

在宅ターミナルケアの連携が十分できなかった症例

～胃癌術後の終末期までの介入について～

村田 莉枝

舞鶴赤十字病院リハビリテーション科部

要旨：今回、胃癌術後、認知症発症し鬱傾向となった70歳代男性の訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を担当した。診断名は胃癌、血管病変を伴うアルツハイマー型認知症。60代で胃癌と診断、2/3切除後抗癌剤治療開始。徐々に活動性低下し訪問リハ開始。動作は概ね自立していたが抑うつや意欲低下などの認知症状が主にみられた。初期より、何もしたくない本氏と、少しでも歩けるようにと向上を目指す妻に相違があった。妻は介護に献身的であったが病状理解は低く、本氏は妻に対して易怒的であり、介護ストレスもあった。本症例に対し、治療期・終末期に応じた身体機能への介入や環境調整に加え、妻への介護指導を行った。しかし結果として妻の病状理解は追いつかず、対応の改善が困難であった。短期間で急激に状態低下し妻も戸惑われ、十分な在宅ターミナルケアが行えなかった。予後を想定した早めのサービス調整や、認知症に対する専門的な支援への連携が必要であったと考える。

key words：在宅ターミナルケア、終末期、認知症、病状理解

I. はじめに

在宅ターミナルケアとは、「患者の住み慣れた自宅において、死を前にした患者さんとその家族に、出来る範囲の中でよりよく生きることに手を貸すこと」とされている。1990年代にスウェーデンのBeck Friis Barbro博士ががん患者に対する緩和ケアの理念が認知症の症状緩和にも当てはまることに気づき、認知症の緩和ケアの理念を「症状コントロール」「チームワーク」「家族支援」「コミュニケーション」と確立したと言われている。

今回、胃癌術後、認知症を発症し鬱傾向となった高齢者の訪問リハを担当した。介護者の病状理解が難しく、病状に応じた介護や対応方法等指導したが、病態把握や介護者の介護能力が追い付かず十分なターミナルケアを行うことができなかった症例について報告する。

II. 倫理的配慮

本報告に関して、ご家族様に説明し了承を得た。

III. 事例紹介

70代男性。診断名は胃癌、血管病変を伴うアルツハイマー型認知症。60代で胃癌と診断され、2/3切除後抗癌剤治療開始。既往に軽度認知症や糖尿病があり、徐々に物忘れ・活動性が低下した。要介護1の認定が下り、妻の希望により翌年から月1回の訪問看護と週1回の訪問リハを開始した。また週2回の運動特化型の半日型デイ

サービスも利用されていた。主婦の妻と二人暮らしであり、長男は遠方に在住、次男は身体障害があり自宅で介護されていたが施設に入所された。病前は仕事をしながら次男の介護を行い、魚釣りを趣味に持ち、朝夕の散歩が日課であった。

IV. 作業療法評価

胃癌発症から4年後、訪問リハで担当させて頂くこととなり介入開始した。

癌の告知はされており、本氏も妻も受容され、治療にも協力的であった。

本氏の主訴は「しんどい」「なにもしたくない」であったが、妻は「少しでも歩けるように」「体力が落ちないように」との思いがあった。

身体面では、痛みはなかったが常に全身倦怠感があった。四肢ともに著名な関節可動域制限はなく、筋力もManual Muscle Testにて4レベルであった。Barthel Indexは75点。入浴・階段・歩行・排尿コントロールに減点がみられた。歩行時のふらつきはあるものの屋内移動は自立（図1）。屋外は見守り～軽介助にて独歩移動可能であった。

1階が居住スペースであり、寝具はベッドを使用。自宅内段差はほとんどなく、日中は床やソファで過ごすことがほとんどであり、自発的に動かれることは少なかった。



図 1

た。

精神面では抑うつや意欲低下が主にみられ、自発的な発言や行動は少なく、表情の変化も乏しい状態であった。聞かれたことに対してはぼそぼそと答えられたが、見当識低下や短期記憶低下あり、日々の様子などは妻から聴取した。性格は穏やかで、訪問リハに対して意欲は低かったが拒否はなかった。

