

術後の留置カテーテルの固定に関する場面のフォーカスセッション

- ・TUR-P術後の尿留置カテーテルの固定は身体どこに固定しますか。その方法を図示してください。
- ・清拭時にカテーテルを固定している絆創膏のかぶれを見つけました。この時あなたは何をしますか。それはなぜですか。

ガイドライン

- 術後は尿留置カテーテルのバルーンにより、創部の圧迫を行うためカテーテルの固定は牽引をして固定する。通常とは異なった位置に固定することが理解できているかを確認する。
- 絆創膏かぶれ予防と圧迫固定の目的を考えた場合、方法の選択に結びつける判断を行うことが重要になる。
- ・やや引き気味で大腿部のことなる部位に固定する。
- ・指導者と共に必ず行う。

頻尿時の水分の摂取についてたずねられた場面のフォーカスセッション

患者から頻尿の場合の水分摂取についてたずねられたら、あなたはどのようにしますか。

ガイドライン

- 頻尿に伴う患者の苦痛特に夜間頻尿の場合、不眠の原因にもなること、夜間トイレに歩行する場合に危険等について思考できる必要がある。
- 夜間頻尿と睡眠の関係を考えた援助方法を選択する。
- 加齢と共に保水能力が低下する。(脱水)

尿もれのための臭いを感じた場面のフォーカスセッション

患者の病室を訪れると少し尿臭がありました。同室の患者から別室で尿臭についての訴えがありました。

患者から尿漏れの事実の確認を行うとき、あなたならどのように引き出しますか。

ガイドライン

- 尿漏れの事実を患者が看護師に訴えないのはなぜかという患者の立場にたった対応ができることが必要である。
- ・恥ずかしいとか情けないという思いがある。
- ・直ぐに治るという楽観的な受け止め
- ・同室者から何も言われなから。等を踏まえ手術により生じていることや、尿道括約筋を締め訓練により改善することを説明する。
- 同室者に対しては、換気等により環境調整を積極的に行い、協力を求める。

「初老期にある人の排泄援助と環境調整」教育方法と評価

問題解決の学習素材	看護上の問題、看護目標、看護の具体策	帰納的学習(体験的知識を活用する既存知識)	並列的知識を活かし(再構築)
<p>65歳、男性</p> <p>職業:元公務員で現役を退いている。</p> <p>家族構成:妻と2人暮らし、3人の子供が独立している。</p> <p>性格:几帳面である。自分から話をすることは少ない。</p> <p>経歴:年金生活であるが問題はない。</p> <p>嗜好:飲酒はしない。</p> <p>タバコは1日10本を吸う。</p> <p>既往歴:高血圧の内服治療中。</p> <p>前立腺肥大</p> <p>夜間頻尿(3~5回)</p> <p>遷延性・せん延性排尿の悪化、尿意切迫感、残尿感(第1病期~第2病期)</p> <p>「尿がなかなか出ないし、残った感じがする」「夜間頻尿のため不眠である」</p> <p>治療については、家族と共に検査結果と手術方法について説明を受けている。</p> <p>「術後に排尿障害が残る可能性がある」と説明を受けている。</p> <p>「手術は仕方ないし、先生に任せている」</p> <p>「尿の管はいつ抜けるのか、いつ頃から抜けるのか」</p>	<p>看護目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 水分摂取の必要性を理解し、摂取量を増やす。 カテーテルの閉塞を予防し、術後合併症を起こさない。 排尿回数が減少し、通常の排尿パターンに近づく <p>看護の具体策</p> <p>#1 頻尿のため水分摂取の不足</p> <p>OP</p> <ul style="list-style-type: none"> 水分摂取量と排泄量のチェック 便秘の有無 尿の性状 <p>TP</p> <ul style="list-style-type: none"> 1日1500mmを目安に摂取する。 腹部の保温 <p>EP</p> <ul style="list-style-type: none"> 水分摂取の必要性を説明する。 就寝前は飲水しない。 <p>#2 TUR-Pの術後合併症の出現の可能性</p> <ol style="list-style-type: none"> 尿路感染 膀胱タンポナーゼ 後出血 <p>O-P</p> <ul style="list-style-type: none"> TUR反応の有無 バイタルサインの測定 尿の性状、量、水分バランス 洗滌物の量 	<p>初老期の発達段階と課題</p> <p>(加齢)</p> <p>TUR-P術式と合併症</p> <p>排尿のメカニズム</p> <p>水分バランス</p> <p>尿留置カテーテルの目的</p> <p>前立腺肥大の病態・生理</p>	<p>排泄作用</p> <p>水分を摂取をしない理由</p> <p>同室者への配慮が必要な内容</p> <p>年齢と脱水の関係</p> <p>比較思考</p> <p>入院前の生活行動と入院後の生活行動の比較</p>

