

終末期ケアにみる介護と看護の連携 ー実践事例の分析からー

介護福祉学科 百 瀬 ちどり
Tidori MOMOSE

はじめに

終末期にある人の多くが「家で死にたい」と希望するのにも関わらず、実際の死亡場所は施設内、ほとんどが病院である。在宅死の割合は10パーセントにも満たない。在宅で暮らしたいと言う終末期の患者、福祉サービスの利用者の希望を阻む最大の原因は介護問題である。

実際にいくつかの病院の報告で、末期状態で退院できなかった患者の2/3が介護問題にあったと言われている。

高齢化した核家族の増加により、在宅ケアの可能性を左右する鍵は在宅介護サービスの充実であることは周知である。終末期にある人のケアの場を在宅に移す条件は、本人の強い意志と、家族の受け入れ、介護体制づくりがあげられる。何よりも欠くことのできないこととして緊急時、24時間対応してくれる医療サポートを得られることである。

終末期にある人のターミナルケアの原則は、本人と家族を一つの単位として考え、さまざまな職種がチームで関わり、ケアを担うことである。そうすることで家族のケアに対する満足度を高め、家族の満足度は患者、利用者の満足度へとつながる。多くの専門職が関わる中でも特に、医療的ケアの中心を担う訪問看護婦と、家事援助という日常生活部分をサポートするホームヘルパーの連携は重要である。

介護と看護の連携については、その専門職としての独自性や領域部分に関する研究がすでに多数報告されているが、今回、在宅におけるターミナルケアの一事例を通して両者の良い連携がいかに利用者とその家族にとって必要であるかを痛感した。事例の分析を通して、介護と看護の連携について改めて整理し、考えてみたい。

1 事例の分析から

事例を通して2つの点から分析してみたいと思う。1つは介護と看護が事例を通してどのように関わったか、その果たしていた役割、機能について。もう1つは両者の連携のあり方についてである。

事例紹介

Hさん) 76歳 男性 73歳の妻と2人暮らし。定年後、野菜を中心とした農業を営んでいる。

経過) 平成7年、消化器系の腫瘍のため町内の公立病院で摘出手術を受ける。その後、順調に回復し、定期的な通院、検査など受けているが、農作業もこなすようになる。平成10年秋頃より体調不良を訴えるようになり、受診。再発の診断がされた。手術適応ではないため、放射線治療と化学療法の併用で治療している。症状が落ち着くにしたがいHさん本人より自宅療養の希望が強くなる。しかし、この時点では妻は、高齢であること、2人暮らしであること。何より、夫の病状に対して“病院ならば安心”という思いが強く、在宅に対しては躊躇していた。息子二人も県外に家庭を持っており容易に介護の力になりえないことも不安であったと思われる。本人の状態に合わせ、治療の合間に試験的に外泊を試みることで妻の在宅への受け入れを促した。状態の変化したときはいつでも受け入れること、訪問看護婦の定期訪問、24時間の対応が妻の不安を和らげ、Hさんが自宅にいて得られる時間など、自宅で介護することを受け入れるようになった。が、状態の変化に対しては頻繁に病棟や訪問看護婦に連絡が入り、入院の要望も強かった。

平成11年4月末、発熱のための入院が改善し、再度、自宅療養に切り替えた。この時点ではHさん、妻ともに在宅でのターミナルケアを受け入れていた。この退院時より、妻の介護負担の軽減の為、町のホームヘルプサービスの利用を訪問看護婦より紹介し、進めている。最初は他人を家に入れることに対して否定的であったが、妻も持病の腰痛や神経痛など介護により身体不調も有り、共倒れにならないためにもと勧め手続きをとっている。

