

第4回日本赤十字看護学会学術集会 テーマセッション IV

高度医療と在宅ケア

High Technology Medicine and Home Care

司会	鈴木 真知子	SUZUKI Machiko	(日本赤十字広島看護大学)
話題提供者	富田 美恵子	TOMITA Mieko	(広島赤十字原爆病院)
	沖田 清美	OKITA Kiyomi	(広島赤十字原爆病院)
	児玉 恭子	KODAMA Kyoko	(広島県看護協会訪問看護ステーション若草)
	国弘 利子	KUNIHIRO Toshiko	(人工呼吸器を装着した子どもの親)



鈴木真知子

医療技術は進歩し、高度化していくなかで、多くの人の命を救うことは可能になった。その反面、病気をもち生涯ケアを必要とする人達は増加している。一方、病院は採算重視の経営で在院日数が短縮化し、重症化が進んでいる。ケアが必要であっても治療法のない患者は、早期退院を迫られる。しかし、人工呼吸器など、特に医療依存度の高い患者が地域で生活する場合には、介護者の身体的・心理的負担も大きく、在宅への移行は本人・家族にとって簡単に決断できることではない。そこで、看護師は早期治療や早期退院に貢献することと、命は救われたものの治療法はなく、重度の障害を残し、人工呼吸器から離れられない状況に置かれている患者とその家族とのほざまに立ち、ジレンマを感じるようになる。本テーマセッションでは、高度医療として人工呼吸器を装着した対象者の看護に携わり、現場で問題意識をもちながら実践しておられる看護師3名と、ケアを受ける患者側の立場から人工呼吸器を装着し、地域で生活しておられる子どもとその母親を話題提供者に

迎えた。看護師と対象者の双方の視点から医療が高度専門分化していく中での在宅ケアへの取り組みをとおし、本テーマセッションは看護が本来見失ってはならないもの、赤十字看護だからこそ大切にしていかなければならないものなど、看護本来のあるべき姿について活発な議論を展開し、新たな方向性を見出せるよう企画したものである。

本テーマセッションは学会最後のプログラムであったため、帰路につくための時間的制約があり残念であったが、日頃語り合う機会のない臨床、臨床と地域との中間、地域、患者とその家族という様々な立場から高度医療の現状と課題が提言され、参加者全員からも意見が述べられ、有意義な展開ができた。結論は出なかったが、今後益々医療が高度化し、在宅への移行が促進されるであろうこの変革の「時」において、赤十字看護が何を打ち出していけるのか、看護師が取り組む方向性を考えていくその契機となることを願っている。

医療処置を必要とする長期入院患者への看護の取り組み

富田美恵子

広島赤十字・原爆病院（一般病院、急性期医療提供病院）の稼働病床数は、657床、診療科数は18、病棟数は14（ICUを含む）である。そのうち、3号館2階の呼吸器科・内科病棟の病床数は、56床（呼吸器科45床、原爆内科11床）、入院の状況としては、肺癌の患者の割合が高い。また、在宅酸素療法が導入され10余年が経過し、高度な慢性呼吸不全患者が増加傾向にある。高齢者や臥床生活者の誤嚥性肺炎の入院は、開業医からの紹介例が多い。本院では、急性期医療提供病院として在院日数を短縮しつつあるが、疾病構造の変化や対象の高齢化により医療処置の継続を必要とする患者の増加が課題となっている。病院機能により診療報酬が算出されると

いう今までにない厳しい医療制度の変革の中で、今何が起きているのかを臨床の場から提起したい。

年間の死亡者数は、平均70名である。平成14年度の平均在院日数は24日で、入院期間が長いとされている。主な医療は、肺癌の診断と治療、肺感染症の治療、急性及び慢性呼吸不全の治療、在宅酸素療法への導入、臨死期への対応である。告知を前提に開始される肺癌治療では、身体面に加えて、精神的サポートも必要となる。在宅酸素療法の導入はクリニカルパスとして、薬剤師、栄養士、運動療法士、訪問看護など多職種で取り組んでいる。

一般的に、高度医療は、①高機能な検査機器

や治療器具を使用する、②難しいとされる手術や、前例のない治療が行われる、③隔離された環境や、特別なユニットに収容される、④多くの血液製剤や、副作用の強い薬剤を使用する、⑤臓器移植がなされる、時間的に緊急対応が必要とされる、⑥多数のスタッフや他職種者の関わりが必要となる、などの状況を指す。高度医療により、当病棟において可能になったことは、救命率の向上、肺癌に対する診断及び治療の確立、医療サポートを受けながらの社会復帰、緩和医療などである。

臨床では、医療の目指していたことは実現したのに、こんなはずではなかったという戸惑いがある。例えば、「命は救ってもらったけれど……」「一年半の入退院を繰り返す間に……」という会話の次に続く内容が、高度医療がもたらした

