

脳血管障害患者の社会復帰を目的とした退院指導

—介護者の評価と援助（支援）のポイント

3階西病棟

○岡林 郁恵・宮川志津代・坂元 綾
大和 忍・青山 貴子・公文 雅代
川村 和子・高橋 純子

I はじめに

本院脳神経外科は紹介入院患者が多く、高度医療の必要性のある患者が大半を占める。

脳血管障害（以下CVDと略す）患者においてもその重症度は高く、救命しえても予後に高度の後遺症を有する事が多い。これらCVD患者への退院指導は、退院決定から退院までの短期間に患者と共に、患者を退院後サポートしてくれる人々に行っていた。その多くは女性介護者であったが、今日の高齢化社会、核家族化、小家族化の中で本院でも介護者の高齢化、また高齢の夫が障害を持った妻の介護を行わなければならない症例も増加してきている。患者のADLの拡大による社会復帰だけでなくQOLへの援助が問われる中で、この高齢男性介護者を含む介護者評価と退院指導内容について検討したので報告する。

II 研究期間及び研究方法

期間：平成5年10月より同年12月まで

- 方法：1. 平成3年4月から平成5年4月までのCVD患者のカルテからの動向調査
2. CVD患者の退院における共通する問題点の抽出と分析
3. 文献検討
4. 退院指導内容の分析及び退院患者概要把握用アセスメントツールの作成
5. 高齢介護者専用アセスメントツール試案の作成

III 考察及び結果

動向調査より、在宅療養が9割を占めるがそのなかで高齢介護者（60歳以上）の援助を受けるCVD患者は63%であり、その年齢分布は平均63歳である（図1・図2・図3）。このような患者背景下で、患者へは個別的なADL拡大を目指した療養指導を中心とし、介護者

には患者のセルフケア能力への支援方法を退院指導してきた。しかしこの退院指導では社会変化等と共に下記の問題点があがってきている。

1. 急性期を脱した患者に対しては関わりの時間が少なくなりがちであり、退院までの間に患者の悩み等心理変化をつかめるに至っていない。

2. 理学療法士との連絡が十分でないと同時に患者のADL状態、特に在宅療養における今後の回復予想について把握不十分。

3. 退院時、介護者は本当に患者を受け入れられる素地を持っているのか等の評価のないままの介護者指導。

4. 対象となる介護者が高齢者である可能性を想定していない内容。

特に、高齢男性介護者（主に夫）においては以下1)～3)の問題点が挙げられる。

1) 生活能力（自炊能力等）や経済観念に乏しい。

2) 信条、性格上、新しいことへの挑戦に消極的。知識の修得も遅く、自己をアピールすることを苦手とし易い。

3) 妻である患者が疾病罹患前の夫への意識から、例えば素直に自己主張出来ない、欲求をぶつけられない等の可能性がある。

5. 介護者をとりまく協力体制についての情報不足。

6. 近年における社会資源の活用について特に、在宅支援システムの活用についての看護側の情報不足。

これら6つの問題点に対して具体的な解決策を立てた。まず問題1についてはCVD患者

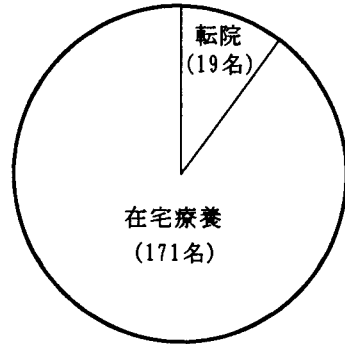


図1 転院・在宅の割合（1：9）

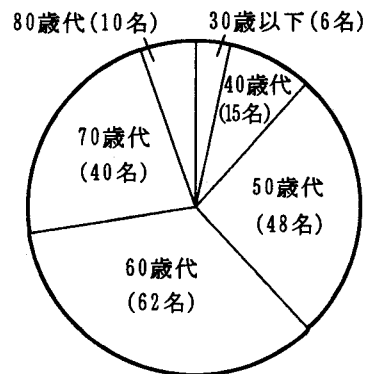


図2 CVD患者の年齢層

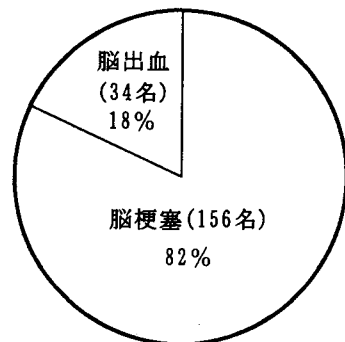


図3 CVD患者の割合(脳出血・脳梗塞)

に多くみられる精神障害や、意識レベルの低下等のための患者の内面的問題をスムーズに引き出しにくい。家族等を媒介としてあらゆるアプローチを行っていかなければならない。また田中らによれば概して妻である女性患者は自宅療養に対して男性患者よりも不安を多く抱き易い。すでに社会からリタイヤしている男性患者に比べ主婦としての自己概念から抜け出しにくいのであろう。これらを踏まえて患者の悩みを知ることが介護者への大切な情報となると考える。問題2に対しては退院指導での社会復帰目標も詳細なアセスメントから介護者と共同して設定する事が可能となり易い。患者のADLを客観的に評価すると同時に、退院時の患者の概要把握のためのアセスメントツールを考えた(表1・表2)。

