

終末期がん患者の在宅に向けての退院支援

キーワード：終末期 退院支援

○糸山 美妃 黒木 智代 松山 麻須美(西3階病棟)

井手 麻利子(地域医療推進課)

I. はじめに

日本人の死生観としては、多くの人が「最期は家で死にたい」と切望しているが、在宅で亡くなる人は20%に過ぎない。2006年の介護保険法改正や診療報酬改定に伴う在宅支援診療所の制定により、在宅重視の流れはさらに拡大すると考えられる。しかし、患者・家族の情報不足や介護力不足・不安から、スムーズに在宅へ移行できない場合もある。

当院の緩和ケアチームによると、介入患者の約4割が在宅ケアへと移行している。今回、終末期がん患者の在宅へ向けての退院支援について、積極的に考えている家族と老々介護夫婦の対照的な2事例に関わった。これらの事例に関わり、終末期がん患者の在宅へ向けての退院支援のプロセス上で、課題を見出すことができたので報告する。

II. 目的

1. 終末期がん患者の在宅へ向けての退院支援についての看護介入の評価を行う。
2. 終末期がん患者の在宅へ向けての退院支援についての課題を見出す。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 期間：平成21年9月～12月
3. 倫理的配慮：患者・家族に研究の主旨、内容と情報は本研究にのみ使用することを説明し、了承を得た。

IV. 事例紹介

<ケース1>

M氏 69歳 男性

地区長をしたり、社会的にリーダーシップの役割をとっていた。

自分から想いを表現するような方ではない。

病名：大腸癌術後、腹膜播種、がん性疼痛、糖尿病

入院期間：平成21年9月8日～10月7日

家族背景：妻と二人暮らし

長男は東京在住、次男は市内に在住

入院目的：CVポート挿入(化学療法目的)、腹水コントロール

告知：腹水が貯まるのは癌が転移しているからです。

<ケース2>

K氏 92歳 男性

病名：胃癌十二指腸浸潤、糖尿病

入院期間：平成21年10月21日～12月14日

家族背景：妻と二人暮らし、長女は市内に在住

入院目的：精査、加療

告知：入院時、妻へは胃癌の疑いがあること伝えられているが、K氏へは潰瘍と伝えられていた。術前に娘より胃癌であることが告知された。

V. 結果

<ケース1>

入院時の退院調整スクリーニングシートでは、サポートもあり介入必要なしとアセスメントしている。

9/16 妻より「このまま家に帰って大丈夫なんですか？訪問看護とか入れたいんですけど……。最終的にはホスピスってどこがいいんですかね？」とがん化学療法認定看護師研修生(以下研修生とする)が妻と面談を行った際に表出あり。

