

ターミナル期において在宅への退院を決定した患者・家族への関わりを振り返って ～満足のいく選択を可能にするためには～

服部 弘依

静岡赤十字病院 3-5病棟

要旨：近年、入院期間の短縮や在宅ケアニーズの高まりにより、ターミナル期や医療依存度の高い在宅療養者は増加傾向にある。しかし実際には、当病棟では患者や家族は在宅への退院を望んではいても、患者の病状や介護負担の問題などから在宅ではなく施設や療養型病院への転院を選択するケースの方が多。そんな中、今回ターミナル期において在宅への退院を患者本人が希望し、家人が悩みながらも在宅への退院を選択し、退院2日後に自宅で最期を迎えその後家人が病棟を訪れやりきった感があり満足していると言ってくださった事例があった。この事例において家族が満足のいく選択をする事ができたのは、チームとして行った退院支援が大きな要因であると考えた。そこで今回実際に行った支援について振り返り報告する。

Key words：退院支援 意思決定 チーム医療

I. はじめに

近年、入院期間の短縮や在宅ケアニーズの高まりにより、ターミナル期や医療依存度の高い在宅療養者は増加傾向にある。しかし実際には、当病棟では患者や家族は在宅への退院を望んではいても、患者の病状や介護負担の問題などから在宅ではなく施設や療養型病院への転院を選択するケースの方が多。そんな中、今回ターミナル期において在宅への退院を患者本人が希望し、家人が悩みながらも在宅への退院を選択し、退院2日後に自宅で最期を迎えその後、家人が病棟を訪れやりきった感があり満足していると言ってくださった事例があった。この事例において家族が満足のいく選択をする事ができたのは、チームとして行った退院支援が大きな要因であると考えた。そこで今回実際に行った支援について振り返る。

II. 患者紹介

A氏、76歳男性。妻（元介護士）と長女（社会福祉協議会勤務）、孫との4人暮らし。呼吸苦、食思不振を主訴に急性肺炎の診断で入院。既往に喉頭癌、200X年当院にて内視鏡的腫瘍摘出術施行、

術後放射線療法施行。術後4か月後再度喉頭腫瘍摘出。以後外来フォロー中であったが、術後12か月で外来自己中断。以降開業医等への通院歴もなく、日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）も自立、介護保険使用もしていなかった。喫煙歴あり、入院前まで20本/日。喉頭癌の術後、食事摂取は1時間程掛けて常食を摂取していたと。入院2か月程前よりむせや嚥下困難感が出現し、食事も徐々に摂れなくなり激やせしてしまったと。妻より、A氏は元々病院が大嫌い入院2か月程前より状態が徐々に悪化しても病院に行かずに過ごしていたが、今回いよいよ呼吸苦が出現し衰弱してしまった事で家人が本人を説得して当院を受診したとのことであった。

入院時は肺炎との診断であったが、入院時の精査にて肺炎の原因は肺癌によるもので、右肺門下に7cm大の腫瘍があり右気管支が閉塞しており、これ以上の肺癌の治療は困難で今後は緩和と最期をどこで過ごすかを考えなければならない状態であった。

Ⅲ. 看護計画

- #1：入院時の患者及び家族の不安
 - #2：非効果的気道浄化
 - #3：身体損傷のリスク状態
 - #4：皮膚統合性の障害
 - #5：退院後の生活管理に関連した知識不足
- 今回は関連した#5について述べる。

