

原著論文

終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知

Cognition of Nurses to Support regarding the Transition from Hospital to Home for Terminal Cancer Patients

早瀬 仁美 (Hitomi Hayase)*

森下 利子 (Toshiko Morishita)**

要 約

終末期がん患者の在宅への移行を支援する看護師の認知を明らかにすることを目的とし、看護師11名を対象に半構成的面接法を用いてデータ収集を行い、質的帰納的に分析した。その結果、【最適な療養場所としての家】【在宅療養に対する患者の望み】【患者にとって家に帰ることの意味】【家族にとっての在宅移行の意味】【在宅療養に対する家族の心情】【在宅移行を躊躇する患者の心情】【患者・家族・医療者間の認識のずれ】【在宅移行が可能かどうかの見極め】【移行支援を積極的に勧める時期】【在宅移行を支援する上での課題】【移行後の在宅医療の課題】の11の大カテゴリーが抽出された。看護師は、患者や家族にとっての在宅移行の意味を考え、患者・家族の心情、患者の状態や家族の介護力を査定し、在宅移行の可能性や適期を捉えていた。終末期がん患者の在宅移行支援にあたっては、看護師が他の医療者と協働し、入院時から在宅移行の可能性や移行時期を見極めて支援をしていくと共に、在宅移行後の課題についても取り組んでいくことの必要性が示唆された。

キーワード：終末期がん患者、在宅移行、看護師の認知

I. はじめに

わが国の死因の第1位はがんであり、国民の3人に1人ががんで死亡している。2004年の厚生労働省の調査によると、国民の約6割が終末期を在宅で過ごすことを希望しているにもかかわらず、がん患者の93%は病院・施設で死亡しており、在宅死は1割にも満たない¹⁾状況にある。

2006年4月より、在宅療養支援診療所が創設され、約30%の病院が退院支援部署を設置しているとの報告²⁾がみられるなど、終末期がん患者の在宅移行を可能にする体制が整えられつつある。しかし、終末期がん患者は状態が急変しやすく、在宅移行のタイミングを逃すと在宅療養は困難となる。終末期がん患者の在宅移行支援においては、患者の最も身近な存在である看護師の適切なかかわりがなければ、患者・家族は在宅への移行をあきらめざるを得なくなり在宅移行の達成も難しく

なる。そのため、終末期がん患者の在宅移行にかかわる看護師が、移行支援についてどのような認知をしているのか明らかにする必要があった。

終末期がん患者の在宅移行に関する研究は、患者に焦点をあてた調査^{3)~8)}や在宅移行を阻む要因や促進要因を明らかにした研究^{9)~12)}、訪問看護師の認知と判断を明らかにした研究¹³⁾はみられるが、病院看護師の認知を明らかにした研究はみられなかった。

そこで本研究では、終末期がん患者の在宅移行にかかわる看護師が移行支援にあたってどのような認知をしているかを明らかにすることを目的とする。終末期がん患者の在宅移行支援における看護師の認知が明らかになることで、看護師の捉える在宅移行の意義や意味づけ、支援に至る思考内容、看護上の課題などが明確になり、今後の在宅移行支援に示唆が得られ、そのことによって、終末期がん患者のQOL (Quality of Life) の向上に貢献できると考える。

*高知県立総合看護専門学校

**高知女子大学看護学部

II. 用語の定義

終末期がん患者：現在のがん治療の水準ではいかなる治療を施しても回復の望めない、生命予後が6ヶ月程度と考えられている患者。

在宅への移行：入院中の患者が、療養場所を病院から在宅に移すこと。

看護師の認知：終末期がん患者および家族に対して在宅への移行を支援する中で、看護師が考えたり判断すること。

III. 研究方法

1. 対象者

対象者は、A県内の3病院に勤務する看護師で、終末期がん患者の在宅移行に関わった経験を有する、臨床経験5年以上の者とする。

2. データ収集方法

研究者が作成した半構成的インタビューガイドを用い、面接法によりデータ収集を実施した。データ収集に先立ち、条件を満たす対象者3名に同意を得て予備面接を行い、その結果を元にインタビューガイドの修正と研究者の面接技術の訓練を行った。1回の面接時間は1時間程度とし、対象者の理解を得た上でテープに録音した。データ収集期間は、2006年6月から10月までの5ヶ月間であった。

