

特別寄稿

皆で支える在宅療養移行支援の一例 ～終末期がん患者の「自分らしく生きること」を支えた看護～

盛岡赤十字病院 緩和ケア病棟¹⁾・盛岡赤十字病院 医療社会事業部相談室²⁾・盛岡赤十字病院 緩和ケア科³⁾

菊池 睦恵¹⁾・熊谷 周子¹⁾・佐々木美穂子¹⁾・泉田 美奈¹⁾

川村美奈子²⁾・旭 博史³⁾・畠山 元³⁾

はじめに

緩和ケア病棟に入院される患者の多くは、今後残された人生最後の療養場所として「緩和ケア病棟」を選択している。経過の中で、在宅での療養を望むようになる患者もいるが、家族の協力なしには叶えられない。家族は、「介護力不足」「急に症状が悪化した時」「社会支援に関する知識不足」など、在宅療養に対しての不安が大きい。

今回、終末期がん患者の「家に帰りたい」という希望に添い、家族と在宅支援チームとの調整を図りながら在宅へ移行することができた。最期は自宅での看取りとなった事例の、患者・家族への退院支援内容を振り返り、意思決定支援のあり方を考察した。

I. 事例

患者：B氏，71歳，男性
病名：膵臓癌，胆管浸潤
入院期間：X年4月～7月（65日間）
職業：杜氏
家族構成：妻（66歳）と二人暮らし。子供はいない。妹夫婦が近くにいる。
キーパーソン，主な介護者：妻
社会資源使用状況：要介護認定：未申請
療養場所の希望：入院時は自宅退院の希望なし
病歴：X-1年8月，A大学病院で進行膵臓癌の診断にて加療。X年4月，病状進行のため化学

療法中止となる。胆道ステント留置し減黄処置施行。best supportive careの方針となり，当院緩和ケア病棟紹介され転院となる。

II. 研究方法

1. 分析方法
 - (1)診療録・看護記録・管理上残されていた記録物から，情報を得た。
 - (2)65日間の入院期間を「入院～症状緩和をしながら外出外泊を繰り返した時期」，「外泊をしながら退院支援～自宅退院の時期」の2つの期間に分け，患者・家族の言動や医療スタッフの対応を振り返った。
2. 倫理的配慮
本研究は病院倫理委員会の承認を得て行った。

III. 結果

1. 「入院～症状緩和をしながら外出外泊を繰り返した時期」（表1）
入院時B氏は，外出外泊を目標としており，ベッドの準備などのためMSWに介入依頼した。6回の外出後，「家に帰りたいが，本当の退院は自信がない」と話すようになった。
2. 「外泊をしながら退院支援～自宅退院の時期」（表2）
B氏は外泊を行ううちに在宅療養への思いが強くなり，退院支援となる。主介護者である妻は，

