

家族の気持ちに寄り添うこと

Y くんのこと

知的障がい A2 身体 1 級 てんかん発作あり

生後 10 ヶ月の頃入所していた保育園で発達の遅れを指摘されるが支援を拒否。他園に転園している。小学校から養護学校へ通う。現在高等部 2 年生。

祖父、母、弟（小 6）と 4 人暮らし

*

祖父の入院を機に 5 年前よりういるの入浴介助の利用が始まる。初めのうちは母も協力的であったが、祖父が退院され、生活のために仕事を転々とされるうち、次第に協力が得られなくなる。部屋の中はかなり不衛生な状態であり、食事や入浴も含め、母が子ども達にかかわっている様子があまり見られず、家事のほとんどを高齢の祖父が担っている。登校は母が車で送ることになっているが、高等部に入って以降、ほとんど登校していない。母の仕事は午後からの事が多いようだが、午前中は寝ているのか、学校に送っていかず。そのため 1 日中祖父が介護をすることになってしまい、ほとんどの時間寝かせっぱなし、おむつ交換もされておらず、食事内容なども貧相なものになってしまっている。生活はひっ迫している様子があり、お金を理由に病院受診もされない、手当たり次第に借金の相談をされたりしている。

そんな中、夏休み明け以降、身長は伸びているのに体重が激減している、以前より筋力が落ちている、目に力がない、ということを経験し、学校、学童保育、ういるで確認。相談支援事業所を通して母にも幾度となく登校を促しているがなかなか実現できないことから、ネグレクトケースとして市役所を通して児童相談所へ相談し、生活安全課も含めた関係事業所で虐待案件としてのケース会議が行われることになった。

その中で強制力のある児童相談所が動くまでには至らず、今後も変わらず見守りを続けること、体重が 31 kg を切ることがあればすぐに市役所に連絡することなどを確認した。

*

登校さえできれば…友達や先生とのかかわりができるし、栄養管理された給食も摂ることができる。学校に学童より迎えがあり、そのまま学童保育を利用でき、夕方自宅まで送ってもらえる…そうしたらずいぶんおじいちゃんも楽になるのでは…

そんな話を何度も祖父としました。「やっどん ゆたって無駄」祖父も半ばあきらめムード。役所の人との「Y くんのお食事の準備はお母さんがする」という約束も一向に守られていません。祖父の出してくれる料理といえば、おかゆと具の全くないお汁、レトルトのハンバーグか卵焼きくらいです。部屋の中には、涎とおしっこがしみ込んだダブルのマットレスが 2 つ。訪問すると、紙おむつに吸いきれないおしっこでズボン、マットレスまでびっちょり濡れている Y くんが横になっていて…冬になると自身の涎とおしっこで袖と腰回り

が冷えて冷たくなっているような状態…祖父もできる限りのことはしてくださっているのがわかっているだけになんとか悲しくなってきました。母親がもう少し関わってくれたら、と思いますが、訪問時に母親とお会いできることはなく、母が自宅にいる日は何かと理由をつけてキャンセルされていました。そうなるとお風呂も入れず、次に訪問するとさらに不潔な状態になっています。たまに自宅にいる日に他人にいてほしくない、という気持ちからだったと思うのですが…

そんな中、相談支援事業所と、学童保育、ういるとの支援会議が行われました。来てくれないと思っていた母親も来てくださり、じっくり話をすることができました。実は学童保育にはYくんが保育園時から関わってくださっていた先生がおり、母親もこの先生には本音でいろいろ話してくれるようでした。「Yのことが心配。できることはしてあげたいと思う」という意外な言葉が聞かれました。食事の準備もしたいし、学校にもできるだけ連れて行きたい…普段の様子から、母親がそう思われているとは全く感じられませんでした。そう思われているなら、もっと何かできるはずなのに。その場をうまく取り繕っているだけでは？母親がちゃんと育児をしたいと思っても育児に向き合えない理由って何だろう？…お母さんも困っているのでは？