情報	問題解決の学習素材	看護上の問題、看護目標、看護の具体策	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)
<p>情報</p> <p>睡眠: 排尿のため夜間目覚める。 活動: 軽微程度 栄養: 身長166cm、体重72kg 食事は規則的、偏食はない。 水分の摂取は元々少なく、最近はやや少ない。</p> <p>排便: 7～10回/日(夜間3～5回) 血圧: 132/90mmHg 内服治療中 体温: 35.7℃、脈拍: 92/分</p> <p>妻: 「本人は手術をしようとしているし、先生にお任せしています。手術に関しての心配していません」</p> <p>腹部エコー: 前立腺50g 膀胱内圧測定: 最大尿量240ml 腎・肝・心機能検査: 異常なし 硬膜外麻酔より手術療法(経尿道的前立腺摘出術)で前立腺30g摘出</p> <p>尿量・尿回数・尿の性状 残尿感の有無 飲水量の計測 血尿の有無 血圧測定</p>	<p>看護上の問題、看護目標、看護の具体策</p> <p>TP</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体動の制限を行う。 ・排便の調整 ・尿道周囲の清潔 <p>EP</p> <ul style="list-style-type: none"> ・水分摂取の必要性を説明する。 ・カテーテル牽引の必要性を説明する。 ・陰部・下着の清潔の必要性を説明する。 <p>#3 留置カテーテル抜去後の尿漏れが出現</p> <p>OP</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排尿回数、尿量と水分摂取量チェック ・バイタルサイン ・尿の性状 ・尿漏れに対する患者の反応 <p>TP</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿道括約筋の訓練を行う。 ・肛門周囲の筋肉を締める。 1日50～100回 ・階段の昇降を行う。 ・気分転換を図る ・ベッドサイドに尿器おく。 ・環境調整 換気をする。 ・ベッドメイキング(シーツの交換)。 必要時消毒剤の使用 <p>EP</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿意が無くても時間的に排尿する。 ・就寝前は飲水しない。 ・徐々に尿漏れは改善することを説明する。 	<p>帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)</p> <p>活用する既有知識</p> <p>逆行性尿路感染 尿道周囲の解剖生理</p>	<p>主として認知の報酬線 判断作用</p> <p>疾患・治療が生活などのように変化させているか。 尿留置カテーテルの牽引のストレスの有無 後出血と運動の関係</p>

問題解決の学習素材		帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)
情報	看護上の問題、看護目標、看護の具体策	活用する既有知識
<p>留置カテーテル挿入時の看護</p> <p>1. 逆行性の尿路感染の予防</p> <p>①尿道口の清潔</p> <p>②水分補給(飲水量の増加)</p> <p>2. カテーテル牽引によるストレスの緩和</p> <p>①目的の説明</p> <p>②行動制限についての説明</p> <p>留置カテーテル抜去後の看護</p> <p>1. 頻尿・尿漏れの看護</p> <p>①陰部の清潔</p> <p>②尿臭の援助</p> <p>③時間的排尿頻尿</p> <p>④尿意を我慢しない</p> <p>⑤尿道括約筋の訓練</p> <p>高血圧のコントロール</p> <p>①内服薬の正しい服用</p> <p>②血圧測定</p> <p>キーパーソン:妻</p>		<p>並列化の難しさ</p>

在宅看護論実習 科目の考察

在宅看護実習は、疾病や障害をもちながら在宅で生活している人とその家族を理解し、生活の質を高めるための看護を学ぶことにねらいがある。

近年、保健・医療・福祉の連携によって、地域で生活しながら療養する人々の健康を擁護し、よりよい健康生活を作り出そうとする動きの中で、在宅看護の機能と役割は大きい。在宅看護の必要性が高まった背景として、1 医療の高度化により、救命された人々が障害をもちながら地域社会で生活するようになった 2 医療技術などの開発・普及によって、慢性病の治療 が家庭で可能になった 3 高齢社会を迎えると同時に家族形態の変化、家族機能低下による高齢者の介護が社会的問題となった 4 生活の質の向上を望む人々の権利意識が高まり、在宅ケアを意思決定し、希望する人が増加した(在宅リハビリテーション、在宅治療、在宅介護、在宅ターミナルケア)などが考えられる。そのため在宅看護の対象は、入院を待っている人、退院しても継続療養が必要な人、自宅で死を迎えようとしている人、寝たきりの老人、障害者(児)、介護者のいない独居老人など様々な人々を包含する。また、在宅看護はすべてのライフサイクルにある人々を対象にするとともに、在宅療養者のみならず介護者や家族も含め、それらを一体化した対象の見方が必要である。すなわち、家族が直面している健康問題に対して、家族という集団が主体的に対応し家族の持つセルフケア機能を高めるために支援することも在宅看護の役割である。

在宅看護実習では、基礎看護学をはじめ各看護学領域において習得した知識、技術を応用、発展させ、在宅でのケア能力を身につけることである。その主なものは、アセスメントとケアプランについて、保健・医療・福祉の分野からのサービスの活用状況を知り、各分野の連携や調整方法、継続看護の視点をもつことなどである。

科目目標

1. 対象者の健康状態や生活状況を把握する。
2. 在宅で介護する家族の役割を知り、家族機能の意義とサポートの必要性がわかる。
3. 対象者のアセスメントとケアプランについて学び、生活の自立に向けた援助を理解する。
4. 在宅療養生活の実際を通して継続看護の意義を理解する。
5. 保健・医療・福祉の分野からのサービスの活用状況がわかり、各分野の連携の必要性と看護の役割を認識する。

在宅看護論 ペーパーペイシエント一覧表

学習の分類	一家の大黒柱としての役割を最期まで果たす筋萎縮性側索硬化症療養患者と家族の看護	遷延性意識障害療養者の息子の介護疲れから在宅介護の危機を迎えた家族への看護	長期肺結核から在宅酸素療法が必要となり先行きを案じる療養者への看護
器官系統	難病	脳神経系	呼吸器系
年齢・性別	48歳 男性	38歳 男性	78歳 男性
診断名	筋萎縮性側索硬化症	ミオクローヌステんかん	陳旧性肺結核
症状	全身の筋力低下、呼吸筋麻痺、嚥下困難	時々てんかん発作、排尿障害、自動運動なし	咳嗽、呼吸困難
健康段階	慢性期	慢性期	慢性期
検査・処置	人工呼吸器装着 カニューレ交換 1回/2週 吸引 経管栄養(経鼻) 摘便	SPO ₂ 92～94%であればHO TPEGによる経管栄養 吸入・吸引30分毎 摘便1回/4～5日 残尿測定3回/日	酸素療法 0.5～1ℓ/分
生活の変化	日常生活すべてケア 意思疎通→眼球	日常生活すべてケア 意思疎通不可	呼吸 清潔 運動 食事 服薬 旅行
主たる介護者	妻と母	母	息子たちとその妻たち
社会資源	ホームヘルプ 訪問看護 往診 ボランティア	ホームヘルプ 訪問看護 訪問療育 往診	ホームヘルプ 訪問看護 往診 住宅改修
看護の視点	人工呼吸器装着中の観察 呼吸器の管理 家族への指導と支援 感染対策(清潔操作・気管切開のケア 在宅療養意思を支える	全身管理 感染のハイリスクへの対応 褥瘡のハイリスクへの対応 訪問リハビリテーション 事故防止 家族の心身両面への支援	在宅酸素療法を受けている療養者への日常生活指導 感染予防 急性増悪の予防 事故防止 呼吸リハビリテーション 介護者への支援
保険・制度	医療保険 介護保険 特定疾患医療受給者証 緊急時対応	身体障害者居宅介護に関する 制度 緊急時対応	介護保険 緊急時対応
学習の視点	発達課題 難病 ボディイメージ 在宅医療・在宅医療供給システム コミュニケーション技術 家族介護力 在宅療養意思・自己決定 療養者のQOL	身体障害者 身体障害者支援事業システム 家族(母親)に対応し尊重	在宅医療・在宅医療供給システム 家族関係 福祉用具(貸与・購入・補助) 在宅療養意思・自己決定

