

独居の末期がん患者への在宅支援

～事例を通して学んだこと～

キーワード：末期がん 独居 在宅支援 調整

○小野原智香子 前田静子 石橋一代 尾ノ上美香
井手麻利子（福岡赤十字訪問看護ステーション）

I はじめに

福岡赤十字訪問看護ステーションでの平成24年度のがん患者在宅看取り件数は42名、平成25年度は12月末までに39名である。そのうち独居患者は平成24年度が1名、平成25年度が5名であり、独居のがん患者の在宅支援の割合は増えている。川越は、「介護保険制度の開始により独居の末期がん患者の在宅死は可能である」¹⁾と述べており、在宅療養を希望する独居末期がん患者への支援は、在宅療養を支える訪問看護師の役割の一つと言える。当訪問看護ステーションでは、末期がん患者の在宅支援に力を入れ、医療依存度の高い患者への訪問看護を実践している。

今回、独居末期がん患者4事例への関わりを振り返り、在宅支援の在り方について以下の多職種連携、意思決定支援、の2点について学んだので、ここに報告する。

II 用語の定義

1. 末期がん患者

医師が、生命予後6か月以内であると判断したがん患者。治癒あるいは再発予防ではなく、延命および症状緩和目的で化学療法を行っている患者を含む。

2. 独居患者

在宅ケア開始時点で、同居する家族が存在しない患者²⁾。

III 研究方法

1. 研究デザイン

質的研究 事例研究

2. 研究対象

平成25年1月～平成25年8月の間に当ステーションで在宅支援に関わった、独居の末期がん患者4事例

3. 研究期間

平成25年1月8日～平成26年1月25日

4. データの収集方法と分析方法

対象となる4事例について、訪問看護記録や担当看護師への聞き取りから患者背景と支援経過の情報を収集し、支援内容を分析した。

IV 倫理的配慮

収集した情報は個人が特定できないよう配慮し、研究以外に使用しないこととした。

V 事例紹介

表1 参照

VI 介入と結果

A氏：80歳代女性。肺がん、認知症。

「猫と一緒に最期まで自宅で過ごしたい」と在宅療養に移行した。生活保護を受給しており、身寄りはなく、支援者は同じアパートの友人のみ。病状の進行と共に右背部痛や呼吸苦が増強し、ADLが低下した。認知症も進行し、食事・清潔面で日常生活が困難になった。訪問看護師はケアマネージャーに対し、A氏の余命は短く早急な生活支援が必要であることを強く訴え、主治医や友人、ヘルパーと共に担当者会議を行った。関わるケアチームで、在宅支援方針について確認を行った。訪問看護師は状態を適宜医師やヘルパーに報告・伝達し、医療的サポートを行った。自宅で死にたいというA氏の意味に

添い、死亡時の手続きについてケースワーカーと打ち合わせをした上で、ケアチーム内で情報を共有した。訪問開始後 92 日目に、猫と友人、訪問看護師に見守られて自宅で亡くなった。

B 氏：80 歳代女性。肺がん、腎不全。

「お世話になった人に形見分けして身辺整理し、苦しまずに最期まで自宅で過ごしたい」と希望され、在宅支援を開始した。民生委員や知人が身近な支援者であった。退院当初は歩行できたが、呼吸状態が急速に悪化して急速在宅医と在宅酸素を導入した。その際、在宅医と顔を合わせてがんの症状マネジメントや在宅支援方針の確認ができなかった。そのため、呼吸苦に対して「楽にしてほしい」という本人の思いと「少し様子を見よう」という在宅医の考えのずれを、訪問看護師は修正できなかった。生活環境については、B 氏は介護ベッドや夜の付き添いを拒否するなどのこだわりがあった。ケアマネジャーはヘルパーや訪問看護師、民生委員の訪問を一日 7 回セッティングした。自宅で過ごしたい氏の意向に添って、室内に「緊急時は救急車を呼ばず、電話をください」と書いて表示した。しかし、訪問開始後 7 日目の夜間、本人の要請で救急搬送され入院した。入院翌日に病室で亡くなったが、氏の望んだ「お世話になった方々への面会や形見分けをしたい」という希望に添った支援は実践できた。

