

原 著 論 文

独居終末期がん患者へのTransitional Care
～一般病院に勤務する看護師の実践を通して～

Transitional Care to Terminally Ill Cancer
Patients Living Alone
～Nursing Practice Perspectives in General Hospitals～

野 瀬 智 代 (Tomoyo Nose)* 藤 田 佐 和 (Sawa Fujita)**
森 本 悦 子 (Etsuko Morimoto)**

要 約

本研究の目的は、看護師が独居終末期がん患者へどのようなTransitional Careを行っているかを明らかにすることである。文献検討に基づき半構成的インタビューガイドを作成し、一般病院の看護師5名に面接を行い、語りを質的帰納的に分析した。結果から【患者が最期まで自宅で過ごせる状況かを見極める】、【患者の最期の過ごし方への揺れる思いに寄り添う】、【患者自身が症状を管理できるようにする】、【最期に家族としての繋がりをもって過ごせるようにする】、【家族の協力の程度に合わせて自宅での生活を支える方略を周囲の人に提案する】、【患者の急変に対応できる体制を整える】、【患者が一人で生活できるように周囲の力を組み入れる】、【患者のニーズや今後予測される病状を共有し院内外の多職種で連携する】の8つのカテゴリーが抽出された。独居終末期がん患者のTransitional Careとして、患者が自宅で最期まで過ごせるかを見極めること、また、離れて暮らす家族と患者が最期に家族としての繋がりをもって過ごせるようにアプローチしていくことの重要性が示唆された。

Abstract

The objective of this study is to shed light on what type of transitional care is performed by nurses for terminally ill cancer patients living alone. After examining references, we made a semi-structured interview guide, conducted interviews with five nurses at general hospitals and used an inductive approach to perform qualitative analysis on the conversations. The results of this analysis were divided into eight categories: "Ascertain whether the patient can spend his or her final moments at home," "Accompany the wavering feelings of patient who spends his or her final moments," "Ensure that the patient can manage his or her symptoms by himself or herself," "Ensure the patient can spend his or her final moments connected with family," "Suggest a strategy for those around patient to support the patient living at home according to the level of cooperation of the family," "Make arrangements for a support system to ensure support in the event that the patient's condition suddenly changes," "Incorporate the surrounding resources so that the patient can live alone" and "Link various personnel both inside and outside the hospital and share the needs of the patient and his or her expected future condition." Our analysis for the transitional care of terminally ill cancer patients living alone suggested the importance of an approach where the nurse ascertains whether the patient can spend his or her final moments at home, and, an approach where the nurse ensures the patient can spend his or her final moments connected with family who are currently living separately from the patient.

キーワード：独居 終末期がん患者

*高知県高知市病院企業団立高知医療センター

**高知県立大学看護学部

I. はじめに

わが国の世帯構成は、1960年4.7%にすぎなかった単身世帯が2030年には37.4%に達すると予測されている（渡辺，2015）。また、全がん罹患率は年齢と共に増加している（がん統計編集委員会，2016）ことから、今後がん患者を取り巻く状況として、単身の高齢患者が増加することが予測される。また、一般市民、がん患者を対象とした調査では、約40%の患者が療養場所として自宅を希望していた（Yamagishi et al., 2012）ことから、がん患者の在宅での療養生活に対する希望が高まっているといえる。

がん対策基本法やがん対策推進基本計画により、がん患者が住みなれた家庭や地域での療養や生活を選択できるように、在宅医療・介護の提供体制の充実を図ることが示されている。これらのことから、単身や高齢といった患者も含め、がん患者が自宅で過ごすための体制の整備が求められているといえる。

