

## 在宅ホスピスケアにおける排泄支援の特徴

第13回日常診療経験交流会演題より - 保険診療のてびき・585 -

だいたう循環器クリニック 中野 朝恵 看護師

### はじめに

当クリニックでは、1990年から在宅ホスピスケアに関わってきました。

2004年9月末までの15年間に282の方が在宅療養の後に亡くなりました。うち94人(約33%)はホスピスや病院での死亡となっています。また、在宅療養開始から死亡するまでの日数は短く、2003年は平均43日でした。療養患者の年齢層については、最近4年間では65歳以上が67%、65歳以下が33%となっています。

患者・家族が抱える問題とその対応在宅療養でのがん患者および家族が抱える問題は、脳梗塞後遺症のような長期療養の方々とは異なる以下のような特徴があります。

排泄に関しては、

- (1)在宅療養日数が短い。
- (2)症状変化が早い 排泄方法も変化する。
- (3)痛みを伴っている患者が多い モルヒネを使用するため便秘になり易い。
- (4)患者が自分の思いを強く希望し、家族が受け入れる(例、最後までオムツは使いたくない)。
- (5)予後が限られているため、患者、家族の精神的、肉体的苦痛や疲労度が高い。
- (6)65歳以下では、介護保険が利用できない方がほとんどのため、介護力不足や介護用品購入費が負担となる。

以上の特徴を踏まえて、クリニックでは次のような対応をしています。

- (1)入院患者が在宅療養を希望されたら、病院訪問を行い、患者・家族・病院スタッフと面談し、在宅療養環境を整える。ケアマネジャーは患者宅へ事前訪問を行う。
- (2)退院後はクリニックから毎日電話をかけ、療養状態(排泄)を把握し、電話や訪問にて対応方法を説明する(24時間対応)。
- (3)モルヒネ服用患者には、処方時に副作用の便秘について説明し、必要に応じて下剤を処方する。
- (4)体動時に痛みを伴う場合は、体動前にモルヒネ水を服用するよう説明。10～15分程度で効果があり、移動時の痛みが軽減する。
- (5)家族の介護疲労度を把握し、患者の希望を可能な範囲で受け入れ、排泄ケアの見直しを行う。ケアマネジャーとの連携を密にし、適切、迅速に対応する。

### 患者・家族の負担が大きいケース

しかし、このような支援体制が基盤にあっても、排泄に関して患者が困ったり、家族への負担が大きいケースも幾例かあります。

例えば、(1)腰椎転移による下半身麻痺患者は、日中1人になる時間が長いため、排便はヘルパーや看

護師の訪問時間や家族のいる時に希望(持続導尿カテーテル留置)。排便コントロールは、酸化マグネシウムを毎日服用し、訪問の前日にプルセニドを追加服用、当日浣腸する(2回/w)。しかし、時に時間差で排便があり、仕事上の夫に帰宅してもらい寝衣交換をした。

(2)下半身麻痺患者が下痢をしてシーツまで汚染したが、ヘルパー訪問までには時間があるため、妻1人で交換した。患者は体位交換も介助が必要な状態であり、非常時の介護力が欲しかった。

(3)体力も弱り立位も不安定なのに、患者がオムツをいやがり、ポータブルトイレを使いたいと希望。1日4~5回の排尿介助に疲れる。しかし、がんで予後が限られているため、家族も本人の希望を尊重し、ヘルパーを利用しながら死亡3日前までポータブルトイレで排泄した。

## 今後の課題

(1)患者、家族の急な要請にヘルパーが対応できるシステムが必要。

(2)65歳以下への介護保険の適応(患者の経済状態に応じて)。

(3)ポータブルトイレのレンタル(リサイクル)は不可能だろうか。病状の進行により使用できなくなったポータブルトイレが家に残り、不経済である。

在宅ホスピスケアは、患者の個別性がより高く、幅広いケアが医療従事者に求められます。ケアに関わるスタッフは連携を密にして、日々努力することが必要と思われます。