服薬は妻の介助にて内服されており、認知症に対しての内服はなく、月1回の精神科クリニックの通院にて経過観察されていた。

余命告知は抗癌剤治療終了後、あと4ヶ月もつかどうかと宣告され、本氏も妻も突然の告知で驚かれ、同時に妻は焦りと不安を口にされた。本氏からはターミナルに向けてしたいことなどの希望は特になく、「もうどうでもいい。家でゆっくりできたら」との発言があり、告知後は以前よりも覇気がなく、何事に対しても関心がないように感じられた。

妻は介護に対して献身的であったが、本氏は妻に対しては易怒的になることが多く、介護ストレスもあり、せっかちな印象を受けた。動作時にせかすような声掛けをされ、本氏が易怒的になれる様子も訪問時度々見受けられた。

最期に対して、本氏は「家で過ごしたい」思いがあったが、妻は「動けなくなると介護はできない」「最期は入院してほしい」との思いがあり、相違がみられた。

V. 問題点およびゴール設定

問題点として、抑うつや意欲低下などの認知症状に加え、自発的な発言や表情変化が乏しいことから正確な状態把握が困難であること、妻の対応方法によって本氏が易怒的となり、妻の介護ストレスとなっていること、本氏と妻の主訴や方向性の不一致が挙げられた。これに対し、本氏や妻だけでなく、担当ケアマネジャーや訪問看護スタッフと情報共有・相談し、目標を「状態把握に注意して安全に自宅生活を送ることができる」「妻の介護方法や病状理解を深める」とした。

VI. リハビリテーション介入

経過としては、抗癌剤治療中は全身倦怠感があるものの、転倒なく妻の促しで屋外散歩が介助下で行えていた。介入開始9ヶ月後治療効果が得られず抗癌剤治療中止と

なった。以降自宅内での転倒や夜間の徘徊・トイレの場所が分からないなどの認知機能低下がみられるようになり、屋外歩行距離も徐々に減少した。しかし認知・動作レベルに変動もあり、妻より「本当に悪くなっているのかわからない」との発言も見られた。抗癌剤治療終了後、訪問看護を月1回から2週に1回に増やし、主治医は総合病院から個人医院に変更となった。今後妻の希望の入院もできるように前院での入院も視野に入れ、備えていた。

さらに2ヶ月後食事量・動作レベルの低下あり、訪問看護を毎週に増加した。歩行もままならない状態であったが、妻の介護ストレス軽減のためデイサービスには変わらず行かれていた。デイサービスに対しても本氏の拒否はなく、できる運動のみ実施されていた。状態の変動ありながら寝たきりとなった2日後初めて腹痛の訴えがあり、貼り付けの鎮痛剤投与。幻覚などの症状もみられた。急な状態低下に妻は混乱されており、身体的介護負担もあり最期まで入院を希望されていたが前院からは入院困難で自宅での看取りを伝えられ、翌日自宅で亡くなった。

リハビリテーションとしては、抗癌剤治療期は身体機能維持・改善目的で介入した。妻の希望でもある屋外歩行も行い、体力の維持と気分転換を測り、妻に転倒の有無や生活状況を確認した。妻にとって本氏が易怒的になることが一番のストレスであったため、抑うつ症状や意欲低下に対する声掛け方法や動作時の見守りの姿勢など、本氏が易怒的とならないような対応方法を指導した。

抗癌剤治療終了後から終末期にかけては、転倒がみられるようになったため、安全に過ごせるように自宅内の移動動作の確認や環境調整を行った。介護用ベッドを導入し、置き型手すり等で環境調整を実施した(図2)。

生活状況の聞き取りは食事量や体重、普段の様子など以前より細かく行い、僅かな状態変化にも注意した。日により食事や動作レベルの変動があり、妻にとって状態把握が難しく、状態に応じた適切な介護が困難であったため、胃癌患者としての病状や介護方法なども指導した。また、妻の不安・不満等の話を傾聴する時間を確保するようにし、介護ストレスの軽減をはかった。さらに終末期に向けた方向性の確認なども行った。訪問リハ介入後は訪問看護やケアマネジャーと連携し情報共有を行った。

