

妻有地域包括ケア実践発表会 2022

抄録集

開催予定：令和4年11月26日（土）9:30~12:30

開催方法：ZOOM（ウェビナー）によるリモート開催

<https://care.tokamachi.life/221126/>



妻有地域包括ケア研究会

十日町診療所の現状と課題

○宮崎弥英子 看護師長

新潟県厚生農業組合連合会 小千谷総合病院 十日町診療所

【目的】当院は小千谷総合病院の附属施設で、十日町・津南地域で唯一の透析施設である。ここ数年で、患者の日常生活動作（以下、ADL とする）の低下が進み、自己管理が困難なケースが増加している問題がある。また通院が困難になると、透析施設がある遠方の地域や県外へ転院しなければならない。当院の現状と課題を地域の専門職と共有し、透析患者が住み慣れた地域で元気に過ごすために、連携をより強化したいと考える。【方法・実践内容】2022年9月末現在、当院に通院している血液透析患者122名と腹膜透析患者1名の〈ADL〉〈認知症高齢者の日常生活自立度〉〈介護度〉〈通院方法〉のデータと、患者へのアンケート、日本透析医学会による年末統計調査結果から現状を分析する。【結果および考察】移動に見守りや介助が必要な患者が全体の38%で、2年前の21%と比較し、ADLは低下している。2年間に患者の転入出は約30名あった。特に2020年度は介護や通院困難で転出した患者が8名と多かった。転出先は5名が長野県・群馬県、3名は聖籠町、村上市であった。ADLの低下は、導入した患者の高齢化と、入院がきっかけとなっている。認知症高齢者の日常生活自立度は、Ⅱaが全体の15%と多かった。日本透析医学会による年末統計調査結果では、透析間隔最大日に6%以上の体重増加を認めた患者が5年間で約10倍に増加している。ADLが低下したり、認知症による見守りが必要な患者が増加したりしていることが、自己管理を困難にしている。介護度は、要支援が7%、要介護が17%だった。通院支援が必要な患者は44%だった。患者へのアンケート結果からも、「通院が一番困っている」「高齢家族の送迎で先が心配」などの記述が多かった。十日町市の面積は590.4㎢と広く、通院距離が長い上、豪雪地域の問題もある。山間集落で在宅サービスが十分受けられない地域に住んでいる患者もいる。自己管理困難患者の増加と、一日おきの治療における通院手段の問題は深刻である。地域で透析患者を支える仕組みづくりが必要であると考えます。

高齢者ケア回診活動報告

～身体拘束減少への取り組みの中で見えてきた当院の問題点及び課題～

○千野恵子¹、小海里美¹、大西康史²

¹新潟県立十日町病院 看護師 ²新潟県立十日町病院 医師

【目的】高齢者ケアでは、意思決定やQOLを考慮しながら方針をチームで検討し、組織全体で取り組むことが求められる。当院でも、高齢者ケア向上を目的として高齢者ケアチームを立ち上げ、回診を行っている。1年間の活動の中で、チームの成果や課題と共に、院内の問題点も見えてきている。そこで、回診の成果及び抽出された課題を振り返ると共に、職員への意識調査を行い、高齢者ケアチームの今後の方向性を考察し、院内高齢者ケアの向上に繋げることを目的とする。

【方法】2021年6月～2022年3月における高齢者ケア回診の診察患者数や相談内容について調査を行った。また、2022年5月時点で当院で常勤している医師、看護師、他メディカルスタッフへ、アンケートで「高齢者ケアについての意識調査」を実施し、集計及び分析を行った。

【実践内容】2021年6月～2022年3月に回診で介入した患者数は69名、うち、せん妄やケア拒否に関する相談が全体の79%を占めた。アンケートでは、医師11名、メディカルスタッフ49名、看護師94名から回答を得た。認知症や高齢の患者に関わる中でストレスやジレンマを感じるものが「ある」「ときどきある」と答えたのは、医師81%、メディカルスタッフ53%、看護師90%であった。