「一家の大黒柱としての役割を最期まで果たす 筋萎縮性側索硬化症療養者と家族への看護」 事例の考察

この事例では病気や障害をもちながら在宅で生活している人とその家族を理解し、在宅療養での生活の質を高めるための看護を学んでいくことが重要なポイントである。

ALS は成人に発病し、上位と下位ニューロンが侵される原因不明の難病である。四肢の筋力低下、繊維束攣縮あるいは筋萎縮、球麻痺症状など全身の運動機能が急速におかされ進行性の経過をたどる。呼吸筋の障害はやがて呼吸不全を呈するが、人工呼吸器の使用により、ALS そのもので死亡することは少ないが、合併症の予防が重要である。また、眼球運動、直腸膀胱の活躍筋、内臓、性機能、五感、精神機能はおかされない。従って、排尿、排便機能は保たれるし、褥瘡の発生も少ない。

患者は発病、診断から約2年で人工呼吸器の装着を余儀なくされた。患者の病態をアセスメントするとともに、日常生活は全面介助を必要としていることから、ケアの必要性を見出していく必要がある。特に、障害による苦痛・苦悩(コミュニケーションの障害、死への恐怖

あるいは準備)への支援と家族サポートが重要である。本人のQOLを低下させないための保健・医療・福祉の総合的なケアについても考えさせる。国の難病対策についての学習もそれらの内容を深めていけるものである。また、48歳という年齢から、父親として、夫としての発達課題を病床にあって達成しようと必死な姿が見られる。そして、それに家族も応えようとしている。この関係が継続できることこそ、患者の個別性への援助であることを気づかせたい。

学習目標

1. 患者の健康状態や生活状況を把握する。
2. 人工呼吸器を装着中の観察と管理を理解する。
3. 患者の苦悩している心理状態を理解する。
4. 在宅で介護する家族の役割を知り、家族機能の意義とサポートの必要性がわかる。
5. 対象のアセスメントとケアプランについて学び、QOL向上に向けた援助が考えられる。
6. 在宅療養生活の実際を通して継続看護の意義を理解する。
7. 在宅支援ネットワークとして保健・医療・福祉の各分野からのサービスの利用方法を学び、看護の役割を認識する。

「一家の大黒柱としての役割を最期まで果たす筋萎縮性側索硬化症療養者と家族への訪問看護」事例

基礎情報1

46歳でALSの診断を受けた患者は、在宅療養を続ける中で48歳時に突然呼吸停止となり入院、人工呼吸器装着となったが1か月で退院した。商店を経営し、母、妻、長男、次男と暮らす患者は最期まで経営者として采配をふるい、自分の名で税金を払うことや、自分が亡くなった後で妻や子供たちが困らないように、経営の見通しをつけておくことを願いながら療養をしている。しかし、進行が本人の予想より速く、これまでできていたことが急速にできなくなっている。

一方、妻は人工呼吸器を装着した状態で退院することについての精神的・身体的負担が大きく、生命の危機が迫っていることや機器の取り扱い、カニューレ、吸引などがうまくできるかなどに不安がある。しかし、患者の前では努めて明るく振る舞い、家族や親戚のサポートのもと、各種の社会資源を活用しながら介護と商店のきりもりを両立させようとしている。

基礎情報2

〔訪問看護開始までの経緯〕

両下肢の筋力低下や食事中に口に含んだものをよくこぼすといった症状が現れ、受診した患者はALSの診断を受けた。2年後の6月1日、突如として呼吸停止に陥ったが、かけつけた在宅主治医の挿管で一命をとりとめ、緊急搬送された病院で気管切開を施され、人工呼吸器を装着された。しかし、入院中も、経営している商店のこと、家族の生活や将来のことが気にかかる患者は1日も早く退院して在宅療養に戻ることを切望した。妻から相談を受けた市保健所の難病担当課保健師からの利用者紹介が契機となって、病院退院と同時に、訪問看護ステーションから訪問看護、併設の居宅介護支援事業所から居宅介護支援(ケアマネジャー業務)

が開始された。退院は、7月2日、患者が48歳のときであった。

〔発病後の療養と生活〕

これまで患者は、亡くなった父の商店を引継ぎ、母、妻、従業員2人とともに、1階部分を店舗、2、3階を居住空間(2階に母と子供たちの居室があり、3階にキッチンとリビングおよび夫婦の居室がある)とする建物を拠点に建築材料販売業を営んできた。周囲には、小学校、消防署、医院などがある。音楽や映画、テニスを愛好し、仲間の友人たちも少なくない。

難病の診断を受けた直後からの2年間、テニス仲間の医師に相談するとともに、病名について書かれた本を読みあさり、自らの病状の進行を予測し、商店の経営と高2の長男、中3の次男の将来、母と妻の生活について着々と準備してきた。一例を挙げれば、46歳のときにはまだ車の運転ができたので、リハビリテーションのための通院を続ける一方で、妻とハワイ旅行にでかけたり、背広を着て写真屋で一人だけの写真を撮っている。

