認知症学習・交流集会　分科会「在宅での医療・介護連携」

2019年8月31日

健生会訪問看護事業部

芹田　優子

【はじめに】

認知症で二人暮らしの夫婦の妻のインスリン・内服管理で訪問看護が始まった。認知症が進行し現在は昼夜逆転。ＩＡＤＬ(日常生活関連動作)やＡＤＬの低下がある。夫はも少しずつ認知症が進行し薬の管理が出来なくなり訪問看護導入。下肢筋力低下と薬の飲みすぎで転倒を繰り返した。利用者の意思を尊重し認知症夫婦の在宅生活を支えている8年間（2009年～2017年）の振り返りを報告する。

【患者紹介】

妻Ａ氏90歳：2型糖尿病、アルツハイマー型認知症(Ⅲa)、高血圧、外来通院(同法人ふれあいクリニック)、夫Ｂ氏91歳：アルツハイマー型認知症(Ⅱｂ)、左右腱板断裂術後

子供：近隣在住だが、公務員で多忙。週末に食事・薬のケアに来訪。

【経過・訪問看護での対応】

　　Ａ氏とＢ氏の8年間を状況の変遷から3つの時期に分けて支援状況をまとめた。

　1期：2009年～2010年　自宅への訪問看護拒否。やむを得ず事業所に来てもらってインスリン注射

　2期：2010年～2016年夏　訪問看護受け入れ、室内でIADL徐々に低下

　3期：2016年夏～2017年　意欲低下、布団からなかなか起きない

【まとめ】

　　徐々に認知症が進んでいったＡ氏だが、元来文字は達筆、学生時代は聖歌隊、一人息子の学校のＰＴＡ会長もやっていた等のプライドが高く、インスリンを自己管理してきた自負もあるようだった。食事や入浴が不十分になりケアを促すと「私はやっています。結構です」「後で自分でやります」と受け入れが難しかった。看護師は訪問の都度、「K先生から注射をするように言われて来たので起きて下さい」と信頼する長年の主治医の名前を出す等の工夫をした。また1期・2期はＢ氏の声かけでも動いてくれる事も多く、何とか誘導を工夫してケアをする事ができた。

　　3期には、昼夜逆転のＡ氏の行動が把握しづらくなった。昼まで布団の中におり起こされてやっと起きてもボーっとしているが、夕方に買い物に行って同じ食品を沢山買ってきている形跡があり、夜中に食器を洗ってしまい食事摂取量がわからない、等もあった。Ｂ氏も次第に記憶力が曖昧となり、内服した事を忘れて目に付くとまた飲んでしまうため、薬カレンダーを目の届かない部屋に移すと、テーブルに置かれたＡ氏の薬を飲んでしまった。これらの様々な認知力低下の問題点をその都度ケアマネと連絡を取り、改善策を考えた。ヘルパーではＡ氏を起こしたりケアをする事が困難だった為、看護師からそのコツを伝えるなどの連携を図った。

　　3期後半になると、Ａ氏・Ｂ氏共にトイレに間に合わず布団とベッドの中で失禁するようになった。昼前に訪問すると二人は別々の部屋に寝たままで、テーブルにヘルパーの準備した朝食が手つかずの状態で置いてある。この状況に「施設に入所したほうが幸せなのではないか？」と私達は感じる事も多い。しかし、夫婦は自身の老いについての認識が薄く、担当者会議の度に「今まで通り二人で支え合って暮らしたい」と言う。関わりの少ない息子も施設ではなく二人で生活させたいとの意向である。

　今回、8年間を振り返って、医療者としての視点で幸福度を決めるのではなく、この夫婦にとっての幸せとは、自宅で生活している今なのだと感じた。

今でもＡ氏は、「私ヘルパーなんて頼んでいないわよ。息子が勝手にしたんでしょ。」と布団の中で言っている。訪問当初から比べると外見は別人のように生活できなくなったが、認知症が進んでもＡ氏の威厳は今も息づいている事を感じつつ、これからも日々の暮らしを支えていきたい。

【ケアマネジャーさん聞き取り】

在宅生活が継続できた要因

1. ご本人、夫の今の生活したいという意思が変わらなかったこと
2. 息子さんも1期ではケアマネジャーの電話に着信拒否だったが、2期からは協力が得られたこと
3. 主治医が「できてもできなくてもいい」というおおらかなスタンスで治療をしてくれたこと
4. 訪問看護と訪問介護が舞う仕送りノートやうまくいった方法の共有など、工夫しながら同じ目標でケアしていったこと

があげられるということだった。