会議の後、学童の先生と約束したからでしょうか。学校に時々通えるようになり、体幹がしっかりしてきたようです。食事の時は、マットレス上で1人が背後から抱える形で姿勢を保ち、もう1人が食事介助していましたが、車いすに座った状態でスプーンを持って介助なしで食べてもらえるようになりました。視線が高くなったこと、自分の手で食べられること、Yくんの表情もかなり明るくなりました。入浴時は介助者2人でお風呂まで抱えて移動していますが、ある時スタッフの1人がケアに入れず、「今日は私1人だからね、歩いて行こうね。協力よろしくね。」と声をかけ背中から支えると、なんとYくんが立ち上がり、1歩、また1歩としっかり足をふみ、お風呂場まで移動することができたのです！

その日、普段会えない母親に、その日のYくんの様子、できるようになったことをラインで伝えました。「様子を教えてもらえて助かる！」と言っただき、母親も少しずつ変わってきました。今まで、いつも家にはいない、何もしてくれない母親に何を伝えても無駄だろうと私たちもどこかで思っていたのかもしれませんが。学校にも週2回は通えるようになり、できることが少しずつ増えてきました。「お母さんががんばって学校に連れて行ってくださるからですね。本当にありがとうございます」と伝えると「ありがとうございます。来週も登校させたいと思います」と返ってきました。母親も本当は「私の事を認めて。私もがんばってるんだよ」というメッセージを送っていたのかもしれませんが。

ネグレクトケースの裏には貧困や社会背景も密接に絡んでいます。しかし少しずつ心を寄せていけばどこかに糸口があるはず。そんなことを考えさせられたケースでした。それでも、Yくんの母親は食事の準備ができないことが多く、ほとんどを祖父に任せている状態です。しかし、私たちが母親に気持ちを寄せれば少しずつ少しずつ改善していくと思っています。

「地域のなかへ」～そして支える

グループホーム定員：12名（男子：6名	女子：6名）
入居者の日中活動	
麦の芽福社会の日中活動を利用	7人
他法人の就労支援事業を利用	4人
一般就労	1人

1) はじめに

ホームが開所して1年が過ぎました。なにもかもがとまどいながらの出発で試行錯誤しながら乗り越えてきました。なかまたちも職員も古墳奮闘しながら、なかまたちと向き合い・迷いながら楽しい暮らしができるような環境づくりをがんばってきました。今年度は1名の退所で新しいなかまの入所状況も考えていきます。そして、ホームに泊まれないなかまのこの話し合いも続きそうです。

課題だらけの1年になりそうですが、私たちが大切にしていること「地域のかたたちとのつながりをもっともつつながる」ということです。目標に近づけるようにがんばっていきたいと思っています。

2) 大切にしていること

- ・一人ひとりが暮らしの主人公、職員はくらしの伴走者
- ・居住者にとってはたいせつなくらしの拠点
- ・みんなとする一人暮らし
- ・みんなでかかわることはみんなできめる（利用者の自治）
- ・混ぜ混ぜこそあたりまえ（精神・知的・身体障害者受け入れ）

3) 地域のなかへ

前年度は、地域への参加が弱かった。今年度は地域の自治会に加入し、地域のコミュニティにひとりの市民として参加していきます。

なかまの自慢を地域の方たちに受け入れてもらえる手段も考えていきます。

4) なかまたちを支える

1年間のなかでなかまたちのニーズが見えてきました。職員の手が足りない中で手厚く支えるなかま・そうでもないなかまを知り、共有・共感を大事に生活力を支えています。

特に余暇時間をたくさんつくり、楽しいかかわりをしていきたいと思っています。

その人らしく生きる暮らすを考える

～Sさんが教えてくれたこと～

はじめに

ゆめいろホーム開所から3年が経ちました。入居者・短期入所利用のなかまの姿から、生活をまるごと考える深さと面白さを感じ、また日々の出来事のなかで、なかま・家族・職員それぞれの立場で様々な視点があることを知り、学び、喜び、悲しみをわかちもちながら関係の深まりにつなげてきました。

