

# 末期癌患者の在宅療養移行への関わり

— IVH を挿入したまま退院した1症例—

Nursing Care for a patient with terminal staged cancer:

Support on his leaving from hospital Intravenous hyperalimentation

西2階病棟：矢野いづみ・堀内 淳子・沼田 裕子  
三村 由季・堀 美代子

## 〈要旨〉

死と直面している患者が、ターミナル期において、患者、家族が満足の得られる時間をどのような環境で過ごすことができるかはとても重要であると考えます。

在宅医療・在宅看護・在宅死が患者のQOLや医療費等の論議の中で重視されるようになって久しいが、実際に在宅療養を行うには、それを支援する医療環境を、患者・家族側医療側ともに整えていかなければ家庭に帰ることは難しい状況である。今回、入院早期から家庭での死を望み、家族の協力と社会資源を利用することで、IVHを挿入したまま家庭に帰り、死を迎えられた症例をとおし、看護のかかわりを見直すとともに、在宅療養しいては在宅死を可能にする要因について患者・家族側、医療側に分けて検討を行った。

## 〈キーポイント〉

在宅医療、ターミナルケア、社会資源

### 1. はじめに

在宅医療・在宅看護・在宅死が患者のQOLや医療費等の論議の中で重視されるようになって久しいが、在宅療養を行うには、療養環境を積極的に整えていかなければ家庭に帰ることは難しい状況である。今回私達は、死と直面している患者が、入院早期から家庭での死を望んでおり、その意思を尊重して、家族の協力と社会資源を利用することで、継続看護につなげられた症例の看護の関わりと、在宅療養を可能にする要因について検討を行ったので報告する。

### 2. 患者紹介

患者：M・S氏（以下S氏と略す） 男性、63歳。

病名：胆管癌術後、肺・肝・骨転移。

既往歴：1990年胆管癌の手術。1992年膀胱頸部硬化症の手術。

職業：写真館経営。

家族：妻・長男と3人暮らし。

社会的背景：東部デイサービスセンター創立、姉妹都市ソルトレイク市親善等に貢献。空手教授第1期会長

入院期間：1997年1月17日～3月26日。

現病歴：胆管癌術後、外科にてフォローされていたが、1996年10月胸部、腹部、腰部痛出現し転移

の疑いで11月5日放射線科紹介となる。治療として化学療法、放射線法を行う段階で、初めて医師より病名、予後は1-5年。何かあれば1ヶ月かもしれないと告知を受ける。治療は相談の結果、S氏の希望で仕事に支障をきたさないよう外来通院で行うことになり、11月12日より1回/週で7クルの化学療法（DIV：カルボプラチン50mg，5FU 500mg）を受ける。症状は嘔気，食欲不振，疼痛の増強がみられMS コンチン20mg，アンバックsp10mgが開始となる。放射線療法は1997年1月9日より腹部へ（3GyX13回，トータル39Gy）開始されたが疼痛，食欲不振などの症状が悪化し1月17日入院となる。

### 3. 入院中の経過

入院時嘔気，嘔吐が強くほとんど食事が摂れない状態であり，1月20日IVH挿入となる。腹部への放射線治療は1月31日にトータル39Gyで終了となるが，強い右下腹痛が出現し，骨盤部へ1月27日から2月3日まで5GyX6回トータル30Gyの追加治療を行う。疼痛に対してはMS コンチン（60mgX2）の増量にてコントロールを図る。嘔気はIVH挿入後よりやや軽減するが，食事は全く摂取できない状態が続いた。治療が終わった段階で，1月30日医師より，「肝および肺への治療は施行しない。そのため今後悪化の可能性がある。余命は約半年。通常の生活が可能なのは，2-3ヶ月と思われる。」と，S氏，家族に説明が行われた。家族からは「家で看たいと思うが可能かどうか。」の質問があり，S氏からは「家で死ぬこともできるんだよね。訪問看護とかしてもらってさ。」などの言葉がきかれた。S氏，家族ともに家での療養を望んでいるため，IVH挿入での在宅療養に向けて，S氏・家族への指導，また事務，薬剤部，訪問看護ステーションへの働きかけを行った。3月に入り嘔気，胸腹部痛強くなり，3月7日から21日まで腹部への（3GyX10回）トータル30Gyの放射線治療が行われ，3月26日退院となる。

