

山形民医連活用実践～法人看護部研修・カンファレンスでの活用～

		背景・情報	問題	看護計画・実施内容	評価	
患者の見方・とらえ方（認識の評価）	患者観 いのちの平等と個人の尊厳	① 妻・長男・次男との3人暮らし。教師として勤務していたが、うつ病で休職を繰り返し57歳で退職し、その後アルコール依存症となった。退職後は無為な生活が続いたが、約1年後に登下校見守りボランティアを開始。同時期より動作緩慢が出現し、アルコール依存症として通院していたが、転倒や発熱、振戦を繰り返し、敗血症ショックで入院。入院中に胆管炎を発生し寝たきりとなった。自宅退院への希望が強く、今後の支援体制について検討が必要となった。	3人暮らしだが、息子の介護協力は望めない（不規則勤務のため）。	主介護者である妻の介護負担軽減のため、筋力向上を目指し歩行導入開始。病棟内歩行訓練、立ち上がり訓練、トイレ動作の強化。夜間熟睡してしまうと尿失禁あり夜間のポータブルトイレの誘導を開始。	進行方向の歩行は自立まで向上したが、椅子動作や曲がり角では転倒リスクが高く自立には至らなかった。日中はポータブルトイレを自立使用できたものの、夜間は困難で、夜用パンツの着用が睡眠確保と家族の負担軽減につながった。	
	人間観 変革し発達する存在	① 「自分は何でもなってしまうのだろう…」等の悲観的言動。 ② 精神的に不安定な面もあり、妻、息子とオンライン面会を実施。	うつ病の既往があり、悲観的言動聞かれる。ウェルニッケ脳症、アルコール依存症の影響で短期記憶力低下あり。 本人、家族共に今後の生活に不安がある。	記憶力低下があるため、パンフレットを作成して退院目標や生活内容をいつでも確認できるようにベッドサイドに掲示した。全スタッフが同じ対応をとれるよう情報を共有し、統一した支援体制を整えた。 自宅退院に向けてリハビリスタッフ、病棟、行政、作業所スタッフとカンファレンスを実施し、情報共有を行った。	本人はパンフレットで何度説明しても理解が難しく、納得が得られなかったため、家族にも繰り返し説明を行った。自宅では料理酒を置かず、息子たちも家で飲酒しないよう配慮したことで、本人も落ち着いて過ごせる環境が整った。 退院後の生活について、妻の不安が強く、担当者によるカンファレンスを繰り返した。担当介護職員による退院の注意点のパンフレットを作成し話をすることで妻の不安軽減につながった。	
	疾病観 生活と労働の視点	③ うつ病、アルコール依存症、腎盂腎炎、敗血症ショック、神経因性膀胱、胆嚢結石、ウェルニッケ脳症の既往あり。	うつ病を繰り返しており、Y病院通院中。S病院入院後から診察を受けていない。	入院が長期化し、うつ病の言動が増えたため精神科を受診。治療開始後は、MSWが気持ちの傾聴を行い、担当介護職との交換日記も開始した。排尿訓練については多職種で連携しながら取り組んだ。	入院環境やリハビリ状況によって自立の程度に変動みられたが、本人の状況や思いを尊重しながらかわり続け、リハビリを継続したことで日中はポータブルトイレ自立することができた。	
	医療観 患者・住民、医療従事者の共同のいとなみ	① 自宅退院希望。デイケアには行きたくない。 ② 退院後のサービスが決まらず、退院予定月となっても目処たらず。本人のモチベーション低下に繋がってしまい、入院中「死にたい」と発言あり。 ③ S病院で尿管・神経因性膀胱を発生したが、本人にはその記憶がなく、「バルンカテーテル留置は嫌だ、まだ若いのに…」と強い拒否感を示した。	サービスは極力使用したくない、行きたくないとの訴えもあるも、同居家族全員就職しているため、日中独居となる。 何度もうつ言動繰り返しているため、突発的な事態が起こる可能性あり。 排尿障害くりかえしており、バルンカテーテル挿入となるが、在宅でのカテーテル管理は困難である。	本人とともに、妻にも繰り返し状況を説明確認する。担当リハビリスタッフ、MSWとかかわりながらサービスを提供。障害者支援センター、行政の介入もあり就労支援施設への入居を提案される。 