

ういずライン 2007 No. 3

温もりのある、高齢社会について考えてみる・・・
そんな活動をつなげてみませんか

「ういずライン」とは、ういずライン～wel が発行している会報誌です。
会の詳細、引用の取扱い等については、最後のページをご覧ください。



撮影：ちび

11月も下旬ともなれば、さすがに寒いですね。今までは風景画像を中心に載せていましたが、今回は在宅のパートナーであるペットを中心に使わせて頂いています。第3号の特集は【在宅とは～改めて考えてみる】です。色々な視点、様々な想いからそれなりの容量となっています。ゆっくりお楽しみください。

ういずライン 2007 No.3

特集記事：在宅とは～改めて考える 初孫

へなちよこ（介護支援専門員、居宅介護支援事業所所属）

力のかぎり・・・

きよママ（家族介護者）

母の介護を通して

ちび（家族介護者、看護師）

我が家の味方

ぼう（家族介護者）

入所申し込み

べあ（介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属）

在宅復帰は難しい

annkoro（介護福祉士、老人保健施設所属）

寄り添う援助

sige（介護支援専門員、地域密着型特定施設所属）

愛の形。

みほ（介護福祉士、通所リハビリテーション事業所所属）

家を考える

兼任CM（介護支援専門員、居宅介護支援事業所所属）

在宅復帰へのハードル

ぴぴ（介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属）

地域包括ケアシステム

ポイント（居宅介護支援事業所管理者、介護支援専門員）

一般記事：

利用者色々です

しおわかな（介護福祉士、訪問介護事業所サービス提供責任者）

「召集と招集」のマメ知識

たぬ（市区町村職員）

連載記事：

介護保険法を勉強しなおす（3）

J（社会福祉士、支援相談員、介護老人保健施設所属）

運営基準に則した居宅介護支援事業の展開（4）

narisawa（介護支援専門員、居宅介護支援事業所所属）

特集記事：在宅とは～改めて考えてみる

初孫

へなちょこ

「あかんぼう・・・がないてるぞっ・・・」
Nさんの最期の言葉だった。
長男と長男の妻との3人家族。
もうすぐ孫が生まれる 明るい未来が待っているであらう家族。
お嫁さんは、明るく太陽のような存在・・・私の主観・・・
長男は、42歳にして嫁を貰った。それまでは、Nさんと男所帯 「家が明るくなった」とNさん。

私の勤務する居宅と併設のデイサービスを利用して。癌が脳に転移しているために、時に自分のしていることがわからなくなることもあった。デイサービスを利用するきっかけは、長男の仕事が多忙であり、お嫁さんは妊婦さんのために、Nさんの介護が思うようにできないこと・・・
足腰も大分弱ってきているので、ひとりでの入浴が困難になっていた。

病状は落ち着いている。医療的な処置は無いので、あとはご本人の自由な生活を送らせてあげてほしいとの主治医の意見・・・つまり癌末期。
しかし、本人の気が進まない 体力も無いのであろう。

そこで、すいが登場！！
Nさん宅に通い、たわいのない話をする。気分が乗ってくれた。
「うちのデイは、美女ばかりだよ」と大ウソまで飛び出す。
「そうか？そうか じゃあ行く」知らんぞっ 訴えられても・・・

そんなこんなでデイを利用するようになった。行事でもらったヌイグルミは生まれてくる孫にやる・・・と言う。Nさん、男の子だったらどうすんだらう・・・

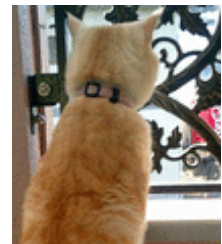
事態は急変した。連休をはさみNさんは熱が続いた

きっかけは、水分不足。低栄養。
家族は本人が「今いない」の言葉をストレートに受け取った。
ヘルパーからの連絡を受け急いで訪問 意識も朦朧ではないか！！
「救急車！！息子に連絡！！」
お嫁さんは身重で仕事・・・
息子も会議中で伝言だけ伝えてもらう。
隣市に住む長女にも連絡し、救急車には私が同乗した。

車中で息子から電話 「夕方18時くらいには掛けつけれます」今の時刻15時・・・
無性に腹が立った。悲しくなった。こんな事態でも抜けない仕事なのか？

「私にはご家族の変わりはできません。すぐに来てください！！」
そう伝えた。

結局1時間後に到着した。
家族の覚悟と協力抜きに在宅介護はできない。息子は腹を括れていなかった。



結局癌が肺にも転移しており、肺炎を患った。入院生活1か月が経過したころ、息子から電話が入った。
「父を家で看取りたい」
耳を疑った・・・がはっきりそう言った。
「あれは、父ではない。なにより本人が家に帰してほしいと毎日訴える。姉とも話し合った。病院の白い布団で、管につながれて半年生きるよりも、家で父らしく生活して、2週間の命だったとしてもそちらを選ぶ・・・父がそう言った。息子として父の願いを叶えてやりたい。初孫を抱かせてやりたい。自分は今まで仕事ばかりで、父になんの恩も返していない。頼むから連れて帰りたい」そんなことを言っていた。

私は息子の言葉を素直にとることができなかった。

お嫁さんはお産で里帰りをしている。なんども出向き話し合った。
いろいろリスクを想定した。それでも私は腹を括れなかった。

そんな時に会った医者と、ヘルパーとデスタッフ。チームケアの始まりだった。

父を家に連れて帰りたい・・・

息子の思いは揺るがなかった。

そんな時に「子供が生まれました！！女の子です！！」と息子さんの高揚した声の電話。終わりゆく命あれば生まれ来る命あり・・・よしやろう！！主治医は「そんな自殺行為をするなら一切責任はとれない。うちは係われない」と縁を切られた。デイも、医療依存度が高いので受け入れ困難と判断した。これは、すい達にとっては苦渋の決断だった。そんな時、長女が見つめてきたのが運命の出会い・・・

「知人の勤めるデイサービスが受け入れてくれると言ってる、同じ敷地に診療所もあり、医師もそこに変わりたい」

その存在は知っていた。しかし利用者を取り込むと有名なところ・・・特定施設集中減算バリバリ。

恐る恐る出向いた 「ああへなさん、どうかよろしく！！」と握手された。

私は口がぽっかり空いたままだった・・・

「御家族の決意に協力する」そんな事を言った。

デイの相談員もいた。

「ご本人やご家族からのニーズがある限り受け入れを断るなどの指示です。

ぼくも先月、ばあちゃんを自宅で看取ったんです。

亡くなる前日までうちのデイに来てました。

来てもベッドで寝ているだけですが、周りの声や雰囲気は楽しんでいたのではないかと思うんです。

ご家族のライフスタイルを大きく変わらせるような事をしては、自宅での看取りは困難なので、息子さんが仕事でお嫁さんが育児中でしたら、日中だけでもうちを利用してはいかがでしょうか」

素直でない私は 「いいよね・・・ドアひとつ挟んだら医者がある環境わっ！！すい達は、みたくてもみれなかったんだぞ！！」そう思ってしまった。そして言った。

「デイもヘルパーも医師もそちらの法人ですので、居宅もそちらでした方が細かい情報交換ができて、Nさんのためになるのであればそうしてもいいと思っています」

M医師は言った。

「へなさん・・・それは言うてはだめだ、一緒にやりましょうや。本当はそうは思っていないでしょう？ぼくはへなさんと仕事がしたいと思います」

あとから聞いた。その方は診療所の医師兼理事長。しかも就任してから法人の方針が一転したとのこと、抱え込みはしなくなっていた。

その日のうちに入院先に出向いた。

メンバー・・・へな M医師 デイ相談員 ヘルパー責任者 福祉用具相談員 息子 娘。やっと退院許可が下りた。

「枯れ木が枯れるように亡くなるでしょう」とのすてぜりふ付きで。次の日も話し合った。息子の仕事の都合で21時から開催した。週間スケジュールと、一日のタイムスケジュールを打ち合わせした。嫁も新生児を抱きながら聞いてくれた。

