

事例3 認知症に関する事例 支援経過記録 ②

支援経過

2000年3月28日 8:30

朝の事業所会議に報告、管理者より本人と地域住民の意向にずれがあり、地域や知人との関係が複雑になっている。従妹夫婦や民生委員も含めた情報共有や課題解決が必要。また、ネットワーク構築と個別課題解決に向けてJ地域包括支援センターと協議し、地域ケア会議の開催を提案する。J地域包括支援センターへ連絡、会議開催への協力を依頼、事務所へ赴き状況の説明を行い。開催に向けて協力機関や関係者への連絡調整を行う。

2000年4月1日 9:00

従妹のE氏と連絡が取れ、要介護認定の申請の了解をえる。本日、申請代行する。

2000年4月4日 12:30~13:00

地域ケア会議開催。場所 I クリニック待合室。

参加者 本人、近所A氏、民生委員C氏、従妹E氏夫婦、主治医I先生、J地域包括支援センターJ氏(主任ケアマネ)、K市社会福祉協議会K氏(日常生活自立支援事業)参加。

J地域包括支援センターJ氏の進行により、本日の地域ケア会議の流れや目的などを説明した後に、簡単に自己紹介を行う。

主治医I先生より、現状までの受診の状況と病状の説明をする。

私の方で、相談の経緯と本人の自宅での生活状況を説明し、近所のA氏や元同僚のF氏から心配事などの説明をする。

本人の意向を確認、「近所の人に迷惑かけないように生活するから、タロ(犬)と自宅で暮らしたいよ。」と話し、何か困っていることはありますかという質問に「部屋の片づけやお金を引き下すことが大変になってきたよ。」と答える。

近所のA氏より「お互い様だから、困ったことがあったら言ってくださいね。部屋の片づけが一人でできなさそうなので手伝いましょうか。」と話し本人から「お願いします。」と笑顔で答えている。

また、元同僚F氏から現在までの支援してきた経緯や支援内容を説明し、「お金の管理に関しては仕方なくやってきた、今後は親族等に依頼したい。」と話す。

整理した現状の課題をについて協議する。

・キーパーソンについては、近隣の支援や介護サービスを使うことなどを条件に、従妹のE氏が受けることへ了解を得る。今まで元同僚のF氏が行っていた受診同行を姉妹E氏夫婦で行い、「週一回日曜日には訪問をする。サービス契約の関わりは行いが、できればお金の管理は遠慮したい。」

備考:関係者やケアマネジャーの気づきや思い

ケアマネジャー:

現状では、ケアプランを立てれば問題が解決する状況ではないと判断した。まずは、情報の共有と本人を取り巻くネットワーク構築を優先させた。また、独居の服薬管理やゴミ屋敷問題となどの地域課題が見つかるのではないかと。

ケアマネジャー:

主治医の協力で、会議開催の為に、午前中の受診が終了したクリニックの待合室を活用させてくれた。

ケアマネジャー:

F氏に対して不信感を持っていた近所の住民もお金の管理を他者へ依頼することに理解を示し、今までの対応に感謝している様子があった。

ケアマネジャー:

従妹夫婦が、親の介護を行っていて大変なところではあるが、介護保険サービス等の理解があり、金銭管理以外は、大きな拒否もなく引き受けてくれた。

ここで気づいたのだが、グループホームに入所している本人の母親の身元引受人の変更も必要となるかもしれない。

支援経過

備考:関係者やケアマネジャーの気づきや思い

と話す。金銭管理については、今後、K市社会福祉協議会K氏の方で日常生活自立支援事業の適応を検討していく。実施がはじまるまでの間を従妹のE氏が行う事を確認する。

- ・本人が自宅で暮らしていきたいと意向を示しているため、今の生活状況を把握しながら、安心して暮らせる環境を整えていく事を目指していくことを当面の目標とすることに理解をえる。
- ・服薬管理について、主治医より「毎日、昼食時に昼食と一緒に誰かがテーブルに薬を用意しておけば自分で飲むことができるだろう。」と指導あり。週一回程度なら元同僚F氏と従妹E氏夫婦の協力が可能であることを確認する。あとは介護保険サービスで検討していく。
- ・不衛生な自宅内外のゴミの片づけについては、民生委員より自治会長や地区社会協議会へ相談し、近所の有志、地域のボランティアに依頼して大掃除を検討してみると話がある。また、地域の見守り活動を兼ねて、今後、毎週のゴミ出し支援や犬の散歩など近所や民生委員で協力したいとの意向を確認する。

定期的な室内の掃除や洗濯、買物、ゴミの分別などは訪問介護サービスを活用しながら、生活状況や本人と共に行える活動を確認しながら支援していく。「Vさんができることはやってもらいますよ」と話すと、本人からは「これ以上ボケると、ここで暮らせなくなるからね」と話す場面が見られた。近所のA氏より「昔は料理好きで、よく炊き込みご飯を作って近所に配ってたよね。」と話す。本人より、「また挑戦してみようかしら。」と話す。

火の消し忘れの件については、本人の生活状況を今後、確認した上で、対応策を検討していくこととする。

- ・定期的な入浴の介助と認知症予防の取り組みに向け、認知症対応型の通所介護サービスへの参加を検討していく。本人からも、「たまにはきれいな洋服を着て外に出かけて行きたいよ。」と希望する。
- ・服薬管理については、訪問介護・通所介護・週一回の従妹E夫妻と元同僚F氏の訪問に加え、週一回の訪問薬剤管理指導の導入について、意見を伺い、主治医等からもできればお願いしたいとの意向を確認する。主治医より、「一人暮らしの患者が増えてきている。他にも残薬が押し入れにしまってあったりと服薬管理ができていない患者がいるのでまた相談する。」と話す。

これらの提案を本人も受け入れ、今回は、皆さんの意見をまとめ、ケアプランを作成し、地域の人も含めたサービスに関わる関係者を集い、本人宅でサービス担当者会議を開催することに了解をえる。

ケアマネジャー：

薬の飲み方についても、主治医の意向を確認しておく必要があると感じた。また、家族と暮らしていない為、服薬の状態や副作用などの確認を行い、主治医への連絡をする専門職が必要なのではないか。

ケアマネジャー：

炊飯器の故障があり、それ以降、調理をしていないのではないかと。本人の意欲もあり、プランに取り入れていきたい。

ケアマネジャー：

家族と暮らしていない為、認知症の状態を把握できるものがない。もともと人と関わるのが好きな方、認知症予防のためにも専門職による支援を検討していく。

地域包括支援センター：

会議終了後、独居高齢者等の服薬管理について、これを地域課題として捉え、解決できるネットワークを構築していきたいと話す。