3. データの分析方法

面接によって得られたデータは、速やかに逐語録を作成し、ケースごとに質的帰納的方法を用いて分析を行った。逐語録は何度も読み返し、終末期がん患者の在宅移行への支援における看護師の認知について表現していると思われる内容を抽出し、コード化した。コード化したものの中で類似したものをさらにまとめ、カテゴリー化した。分析にあたっては、研究指導者からSupervisionを受け、研究の信頼性、妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は、高知女子大学看護研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た上で行った。研究協力施設に対しては、研究の目的、意義、方法を文書および口頭で説明し、研究参加への同意を文書および口頭で得た。また、対象者には、自由意思による参加、面接途中での中断・拒否が可能であり、そのことによって不利益はもたらされないことを保証した。また、プライバシーを厳守し、データは研究以外には使用しないこと、研究成果の公表についても説明した上で文書および口頭で同意を得た。

IV. 結果

1. 対象者の概要

対象者は11名の看護師で、職位はスタッフ7名、師長および主任4名であった。経験年数は5～24年で、平均経験年数は14.4年であった。

2. 終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知

終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知として、【最適な療養場所としての家】【在宅療養に対する患者の望み】【患者にとって家に帰ることの意味】【家族にとっての在宅移行の意味】【在宅療養に対する家族の心情】【在宅移行を躊躇する患者の心情】【患者・家族・医療者間の認識のずれ】【在宅移行が可能かどうかの見極め】【移行支援を積極的に勧める時期】【在宅移行を支援する上での課題】【移行後の在宅医療の課題】の11の大カテゴリーが抽出された。以下、大カテゴリーを【 】, 中カテゴリーを《 》、ローデータを「 」、語りの補足内容は()として示す(表1)。

表1 終末期がん患者の在宅への移行を支援する看護師の認知

| 大カテゴリー | 中カテゴリー | 大カテゴリー | 中カテゴリー | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| 最適な療養場所としての家 | 安らぎの場所 | 患者・家族・医療者間の認識のずれ | 患者と家族間の認識のずれ | |
| | 家族と過ごすことのできる場所 | | 患者と家族の思いのずれ | |
| | 最期を迎えるにふさわしい場所 | | 患者と医師の退院に対する認識のずれ | |
| | 理想的な看取りの場所 | | 患者と看護師の在宅移行に対する認識のずれ | |
| 在宅療養に対する患者の望み | 身体の状態がよくなれば帰りたい | 在宅移行が可能かどうかの見極め | 患者の状態の査定 | |
| | 何としてでも帰りたい | | 患者の希望と医療者の方針の一致 | |
| | 家に帰ることを目標とする | | 医療者間での意見の一致 | |
| 患者にとって家に帰ることの意味 | 家に帰ったという満足感が得られる | | 患者の希望を叶えたいという家族の意思 | 家族の介護力の査定 |
| | 患者に希望をもたらすことができる | | 家族に受け入れる力があるかどうかの査定 | 地域でのサポート体制 |
| | 残された時間を有意義に過ごすことができる | | 移行支援を積極的に勧める時期 | 症状コントロールができていない時期 |
| | 自分らしく最期まで振舞うことができる | ADLが自立できている時期 | | |
| | 人生の最期の締めくくりができる | 自宅まで帰る体力のある時期 | | |
| | 家族にとっての在宅移行の意味 | 家族としての責任を果たす | 看護師間で意見が一致する時期 | 在宅移行を支援する上で課題 |
| 家族の満足感が得られる | | 移行後の在宅医療の課題 | 家族が患者を受け入れられない | |
| 家族が後悔しないようにする | | | 家族が患者を受け入れる力を持っていない | |
| 家で看取りを果たすことに意味がある | | | 家族の意見調整ができず在宅移行できない | |
| 在宅療養に対する家族の心情 | 患者を連れて帰りたい | | 患者の気持ちよりも家族の状況が優先される | |
| | 家で看取る覚悟をする | | 患者に真実が言えないため在宅移行できない | |
| | 家で介護することへの心配や不安 | | 患者の病状のために在宅移行を勧められない | |
| | 家での患者の病状に対する不安 | 家屋の構造上の問題によって在宅移行が難しい | | |
| 在宅移行を躊躇する患者の心情 | 患者が家で過ごすことへの不安 | 医師の方針により在宅移行ができない | | |
| | 在宅移行が無理なことを納得する | 在宅への移行支援に対する看護師の意識の低さ | | |
| | 在宅移行へのあきらめの気持ち | 移行後の在宅医療の課題 | 充実していない在宅医療 | |
| | 病院の方が安心していられる | | 病院内に在宅部門がない | |
| まだ帰れる状態ではないと思う | 在宅に移行できても在宅死は難しい | | | |
| | 再入院できないことへの不安 | | 一般市民の在宅死への認識の低さ | |

