

下肢切断を勧められた患者の手術受容への援助  
－術前から地域保健福祉スタッフと連携して－

1 病棟 7 階西

○岡村美穂・川村和美・黒田由利子

1) はじめに

左下腿難治性潰瘍から扁平上皮癌を発症したため、大腿切断術の適応となった患者で、「切断する位なら死んだ方がまし」と切断の受容ができない事例があった。この事例の問題を Aguilara と Messick の危機モデルを用いて分析した結果、「住環境・経済的問題」「家族の支援が無い」等の不安があることが判った。この事例の持つ問題に対し病院スタッフのみでの対応には限界があったため、家族のみでなく、当科では初めての試みとして、術前から地域保健福祉スタッフへも参加を依頼し、協力を得ることができた。サポートシステムの確立により患者は手術の受容がされた。この事例から、手術前から術後・退院後の患者の日常生活を想定し、患者の必要性に応じて、早期から地域保健福祉スタッフと連携をとり継続した支援体制を整える事の重要性を認識したので、ここに報告する。

2) 事例紹介

○M氏・63歳・男性

- ・病名：左下腿扁平上皮癌
- ・疾患の経過：5歳時の交通外傷後、左下腿難治性潰瘍の治癒・再燃を繰り返し、平成8年11月頃より潰瘍が悪化したため近医に入院。入院までは独歩可能で、日常生活も自立していたが、潰瘍の悪化と共に左下腿痛が増強したため1本杖での生活となった。平成9年1月の組織検査にて扁平上皮癌への移行が確認され、左下腿切断術目的で平成9年1月9日当科に転院となった。左鼠径リンパ節転移の疑いはあるが、他所への転移はなし。
- ・家族背景：独身で一人暮らし。姉妹は隣市に在住も疎遠。
- ・住環境：住居は2階建ての借家。主な生活空間は1階。家事は殆どしない。仕事は養鶏場で選卵をしている。職場には自家用車で通勤している。
- ・経済的背景：低所得者だが医療保護の適応は受けていない。交通外傷後の左下肢変形で身体障害者3級の認定を受けている。
- ・性格傾向：内向的。人生の問題に対し逃避的な面あり。

3) 看護介入の実際

(1) M氏の問題抽出と看護診断

M氏の状況を Aguilara と Messick の危機モデルを用いて分析した(図1参照)。バランス保持要因の欠損部分として、

- ①「事件のゆがんだ知覚」で「癌告知されていないため切断術の必要性・緊急性が理解され

ていない。」

②「社会的支援の欠如」で「支援してくれる家族の欠如。住環境の不備・経済的基盤が弱い。」

③「対処機制の不能」で「切断は未知の経験であり過去の対処機制が働かない。」

の3点が認識された。以上のことからM氏に対する看護診断として「#1意思決定上の葛藤」が挙げられ、小項目として

#1-a：切断術の必要性・緊急性が理解できず、切断術が受容できない。

#1-b：切断の事実を受け入れる際生じる精神的葛藤を支援してくれる家族の欠如。

#1-c：不備な住環境・脆弱な経済的基盤に伴う退院後の日常生活への不安。

を導き出した。

#### (2)各診断に対する看護の実践及び結果

#1-aに対しては医師側が「告知しない」姿勢であったため、不安を傾聴する程度の介入に終わった。

#1-bに対しては医療者側よりM氏の姉妹に連絡を取り、カンファレンスの場に同席してもらった。「切断に於ける家族支援の重要性」を説明した結果、M氏の姉より術前後の支援が約束された。

#1-cに対して、「不備な住環境・切断による失職の恐れに起因した経済的不安」という問題は病院スタッフのみでは対処に限界があると判断した。そのため当科としては初めての試みとして地域保健福祉スタッフに協力を依頼し、老人福祉ケースワーカーと地域担当保健婦と3回に渡る合同カンファレンスを持った。カンファレンスでは地域保健福祉スタッフ側より「ホームヘルパーの派遣」、住環境の整備として「ベッドやワゴンの貸出、平屋の市営住宅斡旋」等、また大腿切断術を受けることで身体障害者等級の変更がされる可能性があり、それに伴う経済的支援として「生活・医療保護適応の拡大」等について具体的な提示がなされた。

これらの看護介入の結果、患者本人も参加しての合同カンファレンスで、M氏より「姉がきてくれるなら手術も心強い。それに、足を切ってもなんとかやって行けそうな気がしてきた」との発言があり、切断術の受容がされた。

