

## I 個別援助事例

### 1 理念の実践ができる関係づくり ～普通の生活ができるには～

#### 1 プロフィール

(1) 氏名・性・年齢	Aさん（女性・80歳）
(2) サービス利用開始年月	平成24年1月
(3) 現在の心身の状況	要介護度4、認知症度Ⅲb

#### 2 事例の概要と、この事例を取り上げた理由

「私は、ここには居てはいけないのでしょうか…」それまで、施設での生活に何ら問題がなく過ごされていたAさんに対する支援者側の視点を覆される衝撃を受けたことがきっかけである。普段から穏やかに過ごされているAさん。実は、心の奥に他人には言えない大きな傷を抱えており、そんなAさんの訴えに真摯に向き合うことで、ユニットの入居者全員に対しての関わり方を変える機会となった事例のため取り上げた。

#### 3 援助経過の要約

##### (1) 初期の状況

Aさんが自宅に居られたときに、パーキンソン病を発症する。息子の介護（脳性小児麻痺）や家事全般ができなくなり、その状況を理解できない夫に「何もしない」と言われ、再三暴力を受けていたようである。

夫による身体的虐待からの避難のため、緊急ショートステイを利用し、そのまま継続での入居生活となった。したがって、何か訴えをすると何かをされるとの思いもあり、Aさんからは生活に対する要望はあまり出ていなかった。

入居後、施設での生活にも慣れてきて、「外出がすぐにできない」「パーキンソン病もあり、皆さんと外出して体調不良だと迷惑を掛ける」「でも、外出したい」などの訴えが出始めた頃から、施設での生活にストレスがたまってきたようであった。その結果、同じユニットの入居者や職員に対して口調が荒くなり、ユニット内での孤立化が生じてきた。

初期の段階でのケアプランの目標は、「施設の生活に早く慣れ、自分のペースで楽しく過ごしたい」という本人、家族の意向を適えるために、本人の意向を確認しながら施設での行事、レクリエーションに参加していただくことが主な支援目標である。

他には「自分でできることは職員が見守りの中で、実施していただく」こととなっており、ほぼ日常生活は見守りの中、自立されていることが多い状態である。ただし、パーキンソン病の症状としての転倒の危険性があるため、常時の見守りは必要である。

ケアプランに基づくケアの実践の結果からうかがえることは、他のユニットの入居者との関係づくりが、職員の介入によりできてきたが、他の入居者同士の会話に入った後に、「あんなことを言って本当によかったのかしら」と気を遣われることが多くなり、今後の入居者同士の関わり方が課題として新たに出てきた。

## (2) 中期の状況

Aさんの施設での生活のストレス解消を行う必要が生じた。

フロア内を歩き回る他の入居者を見ては「無用心だから鍵を掛けてください」、「カラオケをしても、自分の歌いたい歌がない」「テレビを見てるしか楽しみがない」などの訴えが多く出てきた。

少しでもAさんのストレスを軽減する方法を検討。本人の訴えに耳を傾ける必要が生じた。

(ケアプランの変更)

Aさんと職員で外出をすることで、普通の生活を実現する方法を、気分を変えて行ってみることにする。外出計画を実施、ただし、体調不良時は、いつでも変更可能とした緩やかな計画を立案する。カラオケへの外出などの支援を定期的実施する。本人の訴えに対して、そのまま受け止めるのではなく、職員は立ち止まり、それが本人の本当の主訴であるかを再考察することとなる。

サービスの実践として、日中時間があるときなどは、ボール投げや施設内の散歩などで気分転換を図る。さらには、本人の歌いたいカラオケの曲は施設内の設備にはないので、カラオケボックスで歌う機会を作る。このことでの情緒面の安定を図るというプランとなったのである。

(変更後のプランの実施結果)

本人の好きな「美空ひばり」のカラオケを歌い、外出の機会を得ることで情緒面の安定が見られた。ただし、カラオケは、本人と職員のマンツーマンの関わりであるので、この関わり方が今後の課題となっている。

日中の関わり方で、「ボール投げ」を本人と職員や他の入居者と実施していたが、ボールを投げたときに転倒、骨折をしてしまう。パーキンソン病の症状に注意しながらであったが、骨折事故という結果になってしまった。

## (3) 現在の状況・今後の見直し

身体を動かすことでのストレス解消を図るプランではなく、本人の今までの生活に寄り添った「普通の生活」の支援を計画に導入することの大切さにスタッフは気が付いた。

本人の訴えには極力沿えるようにする。希望時にはいつでも外出ができるようにする。食事もキャンセルを柔軟にできるようにする。

現在は希望時にいつでも外出ができるようになった。

専業主婦であったAさんの生活の継続の視点から、裁縫などの家事をプランに反映し、実践をする。  
(今後の見通し)

Aさんの訴えに耳を傾けたことで、表面に現れない、施設での生活へのストレスを軽減し、本人の「普通の生活」を送ることを実践できている。これは、Aさんだけに当てはまることではない。他の職種へも働きかけを行い、言葉に表れない「普通の生活」の支援を入居者全員に実践できるように試みる所存である。

#### 4 評価と反省

援助者の視点では、表面の本人の訴えや、生活の姿勢を「満足」と捉えがちである。しかし、多面的に本人の生活面や情緒面、さらには関係性を見ていくことの重要性に気づかされた。当法人における、「事業計画書」「事業報告書」の書式にもなっている「バランス・スコア・カード」の視点（利用者の視点・援助者の視点・業務の視点・成長と学習の視点・財務の視点）に基づき支援することの大切さを再認識させられた。

