

障害をもつ脳腫瘍患者の 自宅療養への援助

中3階病棟 発表者 百瀬敬子

下井春枝・真壁しのぶ・一山幸代・池上美津子
斉藤環美・出沢知子・塩原みつ子

はじめに

予後不良といわれる悪性腫瘍も、医療技術の進歩により、長期生存が可能となっている現在、医療従事者及び家族が一体となり、患者の幸せを考えた治療・看護が益々必要と思う。

私達の病棟は約¼が寝たきりの患者でしめられ、緊急に治療が必要な患者の入院に支障をきたしている。そのため、急性期を過ぎると関連病院への転院を勧める現状である。

しかし、多くの障害をもち長期の療養生活が必要な患者でも、可能ならば家族の一員として家庭の中で生活することが、患者にとって最も望ましいと考える。

私達は今回「転院するなら家に帰りたい」と望んだ家族の言葉を足がかりに、多くの障害をもちながらも自宅療養へと援助できたケースを経験し、家庭のもつ意味の深さを改めて考えさせられた。その援助について報告する。

研究期間 昭和56年4月8日～8月31日

1. 患者紹介

患者 A氏 59才 男性
病名 小脳腫瘍（神経膠芽腫）
入院期間 昭和56年4月8日～7月19日
性格 やさしい きれい好き 神経質
趣味 詩吟
家族構成 妻と長男（調理士）の3人家族
長女は近在に嫁いでいて5才の子供あり

2. 入院経過及び退院時の状況

（資料①を参照）

昭和56年4月8日、脳腫瘍と診断され介助歩行にて入院。4月13日、腫瘍部分摘出術施行、後、片麻痺、嚥下障害、構音障害、排泄障害をきたした。呼吸状態の悪化と意識レベルの低下がみられ、4月27日、気管切開を施行。放射線療法にて5420rad照射後、自宅療養可能と判断され、7月19日退院となる。退院時、軽度意識障害あり（グラスゴー方式、開眼4、発語1、運動5）、胃管、気管カニューレ、バルンカテーテルを挿入している。

3. 看護の実際

経過を3期に分け、第1期は急性期、第2期は安定期、第3期は退院準備期とした。

〔第1～2期〕術後は、意識レベル、バイタルサイン、神経学的徴候などについて経時的にチェックし、異常の早期発見に努めた。手術部位が脳幹部に近いので、特に呼吸状態に注意した。喘鳴が多く、体位交換及び頻回の吸引と持続ネブライザーを使用した。改善がみられず、無呼吸出現と意識レベル低下（グラスゴー1. 1. 4）をきたしたため、気管切開施行、その後は吸引時の清潔操作に努め、一日一回の吸引カテーテル及び消毒びんの交換と適宜カニューレマットの交換を行った。

褥創に対しては、エアーマットの使用と2時間毎の体位交換及び全身清拭と背部のアルコールマッサージを行うことにより予防できた。

また、無意識的行動に備え左上肢抑制とベッド柵を使用し事故防止に努めた。嚥下困難のため経管栄養を開始し、肺炎の予防と体力の保持増進に努めた。

一般状態が安定した頃より、生活にリズムを持たせようと家族と共に日課表を作成した。また、気分の良い時には好きな詩吟やラジオを聞かせるなど、聴覚・視覚・触覚などに刺激を与え、外界のことに関心をもつように働きかけたが、あまり興味を示さず無表情なことが多かった。患者との意志疎通をはかるため、文字板の使用ならびに「はい」「いいえ」の表示をとり決めた。文字板を使って意志表示ができたなど、進歩がみられた時は家族と喜びを共にし励ました。

また、膀胱訓練を開始しバルンカテーテルの抜去を試みたが尿閉となり、再留置となった。以後は2～3時間毎の時間開放とした。

経口摂取を試み、プリンなどの半固形物を与えたが、嚥下が難しく誤嚥も多かったため経管栄養を続けた。

リハビリテーションは理学療法士、看護婦が家族に指導し、一日3回の他動運動を実施した。

また、便秘傾向のため水分補給に努め、緩下剤の使用と適宜浣腸または排便をした。

〔第3期〕(1)退院決定までの経過：患者の状態が安定し、治療はリハビリテーションのみとなった頃、医師より家族に転院の話が出された。奥さんは、「増築した部屋も見せたいし、できれば家に連れて帰りたい。」と求めた。

