

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
2017年度(前期)指定公募  
「訪問看護ステーション等が開設する医療・介護の相談室づくり (3年計画)」  
1年目  
完了報告書

申請者：吉田 玲子  
所属機関：一般社団法人 よりどころ  
提出年月日：2018年8月31日

## 【1年目の報告にあたって】

年々医療費は増え、あらゆるところで様々な改善策が考えられている。その一つとして、病院のベッド数を減らし在宅療養へと移行している。医療保険・介護保険に基づき一般的に90日程で病状や在宅での受け入れ体制が希薄であるにもかかわらず退院を余儀なくされることも昨今少なくない。また、在宅での重症者、医療行為が増加しそれに伴い、介護者・家族の負担と責任も大きくなってきている。自宅での療養・生活は大きな意味を持ち望ましいが在宅療養のメリット、デメリット、適応、選択は本人、家族の覚悟、介護力などにより左右される。核家族化、高齢者ご夫婦、独居者を支える介護者の確保や介護者の問題、看取りなど在宅療養・生活は大きく変化し問題点も看護・介護などから、親を支えるための子の経済力がない家庭、介護拒否をする家族など見えてくるものがある。日頃より主体的に考え、選択・判断していく、また、社会とのつながりがなければ、行き場のない難民化となり病状の悪化や孤独死に至ることも危惧される。

### (問題の背景)

先進的な医療が進む病院において、看護そのものが見えなくなっていることが気になっている。先進的な治療を受けようとする患者は不安な気持ちや聞きたいことを表出できているのだろうか、また、看護師はそうした患者の思いを聞き対応できているのか。そんな疑問から、医療者と医療を受ける人との架け橋になる存在が必要ではないかと考えるようになった。昨今、難病の方々も病院から在宅療養へシフトし、家族の介護力、経済的負担も病状進行に伴う見識、判断、対応、責任が大きくなってきている。経済事情、介護力、知識不足からご本人の思いと家族の思い・認識のずれが生じ平行線を長くたどっている場合がある。家族だからこそ、大変さわかるからこそ言えずに葛藤していることもある。どう折り合いをつけていくか時間をかけ主体的にその人らしく生ききるため意思決定支援を要する。

メッセージナーズとは、対話を通して、その人が納得した治療を選択できるための懸け橋となる看護師をいう。

### (相談室づくりの目的)

相談室はあちらこちらに存在する。しかし、実際は訪れる人の数はそう多くない。悩み苦しんでいる人は容易に表には出てこない。一歩踏み出す勇気とエネルギーが必要だからと思う。皆の心のよりどころとなれる相談室をつくることを目的とする。既存の相談室ではなく、看護一辺倒でもない多様化していく問題に対応出来る相談室を目指している。

初年度の計画に基づいて以下の活動を実施した。

#### I. 情報収集及びリサーチ

① インターネット、新聞、地域新聞、雑誌、冊子、関連各所より相談関連の情報収集

② 考文献、図書の読書

③ セミナー等への参加・見聞

・本音広場（看護コンサルタント主催・在宅看護研究センター）

内容：ミニ情報、問題提起、最近考える事、悩み、要望など

参加者：病者、病者の家族、ケアマネジャー、保健師、看護師など

・メディカルカフェ（淀橋教会）

内容：悩み、悲しみ、喪失感、疑問、経験、要望など語り合い、がん哲学外来の面談

参加者：一般の方、病者、病者の家族、医療関係者、教会関係者

・メディカルカフェ（お茶の水0cc）

内容：悩み、悲しみ、喪失感、疑問、経験、要望など語り合い、生演奏の音楽鑑賞、

他部会のお知らせ

参加者：一般の方、病者、病者の家族、医療関係者、教会関係者、演奏者

- ・がん哲学外来・樋野教授の講話の拝聴
- ・がん哲学外来及びメディカルカフェに携わり「メディカルカフェ手引書」を作成された加藤 誠之先生との面会
- ・がん哲学外来 在宅部会への参加
  - 内 容：テーマを出しての勉強会
    - －死生観について考える－ 死生観と宗教 ～日本人の死生観～
  - 参加者：がん哲学外来参加者
 (がん哲学外来の考え方・対応は、メッセージナーズの目指すところと多々重なると関連本を読み、感じ、その実際はいかかなものか、また、どう対応されているのかと見聞に至り、志高く、至極参考となり、今後に生かせるものと確信している)。
- ・暮らしの保健室（戸山ハイツ）への見聞
- ・暮らしの保健室主催の勉強会への参加
  - 内 容：ケーススタディ
    - 「家で最期まで」を叶えるには？ ～繰り返しの意思確認の重要性～
  - 参加者：医師、医学生、看護師、保健師、ケアマネジャー、都職員、ヘルパー、ボランティア