47歳になると両下肢の筋力低下が進行し、車の運転ができなくなったことから、店舗と住居をつなぐエレベーターを自費で設置し、廊下やトイレに手すりを付けるなど住宅改造を実施した。また、今後、呼吸筋マヒがきたときには人工呼吸器を装着することを自ら決心し、家族に告げた。しかし、妻には自信がなかった。

48歳になると歩行が困難となりベッド上での生活となったが、商店経営の采配は続けた。体重の減少も進み、治療は医師の往診と、介護している妻から医師への報告が主となった。

〔訪問看護開始時の状態〕

身体状況は、四肢弛緩性麻痺・筋萎縮で寝返りもできない(左上肢はダランとしているが、右上肢は肩関節、肘関節の拘縮が徐々に進行し、指先がやっと動かせる

状態。下肢は膝関節の拘縮があり、その後予防しても尖足が進行)。意思表示は、気管切開で声が出なくなり、わずかな唇の動きとベッドの柵に手をくくりつけ白板にマーカーで書くことにより、経営者としての指示を出している(2か月後には全く書けなくなり、眼球でイエス、ノーの表示となった)。呼吸は、気管切開により人工呼吸器を使用している(呼吸器回路は、2週間に1回供給会社が管理。カニューレは、主治医が2週間に1回交換。吸引は、2～3時間ごとの気道内吸引が必要である)。

初回訪問時のバイタルサインは、体温36.2℃、脈拍60回/分、血圧88/62mmHg、呼吸数12/分、酸素飽和度97～98%、気道内圧0～20cmHgであった。カプ圧10mlで固定、肺野雑音軽度あり、粘調痰多量吸引する。食事は、家族と同じ物をミキサー食にし介助すると少しずつ嚥下できるが、その後嚥下困難となり経管栄養になった。排尿は、尿意はあり、スイッチで合図し、尿器で介助している。排便は、週3回レシカルボン座薬挿入後に排便している。浣腸は本人が拒否。清潔は、週1回の訪問入浴、週3回の全身清拭を行っている。診療は患者の最も信頼する医師による週1回の往診、処方薬はリルテック薬2錠、レシカルボン座薬を使用する。

緊急時のバックアップ体制は、状態悪化時はY医師に連絡し、入院先はN病院、人工呼吸器の故障は人工呼吸器提供会社が対応する。

〔患者の心理状態〕

自らの病気については、非常に勉強し、病状の進行を常に予測していたが、患者が考えていたより進行が速く、障害の程度が急速に重くなっていくことに恐怖感が強くなっていた。そのため、今できることは何かを考え、その時そのときできることを楽しもうとしていた。仕事については、患者は最期まで経営者であり続け、自分が采配し、自分が亡くなった後で妻や子供たちが困

らないように、商店経営の見直しをつけておくことにこだわり続けた。経済状態については、これまで経営が順調だったので、金銭面では比較的ゆとりがあった。悔いのないようにしたいと、療養に必要なお金は今使うのだと考えている。楽しみは、息子たちが借りてきてセットしてくれる映画のビデオや音楽CDの鑑賞、家族とのコミュニケーション、そして入院前から訪ねてくれたテニス仲間たちと共有する時間である。

〔訪問看護開始時の家族の心身及び仕事の状況〕

妻(48歳)は、主たる介護者であるとともに、本人に次ぐ重要なキーパーソンである。患者の容態が急変し、メンテナンスに高度な知識と技術が必要な人工呼吸器を装着した状態で退院することについての精神的・身体的負担が大きい。患者の前では努めて明るく振る舞っているが、生命の危機が迫っていることや機器の取り扱い、カニューレ、吸引などがうまくできるか不安がある。日中は、ヘルパーや親せきの人などのサポートを得ての介護と患者の指示のもとでの商店のきりもりを両立させ、夜間および日曜日は一人で介護している。気管切開部のガーゼ交換、経管栄養、吸引と器具管理は主に妻が実施するとともに、明け方も吸引をしており、慢性的な睡眠不足が続いている状態にもかかわらず、子供たちに弁当をつくっている。

母(74歳)は、主に電話の応対、店番を担うことにより妻を支えるとともに、介護も応援し、患者を精神的にバックアップしている。

長男(高2)・次男(中3)は、直接的に介護することは余りないが、出かけるとき、帰ったときは、必ず患者に声をかけ、映画のビデオを借りてきて患者のそばで一緒に見たり、肝心なことは患者に相談し、子供たちの方からいつも会話を持っている。患者も子供たちの誕生日には、妻に買物を依頼し、プレゼントをしている。

退院後のケアプラン(要介護度5)

	日	月	火	水	木	金	土
午前	妻	訪問介護 (9:00~16:30)	訪問介護 (9:00~16:30)	訪問介護 (9:00~16:30)	訪問介護 (9:00~16:30)	訪問介護 (9:00~16:30)	親戚と母 (9:00~16:30)
午後	妻	訪問看護ス テーション		訪問看護ス テーション	訪問入浴Y 医院訪問看 護	訪問看護ス テーション	親戚の人と母
夜間	妻	妻	妻	妻	妻	妻	妻
明け方	妻	妻	妻	妻	妻	妻	妻
○福祉用具の貸与(介護用ベッド、リクライニング車いす、エアーマット) ○訪問看護は医療保険適用 ○介護保険限度額超過分は自費負担 ○退院時に自費購入した物品:吸引器、パルスオキシメーター、ゴム便器、カフ圧計、アンビューバッグ、イリゲータ ー、点滴台などを、妻の希望でそろえた							