私達は、①いつ急変するかわからないが、現在ならば自宅療養が可能である。②家族が自宅療養に協力的で意欲がみられる。③患者に一家の主人としての自覚を思いおこさせたい。④患者は健保本人であり、家族の医療費負担は軽く、息子さんの収入もある。⑤入院が長期にわたるため、付添いとしての奥さんの肉体的、精神的疲労が大きい。家では介護に専念することができる。などの点を考慮した上、自宅療養可能と判断し、医師とカンファレンスを行いながら退院準備を始めた。

(2)問題点：①障害がある（片麻痺、嚥下障害、構音障害、排泄障害、意識障害）

②気管切開施行中、胃管、バルンカテーテル挿入中である。

③腫瘍がいつ再発し急変するかわからない。

④家族の退院への不安が大きい。

・家に帰ってからの発熱、急変の心配。

・病院から見放されるのではないか。

・胃管、気管カニューレ・バルンカテーテルの管理が大変。

・医師・看護婦が訪問してくれるのか。

(3)看護目標

- ①退院に向けて、自宅で患者・家族が安楽な日常生活が送れるように援助する。
- ②地域医療との連携をはかる。

(4)退院指導の実際：退院時オリエンテーション資料を作成し、それをもとに行った。

- ①呼吸管理について……吸引については、気道確保と感染予防のため、最も注意してほしいことを説明した上で、家族に実施してもらった。カテーテル類の消毒方法として、鍋と割りばしを利用する。消毒びんは点滴の空びんを活用することなどを説明した。また「カニューレが抜けてしまったら……。」という不安に対しては、「気管の穴はすぐふさがらないから、落ちついて挿入すればよい」と説明し、医師の指導のもとに家族に挿入してもらった。
- ②食事について……退院後は家族と同じ食事がとれるように練習のため、一食を5分粥にしミキサーにかけ注入した。家庭では一日1500calを目安とし、一食は手間がかからず栄養のバランスのよい粉末栄養（ハイネックスR）を用い、カロリーを補うためと家族の時間的余裕も考慮した。また、胃管は指導のもとに家族に実際に挿入してもらった。
- ③排泄について……自然排便がみられないときのために排便方法の実地指導をした。一日尿量は2000ml前後を目安とするように話した。
- ④清潔について……毎日の全身清拭と更衣を行い、家族がひとりでもできるように背部にバスタオルを使用し、着物は前面から着せるようにした。清拭の際は忘れないように、皮膚の観察を行ってもらうようにした。
- ⑤褥創予防について……エアーマットからスタソフトにかえ、体位交換の要領を経験してもらい習慣づけられるようにした。
- ⑥運動について……各関節の屈伸運動を10回位ずつ、無理をせずに毎日続けてもらうよう指導した。

（家庭で準備するものについては資料②を参照）

- (5)地域関係機関との連絡（資料③を参照）：退院後は近くの外科医に、週一度の往診を依頼し承諾を得た。また、地域の保健婦には連絡書を送付し、週一度の訪問を依頼した。ベッドについては、役場と連絡をもち空きしだいギャッジベッドが借りられるように手配した。
- (6)病院側の体制：急変時にはいつでも再入院できること、医師、看護婦の週一度の訪問と、随時電話での相談に応じることを約束した。さらに、引き続き状態のチェックができるように継続看護記録を用意した。

4. 訪問時の援助

私達は、退院後2週間は3～4日に一度、以後は1週間に一度の割合で、私的時間を利用して訪問した。指導内容はよく活用されており、吸引器やベッドの位置などに工夫もみられた。訪問後は継続看護記録に患者の状態や問題点を記載し、次回訪問者への引き継ぎに役立てた。

（資料④を参照）

蕁麻疹の発生と下痢が2～3日あった他は、褥創や著しい感染症などの合併もおこさず、順調に経過している。

孫の歌を聞いたり、指ずもうをしたりしている患者の表情はなごやかであった。

考察

この症例のように、多くの障害をもちながら自宅療養をする患者は、日常生活の全面介助を要し、家族の肉体的負担・精神的不安ははかり知れないものがある。しかし、家族が協力して介護していくことが自然なあり方であり、患者の回復にもつながると考える。そして、ある程度の条件がそろえば自宅療養は可能である。健康な介護者がいること、経済的に安定していること、家庭医が確保できることは最低条件であるが、何よりも大切なことは「家族の患者への深い愛情と熱意」である。私達も患者の立ち場に立った思いやりと励ましを、たえず心にとめた看護をしていかなければならないと痛感した。

