

終末期患者の在宅療養移行への援助の検討

北7階病棟：発表者 青柳美恵子
小沢 裕子・布山 増江

I はじめに

近年化学療法の進歩などにより、進行癌の患者の延命が可能となった。その反面入院が長期化することも多く、家に帰りたいたいと思いつながら、帰れないまま病院で死を迎える例も少なくない。そのような事例を体験する度、私達は心を痛めてきた。終末期の患者のケアでは、残された生をその人が望むかたちで送れる様援助することが大切である。私達は最近退院の希望を持つ症例を経験した。その援助を振り返り、終末期患者が在宅療養に移るための援助を検討したので報告する。

II 研究期間

昭和62年12月～昭和63年7月

III 事例紹介

1. 事例その1

(1) 事例の概要

K氏, 61才, 男性, L4・5椎弓, 右鎖骨窩リンパ節, 縦隔リンパ節転移。

<入院期間>

昭和63年3月1日～昭和63年6月5日

<家族構成>

妻と二人暮らし。長男は結婚後、隣市に別居、自宅は医療機関から遠い。

<入院から退院までの経過>

昭和63年2月、排尿・排便障害、下肢痛出現し、歩行困難となる。当院整形外科にて腫瘍摘出術・椎弓切除術後、放射線治療行う。3月リンパ節腫脹による無気肺となり、呼吸状態悪化し、当科に転科。化学療法3クールにて呼吸困難改善するが、治療後は感染をくり返していた。退院時はベッド上での生活で、短時間の自立起坐は可能だった。排泄障害は続いており、咳嗽後など酸素吸入をしていた。

(2) 患者及び家族が在宅療養を決定したプロセス

化学療法や感染により不安が強くなり、夜間不穏状態となった。本人は歩ける様になってから退院しようと考えていたが、医師より時間がかかると説明を受け、それならば家でゆっくり治したいと考えた。家族も今後は対症療法しかないと言われ、本人が望むようにと在宅療養を決定した。

(3) 在宅療養に向けて行った援助

1) 看護面

排泄障害があり、導尿・排便の援助が必要であった。そこで、退院一週間前より妻に指導を始めた。必要物品、手順、清潔不潔の区別等書かれたパンフレットに従って、一日1～2

回実施した。夜間導尿が妻の負担とならない様、時間を4°・9°・16°・21°とした。便通は下剤の内服を続け、排便も2～3回指導した。陰部洗浄は、市販の便器では腰痛が出るため、タオル・新聞紙・ビニールで作った便器を使い、排便時に一緒に指導した。退院後は、やかんをピッチャーのかわりにすることにした。清拭・食事介助については、付き添い中より一緒に行っており、問題はなかった。

2) 医療面

激しい咳嗽後など酸素吸入が必要なため、在宅酸素療法を適応し設置した。使用方法については、妻・長男が設置時説明を受けた。また近くに医療機関がないため、病状急変時の不安が患者・家族共に大きかった。そこで継続医療として、診療所の医師による週2回の往診と緊急入院時の手続き、また看護技術の確認のための保健婦の訪問等を依頼した。

(4) 退院後の経過

退院2週間後に、ポータブルバスによる入浴を兼ね家庭訪問を行った。病状は安定しており、一日中酸素を使わないこともあり、入院中より表情が生き生きしていた。妻もこんなに嬉しそうに夫と一緒に過ごせることを喜んでいた。看護技術も問題なく行われていた。

2. 事例その2

(1) 事例の概要

F氏、40歳、男性、胃癌（医学部研究室勤務）

<入院期間>

昭和63年2月4日～昭和63年5月31日

<家族構成>

患者・妻・子供（12歳・10歳）の4人暮らしで、妻も研究室勤務。

<入院から退院までの経過>

ボールマンⅣ型で、胃全摘、脾摘、膵部分切除、食道空腸吻合術後、再発による通過障害（嘔気・嘔吐）出現し、昭和63年2月当科入院。IVH開始後、化学療法3クール施行するが、著明な症状の改善みられず、経口的には時々、水分・ゼリー等がとれる状態であった。気分の良い時は研究室に通っていた。