問題3, 4, 5に対しては退院指導時期も重要な鍵となる。大学病院の退院決定は流動的で、過去の指導は平均してわずか1週間程前からの指導であった。本院の平均入院日数は38日である(図4)。過去の状況及び文献等から急性期を過ぎ、家族に危機状況から脱した安堵感が浸透するのは10日前後と見られる。担当医からのムントセラピーをうけ、患者と共に現実を受け入れ、回復に意欲を持ちはじめたと判断される、発症後10日から

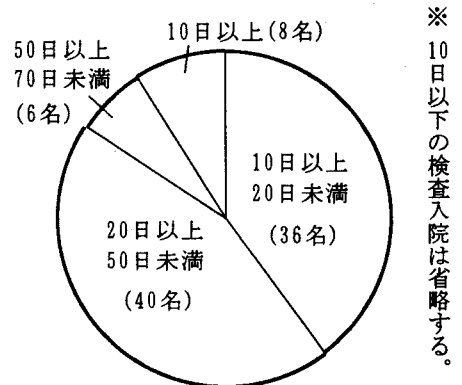


図4 入院日数 (平均日数 38日)

2週間頃が介護指導開始時期と考える。介護を引き受ける対象者の決定、評価は慎重かつ、早急に実施すべきである。女性介護者は入院中、患者への介護実践の経験を有し、比較的介護内容もすんなりと受け入れやすい。清拭等、看護者が介助している間、病室外にでていることの多い男性介護者に対しては、私達看護者も男性への意識改革を行って日常介護への積極的な参加を依頼すべきである。また家族間でも父性は敬遠されがちな昨今だが、長期の自宅介護において不幸な結果を避けるためにも介護者と共にファミリーサポートの分析を行い、介護者のコーピングの維持可能な体制について確認しておく必要がある。そこで高齢介護者専用アセスメントツールの作成を試みた(表3)。介護者が男性の場合、特にどの場面をサポートすべきか判断材料となる。経済問題については年金生活者も多く身体障害者手帳の交付も有り得る。退院と共に経済面でのバックボーンを確認することも考えていくべきではあるが、看護領域外としてフォーマルサポートの情報を与えていくことがよいと考えた。問題6に対しては今後も社会の要請により地域別の一層の拡大を見ると考え在宅支援システムの新情報を得るために、福祉関連資料の収集に努めていくこととした。

表1

		Barthel Index (改訂版)	
	自立	要介助	
1. 摂食	食	10	5 0
	上	5	3 0
2. 更衣	下	5	2 0
	義肢・装具	0	42
3. 整容	容	5	0
4. 入浴	アプローチ	1	0
	洗体	4	0
5. 尿失禁	失	10	5 0
	失	10	5 0
7. 移動	乗	15	7 0
	移	6	3 0
8. トイレ	後始末・衣服	4	2 0
	行	15	10 0
(W / C)		5	0
10. 階段昇降	昇	10	5 0
	降	10	5 0
60点以下：かなり自立している			
40点以下：かなりの介助が必要			
20点以下：セルフケアと移動がほぼ全介助			

10：reach内に食物をおけば、摂取できる。自助具を使っても良い、適当な時間内に食べおわる。

5：時間がかかり過ぎる。半分以上自力で食べられる。こぼす量が多い。

5：自立（ブラジャーを含まない）ひもを結ぶ

2：半分以上適当な時間内で可 結ぶことができない

0：靴、靴下を含む（ガードルを除く）

2：上衣と同様 or ズボンをはけるが靴下不可

0：自立 or 適応なし

洗面、歯磨き、ひげそり、くし、化粧etc. 髪を編む、stil hairを除く

シャワーを使用する場所までの移動、浴槽への出入り

シャワーのみ、スポンジでの洗体のみも可

10：失禁なし，SCIでは自己導尿でき 尿集器の着脱管理ができること

5：時に失敗，bedpanの使用，トイレに行くのが間に合わない，deviceの使用に介助要

10：失禁なし，坐薬・浣腸の使用可

5：時に失敗，坐薬・浣腸の使用に介助要

15：安全にW/Cでbedにアプローチし，移乗する。必要ならW/Cの位置を変え，bedからW/Cに乗り移る。

7：bed上で仰位→坐位・坐位→仰位可。移乗は要監視 or 少しの介助要

6：安全にトイレにトランスファーできる。手すり，その他安定したものを使用して良い

3：要監視 or 少しの介助要

4：衣服の上げ下げ，服を汚さない，ペーパーを使用する。bedpanを使用しても，その管理ができていれば可

2：要監視 or 上の一部に介助要

15：50m歩行可。義肢・装具・杖・歩行器（車なし）の使用可。rolling walker使用不可。

10：上記のいずれかに介助・指導を要す。少しの介助で少なくとも50m歩けること。

(歩行できない場合)

