

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録 (2019.7) 平成30年度:106-110.

平成29年度)日本看護学会 慢性期看護論文集外来での在宅療養中の患者・家族への支援

伊藤 眞由美, 野村 理賀子, 新井田 敬子, 平瀬 美恵子

## 第48回 (平成29年度) 日本看護学会論文集 慢性期看護論文集 外来での在宅療養中の患者・家族への支援

旭川医科大学病院 外来ナースステーション

伊藤眞由美 野村理賀子 新井田敬子 平瀬美恵子

key words:エンパワーメント,外来看護,意思決定支援,家族看護,セルフケア

### I. はじめに

平成26年度の医療法改正で、病院・病床の機能の明確化、在宅医療・介護の推進が強化された。こうした施策を背景とし、平均在院日数の短縮化で慢性疾患やがん治療も外来で治療継続が可能となり、早期に退院となっている。ゆえに通院加療し在宅療養している患者が増え、外来における継続治療、外来での看護支援が重要となっている。望ましい在宅療養とは、住み慣れた環境でその人らしく安心して暮らせることを目標にし、外来看護師（以下看護師とする）は患者と家族を支援することである。日本看護協会は、外来看護を「疾病を持ちながら地域で療養・社会生活を営む患者・家族などに対し安全で安心・信頼される診療が行われるように、また生活が円滑に送れるよう調整を図りながら看護職が診療の補助や世話を提供すること」と定義している。しかし、退院許可時に自宅療養の見通しが立たず家族の協力を得られないことや、療養環境の整備の必要性も報告されている<sup>1)</sup>。患者・その家族の思いを軸に「生活・介護上の問題」を細やかな情報収集からアセスメントし課題への解決に取り組むことが必要である。A病院では、退院支援として入院時に入院時スクリーニングシートを記載し地域医療連携室の看護師と連携し介入を開始している。外来は、退院支援が必要な患者を看護サマリーや病棟-外来間のカンファレンスで情報共有し把握している。B氏とその家族が在宅療養を望み、退院支援・退院調整から訪問看護を導入することになった。訪問看護サービスの利用者数は34.9万人（平成24年度調査）で近年、急速に増加しているが、病院又は診療所からの訪問看護は減少傾向にあり、訪問看護を利用していないケースもある。在宅療養開始期は家族にとって生活の再構築をはかる非常に不安定で混乱する時期であると述べている<sup>2)</sup>。看護師は退院直後から患者・家族の生活について細やかな情報収集でアセスメントにつなげその不安定な時期を焦らず、少しでも困ったことを解決していけるように働きかけていくことも必要である。B氏の家族も、社会資源の活用や自分たちの生活と介護を両立させることに苦勞し慣れない医療処置に戸惑いながらも自分たちで問題を解決して在宅療養を継続していた。

### II. 研究目的

外来で在宅療養に必要な医療処置を多く抱えた終末期がん患者・家族への関わりを振り返り、これからの外来看護のあり方、役割、連携方法を明確にする。

### III. 研究方法

#### 1) 研究の種類・デザイン

##### 事例研究

電子カルテから患者状態、患者・家族の言動、看護師の関わりから研究者間で①複数の医療処置を抱え訪問看護を中断した時期②家族が役割分担し介護に慣れてきた時期③在宅療養を継続するか緩和ケア病院に入院するか葛藤した時期の3期に分け、看護援助からタイトルをつけ分析した。

#### 2) 研究期間

平成28年12月16日から平成29年3月1日

### IV. 倫理的配慮

倫理委員会の承認を得て、データは対象者の個人情報保護に十分配慮し、個人を識別することがないよう対象患者に符号を付与しA病院外に個人情報の持ち出しは行わない。患者・家族に対して研究の

目的と方法、守秘義務、拒否をしても不利益を被らないことを文章と口頭にて説明し同意を得た。

## V. 結果

### 1) 患者紹介

B氏80歳代、男性。口腔底がん、中咽頭がん（摘出術、放射線・化学療法併用）。家族構成：妻と二人暮らし。近所に住む娘から支援が得られる。

### 2) 緩和ケア病院に入院するまでの経過

B氏は、経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下PEGとする）での栄養管理、血糖測定・インスリン自己注射を実施していた。B氏は認知症が疑われ、B氏だけでは管理が難しく家族の援助が必要だった。在宅療養に向け家族にPEG、気管カニューレからの痰の吸引・吸入、血糖測定やインスリンの管理が必要となり家族へ在宅療養指導が行われ、娘は医療処置を習得できていた。妻は習得まで至らず娘のサポートを受けながら医療処置を行っていた。緩和ケア科は疼痛管理とせん妄管理目的で関わっていた。退院当初は訪問看護を利用していたが、毎回違う看護師が来て指導内容が違うことや妻が行っている医療処置を毎回説明しなければならないこと、妻の仕事と訪問看護師が来る時間が重なり仕事に支障があるという理由から途中で利用をやめ、訪問介護員を週3回利用していた。

