

QOLを維持しその人らしく在宅生活を過ごす為の連携

～療養環境の異なる高齢者へのサービス提供を通して～

訪問看護ステーション福江

岡田 智子

はじめに

誰もが住み慣れた地域、我が家での生活をいつまでも継続できるよう望んでいる。しかし、在宅生活を継続する上で個々の様々な問題があり、特に家族背景や生活歴などで左右されることが多い。その問題を解決しその人らしく在宅生活を継続するために、サービス提供者は、情報を共有し支援することが大切である。

今回当ステーションにおいて療養環境のことなる高齢者3症例の連携について報告する。

・倫理的配慮

事例1、2のご家族に今回の発表の主旨を説明し、写真利用の承諾を得たが事例3は経過のみ承諾を得た。

事例1

102歳で独居を希望しキーパーソンは町内在住の孫である。

S氏は20歳で結婚。女の子を一人出産し子育てをしながら農業を営み、70歳で夫亡き後独居となる。90歳代で家事援助目的でホームヘルプ導入。H19年4月より安否確認を主に目的とする30分訪問で訪問看護導入。生活背景は山の中の一軒家であり、自宅周囲や畑の草は這うようにして取り、元気な頃は毎日拭き掃除をするほどであった。入浴日には外風呂の五右衛門風呂を自身で沸かし、介助してくれるホームヘルパーを待っていた。ホームヘルパーと看護師は重ならないように訪問し、連携の手段として当初は連絡帳で行っていたが、自分の事を書いているのではと嫌がり、連携手段を電話へと変えて行った。ホームヘルパーに対してはおしゃべりを嫌い、拭き掃除や調理の味付けに不満が多くそのつど、孫、ひ孫に同席してもらいサービス担当者会議を開催し調理に対しては材料の下ごしらえのみと変えていき、残った時間で拭き掃除をすることにホームヘルプのサービス内容を変更していった。冬場の在宅療養の限界も感じたが、家族の意向はつねに本人のしたいようにとの願いであった。ある訪問では、家人よりさつま芋の差し入れがあり、「今のはしりの芋は美味しいですね。昔の主食は芋でしたか？」の言葉に戦後の食料難の思いがあったようで不愉快にさせてしまったこともあった。S氏の性格や生活背景の言葉かけに考えさせられた事例であった。

事例2

101歳の女性で訪問系のサービスのみ利用し、キーパーソンは同居の76歳の長女である。

F氏は22歳で結婚し6女に恵まれ、行政職の夫の仕事を支えながら子育てや婦人会活動を行った。ホームヘルプや訪問看護は福祉との考えをもち家族だけによる抱え囲み介護の中で、H16年に不安感からの不穏状態が強くなり、近所の知り合いより地元の訪問看護師に緊急に直接協力依頼があったことから訪問看護導入となった。訪問看護師のことは「先生」としてってくれたが、介護負担が大きいにもかかわらずホームヘルプ導入は当初拒否された。ホームヘルプ導入のきっかけとして、訪問看護師と協働で入浴支援を行うことで慣れてもらい、徐々に役割分担していった。デイサービス利用は訪問看護師同伴で1時間の体験を試みたりしたが、長女と離れることへの不安が強くなり利用には至らなかった。趣味は脳ドリルや四字熟語などの漢字書き取りであり、訪問看護師の提案で俳句短歌をよむようになり、そのうたを島外の従妹や娘達に送った。従妹からは俳句で返事をもらい楽しみであり張り合いにもなった。

100歳の誕生日の時には、その短歌や俳句をお孫さんが一冊の本にしてプレゼントした。私達訪問看護師を待っていてくれるうたもよんでくれ心の励みとなった。サービスの利用はホームヘルプと訪問看護のみでかつ、同じ時間での協働のサービスということで連携は取りやすく、その人の生活歴や学歴を大切にしかかわった事例であった。