表 1

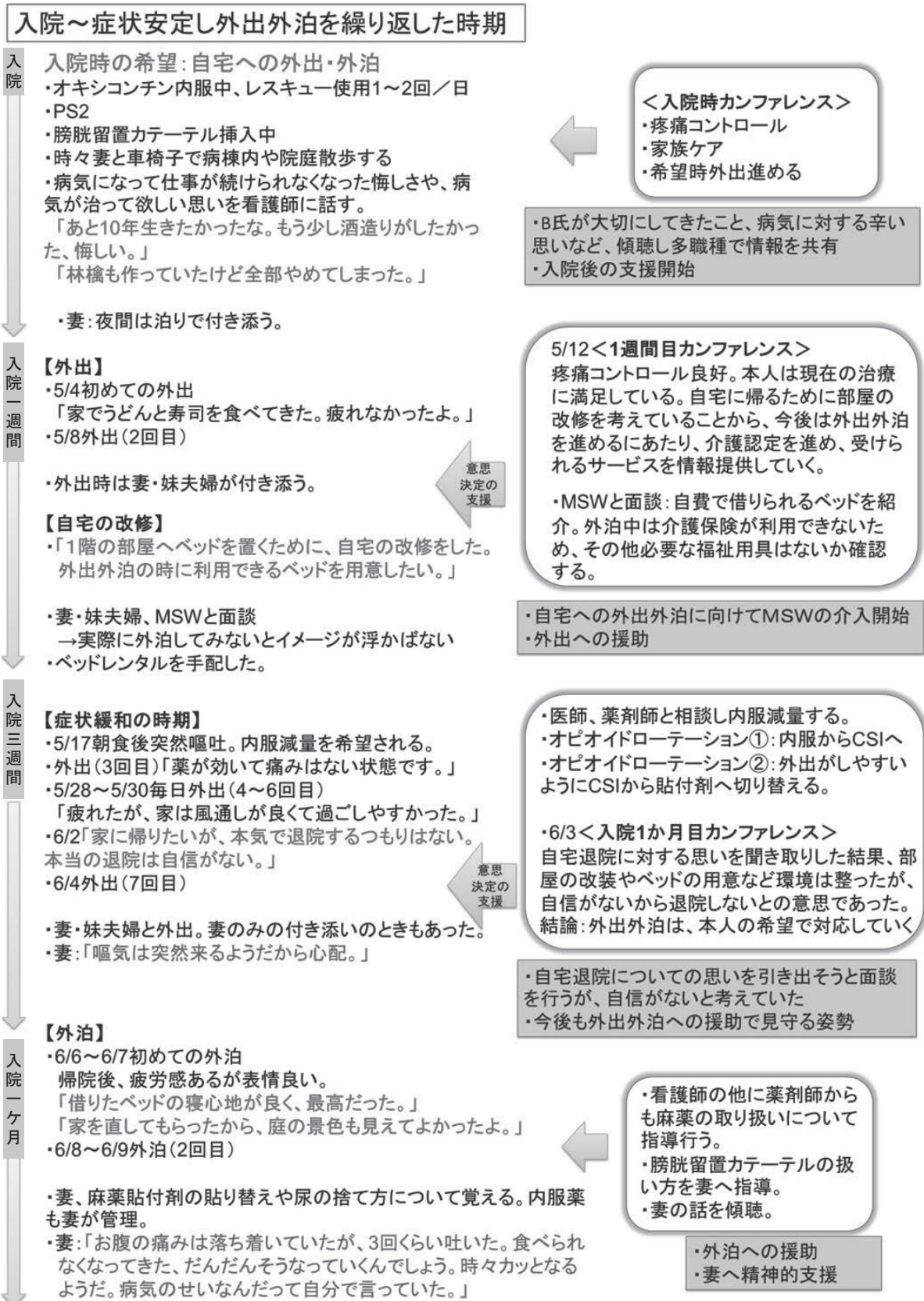
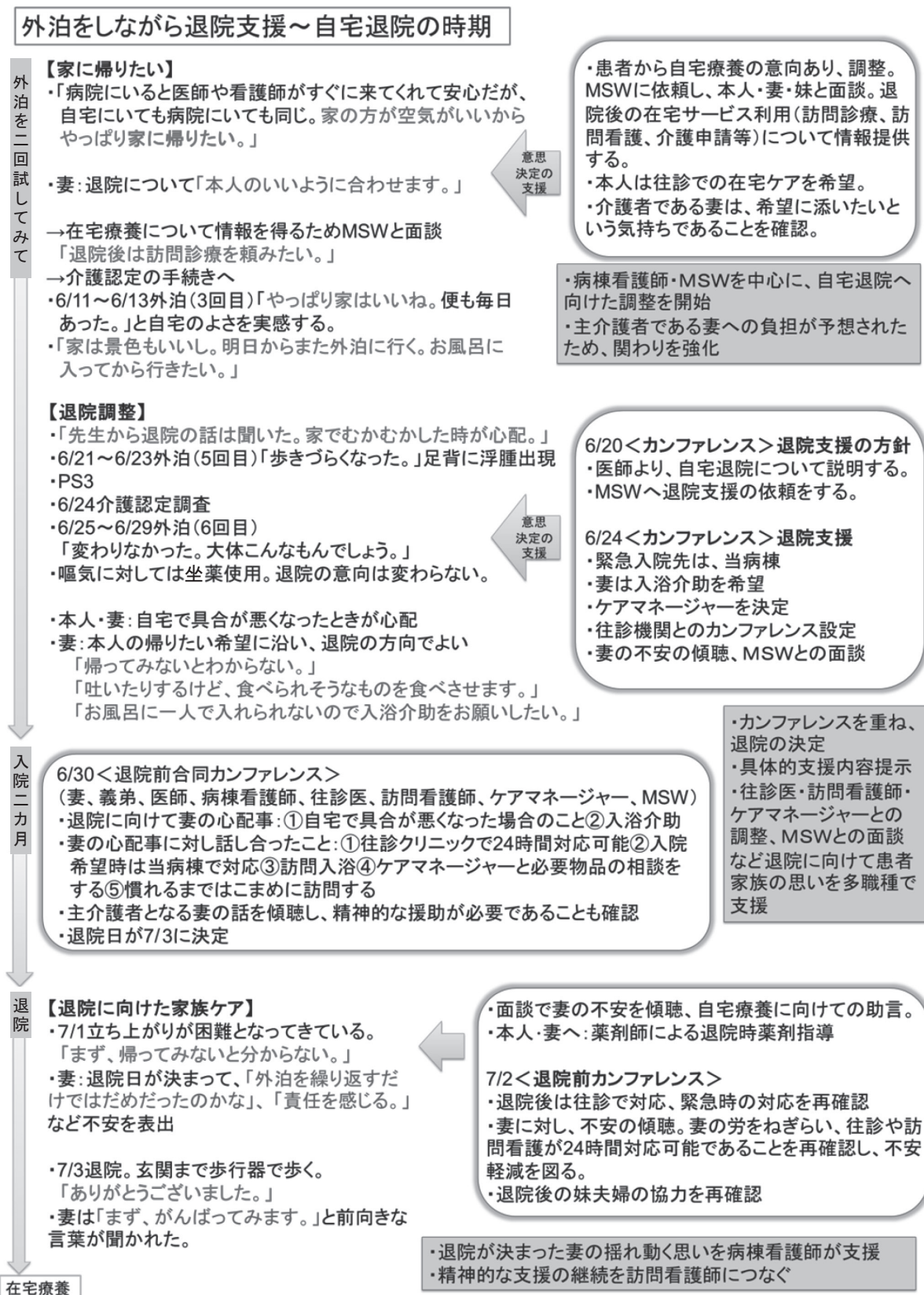


