

## ××× 序 文 ×××

この本を手にとってくださり、ありがとうございます。

この事例集は、在宅がん看護に関心のあるメンバーが定期的に事例検討会を行うなかで得られた学びや気づきを、何とか事例集にまとめて、多くの方々に伝えられないか、役立てることはできないか…と長年願い続けてきたことが形になったものです。

私たちは仕事を通して、何百人、何千人という患者や家族に出会います。そのなかでは似たような人はいても、一人として全く同じ経過や対応になることはありません。そのため実際の臨床現場では、なかなか教科書やマニュアルどおりにはいきません。筆者らも看護師として、あるいは一個人としても、さまざまな経験を積み、それなりに勉強も重ねてきましたが、いつも迷いや悩みは尽きません。なぜなら病気や障害だけでなく、生活や価値観も個々で異なるため、多面的で複雑なその人のLIFE(=命、人生、生活)と医療・ケアとのバランスを取りつつ、ケアをデザインする必要があるからです。対応困難な事例に出会うと、「こんなとき、ほかの人はどうしているんだろう?」と皆さんも思ったことがあるのではないのでしょうか。

困ったり悩んだりしたときなど、仲間と共にカンファレンスや事例検討を行うと、自分たちのかかわりを客観的に見直したり、患者や家族の理解が深まったり、「なるほど、その手があったか!」と新たなヒントを得られることもあります。時に「自分たちなりによく頑張っていたんだ」と癒しになったり、「次の事例ではぜひ取り組んでみよう」と勇気づけの機会になることもありました。

今回、月刊誌『在宅新療0-100』で「事例から読み解く 在宅がん看護のレシピ集」として2017年1月～2019年7月まで連載した事例から厳選し、臨床現場でよく出会うケースから、複雑で対応困難なケースまで幅広く取り上げ、リニューアルしてまとめました。加えて、理解をより深めたり、ほっこりするエピソードなどをコラムとしてちりばめました。

この事例集のさまざまなヒントは、がんだけでなく、認知症や慢性疾患など幅広い場面で活用してもらえんと思います。また訪問看護師だけでなく、病院や施設で働く看護師はもとより、がん患者にかかわるすべての医療・介護に従事する人のお役にも立てたらと願っています。ぜひ似たようなケースから課題を紐解き、アプローチするヒントやコツを見つけて活用してください。

この事例集は、例えるならお料理のレシピ本のようなもので、大事なポイントを押さえたら、あとはそれぞれの地域や状況でアレンジしていただき、ぜひオリジナルのレシピを作ってもらいたいと思っています。

私たち医療者がどのように患者・家族にかかわるかは、その人の人生にも大きく影響します。一人ひとりに真摯に向き合ううえで、この本がほんの少しでも勇気づけになり、患者・家族だけでなく、みなさんの笑顔にもつながれば幸いです。

2025年1月

××× 宇野さつき ×××

## 編集委員

---

◎ 宇野さつき ファミリー・ホスピス神戸垂水ハウス ホーム長／がん看護専門看護師

---

柏谷優子 辻仲病院柏の葉 看護部長／緩和ケア認定看護師

---

倉持雅代 青戸訪問看護ステーション／緩和ケア認定看護師

---

田代真理 高知県立大学看護学部 准教授／がん看護専門看護師

---

濱本千春 YMCA訪問看護ステーション・ピース 所長／がん看護専門看護師

---

※五十音順  
※◎は編集代表

## 執筆・事例提供

板垣友子	昭和大学病院消化器センター 係長
伊藤奈央	岩手医科大学看護学部 准教授／がん看護専門看護師
宇野さつき	ファミリー・ホスピス神戸垂水ハウス ホーム長／がん看護専門看護師
柏谷優子	辻仲病院柏の葉 看護部長／緩和ケア認定看護師
川村幸子	のぞみの花クリニック 看護師長／緩和ケア認定看護師
倉持雅代	青戸訪問看護ステーション／緩和ケア認定看護師
田代真理	高知県立大学看護学部 准教授／がん看護専門看護師
長澤昌子	岩手医科大学附属病院 教員・看護師長／緩和ケア認定看護師
濱本千春	YMCA 訪問看護ステーション・ピース 所長／がん看護専門看護師
平澤利恵子	くくる花巻訪問看護ステーション 統括所長／訪問看護認定看護師
萬徳孝子	岩手医科大学附属病院 主任看護師／緩和ケア認定看護師