また、法人の理念の「普通の生活の実現」のために実践することでそれぞれの視点での援助が行えているかの見直しができ、「その人らしさ」を実現することが、個別のケアの基本であることの共通理解ができた。

今後の課題として、他職種連携がある。例えば、突然の外出に食事をキャンセルすること、受診や薬の調整をすることなどは、他の職種の協力なしでは実践できない。また、家族の理解を得ることでの実践の難しさも浮き彫りとなった。

# I 個別援助事例

## 2 家に帰りたいけど帰れない ～施設で安心して過ごしてほしい～

### 1 プロフィール

(1) 氏名・性・年齢	Fさん (男性・67歳)
(2) 入所年月	平成22年5月
(3) 現在の心身の状況	要介護3・Ⅲb

### 2 事例と概要と、この事例を取り上げた理由

#### (1) 事例の概要

Fさんは交通事故の後遺症にて高次脳機能障害と診断される。発症後は短期記憶障害や注意障害、行動障害にて感情の起伏が激しく、また興味関心のあるものを買ってきたり、拾って集めてくるなどの症状があった。また1人で外に出かけ帰れなくなることも度々あった。主たる介護者の妻の体の調子がよくなり、自宅での介護が負担となり入所に至った。外向きの性格はよいという家族の話のとおり、職員には笑顔で受け答えし穏やかではあるが、自分の願いが通じないと表情が陰しくなることがある。何とか1人で歩けるが足取りがおぼつかず注意が必要である。また、「自宅に帰りたい」と落ち着きなく過ごされることがある。妻は腰の調子が悪くほぼ毎日通院を要し気持ちに余裕がなく、また若いうちから施設に預けたという後ろめたさがありなかなか協力を得られない。職員が都度奥様の腰の具合などを説明しながら、何とか思い直してもらおうと日々説得したり、一時的に散歩をし気分転換を図っている。しかし本人は外に出たい(理由は曖昧なときもある)と思ったらすぐに行こうとし、職員の手薄な時間を見計らいエレベーターや階段を使用して階下へ降りることもあり事故防止の対策など注意を要している。

#### (2) 取り上げた理由

入所されて数か月しか経過していないが、帰宅願望が強く、1人で階下に降りるなど危険リスクが高いため所在の確認や見守りの徹底など職員は対応に苦慮している。集中できる作業や対応にて比較的落ち着いてはいるものの、本人の家に帰りたい思いをどのように受け止め、対応すべきなのか日々考え悩んでいるため今回の事例を取り上げた。

### 3 援助経過の要約

#### (1) 初期の状況

最初は数日泊まりに来た感覚で穏やかに過ごされる。しかし入所時に本人より預かった財布(中身現金2万円)が手元にないことで不安となってしまう。その頃より帰宅願望も聞かれ、お金があればタクシーに乗れるなど話をしていたことから財布を渡すことにはためらいがあった。自宅にいた頃より身の回りのものは自分で管理し奥様も関与させてもらえなかったと話を伺い、1つでも不安感を取り除ければと職員同士で話し合い、財布は本人の管理とした。以降財布に関しては大事にポケットにしまい現金を使用して帰ろうという行動に移すことはなかった。しかし依然として、帰宅願望は強くフロアから出て出口を探そうとすることや、日ごとに施設での環境に慣れ出口がどこにあるのか認識してきた。都度、施設周辺を散歩し本人の気が変わるのを持ちながら対応していた。また、「なんで家に帰れないのか」という話をされると、奥様の腰の調子が悪く面倒が見られないと説明するも、本人の「1人で何でもできるのに」という思いと、奥様を心配される気持ちが見え隠れした。

## (2) 中期の状況

気分を変えながらの対応にも限界があり、本人も感情をあらわにすることが増えてきた。また職員が手薄なときを見計らうかのように1人でフロアより階下に降りることや、正面玄関前まで行くことがあった。所在の確認を徹底し対応していたが、ある日の早朝、夜勤者のみの時間に階段を使用して（2重ロックを自身で解錠）階下に降り玄関に行くこともあった。身体機能の低下にて歩行時の歩幅は小刻みで足の運びが悪く不安定であるが無事に降りていた。職員にて話し合い、階段前のロックを夜間帯は2重ロックから3重ロックにする対策をとった。家族にも状況を説明。その日の午後本人はロックの構造を覚えて話していたことから、階段の使用は転落の危険性もあり止めてもらうよう説明し、見守りの方法や注意する時間などを職員間で共有した。また、入所時よりスポーツ番組などは好きでテレビは熱心に見ていたが、他に何か集中できる取り組みということで塗り絵を勧めてみた。するとその間は集中して取り組むことで落ち着いて過ごすことができていた。

## (3) 現在の状況・今後の見通し

現在は1人での外出がないよう、所在の確認、見守り方法を日々の本人の行動や様子と照らし合わせながら都度検討、対応している。また、奥様への状況説明とともに自宅で生活していた頃の様子などを話す機会を持った。そこで奥様は、「本当はまだ若いし家で見てあげたい思いはあるものの、自分の体のことを考えたらどうしても難しくここでお世話になるしかない」と後ろめたい気持ちがあり、面会に来ると「連れて帰って」と言われることが心苦しく足が遠のいていると教えてくださった。本人の帰りたい思いや一家の長で家族のことを心配されている気持ちは大事にし、電話連絡を取りながら、施設での生活が本人にとって少しでも安心感、楽しみのあるものにしていくために活動や役割づくりに励んでいくことになった。