たもう一つの側面である。療養生活が長期にわたり、生涯の療養を必要とする例も多い。その療養生活は、死の不安や痛み・息苦しさといった苦しみと向き合う日々であることが多い。その結果、患者本人だけでなく家族も疲れ、また、それを表には出せていない場合がある。収入は減少しリストラの不安も大きく、一方では医療費の自己負担は増大した。療養病床への転院も、痴呆症状があり常時酸素療法をしていると非常に難しい。これらの事態は、明らかに次なる苦悩をもたらしている。

最後に、「17日以上は長期入院なのか」「こんな状態で退院しなくてはいけないんですか……」という声をどう受け止めるのかなど、看護師としてのジレンマについて意見交換をしていくなかで、病院における看護の役割を再確認したい。

医療依存度の高い患者の退院調整を担当して

沖田清美

当院は717床の急性期加算を算定している病院であり、本館1階にある「総合相談室」では、転院などはMSW、在宅療養などは専任のケアマネージャーと訪問看護師が担当というように主な役割を決め、院内のあらゆる相談に対応している。最近、気管切開・人工呼吸器装着・中心静脈栄養など医療依存度は高くてもある程度病状が落ち着いた時、長期療養型病院に転院することすら困難な事例によく遭遇する。そのような場合は、転院できず、結局、在宅療養を選択することになる。現在の医療システムでは患者の状態が落ち着き、患者家族に在宅療養の意向があれば、ほとんど在宅療養は可能であるが、在宅の話をするのが「病院から追い出される・主治医に見放される」という受け止め方にならないように段階を踏んだ退院調整が求められる。在宅療養をすることが患者家族のQOLの向上につながらなければ成功とはいえない。退院後訪問したときに「不安だったけれど退院してよかった」という言葉を聞けるように努力している。経験した事例を紹介しながら病

棟側と患者との狭間であって感じたジレンマと「真に患者側に立った看護」について考え、下記のような課題を提言したい。

- ①医療依存度の高い事例の在宅療養を支えるには地域での連携とレベルアップが必要
地域でなかなか引き受けてもらえない現状があった。
- ②24時間の連絡体制は患者家族にとって安心
医師・看護師ともに連絡体制が必要である。
- ③看護師は介護保険やその他の制度の利用について常に学ぶことが必要
制度は常に変遷しており現在利用できる制度を的確に情報提供できるようにすることが重要である。
- ④在宅療養をするべきという考えを押しつけず、本人、家族の意向を尊重することが大切
病棟側は平均在院日数短縮を意識し、治療や病状が落ち着いた患者には在宅療養を勧める傾向があるが、在宅療養ができない場合もある。
本音を話してもらえる信頼関係を築くことが大切である。

核家族・老老介護など一つ一つの事例を考えると、在宅療養ができる方は恵まれていると感じている。本人、家族が抱えている不安が表出

でき、患者、家族にとって一番よい方法を選択できるように、退院調整の過程で、関わっているように努力している。

訪問看護とかかりつけ医・基幹病院の連携—医療依存度の高い—事例をとおして—

児玉恭子

医療保険改革の中で、在院日数の短縮化と医療機器の発達により医療依存度の高い在宅療養者が増えている。医療依存度の高い人は不安定要素が多く、医療サポートがかかせない。そのためには病診連携による横の連携を密にすることが重要であるが、まだまだ充分とはいえない。糖尿病性腎不全によりCAPDに移行した事例をとおし、地域において医療依存度の高い事例を看護する場合の課題を述べる。

事例は、80歳の女性。慢性腎不全、糖尿病、右下肢壊疽があり、50歳より糖尿病にてインシュリン自己注射。平成4年にシャントを造設し、透析開始。平成13年に多発性脳梗塞にて、レベル低下があり、寝たきりとなる。平成14年1月左下肢壊疽にて左大腿切断。3月に胃ろう造設。CAPDカテーテルを留置した。しかし、CAPDのみでは除水が難しく、定期的に血液透析にて除水。寝たきりで全介助を要し、意思の疎通は困難であった。

退院前日に相談室より「気管切開をしているが、吸引指導は訪問看護でもらいたいと家族が希望している。発熱は続いているが家族の強い希望で退院となる」と電話連絡があり、入院中の病状・看護の経過が詳しくわからないままの退院後初回訪問となった。訪問するとモニターが挿入してあり、準備して行った吸引チューブのサイズが合わず使用できなかった。当ステーションにも常備しておらず、翌日、基幹病院へ急遽物品調達に行った。かかりつけ医も基幹病院からの紹介状、事前連絡なしで、病状不明のままに退院後の初回訪問となった。かかりつけ医・訪問看護師ともに入院中の経過がわからないままの訪問となったため、経過・内服薬の変更、処置の確認など全てを家族からだけの

情報に頼るという不安なものになった。その後も微熱が続き、血液透析後に急変し救急搬送中に永眠された。

以上の事例から、地域における医療依存度の高い事例に対する看護の課題を考えてみたい。

①かかりつけ医・訪問看護ステーションの選定は早い時期に行うことが必要

かかりつけ医や訪問看護ステーションの選定は早い時期に行い、早めに連絡をとることで受ける側も体制を整えやすい。また退院前訪問も行うことができる。退院前訪問をすることにより情報収集もでき、利用者や家族も安心し、スムーズに在宅療養に移行することができる。そして、利用者側も日頃よりかかりつけ医をもつことが大切である。

