

25 「住み慣れた自宅での療養生活をチームで支える訪問看護」 ～自宅での療養と生活を支える看護・リハビリテーション・介護～

訪問看護ステーション「ナーシングホームもも」
伊藤隆浩、刀根奈穂子、福本美津子

1 はじめに

日本の医療の提供は、国民の大病院志向もあり、治療は病院の外来・入院が中心となっている。高齢者の増加や医療の高度化等により治療を続けながら生活をする人が増え、1972年以降、医療費は伸び続けている。医療政策により、限られた医療資源の有効活用で効率的で質の高い医療が提供できる医療機能の分化が進められている。病気の急性期から回復期、維持期、在宅生活に至るまで適切に役割を分担した医療提供体制で、治療の質が高く切れ目のないサービスを提供しようというものである。

在宅生活は、在宅医療である往診や診療所の治療、訪問看護、訪問リハビリテーション等で支えることになる。ここでは、訪問看護やリハビリテーションが在宅療養生活をどのように支援を展開しているか紹介する。

(訪問看護とは、「看護師や保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者の主治医の指示を受け、療養先に訪問して、診療の介助(医療処置の介助)や養生上の世話、リハビリテーションを提供する」ものである。)

2 施設の概要

当該事業所は営利法人で平成15年1月に看護・介護サービス事業所として開設した。事業者は、員弁郡東員町、四日市市、いなべ市の3か所にあり、小規模であるが、介護保険や障害者福祉事業所を合わせると23事業(うち訪問看護ステーション3事業所)である。今回取り上げる東員町の訪問看護ステーションは平成16年4月に開設して、現在6年目である。事業所の職員は、平成21年11月現在、看護師10名(常勤1、非常勤9名)、理学療法士(非常勤3名)、作業療法士(非常勤1名)、言語療法士(非常勤1名)で構成している。1ヶ月の利用者30名、延べ訪問回数は320回であった。

3 訪問看護サービスの特徴

利用者は、症状や障害が多岐に渡り、年齢も0歳から100歳までと幅は広い。0歳児の重度心身障害児、難病、終末期の者、人工呼吸器装着や人工肛門、点滴管理などの医療処置を継続している者、リハビリテーションを必要としている者等である。

看護やリハビリテーション(3職種)でケアを担当し、24時間対応できる体制で支援ができるように整えている。さらに、施設内には小規模の有料老人ホームや通所介護、訪問介護、居宅介護支援事業所を持ち、介護・看護の相談から診療の介助・療養支援、生活援助まで、ケアマネジャー、看護師、リハビリ職員、介護員、管理栄養士、社会福祉士等が療養と生活の両面から一連の支援を行うことができる。

4 訪問看護サービスを利用している人の紹介

(1) 障がいを持つ子どもたち ～「子どもの成長とコミュニティの拡大」に関わる訪問理学療法士の役割～

理学療法士 伊藤隆浩

障がいを持つ18歳未満の利用者は、0～6歳までが5名、7歳以上が5名である。気管切開児、人工呼吸器装着児、身体障がい、情緒障がいをもつ就学児等である。(平成21年11月現在)

①子どもの成長

理学療法士として訪問系サービスで先天的あるいは後天的な原因で身体および情緒面に障がいを持つ子どもたちを見ている。

子どもたちの多くは生活面あるいは生きることそのものに何らかの手助けが必要であり、ほぼ常に誰かの存在の下で成長していく。成人と違うのはこの「成長」していくということである。成人の場合ある程度身に付けた能力を再び獲得する、あるいは違うやり方で能力を補っていくのが大きな目標になるのに対し、子どもたちの場合は何も身に着けていないところがスタートとなる。まさしくゼロからのスタートである。

②コミュニティの拡大

理学療法の目的は、身体的・情緒的成長に合わせて、子どもができる限りの最大限の能力を発揮して生きていくことができるように支援していくことである。

身体の状況によっては筋肉の緊張から骨格の変形が起きたり、あるいは呼吸や嚥下といった生きるために必要な能力に問題があるケースも少なくはない。それら一つ一つを母親やあるいはそのほかの家族とともに解決していくことになる。

