

分科会 1. 「要介護高齢者と家族の在宅療養資源の 活用力を高める支援」報告

ファシリテーター：和 住 淑 子 (千葉大学看護学部)
牛 尾 裕 子 (千葉大学看護学部)

I. 討議の概要

発表者：古屋晴子（千葉市犢橋保健センター）

参加者：訪問看護ステーション看護師 1 名，病棟看護師
2 名，介護老人保健施設看護師 1 名，看護教員
4 名，看護大学院生 1 名の計 9 名。

発表者は、長く地域で保健師として活動してきた経験から、①要介護高齢者とその家族が在宅で安定して療養生活を送るためには、在宅療養資源の活用が不可欠であること、②在宅療養資源の活用にあたっては、本人および家族の在宅療養資源に対する認識のありようが大きく影響していること、の 2 点を見出し、在宅療養資源の活用力を高める方向で本人および家族の認識を調整する支援方法を模索してきた。

その最中に自身の家族の入院から在宅療養への移行を経験し、受療や各種サービスの活用を家族の立場で体験した。保健師として、この体験を改めて振り返って見たとき、①入院時、②在宅への移行期、③在宅サービス利用時、④症状悪化時の各期において、家族はその家族固有のさまざまな援助へのニーズを感じており、各期における医療者およびサービス提供者とのかかわりがそのニーズをどのように満たすかによって、その後の本人および家族の在宅療養資源の活用力が左右されることを実感したという。

本分科会では、このような発表者の気づきに基づき、要介護高齢者本人および家族の体験する援助へのニーズを明らかにし、資源活用力を高めるためには、各専門職者のかかわりがどのようなものになればいいのか、また、それらを調整する看護の機能は何かについて明らかにすることを目的として、討議を行った。

討議の素材は、発表者が家族の立場で体験した事例における①入院時、②在宅への移行期、③在宅サービス利用時、④症状悪化時の各期における本人および家族の認識と家族の体験した医療者およびサービス提供者とのかかわりとした。以下、各期ごとに討議内容の概要を述べる。

1) 入院時

80代の男性が、朝妻から「暖房が暑すぎる」と言われ、

自分が馬鹿にされたと思いきや興奮し、奇声をあげながら転倒したことが、本事例の入院のきっかけであった。その後強い腰痛と下腹部痛を訴えたため家族が救急車を呼び、救急病院の整形外科病棟に入院となった。この間、「家に火をつけてやる」「殺せ」「寝たきりになって世話をかけさせてやる」と興奮し妻を睨みつけていた。入院後、前立腺癌の骨転移による胸椎圧迫骨折と診断され、その後機能訓練と前立腺癌に対する内分泌療法のため約 3 ヶ月間入院を継続した。

入院直後より、家族は、朝からの本人の暴言の原因が何であったのかが一番気にかかっており、それについて専門家に相談したいという思いをかかえていた。また、本人は、自分が妻に対してとった行動を後悔していた。しかし、初めて入院した整形外科病棟で、誰に何を相談してよいかわからないまま、腰椎圧迫骨折に対する治療が次々と始まった。

討議では、まず、医療機関に入院してくる本人および家族は、治療の対象となる疾患以外にさまざまな援助へのニーズを持っているにもかかわらず、それを誰にどのような形で表明すれば、有効な支援が得られるかについては、ほとんど情報を得ていないということが確認された。

医療機関への入院は、サービスの受け手である本人と家族の立場から見ると、医療資源利用の体験であり、その資源活用力を高める有効な機会といえる。しかし、この事例では、医療者が自分たちを治療の対象となる疾患以外にもさまざまな援助のニーズに応える資源として活用してもらえるよう相談窓口を明確にして伝えるというような意図的な対応をしていなかった。このために、本人および家族は、入院体験を資源活用力を高める機会として活かせなかったケースであることが見えてきた。

2) 在宅への移行期

入院から 3 ヶ月たち、本人は痛みのためほとんど寝たきりの状態であったが、前立腺癌に対し通院治療が可能となったため、医療者から本人に退院を打診された。本人から初めて退院予定を聞かされた家族は、病院から見捨てられた感じをもったという。