X年、中咽頭がんに対し放射線併用選択動注化学療法施行した。X+6年、放射線性下顎骨壊死となり誤嚥を繰り返すため気管切開術を施行した。肺炎予防と栄養管理目的でPEGを造設した。X+8年、左下顎骨離断術施行した。X+11年、口腔底へ再発し、他施設で免疫療法を半年間施行したが効果はみられなかった。徐々に病状が悪化し、腫瘍部分からの出血が多くなり看取りを含め緩和ケア病棟のある病院へ入院した。

### 3) 看護援助

#### ①複数の医療処置を抱え訪問看護を中断した時期

患者の状態：B氏は、退院した日から息苦しさを訴えており、痰の量も多くなっていた。前屈姿勢でいることが多く、気管カニューレが気管後壁にあたっていることも影響していた。B氏の息苦しい状態から家族は訪問看護師に連絡し自宅へ来てもらい、訪問看護師が吸引しても改善しないことから救急車を要請していた。入院中と同じカニューレのサイズで退院していたが、入院中は呼吸困難を体験していなかったためB氏自身も混乱していた。耳鼻科医師は、B氏の息苦しさを訴えとSPO<sub>2</sub>をモニターし内視鏡検査から、カニューレの材質、サイズを変更し、カニューレの交換時期を定期的交換から総合的に判断し交換時期を不定期にしていた。口腔内とPEG周囲の痛みが出現し、緩和ケア科から、フェンタニル製剤（フェントステープ®）を処方されていた。主に耳鼻科、緩和ケア科に定期受診し放射線科も受診することがあった。

患者・家族の言動：B氏が呼吸困難を初めて体験したことで家族もその様子から不安となっていた。退院直後の耳鼻科外来受診時に、看護師は既に継続看護として病棟からの看護サマリーから情報を得て介入していた。吸引手技やPEGからの栄養チューブの接続や自宅での困ったことを確認し指導を行っていた。家族は痰が硬くうまく吸引できないことや、そのことで肺炎になることを心配して頻回に吸引し100本/1箱を1ヶ月に6箱を要求していた。妻は、看護師に、訪問看護について毎回違う看護師が来て指導内容が違うことや、妻が行っている医療処置を毎回説明しなければならないことがストレスであることを話していた。また、妻の仕事と訪問看護師が来る時間が重なり仕事に支障があることを表出していた。妻は訪問介護員に家事の依頼をして、B氏の介護ができる時間を作るために担当ケアマネージャーに訪問看護の回数を減らして訪問介護員の利用時間を増やす相談し、訪問看護を中断した。妻の疲労が強い時は娘が手伝い受診時にはB氏に付き添っていた。

看護師の関わり：妻が要求した吸引チューブの本数が、通常使用する可能性のある量として渡した本数以上であり、そのことから妻の吸引の手技の確認を行った。看護師は、家族が訪問看護を断った経緯から在宅支援での医療管理上の課題、生活・介護上の課題、患者自身と家族がどうありたいのかを情報収集しアセスメントしていた。家族は退院直後のB氏の呼吸困難は予測していなかったことであり混乱していた。看護師は新しいことに慣れることが精一杯だった80歳代の妻に寄り添いながら細やか

に指導を続け、家族のセルフケア能力が低下しないようにしていた。在宅療養を開始した直後は、看護師は家族と信頼関係を築く大切な時期であり、家族の不安に対し常に相談にのることができることを伝えていた。訪問看護を断った経緯がある為、外来が窓口となりB氏と家族が安心して在宅療養を維持していける支援をしていた。

### ②家族が役割分担し介護に慣れてきた時期

患者の状態：B氏は、認知症を疑われており、疾患をどこまで理解しているか不明であった。耳鼻科医師は、家族だけにB氏の口腔底の腫瘍が増大していることを告げていた。B氏の年齢を考慮すると、化学療法など積極的な治療は行わず、症状を和らげる対症療法について家族に説明していた。腫瘍の増大に伴いB氏の口腔内の痛みも増強しており、緩和ケア科医師はフェンタニル製剤（フェントステープ<sup>®</sup>）の用量を調整していた。

