

家族の不安軽減に重点を置き退院支援を行った一事例

松尾理佳子¹・宮田 聖子¹・田上さくら¹・溝口 千鶴¹
福江まさ江¹・浦田 秀子²・西山久美子¹

要 旨 自宅退院を希望している家族に対し、不安軽減を目的に援助を行った。援助方法は、家族に定期的に自宅退院への不安に関する質問紙と患者のADL評価表に記入を依頼し、看護婦も同時期にADL評価を行った。それを基に面接を行い看護計画を立案、実施した。その結果、患者のADLは向上し、家族の負担を少なくするよう退院調整を行ったことで、自宅退院を躊躇していた家族の不安が軽減し退院できた。この関わりから、退院支援における看護の役割は、患者・家族の話を細かに聴くことで回復過程に応じた不安を把握し、早期から自宅退院を意識した援助を行う事であると認識した。

長崎大学医学部保健学科紀要 15(1): 35-38, 2002

Key Words : 家族の不安軽減、退院支援

はじめに

2000年4月の診療報酬改定により「回復期リハビリテーション病棟」が新設された。「回復期リハビリテーション病棟」とは、脳血管疾患または大腿部頸部骨折などの患者に対し、ADL能力向上による寝たきり予防と家庭復帰を目的としたリハビリプログラムを医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、などが共同で作成し、これに基づきリハビリを集中的に行うための病棟である¹⁾。当病棟でも2000年5月に承認を得て活動を開始している。対象患者は一般病棟で急性期治療を終え当病棟へ転入となる。転入時から退院までのシステムは、転入時に医師、看護婦、リハビリスタッフによる合同初診、総合評価を行い今後の方針を決定、ADL及び機能回復訓練を実施、カンファレンスを行い患者の状況報告と今後の方針を決定、自宅退院に向け家屋チェックや調整の実施、試験外泊を繰り返し行い、問題点の抽出、調整を行う、退院となる。このシステムで、患者のADLが向上したにも関わらず家族が自宅では介護できないと拒否した事例を何例か経験した。手島ら²⁾は「退院は必ずしも病気の完治、もとの生活への復帰を意味しなくなった。むしろ、慢性の病気や後遺症を抱えて、療養や介護を中心とした新たな生活に乗り出す出発点である場合が多くなってきている」と述べている。このような状況での自宅退院に患者・家族が不安を抱くのは当然であり、早期よりその不安の把握に努め、援助していくことの必要性を感じた。そこで今回、自宅退院を目指す患者・家族に対し、どのように関われば不安軽減を図れるかを考え、援助を行った。その結果、一度は自宅退院を躊躇した家族が、援助を通し希望にそった形で自宅退院できたので、その過程を報告する。

研究方法

家族の具体的な不安を抽出し看護計画に生かすことを目的とし文献³⁻⁶⁾を参考に自宅退院の不安因子に関する質問紙(以下質問紙)を作成した。内容は、身体介護について10項目(排泄・食事・入浴・更衣・移動・洗面の介助、コミュニケーションの取り方、徘徊時の対応、全般的な介護方法、患者の病気に対しての不安)、療養環境について5項目(介護人の有無、家の構造、介護用品の不足、病院の方が安心できる、緊急時に病院が遠い)、介護者の状況について10項目(家事の負担、外出時の不安、患者との相性、自由時間の減少、長期介護への不安、睡眠時間の減少、介護者自身の健康についての不安、精神的な負担、相談相手がない、他の家族に迷惑をかけられない)、在宅支援サービスについて2項目(専門的に頼れる人がいない、サービスの種類・受け方が解らない)、社会面について2項目(地域の人の協力が得られない、世間体が気になる)、経済面について1項目(経済的に大変)で計30項目である。またチェック欄と備考欄をもうけ、より具体的な不安の把握が出来るようにした。

患者のADL評価に当院開設当時より改編しながら使用しているADL評価表(起居動作・排泄・食事・清潔・更衣・移動を全介助～自立と1～4段階評価、合計68点)を用いた。

質問紙とADL評価を患者の転入時・4週後・それ以降は2週毎に家族に記入してもらい、それらを基に家族と面接した。

看護婦は家族の評価と同時期にADL評価を行い、家族との評価のズレを比較した。

質問紙で把握した家族の不安因子と、看護婦・家族の

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

双方のADL評価のズレを基に看護計画を立案し援助した。

事例紹介

88歳，女性

疾患名：#1 脳梗塞（右側頭葉，前頭葉の境界部），
#2 糖尿病

現病歴：2001年5月29日の夕方，家族が帰宅すると台所でしゃがみ込んでおり便・尿失禁あり，左足に力が入らなかった。5月30日にA内科受診し脳梗塞にて当院へ紹介入院となった。一般病棟で急性期治療を終え，状態が安定したため6月19日に訓練目的で当病棟へ転入となった。

