

在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究

堀井たづ子, 光木幸子, 寫田理佳, 大西早百合

京都府立医科大学医学部看護学科

Qualitative Studies on Emotions of Family Care Givers for Terminal Cancer Patient and Health Care Supports

Tazuko Horii, Sachiko Mitsuki, Rika Shimada, Sayuri Onishi

School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

要約

終末期がん患者を在宅で看病している5事例の面接内容の質的分析により, 在宅療養継続に関わる要因である14のカテゴリーを抽出し, ①療養継続に必要な家族の力: 【絆】【愛情】【役割認識】②家族の抱える課題: 【死が避けられない現実】③療養継続の決定に関わる要因であり, コア概念: 【家が一番いい】④家族の課題, 希望・意向を決定: 【覚悟】⑤療養継続を困難にする要因: 【不安感】【負担感】【不足感】【疲労感】【葛藤】⑥療養継続を維持する要因: 【対処】【満足感】⑦家族が必要とする支援の課題: 【安心が保証される支援】として分類した。これらを構造化し, 家族の心情と在宅療養継続に関わる要因を明らかにした。療養者と家族は【家が一番いい】という思いを核としながらも, 在宅療養継続の困難と維持の要因により, 家族は揺らぎを生じさせており, そうした家族のもつ課題に対する【安心が保証できる支援】が, ひいては家族の力を強化すると考えた。

キーワード: 終末期がん患者, 在宅療養, 継続要因, 看病者, 家族

1. はじめに

急速な高齢少子化と介護ニーズの増大によって施策的に在宅医療が推進され, 根治的治療が困難ながん患者も外来治療あるいは訪問看護を利用して, 在宅で療養しながら生活する時代となった。厚生労働省の1998年の末期状態における療養場所に関する調査¹⁾では, 一般国民の62%が“終末期を自宅で療養したい”と答え, その60%~70%が“住み慣れた場所で最期を迎えたい”“最期まで好きなように過ごしたい”としている。しかしながら, 1977年に施設内死亡数が施設外死亡数を上まってきた以来, 今日までその傾向は強まっており, 2004年の厚生労働省の調査²⁾では全死亡数での自宅死割合は12.4%, 施設内死亡割合は84.4%であり, 全死因の35%を占めるがん患者の死亡場所は90%以上が診療施設である。この割合には臨終の間際に在宅から病院へという場合が多く含まれていると推察されるが, その理由として, がん患者の場合, 全人的苦痛や診療行為の多さといった在宅ケア上の難しさがあり, 介護家族の負担の大きさ, 症状急変への強い不安などで在宅で最期まで看取る事の難しさがあると考えられる。

終末期がん患者が最後まで生きる希望を持ち, 安らかな死を迎えるために, 支えとなる家族の存在は重要である。がん罹患すること自体が患者およびその家族にとっては衝撃的な出来事である。そうしたがん患者やその家族に関する先行研究では, 終末期の看護において家族は主要なケアの対象であり, 家族は予期悲嘆, 看病上の身体的・精神的負担, また, 告知といった多くの問題を抱えている^{3) 4)} ことが多く報告されてきている。しかし, それらの多くはがん患者の死後に調査された内容であり, 終末期がん患者を現在看病中にある家族がどのような思いを抱き, またケア上の問題に直面しているかを具体的に明らかにしている研究はまだ少ない。著者らは, 先に在宅ホスピスケアを提供している医療機関や訪問看護ステーションの訪問看護を利用中である, 終末期がん患者を主に看病している家族の心情や療養継続に関与する要因について報告^{5) 6)} してきたが, 今回, 事例を重ね, 家族支援のあり方についてより検討を加えたので報告する。

II. 研究目的

終末期がん患者を在宅で看病中の事例への面接内容

を質的に分析することで、看病する家族の心情と療養継続に関与する要因を抽出し、家族支援のあり方を明らかにする。

III. 研究方法

1) 調査方法

(1) 対象者

面接対象者は、在宅ホスピスケアを提供している医療機関や訪問看護ステーションの訪問看護を現在利用中である終末期がん患者の主看病者で、理解やコミュニケーションに問題がなく、研究への同意が得られるものとした。

