

終末期患者の自宅療養に向けての援助 ～予測的な視点に立って介入をした症例～

Help for end period patient's recuperation at home

～Case who intervened it from forecast aspect～

東8階病棟 玉井琴江 内藤綾子 新田麻由子 小林利江

《要旨》患者が終末期へと移行すると、患者や家族にはそれまで潜在していた問題が表面化してくる。そして看護師もまた、終末期という時間的に限られた中で、患者・家族の納得のいく最期をめぐって、どのように介入したらよいか戸惑うことが多い。移行期の支援として、医療者と本人・家族との信頼関係構築、本人の在宅ケアへの意向の確認と尊重、訴えの傾聴、本人・家族の迷いや揺れる気持ちに寄り添うことといった精神的支援の他に、症状コントロール、介護力評価に基づく介護方法の指導と具体的で個別的な物品の準備、緊急時や24時間対応の保証、退院後の生活に関する情報提供などの必要性が指摘されている。

《キーワード》 終末期患者 予測的視点 自宅療養

1. はじめに

終末期患者の多くは、家族とともに住み慣れた自宅で過ごすことを望んでいる。しかし、患者や家族は病状がもう少し回復したら、在宅療養の環境が整ったら退院したいという思いがある。このような思いから、自宅に帰るタイミングを失い、結局病状が悪化し自宅で過ごすことがなく、入院したまま最期を迎えることも少なくない。

今回、自宅療養に移行する際の問題点を明らかにし、予測的な視点に立った介入により自宅で家族と過ごすことができた事例を紹介する。

2. 方法・倫理的配慮

入院日より退院日までの看護記録から経過を振り返り、患者情報は患者を特定できないように倫理的配慮をした。

3. 事例紹介

30歳代 女性

進行性左乳癌。化学療法後。癌性リンパ管炎、癌性心膜炎、多発性転移（脳・肺・骨）あり。心か部痛・呼吸苦にて入院。

家族構成：夫・子（2人）・義母と同居

4. 看護の実際

入院後12日目。

脳転移からくる頭痛と体動時の呼吸苦は依然としてあったが、入院時と比較すると症状は改善しており、自宅退院は最後のチャンスと思われた。そこで、外泊・退院へ向け障害となる問題点を挙げ、解決に向け介入をおこなった。

<自宅に戻る際の問題点および予測された問題点>

- ① 現在の状況よりもっと良くなって帰りたいという思い（※1）. 2）参照
- ② 脳転移からくる慢性的な頭痛
- ③ 疼痛、呼吸苦、便秘の増強
- ④ 自宅からA病院まで距離が遠く（片道3時間）、また自宅近くにあるB病院と以前トラブルがあったことから、急変時すぐに対応してもらえないという不安
- ⑤ 在宅酸素の知識不足
- ⑥ 医療者との病状の認識の違い（※3）参照

病状の進行（脳圧亢進症状・心嚢水の再貯留）に伴うADLの低下

※1）患者の思い

患者自身は酸素を使用しており、もう少し動けるようにならないと困る

家で寝ているだけでは同居の義母に申し訳ない

子供のことも義母に任せてばかりであり、少しは自分でやりたい

※2）夫の思い

今までも病状が悪化しても回復してきたため、もっとよくなると思う

母には心配かけたくないから、母への病状の説明は今はいらない

※ 3) 主治医から繰り返し厳しい病状の説明はされていたが、夫と本人の病状回復への期待は変わらなかった

<介入内容>

- ① 主治医とチームでのカンファレンスを重ねた結果、夫と本人の病状回復への期待は否定せず、思いに寄り添い、病状を受容する働きかけは積極的には行わないことで統一した。
- ② 疼痛スケールをもとに、オピオイド・レスキューの予薬時間の見直しを行い、日々のケアの中で症状コントロールが患者自身でできるような働きかけを行った。
例1) 疼痛出現時、定時のオピオイド内服時間であっても、即効性はないためレスキューの同時内服をし、自覚症状をもとにアセスメントをした
例2) 排便コントロールについて、ただ配薬するのではなく腹部症状や自覚症状から患者と一緒に内服量を検討した
- ③ ④ 自宅療養のイメージがついたところで、症状の悪化や急変時の対応を記載したパンフレットを作成し、スタッフへの周知徹底を行った。
- ⑤ 在宅酸素業者との連携を図り、手順の確認を行った。

こういった介入を行う中で、病状回復への期待に変化はなかったが、症状がコントロールされたことで今の状況でもできることが具体的に言え、自宅療養について考えられるようになった。

例1) 朝のお弁当は作ってあげられるのではないかな

例2) 座位での時間が増えたため、家族で食事がとれるのではないかな

5. 結果

入院後15日目、試験外泊。

入院後22日目、退院。

約1ヵ月後、呼吸状態悪化のため緊急入院。6日後、夫や子供たちに見守られる中、死亡退院。

6. 考察

終末期において患者や家族は、現実を受け入れることに精一杯であり、近い将来のことであっても先のことを考えることは難しいと思われる。しかし、患者や家族との会話の積み重ねから、患者や家族の希望を見出し、厳しい現状であっても、その時だけの支援にとらわれず、予測的な視点に立って働きかけることの重要性を学んだ。

7. 結び

終末期患者の在宅療養に向けて現実的な問題点を明らかにするだけでなく、障害となる問題点を明らかにして予測的な視点に立って介入することは有効であったと考える。

8. 参考文献

- 1) 三輪恭子：終末期の在宅療養移行への支援

インターナショナルナーシングレビュー Vol.31 No.3 P42-46 2008. 5

- 2) 畠山とも子：ターミナル期患者の退院に向けた家族の看護

家族看護 2 (1) P96-100 2004. 2