〔シンポジウム〕

3．家族を継続的に支える看護の役割
―病院保健婦の立場から―

東海大学健康科学部看護学科
岡　部　明　子

はじめに

現在我が国においては様々な機関から，多様な健康問題を持つ対象者に向けての訪問看護サービスが提供されているが，特に医療依存度の高い患者が退院する時，患者とその家族の抱く不安は大きい．家族が安心して患者を受け入れ，その家族らしい生活を送るためには，退院してからの支援体制づくりを入院中から継続的に行い，患者家族が主体的にセルフケアを実践できるように働きかけることが重要である[1]．そこで本稿では，病院保健婦の立場から家族支援活動の中の介護力の評価方法及び地域関係機関との具体的な連携の実際について事例を紹介し，家族にフィットした個別ケアを看護職が継続的に実践する意義について考えたい．

1．川崎市立井田病院保健医療部の活動概要

筆者が所属する（1996年3月31日迄在職していた）川崎市立井田病院は，昭和57年より保健医療部（以下当部とする）に保健婦を定数配置し在宅医療事業を専任体制で開始した．内科医師1名（兼務）と保健婦3名，MSW 2名で構成し，相談や訪問活動，関係機関との連絡調整等のケアーマネジメント機能を果たしている．当部保健婦は特に医療依存度の高い患者とその家族の，入院から在宅への移行期に重点を置いた支援を行っている．

2．在宅ケアにおける家族支援のゴール

地域へ帰っていく患者にとって家庭環境は非常に重要である．社会の構成単位として最も基本である家庭が安定した状態で維持されて初めて，家族にとって介護を含めた生活を再構築していくことが可能と考えられる．従って在宅ケアにおける家族支援のゴールは，患者を受け入れ安心してその家族らしい生活を送ることができることだととらえられる．

3．家族介護力のアセスメント

在宅ケアでは複数機関の多職種の援助者がチームで支援を展開するため，簡単に介護力を評価しアセスメントを共有できる指標が必要となる．そこで当部では「在宅介護スコア」を開発した（図1）．介護者の健康状態，介護条件，介護意欲と環境に加えて患者自身のADLを含めた身体・心理状態，闘病意欲について16項目を点数化し，合計スコアで介護力の評価を試みている．当院退院患者112例の退院後の生活の場を調べたところ，スコア値11を境として在宅介護群と施設介護群の二つの群に分かれた．そこで11点を基準とし，11以上を在宅移行可能ケース，11以下を在宅移行困難ケースと予測できることになる．困難な場合は困難さの原因を検討し，どのように介護者や患者の意欲を高めたり，リハビリテーションによるADLの改善を図ったり，地域の社会

前：川崎市立井田病院保健医療部

患者氏名　年齢　才　性別（　）ID.（　）病名（　）
介看護者（　）年齢　才　性別（　）続柄（　）
現　状（　）記載者（　）　評価日　年　月　日

1. 介護者は	病弱	0	健康 1
2. 介護者の専念	不可能	0	可能 1
3. 介護を代われる者は	いない	0	いる 1
4. 公的年金以外の収入	なし	0	あり 1
5. 患者の病室	なし	0	あり 1
6. 住宅	借家	0	自宅 1
7. 食事	介助	0	自立 1
8. 排便	介助	0	自立 1
9. 着衣	介助	0	自立 1
10. 屋内移動	介助	0	自立 1
11. 入浴	介助	0	自立 1
12. 意志疎通障害	あり	0	なし 1
13. 異常行動	あり	0	なし 2
14. 医療処置	あり	0	なし 1
15. 介護者の介護意欲	不良 0	普通 2	良好 4
16. 患者の闘病意欲	不良 0	普通 1	良好 2

合計　在宅介護　スコア　（　）
結果　（施設介護　在宅介護）

＊単身患者の場合は評価スコアの対象としない．
＊1介護者に病気はなくとも高齢で介護が十分にできない場合は「病弱」とする
＊2介護専念の可能性は，一日の関心と昼間の時間の大部分を介護に割き得るかにある．日中介護者と同様．介護者に幼児の育児や賃金労働があれば，専念は不可とする
＊3介護を代われる者とは，介護者が何日間か代わってもらえる家族などの日中介護者がいるか否か．短時間のヘルパーや訪問看護は含まれない．
＊4公的年金以外の収入とは，本人家族の生活に必要十分な勤労収入や取り崩せる資産があるか否か．公的年金や生活保護だけの場合は「なし」とする．
＊5患者の病室は専用の病室が確保できるか否かの問題．
＊12意志疎通障害は失語や痴呆で介護に協力を得られない程度のものを「あり」とする．
＊13異常行動とは痴呆などに伴う行動異常で譫妄，幻覚，興奮，弄便，など．
＊14医療処置とは，尿道カテーテル，気管切開孔処置，経管栄養などの処置で，一般に病院では医療従事者のする作業を示す．
＊15，16患者や家族の意欲は，医療者が主観的に評価して記載する．積極的に在宅介護に意欲の感じられる場合は良好とする．意識障害のため患者の意欲の不明な場合は不良とする．
＊各項目の点数を合計した評価スコアで在宅介護の可能性と困難度を予測する．高いスコアほど在宅介護の可能性は高くなり，低いスコアほど困難度は高い．スコア10点以下では在宅介護の困難は可能性が高く，11点以上では在宅介護の可能性が高い．