対象の選定は担当医と担当訪問看護師に依頼し、また事前に対象となる主看病者（以後、看病者と略す）の研究協力への了解を得てもらった。その後、研究者が看病者に電話で研究の概要を口頭で説明し、参加の意志を確認し、面接時に研究協力依頼文書と同意文書を取り交わした。今回の分析は調査対象9事例中の5事例である。

(2) 調査期間：平成16年8月～平成18年3月

(3) データ収集

研究者が1時間程度の半構成的面接を行って収集した。面接場所は看病者の希望により、プライバシーが保てるケアセンターや当大学の面談室、あるいは看病者の自宅で行った。面接内容は、在宅療養への移行動機・経過、在宅療養に対する療養者・家族の受け止め方、看病内容、気がかり、支えや充足感、ストレスと対処、訪問看護あるいは医療への要望であり、対象の許可を得て録音した。また、現在実施されている治療や医療処置、病状の変化は診療・看護記録から収集した。

(4) 分析方法

①録音の内容は逐語録に起こし、在宅療養継続に関わる家族の心情を抽出した。その内容を通して一読し、一文一文を丁寧にその意味内容を検討しながらコード化した。コードの意味内容は類似性・相似性に従い4名の共同研究者間で検討を重ね、カテゴリー化した。

②カテゴリー化した内容から、在宅療養継続に関わる要因および医療者の支援の関係性を構造化した。

(5) 倫理的配慮

協力を依頼した施設長、担当訪問看護師、共同研究者と研究の全体を検討した。対象者に看護記録と面接で得られた個人情報守秘保障、研究目的、参加への

同意拒否、撤回権を文書にて説明した。また面接中に悲嘆が想起され心理的負担になるようであるならいつでも中断可能であり、その場合でも受けられる医療サービスやケアには影響がないことを伝えた。なお、本研究は京都府立医科大学倫理委員会の審査を経て実施が承認された。

IV. 結果

1) 分析対象の概要

表1に5事例の概要を示す。療養者の年齢は60歳～84歳であり、在宅期間は2か月～最長3年2か月、5名中4名はがん告知を受けていた。面接対象の看病者は療養者の配偶者、あるいは長女、長男の嫁であり、年齢は32歳～70歳であった。面接の時期は、療養者が永眠される7日前～2か月前である。

表1 分析対象

看病者		療養者			
続柄(年齢)	面接時期	年齢	疾患名	在宅期間	死亡場所
A氏 長女(42)	永眠7か日前	71	肝癌	38か月	病院
B氏 長女(32)	永眠2か月前	60	脳腫瘍	36か月	病院
C氏 夫(68)	永眠2か月前	62	腹膜癌	24か月	病院
D氏 妻(70)	永眠1.5か月前	71	食道癌	21か月	病院
E氏 長男嫁(52)	永眠10か日前	84	肺癌	2か月	病院

2) 在宅療養継続に関与する要因の抽出(表2)

カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを[], 構成内容を「 」で表す。

抽出されたカテゴリーは14であり、【絆】【愛情】【役割認識】【死が避けられない現実】【家が一番いい】【覚悟】【不安】【負担感】【不足感】【疲労感】【葛藤】【対処】【満足感】【安心が保証される支援】であった。

(1) 【絆】

家族や夫婦を結びつける思いをいう。「療養者のおかげで家族の本音がわかった」「最期は家族」「療養者がいるから親子の会話のきっかけとなる」などの[家族の絆]と、「夫婦にしかわからない」「夫婦間では何とも言える」「やっぱり夫婦が一番の絆」「慰め合う」といった[夫婦の絆]を感じていた。

(2) 【愛情】

看病者の抱く療養者への愛おしさ、感謝、恩返し、思いやり、しっかり受け止めてやりたいとする思いをいう。死を前にした療養者と看病者は互いに[思いやる]気持ちを抱いていた。そして尚、看病者は療養者