【結論】高齢者ケア、特に認知症患者の身体拘束解除に向けたケアでは、組織全体での取り組みが必要である。しかし、回診を通し、当院では主に現場の看護師から「抑制を外したいが外せない」「業務過多で限られた介入しかできない」といった声が多く聞かれ、チームや組織で患者や家族を支える体制が整っていない現状が見えてきた。また、管理部と現場との意見の違いも生じている。アンケートでは、看護師だけではなく、医師や他メディカルスタッフも過半数がジレンマやストレスを感じていることがわかった。また、現場での苦悩やスタッフの日々の思いも多く抽出できた。この結果を通し、高齢者ケア回診では、ケアの提供と共に現場の声を拾い上げながら、多職種連携及び現場と管理部の橋渡し役となるよう活動していくことが必要である。

自宅での看取りを考える ～病院との取り組みについて～

津南町訪問看護ステーション○高野佳奈 広瀬陽子 市川とも子 秋野陽子（看護師）

1、はじめに

住み慣れた自宅で最期を迎えたいと希望する人が多いが、希望通りにはいかないことが多い。今回、24時間対応をしていない当訪問看護ステーションが、病院やケアマネージャーと連携し、本人や家族の望む最期を支援できたので報告する。

2、倫理的配慮

「個人情報の使用に係る同意書の説明」に同意をいただき、事例をまとめるにあたり記述内容を匿名化して対象が特定されないよう配慮した。

3、事例紹介

A氏 90代男性 要介護5 日常生活自立度C2

H28年から施設入所。ここ数年誤嚥性肺炎などで入退院を繰り返していた。

4、退院までの経過

A氏は施設入所当時から家に帰りたいたいという思いを伝えられており、経口摂取が困難になり、日常生活においても全介助、痰の吸引も必要な状態となったが、自宅で最期を看取りたいという決意が聞かれた。自宅での介護や看取りについて妻の不安は強かったが自宅へ連れて帰りたいたいという強い思いがあり、退院を前に積極的に介護や吸引などの指導を受けた。ケアマネージャーによるサービス調整・訪問診療体制を整え、妻の最終意向確認から10日ほどで退院となった。

5、看護の実際

退院当日、痰吸引の指導も受けていたがうまく吸引することができず、妻は眠れない夜を過ごした。その翌日の訪問時に痰吸引や口腔ケアを実施し落ち着いたが、夜間も痰絡みが強く津南病院の看護師が夜間訪問し対応してくれた（町立津南病院は機能強化型在宅支援病院）。外来看護師からその情報をもらいケアマネージャーと相談し訪問を朝・夕2回に増やし対応することとした。妻の不安や気持ちに寄り添い一緒にケアを行い、今後予想されることへの対応を伝えるなど支援を行った。退院後5日目の訪問中に呼吸状態が悪化し家族に見守られながら最期を看取った。

6、考察

本来であれば訪問看護ステーションとして24時間対応を行い、家族の不安に対応することが必要だと考える。現状できないもどかしさも感じている。しかし同じ敷地内にある病院との情報共有や連携により吸引といった処置が必要な利用者でも自宅で看取りを実現できると今回のケースを通し実感できた。

短い期間であったが家族から感謝の言葉をいただき今後の励みになった。しかしこのケースを「良かった」で終わらせず、退院前からの本人・家族の関わりや関係機関との連携について考え、寄り添った支援や病院併設のステーションとしての役割や強みを更に深めていきたい。

7、まとめ

「住み慣れた自宅で最期まで」の実現に向けて訪問看護の役割は重要である。今後も様々な機関や事業所、職種と情報共有しながら、本人や家族の望む在宅生活を支えていけるよう努力をしていきたい。

おむすびの一年

～「出向くケアと医療」の実践～

○諏訪部 有子 上村 仁登美（看護師）

山崎 正人（作業療法士） 春日 和子（事務）

十日町市市民福祉部地域ケア推進課訪問看護ステーション おむすび

1. はじめに

十日町市の人口は、49,356人（令和4年9月末時点）と前年同時期に比べ約1,000人の減少となっている。高齢化率は約40.6%（令和4年9月末時点）である。これは前年同時期に比べ約0.6%上昇しており、少子高齢化が進んでいることが分かる。

