

独居・認知症・身体合併症の患者に対する退院支援を目指した看護介入の一考察

キーワード： 認知症・身体合併症・退院支援

2 病棟 2・3 階

加藤千恵 柿田勝幸 吉松宏剛 元永智子 佐藤優子 大谷麻紀子 板垣智恵子

I. はじめに

超高齢化社会に伴い、認知症や独居の高齢者が増加している。また精神科病院に入院している認知症患者のうち 24.9%が入院を必要とする身体疾患を有し、その重症度により精神科病院や一般病床での対応が困難な場合がある。

B 総合病院精神科は、身体合併症を有する患者の入院が多い。その為、退院支援を行う際には、精神、身体の内両側面の状態や必要となる援助の内容を評価し、退院先の決定を行っていく必要がある。しかし、精神科を持たない一般病院では精神科疾患を有する患者のケアが難しく、単科の精神科病院では病院の機能が異なり、身体管理が難しい場合がある。その為、受け入れる施設が限られ、看護師として退院支援に関わる上で、困難さを感じることもある。

今回、独居、認知症、身体疾患を有し、易怒性や興奮があり、治療や看護師の介入に拒否を示す患者を受け持った。看護師は日々のカンファレンスを通して情報を共有し、患者の特性を理解した上で、患者－看護師関係を構築しながら、必要なニーズに対し援助を提供していった。その結果、患者は落ち着いてケアを受け入れるようになり、認知症、身体合併症を抱えながらも、転院に繋げることができた。

そこで、今後の看護に役立てるために、患者の入院から転院迄の過程を、ペプロウの患者－看護師関係論を用いて振り返り、患者の退院支援を目指した看護の関わりについて検討したので報告する。

II. 研究方法

1. 事例紹介

患者：A 氏 70 代 男性

疾患名：アルツハイマー型認知症、前立腺癌、前立腺癌浸潤による直腸癌

入院までの経過：A 氏は自宅付近で倒れているところを発見され、一旦他院に救急搬送され、精査の結果、肛門周囲より骨盤に達する直腸癌が発見された。しかし、入院中に帰宅願望が強く、無断離院や見当識障害のため入院継続が困難となり、ストーマ形成目的で B 総合病院精神科に転院となった。ストーマ造設術、前立腺癌に対しては姑息的治療がされ、胃瘻も増設された。入院時長谷川式簡易知能評価スケールは測定不能であった。

家族構成：独居であり、甥、義理の姉は遠方に暮らしていた。

2. 入院期間：X 年 Y 月中旬から 3 ヶ月間

3. 研究期間：平成 24 年 4 月～6 月

4. 調査・分析方法：A 氏の入院から転院迄の診療録・看護記録から情報を抽出しペプロウの患者－看護師関係論に基づき 4 期のうち方向付けの段階と同一化の段階の 2 期に分類し分析した。

5. 倫理的配慮：症例報告の実施に際し、守秘義務を患者の家族に口頭で説明し発表の同意を得た。また、山口大学医学部附属病院医薬品等治験・臨床研究等審査委員会に申請し承認を得た。

Ⅲ. 結果・考察

1. 方向付けの段階（入院から1か月まで）

A氏は入院3日目まではせん妄であり、せん妄が消失した後も認知症状から治療内容を十分理解したうえで自己決定できず、易怒性や興奮もあり、安全に治療を受けることが困難であった。病識がなく、治療や看護師の介入に対して、手を振り払い、大声を出して抵抗していた。病棟内を歩行していると家に帰ろうと病棟外へ出ようとしたり、他の部屋に入ろうとし、部屋に戻ることも困難であったため、医師を含めた複数名で誘導しなければならない状態であった。ストーマについても、「これは穴が開いとるんか」と言い、理解していなかった。食事を勧めても首を横に振ったり口元を手で覆ったりして拒んでいた。また、A氏は独居で、唯一の血縁者である甥やキーパーソンである義理の姉も疎遠であったため、A氏の思いを代弁する家族がいなかった。そのため、看護師はA氏の性格や価値観、安心できる環境、治療への思いなどの把握が困難で、日々の介入に苦慮した。

そこで看護師は、入院当初から日々カンファレンスを行い、A氏の病状や言動に関する情報を共有し、対応方法を話し合った。まずは、ペインクリニックを受診し疼痛コントロールを行うなど、身体的な苦痛の緩和に努めた。その上で、大声を出し混乱している時には、A氏の訴えを否定したり説得したりするのではなく、あるがままに受け入れるようにした。落ち着かない時には安心できる声かけをし、話し相手になり気分転換を図った。また、散歩中に帰宅要求があれば、無理に部屋に戻らず、「家に帰りたいですよね」、「少し散歩につきあってくれませんか」などA氏のペースに合わせ、A氏の帰りたいたいという思いを受け止めながら関わった。その結果、A氏は変わりなく帰宅願望を訴え、ケアを拒否することはあったが、説明すれば応じるようになってきた。

