

それでも大きな病院にかかりたい

～在宅ターミナル期のすこやか診療所看護師の役割と課題

2013.3 岐阜民医連・学術運動交流集会

はじめに

2012年1月から2012年12月までの1年間ですこやか診療所訪問診療を受けてみえる患者さんの中で亡くなられた方は35名みえる。その中ですこやか診療所の訪問診療を受けられるようになった経過は様々だ。みどり病院・すこやか診療所に長年通院されていて在宅になられる方の移行は比較的スムーズだが、癌治療終末期に積極的治療をあきらめ総合病院から転院される患者さんと、一から信頼関係を築くのは、容易な事ではない。患者さんの思いを受け止め、総合病院・診療所の訪問診療・在宅に向けてのマネジメント・訪問看護の連携の大切さを強く感じた事例を振り返り今後活かしていきたい。

事例紹介

Aさん 60代 男性

病名 大腸癌手術後 胃癌再発 骨転移 腹膜播種

経過

総合病院地域連携室から訪問診察の相談あり。抗癌剤治療を継続してみえたが、食欲不振あり。点滴を受けるため毎日総合病院に通院中。紹介状を持ってすこやか診療所を受診されたが、訪問診療の希望はなかった。るい瘦が激しいが抗癌剤の治療を継続されるつもりと話された。受診時すこやか介護相談センターケアマネージャーに連絡し介護保険を申請。自宅にベッドもなかったが、「通院できるから在宅のサービスも必要ない」と話された。

Aさんにとって最後の抗癌剤治療の入院時、総合病院にて合同カンファレンスあり。抗癌剤治療が限界であること、余命が限られていることを主治医からもう一度話された。在宅療養の準備が整い退院したが自分の足で歩くことができなかつたAさんは、やっと訪問診療・訪問看護を受け入れることができた。Aさんは「あなたの言うこと聞いておいてよかった」と言われた。

その後、週1回の訪問診察・毎日訪問看護で点滴、抗癌剤の副作用と思われる下肢のしびれに、1回1.5時間の訪問看護師のマッサージや訪問リハビリを受け、ほとんどの日を穏やかに過ごされた。在宅に戻られてからは、訪問看護と診療所看護が密に連絡を取ることができた。最初表情の厳しかったAさんだったが、徐々に笑顔が見られ冗談も言われるようになった。救急の場合は、みどり病院に入院されることも了解された。車椅子で、散歩もしたいと希望も出されたようだった。

在宅になって約二ヵ月半後、高熱を出され緊急入院され、5日後永眠された。意識がなくなる前に、妻に「お母さん、今まで色々ありがとう」と感謝の言葉を残された。と妻からお聞きすることができた。

事例を振り返って

病気（自分の最後）を受け入れることに寄り添う事の大切さ

総合病院のスタッフから何度、転院するように言われても踏みきれなかったのは、総合病院の主治医から見放されると思いが強かったように思う。今まで信頼してついて来たのに何にすがりついていいのか希望を失われたように思う。医療者は、予後について、かなり厳しい話をしているつもりだが、ご本人にとっては、そう受け取られない事の方が多いうように思う。可能であれば、新たな主治医となる医師が患者さんをでむけると良いと思う。

また、在宅医療は、イメージが湧きにくく不安が強い。「訪問看護って何をしてくれるのかわからない」ことへの不安もあった。

訪問診察は不要と言われている中での合同カンファへの参加（なかば押し付けのよう参加）は気が進まなかったが、在宅になる前に何回かお会いし面識がでいきることによって最初の信頼関係ができた。

実際、訪問看護を受けてみて心の安定が得られ、食欲も出てきた。24 時間いつでも来てもらえる安心感があり妻の表情も明るくなった。訪問看護師から随時様子が報告され、医師への連携もスムーズに行えた。

様々なケースを通して思うこと

岐阜勤医協には、

- どこへでも、かけつけて相談にのってくれる最強のコーディネーター（ケアマネージャー）集団がいる
 - 24 時間 365 日患者さんに寄り添ってくれる訪問看護集団がいる
 - 生活を支える最強の介護がある。
 - そして、いつのも患者さんの思いに耳を傾けてくれる最強の医師集団がいる
- 入院が必要となったら、入院できるみどり病院がある。（これはすごい強み！）
- その中で、私たち診療所看護師は、患者さんを中心にいろんな職種をつなぐ、『架け橋』的存在でありたいと思う。

おわりに

現在すこやか診療所内科看護は、常勤 3 名・非常勤 1 名計 4 名体制で内科診療・訪問診療の看護を分担して行なっている。日常診療の時間帯に様々な電話や、訪問看護からの情報も多々入るが、すぐに対応できないことも多い。また、新しい訪問診療患者さんの受け入れが今の体制では、万全とは言えない。医師体制が厳しい中、訪問診療を担当する看護師の専任化が望まれる。