

資料

ある末期がん患者の経験から考える意思決定支援のあり方

石井 美紀代* 水原 美地* 中山 昌美*
 吉原 悦子* 鹿毛 美香*

＜要 旨＞

本論文は、あるがん患者の語りをまとめた事例報告である。ギアチェンジ期の前後において、療養中の出来事と、経験の意味を明らかにすることを目的とした。

対象は60歳代男性で、胃がんの末期患者であった。対象の語りから8つの出来事と20の経験が抽出された。抗がん剤による積極的治療を中止し在宅緩和医療を選択するまで、治療に希望を持ちつつ、徐々に回復の遅れを感じていた。退院後に医療処置のトラブルに戸惑った出来事から、看護師に対して具体的な対処方法の指導を望んでいた。緩和医療を選択してからは、日常の目標を持ち、日々を過ごしている。

医療機関の機能分化が進み、がん患者が最期まで急性期病院で医療を受けることができない状況となった。対象の語りから、積極的治療から緩和医療に移行する支援の手がかりが得られた。

キーワード：末期がん患者、在宅緩和ケア、意思決定支援、患者の語り、ギアチェンジ期

I. はじめに

生活習慣病が疾病構造の主流となり、入院治療中心から通院治療、在宅療養が主流となった。平成29年の人生の最終段階における医療に関する意識調査¹⁾では、一般国民の47.4%が「自宅」、37.5%が「医療機関」と回答している。一方、平成30年の我が国の在宅見取り率は13.7%²⁾と低く、最期の時を自宅で迎える状況には至っていない。

そのため、国は2025年に向けた地域医療構想において、医療需要に合わせた「医療機関の機能分化・強化と連携」「在宅医療の充実」を打ち出している。とりわけ、がんは外来で抗がん剤治療を続ける期間が長く、治療の移行期や治療の限界以降も、いかに医療を継続していくかは重要である。国は第3期がん対策推進基本計画（平成29年～令和4年）³⁾において、がん種、世代、就労等、患者それぞれの状況に応じたがん医療や、支援の課題を改善するため、「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」「患者本位のがん医療の実現」「尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築」

を目標に置き、がん医療は拠点病院等を中心として患者の病態に応じた適切な治療・ケアの提供体制を進めている。つまり、以前のようにがん患者が最期まで急性期病院での療養を望んだとしても、実現するのが難しくなっている⁴⁾。

がんの積極的治療がこれ以上出来ないと告げられる体験は、患者にとってがんの告知を受けたとき以上の衝撃を受けるともいわれる。このような体験のなか、患者は今後の治療についての意思決定と療養の場の意思決定を同時にしていくことになる⁵⁾。「看取り」や「看取りに向けた介護」に関する考え方は一様ではない。また、これまで長きにわたり病院で診断から看取りまでを引き受けてきた日本の医療体制から、在宅での看取りや在宅療養に関する一般の人々の理解は十分でないため、「自宅で過ごしたい」という本人の意思が明確であっても、療養の場の選択や調整の難しさを伴う現状がある。⁶⁾

急性期病院の病棟看護師を対象にしたギアチェンジ期の入退院支援および在宅移行支援に関するこれまでの研究^{7) 8)}では、必要性を認めつつも、患者・家族の

* 西南女学院大学保健福祉学部看護学科

側の要因、医療者側の要因、施設側の要因から困難な状況を報告している。退院調整看護師を対象にした研究⁹⁾¹⁰⁾では、訪問看護師と直接連絡できる体制がないこと、病棟看護師が退院後の生活に目が向かないこと、等のしくみと意識の問題が要因としている。患者を対象に聞き取り調査した、有効であった看護師の支援¹¹⁾では、患者・家族に追い出された・見捨てられたと感じさせない保証体制、病状や家族の状況に応じた支援体制整備の代行、が求められていることを報告している。しかし、自ら治療移行期の意思決定を行った患者の経験そのものを報告する研究は、見当たらない。

