

症例報告

終末期患者の在宅療養移行に必要な援助に関する一症例

佐渡総合病院、病棟；看護師

大木戸雅子、高野真理子、金子由香

背景：終末期患者の在宅療養希望者が多くいるなか、実際は病院で終末期を迎える人が増加している状況がある。当呼吸器内科病棟においても「家に帰りたい、家に帰りたい」と対象者の希望を叶えたいと関わっているが、長期外泊を含め在宅療養移行を進める中で様々な困難を感じている。今回「クライアントとしてのコミュニティ理論」を活用し、終末期患者の在宅療養移行に必要な援助について事例を分析し考察した。

症例内容：在宅に介護度4の認知症である実父がいる肺がん終末期患者1名の在宅退院のために関わった援助を実際「クライアントとしてのコミュニティ理論」の地域コアデータと8つのサブシステムをもとに患者の住む地域全体をアセスメントし介入方法を検討した。その結果、妻への介護技術の指導のほか、妻の在宅療養上における不安を軽減するため、在宅療養医療サービスが不十分な地域においてその地域にある使用可能な医療、社会的資源の利用方法を伝えることで退院を見据えての外泊を試みる事ができた。妻より「本人の笑顔が見ることができて良かった。具合が悪くなった時に往診してくれる医師や看護師がいると安心だ」という言葉が聞かれた。

結論：1. 在宅療養をサポートしてくれる近隣の医療機関を確保し、フォロー体制について明確にする。
2. 家族、ケアマネージャー、ヘルパーなどのサービス提供者に必要な医療知識、技術を教育する。
3. 緊急時に対応してもらえる人材を確保する。

キーワード：コミュニティモデル、終末期、在宅療養

背 景

日本における死亡の主要原因の第一位は悪性新生物である。「国民衛生の動向」によると平成20年度の厚生省の行った終末期看護に関する調査において、在宅療養を希望する人は63.3%であった。しかし、最後まで在宅療養ができると考える人は6%、在宅療養は困難と答える人は66%にも上り、実際に病院で終末期を迎える人が増加している。しかし、最後の時までその人らしく地域・家庭における役割を果たしながら生活していくことを援助することは看護師の大切な役割であり、また、私達看護師も一人の人間としての望み

ある。

当呼吸器内科病棟においても、「家に帰りたい。家に帰りたい。」と対象者の希望を叶えたいと関わっているが、長期外泊を含め在宅療養移行を進める中で様々な困難を感じている。そこで今回、地域診断モデルとして活用されている「クライアントとしてのコミュニティ理論」を活用し、終末期患者の在宅療養移行に必要な援助について事例を用いて分析・考察したのでここに報告する。

症 例 内 容

1. 症例

H氏、70才代、男性、肺がんステージIV、転移性脳腫瘍、介護保険は申請中、日常生活自立度C2、身体症状の訴えはない。家族構成はH氏の父・母・妻・次男との5人家族。実父は認知症、介護度4、本人が嫌がるためデイサービス・ショートステイなどの介護サービスは利用していない。実父の主たる介護者は実母である。妻はH氏入院後1人で家業である柿・稲栽培の農業を行っている。妻には鬱病の既往がある。医師から「肺がんに対して化学療法、転移性脳腫瘍に対して放射線実施した。全脳照射と転移性脳腫瘍により認知症進行したため、今後化学療法の実施は困難のため、状態が安定している状態から自宅療養が望ましい」と病状説明があり、キーパーソンの妻から「連れて帰りたいが、自宅で父と2人の介護は難しい。具合が悪くなったらと考えると怖い」との言葉が聞かれた。

2. 研究期間

平成24年8月1日から10月30日

3. 研究方法

肺がん終末期患者1名の在宅退院のため関わった援助の実際を「クライアントとしてのコミュニティ理論の地域コアデータと8つのサブシステム（①物理的環境②保健社会サービス③政治・政策④経済⑤安全と輸送⑥コミュニケーション⑦教育⑧レクリエーション）をもとに分析し、必要な援助を抽出する。

4. 倫理的配慮

患者・家族に研究の趣旨、目的、方法、プライバシー保護・拒否しても不利益を被らないことについて紙面にて説明し同意を得た。

結 果

【実際の看護介入】

退院に向けてのカンファレンスを実施し、以下のよう
に調整した。

・ケアマネジャーを実父と同一の方としサービスを
組み直してもらった。身体状態が安定しているため
に実父の介護サービス利用を増やすことにした。さら
に、H氏が退院可能な状態になったら介護保険を
利用し、実父とH氏が交互に施設利用し、在宅で
は、1人の介護を行うように調整した。デモストレー
ション的に今回の外泊時に実父のショートステイを
試みた。

・妻に退院に向けて必要な知識・技術を指導する。

- ① 食事介助の方法
- ② 食事摂取量低下時の対応方法
- ③ 尿道カテーテル自己抜去の予防方法
- ④ 行動予測がつかないため転倒のリスクについて
と、その対応方法