退院に際して、その家庭状況に応じた指導計画をたて、その目的と必要性を説明した上で正しい実地指導をし、看護の基本的技術を体得してもらうことが、家族の自信と不安の軽減につながり、さらに合併症の予防に役立つことを確信した。

「もし状態が急変すればすぐ入院できる」と約束したこと、近医が定期的に往診してくれること、24時間電話での連絡ができることなどは、自宅療養での不安の軽減に結びついたのではないかと思う。特に、家族からの相談と状態把握のため、電話で頻繁に連絡をとり合ったことは、自宅療養を円滑に継続する上に非常に効果があったので今後も利用していきたい。

今後、私達は当事者間の連絡を密にし、また、患者の経済的問題に対応すべく、医療補助制度などの社会資源を活用できるよう、知識を深め働きかけなければならない。

おわりに

訪問したある日、「もし状態が悪くなっても、このまま家で静かに見守ってやりたい。」と奥さんがふともらした。

私達は病院での看護が唯一のものではなく、長期療養では、より人間性豊かな安らぎの場としての自宅療養を見直す必要があるのではないかと感じた。

今回学んだことを第一歩とし、さらに研究をすすめていきたい。

なお、研究にあたり御指導、御協力戴いたみなさまに深く感謝致します。

参考文献

- 別所紀子： 慢性意識障害患者への援助を通して家庭の位置づけと看護婦のあり方を考える—第10回日本看護学会集録—日本看護協会出版会1980
- 文野加代： 脳腫瘍のナーシングプロセス—メデカルフレンド社 第1巻1号1981
- 江副信子： 脳腫瘍患者の社会復帰—臨床看護 第5巻第1号1979
- 磯村孝二： 寝たきり老人の家庭看護—社団法人 家の光協会1978
- 松尾未子： 長期意識障害のまま退院した患者の家族指導について—第10回日本看護学会集録—日本看護協会出版会1980
- 在宅看護研究会： 在宅患者の訪問看護サービス—日本看護協会出版会1978
- 田中ルイ子他： 脳腫瘍患者の術前術後管理の実際—臨床看護 第5巻第1号1979
- 吉田時子： 看護学総論—メデカルフレンド社1975
- 北3階病棟： 継続看護へのとりくみ—看護研究集録—信州大学病院看護部1977

看護の展開	第 I 期				第 II 期				第 III 期																																	
OP 后日数	0		2W		4W		6W		8W		10W		12W		14W																											
経過及び看護	4/8 入院		13 手術		27 気管切開		5/20 照射開始		7/1 照射終了		7/1 退院指導開始 ・発声訓練		オリエンテーション用紙 清拭・胃管 吸引・摘便・体交		19 退院																											
意識レベル	グラスゴー 456		114		415		415				415																															
外ドレナージ	-----																																									
気管切開	ダブルカフ付カニューレ、ポータックスNo36																																									
バルンカテ	シリコンカテーテル 3W/交 抜去再挿入																																									
膀胱訓練	時間開放 2~3h 毎																																									
胃管	留置																																									
経管栄養	<table border="1"> <tr> <td>留置</td> <td colspan="4">朝挿入し昼食後抜去 夕方挿入し夕食後抜去</td> <td colspan="4">朝挿入し 夕食後抜去</td> <td colspan="4">付添が挿入</td> </tr> <tr> <td>ふつう流動 750 cal</td> <td>経管C</td> <td>ハイネックスR 500~600 cal</td> <td>経管A 1500 cal</td> <td colspan="4">経管 B 2000 cal</td> <td>経管C 2300 cal</td> <td colspan="4">昼食のみ5分粥 ミキサー食</td> </tr> </table>																留置	朝挿入し昼食後抜去 夕方挿入し夕食後抜去				朝挿入し 夕食後抜去				付添が挿入				ふつう流動 750 cal	経管C	ハイネックスR 500~600 cal	経管A 1500 cal	経管 B 2000 cal				経管C 2300 cal	昼食のみ5分粥 ミキサー食			
留置	朝挿入し昼食後抜去 夕方挿入し夕食後抜去				朝挿入し 夕食後抜去				付添が挿入																																	
ふつう流動 750 cal	経管C	ハイネックスR 500~600 cal	経管A 1500 cal	経管 B 2000 cal				経管C 2300 cal	昼食のみ5分粥 ミキサー食																																	
照射	----- 5420rad																																									
リハビリ	-----																																									

