

終末期を在宅で過ごすためのアプローチ

1 病棟7階

○北崎律子 田中京子 板垣伸子 高瀬晶子 村上由香里
寺本美奈 安永政江 黒田由利子 田村圭子

はじめに

人生の最期の時をどこでどう過ごすか、病院で死を迎える人が大多数である。

これまで、当泌尿器科病棟では終末期患者は入院したまま最後を迎えるのが通例であった。患者が自宅に帰りたいと希望してもカテーテル類の管理、疼痛コントロール、患者の状態急変の恐れ、家族の受け入れなど問題が多く在宅療養に踏み切るタイミングを逸していた。

今回、前立腺腫瘍の末期患者の「気分転換することがなく一日が長い」との一言をきっかけに、患者のQOLの面から自宅で過ごすことができないかと考えた。

私たちは地域システムと連携を取りながら患者・家族の協力を得て在宅療養へと移行できた。

この事例を通じて今後の終末期看護のための指標を得たのでここに報告する。

I 事例紹介

患者：H氏、71歳、男性。

診断名：前立腺腫瘍

入院期間：1998年7月16日～12月2日

職業：自営業（次男の会社の手伝い）

家族背景：妻（67歳）と2人暮らし。市内に息子2人が在住。

ADL：腫瘍の骨転移による下半身麻痺のために、排泄はバルンカテーテル留置し、排便はプルゼニド、酸化マグネシウム内服と浣腸にてコントロール。移動は車椅子で行っていた。家族へは終末期であると告知。手術はできないため、疼痛コントロールなどで対症的な治療、看護処置を受けていた。

II 看護展開

1. 第I期：生活パターンの模索時期（9月10日～9月16日）

<看護問題>

#1：長期入院となった終末期の単調な生活パターンに関連した気分転換活動の不足

<看護目標>

#1：患者が気分転換活動の方法を意志決定することができる。

<看護の実際>

患者の「毎日じっと寝ているのも忍耐がいる。家では盆栽したり、小説を読んだりが趣味だった。気長に頑張れといわれたが何をどう頑張ったらいいか分からない」という声を聴き、カンファレンスで終末期の患者のQOLを考えた。

私たちは疼痛コントロール良好の今の状態ならば、入院ではなく土屋のいう「住み慣れた場所で家族に囲まれた自由気ままな生活」¹⁾ができるのではないかと考えた。

担当医より患者と妻に「現状であれば在宅療養も可能なので、家にでも帰って見ないか。それとも近くへ転院してみるか」と選択肢を示した。患者は「退院してもみんなに迷惑をかける。妻も体が丈夫じゃないし、ここにいるほうがいい」、妻も「家に帰してあげたいが、何をしたらいいのかわからないし不安」という反応であったため、在宅療養の話は強引に進めず様子を見るところにした。

2. 第Ⅱ期：在宅へ向けてのアプローチ期間（11月5日～12月2日）

<看護診断>

2：在宅療養についての知識不足に関連した非効果的治療計画管理のリスク状態

3：ケア提供者の知識不足に関連した家事家政の障害のリスク状態

4：在宅療養移行に関連した不安

<看護目標>

2：予測されるニーズの充足が可能となり知識不足による不安が軽減する

3：ケア提供者は家庭状況に対する満足感を表現することができる

4：安心した在宅療養ができると言える

<看護の実際>

患者の「長くなったなあ、外泊でもできればと思うがこの状態では無理」ということばが聴かれた。再度、在宅療養の話がカンファレンスで再燃した。前回の反省を踏まえて千田のいう「病院から在宅への移行期の援助」²⁾を参考にしてアプローチを開始した（表1）。

患者と家族に在宅療養の話をした結果、前回の言葉とは異なり前向きな言葉が聴かれた。具体的な内容としては、「ADLのケアができない。家族に迷惑がかかる。電動ベッドや車椅子がない」といった言葉であった。

2としては、電動ベッド・車椅子の調達の連絡を取り、また地域システム（図1）との連携を開始した。そのメンバーとして、在宅介護支援センターの看護婦とシルバーふれあいセンターの保健婦、訪問看護ステーションの看護婦であった。患者・家族、担当医、看護婦とその地域システムのメンバーで合同カンファレンスをもった。そして、1日の生活パターンや1週間のケア内容など細かい支援プログラムを作成した。話はスムーズに運びカンファレンス2回で在宅療養の形が現実化した。# 3に関しては、患者や家族が最も危惧した排泄の援助と清拭・衣服の着脱を妻に指導することを計画した。内容は、担当看護婦が実際にケアを行ない、次に妻と共に施行した。妻も意欲的で理解力があり、数回の援助で自立できた。その時に全身の観察ポイント、特に入院中に作ったことがある仙骨部の褥創の有無などを観察して、訪問看護婦へ報告する方法を同時に指導した。在宅後は訪問看護婦がサポートすることを説明した。# 4に関しては、直接退院というストレスやプレッシャーを与えないため、差し当り試験外泊の形もあることを情報として提供した。また、緊急時の受け入れや担当医との連絡方法など具体的に話を進め、困難が生じたときには、病棟に相談の電話も可能であると伝えた。患者は、試験外泊をしないまま、退院した。

Ⅲ. 考察

第Ⅰ期に在宅療養の話を受けたとき、患者や家族が在宅療養に移行できなかった理由として、患者や家族が在宅療養を具体的にイメージできず不安ばかりが先行して受け入れられなかったと考える。これは、病院から在宅移行期への援助²⁾の項目などの支援体制があったという情報を患者・家族へ示す機会を逃したことが原因と考える。