すでに経管栄養でオムツとなったNさん。朝は息子が注入して出勤。注入が終わるころにヘルパーが訪問してオムツ交換と更衣。その後デイサービス。夜は嫁が注入。その後ヘルパーが何度も確認して修正して会議終了は次の日になっていた。

そしてとうとうNさんは帰って来た。

家族と我々に出迎えられ帰宅したNさん。「ただいま」としみじみ言った。そして、「孫は？」初孫をようやく抱いた!! あっという間に「じいじ」の顔になった。

「よー肥えて・・・わしより肥えとるのう・・・そりゃそうか今にも死にそうなじじいと、これからのものと 比べちゃいかんあぁ、うははははっ」

コメントに困るようなブラックジョークまで飛び出
す。

医者は息子が休みの日曜日に往診してくれることにな
った。デイサービスの利用も順調、息子も介護が
板についてきた。

それもつかの間だった

年末が近づき、Nさんは、起き
ているより寝ているほうが多
くなった。医者も「年が越せれる
か・・・」とのコメント。でも
どうにか正月を迎えられた。御
屠蘇は口につける程度だが、「こりゃ甘口じゃ」と
周りを和ます気遣いもした。初孫を中心に写真も取
った。



その数日後Nさんは逝った。

前日の夜、息子さんが仕事から帰り、夜の経管栄養
が終了し、いつも父親が心配で隣に布団を敷いて寝
ていたが、その日は赤子が泣き止まなかった。

「おい、赤ん坊が泣いてるぞっ。2階へ行ってやれ。
わしも寝る」

そう、かすれ声でつぶやいたので、息子は父の言葉
に従った。次の朝、Nさんはひとりで逝っていた。

息子さんは泣いた。それはそれは泣いた。

しかし、わたしは後悔することはない。お父さんは
分かってそう言ったように思う。

息子よ、今までありがとう。自分の事はもういい。
これからは嫁と孫のことをしっかり守れ!!

そう思っているのではないか・・・そう伝えるのが
精一杯だった。

通夜にはすい達も掛けつけた。Nさんの部屋には昔
デイで貰ったヌイグルミが飾ってあった・・・・・・・

(孫にやるんじゃなかったのか?? まっいいか)

ケアマネに出来る事は少ない。このケースを担当す
るまではプレッシャーに潰されそうになる毎日だっ
た。

自分のマネジメント次第で、年寄りの生活を決めて
しまう・・・このプランでいいのか?その考えが実は
驕りだと教えられた。根本的に間違いだと知った。
プランはケアマネひとりで作成するものではない。
チームで作成するものだ。チームの中心は利用者。
みんなで考えみんなで悩み作り上げるもの、それま
での私の考えの中心は私でしかなかった・・・

問題が起きれば集合してみんなで考えた。またこの
チームで仕事したいと思った。

このケースがあり、年末年始を返上した。休みでも
私服にエプロンで掛けつけたこともある。自分の時
間を代償に私はひとつ成長できた。Nさんありがと
うございます。あなたのすばらしい生き方をそばで
見ることが出来たわたしは幸せでした。そちらでは
大好きなお酒を飲んでますか?天国の酒は辛口あり
ますか?無かったら連絡ください。私が持っていき
ます ただし半世紀待ってくださいね

息子さんはあれから自分の仕事を見直して、上司に
相談したそうですよ。そのおかげで子供と過ごす時
間もほんの ほんの少しですが前に比べて増えたそ
うですよ。

お嫁さんはNさんの話をするたびに泣いています。

「この子は義父の生まれ変わりだと思う」と言っ
てますよ。

Nさん。それじゃ。また会う日までっ!!

へなちょこ(まっいいか)

医師からも困難と言われた癌末期の方を、家族も含めた多職種からなるチームケアにより在宅で看取れた
究極の理想事例のひとつです。

なお、文中の「すい」さんは、筆者であるケアマネジャーが信頼する、併設デイサービスのスタッフです。
ところで、「うちのデイは、美女ばかりだよ」というのは、まるっきりの大嘘でもないと見ましたが(笑)

(編集部)

力のかぎり・・

きよママ

姫・93歳(きよママの母親)

昭和56年7月・・脳梗塞

ゆっくりと・・認知症が進行

昭和63年9月・・3度目の脳梗塞

右半身不随になる!

平成1年10月・・

オムツ使用始まり・・寝たきり状態に成る!

平成14年10月・・嚥下困難の診断を受ける(入院)

平成15年2月・・胃瘻での生活が始まる!(退院)

きよママ・姫の胃瘻には相当、悩みました・・
担当医の『コレは決して延命ではありません』
の、言葉を聞いても、なおも悩み続けました!

平成18年10月・・舌根沈下・経鼻エアウェイ挿入(入院)

平成19年1月・・エアウェイ外し・・退院(やや強引の退院)

きよママ・・この間3人の子供の出産・子育て・
在宅での介護、同時進行でした!

先日・長男(25歳)が『おばあちゃんのイメージ
は寝たきり・・それ以外は浮かばない・・』と言いま
した!それ位、姫の在宅での寝たきりの生活は長
～～い!

そんな姫でもきよママの子供達には

『人とは・・命とは・・』
人間として一番大事な事を・・寝て居る事で・・
その姿を目にする事で教えてくれました!

きよママにも・・在宅介護を通して・・
人として、一回りも二回りも大きく成長させてくれ
ました!
(きよママ・・勝手にその様に思っています・・ガ
ハハハ・・!)

我が家の教育係『姫様』・・



8月より体調不良で入院生活です!

姫の退院が再び延期・・

先週末・退院予定だったのが

熱発で・・延期

1年前に

舌根沈下・筋力低下で気管が異常に細くなっていた
『姫』

それでも、今年1月には病院に無理を聞いて頂き『在
宅』に戻しました。

今回は・・その、気道の細さが原因で・・色々な症
状が出てきています!

経管栄養も、食道を通る事はない・・とはいえ・・
やはり、胃に栄養が入る・・と言うことで・・気管
の細さが災い致します!

解決策・・『気管切開』ですが・・きよママとして
は・・決心が付かず・・

毎日、病室に詰めていて姫の苦しんでいる姿を直視
するなか・・

今までの25年間の『在宅介護』での楽しかった事
ばかりが思い出され・・

『愛おしくて・・愛おしくて・・』

時として、姫の顔が涙でにじみ見えない・・

それでも、時は流れていきます!何時までも結論を
延ばすわけにもいかず昨日・・

『気管切開せず!』の、結論を出しました!

