

一般病棟における終末期食道癌患者と家族への意思決定支援 ～看取りを経験した家族と共に振り返る～

キーワード：終末期，家族，意思決定支援，看取り

望月薫 7階東病棟

I. はじめに

日本において二人に一人は罹患すると言われている癌は総死亡率の3割を占めると言われている。それに伴い様々な治療法が開発されてきた。近年では終末期を見据えた意思決定支援のアプローチ方法として「ACP(アドバンスケアプランニング)」の重要性が言われている。しかし、日本ではACPは広く浸透されていないのが現状であり、急な告知を受け入れきれない場合や意思決定能力の低下により家族と十分に話し合うことが出来ないまま亡くなる人も多くいる。そして、一般病棟でそのような患者を看取ることが多くあることも事実である。家族は「第二の患者」とも言われており、家族は「患者のサポーター」としての役割を期待されると同時に「第二の患者」としての葛藤にも向き合わなければならない²⁾。しかし、家族は患者と共に闘病しているにも関わらず一般病棟では看取り後に関わる機会がなく、その後の過程を把握出来ていない。

先行研究の中には終末期患者の心理変化を振り返って考察する研究はあるが、家族を対象としている研究は少ない。また、急性期病院での看取りを経た家族は患者同様、死への受け入れが出来ておらず精神的負担が強いと報告されているにも関わらず、看取りを経験した配偶者を対象とした質的研究は見当たらない。そこで、一般病棟で亡くなる終末期患者と家族への意思決定支援について考察することとした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象者

一般病棟で看取りを経験した終末期食道癌患者A氏とその配偶者とした。

3. 経過

A氏は60代男性で妻と同居しており、娘と息子は共に家庭を持っていた。胸部中部食道癌に対して術前DCF療法を2クール施行し、胸腔鏡下食道亜全摘術を施行した。その後、リンパ節転移・胸膜播種が見つかり、オプジーボ(分子標的薬)を開始した。その後自宅で食欲不振と呼吸困難感が出現したため緊急入院となった。モルヒネを投与後も呼吸困難に対しての不安が強くなっていき、酸素量や酸素飽和度を常に気にするようになり、ナースコールも頻回になっていった。呼吸困難感は気管浸潤によるものであったため吸引で本人の苦痛を取り除くことは困難であった。緊急入院後は状態が著しく悪化していき、入院後10日目で亡くなった。A氏は頑固で小心者な性格であった。主治医に対して強い信頼感を抱いており、試すことの出来る治療はなんでも行ってみたいという気持ちが強かった。身体的負担が強い時は、看護師や妻に暴言を吐くことも多かった。何度も入院を重ね、信頼関係の構築が出来ている看護師に対しては自分の思いを吐露することもあった。妻はA氏の治療に関する自己決定を尊重しながらも性格を理解し、なだめるように関わっていた。

4. 調査方法

環境や気持ちに変化の兆しが表れ始めると言われている死後四十九日-を過ぎた時期³⁾に、対象遺族に対して調査の趣旨を電話で説明し内諾を得た。その後同意説明書・依頼書・返信用封筒を送付した。文書による研究説明を行い、返送される同意書をもって研究の同意を得た。日程調整を行い、電話にてインタビューを行った。

III. 用語の定義

意思決定支援(ACP)：本研究は「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人

を主体に、その後家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセス」とした。

家族：同じ家に住み、生活を共にする配偶者および血縁の人々。本研究では「同居している配偶者であるの妻」と定義した。

IV. 倫理的配慮

研究の協力は自由な意志によって行われるものであり、いつでも研究を辞退出来ること、プライバシーの保護に努め、個人情報には研究以外の目的では使用しないこと、個人が特定されないようにすることを文書と口頭と電話時に説明し同意を得た。

V. 結果

インタビューでは入院時から亡くなるまでの【病状について告知を受けた時(緊急入院時)】、【訪問看護を導入して家に帰ろうとした時】、【本人の希望で自宅退院をやめた時】、【本人の希望で鎮静剤を使用し始めた時】、【亡くなった時】、【亡くなって四十九日が過ぎた時】の6つの局面ごとに振り返ってもらった。本人の経過と実施した看護、妻の思いについては表1に示した。

