

セルフケア困難事例に対するフットケア外来での介入

キーワード：外来看護・専門外来・連携・コーディネート

○白川美沙子 秋本奈々 井手 渚 中尾佳恵
山本恵莉子 久木田聡子 林田佳子 石井美紀子
フットケア外来

I. はじめに

国民健康・栄養調査と糖尿病実態調査より推測すると、現在、日本全国では35万人近くの足壊疽の糖尿病患者がいる可能性が示唆されている。糖尿病患者の足病変を重要課題と捉え、H20年の診療報酬改定で「糖尿病合併症管理料」が新設された。当院でも、それに先駆けてH18年9月にフットケア外来を開設し、昨年（H24年）度は延べ228人の患者に対しケアを行った。

近年の家族形態の変化に伴い、独居や介護者がいない高齢者や障害を持ちながら生活する患者が増加するなか、フットケア外来では、足のケアだけでなく、患者の生活状況やセルフケア能力をアセスメントし、適切な支援につなげていくことが求められている。

今回、専門外来で各部署との連携や、地域のサービスをコーディネートし、生活環境を整えていった事例を振り返り、介入の実際を報告する。

II. 研究目的

専門外来での看護介入事例を基に外来看護を振り返る。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 期間：H24年1月～H25年12月
3. 倫理的配慮：患者へ研究の趣旨と目的、匿名性の保持、プライバシーの保護について口頭で説明し同意を得た。

IV. 事例紹介

A氏 60歳代 男性

診断名：2型糖尿病

病歴：17年前に凍傷で両下腿切断。H20年に糖尿病を指摘され、糖尿病教育入院後、糖尿病内科外来とフットケア外来でフォローを開始。装具の劣化や新調により、断端部の圧迫で足潰瘍の発症を繰り返している。清潔行動ができておらず、外来受診時も靴下や着衣の汚染や異臭が激しい状況であった。

職業：現在無職。生活保護受給中。

元トラック運転手。

家族構成：一人暮らし。妻とは20年前に死別。娘二人を育てたが、現在疎遠。

ADL：装具装着にて松葉杖を使用し歩行。

体重が増加傾向（5年間で約20kg）にあり日常生活動作に制限あり。（院内では車いす使用）

V. 看護問題

1. 清潔観念が乏しく、足潰瘍の感染を繰り返す。
2. 装具が劣化しており、足潰瘍の再発を繰り返している。
3. 日常生活動作の制限があり、セルフケア能力が乏しい。
4. 本人からの情報収集では、客観性のある情報が得にくい。

VI. 実施と結果

受け持ち看護師導入前

（H24年1月～H24年10月）

A氏は、H24年1月頃から断端部に潰瘍を形成し、皮膚科受診にて一旦改善するも、再

度悪化し、その後も潰瘍は一向に良くなり、院し治療が行われた。その時の入院で、訪問看護が導入され、退院となった。しかし、潰瘍の改善と同時に本人が訪問を拒否したことが主治医に報告され、介入は一回で終了となっていた。

装具はかかりつけの業者に新調してもらっていたが、足に合わず、調整を依頼するように伝えてもなかなか依頼せず古いものを履いている状況であった。その後の外来でも、A氏は、「入浴は毎日、軟膏は2日に1回塗っている」と話していたが、断端部の汚染は著明で、潰瘍は再発を繰り返していた。また、主治医より障害者サービスの申請をするように勧められていたが、「まだ申請できていない。」「手続きはできたがサービスはまだ受けてない。」と言われるが、実際は全く手続きもしておらず、このようなやりとりが数か月続いた。

受け持ち看護師導入後

(H24年10月～H25年12月)

それまでの状況から、フットケア外来の定期カンファレンスでA氏の情報共有を行い、継続して関わることの必要性を認識し、受け持ち看護師を決め、氏の受診も受け持ち看護師が外来に出る週に固定して予約を取り関わっていった。また、足専門外来間で同じ経過フローシートを使用し、情報共有が図れるように工夫した。

フットケアの担当医師とも情報共有し、H25年1月に当院にインソール・爪外来が開設したため氏の受診も依頼した。その時点では装具や創に問題はなく、まずは衛生管理のために生活環境を調整することが優先と判断された。A氏の言葉だけでは客観的な情報が得にくいことから、MSWを通して保護課担当の方や民生委員から情報を得てもらった。訪問看護師にも情報を確認すると、氏の自宅の衛生環境は劣悪で、床の汚染は激しく、家に入るのに靴を履かないといけないう状況とのことであった。

実態を把握し問題点を整理し、A氏に必要な公的サービスを検討するため専門外来師長がコーディネートを行い、H25年2月にMSW・保護課担当・訪問看護師・管理者・主治医・フットケア看護師が集まり、共同指導を計画したが、その時は氏が介入を拒否され、同意に至らなかった。

H25年3月、A氏より「ここ最近、体調が

自宅でのケアに限界があり、H24年6月に入悪くて急に動けなくなって家で寝ていた。その時はダメだと思った。やっぱり、買い物とか、食事とか大変・・・。」との言葉があり、ヘルパー導入を提案すると、これまで、公的サービスに消極的だった氏も同意され、MSWに依頼し、申請を進めてもらった。フットケア外来では療養指導と体重測定を毎回行い、6月には体重が100kg近くとなり、腹部の肥満も著明で、外来時に自分で装具を履き紐を結ぶことも困難な状況であった。