1) 【最適な療養場所としての家】とは、患者・家族にとって家は療養にふさわしい場所と捉えることである。《安らぎの場所》として、対象者は「病院にいるより居心地がいいので、家の方が気持ちが楽じゃないのかなあ」と語っていた。また《家族と過ごすことのできる場所》として、「犬が子供同様に可愛いくって、その犬がいるから帰りたい」や、《最期を迎えるにふさわしい場所》として、「きっと皆、大事な人に囲まれて家で亡くな

りたいというのがベストなんじゃないかと思うんです」また、《理想的な看取りの場所》として、「家で看取るというのはすごく理想なことと思うんです」と語っていた。

2) 【在宅療養に対する患者の望み】とは、患者が家で療養することに対して望むことや意思の捉えである。《身体の状態がよくなれば帰りたい》として、対象者は「もう少し元気にならないと家に帰れないという人がほとんどなんです」や、《何としてでも帰りたい

い》では、「かなりしんどくても、酸素を使っても家に帰りたいという人もいる」また、《家に帰ることを目標とする》では、「家に帰りたいという希望がすごく強くて、第一の目標にしていた」と語っていた。

3) 【患者にとって家に帰ることの意味】とは、患者が家に帰ることによって果たせることや意味づけをいう。《家に帰ったという満足感が得られる》として、対象者は「何も出来ない状態でも、本人が帰りたいという気持ちがあるんやったら、一回は帰ったという満足感が得られたらいい」や、《患者に希望をもたらすことができる》として、「また帰れるかもしれないという、ちょっとした希望に繋がる」や、《残された時間を有意義に過ごすことができる》として、「やっぱり家族と、家で…残された大事な時間を過ごすことにも意味がある」や、《自分らしく最期まで振舞うことができる》として、「家におったら最期までもうちょっと人間らしく、その人らしく過ごせるんじゃないか」と語っていた。さらに、《人生の最期の締めくくりができる》では、「最期の場面を選ぶ、家を選ぶ、そういうのでしょうか」や、《気持ちの整理ができる》として、「気持ちの整理とか、家でということは意味があると思うんです」や、《身の整理ができる》として、「本人が(死が近いことが)わかっていて、整理をしたいという人もいるし、そういう方は特にね、帰ってあげたいと思う」と語っていた。

4) 【家族にとっての在宅移行の意味】とは、家族が患者の在宅移行によって果たせることや意味づけをいう。《家族としての責任を果たす》では、対象者は「家族として自分の責任を果たせて、本当に有難うっていいのかいところ、すごく大事」や、《家族の満足感が得られる》として、「あの時に連れて帰れて、あんな時間を過ごせてよかったって家族も思えたらいいと思う」や、《家族が後悔しないようにする》として、「『今しかない』って勧めて、あとあと残念だったという気持ちがお互い残らないようになったらいいかなと思って」や、《家で看取りを果たすことに意味がある》として、「(家で看取りを果たすことで) 家族もやってあげた、

