

実践報告

終末期がん患者と家族の療養場所の希望における相違と 病棟看護師のアプローチ:A氏の事例を通じて

寺崎 亜唯 高橋 絵里

足利赤十字病院

要旨

【目的】 終末期患者と家族へ退院支援に関するインタビューを実施し、意見の相違や気持ちを把握し、病棟看護師の関わりを振り返ることで看護師のアプローチを明らかにする。

【方法】 緩和ケア病棟に入院中の療養場所の希望に相違がある患者1名とそのキーパーソンを対象者とした。研究者が作成したインタビューシート(退院調整開始時、退院直前)と研究シートを用いて患者、家族へインタビューを実施。カルテ内の看護記録から情報を得た。

【結果・結論】 自宅退院を目指す家族の一番の問題は「介護の不安」である事が分かった。患者と家族の思いの相違があったにも関わらず、妻の気持ちが「退院させてあげてもいいかな」と変化したのは、①患者と家族に寄り添い、ニーズを把握する、②患者と家族の不安要素へ対応する、③患者の全身状態を把握し、タイムリーに対応し、個別性のあるサポートをする、これらを病棟看護師が行った結果であると考えられる。

患者や家族は不安や緊張、恥ずかしさなどという思いから、自ら医療者へ声をかける事に抵抗がある人も多いのではないかと感じた。患者や家族が自分の思いや本心を表出しやすいような環境やコミュニケーションを通じて信頼関係を作る事は今後の課題である。

キーワード：終末期，緩和ケア，自宅退院

I. はじめに

終末期患者が希望する療養場所として、厚生労働省の統計結果では在宅(約60%)が最も多く、また希望する死亡の場所も在宅(54.6%)が最も多い。しかし、実際病院で亡くなる方が(74.6%)と圧倒的に多く、自宅は(12.7%)にとどまっている。^{4,5)} また、単独世帯や核家族世帯、高齢者世帯が増えている現代では介護者の不足や特定の介護者の負担が多く、自宅退院を希望していても実現が困難な場合が少なくない。患者を支える家族は、患者を支えたいという思いを持ちながら不安も抱えながら過ごしており、「第2の患者」と言われていると石川は述べている。¹⁾ 久松らは、看護者は家族自身の事を気にかけて声かけや、看病への労いの言葉かけが大切であると述べている。²⁾

木坂らは、医療者が家族の気持ちに寄り添ってくれたことで、本人や家族の気持ちを理解してくれているという安心感に繋がりと、家族にとって高い満足感に繋がっていると考えられると述べている。³⁾ それぞれの思いの表出を促すなどの患者家族への気持ちのプロセスに対するアプローチをする事が重要だと考え、本研究では終末期がん患者と家族の療養場所の希望における相違と病棟看護師のアプローチを明らかにする。

II. 目的

終末期患者と家族へ退院支援に関するインタビューを実施し、意見の相違や気持ちを把握し、病棟看護師の関わり方を振り返ることで看護師のアプローチを明らかにする。

III. 用語の定義

終末期：医師が客観的な情報をもとに、治療により病気の回復が期待できないと判断する事。患者が意識や判断を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得する事。(厚生労働省より) 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考える事。

退院支援：病院等から退院する患者に対し、必要に応じて住宅・生活環境の調整、医療・介

護用具の手配、社会保険・福祉制度の利用方法の説明等を含めた退院後の生活を自立かつ安心して送るために必要な支援を行うものとする。

IV. 方法

1. 研究デザイン：事例報告
2. 対象者：緩和ケア病棟に入院中で、医師から治療困難と判断され、療養場所の希望に相違がある患者1名とそのキーパーソン(家族1名)。
3. 調査期間：2023年10月～2023年11月
4. データの収集方法：研究者が作成したインタビューシート(退院調整開始時、退院直前)と研究シート(何月何日、看護師の誰が、どのような場面で、誰と、何について会話をしたのか)を用いて患者、家族へインタビューシートに記入してもらう。カルテ内の看護記録から情報を得る。また、研究シートには看護記録は記載されていない患者・家族との関わりを時系列に記載し、具体的な会話から情報を得る。
5. 分析方法：研究シートの家族の思いと看護師の介入の経過を対照し、関係性を検討する。
6. 倫理的配慮