今回は、精神科病院からゆめいろホームへ入居したSさんの3年間の地域生活の積み重ねをもとに、これまでの暮らしや関わりをまとめ、報告したいと思います。

1. S・Tさんについて

◆57歳 男性 / 鹿児島市生まれ

◆診断名: 統合失調症

◆入居日: 平成26年8月20日(ゆめいろホーム入居) / 生活保護受給あり

◆性格・特徴:

大人しく、消極的で自ら人との関わることは苦手である。すべての行動に自信がなく相手に承認を得ることで安心につながり、動作にうつれる。優しく、律儀な性格である。

◆キーパーソン: 指宿在住の実兄家族

2. 背景と経過

・中卒後～

調理師として霧島・指宿のホテルに13年勤務。いつ頃からか欠勤するようになり、兄にお金を要求するようになる。

・平成16年～

独語、突然の大声など、幻聴を示唆するような言動がみられるようになりまた、近所への迷惑行為もあり、家族より警察へ相談し精神科病院を進められる。

・平成16年9月～

A病院を受診し入院となる。1か月後退院となるも通院もせず、服薬もされておらず近くに頼れる人がいない中、どのように生活されていたかは不明。

・平成19年～

迷惑行為にて近隣住民より苦情があり、Y病院を受診。その後も通院せず自宅で一人過ごされていたが夜中に近隣の家に押しかけて戸を叩くなど、意味の分からないことを言う行為が続く。

・平成22年2月9日～

指宿在住の兄家族に説得され、Y病院へ即日医療保護入院となる。

入院当初は興奮著しく、隔離室にて過ごされ拒食・拒薬があり、促すことで服用。空笑も見られていたが、一週間程度で症状が治まり安定し隔離室から一般室へ移る。その後は、他患者さんとのトラブルもなく穏やかに経過。自ら話をすることは少なく、日中臥床傾向あり。他患者さんとの交流が乏しいが、職員の声掛けで作業療法活動には参加される。家族の面会時や、職員の声掛けに笑顔

も見られるようになる。動作は緩慢ではあるが ADL 面に関してはほぼ自力可で、食事の際時々手の震えあり、介助も要する時がある。服薬の管理は職員が行い開封・服薬は自力で可能。

- ・平成 22 年 7 月～ 鹿児島市内の施設入居にむけ、退院支援開始するも中断。(理由不明)
- ・平成 24 年10月～ 指宿市在中の実兄より指宿方面の施設入居の希望あり。
- ・平成 26 年 5 月～ 相談支援事業所 L から、ゆめいろホームへ入居の相談あり。
- ・平成 26 年 7 月～ 退院にむけて話し合い。
本人・ご家族・Y 病院職員・相談支援職員・ゆめいろホーム職員出席。
- ・平成 26 年 8 月～ 4 年 1 ヶ月の入院を経て、ゆめいろホーム入居となる。

3. 取り組みと経過

【取り組み① 新たな暮らしでの心身の不安を和らげる】

鹿児島市内での一人暮らしから病院入院を経て、ゆめいろホームへ入居。本人のゆっくりとしたペースと今までの生活スタイル、リズムに合わせた声掛け、介助、見守り、環境づくり（音楽鑑賞・エアコンが苦手なため室温調整）等を行った。

《経過》

S さんのペースに合わせて生活づくりの支援を心がけていたが、入居当時は職員の感覚やペースでの支援になることもあり S さんのペースを乱してしまい、心身の不安につながる事もあった。その後、職員の S さんに対する理解と関係づくりで安定した日々につながっている。

【取り組み② 精神疾患のあるなかまを生活分野で受け入れるための知識と理解。対応について学習】

統合失調症といっても人それぞれではあるが、生活分野での受け入れには職員もやや不安もあった。S さんが安心して暮らせるため、職員の視点の広がりにつながるため、定期的で開催される地域の精神科病院での学習会へ参加させて頂き、統合失調症についての病識・対応・服薬管理等について学ぶ。

《経過》

S さんの心身症状に対する理解と支援のあり方を学ぶことにより、S さんを生活分野で受け入れる心の準備ができた。学習会には、継続して参加。

【取り組み③ 美味しく食べられる食事の時間】

時折、手の震えがみられた。原因をさぐりながら食事も見守りしていたが、手が震える時はしばらく箸をおいて様子を見、震えが治まるのを待つ。震えが続くようであれば食事を中断するか、本人希望があれば介助にて食事をしてもらう。