Ⅳ. 経過・看護の実際

入院1日目：入院時、ADLベッド上、るい瘦著明、酸素投与開始されており、呼吸苦・痰がらみがみられた。妻にアナムネ聴取、入院前のADLの確認、退院先の希望について確認する。妻より、入院前はADL自立、入院2か月前より徐々にADLが低下し、2週間ほど前よりほぼベッド上となってしまうと情報を得た。その上で肺炎が改善した場合、自宅退院を希望するか、自宅であれば今のADLで自宅は可能かどうかを確認した。妻よりトイレに行けて口から食事がとれる状態なら、しかし元々喉頭癌の術後であるため飲み込みが難しいので食事摂取は難しいかもしれないと返事があった。それを聞いて自宅退院は困難となる可能性がある、また自宅となっても何らかの社会資源の活用が必要となるであろうと考え、妻に医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）の介入依頼をしても良いかと聞いた。妻からは考えるという返事であり、今の状態で退院の話がされてもという妻の思いを受け止めた上で、今後何らかの社会的資源が必要となる可能性がある事を伝えMSW依頼したい旨を伝えた。すると妻は、当院のMSWの中に以前勤めていた施設で一緒に働いていた方がおり、その人が担当になることに抵抗があるのだとわかった。そこで、その人以外を担当にする事を約束し、MSW介入依頼を承諾していただいた。

また、入院日に主治医が来棟した際方針を確認したところ、肺炎の原因は肺癌によるものでコンピュータ断層撮影（Computed Tomography：CT）上右肺門下に7cm大の腫瘍があり、右気管支が閉塞しており、これ以上の肺癌の治療は困難

であり、今後は緩和が中心で、肺炎は抗生剤投与治療し改善し次第、早期退院を目指すとのことであった。医師の方針を聞き、早めのMSW依頼と看護師間のカンファレンスでの情報提供が必要だと考えた。その日のうちに本人の状態となぜMSW依頼したいかという事に合わせ治療方針を加えて退院支援スクリーニングシートを記入し依頼をした。

入院3日目：病棟カンファレンスにてA氏の病態、現状、治療方針、今後在宅か転院になる事が医師の話から予測されることを情報提供し、予後は早く家人と共に方針を決定し早期退院を目指す方針である事を他のスタッフに伝える。

入院4日目：主治医より妻、娘へ病状説明がされる。看護師が同席した。今回は呼吸苦を主訴に来院、炎症反応の上昇、かなり大きな肺の腫瘍、元々の肺気腫の悪化、肺炎からの呼吸苦であったと。癌の大きさや本人の状態より肺癌に対する治療は難しく、今後は本人の苦痛がないようにしていくことが必要。そのための酸素投与の継続の必要性、呼吸苦・疼痛に対する麻薬投与の開始についてと副作用による呼吸状態の悪化の可能性があると、食事は経管栄養ではなく差し入れでもよいのでお楽しみ程度の摂取としていくこと、肺炎の治療は抗生剤投与をあと1週間ほど行う予定にて、1週間程度が退院の目安と考えていると説明される。その上で残りの時間を過ごす場所として今後は自宅退院か、療養型病院のどちらかになると思われ、どちらを選択するかを返事を2日後までにいただくこととなる。

同時にMSWとの面談も設定し、情報提供させていただくこととなる。MSWと家人の面談日は2日後に決まる。

面談後、主治医の話をどのように受け止め理解したかを確認したいと考え、廊下にいた妻に声を掛ける。妻は予想以上に病状が悪かった事への驚きと、退院先を早急に決めなければならないという戸惑いを感じていた。今日はまだ予想以上の病状に対する戸惑いや衝撃が大きいであろうと感じ、傾聴のみとした。

入院6日目：家人とMSW面談，看護師同席．患者本人の帰りたいという希望もあり，自宅での看取りを希望される．妻より，すごく悩んだが本人の希望を叶えてあげたいと，その決定は本人にとって最良であると思われると妻に声を掛ける．看護師と妻で話し合い，自宅退院に向けて必要な家人指導について検討する．妻は元介護士にて体交やオムツ交換はできるとわかり，吸引は昔やったことがあるがずいぶん前の事なので自信がないとの事であった．そのため，同日より妻へ吸引指導を開始する．

入院6～12日目：妻へ吸引指導継続．吸引の手法はほぼ理解されていたため，指導は数回で終了．退院後も酸素投与が必要となるため在宅酸素の手続きを行う．MSWにて介護保険申請手続き，ケアマネージャー，往診医選択などを家人とともに進行．