初回は、ホームヘルパーと看護婦の合同訪問とし、訪問看護週1回、ホームヘルプサービスは身体介護を中心として週2回という体制を作った。

表-1 4月から6月までの訪問サービスメニュー

	月	火	水	木	金	土	日
サービス		訪問 介護		訪問 看護		訪問 介護	

福祉用具として特殊寝台、マットレス
配給サービスを利用

その後2ヶ月余りは順調に経過し、Hさんも昼間は普段通り起きて生活することができた。が、体力の衰えは顕著で家の中で過ごすことが多くなってきた。6月に入り、食欲が落ち、ベッドにいる時間が長くなる。倦怠感も強く、排泄はポータブルからしびんにおむつの使用も本人の希望により増えるようになった。また、この頃より下血もみられるようになった。少量づつでは有るが、常におむつに出血が観られることも有り、訪問看護週3回、ホームヘルプサービス巡回型で朝、夕の2回に切り替えた。対症的に様子を観ることとし、積極的な治療はしない。

表-2 6月以降の訪問サービスメニュー

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問介護 訪問看護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護
午後	訪問介護	訪問介護	訪問看護 訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問看護 訪問介護	訪問介護

福祉用具、エアーマット

食事についても制限はしないこととし、下血の状況については看護婦とホームヘルパーとで常に情報を密に交換して対応した。下血の出現時より傾眠傾向に有り、状態の変化に対応できるように、また、妻の負担とならぬように看護婦とホームヘルパーとで申し合わせメニューに組み入れたケア訪問以外にもどちらかが顔を出して様子を観るようにした。

この頃には、息子さんたちも週末毎に顔を揃え、Hさんを見守る姿がみられるようになった。

1) 事例にみる週末期ケアにおける介護と看護の役割

看護にとっての大きな目的は、人々の健康問題の解決である。顕在化、あるいは潜在的に健康問題を持っている人に対して直接的にまたは、間接的に援助し、人々の健康を支援することである。Hさんの例で考えてみると、ガン末期と言う状態であるが、いかに身体上の問題、Hさん場合では、苦痛、不快症状、下血といった症状を緩和しうるかということであろう。一般に末期症状による痛みに対しては麻薬などの薬物療法が用いられるが、看護的な関

わりで問題解決効果を高めることも可能である。「看護業務」に有る「療養上の世話」に当る部分であろう。痛みを訴えているHさんのもとへ訪問看護婦が連絡を受けて、早朝訪問、昨夜どんなに苦しんだか、というお二人の訴えに耳を傾けながら「昨夜はつらかったんですね。」といういたわりの一言と、「夜でも連絡してくれていいですよ。」という、受け入れの言葉だけで、薬を使う前に「昨夜よりずいぶん楽になったから・・・」と、表情が和らぎ、うとうとし始めるという場面があったと言う。

安心感は不安と苦痛を和らげ、スキンシップやマッサージは痛み止めに代わることができるのである。

では、介護はどうであろうか。介護の目指すところは生活の援助であり、生活の質の保障である。家事援助、身辺介護が介護業務のおおきな役割である。Hさんの場合、身体介護を中心にホームヘルパーは援助を提供している。特に、状態が変化してからは、巡回型として日に複数回、訪問し、具体的には身体保清、おむつ交換という援助を提供している。

利用者が自力では行なえないこと、在宅介護者の負担の軽減が援助内容である。ターミナルケアの場合は、利用者の残された時間のQOLをいかに高めるかが最大のテーマであろう。本来のHさんの生活に少しでも近づけることで、Hさんの個人としての尊厳を維持することができる。Hさんの病床を訪れる人は、Hが常に身辺をさっぱりと整えていることに感心したと言う。それは、妻の介護によるところも大きい、ホームヘルパーの介護によるところが大きいと思われる。

表－3 看護の役割、介護の役割

看 護 の 役 割	介 護 の 役 割
①医師との連絡調整	①利用者、家族の日常生活のニーズの把握
②症状のコントロール	②日常生活上の必要な援助の提供、 家族への介護技術指導
③日常生活の援助	③チーム内の潤滑油
④患者、家族の精神的支援	
⑤家族のグリーフケア	

看護職は対象となる人の健康問題に注意しながら、できうる限り、最良の状態ですることができるように援助する。介護職は日常生活の不足部分を補いつつ、人として当たり前の生活を整えるように機能する。Hさんの持つ病気故の日常生活の支障を、看護は健康問題に焦点を当てながら、介護は身辺を整えることから解決しようとしている。両者の役割が、Hさんをは