※五十音順

## 本書の「事例」の読み方

本書の「事例」では、訪問看護師やかかわった医療者、他専門職が個々の架空事例で困った場面と、その困りごとに向き合っ患者のニーズに応えようと考察したケアの場面を提示します。読み進めることで、事例それぞれの困りごとと解決に向けてのヒントを学べるように構成しています。



### 事例を理解する視点

事例を読む際に留意してもらいたいポイントを、各事例の前に示しています。



### 経過の見える化

事例経過を、出来事や介入のポイントがつかみやすいように可視化しています。

### 療養経過

各事例の療養経過や介入の経過、情報を記載しています。ポイントとなる文章・出来事には番号付きのマーク(①②③④)を示し、その番号に対応した解説を以降の項目で記載しています。

### 訪問看護師がケアで困った場面

在宅医療・訪問看護でかかわる事例は、複数の課題が同時に存在している場合が少なくありません。前出の「療養経過」の文中に示された事例ごとのマーク(①②③④)は、それぞれ困りごとの場面/ポイントを示しています。ここではそれぞれの見出しにも番号付きのマーク(①②③④)を付けて対応させ、困りごとの詳細を解説しています。

### 困りごとから患者のニーズを知り、ケアを考える

事例における困りごとは、裏返せば患者や家族の訴え、ニーズの表出でもあります。「ケアで困った場面」(①②③④)で解説された内容に対応し、同一のマーク(①②③④)を付けた見出しごとに、困りごとからみえてくるニーズへの気づきや実際のケアにつき解説しています。



### 事例から“未来”を育む

事例の前に示したポイントへのアンサーとなる項目です。事例から読み解いた多くの事柄が、一般化・普遍化された知・情報となるよう、解説付きで提示しています。事例を通じて得た学びが、未来の事例に応用できるためのヒントとなることを狙いとしています。

# contents

## I 章

### 在宅療養支援における症状マネジメント

#### 総論

2

#### 事例

- ① 在宅療養中の肺がん患者の呼吸困難に向き合う …………… 7
- ② 終末期の浮腫と治らない褥瘡を多職種でケアする …………… 15
- ③ 痛みを抱える終末期がん患者の全人的苦痛と向き合う …………… 22
- ④ がんの痛みを多施設・多診療科の連携で見る …………… 29
- ⑤ 治療抵抗性となった終末期がん患者が抱える  
苦悩と苦痛に向き合う …………… 35
- ⑥ 術後回復プロセス，併存症に寄り添いながら，  
生きる意欲をどう支えるか …………… 42

## II 章

### 複雑な背景をもつ対象へのかかわりを知りたい

#### 総論

50

#### 事例

- ① 夫婦共に認知症の在宅療養を支援する …………… 55
- ② 夫婦共にがんの家族を在宅で支える …………… 61
- ③ 身寄りのない単身者を多職種の連携と協働で支援する …………… 67
- ④ 主介護者が精神疾患を抱えているがん患者と支援チームへの  
サポートを考える …………… 74
- ⑤ 最後まで治療を続けたいがん患者を，  
最期まで自宅で支援できます …………… 82

### Ⅲ章

## 制度・仕組みを知り，活用する

### 総論

90

### 事例

- ① 高齢者施設職員の看取りに対する不安を解消するかかわり …… 96
- ② 働くがん患者を支える …… 103
- ③ 医療圏が変わる転居後でも継続できる医療連携を築きたい …… 110
- ④ 介護保険対象外となる若年がん患者の在宅看取りを支える …… 117
- ⑤ その人にとって本当に必要な支援は道具なのか？ 人なのか？  
かかわりを見極める …… 125

### Ⅳ章

## 医療職・介護職と連携したい

### 総論

134

### 事例

- ① 地域包括ケアシステムを支える病院の看護師として  
地域連携のハブをどう担うか …… 139
- ② 患者の求める療養生活を医療圏の異なる他施設と  
医療連携で支える …… 146
- ③ 高齢進行がん患者の経過に寄り添い，継続看護と地域連携で  
希望を支える …… 152
- ④ 緩和ケアに不慣れで不安の強いかかりつけ医を  
地域の医療職で支え合う …… 158
- ⑤ 家で死にたい独居男性と，入院を勧める主治医の橋渡し …… 163

