

平成 15 年度独立行政法人福祉医療機構

(長寿社会福祉基金) 助成 (事業)

# **地域の痴呆性高齢者を理解するための啓発事業**

## **報 告 書**

平成 16 年 3 月

社団法人 全国訪問看護事業協会



## 報告書発刊にあたって

社団法人訪問看護事業協会では、平成15年度の事業として独立行政法人福祉医療機構の助成により『地域の痴呆性高齢者を理解するための啓発事業』を実施し、ここにその報告書を刊行することができました。

2000年4月に介護保険制度が施行されて以来、要介護高齢者に対するさまざまな在宅介護支援サービスが展開され、今や介護の社会化が定着しつつあります。その一方、要介護認定者の中で「痴呆性老人自立度Ⅱ」以上の高齢者が150万人を突破し、2025年には300万人以上となることが予測され、痴呆ケアに携わる人材の確保や介護の質の向上は、将来の重要な課題でもあります。2000年度の介護サービス施設・事業所調査によると訪問看護ステーション利用者約17万人中70%の約12万人が何らかの痴呆の症状を有する、との報告から訪問看護事業でも痴呆性高齢者に対する支援活動は重要な位置づけとしています。

そこで、平成15年度事業として『地域の痴呆性高齢者を理解するための啓発事業』を行うために、学識経験者や地域・関係団体代表者からなる委員会を設置し、本事業の活動について協議致しました。その結果、痴呆性高齢者の為の訪問看護事業を啓発するためのパンフレット作成と痴呆性高齢者の在宅ケアを主題としたセミナーを東京と大阪で行うことになりました。本報告書は、それらの活動成果を報告するものです。

発刊に当たり、本事業実施にご協力いただいた関係各位に厚くお礼を申し上げます。

平成16年3月

『地域の痴呆性高齢者を理解するための啓発事業』委員会  
委員長 今井幸充

「地域の痴呆性高齢者を理解するための啓発事業」委員会  
委員一覧

委員長 今井 幸充 日本社会事業大学大学院 社会福祉研究科

委 員 六角 邽子 痴呆ケア研究所

古賀 忠毫 財団法人 ぼけ予防協会

時田 純 高齢者総合福祉施設 潤生園

繁田 雅弘 東京都立保健科学大学 作業療法科

永島 光枝 呆け老人をかかえる家族の会理事（千葉支部）

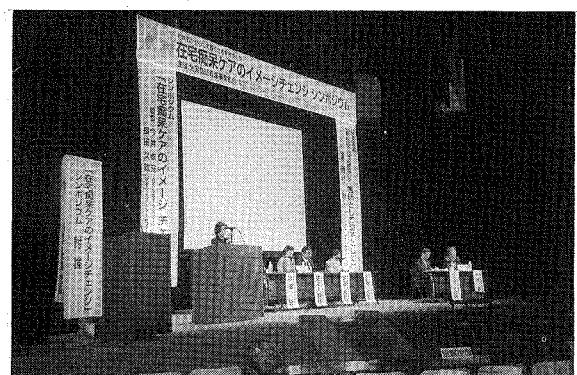
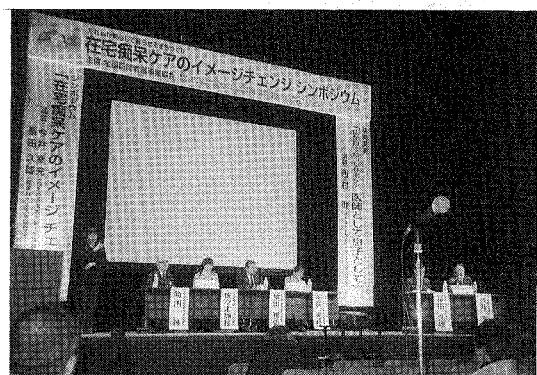
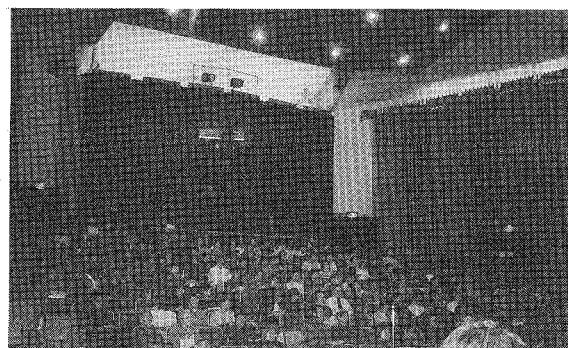
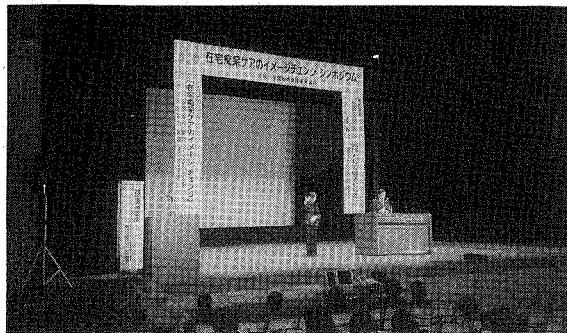
長田 久雄 桜美林大学

西島 英利 社団法人 日本医師会

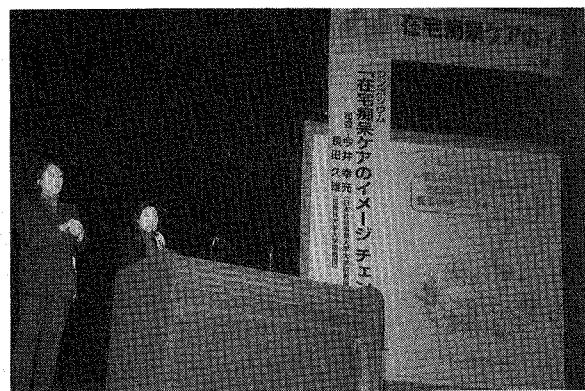
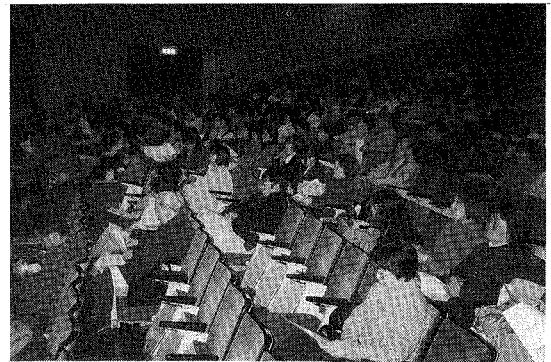
池ヶ谷紀子 武藏野赤十字訪問看護ステーション

# 在宅痴呆ケアのイメージエンジンシングポジウム

於：三鷹公会堂 2003年12月14日（日）



於：東大阪市市民会館 2004年1月24日（土）



## 目 次

はじめに .....	1
「地域の痴呆性高齢者を理解するための啓発事業」委員会委員一覧 .....	2
シンポジウム「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」：三鷹公会堂 .....	3
シンポジウム「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」：東大阪市市民会館 .....	4
シンポジウム「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」総括 .....	7
シンポジウム「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」 .....	9
医師が向きあう在宅ケア	
繁田 雅弘 .....	11
家族が向きあう在宅ケア	
永島 光枝 .....	13
施設が向きあう在宅ケア	
時田 純 .....	15
看護が向きあう在宅ケア	
佐々木静江 .....	18
医師が向きあう在宅ケア：痴呆を介護する夫の虐待を防ぐ心理教育アプローチ	
松本 一生 .....	22
家族が向きあう在宅ケア	
吉野 立 .....	26
施設が向きあう在宅ケア	
西元 幸雄 .....	30
看護が向きあう在宅ケア	
雨師みよ子 .....	35
シンポジウム「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」回答者アンケート結果 .....	38
資料：訪問看護ステーション利用のご案内 .....	49



# シンポジウム「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」

## 総括

今井 幸充

日本社会事業大学大学院

全国訪問看護事業協会の平成15年度事業として、「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」をテーマに東京と大阪で2回にわたりシンポジウムを開催した。東京では平成15年12月14日(日)に三鷹市公会堂で、また大阪では平成16年1月24日(土)東大阪市民会館で開催した。

シンポジウムの進行は、両会場とも同じプログラムで進められた。基調講演では、大阪大学名誉教授ならびに甲子園大学大学院研究科長の西村健教授が「私が向き合った在宅ケア～医師として息子として～」をテーマに60分講演された。内容は、介護者の苦労、それを支える周囲と連携、そして看取った時の満足感など西村先生ご自身の介護体験を通してその実情をのべ、同時に痴呆性高齢者の在宅介護の支援のあり方について講演された。西村先生は、アルツハイマー病研究の第一人者であり、これまでにも多くの業績を残され、また我が国のみならず国際的にも活躍されている研究者で、また精神医学の臨床家でもある。息子としての立場と同時に医師また痴呆研究者としての立場からの介護体験は、家族介護者の立場にある参加者は無論のこと、専門介護職の参加者にも共感と感動を与え、またこれからのは在宅介護の支援のあり方に大きな示唆を与えた。

シンポジウムでは、両会場とも「痴呆ケアのイメージチェンジ」を共通テーマにそれぞれの立場が向き合う痴呆ケアについて意見を述べた。そこでは各シンポジストがシンポジウムテーマの共通視点として以下の3点を示した。

- 在宅痴呆性高齢者を支えるためにこれまでの在宅支援サービスの視点を変えて、新たなサービスの可能性を考える。
- 在宅をグループホームなどの小規模なユニット型の施設の一室と考えて、施設と同じようなケアが提供できたら、何も施設入所を考えなくても在宅に居ながらにして十分なサポートが受けられ、多くの痴呆性高齢者が住み慣れた環境でいつまでも生活できるのではないか。
- 「在宅介護は大変、入所は楽」といった家族の思いこみから、痴ほうの人を「家族が家庭で世話をできそう」と思えるような地域支援を考える。

家族、臨床医、訪問看護、施設の立場からそれぞれの立場から約15分講演した。

東京会場では、まず「呆け老人を抱える家族の会」理事の永島光枝氏は、「ぼけたら何も分からない」のではなく「呆けてもここには生きている」を基本とした在宅支援のありかたやターミナルケアの充実を訴えた。医師の立場ら東京都立保健科学大学作業療法科教授の繁田雅弘先生は、痴呆に対する治療法が確立していない現状で、「痴呆の人と一緒に生活する環境」を考える医療の提供について具体的な症例をもとに述べた。また「訪問看護ステーションはあなたの街の保健

室です」をスローガンに痴呆症状があっても隣近所で安心して暮らせる優しい街づくりに取り組む訪問看護ステーションの実践について、訪問看護師で訪問看護ステーション北沢の佐々木静枝氏が報告した。最後に高齢者総合福祉施設潤生園園長時田純氏は、痴呆の人にはいた環境を提供する施設介護の実践的な取り組みを紹介することで、施設ケアのイメージを大きく変えさせる講演であった。

東京会場での総合討論では、フロアからも幾つかの質問が寄せられシンポジストと活発な意見交換が行われた。その中でも「看護」と「介護」の違い、サービスの利用法、医療との上手なつきあい方などの身近な疑問や実際の介護に役立つ質問が多く見られた。

東大阪市民会館では、呆け老人をかかえる家族の会鳥取県支部の吉野立氏が家族会の地域支援活動を紹介しことに大きな反響と感銘の言葉がアンケートに寄せられた。続いての松本クリニックの松本一生氏は、在宅医療の立場から介護者が「在宅ではできることに限界がある」という心理的不安を払拭する為に診療所で家族への心理教育アプローチを実践していく、この試みが介護者の虐待を防止するといった具体的な効果が示された。また河内医師会訪問看護ステーションの看護師雨師みよ子氏は、ビデオを交えて地域訪問看護活動の実践を紹介した。最後に、青山里会第二小山田特別養護老人ホーム施設長の西元幸雄氏は、現状の施設サービスから小規模で生活を中心とした住宅を提供するサービスの転換を述べた。それぞれの立場での現状の取り組みが参加者の関心を呼び、また将来への安心を期待したことがアンケートで示された。総合討論では、痴呆の人の人権を守る事や、痴呆予防、介護予防の問題もフロアから質問が出された。

この度のシンポジウムでは、「痴呆ケアのイメージチェンジ」をテーマに、各シンポジストにはそれぞれの立場から、上記の共通視点に立って議論して頂いたが、東京・大阪とも大方その目的は達成できたと思う。ただ、限られた時間内で議論が尽くされた訳ではなく、また痴呆ケアのイメージチェンジの持つ意味を十分に参加者に伝えられなかつた感は否めない。しかし、基調講演の西村健氏をはじめシンポジストの現場での実践的取り組みは、参加者に感動と共感を与え、参加者に新たな痴呆ケアのイメージづくりに貢献したと思う。このようなすばらしい時間が提供できたことは大変喜ばしい事であったが、残念ながら参加者の数が当初予定の3分の一程度と少なかった事は大変残念であった。

シンポジウム  
「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」



## 医師が向きあう在宅ケア

繁田 雅弘

東京都立保健科学大学教授

ある女性の患者さんが、病院にいらっしゃいまして、診察をさせていただいた結果、診断がアルツハイマー型痴呆ということになりました。そこで、ご家族に病気について説明するのですが、次の診察で訊いても、皆さんお分かりになっていらっしゃらない。それも当然のことです。病院に来るまで、「物忘れがこんなに進むなんておかしいぞ」、「悪い病気だったらどうしよう」と心配して躊躇した挙句、やっとのことで決断して病院に来るのであります。しかし、そこで受ける説明は、あまり良いことはない。「治らない」とか「だんだん判断力もなくなってくる」とか、「それほど速くはありませんが、徐々に悪くはなっていきますので・・・」というような話になってしまいます。ご家族の不安も強まります。これから的生活をあらためて考えなおさないといけないわけですが、はじめはそんな余裕などありません。追い込まれた状況で、混乱するかもしれない。その後、診察のたびに2度、3度と説明をするうちに、ご家族も何となく、そういうものかとだんだん分かってくる。これはどうも良くならない、これからも病気は進んでいくだろうということが時間とともに実感をもって分かってくる。そして、自分はその状況で何をしなければいけないのか、あるいは妻に対して何ができるのかということを具体的にいろいろと考えられるようになります。

医者の役割として、この時期にサポートすることが、一番大切なことだといつも感じます。ご主人は、初診から2、3ヶ月した頃に次のようにおっしゃった。「治る病気ではないということがわかった。これからも病気は進んでいくだろうが、今、自分ができることはあるし、それをあげることで一緒に暮らせるのであれば、少なくともそのあいだは一緒に暮らしていこう」という決意をしていったのです。家族が病気を受け入れた上で、それに対してある程度冷静に、客観的に、これをしよう、これができるというようにお考えになると、その後の経過は非常に良いものです。病気が良くなるというわけではありませんが、生活が非常に安定したものになります。

そして、しばらくは、ご主人が自分で妻の面倒を看ていたわけですが、受診してから2年くらいして、娘さんと娘さんの旦那さんが同居することになりました。ご主人に「娘さんにお願いしたんですか」と訊いたら、「いや、べつに私は言っていないのだけれど、娘のほうが言ってくれてね」とおっしゃっていました。家族が病気を理解した上で受け入れて、自然な気持ちのなりゆきとして、一緒に住もうということになった。困りに困って、誰かがご主人を助けてあげなければいけない、誰が助けるのか・・・という状況にはならなかった。これはおそらく、症状の軽いうちから病院にかかる、家族にも時間をかけて病気を理解して受け入れる時間があったことが、そして手前味噌ですが、医師が第3者としてそれを見守っていたことが、良かったのではな