## II. 広報活動

広報活動からの試行と実際

相談室のパンフレット作成（別紙参照）

料金設定

固定電話及び携帯電話の設置

パンフレットを持参し当相談室紹介

Ai クリニック、優里医院、東京ホームドクタークリニック、三井記念病院、大久保地域包括支援センター

## III. 相談への対応

電話、来所・訪問面談（自宅、病院、その他）受診同行

### <相談の実際 その1. ケース紹介>

#### 1) 電話相談

\*電話相談でみてきたもの

相談者の声・・・“困った時などいつでも気楽に相談できるところが欲しい。”

“問題がおきた時どうしたら良いのか方法論やアドバイスが欲しい”

“身近に相談できる人がいない” “たらい回しにされる”

一般的な相談室は管轄外の人・事に対して紋切り型に対応出来ないと言い切りで終わらせてしまい相談者にとってはさらなるフラストレーションを招き混迷を極める。相談員も万能ではなく自分で解決・解消に至らない場合、対応出来るところに繋ぐ働きは必要と感じる。

#### ①S氏：70代の男性（岩手県在住）

相談内容：「悩んでいても、どこに行っても答えてくれないので困っていた。今すぐにはないが、近くでそう言うところはないでしょうか？」と。

何か病気という訳ではないが、年が年だけにいろいろな体力がある内に（自分も妻も 70 代後半で、子供もいない）二人暮らしだが妻の視力が余り良くない。

（障害 2 級）自分が先に逝った時に、妻が困らないようにと思っている。

話を聞いて「病気の事だけではない、幅広く相談できると思った。急がないが、岩手にもそういう活動をしている所はないかと思い電話しました。」と話す。

対 応：穏やかなお二人の生活が続けられている事を言葉にし、今ここで紹介できる部署として、包括支援センター等での対応と役割を説明した。また、いつでも電話をかけて頂いて構わない事を伝えた。

## ②T 氏：40 代の男性（名古屋市在住）

相談内容：父親が誤嚥性肺炎で入院中。今後の生活の場をどうするか、又セカンドオピニオンも受けたいが、父親を連れて行くことができないため、どうしたら良いのか迷っている。

容態など：父は 78 歳。脳挫傷で入院中。以前にも脳血管障害の既往あり。クモ膜下血腫・脳梗塞など。以前脳梗塞で寝たきりになった時、リハビリをしたいと思い医師に話した。「この検査結果では無理、」と言われたが紹介してもらい移った。何とか歩けるようになり自分で食べられるようになり、生活もできるようになった。脳血管性認知症があるとも思うが、歩けるようになった父を見て先生達はこの状態でこんな事ができるとは、と驚いていた。今、先生からポートを入れる、と説明があった。誤嚥性肺炎で入院し 1 ヶ月入院治療を受けている。

対 応：父親の様子は、痰は減ってきているが、「今は治ってきているのか？」と聞くと「まあまあ…」と返事があるが、治っているかどうか分からない。今後療養型の施設か自宅で過ごすかと考えているが、できれば療養型が良いと先生。管から栄養を入れると痰が多くなる事もあり、栄養の手段を考えると主治医はポートが良いと話された。ただポートはずっと入れていられるかどうかと聞くと 1 年と言われた。そういうことであれば父は 1 年しか持たないのか？とも考えてしまう。ポートがどんなものか分からない、セカンドオピニオンを聞こうと思っても、本人が来なければ駄目といわれてしまう。食べられるかどうかとも思うが難しいかなとも思う。

色々聞きたいと思うが医師への遠慮もある、今は愛知県に住んでいるが、以前は東京に住んでいたと言う事もあり、父を連れて東京に行く事も考えている。嚥下を見て欲しいとも思っても、嚥下を見ている時に窒息してしまう事もありどうするか、と言う話になりポートの話になってしまう。嚥下へのチャレンジに関しては、医師の責任を回避する言葉に聞こえてしょうがない。今まで食べられていたのに、とも思う。何とか話したりする事ができないか、少しでもと思う。

