

4. 緩和ケアと看護の拡がり

B. 場の拡がり

1) 在宅緩和ケア

中島朋子

(東久留米白十字訪問看護ステーション)

在宅ケアの歴史

訪問看護の歴史は明治時代に遡り、産後の母子訪問から始まり、昭和に入って結核や精神疾患、寝たきり老人等への訪問が実施されていた。1992年に「訪問看護ステーション制度」が策定され、現行の訪問看護のスタイルが構築された。現在、全国で10,418カ所¹⁾を超える訪問看護ステーションが開設され、42,000人強²⁾の訪問看護師が活動している。

わが国は未曾有の少子超高齢社会に突入しており、2025年には団塊の世代すべてが75歳以上に、また2035年には85歳以上に達し、死亡者が増加(21世紀は多死時代ともいわれる)し、2040年には人口が2015年と比べて25%減少すると推測されており、各地域で「地域包括ケアシステム」の構築が急がれている。これは高齢者だけでなく、すべての世代、あらゆる健康レベルの人々、障がいや経済的困窮、治療(療養)と就労の問題、子育て、虐待の問題等、すべての人が住み慣れた地域で尊厳をもって生活し、最期まで“その人らしく暮らす”「共生社会」の構築も含まれている。この実現に向けて「医療介護確保推進法」が成立しさまざまな制度が改定され、医療と介護の連携強化や在宅ケアの質向上、それを担う医療介護職者の人材確保と育成等の取り組みがなされている。

昔は自宅で看取ることが当たり前であったが、昭和50年頃を境に人は病院で亡くなるものへと変化していった。しかし既述したように多死時代においては、今日のように病院で亡くなることは

難しく、住み慣れた自宅や地域(施設)での看取りを可能にしていかなければならない。「訪問看護アクションプラン」³⁾では、2025年時にはオランダやフランスなどの在宅死の割合の30%程度に引き上げるとすると15万人の訪問看護師が必要と推定し、人材育成のためにさまざまな事業が動き出している。

在宅緩和ケアの実践状況

1. 在宅緩和ケアを取り巻く状況

現在の在宅看取り率は13.4%である。在宅での緩和ケアや看取りケアの実践に必要なのは、療養者・家族を含めた多職種で構成されるチームでの多職種協働(inter-professional work: IPW)である。その中でも訪問診療医と訪問看護は24時間対応が必須となる。14,188カ所の医療機関が在宅支援診療所として届出され、訪問看護ステーションは前述したように10,418カ所が活動している。訪問看護ステーションの約5割は常勤換算5人未満の小規模ステーションであり、少ないマンパワーでの24時間体制整備は困難なことが少なくないが、各訪問看護ステーションが工夫しながら頑張っているところである。しかしながら訪問看護ステーションの経験値や運営方針・体制等によっては、在宅緩和ケアや看取りを受けない事業所があることは否めず、今後の課題である。

独居や高齢者夫婦単独世帯の増加、家族と同居している場合でも、家族構成員自身の疾病や、家族全体がさまざまな生活上の課題を複数抱えているなど、問題の複雑化・多重化しているケースが

増えている。そのような状況の中において、訪問看護師が課題を整理し、療養者と家族の意思決定支援を丁寧に行いながら、症状コントロール等の身体的ケアをはじめ、家族調整、多職種間調整、倫理調整等、全人的ケアを実践しながら住み慣れた自宅、もしくは地域の中でのエンドオブライフケアと看取りをサポートし、“最期までその人ら

しく生きる”ことを支援している（表1）。

在宅での看取りをスムーズに行い地域完結型医療を推進するための施策として、2017年9月には厚生労働省より「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」⁴⁾が公表された。これは医師が対面で死後診察を行うのに12時間以上かかるケース等において、看護師が心停止・

