

がん終末期患者の在宅への退院支援 —地域合同カンファレンスを行った2事例を振り返って—

Discharge support to promote being at home of cancer patients in the terminal phase of the disease
— Our experience of two cases that we took up in the community-joint conference —

西2階病棟：遠山理江 飯島克枝 百瀬悦子 細田かず子
退院支援看護師：三井貞代
医療福祉支援センター相談員：小林裕子

〈要旨〉今回、地域合同カンファレンスを開催し地域との医療連携を図りながら退院に至った終末期患者2事例について振り返った。終末期患者の退院支援では、患者と家族の不安や思いに寄り添いながら、意思決定を促すこと、可能な支援を具体的に示し、継続的に関わっていくことが大切である。そして地域の医療従事者を交えたカンファレンスを開き、患者や家族の希望や思いを直接伝え、顔が見える場所で率直に意見交換することが、難しいケースを支援していく上で大変重要であることがわかった。

キーワード：退院支援、終末期患者、地域合同カンファレンス

はじめに

終末期患者は身体活動度も低下しているため、何らかの医療処置を必要とし、在宅療養の実現には大きな介護力が必要とされることが多い。宇都宮は「終末期患者の自宅への退院は患者、医療者ともに不安を覚える傾向にあるが、在宅で受けられるケアや療養生活の実際について専門家から情報提供を受けることで不安や思い込みを払拭できることは少なくない」¹⁾と述べている。そのため看護師は患者・家族の希望、病状、家族の介護力、地域のケアシステムなどを統合してアセスメントし、退院調整をしていくことが求められる。また大内らは「患者や家族の不安を軽減するためには、退院前に転院先スタッフを交えてのケアカンファレンスを開くなどして「顔の見える医療連携」を実現することが最も効果的である」²⁾と述べている。これは転院のケースだけでなく、地域で医療を受けながら自宅へ退院する場合にも重要であると考えられる。今回退院前に患者・家族を含めた多職種による地域合同カンファレンスを開催し退院に至った2事例の患者の支援を体験した。退院に至るまでの看護師の役割、地域合同カンファレンスによる連携の重要性を学ぶことができたので、その経過をまとめ報告する。

方法

入院日より退院までの看護記録、カンファレンス記録から退院に関する患者および家族の言動、退院支援に向けて行った看護介入を振り返った。
入院日より退院までの看護記録、カンファレンス記録から退院に関する患者および家族の言動、退院支援に向けて行った看護介入を振り返った。

事例紹介

事例① A氏：60歳代 男性

診断名：食道がん、リンパ節転移（頸部、気管支、右鎖骨上窩）

家族構成：妻、次女との3人暮らし。長女は実家近くに嫁いでいる。幼児2人の母。キーパーソンは妻。

＜経過＞

2008年4月上旬飲み込みにくさを自覚。かかりつけ医の内視鏡で食道がんと診断され、A病院へ紹介される。6月に手術施行。12月に再発あり、放射線療法、化学療法を行う。2011年8月15日誤嚥性肺炎になり入院。その後誤嚥性肺炎を繰り返し、一時期生命的危機に陥ったが軽快する。9月下旬から食事再開となったが経口摂取での栄養は不十分な状態。外泊を体験後、11月上旬の退院を目指す。ポート感染を起こし退院は延期になる。炎症改善後11月9日にポート再挿入。11月21日退院前地域合同カンファレンス行い、翌22日退院。12月上旬自宅で永眠された。