在宅での担当医師にポートの話も聞きたいと思っても、病院に入院中の現段階では病院の方 針に口を出すことはできないとも言われてしまう。誰に相談すればいいのかも迷ってしまう。

以前 MSW に相談した時の事を話す。あの人は施設を紹介する人達ですよ、

「歩けなくても良いんじゃない？もう一度交通事故に遭って歩けなくなったら辛いでしょ？」と言われた。リハビリ病院への紹介をお願いした時、医師から「この脳で？」と言われた。でもリハビリ病院からは、「画像だけでは判断できない」と説明された。施設に行くのは絶対に嫌！でも迷っている。入院先を聞くと、「名古屋の総合病院ですけど、でも心配なのは先生方同士で繋がっていて先輩後輩です、等と言われて…だから…」とためらう様子あり。

最初、途中と 3 回位感情が高ぶって泣き出すが、直ぐ「ご免なさい、どこにも言えないと思っていたものだから」と話す。

ポートに関しての説明を追加する。病棟の看護師の様子を聞くと、「良く見てもらっています。」と。病棟の看護師は医師の事をよく分かっているのではないかと話をすると、「そうかも知れませんね、でも、看護師さんにこんなことを話しても良いのかと思って…」という。ご本人の様子をよく分かっているのが看護師でも

あり、一度話してみてもどうかと話す。「そうですね、聞いても良いのかなと思っていたので、又どうしたら良いか迷ったら電話をしても良いですか?」と。

② K氏 70代後半女性 (さいたま市在住)

経過・やり取り: 先ず一人暮らしであることを話し、「今は元気だけれど、急に手術を受けて退院でことになるでしょ? そんな時になって介護保険だ、その時はケアマネだ、って言ったって退院して具合悪い時に誰が代わりにやってくれるの? そう思って色々聞くじゃない、そうすると『まだ元気だから大丈夫ですよ、』うるさいな、って感じで、『それは支援センターで聞いて下さい。』とか『〇〇で聞いて下さい』って、言うばかりよ。介護保険のお金は取っているのに、能書きだけよ。」と。「寝たきりになった時、時間で来たって何いつ何があるか分からないでしょ? そんな時にどうするのよ、お金がある人は住み込みの人を雇っていられるから心配しなくても良いと思うのよ、でもそうじゃない人は、介護何だからこれしかできません、って言うのよ、特養って言うんだっけ、そう言う所は待たなきゃいけないでしょ? でもお願いしたい時って急なのよね、どうやって生活していけば良いの? 誰がやってくれるの? お宅はそんな問題を研究しているんでしょ? だから埼玉の事を聞こうと思ったのよ。」と話し続ける。

当社は在宅看護研究センターで介護ではない事を伝えると、「だからね、うちは看護で介護じゃないとか、皆そう言ってきちんとやってくれないでしょ! 看護だの介護だのって何よ!」と口調が強くなる。

お詫びし、私達は実際に病気で家にいらっしゃる方の所に伺ってもいる事を伝え、介護保険ではケアマネやヘルパーの方と相談をしながら体の事・生活面からのお手伝いをさせていただいている事を伝える。又今仰っていたように元気な時から何かあった時に困らないようにと考え相談をしておく事は必要とを話すと、「そうよね、でも支援センターだっけ? あるでしょ? そこで何してくれるの? ケアマネがいますって言ったって何やってくれる人なのか分からないじゃない。」と。支援センター・ケアマネ・看護婦・ヘルパーさんの役割など説明すると「そうなの、でもそんな風に説明してくれなかったわよ、誰々がいます、こういう所があるから相談して、ってばかりで。すべて業務的でしょ、人間なのよ、もっと人間性を考えて欲しいわよ。でも訪問看護Stって、東京にしかないの?」と。勿論、埼玉にもある事、(包括)支援センターには、地域のケアマネ・訪問看護St・ヘルパーStの情報を持っていることを伝える。でも仰っているように実際にお願ひする時には人と人の関係であり、早めに色々相談しながらお互いを知っておく、と言う事も大切です、という。「そうよね、でもお宅はラジオで話す事もある位だから、又そんな機会があれば、もっと一人暮らしの人でも安心して生活できる様にして欲しいって言ってよ。私は埼玉に居るから、埼玉だけで良いわよ、」と笑いながら話す。「長い時間になって悪かったわね、」と電話を終わる。

