SQC + SHUHOKAI

スウェーデン・クオリティケア

認知症 緩和ケア理念

医療法人秀峰会 2018年11月講演会より

講師 マリア・バリストロム
Maria Bergström

通訳 エーミル・オストベリ
Emil Östberg

南面【なんめん】

スウェーデン・クオリティケア 認知症 緩和ケア理念 [SHUHOKAI] Omoiyari Series VOL. I

講師 マリア・バリストロム
通訳 エーミル・オストベリ

南面【なんめん】

[SHUHOKAI] Omoiyari Series VOL. I

医療法人 秀峰会 〒343-0851 埼玉県越谷市七左町 4-358 Tel.048-985-3333 Fax.048-985-3366

スウェーデン・クオリティケア

認知症 緩和ケア理念

医療法人秀峰会2018年11月講演会より

講師　マリア・バリストロム
Maria Bergström

通訳　エーミル・オストベリ
Emil Östberg

スウェーデン・クオリティケア

認知症 緩和ケア理念

もくじ

開会の言葉 4

スウェーデン・クオリティケア
認知症 緩和ケア理念
講師 マリア・バリストロム
通訳 エーミル・オストベリ 6

Introduction

序 7

あいさつ
自己紹介 マリア・バリストロム
自己紹介 エーミル・オストベリ

Lecture

講演 14

緩和ケア 14　倫理 16
緩和ケアの理念――4つの柱 21
症状のコントロール 23　カラーキー 26
マークされた路 29　アクティビティ 32
回想法 34　対応の仕方 36
チームワーク 40　家族への支援 41
コミュニケーションと関係 44　良い認知症ケア 44

Q&A

質疑応答 48

あとがきに代えて［講評］ 63

フォトギャラリー 68

※本書は医療法人秀峰会が職員の研修・研鑽を目的に平成30年11月14日に開催した講演会の内容をまとめたものです。

開会の言葉

中村　保喜　医療法人秀峰会　医師
NAKAMURA, Yorinobu

皆さん、こんばんは！ヘイヘーイ！
（会場呼応）ヘイヘーイ！
ありがとうございます。ヘイ！（Hej）はスウェーデン語で「こんにちは」という意味ですが、もっとフレンドリーに「ヘイヘーイ」という言い方もあります。スウェーデン研修に参加した方々はもちろんご承知だと思います（笑）。
さて、本日は皆さんお待ちかねの講演です。スウェーデンから2人の講師をお迎えいたしました。マリア・バリストロムさんと、通訳をしてくださるエーミル・オストベリさんです。私自身この日を楽しみに、心待ちにしておりました。
テーマは「認知症 緩和ケア理念」です。
マリアさん、エーミルさん、どうぞよろしくお願いいたします。

スウェーデン・クオリティケア

認知症 緩和ケア理念

講師
マリア・バリストロム
Maria Bergström
スウェーデンクオリティケア（SQC）
准看護師・シルヴィアシスター・教育責任者・経営者

通訳
エーミル・オストベリ
Emil Östberg
スウェーデンクオリティケア（SQC）
ジャパンエリアマネジャー・通訳

（図表1）

皆さん、聞こえるでしょうか？私はスウェーデン・クオリティケア（SQC）のマリア・バリストロムです。スウェーデン語で話していますので、会場の皆さんは私の声よりも通訳をしてくれるエーミル（エーミル・オストベリ）の声をしっかり聞いていただくことが大事だと思います。

さて本日は、私たちを招待してくれて本当にありがとうございます。そして今、この会場には遅い時間にもかかわらず大勢の皆さんが参加してくれていて、それをとても嬉しく思います。

エーミルと私は今日、秀峰会の皆さんと朝からずっとご一緒して、いろいろな施設を訪問しました。そこで働くスタッフの方々とお会いしてたくさん話をしました。どの施設の方も非常に熱心で、私たちは一日中、とても有意義で興味深い時間を過ごしました。

その間、現場ならではの鋭い質問をたくさんいただきました。その一つひとつにできるだけ丁寧に答えながら、この訪問が皆さんの将来にとって少しでも役立つものでありたいと心から思いました。

講演では「認知症 緩和ケア理念」というテーマでお話しいたします。ここにいる皆さんの知識がさらにレベルアップして、それを現場で活かせるように、皆さんの役に立つように、しっかりレクチャーしたいと思います。

その前に自己紹介を少しさせていただきます。私たちは今日ずっとここで過ごしていて、秀峰会の皆さんとは友人のように仲良くなりました。その意味では自己紹介はもう不要と思いますが、会場には初めてお会いする方もまだ大勢いらっしゃいます。

自己紹介 マリア・バリストロム

改めて、私はマリア・バリストロムと申します。准看護師[注1]で認知症ケアの分野では23年の経験があります。認知症専門教育も受けており、スウェーデンの認知症緩和ケアのスペシャリストの称号であるシルヴィアシスターを取得して既に18年になります。

シルヴィアシスターになってからは〝教える側〟となり、認知症ケア分野のプロフェッショナルとして介護現場で働く職員のステータスを高めるための指導や研修、講演などを多数行っています。指導するスタッフの職種は多種多様で、ケア職員のほかに准看護師、正看護師、医師といった医療スタッフにも認知症教育を提供しています。また認知症にかかわる人々は広範ですから、ご家族のための認知症教育もありますし、軽度の認知症の場合は直接ご本人に教育を提供することも珍しくありません。あるいは政治家を対象に認知症の知識向上のための講演を行うこともあります。

（図表2）

私が働いている認知症施設についてですが、そこには8つのユニットがあります。各ユニットには8～10名の方が住んでいて、定員10名の大きいユニットにはご夫婦のための部屋もあります。たとえば旦那さんが認知症の場合、奥さんはまだ元気でも施設で一緒に暮らすことができます。ご夫婦が離れ離れにならないように、どちらかが認知症になっても一緒に居られるように配慮されているということです。

世話をする職員の数は、1ユニットあたり8～10名の利用者に対して職員は2～3人で平日昼まで対応しています。ただし週末はそれより人数が減って、職員2人で8～10名の対応にあたります。

私はその施設の教育責任者です。全職員への教育・指導はもちろんのこと、認知症介護の最新情報の提供など、ケアのために必要な指導や情報は全て私自身が現場のスタッフに提供しています。さらに、6週間ごとに各ユニットの職員とミーティングをして倫理フォーラムを行います。倫理的な課題については、定期的に職員と直接対話をするということです。

今日、秀峰会の各施設を訪問中にも、現場の皆さんから多くの質問をいただきました。そしてその多くはスウェーデンとも同じ質問、同じような課題についてでした。つまり私たちの倫理フォーラムでもよく取り上げられる、高齢者ケアにおける世界共通のテーマというようなものが大いに含まれていました。

私の業務はほかにもあります。たとえば軽度の認知症の方には直接カウンセリングを行います。軽度の方はうつ状態になりやすいので、とくにカウンセリングが大事です。また、ご家族の支援としては入所者（利用者）ご家族のための講演会や、認知症カフェというものを月1回開催しています。

それから、施設に所属するだけでなく、私は自分で会社も経営しています。スウェーデンコミュニケートと協力していて、今回もその関係で日本に来ることができました。3〜4年前から毎年、年に2回ほど日本を訪れる機会があります。日本に来ている間は施設のほうはお休みとなります。

プライベートでは、私は既婚者で4歳と6歳の娘がいます。猫も5匹飼っています。田舎に住んでいるので一番近くの隣人は羊です(笑)。そして、私はペタンクというゲームが大好きです。

私の自己紹介はこれくらいで、次は通訳のエーミルに自己紹介をお願いいたします。

マリア・バリストロム

Maria Bergström

准看護師[注1]、シルヴィアシスター称号取得。スウェーデンの認知症緩和ケア分野のスペシャリストとして長年、高齢者施設などで職員の教育指導・研修にあたっている。またベーリッヒ博士よりハプティックセラピー指導を授かり、指導員養成のための活動にも携わる。2006年初来日、約1年半滞在。東京を拠点に日本各地に赴いてスウェーデンの認知症緩和ケアおよびハプティックセラピー（タクティールケア®）の推進役を担う。現在、スウェーデンで高齢者施設を運営する企業に所属する一方、自らも起業し代表を務める。スウェーデン国内および世界を舞台に認知症緩和ケア分野の第一人者として活躍している。

［注1］スウェーデンにおける准看護師は日本の介護士にあたる。

自己紹介 エーミル・オストベリ

私は、エーミル・オストベリと申します。スウェーデン・クオリティケア（SQC）という企業に所属しており、スウェーデンの福祉を紹介する活動に携わって15年が経ちます。主にスウェーデンの施設案内が多いですが、そのほかに年3回ほど日本で講演活動をしています。またスウェーデンの専門家を招聘して日本で講演会を開催したり、ハプティックセラピー（タクティールケア®）講習の提供というような活動を長年続けています。