### 4. 在宅療養を決定した時の患者の生活像（1月30日）

体格：身長 165cm，体重60kg

呼吸・循環・体温：KT36.7度，P72/分（整），BP90/50mmHg，血液検査WBC11200/mm<sup>3</sup>，RBC408万/mm<sup>3</sup>，Hb12.3/dl。

栄養・代謝：経口的には時々果物，ヨーグルトなど1口程度，嘔気あり時々ノバミン1Aiv，IVHカロリー-1400kcal/日，生化学検査TP6.0g/dl，Alb3.4g/dl。

排泄：排便1回/3-4日，プルセニド4TX2内服，GE120ml，ソルビトール，ラクソベロン屯用にて調節。排尿4-6回/日，時々失禁あり。

移動・休息：ADL自立，歩行は病棟内程度。夜間目覚め，不眠を訴える。

感覚・知覚：右大腿部の疼痛あり，MS コンチン60mgX2，アンバックsp20mgX2でコントロール。意識レベルに問題はないが時々呂律回らないことあり。

健康認識：予後についても説明を受け「やりたい事をしほりたい」と希望

家族関係：キーパーソンである妻・娘の面会が毎日あり，患者家族間のコミュニケーションはよくとれていた。家族は療養環境に必要な物品などを積極的に準備しており，在宅療養に向けて介護意欲が強く感じられた。

## 5. 看護の展開

### 1. 問題

- # 1. IVH 挿入患者の介護未経験に関連した家庭維持管理の障害。
- # 2. 症状の悪化や急変時の対応, 自分たちだけでできるのかという不安。

### 2. 目標

患者, 家族の不安がないよう在宅療養に向けての準備が整う。

### 3. 計画

- 1) 訪問看護ステーションと連携を図る。
- 2) IVH 管理の方法について指導する。
- 3) 患者, 家族の不安の軽減に努める。
- 4) 退院に向けて試験外出・外泊を行う。
- 5) 在宅 IVH 管理の事務的対処の検討を行う。

### 4. 実施

- 1) 訪問看護ステーションへ連絡を取り, 訪問看護婦と S 氏, 家族との面会の場を持った。そこで訪問看護婦の役割や仕事内容などシステムについて説明を受け, 理解を図った。
- 2) 患者が, 病院と同じように IVH の管理を行って欲しいと希望したため訪問看護婦をまじえて, 正常な滴下状態と異常時の観察点と対処方法, 入浴前後の管理方法, 消毒について, 実際にデモンストレーションを行い継続できるようにした。
- 3) 入院中は受け持ち看護婦が中心となり, S 氏, 家族の相談にのり精神的フォローに努めた。また退院後窓口となる外来へは, サマリーを送り, 受診時には待ち時間を少なく, 休めるベットの準備をしておくなど, 配慮するよう外来看護婦と話し合った。家庭医については S 氏本人が友人づきあいをしている某医を希望されたため, 主治医より依頼し了解が得られた。当科でも外来, 病棟ともに, いつでも対応できる体制を整え連絡方法を伝えた。
- 4) 外出, 外泊を取り入れて, 実際の在宅での生活を知ることで, 困った点などについて, S 氏, 家族と具体的に, どのようにしていったらよいのか話し合った。
- 5) 当病院から IVH を挿入したまま在宅療養に移行するのは, S 氏が初めてのことで了解が得られるまでに外来係との間で交渉に手間取った。

IVH を挿入したまま在宅療養に移行する患者がいるため, 以後外来扱いで IVH 製剤を処方してもらう事になる旨を説明し, 会計の取り扱いについて相談した。外来係からは, 訪問看護との併用では IVH 管理料の請求が難しいので, IVH 製剤を処方することは無理であるというものであった。しかし, 訪問看護ステーションより, 某国立病院では同じようなケースが, 1 ヶ月 1 回 IVH 管理料を請求されて, IVH 製剤が処方されているという情報を得, その具体例を説明して相談したが, この時点でもまだ了解が得られなかった。そこで詳細について, 訪問看護ステーションの所長さんから, 直接電話にて説明していただき, ようやく了解が得られた。薬剤部へは IVH 製剤, 1 週間分の外来処方を依頼し了解を得た。

### 5. 評価

東部デイサービスセンター創立に貢献したという経歴を持ち, 在宅医療に深い理解がある S 氏と家族が, 在宅療養を強く希望した時点で, 医師とカンファレンスを持ち,

