

終末期にある患者と家族への退院に向けての支援

斉藤 有紀¹⁾，椎名由美子¹⁾，高橋 美雪¹⁾，堀 由美¹⁾，松山 美佳²⁾

北海道社会保険病院 5階北病棟¹⁾
北海道社会保険病院 地域医療連携室²⁾

Key Words :

終末期・退院に向けての支援

要 旨

終末期の患者への退院支援において、他職種への支援の要請や患者と家族の想いを確認するのが遅く、自宅への退院やホスピスへの転院などに向け支援しても円滑に進められることは少ない。本事例の患者は入院後に膵臓癌と告知を受け、化学療法、腹水コントロール、疼痛コントロールが行われた。また、患者は「自宅に帰りたい」という希望を持っており、妻も患者の希望を実現させたいと望んでいた。しかし介護者は妻のみであり負担が大きかった。そこで、治療開始直後より他職種に支援を要請し外出、外泊を繰り返し退院を実現することができた。治療と緩和ケアが同時に行われることは多く、早期から終末期の過ごし方について患者、家族と話し合う場を設けて意思を確認し要望に応えられるように取り組むこと、必要な職種へ支援を要請しチーム全体で情報を共有し、いつでも対応できる体制を整えておくことが重要である。

はじめに

終末期の患者は自宅ですしでも長く過ごしたいと望んでいる。しかし、患者は病気に対する不安や家族への遠慮があり、また家族は自宅での介護や症状が悪化したときの対応に不安を持っている。そのため、終末期の患者への退院支援においては、患者と家族に終末期をどのように過ごしたいかを確認し、他職種へ支援を要請することが重要となる。これまでは、支援の要請や患者と家族の想いを確認するのが遅く、自宅への退院やホスピスへの転院が円滑に進められないことが多かった。

本事例の患者は、「自宅に帰りたい」という希望を持っており、妻も患者の希望を実現させたいと望んでいた。しかし、介護者は妻のみであり負担が大きかった。そこで、他職種に支援を要請することで終末期にある患者と家族の退院を実現することができたので報告する。

研究方法

1. 研究期間：平成19年1月～5月
2. 研究方法：事例研究
3. 分析方法：1) 看護記録より患者の身体的・精神的状況、妻の精神的状況、地域医療連携室看護師やソーシャルワーカーから得た情報をもとに患者と妻へ行った支援を抽出する。
2) 1)を1回目の入院、2回目の入院、3回目の入院と分け分析する。
(表1)
4. 研究を行うにあたり、今回の研究の趣旨を患者・家族に口頭で説明し同意を得た。また、個人が特定できないように配慮することとプライバシー保護のため、本研究以外で情報を使用しないことを説明した。

事例紹介

患者：Aさん 70歳代 男性。

診断名：膵臓癌、肝転移。

家族背景：妻と2人暮らしで子どもはいない。

経過：平成19年1月、腹部膨満感、腹痛にて当院を受診する。Aさんと妻へ病名を告知後、化学療法、腹水コントロール、疼痛コントロールが行われた。妻には予後2～3ヵ月と伝えられた。Aさんの体調をみながら外出と外泊を繰り返し2ヵ月後自宅へ退院する。その後、2回の入退院を経て発症から4ヵ月後に永眠された。

看護経過

・1回目の入院

入院後、Aさんと妻へ告知がされた。Aさんは自分が思っていたよりも病状が悪かったため、落ち込んでいた。また、妻には予後についても説明された。妻は、「夫の姉も同じ病気で亡くなっているため、自分の今後について悟っているような気がする。自宅で1人で介護するのは心配。でも、夫も色々整理したいと思うから外出くらいだったらさせたい。」と話していた。告知後から化学療法、腹水コントロール、疼痛コントロールが行われ、同時に退院への支援も行われた。退院への前段階として外出から始めることとした。Aさんは兄弟とも疎遠になっており子どももいなかったため、介護者は妻一人であったが、妻の妹の協力を得られることとなった。そのことにより妻から、「外泊もできるかも」と前向きな発言が聞かれるようになった。しかし、Aさんは呼吸苦があり長距離の歩行は困難であった。Aさんは自宅に帰ることに意欲的であったため、ソーシャルワーカーや地域医療連携室の看護師に支援を要請した。支援を受け、得た情報は看護師間で共有し妻へ情報を提供した。携帯ポンベの使用や在宅酸素療法の導入、車椅子の貸し出しなどについて検討された。酸素については症状の改善がみられたため、酸素スプレーを使用することとした。車椅子については病棟から貸し出し、Aさんも筋力の低下を自覚していたためリハビリを開始した。自宅で疼痛や嘔気が出た場合の対応についても説明した。1回目の外出ではAさんから「寒かったからどこにも出かけられなか

ったけど良かったよ。」という言葉が聞かれ、妻からは「食欲もあって、ごはんも食べてくれた。」と笑顔がみられた。Aさんと妻からはまた外出したいという言葉が聞かれた。その後、外出を繰り返し、外泊へと繋げ入院から2ヵ月後に退院とすることができた。

退院時には状況に変化があった場合や介護するうえで不安があったときにはいつでも対応できることを伝えた。

・2回目の入院

退院後は外来で化学療法を継続していたが、倦怠感、食欲不振、呼吸苦が出現し退院から1ヵ月後に再入院となった。入院時より、酸素を送与していたが徐々に体動後の呼吸苦も軽減し、退院時には酸素送与の必要がなくなった。食事もうちはあるが摂取できていた。この時もAさんと妻は自宅での生活を望んでいた。医師からも退院することを許可され1週間ほどで退院することができた。Aさんや妻からは不安の訴えはなく、追加の支援を要請することなく退院となった。