子どもにとって最初のコミュニティは家族である。普段いる場所である「家」という環境で行われる理学療法の場面でわれわれセラピストはそのコミュニティに参加していく。

「家」で行うことのメリットは計り知れないものがある。

- ・ 「家」だからこそ見せる子どもの姿
- ・ 普段いる場所（生活空間）での子どもと家族のかかわり方
- ・ 生活空間における環境設定の具体性 など

これら「家」であることが理学療法の目的をより明確に具体的にしてくれる。

このことを含めてもわれわれ訪問にかかわる理学療法士は子どもが形成する初期段階のコミュニティの一員であることを強く意識している。子どもの成長に合わせるように形成されるコミュニティも単なる「共同体」から「地域社会」に拡大していく。

③訪問理学療法士の役割

訪問に行く理学療法士には大きく 2 つの役割がある。ひとつは成長していくことに対して理学療法を使って対応していくこと、もうひとつはコミュニティをスムーズにかつより充実した状態で拡大させていくことである。この二つ目の役割にこそ訪問をしている醍醐味があり、また、保健・福祉・教育など行政を巻き込み検討が必要となる問題もある。

子どもたちが今どのような成長段階にあるのか、何ができて何がやりにくいのか、どのような方法であればできるのかなどコミュニティを拡大していくために必要な情報を集め、関わる多くの専門職・非専門職と情報を共有し連携を図り、子どもたちが生きていくうえでの困難を取り除いていく。

④まとめ

「学童期」の子どもたちのコミュニティは比較的恵まれているが（決して十分ではないが）問題となるのはその前後の利用者である。小学校に入学する前のコミュニティの形成や高校卒業後のコミュニティの継続は非常に困難であり、同時に身体的成長と症状の増悪への対応が限定的になりやすい。

・小学校入学まで

- ・形成すべきコミュニティが家族以外に拡大できない
- ・専門職が個々でかかわることが多く連携が図りにくい

・高校卒業後から

- ・多くの場合特別支援学校を卒業しているが、在学中はかなり多くの時間、身体機能面、情緒面へのアプローチがされているのに対し卒業後は極端に減少してしまう
- ・生活スタイルの変化は身体機能や情緒面へ悪影響を与えてしまう
- ・せっかく形成されたコミュニティが縮小（消滅）してしまう

今後はこのグレーゾーンに対して訪問にかかわる理学療法士として仕組みを作っていくことが大きな課題となる。

「家」という環境、「子ども（利用者）」を中心とする環境と係わる人の拡大を図り、コミュニティを充実・拡大させていくことが私たちの目指すゴールである。このことは訪問にかかわる理学療法士として最大の喜びとなる。

（2）退院から在宅での切れ目のないケア（連携パスの延長としての在宅でのチームケア）

作業療法士：刀根奈穂子、看護師：福本美津子

高齢者の地域での生活を支えるには、患者の日々の継続的な健康管理や療養指導、さらには、多職種の協働により患者の生活を支えることが求められる。

三重県では、大腿骨頸部骨折と脳卒中の2疾患について地域連携クリティカルパスの普及に取り組んでいる。急性期病院等から回復期リハビリテーション病棟へと効果的で質の高い医療の連携を行うためのものである。施設での集中的なケアで回復した能力を、地域に戻った後も在宅生活に応用していくために切れ目のない取組みが求められるところであるが、今のところ施設と在宅の連携は取り組みの途上といえる。当該訪問看護の行っている施設との連携、多職種の協働について事例から紹介をする。

①ケース紹介

51歳の女性、脳血管奇形にて脳出血を発症し、右片麻痺、失語症、高次機能障害が起こった。急性期病院に入院したあと、回復期リハビリテーション病棟で3ヶ月間過し在宅療養となった。退院時の状態は、移動は麻痺側に短下肢装具を着け杖歩行、日常生活動作は自立、日常生活関連動作は一部介助で可能な状態、簡単な意思表示はできていた。退院までに住宅改修は終了していた。通所系サービスは望まれず、訪問系サービスのみの利用となった。