## 在宅での看取りを知りたい・支えたい

## 総論

170

## 事例

- ① 認知症・独居・がんの患者の在宅看取りをかなえる……………175
- ② 「独居・高齢・がん・家族のかかわりゼロ」の在宅退院  
病院側の工夫と課題……………182
- ③ 認知症終末期がん患者の希望と在宅医療での cure と care……………189
- ④ 複雑な家族関係のがん患者を家で見る……………196
- ⑤ 療養の場の特色をどのように生かし、看取るか……………203
- ⑥ 小児のがん患者、自宅で最期まで家族と一緒に過ごす……………209

## column

- 呼吸困難にはモルヒネしか効かない!?……………14
- 医療用麻薬が施設入所の妨げになる!?……………20
- NRS10の説明できますか?……………28
- 看取りにまつわる不思議な体験……………73
- ケアする人ほどケアが必要……………79
- 全国に広がる若年がん患者の在宅療養支援事業……………87
- 看取りの過程を安心して学べる職場環境の整備を……………102
- 命もお金も大事です……………109
- Now's The Time……………116
- 障害福祉サービスの情報収集のアンテナを張ろう……………124
- 障害年金は誰のための制度?……………132
- 成年後見制度をうまく活用しよう……………145
- 訪問看護の入り方 エトセトラ……………156
- 保険制度の枠を超えて患者のニーズに応える……………162
- もととの関係性を大切にしましょう……………180
- 人が死ぬということ……………188
- コミュニケーションがスピリチュアルペインのケアになる……………202
- 意思決定支援は日頃のコミュニケーションが肝……………207
- 小児患者の経済支援……………216

## 1

# 認知症・独居・がんの患者の在宅看取りをかなえる

## はじめに

在宅医療・訪問看護が向き合う患者の抱える問題は非常に多様である。とくに終末期、看取りの時期においては、「認知症でがんを患う」「高齢の単身世帯」「生活保護受給」など、さまざまな課題が併存する事例が増えてきている。そのような状況でも「その人らしさ」を守り、認知症でも、独居でも、本人の望む場で支え、看取っていきたいと、かかわる者は看護師のみならず常々考えている。

身寄りのない高齢者であってもヘルパーらの長年の支援により最期まで自宅で過ごすことも可能である。そうした際、どのようなポイントが在宅看取りにつながるのかを考える。

## 1

認知症・独居・がんの患者の在宅看取りをかなえる



## 事例を理解する視点

- ☑ 生活を支えるためのチームがすでにできている環境に、看護師が新たに加わる場合の留意点
- ☑ 多職種がかかわる場合、チームリーダーは誰であることが望ましいか
- ☑ 独居の看取りを多職種で支えることの難しさとは



## 事例から学ぶトピック・ニーズ

認知症，独居，多職種協働

## 事例紹介

- ◆ 清水さん：80代，男性，単身（独居），生活保護受給
- ◆ 疾患名：アルツハイマー型認知症，肝臓がん

### 家族状況

北陸生まれの清水さんは10人きょうだいの7番目に生まれ，若いときに上京し親族との縁は切れていた。

### 生活状況

懸命に働き生計を立てていたが，働けなくなった後，生活保護を受けながら小さなアパートの一室で独り暮らしをしていた。長年住み慣れた地域で，近隣の住民とも顔なじみである。

### 経過

5年前より認知症状が出て，アルツハイマー型認知症の診断を受け，近所の人たちのサポートを受け生活を送っていた。症状が進行したため介護保険を申請し，訪問介護・デイサービスを利用しながら生活していた。

食欲不振が続いたことにヘルパーが不安を感じ入院となり，精査にて肝臓がん末期の診断となる。

認知症でがん末期の在宅療養について，ケアマネジャーから訪問看護師に相談が入る。訪問看護師がかかり，かかりつけ医が往診することで相談を受けた5日後，在宅療養の開始となる。

### 身体状況

- ◆ 介護度は要介護3。日常生活全般に介助を要する状態
- ◆ 主にベッド上での生活，端坐位可能。失禁のため紙オムツ使用中
- ◆ 見守りにて飲食可能
- ◆ 簡単な意思表示は可能だが，細かいことを伝達することは困難

### 社会資源

- ◆ 訪問介護：3回/日，食事介助や排泄介助
- ◆ 訪問看護：3回/週
- ◆ デイサービス：1回/週
- ◆ 福祉用具：ベッド，車椅子
- ◆ 訪問診療：隔週





## 経過の見える化



### 清水さんの療養経過

退院時、予後3～4カ月の予測であった。疼痛などの自覚症状はなく、食事もとれている状況であり、食べられなくなったり、状態が悪化した場合には入院の方針で、今までかかわっていた支援体制に看護師が新しく加わって①、在宅療養が開始となる。医師も入院前からかかわっていた在宅医だが、緩和ケアには不慣れであった②。