各サービス担当者の役割

Y医院	・2週間に1回往診。カンニューレ交換、緊急時対応、訪問看護の指示書の交付
訪問介護	・掃除、洗濯、ミキサー食の準備、食事介助、経管栄養になってからは注入の準備と後かたづけ、妻とともに清拭・更衣、排尿介助、ベッドメイキング、頭の位置や体の向きを本人の要望にそって変える等
訪問看護 ステーション	・主治医との連絡、状態観察と異常の早期発見、吸引、排便コントロール(妻がレシカルボン座薬挿入後摘便、排ガス、陰洗)、リハビリ、気管切開部のケア、妻やホームヘルパー等への介護方法、医療ケアの指導・アドバイス、経管栄養管理等 ・患者会と連絡をとって新たなコミュニケーション方法を援助、人工呼吸器管理と業者との連絡、妻の相談等家族支援、ターミナルも視野に入れた援助等
保健所保健師	・身体障害者手帳や特定疾患制度等の手続きや退院準備をサポート ・定期的に訪問、家族やケアチームを支援 ・新たなコミュニケーション方法について、患者会に相談
ケアマネジャ ー	・患者、家族、主治医と相談し、サービスを調整。モニタリングしながら修正 ・新たなコミュニケーション方法について、患者会に相談
患者会	・保健師、訪問看護師、ケアマネジャーの働きかけで、患者宅を訪問し、意思伝達装置と症状にあったスイッチを選出し、給付の手続きも援助

各種制度の活用

<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険 ・特定疾患制度 ・特定疾病者見舞金 ・身体障害者手帳 ・介護保険制度(訪問看護は医療保険適用)

不安が増強している場面のフォーカスセッション

訪問したある日、家族のいないところで患者が、「今後ますます意思表示ができなくなり、コミュニケーションがとれなくなってしまうのでは」不安を訴えられた。心配が増強しているようである。

フォーカスセッション

・患者のこのような反応に対して、あなたはどのように思いますか。

・患者の不安な気持ちに対して、どのような方法で軽減していこうと思いますか。

ガイドライン

- 傾聴すること、受容的理解的態度とはどのようなことか。
- 現在の患者の状態と疾患の進行による今後の状態を予測する。
- 社会資源を活用して連携をとりながら、患者のためのコミュニケーション方法を見つける。
- その方法を連携のもと、実際に説明できる。

「一家の大黒柱としての役割を最期まで果たす筋側索硬化症療養者と家族への訪問看護」 教育方法と評価

問題解決の学習素材		帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	
情報	看護上の問題点、看護目標、看護の具体策	活用する既有知識	主な思考及びその教育的効果
<p>48 歳・男性。職業は建築材料販売業の経営者である。家族は妻(48 歳)と息子 2 人、そして、母の 5 人である。妻は主たる介護者。趣味は音楽、映画鑑賞そしてテニス。主治医である医師とはテニス仲間である。</p> <p>筋萎縮性側索硬化症。発病、診断から 2 年で人工呼吸器装着を余儀なくされた。四肢体幹筋群の麻痺、筋力低下が著しく、寝返りもできない。右肩関節、右肘関節の拘縮が進行、指先がやよと動かせる状態である。</p> <p>気管切開で声が出ないこと、病気の進行で文字を書くこともできないので意志の疎通は眼球の動きでイエス、ノーを表示している。病気については、非常に勉強し常に予測していたが、考えていたより進行が早く障害の程度が急速に重くなっていくことに恐怖感が強い。一方、今できることは何かと、その時、そのときでできることを楽しもうとしている。自分が亡くなった後、妻や子供たちが困らないように、商店経営の見通しを付けておきたいと思っている。</p>	<p>看護上の問題点、看護目標、看護の具体策</p> <p>看護上の問題点</p> <p># 1. 球麻痺のため人工呼吸器装着による呼吸機能の変調の危険性がある。</p> <p># 2. 自力では体動不能なため日常生活動作が自立していない。</p> <p># 3. 気管切開による呼吸器感染の危険性がある。</p> <p># 4. 気管切開、発語筋の失調によるコミュニケーションの障害がある。</p> <p># 5. 病気の進行に対する恐怖と苦悩がある。</p> <p># 6. 身体機能低下に関連したボデイイメージの障害をもつ。</p> <p># 7. 24時間人工呼吸器装着に関連したケア提供者(妻)の心身の負担と疲労。</p> <p>看護目標</p> <p>(長期目標)</p> <p>四肢体幹筋障害、呼吸筋麻痺などが進行するという障害をもちつつ在宅療養している患者と家族を支えようと、患者が今を大切に生きて、一生懸命に生きようとしていることを認め支援する。そして、必要なソーシャルサポートを効果的に活用し、妻や母親の心身の負担をできるだけ軽減し、患者と妻のQOLの向上に努める。</p>	<p>病気や障害をもちながら在宅で生活している人とその家族を総合的に理解する。</p> <p>・壮年期の発達課題</p> <p>イメージ化</p> <p>・声が出せないことへのイメージ</p> <p>・自分で体動できない四肢の弛緩性麻痺や関節の拘縮、筋萎縮などのイメージ</p> <p>因果関係</p> <p>・嚥下することができない嚥下できないため経管栄養である苦痛と食のニード阻害の因果関係</p> <p>・進行性の難病からくる苦痛・苦悩の因果関係</p> <p>関連思考</p> <p>・病態と日時生活との関連図から</p>	<p>活用する既有知識</p> <p>・筋萎縮性側索硬化症の病態生理</p> <p>・難病</p> <p>・嚥下困難、球麻痺症状、四肢体幹筋群の筋力低下などのメカニズム</p> <p>・コミュニケーション技術</p> <p>・在宅療養意思</p> <p>・自己決定</p> <p>・QOL</p> <p>・ボデイイメージの障害</p> <p>・危機プロセス</p> <p>意識消失</p> <p>息ができない</p> <p>死への恐怖</p>

