

I はじめに

近年、人口の高齢化とともに、人々の健康へのニーズは多様化してきている。そのため医療職に携わる者は、健康の自己管理ができない人々に対して、適切な社会資源が選択できるようにマネジメントすることが要求される。

今回、怠薬によるてんかん重積発作で入院した患者を受け持った。我々は服薬の援助過程で、母親だけに服薬援助を任せるのではなく、社会資源を上手に活用することで、服薬が確実にできれば重積発作はおさまるのではないかと考えた。そのため、デイケアとショートステイの利用を試みた。その結果確実に服薬ができるようになり、現在までてんかん重積発作を引き起こすことなく自宅での生活を送っている。

今回、この事例を振り返ることで、在宅を可能にするためのケアマネジメントの役割を明らかにしたので報告する。

II 事例紹介

1.患者紹介

患者 : H氏 22歳 男性

診断名 : レンノックス・ガストー症候群 (てんかん、知的障害DQ25~26)

入院期間 : 平成9年8月6日~平成9年9月12日

家族構成 : 父 50才 (会社員)

母 48才 (専業主婦)

妹 19才 (学生)

2.現病歴

5才時レンノックス・ガストー症候群と診断され、抗てんかん薬が処方された。しかし当時より服薬状況は不規則であった。そのため発作はしばしば重積状態となり、その都度緊急入院していた。今回てんかん発作のため某病院で処置を受けたが発作後2日間全く服薬しなかったため、3日目に再び重積発作で緊急受診した。その時の発作による転倒のため、右側頭葉の硬膜下血腫が認められ、薬剤の調整目的で当科入院となる。

III 看護の実際

入院から退院までの服薬援助の時期を下記の3段階に分けた。

(1)第1段階

服薬状況を把握するため、看護者管理で服薬援助をした時期 (入院当日~入院後14日

目)

(2)第2段階

母親への服薬指導を積極的に行った時期（入院後15日目～24日目）

(3)第3段階

服薬管理のサポートシステム構築のためケアマネジメントをした時期（入院後25日目～37日目）

(1)第1段階

入院時、抗けいれん剤は、経静脈的投与が行われた。しかし、興奮状態が次第に落ち着いてきたため、入院4日目、経口でデパケン200mg 3錠が開始となった。看護師は、デパケンを1錠ずつ「ごっくんして」と声掛けをしながら口の中に入れると、患者は上手に服用した。5日目、前日と同じ方法で実施したが患者はなかなか嚥下しないため、何度も繰り返し声掛けをして、やっと服用した。母親に話したところ、家では嚥下しないときには牛乳と一緒に飲ませていたという情報を得た。以後、服薬時には牛乳を用意するようにした。8日目、今度は牛乳だけ飲んで、薬は口の中に残っているという状況であった。そのため錠剤では嚥下しにくいのではないかと考え、水薬や散剤の変更も検討した。しかし、担当医より患者は流涎が多いため、水薬や散剤では正確な量が服用できないということから、時間を要しても錠剤を確実に服用する方法しかないということが看護師間で確認された。それ以降服薬援助に時間をかけて関わり確実に服用できるようになった。

(2)第2段階

15日目、母親への服薬指導を開始した。まず母親面会時には担当看護師と定期的に面接を持ち、服薬援助の動機づけとして、母親に対し患者は確実に服薬することで入院後てんかん発作がおこっていないことを繰り返し説明していった。又服薬援助をするときには①声掛けをして1錠ずつ嚥下を促す。②上手に服用できたときは必ずほめてあげる。③遊びながら食事をするので薬は食事前に服用を促すように指導した。そして看護師が見守る中で、母親に実際に服薬援助をしてもらった。しかし母親だけの場合には、時として患者はプイと顔を横に向け開口せず拒薬することがあった。そのような場合、看護師が患者の好きな野球の話をしながらか服用を促し、一緒に絵を描いたり、ボール投げをして遊んだりしながら服用するという状態が1週間も続いた。しかし、やっと口の中に薬を入れても流涎とともに薬を吐き出したり、無理に服用を促すと、看護師の指にかみついたり引っかいたりするようになった。それでも時間をかけるとどうにか服用した。

そんなある日、母親が患者に「どうして飲まんのかね」と大きな声で叱りつけた。そして「看護婦さんは一寸この子に関わった位で、何やかんや言わんで欲しい。私はずーとこの子を看てきたんですから…この子に薬を飲ますことで私じゃ何も出来ん1日つぶれるんやから」と看護師へ怒りをぶつけてきた。この場面で看護師は母親の服薬援助のストレスの大きさに初めて気付いた。そのため母親への精神的サポートについて担当医と一緒に面談を重ねた。その結果母親だけに服薬管理を任せるには限界があると考えた。そこで医療