本研究は研究参加への自由意志・個人情報の秘密保持・匿名性の厳守について書面を用いて説明し同意を得た。得た情報は本研究以外での使用はしない事、研究終了後に破棄することとし、当院倫理委員会の承認を得た。(承認番号：2023年11月6日)

V. 結果

1. 事例紹介

患者：A氏 60代 男性

診断名：直腸癌、膀胱浸潤、肝転移(ダブルストーマ保有)の終末期

家族背景：妻(60代)と2人暮らし、長男は1人暮らし

入院までの経過：2019年9月他院より当院外科を紹介され骨盤内臓器全摘術施行。2020年1月肝部分切除術施行。同年8月肝転移に対

し化学療法実施後、多発転移があり、本人希望でBSC（がんに対する積極的な治療を行わずに症状緩和の治療のみを行う事）方針となる。2023年7月腹水貯留あり、外来受診時に腹水濾過濃縮再静注法施行。同年9月本人の希望で自宅退院したが、妻から本人へ「自宅で急変して検死にでもなったら大変じゃないか」という言葉を投げかけられ、自宅での無気力が強まり、妻の精神的疲労もあるため10月レスパイト目的で外科入院し緩和ケア内科へ転科となった。

入院後の経過：A氏が自宅退院を希望した日から、A氏とその家族（妻）を対象に、それぞれの同意を得たうえで、【退院調整開始時】、【退院直前】のタイミングでインタビューシートに記入してもらった。家族は1日おきに面会に来ていたため、来棟のたびに病棟看護師が声をかけ積極的にコミュニケーションを図り、患者と家族の思いを確認していった。患者と家族における看護師の関わりを表1、表2に示した。

2. 退院調整開始時における家族・本人の希望と看護師の関わり（表1）

1) 療養場所の希望

- A氏：自宅を希望（理由：愛犬に会いたい、のんびりしたい）
- 家族：病院を希望（理由：病院の方が安心、A氏がいるとストレスがたまる）

2) 不安要因

- A氏：未回答
- 家族：いつ急変するか分からない、症状の辛さ、病状の進行、介護力、夜寝られない
主治医は妻へ退院の必要性を説明した（IC：インフォームドコンセント）さらに、病棟看護師は「終末期がん患者はいつ急変し亡くなるか分からないため、今回の帰宅が最後になるかもしれないA氏の希望を叶えるのはどうか？」と妻へ提案をした。しかし、妻は「急変の可能性があるからこそ病院にいて欲しい」と返答し、退院に消極

表1 退院調整開始時における家族・本人の希望と看護師の関わり

質問	本人と妻の気持ち	病棟看護師の関わり
①今後どこで過ごしたいですか？ また、ご家族は今後患者様にどこで過ごしてもらいたいですか？	本人：家に帰りたい 妻：病院にいて欲しい	療養場所の希望に相違がある事を把握
②退院したい理由は何ですか？ 退院させたくない理由は何ですか？	本人：自宅でのんびりしたい。 愛犬に会いたい 妻：病院の方が安心。本人が居ると生活にストレスが溜まる	ICをセッティングし、医師から妻へ現在の病状と退院について説明。「今回の帰宅が最後になるかもしれないA氏の希望を叶えるのはどうか？」と妻へ提案したが拒否
③退院する事について不安や心配な事は何ですか？	妻：症状の辛さ、病状の進行、介護力、夜寝られない。過去にA氏からDVを受けた経験ありA氏と一緒に居ることに恐怖心とストレスがある。もし自宅で急変して検死になるのが嫌だ	妻が退院拒否する理由が明確になり、声をかけ、患者の様子を伝えたり、妻の思いを傾聴する事を継続して行った
④退院する際にどんな事が知りたいですか？	妻：在宅医療、福祉サービス、症状管理の方法、相談の窓口、家に帰ってきてもらうのであればいい分からない	妻への精神的サポートと長男の協力が重要だと考え、妻が1人で抱え込まないように、長男にも手伝ってもらう事、ストーマの便出しと膀胱留置カテーテルの管理方法を指導した。分からない時は病棟へ連絡しても良い事、自宅療養困難になったらいつでも戻ってきて大丈夫な事を伝えた

