

その人らしさとは？精神疾患（心気症）の方への取り組み

神奈川県横須賀市

グループホームつばき（ユニットつばき）

ケアワーカー 飯塚絢子

1 はじめに

皆さんの中には、利用者からの攻撃的な言動に耐え切れず介護の仕事を辞めたいと思ったり、自分たちの対応が間違っているのではないかと自信を無くしたり、と葛藤を抱えている方はいないだろうか。また、介護保険を使い、料金を払ってサービスを受けているという利用者との立場的な関係にも影響される、対人援助の難しさに直面することも少なくないと思われる。今回取り組んだ事例は、それらの悩みを抱えた私達ワーカーと、当グループホームにおいていわゆる困難事例と考えられていた精神疾患（心気症）を長年患っているS氏との10年にも及ぶ取り組みとその葛藤についての報告である。

2 事例や取組の紹介

当グループホームは平成15年4月1日に開設、建物は中庭を囲むように建てられた平屋建て、定員18名の2ユニット。両ユニットの平均介護度は、3.0平均年齢は87.5歳である。私たちの経営理念は、MMA「見逃さない」「見捨てない」「あきらめない」であり、この理念のもと日々のケアに生かしている。

しかし、このMMAのスローガンが崩れそうな事態に陥った。それが今回の事例となったS氏と私達の10年にわたる関係の悪化であり、その関係修正への取り組み方に問題が生じたのである。

S氏、96歳、女性、要介護3、日常生活自立度Ⅲa、病名は老人性認知症と心気症（身体表現性障害）。

22年前の平成3年に夫を亡くしてから長男家族と同居されたが、暫くして全身の痛みを訴えるようになり、その為か長男家族とも折り合いが悪くなり、精神科への入退院を繰り返すこととなった。やがて市内のグループホームに入居、その後、平成15年に当グループホーム開所と同時に転居されてきた。

S氏は入居された時から、誰彼かまわず「誰もなんにもしてくれない！」「痛い痛い、体中が痛い！」「脚が切られる！」などと訴え続けていた。そして、自分の気に入らない職員へは、「鬼が来た」「あれじゃ嫁にいけない」などとそのワーカーに聞こえるように言い、挑発的言動を繰り返すことも度々あった。しかし、むきになって口論するワーカーもいれば、それを気に留めないワーカーもいた。S氏が攻撃的な言動をする対象はワーカー全員ではなく、しかも攻撃する相手が流動的に変化するので、入居から6年くらいは、S氏の訴えについて時々カンファレンスで議題に上るものの、ワーカー全員が問題だとは思っていなかったこともあり、その対応については最後まで詰めることはなかった。ワーカーそれぞれが毎日の勤務の中でやり過ごしていたのである。

しかし、平成22年の秋、新たに入職した職員に対して、いつものように個人攻撃が始まった。そして、新人職員が必死になればなるほど、S氏の個人攻撃はますますエスカレートしていった。

「あの人は何もしてくれない」「お風呂に入れられて、おかしくなった！」と言いつけたり、居室に戻ればナースコールは押しっぱなし、という状態であった。これには新人職員の心も折れ「私もおかしくなりそう！」「一対一の夜勤が怖い、辛い」と同僚達に訴えるようになった。最初は、いつもの一時的なワーカーいじめだろう、とか相性が悪いだけで時間が解決する、という捉え方をしていたが、この時だけは少し違う雰囲気は漂っていた。時間が経てば経つほど状況は悪くなり、周囲を引き込んでいった。今までS氏の不定愁訴を気に留めなかった職員までもが過敏に反応するようになり、「S氏は意識的に意地悪をしている」「職員いじめだ！」という声のでるようにもなった。そして、周りの入居者も、S氏に「気遣いだ」「うるさい！」と声を荒げるようになっていた。今までとは異なった流れを感じた私達は、ユニット全体の陰悪なムードを変えるべく、本格的にS氏の不定愁訴と攻撃的な言動への取り組みを開始することとなった。

<最初の取り組み>

なぜS氏は特定の職員や新人に対して嫌がらせをするのか、何度もカンファレンスで話し合い、S氏の訴えが比較的少ない時の情報交換を行った。しかし、カンファレンスに要した時間の半分は職員の不満をはきだすための時間ともいえ、これといった原因も対策も見出せずにいた。

<取り組み②>

アセスメントシートを使い、対応の見直しを図った。ワーカーや他の入居者との会話のやり取り、家族の来所時の様子を記録して、反応を分析した。また、時系列シートを使い、生活の中での行動の変化、睡眠パターン等も調査した。少しのパターン化現象は見たものの、特に改善につながる策はなく、相変わらず対応に苦慮する毎日だった。S氏自身が訴えるように「死ななきゃ治らない」以外に解決策はないのか？というあきらめも出てきて、私達は追い込まれケアの限界を感じた。