- ・本人が帰りたいと希望している。
- ・家族の受入れ態勢が整っている。
- ・疼痛コントロールが自宅で可能である。
- ・緊急時の受入れ体制がある。

以上の点から、在宅療養が可能だと判断し、在宅へ向けての準備を開始した。

特に、IVH 管理については、積極的に訪問看護婦と連絡をとり、入院中にデモンストレーションを行い、3 者が、IVH の管理方法について理解できたので、IVH を挿入したままの在宅療養は可能だと判断した。実際、退院後 IVH 管理については問題はなく、1 度も入れ換えることなく経過した。

また試験的に行った外出、外泊では困った点などの話しはきかれず、むしろ「仕事の話ができた」「鳥や花をながめ自然に親しめた」などの言葉が聞かれ、在宅療養に向けての意欲がさらに高まったように感じられた。退院後 S 氏は、体力低下が目立つようになると、それに伴い弱気な言葉がきかれるようになるが、家族が常にそばにいられるよう努力し、訪問看護婦も土・日以外は訪問し支えていた。妻に対しては時間外や外来受診、電話での対応を行っており、S 氏の大変な状態や介護の方法、自分の疲れや不眠などを涙ぐみながら話したり、待合室でウトウトする姿なども見られた。かなり大変な介護であったと思われるが、家族からは「入院させて欲しい」などの言葉はきかれず、S 氏は 8 月 12 日最期を家庭で迎えられた。妻、長男ともに「看取ったという実感があった」ということを訪問看護婦より報告を受けた。

## 6. 考 察

近年、ターミナルケアに対する関心が高まっており、医療は益々量から質への見直しが求められている。

厚生省の国民意識調査によると 80% 以上の人々が「安楽死」「尊厳死」「リビング・ウィル」などに関心を持ち「延命治療よりは疼痛緩和に重点をおいた治療を望む」「患者の意思を尊重した治療を望む」と答えている。

これらの意見を反映するように、最近では自宅で死を迎えたいと希望する患者、家族が増加傾向にある。しかし、実際、癌などで終末期医療を在宅で行っている人の割合は 20% にすぎないという報告が厚生省より出されている。

これは核家族化や女性の社会進出などのライフスタイルの変化や家屋の構造などの物理的条件などの問題、家族の不安などが在宅介護への移行を難しい状況にしていると思われる。

当病棟では、骨転移の患者やリンパ腫に対する治療を受けにくる患者などが比較的多くターミナル期の患者をみるのが少なくない。S 氏以前にも 4 症例が家庭死を迎えており今後も在宅療養へ移行する症例が増えていくと予想される。

今回経験した S 氏の症例を通して、在宅療養ひいては在宅死を可能にする要因について患者・家族側と医療側に分けて考えてみた。

### 患者・家族側の要因

1. インフォームドコンセントによって症状、死を受容できる。

2. 患者，家族が自宅に帰りたいと希望する。
3. キーパーソンである主介護者がいて，主介護者を支える協力者がいる。
4. 訪問看護ステーション，介護支援センター等の社会資源を受け入れられる。
5. 家屋の構造などの物理的条件が整っている。
6. 必要時，医療器具が準備できる。

#### 医療側の要因

1. 病状に応じた適切な時期にインフォームドコンセントができる。
2. 症状，特に疼痛コントロールが自宅で可能である。
3. 社会資源の情報を提供でき，連携が図れる。
4. 急変時を含めた24時間の受け入れ態勢がある。
5. 家庭医が決められている。

ターミナル期において患者，家族が満足の得られる時間を，どのような環境で過ごすことができるかはとても重要である。

私達は上記の要因をふまえた上で，患者，家族，個に合った援助ができるよう努力していきたい。

#### 7. おわりに

今回の症例を通して，患者が今後の過ごし方を選択することができ，自分の意思を表現できる体制づくりの必要性を強く感じた。

今後も在宅医療に向けて，看護婦も積極的にインフォームドコンセントに介入し，社会資源の有効活用についての情報提供等を行っていきたい。

#### 参考文献

- 1) 川岸孝美・他：ターミナルステージの患者をもつ家族への援助，看護技術，44(4)，1540-1544，1998.
- 2) 斉藤裕子・他：末期癌患者の在宅ケアへのコーディネイト，看護技術，42(16)，1664-1671，1996.
- 3) 片野恵：在宅ターミナルケアへ向けての援助，看護技術，44(7)，714-718，1998.
- 4) 吉沢峰子・他：自宅退院に向けての家族指導，看護技術，42(13)，1365-1370，1996.
- 5) 谷口豊子・他：訪問看護婦からみた在宅ホスピスケア，看護技術，44(4)，1573-1576，1998.