

在宅緩和ケアの事例を通して 在宅療養を困難にする理由を考える

○ 小玉孝子 井手麻利子 訪問看護ステーション

I はじめに

高齢化に伴い癌患者の増加は 2015 年には現在の2倍以上が推定される。最期は自宅で過ごしたいと考える人は60パーセントに対して、実際は5パーセントの人しか最期の日々を自宅でむかえることが出来ていない現状である。今回当ステーションでの在宅緩和ケアの、2症例を紹介して今後の問題点について考えたのでここに報告する。

II 研究方法

1研究デザイン:事例研究

研究期間:

H17年10月19日～H18年1月8日

2事例1

患者紹介:M氏 61歳 女性

介護者:夫

家族背景:夫と二人暮らし。長男は近所に住んでいるが母親の世話は仕事の都合で無理な状況。

診断名 #1子宮肉腫 #2転移性脳腫瘍

< 現病歴 >

H14年子宮肉腫の為当院で手術。

肺転移にはラジオ波治療を施行。

H17年脳転移で脳腫瘍摘出手術施行(2回)

< 疼痛コントロール >

デュロテップパッチ 2.5mg

< 退院時の病状 >

右麻痺で一日の大半を Bed 上で過ごす。

失語症があり、意思疎通は困難である。

介護保険 申請なし

保険 重度障害者1級

支援費制度の利用

H17年10月19日～11月9日入院中

< 1回目の共同カンファレンス >

○日時 10月19日

○参加者 夫・主治医・MSW・病棟Ns・S市保健師2名・外来Ns・訪問看護師

○内容

S市の保健師のほうから障害者支援費制度について在宅利用できるサービスの説明。それぞれの視点で以下のようにスケジュールを立てた。住宅改修の工事が完成した11月9日退院となった。

○在宅で利用した社会資源

H17年11月9日～12月2日

- ① 往診2回/週
 - ② 訪問看護3回/週(医療保険)
 - ③ 支援費制度
ホームヘルプサービス毎日
デイサービス毎日
ベッド・車椅子のレンタル
 - ④ 調剤薬局
 - ⑤ 訪問歯科診療
 - ⑥ 住宅改修
- < 訪問の実際 >

入院中は、夫は妻を家に連れて帰りたい気持ちはあっても、「妻が悪くなるなんて考えられない。どうしていいかわからない。」といつも不安な言動だった。医療者側からは「呼吸が止まったら挿管してほしい」と夫からの希

望もある。何回も話し合ったけれども。」と本人をとり囲む人たちも一緒になって悩んだ。11月9日に退院され、10日から昼間は毎日デイサービスに通う生活となる。夫は介護の新しい方法を発見すると、とても喜ばれた。また夫は妻の介護のため、1日毎に休みのとれるタクシーの乗務員に転職されたが、夫が不在時の訪問は本人の伝達する能力が低い為、痛みや精神的な評価が困難であった。本人・夫とも比較的安定した生活がおくられていたが、12月2日突然痙攣が出現したため、再入院となった。この訪問期間中の問題点は①他職種との連携②支援費制度サービス利用のため在宅サービスの中心になり、プランニングする人がいないことである。介護職は原則として、内服の介助など医療行為ができない。デュロテップパッチの取り扱いについても、2ヶ所のデイサービスや訪問介護の事業所に連絡した。ケアチーム内の情報共有の必要がある。ケア会議を開くため、S市に協力を依頼した矢先の再入院であった。H17年12月3日～H18年1月5日入院

< 2回目の共同カンファレンス >

○日時 H17年12月14日

○参加者 夫・息子・主治医・往診医・Ns・訪問Ns・MSW

○内容

夫は「25日間の在宅期間について、肉体的疲労はあっても、精神的な疲労はなかった。これからも、自宅で看たい。最期の最期はホスピス。先が長くないのであれば、自宅で看たい。」前回入院中に正月は越せないかもしれないと説明されている。今の状態で、家に連れて帰ることは、命を縮めることになるかもしれないから怖いと、病状が悪化していることを受け入れている。不安を表出しながらも、仕事を退職して、介護に専念しようと、再度退院に向けて必要なサービスを手配されていた。発熱が持続し、厳しい状態であり、転院も勧められていたが、夫の