転入時の状況：バイタルサインは安定していたが，左上肢不全麻痺があった。ADLは食事はスプーンで自力摂取が可能だが，集中力に欠け時間を要し，声かけまたは一部介助の状態であった。排泄は尿・便意なくおむつに失禁状態。更衣・清潔については全介助，移動は車椅子であった。痴呆があり，長谷川式簡易評価スケールも30点中8点と理解力も低かった。何に対しても拒否的で，すぐ臥床したがりが意欲が低下していた。その反面，「家に帰りたい」という強い希望もあった。

社会的背景：夫は他界し，次女（58歳）と二人暮らし。近くに6人の子供が住んでいる。次女は仕事のため，日中は家に一人でいることが多かった。次女と子供達が毎日交代で面会にきており，患者を家に連れて帰りたいという気持ちを強く持っていた。

看護の過程

第1期：初回面接から第2回面接まで

患者は訓練に対し拒否的であり，ADLの向上が見られなかった。家族は，初回面接時に不安因子を身体介護について6項目，療養環境について3項目，在宅支援サービスについて1項目，社会面について1項目，経済面について1項目の計12項目あげ，ADLはほぼ全介助と評価していた。面接では「このまま良くなるのでは」「半身不随になって動けないのでは」と，患者の障害に対する不安を強く訴えていた。

看護上の問題：患者については，食事に集中できない，オムツに失禁状態，寝返り・起き上がりができない，意欲低下がみられ訓練に対し消極的である事を問題ととらえた。家族については，患者のうけた障害が回復しないのではないかと不安が強いととらえた。

看護目標：患者に対しては，意欲的に訓練に取り組みADLが向上するとし，家族に対しては，患者は訓練の途中段階であるということが理解できるとした。

看護計画：患者に対して(1)自宅退院という目標を持たせ，そのための訓練であることを意識づけた。(2)スタッフの目が届くよう談話室での食事とし，常に声かけを行った。また，家族の面会時は，声かけしながら見守るよう

説明した。(3)尿意の有無や排尿時間を把握し，ポータブルトイレへの時間毎の排尿誘導を行った。ベッドサイドに介助方法を掲示することで，スタッフへの指導・介助の統一を図った。また，リハビリスタッフへ依頼し，家族へ誘導方法を指導した。(4)患者が移動しやすいようベッド周囲の環境調整を行った。(5)家族にも協力を依頼し，一日10回寝返りの訓練を行った。

家族に対して(6)看護計画を提示し説明を行った。(7)患者の行動を見守る事の重要性を説明した。(8)面会時に話を聴き，不安を取り除くよう努めた。(9)日中の坐位時間が長くなるよう，車椅子での散歩や坐位での会話を行ってもらった。

結果：患者の意欲低下に対し，自宅退院の為の訓練であることを意識づけたことで励みとなり，訓練に対し意欲的となった。食事は端座位で自立し，集中してできるようになった。排泄については「ポータブルトイレへの移動が面倒だからオムツにする」という意識が強かったため，まずは「ポータブルトイレへ移動し排泄する」ことの意識づけから始めていった。その結果，日中については尿意がはっきりしてポータブルトイレで排泄する回数が増え，移動も一部介助となった。寝返り・起き上がりは手すりを使用し自立となり，介助で杖歩行ができるようになった。家族には，看護計画と患者の行動を見守る事の重要性を説明した。その結果，過剰介護せず患者の行動を見守り励ましていた。同時に，面会時に家族の話を聴き不安を取り除くよう努めたところ「完全には治らんかもしれんけど，頑張りよとやっけん応援せんばね」と聞かれるようになった。患者にも「ようなりよとやっけん頑張らんば」と声をかけており，患者が回復過程にあることが理解できたようだった。

転入から1ヶ月がたち，ADLが向上してきたため，今後の方針について2回目の面接を行った。家族から「ずいぶん良くなってきたけれど，今のままでは一人で家においておけない。私も仕事があるからずっと付いとけないし，また誰もいないときに倒れたらと思うと心配です。」「58歳でもうすぐ定年だし，年金生活になるから，介護とかお金がかかると思うと経済的にも心配ですね。」「自分も年をとって行くから，どこまでみれるかなあと。他の家族には迷惑かけられないし自宅ではみれません」との言葉が聞かれ，不安因子も療養環境について3項目，身体介護について8項目，在宅支援サービスについて1項目，介護者の状況について4項目，経済面について1項目，社会面について2項目の計19項目と増加していた。