2) 受診同行 (意思決定支援)

受診同行からみてきたもの

- ・個々人で病気、治療説明等への理解度は異なる。

医師から説明があっても理解し難い、イメージが出来ず判断に迷い優柔不断となり病状が悪化することがある。

思考より感情に支配されがちである。

相談の場で対話することから自身の中で思考の整理が出来たり、気づきがあったり、精神的に穏やかさを取り戻し自己意思決定が出来ていく。

①B氏 63才・女性、独居 (時折、息子さん)

病名: ①多系統萎縮 (H. 15年4月診断)、糖尿病、自律神経障害、声帯麻痺

経過: 2014年 安静時手指振戦、吸気性喘鳴、起立性低血圧を自覚。病院受診し①診断される。

2015年 睡眠時主体とする声帯外転制限 (声帯機能不全) や発汗障害あり

就寝時の CPAP 導入。

徐々に自律神経障害と声帯麻痺が高度となり、声帯炎や気管分泌物の増加で窒息を起こす可能性があり、気管切開術適応と3ヶ所の病院の3名の医師に指摘を受ける。嚥下機能は保たれており、スピーチカニューレが適応されるとのこと。他は、朝起き抜けの血圧が60代で弾性ハイソックス使用。指先に力が入りにくく、以前よりさらに低下している。吸気性喘鳴が強くなってきている。

ご本人は気管切開が怖いという思い。声が出なくなる。人工呼吸器は使いたくない。気管切開をすることのメリットとデメリット、その後の経過・処置の仕方などがわからず不安であり、受けたくない気持ちが強い。しかし、痰が多く吸気性喘鳴が強くて辛い。一人息子の事が心配。息子さんからは、もう暫く生きていて欲しい。気管切開を受けたらどうだと勧められた。暫く同居にて日々親子のコミュニケーションがあり、B氏の精神的支えとなっている。

関わり：受診同行で医師よりの説明を一緒に聞き、何回か内容の確認、補足説明をおこなった。経過がイメージできるよう説明し、継続サポートしていく事、携帯電話で24時間繋がっている事を確認した。今後どう生きたいのかなど聞き、息子さんとの関わりから考える時間を持ち、意思決定へ支援した。  
⇒ 息子さんとの関わりから、もう暫く生きたいという事、訪問看護で継続サポートをしていく事などから、治療方針に同意し、手術を受け、その後、比較的心身穏やかに日常を過ごしている。

②M氏 82才・女性 (身長：146cm、体重：81kg)

夫(86才)と長女(中学校教師)と3人暮らし、キーパーソンは長男(デパート勤務)  
病名：糖尿病、ネフローゼ症候群、慢性腎不全、高血圧、慢性心不全  
(インシュリン自己注射)

経過：H.29年9月27日自宅で転倒し入院、骨折はないが全身の浮腫が顕著。心不全状態であった。下肢の浮腫増強のまま退院。飲水制限・1000ml/日、利尿剤服用、塩分・6g/日、食事1600Kcal/日促し、チェック、指導。訪問看護は1~2回/W介入し、マッサージ、他ケア施行、外来フォローとするも改善に至らず。

関わり：受診同行、夫・長男同伴。

医師より改善みられず、全身浮腫増加傾向にて、入院勧められる。経過によっては、透析導入が必要とされると説明あり。家族は致し方ないと受容も、ご本人の入院拒否が1ヶ月近く続いた。(前向きな言動に乏しく、もういい、家にいたいと)水平臥床は息苦しさが出現するため出来ないこと、身体の重みで体動・移動も困難である事、全身の浮腫が改善・消退していない事、入院・加療により症状の改善・苦痛消退への期待が出来る事、現在の入院・加療は自宅へ帰る事が前提である事など確認・