図1．在宅介護スコア(HOME CARE SCORE)
Ver 1.52
川崎市立井田病院　保健医療部

資源を活用すればよいかを検討している．我々は介護者の意欲は決定的に重要で介護者の意欲のみで成り立つ在宅療養もあるため，良好と判断した場合は4点が加算される重みづけを行った．従って家族介護力を評価すると同時に，入院中から介護者へ介護意欲を高めるようなアプローチを意識的に行っていくことが重要と考える．

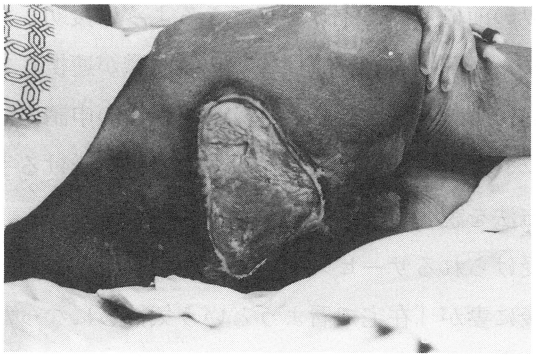

写真1

4．事例紹介

65歳の男性，食道ガン術後，放射線療法後の脊髄損傷，下半身麻痺，仙骨部巨大褥創(写真1)，膀胱留置カテーテル装着，MRSA感染による敗血症を併発，高熱を繰り返し，入院生活が1年7カ月と長期化し，本人の気力は低下し終日臥床している状態であった．そこへ退院の話が持ち上がり，病棟婦長か

ら当部保健婦へ相談された．

1）情報収集・アセスメント

（1）病棟ナースからの情報

患者はひどく怒りっぽくリハビリにも意欲がみられず臥床がちである．主治医は退院へ向けての具体的な話をしたが，ナースとしては在宅へ向けての指導や準備があるので退院はまだ先と考えている．

（2）主治医からの情報

これまでの病状経過．今後の医学的管理としては感染症の管理，定期的検査が必要である．

（3）妻からの情報

大きな褥創と高熱を繰り返す患者を家へつれてかえって大丈夫か不安．活用できる社会資源を知らない．

（4）アセスメント

癌治療の結果寝たきり状態となり介護者の戸惑いと不安は大きい．確実に意欲をもって在宅ケアへ移行できるように家族と本人に働きかけ，退院後の支援体制を整えるために早めに社会資源の活用を開始する必要がある．

2）介護者の意欲を高める介入

褥創への不安が強いため他の患者の巨大褥創の写真を見せ，家族のケアで治癒した経過を説明し，妻が安心感と希望を抱けるように働きかけた．実際に家でケアを行う際のバルンカテーテル等の必要物品を妻の前に並べてイメージできるように援助した．

また病院からと地域機関から看護職が連携して継続的に関わっていけること，身障手帳の申請方法，ベッドと車イス，エアーマットの給付を受ける手続き方法を説明した．

受けられるサービスメニューを示したところ，数日後に妻が「在宅で看ようという気持ちになった，夫は家でいばって仕切っているのが一番夫らしいと思うから」と決意を伝えてきた．

3）本人へのアプローチ

病室で本人と面接した．本人は堅い表情で，退院後の生活に対する不安を訴えた．その不安に対して時間をかけて少しずつ受け入れ準備をしていきたいという妻の計画を話し，退院の可能性があることを説明した．その結果，表情が明るくなり，その後の入院生活での療養態度に変化がみられるようになった．

4）退院へ向けてのケア・コーディネーション

（1）保健所の地区担当保健婦へ連絡

病院での退院指導への同席を申し入れ．保健所保健婦からはかかりつけ医の有無を確認して欲しいと依頼され，家族に確認し近所の開業医で往診可能な医師につなぐ了解を得る．

（2）福祉事務所に連絡

エアーマットとギャッジ・ベッドの給付の手続き方法を確認した．

（3）病棟看護婦との連携

病棟看護婦と退院後の介護・処置の必要物品のリストアップと調達方法の確認をした．褥創処置や膀胱洗浄など家族に対する指導内容の統一をはかり，病棟看護婦による妻へのケア指導に立会い，一緒に指導を行った．