患者・家族の言動：B氏は「治療をしたい、頑張れそうだ」と話し、散歩を日課にしていた。家族はB氏の意志を尊重し、口腔底がんの手術や陽子線治療・免疫療法をしている病院を調べ、治療の対象になれるのかを耳鼻科医師に相談していた。医師は家族から相談を受け、B氏は右中咽頭がん動注照射後による放射線壊死であること、腫瘍の大きさ、高齢であり相談された内容は適応がないことを家族に説明していた。妻は、緩和ケア科外来受診時B氏の疼痛管理が記載された日誌を持参していた。妻はB氏の突出痛に対し、薬剤の使い方を緩和ケア科医師に相談していた。受診時に妻はB氏の気切部を覆うバンダナでケープを作りB氏を尊重していた。

看護師の関わり：看護師はNumerical Rating Scale（NRS）を使用し、B氏の顔みや表情を見て痛みを確認した。家族が記載した疼痛管理日誌とB氏の痛みを観察しB氏の家族が介護への疲れや家族の生活に制約がないか情報収集しアセスメントしていた。看護師は介護を続けている家族の力を認め労いの言葉をかけていた。

B氏の家族は、自身の力で安定した生活を取り戻していた。妻は、仕事と介護を両立し、娘と介護の役割分担していたことで家族の身体面・精神面は安定していた。B氏の病状は進行しており、看護師はB氏の思いを尊重したい家族に寄り添い支援をしていた。介護という役割を日々の生活に組み込み、家族の生活を大切にしながらB氏を守っていることを看護師は肯定し、家族が自信を持てるように支援していた。

### ③在宅療養を継続するか緩和ケア病院に入院するか葛藤した時期

患者の状態：口腔底の腫瘍からじわじわした出血が頻回に続くようになり定期受診以外にも夜間救急外来に家族がB氏に付き添って受診していた。耳鼻科医師から腫瘍から出血が続いており、貧血状態であること看取りを含めた対処ができる病院への入院が必要であることの説明を家族は受けていた。緩和ケア科医師はB氏の腫瘍増大に伴う痛みに対しPEG から注入できるモルヒネ塩酸塩水物（オプソ内服液<sup>®</sup>）処方していた。

患者・家族の言動：B氏の口腔内からの出血が続く時、家族は外来受診後でも救急外来を受診にしていた。妻は、「腫瘍からの大量出血が自宅で起きたら大変だと聞いた。自宅で出血が起きたら対応が無理かもしれない。今の状態であれば自宅でも介護ができるので入院することに迷いがある。一人では介護はできなかった。娘がいてくれたから続けられた」と表出していた。B氏は認知症が疑われており、病気の理解が不明でも緩和ケア病院に入院できるのかを妻は心配し今後の療養先の選択に混乱をしていた。この状況を看護師は医師に伝え医師から緩和ケア病院の長所などを説明され不安が軽減した。家族は看護師に在宅療養を維持できた思いの表出を促し、家族は心情を吐露した。その中で介護のストレスも話されたことから、一度は訪問介護サービスを受けたこともあるため再度促したが妻は導入希望には頷かず、緩和ケア科医師はそれ以上すすめなかった。

看護師の関わり：看護師は診察時に同席し傍らに寄り添い支援した。B氏の病状を説明され大量出血が死につながる状況に直面した家族が危機的な状況になっていないか看護師は情報収集しアセスメントしていた。腫瘍から頻回な出血が続いたことでB氏の病状に変化が起きていることを家族は理解していた。病状悪化をきっかけに療養先を変更し選択しなければならない葛藤も生じていた。看護師は家族が在宅療養を続けたい思いを理解していたが、今まで家族の力で問題を解決しB氏を支えてきたことが

簡単なことではなく、むしろこれ以上に介護負担にならないように在宅療養を続けたいほうが良いと思っていた。B氏の家族が長期間在宅療養を維持できたのは、B氏を尊重した家族間の思いと、家族がお互いを労い感謝している関係であった。家族は療養先に自宅と緩和ケア病院との選択の迷いが続いていた。関連科の看護師等で合同カンファレンスを行い支援の方向性をきめ看護診断した。関連因子(介護活動)24時間にわたるケアの責任、刻々と変化する活動と、診断指標は〈家族機能〉家族葛藤、〈介護者の健康状態：情緒的〉いらだちから【介護者役割緊張状態】を看護診断した。看護目標は『家族全員を意思決定に参加させる』にした。看護過程として展開し介入・評価ののち継続とした。看護サマリーにB氏の人となりや家族の緩和ケア病院への入院する選択へ葛藤があったことを記載していた。