寄附講座 新潟大学大学院 医歯学総合研究科十日町いきいきエイジング講座では「出向くケアと医療」を提唱し、その仕組みの一つとして「訪問看護ステーション おむすび（以降「おむすび」とする。）を令和3年7月に開設した。

2. 目的

当市での「出向くケアと医療」における、おむすびの活動を評価する。

3. 結果

おむすびでは市内各所に訪問し、様々な疾患、状態の利用者に対し、訪問看護を行った。また、山間地だけでなく、市街地の訪問看護のニーズが高いことが分かった。

4. 考察

少子高齢化が進む当地域において、病院、施設に過度に依存しない在宅ケアの仕組みの構築が求められる。おむすびは在宅生活の延伸や在宅でのQOLの向上に一定の役割を担うことができた。

今後「出向くケアと医療」を継続的に市民に提供するためには、医療、介護分野との更なる連携が必要と考えている。

認知症高齢者の対応困難事例を振り返る ～事例検討で「うまくいったケア」を共有する～

○小林美保 桑原弓子（看護師）
新潟県立松代病院

【目的】A病院の入院患者は80歳以上が80%を超え、認知症高齢者自立度判定基準Ⅲ以上の割合が75%以上を占める。慣れない環境で、せん妄やBPSDの出現があり、治療や看護に困難な状況をきたす事例も多い。今回、脱水と意識障害で入院し、食事拒否や介護抵抗が強く一時は看取り方針となった患者が、入院前の生活を知りケアに取り入れることで、施設退院できた事例を経験した。この事例を振り返ることで「うまくいったケア」を共有しスタッフの認知症ケアのモチベーションの向上と自信に繋がることができたので報告する。

【方法】入院経過をまとめ、グループワークで検討した。「うまくいったケア」を前向きに検討した。参加できなかったスタッフには意見を募った。実施後アンケート調査を行った。

【結果】「うまくいったケア」についての意見：不眠、興奮、声出しにより、昼夜逆転状況に対し、医師に報告を重ね薬剤調整を行った。またカンファレンスで服用時間を検討することで改善が見られた。入院前の生活を聴取し、家族に対する介護拒否、嗜好などの情報を得た。介助しても拒否されることから、食事は見守り、嗜好に合った食事に変更し差し入れを依頼した。これが食事摂取のきっかけと考え、病棟全体で情報共有し、対応を統一した。頻回の排尿行動には根気強く関わった。入院当初、点滴や処置により看護師は不快な対応をする人という認識であっただろうが、好きなお菓子をくれるのも看護師であり「いい人」という認識に変わっていった。

事例検討後のスタッフの意見：「人の意見を聞くことはとても勉強になり今後の自分の看護に繋げることができる」「対応困難な患者はみんな情報共有することが重要」「自分が感じたことやもっとうこうしたほうがよいなどカンファレンスが行えるとよい」「看護師の倫理的ジレンマに共感できた」「患者のペースを大切にしたい」「うまくいかない事例だけでなく成功体験も自信に繋がりますモチベーションに繋がると思う」などの意見があった。

【考察】認知症高齢者の入院中の経過は一様ではなく、看護師はその都度日々の看護やケアに悩み、不安や負担を感じている。小山らは「看護師間の認知症ケアに対する肯定的対話の不足が認知症ケアの負担感、自信のなさに繋がっている」¹⁾と述べている。今回事例を振り返り、成功体験を組織全体で言語化し共有することができた。これにより認知症看護でやりがいを得ることができ、認知症ケアに対する不安や負担の軽減に繋がったと考える。このような事例検討を繰り返し行うことで、当院の看護部理念である「患者中心の丁寧な看護」に向けて、認知症ケアの充実と看護の質の向上を図っていきたい。

引用文献 1) 小山尚美, 渡邊裕子, 流石ゆり子: 急性期病院における認知症ケアの質向上に向けた組織づくりの現状と課題, 山梨県立看護部、看護学研究科研究ジャーナル, 7 (1), P15, 2021