C 氏：60 歳代女性。乳がん、転移性肝腫瘍、転移性骨腫瘍。

訪問看護師は、化学療法の継続について悩んでいる時点から介入し、意思決定の支援を行っていた。「痛みのないようにしてもらいたい」「人に迷惑をかけず、自分で頑張りたい」との希望で在宅支援を開始した。浮腫や腹水などの症状は、薬剤調整で著明に改善した。氏は歩けなくなるまで仕事を続けたいと希望され、亡くなる二週間前までバスで通勤し、仕事の引き継ぎをやり遂げた。病状の悪化に伴い、訪問看護師は、福祉用具とヘルパー導入による療養環境調整が必要であると判断し、ケアマネジャーへ情報

提供した。また、訪問看護師は、本人に最期まで自宅で過ごすための支援者の確認を行った。ADL が低下して転倒を繰り返すようになり、氏に確認した上で、ポータブルトイレの利用や家政婦の導入、友人への介護の協力依頼を行った。家政婦導入後四日目に、友人や兄に看取られて C 氏は自宅で亡くなった。

D 氏：80 歳代女性。胃がん、腹壁浸潤。

「入院は絶対したくない。無駄な延命はしてほしい」「死んでもいいから早く眠らせて。」と在宅死を望んで病院を退院し、在宅支援が開始になった。患者の「何で眠らせてくれないの。」の訴えに対して医師と看護師の間でセデーションの時期の検討が繰り返された。患者は薬剤による症状緩和や、自宅での快適な生活環境の維持を強く希望していた。在宅支援最初の段階で、医師やケアマネジャー・ヘルパーとも顔を合わせながら、それぞれの役割を D 氏へ明確に伝え調整した。訪問看護師が夜間の坐薬使用を家政婦に指導したことで入眠が図れた。身寄りがなく、死後の片付けは遠方の友人に依頼していたが、財産管理については依頼が出来ていなかった。訪問看護師は、ケアマネジャーと協力して関係者に連絡を取り、現在サービスを受けている業者への支払や、葬儀の手配についてなど、一つずつ明確にしていった。訪問開始後 47 日目に、D 氏は家政婦に付き添われ自宅で亡くなった。

Ⅶ 考察

今回関わった 4 事例は、患者全員が終末期の過ごし方について明確な意思決定を行っていた。そこで、訪問看護師は、患者の意思決定に添った在宅支援を実施した。

川越は、チームアプローチについて「専門ごとにケアの方向性や内容が異なり、ケアの統一性が損なわれる可能性がある。したがって、コーディネート機能が非常に重要になってくる」³⁾、また「がん患者の在宅ホスピスケアでは医療が主体となるため、チーム全体の舵取りは医

療者（医師あるいは訪問看護師）が必ず行わなければならない」⁴⁾と述べている。訪問看護師は医療の専門職として患者の状況をアセスメントし、関係者に情報を提供している。例えば、医学的知識が不足しているために、がん患者へのケアに不安を表出するヘルパーやケアマネージャー等に、訪問看護師は教育的な関わりを行っている。さらに、今回の事例においても訪問看護師は、患者の病状を踏まえて生活のニーズをアセスメントし、様々なサービスの導入を行った。サービスには、フォーマルなサービス（ケアマネージャー、ヘルパー、医師、薬剤師）、インフォーマルなサービス（家政婦、民生委員、集合住宅の住民、近しい友人など）がある。訪問看護師は、在宅支援の介入依頼のあった段階から、在宅カンファレンスや退院時共同指導を要請し開催することで認識の統一に繋がった。その結果チームメンバー間の情報共有ができ、ケアの統一が図れ、患者の在宅支援が充実したものとなり、在宅看取りや死の直前まで自宅で過ごすことを可能にした。

伊藤らは「訪問看護婦は傍観者として存在するのではなく、専門的な立場から知識や情報を具体的に提供し、自らの判断を伝える責任と役割を担っていると考える。その結果、たとえ訪問看護婦の意見を療養者・家族が選択しなかったとしても、訪問看護婦の意見を選択した時と同じように支援することが大切である」⁵⁾と述べている。今回の事例でも、患者の意思を尊重する関わりの中で、看護師は患者や他職種のメンバー間で死生観のずれにジレンマを感じるがあった。例えば、病状の進行に伴う転倒や急変のリスクへの対応であった。訪問看護師として、ジレンマを感じた時にはカンファレンスを開催し、互いのずれを調整するように努めたことで、患者の意思決定に添った支援が出来た。