・3回目の入院

2回目の退院以降も外来で化学療法が行われていたが、自宅で嘔吐し食事摂れず退院から10日後に再入院となった。入院後は病状の悪化に伴い苦痛緩和を中心に行うことになった。数日経ち、Aさんは夜間の不眠を訴え、同時に不安も表出するようになった。Aさんは自分で動けないことが苦痛と話され、「もう、だめだ」と諦めの言葉も聞かれるようになった。しかし、「いろいろ、やりたいこともあるから」と自宅での生活を望んでいた。妻は自宅での介護に限界を感じていたが、「もう長くないかと思えばできるだけそばにいてあげたい」と話され、毎日、遅くまで付き添われていた。Aさんも妻がそばにいて安心されていたため、2人が共有できる時間を過ごせるよう配慮していくことを目標とした。実際に保清や排泄介助など日常生活における援助は妻と一緒にいった。また、調子が良いときには短時間であるが車椅子で散歩したり、15時には好きなコーヒを飲んだり2人だけで過ごす時間を作ることができた。しかし、Aさんは全身状態の悪化に伴

い永眠された。

考 察

今回の事例のように、癌治療を継続する中での緩和ケアは困難なことが多い。告知後に患者と家族の意思を確認することで妻が自宅での生活に不安を抱えていることがわかった。退院が可能になっても介護に必要な知識や技術が備わっていなければ、在宅に移行することは困難である。そこで、ソーシャルワーカーや地域医療連携室の看護師に支援を要請した。そのことにより、問題点を解決するための様々な情報が提供でき、その中から患者に必要な方法を選択することで外出と外泊を可能とし、早期から患者と家族が自宅での生活をイメージすることができた。

また、介護者は妻のみであったため妻への負担も大きかった。家族に状況を話し、妻の妹が協力してくれることで妻の負担も軽減された。家族の協力が得られたことで妻は「外泊もできるかも」と前向きに考えることができるようになった。介護者が複数いることで身体的・精神的負担の軽減を図ることができたのではないかと考える。

また、毎日、同じ看護師が患者や家族と接することは難しく、日々のカンファレンスを行うことで情報を共有し、統一した関わりをもつことができた。看護師側から患者や家族の悩みを解決していこうという姿勢が大切であり、患者や妻の話を傾聴し信頼関係を築くことができた。入退院を繰り返してはいたが、入院中だけではなく退院後も外来看護師やソーシャルワーカー、地域医療連携室看護師が関わることで患者や家族に安心感を与えることができたと考えられる。3回目の入院時には自宅に帰ることはできなかったがお互いにとって何が一番良いのかを考え、

目標を変更することもできた。

退院に向け、どの場面に関わるかタイミングが難しいがそれぞれの話をよく聞き、必要な職種の援助を活用することが大切である。退院支援の方法はそれぞれの患者によって異なるが、患者と家族が意思決定できるように情報提供し、環境を調整していくことが必要である。また、在宅へ移行するにあたり、苦痛出現時や介護者の負担があったとき、いつでも対応できる体制にあることを伝えておくことが重要である。そうすることで、患者、家族は安心して在宅で生活することができるのだと考える。

ま と め

急性期病棟においては、治療と緩和ケアが同時に行われることが多い。そして、ゆっくりと患者や家族の気持ちを傾聴する時間がもてないことも現状である。今回の事例のように、早期から終末期の過ごし方について患者、家族と話し合う場を設けて意思を確認し、要望に応えられるように取り組むことが大切である。そのために必要な職種へ支援を要請しチーム全体で情報を共有し、いつでも対応できる体制を整えておくことが重要である。

参考文献

- 1) 山崎美也子：一般病棟におけるターミナルケアの現状と課題、第36回成人看護Ⅱ、p 9-11 2005.
- 2) 伊藤成美：終末期がん患者の妻へのアプローチの方向性、第35回成人看護Ⅱ、p 86-88, 2004.
- 3) 下永吉麻里：再発・転移患者、家族への告知時のケアと対応、消化器がん・内視鏡ケア 日総研 Vol 12 No4, p 14-21, 2007.

表1 入院中のAさんと妻の心理的状況と退院支援

	A さ ん	妻	関 わ り	結 果
1 回目の入院	思っていたよりも病状が悪く落ち込んでいたが、自宅への退院に意欲あり。	介護に不安はあったが外出はさせたい。	ソーシャルワーカー、地域医療連携室看護師に支援を要請。 妻に情報を提供。 疼痛時、嘔気時の対応について説明。	外出後、「よかった」という言葉が聞かれた。 外出、外泊を繰り返し退院が実現できた。
2 回目の入院	自宅での生活を希望。 1 回目の入院と症状が同じ。	自宅への退院を望んでいた。 不安の表出はなかった。	追加の支援を要請することはなかった。 症状出現時には来院するよう説明。	1 週間ほどで退院する。
3 回目の入院	体動困難となるが、退院を希望。 不眠・不安を訴える。 妻がいることで安心。	自宅での介護に限界を感じていた。 「できるだけ傍にいてあげたい」と話される。	2 人が共有できる時間を持てるように配慮した。 妻と一緒に保清や排泄介助など日常生活における援助を行った。 車椅子で散歩に出かけたり、コーヒーを飲んだり2 人だけの時間を作ることができた。	全身状態の悪化に伴い永眠される。