

回復期リハビリテーション病棟における看護チームと多職種間との連携

—脳出血後の鬱症状を呈する患者への関わりを通して—

山口 多恵¹・松尾理佳子¹・福江まさ江¹・浦田 秀子²・西山久美子¹

要 旨 脳出血後リハビリテーションを目的に転入した患者に対し、転入時の合同初診により介助方法の統一、目標の設定を行った。その後、カンファレンスを重ね患者の状態に合わせた計画の立案・実施・修正を行った。その過程で患者が鬱病を併発したためチームで患者の精神状態に合わせた援助方法を検討し関わった結果、自宅退院を実現することができた。

このような患者への援助において、チームの中で病棟生活を預かる看護師に課せられた責任は、患者の変化を細かく観察し正確に多職種に伝えることにあった。また、チーム全体がその情報に基づき援助内容を検討し、退院を導いていく看護師の主体的なアプローチの重要性を認識した。

長崎大学医学部保健学科紀要 17(2): 59-64, 2004

Key Words : 回復期リハビリテーション病棟, チームアプローチ, 看護師の主体性, 脳出血後の鬱状態

I. はじめに

リハビリテーション（以下「リハ」とする）医療を必要とする患者は、身体機能向上、精神的安定、その他様々な社会復帰のニーズを持っている。発症後、訓練を行えば身体機能は発症前と同様のレベルまで回復し、元の社会的役割を果たすことができると考えている患者は少なくない。そのため、機能訓練開始時は意欲的に取り組みその向上を喜び更に積極的に訓練を行う。しかし、ある段階に到達した時、訓練を重ねても機能向上が見られないという現実気付き、悩み、今後に対する不安を抱き始める。この時期に現実と理想の狭間に陥り、鬱という形で精神状態を表すことがある。リハ過程の促進を目指した多職種チームによるアプローチの中でリハ看護とは、「身体的または精神障害に伴う生活の再構築に直面した人々を対象に、可能な限りの自立と健康の回復・維持・増進によって生活の質を向上させること」であり、「患者の代弁者として求めているニーズを適時に適切な専門職に伝えること」である²⁾とされている。これまでに脳血管疾患後の患者に対し身体的回復に伴う生活の再構築をチームアプローチによりサポートした結果の報告³⁾や脳血管疾患後鬱状態の頻度を検討した報告⁴⁻⁶⁾は見られるが、精神症状に焦点を置いたチームでの関わりの報告はあまり見られない。

今回、脳血管疾患後重度の鬱病を併発した患者に対するチームアプローチの中で、看護師の主体性となすべき責任はいかなる部分に存在し得るのかを1事例を通して検討した。

II. 病棟における患者転入から退院までの流れ（図1）

疾患発症直後、急性期病棟で治療処置・早期機能訓練を経て身体状態が安定した患者は、回復期リハ病棟へ転入となる。まず患者転入時に医師、看護師、リハビリテーションスタッフ（以下「リハスタッフ」とする）がベッドサイドに集まり患者の身体機能レベルを確認し目標の設定、介助方法を検討・決定する合同初診を実施し、そこから日々の機能訓練が開始される。病棟での患者の様子や訓練の進行状況は各職種から定期的なカンファレンスや毎朝のショートカンファレンスで報告され、介助方法や目標の再検討を行う。病棟生活を送る中で患者の精神状態にも十分配慮し、必要に応じて臨床心理士にカウンセリングを依頼している。病棟での生活が安定してきた時期には、担当スタッフが家屋チェックを実施し、退