見てあげたという思いが実感できて、救われるんじゃないかと思う」と語っていた。

5) 【在宅療養に対する家族の心情】とは、家族が、患者の在宅療養に対して抱いている思いや不安の捉えである。《患者を連れて帰りたい》として、対象者は「ご家族がスクラムを組んで、良くなったら一度連れて帰りますといわれる方もいるんですけど」や、《家で看取る覚悟をする》として、「家では看取れないいうて帰ったんですけど、いつのまにか家で最期まで看ますという風に変わられて、ちゃんと看取ってくださった」や、《家で介護することへの不安や心配》や、《家で患者の病状に対する不安》として、「しんどい状態とか、痛みの状態を見てるせいもあるかもしれないけど、何かがあった時にはどうしていいかわからんというのもあって」や、《患者が家で過ごすことへの不安》では、「こんな状態で連れて帰ってよくないという方もいらっしゃると思います」と語っていた。

6) 【在宅移行を躊躇する患者の心情】とは、在宅への移行に踏み切れないでいる患者の気持ちや思いに対する捉えである。《在宅移行が無理なことを納得する》では、対象者は「帰りたいけど(帰れないことを)納得せざるを得ないというか、家族が連れに来てくれないと帰れない」や、《在宅移行へのあきらめの気持ち》として、「皆、帰りたいと思ってますよね。でも言えなかったり、家の者に迷惑をかけるからと言う人もいます」と語っていた。また、《病院の方が安心していられる》として、「家でおるよりもここが安心やから言うて、ずっと長いことおる方もいらっしゃると思います」や、《まだ帰れる状態ではないと思う》では、「散歩にベランダに出てきたり出来る状態が続いているんだけど、本人さんはいいやまだ帰っても何にもできないってなるんやけど」や、《再入院できないことへの不安》では、「次に来たら(ベッドが)空いていないかもしれないから、不安で帰れないという人もいましたね」と語っていた。

7) 【患者・家族・医療者間の認識のずれ】とは、在宅移行への受け止めや考え方について、患者と家族または医療者間で相違があることの捉えである。《患者と家族間の在

宅移行に対する認識のずれ》では、対象者は「患者さんは帰りたいけど、家族は無理というのはありますね」や、《患者と家族が向き合えないことによる認識のずれ》として、「問題は本音で向き合えていない所…それは患者さんも家族も後悔が残る」や、《患者と医師の退院に対する認識のずれ》として、「先生が（退院の話を）すると患者さんが見放されたって思うことがある」や、《患者と看護師の在宅移行に対する認識のずれ》では、「（看護師は状態が）良くなったと思うのに、（本人は）ずっと悲観している」や、《家族と看護師の在宅移行に対する認識のずれ》として、「私たちは連れて帰ってくれたらいいと思うけど、なかなかそれはできない」と語っていた。

8) 【在宅移行が可能かどうかの見極め】とは、患者の在宅移行の実現性を病状や家族の受け入れ体制から査定することの捉えである。《患者の状態の査定》では、「身体的な状態が落ち着いているかでしょうかね」や、《患者の希望と医療者の方針の一致》として、「本人の希望とこちら（医療者）の判断が一致したので帰った」や、《医療者間での意見の一致》では、「私たちも（医師と）同じ風在宅移行を考えていた」と語っていた。また《患者の希望を叶えたいという家族の意思》では、「どういう状況でも受け皿があるというか、在宅でもしっかりすれば帰れると思います」や、《家族の介護力の査定》として、「ご本人さんの意思はしっかりしていたので、あとはもう介護力の問題」や、《家族に受け入れる力があるかどうかの査定》では、「家族の受け入れがどうかというのが一番大事と思うんです」や、《地域でのサポート体制》では、「サポートもされてるし、バックアップもあるし、と思ったら帰れると思うんです」と語っていた。

