

B2-④家族ケア：困難事例における家族志向型ケアの実践

《カバーレター》医療現場において家族とのかかわりを抜きにして、患者のみとやり取りを行っても、患者の生活は改善しない。今回25年前に交通事故による脊髄損傷で寝たきりの87歳男性への訪問診療を行ったが、介護者である長女と次女には軋轢があり、在宅療養での支援が受けにくい状況であった。そのため家族志向型のケアを実践して、家族の思いや状況を確認しつつ共有することで、医療チームの意見と家族の思いの橋渡しができ、療養環境の調整と訪問診療の継続につなげることができた。家族志向型のケアは社会的に調整が困難な事例であっても、家族と医療チームが患者のためのゴールを検討する上で有用な方法であることを学んだ。

症例

【患者】87歳男性
 【現病歴】61歳のときにダンプの追突事故で、腰椎脊柱損傷、左眼失明し身体障害3級となった。その後は車椅子で高血圧、糖尿病のため近医に通院していたが、徐々に通院できなくなった。86歳で腸閉塞で入院手術をしたことを契機に寝たきりとなった。その際に尿管となり尿道バルーンカテーテル留置となり、以後は自宅で療養されていた。
 退院後は通院困難から主治医不在のまま、度々カテーテル閉塞や尿路感染を起こしては、救急搬送が繰り返される状況であった。二女が同居していたが、介護負担が強いので介護は放棄する傾向があった。
 本人と次女との間に介護トラブルもあり、今回同居の次女から近隣の長女にキーパーソンが変更され、訪問診療が導入された。
 当初は長女や孫嫁が協力的で、在宅での療養はうまくいくかと思われたが、問題が徐々に出て来ていた。

【問題点】

- #1 家族の治療への不参加：訪問診療が1カ月過ぎたころから、長女は顔を見せない。次女は仕事で不在。本人と認知症の妻しかいないため、状況の把握や医学的介入もうまくいかない。
- #2 金銭問題：訪問診療費、ヘルパー代金、訪問看護料金を支払いの長期滞納。
- #3 内服アドヒアランスの低さ、薬剤自己調整
- #4 ヘルパーに対し介護保険外の要求のエスカレート：娘を呼んで来てくれ。これを買ってきてくれ。マッサージをしてくれ。湿布を貼ってくれ。⇒毎回ヘルパーが時間オーバーしてしまう。
- #5 3月の震災での家屋被害：大量の雨漏りが発生。人の住む場所とは言えない状況に。

【スタッフからの苦情】

訪問看護から「手を引きたい」
 ・震災のため、屋根が壊れ、大量の雨漏りが発生するが直ちに直そうとしない。
 ・畳には水たまりができています。布団も濡れている。本人はベッドから動けずにいる。
 ⇒その状態でのケアは本人だけでなく、スタッフの健康問題にも関わる。
 ⇒訪問看護としては手を引きたい。

ケアマネジャーから「もう担当を辞めたい」

本人に必要なケア、修理までの間のショートステイを提案しても、「余計なことをするな」と次女に言われてどうしたらいいかわからない。長女も「次女に相談して」といわれてしまう。
 ⇒もう対応しきれないので、辞めたい。

- 家族の協力が得られず、ケアマネジャー、訪問看護や手を引きたいという危機であった。
- 家族状況の再評価するため、右の家族図を用いてスタッフでの情報共有と、本人・家族へのアプローチを試みた。

※[家族志向型ケアの5段階]
 ①レベル1 医師中心の純生物医学的モデル
 ②レベル2 相互に情報の交換をおこなう
 ③レベル3 感情面への対応をおこなう
 ④レベル4 基本的なカウンセリングをおこなう
 ⑤レベル5 精神・家族療法(特別な教育・スーパービジョンを要する)

レベル3【感情への対応】

(家族志向型ケアの5段階モデルより)

レベル2

【情報交換を行い家族の状況を共有】

本人

【ADL】ベッド上。排便はおむつ。尿道バルーンカテーテル留置中。
 【生活】農業、喫煙20本X40年、飲酒日本酒2合40年。最近では日中はテレビを見たりして、ベッド上で過ごす。
 【症状】胸が苦しい、下痢だ、便秘だ、手足が痛い。HDS-R18点
 【感情】みんなわがままで言うが、私は我慢してるんだ。湿布も毎日貼って欲しい。毎日洗腸してほしい。入所したくない。家で過ごしたい。
 【評価】病状悪化への強い不安から、スタッフへの依存につながっている。