海外においては、1980年代より在宅療養移行支援および退院支援に関して必要性が注目されている（福井，2007）。移行期に提供される一連のケアはTransitional Careと呼ばれ、慢性心不全をもつ患者（Willams et al., 2010）や高齢者（Naylor et al., 2010, Coleman et al., 2006）を対象として研究がされ、Transitional Careのプログラムが作成されている。看護師がケアの一貫性を保つように支援を行い、患者・家族のセルフケアを強化することで、患者・家族のQOLの向上に有益であることが示唆されている（敦賀ら，2013）。また、宇佐美ら（2015）は、専門看護師が行うTransitional Careとして、患者の在宅での生活を目標とし、在宅での生活を可能にするために患者・家族を包括的側面からアセスメントし、さらに病院内外の資源を最大限に用いながら治療チームを構築し支援することで、患者・家族の在宅生活を可能にし、リスク管理につながっていたと述べている。これらの結果から、Transitional Careは、独居終末期がん患者が病院から在宅へと療養場所が変わる際にも有用なケアであると考えた。しかし、独居終末期がん患者が病院から在宅へと療養場所が変わるTransitionのプロセスに対して、ど

のようなケアを行っているかを明らかにした研究は見当たらない。そこで、本研究では、一般病院に勤務する看護師が独居終末期がん患者へどのようなTransitional Careを行っているかを明らかにし、今後増加していく独居終末期がん患者の在宅療養を実現させる看護の示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 用語の定義

独居終末期がん患者：治療の見込みがないと医師に診断され、自身がそのことを理解し、生命予後は6か月から1年程度と予測される患者。独居とは、家族が近くに居住していても同居しておらず、一世帯に一人で暮らしている患者とする。

Transitional Care：療養場所が変わる患者・家族のケアの統一と連続性を保証するために、アセスメントを基に計画された一連の行動。

3. 研究協力者

本研究の協力者は、以下の条件を満たした看護師とした。

- ①がん看護に携わる経験が5年以上である者
- ②がん患者の在宅への移行支援に関して豊かに語る事ができると所属部署の責任者から推薦された者
- ③一般病院に勤務する独居終末期がん患者の在宅移行支援を行った経験を複数回有する者

4. 研究の枠組み

文献検討を通して、独居終末期がん患者へのTransitional Careの枠組みを作成した。Transitional Careとは、アセスメント、患者の意思を尊重したかわり、身体症状のマネジメント、連携の強化、緊急時の対応の整備の5つの内容にまとめられ、アセスメントと一連の行動が繰り返されるものであるとした。

5. データ収集方法

研究の枠組みに基づき作成した半構成的インタビューガイドを使用し、研究協力者1人につき1時間程度の面接を行った。面接では、対象者が独居終末期がん患者の在宅への移行が実現した事例の中で印象深かった事例について1～2事例想起してもらった。面接内容は事前に同意を得て、ICレコーダーに録音およびメモを行った。面接時には、本研究におけるTransition、Transitional Careの定義を対象者に提示・説明を行った。データ収集期間は平成28年8月～11月であった。

6. データ分析方法

Krippendorff (1980) の内容分析の手法を参考に以下の方法で分析した。

面接内容の逐語録を熟読し、独居終末期がん患者へのTransitional Careを研究協力者の言葉のまま抽出した。内容に沿ってコードを作成し、意味内容が類似するものを集め、カテゴリーとし、共通する意味を表すようにネーミングした。全ての研究協力者の個別分析のネーミングを集め、意味内容が類似するものをまとめ、共通する意味を表すように表現した。

なお、分析にあたっては、研究者間で討議を重ね、信頼性と妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は高知県立大学研究倫理委員会の承認(看研倫16-05号)を得て実施した。研究協力施設及び研究協力者に対して、研究の目的と方法、研究協力の自由意思の尊重、研究協力の取り消し、プライバシーの保護、研究協力により受ける利益・不利益、看護上の貢献、研究結果の公表について、文書及び口頭にて説明し、文書にて承諾及び同意を得た。また、語ってもらった事例については、個人が特定されないように事例の概要を説明してもらった。

III. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は、A県の3か所の一般病院に勤務する看護師5名であった。対象者の臨床経験年数の平均は21.4年(9～30年)で、がん看護経験年数の平均は18.8年(9～30年)であった。対象者の中にはがん性疼痛看護認定看護師1名、がん看護専門看護師2名、地域連携室スタッフ2名が含まれていた。面接は1人につき1回行い、平均の面接時間は53.2分(44～63分)であった(表1)。