- ⑤ 尿量500ml/日以下、活気がない、痰の絡みが強
い、食事を全く食べないなど不安に感じた場合は
病棟に電話連絡していいこと、場合によっては早
めに帰院することや救急車の利用について説明し
た。退院後何か困った時にはヘルパーやケアマ
ネージャーに相談していいことを伝えた。

以上のことをふまえ、退院を見据えて4泊5日
の試験外泊を行った。外泊中、発熱があり家族か
ら病棟に電話連絡が入り、対応方法といつでも帰
院していいことを伝えた。

【外泊後の家族の反応】

「外泊中親戚や近所の人か様子を見に来てくれて、
本人の笑顔も見られてうれしかった。心配な事もあ
ったが、病棟に電話して相談でき良かった。状況が変わ
った時にどう対応して良いか困る。往診してくれる医師
や看護師がいてくれれば安心だと思う。連れて帰れて
本当によかった。」と妻から話を聞いた。

考 察

H氏の在宅を困難にしていたのは、第一に急変時の
対応・病状の変化に対してどうすればよいのか家人
が不安を持っていた事。第二に介護が必要な人間が家
庭内に2人おり、介護負担が大きいことが挙げられ
た。当初このような状態では在宅退院は困難であると
考えた。今回クライアントとしてのコミュニティーモ
デルを使用し、地域における様々なシステムを含めて
アセスメントした結果、8つのカテゴリーの内、特に
介入が必要と思われた4点に焦点をあてて分析する。

1、保健・社会サービス：H氏のみ視点に当てるの
ではなく、実父を含めて今後家族が2人をどのよう
に介護していくか考えた。介護施設では、終末期で
病状が変化しやすい患者や治療処置の多い患者の受
け入れが難しい傾向にある。そのため、H氏・父と
もに介護施設の利用だけでなく社会的入院を受け入
れてくれる病院の利用を視野に入れ調整を行った。
医療機関や介護施設がその地域の中でどのような規
模で、どのような利用者がいて、許容量はどの程度か
をアセスメントし調整を行う必要があると考えた。

今回、外泊中家族が最も不安に思ったことは病状の
悪化、急変時の対応であった。ターミナル期であり
病状悪化時だけでなく日々の生活の中で生じる不安
に対応できるよう訪問看護や訪問診療が重要である
と考えた。

2、安全と輸送：家族は退院後、病状悪化した場合に
はどのように対応していいのか不安があった。退院
後は車で10分程度の距離にある近医へ紹介する準備
を行った。消防署が自宅の前にあり、何かあった時
は救急車の要請も可能であると話した。輸送には公
的・民間の輸送があるが、消防署の位置を考え、更
に終末期であり病状変化に対して家族の不安を考え
ると救急対応も可能であることを伝えた。この事は
家族の安心につながったと考える。

3、コミュニケーション：実父と同一のケアマネ
ジャーを依頼し、情報が一本化するように調整し
た。ケアマネジャーは地元の人で患者・家族と面
識があり家庭状況を理解してくれた。家庭状況や地
域の介護医療保健サービスの情報がタイムリーに直
接的に得られ、家庭内の介護負担の調整に役立っ
た。

4、教育：父親の介護は主に母親がしており今まで妻
が介護に関する必要な情報を得る機会がなかった。
今回、入院を機に介護についての知識・技術を提供
し、安心して療養生活が送れるように援助する必要
があった。退院後の介護に関する教育的資源として
はヘルパー、ケアマネジャー、デイサービス職員
など身近な専門的知識のある人材を利用するという
視点で調整を行う必要がある。以上のことよりケ
ース全体を通して考察する。

H氏のケースの場合、訪問診療や訪問看護などの在
宅医療サービスの利用は不可欠である。しかし、今回
H氏の住む地域においては訪問診療・訪問看護を行っ
ている医療機関がなく、家族の不安を十分に解消でき
る状況ではなかった。しかし、このような地域のシス
テムを改善するには長い時間が必要になりすぐには実
施できない。そこで、地域における医療機関との連携
が重要になる。急変などがあった場合、訪問診療・看
護がないのであればできるだけ早急に対応してくれる
医療機関の選択とその際の対応の方法と、場合によ
っては看取りについての方針を相談し明確にしておく
ことが必要である。更に、主介護者を含める家族、ヘル
パー、ケアマネに対しては病状に合わせての対応の方
法を指導、教育する必要があると考える。より多くの
、身近な人々が療養者への対処の方法を理解し身に付
けていることで介護を行うチームとしての力を発揮す
るだけでなく、チーム員の不安の軽減につながると考
える。更に療養者に変化が起きた場合、協力を得るた
めに近隣の人々とのコミュニケーションをはかり日ご
ろから依頼しておける関係作りを進める必要もあろ
う。今まで、終末期という時期にある人が在宅療養す
る場合においても、介護技術を中心に指導を行って
いた現状がある。在宅における在宅医療サービスが不
十分な地域においては、介護に携わる人が医療的スキ
ルを身につけることで在宅療養が可能になると考えら
れる。

終末期にある患者を地域で支えるためには、地域全
体をアセスメントし、その地域にある活用可能な資
源が何であるかを明確にする事、そして不足部分を補
うための方法を広い視野で考えアプローチすることが
重要であると考えた。

文 献

1. エリザベスTアンダーソン. コミュニティアズパートナー. 第1版. 東京:医学書院;1998.
2. 黒田裕子. 理論を生かした看護ケア. 第1版. 東京:照林社;1996.
3. 鈴木和子・渡辺裕子. 家族看護学—理論と実践. 第2版. 東京:日本看護出版会;2000.

