

## 研究報告

## がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識

Cognitions of families of patients with terminal cancer  
in terms of transition from hospital to home care吉岡理枝 (Rie Yoshioka)\*  
吾郷ゆかり (Yukari Ago)\*\*

加藤由希子 (Yukiko Kato)\*\*

## 要 約

本研究の目的は、がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識を明らかにすることである。がん終末期患者の病院から在宅への移行を経験した遺族8名を対象に、半構造化面接によりデータ収集し質的帰納的研究方法により分析した。その結果、6カテゴリーと19サブカテゴリーが抽出された。がん終末期患者の家族は、【残された命の時間での特別な願いを大切にしたい】【自宅は本人にとって一番良い場所】【家族の力だけでは退院できない】【本人らしくいられるよう支えたい】【家族として限界まで介護しよう】【死が近づく本人と向き合うのは苦しい】という認識をもつことが明らかになった。結果から、命の有限性への気付きに伴う特別な時間認識をきっかけとして退院の実現性が高まっていくことが考えられた。在宅療養移行支援において、有限な時間の中で家族らしいあり方の実現を支援していくことの重要性が示唆された。

キーワード：がん 終末期 移行 認識

## I. はじめに

わが国は現在、超高齢多死社会にある。地域包括ケアシステムの構築は、わが国にとって喫緊の政策課題であり(筒井, 2014)、住み慣れた地域での生活を最期まで継続するための包括的な支援や、サービス提供体制の構築(厚労省, 2013)、地域資源の整備や連携強化が求められている。がん対策推進基本計画(2012)が制定され、病床機能分化の流れも伴い、がん終末期にある人の療養場所として病院から在宅への移行が進んでいる。がん終末期患者への医療連携は、患者本人に残されている時間が限られており、時機を逸することなく療養体制を整えることが重要である(渡邊ら, 2015)。しかし、在宅療養移行支援においては病院・在宅双方に課題が生じている。病院で勤務する医療従事者は在宅医療・ケアに対する理解が十分であるとは言えず、病院主導の退院指導や退院前カンファレンスなどが行われている(川越, 2013)。また、がん終末期の遺族等を対象とした調査では、

訪問看護師と良好な関係を構築する難しさや、在宅サービスが不十分であることにより望ましい療養生活が送れないといった在宅側の課題が明らかになっている(石井, 2011)。がん終末期患者の療養生活は1~数か月かけて安定する(田代, 2014)。しかし、我が国の在宅でのエンド・オブ・ライフケアの期間はがんで平均約42日、非がんで平均183日(島内, 2008)であり、がん終末期の場合は在宅で過ごせる期間が短いという特徴がある。自宅で最期まで安心して過ごすためには、在宅チームのサポートと病院のバックアップが重要(宇都宮, 2014)であり、送り手である病院側と受け手側である在宅ケアサービス側が協働の上でシームレスな移行支援を行うことが重要である。終末期患者の退院は、医療的管理や看取りについて考える必要があり、共に生活する家族に大きな影響を与える。わが国では、終末期の療養場所や療養のあり方の決定には家族の意向が大きく反映される。家族をケアすることにより、在宅療養を望む療養者が最期まで家にいることが可能になる(宮田,

\*高知県立大学看護学部

\*\*松江赤十字病院

\*\*\*元島根県立大学看護学部

2015)。病状悪化が予測される終末期において、在宅で療養者と家族が納得し満足できる時間を過ごせるよう支援するためには、病院・在宅双方の医療者が家族のもつ認識を理解し、尊重しながら関わるのが重要である。

がん終末期患者の家族が、病院から在宅への移行においてどのような認識をもっているのかについて明らかにした研究は少ない。本研究では、がん終末期患者の家族にとっての病院から在宅への移行における認識を明らかにし、家族への理解を深め、家族の認識をふまえたうえで必要な支援を考察し、将来のがん終末期にある療養者と家族の在宅療養移行支援の質の向上に寄与したいと考える。

## II. 研究の目的

がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識を明らかにする。そして、がん終末期患者の家族への理解を深め、家族の認識をふまえた在宅療養移行支援を考察する。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究では、病院から在宅へと療養の場を移行するがん終末期患者の家族が体験した出来事に対する認識をありのままに明らかにするため、質的帰納的因子探索型研究デザインを用いた。

