

できるだけ家ですごしたい ～思いをかたちにする支援～

Will to spend time at home as long as possible
～ Support to achieve will of the patient ～

医療福祉支援センター¹⁾ 外来²⁾ 退院支援³⁾
小林裕子¹⁾ 小竹美千穂¹⁾ 池上俊彦¹⁾
高山真奈美²⁾ 赤羽公子²⁾ 三井貞代³⁾

〈要旨〉医療機関のみならず、近年はチーム（多職種）での関わりへの期待が高くなっている。なかでも在宅療養に向けた支援には、チームでの取り組みは欠かせない。特に人生の終末期における患者の自己決定を、どのようにしたらチームメンバーが尊重できるかは、各職種が同じ方向に向かって必要な役割を果たしていくことが重要であると考え。ひとりの患者の関わりを通じて、各職種のあり方がみえてくる。

キーワード：患者の自己決定、在宅療養に向けた支援、チーム（多職種）

I. はじめに

平成20年に厚生労働省がおこなった『終末期医療に関する調査』において、死期が迫っているときの療養場所として、63%の一般国民は自宅で療養することを望んでいるが、66%は自宅で最期まで療養することは困難であると感じている、と報告されている。

今回、人生の終末期を『できるだけ家ですごしたい』と思う患者とその妻に、多職種で連携しその思いを共有し関わったことで、患者が安心し満足して過ごすことができた事例を経験した。この事例の経過は、今後の当院における在宅療養に向けた支援に生かすことができると考えたので検討を加えて報告する。

II. 方法

診療記録、看護記録、窓口相談の記録から経過及び関わりを検討した。

III. 倫理的配慮

研究にあたり記述内容で対象者が特定できないようにした。

IV. 事例紹介

80歳代 男性

疾患名：悪性黒色腫、多発リンパ節、骨、肺転移

家族構成：妻と二人暮らし

（長男は県内、次男は他県在住）

《経過》

- 2010年3月 近医より当院を紹介、悪性黒色腫と診断。
4月 右頸部の原発巣切除術施行。
5月 外来にて、月1回のインターフェロン療法開始
7月 CTにて右頸部リンパ節転移。
9月 IC 患者と妻へ

（主治医）「がんの局所の再発はないが、触知できないリンパ節転移が複数ある。

心臓の機能に問題があり、全身麻酔の要する手術ができない。抗がん剤は年齢、合併症、期待できる効果（奏効率）1～2割など考慮するとあまり勧めない。

放射線療法があるが、開始時期は今もしくは、腫瘍が増大してきた頃かそれに伴って症状がでてきた場合となる。」

（患者）「現在無症状なので、経過をみながら放射線治療の開始を決めたい。」

（主治医）「進行した状態であるため、いつ他の臓器に転移が出てもおかしくはない。元気で動けるうちにやれることは、やっておくほうがいい。」

そのICの後夫婦は、北海道と九州旅行へ出かけた。

10月 CTにて右頸部リンパ節転移のほか局所再発、多発骨転移、肺転移の疑い

11月 放射線治療開始（3 Gy 10回骨盤）
放射線治療最終日にIC 患者と妻へ

（主治医）「病気がさらに進行している。今後食欲がなくなり、栄養や水分がとれなくなる。」

IVHや胃瘻という方法で補うことができる。（IVHや胃瘻について説明）痛みが出てくこともあるが、そのときは薬で抑える。場合によっては、麻薬を使うこともある。動けなくなることもあるが、通院できなくても、近くの医師に往診をしてもらえる。看護師にもきてもらえる。」