ところで、私のこの15年の経験のなかで、実は秀峰会ほど私たちSQCの活動に深い興味を示してくれた施設・病院、日本人には出会ったことがありません。秀峰会からは2017年に2名の方がスウェーデン研修にやって来たのですが、翌年（18年）にはそれが9名になり4週間滞在。その間、参加者たちは朝から晩までとても熱心に学んでくれて、質問もたくさんして一所懸命でした。

さらに、驚いたのはその実行力です。4週間スウェーデンで学んだあと、日本に帰国するや今回のお話をいただいて、そして今日はこのとおり日本で皆さんと出会って話をしているわけです。今日一日のことも含めて何もかも、秀峰会の行動は実にスピーディーです。

今日も大勢の皆さんからたくさん質問をいただきました。また、それについては先ほどマリアさんが中村（理事長）さんにこうおっしゃっていました。

「今まで、日本から研修に来る施設の方は、あまり質問をしないというイメージがありました。日本人特有の遠慮でしょうか？ たとえば自分の施設で何か問題があったとしても日本人はそれは言わない、という印象がありました。でも秀峰会の方々は違っていて、私にどんどん質問をしてくれました。自分たちが日頃感じている問題や課題を遠慮なく話してくれて相談してくれました」

マリアさんも、私も、秀峰会のそういったところが最高によかった。秀峰会の皆さんと出会えたことを大変嬉しく思いました。

さて、ここからはマリアさんに「認知症 緩和ケア理念」のお話をしていただきます。

エーミル・オストベリ

Emil Östberg

スウェーデン・クオリティケア(SQC)所属、ジャパンエリアマネジャー兼通訳。ストックホルム大学でMBA取得後、語学に強い関心を持ち日本に留学（早稲田大学にて日本語学学士号取得）。以来、年に数回日本を訪れる親日家。パラリンピック銀メダリスト。
現在 SQCジャパンエリアマネジャーとして、日本の大学や医療・福祉法人等でスウェーデンの高齢者福祉および認知症緩和ケアについて日本語による講演会を多数開催している。またスウェーデンを訪れる日本の視察団のために福祉研修・講義・施設紹介のサポート役を務め、日本人学生を対象にした研修では通訳として活躍。日本とスウェーデンの架け橋となるべく奮闘している。

Lecture

講演

認知症 緩和ケア理念

ハプティックセラピー（タクティールケア®）については先ほど別会場で、初めての方も含めて大勢の方に参加していただいて、短い時間でしたが講習会を行いました。私はハプティックセラピーの先生でもあります。またハプティックセラピーは「緩和ケア」のなかのひとつに含まれるものです。

緩和ケア
Palliativ vård

緩和ケアの理念、哲学については以前、終末期の状態にある利用者（患者さん）のための〝看取りケア〟というような意味合いで「緩和ケア」という言い方がされていました。

（図表3）

SQC Swedish Quality Care

緩和ケア
Palliativ vård

- Förr: 過去
  Vård i livets slutskede 看取りケア
- Idag: 現在
  Kronisk sjukdom som leder till döden 死に至る慢性疾患
  (Demens, Cancer, Aids) 認知症、癌、エイズ

ちなみにスウェーデンでは現在、死に至る慢性的な疾患にかかった利用者（患者さん）に対しては入院（入居［注2］）第1日目から「緩和ケアになります」という話をしています。エイズや癌（ガン）、認知症というような疾患がこれにあたります。

ただし、エイズに対する緩和ケアについては最近あてはまらなくなっています。何故なら薬が開発されて、エイズになっても長く生きられるようになったからです。

一方、認知症の利用者に緩和ケアを提供する理由は、入所第1日目から緩和ケアを提供することによりその方自身のＱＯＬ（生活の質）を高めることができるからです。これは研究結果からも明らかです。大変な疾患を抱えていたとしても日常生活は可能だということです。

［注2］　スウェーデンでは「施設」ではなく、「特別（な）住宅」に入居。そこで暮らす人々は「利用者」と呼ばれる。

倫理
Etik

緩和ケア理念のなかで、私たちは〝倫理的な基本の考え〟ということを大切にしています。これが緩和ケアのベースです。つまり、私たちが提供するサービスは倫理的な基本の考えに基づいており、利用者（患者さん）のために良（善）いことをしなければいけない。具体的には、利用者（患者さん）に対して、身体的にも精神的にも「傷つけない」、つねに平等に「公平・公正」に対応する、そしてご本人の自己決定「自主性」を尊重するということです（図表4）。

言葉にするのは簡単です。しかし、これを認知症や精神障害の方を相手に真摯に実行するというのは簡単ではありません。たとえば、食欲のない方に対して食事の強要はできないということです。ご本人の自己決定権を尊重するならば、真摯ゆえに「食べたくない」という方に食べ物の提供はしてはいけないということになる。全ては、その利用者（患者さん）の自己決定を尊重するために、というわけです。

しかし、食事を提供しなければ長期的には何が起こってしまうでしょう。利用者（患者さん）は栄養不良になって身体が痩せてしまいます。すると痩せることが「傷」になり、最終的には「平等」に死につながってしまう。

では、食欲のない方に対して私たちはどうすればよいのでしょう。真っ先に考えなければいけないのは、「何故この方は食べたくないのか？」という点です。その方は、どこかが痛いのかもしれません。歯が悪い？ 喉が痛い？ もしかしたら、飲み込みにくいせいで食べたくない、ということもあるかもしれません。

あるいは認知症のせいで、空腹感を認知できないということもあるかもしれません。

当たり前のことですが、お腹がすかなければ食べたくならない。たくさん料理があっても空腹を感じなければ食欲も湧かないかもしれません。

それとも、認知症のせいで、ずらりと並んだ皿のなかから自分がどれを食べてよいものかわからない。自信が無くなって、間違えることが怖くて、それで食べるのをやめたのかもしれない。何もしなければ失敗する可能性も低い、それで何もしたくない、ということもあるかもしれません。

ちなみにスウェーデンの食事は、日本のようにご飯と味噌汁、おかず、漬物などが別々の器になっているスタイルではありません。通常は一皿で、そこにナイフとフォーク、ナプキン、コップなどが並びます。でも皿数は一枚でも、ナイフとフォーク、ナプキンなどがいろいろ置かれると、それも認知症の方にはわかりにくいという場合もあります。

その方の状況に応じて、テーブルの配膳をできるだけ簡素化して、コップを無くして、ナプキンを無くして、ナイフを無くして……フォークと食べ物の入った一皿だけにする、という方法もあります。日本でも、もし配膳に戸惑う方がいる場合は皿数を減らす、一皿ずつ出す、というやり方もあってよいと思います。

ただし空腹を認知していない方の場合は、皿数は関係ありません。そのときは、朝食・昼食・夕食を時間どおりに提供しなくてはならないという概念は捨てて、たとえば私たちは小さな栄養ドリンクを1日に何度も提供しています。あるいは高カロリーの小さい

（図表4）

サンドウィッチを複数回出すということもあります。

何回にも分けて少量の飲料や食べ物を口にするだけならば、「食事をいっぱい食べている」という気にはなりません。空腹を感じていない方の場合でも食物を摂取することが可能です。

食事の際にほかの利用者（患者さん）が叫んだり、職員が忙しく行き来したりするなど、周囲の行動や環境のせいで落ち着くことができず自分の食事に集中できない（食べたくない）という方もいます。そして、この場合の対応は、食堂という場所にこだわらず個室など落ち着いた別の環境で食べていただくことです。

それから、私がよく勧めているのは、食事の前に甘酸っぱい小さなお菓子を食べていただくことです。甘酸っぱいものを食べると唾液が出てくるので食物が飲み込みやすくなります。また、食べ物を口に入れたいという欲求が高まる可能性もあります。あるいは、食べ物のなかに赤い色を取り入れるのも良いと思います。赤は集中力を高める色です。食べ物に赤いものが入っていると、利用者（患者さん）はその食べ物に集中しやすくなります。