表1 対象者の概要

対象者	臨床経験年数 (がん看護経験年数)	語られたがん患者の事例の概要		
		年齢	性別	家族構成
A	9年 (9年)	70歳代	男性	子どもが県外在住 姪が県内在住
B	15年 (15年)	40歳代	女性	両親・子どもが県内在住
C	30年 (30年)	80歳代	女性	子どもが県内在住
D	28年 (15年)	70歳代	女性	弟・子どもが県内在住
E	25年 (25年)	70歳代	男性	子どもが県外在住

2. 独居終末期がん患者へのTransitional Care

独居終末期がん患者へのTransitional Careとして、【患者が最期まで自宅で過ごせる状況かを見極める】、【患者の最期の過ごし方への揺れる思いに寄り添う】、【患者自身が症状を管理できるようにする】、【最期に家族としての繋がりをもって過ごせるようにする】、【家族の協力の程度に合わせて自宅での生活を支える

方略を周囲の人に提案する】、【患者の急変に対応できる体制を整える】、【患者が一人で生活できるように周囲の力を組み入れる】、【患者のニーズや今後予測される病状を共有し院内外の多職種で連携する】の8つのカテゴリー、21のサブカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》で示す。また、対象者の語りを「 」で示す（表2）。

表2 独居終末期がん患者へのTransitional Care

カテゴリー	サブカテゴリー
患者が最期まで過ごせる状況かを見極める	患者が最期まで自宅で過ごすことができる心身の状況であるかを専門職の視点で判断する
患者の最期の過ごし方への揺れる思いに寄り添う	患者が自宅で生活するうえで力を借りることができる人は誰かを判断する
	患者が自分のおかれている状況や予測される事態を理解して自宅で過ごすかを判断できるように説明する
	患者の最期の過ごし方への気がかりを捉える
	患者が一人で生活することへの揺れる思いに寄り添う
患者自身が症状を管理できるようにする	患者が心身の状態を悪化させずに自宅で過ごせるように対処方法を説明する
	患者が間違えずに薬剤の管理ができるように自宅でできる方法を調整する
	患者が心身の状態を悪化させず過ごせるように訪問看護師に支援を依頼する
最期に家族としての繋がりをもって過ごせるようにする	最期に家族としての時間が過ごせるように働きかけて看取れる場づくりをする
	家族が患者との死別に向けて心の準備をすることを促す
家族の協力の程度に合わせて自宅での生活を支える方略を周囲の人に提案する	家族の力を借りることができない状況を考慮して患者の生活を支える仕組みを整える
	家族の状況や関係性から家族の協力を得ることができるかを判断する
患者の急変に対応できる体制を整える	患者が自宅で急変した場合に対応することを保証する
	急変する可能性のある患者の状態を家族が理解・納得できるように説明する
患者が一人で生活できるように周囲の力を組み入れる	患者の身体状況をふまえて他職種と相談して居住環境を整える
	患者が一人で自宅での生活を送れるように訪問サービスを整える
	患者の生活環境を整えるために家族に支援を依頼する
患者のニーズや今後予測される病状を共有し院内外の多職種で連携する	今後生じる可能性のある症状について在宅チームメンバーに理解を促す
	退院のチャンスを逃さないように院内の多職種の役割を確認する
	多職種が同じ方向性をもつことができるように患者の意向や不安に思っていることを情報共有する
	退院後も継続して患者の身体状況の変化を把握する

1) 【患者が最期まで自宅で過ごせる状況かを見極める】

【患者が最期まで自宅で過ごせる状況かを見極める】とは、患者の身体・心理・社会的状況から患者が最期まで自宅で過ごすことができるかを判断することである。

対象者は、「本人も絶対家で死にたいとまでは言っていなかったので、逆に本人がもう家でいるのはしんどいかなって納得できるところまではお家にいらっしゃって、そのあとは一気にまた病院での医療に切り替えないといけないだろうなって思っていたので。…そこまでの調整にあえてしたように思います。(E)」と語り、《患者が最期まで自宅で過ごすことができる心身の状況であるかを専門職の視点で判断(する)》していた。また、対象者は、「単身だから絶対無理かっていうとそうでもないし。周りのサービス調整とかがどれだけできるか、あるいは持っているのかっていうことで、状況でずいぶん違うんじゃないかなと。…今もっているものは何かっていう見定めとか。(E)」と語り、《患者が自宅で生活する上で力を借りることができる人は誰かを判断(する)》していた。対象者は患者の状態を見極めながら、Transitional Careのゴールを見定め、必要なケアを考えられていた。