## 4 評価と反省

施設での生活の経過に対して、職員側の都合で対応できないときもあったために本人にストレスが掛かった場面は実際にあったと思い反省している。しかし集団生活の中でなるべくFさんに対してしっかりと援助できる環境を整えていくこと、また引き続き病気への理解が必要だと感じる。そして、自宅に帰りたいけど帰れない方に対しての思いの受け止め方、帰宅願望をなくすのではなく、大事にしながら心安らぐ環境、関係性の構築が今後も課題となっている。

# I 個別援助事例

## 3 その人がその人らしく生きるために ～寄り添うケア～

### 1 プロフィール

(1) 氏名・性・年齢	Mさん (女性・85歳)
(2) 入所年月	平成20年10月
(3) 現在の心身の状況	要介護5、C2, IIIb

### 2 事例の概要と、この事例を取り上げた理由

心理的障害に伴う言語的コミュニケーションの障害により、発語ができずコミュニケーションが取りにくく、また介護に抵抗があり十分なケアが行えない。Mさんに今後どのように接していけばよいか、安心して穏やかに生きがいをもって生活していただくためにはどのようにすればよいか考える。

### 3 援助経過の要約

入所後のMさんは、心理的障害に伴う言語的コミュニケーションの障害により、発語ができず、コミュニケーションを取ることが困難な状態である。そのため、話しかけても「んーんー」と指で方向を指す表現方法のみであった。また介護への抵抗もあり、特に手指清拭と口腔ケアへの拒否が強くほとんど行えない状態であった。精神面でも不安定な状態が見られ、ベッド上での激しい体動やベッドから降りる行為があり、また職員が居室へ着く間中コールを押し続けるなどの行動が見られた。なぜこのような行動が見られるのか。そしてMさんはどのような思いの中で生活されているのか。ニーズの把握を行うため文字盤を使用しコミュニケーションを図ることを試みた。これはMさんが指差して表現されることからこのような方法をとった。その結果分かったことは、独語の激しい同室者への不満、体の痛みや病気への不安などがあり、心の奥底には「死にたい」という思いがあることも知った。Mさんはそのような思いの中で生活されており、それに伴い問題となる行動が起こっているのではないかと考える。「Mさんに安心して穏やかに、生きがいを持って生活していただくために」というケア目標のもと

- ① 文字盤を使用しコミュニケーションを図る
- ② 介護者との信頼関係を深め介護への抵抗を軽減する
- ③ 離床を促し活動を増やす

以上、3点を重点的に行っていった。

文字盤を使い始めまず変化が見られたことは、ベッド上での体動が少なくなったということだ。これはMさんが思いを伝え、それを職員が確実に対応することで不満などが軽減されていったからではないかと考えられる。しかしその一方で手指清拭や口腔ケアは拒否が強く、ほとんど行えない状態が続いていた。なぜ拒否されるのかMさんに尋ねたが分からず、信頼関係を深めていくことを続けていった。

文字盤でのコミュニケーションを続け行事やレクへの参加を積極的に行うことでMさんからも音楽療法に参加したいと訴えがあった。また「昼ごはん」や「ありがとう」などの言葉もあり、何かをしたいと訴えられることや感謝の言葉は今までなかったため、Mさん自身に生活の中での意欲が出てきたのではないかとと思われる。この頃より指も1本ずつではあるが手を開くようになり、清拭や手浴も徐々に行えるようになった。しかし口腔ケアは依然として拒否が強く、ほとんど行えない状態であった。

その後も日々の関わりを続けていく中である日、Mさんに大きな変化があった。それは職員の「おなか  
は空いてないですか？」の問いに「まだえいで」と笑顔で返答があった。発語が初めて見られたというこ  
とに職員はとても感動した。それ以降も離床中に「降ろして」また朝食前に「朝ごはん」と発語があった。  
そして天気のよい日には外出も行った。自宅への外出の際には外出前に自宅へ電話することになりMさん  
に電話番号を聞いたところ、はっきりと覚えていた。その後、電話で御主人と少し会話され、切った後、  
御主人より折り返し電話があり、先程の電話は本当にMさんだったのかという確認をされた。御主人もM  
さんの言葉を聞いたのは久しぶりで、本当に驚かれていた。自宅では会話はできなかったが文字盤でのコ  
ミュニケーションや写真撮影をし、楽しい時間を過ごした。Mさんにとって自宅へのドライブも楽しみの  
1つになったのではないだろうか。そして拒否が強かった口腔ケアも一瞬ではあるが口を開けるようにな  
り、口腔ケアが必要であることを伝えると自ら口を開け、口腔ケアを行うことができるようになった。

このように、Mさんと関わりを持つことで問題とされていた行動は軽減されていき、今では職員、家族  
と会話ができるようになり、手指も清潔が保たれ毎日の口腔ケアも行えるようになった。また、新聞を読  
むことも日課になっており、朝、担当職員が新聞を持っていくのが遅れるとコールで知らせてくれる。行  
事やドライブ、テレビ観賞については相撲を見るのが好きで地元出身の力士を応援し、場所時は結果を教  
えてくれる。いろいろな楽しみも増え、今ではたくさんの笑顔がみられるようになった。そして嚥下検査  
を行い特に問題はないとのことで、今後は看護師とともに食べるという楽しみも持つことができたらと考  
える。