(2) 患者及び家族が在宅療養を決定したプロセス

患者には術後狭窄と説明され、疑う様子はなかった。入院が長期になるにつれ、変化のない病状に次第に焦りがみられた。3ヶ月经過後減給を心配し、IVHをしたままの退院の意志を強くしていった。妻は治療の継続を望んでおり、化学療法を2週間程度の入院でくり返していくことで納得した。

(3) 在宅療養に向けて行った援助

1) 看護面

経口摂取ができないこと以外は、特に日常生活は問題はなかった。4月中旬頃より、長期入院による焦りがみられ、闘病意欲も低下した。その様なF氏の状態に、主治医も治療方針の見直しを考えていたが、積極的な姿勢はみられなかった。そこで私達は医師との話し合いの必要性を感じ、合同カンファレンスを開いた。その結果、若く研究熱心な人であるため、化学療法を続けながら、可能な限り仕事をしていくということになった。妻に対しても動揺

しやすい性格のため、入院当初はしばらく病名を告げない方針であったが、受容し患者のこれからの闘病生活を支えていける様にと、早期に告げられた。その後、妻は外泊、退院も積極的に受け入れ、毎日病室に通う様になった。

2) 医療面

IVHをしたままの在宅療養のため、その管理が必要であった。そこで患者と妻に空気混入時の対処、フィルター交換、ボトルの交換方法を指導し、退院1ヶ月前より数回の外泊にて自信をつけた。二人とも医療関係者であったため、受け入れはスムーズであった。退院にあたり、ルートの交換は週2回とし、1回は刺入部の消毒と一緒に外来で行い、もう1回は患者が自分で行うようにし、方法を指導した。輸液については週3回妻が薬局で受けとることとした。退院後のフォローアップも職場が近くいつでも受診できることで安心した様子であった。

(4) 在宅経過

退院後はほぼ毎日研究室に通いながら、週1回外来受診を続けていた。IVHのトラブルもなく時折病棟に顔を出し、「順調です」と話していた。研究も一区切りつき、7月4日化学療法のため再入院となる。

3. 事例その3

(1) 事例の概要

H氏、62才、男性、肺癌、骨・皮膚・左腎転移

<入院期間>

昭和62年7月24日～63年5月29日

<家族構成>

妻と二人暮らし。子供とは同居せず。

<入院から退院までの経過>

化学療法3クール（PVP）施行、ライナック照射後、放射線肺臓炎及び気胸起こす。昭和63年3月症状軽快し外泊行う。この頃退院の話もあるが、左腎・骨転移による疼痛出現し、鎮痛剤の使用増加したため胃潰瘍併発する。鎮痛目的にて化学療法（VAC）施行後次第に疼痛消失し、5月初旬には、1日1～2ヶの坐薬でコントロールできる様になった。退院頃には入浴や院内の散歩をする様になった。

(2) 患者・家族が在宅療養を決定したプロセス

患者ははじめ「痛みが完全にとれてから退院したい。」と言っていた。痛みが軽減してくると、この位なら家に帰っても大丈夫だろうと話す様になったが、決断しきれない様子であった。妻も最初は、入院を続け延命治療を希望していたが、医師より現在の治療が通院でも可能であることを説明されると、夫の希望通り退院させてあげたいと考える様になった。

(3) 在宅療養に向けて行った援助

1) 看護面

患者は、3月の外泊時に呼吸困難を経験していた。自分の呼吸状態が把握できていなかったため、動き過ぎてしまったのであった。このことが患者の心に残り、以後外泊を希望しなかった。そこで、カヌラによる酸素吸入をしながら入浴介助を行ったところ、呼吸困難なく

終り、2度目は酸素を使用しなかった。その後患者は次第に行動範囲を広げ、5月初旬再度外泊をし、家ででの生活に自信を持った。しかし完全にとれない側腹痛に対する不安は続いた。そこでモンテラの統一や今後の援助について、医師との合同カンファレンスを開いた。その結果「痛みは腎腫脹のためで、時間をかけ外来で治療していく。」と本人に説明された。具体的な説明がされたことにより不安が軽減され、坐薬の使用回数も減った。