### 2. 用語の定義

- ・病院から在宅への移行の認識：入院中に療養者が自宅退院できると医療従事者から伝えられ、療養の場を病院から在宅へ移るに際して体験した出来事に対する理解や判断
- ・在宅療養移行期間：入院中に自宅退院を目標に調整が開始されたときから、自宅へ退院後約1か月までの期間であり、その間に亡くなった場合には看取りを含める
- ・がん終末期：余命が6か月以内であると考えられる状態

### 3. 研究対象者

本研究の対象者は、以下の要件を満たし、研

究の主旨を理解し協力及び同意が得られた遺族である。

- 1) 悪性腫瘍が原因疾患で亡くなった人の遺族
- 2) 故人が、がん終末期に病院に入院し、その後病院から自宅へ退院した経験がある
- 3) 故人の退院後に、自宅で1週間～1ヶ月程度の期間、訪問看護等を利用して在宅介護をした経験がある
- 4) 同居・別居の別、主介護者・副介護者の別は問わない
- 5) 看取り後6か月～3年が経過している

### 4. データ収集方法

研究対象者に対して、当時の在宅療養移行期間を思い出してもらいながら、体験した出来事に対する認識について面接調査を行った。データ収集期間は平成27年8月～同年12月であった。研究の依頼は、研究に協力及び同意が得られた訪問看護ステーションの管理者に研究協力者の紹介を依頼した。訪問看護ステーション管理者から研究対象候補者へ研究内容について説明をしていただき、研究への協力及び同意が得られた人に対し、研究者から研究対象候補者へ研究の趣旨と意義について文書および口頭で説明を行い、同意が得られた人を研究対象者とした。すべてのケースで主介護者であった遺族に協力いただき、うち2ケースにおいては副介護者にも協力をいただいた。

研究への協力及び同意が得られた研究対象者に、家族ごとに半構造化面接ガイドを用いて1回の面接を行った。半構造化面接ガイドは在宅療養移行期間に体験した出来事を経時的に確かめながら対象者が抱いた認識を語ってもらう質問により構成した。主介護者と副介護者が同席しているケースにおいては、各質問についてそれぞれから回答を得て、研究対象者全員から認識に関するデータを収集した。ICレコーダーへの録音は同意を得て行い、録音に同意が得られなかった対象者には、メモを取る同意を得て記録した。

### 5. データ分析方法

質的帰納的因子探索型研究方法に基づき、面接で得られたデータを逐語録に記述し、在宅療養移行期間において家族が体験した出来事に対する認識にあたる部分を抽出しコード化し、カテゴリー

化することにより明らかにした。カテゴリー化までの過程において、個別にストーリーラインを作成し移行の時間軸と対象者が体験した出来事に対する認識を検討した。また、分析過程において、在宅看護学の研究に精通した研究者を含めた研究者3名で分析を行い妥当性の確保に努めた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、島根県立大学出雲キャンパス研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。また、研究対象者の紹介を依頼した訪問看護ステーション管理者と研究協力者に研究の概要、研究への参加と中断の自由意思の保証、対象者の心身の負担への配慮、個人情報およびプライバシーの保護、研究結果の公表における匿名性について文書および口頭で説明を行い、研究への同意を得た。面接日時と場所は対象者の希望に沿うように配慮した結果、全てのケースで対象者の自宅において、プライバシーの保てる環境で面接を実施した。

## IV. 結 果

### 1. 研究対象者の概要

研究対象者は、故人5名の遺族8名（主介護者5名、副介護者3名）であった。年齢は40歳代～80歳代であり、平均年齢は約64歳であった。性別は、女性6名と男性2名、故人との続柄は実子4

名、嫁2名、妻2名であった。在宅介護中の同居・別居の別は、同居6名（A, B, C, D, E, H）、近隣に在住2名（F, G）であった。故人の死亡年齢は70歳代前半～100歳代前半であり、死亡年齢の平均は87.4歳、死亡場所は自宅が2名、病院が3名であった。故人の最終在宅介護期間の平均日数は70.6日、最終入院期間の平均日数は20.8日であった。故人の死亡時期は、面接時から遡って6か月～2年8ヵ月前であり、死亡から本研究の面接日までの平均期間は13.6ヵ月であった（表1）。故人のうち1名（故人2）は、在宅療養期間中に一時的に入院し、その後自宅での看取りとなった。退院後1か月以内に亡くなったケースは、2名（故人1、2）であり、2名とも自宅での看取りであった。