（患者）「できるだけ家ですごしたい。IVHや胃瘻、延命治療は希望しない。」

（主治医）「入院が必要になっても、当院での専門的な治療はないので、受け入れできない可能性がある。そのときは他の病院を紹介する。」

在宅療養の環境を整える目的で、主治医から医療福祉支援センターへ紹介

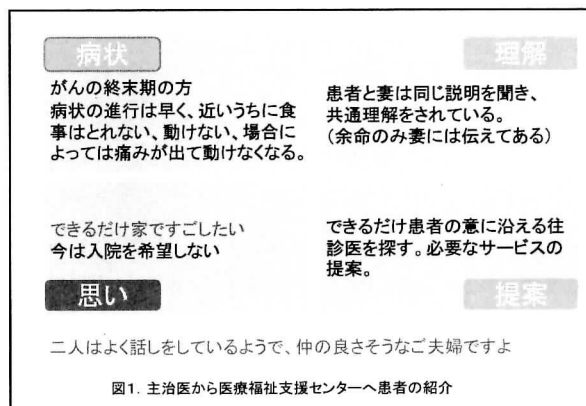
12月下旬 亡くなる直前まで自宅ですごされ、近くの病院で死亡

V. 事例の展開

1. 主治医から医療福祉支援センターへ患者の紹介

主治医の医療福祉支援センターへの患者紹介の状況は、次の通りであった。病状について、がんの終末期の方であり、その進行は早く、近いうちに食事がとれない、動けない、場合によっては痛みが出て、動けなくなる。余命は妻のみに知らされていたが、それ以外は患者も同じ説明を聞いている。患者と妻はよく話しており、共通理解をしている。夫婦は、いつも二人で顔を見合わせて結論を出す、

とても仲が良い。患者と妻の思いは、できるだけ家ですごしたいと考えており、入院は今のところ希望しない。できるだけその意に沿える往診医を探すことと、必要なサービスの提供を依頼された。

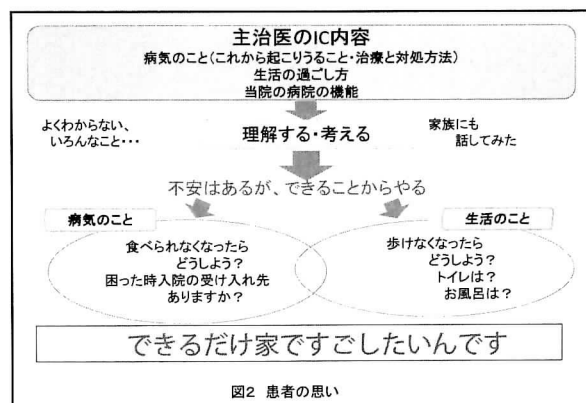


2. 『初回面談』 どんな方だろう・・・

相談者と患者・妻が初めて出会い、支援関係の基本が築かれる重要な段階である。

（1）患者の思い

患者の思いが、どのような経過から存在するのか。十分な情報とその理解のもとで、判断されたことなのかどうかを確認する必要があると考えた。患者は、主治医からの説明を受けて（病気のこと、これから起こりうること、治療と対処方法、生活の過ごし方、当院の病院の機能）を自分の言葉で語った。当院が特定機能病院であり急性期の疾患を入院加療の対象としているため、入院が必要になった場合、他の病院への入院をお願いしたいと言われているということであった。患者と妻は、そのことについてもよく理解をしており、



不安はあるが、できることからやるという気持ちであった。そして患者から「できるだけ家ですごしたいんです」と思いが語られた。外来受診の合間の限られた時間の中ではあったが、患者の病期にあわせ当院の主治医が十分な説明や情報提供などを行っていること、それを患者と妻が理解し、判断されていることが確認できた。

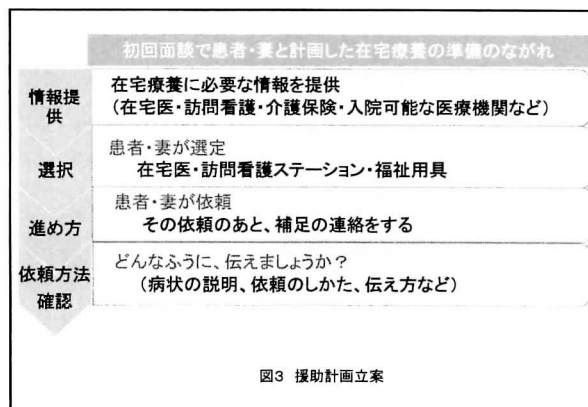
(2) アセスメント

患者と妻は、課題をどう解決できる人なのかどうかをアセスメントした。その結果、患者と妻は自分たちで必要な情報を集めることができ、相談しながら選ぶことができる。そして自分たちの言葉で、考えや思いを伝えられる人たちであった。この例では相談者は、市役所の介護保険の窓口などに紹介するのみといった対応も考えられた。しかしながら、患者の病状の進行が早く、時々刻々と変化していくADLに合わせて、早急に準備が必要であると考えたし、また患者と妻も相談者の支援を受けることを希望された。そこでさらに患者と妻のニーズを聞き、整理した。

