

スライド 1

スライド 2

まず、病院紹介をさせていただきます。稲次整形外科病院は、急性期医療から在宅医療への橋渡し役を地域における役割とし、亜急性期医療・回復期医療を行なっています。住み慣れた地域での生活の継続を支援しよう を基本方針としチーム医療を展開しています。

スライド 3

回復期リハビリテーション病棟とは、特定の疾患に対して、集中的にリハビリテーションを行う病棟であり、ADL の向上 寝たきり防止 在宅復帰を目的としています。疾患により医療保険での入院期間が決まっており、脳血管疾患では 150 日、入院した時から、最長の退院日が決まっているということになります。当院回復期病棟における、脳血管疾患患者の在宅復帰率は、69.1%と全国平均をやや上回り、入院基本料 2 を算定しています。

スライド 4

それでは発表にうつります

在宅復帰を目指す回復期リハビリテーション病棟においても、重度な障害を残したり、地域や家族介護の状況により在宅復帰が困難な症例は少なくありません。

くも膜下出血後脳梗塞を発症し、急性期病院で命をとりとめ、ADL 全介助、全身状態不安定な夫の看病の中で、回復の兆しが見えない現状に妻は混乱し、医療者側に不信感を持つようになりました。

妻が夫の現状を受け入れ、信頼関係を築くための関わりと、退院後自宅での生活が受け入れられるよう支援していく、家族支援のあり方を症例から学び、紹介します

倫理的配慮として、対象には研究の主旨、研究発表の予定や匿名性を文章及び口頭で説明し同意を得ています。

スライド 5

対象者は 60 代前半の患者とその妻

発症から約 2 ヶ月で当院へ転院されました。

非常に痰が多く 30 分に 1 回程度吸引を要し、ADL 全介助、患者自身の意志の表出は困難、再々痙攣発作と嘔吐を繰り返し、積極的なリハビリができない日も有りました患者紹介

対象者は 60 代前半の患者とその妻 夫婦ふたり暮らしで、息子夫婦は東京在住

現病歴 くも膜下出血後脳梗塞発症 V-P シヤント施行し、発症から約 2 ヶ月で当院へ転院  
患者の状態は、気管切開しカニューレ挿入 非常に痰が多く 30 分に 1 回程度吸引を要し、意識レベルは傾眠状態、ADL 全介助、患者自身の意志の表出は困難、経鼻経管栄養から PEG 栄養に切り替えました。再々痙攣発作と嘔吐を繰り返し、誤嚥性肺炎と尿路感染で発熱が続き、度々絶食のため抹消輸液を併用する治療が続き、積極的な脳血管リハ 9 単位を行うことができず、見通しの立たない状況に、スタッフの焦り、妻の不安が募っていったと思われれます。

## スライド 6

### 医療者への不信と今後の不安

24 時間つきそう妻は、患者のちょっとした事が気になり、痰が詰まって窒息しないか心配で、自宅に帰る数時間の間、家政婦をつけたいなど、要望がエスカレートしてきました。経管栄養やオムツの変え方など、職員によって、少しずつ手技や手順が違うことに不信を持ち、特に新人看護師に対し不安を抱くようになりました。

不安や愚痴をこぼす相手がおらず、説明を聞くのも決定をするのも妻一人でした。

入院 2 ヶ月程度は順調にリハビリが進みましたが、痙攣発作や嘔吐を機に、ADL や意識レベルが低下しました。安定しない状態に妻は、苛立ち、納得がいくまで同じことを何でも質問するようになり、妻も体調を崩し、当院外来で点滴治療を行う日も有りました。

家に連れて帰りたいが、本当に帰れるだろうか、息子は無理だと言うし、どうしていいかわからないと、今後の不安もで始めました。

## スライド 7

### 信頼回復と自宅復帰への家族支援

窒息の不安に対して、妻と相談し自室のドアを開け痰によるムセがないか廊下からすぐわかるよう環境調整を行い、日中は一時間ごと、夜間は 30 分ごとの巡視を行い、常に異常が発見できる体制であることを理解していただきました。

個々で工夫された手技に不信をもたれたため、職員の手技が統一できるよう、プライマリナーナースを中心に個別ケアマニュアルを作成しチーム全体で情報共有を図り、信頼の回復に務めました。

一日数時間しか睡眠をとっていない妻に対して、自分の時間をとって欲しいと、献身的につき添いをされる妻に労いの言葉をかけ、ゆっくり時間を費やし傾聴し、全力で支援していることを伝えました。