皆さんの中から・・ダンナの親なのだから
ダンナが結論を出すべき・・との、声が聞こえてき
そうですが

介護当初から
姫のことは、きよママが全権を握っており・・
自由に介護をしてきた手前
最後の最後まで姫の事は

きよママが責任を負います！

このままの状態の様子を診ながら病状が落ち着き次第在宅に戻す・・・

その方向で・・・治療方針が決まりました！

現在も姫は点滴・酸素マスク・尿の管に繋がれて・・・
家に帰る事を夢見ながら・・・
毎日、頑張っております！



きよママのブログには足跡を残さないけれども多く

の在宅介護をしている人が来てくれます！

介護しながら・在宅しながら・・・

きよママのブログに遊びに来てくれる方・・・

介護とは、介護者に人間として大きな贈り物をくれますよ・・・

辛い介護でも、先のプレゼントを楽しみに・・・

きよママ（きよママ日記・介護よもやま話）

家族からの視点の記事です。認知症で、医療依存度も高い「姫」（夫のお母さん）を、きよママさんは四半世紀以上に渡って介護されてきました。気管切開をしない、などの重い決定も、実子であるご主人ではなく、きよママさんが行いました。なお、この記事を書かれた翌月、「姫」は天寿を全うされました。ご冥福をお祈りいたします。


また、辛いことも多かったはずですが、3人の子育てをしながら明るく立ち向かい、そのブログで多くの家族介護者たちを勇気づけてきた、きよママさんに心から敬意を表したいと思います。「姫・・・ママに在宅介護をさせてくれて有難うございました！」その後のブログで書かれていた、きよママさんの言葉に、胸を打たれます。

母の介護を通して・・・

ちび

母が入院して3週間

ここ最近、遊び呆けてばかりでしたが、そろそろマジメに記事を書こうと思います。

学校が始ったら、なかなか更新できなくなりそうだし・・・ [続きを読む](#)

母が入院して、イチバン最初に気づいた自分の異変（？）

アタシって疲れてたんだ～！！

という事でした。

母が入院した当日から数日、毎日8時間、眠りました。



ダンナが仕事に行ってから、また午前中いっぱい眠りました。

休みの日は、目覚ましをかけないで眠りました・・・これって何年ぶり???

睡眠をとると、こんなにも調子いいの???

当たり前の事ですが、睡眠がこんなに重要だとは・・・。

私は訪問看護をしています・・・自分では「介護・看護」に関しては、一応プロだと思っています。だから、適当に手抜きもできているし、なんとかなっていると思っていました。

でも介護をしながら家事をしたり、仕事をしたり、勉強したり。

自分の生活と介護、なんとか両立させている「フリ」をしていただけかも知れません。

正直な所「介護がストレス」って言うてはいけない気がして。

母にも申し訳ないし、ケアマネさんにも弱い所を見せたくないっていうか・・・。

「疲れた」=介護放棄してると思われないかな、とか。

皆の前では「へへへ〜」なんて明るくして・・・。

私は仕事もあり、また母の胃瘻注入に時間がかかるので、毎朝4時に起きていました。

もし、その生活で8時間睡眠を取るなら・・・20時には寝なきゃいけません。

でもその時間って、家事、母の口腔ケア、吸引、体交、吸引瓶の処理、胃瘻の物品の消毒など・・・。

ヘタすると、自分の晩御飯も途中だったりします。

少しでも早く寝るためには、自分の時間を削るしかありません(💔💔💔) ~~毛んね〜~~

・・・ちなみに私が削ったのは、お風呂タイム!・・・イチバン、ゆっくりしたい場所なのに。

そしてやっと寝ても、夜間、吸引で起きたり・・・通して眠れるのは数時間でした。

じゃあ、もっとサービス使えばいいのに!という声が聞こえてきそうですが～。

介護保険では、かなりの制約があります。

口腔ケアはヘルパーさんに頼めても、

その後の吸引は×です。

夜間の吸引やオムツ爆弾破裂の処理も、

定期的なサービスでの対応はできません。

ショートステイも、私が住んでいる地域では

「吸引している」だけで×です(💔💔💔) ~~毛んね~~
介護者がやるしかない事

実はコレがいっぱい、いっぱい山のようにあるんですよ・・・。

じゃあ正直、介護者としての私・・・ケアマネさんにどうして欲しかったのか～。

1. もっと話を聞いて欲しかった。

できてるだろう、大丈夫だろうじゃなくて、

ホントに大丈夫か? 聴いてよ～。

完璧な介護者なんて、いないのよお。

2. 我が家の生活パターン、もっと知って欲しかった。

私が1日、どんな生活してるか知らないでしょ～。

「休み休みやって」って、休むとケアがずれ込んで、寝る時間が遅くなるのよお。

3. 私が具合悪い時くらい、何とかして欲しかった。

インフルエンザで40 超えてる時くらい、なんとかしようとする姿見せて～。

ホントに死ぬかと思ったけど、母の事、1人でやったのよお。

現在、在宅介護から離れている私・・・母と離れたからこそ、わかった事・・・。

休みが無いと続かない!!

今回、私が学校に行くことになったのをきっかけにして、母は療養型に入りました。

でも学校に行くというキッカケがなく、このまま在宅を続けられたか・・・。

多分、ギブ・・・いや、マジで・・・ギブ・・・でも言えずに・・・介護殺人! ホントに

~~山(山) 毛んね〜~~

ケアマネさんはじめ、在宅介護を支えるスタッフ(アタシもだよっ!)に忘れないで欲しい事。

「ムリしないで」「休んで」と言うのは簡単です。

でもホントにその声かけだけでいい?

「ドコにムリが生じているか」理解してる?

本格的に介護者が休養を取るには具体的にどうしたらいい?

サービスでフォローできない部分

はどうする?

完璧な介護者はいないんです・・・。



母の介護のお陰で、私も訪問ナースとして少しは成長したな～と・・・。

来年春、母が帰ってきたら・・・今度は休み休み介護して、もっと優しい娘になります。

・・・ケアマネの高 さん、頼んだよお(💔💔💔) ~~毛んね~~

ちび(私の在宅介護日記;猫の手10本あるけど・・・)

看護師と家族介護者、両方の立場を持つ、ちびさんの記事です。ちびさんが認定看護師教育課程に通うことになり、医療依存度の高いお母さんは療養型に入院されました。その際に気づいた、専門職がとすれば忘れがちになること。それがこの記事のテーマです。

ちびさんのお母さんと猫は仲良しです。空のベッドを見上げる猫の視点は、ちびさんの気持ちでもありま

す(表紙の写真)。ちびさんが素敵な認定看護師になり、猫たちとともにお母さんを迎えることができる日を期待したいと思います。

～「我が家」の味方～

ぼう

《現在》

7年前、母54歳の時に『初老期アルツハイマー型痴呆症(当時は認知症でなく痴呆症)』と診断 要介護度は『3 4 5』息子である私と2人暮らし。ヘルパー・デイケア・月に計10泊程度のショート(短期入院を含む)を利用。物事を考えること、覚えることが困難なのは変わらない。日課だった徘徊は2年前からパツリとなくなり、現在は歩くこと自体が難しい……。

(初期)

アルツハイマーだと診断された7年前、呆然とする一方で誤診じゃないか?と思う気持ちがあった。CT画像にはなんの異常もなく、医師が行うテストの点数が低いというだけでそう判断するのはおかしいのではないかと第一、なんで母親がそんな病気になるんだ、間違ってるんじゃない?と感じた。しかし、それからいくつもの病院をまわって、出された診断は同じ。それらの病院の対応も「薬を出しておく」ということだけで、母親の、そして私の力になってくれるものではなかった。

わたしは唯一の治療(?)である薬の効果がまったくみえず、少しずつ悪くなっている症状にとまどい、苛立った。また、自分がしないといけない事がどんどん増えることで気持ちの余裕が無くなり、先の見えない状況の中で少しずつ、ストレスがたまっていく事を実感していた。

妄想・激闘・屋外への徘徊・親戚の理解……

自分なりにがんばって、がんばって、いつのまにか余裕を無くしていた心。介護保険のサービス、ヘルパーさんという協力者を得て、できた心のゆとり。わたしのそんな心の変化を……親は感じとっていたのかも……。私のゆとりのある心に、親の心もゆと

りを取り戻す……のだろうか?

