

2016年度2年目職員研修

キラッと輝くたからもの



患者に寄り添うって・・・

悩み・進んだり戻ったりしながら諦めず、前進。

時に頑固な患者、周りと比較して落ち込む患者、

お金も仕事もなくて入院ができない患者、家族の思いもさまざまで。

つまづくことが多かった。だけど、その人らしさや笑顔を引き出す看護がしたい。

そのために、私たちはあきらめない看護を目指します。



目次



「帰れるかな～？」気持ちの変化に寄り添って	4階病棟
インスリンのない元の暮らしができるように	4階病棟
「家に帰りたい」気持ちに寄り添って～あきらめずにできること～	4階病棟
再び“食べる”たのしみをもてるように	4階病棟
事務としての関わり ～治療を続けるために～	外来サービス科
家に帰りたいという思いに寄り添って ～90歳までエンジョイする！～	5階病棟
早く家に帰りたい ～その人らしい暮らしを支えるために～	5階病棟
「自分でご飯を食べたいけん」を見守る	3階病棟
「考えすぎて、なにも言えなかった。」	3階病棟
「家に帰りたい」～本当に帰りたい場所は？生まれ故郷の秋田だった～	リハビリ科
「頑固おじさんと歩み合う」	リハビリ科

家に帰りたいたいという思いに寄り添って

～90歳までエンjoyする！～

5階病棟 看護師

「今のままじゃ困る。早く歩きたい。」

今回受け持ったのはストマのある80歳代の患者さん。他院で大腸がん再発の手術をし、ベット上の生活になってしまったためリハビリ目的にて転院してきた。第一印象は自分の思いは貫き通すタイプで、がんこなおじいちゃんだった。難聴もあるせいか話に行っても話が続かなかったり、怒りだしたりと近寄りがたかった。私が訪室する度に「今のままじゃ困る。この人は慎重すぎる。」と言い、焦っている様子もみられたが、リハビリ時以外はベットで横になりテレビを見ている毎日だった。ストマの管理も看護師がすべてしていた。患者さんは独居で、身寄りなしであり、私は「今の状態で本当に家に帰れるんかな。」と疑問に思った。

「自主練つきあって～。」

なかなか上手く関われず、先輩方に相談し、まずは関係性をつくることから始めた。出勤時には必ず顔をだし、あいさつをした。ある日、私は「今のままでは家に帰れないですよ。退院にむけてストマも自分でやりましょう。」と伝えた。すると、「ストマは12年間してきたから染みついている。大丈夫です。」と返事があり、なかなか自分でしてくれず。その後も何度も話にいった。次第に患者さんから自身の思いを話してくれるようになった。ついに、「トイレで便を破棄すること・毎食座ってご飯を食べること」という目標を患者さんと一緒につくることができた。そのころから、「自主練つきあって～」と発言あり、食堂で一緒に足踏みをしたり、テーブルを伝って歩く練習をした。どんどんリハビリも進み、最終的には伝い歩きが可能となった。そして、自己にてトイレで便破棄もするようになり、患者さんは住み慣れた家に退院することができた。

「土井さんは永遠の恋人です。」

退院してから数週間後、私は患者さんの自宅へ訪問に行った。「お～。土井さん待ってました。」と温かい笑顔で出迎えてくれた。自ら手すりを持ち歩く姿をみせてくださったり、ストマの便破棄も自分でできているとのことだった。私が帰るときには「本当に家に帰れてよかったです。ありがとう。土井さんは永遠の恋人です。」と笑いながら言ってくくださった。私は、最初は関わりにくいなあ、どうしたら帰れるんかなあと悩むことも多くあったが、今の患者さんの姿をみて「本当に家に帰れてよかったです。」と心から嬉しく思った。そして、その時の笑顔は今でも私の元気の源となっています。