今回、通院による抗がん剤治療を中止し、在宅における緩和医療のもとで生活している療養者にインタビューを実施した。彼が語った療養中の出来事とその対処による経験を抽出し、がんの積極的治療から緩和医療に安心して移行できる支援のあり方について考察したい。

II. 目的

自宅で医療処置を行いながら療養している末期がん患者の語りから、療養中にあった出来事とそれを対処した経験を明らかにし、積極的治療から緩和医療に移行する患者の支援のあり方を考察する。

III. 方法

1. 対象

A氏は、60歳代 男性 元教員である。妻と娘と2人の孫の5人暮らしである。胃がんの告知を受け、地域がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）で胃・胆嚢・脾臓全摘手術、さらに肺転移のため右肺部分切除をした。通院による抗がん剤治療を継続していたが、数年後、小腸狭窄や誤嚥性肺炎で入退院を繰り返すようになった。X年4月に拠点病院にて皮下埋め込み型中心静脈ポート（以下、CVポート）を留置し、退院と同時にCVポート管理のため訪問看護を導入した。3か月後、誤嚥性肺炎でサブアキュートである急性期病院に入院した。一旦は軽快したが、すぐに再発して再入院した。治療が遷延することから、9月に拠点病院に転院して経鼻経管栄養チューブを挿入した。この入院中に抗がん剤の効果がでていないことが説明された。10月に抗がん剤治療の中止を決め在宅診療医に替

わるとともに、専門的な症状緩和が必要な時と最期の時には緩和ケア病棟に入院することを決めて手続きも終えた。

面談時、日常生活動作は自立しており、訪問診療と訪問看護を受けながら、自宅で本人の意向どおりの生活を送っていた。家族に迷惑をかけたくないという気持ちから、医療処置もすべて自分でやっている。

2. データ収集

対象は、訪問看護ステーション管理者から研究参加者の紹介を受けた。

データ収集は2018年1月に、妻の同席のもと半構成面接を実施した。

面接はあらかじめA氏の希望する日時を聞き、A氏の自宅で行った。本人の体調を考慮し、説明から調査の終了までを30分以内で計画したが、参加者の語りにより延長した。面接では、在宅療養中に困ったこととその対処、看護師から受けた助言や指導、について、A氏の経験をありのままに語ってもらった。面接内容はA氏の許可を得てICレコーダーに録音した。

3. データ分析

研究デザインは質的記述的研究である。面接内容は逐語録に書き起こした。記述された内容のうち同じ出来事の部分をまとめ、時系列に整理した。そこから、積極的治療から緩和医療に移行する決意をした前後で時期を分けた。逐語録を何度も読み返し、語られた出来事を1つの意味単位とし、それぞれの出来事においてA氏が語りを、文脈の流れや経験全体と関連づけながら解釈しコード化した。分析プロセスにおいて共同研究者でデータを繰り返し検討し、分析内容の妥当性の確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者には、研究への協力は自由意思であり研究に協力しない場合でも不利益は受けないこと、研究協力に同意後でも撤回できること、プライバシーの保護を遵守すること、研究結果は学会誌等で公表することを、研究者が直接文書及び口頭で説明し署名をもって同意を得た。

V. 結果

A氏の語りから得られた8つの出来事を、積極的治療から緩和医療へ決定した前後の2つの時期に分けた(表1)。A氏が語った各出来事とその対処による経験をまとめた。「」は、実際のA氏の語り、()は解釈のコードである。

1. 合併症で入退院を繰り返しつつ、外来で抗がん剤による積極的治療を続けていた時期

この時期、A氏の語りから5つの出来事による経験が語られた。

1) karoujite最後の卒業式を見届けたことによる経験

退職を控えた2月に、A氏は小腸閉塞を起こし、手術目的で入院した。誤嚥性肺炎を併発し、手術ができないまま入院が延びていた。教員であるA氏は、卒業式が気がかりであった。「誤嚥性肺炎の治療をしながら、入院中は抗がん剤の治療をしようって、それで、3月16日に退院して、で、23日の卒業式にはkaroujite