第2期：第2回面接後から自宅退院まで

家族は転入当初，患者の障害に対する不安があったが，ADL向上に伴い自宅退院が現実になると，仕事との兼ね合い，介護者自身の体力的・経済的問題，介護に関する知識不足など退院後の生活に対する不安が具体化され，自宅退院を拒否していると考えられた。家族へ自宅

退院を前向きに考えて貰うため、患者の更なるADL向上を図りつつ、介護への不安を軽減するような援助を行っていく必要があると考え、以下のように看護計画の修正を行った。

看護上の問題：患者については、排泄・移動が一部介助と介護量が多く、家族の負担となることを問題とし、家族については、自宅退院に対する不安が強く拒否的であることを問題ととらえた。

看護目標：患者に対しては、排泄・移動が自立し、介護量が軽減できる、家族に対しては、介護に対する不安が軽減し自宅退院が出来る事を目標とした。

看護計画：患者に対して(1)日中は歩行訓練を兼ねてトイレ誘導を実施した。(2)夜間はポータブルトイレでの排泄訓練を強化し、誘導時に尿意の確認を行った。

家族に対して(3)試験外泊を実施した。(4)糖尿病教室への参加を促した。また、インシュリン注射の指導を行った。(5)家族・看護婦・リハビリスタッフ・ソーシャルワーカー・ケアマネージャーでカンファレンスを実施し、介護方法や在宅サービスの説明を行った。(6)他の家族の協力を得て、一週間の介護分担を設定した。

結果：患者には歩行の安定性を図るため歩行訓練を兼ねたトイレ誘導を実施したことで、ADLが更に向上し杖歩行が見守り程度となった。家族の負担を考え、日中はトイレに夜間はポータブルトイレへと援助したところ、尿意は確実となり排泄も自立し介護量は減少した。家族には、糖尿病教室への参加を促した結果、糖尿病に対して理解ができた。インシュリン注射の指導を行ったところ、家族より一日3回の注射は負担であり、内服に変えて欲しいとの要望があった。主治医に相談し、血糖コントロールが良かったため内服へ変更した結果、患者は血糖値が良好のままであった。家族も注射がなくなったこ

とで「気が楽になった」との言葉が聞かれ、安心したようだった。平行して医療スタッフとのカンファレンスを設け、介護方法・在宅サービスの説明を行い試験外泊を実施した。また別世帯の家族の協力が得られ、各自の曜日、時間を決めて1週間の介護分担を設定した。その結果、家族は外泊やカンファレンスにより、退院後の生活がイメージでき、積極的に質問や相談をしてくるようになった。またサービス利用や介護分担の設定により、介護者の負担軽減が出来た。以上のことから、自宅退院に関する不安が軽減でき、患者・家族より「退院したら色々計画を立ててるんですよ」と喜んでいる言葉が聞かれ、自宅退院となった。

以上の看護の経過と家族の不安因子・ADL評価の推移を図に示すと(図1)、4週目にADLの向上と共に、不安因子の増加がみられた為、家族の不安を軽減するよう看護計画を修正し援助を行った。その結果、ADLは退院時まで向上し、不安因子については退院調整をすることで更に減少した。

考 察

回復期リハビリテーション病棟における看護の役割の一つに、リハビリテーションスタッフが訓練で向上させた「できるADL」を、実生活の「しているADL」に向上させる事があげられる⁷⁾。患者は自宅退院という目標を意識づけたことで意欲が向上し、訓練に前向きとなり「できるADL」が向上した。その「できるADL」を看護婦が、患者が混乱しないように介助方法の統一を図り、指導しながら介助を行った。その結果、患者は一日何回も繰り返して行われる基本動作について学習し、「しているADL」へと定着、ADLが向上したと考えられる。また、基本動作全てを訓練で向上させた「できるADL」