さんでスムーズに機能したのは、お互いの専門領域を尊重しあい、信頼しあっていたからに他ならない。このことにより、Hさんの在宅での生活は穏やかに経過したと思われる。

2) 在宅ケアにみる介護と看護の連携

訪問看護の始まりは、大多数が治療のための入院していた病院の看護部門からである。Hさんの場合も、同じ公立の訪問看護ステーションからの訪問看護を受けている。入院中から連絡が取れていたこともあり、スムーズに利用開始となった。Hさんの妻の腰痛や膝、肩などの神経痛もあり、ホームヘルプサービスの紹介を訪問看護婦から行なっている。Hさんの妻は、紹介当初は否定的であった、初回、ヘルパーと合同訪問をしメニューの組み立てを行なった。Hさんの住む地域では訪問看護、ホームヘルプサービスともに同じ行政が運営に当たっており、その点では横のつながりができていたと思われる。

看護婦の訪問時の情報は担当ヘルパーに直接伝えられ、医学的面についての判断は看護婦の担当ヘルパーが直接相談すると云う形で援助が実施された。初回の合同訪問で、Hさんや妻と看護婦、介護職が同時に情報交換をしたことで、効果的な援助が可能となり、援助目的を立てやすくなったのではないかとと思われる。

末期症状の人を介護し続けることは並大抵のことではない。病気の進行とともに利用者も介護する家族も気持ちは刻々と揺れ動いていく。在宅ケアを続けていけるかどうか心配になる家族も多いと言う。それを続けさせていく為には、絶えず励まし、サポートを欠かさないことが大切である。効果的なサポートは関わる人がその場その場で勇気づけることも有るがいろいろな部門で支えられ、見守られていると言う証にもなる、合同訪問も各部門の連携を知らせることで、効果的ではないだろうか。

それぞれの基盤とする専門性の上に立って援助計画と実施方法を話し合う。何よりも利用者本人を専門的視点でとらえてスタートとすることが望ましい。現状のシステムの中では提供できる援助には限界が有るのも事実では有るが、だからこそ、看護と介護それぞれが相互補完的に協働し、Hさんの在宅での日々を最大限、質の高い生活の場となるように連携を取り合うことが重要である。在宅ケアは利用者を含め専門職相互が対等に立ってチームケアを提供できる場であり、また、それを求められる場でもある。

看護においても介護においても専門性、独自性で役割分担を明確にすると同時に、協働により相互に知識や技術を磨き、利用者にとって最も適切な援助のあり方を創造し、提供すること自体に大きな意義が有ることをHさんに関わった看護婦、ヘルパーの連携という実践事例から気づかされるのである。

2 事例からの考察

当初、在宅ケアに躊躇していた妻も状態が変化しても、入院という言葉の口にするのがほとんどなくなっていった背景には、それぞれの専門職がしっかりと支えてくれていると言う安心感が有ったからではないか。

医療については人々は身近かに感じている職種であるが、福祉については具体的には感ずる機会が少なく、福祉サービスといっても何が有るのかを理解している人のほうが少ない。特に、高齢者は少ないのではないだろうか。介護保険が目前に迫り、その具体的な運用方向について毎日のように新聞紙上に記事が乗っている昨今である。しかし、果たしてどれだけの人が理解しているだろうか。介護保険制度にしても、内容まで理解している人はわづかであると言う結果が報告されている。

Hさんの場合、入院した病院の訪問看護を受け、更にホームヘルプサービスを紹介されている。訪問看護を受けている人の8割がホームヘルプサービスも受けていると言われている。Hさんも同様であり、しかも、ホームヘルプサービスは訪問看護を受け始めてから看護婦が勧めて利用開始となるケースが多いと言う。身体介護では、「同じようなことをするのになぜ、ヘルパーさんが必要なのか」と、妻は怪訝な顔をしたと言う。巡回型開始時は、「ヘルパーさんはすぐ帰ってしまう」という不満も有ったと言う。訪問看護婦は最長、一軒1時間～2時間まで滞在できるが、ヘルパーは、特に巡回型ではせいぜい30分程度である。