## VI. 考察

在宅療養は患者・家族にとって相互にストレスを伴うもので、家族は、24時間患者の傍らで必要な医療処置を安全に行い、家族自身の生活とのバランスをとりながら生活していかなければならない。医療者はチームで家族が在宅での介護負担が軽減して患者と生活できるように社会的に支援していくことが必要である。退院支援は病棟や外来で「患者に1番近いところにいる看護師」の関わりがとて大きく患者の今後の生活に影響を与え看護の力が生活の場に帰らせると述べている<sup>3)</sup>。在宅療養支援は外来から始まっていると言われ<sup>3)</sup> 看護師は、通院中の患者の疾病管理の必要性や病態予測に基づき安定した在宅療養を送れるようにマネジメントすることが求められる。今回、看護師と患者・家族の出会いは退院直後であり、患者・家族との対話から信頼関係を構築し、病棟からの看護サマリーの情報と継続看護としての視点で患者・家族のセルフケア能力をアセスメントする介入が必要である。B氏は糖尿病や咽頭がんで吸引やPEGの管理など自身で行うことができていたが、病状の進行、悪化、認知症の疑いで在宅療養では家族を頼る他なく、患者・家族は訪問看護を導入していた。B氏の妻は80歳代であり退院までにB氏に必要な医療処置を習得するまで時間を要していた。医療処置を習得し確立しても、臨機応変に対応できることは誰にでも厳しいことでもある。訪問看護を導入しても家族の諸事情や訪問看護師との関係などからも継続していくことは難しいことが報告されている。看護師は家族がB氏を自宅で過ごさせたいという思いを尊重し、医療処置や病状管理の助言や指導を通し「できる」という自信になるように援助したことが家族のセルフケア能力を高める支援であったと思われる。家族をケアの対象として捉え、傾聴した介入も情緒的支援となり家族のエンパワーメントに繋がっていたと思われる。B氏と家族は訪問看護サービスをやめ、在宅療養を維持できていた。家族が適切に社会資源を活用することは患者・家族本来のセルフケア機能を過剰ストレスから守り高めることに繋がる。この家族は常態化を目指して対処行動をとっていたと思われる。家族自身が適切に変化していくような条件を整えることが看護師の役割である。

関連科の看護師等でB氏とその家族について合同カンファレンスを行い、情報・問題を共有し看護診断した。関連科で連携して同じ目標に向かい介入、評価したことは、外来看護の質の向上にもつながったと考える。看護師は、B氏とその家族が大事にしていたことを切れ目のない継続看護として繋げることが必要と感じていた。家族が介護にも意義を感じることができるよう周りの支えが必要であり、看護師はそのことを担う役割があると思われる。介護によって家族が家族内でコミュニケーションを増やし、役割を分担し家族本来の維持機能を高め、意思決定がされ緩和ケア病棟のある病院へ入院となった。家族の強みは家族が問題や困難な状況に出会っても、本来持っている力や資源を活かして状況に対応した家族の強みを培いながら発展させて、よりよく生きていく力や要素であると述べている<sup>4)</sup>。家族員がどのような目的や意図を持ち看病生活を継続しているのかを把握していくことがセルフケア行動を理解するうえで重要であると述べている<sup>5)</sup>。看護師は、終末期がん患者・家族の在宅療養を支援する役割は大きい。

## VII. 結論

1. 在宅療養には患者・家族のセルフケア能力をアセスメントし、支援をする必要がある。
2. 外来看護は患者と家族の力をエンパワーメントの視点にたち在宅療養支援を行う。

3. 関連科でのカンファレンスから情報・看護の方向性を共有して実践することが長期在宅療養を可能にする。

#### 引用文献・参考文献

- 1) 尾ノ井美由紀,白井文恵,伊藤美樹子：一般病院における外来看護師の在宅療養支援の課題,千里金蘭大学紀要12,p145-150,2015.
- 2) 渡辺裕子監修：在宅看護論Ⅱ実施編第2版, 日本看護協会出版会,p 68, 2007.
- 3) 宇都宮宏子,三輪恭子：これからの退院支援・退院調整ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域,日本看護協会出版会, p7-11, 2015.
- 4) 野嶋佐由美：家族エンパワーメントをもたらす看護実践, へるす出版, p210, 2006.
- 5) 三橋日記,藤田佐和：終末期がん患者の家族員のセルフケア行動と意味づけ,高知女子大学看護学誌, 37(1), p 28-34,2012.