表2-1 在宅療養継続に関わる要因

サブ カテゴリ	サブ カテゴリ	構成内容	サブ カテゴリ	サブ カテゴリ	構成内容
絆	家族の絆	療養者のおかげで家族の本音がわかった 家族は仲がいい 家族と居ると気持ちが楽になる もう他人ではない やっぱり親子と思う 家族の絆が支えである 最後は家族 療養者がいるから親子の会話のきっかけとなる 療養者が入院するとバラバラになる	療養者の哀 れな姿	家が一番 いい	「がん」と言われたときの表情が脳裏に焼き付いている 「何で私がそんな病気になるの」と哀れな表情になっていた 病状で変わってゆく姿を見るのはつらい できそうもないことをしたいと言う 本人が一番かわいそう
		夫婦の絆			共に過ごせる 家だったらずっと一緒に居られる 付き添える幸せ 一緒にご飯が食べられる 家族とともに過ごせる これまでと変わらない 子供の声が聞こえる 台所の音が聞こえる 生活ができる ベッドから見守れる 水墨画を描く 絵を描く タバコをすう 家が一番いい
愛情	思いやる	余計な心配をさせたくない 互におもいやる	療養者の幸 せそうな姿 がみられる	覚悟	療養者が笑っている 日常生活の中にいられる 療養者は精神的に安定 入院しなくてもいい
	何でもしてあげたい	療養者への愛しさ わがママが言える しっかり受け止めてやりたい 家で好きにさせたい 父への感謝 父への恩返し 父との思い出 本人の生きたい気持ちを支えたい 一生懸命してあげたい			あきらめる 仕方がない どうしようもない 積極的治療ができなくなった あきらめはじめた
役割認識	調整役	他の看病者もできる限りの事をしたい 他の看病者の意見も無視できない 医療者に伝え漏らしたくない	不安	負担感	死への覚悟 それなりに覚悟している 皆が死を覚悟している 予想外に悪い 亡くなることを看病者自身に言い聞かせる
	在宅移行への決意	どんな状態でもいから家に帰って欲しい 延命治療はさせたくない お稽古をばつとやめる 看病に専念する 家で見る 仕事は辞めないと仕方がない 面倒みる時間はある			サポート体制への不安 療養者の病状への不安感 予測できない 急変時の対応への不安 いつ急変するのか どんな症状が出てくるのか いつまで続くのか
死が避けられない現実	症状の進行	口から全然食べられない すぐ嘔てふさがってしまう すぐ吐く 何も食べられない 身体が動かないのが可愛そう 筆談しかできない	無力さを感じ る	不足感	責任の重さ 頼りにされているからしんどい 看病に自信がもてない 全部自分がする 治らない病人と向き合うのがつらい 経済的負担感 治療費が高い
	本人らしくない姿	療養者がたまにヒステリーになる 外出したがる 想像できない事を口走る			方法がわからない 対応が追いつかない 介助方法が全くの素人 ポンプの取り扱いがわからない 連れて帰ってできるかな コツがわからない 教えられるほどにはうまくいかない 身体を擦るだけ 方法に自信がない
療養者の頑張る姿	療養者の頑張り	療養者の生きたい気持ちを感じる 療養者のがんばりを感じる 療養者の死への覚悟を感じる 死ぬまでの経過を知っている	疲労感	葛藤	どうしようもない 何もできない どうしていいかわからない 心のケアができない 疲れが一緒ではない 疲れている 家族もしんどい 看病者の精神的疲れ 夜中寝られない 対応に疲れる 全部する状況が情けない 見ているだけで家族として情けない
	療養者が死後の段取りをする	葬式のことを細かく指示する 仏壇を買って、置く位置まで決める 身の周りの整理をする			あきらめきれない 病気を受け止められない 家族は治療を続けて欲しい 看病に先が先がみえない いつ死ぬかわからない 後ろめたさ 真実を伝えられない後ろめたさ
療養者の不安がる姿	夜中になされる姿	不安が常に付きまといっている			