2) 【患者の最期の過ごし方への揺れる思いに寄り添う】

【患者の最期の過ごし方への揺れる思いに寄り添う】とは、患者が自分のおかれている状況を理解した上で、自宅で過ごしたいという思いと最期まで自宅で過ごせるのかという不安といった揺れる思いに添うことである。

対象者は、「具体的にこうしたらお家におれるよっていうのは、具体的に話してあげないと。そこでご本人さんが判断するっていう、基準みたいなものが分かるようには説明を、本当にお一人で頑張られるタイプの方だったし。私にきちっと必要なことは言ってねっていう意思表示もされていたので。(C)」と語り、《患者が自分のおかれている状況や予測される事態を理解して自宅で過ごすかを判断できるように説明(する)》していた。また、対象者は、「本当に

家に帰ってもいいのかっていうのは繰り返し、帰りたいって頑固に言っているんじゃないのかなっていうのはあったので。本心は本当にそれでいいのかっていうのは繰り返し聴いていきました。(A)」と語り、《患者の最期の過ごし方への気がかりを捉え(る)》ていた。さらに、対象者は、「この先が見えないというか、帰ってからの生活だけではなくて、この先病状がどう変化するのかとか、死んでしまうのかなというような言葉も聞かれていたので。なるべく出向いて傾聴することで、自分で整理ができていった。(D)」と語り、《患者が一人で生活することへの揺れる思いに寄り添(う)》っていた。

3) 【患者自身が症状を管理できるようにする】

【患者自身が症状を管理できるようにする】とは、身体・心理状態を悪化させることなく自宅でできるだけ長く生活できるように患者自身が症状マネジメントできるように関わることである。

対象者は、「予測的に言って、あまり無理をさせないように言わないといけない。一人だと全部自分でやっちゃうから。こんなにしんどかったんだっていうことがあるので。そこは予めアドバイスしないとけないんじゃないかなって思います。(E)」と語り、《患者が心身の状態を悪化させずに自宅で過ごせるように対処方法を説明(する)》していた。また、対象者は、「オピオイドも飲んでいたし、定期的に何かしなきゃいけない生活っていうのは入院中から、この時間にはこれをしなければならんっていう決まり事を作って。本来ならば寝ていたいけれども、そこは我慢して起きましようとか。(A)」と語り、《患者が間違えずに薬剤の管理ができるように自宅でできる方法を調整(する)》していた。間違えずに内服できることが症状緩和につながるため、患者が一人でも薬剤管理ができるように方法を調整していた。対象者は、「訪問看護師さんに病状の観察をお願いするときに心身の状況も一緒をお願いしたいと思います。やっぱり今回の事例については不安っていうのが一番なので、不安をいかに軽減して、少しでも長く楽に生活できるかっていうところを意識

したと思いますね。(D)」と語り、《患者が心身の状態を悪化させず過ごせるように訪問看護師に支援を依頼(する)》していた。

4) 【最期に家族としての繋がりをもって過ごせるようにする】

【最期に家族としての繋がりをもって過ごせるようにする】とは、離れて暮らす患者と家族が、家族としての絆を強め、最期の時間を過ごせるように働きかけることである。

対象者は、「関係性があんまりべったりじゃない家庭で、ドクターから家に帰るにあたって、もうそろそろ厳しい状況の中で帰るってことで県外から呼ばれた子どもさんだったので。関係性をみながらもう一回家族の凝集性を、最期繋げてあげて、ちょっとでも家族としての繋がりをもって最期の時間を過ごせたらいいな。(E)」と語り、《最期に家族としての時間が過ごせるように働きかけて看取れる場づくりを(する)》していた。また、「学生で、お母さんを亡くされるっていうのは本当に辛いことだろうなと思ったので。その子どもさんへの予期的悲嘆を促すというか、精神的なケアも目的として意識的に関わったんです。(B)」と語り、《家族が患者との死別に向けて心の準備をすることを促(す)》していた。