いかと思うのです。

この方は、その後も痴呆が進んできています。ご主人のことや娘さんの事を、自分の夫と娘だとわからっているかどうか怪しい。ただ、その人たちが自分にとってとても親しい人で、ずっとこれからも側にいてくれるということを漠然とは感じていると思います。そういう人と一緒に家にいて暮らす。家でそういう人に囲まれて、穏やかに暮らしている。毎日の散歩のほかに、一緒にご飯も食べ、ときには旅行も行く。このように、治すわけではないけれども、早いうちから病院を受診し、病気である事を理解し受け入れて、いろいろと起こってくる問題を早め早めに対応していくことで、アルツハイマー型痴呆でも、穏やかな経過をとります。出来る事をひとつひとつ積み重ねていくと、5年、10年の経過は、それをしなかった場合と比べてずいぶんと違うものだろうと思います。

## 家族が向きあう在宅ケア

永 島 光 枝

社団法人呆け老人かかえる家族の会理事

「呆け老人をかかえる家族の会」の永島光枝です。この会は1980年に出来ました。私が母の介護をしたのは1970年代の10年ですが、その後20年、痴呆と介護家族に関わってきました。自分の介護体験を後に続く介護家族たちと共有して支えたかったです。

私は母の40歳の時の子供で、叱られた記憶がありません。母は82歳で亡くなつたのですが、今考えると、そう困難な介護ではなかつたのに、痴呆のことがよく分からなかつたために、母も私も、とても回り道をしました。西村先生のお話を聞いて改めて思います。

老年精神医学の専門のお医者さまからこういう介護体験をお聞きして非常に感銘を受けました。子としての思いは専門を超えて同じだと思ってお聞きしました。

今、日本には160万人の痴呆の人がいますが、その7割は在宅介護です。介護保険3年の経過の中で、在宅サービスで一番使われているのは訪問介護、次に福祉用具、デイサービスなどで、訪問看護は5番目に使われています。介護保険前は福祉サービスはお上の世話になるという気持でしたが、介護保険以後は家庭にサービスが入ることが受け入れられ、福祉用具は当初の240%，訪問介護は170%，通所介護140%，訪問看護は120%と、急激に利用が伸びています。

またケアマネージャーが、どんなサービスを使いますかと、家庭を訪問して聞くということの副産物として、介護者が情報を得て、介護の苦労を話す機会ができたことは、介護保険の側面の効果ではないかと思います。痴呆においても中程度の人の介護はサービス利用によって在宅介護が少し楽になったのが実感ではないでしょうか。

しかし、ケアマネージャーや介護保険の認定に関わる人たちにも、痴呆の理解についてはばらつきがあり、その質や教育がこれから問題になってくると思います

2015年以降になると、団塊の世代が65歳になるので、人口ピラミッドの一番大きいところが高齢者になる。痴呆の人の推計も250万人になり、痴呆のケアを介護保険のケアスタンダードに考える、という意見が高齢者介護研究会から出ています。

西村先生のお話を聞きましたが、私の母は脳梗塞からの脳血管性痴呆だったので、いわゆる「まだらボケ」で娘に親の権威をかざし、又「天井の隅から男の人が2人覗いている」とか、ぞつとするようなことを言って、介護者の私もとても混乱しました。西村先生はお医者様ですからすぐに「これはせん妄だ」と気付かれ、無理な対応をしなかつたと言われましたが、私は「そんなことをある筈ないでしょう。天井に人が2人もいたら天井が落ちてきちゃうでしょ」とか言って、言い争いをする毎日でした。そのために自分自身の人間性にもダメージを受けていました。それも家族の会に関わり続けた理由でしょう。

アルツハイマー病は、何時ともなしに進行するといわれ、一般には病態の知識がほとんどない

のです。隣の人が痴呆になっても、自分の親がなったとしても、多分初めての経験なのです。ですから社会へむけた痴呆の理解はとても大切だと思います。記憶、物事の認知などが障害されていく【病気】なのだと解り、それが生活上にどんな影響が起るのかを、初期から理解されることが大切です。明日はわが身と言いますが、高齢者が非常に多くなってくる今後の課題です。

それから、いわゆる「動ける痴呆」という状態で特に周辺症状の強い場合、サービス受け入れが少ない現状があります。大人としての人生経験と人格を尊重したケアとプログラムも足りません。

ターミナルケアもこれから在宅介護の問題点です。痴呆が終末期になっても、特に身体の疾患がない時、最後まで家庭で看たいとは家族の思いですが、現実には困難なので、施設入所をせざるを得ないのが現状です。入所をしている妻に4年間、毎日夕飯を食べさせに通っている夫がいますが、このように施設や在宅の境をフリーにして(曖昧にして)家族も専門職も一緒に当人を見るということができれば、家族らしい気持ちを持ち続けることが出来ますし、痴呆の本人も安心出来ます。安心は痴呆ケアの最大の薬です。痴呆は本人の意思が確かめられないため、気管切開や胃ろうなどの決断を家族がしなければなりません。西村先生のご家族は「90を超えてここまで生きたのだから」と何もされなかつたということでした。年齢にもよりますが、家族にとっては現実には医療費も絡んで大きな問題となっています。

痴呆の人が訪問看護のサービスを使い始めるのは介護度が3から4くらいが多いのではないかでしょうか、もっと前から看護職の目で身体状況を見てもらうことを家族介護の経験者は提案しています。痴呆の人は自分の身体の状態を「感じる」ことは出来ても、自分でその原因が推量できませんし、訴えることが出来ません。3日間便秘でとても不愉快でも、不愉快の原因が便秘だと分からぬでイライラし、不穏な状態になります。

ですから周囲の人はそのセンサーにならなければいけないです。便秘、発熱、痛み、睡眠薬の副作用などと不穏の因果関係を周囲の人が気付いてあげなければなりませんが、それには看護職など専門職の目が大きな支援となるので、ADLが下がる前に訪問看護のサービス利用を家族に薦めたいと考えています。

ごく最近「痴呆の本人の気持」\*が語られ始めました。「ぼけたら何も分からない」のではなく、「呆けてもこころは生きている」のです。これが家族を含めて社会、地域全体の常識になるようになりたいと思っています。

\* 「私は誰になっていくの?」クリスティーン・ボーデン著(かもがわ出版)

「痴呆の人の思い、家族の思い」呆け老人をかかえる家族の会編(中央法規)

## 施設が向きあう在宅ケア

時 田 純

高齢者総合福祉施設潤生園園長

ご紹介ありがとうございました。私から特養ホーム、施設は在宅ケアとどう向き合うかというテーマでお話をさせていただきます。

最初に、私が自分で特養ホームを経営をしてすでに26年になるわけでございますが、今、実は全国で入所ご希望があつて、待機をなさつていらっしゃる方は22万人もいらっしゃるというように一説では言われているわけでございます。しかし、私の認識で申し上げますと、特養ホームというのはもともと大変に不自然な場所であります。おそらく、ある意味で言えば誰一人として実は入りたくないところであろうと思います。入れたい人はいても、入りたいという人はいないのでないか。ですから、よんどころない選択として、最後の受皿として役立つ場所というように私自身は認識しているわけでございます。

それはきっと在宅で介護できないご家族のために、あるいは一人暮らしや老老介護で家庭で介護できない人のための最後の受皿なのだろうと思っています。だからこそ、在宅で終わりまで暮らし続けられるように、いろいろな社会的サポートが必要になってくるわけでございます。人は誰もが住み慣れた我が家で終わりまで親しい家族とともに暮らし続けたいと思っているわけでございます。それは、例えば要介護状態になっても決して変わらないだらうと思いますし、また、当たり前のことでございますが、実はこの当たり前のことが現在は大変に難しくなっているというように思うわけです。

しかし、もう一度立ち戻ってみると、介護問題というのは、ある日突然起きてくるわけであります。脳卒中で倒れた。こういうことで、常に介護の問題というのは社会の中から起きてくる。ですから本来的には社会の中でそれが解決できる、そういう地域をつくっていかなければいけないのだろう。それが結局は介護保険の目的でもあるわけでございます。

先ほどお話をございましたように、痴呆のお年寄りは、今、要介護認定を受けた方、313万人のうちには在宅で210万人の方がいらっしゃる。ですから約100万人ほどの人が施設にお入りになつていらっしゃる。その313万人のうち149万人、約50%の方が痴呆、自立度Ⅱ以上の方でございますし、また、自立度Ⅲ以上になると、それが約80万人。そして、先ほどお話がありましたように、運動能力の低下していない、いわゆる徘徊があるお年寄りは実は26万人の方。そのうちの15万人(58%)は在宅にいらっしゃるということでございます。

結局、在宅で痴呆のお年寄りを抱えておられるご家庭というのは、常に困ったという問題が山積をしているわけです。思い出せない。あるいは常に何かを探している。あるいは迷子になっている。あるいは嚙下障害で喉につかえたり、常に見守っていないと危なくて仕方がない。転倒する。あるいはベッドから転落をする。こういうようなことがしそつちゅう起きているわけです。

これは事例の1人、Aさんのお話です。歴史のあるお寺の住職で、幼稚園の園長を兼ねていらっしゃったAさん。75歳ですが、若い頃から非常に健康で、活発に活動をなさっていましたが、平成13年頃から体調を崩して、難聴も加わり、M病院で胃潰瘍と心臓喘息の診断で治療をお受けになった。また、白内障のオペもいたしました。その頃から次第に痴呆が現れて、仕事はできなくなってしまった、自由な生活をしておりましたが、徘徊が激しくなって、家族は一時も目が話せない。とにかく毎日、夕方になるとタクシーで徘徊をするわけです。あるいは入浴拒否や難聴によって意志疎通が悪くなったり、家族が限界でございました。

本当に困り果てて、15年3月にM病院のケアマネージャーが紹介をしてくださって、家族が同伴で「やすらぎの家」という（後から出てまいりますが）10人という小規模のデイサービス、特に痴呆を受け入れてくださるデイサービス施設においてになつたわけです。ですから半年以上もお風呂に入っていないということで、家族が困り果てていました。お話をしても理解ができないわけでございますが、そこはやはりスタッフは慣れたものでございますから、身振り手振りでコミュニケーションをとる。家族は一生懸命に説明してお風呂に入れようとするのですが、これは理解できない。しかしスタッフは上手にコミュニケーションをとって、浴室に誘導して風呂に入れてしまう。ここがやはりご家庭と慣れたスタッフの違いなのでしょう。もう約6か月すぎました。すっかり「やすらぎの家」に慣れておいでになって、わが家のように落ちついてお過ごしになっています。

ですから私たちはどうしたら自立を支えることができるのだろうということをいつも考えているわけでございます。なるべくならば、次のスライドのように、パソコン操作をなさったり、あるいはご夫婦連れ立ってお2人で山登りでもするというような生活がいつまでも続いている。このように願い続けてお世話をさせていただいているわけでございます。

私は、こうした生理的老化、あるいは病的な老化、そして痴呆化を防いでいくためには、適切なリハビリが必要だと思っています。いわゆる動作性の低下、動作がうまくできなくなる。あるいは体力が低下していく。あるいは精神活動が低下していくということを防いでいく上では、やはり適切なリハビリテーションというのは非常に大事だろうと思っているわけです。身体の条件を良くしていくことによって、老化を防ぎ、なるべく痴呆の進行を防いでいくということは大事だと思っておりますし、そしてまた栄養障害、どうしても栄養障害が引金になってきます。ですから、いたわりの食事と私はよく申し上げているのですが、その方が「おいしい」と言って召し上がっていただけるような食事を常に提供し続ける。それによって体調の改善を図る。こういうことで自立を高めるというのが基本のスタイルではないかと思っているわけです。

これは今申し上げたことですが、生理的老化。速く歩けない。よくつまづく。動作が鈍くなる。あるいは疲れやすい。疲れが取れない。エネルギーが出てこない。そして生活範囲が狭まって、どこもがちになってくる。このような悪循環をほとんどの方が繰り返していくかなくてはならない。そこで意識転換をする。もうだめだと諦めない。そして、動作の改善や、体力の改善を図る。活動性を活性化していくことで、寝たきりから、あるいはどこもりから、社会にまたもう一度戻っていただく。その目処は、顔色や姿勢がよくなった、あるいはつまづかなくなった。速く歩けるようになったり、重い物が持てるようになる。こういう良い循環に変えていくという努力をしていかなければいけないのだろうと思います。

また、痴呆の方も可能性はたくさんあるということですから、介護者が諦めてしまわないこと。

そして潜在能力を何とかしていろいろな手立てで引き出すように、共感的に支えていくということが大事でしょう。それにはやはり関わる人の介護の仕方や工夫次第で、良くも悪くもなってくる。

この方をご覧になってください。非常に良いお顔をしていらっしゃる。重度の痴呆の方なのです。しかし、この方たちは車椅子生活をしておりましたので、ソファに降ろしてあげただけです。私は数年前から、車椅子というのは拘束ではないのか。起こして車椅子に乗せればよいと思いつがちですが、やはり拘束していると思うのです。認知できないお年寄りは危険ですからバンドをする。そして自由を奪う。そこから降りた姿です。この喜んだお顔。わかるのです。

そしてやはりプライドを大切にするコミュニケーションがとても大事です。ばかにするような気持ちがあつたら受け入れていただけない。介護というのは私たちを受け入れていただくことです。まず受け入れていただいたところからケアは始まるわけです。

これが私どもが開発した介護食という食事です。非常に手間がかかります。今は手間を惜しむ時代ですが、手間をかけることがとても大事なのでございます。

冒頭に申し上げたように施設は非常に不自然な場所です。ですからなるべくならお入りにならないようにしてさしあげたいというように思っているわけでございまして、介護を地域で解決する方法論の1つとして、地域ごとに小規模サテライトの整備を進めてまいりました。平成4年からですから、もう11年目になります。これまでの大規模施設というのはコストが高い上に、集団的介護にならざるを得ないわけであります。そういう意味で小規模サテライトは施設整備コストが低額で、国の設備基準に適合すれば借家でも通所介護事業の指定を受けることが可能ですし、事業の安定性も経済性も非常に高いのであります。

これが、それぞれの「やすらぎの家」であります。ご覧のとおり、普通の家です。一番右上のは築75年の昔の田の字型の田舎家です。

こういう大きな家なのです。私は、小田原という地域だからではないと思いますが、どこにでも、今、核家族化によってこういう大きな家を持て余すという時代になっているわけでございまして、そういうものをリフォームしてサテライトとしてお使いいただく。

これがまた次の家、かなり大きい家でございます。

これはお迎えに行っているところですが、そこで何をやっているのだろう。今、カルタ取りなど、折々の一コマをお見せいたしますが、タコ焼きを焼いたり、どんど焼きをしたり、かなり楽しそうな生活をなさっているわけでございます。

こういうものを施設は手に入れて、地域を守っていく。むしろ施設に集めるのではなくて、地域で支えていく。こういう活動をこれから施設はどんどん展開をなさることがとても大事なのだろうと思います。