＜退院に向けての問題点＞

患者・家族・医療者間で考えている「退院できる状態」にずれがある。

①医療者は、疾患に対する治療が中止となり急速な悪化が予測されるので、1日でも長く家で過ごして欲しいと思っている。

②医師からの説明で家族は予後を告げられているが、患者は病名の告知のみで、はっきりとした予後は告げ

られていない。本人に「今、帰らない」という差し迫った気持ちがないが、帰りたいと思っている。

③家族は本人の気持ちを尊重しており、家に連れて帰りたいという気持ちはあるが、繰り返す肺炎とポート感染等病状が不安定で、退院に対して不安を感じている。

<患者への介入>

肺炎が改善し退院の話ができた頃の患者本人の希望はごはんが食べられるようになり、点滴が外れて、痛みなく歩けるようになった状態で帰りたいということであった。しかし医療者側は誤嚥性肺炎を繰り返して経口で十分な栄養を取ること、本人の訴える痛みも完全に取りきることは難しいが、まだ点滴台につかまれば歩行もできる状態であり、家で点滴をしながら外来通院でフォローしていくことが可能であると考えていた。また患者は以前食道がん再発の告知を受けた際に抑うつ症状がでてしまったこともあり予後については未告知であった。妻は献身的に患者の世話をし、介護に協力的であったが、家で点滴をすることや家で急変したときの対応などに強く不安を感じていた。介護認定が要介護5を取れたこともあり、訪問医や訪問看護も導入できること、操作が簡単な在宅用中心静脈栄養用のポンプがあり家で点滴をしている方も大勢いることなどを紹介することで、少しずつ在宅療養に対する理解を得られ、本人からは「帰るのに心配なことは痛みのことだけ」との発言が聞かれるようになった。妻は在宅療養でのイメージが少しずつ現実的になるにつれ、本人の帰りたいという思いを尊重したい気持ちと、家で医療行為をすること、急変するかもしれないことへの不安で気持ちが揺れ動いていた。看護師は患者の揺れ動く思いを傾聴し、普段は言えない患者本人の気持ちを家族に伝えるなど家族間の思いを調整した。また肺炎を繰り返し、ポート感染を起こしたこともあり病状に対する不安が本人・家族ともに強かったため、医師からの病状説明を共に受け、不安の軽減ができるように援助した。このような支援を継続することで、患者本人と家族の退院への意思が強まっていった。

<退院前地域合同カンファレンス>

参加者：患者、妻、次女、病院主治医、在宅主治医、訪問看護師、ケアマネージャー
退院支援看護師、MSW、病棟看護師

はじめに医療職者のみで現在の病状、病棟で行っているケアについて情報交換を行った。その後患者と家族も交えてカンファレンスを行った。家族から「病院では看護師がいてくれるが、家では家族だけなのでそこが心配」という声が聞かれた。それに対し、在宅主

治医から「大丈夫」「24時間電話で対応できますよ」と言ってもらえたことで、A氏から「帰ってみよう」というしっかりした意思が聞かれた。また病院主治医から「在宅が無理だと思ったら入院することもできる」と説明された。A氏の帰りたいという発言と訪問看護師やケアマネージャーと顔を合わせて具体的な話ができたことで家族も心を決め、翌日退院となった。

事例② B氏：60代 男性

病名：食道癌、統合失調症

家族構成：妻（精神疾患あり）長女（看護学生）の3人暮らし。双生児の次女は諏訪在住。
生活保護受給中

<経過>

平成22年7月初旬より、胸焼け・食道つかえ感があり、食事摂取困難となり、A病院受診。中部食道癌と診断される。8月30日から10月22日まで放射線照射60GY/30回施行。化学療法も併用した。11月15日退院時には原発巣の残存が認められた。以後外来で経過観察を行っていた。平成23年8月食事摂取量が減少。9月中旬頃より食道狭窄が強くなり水分摂取できず、14日緊急入院となった。B氏は既往で統合失調症があり拒否的な態度が強かった。そのため看護ケアの協力が得られにくく、易怒性もあったためコミュニケーションも困難であった。

10月12日食道ステント留置され、留置後も水分摂取を拒否していたが18日よりラコールのみ摂取できるようになった。ラコールは入院前にB氏が摂取していたものであったため受け入れられた。しかし、B氏は自分で決めた最低限の量しか摂取せず、その他の水分の摂取は拒否していた。また退院に向けてリハビリテーションの必要性を説明するが拒否し、ベッド上で寝たきりの生活となり、廃用性症候群が進んだ。B氏はそれでも「絶対退院する。誰が何を言おうと絶対帰る」と退院希望が強かった。家族はB氏の性格を考慮し退院することは受け入れていたが、「こんな状態で家に帰れるのか」と不安の訴えが聞かれた。長女は、「母は精神疾患があり、介護は行えないが、看護学生である自分が介護するので父の希望を叶えてあげたい」という思いが強かった。医療者は患者と家族の思いを聞き、希望に沿いたいと考え、退院準備を開始した。11月14日地域合同カンファレンスを開催した。介護サービスの導入と在宅の環境を整え、11月16日に退院となった。12月4日急変し、A病院へ緊急搬送され、翌日永眠された。

<退院に向けての問題点>

①介護者の負担

妻と長女がキーパーソンであるが、妻は精神疾患が

あるため介護は期待できない。患者と長女の関係はよいが、日中長女は学校に行っており、妻も外出してしまうことが多く、患者は一人である。長女が帰宅してからやることが多くなり負担がある。

②生活上の問題点（排泄，食事，保清）

罹患してから徐々に筋力低下があり，自宅でも何回か転倒していた。入院中にリハビリテーションを進めたが患者からの拒絶があった。排尿は臥床したまましびんを使用し，排便はおむつ内にして活動することも拒否していたため廃用性症候群が進んでいる。水分を進めても拒否し，点滴500ml/日施行し，ラコールを5～6包/日飲めるのみであるため，必要な栄養や水分が足りない状態。

③拒否的態度

看護ケアに拒否的であり，自分が納得できないことを言われると怒ってしまうため，訪問看護や往診を導入するにあたって，受け入れ困難が予測される。

<退院調整>

①介護者の負担軽減のための準備

介護保険を申請し訪問看護導入を行った。在宅医を決め往診依頼した。

②療養環境の整備

除圧マットを入れたベッドの準備。尿器の購入。在宅医による点滴継続。

<退院前地域合同カンファレンス>

参加者：妻，娘，（B氏は拒否されたため欠席），病棟医師，病棟受け持ち看護師，往診医，かかりつけ精神科クリニックの精神保健福祉士，ケアマネージャー，訪問看護師，市役所障害生活支援課，介護ショップ担当者

