



第3回 独居高齢の多系統萎縮症 —「できるだけ家で暮らしたい」



沼倉 聡*¹ 原口鈴香*¹ 宮下明日香*¹ 今野恵子*¹ 林 桂子*¹ 阪井康友*²

*¹さかいリハ訪問看護ステーション・千葉，理学療法士 *¹同ステーション，理学療法士 *¹同ステーション，看護師 *¹同ステーション，看護師 *¹同ステーション，看護師 *²帝京平成大学健康メディカル学部理学療法学科 准教授，理学療法士

今回のコンサルテーションでは、リハビリテーション（以下、リハ）の専門職には馴染みのない担当ローテーションと同職種連携について、さかいリハ訪問看護ステーション（以下、当ステーション）で行っている管理・運営の工夫について紹介する。また、事例紹介では、独居している多系統萎縮症の高齢女性の方で、機能低下に伴いご本人の「思い」を知ることさまざまな苦難を乗り越えている様子をご紹介します。

【コンサルテーション】

担当ローテーションと同職種連携

訪問リハの事業所の課題として、専門職にありがちな「思い込み」や「独善的なサービス」が漫然と行われないう努めなければならない。そのためにも、高品質で均一なサービスを提供できる① チーム力の強化、② On the Job Training (OJT) を用いた人材育成システムが重要である。このチーム力とは他職種でなく、あえて同事業所の同職種連携を指す。この事業所風土（カルチャー）として発展させるた

めに、さかいリハ訪問看護ステーション（以下、当ステーション）では「定期的な担当ローテーション」をシステムとして取り入れた。

担当者の休暇の際、別の療法士が訪問することがある。ピンチヒッターといえども「無駄な訪問」と思われぬように、よき「ライバル心」を秘めて精一杯の対応をする。この専門職の心理を応用して、自己研鑽、新しいリハ・ニーズの発掘によるよいサービスを提供することができる。また、療法士の技量が低いためにリハ・ニーズが見い出せず、漫然とサービスを継続させたり、一方的に終了手続きを進めることがある。この場合「定期的な担当ローテーション」は担当者のマンネリ化もリセットする役割を持つ。当然、このシステムは、利用者にとっても有利なものでなくてはならない。同事業所の同職種連携とは、事業所単位でリハ・ニーズ、目標、プログラムをチェックするシステムも併せ持たねばならない。もちろん、担当者変更の際は、一人ひとりのスタッフが利用者には不安をおおることなく「事業所をもって担当させていただいているので自信を持って担当変更する」雰囲気を自然に与えられる制度にしなければならない。

対象は、小児や神経難病にも例外なく数カ月ごとに行う。導入初期は、いくつかのご意見も頂戴した

が、現在はシステムとしても定着して、利用者の方々にも受け入れられている。訪問りハは比較的家族の興味も高く、ケアマネジャーも他事業所で公的クレーム制度が明確であるため、意外にも施設サービスより緊張感を持ち続けられる立場となっている。当然、非定期的クレームなどによる担当者変更や不定期の上司などとの同行訪問も必須である。

【事例】

“できるだけ家で暮らしたい”

今回、紹介する事例は多系統萎縮症の方で独居されている気丈な高齢女性である。徐々に歩行の不安定性が進行し転倒するようになるが、人に弱みを見せることを嫌って同じマンションに暮らす家族も訪問スタッフやケアマネジャーにもその正確な状況把握は難しかった。しかし、家族も含める各スタッフ間でご本人の「思い」を知り情報共有を図ることで、第三者に対する「心の壁」が解けて適切な介入が可能となった。

1. 現病歴

診断名は多系統萎縮症。現在 70 歳前半の女性で、7 年前から手の振戦が見られるようになる。5 年前の秋に症状が悪化し歩行障害、構音障害が出現したため受診し上記診断を受けた。

2. 家族的背景と自宅環境

ご本人は「人に頼らず極力自分で身の回りのことをしていきたい」「人に迷惑をかけたくない」と考える気丈な性格で第三者の介入を避けていた。その一方で、長男の妻の世話を受け入れ、ケアマネジャーとのやりとりや各種サービスの選択などを任せていた。長男家族は同棟に居住しているが、長男との関係は良好ではなく出張が多いため、キーパーソンである長男の妻が身の回りの世話をしていた。