これは私どもの全体的な様子です。ヘルパーステーションも5か所設置しておりますし、配食のサービス、365日、昼夜、提供する。こういう考え方で進めているわけでして、私どもが昨年1年間に提供したサービスは、全体で21万人・1日平均では毎日575人のお世話をさせていただいたわけですが、そのうち施設でのサービスは3万6,500人しかないわけです。ですから17万余は全部在宅を支えるために施設は活動をさせていただいているわけです。

## 看護が向きあう在宅ケア

佐々木 静 江

訪問看護ステーション北沢所長

紹介にあずかりました佐々木でございます。よろしくお願ひいたします。では私のほうで、訪問看護ステーション北沢で、何らかの痴呆の症状を有している方がどのくらいいらっしゃるのかということで、簡単なのですが、1枚お示ししてあります。

ランクⅠと申し上げますのは「何らかの痴呆を有するが、日常生活は社会的及び家庭内ではほぼ自立している」という方で、現在、北沢で17%いらっしゃいます。ランクⅡと申し上げますのが、「日常生活に支障を来すような症状・行動・意志疎通の困難さが多少見られるが、誰かが注意していれば自立できる」という方で、15%でございます。ランクⅢは「日常生活に支障を来すような症状・行動・意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする」という方で14%でございます。ランクⅣは「日常生活に支障を来す症状・行動・意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする」という方で8%です。Mというのは「著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な疾患が見られ、専門医療を必要とする」という方が1%の2名でございます。

正常と、判定不可というものを除きますと、約55%の方が痴呆の症状を何らか有している方が私たちの訪問看護の対象者ということです。私ども訪問看護ステーション北沢では、4歳から102歳の方と、幅広い方を看ていますので、ただし75歳以上の方が75%の対象者ですから、若干、先ほどのデータからだと、75%の方が介護保険の対象者で、痴呆を有しているということから見たら、少し少ないかなと思います。そのような状況の中で、今、痴呆と向き合っております。

では私たちの訪問看護ステーションではどのようなことをしているのかということをご紹介したいと思います。まず、看護師ですので健康状態を観察する。それから判断し、対応するということだと思います。これがヘルパーさんと違うところかなと思います。ヘルパーさんのほうは、観察をしてくださって、対応ももちろんしてくださるのかもしれません、判断をしてというところになると、医療的なところになりますと、やはりそこでは看護師の出番が多いのかと思います。

特に排便の管理が必要になります。先ほどの先生もおっしゃっていましたが、排便のコントロール、便秘をすることをきっかけに、何らかの症状を来て、家族の手を煩わせたり、本人が便秘をしているのだけれども相手に伝えられない、訴えられないということの困難さがありますので、排便というのが非常に日常的に困難さが見られるように思います。

それから食事に関してなのですが、食欲が非常にまばらになります。それから脱水が非常にリスクが高くなりますので、そのあたりのところは観察、チェックしなければいけない項目です。

皮膚の状態も、入浴、清潔行為がなかなかできなかったりするものですから、皮膚に感染症が起きたり、ときには疥癬に罹っていてもわからなかったり、褥創ができていてもわからなかつた

り、末梢の血行障害が起きていてもわからなかつたりすることがありますので、皮膚の観察もとても大事な項目になります。

ただお腹が痛いとよく言うのですが、全てを総称して、よく小さいときにはうちの子どもなども、何だかわからないけれども「お腹が痛い」と言うのですが、打撲をしても「お腹が痛い」ということで、私たちが非常に振り回される点であります、そのあたりを冷静に観察していかなければいけないと思います。

それともう 1 つ、口腔ケアが非常に大切になります。歯磨きを忘れていたりということになりますし、こちらから「口腔ケアをしましょう」と言つても、なかなか口の中はいじらしてくれませんので、そのあたりをうまく誘導して口腔ケアに関わらなければいけないと思います。

もう 1 つは、痴呆対応は私たちがモデリングをします。家族の方では、ついで今までできたことが急にできなくなるものですから、なぜできなくなつたのだということで、「これはこうだろう、ああだろう」と、よく怒ります。そういう対応ではプライドを傷つけてしまつて、ますます泥沼化になりますので、私たちが対応の仕方を見せてあげることによって、家族の方は「わかっているのだけれども、できないんだよな」と言いながらも、繰り返し、繰り返し、家族の方に痴呆の方への対応を見せていくことによって、家族の方が「やっぱりこのほうが急がば回れだね」と言うようになるまで私たちは繰り返してモデリングをしなければいけないと思っています。

それから、こちらのスライドに出ていますように、作業療法活動というのが私が得意としているというわけではないのですが、とても意味があるのかなと思ってやっている活動です。このスライドは、世田谷区の医師会と世田谷区との共催で痴呆を取り上げております。これが、昨年の痴呆フォーラムで取り上げたものです。その中でポスターを作らせていただきまして、訪問看護ステーションというのはこんなこともできるし、こんな活動もしているよというところを皆さんに見ていただきたいと思って作ったもので、去年のものですが、ご覧ください。

右側のほうに、椅子に掛かっているのはベッドカバーです。これは半纏のようなものをほどきまして、パッチワークでベッドカバーを作つて、裏打ちまでされています。回りもきれいにできています。これは約 2 か月から 3 か月間ぐらいで出来上りました。私が担当している方です。この制作のとき 93 歳です。

この方が着物を縫うことを非常に得意にしていらっしゃった方です。そのかたは、私にお茶を出してくださるということで、仕度をされるのです。普段、お茶はいただかないのですが、痴呆性の老人の方の場合はいただくことがあります。お茶を入れてあげたいということはわかっているのですが、湯飲みを食器棚のところまで取りに行くのですが、何をしに行ったのかわからなくなるのです。「私にお茶を入れてくれると言つたわよね」と言うと、それで気づいてお茶碗を取つてくる。次に茶葉を持ってくると、今度は何を入れていいかわからなくなります。しまいには食器洗剤を手にすることもあります。

その方が、こういう活動をなさるので。それは自分が得意な分野ですから、脳の活性と心の安定を図られたのか、夢中になってやりました。その代わり家族の方からちょっとクレームが来ました。夢中になってやるものだから、座つてばかりいるものですから、他脚力がおちたということで、一時パッチワークを休ませなければいけないくらい夢中になりました。これが作品です。そのあとも、刺し子もたくさんやりました。

もう 1 つ、奥のほうにハンドバックがあります。今、私が担当している方なのですが、その方

も息子さんたちに「洋服は全部編んで着せたのよ」ということですから、「では編物をやってみましょう」と。縫物をさせたのですが、右失調（小脳出血後遺症）がありまして縫物はできませんでした。得意な編物だと、ガーター編なのですが、ときどきメリヤス編みが入った、目を落としたりはしますが、楽しそうに夫にはできなしが自分にはあるということで多少優越感をもつことのひとつでした。形は四角にはなりませんでしたが、バックにして加工しました。

それ以外のものは、うちの看護師が千切り絵を指導したり、コースターを作ったり、絵てがみなども指導させてもらっています。こういうことをすることによって、残されている機能を最大限活用します。できないことを評価するのではなくて、できることを評価してあげたい。家族の方にも、こんなことができるのだよということを見せてあげたいと思って活動しています。

こんなときにも訪問看護を、ということをフォーラムのときに皆さんに見ていただいて、訪問看護は今までとは違ったイメージを持っていただきたいと思ってポスターを作ったものです。

あと、家族支援もとても大事なことになります。家族の方はとても疲れています。ですから私たち看護婦が入ることによって、相談相手を得ることで、家族に息抜きして頂きます。私たちが訪問しているときには、家族の方に喫茶店に行っていただくとか、お買物に行っていただくこともあります。

家族だけではどうしても行き詰まってしまって、虐待につながるケースもあります。虐待もいくつか出ています。そういう虐待を未然に防ぐことになると思いますので、家族支援は重要な私たちの役割だと思います。特に、家族だけではなくて、外に出た小姑さん、長男の嫁、そういった人間関係などに、痴呆の対応以上に疲れていることもあります。このあたりは直接的には介入はできませんけれども、グチを聞くということはできるのではないかと思います。

それから社会参加、社会的サービスの紹介ということで、デイのほうにもお勧めするのですが、なかなか「はい」とはいうのですが外出援助はできませんので、私たちのほうからとりあえず散歩を誘導しまして、散歩と一緒にしていただいて、外に出ることに慣れていただいて、誘導して見学をし、切っ掛け作りをします。

それから、私たちの訪問看護ステーションにも痴呆を有していましたまったく独居の方が5名いらっしゃいます。それでも生活は成り立っています。先ほどのランクⅠ、Ⅱレベルの方です。この方たちは、薬が飲めていないのです。飲んだと思ったら、1日1回しか飲まなくていい降圧剤を3回も飲んでみたり、まったく飲まなくて血圧が上昇していたりというようなことがあります。このようなことがありますので服薬管理でケアマネージャーさんから依頼がくることがあります。それで1週間に1回とか2回、内服管理で依頼で訪問します。

排便の管理もとても大事なことですので、排便の管理をします。それから食事を食べているかどうかということ、栄養状態も管理します。では、排便のほうは出ているかどうか。聞くと必ず「出ていますよ」と言うのです。「食べている？」と聞くと「食べているよ」と言うのですが、本当に食べているかどうかは怪しいものなのです。排便も「ある」と言っても、いざお腹が痛くなつてみたら、腸閉塞に近いような状態だったりするようなことがありますので、そのあたりは非常に気を配っております。

排便管理のときにはまず何を見るかというと、ヘルパーさんと協働しながら、トイレットペーパーの量の減り具合だとか、食べ方だとゴミにどんなものがでているのかというようなことをチェックしながら見ております。

先ほどのスライドにありましたように「訪問看護ステーションはあなたの街の保健室です」ということで、いつでも気軽に声をかけていただければと思っております。痴呆症状があつても、隣近所で安心して暮らせる優しい街づくりに、ぜひ訪問看護ステーションもお手伝いしたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

# 医師が向こう在宅ケア

痴呆を介護する夫の虐待を防ぐ心理教育アプローチ

松 本 一 生

松本診療所高齢者メンタルクリニック院長、関西医科大学精神神経科学教室

## はじめに

本発表では在宅で介護を受ける痴呆の人と家族が安心できるように、ひとりの医師として何ができるか考えてみたい。まず、当事者と家族にとって何より不可欠なのはいつでも対応できる医療体制である。痴呆の高齢者は体調の急変が多く、精神科医である演者はかかりつけの身体医との連携を大切にしている。24時間いつでも安心できる支援体制を保ちつづけるのは難しいが、介護者が「在宅ではできることに限界がある」という不安感を払拭することが大切である。次に大切な点は、在宅でも本人および介護者が安心でき、在宅ケアのイメージが変わるような支援であり、演者はその安心感を提供するために心理教育アプローチを用いている。

## 心理教育アプローチについて

大阪市内の精神科診療所において痴呆を介護する家族への心理教育アプローチを 1993 年（平成 5 年）から実施している。精神医療の現場における心理教育には 3 つのポイントがある。一つの部屋のテーブルに 7~8 人の当事者や家族が集い、①病気の理解がすすむためにきっちりと系統立てた情報提供をすること、②同じ体験をした人たちがそれぞれの体験を共感する場を持ちながら病気と向かい合うことが目的である。その結果、③介護スキルもまた向上する。言い換えれば心理教育アプローチは病気とともにいる本人と家族を支援するための精神療法である（表 1）。一般的な形式は数人の家族が一堂に集まり、ミニ講義（情報提供）のあと 90 分の共感の場としての「家族の集い」ミーティングを行う。自助的な家族会と異なるのは、家族同士の話し合いの際に結論が出ないとき、専門家がさりげなく情報を提供することにある。今回は夫婦所帯で在宅介護をする夫の虐待を防ぐことを目的とした心理教育アプローチであったため、基本的には夫婦同席面接での情報提供と共感とし、それに加えて普段は一緒に住んでいない家族を含めた心理教育、複数家族の共感の場として地域で開かれている家族会への参加の 3 つの条件を満たすこと、アプローチが確実になるように努めた。

## 対象と方法

いずれのケースも平成 10 年 4 月から 13 年 3 月末のあいだの特定の 12 ヶ月間を区切って、当院に継続的に受診する 14 組（夫婦所帯）の血管性痴呆の妻（平均年齢 73.3 歳）を介護する夫（同 76.8 歳）のインフォームドコンセントを得た（表 2）。妻の長谷川簡易痴呆スケール改訂版の点数は平均 13.4 点であった。

表 1. 心理教育アプローチの特徴

- ①情報提供の時間  
今、ここで情報より系統的理解で腑に落ちることが大切
- ②共感を得る「場」  
同じ体験（介護）を共有した者同士の交流
- ③介護スキルの向上  
気がつけば介護が上手になっていた

表 2. 対象者（血管性痴呆）と介護する夫

1 : A.H.	67 歳	13	8 : K.E.	64 歳	12
2 : F.H.	76 歳	17	9 : K.T.	72 歳	11
3 : K.U.	71 歳	14	10 : H.C.	77 歳	12
4 : M.T.	69 歳	16	11 : M.F.	71 歳	15
5 : K.E.	69 歳	13	12 : S.A.	83 歳	9
6 : K.H.	73 歳	14	13 : H.K.	72 歳	12
7 : O.R.	74 歳	17	14 : K.R.	88 歳	13

表 3. 情報提供の内容

第1回：痴呆の疫学	第4回：痴呆の社会・心理的治療
第2回：痴呆の病理	第5回：高齢者虐待
第3回：痴呆の薬物療法	第6回：家族にできる援助

## 結果

すべての条件を満たして心理教育プログラムの効果判定ができたのが 11 組、脱落が 2 例（第 5, 6 例）、妻が死去した事例が 1 例（第 12 例 S.A さん）となった。当初計画した面接は 132 回（11 組 × 12 回）だったが、実際に実施できたのは 117 面接である（表 4）。このうち、「手をあげた」との報告は 4 事例（第 1, 7, 8, 13 例）で認められた。「良い介護者であるべき」発言をしていた夫は 9

表 4. 心理教育全体の構造

夫婦への心理教育 (1回／2週 6回)	
家族への心理教育 (3か月に一度)	
アフター面接 (1回／2週 6か月)	
実施できたのは	117／132

表 5. 「よい介護者であるべき」発言と身体的虐待

1: 虐待	5 発言	8: 虐待	7 発言
2:	1 発言	9:	
3:		10:	1 発言
4:	1 発言	11:	2 発言
5:		12:	
6:		13: 虐待	13 発言
7: 虐待	6 発言	14:	1 発言

名、37 の発言があった。そのうち 31 発言が手を上げた 4 事例からのもので、身体的虐待が集中した（表 5）。

### 事例提示

身体的虐待が集中した事例 13 は H.K. 氏 72 歳（HDS-R 12 点 夫 75 歳）である。この人は場所にかかわらず「家に帰ろう」という発言を繰り返し、自宅でも外出先でも少しもじつとしてられなかった。夫は繰り返される訴えが痴呆によるものと理解している反面、まとまりを欠いた妻の動作にいらだち、全てのことを先々に自分でしていた。心理教育を受けた際にも「完璧な介護」のことしか頭になく孤立した介護が続き、イライラが重なったためか何度も妻に手が出た。介護を外から支える子供たちの関係がギクシャクしていたことも大きく影響した。3 人の息子は各自が前向きに介護しようとしたがかみ合わず、家族の力動に変化を求めることができなかった。