②多職種と役割分担

a.支援者：家族、主治医、看護師、理学療法士、作業療法士、
介護福祉士・ヘルパー(介護員)、ケアマネジャー

b.役割分担：

※【 】連携

	退院 ～ 2週目	3週目 ～ 4週目
	日常生活活動の拡大・ 動作の安全性の確保	主婦としての生活動作獲得
家族	家事 休日は散歩で外へ出る 洗濯ものの整理(一緒にやる)、掃除機をかける(一緒にやる)	
ケアマネジャー	本人や家族の意向を反映した介護計画の作成、介護方針、目標の周知等	生活能力の回復に合わせたサービスの変更、調整。病状変化に対するサービスの調整
	【主治医の意見書、担当者会議による医師との連携】	

看護師	健康管理、環境の調整、予防と予測のケア、リハビリ、【健康面から他職種への指導】 【医師への毎月の報告、一般状態の変化時の連絡等】 【リハビリ専門員と調整：居室から庭への移動訓練から徐々に運動量の確保】	
リハビリテーション	【回復期リハビリ病棟との方針・内容調整】 日常生活動作の再獲得・やり方を変え能力を補う訓練 台所での立ち位置、調理動作や方法の訓練、食材からメニューへの思考訓練	目的：主婦業を行いやすくする。 【介護員への支援方法の指導】 (包丁の使い方など簡単から複雑へ) 筋肉の痙性症状を抑える体操 記憶保持の訓練は補助的
介護員	利用なし	【リハビリ専門員と調整しながら調理支援】
1 日生活の流れ		
起床	装具装着・洗面(本人) 朝食準備(家族)摂取(本人) 排泄(本人)	
昼食	訪問看護：屋内から庭への移動訓練→運動量の確保 弁当準備(家族)摂取(本人) 排泄(本人)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族：休日の散歩 ・ 看護：平日庭での歩行訓練
夕方	1 品調理：本人・作業療法士→本人・介護員	
就寝	夕食準備(家族)摂取(本人) 入浴(家族：一部支援) 夜間の排泄(家族：一部支援)	
その他	ベッドの利用、住宅改修(トイレ、庭から車道までの石段に手すり取付)	

③まとめ

～訪問看護・リハビリテーションの視点から～ 脳卒中をおこすと、人生が一変するほどの後遺症を残すことも少なくない。病院での集中治療や機能訓練で回復した機能や能力を、自宅に帰った後も低下させることなく応用し新たな生活動作を拡大していくためには、次の3点は有用であった。一つは、切れ目のないリハビリテーションのかかわりをするための回復期リハビリテーション病院との連携と早期リハビリテーションの実施。二つ目は、日常生活動作の自立に向け、安全に運動量、安定性を確保するために、家族や介護員、看護師の能力を活かした動作訓練の処方。三つ目は、健康管理において環境の変化や医学的管理下からセルフケアに変わることによる負担は大きく、血圧の変動や体調の変化を看護師に相談しながら運動量の調整をすることである。

今回は、当施設の訪問看護(看護師・リハビリ職員)、訪問介護、居宅介護支援事業所によるサービスの連携であったため、日内の血圧変動や体調、食欲不振等に臨時応変な対応ができ、順調な在宅生活への移行ができた。家族構成の変化により一人暮らし、老老介護、認認介護の増加が見込まれる中、細やかなフォーマル・インフォーマルサービス連携が課題となる。

(3) 在宅での終末期のケア(看取り)

看護師 福本美津子

終末期とは、現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切と考えられる状態で、生命予後が6ヶ月以内(もしくは1年未満)と考えられる状態をいう。

三重県における調査(平成20年6月)では、介護や医療が必要とする状態になっても、住み慣れた自宅で暮らし続け介護を受けたい、療養をしたいという者が51%を占めている。しかし、終末を在宅で過せる人は少なく三重県の在宅死亡率は、全国平均水準と同じで12%程度にとどまっている。

当該訪問看護ステーションの平成21年における終末期ケアは16名で：病院での看取り9名、在宅での看取り6名、施設での看取り1名、であった。在宅死亡率は、44%である。