表2



「介護力不足」「急に症状が悪化した時」に対して不安と表出した。在宅支援チームと家族を含めた合同カンファレンスを実施し、訪問診療医による往診24時間対応、入院希望は当病棟で対応、訪問入浴など具体的な支援内容を確認した。退院が近くなってからも病棟看護師は妻との面談の場を多く持ち、支援内容を何度も確認していった。退院から35日後に自宅で永眠された。

IV. 考 察

今回の事例では、緩和ケア病棟入院時は「退院できない」と思っていた患者が、症状緩和をしながら外出外泊を繰り返す中で自宅退院を希望されるようになった。

最初は外出外泊という目標のための援助を行なっている。外泊しやすいうように自宅の改修やベッドの準備などのため、早期にMSWに介入を依頼し情報の提供や相談を行なった。症状をコントロールしながら外出外泊ができるように調整し、1ヶ月目のカンファレンスでは退院も視野に入れてはいたが、本人の自信のなさ、現実には退院できないだろうという思いがあると知り、見守る姿勢でいた。B氏は入院時からライフレビューしており、仕事を頑張って業績を認められたという誇り、自分で手入れをしていた庭や林檎畑の思い出がある。自宅で庭や林檎畑を眺めるということは、「役割を持っている」、「生きている」という実感でもある。外泊を繰り返すということ、自宅に帰りたいという思いがあるのではないかと推測された。角田は、「優先されることは、家に帰りたいという気持ちを患者から引き出すことである。そして、その家族にその気持ちをかなえてあげたいと思わせることである。ターミナル期では在宅への思いが突如湧いてくる場合もあるため、むしろすべての患者が今日家に帰りたくなったら、という視点が必要ともいえる。」¹⁾と述べている。今回、B氏が「家に帰りたい」と退院の意向を示されたときに、私たち医療者がタイムリーに介入することができたのは、日々の関わりでB氏が思いを表出できるようにし、大切にしてきたからと