事例3

86歳で介護者である長男が思い通りのサービスが受けられないと不満をもっている。

T氏は同地区の夫と結婚し、5男1女に恵まれ農業や日雇いで生活していた。子供達が巣立ち、夫と二人暮らしのところに長男が帰郷し同居。夫亡き後は長男と二人暮らしになり、デイサービスやホームヘルプ支援を受け在宅生活を送っていたが、H20年脳梗塞再発し右半身麻痺、寝たきり状態となりリハビリ目的で訪問看護導入。長男は兄弟や地元施設とのトラブルをおこした経緯があることから、自身が介護疲れの時は、T氏を入院させようと主治医以外の総合病院へ救急搬送したり、制度のサービス枠内以上を要求したり、自分の思い通りの介護サービスが受けられないとサービス提供者に対して不機嫌になり暴言があったりした。説明の繰り返しやカンファレンスを実施したが、長男は参加拒否し、サービス提供者だけのカンファレンスとなるが多かった。介護サービス提供者間の連絡を、ノート、電話、メールを活用し連携を密におこないサービスを提供した事例である。

〈結果考察〉

その人が望む在宅生活を過ごすために、私達サービス提供者は情報を共有し支援して行く事が大切である。もちろん家族支援も忘れてはならない。家族も介護サービス提供者の一員として考え、それぞれの思いを大切にしなければならない。

事例1より連絡ノートの活用や本人を担当者会議に参加をさせることはできなかったが、孫、ひ孫の「あくまでも本人の思い通りに過ごさせたい」との意向の尊重とサービス提供者の一員としての協力が大きく連携を図ることができた。生活歴をとらえた言葉かけの大切さを考えさせられた。

事例2よりホームヘルプや訪問看護は福祉との考えをもち、家族だけによる抱え囲み介護の中で、緊急の協力依頼による訪問看護導入、そこからの同時訪問でのホームヘルプ開始はスムーズな利用開始となった。俳句、短歌の題材を求めての散歩はADL拡大へとつながったと考えられる。

事例3は本人よりも主介護者である長男の自己主張が強く、制度上のサービス時間や内容に理解が得られず又、介護と医療を混合した要求などが多くその都度Drとの連携を密に図りDr助言と、サービス提供者間の担当者会議を頻回に行いサービス提供を継続できたと思う。

サービス提供者間の連携手段を考慮しサービス提供することにより、その人らしい在宅生活を支援でき、五島の特徴である顔の見える連携は効果的であると考ええる。

〈これからも〉

その人が望む在宅生活を過ごすために、私達サービス提供者は情報を共有し支援して行く事が大切である。もちろん家族支援も忘れてはならない。家族も介護サービス提供者の一員として考え、それぞれの思いを大切にしなければならない。

事例1より連絡ノートの活用や本人を担当者会議に参加をさせることはできなかったが、孫、ひ孫の「あくまでも本人の思い通りに過ごさせたい」との意向の尊重とサービス提供者の一員としての協力が大きく連携を図ることができた。生活歴をとらえた言葉かけの大切さを考えさせられた。

事例2よりホームヘルプや訪問看護は福祉との考えをもち、家族だけによる抱え囲み介護の中で、緊急の協力依頼による訪問看護導入、そこからの同時訪問でのホームヘルプ開始はスムーズな利用開始となった。俳句、短歌の題材を求めての散歩はADL拡大へとつながったと考えられる。

事例3は本人よりも主介護者である長男の自己主張が強く、制度上のサービス時間や内容に理解が得られず又、介護と医療を混合した要求などが多くその都度Drとの連携を密に図りDr助言と、サービス提供者間の担当者会議を頻回に行いサービス提供を継続できたと思う。

サービス提供者間の連携手段を考慮しサービス提供することにより、その人らしい在宅生活を支援でき、五島の特徴である顔の見える連携は効果的であると考ええる。

**QOLを維持しその人らしく
在宅生活を過ごすための連携**
～療養環境の異なる高齢者への
サービス提供を通して～



公益社団法人 長崎県看護協会
訪問看護ステーション稲江
訪問看護師 岡田 智子
<共同研究者> 高 長 裕森 悦子
他 スタッフ一同

小離島3か所への訪問



五島市の現状

- 五島市の人口
 - 男性:18,941人
 - 女性:21,511人
- 最高年齢:109歳(H25.4.1)
- 高齢化率:33.7%
- 独居:3,061人

要支援、要介護度の認定者数

- 要支援1:831人
- 要支援2:362人
- 要介護1:661人
- 要介護2:391人
- 要介護3:342人
- 要介護4:430人
- 要介護5:373人