緩和ケアの理念――4つの柱

4 hörnpelare

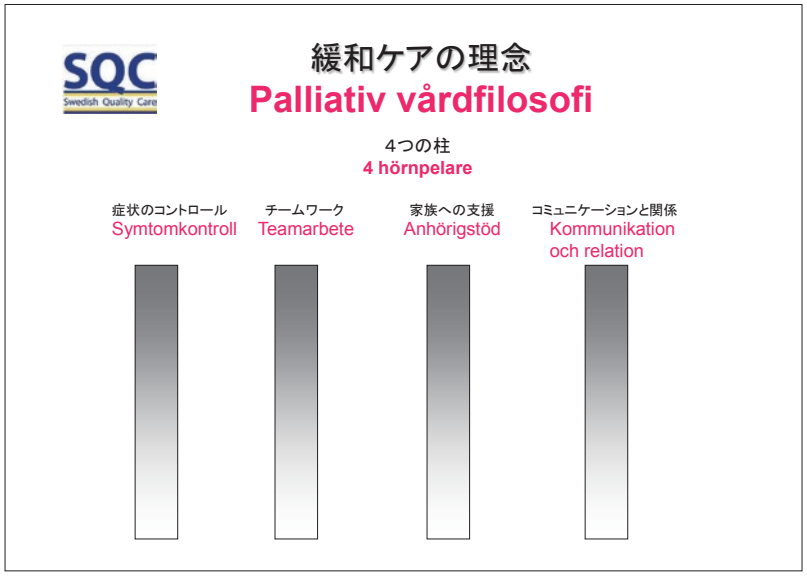
緩和ケアの理念には4つの柱があります（図表5）。

1番目の柱は〈症状のコントロール〉です。先ほどの「食べたくない」という食欲不振も、症状のひとつといえます。さらに2番目は〈チームワーク〉、3番目は〈家族に対する支援〉、そして4番目の柱が〈コミュニケーションと人間関係〉です。この4つの柱についてお話ししたいと思います。

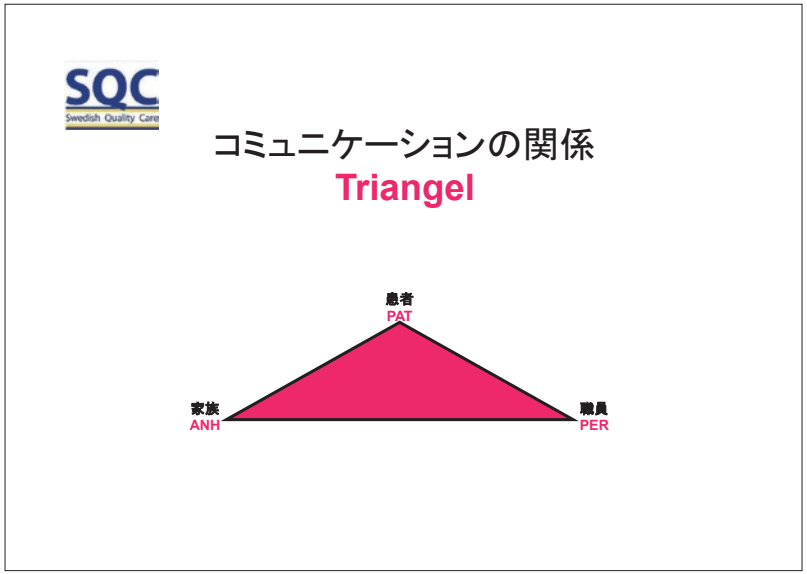
その前に、緩和ケアの理念では図表6の三角屋根のようなトライアングルの関係図がよく出てきますので、その説明をしておきます。トライアングルのてっぺんに位置するのは患者さんです。なお〝患者〟という以外にも呼称は利用者・入所者・お客様など、いろいろな呼び方があるわけですが、ここでは支援が必要な方ということで〝患者〟と表現しています。

ともあれトライアングルのてっぺんにいるのは患者さんで、下二辺に職員とご家族がいるという形です。そして緩和ケアの理念では、緩和ケアがより良い効果を発揮するには、この三者「患者・職員・家族」のコミュニケーションがとても大事といわれています。

（図表5）



（図表6）



症状のコントロール
Symtomkntroll

〈症状のコントロール〉についてお話しします（図表7）。トライアングルでは〝患者〟にマークがついています。ここで重要なのは患者さんです。私たち職員は、患者さんの症状について解釈をしなければならない。患者さんのその症状にどう対応するか、導き出された解釈に基づき職員たちは治療（ケア）プランを立てていくわけです。

まず解釈が大事です。たとえば、或る患者さんが叫んだり、落ち着かない様子でウロウロしたり、不安になっているとします。それに対して、たとえば患者さんを落ち着かせようとして薬を処方する、あるいはベルトで拘束して車イスに座ってもらうというようなことをするとします。現実にする・しないは別として、そういうことも出来なくはない――しかし、それでは患者さんの症状を「解釈した」といえるでしょうか？

症状を抑制するのが目的ではなく、むしろそういうことはしないで、その前に患者さんのことをよく調べたり考えたりしなければいけない。「何故この患者さんはこの症状に陥っているのか？」ということです。

先ほど秀峰会のいろいろな施設を訪問したときにも、職員の方々から似たような相談や質問をさまざま受けました。そして私は、そのたびに逆に皆さんに尋ねたはずです。

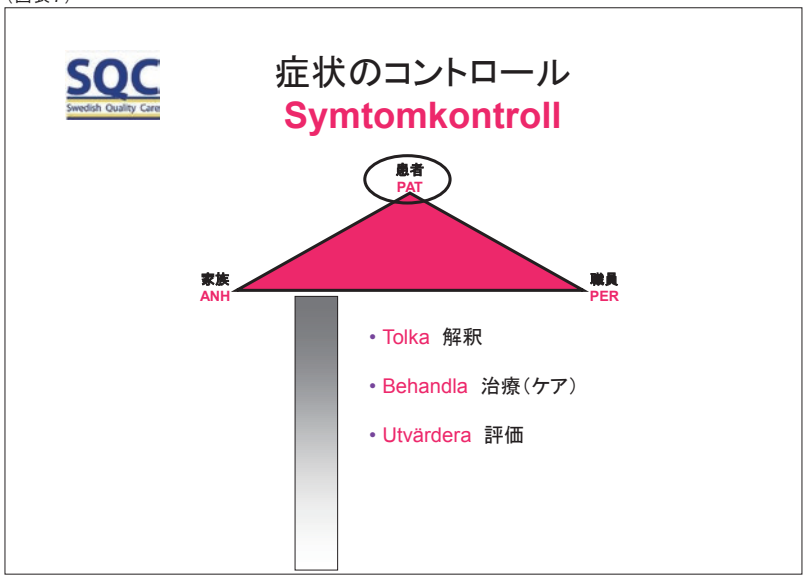
「何故その患者さんはそうなったのでしょうか？」「何故、不安になっているのでしょうか？」「何故その患者さんはお風呂に入りたくないのでしょうか？」「何故その患者さんは食べたくないのでしょうか？」と……。

たとえば患者さんが不安やうつに陥った原因が、パートナーを亡くしたからということはないでしょうか？ 旦那さん、あるいは奥さんを亡くして、悲しくてうつ状態に陥ることはよくあります。そしてそんなとき、抗うつ薬を処方するのは簡単なわけですが、それ以外にも私たちが「その患者さんにできることはないだろうか？」ということです。

患者さんが好きなことを調べて、趣味があれば施設内でそれが出来るようにしてあげる。あるいは、その患者さんにハプティックセラピーを提供してみようかなど、他に何かできることはないかと考えるのです。

それから治療（ケア）プランは作るだけでなく、後日きちんと評価してフォローアップすることも大事です。治療（ケア）を実行しても全く効果がなかったら、プラン自体を考え直す必要があります。最初の方法がうまくいかなかったら別のやり方も試してみる。たとえばハプティックセラピーの効果がすぐに出なかったら、それを定期的に提供してみる。就寝前に毎晩提供するというようにいろいろ工夫するのです。

（図表7）



そうやって治療（ケア）プランを作成したら最低でも4週間はそれを続けて、その後効果を評価するのです。なお、プランができても患者さんがそれに慣れるには1週間くらいかかりますから、現実には実施期間は5週間ほど必要で、それから評価・フォローアップとなります。

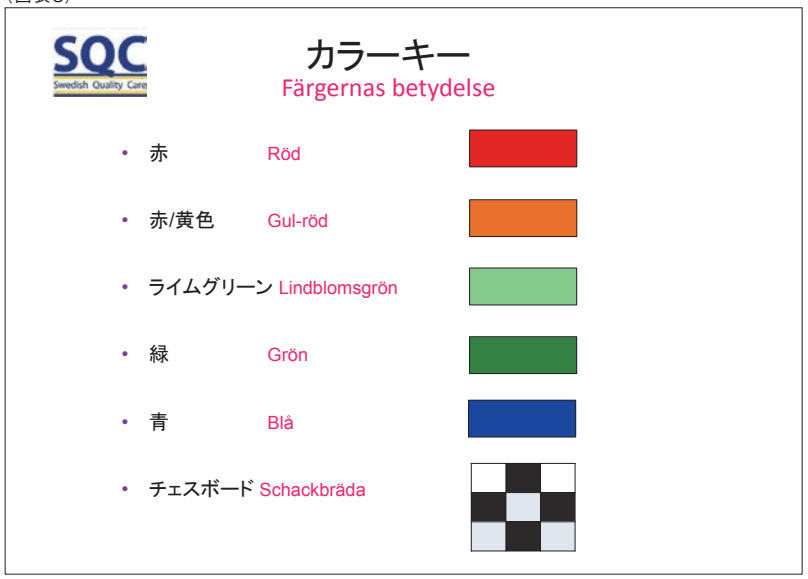
カラーキー
Färgernas betydelse

ある症状の原因が〝周囲の環境のせい〟という場合もあります。認知症ケアでは色がとても大切です。また認知症でなくても色の影響は心理的に大きいといわれています。

赤い色は集中しやすい色です。元気な色です。アクティビティをするときにもつかいやすい色です。一方、集中しやすい色であるゆえに、興奮などを引き起こす可能性もあるともいえます。したがって、寝室には赤い色は避けたほうがいいでしょう。興奮して不眠になる可能性があるからです。

