

居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションの立場から

川崎三春さん

名古屋市高齢者療養サービス事業団
名古屋市昭和区訪問看護ステーション統括所長



年間30件にのぼる在宅ターミナル

「訪問訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所の立場から」ということでお話をさせていただきます。

私ども（財）名古屋市高齢者療養サービス事業団は、名古屋市、名古屋市医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会設立による公益法人です。訪問看護ステーションとケアマネージメントセンターを市内各区に設置しております。そのほかに地域包括支援センター（29カ所のうち5カ所が名古屋市内）を受託しています。また在宅療養介護相談室を4カ所の病院に置いています。

(財)名古屋市高齢者療養サービス事業団

- 名古屋市、名古屋市医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会設立による公益法人
- 訪問看護ステーション、ケアマネージメントセンターを設置（市内各区）
- 地域包括支援センターを受託（市内29ヶ所のうち5ヶ所）
- 在宅療養介護相談室（名古屋市立大学病院内、東市民病院内、緑市民病院内、城西病院内）

私どもの昭和区訪問看護ステーションとケアマネージメントセンターの組織図です。一つの事務所内に二つの事業所が入っている形になります。私はケアマネージメントセンターの管理者を兼任しております、訪問看護管理者は別に配置しています。非常勤も多数お持ちして15名ほどですが、そのうち13名はケアマネジャーを兼務しております。すべて看護師もしくは保健師でやっております。



こちら昨年12月の訪問看護の件数ですけれども、ごらんのようにがんの方は8名になっております。このうちターミナルの方が5名いらっしゃいました。

主治疾患名	件数	比率
脳血管疾患後遺症	11	22.8%
認知症	11	22.8%
心疾患	11	22.8%
骨・関節疾患	11	22.8%
呼吸器疾患	11	22.8%
がん	8	16.5%
泌尿器	8	16.5%
糖尿病	1	2.1%
腎・泌尿器疾患	1	2.1%
神経・内分泌疾患	1	2.1%
消化器疾患	1	2.1%
精神疾患	1	2.1%
その他	11	22.8%
計	128	100.0%

こちらのほうは居宅介護支援の件数になります。介護予防の方も含めて179件ですが、こちらはがんの方が13名みえます。

主治疾患名	件数	比率
脳血管疾患後遺症	59	33.0%
骨・関節疾患	26	14.5%
認知症	23	12.8%
がん	13	7.3%
神経疾患	13	7.3%
心疾患	11	6.1%
呼吸器疾患	5	2.8%
神経・内分泌疾患	2	1.1%
消化器疾患	1	0.6%
腎・泌尿器疾患	1	0.6%
精神疾患	1	0.6%
その他	2	1.1%
計	179	100.0%

昨年1年間に私どもが在宅ターミナル訪問看護として担当させていただきました実数は29件でした。この中でご家族が直接お電話で相談してこられた方が8名、総合病院の医療スタッフや退院支援室の看護師さんから依頼があったものが14名でした。この29名の方の中で、現在在宅療養中の方が5名です。病院で亡くなられた方が12名で、ご自宅で亡くなられた方も同じく12名となっています。

在宅ターミナル訪問看護
担当実績(平成20年1月～12月)

・紹介元または申込者(総件数 29件)

家族	8件
総合病院	14件
区内診療所	1件
区役所	1件
他事業所ケアマネジャー	3件
地域包括支援センター	2件

患者個々に居宅サービス計画を立案

その中からご自宅で亡くなられた方のケースをご紹介します。

事例 ①

- Aさん 80歳 男性
(N病院退院支援担当看護師よりケアマネジメント・訪問看護依頼)
- 胃がん末期、CVポートより中心静脈栄養法中
- 疼痛の訴えなし、本人へ病名のみ告知
- 家族へ「余命数ヶ月」と説明、在宅療養を希望
- 退院3日前にカンファレンス実施
- 介護者は妻(75歳)と区内に住む娘

まず 80 歳の男性、Aさんですが、こちらは病院の退院支援担当看護師さんからケアマネジメントと訪問看護の依頼を受けました。胃がんの末期でCVポートより中心静脈栄養を行っております。疼痛の訴えはなく、ご本人へは病名のみ告知されておりました。ご家族へは余命数ヶ月という説明で、在宅療養を希望されています。CVポートの手技については病院のほうでご家族に指導が済んでいました。退院3日前に病院で退院時共同指導、カンファレンスを実施しております。介護者は75歳の妻と区内に住む娘さんです。