表1 当ステーションの活動状況（平成31年1月現在）

事業	<p>訪問看護事業：24時間・365日対応 機能強化型訪問看護ステーション1算定（医療保険） 看護体制強化加算算定（介護保険）</p> <p>居宅介護支援事業 東久留米市在宅療養相談窓口（東久留米市から受託） ・相談業務 ・市民シンポジウムの企画・運営 ・地域の多職種の相談対応</p> <p>東久留米市認知症初期集中支援チーム（東久留米市から受託） 東京都訪問看護教育ステーション事業（東京都から受託） 地域貢献活動：①ふらっとカフェ・ふらっと相談室（NPO 緩和ケアサポートグループとの協働開催） 地域のがんサバイバーや介護者、住民の交流の場・活動の場、学習の場等の提供 ②自治会など、地域住民等への出前講座など ③子ども食堂（地域住民との協働開催） *平成30年度で終了予定</p>
職員数	<p>看護師：12名（常勤換算8,9名） ・在宅看護専門看護師1名 緩和ケア認定看護師2名 プレ訪問看護認定看護師1名在籍 リンパドレナージセラピスト1名 ・オンコール体制：7名で対応</p> <p>PT・OT：各1名（非常勤） ケアマネジャー：3名（兼務1名） 事務員：2名 社会福祉士：1名（東久留米市在宅療養相談窓口専任相談員）</p>
利用者像とケア	<p>利用者数：160～170名/月 *多い月は15名弱の新規療養者があり、それと同等人数の看取りやPCUへの入院がある *認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）との施設契約 ・1回の定期訪問と緊急時対応 ・個別ケアによる施設での重度化予防・看取り支援・施設スタッフの教育サポート *その他に、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、障害者グループホーム等への訪問も実施している</p> <p>訪問回数：約650回/月 + 施設訪問 年齢層：0歳児～100歳を超える超高齢者まで、すべての年齢層 疾患：がん末期の方が圧倒的に多いが、慢性疾患・難病・精神疾患・小児などすべての疾患に対応 医療デバイス：HOT（在宅酸素）・吸引・人工呼吸器 HPN（在宅高カロリー輸液） CSI（オピオイド製剤等の持続皮下注射） ストマ・創傷管理・各種ドレーン管理 など</p> <p>在宅看取り数：約40名/年 PCUとの連携：緩和ケア外来・病棟との連絡は日常的に頻繁 遺族訪問などのグリーフケア実施</p>
その他	<p>・看護師全員に、携帯電話・iPadを貸与し、看護師単独訪問や24時間対応に伴う看護師の不安と負担の緩和を図っている ・東久留米市全体の体制整備として、地域の多職種連携強化のためのICT化を順次進めている</p>

呼吸停止・対光反射消失の確認を行い、ICTの動画等のデバイスを活用して医師に報告することで医師が遠隔で死亡診断を行い、看護師に死亡診断書の代筆を指示するといった制度である。この実施にあたってはいくつかの要件や、看護師の研修制度があるが、医師が早急に対応できない離島や山間地域等ですでに実施されている。

2. 在宅緩和ケアにおける多職種連携

在宅緩和ケアの実践には薬剤師や訪問介護・訪問入浴・ケアマネジャーとの連携が非常に重要となる。薬剤師とは主になんがん性疼痛をはじめとする症状コントロールで連携することになる。オピオイドスイッチングやタイトレーションの際には、スピーディな情報共有を図り、症状に見合った対応が求められる。オピオイドの持続皮下注射等投与経路変更時には、ポンプ調達や薬剤充填などに時間を要するので、日頃からの情報共有や顔の見える関係、地域内での体制を構築しておくことが望まれる。近年は、調剤薬局の24時間対応について協議されることも増えている(表2)。

また自宅や地域での看取り促進のため、訪問看

護師の役割拡大の施策も進められている。いくつかの要件はあるが、特別養護老人施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、認知症や障がい者のグループホーム、デイサービスなど、自宅以外の療養者が生活する場に訪問できるようになっており、訪問看護師の看護実践に期待が寄せられている。

在宅緩和ケアの今後の展望

在宅緩和ケアを担う医療・介護の人材確保と育成が喫緊の課題である。訪問看護においては、看護実践を可視化しながら、ケアの質向上と、どのステーションを利用しても同じケアが受けられるようケアの均一化を図る必要がある。ケアの軸は療養者の意思決定であることから、一般市民に対する人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)普及啓発も必要である。病院と地域、医療介護の多職種、地域住民(互助力)との連携のもと、療養者の意思を共有し独居など困難な問題があったとしても、最期まで尊厳をもって“その人らしく生きる”ことを支援する体制の構築を各

