

## 研究報告

# 終末期がん患者の退院支援に対する 緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動

Attitudes and actions of nurses in palliative care units for discharge support of terminal cancer patients

辻 清美<sup>1)</sup>, 丸岡 直子<sup>2)</sup>

Kiyomi Tsuji<sup>1)</sup>, Naoko Maruoka<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>石川県済生会金沢病院, <sup>2)</sup>石川県立看護大学

<sup>1)</sup>Ishikawa Saiseikai Kanazawa Hospital

<sup>2)</sup>Ishikawa Prefectural Nursing University

### キーワード

退院支援, 看護師, 緩和ケア病棟, 終末期がん患者

### Key words

discharge support, nurse, palliative care unit, terminal cancer patient

### 要 旨

本研究の目的は、緩和ケア病棟の看護師による終末期がん患者の退院支援の経験から、患者・家族の問題に向き合いながら取り組んだ看護師の姿勢と行動を明らかにすることである。対象は13名の看護師で、半構成的面接を行い質的記述的に分析した。その結果、5つのカテゴリーを抽出した。看護師は、【終末期がん患者の思いを大切にすること】を基盤に、【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】姿勢を持ち、【患者の思いを叶える環境を家族と共につくりだす】行動をとっていた。これらの経験を基にがん【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧すること】と、【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】感情を生みだし、このことが【終末期がん患者の思いを大切にすること】思いにつながっていた。

---

連絡先：辻 清美

石川県済生会金沢病院

〒920-0353 石川県金沢市赤土町ニ13番地 6

## はじめに

1990年に緩和ケア病棟の入院料が診療報酬に新設され、全国において緩和ケア病棟入院基本料届出受理施設数と病床数は増加傾向にある<sup>1)</sup>。厚生労働省が行った人生の最終段階における医療に関する国民の意識調査<sup>2)</sup>では、死期が迫っている状態での療養場所として緩和ケア病棟になるべく早期に、または自宅療養後に入院を希望する回答は全体の4割を超え、がん終末期における緩和ケア病棟への入院期待が見られた。そして平成24年度(2012年)診療報酬改定において緩和ケアの方針は、緩和ケア病棟に入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進し、緩和ケアの提供体制の充実を図る<sup>3)</sup>と示された。社会における緩和ケア病棟の機能と役割は、看取りをするだけの場所ではなく、がん患者の療養場所の選択として在宅への移行も支援するところへと変化した。在宅への移行にはがん患者の病状の把握と、在宅へ移行する時期の適切な判断が必要となり、医療職の支援の在り方が重要となる。

佐藤ら<sup>4)</sup>の緩和ケア病棟の利用状況を10年間(2001年と2011年)で比較した調査では、入退院数が増加し平均在棟日数の減少が見られ、さらに死亡退院割合が低かったと報告があった。緩和ケア病棟において死亡退院の割合が減少した要因として、入院中に疼痛をはじめとする症状コントロールが迅速に行われ、患者の在宅療養が可能と判断される身体レベルに早期に達することができたことがあげられる。さらに訪問診療・看護と地域の薬剤師、介護などの福祉サービスへの連携により、患者の在宅療養が可能な手段が豊富に提示できるようになったことも要因と考えられる。

一方、全国の緩和ケア病棟における在宅移行への取り組みに対する調査<sup>5)</sup>では、症状緩和後に在宅移行に積極的に取り組んでいるのは調査施設の約半数であった。在宅移行に取り組んでいない理由は患者・家族のニーズがないことが多く、在宅療養に至らなかった理由は介護力不足、患者・家族の不安であった。また終末期がん患者が在宅療養に至った要因は、点滴や酸素療法を受けていないこと、自力で食事摂取が可能であること、であった<sup>6)</sup>。つまり、医療依存度の高い終末期がん患者には、在宅療養を可能にするために介護の負担、患者・家族の不安へのサポートなど専門的な関わりが必要であるといえる。

終末期がん患者は医療依存度が高く、症状の増

悪、急変が考えられ、患者・家族にとって今後の経過や死に対する不安もある。医療依存度が高くても終末期がん患者が誰とどこで、どのように暮らしたいのか、その思いを叶えられるように、また患者の療養生活を支える家族の介護力や不安にも看護師が対処し支援することは、終末期がん患者とその家族に対して意義あることと考える。

終末期がん患者の退院支援に関する研究は、一般病棟の看護師を対象に調査した報告<sup>7-11)</sup>があり、緩和ケア病棟における退院支援に関する研究では、退院困難事例に対する退院支援の実践報告が多かった。さらに緩和ケア病棟の看護師が、終末期がん患者や家族の状況をどのように受け止め、どのように退院支援を行ったかを明らかにした研究は見当たらなかった。

本研究の目的は、緩和ケア病棟の看護師が終末期がん患者に対して行った退院支援の経験を記述し、終末期がん患者・家族の支援を行う際の看護師の姿勢や行動を明らかにすることである。この研究成果から、看護師が終末期がん患者の在宅療養へ移行支援を行うための示唆を得ることができ、患者・家族への退院支援の取り組みに貢献できると考えた。

## 用語の定義

1. 退院支援：患者・家族が患者の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援<sup>12)</sup>。
2. 終末期：病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態<sup>13)</sup>。
3. 姿勢と行動：退院支援の際の心構え、心のありかたと実際に何かをすること。姿勢と行動は区別されるものではなく、看護師の思いから自然ととられていた行動。