心理教育アプローチの効果が出た事例 11 例は、M.F. 氏（71 歳 HDS-R 15 点 夫の年齢 72 歳）であった。風呂好きの彼女はいつも「お風呂に入りたい」と夫に要求した。夫はいつ何時出るかわからない入浴の要求への対応に追われたが、心理教育アプローチで表面化する症状への理解を深めた子供たち（娘 2 人、息子 1 人）が交代で入浴を手伝った。入浴の要求が出ても必ずしも要求に応じるのではなく、適否を介護家族が適切に判断できたことで本人の精神症状も落ち着き、子供たちの関わりは単身で介護する夫の心理的負担を軽減し家族力動に大きな変化が見られた。

### 考 察

在宅介護では「善意ある介護者」が痴呆性高齢者の B P S D と言われる痴呆随伴精神症状や行動障害に耐えかねて、「ふと気がつくと手が出ていた」という形での身体的虐待が多い。在宅での「虐待」行為にはもちろん介護者が本人への陰性感情を持ち、悪意に基づいたものもあるが、その一方では善意で介護していた介護者（夫）が追い込まれた結果、加害者となった介護者自身が愕然とするような悲しい結果が数多く存在することにも配慮しなければならない。夫が心理教育によって情報提供を受け、他の家族メンバーや別の家族から共感を得ることで、「介護はこの程度でも良い」と安堵した場合には手を上げるまで追い詰められなかった。反面、介護者が作り出したイメージによ

表 6. 善意の介護者からの身体的虐待

介護者はかくあるべきである	介護はこの程度で良いと思える情報		
孤立感	家族の共感		
自分を追い詰める	虐待	周囲と交流できること	虐待なし

って、「より完璧な介護者」を目指すことだけが唯一の目的の介護が続けば虐待が増える危険があつた（表 6）。

ここで今一度、在宅で痴呆を介護する家族を不安にする要因は何か考えてみる。必要な医療情報が不足していることに対しては、当然、情報を提供することが不可欠であるが、最近ではあふれんばかりの不必要な情報が当事者や家族の不安を煽り立てていることこそ問題である。情報の適切なコントロールのための支援ができれば、介護者は適切に情報を取捨選択できる。さらに介護家族には何か本人にあった場合にも、どのような選択をすればよいか迫られる場面や、介護者だけでは決められないことまで全ての責任を負わされてしまうことなど、孤独になりがちな介護者がより心理的に追いこまれる危険にあふれている。介護の不安感を軽減するために心理教育アプローチなどの手段を活用することができれば、介護を照らす明かりが得られて心理的なネットワークの構築もできる。そのことで在宅=不安、施設=安心というイメージが改められ、たとえ在宅における痴呆ケアでも施設と遜色のない介護ができるとの確信を介護者が得ることができれば、前向きのイメージを確立できるのである。

## 家族が向きあう在宅ケア

吉野 立

社団法人呆け老人をかえる家族の会鳥取県支部代表

皆さん、こんにちは。ただいま紹介していただきました呆け老人をかえる家族の会鳥取県支部の代表世話人をしております吉野と申します。きょうは鳥取県の米子市からこちらへ来させていただきました。

きょう私がお話をするのは、今ここに出ておりますが（タイトル／家族が向きあう在宅ケア），この方々はみんなそれぞれ在宅で、痴呆があってもお一人で住んでおられるとか、ご夫婦で痴呆であっても良いケアを受けながら生活しておられる方ばかりです。皆さんのご協力を得まして、こういう会でどうぞ写真を使ってくださいということで使わせていただいています。

私の母も、昨年の1月16日に86歳で亡くなりました。アルツハイマー病になりましたから10年間、妻と2人で在宅で見てきましたが、亡くなる3日前まで馴染みのヘルパーさんにずっと入っていました。お蔭で私たちは共稼ぎをしながら10年間、在宅で看ることが出来ました。亡くなる3日前に2クールの点滴をしてもレベルが上がらなくなりましたので、つまり、口から食べられなくなつて、点滴ももう効かないならいいということで、終末医療をやめまして、最期は本当に眠るように、3日後のお昼に亡くなりました。

そういう体験と、呆け老人をかえる家族の会は鳥取県から痴呆の相談事業を受けておりまして、様々な相談がきます。その体験を基に、今、地域でどんなことをしているかということを今日は発表させていただきたいと思います。

これから出ますのは、鳥取県の米子市がどんな街なのかということなのですが、少し見にくいくかもしれません、これが米子市の中心市街地です。人口14万人の街ですが、私もちょうど中心市街地に住んでおりまして、この赤いところが中心市街地にあるアーケード商店街です。私たちが今考えているのは、ここにご近所型福祉というものをつくろうということなのです。今、ほとんどのところは、私の母もそうだったのですが、痴呆になつても元気なときは痴呆対応型のデイサービスに通っていたのですが、やはり郊外のほうにあるわけです。街の真ん中に住んでいながら、朝、車が迎えに来て、30分ぐらいかけてそういう施設に行って、夕方まで過ごして、それから家に帰ってくるという生活をしていました。私たちは、そういう生活ではなくて、自分の家の周りに歩いていけるような痴呆対応の、馴染みの関係ができるデイサービスがあつたらいいのではないか。それが小学校区に1つか2つあれば、安心して住みなれた地域で生活できるのではないか。しかも、商店街の空き店舗を改造して造れば、少ない費用で出来る。

私たちは今これをやろうとしておりますが、だいたい1つ造るのに3,000万円ぐらいですむのです。例えば今、100人の特養を建てるなどだいたい20億円から30億円ぐらいかかるのですが、10人の人を見るのに3,000万円ですむ。それをさまざまな地域に100戸建てるほうがずっと経

済効率もいいですし、自分の身近なところにあるということが住んでいる人の安心感や満足度が非常に高いわけです。

これが、今、私たちが改造しようとしておりますアーケード商店街の中にある「田園」という、昔は喫茶店で、私より年上の方は一度はいったことがある、若い頃にはデートもしたこともあるような、米子で一番最初にできた喫茶店です。こういうところを改造してやろうとしています。

これがこの「田園」を取り巻く、中心市街地の高齢化率の表です。今、米子市の平均が 19.7% のですが、この地域は軒並み 20% 以上、ひどいところは 40% を超えているところもあるわけです。ですから中心市街地で社会資本が集積しているにも関わらず、高齢化率は非常に高いのです。こういうところに介護サービスの施設が 1 つもないという、これは地方都市の一般的な状況だというように考えていただければよいと思います。

私たちは早速造ろうと取り組み始めたのですが、様々な規制があります。空き店舗を改造するのではなかなか補助金が出ないとか、商業地域に福祉施設を造るのはいかがなものかとかいろいろな壁がありました。鳥取県の副知事を招いて行った「街づくりのフォーラム」などにより、鳥取県で初めて商工の予算と福祉の予算を付けていただき、今、準備を進めております。今年の 3 月から 4 月にかけてオープンする予定です。

造ろうとしているのは、1 階部分が、奥のほうがデイサービスです。痴呆対応の 10 人のデイサービスです。この企画で非常に大切なのは 2 階部分です。実はここに呆け老人をかかる家族の会鳥取県支部の事務所も入るのですが、つまり、地域の人が元気なときから通える。今の介護保険施設というのは介護保険の対象にならないと使えないのですが、ここは元気なときから 2 階に通っていただけます。そこでいろいろな趣味の活動とか、生きがいとか、そういうものができる場をつくろうとしているわけです。

しかも、ここで高齢者の生活に関わることについては全て相談を受ける態勢をつくろうとしていることです。今の介護保険の中で大変なのは、痴呆の相談については支援センターに聞かないといけない、権利擁護の問題については社会福祉協議会のどこかに行かないといけないとか、様々な窓口に聞かないといけないことです。私たちはここの 2 階の場所に全部を網羅する高齢者の相談窓口を設けようとしております。元気なときから通えて、しかも生活について相談ができる。そういう安心感が地域で住めていく条件をつくり出すことではないかと思っております。延いてはそのことが、介護予防につながると考えています。

次に私たちが取り組んでおりますのは、オーダーメイドのヘルパーという問題です。これも今の介護保険制度の中では、今のヘルパーの教育というのは、家事援助と身体介護、しかも巡回型で入るというのがほとんどです。私たちは、特に痴呆の人に対してはそういうヘルパーの入り方はだめだということで、2 年前からオーダーメイドのヘルパーステーションをつくっておりまます。痴呆のスーパーバイザーを管理者に持つヘルパーステーションなのですが、相談がありますと、まずそのスーパーバイザーが在宅に行きまして本人の状況を見る、家族のいろいろな条件を聞く、ケアマネージャーがいる場合にはケアマネージャーとも出会う、主治医とも出会う。そして、この人にはどんなヘルパーが、どういうかたちで入ればいいのかということをコーディネートしまして、それでまずヘルパーを派遣します。

ヘルパーがそこで一番最初にすることは何かというと、馴染みの関係をつくることです。ご飯を作つてあげるとか、おむつを換えるといった技術の問題ではなくて、長く生きてこられた方の

生きざまをきちんと受け止めたかたちで、つまり、何かを“してあげる”のではなくて、きちんと“寄り添う”馴染みの関係づくりをするということです。その過程の中で難しい問題があったときには、すぐに痴呆のスーパーバイザーに連絡を取って指示を得られる、というようなシステムをつくっています。

したがいまして、そこで出てくるプランは何かといいますと、グッドネスプランと言いまして、つまり問題指向型のケアプランではなくて、その人が持っている良さをどう大事にして活かしていくのかというケアプランを立てていくことにつながっているわけです。

当然、そういうことをするためには、ヘルパーさんがしょっちゅう違うなどということがあつてはならないですから、基本的に同じ人が入ります。馴染みの関係ができますと、その人を通じて次の新しい人が入っていく、馴染みの関係をつくっていく。そういうかたちで1人の人に2人ないし3人が馴染みの関係をつくりながら進めています。

そのためにはヘルパーさんは常に勉強をしないといけません。1週間に1回、カンファレンスをして、こういうような勉強会を重ねて、一人ひとりの利用者について、情報とかかわりを共有しているわけです。

そこで次に大切なことは、ヘルパーさんは、まず最初に馴染みの関係をつくるのですが、半年ぐらいして関係ができて落ちついてきますと、次には家族がどう痴呆の当事者に関わったらしいのかという、家族との関係を積み上げて行きます。だいたい私たちが当事者が3割、家族が7割だと考えています。家族の人が痴呆について理解をし、ご本人との関わり方がうまくなっていますと、入っていく専門職は非常に楽になります。

それが進みますと次には何が必要かといいますと、だいたい地域では、あの家にはヘルパーさんが入り出したから放っておけばいいというような傾向があるのですが、逆でして、ヘルパーさんが入ることによって、そのヘルパーさんが次には痴呆のスーパーバイザーと協力をしながら、あるいはケアマネージャーと連携を取りながら、その地域の人、例えばご近所、お隣、向かいの人、あるいは自治会の人、この人は今こんな状態なのですから、こんな関わり合いをしてください。例えば姿を見たときにはどんな声かけをしていただきたい、というような働きかけをすることが必要なのです。ここまでやって専門職は初めて仕事をしたのだと私たちは考えています。

こういうことがなぜ必要かといいますと、私たち呆け老人をかかる家族の会鳥取県支部は、毎月、「家族の集い」という、介護家族の集いをやっておりますが、介護家族は痴呆の人と同じような孤立感を持っていますから、最初に来られたときには世界で一番自分が不幸だというような思いで来られます。しかし半年ぐらいしますと、新しく来られた人に「私もこうだったよ」というような話をされるようになる。ひょっとすると私の介護は5番目ぐらいの不幸かななどと思われるようになるのです。そういうゆとりが出てきますと、対応が変わってきますと、良い介護ができるようになります。

こういう体験の中から、やはり家族が理解を深める、または、どうしたら自分自身が楽に介護ができるのかということを勉強することが、良い介護につながるという体験を持ったわけです。

最後になりますが、地域の中で暮らせるということは、身近でないといけないということなのです。朝、車が迎えに来て、夕方まで郊外のほうに連れて行かれて、そこで生活するということで本当にその地域で住んでいることになるのか。私の母もそうでしたが、やはり近所を連れて歩くときには、自分も風景がわかつておりますから安心するわけです。つまり、元気なときから通

えて馴染みの関係をつくる。そういうところでデイサービスにも通える。私たちが今つくろうとしているデイサービスでは泊まることもできようみたいですし、デイサービスを基点にした新しいヘルパー派遣の方法も考えたいと思っています。

さらに、開業医の先生方や訪問看護ステーションと提携をする。そういうことをしながら、在宅における終末医療を何とか確立したい。在宅で看取るということがこんなにすばらしいことかというのを、私は実際に自分の母親の体験を通して、本当に体験しました。相談では、病院で痴呆の人が拘束される、スペゲティ症候群のまま亡くなるなどたくさんの家族の方が電話をかけてこられます。在宅における高齢者の終末医療を完結する仕組みをつくることで、今、問題になっている老人医療費も削減することができるのでないでしょうか。

先ほど言いましたように、私たちがつくろうとしている計画は、小学校区の中に1つつくろうという、ひとつのモデルです。地域の中で良い施設ができたとか、良い訪問看護ステーションがあるとかいうような問題ではなくて、地域の中で暮らせるこうしたシステムをつくることをこれからは考えないといけないのではないかと思います。ぜひ、これを機会に、皆さんの地域でも、それぞれの地域に合った地域づくりを考えていただければ幸いかと思います。時間が来ましたのでこれで終わりたいと思います。ありがとうございました。

## 施設が向きあう在宅ケア

西元 幸雄

青山里会第二小山田特別養護老人ホーム施設長

西元でございます。きょうご報告申し上げる私の立場は、福祉・介護のサービス事業者の立場ということで、これから私たちがどのようなサービスの整備をさせていただければいいのか、そのようなことをレポートさせていただいて、それをきょうご報告申し上げたいと思っております。

西村先生のお話にもありました、人がボケてしまう。身内がボケてしまう。自分の父や母がボケてしまう。そうした姿を見たときに、私たちは驚きもしますし、戸惑いもしますし、また、本当に困り果ててしまう。そんなことになってしまふわけです。

私がこの仕事に就きましたのが、ちょうど三十数年前、ずいぶん昔の話になるわけですが、当初は精神科のほうのソーシャルワーカーという相談員を2年ほどしておりまして、その後、特別養護老人ホームのほうに入職して、生活指導員や施設長などという職をいただきながら今まで来ております。

少し昔のことを振り返ってみたいと思うのですが、精神科にいました三十数年前のときに、痴呆性のお年寄りというのはどんなケアを受けていたのか。痴呆性高齢者という言い方もなかつたですし、ボケという言い方もありなかつたですし、精神科の中で病名が付いたのは、老人性精神病という名前で付いておりました。自分もあまり痴呆ということをわかっていないくて精神科におりました。

ご存じのようにたくさんいろいろな困った症状、介護者にとって、看護者にとって困った症状が出てくる。もしくは、同じ入院していらっしゃる患者さんたちにとっても、自他の区別のつかないような方が同じ病室にいらっしゃって、朝起きたら自分が大切にしていた饅頭がなくなつたりする。こんなことがあると大変なことになつてしまふわけですね。お年寄りばかりではないですから、お元気な、例えばアルコール依存症の方といったような方は腕っぷしの強い方もずいぶんいましたので、そんなお年寄りをボカンとやつてしまつたりするというようなこともありました。したがって、仕方なしに保護室という独房のような部屋でお年寄りにいていただいたら、仕方がないので薬であまり行動しないようにしてしまう。そんなことも自分の目の前で行われておりました。今はそうではないですけれども。