英 文 抄 録

Case report

Analysis about the supports necessary for a home medical care of the terminal-phase patient

Sado General Hospital, ward ; nurse
Masako Ohkido, Mariko Takano, Yuka Kaneko

Background : There were many patients to take the home medical care, but most ones spent their terminal-

phase in hospital. We experienced various difficulties about the transition from hospitalization to home medical care including staying out for a long term. We utilized “community theory as client” this time and analyzed the supports that were necessary for the transition to home medical care for the terminal-phase patients.

Case : We experienced the introduction of home medical care to a case of terminal phase of lung cancer with dementia of care degree 4 to being at home on the basis of “community theory as client”. We taught his wife a medical care technique and medical resources for his discharge.

Conclusion : The followings are necessary to establish the medical home care :

1. Secure both the medical institution at neighborhood supporting a medical home care and a follow system,
2. Teach family member, care manager, and helper the medical technique,
3. Find a medical staff for emergency.

Keyword : community model, terminal phase, home medical care

表1 コミュニティ理論によるH氏のアセスメント

情報	アセスメント
1.地域コアデータの分析【A 地域の特徴】 ・平成 22 年度の人口は 3,831 人で、平成 17 年より 294 人減少。 65 歳以上の人口割合は 42.4%。A 地域は介護サービス利用率高い。	1.地域コアデータの分析 高齢化が進んでいる地域であり、介護が必要としている世帯が多いと思われ、介護に対する理解がある地域と考えられる。
2.物理的環境 ・自宅は、主要道路沿いに面している。柿畑・田んぼまでは自宅から車で 5 分程度のところにある。特に農繁期は一度柿畑に行くとは帰ってこれない。	2.物理的環境 ・妻が柿畑に行くとは帰ってこれないため、ヘルパーなどを利用し H 氏の介護ができるようにサービスを利用することも検討。
3.保健・社会サービス ・介護保険申請中。A 地域は開業医や一般病院があるが訪問診療は行っていない。訪問看護ステーションもない。老健はなし。特別養護老人ホームが 2 か所あり、A 施設は本入所 100 床、ショートステイ 20 床、B 施設は本入所 90 床、ショートステイ 20 床。デイサービスを行っている施設は 3 か所あり、それぞれ 20 名/日、25 名/日、28 名/日利用可能。デイサービス利用の条件として状態が安定していることが挙げられる。脳血管患者・廃用症候群の患者のサービス利用が多いが、終末期患者の利用はない。	3 保健・社会サービス ・今回肺がん・転移性脳腫瘍の進行により介護が必要な状態となったが、この地域では在宅で医療サービスを受ける環境は整っていない。H 氏の実父も介護が必要な状態であり、主介護者となる妻の介護負担が強くなることが予測され、介護サービス利用が必要である。外泊中急変の可能性が高く、外泊中の病状への対応について家族に説明が必要である。本人・父の介護に関する情報を統括し、介護サービス提供を行える事業所及びケアマネジャーの存在が不可欠である。
4.安全と輸送 ・H 氏の自宅は主要道路沿いに面しており、A 地域から当院までは車で約 40 分の距離である。A 地域にある一般病院までは車で約 10 分である。妻は車の運転は可能。介護タクシーの利用も可能。消防署が自宅の道路を挟んで目の前にある。	4.安全・輸送 ・H 氏は肺がんターミナル期であり病状の悪化の可能性があること、転移性脳腫瘍による認知症の進行・ADL 低下があることから妻が一人で H 氏の移動を行うことは困難であり、自宅で急変した時の救急車の使用についても迅速に利用できる位置である。
5.コミュニケーション ・A 地域は昔からの世帯が多く、近隣も隣接している。近所に親戚がおり、困ったときには相談をしていたと妻から話が聞かれた。 ・介護サービス利用世帯が多い。	5.コミュニケーション A 地域は近隣との付き合いがあることや、親戚付き合いがあり H 氏の家族は地域とのつながりが強い。妻に鬱病の既往があり、介護負担感が強くないように関わりが必要である。A 地域は介護に対しての不安や心配事については話ができる間柄である。
6.レクリエーション ・妻の楽しみは畑仕事になっていた。	6.レクリエーション ・H 氏と実父 2 人の介護が必要な状況であり妻の介護負担が強くなることでのストレスの蓄積が考えられる。妻のストレス発散できるよう関わりが必要である。

(2013/11/29受付)