



## ② 訪問看護と在宅医療（その2）

北海道総合在宅ケア事業団 訪問看護部 土井正子

前回に引き続き、訪問看護の実際とその効果をご報告します。

### 4 訪問看護の実際

訪問看護の対象者は、年齢や疾患による限定はなく、在宅療養をするすべての人が対象です。具体的に、訪問看護を利用している人の主な疾患は、脳血管障害、精神疾患、悪性新生物、糖尿病、筋骨格系疾患、神経難病等と多岐にわたります。利用者の年齢は、80歳～89歳が全体の3割を超え、70歳～79歳、90歳以上、40歳～64歳の順に多く、小児への訪問看護も増えています。

訪問看護内容は、1) 療養生活の相談・支援、2) 病状や健康状態の管理、3) 医療的ケア、4) 苦痛の緩和、5) リハビリテーション、6) 精神的支援、7) 家族からの相談と家族への支援、8) 住まいの療養環境の調整と支援、9) 地域の社会資源の活用、10) 認知症・精神障がいへの看護、11) ターミナルケア、12) 在宅移行支援などです。訪問看護ステーションの場合、主治医の「訪問看護指示書」に基づき、利用者ごとに「訪問看護計画書」を立案し、訪問看護を行います。また実施状況を「訪問看護報告書」として、主治医に報告し、医師との連携のもとに在宅療養を支援しています。

訪問看護で行う医療的ケアの主なものとして、1) 在宅自己注射の援助、2) 在宅酸素療法、3) 在宅中心静脈栄養法、4) 在宅人工呼吸、5) 在宅経管栄養法（胃瘻、経鼻、経腸栄養）、6) 気管カニューレ管理（吸入、吸引）、7) 膀胱留置カテーテル管理、8) 人工肛門、人工膀胱の管理、9) 在宅自己導尿の援助、10) 褥瘡管理・創傷管理等があります。

多死時代を前に、人生の最終段階を住み慣れた地域で送り続け、その延長上で死を迎えることは自然な流れです。内閣府が実施した高齢者の健康に関する意識調査によると終末期の療養場所として国民の約6割が自宅を希望しています。実際に自宅で亡くなる方は全死亡数のおおよそ13%です。最期まで自宅で療養することが困難な理由として「介護してくれる家族に負担がかかる」「症状が悪化した場合に不安が残る」があげられています。

訪問看護は利用者や家族の気持ちも含めた変化を日々の受け止め、新たな局面に対応します。次の事例は、訪問看護開始当初、在宅看取りを希望していない中で、時間の経過とともに「最期の希望」が変化していった事例です。

70歳代女性Aさんは末期の子宮がんで腹腔内の転移がありました。医師から「ひと月持たない。」と言われたのは4月に入ってのことでした。夫は、本人が辛い中で口にして「病院の壁はもうたくさん。庭の緑を見たい。」という希望を何とかして叶えてあげたいと思い、すぐにそのことを医師に伝えました。医師は、眩暈と吐気があり、イレウスで絶食し、持続注射で麻薬を使用しており、家に帰ることは難しいと思いながら、退院調整看護師を通じて、訪問看護の相談がありました。

病院と訪問看護ステーションで相談した結果、家までの移動方法、自宅の療養環境の整備、訪問スケジュール調整、点滴・麻薬・サンドスタチン®等の薬剤の準備ができ、体調悪化時は、すぐに救急車で入院先に戻ることを条件に、1週間だけの退院許可が出ました。

自宅に戻ったAさんは、窓から見える新緑をみて「眩しい、私の眼には少しきついわね。」と、

日中も寝ていることがほとんどでした。退院後3日経過し、夫から「スイカやそうめんを少しだけ食べたんだよ。」「病院ではできなかったけど、僕にもできることがあったんです。」と嬉しそうに報告がありました。Aさんは「そうなの。この人が料理を作るなんてね・・・おいしかった。ほんの少しだから・・・」と笑顔で話してくれました。

約束の1週間が経過し、Aさんと夫は「病院には戻らない」と言い、病院の医師はそのことを受け入れ、在宅医を紹介しました。その時から別棟に住んでいた長男夫婦や遠方の長女夫婦の協力が始まりました。訪問看護師は、本人・夫・長男夫婦に、少しずつ、看取りについて具体的な情報提供をし、それぞれの思いを確認していきました。在宅医へ報告するとともに、大事な場面では在宅医から直接説明する様に調整を行いました。余命ひと月と言われたAさんは、4か月程、自宅で過ごし、夫と長男夫婦に見守られながら息を引き取りました。

「とりあえず1週間の退院」から始まり、本人・家族は訪問看護を利用し在宅療養を送る中で「最期まで家にいたい。」という思いに変わり、希望が叶えられた事例でした。この事例から、本人や家族は在宅療養を送る中で実感し、自信をもって最期まで家で過ごすという大事な決断をする場合があることを知りました。今まで大事な意思決定を医療者のペースで迫っていなかったらどうかとほっとしました。

### 5. 訪問看護の効果

超高齢化を迎える我が国において、在宅医療を推進することが急務となっています。訪問看護は在宅医療をすすめる要になるサービスと言われ、個別性が高く、利用者個々に応じた方法で行われます。必ず医師の指示のもとに、利用者の状況、地域の社会資源等を踏まえ、看護の知識と技術を駆使し提供されます。全国的には訪問看護ステーションの利用者の半数以上は、在宅で最期を迎えています。(図1)

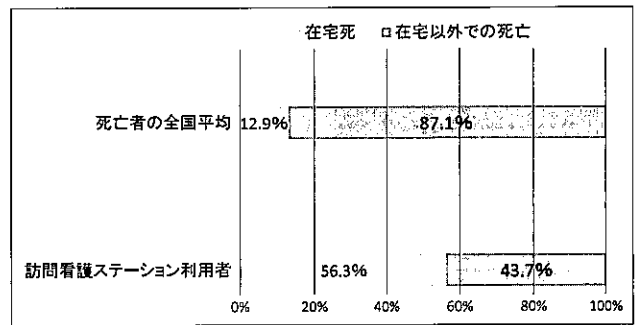


図1 訪問看護ステーション利用者の死亡場所 (平成25年度全国訪問看護事業協会)

訪問看護師の役割は『地域社会の中で生きることを支えること。そのために医療処置やケアをその人にあった方法で支援し、多職種と協働すること』です。

日本看護協会創立50周年記念の際に皇后陛下から賜ったお言葉の中に「看護」とは何かを知る手がかりがあります。以下その抜粋です。『看護の仕事には、人間体験への深い洞察と共に、人を不安や孤独に至らしめぬための、様々な心遣いが求められているように思われます。(中略) 時としては、医療がそのすべての効力を失った後も患者と共にあり、患者の生きる日々の体験を、意味あらしめる助けをする程の、重い使命を持つ仕事』とあり、超高齢社会の中で訪問看護師が果たす役割の重さを感じます。

### おわりに

訪問看護に限らず、どのようなサービスも使ってみて初めてわかるものです。訪問看護利用の動機は、「家族で本当に介護できるかなあ。」「退院して容態が急変・進行したらどうしよう。」「間違わずに処置ができるかな。」「忘れないで薬を飲むかな。」「食事や水分が取れていない。」「体の清潔が保たれない。」「病院で指導された医療処置が家でできるかなあ。」等、在宅療養上の不安や心配から始まっています。

地域包括ケア推進の中で、身近なサービスとして気軽に相談し、活用いただけるように訪問看護を広めていく必要を感じています。