問題解決の情報	学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	発展思考
<p>発症間もないころ、背広を着て、写真屋で一人だけの写真撮っている。</p> <p>呼吸→人工呼吸器による管理(PVL・100)。呼吸器回路1回/2週供給会社が管理。カニューレは主治医が1回/2週交換。2～3時間ごとの気道内吸引が必要。呼吸数12回/分、酸素飽和度97～98%、肺野雑音軽度あり。</p> <p>体温・循環→体温36.2℃、脈拍60回/分、血圧88/62mmHg</p> <p>食事→家族と同じものをミキサー食にし、スプーンで介助すると少しずつ嚥下できていたが、嚥下困難がすすみ、現在は経鼻による経管栄養。胃瘻については本人が拒否。</p> <p>排泄→尿意あり、スイッチで合図し尿器で介助。便意もあるが、週3回レシカルボン座薬挿入後に排便。浣腸は拒否。</p>	<p>看護上の問題点、看護目標、看護の具体策 (短期目標)</p> <ol style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の管理が安全・安楽にできる。 日常生活すべての面での介助が規則的に実施できる。 <ol style="list-style-type: none"> 気道の感染予防を主に適切な換気、口腔内の清潔 全身の清潔 経管栄養の管理 胃腸・排泄のパターンを維持 残存機能維持期におけるリハビリテーション 家族、友人との意思疎通が必要な時に適切にできる。 苦痛が取り除かれる。ストレスや苦悩の感情が表出できる。 妻や母親の心身が安定して介護できる。 <p>解決策 OP:・患者の観察 呼吸音と痰の性状 バイタルサインの測定、酸素飽和度 気管切開部位の状態、カフ圧 栄養状態の評価 筋力低下・筋萎縮の程度 感染の兆候 排泄の状態 動作疲労の状態や気力など</p> <p>・機器の観察(人工呼吸器) 作動トラブルの有無 使用物品の安全管理</p> <p>TP: ・支援ネットワークを組む→主治医、訪問看護師、ホームヘルパー、保健所保健師、ケアマネージャー、患者会、緊急時対応の病院、人工呼吸器提供会社、ボランティア</p>	<p>活用する既知知識</p> <p>・日常生活のすべてのことを他者に委ねる ・全身観察とモニタリング</p> <p>・介護者の介護力 ・介護者の不安・疲労 ・訪問看護制度 ・在宅医療 ・保健・医療・福祉の連携 ・フォーマル、インフォーマルなソーシャルサポート</p>	<p>主な思考及びその教育的効果</p> <p>・病とQOLとのち 障害があっても、病んでも、満ち足りた心の自由の中に生きるということ。</p> <p>むだな苦しみを少なくできれば、生活の質は高くなる。 美しさや心のゆとり、静けさ、プライバシーなどといった感受性に意を向ける。 患者の生きがいの達成</p>

問題解決の情報	学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	主眼思考及びその教育的効果
<p>清潔→週1回訪問入浴、週3回は全身清拭。 仕事・楽しみ・生きがい→経営者であり、父親であり、夫であり、息子であり続けたいと願っている。息子たちが借りきてセツトしてくれる映画のビデオや音楽CDの鑑賞を楽しんでいる。家族とのコミュニケーションを大切にしている。テニス仲間たちの訪問も喜び。 経済状況→これまで経営が傾調で経済的にはゆとりがある。 緊急体制→状態悪化時は最も信頼する医師に連絡。人工呼吸器の故障は人工呼吸器提供会社に連絡。 妻は夫の前では明るく努めているが、生命の危機が迫っていることや、機器の取扱、カニューレ、吸引などに神経をかついている。日中はヘルパーや親戚の人などのサポートを得て介護と仕事を両立。夜間および日曜日の介護は一人で実施。必死の毎日で睡眠不足が続いている。母親は精神的にバックアップ。息子の願いを叶えてやりたいと思っている。介護も応援。子供たちは直接介護することは少ないが、出かけるとき、帰ったとき、必ず声をかける。映画のビデオは傍で一緒に鑑賞したり、肝心なことは相談している。</p> <p>医院の主治医→2週間に1回往診。緊急時対応、訪問看護の指示書の交付。療養者の信頼する友人として在宅での看取りを引き受けるつもり。 訪問介護、親戚の人→掃除・洗濯・ミキサー食の準備、食事介助、経管栄養になつてからは注入の準備と後かたづけ、妻とともに清拭、更衣、排泄介助、ベッドメーカーキング、頭の位置や身体の向きを本人の要望にそつて変えるなどの援助。</p>	<p>看護上の問題点、看護目標、看護の具体策 主治医:2週間に1回往診、カニューレ交換 ホームヘルパー:週5日の身体介護、家事援助 訪問看護師:週3回訪問、全身管理、気管切開部のケア、リハビリテーション(他動運動1回/日)、経管栄養管理。 保健所保健師:ケアチーム支援、患者会と連絡 ケアマネージャー:サービスの調整、モニタリングしながら修正、患者会との相談。 人工呼吸器提供会社:呼吸回路の供給、故障時の対応。 患者会:意思伝達装置と症状にあったスイッチを選択し、給付手続きも援助。 できるだけ患者の価値観に沿った日常生活を整える。 EP: ・妻やホームヘルパーなどへ介護方法、医療ケアの指導とアドバイス。 関係機関との連絡・調整の内容を適切に家族に情報提供する。</p>	<p>活用する既有知識</p>	<p>主眼思考及びその教育的効果</p>