#### 4 評価と反省

寄り添いそして信頼関係を深めることでMさんはよい方向に変わっていった。それが職員のやる気につ  
ながり、そして何よりそれがうれしいと思うことができた。

それは職員だけではなく、Mさん本人、そして家族の皆さんも同じ思いだった。

御主人が面会に来た際に夫婦で会話する姿や、息子たちや孫が遠方から来た際、皆で楽しそうに過ごし  
ている姿を見たとき、本当に幸せそうだった。

当施設には自分の思いを伝えられない方がたくさんいる。今後もできる限り思いを知り、職員一同協力  
し、よりよいケアを行っていきたいと思う。

# I 個別援助事例

## 4 タバコを忘れてもらうためには

### 1 プロフィール

(1) 氏名・性・年齢	Iさん(女性・96歳)
(2) 入所年月	昭和55年8月
(3) 現在の心身の状況	要介護2、日常生活自立度B2、認知症度Ⅱa

### 2 事例と概要と、この事例を取り上げた理由

少しでも健康で長生きしていただくためにタバコは止めたほうがよいと思いこの事例を取り上げた。毎日の生活の中で自分本位で生活ができているとは言えない時間の中で一番好きであろう嗜好品のタバコを奪ってしまうことに、ものすごく申し訳ないという気持ちがあったが、掛けがえのない命と比べることはできないため、禁煙していただくよう決意した。

### 3 援助経過の要約

#### (1) 初期の状況

平成20年7月喫煙所にて喫煙中に煙を吸いすぎて意識がもうろうとなる。直ちにナースに処置してもらい意識を取り戻し大事には至らなかった。長年吸い続けたタバコを急に止めることは、利用者にとって生きがいをなくすおそれもあるので徐々に本数を減らしていくことをスタッフで検討した。1日に1箱くらい吸っていた量を1日で半分以下にしようと、とりあえず食後に1本と午前中に1本、午後に1本、夜に1本としていき1日に10本以下にすることができた。Iさんが喫煙するときは絶対に職員が横について吸い方もゆっくり時間をかけて喫煙していただいた。それからは本数は減っていったが、やはり訴えは多く気を紛らわせるために散歩やレクリエーションなども取り入れることにした。

#### (2) 中期の状況

これまでは毎日好きなだけタバコを吸っていたため、本数を減らすことで日々の生活にムラも出てくるようになった。利用者にはタバコの身体に与える影響で病気が悪化することを説明したが「すぐにはやめられないよ」と言う。喫煙所では他の利用者也吸っているため、さっき吸い終わってもすぐに「1本ちょうだい」の言葉が増えてきた。他の利用者には「ここの喫煙所で吸わないでください」とはもちろん言えないので、皆でアイデアを出し合い喫煙所の変更をお願いしたのである。以前は室内にあった喫煙場所が、今では完全に外の決められた場所に変更となった。それからは周りに喫煙をしている利用者がないときを確認しながらタバコを吸ってもらうようにしている。喫煙所が見えなくなったおかげで少しではあるが、落ち着きを取り戻したように感じられる。食後の1本はやはり忘れられないようで3度の食事の後はとてもおいしそうにタバコをふかしていた。しかし、しばらくして平成21年10月の夕食後に体調不良を訴えナース付添いのもと病院受診。肺炎と診断され、約3週間の入院になったのである。



### (3) 現在の状況と今後の見直し

Iさんは入院生活の間、タバコを安全に断っていた。まだ多少なりとも喘息や喘鳴が出る時はあるが、以前のように激しくはなく日常生活に支障が出ない程度まで回復してきた。おかげで食事が以前に比べて増え、年は100歳近くになってきた今でも元気で生活している。結局、肺炎による入院がきっかけとなりタバコをやめることができたが、やはりこれからはタバコに限らず病気になる前に利用者の健康管理がきちんとできるようにならないといけない。好きなことを好きなだけ援助することはもちろん大事であるが、その人がその人らしく生活していくためには絶対に健康でなくてはならない。今以上に健康ということの大事さを胸に刻み込みケアアセスメント、ケアプランを活用し利用者の幸せと健康を目標として、さらには利用者のその人らしさを導き出せるようにしたいと考える。

## 4 評価と反省

最後は入院という形でタバコを完全に止めることができたが入院前の援助についてはよい方向に進んでいたのではないかと感じている。大好きなタバコをいきなり全部奪うのではなく段階的に少しずつ止めていく方向にもっていったのは幸いであった。この事例をきっかけに利用者の間でもタバコを止める人が増えたり、職員の間でもタバコを止める人が確実に増えてきたようである。大好きなことを断ち切るということはとても難しいが、何か大事なものを大事なことの代わりになればとても喜ばしいことだと気づかされる。結果的に健康を手に入れることができているので本当によかったと思う。今でもよくIさんに「タバコ吸いたくないですか」と声かけすると「もうタバコはいらんよ。金もないし、もったいない」と笑いながら話をしてくれる。きっと昔のようにタバコを渡せば吸うのかなと思うが、また吸いたくなるような雰囲気や環境に戻さないように注意しながら健康を考えた生活を送っていただけるような仕組みづくりを心がけていきたいと思う。今後も利用者には安全と健康と生きがいの感じられる生活の場を提供していきたい。

## I 個別援助事例

### 5 QOLの向上 ～人間の生きたいと想う力が、職員の光に～

#### 1 プロフィール

(1) 氏名・性・年齢	Sさん (男性・84歳)
(2) 入所年月	平成19年7月
(3) 現在の心身の状況	要介護度4、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa

#### 2 事例の概要と、この事例を取り上げた理由

入居2年目の平成21年10月に夜間帯にベッドから転落し、骨折はないものの身体機能が低下した。安静のために臥床対応をしていたが、3日後に褥瘡ができてしまい、寝たきり生活になってしまう。

褥瘡は1年半をかけて治ったが、寝たきり生活が始まってからは本人の無気力が顕著であり、職員に対して殴るなどの暴力から、職員誰もがS氏のケアに関して、匙を投げていた状況であった。心身状況は悪化していき、本人・家族、職員までも生命の限界を感じていた。