病棟医師より病状説明があり，予後は半年であること，今後起こりうる症状として感染症（肺炎）のリスクが高いことが話された。往診医からもこれらの状態を把握し，まずは週1回往診していくことが決まった。病棟看護師から日常生活上の問題点を説明し，介護用ベッドと褥瘡予防マットが搬入されることを確認した。またケアする上で拒否的態度に対する関わり方が重要であると考え，病棟での生活を日課表にしてまとめ，看護上のポイントをまとめて出席者に提示した。日課表と関わり方の提示についてはあらかじめ家族の同意を得た。話し合いの結果，家族がいる時間帯に合わせて往診をすることになった。家族からは訪問看護師や往診医と直接話をするのができ，その場で疑問点や不安な内容を話し合えたので安心したという声が聞かれた。最後に緊急時の対応についても確認した。

考察

A氏は繰り返す肺炎，ポート感染により一時は生命の危機にも陥ったため，本人も家族も病状に不安を抱いていたことが退院を難しくさせていた。地域合同カンファレンスで在宅主治医から「大丈夫」と力強く言ってもらったこと，病院主治医から「無理だと思ったら入院できる」と説明されたことが退院決定の決め手となった。カンファレンスで本人・家族が自分の思いを率直に語るができ，医療者側もその思いを受け止めたことが，本人・家族の不安軽減につながったと考える。またA氏の場合は患者，家族，医療者間の思いにずれがあり，その調整を行う過程に時間を要した。A氏に予後は未告知であったため患者に危機感がなかったことも一因ではあるが，患者に残された時間は短いため，入院早期から患者・家族がどうしたいのかを把握し，ニーズに応じた情報提供をすることで，もっと早期に退院へと結びつけることができたのではないかと考える。

B氏は地域合同カンファレンスを通して地域と医療連携を図ることができ，うまく在宅に移行できた事例であった。精神疾患があったが，娘の協力が得られたことは大きなサポートとなった。カンファレンスで具体的支援内容を話し合うことができたこと，訪問看護師や在宅医と直接顔合わせができたことは家族に安心感を与え，不安の軽減につながった。また病棟看護師から直接訪問看護師にケアのポイントを伝えることができたことは，紙面だけでは伝わりにくいB氏の対応について細かく伝えることができ，継続看護につながったと考える。

宇都宮は「退院支援は患者・家族が退院後の療養生活を自分で選ぶことができるように，その思いを引き出しながら必要な情報を提供すること，退院後も医療を継続できるように調整すること」³⁾と述べている。今回経験した2事例は終末期患者であり病態が安定しないこと，予後が短いことから早期の速やかな退院支援が求められた。そこで患者や家族の思いを調整しながら，地域合同カンファレンスを開催し，必要な情報提供や意見交換をしたことが，患者や家族の背中を押す結果となった。患者のQOLにおいては良い時期に退院が実現できたと考える。

また平松らは「在宅移行期には様々な不安を持ち，気持ちが揺れ動くため，その思いや不安に寄り添いながら継続的に関わっていくことが必要である。在宅移行期における支援では，早期から十分な退院支援を行うこと，また単に一般的な情報提供や退院指導，在宅サービスの調整を行うだけでなく，療養者と家族がどのような生活を望んでいるのかを話し合い，両者の意思決定を促していくことが大切である」⁴⁾と述べている。終末期患者の退院支援では，早期から患者・家族

の思いを明らかにしどんな療養生活を望んでいるのか、それが実現可能なものであるか、多方面からアセスメントしていき、患者・家族の思いと、医療者の思いをひとつの方向へまとめていくことが必要となる。そして地域の医療従事者を交えたカンファレンスを開き、患者や家族の希望や思いを直接伝え、顔が見える場所で率直に意見交換することが、終末期患者の退院を支援していく上で大変重要であることがわかった。

終わりに

今後も退院前地域合同カンファレンスを継続し、患者の退院支援に役立てていきたい。また退院後に同じスタッフで再度地域合同カンファレンスを開催し、患

者の状況を把握することで退院前地域合同カンファレンスの効果や問題点について明らかにしていきたい。

引用文献

- ・宇都宮宏子編：退院支援実践ナビ，P106～116，医学書院，2011
- ・大内尉義編：高齢者の退院支援と在宅医療，P93～99，メディカルビュー社，2006
- ・平松瑞子・中村裕美子：療養者とその家族の退院に関連する療養生活の不安，大阪府立大学看護学部紀要 16巻1号，P9～19，2010
- ・宇都宮宏子編：病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例，P4～5，日本看護協会出版会，2009