5) 【家族の協力の程度に合わせて自宅での生活を支える方略を周囲の人に提案する】

【家族の協力の程度に合わせて自宅での生活を支える方略を周囲の人に提案する】とは、離れて暮らす家族との関係性や状況を考え、家族がどの程度協力できるかを判断して患者の生活を支える仕組みを整えることである。

対象者は、「どういったところでヘルパーさんが関わるかっていうことを聴いて、食事のこととケアのことと情報は細やかに提供したし。独居の方なので、家族のサポートが得られないとしたら、尚更地域の医療者の方々のサポートが必要になるので、通常以上に気を付けて、電話連絡したり、カンファレンスの時には情報提供したりしました。(B)」と語り、《家族の力を借りることができない状況を考慮して患者の生活を支える仕組みを整え(る)》ていた。ま

た、「すごく子どもさんに気兼ねなさると、結構お嫁さんとは折り合いが悪かったのかなっていうところがあって。ひょっとしたらお嫁さんとかが介入を始めてくれてないかなと、その情報を少し整理するために聞いたりとかはしたんですけど。(C)」と語り、《家族の状況や関係性から家族の協力を得ることができるかを判断(する)》していた。

6) 【患者の急変に対応できる体制を整える】

【患者の急変に対応できる体制を整える】とは、患者が一人で自宅にいる時に急変する可能性を考え、対処できる体制を整えることである。対象者は、「夜はどうしても一人になるので、すぐに連絡が取れるような電話番号を常に電話の横に書いて、連絡がすぐにできるような感じにしました。(D)」と語り、《患者が自宅で急変した場合に対応することを保証(する)》していた。また、「誰もいない分、数時間の留守の間に何かが起こってもそれはそれで良しとして納得してもらうための説明をしました。家族にとっては大事なお父さんなので、最大限の注意と、もしもがないようなケアを希望はされるけれども、ちょっと難しいって。本人にも家族にもその部分を納得してもらわないと。(A)」と語り、《急変する可能性のある患者の状態を家族が理解・納得できるように説明(する)》し、急変する可能性を家族が理解・納得した上で患者が自宅で過ごせるように体制を整えていた。

7) 【患者が一人で生活できるように周囲の力を組み入れる】

【患者が一人で生活できるように周囲の力を組み入れる】とは、患者が自宅で過ごす上で必要な社会資源や環境を整えることである。

対象者は、「一度家庭訪問も一緒に行って、在宅酸素のチューブの長さであったりとか、浴槽の手すりがあるとか。動線ですね、玄関からベッドの向きであったりを退院調整看護師、理学療法士さん、業者さん、ヘルパーさん、弟さんが集まって家庭で検討を行った。(D)」と語り、《患者の身体状況をふまえて他職種と相談して居住環境を整え(る)》ていた。また、「じ

わじわ出血があって、動くのはだんだんしんどくなってきちゃったんです。貧血もあるので、徐々にしんどさも出てきて、サービスの見直しとかっていうのもしながら。(C)」と語り、《患者が一人で自宅での生活を送れるように訪問サービスを整え(る)》ていた。また、「今まで本人が全部管理していて。残数のことだったり、お薬の数だったり、種類だったり、姪御さんほとんどご存知なくて。なんでこのお薬を飲んでたのか、飲まなきゃいけないのかっていうところは生活の中でキーになる方だからこそ知ってもらおうとって指導をお願いしました。(A)」と語り、《患者の生活環境を整えるために家族に支援を依頼(する)》していた。

8) 【患者のニーズや今後予測される病状を共有し院内外が多職種で連携する】

【患者のニーズや今後予測される病状を共有し院内外が多職種で連携する】とは、患者のニーズや病状を院内外の医療者と情報共有し、退院後も継続して患者を支えることができるように看護師が中心となって医療チームを形成することである。