### 2. がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識

がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識は、6カテゴリーと、19サブカテゴリーが抽出された（表2）。以下に各カテゴリーに沿って述べる。

なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは< >、対象者の語りは「 」で示す。また、カテゴリーとサブカテゴリー、語りの引用部分における故人については“本人”と表記した。

表1 対象者の概要

研究対象者	主・副介護者の別	同居・別居の別	性別	年齢	故人との続柄	在宅介護期間	最終入院期間	故人	故人の主病名	死亡時の年齢	性別	最終退院時PS	死亡場所	死別から面接の間
A	主	同居	70歳代	女性	妻	28日	38日	1	肺腺がん	80歳代前半	男性	4	自宅	10ヶ月
B	主	同居	40歳代	女性	実子	約30日 8日*	25日*	2	肺がん	70歳代前半	女性	4	自宅	6ヶ月
C	主	同居	80歳代	男性	実子	約74日	約30日	3	乳がん	100歳代前半	女性	2	病院	1年 2ヶ月
D	副	同居	80歳代	女性	嫁									
E	主	同居	80歳代	女性	妻	63日	4日	4	肺がん	80歳代後半	男性	3	病院	2年 8ヶ月
F	副	別居	50歳代	男性	実子									
G	副	別居	50歳代	女性	嫁									
H	主	同居	60歳代	女性	実子	約180日	7日	5	血管肉腫	90歳代前半	男性	4	病院	6ヶ月

\*一時的入院後に在宅看取り

表2 がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識

カテゴリー	サブカテゴリー
残された命の時間での特別な願いを大切にしたい	治る見込みがないから延命よりも楽に過ごせることが優先
	限られた時間を家で過ごしたい本人の願いを叶えてあげたい
	今の体の状態なら家に連れて帰ることができる
	本人が家に帰りたいから覚悟をもって家で看取る
自宅は本人にとって一番良い場所	本人にとって一番良い場所に帰れる喜びと安心がある
	家では本人が自由で満足するような生活ができる
家族の力だけでは退院できない	退院は医療者主導で進んでいくもの
	医療者は家族が在宅介護しやすいように体制を整えてくれる
	医療者は家族を精神的に支えてくれる
	在宅ケアサービスの体制構築には苦勞する
本人らしくいられるよう支えたい	病状が悪くてもいつも通りの普通の生活を維持したい
	病状悪化していく中でも本人は頑張っている生活している
	不慣れな医療行為や介護をしてでも本人を支えたい
家族として限界まで介護しよう	体力が続く限り家族でできる介護をする必要がある
	本人の希望を叶えることは家族の負担となる
死が近づく本人と向き合うのは苦しい	本人の苦痛を取り除いてあげられない
	目の前で急激に状態が悪化する本人の姿に戸惑う
	今後どのように病状が悪化していくのかわからない
	いずれ訪れる死を受け入れる覚悟ができない

1) 【残された命の時間での特別な願いを大切にしたい】

【残された命の時間での特別な願いを大切にしたい】とは、本人にとっての退院の望みは、病気の回復が困難な状況において残された命の時間の中で生まれている特別な願いであり、退院のタイミングをはかり、家で看取る覚悟をしても退院の願いを大切にしようという認識である。このカテゴリーには、<治る見込みがないから延命よりも楽に過ごせることが優先>、<限られた時間を家で過ごしたい本人の願いを叶えてあげたい>、<今の体の状態なら家に連れて帰ることができる>、<本人が家に帰りたいから覚悟をもって家で看取る>の4つのサブカテゴリーが含まれる。

例えば、<治る見込みがないから延命よりも楽に過ごせることが優先>において、ある対象者は、「治る見込みがあればいいけど、治る見込みがないから。お嫁さんが先生に聞いてくれたら、『今の状態だったら退院できるそうですよ』と言われた。それなら連れて帰れるかなと思って。（中略）本人が帰る帰ると言う。私も頑張っここで看取りしようかなと思ってた。」と語っ