②基幹病院とかかりつけ医の果たすべき機能・役割を明確にする

退院時にそれぞれの医師が果たす機能・役割を明確にし、家族にもそれを伝えておくことが大切であったと考える。そして、必要な時にすぐ必要な物品を提供してもらえる、地域でのシステムの確立が急がれる。

③速やかな情報交換と円滑な連携

治療や処置の継続が必要であり、病状が不安定な利用者に、適切な対応をするためには、速やかな報告は必要不可欠である。また、訪問看護師も情報を得るために、積極的に病院看護師に働きかけることが必要であった。

以上より、医療依存度の高い利用者を地域で支援していく場合には、今後の課題として特に、基幹病院、かかりつけ医、病院看護師、訪問看護師が速やかに連絡を取り合うこと、地域の連絡体制を整備し、円滑な連携を目指していくことが重要であると考えている。

文献

折茂肇 (2000). 地域における高齢者の医療連携.
メヂカルレビュー社.
日本看護振興財団 (2002). 訪問看護白書. 日本

看護協会出版会.

宮崎和加子 (1999). 病棟からつなげる在宅看護
実践マニュアル. プレンドットコム.

バクバクっ子の療養日記

国弘利子

人工呼吸器を装着し、自宅で生活している子どもの親の立場から、これまでの体験をもとに医療へ期待することなどについて述べる。

長男慎の病名はディシェンヌ型筋ジストロフィーである。2000年暮れに肉を喉に詰まらせ、S病院の救命救急センターに運ばれ、入院するとすぐに人工呼吸器を装着することになった。一度は気管チューブが抜かれたが、痰による窒息で再び挿管することになった。しかも週間意識のない状態で、主治医からは「もう意識は戻らないかもしれない」とまで言われた。慎もその時のことを「真っ暗なトンネルの中にいたようだった」と言っている。なんとか意識は取り戻したものの、気管チューブを抜くことはできなかった。そこで、主治医から在宅療養の話もあり、私自身も「どんなことがあっても絶対に慎を家に連れて帰りたい。ディズニーランドに行くという慎との約束を果たしたい」という強い希望があり、在宅に向けての準備を進めてもらうことになった。しかし、在宅に向けての体制はなかなか整わず、結局3か月経ってしまい日赤病院に転院することになった。日赤病院では、気管カニューレの入れ替えや消毒の仕方、呼吸器の扱い方、吸引の方法、車椅子への移り方など40日間にわたって指導を受けた。そして、いろいろな機械を準備してもらい、電気の配線工事を行い、やっと退院の体制を整えることができた。それでもいざ退院と決まった時には、「家で飼っている猫は、もう飼わないほうがよいか」とか、「着替えはどうしたらいいんだろう」と細かい事まで気になり始め、主治医に聞きにくいことは、すべて訪問看護ステーションの看護師に相談した。不安は多くあったが、「ま、何

とかなる」「何かあれば、看護師さんに相談できる」と思えるようになり、2001年4月無事退院することができた。

退院して1か月も経たないうちに散歩程度の外出をし、「え、もう外にでたん」と、主治医や訪問看護師にあきれられた。それでも、私たちの気持ちを話すと、医師や看護師としてでなく1人の人間として話を聞いてもらえ、賛同してもらうことができた。そして、「何かあったら、いつでも連絡して」といってもらえ、とても心強く感じた。それからは、体調をみながら車椅子に乗って散歩に行ったり、心配してくれた友達に顔をみせに行ったり、作業所にも週回であったが、行くことができるようになった。

2001年11月には、約束のディズニーランドに行ったが、その時も主治医や訪問看護師には、色々なアドバイスをもらった。まだまだ経験浅い私たちのすることに、心配もあったであろうが、「がんばれ」と送り出してもらえ、思い切って行くことができた。その時、もし、「それは無理」といわれたならば、出かける勇気もしぼんでしまっただろう。「できるだけ出かけて、いろいろな体験をしたい。させたい」という私たち親子の希望を尊重し、応援してもらえたからこそ、未熟な私たちも旅行という難題にも挑戦できたのだと思う。

現在では、人工呼吸器をつけての在宅介護も3年目を向かえ、すっかりそれが普通の生活になっている。月曜日は訪問看護、火曜日、木曜日は介護ヘルパーさん、水曜日は医師の訪問診療、金曜日は作業所と訪問入浴、土曜日は歯医者さん、などと1週間のスケジュールが決まり、それ以外にも外出や旅行、バザーの手伝いなど、

忙しい日々を過ごしている。しかし、それが、慎
にとっては充実した日々なのではないかと思う。

つまり、「在宅」とは、普通に生活することな
のである。しかし、「なんのトラブルもない」と
いうわけにはいかない。何かトラブルがあった

時には、医療者が直ちにきてくれる。あるいは、
病院で待機し、処置をしてもらえる。

そのような医療者のバックアップがあるから
こそ「普通に」生活できているのである。