支援の経過として、ケアマネジャーのほうは居宅サービス計画を立案します。

長期目標として「体調に合わせた生活ができる」ということで、短期目標を以下のように立てました。

気分転換ができ生活意欲が持てる

緊急時体制が整い安心して生活できる

看護師のほうは、主治医の指示のもと訪問看護計画を立て、長期目標は「安定した状態のもと自宅で生活できる」

ということで、以下のような短期目標で支援をしていきます。

病状急変が起こらない

事故なく生活できる

申し遅れましたが、病院で既に在宅の主治医の先生は紹介済みでした。訪問看護指示書は在宅の先生からいただいております。訪問看護の実際ですが、病状管理はもちろん主治医及び関係職種との連携、また中心静脈栄養法の管理。これは家族の方に指導はしていらっしゃると思いますが、手技の確認等を含みます。自宅でご入浴できる間は自宅入浴の介助を含め、身体の保清援助や排泄管理、褥瘡予防を行っております。またターミナルケアとしまして、ご本人、ご家族の精神的支援、また24時間対応体制に入らせていただきまして、病状変化に応じてだんだんと訪問回数を増やしております。

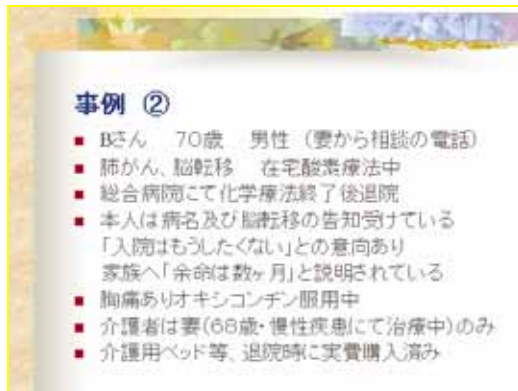
訪問看護

- ①病状管理、主治医及び関係職種との連携
中心静脈栄養法管理(家族指導含む)
- ②身体保清援助、排泄管理、褥瘡予防
自宅入浴介助(状態に応じて清拭・部分浴)
- ③ターミナルケア(精神的支援、家族支援)
24時間対応体制
病状変化に応じて訪問回数増

この方は療養中、ご家族で1泊2日の温泉旅行へ行ることができました。訪問開始2ヶ月後、自宅にて永眠されております。担当看護師が後日訪問されてご家族のお気持ちを伺っております。「自宅での介護は最初は不安が大きかったが、主治医にいつでも連絡がとれることや、訪問看護師の訪問があることで安心できた。本人の希望通り自宅で看取ることができ満足している。」というお言葉をいただいております。

- 療養中、家族で1泊2日の温泉旅行へ。
- 訪問開始2ヶ月後、自宅にて永眠される。
- 担当看護師が後日訪問(グリーフケア)
家族:「自宅での介護は最初は不安が大きかったが、主治医にいつでも連絡がとれることや、訪問看護師の訪問があることで安心できた。
本人の希望通り自宅で看取ることができ満足している。」

お2人目の方は70歳の男性です。奥様から相談の電話が直接かかってきました。肺がん末期で脳転移で、在宅酸素療法を行っていました。総合病院にて化学療法終了後、1週間前に退院されておりました。ご本人は病名及び脳転移の告知を受けていますが、「入院はもう絶対にしたくない」というお話でした。ご家族へは「余命は数ヶ月」と説明されています。胸痛ありオキシコンチンを服用されておりました。介護者は妻で68歳ですが、糖尿病があってインシュリンの自己注射をしていました。



退院された時点で介護用ベッドや歩行器、ポータブル便器などを総額にして40万円ぐらいかかったと思いますが、実費購入されていました。すぐに在宅医を紹介して、お電話があったその日にお邪魔しております。ケアマネジメントと訪問看護の契約をしていただいて、その日からサービスを提供しております。こちらのケアマネジャーの居宅サービス計画は、長期目標として「苦痛なく妻と楽しく生活できる」ということで、短期目標を以下のように立てております。