## 方 法

1. 研究デザイン  
質的記述的研究
2. 対象

対象は看護師経験3年以上で、そのうち1年以上緩和ケア病棟に所属し、かつ緩和ケア病棟において退院支援の経験を有する看護師である。なお緩和ケア病棟の看護部長は対象から除外した。13名の看護師から研究参加の同意を得た。

### 3. データ収集方法

調査期間は2014年4月～8月であった。

データ収集は半構成的面接法を用い、各研究参加者のプライバシーが保たれる個室で行った。研究参加者には、緩和ケア病棟における終末期がん患者の退院支援事例を想起してもらい、退院支援の内容とその経過の中で研究参加者が患者・家族との関わりで大切にしたこと、退院支援を通して気づいたことを常に質問するようにした。さらに研究参加者の承諾を得て、面接内容をICレコーダーに録音した。面接は1人1回で、面接時間は23～70分（平均51.9分）であった。

### 4. データ分析方法

録音内容を逐語録にした後、一例ずつ熟読し分析を行った。各研究参加者の面接内容より作成した逐語録から、研究内容に関連した文節を理解可能な最少単位として取り出しコード化した。コードの類似性と差異性を検討し、カテゴリー化しカテゴリーの抽象度をあげた。そして1例ずつの分析で得られた全対象の「終末期がん患者に対して実践した退院支援の内容とその支援を行う際の看護師の姿勢や行動、退院支援からの気づき」について、類似するものを統合しながらカテゴリーの抽象度をあげていった。カテゴリー間の関係が不動となった時点でカテゴリー間の関係性を分析し関連図を作成した。

真実性の確保として定期的に質的研究経験が豊富なスーパーバイザーのスーパーバイズを受けた。最終的に得られた結果を研究参加者3名に提示し、フィット性を確認した。

### 5. 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理審査委員会の承認（看大第1448号）を受け、研究対象者の病院の倫理委員会の承認を得てから実施した。緩和ケア病棟の看護師長には研究対象となる看護師全員に、研究の主旨、方法、倫理的配慮を記載した説明文と同意書の配布の協力を得た。研究者に研究参加の同意書を返信した看護師を研究参加者とし、研究参加者の希望日時に基づいて面接の日程調整を行った。面接当日には、再度、研究参加は任意であること、研究の主旨、方法、倫理的配慮について口頭で説明し、研究参加を確認した。面接内容は録音とメモをとることを研究参加者の了解を得て行った。

## 結 果

### 1. 研究参加者の概要（表1）

緩和ケア病棟を有する3病院から13名の研究参加者を得た。参加者は全員女性で、年齢は26～56歳（平均年齢38.8歳）、臨床経験年数は、一般病棟で3～30年（平均経験年数12.6年）、緩和ケア病棟で1～11年（平均経験年数4.7年）であった。

### 2. 分析結果

研究参加者13名の面接内容を分析した結果、5つのカテゴリーと22のサブカテゴリーを抽出した。

以後、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >、語りの例を“ ”で記述する。なお、語りの中で意味が通じにくい箇所は補足説明を( )をつけて補った。以下に各カテゴリーを説明する。

#### 1) 【終末期がん患者の思いを大切にする】

このカテゴリーは<患者のやりたいことを心に留める><答えを出せなくても患者の傍にいる><その人の価値観を尊重する><患者の気持ちを慮る><患者の思いが叶う場を考える><患者の思いを伝える橋渡しをする>の6つのサブカテゴリーから構成された。

緩和ケア病棟の看護師は、様々な闘病の過程を経て緩和ケア病棟に入院している患者と関わる中で、「家で自分らしく過ごしたい」という思いを知り、また家族に遠慮して言えない状況もあることを理解していた。そして看護師は、その思いを大切に心に留めて、叶えようとする姿勢で、患者にとって楽な過ごし方や何が大事か考え、家族や医師に患者の思いを伝える努力をしていた。

表1 研究参加者の概要

看護師	年齢	性別	臨床経験年数	
			一般病棟(年)	緩和ケア病棟(年)
A	30代	女性	5	3
B	30代	女性	10	4
C	40代	女性	9	11
D	30代	女性	8	4
E	40代	女性	15	5
F	50代	女性	27	3
G	40代	女性	18	5
H	50代	女性	30	5
I	20代	女性	3	1
J	40代	女性	11	7
K	40代	女性	17	3
L	30代	女性	4	6
M	30代	女性	7	4

(1) <患者がやりたいことを心に留める>

患者には社会背景から入院中にはできない役割があり、他者に対してやりたいことや、家で自分らしく過ごしたいという思いを持っていた。看護師はその思いを大切に心に留めていた。

看護師Eは“患者さんは、書道を生き甲斐とされて、書初め大会の主催者となる方でした。1月の書初め大会の準備はできなかつたけど会場とか見に行きたいという思いを持っていて、その思いをなんとかしたいと思いました。”と語った。

(2) <答えを出せなくても患者の傍にいる>

患者が「何で生きているのか」とつらい思いを言葉に出した時に、看護師は答えに困りながらも患者の質問に逃げ出さない姿勢で傍に一緒にいることが重要と考えていた。

看護師Jは、“「いつまでこんなことが続くのかな…」と患者から言われた時に、一般病棟にいた時は何と返答するかを考えて沈黙が苦しかったのですが、今（緩和ケア病棟）は何もしゃべらなくても患者の傍に自然に居られるようになりました。”と語った。