（4）保健所保健婦との連携

保健婦に来院を依頼，病室でのケア指導に参加してもらい観察ポイントを確認した．患者家族へ保健所保健婦を紹介した．（写真2）．

写真2

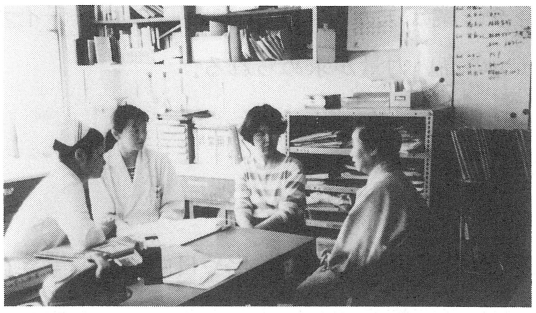

写真3

写真4

(5) 退院準備の最終確認

妻と病棟婦長，病院保健婦，保健所保健婦とでカンファレンスを行い，訪問頻度と役割分担，開業医との連携，退院後早期の保健所訪問看護婦との同行訪問，病状悪化時の連絡と再入院方法を確認した(写真3)．

5) 退院直後のチームによる家族支援

(1) 退院翌日に保健所保健婦と同行訪問

同居の義姉にもケア指導を行い補助介護者の存在がとても貴重であることを伝えた．妻と保健所保健婦と一緒に開業医へ出向き紹介状を手渡し往診による医学的管理を依頼した．

(2) 一週間後に開業医の往診に保健所保健婦，訪問看護婦と同行（写真4）

訪問看護婦とケア技術の共有，病状の見方，看護判断と連絡の方法を確認．家族が主体的に取り組めるように，家族なりの工夫を認め励ます方向を申し合わせた．

(3) 病院と保健所からPTの訪問を導入し，残存している上半身の機能を維持する目的で入院中から行っていた鉄アレイを使ってのリハビリ訓練を行った．

6) 在宅移行後の患者家族の変化

(1) 入院中と比べ食欲が出てきて十分な水分摂取量が確保され，坐位により膀胱内の尿滞留の状況が改善した結果，膿尿が透明な尿に変わり発熱も消失した．

(2) 義姉が熱心に下肢関節可動域訓練を毎日実施し，本人も鉄アレイを使っての上肢筋力トレーニングを意欲的に行った結果，自力で寝返りを打ち，坐位保持可までに回復した．

(3) 妻が主体的にカテーテル管理，褥創処置を行った結果，感染悪化を予防し，褥創治癒へつながった．

5. 考　察

この事例は，後遺症による機能障害をかかえ長期入院で意欲を無くしかけていた患者と家族の，本当は家で共に暮らしたいという想いを医療者側が受け止め，意欲を高めるような介入と社会資源の活用，特に地域の看護職とのケアの継続性に重点を置いたマネジメントをした結果，在宅が軌道にのり本人の病状も安定しADLの改善に結びついた事例であった．我々は移行期の家族支援に取り組む経験の中で多くの学びを得てきた（表1）が，特に以下に述べる点を強調したい．

1) 在宅患者の生活意欲を引き出し維持するためには，安定した良好な関係にある家族の存在と主体的行動が必要不可欠である．その家族の歩んできた道のり，価値観など家族の個別性を尊重する姿勢で対し，信頼関係を築いて，その上でその家族にフィットした支援を展開していく必要がある．

2) 一旦患者を自宅に受け入れても病状悪化時，また介護者の疲労など家族にとってのクライシスの時に，タイミング良く有効な介入を行うためには，専任体制でのきめ細かい対応が求められる．一方迅速に対応する為には再入院システムを含めて様々な選

表1．在宅ケアにおける移行期家族支援のポイント

移行期の直接的な家族支援	移行期の間接的な家族支援
①入院中早い時期から面接開始，信頼関係の確立	①入院中早い時期からの他機関への連絡，依頼
②主体的なセルフケアができるような動機づけ	②在宅チームカンファレンス，マンパワー・介護器具確保，役割分担
③理解力に合わせた介護ケア指導	③他機関チームメンバーと家族との関係調整
④必要物品の相談，社会資源活用援助	④試験外泊，退院直後の同行訪問，家族・看護職の介護ケアの統一
⑤病状悪化時の対応方法確認，再入院の保証	⑤病状悪化時の連絡方法確認，再入院の保証
⑥試験外泊，退院直後の初回訪問，療養環境の整備	⑥病院主治医またはかかりつけ医による往診体制の確保

択肢を整えておく必要がある．

3）チームによる対応によってケアの継続性が保たれ，広がりや深まりが出てくる．連携では細かい点まで情報のやり取りを繰り返し，顔を合わせて話し合う作業が欠かせない．看護職にコーデイネーションの高い力量が求められる．

おわりに

ここ数年，介護者の高齢化や日中単身者等きびしい状況の在宅療養者が増えてきている．家族から，信頼して相談できる近い存在の看護職がいるからこそ安心してケアをしながらの生活を送れる，という評価を受けられるよう家族支援の視点を深めていきたいと思う．

参考文献

1）内田千佳子，岡部明子：在宅ケアにおける移行期の看護，15(3)，1992.
2）宮森　正，岡島重孝：在宅介護スコアの開発，日本プライマリ・ケア学会誌，15(4)，1992.