ワーカー会議の際に、居室担当からなんとか現状を変えられないかとの課題提議があり、「転落前に送っていた生活まで戻す」という目標とした。

家族はもちろん医師（看護）、栄養、相談員など関係者に説明し許可を得て、本人の好きな日本酒を飲

酒し、転落前には吸っていたタバコを職員付添いにて喫煙してもらおうと、本人が「今日は最高の日だ。うまい酒も飲めて、タバコも吸えて、生きててよかったよ」と転落後から発語が全くなかったS氏から発言が聞かれた。

なぜS氏からこのような発言があったのか。寝たきりになったことによって、嗜好品を自然と制限されていたが、喫煙・飲酒をしたことにより、本人が諦めかけていた自分にとって「以前の普通の暮らし」がS氏の中で蘇ったからだということに、気づかされたのだ。

そのことが職員の背中を後押しし、急遽ケースカンファレンスを実施し、結果、「転落前に送っていた生活まで戻し、本人らしさを再構築する」と目標を設定した。

PTと一緒に当時のADLの確認・指示を仰ぎ、オムツをはずしてトイレ誘導を開始、特浴から一般浴へ工夫して変更し、今では他者と認知症ケア（園芸療法）の取り組みにも参加され、本人のQOLの向上につながった。

本人・家族・職員の誰もがS氏の「死」を意識したときに、必死に皆で考え、協力した、やりきった、その体験が現在の私たちのケアの原点、拠り所となっている。そのため、この事例を取り上げることとした。

### 3 援助経過の要約

#### (1) 初期の状況

平成21年10月に夜間帯にベッドから転落した。受診したが幸い骨折はなかった。しかし、転落後からは安静との医師からの指示と本人の訴えもあり、食事以外は基本臥床対応となった。

2日後から微熱から高熱が発生し、その3日後には臀部に水疱および発赤が見受けられる。体位交換も昼夜問わず、2時間に1度実施していたが事故から1週間後には拳程の皮膚剥離まで悪化。それからは本人の活気消失、食事摂取不良、ADL低下が顕著、食後に職員が少し目を離した隙に、自らベッドへ移ろうとした転倒が2回発生。さらなる寝たきり生活となってしまう。

転落事故から1か月を過ぎたころ、病院へ再受診すると腎盂炎および皮膚剥離した患部の壊死組織に伴う高熱と診断。また前立腺肥大が影響し腎機能悪化、肝障害もあり、最悪亡くなる可能性があり「もって6か月であろう」と、医師の見解も家族へ告げられた。

病院受診をしてからは、薬の効果か熱は治まったが、患部の痛みからか以前からあった介護抵抗に拍車がかかり、ケア時に職員（特に女性）を殴るなどの暴力も加わり、職員も他利用者のケアもあり、S氏のケアに対して匙を投げるような環境になってしまっていた。

医師からも最悪亡くなる可能性があると言われながらも、看護の懸命な処置、何よりS氏の強い生命力によって、転落・褥瘡ができてから3か月を過ぎた頃、徐々にだが回復の兆しが見られた。

当月のワーカー会議の際、居室担当がS氏の生命力に感銘を受け、「S氏のために何かできないか」と声を上げた。それを皮切りに全職員が同意見となり、急遽ケースカンファレンスを行うこととなり、結果、「転落前に送っていた生活まで戻し、本人らしさを再構築する」と目標を設定した。

またある日、家族や医療職などに説明し許可を得て、本人の好きな日本酒を飲酒し、転落前には吸っていたタバコを職員付添いにて喫煙してもらおうと、本人が「今日は最高の日だ。うまい酒も飲めて、タバコも吸えて。生きててよかったよ」と転落後から発語が全くなかったS氏から発言が聞かれた。本人が転落前に送っていた、S氏にとっては何気ない喫煙・飲酒をきっかけに、本人が諦めかけていた自分にとっての「以前の普通の暮らし」がS氏の中で蘇ったからだということに気づかされた。そんなS氏

の発言が全職員に再度頑張ろうという気持ちを奮い立たせた。

S氏は昼夜問わずオムツ着用であるが、入所当初は介護抵抗はありながらもトイレ誘導を行っていたこと、昼夜問わず尿・便失禁が目立ったことから、まず人間らしくという観点から「排泄はトイレで」「お風呂は一般浴」を目標とした。

まずPTにADL評価を実施し、手すりにつかまれば数秒だが立位保持可能、座位もつかまっていれば安定していることがわかった。

(実践結果)

排泄介助についてはS氏は体重が重いこともあり、安全性、本人の負担軽減も考え、2人介助にて行うこととした。始めた当初は「立てないよ」「ベッドで替えてよ」とトイレを使用することに対して、否定的な言葉が多く聞かれていた。最初のうちはトイレ内にて排尿・排便もなかった。また女性職員に対しての暴力もあった。

## (2) 中期の状況

毎日トイレ誘導を行っていく中で、2週間過ぎたころには、次第に本人もトイレを意識し出したのか、トイレ内にて排尿が見られるようになった。続いて排便も見受けられるようになったのだ。トイレを使用してからは、日に日に失禁の数が激減していった。

しかし、S氏は体重が重いため、2人介助で排泄介助を行っていたが、本人の抵抗が減ることはなかった。S氏の協力は薄いため職員への腰への負担が大きく、職員から腰痛の訴えが多く聞かれるようになった。

それに対して、フロアの取り組みとして、外部研修を受けた職員による、フロア全職員対象にトランス研修を行い、結果として2人介助ではなく、無理のない範囲で1人介助にて行うこととした。1人介助にした理由として、2人介助では本人が「介助されている」と思ってしまい、現に「いつも大変だなあ」との発言も聞かれており、「介助されている」から「一緒に行っている」へ本人の意識の改革を行うためであった。

