

# 終末期癌患者の外泊を可能にする要件を考える

キーワード：終末期癌患者・外泊支援・家族

1 病棟 10 階西

上領聖子 河本由美子 下瀬茂美 沼 優子 藤野淑子

## I. はじめに

入院中の終末期癌患者にとって家族と過ごす時間はかけがえのないものであり、その場が住み慣れた自宅であればなおさらであろう。松本は「外出や外泊によって有意義な時間を患者と家族が共有でき、患者の QOL に肯定的な影響を与えることができ、家族にとっても看取りの意味づけの体験となる」<sup>1)</sup>と述べている。しかし、一般病棟においては患者に自身の予後についての詳細を伝えられている場合は少なく、終末期であっても治療を目的とした入院であることが多いため、治療中に徐々に病状が悪化し外泊のタイミングを逃してしまうことがある。医療者は治療に期待している患者に対し、限られた時間をその人らしく過ごしてほしいという思いはあるものの、積極的に介入しづらい現状にある。一方、患者が外泊を希望していても病状の悪化や患者を取り巻く周囲の思いが必ずしも一致していないことから希望どおりの外泊を実現できず亡くなられるケースも経験した。このように、外泊を実現できない要因はさまざまであると考えられる。

そこで、患者や家族が希望する外泊を実現できるために、これまでの終末期癌患者の外泊状況を振り返り、外泊を可能にするには何が重要となるのか、外泊に向けた看護支援の手がかりとなる要件について検討した。

## II. 方法

1. 対象：平成 17 年 4 月～平成 19 年 4 月までに総合病院の内科病棟で死を迎えた癌患者 59 名。
2. 方法
  - 1) 独自に作成した患者情報シートを活用し、カルテから情報収集を行った。
  - 2) 対象を外泊群と非外泊群に分け、先行文献を参考に外泊を可能とする要件を以下の 7 項目にまとめ、対象の外泊に関する要件を分析した。(以下、外泊が実現できた患者を外泊群、外泊が実現できなかった患者を非外泊群とする。)
    - ① 患者が外泊を希望していること
    - ② 家族が外泊を希望していること
    - ③ 患者へ告知（病名だけではなく、予後について）がされていること
    - ④ ADL がある程度自立していること（移動、排泄、保清、食事）
    - ⑤ 患者・家族・医療者の話し合いが持たれ、外泊に関して相互理解があること
    - ⑥ 緊急時の対応がとれること
    - ⑦ 疼痛コントロールができていること
  - 3) 倫理的配慮  
プライバシーの保護に留意し、データは個人が特定されないような形式で分析した。また、個人情報漏洩しないようにカルテの閲覧および取り扱いを行った。

### Ⅲ. 結果

対象患者 59 名のうち外泊群は 13 名、非外泊群は 46 名であった。外泊群の平均入院期間は 66.7 日、非外泊群は 40.4 日であった。また、外泊群の平均年齢は 66.4 歳、非外泊群は 68.0 歳であった。外泊群の平均外泊時期は死亡 18.9 日前であった。

対象患者の外泊への移行状況を調査し、外泊に対する患者の思いをまとめた。(表 1)

表 1. 外泊に対する患者の思い

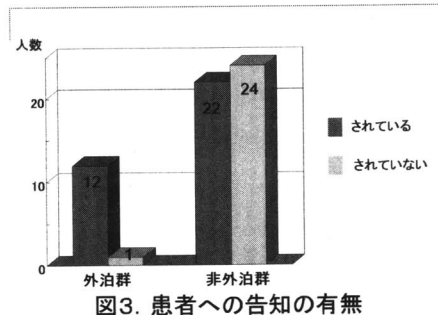
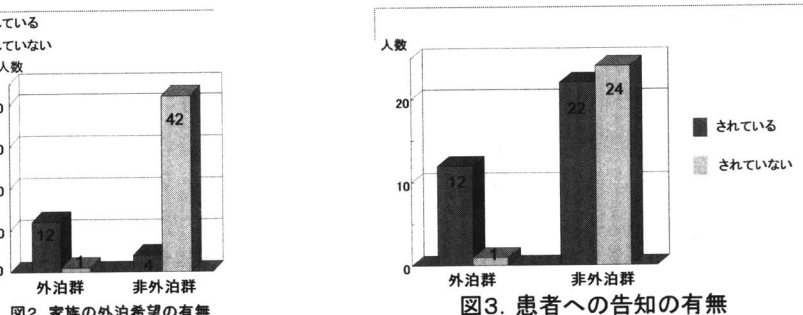
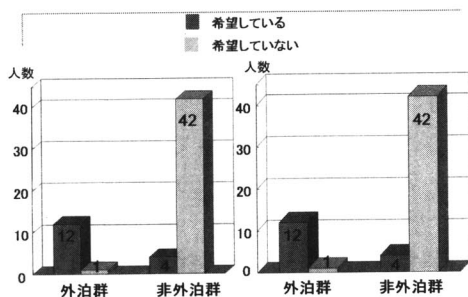
|      |  |
|------|--|
| 外泊群  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅でゆっくりした時間を過ごしたい</li> <li>・ なるべく自然のままにしてほしい</li> <li>・ 身の回りの整理をしたい</li> </ul>                                  |
| 非外泊群 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療が終わったらいつでも帰れる</li> <li>・ 体調が良くなってから帰りたい</li> <li>・ 帰りたいが世話をしてくれる人がいない</li> <li>・ 帰りたいが家族に負担をかけたくない</li> </ul> |