2) 医療面

退院にあたり、患者・家族共に心配していたことは、病状急変時の対応であった。それは今回の入院時、ベッドが空かずに何日か待ったためであった。これに対して、時間外でも受診する事と、すぐに入院の手続きをとる事、万が一無理な場合、一時関連病院に入院する事を決めた。

(4) 退院後の経過

週1度の外来受診に妻と一緒に来院している。受診の待ち時間を利用して、その後の様子を本人または妻に尋ね、退院後の生活を把握した。最初は家でも床に就いていることの多かったH氏だが、現在は調子のよい時は庭に出て盆栽の手入れをしている。腹痛出現したため、7月までにVAC療法を2回外来で施行。

4. 事例その4

(1) 事例の概要

O氏, 74才, 男性, 肺癌, 骨・脳転移

<入院期間>

昭和62年12月25日～昭和63年3月21日

<家族構成>

妻と娘の三人暮らし（子供は5人、うち2人は看護婦）

<入院から退院までの経過>

昭和62年12月当院整形外科より転科。腰部、両下肢痛あり、除痛目的でブロンプトンカクテル開始されるが、副作用の嘔気強く中止する。その後放射線治療にて痛み軽減する。脳転移も確認され頭部照射開始したが、脳圧亢進、宿酔症状のため食欲低下しるい瘦著明となる。そのためEDチューブによる経鼻栄養を開始する。体力が回復してくると、少しずつ経口摂取できるようになりEDチューブ抜去する。臥床しがちだったO氏も行動範囲が広がり、リハビリ後は杖歩行可能となり退院する。

(2) 患者及び家族が在宅療養を決定したプロセス

O氏は気をつかう性格のため、病室では気が休まらない様子で、入院当初より家に帰りたいと話していた。家族も最期は家で過ごさせてあげたい、と考えていた。

(3) 在宅療養に向けて行った援助

1) 看護面

退院の話が出た1月頃は、治療の副作用や脳圧亢進による嘔気が長く続いていたために食事が殆どとれず、在宅療養に移れるだけの体力がなかった。そこでEDチューブによる経鼻栄養を開始した。1日のうちでも嘔気、痛み、倦怠感の波が大きかったため、気分の良い時を選び、注入時期、速度もO氏の希望に合わせながら、1日1回から3回へと増量していっ

た。嘔気がおさまり始めると、少しずつでも食べられればと、毎日家族が差し入れをしており、これがO氏の楽しみとなっていた。また痛みのため、O氏は左側臥位を好んでとっていることが多かったため、ビーズ枕などで安楽をはかり、エアマットで褥創を予防しライナックの効果を待った。除痛が進むと車椅子での洗面を試み、トイレにも通う様になった。そこで退院後の生活に向けリハビリテーション部に紹介し、杖歩行による自力歩行訓練を行い、退院時には廊下の手すりにつかまりトイレ歩行できるまでになった。

2) 医療面

骨転移部での骨折の恐れがあるため、事故発生時は整形外科と連絡をとり対処することを決めた。

(4) 退院後の経過

しばらくは外来に通院していたが、病状悪化し5月中旬より動けなくなり、看護婦である娘が病状を担当医に報告し、指示をもらい処置をしていた。本人は最期まで家が良いと言い、6月下旬自宅で家族に見守られながら死を迎えた。

IV 援助の分析

4事例を振り返り、在宅療養に移るための援助を分析してみた。

(1) 身体的苦痛(痛み・呼吸困難等)の軽減及びコントロールと、苦痛から来る不安の軽減

O氏の場合在宅療養の希望が出た時点では、病状が安定していなかった。そこでまず、患者・家族が退院を可能と思えるまで苦痛を軽減する援助を行った。終末期患者の持つ苦痛は取り除くことができない場合が多い。そのため告知していないH氏のようなケースでは、苦痛を残しての退院による不安が大きいので、精神的援助は欠かせない。

(2) 家族の受け入れ態勢を整える

患者だけが退院を望んでいても、家族の受け入れがなくては実現できない。終末期患者は何らかの介護を必要として帰ることが多く、訪問看護制度が充実していない現状では、それを家族に行ってもらわなければならない。K氏の妻のように介護に不安を持つ家族も多く、その指導が重要となってくる。指導に際しては、K氏・F氏のように家族(又は患者)が実践によって覚えていくことが望ましい。又、介護が家族に大きな負担をかけるものであってはならない。K氏の導尿時間を工夫した様に、介護者の生活に合わせての工夫が必要である。