医師の勧めもあり、家族と連携し早急に退院調整を開始した。不安が多い家族と一緒に自宅退院に向けて具体的な計画を立てていった。「何が分からないかも分からない」と話していたが、自宅に帰った時を想定し、痰吸引の練習や酸素投与方法について指導を行った。医療機材を一緒に扱うことで、医療処置が妻にとって身近な存在へと近づいていった。他にも、不安が強い妻に対して24時間対応型有料看護サービスを紹介した。自宅での生活をイメージしてもらうことで妻は「これなら家に帰れるかも」と、思い始めた。しかし、病状悪化に伴いA氏の強い希望で自宅退院は中止となり、鎮静剤を使用し安楽に過ごすことを希望された。これらのどの局面においても、妻は本人の意志を尊重し、望むことが出来るようにサポートしていた。鎮静剤を使用し始め1日で亡くなり、緊急入院して

10日経過した日に病棟で看取ることとなった。

VI. 考察

1. ACPに基づいた意思決定支援の重要性

緊急入院してきた際、厳しい告知を受けたが、病状悪化過程のイメージがついていなかったことで夫婦共に混乱を生じてしまった。ACPが不十分なまま終末期を迎えたため、予後や今後の療養場所について短期間での意思決定を迫られることとなった。身体的・精神的負担が強い終末期にACPを本人に聞いたとしても、正常な判断が難しくなり、思っていた終末期の過ごし方は現実的に難しいと諦めてしまう可能性も高くなってしまう⁴⁾。実際に緊急入院後、早急に退院調整を開始し、自宅退院を目指そうとしたが、結果的に本人の負担が強くなり、一般病棟に残りたいという気持ちを覆すことは難しかった。本当は自宅退院を希望していたかもしれないが「身体がきつい」「家族に迷惑をかけたくない」などと全人的苦痛を感じ、一般病棟での看取りを希望した可能性もある。また、家族も自宅に帰ることを実現出来なかったことがA氏の死後も後悔として記憶に残っていた。本人の希望を実現することが家族の達成感に繋がると考える。

医療者には終末期の話題に対する抵抗があり、患者に終末期の意向を確認するタイミングは遅い傾向にある⁵⁾と言われている。実際に、積極的治療を望む患者に対して、治療困難時の対応について話し合うことは治療に対するやる気を損なわせることや、不安を募らせる可能性があり、難しいことかもしれない。しかし、家族にとって、終末期の不安は経過の中で一番大きいと言われており⁶⁾、本人と家族の意思決定に関係してくることが考えられるため、早期からのACPが重要となってくる。患者と家族は、死ぬことを受け入れられず衝撃を受けた心理状態にあるからこそ、医師からの説明をどこまで理解出来ており、どのように過ごしていきたいかを一緒に考える過程を踏むことが看護師には求められると考える。ゆえに、入退院を繰り返す

ている患者と家族との信頼関係が構築出来ている一般病棟の看護師として、ACPに基づいて患者や家族の思いを聞くことや、外来と連携した退院前面談などを行っていくことが重要であると考える。

2. 妻への意思決定支援とグリーフケア

家族は病状を告知された時は本人同様、驚きと悲しみを経験した。「家に帰りたい」という本人の意思を尊重したが、看取りを経験したことがない家族は不安を抱いていたと考える。しかし、自宅退院に向けて看護師が細かくで具体的な計画を立てることで、退院へのイメージが付き始め、自宅で看取ることに対しての覚悟や自信に繋がったと考える。このことから、看護師と家族が退院に向けて何度も話し合う過程で信頼関係を構築し、共に患者の希望を叶えようとすることが重要であったと言える。

