

特集：高齢者のがん治療 問題点と対策

がん治療を受ける高齢者へのサポートにおける問題

Issues in supporting elderly people undergoing cancer treatment

松 井 園 子 上 山 裕 美 大 澤 知 佳

Sonoko MATSUI, Hiromi UHEYAMA, Chika OSAWA

要 旨

がん患者の高齢化の進展に伴い、認知力低下・他者とのつながりの希薄化等の傾向が顕在化し、がん治療後の療養生活へのスムーズな移行が困難となってきた。このため事例を通して、患者と家族の状況を踏まえた支援の在り方について検討したので報告する。

はじめに

当患者サポートセンターは主な業務として、「がん相談」と「入退院支援」を行っている。退院支援においては、近年患者の高齢化・認知力の低下・独居者の増加等に伴い、治療後の療養生活へ準備なしで移行できる患者は減少傾向である。療養生活の場の選定や退院後に継続した医療・看護・介護の準備が必要な患者も少なくない。このような背景から、実際に退院に向けた調整に困難をきたすケースがあり、相談員自身が不安全感や支援の限界を感じる場合も見られる。今回経験した2つの事例から、今後の退院支援や意思決定支援への在り方について考察したので報告する。

◆ケース1 高齢夫婦2人暮らしの患者の在宅療養に向けた支援

【患者情報】

70代、男性、多発性骨髄腫、非小細胞肺癌多発転移、脳梗塞。

【治療経過】

2009年から多発性骨髄腫に対して化学療法・放射線療法を施行し、病状の悪化と軽快を繰り返し外来でフォロー中。2022年4月に肺癌の多発転移が見つかり、BSCの方針となった。

【家族背景】

患者、妻の2人暮らし、娘2人が同市内在住。

【公的サービス利用状況】

介護保険要支援2、デイサービスでリハビリや余暇活動に参加していたが、新型コロナウイルス感染症流行時に

中止して以降サービスの利用はなし。

【療養に関する患者の意向】

患者は在宅療養を希望しているが、妻に気を使っている。

【支援経過】

2021年8月

主治医より介護サービスを利用せず自宅にいたことで筋力低下があるため、訪問リハビリ導入を支援してほしいと依頼があり、患者・妻と面談した。患者は、主治医の勧めによりリハビリの必要性を理解していた。妻は患者が体を動かさないことによるデメリットや2人で家にずっと一緒にいるストレスを訴える一方で、サービス利用に伴う負担感（送迎時間までに外出準備をすること、時間通りに送迎車が来ないため落ち着かないこと、また自分で送迎するのも負担であること等）を訴えたが、ケアマネジャー（以下CMとする）に相談する段階ではなく、身体のリハビリよりも認知機能低下に対する診療を優先したいとの意見であった。

結果的に夫婦間で意見の一致が得られず、介護サービスの利用には至らなかった。

2022年4月25日

腹痛、体力低下、認知機能低下により緊急入院した。主治医から患者・妻に多発性骨髄腫とは別に肺癌の多発転移があること、全身状態から積極的治療は困難であることについて説明があり、BSCの方針となった。そして、主治医は患者・妻に対して、今後在宅での療養が困難となった時は当院の緩和ケア病棟を利用すること、今回は一旦状態が落ち着いた

ら少しの期間でも自宅で過ごせるよう自宅退院を目指すこと、CMに介護区分変更を依頼することについて説明した。妻は、自宅退院することに対して最初は不安を訴えたが、症状が落ち着いた時に在宅での体制を整えてから退院することや、在宅療養は短期間になるかもしれないことを主治医から伝えられ、納得した。その後、相談員はCMと連絡を取り、連携して退院に伴う療養環境調整を行うこととなった。

4月27日

主治医から相談員へ連休明けに一時退院する方向で準備するよう指示があり、同日からリハビリが開始された。相談員からCMに連絡し、退院時に必要と思われるサービス等を確認し、改めて当方から連絡することを伝えた。

5月2日

主治医から相談員に対し、患者が退院を強く希望、妻も自宅の空気を吸わせたいと同意し、急遽本日退院することになったため、退院後の療養環境を至急調整して欲しいとの話があった。相談員はCMに本日退院することを連絡し、妻からの相談に応じて療養環境を整えてほしいと依頼、患者のADLについてはポータブルトイレを使用していること、移動は半介助で可能であることを伝えた。そして、状態観察や療養指導を含めて訪問看護を入れることが必要という、主治医の指示も合わせて伝えた。退院前に妻に対して、退院後に必要と予測されるサービスについて、リハビリ担当者からの意見を踏まえて説明した。妻からは「福祉用具のレンタルは、実際の状態を見て決めたい、訪問看護や訪問リハビリも必要があれば相談するとCMに伝えた」との話があった。相談員からは妻に対して、患者と妻にとって無理がないように介護サービスの利用を考えるよう伝えた。相談員からCMにもその経緯を説明し、同日退院した。

