

資料2

抄録用紙 <一般口演（口頭・ポスター）用>

タイトル：

認知症で寝たきりの母と他者との介入を拒絶する息子への関わり
～保健師との明確な役割分担とクライエント中心アプローチの実践～

氏名・所属・会員番号：

湯浅 雅志 那賀町地域包括支援センター 会員番号 0000

人口 700 人に満たない上に高齢化率が 50%を超える A 地区（旧 A 村）で、他者を信用することができず支援が必要な状況になっても自分でなんとかしようとする息子と、息子の意見に従う母に対して、対人援助の基本と考える「ロジャーが発展させたクライエント中心アプローチ（純粋に受容し正確な共感的理解を伴う態度）」¹⁾により、これまで困難とされていた信頼関係を息子と構築し、母に必要な支援を行うことができた事例である。本事例を振り返り、介入が困難な事例であっても、受容と共感的理解を伴う支援により介入することができた事例を報告する。

【研究目的】他者の介入を拒絶する息子に対し、どのようにすれば信頼関係を構築し介入することができるのか、事例を通して考察する。

【研究方法】事例を振り返り考察した。

なお、倫理的配慮としてご親族に同意を得、匿名性の保持に配慮した。

事例概要：A 氏 80 歳代女性、介護度 5、認知症自立度 IIb、生活自立度 C1、長男と二人暮らし。診療所より「4 ヶ月前に薬を取りにきてから受診せず、往診の連絡をしても息子に拒否される」と相談が入る。

介護支援専門員や行政関係者に聞くと、約 1 年半前に左大腿部頸部骨折していたが、治療を拒否し当時の診療所医師が往診し、治療を頑なに拒む息子から強引に入院させたことがあったとのこと。

その後も連絡や訪問しても本人に会えず、息子に「いけるけん、ほっといて」などと言われることのこと。介入が困難で数ヶ月間誰も関わっていないことがわかった。以上のことからネグレクトの疑いで、劣悪な生活状況を想定しながら、保健師と共に訪問するとそこには経済状況が極めて苦しい中で医療や介護の情報を聞き入れずに、献身的に世話をする息子の姿があった。

しかしながら医師や保健師、行政関係者等が医療の必要性や経済的な支援等を説明しても聞こうとはしなかった。

そこで、保健師と地域包括支援センターの主任介護支援専門員である報告者が明確な役割分担を行い、保健師には引き続き適切

な対応方法について説明していただき、報告者は息子の考え方や行っていることの背景を理解しようと対人援助の基本と考えるクライエント中心アプローチ¹⁾を行った。

【研究結果】息子に寄り添うことを続けることで、息子から「褥瘡ができたがどうしたらちよいか」などと相談してくれるようになった。そんな時も「病院で治療する必要があると思うが他にどんな方法があるか医師に聞いてみる」と言うと受け入れてくれるようになり、報告者を通してではあるが医師や保健師の意見を聞いてくれるようになった。

そして、血圧測定、往診、介護方法、褥瘡の処置等を受けいってくれるようになった。

【考察及び結論】今回の事例は、その地域の支援者が介入しても拒否し続けられたため放置されていたが、支援者側が本人及び息子のこれまでの生活や考え方等を理解せずに目の前の状況だけに対して一方的な介入を行おうとしてきたからではないかと考える。

役割分担を行い、共感する者と適切な対応を行おうとする者が共に関わることで、事例が前に進むことができたと考える。

また、このように息子を理解してくれる者が少ない場合に、純粋に共感してくれる者となるならば比較的早期に一定の信頼関係を構築することができるのではと考える。

1) 川村隆彦(2011)『ソーシャルワーカーの力量を高める理論・アプローチ』(中央法規) 18-25

受付番号／受付日

/

演題番号

資料3

ワークシート①

事例①

①大切な部分に線を引いてみる	②線を引いた部分の意味を考えてみる（「何が、どのように大事なのか？」メモ程度に抽出）
<p>201X年10月10日</p> <p>要介護5で寝たきりのAさん（85歳、女性）は、現在誤嚥性肺炎で入院中である。Aさんの息子（Bさん、55歳、会社員勤務）の妻（Cさん、54歳、専業主婦）から相談があるという連絡を受け、翌日に相談を取る約束をした。</p> <p>201X年10月10日 09:00～10:00</p> <p>約束の時間にBさんとCさんが等事業所に来所した。Bさんは時間有給を取ってこられたとのこと。</p> <p>Aさん入院時に、主介護者であるCさんから、夫婦は状態が落ち着いたら、Aさんを家に連れ帰つて、在宅で介護したいという思いを持っていることはうかがっていた。</p> <p>夫婦の話は以下のようなものであった。</p> <p>Aさんが口からの摂食が困難になってきたため、主治医から胃ろうの造設をすすめられた。医師からは胃ろうを造設して、状態が安定したら退院し、自宅療養することができると説明を受けた。しかし、どうしたらしいのかわからなくなつたので、入院前に担当していた当方（担当介護支援専門員）に相談することにしたという。</p> <p>夫婦は「お腹に管が入っているなんて、そんなのがわいそう。病院はひどいことを言う」「前と同じくらいにまで回復して退院してくると思ったのに」「そんな状態では、私たちは世話をできません。家に連れて帰つてることはできません」「病院にずっと置いてくれるわけでもないのに、私たちはどうしたらいいのでしょうか」と、当方に自分たちの気持ちを語った。</p>	

(介護支援専門員の所見)