それから赤は、認知症のなかでも特定の疾患の場合は注意が必要です。たとえば前頭葉型認知症の場合は、介護職員が赤い色の衣服を着たりすると興奮して暴力的になる可

（図表8）



能性があります。人格をつかさどる司令塔が前頭葉にあるからです。前頭葉が傷ついて脳機能障害になると性格の変貌や、物事の判断ができない状態になることもあります。

オレンジ色も元気な色です。患者さんが活動したくなるような色です。その意味ではアクティビティにつかってもよい色ですが、壁の色にするよりは、むしろ小さなところで印象的につかうほうがより効果的です。たとえば花や、壁に飾られた絵、ソファーにクッションを置く場合など、それをオレンジ色にするのもよいと思います。

ライムグリーンは気持ちのよい色です。しかし家具や壁などを全てグリーンに統一してしまうと患者さんは認知しにくくなってしまいます。コントラストが必要です。なお色の効果について、いわゆるグリーンとブルーの認知症に対する効果はまだ研究されておりません。

ひとつだけ確かなことは、色は暗くないほうがよいという点です。認知症の患者さんは、暗い色をみると「穴がある」と解釈してしまう場合があります。床でいえば、図表8のチェスボード、チェック柄がいちばんよくないです。床が穴だらけと思ってしまい、足をどこに着けてよいのか迷い怖がってしまう可能性があります。

私が勤務する施設のエレベーターでの出来事です。エレベーターの床とフロアの床はどちらも同じ色なのですが、エレベーターのドアレール部分は金属ですから当然色が違います。すると、そこを何か別のものと認識するのか、患者さんがエレベーターに入るのを拒むことがあります。あるいは柵でも越えるように、そこを跨いで入ろうとする場合もあります。

マークされた路
Snitslade banor

認知症の方々にもできるだけ自立を促そうと、色をつかって、患者さんの残っている健康な部分に目を向けるという取り組みも行われています。自分ひとりで出来たことで患者さんは自信がつき、自尊心が高まります。

私が所属するデイセンターでは利用者さんが自分ひとりでトイレに行けるように、トイレのドアに目印のハートマークを付けています。また別の施設では、ハートマークのほかにトイレの写真もドアに貼って、さらにわかりやすいように工夫しているところもあります。

トイレ内にも工夫が施されています。トイレの壁や便器が全て白で統一されてしまうと、それも利用者さんにはわかりにくい。そのため図表9の写真のように便器とその蓋、背後の壁などに色をつかってわかりやすい工夫を施しています。

ところで、この写真（図表9）をご覧になり「でも認知症の方は暗い色を穴だと思うのでは？」と質問する方もいるかもしれません。しかし、問題ありませんでした。トイレはそもそも穴なので、それで大丈夫だったのかもしれません（笑）。

自立を促すための取り組みや工夫は、トイレだけではありません。たとえば患者さんが自分で自室に戻れるようになる、これも大事なことです。これについて私がいた施設では、3人の患者さんが以前は自力で自室に戻れない状態だったのが、色をつかうことで3人とも自力で自室に戻れるようになりました。

そのひとり、患者のウンレさんの場合は、緑色のテープを彼の部屋からリビングルームまで床に張って自室までの経路を示しました。アスタさんの場合は青色のテープがリビングルームから自室まで続いています。そして3人目のカッレさんは赤い色のテープが目印で、それが同じく彼の部屋まで続いています。3人共、床に張られた自分の色のテープを辿ることで自力で自室まで戻れるようになりました。

なお、ひとつ予想外の問題も起こりました。カッレさんの部屋に人がたくさん集まってしまうのです。〝赤い色〟に皆が集中してしまったからです（笑）。

（図表9）

アクティビティ
Aktiviteter

アクティビティについては、今日いろんな施設を訪ねたときにも話題になりました。患者さん自身が自分で出来ることを大切にする。健康な部分に目を向けて、機能の保存、自立に取り組んでいるという話をしました。

ただしアクティビティのときに私たちが決して忘れてならないのは、その活動は「誰のために行うのか？」という視点だと思います。患者さんをアクティビティに連れていくのは、家族の方がそれを希望したからでしょうか？ あるいは職員がいろいろなアクティビティを行うので、その担当職員のために患者さんを参加させたいのでしょうか？ それとも患者さん自身が望んだからアクティビティに連れていくのでしょうか？

ここで重要なのは、患者さん本人にとって、そのアクティビティが「意味があり、楽しみがあるか」という点です。朝起きて、患者さんの今日一日が始まります。大切な一日です。「今日のこの一日はその方の人生にとり意味のある一日でなければいけない」ということを私たちは忘れてはいけないのです。

もちろん職員が一緒に楽しむこと、患者さんと一緒に笑うことはとても大事です。デイアクティビティセンターなどで、集団でひとつの活動として行うことも可能です。

（図表10）

SQC Swedish Quality Care

アクティビティ
Aktiviteter

機能の保存　自分を洗う、髪をとかします
Funktionsbevarande (tvätta sig, kamma håret, knäppa knappar)

尊厳　好きなアクティビティをする
Värdighet (göra det man tycker om)

関与 、職員や他の療者さんと一緒にいる
Delaktighet (känna gemenskap)

刺激する　楽しみます
Stimulerande (ha roligt)

回想法
Reminiscens

一対一でできるアクティビティもあります。回想法を使ったアクティビティは、患者さんが以前経験したさまざまな出来事を思い出していただくためにも有効です。

仮に私が高齢者になったとして、図表11のような写真を見ながら回想法で会話を始めたとしましょう。

エッフェル塔の写真を見せてもらうと、「エッフェル塔にも行ったことはあるのですが、どちらかといえば私は東京タワーのほうがいいですね」と私は答える。そうやっていろんな写真を眺めながら、私は昔のことを……いろいろ思い出していきます。

左下の写真はスウェーデンの伝統的な服装です。すると私は、「とても綺麗ですね。でも、私はこういう洋服は持っていないのです。でも私は日本の着物を持っていますし、浴衣も持っていますよ」等々、会話が続きます。

もし私が高齢者であったならば、私はそうやって写真を眺めながら昔の自分のことを思い出していろんな話をするのだろうと思います。そして、そのときにきっと、介護職員さんは私のことを〝尊重してくれている〟と感じているはずです。

私たちは患者さんの気持ちを求めていくことが何より大事です。

（図表11）

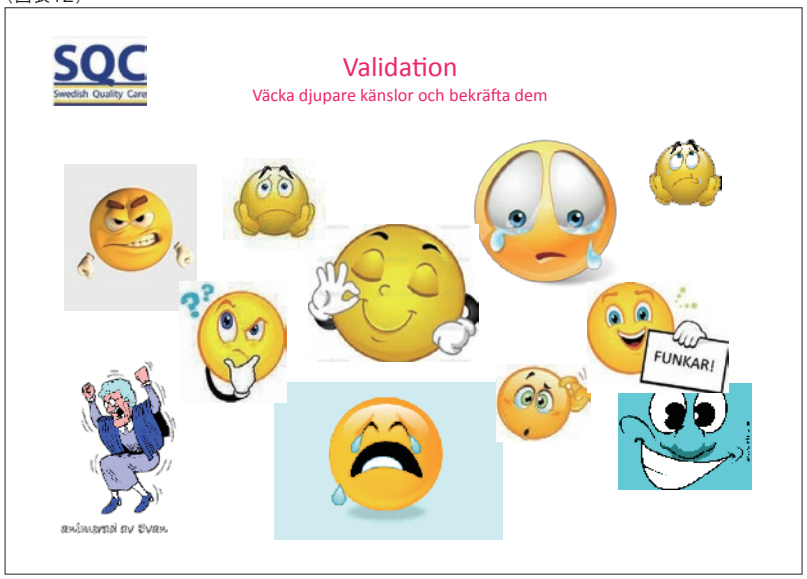
対応の仕方
Bömotande

今日、秀峰会で、私はたくさんの患者さんに出会いました。そのなかのひとり、ある女性の患者さんは喜びいっぱいの笑顔で私を迎えてくれました。挨拶をすると、その方は「あなたとまた会えて、それがとっても嬉しい！」と言いました。もちろん私たちは初対面です。でも「はじめてお会いしました」とは言いませんでした。「私も、あなたにまた会えてとても嬉しい」と答えました。