ヘルパーさん達が来るようになって、もう一つ気づいた事。

「笑顔」

母と同年代(若干若いですが……)のヘルパーさんたちは母と友達のように接する。「友達」として一緒に料理や洗濯をするのだが、そこに会話というコミュニケーションが加わり、「笑顔」が出来上がる。「ヘルパーさんたちの笑顔」が「母の笑顔」を引き出す。我が家に一番欠けていたものかも知れない。

(中期)

徘徊の激しい時期に、担当医に言われてたことがある。「徘徊をいい運動だ」と考えているのは私だけで、医者から言わせるとそれはとんでもない話のようである「ただでさえ、認知症の患者というのは判断力が落ちているのに、徘徊をしていることは事故の危険が大きく、いや今まで無事故だったのが不思議なくらいで、それは死と隣り合わせの状況である。患者が家に独りきりの状況があり、徘徊の可能性があるのであれば医者としては入院をお奨めします。」というのが医者の言い分だ。まあ、なるほどごもっともな意見ですが……。つまり私は母を命の危険にさらしているのである。じゃあ、入院させたらどうなるのだろうか。



この病気というのは回復を見込む病気では、残念ながらないようだ。他の病気なら症状が悪化したら入院し、改善したら退院するだろう。それなら私もとりあえず入院させておくか、となるかもしれないけど。つまりこの病気で入院してしまったら、もうそのまま家に戻すのは困難なことを覚悟しておくことになるのではないだろうか。例えば入院したとし

て、そこでの毎日の生活にどれくらいの笑顔があるのだろうか？ 楽しみがあるのだろうか？ 1ヵ月後に私が迎えに行ったとして、母は私のことを覚えているだろうか？ 徘徊を黙認している現状は確かに危険と隣り合わせだ。しかし今、家で過ごしている母親には『家に居る』という、精神的な安心感がある。ヘルパーさんと冗談を言って大笑いしているときがある。そういうのを見ていると、施設に入れてしまうというのは、まだ先だと思う。まだ先。そう、いずれはそういう時が来る。というのも考えておかないといけないことではある。

文章として書いてるとどうも綺麗に書こうとしてしまうな、実際はもっとグチャグチャ考えてしまうんだけど。。

その別の側面を書くと、、、母親を入院させ、あるいは施設に入れると私はものすごく楽になる。徘徊を探しに行くこともなくなるし、母親が汚した部屋や玄関を掃除したりしなくてもよくなる。休みの日でもデイケアから帰ってくる母親に合わせて家に待機なくていいし、自由な時間が増えて、前みたいに自由に遊びにいけるようになる。。

それに逆比例して精神的には落ち着かなくなるだろう。

親を施設に入れる。

介護を放棄する。

あきらめた。

と。

80歳になる祖母は自分の娘が置かれている状況と、私が置かれている状況をいつも涙している。

その悲しみは母の入院で益々深くなると思う。

親せきたちはなんと言うだろうかとか、ヘルパーさんたちはどう思うだろうかとか。。

このまま在宅介護を続けて、徘徊時になにかあった場合。

在宅をやめ施設に入れて、親の記憶から家族がきえる場合。

結局決めなければいけないのは私だ。

正しい選択なんて分からないから、グチャグチャ悩みながら、それでもヘルパーさんたちが良い人た

ちで助けてくれるので、しばらくは在宅介護を続けていくな。

私が親の事で一番よく話をするのは親戚でも病院スタッフでもケアマネでもなく、実はひとりのヘルパーさんなのだ。

これまで在宅を続けられている理由の一つにこのヘルパーさんの存在がある。

親の理解者であり、私の理解者でもある。

ほかのヘルパーさんが軒並み拒否された時もこのヘルパーさんは大丈夫だった。なかでも、親の状態で私が感じてきたことを、同じように感じてくれていた。

親にとっての最良の場所はどこかということはこのヘルパーさんと話しをした。在宅以外の選択肢も考えられる、というかその方が親のためなのかもしれないとの話。

一人きりに出来る時間が少なくなってきて、また楽しんでる時間も少なくなっている感じ、デイに行くバスに乗りたくないのに乗せ、そして起きている時間の大半をしめるデイケアでの生活の充実度のハテナマーク。。。

いろいろ考えた時、ちゃんと専門スタッフが24時間いる施設にいて、そこに私たちが面会という形で会う日々のほうが幸せなのではないかと。

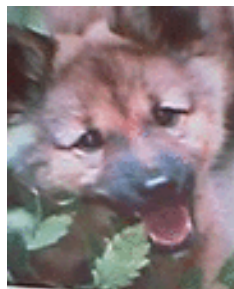
その話をヘルパーさんが切り出したのが私が施設見学に行った次の日。同じ時期に同じような感じを抱いていたのか。

以前からこのヘルパーさんは、うちに来るのが楽しみだと言ってくれていた。プライベートでも友達は大勢いるが、うちの親と接する時間は特別なのだと。うそや駆け引きのない状態の親と接し、その反応がたまらなく可愛いのだと。自分ももう50代の半ばを過ぎ、うちに来る訪問がなくなったときがヘルパーの仕事辞めるときだ、と言っていた。

そう言ってくれる人が考える在宅以外の選択肢。それは純粹に私の親のことを考えての事。

「在宅を続けたい気持ちは強いがそれがうちの親の為なのか」という台詞は、家族である私と立場を同じくしているからこそ出るものだろう。

答えを出さないといけないのは私だけど、こんな「味方」がいるのが心強い。



(今)

そのヘルパーさんとは、今も上手く「我が家の味方」でいてくれる。

P. S.

ブログを始めるずっと以前から、ぼうは親の事に関してほとんど人に話や相談はしなかった。

もし病気であることは話す相手がいても、家でどんなことが起きているのか、自分がどんな事を考えているのか。きつかったことほど、溜め込んでいた

ような気がする。

そしてブログを始めて、それらの思いは活字になった。そしてそれを多くの人に読んでもらい、また反応も返ってきた。

そして、ぼうの頭の中の思いは消化され、泡になって消えた。。

だからもう、今は書けない。 というか、覚えている必要がなくなったのだろう・・・過去の事になった。そしてきっと、頭が、体が軽くなった。

ぼう(くいしんぼうでパンパンさ)

家族からの視点の記事です。ぼうさんは病気が進行していくお母さんとの関わりを、若者らしい明るい話題も散りばめながら綴っています。介護とは全く関係のない仕事をしながら、居宅サービス、医療等の支援で在宅生活を懸命に継続されています。が、「親にとっての最良の場所はどこか」という問いかけは、また重いものでもあります。

施設入所を選択せざるを得ない、それが本人にとって最善である場合があることも現実です。この記事では、その重要な相談相手としてのヘルパーさんの存在が書かれています。

入所申し込み

べあ

今日の訪問で・・・

おじいちゃんのことを考えたら・・・
おうちにいるのが 一番ですよ。ね。
でも・・・私達にも 生活があります。
私にも やりたいことがあります。
それに・・・自分の親を施設に入れざるを得なくなってもう何年たつか・・・
これまでのこと。これからのこと。。
申し込みは たくさん考えた結果の結論なんです。

3月頃? だったっけ~???

