

自施設における施設や介護観の変化

特養中心の入所職員(の関心)は、外(地域)よりも中(施設内)向きであった。

↓
その施設は生活の単位を考慮することなく、量と言う人数を相手に一生懸命。
自分の動作である身体介護に終始し、住宅(環境)やご利用者の満足度を考えなかった。

↓
ユニットケアが誕生し施設を変えたかな。個別ケア、相手との関係性には効果的。
生活者としての住環境とその暮らしの単位。家庭に近づける、地域に近づく。
コミュニティという関係性を、社会性を持つ。(ベッドから部屋、部屋から地域)

↓
入口はユニット、出口は地域。地域住民として当たり前生きる。
家族はそこまで望まない場面へ直面。

↓
一方で、施設の中にあるもの(機能)が、何故地域に無い? の疑問。

↓
課題が見え、試みと言う実践、解決のための実践。

↓
在宅サービスは特養に併設される飾りか、アクセサリか。

↓
逆デイ、サテライトデイ、宅老所、365日24時間体制ヘルパー、
毎日三食配食サービスに外出支援、小規模多機能による(365日24時間)包括支援など

↓
待機者がいるから施設増か。本当の課題は行き場所づくりではなく地域生活。地域機能を活かす。

↓
地域から離れることが目標ではなく、地域で暮らすことの支援が出来たら。
本音(ニーズ)が見えてきたから施設を変えたい。従事者が変わり、家族、周辺、住民も。

↓
身体介護中心から広く日常生活支援である社会参加を目指し、地域の福祉土壌を作っていきたい。
ご利用者・環境、人と環境への接点への働きかけ。施設中心から地域・在宅での暮らし支援へ。
生活場を伝え、医療が後方支援してくれたら、暮らせそう。

安心生活創造事業の取り組み

- 住み慣れた「地域(含. 施設)」で暮らす土壌支援
 - 日常生活、社会生活支援
 - 要介護高齢者が安心して暮らせる地域づくり(医療も)
 - 家族介護者も安心して暮らせる地域づくり
 - 軽度者・一時的に、時々ちょっとだけ困る人の支援、制度の狭間
 - 虐待防止・消費者被害の防止、孤立死・徘徊死・不明者防止
 - 思いと現実を→世間との関係調整(偏見・差別など)
→地域(社会)生活と隣近所付き合い
 - 服薬の確認や灯りの確認だけでも
 - サポーターの養成
- ◎ そして、時代は、相談とは本家や親戚から、支援センターなどの情報あるところで安心を。支援と結びつける関係づくり
- ※ 支援センターなどがコメディカルスタッフの一員に(共通言語の確立、情報の一元化の仕組み作りが必要か)

在宅生活が継続できなかった過去例

A (女性) 72歳 介護度1 (平成19年)

家族状況 : 独居。夫は既に死亡。1人息子は6年ほど前から行方不明。甥だけの関わり。

病歴 : 糖尿病で不定期に内科受診あり。内服薬1日3回出ているが管理できていない。

自分は定期的に受診し、きちんと服薬しているつもり。

身体状況 : 身体的には問題なく、山菜採りにも出かける。

家屋状況 : 土地は借地、家屋は持ち家。

収入 : 厚生年金。月額7万ほど。

認知面 : 作話、妄想、物忘れひどい。近所の方からは、近くの畑に入って花や野菜を盗んだりしていたなどの話が聞こえてきた。

作話を言いふらすため近隣とのトラブルも多い。又、妄想のため大声で興奮して騒いだかと思えばすぐに忘れていたりする本人全く病識なし。火の始末も心配。家の中も散らかっている。

- 甥からの相談: 施設に入れたいが、本人納得しない。何かサービスを利用したい。本人、甥と相談のうえヘルパー利用となる。(安否確認、薬管理、環境整備等)

訪問時間に訪問しても不在だったり、玄関で拒否されたりとなかなか援助に入れない事が多い。何度も「自分は何でもできる。もういない」と申し出る。ヘルパーと検討し予定時間に不在の際は、又別の時間や空いた時間に訪問するような対応をしよう。

近隣の方々とのトラブル続き関係悪化、金銭管理も難しくなる。包括にも連絡。

主治医に相談。「認知症ひどく専門医受診必要だが、本人が納得しないだろう。」

庁舎市民生活課、包括、支援センター、ヘルパー、ケアマネで会議。

月2回、保健所で近医の精神科巡回相談窓口あり相談に伺う(甥、支援センター、ケアマネ)。この状態での独居は困難である。専門病床のある県立リハビリセンターに入院し、薬で安定したところでの施設入所が望ましい。又は、警察の困り事相談窓口相談をかけたおき、トラブルが起きた時に警察に届け保護してもらう→施設へ。自宅からではなく、病院を経由しての施設入所だと入りやすい。

警察の困り事相談窓口(地域派出所)に訪問。本人のことは地域で把握している。が、結局は自傷他害、何かが起きた時でないと保護できない。

その3ヶ月後、関わってから2年半後、スーパーからお金を払わずに品物を持ち出そうとし警察に通報される→刑事課→認知症のため帰宅。不起訴→保健所に連絡。

2ヵ月後、保健師が自宅訪問。認知症であること、治療が必要であることを本人に説明し、保健師付き添いのもと県立リハセン通院となる。

現在、老人保健施設へ入所。

在宅生活継続の事例

支援を拒む老姉妹への支援について(平成21年時)

- 姉 B 90歳

病名 : 不明(何年も受診していない) 排泄 : 紙おむつ使用

歩行 : できない 食事摂取 : 自立

認知面 : 認知低下はまったくうかがえず、高齢者とは思えないほどしっかりしている

- 妹 C 87歳

病名 : 不明(何年も受診していない) 認知症であることは間違いないと思われる

排泄 : 自立 歩行 : 杖歩行 食事摂取 : 自立

認知面 : 物忘れ著明ですぐ前のことも忘れてしまうため、常に姉が指示を出している

保険証、預金通帳など何度も紛失しており、現金のしまい忘れが日常的にある

最近、食事の味付けがおかしいときがある姉から話がある

・家族状況: 姉妹のみの二人世帯 姉妹婚姻歴無

・収入状況: 生活保護世帯

・家屋状況: 一軒家(築40年位)、自己所有

・その他 :

妹が美容院を自営しており本人の話では、月に2、3人のお客さんが来るとの話しであるが、近所に住む担当民生委員の話では、昔からの知り合い(80代後半女性)が美容室にいるのを見たことがあるが、それ以外は見たことは無い。

- 状況 要介護度1(H22年9月現在)

寝たきりに近い身体状態の姉を認知低下のある妹が介護している。互いの足りない部分を支えあって何とか生活してきた。

美容室を自営し客商売ではあったが近隣との関係は希薄である。

老老介護で支援が必要な状況であるがサービス利用等の支援を拒み続けた。

見守りをしてきた民生委員より妹Cの様子について通報ある。

受診介助の結果、入院(脱水)となり、介護者である妹Cが入院のため姉Bが老健入所となる。

Cの退院後の生活については、在宅介護支援センター職員が、以前から訪問し関係性ができつつあったことで、今後の生活について助言を受け入れる。

現在、デイケア(姉への面会もかね)とデイ(入浴目的)は週一回、含め。毎日三食配食と毎日ヘルパー、近隣の訪問(ゴミ出し)を受け入れ、現在は独居生活継続中。権利擁護事業で金銭管理、お金のしまい忘れが多く、訴え目立つ。生活保護受給中。