《経過》上記内容で、現在も引き続き取り組み中。

【取り組み④ 安心して排せつ】

視野狭窄もあり、トイレに行きたくてもトイレの場所が分からず、トイレを流したくても何度も流していいのか確認することもあった。トイレの確認、誘導、洋式トイレの使い方説明を繰り返す。リハビリパンツを着用されているが、処理不十分のため便汚染あり。ふき取り交換必要、時折汚染したパンツや便を拭き取った紙も放置のため、確認し本人に処理について説明する。

《経過》

現在、ホームの生活にも慣れトイレの場所は認識、意識を持って使用でき改善されている。便の拭き取り、紙の放置は時間をかけて処理できるように取り組み中。

【取り組み⑤ 入浴と更衣】

洗体、洗髪、更衣は心身の緊張や服薬の副作用からか、筋強直があり動作が緩慢なため本人のペースとモチベーションを配慮した介助に努める。

《経過》

少しずつ心身の緊張もほぐれ会話を楽しみながら一部介助、声掛け見守りと自立の方向へつながっている。特に、入浴介助に関しては同性介助を基本とし、また本人も強く望んでいるため、男性職員で対応している。しかし、勤務体制により男性職員が居ない日もあり入浴が出来ない日もあり課題であった、現在はディケア利用にて週3回とホーム男性職員による対応で以前より手厚い対応になってきている。

【取り組み⑥ 夜間の不穏行動】

昼夜逆転の生活から、夜間に居室内での放尿行為がみられ昼間の臥床生活を改善、昼間の過ごし方を工夫。

《経過》

音楽鑑賞、外出として買い物、食事、散歩。職員と一緒に居室内の掃除、洗濯干し、片付け。それに加え、現在は週3回のディケア参加にて改善し、良眠されるようになる。

【取り組み⑦ 独語・幻聴】

日中居室内で過ごされるとき独語が聞かれるようになるが、職員の声掛けにすぐに反応され特に日常的には問題なく、見守り。本人なりの心身のバランスをとっておられるように感じられる。

《経過》引き続き見守り、かかりつけの病院と連携していく。

【取り組み⑧ 体調管理】

・精神科病院受診

…基本月1回の定期受診（現在は、ディケア利用時に受診を行いました、心身の不調はディケア利用と合わせてその都度受診し、協力連携を図っている。

・訪問看護…週1回木曜日 AM 訪問。本人も毎回楽しみにされている。

・ディケア (or ナイトケア)

…日中の過ごし方に課題があり、作業所を模索していたが、中々定着せず S さんには合わない環境であったようだ。かかりつけ病院の主治医のすすめもあり、ディケア利用を開始。

ホーム職員同伴もと体験利用からはじまり、とてもリラックスして参加されている。現在は、週3回（月・水・金）を基本に継続した利用につながっている。また、本人希望やディケア職員の声掛けで、それ以外の日も参加される日もあり、毎回楽しみにされている。

・服薬…職員が管理し、本人に手渡して服用。

《経過》

毎日のバイタルチェックに加え、不穏な言動を見守りながらかかりつけ病院と連携を取りながら支援していく。

【取り組み⑨ なかま・職員との関係づくり（余暇活動）】

大人しく消極的で、自ら人との関わりは苦手であるが、なかまや職員と食事・買い物・ドライブなど楽しい事、好きな事を通して関係づくり。

《経過》

少しずつ慣れてなかま、職員との会話も楽しめるようになってきている。また、利用中のディケア職員ともいい関係が保たれているようである。

【取り組み⑩ 家族との関わり】

兄家族がとても優しく、気遣い定期的な電話や訪問をして下さる。本人にとってとても心の支えになっているようである。また、たまに一緒に外出され食事・買い物・実家への帰省も楽しみにされている。ホームからの連絡依頼事も快く協力頂いている。