他事業所から引き継いだケース。。

いろんな事情があったのか・・・

前担当のCMさんとは あまり込み入った話はして
いなかったらしい。。

毎月の訪問にも慣れて

つか?・・・ 当たり前だったんだってばっ

@@;

いろんなお話するようになって

ん~。 雑談とも言うっ^^;

夏頃だったかな?

お嫁さんから『今後のことを考えて・・・知っておきたいんです』って・・・

施設入所 についての情報提供の依頼があった。

現在の状況から今後のこと...在宅と施設それぞれの
メリットデメリット、特養・老健と有料「老人ホーム」の説明もした。

あ...! ご本人は 法人の併設デイ利用中。

私、時間があるとデイに遊びに行つて雑談しながら
~

情報収集してくるんだっ

この数ヶ月、確かに、排泄に関する介助が増える。

でも~、彼の身体的な状況だけなら、在宅に問題はないのよ~。。

彼ね？ お嫁さんのことを「ちゃん」づけで呼ぶの。
お嫁さんのこと大好きで・・・
デイで会うたびに「...迷惑かけるの嫌なんだよな
あ・・・」って...
話してくれる。。

これまでの数年間の在宅生活で・・・
もっと介護を要する時期もあって、その頃に比べれ
ばずいぶん慣れたし、落ち着いてきたんですよって。
ご本人の介護自体に関しては、お嫁さんは、頑張る
姿勢だったし、本当に頑張ってた。。
ご本人も、お嫁さんをものすごく信頼してて・・・
お互いがお互いのことを 気にして、思いやって....。

あれから数ヶ月経過...。
彼女はものすごくいっぱい考えたんだと思う。

おじいちゃんは、ものすごく勝手な人だったよう
で・・・
子供のことは一切面倒を見ないし・・・
いきなり会社退職しちゃったり・・・ 家でも怒鳴
り散らして、義母さんはいつも大変な思いをし
て・・・
義母さんが、いきなり亡くなっちゃって・・・
おじいちゃんが 今の状態になって・・・
主人も 義兄さんも おじいちゃんの面倒を見る
つもりはないって・・・
義姉さんも 全く関わる気はないって・・・

いくらなんでも・・・かわいそう過ぎませんか？
皆でもめて・・・ 押し付けあって・・・
おじいちゃんがあまりにもかわいそうで・・・
私、その場にいるのがものすごくつらかった。
結局... 私が おじいちゃんの面倒を見るしかなか
ったんです。

当時は主人すら何の手伝いもしてくれませんでした。
おじいちゃんの事は全て私がするしかなかったん
です。
「じいちゃんの時間に合わせる必要なんかない。
ほっとけばいい。」って・・・
「おじいちゃんのこと、見てるのは私。私の好き

なようにやらせて」ってずいぶんもめました。
最近になってやっと・・・主人もおじいちゃんのこと
と手伝ってくれるようになったんです。

・・・いろいろ考えた結果。。出した結論です。
毎日行ける距離で... 施設に申し込みをします。

途中・・・、涙ぐみながら、これまでの事やこれからの
ことを話してくれた。
あ....。 2時間コースね～。
訪問予定は・・・ 大幅変更～ ぐ(；→ ←)/
この訪問でのお話が・・・今日は 1日中頭の中 ぐ
るぐるしてたんだ～。。

毎回・・・こういう話を聞くたびに、いろんな事考
える。
私は、基本的には 在宅推進派。

でも.....。おうちで生活する.....、介護する.....、
って簡単なことじゃない。
介護する家族にも生活がある。そのために犠牲にし
なきゃいけないものがある。
いっぱいいっぱいの中で綱渡りしながら、本人も家
族もつらい思いしながら・・・それでも在宅がいい
のか？
それまでの生活や背景や「生き方」がそれぞれ違う
から...、その事情は当事者にしか分からない。

それまでがんばってきたことが...最終的に「こんな
はずじゃなかった」「この人のせいで・・・」になって
ほしくない。
がんばってがんばって・・・気持ちに行き場がなく
なるくらいがんばって・・・「もういやだ」って思っ
てからじゃ遅い。
それまでの、時間や
思い出が、悪いもの
でしなくなっちゃう・・・



・・・いろんな背景がある。家族関係がある。いろん
な経過を経て 今 がある。。・・・だから難しい。。

利用者さんはもちろん・・・家族だって・・・ものすごく、いっぱい考えて出した結論だと思うから・・・その方の人生の、家族の、ほんの一瞬の時間にお邪魔してる私ができることなんて・・・限られてる。病院で、ナースでいた時には、深く考えようとしなかった
“在宅での生活”
CMとして仕事を始めてからこれまでの数年間・・・何度も考えた。何が一番か。どうするのがベストなのか・・・。

きっと、これからも、ずっと考えるんだと思う。

介護の選択肢の中に 施設 は絶対に必要。在宅であることだけが 良し ではない。
在宅が一番でも 施設が一番でもない。

その選択は 本人・家族 にしかできない。。。

べあ（あっ！！というまに・・・）

べあさんが他の居宅介護支援事業所から引き継いだ事例です。主介護者（息子の妻）は、ついに施設入所申込みを決意されました。在宅か施設か、決定するのは、本人や家族です。担当ケアマネジャーであるべあさんも、できることは、その選択を見守り、考え続けていくことなのです。

在宅復帰は難しい

annkoro

介護老人保健施設＝略して老健
病院から在宅に戻るまでの中間に位置してるため「中間施設」と呼ばれる。
在宅復帰を目指してリハビリをしていくため「リハビリ施設」と呼ばれる。