て出て(治療と社会的責任との間の葛藤と安堵)」と、最後の卒業式を見届けられた安堵感を語っていた。

2) CVポート挿入したことにより安定した生活を送った経験

この頃には食事が食べられなくなっていた。抗がん剤治療も継続していたことから、4月にCVポート手術のための入院に踏み切った。「それについての指導がいろいろあって(処置について好意的な受け止め)」と、退院指導の様子を語った。自宅での医療処置が必要になったことから、この時に訪問看護が導入された。CVポートによって、A氏はしばらく安定した療養が続いた。

3) 自宅で医療処置の細かいトラブルにより戸惑った経験

退院後、医療処置全てをA氏自身が行っていた。退院直後は、病棟看護師から受けた指導内容で対応できない細かいトラブルがあった。「細かいことを、いろんな操作やらなんやらは、基本的には、こういう症例が少ないから、病院でもわかってないみたいで。細か

表1. A氏が語った療養中の出来事と経験

| | A氏の治療状況 | A氏が語った療養中の出来事 | A氏の経験 |
|---------------------------|--|-------------------------------|---|
| 外来で抗がん剤による積極的治療を繰り返していた時期 | 2月:小腸狭窄で入院 誤嚥性肺炎を併発 | karoujite最後の卒業式に参加する 教員を退職 | 治療と社会的責任との間の葛藤と安堵 |
| | 4月:CVポート埋め込み術 | CVポートにより比較的安定した 生活を送る | 処置について好意的な受け止め |
| | | 自宅で医療処置の細かいトラブル | 退院指導が具体でなかった不満 個別性を見てほしいがん患者としての要望 |
| | 7月:誤嚥性肺炎で入院 8月:誤嚥性肺炎で入院 9月:肺炎の改善が見られず転院、 経鼻経管栄養チューブ留置 | 誤嚥性肺炎により入院を余儀なく される | 安定した療養が崩れた落胆 |
| | | 再入院中に回復の遅れを感じる | 徐々に回復が遅れている焦り 治療の限界への懷疑 治療継続に向けた希望 治療の効果を実感・回復への期待 |
| | | | |
| 在宅療養をしている時期 | 10月:抗がん剤治療中止 在宅医の訪問診療開始 緩和ケア病棟申込み | 治療の効果が得られない宣告により 緩和医療を選択 | 自分で治療方針を決定した安堵 がんを敵視しない境地 |
| | | 突然のチューブ閉塞に焦りつつ 対応できる | 突然のトラブルに対する動揺 トラブルを対処できた自信 納得いく説明がなされない不満 次の医療トラブルの不安 他のがん患者への気遣い |
| | | 自宅で日常の目標をもち日々を 生活している | 生活目標の設定による鼓舞 身近な存在である妻への配慮 先が予測できない不安 先を見通せる情報の要望 |

い説明はないっちゃね。(退院指導が具体でなかった不満)」と、入院中の指導になかったトラブルを、自分で対処してきた自信をにじませた。病棟看護師に対して「結局ね、人によって病状もあれも、個人差がいっぱいあるけね。看護師さんもいろんな事例を体験してね、その中で判断力をつけていかんと。マニュアルで、こういう風にしなさいち言うても、がんの末期は一人ひとり違うんやないかと、僕は思うけどね(個別性を見てほしいがん患者としての要望)」と、語った。

4) 誤嚥性肺炎により安定した療養生活から入院を余儀なくされたことによる経験

7月、誤嚥性肺炎で急性期病院に2週間入院した。「中心静脈栄養をずっと入れよったんやけど、誤嚥性肺炎が、また。7月ですか。3か月空いて、起こって(安定した療養が崩れた落胆)」と、語った。