研修後、数回に渡り、職員にアンケート（実施調査の意味）をとり、腰痛予防の取り組みも同時に行うことができた。また環境設定も見直したことで、S氏の意識としても「立つのか？ここをつかんだほうが立ちやすいんだよ」と日を重ねるごとに協力的になり、より自立的な支援や排泄介助となっていた。

またトランス研修をきっかけに、声かけを統一する、食事の際にはいすに移ってもらう、生活リハを取り入れたり、褥瘡の経過をみながら離床時間の確保（好きなTV観賞、雑誌、玩具療法）なども実施した。

## (3) 現在の状況・今後の見通し

1年半が経過した頃には褥瘡は完治しており、準看取り対象者であったが解除となる。また、本人の意識が「職員と一緒にトイレ・ベッドに行き、一緒に行く」ものと認識されたのか、取り組み後は1人で行おうとせず、職員へ声をかけるようになり、1度も転落・転倒事故は発生していない。

また取り組みを行ってから現在では職員に対して自ら声をかけるようになり、今では落ち着いた生活を過ごされている。食事も摂取するようになった。食事に関しては活気が出てきたのか、他利用者の食事にまで手を出すほどに回復した。

生活面でも今では自ら「トイレに行きたいんだけど」「外に連れて行ってほしい」「タバコを吸わせて

くれ」と希望を訴えるようになってきた。

他者との交流としても現在では他利用者と園芸療法に参加され、他利用者との会話は無いが、職員が付き添い他利用者と毎日水やりを行っている。

#### 4 評価と反省

今回の取り組みを行ったことによって、S氏の生きたいという力を導き出すことができ、転落前のADLより向上ができ、人間関係（利用者・職員との）の再構築を行え、結果本人のQOLの向上につながったと感じられる。

この事例から利用者の残存機能を確認し、本人との信頼関係を構築しながら行うことによって、S氏のように自己実現できるのだと実感した。

介護をする職員は、何かを想い、人の役に立ちたいなど、それぞれの思いを持って介護の世界に入ってくる。しかし、利用者はなにか思いを持って施設に入ってくる人ばかりではない。病気や障害によって、今まで自分で行っていたことが人に介助されなくてはできない身体状況になるなど何かしらの事情（本人、家族、環境など）により、自宅での生活が困難になり施設へ入所し生活することとなる。

今回のS氏の個別援助をきっかけに、そんな利用者一人ひとりに、私たち介護員は介助も仕事だが、根本的に「その人らしさ」を見つけ、できる限り長く「その人らしい生活」を送れることを基に介護する大切さを感じられる援助になったと感じた。

本当に大切なものは「介助」ではなく「援助」だということを忘れないように援助していこうと思う。

## II 集団援助事例

### 6 入居者の過去を知るために

#### 1 グループ活動等の名称

昔話会

昔話会は、入居者の過去をよく知る家族に来ていただき、入居者の昔話をしていただくというものだ。

#### 2 この活動を取り上げた理由

今まで2回この会を実施してきた。1回目の実施後に振り返りをし、2度目の会に備えた。つい先日2度目を実施し、もっと効果的なやり方があるのではないかと思った。この会の効果や影響について改めて振り返り、目的を達成するための効果的な会の運営や方法について考えてみたいと思い取り上げることにした。

#### 3 活動経過の概要

##### (1) 初期の状況

##### 1) ユニット型施設になって

当施設は、平成23年にユニット型の施設となった。入居者に対し、入居前と同じように継続した生活を送っていただけるよう、24時間シートを作成したり、ユニットの環境を整えるなどしてきた。

しかし、認知症や高齢の入居者が多く、自分の想いを伝えられない、過去を話すことができない入居者ばかりだった。入居者自身の好みなどの情報が不足しており、施設での生活に反映しようにも反映できる情報がなく、困っていた。

##### 2) 担当者会議での出来事

ユニットリーダーとしてサービス担当者会議に出席していると、家族が入居者の過去の話がされることが多々あった。私自身その話を伺い、「こんなことがあったんだ」ととても驚いたり、「だからこういう行動をされるんだ」と納得するようなときもあった。その時、介護員が家族からこのような入居者の過去を知る機会があれば、その方の理解が深まり日々の接し方も変わるのではないかと思った。ぜひ他の職員にもこのような話を聞いてほしいと思ったのだ。

そこで、ユニットの介護員全員が集まる場で家族に昔話をしていただき、情報を増やす機会をつくり、それを日々の生活に取り入れたらどうかと考え、昔話会を実施することにした。

##### 3) 活動計画

1回目の対象者は、サービス担当者会議でもたくさん話をしてくださったAさんの家族にお願いすることとした。面会時に趣旨を説明し同意をいただいた後、電話で日程調整をした。行う日には、ユニット職員が全員そろう日がよいと考え、月に1度のユニット会議の前の時間とした。会の趣旨や目的を書いた計画書を作成し、上司に回覧するとともに、参加するユニット職員にも目を通してもらった。また、雰囲気づくりに配慮し、ユニット費でおやつを購入し、準備した。

2回目の対象者は、ユニットの介護員と相談してBさんの家族にお願いすることとした。面会時に趣旨を説明し同意をいただき、日時を伝えた。行う日には1回目と同様にユニット会議前。計画書

を上司に回覧し、参加する職員には計画書に目を通してもらうとともに、質問を考えておいてもらった。また計画書とは別に、今の段階で把握しているその方の生活歴を書いたものを配り、イメージを膨らませておいてもらった。おやつは、あらかじめBさんと家族に伺い、Bさんが好きだというおやつを購入した。