た。また、<限られた時間を家で過ごしたい本人の願いを叶えてあげたい>において、ある対象者は、「帰りたい仕事があった。何とかしてでも今の状態なら、今のうちに連れて帰ったらいわと思っ、そのまま連れて帰った。点滴したまま。福祉タクシーで。担架みたいなものに乗せて。」と語った。また、<今の体の状態なら家に連れて帰ることができる>において、ある対象者は、「他に病気があると大変だったと思うんですけど、徘徊とかもなかったですし、自分でトイレに行ける状態だったら（退院できる）」と語った。また、<本人が家に帰りたいから覚悟をもって家で看取る>において、ある対象者は、家に帰りたいと訴えていた療養者を自宅で看取っており、「ほとんど病院との連絡はもうなしで、もうここでずっと看取るっていう気持ちでいたので。」と語った。

このように家族は、療養者が自宅への退院を希望する出来事を、過去に経験した治す療養や治療中での退院とは違う性質のものであると捉えていた。家族は、療養者の願いの重みを感じ、これまでとは違い終末期であるゆえの特別な願いであると捉え、その願いを大切にして退院できるうちに退院を叶え、また、在宅死を覚悟して自宅に帰るという認識もっていた。

2) 【自宅は本人にとって一番良い場所】

【自宅は本人にとって一番良い場所】とは、本人が退院したいと希望していることを知り、家族自身も本人の意思に共感し、本人にとって自由で満足できる一番良い場所は病院ではなく自宅であると認識することである。このカテゴリーには、<本人にとって一番良い場所に帰れる喜びと安心がある>、<家では本人が自由で満足するような生活ができる>の2つのサブカテゴリーが含まれる。

例えば、<本人にとって一番良い場所に帰れる喜びと安心がある>において、ある対象者は、「みんな帰ったこととかに対しては家族全員がうん、やっぱり喜んで。やっぱり家にいてもらっ

た方がみんなが安心。」と語った。また、＜家では本人が自由で満足するような生活ができる＞において、ある対象者は、経口摂取が困難になり病院主治医からのポート造設と中心静脈栄養の勧めを断った語りにおいて、「病院の先生に『何が楽しみですか？』って聞かれた時に本人が『今は食べることですかね』って言ったんですよ。(中略) もう先がそんなにないので、本人も、『もう連れて帰ります』って言って、先生には『食べさせます』って宣言して帰ったんですよ。それが楽しみなんだっただけ。」と語った。

このように、家族は療養者の退院の希望が叶えられた出来事を療養者と共に喜び、安心感を抱いていた。また、退院を喜ぶ療養者の言動が、療養者にとって自宅が一番良い場所であるという理解につながり、自宅では療養者の自由と満足が叶えられる生活ができると認識していた。

### 3) 【家族の力だけでは退院できない】

【家族の力だけでは退院できない】とは、がん終末期にある療養者の退院においては、これまでのように家族の力だけで退院を実現することはできず、医療者の支援を受けて在宅ケア体制をつくる必要があるという認識である。このカテゴリーには、＜退院は医療者主導で進んでいくもの＞、＜医療者は家族が在宅介護しやすいように体制を整えてくれる＞、＜医療者は家族を精神的に支えてくれる＞、＜在宅ケアサービスの体制構築には苦勞する＞の4つのサブカテゴリーが含まれる。

例えば、＜退院は医療者主導で進んでいくもの＞において、ある対象者は、家族が意識しないうちに病院・在宅双方で退院準備が進められていたことを振り返り、「(介護保険の変更申請が) もう同時進行だったと思うんですけど、私もみんなお任せしてたんですけど、もう一方で在宅診療についても話が進んでたので。(中略) 私も直接頼んだ記憶がないので、多分みんなしてもらったはずなんですよ。」と語った。また、＜医療者は家族が在宅介護しやすいように体制を整えてくれる＞において、ある対象者は、「ケアマネジャーを通じて、訪問看護、先生の連携がうまくいってすごく助かった。先生に電

話すると、『(訪問看護さんから) 電話がありましたよ』と言われる。」と語った。＜医療者は家族を精神的に支えてくれる＞において、ある対象者は、「訪問看護師さんに入ってもらうまでは頼れる人がなく、外との付き合いがなく孤独感がすごいあった。よく介護のことやっているが、ああ、この人も孤独感感じて、私も孤独感感じてると。」と語った。＜在宅ケアサービスの体制構築には苦勞する＞において、ある対象者は、「今振り返ると訪問看護をもっと早く開始して良かったのかなという気もしている。先生(在宅医)の判断だったかもしれないが、そこをもっと早めに入った方が本当は良かったんだ。(中略) 体制がしっかりしないと在宅というものは難しいもんだなって、改めてね。」と語った。

