

訪問看護でのターミナルケア

2013.3 岐阜民医連・学術運動交流集会

はじめに

みどり訪問看護ステーションでは2012/1～2012/12の一年間に21名の在宅での看取りを行った。その中の一例を紹介し、今後の課題を明らかにしたい。

倫理的配慮：事例については、ご家族の了承のもと紹介をおこなった。

事例

・80歳代 男性 妻との二人暮らし（別世帯の娘の協力あり） 要介護3

・病名：S状結腸癌術後 肝転移 慢性心不全 慢性心房細動（病名告知済み）

・訪問看護利用期間

2012/11/8～2012/12/5（11/16～11/20 下痢のためみどり病院入院）の28日間

・訪問診療

2012/11/6～2012/12/6の9回

・訪問開始までの経過

2008年、上行・下行結腸癌にてA病院にて手術施行。その後、すこやか診療所にて定期通院をされていた。（1回/月）11/6受診予定であったが、体調悪化のため受診できず訪問診療開始となり、訪問看護の依頼が主治医より出された。訪問診療にて入院を勧められたが、本人の希望で在宅療養開始となった。

・訪問看護開始時の状態

ベッドのレンタルのみ。その他の介護サービスの利用無し。

排泄はトイレまでの歩行可能。入浴は一人で可能。食欲は無く少量のエンシュアリキット・プリン等を摂取。痛みに対してはフェントステープ処方されているが、吐気が強く使用されていない。指圧健康器具・シップを使用し痛みの緩和を図っていた。

・訪問目的

- ① 把握・状態の変化に対応する
- ② 痛みの状況を知りコントロールを行う。
- ③ 清潔に快適に過ごせるよう支援する。
- ④ 介護者へのサポートを行う（2回/週 の訪問）

・訪問経過

2012/11/8 訪問開始。本人の「入院したくない」という思いを尊重しつつ、介護者である妻の不安の軽減に努め保清やマッサージなど行い信頼関係を築けるように対応を行った。

訪問開始直後は、痛みはあるものの指圧健康器具と湿布薬で対応し、看護師にも指圧健康器具を見せ、話をされていた。しかし、食欲やADLの低下が見られるようになり、妻からは自身の足の痛みについての言葉が多く聞かれるようになった。看護スタッフからは、介護疲れを心配する声が聞かれるようになった。

11/15 多量の下痢がみられ妻から「入院をすすめてほしい」との言葉もあり、本人と相談の結果、緊急入院対応された。本人の希望で11/20 退院。退院後は点滴希望があり毎日の訪問に変更。病状もADLの急激な低下や熱発・夜間せん妄がみられた。また、痛みの増強もあり、11/26 主治医のすすめでフェントステープ 1mg 開始。少しずつ苦痛表情は軽減していった。入院した事をきっかけに近くに住む娘さんの関わりが増え、介護力を強化するために娘さんの介護への協力を促した。刻々と変化する状態に対し、緊急訪問で対応、主治医・すこやか診療所看護師との連携をおこなった。また、娘さんに対しても情報共有や今後予測されることについて「看取りのリーフレット」を活用し話をしていった。遠方に住む次女さんが仕事を休んでこられ、親子で過ごす時間を持つことが出来た。12/6 主治医にて死亡確認がされた。

・まとめ 今後の課題

この事例は在宅での生活を希望されていた本人と介護に不安を感じているご家族のケースであった。訪問看護開始時点では本人の思いは分かるが、介護者は妻 1 人であり「娘さんの協力は得られるのか?」「痛みのコントロールはどうして行くのか?」など訪問看護師の不安は強くあり、在宅での看取りは困難との見方もあった。しかし、退院後、娘さんの関わりを増やし療養環境を整えなおしたことで介護負担の軽減が図られ、在宅での看取りの体制が出来た。また、緊急時の訪問看護の対応や主治医の臨時往診の対応が行えたことが信頼関係につながり、本人・ご家族の不安を軽減し在宅での看取りが可能になったと考える。

終末期を迎える場所は本人・ご家族の思いや介護力・経済力などにより異なり、気持ちは常に不安や迷いにより変化していくことも学ぶことができた。今後もターミナルケアを行う時に、本人・ご家族の思いに寄り添い「最後まで生きることを支援」していきたい。

そのために、①診療所だけでなく、病棟への情報提供をより本人・家族の状況がわかるように申し送り方法・内容を改善する②揺れ動く気持ちに応える為に、柔軟に対応出来る力をつける③出来る限り速やかに生活環境を整える（レスパイト入院も時に必要）④制度を上手く活用する（外泊時の訪問看護など）を行っていきたい。