問題解決の学習素材		帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	
情報	看護上の問題点、看護目標、看護の具体策	活用する既習の知識	主な思考及びその教育的効果
<p>訪問看護→主治医との連絡、状態観察と異常の早期発見。吸引、排便コントロール、リハビリテーションとしての他動運動、気管切開部のケア、妻やホームヘルパーなどへの介護方法、医療的処置の指導・アドバイス、経管栄養管理。人工呼吸器管理と業者との連携。妻の相談など家族支援、ターミナルケアも視野に入れた援助など。</p> <p>保健所保健師→身体障害者手帳や特定疾患制度等の手続きのサポート。定期的な訪問、家族やケアチームを支援。新たなコミュニケーション方法について、患者会に相談。</p> <p>ケアマネジャー→療養者、家族、主治医と相談し、サービスを調整。モニタリングしながら修正。</p> <p>患者会→療養者宅を訪問し、意思伝達装置と症状にあったスイッチを選択し、給付の手続きも援助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定疾患制度 ・特定疾病者見舞金 ・身体障害者手帳 ・介護保険制度 ・医療保険:訪問看護 			

「遷延性意識障害の息子の介護疲れから在宅介護の危機を迎えた家族への看護」事例の考察

この事例では重度の身体障害を持ちながら、地域で生活している本人とその家族を理解し、いろいろな制度の利用を用いた支援の方法を学んでいくことに重要なポイントがある。事例は重度身体障害はミオクローヌステんかんから遷延性意識障害をきたして約10年が経過している状態である。その間、主治医の往診、大学病院への通院、時には入院といったことを繰り返しながら、両親が全面的な介護を行ってきた。母親が主たる介護者である。父親はパーキンソン病もあり、十分な介護の協力は得られないため、母親の介護疲れから訪問看護や福祉サービスなどの利用を決心したところであり、訪問看護の導入期ともいえる。

ミオクローヌステんかんは、遺伝性家族性の発作性疾患である。遺伝型は劣性とされる。6～16歳に全般性けいれん発作で発病し、数年後に特徴的なミオクローヌス発作が現れ、同時に進行性の痴呆が発展し、10～20年の経過で死亡するものが多いとされている。

患者がこの経過を辿っているかは定かではないが、遷延性意識障害はけいれん発作による低酸素性脳症と考えられる。そのため意思の疎通は図れず他者による全身管理を受けることになる。看護活動としては、まず合併症や事故を防止しながら生命の安全を図っていくことである。すでに、喀痰の貯留によっては、在宅酸素療法が必要である。呼吸器、尿路感染の危険性も高い。障害者支援費制度による訪問看護、訪問介護導入がスムーズにいき、介護者である母親との人間関係を作っていく必要がある。そして、病状観察、酸素飽和度チェック、在宅酸素療法などの医療処置方法についても助言していく必要がある。さらに、精神的な支援として、病気のこと、将来のことについて、傾聴し、母親の感情の表出がはかれるような関わりも重要であることを学ばせたい。

学習目標

1. 患者の健康状態と生活状況を把握する。

2. 遷延性意識障害者の看護の基本を理解する。
3. 対象の生命の安全を図るためのモニタリングとケアについて学ぶ。
4. 介護者(母親)の健康状態の観察、介護方法の相談精神的支援方法について学ぶ。
5. 社会資源としての種々の制度の内容を理解するとともに、活用における看護の役割を認識する。

「遷延性意識障害の息子の介護疲れから在宅介護の危機を迎えた家族への看護」事例

基礎情報1

38歳・男性(未婚)は、12歳頃にミオクローヌステんかんを発症した。

20代後半に遷延性意識障害状態となり、子供の頃からの近医の主治医の往診を受けながら、大学病院への通院を続け、30代前半に病院で胃瘻を造設した。

35歳頃より、急性膀胱炎、急性気管支炎を繰り返し、血中酸素飽和度が80%台になり、在宅酸素療法が開始された。

38歳になってパーキンソン病をもつ父親の介護時のふらつきにより右大腿骨を骨折し、入院したが、入院中、大量出血し、経過は順調ではなく、うち2回はICUに入った。

退院時に主治医より再骨折の危険度が高いという病状説明があったことと、父親にパーキンソン病の疑いがあることから、主たる介護者である母親が、訪問看護や福祉サービス等の利用を決心したところである。これまで、夫と二人だけの介護を長年実施してきたが、長期の介護疲労と両親自身の加齢や疾病で自分たちが介護できなくなったときのことを心配し始めている。

退院後、訪問看護と訪問介護が開始された。

基礎情報2

〔介護状況など〕

患者は、住宅の密集した地域の小さな2階建て住宅の1階で療養を続けている。

父親(68歳)は、パーキンソン病の疑いがあり、通院しながら夜はガードマンのアルバイトをしている。患者が骨折する前までは父親が母親の介護を介助していたが、骨折の原因が自分にあったこと、歩行等が不安定になっていることもあり、退院後は吸引だけを行っている。

母親(63歳)は、長い間の介護で膝の痛みがあるが、日常の介護はほとんどひとりで行っている。介護の内容は、毎日の入浴、1日3回の吸入や30分ごとの吸引、2時間ごとの採尿、1日3回の導尿や経管栄養などである。

両親は、隣の市に住む弟夫婦には、絶対負担をかけたくないと考えている。

〔将来についての母親の思い〕

母親は、「自分がしなければならぬ」と思い続け、やり通してきている。

しかし、自分たちも高齢になってきており、二人が倒れ、介護ができなくなった後のことが心配だが、今は、施設入所などは考えていない。

〔訪問看護開始時のケアプラン〕

1日の介護の流れ

6~7時	9時	12時	15時	18時	20時	21時	
注入	吸入	注入	吸入	入浴	注入	吸入	一段落

(吸引は30分毎・採尿は2時間毎・導尿1日3回)

サービスの週間計画

	日	月	火	水	木	金	土
午前		訪問看護 (2時間)					訪問介護 (2時間)
午後		訪問介護 (2時間)	訪問介護 (2時間)	訪問介護 (2時間)	訪問介護 (2時間)	訪問介護 (2時間)	

- ・訪問介護(2時間)では、主に入浴時の移動などを介助
- ・通院介助はガイドヘルパー(9:00～14:30)とリフト付きタクシー

〔訪問看護開始時(9月30日)の状態〕

治療は、大学病院と病院に月1回通院するとともに、月1～2回医院(医師)の往診を受ける。処方薬は、テオドールシロップ、ベネトリン吸入液、生理食塩水、ラックビー微粒、ガスター、ラシックス細粒一散、アレビアチン、フェノバル、デパケン。

