



青葉台福祉タウンニュース

2022年8月

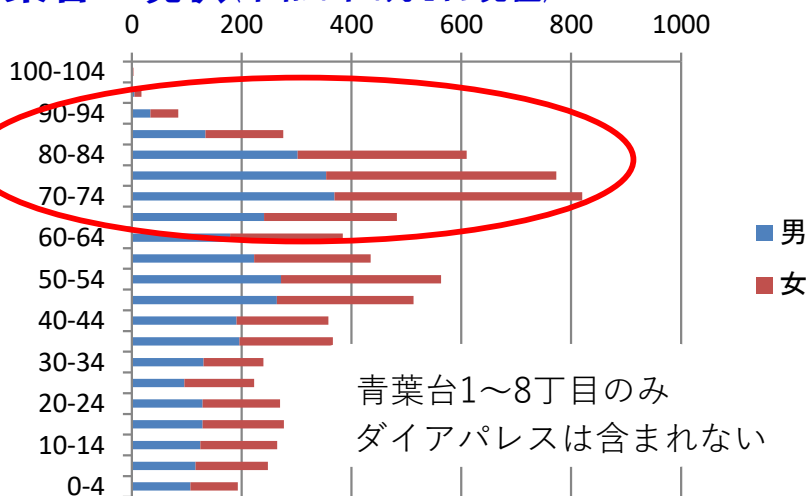
2号 介護をする側、受ける側

青葉台の高齢者は、もう誰もが

- ・ 介護をする側
 - ・ 介護を受ける側
- の時代になって
きました！



青葉台の現状(令和4年4月1日現在)



高齢者が安心して
この街で住むため、

介護について現実的
に考えておく必要が
差し迫っています。

介護は突然来ます！

介護に関する知識や経験は、介護をする側も受ける側も乏しく、突然の事態にどちらも悩み、苦境に陥ります。

青葉台の場合は身近に近親者が居ず、介護支援や手助けが遅れたり、老々介護（高齢者が高齢者を介護する）になる確率が高いため、介護をする高齢者の身体的、精神的な負担が懸念されます。

高齢者の中には家族以外に介護されることに抵抗を感じる人も居り、介護する側の負担増や社会との接点の減少、外に助けを求められなくなることも懸念されます。

そこで、まずは青葉台で介護を経験された、またはされている方々の
勇気あるご協力を得て、

「介護者の貴重な生のご体験を発信させて頂いて、私たちの知識や
現状認識を深め、地域としての取組み向上の一步」
とさせて頂きたく、情報を発信します。

みなさま、ぜひお読み下さい！

この活動は、青葉台町会協議会 39PJ活動の内 NPO法人青葉台さわやかネットワーク主管「青葉台福祉タウン構想」に則った活動です。

介護する、介護されるってどんな事か、少し考えてみませんか？

青葉台さわやかネットワーク (ASN) は、今後青葉台では介護者への支援が必要になって来るのではないかと考えていますが、現時点では何が必要なのか？ ASN に何ができるのか？分かっていません。そこで、どのような支援が必要なのかを皆さんと勉強しながら考えて行きたいと考えています。

ASN の基本的な立場は「できるだけ長く自宅で介護をすべき」とか「早めに施設に入るべき」と言った、特定の考えは在りません。介護を受ける方、介護をされる方 (多くの場合は配偶者) の置かれている状況は全て大きく異なり、また同様に、こうした方々の考え方や価値観、幸福感も大きく異なるためです。

こうしたテーマを選んだ背景は、青葉台の高齢者が非常に多い事 (3,068 名 41.4% 2022 年 4 月 1 日)。また、多くの高齢者世帯では子供は家を出ている事が多く、令和 2 年の国勢調査では、高齢者の二人暮らし 802 世帯 (25%)、高齢者一人暮らし 468 世帯 (15%) と高くなっているからです。高齢者の増加に伴い青葉台の介護保険の利用者も 2017 年の 296 名から 2020 年の 407 名へと、3 年間で 38% も急激に増加しています。これまで元気な高齢者が特徴だった青葉台も急激に変化しており、変化への対応が求められています。

現在心配していることの一つは、青葉台に住む高齢者の方々にとって、介護は近い将来かなり高い確率で経験するであろう事ですが、実感が伴いにくい事 (つまり、介護している、又は介護されている自分が想像できない事) です。その為、なんの準備もできていない所に介護が突然降って来る。そして「これが介護なのか」「これからどうなるのか」「何時まで続くのか」と心配になる。その背景は以下の通りです。

親の介護をしていない：多くの青葉台の高齢者の方は実家を離れており、両親の介護は地元に残った兄弟姉妹に任せてきたので、介護に直接関わった経験が限られている。

友人・知人の介護を見た事がない：青葉台の高齢者は近所に兄弟や親戚、昔からの友人等が居らず、家に上がり込んで個人的な事まで話しあう関係は少ない。健康な時は外で会話を楽しんでも、知人が介護等になって外出しなくなると、付き合いが無くなってしまい、友人・知人の介護を受ける姿を見ることもない。