(3) 援助計画の立案

患者と妻のニーズに合わせ、一緒に援助計画を立案した。その上で在宅療養に必要な情報（在宅医・訪問看護・介護保険・入院可能な医療機関など）を提供したところ、往診医は、患者か妻のかかりつけの医師のどちらかにしたいということであった。調べたところ、患者のかかりつけの医院は居宅から遠く、往診をしていないこともあり、断念せざるを得なかった。しかし幸いにも患者は以前、妻のかかりつけの医院にもかかったことがあったので、患者はさほど迷うことなく、妻のかかりつけの医院を在宅医に選んだ。妻は、『自分が相談しやすいのでもいい』と話した。訪問看護は多くの中から3つのステーションを選択し、そのうち自宅近くを第1希望とした。入院可能な医療機関は、地域の急性期の医療機関で該当するところを全て説明し、その中から患者が2つ選択した。1つは自宅の近くの病院であり、もう1つは過去に入院歴のあるところであった。依頼方法は、まず患者と家族がはじめに介護保険の申請、在宅医、訪問看護へ連絡し、その依頼ができた時点で相

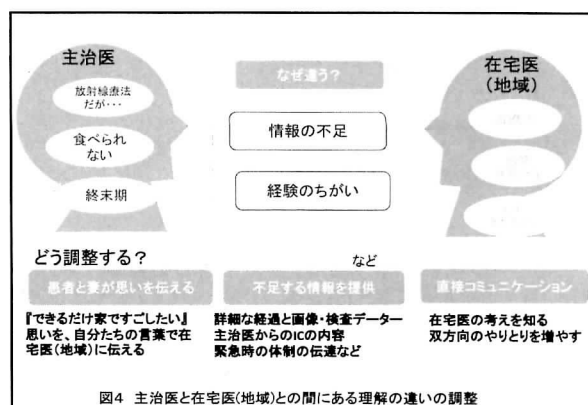
談者に連絡を入れてもらい、その連絡をうけた後に相談者から各々へ補足を行うこととした。患者の状況や思いは、患者が相談者へ話した内容でよく伝わると話し、各々へどのように依頼をするか確認した。



3. 計画の実施と介入

(1) 主治医と往診医（地域）との間にある理解の違いを調整

患者と妻が、主治医からの情報提供書を持参し、妻のかかりつけの医師（在宅医）を受診し、往診を依頼したと、妻から相談者に連絡があったので、その後相談者は連絡をした。在宅医は情報提供書から、患者の食べられない症状は放射線療法による宿酔症状であり、それはすぐに落ち着くだろうと考えていたので、相談者は主治医が患者と妻に説明したとされる今後の見通しや予後との間に解離を感じた。在宅医は患者と妻の話を聞き、患者ががんの終末期であるようだが、診療情報提供書からはそのように考えられない。がんの終末期だとすれば、自分もそのように理解を



してなくてはならないとも考えているともわかった。相談者は在宅医からの話を、主治医へ報告をした。主治医は初回の診療情報提供書の内容の不足があることと、その疾患に対する経験の違いがあるのかもしれないと考えた。そこで再度、詳細な疾患の経過と画像や血液などの検査結果を、患者と妻に対するICの内容及び、それに対する患者の理解を記載し情報提供をした。さらに主治医は直接在宅医に連絡をとり、相談や緊急時の対応の必要があればいつでも応じることを伝えた。

(2) 主治医と在宅医が直接話せるような調整

主治医と在宅医が直接話す機会は、外来看護師の関わりの中で得られることもあった。患者が当院の予定受診をしなかった際に、外来看護師が自宅へ連絡をした。妻は外来受診日を忘れていたとのことであったが、その時患者は自宅で点滴を受けていた。外来看護師は妻から、患者の様子、過ごし方、在宅医及び、訪問看護等の関わりの様子、そして介護者である妻の様子を聞いた。その上で今の困りごとについて聞いたところ、『今日受診できないと、薬が足りなくなってしまう。在宅医から処方してもらえると、助かるけれど…』と答えた。外来看護師はこのことを主治医に報告した。主治医は、速やかに在宅医に連絡をとり処方の依頼をするということもあった。