的な姿勢を示した。

妻へその理由を詳しく聞くと、「過去にA氏からDVを受けた経験からA氏と一緒に居ることに恐怖心とストレスがある。自宅で急変して検死になるのが嫌だ」と話す。患者、家族の思いを把握し、主治医を含め病棟看護師は、妻が面会に来るたびに声をかけ、家族が見ていない間の患者の様子を伝えたり、妻の思いを傾聴する事を継続して行った。医師からのICの後も自宅に退院する事を強く拒否していた妻は、医師から言われた「今回の退院が最後になると思います」という言葉で気持ちが変化しはじめ、「本人が家で1人で動けないと無理。退院しても1日が限界だよ」と消極的ではあったが初めて「退院」という言葉が聞かれた。

3) 退院する際に知りたいこと

○A氏：未回答

○家族：在宅医療、福祉サービス、症状管理の方法、相談の窓口

患者と家族が安心して自宅で生活でき、満足して最期の時を迎えるためには妻への精神的サポートと長男の協力が重要だと考えた。妻が1人で抱え込まないように、離れて暮らしている長男にもA氏の情報共有を行い手伝ってもらう事やストーマの管理方法、膀胱留置カテーテルの管理方法の手技を見せて指導した。分からない事があったら病棟へ連絡しても良い事や自宅療養が困難になったらいつでも戻ってきて大丈夫である事を伝えた。妻は自宅へ帰る事に消極

的でありながらも真剣に聞いており「大丈夫。これなら私にもできそう。」と前向きな発言が聞かれた。A氏は介護保険の申請をしていなかったが、申請には時間を要し病状的に難しいと判断し、介護サービスは利用しなかった。

11月中旬過ぎに自宅退院し、1週間後に再診予定の方針となったが、徐々に状態が悪化してきており退院は難しい状況となった。しかしA氏の思いは変わらず、再度主治医から妻へICをし、1泊2日の外泊へ予定変更した。

3. 退院直前の家族の不安と看護師のサポート (表2)

1) 患者様へのサポートについて

○A氏：家に帰る事が決まっていたため「特に記載することはない」と言い、記載がなかった。

2) 家族へのサポートについて病棟看護師が行った支援で役に立った事は？

○家族：ストーマの後処理

3) 不安な事や心配な事は何ですか？

○家族：介助がどこまでできるか？

病棟看護師は、介助の不安を解消するために退院直前に指導内容の再確認と、もし分からない時は病棟へ連絡しても良い事を伝え、「それなら安心だね。」という言葉が聞かれた。A氏は1泊2日の外泊から帰院し、自宅での様子を聞くと「食べたいもののリストを作ったけど、蕎麦と牛乳と最中だけ食べられた。犬にも会えて良かった。」と話された。妻は「喧嘩はしたけど、看護

表2 退院直前の家族の不安と看護師のサポート

質問	本人と妻の気持ち	病棟看護師の関わり
①患者様へのサポートについて	記載なし	なし
②家族へのサポートについて病棟看護師が行った支援で役に立った事は？	妻：ストーマの後処理	ストーマの便出しと膀胱留置カテーテルの管理方法を再確認
③不安な事や心配な事は何ですか？	妻：介助がどこまでできるか？	退院直前に指導内容の再確認と、分からない時は病棟へ連絡しても良い事を伝え、「それなら安心だね」との言葉が聞かれ、妻の不安は解消された

