

ケアマネの出会った 家族たち

1 0

～ 家族理解と家族支援 ～

木村晃子

居宅介護支援事業所 あったかプランとうべつ

～ 家族のかたち～

ケアマネの仕事始めて、実に多くの高齢者とその家族に出会いました。担当した利用者はこれまで、100人ほどになります。当然それだけの家族にも出会いました。そして、ケアマネとして「介護」という課題を通して家族との関係作りも様々でした。

介護の問題さえ解決できればうまく生活が続く場合には、家族の事情に深く入り込むこともなく支援が進むケース。反対に、介護の問題というよりは、長年の家族関係が「介護」の問題を大きく重くしているケース。その状態をなんとかしたい、ということで、ケアマネが家族の関りに深く関わりや支援を展開していくケース。或いは、客観的に家族を捉えた時に、「大丈夫かな。もう少し何とかならないかな。」と思いつつも、家族が問題意識を持っていないので深い介入もできない事例などがありました。

家族の形は様々です。「これが、正解。これが、

家族のあるべき姿」と規定することはできません。まわりから、どのように映ろうとも、家族が自分たちの在り方をよしとしているならば、それでよし。第三者がごちゃごちゃいう必要はないのです。

今回は、もう少しなんとかならないかな、とケアマネが感じながら、なかなか介入の糸口がつかめず時間が経過してしまった家族の話です。当然よからぬ状況も発生してしまいましたが、時間経過の中で家族が「こうありたい」という生活像を思い描いた時、その家族の持っている力が発揮されました。

連絡が取れない？

87歳のタマヨさんは、10年前に夫を亡くし一人暮らしをしていましたが、最近は年のせいもあり、家事もままならなくなりました。隣町から、長男夫婦を頼って、夫婦と孫との5人暮らしが始まったのは、3年前でした。隣町、と言っても初めてきたこの土地には知り合いもいません。息子

夫婦は、日中はそれぞれ仕事にでかけています。孫たちも学校です。一人で家の中で過ごしていることを気にかけてくれた近所の方が、ディサービスの話をしてくれました。早速、要介護認定を受けると、どうやらディサービスに通うことができることになりました。タマヨさんは、週に1回ディサービスに通うこととなりました。84歳でした。年齢相応の物忘れはありましたが、自分の意思も伝えることができ、ケアマネはタマヨさんのやりとりに苦労もなく、ケアプランの作成やサービス利用については、タマヨさんの意思を尊重する形で支援が続いていました。

息子夫婦は、仕事でいつも夜の7時過ぎに帰宅。朝食はそろって食べるが、昼食はタマヨさんは自分で冷蔵庫にあるものを出して食べます。夜は、夫婦が帰宅後、少し遅めの時間に一家がそろって食事をすると言います。タマヨさんの話を聞いていると、どうも、長男の妻との折り合いが悪いようです。それでも、息子や孫のことは、笑みを浮かべ話をしてくれます。ケアマネは、1年支援を続ける中で、息子夫婦に会うことはありませんでした。

ディサービスの利用にも慣れ、楽しく週1回のサービス利用ができるようになった頃、たて続けにサービスを休むことがありました。

心配して訪問してみると、タマヨさんは、一人で自分の部屋で寝込んでいます。「最近調子が悪くてね。起きているのもつらいから、もうディサービスには通えないと思う。」と話します。息子夫婦はいつものように仕事にでかけたと言います。ベッド横には、お昼の食事が用意されています。息子夫婦に様子を確認したいと、ケアマネは何度となく、遅い時間に訪問したり、電話をしてみました。けれども、対応してくれるのは、小学生の子供たちです。いずれも両親のことを「まだ帰っていない。」と言います。

ケアマネは、タマヨさんの家の近くを通るたび

に訪問し、顔を見て、息子夫婦あてに手紙を置いて連絡を待っていると伝えました。けれども、息子夫婦から連絡がくることはありませんでした。1か月ほどしたある日、ケアマネが訪問するとタマヨさんはいません。夕方、孫の帰宅している時間に再度訪問すると、「ばあちゃんは、入院した。」と言います。入院先の病院名を聞いて翌日病院へ連絡してみると、数日前に、自宅で転倒し骨折。手術をしたばかりだと言う。今後、術後の経過をみながらリハビリを行う予定であることが説明され、退院の目途がたった時点で、病院からケアマネに連絡をもらうことを約束した。