特養に移つてからですが、特養に移つてからも、やはり在宅のほうに入居される方についての調査にお伺いいたしますと、中には痴呆性のお年寄りについては座敷牢のようなところで、糞便にまみれて、おにぎりが2つか3つ置いてあるような状態で生活していらっしゃる方もいました。もちろん痴呆という病気の知識もなしにということになります。でもご家族の方は非常に困り切つて、どうしようもなしに、施設に、もしくは精神科へ、というような状態がこの時代だったと思います。何もケアのサービスがなかつた時代、そんな時代が30年くらい前にあったというこ

とであります。

特別養護老人ホームというのもその頃から急増してまいりまして、あちらこちらに施設が、特別養護老人ホームという名前もご存じない地域の方がたくさんいる中で少しづつできてきて、それでも特別養護老人ホームの中では痴呆性のお年寄りはとても面倒が見切れないということで敬遠されていた時代、それが昭和 50 年代の初めの頃でした。厚生省もこの状況については、やはり痴呆性のお年寄りの専用の特別養護老人ホームを一度実験的につくってみたほうがいいということになりました。

たまたま私どものほうで昭和 56 年に第二小山田特養という施設を、痴呆性のお年寄りばかりにお越しいただく施設をつくりました。そのときの入居されてみえるご家族の方たちの困り事について調査をしたものを、今、画面で見ていただいているわけですが、一般の特養と第二小山田特養と書いてありますが、私どもでは 3 つほどの特養がありますが、一般の特養のほうは、いわゆる寝たきりの方が多いわけです。第二特養は痴呆性のお年寄りばかりです。それで、要介護状態になってから入所するまでの期間を見てみたわけですが、「ほとんどなし」というのが、痴呆性のお年寄りの第二小山田特養では 65.9%，寝たきりのほうでは 29.3% と、非常に大きな差がありました。介護に困りきって、これ以上、在宅での介護はできないからというのが、寝たきりの方よりも痴呆の方に多かったということがおわかりいただけると思います。

そしてもう 1 つ、家庭で介護をしていらっしゃる介護の方が、家族関係などでいろいろ生活の変化がありましたかという問い合わせをしてみました。そうすると、痴呆性のほうでは 82.5% の方が「生活が変わってしまった」と。もちろん、寝たきりの介護をしていらっしゃる方も 67% と非常に高率であるわけですが、しかしもっと高率で、8 割以上の変化があったということです。

その変化の内容ですが、「介護者の身体の不調」というのが痴呆性のお年寄りのところでは一番多いわけです。あとを見ていきますと、「家族同士いらいらすることが多くなってきた」「家族のだんらんがなくなった」「介護者と被介護者の不仲が出てきた」「家族の崩壊が起こった」というようなことが挙げられています。家族の崩壊の中には自殺も含まれておりました。非常に悲惨な状況の中で一生懸命に介護をしていらっしゃった状況というのを自分たちもよくわかりました。

やはり施設というものがその時代は必要だった。今も必要な場面がたくさんあるわけですが、絶対に必要だというように自分たちは思って施設を拡大してきました。これが 20 年ぐらい続いたわけです。

ところが介護保険が 2000 年に導入されて 3 年が経ったときに、厚労省のほうは「2015 年の高齢者介護」という研究報告を出しました。昨年の 6 月 26 日です。2015 年に向けてということはどういうことかと言いますと、ちょうど私がそうなのですが団塊の世代、54~55 歳くらいの方たち、私たちが 2015 年には 1 号被保険者ということで、介護を受けなければいけない人が増えてくる時代になってくるわけです。戦後ベビーブーマーでしたから、爆発的に介護をしなければいけない人たちが増えてくるといったことがあって、そのために 2015 年に向けて研究がされました。

そこで言われたのが、「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」と、尊厳を支えるということを主題にいろいろなことが考えられました。痴呆性のお年寄りについては、データ的には 314 万人という要介護認定を受けられた方（2002 年 9 月のデータ）がいらっしゃって、そのうち痴呆の自立度 II 以上が 149 万人。要介護認定を受けられた半分ぐらいの人たちが痴呆であった。中ぐらいの

程度です。そして自立度Ⅲ以上というのが 79 万人もいました。

大変なのは、この赤字でカッコ書きで書いてあるところなのです。カッコ内は、運動能力の低下はしていない痴呆性高齢者の再掲です。自立度Ⅲ、Ⅳ、または M、かつ障害自立度自立 J または A と書いてありますが、いわゆるピンシャンボケと言えば、言い方は悪いですけれどもおわかりになるでしょうか。身体は元気なのだけれども、痴呆はどんどん進行してしまって、いろいろな症状がたくさん出ている人。こういう人たちが 25 万人いらっしゃいました。そして在宅、居宅にいらっしゃるのが 14 万人。約 6 割の方が居宅にいらっしゃいます。

このような状況をどうするのかというのが大きな課題になりました。厚労省はこう言っています。「要介護高齢者のほぼ半分は痴呆の影響が認められる者であるにも関わらず、痴呆性高齢者ケアは未だ発展途上。ケアの標準化、方法論の確立にはさらに時間が必要」非常にこころもとない話です。

でも、サービス事業者の私たちは一生懸命にやってきたつもりです。しかし、振り返ってみると、痴呆のケアの方法論について 1 つの体系化をしたり、研究者と連携を取って 1 つの方法論をきちんとまとめ上げたりといったようなことはしてこなかったという反省が今あります。

そして厚労省はもう 1 つ、ではどのようなケアの体制をつくればいいのかということをこの研究の中で示されました。痴呆性高齢者が半数を占めているわけですから、これから介護は痴呆性高齢者に焦点を向けて、そして介護の方法も、モデルは痴呆性高齢者のケアだというように言っています。そして、「生活の継続性を維持し、可能な限り在宅で暮らすことを目指す」というような言い方をしています。言い換えれば、住み慣れた場所で、自分が住みたい場所でいつまでも暮らし続けることができる、安心して暮らし続けることができる、そんなケアのサービスの環境をつくっていくべきだ。そういうことを目指す内容としたわけです。

その内容はポイントが 3 つあります。1 つは、住み慣れた場所で暮らしていくためには、今のサービスの状態では全然だめなのだという話です。では、何が足らないかというと、365 日 24 時間の安心を提供するということが足らないのだということあります。要はフルタイムサービスが、施設ではあるのだけれども、在宅ではない。だから在宅でも施設と同じようにフルタイムサービスがあったら、自分の家でいつまでも生活することができるのではないか。そのような考え方であります。

2 つ目は、新しい住まいという言い方です。これはご自分の自宅が、例えばアパートだと、家族が多くて自分の部屋が取れないとか、バリアフリーになっていないといったような状況がある場合には、バリアフリーアパートや高齢者住宅、グループホーム、ケアハウスといったような施設に住み替えるということも 1 つの選択肢としてあるのではないか。住み替えの場所というのも考えていくべきではないのでしょうか、ということです。

最初の在宅と、住み替えの場所、これを考えていくときに、小規模・多機能サービスといったものが考えられると言っています。小規模・多機能はまたあとでご説明申し上げますが、施設では今までの収容的な集団ケアをやっている施設ではなくて、個別ケアができる小さな介護単位の、そして馴染みの深い生活の環境をつくっていくということに努力してください、ということがありました。

虚弱化したときに自分が住む場所はどこが良いのかというアンケートも取られたようです。それによりますと、全体の高齢者の 36% の方は「自分の家で住みたい」とおっしゃっています。そ

して現在の住宅を改造して住みやすくするということも含めて、約半数の人がご自分の家で住みたいとおっしゃっています。「施設に入ってもいい」という人は11.6%にすぎません。

施設に入所するということはどういうことなのでしょうか。障害を負ってしまったために、病気になってしまったために、いきなり自分の家を追い出されてしまうということになるわけです。施設に入ると、いくら小介護単位でやっているとは言うものの、ご飯の時間は朝何時です。お風呂は週に2回以上入れなければいけませんという介護保険上の制約の中で、週に約2回しかないです。夜就寝する時間はたぶん9時でしょう。見たいテレビも9時にはビシッと切ってしまって寝なければいけません。自分の自由というのがほとんどない生活というのが施設の中の生活です。今までの施設がそうでした。これは私たちにとっても非常に大きな反省です。これを何とか打破しなければいけないと、今、自分たちは思っています。

もう一度整理します。痴呆性高齢者の居場所について、「住み慣れた自宅」というのが1つあります。これが一番良いのだろうと思います。そして2番目には、「住み替えの場所」というのがあります。そして3番目には「施設」、この3つがあります。この3つをどう選択していくのか。今までの流れは、介護が必要な状態になると自宅から施設に行っていました。でも真ん中に住み替えの場所があれば、自宅でも施設でもないところで、自分の家に近い場所で住むことができるかもしれません。1つの流れとして、自宅、そして施設でも自宅でもない住み替えの場所、そして最終的に施設を選んでいくという流れが見えます。

しかし、できれば、最後の「施設」というのは避けたいと思っています。今、施設が持っている365日24時間フルタイムサービスを、この「住み替えの場所」や「自宅」のほうに出前ができる、ひょっとすると自分の家で最期までいることができるのかもしれません。

これは私たちの施設のグループホームです。今までの施設とは若干違っています。しかしやはり共同生活であります。こういう台所もあります。家に近い雰囲気があります。このような応接間のような場所もあります。これが居室の前の廊下です。大変にきれいに造ってあります。「こんな場所なら、まあ住んでもいいか」と言われる方もいらっしゃるかもしれません。

施設でもこういった環境の整備というものをしております。これも、つい最近まで、昔は保護室で使っていて、今は倉庫になっていたところを改造して、暖炉などを入れて、普通のお家のようにしました。そして台所もつけました。このような施設にしようと努力しております。

それから小規模多機能という施設につきましては、居住の場所というのが1つのフロアにあって、もう1つは、デイサービスという通所のサービス、そして訪問のサービス（ホームヘルパーですね）、こういうものがドッキングしていて、なおかつ相談・援助の機能も持っている。プラス、必要なときにはお泊まりもできるといったようなものです。そのようなサービスの多機能と言われるものドッキングしたものを、今、つくろうしております。

これは先ほど吉野さんもおっしゃってみえましたが、街の中にある、住宅の真ん中にある、ある証券会社の寮だったところを安く買いました。そしてそこでこれをつくろうとしています。これがその施設の中です。まだ開所しておりませんが、今、改装しているところです。充分にそのまま使えるようなところですね。これを約7,000万円で買うことができました。これまでの施設よりずいぶん安い金額で買いました。

このように、私たちも一生懸命に努力はしております。しかし、自宅の近くの住み替えの家や、在宅サービスの徹底などが、家庭介護をされている方々にとって本当に最良の対策なのかと考え

てみる必要もありそうです。昨年の2月に、これから居住施設のあり方を検討するフォーラムを設けたときに、ある呆け老人を抱える家族の会の代表者の方でしたが、おっしゃられました。私たちに向かって、「皆さん住み替えの場所だとか、小規模多機能だとか、今の施設はだめだからとおっしゃいますけれども、私たちにとっては施設のほうがいいのですよ。自分たちの生活している近くにそういうものがあったり、自分たちの自宅で24時間365日のサービスが展開されたとしても、私たちの苦しみはなくなっていると思います」と言われたときに、私たちは非常にショックでした。

よくよく考えてみれば、介護をしなければいけない自分の父や母がそばにいるということは、本当はそうしなければいけないのですが、しかし介護者にとっては24時間365日介護に拘束されて、ストレスがまったく取れない状態で生活していくかなければいけない。これはとても耐えられないというお話をしました。私たちの仕事はこういったことにもしっかりと目を向けていくつて、家族の方のストレスをどう解消すればいいのかといったようなことも考えながらやっていかなければいけないと思っております。

# 看護が向きあう在宅ケア

雨 師 みよ子

河内医師会訪問看護ステーション所長

皆さん、こんにちは。お疲れのところですが、私は訪問看護ステーションの立場から痴呆と向き合う在宅ケアことでお話をさせていただきたいと思います。

訪問看護ステーションというのはどのようなことをしてくれるのかなというのが、まだまだ浸透していないところもあると思うのですが、訪問看護は看護師さんが利用者さんのお宅に訪問して医療のことをするというのが皆さんの中にあると思うのですが、本来、私としましては、特に痴呆の方の早期の対応の時点で、私たち専門の看護師が関わられたらいいかなと思ったりもしています。

私は、地元東大阪の中河内地区にあります河内医師会というところの訪問看護ステーションの管理者をしているわけですが、ここに来られている皆さまとは、日頃より何らかの関わりを持たせていただいていると思いますので、ご存じの方もいらっしゃるかもわかりませんが、皆さんと、各関連機関さんとの連携を持ちながら地域ケアを支えていく一員として、チームケアに関わっていきたいと思っております。

先ほども言いましたが、どういうことをしてくれのかというところで、少しだけビデオを見ていただきたいと思いますので、ビデオのほうをよろしくお願ひします。

[ビデオ放映]

ただいま見ていただきましたように、訪問看護もヘルパーさんと協働作業をしていくというように私どももしております。

それでは、内容としましてはどのようなことをするかと申しますと、訪問看護ステーションのサービスの内容ですが、まず病状の観察と看護という、先ほども出ましたが、精神状態や身体状態を観察して、お食事の世話から排泄、身体の清潔、日常的な看護を行うということで、特に褥創の方とか、管の入っている方も含めまして、痴呆のある方の看護もさせていただくということ。

2番目には医師との連携ということで、精神状態や身体状態について医師と連絡を取り適切な看護をします、ということです。もちろん、今は介護保険も入っておりますので、ケアマネージャーさんやヘルパーさん、生活保護、民生委員さんも含めまして、多くの方々との連携も一緒に取りながらということで連携というところもありますが、特にお医者さんとの連携というのは、痴呆の方の場合は病状観察というのがありますので、そういうところで取らさせていただいているます。

次の介護方法についての相談・助言というところで、食事や排泄、清潔等に関する介護方法に

についての相談に乗り、適切な助言をさせていただくということと、介護者への精神的な支援という面で、在宅で生活を続けていくために、介護者の方の身体的・精神的健康についても配慮しているということで、家族の健康管理というところも含めまして、皆さん、365日24時間介護されているわけですので、そのあたりで家族さんの健康管理、精神的な支援、話し相手などもさせていただくということもしておりますし、サービスの紹介というところで、状況に合わせてヘルパーさん、デイサービス、ショートステイ等のサービスがありますよと、家族のレスパイトとして、こういうサービスを使っていただいて介護負担の軽減をしていただいたらどうですかという紹介もさせていただいている。

私も今までに多くの痴呆の方と関わってきましたけれども、やはり在宅で独居で過ごされてされていて痴呆のある方、夫婦だけで生活をされていて、2人ともが痴呆になられた方とか、そういう方があると思うのですが、そのあたりの方のどのように接するかというところで、医師との連携もありますが、民生委員の方、近所の方などから、こういうように困っている方があるので、訪問看護師さん、一回覗いてあげてください」ということで、市の保健センターの保健師さんなどと民生委員さん、生活保護の方を含めまして、利用者さんのお宅に行きまして、その方たちがいかに在宅で安心して生活できるかというところでお手伝いをするというのも多々あります。