5月11日

患者は傾眠傾向で誤嚥があり、在宅療養が困難となったため再入院した。主治医から妻・次女に対して、今回は十分に準備できずに退院したため、今度は療養環境をしっかりと整えてから次の週末に再度一時退院を目指しましょうと話があった。また、合わせて緩和ケアセンター看護師が同席のもと、緩和ケア病棟入棟申し込み手続きを行うことについても説明があった。相談員は妻・次女と面談し、妻が主治医の話に同意していることを確認した。その際に、5/2に退院した後、妻はCMに連絡や相談をしていないことがわかった。相談員から妻に対して、在宅療養の準備として介護サービスや訪問看護の利用が必要であることを再度説明し、相談員がCMと連携してサービスの調整を進めていく同意を得た。妻から

は、訪問看護（入浴支援含め）、福祉用具（ポータブルトイレ、歩行器）の利用希望があり、CMに連絡して療養環境の調整を依頼した。CMからは訪問看護の依頼先を調整して退院前カンファレンスに一緒に参加したいとの希望があった。

一方で、緩和ケア科医師の診察記事には緩和ケア病棟へ転棟の方針との記載があった。緩和ケアセンター看護師から相談員に対して、診察及び面談時の患者、妻、次女それぞれの様子について、「患者は妻の顔を見ずに『家が好きだけど妻が苦勞しているのを見るとわがまは言えない』と話し、妻は在宅療養への不安を訴え、次女は妻に1人で抱え込まず頼ってほしいと話していた。」との情報提供があった。

5月12日

CMから相談員へ連絡があり、訪問看護の依頼先決定の報告と退院前カンファレンスの日程調整の依頼があった。また、妻より、ポータブルトイレの準備は退院後の患者の実際の様子を見て決めたいとの希望もあった。退院前カンファレンスの場において、ポータブルトイレを用意する必要性を妻とも共有して決定する方針とした。そして相談員から病棟看護師に、妻の在宅療養に対する不安は大きく、介護サービスや訪問看護、訪問診療利用に対して消極的で、娘にも頼らない傾向があることを共有し、対応を協議した。その結果、退院日は未定だが、退院前カンファレンスを5月19日に開催し、協力を得る目的で次女にも退院前カンファレンスへの参加を依頼することとした。妻へは病棟から、次女へは相談員から連絡し、退院前カンファレンスの場で、在宅で安心して過ごすためのサービスの利用について妻と一緒に考えてもらいたいことを伝えた。

同日夜に妻から病棟へ連絡があり、50分ほど自分の思いを話された。「19日のカンファレンスは自分一人で参加したい」「退院は考えられず病院においてほしい」「本人の意思を汲むのはありがたいが、日に日に弱って誤嚥や呼吸停止しそうな様子を見るのが辛い」「家族としては精神的に限界」「もう会えなくていいので緩和ケア病棟で看取ってほしい」というような切実な訴えがあった。

5月13日

病棟看護師から主治医に妻の電話の内容を報告したが、この時点では退院前カンファレンスは予定通り開催するとの方針に変わりなかった。

5月16日

主治医から、患者の状態が悪化し退院は困難なため、退院前カンファレンスや訪問看護利用をキャンセルするよう病棟看護師に指示があった。

患者は緩和ケア病棟へ転棟方針となり、5月21日死亡退院した。

◆ケース2 親族のサポートが希薄な高齢独居患者の退院に向けた支援

【患者情報】

女性, 80歳代, 膀胱癌。

【治療経過】

2022年血尿あり, 経尿道的膀胱腫瘍切除術施行。膀胱癌で膀胱全摘の適応であったが, 全身状態から放射線治療を施行。

2023年CT撮影にて再発所見はないが, 心拡大・両側胸水・心嚢水出現あり, 地域の開業医でのフォローとなる。泌尿器科外来には定期的に経過観察で通院。2024年尿細胞診で悪性疑いとなり, 経尿道的膀胱腫瘍切除術目的にて入院。