エレベーター付マンションの 3 階で一人暮らし。玄関、廊下、トイレなどに手すりは設置済みで、屋内はつたい歩きまたは独歩、屋外はシルバーカーを

使用して移動は自立していたが、現在は屋内のつたい歩きを行っている。

3. 居宅サービス

当ステーションの訪問看護および訪問りハは 2 年 4 カ月前から当ステーションより開始となり、看護は健康管理と精神面の支援、りハは身体機能の維持を中心に行っている。そのほかのサービスは訪問介護、配食・宅配サービスを利用している。

4. 生活と訪問リハビリテーションなどの経過

訪問りハ開始時の 2 年 4 カ月前は、屋外歩行もシルバーカーを使用して自立していたが、徐々に症状の進行とともに転倒がみられるようになっていた。その対応として四点杖や歩行器を導入したが、日常生活では使用されることもなく結果として転倒の防止につながらなかった。さらに病状である動作の緩慢が進行し、日常生活の身辺動作にも時間がかかるようになり、1 年 7 カ月前の春に介護度再認定で介護度が要支援 2 から要介護 2 に増加した。しかし、ご本人は「できることは前となんにも変わっていない」と訴え、動作能力の低下、介護度が増加したことも受け入れていただくことができなかった。ご本人のご理解を確認できないまま進めてきた機能低下に対する対応が、ご本人の心を閉ざしていく結果となっていた。生活でお困りのことも訪問スタッフに話していただかず、状況把握が困難な状態であった。

そのため訪問りハとしては、看護、ケアマネジャー、介護スタッフと連携して傾聴的に接して、訪問の際の会話や表情、そして身体・動作観察そして傷の有無などを慎重に確認していった。また、入浴時の見守りなど、身の回りの世話をしていた長男の妻と頻繁に連絡を取り日常生活や精神面の変化も把握していきチームで情報の共有を図り、ご本人を尊重しつつ意向を汲み取りながら、声かけやサービスに気を配った。その結果次第に気持ちを表出されるようになり、バランス機能、日常生活動作、歩行能力の低下、そして服薬の忘れなどの記憶力低下も確認できるようになった。そして訪問看護でも清潔および服薬の管理・指導の介入も受け入れていただけた。しかし、入浴時の転倒の危険性を考慮したが、看護師の入浴介入は拒否された。

その後、半年前の春に長男の妻が病気のため急逝され、ご本人も精神的に落ち込まれていた。このときもケアマネジャーを中心に訪問スタッフ間の連携や周りのサポートによって徐々に落ち着きがみられてきた。そして、拒否されていた入浴時の看護師の見守りも受け入れられるようになった。

現在は、さらに病状は進行し、入浴時の洗体動作も一人では難しくなり、歩行能力の低下も加わり、トイレに間に合わなくなり清潔が保てなくなってきた。それでも、洗体介護や尿取りパット、またはオムツの使用についても受け入れていただけなかった。転倒はさらに多くなり、より安定した歩行器に変更した。しかし、歩行器歩行は安定したが、日常で使用されずにつたい歩きをなされるため、実際の転倒の対応としての効果はみられなかった。そこで、訪問時に理学療法士と看護師が連携して傾聴的にご本人の意向をうかがった結果、「つたい歩きへのこだわり」があることがわかった。ただちにケアマネジャーと相談し、つたい歩きの安全な動線を確認することにして、家具の整理などをホームヘルパー、家族の協力をいただいて実施した。現在は、歩行時の転倒は減少し、移動の安定性が比較的確保されている。また、拒否されていた入浴時の洗体介護や尿

取りパットの着用を受け入れていただけるようになり清潔が保たれている。

おわりに

今回の事例は、ご本人の気丈さが人に弱みを見せることを極度に嫌い、第三者の介入を避けられてしまうことに苦慮した。神経難病による進行と機能低下に伴う「独居生活の危機」に対して、スタッフはチーム一丸となってご本人の意向の理解を得ることに心がけた。そのため、何度もの機能低下、大切な家族の不幸、そしてご本人の拒否も乗り越えることができた。利用者の方の信頼関係を一見得られていたとしても、地域ケアでは「甘んじずご本人の意向を確認すること」と「チーム連携」の重要性を改めて認識させられた。高齢であり進行性の疾患であるため、今後も心身機能の低下が予測される。ご本人の「できるかぎり自宅で暮らしたい」との意思を尊重し、ご家族、スタッフ間で連携・協力し引き続き希望に沿うよう支援していきたい。