面倒な課題設定

あれから、10か月。病院からようやく連絡が入りました。

「実は、手術後の経過は極めて順調でした。術後1か月の時点では、退院の許可も出ていました。ところが、息子さん夫婦と連絡が取れなかったのです。タマヨさんが自宅に戻ると、日中一人でいる時間が増えます。ご家族が仕事のために、介護が難しいのであれば、自宅に一人でいても、また転倒してしまう可能性があります。であれば、自宅ではなく施設入所がタマヨさんにとって適切な環境とも思うのですが、息子さんになかなか連絡がつかなかったのも、これまで話が進められませんでした。ようやく先日、息子さんとお会いすることができたので、退院許可がでたことをお伝えすると、自宅に連れて帰るといいます。どう考えても、介護できる状態にないと思うのです。ケアマネさんは、どう考えますか。」ソーシャルワーカーからの連絡内容はそのようなことでした。

ケアマネは、タマヨさんが自宅で生活していた時のことを振り返りました。共働きの夫婦。遅くに帰宅するために、日中は独居の状態。現在の状態では、歩行もできない。移動には介助が必要。この状態で、自宅に戻っても、タマヨさんの生活

の質が入院中以上に良いとは思えませんでした。

「タマヨさんの気持ちはどうでしょうか。お家に帰りたいのでしょうか。それとも病院のように、誰かと一緒に過ごせるほうが良いと思っているのでしょうか。」

ソーシャルワーカーの話では、タマヨさんは、現在療養病棟で、他の患者さんとも良い関係で一日を過ごしている。家に帰りたい、という言葉もタマヨさんの口からきくことはなく、「家に帰っても一人だからね。」としか、答えないとします。

ケアマネとソーシャルワーカーは、タマヨさんにとって最も良い生活環境は何か考えることにしました。

後日、ケアマネが病院を訪問し、ソーシャルワーカーとタマヨさんと三人で話し合いをしました。タマヨさんは家に帰ることについて「どっちでもいいよ。帰ってもいいし、帰らなくてもいいし。」その言葉は、本当に言葉通りのように聞こえました。

ケアマネとソーシャルワーカーは、タマヨさんにとって、介護の体制が整っている環境がベストだと判断しました。けれども、自宅に連れて帰りたいという息子の意向もあります。今後、タマヨさんが自宅で生活するためには、家族が介護できない日中の体制を整えなくてはなりません。今後、在宅サービスを利用しながら、在宅生活を継続するためには、これまで以上に息子夫婦の協力が重要です。いつでも連絡がとれること、タマヨさんの介護を具体的にどの程度できるか、息子自身が自覚をし、どんな対応策があるか考えることが求められます。

そこで、退院の日が正式に決まる前に、試験外泊を提案することにしました。それは、単に自宅に外泊する、ということではなく、2泊3日の自宅外泊をする。自宅で過ごしている間に、ケアマネに息子が連絡をし、ケアマネの自宅訪問を受ける。自宅での生活を試した時に、介護上の

具体的課題をみつけ対応策をケアマネと一緒に考える。以上の3つを息子に提案し、それらがどの程度達成できるかをみることにしました。

今後、自宅生活が再開された時に、様々なサービスが必要になり、サービスを利用していくためには、タマヨさんについての連絡がすみやかにとれる必要があると考えたからです。仕事をしながら介護をする、というのは覚悟以上に負担も多い現実です。どの程度の現実を認識しているのか、その介護体制と介護力についてアセスメントが重要です。

息子は、自分の仕事の調整をして、外泊日程を決めました。予定通り外泊のため自宅に戻った当日、ケアマネに連絡をし、翌日、ケアマネが訪問をしました。

外泊を試してみ、自宅で過ごす際に、どんなことが課題になるか確認しました。まずは、歩行ができないので、自宅内でも車いすの使用が必要。そして、夜間に数回トイレに起きる際の介護が必要。それは、息子自身が対応できるという。ベッドから、車いすの移乗は見守りが必要。一人でいる時間が長いと、トイレなどの際、移乗の失敗の危険性もあるため、なるべく日中の一人で過ごす時間を減らしたい。そのためにできるだけサービスの利用をさせたい、と話します。