5) 再入院中の出来事による回復の遅れを感じた経験

1か月後に誤嚥性肺炎で急性期病院に再入院した。A氏は再入院中の状況を「要するに、中心静脈栄養では、免疫力が出らんから、で、誤嚥性肺炎を起こしても、なかなか自分で治れん(徐々に回復が遅れている焦り)」と、分析した。ここで、これまで肺炎の治療を受けていた急性期病院から、拠点病院に転院することになる。「A病院では、どうにもできんということ(治療の限界への懷疑)、B病院に転院して、今度、のどのチューブ(経鼻経管栄養チューブ)を入れたんよね。(治療継続に向けた希望)」と、語った。転院先のB病院では、栄養チームが経管栄養・水分・塩分の量を検討しながら1日の栄養注入量を決めていった。「これをやり始めたら、体重が少し増えてきて、免疫力が上がってきたんかしれんけど、誤嚥性肺炎も起こらんようになった。(治療の効果を実感・回復への期待)」と、語った。

2. 抗がん剤治療の中止を決断し、在宅療養をしている時期

この時期、A氏の語りから3つの出来事による経験が語られた。

1) 治療の効果が得られない宣告により緩和医療を選択したことによる経験

誤嚥性肺炎の治療が遅延し、経鼻経管栄養チューブを挿入したことは、A氏にとって大きな出来事であった。同時に、抗がん剤の効果がなかったことが告げられた。A氏は抗がん剤による積極的治療の中止を決断し、自宅近くの在宅療養支援診療所を自ら選んで、訪問診療を依頼した。「抗がん剤は効果がないからやめて、で、もう、緩和医療の方に、何かあったら移るといこと

で(自分で治療方針を決定した安堵)」と、緩和ケア病棟に申し込み、最期の時を見据えた療養の準備の経過を淡々と語った。ここでは、他人に相談や助言を求めることはなかった。その代り、「いろいろ、がんの体験記やら何かを見たりするけど、一人ひとりちがうもん。これで、がんに打ち勝ったとか、何とかいうけど。そりゃそうや、あんたはすごいやろうけど、ということしか、こっちは言いようがないもん。(がんを敵視しない境地)」と、語った。

2) 突然のチューブ閉塞により焦りつつも対応した出来事による経験

療養中のある日、大きなピンチが訪れた。夜間、睡眠薬を注入していた時にチューブが詰まってしまった。「どうなったら、どうなるというふうな話やら説明がないけ。詰まったときは『どうしよう』っち話になるよね(突然のトラブルに対する動揺)」と、話し、「次の日に、朝一番に電話して、とにかくね、すぐ来てくれちゅうことで、で、手術してもらったから、日帰りのできたんです(トラブルを対処できた自信)」と、対処の様子を語った。チューブ閉塞のリスクについて以前の説明でなかったことから、「どういう理由で詰まるんかち言うても、『もう、そんな詰まることもあるよ』みたいな話で。原因がわからん(納得いく説明がなされない不満)」と、病棟看護師に答えられ、「今回は平日の夜に詰まって、翌日に診察日やないけど連絡して、すぐ行って、入れ替えてくれたけ、良かったけど。例えば金曜日の夜に詰まったら、どうなるんやろとかかね。(次の医療トラブルの不安)」と、不満と不安を語った。その後、自宅では濃度を薄くして入れるようにし、薬の溶かし方は、訪問看護師とともに温度を高めにしたたり、振りながら入れたり、試行錯誤した。このピンチを振り返り「いろいろ試行錯誤でやってみたけど、俺はたまたま、そうやって判断、工夫するあれがあるけど、多分、俺より悪い人たちは、そのまんま、どんどん悪くなっていくだけ(他のがん患者の心配)」と、同じがん患者を気遣っていた。

3) 在宅緩和医療移行により日常の目標をもち日々を生活している経験

面接時は、「20～30分の散歩やったら、何とか。外に出られるようになってるし。風呂も、洗髪も、体洗うのも自分ひとりでやってます。出来るだけ、自分のことは、自分でせにやいかん、と思うとるけ。(生活目標の設定による鼓舞)」と話し、「とりあえず、現状維持をするように。で、風邪とかひかんこと。これ以上、かみさんに迷惑かけんように(身近な存在である

