

## 在宅での看取りに寄り添うチーム医療

和歌山生協病院 外来看護課 土生 幸子

### 【はじめに】

癌終末期の在宅療養を希望される方の多くは、「終末期を出来るだけ自宅で過ごしたいが、しんどくなったら入院させてほしい」と話され、支援を受ける中で徐々にその方向性が決められていく。なかなか方向性が決められず、不安を抱えながら、最終的に在宅での看取りになるケースもあるが、しんどくなって入院された場合は、終末期であるがゆえにそのほとんどが、そのまま病院で最期を迎えることになる。

今回、最期になるであろうと思われた入院が在宅での看取りを決断をする機会となったケースを経験した。その意志を確認後翌日には自宅に退院することが出来、最終的に在宅で望み通りの最後を迎えることができた。

デスカンファレンスを開催することで、それぞれの部署での関わりの全体像が明らかになり、多職種が互いに多くの事を学ぶ機会となったので報告する。

### 【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮し、研究の趣旨を家族に説明して同意を得た。

### 【症例】

90歳代 女性 進行性胃がん術後ターミナル。数カ月前まではひとり暮らしをされていた。娘夫婦と同居後しばらくして、嘔吐の症状にて救急搬送された病院で、進行性胃がんと診断を受け、幽門狭窄の状態にあることが判明した。当初は本人も家族も積極的な治療を望んでいたが、根治術、化学療法の適応はなく、幽門狭窄のバイパス術を受け、食事が摂れるようになったため、「出来るだけ自宅で過ごしたい」と退院になった。

本人へは未告知の状態であったが、病状の進行に伴ない気づいていたのではないかと  
思われた。家族は長女夫婦と 3 人暮らし。キーパーソンは近所に住む孫娘。治療や療  
養の方向性の決断をはじめ、介護面でも中心的役割を担っていた。

### 【経過】

最寄りの医療機関という理由から、退院後の療養相談を受け、直ちに関係部署が協力  
して在宅療養支援を開始した。家族は、「出来るだけ自宅で過ごさせてあげたい」と希  
望しながらも、当初は自宅での看取りまでは難しいと考えられていた。

訪問診療を開始後ほどなくして、食事量が低下し始めたため、家族から点滴の相談を  
受けた。何かをしてあげたいという気持ちからと思われた。しかし、既に腹水が増えて  
きている状態にある末期がん患者に不用意な点滴は逆にしんどい思いをさせてしまう  
場合があり、慎重に考える必要があると主治医の方針を伝えたところ、我に返ったよう  
に、点滴よりも食べられるものを食べさせてあげようと考えられるようになり、以後最  
後まで点滴を希望されることはなかった。結果的に腹水の増加は緩やかに経過し、しん  
どさの軽減につながったと考えられる。

癌性疼痛は経皮的医療用麻薬でコントロールできていたが、次第に経口摂取が困難に  
なり、腹水の量も増え、いよいよ最終局面が近づいてきたと思われた時に術創の感染が  
起こってしまい、高熱に加え、創部からは出血も認めため、家族の不安も強くなり入  
院することとなった。炎症反応は高く、体力の低下も激しいため、誰もが病院で最後を  
迎えることになるだろうと考えた。

外科病棟に入院したものの、病状的に外科的な処置は行える状態に無く、抗生剤の点  
滴と創部の処置しか治療の方法がないと主治医より病状説明が行われると、「不安はあ  
るけれども、治療法がないのなら自宅へ連れ帰り最後まで見てあげたい」とキーパー  
ソンから自宅での看取りの要望が出された。本人も自宅に帰りたいと希望され、それを確  
認した病棟スタッフは、「退院するなら今」とすぐに退院調整を開始した。関係部署に

連絡をするとともに、短期間の間に、吸痰や座薬の挿入方法などの指導が行われ、不安を感じていたお孫さんの表情も少しながら和らいだ様子が感じられた。

連絡を受けた部署では、「自宅での看取りを決意された家族が後悔することが絶対にならないよう全力でサポートしよう」と声を掛け合い一斉に準備を開始した。自宅が 2 階にあることから、まずは帰る手段の検討が必要であった。介護タクシーは階段の昇降があるため当初は断られてしまっていた。その後、工場に併設された自宅であったため業務用のエレベーターが使えることが分かったが、車いすが乗るくらいのスペースしかなく、体力の落ちた患者を車いすに乗せることが出来るか迷っていた時、背中を押してくれたのは、患者を観察していた病棟の担当看護師であった。「短時間なら乗れます」その一言で全ての歯車が動き始め、意志を確認したその日のうちに退院の準備が完了した。

退院当日は、タクシー業者以外に福祉用具の関係者や訪問看護師等が集まり、みんなが協力して無事 2 階の自宅に退院することができた。午後には訪問診療も行い、全員参加の退院となった。

4 日後、呼吸停止を確認した娘さんの連絡を受け、家族や訪問看護師が集まり、主治医による往診が行われた。夕方の診療を中断して訪ねた主治医の熱意に家族から感謝の言葉が聞かれ、後日届いた丁寧なハガキの文面から、満足のいく看取りであったことが伝わってきた。

### 【考察とまとめ】

自宅で療養を開始するには大きな不安を伴う。当院は地域に根ざした医療機関として急性期医療から在宅医療まで担っており、在宅療養の伴走者としての支援はもちろん、いつでも入院できるという安心感の提供も大きな支えになっている。在宅療養の開始期に、その多くが「しんどくなったら入院させて欲しい」と望まれるように、不安の多いその時期には特に必要な条件の一つであるといえる。

主治医の変更も大きな不安要素と思われる。このケースでは点滴を希望された時の主

治医とのやり取りが信頼関係を築く大きな出来事であったと思われる。主治医への信頼と訪問看護の支援に信頼を寄せる中で、最終的に自宅で看取ってあげたい、あるいは看取ってあげることが出来るのではないかという気持ちになったのだと思われる。

入院したことでその気持ちに気づき、そして、そのサインを受け取った病棟看護師がすぐに行動出来たために、退院の機会を逃すことなく、自宅での満足のいく看取りにつながったと考えられる。連絡を受けた関係部署が連絡を取り合い、家族を後悔させないという気持ちの一つに行動できたことも大きな成果といえる。

デスカンファレンスは、関係者が集まり、その具体的な取組みを全員でふりかえる貴重な場面になった。在宅関係者は病棟での様子を聞き、自宅での看取りを決意する過程を知ることが出来、病院関係者は在宅医療の実践内容に触れる機会となり、退院時の数々の手配の様子や帰ってから亡くなるまでの関わりの様子を知る機会になった。関係者全員参加の取組みで、本人の望んだ自宅で、家族にとっても満足のいく最後を迎えられたという結果は、私達にとっての成功体験と言える。納得する支援をやりきるという経験は、自信と相互理解、信頼につながり、チーム力向上に大きく役立つものと考えられる。皆がいつでも気持ち良く、連絡を取りやすい環境づくりを今後も続けていきたいと思っている。