このように、家族は、がん終末期にある療養者が自宅へ退院するためには、家族の力だけでは難しく、病院から在宅への移行の実現に必要な知識や経験をもつ医療者の支援をもとに生活を成り立たせていく必要があると認識していた。

### 4) 【本人らしくいられるよう支えたい】

【本人らしくいられるよう支えたい】とは、病状が悪化していても自宅で頑張っている療養者の姿を目にして、そこに普段からの本人らしさを発見し、本人らしくいられるように家族として支えたいという認識である。このカテゴリーには、＜病状が悪くてもいつも通りの普通の生活を維持したい＞、＜病状悪化していく中でも本人は頑張っている＞、＜不慣れた医療行為や介護をしてでも本人を支えたい＞の3つのサブカテゴリーが含まれる。

例えば、＜病状が悪くてもいつも通りの普通の生活を維持したい＞において、ある対象者は、「特に変わらず、とにかく今、今喜ぶこと、退院できることとか、帰ったら何が食べたいとか、常に不安にさせないというか(中略)色々話したり、『今日も、もう寝るから』とかって言いながらお互い話しかけて、いつもと変わらず。」と語った。また、＜病状悪化していく中でも本人は頑張っている＞において、ある対象者は、「前に買っていたポータブルトイレが用意はしてあったが、でもやっぱりこういうこ

とすごく気にされる、きちんとしていないと思っておられて、自分で一生懸命トイレまで頑張っていた。」と語った。また、〈不慣れた医療行為や介護をしてでも本人を支えたい〉において、ある対象者は、ポータブルトイレをカーテンで間仕切りをした語りにおいて「環境変えて、ここで頑張る。本人が良いのは自宅ということだったもので。だったら環境変えながら、そこで療養できるようにするしかないと思っていました。」と語った。

このように、家族は、病状悪化していく療養者の姿を目の前にしても、これまでの自宅での生活の普通さを維持しようとしたり、療養者がこれまで出来ていたことを自らの力で行っていかうとする姿に目を向けていた。そして、家族は不慣れた医療行為や介護を行っても本人らしい生活を自宅で支えようという認識をもっていた。

#### 5) 【家族として限界まで介護しよう】

【家族として限界まで介護しよう】とは、本人の病状悪化に伴い退院後から集中的な介護が続き、家族に重い介護負担がかかっても、家族として限界まで介護しようという認識である。このカテゴリーには、〈体力が続く限り家族でできる介護をする必要がある〉、〈本人の希望を叶えることは家族の負担となる〉の2つのサブカテゴリーが含まれる。

例えば、〈体力が続く限り家族でできる介護をする必要がある〉において、ある対象者は、「例えば私一人がずっと付いてても、代わりがないと交代ができませんよね。休む時間がないというか。」と語った。また、〈本人の希望を叶えることは家族の負担となる〉において、ある対象者は、「本音を言うとね、帰ってもらおうとね、とても大変だよ。帰宅してもらおうとね。本人は帰宅したいと言っているけどね、帰られたらね、家族は大変だから。」と語った。

このように、家族は、病状悪化していく療養者が自宅に帰ることに負担を感じるが、家族としてできる介護を限界まで行い、介護負担を受け入れようという認識をもっていた。

#### 6) 【死が近づく本人と向き合うのは苦しい】

【死が近づく本人と向き合うのは苦しい】とは、病状が進行し死期が近づき、急激に体が動かさなくなり苦痛を訴え変化していく本人に戸惑い、死が近づく本人と向き合うことは苦しいことであるという認識である。このカテゴリーには、〈本人の苦痛を取り除いてあげられない〉、〈目の前で急激に状態が悪化する本人の姿に戸惑う〉、〈今後どのように病状が悪化していくのかわからない〉、〈いずれ訪れる死を受け入れる覚悟ができない〉の4つのサブカテゴリーが含まれる。

