

パーキンソン症候群により転倒を繰り返す透析患者への看護介入
～病みの軌跡を用いて～

西2階病棟 内藤 千絵

I はじめに

血液透析（以下HDと略する）者は、様々な心理的葛藤と、それに付随する感情に向き合っていかなければならない。私は、今まで患者の既往歴については情報を得ていたが、病気の過去の経験やそれに伴う痛みについては、考えたことがなかった。2つの慢性疾患を持つA氏からは、正しい病識を持っていないと思われる言動が聞かれ、転倒を繰り返していた。

病みの軌跡は、過去の出来事を振り返ることにより、ある程度可能性のある行路を予測することができる。私は、A氏が疾患をどのように捉えているのか、疑問を持った。そこで、病みの軌跡モデルで分析し、A氏の局面を知り、行路の予測、方向づけを今後の看護に活かしたいと思い、事例検討を行った。

II 患者紹介

A氏、67才男性、慢性糸球体腎炎を原疾患をとし、H7年8月10日にHDを導入した。H15年1月頃より、小刻み歩行が続き、パーキンソン症候群と診断された。H15年に、医師より氏と家族に、パーキンソン症候群について説明があったが、「パーキンソン症候群は良くなってきているみたい。」と正しい病識を持っていないと思われる言動が、時々聞かれた。また、妻の付き添いを拒否して、一人で歩き、転倒を繰り返していた。

家族背景は、妻、長女、孫（大学生）、氏の4人暮らしであったが、H16年の夏に長女が亡くなり、現在は妻、孫と3人暮らしである。主な介護者は妻である。長女の死に関しては、夫婦ともに話したくないという思いがある。A氏のADLは、独歩は不可能であり、移動にも介助を要する。

III 実施

<看護問題>

#1 転倒リスク状態 R/T パーキンソン症候群

<看護目標>

#1 ①転倒した場合看護師へ透析前に伝えることができる

②転倒防止に努めることができる

<看護計画>

#1 O-P)・全身状態・外傷の有無・内服状況・転倒の有無・言動、行動・自宅での活動

・ADL

T-P)・ベッド周囲の環境整備・HD前の転倒の有無状況の確認・ADLレベルの評価

E-P)・転倒時医療者へ知らせるよう伝える
・転倒した際状況を氏と共に振り返る

<病みの軌跡を用いた分析>

転倒に関しては、転倒後の受傷の有無や、ベッド周囲の環境整備、転倒に至った原因について、A氏と共に振り返りを行っていった。しかし、A氏は一人で歩き、転倒を繰り返していた。そこで、A氏がどう考え、行動しているのかを、A氏の病みの軌跡をたどることで理解しようと考えた。HD中にA氏の了解を得て、9月から10月にかけて30分程度6回、インタビューを行っていった。A氏の15歳から67歳まで情報を得ていった。(表1)病みの軌跡の局面は、ネフローゼを指摘された15歳を軌跡発症期、51才の脳出血で入院した時期を急性期とした。58歳でHDを導入した時期を生命を脅かす時期として、クライシス期～急性期と位置づけ、HDに慣れた60歳手前を安定期とした。また、パーキンソン症候群を指摘され、転倒を繰り返した時期を病みの行路が定まっていない時期として不安定期と位置づけた。67歳の転倒を繰り返さなくなった時期を安定期と位置づけた。

A氏と話し、現在は転倒すると痛いので一人で歩いていないこと、しかし妻の体が心配で、本当は何でも一人でやりたい思いがあること、パーキンソン症候群について知らないの、知りたいと考えていることが分かった。看護問題に、疾病への知識不足を追加し、パーキンソン症候群についての知識の提供を行った。一部の症状は、口頭で言うことができている。A氏の妻からは、HDのことは家では妻に話さないという情報があつた。また、長女の死については、話をしたくないとのことであつた。A氏より「病気のことは分かったが、歩行のことくらいで、あまり自分には症状があてはまっていないので、ピンとこないし、実感がない。手の震えもないし、歩幅は小さくなるけど、前かがみにはならない。自分で車を運転して、HDに通いたいと思っている。もともとあまり考えたりすることが好きではないし、考えても先のことは、どうせ分からないので考えない。今のところ心配もない。リハビリなどして、症状が落ち着いたら、遺跡の発掘の仕事をし

たり、車の免許が切れたから、またとりにいかないかんね。」と希望を持っている言葉が聞かれた。しかし、その反面「昔、自分では交通事故は起こさないと考えて、運転していたが、ハンドルの切りそこないを何回かした。死なないとパーキンソン症候群は、治らない。70才まで生きていればいいと思う。」とパーキンソン症候群を受け止めていると思われる発言も、聞かれている。

IV 考察

コービンとストラウスらは、「クライアントの価値観や信念、病気に対する知識を知ることが、安定した病状の維持のアセスメントに重要である」¹⁾と述べている。A氏は、疾病のことを知りたいと思っても、自ら情報を求めない傾向がある。妻にHDのことを話さないことや、長女の死を話したがることより、他者への思いの表出が少ないことが分かる。また、軌跡発症期では、検診にてネフローゼを指摘されたが、どのようなものか分からないという理由とそのうち治るだろうと考え、放置している。その後の脳出血、高血圧が指摘された急性期でも、退院して急性期を過ぎると、酒やタバコを再開している。「あまり考えたりすることが好きではないし、考えても先のことはどうせ分からないので、考えない。」との発言もある。これらのことより、自己の健康の未来に関しては、あまり具体的に考えない対処行動をとってきたと思われる。A氏は、日常生活を送る上で、困難な状況にならないと、行動パターンを変えない対処をとることが分かった。A氏は、自ら情報を求めることが少なく、他者にあまり自分から思いの表出をしないため、症状コントロールの対処が遅れていく可能性がある。今後は、患者自身と、A氏を心身ともに支えている妻と、医療者が、情報交換を行い、目標を一致させていくことで、症状コントロールに役立つと考える。