(3) <その人の価値観を尊重する>

患者の思いを叶えようとする時に患者にとって楽な過ごし方や何が大事かを考えることを視点に、今までの患者の生活を変えないように支持する姿勢を持ち、患者の価値観を尊重して関わりをとっていた。

看護師Cは“ここ（緩和ケア病棟）では無理な検査はせずに、患者さん、本人がどうしたいか、楽であってどう過ごしたいかを中心に考えるようになりました。”と語った。

看護師Eは“患者さんのこれからを考える時には、社会とのつながりを断ち切らないように、また自分のライフワークとしていることや今までの生活をできれば変えないでいければいいなと考えます。”と語った。

(4) <患者の気持ちを慮る>

看護師は、家に帰りたいという思いを持つ患者と、緩和ケア病棟へたどり着いたという思いを持つ患者がいることを知っていた。帰りたいと思っている患者には看護師は退院支援に動き出す。

看護師Bは“治療しないなら…とここの（緩和ケア病棟のある）病院を紹介される人が多いです。そんな人はたどり着いたと思っているし、そんな背景や気持ちも考慮して今はどうしたいかを聞くより、信頼関係を築く段階だなと思っていました。でも帰りたいという思いがあるのなら、その思い

をストップかけず、すぐ動き出せる準備はできています。”と語った。

(5) <患者の思いが叶う場を考える>

看護師は、患者の思いを叶える時に患者の病状や家族の状況を考え療養場所を検討する。その選択肢は在宅や介護保険施設を選択することもあり、病状によっては緩和ケア病棟を終の棲家とすることを知っていた。

看護師Bは、“急性期病院から紹介されて、ここ（緩和ケア病棟）にたどり着いたと思っている人にとって、（家に）帰ることが絶対いいと思わなくなりました。ただここで過ごすことをどう考えているかを聞いていきたいと思う。”と語った。

看護師Iは“もともと夫婦二人でケアハウスに入所されていた方で、本人さんは静かに看取られる状態であつたら病院への移動だけでもしんどいと言われ、ここ（緩和ケア病棟）に居るよりは施設で、旦那さんの側に居る方が本人さんにとっていいと思い、施設に戻ることを提案しようと考えました。”と語った。

(6) <患者の思いを伝える橋渡しをする>

患者は帰りたい思いを伝えられない時に、看護師は医師、家族に遠慮している患者の事情を察することをを行い、家族に患者の思いを代弁していた。

看護師Dは“家族に遠慮して帰りたいと言えない患者さんの思いを聞いたらず家族に伝えます。家族に遠慮して言えない、自分の体が十分でない分、迷惑がかかると思っているところが多いので…本人の思いを叶えるのは難しいですか？と家族に聞きます。”と語った。

2)【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】

このカテゴリーは、<家族が患者のこれからをどのように考えているかを捉える><家族の介護力の程度を捉える><家族の負担を気遣う><家族の覚悟を後押しする>の4つのサブカテゴリーから構成された。

看護師は終末期で限りある時間の中で患者の帰りたい思いを叶えるためには、家族に患者の退院希望に対する考えを聴くことが大事と考えている。そのためには、家族の介護力の程度を捉え、患者の病状の変化や急変に対応して家族の負担を気遣いながら、家族が決めた覚悟を後押しする姿勢を持っていた。

(1) <家族が患者のこれからをどのように考えているかを捉える>

限られた時間を持つ帰りたい患者の思いを叶え

るため、看護師は家族の思いに添わないと在宅療養に移行できないこと知っている。そのために家族と信頼関係をむすび、患者の退院希望に対する家族の考えを聴く姿勢を持っている。

看護師Dは“緩和ケア病棟から帰るとなると、患者さんは今の状態を維持できるか、ADLが落ちたりして元気で帰る人は少ないので、そうなるとう家族の協力が不可欠で、その家族はどう思っているかをいろいろ聴くようになりました。”と語った。

#### (2) <家族の介護力の程度を捉える>

患者の在宅療養には家族の介護力を推し量ることが看護師には必要であり、また家族の在宅療養を引き受けられない事情から家族の介護負担を予測することを行っていた。

看護師Jは“娘さんは産休に入っていたから動きやすかったと言っていました、本人（患者）と介護付きアパートをいくつも見てこられたのですよ。（産前の体で）大変だったと思いますよ。”と語った。

看護師Mは“奥さんとしては本当に（奥さん自身が）くたくただから入院させてほしいという一方で、妻として入院させてしまうと夫を看取ったり、介護したりしなければならない自分の役割を放棄してしまうのではないかと悩んでいました。”と語った。

#### (3) <家族の負担を気遣う>

看護師は家族の事情や患者の医療依存度によって、家族の負担が大変な状況であると察知し、家族をねぎらい、家族の不安を思いやるために看護師は家族と少しでも時間をとって話していた。

看護師Fは“患者さんの症状が段々ひどくなっていく中で介護する人は、日常生活のちょっとしたことが不安であったりします。そんな時はなるべく不安とか、お気持ちを出して頂くことが大事です。そのためなるべく訪室して、お話をさせて頂きます。”と語った。

看護師Kは“「本人は家に行きたいと言って、看護師さんとか先生が（家に）訪問してくれるけど、結局、家では自分が24時間看ないといけない」と奥さんから自信がないって言われて本当にそうだなと思ひ、退院が無理なケースには（退院を）進められないと思います。”と語った。

