

29 「療養通所介護の取り組み」

三重県看護協会 ナーシングヒル なでしこ
中津佳子 藤波恵子 田中まり子

1 はじめに

平成18年4月に、介護保険制度における通所介護の一類型としてスタートした「療養通所介護」は、難病やがん末期等の医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中重度の要介護者に提供される通所サービスである。

当事業所では、訪問看護と訪問介護の連携のもと、利用者には身体状況の改善・外出の機会や家族以外の社会との触れ合いによる日常生活以外の刺激や気分転換等を図ることを目的としてサービスを提供している。また、介護者には個別ニーズに応じたケアを受けられるという安心感により、介護から解放される時間を持つことができること、つまり、利用者のQOLの向上と介護者のレスパイトという2つの目的をもって日々の活動に取り組んでいる。

そこで今回は、当事業所の取り組みについて、1事例を通して述べる。

2 療養通所介護なでしこ津の概要

三重県看護協会は平成18年9月、訪問看護ステーション・ナーシング・ヒルなでしこ内に県下初の「療養通所介護事業所」を開設した。

担当地域は、津市全域・松阪の一部（嬉野・三雲）である。営業日は、週3回（火・木・金）であり、利用者定員は、開設当初は5名であったが、平成21年4月から8名とした。職員配置は、看護師3名・介護職員が3名。送迎に使用する大型車・中型車の運転は、シルバー人材センターに委託し2名の派遣を受けている。

3 療養通所介護の利用状況（平成18年9月～平成21年8月末の3年間）

療養通所介護の利用状況は、開設以来の総利用者数34名で、その内訳は、男性18名（52.9%）・女性16名（47.1%）、年齢分布は60歳以下が6名（17.6%）、60歳から79歳が21名（61.8%）、80歳以上が7名（20.6%）であった。疾患的背景として特定疾患（後縦靭帯骨化症1名・パーキンソン氏病4名・多系統委縮症2名・筋委縮性側索症8名・脊髄小脳変性症3名）が18名（52.9%）になる（図1）。要介護認定者は、要介護度4が7名・要介護度5が15名、合計22名（64.7%）になる。3年間の月別利用者は平均10.7名（図2）、月別利用回数は平均40.4回（図3）、1日につき3.4人を受け入れてきた。転帰は継続14名（41.2%）、死亡は13名（38.2%）、中断は7名（20.6%）であった。延べ1,453回の支援を行った。