係わる全ての職種は専門的立場から、患者の状態・予後予測・起こりうるリスクに関して正しく伝えながら、誠意を持って対応し、妻が現状を真剣に受け止める支援を行いました。

不安を持ちながらも自宅退院を目指していた妻に対し、毎日見ているケアを自然な形で介護指導を行いました。自宅は当院後方支援サービスのエリア外であったため、MSW が中心となり、係りつけ医やケアマネの情報提供を行い、何件か面談に同席し、退院 1 ヶ月前に、10 数名の専門職と妻によるサービス担当者会議が行われ、退院当日の移動のシミュレーションまで行うことができました。

## スライド 8

今回のケースを、コーンの障害受容モデルに置き換えてみると、ショック期は暖かいおもいやりのある態度で見守ることが重要であり、回復への期待では、現実を受け止められない患者心理を理解し、軽率な励ましはせず正しい情報を提供して情緒的なサポートを行いました。悲嘆の段階では、十分嘆き悲しむことができるよう感情表出を促しサポートを行

い、防衛の段階では、ささやかな成功に対してでも賞賛し、適応では、将来の見通し、退院後のサービスなど情報提供を積極的に行う支援を行いました。

#### スライド 9

回復期リハビリテーション病棟では、入院初期から段階的に、患者家族へ関わる中で、精神的なサポートが非常に重要となります。第一段階では患者家族のバックグラウンドの情報収集 第二段階では、個別性のある退院支援 第三段階では具体的な退院調整の時期となります。それぞれの専門職が専門的に関わる中で、看護師は全ての段階において、主体的もしくは調整的役割を担っています。今回のケースでは通常の退院調整に比べ、赤字の部分に重点を置き関わりました。

#### スライド 10

入院初期から段階的に患者家族へ関わる中で、精神的なサポートが非常に重要となります。第一段階では患者家族のバックグラウンドの情報収集 第二段階では、個別性のある退院支援 第三段階では具体的な退院調整の時期となります。それぞれの専門職が専門的に関わる中で、看護師は全ての段階において、主体的もしくは調整的役割を担い、今回のケースでは通常の退院調整に比べ、赤字の部分に重点を置き関わりました。

#### スライド 11

結果

ADL や意識レベルは入院時とさほど変わらない状態でしたが、自宅で過ごすために必要な手技は妻が全て習得し、148 日目に自宅へ退院されました。

妻は入院中何度も涙を流し、職員も共有しました。疲労や苦悩は残りましたが、精神状態は落ち着き、信頼できる後方支援サービスに巡り会うことができました。

そして、現在も生きがいを持って自分を信じて介護を続けています

#### スライド 12

退院当初計画されたサービスです。毎日訪問看護を予定していました

#### スライド 13

現在では、妻も生活や介護になれ、訪問看護の回数は半分以下となりました。

#### スライド 14

当時妻の精神面の状態を考慮し、聞くことができなかった事を、半年後にインタビューしました。

とにかく主人をどうにかしてあげたいという、思いだけで頑張れた

一番辛かったのは、頼れる家族が近くに居なかったこと

主人の病気のことはずっと観てきてわかっているつもり。でも何かが起こったらその時にどうにかするしかない。もしかしたら最悪の自体（死）については考えたことがなく未だに覚悟は出ていない。奇跡が起こらないかと毎日考えている。

自分も支援していただき本当に嬉しかった

ずっと付き添い見ている中で、慣れないスタッフの言動は不安であった

今でも、毎晩 90 分置きに目覚ましを掛け、起きて吸引をしている。ショートステイもあずけたことがなく私自信は熟睡はしたことがないが、それでも主人と一緒に過ごせることができ本当に嬉しいと、笑顔で語っていただきました。

#### スライド 15

今回 患者本人は意志の疎通が困難であり、つきそう妻に対して主に退院支援を行ないました。障害受容をすることが必要であるという前提で関わってしまうと、対象を安寧な状態に向かわせるための具体的援助が難しくなり、むしろ、受容できない対象が、日常生活の中で「その時」少しでも、安寧な時間を過ごせるよう関わる大切であると考えます

患者家族が、退院後、どこでどのように生きていくのかは、入院した日から退院支援が始まり、日々の苦悩の中で、患者家族の本音を聞き出し、寄り添う事が、家族支援のあり方であると考えます。