築が進められています。

認知症の方が早期に発見され住み慣れた地域で暮らし続けることは、ご本人にとっての安心でありリノベーションダメージを軽減できます。そんな暮らしを支えていく為に必要なことは、我々職員はもちろん地域の方々が研修や講演に参加し MCI(軽度認知症)などの認知症への理解を深め、認知症カフェの立ち上げや参加する事、等があげられます。

今回 A 様を在宅で支える事は難しいと地域ケア会議で判断しましたが、その判断に関わる人は我々職員だけではなく地域と共に行った判断であったこと、それはとても大切なことだったと学びました。

地域包括ケアシステムは地域の主体制が重要とされています。地域の社会資源の一つとして我々、小規模多機能居宅介護施設の役割とはなんだろうか、何が出来るのか、明確な答えは容易にはできません…

ただ私達、福祉従事者が目指すこと…向き合うことは…

『その人が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを…』

『人生の最後まで続けることが出来るように…』

「認認介護」～夫婦の见えない絆～

ケアサポートセンターようざん栗崎

発表者：長島英美子

【はじめに】

高齢化に伴い「老老介護」が増えています。老老介護とは介護が必要な高齢者を 65 歳以上の方が介護している状態です。

厚生労働省が発表する「国民生活基礎調査(平成 25 年)」では、自宅で暮らす要介護者を主に介護する介護者 65 歳以上の世帯の割合は 51.2%になっています。

そのなかでも、認知症の人が認知症の人を介護する「認認介護」は 80 歳前後夫婦の 11 組に 1 組ということです。

「認認介護」は認知症の度合いにもよりますが、一人が重く一人が軽い場合が多く、ある程度在宅で夫婦の生活を送ることが出来ますが、例えば双方で「食事をする」という認識が低下してしまうと、低栄養状態になり健康を維持することが難しくなってしまいます。火の不始末や介護放棄、虐待等も起こりやすいと言われています。

小規模多機能ケアサポートセンターようざん栗崎でも、「認認介護」で在宅生活が困難になってきた「AB 夫妻」を二人で今の家で暮らしたいとの願いを少しでも長くかなえてさしあげたい思いで、支援していきます。

【利用者様ご紹介】

(夫) 氏名 : A 様 年齢 81 歳

要介護度 : 要介護 3

日常生活自立度 : J2

認知症自立度 : III B(H28/1/17)

既往歴 : アルツハイマー型認知症

肺気腫、糖尿病、糖尿病性腎症、高血圧、心不全で入院

(妻) 氏名 : B 子様 年齢 79 歳

要介護度 : 要介護 2

既往歴 : 認知症(記憶障害)、

不安神経症、肝腫瘍、甲状腺機能低下症、上行結腸癌、狭心症、

高血圧症、神経症、第 12 胸椎圧迫骨折、第 1 腰椎圧迫骨折

【ご夫婦の生活歴】

夫の A 様は中学校の社会科の教師で、バレー部やバスケット部の顧問をして全国大会も経験され、活動的で学生からも人気がありました。

妻である B 子様は学校と取引のある会社で明るくテキパキと事務仕事をこなしていました。

夫婦が結婚したのは 20 歳と 22 歳の時。その後一男一女をもうけ、暖かい家庭を築かれました。定年退職後は夫婦で趣味のカラオケ教室などに行かれたり、教師時代の友人たちと交友を持ち悠々自適に暮らしていました。

【小規模多機能ケアサポートセンターようざん栗崎利用までの経緯】

そんな中、夫 A 様はアルツハイマー型認知症、妻 B 子様も認知症と診断され、

デイサービス・訪問介護・訪問看護の利用を開始しました。デイサービスで、夫 A 様は拒否が強く、妻の B 子様も体調不良との訴えにより利用拒否が続き、ますます体調悪化して生活全般を通して支える必要がありました。

小規模多機能ケアサポートセンターようざん栗崎にて引き継ぎ、夫 A 様は週3回の訪問(家事援助・身体介護)と週3回の通いから開始。妻の B 子様は外出し他人に合わせて過ごす事が苦手である為、訪問中心に支援開始しました。

【利用当初の様子】

A 様

以前のデイサービス利用の拒否が強く利用できなかったとのことで、ようざん栗崎の「通い」利用は心配しましたが、誕生日が近かったこともあり、利用初日に誕生会を行いました。また趣味であるカラオケや好きなタバコを昼食後と 15 時にいただくなど個別対応しました。すると「職員が優しい」と言って、レクリエーションにも積極的に参加して楽しんで利用していただくことができました。

下肢筋力低下によりふらつきがあり、朝お迎えの時は特に動きが悪く転倒リスクが高いので注意しながら介助を行っていました。歩行練習や体操風船バレーなどアクティブレクに参加され、ADL 低下予防を図りました。

自宅にいる日は週 1 回から 2 回ナースステーションの看護師が状態観察と服薬管理を行いながら、ST 栗崎の職員が週 3 回家事援助と身体介護の訪問を行いました。

B 子様

認知症の悪化と精神的不安定で被害妄想・無気力・起伏が激しく、機関銃のごとく一方的に話され、電話好きでようざん栗崎にも昼夜を問わず電話がありました。体調不良の訴えが強く自宅のコタツに長時間横になっていました。

B 子様自身は夫の世話をして疲れて夜眠れない、ストレスがたまっていると訴えがありました。ですが実際は夜間のオムツ交換はおろか、今まで行っていた家事全般も上手く出来ない状態でした。