外泊を可能とする要件 7 項目毎に、外泊群と非外泊群に分け、 $\chi^2$  検定を行った。

要件①では、外泊群のうち患者が外泊を希望していたのは 13 名中 12 名であり、非外泊群では 46 名中 4 名であった。外泊の有無 (2) × 患者の外泊の希望の有無 (2) の  $\chi^2$  検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2 (2) = 35.851, P < 0.01)$ 。Pearson の相関係数の値 0.780 で、外泊を希望している患者で外泊できた傾向が高いと言える。(図 1)

要件②では、外泊群のうち家族が外泊を希望していたのは 13 名中 12 名であり、非外泊群では 46 名中 4 名であった。外泊の有無 (2) × 家族の外泊の希望の有無 (2) の  $\chi^2$  検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2 (2) = 35.851, P < 0.01)$ 。Pearson の相関係数の値 0.780 で、外泊を希望している家族で外泊できた傾向が高いと言える。(図 2)

要件③では、外泊群のうち患者への告知がされていたのは 13 名中 12 名であり、非外泊群では 46 名中 22 名であった。外泊の有無 (2) × 告知の有無 (2) の  $\chi^2$  検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2 (2) = 8.213, P < 0.01)$ 。Pearson の相関係数の値 0.373 で告知がされていた人で外泊できた傾向が高いと言える。(図 3)



要件④では、外泊群のうち移動が自立していたのは13名中5名、一部介助は6名、全面介助は2名であり、非外泊群のうち移動が自立していたのは46名中1名、一部介助は19名、全面介助は26名であった。外泊の有無(2)×移動時の自立度(3)の $\chi^2$ 検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2(2)=16.794, P<0.01)$ 。Pearsonの相関係数の値0.485で移動時に自立していた患者が外泊できた傾向が高いと言える。(図4-1)

外泊群のうち排泄が自立していたのは13名中3名、一部介助は7名、全面介助は3名であり、非外泊群のうち排泄が自立していたのは46名中2名、一部介助は19名、全面介助は25名であった。外泊の有無(2)×排泄の自立度(3)の $\chi^2$ 検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2(2)=6.646, P<0.05)$ 。Pearsonの相関係数の値0.325で排泄が自立していた患者が外泊できた傾向が高いと言える。(図4-2)

外泊群のうち保清が自立していたのは13名中7名、一部介助は3名、全面介助は3名であり、非外泊群のうち保清が自立していたのは46名中2名、一部介助は19名、全面介助は25名であった。外泊の有無(2)×保清の自立度(3)の $\chi^2$ 検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2(2)=19.271, P<0.05)$ 。Pearsonの相関係数の値0.463で保清が自立していた患者が外泊できた傾向が高いと言える。(図4-3)

外泊群のうち食事が自立していたのは13名中5名、一部介助は6名、全面介助は2名であり、非外泊群のうち食事が自立していたのは46名中4名、一部介助は29名、全面介助は5名、絶食が8名であった。外泊の有無(2)×食事の自立度(3)の $\chi^2$ 検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2(2)=8.809, P<0.05)$ 。Pearsonの相関係数の値0.286で食事が自立していた患者が外泊できた傾向が高いと言える。(図4-4)

要件⑤では、外泊群のうち患者と医療者の話し合いが持たれ、外泊に関して相互理解があったのは13名中10名であり、非外泊群では46名中4名であった。外泊の有無(2)×看護師と患者の話し合いの有無(2)の $\chi^2$ 検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2(2)=26.069, P<0.01)$ 。Pearsonの相関係数の値0.665で、看護師と患者の話し合いがされていた患者で外泊できた傾向が高いと言える。(図5-1)