対象者は、「少し血管も巻き込んでいるような腫瘍だったので、出血すると輸血をしなくちゃいけないような状況だったので。そういう病状のことにしてもケアマネージャーさんに少し全体的な把握をしていただく必要があったので。かかりつけの先生の診察に行かれる日にはケアマネさんにも一緒について行っていただいたりとかして、状況を理解していただくようには関わっていきました。(C)」と語り、《今後生じる可能性のある症状について在宅チームメンバーに理解を促(す)》していた。また、「ターミナルって期間が限られるので、色んな準備を整えるにあたっては、どこか足並みが乱れてしまうとそれだけでチャンスを逃してしまうことが大きいあって。大体の予測はもって、方向性を確認しつつ、チャンスを逃さないためにもそれぞれの役割の中で、そこをしっかりと合わせるためにも、カンファレンスだったり日頃の情報のやり取りの中で確認しながら進めるようにしています。(A)」と語り、《退院のチャンスを逃さないように院内の多職種の役割を確認(する)》

していた。「顔の見える関係性を作っておかないと、意向がずれそうだなというのもありましたので、(患者が)不安に思っている部分っていうのはお互いが集まってすり合わせておかないといけない。(D)」と語り、《多職種が同じ方向性をもつことができるように患者の意向や不安に思っていることを情報共有(する)》していた。また、対象者は、「外来に来た時にはケアマネージャーさんが付いてくださってましたので、帰ってからどうですかいう風に。…帰ったら終わりではなくって、その先のケアっていうのも継続して行っていたと思います。(D)」と語り、《退院後も継続して患者の身体状況の変化を把握(する)》していた。対象者は院内外が多職種と協働し、病院から在宅へと療養場所が変わる患者を支えるチームを形成していた。

IV. 考 察

1. 独居終末期がん患者の自宅での療養生活を支えるケア

看護師は、独居終末期がん患者が一人でも自宅で生活できるように【患者が最期まで過ごせる状況かを見極め(る)】、【家族の協力の程度に合わせて自宅での生活を支える方略を提案(する)】したり、【患者が一人で生活できるように周囲の力を組み入れ(る)】ていた。これは、患者の多種多様な状況を考慮し、自宅で過ごせるかを見極めた上で、患者が一人でも自宅で過ごすことができるようにアプローチ方法を検討していると考えられる。

独居といっても患者を取り巻く周囲の環境は、家族からの支援が受けられる場合や、友人や近所の人々からの支援が受けられる場合、周囲からの支援が全くない場合など様々である。また、終末期であり、患者の病状が急激に変化する可能性も予測される。早瀬ら(2008)は、終末期がん患者の在宅移行支援において、早期から終末期がん患者の在宅移行の可能性を、患者の状態、家族の意思、介護力などから見極めることの必要性を述べている。独居終末期がん患者の病院から在宅へと療養場所が変わるTransitionのきっかけとなるのは、これまで行っていた治

療が奏功せず、緩和ケアを主体とした治療へと変化することである。看護師は、このことを患者自身がどのように捉え、意味づけているかを把握することが必要である。また、独居終末期がん患者を取り巻く環境は様々であり、家族や友人だけでなく、近隣住民や民生委員なども含めて患者が利用できる周囲のサポートをどの程度有しているかを見極めることが重要である。その上で、患者が一人で自宅で療養生活できるように、家族の協力の程度に合わせて、家族に支援を依頼したり、社会資源を取り入れたり、支援することが必要である。また、終末期という急激に身体状況が変化することが考えられる状況であるため、看護師は、患者の今後の状態を予測したアセスメント能力を向上させる必要があると考える。本研究において、看護師は、患者の身体・心理・社会的状況を見極めるために、他職種と情報共有を行い、協働していた。看護師は、独居終末期がん患者へのTransitional Careとして、医師や他職種と協働して、患者が最期まで自宅で過ごすことができるかを見極め、支援を整えていくことが必要であると考えられる。

2. 離れて暮らす家族へのケア

看護師は、離れて暮らす家族に対して、【最期に家族としての繋がりをもって過ごせるように(する)】していた。

独居終末期がん患者は、家族との関係が疎遠な場合がある。独居終末期がん患者の在宅看取りに向けた訪問看護師の支援（伊藤ら，2007、仁科ら，2008、米澤ら，2014）として、別居している家族に対して、家族の思いを受けとめながら看取りに向けて心理的な準備を図っていたことが明らかにされている。家族との関係性が疎遠な患者に対して、患者が亡くなることについて家族が心理的な準備を行うことを支援するだけでなく、患者自身が家族との関係性において心残りとなることがないように支援することも求められると考えられる。