ご存知のように、患者さんにはいろんな場面があります（図表12）。あるとき患者さんは泣いてしまうこともある。たとえば「自分のお金が盗まれてしまった」と思い込んでいるとき、患者さんは深い悲しみにくれています。それに対し、私たちは「いいえ、誰もあなたのお金を盗んでいません」と否定することはできない。それを言えば、喧嘩のもとを作ってしまうだけだからです。

私の場合はそうしたときに、こう言うかもしれません。「あなたのお金が無くなったのですね。大変ですね、お気持ちはよくわかります。私に何か手助けできることはありますか？」。すると、その方は「すぐに警察に連絡してください」と頼むかもしれません。私は「はい連絡します」と電話するふりをして、けれども警察ではなく自分の携帯にか

（図表12）



けてお話し中にして、「警察、電話出ないですね…」と演技するかもしれません。

「残念ですが警察とは連絡が取れませんでした」「お話し中でつながりませんでした」「警察も忙しそうでしたから、あとでかけ直してみます」などと言うと思います。そうやって、つまり私たちは〝患者さんの気持ちを尊重すること〟に努めるのです。

図表13の「対応の仕方」について言うと、患者さんとよいコミュニケーションをとるためには、相手の状態に合わせることが大事です。患者さんに合わせて「ゆっくり」「明確に」「わかりやすいように」対応するのです。患者さんを尊重して、ゆっくりとわかりやすいように話しかけて、相手の方がそれを理解できるよう丁寧に対応するのです。

また、患者さんのその症状（状態）を誰が解釈して、誰が患者さんに対応するかといえば、それは全職員です。医師、正看護師、准看護師、介護職員、患者さんにかかわる全ての職種、全ての職員が皆で同じ理念を共有することが大切です。

（図表13）

対応の仕方
Bemötande

オープンボディランゲージ
Öppet kroppsspråk

明確な音声で話す
Tydligt tal

ストレスなし
Ingen stress

患者の状態に合わせるようなコミュニケーション
Kommunikation på den sjukes villkor

尊敬と尊厳
Respekt och värdighet

（図表14）

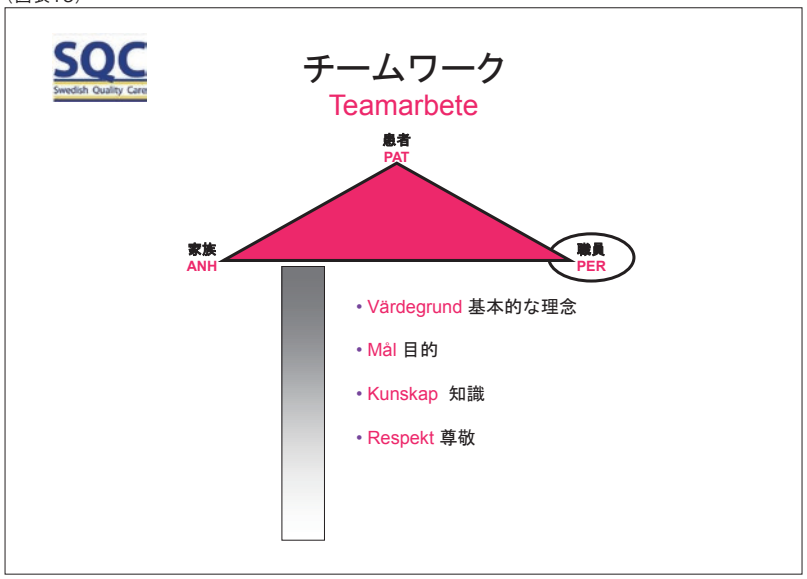
SQC Swedish Quality Care

味覚の重要性
Smakens betydelse

- 塩味 Salt
- Umami
- 苦味 Beskt
- 酸味 Surt
- 甘味 Sött
- 食事の前に甘い物
  Något sött innan maten

糖尿病の認知症の人から甘い物を削除しないでください
Tag inte bort det söta från en demenssjuk person med diabetes

（図表15）



チームワーク
Teamarbete

まず緩和ケアの倫理が大事です。次に、施設の理念も重要です。たとえば、私たちが解釈する際には、その緩和ケアと施設の両方の理念を踏まえて解釈をするわけです。したがって施設の理念、目的・目標を全職員は当然理解しているということです。仮に共通認識をもたなければ、職員は皆バラバラに行動してしまいます。チームでディスカッションをすることすら難しくなってしまいます。

チームを構成する職員たちは各々がさまざまな知識・情報をもっています。そうして、人によって得ている知識・情報が違うからこそチームで情報交換する必要があるというわけです。また、そうしたやりとりを行うなかで職員は互いに尊敬し合う関係を築くことができるのです。

家族への支援
Anhörigstöd

チームワークについてもう少しお話しします。私たちがよいケアを提供し、患者さん

の症状をうまくコントロールするためにはチームワークが大事だと言いました。そして、そのチームのなかに患者さんのご家族を招待することは非常に大事なことです。

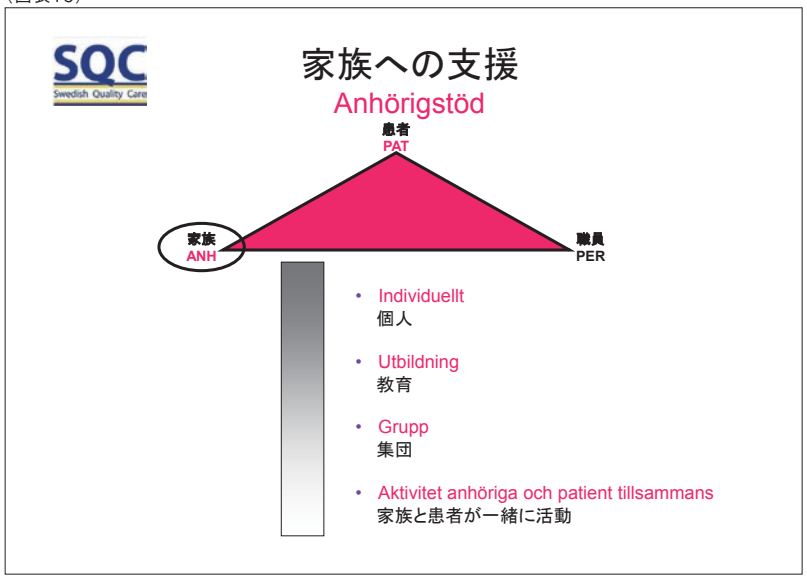
私の施設では患者さんが入所して3週間ほど経った頃に、ご家族を招待して面談を行っています。このとき患者さん本人は同席する場合もあれば、しない場合もあります。

面談で私たちはご家族に尋ねます。「今後どのように介護に参加なさりたいですか?」。すると、あるご夫人は「6年間自宅で夫の介護をしてきたのですが、入所したので、もう私には夫の介護ができなくなりました」と思い込んでいました。「いいえ、いつでも施設を訪れて旦那さんを好きなだけ介護してください」と私は言いました。

あるいは別のご家族はとても疲れていて、こうおっしゃいました。「私には何もできない、もう何もしたくないのです。施設に入ったので今後は介護はしたくありません」。こうした意見も尊重しなければいけません。何故なら、私たちは患者さんが施設に入所する前の状況、患者さんとご家族の関係を全く知らないからです。ちなみに、そのご家族の場合は旦那さんの徘徊に大層苦労されて、何度も何度もご家族が長い時間をかけて探しまわるなどしてきたという経緯でした。

介護に疲れ切った状態のご家族もいるのです。私たちには、そうしたご家族へのサポートの役割も求められています。ご家族を支援することで、患者さんとご家族の関係が少しでも改善されるよう手助けをするのです。