どうしてもヘルパーさんと訪問看護師が協働でというところが多くなってきますが、そこにはいろいろな痴呆の症状が現れてきます。西村先生をはじめ、今までの先生が報告してくださいたいろいろな症状の対応の仕方がありますが、それを家族の方がいかに受け止めるかというところが大事かなと思っております。受け止め方が千差万別ありますし、痴呆の方の症状がいろいろな現れ方をしますので、やはりお疲れというところが出てくると思いますし、介護も放棄したいなというところもあるかと思いますが、私ども訪問看護師や、お医者さんを含めて専門職がそのあたりをサポートしていきたいと思います。

皆さんのが訪問看護ステーションはどういうことをしてくれるかというのがなかなかわかりにくかったかと思うのですが、専門的な立場からそのあたりの症状の観察と対応の仕方、レジュメのほうにもどのように関わったらいいかというところを紹介させていただいておりますが、そのあたりも含めて、対応の仕方、関わりを持つということをさせていただく。病気の方だけではないですよというところで関わりを深めていきたいと思っております。

私が持っていましたある夫婦の症例なのですが、奥さまが83歳で、かなり被害妄想の痴呆がありまして、近所をうろうろされて、普通のご挨拶をされるには特にお変わりはないのですが、しばらく話をしていると、だんだん話がおかしくなってくるというので、身体のほうは元気なのだけれども、ちょっとお話がおかしいですよというところで、近所の方ら民生委員さんに「おかしいから覗いてください」ということを言われたみたいです。それで保健師さんと民生委員の方が行きましたら、ご主人も痴呆になりかけておられまして、お食事がまったく摂られていなかつたという例があるのです。

それですぐにヘルパーさんをということを保健師さんは考えられたようですが、その方が自分のお家に人が入ってくるというのを拒まれたようで、なかなかそこに関わるまで大変でしたが、保健師さんのほうから、看護師だったら入れるかもしれないということで、「一度行ってみて、どのくらいの病気の状態かを見てみてください」と言われまして私どもが入りましたら、看護師さんだったら来ることを受け入れますということを言われたのです。

それで関わっているうちに、お食事がぜんぜんされていなくて、2人とも、朝昼晩というのも忘れてしまわれるのです。物をどこに置いたかというのもわからなくなる程度でしたが、少しづつお話をしているうちに、病気のことから看ましょうかということで入っていきますと、すんなり受け入れをしてくださいまして、次にヘルパーさんに入っていただく、ほかの機関に入っていただくというのがスムーズにできたという例もありますので、関わり方の最初は誰がどういうように入るのかというところからも、ケアマネージャーさんから入って、「来ないでください」と言われるようなところもあると思いますので、関わるときに、訪問看護ステーションをご利用していただいたら、病気の面と、お医者さんとも連携できますよというところもありますので、どうぞ、訪問看護もそういうところに役立てていただけたらいいかと思っておりますので、よろしくお願いします。

# シンポジウム「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」 回答者アンケート結果

本シンポジウム開催に当たって、回答者にアンケート用紙を配布し、シンポジウム終了時に回収した。質問内容は、性別、年齢、シンポジウム開催を知った手段、参加理由、基調講演ならびにシンポジウムの内容に対する評価、である。

## 【結果】

### 1. 回答者の構成

シンポジウム終了後にアンケートを回収したところ、東京では87名、大阪では94名の参加者が回答した。回答者の性別は、両開催地とも女性が1:8と圧倒的に多かった。

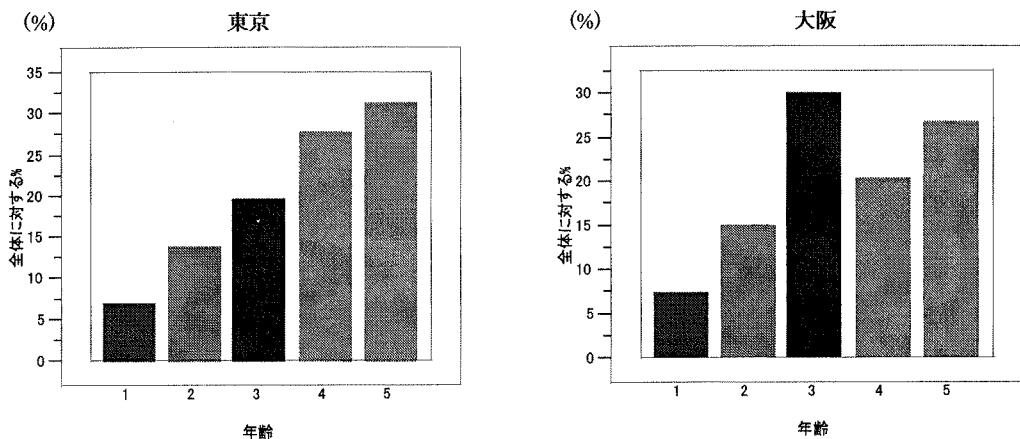
回答者の年齢をみると、東京では60歳以上の高齢者が最も多かったのに対し、大阪では30歳代から40歳代と比較的若い層の回答者が多かった（図1）。回答者の約半数は、介護職に携わっている者であったが、東京では大阪よりも無職の回答者が多かったことから、回答者の傾向として東京は高齢の家族介護者が多く、大阪は比較的若い介護職が多いと言える（図2）。

### 2. シンポジウム開催を知った情報源

回答者がどのようにして本シンポジウムの開催を知ったかを尋ねたところ、新聞からの情報は、東京が約20%であったのに対し大阪はほとんどなかった。このように東京の回答者の情報源が公的機関を通して知った者が多かった反面、大阪では勤務先や知人からの情報が多くなった（図3）。

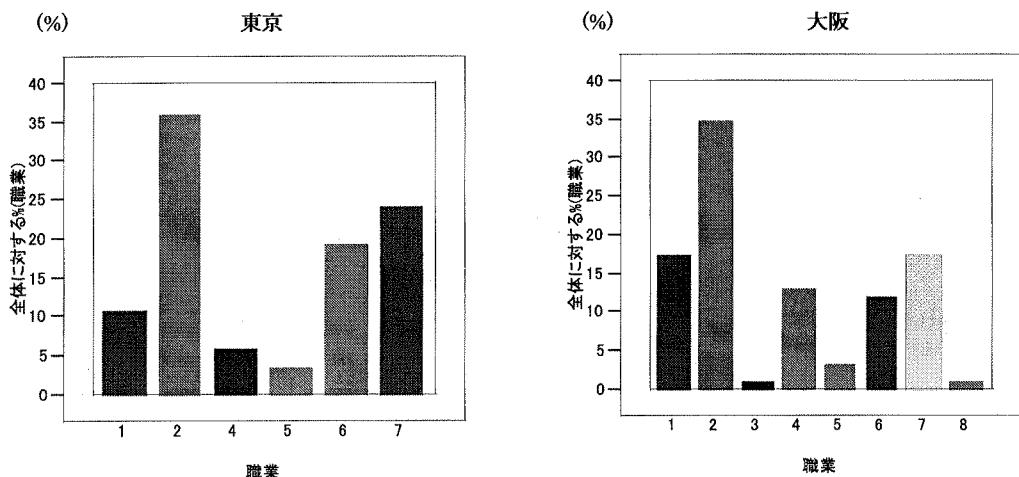
### 3. 参加理由

回答者の参加理由は、東京、大阪ともに「看護・介護職として知識を得るため」と「痴呆に対する关心があり、痴呆の知識と情報を得るために」の両者が多く、中でも大阪では前者が多かった（図4）。



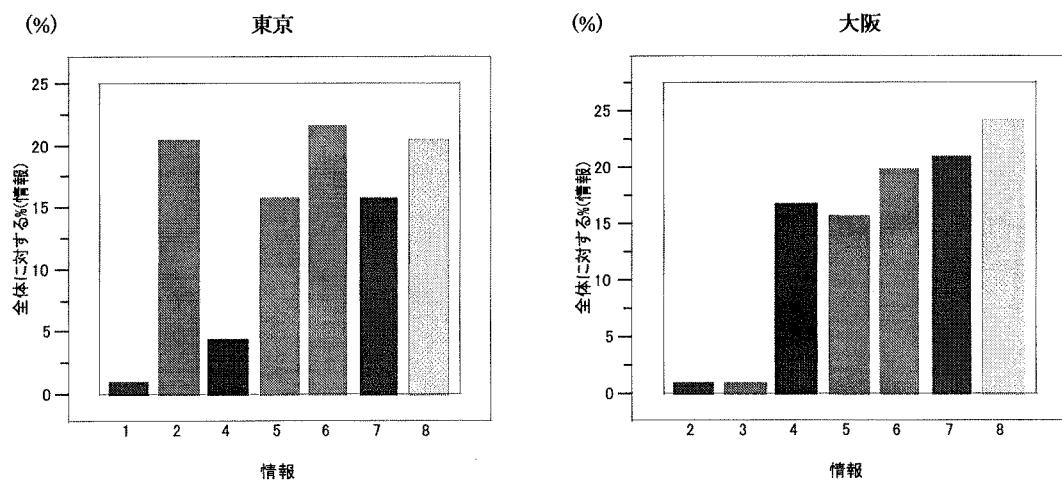
1: ~29歳 2: 30代 3: 40代 4: 50代 5: 60歳以上

図1 回答者の年齢



1: 訪問看護師, 2: 他の看護・介護職, 3: 医師 (回答なし), 4: その他勤務職, 5: 自営業, 6: その他, 7: 無職

図2 回答者の職業別



1: 雑誌, 2: 新聞, 3: HP, 4: 掲示板・回覧, 5: 市の広報, 6:ちらし, 7: 知人の紹介, 8: その他

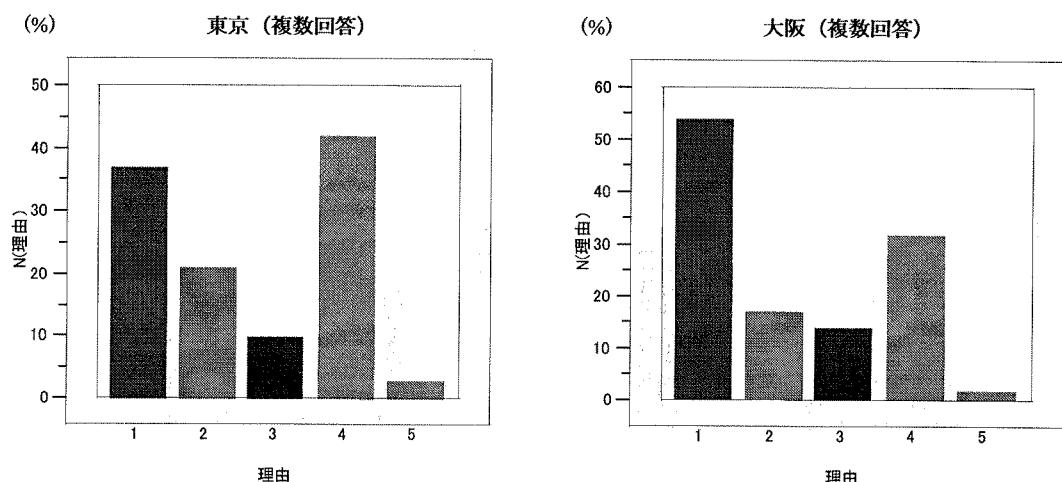
図3 シンポジウムの開催を知った情報源

#### 4. 基調講演

基調講演の評価は(図5), 東京と大阪ともに80%以上の回答者が「良かった」「大変良かった」と大変好評であった。その多くは、「話の内容が具体的でわかりやすかった」, 「参考になった」, 「勉強になった」, 「感動した」との評価であった。なかには「先生が、何気なく話されたこと1つ1つにケアに対するヒント(ケアに対する考え方の転換)があり、とても勉強になりました」とか「地域の中で元気の時から利用できるコミュニティ施設を作り、専門的なアドバイザーが必要だと思った」などの意見が寄せられた。

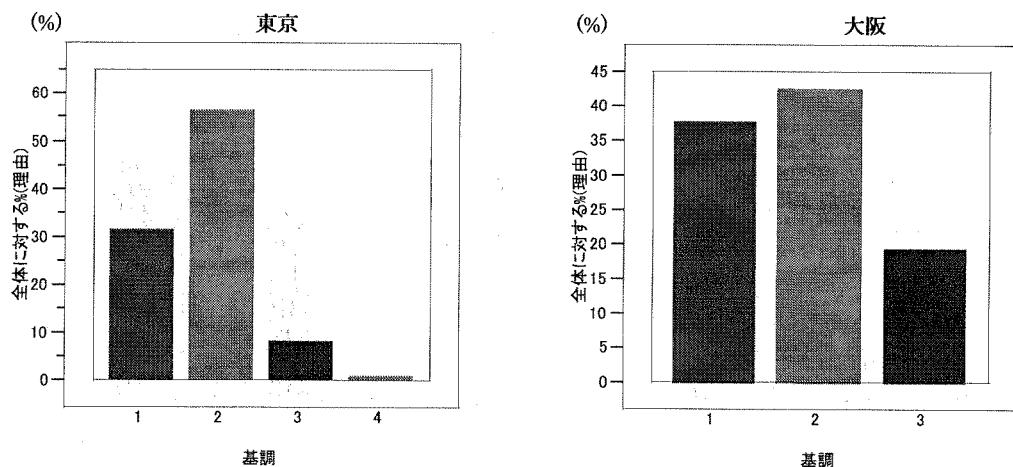
#### 5. シンポジウム

シンポジウムも、約85%の回答者が「良かった」あるいは「大変良かった」と評価した(図6)。具体的には、「いろいろな立場の話が聞けて良かった」「希望がもてた」と評価した一方で、テー



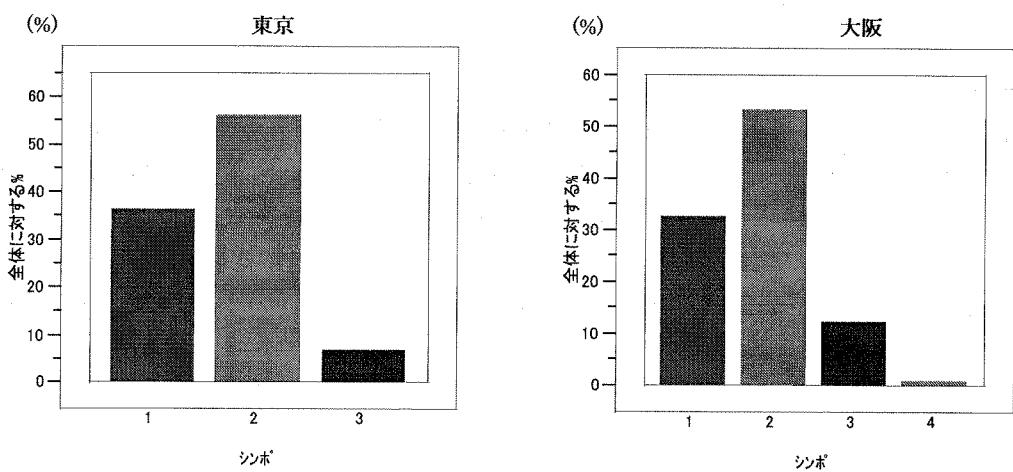
1: 看護・介護専門職として知識・情報を得るため, 2: 家族介護者として知識・情報を得るため, 3: ボランティア活動のために知識・情報を得るため, 4: 痴呆に关心があり、痴呆に関する知識・情報を得るため, 5: その他

