

## 在宅緩和ケアについての一例

キーワード 在宅緩和ケア 他職種との連携(ソーシャルサポート)

訪問看護ステーション

吉村 啓子

### I. はじめに

病棟勤務時には、在宅ケアのイメージは漠然としたものであった。今回の症例は、入院中・退院後に関わり、在宅ケアの一連の過程に介入することが出来た。一連の過程を通して学んだことを、今後の看護に活用したいと考え、振り返りを行う。

# 2 : 筋力の低下による ADL 低下

# 3 : 告知後の精神的な危機状態

<化学療法開始期(5月中旬)>

# 1 : 化学療法に対する知識不足・不安

# 2 : 化学療法の実施に伴う体制

<不安が強くなった時期>

# 1 : 病状悪化時の療養方法・場所に関する不安

### II. 事例紹介

U氏 77歳 男性

病名：大腸がん術後(ストマ造設) 膵尾部癌

既往歴：小児麻痺(尖足、背骨の湾曲あり車椅子での生活ではあったが、ADLは自立していた)

職業：自宅兼事務所で切手の販売

家族背景：妻と二人暮らし。妻は編物教室の先生

息子夫婦が隣町に居住。切手販売の仕事を  
受け継いでいる。介護には協力的。

入院中の経過：平成19年1月に腹痛を主訴に入院。イレウスによる穿孔のため緊急手術(ストマ造設)を受ける。根治のためには再度手術が必要であった。氏は、高齢であることや手術侵襲を懸念して、手術に対し消極的であった。しかし、家族・友人の支えがあり、3月に2度目の手術(S状結腸切除)を受ける。4月中旬に退院が決まった頃に、膵癌が判明。家族・本人に全告知される(予後一年)。二度の手術の影響で、全身状態低下していたため、在宅で回復をはかり化学療法をする予定となった。退院時は、筋力低下により日常生活全般において介助が必要であった。

### III. 介入の実際

<退院前後><化学療法開始期><不安が強くなった時期>に分け、各時期の問題点への関わりに対し考察を行う。

<退院前後>

# 1 : 今後のことに対する不安/病状・退院後の生活(社会資源に対する知識不足)・経済的不安



	問題点 と 看護経過
退院前後	<p>退院に際し希望を尋ねた。本人は「家で過ごしたい。仕事がしたい」、妻は「自分の仕事を続けたい」と言われた。しかし、「そのためにどうしたらいいのか、退院後の生活がイメージできない」とも言われた。</p> <p>退院前共同指導では、氏と家族の希望をふまえた問題が共有できるように話し合われた。共同指導の結果、在宅生活を開始するためには、住宅改修や福祉用具の貸与を利用し生活環境を整える必要があった。退院前に住環境は整えることが出来た。</p> <p>ヘルパーの活用時間、訪問看護の時間を調整することで妻の仕事は継続することが可能となり、妻は「仕事が出来ること介護の気分転換も出来ます」と喜んでいて。本人も「妻が仕事をしていることで自分も気が楽になります」と、在宅療養をしていく上でのお互いの支えになっていた。訪問時には妻は仕事で不在になるため情報交換ノートを作って活用した。</p> <p>氏は仕事の再開を希望していたが、そのためには座位保持が出来るようになる必要があった。しかし、氏は「もうすぐ死ぬのだからリハビリしても仕方がない」と消極的であった。氏は予後告知された直後であり、氏の精神的な状態が安定するまでは関節の硬縮予防を目的に関わった。入院中の担当 PT に相談すると一緒に訪問を行ってくれた。氏は PT が訪問してくれたことで、「皆が自分のために一生懸命になってくれていることがわかった。」と、意欲的にリハビリに取り組むようになった。退院時には長時間の座位が困難なため、通院も負担感を感じていた。しかし、往診医の介入で病状観察・採血の実施が自宅で出来、通院の負担がなく過ごせた。</p> <p>退院時には、妻は本人の落胆に動揺していた。本人・家族の思いをゆっくり聞いていった。氏は、出来ないと思っていたシャワー浴や車椅子への移乗も出来るようになり、化学療法が出来る状態になったことで生きることへの希望が持てるようになってきた。「皆さんのおかげです。私も何か恩返しをしたいから切手を子どもたちに送りたいと思います」と、自分の仕事である切手を通したボランティアも始められた。</p>
化学療法開始期	<p>全身状態の改善がみられ化学療法を受けることとなる。自宅での化学療法実施が可能であるか話された。当院では在宅での化学療法の前例がなく、医療廃棄物の問題もあった。また、氏は全身状態も回復したばかりなので病院での投与となった。通院による身体的な負担を考慮して化学療法前の採血を自宅で行い、結果をみて来院し行うこととなった。通院での化学療法がスムーズに受けられるように、訪問看護・外来・化学療法室・主治医・往診医と調整を図った。待ち時間にベット利用の依頼や、ADL アップの状況に合わせた移乗方法など外来に情報提供を行った。「外来は、忙しいのに本当に良く配慮してくれてます」と言われ、外来受診による身体的な負担も最少限に出来ている。</p> <p>「病院で入院中にお世話になった看護師さん達に、元気になった、表情が違うと言われます。自分でもそう思います。」と、笑顔ですごせていた。又、妻も本人が元気なことで「癌というのは、間違いだったのではと、思ってしまうこともあります。」と言っていた。</p>
不安が強くなった時期	<p>化学療法後の倦怠感・下痢が数日持続。近頃、氏の活気がない気がすると妻に伝えると「私にもわからないように夜中に泣いているんです。近頃、体がきついで不安に思っているみたいです」と、妻も涙を流しながら話された。氏に具体的に何が心配か尋ねてみた。氏は、「今後の病状悪化時の事」と言われた。氏は、介護者が妻一人なため、妻の負担が大きくなってきた時には自宅では過ごせないと考えていた。次の訪問時に、緩和ケア病棟の話が往診医からあったと本人から聞いた。自分はそんなに状態が悪いのかと不安を強くしていた。その時は、訪問時間を過ぎていたが時間を作って氏と関わっていった。化学療法で来院時に妻と話す時間を取り、氏の反応を捉えて行った。翌週には、緩和ケア病院の情報を自分で集め、「こういう病院があると知って安心しました」と穏やかな表情で話された。</p>