9) 【移行支援を積極的に勧める時期】とは、看護師が患者の在宅移行を勧めるにあたって最もふさわしいと感じる時期の捉えである。《症状コントロールができていない時期》として、対象者は「入院する前は家では痛くてたまらなくて我慢していた人が、ちょっとコントロールができれば全く楽になって、もう表

情が全然違っている、そういうところかな」や、《ADLが自立できている時期》では、「ある程度自分のことが自分でできる時期」や、《自宅まで帰る体力のある時期》として、「車で30分かかるとなると、ある程度体力のある時期じゃないと、反対にすごく疲れて帰ってこられますよね」や、《看護師間で意見が一致する時期》として、「皆よくわかるっていうか、今よね、今しかないよねって、指標があるわけでもないのに、そうよね、今しかないのになって」と語っていた。

10) 【在宅移行を支援する上での課題】とは、在宅移行の支援にあたって家族や医療者が抱える課題の捉えである。《家族が患者を受け入れられない》として、対象者は「看護師がみて、今なら帰れるのに家族が不安だったり、無関心だったりという場合に帰れないという方もいる」や、《家族が患者を受け入れる力を持っていない》として、「家族がしっかりしていないと…結局、退院の時期を逃してしまう」や、《家族の意見調整ができず在宅移行できない》として、「家族の力関係があるので難しい」や、《患者の気持ちよりも家族の状況が優先される》として、「認知症の方なんかは帰りたがるけど、家族がどうするかというのがどうしても優先されている様な気がする」という家族の課題や、《患者に真実がいえないため在宅移行できない》では、「家族には今しかないと言えるけど、本人には言えんからそれがちょっと、難しいかな」という患者への病状説明の課題や、《患者の病状のために在宅移行を勧められない》では、「酸素を使っている人の場合は、ちょっと慎重にならざる得ないかもしれませんね」や、《家屋の構造上の問題によって在宅移行が難しい》では、「段差があったり、食事や排泄、お風呂の問題とか色々あるので結局は（在宅へ）いえなかったですね」や、《医師の方針により在宅移行ができない》として、「試験外泊を重ねた分、在宅移行が遅くなってしまった」や、《在宅移行支援に対する看護師の意識の低さ》として、「本人が帰りたいと言わなかったら見落としてしまう」と語っていた。

11) 【移行後の在宅医療の課題】とは、在宅医療を継続していく上で解決を要する体制上の課題の捉えである。《充実していない在宅医療》として、対象者は「家でも疼痛コントロールや症状コントロールが十分にできて…そうしたら帰る患者さんがもっと多くなるんじゃないかと思います」や、《病院内に在宅部門がない》として、「うち（の病院）が在宅部門がないので、そこのところがちょっと難しい一つの原因かもしれません」や、《移行後の在宅死の難しさ》では、「実際、在宅で亡くなるのは病院で亡くなるより大変というものもあるし、看取ってくれる先生とか、医療がなかなか進んでないところもあるので」や、《一般市民の在宅死への認識の低さ》では、「病院で亡くなるのが普通という感覚があるじゃないですか」と語っていた。

V. 考 察

1. 終末期がん患者および家族にとっての在宅移行の意味

終末期がん患者の在宅移行は、一部の強い意志を持つ患者・家族のみが果たし得るものであるとの考え方が一般的であり、誰もが在宅療養を実現できる状況になっていない現状にある。それには、患者自身の病状悪化への恐怖や、家族の急変時の対応への不安、在宅での症状コントロールの難しさ、病棟看護師の在宅医療への理解不足など¹⁴⁾、患者・家族および看護師側の要因が関与している。

本研究において、在宅移行における課題として、患者が病状への不安や家族への遠慮から在宅移行を躊躇してしまうことや、家族が介護への不安や無関心から在宅移行を受け入れられないこと、看護師の在宅移行に対する意識の低さからタイムリーな移行支援ができていないことなどが明らかとなった。三條¹⁵⁾は、多くの患者が在宅療養を希望しながらも、現実を考慮することによって在宅への希望が減少する傾向にあることを報告している。すなわち、多くの患者は、病状への不安や家族の負担を考え帰りたくても言い出せなかったり、家族に対する遠慮からあきらめの気持ちを抱くことにより在宅移行ができなくなっ