（図表16）



コミュニケーションと関係
Kommunikation och Relation

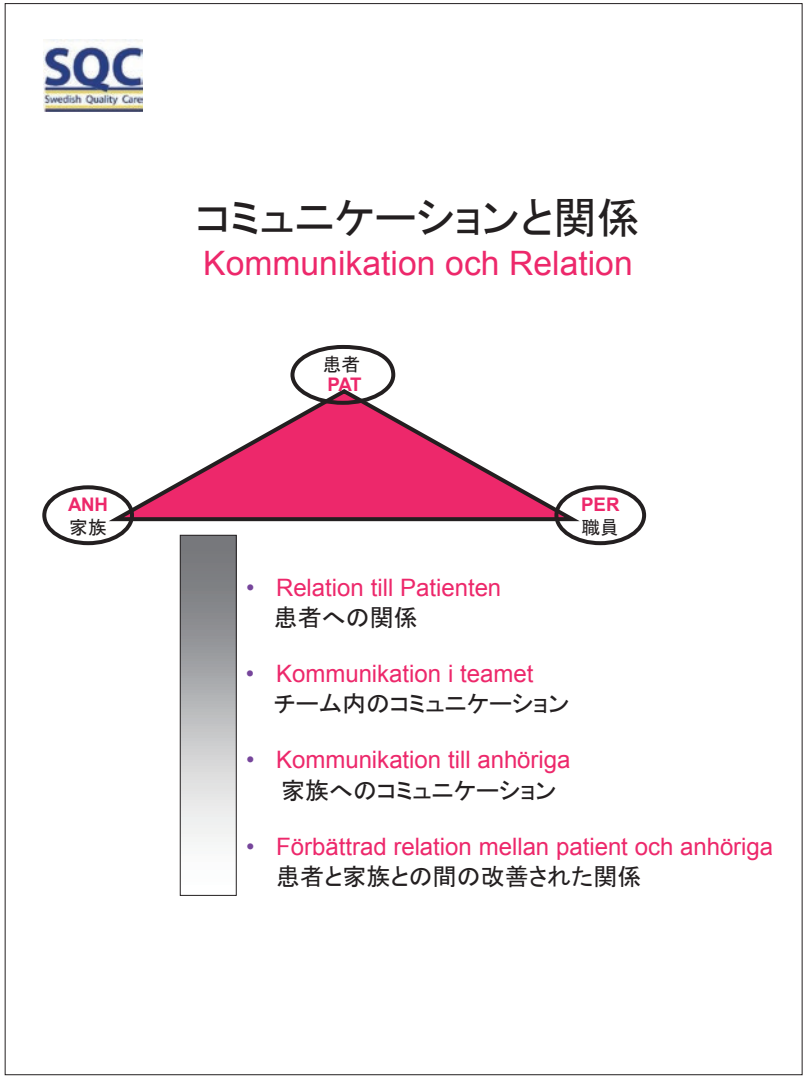
患者さんと職員、ご家族の三者が揃って、よりよいコミュニケーションが生まれます。患者さんの症状を解釈するために職員はチームで情報交換を行ってコミュニケーションを取ります。そしてその解釈をもっと深めるためにご家族をチームに招待してコミュニケーションを取ります。もちろん、ご家族への支援も怠ってはいけません。患者さんとご家族との関係改善のためにもコミュニケーションが大切なのです。

全てがうまくいくために、人間関係とコミュニケーションはとても重要です。それが、よりよいケアの提供へとつながります。

良い認知症ケア
God Demensvård

今日、午前と午後にわたって秀峰会の各施設を訪問して、「良い認知症ケア」の話をして、また今は夜のこの講演会でも「良い認知症ケア」の話をしています。

（図表17）



図表18にあるように「良い認知症ケア」の実現には、まず〈倫理〉がベースにあります。患者さんに行う全てのことは倫理に従い〝善〟であることが最重要です。私たちは患者さんを傷つけず、急変時には対応し、自己決定権を尊重します。さらに図表をご覧いただくと、ベースである〈倫理〉の上には、〈症状のコントロール〉〈チームワーク〉〈家族への支援〉〈コミュニケーション・関係〉という4本の柱が立っています。

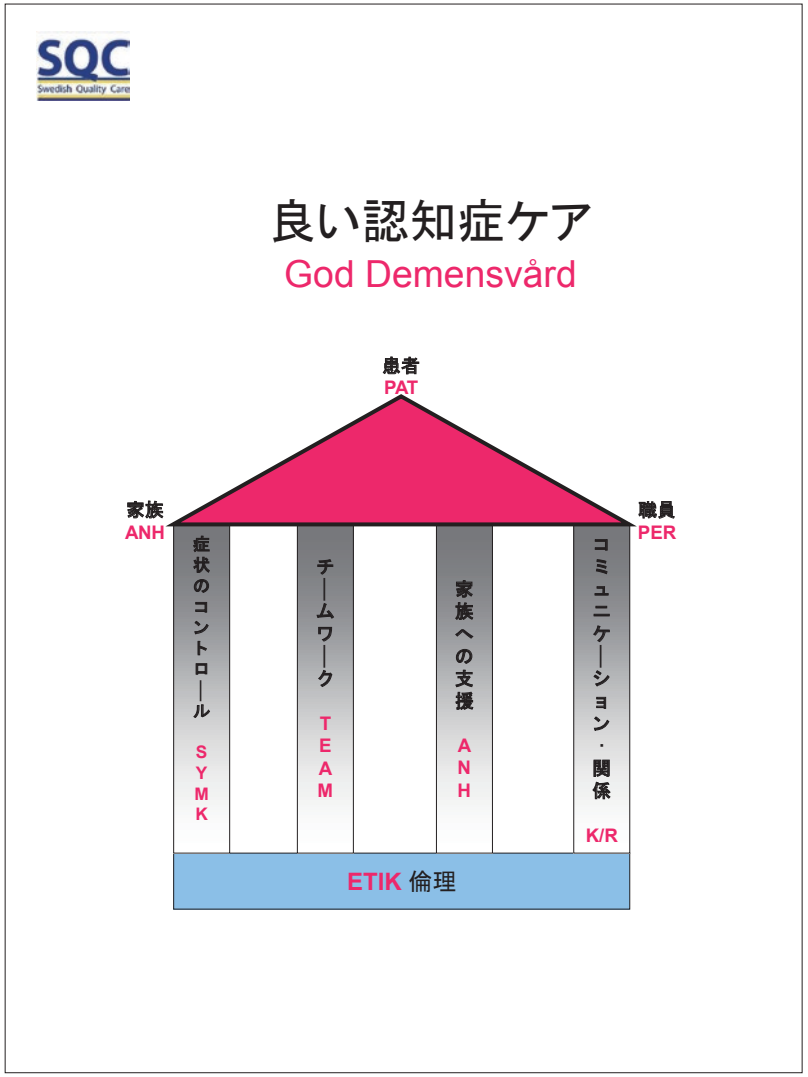
患者さんの症状を解釈して、対応をして、フォローアップをします。職員はチームワークで患者さんの症状をコントロールしなければいけません。また、ご家族をチームに招待して、ご家族への支援も惜しまないということ。そして、それを実行するためにはコミュニケーションと人間関係がもっとも大切であるということです。

4本の柱の上には、トライアングルの屋根のような形で患者・家族・職員の関係性が示されています。この図は、まるで家を描いたようです！

私が今日訪問した秀峰会は、良いケアを提供するために既に正しい方向に向かって努力している組織です。良いケアが実行できる優れた施設であると思っています。

これで私の講演は一旦終わりますが、このあとに質疑応答があります。皆さんが気持ちを新たに、今まで以上により良いケアサービスを提供していくためにも、ぜひたくさん質問をしてください。

（図表18）



Q&A

質疑応答
Question and Answer

中村（司会） マリアさん、エーミルさん、ありがとうございました。

ここからは、会場の皆さんを交えて質疑応答の時間を設けました。せっかくの機会です。時間も限られておりますので皆さんふるってご質問ください。

K（看護師） 救急1Fの看護師です。マリアさん、お話をどうもありがとうございました。

症状のコントロールのところで、その症状が起こるのは「なぜなのか？」を考えることが大事だと伺いました。しかし残念ながら私自身が感じることは、仕事においてスタッフ間で話し合う機会がそれほどなく、結果、解釈にもつながらない。なかなかご本人のケアにつながらない、ということがあります。マリアさんの施設では、患者さんが引き起こす症状の「なぜ？」をスタッフ間でどう話し合い、どう解釈につなげていくのでしょうか？ できれば、より詳しく「どのような時間に、どのような人が、どのような形式で行うのか」を参考までに教えてください。

マリア 具体的には、各ユニットでは4週間ごとに1時間ほどかけて、2人の患者さんについて話し合いをしています。「なぜその症状があるのか？」「その症状が現れる理由（原因）は何か？」をチームでしっかりミーティングする。そして、たとえば患者さんが不安になる理由として可能性が高いのは「寂しい」「孤立している」「それに職員が十分に対応してくれない」ということだとしたら――次に私たちは「寂しくならないように」「孤立しないように」するためにはどう対応すべきか、それをまた話し合う。

それから、私たちの施設ではコンタクトパーソン制度を導入していて、患者さん一人に対し一人のスタッフが担当を受け持つようになっています。

コンタクトパーソンは患者さんの人生史とライフスタイルをみて、施設に入る前と今の生活を見比べます。入所により患者さんの生活の何が変わったのか、できなくなったこと、不快なことはないか細かくチェックする。たとえば、お部屋を訪れるときは？ 普通にノックしてドアを開けていいか、やさしくノックして丁寧にあいさつをしてから入室すればいいか。起こすときは？ 穏やかな音楽をかけて起こすのか、あるいはライトで少しだけ光を入れてその数分間後に入室するのがいいのか。

さらに起床後は何をするのか？ 朝食後は何をするのか？ そもそも朝食を食べる環境

はどうなっているのか、落ち着いているのかどうなのか？ 昼食までは何をする？ あるいは入所後、患者さんは不安でうろうろしていないか？ それに対して私たちはどう対応すべきか…。