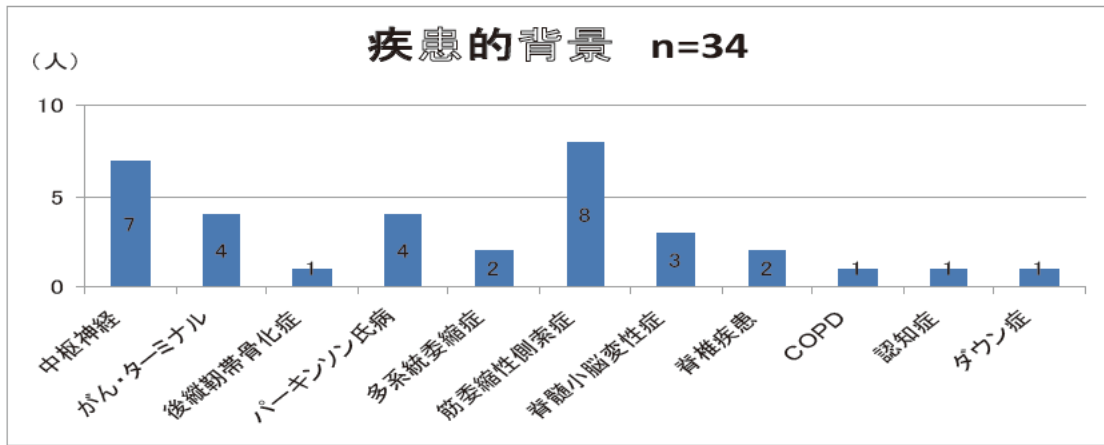


図1

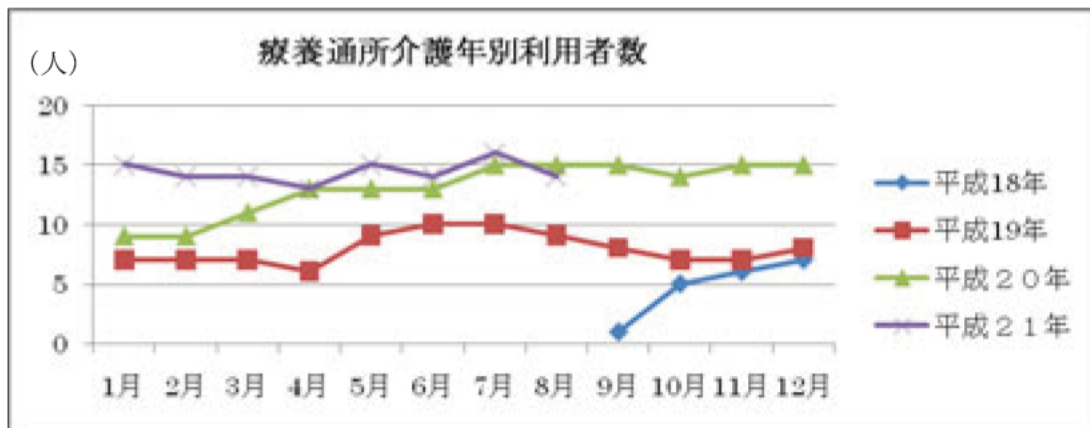


図2

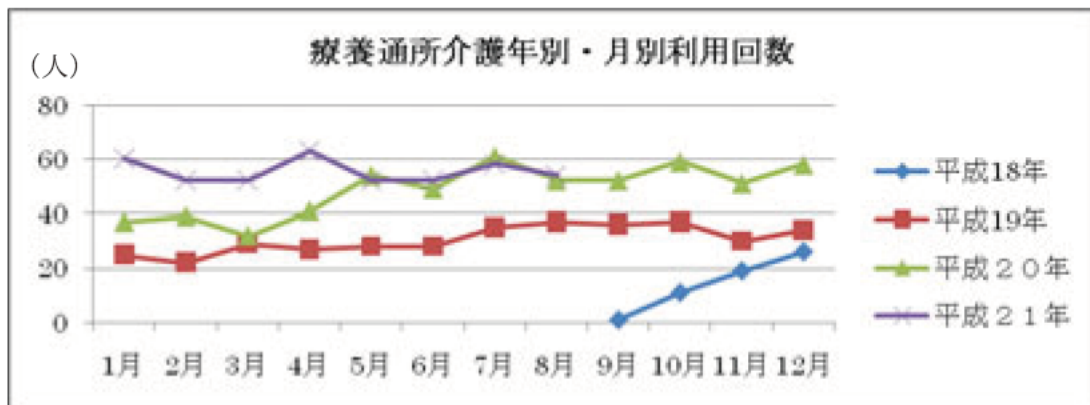


図3

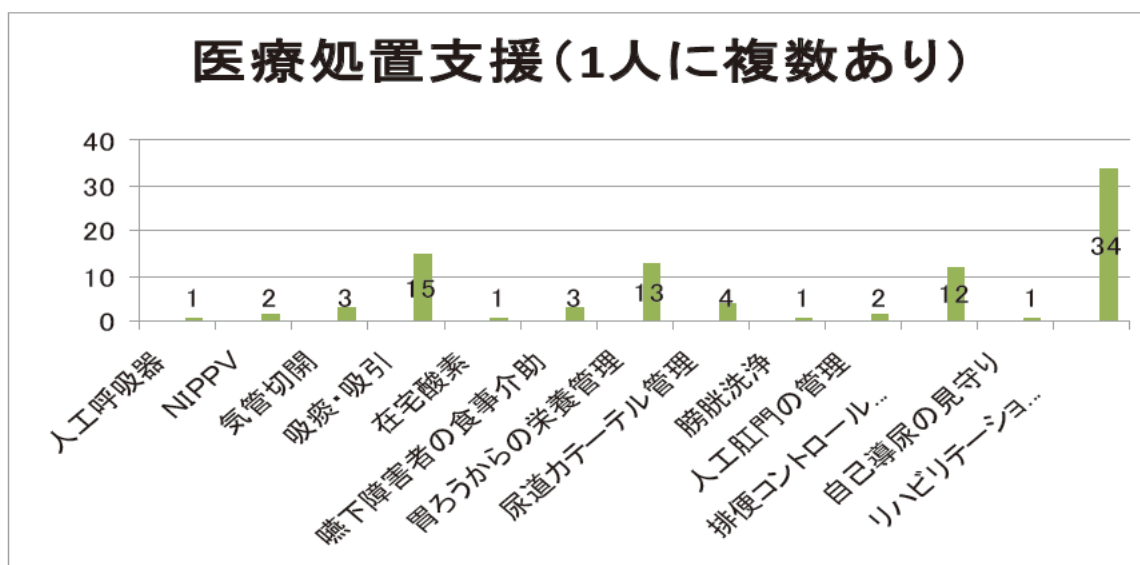


図4

医療処置内容（一人に複数処置）としてリハビリテーション 34、吸痰・吸引 15、胃瘻からの栄養管理 13、排便コントロール 12 の順番であった。（図4）

療養通所介護室内での一般的なタイムスタディは表1のとおりである。

表1 1日の標準的ケアの流れ

時間	ケア項目
8:30	ミーティング・利用者個々の変化と対応時の注意点を確認
8:50	利用者宅へお迎え 体温測定
9:30	事業所到着
	・一般状態の観察(血圧・体温・脈拍・Spo2測定・個人の気分等)
	・感染予防対策としてうがいと口腔ケア
10:00	入浴前の水分補給と排泄介所
	入浴(機械浴・一般浴)
11:30	入浴後の水分補給
12:00	昼食支援(経管栄養を含む)
13:00	食後の口腔ケア
13:30	個別のリハビリテーション
14:30	水分補給及び経管栄養注入
15:00	談話時間
15:30	帰宅準備(排泄介助を含む)
15:45	利用者宅へお送り
16:45	事業所帰宅
	スタッフミーティング

看護職と介護職の役割分担として、看護師は医療行為全般を担いその他は協働業務とした。

4 ケアの実際

(1) 事例紹介

A氏 63歳 男性

