

訪 問 看 護 日 記

谷 垣 静 子

A Visiting Nurse's Diary

Shizuko TANIGAKI

「おはようございます」
奥の方から「おはようございます」と奥さんの返事が返ってくる。
(まずは、お顔を拝見しよう。)
づかづかとYさんの部屋に入って行く。
「おはようございます」
Yさんがニコッと笑みを返してくれる。
(この1週間大きな変化はなかったみたいだ。)
Yさん(57歳)は筋萎縮性側索硬化症と診断されて約1年半になる。半年ほど前に病院から自宅に帰ってきた。痰の咯出が困難なために、気管切開が施されたが、現在は呼吸器を装着するほどではない。家族は主治医から予後3年と言われている。Yさんには病名のことは話されていないが、「筋力が低下する病気」と説明されている。

「どうかなー」と声をかけながら、身体に触れてみる。

(熱もなさそうだ、脈もいつもと変わらない。)

「変わりはありませんでしたか」

パチと1回のまばたき。OKサインである。

私たちのコミュニケーションは、表情や目のしぐさ、そして、文字盤での会話である。「はい」と「いいえ」は、まばたきサインで十分である。Yさんの場合、眼瞼の動きも、表情筋の動きもよい。そのほかに足の親指が少し動くので、足指を使ってワープロを打ち日記を書いて

いる。手紙をもらったら、必ず返事をワープロで打って返すのだそうだ。

「薬をとってきますね」と私。

食堂の方へ行くと、奥さんは朝の片付けの最中だ。「おはようございます」と挨拶。この間のご主人の様子はもちろんのこと、奥さんの様子も聞く。この間から奥さんは五十肩の痛みのために家事も思うようにならないとのこと。

「肩の調子はどうですか」

「寝返りもうてないくらい痛いね。お父さんのことなんか、ほったらかしよ」

ほったらかしのわけではない。でもほったらかしたいほど、自分も本当はしんどいということ、を、分かってもらいたいんだろうと思う。

Yさんは一人で体位を変えることは出来ない。奥さんは夜間なら3～4回程度起きて、体位を変える、痰を吸引する、排泄の介助をするといった世話をしなければならない。24時間の介護で、奥さんの身体と心は休む暇がない。Yさんの家族は奥さんと娘さんふたりの4人家族である。妹さんは仕事の関係で家を出て暮らし、お姉さんの方は家から仕事場に通っている。20代前半の娘さんには、彼女らの生活がある。平日は無理でも、土曜日や日曜日には、妹さんも帰ってきて奥さんの手伝いをしている。

Yさんのところには、週2回訪問看護と週2回のホームヘルパーが入っている。このほか、

月1回専門病院から医師の往診がある。訪問看護婦が行く日は奥さんにゆっくりしてもらいたいと思う。だが、奥さんの方も訪問の日に、時間のかかるような外の用事を済ませようとするので、私たちが行ったからといって、決してゆっくり休むことは出来ない。今日も、郵便局に買い物にと、予定は一杯のようである。私の訪問の主な目的は入浴だが、入浴も奥さんと二人で行うので、奥さんの自由な時間というものも限られる。

さて、薬をとりて、経管チューブから注入である。お風呂の日は薬を入れたら経管チューブは抜くようにしている。Yさんにとれば1週間に1回、不快感から開放される数時間なのである。

ベッドから車イスに移動する。尖足気味の足は思うように動かない。車イスに座り、歯を磨き、口をゆすぎ、髭を剃る。嚥下障害のあるYさんは経口的にほとんど何も摂取していない。しかし、洗面をすることで爽快な気分を味わってもらい、一日の始まりのリズムをつけてもらっている。私たちが訪問しない日も、洗面は同じように奥さんの手によって行われている。

洗面のあとは車イスに乗って縁側の方へ出向く。縁側から庭を見渡すと、四季折々、何らかの花が楽しめる。元気な頃、Yさんは山に登り高山植物や野草を見つるのが楽しみだったそうだ。庭の手入れもYさんの仕事だった。今は奥さんの世話で花は育っている。奥さんは庭いじりなどしたことがなかったので、最初はとても困ったそうである。Yさんは自分の身体が思うように動かなくても、種を蒔くのはいつ頃がよいとか、剪定をそろそろした方がよいなどと奥さんに助言をしている。奥さんはYさんに言われるように草木の手入れをしてきて、今では庭いじりが楽しいらしい。

ベッドで寝ていても、Yさんにはさまざまな役割がある。庭の手入のことだけではなく、金銭管理もだ。「お父さんが言うように、私はしてるだけよね」と奥さんは言う。奥さんはもちろん、娘さんも、いろんなことをお父さんに相

談している。

身体の自由はきかないけれど、奥さんも娘さんたちもYさんを頼っている。そこには、一家の大黒柱としての存在価値がある。

人間、自由に動けなくなっても、誰かに日常生活の援助の全てをまかせねばならないような状況にあっても、どこかで、誰かの役にたっている、頼りにされていると、感じる事があれば、生きている意味もあり、値打ちもあるというものである。マズローが言うように、欲求の段階は決して生理的ニードから始まるものではない¹⁾。生理的なニードの充足は不十分であっても、価値ニードこそ、人間としての証かも知れないと考える。

さて、お風呂の用意が出来たようだ。奥さんとふたりで介助をする。脱衣場でパジャマを脱いで、車イスからシャワーチェアに移動である。Yさんのお宅では、診断がついてから庭の一部を壊し、Yさんの療養できる部屋を作り、お風呂場も改造された。改造したのはYさんが中学生の教員をしていたころの教え子である。近くに住んでいて、ときどき顔を見せては「よっ、先生来たよ!」と少し話しをして帰っていく。入院生活にはない交流が保てるのも、在宅のよいところではないだろうか。