私は老健が好きだ。介護職のほとんどを老健でしてきた。

元気になっていく姿を見れるのが好きなのかもしれない。

ひとつのことが出来るようになった時の利用者様の笑顔が好きだ。

でも・・・最近是在宅復帰率が低下している。

要介護度1で、在宅でも大丈夫な方が、特養待ちをして、老健をあちこち渡り歩いている。

在宅の受け入れが困難・・・というが・・・

家族にしかわからない、今までのしがらみが、在宅復帰を妨げているケースもある。

入院してる間に、親の居ない生活になれて、受け入れない人もいる。

嫁姑問題でこじれて、要介護度1で、ほぼ自立、独歩、病歴も重いものはないのに、家族が受け入れ

ない。老健に入ったのをきっかけに、家にも帰さない。

入所当初に老健について説明したのにもかかわらず、次の施設の手続きもしない。

お金もかけたくないため、洗濯は家族でするを選択したのに、どんなに汚れ物が溜まろうとも、取りにこない。

再三再四連絡して、来所するも、利用者様の顔も見ずに帰られる。

こういうケースは、嫁だけではない。

実の子供でさえも、同じような扱いをする方もいる。

でも、きっと、ここでは泣いていると思いたい。

「家で頑張ったんです。親に殴られても、施設に入れずに頑張ろうと・・・でも、無理だった・・・。決して捨てたわけではないんです。自分を責めてるんです・・・。」

そう私に言った家族様がいた。



その中で、在宅に復帰したケース。
入所した時は要介護度5で寝たきり。だが、意欲と家族の励ましによりリハビリを頑張られる。

体重を支えるほどの下肢筋力がなかったが、3ヶ月もすると、日中トイレ誘導、夜間ポータブル介助になる。

性格は明るく、身体を少し斜めにしながら車椅子を動かしながら、いろんな方に話しかけていた。

家族もマメに面会にこられ、そのつど励まし、応援していた。

そのうち、尿意便意も回復し、立位もしっかりして、長い時間立位可能になった。

定時に行っていた排泄介助も、訴え時に変更する。

そして、住宅改修が終了後、在宅に帰られた。帰るときは要介護度3になっていた。

2年後・・・その方と再会する。

「あんた～～久しぶり～～。ここにいたの??」

デイの迎えの車から、歩行器で車椅子のところに乗り換えて、私のところまで、やってきた。

「あれ～ご無沙汰してました～あ。お元気そうですね。」

デイのセンター長に聞くと、ADLは変わらないが、伝い歩きが出来るらしい。

変わらぬ笑顔、周りの方への思いやり・・・在宅の生活が上手くいっていると実感する。

上手くいってるケースはほんとに少ない。

在宅に戻っても、また、施設に戻ってくる。

その事實は、現場職員のモチベーションを下げる事にもなる。

だけど・・・最近是这样思うことにした。

「他の施設にいても、自分らしく生活できるように、援助しADLを上げて行こう。せめて、自分でトイレにいけたら、遠慮も少なく、安心して暮らせるだろう。」と。

そして、在宅で頑張っておられる方々に、いいサービスが提供されるように、そのサービスを堂々と受けていただき、悲しい出来事が起こらないように・・・

そう祈らずにはおられない。

annkoro (セルリアン・ブルー)

介護保険施設、特に老健は、本来は、在宅復帰を目指す場としての性格を持っています。しかしながら、現実には、家庭の状況など、さまざまな理由から困難な場合があります。

その中でも、スタッフや本人や家族の努力で在宅復帰できたケースについて、老健スタッフ annkoro さんの視点で書かれています。

寄り添う援助

sige

「寄り添う援助」って何ですか？

コメントで頂いた質問ですが、コメントでお話できる内容ではなかったから、僕なりの言葉で表現させていただきます。

「認知症」

認知症ってなんでしょう。

少し考えてみてください、何て答えますか？

「今あったことを忘れること？」

と答えた方

1週間前のお昼に何食べました？

覚えてますか？

覚えてないよね、「じゃあ～認知症？」

違うよね。

『脳の神経細胞が変性消失して生活障害を生じた状態』

これだって状態像であり的確な言葉だとは思えないんだけど、付け加えれば「進行性の難病」でもある。

さて、僕は子供の時に親から言われ続けた言葉があります。皆様も同じだと思う

「人に迷惑かけるような大人になったらダメだぞ。」
「自分の事は自分でしなさい。」
大半の方が同じ言葉を何度も聞いて育って来られた
と思います。

元気に生きてコロッと死んでいきたい
これは誰もが願っている人生です。
「そうそう～ 同じです。」
と、思った方々

『 貴方は確実に認知症になるでしょう。』

これは誰にも止めることはできません
逆に言うと誰も好き好んで認知症になったり、要介
護状態になっていないんです
誰だって今の元気なままで生き続けていきたい
漫画のサザエさん一家のように何年経っても同じ年
齢で元気に笑って生きていきたい

しかし、加齢は全ての人に平等に訪れます
そして高い確率で要介護状態となり認知症になりま
す

認知症になったら何も出来ないのかな？
別の機会でも何度か書きましたが、出来る部分と出
来ない部分がある
陽だまりの家で暮らしていると新しい発見だって有
ります。

さあ～ 記事を読まれている貴方にお聞きします
静かに僕の言葉を受け入れてください

今から僕が貴方のズボンを下ろします、逃げないで
くださいね。

「何するんですか！」と、言われますね。
普通だし、当然ですが 介護の世界ではこれを「介
護拒否」「介護への抵抗」と言います
そして「止めてくれ！」と言えば『暴言』になり、
「振り払えば」これは『暴力』
総合して『問題行動』と呼び、二度目には『困難事
例』と言われます。

誰だって急にズボンを下ろされたら怒ります
文句も言うし、抵抗もする、制止しても聞いてくれ
なかったら手も出ることがあるでしょう。
しかし、介護では当然のようにズボンを下げる行為
を普通にしていませんか？

トイレも自分で行きたい
誰にも見られたくない
僕の目の前で平気で排泄できる方は少ないでしょう

陽だまりの家の個室にはトイレがあります、自分だ
けのトイレです
出来る限り「はってでも行きたい」「誰にも世話に
なりたくない」と考えるのは普通じゃないでしょ
うか
失敗する事だってあります
トイレを汚す事だってあります
無理してトイレへ行けば転倒する危険性もあります、
でも事故が怖くて貴方はオムツをして欲しいです
か？ オムツ交換をしてもらいたいと思ってます
か？

僕は出来る限りトイレへ行きたい
失敗するかもしれないけど行きたい、失敗しないか
ら行きたい、失敗しても掃除するから行きたい

職員は汚れたトイレを何も言わないでさ～っと綺麗
にします。

誰だって何とかしようと思ってます
でも、上手に出来ない
出来なかったことが一番悔しい、恥ずかしい、他人
の責任にする、だから職員は黙って掃除します

場合によっては自分で失敗したズボンやパンツを綺
麗にしようと頑張る方もいます
でも、出来ないんです
洗面所で洗って流そうと思っても上手くできない
職員に見つかる

「これはダメじゃ！ あんたには迷惑はかけられん。
触らんでくれ汚れるから。」

『大丈夫ですよ、手袋するから』
これで「汚れる」心配はなくなりました
『誰か来ないうちに一緒にしましょう』
これで悩みを共有することができました
ただし、綺麗にするのは職員が99%します。

私達は全てに手を貸すことはしません
車椅子から立ち上がろうとする方に「ちょっと待つ
て、動かないで、私がするから」
これは声による拘束と言われます。
何かしたいと思ったから立ち上がろうとした
介護者は転倒の事故を考えて制止しただけ
でも、それって今の貴方がダメ、ダメと全てを禁じ
られたら普通ですか？

認知症の高齢者が歩いていると徘徊と言われます
何故でしょう？ 目的もなく意味なく歩いてるか
ら？
目的はあります、意味だってあります
ただ、忘れてだけです

「家に帰りたい」これも何度か書きましたが「元気
だった昔に帰りたい」と言われているように聞こえ
ます。自分が一番輝いていた時に、あの時代に帰り
たい・・・
年代は人によりそれぞれ異なります
歌は20歳前後に覚えた歌を生涯忘れない、なんて言
葉もありますが
素敵に輝いていた時代は40代だったり、30代だっ
たり、子供の時だったりします。

認知症は「子供帰り」と言ったことが有ります
今の記憶を忘れ、若い時の記憶に戻る
でも、進行すると教わったことを忘れる
道徳も倫理も忘れる
赤ん坊が何でも口にする
手の届く場所にあるものは全て口にする
ウコンならいいけどウ コモ口にする

そして言葉を忘れていきます
笑うことも、怒ることも忘れていきます

「あの方、レベルがダウンしたね」
え？ 予測できたことでしょう
だったら何で援助できないんだろう
回想法
一番輝いていた時代にある時に、少しでも維持でき
るように援助できなかったかな...
歩こうという意思があるときに、危険だと脅えない
で歩く練習が出来なかったかな...
手を出すことでは有りません
側で見ているだけかもしれない
危なっかしいけど、出来ることを少し頑張っていた
だく
手を出しすぎない事
介護する援助じゃなくて、
寄り添う援助



言葉は色々です
「おい。」
でお茶が出てくる生活をされてきた方は「おい」と
言われます
それ以上の言葉はありません。
何もしなければ「なにやっとなんじゃ！」と大きな
声を出されるかも...
でも、『その人らしい生活』は「おい」の一言にあ
ります。