長女

【当初の思い】看取りも含めて在宅療養させたい。これまで何度も急に体調が悪くなって困った。往診してもらえて安心している。
 【経済】入所させるお金はない。私の家には引き取りたくない
 【感情】夜勤の仕事だから大変。父はわがままで、介護ばかりはできない。妹は離婚して実家に帰ってきた際に、「自分で面倒見る」と言ったが、全然やっていない。薬を取りに行くのも大変。
 【震災後の雨漏り】屋根はお金もかかるし、なかなか直しに来てくれないのだからしょうがない。本人が施設に行きたくないと言っているんだから、このまま我慢してもらえない。

何度も救急で受診をして、ずいぶん辛い思いをされたんですね。急な体調変化にも対応して、往診するから安心して欲しい。安心して暮らせるために、いろいろなサポートをしたいんです。

言語的コミュニケーションはとれない。

妻：認知症でほとんどベッドで過ごす。医療の介入も必要そう

【経済状況】経済不安：貯金生活で、妻は身体障害でマルフク。特別障害手当(月26000円)が夫婦唯一の収入で、同居の二女が受け取っている。高額医療は低所得区分で上限額8000円

【療養環境】日中は二人になる。自宅は老朽化が進み、畳は傷んでいる ⇒ さらに震災で多量の雨漏り

次女

お弁当屋さんで日中は仕事、夫と離婚し、経済的な自立が必要に。自身も抑うつ傾向で、心療内科通院。
 【感情】「早く死んでいいんだ」「ほっとけばいい」「薬をのんで調子がわるいなら、もう飲まなくてよい」
 【CMからの情報】次女が金銭管理をしていた際に、本人や長女とトラブルがあった。お互いに感情的になってしまう。

家族面談は不参加で、介入不足。本人との感情的な対立が減るような対策を検討する。

【ライフサイクル】離婚と両親の介護に直面

【ライフサイクル】夫との死別と両親の介護に直面

孫嫁は協力的ヘルパーで病院勤務

家族図を用いた情報の整理

これだけの状況のなか、本当によく介護を続けていますね。しかし自宅の修繕や、長女さん宅への引っ越しなど検討しないと、療養の継続は無理です。訪問看護やケアマネジャーが手を引いてしまう状況になると、我々もサポートできなくなってしまいます。少しでも経済的な負担が少ない方法で、家族の負担も軽減できるような方法を一緒に探しましょう。

レベル4【家族のアセスメントとカウンセリングを行った】

①本人と家族それぞれの思いや関係性を、家族図を用いて可視化した。長女、次女の介護への不参加の背景には、ライフサイクルの変化に伴う介護負担の増大と、経済的問題からの逃避があると評価した。本人は寝たきりの状況であり、愁訴を訴えることで、自身への関心を引き出そうとしていると判断した。
 ②スタッフで情報を共有し、介入できるポイントを整理することで、スタッフのケアに前向きな気持ちに戻ってきた。そして本人と長女と訪問看護、ケアマネジャーとともに家族面談を行った。次女は仕事を理由に不参加だった。

【家族面談を行った】①長女の介護負担へ共感し、本人と家族への施設利用への両面的思いに配慮した。②家屋修繕の期間のみのショートステイを利用できた。結果として本人は施設を満足していた。③マルフクがある妻も訪問診療を導入し、患者を同一患家とし経済的負担を減らした。④訪問看護、ケアマネジャーも継続に同意してもらい、介入を継続できた。

考察

今回の事例では、一時は訪問看護の撤退と、ケアマネジャーの変更という診療継続の上では危機的な状況となった。そしてその原因の多くを占めたものは、家族とのコミュニケーション不足であった。ほとんどの患者は家族と互いに影響を受けあっており、患者だけでなく家族ケアも重要であるが、今回は訪問時に家族に会えないことで家族ケアが不十分になってしまった。日常診療の中で見えてくる家族背景はほんの一部であり、それぞれのスタッフが持つ情報を互いに共有し、またそれぞれの家族の個性を尊重したケアを行う必要があることを学んだ。そして情報共有を行い、ケアの方針をチーム・家族と共同で決めて行くことで、スタッフや家族のジレンマの解消に役立った。
 またDoherty、Bairdや、Marvelらが示した家族志向型ケアの5段階モデル※を用いて振り返ったことで、今回の家族志向型ケアがどのレベルまで行っているのか確認でき、自身の家族ケアの目標を考える上で参考になった。

NEXT STEP

- ・家族図だけでなく、医療者や介護チームの全体像を在宅ケアマップの形で共有し、日常診療に活かす
- ・家族志向型ケアの段階的モデルを意識して、必要に応じて高いレベルでのケアをスムーズに行えるようにする

参考文献

スタンダード家庭医療マニュアル 葛西龍樹
 家族志向のプライマリケア 訊 松下明