【家族背景】

夫と死別後独居。息子が県外に在住。

姉は近くにいるようだが詳細不明。

姪とは日常的な交流なし。

【公的サービス利用状況】

介護保険申請なし。

【療養に関する患者の意向】

退院したら姉と二人で施設に入ろうと思う。

困ったことがあれば息子に頼りたい。

介護保険申請について話は聞いたが利用希望なし。

【支援経過】

4月9日

入院支援センターより, 患者が質問と違う返答をしたり, 最近転倒を繰り返しているという情報あり, 患者サポートセンターで同日面談を実施。患者と息子へ介護保険の申請方法と介護保険サービスについての説明を行った。患者は, 日常生活は自立して過ごせており, 生活面で困ることは特にないと話した。息子は病院での滞在時間が長引いていたためかやや苛立っている様子であった。介護申請について今後検討するように伝え, 面談は終了した。

4月11日

入院し翌日手術施行。

4月14日

誤嚥性肺炎を併発し呼吸状態が悪化した。その際息子は来院できず, 主治医から電話で病状を説明して治療を開始した。相談員は, 患者は独居であり今後何らかのサービス利用が必要となる可能性が高いことを病棟看護師と共有し, 地域包括支援センターへ相談した。その結果, 患者の介護保険被保険者証の有無で対応が変わるが, サービス利用には家屋調査も必要のために家族の来県が必要とのことだった。患者は入院時に介護保険被保険者証を持参していなかった。同日午後には呼吸状態は安定し, 酸素投与も不要となり, ポータブルトイレへの移乗も可能となった。相談員は, ADLが入院前と不変のため日常生活は可能であり, 内服支援や状態観察目的

で訪問看護の介入が望ましいと考えた。

4月16日

嚥下反射の遅延が認められたため, 嚥下リハビリが開始となった。相談員より訪問看護ステーションへ連絡相談を実施した。訪問看護の介入時には家族の了承と契約時の立ち合いがあれば可能とのことであった。その後病棟看護師より息子へ連絡し, 訪問看護利用の承諾は得たが, 契約の立ち合いはできないとの返答だった。翌日訪問看護ステーションへ家族の対応について報告した。

4月19日

訪問看護ステーションより, 契約は書類の郵送でも可能だが, 再度地域包括支援センターにもこの患者についての情報共有を行っておいてほしいと連絡が入ったため対応した。

相談員が患者と話すとき, 患者は「これまで一人暮らしを20年以上続け, 助けてくれる人が団地内にいる」と言い, 退院後のことを尋ねると, 「退院したら姉と二人で施設に入ろうと思う。姉は入院しているが, もう退院しているかもしれない。」「(姉の連絡先は) 知らない」「支払いのことはわからないので息子に相談しないとイケない」と話した。施設を考えているのであれば介護保険の申請を検討する必要があることを伝えると, 「他の人からも同じ話を聞いたけれど断っています」と言い, 閉眼閉口して話に応じない姿勢であった。

4月21日

四肢痙攣あり。数秒で痙攣は消失したが, 心電図モニターで徐脈あり。

4月22日

洞不全症候群と診断され, ペースメーカー植込みの適応となる。息子は病状説明のための来院は不可とのことで, カルテより姪の連絡先が判明し, 来院した姪へ病状説明を実施。説明後患者サポートセンターに入室してもらい, 身体障害者手帳と介護保険申請の手続きについて説明を行った。姪と患者は冬に一度顔を合わせていて, その際患者が「今後は施設に入る」と話していたので, 姪が介護保険申請を勧めたと言う。姪は息子の連絡先は知っているが, 小学生以来交流はなく, 患者からも息子の話はほとんど聞いたことがなかったとのことであった。介護保険申請に向けては, 姪が対応することとなった。

4月23日

相談員が訪室するが, 退院や介護保険についての話が出ることに警戒しているのか, ほとんど自発的に話す様子はなかった。そこで, 病棟看護師を通して介護保険申請について患者の意思を確認してもらうと, 「息子に頼んでください。」と話した。病棟看護師から, 息子は県外で対応が難しいので, 姪の協力を得ることになったことを伝え済々了承された。

地域包括支援センターへ、ペースメーカーを挿入予定であることと、介護申請の承諾を得たことを報告。先方からは、息子からの電話では、患者本人がしっかりしているので患者本人に申請させてほしいとの希望があり、地域包括支援センターと病院とで情報共有することについては承諾を得たとのことであった。

4月30日

ペースメーカー植込み術を施行。翌日から歩行は安定した。

5月1日

地域包括支援センターへ介護申請について進捗を確認するが、姪からも息子からも連絡はないとのことであった。

5月2日

相談員から姪に連絡。息子との話の行き違いがあり、介護保険申請はまだ実施していなかったが、代理申請は可能とのことだった。患者が介護保険申請に関してよく思っていないことを伝え、患者が「保険」というものを捉え違いしているのかもしれないとの見解であった。