妻への配慮)」と、語った。看護師に対して「結局、こういう状態になったときに、これから先、どうなるんやろうからゆう不安感、みんな持つと思うね。(先が予測できない不安)で、そういう不安感に対して、やっぱり言える範囲内で、先の見込みみたいな、多分、これから起こるであろうことについての予測みたいなことは、ある程度、話してやっつく方が、本人も家族も、そこから先のことはある程度読めた方が、それが軽減できるんやないかと思うけどね。(先を見通せる情報を要望)」と、語った。

VI. 考察

A氏は、がんの治療と両立を続けていた教員の仕事を退職し、外来での抗がん剤治療に専念した。誤嚥性肺炎によって入退院を繰り返し、回復の遅れを感じていたところに、主治医から抗がん剤の効果が得られない説明を受けた。ここをターニングポイントに、積極的治療から在宅緩和医療にギアチェンジし、最期は緩和病棟で迎える決定を自ら行った。ギアチェンジ前後において、療養中の出来事をまとめ、療養者の支援のあり方を考察する。

1. 合併症で入退院を繰り返しつつ積極的治療を続けていた時期

A氏は、退職が間近になった2月に入院し、治療の目的が立たずにいた。しかし、教員として、最後の卒業式への思い入れはひとかたならぬものがあつた。「卒業式にはかろうじて出て」と語ったことから、卒業式の参加は人生の区切りとして重要な出来事であったことが想像できる。

がん患者の就労継続に影響を及ぼした背景要因¹²⁾の第1位は「体力の低下」、第2位は「価値観の変化」、第3位は「薬物療法に伴う副作用」となっている。このころのA氏は食事が食べられなくなり、教員として体力的に限界であったことが伺える。退職後、すぐにCVポート留置による持続点滴を始めたことは、職業人としての役割を終え、希望をもちつつ治療に専念する病人役割を選択したのであろう。

退院後、CVポートによる持続点滴の管理では細かなトラブルがあつたものの、自分で対処した自信に繋がっていた。A氏にとっては初めての医療処置であるため、不安と戸惑いが大きかったことが予測できる。しかし、困りごととしての語りがなかつたのは、退院

と同時にCVポート管理目的で訪問看護が導入され、訪問看護師とともにトラブルを解決できたからではないだろうか。がん患者にとって、それぞれの病気における継続看護が大きな支えとなる¹³⁾。奥村¹⁴⁾は、終末期がん患者の在宅療養支援上の困難や課題の1つに「訪問看護の導入時期の遅れ」を指摘している。また、井上¹⁵⁾は、急性期病院と地域の在宅チームとの連携支援体制による継続が重要としている。自宅での医療処置が必要になった場合の退院調整では、自宅で医療処置がスムーズに継続できるように、訪問看護のような社会資源の導入が不可欠であるといえる。

この時期の前半は入院するエピソードはなく、比較的安定した療養をしている。抗がん剤治療も続けており、希望が持てた時期だつたと思われる。その後、誤嚥性肺炎により入院を余儀なくされ、落胆、焦り、懐疑、希望、期待、と、短期間で治療に対する経験を重ねた。そして、入院中に主治医から治療効果が得られない宣告を受け、療養の場の選択が求められた。

がん患者の意思決定場面における看護師の役割は、患者と家族が自分の病状や治療の選択肢を正しく理解した上で、自分の生き方や望む生活への影響や対応策を考え決定するように支援することである¹⁶⁾。松本¹⁷⁾は、ギアチェンジ期に至るまでのインフォームド・コンセントや、意思決定プロセスをどのように行ってきたかということを知ることは、ギアチェンジの意思決定を支える時にはとても大切なことである、と述べている。しかし、医師によってギアチェンジについての説明が様々であること¹⁸⁾¹⁹⁾や、看護師の業務量の多さから患者・家族に深くかかわっていけなかつたり、ギアチェンジ期から終末期にある患者の援助に自信がなく、患者や家族に関わることに躊躇している急性期病院の看護師状況が報告され²⁰⁾、急性期病院においては治療移行期に十分な支援の体制が出来ていない現状がある。また、外来で抗がん剤治療できる期間が長くなり、終末期をどのように過ごすかについての準備が難しくなつてきている。そして、今後は入院の機会が減ることから、従来の「入院中の退院支援」ではなく「通院患者に対する在宅療養支援」が重要になってくる²¹⁾。積極的治療から緩和医療中心にシフトするギアチェンジ期や、人生の最終段階をどこで療養するか決定には、患者・家族にも揺らぎもある。その準備段階から意思決定まで、外来、病棟、在宅における看護師や多職種が継続、一貫した支援をできる体制が必要である。中でも訪問看護師はジェネラリストであり、進化し続けるがん看護に対応した知識を持っていると