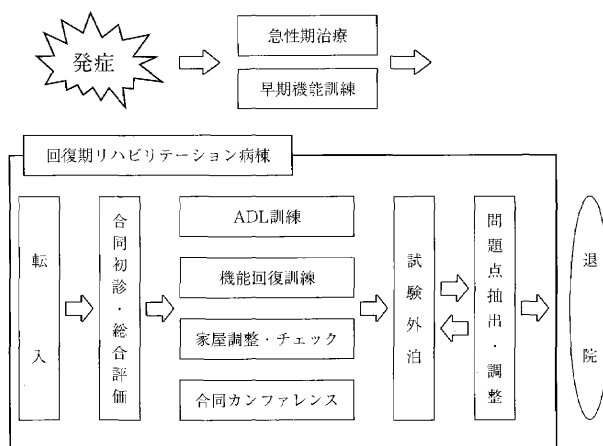


図1. 患者転入から退院までの流れ

1 特別医療法人春回会長崎北病院

2 長崎大学医学部保健学科

院後の生活を考慮した訓練プログラムを取り入れる。この時期には医療ソーシャルワーカーとケアマネージャーも加わり、在宅生活に必要なケアプランを作成する。外泊ができるレベルに達したら、試験外泊を推奨し、その都度生じた問題点を抽出し、援助計画の見直し、変更を重ねながら自宅退院へと導いている。

Ⅲ. 研究方法

<目的>

脳出血後のリハを目的として転入してきた患者に対し、多職種が連携を図りながら退院後の生活をより患者・家族の希望に近い形で迎えられるよう関わった過程と結果からチームアプローチにおける看護師の主体性と責任を検討する。

<対象及び方法>

対象は、回復期リハ病棟へ転入した患者の中で、自宅退院を強く希望していたが、障害の程度や家族背景を考慮すると自宅への退院が困難と思われた1事例とした。

56歳の女性、左被殻出血後遺症のため右上下肢完全麻痺と感覚失語（短文での表現は可能）があった。発症後42日目にリハ目的で回復期リハ病棟へ転入となった。転入時のADLは、ベッド上での体位変換、端座位保持は自力で可能。ポータブルトイレへの移動時は、立ち上がり、立位保持、下衣の着脱において一部介助を要した。排便困難の訴えが多くあり、医師から処方された下剤を内服し排便が見られた後にも、「スッキリ出ない」と浣腸の希望が頻繁にあった。キーパーソンは夫で単身赴任中だったが、毎週面会があり、患者の介護を熱心に行い常に訓練を頑張るよう励ましの言葉をかけていた。娘が近所に住んでいるが疎遠であり、介護協力の期待は持てなかった。患者と夫は共に娘の協力が無い状態を想定した上で自宅退院を強く希望していた。

方法は、転入時から多職種スタッフが意図的に関わり、その経過を種々のカンファレンスで検討し、援助計画の立案、実施、修正を重ねた。また、患者退院後援助内容と得られた結果をカルテから振り返った。

<倫理的配慮>

本研究に取り組むにあたり、研究の主旨を本人、家族に説明し同意を得た。また、個人を特定する情報は除外した。

Ⅳ. 看護の過程

転入当初は今後に対する不安を抱き、軽度の鬱状態にありながらも訓練を休むことなく実施し、徐々に身体機能は向上した。単独での試験外泊を体験し独居への自信を取り戻しつつあった時期に、便失禁を引き金に鬱状態が増悪し、訓練継続不可能となった。この時期から訓練は滞り、自殺企図があったため心療内科を受診し薬物療

法も追加されたが、状態に変化は見られず精神科病院への転院が必要と判断された。転院までは、生命の安全確保に重点を置いた看護を行った。精神科での治療を終え、再入院後は身体機能の維持、在宅生活に向け福祉サービス等を検討、鬱状態の再発防止に十分配慮した看護を行った。

以上の過程を、鬱状態の変化に沿って①転入から鬱状態出現まで（第一期）、②鬱状態悪化から精神科病院転院まで（第二期）、③本院再入院から自宅退院まで（第三期）とし、各期における看護過程を振り返った。