病名	： 筋萎縮性側索硬化症 (ALS)		
保険	： 介護保険 要介護5 (平成20年10月) 医療保険		
制度	： 特定疾患受給者証、身体障害者手帳1種1級		
身体状況	： 球麻痺進行、自発呼吸、舌萎縮、四肢全廃、頸部の支持不可 コミュニケーションは五十音版を用いて一文字ずつ文字をアイコンタクトで伝え、口の動きで意思表示をする		
栄養	： 胃瘻からツインライン 1200キロカロリー/日		
排泄	： 排便は洋式トイレ、排尿は尿器を希望		
家族構成	： 妻56歳と二人暮らし、娘2人(31歳・33歳)とは10年間絶縁状態		
住環境	： マンション5階 1LDK、支援介入時妻は一人で過ごせる場所がない		
利用期間	： 平成19年12月～21年7月30日		
支援体制	： (平成21年4月時点)		
	主治医：A内科 緩和ケア	1回/週	往診
	レスパイト施設(地域連携室と連携)		B大学病院神経内科
	居宅介護支援 なでしこ	2回/月	訪問
		定期訪問以外にも頻回に訪問依頼の連絡あり	
	療養通所介護 なでしこ	1回/週	
	訪問看護(医療保険：公費負担) なでしこ	2回/日	4回/週
	訪問リハビリ Cクリニック	2回/週	
	訪問介護 2ヶ所 D施設	2回/日	6回/週
	なでしこ	1回/週	
		療養通所介護利用時の送り出し	
	福祉用具事業所	特殊寝台・付属品・床ずれ防止マット	

(本人の希望)

家で妻とゆっくり過ごしたい。人としての尊厳を保ち(トイレで排泄したい)、人として当たり前の生活を送りたい。平成20年1月、上肢全廃となり人工呼吸器の装着をしない生きかたを自己決定した。

(妻の希望)