病院での看取り期間は、救急車により搬送されて当日ないしは3~4日以内であった。入院になる原因は、肺炎の合併や脱水などによる発熱、血圧低下、意識障害の場合が多い。

なお、平成21年の訪問看護修了者は24名で終末期ケア16名、病院・施設入所3名、通所系サービス移行2名、経済的問題・改善2名、転居1名であった。

療養をしながら自宅での暮らしを続けるには、介護状況が気になる場所である。終末期ケアを受けた16名の介護状況は、高齢者世帯7名、子どもの家へ転居3名、近隣に子ども世帯あり2名、2世帯同居1名、独居1名、高齢者専用賃貸住宅1名であった。

①高齢者世帯(老老介護)での在宅での看取り

概況	78歳の男性、【胃がん末期で膵臓転移】 食欲低下、腹水あり。トイレ以外は寝て過している。 本人のみ病名の告知はしていない。
介護状況	妻と2人暮らし。妻が毎日のケアを行っている。 歩行が不安定になってからは、長男夫婦が夜間は毎日泊っている。娘2人も月に1~2回、孫を連れて見舞いに来ている。訪問時は、ケアを手伝っている。本人は、孫が来るのを楽しみにしている。
治療	週1日の往診をしている。 内服薬による対症療法→緩和ケア：痛み止めのテープや坐薬、内服薬の投与
看護	【利用期間：1.5カ月間】週3日の訪問看護 全身状態の観察…介護の方法を指導、現状の受け入れ支援 …痛みや肺炎、床ずれの合併症の予防のためのケア 緩和ケアのための薬の使い方や過ごし方の指導 …経口摂取や排泄のケア(便秘や尿量のチェックと対応)
経過	訪問開始時 ：トイレに行く以外は臥床しウトウトしていることが多く、名前を呼ぶと開眼される。腹水や足腫れが目立つ。 食事は、「好きな物を好きなだけ食べよう(医師)」(ご飯、味噌汁、果物、ゼリー、ビールなどを)【妻、長男夫婦ともに冷静にケアにかかわっていた。】 訪問開始4日目 ：右腰骨あたりの皮膚が赤くなり床ずれ予防の対策をとる。 (食事は、お粥、パン、ヨーグルト、ジュース、高カロリー栄養食、ビールなど、水分400~500ml程摂取量が徐々に少なくなる) 訪問開始22日目 ：不整脈が出てくる。トイレに行くのが難儀になりオムツを使うことになる。(ロールケーキ、アイス、さしみ、煮物、高カロリー栄養食、ビールなど数口になる。水分400~500mlは飲んでい) 訪問開始32日目 ：血圧が低下し、脈拍や呼吸に不整が現れる。尿量が減少する。胃痛や不定愁訴が強くなり、痛み止めを定期的に開始する。 (氷片やシャーベットを数口好む。ビールが飲めなくなる。水分摂取が200ml程になる)【子ども家族の訪問が頻繁になり、子ども、孫、ひ孫が常に布団の周りや居間に遊び、家族全員の団欒の中で過ごしている。】 訪問開始36日目 ：口唇、四肢の皮膚のひび割れが目立ち軟膏処置をする。 訪問開始41日目 ：右腰骨あたりの皮膚が2cm程ビランになり処置をする。 訪問開始44日目 ：家族全員に看取られながら永眠される。

②多様な住まいでの看取り—高齢者専用賃貸住宅—

概況	100歳の女性、【老衰：食欲不振、全身浮腫、仙骨部床ずれ】 2~3日前から急に食欲が低下した。本人の点滴拒否があり積極的な治療は行わない。「ここで、このまま死んでいきたい」と自然死を希望されている。
介護状況	老人健康保険施設での生活を5~6年した後、高齢者専用賃貸住宅に入居していた。看取りにあたって、5人の子ども達がローテーションを組み夜間や休日の付添の行うことになる。
治療	主治医の往診：週1回