例えば、〈本人の苦痛を取り除いてあげられない〉において、ある対象者は、「(がんが) 転移したのか、とにかく腰が痛いと言われるのは一番辛かったです。」と語った。また、〈目の前で急激に状態が悪化する本人の姿に戸惑う〉において、ある対象者は、「定期的に痛い時に打つやつ(医療用麻薬の皮下注射)がまただんだん効かなくなって回数が増えてまた強くして、それがもうほんの何日間のうちにどんどんどんどん増えていく感じだった。」と語った。また、〈今後どのように病状が悪化していくのかわからない〉において、ある対象者は、「在宅医から『悪くなったら入院するなら、今のうちだよ』と言われ、そんなに悪くなっているんだと思った。その後は、良くなったり、悪くなったりだった。」と語った。また、〈いずれ訪れる死を受け入れる覚悟ができない〉において、ある対象者は、「(覚悟が)できていない中で事が起こってしまって、混迷しながら、事象事象に対応しながら、ずっと混乱しながらいっているというのが実態です。(中略)長生きしてもらおうに越したことはないけど、容態が急変したときにどうしたら良いか、というところをもっておかないといけない。そういうことを学んでない。口では、世間では在宅はって言うんだけど、その準備ができない。」と語った。

このように、療養者が病状悪化の過程にあり、退院直後から急激に変化していく療養者の姿を目の前にして、今後の状態悪化の予測や経過がわからず、死期が近づく本人に向き合うことは家族として苦しく、受け入れることは難しいことであると認識していた。

## V. 考 察

### 1. 命の有限性への気付きに伴う特別な時間認識と退院の実現性の高まり

家族は、病院から在宅への移行において、療養者が今後治療を受けても病状の改善は望めず、命の終わりが近づいていることを理解していた。

【残された命の時間での特別な願いを大切にしたい】という結果において、家族は療養者に残された時間が有限であることに直面し、平素とは違う特別な時間認識を以て療養者の希望を受け止めたと考えられた。家族は、療養者の生と死の間にある時間での在宅療養となることを理解していたといえる。死が切迫していることを知ることは、人生の意味の発見へと続き、苦しみと死は失われた意味と深みを人生に取り戻す(Halifax, 2015)という側面をもつ。病院から在宅への移行は、療養者が病状悪化していくさなかに自宅へ帰りたいと望む状況で、家族として状況をどう理解し、どう行動すべきかを改めて考える機会であったことが考えられる。平素とは違う特別な時間認識をきっかけとして、家族は家族としていられる時間の有限性に気付き、自宅で家族らしく過ごすことに価値を見いだしたことから、家族は退院の実現性を高めていったと考えられる。そのような、療養者を含めた家族としていられることができる、限りある時間のなかで、家族は凝集性を高めて家族自身の内側の力を限界まで発揮し、退院を実現したと考えられる。病院から在宅へと療養の場を移行する体験は、家族にとって療養者と一緒に自宅で過ごせる最後の時間を得ることであった。先行研究において、家族は、病者の生を希求し続けながら家族として在ることの尊さを感じる(関根, 2010)と言われている。家族は、これまで通り自宅で普通に過ごすことが療養者らしく、療養者を含めた家族らしく在ることである、という認識をもち、家族としての最期の時間を過ごす場所として自宅を選んだと考えられる。

さらに、研究結果では、在宅療養移行期に療養者が家族に対して自宅へ帰りたい、自宅で過ごしたいという意思表示を行い、家族がその希望を受け止めていたことが語られた。家族は、終末期にある療養者が行った自立した意思表示

について、そこに療養者らしい生き方を見だし、退院の願いを受け入れるに至ったと考えられる。先行研究においても、家族は療養者の意向を最優先し、満足を得ようとする終末期ケア特有の対処が明らかになっている(東, 2003)。また、【本人らしくいられるよう支えたい】という結果において、家族は退院してからも、自宅でのこれまでの“普通の生活”を療養者らしい形で叶えようと努力していた。これは、先行研究における“治す医療の中での癌・死への対応”から“癒す家族の中での癌・死への対応”への局面の変化(本田, 1999)にあたると考えられる。そのような局面の変化のなかで、家族は療養者の自宅での生き方に強く意識を向けていた。家族にとって在宅介護は【家族として限界まで介護しよう】とする大変厳しいものであったが、家族は療養者が病前と同じように自立心をもって頑張る姿に目を向け、自宅で自由に何にも縛られない生活を支えていこうと努力していた。家族のもつ認識は療養者らしい生のあり方に向けられたものであると考えられる。このように、病院から在宅への移行期にある家族の認識は、限られた命の時間において、療養者と家族が、療養者らしく、家族らしく生きるための退院の実現を導く力となるものであり、在宅療養移行期を通して家族を支えるものであったと考えられる。

