

「ときどき入院、ほぼ在宅の実現を目指して」

高齢者の癌事例を通じて医療介護連携を振り返る

医療法人社団めぐみ会 南大沢メディカルプラザ

主任介護支援専門員 柳澤 大地

介護支援専門員 松尾 千都

1.背景と目的

高齢者の癌の罹患率は年々増加傾向にある、しかし在院日数は減少傾向にある。このため自宅で癌の治療や療養を行なう方が増えている。癌を患う高齢者が安心して自宅や地域で過ごすことができるよう、我々には地域づくりや対応力の向上が必要とされている。今回の発表では癌を患った高齢者の 2 事例の振り返りをおこない、ご本人やご家族が残された時間をどのように過ごしたいか、意向の実現に向けて何が出来たかについて介護支援専門員の立場から「ときどき入院、ほぼ在宅」の実践に繋がるポイントは何か？考察をおこなう。

2.方法

過去に関わった癌 2 事例の振り返り

事例 1

A様 76歳 女性 八王子市内在住

傷病名：左乳癌術後 転移性肺癌 縦隔リンパ節転移 転移性骨髄腫

2008年に他県病院にて乳癌の診断受け手術。2015年に再発、転移が見つかった。2016年4月介入当初は要介護1だったがその後病状進行に伴い要介護4となる。ご本人、ご家族の意向を確認しながら、訪問診療、訪問看護を受け自宅療養、疼痛悪化時に緩和ケア病棟入院しできる限り自宅で過ごしたいというご意向の実現を目指した。2017年8月最期は緩和ケア病棟でお亡くなりになった。後日遺族である夫に闘病を支えていた時期を振り返っていただき心境の変化や思いの聴き取りをおこなった。介護支援専門員として他にできたことはなかったか、更なるサービス向上につなげるポイントは何かを考える。

事例 2

B様 68歳 女性 八王子市内在住

傷病名：右乳癌術後、肝臓、骨、肺転移

治療はすべて終了したと他院から言われて本来の自宅がある他市から実家であり次男が住んでいる八王子市に転居、下肢浮腫が強くなり 1 週間緩和ケア病棟に入院したものの本人の「自宅に帰りたい」という強い希望があり退院。訪問診療、訪問看護の利用を開始し、同時に介護保険申請を行う。主介護者の夫は夜には他市に戻ってしまい、次男は就労があり独居になる時間帯があるものの家族不在時の訪問については夫の拒否あり。数日で体調やADLが大きく変化していく中でご本人・ご家族の病気への理解が追い付いていけず、退院からわずか 2 週間で急変しご自宅にてお亡くなりになった。後日介護保険認定決定時にご家族と改めてお話をする機会を持つことができ、ご自宅で過ごされた日々について改めてどう感じているかを伺った。短期間のかかわりの中でご家族がどう感じてきたか、介護支援専門員として

ご本人に対してどのように接するべきだったかを考える。

3.結果

事例 1 では関わっていた期間が 1 年以上あり、関係作りのための期間を十分に取ることができた。このため意向の確認やチームでの介入がスムーズにおこなうことができた。しかしグリーンケアや後日の聴き取りの中で在宅での急変時や体調不良時に訪問診療医師や訪問看護師が到着するまでの時間が病院で対応できる時間よりかかるため、家族が不安を感じていたことがわかった。

事例 2 ではご本人、ご家族ともに病状の変化についていけず訪問看護、介護の介入に消極的であった。キーパーソンである夫の意見が全面にでてしまいご本人の本当の意向の確認まで至らなかった。

事例の振り返りやご家族から後日談の聴き取りをおこなうことで、支援者が考えていたよりもご本人やご家族が不安を感じていたこと、急変する前にもう一步踏み込みご本人の意向を確認すべきであったことが反省点として挙げられた。支援者の経験上の予後予測とご本人やご家族が抱く心配や不安に差が生じることがないようにきちんと説明や意向を汲み取ることが重要と考える。

4.考察

癌の進行速度や置かれている社会環境は様々である。入院中から、在宅へ移行する際の問題点について早い段階で介入することが重要であり、将来の変化に備え意向決定のプロセスであるアドバンス・ケア・プランニングを適切な時期に実践し、チーム内で共有、変化時には繰り返し再確認する必要がある。

全ての癌事例が該当しないが、「ときどき入院ほぼ在宅」の実現のために終末期医療を介護支援専門員の立場から支えていく。