説明。

夫、長男夫婦、長女からの強い勧めと寄り添いがあり、現在、入院・加療中。  
治療のめどがみついたら、在宅療養へ移行予定

### 3) 対面での相談

\*対面での相談からみえてきたもの

- ・急な症状出現で受診・入院し、精査・治療を受け余命を宣告される。家族はご本人の意思を尊重し、自宅で療養し看取りたいと覚悟する。しかし、介護の知識、経験がなく気持ちだけ空回りし疲労困憊となる。介護の知識と方法を指導する必要がある。
- ・感情の流れ、ストレスと疲労困憊時の受け皿としてのレスパイト入院はスムーズにはいかない。(予約や医師の依頼書を必要とし、急な対応は難しい)
- ・介護者、家族へのフォローが希薄

#### ①C氏の娘さん(自宅にて)

C氏は大腸癌末期にて医師より予後3ヶ月程と告知され、ご本人の希望で最期は自宅で過ごしたいと入院先から退院。独居。

娘さんは、結婚し別宅で暮らしていたが、自分が介護し看取りたいと、退院を機にご夫婦で同居。長男は既に亡くなり、お嫁さんは介護拒否にて介護者は主に娘さん。しかし、介護する思い入れは強いが介護知識・経験はなく、退院時、介護の仕方・指導はなかった。

全力で介護し、力の抜き方、専門職への頼り方などがわからず疲労困憊となる。

Cさんの意思を尊重し、それに応えたい思いと日々つらさの疲労感との葛藤を抱いていた。

関わり：じっくりと話しを聞き、胸の内を表出して頂く。

レスパイト入院についての情報提供と勧め。

患者さんの状況説明と予測される事、起こり得る事の説明、疑問や不安な事に答えるよう努める。

娘さん、往診医、看護師、ヘルパー、ケアマネと連携をはかり、患者さん及び娘さんの意思を尊重し、サポート・伴走にて、日常生活の中で娘さんに看取られ永眠された。ご本人、娘さんの意思が全うされた。

#### ②U氏

相談内容：入院中の両親の退院後の生活の場について、長男の嫁からの相談。

入院までの生活について嫁の言葉：

90代の両親。義父はしっかり者で、DMの治療のための自己採血・インシュリンの注射も自分でしていた。頑固で昔気質の人。ただ難聴があり、電話は妻が対応している。デイサービスの利用も嫌だと。疾患としては、DM、膀胱瘻で今回腰椎の圧迫骨折と診断された。又義母は認知症だが、自分でも台所の事はしているが、義父の声掛けがあってできている。転倒して大腿骨頸部骨折で入院し、リハビリ病院での入院を経て何とか自宅での生活が可能になった。この義母の入院時の様子も見ていて、いずれは入所になるかも知れないが、ずっと住んでいるこの団地で、両親二人の生活をできるだけ続けさせたいと思っていた。今回、義父の腰痛が強くなり緊急入院になった。義母を一人で置くわけにいかず、レスパイ入院をお願いした。入院後、義母は大きな混乱もなく過ごすことができたが、義父は痛みが強かったこと、緊急入院となったことがきっかけになったのか夜間の不穏が見られ内服薬開始された。眠っている事が多くなり、誤嚥性肺炎、治療のための点滴など色々な事が重なり全く様子が違ってしまった。胃瘻の話も出たが、本人が常々これ(膀胱瘻)以上は何もして欲しくない」と言っていたことで、それは断った。今少

し穏やかになった義父の様子を感じる。(素人の感じ方かも知れないのですが、と言いながら) 又二人とも「早く家に帰りたい」という。病院の先生や相談員の方は、自宅は無理だから施設がベスト、と話しがあった。私達も両親の所へ移って仕事もしながら両親を見たいと思っているが、中々話を聞いてもらえない、どうしたら良いか…と話す。

#### 長男の嫁の言葉から考えられる問題点

①入院後の義父の姿に驚きつつも、認知症の妻を支えつつ、しっかり者の義父の生き方を支えたいと考えている長男夫婦の気持ちが、退院調整をしているMSWと主治医に伝わっていない事で、現在のU氏のとらえ方に大きなずれが生じている。今までのU氏の生き方を踏まえて、長男夫婦が考えている事を話せる場所が必要。