1) 第一期：転入から鬱状態出現まで（124日間）

看護上の問題点をアセスメントし設定した目標は図2に、援助内容とその結果は表1に示す。軽度の鬱状態にある患者に対するカンファレンスを定期的実施し、患者が独りで出来る動作が増えた事を共に喜ぶような関わり方の統一を図り、少しでも患者自身が進歩を喜べるよう導いた。実際に試験外泊で独りでの在宅生活を体験し何とかやりとげたことで独居への自信を取り戻しつつあった。その後、独居生活に必要なと考えられる福祉サービスの内容や頻度の再検討を行い退院の目処がついた。しかし、転入時からあった排便困難の訴えは続いており、その都度対応したが、患者は満足 of いく排便後の爽快感を得ることができず排便に執着していた。後に便失禁を引き金に鬱状態が悪化した。夜間不眠、全身倦怠感、食欲

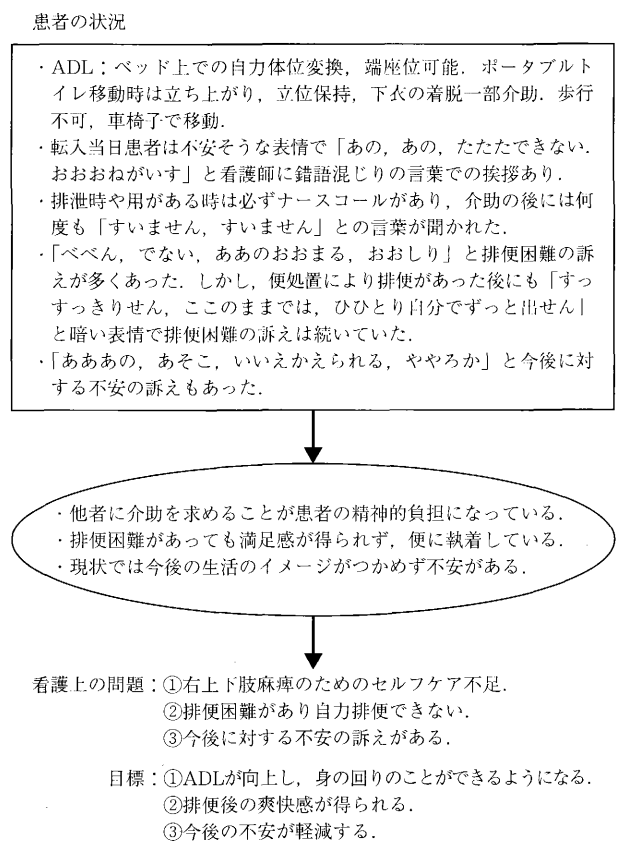


図2. 第一期：転入から鬱状態出現までのアセスメント

表 1. 第一期：転入から鬱状態出現までのアプローチ

	援助内容	結果
看護上の問題①	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・合同初診にて介助方法の確認・統一。 ・訓練状況を把握し、できない部分のみ介助した。 <p>理学療法士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上下肢・歩行訓練（屋内・外）。 <p>作業療法士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴・家事訓練、自主訓練の指導。 <p>言語聴覚士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単語訓練、呼称訓練、喚語訓練、語想起訓練。 	<p>病室での動きは自立できた。訓練は休むことなく一生懸命取り組み、自室内でも訓練メニューを忠実に実施していた。</p>
看護上の問題②	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・下剤のコントロール、浣腸・排便の施行。 ・排便を促すための生活指導。 <p>医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・下剤の種類・量を検討。 ・薬効の説明。 	<p>色々な下剤を使用し、排便もみられたが「自分でだせない、浣腸しないと便が出ない」と排便困難を訴え、便に固執していた。</p>
看護上の問題③	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者のそばにいる時間を設け話しを聞いた。 ・不安の内容を訓練士へ情報提供し、訓練内容に組み入れるよう依頼した。 <p>理学・作業療法士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者が不安に思っている部分の訓練を強化（調理と後片づけ・洗濯・入浴）。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>夫と一緒に試験外泊を実施</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ケアカンファレンス（医師・看護師・リハスタッフ・医療ソーシャルワーカー・患者・夫）でヘルパーを利用した単独での試験外泊プランを作成</p>	<p>不安を具体的に聞き出したことで訓練が効果的に行え、少しずつできることが増えてきた。夫と一緒に試験外泊時には自宅での生活はできていた。しかし患者の性格上、完璧でないと出来たことにはならないと納得していなかった。そこで患者の自信につながればと考え、独りでの試験外泊を実施し、ヘルパーと一緒に家事を行った。この外泊により自宅退院を決心できていた。しかし便失禁を引き金に「生きている価値がない」「もう死にたい」と訴え、精神状態が不安定となった。</p>