早期から家庭訪問を行い、妻の協力を得ながら面会や電話で関わりを継続した。担当介護職との交換日記を通して訴えを傾聴し精神状態の把握に努めたが、内容が徐々に後ろ向きになったため、うつ状態と判断し精神科受診へつなげた。 主治医と相談し、多職種で排尿訓練の取り組みを実施。本人へストレーン排尿の説明やトイレ排泄への誘導など繰り返し行うことで、バルンカテーテル挿入も不要となり、トイレ排泄可能となった。	障害者支援センターの介入で本人に合う就労支援先が見つかり、家族とスタッフの協力で納得も得られた。通所・ヘルパー・訪問リハが整い、独居時間が減って安心して在宅生活を送れる体制が整った。 家庭訪問を機に「自宅へ帰りたい」という思いが強まり、リハビリに積極的になった。交換日記は振り返りに役立ったが、退院延期により不安や意欲低下も生じていた。 患者、家族をチーム医療の一員として、ともに課題を導き出し、患者家族の主体的な参加を得ることができた。	
	看護の視点・優点（実践の評価）	患者の立場に立つ	① 50歳代男性、介護サービス使用できず。4人暮らしだが、息子の介護協力は望めず、主介護者の妻も仕事をしているため、日中独居となる。 ② プライドが高く、同業者や妻に悩み相談できず、うつ病、アルコール依存症となった。 ③ バルン留置に抵抗あり、「トイレに座りたい」と訴えあり。	50歳代と若く、介護保険を利用できない。 入院生活、家族に会えない、自分自身でできないことに対する不満など、ストレスによるうつ病悪化のリスク。	当院MSWから行政、障害者支援センターにはたつきかけ、今後の方向性などについて検討した。本人との面会も繰り返し行うなかで本人の思いを知り、本人らしく過ごせる環境に沿った事業所など紹介してもらった。 オンライン面会の調整、介護職員と交換日記、統一したケアの実施。精神科医介入し、内服治療開始。	行政より紹介をもらった数か所が、施設内のルールや、環境整備により使用できなかった。また、歩行監視ゴールだったため、情報提供を行った際、監視は難しいとの返答あり。2か所の予定だったが、1か所のみ利用となった。 定期的な傾聴と書き出しで不安は軽減したが、入院長期化で精神的に不安定となった。精神科受診後も傾聴を続けた結果、入院後半には「帰りたい」以外の不安は見られなくなった。
		患者の要求から出発する	④ 本人、妻ともに自宅に帰りたいとの希望はあるが、不安の訴えがある。	「死にたい」等のうつの言動、短期記憶の低下、ADL低下等により在宅生活に不安がある。日中独居になる為、何らかのサービス導入が必要。	家族に対して、介護指導の実施。サービス調整。	退院後の生活に対する妻の強い不安に対し、担当者によるミニカンファや注意点のパンフレット作成を行い、不安軽減につなげた。行政サービスの調整と複数回の情報交換により、独居となる時間を減らすことができた。
		患者とともにたたかう	① 導尿、バルン留置に抵抗あり、「トイレに座りたい」と訴えあり。 ② S病院にて臥床時間長く、筋力低下。歩行不安定。	神経因性膀胱発症による尿管、失禁がある 筋力低下にて転倒リスク高い。	排尿自立支援実施し、医師とも情報共有を行い、内服治療開始。退院後の生活を見ずえた家族指導の実施。 日中は独居となるため歩行自立を目標にリハビリを強化したが、ウェルニッケ脳症による歩行障害の改善は乏しく、移動距離も減少した。そこで、CMによる歩行・立ち上がり訓練の強化や集団リハへの参加を促し、活動量の確保に努めた。	眠剤の影響で夜間覚醒できず失禁は防げなかったが、家族に夜用パンツとパッドを準備してもらい、多少の失禁でもシーツ交換が不要となり夜間対応の負担を軽減できた。 直進の歩行は自立レベルまで向上したが、椅子関連動作や曲がり角など、転倒リスクが高く、自立とはならなかった。