図4 参加の理由



1: 非常によい, 2: 良い, 3: 普通, 4: 良くない

図5 基調講演の評価



1: 非常によい 2: 良い 3: 普通 4: 良くない (回答なし)

図6 シンポジウムの評価

マの「イメージチェンジ」の意味が捉えにくかった印象も受けた。また、「事前の準備が行き届かず、回答者の人数が少なかった事が残念」との意見もあり、反省すべき点であった。さらに、回答者にレジメを準備しなかった事でメモが十分にとれなかつた事や、時間が少なかつた事、などの指摘もあった。

## 6. 総括

この度のシンポジウムは、「痴呆性高齢者の在宅介護は悲惨なもの」というイメージを、種々の地域介護支援サービスを有効に利用することで、少しでも発展的で良いイメージに変えるために、テーマを「在宅痴呆ケアのイメージチェンジ」とした。

基調講演では、アルツハイマー病研究の第一人者で大阪大学名誉教授、甲子園大学大学院研究科長であられる西村健先生が「私が向き合つた在宅ケア～医師として息子として～」をテーマに、ご本人の介護経験を通して、痴呆性高齢者の在宅介護の現状と家族介護者の実際の思いについて講演した。西村先生の講演については、大多数の参加者が共感し、また在宅介護の実情を改めて感じ取れた、との評価であった。

シンポジウムでは、家族、医師、施設職員、訪問看護師の立場から「私が向き合う痴呆ケア」と題して講演し、後に総合討論を行つた。ここでも大方の参加者には好評であったと思う。アンケートの中には、痴呆の具体的な知識やテーマのイメージチェンジに視点を当てた議論が足りない、との不満があった。

全体的には、本シンポジウムは内容が充実しても好評であったと思う。しかし、アンケートの回答にもあったが、このシンポジウム開催についての事前周知が不十分であったことから参加者が少なかつた事は今後の大きな課題として残つた。

【資料1： 東京三鷹会場アンケートの自由記載から】

基調講演

1) 良かった・共感した（全34件）

①体験・具体的なので（13件）

- ・むずかしくなく具体的にお話し下さり、よく分かりました。
- ・専門医が家族になった体験が興味深かったです。
- ・具体的な話で今迄にない講演内容だったと思います。たんたんとはなされました、実際は大変な日々を過ごされたことと存じました。これからは奥様をお大切に、そして先生ご自身もご自愛の程お祈り申し上げます。

②参考・勉強になった（6件）

- ・先生が、何気なく話されたこと1つ1つにケアに対するヒント（ケアに対する考え方の転換）があり、とても勉強になりました。
- ・私の母と非常に良く似た考え方のお母さんの介護の体験で、参考になった。

③自分と重ね合わせた（3件）

- ・義父のこと、又今年逝った母（96歳）と重ね合わせ、経験があったために、本当に身につきました。

④感動した・いい話だった（4件）

- ・最後のお別れの時の”ありがとう”のお話に感動致しました。お母様の意志を尊重された介護の気持ちだと思い、涙が出ました。

⑤医師の話だから（2件）

- ・Dr. 大学教授からこのような話を聞けたのが良かったかと思います。

⑥その他（6件）

- ・とても人間的な率直なお話で、お医者さんらしくなくて良かった。
- ・「可能な限りの在宅の介護を」との先生のお言葉に私もそう思い、頑張りたいと思います。自分の中に悔いを残さないためにも。

2) 不満・要望がある（全5件）

①ポイントがない（2件）

- ・ポイントがなく、つまらない。

②内容について（2件）

- ・とても面白かったが、個人の体験談に終わった気がする。

③病気の話が欲しかった（1件）

- ・もう少し、病気的なところと、わかりやすく話をしていただきたかったです。

3) その他（全6件）

- ・生活のゆとりのあっての介護むしろ羨ましいと思いました。私も生い立ちはよくきびしいおばあさんの話はよく聞きました。

- ・先生のお話はまさに日本の現状ですね。

## シンポジウム

### 1) 良かった・共感した（全36件）

#### ①いろいろな立場の話が聞けた（17件）

- ・それぞれのお立場の方々の細かな助言が大変役立ちます。
- ・医療、訪看、施設と共同の講演でとても良かったです。

#### ②各シンポジストの話が良かった（9件）

- ・医師の立場のお話は「イメージチェンジ」というにふさわしい内容で、来た甲斐がありました。
- ・やはり、経験豊かなお話がたくさん聞けてよかったです。特に人生経験豊かな時田様のお話しさ重みがあり、先々の事まで見通されていらっしゃると感心致しました。

#### ③希望がもてた（3件）

- ・痴呆の人、1人をまわりから、それぞれの専門職と家族がささえあえる方向がみえてきて、希望が持てた。

#### ④その他（7件）

- ・今まで医者を変えたら失礼かな？と思つてました。自分に合う先生をみつけて、と少し考えが変わってきました。
- ・痴呆に対する支援がどのように整備、進行しているのかくわしく分かり、よかったです。
- ・非常に丁寧な進行でよかったです。

### 2) 良くなかった点・要望（全7件）

#### ①イメージチェンジしなかった（1件）

- ・「イメージチェンジ」とまで言える内容ではなかったように思います。

#### ②レジュメが欲しい（2件）

- ・レジュメが欲しかった。
- ・パネルの内容を書き写す時間がなく書き取れなかった。（資料で欲しいと思いました）

#### ③構成・進行（4件）

- ・介護（在宅サービス・ヘルパーなど）の立場からの意見も聞きたい。
- ・初めてこのような場所に参加したのですが、「シンポジウム」の時間を多くとっていただきたかったです。

### 3) その他感想など（2件）

- ・多くの人にとっては、痴呆のイメージは、チェンジ以前に知らないことばかりだったのではないかろうか？高齢者の精神病の多くが、痴呆という語でひとくくりにされ、対応も適切でない場合が世間ではまだ多いのも問題であると思う。

## その他

### 1) 良かった・共感した

#### ①参考になった（21件）

- ・自分もこれからどの様な終末を迎えるか、受け入れられる様に心の準備をを思い参加させて頂きました。さいたま市から来まして、参考になりました。
- ・痴呆を在宅で看ることはとても大変なことです。しかし、多くのネットワークを使うことで、イメージを変え、見ていくことが可能であることを感じました。

- ・それぞれの立場の視点、焦点がわかった。本日の4人の立場が各地域で一緒になったら在宅ケアが望むべくして成り立つのに…と思う。しかし、これは介護の基本と思う。
- ・家族介護の立場から、何でも良いから情報を得たいと思っています。あっという間に両親を介護することになり、本当に追われる日々ですが、このシンポジウムに参加できて、何かを見直す時間ができた様に思います。
- ・同じ看護師の対応で納得すること、共感できることあり、少し、自分の仕事に安心した面があります。
- ・「在宅介護イコール家族介護ではない」同感です。
- ・シンポジウムは、私達がいつも思っていることがわかりやすくお話しして下さり、とてもよかったです。
- ・次回もこのようなシンポジウムの開催を待っています。

## 2) 良くなかった点・要望（全14件）

### ①集客・運営（4件）

- ・シンポジウム、いい内容だが空席が目立った。事前の宣伝をもっと工夫してはどうか？三鷹や近隣市の広報や、地元ケーブルテレビを用いるなど。また、近隣の介護事業所に、宣伝はあったのだろうか？
- ・案内がおそかった気がします。もう少し参加者が多ければよかったです。

### ②資料が欲しい（3件）

- ・シンポジウムでのパワーポイントのスライドの内容は、レジメ（紙の）で前もって配布していただければよかったです。

### ③内容（5件）

- ・この問題は大変関心があり、今日は家族で参加。やはり家族の者が理解してこそ他人の力を借りることが大切であると思う。これからは、介護者に関心を向けていただきたく、話の内容をご検討ください。
- ・お話をうかがって、これらをつなぐ人としてケアマネージャーの役割が大切になってくると思ったが、以後ケアマネージャーもシンポジストの1人として加えてほしい。

### ④その他（2件）

- ・時間がなく質問させてもらはず残念です。
- ・訪問看護協会との連絡網とか個人的な想いやどうしたら最後まで見られるかとか窓口になってくれる所を教えて欲しい。

## 3) その他感想など（8件）

- ・何れの問題も経済問題が伴うことで大変。在宅ケアをどうぞ支えていただきたく思う（地域、人間関係のあり方を考えさせられた）
- ・どんなに大変な介護であっても最期に「ありがとう」の一言ですくわれることが沢山あることあらためて知る。他人を入れないのでの在宅介護、難しい面もあるが、後悔はないと思う。在宅は王道であると思う。
- ・若い方がチラホラと見受けられたのは頼もしい（ありがとうございました）

【資料1：東大阪会場アンケートの自由記載から】

**基調講演**

1) 良かった・共感した（全34件）

①体験・具体的でよかった（14件）

- ・御自分の体験を通してどう関わりあったのか本当に良くわかりました。時代背景にもよると思いますが、家族で介護することの限界も少し感じました。
- ・実体験を通してのお話しで、痴呆の方をサポートするために参考になることがたくさんありました。

②内容が分かりやすかった（6件）

- ・講演内容がわかりやすく、テンポもよかったです。
- ・シンポジストの講演がわかりやすくよかったです。

③立派だ・感動した（7件）

- ・息子として自分の母親がその人らしく生きていくための手伝いをされたのがよくわかりました。だれにでも出来ることではないと思いました。
- ・大変なご苦労をされたと感心しました。又、ふりかえって我が家の事情はまだまだ大したことではないとなぐさめられました。

④参考になった（3件）

- ・家族サイドの気持ちが少しでも感じとれ良かったです。奥様はすごいなと尊敬致します。

⑤その他（4件）

- ・インパクトがあった。
- ・母がアルツハイマーで施設入所しています。立派な先生でも悩みながら介護されているのを聞いて少し安心しました。

2) 不満・要望あり（全4件）

①もう少し詳しく（4件）

- ・もう少し専門的な視点が欲しかった。
- ・お母さんが亡くなるまでの西村先生の具体的な介護内容と痴呆性と向き合った感想をもう少し伺いたかった。

3) その他感想など（全14件）

①高齢者福祉について（4件）

- ・地域の中で元気の時から利用できるコミュニティ施設を作り、専門的なアドバイザーが必要だと思った。
- ・元気な時から初期の段階での対応について考えてほしいと思う。近くに施設ができることはよいと考えられる。

②サービスを受け入れたい（2件）

- ・西村先生がおっしゃっていたようにサービスを受け入れられる自分や家族にならないといけないなと思いました。

③自分の話（3件）

- ・自分が痴呆になる不安がひどくなりました。前兆があるように思いますので…。注意すること

を知りたいのです。

④その他（5件）

- ・現在自分の家で進行中（91歳の義母），毎日が大変な状態の中，先生の話を聞いて，もう少し家でがんばってみようと思いました。主人にも手伝ってもらおうと思った。
- ・あらためて介護の大変さを実感しました。

**シンポジウム**

1) 良かった・共感した（全39件）

①色々な立場の話が聞けてよかったです（14件）

- ・一人一人の考え方のちがい，意見を言いあって，同時に色々の話が聞けて良かったです。とても勉強になりました。
- ・それぞれの立場での取り組みを聞かせていただき，心強く，又，今後の光にも感じました。

②各シンポジストの話がよかったです（9件）

- ・特に吉野さんのお話に感動しました。このようにいろんな職種の方ががんばっているのでとてもうれしく思いました。
- ・多機能施設の企画がとてもおもしろく，感心しました。地域での在宅支援の重要性を改めて考えさせられました。

③地域の連携ケア（4件）

- ・痴呆の介護は，家族だけでなく，専門職を通じて地域をまきこんだケアが重要であることがわかりました。
- ・地域支援は地域をまきこむことである。地域密着ケアの重要さを再認識しました。

④勉強になった（7件）

- ・聞きたいと思っていたことがわかりやすくきてよかったです。
- ・「訪問看護ステーション」の意味がわかり，よい制度があることに安心しました。

⑤構成・進行が良かった（2件）

- ・家族，地域を含めた内容構成がとても良かったと思います。またアドボケイト，小規模化のもうつ問題など切り口も良かったです。
- ・通り一遍のシンポジウムの多い中，突っ込んだ議論もあってとてもよかったです。

⑥その他（3件）

- ・身近にある問題なので，興味深く聞くことができた。
- ・皆さん真面目に取り組んで仕事されているのに感激した。（金もうけに走っている業者，ヘルパー，困ったケアマネがいる職場に働く者です）

2) 不満・要望あり（全5件）

①イメージチェンジしなかった（3件）

- ・最終イメージはしりきれとんぼの感がある。

②在宅でのかかわり方が知りたい（1件）

- ・在宅でのかかわり方について詳しいところが知りたかった。

3) その他（12件）

- ・途中で休憩があれば良いと思いました。

- ・地域の介護にとりくむ、家族や本人が自分で安心できるサービスがふえるといいなあと思います。
- ・今の介護保険では、カバーできない点、疑問点などがたくさんあります。痴呆と地域・専門職のかかわりについて考えさせられた。
- ・シンポジウムのテーマも10数年前よりかわってきたナー。

### **その他**

#### 1) 良かった・共感した・勉強になった（全17件）

##### ①勉強になった（6件）

- ・初めて、シンポジウムに参加しましたが、とても有意義な時間が得られたと感じています。今後の在宅診療へ出かけるNsとして医師へも伝え、話していく事も増えたと思います。
- ・介護保険になって、何が変わってきたかがわかったように思いました。

##### ②シンポジストの話に感動した（2件）

- ・吉野さんのお話感動しました。今の私の地域では殆ど理想に近いことですが、一歩でも二歩でも近づきたいと思います。

##### ③地域連携の大切さ（2件）

- ・連帯ということを感じました。この地域のよさを活用して、小規模のデイハウスがふえるといいなあと思いました。米子市の吉野立さんのされていることにエールを！！他の人たちにも感謝！！

##### ④進行（1件）

- ・今井さんの進行、鋭い切り口でとてもすばらしかったです。大都市の大坂市でなく、ちょっとへんぴな東大阪市でこのシンポジウムを開催して下さったことに心より感謝します。

##### ⑤もっと開催して欲しい（2件）

- ・この様な講演を繰り返し行ってほしい。1人でも多くの人が痴呆のケアについて知る為には繰り返しシンポジウムを開く必要があると思います。これにより虐待も少なくなるでしょう。

##### ⑥その他（4件）

- ・はじめてであったが参加してよかったです。
- ・訪問看護の役割の重大さを認識いたしました。また、他職種とのつながりをもち、その人らしさを保ってあげられるように援助していきたいと思います。

#### 2) 不満・要望あり（全11件）

##### ①内容に対して（6件）

- ・痴呆高齢者の特徴や対応についての講義もほしい。
- ・介護保険については、もっと多くの宣伝が必要で、まだまだ利用されてない人がいると聞きます。次の課題として考えて下さい。

##### ②イメージチェンジできなかった（2件）

- ・有意義なシンポジウムでした。しかし、「イメージチェンジ」ということがつかめませんでした。

#### 3) その他（3件）

- ・「長谷川式」など専門的な知識をもっていない人に、簡単でいいので、用語の意味を説明して

ほしかった。

- ・ちらしに”手話通訳あり”と記入があればもっと多くのろうあ者がみれたのにと少し残念でした。

#### 4) その他意見など（18件）

##### ①自分の体験（4件）

- ・18年前、舅の痴呆（脳血管）介護を経験し、家族の会に参加して地元（東大阪）で家族の会を立ち上げ活動して、現在はヘルパーとして関わっています。家族の気持ちを大切に専門職をめざしたいと思っています。