そうやって入所前と今の様子を見比べながら、患者さんの症状に何が影響しているのか原因を突き止めるのです。不安や孤立したような気持になる原因が、もし脳が疲れるような環境に身を置いたせいとわかったならば、コンタクトパーソンは患者さんの好きな趣味やアクティビティを提供するなどして不安感や孤立感を取り除くための努力をする。と同時に、脳を疲れさせないようにアクティビティの時間も加減する。

患者さん一人ひとりのケアプランを作り、全職員が同じくそれを実施できるようにしっかりと記録に残す。またケアプランを行って効果が得られないときは、別のケアプランを立てて実行してみる。

コンタクトパーソンは先述のとおり、担当患者さんの人生史やライフスタイル、好き嫌い、スタッフとの相性、実際にやって上手くいったこと・いかなかったこと等を細かく熟知している存在です。しかし、その情報を自分ひとりで独占することはせず、必ず職員全員が共有・対応できるようにしています。

私のいる施設はそういうやり方ですが、ご質問の答えになっているでしょうか？

K（看護師） 4週間ごとに2人の患者さんについて話し合うとのことですが、その2人はどのように選出するのでしょうか？

マリア その時々で、もっとも話し合いが必要と思われる患者さんを2人選出します。

N（介護士） マリアさん、エーミルさん、今日は本当にありがとうございました。私は日中も質問したのですが、ほかにもお聞きしたいことがたくさんあります。

とくに、ご家族とのコミュニケーションで難しさを感じることがよくあります。たとえばご本人の気持ちより、ご家族の要求（気持ち）が強く優先される場合が多々あります。そして今まで私は、それもご本人のためと思ってご家族の気持ちを尊重してきました。しかしスウェーデンでは、ご本人の意思の尊重が大事だと教わりました。今後、私たちがご家族とベストなコミュニケーションを取るためにはどうあるべきか教えてください。

マリア 多くのご家族は、認知症について知識があまりない場合が多いです。その意味では、施設にご家族を招待して、精神障害や認知症に関する説明会を開催するのがいい

と思います。また、その際の説明役はできれば医師がいい。そのほうがご家族はより正しい知識である、と納得しやすくなります。私自身、スウェーデンの医師より私のほうが認知症に関する知識は有ると自負していますが、それでもやはりステータスという点で医師が説明したほうがご家族の理解を得やすいのです。

また、医者による説明が難しい場合は「エビデンス（医学的根拠）に基づいて一番効果のある方法でアプローチしたいと考えています」という言い方で伝えると、ご家族は信頼してくれると思います。

それから新規の患者さんの場合は、入所時にケア方針を書いた資料を渡すことで「私たちはこういうケア方針でやっています」という説明がしやすくなります。たとえばお風呂、「もしあなたの両親が〈どうしてもお風呂に入りたくない〉と言った場合、私たちはご本人の気持ちを尊重します。しかし別の方法で、きれいに清潔にします」と予め資料に記しておくのです。

お風呂については、午前中にも質問が出ました。ちなみにスウェーデンの場合は、お風呂に入りたくない患者さんにはアプローチの仕方を変えることで問題を解決しています。たとえば「月曜日は腕を洗う、火曜日は足を洗う、水曜日は……」というように、1週間分の洗うスケジュールを立てる。お風呂が嫌ならば、その患者さんの身体を清潔に保つために別のアプローチをする。強制ではなく、やりたくないことを逆にやりたくなるようにアプローチを変えて実行するのです。

N（介護士） もうひとつお願いします。今まで仕事をしてきて、とても悲しい思いをしたことがあります。看取り介護を経験したときのことです。

ご家族は、入所時には「最期までここで看てください」と言いました。ところが入所者様があと何日生きられるかという状態になったとき、「やはり医療をしてください」と方針変更を求めてきました。

私たち現場職員は、一番大切なのは今その状態にある方に無理を強いることはしない、むしろベストでいていただくために医療行為はすべきではない、という考えを持っています。しかし、現実には「医療行為をして欲しい」と言いはじめるご家族は少なくありません。

たったひとつの答えを出すのは難しいと思いますが、そういうときにどう対応すべきか何かヒントでもあれば教えてください。

マリア 私たちの施設では、死に対して、看取り介護について、パンフレットを用意しています。そして冒頭に「私たちの施設は、ご本人にとって〝最期〟がより善きものであるように、という思いでやっています」と記載しています。また、終わりのほうには「痛みもなく、悲しみもなく、最期を迎えられるように」と記しています。

そのような状態では病院に連れていかれること自体、ご本人はストレスです。いつもと違う環境、見知らぬ看護師や医師による対応、ストレスはさらに増すでしょう。ご本人は死に対する怖れ、不安感でいっぱいになります。

私たちの施設では、患者さんをチューブまみれのスパゲティ状態にはしたくないと考えています。なぜなら、それは患者さんにとって〝善い最期〟にはならないからです。だから、パンフレットにもこれらのことを全て細かく記載しています。

さらに私たちは入所の際、ご家族に〝そのとき〟のご希望をアンケートに書いてもらいます。〈看取りケアの状態になった際は、すぐに連絡して欲しい・欲しくない〉、また「連絡して欲しい」と回答した場合は、さらに細かく〈連絡していい時間帯〉〈亡くなった後の身体ケアは 家族が手伝いたい・施設にまかせる〉〈特別な洋服を着せて欲しいかどうか〉〈枕元のキャンドルや花などお供えはどうしたいか〉等々、細かく答えていただくのです。

このアンケートへの記入は〝ご家族が心の準備をする〟という意味においても、とても大事なことです。

N（介護士）　確かに、アンケートは私たち職員のためというより、ご家族の心の準備のためのよい機会になると思います。新たな発見をさせていただきました。

中村（司会）　ありがとうございました。他に質問のある方は遠慮せず、挙手してください。

K（フロア長）　さまざまな体の症状により不安が強く、興味の喪失・食欲低下・億劫感があり、軽い認知症も始まっている患者様がいます。私たちは何とかＡＤＬを低下させないようにとトライ＆エラーを繰り返しています。しかし、ご本人が拒否すると、それも無理強いではないかとスタッフはそれ以上踏み込めなくなります。ＡＤＬの低下や認知症状の進行を止めることができなくなります。

このようなケースではどう対応すべきでしょうか？ アドバイスをいただければ、それを持ち帰ってスタッフと話し合いたいと思います。

マリア　倫理的課題のひとつですね。その人の今ある機能を残すためにどうあるべきか、私たちはそれを常に考えねばなりません。残っている機能を失わせたくない。ところが、そのために何かやろうとすると、ご本人はやりたくないと

拒否する。

私たちの施設でよくやるのは音楽を活用する方法です。たとえば、歩きたくない患者さんには歩くときに好きな音楽をかける、あるいは職員が歌うなどして、気持ちを〝歩く〟から〝歌う〟にシフトさせる。するといつの間にか、嫌がらずに自然と歩くようになります。歌で患者さんの気持ちを盛り上げるのです。

お風呂のときも同じです。シャワーを浴びたくない患者さんには、ここでも歌を活用します。職員が一緒に歌いながらお風呂場まで歩きます。このとき、雨がテーマの歌だと自然にシャワーを連想させて、よりスムーズに移行できます。

患者さんに「やりたくないこと」を無理にやらせるのではなく、音楽というツールを使って、知らず知らずのうちに「やれている状況」をつくり出す。そうやって患者さんの気持ちと職員の気持ちの両方を実現することができます。

この話を聞いて、皆さんは笑うかもしれません。しかしこれはスウェーデンの大学の研究でも証明されています。実際に「歌介護」という通信教育プログラムもあります。

K（フロア長）　日本人は人前で歌うのが恥ずかしいということもあり、私も歌はやってみたことがありません。また、物静かな方ですから、歌を一緒に歌うのはなかなか難しいかと思います…。

マリア　私はすごく音痴です。歌は上手くありません。でも下手な歌を歌うことで、逆に患者さんが「あなたは下手ねぇ、こうやって歌うのよ」と歌ってくれることもあります。それにスウェーデン人も日本人と同じように恥ずかしがり屋です。歌は効果があると思って、一度トライしてみるべきです。

K（フロア長）　はい、トライしてみます。確かに、私たちが楽しそうに歌ったら患者さんも〝一緒に〟と思ってくれる可能性はゼロではないと思います。ちょっと試してみます。

中村（司会）　ありがとうございました。次は、先ほど手を挙げてくださった方、お願いいたします。

S（支援相談員） ご家族へのアンケートに関してですが、たとえば結果として、ご家族がアンケートを書き終わらないうちに入所者が亡くなるケースも想定できます。すると、アンケートは早い段階で記入してくれるようアプローチすべきでしょうか、あるいは書いてくれるまで見守っているのがよいのか、どちらがベストでしょうか？