5月7日

姪が申請手続きや退院時の送迎を行うことに決定した。患者自身は、ADLの低下はないが体力低下は自覚しており、ヘルパーなどが自宅に入ることに抵抗はないとのことであった。

5月8日

地域包括支援センターには姪が平日に休暇をとり、患者と一緒にいき、介護保険の申請手続きする予定となった。合わせて身体障害者手帳の申請手続きも行うこととなった。

5月11日

循環器内科の医師より姪へ病状説明があり、同日姪とともに退院となった。病棟看護師より息子へ、姪の協力のもとに退院したことや、退院後も生活の調整が必要であることを電話で伝えた。

退院後にかかりつけ医を受診し、その後介護保険と身体障害者手帳の手続きを実施した。

考 察

― ケース1より ―

高齢患者が夫婦二人暮らしの場合、患者が在宅療養を希望すると、その負担は高齢の配偶者が担うことになりやすい。介護保険や訪問看護などの外部サービスを利用することで負担軽減は可能であるが、他人を家の中に入れることを好まない患者・家族も散見される。また、自分でできることは行いたいという希望が強い場合もある。加えて、子供がいても迷惑をかけたくないという思いを抱いている場合もある。療養生活の大部分は同居家族が支えるこ

とになるため、その負担は大きい。病院側は、患者中心に考えることを基本とし、患者の希望に沿って今後の療養先の調整を行うことが多く、なるべく早く退院させたいという医療者側の考えによって対応を急ぐ場合がある。しかし、患者の希望する在宅での生活を実現するためには主介護者である家族の意向を確認して進めることが不可欠である。患者のみならず療養生活を支える家族の意向の確認とそのすり合わせが重要と言える。

また医師から2度目の退院についての方向性を示されたが、患者・家族の意向を確認し、その思いに寄り添いながら今後の療養生活について共に考え、決定していく支援の過程が不足していたと考える。緩和ケアチームの医師、看護師からの情報もありながら、患者と家族間の意向のすり合わせを支援する関わりや医療者間での方針の共有は不十分であった。

パターンリズムが医療者の行動思考パターンの中に存在すると、患者・家族の意思より、主治医の指示に基づいて調整を進めることが発生する場合もある。この事例も、主治医の指示で患者・家族・地域と調整を進め、最終的に妻は困惑し、怒りともいえる感情を抑えきれず表出された事例であった。外来治療を長年支えてきた妻の思いに寄り添うことが不足していたのではないかと考える。

― ケース2より ―

高齢患者の場合、がん治療中に合併症の発症や悪化を引き起こし、予期せぬ長期入院となることや退院後の療養生活に新たなサービスが必要となる場合がある。変化する病状に合わせて、退院後の療養生活をイメージし、どのようなサービスが必要となるのか、患者・病棟看護師・相談員で一緒に考え、情報を共有しながら進めていくことが重要である(図1)。

高齢患者が介護保険申請に対して、正しく認識が出来ていないと察知した際には、なぜそのように捉えているのかを把握し、介護保険のメリット等について丁寧な説明を行っていく必要があった。

また、離れて暮らす家族は、医療者から患者の状態変化について口頭で聞いただけではイメージしにくく、支援の必要性を実感できない場面も多い。さらに仕事でなかなか来院できない状況もある。家族には患者の今までの生活状況を聞き取り、現在の状況と予測される退院後の状態を伝え、様々なサービスの必要性も含めて共有していく丁寧なかかわりが必要である。

介護保険を含めた、社会資源を活用する際に、家族等の協力が得られない場合や、認知機能の低下によって患者自身が対応できない場合は、必要書類が揃わずスムーズに手続きが進まないことがある。今回の事例では、親族の存在が判明したことから、対