#### (4) <家族の覚悟を後押しする>

看護師は、家族が在宅で看取りも覚悟で引き受けたことを受けとめ支援していた。

看護師Eは“家族はおうちで看取ってやりたい

と言っていました、この状態で帰ったら大変だろうなと思います。でも今の時期だけ頑張ると家族を後押しする気持ちになりますね。”と語った。

#### 3) 【患者の思いを叶える環境を家族と共につくり出す】

このカテゴリーは<検査データに頼らず患者をみる><家族を含めた患者の人生の終わりを考える><症状コントロールについて話し合う><患者の思いが叶う場はどこであるのか意見の一致を確認する><患者・家族とやりとりしながら支援計画を立案・実行する>の5つのサブカテゴリーから構成された。

看護師は患者の思いを叶えるには患者がどこで過ごすことがいいのかを考える。そのためには検査データに頼らず患者をみることを行ひ、家族を含めた患者の人生の終わりを考える。医療チームと患者・家族と話し合い患者の思いが叶う場はどこであるのか、意見の一致を試みて確認する。また患者の症状コントロールについて話し合い、家族の状況と患者の目標に沿って患者・家族とやりとりしながら支援計画を立案・実行する。そして家族の介護負担軽減のために社会資源を調整することを家族と共に行っていた。

#### (1) <検査データに頼らず患者をみる>

終末期がん患者はせん妄やがん転移の部位によっては病状が変化しやすいため、患者の検査データだけで患者をみるのではなく看護師自身の目で患者の病状をつかんでいた。

看護師Dは“一般病棟にいたら心電図を見て心拍が落ちてきたら危ないと患者さんを見ずにモニターばかり見ていました。緩和ケア病棟では息の仕方や表情や顔色を見るようになりました。データは苦痛がここにあるという一つの指標として見ます。”と語った。

#### (2) <家族を含めた患者の人生の終わりを考える>

看護師は最期までの限りある時間の中で患者がどこで最期を過ごすことがいいのかを考える。人生・生活の多様さを受け入れながら、患者の限りある人生を考えていた。

看護師Iは“患者さんが寂しい、（施設へ）帰りたいと娘さんに言っていて、ここ（緩和ケア病棟）に居るより元の施設に居た方が、本人さんの最期にとってはいいんじゃないかなと提案したんです。そこで娘さんが施設に行っても寝ているだけだから連れて帰ろうと思います、と言われました。”と語った。

看護師Jは“一人で亡くなる人もおいでますよね。その人の人生って全部はわからないですけど、それも運命なんかな…。家族に見守られてみんなに手を握られて逝かれる人って、それなりの生き方を家族にしてきた人だと思うし…”と語った。

#### (3) <症状コントロールについて話し合う>

看護師は患者の身体面だけでなく精神面や社会面、スピリチュアルな面、経済面にも目をむけ、症状のアセスメントを行うことや患者の症状緩和のカンファレンスを行うことにより退院後の療養、苦痛を軽減する方法を検討していた。

看護師Lは“疼痛コントロール不良な患者さんに対して、今なら痛み止めを調整したら家でもっと好きなことができるのに、麻薬とかに対する不安も強いので、なぜそう思うのか患者に聞いてみようかとみんなで話し合いました。”と語った。

#### (4) <患者の思いが叶う場はどこであるのか意見の一致を確認する>

看護師は、患者の思いが叶う場を考える時に医師の考えを確認することや家族が患者の退院を受けとめているかを捉え、家族と看護師、医師それぞれの意見をすり合せチームの意見を一致させることを重要に考えていた。

看護師Aは“先生（医師）は退院を渋っていたところもあったのですが、本人さんと家族さんの一致した「帰りたい」という思いを聴いて、家でいたいことがあるのだろうなと思ってチームのみんなと協力して先生に伝えたら、先生も退院を納得されました。”と語った。

#### (5) <患者・家族とやりとりしながら支援計画を立案・実行する>

看護師は患者の限られた時間を考え患者の目標に沿って計画することを行い、家族には患者の病状を予測した家族指導・ケアの提案を行うことや家族の負担軽減のために地域の医療・介護サービス資源の情報を伝え、調整していた。

看護師Bは“患者さんは脳メタがあり意識がクリアでなかったのですが、「帰りたい」と言われ退院を決めました。看取りも近いなと思っていたので奥さんに看取りのパンフレットを渡し説明しました。奥さんの要望を訪問看護師に伝え、なるべく奥さんの負担が少なくできるように調整できたと思います。”と語った。

看護師Hは“その方は車いすで家族と桜を観に行ってきた。旦那さんは「外出は大変だったけど、これなら家を改造したら連れて帰れるかな」と言われたのでワーカー（MSW）と相談し、

24時間の訪問看護があれば旦那さんは大丈夫と言われたので、退院時に地域の訪問看護を調整しました。”と語った。

#### 4) 【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】

このカテゴリーは、<退院支援の知識・経験がない><業務に追われる><退院は医師の指示で進められる><患者の本当の姿に目を向けてなかった>の4つのサブカテゴリーから構成された。

緩和ケア病棟に勤務する看護師は、現在行っている退院支援を進める過程で、一般病棟の経験を回顧していたと振り返っていた。その要因は退院支援の知識・経験がないことや、業務に追われていた自分の姿があり、また一般病棟では退院は医師の指示にて進められていたと振り返っていた。