### 2. 看護への示唆

家族は病院から在宅への療養の場の移行において、特別な時間認識のなかで療養者の生き方や家族としてのあり方を考え、療養者の望みである退院の実現のために継続的に努力していた。医療者は、療養者の身体的な状況と、療養者の命の時間に関する家族の認識を理解したうえで家族と十分に話し合い、療養場所を選択し、在宅生活の創造を支援する必要性が示唆される。また、退院そのものを目標とするのではなく、療養者の有限な生の時間のなかで家族が家族にとって大切なものを見だし、より家族らしいあり方の実現に近づけるような支援を行う必要性が示唆される。さらに、医療者は有限である時間の重みを考え、療養者と家族の認識を入院中のより早い段階で把握し、望む場所で療養す

ることの意味を共に考えていくことが重要であると言える。在宅療養移行期間においては、病院と在宅双方の医療者が家族の認識を知るための努力を行う必要がある。在宅への移行は、サービスの調整等によって慌ただしくなりがちであるが、看護師は、療養者らしい生き方や家族としてのあり方について理解し、伴走者として支援していく重要性が示唆される。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究対象者が8名と少数であり、すべてのがん終末期患者の家族へ応用することには限界がある。本研究データは、遺族が過去を遡る語りであり、当時の認識が時間と共に強化されたり、減弱または失われている可能性がある。また、居住地域の社会資源の状況が結果に影響したと考えられる。本研究では、療養者の病状の進行度や介護度、主・副介護者の別、在宅療養日数等を条件化していない。また、面接は各家族ごとに行ったため、研究対象者同士に何らかの影響が生じた可能性がある。今後は、これらの影響する項目を条件化し、より実践に応用可能な研究へと発展させていくことが課題である。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました研究対象者の皆様、ならびに研究協力施設の訪問看護ステーションの皆様から感謝を申し上げます。また、ご指導いただきました森下安子教授に深謝いたします。本研究は、島根県立大学しまね看護交流センター看護研究支援部の支援を受け実施した。

本研究において、申告すべき利益相反事項はありません。

## <引用文献>

- ・東清巳, 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, 6(1), 40-48.
- ・平松瑞子, 中村裕美子(2010). 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安. 大阪府立看護学部紀要, 16(1), 9-19.
- ・本田彰子, 佐藤禮子(1999). 終末期がん患者の

家族の移行—家族の移行のプロセスと看護介入—. 千葉看護学会誌, 5(1), 16-22.

- ・一般社団法人日本がん看護学会監修, 渡邊眞理, 清水奈緒美編集(2015). がん患者へのシームレスな療養支援, 31-38, 医学書院.
- ・一般社団法人全国訪問看護事業協会編(2015). 訪問看護が支えるがんの在宅ターミナルケア, 宮田乃有, 50-58, 日本看護協会出版会.
- ・石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹ら(2011). 遺族, 在宅医療・福祉関係者からみた, 終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究. 日本がん看護学会誌, 25(1), 24-35.
- ・Joan Halifax著, 井上ウイマラ監訳(2015). 死にゆく人と共にあること マインドフルネスによる終末期ケア, 86-107, 春秋社.
- ・葛西好美(2006). 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.
- ・川越厚(2013). がん患者の在宅ホスピスケア, 40-46, 医学書院.
- ・厚生労働省ホームページ:  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/) (2016.11.16.検索)
- ・関根光枝, 長戸和子, 野嶋佐由美(2010). 在宅でがん患者の看取りに取り組む家族のコミットメント. 家族看護学研究, 16(1), 2-10.
- ・島内節, 薬袋淳子(2008). 在宅エンド・オブ・ライフケア (終末期ケア) 利用者のアウトカムと専門職の実践力を高めるケアプログラムの応用, 11-27, イニシア.
- ・筒井孝子(2014). 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated care 理論とその活用, 91-105, 中央法規.
- ・宇都宮宏子, 山田雅子編(2014). 看護がつながる在宅療養移行支援, 田代眞理. 30-53. 日本看護協会出版会.

## <参考文献>

- ・長内さゆり, 清水準一, 河原加代子(2011). がん終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感. 日本保健科学学会誌, 14(1), 5-12.