週 1 回ナースステーション看護師が状態観察と服薬管理を行いながら、ST 栗崎の職員が毎日訪

間し、バイタルチェックや家事援助や配薬された薬が服用できているか確認しました。

【取り組み内容】

体調管理

ようざん栗崎の職員が訪問(家事援助でトイレ・風呂・居室・台所の掃除、洗濯物等)に行った際に夫の A 様の体調が悪く、緊急で通院介助を行いました。検査の結果、栄養失調と分かりました。冷蔵庫には息子さんを買ってきた食材が入っていますが、認知症が進行した妻の B 子さんには調理してテーブルに並べるということができなくなっていたのです。

翌日より昼・夕食の配食を毎日始めました。その後は少しずつ体調回復してきました。

服薬管理

ナースステーションの看護師が配薬して壁掛け薬入れに仕分けして配薬したものをようざん栗崎の職員が訪問時に服薬確認するという流れになっていましたが、ある日ポケットと配薬の日付がバラバラになっており、妻の B 子様が「私どれを飲むかわからなくて・・・」と混乱され、調べた結果、朝食後の薬を 2 回内服されてしまいました。

すぐに看護師に連絡し相談した結果、服薬はようざん栗崎の看護師が管理し、1 日 2 回の訪問時に持参することになりました。

清潔の保持

夫の A 様は尿・便失禁がある時は入浴拒否があります。

本人のプライドを傷つけないように「看護師さんに看てもらいましょう」と言ってトイレで看護師に臀部洗浄してもらってから入浴を誘っています。

訪問した際に失禁している時は排泄介助と衣類の交換を行い、家事援助と身体介護の複合を行っています。

環境整備

利用開始時は換気が悪く、訪問後は職員の服に匂いがうつるほどでした。

台所では小バエが飛び、コタツの上も乱雑になりテーブルもベタベタしている状態でした。

掃除は週三回、夫婦で約 1 時間訪問しています。内容はトイレ・風呂・居室・台所の掃除、洗濯を職員が B 子様に声掛けし、一緒に行っています。

妻の B 子様の精神的安定を図る

訪問した際は B 子様のお話を傾聴して会話を楽しんで頂き、ストレス解消を図っています。「通い」利用を計画し、実現に向けて訪問するスタッフと信頼関係を構築、「訪問のスタッフと施設のスタッフは同じなので、みんな待っている」とか「たまに寄ってください」などとお誘いしていました。「来週行こうかな」「今度行こうかな」など前向きな発言が聞かれるようになり、サービス開始から 4 か月後、初めての「通い」利用になりました。

医療との連携

定期受診に ST ようざん栗崎の看護師が通院介助しています。ドクターに日々の症状を報告しま

す。

病状悪化の時には状況に応じて通院介助します。その際、訪看とご家族に連絡します。

薬もようざん栗崎で管理しています。

不安神経症の B 子様はいつも体調が悪いと思ひ込み、自分で受診してしまうことがたびたびあるので、ドクター・訪問看護師・ご家族との連携がとても大事になります。

【結果】

A 様

昼・夕配食を行い、服薬管理を行うことで体調の管理ができ、昼夜逆転が少なくなりました。また便失禁がありますが、職員が対応することにより本人様も安心して過ごしていただいています。

今では「もう 1 日通いを増やしたい。ようざんにいた方が安心」と話されます。

B 子様

同じ職員が訪問をすることで信頼関係をつくることができ、来所拒否から週 1 回の通い利用、今では週 3 回「通い」で来所出来る様になって、拒否なく入浴もされるようになりました。通いを利用してから B 子様は美容室へ行かれカット&パーマをしておしゃれな髪型になり、女性職員や他の利用者様からも「素敵ね～」と言われ「今はボブが流行っているのよ」とはじけるような笑顔で答えていらっしゃいます。夫の A 様の服装にも気を使うようになられ、A 様もおしゃれになってきて、女性職員が「A さん、この服とってもかっこいいですね」と声を掛けられると、「そうかい」とニコニコ笑顔でおっしゃり、暖かく楽しい雰囲気をご夫婦のまわりを取り囲んでいます。

B 子様は来所時に他の利用者様とも楽しく会話され、おやつレクなどに積極的に参加され、割烹着姿でお団子を作ったりしました。ご自宅でもキッチンの洗い物なども出来る様になり、職員が訪問して掃除する時も、一緒に片づけを行い、掃除された住みやすい環境になってきました。以前は訪問している最中も知り合いに電話をしていますが、今では職員と共に楽しそうに掃除をされるようになりました。

また自発的にご主人と一緒に散歩に出掛けられるようになり、以前の無気力な生活から活動的な生活を送れるようになりました。

【考察とまとめ】

B 子様は認知症でありながらも毎日 A 様の世話をしています。

今でも不安になると B 様からようざんに電話が来ることがあり、その都度安心感を持っていただくよう対応しています。

「まったく、しょうがないね！とうちゃんは！」「うるせえ！」と時には夫婦喧嘩をすることもあります。が、夫婦で仲良く生活されています。

先日も B 様が不安神経症により夜中自分で救急車呼んだ時も「夫が心配だ」とようざんに TEL があり、A 様をようざんにお連れし、宿泊対応しました。

もし夫婦で認知症になっても、今まで暮らしてきた同じ家で同じ生活をし、長年連れ添ったパート

ナーと最後まで仲良く暮らしていけたらどんなに幸せでしょうか。
私たちはそんな夫婦の见えない絆を大切にしていきたいです。