看 護	<p>【利用期間：17日】週2日の訪問看護 全身状態の観察・・・肺炎、床ずれ、消化管出血等の合併症の予防のためのケア 家族指導 ……経口摂取や排泄のケア(便秘や尿量のチェックと対応) 医師、介護支援専門員、施設職員との細やかな連携 介護員へ観察のポイント、異常時の対処方法、連絡経路等の指導</p>
経 過	<p>訪問開始時:寝たきり状態、話しかけにうなずき返事あり、右肺音が弱い(最近、胸水で入院)、全身浮腫、仙骨部の皮膚赤い(床ずれ発生あり)、黒茶色泥状便中等量あり。 →床ずれ予防の対策を取る。(ケアマネジャーとの連携、医師への報告) (食事や水分補給の指導、1日摂取量高栄養食 100ml、水分 300ml程と少ないが嚥下は良好である。)</p> <p>訪問開始7日目:全身のむくみがあるが血圧等は安定している。水様便が1日2~3回続いている。(経口摂取量は徐々に減少、水分は300ml程摂れている。)</p> <p>訪問開始13日目:症状に変わりなく経口摂取は水分300ml程である不眠であった。</p> <p>訪問開始17日目:血圧の低下、意識の低下(呼びかけに反応がない)があり、対応の指導をする。家族や施設職員に看取られながら永眠される。</p>

③在宅から病院へ搬送されての見取り

概 況	<p>84歳の女性、【膵臓癌の末期】 吐き気があり食欲はない。痛みがあり、痛み止め定期的に使用している。 夫の死後、独居生活であったが、膵臓癌末期と診断を受けたため娘家族と同居して、10日目である。</p>
介護状況	<p>娘家族は、突然の同居に、仕事の調整もつかず、介護サービスの利用とホスピスへの入院予約を済ませた。</p>
治 療	<p>主治医の往診：週1回</p>
看 護	<p>【利用期間：10日】週2日の訪問看護 全身状態の観察・・・疼痛の看護、肺炎、床ずれ等の合併症の予防のためのケア ……経口摂取や排泄のケア(便秘や尿量のチェックと対応)、清潔ケア 娘家族へ観察のポイント、異常時の対処方法、連絡経路等の指導</p>
経 過	<p>訪問開始時:左側を下にして寝たきり状態、鎮痛座薬により痛みのコントロールができています。仙骨部や右腰骨周囲の皮膚が赤い(床ずれ)。下肢のむくみがある。</p> <p>訪問開始4日目:全身にむくみがでてきた。 (経口摂取量：お粥やドリンクゼリー、水分は500ml程摂れている。)</p> <p>訪問開始10日目:血圧低下、呼吸の不整、尿量の減少がある。全身のむくみが強くなる。右腰の床ずれは薄皮が破れる。経口摂取は水分100ml程である。医師との連携により点滴(500ml)を行う。 今後の治療やケアについて、主治医と相談し、入院をすることになる。</p> <p>訪問開始11日目:総合病院へ入院をする。入院3日後に病院で永眠される。</p>

④まとめ

三重県では、介護や医療が必要とする状態になっても、住み慣れた自宅で暮らし続け介護を受けたい者は51%と多い。当訪問看護の利用者では「自宅で最後まで療養をした」という者のうち44%が「在宅での看取り」が実現できている。自宅で看取りたいと思いつつ入院した者、看取りは病院でと思いつつ自宅で看取った者など、終末期は、療養者の状態の変化に介護者ともどもゆらぎの中にある。苦痛の緩和や病状の急変時の対応、入院を希望したときの医療機関との連携など、療養者や家族の最後の願いが叶うような看護でありたいと願っている。事例は、終末期の経過を具体的に記し、終末期の経過のイメージと予測できない不安の解消にならないかと考えた。

これからは、高齢化や人口減少、世帯構成の変化による一人暮らしや高齢者世帯の増加、多様な住まいでの暮らし方があり、訪問看護・在宅医療チームだけでは、療養生活を支えることには限界がある。他職種との協働や、地域の共生システム、個人の死生観や価値観の変容等の課題を残しながらも、住み慣れた自宅で暮らし続けたいと望む者の一

助になれたらと願う。

5 おわりに

医療機能の分化が進められる中、医療施設から在宅医療への切れ目のない医療体制は今後の取組みが注目される場所である。訪問看護は、医療施設での集中的な治療で回復した機能や能力を在宅で最大限に活かすこと、また、療養者が病気と巧く付き合いながら生きることを医療施設と同じように24時間体制で手助けするものである。多様な生活環境、多様なニーズに対応するため、行政や地域に働きかけサービスの拡大に奮闘することもある。在宅で療養を望む者に対し看護・リハビリテーションの専門家の支援をうけられるような体制とすることが重要である。