《経過》上記内容で、現在も引き続き取り組み中。

4. Sさんから学んだこと、これからの暮らし

入居当初は、日中ホームに居ても楽しくないのでは？と、こちらの勝手な想像から「ホームで暮らし始めて落ち着いたら作業所に通所してもらおう」と、目標を職員主体で設定してしまったことや、誘い掛け、声掛けに否定することのない姿から、Sさんの意思にはそぐわないペースで無理をさせてしまう事も多々あった。そんな事が原因でSさんも環境に慣れず手の震えや熱発など身体症状や、不穏行動が見られ心身の不安につながっていた。

そのようなSさんの姿から、これまでのSさんの暮らしや背景を理解出来ないままの支援であったことを感じ、暮らす場所が変わってもその人の生き方を変えてはいけなと感じた。職員の感覚やペースで生活をつくっていくのではなく、Sさんのペースや背景を理解した生活づくりが大切であることに気づいた。職員の関わり方が変わってくると、Sさんも嫌なことはしっかりと意思表示し、体調を崩すことが少なくなった。

やはり、時間をかけ職員みんなで共有しながらゆっくり関係をつくり、ひとり一人にあった暮らし考える事が大切だとSさんから学んだ。また、ディケア参加、ホーム職員、なかまとの外出などふれあいの中で更に意欲的、自主的言動が見られるようになってきている。少しずつ本人のペースに合わせ、安心して過ごせる日中活動を増やしていく事で、本人の良さが発揮されると感じている。今後も、Sさんの理解者が増え、地域の中でSさんらしく安心して暮らして行けるよう支援していきたい。

利用者にとって本当に『必要なケア』とは

はじめに

訪問看護では自宅で療養される方が安心して療養生活が送れるよう主治医の指示により定期的に訪問し、経過を見ながら計画を立て必要なケアを行なっている。身体機能の低下や精神的不安から今まで出来ていたことが出来なくなることがあり、その場合は計画を変更することがある。その一方、時間に余裕がなかったりすると利用者ができる事までやってしまうことがある。利用者にとって本当に『必要なケア』とは何なのか、そしてそのケアが本当に『必要なケア』なのか、今後どのように実践していくべきかを麦の芽のホームで同居している 2 人のケースを通して考察する。

症例

【Aさん】年齢 31 歳（女）

【傷病名】①てんかん②水頭症による右上肢の機能障害③リウマチ

【かかりつけ医】①よしの脳神経外科②吉野病院③梅津整形

【仕事】1 回/週 昼から作業所に出勤（半日）

【訪問看護】2 回/週 バイタルサイン測定・状態観察・薬を準備し、お薬カレンダーにセット・入浴介助など

【健康状態および課題】

- ① てんかん…発作はみられていない。
- ② 障害…軽度の知的障害があると思われるが、申請せず療育手帳は持っていない。
- ③ リウマチ…関節の弱さ（脱臼しやすいなど）や骨折しやすいなどがあり、慢性的な疼痛あり。
- ④ メンタル面…不安定さがあり吉野病院にかかっており、安定剤を常用している。
- ⑤ 睡眠…不眠症にて眠剤を服用している。遅めに内服されるが、服用してから DVD を鑑賞したり、テレビゲームをしたりして寝るのは 1 時から 3 時になると。その結果、起きるのは 10 時ごろで起こされてようやく目を覚ます。
- ⑥ 食…関心が薄く、るい瘦著明。食事はヘルパーが作る。
- ⑦ 服薬…3 か所の病院の薬を飲んでる。薬の量が多く、一包化（透明の袋に 1 回分の薬をいれること、薬局でもらうこと）になっていなかったため、錠剤などハサミで切り離し、ホッチキスで止めるなどの作業を同室者と一緒に準備し、お薬カレンダーにセットしていたが、間違いが多かったので訪看で管理・セットしていた。
- ⑧ 仕事…週 1 回作業所に半日出勤。それ以外の日は自室でマンガ（単行本 100 冊以上持っている）を読んだり、DVD 鑑賞やテレビゲームで時間を過ごしている。
- ⑨ ADL…軽い破行がみられる。リウマチ特有ではあるが午前中は体の動きが悪い様子。

