

St. Luke's International University Repository

Panel of practice oriented nursing: As a clinician

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 押川, 真喜子, Oshikawa, Makiko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014764

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



実践重視の看護を問い直す／臨床の立場から

押 川 真喜子¹⁾

I. はじめに

近年、在宅医療に対する関心が高まり、健康保険が適応される対象も拡大され、訪問看護の充実が大いに期待されている。筆者は、訪問看護を日常の仕事としている者の視点から、看護の実践を問い直してみた。

II. 聖路加国際病院「訪問看護科」が独立するまで

筆者は、卒後、保健所の保健婦として地域看護を実践するなかで、とりわけ訪問看護に魅力を感じていた。また将来、訪問看護の需要は、ますます増加するであろうとも感じていた。同時に、実践重視の看護を考えると、保健所からの訪問には限界があると痛感していた。そして将来、在宅医療を必要とする重症度の高い患者が増え、それを支える訪問看護婦には、質の高い高度な技術が要求されてくるであろうとも考えていた。そこで筆者は、高度医療を展開している大学病院を、次の実践の場にした。

卒後6年間を聖路加国際病院以外の施設で過ごし、聖路加に戻って来たことによって、看護大学での教育や臨床を、客観的にみる事ができた。

3回目の転職先である聖路加国際病院公衆衛生看護部は、訪問看護においても長い歴史をもち、世の中の動きに合わせてそれを発展させていくには、最高のフィールドであった。そして、新病院への移転を契機に、訪問看護の実践を更に充実させていくために、訪問看護科として独立し、再スタートをきり現在に至っている。

III. 訪問看護活動の実際

訪問看護科は、1992年5月に独立し、現在1名の看護助手を含む10名のメンバーで構成されている。平均経験年数7年と病院全体の平均をかなり上回っている。

1995年度の活動は、対象患者数231人、総訪問回数

4375回で、小児から老人まで殆どの科から依頼がきている。在宅療養患者が年々増加するのに伴い、医療処置を必要としたり、ターミナルステージの患者が多くなっている。

〈事例紹介〉

1. 訪問開始時68歳、女性。
 2. 診断名：僧帽弁狭窄兼閉鎖不全、三尖弁閉鎖不全による慢性うっ血性心不全。慢性気管支炎による慢性呼吸不全。肝硬変。原因不明の低血糖症。腎機能障害。
 3. 在宅での主な治療：気管切開と在宅酸素及び人工呼吸療法。Infuse-Aportによる中心静脈栄養とドーパミン持続点滴。アレリックスとレニベースの経口投与。
 4. 訪問看護歴：2年6か月。
 5. 訪問開始までの経過：1991年11月16日心不全、呼吸不全にて入院。12月末にトラキオストミー造設にて症状コントロールされ、1992年4月2日に退院後訪問看護開始。
 6. Key Person・主たる介護者：夫。
 7. 社会資源：身体障害者手帳1級。
 8. 訪問開始後の経過と看護の展開
- 92年4月より、状態チェックの目的にて外来受診の間に2週に1回の定期訪問を開始。
 - 92年6月、心不全増悪にて入院し、ARF人工呼吸器の間歇的使用と酸素24時間投与にて8月退院。その後外来受診が困難になったため、週1回の訪問を行い、カニューレ交換、呼吸器の使用状況のチェック及びケアの提供等を行う。
 - 92年9・12月とに、夫からの連絡で緊急訪問。原因不明の低血糖昏睡の状態にて入院。9月の入院でAportを植え込み、ドーパミン及び高カロリー輸液の隔日投与と、膀胱留置カテーテルを挿入し水分バランス管理を継続して在宅療養を再開。12月の入院では、ドーパミンと高カロリー輸液を隔日から24時間持続に変更。この9月から12月にかけては、短期間で入退院を繰り返したため、患

1) 聖路加国際病院

者・家族の不安が強くなり、在宅療養の意欲もなくしかけていた。病状が安定した時点で、在宅再開か長期療養が可能な病院への転院かの選択のなかで、夫婦一緒に暮らしたいという結論に達した。この時期から、患者・家族の不安軽減のために24時間ポケットベル体制を開始。