退院後訪問へ♪

「看護師さん」ではなく「土井さん」と呼ばれたい

症例をとることになってからもなかなかA氏のもとへ足を運べずにいた私に先輩方はまずは関係性を築くところから始めたらどうかとアドバイスをくれた。出勤時は早めに来てコミュニケーションを図る時間を多く作り、スタッフから「土井さんのこと呼んでいたよ。」と言われるようになった。症例のことが頭から離れず、どうアプローチしたらよいか、追い込まれた時もあったが、何度も足を運んだことは結果的に信頼関係につながったと実感することができた。そして、A氏と一緒に目標を決めると見違えるように変化がみられた。看護師は患者様をサポートする役目であり、看護計画を看護師だけでなく、患者本人を主体とし共に考え、支援していくことが大切であると学んだ。人ははじめて会っただけでは人間関係はできない。相手の話をただ聞くだけではなく、どうしたらいいのか一緒に考え、この人のことを信じてみようと思ってもらえるような関わりがしたい。そして、「すみません。」や「看護師さん」ではなく「土井さん」と呼んでいただけるような看護師になりたい。



「早く家に帰りたい」

～その人らしい暮らしを支えるために～

5階病棟 看護師

「もう少しリハビリを」に垣間見える介護不安

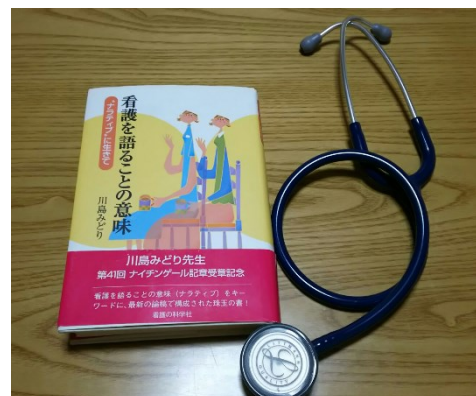
今回の症例で関わらせて頂いたA氏と妻の思いには、ずれがあった。本人はすぐにでも帰りたいが、妻はもう少しリハビリをと望んでいた。蜂窩織炎治療後の下肢筋力低下で歩行にふらつきがあるが、ある程度動けており、リハビリへの拒否と入院のストレスからの不穏や、トイレに動き出すための転倒のリスクを考えると、早期退院した方が安全と思われた。しかし妻が入院を望むのは、ADLだけの問題だろうか。ふとそう思った。

妻はパートで働いており、午前中は本人独居状態である。認知症も進んでおり、その変化を受け入れ難い気持ちや混乱で、現状を把握できていない部分がある。すぐに退院して入院前と同じ生活ができるか、退院後の生活が見えない分、漠然とした不安はあるのではないだろうか。

本人の「早く家に帰りたい」という思いを実現するには、安全で安心できる自宅での暮らしに向けて、介護する妻の不安を解消する必要がある。

だからこそ、在宅での今後の療養生活の展望が持てるように、何を解決すれば安心して退院できるかを一緒に整理して考える、それがその人らしい暮らしを支援する在宅療養移行支援の第一歩だと学んだ。

合同カンファレンスで、今後のサービス調整や、当院での外来フォローなどの選択が整ったあと、妻の「家に帰ってやってみないとわからないが、リハビリに積極的でないのなら、住み慣れた家に早く戻る方が本人にとっても良いと思う」という言葉が印象的だった。もう少しリハビリをと望んでいた妻が、今後の生活に見通しが立った瞬間のように感じられた。



「何とか歩けるから手すりはいらぬ」～退院支援を進める中での拒否

ただ、退院支援を進める中で、看護側では最も必要と考える支援、家屋調査をして手すりを設置しての転倒の予防に関して、本人は頑なに「必要ない」、妻も「家に帰って本人が困った時に考える」と積極的に望まれなかった。

チームに相談すると、そこは看護者として相手に必要性を理解してもらうよう、働きかけた方が良いとの意見が多かった。自分も最初は、手すりがあることが、安全な療養生活の必須条件であり、それを促すことが看護であると考えた。

しかし途中から、それが本人と家族の意向ならば無理に押し進めるのはどうなのか、押しつけになってしまうかと考えると、それ以上、何もできず、妙な無力感を感じ、積極的に自分が関わっていないことで、看護にも自信が持てなくなってしまった。

「こちらが何かをする、形を残すことだけが看護でない」

その時に思い出されたのが、師長からのこの言葉。自分は、相手にとっての看護でなく、自分がやりたい看護をしようとしていたことに気づいた。そもそも A 氏は、左官業で人に指示する立場の仕事をしてきた。だから「人に指図されるのは、大嫌い」とも話されていた。後でケアマネから聞くところによると、妻も家に他人が入ることを好む方ではないとのことであった。

