

はじめに

がんの終末期を在宅で過ごしたい、できれば、在宅で看取りたいと希望される方は、当院でも増加傾向にある。しかし、症状のコントロールが困難な場合、在宅療養に難渋することがあり、最後は入院となるケースもある。今回、死亡直前に入院となった3症例を経験し、その後に生かすことができたので報告する。

症例1 83歳 女性

【病名】膀胱がん、転移性肺がん、がん性胸膜炎

【介護者】別居の娘のみ

【経過】当院通院中であった。2年半前、膀胱がんと診断され、加療するが進行。2012/3月から訪問診療となる。衰弱進行しており、約3週間入院。オキシコンチンで傾眠あり、入院中は中止していたが、退院後呼吸苦あり、定期的塩酸モルヒネ錠とオプソの頓服を処方した。訪問リハビリと訪問介護、訪問入浴等の体制を整えた。食事摂取料は少なく、少量の輸液を行った。日中、訪問入浴あり、「ありがとう、気持ちよかった」と言っておられた。夕食後に呼吸困難となり、当院が満床のため、近医に救急搬送。酸素吸入、胸水除去で呼吸状態はやや改善し、翌日、当院入院。

【入院後経過】傾眠状態となり、時にけいれんを認めた。少量の点滴を行い、抗けいれん剤の座薬を使用した。9日後、静かに永眠された。

症例2 84歳 男性

【病名】胸腺腫

【介護者】妻のみ

【経過】当院通院中であった。ターミナルの診断で訪問診療開始。下半身の浮腫、息切れあり、コタツに座ったままの生活になっていた。苦痛に対し、リン酸コデインが処方されていたが、本人が薬にこだわりがあり、うまく使用されていなかった。利尿薬の静注を開始したが、訪問開始1週間後の夜、呼吸困難増強。救急車で来院し入院。

【入院後経過】起坐呼吸の状態であり、塩酸モルヒネの皮下注を開始。2日後、静かに永眠された。

症例3 99歳 男性

【病名】前立腺がん

【介護者】娘（養子）家族

【経過】他病院から末期状態で連携診療所（水橋診療所）に紹介あり、訪問診療開始。寝たきりで誤嚥、咳を認めた。訪問診療を依頼し、少量の点滴を行った。日曜日、家族が水分を飲ませたところ、痰がらみ、喘鳴あり、苦しそうなため当院受診され、入院となった。

【入院後経過】抗生剤、気管支拡張剤などの治療を行うが、意識レベル低下あり、2日後永眠。

共通点

- ①本人と家族は「在宅での看取りを希望していた」が入院となってしまった。
- ②訪問看護などの在宅サービスは提供されていた。
- ③休日や夜間の病状変化であった。
- ④症状は呼吸困難であった。
- ⑤症状は比較的急に出現し、それに対応する体制、スキルが不足していた。
- ⑥介護者の介護力は比較的弱い状況であった。（高齢や別居など）
- ⑦入院後は大きな問題なく、短期間で亡くなられた。（2-10日間）



富山市医師会で持続皮下注の器具のレンタルが開始になったので、レンタル使用を予定している。

どうすればこういう症例を在宅で看取れるか（カンファレンスで検討）

- ①がん患者の最後は様々であるが、一定の率で、呼吸不全、心不全の進行で最後を迎える症例がある。それらが、起こりうることをよく説明し、その対応について方針を決めておくことが必要。
連携診療所では訪問診療後に、看護師が家族の面会に行き、要望や不安を聞き取り、意思疎通をはかっており、参考になると思われた。
- ②具体的な症状緩和のための臨時指示を出しておくことが必要。
- ③臨時指示は、家族または看護師が行うことになるが、家族が不安を感じる場合、看護師、または医師の助言、見守りが必要になると考えられる。体制の確立が必要。
- ④救急車を呼んで来院してしまったとしても、また、入院してしまったとしても、また、自宅に戻り、最後を迎えることの援助も必要。
- ⑤変化時の相談窓口が、病院の体制上、患者家族を知らない医師・看護師が対応することが多く、情報伝達や、電話相談の体制の確立が必要。

改善、実践の報告

肺がん、呼吸不全症例に対し

3症例経験後に肺がんで大学病院に入院したが、進行がはやく、抗がん剤の副作用もあり、退院してこられた症例を経験した。告知はしてあったが、受容期間なく病状が進行した。息子家族には進行速度と、麻薬の必要性を理解いただき、定期のオピオイドとオプソの頓服、不安時の抗不安薬を使用していただいた。最後まで、意識はあり、パニックになるときもあったが、電話や訪問での家族支援と頓服にて、自宅で看取ることができた。11日間と、短期間であったが、家で身辺整理ができ、医学生の子の孫の関わりもあり、満足していただくことができた。