## (2) 中期の状況

### 1) Aさんの昔話会の場合

参加者は、Aさん、Aさんの息子夫婦、ユニットの介護員6名、ユニットの担当看護師1名。ユニットのリビングで行った。職員が自己紹介をした後、私が家族に時々質問をしながら家族に入居前の生活の様子を話してもらった。

最初は少しお互いに緊張している様子だったが、家族がたくさん話をしてくださり、徐々に緊張はなくなっていった。職員はその話を聞きながらメモをとっていた。Aさんがおやつチョコレートを手を持つという普段ほとんどされない行動をされ、職員からは「おー」と驚きの声が上がった。時には笑いもあり、和やかな会となった。40分程度話を伺い、最後に全員で写真を撮って終わった。

### 2) Bさんの昔話会の場合

参加者はBさん、Bさんの息子さん、ユニットの介護員6名。ユニットリビングで行った。今回は、アイスブレイキングの効果を持つような職員の自己紹介の方法をとった。その後、今のところ把握している生活歴を話し、それを踏まえたうえで職員が1人ずつ質問した。質問に、本人や息子さんに答えてもらった。

Bさんは感覚性失語があり、普段は話しかけても返事のないことが多い。しかしこの日は、職員目を見て質問を聞き、たくさん話をされた。ほとんど聞きとることはできなかったが、趣味などの楽しい話題は笑顔で、病気などの悲しい話題は悲しそうに話をされたのが印象的だった。息子さんが話をしておられるときにBさんが「あんた、…」と言われ、職員からも笑いが起こった。息子さんの母親に対する思いなども含めて50分話を伺い、最後に写真を撮って終わった。

## (3) 後期の状況

### 1) Aさんの昔話会を終えて

活動報告書を作成し、上司に回覧した。家族には職員がコメントを書いたお礼文を送付した。1か月後のユニット会議で、24時間シートを見ながら伺った昔話の中で今の生活に活かせるようなこと、反映できそうなことについて話し合った。

また、職員にアンケートを実施し、感想や会の改善点などについて記入してもらった。「家族が大切に思っておられる気持ちがよくわかった」、「家族の方に代わって私たちは入居者に関わっているんだと思って、ケアにあたらなければならないと感じた」、「家族に親近感がわいた」などの意見があった。

### 2) Bさんの昔話会を終えて

昔話会の直後のユニット会議で、24時間シートを見ながら今の生活に活かせるようなこと、反映できそうなことについて話し合った。ユニットのリビングの環境について、離床や就寝介助時間を配慮すること、余暇活動の工夫などについて意見があった。これらについて、今後注意して支援していくこととした。

少し前に実施したばかりのため、ここまでしか行っていないが、今後報告書の作成、お礼文の送付、アンケートの実施などを予定している。

#### 4 評価と今後の課題

##### (1) 有意義な会のために

2回実施したが、本人も家族もたくさんの職員に囲まれて、とても緊張している様子だった。緊張を和らげる工夫や、「誕生会」などの行事に合わせて家族に来ていただくなど、配慮が必要だと思った。

「家にいたときと同じような生活をしていただくための情報収集」という目的があるため、ある程度意図的な質問が必要だと考える。ただ職員が聞きたいことを質問しているだけでは、昔話を聞くだけになってしまう。昔話を施設での生活につなげるためには、職員同士が事前に打ち合わせをし、目的を明確化して会に臨む必要がある。

##### (2) 昔話会の役割

Bさんの場合は昔話の情報の中にも今の生活に活かせるようなことがたくさんあったが、Aさんの場合は、すでにケアプランにも反映され、今の生活に反映できるような具体的な事柄はほとんどなかった。しかし、2例とも、家族とのよりよい関係づくりのきっかけになったと思う。普段職員は交代勤務のため、家族が職員全員と顔を合わせるということはない。職員と1つのテーブルを囲み、同じ目的でゆっくりと同じ時間を過ごすことができたのは、とてもよい機会だったのではないだろうか。

この会では、本人が家族や職員も驚く行動を見せている。Bさんがたくさん話をされたこともその1つだ。Bさんの昔話会は、主に息子さんから話を伺うことを想定していたが、Bさん自身がかなり話をされ、職員も驚いた。「自分の好きなおやつを準備してくれて、自分のことを知ろうとしてくれている」と思っていただけなのかもしれない。Aさんも、自分から手を伸ばしてチョコレートを受け取られるなどの行動があった。本人のよい変化が見られて、とてもよかったと思う。

本人だけでなく、職員も心境の変化があった。職員のアンケートを見ると、自分たちの知らない入居者の過去や、家族の想いを知り、介護員として入居者に日々関わっていることの重大さを認識し、一つひとつの介護を意識するきっかけになっているように感じた。昔話会での気づきが、日々の介護に対する考えや行動を変えるきっかけになってほしいと思う。



## II 集団援助事例

### 7 家族会の開催について

#### 1 グループ活動等の名称

家族会の開催から1年を終えて

#### 2 この活動を取り上げた理由

入所されている利用者の中には、家族を呼んでほしい、息子さんの名前を叫んでいる、「ここはどこですか？家に帰らせてください」と帰宅願望を訴えられる方などが多く、家族に対しての思いを持ち続けている。家族と離れて知らない場所で知らない職員に世話をしてもらいながら暮らしていくことは利用者にとって、とても寂しいことだと感じた。そこで、入所されても家族により多く当施設に足を運んでいただくにはどうすればよいか、家族が面会に来ていただくことで不安や寂しさはある程度解消できるのではないかと考え、定期的な家族会を開催することになった。施設がどんなところで、どんな活動をしているか理解してもらうことで少しでも家族が施設へ足を運ぶ回数が増えれば、利用者・家族・職員と良好な関係を築けるのではないかと考えた。