要件⑤のうち外泊群のうち家族と医療者の話し合いが持たれ、外泊に関して相互理解があったのは13名中9名であり、非外泊群では46名中4名であった。外泊の有無(2)×家族と医療者の話し合いの有無(2)の $\chi^2$ 検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2(2)=26.069, P<0.01)$ 。Pearsonの相関係数の値0.605で、家族と医療者の話し合いがされていた患者で外泊できた傾向が高いと言える。(図5-2)

要件⑥では、外泊群のうち緊急時の対応がとれるのは13名中10名であり、非外泊群では46名中1名であった。外泊の有無(2)×緊急時の対応の有無(2)の $\chi^2$ 検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2(2)=37.336, P<0.01)$ 。Pearsonの相関係数の値0.795で緊急時の対応がとれる患者が外泊できた傾向が高いと言える。(図6)

要件⑦では、外泊群のうち疼痛コントロールを行っていたのは13名中6名であり、疼痛コントロールができていたのは6名中6名であった。非外泊群のうち疼痛コントロールを行っていたのは46名中12名であり、疼痛コントロールができていたのは12名中2名、コントロールできていなかったのは9名、不可解語が出現し疼痛の有無が不明であったのが1名であった。外泊の有無(2)×疼痛コントロールができていた(2)の $\chi^2$ 検定を行った結果、有意な偏りがあった。 $(\chi^2(2)=15.114, P<0.01)$ 。Pearsonの相関係数の値0.506で疼痛コントロールができている方が外泊できやすいと言える。(図7)

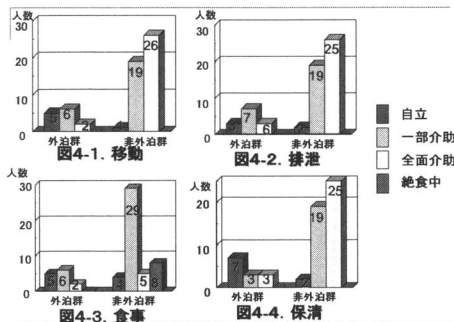


図4. ADLの自立の程度

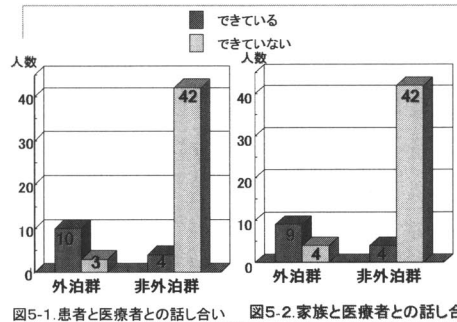


図5-1. 患者と医療者との話し合い 図5-2. 家族と医療者との話し合い

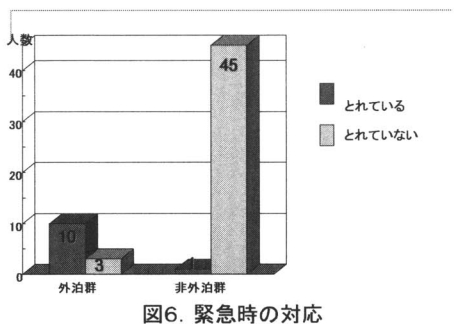


図6. 緊急時の対応

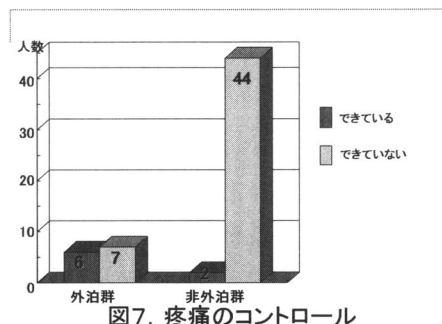


図7. 疼痛のコントロール

#### IV. 考察

対象の外泊状況を調査した結果、終末期癌患者の外泊が実現できるには、患者と家族の双方が外泊を希望していることが大前提であった。「自宅でゆっくりした時間を過ごしたい」「苦しい治療はしないでもいい、なるべく自然のまままでいてほしい」「もう一度家で過ごさせてあげたい」といった患者と家族それぞれの思いを傾聴し、双方の希望に沿った外泊を支援していかなければならない。患者と家族のどちらかが外泊を迷っている、またはできないと感じ、やむを得ず外泊を断念してしまう事例もあった。短期間とはいえ自宅では家族が介護者となり患者を支えていかなければならず、終末期の様々な症状にとまどい、恐れ、外泊の決断がつかないこともあるだろう。患者の状態と外泊時に必要な援助方法をわかりやすく伝え、外泊の具体的なイメージを描けるように家族の不安な思いに対処しておく必要がある。