		総合性・継続性	① 妻、長男、次男の4人暮らしで、全員日中は就労しており、独居になる。 ② 「デイサービスとかには行きたくないです」と否定的な言動あり	サービスは極力使用したくない、行きたくないとの訴えもあるも、同居家族全員就職しているため、日中独居となる。 本人の希望に沿った作業所が少ない。	リハビリスタッフとともに家庭訪問を実施。 妻とスタッフが説得し、リハスタッフ同行で作業所を見学した結果、本人の理解が得られた。しかし、作業所から「歩行自立でない」と受け入れ困難と断られ、再度複数施設を見学することになった。	「家に帰りたい」との思いが強くなり、リハビリへ積極的に参加。一度家に帰ることで、本人のモチベーションアップ、ADL向上に繋がった。 障害者支援センターの介入により、何度か面会を実施。本人に合う就労支援施設を探してもらったことができ、4回/w利用している。
		無差別性	③ 50歳代のため介護保険を利用することができない	介護サービスが使えず、退院後の家族の介護負担増。	身体障害者手帳の申請。	身体障害者手帳1級取得。
		民主性	④ 「家に帰りたい」との訴え頻りに聞かれる。	帰宅願望強く、入院生活の長期化に伴い、うつの言動増加。	リハビリスタッフとともに定期的にcf施行。密に情報共有を行い、患者状況の把握に努めた。	多職種でカンファを行い、リハビリスタッフとも統一したケアを実施できた。うつの言動がみられた際は主治医へ報告し、回診・往診時に主治医や精神科医が傾聴することで不安軽減につながった。
人権を守る運動	⑤ 50歳代のため介護保険を利用することができない ⑥ 日中独居となるためサービス導入が必要だったが、50代で介護保険が使えず支援体制づくりに制約があった。	介護保険を利用できないことによる金銭的負担増加 介護保険を利用することができない。	相談員と連携し、身体障害者手帳の申請。 身体障害者手帳の申請。 退院後訪問看護利用し、NET4U使用している。	身体障害者手帳1級取得。 身体障害者手帳取得し、医療保険にてヘルパー5回/w、訪問リハ1回/w利用している。		
社会の見方	日々の出来事、社会問題、政治、経済などについて検討する					
	いのち	⑦ 日中独居となるため、今後の生活に不安がある。	家族にもそれぞれの生活がある。	家族に対しても支援が必要。	患者、家族の望む生活を送ることができるように支援することが必要。	
	日本国憲法	⑧ 障がいがあっても住み慣れた自宅で生活できる、生存権。	介護保険を利用することが出来ず、利用できるサービスに制限がある。	訪問リハは医療保険で対応し、複数の作業所を見学したうえで作業所スタッフとも情報共有し、利用につながるよう調整した。	障害を持ってでも安心して暮らす権利がある。	
カンファレンスで共有された意見	<ul style="list-style-type: none"> 入院期間の長期化により不安が増大し、退院前の失禁回数増加などADLにも悪影響が見られた。 コロナ禍で見学・外出・面会・外泊が制限され、家族が本人の状態を把握しづらく、退院後の生活イメージが持てなかった。 主介護者である妻への病状説明が不十分で、オンライン面会での声かけが本人のストレスとなる場面もあり、家族支援の重要性を痛感した。 若年者向けサービスが乏しく、本人に合う支援や柔軟な就労支援の選択が難しかった。 アルコール依存症に対し、早期から精神科フォローや断酒会につながっていれば、ADL低下を防げた可能性がある。 					
まとめ	<ul style="list-style-type: none"> 住み慣れた地域で安心して暮らすには多様な支援が必要だが、若年者や精神疾患を抱える人向けのサービスは選択肢が少なく、柔軟に対応できる施設も限られている。地域のサービスを把握し、行政へ拡充を働きかけることが重要である。 退院後の生活を支えるためには、行政・施設・医療機関が連携し、切れ目のない重層的支援が求められる。 コロナ禍で外泊や家族指導が制限され、退院支援が円滑に進めにくかった。今後は法人としても柔軟に対応できる体制整備が必要である。 					