(3) 在宅療養の環境作りをする

患者が退院後生活する場所は、入院時の環境に近いものが望ましい。K氏は退院後も酸素吸入が必要なため、在宅酸素が設置された。この様に現在ある在宅療養サービスのシステムを利用していくのも一つの方法である。

(4) 急変時の対応を含めたフォローアップ

退院後の生活の見通しが立ってから多くの患者・家族が抱えていた不安は、病状急変時の対応であった。特に予後不良と告げられている家族の不安は測り知れない。H氏の妻の様に、急変時の対処を整えれば受け入れも変わってくる場合もある。また、在院中の経過を知っている同じスタッフが継続してかかわっていけることは、患者・家族にとってとても心強いことである。もし別の医療機関に依頼する場合も、安心できる様に十分な体制を整えておくことが必

要である。

(5) 外泊にて自信をつける

在宅療養への準備が整ってきたら、1～3日間程度の外泊で試してみるのが良い。いきなり退院ではなく、患者や家族が自信を持てたことを確認することも必要である。

V 考察

終末期の患者は、疼痛、呼吸困難、食事がとれない等の苦痛を持つ場合が多い。そのような状態の患者が在宅療養に移ることは患者自身、又家族にとって大きな不安である。そこで前述の5つのポイントに沿って、今回の症例について援助を展開したところ、スムーズに在宅療養に移ることができた。このことから在宅療養に向けての援助としては、患者をとり巻く環境を個別的に細かく整えていくことが大切といえよう。また、患者・家族への働きかけの中から信頼関係が生まれ、彼等の気持が次第に、家に帰っても大丈夫だろうと変わっていったと考える。

今回は、退院後の経過を追うことで、在院中の援助が有効であったか、家に帰ったことが患者にも家族にも本当によかったのか、を知ることができた。これまでは、患者が退院しただけで満足していた私達であったが、退院後の生活までみつめないと、私たちのケアの本当の評価はできないと感じた。またどの家族も、自宅での患者の生き生きとした姿を喜んでいた。その反面、K氏の妻の様に24時間一人で介護する家族の大変さを忘れてはならない。

K氏は入院中、「自分の家の軒先から裏山の杉林が広がっているんだ。」と話していた。家庭訪問した日K氏は、「この眺めがいいんだ。」と穏やかな表情で言った。見慣れた自分の家で自分の家族に囲まれた生活が、その人の本来の姿なのである。たとえ家族が付き添ってくれていても病院とは違うのだということを強く感じた場面であった。患者の希望をかなえるということは、看護の基本でもあるが、ターミナルケアの中でも重要であると言えよう。

VI 終わりに

今回の症例は、死を迎える場所として家を選んだのではなく、家族との生活に戻りたいと在宅療養を決めた。そのためF氏のように再入院の可能性も多く、その時の対応は、今後の課題である。また、在宅療養が全てという訳ではなく、病院での医療を希望する場合や入院を続けざるを得ない場合もある。しかし、どのような希望であっても患者が望むことであれば、それをかなえられるよう援助するのが私達の役割である。

参考文献

- 1) 柏木 哲夫：死にゆく人々のケア，第1版，医学書院，1982。
- 2) 中島美知子・白井 幸子：死と闘う人々に学ぶ，第1版，医学書院，1982。
- 3) 新井経子はか：「ターミナルステージにおける訪問看護の実際」〈第16回日本看護学会集録，成人看護〉，日本看護学会出版，1985，P223～225。
- 4) 関矢寿美子ほか：「診療所の訪問看護によるターミナルケア」，〈第16回日本看護学会集録，成人看護〉，日本看護学会出版，1985，P226～228。

- 5) 井部 俊子：「看護研究としてのケース・スタディ」, 看護学雑誌, 52 (3) : 252~257, 1988.
- 6) 桑野タイコ：「ナースはなぜ書くのか」, 看護学雑誌, 52 (3) : 235~239, 1988.