独居患者の場合、本来家族が果たす役割を補完することが必要となる。例えば、財産の整理、サービスへの支払い、葬儀の準備、医療処置に対する判断等である。これらの決定を行うた

めに多くの時間と労力を費やしたことも事実であった。今回の4事例も、在宅支援チームがこの役割を果たしたことで、可能な限り在宅で過ごすことが出来たのだと考える。

VIII 結論

今回関わった4事例の独居の末期がん患者の在宅支援を通して以下の事を学んだ。

1. 訪問看護師が、独居患者の病状や生活のニーズをアセスメントし在宅支援チームと連携し、ケアの統一を図るように調整することが重要である。
2. 訪問看護師は常に患者の意思決定を支援するように努めることが重要である。

IX おわりに

この事例の学びから、訪問看護師が中心的に調整役割を担いながら在宅支援することで、独居患者も終末期を在宅で過ごすことが可能であることがわかった。今後も終末期を在宅で過ごしたい独居患者の希望を叶えるために訪問看護師として多職種と協力しながら支援していきたい。

引用文献

- 1) 川越厚：がん患者の在宅ホスピスケア、医学書院、p23、2013
- 2) 川越厚：がん患者の在宅ホスピスケア、医学書院、p22、2013
- 3) 川越厚：がん患者の在宅ホスピスケア、医学書院、p95、2013
- 4) 川越厚：がん患者の在宅ホスピスケア、医学書院、p31、2013
- 5) 伊達久美子：訪問看護における在宅療養者・家族の自己決定と支援に関する研究、山梨医科大学紀要、16巻 p58、1999

表1. 事例紹介

	A氏 (80歳代)	B氏 (80歳代)	C氏 (60歳代)	D氏 (80歳代)
訪問期間	H25/1/8～H25/4/9	H25/6/17～H25/6/23	H25/4/16～H25/8/7	H25/7/5～H25/8/20
病名	右下葉肺がん 糖尿病 気管支喘息 認知症	肺がん末期 脳転移 胸水貯留 慢性腎不全 高カリウム血症	乳がん末期 転移性肝腫瘍 転移性骨腫瘍	胃がん・腹膜浸潤
本人の希望	自宅で死にたい できるだけ猫と一緒に過ごしたい	お世話になった方々に形見分けして、 身辺整理をし、最後まで苦しまずに自 宅で過ごしたい	痛みのないようにしてもらいたい 人に迷惑をかけず、自分で頑張りたい	入院は絶対したくない 無駄な延命はしてほしくない
症状	右背部痛 労作時呼吸苦	呼吸苦 下肢浮腫 倦怠感 めまい	肩～背中の疼痛 体動時の腹痛 腹水 呼吸苦 倦怠感	腹痛 嘔気 呼吸苦 倦怠感 不眠
治療	オピオイド貼付剤 ステロイド内服 喘息・糖尿病治療薬の内服 在宅酸素	オピオイド、ステロイド、腎不全治療 薬、睡眠薬の内服 不眠時・呼吸苦時屯用の座薬 在宅酸素	オピオイド、ステロイド、NSAIDs、 利尿剤、下剤の服用 在宅酸素 (H25年4月まで化学療法をしていた)	オピオイド貼付剤、屯用座薬 不眠時屯用座薬、内服 嘔気時屯用座薬 在宅酸素
支援者	同じマンションに在る要介護状態の友人	遠方の甥夫婦 同じマンションに在る民生委員 同じマンションに在る知人	鍵を預けている市内の友人 兄夫婦 (東京)	四国在住の友人 (75歳) 交流のある寺社に通夜・葬儀の手配を 依頼している
経済状況	生活保護受給者 認知症で金銭管理困難になってから は、友人が電気代の支払いなどを代行 していた	貯蓄あり、遠方の甥夫婦が財産管理な どをサポート	長年仕事を続けており、収入は安定し ている	裕福で、交流のある寺社に多額の寄付 をしている
亡くなる前に 利用していた サービス内容	訪問介護(一日1回) 訪問看護(一日1回) 友人(毎日夜訪問)	訪問介護(一日3回) 訪問看護(一日2回) 民生委員(一日2回)	24時間体制の自費家政婦(8/4～) 訪問看護(一日1～3回)	ヘルパー(一日2回) 家政婦(夜間) 訪問看護(一日2回)