#### Ⅳ. 考察

##### ＜退院前後＞

渡辺は、在宅療養開始期は《生活の再構成を図る非常に不安定で混乱する時期》と述べている。「イメージできない」との発言から、漠然とした不安があることが感じられた。開始期を上手く乗り越え、不安を軽減することが今後の療養生活を左右すると考えられる。氏・家族の希望に沿えるように問題点を一緒に抽出し、住宅改修・福祉用具の貸与・時間の調整などが出来たことで不安の軽減が図れ在宅療養にスムーズに移行できた。また、当ステーションでは、ケアマネージャーを兼任する看護師がいるため、状態・希望の変更に合わせた対応が迅速に出来たことも、要因の一つと考える。葛西は、《家族自身の日常生活を維持しながら在宅で介護をしたい》と思っている家族には、その希望をかなえることで情緒的ストレスの軽減が図れると述べている。U氏の妻にとっても仕事が精神的な支えになり、介護の継続につながっている。

谷口らは、《物的・人的環境のサポート。24時間の柔軟な医療やケアが受けられること。》が在宅緩和ケアを行うときには重要だと述べている。往診医の存在と看護師も24時間に対応していることや、氏の状態から考えられることを伝えていくことで安心につながったと考える。また、主治医・在宅医との連携が図れていることも、氏にとっては安心感につながっていた。

私は、PTに相談した時には、訪問してもらえとは思っていなかった。問題を発信していくことで限られた社会資源だけでなく、新たな資源が見つかることを実感した。訪問看護師は、他職種との連携が図れるように関わっていくこと、問題を発信し新たな手段を探していくことも、重要な役割である。

##### ＜化学療法開始期＞

主治医も往診医も在宅で化学療法が出来ると考えていた。私も在宅での投与に対する正確な知識がなかった。専門看護師に相談すると、在宅での投与は困難であった。在宅で出来ることに対する知識を深めていく必要性を感じた。

主治医は、往診医の役割に対しての情報不足があった。採血が出来ることなど情報提供し、主治医と往診医の連携を図った。主治医・往診医も含めた他職種との連携が図れることで体制が整い、氏は身体的な負担が最小限で通院できている。そのことから、訪問看護師には、他職種との調整を行っていくことも重要な役

割である。

##### ＜不安が強くなった時期＞

葛西は、《医療者の関わりが物理的に制限されることを踏まえ、タイムリーで専門的な介入が必要》と、述べている。もし、今後のことについて事前に話していたら、その関わりの評価が、タイムリーに出来るのかとの不安が私にはあった。ADLが上がってきたこと、腫瘍マーカーが下がったことに喜んでいて、死を意味するような話をするタイミングを逃していた。そのことが、結局は不安の原因になってしまった。氏は小児麻痺を幼少時から患い、困難に対しても受容していく対処機能を自覚していた。そのため、今回の受け止めも対処できたと考えられる。

往診医が緩和ケア病棟の紹介をしたことを看護師は知らなかった。利用者を中心とした、在宅ケアが実施できるように、必要な情報交換を働きかけて連携を深めておく必要がある。

#### Ⅴ. まとめ

症例を振り返り、以下のことを再認識した。

①退院直後の生活環境を整えることで開始期をスムーズに過ごせる。そのためには、退院前共同指導で問題と思われることを共通認識しておくことや、家族にどのようなサービスが受けられるかを情報提供していく必要がある。

②在宅緩和ケアは治療と緩和ケアが平行している。患者さん含めた「家族」が望む生き方が出来るような介入が必要。また、的確で迅速な状況判断と介入が出来るような知識の習得や関わりが大事である。

③上記の①②を達成するためにも、他職種との連携が必要である。

④病院とは違い関わる時間に制限がある。そのため、関わる時間の質の向上が出来るように努めていく必要がある。

#### 引用参考文献

- 渡辺裕子 監修：在宅看護論、概論・実践編  
／日本看護協会出版  
葛西好美：末期がん患者を家で看取る家族の心理状態  
／順天堂大学医療看護研究（2007）  
谷口友理 等：がん患者の在宅ターミナルへの移行過程に関する研究  
／日本看護研究学会雑誌（2005）