介護予防活動『タカラモノ体操』の取り組みを通じて

津南町役場福祉保健課 保健師 ○南雲美佐・小林明日香・大平裕加里・星名由紀子

1 目的

平成 26 年の介護保険制度改正により、介護予防・日常生活支援の担い手として、地域住民もその一翼を担うことが期待されるようになった。住民主体の介護予防活動のひとつとして、地域介護予防活動支援事業『通いの場』の普及に際し、『通いの場』で住民が手軽にできる体操を作成することが決まった。体操の作成から実践にいたるまでの関係機関との連携を報告するとともに、今後の展開を検討する。

2 実践内容

(1) 先進地視察（平成 28 年）

「通いの場」の立ち上げに際し、新潟県「介護予防における大学との連携事業」を通じて、大学とつながった。県内の先進地の情報提供を受け、視察（胎内市、新潟市南浜地区、柏崎市）を行った。

(2) 『タカラモノ体操』の作成

先進地では理学療法士が関わっていたことから、町立病院リハビリテーション科（理学療法士、作業療法士、歯科衛生士）に連携協力を求める。リハビリテーション科が中心となり体操を試作し、動作の回数や時間を調整することで体操の強度を参加者個々に合わせられるように工夫した。

町立小学校の先生が作曲し、児童が作詞したジオパークソングの使用許可をもらい、リズム体操に合うように編曲してもらった。集落で体操体験会を行い、参加者の意見を取り入れ、実施しやすい内容に修正した。

(3) 体操の周知

体操を住民に広く周知するため、認知症フォーラムや芸能フェスティバルで町の高齢化の現状や『通いの場』の目的を含め、体操のPRを行った。

(4) 体操の実施

地域包括支援センター保健師や町立病院リハビリテーション科スタッフが体操の希望のあった会場に初回から10回目まで同席し、指導助言を行った。体操の効果を住民自身が把握するために、大学の協力を受け、体操の実施前後で体力測定を行った。令和2年3月以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により飲食を伴う高齢者いきいきサロンの開催が中止または縮小される中、感染リスクの少ない体操を主とする『通いの場』は継続できていた。体操は当初、動作のイラストの模造紙を見ながら行っていたが、参加者が自ら「誰でも実施できるように」と体操のポイントや順番が分かる解説入りのマニュアル本を作成し、活用を広げた。その後、参加者の要望から、動画で分かりやすいDVDを町で作成するに至った。

3 結果と考察

令和4年10月時点で、体操を実施している地区は6会場に増えた。回を重ねる中で次第に体操ボランティアが自分の地区の参加者の様子に合わせた実施方法を考えるようになり、様々なアイデアが出されてきた。そのアイデアに多職種が関わり、ともに方策を考えることで参加者が安心し、自主性を発揮できるようになってきている。

4 今後の課題

今後は地域への体操の周知と合わせ、既存地区の充実と新規立ち上げに体操ボランティアの養成を行う予定である。また、体操ボランティアを機会に、地域の介護予防・日常生活支援の担い手の育成につなげられるような仕組みの構築を目指していきたい。そしていずれは、体操の作成に携わっていただいた当時の町立小学校の先生方・児童、『通いの場』の高齢者と交流会を持てることを願っている。

コロナ禍における高齢者支援 小規模多機能居宅介護の報告・取り組み

○金澤 守（介護支援専門員） 小規模多機能ホームうえの

1、目的

ケアホームうえのでは今年1月小規模多機能の職員の感染から登録ご利用者への感染をはじめに、今年度は職員家族、ご利用者家族等の感染があった。各ケースから小規模多機能居宅介護ならではのサービス利用の仕方や対応を報告すると共にコロナ対応を行う中で感じた課題について考える機会を持ちたい。