在宅で複数の家族が介護に当たっていれば、お互いに話し相手、相談相手になれるがHさんの妻の場合、大部分を一人で担い、子供2人はいずれも息子で、嫁に対する遠慮や「細かいことは男には分からない」というあきらめも有ったようである。近隣の人や友人が話し相手、相談相手になっていたようであるが、Hさんの病状など、専門職に聞きたいことも多かったのではないと思われる。ホスピスケア研究会の報告によれば、ホスピスで治療を希望する人のケアニーズは、苦痛を取り除いてくれること、話しを聞いて欲しいことが大きな割合を占めると言う。“死”を真近かに見つめる患者や家族にとって“死”について話したいニーズは高い。住宅でのターミナルケアも同様であろう。この点については、同研究会の事務局長梁氏は専門の在宅ケア看護婦の育成の必要性を唱えている。身近かで共感し、暖かさ、優しさと言う包括的サービスの提供者としての看護婦の必要性で有る。

看護職は在宅ケアにおけるホームヘルパーの役割に期待している。訪問看護婦よりも多くの回数を利用者の元へ行くことができるため、刻々と変化する状態をとらえやすく、情報量が多い、ということである。しかし、お互いがお互いに期待することは何かを整理しないと過剰な期待と、専門外の情報への期待は逆に連携を阻むものになりやすい。

Hさんの場合、妻を介しての情報伝達、直接のやりとり等で看護と介護の連携が成り立っている。Hさんの担当看護婦、ヘルパーの両者は、お互いに面識を持ち、常に直接会話を取

れたことで良い関係ができたと思う、と振り返っている。同じ行政の施設ということで、日頃から交流を持っていたことも良いチームワークを生む要因であったことは事実である。又全ての利用者に対してではないと言うが、Hさんの場合は初回訪問時に、それまでケアしていた看護婦が同行訪問したことも、その後のケアの話し合いが具体的になった要因と観て良いのではないだろうか。永田らの報告でも、介護と看護の協働のために、合同訪問は効果的である。特に、ヘルパーの初回訪問時の合同訪問は効果的な援助が可能になるとしている。それは、単に心強いだけでなく、利用者の安心感とともに真のニーズを把握し介護目標が立てやすいのではないかとということである。

終末期ケアは利用者、家族にとって決してやり直すことのできない真剣勝負の場である。そう考えると、ケアに関わる職種のチームワークは、利用者にとって最低限のマナーであると考えて良いのではないか。