##### ②在宅の難しさ（2件）

- ・できる限り在宅でケアしていただけたらという思いもありますが、家族の方の苦労（心労）も目のあたりに見ていると本当にむづかしい事だと痛感しています。もっと痴呆ケアに対して国をあげて取りくんでいってほしいと思います。

##### ③将来を考えたい（2件）

- ・これからの中高齢者ケアについて考えなければいけない事、施設で暮らす、自宅で暮らすどちらが幸せか、自分自身の将来を考えたいと思いました。

##### ④痴呆についての啓蒙（3件）

- ・これからの中高齢者ケアについて考えなければいけない事、施設で暮らす、自宅で暮らすどちらが幸せか、自分自身の将来を考えたいと思いました。

##### ⑤福祉の充実（3件）

- ・住みなれた自宅ができるだけ長く安心できる生活が送れるよう援助できればと考え、お世話をできればと思う。

##### ⑥本の出版・紹介（2件）

- ・図書を紹介してほしい。

##### ⑦その他（2件）

- ・会の活動内容をもっと知りたい。

《訪問看護ステーション利用のご案内》

痴呆性高齢者が安心して暮らせるまち

**訪問看護ステーションは  
愛情を持ってサポートします**



## 地域で活躍する 訪問看護ステーション

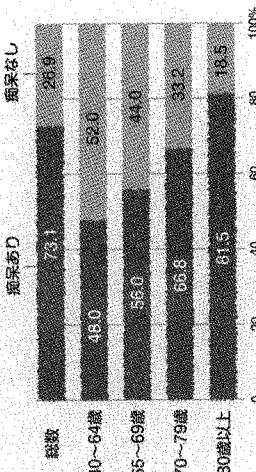
ご自宅で安定した療養生活を支援するために、地域で活躍している訪問看護ステーションは全国で約5000ヶ所あり、24万人以上の方が利用しています。(平成14年9月現在)

訪問看護ステーションのサービス（以下、訪問看護サービス）内容は、病状の観察と看護（痴呆・精神障害・難病・ガン末期・小児他）、療養生活上のアドバイス、リハビリテーション、家族への支援等を行っています。

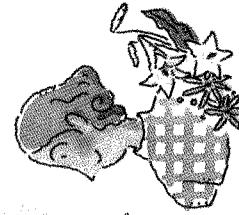
訪問看護ステーション利用者のうち、痴呆の症状のある方は7割以上

介護保険による訪問看護ステーション利用者のうち、痴呆の症状がある方の割合は総数で7割以上を占め、年齢が上がるとともに増加しています。

### ●年齢別に見た痴呆の方の割合（介護保険法による利用者）（%）



(出典：厚生労働省「3年介護サービス実績 調査所調査」)



社団法人 全国訪問看護事業協会

## 家族だけで抱え込まず、 第三者に相談してください。

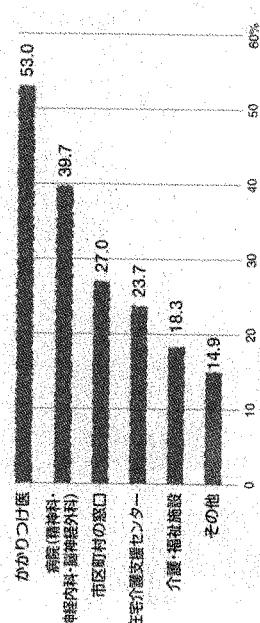
住民対象に行つた調査によると、約半数にして誰かに相談したことのある人は、38.7%。相談先は「かかりつけ医」53%と「病院」40%が多く、医療機関以外では、「市区町村の窓口」27%、「在宅介護支援センター」24%となっています。

### ●糖尿病に關しての相談経験の有無と主な相談先

(人数=918)



### ■主な相談先 (人数=355) 複数回答有り



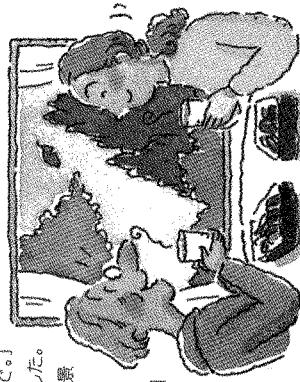
(出典：第1回結果を理解するワークームされたがゆ)

## 訪問看護ステーションでの 糖尿病性高齢者ケアの実際

### 「その人らしい重症を尊重」

73歳、一人暮らしの女性。

ご主人が亡くなられ、精神的にも落ち込み、見かねた息子さんが月数回様子を見に来ていました。やがて、睡眠障害や怒りっぽさ、心身が不安定な状態が見られるようになりました。そこで娘さんが市に相談したところ、介護保険の利用を勧められ、訪問看護ステーションとの関わりが始まりました。当初は、娘さんの初期で混乱状態でした。ヘルパーが家事全般の世話を、訪問看護が心身のケアと療育への対応を、また、施設の寂しさ懸念にデイサービスを利用し3年間一人暮らしを��けています。つい先日も周囲の方々がSOSがあり駆けつけました。食事を一緒に食べながら話を聞くと、病気になつてだんだん自分が壊していくのではないかといふ不安を抱いていることがわかり、「これからもあなたの意思を尊重して、一緒に考えるから心配しないで。」と話す子どもの笑顔に戻りました。時には食事をしながら、外の風景を楽しむ等豊かな感性を大事にしながら、相手の気持ちに添つた関わりをするのも看護の役割です。



4

3

## 「あたたかい信頼関係を築く」

徘徊や便失禁があり、興奮して大声を出し、人が変わってしまった85歳の男性。

かなりひどい便失禁を繰り返すことから、主治医の勧めで訪問看護師が開始されました。看護師は照見知りになる関係を築けるように毎回の自己紹介・説明等を行い、その方を尊重した対応を心掛けたところ看護師の前では落ち着いていましたが、介護者であるお嬢さんは「看護師に見せる態度は他の方とは大違い」と一言。

また、入浴を嫌がり、わめき散らし、興奮して叩く、引揚ぐ等があつたためにケアマネジャーは訪問入浴サービスをあきらめていました。そこで信頼の看護師が付き添い訪問入浴サービスを実施したところ、その日は皆の予想に反し問題なく気持ちよさそうに入浴されました。

また、便失禁も定期的に発生があるようになり、躊躇するごども少なくなり、専用尿器を購入していった介護者も「看護師という相談者を得たことで気持ちが楽になつた。」と最近は明るい表情が見られます。



5

## 「介護者の心の支え」

長男のお嬢さんがつきっきりで介護している86歳の女性。

長男が亡くなつたために2人暮らしでした。6年前から昼夜逆転、徘徊、便失禁等が始まりお嬢さんが付きっきりで介護をしていました。その後、寝つきで飲み込みも悪くなりましたが、お嬢さんは、夫の兄弟の協力を得ながら訪問看護の力を借りて介護をしてみたいと決意しました。看護師は食事の工夫や食べさせ方をはじめ栄養のこと、清拭のこと、排泄のこと、これからのことについて相談を受けアドバイスしました。お嬢さんは「便が出た」といつては喜び、入浴サービスを試したりしながら徐々にご自身の生活の幅を広げ、最近は好きだったテニスも再開しました。本人も快適が安定し、看護師が近く手をしながら柔い表情を見せるようになりました。



この場合は寝たきりになるまでの大変な時期に孤軍奮闘されましたが、今はたいへん落ちついています。訪問看護ステーションの周りは在宅介護のごく一部ですが、少しでもご家族の心の支えになればと考えております。

6

訪問看護でトータルヘルスの実現を目指す地域連携の実践

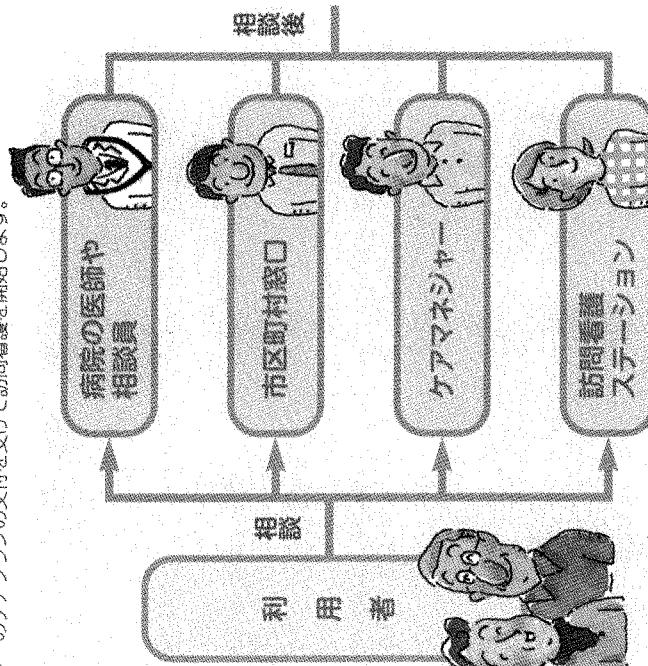
訪問看護でトータルヘルスの実現を目指す地域連携の実践

## 訪問看護ステーションのサービス内容

- 病状の観察と支援
  - 医師との連携
  - 介護方法についての相談・助言
  - 介護者への精神的な支援
  - サービスの紹介
- 

## 訪問看護ステーションの利用方法

利用者から相談があると、市区町村の要介護認定を経て、医師の指示書とケアマネジャーのケアプランの交付を受けて訪問看護を開始します。



- 訪問看護ステーションの利用料は、他の介護保険サービスと同様1回食ごとなります。
- また、介護保険の他、医療保険で訪問看護を利用するこどもであります。
- 近畿の訪問看護ステーション所在地がわからない方は、市区町村の役場又は全国訪問看護事業者協会（※）までお問い合わせ下さい。

8

7

## 訪問看護を利用された皆様の声

### 困った時の神（看護師）頼み

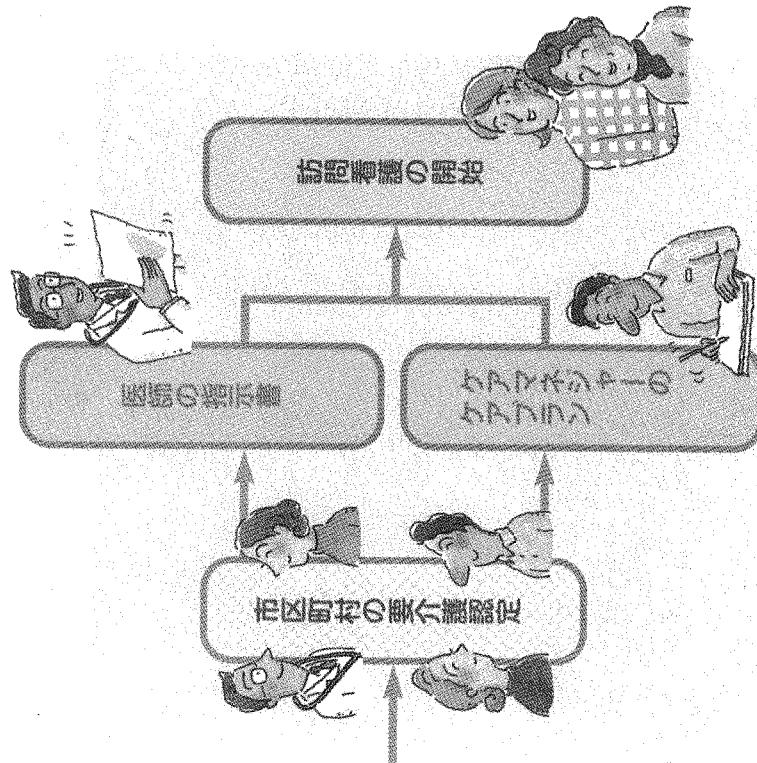
利用者家族・S区

重子もそれそれ独立して私と妻（82才）の二人暮らしで旅行や散策を楽しんでいましたが、4年前の6月突然妻が体内出血で倒れ、9ヶ月程の闘病生活の後手宮に瘤まり手足で歩行出来る状態で医院させられ自宅に戻りました。

週2回のデイケアー、週2回のリハビリセンター通いと週1回の訪問看護師の通勤は体重と手指訓練と共に三男が毎土曜日の援助によりヘルパーさんの手を借りて過ごしています。ところが先日初めて経験する異常にひどい興奮状態で30分遅っても帰まらず益々ひどくなり「筋力来て」「苦しい助けて」と支離滅裂な言葉を大声でわめき散らし、なんとも手の亂しようが静く遠方にくれ、思い余つて訪問看護ステーションに電話いたしました。看護師さんが車で駆けつけってくれました。やはりハテラーンの方は手慣れたもので全く意味不明な言ふや唐突に一いつつなぎながら相談を打ち、ただのすかして立ち書きを取り戻し、そしてヘッドに連れて行つて夢かしつけてくれました。その後、娘子を見て服つたのを確認されもう一枚文書をしようと署られたのが午後11時を過ぎていました。只々有り難く頭を下げておれを言うのが精一杯でした。



10



\*全日本訪問看護学会とは、訪問看護事業のサービスの質の向上を目指して、会員ステーションに対する研究・研究・革新情報の提供等の事業を行つております。

9

## 痴呆も病気の一つ

ケアマネジャー・S市

以前、年回を伴う痴呆の利用者の方に医療処置の必要性があつたため、訪問看護を依頼した事があります。訪問看護といはば利用者の方への「医療処置」としか考えていましたが、介護者の方々にごつては痴呆の問題行動が多ければ多いほど日常の生活に重れ精神的に大きな負担として感じているのが事実でした。そういった状況の中で痴呆の専門家についての適切なアドバイスと処置は利用者の方のみならず、介護者の大きな味となり安心感を早くこころがけました。

それ以来、痴呆も病気の一つとして考え方や対応を変えてきました。



## 訪問看護を利用された皆様の声

訪問看護師さんのサポート

医師・M市

Kさんは96歳の女性で、痴呆があるお年寄りの方です。当初は食事が取れず食欲があり、すぐ卒倒したり、床ずれが出来たりしましたが、訪問看護師さんとの食事介助の他、便せの早期発見、医師への連絡で、いずれもどちらかというてお手ないうちに対処出来ました。介護者であるお嬢さんは一人で介護しなればならない状況でしたが、訪問看護師さんのサポートで心身ともに力を貸していただきやすくなりました。痴呆となる患者さんはほとんどが高齢者です。高齢者はちょっとした環境の変化では車を迷い、見守があると、心の変化を自分で認識出来ないから、うまく表現できることがあります。その際は多言葉を早期に察見し、担当医に連絡する事で、大事に主らないうちに対処することが出来ます。高齢の方、特に被虐型のお嬢さんの介護者にとって、その介護が正当に評価されない場合が多く、周囲の人方が介護上の迷惑を聞き、正直な評価をしてあげることもとても重要なことです。



平成15年医療行政法人認定登録

長寿社会福祉基金助成事業

平成16年02月 東京都新宿区新宿1丁目3番12号  
TEL 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938

発行 社団法人 全国訪問看護事業協会



社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 302  
TEL : 03-3351-5898 FAX : 03-3351-5938