看取りを経験した家族は、終末期全てに対して後悔を抱いているのではなく、本人の希望を達成させてあげられなかったことや、病状や今後について理解不十分であったことを悔やんでいた。闘病経過を振り返り、精一杯やったという満足感が得られることや悔いを残さないことが死別後の悲嘆反応にとって重要であると言われる⁷⁾。家族は、「自宅退院」を目標に、残された時間をA氏のために尽くしたいという覚悟がついてから精一杯出来る限りのことに取り組んでいた。相談相手や看病代行者がいないことは、家族の不安が増強する要因であると言われる⁸⁾。ゆえに、子ども達から全面的な介護協力を得られないことや、迷惑をかけたくないという気持ちを抱えながら、患者をサポートすることは家族の負担が大きく、不安増強に影響していたことが考えられる。結果的に自宅退院は叶わなかったが、家族も共に治療に関わり、一緒に考えることが、家族にとって死別後の悲嘆の過程の中で重要となってくるといえる。一般病棟に緊急入院してくる患者には残された時間が少ない場合が多いが、家族と一緒に話し合い、家族が満足感を得られるような援助を行う

ことで、死後の負担を軽減出来ると考える。すなわち、家族のグリーフケアには、入院中からの寄り添った関わりが重要であり、家族の心情を理解し、承認することが家族の死後の悲嘆を軽減することに繋がると言える。

VII. 結論

1. 早期からのACPを行うためには患者と家族がどのように過ごしていきたいか一緒に考える過程が看護師には求められる。そして、一般病棟の看護師として、外来と連携し情報交換を行うことが重要である。
2. 家族と看護師が、患者の希望を叶えるために何度も話し合う過程で信頼関係が構築され、意思決定支援に影響する。家族のグリーフケアには、入院中の寄り添う関わりが死後の悲嘆軽減に繋がっていく。

IX. おわりに

本研究では、対象者は一組の患者と家族であった。そのため、本研究の知見を一般化するにはさらに対象を増やした研究を行う必要がある。円滑な意思決定支援を行っていくためにも早期からのACPの推進し、継続的に研究を行う必要がある。

X. 参考文献

- 1) 大西秀樹他：緩和医療における家族ケアの基本. 和医療学, 10(4), 9, 2008.
- 2) 平賀睦：遺族の心の整理を促すための訪問看護師による効果的な遺族訪問方法の検討. 日本赤十字広島看護大学紀要, 17, 29-35, 2017.
- 3) 森京子他：独居終末期癌患者が在宅への療養場所を移行する際に体験した困難, ホスピスケアと在宅ケア, 27(1), 17-22, 2019.
- 4) 竹内佐智恵他：ACPに関する文献レビュー. 三重看護学誌, 17, 71-77, 2015.
- 5) 久松美佐子他：終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因. 日本看護科学会誌, 31(1), 58-67, 2011.
- 6) 川又絵他：在宅ターミナル患者をみとった家族の死別期における悲嘆反応とその支援, 保健婦雑誌, 55(5), 413-421, 1999.

表 1)