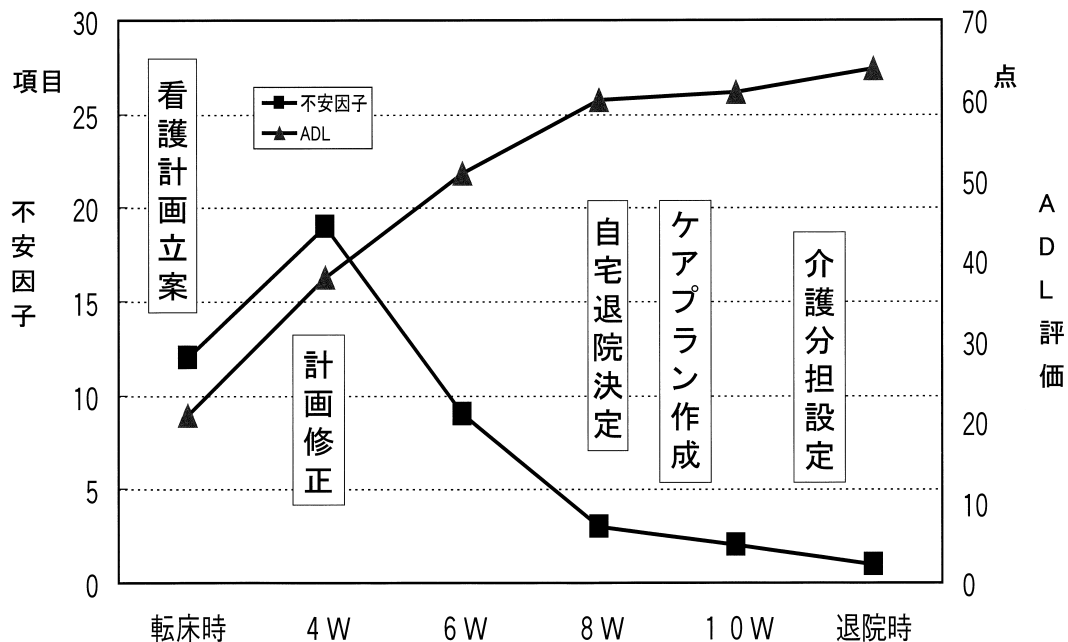


図1. 看護の経過と不安因子及びADL評価

で行うのではなく、24時間、日常生活の介助・指導にあたっては看護婦が、昼は活動・夜は休息という患者の生活リズムを整えることや、一日中介護しなければならない家族の負担を考慮し、夜間のポータブルトイレ排泄を自立させるなど自宅退院を視野においた援助を行った。その結果、患者は生活リズムが整い、家族は介護負担の軽減に繋がったと考える。

家族は患者のADL向上に伴い、自宅退院を現実的な事ととらえ、介護者自身の今後の生活と介護に対する具体的な不安が明確化し、自宅退院に対して躊躇していた。その不安を抽出し、家族の身体的負担や不安の軽減に繋がるよう、カンファレンスによる情報提供や試験外泊の実施、介護分担の設定などを行い、一つ一つ解決していくことで不安軽減につながり、再び自宅退院に対し前向きとなり取り組んで行けたと考える。宮坂は⁸⁾「退院を巡って意見の食い違いをみた時は、まず退院に関する看護婦・患者・家族間の目標設定のズレがないか確認することが必要」と述べている。今回の質問紙を用いて面接を行う方法は、具体的な不安を抽出し援助に繋げるだけでなく、看護婦・家族間で自宅退院に対し、明確な目標を設定すると共にお互いの意思を確認する場でもあったと考える。また、早期より面接を行い、不安を聞くことで家族にも自宅退院に対する意識づけができ、24時間患者をみている看護婦が介護する家族の立場になって相談に乗ることで信頼関係が築け、家族の希望に添った退院援助が出来たと考える。

回復期リハビリテーション病棟は患者に対し医師、看護婦、リハビリテーションスタッフなどチームで関わっている。この事例から退院支援における看護婦の役割は、患者・家族の話を細かく聴くことで回復過程に応じた不安を把握し、早期より自宅退院を意識した援助を行う事であると認識した。今後、事例数を重ね、退院支援について検討していきたい。

参考文献

- 1) 大川弥生：地域リハビリテーションにおけるリハビリテーション・アプローチのポイント 回復期リハビリテーション病棟などの専門施設と一般医療機関の役割，平成11年度寝たきり予防総合戦略に関する研究事業 地域リハビリテーション懇談会報告書，pp7，財団法人 日本公衆衛生協会，2000.
- 2) 新井敦子，石垣靖子，草水美代子，河北博文，高田玲子，田中千枝子，手島陸久，中谷陽明，中村雪江，堀越由紀子，松井道裕，渡辺姿保子：退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム - ，手島陸久編，中央法規，東京，1997，pp4.
- 3) 宮坂順子：退院を可能にする条件・困難にする条件，臨牀看護，19(2)，175-179，1993.
- 4) インターライ日本委員会：MDS-HC方式ケアプラン作成の方法，平成12年度介護支援専門員実務研修

- テキスト，pp35，2000.
- 5) 日本社会福祉士会：ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会方式），平成12年度介護支援専門員実務研修テキスト，46-47，2000.
 - 6) 日本訪問看護振興財団：日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン（JAC-LTC方式），平成12年度介護支援専門員実務研修テキスト，pp112，2000.
 - 7) 大川弥生：前掲，pp8.
 - 8) 宮坂順子：前掲，pp175.