現在A氏は、パーキンソン症候群の今後の症状に対して、希望を持っている。医療者は、A氏を疾患を受容できない問題のある患者として、捉えがちである。しかし、現実には、症状を受け止めている気持ちと、今後の症状に対する希望が混在しているA氏のありのままを、医療者が受け止めることが大切である。中西らは、「根治治療のない疾患でも、患者が希望を持って生きていくことは、患者の心理的安定に繋がると考え、患者の気持ちに沿うことが大切である」²⁾と述べている。

今回の事例では、不安定期にA氏はパーキンソン症候群に対する病気に対しての知識不足があり、妻に負担をかけたくないという思いがあった。しかし、医療

者は、氏の疾病に対する知識不足や、妻の体を心配して、転倒を繰り返していることに気づかず、転倒防止のみ指導しており、お互いの行路の方向づけのズレがあった。病みの軌跡を辿り、A氏より情報を得ていくうちに、患者と医療者の行路の方向付けが、別々であることに気づくことができた。患者・医療者がよく話し合い、お互いが行路を一致させていく必要性が分かった。

V まとめ

- ① A氏の場合、自ら情報を求めることや、他者へ思いの表出も少なく、日常生活を送る上で困難な状況にならないと、行動パターンが変容しないことが分かった。そのため今後は、患者自身と、A氏を心身ともに支えている妻と、医療者が、情報交換を行い、目標を一致させていくことで、症状コントロールに役立つと考える。
- ② A氏は現在、症状を受け止めている気持ちと、今後の症状に対する希望が、混在している状況である。A氏が希望を持ち続けられるような医療者の関わりが必要である。
- ③ 病みの軌跡をとることで、A氏と医療者の行路の方向づけのズレに、気づくことができた。また、ズレがある時点で、転倒防止の指導を行ったことは有効ではなかった。患者、医療者が疾病に対する目標を一致させることは重要で、一致させることで、障害のコントロールに対応することができる。

VI おわりに

今回事例をまとめるにあたり、患者の行動は社会面や経験などに基づいていることに、改めて気づいた。また、患者と医療者が目標を一致させていき、それに向かって家族を含めていくことが、看護には大切だと思った。事例をまとめていく上で、自己の看護で不足している点が、明確になった。また、今後の看護展開に、役に立てることができると考える。

VII 引用・参考文献

- 1) 黒江ゆり子他 訳：慢性疾患の病みの軌跡。コービンとストラウスによる看護モデル。医学書院。1995
- 2) 中西睦子：監修。成人看護学—慢性期。建帛社。H11年

表1 A氏の病みの軌跡

局面	年齢	病態・治療の変化	仕事・家庭・イベント	心理・社会的反応		
軌跡発症期	15才	検診にてネフローゼ症候群を指摘される	15才から45才まで印刷会社勤務	「ネフローゼとはどんなものか分からん。分からんのでそのままでもいい。そのうち治るだろうと思った。」		
	21才		1才年下の妻と結婚 長女が誕生する			
	22才		長男が誕生する			
	41才		長女結婚 孫誕生(現在大学生)			
	45才		長男結婚 翌年孫誕生 孫(現在長女高3、長男高1、次男中2)			
急性期	46才	起床時指の違和感を感じ、受診し脳梗塞と指摘される。後遺症はない。	印刷会社を退職。 46才から65才まで公民館主事として勤務する。	「病気がある程度良くなるまでは酒もタバコもやめていた。良くなったらまた飲み始めた。タバコも吸い始めた。量は少し減った。どうしてもやめきれなかった。脳梗塞っていても倒れた訳ではないし、実感がなかった。続けてもたいして影響ないと思った。」		
安定期	急性期	51才	脳出血を発症する。後遺症はない。	長女が離婚し、孫と共に同居を始める。	「脳梗塞の時と一緒に病気がある程度良くなったら酒とタバコはまた始めた。次に起こることなど考えなかった。」「長女が帰ってきて心配した。」	
		55才	保険加入時の検診を受けた際に、高血圧指摘。降圧剤治療。		「血圧が高いのは治しようがない。不安やったけど酒は飲みよった。食事は自分の舌で判断して、薄味にはしていた。量って調理したりはしていなかった。」	
クライシス期 ～急性期	安定期	58才	HD導入		「ずっとHDはしていかななくてはならないのでショックだった。治さないかんとってどういことをしたら治るか考えた。でも治らないと分かった。水や毒素がHDしたら全部良くなるかと思ったがそうではなかった。HDを始めて1年くらいしたら通うのがきつくなってきたけど今は慣れた。HDをしたくないとかいう気持ちはない。」	
		不安定期	60才前	自分で車を運転し、夜間HDに通う	妻が心臓手術を受ける。	「心臓の血管が切れたとかだったらもう先はないと思ったが、手術が出来ると言われた。手術が失敗して死んだりしないか心配した。胸をかち割っての手術やから心配だった。手術がうまく行ってほっとした。」
			65才	突進現象がみられ始める。 パーキンソン症候群指摘。 夜間HDに自分で車を運転して通院。		
安定期	66才	4月から昼HDとなる	妻の付き添いでバス、タクシーを使用し、通院。	「HDもあるのになんで自分だけがとってショックだった。」		
		67才	9月からケアタクシーを使用し、通院を開始。長女が亡くなる。		「妻に迷惑かけたくなくて自分でしょうと思って動いて転んでいた。でも転んだら痛いでもう一人では動いていない。」「事故のようなものだった。今は話したくない。」	