表 2-2 在宅療養継続に関わる要因

サブ カテゴリ	カテゴリ	構成内容
	思いを共有 できない	言いたいことの半分も言えない 在宅看護への思いの違い 家族間で真実を共有できない
	判断への迷 い	療養の場の選択への迷い 入院治療が幸せとは思えない 告知については一人ではきめられない
	ごまかせな い	自分の状態をよく知っている 変なことは言えない 良く覚えている
対処 (情動型)	感情を表出 する	言いたいことを言う きいてもらう たまったものを吐き出す 話をすると楽になる メールで友人に聞いてもらう
	切り替える	見方を変える 趣味の時間を作る 部屋に戻れば看病のことを忘れる
	自分に言い 聞かせる	いつかは終わる しんどいときも楽なときもある もうちょっと頑張ろう
対処 (問題型)	看病を分担 する	家族みんなで家事やケアを分担する 少しの時間代わってもらう
	急変時に 備える	一応紹介状を準備する 急変に驚かないようにする 今後の見通しを付ける 入院先を確認しておく いざとなったら夫が帰ってくる
	ケア方法を 工夫する	襟に尿取りパッドをあてる コミュニケーション手段を考える 食材や調理方法を考える 手間をかけない 呼び鈴を鳴らす
	ケア方法を 習得する	教えてもらう 自分で盗み見みする 看護師さんと一緒にってもらう 知恵を拝借する
	情報を収集 する	活用できるものを知る がんに関する情報を集める 尋ねたい事をメモにして必ず聞く 今後どうなるかを知る
	体調を整え る	できるだけ体を休める 昼寝をする 嫁としての25年に比べたら看病はまだまし
	満足感 得られた	頑張ったという思い やるだけはやったという思い 良かったと思っている なんとか一通りできた
	認められた	周囲の支持が得られた 気配りに感謝された
	安心が保証 される支援	いつでも対 処 いつでも相談できる
	健康管理	体の世話はお任せしている 原因がわかった 点滴にして楽になった 身体のお世話はきちんとしてくれる
精神的負担 の軽減	話を聞いてもらって精神力がついてきた 看病者の精神的負担感の軽減 親身になってくれる	
行き届いた ケア	十分なケア 細やかな配慮 細やかなケア 暖かいケア	
安心感が得 られる	安心できる対応 不安はない	
医療者間の 連携	訪問看護師と往診医の連携がうまくいっ ている	
信頼できる	頼りになる わかってもらえる 家族に伝わるものがある 何でも話せる 往診医にべったり・往診医に信頼が出た	

に「家で好きにさせたい」「わがままが言え」余計な心配をせずに過ごして欲しいと思いつつ、「しっかり受け止めてやりたい」「生きたい気持ちを支えたい」「父への感謝」の思いと「療養者への愛しさ」で「一生懸命してあげたい」「何でもしてあげたい」と思っていた。

(3) 【役割認識】

家族として療養者の看取りまで決意をもって責任ある行動をする認識をいう。療養者に対し「他の看病者もできる限りの事をしたい」「他の看病者の意見も無視できない」など、自分以外の家族の思いも大切にしたい看病者の気持ちや、療養者の状態について「医療者に伝え漏らしたくない」とする家族間あるいは医療者との「調整役」としての認識であった。また看病者自身の「延命治療はさせたくない」「家で見る」「仕事はやめないと仕方がない」といった「在宅移行への決意」、「最期まで家で見る」「父の死を看取るまでが自分の役割」「できることはまだある」などの「看取りへの決意」、そして「まかせられない」「自分が倒れたら困る」「いつも気になる」などの「看病への責任感」であった。

(4) 【死が避けられない現実】

死を間近にして苦悩する療養者の姿を目の前にして、悲嘆する看病者の思いとケア上の困難といった家族にとっての課題である。療養者が「口から全然食べられない」「すぐ吐く」「筆談しかできない」「想像できないことを口走る」といった「症状の進行」や、「本人らしくない姿」を見ること、療養者の「生きたい気持ちを感じる」といった「療養者の頑張る姿」、療養者が「死ぬまでの経過を知っている」「夜中にうなされる姿」などの「療養者の不安がる姿」を見ること、また療養者が「葬式の事を細かく指示する」「身の回りの整理をする」などの「療養者が死後の段取りをする」という現実、そして療養者の「何でそんな病気になるのと哀れな表情になっていた」「できそうもないことをしたいと言う」という「療養者の哀れな姿」を見なければならぬ現実であった。