言えない。継続医療や継続看護の質を上げていくために、病院のがん認定看護師やがん専門看護師が在宅ケアチームに参加し、協働するしくみが望まれる。

2. 抗がん剤治療の中止を決断し在宅療養をしている時期

A氏は、外来での抗がん剤の中止を決め、訪問診療と訪問看護を受けながら、日常生活のことを自分でできるまでは自宅で過ごし、最期は緩和ケア病棟で迎える支度を自分自身で整えた。面接時は、淡々とその過程を語った。最期の療養の場の決断までには、「いろいろ、がんの体験記やら何かを見たりするけど、一人ひとりちがうもん。」と語っており、自分の価値観を再構築しながら自ら情報を集め、今後の選択肢をシミュレーションしていたことが伺える。意思決定スキルに優れた人は、どちらの選択が自分にとって有益かという判断を効果的にできるので、その迷いから生じる不安やストレスが少ないと言われる²²⁾。そのため、患者自身が自分の病気について、どのようなことをどの程度まで知るか、ということは病気に関するすべての事柄についての自己決定を行う上での基本となる。なぜかということ、どうなっているかということが患者にわかるとわからないでは、その不安はかなり違うはずである²³⁾。医療者は、患者が何をどこまで知りたいか、精神的な打撃とそのサポート体制とのバランスをみながら、正確な情報提供を行い、意思決定を支える役割があると考ええる。

療養中に起きた出来事として、就寝前の睡眠薬を注入中に経鼻経管栄養チューブが閉塞したことが語られた。病棟では看護師がチューブ管理をするため、チューブトラブルというと固定部のテープかぶれと事故除去が多く、閉塞トラブルは少ない。そのためか、A氏に対してのリスク説明は、テープかぶれと除去の2点であったという。A氏は突然のトラブルに動揺するが、結果的に対処できたことで自信になっていた。一方、A氏が病棟看護師に閉塞の原因を聞くと『もう、そんな詰まることもあるよ』との回答に、納得いく説明がなされない不満となった。急性期病院の病棟看護師は、退院後を見据えた視点に乏しいことが指摘している²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾。また、訪問看護師を対象にした調査²⁸⁾で、病棟看護師が在宅療養を見据えた退院指導を出来ない要因として、短い入院期間中だけでは患者・家族が手技を獲得できない、病棟看護師は自分たちが実施した退院指導を評価する機会がない、といった仕組みの問題が指摘されている。患者や家族が在宅や地域で

どのように生活し、看護はどのように提供されているかを、病棟看護師が知るとともに、患者に実施した退院指導が自宅でどう取り入れられているかを評価できる仕組みができることで経験値が蓄積され、個別性のある退院指導につながると考える。

在宅療養中のA氏は、「これ以上、かみさんに迷惑かけんように」と、日常生活のことだけでなく経管栄養の注入も自分で行っていた。そして、最期は緩和ケア病棟で迎えることを決めていた。大塚ら²⁹⁾は、がん患者が家族に対して、自分の病気や介護ニーズにより負担をかけていると感じる感覚には「申し訳なさ」が多く、この申し訳なさを抱く患者は、自己責任感に基づき、家族のために選ばなければならない選択をし、家族に対する不衡平感を回復させようとすることを指摘している。今後、病気の進行によって出来ていたことが出来なくなる事実から、療養上の揺らぎが生じることが予測される。その決定にあたって、本人の意思決定の背景を推し量り、場合によっては家族看護の視点で介入していく必要があると考える。