ケース1

A氏 独居

1月、職員の家族から小規模職員感染。職員と接触のあるご利用者24名のPCR検査を実施。翌日ご利用者1名にコロナ陽性者を確認。入院対応。

ケース2

B氏 長男夫婦と3人暮らし

7月、3泊4日の帰宅日に家族が発熱し泊り延長させてもらいたいと連絡あり。3日以上はご本人との接触なしとし家人が落ち着くまで泊り対応で受け入れ。その後家庭内感染あり。3週間程自宅へ戻らず泊りにて対応。

ケース3

C氏 独居 泊り中心に利用

8月、泊り利用中、家人がコロナ陽性となる。2日前に来所。陽性になった家人と泊り前に食事を一緒にされていることから濃厚接触者に当たると判断。急遽帰宅していただき5日間自宅待機とした。5日後抗原検査にて陰性。泊りにて受け入れ。

考察

小規模多機能居宅介護は泊り、通い、訪問を自由に組み合わせることができる為、状態や状況に応じ個別に迅速、かつ柔軟に対応することができる。実際ご家族やご本人の感染状態に応じた対応を行うことが出来た。ただ登録ご利用者は他事業所のサービス（デイ、ショート等）を受けることが出来ない為、事業自粛に伴う代替えの介護サービスが利用できない。実際受け入れを制限した為入浴や泊りが出来ずにご本人、ご家族の個々のニーズに応じた対応を行うことが出来なかった。今後事業所として現在実施していない自宅で入浴を行う方法や夜間帯の訪問支援・見守り付き添い支援、独居の方への配食サービス等を柔軟な姿勢で検討しコロナ感染症だけでなく災害等の有事時の対応にも備えていなければならぬ。また各種サービスとの連携をより密にしていかなければならないと考える。

やさしくしてちょうだい。～不眠改善への取り組み～

発表者名：山崎正宏 職種：介護職員

所属施設名 特別養護老人ホームかりんの里

【目的】

睡眠に焦点を当て、改善に取り組むことで A 氏の不安が解消し、かりんの里が過ごしやすい居場所になる。

【方法、実践内容】 ※研究期間 2022 年 3 月 1 日～2022 年 6 月 14 日

1、研究対象

- ・ A 氏 女性 90 歳代 要介護 3 ・ 認知症高齢者自立度【I】 日常生活自立度【B1】
- ・ 内服：降圧剤、下剤、血管拡張薬、痛み止め、睡眠剤(ゾピクロン錠 7.5 mg 0.5 錠×夕)

2、具体的方法 ・ 実施前(3/27～)と実施後(5/23～)に日中、夜間排泄状況と睡眠状況の関連とその際の言動を記録。・ 記録を基に情報交換、多職種間で意見交換を実施。

- ①尿取りパットを使用。希望時トイレ誘導 ②悩みを即時対応。(歯科受診し、食事形態変更。内出血防止の為にアームカバー装着) ③痛み止め 1 日 1 回→6～8 時間後使用可能。④睡眠剤を 1 錠×就前に変更。・ 日中は他の方と一緒に過ごしたい、夜間寂しいから起きていたい。と希望を伺い、対応した。

【結果】

	3/27～4/1		5/23～5/28	
排泄	日中：8 回	→	日中：6 回	-2 回
	夜間：6 回		夜間：2 回	-4 回
不眠	5 日	→	4 日	-1 回

今回の結果から、夜間の排泄回数は減少したが不眠の解消には至らず、日中に眠られている事が多くなった。本人の希望を叶えることで 6/1～14 日間不眠回数は 3 回となる。

【考察】 今回の結果から不眠の要因は不安な感情が大きく関係していたと思われる。文献にもあるように高齢者の睡眠障害は多岐にわたりこの中で A 氏は『原発性不眠症』と思われ、『心理的、強迫的、神経質な性格傾向の強い患者の場合には、不眠症へのこだわりが生じて不安が増強し、不眠が悪化・遷延しやすい』(1)とある。こうした感情を理解し、本人に寄り添う事で改善したと考える。

【引用・参考文献】 三島和夫 『高齢者の睡眠と睡眠障害』(1)

<https://www.niph.go.jp/journal/data/64-1/201564010005.pdf>