妻は、麻薬のために早くなくなったかとも思うこともあったようであったが、徐々に受容してきておられる。

ケアマネが決まっていなかったこともあり、看護師が介護に不慣れな家族のために、生活支援を行ったことも感謝された。家族は介護をわかっていないのが普通であることを実感した。

これからどうなっていくかの説明

訪問のたびに、状況に応じ、どうなっていくかの説明をするようにしている。「不安なことはないか」も尋ねるようにしているが、「不安があるかわからない」との答えのことは多い。症例に応じ、できるだけ、具体的に、衰弱、意識、呼吸、尿、苦痛などの変化と対応を伝えるようにしている。

生前からのグリーフケア

家族は介護で精神的にも忙しくされがちなので、最後の時間を患者とゆったり過ごすことを勧めている。患者と思い出話をしたり、患者に気持ちやお礼を伝えたり、スキンシップをとることをすすめている。

急な痰詰まりの対応について

がんでも非がんでも痰詰まり、誤嚥での窒息は家族を慌てさせる。そういう例があったこともあり、家での看取りを希望されているが、誤嚥、窒息の危険が高い方には、その対応について、意識的に説明するようになった。

基本的には、①排痰法の指導、②吸引機を用意していただき、家族に使用法を指導する、③息が弱くなっている場合は、落ち着いて連絡していただく。そのまま、様子を見ていただくこともある④どうしていいかわからないなど、パニックになりそうときは救急車を呼ぶこともやむを得ない等の説明をしている。

家族からは、「何かあったら、電話するから大丈夫」等の答えがおおいが、「電話をしても、待機の医師を呼び出し、駆けつけるので、時間がかかること、日によっては病状を把握していない担当医のことがあること」を説明し、理解を得るようにしている。

院内での申し送り

今年度から電子カルテになったこともあり、病名や、特記事項など、知らない医師が見たとき、わかりやすいように、記録しておく習慣になってきた。家族の情報も書くようにしたり、対応が困難な場合は主治医や担当看護師に電話することもある。

連休などには、終末期などの患者申し送りのまとめを作ったりと意思疎通をはかっている。

家族との方針の確認

家で看取る気持ちは変わらないか、家族、親戚の中で異論はないか、栄養法、急変時の対応など、適宜、確認している。家で話しにくい場合は病院に来ていただき、方針を相談、確認するようにしている。ケアマネや訪看とも相談することもある。

考察

・ほとんどの人が病院で生まれ、亡くなる現代社会において、家で看取することは、本人、家族にとって、未知のことであり、不安が多いことであると思う。しかし、一度、それを希望し、挑戦しようと決めると、反対に、それがかなわなかったとき、失望となることもある。症例1では、死後娘さんは、あの時自分が慌てずに、救急車を呼ばなければ、家で看取ることができたかもしれないと悔やんでおられた。一度きりの人生の最後を、本人も家族も悔いのないものとしていただくために、我々は、本人・家族の目線で、傍らに寄り添い支え、少し先を見た助言を与え、緩和医療のスキルを生かし症状緩和に務めることが必要である。症例1.2.3ともに、予想される症状に対する緩和治療、ケアの準備が不足していた。我々のグループでも、家での看取りはまだ、試行錯誤のところがあり、経験の蓄積と、勉強が必要な段階である。

・病院であるという利点とともに、医師・看護師数が多い分、意思疎通の困難性が問題となる場合がある。普段の様子を知らない医師や看護師が緊急時の対応をすることが患者に不利益を与える可能性があることがわかってきた。症例1.2.3ともに、救急対応となったのは夜間休日であった。反対に、平日の日中であれば、分かっている医師・看護師が対応するため、お互いに納得できる結果となりやすい。問題解決の努力が開始されているが、まだ、課題が多い。

NEXT STEP

・「OPTIM（緩和ケアプログラムによる地域介入研究）」で使用されている、患者家族用パンフレットはわかりやすく、必要十分な分量で作られている。当院ではもう少し、簡単な看取りについてのパンフレットを使用していたが、今後は、このパンフレットも利用していきたい。

・様々な揺れる患者家族を支えるには、ある程度時間をかけた傾聴や説明が必要なことが多い。スタッフで役割分担もしながら、本音を傾聴し、専門的な、現時点でのよりよい方法、考え方を伝えていきたい。

・緩和ケアのスキルの向上。特に持続皮下注射について勉強、実践をしたい。

・院内での意思疎通の方法をさらに検討する必要がある。サマリーや事前指示の明確化や、担当者への相談体制の確立などを検討していきたい。

・英国にはLiverpool Care Pathway(LCP)という看取りのパスがある。LCPに似た、当院におけるパス作成も検討したい。