本研究で語られた事例の中には、長年疎遠であった家族への遠慮や気兼ねから家族と連絡を取ることを躊躇していた患者もいた。看護師は、患者とコミュニケーションをとる中で、患者が

家族との関係性において心残りがあることを把握し、患者の意思を確認した上で、家族と連絡をとり、最期の時間を家族と過ごせるように支援していた。そのために、看護師は、患者が最期の時間を家族とどのように過ごしたいと望んでいるかについて、患者との対話の中から理解することが必要である。終末期がん患者は急激な身体状況の変化が予測され、時間が限られている。そのため、在宅へ移行してから関わるのではなく、一般病院で勤務する看護師が、患者の意思を早期から確認し、患者と家族の関係性にアプローチしていくことが必要であると考えられる。独居終末期がん患者へのTransitional Careにおいて、看護師は患者のTransitionの状況の一つである離れて暮らす家族の状況や患者との関係性を把握し、患者の意思を確認の上で家族と最期の時間を過ごせるように働きかけていくことが重要であると考えられる。

3. 看護への示唆

本研究の結果より、独居終末期がん患者へのTransitional Careとして、早期から患者のTransitionの状況を見極め、最期まで自宅で過ごせるかどうかを判断した上で必要なケアを検討していくことの重要性が示唆された。そのためには、看護師の予測をもった身体状況のアセスメント能力の向上、また患者が真に望んでいることを捉えるコミュニケーション能力の向上が必要であると考えられる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者が5名と少数であり、対象者が語る独居終末期がん患者の性差や年齢は限定していない。今後は対象者を拡大すること、対象者が語る独居終末期がん患者の背景を踏まえてのTransitional Careを明らかにしていくことが課題である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、対象者をご紹介いただきました研究協力施設の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本稿は平成28年度高知県立大学大学院

看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。本研究において申告すべき利益相反事項はない。

<引用・参考文献>

敦賀舞, 鷺見尚己 (2013) : 切れ目のない
“Transitional Care”についての文献検討,
看護総合科学研究会誌, 14(2), 87.

Coleman EA, Parry C, Chalmers S, et al.
(2006) : The Care Transitions Intervention;
Results of a Randomized Controlled Trial,
Archives of Internal Medicine, 166, 1822-
1828.

福井小紀子 (2007) : 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査, 日本看護科学会誌, 27(2), 92-100.

がんの統計編集委員会 (2016) : がんの統計
<2015年度版>, がん研究振興財団, 49-52.

早瀬仁美, 森下利子 (2008) : 終末期がん患者の在宅への意向を支援する看護師の認知, 高知女子大学看護学会誌, 33(1), 39-47.

伊藤美緒子, 小林智美, 大金ひろみ, 他 (2007) : 自宅で最期を迎えたい—在宅ホスピス緩和ケアでひとり暮らしの18名のがん患者を看取って—, 訪問看護と介護, 12(8), 660-672.

Krippendorff K (1980) : メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待, 三上俊二, 椎野信雄, 橋本良明, 勁草書房, 1989.

Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, et al. (2000)

: Experiencing transitions: an emerging middle-range theory, *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Naylor MD, Sochalski JA (2010) : Scaling Up; Bringing the Transitional Care Model into the Mainstream, *Commonwealth Fund*, 103, 1-12.

仁科聖子, 湯浅美千代, 小川妙子 (2008) : 独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助, *医療看護研究*, 4(1), 50-56.

宇佐美しおり, 吉田智美, 高山良子, 他 (2015) : 在宅療養移行支援 (Transitional Care) における専門看護師の活動実態と評価, *看護*, 67(6), 78-91.

渡辺裕子 (2015) : 在宅看護論 I 概論編, 第3版, 日本看護協会出版会, 2-18.

Williams G, Akroyd K, Burke L (2010) : Evaluation of the transitional care model in chronic heart failure, *British Journal of Nursing*, 19(22), 1402-1407.

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. (2012) : Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan, *Support Care Cancer*, 20, 2575-2582.

米澤順子, 杉本正子, 新井優紀, 他 (2014) : 独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携, *日本保健科学学会誌*, 17(2), 67-75.