にはムラがあり不定愁訴が顕在化し、顔の全ての筋肉が下の方へさがってしまったかのような表情で「・・・わわたし、いいきない、いないほうがよよか、しんだほうがよよか」と錯語交じりの言葉で一点をじっと見つめ何度も訴えた。訓練に対する意欲も低下し、少し動けば「はあ、はあ、ああのきつか」と訓練を休みがちになった。その後、患者の言動より、日中スタッフの目を盗み独りで病院前の道路に出ていたことがわかった。「くくるまがきたときに、いいこうとした」と自殺を企てていた。このような状況下では訓練継続不可能な状態となった。

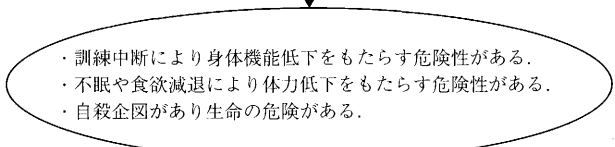
2) 第二期：鬱状態悪化から精神科病院へ転院まで
(16日間)

患者の状況と、そこから抽出した問題点をアセスメントし設定した目標は図3に、援助内容とその結果は表2に示す。

24時間を通して得た患者の様子を事細かに主治医、リハスタッフへ伝え、患者の気が向いた時に訓練を実施できるよう環境調整を行った。患者は徐々に臥床がちとなり無気力状態となっていたが、時折午後になると、体を動かさなければならぬという思いに駆られリハスタッフの訪室を待っていた。この瞬間を見逃さず、リハスタッフへ連絡し訪室するよう依頼した。リハスタッフは患者の精神状態に合わせて、プログラムを変更した。訓練時の患者の様子はその都度看護師に伝えられた。患者の

患者の状況

<ul style="list-style-type: none"> ・ADL：病棟内杖歩行自立。入浴は介助を要するが病室内での整容は自立。 ・訓練に対する意欲は消失し、リハスタッフが訪床しても訓練を拒否し臥床がちになった。 ・全身倦怠感や夜間不眠の訴え、食欲にはムラがあり何事にも無関心、無気力状態となった。 ・自殺の場所を求め病院の屋上へ下見に行っていた。又、無断で院外へ出て車に飛び込むタイミングを探していた。
--



看護上の問題：①訓練中断によりADLの低下・二次的障害を起こす危険性がある。
②不眠・食欲低下により生理的ニードが満たされない。
③鬱状態悪化のため自殺企図があり生命の危険がある。

目標：①ADLレベルが維持でき二次的障害を起こさない。
②生理的ニードが満たされる。
③精神状態の安定が図れ安全が確保される。

図 3. 第二期：鬱状態悪化から精神科病院転院までのアセスメント

表 2. 第二期：鬱状態悪化から精神科病院転院までのアプローチ

	援助内容	結果
看護上の問題①	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・獲得した身体機能を日常の生活の中で繰り返し行うことにより二次的障害の予防に努めた。 ・患者が訓練を実施できる精神状態にあるタイミングを逃さずキャッチしリハスタッフへ連絡。訓練を依頼。 <p>理学・作業療法士、言語聴覚士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体機能の現状維持を目標に機能低下防止のための訓練を実施 ・予定時間には必ず顔を出し、常に気にかけていることを患者に認識して貰った。 	<p>生活の中で繰り返し実施したこと、時折自室内での訓練を実施したことにより、身体機能は低下することなく維持することができた。二次的障害は起こさなかった。</p>
看護上の問題②	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体状態、睡眠状況の観察 ・排便困難に対する援助 <p>医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不眠に対する眠剤の調整 ・各種検査により身体状態の把握・管理 	<p>「きつい、眠れない、身体が動かない」など不調を訴え終日臥床していた。また排便への固執も増強し、浣腸・排便を繰り返した。</p>
看護上の問題③	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間勤務の看護師を増員し、頻回に訪床しそばで見守った。 ・夫に患者との接し方を説明、付き添いの協力を依頼。静かな個室環境を提供し、夫の体調管理にも努めた。 ・病室での言動や様子を他職種へ情報提供。 <p>医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の話を傾聴。精神科病院を紹介。 ・抗鬱剤の調整。 ・夫への病状説明。 	<p>夫は激励から見守りの姿勢へと変化し、全スタッフと夫が「丸」となって、患者の支えになろうと努めたが、患者の「死にたい」という気持ちは変わらず精神科病院への転院となった。</p>