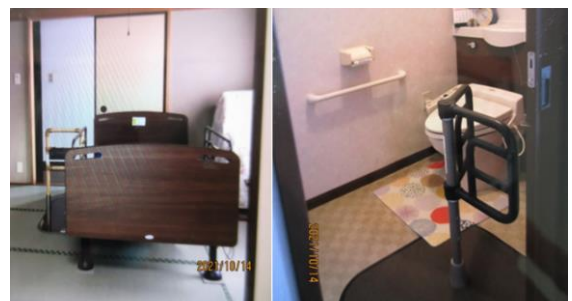


図 2

VII. 結果

妻に対して、抑うつや意欲低下に対する対応方法や病状に対する介護方法など指導したが、結果として、妻の対応は改善されず本氏の易怒的は続き、大きな喧嘩に発展することも多々みられた。また終末期になっても積極的に散歩を行い、機能回復を目指すような対応が見受けられたり、状態低下してもデイサービスへ行かれていたり、病状に対する理解の不十分さが見られた。妻の病状理解は追いつかず、病態変化に応じて“抑うつ患者”の意識から“胃癌患者”への意識の変換が難しく、対応の改善が困難であった。また3ヶ月という短期間で急な状態悪化に妻も戸惑われ、自宅介護はできないと言われていたが直前で自宅での看取りを決断せざるを得ず、そのまま自宅で看取る形となった。

亡くなった後、訪問看護と訪問リハでデスカンファレンスを実施した。妻の病状理解の改善・介護指導が十分行えなかったことや、訪問看護の頻度も少なく、十分な看護ケアや妻への指導も行えなかったことが挙げられた。またコロナ禍でもありサービス担当者会議も実施できず、より密な情報共有が必要であったことや、40分の訪問時間の中では妻への介入時間の確保が不十分であったことが挙げられた。

VIII. 考察

小川によると、「認知症患者の予後予測は非常に難しい。さらに、身体的問題や認知機能障害に加えて、アパシーや抑鬱などのBPSD症状が認知症の経過を修飾する。」と言われている¹⁾。また吉岩によると、「適切な認知症の治療による認知機能障害抑制と認知症の人への接し方が、BPSDを出現させないための大きな鍵となる。“やさしさの演技”が大切である」とされており²⁾、抑鬱や自発性低下などの認知症状により正確な状態把握が難しく、また動作レベルの変動により妻の病状理解も改善しにくかったと考える。

認知症に対して未治療であり、妻の介護ストレスの過多により本氏への介護方法・対応の修正を行う余裕もなく、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaを助長させ、より妻の状態把握の困難に繋がったと考える。

また小澤によると、「在宅緩和に関わる援助者は、これから起こりうる身体変化を常に意識しながら関わる必要がある。今できることが、やがて将来できなくなっていくことを想定しながら、これから必要になってくるサービスを介護支援にあたるケアマネジャーと連携して行っていく必要がある。」とされており³⁾、古田によると、「認知症診療において医療介入には限界があり、地域において福祉・介護・行政など多職種と連携を図ることも重要である」とされている⁴⁾。状態低下が短期間で急であり十分な介護指導やケアが行えなかったため、予後を想定した早めのサービス調整が重要であると考え。また一回の訪問での介入には限界があり、認知症ケアに対する

専門的な支援の相談や連携も必要であったと考える。今回は利用に至らなかったが、市町村の認知症初期集中支援チームや認知症カフェなどを利用することで妻の介護ストレスの軽減も図れ、余裕のある対応が可能となり在宅ターミナルケアがより良く行えたと考える。

IX. 結語

今回の経験を踏まえ、今後は、認知症や介護者への心理的ケアに対して、認知症初期集中支援チームや地域包括への相談が必要であると考え。また訪問時介護者の話も深く聞ける時間を確保することも重要であると考え。

コロナ禍であり、直接顔を合わせたサービス担当者会議なども行いにくい状況の中、変わらず密に方向性・情報共有が行える方法の検討も必要であると考え。

X. 謝辞

本稿を執筆するにあたり、ご理解とご協力を頂いた本症例およびご家族様に感謝申し上げます。

【参考・引用文献】

- 1) 小川朝生：精神科医療と緩和ケア。精神医学，56（2）：113-122，2014.
- 2) 吉岩あおい：認知症の人の介護者へのケア。内科，121（4）：760-765，2008.
- 3) 小澤竹俊：がんの在宅緩和ケアの実践。公衆衛生，76（7）：537-540，2012.
- 4) 古田伸夫：うつ病を併存する認知症の適切な治療。Pharma Medica，38（8）：35-39，2020.