#### 4) 考察

#1-aに関しては消極的介入に終わったが、「告知しない」事は医師の治療計画上の配慮でもあったため、チーム医療としての看護介入としては限界ではないかと考える。

#1-b・cに関しては、術前後に姉の支援が約束されたことで「切断」に伴う精神的な苦痛や術後の安静指示に伴うセルフケア充足への心配を軽減できたと考える。また、地域保健福祉スタッフと共に退院後の生活状況を想定し、具体的にM氏に回答したことにより、M氏の不安も「切断したらどうなるのか全くわからない。想像できない。」という混沌とした段階から、「義足でどれ位動けるかはやってみないと判らないが、ヘルパーに来てもらえば家事はなんとかなりそうだ。」と、「不安はあるが少しメドが付いた」段階へと上ったと考える。さらに、それぞれの専門職員がM氏の質問に対しカンファレンスで直接回答をし、説明を行ったことで、適切な知識・提案を患者に提供することができたことも、M氏の不安の軽減につながったのではないかと考えられる。

これらのことからM氏の問題に対し、術前の早期から病院スタッフのみでなく、家族・地域保健福祉スタッフと連携を取り、総合的なサポートシステムを形成したことは非常に有効であったと考えられる。

#### 5) まとめ

- ①切断術を受容できない患者の問題をAguilara とMessickの危機モデルを用いて分析した
- ②看護診断を「#1意思決定上の葛藤」とし、小項目として
  - ・#1-a : 切断術の必要性・緊急性が理解できず切断術の受容ができない
  - ・#1-b : 家族支援の欠如
  - ・#1-c : 不備な住環境・脆弱な経済的基盤による退院後日常生活への不安の3点を挙げた。
- ③それぞれの診断に基づいて、#1-aに対しては不安の傾聴、#1-bに対しては姉の支援を依頼、#1-cに対しては地域保健福祉スタッフの協力を要請、といった看護介入を展開した。家族・地域保健福祉スタッフの協力を得ることができ、患者は切断術の受容が成された。
- ④以上のことから、治療の早期より医療・地域保健福祉行政・家族が連携して患者支援を行った事は有効であったと認識された。

#### 参考文献

- 1) Aguilara, D. C., Messick, D. M. 小松源助・荒川義子訳：危機療法の理論と実際，川島書店，1986.
- 2) 佐藤禮子：Aguilara とMessickの問題解決モデルによる分析，看護研究，21(5)，51～61，1988.
- 3) 小島操子：危機理論発展の背景と危機モデル，看護研究，21(5)，2～9，1988.

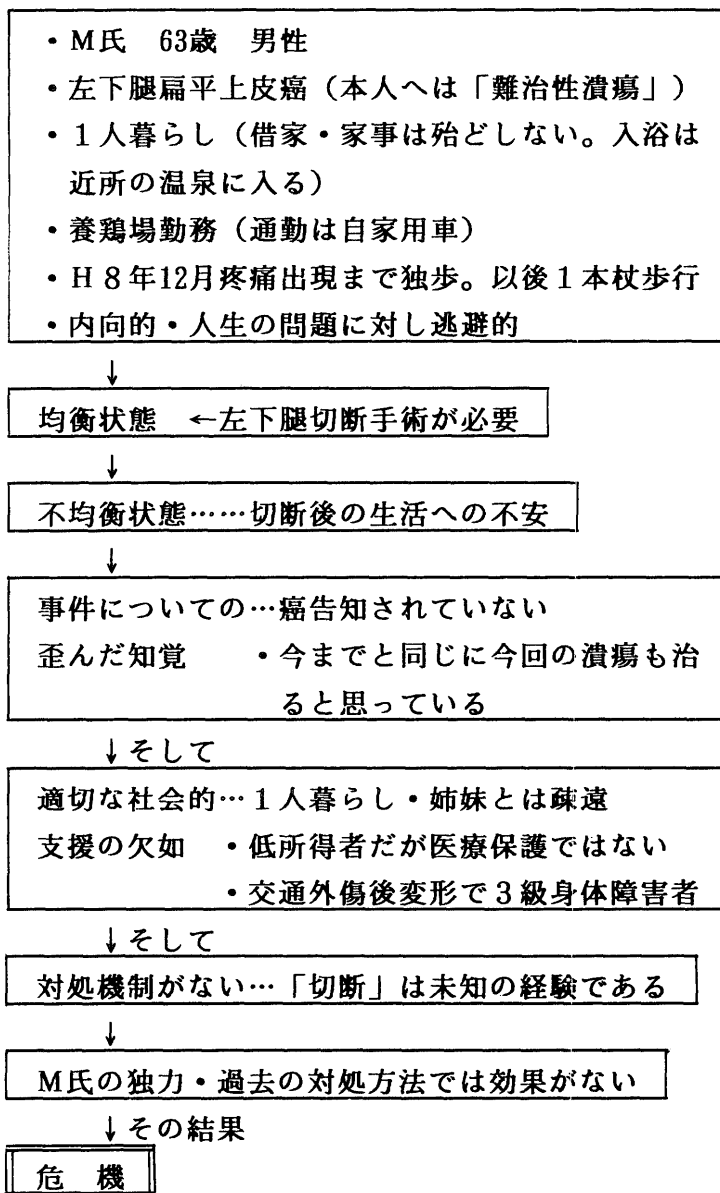


図1 M氏が危機に陥った過程