(5) 【家が一番いい】

療養者が最期の時まで自分の家で家族とともに自分らしく、これまでと変わらない生活をしたいと思いつつ、同じく看病者も療養者の気持ちを受け止めて家で看病すると決意した核となる思いである。療養者と看病者が「家だったらずっと一緒に居られる」「付き添える幸せ」「家族と共に過ごせる」といった「共に過ごせる」思いつつ、療養者に「子どもや台所の声が聞こえる」「べ

ッドから見守れる」などの幸せが感じられる「これまでと変わらない生活ができる」思い、そして看病者も幸せになれる「療養者が笑っている」「日常生活の中にいられる」などから構成される「療養者の幸せそうな姿が見られる」思いであった。

(6) 【覚悟】

療養者の急変、死を受け入れなければならない思いである。看病者は「仕方がない」「どうしようもない」などの「あきらめる」、 「予想外に悪い」「亡くなることを看病者自身に言い聞かせている」などの「死への覚悟」を抱いていた。

(7) 【不安】

不幸な事態や支援の不確かさに対する思いをいう。看病者は「療養者の病状への不安感」「急変時への対応への不安」「いつまで続くのか」あるいは「どこまで周りがフォローしてくれるのか」といった「予測できない」不安や「サポート体制への不安」を抱いていた。

(8) 【負担感】

看病による身体的・心理的重圧や負担を自覚する感覚である。看病者は「責任の重さ」「看病に自信が持てない」「治らない病人と向き合うのが辛い」などといった「看病への重圧感」や「経済的負担感」を感じていた。

(9) 【不足感】

ケア方法や能力の足りなさを自覚する感覚である。「対応が追いつかない」「介助方法が全くの素人」「身体をさすだけ」「コツがわからない」など「方法がわからないこと」や、「どうしようもない」「何もできない」「心のケアができない」など「無力さを感じ」ていた。

(10) 【疲労感】

身体的・精神的な疲労を自覚する感覚である。看病者は「身体的疲労感」とともに、「夜中寝れない」「全部する状況が情けない」「見ているだけで家族として情けない」などの思いから「精神的疲労感」を感じていた。

(11) 【葛藤】

家族間の調整がうまくいかない、療養者へのごまかし感、判断・決断に迷うなどのどうしようもない看病者自身の苦悩である。看病者は、家族が「病気を受け止められない」「治療を続けて欲しい」といった「あきらめきれない」思いを抱えていることを感じていた。そして、看病者自身は「看病に先が見えない」思いと「療養場の選択への迷い」などの「判断への迷い」、

「真実を伝えられない」という「後ろめたさ」を感じているとともに、「言いたいことの半分も言えない」、家族間では「思いを共有できない」といった気持ちや、療養者に対し「変な事は言えない」「よく覚えている」といった「ごまかせない」気持ちから生じる苦悩を抱いていた。

(12) 【対処】

ケア上の問題や看病者自身の情動に対し適切に取りはからうことをいう。看病者は「話をすると楽になる」「見方を変える」「趣味の時間を作る」「いつかは終わる」などの「感情の表出」「切り替える」「自分に言い聞かせる」などといった情動型【対処】と、「看病を分担する」「入院先を確認しておく」「今後の見通しをつける」など「急変時に備える」、 「ケア方法を工夫する」「ケア方法を習得する」「情報を収集する」、 「できるだけ身体を休める」などの「体調を整える」といった問題解決型【対処】を行っていた。

(13) 【満足感】

看病することから得られた看病者自身の幸せな満たされた感覚である。看病者は「頑張ったという思い」「やるだけやった」などの「達成感が得られた」思いや「周囲の支持が得られた」など「認められた」という【満足感】を抱いていた。