- 93年1月以降は、週2～3回の訪問を行いながら、点滴管理や異常時の対処等を夫に指導。夜間も度々ポケットベルで呼ばれ緊急訪問したが、当初の予想以上に、夫の理解力や介護力は素晴らしかった。
- 93年3月以降は、週3回と定期訪問の回数を増やし、不安の軽減に努めながら、呼吸困難や食欲不振等の症状を早期に発見し火急に対処すべく努めた。
- 93年6月以降は、訪問開始以来一番長期の15カ月間を順調に在宅で過ごした。夫は患者への介護に自信をつけ、患者も夫を信頼していた。93年12月の主治医往診による励ましに、「家で死ぬよ。看護婦さんには迷惑かけるけど、家に居るよ。もう病院には行かないから。」と話していた。

9. 在宅での問題点：

- ①主たる介護者が夫のみであるため、夫の負担増強の可能性が高かった。
- ②血糖や心不全のコントロールがつきにくく、常に急性増悪を起こしうる状況にあるため、迅速な異常の発見と対処、適切な技術の提供が必要であった。そのため、通常ナースが求められている以上の状況判断能力を必要として、ナースのストレスも大きく、また、患者のストレスも大きくなる可能性が高かった。

10. 対策：

- ①24時間ポケットベル体制及び、必要時緊急訪問にて対応した。
- ②頻回の訪問による状態チェックにて、異常の早期発見・対処及び精神面での援助や、ケアの提供により夫の身体的負担の軽減に努めた。
- ③主治医との密な連携やチームカンファレンスにより、行ったケアや処置が適切であったかどうかのフィードバックを行った。

11. まとめ

この事例は、基礎疾患が重篤で、通常ならば長期入院を余儀なくされるケースであった。しかしながら、これだけの濃厚な医療をうけながらも、患者の在宅への強い希望と夫の献身的な介護、そして医療チームの努力により、在宅療養が継続できたと思う。患者の“家で死ぬよ”という言葉は、私達に、この在宅は少なくとも患者・家族にとって、価値のある有意義なものであったことを示していると思う。

IV. 今後の課題

1. 訪問看護婦の質の向上及び維持

在宅医療が奨励されている現在、看護ケア・技術力はもちろんのこと、単独で訪問する現場では、病状の変化に対する判断・アセスメント能力もまた要求されていると思う。今後、この質の向上、維持こそが大きな課題である。その方法として、当科では、2～3名のチームで1ケースを担当し、お互いの実践の評価を常にしあったり、患者・家族サイドから、又は看護婦サイドからの、在宅ケアに対する成果を、様々な視点から研究し、毎年学会発表することで、外からのフィードバックを期待している。

2. 主治医との連携

～チーム医療が効果的に機能するために～

在宅医療を展開する時、同じような疾患や状況の患者であっても、主治医の在宅に対する価値観や倫理感によって大きくその方針が異なる。患者・家族の希望を生かした柔軟で幅広い在宅ケアを実践するためには、主治医と密な連携をとり、患者・家族と主治医との橋渡しをすることも、訪問看護婦の重要な役割である。チーム内での信頼関係や連携が確立してこそ、チーム医療が効果的に機能し、よりQOLの高い在宅療養の援助ができると思う。

3. 緊急時の体制及び対応

緊急時の適切な対応には、前述した看護婦の質に加え、患者・家族への教育が重要である。状況に合わせてタイミングよく異常の見つけ方やその対応のポイントを、患者・家族の理解度に合わせて具体的に指導することが大切である。また、当科では、必要に応じて24時間ポケットベル体制で対応している。

4. 経済性

在宅ケアが勧められ、国のレベルで診療報酬の見直しが行われても、訪問看護の経済はまだまだ厳しいのが現状である。しかし、在宅のプロとしてケアを提供していく訪問看護の評価の一つに、経済的な視点からも看護の実践を考えなければ、この分野の発展はないと思われる。それがまた、訪問看護の質の向上にもつながると考える。

V. おわりに

在宅医療の現場では、看護婦の独自性や理論に基づいた看護を、大いに発揮できると思う。今後、在宅医療が発展するには、医師をはじめとする医療チームメンバーの協力はもちろんのこと、これまで以上に看護婦がリーダーシップをとっていくことが、患者・家族のQOLの向上につながっていくと思われる。