認知症の患者は、急激な環境の変化により、不穏、徘徊、帰宅願望などが生じやすい。また、認知機能の低下から自分の疾患について正しく理解し、必要な医療や看護を自発的に受け入れていくことが困難で、焦燥、徘徊、暴言、暴力などの周辺症状は、不安や混乱が背景となり増強すると言われている。

入院当初、A氏も環境の変化、入院当初から余儀なく行われる処置、癌性疼痛や創部痛による身体的な苦痛、治療に伴う苦痛から不安やストレスが増強し、興奮・拒否等に繋がっていたと考えられる。また看護師も、A氏の人柄がわからず、身体的・精神的にも多くの問題を抱えていたため、対応困難なA氏の言動に戸惑い、ニードを把握しづらく、介入の糸口が見いだせない状態であった。

互いに「未知の人」としての出会いの段階において、看護師はA氏の言動を問題行動ではなく、認知症の特性として共通認識した上で訴えを受容し、安心できる声かけやペースに合わせた対応をしている。

看護師が母親役割を担い、非指示的な態度で患者を受容する関わりを通じて、A氏も徐々に安全保障感を抱くことができ、自由な感情表出が可能となったと考える。

このような看護師の関わりを通じて、看護師を「未知の人」から「無条件に受け入れて

くれる対象」と認識し、ケアを受け入れるようになったと考えられる。よって、方向付けの段階に至っていたといえる。

2. 同一化の段階（入院1か月から退院まで）

入院1ヶ月頃になると、A氏は入院当初のように興奮することは減少してきたが、状況を理解するまでには至っていなかった。そのため、一つ一つの介入に時間を要したり、拒否することも依然多く、看護師は介入方法を模索している状態であった。

そのような状況のなかで、看護師は日々のカンファレンスを継続し、A氏の行動パターンや受け入れやすい援助方法があれば共有した。その結果、A氏も病棟内を散歩してから浴室に誘導すると拒否が少なくなったり、ストーマが見えないように衣服を工夫すると安全に処置が受けられるようになった。

また看護師はA氏の様々な訴えの中から、入院時から繰り返される「帰りたい」、「歩きたい」という訴えに着目した。看護師はこの訴えを、認知症状として捉えず受容し、A氏には、自宅に帰るためと説明し、歩行練習を行ったり、一緒に過ごす時間を設け、A氏が思いを自由に表現できるように関わった。このような関わりを継続していくことで、A氏も単に看護師の介入を受け入れるだけでなく、自ら「歩けるようになりたい」、「今から散歩に行こう」という思いを穏やかに述べるようになった。

看護師は、無条件の母親役割を担いながら、患者が受け入れやすい介入方法を検討し、安全に治療や生活面の援助が提供できるようリーダーシップも図っている。更に、攻撃性や予測困難な言動の中にある「帰りたい」や「歩きたい」という訴えを切実なニーズと捉え、そのニーズに沿った援助を行っている。つまり、様々な局面において患者のニーズを理解し援助を提供できるように、専門的な看護師役割を担っているといえる。

このような関わりを通じて、A氏も看護師に対し「ニーズに応じてくれそうな人」として反応し、ニーズを表出するようになったと考えられる。よって「同一化」の段階に至っていたといえる。

今回、患者－看護師関係を発展させることで、独居で認知症・身体合併症を有する為に介入に困難さを抱えたA氏に、必要な治療や看護を提供し、転院につなげることができた。

IV. 結論

独居・認知症・身体合併症を有する患者の退院支援を目指した看護介入で重要なことは次の3つである。

1. 「未知の人」として出会った時期から認知症の特性を理解し、思いを無条件に受け入れていく。
2. 攻撃性や予測困難な言動の中にある患者の切実なニーズを理解する。
3. 看護師は患者－看護師関係の段階に応じて役割を担い援助する。

参考文献

- ・六角僚子著：認知症ケアの考え方と技術，株式会社医学書院，2005
- ・小田正枝：事例でわかる看護理論を看護過程に生かす本，株式会社照林社，2011
- ・竹尾恵子：超入門事例で学ぶ看護理論，株式会社学研メディカル秀潤社，2012