入院13日目：前日までで本人への抗生剤投与が終了し肺炎は軽快．酸素投与は2Lカヌラで継続中．

退院前カンファレンスを主治医，担当医，妻，長男，受け持ち看護師，往診医，訪問看護師，ケアマネージャー，MSWで行い，退院日を翌日に決定する．

在宅酸素業者と連絡を取り翌日が退院日となったためその日のうちに自宅へ酸素器機を設置してもらえよう依頼する．

入院14日目：退院．

退院2日後：永眠．

退院約1週間後：家人が病棟へ挨拶に来てくれる．やりきった感があり，満足していると話される．

V. 考 察

今回A氏の入院期間は2週間であった．当然のことながら看護師は交代勤務であるため，常に毎日A氏のケアに同じ看護師が当たる事ができるわけではない．入院当日，本人の入院前のADLや退院先についての希望を確認しMSW依頼した看護師，入院4日目の家人への面談に同席した看護

師，入院6日目の家人とMSWの面談に同席し，自宅退院の意思を確認するとともに妻の介護力について把握した看護師，その後の吸引指導にあたった看護師は皆違う看護師であった．よりよい退院支援を行っていくためには，患者家族の状況を正確に把握するとともに，自分だけで行動するのではなく，統一した関わりを行うこと，そのためにチームとしての継続看護を大切にし，他職種との協働が重要と考える¹⁾．今回，毎日違う看護師が関わっていても皆，A氏に残された時間が早く早め早めに動かなければという共通の目的に向かってケアにあたっていた．入院当日にA氏と家人の情報収集と退院先の希望を情報収集するとともに，医師にもA氏の予後が早く，早期に退院を考えているという方針を確認し，それを日々のカンファレンスに挙げる事で皆に情報提供をした．入院時医師にA氏の治療方針を確認した時から退院時まで，医師の方針には全くぶれがなかった．予後が限られているA氏に対し，早期に療養先を選択し後悔のないように過ごしてほしいという考えが一貫していた．それを情報提供する事により，皆がA氏の早期退院を実現しなければならないという共通の目的を持つ事ができ，継続看護が可能となったと考える．さらに，MSW依頼の際にもA氏の状態や医師の方針をスクリーニングシートに記入する事で情報や目的を共有する事ができた．そして，入院生活が進んでいく中でも，医師，看護師，MSWがそれぞれ別々に自分達のすべき役割を行っていった．医師はA氏の治療を主にを行い，看護師はA氏のケアと家人指導などを行い，MSWは社会的資源の収集や外部の他職種との連携を行っていた．そして，常に医師は看護師やMSWの今の状況や退院に向けての準備の状況を確認し，看護師は医師の治療の進み具合の確認やMSWの進捗具合の確認や家人指導などの情報提供をし，MSWは治療・看護の進み具合の確認と自宅に向けてのサービスの準備の具合などの情報提供を電話や直接話し合い，コミュニケーションを毎日のように取り合った．それにより情報の共有が可能となった．「チーム医療」を実践する上

で、当然の事と考えていることに、情報共有、協力・協働・連携、目的共有、コミュニケーションがある²⁾。今回A氏の入院において関わった者がそれぞれの役割を果たしながら皆お互いにコミュニケーションを取りあい、情報・目的共有をし、協力・協働・連携を行えた。それによりチームとしての十分な役割と機能を果たすことができた事で今回の結果を招く事に繋がったと考える。