ADLレベルは極端に低下することはなかったが、このような状況下で行われる訓練には自宅退院を目標とした建設的な意味は含まれておらず、鬱状態にある患者にとって一時的な気分転換の作業にしか過ぎなかった。しかし、少なくとも二次的障害の予防はできていた。チームメンバーは日々一刻と変化を見せる患者の精神状態を細かく観察して正確に把握し、その時々にごう対応すべきかを話し合い情報を共有した。全職種スタッフが出揃う日中

の時間帯は、それぞれの役割の中で患者を見守った。そして、最も患者が気持ちを表出する機会が多い時間帯と場所はやはり夜間の病室であった。看護師は、その時間と場所に共有することができるため、同じ内容の訴えを繰り返す患者のそばに居て気持ちに寄り添った。我々には同じ内容に聞こえる患者の言葉だが、失語症の患者が錯誤を交えながらも表現しようとする言葉の真髓や言葉に詰まった時の無の空間から患者の心の内を肌で感じ、多くの情報をキャッチし、翌日の朝のカンファレンスでチームメンバーへ正確に伝えた。

しかし、患者の死にたいという訴えは消えることなく積極的な訓練は期待できなかった。またいつ自殺を企てるか知れない患者の安全確保は、身体機能向上を目指した当院での入院生活において限界とも感じられた。心療内科を受診し内服薬での精神状態コントロールを試みたが、その効果は見られず状況は更に深刻化すると予測された。主治医から精神科受診を勧められ、患者、家族の同意のもと精神科受診の運びとなった。受診当日に医師から即日入院を勧められ転院となった。

3) 第三期：本院再入院から自宅退院まで (40日間)

看護上の問題点をアセスメントし設定した目標は図4に、援助内容とその結果は表3に示す。

約5ヶ月に渡り精神科病院で専門的治療を受けた後、精神状態は安定し専門医から退院の許可が下りた。患者・家族は訓練を再開し、自宅退院したいとの強い希望を持っていたため本院への再入院を希望した。精神科病院での入院生活においてADLレベルは低下することなく維持できていた。その状態で患者を受け入れた我々スタッフは、患者が鬱状態の増悪因子をどこかに秘めているということを常に念頭に置き、その引き金を作らないよう入院生活を支援する必要があると考えた。また、精神科病院転院時とADLレベルが変化していなかったため自宅退院への不安は以前と変わらず抱いていた。合同カンファレンスにより、新しい事へのチャレンジをあえて控え、現状維持の状態から自宅退院を進める方策を決定した。医師は疾患管理、内服薬調整、病状説明を継続し、リハスタッフは毎日のプログラムを実施し、体力維持に努めた。臨床心理士は訪床し話しを聴き心理状態の分析を行った。そして看護師は患者が入院生活を送る上で鬱状態の引き金を作らないよう常に患者の体調と精神状態を把握し、患者のニーズを可能な限り満たせるよう神経を張り巡らせ関わった。患者の傍に居て話を聴き、気持ちを受け止め患者理解に努めた。患者の表情は以前に比べ明るく、自殺を匂わせる言動は聞かれなかったが、この時期にも「べんでない、じぶんでない」と排便に対する固執は変わらず存在していた。ほぼ毎日訴える排便困難に対しその都度便処置を実施し、患者の一番の悩みである部分を援助する事により処置後は「ああ、きもち良かった。ありがたい」と明るい表情を見せた。病棟内では入浴以