告知の有無も着目すべき点であった。要件⑤の患者・家族・医療者の話し合いが持たれ、外泊に関して相互理解があることについては、患者に病名だけではなく今後出現しうる症状や予後についてある程度告知がされている場合は、患者と家族が今後の過ごし方について十分に話し合うことができ、医療者側も希望を確認しながら支援していきやすい。一方、未告知であった非外泊群には「治療が終わってから外泊する」「体調が良くなってから帰りたい」という理由で外泊が実現できなかった例が多かった。未告知の場合、患者と家族の間に症状や治療に対する意識にズレが生じ、治療しているという意識が強いほど、医療者側も積極的に外泊をすすめることが容易でないといえる。患者と家族それぞれの立場の思いを引き出せるように個々に面接し、外泊するということが双方の負担にならないように配慮する必要がある。治療のない週末や体調が安定している時期に、医療者側から外出や外泊ができることを伝え、家族と有意義な時間が過ごせるよう調整していく必要があると考える。

また、ADLがある程度自立していることは外泊につながりやすい。終末期癌患者の多くは症状により日常生活行動が制限される。今回の外泊群ではほとんどの例で歩行や車椅子移動が可能であり、外泊時の患者や家族の負担は最小限であった。しかし、病状が悪化すると今まで可能であった移動、排泄、食事、睡眠などの日常生活に苦痛を生じ、他者による介助や補助具が必要となってくる。

患者、家族共に外泊への思いはあきらかに変わり、外泊という言葉すら出なくなるかもしれない。しかし、全面介助であっても入院中から家族と共に体位変換やオムツ交換などのケアを行うことで介護タクシーを活用し外泊を実現できた症例もあり、外泊を実現する前にどのような状態で外泊することになるかを患者と家族がそれぞれの立場でイメージできるよう具体的に説明し、必要なケアの方法を伝えるなど、患者と家族が不安なく外泊できるよう介護体制を整えていく必要がある。

外泊中に急変したときには支援を受けることができる場所や人の確保も必要である。起こりうる症状を事前に説明しておき、自宅が遠方の場合には急変時に備えて予め外泊周辺医療機関に連絡を入れ、診断書や紹介状を準備する。また、患者の体調によっては予定していた外泊を短縮、延長することができることも伝えておくと、患者と家族は安心して外泊できると考える。

最後に患者が外泊を実現できる要件として、疼痛コントロールができていることも重要な点であると考え。非外泊群では疼痛コントロールを含め、吐き気や腹水などの症状コントロールが不良な事例が多く、患者から外泊への思いを聞くことが出来なかった。外泊の実現には疼痛コントロールだけでなく症状コントロールができていることも必要となると考える。

## V. 結論

今回、過去2年間の終末期癌患者の外泊状況を振り返り、外泊を可能とするには何が重要でどのような看護支援をしていけばよいのかを考えた過程で、次のことが明らかになった。

- 1) 外泊を可能とする要件7項目は外泊群と非外泊群で有意差があった。
- 2) 終末期癌患者の外泊の実現には外泊を可能とする要件7項目を満たすことが重要であると考えられる。

## VI. おわりに

今後、これらの7項目の要件を整え、患者や家族が望む外泊の実現に向けて時期を逃さないよう援助をしていきたい。援助する際には、終末期であるからこそぜひ外泊してもらいたい、外泊を実現するにはこうすべきと患者と家族に医療者の思いを押し付けるのではなく、患者と家族が残されたかけがえのない時間をどのように過ごしたいと思っているのかを大切にしながら介入していく必要があると考える。

## 引用・参考文献

- 1) 松本仁美：一般病棟でのがん患者の看取り．日本看護協会出版会，p112，2006.
- 2) 大森美津子 田村恵子：成人看護学 - 終末期．建帛社，2002.
- 3) 阿蘇品スミ子：がん医療・がん看護．南山堂，2002.
- 4) 向山美恵子：家族看護 03．日本看護協会出版会，2004.
- 5) 黒見聡子：終末期における外泊の有効性 家族に対する面接調査を通して．大阪労災病院医学雑誌 27 巻 1-2 号，p18-21，2004.
- 6) 井上美由希：ターミナル患者の在宅療養への移行時期を逃さないために - 在宅療養移行のための着眼点、10 項目の効果 - ．第 34 回日本看護学会論文集 成人看護 II，p99-101，2003.