①病状について告知を受けた時～入院中	本人の経過 病状告知を受け、理解された。IC時は気丈に振る舞い、残っている仕事を終わらせたいと話される。状況を受け止めようとしていたが、落胆を隠しきれず、告知後数日は眠剤を使用し休もうとされる。一人で病室にいらると呼吸苦の出現が強くなる。「治らないのなら終わりにしたい」「こんななについに死にたい、死なせてくれ」等の発言が増える。オプンを開始したが症状改善が見られず、モルヒネを開始。投与開始後は精神的に落ち着く時もあった。主治医の勧めもあり、2 回目のオプゾーボを行う予定であったが、全身状態不良のため本人の希望もあり、中止となる。	看 思 の 傾 聴 IC 後は気持ちの整理ができず、「眠りたい」等の発言が多かった。眠剤や酸素投与を行いながら症状緩和に努めた。夜間になると顔コールドになり、呼吸苦が増強するたためベッドサイドでゆっくり話す時間を設けた。 ・症状緩和 適宜モルヒネのブラッサンシュ、痰吸引を実施。 Spo2 の値を気にしていたため、夜間子機モニターを装着し本人が安心できるようにした。	妻の思い ・化学療法が副作用が出現していると思っていたが、いきなり緊急入院時に厳しい病状を告知されたショックと驚きを隠せなかった。 ・「今までこのような経験がなかったため、何もかも分らなかつた」と振り返られ、本人の希望があったとしてもオプゾーボを行うべきだったのかと思われていた。治療や今後の経過について理解出来ていなかった部分が多く、病状悪化の過程のイメージがついていなかった。
②訪問看護を導入して家で帰ろうとした時(亡くなる 1 週間前頃)	始めは、妻に迷惑をかけたくないという気持ちが強くなり自宅退院は希望していたが、主治医の勧めもありり自宅退院へと気持ちが変わっていった。 退院前日は臥床シャワーを実施。退院後は仕事も出来そうと話されていた。	・自宅退院を指して具体的なプランニングが痰吸引や酸素投与について指導を実施。一緒に実践して練習を行った。金銭的に余裕があったため、訪問診療・訪問看護の他に 24 時間対応型有料看護サービスも提案した。奥さんは初めての介護に対して不安が強かったため、24 時間サポートを得られることに安心していた。酸素ポンベの導入やベッドのレンタルについても話し合い、自宅退院へのイメージをつけてもらった。	・自宅退院に対してイメージがつかず不安と話していたが、看護師や MSW からの具体的なプランニングにより、「とりあえずやってみよう」という心構えへと変化していき、奥さんの自信に繋がった。
③本人の希望で自宅退院を辞めた時(亡くなる前日)	退院前日から発熱と呼吸苦増強が見られ、酸素量を 12L へ変更。不安が募り始め、自宅退院を辞めたいと話される。「今すぐ眠らせてほしい」「カッ」となる性格だから家に帰っても妻に迷惑かけただけ」「もう苦しいことは耐えられない」の一点張りであった。	・思いの傾聴 自宅退院を辞めると言い出した本人を説得するために医師・看護師・奥さんと本人に話しをしに行く。説得したが、本人の意思は固く、退院は中止となる。	・自宅へ連れて帰りたいと考えていたが、本人の辛そうな状況と強い訴えを聞き、案になってほしいと思った。「はつきり言って後半はもう良いよ」と思った。もう案になんないって。半そうだった」と涙を流し振り返られる。
④本人の希望で鎮静剤を使用し始めた時(亡くなる前日)	「眠って早く楽になりたい」という本人の希望で鎮静剤(ミタゾラム)を使用開始。「今まで何一つ諦めたことはないなかつた。でもこれはもう無理。人生に悔いはない。」と話される。奥さん・娘さんが見守る病室で鎮静剤を開始し、苦痛の訴えは軽減された。鎮静下で時折ベッドから降りようとすする時や酸素マスクを外し身の置き所がない様子が見られた。夜間は奥さんが付き添われた。	・症状緩和 本人の鎮静状況をみながら主治医に相談の元、鎮静剤の調整を実施。身の置き所がなくなり、苦しもうに本人が見て混乱される奥さんのサポートも行いながら本人が入眠出来るよう介入した。	③同様
⑤亡くなった時	夜間努力呼吸に変化。苦しもうだから吸引しなさいほしいと涙する奥さんと様子を見ながら適宜吸引実施。奥さんに見守られながら亡くなる。	・思いの傾聴 混乱する奥さんに声をかけを行いながら本人へ吸引等の処置を実施。夜間は本人の若い頃の話しや家族の話しをしてくださり、本人との今までの思い出を振り返った。	・あつという間に亡くなったことに対して驚かされた。「最期は大変だったけど、分かってあげられてなかった」と後悔を話される。
⑥亡くなった四十九日(過ぎた時)		・電話でのインタビュー A 氏に対して行った関わりについて振り返りを実施。看取りを通して後悔を感じている部分もあったが、看護師と共に出来る限りのことを実践出来たと思えており、に生前について話し合いながらグリーフケアを行った。	・死後の手続き等で忙しく過ごされる。「辛いときの事を思い出すと堪らんね、だから半分思いつきでいいようにして欲しい。」と話される。娘達に悲しみを見せたくなないと考えており、一人で思いを抱えていた。「この時期に電話してくれて良かった。少し前だったからお断りしていたかもしれない」と話される。