「その人らしさ」ということに留意するなら、家屋調査せず手すりもつけないという選択は拒否ではなく、なんとか自分でやっていくという意思表示であり、それはそれで、その人の立派な強みと捉えることができる。それを優先した上でできること、今回であれば、困った時に直ぐに対応できる体制を整えるために、外来やケアマネなど在宅チームに引き継ぎを行うことが、「見守る」という看護になることを、身をもって学んだ。

自分の感性、人間性を磨きたい

「その人らしさ」とは、その人はその人でしかないことである。だからこそ自分の考えるケアと、患者さんの欲するケアは一致するとは限らない。

患者さん自らの意思決定を尊重することと、看護の立場からのケアを受け入れてもらうこと。要はバランスであり、それが「その人らしさ」に寄り添うものとなるためには、その人をよりよく知る必要がある。

その人らしさを感じ取れる自分の感性、人間性を磨き、同期の仲間と一緒に成長していきたい。



「自分でご飯を食べたいけん。」

3階病棟 看護師

摂食拒否をする患者さん

2年目では患者さんを入院から退院まで受け持たせてもらいます。その中でどうしても摂食拒否をする患者さんがおられ発言がありました。「たべたくないけん、いらん。」と。食事介助時なんか訴えられることがあり、その原因を知りたく病棟スタッフに協力を求め本人の生きてきた時代背景、回診、口腔ケアラウンド、ST評、日々のカンファレンスを通して食事に対するケアを実施しました。

原因の中で義歯調整が不十分であったこと、入院時環境の変化によるもの、安静にすることによる活動量の低下によるもの、食事のペースによるものなどたくさんありました。

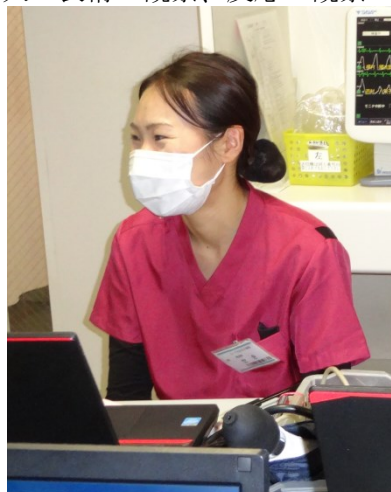
たくさんの原因の中で本人の食事のペースにあったケアはもっと早く気づくことができたのではないかと思います。以前患者さんは安静の指示がありベッド上での食事で、スタッフが介助をおこなっていました。安静の指示が解除された後患者さんの姿が変化しました。初めてリクライニングで食堂に来られ目の前でテーブルを置きエプロンを付けると眼が輝きました。私は食事を渡す前、介助をしようと思っていましたが「このまま本人が食事をされるのではないか。」と感じスプーンと箸を渡しました。そのあと自己にてお皿を開け食事摂取されました。全量摂取され「おいしかったですか。」と聞くとうなずかれた様子があった。

その光景をみて摂食拒否の大きな原因であったのではないかと。「この患者さんは自分で食事を食べたいのではないか。」と感じました。

「自分でご飯をたべたいけん。」と訴えは患者さんからありませんでしたが自己摂取をされ食事量が大きく変わりました。訴えはなくても患者さんの思いにもっと早く気づき環境を整えていたらよかったですのではないかと思います。

担当患者さんを受け持たせてもらい他にも学ぶことはありますが自分だけで看護はできず、日々の部屋持ち看護師、リハビリスタッフ、医師、介護士、家族さんなど他者の連携がより良い看護に繋がると感じました。

また患者さんにとっての精神的苦痛の理解のむずかしさ、本人の表情の観察、反応の観察の重要性を知る機会となりました。





2年目を振り返って

他には日々、部屋持ち業務とナースコールの対応で追われてしまっていることがあります。部屋持ち患者さんだけではなく病棟内で重症である患者さんの状態や担当患者さんの状態、面会に来られた家族さんと患者さんとの関わり方、先輩の動き、日々の患者さんのリハビリ時の表情や歩行の状態、などたくさん眼を向けないといけないと感じています。

