

いつまでも慣れ親しんだ自宅で。～家族と共に支える介護～

キーワード

家族の意向
在宅生活の継続
情報の共有

江別地域複合型ライフケアセンター夢あかり（特養）

研究者 (取組に関わった方 のお名前5名まで)	氏名	職種	備考
①	佐々木 拓也	介護副主任	
②	秋元 寿也	介護係長	
③	大浦 美樹子	社会福祉士	
④	高見 祐美子	看護師	
⑤	吉谷 敬	施設長	

施設の概要

※ここに記載した内容のうち、発表内容に直接重要な関係を持たない事項については、本資料をもって発表の際の説明から省略してください。

設置主体	社会福祉法人 北叡会	経営主体	社会福祉法人 北叡会
開設年月日	平成23年 4月 1日	所在市町村	江別市
市町村人口	119,214 人	65歳以上人口 (高齢化率)	12,459 人 (高齢化率 25.9 %)
利用者定員数	80 人	利用者平均年齢	85.6 歳
職員数	114 人	職員数内訳	介護職 74 名 看護職 5 名
併設施設・事業	介護老人福祉施設(80床)、短期入所生活介護(10床)、通所生活介護(定員24名)		
施設のサービスの概要	開設時より、科学的根拠に基づいた介護の実践に取り組み、開設1年で日中オムツゼロを達成。また、下剤ゼロも達成し、いずれも現在継続中です。平成27年より、施設在宅相互利用制度を開始し、終の棲家だけでなく高齢者が自立し在宅復帰出来る取り組みも行なっています。		

発表の概要

<p>①取り組んだ課題 短期入所生活介護(以下SS)において、①在宅がベースにある。②利用による健康状態の悪化・事故を起こさない。③和める空間である事。この3点を念頭にケアを行っているが、家族様と利用者様、SS職員の思いに相違点が生まれる事は少なくはない。ここで生じた相違点に対し、専門職としてどのようなアプローチが出来るのかを考え実践した結果をここで報告する。</p> <p>②具体的な取り組み K・K様(88)男性。既往歴 前立腺癌、糖尿病、骨粗鬆症、盲腸癌転移。当時KPである長女様(以下KP)と同居。KP夫婦共働きにてデイサービス週4、SSを利用し在宅生活を継続している。現在の本人様の状態であれば出来る限り在宅での介護を希望している。SS利用中は糖尿病既往もあり、水分1500～1800ml提供。入所日の尿状態は白く混濁している事もあったが利用経過に伴い正常色への改善を確認。夜間3回ほど尿意で起きられ、尿失禁もあるが衣類汚染に至るほどはない。KPより「退所日の水分をコップ1,2杯にしてほしい。退所日の夜間必ず尿漏れし心配で寝つけない。」とのご意見あり。KPの意向通り水分量を減らす事は簡単であるが、糖尿病既往のある現在の本人様の状態を考慮すると最善の方法とは考えにくい。KPは自身なりの介護を精一杯行っており、職員のささいな一言で一時感情的になられたという経緯もあり、施設相談員と検討の元、専門職として必要なアプローチを考えた。</p> <p>1)再アセスメント(在宅時のケア状況) →水分量は毎食コップ1杯程度、その他口渇訴え時に50mlずつ提供。水分摂取量800ml/日。KPの排泄介助時に本人様が泣いてしまう事があり、KPは排泄介助に対して苦手意識を持っている。日中夜間共にリハビリパンツL+尿取りパットを使用し、夜間は深夜2時にトイレに誘導している。</p> <p>2)アプローチ内容 ・排泄用品の見直し→パットのズレ防止の為、ゆとりのあるサイズではなくフィットするサイズを提案(リハビリパンツMサイズ) ・失禁尿の吸収方向の確認/介助指導→失禁パットの吸収面積を確認し、装着方法の再検討を行ないKPへ伝達、介助指導を行なう。 ・尿失禁の原因の把握→SS利用中にユリパン使用にて尿測実施。1回量約50ml程、腹圧施行にて100～150ml確認。 ・尿失禁改善を目的として歩行訓練の実施→生活動作以外の時間で、歩行器を使用し約200mを午前午後1回ずつ実施。</p>	<p>③活動の成果と評価 アプローチ直後のKPの反応としては、どちらかと言えば否定的であったが自宅で実践して下さる事となった。数か月後には、実際に尿漏れがなくなり、感謝の言葉を頂く事が出来た。そこで、SS利用中の尿色改善をお伝えすると、水分を一定量摂取する事で尿性状が改善する事に大変驚かれ、水分の重要性についてもご理解頂く事が出来た。KPにとって大きな介護負担であった夜間の尿漏れが改善された事もあり、信頼関係を構築する大きな一歩となったと感じている。その後、施設在宅相互利用の申し入れもあり、SSでの取り組みを入居ユニットでもスムーズに実践出来る様に引き継ぎを行ない3か月間継続して徹底的な基本ケアの実践を行った。結果としては、歩行時の耐久性・持続性の向上、排便間隔の定時化、尿失禁の改善を図り、さらなる介護負担が軽減された状態で在宅生活を継続する事が出来た。</p> <p>④今後の課題 在宅での介護を行なっているご家族様だからこそのご意見やご要望を受け、在宅での生活の状況、ご家族様が抱えている介護負担がどういった内容なのか、また、介護力ほどの程度なのかの情報収集を徹底して行なう事の重要性を確認する事が出来た。改善に向けた取り組みについては、ケアプランや介護計画を作成し御家族様が納得・同意できる説明の必要性を改めて感じた。在宅介護を継続している家庭では、問題に対しての改善方法が見つけれず、そのまま家族様や本人様が共倒れになってしまうケースもあるが、生活状況を把握した上で専門職としての視点から問題解決に向けた取り組みを提案していける関係性作りが最も大切ではないだろうか。その為には、ご家族様との情報共有を相談員やケアマネジャーのみに任せるのではなく、多職種がしっかりと連携を取った上で統一した意識を持ち、いつ面会に來設されたとしても(土日祝等)、現場介護職が的確に状況を伝えていく事が出来るような環境が重要だと考える。また、このようなケースのように高齢者の自立性を高め、在宅生活継続を可能にする取り組みが、年々増加している社会保障費問題による、介護費用の負担増の軽減にも繋がっていくのではないかと考える。</p> <p>⑤参考資料など 介護の生理学 [監修] 竹内孝仁 [著] 小平めぐみ 井上善行 野村晴美 藤尾祐子 古川和稔</p>
---	---