患者の状況

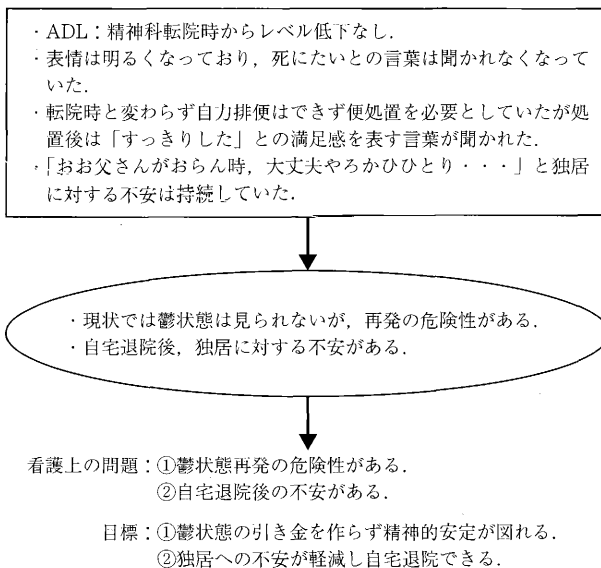


図4. 第三期：本院再入院から自宅退院までのアセスメント

表3. 第三期：本院再入院から自宅退院までのアプローチ

	援助内容	結果
看護上の問題①	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> 排便状況の把握。 患者の希望時に便処置を行い身体的・精神的安定を図った。 患者の言動や行動から鬱状態の兆候がないか細かな観察を行った。 新たな訓練メニューを控え、できることを反復実施することにより自信を導き出した。 <p>臨床心理士</p> <ul style="list-style-type: none"> 訓練の合間に訪床し、患者の心の内を表出できる機会を持った。そこで得た情報は患者の状況をスタッフ全員が把握できるように多職種スタッフへ伝えた。 	<p>自力排便は見られないものの、便処置後には満足感を抱くことができた。訓練は休まず実施し「自分のため、練習せんば」と前向きな発言が聞かれた。</p> <p>鬱状態の引き金を作らず精神的安定を保つことができた。</p>
看護上の問題②	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> 独居を迎えるにあたり患者が不安と感じている部分を抽出し、福祉サービス内容に組み込むよう検討を行った。 <p>理学・作業療法士</p> <ul style="list-style-type: none"> 家事、移動動作における不安部分を現状でできる範囲での反復訓練により少しでも自信が持てるよう導いた。 <p>医療ソーシャルワーカー</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅での生活イメージを抱けるよう、利用可能な福祉サービスの提示、詳しい説明を行った。 	<p>患者が不安と思っていた部分は主に家事全般であった。ゴミステーションまでの歩行、買い物へ行くための道のり、そして排便コントロールであった。これらの不安点は全て福祉サービスでサポートできることの理解を得、納得の上サービス内容を決定後自宅退院となった。</p>

外の動作は自立し、徐々に独り暮らしへの決意が固まりつつあった。同時に各職種スタッフ、夫を交えたカンファレンスを重ね在宅に向けた福祉サービス内容の検討を行った。毎日デイサービスを利用し、夫不在日には家事援助を組み込んだ。便処置は当院外来受診日とデイサービス利用時に実施することとした。このプランを基盤に在宅生活を挑戦することとなった。退院時不安そうな表情は見せていたものの「やってみます」と小さな声だが、しかし確かにはっきりと言葉で表現した。