退院調整スクリーニングシート「食思低下や倦怠感あり、妻が訪問看護希望。退院日決定していな

- いが、早期の介入必要」と第2段階アセスメント行い、退院調整看護師へ情報提供行う。看護問題 家族介護者役割緊張 R/T 退院へ向けての調整を立案。
- 9/25 妻、退院調整看護師、MSW、病棟師長、研修生で共同指導行われた。
- 妻は、質問内容をメモしてきている。①血糖コントロールについて②訪問看護はどのようにするのか③高カロリー輸液の管理はどのようにするのか④入浴はできるのか
- 退院するにしても、本人へ現状を説明し、疼痛コントロールを行い、再度往診医や訪問看護と共同指導を行ってから退院となることが伝えられた。
- 9/29 主治医より M 氏へインフォームドコンセントが行われた。
- 腹水が貯留するのは癌が転移しているからです。
- ①疼痛コントロールは麻薬を使用していく②栄養は高カロリー管理を行う③今週末を目標に在宅へ移行
- 9/30 インフォームドコンセントの内容を退院調整看護師、MSW へ情報提供
- 在宅ポンプの業者へ連絡
- 10/1 共同指導（妻、往診医、訪問看護師2名、退院調整看護師、MSW、外来看護師、病棟看護師2名）
- 入院経過と現状(疼痛、ADL など)について話された。今後 10/7 に退院し、週2回往診、また訪問看護も週2回利用することとなった。化学療法を外来で行うこととなっており、前日に訪問看護が採血し、その結果で来院することとなった。
- 血糖コントロールについては、現在点滴内にインスリンを混入しているため、糖尿病内科受診し検討することとなった。また、在宅輸液ポンプを明日より使用し、手技獲得していくこととなった。
- 10/2 在宅ポンプ使用方法について妻へ説明。妻、IVH パック交換を見学する。
- 10/3、10/4 妻 IVH パック交換を行う。インスリン注射の実際を見学する。
- 10/5 妻インスリン自己注射練習器具で練習
- 在宅での生活考慮し、インスリンの注射時間と IVH パック交換時間を調整した。
- 10/6 妻 インスリン自己注射の DVD を見たあと、練習器具で練習。パンフレットを見ながら、ほぼ自立して行うこと出来ている。訪問看護へ現状の情報提供行った。
- 10/7 デュロテップ MT パッチ 2.1mg 交換、IVH パック交換し、退院
- <ケース 2>
- 入院時の退院調整スクリーニングシートでは、退院調整介入不要とアセスメントしている。
- 11/9 胃癌に対しバイパス術行われた。
- 11/10 娘より、今後のことを相談したいと申し出あり、MSW との面談日程調整を行った。
- 11/23 退院調整スクリーニングシート「術後経過良好であるが、ADL 低下しておりリハビリ病院への転院希望」と第2段階アセスメント行い、退院調整看護師へ情報提供行う。
- 11/30 娘、妻、退院調整看護師、病棟師長で共同指導行われた。本人は退院を希望している。しかし、娘は仕事もあり、日中は妻が一人で介護することとなる。往診、訪問看護、在宅サービスの利用を勧め、同時に緩和ケア外来の面談を予約。緩和ケア病棟が空くまで、在宅療養とすることで家族は了承した。介護保険の申請や往診医を決定し、自宅へ退院する準備を進めることとなった。看護問題 家族介護者役割緊張 R/T 自宅への退院。
- 12/1 往診医と K 氏面談され、退院後の往診医決定した。
- 12/3 共同指導(妻、娘、往診医、主治医、訪問看護師2名、退院調整看護師、MSW、病棟師長)
- 12/4 CV ポート挿入
- 12/5 妻へ、尿器を使用しての排尿介助について、指導行う。妻「何とかできそう」
- 12/7 訪問看護師と娘、面談行う。
- 12/9 妻、在宅用ポンプの見学を行った。
- 妻「機械は苦手です。」
- 12/11 在宅用ポンプ使用開始。妻、IVH パック交換見学行う。妻、機械に対する苦手意識強く、実際は

行わなかった。訪問看護師が毎日訪問し、交換する予定になっている。

血糖コントロールについては糖内科にコンサルトされておらず、自己血糖測定器を検査より借用し、訪問看護、往診医でチェックしてもらうよう依頼した。

また、娘に退院時の介護タクシーを予約してもらうよう依頼した。

12/14 退院

VI. 考察

2事例とも、終末期がん患者の在宅に向けての家族への関わりである。篠田は、「在宅ホスピスに向けた退院調整を行うための第一条件は①本人が自宅へ帰ることを強く希望していること、そして②家族も賛同していることである¹⁾。」と述べている。2事例とも本人が自宅へ帰ることを希望している。M氏の家族は自宅への退院に納得しており、積極的に取り組む姿勢があり、支援はスムーズであった。一方、K氏の家族は在宅か転院か迷っている状況がある。その背景には、本当に大丈夫なのか、何かあったらどうするのかといった心配や不安があるためと考えるが、本人の帰りたいという想いを大切にし、在宅に伴う具体的な心配や不安を整理し、その対応策を示すことが重要であると思われる。新田らは、「在宅において、病院看護の代わりをする家族の疲労は大変なものである。病状の変化に対する不安や夜間介護における肉体的疲労が重なり、精神的不安感も増大する²⁾。」と述べている。そして、これらを軽減するための退院支援の実際として、「①在宅療養の意思を確認する・キーパーソンを確認する②本人と家族の能力を評価する③病状と予後を予測して伝える④必要な医療管理を確認する⑤看護・介護ケアの優先順位づけとケアを簡素化・個別化する⑥在宅サービスプランを立てる⑦緊急時・急変時の体制確立をする³⁾。」としている。