(14) 【安心が保証される支援】

療養者と、24時間療養者と対峙しなければならない看病者の双方が、いつでも頼れる、信頼できる、温かく心強く包み込まれる医療者の支援とその体制である。看病者は医療者に対して「いつでも対処してくれる」「いつでも相談できる」など「いつでも対処」してくれること、療養者の「健康管理」や「行き届いたケア」をきちんと提供してくれること、看病者の話を聞いたり親身になってくれたりと看病者自身の「精神的負担の軽減」をしてくれることを求めている。また、対応に「安心感が得られる」「医療者間の連携」がうまくいっていること、「わかってもらえる」「頼りになる」「家族に伝わるものがある」などの「信頼感」を求めている。こうした医療者の対応が、療養者や看病者にとっていつでも【安心が保証される支援】として形作られていた。

3) 要因と支援の構造化

14のカテゴリーの持つ特性をながめ検討したところ、①療養継続に必要な家族の力：【絆】【愛情】【役割認識】、②家族の抱える課題：【死が避けられない現実】、③療養継続の決定に関わる要因でありコア概

念：【家が一番いい】，④家族の課題，希望・意向を決定：【覚悟】，⑤療養継続を困難にする要因：【不安感】【負担感】【不足感】【疲労感】【葛藤】，⑥療養継続を維持する要因：【対処】【満足感】，⑦家族が必要とする支援の課題：【安心が保証される支援】として分類でき，図1のように配置すると終末期がん患者を在宅で看病する家族の心情の構造が明らかになった。

療養者と家族は【家が一番いい】という思いをかなえることを核として，双方にとって安らかな最期を迎えるために，在宅療養を選択し継続する。そうした家族の【絆】【愛情】【役割認識】は，療養の継続に不可欠な家族の力という基盤となる。一方，死を間近にした療養者の変容する姿や言動といった【死が避けられない現実】は，家族が常に対峙しなければならない状況であり，重く苦しい課題となっている。看病中の家族は，【不安感】【負担感】【不足感】【疲労感】【葛藤】といった思いを抱く反面，【対処】できること，共に暮らせる喜びに【満足感】も感じられる。前者は療養継続を困難にする要因であり，後者は療養継続を維持するのに不可欠な要因である。これらの要因の比重如何，家族の力強さ如何，および常に対峙しなければならない現実の課題の多さ如何は，在宅療養の継続に対する家族の揺らぎとして，【家が一番いい】といった思いや【覚悟】に関与している。このような揺らぎに対して，援助は家族にとって支持的で【安心が保証される支援】でなければならない。

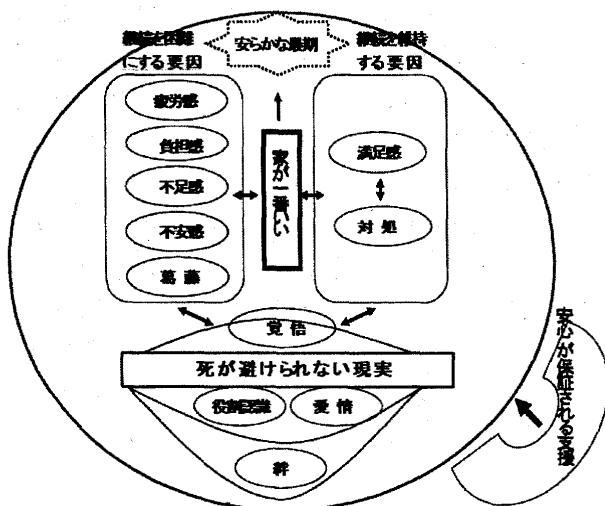


図1 在宅療養継続に関わる要因図

V. 考察

在宅での療養継続に関わる要因として抽出された14

のカテゴリーは，【絆】【愛情】【役割認識】【死が避けられない現実】【家が一番いい】【覚悟】【不安】【負担感】【不足感】【疲労感】【葛藤】【対処】【満足感】【安心が保証される支援】であった。