表2 在宅緩和ケアの実際

概要	70歳代 男性 独居 肺がん 癌性リンパ管症 上大静脈症候群 脳転移 PS4 強い呼吸困難があり、酸素7~8L/分(リザーバー使用) 脳転移に伴う記憶力の低下があり薬のオピオイドの自己管理が困難 「母を介護し看取った自宅に帰りたい・身辺整理をしたい」という強い思いがあったが、症状強く、1人暮らしの自宅生活は大丈夫だろうか?と、退院カンファレンスで懸念されたが、「みんなで応援するから、1晩でも1日でもいいから帰ろう」と訪問看護師が背中を押した
利用した在宅サービス	・在宅医療⇒訪問診療 訪問看護 訪問薬剤 在宅酸素 ・介護保険サービス⇒ケアマネジャー 訪問介護(2~3回/日) 訪問入浴 ・呼吸困難感があるため、労作時の負荷を最小限にするための工夫を多職種で検討
A氏 在宅での経過	・ご近所さんが協力してくれた⇒21時頃に安否確認・オピオイド内服の声掛け・イブニングケア・戸締りなどを手伝ってくれた。ご近所さんが入れない日は訪問看護師がケアに入った ・呼吸困難感の増強に伴い、オピオイドの投与経路を持続皮下注射に変更 ・A氏の言葉:「1人だから夜はちょっと寂しいけど、家に帰ってきて本当に良かったよ。あの時(退院カンファレンス)に帰ろうって言ってくれてありがとう」 ・3週間自宅で生活し、永眠される4日前に緩和ケア病棟に入院された
ポイント	・症状的に厳しくても、的確なアセスメントと症状コントロール、ケアマネジメントによって、1人暮らしであっても在宅緩和ケアは可能である ・独居であっても、多職種連携することでオピオイドの持続皮下注射等も安全に実施可能である ・ご近所さんの助け(互助力)が在宅生活継続の要因の1つになった

B 氏	概要	89歳 男性 1人暮らし 親族等との連絡、数十年とっていない 生活保護受給者 大腿骨骨折 2回 膝骨骨折 大腸がん 肝転移 PS4 8年間訪問看護が介入し、その間に4回の入退院を繰り返し、何度となくACPを繰り返してきた 「入院はイヤ。家がいい。最期まで家がいい」と、8年間、一貫して揺るがない強い意思を表示
	利用した 在宅サ ービス	・在宅医療⇒訪問診療 訪問看護 訪問薬剤 ・介護サービス⇒ケアマネジャー 訪問介護（2～3回/日） 訪問入浴 ・死後事務処理⇒身寄りがいなかったため、死後の遺品等の整理などを業者に依頼し、生前に契約
	在宅での 経過	・住民から地域包括支援センターに連絡⇒「こんな重病人を家にいさせるとはどうしたものか！」 ⇒ B氏と相談し、訪問看護師からご近所さんにB氏の意思に沿うために医療関係者が支援していることを説明した ご近所さんは、「孤独死をさせたくない」という気持ちと何かあった時の対応に不安があることがわかった ⇒ ご近所さんに訪問看護師の緊急連絡先を伝え、ご近所さんの不安に対しても訪問看護師が24時間対応で支援することを保証した ⇒ 引き続き、ご近所さんが安否確認や食事を届けるなどして見守ってくれた ・予後が日単位と思われた時に最期にもう一度意思を確認した際のB氏の言葉 ⇒ 「家で最期まで暮らしたい。死ぬ時は1人だと思うけど、旅立った後、まもなくあなたたちが来て見届けてくれるでしょ。だから僕は1人じゃない。孤独じゃないんだよ」 ・訪問すると、当たり前前の日常の中で、眠るように穏やかな表情で永眠されていた ⇒ 訪問介護スタッフやケアマネジャー、ご近所さんが次々訪れ、お別れの時間をもったかかわったすべての人が納得・満足する看取りだった
	ポイント	・療養者自身の意思決定（ACP）に沿った多職種によるケアの実施 ・独居であっても、在宅緩和ケア・看取りは可能である ・ご近所さんのサポートなどを引き出しながら、地域の互助力を強化していく働きかけが必要 ご近所さん自身のACPの機会にも繋がる

地域で進めていかなければならない。

引用・参考文献

- 1) 全国訪問看護事業協会：訪問看護ステーション基本情報 [https://www.zenhokan.or.jp/new/topic/basic/] (2019.3.〇アクセス)
- 2) 日本看護協会出版会 編：H.28年看護関係統計資料集
- 3) 日本看護協会、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業協会：訪問看護アクションプラン2025年—2025年を目指した訪問看護。2015
- 4) 厚生労働省：情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断書等ガイドライン（平成29年9月）