同室者がいる時はトイレに連れて行ってもらったり、薬を飲ませてもらったりなど介護のようなことをさせている。しかし、実際は同室者が仕事でいないときは自分でされ、テレビゲームや細かい手芸などもできる。

- ⑩ 清潔…入浴は訪看で2回、それ以外は週末に1回入ることもある。入浴後、髪を乾かし、三つ編みやひとつ結びをするが、次の訪問まで髪をほどいたり櫛でとかしたりすることはなくボサボサのままに気にする様子はない。
- ⑪ 衣生活…着替えがないと言って入浴後も着ている服をそのまま着られる。寝る時も着替えはしていない（下はGパン）。
- ⑫ 環境…自分の部屋にはマンガをはじめとするいろいろな物があり片付けができない。自室にはベッドがあるが、そこでは寝ずに同室者の部屋に布団（万年床）を持って行って寝ている。共用の部屋のテーブルの上・下、部屋のまわりに物があり、2人の座るスペースがある程度。ヘルパー導入しているが、片付けはさせないとの事。

【Bさん】年齢 39 歳（女）

【傷病名】①軽度知的障害②てんかん③適応障害

【かかりつけ医】①花倉病院②吉野生協クリニック③よしの脳神経外科（消化器内科）

【仕事】（月・水・金）作業所・デイ

【訪問看護】1回/週 バイタルサイン測定・状態観察・入浴介助（軽）

【健康状態および課題】

- ① てんかん…発作は見られていない。
- ② 障害…療育手帳 B2
- ③ メンタル面…適応障害、基本優しい性格である。人間関係のトラブルでは言いたいことがうまく言えずに相手に暴力を振るうことがあった。ストレスを抱えやすく、きつくなると頭痛や胃痛など訴えがある。太っていることを気にして食事を少なくしたり、運動（ヘルパーとの散歩）を取り入れている。同室者より年上であるが、相手に気を遣い過ぎるところがありメンタル面が不安定になり、花倉病院のカウンセリングを受けている。Aさんの介護（お手伝い）をしなければいけない、しないと何を言われるかわからないと訪問看護師には話をするが、状況を変える様子はなく、客観的にみて共依存状態ではないかと思われる様子が見える。
- ④ 仕事…作業所やデイに行っている。（月・火・水・金）
- ⑤ ADL…先天的に右手の力が弱いとのこと、それ以外のところは問題はなし。
- ⑥ 清潔…訪看では開始当初はメンタルケアだけだったが、入浴をあまりされていなかった（1~2回/週）ことがわかり、理由として障害により右手の力が弱く両手を使って何かをする時やりづらいということだった。しかし、以前入居していたところでは毎日入浴で入っていたとの事。下着が汚れていても気にする様子はない。

平成 22 年 4 月 Aさんホーム入居…最初の同居者は女性 2 人と

平成 23 年 1 月 Bさんが別の施設から転居してこられ、Aさんと同居することになる。

【ケアについての問題点と実践】

Aさんのケース

薬セット・服用について

軽度の知的障害があると思われるが、ある程度の理解力があり、コミュニケーション等は問題なし。ただし、気分で返事をしなくなったりすることはある。薬は同居者に手伝ってもらいセットして飲んでしたが、てんかんの薬や曜日指定で飲むリウマチの薬などあるが間違えてセットしていることがあり、量や用法を間違えて飲むと危険な薬であるため、まず病院に薬の一包化を依頼し、訪看で管理してセットし服用できるようにした。それでも時々飲み忘れがあったため（特に昼の薬）理由を問うと『昼近くまで寝ているから朝ごはんが遅くなって昼ごはんも遅くなるから朝は飲むけど昼は飲み忘れる。』と。昼の薬を飲み忘れても体調等変化がなかったため、かかりつけ医に相談して昼の薬をなくした処方になった。薬が少なくなり把握しやすくなったため、カンファレンスで検討し、薬セットを自分でできるように指導していくことになった。本人にも了解を得た。火曜日・木曜日の訪問のうち木曜日が薬セットの日になっているが、火曜日に1週間分の薬をまとめて持参し、本人に1回分ずつ作ってもらい木曜日に看護師と一緒にセット確認をするようにした。最初は間違えてセットすることが見受けられたが、最近では間違えることなくセットされ、服用できている。訪問時、しっかりできていたことをほめ継続できるように促している。