者間で服薬管理についてカンファレンスをもち、服薬を確実にするためのサポートシステムの構築について検討した。

(3)第3段階

月曜日～日曜日まで母親以外の者が服薬援助をするにはどんな方法があるか検討した。その結果月曜日～金曜日は通園していた施設で、土曜日、日曜日はショートステイを利用し職員による服薬管理をするということで、担当医、担当看護師、両親との面談をもった。そして精神薄弱者授産施設として、通所施設とショートステイの出来る施設4カ所を家族に提示した。その結果父親は提案を受け入れたが、母親は「この子が可愛そう嫌がるから」とすぐには提案を受け入れなかった。しかし大発作を未然に防ぐためと、過去数10回あった欠伸発作も入院後ほとんど見られなくなった現実を伝え、面会毎に担当医と一緒に服薬の必要性を説明していった。その結果、1週間目には母親も施設利用を受け入れた。そこで通園していた施設と連絡を取ったところ、服薬援助の協力は得られた。又ショートステイは家族の希望する施設を選択した。そしてショートステイの職員には事情を説明し来院を依頼し、両親、施設職員2名、担当医、担当看護師とで服薬が確実に出来るための情報交換の面談をもった。そして、通園施設においては、朝夕の服薬は登園直後と帰宅前に服用することとし、金曜日の夕方～月曜日はショートステイの職員による服薬管理することになった。その結果、患者は入院37日目に退院していった。現在まで患者はてんかん重積発作を起こすことなく元気な毎日を送っている。

IV 考察

この事例の場合、怠薬が原因でてんかん発作がおこるという事ははっきりしていたため、入院当初から、在宅での服薬援助方法を考慮して患者と関わった。

マネジメントをする場合①詳細なアセスメント②ケアプランの作成③社会資源の利用④モニタリング⑤結果評価の過程で看護師はその機能を果たすことが必要となる。

まず、入院当初患者の服薬の現状を把握することを目標に、薬は全て看護師管理とし、看護師が全面的に服薬援助を行った。服薬コンプライアンスは服薬回数、量、用法などに影響されるということから、水薬や散剤などについても検討した。しかし流涎がひどい患者には、水薬や散剤では必要量が確実に服用できているかわからないということで、錠剤を確実に服用することを医療者間で意志統一した結果、服薬援助に時間をかけて対応することが出来たと考える。このようにチーム間で患者に関わる場合、患者のニーズを医療者間で明確にすることが重要であると考ええる。

次に患者はDQ26であることから、服薬時我々は何回も繰り返し忍耐強く「ごっくんして」という声掛けをしたことで、時間は要したが服薬は確実に出来るようになった。このように発達遅滞のある患者と関わる場合、その患者の発達段階に沿った援助方法を考慮し援助することが重要と考える。

母親の指導過程においては、看護師は母親が患者を叱りつけて怒りを看護師にぶつけた時に初めて母親の気持ちに気付いた。在宅支援をする場合、家族の介護力のバランスと家族関係をみていくことが重要であると言われてるようにこの事例においても在宅での服

薬援助について、母親と面談を重ねるなかで介護力の限界と、母子関係の観点から母親のみに服薬援助を求めるのには限界があると看護者は判断した。そのため医療者間で患者が確実に服薬できる方法として社会資源の活用を計画した。しかし、最初母親は社会資源の利用に反対であったが、面談を重ねることで理解が得られた。これはてんかん発作を起こさないという看護の目標と家族の希望とが一致した結果、家族の理解が得られたと考える。このように社会資源を利用する場合医療者と利用者の目標の共有化が重要と考える。

又今回、医療者側が複数の施設を家族に提示し家族が希望する施設を選択することが出来た。このように患者やその家族が様々なケアが利用できるように看護者は常に調整する能力や知識を養うことが重要と考える。そして今回服薬を確実にするという目的で施設職員を交えて面談をしたことは、情報の共有化とともに詳細で密な服薬援助の連携ができ有用であったと考える。このように在宅を希望する患者に対して、看護者はこれからは積極的に地域とのネットワーク作りをしていくことが重要と考える。

V まとめ

看護者に求められる在宅へのケアマネジメントの役割として

1. 在宅を希望する場合、看護者は十分な情報を得た上でアセスメントする。
2. 看護者は家族の介護力、家族関係を考慮し、介護者を精神的にサポートする。
3. 家族が社会資源を受け入れるためには、医療者側の目標と家族の希望の共有化が必要である
4. 社会資源を選択する場合、看護者は利用者の目的に沿った施設が提示できるように社会資源についての知識を持ったうえで調整する能力を養うことが大切である。
5. 在宅支援をする場合、地域で支えるためのネットワーク作りが必要であり、入院中から情報の共有化が重要である。

【参考文献】

- 1) 高崎絹子他：看護職が行う在宅ケアマネジメント、日本看護協会出版会 1997
- 2) 竹内孝仁：ケアマネジメント、医歯薬出版 1997
- 3) 渡部純子：看護職が行うケアマネジメント、臨床看護、Vol 24 No 1 1998
- 4) 堀越由紀子：社会資源の活用はニーズのアセスメントから、看護学雑誌、Vol 61 No 3 1997
- 5) 前川喜平：精神発達遅滞、小児看護、Vol 11 No 10 1988
- 6) 藤井潤：コンプライアンス、臨床と研究 64 1987
- 7) 和田攻他：日常診療における患者指導ガイド Medical Practice 11 (臨時増刊) 文光堂、1994
- 8) 中村陽子：ケアコーディネーターとしての看護婦の役割についての研究、地域看護 28回、1997