

第21回 フレンズつながり研修（H30年6月14日）

「がん患者の在宅看取り」 田伏弘行先生より質問票への回答

① 看取りに「訪問栄養指導」は在宅チームの一員として関われないでしょうか？

結論から申し上げますと、特にがん患者さんでは難しいと思います。講演でお話ししたように看取り時は一気に症状とADLが低下し、経口摂取も日に日に変化していきます。そんな時我々は「好きな物や食べられるものを少しだけでもいいのですよ」と説明します。ただこの説明も頻回に訪問して患者さんの状態変化を正確に把握しているからこそです。栄養士さんが看取り前に頻回に訪問することは現実的にはかなり難しいですね。状態がまだ悪くない時の説明が、状態が変わっても真面目な家族には残る＝その時には不適切な説明になっているのに食べさせる＝本人には苦痛、という流れが考えられます。

では他に在宅チームとして関わって頂けないか考えてみました。がん患者さんの場合、まだADLが落ちていない時期（死亡の1か月以上前、病状変化のグラフでの水平の時期）なら、大いに活躍して頂けると思います。その人に合った食事形態の提案や、好物を聞いて工夫して食べてもらう方法などの提案は有効だと思います。ただし食事の準備が家族負担にならない、極力シンプルな方法を指導して下さいね。あくまでも指導目的は、栄養状態改善ではなく楽に食を楽しんで頂くことですから。

今回の講演ではお話し出来ませんでした。非がん患者さんでは、かなり最期に近い時期まで、訪問栄養指導が有効なケースが、全員ではありませんが一定の割合でおられると思います。

② 最後を迎えた時の先生の精神的ダメージはどのように切り替えるのか？

がん患者さんは、初診の時点で既に短いお付き合いが確定しており、「死」は避けられません。

なので、私のモチベーションは、「存命の間に、いかにご本人とご家族の希望に寄り添い、貴重な時間を出来るだけ苦痛を少なく過ごして頂けるか」です。

亡くなる前提で全てのケアや関わりを考えていますので、実際にお亡くなりになった時は、もちろん悲しいですが、それ以上に我々在宅スタッフは、どの程度ご本人とご家族にいいケアが提供出来たかを考えます。そして次の患者さんにはもっといいケアが出来るように、貴重な経験をさせて頂いた患者さんに対して感謝の気持ちでお別れをします。

お別れした後に、我々としては反省点が多いと感じたケースでも、グリーフケアを行うことで我々が思っていた以上に、ご本人とご家族は、私たちに感謝されていたことが分かる時もあります。このような時は、私の方が救われることもあります。

家族だけでなく、医療スタッフにも燃え尽き症候群はみられます。医療スタッフ個人の性格もあり、看取りに向き不向きは確実にありますから、誰でも看取りが出来るというわけでもありません。配布資料の最後の方の「医療者として人間の死生観を養う」とはまさにこのことを指しています。

③ ケアマネさんの役割の中で絶対に救急車を呼ばないのは何故？

がん患者さんの場合、緊急事態というのは心肺停止や大量出血等、苦痛の急激な増大を指していると思います。

苦痛の増大の場合は、医療用麻薬を調整することで除痛が得られますが、末期がんで心肺停止や大量出血の場合はほぼ100%助かりません。すなわち、お迎えが来たということを意味します。

また救急車で病院に行くということは、少なくとも受け手側の病院の医師は、救命処置を希望しているという前提で来院したと考えますから、当然治療が開始されます。

「お迎えが来た方」を「病院で救命処置」をしてもらうというのは、本当に正しいことなのでし

ようか？

なので、救急車を呼ぶのではなく、在宅医や訪問看護師さんをまず呼んでもらって、何が起きているのか病状を確認して、その上で必要があれば我々が救急車を呼びます。私も実際に、先に私が往診で診察をして、病院に行けば治療出来る状態の場合は救急車に同乗して、病院医師に必要な申し送りをした経験が何度かあります。ただこの判断はケアマネさんには無理ですので、「緊急事態なら我々をまず呼べ」となる訳です。

不用意な救急搬送は、救急隊・病院スタッフ・本人/家族の全ての人にとって大きな負担となっていて、実際大きな社会問題にもなっています。我々在宅医が、もっとしっかりと対応しないといけないのですが、現実には在宅医に先に電話をしても、「時間外は診ないので救急車を呼べ」という在宅医は多くいます。場合によったら電話した相手に怒鳴る医師もいます。本当に本当に残念なことですが、それが今の現実です。

少し長くなりましたが、参考になさってください。医師の残念な対応にも負けない、周囲から一目置かれる素晴らしい看護師さんになって下さいね。訪問看護に興味がなくとも、学生時代の間でも看護師になってからでも構いませんので、是非一度見学にお越し下さい。実際の診療風景を見て頂ければもっと理解が深まります。

④ 看取りの際のリハビリのタイミングは？

ご本人がリハビリに何を求めているかによります。

最近経験したケースで、80代の胃癌末期の男性です。自宅に帰って一番何したいですかと聞くと、自宅のトイレにゆっくりでも歩いて行きたいと話されました。しかしADLは完全寝たきりで、かつどんどん痩せて(3か月で-20kg)いて、自宅は非常に狭くて段差だらけで、とてもとてもリハビリしても希望が叶うとは、到底思えませんでした。病状は早い経過(残された時間は2週間程度)が予想されたので、当初はリハビリをしていませんでした。

しかし2週間経ってもほとんど病状は変わらず、ご本人は変わらずリハビリがしたいとおっしゃったので、遅ればせながら訪問リハを開始しました。もちろんトイレまで歩けるようになった訳ではありませんが、表情は少し生き生きとされました。トイレ歩行的ためのリハビリをすることが、ご本人にとっては「生きる希望」だったのです。

リハビリにはリスクもありますので、全員にリハビリをやった方がいいということはありませんが、このケースのようにご本人の強い希望であれば「歩けるようになるため」のリハではなく「生きる目標」「生きている証」としてのリハは「あり」だと思います。

ご質問の答えとなったかどうか分かりませんが、参考になさってください。

⑤ グループ診療、副主治医制について

医師の負担軽減の観点からは、グループ診療・副主治医制は全く理にかなっていません。しかしこれはあくまでも「医師の負担軽減」が目的です。患者/家族サイドから考えると、同じ医師に診てもらったのが一番安心で、違う医師が来るのは物凄く不安な方も多いです。全く知らない医師が看取りの時に来ても、誰…っ？てなりますし。

なので、私は「徹底的に本人/家族に寄り添う」ために、スポットのバイト医師を雇うことは考えていません。常勤医師として当クリニックに就職する場合は、私と一緒に数回訪問すればその後は別々に訪問しても、本人/家族も安心されますので、近い将来は若手在宅医の育成も兼ねて、常勤医師の雇用も行うことになると思います。

私が一人でやっていて一番困るのは、患者/家族と相性が全く合わない時です。複数医師がいれば主治医チェンジ出来ますが、一人だとどうにもならないので・・・。