#### 3 活動経過の概要

##### (1) 家族会の開催準備

家族会を開催するにあたり、まず、介護主任と生活相談員・介護リーダーを中心に実行委員会を立ち上げる。実行委員会では、家族会の目的、年間計画、内容を検討する。

##### 1) 家族会の目的として

- ・当施設での活動や内容を理解していただく。
- ・利用者とのふれあいを大切にしていくとともに、施設に来やすい環境づくりを心がけていく。
- ・利用者と家族、職員との信頼関係を築いていく。
- ・家族の意見をもとにサービスの向上に努める。

以上の4点を家族会を行う目的として、職員の共通認識とする。

##### 2) 活動内容として

まず、実行委員会にて年間計画とそれぞれの実施の意図を明確にした。

- ・定例家族会 年2回（6月・3月）
- ・家族交流会 年2回（8月・12月）+施設の創立記念行事（10月）
- ・研修会 年1回（11月）

6月の定例家族会は、主に事業計画や行事の予定を報告する。施設としてのケアの取り組みや年間の行事計画を報告し、利用者と家族、職員と一緒に参加して楽しむことを目指す。また、アンケート調査を実施して、家族の施設に対して満足度や意見を聞き、今後のケアに生かしていく。3月には、懇談会形式で、その年の事業実績報告と家族の意見を聞く。

家族交流会では、家族を施設に招待し食事会を開催する。この日のための特別メニュー（少し豪華

な)の食事を用意し、利用者、家族と一緒に食べることで交流を図る。また、10月には施設の創立記念行事に家族を招待し、利用者と一緒に出店で買い物をしたり食べたり、また演芸などを楽しんでいただくことを目的とする。

11月の研修会では家族にとって関心のあるテーマを決め、家族の立場、職員の立場それぞれの意見や考えを出し合い、ケアについて共有していくことを目的とする。

## (2) 家族会の開催

### 1) 第1回家族会 平成24年6月3日(日)

家族会の説明、今後の予定、活動報告、アンケート調査についての説明、質疑応答の順番に行った。家族会の年間の予定や施設内にて行われている行事を報告し、家族に参加していただけるよう声をかける。アンケート調査は、①ケアについて、②職員の言葉遣いや対応について、③居住環境について、④家族会についての4点について調査した。質疑応答では、「食事の見た目をよくしてほしい。味の改善をしてほしい」、「口腔ケアの充実を図ってほしい。専門スタッフに指導をしてほしい」などの意見があった。23家族、総勢33名が参加。

### 2) 第2回家族会 平成24年8月19日(日)

第2回は施設で一番広いホールにて、家族と利用者、職員と一緒に食事会を開いた。利用者が家族と一緒に食事をされる機会は少なく、とても喜ばれ、普段より多く食べられていた。食事会のあとは、各グループに分かれて家族・職員で懇談会を開催した。家族より、「入所してから表情がよくなった。助かっている」などの意見もあれば、「もう少し離床の時間を作ってほしい。徐々に機能が低下している」などの意見もあった。また、家族より利用者の昔の生活習慣を聞くこともできた。26家族、総勢40名が参加。

### 3) 第3回家族会 平成24年11月18日(日)

第3回は「看取り」についての勉強会を開催した。当施設での看取りについて、生活相談員より説明し、介護リーダーより実際に利用者を看取らせていただいた体験を発表した。その後家族と職員で、「どのような終末期を迎えたいか」をテーマにグループワークを行った。ほとんどの方が、延命を望まず自然な形で最期を迎えたいと希望された。また、胃ろうについては、「ある程度高齢だと自分で食べられるまででいいので、胃ろうはしたくない」という意見が多かった。看取りについてもある程度の共通認識をもつことができたのではないかと感じた。18家族、総勢23名が参加。

### 4) 第4回家族会

インフルエンザの発生、流行の傾向にて中止。

### 5) 第5回家族会 平成25年3月31日(日)

第5回家族会は今年度の反省として全体の評価や行事の取り組み実績について説明した。家族からの意見として、ケアに対する件についてはトイレにて排泄ができていることや布パンツを履けるようになった、日記を書いているのにびっくりしたなどの一定の評価をいただいた。また、行事や外出時などできる限り協力したいとの意見もあった。遠方でなかなか来ることができない家族からはホームページなどで行事の写真を載せてほしい、情報を更新してほしいなどの意見もあった。19家族、総勢28名が参加。

### (3) 家族会を開催しての感想

1年間を通して家族会を開催し、平均20家族に参加していただいた。家族会以外の行事、買い物、喫茶やクラブ活動などの活動を報告することで、一緒に参加していただける家族が増えており成果がみられる。介護職員も毎回家族会に参加し、家族と直接意見の交換ができて、利用者、家族のニーズを感じることができた。

## 4 評価と今後の課題

家族会にある程度の家族に参加していただき、施設の取り組みやケアに関しての一定の理解をしていただけた。アンケートの調査についても、施設に対して満足していただけている結果となった。家族同士や職員を交えて意見交換することでいろいろな考えや家族の思いを感じることができた。また家族会以外でも定期的に面会に来ていただける家族が増えていることは一番の成果である。

今後の課題として、面会の少ない家族、遠方の家族に足を運んでもらうにはどうすればよいか検討していきたい。また、今後の家族会もより家族と楽しく交流できる機会を増やしていき、遠慮のない意見を出していただけるような会にしていきたい。施設での行事やイベントに家族も一緒に参加できるように情報を常に発信して施設に足を運んでもらえる機会を増やしていきたい。