師さんから色々話聞いてもらって、今となっては1日でも帰れて良かったなって思った。息子も手伝ってくれたし。」と話してくれた。その後A氏は疼痛が出現し、麻薬の持続注射を開始。徐々に状態は悪化し11月下旬に永眠された。

VI. 考察

【退院調整開始時】と【退院直前】という異なるタイミングでインタビューを実施したが、自宅退院を目指す家族の一番の問題は「介護の不安」である事が分かった。終末期患者とその家族の退院支援では、患者の希望や病状を踏まえつつ、患者の快適さや尊厳を最優先に考える必要がある。妻の気持ちに変化が生じた背景には、病棟看護師の継続的な働きかけがあった。特に、A氏の療養中の具体的な様子を伝えることで妻の不安を軽減した点が重要である。また、タイムリーな情報提供により、妻がA氏の希望に歩み寄る姿勢をみせたと考えられる。

また、当院では、終末期患者の自宅療養に対する不安に対応する方策として、「バックベッド」を設けており、「緩和ケア内科から退院した患者が在宅療養困難となった場合、いつでも病院に戻って来られるようベッドを空けておく」という体制をとっている。患者と家族へのバックアップと起こりうる状況を十分に説明した事で、患者と家族に安心感を与え、終末期の在宅療養の支えになったと考える。

患者とその家族の希望を叶える要素として「病院のバックアップ体制の安心感」と「自分の思いを他者に伝えること＝思いの表出」であると三原は述べている。⁴⁾

終末期は病状が急速に変化しやすいため、病棟看護師は患者の状態を見極め、退院のタイミングを逃さないよう素早く対応していく必要がある。今回のケースは退院こそできなかったものの、患者と家族の思いを汲み取り対応する事ができた。これは病棟看護師はじめスタッフの成功体験となったと考えられる。

VII. 結論

緩和ケア病棟に入院している患者とその家族はその時々で様々な不安を抱えている。

A氏とその家族との関わりや反応から、気持ちに寄り添うサポートを提供した事により、消極的であった家族が前向きな気持ちに変化し、希望した自宅へ帰り、穏やかで安心した環境で最期を迎えることができた。

365日入院患者と家族に関わる病棟看護師は、積極的なコミュニケーションを通じて患者と家族が感じる不安や恐れに寄り添い、それぞれのニーズを把握し、適切なサポートを提供する事が重要であるということが明らかになった。

VIII. 研究の限界と今後の課題

病棟看護師は1人の患者を毎日同じ看護師が関われる訳ではないため、ケア内容を分かりやすくカルテに記載し情報共有する事で、適切なケアを提供できたという満足感を得ることができ、チームワークの向上にも繋がったと言える。

しかし、患者や家族は不安や緊張、恥ずかしさなどという思いから、自ら医療者へ声をかける事に抵抗がある人も多いのではないかと感じた。患者や家族が自分の思いや本心を表出しやすいような環境やコミュニケーションを通じて信頼関係を作る事は今後の課題である。

文献

- 1) 石川達也, 終末期がん患者の「帰りたい」という希望を叶えるための支援の検討 不安のある家族への関わりを通して, 藤枝病誌, 2018;23(1):11-14.
- 2) 久松美佐子, 丹羽さよ子, 終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因, 日看科会誌, 2011;31(1):58-67.
- 3) 木坂恭子, 片山敏子, 松葉庸江, 他, 在宅で看取りをした家族の満足感・不満足感の分析 終末期を迎える療養者を介護する家族を支える看護, 日看会論集:地域看, 2013;19-22.
- 4) 三原かなめ, 退院後早期に看取りとなった終末期がん患者の2症例「少しでも良いか

ら家に帰りたい」という希望に寄り添う，地域医療，2019；56(4)：474-476.

〔 受付日 2024年10月28日 〕
〔 受理日 2025年 1月27日 〕