これまでA氏は、教員を退職する時期を自分で決め、抗がん剤治療をやめることも自分で意思決定してきた。一方、これからの出来事について、先が予測できない不安を語っていた。A氏が闘病記を読み、先輩がん患者の情報から得た結論は「一人ひとりちがう」ということであった。星野³⁰⁾は、妻のがん治療の経験と数多くの闘病記を読んだ経験から、「ただ、誤解してほしくないのは、患者が知りたいのは“おおよその目安”で厳密な“余命の予測”ではないということである。自然界では“想定外”の事態が起きることは、一般人でも承知している。死期が間近に迫れば嫌でも分かるだろうから、細かな余命告知は要らぬお世話だろう。」と述べている。全人的ケアを行うための基本姿勢は、患者に寄り添う姿勢である。生きることは、割り切れないことや正解のないことの方が多い。逃げないでそばにいて、患者の揺れに寄り添い、容易には解答の出ない問いとともに苦しんだり、揺れたりすることが大切である³¹⁾。

Ⅶ. 結語

最期の療養の場を選択したある末期がん患者に、療養中の出来事とその対処を尋ねた。

A氏は、意思決定の場面ではすべて自分で選択し、医療処置のトラブルも自分で対処した出来事から、在

在宅療養上の自信となっていた。ギアチェンジ期を経て在宅医療を受けながら、日常の目標をもち日々の生活をしてきた。また、医療者に対して個別性を判断して指導してほしい、患者・家族が不安を持たないように情報を提供してほしい、という要望を語った。

本稿は、1事例の語りであり一般化することはできない。しかし、ここで得られた事実から、患者の意思決定の過程を支援する一助となると考える。

謝辞

本研究を行うにあたり、療養中に快く面接に同意いただきましたA氏に心から感謝申し上げます。

なお、本研究は西南女学院大学保健福祉学研究所の助成を受けて実施した。

引用文献

- 1) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書：51-52, 2018 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf 2020. 9.6 閲覧
- 2) 在宅医療の推進について 在宅医療にかかる地域別データ集：厚生労働省ホームページ, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> 2020. 11.14 閲覧
- 3) 厚生労働省ホームページ：第3期がん対策基本計画, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf> 2020. 9.9 閲覧
- 4) 森京子 古川智恵：在宅緩和ケアの移行における看護師の援助—終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助—日本在宅看護学会誌. 6 (2) : 65-74, 2018
- 5) 山内桂子：第2章1. 療養の場の意思決定支援とコミュニケーション能力. がん看護実践ガイド がん患者へのシームレスな療養支援. 第1版. 17-25, 医学書院. 東京, 2015
- 6) 得みさえ：第2章 2. 医療連携が必要な背景と療養の場の選択肢 がん看護実践ガイド がん患者へのシームレスな療養支援. 第1版：31-38, 医学書院. 東京, 2015
- 7) 加利川真理 小河育恵：ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ. ヒューマンケア研究学会誌. 4 (2) : 7-16, 2013
- 8) 森一恵 杉本知子：高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題, 岩手県立大学看護学部紀要. 14 : 21-32, 2012
- 9) 北川恵 岩郷しのぶ 他：急性期病院の退院調整に携わる病院看護師の在宅移行連携の実態と認識, 看護展望. 34 (13) : 82-89, 2009
- 10) 高本あゆみ 水原美地 他：訪問看護師が「急性期病院の病棟看護師が行う退院支援」に期待すること. 第49回日本看護学会論文集(急性期看護) : 123-126, 2019
- 11) 森京子 古川智恵：在宅緩和ケアへの移行における看護師の援助—終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助—. 日本在宅看護学会誌. 6 (2) : 65-74, 2018
- 12) 桜木なおみ：これまでの就労に関する実態調査. 緩和ケア. 29 (1) : 10-15, 2019
- 13) 平原優美：在宅療養中ががん患者を支えるための看護連携 特集 地域で暮らすがん患者への包括的支援. 看護展望. 26 (2) : 142-146, 2016
- 14) 奥村美奈子：A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題. 岐阜県立看護大学紀要. 13 (1) : 103-113, 2013
- 15) 井上美佳：誤嚥性肺炎・摂食機能障害患者など栄養管理が必要な患者への入退院支援・在宅移行支援. 看護展望. 28 (11) : 1002-1007, 2018
- 16) 平山さおり：がん患者への入退院支援・在宅移行支援. 看護展望. 28 (11) : 996-1001, 2018
- 17) 松本仁美：症状緩和が中心となる時期への移行時の意思決定支援—ギアチェンジ期のサポート—. Nursing Today. 22(11) : 22-25, 2007
- 18) 再掲7)
- 19) 再掲8)
- 20) 再掲7)
- 21) 再掲16)
- 22) 久保五月：第2章がんサバイバーが直面する課題と支援 2. がんを生き抜く道具箱, がんサバイバーシップ がんとともに生きる人びとへの看護ケア. 第2版 : 20-28, 医歯薬出版. 東京. 2019
- 23) 和久本芳彰：第3章1. 患者の物理的欲求 がん患者のための心理学 実践的サイコロジー : 82-89, 真興交易医書出版部. 東京. 1997
- 24) 再掲9)
- 25) 豊原弓加：慢性疾患患者の在宅療養にあたり病院看護師と訪問看護師が行う支援に関する研究—病院看護師と訪問看護師が行うやりとりに注目して—. 勇美記念財団