広くなったお風呂、湯沸かしも全自動である。「昼間からぜいたくな気分だね」と言いながら、身体を洗う。お風呂にはいると体が温まり、蒸気も影響してよく痰が出る。吸引をしながらのお風呂なのである。少しの刺激が咳き込みを招く。移動での体力の消耗もある。Yさんにとれば大仕事の入浴ではあるが、このお風呂をYさんはとても楽しみにしている。

身体を洗った後は湯船に入る。シャワーチェアから立ち上がり、風呂場の端に一旦腰をおろして、身体の向きを変えながらゆっくりつかっていく。尖足気味の足も、温めると少し動きがよくなるような気がする。

ゆったりつかっているときも、痰の吸引をしなければならぬことがある。それでも、1週間に1度のお風呂を、ゆったり満足いくまで

入ってもらいたいと思う。お風呂好きなYさんにとって、唯一気持ちのよいときのだから。

Yさんのような医療処置を要する人が在宅で暮らすには、さまざまな人々の連携が必要である。Yさんの場合も、気管カニューレの交換を、近くの開業医と、専門病院の看護職が時間を決めて、Yさんのお宅で合流して行っている。もしも何かが起こったときは、まず開業医に連絡が行くようになっており、緊急時の体制もはっきりしている。難病の患者をみってくれる開業医は少なく、地域の看護力も介護力も不十分といってよいだろう。しかし、Yさんの住む地域では、少しずつではあるがいろんな機関とそれにかかわる人々の協力で、在宅でのケアが形成されようとしている。Yさんがその火付け役となったといっても過言ではない。Yさんのところには、この他に、ヘルパーや保健婦、福祉事務所のケースワーカーがかかわっている。YさんとYさんの家族を支え、在宅療養が成り立っているのである。Yさんを囲む地域ケア体制の経験は、その後寝たきり老人や障害のある人にも広がりつつある。

日本看護協会では訪問看護を次のように定義している。

「訪問看護とは、何らかの病気や障害をもつ人々に、看護の有資格者がその人びとの生活の場に向いて行う専門的サービスである。そのサービスは、病気や障害をもつ人々が（家族を含めて）生活している人々であることを重視し、その病気や障害を自ら受けとめ、それに対処できるように、その人たちの生活に即した身近なやり方で支援しようとするのである。」

訪問看護は、家族の肩代わりをするというものではない。また、肩代わりできるものでもない。あくまで、患者や家族のニーズに基づき、患者や家族のもっている潜在的な力を引き出し、望む生き方や生活ができるように、専門的な立場で援助していくものである。

訪問看護の歴史は、明治25年に巡回看護婦の

制度が創設されたころにさかのぼる。巡回看護婦は教会を中心に、看護婦と伝導師がタイアップして、貧困病家を訪問し、霊肉の慰安を与えることを目的としたとある²⁾。その後は、保健婦を中心に結核患者や乳幼児に対する訪問看護を行っている。1965（昭和40）年代後半になると、「寝たきり老人」にスポットがあてられ、福祉施策としての訪問看護活動が老人保健事業のなかに位置づけられる。この頃には、保健婦や市町村などの公的機関からの訪問看護ばかりでなく、京都の堀川病院など数カ所まで、病院が寝たきり老人に対し訪問活動を開始している。しかし、これらの病院で行われていた訪問看護は、病院の自主的なサービスということで、医療保険や公的な保健事業としては費用が賄われていなかった。医療保険から費用が支払われるようになったのは、1982年の老人保健法制定時に新設された「退院患者継続看護・指導料」という名称を与えられてからである。1988年には「寝たきり老人訪問看護・指導料」に名称が改められ、また「在宅患者訪問看護・指導料」が新設された。1992年には指定老人訪問看護事業が設置され、1994年からは老人だけではなく、医療依存度の高い人にも対象が広がった。今後、経済的にも裏づけをもった訪問看護制度は、看護の自立と専門性をますます問われるものと思われる。

高齢化社会とともに要介護者が増え、在宅ケアニーズも高まっている。しかし、その反面、入院管理料の変更で、医療機関から在宅や福祉施設へ移行せざるを得ない状況であることも見過ごせない。また、訪問看護を望んでいる人々は、高齢の要介護者だけではない。Yさんのような難病患者や障害児もいる。病院か在宅か施設かということではなく、病院でも在宅でも、いつでもどこでも適切な人によって、適切な援助が受けられることが望ましいのである。その一翼を訪問看護は担っていると考える。

現在のところ訪問看護の対象は、医療依存度の高い人や高齢者になっているが、今後の社会を見越して考えるならば、病気の予防や健康管

理も含めた指導や援助が求められるだろう。そのためには地域の暮らしを見つめ、対象者や家族に応じた個別的な看護が求められる。人間らしく生きることを阻害しているさまざまな健康問題に対して、看護とは援助するものとするならば、まず対象者や家族の生き方を理解する事が大切である。そのうえで、的確な援助が行えるかどうかは、自分自身の生き方も問われるものではないかと考える。私は、Yさんのところに訪問をはじめた頃、「看護」への姿勢と生き方を問いなおされたのである。

訪問看護の内容は歴史とともに変遷していく

であろう。しかし、その根底に流れるものは「人間」の生活への強い関心と学習である。

Yさんは今日もわずかに動く足指でワープロを打ち、日記を書いているだろう。私たちはその「生」に少しでも手助けできるよう、専門職としての役割をはたしたい。

文 献

- 1) A.H.マスロー：人間性の最高価値（上田吉一訳）。東京：誠信書房，1985
- 2) 木下安子：在宅看護への出発。東京：勁草書房，1986：10