タマヨさん本人に自宅に戻ってきた感想を聞くと「やっぱり家がいいね。」と涙を浮かべて答えが返ってきました。

タマヨさん本人が自宅に帰りたいという意思があって、息子がそれを受け入れるという覚悟ができた。それを支えるのが、ケアマネの役割です。そこを支援していくのは勿論ではあるが、一つ気になることがありました。息子の奥さんはどう考えているのだろうか。今回は、奥さんは一度も話に顔を出さない。

「奥さんは、タマヨさんがご自宅に戻られることをどう考えていると思いますか。」息子さんへ問い

てみました。

「あ、いや・・・。今、いないので、私が母親の面倒さえ見ることができれば、大丈夫です。」

「あのう、いない、と仰いますと？」ケアマネは尋ねました。

「仕事の関係で、単身赴任です。」との答えです。そうか、奥さんは小学生の子ども二人を夫にまかせ、単身赴任をしたのか。そうすると、介護と子育てと仕事の3つのわらじは大変だろう、とケアマネは感じました。

「お仕事と、介護と、子育てでは負担も多そうですね。もしも、自宅での介護が難しい時には、短期入所の利用という方法もありますから、覚えておいてくださいね。」と息子さんと本人へ向かって情報提供をしました。

「大丈夫です。子供たちも大きくなったので、少しは家のことも協力してくれていますから。」と話がありました。

2泊3日の予定が、天候のため、3泊4日に延期となって病院へ戻りました。

次の課題は、息子が仕事の調整をして、退院日を決めること。退院前に、必要なサービスの職員とケアマネと息子で話し合いを持つ日を確認することです。息子は、ソーシャルワーカーに言われたことをやや時間がかかりながらもこなし、ケアマネと退院にむけて調整を進めました。息子は、何度もソーシャルワーカーへ電話連絡をしたり、ケアマネからの電話連絡を受けたり、仕事の休みを整えたり、など今後の体制作りのために煩わしいと思うようなこともこなしていきました。

本当は、もう少し合理的なやり取りをする方が、息子の負担は減ったと思います。けれども、自宅介護という大きな決断をするためには、今後このように介護のために何度も時間が割かれていくことを実感しておくことが必要です。そういうことが、タマヨさんにとっての、適切な生活環境作りにつながると考えていました。

この間のやりとりを見ながら、以前、10か月も連絡が滞っていたころの息子さんとは違う良い変化があると判断し、タマヨさんの退院は決まりました。

退院翌日から、介護サービスの利用が開始できるように準備もそろっていました。

家族の回復。新たな生活

予定通り退院したタマヨさんは、予定通りサービスに通いました。自宅でも、息子や孫たちが協力し合って介護をしています。半年後、タマヨさんの心身の状態はとても改善しています。入院中使用していた車いすも不要になって、歩けるようになりました。毎日のサービスも楽しく通うことができ、夜は、家族そろって食事と一杯の晩酌です。ケアマネが訪問するたびに、息子は「手を抜きながら、適当にやっていますよ。」と言いながら、タマヨさんの変化を詳しく教えてくれます。息子が話すタマヨさんの様子は、日ごろの家庭での関わりの深い様子の表れです。

この事例は、家族の介護力の弱さを感じさせる時を経ながら、家族の環境の中に何らかの変化が起きて（息子の妻が単身赴任）から、家族の物事に対応する姿勢が好転したことで本人の生活が良い循環の中に位置づいたと思います。

何かが変わると、その影響を受けて何かが変わっていく。元々あった家族の本来の力が、家族の手によって回復できたのだと思います。

けれども、この家族にとって、長男の妻の単身赴任とは、どのような、いきさつがあったのだろうか？疑問は残ります。

* プライバシー保護の観点から、事例は事実情報を加工しています。