この様に、青葉台の高齢者にとっては、介護は会話の中にはよく出てくる話題ですが、あまり実感を伴わないテーマとなっています。しかし、重度、軽度、長期、短期の違いはあるかもしれませんが、介護は多くの高齢者にほとんど必ず訪れます。

そこで、今回は介護をされた方に、介護の様子を書いて頂きました。皆さんの介護に対するご理解や準備のご参考になればと思います。

個別にお答えすることは出来ませんが、本件を読まれた感想や現在介護で困っている事、今後のASNの活動で「こんなサービスや支援が有ったら有難い」といったご意見やご希望が在りましたら、下記のメールアドレスまたは電話でお聞かせください。今後の活動の参考にさせていただきたいと思います。

メールアドレス：info@aoba-s-n.com

電話：0436-62-8215 平日の 10:00 から 16:00 にお願いします

令和4年8月9日

認定NPO法人

青葉台さわやかネットワーク

妻の人生の最終章をどう支えたか ～訪問看護・介護、在宅医療、在宅看取りまで～

昭和 54 年より青葉台に 43 年間お住いの現在 89 歳の男性

まえがき

1934 年 6 月生まれの妻が要支援 1 の認定を受けて歩行器の助けが必要になったのは、2016 年 5 月からです。妻の健康寿命は約 82 歳、ここまでは自立した生活を立派に送って来ました。2022 年 3/12 自宅で眠るように静かに旅立っまでの約 6 年間の老老介護の記録です。

1. 過去の病歴

1961 年 (s 36) 4 月「急性関節リュウマチ」発症、その後長い付き合いで「多発性慢性関節リュウマチ」膝・手首の関節が多少不自由、その他大腿骨頸部骨折、骨粗鬆症も患う。2015 年「大動脈弁狭窄症」「冠動脈虚血性心疾患」「腰椎すべり症」「脊柱管狭窄症」等の病状で投薬を受ける。2015 年 1 月頃から心臓や血管の循環器機能低下、骨は脆く関節、筋肉などの運動機能の衰えが原因で歩行や立ち座りなどの日常の生活に支障が多く、2016 年 3 月かかりつけ医の内田医院の院長に「介護保険要介護認定」の申請について相談をする。2016 年 (h28) 5 月 要支援 1 の認定を受ける。

2. 要支援 1 から要介護 1 (2016/4～2020/10) までの 4 年 6 ヶ月間

1) 要支援 1 (2016/4～2018/3) 2016 年 5 月からは歩行器に捕まり歩行

市原市地域包括支援センターたいようケアマネジャーの指導で、「ケアーズ訪問介護リハビリステーション市原北」と契約、週 1 回 60 分の理学療法士の訪問リハビリテーションを受ける。2017 年 9 月からは週 2 回となる。運動機能の回復と筋肉量の維持が最低目標である。

2) 要介護 1 (2018/3～2020/10)

「地域福祉の会 わかちあい」ケアマネジャーの指導で「姉崎訪問看護ステーション」と契約、看護師と理学療法士が火曜と金曜の週 2 回、60 分の訪問看護とリハビリを受ける。

看護師や理学療法士が自宅を訪れてケアするサービスは、医師の指示に基づいた医療措置や床ずれの手当等の医療行為も含まれます。妻が最低限の自分の事、食事やシャワー浴、排泄等が出来ていたので訪問介護のサービスの身体介護、生活介護は一切受けなくて、日常の生活に関する家事（掃除/洗濯/調理/買い物）一切、一部身体介護も私が行って来ました。

2020 年 8/21 から体調不良、歩行器での歩行困難、動悸、息切れ、指先の痙攣震え、呼吸がうまく出来ない。

8/23 帝京大学ちば総合医療センターへ救急車で搬送される。病名は“うっ血性心

不全”原因は大動脈弁狭窄症の悪化、帝京大学の約2ヶ月の入院はコロナ禍で面会が出来ず、妻は会話をすることも少なく孤独な空間で精神的に不安定、幻視や幻覚が生じ、私宛のメールでおかしな事を言っていた。医師は一過性脳虚血症で心配ないと言うが可哀想であった。

10/12 亀田総合病院へ転院、10/22「経カテーテル大動脈弁置換術」(TAVI)によって下肢からカテーテル挿入し生体弁を留置、合併症もなく手術は成功した。

3. 2020年11/2退院から2022年3/12まで(要介護4から要介護3)

帝京大学入院の8月から亀田総合の退院の11月までの約50日間の入院生活で筋肉は衰え歩行器利用の歩行も難しく車椅子の生活となった。退院後月、水、金の週3回理学療法士と看護師の訪問看護のサービスを再開した。亀田総合病院へは2ヶ月毎に経過観察で通院、退院後ほぼ1年は比較的問題無く過ごした。