人として尊厳のある生活を送りたいと言う本人の意思を尊重したい。最期まで家で過ごし、家で最期を迎えさせてあげたい。

(2) 経緯

- 平成18年4月 自力で外来通院時、医師よりA氏に筋萎縮性側索硬化症(ALS)の告知を受ける
- 平成19年5月 要介護認定1 ケアマネージャーの介入が開始となる
杖歩行が不安定になり転倒はあったが車の運転はしていた
- 平成19年7月 駐車場への移動が危険となり運転を諦める 身体障害者手帳1級認定
都会での生活を想定して車いすの製作には熱心であった
- 平成19年11月 要介護認定4

- ・平成 19 年 12 月 療養通所介護利用を開始した 歩行器の使用不可能になる
訪問看護 1 回／週希望
- ・平成 20 年 1 月 上肢全廃となり、人工呼吸器を装着しない生き方を自己決定した
- ・平成 20 年 1 月 15 日～ 3 日間入院 IPPV 装着
- ・平成 20 年 2 月 胃ろう造設の説明を受ける 抗不安薬等の処方を受け精神的にやや
安定する 呼吸苦の訴えが減る
- ・平成 20 年 5 月 胃ろう造設
- ・平成 20 年 8 月 車いす移乗時の首の扱いに不満があり、担当者をはずしてほしいと
訴える
- ・平成 20 年 10 月 要介護認定 5
- ・平成 20 年 12 月 担当者会議（医師・ケア担当者・妻・本人）で妻は最後まで家で
看たいと意思を伝える。一人で過ごすことへの不安を感じるよう
になり、妻外出時の訪問介護導入
ポータブルトイレの試用を訪問看護から提案するが A 氏断る
- ・平成 21 年 1 月 排便介助目的で訪問看護導入
- ・平成 21 年 2 月 思うように声が出なくなり言葉での意思疎通が困難な状態になった
五十音版を用いてアイコンタクトで意志疎通を図る
- ・平成 21 年 4 月 妻が体調を崩し妻中心の介護が不可能になった。
訪問看護、訪問介護、療養通所介護の利用回数を増やす。
- ・平成 21 年 7 月 19 日 無呼吸回数が増え意識レベルが低下し、SpO2 85%に低下した。
為療養通所介護の利用を中止した。
- ・平成 21 年 7 月 30 日 自宅で妻が見守る中昇天した。

（３）ケア方針

訪問看護・居宅支援事業所・療養通所介護・訪問介護・医師との連携をはかり、本人、家族（妻）のニーズに沿った在宅での看とりを支援する。

（４）ケア計画と実施

①計画

#1 予期的悲嘆

悲嘆を表出したことに、共感し受け止める。

本人が持つ悲嘆の内容を妻が理解できる支援をする。

#2 言語的コミュニケーション障害

五十音版を用いてアイコンタクトで文字を拾いコミュニケーションを図る。

コミュニケーションを図る支援を行うことで会話を楽しむことができる。

#3 家族プロセスの変調

介護サービスを利用することにより、妻の休息を図る。

②実施

#1 予期的悲嘆

平成 21 年 4 月、妻が体調を崩し妻中心の介護が不可能になった。主治医がレスパイト入院も勧め、A 氏・妻・主治医・ケアマネジャーと繰り返し話し合いを重ねた。A 氏は「入院はしたくない」妻も「自宅で最期まで看る事が自分の使命だと思う」との意向を強く示した。在宅で過ごせる事を最優先に考え、療養通所介護の利用を週 3 回に増やした。このころから A 氏は、移乗や送迎時の苦痛、入浴時の対応等思い通りに行かない事に対

して不満を訴えた。体力的な限界や妻の体調不良による苛立ちから慣れた看護師、介護職員を指名するようになり、他のスタッフを拒否する事もあった。限られたスタッフの対応であり要望に答えるには限界がある事、全く同じケアを行う事はできない事をA氏に説明し理解を得た。同時に、看護・介護職員が統一したケアができるように療養通所介護スタッフで話し合いを重ねて要望にこたえる努力をしたことで、ケアに対して不満の訴えがなくなり苛立ちは軽減した。