第Ⅱ期に患者や家族が在宅療養を容易に受け入れた理由としてはこう考える。第Ⅰ期から第Ⅱ期までの移行期間が患者に在宅と入院のそれぞれの状況をイメージさせ、考える時間を与えたと考える。慢性の終末期患者にとって入院は刺激はないが安心である。また在宅は不安な生活ではあるが変化がある。第Ⅱ期の在宅療養の話を持ち出した頃は、入院生活も長くなり疼痛のコントロールもできており、入院生活に価値を見いだせなくなっていた頃と考える。

在宅ケアの支援システムがあるという情報を提供し、早急に担当の医師・看護婦の連絡で実際にケアに携わる人たちが病院に集合し、患者・家族と面談した。このことは、受ける側のニーズと提供する側の支援内容を適切に把握しあうことができたと考えられる。これで、患者・家族が在宅での具体的な生活のイメージを持ち、安心感を抱くことができたと考えられる。以上の看護介入により必要とすべきニーズに対する問題解決ができ、在宅療養へ移行できた要因と考える。適切な情報提供の介入が、Ⅰ期とⅡ期の患者・家族の在宅へ向けての意志決定の明暗を分けた。終末期の患者は、残された時間が少ないため患者が在宅療養を希望したときに、すみやかな問題解決が必要になってくると再認識した。患者は、家族とくに妻に迷惑をかけることを大きく問題にしていた。妻の日常ケアの技術習得と地域システムの訪問看護によって妻の負担の軽減が図れた。このことは、患者の不安も軽減したと考える。「想像したとおり、大好きな家族に囲まれて、楽しい時間を過ごすことができました」と妻からの言葉を聴いた。

不安をもつ人は、悲惨な結末を憶測したり、予期する傾向がある。私たちは、考えられる状況を想定して、対応を申し出た。そのことが、医療者と患者との信頼関係の構築ができ不安を軽減した。そのことで退院に踏み切れたと考える。

最後に、#1から#4に対する看護介入が在宅療養を現実的にしたが、次に述べる要因も大切と考える。この事例は幸いにも下半身は麻痺していてADLには大きな問題があったが、問題行動や判断力においては全く支障がなかった。土屋は「痴呆などによる問題行動の有無は在宅への移行時に影響を及ぼす要因となる」³⁾と述べている。問題行動がなかったこの事例の患者は、家族から健康時の役割（自営業の経営・管理）に近い仕事を提供され、最期までその人らしい時間を過ごせた。このことは、在宅療養におけるQOLについて高い評価になると考える。

Ⅳ まとめ

①終末期の患者に在宅療養を勧めるとき、支援システムの適切な情報を提供し、具体的な生活への対応をすることで、患者のニーズを満たしケア提供者の負担の軽減となった。

②家族に対する教育的な指導、病院との関係を在宅後も継続することで不安の軽減となり、在宅療養が可能となった。

③この事例患者は徘徊などの問題行動がなかったことがQOLの向上の評価を容易にした

④終末期患者には時間がないので在宅療養に移行する時は早急な具体化が望まれる。

V おわりに

今後の課題としては、高齢化・核家族化などの社会現象によりキーパーソンのない人、独居老人、痴呆の人が増加すると考える。以上のような人たちの在宅療養への支援が問題となる。

VI 引用文献・参考文献

- 1) 土屋一江他：クイックガイド 在宅ケア、学研、1997.
- 2) 千田みゆき：病院から在宅へつなぐ看護、臨床看護、24(1)、9～17、1998.
- 3) 川島和代：高齢者の終末期看護、臨床看護、24(14)、2193～2198、1998.

表1 病院から在宅への移行期の援助

<p>教育的援助</p>	<p>ADLの介助方法の指導 観察ポイントの教育 リハビリテーションの指導 治療・薬についての説明 介護負担の軽減</p>
<p>精神的援助</p>	<p>心理的援助 家族成員の現状の認識を促す 信頼関係 入院中からのかかわりをもつ アセスメントが重要 感情の表出を受けとめる</p>
<p>地域システム への対応</p>	<p>社会資源の説明 他の支援者との連絡調整 応急手当や緊急時連絡方法の指導 相談窓口を知らせる 外泊の実施</p>

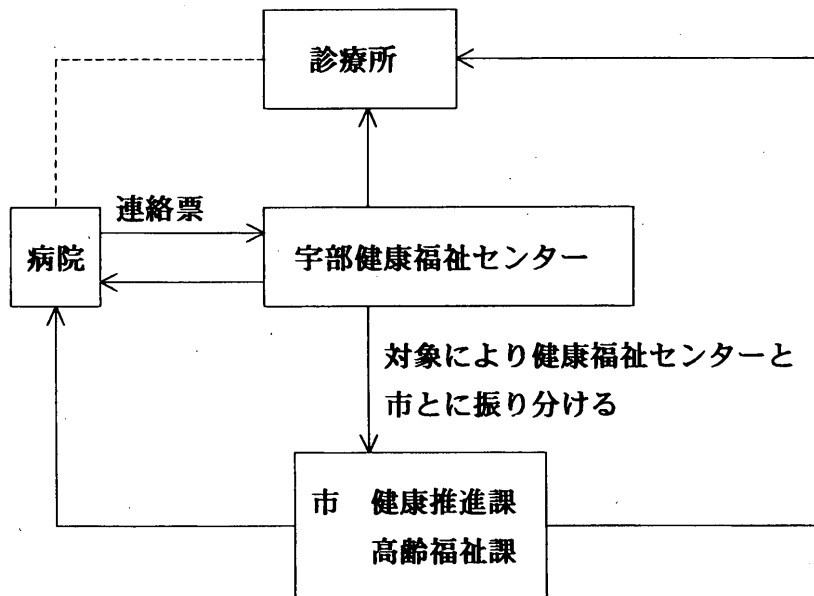


図1 宇部市における地域支援システム