考察

自分たちで管理していた時はセット間違いが見受けられ残薬もバラバラであった。訪看で薬を管理するようになってからは順調にいていたように思っていたが、飲み忘れることがあったようで訪看から注意されると思い、ゴミ箱に捨てていたこともあった（看護師がゴミ箱で見つける）。訪看当初より体調不良の訴えが多く、受診する病院が増えると同時に薬も増えており、増えてしまった薬を減らすことに対して拒否されるなど矛盾点が見られた。今回幸いなことに昼の薬を外すことができた。数が減り、管理がしやすくなり、本人に薬セットを移行することができたことは良かったと思う。

Bさんのケース

入浴について

訪看で入浴するまでは週1、2回の程度でお湯をためてシャンプーや体洗いなどはせずダイエットのための半身浴のみで体臭や髪の毛の汚れが認められた。髪は時々、同居者（同居者は訪看に髪を洗ってもらっているのだが人の髪は洗えるらしい）が洗ってくれていたとのこと。入浴をするきっかけとして入浴介助をするようにした。それ以外の入浴は1日か多くて2日。右手の力が弱くてうまく使えないというがどの程度なのかを把握するためにできる範囲で入浴してもらった。するとシャワーも上手に使い、入浴することができた。ただ、洗いが足りないところを少し手伝った。本人もそれでいいということでしばらく継続していたが、ある時の訪問後、とても不機嫌になっていたようで時間差で

Aさんの訪問に入った看護師に『Bさんが〇〇さん（看護師）は何もしないで見ていただけで何もしてくれなかった。あのひと（看護師）私の訪問からはずそうけ〜。』『昨日の夜のるんるん大学のヨガで右手を痛めたからお風呂で自分で全部するのは痛かった。』『（手が痛いことは）言えなかった。』とAさんに話をしたことを教えてくれた。Aさんは『そんなことで簡単に（看護師を）はずすって言わない方がいいよ。そうしていたら入る人がいなくなるよ。』と話してくれたとの事。看護師に『Bさんは言いたいことがあるともうまく言えないからね。』とフォローされる。そのことをうけて次の訪問からBさんに入った際には痛みがないかの確認をしてから入浴介助をするようにした。それから順調に経過している。最近では訪看以外でも3回程度入浴するようになっているとのこと。

考察

入浴については清潔についての関心が薄かったため、訪看で入浴することをきっかけに習慣付けることができるようになっていった。実際に入るようになり、浴室の中で悩みを聞きながらストレスの緩和を図るようにしていた。右手に力が入らないということのできるどころも手伝っていたので最初で確実に把握していなかったことが反省される。ヨガで右手を痛めたという理由で不満が聞かれたが、そのことを素直に言えない関係性にも問題があると思われる。その後は入浴に関しては訪看以外でも頻回に入れるようになっているのでこのまま経過を見ていくこととする。

まとめ

訪看ではAさん、Bさんにかかわる際、それぞれの個別性を大切にし、対応するようにしている。AさんからのBさんに関する不満はあまり聞かれないが、BさんのAさんに対する不満はとて多く、ストレスになっているようであるが、事実はその通りではないことがあり、一方の話だけで判断しないように注意しておりBさんには傾聴の姿勢をとるようにしている。2人に共通している問題点として更衣（まめに着替えない）や洗濯（ためてからしか洗わない）、掃除（片付け・掃除をしない、させない）、料理（食育…食材のチョイス、バランスの悪さ、ほとんど同じメニューをヘルパーに作らせる、量不足、間食、料理づくりに参加しない）、ゴミ捨てをヘルパーにさせるなどがある。2人で協力してできるようホームやホーム支援などと共有・連携して考慮していく必要があると思われる。

他の利用者のところでも本当に『必要なケア』なのか、また、訪看でないといけないケアなのか、単に利用回数を増やすだけのケアになっていないかと思うことがある。大切なのはやはり利用者の願いを中心にした生活の質の確保と関連事業所との連携である。