H25年8月受診時、高度脱水による腎機能の悪化があり、緊急入院となった。MSWに現在のサービス導入の状況を確認すると、介護認定が下りているが、保護課の手続きが進んでおらず、まだ、ヘルパー導入は実現していなかった。退院までに調整を急ぐよう依頼し、これらの情報を入院病棟へ提供した。入院中にインソール外来も受診してもらい、新しい装具の採型を行った。退院前共同指導を行い、サービスを整えて、ヘルパーを少ない回数から導入することで同意され、自宅退院された。しかし、ヘルパーが訪問する間もなく、退院3日後、同様の症状で再入院となった。退院に向けて、専門外来師長も同席し、週3回のヘルパー導入、自宅の有料での清掃などについて退院前共同指導を2回行い、確実にサービスを受け入れ在宅療養ができるようにコーディネートを行い自宅退院となった。

退院後、ヘルパーに買い物、掃除を依頼。フットケア外来で継続して生活状況を確認し、体重測定、全身状態のチェック、足洗浄、皮膚のケアを継続している。潰瘍に対してA氏自身が軟膏塗布もでき、インソール・爪外来と連携し、新しい装具作成、調整を行い、A氏の状況に合わせ、マジックテープ式で着脱しやすいものになり、断端部の負担も少なく、潰瘍は改善し経過している。

Ⅶ. 考察

A氏は、17年前に下腿切断しており、不自由ながらも、地域の民生委員の支援を受けながら一人で生活していたが、支援にも限界があり、体重増加も要因となって徐々にセルフケアが困難となっていた。本人に生活状況を尋ねても、何に対してもできると答え、私たちもそれを見守っていた。しかし、社会性に乏しく人との交流を好まないA氏は実際の

状況を看護師に話すことはなく、事実確認が難しかった。さらに、公的サービスの手続きを氏自身が行うことが困難であると対象理解したことが今回の介入のきっかけである。

佐藤らは、「病院看護師が連携をすすめていくためには、まずは病院看護師が[連携に関わる信念][連携をすすめていく目的]をもち、看護管理者が[プロセスを展開していくための管理の要素]を実践していくことで、連携をするための場や機会、ルール、人材などのしくみがつくられる。そのような環境の中で、[チームづくりのプロセス]を展開し、同時によりよい[連携を行う病院看護師のケアの展開プロセス]を展開していくことが必要である」と述べられている。

[連携にかかわる信念]

新しい装具を作成して潰瘍の再発を防止し、ADLの拡大を図り、公的サービスをうけながら、A氏なりのセルフケア能力を獲得してほしいという信念が重要な要素となった。

[連携をすすめていく目的]

フットケア外来のチームメンバーで月一回の定例会を行い、カンファレンスで氏の情報共有の場を持ち問題点を把握したことは、それぞれの病棟から週代わりに勤務するメンバーが氏に対する介入の目的を認識統一することができ、同じ方向性をもって関わるることができたと考える。

[プロセスを展開していくための管理の要素]

皮膚・排泄ケア認定看護師がフットケアのチームに参画しており、専門外来の師長の役割を担っている。今回の介入の中で、地域との情報共有の場を企画し、病棟での退院調整の場に参加した。また、インソール・爪外来との連携もでき、フットケア外来と関連部署とのゲートキーパーとして効果的に情報交換や調整の役割を担うことができた。

[チームづくりのプロセス]

専門外来では週替わりで看護師が変わるため、受け持ち制を取っていなかった。しかし、外来でも継続看護が必要な患者に対し受け持ち制をとることにした。患者を含めたチームづくりを行う上で、受け持ち制をとることで、コミュニケーションを円滑にし、信頼関係を構築し、継続的な情報収集と対象把握ができ、氏の問題点を整理し問題解決にむけることができたと考える。また、A氏の入院時にも専門外来で得られた情報を病棟へ速やかに情報提供し、効果的な退院調整をすす

めてもらい、短期間での退院につなげることができたと思われる。

[連携を行う病院看護師のケアの展開プロセス]

ケアを展開していくうえで、氏の生活状況を把握することが必要であったが、氏の言葉からはなかなか正確な情報をえることが難しい状況であった。そのため、MSWを通じ地域の公的な情報を得て、客観的な情報を得ることができた。その情報を基に、問題点を整理し、適切な社会資源の選択肢を提示した。氏自身、これまで生活が十分にできておらず、状況は悪化していてもあまり困難感を感じてはいなかった。選択肢を提示し、氏の了解を得る形で生活環境や装具の調整をすすめ、状況は改善できることを実感してもらい、看護師が、A氏に寄り添い継続しサポートし続けたことが、自己効力感を高め、氏が前向きにケアに参加し、セルフケア能力を高める結果となったと考える。

VIII. 結論

1. 短時間の関わりの中で、情報を統合し、対象理解に努め、生活環境を整えるコーディネーターがセルフケア支援に有効であった。
2. 専門外来でも受け持ち制をとることで、相談窓口が明確となり、多職種を含むチーム連携を図ることができた。
3. フットケアチーム間で経過フローシートを活用して、介入目的や介入評価の情報を共有したことが継続看護につながった。

IX. おわりに

外来の関わりでは情報源が本人の言葉や外見などが主であり、客観的情報が乏しく生活実態を把握していくことには限界がある。そのため、意図的な情報収集を行う必要がある。専門外来では患者と向き合う時間が一般外来よりも確保でき、生活状況やセルフケア能力を見極めることが重要である。今後も、専門的な介入、効果的なアプローチを行い、その人なりのセルフケア能力の獲得に向け支援できるよう努めていきたい。

引用文献

- 1) 佐瀬真粧美、他：退院に向けて病院看護師が他組織と連携をすすめるために必要な要素と課題 千葉看会誌 Vol.16No.1 2010.8