A氏は元々大の病院嫌いで、今回の入院も家人の説得の末での事であった。そんなA氏は早く家に帰りたいという思いを入院時より持っていた。妻は入院時の退院先の希望としては状態によっては困難となるかもしれないと考えてはいたが自宅を考えていた。しかし、医師との面談にて妻の思った以上にA氏の状態は悪く、予後が短く看取りの場を早急に考えなければならなくなった。面談の中で医師は、現状を伝えた上で、在宅という選択肢と療養先を探すという選択肢のどちらもある事を伝えた。どちらが良いかという事を医療者として示したのではなく、あくまでも選択肢を与えたのみで決定は家人にお任せするという事を伝えた。それを踏まえた上で家人が出した答えは在宅への退院であった。患者が自己決定をする場面において看護師が実践しているアドボカシーの一つとして、“患者の主体的な選択を促進するための支援”があり、患者に無理強いしない・患者の気持ちを把握する・患者の自己決定を待つなど、看護師自身が患者自身の意思を尊重し決定を強要しない事や、患者の疑問、不安には速やかに説明を行う、患者の質問にはできる限り応じるなど患者自身で選択できるよう支援することが必要であると言われている。そして、患者の主体性の獲得により、たとえ結果が十分に実らなくても、納得した上での意思決定はQOL向上や達成感に繋がると考えられている。今回、家人の療養先の選択期間は2日間と非常に短かった。その中でも答えを出すまでの間も家人に、どうなったかなど催促する事は意図的にしないようにして返事を待った。それは結果的に、家人が自分たちで決めたという主体的な選択に繋がったと思われる。医師との面

談の翌日も、家人は病院に訪れたが、家人に前日の面談を聞いてどうであったか、何か聞きたい事などはないかなど直接はっきりと声を掛ける事はしなかった。自己決定をするためには、情報提供と共に不安や迷いの軽減も大切な要素である。今回、病状や現状、今後の見通し、療養先の選択肢を情報提供したのは医師である。そこから実際に選択するのは患者家族であるが、看護師はただ丸投げで家族に決めてくださいというわけにはいかない。そこに生じる迷い、不安、疑問に対しての介入を行う事も必要である。しかし今回の場合は、家人も医療者に相談や不安を訴えたいという様子は見受けられなかった。また、家人が介護職であり、医療や介護に対する知識も多少あったこともあり、特別な介入をしなくとも家人で考える事ができると判断し、気かけつつも特に直接的な介入は行わなかった。その中で、家人は迷いながらも、自分達で在宅という答えを出した。それは、誰に強要されたわけでもない真の自分達で導き出した答えであった。患者は退院のわずか2日後に永眠された。後日MSWから聞いた話によると、家族の見守る中、往診医に直接看取ってもらう事ができたのだそうだ。家人が在宅への退院を決定する期間もA氏が自宅に帰る事のできた期間も本当に短かった。しかし家人にとっては、自分達で選択した退院であり、本人の希望する在宅という場所での最後を迎えさせてあげられ、やることはやったという思いから達成感をもたらしたのだと考える。

VI. まとめ

今後、高齢化・超高齢化が進む現代の日本において、在宅での看取りや老々介護による看取りがますます増えていくと思われる。そのような事例を目の当たりにした際、患者・家族の希望を考慮した上での自己決定支援が必要となる。そのためには患者・家族にチームとして関わっていく事がとても重要であり、チーム内のコミュニケーションや情報共有、同じ目的を共有する事、連絡を密に取り協力・協働する事で効果的なチームとして

の役割を果たす事が可能になる。

今後も今回の学びを活かしチーム医療のチームの一員としての役割を果たし、患者家族に満足を与える関わりを行っていききたい。

文 献

- 1) 佐藤奈緒子, 坂西未帆, 木村富士子ほか. 退院支援の早期着手と看護師の意識変化: 退院支援・調整スクリーニングシートを導入して. 東医大病看研録 2011; 31: 52-56.

- 2) 加藤和美. 病院組織のチームが有効に動くために: チーム医療での医師-看護師関係を焦点に-. ビジネスクリエーター研究2014; 5: 3-26.

参考文献

- 1) 佐藤千夏, 布施淳子. がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデル. 日看研会誌 2013; 36 (4): 87-97.