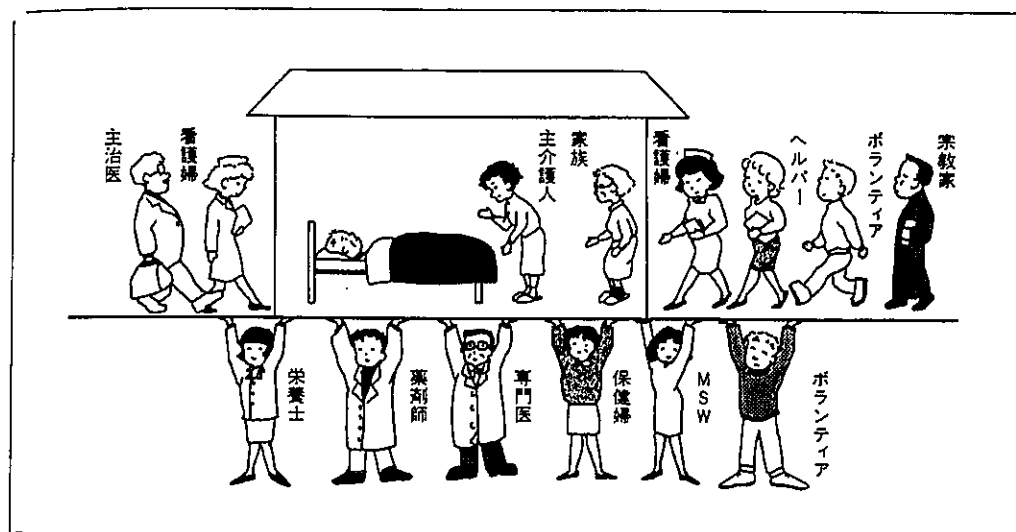


図-1 在宅ケアを支えるケアチーム

Hさんを担当した看護婦、ヘルパーともに20代の若い人たちであったが、人間に対するやさしさ、ケアに対する情熱には心を打たれるものが有った。看護も介護も究極その人自身の人間性であると言われているが、看護は看護職そのものであり、介護は介護職そのものである。両者の良い連携とは、それぞれの専門領域の確立と理解を前提としてはいるが、ターミナルケアの場で求められることは、むしろ、それぞれの専門性ゆえに踏み込めない部分を認識しながら、ケアを考えることではないだろうか。利用者にとって最も良いケアは何かを考えつつ、お互いがお互いを支え合い、活用しあうことで良い連携が生ずると考えられる。そして、何よりターミナルケアに関わる人に求められるのは、利用者への優しさと思いやりで

はないだろうか。在宅ホスピスを勧める川越らも、ターミナルケアに関わる介護の専門職－看護婦も含め－に問われることは、知識、技術以上にケアするものの人間性や感性が大切であると言っている。これは、年齢や経験とは関係のない、その人個人の資質であろう。

3 在宅ターミナルケアの課題として

Hさんの在宅ケアと看護、介護の協働の事例をまとめる中で、今後更に検討すべきこととして残ったことは、①終末期にある人と家族の心のケアといったものの問題②在宅ホスピスを実践する際にチームをコーディネートする人、具体的にリーダーシップをとる人材の問題さらには③ホスピスケアの専門的トレーニングの必要性である。特に心のケアは最も必要であり、④本人が亡くなった後の家族の心理的な支援をどのようにしてゆくか、ということである。家族のグリーフケアについては、実践している病院や施設も少なくない。しかし、それらのほとんどが善意によるボランティアである。心理的支援をどう評価していくか、介護保険制度の中で、身体介護が中心に保険点数化されるなかで課題の残る部分である。

おわりに

在宅における終末期ケアは保健医療福祉のそれぞれの専門職がチームを組んで両者と家族のケアに当る。チームメンバーがそれぞれに勝手気ままに専門性を発揮しても決して利用者の満足にはつながらない。それぞれの専門的立場を理解し、相互に補い合いながら統一したケアで利用者と家族のニーズに答えていくことが重要である。それぞれの専門性とサービス提供の方法を最大限に活用しながら利用者、家族がサービスを利用して良かったと思える時間と空間を提供すること。更にはチーム内でそれぞれが互いに支え合い、ケアを続けることが連携の真髄ではないだろうか。

良く生きることは良く死ぬことであると言われているが、良い終末期ケアとは、良く生きた時間と、最後までやり遂げたと言う満足感を本人、家族に提供することではないだろうか。

お忙しい中、貴重な時間を割いてインタビューに答えてくださった看護婦の皆様、社会福祉協議会のヘルパーの皆様に深く感謝いたします。

主要参考文献

- 1) 川越厚編集：在宅ホスピスを始めるひとのために、医学書院、1996
- 2) 福祉改革のなかで福祉専門職を検証する：月刊福祉、99. MAR 3, 全社協
- 3) 永田千鶴：在宅ケアにおける看護・介護の協働、介護福祉学 第5巻第1号、1998.10
- 4) 千田みゆき：在宅支援を可能にする看護、臨床老年看護Vol. 6 No. 5, 医学書院

- 5) 梁勝則：がん患者が在宅で終末を迎える条件、臨床と薬物治療、1999.3-第18号第3巻
- 6) 小島洋子，佐藤芳恵：看護と介護；その基本的考え方．静岡県立大学短期大学部紀要，第10号：193-204（1996）
- 7) 金井一薫：看護と介護の共通点と相違点．看護，臨時増刊号（5）：36（1993）
- 8) 日本介護福祉士会編：介護福祉士のための事例研究テキスト，中央法規，1999