2013 年一般公募在宅医療研究助成報告書, 2015

- 26) 川口いずみ：急性期病院における在宅医療への取り組み
—看護師の退院支援に対する意識の現状と課題—。勇
美記念財団 2016 年一般公募在宅医療研究助成報告書：
1-11, 2017
- 27) 再掲 10)
- 28) 水原美地 石井美紀代 他：慢性疾患をもつ高齢者の退
院調整にかかわる職種が感じる困難感。西南女学院大学
紀要。24：35-45, 2020
- 29) 大塚美樹、佐々木由紀、谷村千華：終末期がん患者の家
族介護者への Self-Perceived Burden。日本看護研究学
会雑誌 40 (2)：113-118, 2017
- 30) 星野史雄：第Ⅴ部 1. サバイバーのこころ - 闘病記を
読み続けて - がんを生きる人への心理社会的ケア。緩和
ケア, 22 (6月増刊号)：148-151, 2012
- 31) 広瀬寛子：第Ⅲ部 1. こころとからだのつながりとケア
がんを生きる人への心理社会的ケア。緩和ケア, 22 (6月
増刊号)：148-151, 2012

Decision Support from the Experiences of Patients with Terminal Cancer

Mikiyo Ishii *, Michi Mizuhara *, Masami Nakayama *,
Etuko Yoshihara *, Mika Kage *

<Abstract>

This paper summarizes the case report of a cancer patient's. The purpose was to clarify the meaning of events and experiences during recuperation before and after the gear change period.

The subject was a man in his 60s, a late-stage gastric cancer patient. Eight events and 20 experiences were extracted from the subject's narratives. He was hopeful for treatment and felt a gradual delay in recovery until he stopped aggressive treatment with anticancer drugs and opted for home palliative care. He wanted specific guidance on how to deal with the nurses after a perplexing incident of trouble with medical procedures after discharge from hospital. Since choosing palliative care, he has set daily goals for his life.

With the increasing functional differentiation of medical institutions, cancer patients are no longer able to receive care in acute care hospitals until the end of their lives. The subject's narrative provided valuable lessons to support the transition from aggressive treatment to palliative care.

Keywords: end-of-life care setting, terminally ill cancer patient, home-based palliative care, patient's narrative, gear change period

* Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University

