

# 自分の家に帰るために

医療法人健生会 介護老人保健施設リハビリタウンくじ

介護福祉士 ○大村美鈴 松坂弥生 熊谷由里子 村田幸大

介護支援専門員 稲村美保子 作業療法士 鈴木則子 看護師 欠ノ下久美子

## 1. はじめに

若くして脳梗塞を発症し、重度の左片麻痺のため、入院生活、施設生活を余儀なくされてしまった中で、本人、家族共に「住み慣れた家に戻って生活がしたい。」「以前の様に生活を共にしたい。」という思いに寄り添い在宅復帰に向けて取り組んだが、現実には簡単なものでは無く様々な課題にぶつかり、家族は改めて在宅復帰の難しさに気付いた。この差を埋めていくために双方が行った取り組みの経過をここに報告する。

## 2. 実施

### 2-1 事例紹介

〈入所当時〉

- ・H氏 68歳 男性 要介護4 平成28年12月入所。
- ・現病歴：脳梗塞（平成28年7月発症）左片麻痺。平成28年8月9日から12月12日まで、リハビリ病棟でリハビリを実施するも、食事以外は寝返りを含め全介助。
- ・既往歴：椎間板ヘルニア、高血圧、緑内障。
- ・家族構成：脳梗塞発症までは母（要支援2）、妻と同居。
  - 【キーパーソン】妻
  - 【主介護者】妻 【協力者】妹（市内に在住）

### 2-2 経過・取り組み

入所時からH氏と妻は、在宅復帰を希望されており、「リハビリをして車椅子に移れるようになりたい。」「リハビリを行い少しでも出来る事を増やしたい。また、入所中に介護の仕方を覚えて、家で見ていけるようにしたい。」が目標であった。

入所から3日程で、車椅子を自操し施設内を移動する事が出来る様になったが、左半側空間無視の影響から、左側の物にぶつかったり、方向転換が上手く行えないという事があった。その後、リハビリや施設生活を重ねる事で、移動時は見守りなしで自由に移動することが出来る様になり、本人も喜んでいて、妻も面会時に、更衣、オムツ交換、移乗介助を職員から指導を受けるなどし、徐々に夫の介助をスムーズに行える様になってきたと感じていた。しかし、移乗介助に関しては、H氏と妻に大きな体格差があり、「重くて行えない。」「不安だ。」という声が聞かれ始めた。その為、療法士へ相談し、いくつかの移乗介助の方法を指導したが、解決には至らなかった。さらに、1ヶ月が経過した頃、H氏が夜間不眠傾向になり、「夜眠れない。」等と妻へ携帯電話で話しているといったことが度々あり、妻は在宅介護の不安を口にする事が多くなっていった。

入所から2ヶ月が経過した所で、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、妻、妹を交え、今後の方向性について話し合いを行った。妻によると、移乗が1番の課題であり、「臼を持っているみたいで、1人の力じゃ難しい。支えきれず一緒に倒れたら起こす事も出来ないと思う。」と話していた。他にも、立位保持が困難なためトイレでの排泄は難しく、オムツの使用となると思われた。介護員より1日の生活リズムの説明を行ったことで、改めてH氏の状態を理解し「正直やっつけられるか心配です。話を聞くと家だと24時間目を離せなくなるし、移乗もできるかどうか。」と不安を口にしていった。妹も「在宅での介護は難しいのでは。」と不安な胸の内を話していた。

そこで、1度本人を連れて自宅への外出を提案した所、家族も「是非お願いします。」と快く了承し、約1ヶ月後外出する事が決まり、H氏は涙を流し喜んでいました。

外出当日、H氏、療法士、ケアマネジャー、介護員で自宅を訪問。玄関には、作り付けスロープがあり、自宅の出入りには問題が無いと感じられた。廊下の広さは、車椅子でも余裕があったが、部屋の入口全てに段差があった。また、左半側空間無視の影響からガラス障子に接触したり、玄関のたたきに落ちてしまう危険性があったため、常に家族の見守りが必要であると感じた。H氏は、久しぶりの自宅を隅々まで見て回り、また、入所中に亡くなった母の仏壇に線香をあげることができ、とても満足され、更に在宅復帰への思いが強くなった様子であった。しかし、妻は在宅での介護や住環境整備の必要性に対して「こんなに家を直さないといけないんですね。」「やはり移乗ができるかどうか。」と不安を口にしていたが、H氏の様子を見て、「お父さんが嬉しそうで良かった。何とか帰れるように頑張らないと。」と話しており、前向きな気持ちになった印象であった。

その後も在宅復帰を目標に、妻の面会時には介助の練習を重ね、次第に移乗介助以外に行えるようになり、少しずつ介護への自信が見えてきたように思えた。しかし、その頃からH氏より体調不良、不眠の訴えや、「天井のスピーカーやエアコンから油、白い粉が落ちてくる。何か背中にいる様だ。」といった幻視等の精神症状の出現があり、その事を妻へ報告すると、「外出をしてから、家に帰りたいとはっきりと言うようになってきました。早く家に帰りたくて体調が悪いとか何か理由をつけて話しているのだと思います。」と話されていた。現在はH氏の思いと在宅復帰への課題を明確化するために、ケアマネジャーから外出、外泊の提案をしたところ、妻は快く受け入れてくださり、日程等を調整している状況である。

### 3. 考察

H氏と妻は施設入所が決まってから、リハビリを行えば短期間でADLが向上し、自宅での生活が可能になると考えていたのかもしれない。しかし、結果は思っていた通りには行かず、施設生活が長期間になってしまうのではないかと不安や、家族が介護力の状況を理解し、自宅での介護の難しさを改めて感じたのではないかとと思う。当初家族は介護に対して、「夫は自分で出来る事が殆ど、私は見守っていれば良い。付きっきりでなくても良いだろう。」と安易に捉えていたと推測する。また、施設という環境が整った中での介護、生活することと、自宅で介護を行うことの違い等、支援する側と現状の理解が一致しない部分が多々あり、幾度となく話し合い、相互に理解し合うことが一番苦勞した点でもある。また、短期間での在宅復帰は難しく、中々思い通りの結果に結びつかないことを我々は実感した。しかし、様々な問題に直面しながらも、諦めずに多職種で連携し、支援を続けている。当初スタッフ間では、「このまま終生入所になってしまうのではないか。」という思いや、日々の業務に追われH氏の話や訴えを、全て病的なものではないかと決めつけていた部分もあったと思われる。しかし、H氏の在宅復帰への思い、家族の協力等から初心に帰り、その人の為に諦めずに支援を行っていかねばならないと気付かされた。老健施設としての役割、看護、介護としての大切な事と併せて多職種連携の重要性を再認識できた。H氏と家族が諦めず日々のリハビリや、介護技術の習得に努力したからこそ、スタッフもH氏の目標に向けてスモールステップながら支援を継続する意識を持ち続けている。

### 4. まとめ

今回の事例は、残念ながら試行期間内に、本人の希望である在宅復帰を達成する事は出来なかった。だが、これからも家族の介護力の向上に重点を置き指導を行っていくと共に、多職種や家族と連携し在宅復帰に向けて取り組んでいく。そこでH氏の目標が達成できるかもしれない。残念ながら在宅復帰は叶わずに、施設での生活になってしまうかもしれない。本人の努力と連携次第では、今後どうなるかは正直分からない。例え何度課題に直面しても、どのような生活環境になったとしても本人が満足でき、自宅に相当する暮らしが送れる様、諦めずに支援を行っていくのだという気持ちをこの事例を通して学ぶことができた。