考える。

在宅療養を可能にする条件として「①療養者本人が在宅療養を望み、同居している家族にも受け入れたいという気持ちがあること②退院後の療養上・介護上から生じる不安を、最小限に抑えるだけの対応策が明確に表示されること③治療・処置の継続が必要な場合は、退院後も明確に実施されるような方策があること④退院後、家族に戸惑いや強度の負担が生じないような対応策が、退院前に提示されること」²⁾が挙げられる。

①に関しては、患者は入院後症状コントロール良好で頻繁に自宅への外出を繰り返していた。最初は、「本当の退院は自信がない」と話していたが、調子が良いときに外泊を2回試してみて、「やっぱり家に帰りたい」と在宅療養を望む意思を示された。妻は早速介護申請の手続きに行くなど進めてくれたことから、在宅療養は負担が大きい、B氏の希望に添いたいと決意し、支えていこうとした。②に関しては、どのような医療機関や社会資源があるのか分からないといった患者家族の不安が挙げられる。MSWに依頼し、情報の提供や相談をすることで意思決定のプロセスができた。③、④に関しては、医療用麻薬貼付剤の交換、内服の管理、膀胱留置カテーテル尿の廃棄など、主介護者である妻へ指導し外泊中から行なっていた。しかし、退院後の「自分の介護力不足」、「急に症状が悪化した時」を不安なこととして表出した。在宅支援チームと家族を含めた合同カンファレンスを実施し、訪問診療医による往診24時間対応、入院希望時は当病棟で対応すること、訪問入浴など具体的な支援内容を確認し家族ケアを強化した。

終末期がん患者の在宅移行支援は、タイミングを逃すと急な症状の変化などで難しくなる場合も多くある。退院支援にタイムリーな介入ができたもう一つの要因には、病院と地域の仕組みができていたことも大きく影響している。

家族が患者の意思に同意しており、病院と地域の支援システムが構築されていても、それでもなお退院が近くなってくると、妻は不安を口にしていく。病棟看護師は、妻の訴えに対して面談の場を多く持

ち、B氏を支えたいという妻の思いも大切にしながら、傾聴や労をねぎらうこと、支援内容の再確認をしていった。退院日には妻から「まず、がんばってみます」と前向きな言葉が聞かれたことから、ケアの効果で不安の軽減につながり、自宅退院できた。

結 論

患者の「家に帰りたい」希望を大切にした結果、家族と医療者が話し合いを持ちながら調整し退院を実現できた。医師、病棟看護師、MSW、ケアマネージャー、訪問診療医、訪問看護師が皆で支える地域システムの構築と、「最期まで自分らしく生きることを支える」³⁾姿勢で患者と家族の思いを引き出したことが意思決定支援につながり、在宅療養への移行が円滑に行なわれた。

(本論文の要旨は平成27年6月19日 第20回日本緩和医療学会学術大会で発表した)

文 献

- 1) 角田直枝 在宅の援助 ターミナルケアVol.12 Suppl.Oct.2002 P122-132
- 2) 田代真理 家族に焦点を当てたターミナル患者の退院調整カンファレンス 家族看護選書第5巻
- 3) 宇都宮宏子 最期まで自分らしく“生ききる”ことを支える 看護管理Vol.25 No.01 2015 P10-18
- 4) 野島佐由美 退院という課題に取り組む家族への看護のあり方 家族看護2004.2