ている。また、家族は在宅療養に関する情報が得られていないことにより介護への不安を抱いたり、精神的な余裕のなさから患者との関係をうまく築くことができず在宅療養を受け入れられないこととなる。看護師は在宅医療に関する知識が乏しいことにより、患者・家族にどのように関わる必要があるかが明確でなかったり、在宅移行を視野に入れた関わりができていないため、在宅移行の機会を逃してしまうことなどが在宅移行を妨げる要因として考えられる。

一方、本研究の対象者は、【最適な療養場所としての家】を、患者にとっては安らぎや家族と共に過ごすことのできる団らんのある場所として捉え、家族にとっては看取りにふさわしい場所、理想の看取りの場所として捉えていることがわかった。これは、Tang¹⁶⁾が、終末期がん患者にとって在宅療養が安心やくつろぎをもたらし、患者が自分で環境をコントロールすることによって心理的に良い状態で過ごすことができると述べていることに一致している。すなわち、在宅では患者は、病院と異なり規則に縛られることなく、自分のやりたいことを好きな時に行うことができ、家族と共に過ごすことで気持ちの安定を得て、自分らしさを維持しながら残された人生を有意義に過ごすことが可能になると考える。

また、対象者は、在宅移行の意味を、患者と家族の2つの側面から捉えていた。すなわち、【患者にとって家に帰る意味】は、患者が満足感や希望をもてることや、患者が残された時間を有意義に過ごし自分らしく最期まで振舞うことができること、気持ちや身辺の整理ができることであると捉えていた。これらは、看護師が在宅移行を単に家に帰るという場所の移動として捉えるのではなく、患者が最期まで自分らしく主体的に生きることにつながるというポジティブな意味やその重要性を認識しているためであると捉えることができた。久野¹⁷⁾は、終末期がん患者の希望について、「思うように生きたい」「思うような最期でありたい」という要素を抽出しているが、これらは本研究における対象者の捉えと一致するものである。

患者にとっての在宅移行の意味は、患者自

身が残された人生を主体的にデザインすることでもあるので、看護師は患者の思いを受け止め、在宅生活への意向を聴くことによって把握することが大切である。

【家族にとっての在宅移行の意味】は、家族が患者に家族としての責任を果たすことや、家族が患者と一緒に過ごすことで満足感を得ること、さらには、家族が後悔しないようにするという意味として捉えていた。今回のケースでは、看護師が在宅移行を望む患者の気持ちを聞いていたため、在宅療養に否定的であった家族が看護師から話を聞くことを通して気持ちに変化が生じ、在宅移行を決心することにつながっていた。葛西¹³⁾は、訪問看護師が患者・家族の家で過ごす意味を認識することで在宅療養の可能性を見極めることに至っていることを明らかにしている。これは、看護師が患者・家族にとっての在宅療養の意味を捉えることの重要性を裏付けている。

以上のことから、在宅移行の支援にあたる看護師は、患者や家族にとっての在宅移行の意味や、患者が家で過ごすことの意味を考えながら、第一に患者・家族の意向を確認することが必要であると考えられる。その上で、在宅移行の希望が確認できた患者・家族には安心して移行が実現できるように必要な情報提供を行っていく必要がある。一方、在宅移行に困難さやあきらめの気持ちを抱いている患者や家族に対しては、患者や家族の不安や思いを聴くことによって受け止め、在宅移行の意義や可能性を話すことによって、患者・家族の意思決定ができるように援助して行く必要がある。

2. 在宅移行の可能性と時期の見極め

終末期がん患者は、死の6ヶ月前頃は日常生活が自立している状態にあるが、死の1ヶ月前頃には急激な状態の悪化が見られるようになる¹⁸⁾。そのため、看護師はできるだけ早く在宅移行を見越した判断や準備をする必要がある。本研究においても対象者は、患者の状態、家族の意思、介護力、家族の受け入れ能力、地域の状況を考慮し、在宅移行の可能性を見極めようとしていることが明らかになった。看護師は患者や家族の意思をできる限り