2021年12/28 ベッドから車椅子でトイレ、トイレから車椅子、ベッドへの移乗・乗り換えが困難、動悸息切れ、呼吸苦しく体調不良、移乗が上手くいかず何回か失敗床に倒れることがあった。これを契機に看護師が週2回に増、理学療法士が週1回に減として健康状態の観察、医療措置、緊急時の対応に重点を置くことにした。

2022年1/13から青葉台さわやかネットワーク(ASN)と訪問介護を契約して身体介護(シャワー浴介助、陰部手足静拭)のサービスを週2回利用することになった。また、2/9から看護ステーションの看護師による訪問看護は週3回に変更した。

2/15.16 ソファから車椅子、トイレから車椅子の移乗に失敗。トイレの使用が難しい。2/18車椅子の生活が心臓に負担をかけているので、介護ベッドをレンタルで搬入して介護用オムツ使用の完全なベッド生活に切り替えた。それに伴いASNの訪問介護を日曜日から土曜日までの毎日朝・昼・夕3回オムツ交換体制、ただし月、水、金は看護師が昼ころ訪問看護に入るので、ヘルパーさんの身体介護は朝夕2回とした。妻は排泄の介助を受けることに情け無さ・悔しさが伺われ可愛そうであったが、納得して感謝の言葉を述べていた。

2/21 姉崎病院の医師と看護師が訪問診療。亀田病院から医療情報を受け継ぎ、地域包括ケアシステムのサービスの一体的な提供を受けることにして在宅医療を契約お願いした。

3/5 横浜から二男来宅、意識朦朧状態か？二男の来宅は確認できない。最近は眠っている時間が多く、ヘルパーさんが来宅すると嬉しそうに話し始め”ありがとう”と笑顔で喋っているが、オムツやパット交換が終わる頃には目を閉じて寝入

って入る事が多くなった。

3/9 14:30 看護師来宅、無呼吸意識混濁有り。口より水分ゼリーの摂取を試みるがうまく嚥下出来ない。口腔静拭中嘔吐反射強め。「8日朝食・昼食ほとんど食べていない。柔らかいフレンチトーストも食べない。夕食もほとんど零。9日早朝コップの水をスプーンで2~3杯、後吐いた」旨を看護師に報告、看護師が医師へ連絡。医師の指示は嚥下障害があるので、口からの食物・飲み物・薬も不可と。状況は脱水症状、意識朦朧のようである。

積極的な病気の治療が行えなくなり、寝たきりで食事が取れなくなった終末期の医療、看護・介護的なケア（ターミナルケア）については、高栄養剤の点滴や胃ろう等延命措置は希望しない旨の本人の希望を看護師に伝えていた。16:00 医師来診「L-乳酸ナトリウムリンゲル液」500cc/24hの速さで腹部に水分補給の点滴をする。

3/11 看護師来宅、たん絡み口腔ケア、呼吸と無呼吸を繰り返している。30秒荒い呼吸で苦しそう、その後60秒は静かな呼吸（実は無呼吸とのこと）。11:30 医師来診、痛みや苦しみを緩和するため酸素吸入を開始し鎮痛剤の注射も行った。

3/12 11日の夜は酸素吸入と鎮痛剤注射の効用か、呼吸の苦しい様子はなく早くから寝ていた。12日午前4時頃痰が絡むのか喉がごろごろ言っているので舌をスポンジで30分程口腔ケア、妻は目を覚ますことはなかった。朝8時過ぎ目覚めて妻の様子をみると余りにも静かで呼吸をしていないようであったので、看護師に電話連絡、直ぐに来宅、その後医師が来宅され9時12分死亡を確認。生前にソファーに座り”このまま眠って逝けたらいいね”と言っていたが、苦しむことなく眠ったまま静かに息を引き取った。穏やかな最後でした。

あとがき

高齢者が住み慣れた場所で最後を迎えられるようにと、医療と介護の連携サービスを一体的に提供できるように「地域包括ケアシステム」が構築され、それを利用することで最後まで自宅で過ごし看取ることが出来た。地域包括ケアシステムの「自助・互助・共助・公助」の互助とは？個人的な関係を持つ人同士の助け合いで、ご近所同士の支えであって費用負担が裏付けられていない自発的なもの、このシステムにおいて必要不可欠と考えられています。”遠い親戚より近くの他人”で向三軒両隣ほど力強い助けはありません。ご近所とは家族ぐるみで仲良くしたいものです。今回は生活援助は受けませんでした。住宅改修、福祉用具のレンタルや購入費の助成、ショートステイ等のサービスは大いに助かりました。関係の皆様にお礼を申し上げます。3/12は結婚記念日で61年共に過ごしました。妻も幸せな人生だったと喜んでいと思っています。