一人ひとりを知ることから始めます
全てを介護するんじゃなくて、少し手抜きをしまし
よう
温かく見守ること
何をしていたか、今から何をやるんだったか忘れ
たら援助しましょう
「お食事ですよ。」「ご飯ですよ」「美味しいから
食べましょう」

全てを少し考えて...
普通って何だろう？
これが普通なんだろうか？

陽だまりの家が出来ているとは思っていません
だから悩めます。
でもね、出来ないことでも心で何を思ってるかが大

切

「ごめんね、お外に行きたい気持ちは分かるけど、こんな夜に一緒に出たかったら出たいけど、もし出ると他の皆さんに迷惑がかかるんだ。今の日本の制度ではこれが限界なんだ。ごめんね。」

言葉で言うのは簡単です

考えると普通なんだけど、一人が考えても難しいからケアチームで話し合いながら一步一步前に進みます。

寄り添う援助のお話から逸れたりしましたが、少しでもご理解頂ければ幸いです。

sige (僕のかみさん)

介護専用型の地域密着型特定施設の運営者、sigeさんの記事です。認知症の方への関わりがテーマですが、下手な解説は不要と思います。

愛の形。

みほ

とっても綺麗にもみじの塗り絵をされている男性利用者のNさん。

Nさんは穏やかに穏やかに認知症が進んでおられる。

「きれいなもみじになってきましたね。

県北は紅葉してるって聞きました。私、行ってみたいんです。」と声をかけた。

すると、急に目がキラキラと光った。

何を言うかと思ったら

「一緒に行こう！わしも行きたい。飛行機に乗って行こうや！！」って笑う。

「誰が飛行機の操縦をするの？」って聞くと

「わしじゃ～わし！わし、航空機なんとか免許を持っている。」

「そりゃ～頼もしい！空からだとあつと言う間に、ついちゃいますね(笑)。」

Nさん、戦争体験者なの。

ちゃんと若いころの記憶は鮮明に残っている。

中途半端な認知症だから今の記憶もちゃんと存在するの。いつもごちゃごちゃになってるんだけど・・・癒し系のじいちゃんだ。

今日ね、そのNさんを家に送って行ったの。

いつも玄関先で帰りを待ってる奥様。

「おじいさん、今日はどうだった？」

「今日も、えかったよ。・・・おい、肉はあるか？」

「お肉？あるよ。たんとおあるでなあ～。」

すると私の方に振り向きこう言った。

「今夜は肉にするから食べにきんさい！」

私にごちそうしたいって(笑)

「ありがとうございます。」

「遠慮はいらんぞ～」

「は～い。」

「いつでもおいで～ごちそうするから。」

ず～～～っとその間、奥さまはニコニコ笑顔で否定されることなく受け答えされていた。

認知症が入ると家から追い出してしまふ家族が多い中、上手にデイとショートを利用され在宅生活が継続されている事例。

ずいぶん葛藤があったと思います。

脳梗塞を発症され、退院後はロング入所されていた。

でも奥さまの強いご意向で在宅復帰されたケース。

在宅復帰された後からも奥さん自身、何度か倒れている。

それでもできる限り在宅生活を続けさせてあげたいんだって。

だからこちらもできる限り、四点歩行器で歩いて
いただいている。

もしもカメよカメさんよ～ 超スローペース。
ず～～っとトイレまでの移動は職員つきっきり
で声かけと見守りを行ってる。(往復30分；)
職員いないのに、みんな意識して交替で声かけし
ている。

ものすごい努力してるんだ。
本人も施設側も(苦笑)。



車いすにするのは簡単だ。

でも歩けなくなったら、この方の在宅生活はたち
まち脅かされてしまう。

私たち職員一同、Nさんの在宅生活を支援してい
きたいと考えている。

しかし若いころから奥さまのことを大切にされて
いたんだろうなあ～

あの笑顔と声かけには愛があるわ。

みほ(文章力アップをめざして)

通所リハビリのスタッフ、みほさんの記事です。やはり、認知症の方の在宅生活を支える人々(家族を
含めて)がテーマですが、そういうヤボな次元を超えて(笑)素敵な老夫婦のお話として読むこともでき
ると思います。

家を考える

兼任CM

「家」はなんと言っても一番落ち着く場であること
は間違いないだろう。

ではなぜ家が一番落ち着くのか。

これはもう単純に「慣れた環境」であり、「慣れた
関係」が凝縮されているからであり、そこには長年
培ってきた「生活のリズム」があって、それが自然
のペースで流れていくことが間違いなく保障されて
いるからだ。それはマイペースな時の流れであり、
生活の流れであるとともに、それに対して他者から
の様々な干渉がされないものである。

また家は様々な意味での安全も確保してくれる存在
である。物理的な安全もそうだが、心理的な安全
が確保されるということが大きな意味を持つ。これ
が「安心」に繋がっていくことにもなる。

そしてこのマイペースでの生活を送ることができる
こと、そしてそれが安心できるものであることが
「家」に対する愛着をより強いものへと変えていく
のであろう。

またそこに時間の経過に伴い様々なものが上乗せ
されていく。それは思い出であったり、自身の心身
の加齢に伴う変化による「思い」であったり、環境
変化に対する順応力の低下であったりという様々な
要素が、それによって更に「家」に対する愛着が強
化されていくことになる。

それは例え病を患ったり障がいを患ったりしても
変わらない。むしろ病や障がいによって「かなえら
れない思い」が増えていけばいくほど安心の象徴で
ある「家」に対する思いが、安心と安全の場である
「家」での自分のペースに応じた暮らしに対する愛
着が強まっていくのではないかと思う。

だからこそどのような状況になっても「家が一番」
になり、「家以外では…」ということになっていくの
ではないか。

このように仮定してみて、「在宅での生活を継続す
る」ということを考えてみると、それは単に「生活
の拠点を自宅に置く」ということでは不足している

ということになる。安心感が抱けること、安全だと感じられること、マイペースの暮らしと生活のリズムを感じ取れること。これらを確保し実現して始めて「在宅での生活を継続している」と感じ取ってもらえるのではないかと思う。

介護支援専門員は、それを前提にしてアセスメントを行うことが必要になっているのだ。それが「望む暮らし」を明確にするという、アセスメントの最も基本であり、最も重要な役割を果たすということではないだろうか。



そこには単に動作ができないとか、活動ができな

いという視点だけではなく、「落ち着ける生活環境」「安心できる生活スタイル」を導き出すとともに、それが実感できる支援へと変換していく力が求められていることになる。アセスメントとはかように奥深いものであったのか、としみじみと感じている。

このように支援をしていくことができれば、ひょっとしたら物理的な家ではない場所（機関）であっても「家」と感じ取ってくれることになるのではないか。逆にいえばこのような支援ができないのであれば、住み慣れた家も「家」としての認識ができないのではないか。そう感じてならない。