強い希望で1月5日退院となった。

< 訪問の実態 >

H18年1月5日～1月8日

訪問看護は自宅に近い事業所と協力して、毎日訪問する計画にした。夫は妻の反応を解釈できず、「ごめんね」と謝る場面もあった。8日夫より呼吸停止の連絡があり、往診医より死亡確認された。夫・長男ともに、涙ぐまれていたが「大丈夫です。」と落ち着かされていた。妻に「家に帰れてよかったね」と語りかけられていた。

事例2

患者紹介 K氏 55歳 男性

介護者 妻 次女

家族構成 本人・妻・次女・長男・次男

病名#1 原発性肺癌 #2 転移性脳腫瘍

< 現病歴 >

H16年12月発症。大学病院で脳腫瘍摘出その後化学療法・放射線療法施行。12月上旬呼吸困難が出現。積極的な治療は困難と判断された。

< 退院時の病状 >

意識清明・右動神経麻痺・右半回神経麻痺・両側難聴・左視力障害。入院中は経管栄養・IVH ポート留置中。リンデロンやオプソはSチューブより注入。肩につかまりなんとか歩行できるが、ベッド上での生活。コミュニケーションは筆談。

介護保険 入院中に申請済み

< 疼痛コントロール >

オプソをSチューブより注入。

退院までの経過

H17年12月14日 大学医療連携室よりStに電話で問い合わせがある。

12月16日 妻と次女とで往診医に面談時に在宅での方法を説明される。

12月20日午前中退院

16時往診医・訪問Ns訪問利用している社会資源

①往診 2/週

- ②訪問看護 2/週
- ③介護保険 レンタルベッド
ポータブルトイレの購入
- ④調剤薬局
- ⑤医療器具 IVH ポンプ 在宅酸素
吸引・吸入 ネブライザー
- ⑥ボランティア (マッサージ)

< 訪問の実際 >

H17年12月20日～H18年1月8日

大学病院から連絡があり、わずか7日後に在宅療法となっている。家で子供たちと一緒に時間を過ごしたい、また家族の受け入れ、介護力があることで日々が過ごせている例である。12月19日にIVHのポートを留置されたばかりで針刺し、Sチューブの挿入など、初日から開始した。大学では、IVHの管理までの退院指導ができなかった為、ポンプや輸液の交換の指導もおこなった。氏は家族の介護を信頼しており、トラブルなく経過している。痛みに関してはかなり痛みがあるはずだが、脳神経浸襲の影響だろうか、訴えがなかった。胸部の苦しさとして訴えがあり、家族によりオプソを定期的に注入。この頃より、視力低下が進行しており、筆談ができなくなっている。

III 考察

1の事例では、脳外科に入院中、主治医が退院についてMSWに連絡していたが、訪問Nsも一緒に加わってほしいと、直接相談にこられた。急性期の病状が安定すれば退院か転院を選択しなければならないが、病状を受け入れることができず、治療を希望する家族に対して、その準備ができずにいた。

患者・家族の状況に対して、院内のどこに相談したらよいか総合的に判断する役割が必要なのではないだろうか。

支援費制度は、行政と家族の契約でプランが立案されるので、調整役が不明瞭である。ターミナルケアの場合には、そのコーディネートを担う役割を訪問看護師が担うことが

適切ではないかと考える。訪問開始時に行政側とNsとの確認をする必要があった。

2の事例では、大学病院から退院した日に、在宅で使用するSチューブ・IVHの輸液のセット・針などの医療物品が準備されていなかった。大学側は、往診医がすぐに準備できるものと考えていた。今後、医療処置に関する情報票をステーションの方から発信して、準備をスムーズにしていきたい。

IVH、Sチューブなどの医療行為については家族の理解が得られており問題なく実施できている。

2004年の厚生労働省の終末期医療に関する調査では、療養の場所として、66%の人が自宅で最期まで療養することは現実困難であると答えている。その理由に①家族に負担がかかる(78%)②病状が急変した時に不安(57%)③往診する医師がいない(27%)になっている。(Hint pointより)

H18年4月より介護保険の改正により2号保険者(40歳～65歳)の特定疾患に末期癌も加えられることになっている。独り暮らしの癌患者や仕事と介護に頑張っている家族をさまざまな職種のチームで支えていけるようになることを期待したい。

IV おわりに

訪問看護師の役割は、疼痛コントロールをはじめ医療処置ができること・本人と家族の思いに寄り添えるコミュニケーション能力・支援する側をまとめていく能力が求められている。これからも、事例を振り返りより良い在宅看護を提供していきたい。

参考文献

Hint point No.280 総合メディカル株式会社
2004.6.23 発行