早く確認し、家族の持つ力を見極めていくことが大切である。さらに在宅での介護やサポートの必要性から、地域の情報にもアンテナを張り巡らしておく必要があると考える。

患者が在宅移行を自ら断念する場合の特徴として、【在宅移行を躊躇する患者の心情】では、家族の負担を心配して帰れないと思っていることや、自分の体調への不安から在宅移行に踏み切れないでいる2つの心情を捉えていることが明らかになった。

家族の心情に対しては、【在宅療養に対する家族の心情】として、《患者を連れて帰りたい》や《家で看取る覚悟をする》という肯定的な心情と、介護や病状への不安を示す内容が捉えられていた。終末期がん患者の多くは、痛みや倦怠感など症状を抱えながらの生活を余儀なくされる。そのため、症状コントロールの良し悪しが、患者・家族の不安に影響を及ぼし患者のQOLを決定づけるため、症状コントロールを図ることが特に重要である。したがって、看護師は患者の病状と共に、患者・家族の揺れ動く気持ちを理解した上で、その揺れを予測しながら、在宅移行が可能かどうかを見極めていく必要がある。

本家ら¹⁹⁾は、終末期がん患者の退院援助にあたって、チーム医療の重要性と適切な時期を逃さずに実行することの必要性について述べている。本研究においても看護師と医師の意見の一致や、患者の在宅希望と医療者の方針の一致も在宅移行の実現に結びつくことが明らかになった。医療チームと患者・家族の方針を一致させるためには、患者・家族の意向を確認しながら医師や他のチームメンバーの調整を図っていくことが大切である。その際、看護師は、気持ちの動揺が見られる患者・家族の代弁者として、医療チームの橋渡しの役割を担っていく必要がある。

在宅移行が可能である場合は、移行のタイミングを見極めることが重要である。本研究の対象者は、積極的に移行支援を勧める時期として、ある程度症状がコントロールでき、患者が自分で動くことのできる時期を適期と捉えていることが明らかになった。また、その時期について、対象者らは『今しかない』という言葉によって捉えていた。この『今し

かない』という判断は、Benner²⁰⁾の述べる看護師の経験に基づいた直感によるものにあたるが、看護師はこの経験の積み重ねに基づいて直感的に捉える時期を、新人看護師や他の医療職者が理解できるように明確にしていく必要がある。

終末期がん患者は残された時間が短いため、看護師はタイミングを逃さず在宅移行の可能性や時期を見極めていけるようアセスメント能力を高め、同僚看護師や他の医療職者と協働していく必要がある。そのためには、患者・家族としっかり向き合い、患者が残された時間を有意義に過ごし、家族が悔いを残さないように、患者・家族の気持ちに寄り添っていく姿勢が大切である。

3. 終末期がん患者の移行支援における看護への示唆

本研究の対象者は、在宅移行にかかわった経験を持つ看護師であったが、対象者の多くが移行支援に対して肯定的な気持ちを持ちながらも、在宅移行の難しさをも感じていた。終末期がん患者の在宅移行支援は、患者の病状が安定している時期に移行ができることが望ましいが、実際には患者・家族の多くが心理的動揺を体験し、在宅移行に踏み切れないでいる状況にある。そのため、看護師は患者・家族の在宅療養の意思や希望をしっかりと把握し、患者・家族の揺れ動く気持ちに寄り添いながら、意思決定ができるように支援していくことが重要である。

今後は、さらに一人ひとりの看護師が在宅医療に関する知識を身につけ、患者の適期にあわせて望ましい在宅移行が勧められるように、患者・家族と向き合い、他の医療職者と協働し、入院時から在宅移行の可能性や時期を見極めていくことのできる能力を高めていく必要がある。それと同時に、在宅移行を継続・推進していくことができるように、在宅移行に向けた体制づくりや、地域ネットワークの構築に向けて取り組んでいく必要があると考える。