資料②

家庭で準備するもの

吸引用：吸引器，ネラトンカテーテル
消毒びん，ガーゼ，なべ
割箸，ヒビテン綿，ヒビテン液

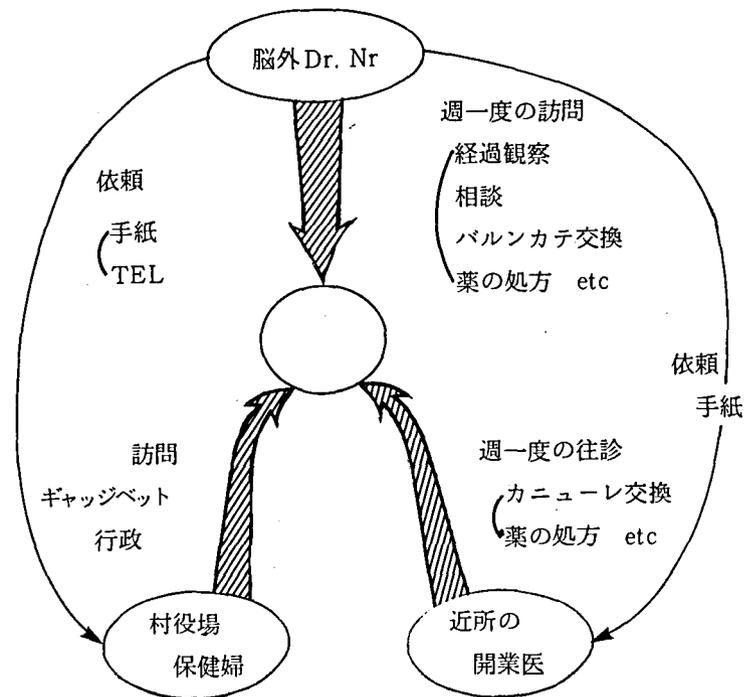
注入用：ミキサー，イルリガートル
50ml注射器，ガーゼ
Mチューブ

病院→家庭：気管カニューレ
バルンカテーテル（シリコン）
ウロガード（滅菌集尿袋）
2%ホウ酸水
ヒビテングルコネート液
Mチューブ
イルリガートル
キシロカインゼリー

その他：スタソフト
体交用毛布，円坐

資料③

患者の家庭管理体制



継続看護記録

月/日	経過観察及び問題点	具体策及び 行った看護援助	評 価△ 及び引き継ぎ事項○	次 回 訪問日	サイン
7/23 18:30	<p>「Aさん、こんにちは」の呼びかけに手を握って答えてくれる。表情明るい。 喘鳴、喀痰多い。</p> <p>T 36.8℃ P 108 発汗なし 顔色普通である。</p> <p>蕁麻疹様の発疹軽減し多少赤味が残っている。</p> <p>尿混濁著明 一日尿量は2000ml前後</p> <p>ミキサー食がなかなか入らなく注入に時間がかかってしまうという。食事は 煮物、生野菜 ごはん、豆腐 ちりめんじゃこ などをミキサーにかけガーゼでこして、みそ汁、牛乳でのばしているという。</p>	<p>吸引を行う。</p> <p>清拭する。 家族と食事内容について話し合う。</p> <p>胃管交換する。 「きなこ、粉チーズ、マヨネーズなども適宜加えては」と話す。「蛋白、カロリーの点と注入しやすくする方法など栄養室に相談してみましよう」と対応する。</p>	<p>△白色痰である。性状、量など入院時とかわらず（家族は「30分毎に吸引している」と話していた）</p> <p>△ボララミン内服にて消失してきた。 △背部その他に褥創なし。</p> <p>○次回バルンカテーテルの交換が必要と思われる。</p> <p>○胃管はシリコン製でサイズは「大」を使用、つまる恐れがあるため次回は予備用として1本持参すること。</p> <p>△食事については自家製のトマト、メロン等、新鮮でよい。まあまあ留意されている。</p>	7/24	百瀬
19:30	近々の訪問を約束する。		<p>7/24 栄養室にて相談 蛋白、カロリー補給にアミココ牛乳など加えたらどうか。 酵素を食事に混ぜてミキサーにかけるとトロトロとして注入しやすくなるといわれDrに処方してもらおう ジスターゼ1.0 TE 3cap タフマック 3T</p>		