

## 末期舌癌患者に行った退院支援の実際

### ～地域デスカンファレンスを通して入院中のケアを振り返る～

Our Experience of discharge support for a patient with terminal tongue carcinoma

～Reconsideration about our hospital care through the community death-conference～

西2階病棟：小林美貴、赤池勝美、赤羽治美

要旨：末期舌癌患者は医療行為を伴う処置や合併症対処の困難なことから、退院の意思決定ができなかったり、退院できない症例が多い。今回、気管切開術のみ試行し、自宅退院するという意思決定をした事例のデスカンファレンスに参加できた。そこで、入院中の看護からデスカンファレンスまでを振り返り、退院支援について考察した。

キーワード： 末期舌癌、退院支援、デスカンファレンス

はじめに：

当病棟には終末期の患者が入院することが度々ある。中でも、末期舌癌患者は、気道浄化ケアや栄養管理などの医療行為の複雑さ、出血や窒息、悪臭などの合併症対処の困難さと不安感から退院の意思決定ができなかったり、退院したいと望んでも実現しないケースが多い。

今回、私たちは気管切開術のみ行って自宅退院するという意思決定をした80歳台男性の退院支援を経験した。意思決定から退院まで約2ヶ月を要したが、患者は希望通り退院でき、自宅で数週間過ごした後永眠された。今回初めて、死後1ヶ月に地域との合同デスカンファレンスに参加し、地域からの意見を聞く機会にも恵まれた。そこで、入院中に行った看護介入や退院支援を振り返り、評価することができた事例を紹介する。

方法：

入院日より退院後の合同デスカンファレンスまでの看護記録、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抽出した。

倫理的配慮

記述内容で対象者が特定できない表現を使用し、電子カルテから抽出したデータは印刷後、院外に

持ち出さず厳重に管理した。データはこの研究以外には用いず、終了後破棄した。また、院内の倫理委員会にて承認を得た。

#### 事例紹介：

80 歳代男性 舌癌

舌の腫脹と運動障害を自覚していたが、受診せず様子を見ていた。その後、右顎下の腫脹と疼痛を認め、近医を受診された。精査目的にて当院を紹介され、舌癌と診断された。腫瘍は大きく、リンパ節転移を認め、肝臓、肺への転移も疑われた為、手術適応はなかった。入院後、本人と家族に手術非適応の進行性舌癌と告知された後、化学療法や放射線治療の補助療法を説明されるも、本人は希望されなかった。腫瘍の増大や出血の危険、気道の圧迫による窒息の恐れがあり、気管切開術のみ施行となった。

家族構成：妻（70 歳台）、長男との 3 人暮らし。市内に長女家族在住。

#### 看護の実際：

##### 1) 病名告知から気管切開術まで

入院後、本人に舌癌と告知された。患者は「治療はしない、気管切開術後は退院したい」と話し、家族も本人の思いを尊重された。看護師は患者と家族の意思を確認し、その思いを支持した。歯茎の痛みによる不眠があり、疼痛コントロールのため、経口の麻薬が開始されたが、その後夜間せん妄が出現し、嚥下不能となってしまった。家族は患者の状態の変化を見て動揺されたが、日中は毎日付き添っていた。看護師は、術前までせん妄に対する安全の確保や経口から座薬に変更となった麻薬にて疼痛コントロールにあたった。

##### 2) 気管切開術後から家族が退院を決めるまで

気管切開術後、家族に気管切開の管理を学べば 2~3 週間で自宅退院になることを告げると、「在宅への退院は考えていない」という発言が聞かれた。治療はしない、と選択したため家族の話しから転院も視野に入れた退院支援が必要と考え、医師やMSWIに情報提供をした。

患者は術後もせん妄状態にあり、気管切開後で意思疎通は困難な状況だった。看護師は退院についての言動はせず、日々の患者の様子を家族に伝えていった。抗生剤や鎮痛剤の使用にて術後の肺炎の症状は改善し、全身状態が落ち着くと患者は自発的に動き、日中の妻や長女の面会時は患者の表情も穏やかで、笑顔もみられるようになった。筆談にて「家に帰りたい」と訴えていた。家族には医師から出血による全身状態の悪化、予後も説明され、転院先を紹介されたが、自宅から遠いため

拒否されていた。

気管カニューレや尿道カテーテルの自己抜去、転倒など夜間せん妄は持続しており、精神科指示の抗不安薬使用や抑制にて安全、安楽対策を継続した。舌の腫瘍からは、出血もみられたが圧迫にて止血できていた。日中は車椅子に移乗してすごし、排泄時はトイレに移動できるようになった。「ラーメンが食べたい」という筆談での経口摂取の希望もあったので、STや歩行訓練のリハビリも開始された。栄養状態の改善のため、経鼻胃管で管理していたが、誤嚥や誤抜去の危険もあり胃瘻造設を医師に提案した。家族も同意し、その後胃瘻造設となった。

