

患者が主体的に退院後の生活を イメージできるようにソーシャルワーカーが 関わった一事例

別府リハビリテーションセンター 矢坂侑貴

はじめに

回復期リハビリテーション病棟では、急性期病院での治療を経てリハビリでの機能回復を目指す、障害が残存し、患者本人が思い描く“回復”には至らないケースがある。

本事例では病状理解が十分とはいえない患者に対する退院支援の難しさを感じつつも、患者が主体性をもって退院後の生活を考えることができるようにソーシャルワーカー（以下SW）がかかわったため報告する。

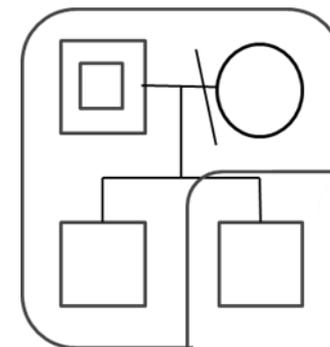
倫理的配慮

事例の使用にあたっては、患者本人の同意を得て事例の内容について、その本質や分析の焦点が損なわれない範囲において、個人が特定されないように情報の操作を行った。

事例概要

A氏

- 50代 男性
- 病名：脊髄梗塞
- 障害名：両下肢麻痺、膀胱直腸障害
- 仕事：人材派遣会社勤務
- 生活歴：高校卒業後、大手企業に勤務し転勤を繰り返す。精神的な理由から退職し、1～2年の求職活動期間を経て郵送関係の会社に就職。数年の勤務で退職し、発症の3か月ほど前から人材派遣会社に勤め始めた。



発症～転院までの経過

発症時	<p>出勤時より息苦しさ、胸痛出現。元妻に電話連絡し、救急要請した。</p> <p>両下肢脱力出現しB病院へ搬送、搬送中に下肢が完全に動かなくなり、尿閉となった。ギランバレー症候群が疑われ、C病院に搬送となる。</p> <p>搬送後、両下肢の完全麻痺とL1以下の表在感覚鈍麻（深部知覚正常）あり。</p> <p>胸部～骨盤造影CTにて、胸部大動脈解離があり、解離による脊髄梗塞と診断。</p>
+5日	A氏へ車椅子生活になる可能性が高いと説明
+31日	当センター回復期リハビリテーション病棟へ転院

入院時の目標

〈A氏〉

- ・ 歩けるようになって家に帰りたい
- ・ 仕事に戻りたい

〈元妻〉

- ・ 身体的な介護は難しい
- ・ 日中働いており一人で安全に過ごせる必要がある
- ・ 排泄、ベッドから車椅子の移乗が自立となれば、
自宅退院を考えたい

入院から 1 週間後

A氏：職場との面接の意向あり、オンラインにて実施

元妻：

- ・要望や連絡が多くて精神的に参っている。
- ・自宅退院となると、生活動作全般に妻に介助を求めることが予想される。仕事もあり、常時介護は困難。
- ・自宅退院は考えられない。施設に入って自分でできることを増やして最終的に就労ができればいいと思う。

「あの人はあの人の人生を歩んでほしい」

「程よい距離感がいいと思う」

アセスメント①

チームカンファレンス

①歩行での日常生活動作の獲得は困難

②車椅子レベルでの自立は目指せる

《方針》 障害者支援施設への入所が望ましい

⇒SW：

- ・手帳作成が可能となる時期と回復期期限を照らし合わせると、早期の方向性決定が必要
- ・元妻からどの程度の協力が得られるのか、A氏と元妻との関係性について、改めて整理

主治医からの病状説明（1か月後）

主治医：

「車椅子中心の生活になる」

「障害者支援施設での訓練継続が望ましい」

A氏：「きつい。こんなに頑張っているのに」と涙を流す

⇒SW：

A氏はショックが大きく、受け入れることができない状態にあった。障害者支援施設2施設のパンフレットを準備していたが、日を改めて施設の紹介や説明をしていくこととした。

病状説明後（SWと面接）

主治医から「車椅子中心の生活になる」と説明あるが…

A氏：「電話で職場へ車椅子での生活になると思うと伝えた」
「車椅子で可能な業務があるのか、職場に確認したい」

⇒SW：

車椅子中心の生活をイメージしつつあるような発言があるが、働くことへの懸念であった。仕事以外の生活はどのように考えているのか質問すると、「数歩でも歩ければ」との思いが聞かれ、病状理解は十分ではなかった。

アセスメント②

強み

- ・自身の目標に対するリハビリ意欲は高く、思いを表出できる
- ・元妻が入院中の支援は協力的
- ・排泄方法の検討要すが、車椅子での身辺動作が概ね自立となる

課題

- ・A氏が目標とする下肢機能の向上が認められない
- ・予後説明があるが、A氏は車椅子での生活イメージが乏しい
- ・A氏と元妻の間で、当センター退院後の生活場所に乖離がある

⇒SW：A氏と元妻の認識を合わせる機会を設ける必要がある

方向性の確認（3か月目）

元妻：「同居はできない。施設に行って一人暮らしができるようになってほしい」

A氏：黙り込み、顔を背ける

SW：障害者支援施設を紹介 →A氏の反応なし

⇒SW：

面接後に改めてA氏へ施設概要と車椅子での生活に向けての訓練となることを説明。A氏が答えを出すまで「1か月くらい」との意向が聞かれ、方向性を決定できなかった。

施設入所に向けて（4～5か月目）

障害者支援施設への見学後、自宅復帰に向けた施設での生活や目標について話すようになるが…

〈A氏〉

- ・ 歩けるようになりたい
- ・ 元妻と同居したい

〈元妻〉

- ・ 一人暮らししてほしい

→入院時の意向と変化なし

⇒SW：

施設入所の検討はできるようになった。

一方で、A氏は歩くことが目標のままであり、長期的な方向性についても相違があるまま整理できなかった。

考察

- ・ 定期的な面接を重ね、思いを傾聴しながら関係性を築いた。
- ・ 担当スタッフと協働し、「車椅子での生活動作獲得」を目的とした共通理解のもとA氏に関わることができた。
- ・ A氏が病状を理解し、受け入れ、新たな生活を目指していく過程と、SWの回復期の入院期限をふまえた支援計画のペースが合わなかったことが困難さを感じた要因と考えた。
- ・ 病状をどのように捉えているか、随時評価し、患者への関わりを工夫していく必要がある。

おわりに

患者の病状理解が十分でないことにより退院後の生活に向けた整理が困難なケースを経験し、時間経過とともに患者が病状や障害と向き合い始めるようになることがあると学んだ。

患者が主体的に生活を考えることができるようにアセスメントを繰り返しながら、本人や家族に寄り添った退院援助を実践できるよう研鑽を積みたい。

参考文献

- ・川村隆彦（2011）『ソーシャルワーカーの力量を高める理論・アプローチ』中央法規.
- ・荒井浩道（2014）『ナラティブ・ソーシャルワーク “〈支援〉しない支援”の方法』新泉社.

ご清聴ありがとうございました