5：少なくとも50m駆動可，角を曲がる，向きをかえる，bed・トイレへのアプローチできる

10：介助なく，階段昇降できる。手すり・杖・松葉杖の使用OK。

5：要監視 or 少しの介助要

入院時スコア40点以下 家庭へ退院できる可能性は著しく減少

表2 退院時CVD患者概要アセスメントツール

1. Barthel IndexによるADL評価

(別紙参照)

2. ADL以外の患者情報

		有	無	備 考
意識レベル	脳血管性痴呆 遷延性意識障害 精神不安, 感情失禁, せん妄等 自発性, 発動性			
言語障害	失語 (全失語, 感覚性失語, 運動性失語) 失読 失書 呂律不全 (講音障害)			
行為障害	失行			
認知障害	失認			
視空間障害	半側空間無視			
局在麻痺	顔面麻痺 嚥下障害 その他 (不随運動等)			

表3 高齢介護者専用アセスメントツール

1. 健康管理

1) 過去に病気をしたことがありますか。

はい ()

いいえ

また, 現在何か病気を持っていますか。

()

2) 健康を保つために何かされていることがありますか。

()

2. 家庭生活

1) 家事や買い物をしたり, 調理, 食事も自分でする事が出来ますか。

は い

いいえ () は出来る

2) 衣類の整頓、洗濯等を一人で出来ますか。

また今までにそれらをしたことがありますか。

は い

いいえ () は、したことがある

3) 余暇活動について何か余暇を楽しむことをお持ちでしょうか。

ご趣味はお持ちですか。

()

3. 休 養

1) 十分に休養が取れていますか。

日々を送る活力が回復していると思いますか。

は い

いいえ (休養が取れていない原因があればお書き下さい)

4. 認 知

1) 視力、聴力障害をお持ちですか。

持っている (視力障害、聴力障害)

両方とも持っていない

2) 脳血管障害という病気をご存知ですか。

3) ご主人の (または奥様の) 病状をご存知でしょうか。

は い (一部のみ、全部)

いいえ

4) 入院前、或いは発病前、(下記は(1)または(2)を選択)

(1) 患者である奥様とはよくお話をしたりされましたか。

(2) 患者である御主人は亭主閑白なほうでしたか。

5. コーピング

1) 今1番の心配事は何でしょうか。よければお教え下さい。

2) 相談相手をお持ちでしょうか、或いは介護を替わってもらえる方が近くにいらっしゃいますか。

3) あなたの周りの方々 (子供さん、ご両親、ご兄弟、お友達、ご近所の方々、職場の

方々等) はあなたが介護に頑張ろうとされていることをご存知でしょうか。

- 4) 奥様を或いはご主人を自宅で介護するにあたり、あなたの生活内容、ライフサイクル、はどのように変化すると思いますか。またそれに対してどのように生活していこうとお考えでしょうか。

IV 結 論

今回の研究結果から今後のCVD患者の特に高齢介護者に対して、以下のような退院指導ポイントをまとめた。

1. 高齢介護者専用アセスメントツールの作成

2. 退院指導を段階的に区分する。

1) 高齢介護者専用アセスメントツール使用による介護者別指導ポイントの決定

2) CVD患者のADL評価表の作成

3) 一般的CVD患者用退院指導要項と上記, 1), 2) との組み合わせによる退院指導内容の作成

V おわりに

CVD患者における高齢介護者への支援について検討してきた。プライベートな問題も多く、CVD患者の特殊性も退院において解決困難な状況を作り易い。また施設内看護を離れての社会的サポートについても他職種間との連携を必要とする。研究で得られた指針に基づき、患者や介護者への的確な援助と共にその評価を行い、大学病院の役割の中で最大限によりより看護を実践していきたい。

参考文献

- 1) 稲岡文昭他：特集／セルフケアを目指す退院指導，月刊ナーシング，Vol.9，No.12，1989.9
- 2) 小野寺木土紀訳：オレム看護論，第2班，医学書院，1911.
- 3) 高倉公明他：脳神経疾患患者の自立と社会復帰，ブレインナーシング増刊号，メディカ出版，1987.
- 4) 須藤江利子他：理学療法研究，第9号，1992.
- 5) 田中恒孝：脳卒中の精神医学，金剛出版，1991.

- 6) 中木高夫訳・看護診断ハンドブック, 医学書院, 1992.
- 7) 野川とも江他: 特集/高齢者の退院指導のすすめ方, 臨床看護2, Vol.19, No.2, 1993.
- 8) 馬場一雄他: リハビリテーションと看護, 金原出版株式会社, 1985.
- 9) 坂東充秋他: 特集/脳卒中と失行失認, 臨床リハ, Vol.2, No.5, 1993.
- 10) 南裕子, 野島佐由美訳: 看護理論集, 日本看護協会出版会.
- 11) 森惟明: 脳卒中にまけないために, テンタクル, 1991.

(平成6年2月6日, 徳島市にて開催の第27回四国脳卒中研究会で発表)