夫婦の話しぶりから、情緒的に混乱しており、自分たちが現在直面している状況を正確に把握できていおらず、冷静に判断できない状態にあると思われる。

この際の面接では、夫婦の話に丁寧に耳を傾け、その混乱を受け止めることだけにとどめた。面接の終わりには、所属事業所の居宅介護支援の利用者のなかに、胃ろうを造設して在宅で介護している方が数名いることを話し、これからどういうことができるかを夫婦と一緒に考えさせていただきたいと伝えた。夫婦も「よろしくお願ひします」と応えた。

201X年10月11日11:00

胃ろう造設している利用者の家族Dさんに電話を入れ、胃ろう造設の選択を迫られて困っている方がいることを伝え「その方に、あなたの介護の様子や体験、お気持ちを話してもらえませんか?」と相談をもちかけた。Dさんは、「私の体験で役に立つのなら」と快く了承してくれた。

201X年10月11日16:00

Aさんの息子夫婦に連絡を入れ、「胃ろうをつくり家に帰ってきて、在宅で介護している方に話を聞いてみませんか?」ともちかけた。

夫婦はこの申し出を了承したので、日程を調整し、Dさん宅と一緒に訪ねることになった。

後刻、Dさんに連絡し、3月12日12:00にDさん宅を訪ねることが決まった。この件をCさん連絡した。

201X年10月12日12:00～13:30

Aさん息子夫婦とともにDさん宅を訪ねた。介護支援専門員はDさんに丁寧にお礼を述べ、今回の訪問の主旨(Aさんの息子夫婦に、胃ろうを造設したDさんの父(要介護5、寝たきり)を介護している経験を話してもらいたいこと)を再度話し、Dさんから毎日の介護の様子や、胃ろうをつくっての経緯、その時のDさんの気持ち、家族のなかでの話し合いなどを話してもらった。

当方は、Dさんの話が息子夫婦によく理解できる

ように、ときどきDさんの説明をさらに解説するよう口を挟むほかは、Dさんと息子夫婦の話し合いを見守った。

Dさんは、「最初は私もびっくりした。戸惑ったし、不安だった」「胃ろうにしたあとで退院して、家に連れて帰ってあげられると思った」「退院前には胃ろうの管理について、病院からいろいろ教えてもらったが、その時にはよくわからなかつた」「退院してから、ケアマネさんと訪問看護師さんにわからないことを相談したり、訪問入浴や訪問介護などのサービスを利用しながら、何とかやってこれた」など、自分の気持ちを話してくれた。また、実際にどのように介護しているのか、栄養剤を注入する時のことを見せてくれた。

Aさんの息子夫婦はDさんの話を聞いて、栄養剤の注入の仕方や器具の扱い方、あるいは訪問看護師とのやりとりなど、わからないことは質問し、Dさんの体験を一生懸命受け止めようとしている様子だった。

1時間半ばかりの訪問で、息子夫婦が聞きたいことを終えたので、Dさんに丁寧にお礼を述べて、Dさん宅を辞した。

帰り道、息子夫婦に「いかがでしたか?」と尋ねてみた。息子夫婦からは「あんなふうに世話をすることですね。実際に見せてもらってよかったです」「でも、まだ自分たちでできるかどうか、自信はありません」「もう一度、2人でよく話し合ってみます」という返事が返ってきた。

201X年10月16日

Cさんから連絡があり。夫婦で相談し、「私たちも、Dさんの家族のように、何とかやってみたいと思います」と決心することができたこと、胃ろう造設の提案を受け入れることを病院に伝え、Aさんの退院後は自宅で介護することにしたと主治医に伝えたことを話してくれた。

当方からは、
退院後の支援について主治医と相談したい旨を伝え、Cさんから了承を得た。

201X年10月17日

主治医に連絡を取り、病院訪問。状況を説明し、訪問看護の指示書を書いてもらうことになった。

病棟にてAさんを訪ねる。病棟の担当看護師から院内でのAさんへのケアについて説明を受ける。

201X年10月18日

Aさん宅を訪問。Cさんと訪問看護の事業所の選択について相談する。そして、希望した事業所にサービス依頼を打診し、対応可との返答を得る。

退院後の生活に向けてケアプランの修正を行う。

201X年11月4日

Aさん退院。訪問看護初回利用。訪問看護師の訪問時間に合わせて家庭訪問。Aさんは病床訪問した時点よりも顔色がよい様子。Cさんも不安そうではあるが、自分から訪問看護師にAさんの病院での様子や入院前の様子を説明したり、質問をしたりと前向きに対応しようとしている様子をうかがえた。

訪問看護終了後、当方より「困ったことがあれば、何でも、いつでも連絡してください」と伝え、退出する。

201X年11月11日

Cさんに電話連絡。在宅介護の状況について尋ねる。「何とかやれています」とのこと。訪問看護についても「丁寧に教えてくれるので助かっています」という。介護の疲れは「まだ気を張っているからか、それほど大変とは思わないです」とのこと。

Cさんの頑張りについてねぎらう。

201X年11月18日

Cさんに電話連絡。退院から2週間の様子をうかがう。「それなりに慣れてきました」とのこと。困っていることは?「今は相談しないといけないようなことは起こっていないです」という。

201X年11月30日 モニタリング訪問

退院後に導入した訪問看護、訪問入浴についても特段困ったことはなく利用できているという。訪問看護師との関係も良好であるという。

<p>次のケアプランは変更なしで了承を得る</p> <p>その後</p> <p>現在、Aさんは訪問看護と訪問介護、訪問入浴のしつれぞれのサービスを利用しながら、息子夫婦の介護を受けて、在宅で生活している。</p>	
--	--

③ この事例の中に隠れている「実践研究発表」に値するもの（そのことを誰かに伝えることによって、誰かの役に立つようなこと）は何でしょうか？

④ ③を考えて、「この事例から学べること」を的確に表した「タイトル」を考えてみましょう。