②U氏の病状と、退院後起こりうる容態変化に関する説明をもう一度受ける。又長男夫婦が感じている本人が少し前に比べて穏やかになってきている事が何の効果か(医療者も同じ様に感じているのか確認する)聞いた上で、長男夫婦がケアマネと相談した在宅でのシフト(長男夫婦が両親の住まいに引っ越し、夜間は世話をする。又仕事で不在になる日中は、ヘルパー・デイサービスなどを利用)に加え、在宅医・訪問看護師の体制と具体的な説明が必要。

③その上で、家が好きな二人(両親)の「家に帰りたい、」という言葉聞き、一度は家に連れて帰りたい。そして長男夫婦の知人(施設経営者)にも相談しており、在宅での生活が難しくなった時の受け入れ先も考えている事が伝えられていない。

その後、長男の嫁からカンファレンスが開かれ、上記の①～③について話し合い退院が決まった。

#### 4) 介護者からの相談

##### ①ディサービススタッフ

相談内容：病院から在宅療養移行が進められている。

最近、ディサービス利用者の疾患重症化を痛感している。

亡くなる1週間前までディサービスに通っていたとか、急に血圧が下がって慌てたこともある。

食事を摂り、1時間後に呼吸が止まってスタッフが慌てて救急車を呼んだが亡くなられてしまい、警察による介入・検死になってしまった。スタッフは怖い思いをしながら勤めている。判断・対応が難しく、責任が重くなってきている。

今後もあり得ることだから、ご本人の急変時などの意思確認出来る書類などを持っていて欲しい。

“心肺蘇生はいらない”とか、“人工呼吸器はつけないで欲しい”など。

対応：日頃からご本人、ご家族、スタッフ、医師、看護師、ケアマネなど情報共有、確認作業に努めてはどうかと話した。

ディサービス所属または訪看、担当医師に報告し指示を仰ぐのが望ましい。

急変時のマニュアルを作成し、確認をして行ってはどうかとお伝えした。

考察：体制を整え、医師、看護師、ケアマネジャー、ご家族など連携を図りフォロー・対応に努めなければ、家族や介護スタッフの判断・責任が増し、介護スタッフの離職に至る恐れも考えられる。

##### ②介護スタッフ(ヘルパー) 〈巡回型利用の方〉

相談内容：ご高齢ご夫婦で、ご主人はがんの末期で自宅療養中。

奥さんは大腿骨骨折し入院・加療、退院、リハビリ継続中であり、認知が進んでいる。お二人に介



護スタッフは関わっている。

奥さんはご主人のことが心配であり、自分が思うように動けず不安感が増強し、Call 頻回 (20~30 回/日)、介護ヘルパーが訪問しそばにいと落ち着くようだが、いなくなると再び不安となり感情コントロールも難しく、認知症状が強く出、困ってしまった。

対応：まずは訪問・かけつける。状況確認、原因を見極める。訪看に報告・相談促し。

訪看から担当医に報告・相談し認知に対しての薬の変更と対応、フォローへ。

介護スタッフ、訪看、医師、ケアマネなど連携を図り、対応・フォローに努め、

薬の服用が効をなし、徐々に不安感が減少・消退していき、Call も減り、奥さんのも

もとの自律心が表出してきて回りのサポートにより、ご主人を看取ることが出来た。

## <相談の実際 その2. メッセンジャーナースによるケース紹介>

高齢でありながらも一人暮らし (生涯独身、死別、家族とは別世帯) を自ら選んで暮らしている方々の希望により、メッセンジャーナースとして電話及び定期的な訪問、緊急対応による相談を実施しているケースについて

①最初の時点での相談内容 ②現在の訪問の経緯 ③訪問のパターン

以上3つの観点からまとめる。

**ケース1**：94歳男性 長男家族と2世帯で暮らす。

①自分が高齢になってきて先々のことを考えておきたい。心臓の手術を受けた後の、健康相談。生活全般のアドバイスをしてほしい。介護保険は払っているが、保険でお願いするということは考えていない。

②癌の妻を病院で見送った後、心筋梗塞を発症し、バイパス手術を受け退院。血圧の薬や血流の薬を10個ほど内服していたが、いつも同じ薬を処方されることに疑問を持ち、自らの体調を観察しながら、自分なりの判断で薬を徐々に減量し、数年かかって一切の飲み薬を中止し現在に至る。その間の相談役になってほしいと要望。症状と薬の関係や、医師への伝え方、生活の注意点等一緒に話し合いながら、確認している。