(3) 地域からの報告を主治医に伝達

患者の経過についてその都度、訪問看護師から相談員が受け、それを主治医に伝えた。初回面談から1ヶ月は、患者は自宅で穏やかな時間を過ごした。妻は睡眠や食事がとれ、疲労は少ないようであった。1ヶ月を過ぎる頃、呼吸苦が増強、自宅で酸素吸入がはじまった。それでも在宅医は、患者と妻に笑顔で『大丈夫、大丈夫』と声をかけていた。数日して患者自身から、入院の希望があった。妻は在宅医、訪問看護師らと相談した。そして患者と妻は『専門の治療ではないので、近くの病院をお願いします』と在宅医に希望した。患者は入院し、数時間で穏やかに息を引き取った。在宅医から主治医への報告で、入院の直前まで患者と皆の意思疎通がしっかりとられ、できるだけ家ですごしたいという思いを尊重できたとのことであった。主治医から在

宅医へ感謝の意が伝えられた。

V. 考察

在宅療養、特に終末期の在宅療養においては1. 主治医から患者・家族へは、時間的なゆとりをもってICが行われていることが望ましい。また、看護師はできるだけICの場面に同席し患者・家族と共有し、寄り添い思いを聞き、必要な部門への連携を行う。

本来ICとは、適正な医療のために医療者と患者の相互主体的な信頼・コミュニケーション関係を形成・確保する基礎になる倫理観念である。¹⁾ 鎌田は「納得できるためにはわかりやすい丁寧な説明が必要であり、つらい現実を説明することができるかどうかは医療者の腕にかかっている。医療におけるコミュニケーションの目的は、患者が病気といい闘いをするためにある。ときには病気と共存するためにある。」²⁾と述べている。また田中は、「看護師は患者一人ひとりが、どのように病を意味づけているかサポートし、ICの補完をする役割を担っているとしている。」³⁾ 本事例で看護師はICの場面に同席することはなかったが、その役割を医師が果たしていたことになる。

2. 患者・家族の理解と思い（意思）を丁寧に確認することは、支援の基本となる。

どのような経過をたどりながら、患者の思いとなったのだろうか？十分な説明はあったのだろうか？その理解はあったのだろうか？その思い（意思）を相談者がしっかりと受け止められれば、その後の支援の助けとなる。アメリカの社会福祉学者バイステック（F. P. Biestek）が定義した相談援助技術の基本「バイステックの7原則」は、対人援助に関わる援助者の行動規範である。この7つの原則の1つが「自己決定の原則」である。自己決定を可能にする為に関わる人への働きかけも必要になるが、同時に自己決定を重要視するあまり、強要することのないように注意しなければならない。

3. 当院と地域との連携は、どのようなことであっても継続的な支援において大切であり、いつでも連携しているという安心感は、在宅医や訪問看護師をはじめとする地域の『患者と家族を支える力』になると考える。

患者が住み慣れた自宅で家族とともに過ごすことは、患者・家族にとって大きな安らぎにな

る。しかし同時に、いつ状態が変わるかもしれない病をかかえながら医療機関と離れ自宅で生活することは、大きな不安でもある。そのため緊急時の体制が示してあることが重要で、そうした意味でも日頃の連携が意味をなす。宇都宮らは、「大切なのは、退院調整だけで終わらせることなく“つなぎ続けること”だ」⁴⁾と述べている。本事例では、当院と地域が患者を中心につながり続けることができ、患者の思いの実現につながったといえる。

VI. 結語

在宅療養を支える為には、多職種、地域との関わりは欠かせない。

医療福祉支援センターの支援は、患者の思いはどのようにしたら実現できるのか、様々な課題を解決する為に手をつなぎ支える面をつくる過程（プロセス）と考えている。そして、その過程において、いつでも中心は患者であり、患者が課題を解決していけるよう側面的に関わることが大切である。

VII. 引用文献

- 1) 田中成明：法曹倫理と医療倫理の対比―自立と強制、倫理と法の関係をめぐる、生命倫理と法、288、弘文堂、東京、2005
- 2) 鎌田實：言葉で治療する、31、174、朝日新聞出版、2009
- 3) 田中美穂：入院・治療中の超高齢者がとめる看護～体験の記述と解釈～、日本看護研究学会 雑誌Vol. 31 No. 2、2008
- 4) 宇都宮宏子・三輪恭子：退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域、緩和ケア認定看護師がサポートする退院支援、80、日本看護協会出版会、2011

VIII. 参考文献

- 1) 秋山正子：家で死ぬこと、考えたことありますか？、保健同人者、2011
- 2) 田中千枝子：保健医療ソーシャルワーク論、勁草書房、2008
- 3) 高良麻子：相談援助の基盤と専門職 第2版、第6章 1節、108、中央法規、2009