ヘルパーが訪問した際、「ベッドサイドに座っている」「隣室に立っている」など、独居のため安全面への不安を感じていた③。ある日、訪問したヘルパーがベッド脇で転んでいるところを発見した。救急搬送し右大腿骨転子部骨折の診断を受けるが、肝機能が悪く手術は困難なため、鎮痛薬での対処となる。自力での体動困難、体位変換時に骨折部位の疼痛が強くなり、本人の苦痛緩和とヘルパーの介護負担軽減のため、尿道留置カテーテル挿入を検討するも、留置することが本人の苦痛やストレスにつながるとのヘルパーの意見もあり、留置せずにオムツ交換での対応とする。

その後、徐々に黄疸が出現し、退院から4カ月後、口腔内出血や嘔吐、タール便や胆汁嘔吐などがみられ、意識レベルもJCS 2桁となる一方、今まで穏やかだった清水さんがケアを拒否したり、攻撃的な言動を発するようになる④。不穏や攻撃的な言動を苦痛の表現ととらえ、オピオイドを開始したところ攻撃性が落ち着いた。

訪問看護介入（退院）から5カ月、不穏と小康状態を繰り返しながら、下肢の浮腫や黄疸がさらに強くなっていく。

退院より5カ月半、訪問入浴の担当者が訪問した際に意識レベルがJCS 3桁となり、血圧が触診で80台に低下していた。主治医より入院の勧めもあったが、ヘルパーらの「自宅で看たい」という強い思いを受け（認知症の進行のため看護師がかかわった時点で、清水さんの意向は不明⑤）、あらためて自宅看取りの方針を確認する。清水さんは、いつ亡くなくてもおかしくない身体状況となっており、かかわる全職種がそのときに備えつつ訪問を続けた。

退院から半年後、ケアマネジャーが訪問した際に、亡くなっている清水さんを見つかる。主治医の死亡確認後、かかわっていたスタッフでエンゼルケアを行い、本人が気に入っていたスーツを着せて、皆でアルバムを見ながら思い出を語り合った。

## 1

認知症・独居・がんの患者の在宅看取りをかなえる

## 訪問看護師がケアで困った場面

### 1 **すでに生活を支えるチームが構築されている!** → **看護はどのような立ち位置でかわる?**

- 連日ケアしてきたヘルパーらにとって、あとからチームに入る看護師が、①脅威とならないように、②仲間としてみてもらえるように、また③適切な医療・ケアを実践してもらうために、こういった立ち位置でいることが望ましいか。
- 数名のヘルパーや多職種のかかわりの方針を統一し、ケアに困らないようにどのように指導すればよいか。

### 2 **医師が緩和ケアに不慣れ** → **チームをどう組み、どうサポートする?**

- 清水さんのかかりつけ医は、積極的に在宅医療を実践してくれていた地域の医師ではあるが、がんの症状コントロールには不慣れであった。今後、認知症とがんを併存する清水さんの苦痛症状が強くなった際に、清水さんが上手に苦痛を表現できない場合にアセスメントをどのように行い、どのような対処をしていけるのか。
- 担当看護師自身も緩和ケアに精通しておらず、ヘルパーらの「家で見てあげたい思い」をチームでどのようにサポートしていくことができるか。

### 3 **独居で安全への不安がある** → **看護師としてどうかかわる?**

- 清水さん本人の危険への認識は不明である。それでも本人の自由度を狭めたくない思いと、安全への配慮を考える思いが、看護師のなかにはある。清水さんのADLは不安定であり、誰もいないときに動き出す危険性がある。また転んだ場合にも助けを呼ぶ能力はないと思われる。こうした場合に、どこまで危険回避、安全への配慮が行えるか。

### 4 **どうすればよい? 認知症の人の意向確認**

- 看護師がかかわった時点で、本人の意向がはっきりと確認できる状況ではない。
- 主治医は「認知症で独居の看取りは困難」との考えである。また、亡くなっている清水さんを発見するヘルパーの心の負担を案じている。
- ずっとかかわってきたヘルパーらは、「清水さんの希望は家にいること」と感じており、自宅での看取りを支えたい思いがある。
- かかわる多職種にそれぞれの思いがあり、その思いのずれをどう調整するか。認知症である清水さん自身の本当の意向を、どう探ればよいのか。