兼任CM（介護サービスほっと通信）

在宅復帰へのハードル

ぴび

肺炎で入院した利用者。もともと脳梗塞で片マヒがあったけど、リハビリに積極的で自分でできることもだいぶ増えた。認知症もなく、年齢的にもまだ若い方。

入院先の病院の医療相談室から電話があった。嚥下困難でこのままだと誤嚥性肺炎を繰り返すので（嚥下テストも行った）「腸ろう」を造ると言う。。

病院の担当医からこの話をされ、ご家族が医療相談室に行って、ケアマネに連絡してほしい・・・と、言って下さったとのこと。（信頼してもらえて）嬉しかった

しかしその内容はショックなものだった…

入院する前には普通に食べてたのに… 経管栄養に、吸引も必要になるだろうなあ。

ご家族の希望は、「少しでも長く生きてほしい。家に連れて帰りたい。」

その結果の決断。

検討に際し、在宅時の主治医に相談したところ、「全然難しくないので十分可能。お手伝いしますよ」との回答だった。



ポイントの解説

病院とは専門的治療を施すところ。だから嚥下困難による誤嚥性肺炎という疾患に対する処置として「腸ろう」造設をチョイスした。もちろん患者の家族と相談の上で。脳梗塞の影響による嚥下困難であり、家族の希望も「少しでも長く生きて欲しい」であるため、この選択しかなかったのかも知れない。ただ、医学的知識について圧倒的に弱者である患者の家族に対し、その処置後どうなるのか？を具体的にイメージできるような説明は必要である。恐らく病院は地域連携室を通じて在宅時の主治医やケアマネジャーにも相談を勧めたのであろう。この病院はまだ比較的良心的と言える。人間としての尊厳やQOLを考えず、通り一辺倒の腸ろう処置、吸引処置の方法を指導しただけで退院しても問題はないと考えている病院がやはり主流である。

この事例もできればもう一步前進して、在宅時の様子や環境を知っている主治医やケアマネジャー、訪問看護師も踏まえたカンファレンスによって方針を決めていただければ、なお良かった。

来年度から導入される後期高齢者医療制度にお

いても入院医療については、「入院時から、地域の主治医との適切な連携の下、退院後にどのような生活を送るかということ念頭に置いた医療を行う必要がある」として、その方向で検討中である。これにより、全ての病院が患者の生活本位の医療が提供されるような姿勢に転換してくれることを切に望みたい。

現在は点滴だけで体重もかなり減少し、体力が落ちている。

また、一日に数回の痰の吸引が必要な状況。

認知症がなく、しっかりしているのでかなり辛いらしい。

・・・が、介護者は奥さま（持病あり）一人。

入院前はデイケアとショートステイ、訪問看護を利用してようやく在宅が成り立っていた。

この上腸ろうとなると...

利用者本人の意思に反して、話すのは辛いけど・・・奥さまに

・「腸ろう」や「吸引」の手技的なことは慣れれば問題なくできる。

・「腸ろう」は経管栄養に要する時間がかかり、奥さまが傍にいないといけない時間が長い。

・排便コントロールが難しい。

・「吸引」は夜間も必要になるかもしれない。

・体力が低下しているため、入院前より介護全般の負担が大きい。

・・・そして、
デイケアやショートステイ
などの介護保険サービスが
受けられない可能性もある。



という、シビアな現実を話した。

脳梗塞で片マヒだが、車椅子自走ができ、歩行訓練もしてただけに、ショックは大きい。

もちろん、食事ができないことも。（涙）

でも、奥さまは「話してくれてよかった」・・・と。

「とても一人じゃ無理」・・・と。

奥さまにも、すぐに在宅に戻らないで転院を考え

てはどうかと提案した。

一つ返事で、「そうします」と。

本人の希望どおりに生活させてあげたいけど、悲しい現実もたくさん見てきた。

介護力がないのに退院して、本人や介護者が精神不安定になり、家庭不和になったケース。

退院して間もなく再入院し、亡くなられたケース。

何より・・・医療処置があるために、介護保険サービスがなかなか利用できない現実。

ポイントの解説

胃ろうなどの医療処置が必要な利用者の利用を断る通所や短期入所事業所は残念ながら少なくない。

医療系サービスである通所リハや短期入所療養介護（つまり老健）ですらも（むしろこっちの方が断る確率は高い？）

これは人手がかかるとか、薬剤費等が持ち出しになるなど、事業所側の経営面での判断からによるもの。事業所の姿勢も問題だが、低い報酬で何でも包括化という制度上の問題も確かに大きい。

このあたりも療養病床再編後の受入体制の大きな課題の1つとなっており、そのことも念頭に置いて検討されているので、来春の**後期高齢者医療制度、介護報酬改定**で何らかの形で見直し**が期待される**。

また、医療必要度が高い方の在宅療養を支える目的で設置された「療養通所介護」だが、その指定数は極めて少ない現状。その大きな理由が、**看護師不足**である。

実は介護保険制度発足当時と比べて、どのサービスも給付費額は倍増しているにもかかわらず、訪問看護（と訪問リハ）は微増に止まっている。その理由として、病院の7：1看護師配置導入のおかげで介護現場に従事する看護師が激減しているのが大きいと思われる。特養や在宅療養支援診療所との24時間連携も求められている訪問看護ステーションではあるが、マンパワー不足による従事者への負担増により、ますます必要度が高まるにもかかわらず後退しつつある現状。そんな中で

新たに療養通所介護に従事する看護師の確保も難しい…。経営側にも大変リスクが大きい。

在宅療養の願いを叶えたくてもその体制整備が追いついてない現状…。国には早急な基盤整備を求めたいし、看護協会の働きにも期待したい。

かといって、国が悪い、制度が悪いとぼやいていたって事は進まない。幸い来年度の後期高齢者医療制度等で在宅療養の基盤を整備すべくマンパワーの確保とチームケア体制への変革が検討されている（本号『包括的地域ケアシステム』参照）。高齢者を支えるもの達みんなが協力して、その制度を上手に利用し、モチベーションを高めあって、安心してぬくもりのある在宅生活の実現をサポートしていただきたい。

数週間後、奥さまから連絡がきた。本人も納得し、明日、「腸ろう造設」の手術をすることになったと。

先日お話して、術後落ち着いたら転院することになったが、

本人も家に帰りたいし、家族もいずれ家に帰してあげたいと。

・・・で、奥さまにアドバイスした。

転院先でリハビリをしながら体調を整えること。

その間、在宅での介護体制を考えること。（一人では無理なので）

腸ろう（経管栄養の管理）や吸引などの医療処置を家族がマスターすること。

奥さまの体調を整えること。（持病を持っているので）

在宅で確実に受けられる介護保険サービスの確認：訪問看護、訪問リハビリは今までどおり可能。

状況によっては訪問介護の導入。（ただし医療処置は困難）

* 老健ショートが受けられるようにアプローチする

ケアマネの仕事

・・・で、「在宅復帰」を目標に頑張りましょう～！
ということになった。

道のりは険しいかもしれないけど・・・

これからですね・・・

一緒に頑張りますよ・・・ 再スタート

ぴぴ（訪問ナース&ケアマネ のほほん日記）

地域包括ケアシステム

ポイント

第3号のテーマは「在宅」。

ここでいう「在宅」とは在宅医療や在宅介護、その他の支援により、要介護高齢者が（基本的に）住み慣れた自宅で、その尊厳を保持し可能な限り自立した日常生活を送ること。

一般的に病気や要介護状態になったとしても、みんな住み慣れた地域、住み慣れた自宅で居続けたいという希望は持っているはず。実際、施設入所者には、最初から施設に入りたかった、自分の家はイヤだったという方はほとんどいないだろう。そしてその家族や支援者も可能な限りその希望を叶えてあげ

たいという気持ちで支援している方が多いはず。

しかしながら、その高齢者の心身の状況や介護者（力）や周りの環境により、在宅生活が難しいケースも多々ある。たいてい、なんらかの理由により施設での療養を選択せざるを得なくなり入所した。その家族等も在宅療養ができる状態であれば（つまりなんらかの理由が解消されたなら）自宅に連れて帰りたいと思ってられる方が多いようである。

その「なんらかの理由」を支援者側のちょっとした工夫により解消、あるいは軽減することはできな