

「家で過ごしたい」

～在宅復帰を支援するために私たちができること～

介護老人保健施設 リハビリタウンくじ

○大向 伸江(介護福祉士)小林 宗太郎(介護福祉士)畠山 明美(介護支援専門員)

1. はじめに

「老健」の役割・機能の一つに『在宅復帰・在宅生活支援』がある。しかし、在宅復帰が困難な要因として介護の必要性の高さ、家族の不安から、本人が在宅復帰を希望しても介護者である家族が施設入所を希望するケースも少なくない。当初、在宅復帰・在宅生活支援を多職種連携で支える取り組みについての発表の予定であったが、連携の中で介護職員が担う役割について再考し、利用者様の側に寄り添うことの重要性を改めて感じる機会になったので報告する。

2. 事例紹介

M氏 78歳 男性 要介護4 障害自立度；C-1 認知症自立度；I

既往歴：脊髄損傷(T10)完全対麻痺、腰椎(L1)破裂骨折、左前腕骨骨折、両足骨折

平成27年12月立木伐採作業中、受傷。家族に発見され、救急搬送。

合併症：高血圧症、加齢黄斑変性症、糖尿病、難聴

家族状況：妻、長男夫婦、孫の6人暮らし。主介護者 妻

職業：自営業(ガソリンスタンド経営) 性格：真面目、物静か、気遣いがある。

A D L(入所時)：食事---車いすあるいはギョジャップにて自力摂取も食べこぼしあり。

排泄---オムツ使用、尿道留置カテーテル、自然排便困難(摘便) 入浴---特

浴、洗体、洗髪ともに全介助 更衣---全介助、上肢挙上等協力は可能。

移動---車いす全介助。 移乗---2名対応による抱え上げ全介助

3. 経過

インテーク平成28年4月キパーツである長男の入所相談。入院中で今後の入所先検討中。情報聴取の時点で重症、また合併症の状態も不良。一般的には永続的な施設入所等を希望されてもおかしくないレベルであったが、家族は在宅での療養介護を強く希望。長男より「父は寡黙な人で、自分の気持ちを言わないと思う。施設に入ってほしいと言われたら受け入れる人だ。我々家族に迷惑をかけたくないと思うだろうから。でも、家族のために黙々と働いてきた。怪我をしたから“じゃ施設で”ってことを言えるわけがない。父は家にいたいのは分かるし、父の気持ちが分かるからできるだけ家で看たいと考えている。しかし家で見ていくにも不安が大きい。特に母が心配だ。心身ともに参ってしまうのではないかと思う。。。」との話が聞かれた。

施設入所入所判定会議を経て、入所となる。家族の気持ちを受けて、何とか在宅復帰、在宅での生活が再構築できる状態に問題点を整理していくように各専門職で関わることが確認された。入所期間は3カ月間の予定。

○介護職員

本人の状態、ADL を見極め、本人の在宅生活への意欲の向上や不安の解消ができるように細やかな支援を行う。臥床時間が長く、スクワットも多く、骨折した上肢の動きも悪かったが、リハビリ職員等と協議の上、車いす離床を短時間から開始した。ADL の短期目標としては上肢でのセルフケアと車いす自操の獲得を設定し、在宅でベッド上生活でもつきっきりの介護が必要がないレベルを目指した。疲れやすく、離床時間も短時間にとどまっていたが、リハビリが進むにつれ、離床時間も延長し、それに伴って車いす操作も自力で散歩するまでになる。入所当初は笑顔も少なく、話しかけにも反応は乏しく、必要最低限の会話だけだった。2 カ月程経過すると、職員や他利用者から話しかけられると笑顔で会話するようになり、本人からも話すことが増えていった。

入所から 2 カ月程経ったある日、他愛もない会話の中から「あ一家に帰りたいなあ。」という言葉が聞かれた。今まで施設か在宅かなど本人の希望や考えなど具体的な思いを聞き出すことが出来なかったが、自然と零れ落ちたこのつぶやきから本人の本当の気持ちが垣間見ることができた瞬間だった。

○支援相談員・介護支援専門員

入所前後訪問や家族との面談や関わりを重ねる中で、より現実的な在宅復帰を想定しながら、意向や不安な面を課題として見える形にしていった。居宅担当ケアマネジャーも決定し、在宅復帰がスムーズになされるように情報提供・共有と退所後のショートステイの受け入れ調整等、様々なことを想定し支援した。

退所後在宅生活開始入所期間は 90 日間。フォーマルサービスとして週 2 回の訪問看護サービス（当施設併設）、週 3 回の通所リハビリサービス（当施設併設 2 回、他事業所 1 回）、適宜ショートステイ（当施設）等を利用し、在宅生活を継続している。

4. 考察・まとめ

M 氏が受傷前、自営のガリンスタンドは他店よりも夜遅くまで営業していた。長年そのように仕事をしてきたのだと思われる。受傷時、立木の倒れる方向に家屋があり、それを身を挺して防ごうとしたエピソードも、責任感が強く真面目な性格からだと感じる。平穏な生活が、健康な身体が一瞬で大きく変化してしまったことを受け止めることが出来たのは“芯が強い”の一言で言えるものではないが、M 氏の中での葛藤や、どのように今の状態を受容しているのだろうかと考えさせられた。家族は本人の意思を押し量って、在宅での生活をもう一度やり直そうとしている。我々は専門職として何が出来るのか、しているのかを今一度考えなければならない。本人、家族、当事者それぞれが抱える正と負の思いがある。今回、3 カ月間の入所によりセルフケアの獲得、坐位における耐久性が向上、車いすでの活動範囲が拡大し、在宅生活から通所利用や病院受診するほどの体力や環境を準備することが出来た。病院から在宅への架け橋として一定の役割が担え、その過程や時間経過の中で双方の不安も軽減出来てきたのではないかと。今回の事例を通して、利用者様やご家族が何を求め必要としているのか、その時何が問題となるのか、そして解決策は何かを、課題解決に向けた多職種との連携を積極的に進めていくとともに、老健の在宅復帰・在宅生活支援を行う上で、介護職として利用者様の一番側に寄り添うことができる強みを生かした介護の重要性を改めて感じる事ができる機会となった。