計:3390人

- 高齢者世帯や高齢者の在宅死亡率は不明
- 介護サービス利用者:2,935人
- 訪問看護利用率:4.83%
- 訪問看護利用者:142人(介護保険による)
- うち要介護者:118人・要支援者:24人

※ 1125年3月時点の五島市の現状
五島市長寿介護課よりデータ収集

事例1 102歳、女性
(独居を希望しキーパーソンは町内在住の孫)

診断名: 高血圧症、変形性脊椎症、変形性膝関節症

医療状況: 定期的な往診を受け内服治療

背景: 小高い山の一軒家。
孫、ひ孫が町内に在住しており支援していた。

要介護度: 要介護2

介護サービス状況: 訪問看護週2回(火、金)状態観察と安否確認
訪問介護(火、金を除き毎日3回)
身体支援と生活支援



小高い山の一軒家
自宅周囲の草は這うようにして
取っている。

事例2 101歳女性
(訪問系のサービスのみ利用し、
キーパーソンは同居の76歳の長女である)

診断名: 洞不全症候群、うつ血性心不全、老人性痴呆

医療状況: 月に1回ヘルパー支援による受診。

背景: 76歳の長女と同居。
行政にたずさわる養父や夫を妻として支え自らも
婦人会活動など積極的に行った。
老後は福ドリルや漢字等勉強が趣味である。

介護度: 要介護4

介護サービス状況: 訪問看護週2回(火、金)
状態観察と保清援助、リハビリ
訪問介護

100歳
HAPPY BIRTHDAY



アマネホーム、訪問看護館と一緒に

歌集 シマノウタ

歌集の一端
「訪問看護師の思い
をうたうた」

持ち人は
私の好きな
えろせんせ
いつも上等と
にじにこ笑顔で

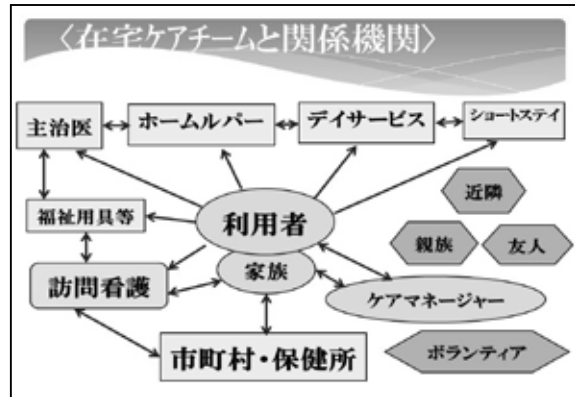
孫さんが本にしてくれました

事例3 86歳女性
 (介護者である長男が思い通りのサービスが受けられないと不満をもっている)

診断名: 脳梗塞(右片麻痺) アルツハイマー型認知症 関節リウマチ
医療状況: ヘルパー支援を受け定期的に受診している

背景: 同地区の夫と結婚し農業や日雇いで生活していた。
 一日中ベッドで生活をしている。
 長男が独りで介護している。長男は他の兄弟と折り合いが悪く寄せ付けず、独りで介護している。

介護度: 要介護5
介護サービス状況: 訪問看護週2回(状態観察、リハビリ、医療処置)
 訪問介護毎日朝、夕(身体介護)
 通所介護週1回(火)6月~中止
 生活保護受給



結果考察

事例1
 孫、息子が協力的であり、サービス担当者会議への参加も積極的であったことや 遠隔手段の活用、サービス内容の変更でトラブル回避できた。

事例2
 俳句短歌の題材を求めている散歩は生きがいやゆとりとなり、ADLは大きされた。サービス利用は2か所のみで、かつ同時訪問であり連携がとりやすかった。

事例3
 医療と介護を統合した介護者の要求が多い中、助言してくれた主治医の存在は大きかった。

サービス提供者間の連携手段を考慮し、サービス提供することにより、その人らしい在宅生活を支援でき五島の特徴である顔の見える連携はより効果的であると考ええる。

《これからも》

QOLを維持し在宅生活を継続できるよう
 家族やサービス提供者が重要な働きをしている。
 他職種との連携を図り
 高齢者が安心して在宅生活を
 送れるよう支援して
 行きたいと思う。