3年目になるにつれてより責任感が重くなりたくさんの知識が必要になります。学んだことをいかして来年につなげていきたいです。



考え過ぎて、何も言えなかった

3階病棟看護師

ある日患者さんが食欲不振になった。身体の状態を観察し、考えられることに対してアプローチを行った。検査もした。しかし原因はわからなかった。数週間ほとんど食べられない日が続き、点滴も開始され、元気がなくなっていった。

何故食べることができないのだろう

バイタルサインも検査も異常がないのに、食欲がなく、口に入れても吐いてしまう。日に日に食べられなくなる患者さんに対して、何故だろう、どうしたら食べられるようになるだろうと毎日考え、悩み、スタッフや他職種からの助言・アドバイスをたくさんもらった。そして、食事内容などあらゆる面からアプローチを行い、患者さんに合った食事環境をつくることで、少しずつ食事摂取量が回復していった。食事摂取量が増えると元気になると思っていたが、活気は戻らず、笑顔も減った。

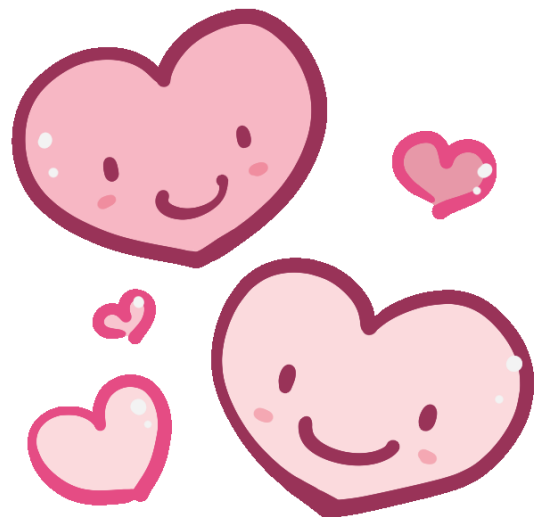
「扉を閉めてください」

ある日患者さんが「悩んでいることがあるの」と言った。具体的な内容は言われず、最後には「大丈夫です」と言い、話は終わった。気になったため他スタッフに何か知っていることはないかと聞いてまわると、リハビリスタッフから訓練中「できない。やりたくない」の発言が多くなっていると聞く。また、個室は寂しいので扉は開けておいてと言っていた患者さんが、ある日「扉を閉めてください」と私に言った。患者さんの隣に座り、話を聞くと、他の患者さんが歩いているのを見るとつらいと言われた。入院当初はリハビリ訓練をすれば発病前のように歩くことができると思っていた患者さんに対して何と声をかければいいのかわからず、「わかりました」と言い、扉を閉めた。食欲不振になっていた原因は、食事のストレスだけでなく、身体能力の変化、ボディーイメージの変化によるストレスも大きく関係していたと気付いた。



障害に立ち向かう患者さんの心理

患者さんは料理をするのが好きだった。タオルケットや鞆なども作ってしまう。自転車に乗って買い物にも行っていた。「家族は私が支える」という気持ちもあった。しかし、脳梗塞を発病し、体の左側に後遺症が残った。患者さんが抱えているものを理解するには、今の疾患や症状のことだけでなく、患者の性格や好きなもの、嫌いなもの、発病前のこと、家庭環境などの情報をふまえ、今の状態になるまでを想像し、何を思うか、考えるか、何が幸せで苦痛になるかを、患者の気持ちになって考えることが、看護には必要であると学んだ。しかし、落ち込んでいる患者さんに対して正直どう声をかけたら良いのかわからなかった。部屋に行く機会も減ってしまった。『患者の気持ちに寄り添う』ということの難しさを知った。





在宅復帰へのセラピストとしての支援

「家に帰りたい」

・・・本当の帰りたい場所は？生まれ故郷の秋田だった・・・

「今日から、担当になりました」

理学療法士

X年、3月。まだ風の冷たい、初春。脳梗塞から左片麻痺を呈したT氏が転院して来られた。



今日から担当になりますと挨拶に部屋へ伺った。T氏の初めての印象は「可愛い小柄のおばあちゃん」というイメージがあった。その次の日から、私の怒涛の日々が始まった。

次の日何うと私の事は覚えられていたが、「しんどいから今日は行きたくない」と跳ね返される。とりあえず、部屋で話を聞きながらその日はベッドサイドで終了。話を聞くと、どうやらあまり寝られていない様子。その一週間は「しんどい」と言われる日が続き、離床さえも上手く出来ず、車いすで散歩