##### (1) <退院支援の知識・経験がない>

看護師は一般病棟に勤務していた時は終末期がん患者の退院支援の経験がないことや、緩和ケアの勉強をしたことがないことに気づいていた。

看護師Jは“がん患者さんの在宅に帰るケースに関わることは今まで経験がなかったし、介護サービスについても知らなかった。ここ（緩和ケア病棟）にきてがん終末期の患者さんに関わって勉強しました。”と語った。

##### (2) <業務に追われる>

看護師は一般病棟では治療上の問題を優先し医師の指示をこなすだけで、退院できると思われる患者とのやりとりが十分できなかったことを回顧していた。

看護師Dは“一般病棟ではゆっくり患者と話す時間を作るというのが、言い訳ですが、作れませんでしたね。ここ（緩和ケア病棟）と業務の流れが違います。一般病棟では検査と点滴、検温にばたばた追われる感じでした。”と語った。

##### (3) <退院は医師の指示で進められる>

看護師は一般病棟では退院が患者本人の意思ではなく、医師の一言で進むことを経験し、患者・家族は流れにそって退院が進められることは当然だと考えていた。

看護師Cは“一般病棟にいたら患者さんが「帰りたい」ということは優先されず、医師が「退院していいよ」という一言がなければ、何も動いてなかったと思います。”と語った。

看護師Jは“一般病棟では主治医から退院と言われたら退院は退院だし、本人も患者もいやだとか言わないし、流れに沿って退院していました。”と語った。

(4) <患者の本当の姿に目を向けてなかった>  
一般病棟では看護師は患者の表情をみることもなく、検査データばかりに捉われるばかりで、患者の声を聴いていなかった。関わりたい患者も後回しにし、苦しむ患者に何もしなかったことを回顧していた。

看護師Dは“一般病棟の時は、患者さんを人間として見てなかったと思います。創部とデータと数値に表せるものばかりに目がいき、患者さんの本当の姿に目を向けてなかったと思います。”と語った。

看護師Gは“一般病棟の時はがんの患者さんにゆっくり話を聞いたり、関りたいと思うけどできなくて、「ごめんなさい、ちょっと待って」と言うことがよくあった。”と語った。

5) 【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支援にする】

このカテゴリーは、<終末期の患者の退院事例に心が和む><一般病棟に異動したら緩和ケア病棟の経験を活かしたい><在宅療養の可能性はあると信じて関わる>という3つのサブカテゴリーから構成された。

看護師は退院事例を経験することで患者の思いが叶えられたことと、家族から“よかった”という言葉を書くことで、自分の関わりを肯定的に評価し、終末期の患者の退院事例に心が和む経験をしていた。そして退院支援事例の経験から一般病棟に異動したら緩和ケア病棟の経験を活かすことや、引き続き終末期がん患者に対して在宅療養の可能性はあると信じて関わることのモチベーションとなっていた。

(1) <終末期の患者の退院事例に心が和む>

看護師は緩和ケア病棟から退院した事例に関わり、患者の思いが叶ったことと家族から「よかった」という言葉を書くことで、自分の関わりを肯定的に捉え、退院事例に満足感を持つことができていた。

看護師Aは“患者さんが再入院されて最期を取った時に、ご家族の方から「退院してからお父さんと一緒に家に居ることができてよかったです」と言葉が聞けました。タイミングを見てこういう退院支援ができてよかったなと思いました。”と語った。

看護師Iは“患者さんはすごく状態が悪くなって(家へ)送り出す時も本当によかったかなと考える方で、最期は家でお孫さんとかみんなで見守って亡くなられたと家族の人から電話を頂きました

た。この人(在宅へ)帰れないから・・・と思ったんですけど、家族の方からそんな言葉を聞いて救われたと思いました。”と語った。

(2) <一般病棟に異動したら緩和ケア病棟の経験を活かしたい>

緩和ケア病棟での退院支援の経験から、在宅への移行・支援方法について学びを活かすこと考え、一般病棟に異動したら家に帰れるのに帰れない患者を救いたいという感情を抱いていた。

看護師Gは“一般病棟では終末期の患者さんのケアをしたいと希望して緩和ケア病棟へ異動したのですが、逆に今はここ(緩和ケア病棟)の経験から一般病棟に異動したいと思います。家へ帰れる人に在宅への体制を整えてあげたいと今、すごく思います。”と語った。

(3) <在宅療養の可能性はあると信じて関わる>

看護師は在宅療養に移行した事例を経験し、在宅で療養できないことはないと考えていた。終末期がん患者のこれからの過ごし方を検討する時に、入院していたら実現できないことがあることも含めて、患者・家族のどのような状況でも在宅療養の可能性はあると信じて関わることを信念としていた。

看護師Bは“余命が一月しかないと思うか、一月もあると思う人もいるし、余命がどれだけであろうが、ただ帰りたいと患者、家族の思いがあればどんな条件でも家に帰ることを支援したい。”と語った。

看護師Gは“患者さんは家に帰って、お孫さんに寿司を作ってあげたいという思いがあったので、今はまだ動けるので帰って作れるチャンスです、どうですかと長女さんに話していったのです。”と語った。

3. 終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動の概念図(図1)

緩和ケア病棟の看護師は、家に帰りたいという【終末期がん患者の思いを大切にする】ことを基盤とし、在宅療養を可能にする家族の存在を重要と考え【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】姿勢を持ちながら退院支援に取り組んでいた。終末期がん患者は医療依存度が高く、在宅療養を実現するためには患者・家族の状況を把握し、患者・家族と医療チームの双方の方針を統一しなければならない。看護師が患者にとって可能な限り【患者の思いを叶える環境を家族と共につくり出す】行動をとることで、患者・家族は在宅でなければ実現できない患者の思いを叶え、残さ