入退院支援のプロセス

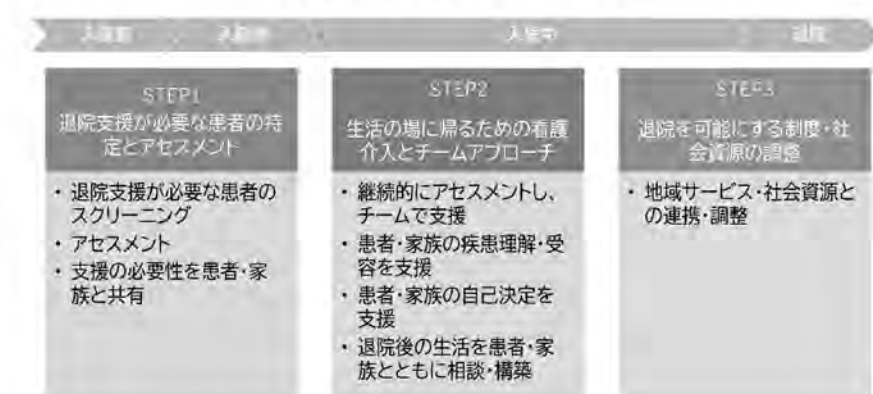


図1 入退院支援のプロセス

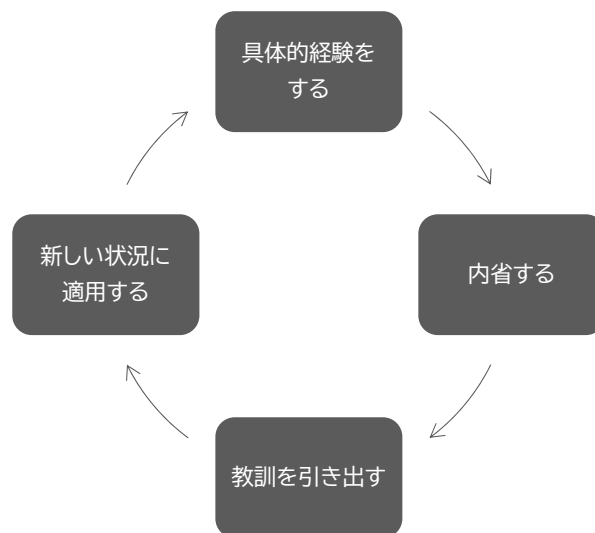


図2 経験学習サイクル

応することができた。代行申請が可能な人の把握や、代理契約業者の活用も視野に入れながら対応していくことが必要である。

— ケース1・2を通して —

退院調整がなかなか前に進められない状況になった際に、相談員に求められる力としてネガティブケイパビリティがある。「ネガティブケイパビリティとは、論理を離れたどのようにも進められない宙ぶらりんな状態を回避せず耐え抜く力」と帚木は述べている¹⁾。病気によるスピリチュアルな苦痛を抱える患者・家族に向き合う相談員は、この概念を理解し、そのような状況を経験することが重要である。そして、その経験を重ねることで、本当の意味で傾聴し寄り添った支援が可能になると考える。相談員にとってこのような状況は決して容易なものではない。そのため、相談員同士がその苦しさを打ち明け

合えるような安心して話せる場が重要である。

また、多職種と協働して業務を進める相談員には、コミュニケーションを通して互いに信頼関係や協力関係を築いていくことが欠かせない。しかし、ときとして多職種と対立する場面もある。このような場面では、物事が膠着しなかなか進展しない状況に陥る。それによって一番不利益を被るのは、患者や家族である。成人の学習について、コルブは経験学習サイクルを提唱し、「具体的な経験をした後、その内容を内省し、そこから教訓を引き出して、その教訓を新しい状況に適用することで学ぶ」と述べている²⁾(b2)。当患者サポートセンターの相談員は、多くの患者・家族との面談や相談を経験している。そして、毎週の事例検討会や、月に一度患者・家族との相談場面を逐語録にまとめモニタリングを実施している。これが内省の機会となって次の相談支援

につながっていくものと考え、今後も継続していきたいと考えている。

おわりに

がん患者の75%以上が65歳以上の高齢者であり、高齢者は多様で個体差が大きいとされている。病院で生活を送ることのデメリットとしては、体力および認知力の低下が挙げられる。患者アンケートによると、終末期を自宅で過ごしたいと希望する人は51%にのぼるが、実際の在宅死亡は13%にとどまり、75%が病院で死亡しているのが現状である。治療が終了した後に自宅での療養を希望する人に対しては、その療養生活を支える地域につなぐことが必

要である。自宅で過ごすということは、最後までその人らしく生きることであり、医療者は患者の個性を理解し、支える役割を担うことが求められる。その人らしく生きるためには、最も身近で支える家族と患者本人の思いをすり合わせることも重要である。

文 献

- 1) 帚木蓬生：ネガティブ・ケイバビリティ答えの出ない事態に耐える力。朝日新聞出版。2017
- 2) 松尾睦：職場が生きて人が育つ「経験学習」入門。ダイヤモンド社。2011
- 3) 宇都宮宏子・三輪恭子：これからの退院支援・退院調整。日本看護協会出版社。2011