K氏の妻は高齢であった。最も近くで介護する存在にはなるが、キーパーソンではなかった。近くに住んでいる娘をキーパーソンとして、連携している。また、本人はベッド上の生活であるが、意思の伝達は出来ている。看護師は、本人と家族ができることは何か、できないこ

とは何か、これからできなくなっていくことは何かを含めて、本人と家族のADLやケア能力を評価することが大切であり、それを元に指導していくことが必要である。妻は、看護師の指導により、生理的欲求である排泄に関し、尿器を使用して排尿介助ができるようになり、日常生活援助を獲得している。必要な医療管理として、経口摂取が困難となった際に、点滴による補助栄養管理を行う目的でCVポートを挿入し、退院後も在宅用ポンプを使用していくこととした。妻は高齢で、娘も仕事のため不在であり、家族の負担を増やさないために、入院中は在宅ポンプの手技指導は行わないこととし、毎日訪問看護師が訪問するよう調整を行った。手技指導は行っていないが、退院後の生活をイメージすることにはつながったと思われる。また問題点として、K氏は食事が少なく、血糖コントロールが不安定であった。入院中はIVHパック内にインスリンを混入しスケールでインスリン量を調整していたが、退院後はパック内に混入せずに、血糖測定をして様子を見ることとなった。M氏の場合も、妻より血糖コントロールについて提案があっているにも関わらず、血糖コントロールについて取り組むのが遅く、退院直前に短期間で妻へ自己注射の指導を行っている。看護師は、退院後の具体的な生活をイメージして問題点を抽出し、第1回目の共同指導を行い自宅へ退院と決定したら、早期に血糖コントロールについて取り組む必要があった。

VII. 結論

- 1,入院時より、退院後の生活をイメージして「退院調整スクリーニングシート」を活用することで、多職種との連携がスムーズに図れる。(第1段階アセスメント、第2段階アセスメント)
- 2,本人の意思を家族が受け入れられるような看護介入が重要である。
- 3,在宅での介護する主体は家族であり、家族の能力と体制に合わせた退院指導が必要である。
- 4,多職種での顔を合わせた共同指導を実施し、情報共有を行うことは、患者・家族の安心へつながり、患者・家族・医療者間のケアに対する認識が一致できる。

VIII. おわりに

家に帰りたいという想いを抱きながらも、それを叶えることができずに最期の時を迎える人も多い。外来通院しているがん患者に対して、最期をどこでどのように迎えるかなどについて、折に触れ意図的に情報を得ていくことも課題である。そのような中、今回の事例は家族の協力もあり、本人の希望通り在宅へ移行することができた。今後も、本人や家族、そして地域や病院の多職種が連携し、一人の患者の希望を支えていけるような退院調整を行っていききたい。

引用文献

- 1) 篠田道子：ナースのための退院調整、日本看護協会出版会、p 148、2007
- 2) 新田國夫：家で死ぬための医療とケア、医歯薬出版株式会社、p 6、2007
- 3) 新田國夫：家で死ぬための医療とケア、医歯薬出版株式会社、p 28～29、2007

参考文献

- 1) 篠田道子：ナースのための退院調整、日本看護協会出版会、2007
- 2) 新田國夫：家で死ぬための医療とケア、医歯薬出版株式会社、2007