<取り組み③>

対応策が見出せない状態が続いていた為、入居前からかかっている精神科の往診医と話し合い、薬の処方を変更していただいた。しかし、これという変化はみられなかった。病院を変えるしかないのでは？という意見も出、もしかしたら、薬漬けになるかもしれないと頭によぎっていた職員も、もはや対応云々ではなく、精神科の専門病院に頼るしかないという多数の意見にゆらぐようになった。

平成23年2月頃、専門外来への受診をし、様子を観ながらも、薬の量は徐々に増えていった。二ヶ月半経った頃、S氏の攻撃的な言動は減り、ワーカー側には精神的な余裕が生まれたが、それは、薬の効用で思うように意思表示ができなくなった状態であることは、容易に想像できる。

S氏はふらつきの為介助なしでは歩けず、食欲もなくなり、排泄も全介助となっていた。そのうちに車椅子や臥床中心の生活となり、ワーカーを追い訴え続けることも、何十回も押していたナースコールを押すことも出来なくなっていた。そんな状態でもなお、S氏は、ベッドの上でうわ言のように「痛い、痛い」「おかしい、おかしい・・・」と、訴え続けていた。そんなS氏の姿をみて、私達の中に少しずつ、この人らしさとはなんだろう、本当にただの意地悪ばあさんな

のかなという思いが芽生え、薬に頼るのはやめようと考えはじめた。身体状況の低下が著しいこともあり、担当医に現状を伝え、必要最低限の服薬に調整された。S氏の状態が元に戻るまでには数ヶ月を要したが、回復とともに再び不定愁訴が頻回となったのは想定内だった。そして、新人ワーカーもしばらく夜勤業務から外して余裕ができたのか、その頃にはもう免疫ができたようで、「辞めたい」という言葉は聞かれなくなった。

<仮説>

私達はもう一度、どのような時に訴えが強くなるのか、落ち着くのはどんな時か今までのデータを精査し、仮説を立てて対応することにした。

- ① 同じワーカーが何度も対応すると、ワーカー側にイラつきが生じ、その対応がまたS氏のストレスとなり攻撃的になる、その場合短い時間で対応するようにしてみた。
- ② S氏が一人のワーカーに固執したら止まらなくなるので、そうなる前に他のワーカーが交代しS氏の追及をかわしながら別のことに話題を逸らしてみることだった。
- ③ そして、これは一見子供だましのようにも思えるが、一日に数回、ある程度の時間を決め、タイミングを見計らって、中庭を眺められ陽の当たる椅子で腰掛けながらS氏の大好きな飴を舐めてもらい時には一人で、時にはワーカーや他入居者と語る時間を意図的に設けてみた。

3 考察

これらの仮説に添った対応によるS氏の変化だが、ワーカーとの軋轢に起因するストレスが軽減されたのだろうか、訴えこそ少なくならなかったが、ワーカーの感情を逆撫するような発言はほとんど聞かれなくなった。一方、ワーカー側の変化だが、S氏の変化により、ワーカーの気持ちを少し楽にしてくれた。それは以前のように薬の効能で言動が制限されたことで、時間にゆとりができたのではなく、さまざまなアプローチによりS氏に変化があったことで希望が見えたことであった。薬の限界と弊害を目の当たりにして、S氏を見捨ててはいけないと再認識させてくれたと同時に、今まではS氏の訴えや症状を和らげることに執着していたが、一連の実体験を通し、訴える姿、それがS氏なんだとありのままのS氏を受け入れられるようになったことだった。結果として、今でも不定愁訴は続いており、決定的な打開策には辿りついていないがいくつかの点に気付いた。そもそもS氏は10年間ほとんど変わっていなかったこと、S氏に対する思いが変わったのは、私達の方だったこと、良かれと思いながらしていたことが、実は自分たちを追い詰めていたこと。本当は、あの頃感じていたものは、「ケアの限界」ではなく、私達の「あきらめない」が限界だったのかもしれない。ということだった。

4 おわりに

現在のS氏と私達だが、S氏の不定愁訴は年齢を重ねてきたせいも、少しだけ勢いは減り、昼夜問わず続いていた訴えも、最近では午前には訴え続けると午後はうとうとしたり、落ち着いてい

る時間も以前より増えている。私達もS氏のパターンに慣れ、訴えが強くなる前にマンツーマンで対応してみたり、お互いがストレスを感じる前に、適度な関りを持つたりと工夫している。

入居者との緊密な関係を持たざるを得ないグループホームという狭い空間は、このように特定の入居者から強いプレッシャーを受ける場合も多々あり、小規模多機能が重要視されている今日ではあるが、今後の重要課題だと私達は考えている。

これからも精神疾患を抱える認知症の方は増えると思われるが、「あきらめない」ケアを目指していきたい。