討議では、入院期間を短縮し在宅での療養を促進している現在の医療制度の基本方針が、必ずしもすべての人々の共通認識にはなっていないため、医療機関からの退院の打診を、「見捨てられた」ととらえる人も多いという問題点が指摘された。また、医療者が、在院日数の短縮化という医療機関側としての事情を前面に出すことが、さらにその不安に拍車をかけていることが指摘された。

在宅療養に向けてどれだけの準備が必要なのかを家族だけで判断するのは、大変困難なことである。また、退院が決定してから準備にとりかかったのでは、間に合わなくなることもある。よりよい在宅生活の実現に向けて、入院当初から、家族が医療者と共に準備をすすめられるよう医療者側からの積極的なはたらきかけが必要であり、そのこと自体が、家族の資源活用力を高める支援であるとの意見が出された。

本事例の場合、入院前の介護度は「要支援」であったが、保健師である発表者が入院中に変更申請し、「要介護5」へと切り替えられていた。また、保健師である発表者が家族であったために、各種サービスを受ける準備を比較的早く行うことができていた。しかし、訪問看護ステーションのリストは行政機関の窓口には準備されているものの、高齢者を専門にしている事業者を探そうとすると適切な情報が不足しており、結局口コミに頼らざるを得なかったという。この点でも、退院を控えた本人および家族は、現疾患の治療以外にもさまざまな援助へのニーズを持っているにもかかわらず、それを誰にどのような形で表明すれば、有効な支援が得られるかについては、ほとんど情報を得ていないという実態が確認された。

3) 在宅サービス利用時

在宅へと移行してから、本人が訪問看護師に慣れ心待ちにするようになるまでに2ヶ月、訪問入浴サービスに慣れ「極楽だ」と言うようになるまでに5ヶ月を要した。その間、家族は、各サービス提供者からの電話や訪問に生活時間を合わせる事が負担になり始めていた。また、いつも同じサービス提供者が来るとは限らず、細かなケア方法について、その都度打ち合わせをすることも、負担であったという。

新たなサービスの導入時には、不慣れや不便のために、サービスが有効に活用されないという事態がしば

しば起こる。討議では、各サービスの提供者が、毎回のサービス提供を、利用者の資源活用力を高める機会としてとらえられれば、本人がサービスおよびサービス提供者に慣れるまでの期間を短縮し、家族が利用をあきらめないようにできるのではないかと話し合いがなされた。

4) 症状悪化時

在宅への移行から7ヶ月経ち、本人の食欲不振・尿量の減少、および家族の介護力低下があり、再入院に踏み切った。家族としては「在宅療養の継続か入院か」の判断に迷いもあった。また再入院後は、在宅療養を継続できなかったことに対する負い目を感じる気持ちに苛まれた。

討議では、症状悪化時の家族の援助へのニーズは、「在宅療養の継続か入院か」を決定する上での十分な情報提供であることを確認した。また、在宅療養を継続できなかったことに対する負い目を感じる気持ちを抱いている家族もいることから、家族が下した判断の妥当性に対する継続的なサポートの必要性が示唆された。

II. 今後の課題

在宅から入院へ、入院から在宅へと療養の場が移動する中で、本人および家族はさまざまな援助へのニーズを抱き、さまざまな医療者およびサービス提供者と出会う。これらの人々とのかかわりが、本人および家族の在宅資源の活用力を高める機会として一貫して機能するような調整および支援を行うことが、その地域の人びとの健康を守る保健師の役割ではないかと結論に至った。

本学術集会のメインテーマである「看護実践のひろがりーヘルスケアチームに浸透する思想ー」とのつながりで考えると、本人の療養の場がどこに移動しようとも、地域の保健師として、病棟看護師として、介護支援専門員として、訪問看護師として、常に人びとの療養生活には看護職者がかかわっている。その人および家族にかかわるすべての看護職者が、一貫した看護の思想をもちながら連携していくことで、その地域にその人を大切にす一貫したヘルスケアシステムが生み出されていくのではないかと考える。そのためには、看護学の学的基盤を明確にし、それを看護職者間で共有していく取り組みが、不可欠となるであろう。