③体のことだけではなく、精神的にも豊かな暮らしができるようなアドバイスをを行いながら、月1回健康チェックに訪問している。定期的に訪問していたが、本人自ら、「もう自分は病人ではありませんから、看護は卒業したいと思います」と自ら宣言。「近くに来た時に声をかけて下されば、コーヒーをご馳走しましょう」と友人として1か月に1回程度、会話を楽しみに喫茶店で面会している。かかわる側としては、会話の中からそれとなく本人の変化を察知し、自然なやり取りを意識しながら体調をチェックしたり、機能低下を防ぐポイントを伝えるように努力している。1時間強の時間を共有し、ご馳走になっている。これも、もてなすという本人の思いに応えることと理解している。

**ケース2**：83歳女性 生涯独身 妹と分担しながら母親の在宅介護を行い自宅で看取る。

①定年退職後も趣味の時間を楽しんだり、友人と旅行に行ったりとしながら、病気一つせず元気に暮らしてきたが、そろそろ年齢的にどうなるかわからないので、何かあった時に相談できる場所が欲しい。

②話し合いのうえで契約書を作成し、年会費制とし、電話相談は24時間いつでもOK。訪問が必要になった時には、一回分の定額料金と交通費を支払うことで合意する。暑さの厳しい夏のある日、具合が悪くなり数日寝て過ごす。回復せず電話相談。即訪問したほうが良いと判断し、本人の希望も確認したうえで訪問すると、医師の診察が必要な状況であった。受診を承諾するまでに時間がかかったが、緊急入院となり、本人も今回の体験から支援が必要だと実感し、半年の入院後自宅に戻り、介護保険サービスを導入し現在に至る。

③現在利用中のサービスは、訪問看護、訪問介護、通所リハビリ、福祉用具を利用。サービスは充実し、心身ともに安定して過ごしているが、メッセージナーズとの契約は継続したい。自分の思いを理解し、今後の生き方に迷ったときに、本音で相談できる場所を生涯持っていたい。それは、ナーズが適任であるという。

ケース3：85歳女性 夫を見送った後、愛猫との一人暮らしを長く続ける。

①組織の仲間や、教会のボランティア等多くの仲間との時間を大切に、愛猫との暮らしを楽しんでいた。視力障害と難聴を抱え、不自由さはりながらも、気ままな一人暮らしを望んでいる。この間は、何か困った時の相談場所として、夫の見取りにかかわった当社の相談窓口を利用。

②転倒による骨折を繰り返し、外出もままならなくなってきたときに、訪問を希望。介護保険による福祉用具やヘルパー支援は元々入っていたが、週1回の訪問看護が入る。しかし、目と耳が不自由な状況での定期受診は、医師とのコミュニケーションに不安を抱えており、毎回同行を希望。ただし、介護保険のサービスでは受診同行はできないため、自費での対応を希望。

③現在、訪問看護は緊急対応を考え、地元のサービスで利用し、当社はメッセージナーズとしての対応に変更。受診同行や、現金の引き出し、振込、社会的立場の仲立ちや伝達等本人曰く「私の秘書になってほしい」と、これからの人生の秘書を希望。お金のことや、自分の最後のこと等、家族の代わりとしても寄り添ってほしいと要望。ケース2と同様、契約書を交わし週1回程度の訪問を行っている。生活も病気もわかってくれるナーズの存在は安心だという。

以上、3 ケースに共通しているのは、いつでも相談できることを基本に、何かがあった時にフットワーク良く対応してくれる、自分の考えや立場を理解し話しを聞いてくれる、その上で、自分の迷いを整理し自分が選ぶべき道筋を示してくれる、心身の状況を判断し必要な時には必要などころにつないでくれる、こういったことを望んでいると実感している。

#### 考察とまとめ

昨今、難病の方々も病院から自宅療養へシフトし、家族の介護力、経済的負担も病状進行に伴う見識、判断、対応、責任が大きくなってきている。経済事情、介護力、知識不足からご本人の思いと家族の思い・認識のずれが生じ平行線を長くたどっている場合がある。家族だからこそ、大変さがわかるからこそ言えず葛藤していることもある。どう折り合いをつけていくか時間をかけ、意思決定へ導いて行く必要を感じている。