患者の体格は身長180cm、体重62kgで意思疎通不可の状態。時々てんかん発作あり、体を動かすとけいれんとともに開眼する。上肢下肢とも筋緊張強く、自動運動はない。

呼吸は、SpO₂92～94%なら1日2時間2L/分の在宅酸素療法の指示が出ている。吸入は1日3回、吸引は夜間以外は30分ごとに実施、1日2回ピンを交換している。

初回のバイタルサインは、体温36.3℃、脈拍78回/分整、心拍78回/分整(左右とも貯痰音あり)、呼吸20回/分、血圧122/50mmHg、SpO₂93～92%。

食事・嚥下は、胃瘻による経腸栄養(クニミール500ml×1日3回)で、胃瘻のバルンカテーテルは月1回通院で交換する。1日2回、コップ半分程度のお茶をストローで吸う。

排尿は、介助者が下腹部に手をあて圧をかけて出すと1回100～150ml排泄。その後、1日3回残尿測定をかねて導尿すると20～50ml排泄ある。排便は、レシカルボン坐薬使用で4～5日に1回摘便。

訪問看護開始時に利用していた社会資源

- ・医療保険:在宅主治医、病院主治医、訪問看護
- ・障害者支援費制度(訪問介護・ガイドヘルプサービス)
- ・リフト付きタクシー
- ・重度心身障害者(児)の介護手当
- ・特別障害者手当
- ・市障害福祉課ケースワーカー
- ・保健所保健師
- ・障害者日常生活用具の交付:介護用ベッド、エアーマット、吸引吸入器、入浴補助用具

訪問看護ステーションからの訪問看護開始時のサービス

公費負担	<ul style="list-style-type: none"> 遷延性意識障害者療養支援事業の訪問看護利用助成事業(実施主体:県)による訪問看護の公費負担の適用手続き実施(保健所保健師と連携)・・・公費負担が決まるまでは週1回から開始。決定後に回数増予定
在宅主治医の指示	<ul style="list-style-type: none"> 在宅酸素療法管理、経管栄養管理、吸入吸引、導尿、浣腸排便、関節可動域・筋力維持・ベッド上の体動運動リハビリ、家族支援
看護内容 (初回訪問時、母親と相談)	<ul style="list-style-type: none"> 病状観察、酸素飽和度チェック、在宅酸素療法管理、吸入、吸引、ROM運動および呼吸リハビリ、クニミール注入、経管栄養管理、排尿介助、導尿による残尿測定、タイミングが合えば排便、おむつ交換、体位に関すること、母親の健康状態の観察、介護方法の相談、精神的支援など
援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> 医療的な管理や、今まで危険と知らずにやってきた処置方法について助言していく必要がある。しかし、母親にはこれまでやってきたという自信があり、これまでのことを十分認めた上でプライドを傷つけず、よりよい方向に変容してもらえる援助が大切 週1回から開始して信頼関係を築いていく ROM訓練および呼吸リハビリについては、訪問看護ステーションの理学療法士も定期訪問してアセスメントし、拘縮で介護がより困難にならないよう、看護師や母親の実施するリハビリのプログラムを作成する予定

7. 訪問看護の援助経過

月日	患者の状態	家族の状態
10月10日 (2回目)	<ul style="list-style-type: none"> バイタルサイン安定 仙骨部に2mm大のびらんあり。注入時のギヤッジアップ体位の圧迫が原因の一つと判断し、除圧方法をアドバイスした 	<p>母親:訪問看護師に少し慣れてこられた様子。「自分で気分転換しているし、そんなに介護を大変と思ってないんです」との言葉あり</p>
10月31日 (5回目)	<ul style="list-style-type: none"> 37.5℃。痰が多く、尿混濁あり。A医師に連絡する SpO₂=91%のため、酸素吸入15分実施し96%になる 	<p>母親:長期の介護をとおしての夫との確執や夫病気の心について初めて話される。夫の病状については、夫の主治医に聴きに行くことをすすめる</p>
11月22日(8回目)	<ul style="list-style-type: none"> 状態は安定。痰が多く、SpO₂=94%。呼吸リハ後、吸引で98%になる 仙骨部のびらんは軽減した 胃瘻部より逆流あり、主治医にTEL。様子を見ること受診時に交換するとの指示あり 	<p>母親:夫とのことで心配したり、怒ったりで精神的に不安定。血圧110/78。看護師のいる間は少し休むように言うも、いろんなことを訴えるほうが気が紛れると話される。</p>

母親による介護の場面フォーカスセッション

3回目の訪問看護時は、胃瘻による経腸栄養の注入が終了し、母親がカテーテルチップで白湯と薬を注入するところでした。どのようにされているか見せてもらったところ、空気も抜かず一気に注入されました。これまでの訪問の中で、Yさんの腹部が膨満していることやガス抜きをしても軽減しないことが気になっていたところでした。

フォーカスセッション

- ・母親の介護方法に対して、あなたはどう思いますか。
- ・母親の介護方法をこのまま継続すると、どのようなことが予測されますか。
- ・長年、この方法で実施してきたお母さんのプライドを傷つけずに介護方法をかえてもらうには、あなたはどのように看護をすすめていきますか。

ガイドライン

- 注入時の処置の原理原則やリスクがわかっている。
- 処置の原理原則をふまえて、在宅で家族等が実施する際の応用技術がわかっている。
- 長年この方法で実施してきて自信をもっているお母さんの介護方法と気持ちを、まずは受けとめる。
- いきなり介護方法が間違っていると言うのではなく、信頼関係を築きながら、母親自身にもその方法がよいことを納得してもらう。
- 処置方法を実際に実施してもらい、母親の方法を改善し継続してもらう。