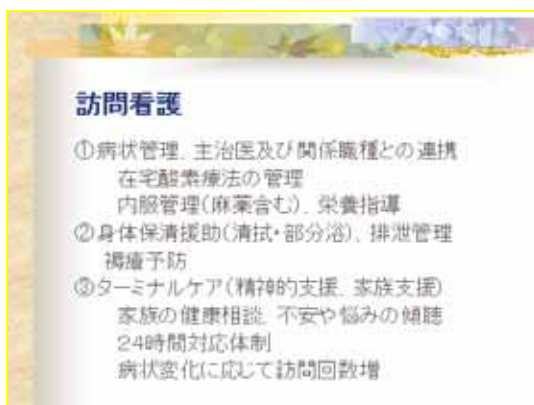
療養体制が整う

不安が軽減し笑顔で会話できる

訪問看護のほうも、長期目標は「苦痛が軽減され自宅で生活できる」、短期目標を掲げております。

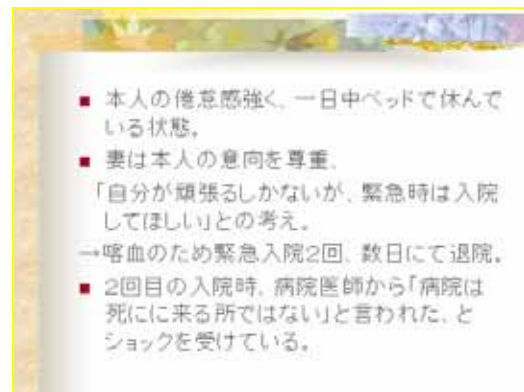
病状が安定する

痛みがとれ気持ちが落ち着く

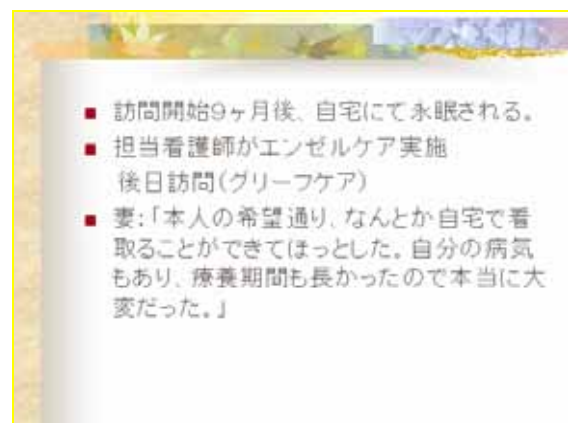


訪問看護の実際は、疼痛コントロールと食事の摂取量が低下しておりましたので、栄養指導なども行ってあります。特にご家族の健康状態も一緒に伺いながら、その状況を在宅の主治医の先生にお伝えしながら支援をしていきました。この方も24時間の対応体制に入っていたいただいておりました。お亡くなりになる時期が近づいたころには訪問回数を増やしております。

ご本人の倦怠感が強く、一日中ベッドで休んでいる状態でした。奥様はご本人の意向を尊重して、「自分が頑張るしかないが、緊急時は入院してほしい」というお考えでした。途中、喀血で緊急入院が2回ほどありましたが、治療すべきことがないということで、数日で退院されております。2回目の入院時、病院の医師から「病院は死にに来る所ではない」と言われたということで非常にショックを受けられまして、それが介護疲労に拍車をかけたというか、疲労感が助長されておりました。



訪問を開始してから9ヶ月後にご自宅で亡くなられております。ご家族からお電話をいただいて、担当の担当看護師がエンゼルケア(死後の処置)を実施しております。その後、約2週間たってから訪問してお話を伺っておりますけれども、奥様は「本人の希望通り、何とか自宅で看取ることができてほっとした。自分の病気もあり、療養期間も長かったので本当に大変だった」ということでした。



家族のレスパイトケアも大切

今後の課題として、ご本人とご家族が共に安心できるための工夫が必要だと思います。また病院の師長さんからお話がありましたが、病院から在宅へ円滑かつ迅速な移行が必要です。ご本人、ご家族の意向の確認ができ次第、早めに訪問看護ステーション、ケアマネジャーへつなげていただきたいと思います。日程調整が難しいのですが、必ず退院前カンファレンスを行っていただいて、いろいろな医療処置などを確認していきたいと思います。先ほども出しましたが、医療処置がある場合には極力シンプルにさせていただいて、それを訪問看護ステーションにつないでいただけると助かります。退院後につきましても、一度退院したら病院に帰ってはいけないということではなく、在宅療養が困難な場合、症状が悪化したときや、ご家族が非常に疲れてしまった場合などのレスパイト目的の入院は必要だと思います。

また地域では迅速にサービス提供を始めることが必要ですので、ケアチームの早期確立は必須だと思います。医療はもちろん介護、福祉用具など、介護用のベッドなどは退院前までに必ず用意しておく必要がありますので、迅速に動く必要があります。また地域のインフォーマルサービスとして、ご友人や知人の方、地域の組織など、ご本人様のご自宅で昔の思い出話を語りながら、その方らしい生活をしていただくために、いろいろなチームが必要になってくると思います。