A氏は、妻の体調を心配し気遣いながらも、妻の体調を考慮した意見が優先され、自分の思いや意見が通らないという思いがあった。妻に対して、無視する行動をとり自己の殻に閉じこもるようになった。胃ろうからの栄養注入（ポンプ注入約30分）や、リハビリテーション（20分）を行う時に時間をかけて思いを聞きとり、傍に寄り添うことを意識的に行った。長い時間の関わりができることから幼い頃の話や、妻への思い等色々な話をする事ができ穏やかな表情が見られるようになった。その後、妻の体調が改善した5月からはA氏の体力や意向を尊重して、従来通り療養通所介護は週1回としたことでケアに対する苦情もなくなった。

#2 言語的コミュニケーション障害

平成21年2月に入り、思うように声が出なくなり、言葉での意思疎通が困難な状態になった。ケアチーム全員（ケアマネジャー・療養通所介護スタッフ・訪問看護師・介護福祉士・理学療法士）が五十音版を用いて、アイコンタクトで文字を拾いコミュニケーションを行った。療養通所介護では長い時間の関わりができることから、幼い頃の話や妻への思い等色々な話をする事ができ、穏やかな表情が見られスタッフから妻に伝えられない思いを代弁する事も出来た。

#3 家族プロセスの変調

平成21年4月、妻が体調を崩し、妻中心の介護が不可能になった。主治医がレスパイト入院も勧める中、A氏・妻・主治医・ケアマネジャーが繰り返し話し合いを重ねるも、A氏は「入院したくない」、妻も「自宅で最期まで看る事が自分の使命だと思う」との意向を強く示した。妻は長期の介護によるストレスから動悸、めまいを引き起こして終日臥床し、介護不能の状態であった。在宅で過ごせる事を最優先に考え、療養通所介護の利用を週3回、訪問看護並びに訪問介護それぞれ日に2回の利用で、絶え間ない支援を提供した。1ヶ月後、妻の体調が回復し再度支援調整を行った。

その後も妻の精一杯の介護が続く中で、妻は療養通所介護の日に出外し、各種手続きを行い心身の休息を図った。療養通所介護利用日は、妻が介護から解放され、安心して自分の時間を過ごす事ができる日となった。

平成21年7月19日、無呼吸回数が増え、意識レベルが低下しSpO₂ 85%に低下した為、療養通所の利用を中止した。その10日後、平成21年7月30日、自宅で妻が見守る中昇天した。

遺族へのグリーフケア 訪問時、A氏の妻は「療養通所介護があったから、最期まで家で過ごさせてあげることができた」「かなり状態が悪くなってからも、受け入れてもらって有難かった」と感謝の気持ちを表した。

5 看護の実際から得られた結果及び課題

(1) 結果

核家族が増えている現在、家族介護力の低下は著しく、介護者は、精神的にも身体的にもぎりぎりの状態の中で介護を担っていることが多い。

A氏の場合も例外ではなく、介護者である妻は、疲労が重なり介護中体調不良となった。しかし、今回の場合は、利用者及び家族の「自宅で生活しながら最期を迎えたい」というニーズを大切に、チーム員が連携して関わったことにより、A氏の死後も介護者である妻より、「療養通所介護があったから、最期まで家で過ごさせてあげることができた。かなり状態が悪くなってからも受け入れてもらって有難かった」という言葉が聞かれた。また、計画的にリハビリテーションを行ったことで、A氏は最期まで関節の拘縮もなく過ごす事が出来、本人・家族の希望であったトイレの使用も長期間可能となった。さらに、療養通所介護は、妻のレスパイトケアにつながったと考える。

神経難病の利用者や家族に関わる場合には、精神的な支援が重要である。療養通所介護では、長時間利用者に向き合う時間がある為、ゆとりを持ってコミュニケーションをとる事ができ、精神的ケアをも担う事ができることを再認識した。

(2) 課題

- ① 療養通所介護は、人員基準では1.5名の利用者に対して1名以上の看護・介護職員になっているが、筋委縮性側索硬化症（ALS）等神経難病疾患の利用者が重症化した場合は、本人や家族のニーズに沿ったケアを実施するためには看護・介護職員の定員数を増やす必要がある。
 - ・利用者1人対し2人の看護・介護職員が必要な場合が多い。
 - ・送迎には看護師が付き添う為、最低、送迎車台数分の看護師が必要である。
- ② 診療報酬は1,500単位であり加算が無い為、療養通所介護事業所のほとんどが赤字経営の現状であり、診療報酬の見直しが不可欠である。