1) 終末期がん患者家族の在宅療養の特徴と看病する家族の思い

在宅ホスピスケアの目標は，療養者と家族にとってできる限り良好なQOLを実現する事にあると考えるが，療養者の死を【覚悟】し，療養者のために【家が一番いい】と在宅で看病する役割を引き受けた家族にとっては，先行研究⁷⁾にも報告されているように，そこに生じる全ての問題を引き受け24時間対峙していかなければならないことを意味する。これは今にも急変するかもしれない，今にも死が訪れるかも知れない，その時どうすればいいのかという思いで，家族は療養者のそばを片時も離れられないということである。平成13年度の「終末期ケア体制のあり方に関する調査」⁸⁾では訪問看護ステーションの利用者であっても在宅死の割合は18.1%であり，いかに療養者の苦悩に24時間対峙し，在宅で看取ることの難しさがあるか推測される。

療養者は，疼痛，浮腫，嘔気，倦怠感などの様々な身体症状や，中心静脈栄養や胃瘻などの医療処置，そして死を前にした心理的苦痛といった多くの切実な問題を抱えている。家族は，療養者への【愛情】と【役割認識】をもって在宅での看病に取り組むが，療養者の【症状の進行】に恐れ，【本人らしくない姿】に心を痛み，療養者の【療養者の頑張る姿】に行き場のない気持ちを抱いていた。また，こうした【死が避けられない現実】を前に，ケア能力の【不足感】や【葛藤】を感じるとともに，急激な生活の変化に【疲労感】や【負担感】も感じていた。しかしながら，こうした療養者の状況と看病者自身の思いに【対処】していく過程において，【療養者の幸せそうな姿がみられる】ことや，できるだけことはやったという【満足感】も抱いていた。こうした家族の揺らぎは【家が一番いい】とする【覚悟】をも揺らがせるが，家族の力である【絆】と【愛情】【役割認識】によって支えられていると考えた。

2) 在宅療養継続のために，家族にとって【安心が保証される支援】とは

川越⁹⁾は，人が死ぬその時まで生きている意味を見いだすために，それまで生きてきた日々の暮らしと自

己の価値感が凝縮された在宅が、緩和ケアの優れた提供の場と考えられるのではなかろうかと述べている。同感とは言え、終末期がん患者である療養者は全人的苦痛を抱え、在宅で看病する家族はその苦悩に24時間対峙することを求められることでもある。平成15年度¹⁰⁾の在宅療養を支援する24時間連絡体制加算の訪問看護ステーションは70%未満でまだまだ不十分であり、しかも前述したように訪問看護利用者の20%未満しか在宅で看取られていない。今回の分析対象5事例全部も在宅療養期間の長さに関係なく、病院で死を迎えられていた。もちろん、死が在宅か施設内かは問題ではなく、療養者や家族がその時まで感じられた幸せに在宅療養の意義があることは言うまでもない。しかし、療養者が最期の最期までそれまで寝ていたベッドで穏やかに息を引き取り、家族がそのまま家で静かに看取ることができれば、緊張状態での慌ただしさは必要なくなり、別れを惜しむことができるのである。

鈴木は¹¹⁾終末期患者家族のニーズについて、患者の状態を知りたい、患者のそばにいたい、患者の役に立ちたい、感情を表出したい、医療者から受容と支持と慰めを得たい、患者の安楽を保証して欲しい、家族メンバーより慰めと支持を得たい、死期が近づいたことを知りたい、患者家族間で対話の時間をもちたい、自分自身を保ちたい、と述べている。家族のこうしたニーズが満たされ、安心が保証されるためには、ケアの質に関する課題および施策・体制上の課題があると考えられるが、今回の調査結果をもとに、ケアの質の観点から安心が保証できる支援のありかたについて次のように整理した。