する程度で終わる日が多かった。

2週間経過しても、不穏からか「もういい！しんどいの！」と怒鳴られる毎日。と思ったら、怒った事に対して「ごめんね」と謝ってくれる事もあった。

そんな毎日を繰り返す中である時、「ナッチャン！」と呼んでくれるようになった。今まであだ名で呼ばれたことは無かった為、自分にとってかなり嬉しい出来事であった。

1か月後にはリハビリの時間を待っておられたり、笑顔で起きてリハビリ室へ来て頂けるまでに変わっていった。

「生まれは秋田よ～～」

話をしていくうちに、秋田県出身という事をお聞きした。

90代という年齢である。戦時中は大変な生活を強いられていたと話された。当時は看護師として満州へ行っていたという話や、故郷の秋田の話の沢山聞くようになった。

秋田県には「なまはげ」「ねぶた」「きりたんぼ鍋」など沢山の有名なものがある事や、特に家族や兄弟の話をする時の顔はいきいきとした若返った表情に戻るときであった。

自分も地方出身である為、よく理解できた。やはり故郷という場所への思いは非常に強いものであると感じた。自分の生まれ育った場所には大切な思い出や大切な人、沢山のかけがえのないプライスレスな物がそこにはあるのではないか



「うちに帰れますか？」

当初からの娘様・本人の希望は「自宅復帰」。これだけでは一見、何の障がいも無い様に印象を受けるが、自宅の環境に大きな問題があった。住まいがエレベーターのないマンションの3Fなのである。この環境によって、自宅へ帰るといことが難題と化していた。

病棟のMSWや担当のCM、先輩セラピストに相談した。サービスを入れて、何とか解決できないか相談を行ったが、前例もなく介助で行う事はリスクがあるので断られるのではとの事であった。また能力的な問題が改善しても、年齢的な事や安全面を考慮すると難しいのではとの回答が多々あった。カンファレンスで「現段階でも今後のことを考えても、階段を登る事は能力的に難しい」「サービスで行っていくしかないが、そのサービスを行っている事業所がないかもしれない」と伝えた。

3か月経過し、再度カンファレンスで希望を聞くと「もう、不安でどうしたら良いのか。仕事と介護の両立をできる気がしません。」と娘様が精神的に不安定となっている事を知った。一度老健を介して、リハビリを続けて、引っ越しを検討する期間を設ける事になった。

本人様からは、この時期に「家に帰りたい」と何度も話される事があった。始めの頃はこの“家”というワードは自宅を指していると思っていた。リハビリの合間に話している時に「もう何年も帰ってないからね、久しぶりに帰りたいね」と話された。私がしていた、帰りたい場所への解釈は間違っていた。本当は“秋田”に帰りたいと願っていたのであった。話を引き出す事ばかりに気を取られがちであるが、思っている事を察する事も私には必要な事であると学んだ。

「がんばるよ、ありがとうね」



退院の前日、最後のリハビリの日。装具を購入してもらった為、受け取りの日となっていた。急な退院日の決定となり、慌ただしく退院前の作業に追われていた。

終了間際、涙ながらに「ありがとう」と何度も何度も言いながらのお別れとなった。私も少し涙が出そうになったが、ぐっと堪えて笑顔でお別れができた。娘様からは「母とリハビリ頑張って、秋田に帰れたらいいねって話しています」と娘様の笑顔も見られた事は、私にとっても喜ばしい事であった。



「夢が叶いそうです」

現在、T氏は二回目の脳梗塞を発症し、当院の回復期病棟へ入院中である。

なんと、5月に甥御様の協力を得ることができ、秋田へ行く事が叶いそうなのである。秋田に行くことは今の目標となっている。当時よりは認知機能や体力・能力的にも低下しているが、もう一度故郷の秋田へ戻るために一生懸命リハビリに取り組まれている。あの時の自分には出来なかった関わり方を模索し、もう一度秋田へ戻りたいという気持ちに寄り添ってあげたいと思う。