マリア 看取りケアの話をご家族にするのは、やはり簡単なことではありません。それはとてもセンシティブな話題です。

私たちは、たとえばご家族向けのセミナーのときに、来た人全員にパンフレットやアンケートを渡しています。特定の人だけに渡すと「自分の肉親は死期が近いのだろうか」と余計な心配をさせてしまいます。だから参加した全てのご家族に渡して、それを受け取っても特別な感覚に陥らずに済むようにするのです。

ただし、後日ご家族が施設を訪れた際には（まだ提出していないご家族に対しては）アンケートの存在を忘れていないかどうか自然な形で提出を促します。

一方、それほど重度でない患者さんの場合は、職員と患者さんとご家族の三者で一緒にアンケートを書くこともあります。利点としては、患者さんがご家族に自身の要望をしっかりと伝えられることです。

これについて、面白いエピソードがあります。患者さんとその後見人と一緒にアンケートを書いていたときのことです。二人の意見はほとんど一致していました。ところが終わりのほうで、〈枕元にキャンドルを灯すかどうか〉という設問のところで、両者の意見が分かれました。後見人は「ぜひキャンドルを灯してください」と希望したのですが、患者さんは「キャンドルの火は危ないから嫌だ。灯すなら電気式にしてくれ」と言ったのです。

S（支援相談員） そのセミナーに参加できるのは一家族一回でしょうか？ それとも何回でも参加可能でしょうか？

マリア セミナーは各種開催されています。看取りに関してだけでなく、認知症のセミナーなどいろいろあります。しかし、どんなセミナーであっても必ず最後には看取りのアンケートやパンフレットを配るということです。そうすることで、この施設がどのような看取りケアをするのか理解してもらえます。入所後も、アンケートを不信感なく書いてくれるようになります。

ともあれ大事なことは、ご家族に正しい認知症の知識を持っていただくこと、さらに認知症ケアチームの一員として一緒にエンジョインしていただくこと、それが一番です。

S（支援相談員） よくわかりました。ありがとうございました。

中村（司会・医師） 次の方、お願いいたします。

N（介護士） コンタクトパーソンについてお聞きします。その選出方法は勤務年数でしょうか？それとも能力？あるいは資格取得には試験のようなものがあるのでしょうか？

マリア スウェーデンでは正規職員としてその職務に携わる人には、自動的にコンタクトパーソンになる義務が課せられています。また施設はそのための教育プログラムを持っています。

コンタクトパーソンは、担当する患者さんに必要なことを相対的に見極めなければなりません。一方、患者さんがその担当者とそりが合わず、顔を見ただけで拒否するような状況が続くときには、コンタクトパーソンは変更される場合もあります。

もちろん、すぐに変更するのではなく、私や施設長が担当者に代わって一時的に患者さんに対応する、あるいは一日だけ別のコンタクトパーソンに変更する、ということが可能になっています。ただ、職員自身が「この人は自分には難しい…」と感じた時点で、あまりよい仕事（結果）は期待できないものです。

その意味では、基本的には患者さん一人に一対一で担当コンタクトパーソンが付くのですが、大変な場合は仕事のほんの一部、あるいは一時的に他の誰かが手伝うというような、そうした環境も整えてあります。

中村（司会） ありがとうございました。まだまだ質問は尽きないのですが、残念ながら時間も限られておりますので、そろそろ講評に移りたいと思います。

あとがきに代えて［講評］

中村 吉伸　医療法人秀峰会 理事長
NAKAMURA, Yoshinobu

マリアさん、エーミルさん、ありがとうございました。

（スウェーデン研修については）私たち9人が長い間いろいろやってきたのですが、それでもやはり表面的なことしか見えていなかったのに対して、今日マリアさんは、より具体的、実務的な内容でわかりやすくお話ししてくれました。

実は昨日、永年勤続の食事会がありました。そこで何人かと話してわかったことですが、二人の方が一度もその講演会には出ておらず、一人は私の講演のときだけ出席したということでした。それもあり、いろんな意味で、「スウェーデンがよいというのであれば、ぜひ聞いてみよう」という好奇心をもつことが大切だと感じているところです。

介護はもはや他人ごとではなく、誰にとっても、まさに〝我がこと〟です。介護の話は自分には無関係と思う方もおられるかもしれませんが、私たち精神科においても高齢者をどんどん診ていかねばならない現実が迫っています。あるいは〝最期〟ということ

について、一人ひとりが真剣に向き合うきっかけになればと思っています。

今までの日本の施設のままでよいのか、今日のお話はそうしたことを考えるチャンスでもあったと思っています。

いつも申し上げていることですが、私は、自分自身が入りたいと思う施設をつくりたいと長年取り組んできました。そして、南面の現場職員が何で悩んでいるのかといえば、そもそも南面は「親孝行ができる施設を」という趣旨で創られた施設だからです。理念どおりに従えば、ご家族の意見をしっかり聞くことが大切ということになります。

今回のマリアさんのお話を聞いて、職員たちは「ご本人の意見＝自己決定権」を大事にしなければいけないということで、ある意味方向転換しないといけないという戸惑い、あるいは課題を感じた人がたくさんいたと思います。ご家族に対してどうアプローチしていくかということについては、また皆で考えてやっていければと思います。

マリアさん、エーミルさん、今日おふたりには朝8時半から南面、佳境、里仁とまわっていただき、また講演の前にはタクティールタッチの実演までしていただいて、そのまま休憩もなさらず、この講演会に臨んでいただきました。お話をしてくださったマリアさん、通訳をしてくださったエーミルさん、大変お疲れのことと思います。

本当にありがとうございました。皆さん、心をこめて拍手をお願いいたします。

マリア　こちらこそ、ありがとうございました。これほど歓待してくださり、皆さんからよい質問をたくさんいただき、そして皆さんの〝変えたい〟という思いにも触れて、光栄に思いました。私たちにできることがあれば、ぜひ協力したいと思いました。

認知症介護はとても大変です。しかし秀峰会の皆さんにお会いして、私自身、介護に対するエネルギーがもっと増えました。

私は講演の最後に、必ずハートマークをつけます。今日ここで同じ時間を一緒に過ごしたという証です。私たち人間は心臓（ハート）がなければ生きていけません。そして皆さんは、患者さんにとって、その〝心臓〟と同じくらい大切な存在だということを忘れないでください。

今日は本当にありがとうございました。

エーミル　私からも一言よろしいでしょうか。私とマリアは15年間一緒に働いてきて、もっと現場の人たちを〝手助けをしたい〟という思いで活動してきました。そして2018年8月、秀峰会から9名の方々が研修にいらっしゃいました。

それまで研修に参加するのは介護職員だけということが多かったのですが、医師から介護職員までチームで研修にやって来たのは秀峰会が初めてでした。私もマリアも驚きましたし、チームで来ることでより大きく変わる可能性があると感じました。

皆さんとても熱心で、私も本当に秀峰会の助けになりたいと思いました。実はマリアと私はこの4年間、何度も日本で講演を行っていますが、大半の方は講演会に参加して「あぁスウェーデンの介護いいな」と思っても、そのあと帰宅して寝てしまうと……そこで研修が完結するという状況でした。

しかし、今回皆さんとの研修では一日中現場で職員と直接話し合い、具体的な相談をさまざま受けて、それに対してアドバイスをして……というものでした。スケジュールはハードでしたがエネルギーは増え、満たされました。心から、この秀峰会を変えたいと思いました。

この施設は「スウェーデン式の介護をしています」というプロモーションのための研修ではなく、本当に施設をもっと良くしたいという思いが伝わってきて、感動しました。マリアも私も、自分たちがやっている仕事に意味があったと感じることができました。

秀峰会の皆さん、今日は本当にありがとうございました。

Photo Garally

2018.11.14 秀峰会にて

shuhokai.jp

南面の原点

「熟成者も介護者もハッピー」

「誇りと尊厳」

「自己決定権」

南面 介護老人保健施設 南面 [NANMEN]

〒343-0851 埼玉県越谷市七左町4-161　Tel. 048-989-7777　Fax. 048-989-3300

医療法人 秀峰会

〒343-0851 埼玉県越谷市七左町4-358　Tel. 048-985-3333　Fax. 048-985-3366

本書は医療法人秀峰会が職員の研修・研鑽を目的に
平成30（2018）年11月に開催した講演会の内容をまとめたものです。

SHUHOKAI

医療法人秀峰会

心療内科病院 楽山 [らくざん]
精神科救急病院 北辰 [ほくしん]
介護老人保健施設 南面 [なんめん]
認知症専門デイケア 佳境 [かきょう]
通所リハビリテーション 福田 [ふくでん]
通所介護デイサービス 里仁 [りじん]
居宅介護支援事務所 徳風 [とくふう]
越谷市地域包括支援センター 出羽 [でわ]
越谷南部訪問看護ステーション 好楽 [こうらく]
精神科デイナイトケア 生徳 [せいとく]
精神障害者越谷地域生活支援センター 有朋 [ゆうほう]
精神障害者グループホーム 一瓢 [いっぴょう]