①療養者の身体的苦痛と病状の進行に対して、関係者の連携のもと、いつでも確実に対処する、②家族のしている対処を認め支える、③家族が必要とする対処方法を具体的に指導する、④24時間すべてに対峙しなければならない家族と療養者の心へのケアをしていく。東等¹²⁾は対処を促す看護介入として、承認、安心の保証、受容、傾聴、関わりを続ける、共感などを報告しているが、整理した内容はこれらを検証するものとなったと考える。援助の具体的な形としては、ケア方法や情報の提供、あるいは家族がやっていることを認めるなど、家族の【対処】能力、あるいは【満足感】や自己効力感を高める介入方法でしかない。しかし、医療者の「いつでも対処」してくれる「行き届いたケア」は、家族の「信頼できる」気持ちを引き出すことになり、こうした支持的援助がひいては家族の力そのものを強化してゆくことにつながると考えた。

尚、今後も事例を重ねこれらの結果の分析を深め、終末期がん患者を在宅で看病する家族の複雑な心情とケアニーズをより明確にし、支援内容をより具体化する必要性があると考えた。

VI. 結論

終末期がん患者を在宅で看病している5事例の面接内容の質的分析により、在宅療養継続に関わる要因である14のカテゴリーを抽出した。これらのカテゴリーは①療養継続に必要な家族の力：【絆】【愛情】【役割認識】②家族の抱える課題：【死が避けられない現実】③療養継続の決定に関わる要因であり、コア概念：【家が一番いい】④家族の課題、希望・意向を決定：【覚悟】⑤療養継続を困難にする要因：【不安感】【負担感】【不足感】【疲労感】【葛藤】⑥療養継続を維持する要因：【対処】【満足感】⑦家族が必要とする支援の課題：【安心が保証される支援】として分類できた。これらのカテゴリーを構造化することで、家族の心情と在宅療養継続に関わる要因を明らかにすることができたと考える。療養者と家族は【家が一番いい】という思いを核としながらも、在宅療養継続の困難と維持の要因により、家族は揺らぎを生じさせており、そうした家族のもつ課題に対する【安心が保証できる支援】が、ひいては家族の力を強化すると考えた。

謝辞

本研究のために、辛い状況の中面接にご協力頂きましたご療養者ご家族の皆様、在宅ホスピスケアを提供されている川村クリニックの川村治雄医師、足立千恵子看護師、桂病院訪問看護ステーションスタッフの皆様に深く感謝いたします。

なお、この研究は財団法人佐川がん研究助成振興財団平成17年度佐川看護特別研究助成により実施したものである。

文献

- 1) 厚生労働省(1998)；末期状態における療養場所の意識調査
- 2) 厚生労働省(2003)；平成15年人口動態統計，大臣官房統計情報部編
- 3) 齊藤武(1998)；末期患者とその家族－悲嘆について，日野原重明編，患者－家族へのケア，p135-180，中央法規。
- 4) 柏木哲夫(1986)；ケアの傘のもとで，p64-95，サンルート看護研修センター。

- 5) 堀井たづ子, 光木幸子, 寫田理佳他 (2006) ; 終末期がん患者の在宅療養に関与する要因-2 事例の面接内容の分析から-, 京都府立医科大学看護学科紀要, 15巻p35-42.
- 6) 光木幸子, 堀井たづ子, 寫田理佳他 (2006) ; 終末期がん患者の在宅療養継続に関する要因, 第20回日本がん看護学会学術集会, 福岡市, 2月.
- 7) 川越博美, 山崎麻耶, 佐藤美恵子総編 (2005) ; 最新訪問看護研修テキスト緩和ケア, 日本看護協会出版会.
- 8) 日本訪問看護振興財団編 (2002) ; 平成13年度厚生労働省老人保健推進費等補助金事業「終末期ケア体制のあり方に関する研究」報告書, p3.
- 9) 前掲7) p3.
- 10) 日本看護協会・日本訪問看護振興財団 (2003) ; 平成15年度訪問看護・家庭訪問基礎調査
- 11) 鈴木志津枝 (2003) ; 家族がたどる心理プロセスとニーズ, 家族看護, Vol.1 No.2, p39-40.
- 12) 東清乙, 永田千鶴 (2003) ; 在宅ターミナルケアにおける家族対処の特徴と看護介入, 日本地域看護学会誌, Vol.6 No.1, p40-48.