V. 考 察

回復期リハ病棟においては、スタッフの焦点が身体機能回復に集中するため精神的側面を見落としがちである。江藤は「突然発症し、身体障害のため本意ながら他者

の介護に依存する状態に陥ることで多大な精神的ストレスを生じる。急性期の混乱を経て亜急性期に情動障害を生じ、抑うつ気分になるのは正常な反応でもある⁷⁾と述べている。言葉で気持ちを表現できる患者の内面は他者に伝わり理解されやすい。しかし、本事例のように失語症のため言葉での表現がうまくできない状況に陥った患者や心の内を表出することを不得手とする患者の内面はきめ細やかな観察なくしては見落とされてしまう。看護師は24時間を通して絶え間なく患者の生活に添うことができる職種であるため、細やかな観察により患者の変化に気づくことができる⁸⁾。今回は脳卒中後鬱状態を呈しやすいことを充分念頭に置き、転入時から身体的変化に併せ、精神的变化にも着目し、多職種への情報提供を行った。鬱状態が悪化してからは、患者が心の内を表出し易いよう時間・空間を共有し、わずかな変化を見逃さないよう絶え間のない観察を行った。また、精神的側面に焦点を置きつつ二次的障害の予防に努めた。再入院後には、退院が近づき自宅退院への不安をつのらせる患者に対し、話を聴き不安内容の解決策を共に考えることにより不安の軽減に努めつつ、鬱状態再発の引き金を作らないよう配慮し関わった。看護師が患者の精神的サポートが重要であるとの意識を高く持ち話を傾聴し、更に深い部分まで思いのままを話せるよう傍に居る機会を多く持ち患者の精神的・身体的変化をキャッチし、援助の方向づけの鍵となる情報を見極め、正確に多職種に伝えることは、訓練内容を決定する重要な情報となり得る。チームの中で常に絶え間なく患者の傍に付き添える職種だからこそ発信することができる情報を正確に多職種へ伝えることに病棟生活を預かる看護師の責任があると考えられる。また、在宅に向けた支援は多職種によるチームアプローチが不可欠である⁹⁾とされている。チーム全体が看護師による情報に基づき援助内容の検討を重ね、退院へ導いていくことに看護師の主体性があると考えられる。同時に、それぞれの職種の視点で問題点を抽出し、カンファレン

スの場で意見交換し方向性を決定する。その過程で新たな問題点に気づくこともあり、あるいは問題解決の糸口を発見できることもある。ここに多職種チームで関わる意義が存在し、当病棟のシステムは本事例の患者支援において有効であったと考える。

本稿の要旨は第30回日本看護研究学会学術集会(2004, 埼玉)にて発表した。

<引用文献>

- 1) 野々村典子：リハビリテーション看護とは何か。リハビリテーション専門看護，石鍋圭子他編，医歯薬出版株式会社，東京，2001：3。
- 2) 石鍋圭子：多職種と連携し，援助を調整する。リハビリテーション専門看護，石鍋圭子他編，医歯薬出版株式会社，東京，2001：85。
- 3) 末次智子，村山立司，石橋良，鶴田恵理子，小島直樹：維持期における生活重視チームアプローチ 希望を持って。作業療法，23：185，2004。
- 4) 成富博章：脳卒中後鬱状態。循環器病の進歩，22(1)：13，2001。
- 5) 遠藤憲一，佐々木恵美，高尾哲也，鈴木利人：脳梗塞後に躁うつ病様症状を呈した1事例。精神医学，44(1)：93，2002。
- 6) 江藤文夫：脳卒中後抑うつ状態とリハビリテーション。臨床医，26(11)：41，2000。
- 7) 江藤文夫：前掲書，P44。
- 8) 松尾理佳子，山口多恵，福江まさ江，西山久美子：チームアプローチの中での看護師の影響力。リハビリテーション看護研究8 リハビリテーション看護とセクシュアリティ，泉キヨ子他編，医歯薬出版株式会社，東京，2003：52～59。
- 9) 酒井郁子：リハビリテーション医療におけるインタープロフェッショナルワーク。Quality Nursing，7(9)：18，2001。

Correlation between Nurse and the other medical stuff in
the recovery stage rehabilitation ward of our hospital.

Depressive feeling in the post stroke patient. A case study.

Tae YAMAGUCHI¹, Rikako MATSUO¹, Masae FUKUE¹,
Hideko URATA², Kumiko NISIYAMA¹

1 Nagasaki Kita Hospital

2 Nagasaki University School of Health Sciences