頑固おじさんと歩みあう

理学療法士

自分の父親と同じ年の患者さん

60代の方は一般的に団塊の世代と言われている。団塊の世代の方は、競争意識が強く、自分の考えをしっかりとっておられることが多い。

実際に60代の患者さんを担当する機会があった。その患者さんも団塊の世代の特徴的な方で、自分の考えをしっかりと持たれていた。「転倒する危険があるので一人で歩かないでください。」と言っても、「大丈夫。」と言い、一人で勝手に歩いている場面が多かった。

そこでどのようにしたら患者さんが納得してリハビリの言うことを聞いてくれるのか悩みながらリハビリを進めていく日々が続いた。



飛車

なんで聞いてくれないの

なんでリハビリの話聞いてくれないのかを考えた。患者さんはリハビリを受けたことがなく、自分で治さなければならないという焦燥感があるのか。そのためリハビリの時間だけでなくもっと多くの時間をかけて歩行していたのか？20代の若者の言うことなど聞いてもらえない。と思っていたのか。など考えた。実際に危ない歩行をしていることを気付いてもらうために、リハビリ中に何度も説明したり、転ぶことでさらに活動に制限がかかることなども説明した。自分の考えを患者様に説明ばかりしていた。

でもその場では「わかった。」と言っていたが、実際は部屋などで歩いていた。

患者さんの考えに寄り添う

患者さんに考えを押し付けていたが、なかなか聞き入れてくれなかった。「これじゃだめだな。」と感じ始めた。そこで患者さんが早く一人で歩く練習をするためにどうすればいいかを考えた。そこで装具を着用して歩行してもらうことを思いついた。しかし装具を受け入れてくれるか分からなかった。その時に患者さんが毎日やっていたナンプレの話や患者さんが知っている知識などをこちらが興味を持って聞いたりしているうちに向こうからものその話などをしてくれることが多くなった。そこで装具に対して受け入れてくれたのかもしれないと考えた。また装具を付けることで歩行は少し安定した。患者さんと信頼関係を得たうえで手段を提案し、それにより患者さんの希望に近づけることがうれしかった。

患者様の考えを受け入れているだけでは・・・

患者さんの考えに寄り添いリハビリを進められたことで今後はあまり考えに差がなくリハビリが進められると思っていた。しかし、「もう退院できるやろ。」と患者さんがある日言った。自宅で過ごすには退院しても大丈夫なレベルではあった。しかしリハビリでは、今後屋外をまた歩いてほしい、趣味である将棋をしてほしいという気持ちがあった。そこでまたお互いの考えに差が生まれた。患者様の考えを受け入れて退院してもらうことは簡単だと思った。でも60代で今後の生活も長いと考えるともう少しリハビリをして能力を上げてほしかった。そこで、患者さんに今後退院して、外を歩くのに必要な距離・場所などを聞き、趣味である将棋をしに行くことも提案した。そうすることで、患者さんは歩く距離などを踏まえてリハビリをしていくことを受け入れてくれた。ここではリハビリの考えにすり寄ってもらった。

お互い一緒に退院後のことを考えて

退院の後の歩行を能力から考えると、装具を着用して歩行するのが安全だとリハビリでは考えていた。しかし患者さんは「装具をつけずに歩行できる。」と言っていた。安全に歩行できることだけをリハビリでは考えていた。患者さんは見栄えのことや面倒さを感じていた。その患者さんの思いに寄り添い、装具ではなくインソールでの歩行を評価しそれで今後歩行してもらうことにした。しかし、それでも長い距離を歩くと転倒リスクのある歩行になってしまっていた。患者さんは「疲れないから大丈夫。」と言っていた。しかし転ぶリスクは高いと感じていた。実際に歩くときに右足が擦ってくる時間などを何度も説明し、患者さんに休憩してもらうことを分かってもらった。そうすることでリハビリの考えにすり寄ってくれた。互いに考えに対して歩みより退院に向けてリハビリが出来た。



考えを合わせる大切さ

自分の考えで行動される患者さんと考えを合わせるためには、自分の考えを押し付けたり、患者さんの考えだけを受け入れてばかりいることではいけないと感じた。まずは信頼関係を築き、その上でリハビリの提案をし、お互い考えに歩み合うことが大切だと学べた。また、その患者さんの社会背景などを知り、その人の性格を受け入れることも大切だと思った。