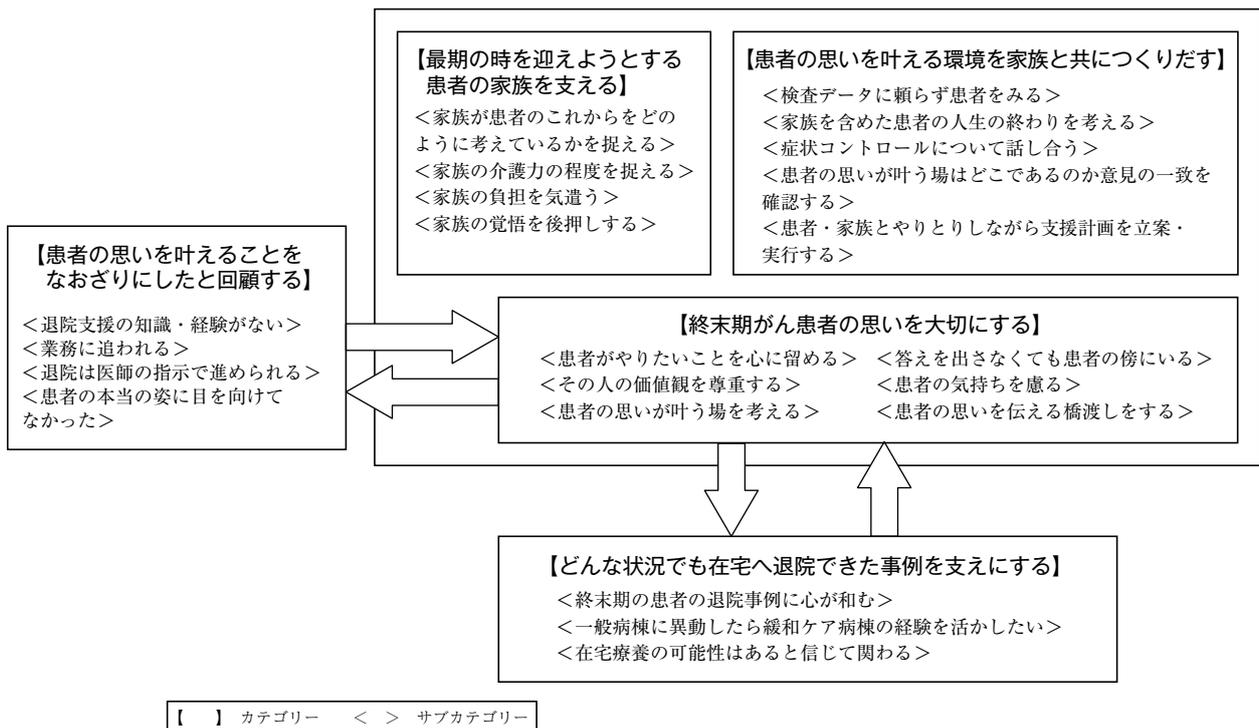


図1 終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動の概念図

れた時間を有意義に過ごすことができる。看護師は緩和ケア病棟での退院支援行動や患者・家族の反応を通して、一般病棟での終末期がん【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】と共に【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】感情をいただき、その感情がまた次の【終末期がん患者の思いを大切にする】退院支援につながっていた。

## 考 察

本研究の目的は、緩和ケア病棟の看護師による終末期がん患者の退院支援における姿勢と行動を明らかにすることである。以下、終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動の特徴と緩和ケア病棟で終末期がん患者に対する退院支援の経験から導き出されたことについて考察し、研究の限界と課題を述べる。

### 1. 終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動の特徴

#### 1) 患者の思いを大切にする姿勢

看護師の退院支援の経験には【終末期がん患者の思いを大切にする】ことと【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】看護師の姿勢が存在していた。これは、がん患者や家族のかかえる苦悩や残された人生の目的を達成しようとする患

者、あるいはそれを支えようとする家族の思いに看護師が向き合うことであり、限られた時間の中で患者の思いを大切に考えようとする姿勢であると考える。

研究参加者は、退院の時期を患者・家族の状況から見極めると語っていた。それには、看護師は患者の残された人生の中で患者のやりたいことを心に留め、その人の価値観を尊重することを視点におきながら、患者の思いが叶う場を考えていた。さらに患者が家族に遠慮して家に帰りたい思いを伝えられない時に、看護師は患者の思いを伝える橋渡しをしていた。このことから看護師は限られた時間の中で、患者・家族の状況から検査データに頼らず自分の目で患者を看ることや、チームや多職種と症状コントロールについて話し合うことを行い、退院の時期を見極めることができたと考ええる。そして患者の思いを、家族や医師に伝える看護師の【患者の思いを叶える環境を家族と共に作り出す】行動には、【終末期がん患者の思いを大切にする】という看護師の姿勢が看護師自身の行動を後押ししていたと考えられた。

Takahashi<sup>14)</sup>らは緩和ケア病棟に入院している患者のスピリチュアルペインが癒される過程において、看護師の「残された時間を意識したケア」で患者が「自分のことを気遣ってくれている言葉

や行動」と認知した時に、状況を肯定的に捉えて癒されると報告している。【終末期がん患者の思いを大切に】という看護師の患者の気持ちを慮ることや、患者のつらい気持ちに対して「何もしゃべらなくても患者の傍に自然と居る」という姿勢が、患者にも伝わり癒しにつながると考える。退院支援において看護師の【終末期がん患者の思いを大切に】ことは重要な緩和ケアの一部となりうる可能性が示唆された。