その頃から長女より、「家族と相談し在宅でみていくことを検討している」と前向きな返答が聞かれた。そこで再度、医師やMSWに情報提供し、退院に向けた準備を始めた。

### 3) 退院調整

#### ① 院内カンファレンス

MSW、担当看護師が同席し、妻と長男の思いを確認する院内カンファレンスが行われた。その際、妻は「関節炎で通院もしているので、介護は難しい」と体力面の不安を話された。長男は「本人の思いを尊重したい。しかし、仕事もしているので、今の援助をするのは無理です」と、吸引や胃瘻の管理、出血のおそれ、患者の精神状態や家庭状況から前向きではなかった。夜間の面会が多かった長男には、患者の日中の様子、現在のADLを伝えた。また、地域サポートが受けられるということを説明し、在宅への気持ちが固まっていった。

#### ② 退院支援

医師やMSWと協力し、ベッドや車椅子の手配、吸引器や吸入器の準備、地域サービス支援の整備を始めた。

日中の面会時間にあわせ、家族へ気管カニューレの管理や吸引手技、胃瘻の管理、経皮吸収型持続性癌疼痛治療剤の貼り替えや排泄、車椅子やポータブルトイレへの移動援助の家族支援を行った。長女と長男は様々な処置に対してスムーズに実施できた。長女からは「車椅子への移動の仕方を教えてください」と退院に向けて積極的に質問や意見があった。主な介護者となる妻は高齢で持病の関節痛もあり、毎回の支援が必要であった。家族へは吸引器や吸入器の使用法、吸引や胃瘻手技のパンフレットを作成した。他スタッフに家族への支援状況が伝達されるようチェックリストを提示して情報提供をしていった。

#### ③ 地域との合同カンファレンス

退院直前に家族、往診医、訪問看護師、歯科衛生士、訪問介護、ケアマネージャー、主治医、MSW、担当看護師が参加しての合同カンファレンスが開催された。継続医療、看護、介護についての

意見交換や手技の確認、伝達が行われ、数日後、患者は退院された。

#### ④ 地域との合同デスカンファレンス

死後1ヶ月経過し、往診医、訪問看護師、訪問介護、ケアマネージャー、再入院先の担当看護師、主治医、MSWとのデスカンファレンスに参加した。そこで、夜間せん妄もみられなくなり、在宅での穏やかな患者の様子を伺えた。一方で、訪問看護師や訪問介護からは医療依存の高い処置、排泄や移動援助、胃瘻などの生活援助、腫瘍からの出血により家族の介護疲労は限界に来ていたことが分かった。退院2週間後、家族の介護休暇目的で往診先の病院に入院されたが、家族は毎日面会に行かれていた。尿道カテーテルの挿入、胃瘻からの注入方法の変更にて介護負担を減らし、在宅への退院準備も実施されていたが、数日後出血にて永眠された。家族は、マンパワー不足を実感されたが、患者の希望を叶え、介護したことによる満足感も得られていたようだった。

#### 考察：

入院後、本人と家族は自宅退院するという意思決定をされたが、家族は気管切開直後の患者の様子から退院を考えられる状態ではなかった。そこで、家族には退院を無理強いせず、患者のADLの回復に努め、家族が前向きな気持ちになるのを待った。家族の気持ちの変化した時期を見極め、医師やMSW、リハビリと密に情報提供することで、退院につながったと考えられる。

一方で、家族の面会時にあわせ退院支援を行ったが、退院決定までの期間が短く、外泊や外出が実施できなかった。そのため、在宅での患者の日常生活からケアを経験してもらうことがなく退院となり、地域サービスを退院直後から開始していたが、在宅での負担がより大きくなったと考えられる。

#### 結語：

① 医療行為の多い末期舌癌患者の退院支援には、家族のサポートが必須である。看護師は患者の希望を尊重すると同様に、家族の思いや気持ちの揺れを敏感に察知し、他職種に情報提供する役割がある。

② 家族負担が増す退院支援においては、入院中に家庭生活と同じ時間、環境の流れの中で患者ケアを経験できる機会を持つ事が重要である。

#### 参考文献

- 1) 和久井優子、真嶋美穂：がん末期患者への退院支援の事例、臨床看護、36 卷（1）、29-35、2010
- 2) 堀合晴美、倉持江美子、山崎友絵：ターミナルの壮年がん患者における「退院できる状態」についての希望と医療者の認識のずれ、臨床看護、36 卷（1）、43-48、2010