突然の症状発症により、入院・精査・加療になる。高齢者は病院で不穏になりやすい。鎮静、入眠の促しのため服薬や抑制を強いることがあり、効果残存時に服薬・飲水を促し、誤嚥し肺炎になってしまった。高齢であることもあり、担当医の診察・判断は嚥下力の低下、誤嚥性肺炎をおこしているのもう経口摂取は難しいでしょう。輸液か胃ろう造設を勧めた。家族は入院前まで普通に食事摂取しており納得いかず胃ろう造設をことわり、自宅退院を選択した。自宅療養・看取りも覚悟しつつ、訪問診療、訪問看護を受け入れ、リハビリも開始とし、ジェルから経口摂取を試してみたところ、誤嚥なく摂取可能。その後、徐々にアップし短期間で普通食摂取可能に至った。

入院中の担当医の判断はいかがなものであったろうか。医療をただ受けるだけでなく、受け手も知識を得、参加型で自分で選択・判断、意思決定する事が必要と思われる。

### 【2年目に向けての計画】

- ・引き続き情報収集、市場調査を進めて行く（関連各所への参加及び視察）
- ・相談室に関わるマニュアル作成
- ・相談受入れの拡大方法の模索
- ・相談受け入れ（電話、メール、面談、訪問、来所）
- ・広報活動（Hpの作成、訪問、パンフレットの郵送、その他）
- ・メッセージナーズ間での関係及び連携方法の模索
- ・3年目の相談体制構築に向けての模索

### 【研究に期待される成果】

- ・問題の改善、解消、解決出来、主体的な生き方
- ・家族関係の再構築が出来る可能性がある
- ・医師、看護師、保健師、臨床心理士、ヘルパー、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、地域包括などの連携の深まりとサポートの強化が図れる
- ・在宅医療、看護、介護、療養の満足度が上がる
- ・メッセージナーズの活動の必要性が明らかになる

おわりに

100人いれば100通りの人生がある。

主体的にどこでどう生きたいか？ より良く生きるには何が必要か？

思いはあっても、親子関係、経済事情、マンパワー（介護力）、病状等により行き場がなくなったり、サービスが受けられない。社会・医療の歪みから苦渋の色が濃くなる。

私達メッセージナーズが関わる事で悩みや問題が顕在化し、難しい事も多いと考えるが  
解消・改善・解決・譲歩によりなるべく後悔することのないよう、主体的に人生を全うして  
頂けるよう、少しでも多くの方を支援して行きたい。

一年目は暗中模索であった。一年目で出来なかった体制づくりを二年目におこない、拡大方法を  
模索しながら相談室づくりを充実させ、三年目に東京都内を対象とし確たる基盤作りに励んで行き  
たいと思っている。

### 〔参考図書〕

- |                         |             |               |
|-------------------------|-------------|---------------|
| 「代表的日本人」                | 内村 鑑三 著     | 岩波文庫          |
| 「二宮 尊徳夜話」               | 黒岩 一郎 著     | 明德出版社         |
| 「報徳記」                   | 富田 高慶 著     |               |
| 「観音経講話」                 | 兼田 茂雄 著     | 講談社学術文庫       |
| 「しあわせ仮説」                | ジョナサン・ハイト 著 | 新曜社（ポジティブ心理学） |
| 「いい覚悟で生きる」              | 樋野 興夫 著     | 小学館           |
| 「生きる力を引き出す寄り添い方」        | 樋野 興夫 著     | 青春出版社         |
| 「がん哲学外来コーディネーター」        | 樋野 興夫 著     | 医学評論社         |
| 「小さな修養論」                | 藤尾 秀昭 著     | 致知出版社         |
| 「11人の看護師が伝える 穏やかに逝くヒント」 | 監修 村松 静子    | 主婦の友社         |
| 「プロカウンセラーの聞く技術」         | 東山 紘久 著     | 創元            |
| 「おひとりさまの最期」             | 上野 千鶴子 著    | 朝日新聞出         |

[参考・引用文献]

「メッセンジャーナース」 甲州 優、武田 美和、川口 奏子編集 看護の科学社  
「家族を家で看取る本」 監修 村松 静子 主婦の友社

【謝辞】

在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けて行いました。厚く御礼申し上げます。