2) 終末期がん患者の退院支援において家族を支えることの意義

緩和ケア病棟の看護師は患者の帰りたい思いを叶えるためには、家族が患者の退院をどのように捉えているか家族の思いを聴くことが大事と考えていた。終末期がん患者の家族は、患者の余命の過ごし方に不安を感じながらも看病を継続できるように自分を保つ努力を行い<sup>15)</sup>、また介護による疲労と無力感とともに患者の死が近いことを察知し、取り残され感と対峙する生と死の苦悩感を持っている<sup>16)</sup>。そしてその不安への対処を支える要因には信頼できる医療者の存在が報告されている<sup>15)16)</sup>。よって終末期がん患者の家族の不安に対処する看護師は現在の介護による家族の負担を気遣い、今後避けられない【最期の時を迎えようとする家族を支える】ことが必要である。看護師は家族を患者と同程度に重要な看護の対象と捉え、少しの時間でも意図した関わりをとることで家族と信頼関係をむすび、家族の支えとなることで、【患者の思いを叶える環境を家族と共に作りだす】ことができると思う。

そして看護師は家族の介護力の程度と患者の病状をつかみ、家族とやりとりして支援計画を立案・実行していた。終末期がん患者とその家族が相互に納得したうえで在宅療養移行を決定できる看護援助には、家族に対し「家族の現状の認識への働きかけ」と「家族の協力体制の整備」を行う看護援助が必要であったと指摘している<sup>7)</sup>。研究参加者である看護師は医療・介護サービス資源を紹介し、患者・家族の要望に応えられる多職種と連携を取っていた。看護師の家族の負担を気遣う姿勢と行動が、患者と家族の双方に納得を得て療養場所について検討し【終末期がん患者の思いを大切に】環境づくりに貢献できると考える。

3) 一般病棟と緩和ケア病棟の看護師による終末期がん患者の退院支援の共通点と相違点

緩和ケア病棟の看護師による退院支援は、限られた時間を持つ終末期がん患者のやりたいことを

心に留め、叶えようとする姿勢で家族や医師に思いを伝える橋渡しをしていた。また家族の介護負担を気遣い、チームで意見の一致を確認しながら負担軽減のため社会資源の調整を行っていた。一般病棟の看護師においても終末期がん患者の退院支援の援助は患者・家族のありのままの気持ちを支え、患者の今後の経過を見越して情報提供を行い、時には患者、家族の代弁者になりながら患者の望む療養場所に向けて院内外のチームを調整していた<sup>8-10)</sup>。この退院支援の援助において緩和ケア病棟と一般病棟の退院支援に共通点が見られた。

また一般病棟の看護師は終末期がん患者の退院支援に対して、看護師自身の知識・経験不足と介入時期の判断、医師との連携や意向が優先される風土を課題としていた<sup>10)11)</sup>。緩和ケア病棟の看護師も一般病棟で勤務していた時は退院支援の知識・経験がなく、退院は医師の指示で進められていたと一般病棟での経験を【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧し】ていた。しかし緩和ケア病棟の看護師は業務に追われていた一般病棟の経験があるがゆえに、患者のつらい気持ちから逃げ出さず、患者の傍にいて思いに添う姿勢で退院支援に関わっていた。緩和ケア病棟では「家に帰りたい」思いがあっても患者の病状が進み、退院の時期や家族の受け入れのタイミングを逃したという事例を多く経験する。その中で看護師は高い医療依存度を持つ患者の病状の変化や家族の介護負担も予測しながら在宅療養を提案していた。そして看護師は終末期がん患者の退院事例を経験することで「心が救われた」と退院事例に満足感を持つことができ、【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】感情を生み出していた。そのような感情がまた【終末期がん患者の思いを大切に】思いを強め、終末期がん患者の退院支援にモチベーションを持って取り組むことに相違点があると考えられた。

2. 緩和ケア病棟で終末期がん患者に対する退院支援の経験から導き出されたこと

看護師は、緩和ケア病棟で終末期がん患者の退院支援に取り組んだ経験を通して、一般病棟での終末期がん患者や家族への関わり方を【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】ことができた。わが国で退院調整加算が診療報酬に新設されたのは2008年である。多くの研究参加者は一般病棟において退院支援体制の強化が進められ始めた時期に一般病棟に勤務していた。そのた

め緩和ケア病棟での退院支援の経験を通して一般病棟に勤務していた時は、退院は医師の指示にて進められ、「患者の本当の姿に目を向けてなかった」と語っていた。退院に際して患者には、「家に帰りたい」という本当の思いを持っているが、迷惑がかかるので家族にさえ言えないという状況がある。このことを振り返り【終末期がん患者の思いを大切にする】重要性に気づくことができたと考える。

緩和ケア病棟の看護師は、患者の限られた時間とその時々関わりの大事さを意識し、今後、どこで過ごすことが患者や家族にとって有意義であるかを検討していた。宇都宮ら<sup>17)</sup>は退院支援とは「患者が障害をもちながら、それでも、生きようと前を向く過程を支えること」であると述べている。また、緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるよう支えていくこと<sup>18)</sup>である。患者だけでなく家族を含めた患者の人生の終わりを考え、つらさをやわらげ、より豊かな時間を過ごすために【患者の思いを叶える環境を家族と共につくりだす】ことは、患者、家族の思いや生きることを前向きに支えることになるかと考える。

