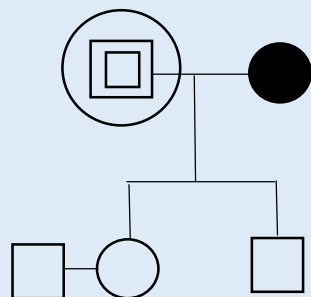


認知症高齢者の一人暮らしを支援するために地域包括ケア病棟で取り組んだ事例

家族構成



概要

＜本人＞90歳代男性 要支援1（区分変更申請中）
アルツハイマー型認知症、高血圧
10年前に妻死去後独居となる。
趣味は畑作業。
＜キーパーソン＞ 長女 50歳代 自営業
週に5回本人宅へ訪問し、買い物や薬カレンダーへ配薬していた。
長男は長期入院中。

課題の整理

＜本人＞

- 住み慣れた自宅での生活を続けたい。
- 畑作業を続けたいが自宅から畑まで距離があり一人では行けない。

＜家族＞

- 出来る限りの支援はしたいが、仕事をしながら義父の介護もしているため、同居はできない。頻回の訪問も負担に感じている。
- 訪問頻度を減らすと更に内服管理ができなくなるのではないかと心配。
- 家事動作について、本人にできる部分を評価してほしい。

＜ケアマネジャー＞

- 訪問回数が増えたことによる長女の負担を軽減できるようにデイサービスの提案等、介護サービスを見直したい。そのために介護認定の区分変更を案内していた。

＜支援計画＞

- 食欲不振の原因の精査
- 独居生活継続のための生活課題の抽出・指導
- 趣味・役割への継続した関わり

効果

- ◆住み慣れた自宅での生活を継続することができた
- ◆内科に入院しながらも精神科医の協力を得て、認知症のスクリーニング・内服調整を行うことができた
- ◆多職種・在宅サービスのチームと協議を行い、長女だけに負担をかけることなく、家事や趣味活動を継続することができた

支援のきっかけ

○2ヵ月程前～ 元々調理や片付けは自立であったが家の中が散らかるようになる。心配した長女は本人宅へ訪問回数を増やしセルフケアの手伝いをしていった。また、Aクリニックへ受診しアルツハイマー型認知症の診断で抗認知症薬を服用することとなった。

○1週間程前～ 嘔気・食欲不振が続く脱水傾向であったためAクリニック受診。

○Aクリニックより食欲不振の精査目的で当院紹介あり、地域包括ケア病棟へ入院となる。

＜入院前の生活状況＞

屋内はつたい歩き、屋外は杖歩行。排泄や入浴は自立していた。

食事は、訪問介護による調理補助を週2回と、配食サービスを利用。長女が買ってきたお弁当を食べる日もあった。内服管理は、長女がカレンダーへ配薬。きちんと飲めていなかったようで残薬が合わず、長女も困っていた。

支援の実施

＜本人への支援経過＞

○食欲不振の原因に対し、抗認知症薬の副反応による嘔気と見立て、精神科医にコンサルト。内服の見直しを行う。→別の抗認知症薬に変更。それ以降は嘔気無く食事は全量摂取できるようになった。

また、認知機能検査も行い、記憶力の低下はあるものの日常生活に支障はないと判定。

○薬の飲み忘れに対し、看護師が1週間分カレンダーに配薬を行い、本人管理とした。毎食後飲み忘れていないか確認し服用の習慣化を試みた。

→最初は飲み忘れることもあったが、退院時には概ね自己管理ができるようになっていた。

○作業療法士による家事動作の確認。食事は電子レンジで温めたり配膳は可能だが、火・包丁を使っでの調理は難しいと判断。また、洗濯物を2階のベランダまで衣類を持ちながら上がることは難しいため、1階に物干し竿を設置することになる。

＜家族への支援経過＞

○入院後、リハビリスタッフと家族で本人宅へ訪問（退院前訪問）し、玄関のあがり框に対し「手すり付き踏台」があれば昇降可能と提案。福祉用具の選定。

○退院前カンファレンスにて長女・ケアマネジャーへ現状報告。介護認定区分変更の結果は要介護1の認定。介護サービスの見直しの検討を行い、配薬は薬局に訪問依頼（居宅療養管理指導）。加えて、外出や交流を目的としたデイサービスも導入することとなる。

＜多機関・多職種連携による支援経過＞

○趣味である畑作業に対し、本人・作業療法士・ケアマネジャーで協議。本人より、「畑に行けなくても何か育てたい」と希望あり、代わりとしてプランターで花・野菜の栽培を継続することとなった。

○玄関のあがり框の昇降動作の定着確認のための訪問リハビリを提案。

○家事・趣味活動の評価目的で精神科作業療法士と、認知症ケアと併せて内服薬の副反応・飲み忘れの確認のため精神科看護師の訪問を提案（精神科訪問看護）。

○Aクリニックには認知症のスクリーニング結果を伝え、引き続き抗認知症薬の処方を依頼。