VI. おわりに

本研究では、終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知を明らかにすることができた。看護師は、患者や家族にとっての在宅移行の意味を考え、患者・家族の心情、患者の状態や家族の介護力を査定し、移行の可能性や適期を見極めていた。

本研究は、一県内の限られた施設に勤務する看護師を対象としており、本研究の結果をすべての終末期がん患者の移行支援に活用できるとはいいがたい。今後は、さらに対象者や対象施設を増やして研究していくことと、移行支援のあり方を検討し看護実践力を高めるための体制づくりに取り組んでいく必要がある。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました病院の看護部長様、ならびに対象者の皆様に感謝いたします。本稿は、2006年度高知女子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。

<引用・参考文献>

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部編：厚生統計要覧 平成17年度，2006.
- 2) 永田智子，大島浩子，田畑まりえ他：退院支援の現状に関する全国調査－病院における退院支援の実施体制に焦点をあてて－，病院管理，41(4)，301-311，2004.
- 3) 伴真由美，丸岡直子，川島和代他：病棟看護師からみた退院調整の現状と課題，石川看護雑誌，2，33-41，2005.
- 4) 合田文則，白川和豊，河野武章他：在宅緩和医療におけるネットワークの重要性－かかりつけ医に対する質問表調査から，緩和ケア，15(4)，351-355，2005.
- 5) 今村由香，小澤竹俊，宮下光令他：ホスピス・緩和ケアについての相談支援と情報提供に関する研究－末期がん患者と家族の意識－，日本がん看護学会誌，13(2)，60-68，1999.

- 6) 小林督子, 川瀬洋子, 中村晶子他: 在宅・転院した患者の最期を迎える場所の意思確認—医師・看護師の係わり—, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 14, 77-84, 2003.
- 7) 鮫島輝美, 杉本初恵, 藤井浩子他: 病院から在宅への環境移行に伴うケア・ニーズの実態調査とその分析, 兵庫県立看護大学紀要, 9, 87-102, 2005.
- 8) 白山宏人, 居内光子, 小石一江他: 悪性腫瘍患者の退院支援の必要性, 癌と化学療法, 31, 166-168, 2004.
- 9) 木下由美子: 在宅療養者の最期の場所を自宅に決定する要因—病院の訪問看護活動より—, ターミナルケア, 10(2), 148-155, 2000.
- 10) 谷口友理, 松浦和代: がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 28(4), 27-42, 2005.
- 11) 谷亀光則, 大本和子, 岩川弘子他: 在宅医療の地域展開の方法論と実施に関する研究—がんターミナル期にある患者に対して在宅療養促進のために何が必要か—, 医療と福祉, No.77, 38(2), 32-43, 2005.
- 12) 吉田亜紀子, 藤田佐和, 大川宣要他: 終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因, 高知女子大学紀要, 55, 1-9, 2006
- 13) 葛西好美: 末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断, 日本がん看護学会誌, 20(2), 39-49, 2006
- 14) 木澤義之: がん終末期患者の在宅医療—その現状と課題—, ターミナルケア, 11(4), 2001
- 15) 三條真紀子: 患者はどこで過ごしたいのか, 緩和ケア, 16(3), 233-236, 2006
- 16) Tang S.T.: Meanings of dying at home for Chinese patient in Taiwan with terminal cancer, Cancer Nursing, 23(5), 367-370, 2000
- 17) 久野裕子: 終末期がん患者の希望, 高知女子大学看護学会誌, 27(1), 2002
- 18) 恒藤暁(柏木哲夫, 藤腹明子編): ターミナルケア(第4章身体的苦痛の緩和), 第3版, 医学書院, 88-133, 2001.
- 19) 本家裕子, 恒藤暁, 柏木哲夫: 一般病院における末期がん患者へのソーシャルワーク—円滑な自宅への退院援助についての考察—, 医療と福祉, 36(1), 42-46, 2003.
- 20) Benner P.: From Novice to Expert (第1版), 井部俊子監訳, ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ, 第4章, 41-65, 医学書院, 2005.