### 3. 研究の限界と課題

本研究の参加者は、特定の地域にある3施設の緩和ケア病棟の看護師である。本研究の結果には緩和ケア病棟がある病院の機能、背景、地域の医療状況が影響するため、今後は地域を限定せず参加者を増やすことが必要である。また平成24年度の診療報酬改定により、緩和ケア病棟入院料において診療報酬の算定に初めて在院日数の規定が加えられた。今回の調査は診療報酬改定の翌々年のため、緩和ケア病棟の在院日数の現状は過渡期であり、看護師が感じる緩和ケア病棟に入院する患者の目的、病棟の機能の捉え方も影響を受けやすいと考えられた。期間において再検証が必要であると考えられる。

## 結 論

終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動を明らかにするために、緩和ケア病棟に勤務する看護師13名に半構成的面接を実施した。その語りを分析した結果、【終末期がん患者の思いを大切にする】【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】【患者の思いを叶える環境を家族と共につくりだす】【患者の

思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】

【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】の5つのカテゴリーを抽出した。看護師は【終末期がん患者の思いを大切にする】ことを基盤に、【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】姿勢を持ち、【患者の思いを叶える環境を家族と共につくりだす】行動をとっていた。これらの経験を基にがん【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】ことと、【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】感情を生みだし、このことが【終末期がん患者の思いを大切にする】退院支援に取り組むことにつながっていた。

## 謝 辞

本研究の主旨をご理解頂き、ご協力頂きました医療機関の院長、看護部長に厚くお礼を申し上げます。また研究に参加、ご協力頂きました看護師の皆様へ心から感謝申し上げます。なお、本研究は石川県立看護大学大学院看護学研究科看護学専攻修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

## 利益相反

利益相反なし。

## 文 献

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会：緩和ケア病棟入院料届出受理施設・病床数年度推移，[オンライン，[http://www.hpcj.org/what/pcu\\_sii.html](http://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html)]，日本ホスピス緩和ケア協会，12. 30. 2014
- 2) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療に関する意識調査」集計結果（速報）の概要，[オンライン，<https://square.umin.ac.jp/endoflife/shiryo/pdf/shiryo03/03/310.pdf>]，厚生労働省，1. 31. 2014
- 3) 厚生労働省保険局医療課：平成24年診療報酬改定の概要，[オンライン，<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/gaiyou.pdf>]，厚生労働省，1. 31. 2014
- 4) 佐藤一樹，志真泰夫，羽川瞳，他：緩和ケア病棟は10年間にどう変わったか－施設概要と利用状況にみられる変化と平均在院日数との関連－，*Palliative Care Research*，8 (2)，264-272，2013
- 5) 大平久美，上野史織：在宅緩和ケア推進にお

- ける緩和ケア病棟の課題, 第42回日本看護学会  
論文集看護管理, 478-481, 2012
- 6) 福井小紀子: 入院中末期がん患者の在宅療養  
移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・  
他職種連携との関連性の検討, 日本看護科学学  
会誌, 27(3), 48-56, 2007
  - 7) 脇坂彩花, 黒田寿美恵: 在宅療養移行の選択  
に対する終末期がん患者と家族の納得を支援す  
る看護援助, 死の臨床, 35(1), 108-112, 2012
  - 8) 森京子, 古川智恵: 在宅緩和ケアへ移行する  
終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援  
助, 四日市看護医療大学紀要, 9(1), 23-33,  
2016
  - 9) 森京子: 積極的治療の中止と同時に療養場所を  
変更する終末期がん患者の意思決定を支えるア  
ドボケイトとしての看護実践, Hospice and Home  
Care, 24(1), 10-15, 2016
  - 10) 井上菜穂美: 急性期病院から在宅移行する終  
末期がん患者の退院支援における看護援助内容  
と課題, せいい看護学会誌, 6(1), 1-7,  
2015
  - 11) 広瀬会里, 生田美智子, 田島ちなみ, 他: ア  
クションリサーチによる病棟看護師の終末期が  
ん患者への退院支援, 愛知県立大学看護部紀要,  
22, 55-63, 2016
  - 12) 宇都宮宏子, 三輪恭子編: これからの退院支  
援・退院調整-ジェネラリストがつなぐ外来・  
病棟・地域-, 日本看護協会出版会, 10, 東京,  
2011
  - 13) 日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療お  
よびケア」に関する日本老年医学会の「立場表  
明」2012, [オンライン, [www.jpn-geriat-soc.  
or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf)], 日本老年医  
学会, 12. 30. 2014
  - 14) Takahashi M, Inagaki M: A process for  
mitigating spiritual pain in patients with  
terminal cancer: the experiences of patients  
to help palliative care nurses, Journal of the  
Tsuruma Health Science Society Kanazawa  
University, 32(1), 49-57, 2008
  - 15) 久松美佐子, 丹羽さよ子: 終末期がん患者の  
不安への対処を支える要因, 日本看護科学学会  
誌, 31(1), 58-67, 2011
  - 16) 柴田純子, 佐藤禮子: 在宅終末期がん患者を  
介護している家族員の体験, 千葉看会誌, 31(1),  
1-7, 2007
  - 17) 前掲書 12) 2
  - 18) 緩和医療学会: 緩和ケアとは, [オンライン,  
<http://www.kanwacare.net/kanwacare/>], 緩  
和ケア. net, 12. 30. 2014